# 山口県医師会報

平成29年(2017年)
2月号
－ No.1878 －

雪の日　渡邉惠幸　　撮

Topics

顕彰
新郡市医師会長インタビュー「下関市」

# Contents

■顕彰…… 73
■新郡市医師会長インタビュー「下関市医師会長」……石田　健 78
■フレッシュマンコーナー「一念発起」……加藤圭彦 80
■今月の視点「地域包括ケアシステムの現状と課題」……香田和宏 82
■郡市医師会医療事故調査担当理事・
山口県医療事故調査委員合同協議会……林　弘人、中村　洋 86
■平成 28 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会……中村　洋 93
■平成 28 年度 第 3 回全国有床診療所連絡協議会役員会 ……正木康史 96
■平成 28 年度 山口県小児救急医療電話相談事業研修会……藤原元紀 99
■第 15 回「学びながらのウォーキング」大会 ……沖中芳彦 106
■第 51 回 山口県医師会ゴルフ大会……森岡孝之、吉金秀樹 108
■第 142 回山口県医師会生涯研修セミナー
……藤井崇史、福田信二、清水良一、加藤智栄 110
■平成 28 年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導
担当理事及び関係者合同会議……藤本俊文 122
■第 38 回 産業保健活動推進全国会議……藤本俊文 130
■平成 28 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協議会……藤本俊文 142
■第 12 回 医療関係団体新年互礼会……長谷川奈津江 145
■平成 28 年度 第 47 回全国学校保健・学校医大会 ……濱本史明・藤本俊文 146
■県医師会の動き……吉本正博 158
■理事会報告（第 18 回、第 19 回、第 20 回、第 21 回）…… 161
■飄々「 獺祭魚と李商隠 」……吉岡達生 170
■日医 FAX ニュース …… 171
■お知らせ・ご案内…… 172
■編集後記……中村　洋 178

# 顕　　彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。

## 旭日双光章

**田邉征六**　先生（吉南医師会）

平成 28 年 4 月 29 日

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

## 旭日双光章

**斎藤　　永**　先生（山口市医師会）

平成 28 年 11 月 3 日

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

## 瑞宝双光章

**石津　　衛**　先生（防府医師会）

平成 28 年 11 月 3 日

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

## 文部科学大臣表彰

**岡村辰典**　先生（防府医師会）

平成 28 年 10 月 27 日

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

# 顕　　彰

## 厚生労働大臣表彰

**河野隆任**　先生（下松医師会）

平成28年3月29日

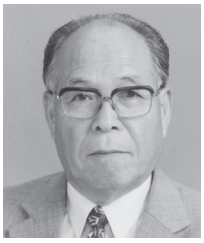
永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

## 厚生労働大臣表彰

**赤川悦夫**　先生（山口市医師会）

平成28年6月30日

永年にわたり、労働安全衛生に尽力され、安全衛生水準の向上発展に貢献された功績により受賞されました。

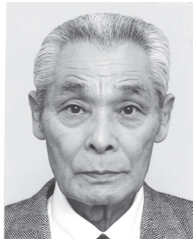


## 厚生労働大臣表彰

**堀家英敏**　先生（徳山医師会）

平成28年6月30日

永年にわたり、労働安全衛生に尽力され、安全衛生水準の向上発展に貢献された功績により受賞されました。



## 厚生労働大臣表彰

**向井久晴**　先生（熊毛郡医師会）

平成28年9月9日

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

# 顕　　彰

## 厚生労働大臣表彰

**政井俊憲**　先生（萩市医師会）

平成 28 年 10 月 17 日

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

## 厚生労働大臣表彰

**安武俊輔**　先生（山口市医師会）

平成 28 年 10 月 17 日

永年にわたり、山口県国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として精勤され、国民健康保険事業の発展に寄与された功績により受賞されました。

## 厚生労働大臣表彰

**林　　隆**　先生（宇部市医師会）

平成 28 年 10 月 18 日

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

# 顕　　彰

## 厚生労働大臣表彰（団体）

**一般社団法人柳井医師会**

平成 28 年 9 月 9 日

救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県選奨

**神 徳 眞 也**　先生（防府医師会）

**松村壽太郎**　先生（光市医師会）

平成 28 年 11 月 18 日

保健衛生・環境、社会福祉の推進に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県救急医療功労者知事表彰

**竹 中 智 昭**　先生（光市医師会）

平成 28 年 9 月 9 日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

**医療法人社団松友会松本外科病院**（防府）

平成 28 年 9 月 9 日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

# 顕　彰

## 山口県教育功労者表彰

**村上紘一**　先生（厚狭郡医師会）
**吉村慈郎**　先生（下関市医師会）
**佐々井静代**　先生（宇部市医師会）
**石川良興**　先生（徳山医師会）

平成28年11月24日

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

## 山口県学校保健連合会表彰（学校保健功労者）

**藤本繁樹**　先生（下関市医師会）
**上田スミコ**　先生（徳山医師会）
**天野　秀雄**　先生（長門市医師会）

平成29年1月12日

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

## 公衆衛生事業功労者表彰（日本公衆衛生協会）

**田邉　完**　先生（吉南医師会）

平成28年3月29日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

**岡　紳爾**　先生（山口市医師会）

平成27年3月19日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

## 日本臨床内科医会地域医療功労者表彰

**森田高生**　先生（長門市医師会）

平成28年4月17日

永年にわたり、地域住民の健康増進に寄与された功績により受賞されました。

# 新 郡市医師会長インタビュー

## 第 5 回　下関市医師会長 木下　毅 先生

と　き　平成 28 年 8 月 22 日（月）
ところ　下関市医師会

［聞き手：広報委員　石田　健］

**石田委員**　本日は平成 28 年 4 月 8 日の下関市医師会役員選挙において下関市医師会長に選任され、6 月 24 日に就任された木下 毅 先生にお話を伺いたいと思います。ご多忙のところ、インタビューの時間をいただきまして誠にありがとうございます。

下関市医師会は一般社団法人に移行後、医師会館の移転などいろいろな問題が生じ、これら諸問題にどのように対応したら医師会員にとって何がベストかといった議論がここ数年盛んです。今回、会長を再度引き受けられたお気持ちをお聞かせ願えませんでしょうか。

**木下会長**　赤字が続く医師会会計や人口減少社会が進む中、下関市医師会の方向性を見直し、事業計画を根本的に組み替え、永続性のある地域の医師会としての存在価値を高めてゆくために再度引き受けようと思いました。

現在の事業計画・移転計画をすべて見なおそうと思います。

**石田委員**　お聞きしにくいことですが、差し支えなければ、県内で最大の郡市医師会である下関市医師会の財務状況についての現状と将来展望についてお話しいただけませんでしょうか。

**木下会長**　平成 27 年末の正味財産は約 7 億円です。7 億円がすべて現金であるのではなく、いろいろな資産の合計なのですべてが使えるわけではありません。27 年度の赤字が約 6,300 万円です。10 年前頃の正味財産は 12 億円前後ありました。このままの状態で続けて行くと、数年で医師会の財産はゼロになってしまいます。早急に出血を止めるべきです。

**石田委員**　今後、下関市は人口の減少が避けられないと言われています。人口減少下での医師会のあり方についてのご意見をお願いします。

**木下会長**　人口の減少も大きく、2040 年には市の人口は現在の 27 万人から 20 万人に減ります。減少のほとんどは労働力のある若者です。医療・介護で働く人材確保が難しくなります。外来患者数も減少傾向にあります。医師会は会員と競合する事業はするべきでないと思っています。

**石田委員**　次に、看護学校の将来性についてのお考えを聞かせてください。

**木下会長**　平成 28 年の熊本地震の影響で看護学校の建物が危険な状態になり、当面は東亜大学

に緊急避難することが決まりました。9 年間使っていなかった建物なので掃除や空調整備に費用がかかりましたが、当分、東亜大学の建物で運営しようと思っています。下関看護専門学校の卒業生は市内定着率が高く、学校は地域医療を守る為に続けてゆきます。看護学校は医師会の収益事業となっていますが、29 年 4 月から公益事業にするべく手続きを始めました。

**石田委員**　これまでの経緯を踏まえ、いろいろなことを勘案して下関市医師会館の移転が本当に必要か、また、可能なのかどうかの難しい判断が必要になってくると思います。再びお聞きしにくい話ですが、どのようなお考えをお持ちか、お聞かせ願えませんでしょうか。

**木下会長**　一度白紙に戻して考えようと思います。移転するにしても規模は大幅に縮小する必要があります。下関市が夜間診療所をどう考えるかも相談しなければなりません。その上で下関市医師会の移転が本当に必要なのかどうか考え直さなければなりません。

**石田委員**　夜間診療所の話が出ましたが、これからの下関市の救急医療体制に関して、4 大病院と医師会及び診療所との連携はどのような形がベストとお考えでしょうか。

**木下会長**　地域医療構想の結果にもよるのですが、救急医療を含めて医療圏全体構想を纏めなければいけないでしょう。その中でそれぞれの役割分担が決まってきます。まとめるには少し時間がかかりそうです。

**石田委員**　下関市でも高齢化が進む中、入院、外来に加えて在宅医療の必要性が叫ばれています。そのための地域医療包括ケアシステムは必要と思われますが、医師会と 4 大病院及び行政の役割についてどのようにお考えでしょうか。

**木下会長**　地域医療包括ケアシステムは 2025 年までに下関市が中心になって構築するものです。医師会も全面的に協力しなければなりません。下関市の医師は勤務医も開業医も高齢化が進んでいます。若い医師を地域に呼び込むには魅力的な医療機関が必要です。 4 病院が統合され 700 床位の病院ができると良いですが、なかなか難しそうです。大病院は急性期医療に限定するべきと思います。在宅医療推進は医師の高齢化などで難しいと思います。在宅医療が進まない限り慢性期病床の削減はできません。

**石田委員**　ありがとうございました。次に日医や県医師会への意見､要望はありませんでしょうか。

**木下会長**　地域の特性を生かした地域医療構想が進められるようにお互いに協力してゆけるように願っています。

**石田委員**　最後に先生のお好きな言葉とか、座右の銘などがありましたらお願いします。

**木下会長**　「真剣だと知恵が出る」「中途半端だと愚痴が出る」「いい加減だと言い訳ばかり」これは秋田のある会社の工場に掲げてある標語です。役員一同、愚痴や言い訳をしない様、真剣に取り組んで行きますので会員の皆様のご理解・ご協力をよろしくお願い致します。

**石田委員**　本日は貴重な時間をいただきまして、ありがとうございました。また、答えづらい質問にも対応していただき､ありがとうございました。今後も下関市医師会長として、地域の医療に貢献していただきたいと思います。

# フレッシュマンコーナー

## 一念発起

宇部市医師会
かとう整形外科・リハビリテーション科
加藤　圭彦

山口大学医学部を昭和63年に卒業後、河合伸也 名誉教授が主宰しておられた山口大学医学部整形外科に入局いたしました。

入局後は、山口大学医学部附属病院、島根県立中央病院、山口労災病院、徳山中央病院、イェール大学、南陽病院、新南陽市民病院で整形外科全般を研修しました。平成14年から平成24年までの10年間は山口大学医学部附属病院に勤務し、河合名誉教授が退官された後は田口敏彦 教授の指導のもと、脊椎・脊髄外科を担当いたしました。

平成24年に山口大学を退職することを機会に医局を離れることを決意し、田口教授に許可をいただいて自分で就職先を探すことにいたしました。医局人事を離れ退局する身ですから、医局と関連のある病院に就職することは出来ません。関連病院はもちろん、非常勤として医局員が勤務している病院も候補から外して就職先を探しましたが、整形外科を募集している病院はなかなか見つかりません。退職時期が近づいてくる中、ようやく山口リハビリテーション病院に職を得ることが出来ました。

山口リハビリテーション病院では主に回復期リハビリテーション病棟を担当し、運動器だけでなく脳血管障害を中心とした頭部疾患の患者さん、神経内科領域疾患の患者さんなど、整形外科時代には経験したことのない領域の患者さんも担当いたしました。就職当時は戸惑いばかりでしたが、リハビリテーション医は患者さんやご家族と接する時間も長く、密度も濃く、充実感を持って仕事ができるようになりました。日本リハビリテーション学会専門医となり、これからが頑張り時と思っていた矢先、急遽、山口リハビリテーション病院を退職せざるを得なくなりました。その時点では次の就職先は決まっていませんでしたが、たまたま退職期限3週間前に医局に置いてあった雑誌で山口平成病院の医師募集を見つけ、平成26年に山口平成病院へ就職することが出来ました。宇部から玖珂へ2時間かけて通勤していましたが、これを継続することは現実的ではありません。悩んだ結果、一念発起し開業を決意しました。

決断してからは早期開院に向けて一直線に準備を進め、平成27年11月11日、宇部市東須恵（厚南地区）にかとう整形外科・リハビリテーション科を開院いたしました。開業の準備では、建築や物品の購入、スタッフの募集だけでなく、種々の必要な手続き・届出・申請など分からないことばかりでしたが、今まで関わったことが無かった多くの異業種の方々が、積極的に協力してくださいました。27年間勤務医として働き、特別なバックグラウンドも無い私は、経営者や開業医としてのノウハウは全く持ち合わせていません。「手探りで毎日の業務をこなしているうちに1年が過ぎた」というのが実感です。

「医院の基礎固めをした後に、しっかりしたシステム作りを」と考えていますが、いつまでたっても基礎固めが出来ません。次から次に問題が起こり、解決したと思ったら次の問題がまた起きる、の繰り返しです。しかし、院内で起きることは全て自分の責任であり、その点がクリアなのが開業医の良いところです。

大学病院、急性期病院、慢性期病院を経験し、開業にたどり着きました。上述したようにまだまだ手探りの状態ですが、充実した開業医生活を送るために、これからも今までと同様にもがき続けたいと思っています。

# 医師年金

＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会

# ご加入のおすすめ

**加入資格** **64歳6カ月未満の日本医師会会員**（会員区分は問いません）

**☑年金検討チェックリスト**

- ☐ 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- ☐ コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- ☐ 一生涯受け取れる年金が望ましい
- ☐ 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- ☐ 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- ☐ 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

**1つでも該当したら…**

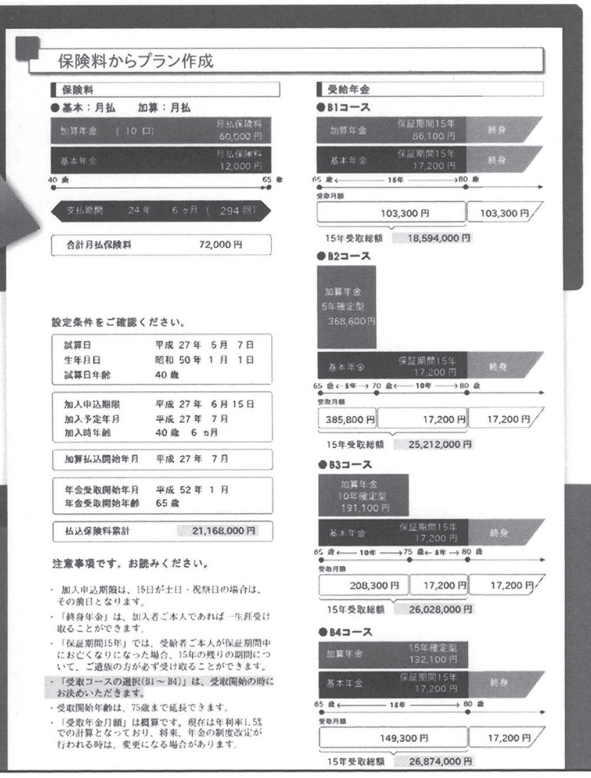
## 医師年金ご加入をおすすめします！

**医師年金ホームページで、簡単シミュレーション！**

医師年金　検索

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、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。
ぜひお試し下さい。




**個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら**

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

20150601S8

# 今月の視点

## 地域包括ケアシステムの現状と課題

理事　香田　和宏

**地域包括ケアシステムへの展開**

近年、「2025 年問題」という言葉をよく耳にするようになってきた。これは、団塊の世代が 2025 年までに後期高齢者となることで、わが国が未だ嘗て経験したことがない超高齢社会に向かっていることが挙げられる。人口ピラミッドの推移から 75 歳以上の後期高齢者は、2030 年には総人口の 19.5% の 2,278 万人となり、総人口の 5 分の 1 を占めるという社会に変化していく。要するに、今後の高齢者人口の増加は 75 歳以上人口の増加が中心となる。半世紀前には高齢者 1 人を 9 人の現役世代で支える「胴上げ型」の社会から、近年では 3 人で 1 人を支える「騎馬戦型」、2050 年には高齢者 1 人を現役世代 1.2 人が支える「肩車型」社会になっていく。また、人口が増加が横ばいで 75 歳以上人口が増加する大都市部とは異なり、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じるため、保険者である市町村や県が地域の実情に合わせ特性を生かしたシステムを作り上げていくことが重要である。高齢者が増えるということは要介護者の増加にもなる。要介護状態に至る主な原因疾患に関する平成 27 年の報告では、脳血管疾患（脳卒中）18.5%、認知症 15.8%、高齢による衰弱 13.4％となっている。要介護率が高くなる 75 歳以上人口は、介護保険創設 2000 年（平成 12 年）の約 901 万人が、2025 年には約 2,179 万人と推計されている。要介護（要支援）の認定患者数は、平成 12 年の約 218 万人が 28 年 6 月には約 625 万人と、この 16 年で約 2.87 倍になった。近年も増加ペースが加速している。

「地域包括ケアシステム」とは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、概ね 30 分以内に駆けつけられる日常生活圏域において「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の 5 つの取組みが、利用者のニーズに応じて組み合わされて、入院から在宅復帰を通じて切れ目なく一体的にサービス提供される社会システムのことである。こうした「地域包括ケアシステム」の内容が今後普及していくためには、現状の課題を明らかにし十分に把握する必要がある。

**周南市の目指す在宅医療・介護連携**

平成 18 年 4 月に在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業に位置付けられた。27 年 4 月から 3 年の移行期間を経て、市区町村が主体となり郡市区医師会等と連携しつつ、原則（ア）～（ク）すべての事業項目の取組みを開始し、30 年 4 月にはすべての市区町村で実施するとある。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

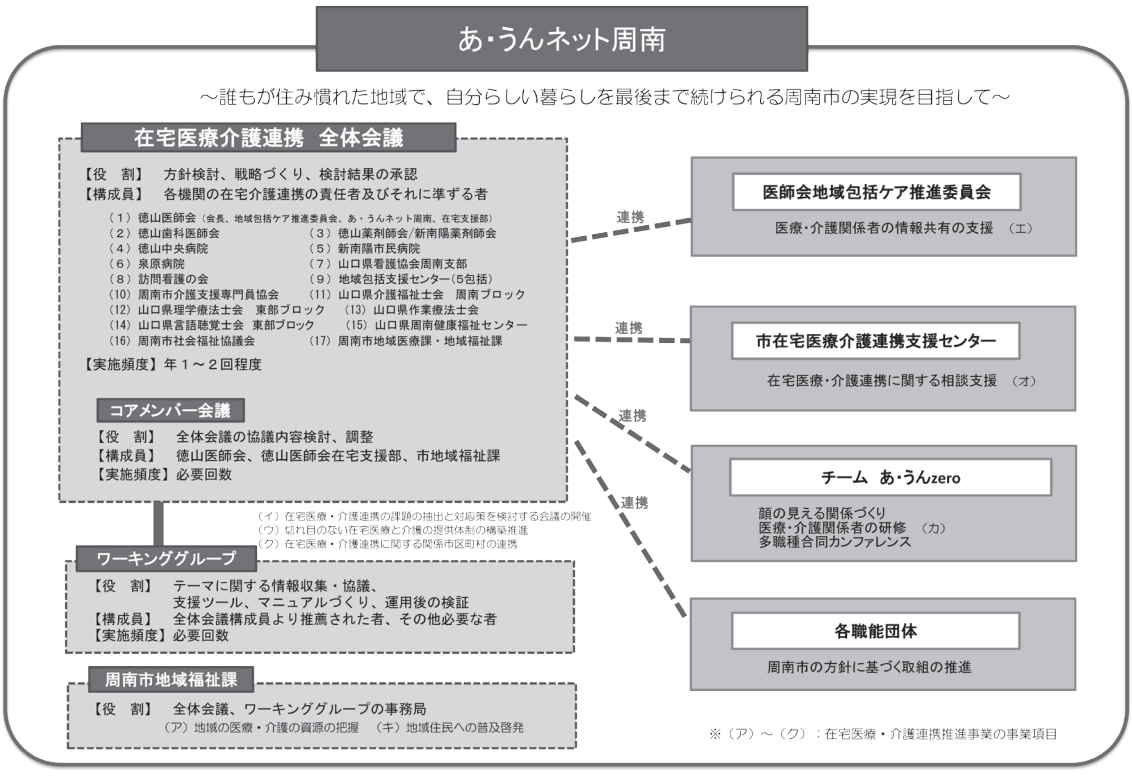
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（カ）医療・介護関係者の研修
（キ）地域住民への普及啓発
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

平成 28 年 4 月現在、山口県内での取組み状況をみると 8 項目すべて行っているのは宇部市のみとなっているが、今後の事業実施にあたり、私が所属する徳山医師会について説明しようと思う。

徳山医師会は、昨年から周南市の担当者と周南市在宅医療・介護連携推進体制構築のための意見交換会を何度も行った。当初、話し合いの中で周南市に対し矛盾を感じることが多々あった。まず、周南市が（ア）～（ク）すべての項目を取り組むことだけに追われ、“どの項目を委託するか”“何をどう運営していいのか”といった、言わば各論のみに終始し、本来の目的は何なのかという根本的なところが置き去りになっている感が否めなかった。この取組みに一番必要なものは何か。それは以前から言われている医療と介護の垣根を越えた顔の見える関係づくりだと伝え、矛盾点を整理することから始めた。周南市の在宅医療においては、徳山医師会の担当理事である小野 薫 先生を中心に、現「チーム あ・うん zero」会長の武居道彦 先生が協力されて、平成 28 年から「在宅連携を考える会」を立ち上げられていた。のちに「あ・うんネット周南」とネーミングし、顔の見える多職種ネットワークの構築、医療・介護関係者の研修、多職種合同カンファレンス等で既に軌道に乗せられており、「地域包括ケアシステム」の先駆けとして活動されていた。

昨年、市担当者に「あ・うんネット周南」の名称をそのまま使用することの承諾を得て、周南市としての組織図を完成させた（**図 1**）。それからは、コア・メンバーで体制の方向性や今後の進め方について関係団体にアンケートを実施、結果について意見交換を行い、平成 28 年 9 月に第 1 回の在

**図 1**



宅医療介護連携全体会議を開催するに至った。全体会議のメンバーは高度急性期から慢性期の各病院、また、認知症疾患医療センター指定病院の代表者にもメンバーに入っていただいた。在宅で急変した際の受け入れ態勢の協力も視野に入っている。高齢者の増加によって従来の在宅介護サービスの利用はもちろんだが、地域で見守るといった昔ながらの支援も欠かせなくなるものと予想される。この取組みを図にした（**図 2**）。仕組みづくりは大事なことではあるが、重要なことは関わる皆が同じ方向を向き、いかに支えていくかである。

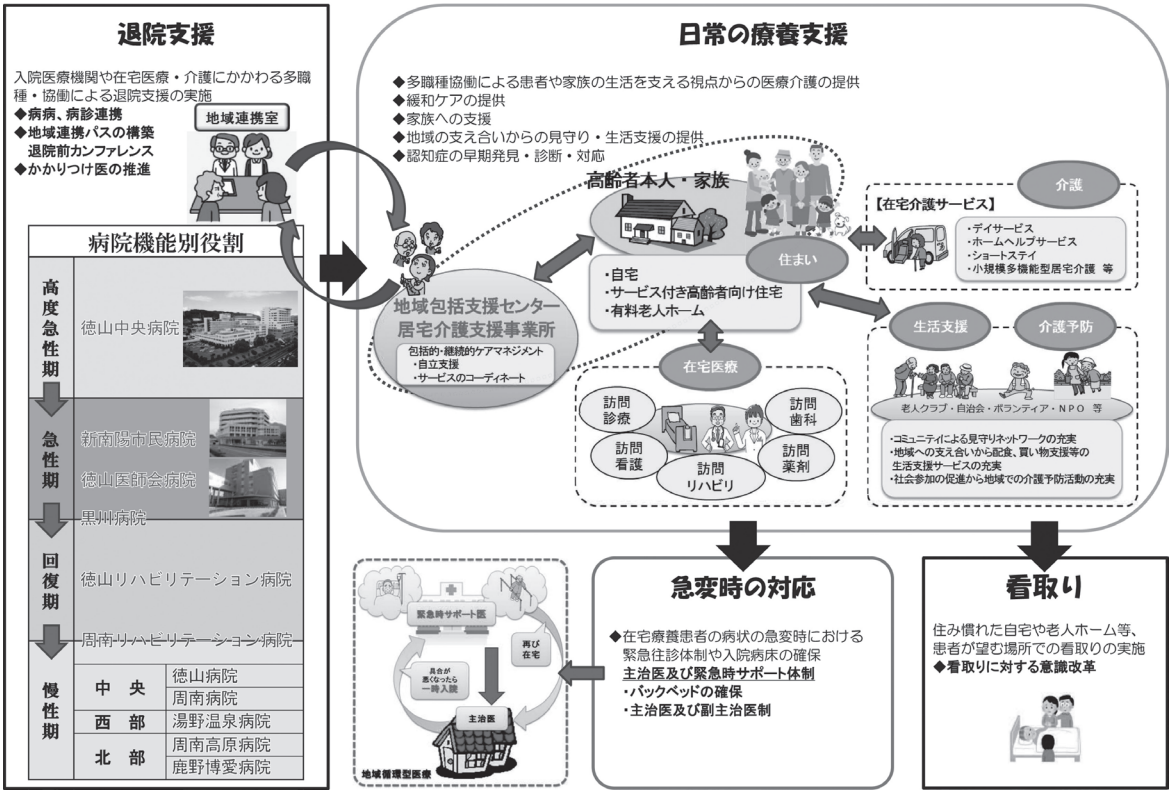
問題点を挙げればきりがないのかもしれないが、認知症高齢者数の増加もこれからの課題として考える必要があると思われる。

今後の超高齢社会においては、必然的に認知症高齢者も増加していくことは容易に想像できる。認知症の人は、2012 年で約 7 人に 1 人（山口県では 7.1 万人）が、2025 年には約 5 人に 1 人（山口県では約 9 万人）に増加すると推計されている。認知症高齢者の増加で今後問題になるとすれば、核家族化の影響による高齢者夫婦の増加や一人暮らし高齢者の方が発症した場合であると思われる。現段階でも日常診療をしていて、特に入院の必要性はないが少し調子が悪い、あるいは痛みがある等で家族が入院を希望された場合、認知症があるため受け入れが困難であったり、診療方針を説明するも理解していただけず、治療ができなかったりといった経験がある。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）は、平成 27 年に認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン (H25 ～ 29 年 )）を改め、新たに策定された。認知症に対する理解の促進、人材育成、広域的な支援と相談体制の構築、認知症疾患医療センターの設置が推進される。県内でも二次医療圏で山口県立こころの医療センターを始め 6 医療機関が指定されている。これらの機関が中心となり、医療機関や市町等との連携強化が期待されるが、どの程度の認知症であれば入院になるのか？軽度であればできないのか？仮に入院受け入

**図 2**

**【案】周南市在宅医療・介護連携イメージ図（4 つのシーン）**



れが可能であったとしても患者数の増加に対応できるのか？まだまだ問題点は多いと思われる。

**おわりに**

「地域包括ケアシステム」においては、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続してサービス提供が行われ、急性期治療後の維持治療や支える在宅医療への転換が図られる。今後、同システムの構築を円滑に進めるためには、訪問診療を行う医師が増えることや訪問看護師や在宅での生活を支える訪問介護士等、さまざまな職種との連携を図ることが必要であるが、更に在宅患者の急変時の入院医療を引き受けてくれる二次病院の存在が重要で、このバックアップがなければこのシステムの普及は難しいと思われる。あくまでも私見ではあるが、地域医療構想で話題に上がっている療養病床などの削減ではなく、この機能をこのまま維持していき在宅療養者の病状が急変した際の一時的な受け入れ先と考えれば少しは解決できるものではないだろうか？周南市だけをみても、まだまだ訪問診療をされるかかりつけ医の先生方が少ないのが現状である。今回の関係医療機関への事前に行ったアンケート結果で「今後､訪問診療を行いますか？」との問いにも満足のいく回答は少なかった｡実際、多くの診療所は一人開業が多く、日中の診療も追われる中、24 時間 365 日対応できるわけではない。このまま､在宅医療を担う医療機関が「2025 年問題」に対応することが果たして可能なのか？また、あえて若い開業医がこれに飛び込んでくれるものか不安が残る。これに対し、岡山などでは県医師会が若手開業医への動機付けとして研修会を行い、訪問診療を行う医師の増加に努めようとしているようである。

先にも述べたが「地域包括ケアシステム」は、概ね 30 分以内に駆けつけられる日常生活圏域において「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の 5 つの取組みの機能を持ち、多職種の包括的なサポートが必要とされるわけだが、最終的にはやはり“在宅医療”であると考える。今後、少子高齢化や認知症高齢者の増加がさらに進み、入院医療ですべてを賄うことができなくなることは容易に想像でき、最期を迎える場所が医療機関や施設とは限らなくなるため、在宅医療は必要不可欠となってくる｡それぞれの医療機関や介護事業等、いわば地域の中の点と点を結んで包括するシステムの構築が今回の取組みであり、これには地域医師会の役割が欠かせない。しかし、すべてが医師だけでできるものではなく、市区町村と在宅医療に携わるすべての職種のサポートが必要で、顔の見える関係づくり､加えて地域で見守るといった、昔ながらの支援が大きな力になると確信する。

今後、このシステムがどのような形で稼働していくのかは、まだ険しい道になる部分も多いが、介護が必要となった高齢者が住みやすく、安心して生活できるような地域になるよう、多職種が連携してのさらなる取組みをお願いしたい。

# 郡市医師会医療事故調査担当理事・山口県医療事故調査委員合同協議会

と　き　平成 28 年 11 月 17 日（木）15：00 ～ 17：00

ところ　山口県医師会 6 階会議室

［報告：専務理事　林　　弘人
　　理　　事　中村　　洋］

## 開会挨拶

**河村会長**　医療事故調査制度は施行から 1 年が経過した。「医療事故調査・支援センター」への報告数をみると、予想を大きく下回る報告数となっており、これは、本制度に対する医療機関の管理者の判断が統一できていないことが原因として考えられている。今後は、この問題の解消に向けて、日医を中心に各地で研修会等の開催が予定されている。

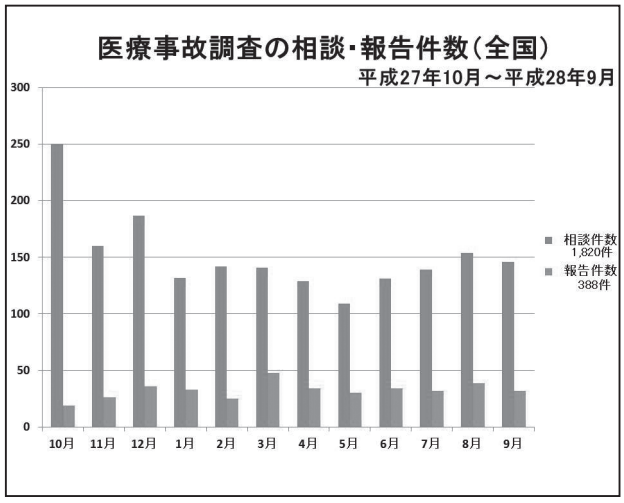
本県においても調査事案が発生していることから、本日は各調査委員及び郡市医師会の担当理事において情報交換していただくことをお願いする。

## 講演

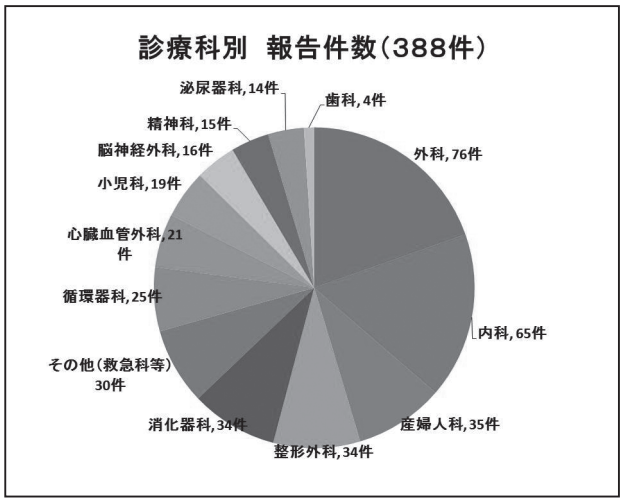
### 医療事故調査制度の動向について

山口県医師会専務理事　林　　弘人

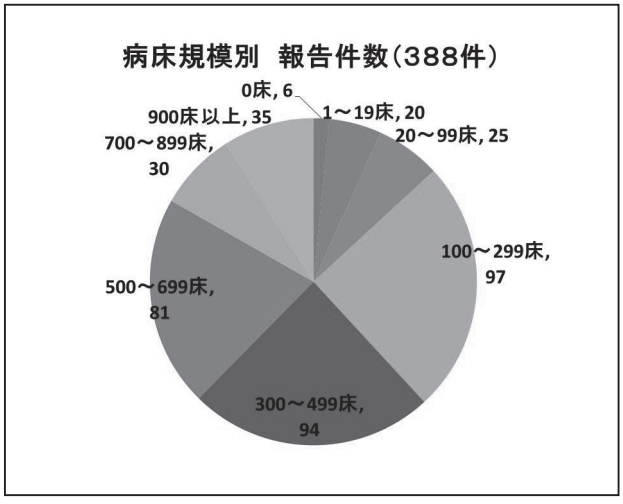
平成 27 年 10 月の医療事故調査制度施行から 1 年間における医療事故調査・支援センターへの相談・報告件数は**スライド 1 ～ 3** のとおり、相談 1,820 件、報告 388 件となっている。病床規模別の報告件数では中規模病院からの報告が多い。大規模病院での報告件数が少ないのは、管理者の判断が分かれていることが推測される。




スライド 1




スライド 2




スライド 3

起因した医療の分類については「治療」に関するものが最も多く、中でも「手術」に関するものは 195 件と、全体の約半数を占めている。

**起因した医療（疑いを含む）の分類別**

| | 起因した医療 | 件数 | 小計 |
|---|---|---|---|
| 診察 | 徴候、症状 | 26 | 26 |
| 検査等 | 検体検査 | 2 | 38 |
| （経過観察を含む） | 生体検査 | 10 | |
| | 診断穿刺・検体採取 | 7 | |
| | 画像診断 | 19 | |
| 治療 | 投薬・注射（輸血を含む） | 30 | 273 |
| | 処置 | 38 | |
| | 手術（分娩を含む） | 195 | |
| | その他の治療 | 10 | |
| その他 | 療養 | 6 | 28 |
| | 転倒・転落 | 6 | |
| | 誤嚥 | 12 | |
| | 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制 | 4 | |
| | 上記以外 | 23 | 23 |
| | 合　計 | | 388 |

スライド 4

なお、本制度については平成 28 年 6 月 24 日付けで一部改正が行われ、医療法施行規則第 1 条 10 の 2 に 4 項が追加され、病院等の管理者は当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保することとなり、また、同 5 項として、支援団体は、共同で協議会を組織することができる等の項目が追加された。

**医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について**
**（平成28年6月24日交付・同日施行）**

**○　医療法施行規則第1条10の2に4項が追加。**
**病院等の管理者は、法第6条の10第1項の規定による報告を適切に行うため、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。**
**○　医療法施行規則第1条10の5が追加**
**※医療事故調査等支援団体による協議会の組織に関する規程が新設**
**（1）支援団体は、支援に必要な対策推進のため、共同で協議会を組織することができる。**
**（2）協議会は、事故報告・事故調査の状況並びに支援団体が行う支援状況の情報共有及び意見交換を行う。**
**（3）協議会は、情報共有及び意見交換の結果に基づき、次の事項を行う。**
**①病院等の管理者が行う事故報告・事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施にための研修の実施**
**②病院等の管理者に対する支援団体の紹介**

スライド 5

## 特別講演 I

## 医療事故調査制度の現状について

日本医師会常任理事　今村　定臣

医療事故調査制度の施行からちょうど 1 年が経過し、日医を含め、いろいろな機関で総括が行われており、課題も山積している。まず、医療安全をめぐる近年の主な出来事は**スライド 1** のとおりであるが、平成 11 年の「横浜市立病院 患者取り違え事故」の発生以降、医療安全に関する対応が急速に進められ、第三者機関の発足が求められてきたが、平成 18 年の「大野病院事件 医師逮捕」により、社会的にもその必要性が認識されてきた。そして、ようやく平成 26 年 6 月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、その中で医療事故調査制度が法制化されたものであり、今後は医療界が一致団結してこの制度を走り出させることが重要である。

**医療安全をめぐる約20年間の主なできごと**

| | |
|---|---|
| 平成 9年 7月 | 日本医師会 医療安全対策委員会　発足 |
| 10年 3月 | 同 報告書　「医療におけるリスク・マネジメントについて」 |
| 11年1月 | 横浜市立大 患者取り違え事故 発生 ― 医療安全元年 |
| 2月 | 都立広尾病院 消毒薬誤注射事故 発生 |
| 13年 | 日本外科学会 声明 |
| 15年12月 | 日本医師会医療事故防止緊急対策合同委員会 |
| 16年 4月 | 都立広尾病院事故　医師法21条の最高裁判決 |
| 10月 | 医療事故報告制度(日本医療機能評価機構) 開始 |
| 17年 4月 | 診療行為に関連した調査分析モデル事業 開始 |
| 18年 2月 | 「大野病院事件」医師逮捕 |
| 20年 6月 | 厚労省「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」公表 |
| 8月 | 「大野病院事件」医師に無罪判決 |
| 22年 4月 | 日本医療安全調査機構 発足 |
| 23年 6月 | 日本医師会 委員会 「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」 |
| 24年 2月 | 厚労省医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会設置 |
| 25年 5月 | 厚労省検討会とりまとめ |
| 6月 | 日医委員会「医療事故調査制度の創設に向けた具体的方策」 |
| 26年 6月 | 医療介護一括法として、医療事故調査制度の法案、国会で成立 |
| 27年10月 | 医療事故調査制度 開始 |
| 28年 6月 | 制度見直しの省令・通知 |

スライド 1

医療事故調査・支援センターへの報告は、最新のデータ（平成 28 年 11 月 9 日公表：13 か月分）で報告件数が 423 件であり、月に 30 件前後と

**医療事故調査制度の現況**

○医療事故調査・支援センターの状況　(11月9日公表の情報による)

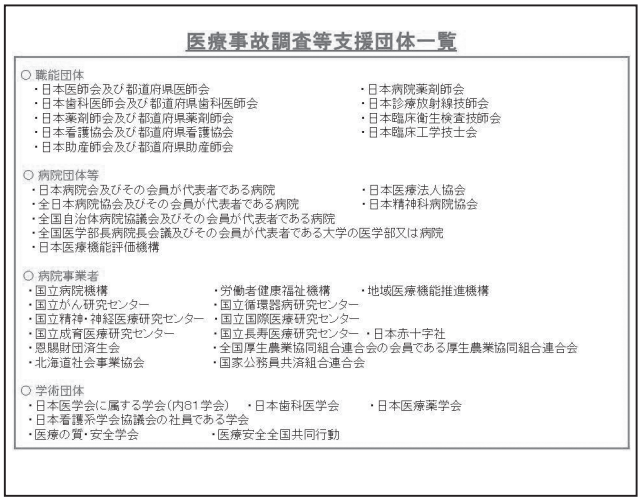
| | 2015年10月 | 11月 | 12月 | 2016年1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 累計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療事故報告件数 | 19 | 26 | 36 | 33 | 25 | 48 | 34 | 30 | 34 | 32 | 39 | 32 | 35 | 423件 |
| 相談受付件数 | 250 | 160 | 187 | 132 | 142 | 141 | 129 | 109 | 131 | 139 | 154 | 146 | 170 | 1990件 |
| 院内調査結果の報告 | 0 | 1 | 6 | 8 | 17 | 17 | 16 | 13 | 14 | 20 | 27 | 22 | 22 | 183件 |

・センター調査の依頼・・・これまでに16件

スライド 2

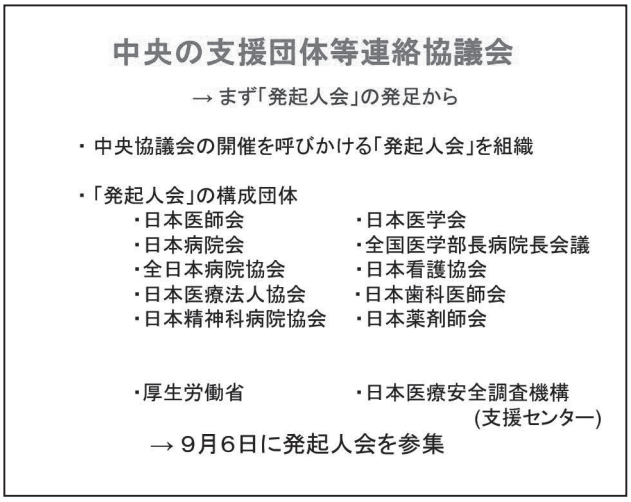
なる。相談件数は施行当初は月に 250 件であったが、その後は月に 100 件台で推移し 1,990 件となっている。

医療事故調査は医療機関の管理者が主として行うことになるが、その支援は厚生労働大臣告示により、全国に 1,000 近くある支援団体が行う。この中には職能団体、病院団体、学術団体等が含まれ、医師会も各都道府県の 47 団体が指定されており、各都道府県の調整役とされている。



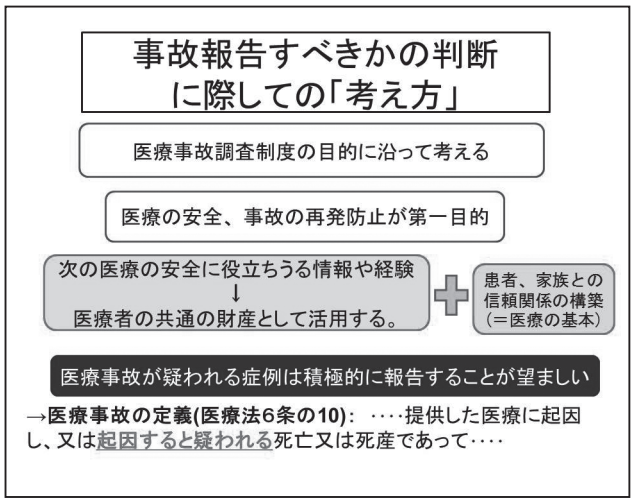

スライド 3

都道府県ごとの支援団体間の連携については、①地域内の連絡協議会の開催、② Ai、解剖、専門委員の手配等に関する情報共有、③大学・基幹医療機関との連携、④隣接県などとの広域的な連携強化等が必要となる。中央においても平成 28 年 9 月初旬に発起人会を参集し、現在ワーキンググループにより作業を進めているところであり、できるだけ早く体制を整えていく。




