山口県医師会報

平成28年(2016年)
4月号
－No.1868－

早春（萩市 梅林公園）　渡邉惠幸　　撮

Topics

郡市医師会長会議

Contents

■公示…… 307
■今月の視点「救急医療と精神科医療の連携は可能か」……原　伸一 308
■郡市医師会長会議…… 312
〈傍聴印象記〉…… 吉岡達生 319
■平成 27 年度 第 2 回医師国保通常組合会 …… 320
■山口県医師会警察医会 第 18 回研修会 ……天野秀雄 330
■平成 27 年度 日本医師会医療情報システム協議会
（兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会）…… 今村孝子、沖中芳彦 346
■平成 27 年度 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会 ……加藤智栄 360
■新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会……篠田陽健 364
■第 61 回 山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）……山本　健、松谷博之 366
■第 62 回 山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）……寒竹　司、吉永榮一 368
■平成 27 年度 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会 ……林　弘人 372
■平成 27 年度 学校保健講習会 ……沖中芳彦 374
■平成 27 年度 母子保健講習会 ……今村孝子 389
■平成 27 年度 都道府県医師会
「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会……香田和宏 392
■平成 27 年度 山口県産業保健連絡協議会
・山口県医師会産業医部会合同会議 ……藤本俊文 400
■県医師会の動き……濱本史明 402
■日医 FAX ニュース …… 405
■理事会報告（第 22 回、第 23 回、第 24 回）…… 406
■飄々「 地球に起きたこと、起きること 」……川野豊一 416
■お知らせ・ご案内…… 417
■編集後記……中村　洋 418

公　示

本会役員等の選挙の立候補届出について

本会会長以下各役員及び裁定委員は、来る 6 月 16 日をもって任期満了となります。

また、日本医師会代議員及び同予備代議員の任期は、来る 6 月 25 日の日本医師会定例代議員会の前日までとなっております。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記のとおり選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日　　**平成 28 年 5 月 19 日（木）**
届出締切　　**平成 28 年 5 月　4 日（水・祝）午後 5 時**

平成 28 年 4 月 15 日

山口県医師会長　　小　田　悦　郎

今月の視点

救急医療と精神科医療の連携は可能か

理事　原　　伸一

山口県精神科病院協会会長の水津信之先生の肝煎りで平成25年度から始まった県医師会での「精神科救急についての意見交換会」は、県内の二次救急病院で救急の現場を担う医師、精神科病院の医師、精神科クリニックの医師、県医師会の担当理事を構成メンバーとして、県健康福祉部職員をオブザーバーに定期的に開かれ、活発な議論が交わされてきた。当初の目的は、救急の現場における精神科疾患の現状把握、問題点の抽出、意見交換を通じて、お互いに顔の見える関係を作り、さらには協力体制を構築することであった。この度第８回を数え、28 年２月をもって一旦休止することとなった。昨年３月に、山口県から委託を受け「救急医療現場における自殺企図者への対応状況調査」がまとまり、一応の成果物となり、ある程度の相互理解が得られたという判断によるものであるが、協力体制の構築には至っておらず、不十分なままである。この数年間の議論を振り返るとともに、この領域における他県での取組みなども紹介したい。

まず、山口県の精神科救急システムについてであるが、平成12年から山口県では県を東部、中部、西部の三つのブロックにわけて 26 の民間精神科病院が輪番体制を敷いて空床を確保し、主に休日夜間の精神科ハード救急に対応している。ハード救急とは、入院を要するような精神興奮状態、幻覚妄想状態、躁状態、切迫した希死念慮を伴うような重症のうつ状態などを対象としており、精神保健福祉法における医療保護入院や自傷他害のおそれの強い場合の措置入院に対応している。県立こころの医療センター内に設置されている精神科救急情報センターが、輪番病院と一般医療機関、健康福祉センター等との連絡調整に当たっている。

精神科医にとっては日常的な、精神科ハード救急を対象とした精神科救急システムという仕組みそのものが、一般の医師にはほとんど浸透していないことが当初のこの意見交換会で明らかとなった。精神科には、疾病性と事例性という概念がある。精神科ハード救急で対象にしているのは、主には疾病性の高い、緊急の内因性疾患であって、治療効果の期待できるものである。一方で、救急医療で問題になるのは、疾病性の判断よりも、自傷行為や自殺企図など事例としてインパクトの大きいケースである。そこには、精神科的に疾病性の高いケースも中には含まれているもののそれは少数であって、多くは一時的な衝動行為であり、アルコールや薬物問題である。しかし、それは精神科ハード救急の対象とはなりにくく、その後の受け皿もないことが多い。ハード救急ではないが、ソフト救急とも呼べないようなこういったケースは救急現場のストレスとなって医療スタッフを疲弊させてしまい、さらには精神科疾患へのマイナスイメージを膨らませることとなる悪循環を生じていた。

このような状況に鑑みて、救急現場を疲弊させる自殺企図者への現状把握のための実態調査が県で予算化されることとなり、議論は調査票の作成、調査方法へと進んだ。そして平成 26 年 10 月 11 日から 27 年２月 20 日までの４か月間、県内 61 か所の救急告示病院を対象として調査が行われ

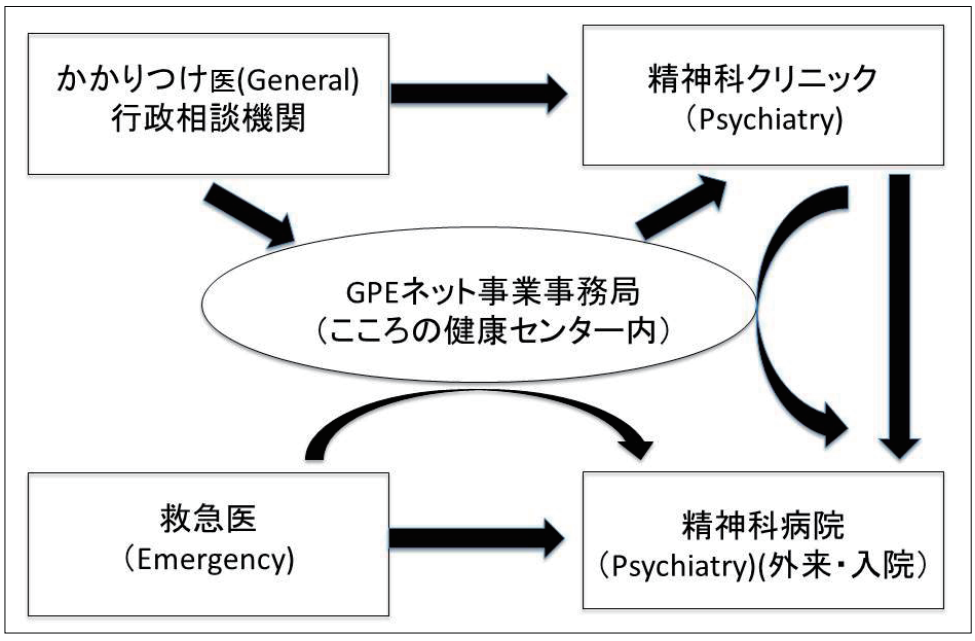
た。もちろんこの調査は、自殺予防に役立てることが大きな目的である。

この 4 か月間の自殺企図者は死亡者 11 人を含め計 81 人。およそ 32％に自殺未遂の既往があり、45％は精神科・心療内科に通院中、44％は過量服薬である。自殺企図者のうち、66％には何らかの形でその後の精神科医のフォローがあったが、31％にはフォローの予定がなかった。病院によってかなりばらつきがあるが、最も多く自殺企図者を受け入れる病院で年間 30 人程度となり、個々の救急担当医が診療する経験はそれほど多くはないはずである。にもかかわらず救急医に負担となるのは、個々のケースのインパクトが大きく、そしておそらく、医原性の過量服薬の尻拭いのような感覚が生まれてしまうためであろう。今後の自殺予防の観点からは、フォローのなかった 31％に精神科的な介入が図られることが有益となる可能性があり、一般救急と精神科医療の連携体制の整備が求められる。

精神科医療機関と一般医療機関の連携体制を、システムとして実際に運用している先進的な取組みが、さいたま市で行われている。平成 22 年に開設された「さいたま市 GPE ネット」がそれである（**図 1**、文献 2 より引用）。GPE ネットは、救急治療実施後に精神科の受診が必要であると考えられる自殺未遂者や、一般医療機関で自殺念慮が疑われる患者を速やかに精神科医療機関に紹介するシステムである。さいたま市では、精神科病院 6 か所、精神科診療所 17 か所、救急医療機関 15 か所、一般医療機関 62 か所が協力医療機関として登録している。事務局機能を行政（精神保健福祉センター）が担っているのもポイントである。救急医療機関では精神科で治療を開始した後でも身体疾患について診察を行い、精神科病院では輪番で精神保健指定医の待機と空床を確保している。精神科診療所では、輪番で新規患者の予約枠を設けて患者受け入れ体制を確保している。精神科では初診の予約がなかなか取れず、数週間先になるといった話をよく耳にする。これが、連携の妨げとなっている場合があり、さいたま市ではこの問題に一つの答えを出している。全国的な傾向でもあるが、同市ではこの取組みが始まって以降、年々自殺者が減少し、平成 25 年には自殺死亡率は 18.5 人（全国平均では 21.4 人）と、結果になって現れている。

一方では、救急医療の担当者には、自殺企図者治療の経験が少なく、それが一種の陰性感情につながりやすいとの指摘がある。この点をノンリフューザルポリシーを貫かんとする救急医療の側から変えていく取組みも行われている。一つは、

図 1



厚生労働省主催の「自殺未遂者ケア研修」である。日本臨床救急医学会が共催し、救急医療に携わるスタッフを対象として、自殺企図者に対する初療に関し、つなぎ、利用できるリソースについてスモールグループディスカッション形式で討議する、丸一日かけたワークショップが平成 20 年度から開催されている。

また、日本臨床救急医学会等が中心となって PEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コースという研修が企画されている。ここでは救急医療のスタッフを対象として、精神科医不在の状況において、精神症状を呈する患者に対する安全かつ安心な標準的初期診療が行えるようになることを目的としている。多職種によるグループワーク形式で、救急医療で遭遇する 4 領域の精神科的問題を抱えた症例の検討を通して対応法を学ぶものである。研修は半日ではあるが、参加の前には PEEC ガイドブックの熟読が求められている。すでに全国各地で展開されているが、山口県ではまだ行われていない。

本会の「精神科救急についての意見交換会」においては、山口県の精神科ハード救急については、精神科病院の努力もあって一応の安定したシステムとして整備されているというコンセンサスを得た形となった。精神科クリニックの医師にも相応の負担をという意見もあるが、ほとんどのクリニックは一人体制であって、時間外の対応は困難なことが多い。それでも、多くのクリニックは、精神科救急情報センターに協力医療機関として登録しており、要請に応じて情報提供している。また、多くの精神保健指定医は、精神保健法第 24 条「通報」の場合などに、休日夜間を問わず警察署などに赴いて緊急の精神障害者の措置診察に協力している。一方で、ソフト救急をなんとかすべきではないかとの意見があり、これは未解決の問題である。ソフト救急を、精神科患者本人、家族あるいは近隣からの相談や救急要請などの場合と考えると、山口県では「こころの緊急電話相談」（0836-58-4455）が県立こころの医療センター内に 24 時間体制で設置されているが、十分とは言えない。この辺りが、ひき続いて今後の課題となろう。この交換会での議論では、「結局困った時にはよく知っている先生に相談」といった意見もあり、よく言われる顔の見える関係の大切さも改めて確認されている。

最後に、精神科救急において国際的にも非常に注目を集めている取組みについて紹介したい。フィンランドで行われるようになった「オープンダイアローグ」（開かれた対話）という手法である。概略は以下の通りである。発症直後の急性期、依頼があってから 24 時間以内に「専門家チーム」が結成され、患者の自宅に出向く。本人や家族、そのほかの関係者が車座になって座り「開かれた対話（ミーティング）」を行う。この対話は、患者の状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。対象は最重度の統合失調症を含むあらゆる精神障害をもつ人で、驚くべきはその治療効果である。この治療で服薬を必要としたのは全体の 33%、２年間の予後調査で 82%に再発がないかごく軽微であったという。統合失調症の急性期すらミーティングを主体として乗り切るこの方法は、俄かには信じがたいが、詳細は成書を参照していただきたい。オープンダイアローグが実際に日本で導入されるには、まだまだ時間がかかるであろう。しかし、すでに取組みが始まっている ACT（包括型地域生活支援 Assertive Community Treatment：重い精神障害を抱えた人が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、さまざまな職種からなる専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラム）と組み合わせることで、将来、精神科救急医療に大きな変革が起きるのではないかと妄想を膨らませている。

参考文献

1.「救急現場における自殺企図者への対応状況調査報告書」
一般社団法人山口県医師会　2015 年３月
2.「救急医療における自殺未遂～過量服薬、自傷行為をめぐって～シンポジウム」
日本精神神経科診療所協会誌　41 巻３号
2015 年５月
3.「オープンダイアローグとは何か」
斎藤 環 著＋訳　医学書院　2015 年

夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集

山口県医師会報・平成 28 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認いただきますようよろしくお願いいたします。

原稿の種類

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

字数

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

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	**電子メール又は USB/CD-R の郵送**	**7 月 4 日**
②手書き原稿	郵送	6 月 27 日

原稿送付先

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

備考

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

郡市医師会長会議

と　き　平成 28 年 2 月 18 日 (木)　16：00 ～ 17：10
ところ　山口県医師会 6 階会議室

開会挨拶

小田会長　「平成 27 年度第 2 回医師国保通常組合会」に引き続き、お疲れ様でございます。

まず、中央情勢についてです。平成 28 年度の政府予算案につきましては現在、国会審議中でありますが歳出規模は過去最大の 96 兆 7,218 億円となっており、そのうち社会保障費は 31 兆 9,738 億円で前年比 1.43％増、医療関係では 0.5％増の 90 兆 2,739 億円となっております。

28 年度の診療報酬改定については、病院・診療所の苦しい経営状況や医療従事者の賃上げがもたらす経済効果など、政府に強く訴えかけてきたところですが、その結果、診療報酬本体 0.49％、医科本体 0.56％のプラス改定となりました。薬価などのマイナス改定で、全体として 8 年ぶりのマイナス改定となりました。しかしながら診療報酬本体がプラス改定になったことは一定の評価ができるものと思っております。

昨年、問題が多々ありました地域医療介護総合確保基金については、医療分は昨年と同額の 904 億円、介護分も同額の 720 億円が拠出されました。先の都道府県医師会長協議会における基金の説明では、厚労省が都道府県行政に対して、基金 2、3 の事業のうち、従来補助金で実施してきた事業総額を基本として配分を調整する方針であると伝えております。この“基本”という表現は既存事業は保障されるという意味であり、従来の補助金で実施してきた事業、例えば看護師等養成所運営補助金などの事業は、国庫補助事業と同程度の補助をするということであります。また、内示の今後についても、1 回で済むようにと改めて強く思っておりますが、厚労省も財務省と交渉中で、調整が進められているところです。

昨年から取り組まれている地域医療構想については、各会長先生方には大変ご尽力いただいており感謝申し上げます。2 月 24 日には県医療審議会で医療構想素案の審議、6 月には最終案が審議され、7 月に構想公示の予定です。

その後、調整会議などがありますが、本会としては引き続き情報を収集するとともに、郡市医師会の皆様方と連携して県行政に対して言うべきことは言い、主張するべきことは主張していく方針であります。

昨年 10 月からスタートしました医療事故調査制度については、施行から 4 か月が経過しておりますが本県では 1 件発生しており、鋭意取り組んでいるところです。全国的にも遺族からの特段の訴えがない医療事故調査支援センターへの該当事例の報告を見送るケースがあるようですが、この制度自体が医療の質の向上、安心安全、再発防止を目的としたものであることを今一度、認識しておくことが大事です。日医は本年 6 月に医療事故調査制度の見直しを行うとしており、今後、支援団体のスタッフ等を対象とした研修会を開催し、制度の円滑な運営に努めることとなります。

最後に、今年は役員改選期で、すでに郡市においては臨時総会が開催されているところもあるとお聴きしております。医療を取り巻く環境は、国、地方において一段と厳しさを増しておりますが、山積する諸問題の解決に向けて県民・国民の医療を守る立場から、日医と郡市医師会の皆様と連携して組織強化を行い、強い医師会を目指していかなければいけません。本会としては全力で取り組む所存なので郡市医師会の会長先生方におかれましては、本会への引き続きのご指導・ご理解を賜りますようお願いいたします。

本日の会議では本会から 5 つの議題を提出しておりますので、ご審議のほどよろしくお願い申し上げます。

議題

1. 都道府県医師会長協議会について

吉本副会長　1 月 19 日に開催された第 3 回都道府県医師会長協議会に、日医の理事として出務している小田会長の代理として出席した。

都道府県医師会から提出された 9 題の質問・要望について日医執行部から回答があり、その後、日医から 3 つの事項についての報告が行われた。本県からは、全国健康保険協会船員保険部長名で、「船員手帳健診の結果データの提供について」という照会の文書が、全国の「船員手帳健診実施機関の長」宛に送付されている問題を取り上げた。平成 20 年に開始された特定健診・特定保健指導では、受診率により後期高齢者支援金が加算・減算されるため、どの保険者も受診率向上については頭を悩ませている。船員保険の場合、年 1 回の船員手帳健診を受けていない者は船内労働に就労できないことを活用し、船舶所有者に対して、就労中の被保険者の船員手帳健診のデータを入手して提供するように呼び掛けてきたが、期待されたほどにはデータ収集は進んでいないのが現状である。そのため、今回は船員手帳健診の実施機関に対して、健診データの収集が可能かどうかを問い合わせたということである。しかしながら、健診実施機関から船員手帳健診のデータを保険者側に直接送付することになれば、実施機関は複雑な特定健診の制度説明や、個人情報保護の責任を負わされることにもなりかねない。そこで日医から中止の申し入れを行っていただきたいという趣旨の質問を行った。

これに対して日医は素早く対応し、会長協議会開催前の 1 月 5 日に協会けんぽ船員保険部長をはじめ担当者を呼び、このことを指摘した上で日医に対して事前に何も説明がないまま、すでに全国 1,400 か所の船員手帳健診実施医療機関に対して調査が実施されていることに強く抗議するとともに、今後二度とこのようなことがないよう重ねて要請したとのことである。国土交通省主管の本制度では、船舶保有者に船員手帳の確認義務を負わせるものの健診データの保管義務はなく、船長に保管義務が課せられているため、乗船中に船長からデータの提供を受けることは事実上困難である。労働安全衛生法の規定に基づく事業主健診と同様の取扱いにして、船舶保有者にもデータの写しの保管義務を持たせるようにすれば、船舶保有者を通じて協会けんぽがデータを抽出することが可能となり、船員手帳実施医療機関の手を煩わせることなく事業が遂行できることとなる。また、船員手帳証明書には検査結果を書き込む枠のみが用意されており、問診等の項目はないとのことである。

これらの状況から日医は厚労省に対し、①船舶保有者に対する船員手帳健診結果の写しの保管、②船員手帳健診と事業主健診の仕様の統一、の 2

出席者

郡市医師会長

大島郡	嶋元　徹	防府	神徳　眞也
玖珂	河郷　忍	下松	篠原　照男
熊毛郡	近藤　幸宏	岩国市	小林　元壯
吉南	田村　正枝	小野田	西村　公一
厚狭郡	河村　芳高	光市	平岡　博
美祢郡	坂井　久憲	柳井	前濱　修爾
下関市	石川　豊	長門市	天野　秀雄
宇部市	矢野　忠生	美祢市	藤村　寛
山口市	吉野　文雄		
萩市	中嶋　薫		
徳山	津田　廣文		

県医師会

会長	小田　悦郎	理事	沖中　芳彦
副会長	吉本　正博	理事	香田　和宏
副会長	濱本　史明	理事	中村　洋
専務理事	河村　康明	理事	清水　暢
常任理事	弘山　直滋	理事	舩津　浩彦
常任理事	萬　忠雄	監事	山本　貞壽
常任理事	林　弘人	監事	武内　節夫
常任理事	加藤　智栄	監事	藤野　俊夫
常任理事	藤本　俊文		
常任理事	今村　孝子	広報委員	吉岡　達生
理事	武藤　正彦		

点について早急に検討するよう要請したとのことであった。

その他の協議題並びに日医の回答及び報告事項については、『日医ニュース』第 1306 号をご参照願いたい。

2. 一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正について

河村専務理事　日医が平成 27 年度から研修医会費の減免（無料化）を実施したことを受け、本会でも研修医の会費を 28 年度から免除（無料化）することとし、会費徴収規程の一部改正を行う。なお、この件については平成 28 年 5 月 19 日開催予定の第 177 回臨時代議員会に上程することになっている。

3. 医療事故調査制度について

林常任理事　2 月 16 日に日本医療安全調査機構からプレスリリースされた「医療事故調査制度の現況報告」について報告する。

平成 27 年 10 月 1 日から 28 年 1 月末時点において、医療事故報告受付件数は 115 件で、病院 103 件、診療所 12 件、診療科別では内科、外科、整形外科、産婦人科、精神科の順に多い。相談件数は 729 件で、医療事故報告の判断と手続き、そして院内調査に関するもので 4 分の 3 を占めている。医療事故調査報告（院内調査結果）件数は 15 件、センター調査の依頼件数は 1 件のみである。なお、本県では 1 件発生しており、報告書も完成しセンターにも報告済である。

4. 地域医療構想について

弘山常任理事　昨年、各圏域の協議会で検討されてきた地域医療構想は、1 月末に県が素案の案を作成し、その後、健康福祉センターあるいは保健所から各医療圏の策定協議会委員（郡市医師会長等）へ説明し、意見を聴取されている。

目標年次は平成 37 年（2025 年）、区域は岩国、柳井、周南、山口・防府、宇部・小野田、下関、長門、萩の 8 医療圏で、主な内容は①本県の現状（人口、医療機関数、病床数等）、②平成 37 年の医療需要を踏まえた必要病床数（目指すべき指標）、③ ②をはじめとした医療提供体制を実現するための施策である。①について、全圏域で人口が減少し、平成 37 年には総人口が約 125 万人となる一方、75 歳以上の人口は増加し約 28 万人となる見込みである。②について、国が示したレセプト（診療報酬）データ等に基づき、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の 4 機能別に医療法等に定められた算定方式により推計。慢性期については、より緩やかな移行を目標とするパターン C を適用、推計に当たっては、構想区域に居住する住民の医療需要に基づく「患者住所地別」、現在の構想区域間の患者移動を前提とした「医療機関所在地別」に算定。必要病床数の推計結果については、構想区域間の調整では、流出入が多い岩国、柳井、周南の間においては一部調整がされているが、高度急性期は医療機関所在地別、急性期・回復期・慢性期は患者住所地別で推計されている。都道府県間の調整では、島根県との間の萩医療圏においては、たまたま急性期と慢性期がプラスマイナス 0 ということで病床数の増減なしである。広島県との間の岩国及び柳井医療圏においては患者住所地別推計によることとなり、それぞれ出入りがあるが広島県への流出 169 床を本県に計上してよいということである。福岡県との調整は下関医療圏になるが、福岡県は医療機関所在地別の医療需要として推計するということで下関への流入が 21 あることから、福岡県からの流入 21 床を本県に計上している。③について、目指すべき医療提供体制の実現に向けては、医療機関の自主的な取組みを基本とし、「病床機能の分化・連携」「在宅医療の推進」「医療従事者の確保」のための施策が重要である。

この案から、若干の修正があって最終的な素案が小田会長も出席する 2 月 24 日開催の山口県医療審議会で審議され、その後、パブリックコメント、市町や保険者協議会等からの意見聴取が行われ、5 月頃に最終案が作成され、再度、県医療審議会や県議会の委員会の審議を経て、7 月に公示される予定である。

構想には、“達成すべき指標” で、病床を機械的・強制的に削減するものではないということが記載されることになった。

構想策定後、各圏域に設置される「地域医療構想調整会議」がどのようなものになるかが注目され、県においても進め方は未定のようだが、議論の内容を－その進め方を含めて－本会としても注視していきたいと思う。

郡市医師会の先生方におかれても、問題点等が出てきたら県と協議していきたいと考えるので、本会にもご報告いただくようお願いする。

5. 郡市医師会からの意見、要望

(1) 地域医療介護総合確保基金（医療分）予算の確保について

神徳会長（防府）　防府看護専門学校は設立以来、多くの看護師、准看護師を輩出し、そのほとんどは地域の医療機関に就職している。県内の国公立の看護師学校、看護大学の卒業生は約 6 割が県内の医療機関に就職するが、残りの 4 割は県外に就職している。われわれと一緒に働いてくれる看護師の養成は地域で行わなくてはならないと考えているが、本学校の運営は大変厳しく、講師謝金を医師のボランティア精神により低額に抑えるなど懸命に努力を重ねているものの、その歳入の約 2 割を国庫補助金等に頼っている状況にある。

しかしながら、国の平成 27 年度における地域医療介護総合確保基金（医療分）の原資となる医療介護提供体制改革推進交付金（医療分）の当初（27 年 7 月）の内示額は各都道府県の要望と大幅に乖離した額であった。その後の全国知事会等の懸命なご尽力（要望活動）の結果、10 月の追加内示により事業実施は可能になったものの、28 年度についても大変危惧されているところである。従来の国庫補助事業からの振替事業であるこれらの事業については、今後も継続実施することが不可欠であることから、国の 28 年度の医療介護提供体制改革推進交付金（医療分）の配分に当たっては、各都道府県が必要とする事業費を確保し、早期に配分されることを強く要望する。

“先ずは隗より始めよ”で、該当医師会が、それぞれの地域の関係機関（市・県行政、地元選出国会議員等）に実情を訴えてご尽力いただくことが今後も必要であると考えるので、よろしくお願いしたい。

弘山常任理事　平成 28 年度の地域医療介護総合確保基金（医療分）については、先月開催された「都道府県医師会長協議会」において、日医の釜萢常任理事から「28 年度配分に関して、① 28 年度以降も事業区分Ⅰの事業（地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業）に重点化した配分を行うこと、②区分Ⅱ（居宅等における医療の提供に関する事業）、区分Ⅲ（医療従事者の確保に関する事業）のうち、従来、補助金で実施してきた事業相当額を基本として配分額を調整すること、などの方針が厚労省から各都道府県へ示されている。また、内示の方法については、27 年度の混乱を踏まえて、内示は 1 回で行うよう厚労省に強く要請しており、厚労省も財務省と交渉中である。」との情報提供があった。

なお、この配分方針については、1 月 18 日付で厚労省から各都道府県へ事務連絡されているところである。

医師会立の看護師養成施設は、従来の国庫補助金（27 年度から基金）が収入の大きな割合を占めており、この補助金なくして養成所施設の運営は非常に困難な状況であり、少なくとも、従来の国庫補助金相当額を確保していくことが重要である。

したがって、特に看護師養成施設を持たれている郡市医師会におかれては、ぜひ、地元市長、地元選出県会議員、国会議員等にも実情を訴えていただきたいと思う。

昨年の 12 月県議会においても、一般質問で取りあげられたように、地域から大きな声を上げていただき、郡市医師会と本会が一緒になって、予算の確保に努めていく必要があると考える。

本会としては、国、県の動向を注視していくと同時に、これまで同様、まずは基金の財源の 1/3 を負担している県に対して、県予算においても十分な財源を確保するよう引き続き要望していき、併せて、これら基金に関する財源の確保や問題点等を、県及び日医に対して訴え、国へ働きかけていくので、引き続きご支援・ご協力いただくようお願いする。

(2) 看護学院に対する補助金増額のお願い

河村会長（厚狭郡）　本医師会運営の厚狭准看護学院は、設立後 55 年が経過し、延べ 821 名の卒業生を輩出し、准看護師、看護師として地域の診療所、病院、介護施設等で活躍しており、地域への貢献度は高いと考える。本会は小規模ながら准看護師養成事業を医師会の中核的事業と位置付け、看護職に就く人材の育成に永年努力してきたが、その収入の 99％を授業料等の校納金と県・市補助金に依存し、支出の 79％が職員給与、講師謝金、実習謝金という収支構造で、厳しい運営を強いられているのが現状である。

昨年夏の補助金カットというニュースがトラウマになっており、また、財務省主導の国の方針として平成 28 年度以降、全額保障の確約はできないとのことなので、自助努力として、経費削減は言うまでもなく、26 年度には授業料のほか医師会費を 1.7 倍に上げた。また、看護学院の授業料も県のトップレベルまで上げ、受験料もアップした。さらに市の補助金の増額も市へ要望し、唯一税金の使い道が指定できる「ふるさと納税」を複数の会員が利用して協力しており、本会ができる最大限の自助努力は行ったと思っている。

次に公助だが、昨年同様、国会議員や県議会議員､知事を通して国へ要望を行っていただきたい。

そして共助だが、医師会の仲間である県医師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。

加藤常任理事　看護職員の養成については、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」第 4 条にあるように本来、国や県が責任を持って養成等に必要な措置を講じるべきものであるが、これまで各郡市医師会のご努力により、看護職員の養成を行い、地域医療を支えてこられた現状にあることは十分承知している。

本会としては、各看護学院（校）の現状等については､例年 4 月に実施している各看護学院（校）に対する「基本調査」によって、受験者数や入学者数の推移、生徒数、卒業生の状況、国家試験、准看護師試験の合格状況、授業料等校納金などについての把握に努めている。また、例年 6 月に開催している郡市看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会等においても要望等をお聞きし、それらを踏まえて関係機関である県や国、日医に対してさまざまな機会を捉えて要望活動を行っている。

医師会立の各校においては定員を上回る応募者があり、卒業生は県内医療機関への定着率が約 90％と他の看護学校より高く、地域医療の確保に多大なる貢献をしている。今後も医師会立看護学校への期待は大きいものがあると認識している。

こうしたことを踏まえて、毎年、本会として准看護科へ 7 校合計 420 万円、看護科へ 4 校合計 200 万円を助成している。また、日医からの助成として、准看護科へ 7 校合計 112 万円、看護科へ 4 校合計 40 万円、県医と日医の総額 772 万円を助成している。

併せて生徒数やへき地加算などの基準に基づき、国・県の基金により看護師等養成所運営費補助金が交付されている。学校の規模などにより、各校の歳入に占める運営費補助の割合も 12％から 31% である。約 900 万円～ 3,100 万円が各校へ交付されている。平成 26 年度の交付金総額は約 1 億 3,960 万円になり、27 年度分についても総額で 1 億 3,850 万円が確保されている。

これらの補助金に加えて歳入の一部となる各校の授業料収入、生徒数の増減はあるが、各校の授業料の値上げなどの対策によって、着実な運営がされていると思われる。

医師会立看護学院（校）への助成金の増額については、平成 27 年度を 26 年度及び 25 年度と比較して授業料収入、基金の交付額等に大きな落ち込みはないことなどから、現状では、本会からの助成金について 28 年度も 27 年度と同額とさせていただきたいと思う。自助努力、共助、公助ということを言われたが､厳しい財政状況もあり、働きかけは十分行うが、現状維持が精いっぱいである。厚狭郡医師会は准看護学院を持っておられるが、周辺の小野田、美祢地区には学校がなく、また、最近は介護施設へも看護師がたくさん就職されると聞いているので、そのような施設からの運営費の補助というものも配慮していただければ

ありがたいと考えている。

河村会長　今の回答では物足りない思いもする。10 年間の補助金の推移のデータがあるが、山口県は平成 17 年度は 859 万円だったが 26 年度は 894 万円と 40 万円アップしている。日医も 17 年度は 10 万円だったが 26 年度は 16 万円と 6 万円アップしている。県医師会は 60 万円が続いており、数字だけ見ると応援の気持ちが少し足りないと感じる。理路整然と回答されたが、運営はそんなに順調ではない。これを契機に看護職の養成事業から撤退されるところも出るのではないか。医師会員がボランティア精神で講師を務めて成り立っている事業である。金銭的にも肉体的にも、ぎりぎりのところで頑張っている。もう一度、元気の出るような回答を期待している。

小田会長　本会からの助成の増額については、28 年度からというのは難しいかもしれないが、検討させていただく。

神徳会長　防府医師会員の講師料は、基本的には交通費だけである。看護学校の学生を一生懸命教えている教員の給与は、周辺の民間の看護師養成所より安い。医師会が一生懸命、看護教員を養成しても、数年経ったら給与の関係で本学校を辞めて、民間の学校へ移っていくのが実情である。学校の運営は非常に厳しいことをご理解いただきたい。

小田会長　この 20 年間で全国的には、准看の生徒数は 3 分の 1 くらいになっているらしい。養成施設も約 3 分の 1 に減っている現状もある。これは補助金が少ないからなのか、あるいは他に原因があるのか。

加藤常任理事　准看護師の学校は 1993 年 4 月は 603 校で 32,163 人、2013 年には 243 校に減少、生徒数は 10,742 人となっており、約 3 分の 1 に減っているのが現状である。少子化の影響もあると思うが、もう少し広い範囲で対応していくことも考慮しなければならないかもしれない。厚狭郡医師会立の准看護学院を卒業した生徒も山陽小野田や美祢地区へ就職しているのではないか。

近藤会長（熊毛郡）　熊毛郡医師会には養成所はないので、近隣の柳井医師会が養成してくださる准看護師や大島郡の看護学校を卒業された看護師を採用している。受益者負担ではないが、県内の准看護科を卒業された方を採用された医療機関は、広い意味での公助の気持ちを込めて出身の学校に運営費の補助を出すシステムも、持続可能性の高い准看護師養成システムを維持するために必要なことではないか。県医師会が集中して補助金として配賦する形式が良いのか、現実的に受益者（看護師を採用した医療機関）が、看護師が勤務している間、供出金を出すシステムが良いのか。長い目で見ると、受益者がある程度負担することが良いと思うが、他県ではそういうことは行われているのか。

加藤常任理事　すぐにはわからないが、准看護師や看護師は不足しているので、新たに養成所を作るべきとの声も少しはある。広い範囲で維持していくのが良いのではないか。他県の例を参考にしていきたい。

（3）産業医の報酬について（ストレスチェック制度について）

河郷会長（玖珂）　ストレスチェック制度が開始されたが、産業医が高ストレス者の面接指導を行う際の報酬基準を県医師会で示していただければ、各事業主と交渉しやすくなるのでお願いしたい。例えば、高ストレス者の面談には 1 件 5,000 円、企業に出向いて面談すれば 10,000 円など、ある程度の基準を出していただければ幸いである。

なお、この制度が始まって以来、産業医を辞退する先生が増えてきており、新たに産業医を受託していただける先生を紹介してほしいとの要望が出てきているが、小さい医師会なので個別に対応していただくようお願いしている。

藤本常任理事　昨年 12 月に改正労働安全衛生法

が施行され、労働者数 50 人以上の事業場でストレスチェックを実施することとなった。基準額については、先に日医で開催された産業保健活動推進全国会議においても同様の質問があったところだが、日医も厚労省も「基準額を示すことはできない」と回答されたところである。その理由は「産業医と事業場との個別の契約であり、かつ、事業場の規模によってさまざまであるので全国で統一した基準は難しい」とのことであった。

また、本件に関して中国四国ブロックの各県医師会へ問い合わせたところ、すべての県において基準となるものを出さないとの回答であった。その理由としては日医の見解と同様で、事業場と産業医との個別契約であることから関与しないということ、加えて独占禁止法に抵触することを懸念しているという理由であった。併せて産業医報酬の目安を公表している別の医師会へも問い合わせたが、やはり独占禁止法に抵触する部分を懸念しており、現在、検討中との回答であった。

以上のような状況を踏まえ、本会として基準をお示しすることは難しい。例えば外部委託機関が行っている報酬額や、労働者健康福祉機構が行っている 50 人未満の事業場を対象としたストレスチェック実施促進のための助成金額等を参考にすることはできると思われる。いずれにしても今後、課題等の検討を行い、産業医部会にもお諮りし結論を出していくこととしたい。

なお、本制度が導入されたことによって産業医を辞める先生がおられるという件については、本制度は事業主に対する義務であって産業医に対する義務ではない。したがって、産業医が実施しないということであれば、事業主が業者を探さなければいけない。

（4）民間中小病院の産業医について

河郷会長　今後、中小の病院での産業医に法人の代表者又は理事長・病院長はなれなくなる。自分の病院のために産業医資格を維持していたのに、自院の産業医になれないということで、どこの病院も困っている。役職のない勤務医や外部の医師に頼むしかなく、今までなかった出費も増える。この制度を維持するためには開業医の協力がなければならないと思うし、民間中小病院では経営者でも産業医が行えるように再検討をお願いしたい。

藤本常任理事　平成 27 年 11 月 5 日付で日医から「産業医の選任の改善について」という通知があった。内容は、産業医として選任できる者の事業場等における役職について、労働安全衛生法又は同規則で制限は設けられていないため、企業の代表取締役、医療法人の理事長、病院の院長等が産業医を兼務している事例がみられ、事業者を代表する者や事業場において、その事業の実施を統括管理する者が産業医を兼務した場合、労働者の健康管理よりも事業経営上の利益を優先するという観点から、産業医としての職務が適切に遂行されないおそれもあるため、改善するよう求めているものである。

経緯については、平成 26 ～ 27 年にかけての国会において、院長が産業医を兼ねることについて、①産業医の業務を実施する時間を十分に確保できない、②労働者の健康管理に立脚した判断ができない、③院長の職務と産業医の職務は利益相反に当たる、という 3 つの論点から、適切に産業医の職務が遂行できないのではないかとの問題意識で審議が行われたところである。

これを受けて、日医としては短時間での制度の変更は現場が混乱するため、平成 27 年 9 月 2 日に産業保健担当副会長並びに常任理事が塩崎厚生労働大臣のところに出向き、本件施行までの準備のための猶予期間を十分設けていただくように要望されたところである。

その後、2 月 1 日に国において労働安全衛生規則の一部を改正する省令案が出され、現在、パブリックコメントが実施されているところである。

こうしたことから本会としては、これまでの経緯と国会の審議、労働安全衛生規則の一部を改正する省令案の趣旨からしても、再検討を要望することは難しいと考える。引き続き国の動向等を注視していく。

6．その他

「医療機関に退蔵する水銀血圧計等の回収事業」

についての概要と本会の方針を**加藤常任理事**が説明した。郡市医師会長からは、この事業は単年だけなのか、継続して行うのかとの質問をいただいた。とりあえずは 3 月 3 日の郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会にて回収事業の詳細を説明して、今後の対応を考えたい。なお、本会報平成 28 年 2 月号に関連記事を掲載しているので、参考にしていただきたい。

傍聴印象記

広報委員　吉岡達生

平成 27 年度の第 2 回郡市医師会長会議が平成 28 年 2 月 18 日に開催され、広報委員として傍聴した。とくに今回の会議は、予備知識がないと、よく分からない議題が多かった。内容を誤解しているかもしれない。ご了承ください。

議題 1．都道府県医師会長協議会について

『日医ニュース』No.1306（2016.2.5）に詳細が報告されている。

協議（1）「ORCA の外部事業化について」、当時は公益法人化予定の日医が、受益者負担として ORCA ユーザーなどから費用を徴収することが難しいという見解もあった。そこで、執行部内で検討して、政府系ファンドである地域経済活性化支援機構（REVIC）と合弁契約を締結し、「日本医師会 ORCA 管理機構（株）」を設立した。検討過程において会員への説明ができなかったことを日医の担当常任理事が詫びている。さらなる実績の積み上げを期待する。

協議（8）「消費税の対応について」は、「仕入れ税額控除が可能になるとともに、小規模医療機関の事務負担に配慮すること」が大切である。解決方法を選択する上で対応すべき課題として、次の 4 点を指摘している。①過去の診療報酬上乗せ補てん分について、②いわゆる 4 段階税制が存続できるか、③自由診療でいただく消費税について、④事業税非課税措置存続への影響である。

さらに、協議（9）「医療の控除対象外消費税問題の抜本的解決に向けて」は、さらに困難な課題である。平成 28 年度税制改正大綱に「平成 29 年度税制改正に際して結論を得る」と解決の年限がはっきり書き込まれたそうだ。「この 1 年間が問題解決に向けて大切な時期になる」との報告があり、良い方向での解決を期待する。

議題 5．郡市医師会からの意見・要望

看護学校運営の問題として、2 つの論点が提出された。

①防府医師会からの「地域医療介護総合確保基金（医療分）予算の確保について」、同基金の原資である国からの医療介護提供体制改革推進交付金（医療分）の配分にあたっては、各都道府県が必要とする事業費を確保し、早期に配分されることを強く要望する。額が少なくなれば、事業の存続は不可能になる。平成 28 年度についても注視する必要がある。

②厚狭郡医師会からの「看護学院に対する補助金増額のお願い」について、医師会員の講師料を抑えるなど経費を節減し、さらに授業料などを値上げし、医師会費などの値上げをしても限界がある。県医師会や日医からの補助金の増額を検討していただきたい。そう簡単に増額する予算は、存在しないだろうが・・・

また、産業医について玖珂医師会から 2 項目が提出された。

③ストレスチェック制度の下での産業医の報酬について、直接参考になる業者の実例はないようだが、基本的な考え方が県医師会から示された。さらに、④民間中小病院において、理事長・病院長は法人の代表者又は事業経営者にあたるので、その病院の産業医になれなくなるという問題。自院の産業医になれないという通知は、非常に困ったことで、再検討の働きかけを強く要望された。

平成 27 年度 第２回医師国保通常組合会

と　き　平成 28 年 2 月 18 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会 6 階会議室

Ⅰ　開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 32 名、出席議員 24 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

Ⅱ　理事長挨拶

小田理事長　本日は、ご多忙の中お集まりいただき、ありがとうございます。

さて、本日は、平成 28 年度事業計画・予算等 4 議案についてご審議をお願いすることとしております。

まず、国保組合にとって懸案事項であります所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しにつきましては、平成 28 年度から実施されることとなり、現行一律 32％の定率補助率が、各組合の所得水準に応じて引き下げられ、本組合については毎年 3.8％がカットされ、32 年度には 13％まで引き下げられることとなります。

激変緩和措置ということで 5 年をかけての引き下げですが、組合財政にとりまして大きな影響を受けることとなります。

平成 28 年度予算については、引き下げ後の補助率を用いて補助金額を算出すること等により収入減が生じておりますが、保険料を改正することなく予算編成を行うことができたところです。

なお、平成 29 年度以降については、医療費の伸び等を含めた財政状況を把握した上で、保険料の見直しを含め、総合的に検討する必要があると思われます。

また、本年 1 月からマイナンバー制度が始まり、本組合は、個人番号利用事務実施者として、先生方から提出いただく各種届出用紙等に記載の個人番号を取り扱って事務処理を行っております。

今後もシステム改修等、制度への対応を進めて参りますが、先生方のご協力が必要となりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

出席者

組合会議員

大島郡	嶋元　徹	山口市	淵上　泰敬
玖珂	河郷　忍	萩市	中嶋　薫
熊毛郡	近藤　幸宏	徳山	津田　廣文
吉南	岡村　均	防府	木村　正統
厚狭郡	河村　芳高	下松	篠原　照男
美祢郡	坂井　久憲	岩国市	小林　元壯
下関市	石川　豊	岩国市	保田　浩平
下関市	長岡　榮	小野田	西村　公一
下関市	宮﨑　誠	光市	平岡　博
宇部市	矢野　忠生	柳井	前濱　修爾
宇部市	黒川　泰	長門市	半田　哲朗
宇部市	猪熊　哲彦	美祢市	藤村　寛

役員

理事長	小田	悦郎	理事	香田	和宏
副理事長	吉本	正博	理事	中村	洋
副理事長	濱本	史明	理事	舩津	浩彦
常務理事	沖中	芳彦	監事	山本	貞壽
常務理事	清水	暢	監事	武内	節夫
法令遵守（コンプライアンス）担当理事	萬	忠雄	監事	藤野	俊夫
理事	河村	康明			
理事	弘山	直滋			
理事	林	弘人			
理事	加藤	智栄			
理事	藤本	俊文			
理事	武藤	正彦			

Ⅲ　議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

近藤　幸宏　議員

淵上　泰敬　議員

Ⅳ　議案審議

承認第 1 号　「理事の専決処分」事項について

沖中常務理事　行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律、いわゆる番号法等の施行にともない、国から国民健康保険組合規約例の改正案が示されたので、それにともない、本組合の規約第 9 条（加入の申込）を改正している。

規約の改正は組合会の議決事項であるが、この改正が平成 28 年 1 月 1 日からの施行となっていたので、国民健康保険法第 25 条（理事の専決処分）の第 2 項に該当するとして、昨年 12 月 3 日の第 14 回理事会において、「理事の専決処分」を行い、規約第 9 条の改正を議決したところである。

第 3 項に、「その後最初に招集される組合会に報告しなければならない。」と定められているので、本日の組合会において、ご報告をするものである。

新旧対照表において、「住所、性別、生年月日」の次に「、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 2 条第 5 項に規定する個人番号（以下「個人番号」という。）」を加え、「第 3 条 第 1 項 第 7 号」を第3条第1項第8号」に改め、「氏名、性別、生年月日」の次に「、個人番号」を加えている。

なお、「第 3 条 第 1 項 第 7 号」を「第 3 条 第 1 項 第 8 号」に改めているのは、平成 20 年に後期高齢者医療制度が創設された際に、該当の号が一つ繰り下がっていたが、その際に改正ができていなかったため、今回、あわせて改正をしたものである。

この改正で、加入の申込について、従来の氏名、住所、性別、生年月日等に加えて、「個人番号」を記載するとされたところである。

また、国民健康保険法施行規則の一部改正にともない、個人番号の記載が必要な届出書、申請書等が規定されたので、これにともない、本組合の規約等施行規程の一部改正について、昨年 12 月 17 日開催の第 15 回理事会で議決し、「被保険者資格取得届」や「被保険者資格喪失届」等について、「個人番号」欄を設けるなど、様式の改正をした。

これについては、昨年末に甲種組合員の先生方に規約の一部改正及び規約等施行規程の一部改正についての通知とあわせて、『平成 28 年 1 月版医師国保組合のしおり』を送付し、新様式と添付書類を示したところである。

本年 1 月からは、この個人番号欄が追加された「取得届」等を提出していただき、国保事務手続を行っている。

番号確認や身元確認といった「本人確認書類」の提出もお願いすることとなり、組合員の皆様には、お手数をおかけしているが、法に則った手続であるので、ご協力いただくようよろしくお願いする。

新旧対照表

現　行	改　正
（加入の申込） 第９条　組合に加入しようとする者は、氏名、住所、性別、生年月日、職業、使用される事業所名及び法第６条各号に関する事項（健康保険法（大正11年法律第70号）第３条第１項第７号又は同条第２項ただし書きの規定による承認に関する事項を含む。以下同じ。）並びに世帯に属する者の氏名、性別、生年月日、職業、使用される事業所名及び法第６条各号に関する事項を記載した書面をもってその旨を組合に申し込まなければならない。	（加入の申込） 第９条　組合に加入しようとする者は、氏名、住所、性別、生年月日、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第２条第５項に規定する個人番号（以下「個人番号」という。）、職業、使用される事業所名及び法第６条各号に関する事項（健康保険法（大正11年法律第70号）第３条第１項第８号又は同条第２項ただし書きの規定による承認に関する事項を含む。以下同じ。）並びに世帯に属する者の氏名、性別、生年月日、個人番号、職業、使用される事業所名及び法第６条各号に関する事項を記載した書面をもってその旨を組合に申し込まなければならない。
２（略）	２（略）
３（略）	３（略）