スライド 5

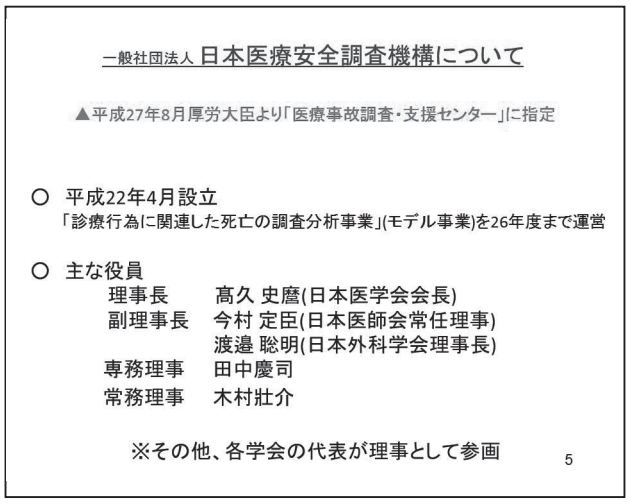
医療事故調査をすべきか否かの判断に際しては、本制度の目的に沿って考え、患者家族との信頼関係の構築を基本に対応し、疑わしい症例については積極的に報告するようお願いする。



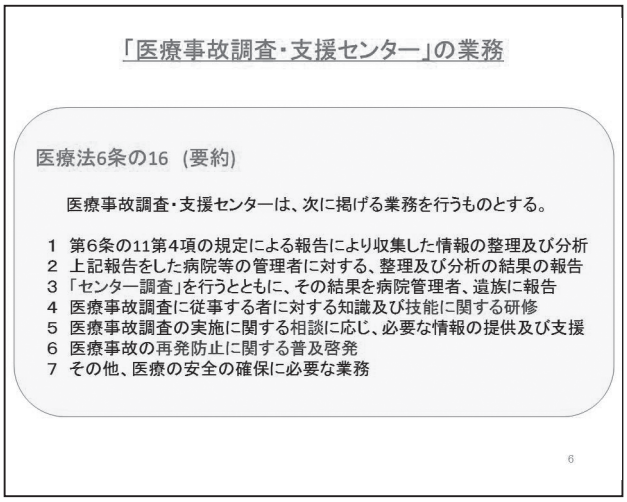

スライド 4

第三者機関である医療事故調査・支援センターについては、医療法第 6 条の 10 に「病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。」（抜粋）とあり、同第 6 条 15 に「厚生労働大臣は、医療事故調査を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。」（抜粋）ことから、平成 27 年 8 月 17 日に「一般社団法人日本医療安全調査機構」が指定されたところである。

医療事故調査・支援センターは、医療事故調査と合わせて「医療事故調査に従事する者に対する知識及び技能に関する研修」、「医療事故の再発防止に関する普及啓発」も今後の重要な業務となる。




スライド 6




スライド 7

## 特別講演Ⅱ

## 医療事故調査と Ai について

**Ai 情報センター 代表理事　山本　正二**

医療事故調査制度が始まって平成 28 年 10 月で 1 年となる。診療中の「予期せぬ死亡」の原因を究明し、再発防止策を探ることを目的に導入されたが、調査対象として届出があったのは 388 件と、開始時に想定した件数の 3 割にとどまることが日本医療安全調査機構のまとめで分かった。本制度の活用に消極的な病院が多いうえ、調査内容に遺族が納得できないケースもあり、関係機関の模索が続いている。

本日は昨年（平成 27 年）に続き医療事故調査と Ai について、実際の調査に使用された画像を交えて紹介するが、Ai でもっとも重要なことは事故発生時の状況を保全することである。Ai は、①頭部の挫滅、心臓破裂、頸椎骨折といった外傷性変化の解剖所見と死亡時画像診断所見との一致率は約 86％、②内因死においては、くも膜下出血、脳出血、大動脈解離、大動脈瘤破裂といった出血性の病態等を死因として検出が可能となることである。

それでは、実際の症例を説明する。

**症例 1（病棟急変例）**

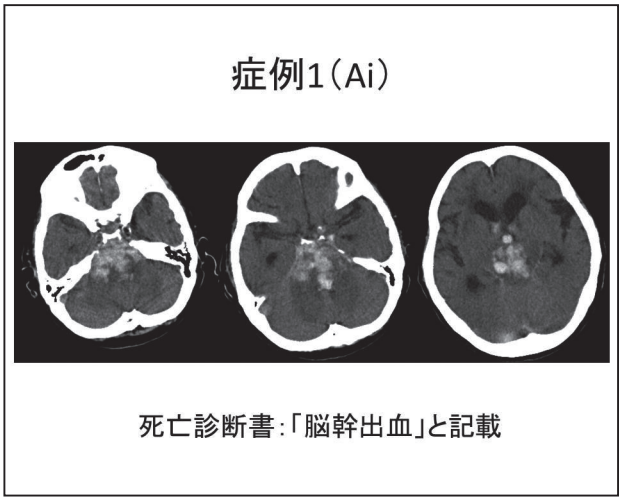
・77 歳、女性
・膝と腰の痛みあり、近医から骨粗鬆症の薬
・歩行困難、食欲低下、意識の遠のくような感じあり、当院内科受診
・血圧 197/105 mmHg、脈拍 90/ 分、体温 35.7 度
・血液検査で BUN 103.4、Cr 3.12
・CT で両腎萎縮なし
・即日入院、補液開始
・状態悪化時には速やかに透析を行う予定

（経過）

・第 4 病日、早朝、3 時の看護師の回診時には、すやすやと眠っている姿が確認
・6 時の回診時、心肺停止状態で発見
・心肺蘇生術（CPR）開始、家族に連絡、すべて行ってほしいと希望
・気管内挿管、HCU に移動、人工呼吸器装着、アドレナリンは計 9A 使用するも心電図モニター波形は心静止
・発見から約 1 時間 30 分後、死亡確認

（問題点）

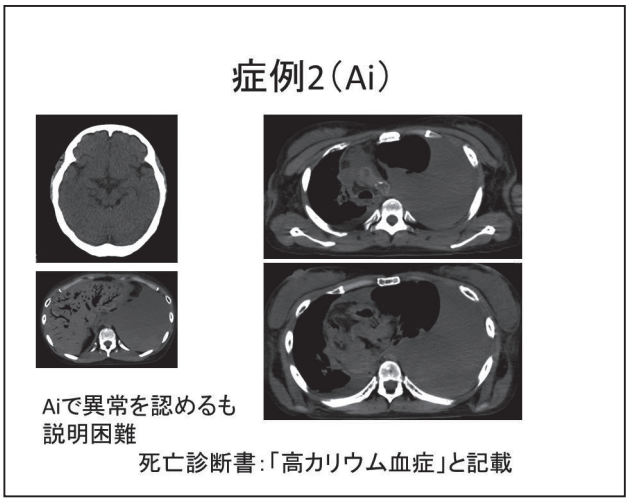
・予期せぬ急変
・死因は尿毒症とすべきか。とすれば、BUN 100 以上であったのに、なぜ速やかに透析しなかったのか問題になる
・家族への説明が困難
・主治医は Ai を行うことを進言、家族了承



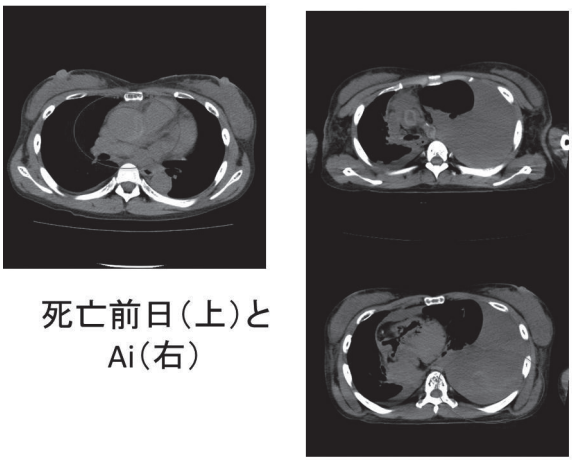

スライド 1

**症例 2（病棟急変例）**

・27 歳、女性
・7 歳で全身性エリテマトーデス、ループス腎炎と診断され、ステロイドとシクロフォスファミドによる加療
・19 歳で内科外来、ステロイド、イムラン、シクロスポリン A で状態安定、CT で両腎髄質石灰化
・26 歳で可逆性後白質脳症症候群（PRES）、急性膵炎、血小板減少症、急激な腎機能の悪化
・大学病院で血栓性微小血管障害（TMA：TTP/HUS）と診断され、ステロイドパルスと血漿交換、血液透析導入
・平成 27 年 7 月から当院外来で維持血液透析
・PSL25/20mg 隔日で SLE の活動性は安定
・血圧は高めであったが透析療法も安定
（経過 1）
・平成 27 年 2 月 27 日の透析時に 38 度台の発熱、カロナールで対応
・28 日はカロナール内服で特に症状なし
・3 月 1 日 20 時頃、様子がおかしく母親が救急要請
・上肢の痺れ、血液検査で WBC 6140、CRP 6.22、K 6.8 の、即日入院
・血圧 152/85、体温 36.7 度。心電図モニター装着し、補液と抗菌薬（右前腕の末梢ライン）で保存的に加療
・夜間、左背部痛の訴えあり、カロナールで対応
・心電図モニター上、高 K 血症に起因する変化なし
・2 日早朝まで意識は清明、朝一番で透析の予定
・7：24、血圧 142/77、体温 37.2 度、室内空気下で SpO2 98%、軽度の呼吸困難感と倦怠感、頭痛、背部痛の訴えあり
（経過 2 と問題点）
・2 日 8:30、母親が全身性の痙攣後に意識を失ったことを目撃
・看護師がかけつけたところ CPA により CPR 開始
・心電図モニター上は HR20 ～ 30 で ST 上昇あり
・カルチコール静注とメイロン点滴静注を行うも全く反応なし
アドレナリン 1A を 3 分間毎に静注、8：40 に気管内挿管、簡易型の人工呼吸器を装着
・1 時間 CPR を行うも心拍再開せず、10：00 死亡確認
・母親は速やかに透析を行わなかったことを非難
・病理解剖を勧めるも「これ以上、体を傷つけたくない」と拒否
・病院側の要請として死後 2 時間の 12：00 に Ai 施行




スライド 2




スライド 3

**（症例３）**

・アデノウイルスの咽頭炎、肺炎で入院した生後 10 か月の男児が、初診来院 24 時間以内に死亡

①病歴

6/14　発熱・嘔吐出現

6/17　熱が遷延近医受診

6/18　熱が引かず再診、アデノウイルス陽性

6/21　経口摂取が徐々に減少し、○○病院受診、入院

6/22　4 時 30 分　看護師巡回、患児は腹臥位で顔を側方へ向け入眠、酸素飽和度 95%

4 時 40 分　検温・吸入のためベッドサイドへ、腹臥位で顔を側方へ向け入眠、顔色不良、口唇チアノーゼ、動脈の拍動触れず

4 時 43 分　小児科当直医到着、蘇生措置開始

6 時 41 分　死亡確認

10 時 15 分　Ai 実施

② 死亡診断書

直接死因：心肺停止　2 時間

原因：アデノウイルス感染症　7 日間

・経皮的酸素飽和度モニターを装着していたが子機からセントラルモニターへの電波が 3 時 31 分以降届いていなかった

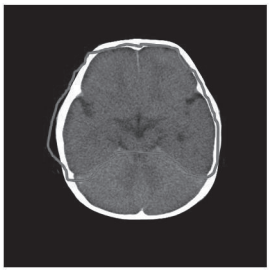
・初診来院 24 時間以内に死亡、異状死として警察に届け出。警察は、検視、事情聴取後に事件性なしとして司法解剖を行わず、また、行政解剖も行われなかった

・Ai が実施されたが、死因につながるような所見は得られなかった

・急性大脳浮腫が起こるようなイベントが先に起きて、急性大脳浮腫が進行してから、心臓が止まっていると考えられる。つまり、モニターにより心肺停止が早期に発見されても、急性大脳浮腫が進行していることを考えると救命は困難である。救命できたとしても、大脳全体の障害となるため、植物状態になった可能性も大きい

・この脳浮腫の原因は、アデノウイルス感染が引き金になっていると推定される

・しかし、ウイルスに対する治療に特効薬はないため、治療としては、一般的な効ウイルス薬と対処療法を行うことは合理的である



小脳と比べて、明らかに大脳の濃度低下が起きている（囲い）。

スライド 4

**Ai 実施で注意すべき点**

・Ai 検査依頼のフォームの確立

・感染防止に対する準備

・撮像条件の標準化（ガイドライン）

・感染防止に対する汚染確認

・撮像に関する記録

・目的に応じた画像処理と読影

・Ai 情報の適切なマニュアル管理

**撮影に関して**

・院内で統一した Ai 専用の撮影方法を決める。
（検査オーダーで Ai 専用の物を作ると合理的）
・各科の Ai の知識が無い医師がオーダーすると頚部などが欠ける可能性がある（場合によっては自分の興味のあるところしか撮影指示が出ない可能性あり）。
・撮影の目的は証拠保全である

**Ai と通常の CT 検査の撮影意義の違い**

・生前
　できるだけ被曝を少なく検査部位を絞る
　（頭だけ、胸だけなど救急の現場も同様）
・死後
　被曝量は関係ない
　全身を撮像し客観的データを残すことが重要
　証拠保全が一番の目的

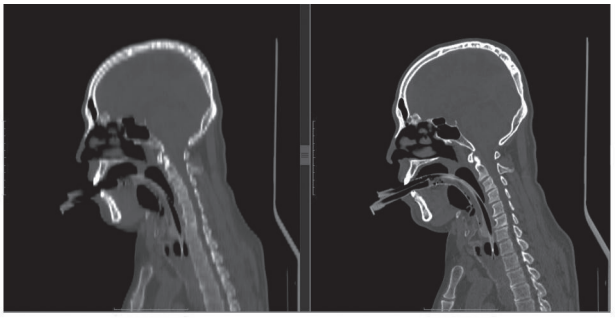
**撮影方法**

・頸部の撮影を絶対に忘れないように !!
・絞殺、窒息、頸椎損傷など死亡原因となりやすい部位は重要
・特に頸椎については、最初から矢状断の再構成画像を作った方がよい

**撮影に必要な条件**

・医療行為ではなく、証拠保全
　可能な限り全身のデータを収集
・再構成が出来る画質
　外傷などの場合、頸椎などの状態を確認することが必要
・1mm スライス厚、頭部は別に撮影
・カテーテルなどは挿入された状態で撮影

5mm厚と1mm厚からの矢状断再構成画像



スライド 5

**時系列で撮影**

・画像 1 枚で判断できる症例もあるが、資料（カルテや採血データ）や生前画像などを読み解きながら読影することがとても重要
・特に医療事故調査制度対象症例は時系列で読むことが必要

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

# 平成 28 年度
# 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

**と　き　平成 28 年 12 月 1 日（木）13：30 ～ 16：10**

**ところ　日本医師会 3F 小講堂**

**[ 報告 : 理事　中村　　洋 ]**

## 1. 開会

**横倉義武 日本医師会長**　今年度から市川常任理事が医事紛争の担当理事となった。日医医賠責保険制度は 44 年目を迎えたところである。今回、各医師会での取組み状況のアンケート調査を行ったところ、改めて制度の円滑な運用のために、各都道府県医師会の役員の先生方が医療事故をいかに防止するかを真剣にお考えいただき、実行されていること、さらには、会員の先生に適切なご指導をいただいていることが窺えた。感謝申し上げる。

平成 27 年 10 月から医療事故調査制度が発足し 1 年を迎えたが、まだまだ課題や改善すべき点がある。それぞれの団体にて、いろいろなご意見があるが、課題があるにしても、医療安全のための歩みとして、少しずつ進んでいると思っている。医師会は支援団体として取りまとめをしているところだが、支援団体の中央会議を準備中で、年末には第 1 回の支援団体の教育的会議が開催できると思う。この制度については今村定臣 常任理事が取り組んでいる。

本日は、岩手県医師会から日ごろの活動報告をいただくことにしている。また、最近の医事紛争に関する情報と医療事故調査制度の直近の情報を伝えることにする。これからも各医師会からご意見をいただき、制度が円滑に運営され、医事紛争が減るようにお願いしてご挨拶とする。

## 2. 日医医賠責保険の運営に関する経過報告とアンケート報告

日本医師会の審査体制は、調査委員会、賠償責任審査会及び調査委員会小委員会がある。紛争処理付託受理件数は全国で 12,957 件。

平成 27 年 7 月から 28 年 6 月までの 1 年間に日医の賠償責任審査会において審査された付託案件を診療科目別に分類すると、産婦人科が 25％で最も多く、整形外科 20%、内科 18％、眼科 9%、外科 4%…の順になる。前年と比較すると、案件の総数は減少している。

日医ではこの夏、各県医師会の取組みを把握するためのアンケート調査を行った。その結果が報告されたが、参考になる部分を以下に記す。

・会員からの最初の相談窓口は、8 割方が都道府県医師会で、残りは郡市医師会が担っている。

・都道府県医師会で独自に専門委員会を設けているところは 91％。

・専門委員会を独自で設けていないところは、担当理事と顧問弁護士で対応していたり、医師会長や担当理事が直接当事者と面談して対応している。

・専門委員会のほとんどは担当理事、顧問弁護士、保険会社、推薦を受けた関連診療科医師で、中には各診療科の医会長もあった。

・専門委員会の開催頻度は、月 1 回が多く、事案ごとに開催するところもある。

・その他、専門委員会での工夫や課題を問う質問では、時間短縮のために事前に担当理事が当事者の医師に質問を送ったり、資料が膨大な場合はタブレット端末を使ったりしている。

・弁護態勢は、7 割が顧問弁護士に委嘱している。会員の希望する弁護士を選定するところもある。

・医療安全の取組みを問う質問では、ヒヤリハット事例の収集、各地での研修会やセミナーの開催といった回答が多い。

・日医の特約保険については、どの県も未加入者への加入促進にも力を入れている。

・郡市区医師会長会議にて特約保険の説明を行っている。

### 3. 都道府県医師会の活動状況報告

岩手県医師会が報告された。当会と比べてみると、システム・制度はほぼ同様であるが、岩手県医師会では委員に各診療科の医会会長が含まれている。受付件数は当会に比べてかなり少ない。

### 4. 日医医賠責保険制度について

**市川日医常任理事**より、医事紛争（日医医賠責保険制度）と事故調査（医療事故調査制度）を比べての解説。前者は責任の有無に応じた交渉を行っていくが、後者は調査結果の遺族への説明及び原因究明と再発防止が目的である。前者と後者とで回答が異なることもあるが、交渉の方針には慎重な対応が必要である。平成 28 年 7 月より、産業医や学校医での活動でも日医医賠責保険が幅広く対応できるようになった。引受会社や被保険者は変わらない。法や規則に定められた産業医・学校医活動や健康管理が対象となる。

続いて**調査委員会**の**森山委員長**が、適切かつ効率的な審議のための課題等を解説された。各県医師会における見解を最大限尊重するため、十分な検討と論点整理をお願いしたいことと、審議に必要な書類（診療録、画像、同意書、説明書、前医 / 後医の情報、直近の患者の容態、必要に応じて書類の翻訳等）をできる限り揃えてほしいということであった。調査委員会で審議後に審査会にて医学・法学的学識経験者による中立的な判断による審議が行われるが、付託事案が円滑、効率的に行われるようにご協力をお願いしたい。なお、この審議会では、医療水準を基に、診断治療が適切だったか、患者がきちんと理解しているかなどの医学的見地からの妥当性と、予見可能性や結果回避可能性の有無、過失と結果の因果関係の有無など法的見地からの検討がなされる。その後、小委員会にて審査会の回答に沿った折衝方法や金額の確定などが諮られる。

### 5. 医療事故調査制度　最近の動きから

**今村定臣 日医常任理事**より解説、新しい情報のみ記す。

・平成 28 年 11 月現在、報告件数 423 件、相談件数 1,990 件、院内調査結果の報告 183 件、センター調査の依頼 16 件であった。
・制度の目的は医療の安全確保と再発防止。
・厚労省は医療事故調見直しで、支援団体連絡協議会を各都道府県に設置することとした。
・それを受け、支援団体は必要な対策を進めるために共同で支援団体連絡協議会を立ち上げることができるようになった。この協議会は報告及び調査の状況、支援団体が行う支援の情報共有と意見交換を行う。調整役を都道府県医師会が担う。
・現在、中央の支援団体等連絡協議会を発起人会において準備中。
・研修として、医療機関向けトップセミナーと支援団体向け統括者セミナーを日医が開催することとしている。

### 6. 質疑応答

富山県医師会から 2 題、茨城県医師会と愛知県医師会から各々 1 題提出された。

**①福島県立大野病院（富山県）**

死因究明のための制度により、故無く刑事事件や民事訴訟に巻き込まれることがなくなると期待していたが、結果として事故調査のための制度となり、徐々に遺族の感情への対応や責任追及が社会から期待され、当初の科学的医学的な死因究明を目指す方向性と変わりつつあるのではないかと感じる。日医は医療と訴訟の関係においてしばしば医療の不確実性を訴えているが、一方では医賠責のために責任を示唆する医療事故報告書を作らなければ医賠責の対象にはならないという問題を放置しているのではないかと思う。損保会社からは医賠責に関する報告書や意見書は開示する必要がないため、医学的な検証とは異なる医賠責向けの意見書や報告書を作成してもいいのではないかとの示唆を受けたこともあるが、大きな疑問を抱いている。日医の見解を伺う。

**日医**　日医医賠責制度は創設以来、公正な判定に医師の責任を委ね、医師が高額な賠償に耐えられるような経済的補償を行っている。中立公正な判定を行うために都道府県医師会の紛争処理委員会、医師の調査委員会、賠償責任審査会で会員に

賠償義務があるのかを医学的法律的観点から判断している。会員や後医の診療録や検査結果等の事実に基づいて医学上の論点を検討し、口述的観点を加味して、最終判断を下すことで、医学的な検証と異なる意見書や報告書は、少なくとも調査会や審査会では意味をなさないものとご理解いただいてよい。正確な事実関係を把握し、整理した事実に基づき、医療行為が適切だったかを会員自身の意見を参考にして、賠償責任審査会が中立公正な目で判断、その判断の下に患者に説明交渉を行うことが重要である。基本的には責任がなければ損害賠償義務は発生しないので、保険金が支払われない。その旨を患者が納得するように説明してもらい、それでも紛争となる場合は弁護士に交渉を依頼することになる。そのために都道府県医師会や日医の賠償責任制度があり、顧問弁護士がついていることを会員にぜひ伝えてほしい。有責であれば賠償義務を負うことになるが、無責の場合はしっかりと交渉してもらいたい。

このほか、無責判断で、判決で支払い義務が発生した場合、あるいはその逆の場合の対応に関する追加質問があった。

**②日医医賠責保険と特約保険、その他保険（富山県）**

日医の医賠責制度は、免責部分を対象とした損害保険会社の保険、日医賠責、特約保険の 3 段階となっているが、勤務医等に加入を勧める際に煩雑である。改善を検討してもらいたい。

**日医**　昭和 48 年の発足時から、自己責任という考えで免責が設けられている。手続きの簡素化は引き続き検討していく。勤務医会員の医賠責保険の保険料については検討待ちである。

**③医師の守秘義務（茨城県）**

日医のシリーズ『医療係争事例から学ぶ』の発行とリピーター医師の指導・改善委員会の活動は今後も継続してもらいたい。

次に、この制度を利用しないで解決している会員も少ないながらもいると思われる。地元では、倫理的に問題ある医師と噂されているものの、実態が不明な場合が多い。医師会でこの噂の段階で、指導をすることが必要と考える。郡市医師会や都道府県医師会にアンケート調査を実施しては如何か。

**日医**　『医療係争事例から学ぶ』の事例は付託事案として参考になるもので、日医 HP に PDF 版を掲載して電子書籍として会員のためになるように検討を進めているところである。指導・改善委員会は平成 25 年から活動をしている。噂の段階での指導は不明瞭なため難しい。公平な医賠責保険制度に基づき、対応していくことになる。

**④特約保険の加入率の推移と加入率向上のための取組み（愛知県）**

特約保険の加入率の推移と、加入率向上のための日医の取組みを紹介してもらいたい。

**日医**　特約保険は今年で 15 年目であり、最初の更改では 16％、28 年 11 月現在は 22.9％である。加入促進については、年 4 回『日医ニュース』に特約保険の勧誘案内を挟み込んで未加入会員への周知を図っている。メリットである高額賠償の備えと法人など開設者責任までのカバーを、より一層 PR して対応したい。

このほか、畔柳参与が中国四国医師会連合での取組み（医事紛争研究会のこと）を紹介、また、付託事案を顧問弁護士と共有してもらいたいとの要望があった。

## 7. 閉会

**松原日医副会長**　日々の対応に対するお礼を申し上げる。現在、なるべく勤務医の医賠責保険料を安くするように協議しているところである。調べてみると、若い医師より年輩の医師のほうが責任を問われる場合が多いことが分かった。会費の引き下げが可能な余力ができた場合は、医師会員の加入促進の面から、加入しやすい設定にしたいと思っている。

# 平成 28 年度
# 第 3 回全国有床診療所連絡協議会役員会

**と　き　平成 28 年 12 月 4 日（日）10：00 ～ 11：45**

**ところ　TKP 品川カンファレンスセンター ANNEX「カンファレンスルーム 8」**

**[ 報告 : 山口県医師会有床診療所部会長　正木　康史 ]**

平成 28 年度の標記協議会の第 3 回役員会が 12 月 4 日（日）に TKP 品川カンファレンスセンター ANNEX で開催された。

最初に鹿子生会長が「今年度より会長を仰せつかっている。次回は医療・介護報酬の同時改定であり、また新たな医療計画の策定も始まり、それらに対応するため、次年度には集中的な議論が必要と考えている。ご意見等あれば是非とも事務局までお願いしたい」と挨拶された。

## 報告事項

### 1. 熊本地震について

**支援金について（松本庶務会計担当理事）**

780 万 2,000 円の支援金が集まり、すでに熊本県有床診療所連絡協議会への振込みを行っており、1 施設当たり 7 万円の支援となった。

**復興の現状報告（松原常任理事）**

熊本震災から 7 か月が経過した。一時、資材不足により施設の修復が遅れていたが、現在では大半の施設で復旧が進んできている。厚労省の医療施設等災害復旧費補助金は 1,314 万円の 1/2 と極めて少ないもので、有床診療所の資金繰りの悪化が危惧されたが、野田 毅 衆議院議員らの働きかけで、医療機関も中小企業等グループ補助金の対象となり、資金供給も安定化してきている。補助金は 1 施設最大 15 億円まで申請可能で、被災機器や建築物の修復費用の 75％が支給される。

### 2. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究事業について（木村常任理事）

平成 21 年の介護報酬改定で有床診療所の介護療養病床のみならず、一般病床や医療介護病床においても短期入所療養介護の提供が可能となったが、その後、普及には至っていない。そこで、有床診療所が短期入所療養介護を実施する際の障壁を明らかにする目的で、過去 2 年間、三菱 UFJ を主体として 26 年度「有床診療所の短期入所療養介護の運用状況調査研究事業」及び 27 年度「有床診療所における短期入所療養介護の活性化に向けた研究事業」を実施してきた。

28 年度は研究課題の範囲を広げ、「地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究事業」をテーマとした研究事業を実施する。

### 3. 平成 30 年度医療・介護同時改定の動向について（正木）

次回改定に向けて、今後の国の動き（官邸・経済財政諮問会議、財務省、厚労省・社会保障審議会医療保険部会、中医協など）を注視していく必要がある。

11 月 25 日の経済財政諮問会議では薬価制度の抜本的改革、薬価の毎年改定などの意見が出てきている。日医は毎年の薬価改定は容認できないとの考えを表明しているが、予断を許さない状況にある。

「骨太の方針 2016」の「経済・財政再生計画」に関連して、社会保障審議会医療保険部会では「①高額療養費の見直し、②後期高齢者の保険料軽減特例の見直し、③入院時の光熱水費の患者負担の見直し、④かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について」などに関して検討されている。

この動きに呼応して、財務省の財政制度等審

議会でも 2017 年予算編成に向けて、社会保障費の抑制策として、「高齢者の高額療養費の見直し、保険料軽減特例の見直しなど」、また、高齢化に伴う社会保障費の伸び 6,400 億円を政府の財政健全化目標範囲の 5,000 億円に抑えることを強く提言している（平成 28 年 11 月 17 日）。

また、医療介護総合確保推進法に関連して、医療介護総合確保促進会議の動向も注視していく必要があると考える。

今後構築される地域包括ケアシステムの中で、有床診療所が重要な役割を果たしていくことが重要であり、そうすれば補助金の確保、診療報酬上の恩恵も受けることができる。

ただ、消費税引上げの 2 年半先への再延期により、次回の医療・介護報酬同時改定は財源的に厳しい改定になるのは間違いないと考える。

### 4. 厚労省の有床診療所視察について（玉城専務理事）

厚労省の医政局及び保険局より有床診療所の現場を視察したいとの要望を受け、9 月 8 日（神奈川県）と 12 日（千葉県）の両日、現地視察を行った。

8 日には大臣官房審議官、医政局総務課長や保健局医療介護連携政策課長など総勢 6 名、12 日には医政局総務課医療政策企画官など総勢 5 名の参加があったが、まずは有床診療所の現状を知ってもらうことが重要で、意義のある視察であった。厚労省の担当者は 2 ～ 3 年程度で配置換えがあるため、今後もこのような地道な活動を続けていく必要がある。

### 5. 自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」総会について（葉梨最高顧問）

平成 28 年 10 月 27 日（木）16 時より自民党本部で開催された。

省庁からは厚労省政策担当大臣官房審議官、労働条件政策担当大臣官房審議官、医政局総務課長、地域医療計画課長、医療経営支援課長、保健局医療課長など総勢 8 名、また消防庁の予防課長の出席があった。

全国有床診療所連絡協議会から今回の診療報酬改定の評価、熊本地震の復旧状況、スプリンクラーの整備状況、医療継承の問題点や医療機関における宿直の解釈の問題点などについて意見を述べた。これらに対して、厚労省医政局より「地域医療構想について」、「防火対策の進捗状況について」、「医療法人の継承に係る税制改正について」、また厚労省労働基準局からは「医療機関における宿直の労働基準法上の取扱いについて」の説明があり、議連からは力強い支援の発言をいただいた。

### 6. 平成 28 年度第 1 回日医有床診療所委員会について（玉城専務理事）

平成 28 年度第 1 回日医有床診療所委員会が 12 月 1 日（木）に開催され、委員長には全国有床診療所連絡協議会の齋藤義郎 副会長が横倉日医会長より指名された。また、横倉会長より「次期医療計画及び介護保険事業（支援）計画に向けた有床診療所のあり方～医療及び介護の一体的推進に向けて～」が諮問された。

審議事項の中で会長諮問に関するフリートーキングがあり、今後、有床診療所の活性化のためには新規開業がしやすい条件整備が必要で、自民党議連から厚労省への働きかけをしていただき、社会保障審議会などで議論していただけるようにしていく必要があるとの意見があった。

### 7. スプリンクラー整備状況の調査について（鹿子生会長）

平成 28 年 12 月に厚労省医政局地域医療計画課より各都道府県衛生主管部宛に、「病院・診療所等のスプリンクラー整備状況調査について」の依頼が出され、各医療機関に対してアンケート調査が行われる。未整備の医療機関へのお願いであるが、今後も予算を確保するために、近い将来の設置予定がある旨の回答をお願いしたい。

### 8. 平成 28 年度補正予算成立に伴う施設整備費補助金申請について（鹿子生会長）

平成 28 年度第 2 次補正予算が成立し、今年度も有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業の予算が確保できているので、未整備の医療機関は補助金申請を積極的に行っていただきたい。

**協議事項**

**1. 福岡で発生した有床診療所の当直問題について（原広報担当理事）**

平成 28 年 6 月に福岡の外科の有床診療所へ労働基準監督署より、宿直に関しての是正勧告書「①夜勤専門の労働者に福岡県最低賃金以上の賃金を支払っていない。②日勤を行う労働者が夜勤をした場合、法定以上の時間外・深夜手当を支払っていない」が届いた。

この件に関しては自民党議連会議でも取り上げていただき、厚労省に対して有床診療所の宿直制度規定の弾力的な運用を検討していただくよう要望している。

**2. 次期（平成 30 年度）診療報酬改定について（正木）**

次回（平成 30 年度）は医療・介護の同時改定が実施されるが、消費税引上げの 2 年半先への再延期により、社会保障財源確保に大きな影響が生じ、財務省は当然ながら社会保障関係費の更なる抑制を主張してくるであろうし、診療報酬も財源的に厳しい改定になるものと覚悟しておく必要がある。日医社会保険診療報酬検討委員会には 29 年 1 月に「平成 28 年度診療報酬改定の評価」を、5 月頃には「次回改定に対する要望」を提出する予定であるので、会員の皆様には意見提出をお願いすることになる。消費税引上げが予定通り実施され、診療報酬改定財源が十分確保されれば、全国有床診療所連絡協議会としては入院基本料の大幅引上げを強く要望していく方針であったが、消費税引上げの再延期により要望内容の再検討も考慮する必要がある。

そこで、実利を確保するために施設基準の緩和や加算の獲得などの要望もしていく必要があるが、我々の自己都合の要望では相手（厚労省、中医協など）に通じない。会員の皆様には、国の基本的な方針（地域包括ケアシステムをキーワードに、病床の機能分化・連携、かかりつけ医機能の一層の強化、在宅医療など）に呼応した要望を挙げていただきたい。皆様の意見・要望を整理して日医に上げ、さらに厚労省などとの交渉も進めていきたい。

**3. 次回・次々回総会開催地**

第 30 回　平成 29 年 7 月 1 日（土）・2 日（日）
大分県別府市

第 31 回　平成 30 年 7 月 28 日（土）・29 日（日）
山口県山口市

## 表紙写真の募集

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

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

# 平成 28 年度
# 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

**と　き　平成 28 年 10 月 2 日（日）10：00 ～ 13：30**

**ところ　山口県医師会 6 階大会議室**

**[ 報告 : 山口県小児科医会総務理事　藤原　元紀 ]**

今回の山口県小児救急医療電話相談事業研修会は、ワークショップ形式での研修を株式会社法研へ依頼した。電話相談員だけでなく、前年と同様に消防署の方にもご参加いただき連携を図った。

## Ⅰ . 山口県小児救急医療電話相談事業
## ～平成 27 年度の実績報告～

**平成 27 年度実施方法**

平成 26 年度までと同様、365 日 19 時から 23 時までは小児科医が常駐している夜間診療所内で、15 歳未満の小児救急疾患に対して主として看護師が相談を受ける形で行った。日・金曜日を下関市、月・木曜日を周南市、火・水曜日を宇部市・山陽小野田市、土曜日を山口市が担当している。また平成 26 年 10 月以降、23 時から翌朝 8 時までは株式会社法研に委託して電話相談を行っている。

**実績報告①（山口県医師会集計分を中心に）**

1）平成 27 年度は総数 10,436 件であり、23 時までの集計だけでも 6,965 件と過去最高を記録した（**図 1**）。月別に見ると、平成 26 年 10 月以降の相談件数が多くなっているのは当然であるが、12 月、1 月が前年を下回った以外は過去最高の相談件数を記録した（**図 2**）。

2）県医師会の集計では、曜日別に見ると月曜日が最も多く 1 日平均 21.3 件だった。次いで土曜日 20.0 件、木曜日 19.8 件の順であった。

3）相談児の年齢は、例年と傾向は変わらず 0 ～ 1 歳が約半数を占めた。

4）相談者の住所別に見ると、昨年度と同じく山口市が最も多く、次いで下関市、周南市の順で、昨年度までと同様となっている（**図 3**）。法研のデータは、集計方法が異なるため図には入れな

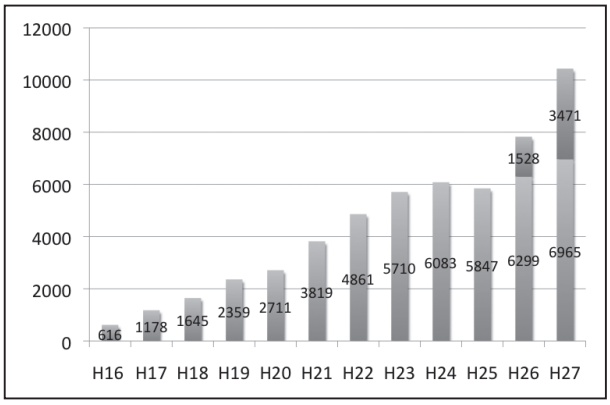



**図 1. 年度別相談件数**

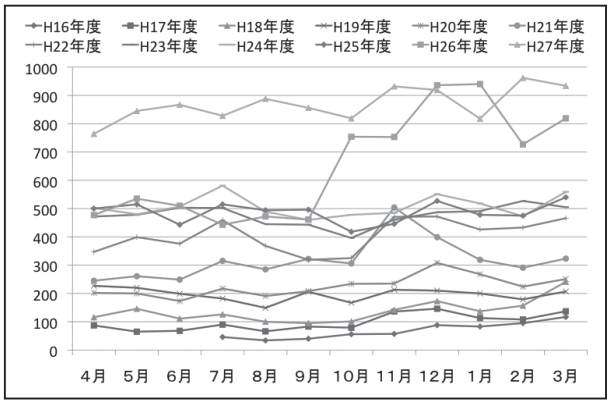



**図 2. 月別相談件数**

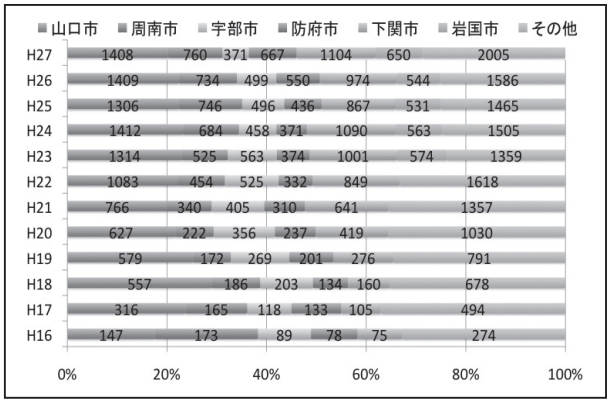



**図 3. 相談者住所別件数（医師会集計分）**

かったが、ほぼ同様の傾向であった。

5）応対した医療従事者は、「看護師のみでの応対」が 9 割以上を占め、「医師・薬剤師に確認」、あるいは「医師・薬剤師」が応対したのは少数だった。

対応結果については、「助言・指導のみ」が平成 21 年度以降半分以上、「すぐに受診を勧めた」は約 1 割しかなかった。また、患者の納得度は、ほとんどの方が納得しているという結果だった。

6）相談内容は例年と同じく、疾病が約 8 割、事故が約 2 割を占めていた。疾病の内訳も変わらず、「高熱が出た」「熱が下がらない」など発熱に関するものが最も多く、次いで嘔吐、下痢などの消化器症状、発疹、水疱などの皮膚症状の順で、耳鼻科、眼科、歯科関係の疾患、予防接種や薬剤に関する相談も多かった（**図 4**）。法研のデータは集計方法が異なる（医師会集計は 1 人 1 主訴だが、法研は複数の訴えがあれば複数集計している）ので図には含まないが、やはり発熱が多かった。一方、事故の内訳は頭部・顔面の打撲・外傷が最も多く、次いで誤飲が多かった。

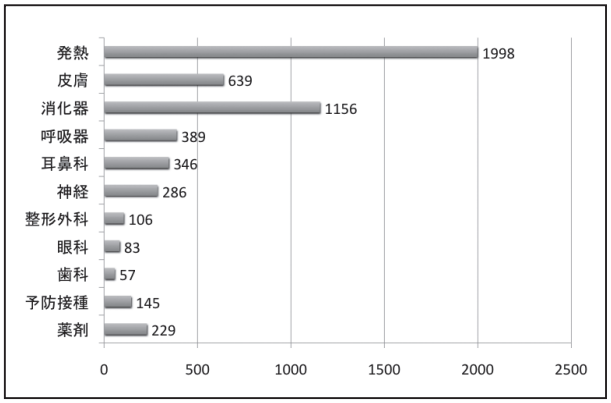



**図 4. 平成 27 年度相談内容（疾病　医師会集計分）**

**まとめ**

1）電話相談件数は、平成 27 年度は医師会の集計（19 時～ 23 時）は総数 6,965 件と過去最高で、さらに法研の集計（23 時～翌朝 8 時）3,471 件を加えて総数 10,436 件だった。

2）相談者の住所は、医師会の集計では昨年までと同様に山口市、下関市、周南市の順に多く、法研の集計でもほぼ同様と思われた。

3）相談児の年齢は、例年通り 0 ～ 1 歳が多く（約半数）、4 歳以下で 8 割を占めていた。

4）看護師のみでの対応がほとんどだった。「すぐに受診」させたのは 1 割ぐらいで例年通りだった。

5）相談内容は変わっておらず、発熱、嘔吐・下痢などの消化器症状、頭部・顔面の打撲・外傷によるものが多かった。

6）「電話が繋がりにくい」という相談者側の声があるが、今回のデータからは判断ができない。相談者からの意見のフィードバックが今後の課題と考えられる。

以上を報告し、「繋がりにくさ」の現状調査を提案した。協議の結果、平成 28 年 11 月に調査を行う予定となった。

県医師会担当分に引き続いて、株式会社法研の米久保美幸 様より、23 時から翌朝 8 時までの実績を報告いただいた（**表 1**）。

## Ⅱ．「小児救急電話相談スキルアップ研修会」報告

日本小児保健協会主催の小児救急電話相談スキルアップ研修会に出席されたお二人に、研修内容をご報告いただいた。

**基礎コース（山口市　長岡直子）**

6 月に埼玉で開催された小児救急電話相談スキルアップ研修会基礎コースで学んだことを発表する。

本来の電話相談の目的は、医療をわかり易く伝えたり正しい知識を指導するのではなく、今現在、家庭で置かれている状況を受け止め、一番必要な情報を伝えることである。「電話相談」では、保護者は今、自分がどうしたらいいか、ただ「聞きたい」のだが、「診療現場」では、どのような状態、症状であっても、今すぐ「診て欲しい」という違いがある。

#8000 は元々、アドバイスにより保護者が「落ち着いて」子どもをみることができ、「自分が決めて」子どもの観察と適切な受診行動を促すことを目的としている。保護者に的確なアドバイスを提供するためには「なぜ電話をしてきたのか」「何が聞きたいのか」をじっくり聞き、「これからど

うすればいいのか」大まかな目安を提供することが必要である。最終決定は保護者であり、責任は電話相談の従事者にはない。

アドバイスをする時に受診の目安は、1）今のお話だったら受診せずにそのまま家庭でみても大丈夫です。2）今すぐこの電話での判断は難しいが○○と○○の症状を観察してもらい、○○の状態になるようであれば受診か再度電話をしてください。3）今すぐ受診してください。の３段階である。

相談する側が数分の電話のアドバイスを聞いたことにより、「考え方、やり方がわかることで、自分でできる」「落ち着いて、その人なりに行動できる」ようになることが良い相談だと言える。

**実践コース（周南市　近間友子）**

９月に東京で開催された実践研修コースに行かせていただいた。実は３年前にも行かせていた

県小児救急医療電話相談事業法研分実績（H27．4月～H28．3月分）

〈相談件数等〉　※23時～翌朝8時　（366日間）

| 4月～12月 | | 1月 | | 2月 | | 3月 | | 計 | | 1日平均 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 実件数 | 延件数 | 実件数 | 延件数 | 実件数 | 延件数 | 実件数 | 延件数 | 実件数 | 延件数 | |
| 2,554 | 8,430 | 292 | 1,030 | 308 | 1,157 | 317 | 1,206 | 3,471 | 11,823 | 9.5 |

〈内訳〉

| 入電件数（実件数） | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 | 割合（%） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 218 | 289 | 286 | 256 | 313 | 268 | 261 | 358 | 305 | 292 | 308 | 317 | 3,471 | 100.0 |
| 相談者の性別 | 男 | 29 | 43 | 32 | 41 | 25 | 36 | 35 | 41 | 41 | 48 | 38 | 43 | 452 | 13.0 |
| | 女 | 187 | 241 | 252 | 209 | 280 | 232 | 224 | 314 | 261 | 240 | 270 | 271 | 2,981 | 85.9 |
| | 不明 | 2 | 5 | 2 | 6 | 8 | 0 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 3 | 38 | 1.1 |
| 相談時間 | 0～5分未満 | 100 | 128 | 149 | 110 | 158 | 133 | 120 | 165 | 147 | 117 | 137 | 132 | 1,596 | 46.0 |
| | 5～10分未満 | 100 | 141 | 129 | 136 | 141 | 125 | 131 | 174 | 150 | 153 | 158 | 166 | 1,704 | 49.1 |
| | 10～15分未満 | 16 | 18 | 8 | 10 | 13 | 10 | 8 | 19 | 8 | 21 | 12 | 17 | 160 | 4.6 |
| | 15分以上 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 11 | 0.3 |
| 相談者の年代 | 20歳代以下 | 42 | 62 | 74 | 48 | 69 | 56 | 59 | 79 | 80 | 72 | 61 | 79 | 781 | 22.5 |
| | 30歳代 | 132 | 162 | 168 | 160 | 187 | 170 | 156 | 221 | 176 | 153 | 173 | 169 | 2,027 | 58.4 |
| | 40歳代 | 41 | 52 | 37 | 37 | 47 | 37 | 42 | 51 | 41 | 58 | 70 | 61 | 574 | 16.5 |
| | 50歳代以上 | 1 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 48 | 1.4 |
| | 不明 | 2 | 8 | 3 | 6 | 7 | 0 | 0 | 3 | 3 | 5 | 0 | 4 | 41 | 1.2 |
| 相談対象者の年代 | 1歳未満 | 57 | 73 | 92 | 72 | 84 | 74 | 76 | 87 | 96 | 79 | 60 | 69 | 919 | 26.5 |
| | 1～3歳未満 | 74 | 92 | 100 | 79 | 102 | 81 | 86 | 133 | 92 | 98 | 90 | 96 | 1,123 | 32.4 |
| | 3～6歳未満 | 59 | 80 | 65 | 65 | 68 | 63 | 66 | 87 | 84 | 61 | 88 | 86 | 872 | 25.1 |
| | 6～12歳未満 | 22 | 30 | 20 | 30 | 40 | 41 | 29 | 45 | 24 | 43 | 61 | 52 | 437 | 12.6 |
| | 12歳以上 | 3 | 7 | 7 | 4 | 12 | 9 | 4 | 3 | 6 | 7 | 8 | 10 | 80 | 2.3 |
| | 不明 | 3 | 7 | 2 | 6 | 7 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 40 | 1.2 |
| 地域別 | 岩国（岩国・和木） | 18 | 21 | 24 | 15 | 21 | 28 | 21 | 21 | 19 | 20 | 34 | 34 | 276 | 8.0 |
| | 柳井（柳井・周防大島・田布施・平生） | 10 | 16 | 13 | 13 | 16 | 13 | 13 | 21 | 19 | 8 | 14 | 16 | 172 | 5.0 |
| | 周南（下松・光・周南） | 42 | 44 | 52 | 42 | 52 | 42 | 50 | 60 | 43 | 60 | 57 | 50 | 594 | 17.1 |
| | 山口・防府 | 59 | 89 | 79 | 62 | 89 | 72 | 82 | 115 | 100 | 69 | 93 | 92 | 1,001 | 28.8 |
| | 宇部・山陽小野田（宇部・美祢・山陽小野田） | 48 | 62 | 61 | 65 | 70 | 69 | 48 | 79 | 66 | 72 | 57 | 67 | 764 | 22.0 |
| | 下関 | 28 | 41 | 46 | 47 | 51 | 29 | 38 | 48 | 41 | 51 | 40 | 44 | 504 | 14.5 |
| | 長門 | 7 | 6 | 3 | 4 | 3 | 7 | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 67 | 1.9 |
| | 萩 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 7 | 2 | 6 | 5 | 41 | 1.2 |
| | 広島県　他 | 3 | 9 | 5 | 6 | 7 | 3 | 2 | 5 | 3 | 4 | 1 | 4 | 52 | 1.5 |
| 時間別 | 23時～ | 49 | 71 | 72 | 55 | 67 | 54 | 62 | 68 | 70 | 56 | 65 | 74 | 763 | 22.0 |
| | 0時～ | 38 | 34 | 54 | 47 | 46 | 48 | 49 | 68 | 61 | 60 | 55 | 54 | 614 | 17.7 |
| | 1時～ | 32 | 41 | 36 | 28 | 43 | 43 | 27 | 46 | 37 | 44 | 46 | 47 | 470 | 13.5 |
| | 2時～ | 22 | 29 | 27 | 31 | 29 | 28 | 36 | 33 | 33 | 27 | 31 | 35 | 361 | 10.4 |
| | 3時～ | 18 | 32 | 19 | 20 | 34 | 23 | 16 | 36 | 29 | 20 | 22 | 21 | 290 | 8.4 |
| | 4時～ | 9 | 16 | 16 | 15 | 27 | 13 | 21 | 22 | 20 | 23 | 21 | 23 | 226 | 6.5 |
| | 5時～ | 8 | 17 | 14 | 13 | 16 | 14 | 18 | 24 | 17 | 16 | 15 | 13 | 185 | 5.3 |
| | 6時～ | 16 | 22 | 20 | 23 | 15 | 21 | 15 | 27 | 13 | 17 | 25 | 16 | 230 | 6.6 |
| | 7時～ | 26 | 27 | 28 | 24 | 36 | 24 | 17 | 34 | 25 | 29 | 28 | 34 | 332 | 9.6 |
| 相談件数（延件数） | | 695 | 976 | 946 | 846 | 1,014 | 908 | 865 | 1,178 | 1,002 | 1,030 | 1,157 | 1,206 | 11,823 | 100.0 |
| 相談内容 | 病気・症状と治療 | 507 | 660 | 669 | 573 | 728 | 657 | 635 | 880 | 752 | 721 | 730 | 695 | 8,207 | 69.4 |
| | 事故・ケガと治療 | 32 | 49 | 65 | 62 | 70 | 56 | 47 | 53 | 47 | 36 | 22 | 49 | 588 | 5.0 |
| | 薬 | 14 | 22 | 36 | 14 | 11 | 22 | 19 | 35 | 28 | 38 | 47 | 29 | 315 | 2.7 |
| | 医療機関に関する相談 | 135 | 234 | 166 | 178 | 192 | 167 | 156 | 194 | 168 | 228 | 351 | 427 | 2,596 | 22.0 |
| | その他 | 7 | 11 | 10 | 19 | 13 | 6 | 8 | 16 | 7 | 7 | 7 | 6 | 117 | 1.0 |
| 回答 | 病気・ケガ等について説明・情報提供 | 308 | 481 | 455 | 387 | 464 | 438 | 432 | 599 | 523 | 539 | 693 | 718 | 6,037 | 54.1 |
| | 応急処置等の助言・指導 | 147 | 187 | 197 | 164 | 209 | 180 | 187 | 267 | 227 | 209 | 238 | 245 | 2,457 | 22.0 |
| | 119番し医療機関を受診するように勧奨 | 0 | 3 | 0 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 26 | 0.2 |
| | 直ぐに受診するように勧奨 | 30 | 39 | 40 | 49 | 51 | 57 | 40 | 88 | 39 | 40 | 49 | 42 | 564 | 5.1 |
| | 診療時間内に受診するように勧奨 | 54 | 63 | 55 | 70 | 64 | 46 | 47 | 38 | 55 | 63 | 70 | 79 | 704 | 6.3 |
| | 症状の改善が無ければ受診するよう勧奨 | 57 | 67 | 80 | 63 | 93 | 62 | 81 | 84 | 63 | 76 | 92 | 105 | 923 | 8.3 |
| | 不安があれば再度連絡するように案内 | 30 | 30 | 32 | 12 | 10 | 9 | 11 | 28 | 33 | 30 | 81 | 104 | 410 | 3.7 |
| | その他 | 3 | 8 | 5 | 7 | 8 | 0 | 0 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 46 | 0.4 |

**表 1. 23 時から翌朝 8 時までの実績報告**

だいたが、皆さんなかなか行かれないとのことで、また行かせていただいた。

まず、電話相談対応チェックシート「評価の視点」を配付され、ロールプレイ形式の研修が行われた。お互いが相談員と擬似相談者となり、その後、録音されたものを聞いて、チェックシートを基にこれでよかったのかを評価した。

評価のポイントは

1.「第一声」名乗り、挨拶が適切にできているか。

2.「声の印象」相談者に不快感を与えない。明るく落ち着いていて耳障りでない。発音が明瞭で聞きづらい点がない。

3.「相談の聞き方」相談をさえぎらずに聞くことができる。相槌や復唱の仕方が適切である。相談者の反応を確認できている。間、口調の変化。相談者の口調や反応に巻き込まれず、冷静に対応できている。確認すべきポイントで確認できている。「他にご心配なことはございませんか」「何が一番ご心配ですか」など相談者が聞きたい内容を聞き出す質問が適切にできている。会話が一方的でなく、やりとりが適切である。

4.「復唱確認」適切に復唱して確認ができている。

5.「言葉遣い」くだけすぎたり馴れ馴れしすぎず適切である。威圧的、命令口調でない。

6.「禁句・専門用語」専門用語を多用せず、相談者にわかりやすい用語を使用して説明している。

7.「説明の仕方」適切な日本語でわかりやすく説明できている。受診に関するアドバイスが適切にできている。医学的ポイントが押さえられている。自宅での対応のアドバイスが適切にできている。相談者が判断し、決定できるようなやりとり、工夫ができている。

8.「締めくくりの挨拶」締めくくりの挨拶が適切にできている。

9.「相談者の満足度」聞きたいことが聞けた、答えてもらえた。アドバイスが適切、電話の対応が適切。

以上を 5 段階で評価した。

幸い、私は高評価をいただいた。日頃、お世話になっている周南の先生方に感謝申し上げる。

この研修会は東京で毎年開催されている。今回の参加者は全国から 30 人であった。なかなかハードな研修ではあるが、情報交換もでき有意義であるので、皆さんも是非、ご参加いただきたい。

## Ⅲ . 電話相談研修～実例から学ぶ相談員の応対力～

**講師：株式会社法研　米久保　美幸**

はじめに株式会社法研の研修内容の紹介があった。

トータル 100 時間の研修を経て、初めて電話相談の仕事に就かれるとのことだった。

医療職の「こだわり」は、電話相談という場では困難なことも多い。解決スピードにこだわると聴き取り不足になりがちであり、診断・治療にこだわると断定的な問診型対応・指示的対応になりがちである。医療機関・看護師レベルの対応は家庭では難しいが、何かしなければという責任感から、治療や処置の指示をしてしまうことがある。押し付け感のある対応となりがちなので注意が必要である。

まずは電話相談の限界を知っておく必要性がある。個々の経験や曖昧な知識で「大丈夫だと思います」とは言わないように伝えている。「間違ったことは伝えない」ことが第一で、経験則で持論を展開しないこと。電話相談に電話をしてくる保護者は、診察現場とは異なり、自分が今、どうしたらいいのか「聞きたい」、自宅での対処法を「知りたい」のであり、不安に思っている事を大まかな目安として提供し（ただし相談者の力量はバラバラ）、「予備知識を入手」「一緒に考える」ことを目的としている。そして最終判断は保護者ということが、診察現場と大きく違うところである。そして、電話相談には「できること」と「できないこと」があり、電話相談の限界を相談員全員が共有することが必要である。

株式会社法研では、「名乗り・必要事項の聴取」「声掛け（受け入れ）」「傾聴（助言に必要な事を聞き出す）」「主訴を復唱・確認」「的確な助言・応対」「相談員の反応を図る」「リスクヘッジの言葉」「クロージングの挨拶」の 8 ステップで対応を行っている。

傾聴時の留意点：相槌をし、「貴方のお話をき

ちんと聞いています」とのサインを出す。相槌とは、相手の調子に合わせる事。主導権は、電話をかけてきた相談者にある。しかし、コントロール権は相談員自身。機械的な相槌は、対面していない以上、自身にその気がなくても、相手は「馬鹿にされている」と取りがちである。「はい」「えー」の繰り返しばかりでは、相談者のスイッチが入ることもある。「ちゃんと聞いているんですか？」「貴方、看護師ですよね？」「そんな事を聞きたくて電話したんじゃない」「時間の無駄」「不安で電話しているのに、その対応、何なんですか？」などの言葉をかけられることも。

電話相談では何よりも相談者の思いに寄り添うことが重要である。相談者が口にした事を、間違っていると分かっていても否定する事は、電話相談においてはやってはいけない。相手の考えが間違っていたとしても、否定する事でクレームになる可能性が高い。自身の知識に溺れることなく、相談者への対応として素直に、一旦受け止める。「どうして今、電話？」「何を聞きたいの？」「説明しているのにわからないの？」という感情が起こることはある。しかしネガティブな表現は会話の勢いを妨げ、相手の話そうという気を削いでしまう。また、やたら「うん、うん…」と相槌をうつ人がいるが、「うん」は友達言葉で、ビジネスシーンでは NG。相談者は相談員よりワンランク上とみなして応対しないと、電話口ゆえ相談者は見下されていると感じる。また相談者ペースを理解せず、自分ペースで進めようとすることが不快感や不愉快さを感じさせる。

お願いする時や尋ねる時によく用いられるクッション言葉として「恐れ入りますが」「失礼ですが」「申し訳ございませんが」「お手数をおかけしますが」「宜しければ」「ご迷惑をおかけしますが」「差し支えなければ」などがある。クッション言葉を使用して、うまく会話をコントロールすることも大事である。

以上の講義の後、参加者（電話相談員、消防隊員）をチーム（A ～ D）に分けて実際の事例の音声データを聞き、評価票をもとに各チームで話し合った後、発表を行った。

**事例 1 ：頭部打撲による歯の損傷**

入電時間：夜中の 2 時頃
相談者：30 代女性
相談対象者：5 歳女児
相談内容：歯が抜けて血が止まらない

各チームからは
・後半、相談員が話を早く聞こうとしていたように思った。また「ガーゼで圧迫して止血して下さい」はお母さんには難しかったかも。抜けた歯を牛乳につけておきましょうと言う指示がなかった。
・基礎疾患がある子であれば、頭を打った時に薬の影響がある場合もあるので、確認が必要だったのでは。
・言葉が事務的で相談時間を短くしようという印象だった。ガーゼに代わるものを挙げた方がよかったのでは。
・お母さんが納得されているかの確認がなかった。

などの意見が出ていた。

**事例 2 ：やけど**

入電時間：日曜日 18 時頃
相談者：30 代女性
相談対象者：10 か月女児
相談内容：人差し指の水ぶくれについて受診の必要性を知りたい

各チームからは
・消防の立場では病院の紹介または救急出動しかない。このケースでも夜間でも受診を勧めることになると思う。
・「破れたら仕方がない」を連呼されていたが、もう少し指示ができたのではないか。
・相談者自身は受診を希望されているようなので、救急受診を勧めてよかったかも。
・相談員がお母さんの言葉を遮る場面があったように思う。
・私たちは「状態によって受診」としているが、先日の研修会で法研の方が「熱傷は全て受診するようにしている」と言われていた。擦り合わせが

必要と思われる。
・「ネットで調べると・・・」と言われるお母さんも多い。

などの意見が出ていた。

**事例３：誤嚥**
相談者：30 代女性
相談対象者：8 か月男児
相談内容：パンを喉に詰まらせた

・初めに処置の指示をしているが、救急車を呼ぶ必要があるのなら、救急車をまず呼んで、待っている間に救急処置をしたほうがよかった。
・本当に窒息していれば、あんなに元気に泣かないのでは？
・パンの状態の確認がなかった。
・相談員がお母さんの話をもっと聞くべきだったのでは。
・呼吸ができている時に叩打法やハイムリッヒ法を行うのは、異物が左右の気管支から主気管支に移動して却って危険なことがある。

などの意見が出ていた。

次に事例を基にチームで話し合いを行い、実演して意見交換することとなった。
①課題の提示
②どのような情報があれば判断できるか個別で考える（3 分）
③チームでの話し合い（5 分）
④相談員として実演（5 分）
上記の手順で、事例を基にチームで課題に取り組んだ。

**事例１：嘔吐**
入電時間：平日 21 時頃
相談者：30 代女性
相談対象者：生後 25 日の女児
相談内容：母乳を与えた後、5 分もしないで嘔吐したが大丈夫か？

**事例２：発熱**
入電時間：平日 19:30 頃
相談者：20 代女性
相談対象者：生後 3 か月男児
相談内容：今朝から身体が熱いな…という感じであったが、寝起きと思い様子をみていた。19:00 頃、母乳を与えたが思うように飲まず心配。熱は 37.5℃だった。

それぞれの事例に関して、相談者役、相談員役を決めてシミュレーションを行い、意見交換を行った。チームによって様々な意見が出され、活発な討論が行われた。
今回の研修会を終えて、参加者からは、「大変、勉強になった」「難しさを再認識した」などの感想が出ていた。

多くの先生方にご加入頂いております！
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
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

# 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。

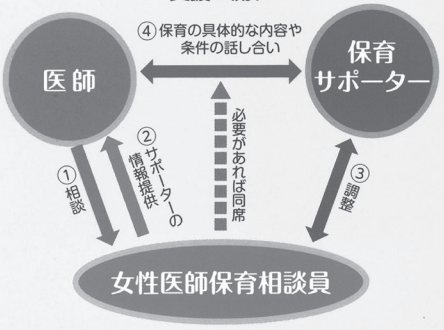
### 保育サポーターバンクとは…

- 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！**

# 第 15 回「学びながらのウォーキング」大会

**と　き　平成 28 年 11 月 23 日（水・祝）**
**ところ　講演会：山口県総合保健会館**
**ウォーキング：山口県総合保健会館～兄弟山（おとどいやま）**

**[ 報告 : 山口県医師国民健康保険組合常務理事　沖中　芳彦 ]**

今年も、11 月 23 日（水・祝）に山口県医師国保組合の保健事業「学びながらのウォーキング」大会を開催した。昨年のウォーキングコースは、徳山医師会館を起点とした周南緑地コースであったが、今年は、第 1 回目のウォーキング大会と同じ、山口市の兄弟山となった。

河村康明 理事長による主催者挨拶後、大内塗りの伝統工芸士である、山口ふるさと伝承総合センターの冨田潤二 氏に「漆（うるし）」と題してご講演いただいた。漆器は紫外線や湿気に弱いため、長期間使用しない場合は保管場所に注意する必要があるが、使用後に乾燥させれば通常の使用で劣化することはまずないため、積極的に使用してほしいとのことであった。

講演会終了後、ウォーキング指導者として各所にて健康運動指導を行っておられる恵美須勝美氏から、ウォーキングの効用・注意事項のご説明をいただき、入念な準備体操を行ってウォーキングを開始した。

この日は曇りのち雨の予報となっており、スケジュール及びコース変更等の対応に迫られるのではないかと心配していたが、多少晴れ間も覗く曇り空が続き、ウォーキングにはまずまずの天気となった。

総合保健会館を出発し、すぐ国道 9 号線に出てからは、山口県庁に向かって一直線の道を進んだ。多くの車が行き交う国道を 2km ほど進んだところで細い路地に入ると、急に景色が変わり、山道に繋がった。その先に

は木戸神社と木戸公園があったが、神社手前で左に曲がると、兄弟山に続く長く緩やかな上り坂が見えてきた。道沿いには遊歩道が整備されており、春には桜の名所として多くの方が訪れるとのことである。

緩やかに見えた坂道も、距離があるため想像以上に疲労感はあったが、やっと午前のウォーキングの終着点となる「創造の森」に到着し、昼食となった。

昼食会場は、大きく広がった芝生を囲むように小川が流れており、その先は小さな滝へ繋がっている等、景観を楽しめるよう整備されていた。ここでも大きな桜の木が連なっており、春にはとても美しい景観を楽しむことができるであろうと思われた。

さて、昼食も終わり、午後のウォーキングが始まった。少し登り坂を進むと「たらちねの滝」があるのだが、非常に小さいため見過ごした方がおられたかもしれない。コース右手は、大内義長が毛利元就の侵攻に備えるために建てた高嶺城のある鴻ノ峰となり、こちらも有名な観光名所ではあるとのことだった。しかし、今回は左手に曲がり、複数の散策コースを持つ「リフレッシュロード」出発点に辿り着いた。

ここからは山を下って行くが、落ち葉が積もる比較的急峻な山道であるため、滑らないように足下を確認しながら歩いていると、更に森林浴感が増してきた。続いて、兄山から弟山に続くコースとなるのであるが、2 つの山を合わせて兄弟山と呼ばれているとのことであった。

山を下った先には朝倉八幡宮。側には非常に小さな湯田温泉神社もあった。ここからは総合保健会館を目指して往路を逆に進むコースとなり、7.7km のウォーキングを終えた。到着次第、入念にクーリングダウンを行い、解散となった。

今回は車の多い国道沿いの往復もあったが、一旦山に入れば自然を楽しみながら歩くことができ、適度な勾配もあったため、鈍った身体に活を入れるには十分なコースであった。予報に反して

天候に恵まれ、ウォーキング後半にはむしろ高いくらいの気温となったが、体調を崩される方もおられず、参加者全員が無事にウォーキングを終えることができたことは何よりであった。

今回の参加者は 78 名でした。ご参加くださいました皆様、お疲れ様でした。また、毎年ウォーキングの指導をしていただいている恵美須 氏をはじめ山口大学教育学部の学生の皆様には心から感謝申し上げます。また、次回も多くの方々のご参加をお願い致します。

# 第 51 回 山口県医師会ゴルフ大会

**と　き　平成 28 年 10 月 16 日（日）**
**ところ　周南カントリー倶楽部**

**[ 報告：徳山医師会　森岡　孝之 ]**

今年度の山口県医師会ゴルフ大会を徳山医師会引受けで 10 月 16 日（日）に開催いたしました。

週間天気ではいつ見ても「曇り」または「曇り寄りの雨」予報。11 年前の引受時は晴れ日の 10 月 10 日の開催で見事な秋晴れ！でしたが、今年は秋の長雨の影響でしょうか・・・当日も雨が降ったり止んだりのお天気となってしまい、ご参加の先生方のコンディションも心配の中での開催となりました。

当日、スタート時間の変更もあり、ご参加いただきました先生方には大変ご迷惑をおかけ致しましたが、遠方からもたくさんの先生方にお越しいただき、総勢 70 名でのスタートとなりました。

また、スタート前の受付時間帯には、ゴルフにはご参加いただけませんでしたが山口県医師会の河村会長にもお越しいただきました。この場をお借りして御礼申し上げます。

生憎のお天気でしたが、プレーはお陰様で順調に終了し、プレー終了後は表彰式を開催しました。当会の津田廣文 会長、山口県医師会の弘山直滋 常任理事のご挨拶の後、表彰式を行いました。準備の際に頭を悩ませた賞品でしたが、いかがでしたでしょうか。

今回開催した周南カントリー倶楽部は、平成 28 年で創立 50 周年を迎え、これまでもプロアマを含めた多くの競技が開催されてきた会場です。プレーされた先生方、ご満足いただけたのではないでしょうか。

次回は萩市・長門市医師会の引受けで開催されます。皆様、是非ご参加ください。

今回の優勝者は吉南医師会の吉金秀樹 先生でしたが、当日所用のため表彰式にはご参加いただけませんでしたので、優勝コメントをいただきました。併せてお読みください。

**成　績　表**

（上位 10 位）

| 順位 | 氏名 | 医師会 |
|---|---|---|
| 優勝 | 吉金　秀樹 | 吉　南 |
| 準優勝 | 山本俊比古 | 下関市 |
| 3 位 | 清水　芳幸 | 宇部市 |
| 4 位 | 浅見　恭士 | 徳　山 |
| 5 位 | 山下　秀治 | 玖　珂 |
| 6 位 | 山本　一成 | 防　府 |
| 7 位 | 保田　浩平 | 岩国市 |
| 8 位 | 吉田　一典 | 柳　井 |
| 9 位 | 津永　長門 | 徳　山 |
| 10 位 | 堀地　義広 | 下関市 |

## 山口県医師会ゴルフ大会に優勝して

**吉南医師会　吉金　秀樹**

このたび、伝統ある山口県医師会ゴルフ大会で優勝させて頂き大変光栄に存じます。幹事をされた徳山医師会の先生方のご尽力に深く感謝いたします。所用のためとはいえ、表彰式に出席出来ないという大変失礼なことをしてしまい、本当に申し訳ございません。この場を借りて深くお詫び申し上げます。記念品の大変素敵なセントアンドリュースのキャディーバッグ有難うございました。大事に使わせていただきます。

久しぶりの周南カントリー倶楽部は、とても整備され素晴らしかったです。同伴の西村公一 先生、武居篤史 先生、岩本直樹 先生、楽しくラウンドさせて頂き有難うございました。最初の２番、3 番ホールがトリプルボギーとなり、この後は流れを変えようと、大叩きしないように心がけました。結果、運にも恵まれ OUT 45、I N 42 と大変満足するスコアで回ることができました。その上、ダブルペリアのハンディにも恵まれ、優勝することができ夢のようです。本当に有難うございました。

最後に、ゴルフは健康に良いし何より本当に楽しいので、この優勝を契機になお一層練習に励みたいと思います。今回は、関係の諸先生方、本当にありがとうございました。

## 「会員の声」原稿募集

**投稿規程**（平成 27 年 5 月から）

1）投稿は本会会員に限ります。
2）内容につきましては、医療・医学に関連するものに限定させていただきます。
3）他誌に未発表のものに限ります。
4）同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
5）字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
6）外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
7）学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。（『山口県医学会誌』への投稿をお願いします。）
8）ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
9）送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
10）編集方針によって誤字､脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
11）原稿の採用につきましては、原稿をいただいた日の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

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

# 第 142 回山口県医師会生涯研修セミナー
# 平成 28 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 28 年 11 月 6 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口県総合保健会館 2 階 第一研修室

特別講演 1

## 「PET で心臓を診る」

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻病態検査学講座教授　山本　健

［印象記：防　府　藤井崇史］

循環器領域における PET を用いた診断法は、2002 年より F-18-FDG PET による心筋梗塞後の心筋バイアビリティ診断において初めて保険適応が認められた。今では心筋バイアビリティ診断における FDG-PET の有用性は確立されており、ゴールドスタンダードとなっている。また、13N- アンモニアを用いた心筋血流定量評価により求められる心筋血流予備能は、虚血性心疾患における心筋虚血診断において重要な指標である。さらに、心筋代謝と血流を組み合わせて血流代謝のミスマッチを検出することにより、予後評価や血行再建術の適応の決定に有用な情報となっている。本講演では① NH3-PET で心筋虚血を診る、② NH3-PET で診る心機能、③大動脈狭窄症と FDG-PET、④右心不全と FDG-PET という 4 つのテーマで心臓疾患に対する PET の有用性について述べられた。

### 1. PET の原理

PET は、陽電子（ポジトロン）を放出する放射性同位元素で標識した放射性薬剤を放射線源にしている。陽電子は近くの電子と結合して消滅するが、消滅時に透過力の強いガンマ線を 180 度対向方向に放出する。この一対の放射線を人体周囲に並べた検出器で同時に計測することで、放射線源の方向と位置を特定し、放射線源の体内集積度を三次元的に再構成する。今のところ、PET 検査の保険適応になっている疾患は「検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない悪性腫瘍」、「難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者」、「虚血性心疾患による心不全で、通常の心筋シンチグラフィでは判定困難な心筋組織のバイアビリティの診断が必要とされる患者」が対象となっている。

### 2. アンモニア PET で心筋虚血を診る

13N- アンモニアによる PET 血流イメージングは 2012 年 4 月に国内で保険適用になった。本検査法は心筋血流を定量的に測定する方法として 20 年以上前より確立しており、これまで虚血性心疾患を中心にその病態や治療効果などの評価が行われ、多くの成果が報告されている。本法の利点は、① 13N- アンモニアの心筋集積が高い血流依存性を有し、定量性に優れていること、② SPECT に比べ時間・空間分解能が高く、視覚的評価、心機能解析の精度が向上すること、③短半減期核種（約 10 分）のため、高い投与量で短時間収集が可能であることである。安静・負荷プロトコールを連続して施行しても、総検査時間は約 70 分間であり、SPECT 検査（4 時間）より短時間で施行できる。一方、欠点としては、①サイクロトロンによる 1 日の生成量が限定さ

れるため、検査件数が限られることと、②短半減期核種のため準備を含め検査手技が煩雑で、負荷検査で定量する際は多くのスタッフによる分業が必要となることである。しかし、心筋シンチの SPECT による心筋血流画像は相対的画像であるのに対し、PET は血流の定量が可能であるため、高感度検出器、精度の高い吸収・散乱補正により、Image quality が高く、アーチファクトが少ない画像が得られる。アデノシン負荷・安静時イメージングを行うことで負荷、安静の局所心筋血流量（MBF）の測定、負荷 / 安静血流比＝心筋血流予備能（MFR）を算出することができる。一方、近年、心臓カテーテル検査による冠動脈狭窄度の機能的指標として灌流圧比（FFR：fractional flow reserve）が広く用いられるようになった。FFR はアデノシンや ATP 負荷を行い計測され、最大血流充血反応時の狭窄血管前後の灌流圧比を求めている。この指標を MFR と比較してみると、FFR は最大充血時灌流比と同義であり、相対的 MFR に相当する指標となる。FFR は、PET から求められる負荷時の狭窄領域と正常領域の MBF 比に相当し、単純に負荷 PET 画像上の % uptake に近似される。さらに質の高いアンモニア PET 画像の利点を生かし、冠動脈 CT との融合画像により精度の高い冠動脈の狭窄部診断が可能である。心筋血流 PET は多枝病変の検出にも有用とされている。その評価は安静時、負荷時の取り込みの視覚判定のみならず、心筋血流量を定量化することにより、心筋血流予備を算出することで正確な診断が可能である。冠動脈造影検査を基準とした場合、その感度、特異度とも 90％を超える高い精度を誇っている。また、側副血行路を認める領域においては、盗血現象の評価も可能である。

**3. PET で診る心機能**

心電図同期法を用い、心筋血流と心機能の情報を得ることもできる。心電図の R 波から R-R 間隔を 8 ～ 16 分割したタイミングでデータを収集する。新しい装置では、空間分解能補正により 32 分割も可能となった。心電図を同期し撮像することで、駆出など心臓のポンプの機能を評価することができる。代表的指標としては、収縮末期容積（ESV：End-Systolic Volume(ml)）、拡張末期容積（EDV：End-Diastolic Volume(ml)）、1 回拍出量（SV：Stroke Volume(ml)）、駆出率（EF：Ejection Fraction(％)）また、R-R の時相での容積が算出できるので、左室の壁運動、壁厚増加率の評価なども可能である。さらに細かな指標としては、収縮機能や拡張機能を表わす指標も算出できる。QGS（Quantitative Gated SPECT）解析は Cedars-Sinai Medical Center の Germano により開発されたソフトウェアの名称である。QGS ソフトウェアが開発されたことで、簡便かつ短時間でデータ処理（完全自動処理）ができるため、詳細な心機能解析が可能となった。心筋局所壁運動や壁厚の評価ができ、ESV、EDV、駆出率の指標も同時に得ることもできる。また、すべてのカウントデータがそのカウントが得られた時刻と紐づけられる List mode を用いると、心拍数に応じた心機能の評価も可能である。左室収縮末期容積では左室造影で求めた容積と r=0.887 の相関があり、左室駆出率でも r=0.861 とそれぞれ高い相関関係がある。

**4. 大動脈弁狭窄症と FDG-PET**

FDG-PET の取り込みが大動脈の炎症の程度と局在を反映することから診断や治療の効果判定に有用であるとの報告がある。血管炎においても炎症の活動性が強い場合には、病変部に FDG が集積し高信号を呈するとも言われている。大動脈弁狭窄症では大動脈弁への FDG の集積が見られていることから、大動脈弁狭窄症の狭窄の程度と関連をみたところ、大動脈弁狭窄症が重症であるほど FDG が大動脈弁に集積することがわかった。大動脈置換術後にも人工弁周囲には FDG が集積し、持続的に強い炎症所見があることも確認されている。

**5. 右心不全と FDG-PET**

特発性肺高血圧症患者に FDG-PET を施行すると右室、肺動脈への FDG の取り込みの増加がみられる。特に右室壁への取り込みがみられることから、右室機能の分析も可能であり、特発性肺高血圧症の重症度、活動性などの多くの解析が可能である。

以上、心臓疾患への PET 検査の応用について概説された。これまで PET は悪性腫瘍を対象にしたものが中心になっていたが、山本教授のご講演では心臓疾患の重症度評価や治療法選択の大きなツールになる可能性が示唆された。13N- アンモニア PET は心筋集積が高い血流依存性を有し、定量性に優れることから PET の心臓への応用が飛躍的に進歩している。これまでの SPECT に比べて時間・空間分解能が高く、視覚的評価、心機能解析の精度も向上している。しかし、短半減期核種（約 10 分）のため、高い投与量で短時間収集を行うためにはその施設にサイクロトロンの設備が必須となることから、症例を選んで施行される検査とも言える。

**特別講演 2**

## 「DIC の最近の動向について」

山口大学大学院医学系研究科 救急・総合医療医学講座教授　**鶴 田 良 介**

［印象記：宇部市　福 田 信 二 ］

以前の DIC（播種性血管内凝固症候群）の概念、最近の DIC の概念､最後に DIC の治療の話をする。以前の DIC の概念は何らかの原因により、全身の血管内で血液凝固機序が活性化され、全身の細小血管内で血栓が多発するために血小板や凝固因子が消費されて低下するという概念であり、瀑布型モデル（カスケードモデル）で二つの凝固機序があった。血液を試験管内に入れると凝固を生じるが、肺や脳から抽出した組織因子（組織トロンボプラスチン）を加えると、凝固ははるかに速くなる。そこで、試験管壁（異物面）に血液が接触することによって生じる内因系凝固機序と、組織因子 tissue factor が加わった時に生じる外因系凝固機序の二つの凝固機序があると推定される。外因系機序は第Ⅶ因子から始まり､組織因子が関与し、第Ⅹ因子を活性化して、トロンビン、フィブリンと進むが、これを測定するのが PT（プロトロンビンタイム)。内因系凝固機序は第ⅩⅡ因子、ハーゲマン因子から始まり、異物面との接触で活性化され、カスケードが進み最終的にはトロンビン、フィブリンと進む。これを測定するのが APTT・活性化部分トロンボプラスチン時間。内因系機序は、健常人の止血開始には直接関与しないことが判明し、外因系凝固反応による反応を補助・増幅する役目をしている。そうした凝固因子、凝固機序を阻止する因子があり、その一つが TFPI（組織経路インヒビター）である。組織因子は血管内皮細胞、単球、マクロファージなどに発現する非常に重要な因子である。これを阻止する因子として TFPI があり、外因系凝固反応を停止させる。AT Ⅲ（アンチトロンビンⅢ）は 1994 年以降 AT（アンチトロンビン）と呼ぶようになった。AT は肝臓および血管内皮細胞で産生されるセリンプロテアーゼインヒビターで抗凝固に働く。プロテイン C も血液凝固系を抑制する方向に働く。凝固の亢進状態を把握する指標であるとともに、血管内皮細胞障害の指標でもある。実際 AT の活性値を測定することができ、通常では 70％未満になるとかなり落ちているので AT 製剤を補充することがある。凝固阻止機序として、トロンビンが AT と複合体を作る過程において、トロンボモジュリンがある。トロンボモジュリンは血管内皮細胞の膜を貫通した 6 つのドメインであり、可溶性トロンボモジュリンは内皮細胞障害に伴って、血中に遊離したものである。プロテイン C は主要な凝固制御因子であり、DIC や重症敗血症で早期

から著減し、重症度の推定に有用であると考えられている。活性型プロテインＣは敗血症の治療薬として非常に注目された。2001 年の NEJM で、activated protein C という形で敗血症の予後を改善するということで非常に注目された。凝固抑制に働くばかりでなく、線溶系にも、単球や好中球に直接働き、抗炎症あるいは抗凝固能を持つということで注目された。線溶系は、フィブリンをプラスミンが反応してＤダイマーができ、フィブリンネットワークを溶かしていく。この繊維素溶解を阻止するものとして、一つはこのプラスミンに直接働きかける α２プラスミンインヒビターと、t-PA に直接働きかける PAI-1 がある。エンドトキシン、炎症性サイトカインによる刺激で著増する。凝固系、線溶系の抑制のもので、炎症と非常に関与し、微小血栓により臓器障害が起こりやすくなるということで、臓器不全の早期予知因子ともいわれている。もう一つの PIC（プラスミン－α２プラスミンインヒビター複合体）が高値であれば線溶系が亢進しており、線溶系が抑制されているか、亢進しているかの鑑別をする上でも非常に需要である。

最近の DIC の概念について。トロンボモジュリンは HMGB 1 を吸着・中和する作用があり、ラジカルにも反応する。さらに抗トロンビン作用があるので、血管内皮において抗凝固や止血、感染制御、修復などに働く。現在、血液凝固を考える上で中心になっているのが Cell based model（細胞依存型モデル）という考え方である。液成因子と細胞系因子が相互に関与しており、炎症と凝固にも関与している。生理的止血と病的止血もこのモデルを使うとわかりやすくなる。血管が傷害されると、血管内皮が露出し、コラーゲンが出てくる。組織因子が産生され、凝固の活性化が進んでいく。Ⅴ因子、Ⅹ因子、それからⅦ因子が活性化し、最終的にはⅤ因子、Ⅹ因子からプロトロンビナーゼができ、プロトロンビンをトロンビンに変える。その結果、血小板の活性化が起こる。血小板の周囲でさらに凝固因子の活性化がおこり、さらに局所の血小板だけではなく、全身を巡る血小板、循環している血小板が活性化されて、進展していく。そうするともう凝固が抑えられないという状況になる、これが DIC の本体である。トロンビンがどんどん出て進んでいくという状況をトロンビンバーストという。最初の開始はマクロファージ・単球の表面の組織因子が出て、凝固系のカスケードがすすんで、トロンビンができる。そこに血小板が現れ、活性化され、全身に進んでいくという、開始期、増幅期、増大期、３つのフェイズを経て進んでいく。局所にとどまっているうちは生理的止血で、全身に波及して病的止血が進む状態が DIC と考える。DIC の副概念として、進行した DIC 症例では消費性凝固障害、止血因子の低下以外に、臨床症状として出血と臓器の症状が出てくる。2005 年日本救急医学会から発表された DIC の診断基準は、急性期 DIC 診断基準と呼はれている。感染症、血管性病変、免疫学的反応、蛇毒、悪性腫瘍、産科疾患、それ以外に SIRS（全身性炎症反応症候群）を引き起こす病態として急性膵炎、劇症肝炎、熱中症、ショックなどの基礎疾患があって、診断基準を満たすものとしている。ポイントは SIRS を非常に重要視しており、体温、心拍数、呼吸数、白血球数の４つの項目のうち２つを満たしたものをいう。SIRS の項目、血小板、PT 比、FDP またはＤダイマーを測定し、SIRS が３項目以上で１点、血小板が８万未満で３点、４点になると DIC になる。PT、FDP を測らずに、すぐに診断がつき、PT、FDP、Ｄダイマーを測ることによって点数が上がると重症 DIC になる。FDP はフィブリンとフィブリンの分解産物を総合したもの。Ｄダイマーは、安定化フィブリンの分解産物だけを測定したもの。トロンビンが重要な位置になるがその活性が測れないので、代わりに TAT（トロンビン･アンチトロンビン複合体）及び、可溶性フィブリン（Soluble Fibrin：安定化フィブリンの生成過程の中間産物）を使う。感染症における血小板の免疫学的働きは、菌を赤血球とフィブリンも一緒にして封じこめてしまう。これでうまくいかない場合は血栓をつくって血管を詰めて好中球を呼んで、好中球を活性化し、NETosis で捕菌する。最後は血栓を作って、好中球も集めて区画化し、抗菌活性のあるペプチドを出して菌をやっつける、これを Immunothrombosis という。病原微生物を確認し、好中球が活性化し、血小板も活性化し、血小板が好中球にくっつき、NETosis で菌を捕捉していく。NETosis には２種

類あり、短時間では細胞膜は壊れないで、菌を捕捉するだけのサバイバル型 NETosis、もう一つは前者が数十分で起こるのに対して、時間が経ってから、２時間で起こってくる、細胞膜が壊れて自分自身も死滅する特攻隊型 NETosis である。局所封じ込めが失敗すると全身にひろがり、DIC になり、多臓器障害、そして死亡につながる。

DIC は線溶抑制型、線溶均衡型、線溶亢進型に病型分類され、凝固と線溶の比較で命名されている。発症の仕方による急性 DIC と慢性 DIC の分類もある。慢性の代表は固形癌、腹部大動脈瘤、巨大血管腫。代償性 DIC と非代償性 DIC の分類もある。代償性というのは血小板、凝固因子の血中濃度が低下しない状態のことをいい、さらに、DIC 準備状態や pre-DIC、切迫 DIC などの言い方がある。症状が出ている顕性 DIC と非顕性 DIC、炎症性 DIC と非炎症性 DIC の分類もある。線溶抑制型は凝固が亢進している状況で、線溶を示す PIC はそれほど上がっていないので TAT が指標になる。線溶亢進型は同時に PIC も上がっていく。線溶抑制型の代表が敗血症で、十数時間経った後は外傷でもこの線溶抑制型になる。線溶亢進型の代表は白血病の APL や腹部大動脈瘤である。国際血栓止血学会が提唱したコントロールできる DIC とアンコントロールの DIC を分けるという概念があり、血管内皮傷害から炎症性微小循環障害に至ったか否かで分類する、つまり可逆性か不可逆性なのかを診る。速やかに改善する可能性がある DIC がコントロール DIC、そうでないものがアンコントロール DIC であるが、アンコントロール DIC の代表が敗血症、外傷後期及び線溶抑制型である。

**敗血症について**

敗血症は敗血症性ショック、重症敗血症、敗血症、及び SIRS を伴わない感染症と分ける。1991 年の定義以来、SIRS を伴う感染症を敗血症といってきたが、2016 年の敗血症の定義は感染症の中でも臓器障害を伴ったものを敗血症といい、以前の定義では重症敗血症にあたる。この基準では、感染に対する宿主生体反応の調節不全で、生命を脅かす臓器障害を敗血症と呼ぶ。診断は ICU 以外では Quick SOFA という、呼吸、意識、循環（呼吸数が 22 回以上、失見当識あるいは精神状態の変化、収縮期血圧が 100 以下）の３つのうち２つ以上あれば陽性となり、敗血症となる。ICU では SOFA スコアという多臓器の因子でスコアで敗血症と診断する。敗血症と DIC との関係では、単球が活性、組織因子を表面に発現し、好中球は NETosis を起こし、フィブリンネットワークができていく。血管内にフィブリンのネットワークができると、凝固の活性化、抗凝固の抑制、線溶の抑制と敗血症の DIC は進んでいく。