承認第 2 号　平成 28 年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について

平成 22 年の全国建設工事業国保組合の無資格加入問題により、国から法令遵守の体制整備が求められ、本組合では平成 23 年 2 月の組合会で、規約改正及び基本方針の策定を議決していただいた。

この基本方針の中で、毎年度理事会において、具体的な実践計画を策定し、組合会の承認を得ることと規定しており、本年 1 月 21 日の理事会で平成 28 年度の実践計画を策定したので、ご報告する。

内容については平成 27 年度分と変更していないが、1「法令遵守マニュアルの策定」では、役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅したマニュアル等を策定すると規定している。

本組合のマニュアルは平成 23 年 9 月 15 日の理事会で策定しており、②にあるように、すべての役職員に配付をしている。

2「法令遵守に関する指導・研修」では、役職員を対象とした研修を実施すると規定しているので、理事会の際にマニュアル等の確認を行うなどして研修をしている。

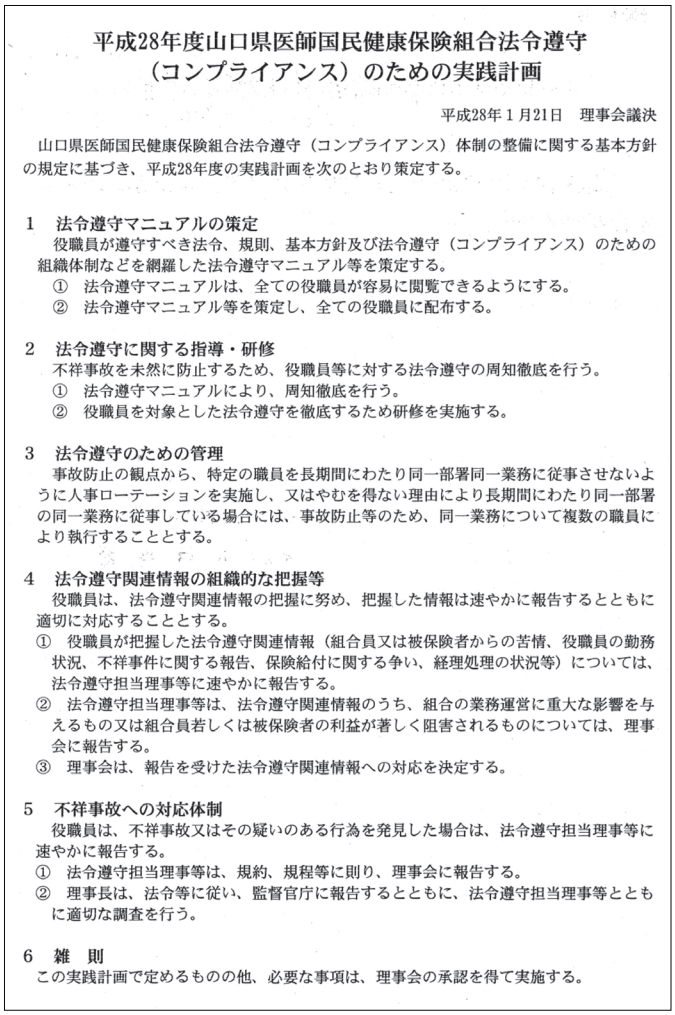
3「法令遵守のための管理」については、担当職員の業務について記載をしているが、本組合では同一の業務について、主担当と副担当の職員により業務を執行することで対応している。

4「法令遵守関連情報の組織的な把握等」では、役職員の役割等を掲げている。

5「不祥事故への対応体制」についても定めている。

以上のような実践計画に基づき、役職員ともに、国民健康保険法を始め、番号法などの関係法令に沿って厳正に業務運営を行っていく。

ご承認いただくようよろしくお願い申し上げる。



平成28年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守
（コンプライアンス）のための実践計画

平成28年１月21日　理事会議決

山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、平成28年度の実践計画を次のとおり策定する。

1　法令遵守マニュアルの策定
役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅した法令遵守マニュアル等を策定する。
①　法令遵守マニュアルは、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
②　法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。

2　法令遵守に関する指導・研修
不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。
①　法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
②　役職員を対象とした法令遵守を徹底するため研修を実施する。

3　法令遵守のための管理
事故防止の観点から、特定の職員を長期間にわたり同一部署同一業務に従事させないように人事ローテーションを実施し、又はやむを得ない理由により長期間にわたり同一部署の同一業務に従事している場合には、事故防止等のため、同一業務について複数の職員により執行することとする。

4　法令遵守関連情報の組織的な把握等
役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。
①　役職員が把握した法令遵守関連情報（組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事件に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等）については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
②　法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を与えるもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
③　理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報への対応を決定する。

5　不祥事故への対応体制
役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
①　法令遵守担当理事等は、規約、規程等に則り、理事会に報告する。
②　理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。

6　雑　則
この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

議案第 1 号　平成 28 年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

まず、本組合の主体的事業である「保険給付」についてであるが、疾病や負傷に対する療養の給付が大きなウエイトを占めており、療養の給付のほかに療養費、高額療養費等の 13 項目にわたる各種給付事業を実施する。

(2)「入院時食事療養費の支給」について、平成 28 年 4 月から標準負担額が、一食 260 円から 360 円に引き上げられる。

(4)「保険外併用療養費の支給」については、平成 28 年度から患者申出療養が創設されることから、「評価療養」の次に「患者申出療養」を加えている。

2.「保健事業」の (1)「健康診断事業の実施」については、平成 20 年度以降、特例措置として後期高齢者組合員も健康診断の対象者としている

平成28年度事業計画

1．保険給付について

⑴　療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

1　診察
2　薬剤又は治療材料の支給
3　処置、手術その他の治療
4　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
5　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の2（ただし、平成26年3月までに70歳に到達した前期高齢者については、10分の1）、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

⑵　入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）を除く）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

⑶　入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

⑷　保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

⑸　療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

⑹　訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

⑺　特別療養費の支給

組合員がその世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

⑻　移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

⑼　高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第56条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

⑽　高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の2第1項の高額療養費が支給される場合にあっては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

⑾　出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として40万4千円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに1万6千円を加算する。

⑿　葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

⒀　傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休業・休職をしたときは、21日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。

2．保健事業について

⑴　健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

⑵　健康教育事業の実施について

1．出産した被保険者に対して、月刊誌「赤ちゃんとママ」を1年間配布する。
2．被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

⑶　健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養面を加えたウォーキング大会を実施する。

⑷　高額医療費資金の貸付けについて

高額療養費の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、高額療養費の支給を受けるまでの間、当該高額療養費の支給に係る療養に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

⑸　出産費資金の貸付けについて

出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金の支給を受けるまでの間、当該出産育児一時金の支給に係る出産に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

⑹　特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について第2期実施計画に基づき実施する。

⑺　死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

⑻　医療費通知の実施について

療養費のうち、柔道整復師に係る分について患者調査を実施することにより、医療費等の通知を行う。

3．広報活動について

⑴　山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。
⑵　保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4．被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成28年3月31日までとなっているので、平成28年4月1日付けで被保険者証の更新を行う。

5．社会保障・税番号制度への対応について

平成29年7月の医療保険者等の情報連携開始に向けた対応として、システム改修等を実施する。

6．月別事業計画

月	組合会・理事会	諸会議及び研修会
4	理事会	
5	理事会	全国国保組合協会中国四国支部総会・委託研修会 全国医師国保組合連合会代表者会
6	理事会	全国国保組合協会通常総会 全国国保組合協会保健事業推進担当者研修会
7	理事会 監事会 組合会	全国国保組合協会事務長研修会 中国四国医師国保組合連絡協議会 中国地方国保事務担当者研究協議会
8	理事会	
9	理事会	全国国保組合協会職員研修会 全国国保組合協会理事長・役員研修会
10	理事会	全国医師国保組合連合会第54回全体協議会
11	理事会	全国医師国保組合連合会事務長連絡会 第15回学びながらのウォーキング大会 全国国保組合協会被保険者全国大会
12	理事会	全国国保組合協会事務長研修会 中国四国医師国保組合事務連絡会
1	理事会	
2	理事会 組合会	全国国保組合協会理事長・役員研修会
3	理事会	全国国保組合協会通常総会

が、例年約 30 名の受診があるので継続することとしている。

(6)「特定健診・特定保健指導の実施」については、平成 25 年度以降について定めた第 2 期実施計画に基づき実施する。

本組合の平成 26 年度特定健診受診率は、前年度に対し 0.6％増の 49.5％、特定保健指導実施率は 2.6％増の 7.4％となっており、ほぼ横ばいとなっていて、実施計画に定めた目標率に届かない状況である。

本組合の特定健診については自家健診を認めており、特定保健指導についても自家保健指導を認めているので、平成 28 年度の実施について積極的な受診等､先生方のご協力をお願い申し上げる。

(8)「医療費通知の実施」では、厚労省が医療費適正化の取組みの一つとして、柔道整復療養費の適正化のため、医療費通知の実施等を講じるように推進をしていることから、平成 23 年度以降医療費通知を実施している。25 年度からは本組合に届く柔道整復師にかかる療養費支給申請書について、全件、患者調査を実施することで、医療費通知に代えているところである。引き続き、全件調査を実施をすることにより、適正受療の周知等に努める。

3.「広報活動」については、医師会報の「国保組合欄」への掲載と『医師国保のしおり』の発行である。

4.「被保険者証」についてであるが、現在お持ちの被保険者証の有効期限は、平成 28 年 3 月 31 日までとなっているので、28 年 4 月 1 日付けで更新する。新しい被保険者証は、3 月 22 日以降に各郡市医師会事務局にお送りするので、ご多忙中大変恐縮であるが、該当の甲種組合員の先生方にご配付いただくようお願い申し上げる。

5.「社会保障・税番号制度への対応」については、本年 1 月から個人番号を利用した国保事務を開始しているが、平成 29 年 7 月の市町との情報連携開始に向け、既存のシステムを改修する必要があることから、対応に遅れのないよう改修作業を進めていく。

6.「月別事業計画」では、理事会、組合会の開催及び全医連や全協主催の諸会議等の予定を月ごとに示したものである。

議案第 2 号　平成 28 年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

平成 27 年度決算見込みであるが、歳入の「国民健康保険料」について、平成 26 年 12 月末の被保険者数で算出した予算額 10 億 6,663 万円に対し､決算見込額は 10 億 4,027 万 1 千円となり、約 2,635 万円の減となっている。

被保険者数が減少したことによる減収であるが、その主な要因は平成 26 年 4 月に保険料の引き上げと同時に療養の給付付加金制度を廃止したことであり、26 年度に続き 27 年度においても、乙種組合員及びその家族が脱退するケースが見受けられたところである。

「国庫支出金」については、予算額とほぼ同額の補助金収入を見込んでいる。

「繰越金」は、平成 26 年度決算剰余金の 1 億 6,827 万 8 千円となり、予算額を約 3,939 万円上回っている。

歳入合計は､15 億 1,754 万 9 千円としている。

歳出では､「総務費」について、予算額に対し約 1 千万円の残が生じている。

これは平成 27 年度に計画していたマイナンバーに関する既存システムの改修について、改修を 28 年度に先送りしたことによるものである。

「保険給付費」については､「療養諸費」に、支出の最大額となる療養給付費が含まれている。対前年度比 103％と増加しているが、予算額内でおさまると見込んでいる。

「後期高齢者支援金等」から「共同事業拠出金」は、支払基金や全協に支払う額であり、既に支出額が確定した額となっている。

「諸支出金」では、予算額に対し、約 2,178 万 5 千円の不足額が生じているが、これは平成 26 年度の療養給付費等補助金について、超過分を 27 年中に国庫に返還するもので、2,178 万 8 千円を支出する。

歳出合計額は 13 億 902 万 7 千円となり、差引残高は 2 億 852 万 2 千円を見込んでおり、これを平成 28 年度予算の第 6 款「繰越金」に計上している。

平成 28 年度予算について、本組合の予算は国から示された予算編成に当たっての留意事項に基づいた予算額を計上している。

平成 28 年度歳入歳出予算の総額は 14 億 9,527 万 5 千円となっており、前年度と比較して 2,286 万円、1.5％の減となっている。

＜平成 28 年度予算　歳入＞

第Ⅰ款「国民健康保険料」については、平成 26 年度に改正した月額保険料に、28 年度の被保険者見込み数を乗じて算出している。

従来、保険料予算額に用いる被保険者数は、前年の 12 月末日の人数としていたが、それ以降、人数が減少することにより、決算額が予算額を下回る状況が続いているので、平成 28 年度については、27 年 4 月から 12 月までの平均人員と対前年度比から見込み者数を推計している。

保険料収入は、合わせて 10 億 1,587 万円となっており、前年度予算額より 5,076 万円、率にして 4.8％の減となっている。

第Ⅱ款「国庫支出金」であるが、「事務費負担金」については平成 23 年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかることになり、0.8 を乗じて算出している。なお、医療分について、26 年度までは被保険者数（5,001 ～ 5,500 人）の区分の負担金で算出していたが、被保険者数の減少により、27 年度以降、被保険者数（4,501 人～ 5,000 人）の区分に該当するとして予算計上している。

なお、先程、理事長挨拶にもあったように、所得水準の高い国保組合の補助金の見直しが平成 28 年度から 32 年度にかけて実施される。

平成 26 年度に厚労省が実施した所得調査の結果により 11 に区分されている。本組合の「従来分」の補助率は現行の 32％から 28 年度に 28.2％となり、32 年度には 13％に引き下げられる。

また、平成 9 年 9 月以降の組合特定被保険者に係る定率補助において、新規分として現行の補助率は医療給付分が 13％であるので変更はないが、後期高齢者支援金、介護納付金については、16.4％の補助率が 32 年度には 13％に引き下げられる。

補助金見直しの影響であるが、「補助対象額」は療養給付費等の支出額により毎年度変更となるが、平成 28 年度予算額を使用して補助率の引き下げによる補助金の額を試算した。

現行の補助率で算出した見直し前の補助金は 2 億 5,483 万 3 千円であるが、平成 32 年度には 1 億 2,763 万 8 千円と半減するような状況となっている。

この補助金の減額分を保険料で補填する場合、1 人当たり約 2 万 7 千円の負担増となるが、平成 28 年度予算では見直しの 1 年目であり、その影響額も少額であること、また、予備費に 2 億 2,700 万円計上することができたので、保険料の改正をすることなく予算編成をしたが、29 年度以降については今後の医療費等の動向を注視するとともに、財源不足へのいち早い対応に努めていく。

「療養給付費等補助金」において、「療養給付費等補助金」から「介護納付金補助金」については、厚労省が示した算出方法により予算額を計上している。

療養給付費にかかる分については、従来分については補助率が 28.2％で、補助金見込額を 1 億 472 万 6 千円としている。なお、見直し前の 32％の補助率で算出した補助金は 1 億 1,883 万 9 千円となり、見直しにより約 1,411 万円の減額となっている。

なお、療養給付費分の新規分の補助率は、以前から 13％であるので変更はない。補助金見込額の計は 1 億 4,275 万 3 千円としている。

前期高齢者納付金にかかる分、後期高齢者支援金にかかる分及び介護納付金にかかる分については、当年度概算分の従来分は 28.2％、新規分は 15.7％の見直し後の補助率を用いて算出している。

特別調整補助金として 1,250 万円を計上しているが、このうち 250 万円は、平成 23 年度に新設された保険者機能強化分としての補助金であり、医療費適正化事業、適用適正化事業、保健事業が対象となっている。ウォーキング大会の経費や全国国保組合協会に支払う共通システム負担金

等について申請を行うものである。

また、事業計画で、社会保障・税番号制度への対応として、既存システムの改修については委託費と備品購入費で 1 千万円を予算計上しているが、全額国庫補助があるとされていることから、同額を補助金収入として計上している。

これら補助金を合計して「療養給付費等補助金」は 2 億 3,788 万 2 千円としており、前年度と比較して 4,871 万円の減となっている。これは補助率の引き下げによる減額もあるが、補助対象となる後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び介護納付金が減額となったことも要因となっている。

次に、「出産育児一時金等補助金」の「出産育児一時金補助金」については 1 件 42 万円の一時金支給に対し、平成 24 年度以降、10 万 5 千円の補助となっている。

「高額医療費共同事業補助金」は、全国国保組合協会が示した拠出金の支出額に対し、112 万 3 千円の補助金を計上している。

「特定健康診査等補助金」は、厚労省が示した補助単価と対象見込み者数から算出した額を計上している。

第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であるが、歳出の部の共同事業拠出金と同額の 2,245 万 7 千円を計上している。

第Ⅳ款「財産収入」は、積立金と貸付基金の利息で 10 万 1 千円を計上している。

第Ⅴ款「繰入金」は、科目存置として 1 千円を計上している。

第Ⅵ款「繰越金」は、平成 27 年度決算見込みで説明したとおり、差し引き残高の 2 億 852 万 2 千円とし、前年度より 7,963 万 7 千円増となっている。

第Ⅶ款「諸収入」の「預金利子」は、手元の事業運営資金の預金利息である。現在のところ、全額を決済用普通預金としているので利息はないが、今後、その一部を定期預金に変更することもあり、科目存置をしている。

＜平成 28 年度予算　歳出＞

第Ⅰ款「組合会費」については、前年度と同額の 258 万 1 千円を計上している。

第Ⅱ款「総務費」は、前年度より 222 万 3 千円増の 4,773 万 9 千円を計上している。なお、個人情報取扱事業者保険保険料として 12 万 8 千円を計上している。本年 1 月から、個人番号を利用した国保事務を行っているが、本組合ではセキュリティーポリシー等を作成し、その取扱い等について詳細に規定した。個人番号を含む個人情

第 1 表　平成 28 年度歳入歳出予算

（単位：千円）

歳入		歳出	
款　項	金　額	款　項	金　額
Ⅰ 国民健康保険料	1,015,870	Ⅰ 組合会費	2,581
(1) 国民健康保険料	1,015,870	(1) 組合会費	2,581
Ⅱ 国庫支出金	248,320	Ⅱ 総務費	47,739
(1) 国庫負担金	3,783	(1) 総務管理費	47,194
(2) 国庫補助金	244,537	(2) 徴収費	545
Ⅲ 共同事業交付金	22,457	Ⅲ 保険給付費	689,445
(1) 共同事業交付金	22,457	(1) 療養諸費	618,914
Ⅳ 財産収入	101	(2) 高額療養費	48,621
(1) 財産運用収入	100	(3) 移送費	100
(2) 基金運用収入	1	(4) 出産育児諸費	16,809
Ⅴ 繰入金	1	(5) 葬祭諸費	2,000
(1) 準備金等繰入金	1	(6) 療養の給付付加金	1
Ⅵ 繰越金	208,522	(7) 傷病手当金	3,000
(1) 繰越金	208,522	Ⅳ 後期高齢者支援金等	250,367
Ⅶ 諸収入	4	(1) 後期高齢者支援金等	250,367
(1) 預金利子	1	Ⅴ 前期高齢者納付金等	56,171
(2) 雑入	3	(1) 前期高齢者納付金等	56,171
		Ⅵ 老人保健拠出金	8
		(1) 老人保健拠出金	8
		Ⅶ 介護納付金	144,964
		(1) 介護納付金	144,964
		Ⅷ 共同事業拠出金等	25,422
		(1) 共同事業拠出金	22,482
		(2) 共同事業負担金	2,940
		Ⅸ 保健事業費	49,835
		(1) 特定健康診査等事業費	6,245
		(2) 保健事業費	42,590
		(3) 死亡見舞金	1,000
		Ⅹ 積立金	1,001
		(1) 積立金	1,001
		Ⅺ 公債費	1
		(1) 一般公債費	1
		Ⅻ 諸支出金	3
		(1) 償還金及び還付加算金	3
		ⅩⅢ 予備費	227,738
		(1) 予備費	227,738
合計	1,495,275	合計	1,495,275

報の取扱いについては、今まで以上に厳重にかつ慎重に取り扱うこととしているが、万が一の漏洩に備えた損害保険の加入について検討し、全国の医師国保組合の加入状況を参考にし、個人情報取扱事業者保険に加入することとし、その保険料を予算計上したところである。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める 6 億 8,944 万 5 千円を計上している。

療養給付費等の予算額は、平成 27 年度見込額に、過去 4 か年の平均伸び率 2.6％を乗じて算出している。

「療養給付費」は前年度より 1,131 万 7 千円増の 6 億 1,244 万 4 千円としている。

「療養費」は 23 万 8 千円増の 332 万 8 千円としている。

「審査手数料」は山口県国保連合会に支払う手数料であり、国保連合会が示した単価により算出している。

いずれも平成 27 年度単価の据え置きとなっているが、27 年度の実績件数から件数を減らしたことにより、予算額は 314 万 2 千円となり、わずかに減額となっている。

「高額療養費」は 4,812 万 1 千円としている。前年度に比べ、93 万円の減となっている。

第 4 項「出産育児諸費」については、40 件分の一時金と手数料を計上し、前年度と同額の 1,680 万 9 千円を計上している。

第 5 項「葬祭諸費」についても、平成 27 年度と同額の 200 万円としている。

第 6 項「療養の給付付加金」については、平成 26 年 4 月診療分以降は制度を廃止しているが、科目存置として 1 千円を計上している。

第 7 項「傷病手当金」については、100 万円減の 300 万円を予算計上している。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」の算出については、厚労省の示した算出式により、2 億 5,036 万 7 千円を計上している。前年度と比較して 1,870 万 3 千円の減となっている。なお、「病床転換支援金」として 1 千円を計上している。

平成 20 年度から病床転換支援事業として、毎年、病床転換支援金及び病床転換助成関係事務費拠出金を、社会保険支払基金へ納付することとなっていたが、20・21 年度に徴収された病床転換支援金において剰余金が発生したことから、22 年度以降は新たな徴収がないということで、本組合の予算も 1 千円のみ計上していた。

支援金については、引き続き追加徴収は行われないが、平成 28 年度から事務費拠出金の納付が再開されることとなっている。病床転換支援金は 6,243 円となったが、追加徴収がないため、1 千円を計上した。

なお、病床転換助成関係事務費拠出金については、平成 27 年度は 1 千円としていたが、28 年度においては 1,500 円を計上している。

後期高齢者支援金については、各保険者の平成 24 年度特定健診・特定保健指導の実施率により、25 年度支援金の精算時（27 年度）から支援金の加算・減算が実施され、27 年度は加算・減算のいずれにも該当していなかった。

平成 28 年度においては、加算・減算制度が一部改正され、保険者の種類及び規模を考慮した方法で各保険者の特定健診等の実施状況を評価することとなっているが、27 年度と同様に 28 年度についても加算・減算の対象ではなかった。

第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」は、厚労省の示した算式により、5,617 万 1 千円を支払基金に納付することになる。前年度より 4,480 万 5 千円の大幅な減額となっている。これは算式に使用する平成 26 年度前期高齢者（65 ～ 74 歳）の医療費実績が、前年度に比べて減少したことなどによるものである。

第Ⅵ款「老人保健拠出金」については、厚労省の示した算出式により算出をしている。

「医療費拠出金」については、科目存置として 1 千円を計上し、「事務費拠出金」は、算出された額 7 千円を計上している。

第Ⅶ款「介護納付金」であるが、厚労省から示された算定式により、1 億 4,496 万 4 千円を計上している。前年度と比較して 299 万 8 千円の減となっている。

第Ⅷ款「共同事業拠出金等」の第 1 項「共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会が示した算出方式により、2,248 万

2 千円を計上している。

第 2 項「共同事業負担金」については、「国民健康保険組合共通システム共同事業負担金」として、全国国保組合協会が示した被保険者 1 人当たり 294 円で算出した 140 万 3 千円を予算計上している。

「社会保障・税番号システム負担金」は平成 27 年度に新設した勘定科目で、被保険者 1 人当たり 322 円で算出した 153 万 7 千円を計上しており、全国国保組合協会に支払うこととなる。1 人当たりの負担金が引き上げられ、特に、社会保障・税番号システム負担金について、27 年度は 81 円だったが、28 年度は約 4 倍の 322 円となっており、負担金全体では前年度に比べ 116 万 9 千円の増となっている。

第Ⅸ款「保健事業費」では、第 1 項「特定健康診査等事業費」について、624 万 5 千円を計上している。

「役務費」において、事業主健診等結果データの提供については、平成 23 年度から実施しているが、手数料については従前どおり 1 件 1,000 円としている。

「委託料」に記載している特定健診の単価については、山口県医師会が示した平成 28 年度の額で、27 年度と同額の 10,727 円としている。

第 2 項「保健事業費」は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、4,258 万 8 千円を予算計上している。

第 3 項「死亡見舞金」については、100 万円を計上している。

第Ⅹ款「積立金」については、「第 2 目 職員退職給与金積立金」のみ 100 万円を積み立てようとするものである。

「特別積立金」と予算計上はないが給付費等支払準備金については法定積立金であり、積立すべき額が規定されている。この積立額を算出する際に、国庫補助金を控除することになるが、平成 28 年以降、国庫補助金の見直しにより、控除する補助金が減少することにより、必要となる積立額が増加することになる。

この負担増をなくすため、平成 28 年度から法定積立金の見直しが行われ、従来の積立額に比べて、積立不要額が生じるよう改正される。

2 種類の法定積立金があるが、給付費等支払準備金について、現行では、医療給付費相当分と拠出金相当分（前期高齢者納付金＋後期高齢者支援金＋介護納付金）から国庫補助金を除いた額の過去 3 年間の平均の 10％を法定積立額としていた。見直し案では、医療給付費相当分から国庫補助金を除いた額の過去平均の 1 か月分となる。

また、特別積立金については、現行では医療給付費相当分と拠出金相当分から国庫補助を除いた額の 2/12 だったが、見直しでは医療給付費相当分から国庫補助金を除いた額の 2/12 と拠出金相当分から国庫補助を除いた額の 1/12 を合算した額となり、法定積立額は各年度ともに約 3 千万円減少している。給付費等支払準備金でも、各年度とも法定積立額が半減している。

この見直しにより、取り崩し可能額が増えることとなり、今後、保険料の引き上げを検討する際に、あわせて法定積立金の取り崩しも検討できる可能性がある。

第ⅩⅠ款「公債費」は科目存置である。

第ⅩⅡ款「諸支出金」については、3 千円を計上している。

最後に、歳入歳出を調整した結果、第ⅩⅢ款「予備費」として、前年度より 3,408 万 6 千円増の 2 億 2,773 万 8 千円を計上している。

何卒、慎重審議の上、ご承認賜るようお願い申し上げる。

Ⅴ　採決

議長、全議案について順次採決を行い、議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

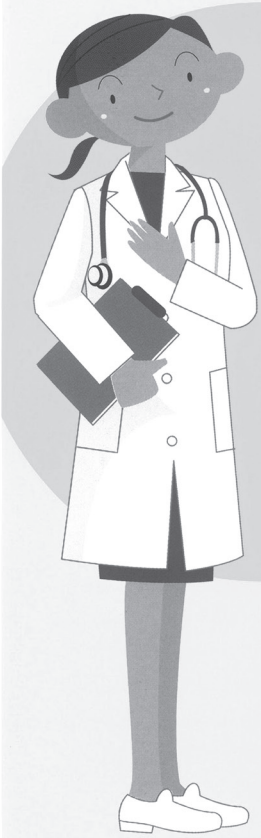
Ⅳ　閉会の挨拶

小田理事長　熱心にご審議いただき、ありがとうございました。組合を取り巻く情勢は大変厳しいものがありますが、今後とも執行部一同、健全な運営を目指して取り組む所存でありますので、引き続きご協力をお願い申し上げます。

本日は、誠にありがとうございました。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。



ホッ！これで安心。

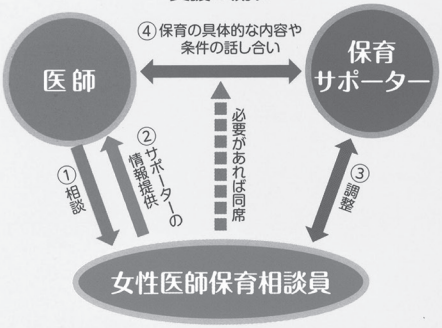
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり（子どもの食事を含む）
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

支援の流れ



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。

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

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

山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します！

山口県医師会警察医会 第 18 回研修会

と　き　平成 28 年 2 月 6 日（土）16：00 ～
ところ　ホテルニュータナカ 2F「平安の間」

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科法医・
生体侵襲解析医学分野
（法医学教室）教授　藤宮龍也 先生
山口県警察本部刑事部捜査第一課
検視官　藤井丈弘 氏

報告 : 山口県医師会警察医会会長　天野　秀雄

平成 28 年 2 月 6 日（土）、ホテルニュータナカ 2F「平安の間」において、山口県医師会警察医会第 18 回研修会が開催された。本研修会は、報告 1 題、講演 1 題であった。

進行は県医師会の弘山常任理事が、座長は警察医会会長の天野が務めた。

開会挨拶

吉本 県医副会長　本日は、多数の先生方にご参加いただき、また、警察及び消防、海上保安庁の方々についても、公務ご多忙のところ多数ご参加いただきまして、お礼申し上げます。

最近では、大規模災害がいつ起こってもおかしくない状況で、さらに大規模なテロも起こる時代となりました。こうした中、検死・検案をする先生方を確保していくことは喫緊の課題になってきたのではないかと思います。

また、わが国では、2025 年には団塊の世代が 75 歳以上となる超高齢社会を迎えます。医療費の拡大を抑制するために、入院医療から在宅医療へシフトする政策が進められており、われわれ医師は、これまで以上に居宅（自宅）や施設等における看取りをしていくことが必要になります。特に、地方では独居が多いことを考えると、孤独死がさらに増え、日常における検死・検案の業務が多くなってくることが懸念されます。

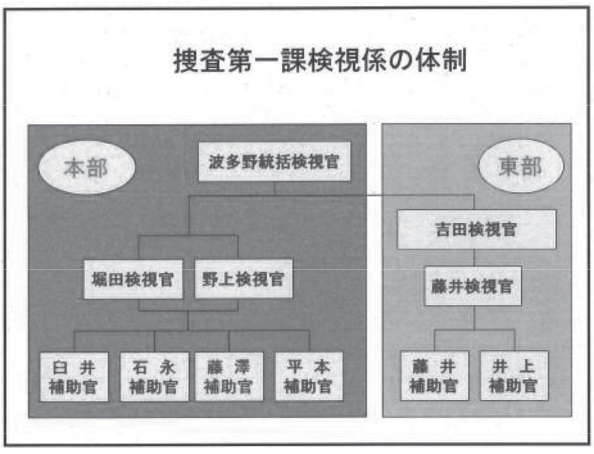
県医師会としては、引き続き警察医会を中心として県警察、消防、海保の方々とも充分に連携し、検死・検案を円滑に実施できる体制を確保していきたいと思っておりますので引き続きご支援・ご協力いただきますようお願いします。

報告

県警察本部からの報告

山口県警察本部刑事部捜査第一課
検視官　藤井　丈弘

皆様には、平素から異状死体の検視、解剖、各種鑑定等、検視業務全般にわたりご協力・ご指導をいただき、この場を借りてお礼を申し上げる。



まず、山口県警察本部捜査第一課の検視業務体制について説明する。

検視係は刑事部捜査第一課に母体を置き、山口市に本部、東部地区として岩国市に拠点を構えている。本部には統括検視官の下、警部の検視官 2

名、補助官 4 名の合計 7 名で 11 警察署を担当している。東部地区は、警視の検視官、警部の検視官、補助官 2 名の合計 4 名で 5 警察署を担当している。

死因別死者数

区分	病死	不慮の外因死							その他及び不詳の外因死			不詳の死	合計
		交通事故	転倒転落	溺水	煙火焔	窒息	中毒	その他	自殺	他殺	不詳外因		
平成27年	1601	6	33	18	5	44	3	18	287	5	85	23	2128
平成26年	1541	4	44	10	3	48	3	19	271	5	85	42	2075
対比	60	2	−11	8	2	−4	0	−1	16	0	0	−19	53

平成 27 年の死体取扱い状況は総数 2,128 体、前年比プラス 53 体、1 日当たり 5.8 体であった。死因別では、病死が全体の 75％、次いで自殺が 13％で、前年とほぼ同じ割合で、他殺死体は 5 体であった。27 年の特徴は、昨年まで減少していた自殺の数が再び増加したこと、総取扱い数が 53 体増加したことである。

過去10年間の取扱い状況

年別	総数	性別		病死	自殺	他殺	高齢者	解剖
		男性	女性					
H18	2011	1236	775	1403	392	9	1276	107
H19	2002	1233	769	1340	411	11	1295	153
H20	2061	1280	781	1487	371	8	1378	142
H21	2100	1268	832	1405	416	9	1394	121
H22	2097	1305	792	1471	369	3	1388	114
H23	2224	1357	867	1581	366	9	1542	109
H24	2239	1360	879	1620	346	6	1571	165
H25	2209	1361	848	1632	292	9	1602	164
H26	2075	1270	805	1541	271	5	1510	158
H27	2126	1224	902	1601	287	5	1587	168

過去 10 年間の取扱い状況をみてみると、総数に多少の上下はあるが、ほぼ同水準で推移しており、高止まり状態と言える。高齢者の取扱い数が、平成 18 年には総取扱い数の 63％であったが､27 年では 75％と著しく増加している。なお、高齢者の区分けについては WHO の定義に基づき 65 歳以上としている。

解剖実施状況

解剖区分	平成２６年	平成２７年
司　法	135	130
死因・身元調査法	9	25
承　諾	14	13
合　計	158	168

解剖実施状況については、総解剖数は前年の 26 年に比べて、10 体プラスである。内訳で最も変化のあったのが、死因・身元調査法による解剖で、9 体から 25 体と増加している。

症例提示

家屋内で発見された高齢女性変死事案である。当初、行政検視で取扱う予定であったが、環境捜査等により事件性が払拭できないため、最終的に司法解剖した事例になる。

事案概要は、認知時間が今年 1 月 4 日の年明け間もなくで、発生場所が周南市中心部の閑静な住宅街である。死者は 75 歳の独居女性で、当初は既往症や生活実態はほぼ不明の状態で捜査を継続している。

発見場所は居室内のトイレ前で、大量に置かれたゴミの上で倒れているのが発見された。

発見状況は、同敷地内に住む死者の兄で、最近姿を見ないこと、玄関前に大量に新聞が積まれていることによって、警察に確認してほしいとの通報があった。警察が現場に移動し、屋内で倒れている死体を発見した。この家はほぼ完全施錠で警察官は窓につけてある格子を破壊して屋内を確認して発見した。家屋の配置は、同一敷地内に兄と妹が住んでおり、ブロック塀で囲まれた敷地内に兄の居宅があり、その奥に別の棟で死者（妹）の居宅がある。木造平屋の 1 階建である。

この兄妹は、ほぼ絶縁状態で、10 年前に死者がゴミを溜めること、近所の猫に餌を与えることを注意して以来、二人の関係は悪くなり、ほぼ疎遠状態である。不仲でほとんど会話をしない。正

月も顔を合わせず、この時点でほぼ半月以上姿を見ていない状況であった。

死者の家の施錠状況については、人が出入りできる出入り口は基本的に玄関と勝手口、掃き出し窓がある。玄関、勝手口、掃き出し窓の全てが施錠されており、勝手口は外からも目張りが貼られ、鍵が開いても開閉すら不可能な状態であった。その他に高窓が 3 つあり、1 つだけ無施錠であったが、木製の格子が付いており、人の出入りは完全に不可能であった。玄関には、12 月 24 日以降の新聞が積まれた状態であった。

そうしたことから、木製の格子を破壊し中に入ることになった。高さ 1.4 メートルの高窓を警察官が椅子を使って屋内に入って確認した。入ったところからゴミが堆積した状態で、そのゴミの上で右横臥の状態で倒れている死者を警察官が発見している。屋内の状況は見える範囲に全てゴミが堆積している状態で、警察官が移動するのも困難な状態であった。少量であるが吐血、吐物があった。ご遺体には一見して大きな外傷はないため、病気で倒れたかなという状況であった。

玄関はほぼ全体にわたってゴミが堆積しており、警察官はゴミを出して出入りしていた。居間の一部に少しゴミが少ない部分があり、ここが死者の生活空間かと思われた。

現場の状況を整理すると、ほぼ完全施錠状態にあり、ゴミの堆積状態から人の出入りは困難な状態であった。ご遺体は特に争った形跡はなく、他殺を伺わせる外傷はなかった。

検視の状況は、発見時にうつ伏せであったため、腐敗による変色は若干あったが、生命に影響する外傷は認められなかった。顔面と頸部にも特異な損傷等はなかった。検視の所見は特異な外傷はなし、硬直は全て全身で緩解状態であった。死斑は鮮紅色調で、胸部右体側部に強く出現していた。これは発見時と矛盾しない状態で出現していた。腐敗は胸部に腐敗網、腹部に青藍色が若干認められた。気温の低い季節であったが、ある程度日数が経過しているものと認められる状況であった。

事件性の判断は、現場が完全施錠で争った形跡はなく、ゴミ屋敷で他者の侵入自体も非常に困難ということ、さらに死体所見も特異な外傷もないため、当初事件性なしと判断し、行政検視で検案することとなった。検案の先生に来ていただき髄液を採取したところ、血清のような色の髄液が出たが、日数が経っているために腐敗によるものか判断できかねるということで不詳の病死で検視が一段落することになった。

しかし、検視と並行して死者の身辺捜査を実施していると、家がゴミ屋敷とはいえ、貴重品が全く見つからなかった。二日間かけてゴミを屋外に搬出しながら、貴重品の捜索をしたが、ほぼ見つからなかった。生活実態の調査から、年金は A 銀行、給与は B 銀行に振り込まれて、それぞれキャッシュカードを持っており、携帯電話も所持していることがわかった。携帯電話はつながらない状態であり、その所在は明らかになっていない。自宅の捜索や職場の荷物等も確認しているが、財布や携帯電話、玄関の鍵も未発見ということで、あるはずの貴重品が全く確認できない状態であった。そこで、誰かが持ち去ったのではないかと疑問が生じ、事件ではないかとの考えに至った。

事件性の判断では、完全施錠ではあったとはいえ、鍵が未発見のため、持ち逃げした鍵で施錠したのであれば可能でないか、争った形跡はないがゴミ屋敷であるので争ってもわからないのではないか、他者の侵入は困難としていたが、実際に死者や警察官は出入りしているので、考えようによっては可能ではないか、死体の所見も特異な外傷はなかったが、薬毒物を使用しているのではないか、そうであれば痕跡は残らないのではないかということになる。そこで、我々は事件性なしと判断していたが、事件性が否定できないという状況になり、当初の行政検視を司法検視に改め、山口大学に依頼し、司法解剖を実施することとした。

事件発見から二日後の 1 月 6 日に解剖を実施し、死因は左視床部と橋延髄の出血ということで、内因性の脳出血であることが確認できた。これにより、亡くなった原因は病死と特定できるに至った。

こうした経緯を辿った症例に対して、我々の反省と教訓は、環境捜査の重要性を再認識し多角的な事件性の判断が必要ということ、積極的に解剖を実施することによって、事件性をしっかり判断できるということであった。今後もこれらの反省、教訓を生かして皆様方のご指導やご協力をいただ

きながら、犯罪死の見逃しが絶対に起こらないよう努力していきたい。

過去5年間の独居高齢者変死の取扱い状況

		H23	H24	H25	H26	H27
独居高齢者		490	499	544	484	526
高齢者	死者数	1542	1571	1602	1510	1587
	割合	31.8%	31.8%	34.0%	32.1%	33.1%
総数	死者数	2224	2239	2209	2075	2126
	割合	22.0%	22.3%	24.6%	23.3%	24.7%

今回紹介した症例が、独居高齢者の変死事案ということで、山口県内の独居高齢者の変死事案の現状についてまとめてみた。

5 年間で比較すると、1 年間におよそ 500 件前後で、昨年は前年に比べて 42 件増加している。独居高齢者が占める割合も、高齢者の死者数の中で 33%、死者数全体で見ても 25%程度と非常に高く、それはこの 5 年間ほぼ同水準と言える。なお、県警では同一敷地内であっても食事等の生活支援を受けていないものは独居として数に入れている。

次に、県警では現場における検視能力向上の観点から各種スキルアップ教養を行っているので紹介する。

警察学校において行われた検視実務専科では、山口大学法医学教室の藤宮教授、髙瀬准教授、歯科医の大空先生、済生会山口総合病院放射線科の中村先生から講義をいただいている。また、解剖実習にも山口大学の藤宮教授、白鳥先生に熱意あるご指導をいただき、参加者全員から「よい経験、勉強になった」という感想がたくさん出ていた。

昨年 11 月に警察学校で行われた多数死体訓練では、行方不明者の捜索を実際に行う自衛隊と共同で訓練を行うことができた。多くの先生方に参加いただき、多数死体発生時の流れ、医師との連携、デンタルチャートの作成要領などを訓練することができ、即実戦的に活動できるノウハウを習得するなど、よい訓練になった。なお、この多数死体発生時の訓練は、本年も引き続き実施を予定しているのでご支援をお願いする。

検視にあたっては厳正な環境捜査を推進し、慎重な事件性の判断と死因の究明によって、犯罪死の見逃し防止とご遺族の不安解消に万全を期していく覚悟であるが、そのためには、何より先生方の高度かつ専門的知見とお力添えが不可欠である。今後とも我々が行う検視業務に対するご支援ご協力を重ねてお願いして、報告とさせていただく。

Q　貴重品はどこにあったのか。
A　まだ見つかっておらず、捜査中である。

Q　最終的に、内因死の脳出血で亡くなったという結果で良いか。
A　その通りである。

講演

死体検案特論－事例を中心に－中毒・環境異常 1

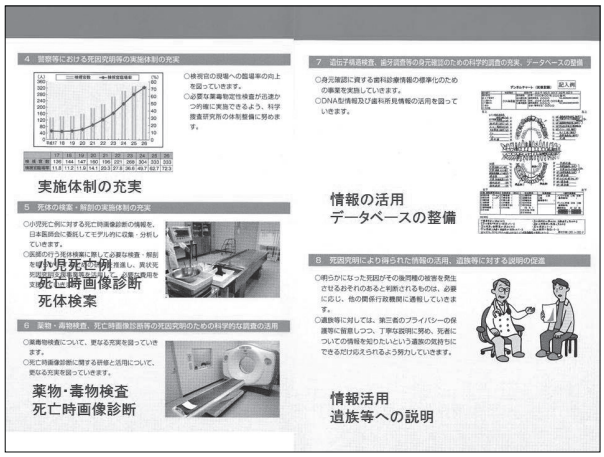
山口大学大学院医学系研究科法医・
生体侵襲解析医学分野（法医学）
教授　藤宮　龍也

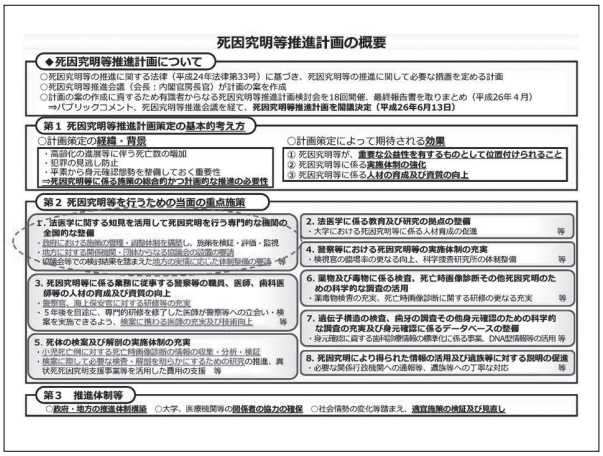
今回は、「死因究明等推進計画」の関係と、昨年 10 月から始まった医療事故調査制度について、法医学の立場から報告させていただく。そして、「環境異常」の、特に実務で悩む事例として、熱中症の時の脳血管障害の鑑別、焼死での焼損死体と他殺について、さらに凍死について、変わった事例を紹介させていただく。

○死因究明等推進計画について

山口県では、医師会と歯科医師会、県警でそれぞれに協議会・部会などがあるが、国は 2014 年から死因究明等推進計画を進めており、県知事部局と県警察、医師会、歯科医師会、大学等が協議する場ということで、各都道府県に死因究明等推進協議会を設置して活用することが提案されている。ぜひ山口県も設置して進めていただきたいので、ご協力をお願いしたい。

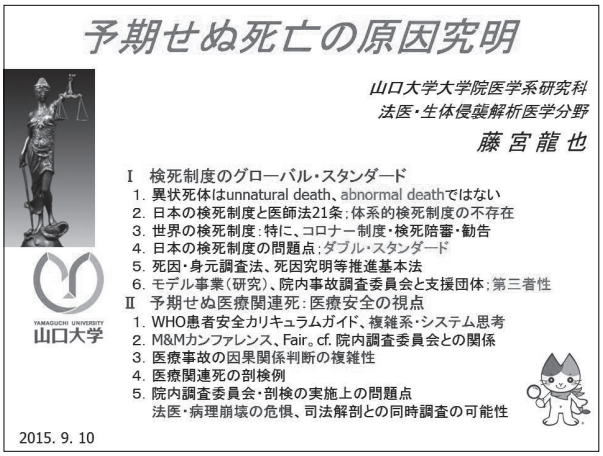
承諾解剖については、昨年から県知事部局と県警・大学等との交渉がされている。本来、承諾解剖は病理解剖であるため、警察は承諾解剖から手を引き、知事部局で所管することが模索されたところである。結果としては、解剖の状況を県知事部局に知ってもらうことに手間取り、大学に丸投げという話もあって、なかなか進まず、中途半端に止まっている。これも死因究明等推進協議会の設置と同様にぜひとも進めていただきたい。





死因究明等推進計画では、教育と研究拠点の整備、研修会の開催、死因究明の実施体制の充実、小児死亡例に対する死亡時画像診断や死体検案（解剖）の推進、薬物・毒物検査や画像診断の推進、遺伝子や歯科所見情報の活用やデータベースの整備、情報を活用した遺族への説明の促進といった 8 つの重点施策が挙げられている。なかなか現実には進んでいないが、中でも山口県では、協議会の設置をぜひ進めていただきたい。

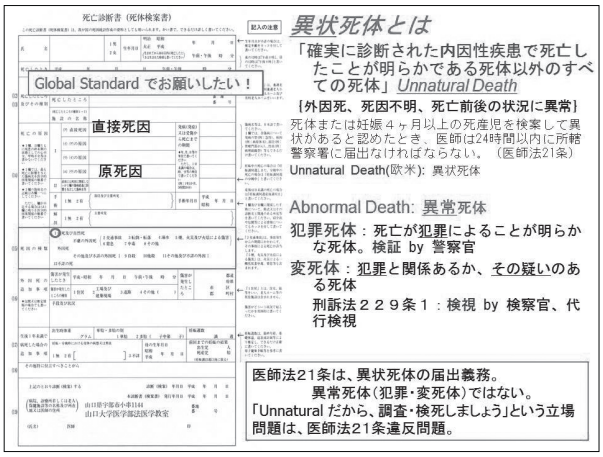
○医療事故調査制度について



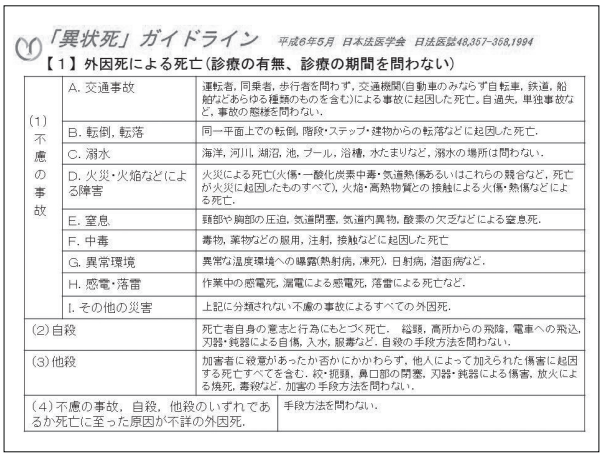
これは、昨年 9 月 10 日に開かれたシンポジウムのスライドである。法医学的に、異状死体は Unnatural death（異状死）で、Abnormal death（異常死）とは違うことを説明させていただいた。