**外傷について**

外傷は出血してショック状態になる。ショックになると大量輸液をする、ショックになって血液の Acidemia が進み、凝固障害が起こる。また体温が下がって凝固障害が起こる。俗に言う外傷の時の死の三徴候（凝固障害、低体温、アシドーシス）が揃うと外傷の患者は命が危ないと言われている。出血して、凝固が進むと今度は線溶の抑制が進む。DIC が起こってくる状態は、出血がひどくトロンビン活性、プラスミン活性も進む。D ダイマーが非常に突出してあがり、PAI1 が遷延すると長いこと線溶の抑制が起こる。これが外傷の DIC の特徴である。

**治療について**

基礎疾患の治療が最も重要である。抗凝固療法としては、ヘパリン類、アンチトロンビン濃縮剤、遺伝子組み換えトロンボモジュリン、合成プロテアーゼ阻害剤を、補充療法として濃縮血小板、新鮮凍結血漿を用いる。抗線溶療法は原則禁忌であるが、重症出血症状を来した線溶亢進型 DIC に対してはヘパリン類との併用でトラネキサム酸の投与が著効することがある。

**まとめ**

凝固線溶反応は、従来の瀑布型モデルから細胞依存型モデルで説明される。また、DIC の概念が血液学的異常から虚血性及び炎症性臓器障害を含む範囲まで拡大した。少なくとも、海外では DIC という概念はまだまだ受け入れられていないが、日本の場合、DIC を早期から治療するという傾向にある。

特別講演 3

# 「消化器・乳がんに対する先端がん治療開発の現状と展望」

山口大学医学部先端がん治療開発学講座教授　裕　彰一

［印象記：徳　山　清水良一］

## Ⅰ．はじめに

平成 28 年 11 月 6 日（日）に山口県総合保健会館において第 142 回山口県医師会生涯研修セミナーが開催され、山口大学医学部先端がん治療開発学講座（Department of Translational Research and Developmental Therapeutics against Cancer）教授 裕 彰一先生による「消化器・乳がんに対する先端がん治療開発の現状と展望」とのタイトルでのご講演を拝聴する機会を得た。

裕 先生は昭和 61 年 3 月に山口大学医学部医学科をご卒業後、外科学第二講座（現・山口大学大学院消化器・腫瘍外科）に入局され、消化器外科医として大腸・肛門疾患に対する腹腔鏡手術および肛門・排尿機能温存手術の第一人者として教室の発展に尽力してこられた。

その一方で、研究面では、前 山口大学大学院消化器・腫瘍外科教授で現 山口大学長の岡 正朗先生のご指導のもと、30 年間の長きにわたり、遺伝子解析による個別化化学療法およびがん免疫学（特に細胞性免疫）の実臨床への導入に繋がる translational research（基礎から臨床への橋渡し研究）にも継続して携わってこられた。

まず、個別化化学療法の分野では、治療効果を担保しつつ、毒性を軽減するのに役立つ簡便な遺伝子検査チップの開発という形で実を結ぶこととなった。

また、がん免疫学の分野では自然免疫で活躍するキラー T 細胞（末梢血中の NK 細胞）を主な対象として、これを体外で IL-2 により活性化（増殖）させ、体内に戻す養子免疫療法に端を発し、最近では獲得免疫で重要な働きをするキラー T 細胞（CTL）を対象とした大腸がんおよび膵がんに対する細胞療法やペプチドワクチン療法に至るまで、その時々に考案された最新の免疫療法を臨床試験の形で逐次実施され、そこから得られた免疫療法の知見を活かしつつ、浮き彫りとなった多くの課題をも見据えて、新次元のワクチン療法および免疫療法の開発・臨床試験に着手されたところである。

折しも、前述の研究成果は平成 27 年 3 月に山口大学大学院消化器・腫瘍外科の教授にご着任された永野浩昭 先生の目にも留まり、その後押しもあって、平成 28 年 4 月に、共同研究者の東洋鋼鈑株式会社および日本電気株式会社（NEC）の共同出資による消化器・腫瘍外科学関連寄附講座として、ここに山口大学医学部先端がん治療開発学講座が誕生した。

## Ⅱ．特別講演の概要

### 1．講座紹介（山口大学医学部先端がん治療開発学講座の使命）

山口大学医学部先端がん治療開発学講座の使命は、個別化がん治療や新規がん複合免疫療法を確立し、山口大学発の先端がん治療を世界に発信することにあるとのこと。

具体的には消化器・腫瘍外科学講座（永野教授）と連携しつつ、山口大学工学部知能情報工学科（浜本義彦 教授）ならびに山口大学医学部の臨床系各講座と免疫学（玉田耕治 教授）をはじめとする基礎系のがん治療研究にかかわるすべての講座が参画する場を提供し、月 1 回のミーティングを通して、個々の講座が有する課題やアイデア（シーズ）を統合・整理しつつ共通の目標を明確にするための仲を取り持つことに尽きるとのこと。

論文業績のみならず、がん治療現場の実臨床に役立つシステムやプロダクトを生み出すに当たっては、東洋鋼鈑株式会社、NEC はもとより、地

元産業の振興にも寄与するべく、県内関連企業の得意とする分野の技術を提供して戴き、目標達成に向けての技術革新を積み重ねていくことが必要になる。

**2. 化学療法剤の毒性と個別化医療（東洋鋼鈑との共同研究）**

大腸がんを例にとってバイオマーカーによる個別化医療の実際が解説された。大腸がんの化学療法は殺細胞性抗がん剤および分子標的治療薬の進歩によって、過去 30 年の間に切除不能・進行大腸がんおよび転移再発大腸がんの平均余命が半年から 3 年近くへと飛躍的に改善したことは周知の事実である。現在、臨床で使用されている 5 FU（ロイコボリンとの併用）、イリノテカン、オキサリプラチン、抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体、抗 VEGFR-2 モノクローナル抗体、抗ヒト EGFR モノクローナル抗体、トリフルリジン・チピラシル塩酸塩、マルチキナーゼ阻害薬に加え、近い将来、免疫チェックポイント阻害剤の抗 PD-1 抗体も保険適応になることが予想され、さらなる予後の改善が期待されている。これらの薬剤の中で、①イリノテカン、②抗 EGFR 抗体および③抗 PD-1 抗体について、個別化医療の観点からの解説があった。

①本特別講演の開催された平成 28 年 11 月には大腸がん治療ガイドラインの改訂も予定されており、オキサリプラチンの神経毒性の観点から、早期に 2 次治療に移行するケースが増えることも予想され、イリノテカンがその際の key drug となる。

このイリノテカンに関しては、ビリルビンのグルクロン酸抱合酵素の遺伝子 UGT1A1 に UGT1A1＊6（酵素活性の低下）、UGT1A1＊28（酵素生成量の低下）といった遺伝子多型があると、イリノテカンの代謝産物で抗腫瘍効果を発揮する活性型の SN-38 をグルクロン酸抱合で SN-38G に不活化する作用が弱まり、この遺伝子多型を有する患者に通常量のイリノテカンを投与すると、活性型の SN-38 による血液毒性が顕著になることから、添付文書上でも、UGT1A1＊6、UGT1A1＊28 の遺伝子多型を有する場合は予め減量して投与することが明記されている。

しかし、教室ではグルクロン酸抱合酵素の作用減弱を判別するのに UGT1A1＊6、UGT1A1＊28 の 2 つの遺伝子多型の検索だけでは不十分であることを突き止め、UGT1A7 や UGT1A9 の領域の遺伝子多型もグルクロン酸抱合酵素の作用減弱に関与していることを証明した。これら多数の遺伝子についてそれぞれの多型の有無を短時間で正確に判別する方法の開発にとりかかった矢先の 2013 年に「やまぐち産業戦略研究開発等補助金事業」に採択されるという幸運にも恵まれ、個別化医療に有用な遺伝子体外診断薬システムの研究開発をそれまでの東洋鋼鈑との共同研究にとどまらず、山口県内の関連企業数社にも参画していただける環境が整い、地元産業の発展にも貢献しつつ産学一体となった事業へと活躍の世界が広がった。その成果の一つとして、既にイリノテカン副作用予測チップの開発に成功し、その成果の一部分を用いたチップの薬事申請も済ませ、間もなく PMDA（医療機器医薬品総合機構）により承認されるところにまできているとのことである。

②次に抗 EGFR 抗体（セツキシマブ、パニツズマブ）について、血小板から分泌される EGF（上皮成長因子）をリガンドとする EGFR（上皮成長因子受容体）は腫瘍の細胞表面に発現しており、転移能、増殖能、アポトーシスから免れての生存、腫瘍血管の新生など、がんの生命線のシグナル伝達経路である。この EGFR からのシグナル伝達経路を司る一連のタンパク分子をコードする遺伝子群が変異のない「野生型」であれば、抗 EGFR 抗体でリガンドとの相互作用をブロックするとがんはものすごい勢いで縮小する。ところが、このシグナルの下流にある KRas タンパクが KRAS 遺伝子変異に伴って常に活性化した状態になると、上流の EGFR からのシグナル伝達の有無にかかわらず、活性化した KRas タンパク以下のシグナルが常にスイッチオンの状態となり、腫瘍の増殖活性は持続することになる。この場合は抗 EGFR 抗体の抗腫瘍効果は期待できない。このシグナルのスイッチを常にオンにする系統に、NRAS 遺伝子変異も関係することが判明し、これら RAS 遺伝子の変異型を有する者の割合は実に 50％に及ぶことが判明している。よって、切除不能進行大腸がんに対して抗 EGFR 抗体の効果が期待できるか否かを判定するためには ALL RAS について RAS 野

生型もしくは、RAS 変異型のいずれであるかを必ず検索しておく必要のあることが「大腸癌治療ガイドライン」でも推奨されている。

③抗 PD-1 抗体については、悪性黒色腫および非小細胞性肺がんにのみ承認されているが、近々、大腸がんでも承認される見込みであるとのこと。

がん抗原は、がんの遺伝子変異に伴って発現する変異タンパク由来の 9 個程度のアミノ酸からなるペプチドで、がん細胞の細胞膜に発現する MHC-1（= HLA クラスⅠ）分子上に提示される。このがん抗原を活性化したキラー T 細胞が認識し、パーホリンを分泌し、がん細胞膜に穴をあけ、そこにグランザイムを打ち込むことでがん細胞をアポトーシスに誘導できればキラー T 細胞は細胞免疫としての役割を果たせたことになる。しかし、活性化したキラー T 細胞には免疫チェックポイント分子としての PD-1（Programmed cell death 1）が高発現しており、がん細胞はこの免疫チェックポイント機構（免疫抑制機構）を逆手にとって、キラー T 細胞の PD-1 に対するリガンドとしての PD-L1 をがん細胞自身の表面に発現させ、PD-L1 を PD-1 に結合させることで、逆にキラー T 細胞を死（Programmed cell death）に追いやってしまう。

抗 PD-1 抗体の作用は、キラー T 細胞の膜表面に高発現する PD-1 に抗 PD-1 抗体の鎧を被せ、腫瘍の持つ PD-L1 とキラー T 細胞の PD-1 との結合を阻止することで発揮され、活性化したキラー T 細胞が腫瘍を破壊し終えるまで、その活性化を維持し続けさせうる薬剤である。よって、この理屈からいえば、キラー T 細胞が、がん抗原を強く認識さえできれば各種の固形がんに抗 PD-1 抗体は著効するはずである。

現に、マイクロサテライト不安定性（Microsatellite Instability：MSI）の高い状態が観察されるリンチ症候群（遺伝性非ポリポーシス性大腸がん：hereditary non-polyposis colon cancer：HNPCC）やほぼ同じ概念のミスマッチ修復遺伝子欠損症の大腸がんの患者さんでは、遺伝子変異がたくさん集積していて（約 1,000 個）、患者さんごとに固有の新生抗原（Neo-antigen：ネオアンチゲン）の発現数が多くなるためか、抗 PD-1 抗体がほぼ全例で著効することが判明している。

その一方で、通常の大腸がん種では、各々のがんに平均 100 個程度の遺伝子変異しかないためネオアンチゲンの数も少なく、抗 PD-1 抗体の効果は期待できないことも判明している。

少なくとも遺伝子変異の多いがん患者か否かをスクリーニングするのに有用なマイクロサテライト不安定性（MSI）検査（特定の 5 か所の遺伝子検査）で MSI-high の結果が得られた患者さんには抗 PD-1 抗体は投与すべきであり、現に、生存曲線で見ると、効果のあった患者さんはずっと長生きされ続けておられる。抗 PD-1 抗体の適応拡大の前に MSI が high なのか stable（MSS）なのかを判定する簡便な測定法の開発が急がれる所以である。

**3. 消化器・乳がんに対する免疫療法の開発（NEC との共同研究）**

過去に教室で実施した大腸がんに対するがんペプチドワクチン療法の第Ⅰ相試験および第Ⅱ相試験の結果から学んだこと：

①先ず、がん細胞表面の HLA クラスⅠ分子の上に提示可能ながん抗原ペプチドをワクチンとして使用することが必須条件であること。

②体内で誘導され活性化したキラー T 細胞である CTL により、ある程度の抗腫瘍効果は確認できたが、MSI-high における抗 PD-1 抗体の奏効率に比較するとかなり劣ること。

③サブ解析で、細胞性免疫に対する免疫抑制機構として、CTL の表面における免疫チェックポイント分子で疲弊因子として働く TIM3（T cell membrane protein 3）および前述の PD-1 が共に低発現であれば、生存曲線に改善がみられたこと。

④免疫の効果を増強する目的で併用した IFA（不完全フロイントアジュバント）が、ワクチン接種部位に長期にとどまることで、活性化した CTL がワクチン接種部位に引き付けられてしまい、腫瘍局所への集積が妨げられる可能性のあることがネイチャーに発表され、同様のことが自験例でも起こっていた可能性は否定できないこと。

⑤免疫疲弊を解除し、抗腫瘍免疫活性を増強する新規免疫アジュバントを開発すること。

⑥可及的に多くの型の HLA クラスⅠ分子に対して結合可能な腫瘍関連抗原由来新規ペプチド

（マルチ HLA 結合性ペプチド）を同定すること。

以上①～⑥に記載した考察および課題の克服に向けて、主に山口大学医学部免疫学の玉田教授の研究で、LAG3- 免疫グロブリン融合タンパク質製剤と Poly-IC の 2 剤をアジュバントとして用いると、マウスを用いたペプチドワクチン療法の抗腫瘍効果が有意に高くなることを突き止めた。

平成 28 年 1 月から、NEC のペプチド探査技術を用いて既に同定していた HSP70 由来のマルチ HLA 結合性ペプチドと従来から有名な腫瘍抗原 GPC3 由来新規ペプチドに LAG3- 免疫グロブリン融合タンパク質製剤と Poly-IC をアジュバントとして加えた新規の複合免疫療法第 I 相臨床試験が食道、胃、大腸、肝、膵および乳がんを対象として進行中であり、重篤な副作用もなく、レベル 3 の投与量まで増量可能であった。

※ LAG3- 免疫グロブリン融合タンパク質製剤は制御性 T 細胞の LAG3 の機能を妨害して、その免疫抑制作用を阻害することで間接的に免疫を高める可能性が指摘されており、直接的には抗原提示細胞の MHC クラスⅡ分子と結合し、抗原提示細胞を活性化することにより、抗原特異的な T リンパ球の反応を増強するアジュバント製剤といわれている。

※ Poly-IC は樹状細胞の Toll 様受容体 3 を介する経路で自然免疫系の活性化と共に NK 細胞と獲得免疫系のキラー T 細胞の両者を活性化させる作用を有するアジュバントである。

※ HSP70（ヒートショックプロテイン 70）は教室で突き止めたがん関連抗原となりうるタンパクで、食道、胃、大腸、肝、膵および乳がんに強発現し、正常細胞では発現がほとんど認められないことが確認されている。

**4. これから訪れる最新の免疫療法の一般化（硲教授の理想の将来像）**

2016 年 10 月、マサチューセッツ工科大学が発行する『ニューイングランドジャーナルオブメディスン』の電子版で、治療歴のない PD-L1 陽性の非小細胞性肺がんに対して、プラチナをベースにした従来の標準的化学療法と抗 PD-1 抗体による免疫チェックポイント阻害療法の比較試験の結果が掲載され、抗 PD-1 抗体による免疫チェックポイント阻害療法の圧勝であったとのことである。免疫療法が化学療法を押さえて、第 4 の治療から切除に次ぐ第 2 の治療になった瞬間であったとのこと。

一般に免疫チェックポイント阻害剤が良く効くのは、良く効くとされるがん種でも 3 割程度で、遺伝子変異が多く、キラー T 細胞の活性も高いのが特徴で、免疫の人為的ブーストの必要がないため、腫瘍微小循環系における免疫抑制機構をうまく解除すれば、それだけで抗腫瘍効果は十分に発揮されることが抗 PD-1 抗体の奏効する理由とのこと。

一方、免疫療法が効きにくいグループの、あとの 7 割は、遺伝子変異が少ない MS-stable（MSS）等の理由で、人為的に免疫をブーストしてやらない限り、抗腫瘍効果を発揮するための CTL が自然な状態では到底十分には活性化されないので、効果は期待できないとのこと。

ご講演の最後に、硲 教授が語られた将来の夢は以下の通りである。

「では、遺伝子変異の少ない人にどうするかという命題に対して大腸がんを例にとって詳しく調べると、患者さんごとに固有のネオアンチゲンとなる可能性をもった遺伝子変異はかなりの数、存在することが判明した。しかし、その遺伝子変異の部位は患者ごとにばらばらで、個々の患者さんごとに新しいペプチドを見つけて合成する必要がある。これは夢のようなたとえ話であるが、遺伝子変異の少ないがん患者群から、少ないながらもある頻度を持って患者間に共通しているネオアンチゲンのリストを予め準備しておく。そのためには、5,000 症例程度？のがん患者から、少なくとも 5,000 個のネオアンチゲンを探索して拾い上げ、がん遺伝子変異検出チップ（ネオアンチゲン遺伝子チップ）を作ることが必要となる。このネオアンチゲン遺伝子チップは東洋鋼鈑に作ってもらって、NEC には新しい腫瘍変異部分を含んだがん特異的で、HLA クラス I に載るペプチド（ネオアンチゲン由来エピトープペプチド）を見つけてもらうことになる。以上のことが実現できたとしたら、ネオアンチゲン遺伝子チップで新しい患者さんの遺伝子を調べていけば 1 ～ 2 個程度は使えるものが見つかるはずで、それを使って新しいペプチドワクチン療法がタイムリーに実施でき

れば最高であると考えている。

以上のように、網羅的遺伝子変異パネルを作って、個々の患者さんに適したネオアンチゲン由来ペプチド診断チップを開発することで、獲得免疫の強化をはかりつつ、免疫チェックポイント阻害薬等で細胞性免疫系の弱点を補えれば、個別化医療の実現に向けて、近い将来手に入る最強の免疫療法となるはずである・・・・・。」と結ばれた。

**Ⅲ．ご講演を通して興味を持った部分**

がん細胞の視点で捉えると、がんは HLA クラスⅠ分子を細胞膜表面に発現しなければ自然免疫系の NK 細胞に狙われ、逆に HLA クラスⅠ分子を発現すると自動的にネオアンチゲン由来エピトープペプチドも提示されてしまうため、獲得免疫系の CTL に狙われることになる。よって、免疫系がしっかりしていれば、非自己であるがん自身は、体内で細胞性免疫系のキラー T 細胞の攻撃からは逃れることができないはずである。

コロンブスの卵ではないが、現実に免疫不全のない多くの患者で、がん細胞が生き延びているということは、自己免疫疾患を発症しないようにするために、元来ヒトに備わっているはずの免疫抑制機構をがんが利用していても何の不思議もないことであった。

今日のご講演で述べられた免疫チェックポイント機構が、まさしくがん細胞によって利用されている局所の免疫抑制機構の一つであることが良く理解できた。

質疑応答の中で、免疫チェックポイント分子を対象にした免疫チェックポイント阻害剤として、抗 PD-1 抗体より先に臨床応用された抗 CTLA-4 抗体が自己免疫疾患を誘発するリスクが高いと聞いているが、抗 PD-1 抗体による自己免疫疾患の誘発リスクはどうなのかとの質問があった。この質問に対する硲 教授の回答は、確かに抗 PD-1 抗体による自己免疫疾患のリスクはゼロではないものの、２つの免疫チェックポイント阻害剤には効果発現の場が決定的に異なることから、抗 PD-1 抗体による自己免疫疾患のリスクはかなり抑えられており、臨床の現場では使いやすい製剤であると解説された。具体的には先ず、抗 PD-1 抗体が作用するのはがん局所に浸潤している活性化したキラー T 細胞に発現する免疫チェックポイント分子の PD-1 に対してであり、決して全身に分布しているすべての細胞性免疫担当キラー T 細胞を活性化状態にするのではないため自己免疫疾患の誘発リスクは高くないと述べられた。次に、自己免疫疾患を防止するための根源的な免疫抑制機構を、抗 CTLA-4 抗体は壊してしまうために、自己免疫疾患の発症リスクが高まると解説された。その詳しい機序は、免疫チェックポイント分子の CTLA-4 は制御性 T 細胞（Treg）の膜表面に発現しており、これを抗 CTLA-4 抗体でブロックしてしまうと、Treg と抗原提示細胞との接着がまず阻害される。その結果、体循環中にごくわずか存在する自己抗原を認識してこれを攻撃してしまうキラー T 細胞が Treg に邪魔されることなく、自由に抗原提示細胞と接着できるようになり、自己免疫疾患を引き起こすキラー T 細胞が活性化（増殖）することになる。この現象が体内のいたるところで起こりうるため、抗 CTLA-4 抗体を用いた免疫チェックポイント阻害療法は抗 PD-1 抗体を用いる場合と比較して、自己免疫疾患の発症リスクがより高まるとのことであった。

**Ⅳ．おわりに**

がんの治療には手術、放射線、化学療法および免疫療法の 4 本の柱がある。どの治療法も進歩はしているが、化学療法と免疫療法は異次元の進歩を遂げようとしている。

その背景として、がん抑制遺伝子の一つである p53 の変異型が話題となった 1990 年代以降の四半世紀の間に、ヒトゲノムの解析や iPS 細胞（人工多能性幹細胞）の樹立、また、インターネットの普及やスーパーコンピューターの進化など、科学全般の進歩のスピードが想像の域を超えてしまったことが大きい。

臨床の現場では、がん治療のガイドラインが２～３年ごとに改定されるが、次々に生み出される新薬をガイドラインに組み込むためには速報まで出して対応せざるを得ない時代となった。これは、全世界が同じ情報をほぼ同時に共有することが可能となったことで、一つの課題にあらゆる分野の専門家が、同時にアイデアを出し合い、問題を克服するまでの時間が極端に短縮されたことが

主な要因であろう。

裕 先生は今日のご講演の最後に、究極の個別化医療として、個々の患者ごとに異なってはいるものの、獲得免疫のブーストに強力な力を与えてくれるネオアンチゲンの簡便な検査法と、即座に、そのネオアンチゲン由来のエピトープペプチドを用いたワクチンが使用できるシステムの確立が夢であると述べられた。筆者は、山口大学の英知を講座、学部の枠を超えて、横断的に仲を取り持ち、結集できる講座が誕生したことで、近い将来、この夢は必ず叶うものと信じており、それも、山口大学から世界に発信できると確信できたご講演であった。

**特別講演 4**

## 「医学教育の現状と課題 －グローバルスタンダードへの流れの中で－」

山口大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授　**白 澤 文 吾**

［印象記：常任理事　加 藤 智 栄 ］

白澤教授は、平成 5 年の山口大学医学部医学科卒業で、同大学第一外科に入局された。研鑽を積み、講師時代に、附属病院の医師 GRM（医療安全推進部ゼネラルリスクマネージャー）の仕事を体験された。その時に知識・技術の向上は当然だが、人間性、感性、誠実さ、倫理観、プロフェッショナリズムを身につけた医師を育てることが重要だと痛切に感じられた。その思いが伏線となり医学教育学の道に進むきっかけになったとのことである。以下、講演内容の概略を記す。

**1. 医学教育学講座と医学教育への取組み**

医学教育学講座のミッションは、「人間力を重視し、基礎的な研究マインドの滋養と、基本的診療能力を確実に習得させること」である。講座として、境界科目（倫理等）・分野横断科目（多職種連携等）の教育や、卒前・卒後のシームレスな教育を担当し、「人に優しく、山口に生き、世界に羽ばたく」を目標として医学部の 6 年間を俯瞰する教員の立場で教育を行っている。

地域医療維持のためにも、卒前教育を充実させ、一定数の卒業生に山口県で医療に携わってもらうことが重要である。修学資金貸与者等の県内定着率も高める必要がある。医学部学生教育のモデルコアカリキュラムがあり、これを基本にカリキュラムを構築している。その中で医師が求められる基本的な資質として、医師の職責、患者中心の視点、コミュニケーション能力、チーム医療推進力、総合的診療能力、地域医療貢献、医学研究への志向、自己研鑽力が挙げられる。大学病院での実習は高度専門医療を得意とするが、地域包括医療・ケアに関する実習が不足しがちである。地域医療に携わる医師を増やすため、地域出身者を医学部に入学させ（地域枠、緊急医師確保対策枠、地域医療再生枠で計 29 名）、卒前の地域基盤型教育（高齢者施設体験実習、地域包括医療修学実習、研修指定病院見学実習、学外基幹施設臨床実習）を充実させ、卒後の地域基盤型教育（山口大管理型たすき掛け、地域医療研修）を行う必要がある。また、希望学生を対象に、県医師会とタイアップして短期病院見学セミナー、女子医学生セミナー等を行っており、学生から好評である。また、3 年前より 6 年生を対象に地域医療実習を開始し、これも好評である。これらの実習では、宇部・山陽小野田地域を中心に多数の病院やクリニックに大変お世話になっている。これからの臨床実習は、大学病院での高度専門医療実習も大切であるが、何科に進んでも大切な疾患（common disease）の実習が重要で、学外実習病院との連携推進が必要である。これからも引き続き、県医師会の先生

方にはご協力いただきたい。

臨床実習を行う医学生の質を保証するシステムとして、「共用試験全国統一医学生質保証システム」がある。最大の目的は、全国の医学部が社会に教育の質を保証することにある。共用試験には、CBT（Computer Based Testing）と OSCE（Objective Structured Clinical Examination）の 2 種類がある。CBT はコンピュータを活用した知識の評価である。1 日かけて 320 問出題され、約 240 問が能力評価に使用され、残り約 80 問が今後の出題に備えての試行問題である。合否ラインは全国共通の基準が用いられている。OSCE は、その学生が病棟デビューをしても問題ないか、臨床能力の資質を問う実技テストである。医療面接、頭頸部診察、胸部診察とバイタルサインの測定、腹部診察、神経診察、基本的臨床手技や救急等の診察手技試験を実施する。これらに合格すると、全国医学部長病院長会議から認定書が発行され、Student Doctor として病院実習（診療参加型臨床実習）に参加できるようになる。「資格化」により、実習生の診療参加に対する国民・患者の理解が深まることが期待される。今後、医師国家試験でも OSCE が導入される可能性があり、これまでの知識一辺倒の卒前教育ではなく、医師としての人間性・倫理性の適切な評価や基本的な資質の向上が図られるよう、より一層の教育内容の充実が求められている。

医師国家試験は 3 日間で 500 題出題されている。合否に関しては二つの大きな柱があり、一つは必修問題の合格基準で、絶対基準を用いて最低の合格レベルは 80％である。もう一つは、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合格基準で、各々の平均点と標準偏差とを用いた相対基準が用いられる。相対評価であるため、一定数の受験生は必ず不合格となるので、それなりの対策が必要である。山口大学は、国家試験対策セミナー、国試受験勉強部屋の提供、模擬試験受験料の補助や、実施の際に試験監督を教員が担う、そして国家試験への教員の帯同等が行われている。

**2. 国際基準をふまえた医学教育　分野別認証評価について**

米国では、国外の医学部出身者が米国で医療行為を行う場合の資格審査機関として、ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）が設けられている。日本の医学部を卒業した医師が、米国で医療を行う場合は、ECFMG に申請し、試験に合格する必要がある。ECFMG は、「2023 年からは、グローバルスタンダードに沿った医学教育プログラムを受けた医学部卒業生のみ受験を認める」と 2010 年に宣言した。背景には東南アジア・アフリカを中心に医学部の新設ラッシュがあり、その卒業生の 4 割近くが海外で働いている現実がある。米国の医療レベルを最低限担保したい思惑もあり、医学部の質保証を求め始めた。日本も 20 年前に比して、医学部生は 23％増の 9,300 人超となっている。これをうけて、平成 27 年 12 月に一般社団法人 日本医学教育評価機構（JACME）が設立され、平成 28 年 6 月には「医学教育分野別評価基準日本版 V2.1：世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード 2015 年版準拠」が公開された。JACME の認証評価を受けることによって ECFMG の試験が受験できるようになり、自大学の医学教育が国際的水準と認められる、自大学の医学教育の質が他者評価を経ることでさらに向上できる等の目的もある。山口大学医学部でもこの評価基準に沿うよう、アウトカム基盤型教育を主体とした医学教育プログラムに改変中であり、平成 31 年度の受審を予定している。

**3. さいごに**

これからの医学教育は、臨床を実践するための知識や技能のテクニカルスキルと、コミュニケーション能力、高い倫理観、医療安全推進力、プロフェッショナリズム、語学力等のノンテクニカルスキルの両者のバランスのとれた教育が重要である。

個人的な思いとして、「バランス感覚に優れた人間力の高い医師養成を目指したい」と述べると共に、「医学教育は、医学部・大学病院のみで完結することは不可能であり、あらゆる機会を通じて、山口県医師会の先生方のご理解とご協力を宜しくお願いします」と締められた。

医学教育に対する情熱が伝わる講演であった。

# 平成 28 年度
# 郡市医師会特定健診・特定保健指導
# 担当理事及び関係者合同会議

**と　き　平成 28 年 9 月 29 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

**河村会長**　この特定健診・特定保健指導は制度が始まって今年で 9 年目となるが山口県の受診率は全国的に見ても低く、これを検証していかなければならない。ご出席の担当理事の先生方、市町の担当者の方から、活発にご議論いただければと思う。本日はよろしくお願い申し上げる。

## 協議事項

### 1. 平成 27 年度の実施結果について

**国保連合会**　特定健診については、平成 26 年度の県内国保受診率は 24.4％であった。これは全都道府県の中で 46 番目の数値になっており、最下位の広島県との差は 0.3％を切っている状況にある。27 年度の県内国保保険者の受診率は 25.6％、医師国保を除く市町村国保保険者のみでは 25.4％となっており、26 年度の受診率と比較すると、それぞれ 1.2％上昇している。25 年度から 26 年度の伸び率が 1.4％であったので、伸び率は下がっているが、20 年度から 25 年度の伸び率は毎年 1％に満たない状況であったので、この 2 年間の 1.4％、1.2％という数字は保険者の取組みの成果である。ただ、最下位の広島県との差が年々縮まっている状況であるので、国保保険者の受診率が全国最下位になることが危惧される。保険者ごとに見ると、27 年度の国保保険者

**資料 1　平成 27 年度　特定健診対象者数等　全保険者集計情報**

**山口県国民健康保険団体連合会**

| 保険者番号 | 保険者名 | 特定健診 | | | | | 特定保健指導（積極的支援） | | | | | | 特定保健指導（動機付け支援） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 平成２７年度 | | | 平成２６年度 | 平成２５年度 | 平成２７年度 | | | | 平成２６年度 | 平成２５年度 | 平成２７年度 | | | | 平成２６年度 | 平成２５年度 |
| | | 対象者数 | 受診者数 | 受診率 | 受診率 | 受診率 | 対象者数 | 利用者数 | 終了者数 | 終了率 | 終了率 | 終了率 | 対象者数 | 利用者数 | 終了者数 | 終了率 | 終了率 | 終了率 |
| 00350017 | 下関市 | 47,182 | 8,447 | 17.9% | 17.1% | 16.6% | 159 | 15 | 12 | 7.5% | 7.4% | 4.0% | 857 | 55 | 43 | 5.0% | 5.4% | 6.8% |
| 00350025 | 宇部市 | 28,111 | 6,886 | 24.5% | 22.0% | 20.4% | 120 | 6 | 2 | 1.7% | 4.6% | 0.0% | 569 | 111 | 81 | 14.2% | 15.4% | 19.8% |
| 00350033 | 山口市 | 29,157 | 7,381 | 25.3% | 21.9% | 20.3% | 118 | 16 | 12 | 10.2% | 4.6% | 6.2% | 627 | 96 | 45 | 7.2% | 9.5% | 10.2% |
| 00350066 | 防府市 | 19,354 | 5,681 | 29.4% | 28.9% | 29.0% | 111 | 12 | 4 | 3.6% | 2.1% | 0.0% | 529 | 69 | 52 | 9.8% | 6.3% | 4.2% |
| 00350074 | 下松市 | 9,098 | 2,446 | 26.9% | 27.6% | 27.7% | 30 | 4 | 6 | 20.0% | 25.0% | 20.7% | 206 | 48 | 62 | 30.1% | 27.3% | 22.6% |
| 00350082 | 岩国市 | 26,485 | 6,120 | 23.1% | 21.9% | 19.3% | 126 | 15 | 16 | 12.7% | 14.6% | 9.5% | 464 | 104 | 110 | 23.7% | 19.8% | 24.6% |
| 00350090 | 山陽小野田市 | 10,498 | 3,879 | 36.9% | 35.6% | 34.4% | 62 | 6 | 6 | 9.7% | 26.6% | 10.0% | 293 | 63 | 51 | 17.4% | 21.9% | 17.3% |
| 00350108 | 光市 | 10,376 | 3,140 | 30.3% | 29.9% | 29.0% | 36 | 11 | 9 | 25.0% | 12.1% | 20.0% | 258 | 45 | 56 | 21.7% | 30.6% | 30.5% |
| 00350124 | 柳井市 | 6,702 | 1,344 | 20.1% | 18.8% | 18.5% | 35 | 4 | 6 | 17.1% | 17.6% | 26.8% | 129 | 44 | 37 | 28.7% | 16.8% | 26.4% |
| 00350132 | 美祢市 | 4,822 | 1,635 | 33.9% | 35.6% | 34.2% | 36 | 1 | 0 | 0.0% | 15.8% | 7.1% | 124 | 18 | 20 | 16.1% | 20.3% | 18.4% |
| 00350595 | 周南市 | 25,879 | 8,114 | 31.4% | 30.7% | 26.5% | 148 | 43 | 17 | 11.5% | 21.0% | 27.4% | 615 | 292 | 287 | 46.7% | 43.2% | 62.5% |
| 00350603 | 萩市 | 10,853 | 2,681 | 24.7% | 25.3% | 24.5% | 56 | 12 | 23 | 41.1% | 3.5% | 18.4% | 225 | 56 | 57 | 25.3% | 28.6% | 31.6% |
| 00350611 | 長門市 | 7,668 | 1,938 | 25.3% | 22.2% | 21.5% | 45 | 17 | 14 | 31.1% | 5.8% | 7.8% | 161 | 63 | 68 | 42.2% | 4.1% | 23.4% |
| 小計（市） | | 236,185 | 59,692 | 25.3% | 24.0% | 22.6% | 1,082 | 162 | 127 | 11.7% | 10.2% | 10.7% | 5,057 | 1,064 | 969 | 19.2% | 18.4% | 21.6% |
| 00350157 | 周防大島町 | 4,635 | 1,185 | 25.6% | 24.4% | 23.5% | 29 | 8 | 6 | 20.7% | 29.4% | 22.2% | 82 | 21 | 21 | 25.6% | 25.3% | 42.5% |
| 00350199 | 和木町 | 953 | 364 | 38.2% | 35.4% | 35.3% | 11 | 4 | 0 | 0.0% | 18.2% | 0.0% | 32 | 6 | 6 | 18.8% | 30.6% | 43.8% |
| 00350280 | 上関町 | 827 | 152 | 18.4% | 20.3% | 20.8% | 7 | 1 | 1 | 14.3% | 16.7% | 25.0% | 20 | 5 | 5 | 25.0% | 9.1% | 6.7% |
| 00350306 | 田布施町 | 3,145 | 827 | 26.3% | 28.0% | 26.3% | 8 | 2 | 4 | 50.0% | 0.0% | 20.0% | 65 | 9 | 13 | 20.0% | 25.0% | 7.8% |
| 00350314 | 平生町 | 2,381 | 584 | 24.5% | 23.7% | 24.0% | 18 | 4 | 1 | 5.6% | 11.1% | 10.0% | 56 | 9 | 6 | 10.7% | 13.7% | 25.6% |
| 00350520 | 阿武町 | 885 | 326 | 36.8% | 34.1% | 34.5% | 6 | 1 | 1 | 16.7% | 33.3% | 8.3% | 34 | 14 | 15 | 44.1% | 72.2% | 54.8% |
| 小計（町） | | 12,826 | 3,438 | 26.8% | 26.4% | 25.7% | 79 | 20 | 13 | 16.5% | 18.3% | 16.5% | 289 | 64 | 66 | 22.8% | 25.5% | 29.5% |
| 00353029 | 医師国保 | 2,626 | 1,323 | 50.4% | 49.5% | 48.9% | 36 | 1 | 1 | 2.8% | 6.3% | 2.2% | 84 | 4 | 5 | 6.0% | 8.2% | 6.2% |
| 小計（町・組合） | | 15,452 | 4,761 | 30.8% | 30.3% | 29.6% | 115 | 21 | 14 | 12.2% | 13.0% | 11.3% | 373 | 68 | 71 | 19.0% | 22.0% | 24.1% |
| 合計（市町） | | 249,011 | 63,130 | 25.4% | 24.2% | 22.8% | 1,161 | 182 | 140 | 12.1% | 10.6% | 11.0% | 5,346 | 1,128 | 1,035 | 19.4% | 18.8% | 22.0% |
| 合計（組合含む） | | 251,637 | 64,453 | 25.6% | 24.4% | 23.0% | 1,197 | 183 | 141 | 11.8% | 10.5% | 10.7% | 5,430 | 1,132 | 1,040 | 19.2% | 18.6% | 21.8% |

※　当資料は、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（平成 27 年度：法定報告分）から作成しています。

で最も高かった受診率は50.4％、最も低かった受診率は17.9％となっている。市で最も高かった受診率は36.9％、町で最も高かった受診率は38.2％であった。保険者別でみると、26年度と比較して15保険者で受診率が上昇しており、5保険者で受診率が下降している。特に2％以上増加した保険者は、26年度は2保険者だったが27年度は5保険者となっており、最も増加した保険者で3.4％増加している。市町の国保保険者での保険者間の較差は、市は19％で26年度から5％拡大、町は19.8％で4.7％拡大している。

特定保健指導の積極的支援については、国保保険者の終了率は11.8％で、26年度と比較して1.3％上昇しており、最も高かった終了率は50.0％、最も低かった終了率は0％（2保険者）となっている。

動機付け支援については、終了率は19.2％で0.6％上昇しており、最も高かった終了率は46.7％となっている。26年度と比較して27年度の終了率が最も向上した保険者は38.1％上昇

## 出席者

**郡市担当理事**

大島郡　嶋元　　徹
玖　珂　山下　秀治
熊毛郡　曽田　貴子
吉　南　嘉村　哲郎
厚狭郡　吉武　正男
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　綾目　秀夫
宇部市　内田　悦慈
山口市　奥田　道有
萩　市　宮内　嘉明
徳　山　藤嶋　　浩
防　府　岡澤　　正
下　松　澤　　公成
小野田　白澤　宏幸
光　市　井上　祐介
柳　井　松井　則親
長門市　吉村　　晃
美祢市　白井　文夫

**山口県医師会**

会　　長　河村　康明
常任理事　藤本　俊文
理　　事　香田　和宏

**山口県国民健康保険団体連合会**

保健事業課　主査　重富　知巳
保健事業課　主任　藤田　　勤

**社会保険診療報酬支払基金山口支部**

管理課　副長　小関　秀典
管理課　班長　杉山　　誠

**全国健康保険協会山口支部**

保健グループ　統括リーダー　土田　真平

**山口県後期高齢者医療広域連合**

業務課　保健事業推進係長　　須子幸一郎
業務課　保健事業推進係主任　岡　　陽介

**市町**

| | | |
|---|---|---|
| 下関市 | 保険年金課　課長補佐 | 岡原　正行 |
| 宇部市 | 保険年金課　保険管理係長 | 玉泉　信寛 |
| 山口市 | 保険年金課　主任主事 | 西本　良子 |
| 防府市 | 保険年金課　国保医療係係長 | 安村　良輔 |
| 下松市 | 保険年金課　主査 | 村上　直子 |
| 岩国市 | 健康推進課　健診班長 | 藤井　俊英 |
| 山陽小野田市 | 国保年金課　特定健診係係長 | 岡﨑さゆり |
| 柳井市 | 市民生活課　課長補佐 | 石岡　雅朗 |
| 美祢市 | 市民課　課長補佐 | 田中　俊幸 |
| 周南市 | 保険年金課　管理給付担当係長 | 石田　泰規 |
| 萩　市 | 市民課　保険給付係長 | 野村　　理 |
| 長門市 | 保険課　主任 | 岡本有加里 |
| 周防大島町 | 健康増進課　主事 | 魚原　幸嗣 |
| 田布施町 | 健康保険課 | 増原規美子 |
| 平生町 | 町民課　主事 | 村竹　章吾 |

している。

国保連合会としても、受診率向上に寄与できるように保険者のニーズに応じた支援を行っていきたい。なお、今後、国保保険者に対して取組みの意向調査等を予定している。

**支払基金**　平成 27 年度は合計で 3,988 機関から 19,319 件の請求があった。なお、特定保健指導は 145 機関から 325 件の請求があった。26 年度と比較すると、請求機関数は 98.2％、請求件数は 116.4％という状況であり、機関数はわずかに減少しているが、請求件数は増加している。28 年 8 月受付までの数字では、前年度と比較し請求機関数は 1,158 機関に対し 1,091 機関と 5.8％減少、請求件数は 4,609 件に対し 3,217 件と 30.2％の減少となっている。

なお、請求データの誤り事例で、代表的なものは次のとおりである。

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

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

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

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

**協会けんぽ**　特定健診の対象者は 161,271 人で、35 歳以上を対象に行っている生活習慣病予防健診のうち、40 歳以上の方で実施した人数は 76,797 人（実施率 47.6％）、事業者健診は 12,671 人（同 7.9％）で、全体の実施率は 55.5％となった。被扶養者に対する実施率は 25.1％となり、平成 27 年度の実施率の伸びは全国的に見てもトップ 3 に入る形で伸びている。

特定保健指導については、被保険者は協会けんぽの実施分と外部委託による実施分とで分けている。外部委託実施分は、生活習慣病予防健診の委託機関で原則、当日健診後に有所見者に対する保健指導を行っており、こちらの実施率は 16.8％、被扶養者に対する実施率は 3.9％となっている。