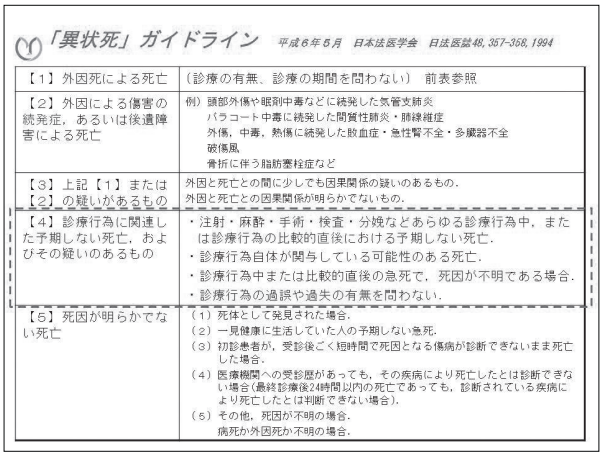
予期せぬ死亡

- 「予期せぬ死亡」とは
- 法医学的には、Unnatural death(異状死)
  医師法21条の異状死体としての届出対象
  異状死ガイドライン4：診療行為に関連した予期しない死亡，およびその疑いのあるもの
- 医療法6条の管理者の報告対象のもの
  医療に起因(疑)する死亡(死産)、
  管理者が予期しなかった死亡



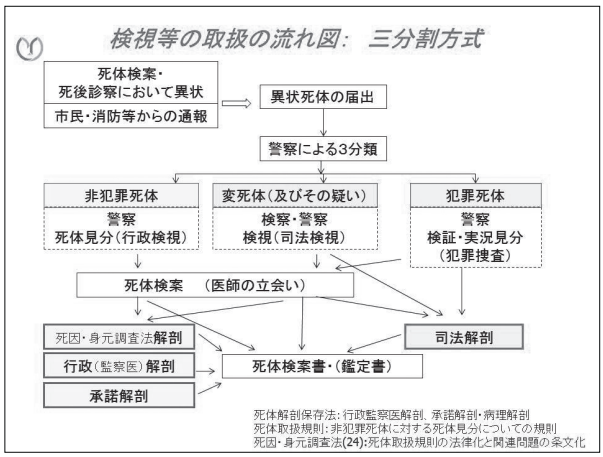
最も重要なのは、死亡診断書（死体検案書）にどういう形で反映されるかである。よく誤解されることだが、法医学では Abnormal death を扱い、犯罪死体や変死体だけを扱うと思われている。実際には、死体検案の大半が病死である。病院や医療関係者が関係するところではないところで亡くなったのが Unnatural death であり、そうした場合には死因を究明するという意味の Unnatural death であって、Abnormal death ではない。そうした死因を究明していくことが社会として重要ではないかと考えている。



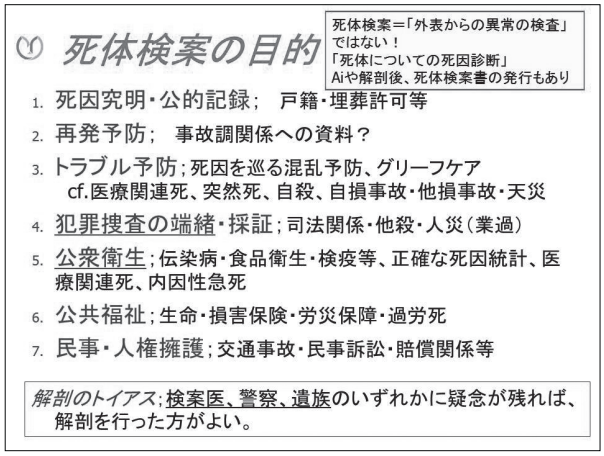


そうしたことから、日本法医学会から「異状死」ガイドラインが出されており、その中で医療関連死が 4 番目に挙げられている。これについて、医療関係者の方から、医師法 21 条の関係から“けしからん”と言われてきたところである。

しかし、法医学会は過失や過誤の有無は問わないと言っており、死因究明するためには解剖が必要であるが、承諾解剖ではなかなか解剖が進まない。このために、承諾がなくても解剖できる体制を取るという意味で、こうしたガイドラインになっている。

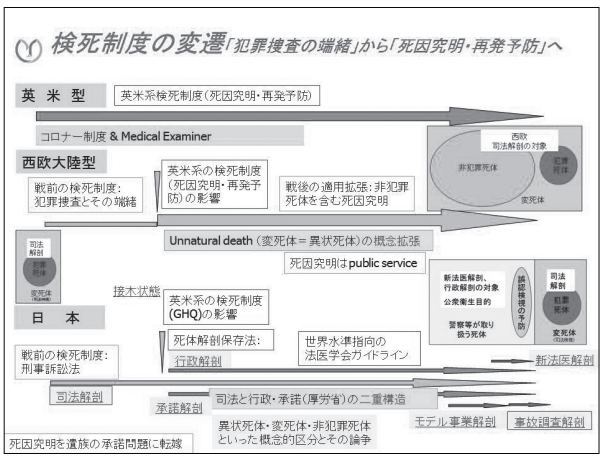


警察の検視の流れは、いわゆる三分割方式で示されることが多い。まずは、警察が外見から見て犯罪死体、被犯罪死体、変死体の３つに分割し、それぞれ処理の仕方が行政検視、司法検視、犯罪捜査へと進んで行く。最近では、死因身元調査法解剖が加わって、一部変わってきたところである。



ご存知の通り、検案は犯罪捜査の端緒だけではなく、死因究明それ自体が目標になる。検案の結果、いろいろなことがわかり、それを社会としてどう受け止めるかが死体検案の目的である。犯罪捜査をしてしまうことで、死体検案そのものが犯罪死体と関係あるかのような誤解が生じてしまうこともある。

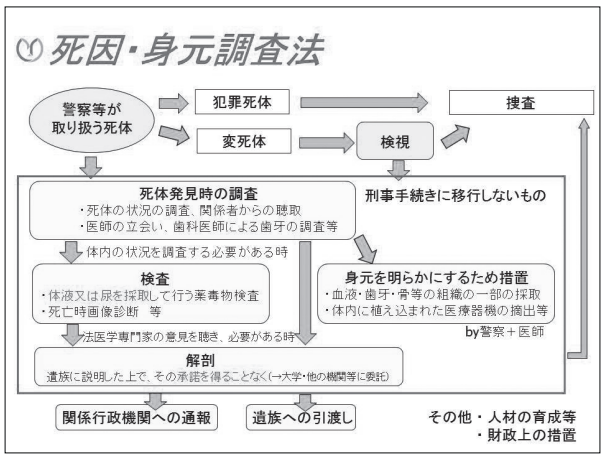
死因がわかることによって、いろいろなトラブルを未然に防ぐこと、グリーフケア、亡くなった方や周りの方が納得する状況を死因究明の情報で提供できればと考えている。



私自身は、カナダに留学している際にコロナー制度を知り、死体検案制度を研究して、日本でも紹介してきた。

その頃、死因究明の共同声明が４学会から出され、医療関連死のモデル事業などが進められてきたところである。まず死因究明を行わなくてはいけないということが主張されている。結果的に、2012 年に死因身元調査法が出来上がった。

それまでの検視制度は、警察なのか、厚労省なのか、どこが責任を持つかがわからなかったが、警察が中心となって、死因を究明する一つの部署になってもらうことでこの死因身元調査法が出来上がっている。



死因・身元調査法の意義

- 死体取扱規則の改善、法律化の意義
  体系的な検死制度（検死法）への第一歩
- 警察等が取り扱う死体(犯罪死体・変死体は除く) (第五条):
  死因3分割法の維持。刑事訴訟法の代行検視の維持。
- 検査(第五条):検査や採取上の懸案の解消、検視優先との関係整理
- 解剖(第六条):警察署長、遺族に説明した上で、その承諾を得ることなく、大学等の機関委託
- 身元を明らかにするための措置（第八条）:血液・歯牙・骨等の組織の一部を採取、体内に植え込まれた医療機器の摘出等。医師・歯科医師に行わせられる。
- 遺族等への死体の引渡し(第十条):取扱死体(犯罪死体等は除く)、遺族等へ、死因その他参考となるべき事項の説明。

この頃、ちょうど東日本大震災が起き、身元や死因をきちんと調べていくことが重要であることが認識された。私個人の解釈では、この死因身元調査法は、体系的に日本の制度が変化していく上での第一歩であると思う。

死因究明推進法:2012.6.15　~2014.9.31

- 立法背景:
  警察における死体取扱数の増加
  平成23年・約17.4万体、 10年で約1.4倍
- 「犯罪・事故の見逃し」の危惧
  検視体制の不十分さ
  検案する医師の専門性の不足
  大学法医学教室の予算・後継者不足
  解剖率の低さ・地域的なばらつき 等
- 死因究明等の推進に関する法律（死因究明推進法、H24）
  死因究明機関の全国的整備、法医学の教育・研究拠点の整備、死体の検案及び解剖の実施体制の充実、薬毒物検査、死亡時画像検査等科学的調査の活用、DNA及び歯科検査の整備、情報活用の促進等を重点的に検討し、実施することを基本方針とする。

死因究明等推進基本法:2014.9.21

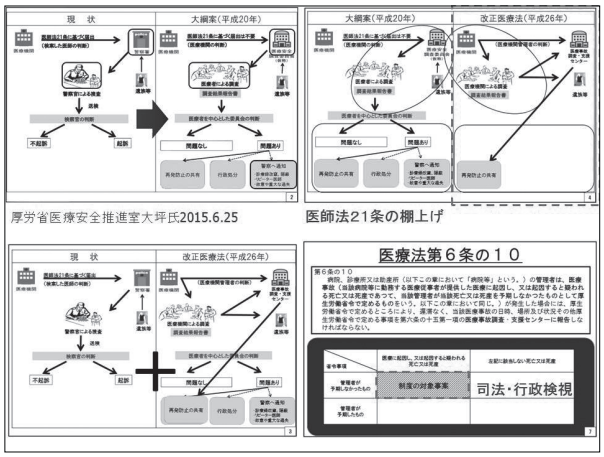
~2019.12.31

死因究明推進法は、死因究明を推進していく上で発展途上にある。医療事故のモデル事業であったものに、2014 年から死因究明制度も加わり、医療事故をどのようにするかという二本立てで動いてきた。

医療法施行規則の一部改正

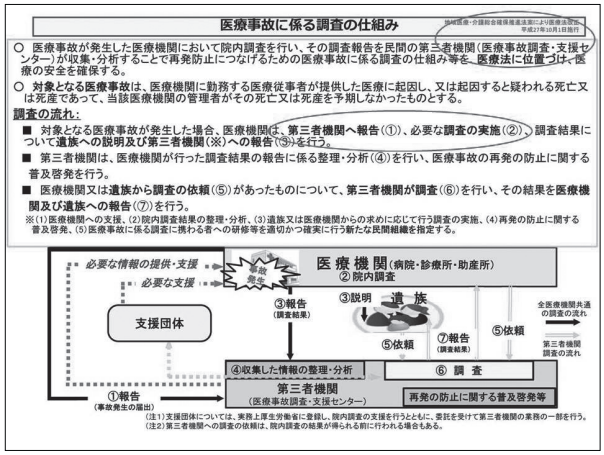
- 医療事故調査制度の施行に係る検討会　とりまとめ
  H27.3
- 医療法施行規則の一部改正（事故調部分）公布
  H27.5　第三者機関指定、支援団体の告示
- 医療事故調査制度施行
  H27.10　第三者機関指定、支援団体の告示
- 医師法21条に基づく届け出に関する取扱はこれまでと同様
- 「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産にあって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」を、医療事故として管理者が報告する

そうした中で、結果的に、平成 27 年 3 月に医療法を変えるという形で、医療事故調査制度ができたということが、法医学側からの見方になる。

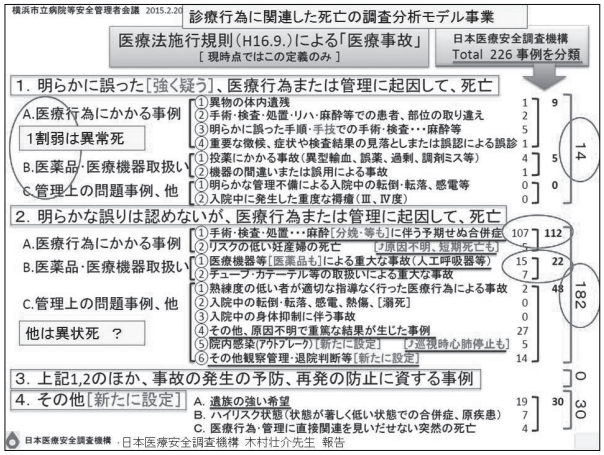


これは、厚労省の説明資料にあるものである。昔は、警察が中心になり犯罪死体を扱い、大綱案では医療事故はモデル事業で判断していくことが言われ始めた。パブリックコメントなどでは、医療事故は発生した病院等で処理し、司法等の組織で考えていただく方が良いという意見であった。

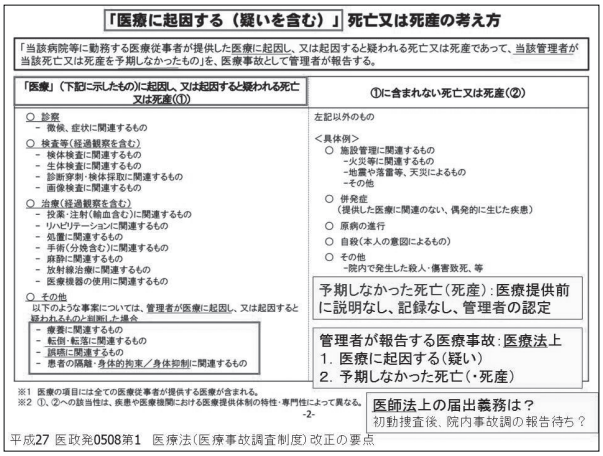
結果的には、医療法を改正する形で昨年 10 月にスタートした。医師法 21 条は結局触らず今も残っている。大野病院事件などがあり、時代が変化していく中で、警察や検察側も学習し、あまり手を出さなくなったようにも見えるが、医療側のある程度の自主性の中で、問題を解決できる形になっているかもしれない。



第三者機関として、医療事故調査・支援センターが全国で 1 箇所つくられ、医療機関で何か事故があった場合には、そこに届け出ることになる。医療安全へつなげることが眼目になっている。実質的には支援団体との中で、処理していく形になっている。

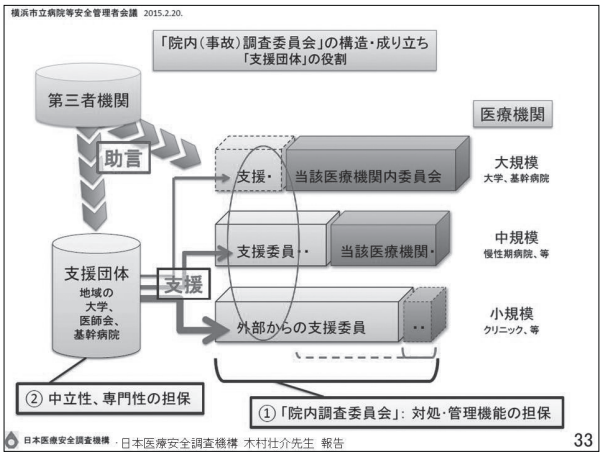


モデル事業では、226 例の事例が分類されている。明らかに誤ったことが強く疑われる医療行為、Abnormal に当たるものが約 1 割で、残りの 9 割はそうしたものではなかった Unnatural death に当たることになる。これは、実情が反映されたデータと言える。

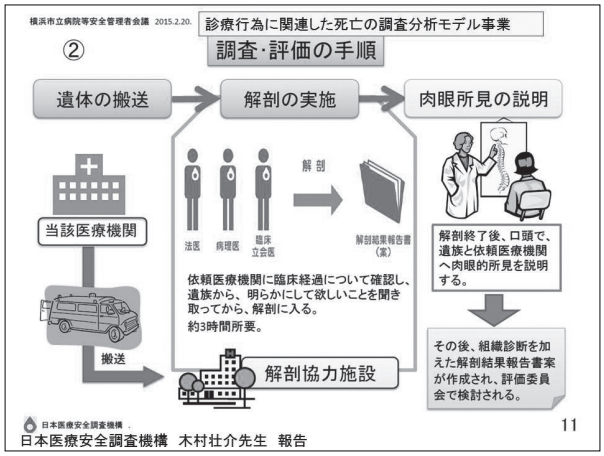


対象となるのは「医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産」に関して扱うことが定義されている。診察や検査、治療、その他について、管理者が医療に起因し又は起因すると疑われるものと判断した場合には届け出ることになる。

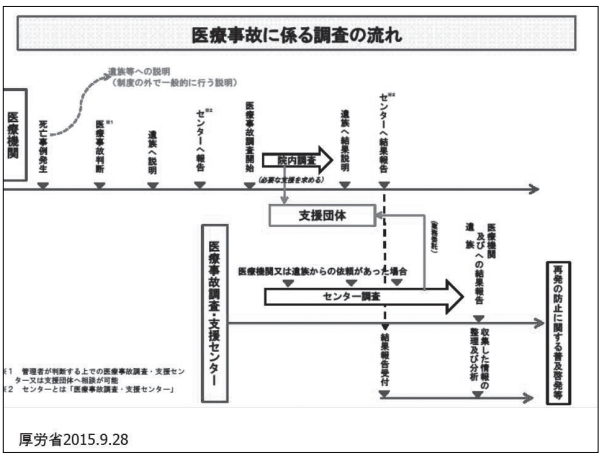
これは 21 条とは関係ないので、あくまで異状死体という考え方をとった場合には、警察に届け出ることは当然可能であり、並列の状態になっている。



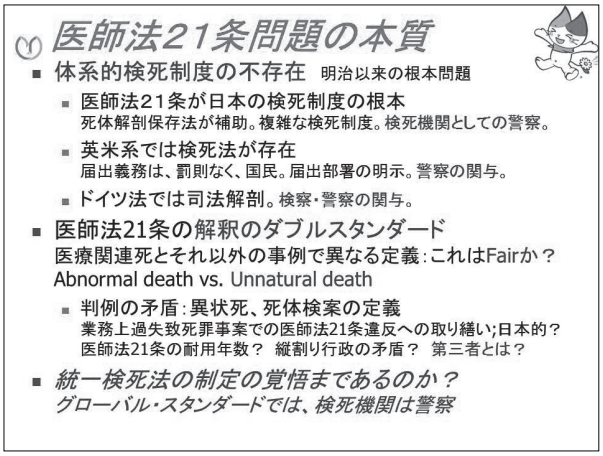
こうして届出された事例に関して、支援団体が中心に調査していきましょうということが、この医療法改正になる。大規模な病院の場合には、病院の中で解決していき、小規模のクリニックなどでは外部からの支援委員が入って対応していくことになる。



中でも、解剖に関しては、当該医療機関から解剖協力施設へ依頼されて解剖が実施されたり、またはAi等をしていくモデルが作られている。しかし、制度がはじまり、私が知っている限りでは、現時点で、山口県内では実施されていないと思われる。



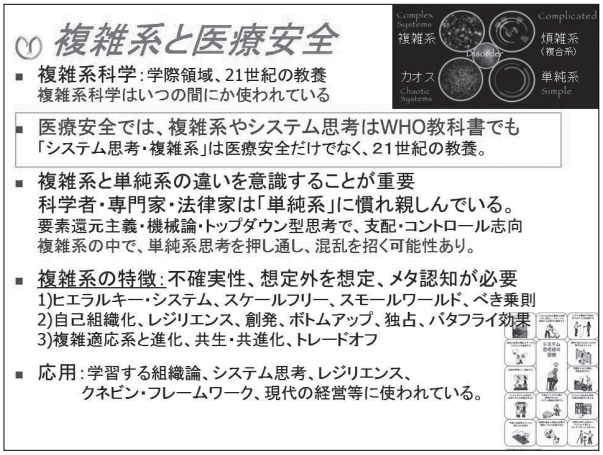
これが厚労省から出されている医療事故にかかる調査の流れである。現実問題として、医療事故が起こったと判断するかどうか、医師法 21 条に関連して警察に届け出るかどうかの判断が本来存在する。その中で、遺族に説明しながら、センターへの届け出、調査へと流れる。この図のように単純にはいかないこともあると思われる。



この医師法 21 条がなぜ日本で問題になるかというと、体系的に検死制度が存在しないからである。イギリス等では、届け出るのは医師だけでなく全国民で、罰則規定はない。日本の場合にはそうした法律がないため、医者に押し付け、罰則をつけて届け出ることになっており、そこから医師法 21 条に入り込んでいる。

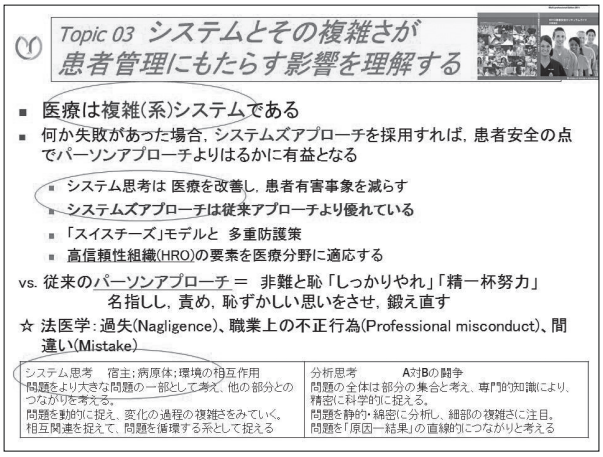
21 条自体は本来、検視制度としての機能と医療事故が起こった時の解釈という 2 つの基準、Abnormal death と Unnatural death がごちゃごちゃとなりながらここまで来たというところだと思う。

○医療安全について

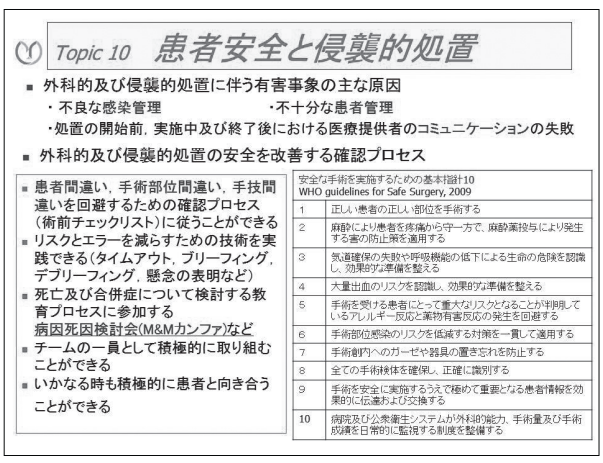


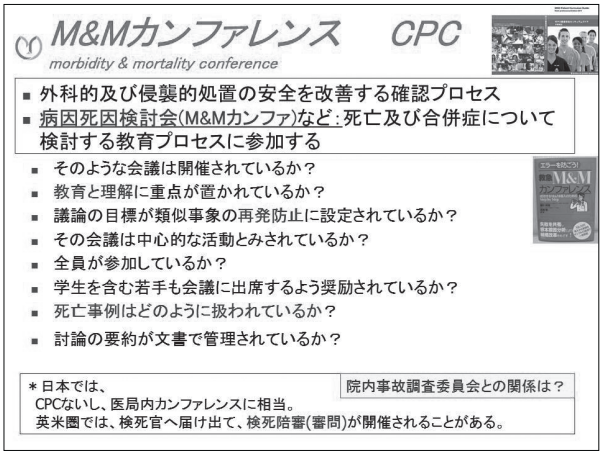
大学でも講義をしているが、医療安全の世界では複雑系ということで、システム思考が重要となる。

WHO の患者安全カリキュラムの中では、３番目に「システムの複雑さが患者管理へ影響することを理解する」、10 番目に「患者安全と侵襲的処置」として、M&M のカンファレンスを開くことが組み込まれている。

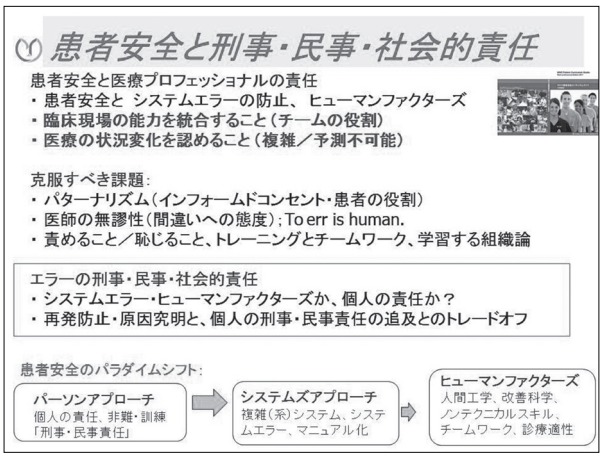


医療は複雑（系）システムであり、何かあった場合には患者安全の点でシステムズアプローチが重要になってくる。

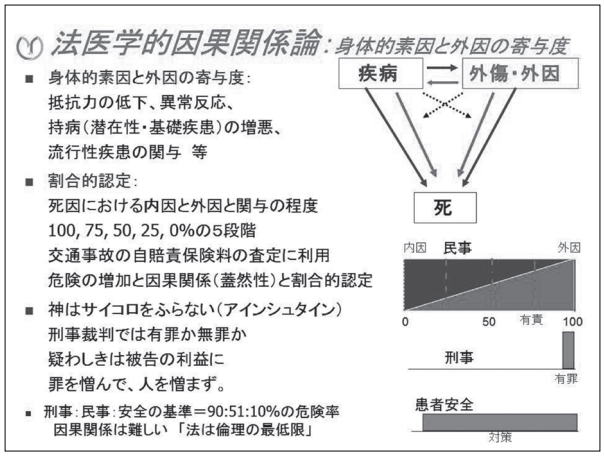




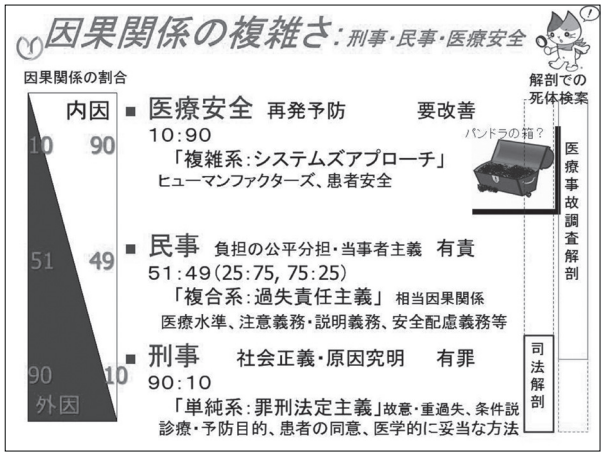
侵襲的処置の場合には、何か起こったときは病院死因検討会（M&M カンファレンス）で検討することが重要である。昔の CPC に近いが、再発予防に向けた取組みを話し合いましょうということである。ごく最近、山口大学でもこのカンファレンスが開かれるようになった。



患者安全と刑事責任、民事責任、社会的責任との関係はなかなか難しく、法律はパーソンアプローチによって誰かの責任に無理やりもっていくが、事故予防のためには、本来システムズアプローチにより、ヒューマンファクターを考えた上で、それを防ぐ方向に持っていく必要がある。

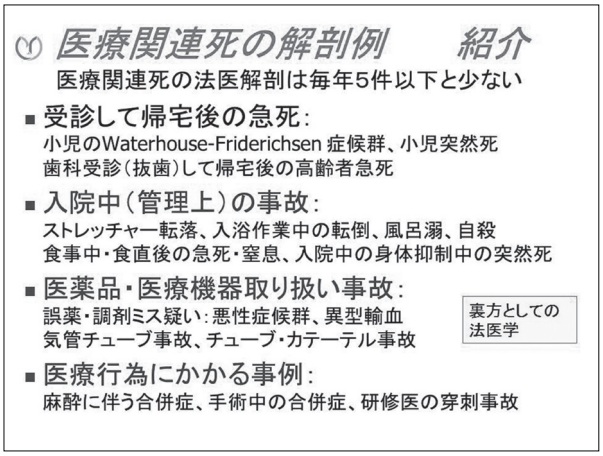


その時には因果関係が重要で、身体的な素因と外因がどういった割合で関係しているかが重要になってくる。



刑事の場合は、有罪か無罪しか有りえないことになるが、民事の場合には、いろいろな割合があり、お金の問題になる。賠償金は外因では多い、内因は少ないなどといって、裁判に発展していく。医療安全は、あくまで安全のためなのだから、少しでも可能性があれば全て対応しようとすることになる。

法医学の立場では、司法解剖の部分だけ判断していればよかったが、医療事故調査解剖が入ってくるといろいろな判断をする必要があり、非常に難しくなる。

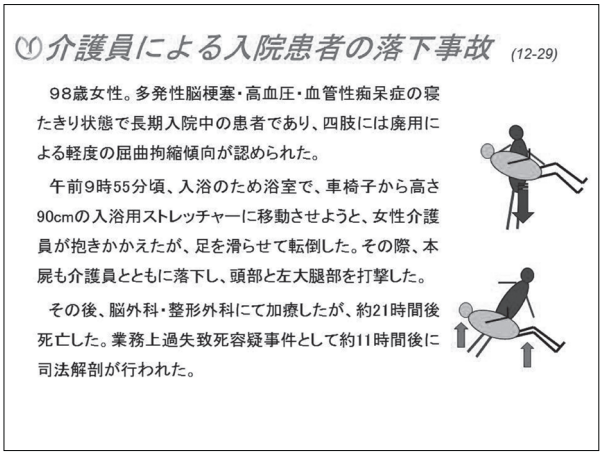


医療関連死の解剖例を紹介する。

＜症例提示＞

小児科にかかって二日ぐらいで急死した事案であり、Watherhouse-Friderichsen 症候群で、遺族はなかなか納得しづらいと思われるが、病死として説明することになった。

＜症例提示＞



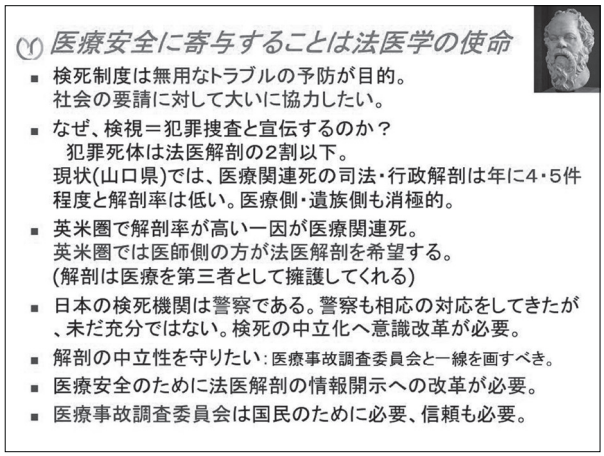
これは介護職員が入浴させようとして転倒してしまった事例である。大腿骨骨折、同時に後頭部も打撲し、頭皮下出血を起こしたものになる。転倒転落による事故死と処理されている。

＜症例提示＞

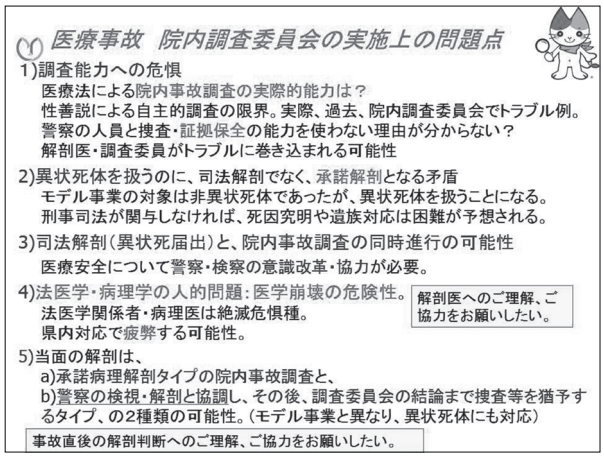
キシロカイン・ショック死の事案であり、稀であるがある。不慮の薬物中毒死となる。

＜症例提示＞

これは IVH（右内頸静脈）挿入ミスによる右総頸動脈損傷し、出血した事案である。基本的には民事で解決するものである。



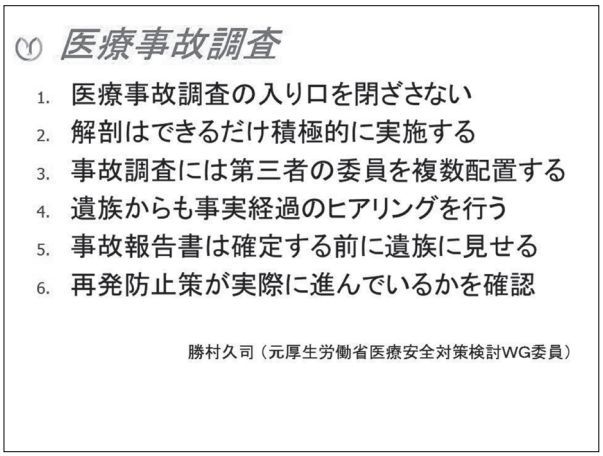
医療安全に寄与することが法医学の使命だと思っているので、法医学教室にも気軽に相談していただきたい。



医療法による院内事故調査をしていく上では、調査能力が危惧される。

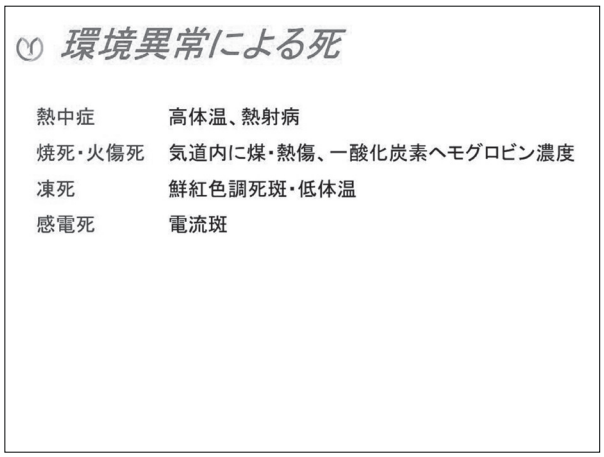
我々もカルテが本当に正しいのかどうか、そこから疑いながら難しい判断をすることになり、異状死体を扱う場合には、司法解剖ではなく承諾解剖としてスタートしている。従って、医師が本当に異状死と思われた場合には警察に届け出てもらえると、医師法 21 条で解剖していくことができるので良い。

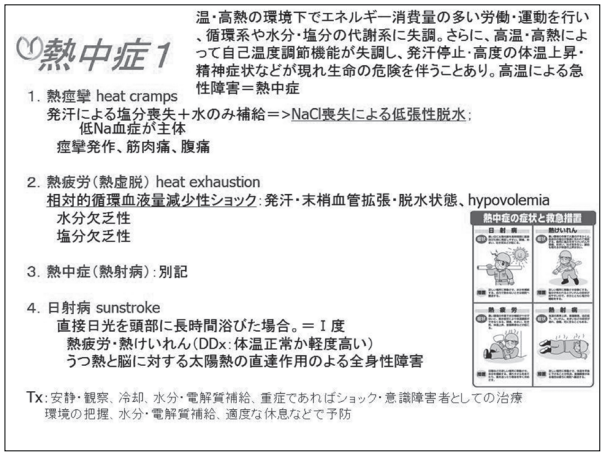
場合によっては、司法解剖と院内事故調査の同時並行があると思う。医師会側はあくまでも院内事故調査はそれ単独ですることとされているので、法医学教室としても単独でできるように人員を増員するなど体制を整えているところである。しかし、もともと病理や法医学へ進む人が少ないために、人員を確保するのは大変なのが現実である。



医療事故調査では、できるだけ積極的に解剖を実施することが言われているので、考えてもらいたい。

○環境異常による死亡事例





まず熱中症関係である。

熱中症は、熱痙攣、熱疲労、熱中症（熱射病）などが挙げられ、発汗による塩分喪失によって、痙攣など足がつるような状態になったり、脱水によってショックを起こしたりする。

熱中症(熱射病)、高体温症　heat stroke

- うつ熱により体温調節中枢が障害され、体温の異常上昇による全身性障害。
  高体温症hyperthermiaを生じ、中枢神経障害を来し、しばしば死亡例を生ずる。
  細胞は41.5℃以上でミトコン障害、42から43℃数分以上で不可逆的細胞障害
- 古典的熱射病: 高齢者・慢性疾患者・幼少児が数時間から数日の経過で発症
  努力性熱射病: 健康な若年者が過激な運動後に発症
- <発生条件>:　体熱産生亢進(激しい筋肉運動)
  体熱放散障害(高温・多湿・通気性悪い: 不十分な発汗)
  個人的条件: 肥満・飲酒・疲労・睡眠不足
- 高体温症
  直腸内温度＞40℃、多くの死亡例＞42℃、80%の死亡例＞43℃
  脳圧亢進症状: 頭痛・めまい・呼吸困難・精神錯乱・痙攣・昏睡など
  肝機能障害・腎不全・ミオグロビン血症・血液濃縮・代謝性アシドーシス
- 剖検所見:
  死後経過時間に比して高い直腸内温度
  脳腫脹、心内血が幾分粘稠性
  ミオグロビン血症、non-traumatic rhabdomyolysis、ミオグロビン尿症性腎不全
  腎の混濁腫脹、肺水腫等
- 管理責任: 高温多湿下の肉体労働。炎天下の自動車内に乳幼児放置。
  熱中症は大部分が事故: サウナ内での睡眠; 労災や児童虐待などあり。

熱中症の場合には、主に体温調節中枢が障害され、体温が 42 ～ 43℃になってしまい、細胞障害が起こる。

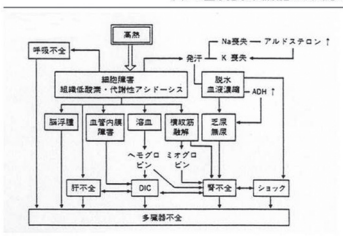
熱中症:　高温多湿環境下の全身障害

	熱痙攣	熱疲労	熱射病
原因	多量発汗	2次的循環機能障害	温熱中枢機能障害
病態	塩類喪失性脱水	血管拡張＋循環血液量減少(ショック)	うつ熱により温度中枢機能が破綻、循環・呼吸中枢失調
発症	発汗後の水分摂取で低張性脱水	脱力・嘔気・めまい等の自律神経症状	高温暴露後に突然発症(運動後に多い)
皮膚	暖かく、湿潤	暖かく、湿潤	熱く、乾燥
体温	正常	平熱以上、41℃以下	上昇し、41℃以上
症状	有痛性痙攣、頻脈、血圧低下	意識障害、頻脈、血圧低下、めまい、頭痛	初期: 頻脈・血圧↑ 進行: ショック・痙攣・昏睡・多臓器不全・DIC
治療	食塩投与・輸液	食塩投与・輸液	体温降下療法
予後	軽症	右に比し良好	死亡率高い

これらは、いわゆる熱痙攣、熱疲労、熱射病の３つに分けられ、本来別々のものになる。

熱中症

Ⅰ度	軽症(熱痙攣)	四肢や腹筋などの痛みを伴ったけいれん(発汗・電解質欠乏) 軽度の失神・めまい・頻脈(末梢血管の拡張による)
Ⅱ度	中等度(熱虚脱)	めまい、疲労感・虚脱感、頭重感、失神、悪心・嘔吐など複合ショック症状。脱水・電解質異常から脳力状態。
Ⅲ度	重症(熱射病)	意識障害・ショック症状など 自己温度調節機能の破綻による多臓器障害、死亡の危険性



熱中症の所見:

・高温環境下
・高体温
・多臓器不全

ただし、教科書の中には、重症度で書かれているものもあり、誤解を生んでいる部分があると個人的に思う。

熱中症か、脳血管障害か

年齢による差　若年者:高温環境＋運動・労働
　　高齢者:高温環境

発症時期の差　若年者:高温環境中
　　高齢者:高温環境後、経過して？夜中？

熱中症　環境異常による温熱中枢障害

脳血管障害　脱水＋脳虚血・脳梗塞

解剖医・検案医による差(災害死か　病死か？)

死体検案をする場合、最近は高齢者が熱中症にかかることが多い。本来、若い人が高温環境下で運動や労働によって起こすのが狭い意味で熱中症である。しかし、高齢者が高温環境で夜中に亡くなったものを熱中症と言われる先生も存在する。

しかし、高齢者の場合には、熱疲労でショック状態になって死亡していくか、または脱水状態が続いて脳虚血や脳梗塞を併発して死亡するかが実情と思う。

従って、「熱中症」と診断をつける場合には、解剖医や検案医によって差がある。熱中症では災害死、脳血管障害は病死となり大きな違いになるため、本来は整理していかなくてはいけない問題点が残っている領域である。

熱傷による死亡・生活反応

- 熱傷による死亡
  年齢＋熱傷面積(%)＞100:致死的
  Ⅱ度>50%、Ⅲ>30%:死の危険
  気道熱傷の合併
  死亡の大部分は二次性ショック(熱傷性ショック)hypovolemic shock
  と合併症(DIC、ARDS、MOF、敗血症など)によるもの
  児童虐待ではさまざまな治癒過程の熱傷がみられることがある。

＜死因＞

<24hr	:熱傷性ショック・気道熱傷
数日	:急性腎不全、肺水腫 (ARDS)
10日前後	:気管支肺炎、感染症
2週間以降	:敗血症

- 熱傷の生活反応:生前の熱傷か否か？
  Ⅰ度:Ⅱ・Ⅲ度の生活反応の判断根拠として
  Ⅱ度:水疱周囲・底部の発赤・紅斑(Ⅰ度)
  Ⅲ度:周囲にⅠ・Ⅱ度の熱傷
  Ⅳ度:周囲境界部にⅠⅡⅢ度火傷認められることあり。

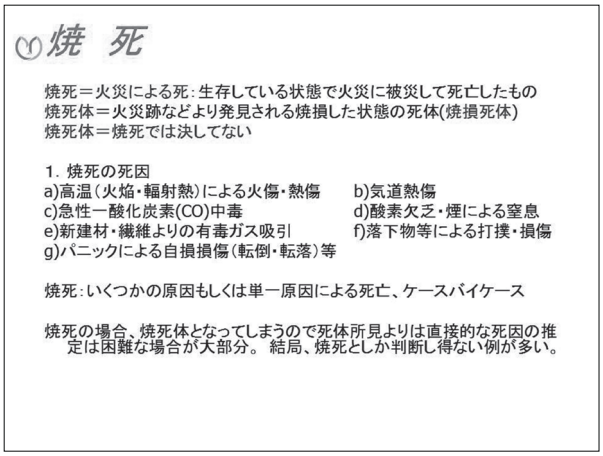
熱傷による死亡は、一日以内で死亡する場合には熱傷性ショック、数日では肺水腫や急性腎不全を起こしており、それ以上の場合には感染症などを起こして死亡するのが一般的である。

＜症例提示＞

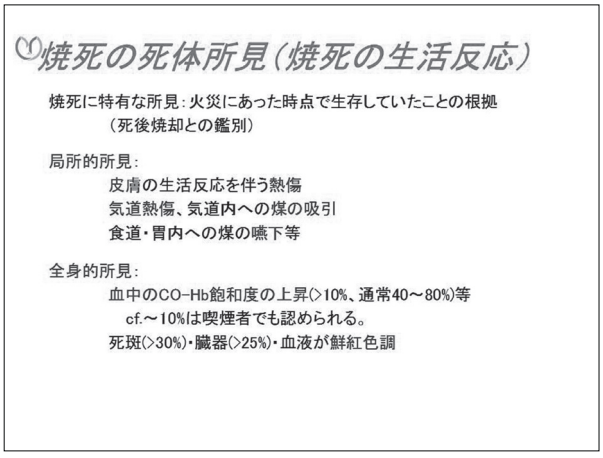
自宅の火災現場で、頸部に電気コードが巻かれ

た状態で死亡していた事案である。

火災による死亡か、電気コードによる死亡かが問題になった事案である。熱傷でも紅斑ができるので、判断は難しい。

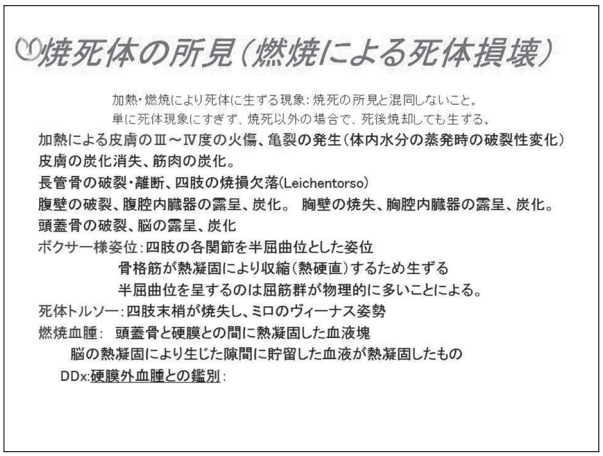


焼死は、火災によって死亡した場合であり、法医学では焼損死体という言葉を使用する。焼死は火災による死亡であって、火災現場で発見されたものは焼損死体となる。他殺体でも、火災現場で発見されれば焼損死体であり、焼死体とは呼んでいない。溺死体と水中死体の考え方と同じである。

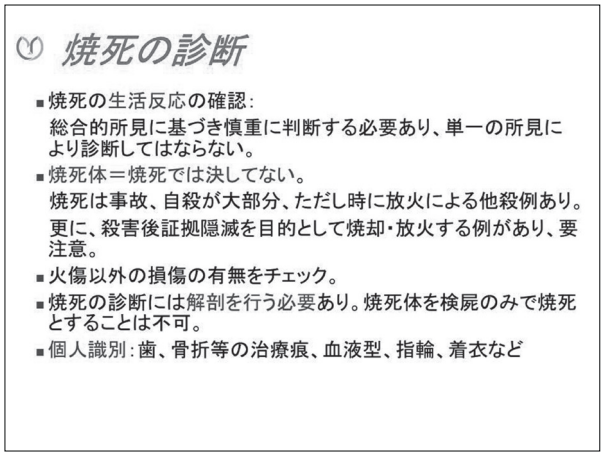


死体の所見は生活反応が重要になるので、皮膚の熱傷や気道熱傷の状態、全身所見として血中の CO － Hb など血液の状況を調べる。

焼死体の所見では、死体が高温環境下にあると筋肉が収縮して、腹筋が多い前方へ屈曲した姿勢になったり、手足が焼けて無くなってしまい、ミロのヴィーナスの様な姿勢になる。頭部周辺に熱が来ると、燃焼血腫が焼死と関係なく起こる。



法医では、死体の損壊度をⅠ～Ⅳ度に分け、イメージとしてわかりやすい様にしている。



焼死の判断は、あくまでも生活反応があるかどうかが大事であり、焼死体＝焼死ではないことを常に考えながら行っている。

＜症例提示＞

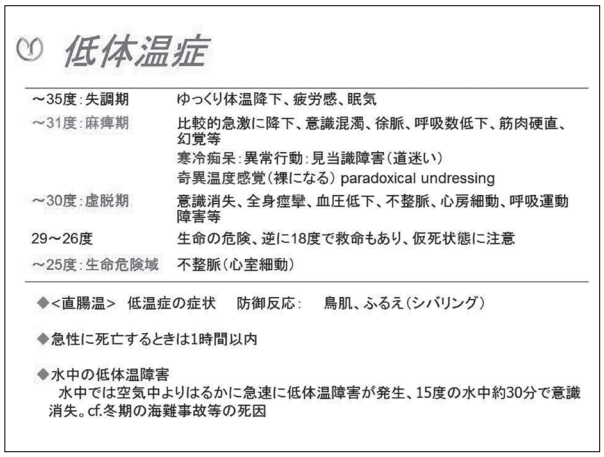
木造平屋建て家屋が全焼し、33 歳男性 A と 59 歳男性 B の高度焼損死体が発見された。A は、血液中の一酸化炭素ヘモグロビンは 49％で、気道内の煤の所見により焼死と判断された。B は腹臥位で発見され、背面に 5 箇所の刺創が認められた。気道粘膜は熱凝固状で気道内に腐敗汁があり、明瞭な煤は認められなかった。血中一酸化炭素ヘモグロビンは 10％であった。状況から、B が刺殺された後に A が焼身自殺したものと推定された。

焼死の場合、難しいのが火傷死になる。自ら灯油をかぶった場合には、すぐに身体の周りが火に包まれるため、一酸化炭素を吸うことができない状況で急死してしまう。その場合、一酸化炭素へ

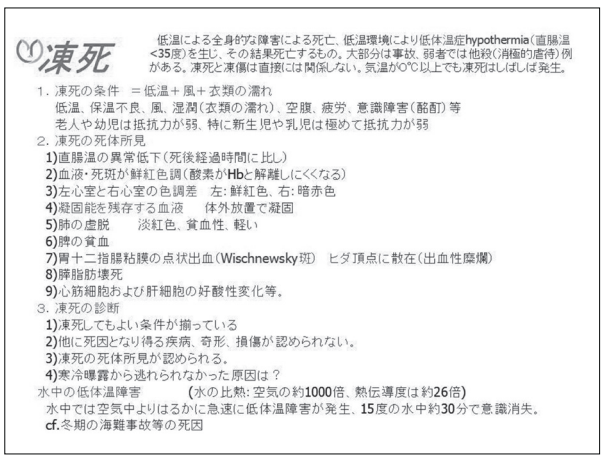
モグロビン濃度が上がらない状態になる。丁寧に生活反応があるかを見ていき、気道に煤があるかを見ていくことになる。

＜症例提示＞

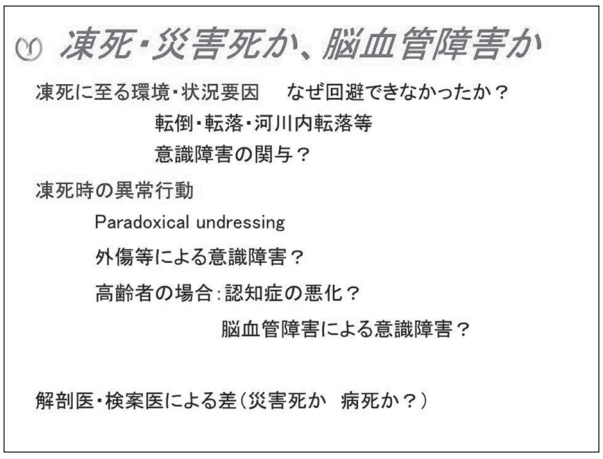
もともとうつ病の入院歴がある軽度の知的障害者男性（60 歳）が自宅火災現場に高度焼損死体で発見された。室内から灯油が検出され、自殺の可能性があることもあり、総合的な判断により自殺とした。焼損死体の場合には、常に解剖を考えながらしないと、思わぬ見逃しが起こったりする危険性がある。



体温が 35℃以下になると麻痺してくる。さらに寒冷痴呆として、異常行動をとることが知られている。見当識障害や奇異温度感覚になり、服を脱ぐといった行動をとったりする。30℃くらいになると、意識障害から全身痙攣、血圧低下などが起こり、25℃くらいから不整脈を起こし死に至る。これはある意味通常の反応である。難しいのは異常行動が取られた場合である。



凍死の場合には、低温で風、衣類の濡れなどを見て判断する。血液、死斑が鮮紅色調になり、凍死の CT 所見では、肺に何も入っていないような状態になっている。また、血管の中の血液が凝固することが凍死の特徴である。



凍死では、異常行動を取ることがあって判断が難しく、基本的に、意識のある人が凍死することはないことが大前提である。なぜ体温の低下を回避できなかったのか、転倒・転落等によるものか、意識障害などによって動けなくなったのかなど、警察と一緒に周辺捜査することが重要になる。凍死による異常行動が起こったものか、外傷による意識障害が原因なのかの判断も必要となる。

また、高齢者の場合には、認知症の悪化と脳血管障害による意識障害がどの割合で影響しているかの鑑別も必要になる。

＜症例提示＞

自宅において半裸状態で死亡。凍死で間違いはないが、四肢に多数の打撲擦過傷がある。結果的には自損と思われる。

検死をされる先生方にとっても、この辺りが悩まれるところであると思うが、そうした場合には、解剖へ回してもらえば、私どもも一緒に悩んで、納得のいく死因究明ができればと思っている。

Q　凍死の検案は難しい。

A　なぜ凍死に至ったのか分かりにくく、困る。

平成 27 年度日本医師会医療情報システム協議会
（兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会）
メインテーマ
「IT 時代における地域医療連携のあり方～『医療介護連携』『医療等 ID』について～」

と　き　平成 28 年 2 月 13 日（土）15：00 ～ 18：25
14 日（日）　9：30 ～ 15：30
ところ　日本医師会館 1 階大講堂

報告：常任理事　今村　孝子
理　　事　沖中　芳彦

日本医師会の石川広己 常任理事の総合司会により、「IT 時代における地域医療連携のあり方～『医療介護連携』『医療等 ID』について～」をメインテーマとした標記協議会が開催された。今回の担当は広島県医師会で、新たな試みとして、協議会開始前には「プレミーティング～見直そうシステムセキュリティ～」が、翌日の昼にはランチョンセミナーが行われた。出席者は 444 名（講師等関係者を含む：日医発表）であった。

1 日目（2 月 13 日）

開会挨拶

横倉日医会長　団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、国民が将来にわたって必要とする医療・介護が過不足なく受けられる社会を構築するため、昨年より各地域において地域医療構想の策定に向けた具体的な取組みが始まった。

日医としても行政と協力して「かかりつけ医」を中心とした多職種連携による、各地域に即した「まちづくり」を推進している。各地で構築・運用が進められている介護を含めた地域医療連携システムは、地域包括ケアにおいて必要不可欠なツールとなることは間違いない。

また、一方で日医は、主に患者の個人情報やプライバシー情報を守る立場から、病歴や遺伝子情報を含む医療情報については非常に機微な情報であり、利活用に関してはこれまで慎重な立場を取ってきた。

先ごろ成立した改正個人情報保護法では「病歴」が「要配慮個人情報」となり、施行されれば、病歴等の情報はいわゆるオプトアウト方式での第三者提供が禁止されることとなる。この考えは、かねてからの私どもの主張に合致したものでもあり、患者情報に対して配慮がされたことについて大いに評価している。

日医は患者の同意を得た上で、このような情報を安全・安心に扱うため、電子認証局、医療等 ID の創設についても積極的に取り組んでいる。

このような流れから、今回の協議会では、「IT 時代における地域医療連携のあり方」をメインテーマに取り上げ、「医療介護連携」と「医療等 ID」の二つをサブテーマとした。

まず、地域医療セッションでは、多職種連携の事例報告や全国調査の結果について報告してもらう。医療連携とは異なり、さまざまな職種が参加する医療介護連携においては、個人情報に対する関係者の認識の甘さから、比較的安易な方法が採られているケースも見受けられるようである。私どもとしては、患者の同意を得ることはもちろんだが、一定以上のセキュリティを保った安全なシステムで連携を行うことが最も重要であると考えており、これらを踏まえて、スペシャリストによるパネルディスカッションを行う。

また、日医 IT 戦略セッションでは、日医が政府系ファンドの（株）地域経済活性化支援機構（REVIC）と共同出資し、2015 年 11 月 4 日付で

設立した日本医師会 ORCA 管理機構（株）に関して、これまでの経緯を含め報告させていただくとともに、ORCA の将来像も含め先生方との相互理解を深めたいと考えている。

一方、本年 1 月からは社会保障、税、災害対策分野の行政手続においてマイナンバーの利用が開始された。既に先生方のお手元には「通知カード」が届いていることと思うが、個人の医療情報を保護する立場から、日医ではマイナンバーを医療の中では直接使うことのないようにと考えている。

この件に関して、日医では、医療分野等 ID 導入に関する検討委員会を設置し、番号制度の確立を中間まとめとして公表した。これを受ける形で、「『日本再興戦略』改訂 2015」には医療等 ID を 2018 年から導入し、2020 年に本格運用することが明記された。これは、私どもの主張が取り入れられた成果であると考えている。委員会ではさらなる検討を続け、ユースケースとして、保険証のオンライン資格確認、大規模データベースのリンク、PHR 及び地域医療連携の相互接続の 4 つに分け、実現可能な仕組みを検討し、27 年度中にはとりまとめを行う予定である。

明日のシンポジウムでは、マイナンバーのスペシャリストにご講演いただくので、先生方には積極的に議論を交わしていただければと思う。

Ⅰ　地域医療セッション ～医療介護連携（SNS 等）は如何にすべきか？～

座長：運営委員　登米　祐也
牟田　幹久
目々澤　肇

(1) 富山県新川医療圏における連携パス・ICT を活用した多職種連携

富山県下新川郡医師会理事　藤岡　照裕

多職種連携において、個々の医師やスタッフ間で考え方や診療スタイルが異なり、連携が円滑に機能していないのではないかとの考えから、平成 17 年より診診･病診･多職種連携による在宅医療･療養の基盤整備への取組みを開始し、連携ツールとして在宅療養実施計画、在宅終末期医療・栄養管理・ケア基本情報、在宅診療報告書からなる連携パスを構築し、これらを ICT 化して運用している。

マイクロソフト社のソフトにて連携パスを ICT で活用したところ、リアルタイムでの情報共有が可能となり、ネットワークで接続された地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、訪問リハビリテーション、居宅支援事業所、訪問介護事業所などの医療・介護・福祉連携がスムーズとなった。また、職種の垣根を越えて検討並びに協力することができ、状態に合った治療やサービスに繋げていくことが可能となり、チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者に向き合うことができるようになった。

同ソフトは米国の規格化された暗号方式が搭載され、安全性が担保されていたが、残念ながら販売終了となり、今後については検討中である。

IT を活用した情報の共有は、医療者や福祉・介護サービス側の自己満足に終始してはならず、迅速かつ正確な情報を共有することにより、患者や家族へのより良い医療やサービスの提供に繋げていかなければならない。

(2) 連携 EMA ネットワークにおける在宅医療看護支援システムの運用と医療介護連携システムに関する考察

愛媛県医師会常任理事　窪田　　理

本会では、VPN ネットワークである愛媛県医師会地域医療連携ネットワーク（以下、「連携 EMA ネットワーク」）を構築し、医療・介護の事業所種別ごとにネットワーク内の各アプリケーションへのアクセス制御を設定できる仕組みを用意している。その中で、訪問看護師と主治医との連携ツールとしての患者単位の掲示板機能と、訪問看護の業務支援機能としての訪問看護記録システムで構成される在宅医療看護支援システムを運用している。

このシステムは、訪問看護師と主治医との「医療連携」に特化させているが、医療介護連携のために必要と思われる機能は、患者・利用者ごとの掲示板機能（在宅医療連携 BBS）であると考えており、郡市医師会から要望があれば連携 EMA

ネットワークの中で、このシステムの掲示板機能を別システムとして移植し、郡市医師会単位で運用することを考えている。

ネットワークを管理する立場から考える IT を用いた医療介護連携システムにおける諸問題は、①ガイドラインについて大多数は存在すら知らないか理解できていない、②利用者の情報漏えいリスクに関する意識・知識・技術の較差・誤解、③なりすまし、④労力を含むコストに見合っているか、等である。したがって、現時点での医療介護連携は、総合的判断から電話・紙媒体を用いるのが適切と考えている。

(3) スマートフォンと医療～SNS を使った取組み～

東京慈恵会医科大学准教授　高尾　洋之

日本におけるスマートフォンの普及率は、消費動向調査によると約 60％まで広がっていて日常生活には欠かせないものとなっており、医療の中にもこの波は少しずつ浸透してきている。医療の ICT 化は「健康・医療戦略」の中に明記され、国策として日進月歩で進んでいる。

本大学内の取組みで開発されたスマートフォン医療連携「MySOS」「Join」「Kaigo/Kango」について、病前、病院内、病後に繋がるこれらのソリューションは、クリニック～中核病院～介護看護の中で使われている。「Join」は、院内に約 3,300 台のスマホを配備、Dr to Dr で活用されており、業務の効率化、医療費削減、入院日数の減少に貢献している。

地域医療・介護連携を SNS 基盤に日常業務から業務コミュニケーションまでを包括的に支援し、医療・介護の業務効率化、医療・介護の質の向上などに寄与しており、日頃のコミュニケーションと情報を一括管理し、災害時などにも意識せずに備えることができている。最終的には、ICT 医療を使った医師会を中心とした地域医療の活躍（医師総活躍社会）、健康～病気～介護の繋がりを支援（新しい健康 ICT 保険等）、そして医師の連携による医療の業務効率化と医療の質の向上、医療費の削減（健康寿命延伸）など、医療の最適化に貢献していきたい。

(4) “うすき石仏ねっと” でもっと地域を元気に！

臼杵市医師会医療福祉統合センター長

舛友　一洋

“うすき石仏ねっと ” は、臼杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークで、人口 4 万人を切った臼杵市の小さなネットワークだが、既に 7,500 枚以上の “石仏カード”（フェリカカード）を発行している。石仏ねっとは双方向性となっており、同意者による閲覧許可となっている（共有期限は 60 日）。カードは毎月 200 枚以上のペースで発行しており、近々、市民の 20％が参加するネットワークとなる。同意者（カード保持者）が石仏カードを提示することで、さまざまな機関のデータを共有できるようになっている。市内の 75％の医療機関が参加しており、平成 26 年 10 月に開始した電子化お薬手帳には 88% の調剤薬局が参加、27 年 7 月からはすべての歯科医院が参加している。なお、電子化お薬手帳は、該当箇所をクリックすると薬の写真が表示されるようになっており、大変わかりやすいと好評である。

臼杵市医師会では、医師会立コスモス病院を中心に在宅医療連携（プロジェクト Z）に取り組んできた。現場で培われた顔の見える関係を礎に、平成 27 年 12 月、市内の 90％以上のケアマネージャーが “ねっと ” に参加した。「最大の利益享受者は市民の皆様」をモットーに、情報共有、健康増進・疾病予防・介護予防、健康寿命の延伸、寝たきり・認知症患者の減少、医療費削減、救命率アップ、災害時の情報共有に励んでいる。

(5) 在宅医療介護連携に対する HM ネットの取組み

広島県医師会「ひろしま医療情報ネットワーク」統括本部長　藤川　光一

ひろしま医療情報ネットワーク（以下、「HM ネット」）のネットワークは独自に構築しているが、複数の VPN の混在は可及的に避けており、診療所や小病院も安価に診療情報を開示できる構造を構築している。また、共通 ID を発行、名寄せシステムを構築し、グループウェアの目的に応じて適宜使用している。HM ネットでは、在宅医療を行う医師の協業を支援する「共同在宅診療支

援システム」と在宅医療・介護にかかわる多職種の協業を支援する「在宅医療介護支援システム」が稼働している。前者は複数の医師が診療所の PC やタブレット PC により在宅患者のデータを共有するツールで、後者は多職種の在宅系スタッフが事業所の PC、タブレット PC、スマートフォン等を利用し情報を共有するツールである。

二つのシステムは同一のネットワーク上にあり、また、患者や利用者は地域共通 ID で管理されているため、①医師と在宅系スタッフの密な連携が可能、②在宅系スタッフも必要に応じ HM ネット内にある投薬情報、救急医療情報などを参照できる、③関連する医師や在宅系スタッフ（事業所）の変更や圏域を跨ぐ連携が容易、等の特長がある。

現在、これらのシステムに入力されたデータから地域包括ケアに必要な情報を抽出･管理する「地域包括ケアシステム DB」とそれを効率的に利用するための「地域包括ケア支援システム」を構築中である。

（6）栃木県における医介連携専用 SNS「どこでも連絡帳」と地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」の併用

栃木県医師会常任理事　長島　公之

医介連携と医療機関同士の連携では、情報共有の質・内容・関係職種が大きく異なるため、それぞれに適した 2 つのシステムを併用した方が実際に役立ち、管理も簡単で、コストも安く済む。また、医介連携には専用の Social Network Service（以下、「SNS」）が適している。

医介連携では、毎日新たに発生する問題を多職種の間で検討できるコミュニケーション機能、患者宅で利用できるモバイル機能、簡単な操作性など、SNS の持つ機能が必須と考えられる。また、利用の拡大と継続にはコストの安さが大変重要である。さらに、十分なセキュリティも必要となる。本県では、以上の条件を満たす完全非公開型医療介護専用 SNS「メディカルケアステーション」を県統一システムとして採用し、「どこでも連絡帳」と命名して現在、普及活動中である。利用上の注意点は、他の連絡方法と併用し状況に応じて使い分ける（急ぐ時は電話をかける、書類が必要な時は紙で、デリケートな内容は対面で）、利用機器とパスワードの管理、利用機器の紛失・盗難の際の対応、等である。セキュリティについては、人間が最大の危険因子であると考え、県内各地で年間 30 回以上の講習会を開催している。

一方、医療機関の連携には HumanBridge と ID-Link による県全域の「とちまるネット」を稼働中で、地域中核病院の大部分を含む 22 の病院が情報を提供し、閲覧施設として約 270 の医療機関が参加している。

2 つの連携システムを一体化するため、在宅の主治医が「とちまるネット」で取得した医学的専門情報を、他の職種が理解しやすい表現に変換して、「どこでも連絡帳」に書き込んで伝える「橋渡し」「通訳」の役割を果たしている。さらに、「どこでも連絡帳」のデータを「とちまるネット」に送信するツールも開発している。

医介連携はインフラも ICT の専門家も必要なく、少しのお金と「強い心と志」さえあれば患者や多職種にとって本当に役に立つ医介連携が実現できると考えている。

（7）医療・介護分野の ICT を利用した多職種連携に関する追加調査結果について

日医総研主席研究員　上野　智明

今回で 3 回目となる「IT を利用した全国地域医療連携」の調査では、238 か所から回答があり、概ね全国の状況が網羅できている。そのうち、医・介多職種連携システムを構築して運用している 88 か所について、追加の調査を実施した結果を報告する。なお、本追加調査は、医療及び介護を含む多職種連携を支援する情報連携システムについての現状と課題を把握し、今後の地域包括ケアシステム構築の参考となる基礎資料の作成を目的としたものである。

地域医療連携での事務局運営の平均人数については、専任者は約 1 名と厳しい数字であった。同意の取得方法は同意書によるものがほとんどで、新たに参加施設が増えた場合の対処方としては、連携先追加等の同意書によるが半数以上、他には掲示板、Web ページ等による周知（黙示同意）

があった。

医療・介護分野の ICT を利用した多職種連携のシステムの形態は、「地域医療連携システムの一部」がほとんどで、次に「介護・在宅向けシステムの一部があった。システムの用途としては、主に在宅医療介護現場の連携ツールとして利用（医師－看護師・ケアマネ・ヘルパーなど）が約半数を占めており、医療関係者同士の連携ツールとして利用（医師－看護師など）」が続いた。使用している機材（パソコンやタブレット等）について、個人所有のものが意外に多く、この点については危険であると思われた。利用者の職種は医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャーの順に多く、利用している機能はコミュニケーションツール（SNS 等）が一番多かった。導入効果ありの内訳は、関係者の協力体制が深まりストレスが減った、患者・利用者の安心感が向上した、専門多職種の連携により学習機会が増えた､等が多かった。課題・問題点としては、関係者の IT リテラシーの問題があり、あまり活用できない、運営経費の費用負担が大きい、関係職種の参加率が少ないためあまり活用できない、等が挙げられた。

パネルディスカッション

11 名のパネリストにより、パネルディスカッションが行われ、セキュリティ（参加職種・情報の範囲）や運用（実施母体、行政関与、コスト等）に関して、「どのような情報をどのような職種と共有することが求められるのか」､「コストの妥当性について相談できるところがほしい」等について活発な意見交換が行われた。

パネリスト

川出靖彦（医療 IT 委員会委員長
・岐阜県医師会副会長）
佐伯光義（医療 IT 委員会副委員長
・愛媛県医師会常任理事）
山本隆一（医療 IT 委員会委員
・東京大学大学院医学系研究科
医療経営政策学講座特任准教授）
藤岡照裕（下新川郡医師会理事）
窪田　理（愛媛県医師会常任理事）
高尾洋之（東京慈恵会医科大学准教授）
舛友一洋（臼杵市医師会
医療福祉統合センター長）
藤川光一（広島県医師会「ひろしま医療情報
ネットワーク」統括本部長）
長島公之（医療 IT 委員会委員
・栃木県医師会常任理事）
上野智明（日本医師会総合政策研究機構
主席研究員）
石川広己（日本医師会常任理事）

［報告：今村　孝子］

2 日目（2 月 14 日）

Ⅱ 日医 IT 戦略セッション

座長：運営委員　富田　雄二
大島　鉄朗

(1) 医師資格証の普及促進と IT 分野での利活用について

日医総研主任研究員　矢野　一博

医師資格証は 2014 年 2 月に開催した同協議会より申請受付を開始し、現時点で約 2,500 枚発行している。

各都道府県医師会では LRA（地域受付審査局）の開設にご尽力いただき、現在、全国的に申請受付を展開できる体制がほぼ整っている。

電子認証センターでは医師資格証の IT 世界における利活用の取組みの一つとして、研修会等の出欠・単位管理システムの構築を行っており、日本専門医機構の認定単位として専門医認定に反映される予定である。また、民間企業や行政機関において、医師資格証を提示することで医師資格を確認できる身分証としての活用機会を増やす活動も併せて実施している。

診療報酬改定に関して、入院患者以外の患者について、検査・画像を添付して紹介すると 30 点が加算される。また、施設基準の届け出が必要となるが、受け取った方も画像をみて活用（カルテに所見を記載）したら 30 点が加算される（診療情報提供書の電子的送受の評価）。ただし、診療情報提供書に「医師資格証」を用いてタイムスタンプ付き電子署名を付与することが条件となって

いる。

この度、日医は日本航空とともに国民の健康を守り、安心・安全な航空旅客輸送をサポートすることを目的として「JAL DOCTOR」登録制度を実施し、2 月 3 日より登録開始、15 日より運用が開始となる。登録は任意で、条件としては医師資格証保有者であること、JAL マイレージバンクの会員であること、そして登録された情報が搭乗される国内線・国際線の乗員・客室乗務員に伝達されることを了承していただくことである。詳細並びに登録方法については日本航空のホームページ・JAL マイレージバンク（http://www.jal.co.jp/jmb/doctor/）を参照願いたい。

（2）地域医療連携における紹介状作成ツール「MI_CAN」について

日医総研主任研究員　西川　好信

平成 26 年 8 月に公開した MI_CAN（以下、「みかん」）は、日医標準レセプトソフトと連携し、診療報酬点数算定ができる「電子紹介状等の医療文書」を作成することで、電子カルテを導入していない医療機関であっても、ICT を用いた地域医療連携に参加できる環境を提供することを目的として開発された。

27 年度は、島根県まめネットにおける「HumanBridge」対応や、かかりつけ連携手帳用ラベル発行対応等の細かい機能追加を行い、死亡診断書作成ソフト（橙：DiedAi：ダイダイ）との連携も行った。

みかんが採用した検査データ結果取込み仕様も JAHIS（一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会）の技術文書として制定された。

また、4 月の診療報酬改定において、診療情報提供書等の医師の署名が必要な電子文書について、日医電子認証センターが発行する「医師資格証」（HPKI カード）を用いたタイムスタンプ付き電子署名を付与すれば、点数算定が可能な旨が点数表に謳われる運びになっている。

電子署名（タイムスタンプ付き）を付与するためには、医師資格証は必須であり、さらに IC カードリーダー、Windows PC、署名検証ソフト、インターネット環境が必要となる。

電子文書については、安全な通信環境を確保した上で送信しなければならず、地域医療連携の仕組みがある場合には、ほぼ問題ないと思われる（念のため運営母体又はメーカーに確認する）が仕組みがない場合は、メール添付による送信は絶対に不可であることから、本年 7 月より提供開始予定の文書交換システム（仮）を活用願いたい。

（3）ORCA 事業の今後について

日医総研主席研究員　上野　智明

日医は政府系ファンドの（株）地域経済活性化支援機構（REVIC）と共同出資し、平成 27 年 11 月 4 日付で、日医を発起人とする「日本医師会 ORCA 管理機構（株）」を設立した。今般設立した同機構（株）では、日医総研で推進してきた ORCA プロジェクトを引き継ぎ、利用者へのサービス向上、時代の潮流に合わせた地域医療・介護の戦略的開発を行う。

ORCA プロジェクトは 2000 年に発足し、日医標準レセプトソフト（以下、「日レセ」）のユーザ数は約 15,000 医療機関で、レセコン市場で国内第 3 位のシェアとなった。オープンソースの手法によって、レセコンの価格を引き下げてきた実績があり、電子カルテなどを含めた医療情報システムのコストダウンを図っていく。

今後は ORCA プロジェクトの 2nd ステージとして、誰でも安全で安心して使える医療介護情報の基盤づくりを目指し、ORCA を医事／介護会計処理エンジンとして組込み可能なものに発展させていき、全国の医療機関に共通して存在する日医のインフラストラクチャーとする。

改善要望により日々アップデートする医療現場主導型レセプトソフト「日レセ」や次の介護・特定健診等関連ソフトをぜひご活用願いたい。

- ○医見書（主治医意見書・訪問看護指示書・医師意見書作成支援）
- ○給管鳥（給付管理・介護報酬請求支援）
- ○訪看鳥（訪問看護ステーション専用 請求支援）
- ○日医特定健康診査システム（特定健診 電子請求支援）
- ○ MI_CAN（地域医療連携対応ソフト：電子紹介状・電子診断書）

ディスカッションにおけるフロアからの意見

新規開発の電子カルテの多くは ORCA を採用している。ただし、三原則を守っていない電子カルテがあり、個別指導の際に全額返還になった事例があった。電子カルテ会社に対する指導をお願いしたい。

ランチョンセミナー「スマートフォンのセキュリティについて」

情報処理推進機構技術本部
セキュリティセンター調査役　加賀谷伸一郎
（座長：運営委員　牛尾剛士）

不正アプリをインストールしてしまう

SNS やメールで誘導されることにより、不正アプリケーション（アプリ）をインストールしてしまうことがある。コミュニティーやメーリングリストなどで同じ目的の仲間が集まっている場合、警戒心が薄れやすい。インストール時に、「このアプリケーションに許可する権限」等として、アプリの機能と関連のないような、スマートフォン（スマホ）内の「連絡先データを読み取り」などの許可を求めてくるものには注意が必要である。その他、「電話番号などの端末情報を読み込む」、「アカウントを検出する」などの許可を求めるものもあり、うっかりインストールすると、データを盗み取られてしまう。

詐欺サイトに誘導される

甘い言葉やセキュリティ系の脅し文句でフィッシングサイトへ誘導される。ウイルスを検出したと警告され、遠隔操作サポートへの電話を促される。電話をすると、ウイスル駆除のためのソフトウェア購入を促される、などの事例がある。

クラウドに保存した情報が盗まれる

Apple 社のクラウドサービス（iCloud）では、iPhone で撮影した写真が iCloud に保存（アップロード）され、別の端末からでも iCloud にログインすれば、写真を共有できる。したがって、スマホに紐付いたアカウント情報の管理が重要である。他人にパスワードを教えてはならない。

対策：スマートフォンを安全に使用するための 6 か条

1）スマホをアップデートする。2）スマホにおける改造行為を行わない。3）信頼できる場所からアプリをインストールする。4）アンドロイド端末では、アプリをインストールする前にアクセス許可を確認する。5）セキュリティソフトを導入する。6）スマホを小さなパソコンと考え、パソコンと同様に管理する。

対策：不正アプリに引っ掛からないために

信頼できるアプリマーケットを選択する。日本では、携帯電話会社が運営するマーケットが安全である。Android でも iPhone でも、公式以外のマーケットは利用しないのが無難である。

対策：第三者に操作させないために

- スマホを安易に他人に触らせない。
- スマホを不用意に置きっぱなしにしない。
- 「画面ロック」をする。
- パスワード入力時は周囲の目に注意する。
- スマホに紐付いたアカウントのパスワードは強いもの（長く、複雑なものにする。使い回さない）にする。

詳細は独立行政法人情報処理推進機構のホームページ（https://www.ipa.go.jp/security/）を参照のこと。

Ⅲ　シンポジウム～マイナンバーと医療等 ID について～

座長：運営委員　川出　靖彦
大橋　克洋
藤原　秀俊

（1）医療等 ID に関する日本医師会としての見解について

日本医師会常任理事　石川　広己

日医は社会保障・税番号制度における個人番号（マイナンバー）を医療現場で利用することに反対する姿勢を明確にしている。IT を用いた医療連携を促進するために、個人を特定する何らかの番号・ID が有用であることは否定しないが、個人の所得や資産・税とも紐付き、唯一無二で悉皆性を持つマイナンバーを利用することは、遺伝子情報も取り扱う時代において、個人のプライバシーや権利を守ることに対しリスクとなる。したがって、マイナンバーとは別の医療等分野の連

携、医学・医療の研究の推進などに利用でき、かつ、個人情報保護の観点からも全国で利用できる安全・安心な医療分野等専用の番号（符号）制度の確立が必要と考え、こうした背景から会内のプロジェクト委員会として「医療分野等 ID 導入に関する検討委員会」を設置し、中間とりまとめを公表した。その結果、2015 年 6 月 30 日に閣議決定された「『日本再興戦略』改訂 2015」の中に、「医療等分野における番号制度の導入」という項目が盛り込まれ、医療等分野においてはマイナンバーではなく、医療等分野専用の番号制度を導入する旨が国家戦略となったことが確認された。

ちなみに、先進国の個人番号カードと医療用番号の使い分けについては、アメリカ、韓国は同一番号で、ドイツ、フランス、イギリスは別番号となっている。

医療等 ID の考え方については、以下のとおりである。

①一人に対して目的別に複数の ID を付与できる仕組みとする
- レセプトナショナルデータベースや、がん登録等の制度上、また、公益のため、同意なしで集めている情報に関しては、集めている範囲内で唯一無二性と悉皆性を担保する。
- 医療、介護連携用の ID や保険資格確認に用いる ID 等は変更可能も担保しつつ、利用目的に関する患者同意を原則として付与する。

②本人の希望に応じて情報をコントロール可能な仕組み、アクセス可能な仕組みとする
- 本人が知られたくないと思った場合や忘れたいと思った場合に、それまでの情報との名寄せや検索ができない仕組みを担保する。
- 仕組みとしては ID を変更する、アクセスコントロール権を与える等を検討する。
- ただし、医療提供自体に影響が及ぶことがないように、一定程度の制限や審査（確認）の仕組みを組み入れる。

③情報の突合も可能にしておく
- 患者の同意を原則として、それぞれ目的別の医療等 ID 間で情報の突合が可能な仕組みとしておく。
- 同意なしで集めた情報に関しては、情報の突合が必要になった場合、改めて同意を取得することを原則として突合を実施する。
- なお、本人が同意した範囲を確認できる仕組みも併せて検討する。

④医療等 ID に関しての法整備を行う
- 医療等 ID の発行の根拠に関する法整備が必要である。
- 医療等 ID が付与された情報については、個人情報保護法の特別法として運用に関する事項を定めた上で保護し、また、罰則規定も設ける。
- その中で、医療等 ID の変更事由の審査（確認）方法、運用、保護状況を監視、監督する機関についても定める。

乳幼児期から高齢期に至るまで、わが国では諸種の健診を中心とした保健事業が展開されているが、それぞれ実施主体や所管省庁・部局等が異なるため、データが一元的に管理されず、国民の健康情報が十分に活用できていない。今後は、個人情報の厳格な管理を前提として、国民一人ひとりの生涯を通じた保健情報が一元的に管理され、これをもとに一次予防から三次予防までの保健事業が、国民のライフサイクルに応じた「生涯保健事業」として的確に実施されなければならない。そしてこれらの事業が健康への投資であるという理念を普及させ、個々の国民の健康資本を増大させる施策として再構築する必要がある。

（2）マイナンバー制度の展望について

内閣官房社会保障改革担当室内閣審議官

向井　治紀

2016 年 1 月から社会保障、税、災害対策の分野の行政手続でマイナンバーの利用が開始され、医療等分野では健康保険組合等が行う被保険者の特定健康診査情報の管理などにおいてマイナンバーを取り扱うことになる。また、2017 年 7 月からは、予防接種履歴等について、地方公共団体間での情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携が開始される予定である。さらに、2017 年 7 月以降、早期に医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口において個人番号カードを健康保険証として利用する

ことを可能とし、医療等分野の情報連携の共通基盤を構築する。その上で、2018 年度からオンライン資格確認の基盤も活用して段階的に医療連携や研究に利用可能な番号の導入・運用を開始し、2020 年までに本格運用を目指すこととされている。

マイナンバーは正確に個人を特定するための番号であって、個人を証明するためのものではない。マイナンバーがついた瞬間に、さまざまな情報が直ちに紐づくわけではない。今、議論されているのは、「マイナンバー自体」の利活用ではなく「マイナンバーカード」の利活用である。

法律で「マイナンバー（個人番号）の付いた自分の個人情報をいつ、誰が、なぜ提供したかの確認」、「行政機関などが持っている自分の個人情報の内容の確認」、「行政機関などから提供される一人ひとりに合った行政サービスなどの通知」を行うことが定められており、これらの機能はマイナポータルとして WEB サービスで実現される。マイナポータルの主要機能としては以下のことがある。

- 情報提供等記録表示（自分の特定個人情報をいつ、誰が、なぜ提供したかを確認することが可能）
- 自己情報表示（行政機関などが持っている自分の特定個人情報が確認できる）
- お知らせ情報表示（行政機関などから一人ひとりに合ったきめ細かなお知らせを通知するコミュニケーションツール）
- 電子私書箱（行政機関や民間企業等からのお知らせなどを受け取る仕組みで、民間の送達サービスを活用して構築することを予定）
- ワンストップサービス（引越し等のライフイベントを中心に、同時に複数の手続きなどが官民横断的に可能となるサービスで、電子私書箱サービスを活用しての構築を予定）
- 電子決済（ネットバンキング (ペイジー) やクレジットカードで公金を決済することが可能となるサービスで、民間の決済代行サービス等を活用して構築することを予定）

(3) マイナンバーカードの普及・利活用について

総務省自治行政局住民制度課長　篠原　俊博

2016 年 1 月から、マイナンバーの利用開始とともにマイナンバーカードの交付が開始された。マイナンバーカードは券面にマイナンバーが記載され、また、写真付きの公的な身分証明書として、就職、子育て、年金受給等における本人確認に利用されることとなる。さらに、IC チップの空き領域について、住基カード時に利用可能であった市区町村だけでなく、都道府県や国の行政機関、民間事業者等も利用可能となり、公的個人認証サービスによる電子証明書も標準的に搭載されることとなるため、住基カードよりも活用の場面が増大するものである。

個人番号カード（IC チップ）には、プライバシー性の高い個人情報は記録されない。記録されるのは、①券面記載事項（氏名、住所、生年月日、性別、個人番号、本人の写真等）、②総務省令で定める事項（公的個人認証に係る「電子証明書」等）、③市町村が条例で定めた事項等、に限られ、「地方税関係情報」や「年金給付関係情報」等の特定個人情報は記録されない。よって、カードを落としたからといって情報が丸裸になるわけではないが、紛失した場合は直ちにコールセンターに連絡する必要がある。

現在、コンビニエンスストアで住民票の写しや印鑑登録証明書等が取得可能なコンビニ交付サービスについて、個人番号カードの導入に伴い、平成 28 年度中にコンビニ交付の実施団体数を 300 団体とし、実施団体の人口の合計も 3 倍の 6,000 万人を超えることを目指している。これによって、住民の利便性向上、窓口業務の負担軽減、証明書交付事務コストの低減を図ることができると思われる。

(4) マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野の情報連携に用いる識別子（ID）の体系

厚生労働省大臣官房参事官（情報政策担当）
佐々木　裕介

昨年 12 月、関係者が参画した厚生労働省の研究会で、①医療保険のオンライン資格確認は、広く社会で利用される情報インフラを安全かつ効

率的に活用する観点から、マイナンバー制度のインフラと医療保険のインフラをうまく組み合わせて、個人番号カードの活用を基本とすることが合理的、②医療等の情報連携に用いる「地域医療連携用 ID（仮称）」は、オンライン資格確認と一体的に管理・運営するのが効率的であり、患者本人を厳格に確認した上で利用する観点から個人番号カードで資格確認した時に発行する仕組みが考えられる（個人番号カードを持たない患者の医療連携の対応については両論併記）等とした。今後、保険者・医療関係者と協議・検討を進め、まずはオンライン資格確認を導入した上で、このインフラを活用した医療等 ID の導入を進めることとしている。

医療等分野ではマイナンバーのインフラは活用するがマイナンバーそのものは利用しない方針とし、ICT 化推進のポイントは患者に提供するサービスの質の向上を目的に病院や診療所の連携を推進、研究開発の推進、医療の効率化の推進を図ることである。2020 年までに実現する ICT インフラは、①医療連携や医学研究に利用可能な番号の導入（個人番号カードに健康保険証の機能を持たせる）、②医療機関のデータのデジタル化＋地域の医療機関間のネットワーク化（医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開、電子カルテの普及拡大）、③医療データの利用拡大のための基盤整備（電子カルテデータの標準化の環境整備、医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用）、である。

(5) 医療分野等 ID 導入に関する検討委員会より

東京大学大学院医学系研究科
医療経営政策学講座特任准教授
医療分野等 ID 導入に関する
検討委員会委員長　山本　隆一

2014 年 12 月の厚生労働省「医療分野における番号制度の活用等に関する研究会中間まとめ」において、健康保険証のオンライン確認などの一部の利用を除いて、個人番号とは別の新たな医療等 ID 導入の必要性が同意され、そのユースケースの大部分で医療機関が大きくかかわることから、現場へのさまざまな影響を踏まえて検討を進めるために 2015 年 4 月、日医に「医療分野等 ID 導入に関する検討委員会」が設置された。検討会は三師会、病院会、有識者からなり、オブザーバーとして内閣官房、厚労省、総務省、経産省が参加し、2015 年末までに委員会を 8 回開催、精力的に検討を行った。医療等分野における個人番号カードの役割について、裏面に記載される個人番号の野放図な利用の防止に一定の解決を得たことから、患者等本人の十分な理解のもとに活用することを認める一方で、個人番号カードを持たない患者等に不利益を与えることのない番号制度の確立を中間まとめとして公表し、これを受ける形で「『日本再興戦略』改訂 2015」に、医療等 ID の導入が 2018 年から始まり、2020 年に本格運用されることが明記された。当検討委員会では日本再興戦略の閣議決定を踏まえ、さらなる検討を続け、医療等 ID のユースケースを、医療保険の即時資格確認（個人番号と医療等 ID の架け橋）、地域医療連携を越えた情報の共有、非同意（法令で定められた）データベースの結合（医療レセプトと介護レセプト、医療レセプトと全国がん登録）、PHR の実現（お薬手帳、生活習慣病手帳、母子手帳、かかりつけ連携手帳、地域包括ケアにおける多職種連携など）及び本人による医療健康情報の追跡とした。

医療分野におけるマイナンバーの取扱いについては、マイナンバーは唯一無二で悉皆性のある番号であるが、利用範囲は厳格に規定されており、利用範囲外での利用や収集・保管に関しては厳しい罰則が存在することから法定の枠組み内で保険給付の支給、保険料の徴収に関する事務等の医療分野の現物給付に活用するには、より公平・公正な社会を実現する上でも有用な制度である。その一方で、医療情報の中には、病歴や服薬の履歴等、第三者には知られたくない情報も存在しており、唯一無二性のあるマイナンバーでは知られてしまうリスクを伴う。よって、マイナンバーを医療連携等に用いるのではなく、マイナンバーとは別の医療分野専用の番号もしくは符号（医療等 ID）を創設して利用するべきとなった。

医療等 ID の考え方については、①一人に対して目的別に複数の ID を付与できる仕組みを検討

する、②本人が情報にアクセス可能な仕組みを検討する、③情報の突合が可能な仕組みを検討する、④医療等 ID に関しての法整備を検討する、が挙げられる。

医療等 ID の発番方法については、マイナンバー制度で構築するシステムを最大限活用し、全体の仕組みについては、医療・介護分野専用の仕組みを構築するのではなく、マイナンバー制度で構築する仕組みを最大限活用する。特に、保険資格のオンライン確認については、現在検討されている社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険中央会が合同で医療保険分野の符号を取得して実施する方法を早期に実現する。

医療等 ID の記載・格納媒体については、以下の 2 つが考えられている。

①現行の保険証の活用

- 券面にオンライン保険資格確認用の医療等 ID を記載、また、医療等 ID を視認できない番号もしくは符号とする場合は二次元コードを貼付する。この保険資格確認用の ID と紐付けた形で、医療・介護連携用等の目的別の医療等 ID を医療機関や研究機関で利用できるようにする。
- オンライン環境がない医療機関においては、これまで通りの保険証として利用する。

②個人番号カードの活用

- 現状の個人番号カードは、券面に保険情報（保険者名、非保険者の記号・番号等）は記載されないため、物理的に保険証と統合することはできない。仮にそれらの情報を記載した場合、保険者を異動するたびに個人番号カードを再発行するか、何らかの手段で記載する必要があり、シールを貼る案も含め、現実的ではない。
- 一方、個人番号カードの券面に記載されているマイナンバーが医療機関で容易に視認できないことを前提に、対応できる医療機関においては、IC チップに格納した電子証明書を用いた保険資格のオンライン確認に活用することは可能である。ただし、医療機関等において、オンライン保険資格確認用の設備（回線・機器等）が必要となることに留意する必要がある。

移行期の取扱いについては、どのような形で医療等 ID が導入されたとしても、国民や医療機関の制度に対する順応や理解には一定の時間がかかる。特に医療機関窓口での混乱は十分に想定されるため、順次、導入を図っていく必要がある。

また、医療等 ID による資格確認と保険証記載情報（記号・番号）による資格確認が並存する期間、医療機関窓口での混乱を最小限に抑えるための措置を検討する必要がある。医療等 ID の導入にかかわる医療機関等の設備投資や周辺のシステム（医療機関等の認証やセキュリティの確保されたネットワーク回線等）に関しても十分な配慮と検討を実施する。医療機関の窓口での利用だけではなく、これまで収集していた情報への医療等 ID の付与についても、取り違えや付番ミスが想定されることから、十分な検証期間を設ける必要がある。

さらに、医療等 ID を付与して、新たに収集する情報に関しての医療機関等や国民に対してのルールの徹底や啓発を実施する必要がある。

医療等 ID のうち、「被保険者番号」とする「資格確認用番号」は数字として被保険者証に記載するが、それ以外の ID は符号として発行して、患者や医療関係者は意識したり視認したりする必要がないものとして運用することが可能ではないか、また、資格確認用番号を取り扱う機関は、医療機関や薬局、研究機関、地域医療連携の協議会等、ある程度の限定が可能ではないか等のことから、今後は（被保険者番号や）医療等 ID を取り扱う機関向けに、取扱いについての「ガイドライン」を策定する必要があると考える。

ディスカッション

Q　保険証のオンライン資格確認は医療機関には便利な機能であるが、患者にもカードを作成するだけのメリットがなければ普及しないのではないか。また、地域連携において、本人確認のためのマイナンバーカードや地域連携カードなど、複数のカードを毎回持参してもらう必要があるか。

A　マイナンバーカードは最も公的な身分証明書である。本当に本人確認が必要なときはこれを使

うしかないが、そのような状況はほとんどないと考えている。例えば本人が意識を失っているときなどに身元を確認するためにやむを得ず使うことは考えられるが、一般の地域連携で毎回カードを確認することまではしなくてよいと思う。そのためだけに毎回マイナンバーカードを持参させるのは行き過ぎと思われる。カードを所持していることを前提として、もっと気軽に本人確認ができる方法があるのではないか。

医療の現場では、2 枚のカード、すなわち診察券と保険証は実態として今後も使い続けることになると思われる。少なくとも、インフラ整備のためのインセンティブが付かないかぎり、オンライン資格確認は普及が難しいのではないか。

オンライン資格確認を毎月行わなければならないかということについては、検討中である。

Q　厚労省が医療機関のデジタル化、ネットワーク化を行いたいのであれば、なぜ国が共通のサーバーを作らないのか。地域連携のネットワークのために、医療機関がサーバーを作ったり、いろいろと準備をしているが、システムが壊れると、自分たちで責任を取れと言われているように思えてならない。

A　医療情報は各医療機関で情報を管理しながら、必要があれば連携するというのが基本的な考え方であり、国がすべての医療情報を収集するという考えはない。あくまでも地域連携を進める中で必要な情報を各医療機関が紹介するという形で対応するものである。

Q　保険証のオンライン確認では、保険証が無効の場合、正しい保険証の記号・番号まで教えてもらえるのか。正しい保険証番号を教えてもらった場合、保険証の実物は確認していないことになるが、その番号で保険請求をしても良いのか。

A　基本的に医療機関で保険証の確認に瑕疵がない場合、資格誤りは保険者の責任になる

Q　住所不定のホームレスの人たちの番号付与はどうなっているのか。また、出生届の出ていない子どももおり、戸籍上は存在していないことになるが、このような子どもたちのマイナンバーの対応はどうなるのか。

A　住所不定の方には、生活を安定させていただいて、住所を決めていただき、その上で住民票を作成していただく。そうしないと市町村のサービスも受けられない。外国人でも、中長期滞在者で住民票のある方にはマイナンバーがふられている。

Q　マイナンバーの取扱いで事業者は大変負担になっている。そのため、従業員のマイナンバーは自分で登録していただくべきで、本人が一度確定申告をすれば済むことではないのか。

A　従業員の源泉徴収や保険料の徴収の際にマイナンバーの取扱いが必要となる。これはマイナンバーというよりは、源泉徴収という税の制度自体で民間の方々に負担をかけているが、その上にマイナンバー事務でさらに負担をかけることになる。しかし､マイナンバーを利用することにより､各種事務処理を簡潔にするようなシステムを目指している。

Q　オンライン資格確認では、VPN（Virtual Private Network：インターネットの公共ネットワークに跨ってイントラネットを拡張する技術）を使うことになると思うが、将来的にレセプトオンライン請求や、がん登録などでも VPN を使用することになると、回線使用料がどんどん増えていく。この点への対策は何か考えておられるか。

A　レセプトオンライン請求用の VPN は専用回線となっている。保険証のオンライン確認も、レセプトオンラインの回線を拡張して同一の回線でできないかということをテスト期間中に検討したい。