**広域連合**　平成 27 年度の受診率は 19.3％となり、26 年度の 18.9％に比べ 0.4％上昇となった。

**資料 2：平成 27 年度市町別健康診査受診率一覧（月別）**

| | 受診率 | | | | | | | | | | | | | | 平成２７年４月１日の被保険者数 | 平成２８年３月までの受診者数 | 除外者数 | 除外後受診率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月(1) | 3月(2) | 3月(3) | | | | |
| 広域全体 | 0.0 | 0.2 | 0.7 | 2.6 | 5.7 | 7.4 | 9.0 | 10.8 | 12.5 | 13.7 | 14.4 | 15.2 | 16.1 | 16.6 | 226,340 | 37,564 | 31,454 | 19.3 |
| 下関市 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.2 | 3.5 | 4.7 | 6.1 | 7.3 | 8.1 | 8.6 | 9.3 | 11.1 | 11.1 | 44,656 | 4,951 | 7,028 | 13.2 |
| 宇部市 | 0.0 | 1.5 | 3.9 | 6.2 | 8.6 | 10.0 | 11.4 | 13.0 | 14.3 | 15.6 | 16.3 | 16.7 | 17.2 | 17.5 | 24,770 | 4,337 | 3,655 | 20.5 |
| 山口市 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.4 | 3.9 | 5.4 | 6.6 | 8.1 | 9.7 | 10.8 | 11.4 | 11.9 | 12.6 | 13.3 | 26,745 | 3,549 | 3,408 | 15.2 |
| 萩市 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 2.6 | 7.6 | 9.1 | 10.8 | 12.6 | 14.0 | 15.7 | 16.4 | 16.6 | 17.0 | 18.3 | 10,765 | 1,965 | 646 | 19.4 |
| 防府市 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 1.7 | 5.6 | 8.1 | 9.9 | 11.9 | 14.3 | 16.0 | 17.0 | 17.4 | 18.0 | 19.0 | 16,681 | 3,164 | 1,630 | 21.0 |
| 下松市 | 0.0 | 0.1 | 1.4 | 4.8 | 8.1 | 10.0 | 11.7 | 15.4 | 18.6 | 20.6 | 21.9 | 23.1 | 24.6 | 25.6 | 7,297 | 1,869 | 871 | 29.1 |
| 岩国市 | 0.0 | 0.1 | 0.3 | 2.9 | 6.3 | 8.5 | 10.5 | 12.8 | 14.9 | 16.2 | 17.0 | 18.2 | 19.6 | 20.3 | 23,909 | 4,844 | 3,358 | 23.6 |
| 光市 | 0.0 | 0.0 | 0.5 | 2.9 | 6.9 | 9.7 | 13.0 | 16.4 | 19.7 | 21.9 | 22.8 | 23.7 | 25.1 | 25.9 | 7,787 | 2,019 | 854 | 29.1 |
| 長門市 | 0.0 | 0.1 | 1.4 | 2.9 | 4.7 | 5.0 | 5.6 | 6.1 | 6.4 | 6.7 | 6.8 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7,696 | 566 | 1,593 | 9.3 |
| 柳井市 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 1.4 | 3.9 | 5.4 | 6.3 | 7.2 | 8.3 | 9.3 | 9.8 | 10.4 | 11.2 | 12.3 | 6,362 | 785 | 1,124 | 15.0 |
| 美祢市 | 0.0 | 0.0 | 0.8 | 7.5 | 10.8 | 13.5 | 14.9 | 16.2 | 17.1 | 18.8 | 19.3 | 19.8 | 20.3 | 20.6 | 5,395 | 1,110 | 1,042 | 25.5 |
| 周南市 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 4.0 | 7.6 | 9.6 | 11.7 | 14.2 | 16.6 | 17.9 | 18.8 | 20.1 | 21.1 | 21.2 | 21,099 | 4,469 | 1,880 | 23.3 |
| 山陽小野田市 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 2.0 | 6.8 | 9.9 | 12.6 | 15.5 | 18.0 | 20.2 | 21.0 | 21.7 | 22.2 | 22.5 | 10,017 | 2,255 | 1,736 | 27.2 |
| 周防大島町 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 1.9 | 3.4 | 4.2 | 4.8 | 5.6 | 6.4 | 6.8 | 7.1 | 7.8 | 8.6 | 9.0 | 5,432 | 491 | 1,063 | 11.2 |
| 和木町 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 19.4 | 20.4 | 20.6 | 21.4 | 21.5 | 21.7 | 21.7 | 21.8 | 22.1 | 22.2 | 854 | 190 | 142 | 26.7 |
| 上関町 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 8.6 | 8.6 | 8.6 | 8.6 | 8.8 | 8.9 | 9.0 | 9.2 | 9.2 | 9.2 | 9.2 | 1,073 | 99 | 135 | 10.6 |
| 田布施町 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.9 | 6.0 | 7.3 | 8.3 | 9.3 | 11.8 | 13.5 | 14.0 | 14.8 | 16.1 | 16.5 | 2,475 | 408 | 533 | 21.0 |
| 平生町 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 3.7 | 4.8 | 6.2 | 7.6 | 9.2 | 11.1 | 12.7 | 13.3 | 14.5 | 15.3 | 15.7 | 2,269 | 357 | 461 | 19.7 |
| 阿武町 | 0.0 | 0.0 | 2.3 | 8.0 | 9.6 | 9.8 | 10.8 | 11.0 | 11.9 | 12.6 | 12.9 | 12.9 | 12.9 | 12.9 | 1,058 | 136 | 295 | 17.8 |

受診者数は 37,564 人、26 年度比で 809 人の増加となっている。受診率向上のための取組みとして、受診勧奨ポスターを作成し、健診実施機関、各市町、老人クラブ連合会を通じて各地域の老人クラブに配布している。また、後期高齢者医療制度の周知パンフレットにも健康診査の概要を掲載し、周知広報に努めた。27 年度は 26 年に引き続き健診未受診者に対して、はがきによる受診勧奨を行ったが、よりよい効果が出るように勧奨対象者を抽出した。このような受診勧奨対策により受診率は 26 年度比では増加したが、まだまだ高いと言える数値ではないため、本広域連合としては今後も受診率、受診者数が増加するよう健康診査事業の推進に取り組んでいく。

## 2. 平成 28 年度の実施状況について

28 年度の実施状況について、各保険者から次のとおり報告があった。

| 保険者 | 平成 28 年度実施状況 |
|---|---|
| 協会けんぽ | ①特定健診<br>《被保険者》<br>・生活習慣病予防健診実施機関の拡大（現在、55 機関）<br>・健診枠不足地域での会場健診の実施<br>・事業者健診データ取得の推進（事業所訪問、県、労働局との三者連名による提供依頼文書発送、長門市においては包括的協定に基づき、長門市長との四者連名での文書を発送）<br>・健診機関の健診受診勧奨業務委託の拡大<br>《被扶養者》<br>・市町のがん検診との同時実施の拡大（9 市町と協働実施）<br>・協会けんぽ主催の集団健診の実施（30 会場において実施予定）<br>②特定保健指導<br>・保健指導（被保険者）の外部委託の拡大<br>・若年肥満者を対象にした健康づくり（IT 活用）<br>・事業所における集団学習の推進<br>（生活習慣病予防、減塩、受動喫煙防止、メンタルヘルス対策等）<br>・事業所における集団健診実施時（結果に基づく後日を含む）の保健指導<br>・被扶養者に対する保健指導（会場健診当日の保健指導等）<br>・未治療者に対する受診勧奨<br>・健康づくりイベントにおける健康教育・健康相談の実施 |
| 後期高齢者医療広域連合 | ・8 月請求分までの受診状況は受診率、受診者数ともに昨年度を下回るペースで推移<br>・被保険者からの問い合わせや受診の案内の際に活用していただけるよう、健康診査の概要や受診結果の見方、予備の質問票等をとりまとめた資料を 3 月に各健診実施機関へ送付<br>・28 年度からの新たな取組みとして、健診イベント等でのポケットティッシュ配布による PR 活動など、健診の周知に力を入れていく |

| 保険者 | 平成28年度実施状況 |
|---|---|
| 下関市 | ・個別健診（160機関、H28.5.25～H29.3.25）<br>・集団健診（5か所：菊川・豊田・豊北・豊浦・彦島地区でがん検診と同日実施）<br>・セット検診（特定＋がん検診、総合病院6機関、9月～）<br>・自己負担額を1,000円に減額<br>・受診券送付時に特定健診のパンフレット同封<br>・特定健診のパンフレットに記載の実施医療機関一覧表にがん検診実施可能な医療機関を併記（H23年度～）<br>・関係機関、銀行・JA・スーパー等へPRポスター、チラシを配布<br>・未受診者へ受診勧奨はがき送付（11月）<br>・ふくふく健康チャレンジ2016にてPR（衛生部門が主催）<br>・医療費通知で受診啓発<br>・市報、ラジオ、テレビ等で周知、啓発<br>・特定健診啓発横断幕の設置（2か所） |
| 宇部市 | 【新規の取組】<br>・集団健診の実施回数の増加（10回→18回）<br>・民間企業と連携した集団健診の実施<br>・コールセンターによる受診勧奨（40、50歳代）<br>・受診勧奨のポスター掲示 |
| 山口市 | ・貧血検査・心電図検査を必須項目とし、新たに血清アルブミン・血清クレアチニン検査を追加（25年度～）<br>・集団検診をがん検診と同時に実施（24年度～、今年度は7日間）<br>・未受診者に勧奨ハガキを送付（23年度～、今年度は送付対象を拡大）<br>・アンケートの実施（28年度）<br>・受診啓発用のポロシャツを作成し、執務中に着用（25年度～）<br>・節目年齢受診者に受診費用同等額の商品券を送付（27年度～）<br>・特定健診啓発グッズを秋のイベント又は窓口に設置（各地域交流センター…21か所、各総合支所…5か所）（27年度～）<br>・新山口駅南北自由通路のデジタルサイネージ（静止画）にて特定健診のPR（28年度～） |
| 萩市 | ・市報、パンフレット、ケーブルテレビ等広報<br>・新規国保加入者への説明<br>・未受診者勧奨（40～50歳、60～65歳）　9月末実施<br>・未受診者勧奨（受診率が低い地区への受診勧奨とアンケート実施）　5月末実施<br>・当年度40歳到達者を対象に無料の簡易人間ドックを実施<br>・集団健診の休日実施の追加（12月中旬）<br>・ポイント付与<br>特定健診を受診したことなどによりポイントが付き、ポイントが貯まったら協力店で利用できる「萩にゃん。健康チャレンジ！」を実施 |

| 保険者 | 平成 28 年度実施状況 |
|---|---|
| 防府市 | ・28 年度より、受診時の窓口負担を 1,000 円から 500 円に減額<br>・例年同様、ポスター等の広報活動や利用勧奨を実施<br>・27 年に引き続き、保健師（臨時職員）による保健指導未利用者への利用勧奨を実施 |
| 下松市 | ・未受診者への受診勧奨はがきの送付（11 月、1 月上旬）<br>・集団健診をがん検診と同時に実施（年 3 回）<br>・集団健診（サンデー健診）を 2 月に実施<br>・ケンシンキャラクターによる PR<br>・個別健診の自己負担金の値下げ（1,500 円→1,000 円）<br>・平成 25～29 年度までの間に 3 回以上、下松市の特定健診を受診した人に記念品を贈呈 |
| 岩国市 | 特定健診<br>・集団健診の休日実施や各種がん検診と同時に受診できる会場設定等、受けやすい体制づくりを整備<br>・タイプ別の未受診者勧奨通知を送付（12 月）<br>・新規国保加入者に対して、受診勧奨チラシを配布<br>・27 年度新規国保加入者で未受診者に対し、電話での受診勧奨を実施<br>特定保健指導<br>・特定保健指導の該当者に対して、電話及び訪問による利用勧奨を実施<br>・方法、場所など対象者のニーズに合わせた特定保健指導の実施（集団、個別）<br>・健診結果説明会の実施（5 会場） |
| 光市 | 1　特定健診<br>・28 年度の受診率向上に向けた取り組み<br>(1)集団健診の実施（がん検診と特定健診の同時実施）<br>(2)自己負担額無料化の実施（27 年度保険診療のない世帯）<br>(3)未受診者勧奨の強化<br>ア 未受診者すべてに郵送による受診勧奨(年齢に合わせた勧奨文 2 種)<br>イ 集団健診（がん検診と同時実施）<br>ウ 集団・日曜健診の実施（イベント開催に合わせて実施）<br>エ 健康イベントでの啓発活動<br>(4)ポスター掲示による啓発活動<br>（公共機関、スーパー、コンビニ、小売商店、銀行、郵便局、病院等、約 150 か所）<br>2　特定保健指導<br>・電話勧奨、訪問勧奨の実施<br>引き続き、動機付け支援対象者には電話勧奨を、積極的支援対象者には訪問勧奨を実施 |

| 保険者 | 平成28年度実施状況 |
|---|---|
| 長門市 | ・市報、ケーブルテレビでの啓発<br>・ポスター掲示<br>・国保保険料納付書の送付の際、受診勧奨チラシ同封<br>・集団健診・休日健診の実施<br>・集団健診実施前に、受診率の低い地区へ電話勧奨<br>・10月初旬：未受診者へ受診勧奨ハガキ送付<br>・10月下旬：未受診者への電話勧奨 |
| 柳井市 | ・節目年齢（40、45、50、55、60歳に65歳を追加）の自己負担額500円<br>・かかりつけ医からの検査結果情報提供事業を医師会と契約（情報提供料1件当たり2,160円）<br>・10月上旬に過去3年間未受診者に勧奨ハガキの送付 |
| 美祢市 | ・受診率向上に向けた新たな取り組みとして、特定健診未受診者への受診勧奨を、過去受診歴、年齢、性別ごとに分けた勧奨文の送付 |
| 周南市 | ・特定健診・がん検診一体型受診券送付（5月）<br>・がん・特定健診周知冊子「けんしんガイド」の全戸配布（6月）<br>・がん検診と同時実施で集団検診実施（7～10月の休日を含め年9回）<br>・未受診者に受診勧奨通知ハガキ発送（11月）<br>・ケーブルテレビ、イベント、広報、出前トークなどによる周知啓発活動 |
| 山陽小野田市 | ・6月、7月に集団健診を実施（がん検診と同時実施）<br>・9月、12月、1月に追加の集団健診を実施<br>・未受診者に対する受診勧奨ハガキの送付<br>・健康フェスタ開催の中で特定健診のPRを実施<br>・「FMきらら（地方FM局）」ラジオ放送の中でPRを実施 |
| 周防大島町 | ・追加健診項目に尿酸値を追加（H28年度より）<br>・受診勧奨を年度内に複数回行う<br>・各種がん検診と同時実施の形で集団健診を実施<br>・40～59歳及び3年間医療無受診者の自己負担金無料券の配布　等 |
| 和木町 | 町の総合健診で受診者にスクラッチくじを引いてもらうという企画で受診率アップを目指し、それに伴い集団健診の受診率アップを期待したが、総合健診のがん検診等は平均50人程度の増加に対して、特定健診は27年を下回る受診人数であった。 |
| 上関町 | ・節目年齢（40、50、60歳）の方は無料とした。<br>・集団健診を1日追加し、土曜日健診を実施。その時に40～64歳までの未受診者に受診勧奨文を個別にて郵送。 |
| 田布施町 | ・未受診者に受診勧奨ハガキを送付（11月予定）<br>（新規の取り組み）<br>・9月に休日集団健診の実施（がん検診と同時実施）<br>・自己負担額の引き下げ　1,000円→500円<br>節目年齢到達者（40、45、50、55、60、65歳）と70～74歳 |

| 保険者 | 平成 28 年度実施状況 |
|---|---|
| 平生町 | 特定健診<br>・28 年度より、新たに集団健診を実施（7/31 済）<br>・40 代の若年層を中心に、受診勧奨を実施<br>・受診率目標　30％<br>特定保健指導<br>・保健指導対象者への案内文を分かりやすくする<br>・検査データについて、どこが“要注意”かを示す<br>・電話で教室参加の有無を確認し、勧奨を行う |
| 阿武町 | ・集団健診をがん検診と同時実施<br>・休日集団健診の実施<br>・ケーブルテレビ、町広報、防災行政無線で PR<br>・保健推進員による健診チラシの全戸配布<br>・自治体単位での健診受診声かけ<br>・日帰り人間ドックの医療機関拡大<br>・健診受診意向調査の実施<br>・未受診者勧奨の実施<br>・ポスター掲示による啓発活動（公共機関、スーパー、銀行、郵便局等） |

**萩市**　協会けんぽにお伺いしたい。事業者健診データの取組みに関する事業を進めておられるとのことだが､具体的にどのような流れになるのか。

**協会けんぽ**　事業場に勤務の協会けんぽ加入者である 40 ～ 74 歳までの方について、労働安全衛生法に基づく事業者健診データの取得に関して同意をいただき、健診機関からデータをいただく。なお、同意は基本的には「高齢者の医療の確保に関する法律」の中で、保険者がデータ提供を求めた場合には、事業者側は提供しなければいけないとされているが、事業所へデータ取得に関する文書等を送る、もしくは事業所を訪問した際に事業主と話をするなどしている。データをいただくことで、有所見者に対する特定保健指導の実施や、被保険者、被扶養者の健診結果を特定健診の実施率に加えることができる。なお、長門市とは、市町で最初に健康づくりの推進に向けた協定を結んでおり、長門市にある事業場については四者連名で文書を送った。

**下関市**　柳井市は、「かかりつけ医からの情報提供事業を医師会と契約（情報提供料 1 件当たり 2,160 円）」されているが、詳しい内容をお聞かせいただきたい。

**柳井市**　表面に健診結果を書く一覧表、裏面に質問票と患者さんの同意書をつけた「情報提供書」を作成し、それを受診券と併せて配付している。患者さんが特定健診の代わりに、直近のデータを提出することに同意していただければ、医師が情報提供書に記入、市に提出する。情報提供料は市から直接、医療機関へお支払いしている。

**藤本**　がん検診と同時に実施される市町が多い。山口県は乳がんの受診率が全国的に見て低く、その他のがん検診も受診率が低い。県もポスター制作など行っているが、このように特定健診と一緒にすることでがん検診の受診率も上がればよいと思われる。

# 第 38 回 産業保健活動推進全国会議

**と　き　平成 28 年 10 月 13 日（木）13：00 ～ 17：00**

**ところ　日本医師会館大講堂**

**[ 報告 : 常任理事　藤本　俊文 ]**

## Ⅰ　開会挨拶

**厚生労働大臣　塩崎恭久（代読：厚生労働省労働基準局安全衛生部長　田中誠二）**　わが国の労働災害の発生状況については、平成 27 年度の死傷者数・死亡者数がいずれも前年を下回り、業務上疾病者数も前年より減少した。特に死亡者数については統計を取り始めて以来、初めて 1,000 人を切っており、産業界の労働災害防止に向けた継続的な取組みが身を結んだと考える。一方で、仕事による強いストレスなどを原因とする精神障害の労災認定件数は高水準で推移しており、メンタルヘルス不調の問題は引き続き重要な課題となっているため、対策促進の一環として改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度が施行されている。この制度は、働く本人にとっては自身のストレスへの気づきを促し、メンタルヘルスの不調を未然に防止するとともに、企業単位では集団分析を踏まえた職場の改善を図ることが目的である。また、仕事をもちながら、がんで通院している方が 30 万人に上るなど治療を要する疾病を抱える方々が、業務によって疾病を増悪させることがないように配慮していくことも企業では求められる。このような中、先般、閣議決定された日本一億総活躍プランにおいても、一億総活躍社会を実現するためには、がん患者が希望や能力、疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要であることから、治療と職業生活の両立支援の促進に取り組むこととし、実現に向けた、働き方改革の重要な課題の一つとして検討し、その効果的な推進を図っていきたいが、そのためには関係者の協力体制が不可欠であり、引き続きご協力賜るようお願い申し上げる。

近年、働き方に関する健康を取り巻く職場環境や社会状況が大きく変化している中で、働き方の心身の健康を確保し、一人ひとりが生きがいをもって能力を発揮できることが重要であり、それは企業や社会の生産性の向上にも繋がる。厚労省としても、働き方改革を支える産業保健施策の強化にしっかりと取り組むとともに、現場の関係者の皆様が働き方の健康管理業務を適切に行うことができるよう、産業医制度の見直しを含めた産業保健活動の環境整備を行っていきたい。

**日本医師会長　横倉義武**　ご高承のとおり、生産年齢人口減少社会において、社会の活力の基盤である労働者の健康管理は非常に重要な課題であり、産業保健活動の推進は労働者の健康保持・増進を通じて、わが国の持続可能な社会の構築に大きく貢献するものと確信しており、産業医の先生方や産業保健活動総合支援事業に期待する声がますます増大するものと思う。

このような状況において、都道府県医師会、郡市区医師会が多くの課題を克服しながら産業保健活動の推進にご尽力いただいており、現在の産業保健活動総合支援があるのも現場の産業医の先生方の地道な取組みによるものと理解しており、お礼を申し上げる。

労働安全衛生法が改正され、労働者に対してストレスチェックを実施することが義務付けられ、27 年 12 月から施行となっている。新たな業務ができたことにより、第一線の産業医の先生方の中には、業務量の増大とともに訴訟リスクによる不安感をもたれている方がおられることから、その負担を少しでも軽減するために 28 年 7 月に新たな賠償責任保険制度を創設した。

また、近年では、治療を受けながら就労を続ける労働者が増加しており、労働者に対する治療と職業生活との両立支援が新たな課題となっている。現在、厚労省では、産業医制度のあり方に関する検討会において、ストレスチェックと同様に、産業医の職務として位置づけるべく検討が行われているが、産業医が治療と職業生活の両立支援に取り組むためには、主治医との連携や情報提供のあり方など、解決する課題が多くあると考えられ

るので慎重に対応したいと考えている。

一方、わが国の保健医療を取り巻く環境は、疾病構造の変化、医療技術の高度化や住民のニーズの多様化など大きく変化をしており、このような中で医療機関はこれまで以上に安全で質の高い医療を求められている。この要請に応えるためには、勤務される医師をはじめとする医療従事者の健康管理や作業環境管理など、環境の変化に対応できるような医療機関における産業保健の推進が不可欠であると認識している。以上を踏まえて、28 年度の全国会議では、産業保健支援センターの活動報告、労働衛生行政の動向に加え、医療機関の産業保健の推進といったテーマでシンポジウムを開催することとした。

都道府県医師会や郡市区医師会が安心して主体的に取り組める環境作りのために厚労省との折衝を重ねていくので引き続き、よろしくお願い申し上げる。

**労働者健康安全機構理事長　有賀　徹**　当機構は、労働者健康福祉機構と労働安全衛生研究所が統合するとともに日本バイオアッセイ研究センターが実施していた化学物質の有害性調査業務を加えて 28 年 4 月に発足した。統合により労働安全衛生総合研究所が担ってきた労働災害防止に関する基礎的、応用的な研究機能と労災病院の臨床研究機能等の一体化による相乗効果を最大限発揮していくことで、引き続き労働者の健康と安全の確保に努めていきたい。産業保健の分野については、3 事業が一元化され、産業保健活動総合支援事業が発足して 2 年半が経過した。この間、事業の運営等について、医師会等多くの皆様から、ご助言・ご指導をいただいたので、円滑に事業を構築できるような環境を整えてきたところであり、事業全体として実現しつつある。

27 年 12 月からストレスチェック制度が実施されているが、この制度を契機として、中小規模の事業所をはじめとする産業保健活動に対する支援ニーズが増加しているのではないかと考えており、そのニーズを把握し、今後、事業の積極的な活用に繋げていきたいと思っている。わが国の繁栄、すなわち国民の豊かな暮らしにとって大きな基盤の一つは、産業や経済がいわばその時代の要請に調和ないし共鳴しながら継続的に発展することである。労働者の健康を守ること、労働者・勤労者医療を展開することは、まさにここに集約できると考えている。

そして、機構の目的は、一億総活躍社会ないし働き方改革の実現等の同じ脈絡の線上にあると考える。今後とも当機構の産業保健活動に関して、ご意見を賜るよう切にお願い申し上げる。

**産業医学振興財団理事長　櫻井治彦**　27 年から 28 年にかけて、労働安全衛生法の改正によりストレスチェック制度、640 物質のリスクアセスメントの義務化等が新たに加わった。さらに治療と就労の両立支援が今後の重要課題として認識されていることはご案内のとおりであり、過重労働対策についても、着実な実施の必要性を印象づけるような出来事が報道されており、産業保健が対応すべき課題はますます増加している印象が強いと感じている。そのような中で、本協議会の関係各位のご活動の社会的な意義がますます高まっており、多様な視点から知恵を出し合い共有することで、今後の積極的且つ効率的な活動への展望がより明らかになることを願っている。

当財団の主な事業について、都道府県医師会に委託し実施いただいている産業医研修事業については、28 年は法改正を踏まえた化学物質のリスクアセスメントやストレスチェック制度に重点を置いた研修会をご検討いただいているところである。また、財団の実施事業として、3 日間コースの産業医の専門講習会及び全国 6 都市で実践講習会を開催しており、皆様のご参加はもとより、周知へのご協力をお願いする。当財団では、産業保健活動を支援するため『産業医学ジャーナル』などの定期刊行物の発行を行っており、27 年 10 月に刊行した『嘱託産業医のための実務 Q & A』、最新刊の『職場における感染症対策』については、ご好評いただいている。また、近刊の面接指導版『嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q & A』については、本日ご出席の皆様には別途ご送付させていただくこととしている。前書同様、現場実務に役立つよういろいろと工夫を盛り込んでいるので、関係者の方々にご活用いただけることを願っている。

## Ⅱ　活動事例報告

### (1) 茨城産業保健総合支援センターの取り組みについて

茨城産業保健総合支援センター
所長　小松　　満

本県では、都道府県別人口 10 万人あたりの医師数が全国で 2 番目に少なく 177.7 人（平成 26 年 10 月 1 日現在）であり、医療施設に従事する看護師、准看護師数も 754.0 人（同年 12 月末日現在）で、全国で 43 番目と少ない。

27 年の産業医の選任状況調査では、産業医を選任すべき事業場数 3,394 事業場、産業医選任報告数 2,840 事業場であり、選任率は全国平均 88.7％に対して 83.7％である。認定産業医は 28 年 8 月末現在 976 人で、単純計算で一人あたり 3 事業場をもっている。当センターでは、事業場から産業医の紹介要請があっても応えることができないので、県医師会と連携して基礎研修を行い産業医の増員と質の向上に努めている。

業務上疾病発生状況は、毎年 200 件程度で 27 年度は全国を上回った。

一般定期健康診断有所見率は、この 10 年間は常に全国平均を 2％程度上回っており、特に血中脂質検査が全国平均を超えている。本県は有訴者率が低く検査結果が悪くても医療機関を受診しないという県民性があり、啓発が必要と考えている。

本県の事業所で働く労働者一人あたりの平均年間総労働時間は 22 年以降、全国平均を上回っており、特に東日本大震災後、急激に増加したが 27 年は減少している。しかし、26 年度の所定労働時間が年平均 14.5 時間と全国で最も多くなっており、時間外労働の是正を進めなければならず、多くの方へ正しい情報を発信していかなければならないと考えている。

本センターの産業保健相談員は 17 人で、うち 9 人が産業医であり、産業保健相談員（医師）が講師を務める体験型・参加型の形式で研修会を実施している。開催場所は水戸市（県庁所在地）と土浦市で、1 回の研修会につき受講者数 20 人以下の少人数により、年間 100 回程度実施している。一方、法令や制度改正の周知を目的とする説明会については、茨城労働局と連携し、80 人以上が参加する研修会を開催している。

### (2) 酒田地域産業保健センターの活動「事業場の元気を支えたい」

酒田地域産業保健センター
コーディネーター　浅井　俊夫

山形県内の地域産業保健センターは 6 地域で成り立っており、県の事業場登録率は 5.7％であるが、実際の活動数はさらに少ないのが現状であり、各地産保で保健師を多く登録し活動していることが県の特徴である。地産保の活動形態は、医師会での健康相談窓口、事業場訪問による相談受付（産業医、保健師、コーディネーターがいくつかの形態でチームを組む又は保健師が単独で活動）しており、一般の健康管理にかかる面接指導、文書指導と長時間労働者の面接指導、メンタルヘルス相談などを実施している。

酒田地産保は地区医師会に併設されているが、その原動力は第 1 に登録産業医、登録保健師及びコーディネーターが二人三脚で活動するチームワークのよさにある。第 2 に地区医師会事務局、産業保健総合支援センター及び運営主幹の支援と協力が日常的にあり、労働基準監督署からも信頼され、事業場との連携が積極的に行われていることである。第 3 に事業場に年度末に事前アンケートを行い、年頭計画を立て、それをもとに確実に実行する。第 4 に指導結果を事業場へ返して活用してもらうこと、そして地産保が事業場の元気を支えるという生きがいである。登録産業医は、地区医師会が定期的に産業医の活動調査を行い、登録の更新、新規登録を行っている。幸い多くの産業医に登録いただいており、産業医の登録なくして事業は進まないと断言できる。登録保健師 2 名は産業保健活動の経験があり、コーディネーターは衛生管理者の資格を有しており活動経験がある。

医師会長をはじめ運営主幹である担当理事、医師会事務局、登録産業医のご理解とご協力のもと、産業保健総合支援センターの指導と支援を受け、県内コーディネーター間の交流、情報交換を行う等レベルアップを目指しており、県内地産保活動が発展するなかで、労働基準監督署も紹介してくれる。

酒田地産保では、2 年に 1 回、産業医に産業医活動状況調査を行い、登録産業医に協力してもら

えるかの確認を行っている。結果は医師会事務局がとりまとめ、協力できると回答した産業医名簿が地産保に渡される。

また、毎年２月に次年度の「健康相談・面接指導」利用事前確認票を送付し、それをもとに年間計画を作成、さらに月ごとの活動計画を作成し、登録産業医、登録保健師は訪問、相談時期を計画する。毎年アンケートを繰り返している結果、相談希望、相談実績が増加している。定期健康診断結果の事前確認をし、保健師が指導対象者をピックアップして、事前に事業場へ連絡して都合の良い日を設定し、産業医が指導する。指導された労働者へは、文書でも結果を通知し、治療又は精密検査が必要な場合は、受診状況を事業主が把握できるよう事業場に対しても文書で通知し活用してもらう体制をとっている。

労働者からは「身近な場所で相談ができる」「自分から相談したい」「治療に繋がって良かった」という声が挙がっている。中小事業場で働く方が元気であってほしい、また、事業場そのものも元気であってほしい、その思いを原動力として今後も支えていきたいと思っている。

## Ⅲ　説明・報告

### (1) 最近の労働衛生行政の動向について

厚生労働省労働基準局安全衛生部
労働衛生課長　武田　康久

ストレスチェック制度は 27 年 12 月に施行され、現在、各事業所において第 1 回目のストレスチェックが施行されている最中であり、最終的には事業所から労働基準監督署に報告され、29 年春には第 1 回目の取りまとめがある。参考までに、現時点で約 9,000 弱の事業所において一部集計されており、そのうちストレスチェックを施行されている実施者の約 50％以上がその事業所の産業医であり、その後の高ストレス者に対する面接指導についても約 85％が事業所の産業医というデータが集まっている。

**ストレスチェック制度に関する支援について**

ストレスチェックや面接指導を実施する医師向けに、制度全般に関わる「実施マニュアル」「面接指導マニュアル」を公表している。また、事業用のストレスチェック実施プログラムにあわせて、専用コールセンターも開設しているので活用いただきたい。そのほか、各都道府県産業保健総合支援センターにおいてもストレスチェックに関する専門的な研修を行い、制度全般のサポートダイヤルも引き続き開設している。制度の適切な実施の促進に向けて、先生方のご指導をよろしくお願いしたい。

**治療と職業生活の両立支援を巡る状況について**

疾病を理由に 1 か月以上休業している労働者がいる企業の割合は、がんに関しては 21％に上り、仕事を持ちながらがんで通院している労働者は 30 万人以上にも上る。一方で、治療技術の進歩により、かつては不治の病とされていた疾病についても長くつきあう病気に変化してきたことは申し上げるまでもない。疾病を抱える労働者の方々は、仕事上の理由で適切な治療を適切に受けることができない。また、疾病に対する労働者自身の不十分な理解もしくは職場の理解不足・認識不足により、本人の意に反して離職に至るケースが多いことが問題である。事業場側の課題としてもそのような方々を、どのように適正に配置・管理を行っていけばいいのかということについて 9 割の事業所で対応に苦慮しており、事業所、労働者それぞれに課題を抱えておられるのが現状である。そのような状況を踏まえて、28 年 2 月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。これは、日医にも参画いただき、さまざまな立場の先生方からご意見をいただいた上で出来上がったものである。大きな柱として、両立支援を行うため、事業場において、どのような環境整備をしていけばいいのか、個別の両立支援を進める場合において、どのような形で進めるべきか、その仕組みをまとめ、それぞれの立場で活用できるようなガイドラインとなっている。

事業者による両立支援の取組みの位置づけについては、治療が必要な疾病を抱える労働者が業務に従事することにより疾病が増悪することがないよう、治療と職業生活の両立のために必要となる一定の就業上の措置や適切な治療に対する配慮を行うことが一つの目的であり、従前から健康確保対策として位置づけられているが、事業場の環境整備において系統的にまとめたものがないことか

ら、このガイドラインにより、事業者が適切に行えるよう示したものである。

柱となるものは両立支援を行うための環境整備であるので、実施前の準備として、なぜ、このようなものを進める必要があるのかを担当者のみならず事業者において意識啓発をしていただく、そして、相談窓口を明確化し、休暇制度、勤務制度の事業場における整備等についてまとめていることである。

また、個別の両立支援を進めていくうえで、病気を抱えた労働者が主治医等から、仕事に関して就業上どのようなことに留意すればいいのかなどの意見をいただく場合において、労働者の仕事上の情報を把握するため、ガイドラインで「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」等を例示している。最終的には、事業所における就業上の措置、治療への配慮が行われるような意見書が出されるようガイドラインで示している。

治療と職業生活の両立支援を進めることの意義は、中心となるものは労働者自身であり、疾病にかかっても本人が希望すれば、疾病を増悪させることがないよう適切な治療を受けながら仕事を続けていく可能性が高まる。事業者にとっては、疾病による労働者の離職より貴重な人材資源の喪失を防ぐことである。本人や周囲を含めた労働者のモチベーション向上の観点からも、結果的に労働生産性の維持・向上に繋がり、長い目でみてメリットとなる。主治医等の医療関係者にとっては、適切な治療の中断等を防ぐことで、疾病治療を効果的に進めることが可能となり、最終的には、疾病を抱える方々が、それぞれの状況に応じて就業の機会を得ることが可能となる。これによりすべての人々が、生きがいと働きがいを持って活躍できる社会の実現に寄与することが期待される。

このような社会の実現を進めるにあたり、横断的に必要なのが、働き方そのものを変えていく「働き方改革」である。これを進める上で基盤的に支えとなるものは産業保健活動であり、ますます意義や期待が大きくなってきている。

産業保健活動を推進するにあたり、それぞれの環境を整理していく必要が出てくる観点から、中核となる「産業医制度に関するあり方検討会」が 27 年 9 月から 7 回にわたって「求められる労働衛生管理」についての課題の整理、産業保健活動の中核となる産業医に期待される役割、また、産業保健チームでの対応方法における就業上の必要措置について、職場環境の改善それに必要な事業場の情報取得はどうあるべきか等が活発に議論された。現在、取りまとめているところであり、先生方に情報をお届けしたいと考えている。

社会構造及び産業構造の変化に伴い、さまざまな課題がある。産業医の先生方には、多忙な日常診療の中で産業保健活動にご尽力いただいており、厚労省においても、産業保健活動を推進するうえで、環境整備に関してさまざまな関連機関と連携をとり、「産業医制度のあり方検討会」の提言を今後の施策に反映させていきたい。

## Ⅳ　シンポジウム
## 「医療機関における産業保健の推進」
### （1）体制作り－産業医の役割を中心に－

**北里大学名誉教授　相澤　好治**

全産業の休業 4 日以上の死傷災害は第三次産業が大部分を占めており、そのうち医療保健業では転倒と動作の反動・無理な動作が 66％を占めていて（平成 27 年調査）、業務上疾病発生状況では負傷に起因する疾病が 84.9％で最も多く、次いで病原体による疾病が 8.9％と高い。

労働災害事例とその対応として次の 3 つがある。

①殺菌用紫外線による障害

病院の手術室・病室等の室内殺菌用に新たに購入した紫外線移動式殺菌装置の取扱いの説明を受けていた数名の看護師が、同機器の紫外線ランプから発生した紫外線により目の痛みを訴えたため、保護具の着用、危険性について表示した。

②漏れたキシレンを拭き取る作業中の有機溶剤中毒

大学病院に出勤した臨床検査技師が再生溶剤貯留タンクの蛇口からキシレンが漏れているのを発見し、床に漏れていたキシレンを引き取る作業をしたのち、頭痛・吐き気が出現したので、蛇口を改善し、保護具の着用をした。

③転倒

利用者をトイレに誘導中、入居者が車椅子のフットレストを上げて自走していたため、先回りしてトイレのドアを開けようと車椅子のフットレ

ストを乗り越えたところ、靴がフットレストに引っかかって転倒し、トイレのドアに頭から激突したので、車椅子での移動中は、被介護者の足がフットレストに乗っていることを確認し、フットレストを乗り越えないこととした。

院内での危険有害要因には、①針刺し、②空気感染症、③暴力・暴言、④化学物質、⑤過重労働、⑥腰痛、⑦血圧計の水銀、⑧建物のアスベスト、⑨転倒などがあり、これらのことから医療従事者は安全と健康を損なう多くのリスクにされられているといえる。医療従事者の特徴として、日本の医療福祉産業の就業者は 784 万人（27 年調査）で建設業よりも多く、雇用創出の成長産業、労働集約型の産業、女性が多い、患者中心のサービス、自己犠牲が尊ばれる職場風土である。安全と健康を脅かす課題は、生物学的要因（感染症）、化学的要因（消毒薬、抗がん剤、麻酔ガス、ホルムアルデヒド、キシレン、中毒患者の二次曝露など）、物理的要因（電離放射線、紫外線、騒音、振動）、エルゴノミクス的要因（腰痛など）、社会心理的要因（ストレスなど）、怪我、受傷などであり、山積している。

**臨床医学と労働衛生の立場の違い**

工場で働く労働者が病気になると、診断・治療のために医療機関を受診後、回復して職場復帰する際に、職場の情報が臨床医学に入っていると後にフォローアップがしやすくなるが、幸い、医療機関においては労働衛生と臨床医学両分野での情報が得られる。

医療機関では医療法と労働安全衛生法が並立しており、医療法では医療を提供する体制の確保（医療の安全）と国民の健康保持（患者の安全・安心）を目的として、病院・診療所・助産所の開設、管理及び整備の方法などを規制している。

一方、労働安全衛生法は労働者の安全と衛生についての基準を定めた法律で、従事者の安全と健康を目的としている。

なお、26 年 6 月に成立し、10 月に施行した第 6 次改正医療法では、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるように努めなければならない」（医療法第 30 条の 19）と定められており、労働安全衛生法と一体化して、効果的・効率的に実施することが大切である。

労働衛生の三管理とは作業環境管理、作業管理、健康管理であるが、これに加えて、総括管理、労働衛生教育を加えて五管理と呼んでいる。なお、総括管理では労働衛生管理体制、職場巡視、衛生委員会、安全衛生マネージメントシステム、リスク評価があるが、特にリスク評価が行われている。

医療機関では、病原体、有機溶剤、紫外線、抗がん剤、電離放射線の除去、転倒、腰痛、結核、肝炎予防、メンタルヘルス、針刺し事故防止、院内感染防止、医療安全管理体制、チーム医療、患者の苦情・相談体制は、医療安全においても労働者の健康を確保するために重要なことである。労働衛生管理体制は、病院長から部・科長、事務・医療スタッフへとなっているが、危険有害要因への安全衛生対策は、どちらかというと患者に偏り、医療従事者がなおざりになる傾向があるので、各委員会での対象を患者と医療従事者として調査審議し、各委員会で調査審議されない事項が発生した際には、安全衛生委員会が中心的役割を果たす。

総括安全衛生管理者とは安全衛生管理組織の最高責任者であり、安全衛生管理は企業の生産ラインと一体的に運営される見地から、一定規模以上の事業場において工場長、所長等、名称の如何を問わず選任する。

産業医の職務は労働安全衛生法第 14 条第 1 項に、ストレスチェック、高ストレス者への面接指導及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置が加わり、9 項目となった。同法規則第 15 条では、毎月 1 回、作業場等の巡視・措置を行い、同法第 18 条 2 では産業医が衛生委員会の構成員になることが明記されている。産業医等の権限として労働者の健康を確保するため、事業者に対し健康管理について必要な勧告を行い、事業者はこれを尊重しなければならない（同法第 13 条）。そして職務に関して、総括安全衛生管理者に勧告、衛生管理者に指導・助言することができる（同法第 14 条）。また、健診業務に従事した医師、看護師、衛生管理者は、知り得た労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはいけない（刑法 134 条、安衛法第 104 条）。さらに、事業

主が健診後の措置を実施するため、産業医は健診の必要な結果を事業主に報告しなければならないが、予め当該労働者の了解を得て情報を加工することも場合により必要である。

27 年 5 ～ 6 月に日医が認定産業医の中から無作為に抽出した 1 万人に産業医活動に関するアンケートを行ったところ 4,153 人から回答があった（有効回答率 41.5％）。活動形態としては、本業の傍ら他の事業場の産業医を兼務する嘱託産業医がもっとも多く 77％、次いで勤務先の産業医（診療・管理等の他業務も兼任する兼務産業医）は 22％であった。

事業者に対する意見陳述状況は、意見を伝達したことに対して 75.2％の事業者が対応しているが、13.9％の事業者が対応不明、対応拒否は 3.4％、産業医から意見を伝達していないは 3.2％との回答を得ている。

兼務産業医活動の課題としては他の業務（役職）が多忙で産業医活動に十分な時間を割けない、産業医としての判断と経営者・管理者としての判断が両立しない場合がある、自身が経営者・管理者等であるため労働者が相談しにくいのではないかと感じる、等がある。なお、労安衛法改正により、29 年 4 月 1 日から事業者は産業医の選任にあたっては、法人の代表もしくは事業を統括管理するものを選任してはならないことになっている。

厚労省において、27 年 12 月からストレスチェック制度導入により、産業医が担うべき職務が増大し、労働安全衛生法制定当時の産業構造の変化により産業医に求められる役割について改めて見直す必要があることから「産業医制度の在り方に関する検討会」を行っている。

**まとめ**

医療機関には多くの危険有害要因が存在し、交代制勤務や長時間残業、腰痛を起こす無理な姿勢など働き方の問題もある。国民医療費は 40 兆円を超え、今後、医療経営は厳しくなるので、管理費・人件費の節減が求められる可能性が大きいが、健康の保持は医療従事者の権利であるとともに医療の質を維持・向上する上で必要条件である。

医療機関での産業保健活動は、医療従事者の健康と安全を守り、より良い医療を患者に提供する基盤となるため、産業医が職務を適切に行える環境整備が求められる。

### (2) メンタルヘルス対策

**三井記念病院精神科部長　中嶋　義文**

日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会において、平成 27 年 5 月に日医に所属する勤務医約 8 万人から無作為に抽出された 10,000 人にアンケート調査を依頼した結果、3,166 人から回答を得た（有効回答率 31.7％）。勤務医を取り巻く環境は全般的に改善傾向にあると考えられる。

一方、前回（平成 21 年）実施されたアンケート調査と比較してみると、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんどみられず、また、自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合がいまだに 3.6％存在しており、抑うつ症状尺度中等度以上の医師は、8.7％から 6.5 へとわずかの減少、同重度以上の医師が 1.1％存在していることから不健康な割合は横ばいである。