Q　二次医療圏を越えて患者さんが移動して医療情報をやり取りする場合の対応について、例えば母子手帳の情報をどのように引き継いでいくのか。また、予防接種で副反応が起こった場合、そのロット番号が誰にいつ頃注射されたかを管理するところまで発展できるのか。さらに、学校現場で担任が困っていることの一つに、キラキラネー

ムにより名前から性別が判断できないことがある。このような情報も教育委員会から一括して提供されればよいと思われるが、個人情報保護を理由に提供してもらえない。この点もマイナンバーで確認できるようになるのか。

A　ご質問の内容は医療等 ID に関する問題である。母子手帳は紙ベースであるため、母親と子どもの情報が一緒になっているが、本来は、妊娠から出産後の母親の記録と、出生以後の子どもの情報は別のものである。IT 化させた母子手帳では、両者は明確に区別される。保険証のオンライン確認でマイナンバーカードから読み取るのは、公的個人認証サービスの本人確認であり、カードを所有している人が間違いなく本人であるということを確認しているだけである。個人番号カードに入っている顔写真情報を利用することは、個人情報保護の観点から不可能と思われる。

現在の予防接種台帳にはロット番号も記載していることが普通であり、それをデジタル化しているところもあると思われる。マイナンバーをバックヤードで付加した状態で、予防接種履歴の市町村を越えた連携をすることになっている。

母子手帳の電子化は難しい。母子手帳には母親の個人情報がかなり入っている。マイナンバーのインフラを使って母子手帳の事業も行われるようになると思われるが、プライバシーがきちんと守られることが必要である。

キラキラネームの問題に関しては、検討させていただきたい。

座長のコメント　マイナンバー制度の機能は 3 つある。1 つ目は番号そのものによる ID としての機能、2 つ目は電子的な個人認証機能、3 つ目はマイナポータル機能といって、個人の電子認証を使ってアクセスすれば自分の番号に関する情報を見ることができる機能である。

―　ディスカッション終了後、次期担当の長崎県医師会の蒔本 恭 会長より挨拶がなされ、広島県医師会の牛尾剛士 常任理事の閉会挨拶にて 2 日間にわたる本協議会のすべてのプログラムが終了した。なお､28 年度は平成 29 年 2 月 11 日（土･祝）、12 日（日）に開催される予定。

［報告：沖中　芳彦］

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

2013年4月1日、医師年金が生まれ変わりました！

日本医師会

医師年金

ご加入のおすすめ

医師年金は、従前の「無認可共済」から、
保険業法に基づく「認可特定保険業」に生まれ変わり、
より安全・安心な制度になりました。

特色

1. 医師年金は積立型の私的年金です。
   現役世代が高齢者を支える公的年金とは異なります。
2. ご希望の年金額を受けるため保険料を自由に設定・変更できます。
3. 通常65歳からの年金の受取開始を75歳まで延長できます。
4. 年金受取は、終身年金、確定年金など4コースのなかから、
   受取開始時に選択できます。
5. 医療機関を法人化した場合でも加入を継続することができます。
6. 事務手数料が少額なので、保険料が効果的に積み立てられます。

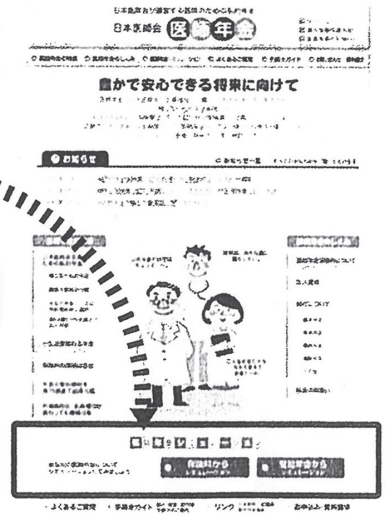
加入資格

64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員種別は問いません）

ホームページで簡単シミュレーション！

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

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで簡単にシミュレーションができます。お試し下さい。



個別プランの設計や詳しい資料のご請求は……

公益社団法人日本医師会 年金・税制課

TEL 03－3946－2121（代表）／03－3942－6487（直通）
FAX 03－3942－6503
受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）
E-mail　nenkin@po.med.or.jp

平成 27 年度
郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会

と　き　平成 28 年 3 月 3 日（木）15：00 ～ 16：17

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事　加藤　智栄]

この度の当協議会での主題は、国や日本医師会がすすめる「医療機関に退蔵された水銀血圧計等の回収事業」に関することである。

開会挨拶

小田会長より、医療廃棄物関係の事業の報告がなされ、さらに水銀血圧計等の回収事業に関して、忌憚なく協議いただくように挨拶がなされた。

協議事項

1. 都道府県医師会医療廃棄物担当理事連絡協議会の報告

平成 27 年 12 月 2 日に開催された協議会の報告と回収スキームの概要を解説した（本会報 28 年 2 月号 120 ～ 123 頁を参照のこと）。県医師会は 28 年 1 月 21 日の理事会にて、当回収事業を行う方針であること、また、非会員への対応として県医師会が回収拠点となること及び収集運搬業者（株式会社こっこー）と処分業者（野村興産株式会社：国内唯一の再処理業者）の選定をした。

続いて、株式会社こっこーと野村興産株式会社がスライド動画を用いて、前者は回収スキームにおける医師会及び医療機関のなすべき点、後者は自社の事業説明及び具体的な水銀の処理方法、先行して回収事業を行った都道府県医師会の報告等を解説いただいた。

両社が現在提示している費用は、処理費用は水銀血圧計 1 台 2,160 円、水銀体温計 1 本 1,080 円で、収集運搬費は排出医療機関 1 件につき 1,080 円としている。なお、医療機関が単独で業者と契約して廃棄する場合は、水銀血圧計の処理費は 30,000 円前後になる。

2. ディスカッション

各郡市担当理事より、さまざまなご意見ご質問をいただいた。以下に簡単に記す。

（1）回収拠点で用意する「産業廃棄物保管場所」の掲示板及び段ボール箱は統一したほうがよい。
→前者は県医師会が作成、郡市医師会へ配付する。なお、後者については、当日は各自でご用意と回答したが、のちに業者と打ち合わせて本会で用意することとした。

（2）医療機関以外は対象外か。例えば、訪問看護ステーションや自宅にあるものなど。
→会員を対象としているので医療機関に限ることとする。個人所有の場合（家庭）でも廃棄する際は産業廃棄物の取扱いとなるので、廃棄の際は収集運搬と処理の許可をもつ業者に問い合わせていただきたい。

（3）水銀体温計を保護するプラスチックケースがない場合は、回収時に破損しないために、どのようにしておけばよいのか。
→水銀漏えいを防ぐために、ペットボトルの中に入れるなどがよい。

（4）いつごろ実施する事業か。
→この事業での具体的な取組みの決定は、全医療機関に対して行うアンケートの結果次第である。アンケートは、「Q1：水銀血圧計、水銀体温計、詰替用水銀を保有しているか否か。Q2: 保有しているならどのくらいの量か。Q3：この回収事業に参加するか否か。Q4：参加する場合は、保有しているうち、どのくらいを回収に出すか」の 4

問である。このアンケートを行うことで、どの郡市医師会にどのくらいの水銀血圧計等が集まるかが予測できる。28 年度の事業になるので、回収時期は秋以降を予定している。

(5) 今回の回収スキームは、基本的には「郡市医師会館を拠点に回収事業を行う」が、県医師会報平成 28 年 2 月号の 123 頁の Q & A にある「小規模な医師会での収集方法」も考えられる。この場合は医療機関をまわって回収するようになるが、この場合でも収集運搬費は郡市医師会館を拠点とする場合と同様か。
→郡市医師会館に集まっていれば、一医療機関の収集運搬費は 1,080 円であるが、医療機関を回って回収する場合は、具体的な場所が確定しないと正確な金額は出せないが、だいたい収集運搬費は 3 ～ 5 万円となる。

(6) 現在、水銀は鉱山から採取しているのか。水銀は日本がもっているものを使って供給しているのか。今はどういうところに使われているのか。
→昭和 47 年から採取していない。再利用で 70 トンがとれて、現在は 9 割は外国（主にインド）へ輸出している状態である。日本ではリレースイッチや蛍光灯に使用されている。

(7) 医療機関の従業員の家庭にある場合は回収事業の対象となるか。
→県医師会でルール決めをすることになる。

(8) 郡市医師会で一時的に保管する場合は常温でいいのか。また、もし、カーペットなどに漏えいした場合の対応を教えてほしい。
→保管は常温でかまわない。保管場所にはビニールシートを敷き、水銀血圧計や体温計などはビニール袋につつんで強化ダンボールに入れてもらう。もし、漏えいした場合は、掃除する前にエアコン等の運転を停止、他の部屋や廊下に通じるドアを閉じて窓や屋外に通じるドアを開け換気する。掃除する際は硬い紙やボール紙でガラスの破片や粉をすくい取り、密閉できるガラス瓶やポリ袋に入れ、粘着テープを使用して残りの細かいガラスの破片や粉を集めて、同様に密閉できるガラス瓶やポリ袋に入れる。その場所を湿ったペーパータオルや使い捨ての湿った布で拭き取り、同様に密閉できるガラス瓶やポリ袋に入れる。

なお、業者によれば、注意喚起をしても、やはり破損はあったようである。

(9) 漏えいした場合の水銀の急性の毒性はどのくらいか。

水銀は有機水銀と無機水銀に分かれる。今の無

出席者

郡市担当理事

大島郡	松本　直晃	防府	大西　徹
玖珂	松井　達也	下松	野田　寛
熊毛郡	松岡　勝之	岩国市	増田　光家
吉南	小佐々博明	小野田	川端　章弘（代理）
厚狭郡	伯野　卓	光市	守友　康則
下関市	野村　茂治	柳井	松井　則親
宇部市	菅　順子	長門市	桑原宏太朗
山口市	田村　朗	美祢市	藤村　寛
萩市	兼田健一郎	山口大学	伊本　卓司 ほか 1 名
徳山	山口　康則		

県医師会

会長	小田　悦郎
副会長	吉本　正博
常任理事	加藤　智栄
理事	原　伸一
理事	舩津　浩彦

機水銀は、体内に入っても汗や排尿 / 便で体外に出るのでほとんど症状は出ないが、有機水銀ならば体内に残るので、障害が起こる。

最後に

水銀血圧計等は、回収に出さなくても継続して使用することもできる。ただし、使用する場合でも継続してキャリブレーション（調整）ができるかが問題となってくる。

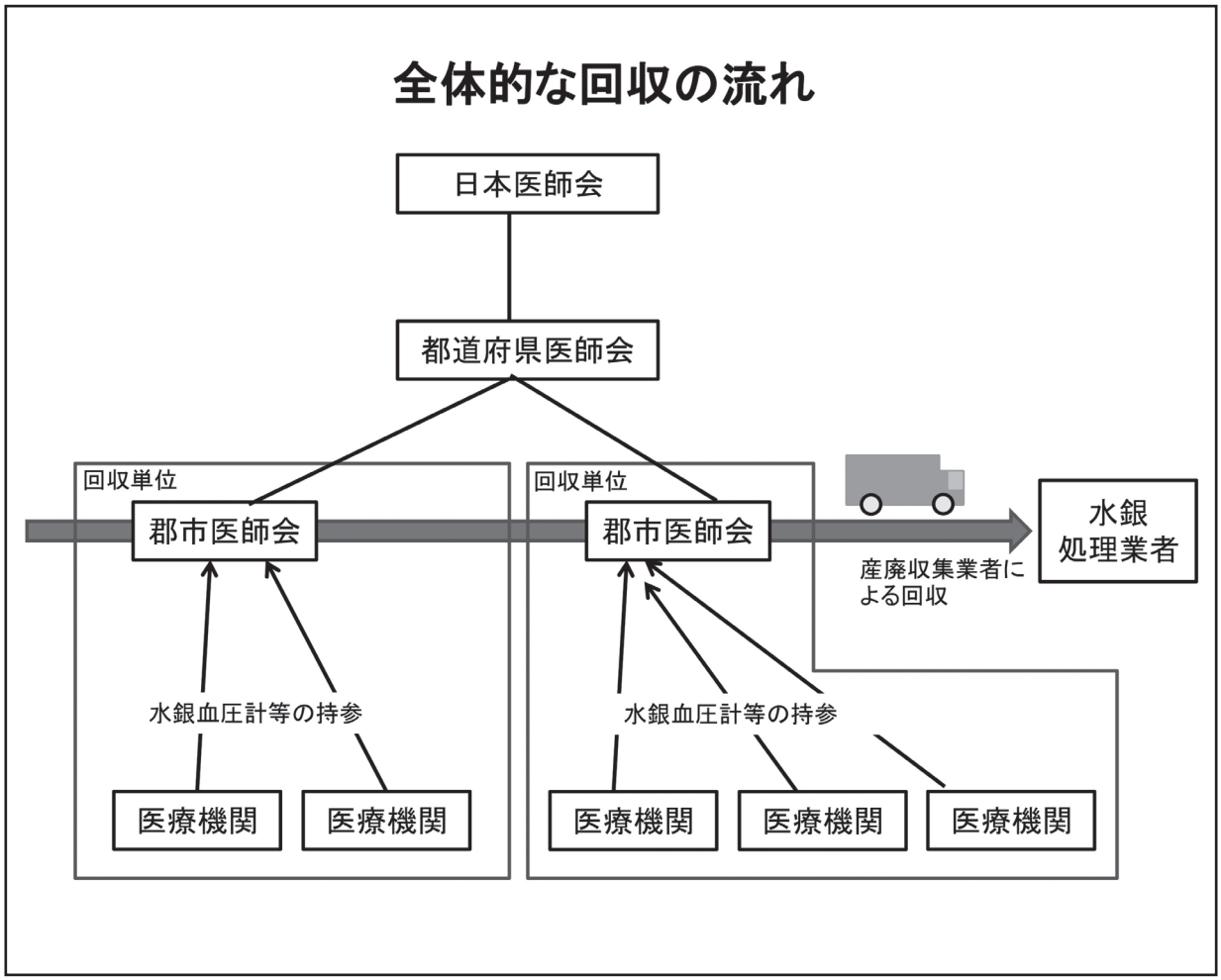
また、(4) の「全医療機関へのアンケート内容」を一度、各郡市医師会に持ち帰ってもらって、会員の先生にご理解いただいた上で、回収事業を行いたいと思う。

閉会の挨拶

吉本副会長　今回の事業では、郡市医師会の事務局の業務量が増えることになるが、担当理事の先生からよく説明していただき、ご協力いただきたい。

県への説明

協議会翌日、本会と収集運搬業者及び処分業者とで、山口県の廃棄物リサイクル対策課へ回収スキームの説明と医師会の方針を説明した。県からは医師会と業者と情報を共有しながら事業を進め、適宜指導等アドバイスも行いたいとのことであった。



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

山口県・山口大学
関連医療機関協力

山口県で働く
女性医師を応援します！

問い合わせ先

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

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

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

新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会
「四肢（運動器）の状態の検査のすすめ方」

と　き　平成 28 年 2 月 27 日（土）15：00 ～ 16：00

ところ　山口県医師会 6 階大会議室

[講演及び報告 : 山口県医師会学校医部会委員　篠田　陽健]

平成28年４月から新たに始まる四肢の状態(運動器）の検診のすすめ方について研修会が開催され、私は講師として説明しましたので、その概要を報告します。

山口県医師会常任理事の藤本俊文先生が司会進行をされました。当日は、あいにくの雨天でしたが郡市医師会の担当理事や学校医等、約 70 名の先生方が出席されました。

厚労省は四肢の状態の検診を全学年の必須項目と決めましたが、その具体的な方法は定めていません。各地域の先生方は『児童生徒等の健康診断マニュアル（平成 27 年度改訂版)』を基本に、地域の実情に合わせた検診方法をすすめています。山口県は保健調査票を県下統一とし､簡便な､学校医にあまり負担の増えない検診方法を目指しました。私は調査票の決定と利用について携わりましたので、保健調査票を中心に説明しました。

保健調査票は、側弯検診が 1 項目、四肢の状態が 5 項目あります。四肢の状態の項目は、ある動作をさせてそれが出来るか出来ないか、痛みがないかあるかを尋ねる形式です。学校医は四肢の状態については、チェックのある児童生徒だけ検診します。チェックのかかった動作をさせて痛みの有無、動きの左右差等を観察することが重要です。

おおまかな運動器検診の手順を示します。

①家庭で保健調査票に従いチェックします。

②学校で養護教諭、担任教諭、保健体育科教諭等がチェックします。

③養護教諭は保健調査票、学校での観察結果をまとめ、学校医に提出します。

④学校医は片脚立ち・肩挙上・肘屈伸で左右差のある児童生徒や痛みのある児童生徒、また、しゃがみこみ・体前後屈で痛みのある児童生徒をチェックし､必要に応じて専門医受診を勧めます。四肢の状態は初めての検診項目です。学校医は迷ったら､なるべく専門医受診を勧めてください。我々整形外科医も快く対応できるように受け入れ準備をすすめています。

解説の終わりに「運動器の 10 年」日本委員会監修の動画「こどもロコモ ロコチェック 1 分間検診 運動器検診の進め方～進行の手順と確認のポイント～」と JCOA 作成「アニメ版 マニュアルビデオ＆マニュアル対応体操」を流しました。1 分間検診により全体の雰囲気はつかめたと思います。また、アニメ版は藤本先生が指摘されましたように事前に児童生徒にみてもらえば検診の要領が理解しやすくなり、検診時間の短縮が期待できます。事後の経過観察・簡易指導に応用できる良い運動プログラムです。

先生方からの質問と回答をまとめました。

Q　側弯症検診の対象は？

A　側弯症検診は保健調査票のチェックの有無にかかわらず全員に行ってください。

Q　側弯症検診の服装は？

A　基本的に背部の観察ができるように、最小限にとどめることが必要です。思春期の児童生徒の心理的負担を考慮して学校側で取り決めてもらってください。

Q　整形外科受診を勧めるとき、どの整形外科でも良いですか？

A　整形外科の指定はありません。運動器検診協力医は「検診後の受診を受け入れます」と手を挙げた医師です。

Q　文書料はどうなりますか？

A　整形外科医には、文書料を請求しないようにお願いしています。

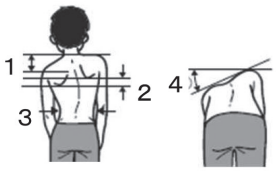
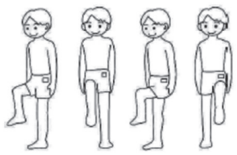
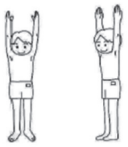
新しい検診は、やってみないとわからないという面もあります。問題点、改善点が多々生じてくると思われます。

各地域で運動器検診の研修会がすでに行われた、また、これから行われると聞いています。

本日の研修が 4 月からの検診の一助になれば幸いです。

保健調査票

保健調査票の「整形外科」項目（No.15～20）は県内統一

整形外科	脊柱側わん	15	**背骨が曲がっている** 1　両肩の高さが違う 2　両肩甲骨の高さが違う 3　脇線に左右差がある 4　深くおじぎをしたとき、背面の高さが違う		1 2 3 4
	四肢の状態	16	痛みなく腰を曲げたり、反らしたりできる		痛みなし 痛みあり
		17	片脚立ちが5秒以上できる （左右について行う）		できる できない （ 右 ・ 左 ）
		18	しゃがみこみができる （足の裏を全部床につけて、完全にしゃがめる）		できる できない
		19	手のひらを上に向けて肘を完全にのばせる、完全に曲げることができる		できる できない （ 右 ・ 左 ）
		20	バンザイしたとき、両腕が耳につく		できる できない （ 右 ・ 左 ）

第 61 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）

「循環器診察の基本と心エコー検査」

と　き　平成 28 年 1 月 10 日（日）9：00 ～ 12：35

ところ　山口大学医学部附属病院 新中央診療棟 1F 多目的室 2

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学

准教授　山本　　健

平成 28 年 1 月 10 日（日）、山口大学医学部の構内の新しくできた中央診療棟の多目的室 2 にて山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学（第二内科）が担当し「第 61 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）」を開催させていただきました。今回はメインテーマを「循環器診察の基本と心エコー検査」と題して行いました。

始めに矢野雅文 教授に開会の挨拶をしていただき、引き続き第二内科講師の小林茂樹 先生から「循環器診察の基本」と題して心不全の身体所見の基本として重要な頸静脈怒張、Ⅲ音、湿性ラ音、浮腫の診方について詳しく解説をしてもらいました。次に検査部講師の和田靖明 先生から「心エコー検査」と題して心エコー検査の実際、下大静脈の取り方、局所壁運動異常の診方、心不全をエコーでどう診断するかについて詳しく解説してもらいました。

後半は 2 班に分かれて、1 班は心エコー室で実際に心エコーの取り方のハンズオンを行いました。11 ～ 12 名の先生が 4 つのブースに分かれ、各ブースでは医学科の 3 年生がアルバイトで被験者となってくれました。45 分という短い時間でしたが、各先生が実際にプローブを持って傍胸骨アプローチ、心尖部アプローチで心臓のサイズの計測などの実践的な体験学習をしていただき、大変好評でした。もう 1 班は、そのまま多目的室 2 でスマートフォンを使った聴診の実習を行っていただきました。iPhone や iPad などで Heart Murmur Lite というフリーソフトでⅢ音、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症、創部弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症などの心雑音を聴くために、聴診器を iPhone に当てて聴くという当科で考えた方法でやっていただきました。このシステムはそのままご自宅に帰られても継続して勉強ができる点で優れていると考えています。また、このソフトには Quiz mode があり、クイズ形式で心雑音を当てるという勉強法も選べるようになっており、皆さん大変熱心に聴診に取り組まれました。

45 分で心エコーと聴診を入れ替わっていただき皆さんに心エコー、聴診実習の両方を体験していただきました。

講座を閉じるにあたり、矢野教授から「最近、高齢化とともに大動脈弁狭窄症が増えているが、第二内科では PTAV（バルーンによる大動脈弁拡張術）や TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）などを積極的に行っているので、どしどし紹介をお願いします」との挨拶をいただきました。最後に矢野教授から修了証が贈られ閉会となりました。

今回はご参加下さった先生方はみなさん大変熱心で、大盛況のうちに終了することができ、大変ありがとうございました。皆様の日常診療に少しでもお役に立てるのではないかと、大変喜ばしく感じました。循環器診療を啓発する大変良い機会をいただき、山口県医師会の関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

受講印象記

防府医師会　松谷　博之

「循環器診察の基本と心エコー検査」をテーマとした第 61 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）が平成 28 年 1 月 10 日（日）に山口大学医学部附属病院新中央診療棟 1F 多目的室 2 で開催されたので出席させていただきました。前半の 1 時間半を多目的室で講義 1「循環器診察の基本」、講義 2「心エコー検査」、後半の 1 時間半を 2 班に分かれて、多目的室と心エコー室にて聴診実習・心エコー実習を受けました。

はじめに矢野雅文 教授から開会のご挨拶があり、講義 1 では小林茂樹 先生から「循環器診察の基本 身体所見から心不全の重症度を評価する」のお話がありました。心不全の病態、症状、重症度評価、所見（頸静脈怒張の診方と意義、Ⅲ音、湿性ラ音の聴取、浮腫の診方）について、実臨床に応じたわかりやすく実践的な解説をしていただきました。心不全の重症度分類として Forrester 分類以外に Nohria による身体所見による分類について説明がありました。また、外頸静脈の拡張と内頸動脈の拍動の観察は、心不全時のボリューム評価を行うためにベッドサイドで行える最も簡単で重要な血行動態測定の一つであることを学びました。

講義 2 では和田靖明 先生から「循環器診察の基本と心エコー検査」のお話がありました。検査体位、プローブの持ち方といった基本的なことから、描出するためのアプローチの方法、注意点について画像を提示していただきながら理解しやすく解説していただきました。下大静脈径からの volume load の評価については、日本人では下大静脈径 1cm 未満で呼吸性変動があれば血管内脱水気味であることなど、日常の輸液等について有効な判断基準となると感じました。また、局所壁運動の評価、僧帽弁口血流波形についての意義についても解説していただきました。

後半の聴診実習ではタブレットを使用し、Heart Murmur Lite というアプリケーションを使って心音の聴診の実習をしました。心エコー室では山口大学医学部の学生さんに被検者になっていただき、実際にプローブを当てて実習指導を受けました。実習になると思うように画像が描出できず、描出のポイントを丁寧に解説していただきました。

今回の講習会におきましては、矢野教授、山口大学第二内科の皆様に素晴らしいカリキュラムを組んでいただき、懇切丁寧な講義、実習を受けさせていただき心から感謝申し上げます。今回の講習会で学んだことを実臨床に生かせるように、また今後の循環器診療能力向上に結び付けられるように努力していきたいと思います。

第 62 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）

「腰痛治療の基本」

と　き　平成 28 年 1 月 17 日（日）9：30 ～ 12：40

ところ　山口大学医学部霜仁会館

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科
整形外科学診療准教授　寒竹　　司

平成 28 年 1 月 17 日、山口大学医学部構内の霜仁会館で山口大学整形外科学教室の担当により、「第 62 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）」を開催させて頂きました。

今回は「腰痛治療の基本」をメインテーマとして、2 つの講義と 1 つの実習という形式で行われ、多くの整形外科以外の医師会の先生方のご参加を頂きました。

腰痛は最新の国民生活基礎調査によると、最も頻度の高い症状であり、有訴者率では男性の第 1 位、女性の第 2 位を占めています。そのため国民の関心も高いですが、マスコミの偏った情報発信による誤解も多く見受けられます。近年の脳機能解析技術の進歩により、慢性疼痛の病態解明も飛躍的に進歩しており、腰痛の診療には中枢神経系を含めた理解が求められるようになっています。こうした状況の中で、この国民病ともいえる腰痛の診療に対して、医療者側が正しい知識を持って日々の診療に当たることが求められており、今回の企画は他科の先生方にとっても腰痛診療の基本を知って頂くための良い機会となったのではないかと考えています。

当日は、田口敏彦 教授の開会の挨拶に引き続き、最初の講義の「腰痛治療に必要な基本解剖」が行われました。田口教授自ら、腰痛の診断、治療の上で知っていると役に立つ脊椎、神経の基本解剖について、わかり易く説明されました。また、基本的な解剖だけでなく、最新の脳機能解析の結果に基づいた中枢神経を含めた腰痛のメカニズムについても述べられ、整形外科医にも勉強になる内容でした。

次に、寒竹から「腰痛治療の実際」と題して、実臨床における腰痛の診療について、実際の症例提示を交えてお話しました。講義の前半では腰痛の疫学、診断について説明しました。腰痛の診断においてまず重要なことは、癌の転移、感染、骨折、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア等の重要な脊椎疾患、いわゆる“レッドフラッグ”に伴う腰痛を鑑別することです。実際には、これらの重要な脊椎疾患に伴う腰痛は全体の約 15％程度と報告されています。最近、一部マスコミの間違った報道もあり、残りの腰痛の 85％は原因不明で、その多くはストレス等の心因性の要素が関与しているといった誤解が生じています。この点については、昨年、大学を中心に山口県の開業医の先生方のご協力のもとに行った、山口県の腰痛の実態調査の報告をお示しして、整形外科医であれば腰痛の約 8 割の原因は診断可能であるというデータを紹介

しました。正しい診断が出来ても、すべての腰痛を完治できるわけではありませんが、少なくとも正しい診断が出来なければ正しい治療はできません。講義の後半では、いわゆるレッドフラッグの代表的な疾患について、疾患の概略と実際の治療について、症例を交えて説明しました。講義終了後には、思いがけず多くの先生からご質問を頂き、参加された先生方の関心の高さを改めて認識致しました。

最後に「腰痛体操の原理と実際」と題して、リハビリテーション部の泉先生が腰痛体操の原理について説明され、その後、場所をリハビリテーション室に移して、泉先生の指導のもと、参加者の先生方に実際に腰痛体操を体験して頂きました。参加者の中には腰痛をお持ちの先生方もおられ、皆さん真剣に実習に取り組んでおられる姿が印象的でした。

最後になりましたが、体験学習という非常にユニークな形式の教育講座を通じて、他科の先生方に腰痛の診療の実際について学んで頂く機会を与えて頂いた県医師会の関係者の皆様、並びに休日にもかかわらず会の準備を手伝って頂いた整形外科の岡崎先生、金岡先生、川添先生、山縣先生に深謝いたします。

受講印象記

宇部市医師会　吉永　榮一

今回の体験学習のテーマは「腰痛治療の基本」であった。私はゴルフで腰を痛めたり、朝起きたら、ぎっくり腰となり起きあがれないことなど腰痛を数度経験している。自分自身のためにもしっかり勉強しようとこの会に参加した。

講義 1 は田口敏彦 教授ご自身による講義でテーマが「腰痛治療に必要な基本解剖」であった。腰痛は有訴率が男性で 1 位、女性では肩こりに次いで 2 位で、ごくありふれた病気とのことであった。脊椎は胎生期では全体が後弯しているが生まれて首がすわるころに頸椎が前弯し、つかまり立ちができるころに腰椎の前弯が形成される。脊椎は 20 度から 30 度傾いた骨盤の上にのっているので不安定だ。腰背筋と、腹筋を通しておなかにラグビーボールを入れている感じで腹腔内

圧で脊柱を支えている。脊椎は、ちょうど瑞穂ハイランドスキー場の急斜面に電柱を立てている状態だ。腰椎椎間関節は滑膜と関節包があり、膝、肘、肩関節と同様の真の関節だ。魚類には椎間板は無く、椎間板は脊椎動物が進化して陸に上がって初めてできた。椎間板により体を動かしやすくなってエサが捕りやすくなった。椎間板はコラーゲン線維の線維輪とヒアルロン酸入りのプロテオグリカンが主成分の髄核で出来ている。線維輪がスプリング、髄核がボールベアリングとして機能する。腰痛の 80～90％は発症後 6 週で治癒する。しかし、腰痛が慢性化した患者の脳を Functional MRI で調べてみると右島、右側坐核の脳灰白質の容積が減っている。前頭前皮質などの脳の機能が変化している。腰痛が慢性化した患者さんは痛みの情動が変化し、中枢系が感作された状態になっているとのことであった。

講義 2 は「腰痛治療の実際」で寒竹 司 講師による講義であった。山口県の整形外科医で腰痛の原因を調べたところ、約 80％は診断可能である。腰痛ガイドラインによると非特異的腰痛には安静は有効な治療ではない。腰を引っ張る牽引療法も根拠がない。慢性腰痛の痛みには侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、混合性疼痛があり、それぞれに合わせて薬剤を投与する。急性期には主として NSAIDs を、亜急性期、慢性期にはプレガバリン、オピオイド（弱）を使用する。その他の保存療法として理学療法（牽引療法、物理療法、運動療法）、装具療法、神経ブロック（硬膜外ブロック、神経根ブロック）がある。山口大学では腰痛

への椎間関節の関与が疑われる場合、椎間関節造影をして局麻剤 1ml を注入する。ブロックが有効である場合はその椎間関節に入っている神経を電気焼灼している。腰椎椎間ヘルニアでは、MRI でヘルニアがあっても腰痛のない人が 76％いた。腰椎椎間ヘルニアは保存療法で大部分は軽快する。腰部脊柱管狭窄症では前かがみで狭窄は軽減し、腰をそらすと狭窄が強くなる。腰椎椎間ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症では下肢痛を伴う。小児、思春期の腰痛では腰椎分離症、脊柱側弯症が大事だ。小中学生の 2 週間以上続く腰痛の約半数近くが分離症だ。発生部位は L5 が 80％以上で、ついで L4 に多い。スポーツ選手に多く、繰り返す伸展による疲労骨折説が有力だ。初期の診断は CT、MRI で行う。早期診断し、スポーツを禁止して硬性装具をつけて骨癒合をはかるのが重要だ。脊柱側弯症は三次元的に曲がっている。前屈テストにおけるハンプで発見する。Cobb 角を測定し側弯症の診断をする。定期的な経過観察をする。中等度の側弯症には装具療法を行う。高度の側弯症は手術する。現在、① CT による三次元画像、②術中ナビゲーションシステム、③術中脊髄機能モニタリングという脊椎変形手術の三種の神器があり、手術が安全に出来る。化膿性脊椎炎は CT、MRI、針生検などで診断する。転移性脊椎腫瘍でも適応があれば手術する。それで ADL が著しく改善されることがある。出血量が多い手術となることは覚悟しなければならない。骨粗鬆症性椎体骨折でどれが新鮮な骨折かわからない場合、MRI で診断できる。遅発性麻痺出現例は手術適応だ。骨粗鬆症性椎体骨折の治療と同時に骨粗鬆症の治療をすることが、続発骨折の予防、生命予後の改善の上で重要とのことであった。

次は泉 博則 理学療法士長による実習「腰痛体操の原理と実際」で、最初にスライドでプレゼンテーションを受けた後、リハビリテーション部に場所を移動して実習を受けた。60 歳代以上になると、男女ともに有意に腹筋背筋の筋力が低下する。腰痛者は健常者に比べ腹筋群、背筋群ともに有意に筋力低下を認める。腰痛体操にはウィリアムズ体操、体幹トレーニングとしてブリッジ、サイドブリッジ、ボールエクササイズ、その他、自転車エルゴメーター、膝関節痛や体重が重い人の運動のために反重力トレッドミルがあるとのことであった。

実習では各自まくらつきのマットにのり、中央に位置する泉先生の模範演技の真似をした。ウィリアムズ体操の腹筋強化、骨盤後傾、腰背筋伸展をした後、体幹トレーニングのブリッジ、サイドブリッジを各 30 秒行った。鍛えると 180 秒に時間を延長するとのこと。私は体重増加と筋力低下のためサイドブリッジは10秒もできなかった。年齢による衰えを感じた。体幹を左右に捻転する運動も行った。ボールエクササイズでは、でかいボールに乗るのは初心者では困難なため、小さいバランスボールに乗ったが、両足を上げてバランスをとることはとても困難で、自分自身の腰痛予防のために腹筋、背筋を鍛えなければならない、バランス感覚を鍛えて体幹を強化しなければならない、体重を減らさなければならないと痛感した実習であった。

最後に、私が学生だったころに比較して講義が視覚的になり、とてもわかりやすくなっていた。現在の学生さんが、うらやましい限りである。今回の講義もクリアカットで理解しやすかった。

終わりに、この教育講座を企画していただいた田口教授をはじめとする山口大学整形外科学教室の皆様、リハビリテーション部スタッフの皆様に深く感謝申し上げる。

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医業従事者が国民年金に上乗せする「公的な年金」です。
掛金の**全額**が**社会保険料控除の対象**となり、所得税、住民税が軽減され、さらに受取る年金にも**公的年金等控除が適用**されます。

加入資格
- 満20歳以上60歳未満の方。国民年金第1号被保険者
- 医業に従事している医師や従業員（家族従業員も対象）
- 地域型基金等の他の国民年金基金に加入していない方

掛金
- 掛金の払込は60歳まで。掛金（加入時年齢による）の上限は月額68,000円

加入コース
- Ａ型とＢ型。自由な組み合わせが可能

年金受取
- 65歳01月支給開始。**終身年金**
- 年金額は加入口数とその掛金の納付期間等により決定

長生きリスクに備える年金です

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

中途脱退
- 任意脱退はできない
- 他の公的年金に加入・廃業等の場合、脱退となる
- 中途脱退しても65歳より掛金に応じた年金を支給

税理士のご紹介でご加入されている方が増えております

税制上の優遇措置
- 掛金は**全額社会保険料控除の対象**（最高816,000円が控除）
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用
- 遺族一時金（Ｂ型を除く）は全額非課税

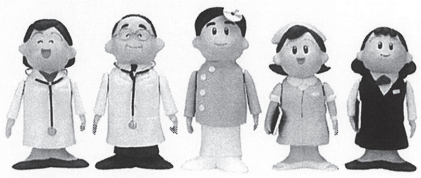
新制度です

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となりました

60歳以上の国民年金の「任意加入者」で医業に従事している医師･従業員（家族従業員含む）の方が対象となります。掛金の払込は最長65歳まで。

新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。
（現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません）

- 日本医師会年金（医師年金）に加入している方でも、当基金の年金に加入できます。
- お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。



フリーダイヤル 0120-700650
受付時間（平日）　午前9:30～12:00　午後1:00～5:30
http://www.jmpnpf.or.jp

検索はこちらから
日本医師従業員　検索
0120-700650　検索

2015.9

平成 27 年度
郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会

と　き　平成 28 年 3 月 10 日（木）15：00 ～ 16：36
ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告：常任理事　林　　弘人]

開会挨拶

小田会長より、平素からの医療安全等にご尽力いただいている郡市担当理事へのお礼と 27 年度の医事法制事業部門の報告を兼ねて挨拶がなされた。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告について

平成 27 年 12 月 10 日に日本医師会で開催された。本会報平成 28 年 2 月号に報告記事を掲載しているので、ぜひお読みいただきたい。

2. 平成 27 年度受付の報告と未然防止について

報告事案においては医事案件調査専門委員会で議論されたポイントと結論、事案から学ぶこと及びそれに関連する法規や判例を提示、スライドにて紹介した（**表 1** 参照）。

また、医療機関側の誠意と対応に対する患者側の受け止め方について議論した。

3. 平成 27 年受付の相談窓口事例について

平成 27 年に当会で受付けた窓口相談事例について報告した（**表 2** 参照）。

4. 事例研究について

医療機関が抱えている事例について協議した。

5. その他

平成 28 年度の当事業に関する行事予定等を連絡した。

閉会

吉本副会長の挨拶をもって、協議会を閉会した。

出席者

郡市担当理事

大島郡	野村　壽和	萩　市	森　繁広
玖　珂	吉居　俊朗	防　府	山本　一成
熊毛郡	斉藤　良明	下　松	松野　尚弘
吉　南	西田　一也	岩国市	小野　良策
厚狭郡	田中　俊朗	小野田	長谷川　靖
美祢郡	中邑　義継	光　市	藤田　敏明
下関市	髙崎　彰久	柳　井	野田　基博
宇部市	西垣内一哉	長門市	岡田　和好
山口市	奥田　道有	美祢市	野間　史仁

山口県医師会

会　長	小田　悦郎
副会長	吉本　正博
常任理事	林　弘人
理　事	中村　洋

表 1

	H27	H26	H25		H27	H26	H25		H27	H26	H25
外科	3	1	4	脳神経外科	0	0	1	消化器科	2	2	0
産婦人科	2	0	1	形成外科	0	1	0	循環器科	1	0	1
整形外科	4	8	2	救急外来	0	0	1	小児科	0	2	0
内科	5	3	3	泌尿器科	1	1	3	健診	1	1	0
眼科	2	0	2	耳鼻咽喉科	3	0	2	施設	1	0	2

表 2

山口県医師会相談窓口受付状況について

平成 27 年 1 月～ 12 月　　(単位：件)

	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
相談	31	40	31	24	28
苦情	23	22	23	11	17
その他	0	2	0	0	0
合計	54	64	54	35	45

注　平成 16 年度から県に同様の相談窓口が設置された。

受　付　内　容（平成 27 年）

項目	(前年)	相談	苦情	合計
①医療内容、薬品、病気	10	3	3	6
②医療機関の紹介、案内	5	2	0	2
③医療機関の接遇　ア　医師	2	1	6	7
イ　その他	0	0	0	0
④医療機関の施設、体制	7	5	4	9
⑤カルテ開示	0	1	1	2
⑥医療費関係	6	0	1	1
⑦セカンドオピニオン	0	2	0	2
⑧その他 (医療制度関係等)	5	14	2	16
合計	35	28	17	45

年　別　受　付　状　況

分類	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
男性	33	35	27	23	19
女性	21	29	23	11	21
不明 (メール等)	0	0	4	1	5

電話	50	60	47	30	39
文書	1	2	3	0	0
来訪	3	0	1	4	0
メール	0	2	3	1	6
FAX	0	0	0	0	0

平成 27 年度 学校保健講習会

と　き　平成 28 年 2 月 21 日（日）10：00 ～ 16：00

ところ　日本医師会館大講堂

［報告：理事　沖中　芳彦］

講演

1. 最近の学校健康教育行政の課題について

文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課
学校保健対策専門官　松永　夏来

(1) 概要

学校保健とは、学校という教育の場において展開される保健活動であり、目的は、幼児、児童、生徒、学生及び教職員の健康の保持増進を図ること、集団教育としての学校教育活動に必要な保健上の安全を確保すること、自ら健康の保持増進を図ることができる能力を育成することである。対象となる児童生徒等の年代が発育・発達の途上にあること、個別の対応以外に集団としての健康を取り扱う側面があること、（医療の場ではなく）教育の場で展開される活動であることが特徴である。

学校保健は、保健管理と保健教育、それらを支える組織活動から構成されており、これらを機能させることにより推進する。

(2) 児童生徒等の健康診断

平成 23 年に日本学校保健会において健康診断のあり方に関する調査を行い、子どもたちの現代的な健康課題に合わせて健康診断のあり方も見直すべきではないかということで、24 ～ 25 年に文部科学省において「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」にて専門家の先生方に議論いただき、その意見書を踏まえて、26 年 4 月 30 日に「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令」を公布した。28 年 4 月から新しい健康診断が始まるが具体的な内容に関しては、昨年 8 月 25 日に発刊した『児童生徒等の健康診断マニュアル』と「児童、生徒、学生、幼児及び職員の健康診断の方法及び技術的基準の補足的事項」に基づき実施していただくよう、改定内容のポイントについて周知を図ってきた。

健康診断は、目的・役割を踏まえた実施が肝要である。学校における健康診断においては、学業やこれからの発育に差し支えが出るような疾病がないか、ほかの人に影響を与えるような感染症にかかっていないかということを見分けることがスクリーニングの目的となる。細かく専門的な診断を行うことまでは求められておらず、異常の有無や医療の必要性の判断を行うものと捉えることが適当である。平成 26 年 4 月 30 日に、児童生徒の健康診断には家庭における健康観察を踏まえ、学校生活を送るに当たり支障があるかどうかについて、疾病をスクリーニングし児童生徒の健康状態を把握するという役割と、学校における健康課題を明らかにすることで健康教育の充実に役立てるという役割があることに留意することとし、文部科学省から文書を発出している。

健康診断のあり方に関して、限られた時間の中で健康診断をより効果的、効率的に行うためにはどうしたらよいかという議論になったが、やはり事前準備が重要であろうという意見が出された。従来から学校保健安全法施行規則の中で、健康診断を的確かつ円滑に実施するため、あらかじめ児童生徒等の発育、健康状態等に関する調査を行うものとするということで、保健調査の活用をお願いしてきたが、その充実を図るため、対象学年の見直しを行っている。すなわち、従来は小学校入学時及び必要と認める時に実施されていたものを、小学校、中学校、高等学校、高等専門学校の全学年に、幼稚園、大学においては必要と認める時に実施すると改めている。保健調査票については一例を示しているが、地域の実状に応じて調査項目を見直すことは差し支えない。しかし、調査項目の見直しにあたっては、昭和 48 年の文書にあるように、アンケートの設問項目が多くなりすぎても正確な資料が得られないおそれがあること

と、身上調査にわたらないように注意する必要がある。保健調査票は保護者の問題意識と学校の健康診断とをつなぐ大事な架け橋であるが、配付するにあたっては健康診断の目的・役割の説明や、保護者への協力依頼をするような工夫もできる。

子供の成長を評価する上では、座高より身長曲線・体重曲線の方がより重要とされたため、座高の検査が必須項目から削除された。一時点の身長の計測値のみで身長の成長評価はできず、必ず身長成長曲線を描いて評価しなければならない。また、同様に、必ず一人ひとりの児童生徒等について体重成長曲線と肥満度曲線を描く必要がある。曲線の作成は、平成 28 年度はまず、小・中学校で行う。そのためのプログラムを各学校に配付してある。

昭和 12 年の学校検査規程には、その他の疾病及び異常に「骨及び関節の異常、四肢運動障害」が追加され、平成 6 年には「脊柱及び胸郭の検査の際には併せて四肢の状態にも注意すること」という文書を発出しているため、文科省としては従来から四肢の状態については診ていただいていたと理解している。今回、学校保健安全法施行規則の一部改正により「四肢の状態」を位置付けた背景としては、子どもたちの現代的な健康課題について議論する中で、運動する子としない子が二極化していることが挙げられた。この二極化に対応するために「四肢の状態」を施行規則に位置付け、明確化を図った。具体的には、四肢の状態については、保健調査票の記載内容、学校における日常の健康観察の情報等を参考に入室時の姿勢・歩行の状態等に注意して、学業を行うのに支障がある疾病及び異常の有無等を確認することとされた。

学校における健康診断の中で運動器検診を行うにあたっては、家庭における健康観察（保健調査等）、学校における健康観察（体育・クラブ活動等）の情報を整理した上で健康診断（学校医による検査）を行う。学業を行うのに差支えあるような疾病・異常等のスクリーニングを行い、必要に応じて専門医の受診を指示する。運動器検診の事後措置に関しては、医療機関以外（整骨院など）での実施は想定されていない。

保健調査票の例であるが、検討会でふさわしいとされた項目は、「背中が曲がっている」、「腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある」、「腕、脚を動かすと痛みがある」、「腕、脚に動きの悪いところがある」、「片足立ちが 5 秒以上できない」、「しゃがみこみができない」の 6 項目である。千葉県医師会作成のものを提示したが、項目や医師の署名も含めて、地域の実状を踏まえてアレンジしてよい。

視力に関しては、「非検査者を立たせる位置は、視力表から正確に 5 メートルの距離とし、これを床上に明示すること」とされているが、新たに「ただし 5 メートルの距離が取れない場合は、3 メートル用視力表を使用してもよく、同様に非検査者を立たせる位置を床上に明示すること」が追加された。また、視力表の照度の標準は、「おおむね 500 ルクスから 1000 ルクスとすること」とされた。

聴力に関しては、オージオメータは、「平成 12 年 8 月 1 日制定後の日本工業規格によるものを用い、定期的に校正を受けること」とされた。

色覚検査については必須項目になったのかとの問い合わせが多いが、位置付けはこれまでと変わりなく、必須項目になったわけではない。平成 26 年 4 月 30 日付の文書に記載している内容を頭に入れていただきたい。すなわち、平成 15 年度より児童生徒の健康診断の必須項目から削除された状態であること、子どもたちが就職の際などに不利益をうけることがないための検査であることをしっかりと伝えること、検査希望者があればきちんと対応できる体制を確保することをお伝えしている。

事後措置については、学校保健安全法や学校保健安全法施行規則でその実施をお願いしてきた。今回は特に、心身に疾病又は異常が認められず、健康と認められる児童生徒等についても、事後措置として健康診断結果を通知することにより、自分の身体に関心を持ち、健康の保持増進に役立てていただきたいということをお願いしている。

（3）学校におけるアレルギー疾患への対応

子どもたちのアレルギー疾患については、平成 16 年と 25 年のデータをまとめたものがある。

アレルギー疾患は決して珍しい疾患ではなく、学校には各種のアレルギー疾患の子どもが多数在籍しており、給食を食べた時、症状が急速に変化して重篤な症状に至ることもあり、アナフィラキシーショックで命を落とすこともある。したがって、正しい知識と適切な対応を身に付ける必要がある。

アレルギー疾患対策基本法が平成 26 年 6 月 27 日に公布、27 年 12 月 25 日に施行され、第 8 条で、次のように医師等の責務を定めている。すなわち、医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患対策に協力し、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に寄与するよう努めるとともに、良質かつ適切なアレルギー疾患医療を行うよう努めなければならない。

学校におけるアレルギー疾患対応の 3 つの柱として、1）アレルギー疾患の理解と正確な情報の把握・共有のため、「ガイドライン」「学校生活管理指導表」の活用を徹底し、保護者の言いなりではなく、医師の診断を踏まえた対応をしていただきたい。2）学校生活管理指導表の「学校生活の留意点」を踏まえた日常からの取組みを行い、組織対応により事故の予防に努めていただきたい。3）研修会・訓練等を実施し、緊急時に対応できる体制を整備していただきたい。

学校給食における食物アレルギー対応の原則は、リスク管理を最優先し安全性を担保することと、完全除去を原則とし、提供するかしないかの対応が基本である（筆者註：この点に関しては、小児科医からの反論もある）。詳細は平成 26 年文部科学省作成「学校給食における食物アレルギー対応指針」を参照のこと。

各学校が困っている場合は、教育委員会が統一の方針を策定し、各学校の取組みを支援することで、各地域の実状に応じた対応をお願いしている。緊急の対応を要する事態は、学校担任や養護教諭の前で起こるとは限らないため、学校全体として取り組む体制が必要である。また、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の要約版も作成している。

（4）がん教育について

がん対策については、昭和 56 年に悪性腫瘍がわが国の死亡原因の 1 位となってから、さまざま実施されてきた。平成 18 年にがん対策基本法が議員立法により成立し、19 年にはがん対策推進法基本計画（第 1 次）が、24 年にはがん対策推進基本法（第 2 次）が閣議決定され、5 か年計画で取組みが進められている。第 2 次では、がんの教育・普及啓発として子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進するとされている。26 年度のがんの教育総合支援事業では、学校教育全体の中で、がんの教育を推進することにより、がんに対する正しい理解とがん患者に対する正しい認識及び命の大切さに対する理解を深化させ、自らの健康を適切に管理するとともに、がん予防や早期発見につながる行動変容を促すことを狙いとして事業を進めている。27 年度は、がんという専門性の高さに鑑みて、専門機関等との連携を進めるなど、がんの専門家の確保が重要ということで外部講師の確保等に関する検討を行っている。

（5）その他

HPV ワクチン接種後に症状が生じた方に対する相談・支援体制を紹介する。平成 26 年、厚生労働省と文部科学省が共同で都道府県や各市町村教育委員会の中に相談窓口を設置するようお願いしている。疾病に関する対応を各学校に依頼されることがあると思うが、すべての疾患について正しく理解することには限界があるため、大切なことは、心身のトラブルを抱えている児童生徒の症状に寄り添った対応である。相談の具体例は厚生労働省のホームページで閲覧が可能であるのでご覧いただきたいが、症状を理解するという姿勢を示してほしい。学校生活における負担軽減と学習しやすい環境の整備、自宅学習や課題提出での単位認定、補習や個別授業による学習支援等の問い合わせがある。

文科省は平成 23 年に「教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引」を作成している。健康相談及び保健指導の基本的理解、心身の健康問題の把握方法、子どもや保護者等への指導内容、学校内外との連携方法などについて、健康相談及

び保健指導事例を通して理解が深められるように構成されている。文部科学省のホームページから閲覧が可能である。

最後に、学校と地域の医療機関等との連携（学校保健安全法第 10 条）では、「学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めるものとする」と規定されている。多様化・深刻化する子どもの健康課題に対応するためには、学校と家庭、学校と地域の医療機関等との連携がそれぞれ不可欠である。

2.　学校健診での運動器（四肢）検診の進め方（簡便法）

日本臨床整形外科学会副理事長　新井　貞男

子どもの体力低下が指摘されるようになって久しいが、文部科学省の HP によると、その原因として、外遊びやスポーツの重要性の軽視（スマホ・ゲームの普及）など、都市化・生活の利便性等生活環境の変化（スポーツや外遊びに不可欠な要素の減少）、睡眠や食生活等の生活習慣の乱れ（夜型生活、孤食）などが考えられている。

2000 年から WHO で「『運動器の 10 年』世界運動」という、運動器に目を向けようとする運動が始まった。日本においても、「運動器の 10 年・日本委員会」が組織され、その活動の一部として、「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」が 2005 年から始まっている。これらの活動を通じて、現代の子どもの運動器には問題点があることが明らかにされた。体力・運動能力は昭和 60 年頃をピークに低下傾向にある。運動不足による運動器機能不全や、運動過多による四肢・脊柱の運動器障害が起きており、子どもの運動器に二極化が生じていることが指摘されている。

これらの指摘を受け、平成 25 年 12 月に「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」が開催された。現代の子どもたちには、過剰な運動に関わる問題や、運動不足が関わる問題など、運動器に関わるさまざまな課題が増加しているとの指摘があった。これを受けて、26 年 4 月には、学校保健安全法施行規則の一部改正が行われ、運動器検診を必須項目に加えることと、保健調査の実施を、小学校、中学校、高等学校、高等専門学校の全学年に行うこととなり、28 年 4 月から実施される。これに基づき、27 年 8 月 25 日に、『児童生徒等の健康診断マニュアル』が発行された。

成長期の運動器の発育とその障害にも年代別に特徴があり、ケガや故障を起こしやすいのは小中高期であり、軟骨が多い、筋肉がかたくなる、成長の個人差などが、その理由である。

運動能力の発達については、動作（跳ぶ・走る・投げるなど）の習得は 10 歳ころまでに行われる。粘り強さはそれより遅れて習得される。また、学年別負傷部位は、小学校 1 年生では顔面のケガが多く、年齢が上がるにつれて減少してくる。それに反比例する形で、上肢・下肢の負傷が増えてくる。上肢の負傷は年齢が上がるにつれて少なくなるが、下肢の負傷はその逆に年齢が上がるにつれて増えてくる。骨折の発生率は中学生で圧倒的に多い。

運動器検診の簡便化は可能か？　簡略化（省略）はできないが、時間の短縮・効率化を図ることはできる。側弯症としゃがみ込みは要注意であるが、診る時の時間配分を調整できる可能性がある。養護教諭や学校医及びその関係者に「児童生徒等の健康診断マニュアル」やビデオ等を参考にして、運動器検診の内容を理解していただくことも必要である。岩手西北医師会（http://iwate-seihoku.jp）で運動器検診マニュアルビデオを作成している。

検査の流れ　6 つのチェック項目について、家庭・学校における日常の健康観察の情報を整理する。養護教諭は、体育やクラブ活動の担当者と連携し、保健調査票においてチェックがある項目の観察を健康診断前に実施し、情報を整理する。その情報を学校医に伝えた上で検診を行い、学業に差支えのあるような疾病・異常等が疑われる場合は医療機関を受診させる。整骨院の受診は想定されていない。

保健調査票の活用がもとになるが、学校医は保護者がチェックした日常の健康観察の情報を整理し、体育やクラブ活動の担当者と連携し、保健調査票にチェックがある項目の観察を健康診断前に実施し、情報を整理する。これには養護教諭

の協力が不可欠である。

担任、保健体育、養護の先生には、学校生活において、歩行、立ち上がり、姿勢、運動時の不自然な動きの有無に留意していただきたい。また、保健室に同じ個所の痛みを訴えてよく来るか、同じ個所のケガ等があるかにも注意していただきたい。

「運動器検診保健調査票」においては、スポーツ歴・外傷の有無の聴取がポイントの一つとなる。年齢とスポーツ歴でオーバーユースの箇所が推定される。小学生より中学生でのチェック率が上がっており、ポイントがはっきりしやすい。高校生ではよりチェックが多いと推察される。過去 1 年間の外傷の有無も聴取する。同じ個所の外傷には要注意である。

平成 26 年度に行った千葉県医師会のモデル事業の結果であるが、小学校では、脊柱側弯としゃがみ込みの指摘が多いが、保護者の指摘が多く、学校医の指摘はそれほど多くはない。中学校では、しゃがみ込みと脊柱側弯が多い。腰部の前後屈による痛みも出てくる。特筆すべきは右肘の異常で、これのみ学校医の指摘が保護者の指摘の頻度を上回っている。痛くても隠している子や、痛みの自覚のない子もいるため、学校医がチェックする必要がある。

運動器検診の簡便化　児童生徒に運動器検診のやり方を事前に練習してもらい、動作に慣れてもらうことで時間の短縮は図れる。パネルやビデオを使って説明するのが有効である。保護者のチェックがあるところを検診前に再チェックしてもらう。片脚立ちやしゃがみ込みは数回練習してもらい、その後、学校医が検診する。片脚立ちやしゃがみ込みは、1 回ではできなくても、数回行うとできる子がいるが、普段の生活でそのような動作に慣れていないことが原因である。

運動器検診のやり方の例　1）家庭調査票にチェックがある児童生徒のみに運動器検診を行う。2）特定の学年、例えば小学 5 年生と中学 2 年生のみ全員に対し運動器検診を行う。その他の学年は、家庭調査票にチェックがある人に検診を行う。3）運動器検診の内容を二分し、片脚立ち・しゃがみ込み・腰部前後屈は事前にチェックしてもらい、残りの運動器検診は校医が全員に行う。4）全員に運動器検診を行う。家庭調査票にチェックがある場合は特に丁寧に行う。

運動器検診の手順（千葉県方式）　第 1 次チェックは家庭調査票である。第 2 次チェックは、片脚立ち、しゃがみ込み、腰の前後屈を養護教諭に事前に行ってもらう。第 3 次チェック（学校検診）は内科検診及び運動器検診を行って、側弯症検診を行う。

千葉県で、「アニメ版運動器検診マニュアル対応体操」というビデオを作成した。日本臨床整形外科学会の HP で見ることができる。YouTube からのダウンロードが違法となったため、臨床整形外科学会から各都道府県代表に DVD を配付しており、臨床整形外科学会の作成ということを明示していただければ、自由にコピーして使用いただいて構わない。

検診時のチェックポイントの明確化について説明する。これには異論もあり躊躇したが、要受診（整形外科への紹介）の基準を明確化してほしいとの学校医からの要望により、とりあえず作成した。

要受診（整形外科紹介）の基準　1）歩行障害の訴えがある場合、あるいは認めた場合。2）動作時痛がある場合。3）可動域に左右差がある場合。4）圧痛がある場合。5）どうすべきか迷った場合。

腰部の前後屈　1）要受診：前屈、後屈どちらかでも明らかな痛みが出現した場合。軽度の痛みに関しては、1 週間以上続く場合（ただし、「1 週間」には異論もある）。2）経過観察：痛みがあるが、軽度の場合。ただし、「経過観察」中に痛みが増強した場合は「要受診」。

片脚立ち　1）要受診：片脚立ち時に股関節・膝関節・足関節等に疼痛がある場合。骨盤に傾きが認められた場合。2）経過観察：5 秒以上立っていられるがふらつく場合。5 秒以上立っていられなくても、上記所見が認められない場合。ただし、片脚立ちの練習を 1 週間行っても改善しない場合は「要受診」。

しゃがみ込み　1）要受診：しゃがみ込み時に股関節痛・膝関節痛・足関節痛等が認められた場合。オスグッド病を疑った場合。2）経過観察：痛み

が認められない場合。ただし、ストレッチや体操指導を 1 週間以上行っても改善しない場合は「要受診」。

肘の曲げ伸ばし、腕の回内・回外　1）要受診：伸展時「肘が完全に伸びきらない」、屈曲時「指先が肩につかない」場合。動きで痛みを伴う場合、また、肘関節に圧痛がある場合。動きに左右差がある場合。2）経過観察：動きの左右差が軽度の場合。子どもは関節が柔らかいため、肘を伸ばすとかなり過伸展になることがあるが、それは異常とはしない。

バンザイ　1）要受診:「腕が耳につかない」場合。肩関節運動時に「疼痛がある」「可動域制限がある」場合。2）経過観察：バンザイはできるが、ぎこちない場合。

まとめ

1）検診前の保健調査票の情報の整理（養護教諭にお願いする）がポイント。

2）養護教諭や学校医は、「児童生徒等の健康診断マニュアル」やビデオを見て、事前に運動器検診の手順を理解しておく。

3）児童生徒に、検診前に運動器検診の手順をパネルやビデオを使用し、慣れておいてもらう。可能であれば、ホームルームや体育の授業の時に実施してもらう。

4）保護者のチェックがあるところを、検診前に担任又は養護教諭に再チェックして練習してもらい、その後、学校医が検診する。

5）学校医の検診チェックの判断基準を明確にしておく。

側弯症検診で前屈の際の観察は前からか後ろからかという質問があり、どちらからでもよいと回答された。肋骨隆起は前からが見やすく、腰部の隆起は後ろからが見やすい。ただ、いずれも見えないわけではない。観察者が注意して診ればよい。

3. IT 機器（パソコン、スマホ、携帯等）の使用による弊害とそれの対応

国立病院機構九州医療センター
小児科医長・周産期センター長　佐藤　和夫

「2 歳まではテレビを控える」ということを、アメリカ小児科学会や日本小児科医会が提言している。いつも iPad を使用している赤ちゃんは、雑誌もスワイプしてしまう。今は、赤ちゃんが触りやすいような iPhone や iPad 用のケースが売ってあり、赤ちゃん用のアプリもある。つまり、今は電子メディアがあふれる育児環境であることを認識しなければならない。

メディア漬けが子どもに与える悪影響

メディアへの接触時間と内容が悪影響を及ぼすことは、さまざまな医学論文が報告している。

1）暴力・攻撃性：メディアの暴力シーンへの暴露が攻撃的行動を増大させ、暴力に対する罪悪感を麻痺させる。

2）運動不足・肥満：長時間のテレビ視聴やテレビゲームは運動不足を助長し肥満の原因となる。視聴時間（スクリーンタイム）と肥満との間には正の相関がある。子どもの体力低下・運動器の育ちが不十分なことは、将来のロコモティブシンドロームに繋がる。

3）性の問題（性行動の低年齢化）：原因の一つがメディアでの性への接触である。

4）喫煙、飲酒、薬物（映画やドラマのシーンで見ることにより）：ニュージーランドではタバコの CM が禁止されているが、それでもテレビ視聴と喫煙の有無が関係することがわかっている。映画やテレビドラマの中でタバコを吸うシーンを繰り返しみることが影響する。

5）学業成績の低下：テレビの長視聴時間と学業成績低下の関連性は認められる。特に寝室（保護者の目の届かないところ）にテレビがあると影響が大きい。平成 26 年度全国学力・学習状況調査（文科省）によると、スマホの使用時間と平均正答率との間に逆の相関が認められた。

6）行動、睡眠：テレビやゲーム視聴時間と注意欠陥問題は相関する。テレビやゲームは睡眠時間を減少・不規則にし、内容によっては睡眠の質にも影響する。

7）成人期の健康への影響：Lancet（2004）に掲載された報告によると、5 ～ 11 歳の平均視聴時間と、26 歳の健康危険因子、過体重、運動不足、高コレステロール血症、喫煙などとの間には相関がある。

8）インターネット・スマホの問題（依存、ネットいじめ、セクスティング）
9）電子メディアが脳の働きを低下させる危険：神経細胞は筋肉と似て、使わないと働きが低下する。電子メディアは子どもの思考力を奪ってしまう。視聴時間の長い幼児は、就寝時刻が遅い、睡眠時間が短い、就寝・起床のリズムが不規則、朝食摂取が十分でない、排便習慣も不良であることがわかった。子どもの場合、スクリーンタイムが心身の発達に大切な時間と体験を奪ってしまうという視点が必要である。

なぜ、乳幼児にテレビ・ビデオを見せるのかというと、忙しさから、テレビ・ビデオに子守をさせるためである。対策としては、メディアに頼らない子育てをすること、父親も育児・家事をすること。赤ちゃんには（本の読み聞かせなど）本物の人間が必要である。電子メディアでは学習効果はないと言われている。

メディアとどう関わるか：メディア・リテラシー

「リテラシー」とは、読み解く力のことで、ある分野に関する知識やそれを活用する能力をいう。「メディア・リテラシー」とは、メディアを何も考えずに受け入れてしまうのではなく、本当だろうかと批判的に見たり、必要でないものは見ないようにしたりする能力のことである。自分たちで情報を発信する力も含まれる。

子どもの場合は、親子でメディア・リテラシーを実践する必要がある。1）選択・制限する：見たい番組だけ時間を決めて見る。2）離れる：終わったら消す。「消す力」を育てる。3）評価・批判する：家族で内容を話題にする。4）発信する：ビデオ編集やホームページの作成を行い、自分で発信するとメディアの意図も解りやすい。親が実践することが大事である。

電子メディアにも用量・用法が必要である。ここで、「『子どもとメディア』の問題に関する提言」（小児科医会 2004 年）を紹介する。1）2 歳までのテレビ・ビデオ視聴は控える。2）授乳中、食事中のテレビ・ビデオの視聴は止める。3）すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要（1 日 2 時間までを目安）。4）子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パソコンを置かない。5）保護者と子どもでメディアを上手に利用するルールを作る。

スマホ時代の子育ち・親育ちを考える

「ケータイ」は「携帯する電話」ではない。電話、メール、インターネット接続、ポータブルオーディオ、テレビ、ゲーム、デジカメ、ビデオ、時計、電卓、スケジュール帳、住所録、電子辞書、GPS 機能、ナビゲーション、お財布機能など、さまざまな機能を有している。現代では、「ケータイ」が「スマホ」に置き換わっている。「スマホ」は、電源不要、多機能、高機能、最強の情報機器である。

LINE やオンラインゲームは仲間で行っているため、参加しなければならないというスマホ依存（つながり依存：仲間はずれになりたくない）が生じる。「ネトゲ廃人」とは、ネットゲーム廃人、すなわちインターネットゲーム中毒で廃人状態になったことを言う。オンラインゲームの中毒性は、不登校・ひきこもりとダブるところがある。ネットいじめも学校では問題になっている。

2008 年 6 月、青少年ネット規制法が成立し、18 歳未満へのフィルタリングサービスの提供が義務付けられた。2009 年 1 月には、文科省が小・中学校へのケータイ持込みを原則禁止とする指針を通知した。文科省は同時にリーフレット「ちょっと待って、ケータイ」を作成し、2014 年には「ちょっと待って！ケータイ＆スマホ」に改訂された。地域のルールとしては、福岡県春日市では、中学生は夜 10 時以降のスマホ使用を禁止した。熊本市の江南中学校では、生徒自身がルールを決めた（江南ルール）。

ネット社会への対応として、1）大人が関心を持つ（親、教師、社会、祖父母も）。2）フィルタリングを徹底する：販売業者、学校、家庭で。3）サイト運営者の法的責任を明確にすることも子どもの健康を守るためには必要。4）学校・家庭でのルールを作る（持たせない事も）。5）メディア・リテラシー教育をする：親子でも、学校でも。6）バーチャルに負けない家庭生活・学校生活であること、が大事である。

日本外来小児科学会が 2013 年に行ったアンケート調査によると、母親が所持している電子機器はスマホが多く、若い母親の方が所持率が高

かった。「スマホを子育てに使っているか？」との質問に対し、3 ～ 4 割の母親が「はい」と回答した。アンケートで多かった子育てアプリは、「YouTube」「いないいないばあ」「泣きピタ」「ひらがな、数字」「鬼から電話」「しまじろう」「アンパンマン」「ゲーム」「予防接種スケジュール」「離乳食レシピ」である。親子の基本的なコミュニケーションの方法である「いないいないばあ」をスマホにさせなくてもよいのではないか。

日本小児科医会では、「スマホに子守をさせないで！」や「見直しましょう メディア漬け」というポスターを作成しているので、各医療機関に掲示するなどして活用してほしい。

「早寝・早起き・朝ごはん、テレビを消して外遊び」、「スマホを止めて親子のふれあい」。まず今日から食事中のテレビを止めましょう。スマホ・ネット依存に気をつけましょう。

学校保健に関わる医師として、電子メディアの子どもへの影響を認識しましょう。メディア・リテラシー教育を推進しましょう。学校や PTA と協力して、年齢に応じた電子メディアの制限、使用に関するルール作り、電子メディアに頼らない生活づくり、を推進しましょう。

シンポジウム「小児肥満・やせ・女性の健康と学校医の関わり」

1. 肥満とやせの現状～成長曲線の捉え方～

東京女子医科大学名誉教授　村田　光範

2000 年度の乳幼児身体発育調査と同年度の学校保健統計調査の身体計測値が日本人小児の体格基準値である。身長・体重成長曲線基準図と肥満度曲線基準図（肥満とやせの判定基準）は今後とも変更されることはない。肥満とやせの判定は、「肥満度（過体重度）＝（実測体重－身長別標準体重）／身長別標準体重 ×100（%）」の式により行う。

身長と体重の測定結果は必ず身長・体重成長曲線として評価しなくてはならないが、これまで、すべての児童生徒について身長と体重の測定結果を正しく評価していたとはいえない。体重は身長と違って、測定値そのものでは評価できないために、適正体重に基づき必ず肥満度に換算して評価しなければならない。

身長・体重成長曲線と肥満度曲線を作成することにより、単純性肥満と症候性肥満を鑑別することができる。例えば、身長の伸びが悪い肥満は症候性肥満（Cushing 症候群、後天性甲状腺機能低下症など）の可能性がある。成長曲線で評価することにより、早期に異常に気づくことができる。また、学校で肥満と判定される基準である肥満度 20％には達していないが、急激に体重が増加していることから明らかに肥満している状態であることがわかり、肥満度が同じであっても、そこに至る経過により、その意味の違いを判定することができる。

同様に、病的原因によるやせを鑑別することができる。やせの分類とその対応としては、1）身長・体重ともに正常パターンで成長しているが、身長に対する体重が少ないだけの場合は体質的やせとして経過観察でよい。2）身長は正常に成長しているが、体重の増え方が正常を下回っている場合は病的やせとして医学的対応が必要。3）過去の体重より現在の体重が少ない場合は、拒食症などの重大な病気が原因の可能性が大で早期の医学的対応が必要である。

すべての児童生徒について身長・体重成長曲線と肥満度曲線を手で描くことは不可能に近く、パソコンの活用が必要である。日本学校保健会では、蓄積された身長・体重等のデジタルデータを取り込んで自動的に成長曲線を作成するプログラムを平成 27 年度に完成させ、『児童生徒等の健康診断マニュアル』とともに全国すべての国公私立の小中高等学校に配付している。

学校保健会ではさらに、詳細な成長異常検索と個人の経過観察に特化した子どもの健康管理プログラムも作成、市販している。成長異常の自動検索条件は、①身長の最新値が 97 パーセンタイル以上（統計学的高身長）、②過去の身長 Z スコア（Z スコア＝ (実測身長 － 平均身長) ／標準偏差）の最小値に比べて最新値が 1Z スコア以上大きい（身長の伸びが異常に大きい）、③身長の最新値が 3 パーセンタイル以下（統計学的低身長）、④過去の身長 Z スコアの最大値に比べて最新値が 1Z スコア以上小さい（身長の伸びが異常に小

さい)、⑤身長の最新値が－ 2.5Z スコア以下（極端な低身長)、⑥肥満度の最新値が 20％以上（肥満)、⑦過去の肥満度の最小値に比べて最新値が 20％以上大きい（進行性肥満)、⑧肥満度の最新値が－ 20％以下（やせ)、⑨過去の肥満度の最大値に比べて最新値が 20％以上小さい（進行性やせ)、⑩：①から⑨のいずれの条件も満たさない。このうち、②、④、⑤、⑦、⑨には注意が必要である。

「子供の健康管理プログラム」を用いた肥満とやせの指導・支援対象者の選択としては、1）④と⑦の 2 群に重複するものは症候性肥満である。2）⑥群の肥満度曲線グラフに基づいて高度、中等度、軽度肥満の 3 群に分類する。3）高度肥満は原則として医学的対応の対象であり、とくに⑦群に入るものは積極的に受診を勧める。4）中等度肥満と軽度肥満は⑦群（進行性肥満）に入るものを主たる学校保健における対象とする。5）⑦群の肥満度曲線グラフに基づいて肥満度が 20％未満の者も対象とする。6）⑨群（進行性やせ）は医学的対応が必要である。

肥満している子どもへの指導・支援の原則は、1）ゆっくりよく噛んで食べる、2）野菜・魚類・大豆製品を多く摂る、3）入浴前に裸になった時、体重を測り記録する、4）身体を動かす家事を積極的に手伝う、の 4 つとしている。

結語

身長・体重成長曲線と肥満度曲線に基づいて検討しない限り、身長と体重の成長に関する正しい評価はできない。身長と体重の測定が必須項目ならば、身長・体重成長曲線と肥満度曲線を作成することは必須作業である。

2. 小児期の肥満と問題点

鹿児島医療センター小児科　吉永　正夫

本講演では、肥満度 20％以上を肥満としている。1979 年から 2014 年の 5 歳、6 歳、12 歳、15 歳、17 歳の小児肥満頻度の横断的推移では、1979 ～ 2003 年までは肥満頻度が増加しているが、その後 2014 年まで減少している。いずれの年も 12 歳の肥満頻度が最も高く、5 ～ 6 歳から 12 歳までの間に肥満頻度が著明に増加している。2014 年における日本の小児肥満頻度をみると、12 歳の肥満頻度は 5 歳（2 ～ 3％）に比し、男子では約 4 倍、女子では約 3 倍となっている。極論すれば、小学校入学時から中学生になるまでの肥満頻度を抑えると、成人における肥満頻度は 2％程度にできる可能性がある。

「未成年者、特に幼児、小・中学生の糖尿病等の生活習慣病予防のための総合検診のあり方に関する研究」（平成 24 ～ 26 年）が行われた。目的は、1）介入時期の決定、2）介入方法の決定、3）エビデンスに基づいた介入試験の実施、4）小児生活習慣病の予防ガイドライン作成、5）ガイドラインの普及と小児生活習慣病予防、である。

まず、小児肥満への介入時期はいつにすればよいか。肥満形成時期がよいとなると、世界的な小児肥満の形成時期は、胎児期、adiposity rebound（4 ～ 6 歳)、思春期の 3 つであるといわれているが、はたしてそれが日本人小児にあてはまるかどうかが不明なため、Latent class growth model（集団化分析法の一つで、ある集団を似たようなパターン (指標の変化) を持つ underline(latent) subgroup に分ける手法）を用いた解析を行った。この作成に乳幼児健診時の身長／体重（出生時、1 か月、3 ～ 4 か月、6 ～ 9 か月、12 か月、1 歳半、3 歳）並びに小学校入学後は 1 学期の身長／体重を使用する。また、BMI Z score を算出する。乳児期から小児期の間の 1 歳から 4 ～ 5 歳までは脳が発達する時期であるため、この時期に何らかの介入をするのがよいのではないか。

では、どのような方法で介入するか。1）運動する習慣をつける、2）座りがちの生活を改善する、3）適切な睡眠時間を確保する、4）食事習慣を改善する、5）両親／社会の支援、などが考えられる。

健康増進のために、欧米では、中等度から高度の運動（MVPA）を 1 日 60 分以上、週 3 回以上行うことが推奨されている。日本では、そのような運動を行う場所を確保することが難しい。世界的にみても、このような運動はほとんどできていない。仮に MVPA を散歩で代用しようとすると、6 ～ 11 歳男子では 1 日 13,000 ～ 15,000 歩（2 時間半から 3 時間に相当）が週 3 回必要となる。

演者は小児肥満治療として、5 項目による行動療法を行った。すなわち、1）休日に 1 万歩歩く、2）一口を自分で決めた回数で噛む、3）野菜をたくさん食べる、4）ジュースを飲まない、5）お代わりをしない、である。この方法で、平均 10 か月後に、肥満度が 10%以上減少した小児は 65%、20%以上減少した小児は 32%であった。

男児は休日に 1 万歩を超えるか超えないかで、肥満度減少に有意差が認められた。したがって、男児は休日に「1 万歩歩く」は正しいと言える。しかし、女児では有意差が認められなかった。

まとめ

1）小学生時代が肥満形成時期となっている。
2）運動習慣介入として、散歩は採用可能である。
3）運動療法による小児肥満治療は有効である。
4）日本独自の介入方法を見つける必要がある。

3. 小児生活習慣病検診

青木内科循環器科小児科クリニック

副院長　青木　真智子

学校保健における小児生活習慣病対策とは？

1）学校医は学校健診で、子どもの肥満ややせについて診断できているのか。平成 28 年度から成長曲線・肥満度曲線の記載を全児童生徒に行うことになっているが、一人ひとりのデータがあれば肥満・やせの診断が確実に上がると考える。2）保護者は自分の子どもの健康状態について理解しているか？ 3）学校健診の結果を保護者に返し、学校単位としての子どもたちの健康状態の評価ができているか？ 4）小児生活習慣病の子どもは、心臓・腎臓 2 次検診対象者よりもはるかに多い。しかし、小児生活習慣病検診は学校保健安全法に入っておらず、学校現場における確立した診断基準がない。27 年度、福岡市の心臓検診の 2 次検診率は 0.2%、腎臓の 3 次検診率は 0.95%であり、小児生活習慣病の 5 ～ 10%に比し、はるかに少ない。5）生活習慣病が多くの病気に繋がることが判明しているこの時代に、学校保健として子どもたちに伝えるメッセージは何であろうか？

福岡市医師会における小児生活習慣病検診の特徴

1）心臓検診の一部として開始することにより、システム開始の費用が削減でき、学校への返信システムが確立しやすく、検診率の向上も期待できる。2）医師会で計算するため、養護教諭をはじめ学校サイドの負担が少ない。3）学校医の専門科を問わず、対策マニュアルを参照すれば、一通りの診断・介入ができる。4）診断基準を明確にする。病気としての肥満症を考えることで、家族が理解しやすく、学校医側の意識が高まる。5）肥満だけでなく、やせについての解説が確立している。6）診断だけでなく、重症度に応じた介入方法を具体的に述べている。7）やせも肥満も 2 次精密医療機関がバックアップし、2 次性・重症について対応できる。

どのようにして診断するかが問題となるが、学校保健安全法により、肥満度・成長曲線を描くことになった。2014 年版の小児肥満症診断基準も作成されている。また、2010 年に厚生労働省により小児メタボリックシンドロームの基準が作成されてはいるが、学校保健におけるさらなる診断基準が必要と思われる。さらに、忙しい一般外来において、学校医の肥満症への対応は難しいと思われるため、「今日からできる小児生活習慣病の対策マニュアル」を作成した。

福岡市の肥満・やせの現況

平成 27 年度の福岡市における肥満度統計によると、肥満は最初は軽度が多いが、高学年になると中等度・高度肥満が増加している。－ 25%以上のやせも、ほぼ高度肥満の%と同じである。

小児肥満症と小児メタボリックシンドロームの概念は、大きな生活習慣病の枠の中に肥満とやせがあり、病気としての肥満症がある。さらに重症なものが小児メタボリックシンドロームである。

福岡市医師会の小児生活習慣病検診の流れ

学校健診における身長・体重測定の後、まず、医師会で肥満度を算出し、肥満度 50%以上は精密検査医療機関へ受診勧告をした。大学病院 2 つ、総合病院小児科と内分泌科で検査していただいている。平成 27 年度からは、－ 20 ～ 25%のやせ、20 ～ 25%の軽度肥満は、保護者へ文書による注意喚起を行っている。－ 25%以上のやせ、30 ～ 50%の中等度肥満は、登録医療機関への受診勧奨を行っている。50%以上の高度肥満は、精密検査実施医療機関（大学病院小児科、総合病院内

分泌科等）への受診勧告をし、医療機関受診の後、検診結果を記載し、各学校に配付する。

「『今日からできる小児生活習慣病対策マニュアル』～学校医のもとに肥満・やせの子どもが来院したときに～」

標記マニュアルを作成している。平成 27 年度版は売れ行きがよく、完売している。内容は診療手順として、初診時にどのようなことを行ったらよいのか、再診時にどのような話をしたらよいのか等を細かく載せている。資料としては、肥満の判定、小児肥満症の診断基準（2014 年版）、問診票、受診の記録、そして軽度の場合は「小児生活習慣病予防のための 17 か条」を作成しており、基本的なことを見直すこととしている。介入方法としては、生活自己管理チェックリスト表、体重記録グラフ、ステップ運動など、一般的な方法について記載している。さらに参考資料として、肥満度判定曲線と成長曲線、精密医療機関連絡先が記載されている。

肥満編・やせ編の実際

児童用問診票・保護者用問診票を、初診時に診察までに記載してもらう。コメディカルが、身長・体重・腹囲・血圧（座位、右手）を測定する。結果や母子手帳・通知表などの記載から成長曲線を描き、肥満度を計算する。診察では、首に黒色表皮症（インスリンが過剰な状態）がないかどうか、腹部に皮膚線条がないかどうか、できれば腹部エコーも行って、肥満度の通知や問診票の評価を行う。

原則として 2 週間後に再来してもらう。その間に家庭用マニュアルを一読し、親子の話し合いを持ってもらう。空腹時の総コレステロール、中性脂肪、HDL- コレステロール、AST、ALT、空腹時血糖、尿酸値を調べる。次回受診までに採血結果を確認し、小児メタボリックシンドローム・小児肥満症についての判定を行う。

小児肥満症の診断基準（2014 年版）の 6 ～ 18 歳における A 項目（肥満治療を必要とする医学的異常）は、1）高血圧、2）睡眠時無呼吸など肺換気障害、3）2 型糖尿病、耐糖機能障害、4）内臓脂肪型肥満（小学生では、臍周囲径 75cm 以上、かつ／又はウエスト身長比 0.5 以上、5）早期動脈硬化、であるが、この中では 4）が最も重要である。B 項目（肥満と関連の深い代謝異常）の中では、非アルコール性脂肪性肝疾患が最も重要である。

小児肥満合併症の実際

「未成年者、特に幼児、小・中学生の糖尿病等の生活習慣病予防のための総合検診のあり方に関する研究」（吉永班）で、全国で 1843 名（2013・2014 年）のうち、福岡地区で 376 名の検診を行った。全国の小 4 ～小 6 の 560 名のうち、肥満度 30％以上は 5.5％であり、その中で、肝機能異常が 48.4％、中性脂肪高値が 35.5％、尿酸の 6.0mg/dl 以上が 29.0％に認められた。採血を伴う小児の検診が、学校現場であろうともこれからは必要になってくると思われる。

福岡地区における小児生活習慣病検診では 376 名中、腹囲で該当した者が 11.1％あったが、小児メタボリックシンドロームと診断された者は 1 名のみであった。また、高度肥満（肥満度 58.9％、腹囲 109.2cm）の小児でも学校健診では肥満との指摘はなかった、という問題例もあった。

再診時には身長、体重、腹囲、血圧の測定を行う。また、小児肥満症には治療の継続、明らかなメタボリックシンドロームは専門医療機関へ紹介する。

小児科外来でできる生活習慣改善指導

面談・指導時には次回の受診日を決める。1 か月ごとの経過観察が望ましい。小児期の治療・介入で最も重要なことは、子ども自身の意志、家族全員で励ますこと、治療者も勇気づけをすること、周囲が理解ある応援団になること、である。

休日における両親と小学生のスクリーンタイムには相関が認められる。子どもに“テレビを見るな”ということは、親もテレビを我慢して一緒に生活を改善することである。

ステップ運動は、最初は 1 日に 5 分を 3 回以上、週 5 回は行うよう心がける。まとめて行っても小分けで行ってもよいが、運動合計時間が長くなるよう心がける。

食事療法としては、早食い、夕食後の過食（夕食後から寝る前に何かを食べる）、野菜嫌い、脂肪・糖分の多いお菓子の過食、等が問題となる。野菜

嫌いに対しては、自分の量（皿）を決め、その分は必ず完食させる。

肥満傾向児が特に注意を要する事項は、1）夕食後はすぐに歯磨きをして、その後は食べない。2）ご飯のお代わりをしない。3）おやつは 100kcal を目安にする。4）給食の牛乳以外はノンカロリーのものを飲む。5）ドレッシング・マヨネーズを減らす（ノンカロリーにする）。さらに、給食の残食率を減らす目的で特定の子（肥満児が多い）に残りものを食べさせるのを止める。

厚労省の統計では、思春期やせは 15 歳女子で 1.5％、死亡率は 6 ～ 10％で、4 年やせが続けば予後が悪いというデータが出ている。－ 20％を越えるやせの場合、身長が伸びない、髪の毛が抜ける、低血糖昏睡、全身衰弱により起立や階段の昇降が困難、難治性のう歯、皮膚の乾燥・産毛の増勢、食欲の低下、月経停止・不妊、骨粗鬆症、便秘、むくみ・冷え性、疲れやすく勉強に集中できない、等の症状が起こる。そうならないためにも、成長曲線による学校現場での発見が重要である。

小児生活習慣病検診への問題点・期待点

1）2 次検診対象者が学校医・かかりつけ医を受診する際に費用がかかるため受診率が低い。検診に補助を。2）学校での小児生活習慣病への教育を充実させ、子ども自身が自分の健康に関心をもつチャンスを与えよう。そのためには、成長曲線・肥満度曲線を自分で描く。3）医療現場や社会での小児生活習慣病に対する関心を増やす。これからは子どもからの健康教育が重要である。4）学校医・かかりつけ医は、日常生活の改善できる問題点を指摘すると同時に、子どもたちを元気にする言葉や働きかけを行う。自分の健康を自分で勝ち取るため、たとえば親が共働きでご飯をつくれなければ自分で味噌汁を作ったり野菜を食べたりすることが如何に大切かを教えることも重要である。

4. 肥満とやせ（Anorexia nervosa）の精神病理について

浜松医科大学精神医学講座助教　栗田　大輔

精神科では体型・体重の異常ではなく、食欲の異常（拒食･過食）を主訴に受診することが多い。食欲の異常を呈する精神疾患の代表は摂食障害である。その他の精神疾患（うつ病､知的能力障害、不適切な養育など）でもやせ・肥満が認められる場合がある。

精神科でよく使用する診断基準は 2 つある。DSM-5（「精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版」、米国精神医学会、2013）と ICD-10（「精神および行動の障害」、世界保健機構、1992 年）である。DSM-5 では、摂食障害は、1）神経性やせ症、2）回避・制限性食物摂取症、3）神経性過食症、4）過食性障害、の 4 つに分類される。

神経性やせ症（Anorexia nervosa）

診断基準（DSM-5）は、A）摂取エネルギー制限による著しい低体重、B）体重増加や太ることへの強い恐怖、又は体重増加を妨げる持続的な行動（激しい部活の運動など）、C）体重・体型についての感じ方の障害、自己評価に体重・体型が過度に影響、低体重の重篤さへの認識に欠ける、の 3 つである。食事を「食べない」のではなく､「食べられない」という病態である。

神経性やせ症は、摂食制限型と過食排出型の 2 つに分類される。後者は直近 3 か月間の過食・排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤・利尿剤の不適切な使用、過度な運動など）があるものである。

有病率は若年女性の 0.4％で、青年期から成人期早期が好発年齢であるが、思春期以前や中高年にもみられる。女性が男性の 10 ～ 20 倍多く、原因として、気質要因、環境要因、生物学的要因などの複数の要因が関与すると考えられているが、「母親の育て方の問題」は否定されている。

DSM-5 には、ほとんどは発症 5 年以内に寛解すると記載されているが、粗死亡率は 10 年間でおよそ 5％と精神疾患で最も高い。死因の約半数は身体合併症である栄養障害であるが、20 ～ 25％は自殺である。エビデンスの確立された治療法は乏しい。

やせと精神症状（やせたら人の心はどうなるのか）

ミネソタの飢餓実験（1944）によると、飢餓により、エネルギー不足に伴う身体症状（基礎代謝減少、心拍数減少、浮腫、四肢冷感、動作緩慢、筋力・持久力低下、皮膚の乾燥、脱毛など）や精

神症状（不機嫌、抑うつ、集中力低下、自己中心的態度、嫌味・口論の増加、万引き、暴力、食品への関心の増加､過食など）が起こる。すなわち、栄養状態が悪いと心も病むということがわかる。これを「飢餓症候群」（食行動を自分でコントロールできなくなる。食事を制限した後はたくさん食べる (反調節)。気持ちがいらだち、こだわりが増える）という。

回避・制限性食物摂取症

診断基準（DSM-5）は、A）食事又は栄養摂取の障害で、栄養的・体力的需要が持続的に満たされない、B）食物が手に入らない状況になく、文化的な習慣ではうまく説明されない、C）他の摂食障害の経過中にのみ起こるものではなく、体重や体型の感じ方に障害を持っていない、D）他の身体疾患や精神疾患によるものではない。仮に他の疾患によるものであっても通常の重症度を超えている。

いわゆる「やせ願望のない拒食症」である。食品嚥下時の窒息や食事摂取の強要（「給食を残したら罰則」など）が発症の契機となることもある。背景に自閉スペクトラム症（発達障害）による「こだわり」や「感覚過敏（のどごしが嫌とか腹部の感覚が不快、等)」が存在することがある。

神経性過食症

診断基準（DSM-5）は、A）過食エピソードの反復、B）体重の増加を防ぐための反復する不適切な代償行動（過食するが太りたくないため、吐き出したり過度の運動をする等)、C）過食と不適切な代償行動がともに 3 か月間にわたって、平均して週 1 回以上起こる､D）自己評価が体型･体重の影響を過度に受けている、E）他の摂食障害の経過中に起こるものではない。

神経性過食症の重症度は代償行動の頻度で決まる。週平均 1 ～ 3 回は軽度、14 回以上が最重症である。

過食をしたくてしているわけではなく、食欲が抑えられなくてしている。過食後、強い抑うつ感情と自己嫌悪感が生じやすい。通常、過食や代償行動を恥ずかしいと考えている。有病率は神経性やせ症の 2 ～ 3 倍であるが、受診行動につながりにくい。自傷、自殺企図、盗癖（食べ物)、性的逸脱行為、薬物乱用などの問題行動もしばしばみられる。学校や職場では問題なく振舞っているように見えることもある。

過食性障害

体型や体重に関する関心がないため、排出行動がない｡過食エピソードを反復する｡過食エピソードは以下の 3 つ以上と関連する。

・通常よりずっと速く食べる
・苦しいくらい満腹になるまで食べる
・身体的に空腹を感じていないときに大量の食物を食べる
・自分がどんなに多く食べているか恥ずかしく感じるため一人で食べる
・後になって自己嫌悪・抑うつ気分又は強い罪責感を感じる

過食に明らかな苦痛が存在する。3 か月間にわたって、平均して週 1 回以上過食する。過食は神経性やせ症の反復する不適切な代償行動とは関係せず、神経性やせ症又は神経性過食症の経過中にのみ起こるわけではない。

神経性やせ症治療の問題点

やせていることが問題であるが、それを感じていないため、患者の治療同意が得られにくい。治療法が確立されていない。多彩な身体合併症を有する。精神科のスタッフは身体治療に不慣れである｡逆に身体科スタッフは精神症状に翻弄される。一部の専門病院に患者が集中して、治療開始が遅れたり、スタッフが疲弊する。

摂食障害治療支援センター

厚生労働省のウェブサイトには、「患者へのカウンセリング、患者の家族への支援、栄養療法・栄養管理などを一体的に行う医療機関が必ずしも多くない」と記載されている。現在、治療支援センターは東北大学（心療内科)､浜松医科大学（精神科)、九州大学（心療内科）の 3 つである。

治療の一環として、摂食障害情報ポータルサイトが立ち上げられた。一般用と医療従事者用が用意されている。

浜松医科大学精神科では、栄養状態の回復を重視した診療プログラムを考案し、神経性やせ症の診療体制の整備を目指している。

5. 思春期の肥満とやせと月経～成人後の問題点も考える～

飯田橋レディースクリニック院長　岡野　浩哉

婦人科的な立場からやせの問題を考えた場合、避けて通れないのは「月経異常」である。米国の小児科学会と産婦人科学会が 2006 年に共同でそれぞれのオフィシャルジャーナルに同時に掲載しているように、思春期女子の月経状態は、脈拍数、呼吸数、体温等と同じバイタルサインであり、正常発育・発達を評価するための、かつ重大な病的状態を将来引き起こさないための有力な手段となる。若年者とその両親は、しばしば正常な月経のパターンを知らない。臨床医でさえ、思春期女子の正常な月経周期、月経量、月経期間を知らない場合がある。若年者とその両親への教育は重要で、臨床医が正常と異常を判別できることも同様に重要である。

肥満の子どもたちを月経異常の有無で分けると、月経の不順な子はウエスト周囲径が大きく、インスリン値と中性脂肪が高く、HDL コレステロールは低い。

日本産婦人科医会では、「学校医と養護教諭のための思春期婦人科相談マニュアル」（平成 25 年 3 月）を作成した。

マニュアルには、健診前のチェックリストと産婦人科への相談基準を掲載している。

やせを示すものは、一般的には機能性視床下部性無月経が多いが、これは脳からの司令を司る大元の視床下部の抑制による。主な原因は、1）心理的なストレス（視床下部からの司令が止まる）、2）体重減少（病的レベルまでいかなくても、やせ願望のために食事を減らして体重減少を来す）、3）低栄養（やせ願望がなくても、もともと食が細く、非常に栄養が悪い）、4）過度な運動（いわゆるエリートアスリート。思春期を迎える前から激しい運動に入るため、原発性無月経という初経を迎えないままの無月経もある）、の 4 つである。

無月経を放置すると、1）女性ホルモン依存性の身体発育が欠如する、2）心理・感情面の健康障害を来す、3）妊孕性低下（子宮・膣の発育不全）を来す、4）骨粗鬆症、骨折のハイリスク群になる（放置期間が長いと）、5）心血管系疾患のハイリスク群になる。骨粗鬆症は成人から老年期の病気であるが、無月経も影響している。

産婦人科的な立場から考えた肥満の問題点は、1）無月経、稀発月経、2）無排卵症、機能性子宮出血、3）（若年性）子宮体癌（内膜癌）、4）多嚢胞性排卵症候群（PCOS）である。

末梢脂肪細胞はエストロゲン産生部位として有名である。末梢脂肪細胞が多ければ、エストロゲン産生が亢進し、そこからさまざまなホルモン異常が出現する。フリーのエストロゲンが多くなると、性ホルモン結合グロブリンが減少することでフリーの男性ホルモンが増えてきて、ニキビや多毛が起こりやすくなり、インスリンレベルも上昇する。無排卵では黄体ホルモンが分泌されないため、エストロゲンの単独刺激となり、子宮内膜過形成から最終的には内膜癌となる。癌化は若いうちは少ないが、月経異常の方はその頻度が高いことがわかっている。

多嚢胞性卵巣症候群の診断基準は、1）月経異常：無月経、稀発月経、無排卵周期症のいずれかが存在する。2）多嚢胞卵巣：少なくとも一方の卵巣で、2 ～ 9mm の少卵胞が 10 個以上存在する。3）ホルモン値異常：男性ホルモン高値、又は LH 基礎値高値かつ FSH 基礎値正常、のすべてを満たすものとされる（2007 年）。

思春期の肥満には月経異常が多い。一方で、多嚢胞性卵巣症候群は月経異常が必発で肥満も多い。思春期の肥満が PCOS へ移行するとは限らないが、高アンドロゲン血症、インスリン抵抗性の増大など共通する病態がある。若年者の PCOS は大人と違って診断が難しく、どんな治療が将来 PCOS への進展を予防できるかわかっていない。若いうちは生殖機能の障害が前面に出てくるが、年齢を重ねると代謝性疾患の原因となる。若いうちは無月経や稀発月経、不妊症、肥満、多毛、ニキビなどが出現し、QOL を下げる。せっかく妊娠しても妊娠合併症に悩まされる。妊娠糖尿病、高血圧の合併や、週数に対し小さな子どもになる。もう少し年齢が上がると、2 型糖尿病のハイリスク群となる。心血管系疾患も多く、子宮内膜癌の頻度も増える。