そこで、21 年には 30 項目あった「医師の健康支援のための職場改善チェックリスト」において、①勤務医自身からの要望が強い対策、②本検討委員会が従来から強調してきた事項（体制・クレーム組織対応・相談窓口）、③既に診療報酬に収載されている対策、④施策法令関連対策、⑤日本医師会男女共同参画委員会推奨の対策という 5 つの視点から再度調整して、さらにアンケート負担軽減の視点から 15 項目のアクション（組織的な取り組み）に絞り込んだアクションリストを設定した。そして、その効果の検証として①メンタルヘルス（うつ）指標、②自殺リスク指標、③労働生産性関連指標（WFun）、④勤続継続意思（経営指標）という 4 つのアウトカム指標に基づいてそれらの効果を検証したところ、15 項目のうち 14 のアクションが、アウトカム指標すべてに対して有意な改善効果を示した。

また、21 ～ 27 年において、厚労省においてさまざまな施策が行われたが、その施策の認知度が 4 つのアウトカム指標に対して有意にリスクの低下に結びつくものの、各種施策の認知度は非常に低く、認知度が一番高いもので地域医療支援センターの 24％であった。ただ、これらの施策をご存知の方々は、アウトカム指標に対してのリ

スク低下に効果が現れているので、さまざまな施策を行うことによってメンタルヘルス対策が可能だといえる。

**当院での取組み**

28 年度のメンタルヘルス支援のための組織的な取組みとして、TQM 部（トータル・クオリティ・マネジメント）では、KAIZEN 活動、医療安全委員会・衛生委員会ではストレスチェックを行い、総務・人事部では職員満足度調査分析を施策に結びつけるような組織体制をとっている。

ストレスチェックは面接指導（高ストレス者）を中心としたものと、個人の結果を一定規模のまとまりの集団ごとに集計・分析した集団分析（努力義務）があるが、職場環境改善という観点からみると集団分析の効果は期待できるので、やはり行われないといけないことだと考える。

努力報酬不均衡（ERI）モデルによると、ストレスが多い状況というのは、努力が多く報酬が少ないことである。職場の義務要求度が上がっているときに、それに応じた金銭・地位を上げることでストレスを下げることができると考えられているが、むしろ内因的要求が大きいことが分かっている。個人の裁量権における欲求から本人が努力しているときに、認められることへの欲求があり、認められることが報酬となってストレスが下がるといえる。業務量が変えられないとき、給料や地位を上げることができないとき、内的な報酬である「認めてもらえること」を職員が実感できるようにすることが大切だと感じる。

このような JDCS や ERI モデルを用いた上で、ストレスチェック制度に基づく高ストレス者の面談において、あらかじめ問診票を用いて、実際のストレスチェックに基づく面談指導の時間を短縮化しており、現在の仕事内容、現在の配置、部署人数、仕事で特にストレスに感じる内容、上司・同僚と話しにくいこと、時間外がどの程度か、期限が決まっているとき、どのくらいの時間なら耐えることができるか、休憩、休暇が取りやすいか等、また、過重に耐えられるため、期限内に行うことができるか、さらに、その意義があるかを本人が自覚しているかどうかを確認する。通勤時間の確認は非常に重要であり、60 分を超えると級数的に負荷が増加する状態となるところは専門家として感じている。その他、睡眠時間、ストレス反応の確認（主観・客観、対処法）、性格・行動の強みの確認を問診票に取り入れている。これらのことは精神科専門医の目のつけどころとなるので参考にしていただきたい。

また、当院では各分野による個別支援を行っている。医師には研修医対象メンター制度、看護師には看護師支援心理士の雇用、医師・看護職以外の職員には職員支援心理士を雇用し、複数の支援者で各個別面談を行っている。初期研修医研修時には産業医による面談、看護師グループには新規採用・中途採用者に看護師支援心理ファシリテーションを行っている。入職時には過重労働、うつ病、睡眠と休養、支援の仕組みを講義している。個別面談の導入により、メンタルヘルス不全の発病者のリスクが導入前より減少した結果が出ており、利点はキャリア発達を客観的に評価出来る、直接の指導医でないため話が聞きやすい、各科指導医と連携し負荷を早めに調整できることである。一方、欠点・問題点は、提供可能な時間に制限がありアポイント調整が非常に難しい、各科の細かい各科の事情が理解しづらい点がある。

### （3）勤務医の健康支援

**労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所**
**過労死等研究センター長代理　吉川　徹**

**医師の過重労働等と健康支援に関連する主な出来事**

医師の過重労働については 20 年ほど前から過労死について関心が高まり、認定基準等が整備されている。研修医の労働者性が確認されたのもその頃で、研修医が労働者であることが裁判で争われたことがある。1999 年の小児科医過労死事件により配偶者が過労者協議会等に参画され、医療従事者の長時間労働対策が重要であることを訴えられており、過労死白書にも重要な影響を与えている。2000 年代に入り、行き過ぎた患者尊重や業務負荷増による医療事故に対する医療界の動きがある中で、麻酔科医突然死の安全配慮義務訴訟、鳥取大学の医師がアルバイトに向かう途中の事故死による支払い等の訴訟、奈良県立病院の産婦人科医の割増し賃金未払いの労働時間に関係した内容が、医師の健康と密接にして議論されている。

それと時を同じくして、職能団体による勤務環

境改善への関心が高まり、日本医師会勤務医委員会において 2008 年からは「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が立ち上がった。日医の取組みの成果もあり、2 年前の医療法改正では、管理者は医療従事者の勤務環境改善を講じることが規定されている。医療現場では勤務医の長時間労働が常態化していたが、少しずつ改善傾向に向かっている。

2008 年に日医は「勤務医の健康支援のための検討委員会」を立ち上げ、2009 年に第 1 回目の全国アンケートを行い、その結果を受けて、リーフレットの作成及びそれらの成果を活用したワークショップを開催し、2015 年には第 2 回目の全国調査を行っている。2009 年の調査で勤務医の実態について同委員会としての報告を出し、この中では自宅でオンコールで待っている状態が月に 8 日間以上あった勤務医、また、患者からのクレーム・トラブルを半年間に 4 回以上経験している勤務医は、うつ状態になるリスクが高くなることがわかった。

2 回目の調査では、前回調査から改善の兆候はあるが、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんど見られず、自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合も 3.6％認められた。改善ニーズの高かった医療事故や暴言・暴力等への「組織的対応」「快適な休憩室や当直室の確保」は 9 割以上の施設が実施している一方、診療報酬で評価されることとなった「当直の翌日は休日」「オンコールの免除」の実施については 2 割に満たない状況であり、専門家の活用についても今後の課題となっているところである。

そのような中、この委員会では例えば勤務医の労働時間ガイドラインとして労働時間を考える際の注意点を委員会で整理している。

なお、委員会の中で大きな動きとして医師の健康支援のためのワークショップを 6 年にわたって開催しており、産業医の先生が参加され、研修医との連携が取れたりと非常によい交流ができている。ワークショップを続けていると、長時間労働に関してもいろいろな課題があることがわかる。例えば①病院管理者は経営に振り回されて医師の労働条件の確保などを検討する時間がない。②医療サービスの質が医師個人の良心に委ねられ、長時間労働に関連して問題が起こった場合は医師の資質にその原因が転化される雰囲気さえある（これは残念ながら裁判事例等でも医師が過労死して損害賠償請求が起こった場合、過失相殺という形で医師は自分の健康は守れるはずだという形で病院の弁護側がそういうことを主張する場合があり、医師の健康は誰が確保するのかということについて医師に責任を委ねすぎないというのが重要であると思う）。③法律に関してあまりにも疎い。④長時間労働が美徳と考える風習がいまだにある。⑤病院管理者が違法状態を自覚して見逃している。⑥監督官庁である労基署は違法労働を認識しているが法的拘束力のある介入を行いにくい実態がある。⑦労基法と指摘されても改善のしようがない。⑧労働条件確保が診療報酬と連動していないのがおかしい等である。

委員会では、現在の労務における実態は労働法令と乖離がある。画一的な対応を行政的にやるのではなく、現状を把握しながらその隙間を埋めるところから、26 年 10 月の医療法改正後、「いきいき働く医療機関サポート」（いきサポ）というホームページが開設され、医師をはじめとする医療スタッフがよりよく働くための事例が掲載されており、4 つの領域「働き方・休み方の改善」「働きやすさ確保のための環境整備」「職員の健康支援」「働きがいの向上」における取組例の中から、各医療機関が自組織の現状に応じて、優先順位をつけて計画的に取組みを進めていただきたい。

### （4）労働衛生のリスク対策～感染症を中心に～

国立国際医療研究センター国際医療協力局
和田　耕治

**1. ワクチンで予防可能な疾患の対策強化**

医療機関での産業保健活動の実態をみると、B 型肝炎、C 型肝炎など血液媒介感染症の抗原・抗体検査、B 型肝炎の抗体が陰性の職員へのワクチン接種は 9 割が行っているが、入職時の医師や看護師の風しん、麻しん、水痘の抗体検査は 58％であり、既往調査の実施対策が遅れているといえる。28 年 9 月に関西国際空港の従業員と治療にあたった医師を含めた 35 人がはしかに感染した。従業員にかなりの感染者が出ているが、これからオリンピックが開催される中、空港で働

く方々の感染対策が必要である。空港では税関、入国管理局など多くの公務員の方が働いているがワクチン対策はあまり語られていないので、オリンピックの開催を機に、きちんとした対策をとるべきだと考える。

すでにワクチン対策として、日本環境感染学会が「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版」を公開している。麻しん、風しん、流行性耳下腺炎、水痘は免疫を獲得した上で勤務・実習を開始することを原則とする。ワクチンにより免疫を獲得する場合の接種回数は 1 歳以上で「2 回」を原則とする。勤務・実習中は予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数にかかわらず保管する。免疫が不十分であるにもかかわらずワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し当該医療関係者が発症することがないよう勤務・実習体制を配慮する。接種回数を確認するのに一番わかりやすいのは母子手帳であるが、手帳で風しんワクチン接種が確認できた人は、29 歳から 59 歳の働き世代を対象とした中では 36％であった。

また、これらのフローチャートも示されており、基本的には 2 回の予防接種ができていればよいが、医療従事者といえども、予防接種をしていなかったり記憶がないといった場合には抗体価測定をしたうえで接種したほうがいいが、料金がかかってしまうので、初めから 2 回接種をしたほうがいいという考え方も示されている。

『日本環境感染学会誌』によると、東京の医療機関、838 名の医療従事者を対象として抗体価測定を行ったところ、風しん・麻しん・流行性耳下腺炎・水痘のいずれかの抗体価が低かった職員は 28％であり、ワクチン接種の対象となった人の割合は、麻しん 7％、風しん 8％、流行性耳下腺炎 16％、水痘 0.8％というデータが示された。

岡山県の医療機関において、ICU で汎発性帯状疱疹患者の発生、手術室での流行性耳下腺炎患者の手術がきっかけとして行った調査では 20 代の抗体価が低く、若い世代に抗体価をもってもらうことが重要となる。一方、ワクチン接種を希望しない主な理由は、必要性は理解できるが自分には必要ないと考えている 35.2％、副作用が怖い 13.9％が挙げられている。

また、27 年 1 月の厚生労働省医政局地域医療計画課の事務連絡では、中小医療施設を対象として、職業感染予防の対策として「院内感染対策のための指針案」が示されている。

**院内感染担当部署とのさらなる連携**

安全衛生委員会への院内感染担当者の参画、感染対策委員会への産業医の参画、院長や理事長へ必要な対策（費用）を共同で提言する。

○事例 1：沖縄県 民間病院（職員数約 800 名）

感染管理担当者の看護師が衛生管理者資格を取得、衛生委員会のメンバーとして職場巡視も行う。感染管理委員会と衛生委員会で職員のワクチン接種と抗体価を共有し、理事会に対してワクチン接種の費用負担について申し入れを行っている。ワクチン接種は、産業医、感染管理看護師、経理課のコアメンバーで実施。今回の麻しんのアウトブレイクを受け、感染管理委員会から産業医にも連絡があり、28 年度に予定されていた麻しんワクチンの接種を早めることについて産業医に意見を求めてきた。

○事例 2：宮城県 公立病院（職員数約 1,100 人）

産業医（呼吸器内科医）と感染管理室が連携し、結核の接触者健診とハイリスク部門職員の結核対策（QFT 測定）を行っている。ワクチン接種にも産業医が参画している。産業医と感染管理室の関係は良好で、特段の問題もなく連携が図れている。

○事例 3：神奈川県 公的病院（約 400 床）

感染管理看護師が安全衛生委員会のメンバーとなり、B 型肝炎ワクチンプログラムの推進、結核対策（QFT 測定）、麻しん、風しん、ムンプス、水痘の抗体価測定を職員全員に実施できるようになった。感染管理看護師が、健康診断などの対応も産業医とともに行う産業看護職としても一部仕事をするようになった。

○事例 4：東京都 大学病院（約 1,000 床）

感染対策室長が産業医を兼務（産業医は全部で 3 名）し、職業感染対策を実施。感染症罹患時の就業自粛期間の設定。免疫がない状態の職員の就業について、非流行期では制限しないが、流行期にはハイリスクエリアの立入就業制限を院内ルールとした。勤務計画に影響を及ぼす可能性があり、

職員は積極的にワクチン接種に参画した。

**血液媒介感染症の感染患者への医療従事者の差別偏見対策**

アメリカのような HIV 感染者が多いところでは医療従事者が感染者へ偏見をもちにくい思考があるようだが、日本では偏見が強いことが示されている。看護師 992 人を対象とした調査では、HIV 又は BC に感染した患者に対応すると自分に感染するのではないかと心配に思う人が約 50%、また、性的な面や薬物使用者ではないかとの偏見の目で見てしまう人が 39%であり、できれば担当したくないという意識をもつ看護師が多いのが現状である。針刺し・体液曝露対策、現場での教育、患者への偏見対策を進める必要がある。

## Ⅴ　協議（質問・要望事項）

**司　会　相澤　好治**
**（日本医師会産業保健委員会委員長）**
**発言者　武田　康久（厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長）**
**亀澤　典子（労働者健康安全機構理事）**
**松本　吉郎（日本医師会常任理事）**

**栃木県医師会**　ストレスチェック制度が導入されたことによって、産業医を辞退する等、産業医活動に少なからず影響が出ていると考えるが、そういった動向について把握しているか。あるいは調査する意向はあるか。

**松本常任理事**　日医の産業保健委員会で検討し、29 年度には全国の産業医の実態調査把握を行いたい。また、現場の産業医がストレスチェックを実施する上で重要なことは、研修やマニュアルの必要性、嘱託産業医の契約の見直し等の情報発信であるので、これらについても検討していく。参考として、28 年 6 月に埼玉県の産業医 328 人にアンケートを取った結果、約半数が実施者であり、残り半数は面接だけは行う、全く関わらないという方は少ないとの回答結果を得ている。

**小田原医師会**　日医医賠責保険に補償拡充が行われた、産業医の医師活動賠償責任保険について、対象となるのは日医 A 会員で嘱託産業医活動を行っている事業所における産業医活動が対象であることはわかるが、嘱託医としての契約を結んでいない事業所において、臨時でストレスチェック後の面接を行う場合、補償の対象となるのか。また、この場合、その事業所に嘱託産業医がいる場合といない場合でも扱いは同様か。

**松本常任理事**　28 年 7 月より産業医・学校医等の活動に対して日医医賠責保険の補償を拡充している。 例えば、ストレスチェックの判定や面接指導が不適切であったため対処が遅れて、うつ病が発症、増悪したなど、産業医活動に起因して発生した不測の事故を補償の対象としている。保険対象者は日医Ａ会員（Ａ①・Ａ②Ｂ・Ａ②Ｃ）で、補償の限度額は 1 事故 1 億円である。

嘱託医としての契約を結んでいない事業所において、例えば、臨時でストレスチェック後の面接指導を行う場合など、日医Ａ会員で産業医資格を有している医師であっても、事業所と契約を締結していない場合は補償対象外となるので、必ず事業所との書面契約が必要である。

→詳細は、日医ホームページのメンバーズルーム、「医師会活動について」内の「会員のみなさまへ」にある「日本医師会医師賠償責任保険制度」で閲覧できる。

**岡山地域産業保健センター**　地域産業保健センターにおける懸案事項として、医師の偏在により、一部の地域では著しく産業医が不足していることがあるが、新たに産業医の資格を取得することも難しく、地域産業保健センターで十分な人数の登録産業医が確保できない状況にある。今後、こういった地域がさらに増えていくと考えられるが、行政として今後の方策についてどのように考えているか。また、公立医療機関の勤務医は、地方自治体の方針のためか産業保健活動に参加していただけない傾向が強くなってきており、産業医の不足している地域産業保健センターの活動に支障が出ていることから、行政から地方自治体に対し、協力要請することが必要と考えるがいかがか。

**亀澤理事**　地域産業保健センターについては、全国で 800 名弱の登録をいただいている。産業医の資格を有する公立医療機関の勤務医師の地域産業保健センターへの出務については厚労省、地方公務員法でも特段の規制は行っていないので、積

極的に参画いただきたい。また、地域職域連携協議会の場を通じて、地方自治体に対しても情報共有を図り協力を求めていきたい。

**岡山地域産業保健センター**　メンタルヘルス対策については管理監督者研修の目標件数を示されているところだが、行政からの名簿等を利用して参加勧奨等を行っているものの増えていない状況にあり、行政からの情報も少なく、今後の展開が見えてこない。特に管理監督者研修あるいは若年労働者への教育といったものは、現状においては行政から事業場への働きかけがなければ実施が進まない状況であるが、行政としての考えをお示しいただきたい。

**岡山県医師会**　ストレスチェック制度（面接指導について）の実施について、日医からはできれば嘱託産業医が共同実施者になって実施するようにとの提案をいただいたが、大企業は業者丸投げで共同事業者を必要としない。どのようにすればよいか。

**武田課長**　嘱託産業医は日頃より労働者の状態を把握する立場からストレスチェックの実施についての仕組みを知り、事業場内の情報を共有する観点から衛生委員会での調査、審議にかかわることが重要である。高ストレス者への面接指導についても、勧奨から実施にわたって関与し、個々の労働者の適切な就業上の措置、職場改善につなげることが望まれる。嘱託産業医が事業場のストレスチェックにかかわる意義は大きいことから、直接ストレスチェックにかかわらなくても、共同実施者として面接指導の実施から勧奨まで関与いただけるとありがたい。国としても、労働局、労働基準監督署において、ストレスチェック制度の目的に照らして効果的に実施できるように、事業場に対して丁寧に指導できるよう考えたい。

**岡山県医師会**　高ストレス者のうち、面接指導を拒否する者に対する措置について、大企業では相談窓口の設置、自己管理についてのパンフレットの配布などを考えているようだが、中小企業では放置されてしまう可能性もある。50 人以上の事業所にも財政的な支援が必要なのではないか。

**武田課長**　面接指導を拒否及び面接までに至らなかった高ストレス者を放置しないことが大切である。労働者数が 50 人以上の事業場については、ストレスチェックの実施が法的に義務があり、これにかかる費用を国が助成することは困難であるが、事業者向けの啓発セミナー、相談対応等の技術的支援を行っていくのでご理解いただきたい。

**岡山県医師会**　実際に面接指導を行うと、カウンセリング、苦情相談のようなものが多々あり、産業医の「面接指導」のスキルをいかに担保するかが今後の課題であると考えるが、日医としてスキルアップ研修などを予定しているか。

**松本常任理事**　日医に申請された研修会の単位申請は 28 年 9 月までで 200 講座ある。今後、日医が主催する研修会では、実際の面接指導を扱ったより実践的な内容を検討したい。

**武田課長**　ストレスチェックの実施、面接指導の取組み方がわからない産業医もおられることから、現在、標準的な実施マニュアル、医師向けのマニュアルを公表している。また、産業保健総合支援センターでも面接指導に関する研修会を開催している。制度 1 年目であるので実際に行ってみた現場の課題、事業場における好事例についても、労働局、監督署において現在把握を行っているところであるので、引き続き現場におけるニーズを支援、施策に反映させていきたい。

**広島北地域産業保健センター**　小規模事業場におけるストレスチェックの実施に際して、労働基準監督署の小規模事業場に対する指導の役割についてどのように考えているか。

**武田課長**　まず、労働局及び労働基準監督署からメンタルヘルス対策の重要性を周知、啓発し、事業者に対するセミナー、担当者に対する専門的研修、個別訪問支援、電話相談等の利用勧奨を行っている。50 人未満の事業場でのストレスチェックは努力義務であるが、小規模事業場でのメンタルヘルス不調の予防が重要であることは変わりないので、自主的な取組みを含めストレスチェックの実施促進について支援を行っていく。

産業医学振興財団事務局の鮫島裕司 次長の総括により、本会議を終了した。

# 平成 28 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協議会

と　き　平成 28 年 11 月 17 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］

毎年開催している標記協議会を今年度も開催し、今回は山口労働局の小松原正俊 局長にもご出席いただき、ご挨拶をいただいた。

**小松原労働局長**　山口県内における産業医学の進展にお力添えをいただいていることに感謝を申し上げる。特に先生方には、地域窓口として、各地域で中小企業の産業保健水準の向上にお取組みいただいている。現在は、労働者健康安全機構へ事業が移っているが、設立の趣旨は、県内の中小企業の方々のために産業保健を推進するということであり、これは労働局の大きな施策の一端であるので、ご協力をよろしくお願いしたい。また、ストレスチェックについては、平成27年からスタートし、ちょうど1年が経過するところである。各事業場から、ストレスチェックの結果について報告いただくことになっているが、今のところ、順調に報告がなされている。今後は、報告がない事業場に対して監督署から督促をする時期に入るが、その際には、先生方にご協力いただくことになるかと思うのでよろしくお願いしたい。

## 協議事項

### 1. 労働衛生行政の動向について

**山口労働局健康安全課長　藤村祐彦**　労働衛生行政の動向として、主に 4 つのことについて説明する。

**厚生労働省委託事業「腰痛予防対策講習会」**

労働災害である腰痛は病院・社会福祉施設の看護、介護の現場において、予防対策が重要な課題となっており、中央労働災害防止協会が各地域において講習会を開催している。（注：山口県では平成29年1月23日に山口市小郡で実施された。）

**受動喫煙防止対策助成金**

喫煙防止対策として、平成 27 年 6 月 1 日から職場での受動喫煙防止対策（事業者・事業場の実状に応じた適切な措置）が事業者の努力義務となったが、この対策に取り組む中小企業に対する助成金制度を創設している（助成上限額：200 万円）。県内からは 5 件申請があり助成している。

**ストレスチェック制度**

平成 27 年 12 月 1 日から 50 名以上の労働者を使用する事業者に対して当制度が義務付けられているが、提出期限は明文化されていない。ストレスチェックを含めた一般の健康診断、その他、有機溶剤を扱う特殊健康診断、特定化学物質を使用する事業場に義務付けられる結果報告書の提出がある関係で、これらと織り交ぜて、29 年 1 月には労働基準監督署から督促することを考えており、その提出をもって、実施状況をある程度把握できるかと考えている。

なお、山口県内のストレスチェックを行う外部実施機関が少なく、嘱託産業医が面接指導を断ることなどで、面接相談対応に苦慮される声もある。

ストレスチェックの実施期限は 28 年 11 月 30 日までであるが、報告期限は明文化されていない。

他の一般健康診断、特殊健康診断は提出期限が定められているので、それらと織り交ぜて、労働基準監督署から督促をしていくと考えている。

**労働災害を防止するためのリスクアセスメントの実施**

労働安全衛生法が改正され、平成 28 年 6 月から、一定の危険有害性のある 640 の化学物質について、事業場におけるリスクアセスメントの実施、譲渡提供時の容器などへのラベル表示が義務化された。また、27 年 12 月に福井県の化学工

場におけるオルトートルイジンによる膀胱がん発症事案が大きく報道されたことを受けて、これを特定化学物質として規制しており、29 年 1 月 1 日に施行される。

また、オルトートルイジンを調査する過程で、オルトートルイジンを使用しない化成品等の製造事業所でも複数の労働者及び退職者に膀胱がんの病歴又は所見があることが明らかとなり、28 年 9 月に MOCA（3,3’ - ジクロロ -4,4’ - ジアミノジフェニルメタン）を取り扱う事業場の調査を行ったところ、県内において 6 事業所で使用していた。なお、MOCA は、建設工事現場の防水材、床材、全天候型舗装材に利用されるウレタン樹脂の硬化剤として使用されている。

### 2. 産業保健活動総合支援事業について

**山口産業保健総合支援センター副所長　桐田秀信**

事業内容として、大きくは産業保健関係者からの専門的相談対応、産業保健スタッフへの研修、事業者・労働者に対するストレスチェック、治療と就労の両立支援に関する啓発セミナー、メンタルヘルス対策に関する教育、個別訪問を行っている。その他、地域産業保健センターを地域窓口として、常時 50 人未満の労働者を使用する事業場の産業保健活動や労働者の健康相談を無料で支援しているが、当センターの知名度が低いことを感じており、今後、高めていく対策を考えていきたい。

当センター主催のセミナーを開催しているが、アンケートで要望のあったもの、ニーズにあったものを平成 28 年度は 12 回開催している。

また、「事業場における治療と職業支援の両立支援」については、厚生労働省が 28 年 2 月に示したガイドラインに基づいて事業者に取り組んでいただきたいというものであり、当センターが支援を行っている。当センターでは、休業者の復職希望者を対象に支援する一方で、再就職希望者はハローワークが対応する。

両立支援の進め方は、次のとおりである。

①労働者が主治医に作成してもらった書面（配慮事項に関する意見書）を事業者に提出し、支援を求める申し出を行う。

## 出席者

**山口労働局**

局長　小松原正俊
健康安全課長　藤村　祐彦

**（一社）山口県労働基準協会**

専務理事　原　哲夫

**山口県経営者協会**

専務理事　西田　隆男

**山口産業保健総合支援センター**

副所長　桐田　秀信

**（公財）山口県予防保健協会**

専務理事兼事務局長　山田　勇

**県医師会産業医部会**

| | |
|---|---|
| 部会長・防府支部長 | 山縣　三紀 |
| 徳山支部長 | 山本　真二 |
| 山口支部長 | 林　大資 |
| 宇部支部長 | 若松　隆史 |
| 小野田支部長 | 川端　章弘 |
| 下関支部長 | 吉水　一郎 |
| 萩支部長 | 村田　高茂 |
| 監事 | 山本　貞壽 |
| 監事 | 武内　節夫 |

**県医師会**

常任理事　藤本　俊文
理　事　舩津　浩彦
理　事　山下　哲男

②事業者が主治医からの情報を産業医などに提供し､必要な措置や配慮についての意見を聴取する。
③事業者が主治医、産業医などの意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業上の措置を決定し、実施する（両立支援プランの作成が望ましい）。

これらに伴う当センターの関わり方については、次のとおりである。
①人事労務担当者、産業保健スタッフ、医療関係者に対する研修・情報提供を行う。
②両立支援に取り組む関係者への個別訪問・相談対応を行い、企業側に整備体制づくりを行ってもらう。
③医療機関と連携し、患者から復職の申し出があった際に、患者の同意をもって、企業・労働者の仲介者となり調整支援を行う。

今後、両立支援制度を促進するために、「普及促進協議会」を立ち上げることになっており、本日お集まりの方に委員となっていただくことを予定している。

その他、従業員数 50 人未満の事業場で、ストレスチェック及びストレスチェック後の面接指導を実施した場合の助成金の申請期間が平成 29 年 1 月末から 2 月末まで延長された。

### 3. 勤労者健康教育の取組みについて

**山口県労働基準協会専務理事　原　哲夫**　当協会では、総合的な健康教育について、衛生管理者、安全衛生従事者等の管理者に対して、教育を行っている。また、心と体の教育として、メンタルヘルス教育、受動喫煙防止対策等の労務研究会を行っている。

## 「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

### 投稿規程

字数：1 頁 1,500 字程度
1）タイトルをお付けください。
2）他誌に未発表のものに限ります。
3）同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
4）編集方針によって誤字､脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
5）ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
6）送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
7）原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

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

# 第 12 回 医療関係団体新年互礼会

と　き　平成 29 年 1 月 7 日（土）17：00 ～ 19：00
ところ　ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」

［報告：広報委員　長谷川 奈津江］

平成 29 年 1 月 7 日、山口県の 15 の医療関係団体による新年互礼会が山口市で行われた。

河村康明 県医師会長の年頭の挨拶によると、今回の参加者は過去最多だそう。いつもの会場である「平安の間」が狭く感じる。

小山茂幸 県歯科医師会長の開会の辞や、横倉義武 日本医師会長の新春のお言葉では、2018（平成 30）年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定のみならず、第 7 次医療計画・第 7 期介護保険事業（支援）計画・第 3 期医療費適正計画がスタートする。横倉会長のお話では、この 2018 年は、今後の医療・介護施策において極めて大きな節目となる、あらゆる分野のシステムがスタートする変革の年であるそうだ。

村岡嗣政 県知事は、昨年 12 月のプーチン露大統領の山口来訪により、長門市が注目を集めたことを挙げておられた。大統領が萩の銘酒を誉めてくださったことは慶賀に堪えないが、おかげで、そのお酒が大人気のため品薄で現在、われら県民が入手困難な事態となり、複雑な心境でもある。

来賓のご挨拶で、河村建夫 衆議院議員は、安倍政権も 5 年目を迎え、日本の政治は世界的にも安定している、自民党が下野した時期にもこの会にお呼びした山口県に対し、安倍政権への一層の協力をと呼び掛けられた。

ここで一番注目したのは、自見はなこ 参議院議員。ポスター以上に明るくパワフルな雰囲気。医療系議員の勉強会の様子や下関・北九州をつなぐ新しいインフラの話題を交え元気に挨拶なさった。

このような会は、毎年継続することに意義があるが、時々新しい風が吹くことも重要であるなあと認識した。

乾杯のご発声をされた江里健輔 山口県立大学理事長は、女性医師の担当患者のほうが長生きするという、最近発表のハーバード大学の報告を紹介され、会場は盛り上がった。でも江里先生ご自身はこの発表を信じていらっしゃるのかしら？

岡 正朗 山口大学学長の万歳三唱、中原靖明 山口県薬剤師会長の閉会の辞で、和やかにつつがなく、会がお開きとなった。

# 平成 28 年度
# 第 47 回全国学校保健・学校医大会

と　き　平成 28 年 10 月 29 日（土）10：00 ～
ところ　京王プラザホテル札幌
主　催　日本医師会
担　当　北海道医師会

報告：副 会 長　濱本　史明
常任理事　藤本　俊文

今回の第 47 回全国学校保健・学校医大会は北海道医師会の引き受けで開催され、本県からは徳山医師会の石川佳世子 先生、下関市医師会の松永尚治 先生、本会からは濱本、藤本が出席した。午前中は 5 会場で分科会、午後からは表彰式、シンポジウム、特別講演があった。

次期担当県は三重県医師会で平成 29 年 11 月 18 日に開催される予定である。

以下、当日の報告記事だが、ここでは第 1 分科会、第 3 分科会を報告する。なお、第 2 分科会は「『からだ・こころ（2）』運動器検診・運動器に関する諸問題や取組」、第 4 分科会は「耳鼻科」、第 5 分科会は「眼科」の内容であった。

## 第 1 分科会［からだ・こころ（1）］
## 学校健診・学校教育・生活習慣病 ほか

### 1. 愛知県医師会の学校管理下における児童・生徒の死亡に到る有害事象への取り組み

愛知県医師会　稲坂　博

児童・生徒の学校管理下における有害事象への対策、特に命にかかわる分野においての 28 年間にわたるこれまでの取組みと今後の方向性をまとめたので報告する。

**① NPO 法人日本救急蘇生普及協会**

平成 24 年 10 月から本県教育委員会との共催で県下の小学校、中学校、高等学校を対象に無料で出前講習会を開催するようになり、継続している。今日現在、講習実績は既に 50,000 名を超える。

**②学校給食時における食物アレルギー起因ショック**

学校管理下の有害事象で近年際立っているのは、給食時における食物アレルギー起因のショックによる死亡である。学校管理下に医療が関わる時には、さまざまな障壁があり、最短距離で行える救命対応は未だ大きな課題を残していて、これまでも抜本的解決が示されないままに各県のさまざまな取組みが紹介されるのに留まるのが実情である。

藤田保健衛生大学医学部 4 年生に、学校保健に関する講義を行っていたが、当時から愛知教育大学等の他大学との学校保健に関する連携を提案し続けたところ、教職員がエピペンや AED を含め、学校管理下において自信を持って救命処置が行える教育プログラムが開発された。講習を行うことにより、アナフィラキシー緊急時対応について必要と考えられる各項目の自己評価は、講習直後には上昇しており、本プログラムの目標は達成されていると評価された。

### 2. 徳島県医師会が実施している県内統一した小児の健康管理システムについて

徳島県医師会　田山　正伸

小学生と中学生及び高校生（平成 27 年度：75,119 人）を対象に、本県内で統一した健康管理システムを構築し、各学校で一次検診を実施している。健康管理の内容は、①学校心電図検診、②小学生、中学生及び高校生肥満検診、③学校検尿検診、学校糖尿病検尿検診を実施している。

**①学校心電図検診**

平成 6 年に本会学校医部会内に心電図検診委員会が設置され、平成 7 年から小学校 1 年生、中学校 1 年生、高校 1 年生の生徒全員を対象と

して学校心電図検診を開始した。年間約 2 万人の児童・生徒がこの検診を受けており、そのうち 4%が精密検査となり、その 4 分の 1 でなんらかの生活運動管理が必要となっている。

**②小学生、中学生及び高校生肥満検診**

本県は糖尿病死亡率全国 1 位が続き、肥満傾向児も全国平均よりもかなり多いという現状を踏まえて、小児期より生活習慣予防対策を進める必要性が強く認識された。平成 12 年に本会学校医部会内に生活習慣予防対策委員会を設立し、本県下の全児童・生徒の生活習慣や体格の実態を把握し、小児期からの正しい健康づくりを推進している。

活動の内容は以下の通りである。

（1）県内全小中学生の身長、体重などの調査
（2）徳島県標準体重を作成し、徳島県体格評価ソフト（あわっこ）を作成
（3）平成 15 年度より「小児肥満の健康管理システム」「学校腎臓病検尿システム」「学校糖尿病検尿システム」が全小中学生を対象にスタート
（4）19 年度より高校生の体格調査を開始し、21 年度から「高校生の肥満健康管理システム」がスタート
（5）15 年度に『小児期からすすめる生活習慣病：一次予防の手引き』を作成し、各学校、医師会員等に配付
（6）23 年度より「高校生の学校糖尿病検尿システム」がスタートし、24 年度より「高校生の学校腎臓病検尿システム」がスタート

**③学校検尿検診と学校糖尿病検尿検診**

昭和 63 年に「学校腎臓検診の精密検査実施ガイドライン」を作成し、学校保健の場で活用されてきた。平成 10 年に学校医部会腎臓検診委員会が設立され、学校検尿検診システムを施行、15 年より現在の学校腎臓病検尿システム及び学校糖尿病検尿システムが確立して実施している。

## 3．都立学校心臓検診における調査票の活用

東京都医師会　泉田　直己

学校心臓検診においては、心臓病などの既往歴、心臓病を疑われる症状などの調査、学校医診察、学校からの要望等を把握し、心電図などの客観的な所見と合わせて心疾患の有無について判定することが求められている。これらの情報を調査票に集約し、その活用について報告した。

心臓病などの既往歴については、既存のガイドラインに基づいて判定マニュアルを作成し、運用している。心臓病を疑われる症状については、最近の発症例について解析した結果を報告した。

今回の検討では、症状による抽出は、新たに管理が必要な例を発見することが可能であるが、その一方で結果として異常なしと判定される例も多かった。心臓病を疑われる症状に関する調査については、さらなる解析が必要であると思われるとともに、質問方法などについても検討が必要であると思われた。

## 4．2014 年度の姫路市における学校心臓 1 次検診で QT 延長を指摘された児の運動負荷心電図所見

兵庫県医師会　五百蔵　智明

QT 延長症候群（LQTS）は心室頻拍や心室細動などの重症心室性不整脈を生じ、めまいや失神などの脳虚血症状や時には突然死を来しうる重篤な症候群であるため、2013 年に改訂された学校生活管理指導ガイドラインでは QT 延長児の管理指導区分は厳しくなり、また、必要な検査も増えた。学校における突然死症例の一部が LQTS であったとの報告も散見されるだけに、1 次検診が軽症の QT 延長であっても慎重な対応が求められることは十分に理解できる。

しかし一方で、運動負荷心電図の適応については再考の余地があると感じた。その大半が自覚症状や家族歴がなく軽度の QT 延長である 1 次検診陽性者の全生徒に運動負荷心電図を行う必要性については、この検査の長所（LQTS の診断に有用である等）と短所（検査の煩雑さ等）を総合的に考えてみた場合に、必ずしも現状が最適ではないと考えたからである。

そもそも LQTS の診断において、運動負荷心電図は本疾患の絶対的な診断価値を有する検査ではなく、多くの解説をみても、運動負荷心電図、24 時間ホルター心電図やエピネフリン負荷心電図、顔面浸水負荷心電図などの発作を誘発する検査が並列で推奨されている。確かにこれらの中でスクリーニング検査として最も適しているものは

運動負荷心電図であるかもしれないが、LQT1 と LQT2 は運動がきっかけとなり発作を起こすが、LQT3 はむしろ安静時に発作が多いとされ、運動負荷心電図で検出できない LQTS は存在しうると考える。さらに、運動負荷心電図は決して簡便に行える検査ではないことも軽視できない点である。

前述のとおり、LQTS として発作が起きてしまえば重篤な状況に陥ることは揺るぎない事実であるが、当部会では 2014 年度の結果を総合的に振り返り、2 次検診としての運動負荷心電図の適応基準をもう少し狭めてもよいのではないかとの結論に至った。

最後に、2013 年のガイドラインの改訂に伴い、姫路市では QT 延長を指摘された生徒が基幹病院に集約される形となり、1 次検診陽性者に対してほぼ漏れなく一定の検査を実施することができ、その結果、3 例を LQTS と診断できたことは大きな収穫であった。

## 5. 川崎市立学校心臓病検診結果
### －平成 15 年度から平成 26 年度の結果報告－

神奈川県医師会　堺　浩之

検診では最初に心臓病調査票と全例 12 誘導心電図による一次検診が行われる。市内の専門病院の担当医が判定委員会に加わることで、検診医と専門医間の連携が緊密になり、統一化された診断基準のもと判定をすることができる。今回、平成 15 年度から 26 年度の 12 年間の結果をまとめたので報告する。

一次検診に先立ち全対象者に「心臓病調査票（川崎方式）」を配付、保護者に必要事項を記入していただき、川崎病の既往を有する場合は「川崎病再調査票」にも記入していただいている。

問題があると認めた心電図全例を心臓病判定委員会にて、ビデオ・ビジュアライザー（テレワークキャノン製）を用い判定委員全員で検討し、二次検診対象者と検査内容を決定する。二次検診は判定委員が胸部 X 線写真、安静時心電図、一肋間下もしくは一肋間上心電図、運動負荷心電図等を参考にし、調査票の内容の再確認と診察を行った上で三次検診対象者を決定する。三次検診対象者は仮管理区分に従って管理が行われ、原則として市内指定の循環器専門医療機関に依頼している。

一方で、学校医が心雑音や不整脈などにより検診を要すると判断した場合は、春の二次検診と同時に検診を行っている。また、前年度の心臓病検診において基礎心疾患を認めない房室ブロックや散発性期外収縮等は 1 年間観察（次年度再検）の後、秋にフォローアップ検診を行っている。

三次検診終了後、その結果報告とすでに心臓病で治療・管理を受けている児童・生徒の報告をまとめて、管理指導区分の最終決定を川崎市立学校児童生徒心臓病専門会議にて行い、最終的に川崎市立学校児童生徒心臓病運営会議へ結果が報告される。

**結果**

・受診者数は増加している。新たに 1,069 名が管理（一次受診者の 0.4%）
・先天性心疾患＋弁膜症は小学校から中学校、高校と減少傾向。不整脈は小学校から中学校、高校へと有意に増加（特に心室期外収縮、QT 延長）
・川崎病既往は小学校では多く、中学校、高校では有意に減少
・心室期外収縮、QT 延長は、既に管理対象となっている割合が中学校で増加

全例心臓病調査票と 12 誘導心電図を用いて、統一された基準の下で判定を行うことで多くの心疾患を発見し、十分な管理を行うことが可能であり、児童・生徒が有意義に学校生活を送ることに寄与しているものと思われる。

## 6. テキストマイニングによる喫煙防止授業の感想文の分析－共起ネットワークによる感想文の可視化の試み－

和歌山県医師会　村上　浩一

喫煙防止活動は少なくとも中学生以下の児童・生徒に対して行うことが必要で、その大きな目的は、将来の喫煙行動選択リスクを減少させることである。

和歌山県日高医師会では平成 17 年度から各学校医が担当校に出向き、小学 5 年生又は 6 年生を対象に喫煙防止出前授業（以下､授業）を行なってきた。この結果、私たちの授業はタバコの健康被害に関する知識の習得には有用ではあるが、児

童の将来の喫煙行動選択リスクの減少に寄与しているという実証を得ることはできなかった。このため、授業を受けた児童がどのような感想を抱いたかを把握し、将来の喫煙行動選択リスクを低減させる有効な授業や取組みを検討する目的で、児童の自由記述感想文に着目し、テキスト型データを計量的に分析するテキストマイニングの手法を用いて分析を行った。

方法はフリーのソフトウェアである KH Coder（Ver.2.00e）を用い、多変量解析によるテキストデータの分析を行い、客観性を確保し、感想文の全体的な傾向を捉えることを試みた。分析内容は、①頻出語について、②頻出語の共起ネットワークによる分析、すなわち、自由記述の中で出現パターンが似通った語（共起の程度が強い語）を線で結んでネットワークを描き、可視化すること、③ KWIC（keyword in context）コンコーダンスにより、頻出語の前後の文脈を検索し、その頻出語が実際にどのように用いられているかを検索することの 3 点である。

**結果**

①頻出語を品詞別に上位 15 位とその出現頻度をみると、各期間とも名詞では、多い順に「タバコ」、「ガン」、「大人」、「お父さん」、「ニコチン」、「お母さん」、「寿命」、「タール」、動詞では「吸う」、「思う」、「知る」、「分かる」、「教える」、「死ぬ」、形容詞では「悪い」、「黒い」、「怖い」、「多い」、「高い」、「短い」などで、「大人」、「父」、「母」など人を表す名詞を除けば、タバコに含まれる有害物質や健康被害を表す語の出現頻度が高かった。

② 10 年間のすべての感想文を対象とした共起ネットワークでは「タバコ」－「吸う」－「ガン」－「知る」、「ニコチン」－「一酸化炭素」－「タール」－「物質」－「種類」－「入る」、「寿命」－「短い」－「縮まる」－「縮む」、「お父さん」－「お母さん」－「言う」、「友達」－「断る」、「血液」－「流れ」、「見る」－「写真」のようにネットワークとして図示され、生徒たちはガンや血管、血液の流れに起因する病気を危惧していること、また、両親の喫煙を心配していること及びタバコに対する負のイメージを感じていることが、このネットワークを見るだけで容易に推測することができた。