思春期の肥満とやせの、産婦人科的問題点をまとめると、やせであっても肥満であっても、無月経／稀発月経に追い込まれる。やせの場合にはエストロゲン分泌がなくなってしまう。身体発育が欠如し、心理・感情面の障害を生じ、不妊症の原因にもなる。年齢が上がると、骨粗鬆症、骨折、心血管系疾患を生じる。肥満の場合はエストロゲン分泌があり、多毛、脱毛を生じ、やせと同様に心理･感情面の障害､不妊症の原因となる｡糖尿病、心血管系疾患、子宮体がんが多くなる。このように同じ月経異常でも、やせと肥満では内分泌的に異なるため、将来にわたるケアの経過が異なってくる。

ディスカッション

Q　食欲抑制ホルモンや食欲亢進ホルモンとしてレプチンやグレリンがあるが､それらの減らし方、増やし方などがわかってきているか。
A　まだ臨床的に活かせていない段階だと思う。

Q　成長異常の自動検索について､「過去の身長Zスコアの最小値に比べて最新値が1Zスコア以上大きい（身長の伸びが異常に大きい)」場合が結構ひっかかってくる。これは、すべて学校医に相談しなければならないのか。しばらく経過をみてもよいのか。
A　まず、計測間違いがないことを確かめていただきたい。間違いがなければ、対象人数が多くても、専門医に相談するか、医師会の学校保健部会で検討していただきたい。成長曲線が持っている意味を考えて対応していただきたい。

Q　学校健診で肥満とわかっても、なかなか受診してくれない。演者の経験では、どの程度の受診率か。
A　30％程度の受診率である。指摘された者は受診しなければならないという一連の健診システムの構築が大事と思う。
意見　東京都港区は中学生まで医療費の自己負担がないが、学校が説明しても受診しない、あるいは養護教諭にもきちんとした医学的エビデンスが証明されないと説得できないので、母親を含めて社会への啓発が大切であると思っている。予防接種で無料の医療券が配付されても、母親たちの間で「怖い」という話になり、受けに来ないという例もある。

Q　港区では国際化が進んでおり、成長曲線に当てはまらない西洋人の子どもなどが増えているが、それを統計に含めてよいものか。
A　各国の成長曲線が公開されているので、該当する国のデータを使用していただきたい。また、ターナー症候群やダウン症候群など、疾患別の成長曲線も作成されている。

要望　1）次年度から新しく始まる運動器検診を、整形外科の修練を受けていない内科・小児科校医で行うことになり、慣れないため大変心配している。的確に対応することができない場合も多いと思われるが､そのことに対して､もしペナルティーを科せられることがあるとすれば、とても承服できない。2）検診後に､その結果（反省点､良かった点など）を日医でよく調査していただき、その結果を踏まえて、次年度の検診に対する提言をいただきたい。3）学校医は多忙の中、安い報酬で業務をこなしているが、その上に新たな業務が加わることに対し地元医師会でも猛烈な反発があり、学校医を辞める者も出てくると思う。文科省はそのような実態をご存じないのではないか。学校健診のこの新たな事業について、文科省にはどうしても予算措置をお願いしたく、日医全体で文科省にお願いしていただきたい。

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

平成 27 年度 母子保健講習会
「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して―10」

と　き　平成 28 年 2 月 27 日（土）13：00 ～ 16：30
ところ　日本医師会大講堂

［報告：常任理事　今村　孝子］

挨拶

横倉日医会長（代読：今村定臣 常任理事）

2025 年問題に象徴されるように、わが国は他に類のない速さで少子高齢化が進展しており、将来の社会経済状況に深刻な影響を及ぼすことが懸念される。日医は、昨年 4 月に母子保健検討委員会から「少子化対策に関する政策提言」の中間報告書の提示を受けた。この提言書において、「家族政策」の充実の必要性が説かれている。

昨年 9 月、安倍晋三 総理大臣は新しい「三本の矢」の一つとして「夢をつむぐ子育て支援」を挙げられた。平成 28 年度予算案において、厚生労働省では「子どもを産み育てやすい環境づくり」として関連諸施策で約 5,000 億円が計上され、内閣府でも子ども・子育て関連予算として 4 兆円余が計上されるなど、多様な取組みが展開されようとしている。本日、公務ご多忙の中、講演をお引受けいただいた塩崎恭久 厚生労働大臣から、政府の取組みなど貴重なお話がいただけることと期待する。シンポジウムも含め本日の講習会の実り多きことを祈念する。

講演

厚生労働大臣　塩崎　恭久

G7 諸国の人口、労働力人口、高齢化率、出生率を比較すると、人口が現在・将来ともに減少する国は日本とドイツだが、労働力人口の減少は日本のみである。このように厳しい状況にある日本が、少子高齢社会に対してどのような解決策を示すか各国から注目されている。解決策の一つとして政府が示す「新三本の矢」がある。厚生労働省は、「希望を生み出す強い経済（GDP600 兆円）」、「夢をつむぐ子育て支援（希望出生率 1.8）」、「安心につながる社会保障（介護離職ゼロ・生涯現役社会）」の三本の矢における各々について「緊急対策」を具体化するために、法律の改正等を予定している。なかでも子どもの虐待死防止に向けては、今国会に児童福祉法の改正案を提出予定である。国際条約である「児童の権利条約」の精神に則り、「子どもの権利」を明記するとともに、虐待で亡くなる子どもを一人でも少なくできるように児童相談所の強化や、国、都道府県、市区町村それぞれの役割を明確にしていくこととしている。

今年は母子保健法制定 50 周年であり、母子保健行政の更なる充実に努める。

シンポジウム「少子化対策に関する産婦人科と小児科からの提言」

(1) 小児科医から見た少子化対策

日医男女共同参画委員会委員
虎ノ門病院小児科非常勤　　自見　はなこ

少子高齢化への対策については、特に 2025 年に向けて人口ピラミッドが移動し、それを支える社会保障の側面として取り上げられることが多い。本来、高齢化は喜ばしいものである。昭和 22 年に男性 50 歳、女性 53 歳であった平均寿命が、平成 26 年には男性 80 歳、女性 86 歳と、戦後 70 年をかけて 30 年以上延伸した。昭和 33 年に導入された国民皆保険によるユニバーサルサービスとしての医療の存在、栄養状態の改善、各種保健事業の充実が理由として挙げられる。

一方、少子化は、社会保障や産業構造において、社会の担い手不足や労働市場の縮小化という現代の社会の仕組みにとって、継続性に関わる深刻な構造的問題をはらんでいる。同時に個々人においては、“産みたいのに産めない” 実情がある。

第 14 回出生動向調査によれば、夫婦の予定子ども数が理想子ども数を下回る理由は、経済的理由が 60.4％、高年齢で産むのは嫌だが 35.1％、健康上の理由からが 18.6％、心理的肉体的負担が 17.4％、仕事に差し支えるからが 16.8％である。30 歳未満の夫婦では、理想の子ども数を達成できない理由として 83.3％が経済的負担を挙げている。背景には若年層の低所得があり、2012 年の就業構造基本調査では、20 代の世帯所得は 300 万円台が 24.4％で、20 代は 200 万円台、30 代では 400 万円台が最多回答数であり、2007 年と比較しても低所得へシフトしている。

少子化対策が功を奏している諸外国を見れば、その対策が出産育児休暇制度の充実のみならず税制にも及び、貧困対策や格差対策など“家族”を単位とした所得再分配機能を果たす支援が多い。経済的な支援は必須であるが、核家族化が進行した現代では、子育てに伴う医療・保育のサポートも非常に大切である。たとえば母性は経験により強化されるものであるため、共同体として子どもを持つ前の世代から子どもと接する仕組みづくりなどが必要と考える。具体的な支援策としては「日本版ネウボラ」の創設、普遍的な子ども医療費の助成制度の確立、男女共に働きやすい職場環境の整備などがある。また、ライフサイクルを通して一貫した子ども・子育て支援が必要であり、日医・日本小児科学会が提唱している成育基本法の早期制定により、国として推進していくことが重要である。

（2）産科医療提供体制の現状と課題

日医母子保健検討委員会委員
三重県医師会副会長　二井　栄

産科医療体制の危機は 2004 年の新臨床研修制度に始まり、同年 9 月の看護師内診の禁止、2006 年 8 月の町立大淀病院事件、2007 年 2 月の町立大野病院事件での医師逮捕に至る。分娩医療施設の集約化・重点化方針により、地方では開業医（有床診療所）を中心に切り捨てられるとの思いが強くなってきている。日本産婦人科医会では、地域周産期センターの実態と機能の明確化、周産期センターの医師の確保等を提言し、日本産婦人科学会では、「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010」の問題点として、著しい地域差がある中での画一的な施策効果の限界などを改め、グランドデザイン 2015 年ではすべての地域でプライマリケア領域から救急医療、高度専門医療まで、産婦人科医療へのアクセスが将来にわたって安定的に確保されるよう数値目標の設定等が盛り込まれた。産科医療提供体制の課題は“産婦人科医を増やすこと”に尽きる。しかし、三重県における地域医療構想の協議の場では、周産期医療、小児救急医療の検討はほとんどなされていない。三重県の周産期医療再生への試み（2010 年）として、①集約化による基幹周産期センターの整備、②病診連携による機能分担、③交通アクセスの整備・充実、④行政による妊産婦の啓発、を行っている。三重県は平成 23・24 年度の都道府県別の初期臨床研修医合計数（人口 10 万人あたり）が全国 34 位であることへの対応もあり、現在「三重のオート三輪」と銘打って産婦人科医会、大学同門会及び医師会がしっかりタッグを組み、産婦人科入局員の増加に取り組んでいる。医局員の増加により、指導医が少ないことや増加する女性医師への支援に対する不十分さなどへの改善が期待できる。妊娠出産は決して自然なものかつ生理的なものではないため、産婦人科医は重要な医療を行っていることを社会に強く訴えていくべきである。

（3）日本版ネウボラについて

日医母子保健検討委員会委員
日本小児科医会会長　松平　隆光

平成 27 年版厚生労働白書のテーマは「人口減少社会を考える」であった。人口減少の影響は、現役世代の減少により、社会保障制度を維持するためには、消費税を 40％にまで上げるとの議論がある。さらに人口減少の背景となる国民の意識調査の結果によると、子どもは欲しいが理想の数だけ産めない理由として経済的余裕がないことが挙げられている。若い世代が出産・子育てにより前向きになるために必要なこととして、「安定した雇用と収入」、「安心して保育サービスが利用できる」、「安心できる出産・小児医療の体制確保」

が上位を占めている。また、読売新聞の榊原智子氏は日本の少子化対策には明らかな限界があるとし、その理由として、対策のメニューが保育に集中、所得制限付きの現金給付（普遍主義でない）、仕事と育児の両立支援が不十分、周産期の支援が貧弱、公的支出の対 GDP 比の低さを指摘している。

成育基本法は、胎児期から新生児期、乳幼児期、学童期、思春期を経て次世代を育成する青年期までに至るライフサイクルの過程で生じるさまざまな健康問題を包括的に捉え、これらに適切に対応するための法律と位置づけている。成育基本計画に盛り込むべき項目の一つとして、妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携がある。フィンランドには「ネウボラ」という、身近な地域の専門家たちが子ども家庭に寄り添うシステムがある。日本版ネウボラを整備することにより「発生後の介入」から「予防的支援」への転換が可能となり、すべての子どもの育ちを支える次世代支援策となり得る。子ども・子育てを社会全体で支えていくシステムを早急に作る必要がある。

（4）少子化問題の過去・現在・未来

日本医師会総合政策研究機構医療政策部長
佐藤　敏信

少子化問題の一つとしての子育て環境は、一昔前には、祖父母や兄弟姉妹、さらには地域で子育てをしており、かつ異年齢交流が人格形成に大きく影響・寄与してきた。少子化の何が果たして問題なのか、少子化は不都合なのか、一人当たりの GDP の多い国はむしろ人口が少なく（米日独は例外）、むしろ第二次世界大戦後懸念されたのは人口爆発であり、世界的には人口爆発は今なお重要な問題である。

翻って個人や家庭レベルで何が起こったのか、農業中心社会の終焉により、生産財としての労働力や老後の保障・財産としての子どもが、現在では奢侈材（楽しみ）となり、老後は外部化となった。

工業化社会では、職住分離により片手間での子育てが不可能になり、子どもの加勢も不要となった。

少子化の問題は何なのか、工業化社会の労働力、年金、医療、介護が問題なのか。

今、日本で子どもは増やせるのか、従属人口指数（年少人口指数＋老年人口指数）が老年人口指数と平行して上昇する今後が出生増に繋げる時期なのか。

どうしても増やしたければ、子育て環境の整備はもちろん、塾等、余分な負担の軽減のためにも公教育への信頼の確保や都会での住宅政策は重要である。一方、社会保障制度においては、賦課方式から積立方式への転換や、子どもを持つことにメリットシステムの付与などを考慮することが必要であろう。ともあれ、少子化の何が問題で、何をしたいのかじっくり考えてみよう。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。

お問い合わせ先
0120-337-613
受付時間 9:00～18:00(平日)
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)
山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本　　社／福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

平成 27 年度 都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会

と　き　平成 28 年 3 月 6 日（土）10：30 ～

ところ　日本医師会館 3 階小講堂、1 階大講堂

［報告：理事　香田　和宏］

平成 26 年度（27 年 1 月）、日本医師会は「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」を発足させ、第 1 回目の協議会・学術大会を開催した。27 年度も 3 月 6 日に「連絡協議会」と「学術大会」が開催され、活発な議論・発表が行われた。本県からは山口県医師会警察医会長の天野秀雄 先生と香田が出席した。

連絡協議会（10：30 ～ 12：30）

1. 会長挨拶

横倉日医会長（代読：松本日医常任理事）　東日本大震災からまもなく 5 年を迎える中、日医と都道府県医師会との連携による警察活動に協力する医師の全国組織化の取組みは 2 年目を迎えたが、当初の試験的な段階を過ぎ、今後いよいよ活動を本格化させるべき段階を迎えている。5 年前の東日本大震災での犠牲者のご遺体の検案に際しては、実際に現地へ赴き活動に参加された方や、あるいは直ちに駆けつける意思をお持ちになりながらも具体的な出動要請がないために活動の機会が得られなかった先生方もおられると拝察する。

当時の状況を思い返すと、日ごろ検案業務を担っておられる先生方に対して、政府や警察庁などの行政機関からの情報をくまなく伝達する仕組みが十分ではなく、その中にあって、当時の日本警察医会が大変なご苦労を背負われていたと思われる。この東日本大震災におけるさまざまな活動の経験は検視立会い、検案に従事する医師の全国組織化、そしてその連絡・協議の場を設けることを日医が喫緊の課題として強く意識する契機となり、さらにその後、医師会組織を中心とした全国組織化の動きを加速化させ、本日このような連絡協議会の第 2 回目を迎えるに至ったと理解する。

被災地においては、まだ復興も道半ばという声が聞かれる状況であるが、犠牲になられた多くの方々の無念な思いに応える意味からも、死因究明に関する取組みをより一層本格化することの重要性は、ますます高まっているものと捉えるべきである。

災害死に限らず、犯罪、事故、あるいは在宅における死など、あらゆる死を医学的に検証し、亡くなられた方の尊厳を守り、ご遺族に納得のいく説明をして差し上げられる体制を構築するために、今後とも多くの先生方とともに歩んで参りたい。本日の連絡協議会が実りあるものとなることを祈念し、開会の挨拶とさせていただく。

2. 報告 I

（1）死因究明等施策の推進について

内閣府死因究明等施策推進室　中澤参事官　死因究明等推進計画の大きな柱の一つが、都道府県における地方協議会の設置であり、現在、全国 15 の都道府県で設置されている。この設置は、ここ半年で増え、この数か月間にも数県で開催が予定されている。この地方協議会の構成は知事部局、医師会、大学法医学教室、県警がほぼすべて入っており、その他のメンバーは地方によって異なる。

議論される話題は地方によって特色があり、異なる。その一方、共通の話題は、検案医の高齢化、人材の不足、処遇の改善などである。例えば、高齢の検案医に大きな負担がかかっており、土日・深夜にも出務しているが処遇が見合っていない、

事故やケガをしても補償がないなどである。また、検案後の解剖や検査の結果が検案医へフィードバックされないために、検案が正しかったかどうか分からず、今後の参考にならないといった意見が比較的多く聞かれる。その他に、犯罪と関係ない在宅死への対応については、例えば自宅で亡くなった独居老人について、生前のかかりつけ医に検案の協力が得られない、また、警察から病歴を照会してもお答えいただけないことがある。逆に、病歴等の照会の仕方も問題があり、昼間の診察中に電話 1 本で照会されても答えられるはずがないといった意見もある。その他には、CT や MRI を撮る機関が限られている、また、撮影しても読影ができないといった課題がある。

一方、この死因究明と医療事故調査制度について、別の制度との理解はなされているが、実際の現場では、どのように対応していくのかが話題に挙がっている。死因究明は、大学の法医学者や警察がメインプレーヤーだと思われがちであるが、実際には医師、遺族の方々のお世話をしている県の医療衛生部局の方の死因究明に対する理解が大きく影響していると感じる。

死因究明等推進計画は平成 26 年 6 月に閣議決定されたが、26 年に神奈川県が横浜市の監察医制度を廃止するという方針を出している。実際に、神奈川県内では 27 年から監察医解剖でなく、すべて承諾解剖という形を取っている。本年 2 月に神奈川県川崎市で高齢者が老人ホームから連続して転落するという事故が発生し、その容疑者が逮捕されている。この事件の場合、司法解剖をしたからといって、転落死で何が判明したかはわからないが、世間の論調では、3 回転落しているのに 1 回も解剖にまわそうとしなかったこと自体が批判の対象となり、そこが課題と思っている。

いずれにしても、これが死因究明制度の問題なのか、それぞれの検案医の問題なのかを見極める必要があると思っている。

警察庁　ご経験があるとおり、死因について、当初は犯罪性の白黒がつかない場合があると思う。警察庁としては、何でもかんでも司法解剖するのが良いというスタンスには立っていない。今回も転落死であるので、解剖したところで同じ所見だったと思われる。例えば一酸化炭素中毒による自殺を装った殺人等についても、おそらく死因は一酸化炭素中毒で変わらなかったと思われる。後は捜査に関する情報共有がうまくいっているかの問題である。

(2)「警察活動等への協力業務検討委員会」の活動報告

小林 博 委員長（岐阜県医師会長）　日医に設置されたこの委員会について、平成 27 年度の活動を報告する。日医が主導して警察医会活動を継承することになった背景として、日本警察医会の発足と発展的解消を記録として残しておきたいということがある。

愛知県医師会のお二人の先生が組織化に向けて非常に情熱的に活動されてきた。平成 5 年に約 20 の都道府県から警察医活動をされている医師約 60 名が集まって設立に向けた準備会が行われ、平成 7 年には名古屋市において日本警察医会設立総会が開催された。それから約 20 年近く経ち、平成 25 年 9 月に宮崎市で開催された第 19 回日本警察医会総会において、さまざまな意見はあったが発展的解消が承認され、この総会が最後の総会となった。並行して日医では、平成 25 年 3 月の常任理事会で今村副会長から「警察医会から発展的解消、『警察医』という用語を含め、日医が日本全体を取りまとめる組織づくりについて中心的な役割を担っていく方向性で進めたい」とされ、平成 25 年 6 月の理事会において、「内部で検討後、日医と都道府県県医師会との連携の下で新たなシステムを構築することになる」と説明されている。そして、日医では「日本警察医会」を主導して再発足する方針が確認された。平成 27 年 1 月 10 日には日本警察医会の解散式が行われた。

日医では、「警察活動等への協力業務検討委員会」が設けられ、特に諮問は設けず当面の課題を検討することになった。

以下、委員会の議論の内容を報告する。

まず、警察活動とはどういう業務なのか、そして医師はどのような立場で活動することになるかをまとめた。

「警察活動等への協力業務検討委員会」における議論

(1)医師の警察活動協力業務について
1　業務の内容
　①警察産業医(警察官の健康管理)
　②留置人健康管理・管理指導(留置人の保護具着用等)
　③死体検案(刑事課・交通課)
　④事件対応
　　強制採血・採尿・試料採取等(飲酒・覚醒剤他)
　　法医鑑定(死体・生体・診療録、検査結果や写真資料等)
2　医師の立場
　・警察医(警察協力医)
　・監察医(監察医制度施行区域／監察医制度に準ずる区域)
　・法医学教室の医師
　・その他(臨床各科の医師)

「警察活動等への協力業務検討委員会」における議論

(2)全国組織としての課題
　①　全国の業務実態の把握
　　・業務の具体的内容
　　・警察からの委嘱の方法、形態、内容
　　・活動に対する謝金、報酬
　　・活動中の受傷等に対する補償内容　等
　→［調査協力］警察庁刑事局　捜査第一課　検視指導室
　　長官官房総務課　留置管理室
　　給与厚生課　厚生管理室
　②　都道府県医師会に設置される部会の名称
　→　業務内容を反映した名称を委員会として提案したい
　(委員会の名称として検討された案)
　　・警察に関係する医師の業務検討委員会
　　・検視・検案等業務への協力検討委員会
　　・警察関連業務協力委員会　・・・

この議論の中で、全国組織として実態を把握するために警察に調査を依頼した。また、各都道府県医師会に設置される部会の名称を調査した。その結果、各都道府県の部会の形態が異なっていることが分かったので、業務内容を反映した活動をしていくためには、十分な検討が必要であることが確認された。

「警察活動等への協力業務検討委員会」における議論

(3)その他・・・今後の展開
　①　部会組織のあり方について
　　・都道府県ごとの実情を踏まえた全国組織化の推進
　　既存の組織(警察医会等)との融合、一本化？
　　→難しい場合には、当面、連携体制強化
　　・業務内容を反映した展開
　　現状は検視立会・検案業務が中心
　　留置人管理、警察産業医等の業務は？
　　→分科会的な組織の設置を検討するか
　②　協力業務を取り巻く環境の整備
　　→待遇、補償、勤務態勢の全国斉一化
　　→協力医師の選任、任命のあり方、など

まとめると、この委員会は非常に大きなテーマを抱えている。一つは、各都道府県はそれぞれ多様な歴史的背景を持っているため、現行のシステムで全国を統一することは非常に難しく、全国を均一化していくことは、短期間では難しいということ。また、各都道府県に部会をつくる場合に、それぞれの会則や運営経費、人選についても、この委員会に残された大きなテーマでもある。地元医師会との連携が十分ではなかったこと、高齢化する中で入会者が少なかったことが日本警察医会の反省としてあると思う。それらを踏まえて、これから委員会で検討していきたい。

3. 報告Ⅱ

(1) 愛知県医師会と愛知県警察との連携について

愛知県医師会　愛知県では、留置人管理や産業医的業務に関する警察医会と、県医師会内に検視・検案の業務を扱う警察部会の２つがあったが、今年１月に両者を解散して警察協力部会という名称で、愛知県医師会内に設けることになった。

これまでの警察部会の主な活動は、検視立会いの運営、救護訓練に検視・検案のブースを設けた訓練である。また、「検視立会医」という名刺サイズのカードを県警本部長名で出してもらっており、現場に入る際などの身分証明として使用している。さらに、災害時の検案活動について、検案に特化した検案班をつくり、班印章を出すことによって意識の向上に繋げてきたところである。

「検死立会医」は現在 179 名が登録し、災害時の検視検案活動には 124 名が登録している。東日本大震災の経験もあって、災害等による死亡診断書の書き方を含めて検討し、研修が必要と思っている。南海トラフ地震に向けて、遺体安置所は各自治体が決めているが、行政しか知らないことが多く、救護所と遺体安置所は別である。昨年 12 月において、愛知県警と愛知県医師会、愛知県歯科医師会の三者で、現場への派遣に関する協定書を結んだ。これは、通常防災計画によると、検死検案の依頼は県警から直接の依頼ではなく、県行政からの依頼となるために遅れたり、不確かな情報になることもあるので、県警と直接行う流れにしている。

現在、抱えている課題は、検視立会いの依頼の偏り、強制採尿・採血の方法、留置所での対応で

ある。検視立会いの依頼が非常に増えている現状において、警察から依頼があった際に快く引き受けていると、絶え間なく依頼される状況にある。逆に、委嘱を受けていても全く依頼がない会員もあり、県警からの立会いの依頼に偏りがある。県警から各警察署へ偏りがないように通知や説明をしてもらったが、一時的な解消に過ぎず、引き続き上手なローテーションを要請している。

強制採尿・採血については、年間に 30 ～ 40 件あるが、ほとんどが診療所で行われている。扱いにくい人が多いので、医師も含め看護師、患者さんが恐怖を持つ現状がある。したがって､採血･注射痕判定は警察署で行うようにしているが、強制採尿はどうしても診療所になる。また、個人の住所が特定されないような、総合病院の救急外来等でできないか協議しているところである。

留置所の健康管理で遭遇することは、被疑者は保険証が使えない無保険状態であるが、希望されると 1 錠数万円の薬剤を県費で出すことがある。こうした場合の対応は、警察医個人では判断できないため、部会などで取り決めをしていくべきではないかと思っている。「眠剤や管理していくためにどうしても必要なものだけを処方する」など決められている地域もある。愛知県でも医師会、部会の中で考えていきたい。

(2) 警察活動に協力する医師～現状と今後の展望

福岡県医師会　福岡県医師会では、死体検案等関連業務担当役員が 2 名おり、現在、担当常任理事をしている私が福岡県警察医会の会長をしている。県医師会役員と兼務することで、いろいろと都合の良い状況にある。

現在、嘱託医や検視立会医その他警察業務への協力医は県下 35 署において個人的に依頼されている。県医師会としては、年に 1 回、県警本部と懇談会を開催しているが、今後、県警察本部と協議し、協力医師の選定は地区医師会を通じ、県医師会が県警に推薦することとした。

将来的には、全国である程度統一した警察協力医の見解、考え方が必要だと思う。日医と警察庁でよく連携していただき、そのような取り決めをしていただきたい。他の分野と同様に、日医の指示で各都道府県医師会が取組み、逆に問題があれば、地域から日医に上げて、警察庁と協議をしていただきたい。

在宅医療の推進が図られているが、当然、在宅での検視・検案の業務が増えてくる。かかりつけ医にとって、生きている間も亡くなった時も患者さんであり、死亡診断書を書くまで関わってもらうべきだと思っている。したがって、検死の研修も特に基礎の研修を充実すべきと思っている。

4. 都道府県医師会からの提出議題、質問・意見及び要望

○大規模災害時死体検案体制について－全国規模での連携・協定について－

岩手県　南海トラフ地震など、大規模災害時の全国的な体制はできていない。少しでも早く想定して、全国規模の体制をつくってほしい。

日医　日医と警察庁で話を進めているが、具体的にまだお話しできる段階ではない。

秋田県　東日本大震災の際には、多くの検案医の先生方に駆けつけていただいたが、それをコントロール・交通整理するのが非常に大変であった。それをどう解決していくかが課題である。その時の困難さや課題を把握、理解した上で、早急に対応すべきである。

兵庫県　協力したいという医師も多かったが、行けなかった医師もいた。兵庫県では派遣先が県内と県外別で、活動の意思を確認している。実際には、活動を希望するのとは裏腹に、現地のニーズや必要な対応、期間などは異なってくる。また、地域によってマンパワーは異なり、本当に自分の診療を放っておいて支援ができるかどうか、よくまとめていただきたい。

○都道府県の警察活動に協力する医師の部会への補助について

長崎県　警察活動に協力する医師の部会の経費等について、日医からの補助はない。日医が主導で、予算をつけてしっかりと取り組んでいただきたい。

日医　昨年お話ししたとおり、都道府県医師会の事業として取り組んでいただきたい。

5. 閉会

松本日医常任理事

学術大会（13：30 ～ 16：35）

挨拶

横倉日医会長（代読：今村日医副会長）　一昨年の死因究明等推進計画の閣議決定を例に出すまでもなく、死因究明に関する施策の充実とその重要性が叫ばれて久しくなるが、一方でその一役を担う医師、医療関係者自身による死因究明に対する学問的な研鑽は常に怠ることなく、地道に継続すべき基本的な取組みである。この都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」は全国の医師会組織が中心となって運営される組織で、その取組みを本格的に始めてからまだ 2 年足らずではあるが、本日、このような学術大会を開催することによって、わが国の死因究明の質の向上にも大いに寄与するものと自負している。

昨年 1 月の第 1 回の学術大会では、一般公募演題として 4 名の先生方にご発表いただいたが、第 2 回である本年は 6 名の先生にご発表いただけることになり、今後、この部会活動の学術的な側面での発表も大いに期待されるところである。

本日の学術大会での学びがご参加の先生方の明日からの検案業務に少しでも活かされることを願い、開会の挨拶とする。

第 1 部

特別講演 I「在宅死と死体検案～特に孤独死と入浴中浴槽内死亡について～」

東京都監察医務院長　福永　龍繁

○東京都監察医務院の概要

当院では、東京都 23 区内で発生するすべての異状死を検案し、死因不明の場合に解剖を行うことにより死因を究明している。現在、年間に取扱う検案件数は約 13,000 件前後で推移しており、全死亡者（約 72,000 ～ 75,000）の約 5 分の 1 に相当する。行政解剖や司法解剖、そして死因身元調査法による解剖を合わせると約 20％の解剖率である。

取扱件数は、監察医制度が始まった昭和 23 年、死体解剖保存法が施行された昭和 24 年では約 3,000 体であったが、平成 11 年に年間 1 万件超、平成 19 年には 14,000 件を超え、毎年検案数が増加している傾向にある。解剖数も増加しているが、検案数ほどではない。死亡の種類は、外因死の数は戦後からほとんど変わらず、病死と判断されるものが年々増加している。検案数の増加は高齢者人口の増加に比例し、65 歳以上の高齢者が全検案数の 7 割を占めている。検案数を月別に見てみると、冬場に多いが、これは、お年寄りはお風呂で亡くなる、気温の変化についていけずに亡くなることが多いと言われている。ところが、平成 19 年 8 月は 1400 件 / 月を超えることがあり、これは梅雨明けが遅れ、梅雨明けと同時に 30℃以上の猛暑日が続き、検案数が 100 件 / 日を超える日があったことにより高齢者の方が自宅で夜間に亡くなることが増えたためである。検案の結果から、ほとんどの方が熱中症で亡くなったことがわかったため、この年からマスコミを通じて、熱中症への注意を促すことになった。このように、監察医で得られた所見から情報を公開し、防げる死亡を防いでいくことが監察医務院での業務として重要であると考えている。

○異状死の判断基準

異状死については、医師法第 21 条に記載されているが、異状がどのようなものかについては、法律上何も定義されていない。

普通の死であれば、医師は自らの裁量権で死亡診断書を発行するが、そこに普通とは異なった状態があれば、捜査権を持つ司法関係者が死体をもう一度見直す検視、医師が死体を医学的に検査する検案が行われる。検視は、刑事訴訟法第 229 条に基づく検察官の業務であるが、その第 2 項によって検察事務官又は司法警察員が代行することになっており、この検視によって行う業務の目的は死体を犯罪に関係するものか、関係しないものか、その判断ができない変死かを見分け、分類していく目的がある。これは犯罪捜査そのものではなく、犯罪捜査の端緒である。その後に行われる検案は医師の業務であり、死体に対して死因は何か、いつ起こったかを医学的に判断し、死因が不明であれば法医解剖するのが原則である。この

異状死はどのようなものかについて種々の議論がされてきたが、定義がないということで、日本法医学会の教育委員会によって、平成 6 年に異状死ガイドラインがまとめられた。

東京都監察医務院では、この異状死届出の混乱を少しでも抑えるために、平成 15 年に「異状死の届出の判断基準（第 1 版）」を発行した。当時は文書の形で発行したが、平成 19 年にフローチャート形式に変え再発行した（東京都監察医務院のホームページに掲載）。本来、この異状死の判断基準は地方自治体が示すだけでなく、厚生労働省が医師法第 21 条の別表でもよいので、しっかりと定義していただくべきものだとわれわれは考えている。

○孤独死

監察医務院では、取扱件数の急増を契機に、平成 17 年から単身居住者に関する調査を開始した。さらに平成 2 年まで遡り、異状死として扱われた単身居住者の死亡を孤独死と定義し、その発生数及び発生率、死因、死後経過時間、発見状況等について、世帯構成員が複数の人との差異について調査を行った。性別では男性に多く、女性の約 4 倍の発生頻度であり、年齢分布にも性差が見られた。死因では男性に肝疾患及び不詳が多かった。孤独死の特徴は、死亡から発見までの時間が長く、死亡前の既往症等の情報を得ることが困難であるため、解剖率が高くなることである。したがって、警察からの情報を十分に収集し、飲酒・喫煙などの嗜好を確認し、より詳細に死体所見を把握しながら、安易に心不全、虚血性心疾患とするのではなく、できるだけ死因を精緻していただきたい。

○入浴中の死亡

東京都 23 区では、毎年約 1,000 人が入浴中に亡くなり、死体検案の対象となっている。わが国では全国的に入浴に伴う急死例が多いことが知られているが、死亡診断書の死因にはさまざま記載されていることもあり、人口動態統計から実態を把握することは困難である。平成 24 年に入浴事故に関連する三学会（日本救急医学会、日本温泉物理気候医学会、日本法医学会）が合同で研究班を立上げ、実態把握と予防対策に関する検討を行った。死亡の機序については、三学会各々調査対象が異なり、結果にも相違点が認められたが、三学会で総括した結果、入浴中急死には器質的疾患（脳血管障害、急性冠症候群）、非器質的疾患（熱中症、血圧低下、アルコール等）の複数の要因が関与すると結論づけられた。監察医の立場から入浴中の死亡について分析すると、①直接死因は溺死が 6 割以上を占めるものの、溺水吸引の少ない事例も存在すること、②原因と推定される疾病は約半数の事例に認められるが、外傷が関与した事例は高濃度エタノールが検出された事例もあることから、浴槽内急死の原因は多様であった。入浴中の死亡の検案では、何らかの病歴があるかをもとに病死と推定していくが、実際に解剖してみると、一例一例の所見は非常に多様であり、薬毒物・組織学的な検査を含めて詳細に調べていくことが必要ではないかと思われる。

○死因究明制度

監察医制度は、東京都（23 区）、名古屋市、大阪市、神戸市、横浜市の 5 都市にあったが、横浜市は平成 27 年 4 月から廃止された。実際に行政機関が予算を出して監察医制度をしているのは、東京、大阪、神戸の 3 か所になってしまった。将来的に全国へ広げていくべき監察医制度が縮小傾向にあるのは、非常に残念である。

全国の警察医の先生方が感じておられることは、「解剖の結果を知ることによって自らの検案のレベルがわかってくるはず」、「検案をして解剖にまわしたくても警察が不要と言えば死因がわからないままで終わってしまう」ことではないだろうか。まずは、そうした検案医の検案結果がフィードバックされ、解剖が容易に行われるような体制、そして解剖の受け皿の体制をつくることが必要であろう。さらに、医師会と都道府県とでしっかり協議して、検案医の身分を保障し、死因究明制度の確立に繋げていくことが必要と考えている。

監察医制度施行の有無により、死因究明の精度の格差が指摘されて久しい。日本の死因統計にも影響を及ぼしていることから、公衆衛生の向上のために、さらに防げる死亡を少しでも防いでいくためにも、全国に適切な死因究明の制度の広がることを願う。

第 2 部

一般講演（1）「興味ある Ai 所見を呈した 2 症例」

福島県医師会
福島県いわき東警察署警察医　中村　雅英

＜**事例 1**＞一人暮らしの 70 歳代男性。某日、介護士がデイケアに行くため訪問したが、返事がないために合鍵を用いて室内に入ったところ倒れている死者を発見。直ちに救急車を要請したが、既に死後硬直があり搬送に至らず、死因究明のため死体検案となった。死者の足元には「干し芋」があった。

結果的には気道閉塞があり、気管内異物としては比較的珍しい干し芋によって窒息した事例であった。このようなパサパサした食材が、口腔内にベッタリと付着して食塊が口頭から閉塞し、窒息死に至ったことがわかった。消費者庁のホームページには注意すべき食物などが掲載されており、全国では年間約 4,000 人が食物の誤嚥で死亡しているとされ、特に粘性の強い食材は口腔内で密着し、水分が少なくなると食道まで至らず、喉頭部に留まり窒息に陥ることになる。65 歳以上の高齢者では、ご飯・寿司が最も多く、次いで餅が窒息の原因になっている。

＜**事例 2**＞　一人暮らしの 30 歳代男性。10 代後半より覚醒剤の濫用者で逮捕歴がある。20 代に尿道・肛門に異物を挿入し最終的に人工肛門が造設された。某日、父親が訪問して死体を発見し警察へ届け出た。陰茎・陰嚢瘻孔に針金が挿入されている。覚醒剤の濫用による死亡との因果関係が判然とせず解剖された。

解剖すると、拡張した胃が見られ、大網周辺、膀胱前面に膿汁が見られ、膀胱を開くと針金等の異物があり、この異物が膀胱を突き破って腹腔内に達し、最終的に腹膜炎を惹起した事例であった。血中よりフェニルメチルアミノプロパン約 1.9*ug*/dl が検出されたが、致死量に達しておらず、死因は腹膜炎とした。

Ai の活用は、画像処理を適切に行うことで正確に異物の解剖学的位置関係を知ることができ、解剖する際や死因究明に役立ち、直接的あるいは間接的に死因究明に有効な一つの手段である。また、Ai の画像処理には、放射線技師との緊密な連携はもとより、指示する検案医が自分の知りたいことや必要事項を的確に技師へ指示することが必要である。

一般演題（2）「仙台東警察署警察医からみた検案の現状と今後の課題」

宮城県医師会警察活動に関する
協力検討委員会　木下　弘志

震災の前年から異状死の増加があったが、特に震災直後の 3 か月は通常の 3 倍あり、自殺の比率が 40％前後と高い割合で続いている。また、孤独死も増加している。

変死体の検視・検案における Ai などの科学的鑑識捜査が宮城県でも導入され、昨年から検案件数自体は減少傾向にある。

東日本大震災の経験をもとに、日頃から医師会・歯科医師会・県警とが連携を持ち、法医学派遣チームの編成について、特に大規模被害が想定される東南海地震関連の救援準備を進めているところである。

一般演題（3）「正座（？）が原因と考えられる肺動脈血栓塞栓症について」

福岡県警察医会　高宮　紘士

＜**事例概要**＞ 60 歳代後半男性、前日から胸痛を訴えていたが、翌日夕方に自室で倒れているところを同居人が発見。

＜**解剖所見**＞外表に明らかな損傷を認めなかった。右心房内に流動血、軟凝結、豚脂様凝血、両側の肺の比較的大きい血管内に血栓が認められた。その他の臓器には明らかな異常は認めなかった。左右下腿の深部静脈には血栓を認め、樹枝状を呈していた。

＜**考察**＞死亡者は日常的に正座で生活しており、足背部に円形の皮膚の肥厚、硬化部を認め、いわゆる座り胼胝と考えられた。正座を中心とする生活から、下腿の深部静脈血栓を形成し、肺動脈血栓塞栓症を発症し死亡したものと考えられた。

一般演題（4）「神戸市において警察が病死と判断したが、解剖にて外因死と診断された例の検討」

兵庫県医師会警察医委員会
・兵庫県監察医務室　長崎　靖

2015 年までの 3 年間、監察業務区域内での検案数は 4,106 件、うち 2,847 例を解剖し、剖検率（69.3％）の高さは他の監察医務機関を圧倒している。

警察官によって病死と判断されたにもかかわらず、監察医の解剖により外因死と診断された例は、2013 年 37 件、2014 年 30 件、2015 年 43 件であった。内訳は温度環境異状死 55 件、気道内異物 21 件、頭部外傷 15 件、中毒 12 件、その他外傷 7 件であった。神戸市内の温度環境異状死の多くが屋内で発生しており、独居高齢者に多いため検視からの推定は困難な場合も多い。頭部外傷では 11 例が硬膜下血腫で受傷機転不明の事例も多かった。中毒 12 例中 7 例では尿を用いた簡易スクリーニング検査が陽性であった。

検視と解剖の見解が異なった原因の検討は、検案活動にも参考になると考える。

一般演題（5）「平成 27 年度に熱中症死を疑った 5 例」

大阪府医師会・大阪府警察医会　河野　朗久

検死のみで熱中症死の確定診断はできないが、病歴、死亡状況調査、身体所見から熱中症死を疑った 5 例であるが、全例の死亡推定日が 8 月上旬に集中しており、当該地域の気候は連続 11 日間酷暑・熱帯夜が続いていた。2 例で熱中症による救急搬送の既往があり、うち 1 例は死亡前にも再度救急搬送されていた。全例でクーラーは使用不能であった。

背景に貧困、認知症や鬱病等による生活困難が指摘された。地域社会の見守りと救急搬送を受けた医療機関・福祉行政機関の連携、酷暑の時期の安全で涼しい避難所の開設等が重要な課題であると考えられる。

一般演題（6）「急性大動脈解離及び大動脈瘤破裂における検案所見」

大阪府警察医会、大阪府監察医事務所、
大阪大学法医学　中間健太郎

急性大動脈解離等の大動脈疾患死亡例での検案所見について確定診断がされた例をもとに検討した。急な顔面のうっ血を認められる例がほとんどであり、直接死因が心タンポナーデの場合では溢血点が比較的多数認められ、口唇粘膜にも溢血点が認められる例もあった。また、死亡状況では大動脈疾患死亡例の多くが目撃者のいる中で突然意識を失う一方、心筋梗塞死亡例では多くが胸痛などの前駆症状が認められた。検案のみでは心疾患と大動脈疾患とを鑑別することは困難であるが、前駆症状がない突然死の場合や溢血点が多数認められる場合には積極的に画像検査を併用するとより正確な死因診断がなされると思われる。

総括

今村日医副会長

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
山口県産業保健連絡協議会・
山口県医師会産業医部会合同会議

と　き　平成 27 年 11 月 12 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］

開会挨拶

小田会長　例年この会議を開催している 11 月は「過労死等防止啓発月間」である。過労死等には、労働時間や職場環境だけでなく、その背景となる企業の慣行や生活時間など、さまざまな要因が関係している。労働安全衛生法の改正により、ストレスチェック制度が実施されるが、この制度によって労働者自らがストレスに気付き、また、職場におけるストレス要因を評価して職場環境の改善につなげることで、前述のような過労死が減少していくことを期待している。

本日は行政をはじめ、県内の事業場へ産業保健を支援いただいている各事業者団体と、各地域で医師会が行う産業保健活動において中心となっていただいている産業医部会の各地区支部長の先生方にお集まりいただいた。産業保健活動の推進のため、活発なご協議をいただくことをお願い申し上げ、挨拶に代えさせていただく。

田中 山口労働局健康安全課長　労働安全衛生法の改正により、化学物質のリスクアセスメントが平成 28 年 6 月から施行されるが、施行に向けて研修会等で周知を図っていく。化学物質の管理については、印刷業における胆管がんの事例以降、毎年のように 2 ～ 3 種類が特別規則に追加され、改正が行われている。ストレスチェックについてはさまざまな機会で説明を行っており、産業保健総合支援センターでも研修会を行っているが、周知が十分でないため、引き続き制度の周知に努めていきたい。また、医療現場における労働災害では、26 年度の死傷災害のうち最も多いのは転倒災害で、2 番目に多いのは腰痛関係（約 20%）である。このため、腰痛の予防対策講習会を昨年同様、開催する。

協議事項

1. 労働衛生行政の動向について

藤原専門官　産業医の選任について、平成 27 年 10 月 30 日付で厚生労働省から通達があった。50 人以上の事業場には産業医の選任義務があるが、経営者や病院長が産業医をしている場合がある。法令では特に制限が設けられていないが、産業医として法人や事業場の代表者が選任されている場合、労働者の健康管理よりも事業経営上の利益を優先するという観点から、産業医としての職務が適切に遂行されないおそれもあるため、そのような事業場には産業医を変える等、産業医活動が適切にできる体制を確立することが望ましいとされている。

次に、平成 27 年 9 月から実施されている「こころほっとライン」について説明する。こころほっとラインでは、全国の労働者やその家族、企業の人事労務担当者からの相談を電話で受けている。メンタルヘルス不調やストレスチェック制度、過重労働による健康障害防止対策などについて相談していただきたい。（専用ダイヤル：0120-565-455 で受付日時は月・火は 17 時～ 22 時、土・日は 10 時～ 16 時 (祝日、年末・年始を除く))。

受動喫煙防止対策については、労働安全衛生法の改正により事業者の努力義務となった。国では、この対策を行う際に費用の一部を支援する「受動喫煙防止対策助成金」を行っている。山口県内では毎年 10 件程度の申請があるが、助成対象経費は喫煙室の設置等にかかる工費や設備費、備品費、機械装置費などで助成率は 1/2、上限額は 200 万円となっており、積極的に企業に PR していただきたい。これに伴い、デジタル粉じん計、風速計、一酸化炭素計、臭気計の無料貸出しも行って

いるが、好評につき、申込みされてもすぐに借りられない場合があるのでご注意いただきたい。

また、一定の危険有害性のある化学物質（640物質）について、同法の改正により事業場におけるリスクアセスメントが義務付けられ、譲渡提供時に容器などへのラベル表示が義務付けられる。化学物質やその製剤の持つ危険性や有害性を特定し、それによる労働者への危険又は健康障害を生じるおそれの程度を見積もり、リスクの低減対策を検討することをリスクアセスメントといい、対象となる事業場は、業種や事業場規模にかかわらず、対象の化学物質の製造・取扱いを行うすべての事業場である。リスクアセスメントの実施時期は、施行日（平成 28 年 6 月 1 日）以降、対象物を原材料などで新規に採用したり、変更したりするときや、対象物を製造又は取り扱う業務の作業の方法や作業手順を新規に採用したり変更したりするときなどに実施義務が課される。これまでにリスクアセスメントを実施しているものについては、制度の施行に合わせて実施し直す必要はない。なお、実施できない場合、専門家が無料で中小規模事業場を訪問し、リスクアセスメント支援と対策のアドバイスを受けることができる事業を行っている。

2. 産業保健活動総合支援事業について

赤川所長　27 年度の事業として、平成 27 年 9 月末までに産業医研修を計画の 75% 実施し、産業看護職等への研修は 100% 実施した。管理者等へのメンタルヘルス研修については 62% である。新規事業として、ストレスチェック関係では、機構本部での研修を受講した講師による研修を行う。ストレスチェックの実施は平成 27 年 12 月 1 日からであるが、「事業場における労働者のための健康の保持増進のための指針」が改正され、医師による面接指導マニュアルが公表される予定である。それに伴い、ストレスチェックの実施プログラムについても公表される。今後の予定として、医師による面接指導マニュアルの公表後、機構本部で講師養成のための研修を実施し、講師養成後、年度内にセミナーの開催を予定している。他にもストレスチェック制度サポートダイヤルやストレスチェック実施促進のための助成金などがある。また、メンタルヘルス促進員による、導入のための個別訪問支援を実施する。

3. 勤労者健康教育の取組みについて

各事業所団体へ、健康教育に限らず日ごろから取り組まれていることをお聞きした。

山口県労働基準協会では、改正労働安全衛生法の施行に伴い、協会の会員事業場に対して 6 月と 9 月に、ストレスチェック制度や化学物質のリスクアセスメントに関する教育を行っておられた。山口県経営者協会もストレスチェックの概要について、人事労務担当者を対象とした研修会を開催されていた。

出席者

山口労働局健康安全課
　課長　田中　俊明
　地方労働衛生専門官　藤原　康英
（一社）山口県労働基準協会
　事務局長　根ヶ山俊郎
山口県経営者協会
　常勤参与　藤岡　啓介
山口産業保健総合支援センター
　所長　赤川　悦夫

県医師会産業医部会

部会長・防府支部長	山縣　三紀
下松支部長	多田　良和
徳山支部長	山本　真二
山口支部長	山縣　俊彦
小野田支部長	白澤　宏幸
下関支部長	青柳　俊平
萩支部長	佐久間暢夫
監事	山本　貞壽

県医師会

会　　長	小田　悦郎
常任理事	藤本　俊文
理　　事	沖中　芳彦

県医師会の動き

副会長　濱本　史明

３月に入り、三寒四温となりました。春はもうそこまで来ていると感じられますが、スギ花粉が多くなり鬱陶しい日々が続きます。本会の花粉情報と自分が感じる花粉の量は相関していて、飛散量の予測の多い日は朝から薬を数種類飲んで仕事をしています。しかし、患者さんが目の前に来て脱衣をし、室内を動き回ると鼻汁、くしゃみ、目頭の痒みが増して悲惨な結果になります。意外と外の方が症状は楽になり、閉鎖された室内や雨の日のほうが症状はひどくなります。花粉は髪の毛や衣類に付着して室内を舞い上がりますので、もし、ゴーグルやマスクを使用する場合は室内の方が効果があり、外での使用はほとんど役に立ちません。ゴルフのプレー中は花粉は風に乗って飛散していますが、あまりプレーに支障はなく、クラブハウスに入り休憩していると途端に症状がひどくなります。

私の花粉症との長い付き合いでの対策は、花粉グッズにお金をかけることなく、ただひたすら薬を飲むことです。花粉の多い時は抗アレルギー剤を３種類、おまけにステロイド剤も併用します。昨年は花粉が少なく比較的楽な年だったのですが、今年はスギ花粉の飛散が多く３月は辛い毎日でした。おまけに３月下旬からヒノキ科の花粉が飛び出して、せっかくの春を満喫することなく５月の連休まで山を見てぼやいています。

「花粉症」も俳句の季語になっています。私の使用している『実用・俳句歳時記』（辻 桃子 編）は 2007 年３月発行で、「花粉症」が春の季語として掲載されています。「杉花粉症」「花粉症マスク」も春の季語です。ちなみに「マスク」は冬の季語です。また、「春の風邪」という季語も昔からありますが、今の花粉症のことでしょうか。

「病にも色あらば黄や春の風邪」高浜虚子

「わが鼻の鱗びかりや花粉症」辻　桃子

少し前の話になりますが、平成 27 年 12 月 13 日に**平成 27 年度花粉測定講習会**が開催されました。本会理事の沖中芳彦先生の講演、本会花粉情報委員会委員長の日吉正明先生の講演に続き、山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学分野講師の橋本 誠先生の特別講演「花粉症の治療（手術を中心に）」と花粉測定の実技講習がありました。本会報本年１月号に「**山口県における 2016 年のスギ花粉飛散総数の予測**」が掲載されています。もうスギ花粉の飛散は少なくなりましたが、ヒノキ花粉は例年以上に多くなると予測されており、ヒノキ総数がスギ総数を上回るかもしれず、小雨の場合はさらに注意が必要だと記載されています。この会報がお手元に届く時にヒノキ花粉が少ないことを祈っています。

３月に入り、５日には日医で**都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会**が開催されました。日医の中川副会長は、「10 年後の超高齢社会に対応するために、あるべき医療提供体制に向け、『医療計画の見直し』『病床機能分化』等が今回の改定に織り込まれており、『急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等の充実』について色濃く反映されている。今改定は、次回、平成 30 年度の６年に一度の『医療と介護の一体改革』に向けて『つなぎ』の改定と考えていただきたい」と挨拶の中で話されました。

６日には、**平成 27 年度男女共同参画部会総会**が開催されました。特別講演は、山口大学経済学部教授の鍋山祥子先生の「介護と仕事～高齢者ケアは誰が担うのか～」でした。現在の生涯未婚率は男性が約 20%、女性が約 10% ですが、高齢者のいる世帯は急増していて、1986 年の 26.0% から 2014 年は 46.7% になっています。日本型福

祉社会論では、夫は職場で賃金労働を行い、世帯における妻が介護を行うことが社会の含み資産となっています。配偶者に介護を頼みたい割合は女性 35.0%（5 年前は 27.2%）、男性 80.7% です。子どもに介護を頼みたい割合は女性 63.1%、男性 49.1% です。ホームヘルパーに介護を頼みたい割合は、女性 45.3%（5 年前は 23.4%）、男性 28.1% となっているようです。「高齢者介護」は、医療技術の進歩と長期化する老年期と個人の尊厳の肥大化によることが現代的な事象となっています。家族の介護・看護を理由とする離職は、男女合わせて約 10 万人（2012 年）となっていますが、介護に関するアンケート結果では、介護経験者の 60% 以上が自宅介護を行っていて、介護未経験者の半数以上が自宅介護を想定しているようです。

男女共同参画部会では、働いている女性医師の喫緊の課題として介護があります。医師として働きながら、家事、育児、子育てを行い、その後は配偶者又は親の介護問題が出てきます。アンケート結果では、介護による精神的・肉体的負担が大きく、女性では 40% が家事との両立に悩んでいるようです。

24 日には県庁で「**山口県母子保健対策協議会**」が開催されました。本会の事業ではありませんが、母子保健水準の向上を図るために、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保や思春期の保健対策の強化を目的として設立されています。山口大学から小児科教授の**大賀正一**先生、産婦人科教授の**杉野法広**先生、耳鼻咽喉科教授の**山下裕司**先生、山口県立総合医療センター・産婦人科診療部長の**中村康彦**先生、山口県産婦人科医会長の**藤野俊夫**先生、山口県小児科医会長の**田原卓浩**先生、その他に山口県看護協会、母子保健推進協議会、養護教諭会、PTA 連合会、保育協会、市町保健師研究協議会の方々が委員として参加されています。山口県母子保健対策協議会には「不妊相談専門委員会」「新生児聴覚検査専門委員会」「HTLV-1 母子感染予防専門委員会」の 3 つの専門委員会があります。

不妊専門相談センター及び女性健康支援センターでの相談件数は、平成 24 年は 1,262 件、25 年は 1,499 件、26 年は 2,149 件と年々増加しています。健康福祉センター（産婦人科医師、泌尿器科医師、臨床心理士）での相談受付回数は 24 年が 49 件、25 年が 70 件、26 年が 53 件で、医療機関や不妊専門相談を紹介し問題が解決しています。他に、「不妊を考える集い」を毎年開催しています。

新生児聴覚検査は、県内産婦人科医のご協力により、平成 26 年度の委託医療機関における新生児スクリーニング検査実施率は 98.2% で 25 年度に続き、ほぼ 100% でした。16 年度から開始され、26 年における出生数は 10,625 人で、検査受診数は 10,436 人、一般検査合格者数は 10,174 人でした。要確認検査実施数は 262 人、要精密検査は 80 人でした。27 人は異常なし、一側性難聴は 7 人、両側性難聴は 17 人、療育機関連携は 7 名です。将来、両側性難聴のために言語障害や知能障害が残る可能性のある新生児の自然発症は約 1,000 人に 1 人で、早期に補聴器や人工内耳を装着することにより、言語障害の残る可能性のある子どもを救えることになります。最初のスクリーニング検査は実費ですが、公費で実現できるように要請は持続していきます。

妊婦健康診査 HTLV-1 抗体検査（PA 法によるスクリーニング検査）を約 95% の妊婦が受けています。過去 3 年間の陽性率平均は 0.36% で、平成 26 年の陽性者の確認検査（WB 法でキャリア妊婦の確定）の結果は 8 人でした。陽性者 8 人に関しては、各健康福祉センター及び下関市が産科医療機関や小児科と連携しながら保健指導等を行っています。まだ報告のない 28 人に関しては、市町の協力を得ながら確認検査の結果を把握する必要があります。しかし、疾患の性質上、キャリア妊婦の個人情報の管理・取扱いの問題等があり、感染予防の観点からも慎重に対応していかなければなりません。

同日、**第 2 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議**が開催されました。前日に医師国家試験の合格率が発表され、山口大学は新卒で約 96.6% と前年度と比較して大きく上昇しました。平成 28 年度臨床研修医のマッチング数は 84 人でした。

平成 26 年度の臨床研修医マッチング結果は 52.4％で、同年に 2 年間の臨床研修を終えた 70 人の勤務先で、県内に留まって勤務する医師は 46 人でした。今後も後期研修を山口県内で受ける医師が少ないことによる若手の医師不足は深刻で、県全体の医療体制が崩壊するのではないかとの意見が出ました。今後の専門医制度のプログラム方策を早急に確立していかなければ専門医を目指す医師が山口県に残らなくなり、人口の老齢化だけでなく医師の老齢化もますます深刻になっていきます。具体的な方策を協議する専門準備委員会（連絡協議会）のような組織を作るべきではないかという意見がでました。また、発足するとしても時間がなく、ある程度の企画（大学における専門医制度のプログラム）の策定と、個人のキャリアパスを県医師会で管理するようなシステム、それに使用できる予算付けを行わなければなりません。

さて、3 月も終わりになると、行政では職員の異動が発表されます。本会の事務局も異動があるようですが、残念ながら「医療課」の宮原雅子課長がこの度退職されます。医療課は私の担当する地域医療、地域保健を担当する課になります。県医師会に 45 年勤務されましたが、私が理事に就任した平成 12 年から足掛け 16 年にわたりお世話になりました。特に、予防接種広域化や特定健診・特定保健指導の立ち上げの際には大変お世話になり、事業が軌道に乗るまでは大変なご苦労があったと思います。宮原課長をはじめ県医師会事務局の皆様には、少ない人数で数々の事務処理をこなすことはもとより、多くの難題の処理にも対応していただき、この誌面をお借りして感謝申し上げます。

メール句会の春の兼題は「雪解」「水仙」チャレンジは「マスク」でした。巻頭・特選は「**人拒む山動き出す雪解かな**」**桃太**、「**水仙のよどみに立てる白さかな**」**かずらを**、でした。自由句の巻頭･特選は「**立春を吸い込む赤子大欠伸**」**かずらを**、でした。「マスク」は「**一枚のマスクが隠す本音かな**」**桃太**、「**マスクから鼻見えている看護師長**」**歩見**、でした。3 月の兼題は「鳥帰る」「土筆」、チャレンジは「西行忌」です。

俳句の季語には春、夏、秋、冬、新年がありますが、それ以外に「忌日」もあり、俳人を含め文学者達の命日を季語にしていますが、ちなみに西行の命日は旧暦 2 月 15 日です。

「**願はくは花の下にて春死なむ**
そのきさらぎの望月のころ」**西行**

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照会ください
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

日医 FAX ニュース

2016 年（平成 28 年）3 月 29 日　2504 号
- 消費増税「再延期」も、財源確保要請へ
- 専門医機構のガバナンス強化を
- 糖尿病性腎症の重症化予防、PG 作成へ
- 医療費適正化計画、基本方針など議論
- 医療機関 HP、「広告」扱いで検討開始
- 定点報告数 21.13、患者数も減少傾向

2016 年（平成 28 年）3 月 25 日　2503 号
- 医師「職業倫理指針」、８年ぶり改訂へ
- 医業税制検討委員会答申まとまる
- 救急災害医療対策委員会報告書公表
- 労災・自賠責委員会　答申まとまる

2016 年（平成 28 年）3 月 18 日　2502 号
- 消費税問題の抜本解決に向け、議論再開
- 在宅専門は医師会との連携不可欠
- 「選択的肝動脈塞栓術」もＣ項目に該当
- アウトカム評価のデメリットに懸念も

2016 年（平成 28 年）3 月 15 日　2501 号
- 地域包括診療料・要件緩和「まだ不十分」
- 東日本大震災被災地「復興・創生期間」
- 病床機能報告、回復期微増も変化乏しく
- ジカ熱対応を加えた診療 GL 公表
- 「無医地区」637 地区まで減少
- 定点報告数は 35.35、推計患者横ばい

2016 年（平成 28 年）3 月 11 日　2500 号
- 総合確保方針改定、連携の人材が焦点に
- 交付金の約５割が施設・設備整備事業に
- 事故調見直しで日医などヒアリング
- 専門医養成専門委、25 日初会合で調整
- 「総合調整官」、厚生局に推進課を新設
- 被災地特例措置、９月 30 日まで延長
- 日医健康フォーラムがテレビ放映

2016 年（平成 28 年）3 月 8 日　2499 号
- 新設Ｃ項目の内科的治療は 13 治療
- 夜間看護３評価項目、「５％以内」も可
- 医師偏在は「10 年前と不変」との指摘も
- 日本准看護師連絡協議会が設立総会
- Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎２週連続減

2016 年（平成 28 年）3 月 4 日　2498 号
- かかりつけ医機能、５月に応用研修
- 地域医療構想、医師会の役割に期待
- 医療秘書認定試験「適切な問題だった」
- 健康スポーツ医活性化へ提言まとめる
- 日医 ORCA 管理機構が業務開始
- 「生命を見つめる」フォトコンテスト

2016 年（平成 28 年）3 月 1 日　2497 号
- 「診療報酬改定で地域包括ケア進める」
- 子ども医療費の在り方をめぐり議論
- ジカ熱、発見経緯を医師に周知
- SNS などの遠隔診療、法抵触の可能性
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎が減少
- 定点報告数 37.16、前週から僅かに減少

理　事　会

―第 22 回―

2 月 18 日　午後 5 時 30 分～ 8 時 19 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・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

「医療における消費税問題解決に向けた質問と国への働きかけ」について提出することに決定した。

2　平成 28 年度中国四国医師会連合総会・分科会について

来年度本会が担当する標記総会・分科会について、特別講演の演者候補者、分科会の区分等について協議を行った。

3　平成 28 年度事業計画（案）・行事予定（案）について

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

4　平成 28 年度予算（案）について

事業計画（案）に基づき、予算編成を行い協議した。

5　日医かかりつけ医機能研修制度に関する実施意向調査について

日本医師会では、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する「日医かかりつけ医機能研修制度」を平成 28 年 4 月 1 日より開始する。実施主体を都道府県医師会とすることから、実施に関する意向調査があり、時期は未定であるが実施する旨の回答をすることとした。また、実地研修の内容確認、署名による承認等、郡市医師会の負担が大きいこと、日医がこの制度を実施するためには、全都道府県医師会が実施するべきである旨の意見を提出することとした。

人事事項

1　「山口県医療勤務環境改善支援センター」運営協議会の委員選出について

医療法改正（平成 26 年 6 月）により、昨年 9 月 1 日、山口県健康福祉部医療政策課内に「山口県医療勤務環境改善支援センター」が設置されたが、支援センター事業を円滑かつ効果的に実施するために運営協議会を設置することとなった。医療関係団体として委員選出の要請があり、1 名を選出することが決定した。

報告事項

1　郡市医師会地域包括ケア担当理事会議（2 月 4 日）

郡市医師会に行った「地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療・介護連携の推進」の取組状況や課題・意見等のアンケート結果をもとに意見交換を行った。（河村）

2　診療情報提供推進委員会（2 月 4 日）

平成 27 年 1 ～ 12 月までに本会に寄せられた、相談窓口受付事例 45 件の報告及び協議を行った。（林）

3　新規個別指導「山口市」（2 月 4 日）

病院 1 機関、診療所 6 機関について実施され、立ち会った。（舩津）

理　事　会

4　山口県留置施設視察委員会（2 月 4 日）

次期委員長の選任後、平成 27 年度の活動状況報告を行った。（香田）

5　医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会（2 月 5 日）

福岡国際会議場において、「医療事故調査制度の概要について」（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室）、「医療事故調査制度の理念と医療事故調査・支援センターの役割」（日本医療安全調査機構）、「院内医療事故調査の具体的方法～事故の発生と相談～」（日医医療安全対策委員会 上野道雄 副委員長）等の講演及び質疑応答が行われた。（中村）

6　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（2 月 5 日）

平成 27 年度に立入検査を実施した 9 衛生検査所の改善状況等の検査結果について協議を行った。（加藤）

7　第 2 回山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（2 月 5 日）

平成 27 年度動物由来感染症予防体制整備事業に係る調査結果及び事業報告書案、山口狂犬病対応マニュアル（案）について協議が行われた。（今村）

8　警察医会第 3 回役員会・第 18 回研修会（2 月 6 日）

役員会では、本会表彰規程による平成 28 年度被表彰者の候補者の推薦、任期満了に伴う次期役員について協議した。第 18 回研修会では、山口県警察本部より報告・症例提示があり、引き続き、山口大学医学部法医学の藤宮龍也 教授による講演「死体検案特論－事例を中心に－（6）『中毒・環境異常 1 』」が行われた。出席者 89 名。（弘山）

9　男女共同参画部会第 3 回理事会（2 月 6 日）

3 月 6 日（日）にユウベルホテル松政において開催する、今年度の総会及び来年度の部会事業計画等について協議を行った。（今村）

10　第 66 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会（2 月 7 日）

「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～」をテーマに開催した。午前は、特別講演「産業保健職のためのやさしい化学物質管理～ヘップサンダルからリスクアセスメントまで～」（講師：三菱レイヨン（株）統括産業医 真鍋憲幸）、午後は、特別講演「最近の労働衛生行政について」（講師：山口労働局労働基準部健康安全課長 田中俊明）及び「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」をテーマにシンポジウムが行われた。基調講演は「企業のメンタル対策におけるストレスチェック制度の位置付け」（講師：三井化学（株）本社健康管理室長統括産業医 土肥誠太郎）、シンポジストによる 3 題の講演後、総合討論、質疑応答が行われた。参加者は 231 名。（藤本）

11　第 2 回山口県高齢者医療懇話会（2 月 8 日）

平成 28・29 年度の保険料率について協議を行った。（萬）

12　世界スカウトジャンボリー山口県支援委員会第 5 回総会（2 月 8 日）

平成 27 年度事業報告及び決算報告、標記支援委員会の解散が承認された。（小田）

13　へき地医療支援機構：第 2 回へき地医療専門調査会（2 月 8 日）

山口県第 11 次へき地保健医療計画の見直しについて協議が行われた。現行計画は平成 23 ～ 27 年度であるが、国の方針により、第 7 次保健

理　事　会

医療計画（平成 30 年度～）に、へき地保健医療計画に関する基本的な内容を記載することから、現行計画を平成 28 ～ 29 年度の 2 年間延長し、第 11 次へき地保健医療計画を引き続き実施することとなった。（弘山）

14　山口県肝炎対策協議会（2 月 9 日）

肝炎ウイルス検査事業及び陽性者フォローアップ事業、肝炎治療特別促進事業、肝疾患コーディネーター養成事業に関わる報告があり、続いて平成 28 年度山口県肝疾患専門医療機関の指定について協議を行った。（小田）

15　第 22 回毒物劇物安全管理研究会（2 月 10 日）

「東ソー（株）南陽事業所における安全活動」、「試薬の安全管理」、「日産化学工業（株）小野田工場における化学物質管理と保安防災への取組み」についての研究・事例発表及び「プロセス災害防止のためのリスクアセスメント等の進め方」の特別講演が行われた。（林）

16　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（2 月 10 日）

審査委員の委解嘱、平成 28 事業年度支払基金審査支払手数料等について報告が行われた。（小田）

17　三師会懇談会（2 月 12 日）

山口県医療政策課の國光文乃 課長の講話「山口県の地域医療について」及び情報交換が行われた。（河村）

18　第 3 回山口県周産期医療協議会（2 月 12 日）

山口県周産期医療システム基本構想（第 2 次改訂）の見直しについて協議を行った。（藤野）

19　日本医師会第 5 回学術推進会議（Ⅷ）（2 月 12 日）

「遺伝子治療に関する企業の開発動向」、「遺伝子治療臨床開発のレギュラトリー・サイエンス」の講演後、報告書の案について協議を行った。（小田）

20　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（2 月 13 日）

本年度発生した事案及び過去発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告、今後の検討を行った。（林）

21　日本医師会医療情報システム協議会（2 月 13 ～ 14 日）

「IT 時代における地域医療連携のあり方～『医療介護連携』『医療等 ID』について～」をメインテーマに開催された。1 日目の地域医療セッションでは、6 つの事例報告と ICT を利用した多職種連携に関する調査報告の後、パネルディスカッションが行われた。2 日目は、日医 IT 戦略セッション、スマートフォンのセキュリティに関するランチョンセミナー、シンポジウム「マイナンバーと医療等 ID について」が行われた。（今村、沖中）

22　日本医師会第 11 回理事会（2 月 16 日）

医師年金 ルシダス社グリーン TG2 ファンドの解約、医事法関係検討委員会臨時答申、第 29 回医療情報ネットワーク基盤検討会等について報告が行われた。（小田）

23　病院勤務の医療従事者のための認知症対応力向上研修会（2 月 17 日）

徳山医師会病院において、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等について、医師・看護師等の医療従事者を対象に研修会と質疑応答を行った。受講者 38 名。（河村）

理　事　会

24　第 90 回山口県医療審議会医療法人部会（2 月 17 日）

医療法人の設立認可 3 件、解散認可 2 件が承認された。（小田）

25　山口大学第 45 回学長選考会議（2 月 17 日）

学長の業務執行状況の確認に関する規則（案）、学長選考基準等について協議を行った。（今村）

26　山口大学第 70 回経営協議会（2 月 17 日）

国立大学法人山口大学学則及び山口大学大学院学則の一部改正、国立大学法人山口大学職員の勤務時間、休暇等の規則の一部改正等について審議を行った。（今村）

27　福岡県医師会第 2 回ハートフル（自浄作用活性化）研修会（2 月 17 日）

昨年 4 月 30 日に日本医師会で開催された、第 5 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」において事例発表した「保険ピアレビューについて」の講演を行った。（萬）

28　医療等に係る消費税問題の抜本的解決のための請願等の提出について（2 月 16 日）

前回理事会で協議を行った標記請願書を山口県知事及び山口県議会へ提出し、要望説明を行った。（加藤）

医師国保理事会　－第 18 回－

1　山口県国民健康保険団体連合会第 4 回理事会について（2 月 5 日）

2 月 22 日開催の通常総会に提出する、平成 28 年度予算等の議案について協議を行った。（小田）

－第 23 回－

3 月 3 日　午後 5 時～ 7 時 45 分

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

議決事項

1　山口県医師会役員等の選挙について

本会役員及び裁定委員は 6 月 16 日、日本医師会代議員及び同予備代議員は 6 月 24 日をもって任期満了になることから、選挙日程を協議し、4 月号の会報において公示することを決定した。

2　第 177 回山口県医師会臨時代議員会について

5 月 19 日（木）に開催、本会役員等の選挙及び議決事項 1 件、報告事項 2 件を審議することが決定した。

協議事項

1　役員の補欠の選任について

武藤正彦理事より、平成 28 年 3 月 31 日付けで辞任届が提出された。本会定款では、理事又は監事が任期途中で退任した場合、定款第 33 条により速やかに補欠の選任を行うこととなっているが、28 年度が役員等の改選期で、既に 4 月 15 日公示、5 月 19 日選挙の日程となっていることから、武藤理事退任による欠員の補充選挙は行わないことが決定した。

2　平成 28 年度予算（案）について

前回理事会で協議後、1 事業について詳細確定のため、予算案の再協議を行った。

理　事　会

3　平成 27 年度事業報告について

事業別による事業報告について協議を行った。

4　平成 28 年度山口県医師会表彰について

本会表彰規程により、生涯教育委員会及び警察医会において選考した被表彰者ついて協議を行った。

5　第 99 回山口県医学会総会について

平成 28 年度の標記総会は、下関市医師会担当で 6 月 12 日（日）に海峡メッセ下関において開催の予定であり、次の 2 点について要望があった。①講演料が高額で本会及び担当郡市医師会の助成金では開催費用が不足することから、製薬会社等へ協賛金の募集を行いたい。ついては、学会長及び担当郡市医師会長の連名での協賛金趣意書を提出したいので賛同いただきたい。②下関市民へ広く周知することを目的に下関市の名義後援を得たいが、主催者名での名義後援申請書を提出したいので了承いただきたい。①については、本来助成金の範囲内で開催するべきものであること、収支予算書の内容が適切であるかどうか等により、次回理事会において再協議することとし、②については了承することとした。

6 「精神科救急についての意見交換会」の継続（要望）について

平成 25 年度から実施している、精神科病院と一般救急病院による標記意見交換会は、27 年度までで 8 回開催していることから、医療連携の相互理解がある程度深まったと思われるため、27 年度末をもって本事業を終了することとしたが、山口県精神科病院協会長より意見交換会継続の要望書の提出があり、症例検討等の案件により、必要に応じて開催の有無を協議することが了承された。

7　日本医師会第 6 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」に関するアンケート調査について

日本医師会より 28 年度開催予定の標記ワークショップのテーマ及び講師等の案について調査があったが、27 年度本会の取組みを講演していることから、特に提案しないこととした。

人事事項

1　山口労災保険診療委員会の委員について

山口労働局長より、任期満了にともなう標記委員の推薦依頼があり、6 名（留任 3 名、新任 3 名）を推薦することが決定した。

報告事項

1　第 2 回山口県障害者施策推進協議会（2 月 18 日）

「やまぐち障害者いきいきプラン」に掲げる重点プロジェクト関連の取組状況、相談支援体制の整備、生活支援の充実等、諸施策関連について審議を行った。（今村）

2　第 2 回山口県医療対策協議会（2 月 18 日）

山口県第 11 次へき地保健医療計画の見直しについて協議、医師修学資金貸与者の勤務先及び平成 28 年度医師確保対策について報告が行われた。（今村）

3　個別指導「山口市」（2 月 18 日）

診療所 1 機関について実施され、立ち会った。（清水）

4　日医医療政策シンポジウム（2 月 19 日）

「社会保障と市場の原理」をテーマとして、「社会保障に関する市場と政府の役割分担」「公益資本主義と医学の使命」「社会保障の財政学からのアプローチ」の講演 3 題が行われ、その後パネルディスカッションが行われた。（吉本）

理　事　会

5　緑の募金運営協議会（2 月 19 日）

平成 27 年度緑の募金事業決算見込み、平成 28 年度緑の募金推進方法（案）及び事業計画（案）について協議し、承認された。（事務局長）

6　全国高等学校総合体育大会山口県実行委員会第 3 回実行委員会総会（2 月 19 日）

平成 27 年度補正予算（案）、競技種目別大会収支予算（案）、環境・食品衛生対策要領（案）等の審議が行われた。（事務局次長）

7　第 4 回生涯教育委員会（2 月 20 日）

医学功労賞の選考、第 100 回山口県医学会総会の企画、平成 28 年度生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。（吉本）

8　第 2 回母体保護法指定医師研修会（2 月 21 日）

「母体保護法指定医師の指定基準」に則ったカリキュラムにおいて、27 年度 2 回目の研修会を開催した。受講者 12 名。（藤野）

9　福岡県医師会との懇談会（2 月 21 日）

医療事故調査制度における両県の取組み等について意見交換を行った。（河村）

10　日医学校保健講習会（2 月 21 日）

午前中は、「最近の学校健康教育行政の課題について」（文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課学校保健対策専門官 松永夏来）、「学校検診での運動器（四肢）の健診の進め方（簡便法）」（日本臨床整形外科学会副理事長 新井貞男）、「IT 機器（パソコン、スマホ、携帯等）の使用による弊害とそれの対応」（国立病院機構九州医療センター小児科医長・周産期センター長 佐藤和夫）の講演 3 題が行われた。午後は、シンポジウム「小児肥満・やせ・女性の健康と学校医の関わり」として、講演 5 題と総合討論が行われた。（沖中）

11　山口県ジェネリック医薬品安心使用促進セミナー（2 月 21 日）

基調講演「知っておくと、きっと役に立つ　薬の知識 2016」（山口大学大学院医学系研究科教授 古川裕之）、特別講演「ジェネリック医薬品の基礎知識」（日本ジェネリック医薬品学会理事 緒方宏泰）及びパネルディスカッションが行われた。（清水）

12　山口県医療審議会（2 月 24 日）

地域医療構想（素案）及び地域医療支援病院の名称使用の承認について、審議が行われた。（小田）

13　山口県訪問看護推進協議会（2 月 24 日）

平成 27 年度事業報告後、「在宅医療の現状～医療の現場、医師の立場から～」（山口県病院協会理事 / 玉木病院院長 玉木英樹）、「訪問看護の現状と問題点～訪問看護の現場から～」（山口県訪問看護推進協議会長 柴崎恵子）の講演 2 題及び意見交換が行われた。（加藤）

14　山口県がん対策協議会（2 月 24 日）

第 2 期山口県がん対策推進計画の進捗状況、がん対策加速化プランを踏まえた平成 28 年度の取組（案）について協議を行った。（藤本）

15 中国地方社会保険医療協議会山口部会（2 月 24 日）

医科では、新規 1 件が承認された。（小田）

16　第 2 回自賠責医療委員会・第 82 回山口県自動車保険医療連絡協議会（2 月 25 日）

交通事故医療における診断書の交付、画像診断の回数等の問題について、損保 9 社及び料率算出機構と協議を行った。（萬）

17　精神科救急についての意見交換会第 8 回会議（2 月 25 日）

山口県精神科病院協会が行った「自殺企図者の

理　事　会

実態調査」の調査結果について、報告が行われた。また、平成 25 年度から開催している意見交換会については、ある程度医療連携について相互理解が深まっていると思われることから、27 年度末をもって終了することを報告した。なお、山口県精神科病院協会より意見交換会の継続の要望があることから、症例等、検討する内容が発生すれば必要に応じて協議することとしている。（弘山）

18　医事案件調査専門委員会（2 月 25 日）

病院 1 件、診療所 2 件の事案について審議を行った。（林）

19　個別指導「山陽小野田市、下関市」（2 月 25 日）

病院 2 機関について実施され、立ち会った。

（萬、清水）

20　女性医師支援事業連絡協議会（2 月 26 日）

6 ブロック（北海道・東北、関東甲信越・東京、中部、近畿、中国四国、九州）の 6 県医師会（宮城、栃木、三重、兵庫、岡山、宮崎）から、「女性医師支援センター事業ブロック別会議開催報告」として、各ブロック会議で報告された特徴的、先進的な取組みの紹介及び質疑応答と総合討論が行われた。（今村）

21　都道府県医師会事務局長連絡会（2 月 26 日）

平成 27 年度に退職又は退職予定の千葉、兵庫、岡山、大分、宮崎各県医師会事務局長に感謝状と記念品が贈呈され、その後、水町雅子 弁護士による講演「マイナンバー制度への実務対応について」が行われた。（事務局長）

22　新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会（2 月 27 日）

学校医、郡市医師会担当理事を対象に、新たな学校健康診断についての理解を深めてもらうため、（医）社団田町診療所の篠田陽健 院長による講演「四肢（運動器）の状態の検査のすすめ方」を行った。出席者 74 名。（藤本）

23　勤務医部会市民公開講座「長門市医師会」（2 月 27 日）

「ながとの地域医療を考える～自分自身が『からだの責任者』～」をテーマに開催され、長門市消防本部の廣田雅文救急救命士隊長による「長門市の救急医療の実態について」、山口県立大学の内田耕一 教授による「ちょっと気になる肥満、脂肪肝～負けないこつを伝授します～」の講演が行われた。（加藤）

24　日医母子保健講習会（2 月 27 日）

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して－ 10」をメインテーマに開催された。塩崎厚生労働大臣の講演に続いて、「少子化対策に関する産婦人科と小児科からの提言」をテーマにシンポジウムが行われた。4 人のシンポジストによる「小児科医から見た少子化対策」「産科医療提供体制の現状と課題」「日本版ネウボラについて」「日本医師会少子化対策に関する政策提言書」の講演があり、その後討議が行われた。（今村）

25　第 9 回 IPPNW 北アジア地域会議（2 月 27 日）

フレッド・メトラー（ニューメキシコ大学医学部放射線学科名誉教授、医学部臨床教授）による基調講演「70 年：Sadako に学ぶ」、国際シンポジウム「原爆被爆医療体験の継承と国際貢献」が行われた。（小田）

26　第 139 回生涯研修セミナー（2 月 28 日）

山口大学大学院理工学研究科機械システム制御工学の藤井文武 准教授による「ロボット技術の医療・介護・福祉分野での応用－近年の展開と課題」、（公財）結核予防会複十字病院の倉島篤行 臨床研究アドバイザーによる「肺非結核性抗酸菌症最新の動向と診断治療の実際」の特別講演 2 題が行われた。医師、医学生等 94 名出席。

（吉本、今村、中村）

理　事　会

27　勤務医部会総会（2 月 28 日）

平成 27 年度事業報告及び平成 28 年度事業に対する要望について審議した。（中村）

28　勤務医部会シンポジウム（2 月 28 日）

「これで分かる新専門医制度～山口県でとれる専門医」をテーマに開催した。山口大学医学部附属病院医療人育成センターの黒川典枝 特命教授による基調講演「山口県で専門医を育てよう！」の後、4 人のシンポジストにより、泌尿器科、小児科（小児・新生児領域）、外科、病院としてのそれぞれの取組みが発表された。（武藤、中村）

29　医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会（2 月 29 日）

「医療事故調査制度の概略」（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 平子哲夫 室長）、「医療事故調査制度の理念と医療事故調査・支援センターの役割」（日本医療安全調査機構 木村壯介 常務理事）、「院内医療事故調査の具体的方法」（日医医療安全対策委員会 上野道雄 副委員長）等の講演及び質疑応答が行われた。（林）

30　広報委員会（3 月 3 日）

会報主要記事掲載予定（4･5 月号）、新コーナーの企画、県民公開講座及びフォトコンテスト等について協議を行った。（今村）

31　会員の入退会異動

入会 4 件、退会 13 件、異動 7 件。（3 月 1 日現在会員数：1 号 1,300 名、2 号 882 名、3 号 409 名、合計 2,591 名）

医師国保理事会　－第 19 回－

1 「交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に係る覚書」の締結について

山口県国保連合会が国保保険者等の委任を受けて契約代表者となり、交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関して、損害保険関係団体と覚書を締結することについて協議し、同意することを決定した。

2　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

－第 24 回－

3 月 17 日　午後 5 時～ 6 時 50 分

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

議決事項

1　平成 28 年度事業計画について

事業計画の最終協議を行い、決定した。

2　平成 28 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成の最終協議を行い決定した。

協議事項

1　平成 28 年度中国四国医師会連合総会・分科会について

本会が担当する標記総会の特別講演講師及び分科会区分（第 1 分科会：医療保険・介護保険、第 2 分科会：地域医療、第 3 分科会：医療政策）を決定した。

2　山口県がん検診従事者研修事業（胃内視鏡検診研修会）について

山口県では、平成 28 年度より、市町における胃がん検診の胃内視鏡検査を実施する医師に対し

理　事　会

て、検査実施時における留意点や偶発症対策に係る研修を実施し、適切な胃内視鏡検査の実施体制を構築することにより、胃がんによる死亡者の減少を図ることを目的とする事業を実施することとなった。山口県健康福祉部医療政策課より、本会に対し事業実施の依頼があり、受託することが決定した。今後、国の実施要綱等が決まり次第、関係機関と協議の上、研修内容等を決めることとした。

3　母体保護法による指定医師の指定申請について

光市の梅田病院より 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。

4　平成 28 年度全国高等学校総合体育大会開催に係る医師派遣への協力について

本年 7 月 28 日～ 8 月 20 日、標記体育大会が中国各県を会場として開催され、山口県では 9 市で 6 競技が実施される。山口県実行委員会より、大会参加者の医療救護対策に万全を期すため、各競技の会場地に設置する救護所等への医師の派遣及び従事についての協力要請があり、医師派遣に関する諸条件等を確認し、了承した。なお、郡市医師会に対しては、各会場地市町実行委員会から個別に協議及び派遣要請が行われる。

5　平成 28 年度「安全衛生に係る功労者に対する厚生労働大臣及び都道府県労働局長表彰」に係る推薦の依頼について

山口労働局労働基準部長より、厚生労働大臣表彰の候補者推薦依頼があり、過去に都道府県労働局長表彰を受賞された者の中から 1 名を推薦することが決定した。なお、平成 28 年度都道府県労働局長表彰については、郡市医師会から推薦のあった者について、次回理事会で協議することとしている。

6　第 99 回山口県医学会総会について

前回理事会で確認事項が生じた標記総会に係る「製薬会社等への協賛金依頼」については、本来予算の範囲内で開催するべきものであること、また、企業等への安易な協賛金依頼は今後の引受け開催にも影響があることから、本会会長名での「協賛金依頼趣意書」は承認しないことに決定した。平成 26 年度までの引受郡市医師会から同様の要望は出ていないが、学会助成金額が適正であるかどうかは、今後検討することとした。

7　平成 28 年度事務局体制について

平成 28 年 3 月 31 日付けの退職者 2 名、平成 28 年 4 月 1 日付けの入局者 1 名が承認された。

8　山口県人事委員会勧告に伴う本会職員給与等の改定について

平成 27 年 10 月 19 日に山口県職員の給与等に関する勧告がなされた。本会職員給与は、山口県職員の給与に準じていることから、対応について協議を行った

9　安全安心いきいきモデル地区選定の概要について（情報提供）

山口県警察運転管理課より、認知症を始めとした一定の病気により運転に支障を及ぼすおそれのある高齢ドライバーを早期に把握し、悲惨な交通事故を防止するために医師会・医師等の協力を得て高齢ドライバー対策を促進するため、平成 28 年度よりモデル地区を選定した上で、医師の任意の届出制度を試験的に取り組むとの状況説明があった。新年度に入り次第、該当郡市医師会と調整・協議を進めるとのことであったが、自治体及び関係機関の理解・協力が不十分である状況での実施は、問題があるとの意見が出された。

理　事　会

人事事項

1　山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

保険医代表委員の欠員に伴い、審査委員の推薦について協議し、1 名の推薦を行うこととした。

報告事項

1　福島県医師会との懇談会（2 月 20 日）

髙谷会長及び星副会長と最近の医療情勢について意見交換を行った。（河村、山本）

医師国保理事会　－第 20 回－

1　山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の選任について

山口県国保連合会から審査委員の辞任に伴う選任依頼があり、保険者代表委員 1 名を選任することについて協議、議決した。

2　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

3　平成 27 年度第 2 回山口県保険者協議会について（3 月 3 日）

設置運営規程や平成 28 年度事業計画、予算等について協議した。（濱本）

4　全協通常総会について（3 月 11 日）

平成 27 年度補正予算、平成 28 年度事業計画、予算及び会費等について協議した。（小田）

山福株式会社取締役会

出席者　取締役 8 名　監査役 3 名

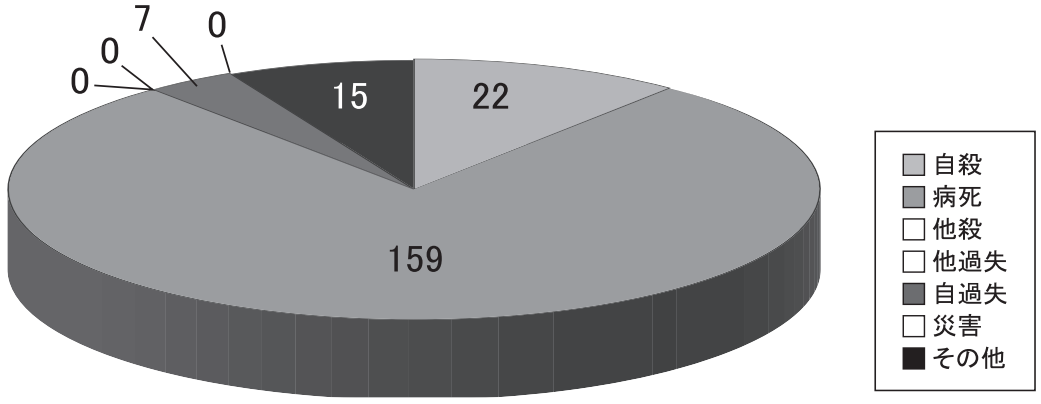
1　期末決算日程等について

原案通り承認された。

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
Feb-16	22	159	0	0	7	0	15	203

死体検案数と死亡種別（平成 28 年 2 月分）



地球に起きたこと、起きること

飄々

広報委員

川野　豊一

東北地方太平洋沖地震とそれによる津波などにより引き起こされた東日本大震災から 5 年が経った。復興へむけて懸命の努力が続けられているが、その道程はまだまだ彼方のようである。特に福島第一原子力発電所事故により避難を余儀なくされた地域の復興と原子力発電所本体の廃炉作業には計り知れない努力が必要であろう。

さて、地震が放出するエネルギーは岩盤の剛性率と断層面の大きさに比例する、とされる。岩石の硬さには上限があり断層の長さは有限なので、地球上で起こりうる最大の地震のマグニチュードは 10.0 と考えられている。1960 年のチリ地震がこれまでに知られている最大の地震であり、そのエネルギーはマグニチュード 9.5 で TNT 換算で 26 億トンだそうである。それでも、地震の影響は比較的限られた地域での出来事だそうである。

しかし、長い地球の歴史では地球規模の影響をもたらした出来事が知られている。古生代と中生代の間に起こった火山の大噴火（シベリア洪水玄武岩の噴出）は、地震とは桁違いの破壊力を持ち、この時期の生物の大量絶滅の原因と考えられている。また 6500 万年前、中生代と新生代の間に起こった大量絶滅の最も有力な原因は、メキシコのユカタン半島付近に直径約 10 km の小惑星が衝突したことと考えられている。その小惑星衝突のエネルギーはマグニチュード 11 以上（TNT 換算 4,800 億トン）で、生じた津波は 300 m以上と推定されている。

巨大な噴火や小惑星の衝突がそう度々起こるようではたまったものではない。しかし、今後 10 万年程度のスケールでは巨大な噴火が起こり、5 千万年の間には小惑星の衝突が起こる可能性があると考えられているそうだが、そう言われても現実味がないというか想像することも難しいと感じられる。

もう少し現実的あるいは近い将来に起こることといえば、海水準の変動だろうか？物の本によれば、2 万年前には現在よりも海面が 100 m低く、温暖化時には 100 m上昇しており、過去 100 万年の間に海面の上下が 12 サイクル起こっていたとのことである。この 100 年で海水面は 19 cm 上昇したそうだが、温暖化が進行してグリーンランドと南極の氷が溶けると海面は現在より 80 m 高くなるらしい。5600 万年前の温暖化の極大イベントで起こった大気の変化のスピードは、現在の変化のスビードの 10 分の 1 程度であったとのことである。今後、海面がどれくらいの期間でどれだけ上昇するのか、想像するのが怖くなる数字である。

今後の地球はどのように変わっていくのか？温暖化や氷期の到来で海面が上がったり下がったりして、人間が生活する環境が大きく変化するであろう。巨大な噴火や小惑星の衝突が起こり、生物の大量絶滅が起こる可能性がある。2 億 5 千万年後には再び超大陸が出現するとも考えられているが、地球の環境は現在とどのように違っているのであろうか。20 億年後には太陽の温度／明度の上昇のため、地球から水が失われ生命が存在でき

る環境ではなくなる。

地球誕生から現在までを 1 年とすると、ホモ・サピエンスが出現したのは 12 月 31 日午後 11 時 37 分（約 20 万年前）である。その後、現世人類がアフリカを出て世界各地に広がったのが約 10 万年前であり、初期の文明が起こってから現在まで 5000 年ほどしか経っておらず、記録として残っている歴史はそれより短い。この新参者の人間が、この先どのように地球の未来に関係するのだろうか。

お知らせ・ご案内

第 51 回山口県医師会ゴルフ大会について

と　き　　平成 28 年 10 月 16 日（日）8 時 15 分～
場　所　　周南カントリー倶楽部

徳山医師会が引き受けで、上記の通り開催します。
開催要領・申込用紙は各郡市医師会事務局に 6 月 1 日に送付予定です。
皆様のご参加を心よりお待ちしております。

問い合わせ先　　徳山医師会事務局（担当：西岡、廣澤）
TEL：0834-21-2995

第 33 回糖尿病 Up・Date　賢島セミナー

テーマ　病状・病態に応じたシームレスな管理・治療
　　－病型と合併症併発に応じた適切な対応－
日　時　平成 28 年 8 月 27 日（土）、28 日（日）
会　場　志摩観光ホテルクラシック
　　〒 517-0502　三重県志摩市阿児町神明 731
参加費　50,000 円（proceedings 代を含みます。なお、宿泊費は含まれておりません。）
　　また、8 月 27 日の懇親会をかねた夕食、及び 28 日の昼食を事務局にてご用意させていただきます。
申　込　官製ハガキに氏名、所属、住所、TEL を明記の上、中部ろうさい病院事務局までお申込みください。（参加人数は 100 名にて締切らせていただきます。）
世話人　堀田　饒（中部労災病院）、清野　裕（関西電力病院）、
　　門脇　孝（東京大学）、羽田勝計（旭川医科大学）、中村二郎（愛知医科大学）
後　援　日本糖尿病学会、日本医師会、愛知県医師会、岐阜県医師会、三重県医師会
事務局　中部労災病院　堀田　饒
　　〒 455-8530　名古屋市港区港明 1-10-6
　　TEL：052-652-5511（内線 7174）　FAX：052-652-5623

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。

河　野　俊　貞　氏	山口市医師会	2 月 24 日	享　年	90
倉　冨　拓　己　氏	下関市医師会	3 月　4 日	享　年	91
桑　原　伊一郎　氏	長門市医師会	3 月 10 日	享　年	94
本　永　芳　貞　氏	山口市医師会	3 月 25 日	享　年	87
田　中　利　則　氏	下関市医師会	3 月 23 日	享　年	86

編集後記

Google DeepMind によって開発された AI 対世界トップ棋士の戦い、3 月 9 日に始まった前代未聞の対決は、4 勝 1 敗で AlphaGo がイ・セドル九段を破った。チェスで、将棋で、次々にトッププレイヤーが AI に破られていったが、囲碁ではまだ 10 年は人間が勝ち続けるとされていた。AlphaGo は deep learning という手法を用いて「普遍的な機械学習技術を使って、囲碁を自らマスターした」そうだ。

医学の分野でもこの deep learning を用いた画像診断システムの試験が始まろうとしている。サンフランシスコを本拠とする Enlitic 社が開発したシステムでは、例えば胸部 X 線写真に異常があれば、その内容によって読影の担当医を決める。肺野に結節を認めれば肺の読影が得意な放射線科医へ、動脈瘤のようなものが見つかれば心血管系の読影が得意な放射線科医へ送る。放射線科医が画像を確認した後は、ソフトウェアが定型文を自動生成し、レポートの作成を手伝ってくれるそうである。

東京大学は 2016 年度から、医療機関を受診する前に、健康状態に関する基礎的な情報を家庭で収集する役割を担う「対話型問診ロボット」の開発に取り組む。deep learning を用いて問診の精度を高めていけば、救急車を呼ぶか、どの病院を受診するかを決めることもできるだろう。医療機関側ではどのような患者が受診するのかをあらかじめ知り、それなりの準備をしておくこともできるかもしれない。

もっともっと医療分野へ deep learning が導入され進化していけば、どんな時代が来るのだろうか？

AI：Artificial Intelligence、死亡時画像診断は Ai : Autopsy imaging、区別するために「 i 」は小文字です。

（理事　中村　　洋）

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：株式会社マルニ　　定価：1,000 円（会員は会費に含む）