③さらに、KWIC コンコーダンスのコマンドを用いてこれらの頻出語が実際どのように使われているかを、その語の前後の文脈も合わせて検索した。頻出語の中で媒介中心性が高かった「ニコチン」、頻出語で常に 2 位だった「ガン」、興味深い頻出語の「お父さん」、「周り」について、このコマンドを用いて感想文から検索し、改めて生徒の喫煙に対する考えを確認することができ、生徒は授業の内容を正しく理解し、喫煙や受動喫煙の健康被害についての知識が非常に高いことが推測できた。

10 年間にわたる授業に対する生徒の自由記述の感想文について、テキストマイニングの手法を用いて客観的・計量的に分析した。この方法により生徒の喫煙に対する意識の全体的な傾向を客観的に捉えることができ、共起ネットワークで感想文を可視化することで、容易に全体像を概観することが可能であることが検証できた。膨大な量の感想文を分析するにあたり、テキストマイニングは非常に有用な手法である。

学校医による授業は、喫煙行動に至る前の児童のタバコの害に関する知識の向上に貢献していると考えられた。今後は、将来の喫煙行動選択リスクをより減少させるための授業の工夫や、継続的取り組みが重要と考えられた。

## 7. 佐賀県における中学生への性教育 －アンケート調査から考える－

**佐賀県医師会　徳永　剛**

中学生への性教育に取り組んだきっかけは、20 歳未満の人工妊娠中絶率が平成 18 年度に全国ワースト 1 位になったことである。本県では全年齢層で人工妊娠中絶率は高く、全国上位を占めていた。若年層における原因の一つとして、情報源の多様化による正しい性知識の欠如が挙げられる。

22 年度に中学生・高校生を対象に、学校医を中心とした性教育実施体制を整備、事業を実施した。人工妊娠中絶問題については産婦人科医だけではなく、佐賀県全体の問題として認識され、事業開始に向けた取組みが開始された。

まず、本会内に性教育対策委員会を設置した。郡市医師会の代表、県、教育委員会、産婦人科医会、小児科医会等が参加し、共通認識の下で活動

している。

また、講義を行うには教材が必要であり、県下全域の中学校・高等学校で学校教育として行うには、内容の均一性が要求される。本会では産婦人科医会の協力によりスライド教材を作成した。内容は性についての正しい知識を持つことと同時に、命の大切さ、尊厳、生きることを基本理念とした。講義者については、産婦人科医、学校医を対象に研修会を開催し、事業の普及に努めた。以降、看護師や助産師等も研修会に参加できるようにした。26 年度より助産師に協力を依頼し、講師として事業に参加いただいている。直接、出産に関わっている助産師が積極的に参加することにより、講師の選択の幅が広がった。

当初は県医師会主導で開始したが、23 年度より佐賀県教育庁の管轄の下で行われるようになった。結果として、平成 18 年にワースト 1 位であった 20 歳未満の人工妊娠中絶率は、波はあるものの徐々に低下しており、23 年にはワースト 12 位、24 年には 10 位となり、25 年は 4 位であったが 26 年には 11 位と、上位ではあるが改善傾向がみられる。

今回の中学生へのアンケートでは、講義による効果は有意差をもって有効性が確認され、更に自尊感情も有意に改善している。このことは、性に関する知識が高まるのみでなく、自尊感情が高まり、人工妊娠中絶の減少に寄与していると思われる。共通の教材は、今後もより理解しやすいものを目指し、改訂していきたい。学校医へのアンケート調査では、学校医は協力的で前向きに取り組んでいた。性教育は産婦人科医が行うという考えを改め、学校医、助産師等の参加により、この取組みを継続推進していく必要性を実感した。

性教育の中学生及び高校生用教材は、本会のホームページからダウンロードできるので、ぜひ活用していただきたい。

## 8. 学校文化祭の医療啓発ポスター展示における医系学生の医療調査への参加の意義

岩手県医師会　鈴木　武敏

日本では小中高校教育を通じて、児童生徒への医学教育が全くないに等しい。正しい医療知識を持った大人になってもらうためには、子どものうちに基本的な情報を提供することが求められる。最も費用対効果の高い方法と考えたのが、ほとんどの学校で毎年開かれる文化祭での医療啓発展示である。

2 年前から「NPO 法人ホスピタ医療啓発ネットワーク」が、診療に忙しい学校医に代わって展示を行うシステムを始めた。さらに、27 年度からは岩手医科大学の地域医療活動を目的とした学生サークル「衛生検査部」の学生の参加協力をお願いした。

**①啓発の対象を見直そう**

児童生徒を囲む、学校医、学校関係者、教育委員会、保護者を含めた医療啓発を行うことで、無関心層を関心層に変えるきっかけになることを期待して、文化祭を使って医療啓発を行うことを目的とした「NPO 法人ホスピタ医療啓発ネットワーク」の活動が始まった。

**②文化祭ポスター展示**

26 年度は 47 校の学校のみであったが、27 年度は 500 校に増えて、岩手、青森、秋田、東京で実行できた。

**③医系学生の参加**

27 年度から岩手医科大ホスピタ医療啓発アニメホスピタ医療啓発新聞学の地域医療活動をしている「衛生検査部」の学生に声をかけて、医学部、歯学部、薬学部の学生とともに、活動を岩手県内の 2 つの高校で行った。この活動が全国に拡がり各県の医系学生によって、このような疫学調査が全国規模で行われるようになれば、膨大な医療調査が容易になることが期待できる。

**④まとめ**

忙しい診療の合間の学校医活動では、どうしても学校間格差が出てしまう。そこで、NPO 法人が医療啓発の分野の学校保健活動を代行することになれば学校間格差を減らせる。また、医系学生の参加により、医療調査やスクリーニング検査を担当すれば、学生が地域医療に関心を持つきっかけになることも期待できる。

全国の小中高生は約 1,400 万人におよび、文化祭を見に来た保護者なども含めると 2,000 万人以上に同じ医療情報を提供することになる。文化祭を利用した全国一律一斉の医療啓発展示はとてつもなく費用対効果が大きいのである。もし、

このような活動を各学校医が個人で行うとすると、その手間と合算した費用は莫大であるし実現不可能であろう。

**⑤ NPO 法人ホスピタ医療啓発ネットワークとは**

学校保健活動として学校文化祭を中心にした医療啓発活動を行うことを目的に設立した。医療機関を受診する患者さんのための医療啓発紙『ホスピタ Dr. ニュース』と医療啓発アニメのアプリも提供している。App Store の検索欄に「ホスピタ」と入力すると無料でダウンロード可能である。

・ホームページ：http : //www.hospita-med.or.jp

これまでに展示したポスターはホームページから無料でダウンロード印刷可能。

・フェイスブックページ：http : //www.facebook.com/HOSPITA.MED2016

・iPad アプリ：ほとんどすべてを無料で見ることができる。

## 9. 小児慢性特定疾患登録制度からみた青森県の子どもたちの健康状況

青森県医師会　田中　　完

本県は成人も子どもも肥満者の割合が高い（平成 27 年度調査で中 2 男子・女子ともに全国 1 位、小 5 では男子全国 2 位、女子全国 3 位）、また、女性を含めた喫煙率は全国の上位にある。今回、小児慢性特定疾患（小慢）の登録状況の調査を行い、子どもを取り巻く生活環境と子どもの健康に関する考察を試みた。

本県の小児慢性疾患登録制度での糖尿病の登録数は減少傾向にあったが、山口県、長崎県に比べて重症Ⅱ型の割合が高く、高度肥満児出現率と相関していた。薬物療法未施行のⅡ型糖尿病は本登録制度の対象外のため、登録数が減少傾向であることは必ずしも良い状況とは言えない。本県の子どもたちのⅡ型糖尿病の現状に関しては、より詳細な検討が必要である。先天性心疾患の登録数は増加傾向にあったが、これは診断精度の向上や治療法の進歩による生存率向上が寄与した結果と想定される。一方、山口県、長崎県と比べて多数となった要因は不明であるが、母体の喫煙や受動喫煙が先天性心疾患の要因となるとの報告（J Am Heart Assoc 2013）も散見されることから、生活環境における喫煙との何らかの関連も否定できないと考えられた。本調査はかなり大雑把なものであることからおのずと限界があるが、子どもたちの健康は生活環境と大きく関わっていることが示唆された。

## 10. 茨城県における学校検尿緊急受診システムについて

茨城県医師会　大塲　正二

尿検査（尿蛋白・潜血等）は、昭和 53 年の学校保健法施行規則の改正により全学年実施することになった。これに伴い、本会では昭和 58 年より腎疾患小児糖尿病検診委員会を設置し、各専門医を委員として本県独自の学校における尿検診体制の整備システム化に努めてきた。

学校検尿の全国的な進歩により慢性糸球体腎炎は早期発見、早期治療が可能となり、慢性腎炎（9 割が IgA 腎症）由来の透析導入は昭和 58 年の 60.5％から平成 25 年の 18.8％にまで減少し、学校検尿の成果が現実のものとなってきている。早期発見、早期治療を可能にするため、茨城県版学校検尿緊急受診システム（以下、「緊急受診システム」）を構築したいと考えた。

尿検査機関で該当者が出たときに公立小中学校・市町村教育委員会、公立高校・県教育委員会、私立学校へそれぞれ通報し、教育委員会は指導・助言を行う。学校は保護者へ受診勧告し、保護者は医療機関へ受診させる。

結果報告は医療機関から保護者、保護者から学校へと報告し、公立小中学校は市町村教育委員会を通して茨城県学校保健会へ報告する。公立高校と私立学校は茨城県学校保健会へ直接報告し、最後に茨城県学校保健会から茨城県医師会へ報告する。

これまでの学校検尿は市町村立小中学校と県立学校のみが対象であり、私立学校は実施していなかったが、緊急受診システムに関してはその趣旨から各私立学校も対象とした。

緊急受診システムの最終結果は、受験者数 294,050 名に対し緊急受診対象者は 3 名であった。1 例目は小学 3 年生の男児で治療して完全寛解状態であったが再発が見つかった。2 例目は初発、小学 5 年生の男児で精密検査の結果紫斑病性腎炎との診断であった。3 例目は初発、小学 2

年生の女児でネフローゼ症候群と診断され入院中である。

今回、緊急受診システムの運用により 3 名の児童の腎疾患が発見できた。われわれが目撃した腎不全に陥ってしまうような不幸な症例を二度と出さないためにも、今後も継続した緊急受診システムの活用が望まれる。ただし、本県内の私立学校生は在籍者数 26,222 名であり、今回報告された生徒数は 17,590 名で全体の 65.9％である。今後、更なる周知を図り、少しでも多くの児童生徒が参加できることを望む。

### 11. 就学児の潰瘍性大腸炎に対する食、心、ストレスマネージメントにより免疫抑制剤、ステロイド離脱症例報告

**和歌山県医師会　西本　真司**

潰瘍性大腸炎（UC）は、1875 年に初めて報告され、100 年後の 1975 年に厚生省特定疾患に認定された。1975 年には 965 名だった認定患者数が 2013 年度には 155,116 人に急増している。

潰瘍性大腸炎の治療薬に副作用が出て治療法に難渋した症例に対し、漢方薬を使用したり呼吸法、自律訓練法、太極拳等の指導を行ってきた。2004 年には数名だったものが、2013 年には 103 名となったことより、アレルギーが強く出る症例、薬剤耐性が出たとき、どうしても根治を目指したい症例に対して統合医療による治療を行ってきた。自律神経のバランスを整えること、セロトニンを活性化すること、食事制限として糖質制限食を取り入れケトン体回路を回すことが、潰瘍性大腸炎克服の鍵を握る可能性が見出されてきた。

今回、UC の原因が食事、化学物質過敏による因子か、ストレス的な因子か、トラウマ的な因子かを問診によって確認した上で、その原因の仮説を取り除く方法論の説明を行い、改善できた症例のカルテでのチェックを行う。薬剤アレルギーが強いケースでは減薬を行い、漢方薬等の統合医療を組み合わせた。受験や対人関係のストレスの因子で、潰瘍性大腸炎の診断を受けた中学生女子の 2 症例に対して、家族の同意も得て、統合医療的な治療を行い、薬剤の副作用が強いため西洋薬を使用しないアプローチに切り替え寛解に導くことができた。再発する可能性がないとは言えないが、このような経過を報告することで、今回、統合医療での取組みをまとめることとした。少しずつではあるが報告することで、どうしてもガイドラインに合わない症例をサポートできる方法論もあるということを報告していけたらと感じている。急性期はガイドライン通りの治療法で状態を乗り越えることは必要であるが、寛解期により安全に根治を目指せる方法を研究報告していきたい。

**［報告：藤本　俊文］**

## 第 3 分科会［からだ・こころ（3)］　アレルギー・こころ

### 1. 除去食指示書を兼ねた乳幼児食物アレルギー問診票の導入

**奈良県医師会　高橋　泰生**

食物アレルギーの乳幼児が増加し、除去食指示を求められる頻度が増えた。除去食指示書として厚労省作成の食物アレルギー管理指導表があるが使いづらく、保育所・幼稚園ごとに異なる指示書が出回っている。指示書も年々複雑となり、外来診療の足かせになりつつあることから、幼稚園の保健管理に従事する学校医としても看過できなくなってきた。そこで、27 年に発表した食物アレルギー問診票に除去食を加味した「乳幼児食物アレルギー問診票」を作成した。厚労省作成の管理指導表の内容をすべて取り入れ、除去食指示書も兼ねている。除去食の内容は多様であり、鶏卵・小麦・ミルク・大豆については、すでに評価の定まった「2014 愛媛版」を利用し、短時間での診療が可能になるよう医師の省力化を試みた。

本会にも担当部署はなかったが、27 年度から「食物アレルギー問診票」導入のための講演活動を始めたところ、参加者に幼稚園関係者が含まれていた。その理由は、「食物アレルギー問診票」の導入に協力をいただいた教育委員会が幼稚園も管轄しているためであった。学校医の役割は、小学校以上の児童を対象にした医学的管理や指導と考えていたが、近年は急速に園・学校が一体化しつつあることも再認識した。

## 2. アレルギー対策委員会設置の必要を説いた教育ツールを用いた学校医講演による、市内学校でのアレルギー対策の設置効果についての検証について

大阪府医師会　松井　甲三

平成 24 年に東京都調布市で発生した誤食（学校給食）による死亡事故以来、学校での食物アレルギー対応の体制作りは喫緊の課題である。しかし、学校内のアレルギー対応委員会設置を含めた体制整備は十分とは言い難い。こうした問題を解明、解決する目的で、羽曳野市と藤井寺市においてモデル事業を行った。

モデル事業により、学校医、学校園、教育委員会では食物アレルギーに関する基礎知識の確認ができ、三者間の連携改善にも効果がみられた。さらに、アナフィラキシーショックを起こす可能性のある児童・生徒数や、誤食によるアナフィラキシーショックを経験した学校園を把握することができた。具体的には、教育委員会を通じて学校園における食物アレルギー対応の実態調査を行い、次いで学校医に対して食物アレルギーに関する教育ツールを用いて担当学校園で講演し、食物アレルギー対応委員会開催の働きかけを行った。その結果、①学校医へ食物アレルギー予防対策の相談やエピペン®使用講習会を依頼されるケースの増加、②学校園でも食物アレルギーに対する基礎知識が向上し、学校園・学校医・地区医師会・教育委員会との連携改善、等の効果がみられた。

## 3.「学校生活管理指導表作成」のための「アナフィラキシー・食物アレルギー問診票」の活用

奈良県医師会　南部　光彦

27 年度の本大会において、本県で作成したアナフィラキシー・食物アレルギー問診票について紹介した。今回は 2015 年 12 月～ 2016 年 1 月の 2 か月間に、1 ～ 17 歳の 104 人に実際にこの問診票を使用した。アナフィラキシー経験者は 61 人、エピペン®を打つ基準に達したのは 67 回で、エピペン®投与基準では呼吸器症状が最も多く 56 回であり、アナフィラキシーショックも 22 回みられた。一方、OAS は 50 人いたが、年長児にその割合が多かった。問診票を記載する際に、どのような症状が見られればアナフィラキシーと診断されるのか、また、どのような時にエピペン®を投与するのか、患児・保護者の理解につながり、この問診票の有用性が検証された。この問診票を用いることにより、学校生活管理指導表を容易に作成することができた。また、二重下線の症状の意味、太字の症状の意味を患児と保護者に伝えることで、アナフィラキシーの診断とエピペン®使用の基準が確認できた。さらに今回は試しに乳幼児の保護者もこの問診票に記載したが、低年齢児にもこの問診票は利用価値が高いと思われた。ただ、乳幼児や重症の小児では、未摂取である場合があり、学校生活管理指導表の作成にはその点に注意が必要である。

問診表に記載した保護者は、子どもが示したアレルギー症状をしっかりと記憶していた。カルテに記載されていない情報もみられた。しかし必ずしもこの問診票の記載が正確であるとは限らず、最終的には医師による確認が必要である。この問診表は利用価値が高く、また、エクセルに入力することで自動的に学校生活管理指導表が作成でき、アナフィラキシーの理解にも役立つ。今後、日本中でこの問診表が普及することを願っている。

## 4. 学童期の食事摂取とアレルギー症状の関連性について

滋賀県医師会　楠　　隆

学童期の食事内容がアレルギー症状の発現に与える影響を検討した。近江八幡市の公立小学校に 2010 年度入学した全小学生 759 名の保護者を対象に、小 2 から小 5 までの 4 年間、毎年 ISAAC アレルギー調査票及び食事質問票を配付し、毎年回答の得られた 520 名（68.5 %）を解析対象としたところ、果実類摂取量増加に伴って調査期間中にアレルギー症状を新規発症した児の割合が有意に低下した（低、中、高摂取群の発症割合は 32.3 %、23.2 %、14.5 % で P=0.02）。魚介類、緑黄色野菜、豆類には同様の傾向は見られなかった。

今回の前方視的調査により、学童期に充分な果実類を摂取することが学童期のアレルギー症状発症を予防する効果があることが示唆された。そのほかにもアレルギー予防効果が報告されている魚介類、緑黄色野菜、豆類に関しては、今回の結果

からは有意な予防効果を見出すことができなかった。また、多変量解析の結果から、果実類のアレルギー発症予防効果は他の食品摂取には影響されず、果実類特有の効果であることが示唆された。今回の検討で、果実類高摂取群と定義される第一四分位最低量は概ね 1 日 80 ～ 90g 程度であり、1 日 100g 摂取を目標とすると、ミカン 1 個、バナナ 1 本、リンゴ 3 分の 1 個程度に相当する。この量を目安として学童に果実類の継続摂取を奨励することが学童期のアレルギー発症予防に結びつくのか、今後の介入試験が必要である。

4 年間の前向き研究の結果、学童期に果実類を継続して多く摂取する群ではアレルギー症状が有意に少なかった。学童への果実類摂取の奨励がアレルギー発症予防につながる可能性が示唆される。今後は学童への果実類摂取症例がアレルギー発症予防に結びつくかの介入試験が必要である。

## 5. 島根県出雲医師会の学校給食および保育所給食のアレルギー対策の取り組み

島根県医師会　芦沢　隆夫

平成 17 年 2 月に島根県出雲市では学校給食の卵除去対応を始めるにあたり、食物アレルギー診断基準検討会議を出雲医師会、島根大学医学部、県立中央病院の専門医をメンバーとして組織し、診断基準を作成した。検討委員会は除去を希望する児童の判定委員会に移行し、17 年度より学校給食の卵除去を開始し、25 年度から乳製品除去対応を行った。

一方、保育所におけるアレルギー対応の必要性は学校給食よりも大きいが、その対応はまちまちであり、平成 24 年に出雲医師会学校医部会内に食物アレルギー対策委員会を立ち上げ、保育所給食における食物アレルギー診断基準を作成した。同部会ではアレルギー対応以外でも保育所との連携を積極的に図っている。

出雲市給食センターにおけるアレルギー対応の卵除去については10年を経過し､実態調査を行った。何らかの食物アレルギーをもつ児童生徒は3.2％で全国平均より少なかった。卵アレルギー除去対応者には積極的に負荷テストなどを受けることをすすめ、除去解除は 3 年以内が 67.6％であった。不要な除去を避けるためには負荷テストを実施していくことが重要。除去食、代替食を提供しているのは食物アレルギーを有する者の 24％であった。エピペン®の持参人数は、7 校 9 人で食物アレルギーを有する者の 1.8％であり、持参する児童生徒が在籍する学校のほとんどで、学校独自の研修が行われている。学校生活管理指導表使用状況は、幼稚園 4％、小学校 52.6％、中学校 50.0％と幼稚園でかなり少ない状況であった。平成 23 年から出雲医師会内に食物アレルギー対策委員会を組織し、市内保育所の食物アレルギー管理マニュアルを作成し、24 年度から診断基準の統一を行った。それに伴い保育所に対するアンケート調査を実施した。マニュアルの簡略化は、おおむね好評であったが、完全除去に対しては 74％の施設で部分除去を行いたいとの回答があり、アレルギー症状が出た時の内服薬の服用については、53％で内服させることができると回答があった。

## 6. アンケート調査からみた学校医の役割について 平成 18 年度調査と比較し 10 年経過しどのように変化したか

京都府医師会　杉本　英造

京都市学校医会は、第 37 回本大会にて「アンケート調査から考えられる学校医の役割と変化について」報告した。今回、同様のアンケートを京都市立中学校の学校医、校長、養護教諭、スクールカウンセラー(SC)に行い 10 年間の変化を追った。

学校長の一番の課題は身体より心の健康・不登校・学習障害等で、学校側はチーム連携で解決することを望んでいる。学校医の相談案件は、感染症が増加するも心の問題は微増、校医の SC 認識は減少し、役割を身体管理のみが増え、心の問題への意識は減少であった。「専門外のことに責任を持てない」との理由が多かった。学校内での心の問題解決連携は 10 年間で改善傾向にあるが、養護教諭は仕事量の増加を、SC は週 1 回の出務では不十分と訴え、SC への相談者が生徒から保護者・担任に移行した。

学校医の年間出務回数 10 回以下が 90％は前回と同様であったが、5 回以下が増加した。

4 者とも心の問題解決に連携が必要であること

を認めながらも、学校側は校医の忙しさに遠慮し、校医も負担増・専門外を嫌う構図があった。校医と養護教諭の連携は良好で、保健委員会の定期開催は 10 年前より改善しており、学校内の問題の連携・相談窓口にするのがよいと思われる。学校医自身が解決できなくても、アドバイス及び専門医へつなぐことは可能である。

京都市学校医会の精神衛生研究班では、平成 18 年より教育委員会の協力のもと、発達障害・不登校・心の問題で悩んでいる児童・生徒やその保護者、担任の相談に応じる「心のワンポイント相談」を行っている。これまでに 53 事例があり、学習障害 25%、自閉症スペクトラム 23% 、ADHD13%、助言のみ 21%、そのほか 18%（精神障害・発育障害等）を経験し、約 1/3 を児童相談所へつないだが待機期間が半年近い状態である。最近、相談年代は中学生が多く、発達障害は早期介入が望まれるだけに、学校と学校医の連携チーム構築が課題である。

### 7. こどもたちの腸と心

熊本県医師会　高野　正博

小児では 5 歳までに 90% で排便が自立するがその後、学童期に便が出ない、又は逆に下痢などの排便障害が生じる。これを病因別に分けると、①就寝が遅く朝食を摂らないなど家族共々の生活リズムの乱れで腸の働きに異常を来す、②遺糞症では便塊が貯留するが硬い便の周りを下痢便が流れ出し下痢と間違われる、③鎖肛など先天性の奇形では術後から排便の適切な訓練を行わないと成人までに正常化しない、④熊本地震のような強いストレスによる排便障害はカウンセリングを加え治療する、等がある。

こどもの排便障害は、その原因を正しく把握するために専門医受診が必要であり、治療には保護者の協力や心理的サポートが重要である。

### 8. 発達障害を抱える子どもたちへのライフスキルトレーニング

埼玉県医師会　平岩　幹男

発達障害を抱えた子どもたちは、学校生活においてもさまざまな面で困難を認めることが多いが、多くの場合には単に叱られたり注意されたりすることが繰り返されるだけで、それでは self-esteem が低下し、二次障害につながることはあっても行動変容にはなかなか至らない。困難を来す場面を設定して、そこで上手くこなす方法をシミュレーションして練習することにより、実際の生活場面での困難さを軽減することができるばかりではなく、うまくいったことを褒められることによって self-esteem も上昇する。こうしたやり方は練習すれば、どの学校においても医療機関などにおいても可能である。

ライフスキルには 3 つの要素がある。学習（学業）スキル、社会生活スキル、運動スキルである。これらがバランスよく習得されることは、発達障害を抱えているかどうかにかかわらず、すべての子どもたちにとって必要である。ただし発達障害を抱えている場合には、行動やコミュニケーションに社会生活上の困難を抱えることが多いこと、運動面でも発達性協調運動障害などの合併が多いことから、バランスの良いライフスキルの習得には特に留意する必要がある。

### 9. クラス生徒の事例検討を電子媒体で行う方法

三重県医師会　長尾　圭造

児童生徒のメンタルヘルス向上のために、子どもに実施した資料と日ごろの様子などの資料を基に担任と児童精神科医で事例検討会議を行っている。今回の目的は、遠隔地でも実施できるように、直接会わずに、電子媒体を用いたフォーマットを作成し、それをもとに事例検討を行った。クラス全体への担任の対応法がよかった例では、子どもの変化が数字の上でもよくわかった。クラス内での友達関係に配慮することで、好ましい変化の出た子も何人か居た。先生が生徒にうまく対応する様子が示された。

一方、個人病理が重い例では、クラス全体への配慮だけではいい効果が出ない。個別対応や個別配慮がいる。しかし、希死念慮のあった生徒に担任が個人的に事情を聞いたことは、特筆すべきではないだろうか。これまでは、このような質問紙による聞き取りをしたことがないので、聞くに聞けなかったからである。こう考えると、先生の仕事はとても大変であることがわかる。しかし、個人の一生を左右しかねない、とても大事なやりが

いのある仕事でもある。

問題が持続する場合は当然あるが、それにより友達関係を配慮した次年度のクラス編成などを考えることができ、生徒への温かいまなざしを感じる。このようなことを知れば、保護者の学校に対する思いはおそらく感謝に満ちたものになるだろう。

## 10. 学校での発達・こころの健康と他機関との連携－小学生と中学生・高校生と－

島根県医師会　安藤　幸典

小児の発達とこころの健康において、学校や他の機関との連携が重要である。発達とこころの健康問題で受診した児童・生徒 173 名について、特性・環境・困り感などを小学校と中学生・高校生（以下、「中高生」）に分けて検討した。

小学生：①家庭や生活環境調整のために、子育て支援課・民生委員・児童相談所などとの連携が必要だった。②コミュニケーション以外に学習に関わる能力（書字読字など）の苦手を持つことが多かった。③やる気の低下・学習嫌い・学校適応の困難などが見られた。

中高生：①学習の苦手は表面に出ず、ひきこもり・選択性緘黙・転学・退学などが見られた。②学習の達成感の無さや対人関係の失敗の結果と考えた。③自己肯定感を高める働きかけを継続するために、他の機関との連携が重要だった。

発達上の苦手が関与する困難さやこころの問題を支援するには、適切な評価に基づく環境調整・方法（進路の選択を含む）が必要である。しかし、子どもたちの苦手は往々にして間違って評価される。支援すべき目標は困り感によって出現した行動ではなく別にあることが多い。集中の苦手な児に出会った時、われわれはその行動に影響する可能性のある種々の苦手を思い浮かべねばならないと考える。児を多面的に評価するために、学校と医療はお互いの苦手を意識しながら連携を深める必要がある。また、多角的支援（適切な進路の選択も含めて）のためには、他の関係機関との連携も重要である。

小学生ではコミュニケーション以外に学習上の苦手を持つことが多く、困り感が学校での行動に表れていた。中高生では自己肯定感の低下から、学校や社会との関係を回避する行動が表れた。傷付き・自信を失い・不安を抱えた子どもたちに出会う時、彼らの苦手を成長させるという立場以外に、その困難さに共感し「子どもたちの自己肯定感を上げる」関わりが必要と考える。

## 11. 奈良市における児童・生徒の「心の健康」に関する相談及び診断事業について－第 4 報－

奈良県医師会　北村　栄一

平成 10 年度より、奈良市立小・中学校に在籍する児童・生徒の「心の健康」に関する相談・診断事業を実施してきた。本事業は各学校長からの申請を奈良市教育委員会が受理し、精神科医師と臨床心理士が共同で面接・相談を実施している。

今までに 108 事例を経験してきており、不登校、神経症・心身症、発達障害の順に多く見られた。実に多彩なケースがあり、事例から教えられることはさまざまであった。児童・生徒を中心として、関係者を含めて「理解し、共有し、支持し、指示」することを行ってきた。

不登校とは、学校生活への不安・葛藤が強くなり登校できなくなっている状態を言う。とりわけ友達関係や勉強、担任や教師との関係等に強い不安・葛藤を持つ状態に陥っており、不適応を来している姿である。

精神遅滞では、軽度又は中度の事例で「勉強についてゆけない」が主であり、「仲間ができない」「仲間はずれにされる」等があって、適正な就学のあり方を検討し修正することが求められる。知的能力は正常域にある自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠陥多動障害（ADHD）等を有する児童・生徒に対する支援・援助の方法は十分に確立されているとは言えない。学校での対応は、一般に非常に困難を伴う。担任だけで担えるものではなく、学校全体で「児童・生徒への接し方」を考え工夫してゆく必要がある。

**神経症**

神経症･心身症の基盤にあるものは不安である。不安に圧倒される時にさまざまな精神や身体の症状を呈することとなる。児童・生徒に比較的よく見られるのが身体への「表現」である。頭痛、吐き気､嘔吐､チック､抜毛等が事例の中に見られる。

いわゆる問題行動は、虚言、反抗、暴力、不純

な異性との交遊、窃盗、シンナー吸引等が認められた。母数が少ないが、小学校女子では 1 例もなかった。多くの事例で、母子関係・家族関係が複雑で問題があることを認めた。

1 例ずつ異なるさまざまな事例を経験した。母の精神疾患のために登校に支障を来している事例や、児童が「母親替わり」をしている事例、虐待又はそれに近い事例（ネグレクト）を認めた。

## 12. 学校保健活動に関する学校医および郡市医師会へのアンケート調査結果

**北海道医師会　三戸　和昭**

学校保健安全法施行規則が一部改正され、28 年 4 月より学校健診の必須項目から座高測定、蟯虫検査が削除され時間的な効率化が図られる一方、運動器疾患を早期発見するための検査項目が追加された。

また、保健調査の実施時期が全学年となったが、学校医が時間的制約のある中で健康診断を実施するには、保護者などの日常的な健康観察から得られる情報がより重要となるため、新たな学校健診の課題や影響、学校保健活動の現状等を把握することを目的に学校医と郡市医師会に対して調査を実施し、学校医 760 名と北海道内 44 郡市医師会から回答が得られた。

今回の調査では、郡市医師会の学校保健活動への関与及び学校医にとって追加された運動器検診に関連して今後重要な情報となる「保健調査票」と学校生活を送る上で食物アレルギーを始めとしたアレルギーに関する情報共有に必要な「学校生活管理指導表」の活用状況などを大枠で把握することができた。

特に学校医に対しては、改正された学校健診項目の周知徹底を図る必要があり、保護者をはじめ教職員には日常観察による保健調査票のチェックの重要性を認識してもらい、児童生徒の保健管理を適切に進めなければならない。

本道における 28 年度の学校健診は、地域によって郡市医師会が明確な方針（保健調査票にチェックがあった場合、整形外科の受診を勧奨）を示したことなどにより総体的には大きな混乱なく終了したと思われる。

しかし一方で、実際に具体的に状態をチェックした学校医からは検診時間が長時間となることや専門医を紹介する場合の判断などに迷い、負担が大きいとの指摘もあった。

次年度以降の学校健診に向けては、追加された四肢の状態のチェックを従来の健診項目を含めてどのように円滑に実施していくかが課題であり、それらを、多忙な日常診療の合間を縫って協力している学校医からの意見を整理・分析し、効果的な健診体制を実施するための方策が必要である。

**［報告：濱本　史明］**

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

# 県医師会の動き

副会長　吉本　正博

1 月 15 日（日）、今冬最強の寒波が日本列島を襲いました。この日は広島県医師会との懇談会が予定されており、午後から新幹線で広島に向かいました。新山口駅周辺と広島駅周辺は見事に雪景色でした。広島市内では 15cm 以上の積雪があったとのことです。北陸や東北では 1m を超す積雪をみたところもあります。毎年センター試験の時期には寒波が襲来し、受験生は二重（インフルエンザを加えると三重）の心配・不安に襲われます。そろそろ世界の標準に合わせ、9 月入学・新学期を考慮しても良いのではないでしょうか。

この度、初の試みとして、昨年 11 月 22 日（火）に山口大学医学部医学科 4 年生約 100 名を前に、**「臨床実習前の総合医療概論」の講義**を本会の河村会長が行いました。講義内容は「地域医療と医師会」で、初代日本医師会長の北里柴三郎の話から、医師会が取り組んでいる事業、医学生・研修医への支援、かかりつけ医等についてで、90 分の講義でした。その後のアンケート結果では、まずまず好評であったようです。

11 月 23 日（水・祝）、山口県医師国民健康保険組合主催の**第 15 回「学びながらのウォーキング大会」**を開催し、小学生のお子様を含む 78 名と犬 2 匹の参加がありました。今回のウォーキングは山口県総合保健会館から国道 9 号線沿いに県庁方面に歩き、木戸公園を経由し、創造の森で昼食。昼食後は、たらちねの滝を経由して兄弟山リフレッシュロードを歩いて、山口県総合保健会館に戻るというコースでした。山口の市街地にあんな所があったとは、まさに驚きでした。

**中国四国医師会連合常任委員会（会長会議）**を、11 月 26 日（土）に岩国国際観光ホテルで開催しました。3 議題について協議が行われましたが、徳島県医師会から提出された議題「75 才以上の運転者に対する認知症対策・医師の診断書について」は、各県ともその対応に苦慮されているようです。高齢者認知症による事故多発を受け、平成 29 年 3 月 12 日に施行が予定されている高齢者の認知症対策として、75 才以上の高齢者が運転免許更新時あるいは違反を犯した時の認知機能検査で「認知症のおそれがある」と判定されると、医師の診断（あるいは臨時適性検査）が義務づけられるようになります。山口県では対象者が年間 1,000 人程度と予測されています。しかし、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症、その他の認知症等の診断を要求されているため、画像診断を行える施設でなければ対応が困難と思われます。認知症診断検査に対応できるかどうかアンケート調査を行い、今後の対応を検討したいと考えています。また、都道府県医師会長協議会で、日医の対応を問う質問を河村会長がすることになっています。

**自由民主党山口県連環境福祉部会との懇談会**を 11 月 29 日（火）に開催し、二木健治 部会長、星出拓也 副部会長、守田宗治 委員、藤井律子 委員の 4 名の方々に出席していただきました。県医師会から 1. 医療・介護の適切な財源確保について、2. 地域医療介護総合確保基金の充実強化について、3. 地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の実現に向けた取組みについて、4. 予防接種対策等について、5. 災害時救急医療体制の整備について、それぞれ担当常任理事から要望

内容についての説明を行いました。

12 月 10 日（土）には **HIV 医療講習会**を開催しました。この講習会はエイズ予防財団からの委託によるもので、県医師会では 2 ～ 3 年に 1 度開催しています。特別講演は広島大学病院輸血部・エイズ医療対策室助教の齊藤誠司 先生の「これなら大丈夫、プライマリケア医が知っておきたい HIV 感染症の基礎知識・曝露事故への対応」でした。講演では 、わが国の HIV 新規感染者数、エイズ新規患者数とも 2008 年から 2013 年頃をピークにやや減少傾向にあるとのことでしたが、欧米では 1992 年から 1994 年頃をピークに、その後急速にエイズ新規患者数は減少し、半数以下になっています。この違いは何なのでしょうか？そして齊藤先生も、また山口大学医学部附属病院輸血部准教授の藤井康彦 先生も、エイズの治療薬の進歩のおかげで、1 日 1 回の服薬で副作用もほとんどなく、感染のおそれもほとんどなくなっており、一方で、高齢のエイズ患者が増えており、生活習慣病等を併せ持っている患者が増加しているので、エイズ診療協力医療機関が増えてほしいと訴えておられました。

12 月 11 日（日）には**日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会**を開催しました。5 月 22 日に日本医師会館で開催された応用研修会を、TV 会議システムを利用して、本会の第 1 回目の応用研修会としましたが、今回は山口県医師会が主体となっての開催でした。午前 9 時から午後 5 時までの長時間にわたる研修会でしたが、多数の会員の先生方に参加していただきました。前回と今回の研修会に出席された先生は応用研修 12 単位となり、研修修了証明書（あるいは認定書）を申請する基準をクリアできたこととなります。

12 月 18 日（日）は「県民の健康と医療を考える会」（山口県医師会を含む医療関係 17 団体で構成）主催の**県民公開講座「学ぼう、自らを守ることを！」**が開催されました。神戸学院大学現代社会学部の中田敬司 教授による基調講演「私たちがなすべき防災対策、現場から見よう！聞こう！学ぼう！」、健康体操「生活不活発病を防ごう！～簡単なストレッチと筋トレの実践」の後、「熊本地震における災害支援活動について」の報告が、医師、看護師、歯科医師、薬剤師の立場からそれぞれ行われました。また、広島県薬剤師会のご協力による「モバイルファーマシー」（移動薬局カー）の特別展示もありました。自動車本体は広島県からの補助金で購入したものの、今後の維持費用等は薬剤師会持ちとのことです。スペースの関係で搬入できる薬剤数が限られ（たとえば降圧剤は数種類程度）、どのような薬剤を用意すべきか難しい選択を必要としそうですが、山口県でも 1 台あれば良いなと思います。

平成 29 年 1 月 5 日（木）、**第 20 回理事会**開催前に**ワーキングチームの会合**が行われました。河村執行部発足後、喫緊の課題について検討を行う 3 つのワーキングチーム（WT）が設置されています。①医師会立看護学校問題 WT、②地域包括ケア推進 WT、③地域医療構想 WT の 3 チームで、それぞれ現状の把握と今後の取組みについて協議を行いました。看護学校については助成金の増額、志望者を増やすための協力として看護学校 PR 用ポスター作成・配付等の案が検討されました。地域包括ケアについては、過疎地では画像データをスマホで送信できない地域がある、訪問に時間がかかる、廃業となった訪問看護ステーションがある等の問題点が指摘され、大都市とは異なる対策が必要との意見や、山口県は慢性期病床が多く、現状では何とかなっているのではないかとの意見が出されました。

1 月 6 日（金）、**日本医師会第 21 回財務委員会**があり、中四国ブロック代表の財務委員として出席いたしました。平成 29 年度の事業計画案と収支予算案についての検討が行われました。平成 27 年度決算数値から 10％削減をする「シーリング」方式を採ったとのことで、事業活動支出予算額は 154 億円と、前年度事業活動予算額 159 億円から 5 億円の減額となったものの、事業活動収入 149 億円に対して－ 5 億円のマイナス予算となっています。業務内容が増加しているとはい

え、今後、医師の全員加入を目指すのであれば、勤務医の会費の減額も避けられず、また、1 号会員の減少による会費収入の減少も予想されることから、なお一層、経費節約に努力が必要と思われます。

1 月 7 日（土）には、恒例となった**医療関係団体新年互礼会**がホテルニュータナカで開催されました。今回が 12 回目の開催となりますが、医療関係団体だけの互礼会は全国的にもあまり例がないようです。参加者は 413 名で、横倉日医会長にもご出席いただき、来賓として河村建夫 衆議院議員をはじめ多数の国会議員、県議会議員、市町長の方々にも出席していただき、非常に盛会でした。

1 月 12 日（木）、**定款等検討委員会**が開催されました。平成 30 年度山口県医師会会費の賦課方法並びに平成 30 年度役員等の報酬についての 2 件が諮問されましたが、いずれも 28 年度、29 年度と同額となっています。西村公一 委員（小野田）から、「昨年度から研修医の会費が減免となったがその効果はどうか」との質問がなされました。27 年 12 月時点で 39 名が、28 年 12 月現在では 49 名と、10 名の研修医数の増となっています。

1 月 15 日（日）には前述のごとく、**広島県医師会との懇談会**が広島県医師会の引き受けで開催されました。協議題としては、山口県からの 1）産業医報酬とストレスチェック料金について、 2）社会保険診療報酬検討委員会の作業スケジュールについて、広島県からの 3）中国地区在宅医療推進フォーラム開催についてのご相談、4）特別支援学校学校医対象研修会に関する企画案、5）受動喫煙防止対策に向けた協力についての 5 議題が提出され、それぞれ説明と協議が行われました。広島県では某財団からの助成金を利用して、5 月 21 日（日）午後 1 時から広島県医師会館ホールで「広島県在宅医療推進フォーラム」を開催する予定になっています。来年以降も 100 万円を限度に、中国ブロックでの開催に助成が行われるとのことで、中国 5 県の医師会で協力して開催してはという提案があり、今後、山口県でも理事会で検討することとしました。また、7 月 29 日（土）の午後 6 時から同じく広島県医師会館で「広島県医師会特別養護支援学校学校医研修会」が予定されています。特別支援養護学校の学校医のみを対象とした研修会はおそらく全国で初めてではないでしょうか。さらに広島県では『特別支援学校医の手引き』も作成中で、完成すれば冊子を配付するとともに、県医師会のホームページに PDF ファイルとして掲載する予定とのことです。

20 年くらい前に映画館で「カストラート」を観たのをきっかけに、カウンター・テナーに興味を持ちはじめ、CD を何枚か購入しました。この映画は実在したバロック時代のカストラート歌手ファリネッリの生涯を描いた伝記映画です。カストラートとは幼少時に去勢することにより、男性の第二次性徴期に顕著な、声帯の成長を人為的に妨げ、いわゆる「声変わり」をなくし、ボーイ・ソプラノの声質や音域をできうる限り持続させようとしたもので、かつてはわが国と同様、ヨーロッパの多くの国でも、公衆の前での演芸は男性に限られ、女性の代わりを演ずる必要から、このような残酷な風習があったようです。現在では古いオペラや宗教曲の演奏に、カストラートの代わりにカウンター・テナーが起用されることがしばしばあります。その先駆者が今月紹介するアルフレッド・デラーです。デラーはイギリス出身で、聖歌隊のソリストとして教会で長らく活躍した後、1943 年にカウンター・テナー歌手としてソロ・デビューしています。私が所持しているのは 3 枚組の CD ですが、その中の 1 枚、英国の民族音楽（folk songs）を収録した CD は、素朴な温もりにあふれる澄んだ歌声で、これまで馴染みのなかった方にも是非お勧めしたい名盤です。

# 理　事　会

## ー第 18 回ー

**12 月 8 日　午後 5 時～ 7 時 21 分**

河村会長、吉本・濱本副会長、弘山・萬・加藤･藤本･今村･沖中各常任理事、白澤･香田･清水・舩津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

**協議事項**

**1　第 3 回都道府県医師会長協議会の議題について**

高齢運転者に対する認知症診断検査の医療費について提出することが決定した。

**2　定款等検討委員会への諮問について**

平成 29 年 1 月 12 日に開催する標記委員会において、平成 30 年度山口県医師会会費の賦課方法及び役員等の報酬について諮問することを決定した。

**3「レノファ山口 FC 2017 シーズンシート」の継続契約について**

レノファ山口 FC は県内唯一のプロサッカーチームであり、県民のスポーツ熱の向上や地域振興にも大きく貢献していること等から、2015 年は法人サポーター登録、2016 年はシーズンシート 5 席分の購入により支援を行っている。今後もシーズン成績等をみながら支援方法を決定することとし、2017 年については引き続きシーズンシート 5 席分を購入することが決定した。

**報告事項**

**1　第 2 回禁煙推進委員会（11 月 24 日）**

各委員が講師を務めた講習会について報告があった。県健康増進課からは、本会を含む県総合保健会館入居の 7 団体が連名で、「総合保健会館の敷地内禁煙に関する要望書」を提出していることについて、検討状況の説明が行われた。また、今後の活動方針については、①平成 29 年 12 月に禁煙推進委員会が中心となって「山口禁煙フォーラム（仮称）」を開催、②郡市医師会を対象に「禁煙に関する取組状況」のアンケートを行うことを決定した。（藤本）

**2　郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会（11 月 24 日）**

山口労働局より、労災レセプト電算処理システム普及・促進、石綿関連疾患に対する労災補償制度の取組み等について説明があった。また、自賠責保険での PTSD の取扱い及び勤務中の交通事故における労災保険と自賠責保険の状況等について協議を行った。（清水）

**3　日本精神科病院協会学術教育研修会「栄養士部門」開講式（11 月 24 日）**

来賓として挨拶を行った。（河村）

**4　第 1 回山口産業保健総合支援センター運営協議会（11 月 24 日）**

会長に山口県医師会長、副会長に山口労働局長を選出後、産業保健活動総合支援事業の平成 27 年度実施状況、平成 28 年度事業計画・新規事業等について報告があった。（藤本）

**5　第 1 回山口県社会福祉審議会（11 月 24 日）**

県政運営の指針である「チャレンジプラン」の重点施策の取組状況について説明があり、今後の展開方向について意見交換した。また、審議会の調査審議事項に精神障害者福祉を加えることについて協議が行われ、承認された。（弘山）

**6　中国地方社会保険医療協議会山口部会（11 月 24 日）**

医科では､新規 2 件（交代 2 件）が承認された。（河村）

# 理　事　会

**7　第 3 回性暴力被害者支援検討会議**
**（11 月 24 日）**

県が運用を開始する性暴力被害者専用相談窓口の体制、支援内容、名称等について協議を行った。（今村）

**8　中国四国医師会連合常任委員会「会長会議」**
**（11 月 26 日）**

「75 歳以上の運転者に対する認知症対策・医師の診断書について」（徳島県）、前回からの継続審議である「各種関係団体の業務のあり方について」、「中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会規約について」（愛媛県）について協議を行った。（河村）

**9　全国医師会勤務医部会連絡協議会**
**（11 月 26 日）**

大阪府医師会の担当により、「2025 年問題と勤務医の役割」をメインテーマに開催された。午前中は、日本医師会の横倉義武 会長による「地域包括ケアと病院の関連（あり方）について」、厚生労働省保険局医療課の迫井正深 課長による「地域医療構想について」の特別講演 2 題、日医勤務医委員会 泉 良平 委員長による委員会報告並びに次期担当の北海道医師会より挨拶が行われた。午後からは、報告「大阪府医師会 勤務医部会のこれまでの 40 年を紐解く」に続き、シンポジウムⅠ「医療事故調査制度の動向」、シンポジウムⅡ「女性医師の働きやすい環境づくり」が行われ、最後に「おおさか宣言」が採択された。（加藤）

**10　第 17 回山口県介護保険研究大会**
**（11 月 27 日）**

旭川医科大学病院緩和ケア診療部の阿部泰之副部長による基調講演「どうして人は人をケアするのか－僕らがケアを続けるための哲学、そしてケアカフェ」の後、2 会場に分かれて研究発表等が行われた。参加者 280 名。（清水）

**11　「JMAT やまぐち」災害医療研修会第 2 回事前打合会（11 月 30 日）**

平成 29 年 1 月 21 日（土）に開催予定の標記研修会のプログラム内容を検討するため、プロジェクトチーム代表者による 2 回目の事前打合会を開催した。山口盆地北西縁断層による地震が発生し、山口市内を中心に大きな被害が発生したとの想定で、「JMAT やまぐち活動シミュレーション」について検討した。（弘山）

**12 広報委員会（12 月 1 日）**

会報主要記事掲載予定（平成 29 年 1 ～ 3 月号）、新コーナーの原稿募集要項、炉辺談話、平成 29 年度県民公開講座及びフォトコンテスト等について協議した。（今村）

**13　第 3 回学校心臓検診検討委員会（12 月 1 日）**

養護教諭等の一定の知識と経験を有した者が使うことを目的とした「学校心臓検診生活管理指導表の診断（所見名）から見たリスク早見表」について、本年度 8 校で試用し有用性が確認できたことから、一部修正を加え、来年度から活用することとなった。（藤本）

**14　介護保険対策委員会・ケアマネ・訪問看護師との協議会（12 月 1 日）**

介護療養病床の廃止に向けた動き、訪問看護師の確保等について協議を行った。（舩津）

**15　山口県緩和ケア医師研修会連絡会議**
**（12 月 1 日）**

県医療政策課より、これまでの標記研修の実施状況について報告があった（平成 27 年度までに 861 人修了）。その後、本年度の研修会（平成 29 年 2 月 11 日・12 日）の時間割及び役割分担の確認が行われた。（藤本）

**16　第 16 回医療フォーラム（12 月 1 日）**

「持続可能な医療制度に向けて」「日本医師会の

# 理　事　会

医療政策」「地域包括ケアシステム構築に向けた医療体制の整備」「経済財政一体改革で進める医療改革」「社会保障制度と薬剤師」の 4 題の講演が行われた。（河村）

**17　個別指導「下関市」（12 月 1 日）**

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬）

**18　山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査専門委員会（12 月 1 日）**

平成 27 年度新生児聴覚検査実施状況、新生児聴覚検査実施状況の推移、平成 28 年度新生児聴覚検査に関する研修、軽度・中等度難聴児補聴器購入費補助事業の実績等について報告があった。また、次年度の検討課題として「療育機関からの補聴器装着の有無等の報告」の提案があった。

（藤野）

**19　日本医師会女性医師支援センター 大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会（12 月 2 日）**

「よりよい男女共同参画を目指して」をテーマに開催された。日本医師会の今村定臣 常任理事より「日本医師会の女性医師支援に関する取り組み」について説明後、2 大学 2 学会（北海道大学、和歌山県立医科大学、日本産科婦人科学会、日本耳鼻咽喉科学会）より取組み事例の発表及び意見交換が行われた。（今村）

**20　山口県医師会産業医研修会・産業医部会総会（12 月 3 日）**

研修会は、山口労働局健康安全課の藤村祐彦 課長から「最近の労働衛生行政について」、産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学研究室の森 晃爾 教授から「治療と職業生活の両立支援の考え方」についての講演が行われた。産業医部会総会では、平成 27 年度事業報告及び決算報告、平成 28 年度事業計画について説明があり承認された。参加者 118 名。（藤本）

**21　勤務医部会第 3 回企画委員会（12 月 3 日）**

平成 29 年 2 月 26 日に開催する勤務医部会主催のシンポジウム、平成 29 年 2 月 4 日に開催する、医師事務作業補助者連絡協議会の事業等について協議を行った。（加藤）

**22　日医家族計画・母体保護法指導者講習会（12 月 3 日）**

日本医師会の中川俊男 副会長による講演「地域医療構想に向けての医師会の取り組み」に続き、「周産期医療体制の確保に向けて」をテーマにシンポジウムが行われた。（1）周産期医療体制の現状、（2）専門医の仕組み、（3）産婦人科医師の地域偏在、診療科偏在、（4）最近の母子保健行政の動き－子育て世代包括支援センター等－についての講演及び指定発言が行われた。（藤野）

**23　学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会（12 月 4 日）**

学校医研修会では、国立病院機構九州医療センター小児科医長の佐藤和夫 先生から「ネット・スマホ時代の子ども達～小児科医と考えるメディアリテラシー～」について講演の後、学校における児童生徒の健康診断に「四肢の状態」に関する項目が導入されたことに伴う影響を調査し、県教育委員会と今後の健康診断の検証に活かすことを目的に実施した「運動器検診に関するアンケート」結果について報告を行った。予防接種医研修会では、綜合病院山口赤十字病院第 2 小児科部長の門屋 亮 先生から「予防接種をされるすべての先生方へ～ HBV 定期化ほか昨今のワクチン事情を交えて～」について、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、国立病院機構鹿児島医療センター小児科の吉永正夫 先生から「日本の学校心臓検診の意義」について、それぞれ講演が行われた。学校医部会総会では、平成 27 年度事業報告及び平成 28 年度事業計画案が説明され、承認された。受講者 68 名。（前川）

# 理　事　会

**24　日医第 1 回社会保険診療報酬検討委員会（12 月 7 日）**

委員長等の選出及び委員会の進め方等について審議を行った。今後は、日医会長からの諮問事項「①平成 28 年度診療報酬改定の評価」「②基本診療料のあり方」の答申に向けて準備を行っていく。（萬）

**25　医療機関に退蔵されている水銀血圧計等の回収事業の結果報告**

平成 28 年 10 月 20 日～ 11 月 15 日にかけて実施した水銀血圧計等の回収結果（回収量等）について報告を行った。（沖中）

**26　会員の入退会異動**

入会 3 件、退会 9 件、異動 8 件。（12 月 1 日現在会員数：1 号 1,292 名、2 号 877 名、3 号 420 名、合計 2,589 名）

## ―第 19 回―

**12 月 22 日　午後 5 時～ 6 時**

河村会長、吉本・濱本副会長、林専務理事、弘山・萬・加藤・藤本・今村・沖中各常任理事、白澤・香田・中村・清水・舩津・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

**協議事項**

**1　第 12 回医療関係団体新年互礼会について**

1 月 7 日（土）に開催する互礼会の出席者が確定し、当日の次第及び役職員の担当等について協議を行った。

**人事事項**

**1　山口県人権施策推進審議会の委員について**

山口県では、人権に係る施策の推進に必要な事項についての調査及び審議に関する事務を標記審議会で行うこととなっている。山口県環境生活部長より今村常任理事への就任依頼があり、推薦することが決定した。

**報告事項**

**1　医事案件調査専門委員会（11 月 24 日）**

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

**2　山口県医療事故調査支援団体事務連絡協議会（11 月 29 日）**

厚生労働大臣から告示された県内の医療事故調査支援団体が山口県医師会へ参集し、施行から 1 年を経過した医療事故調査制度についての状況報告、情報交換及び研修等を行った。（林）

**3　都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会（12 月 1 日）**

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告に続いて、岩手県医師会から医療事故紛争対策と活動状況の報告が行われた。その後、医療事故調査制度の最近の動きの報告及び質疑応答等が行われた。（中村）

**4　日医医療事故調査制度支援団体統括者セミナー（12 月 7 日）**

日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）から日医が委託を受けて、各都道府県の支援団体統括者を集めた標記セミナー（前期）が開催された。（1）医療事故調査制度の概要、（2）医療事故報告における判断：演習、（3）医療事故報告における判断：講義、（4）初期対応と情報の収集・整理、（5）院内調査の方法と調査結果報告書のまとめ方、（6）支援団体の支援のあり方・具体的内容について、（7）演習（調査報告書をレビューする）、の 7 題の講演と演習が行われた。（林）

# 理　事　会

**5　第 3 回健康教育委員会（12 月 8 日）**

平成 28 年度健康教育テキスト「腰部脊柱管狭窄症」の文言・挿絵について最終修正を行った。また、来年度のテーマを「食物アレルギー」にすることが決定した。（藤本）

**6　HIV 医療講習会（12 月 10 日）**

山口県健康増進課の清水恭子 主任による「山口県の HIV / エイズの現状と対策」、山口大学医学部附属病院輸血部の藤井康彦 准教授による「山口県における HIV 診療の課題－早期診断と曝露対策－」の講演 2 題、広島大学病院輸血部 / エイズ医療対策室の齊藤誠司 助教による特別講演「これなら大丈夫、プライマリケア医が知っておきたい HIV 感染症の基礎知識・曝露事故への対応」が行われた。（加藤）

**7　第 7 回山口県訪問リハビリテーション実務者研修会（12 月 10 日）**

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を対象に、山口コ・メディカル学院（山口市）で開催された標記研修会に出席した。また、パネルディスカッション「活動・参加につながる訪問リハビリテーションを提供していくために、どのような連携を図っていくべきか？」のパネラーとして発言した。（河村）

**8　日医かかりつけ医機能研修制度平成 28 年度応用研修会（12 月 11 日）**

（1）かかりつけ医の倫理、（2）生活習慣病、（3）フレイル予防､高齢者総合的機能評価（CGA)･老年症候群、（4）かかりつけ医の摂食嚥下障害、（5）かかりつけ医の在宅医療・緩和医療、（6）症例検討の講義 6 題が行われた。（加藤）

**9　主治医意見書の書き方講習会（12 月 13 日）**

県立総合医療センターにおいて、意見書の書き方講習及び質疑応答を行った。参加者 36 名。（山下）

**10　山口大学第 49 回学長選考会議（12 月 14 日）**

学長の業務執行状況の評価の実施、「次期学長選考へ向けての申し送り事項」に関する検討等について協議を行った。（今村）

**11　山口大学第 75 回経営協議会（12 月 14 日）**

学術指導制度の新設、就業規則等の一部改正、国立大学法人山口大学公開講座講習料規則の一部改正等について協議を行った。（今村）

**12　日医第 1 回地域医療対策委員会（12 月 14 日）**

日本医師会長からの諮問「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」及び今後の審議の進め方について、意見交換を行った。（弘山）

**13　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（12 月 14 日）**

役員の再任及び選任、データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会の審議状況、懲戒処分等について報告が行われた。（河村）

**14　自賠責保険研修会（12 月 15 日）**

講演「自賠責保険（共済）のしくみ」（損害保険料率算出機構山口自賠責損害調査事務所：矢次重雄 所長）及び特別講演「外傷性胸郭出口症候群の診断と治療」（(医)Y & K かい整形外科医院：甲斐之尋 理事長）が開催された。参加者 46 名。（清水）

**15　個別指導「診療所」（12 月 15 日）**

診療所 7 機関について実施され立ち会った。（萬、舩津）

**16　第 2 回山口県助産師出向支援導入事業協議会（12 月 15 日）**

助産師出向に関する取組みの状況として、助産師出向支援コーディネーター等の活動報告、同出向に関する調査結果の報告、及び課題と対策についての協議が行われた。（沖中）

# 理　事　会

**17　主治医意見書記載のための主治医研修会**
**（12 月 17 日）**

「介護保険制度について」（山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班 中村真実子 主任）及び「神経内科からみる主治医意見書記載のポイント～認知症を主体に～」（独立行政法人国立病院機構柳井医療センター 西川智和 先生）の講演を行った。受講者 26 名。（萬）

**18　県民公開講座「学ぼう、自らを守ることを！」**
**（12 月 18 日）**

「県民の健康と医療を考える会」の主催により開催した。神戸学院大学現代社会学部の中田敬司教授による基調講演「私たちがなすべき防災対策、現場から見よう！聞こう！学ぼう！」、健康体操の後、三田尻病院長、済生会山口総合病院、山口県歯科医師会、徳山医師会病院より熊本地震における災害支援活動の報告が行われた。また、広島県薬剤師会のモバイルファーマシー（災害対策医薬品供給車両）の展示と見学が行われた。

（河村、今村）

**19　山口県医療対策協議会医師配置調整部会**
**（12 月 19 日）**

緊急医師確保対策枠貸与者の配置、医師修学資金貸与者の平成 29 年度配置方針について協議を行った。（河村）

**20　山口県社会福祉協議会第 2 回地域福祉推進委員会（12 月 20 日）**

第 5 次福祉の輪づくり運動推進圏域活動計画に基づく各団体の活動報告及び計画の中間見直し、「地域福祉課題提言部会」からの提言について協議した。（今村）

**21　日医第 1 回医療政策会議（12 月 21 日）**

議長・副議長の指名後、会長諮問「社会保障と国民経済－医療・介護の静かなる革命－」についてフリートーキングを行った。（河村）

## 医師国保理事会　－第 15 回－

**1　山口県国保連合会第 4 回理事会（12 月 20 日）**

国保制度改善強化全国大会の報告等が行われた。（河村）

## －第 20 回－

**1 月 5 日　午後 5 時～ 5 時 46 分**

河村会長、吉本・濱本副会長、林専務理事、弘山・萬・加藤・藤本・今村・沖中各常任理事、白澤・香田・中村・清水・舩津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

**議決事項**

**1　平成 29 年度山口県医師会代議員会について**

平成 29 年度の臨時代議員会を平成 29 年 4 月 20 日、定例代議員会を平成 29 年 6 月 15 日に開催することが決定した。

**協議事項**

**1　平成 29 年度予算編成の基本方針・日程について**

国及び山口県の情勢を踏まえた基本方針と日程の協議を行った。

**2　平成 29 年度新規事業について**

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

**3　第 2 回郡市医師会長会議について**

2 月 16 日開催予定の会長会議における日程及び提出議題について協議を行った。

# 理　事　会

**4　第 12 回医療関係団体新年互礼会について**

1 月 7 日（土）に開催する互礼会の出席者が確定し、当日の次第及び役職員の担当等について協議を行った。

**報告事項**

**1　第 5 回認知症サポート医養成研修会（12 月 10・11 日）**

福岡市において開催され、「診断・治療の知識」等の講演、グループワーク及び質疑応答が行われた。（前川）

**2　医事案件調査専門委員会（12 月 22 日）**

病院 4 件の事案について審議を行った。（林）

**3　献血推進及び薬物乱用防止ポスター・作文表彰式（12 月 22 日）**

献血推進ポスター・作文の部及び薬物乱用防止ポスター・標語の部において、それぞれ最優秀 1 点、優秀 2 点、佳作 3 点の表彰が行われ、献血推進協議会長として表彰状の授与を行った。（河村）

**4　第 7 回ドクターヘリ運航調整委員会（12 月 22 日）**

新しい動きとして、ドクターヘリが事故現場に駆けつける時間を大幅に短縮することで、救命率の向上につなげる「救急自動通報システム」（D-Call NET）の試験運用が平成 27 年 11 月 30 日より開始されたとの報告があった。山口県においては未定。引き続き、平成 27 年度ドクターヘリ運航実績、中国 5 県ドクターヘリ広域連携の出動実績等について報告が行われた。（弘山）

**5　山口県在宅医療推進協議会（12 月 22 日）**

本県は、高齢人口 10 万人当たりの訪問診療実施機関数は全国と同程度（全国 70.6、山口県 73.0）であるが、訪問診療実施件数は低調（全国 3,249 件、山口県 2,264 件）であることを踏まえ、訪問診療実施件数の増加に向けた具体的対応策について協議した。（河村）

**6　広報委員会（1 月 5 日）**

会報主要記事掲載予定（2 ～ 4 月号）、女性医師部会座談会、来年度の県民公開講座等について協議した。（今村）

**7　会員の入退会異動**

入会 2 件、退会 6 件、異動 8 件。（1 月 1 日現在会員数：1 号 1,288 名、2 号 870 名、3 号 417 名、合計 2,575 名）

## ―第 21 回―

**1 月 19 日　午後 4 時 50 分～ 6 時 13 分**

河村会長、吉本・濱本副会長、林専務理事、弘山・萬・加藤・藤本・今村・沖中各常任理事、香田・中村・清水・舩津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

**協議事項**

**1　定款等検討委員会答申について**

定款等検討委員会に諮問した、「平成 30 年度山口県医師会費の賦課方法及び平成 30 年度役員等の報酬」については、いずれも前年度のとおりで適切である旨の答申が出され協議、承認された。

**2　山口県医療保険関係団体連絡協議会について**

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

**3　平成 29 年度県事業予算（県医師会委託分）について**

平成 29 年度山口県事業予算のうち、本会が受

# 理　事　会

けている委託事業に係る予算について、現時点における見積額について説明を行った。今回、5％マイナスシーリングがかかっているところであるが、今のところは昨年度と同額が要望されている状況である。

**4　在宅医療推進フォーラムの後援について**

地域包括ケアシステムの推進に向けて、広島県医師会、広島県歯科医師会、広島県看護協会、広島県薬剤師会で構成する「県民が安心して暮らせるための四師会協議会」が主催する標記フォーラム（中国ブロック研修会）の後援申請があり、承認された。

**人事事項**

**1　山口県国民健康保険運営協議会の委員について**

平成 30 年 4 月から県が市町とともに国民健康保険の運営を担うに当たり、国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するため、新たに標記協議会が設置されることとなった。山口県健康福祉部長より保険医代表としての委員推薦の依頼があり、沖中常任理事を推薦することが決定した。

**2　文部科学省「地（知）の拠点大学による地方創生推進事業（COC ＋事業）」における外部評価委員会の委員について**

山口大学では、文部科学省「地（知）の拠点大学による地方創生推進事業（COC ＋事業）」において、大学に関し広くかつ高い識見を有する者より、当該事業の進捗状況の確認、事業の成果に対する評価、事業推進に対する助言や提言等を得るため、外部評価委員会を設置することとしている。山口大学長より、本会の今村常任理事に委員を委嘱したい旨の依頼があり、承諾することが決定した。

**報告事項**

**1　ワーキングチーム合同会議（1 月 5 日）**

○　**第 1 回医師会立看護学校問題**

医師会立看護学校の財政、運営方法等について意見交換を行った。（沖中）

○　**第 2 回地域包括ケア（在宅医療・介護連携等）推進**

山口県の在宅医療の現状を踏まえ、県医師会の助成事業、24 時間対応の訪問看護ステーション、訪問診療の実情等について協議した。（弘山）

○　**第 2 回地域医療構想**

①地域医療構想調整会議の開催状況、今後の予定、②次期保健医療計画（H 30 ～）の策定に向けた動向、③介護療養病床の廃止に向けた動向、④地域医療連携推進法人制度、について情報提供が行われた。（弘山）

**2　日本医師会第 21 回財務委員会（1 月 6 日）**

平成 29 年度日本医師会事業計画（案）並びに予算（案）について審議を行った。（吉本）

**3　勤務医部会「なんでもトーク in 岩国・柳井」（1 月 10 日）**

部会の活動状況を説明後、病病連携と病診連携等について意見交換を行った。（加藤）

**4　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（1 月 11 日）**

役員選任の認可、平成 28 事業年度一般会計収入支出予算の変更、平成 28 年度支部監事監査の結果等について報告が行われた。（河村）

**5　定款等検討委員会（1 月 12 日）**

「平成30年度山口県医師会会費の賦課方法」「平成 30 年度役員等の報酬」の諮問事項について審議を行った。（河村）

# 理　事　会

**6　第 49 回山口県学校保健研究大会（1 月 12 日）**

平成 28 年度の「山口県学校保健・学校安全表彰」、「山口県学校保健連合会表彰」、「山口県学校環境衛生優良学校表彰」の表彰式が県庁で行われた。このうち、山口県学校保健連合会表彰（学校保健功労者）では、会員 3 名が学校医の功績により表彰された。（河村）

**7　山口県学校薬剤師会各賞受賞祝賀会・新年会（1 月 12 日）**

山口県学校保健連合会の会長として出席し、祝辞を述べた。（河村）

**8　山口県臨床検査技師会新年賀詞交歓会（1 月 14 日）**

来賓として出席し、挨拶を行った。（河村）

**9　平成 28 年度山口県胃内視鏡検診研修会（1 月 15 日）**

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が、平成 28 年 2 月 4 日付けで一部改正されたことに伴い、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て、実施する場合の留意点や偶発症対策に係る標記研修会が開催された。（香田）

**10　広島県医師会との懇談会（1 月 15 日）**

産業医報酬及びストレスチェック料金、中国地区在宅医療推進フォーラムの開催、特別支援学校学校医対象研修会に関する企画等について意見交換を行った。（林）

**11　山口県医療費適正化推進協議会（1 月 17 日）**

第二期山口県医療費適正化計画の進捗状況及び第三期山口県医療費適正化計画の策定について説明があり、その後、意見交換を行った。（弘山）

**12　第 3 回都道府県医師会長協議会（1 月 17 日）**

本会提出議題「高齢運転者に対する認知症診断検査の医療費について」ほか各県から提出された 7 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。（河村）

## 医師国保理事会　－第 16 回－

**1　傷病手当金支給申請について**

1 件について協議、承認。

**2　平成 29 年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について**

平成 29 年度実践計画について協議し、2 月 16 日開催の組合会に承認事項として上程することを議決した。

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。

# 獺祭魚と李商隠

飄々

広報委員

吉岡　達生

獺祭魚は、略して獺祭ともいう。まず獺祭魚のそもそもの意味を述べたい。中国では、獺が捕らえた魚を、食べる前に岸上に羅列する、ちょうど神に供して祭るように見えるので、獺祭魚という。

出典の一つに、『礼記』月令篇がある。「孟春之月、東風解凍、蟄蟲始振、魚上冰、獺祭魚、鴻雁来」（孟春の月に、東風 凍りを解かす、蟄蟲始めて振るう、魚 冰に上ぼる、獺 魚を祭る、鴻雁 かえる）とある。

旧暦一月の節気「立春」になると、順番に、東風（春風）が吹いて氷を解かし、冬眠中の動物（蟄蟲）が動きはじめ、水底に潜んでいた魚が水面に近づき氷を背にする時期がくる。旧暦一月の中気「雨水」になると、順に、獺が捕らえた魚を岸辺に並べて祭り、鴻雁が北に帰（り、草木が萌えはじめ）る。

中国の伝統的な季節感をあらわすものに、七十二候がある。旧暦（陰暦）で自然現象に基づく七十二の季節の区分である。五日を一候、三候を一気、二気・六候を一か月とする。二十四気・七十二候を一年とする。二十四気は、二十四節気ともいう。いま引用した『礼記』の「①東風解凍、②蟄蟲始振、③魚上冰、④獺祭魚、⑤鴻雁来」は、順番に年初の五つの候である。六番目の⑥草木萌動（草木が萌えはじめる）をくわえて、旧暦一月の二つの気と六つの候のすべてということになる。

つぎに獺祭魚の転義をみたい。晩唐の詩人・李商隠（812 ～ 858）には、「夕陽 無限に好し」の「楽遊原」や『唐詩選』に入っている「夜雨 北に寄す」など有名な漢詩がある。李商隠には、獺祭魚という号があるが、あまり知られていない。その出典は、宋の楊億（974 ～ 1020）の雑話を載せる『談苑』である。そこには「李商隠為文、多検閲書冊、左右鱗次、号獺祭魚」（李商隠 文を為るとき、多く書冊を検閲し、左右に鱗次して、獺祭魚と号す）という一文がある。李商隠は文をつくるとき、書籍をよく調べ、左右に魚の鱗のように連なり並べて、獺祭魚と号す。

この場合の意味は、原義から転じて、①詩文を作るとき数多くの参考書を座の左右に並べひろげること、さらに転じて、②詩文を作るのに多くの典故を引くことである。また、日本では正岡子規の別号「獺祭書屋主人」がある。書斎で自分の周囲に参考図書を積み重ねたことからである。

なお、李商隠の詩注には、高橋和巳『中国詩人選集』第十五巻（岩波書店、1958）がある。私の李商隠についての理解・知識は、この書籍による。高橋和巳（1931 ～ 1971）は吉川幸次郎の門下で、もと京都大学助教授（中国文学）である。大学紛争の時に、学生の主張が正しいとして辞表を出し、作家生活に専念した。主著に『悲の器』『憂鬱なる党派』『邪宗門』『我が心は石にあらず』『わが解体』などがあり、一時はベストセラー作家だった。

# 日医 FAX ニュース

**2017 年（平成 29 年）1 月 31 日　2580 号**
- 偽造品対策、ボトル単体は譲渡禁止
- 介護保険法改正案を了承
- 医療情報提供機関、情報漏えいに懸念も
- 女性医療職エンパワメント議連発足
- 前週から倍増で今季初 20 台―インフル発生状況

**2017 年（平成 29 年）1 月 27 日　2579 号**
- 25 対 1 医療療養の経過措置延長を主張
- 「エビデンスのある介護に変革へ」
- 介護療養病床転換「魅力的な選択肢を」
- 参照国から「米国は外すべき」
- 中医協公益委員に長谷川・中村氏を提案

**2017 年（平成 29 年）1 月 24 日　2578 号**
- 在宅専門診療所で“指定逃れ”の実態
- 安倍首相「薬価制度の抜本改革を断行」
- 介護療養病床の経過措置は「6 年」延長
- 特定健診・保健指導の見直し取りまとめ

**2016 年（平成 28 年）1 月 20 日　2577 号**
- ネットでプラス改定、調剤報酬も課題
- 医師需給分科会の早期再開を
- 医療法改正案のメニューを了承
- 17 年度臨時改定案を了承、加算 1 を新設

**2016 年（平成 28 年）1 月 17 日　2576 号**
- 医療・介護の個人情報 GL 見直しへ
- 大都市部の 6 都府県の募集定員に上限
- 在宅 WG が発足、「在宅と入院はセット」
- 受動喫煙対策の強化方針を強調

**2017 年（平成 29 年）1 月 13 日　2575 号**
- 同時改定「人」への財源手当てが必要
- 「環境問題を重要なテーマの一つに」
- 18 年度改定に向けた議論がスタート
- 薬価制度抜本改革、12 月に骨子まとめへ

**2017 年（平成 29 年）1 月 6 日　2574 号**
- 「認定医療法人の贈与税非課税は成果」
- 「消費税問題の抜本的解決できず残念」
- 支払基金支部の集約化は各論併記に
- 薬用植物の国内栽培化推進を提案
- 次官級ポストの「医務技監」を創設

**2016 年（平成 28 年）12 月 23 日　2573 号**
- 「18 年度同時改定へ削減積み残しなし」
- 「年 4 回」薬価見直し、17 年度中に開始
- 薬価制度改革「中医協で問題点議論を」
- 介護給付費分科会と意見交換へ

**2016 年（平成 28 年）12 月 20 日　2572 号**
- 社会保障費 1400 億円圧縮「達成」見込み
- 「新」整備指針を了承
- 調整幅「5％くらいまで上げてほしい」
- 薬剤の安全管理でダブルチェックを
- 地域医療連携推進法人でパブコメ開始

**2016 年（平成 28 年）12 月 16 日　2571 号**
- 薬価制度見直し日医見解を改めて説明
- 同時改定に向け議論スタート、連携重視
- スイッチ OTC 候補、第 1 弾は 16 成分
- 個人開業医や医師会も“社員”に

**2016 年（平成 28 年）12 月 13 日　2570 号**
- 基幹施設認定で日医要望など反映
- 製造総原価の公表、「不可」に各側反発
- 政府の研究開発を顕彰に大きな期待
- 介護保険制度見直しへ意見書を了承

お知らせ・ご案内

## 平成 28 年度
## 山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

日　時　平成 29 年 3 月 5 日（日）　14：00 ～
場　所　山口県医師会 会議室（ 山口県総合保健会館 6 F ）

14：00　平成 28 年度総会
14：30　特別講演
**男性学の視点から**
**男性の仕事中心の生き方を見直す**
武蔵大学社会学部社会学科 助教　**田中　俊之**
15：50　特別企画　～熊本からの報告～
**熊本地震による学びとこれから**
熊本大学医学部附属病院地域医療支援センター
特任助教　**後藤　理英子**

※　託児室あり（要予約）

## 第 143 回山口県医師会生涯研修セミナー

と　き　　平成 29 年 2 月 26 日（日）10：00 ～
ところ　　山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール

特別講演 1　10：00 ～ 11：00
**こどもの発熱～自己炎症疾患から川崎病まで～**
九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授　**大賀　正一**

特別講演 2　11：00 ～ 12：00
**発育期腰部疾患の確定診断と低侵襲治療～非特異的腰痛の病態～**
徳島大学大学院医歯薬学研究部運動機能外科学教授　**西良　浩一**

※ 午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウム等が開催されます。

お知らせ・ご案内

# 平成 28 年度山口県医師会勤務医部会
# 総会・基調講演・シンポジウム

と　き　　平成 29 年 2 月 26 日（日）13：00 ～ 15：30
ところ　　山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール
※ 午前中は生涯研修セミナーが開催されます。

**総　会**　13：00 ～ 13：15
（1）開会のことば
（2）山口県医師会長あいさつ
（3）山口県医師会勤務医部会長あいさつ
（4）議事（①平成 28 年度事業報告、②平成 29 年度事業に対する要望）

**シンポジウム**　13：15 ～ 15：30
**テーマ「医療事故調査制度－医療安全のために－」**
司会：山口県医師会常任理事　加藤　智栄

**1　基調講演**　13：15 ～ 14：15
座長：山口県医師会勤務医部会長　前川　剛志
**医療事故調査制度－医療安全のために－**
山口県医師会専務理事／関門医療センター院長　**林　弘人**

※ 日本専門医機構共通講習「医療安全」1 単位取得可能
共通講習単位を取得希望の方は、学会専門医番号をお控えの上、お越しください。
定員 400 名（先着順、定員になり次第締切）

**2　シンポジウム**　14：15 ～ 15：30
座長：山口県医師会勤務医部会企画委員長　内田　正志
山口県医師会理事　中村　洋
〔シンポジスト〕
岩国医療センター
副院長　**牧野　泰裕**　リスクマネージャー　**藤岡　雅子**
山口県立総合医療センター
顧　問　**山下　哲男**　リスクマネージャー　**木原　雅子**
山口労災病院
副院長　**矢賀　健**　リスクマネージャー　**河本　乃里**
下関医療センター
副院長　**坂田晃一朗**　リスクマネージャー　**高野　和恵**
〔コメンテーター〕
山口大学医学部附属病院医療安全推進部副部長　**山口　道也**

お知らせ・ご案内

# 第 75 回山口県消化器がん検診講習会

日　時　　平成 29 年 3 月 4 日（土）　15：00 ～ 17：00
場　所　　山口県医師会 6 階 大会議室

次　第

司会　山口県消化器がん検診研究会副会長　檜垣　真吾

開　会　15：00

特別講演Ⅰ　15：00 ～ 16：00
座長　山口県消化器がん検診研究会副会長　清水　建策
**大腸がん検診の新たな可能性～効率的な検診を目指して**
山口大学大学院医学系研究科消化器内科学講座講師　**橋本　真一**

特別講演Ⅱ　16：00 ～ 17：00
座長　山口県消化器がん検診研究会会長　三浦　修
**日常診療に役立つ大腸がん検診のワンポイントアドバイス**
**－便潜血検査から大腸 CT 検査まで－**
社会医療法人社団高野会大腸肛門病センター高野病院
副院長　**野﨑　良一**

閉　会　17：00

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

取得単位　　日本医師会生涯教育制度　2 単位
カリキュラムコード 54（便通異常 ( 下痢・便秘 ))、
55（肛門・会陰部痛）　各 1 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点

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

※ 参加申込は不要です。

お知らせ・ご案内

## 公益財団法人産業医学振興財団からのお知らせ
### ～産業医学調査研究助成事業助成希望者募集について～

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、平成 29 年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集します。

詳細は財団ホームページをご覧ください。

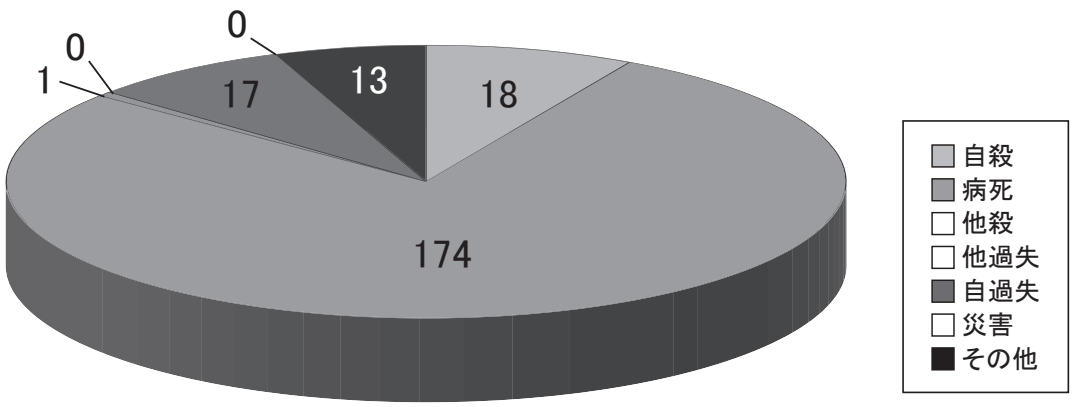
http://www.zsisz.or.jp/investigation/98.html

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

## 死体検案数掲載について

| 山口県警察管内発生の死体検案数 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 自殺 | 病死 | 他殺 | 他過失 | 自過失 | 災害 | その他 | 合計 |
| Dec-16 | 18 | 174 | 1 | 0 | 17 | 0 | 13 | 223 |

死体検案数と死亡種別（平成 28 年 12 月分）



# 医師資格証を持ちましょう

『医師資格証』はHPKI（保健医療福祉分野公開鍵基盤）の枠組みを使った日本医師会認証局が発行する医師資格を証明するカードです

医師資格証は5年ごとの更新になりました

申請方法と受け取り方法が変更になりました

年間利用料が廃止されました

2年ごとのオンライン更新が不要になりました

## 診療情報提供書等へのHPKI電子署名に対応しています

### 医師資格証 ご利用シーン

- 地域医療連携内での診療情報提供書への**HPKI電子署名**（平成28年診療報酬改定において加算を算定することが可能）
- 電子処方せん発行時の**HPKI電子署名**に使用
- 日医生涯教育制度、認定医、かかりつけ医など各種研修時の**受講履歴、取得単位管理**に使用
- 地域医療連携システムへの**ログイン認証**

- **医師資格証ポータルサイト**の利用

- 治験データへの**HPKI電子署名**

- **文書交換サービス**の利用

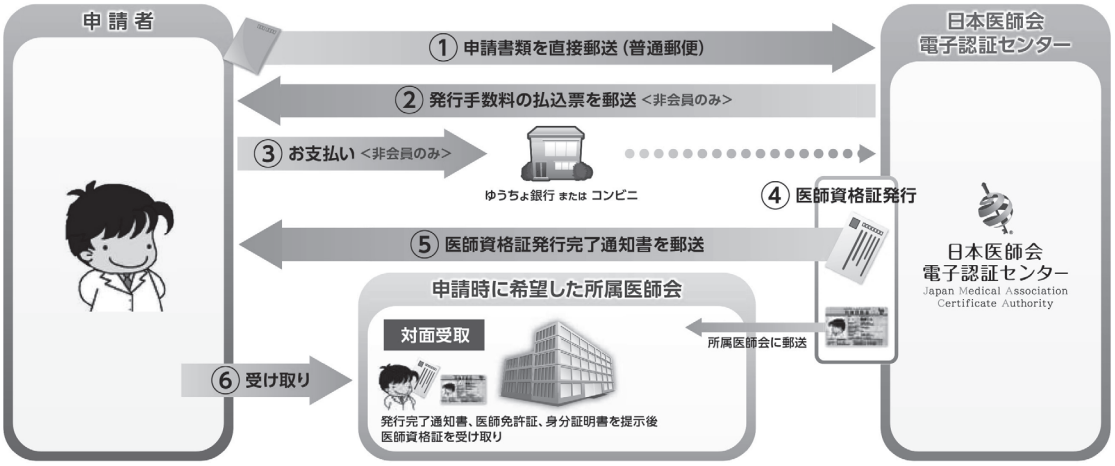
- **身分証**としての活用
  JAL DOCTOR登録制度などへの任意登録に使用する
  ※医師資格証を身分証として活用できるように各企業、行政機関に働きかけを行なっています

日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8　文京グリーンコートセンターオフィス17階

詳しくは日本医師会電子認証センターホームページをご覧ください。 http://www.jmaca.med.or.jp/

# 医師資格証申請方法




## 新しい発行方法

①『申請書類』一式を
日本医師会電子認証センターへ郵送します。

②発行手数料の払込票が郵送されます。<非会員のみ>

③ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。<非会員のみ>

④医師資格証が発行されます。<非会員は払込確認後>

⑤医師資格証 発行完了通知書が郵送にて
到着します。

⑥『対面受取時の書類』を持ち、
申請時に希望した所属医師会に医師資格証を
受け取りに行きます。
※郡市区等医師会で受取り可能な都道府県もあります。

申請書類一式郵送先
日本医師会 電子認証センター
〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8
文京グリーンコートセンターオフィス17階
E-mail：toiawase@jmaca.med.or.jp

### 『申請書類』

1 医師資格証発行申請書
電子認証センターホームページよりダウンロード出来ます。
※顔写真を貼付ください。（撮影から6ヶ月以内）
2 医師免許証コピー
3 住民票の写し（原本）
4 身分証のコピー（下記のいずれか1点）
・運転免許証　・住民基本台帳カード　・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成24年4月1日以降発行の運転経歴証明書　・マイナンバーカード（裏面不要）

### 『対面受取時の書類』

※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証発行完了通知書
2 医師免許証原本提示
または
医師免許証原本のコピーに実印を押印したものと印鑑登録証明書を提出
（裏書がある場合は裏面コピーにも実印を押印して提出）
3 身分証原本提示（下記のいずれか1点）
・運転免許証　・住民基本台帳カード　・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成24年4月1日以降発行の運転経歴証明書　・マイナンバーカード

## 費 用

**日医会員**　初回発行手数料は無料。年間利用料は廃止となりました。
5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円（税別）が必要です。

**日医非会員**　初回発行手数料5,000円（税別）。取得後1年目から5年目までの年間利用料6,000円（税別）。
5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円（税別）が必要です。
（発行・更新1年目は合計11,000円（税別）となります）

# 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。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 森　永　虎　彦　氏 | 下関市医師会 | 12月12日 | 享　年　90 |
| 岡　田　　久　氏 | 厚狭郡医師会 | 12月17日 | 享　年　83 |
| 下　井　利　重　氏 | 吉　南医師会 | 12月26日 | 享　年　72 |
| 平　井　得　夫　氏 | 防　府医師会 | 1月13日 | 享　年　91 |
| 水　津　　昭　氏 | 下　松医師会 | 1月16日 | 享　年　89 |
| 小　林　　修　氏 | 柳　井医師会 | 1月27日 | 享　年　69 |

## 編集後記

昨年暮れに左環指末節骨を骨折した。

出張帰りの浜松町駅で、発車時間ぎりぎりだったので階段を駆け上がり、モノレールに駆け込もうとした瞬間、足が全然ついて来ず、ウルトラマンの飛行体勢のようにふわっ（じゃなくてシュワッ？）と宙を舞った。

左手から着地、モノレールのドア下のレールの部分に環指があたったようだ。痛いのは痛かったけど、それ以上に恥ずかしかった。何事もなかったかのように座席に座り左手を見ると環指の爪の付け根の部分からかなり出血があった。ハンカチで押さえる。ん、指先が左右に動くぞ？靱帯でも切れたかなあ。この時点では骨折とは全く思っていなかった。

羽田空港に着くなり、ドラッグストアに飛び込んで絆創膏を買う。出血しているのを見て店員がティッシュを1枚だけくれた。いつものように羽田空港で酒をのみながら軽く食事をして、また飛行機の中で飲んで・・。当たり前といえば当たり前だが出血が止まらない。

山口宇部空港には妻が迎えに来てくれていた。あんまり出血が止まらないので帰る途中、病院に電話、「20分後に受診するね」といって切る。ちょうど2次救急で整形外科の待機医がいた。X線写真を撮ると見事な骨折！その後、手術となった。指にはまだ鋼線が2本、スクリューが1本入っている。ということで、左手環指に装具を付けた私を見ても「どうしたの？」って聞かないでください。

（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）