

山口県医師会報

平成29年(2017年)

3月号

— No.1879 —



早春（山口市 木戸山） 渡邊恵幸 撮

Topics

女性医師部会座談会
県民公開講座 花粉症対策セミナー



Contents

■女性医師部会座談会……………	183
■今月の視点「医師会立看護職員養成所の抱える問題 ～改善のためには「オール山口」での対応を～」……………	沖中芳彦 190
■平成 28 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 ……………	白澤文吾、加藤智栄、中村 洋、内田正志 195
■第 8 回 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会 ……	正木康史 208
■社保・国保審査委員連絡委員会……………	萬 忠雄、清水 暢 211
■平成 28 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健 担当理事協議会・関係者合同会議……………	藤本俊文 214
■平成 28 年度花粉測定講習会 ……	今村孝子 219
■県民公開講座 花粉症対策セミナー 2017 「これでバッチリ花粉症対策」……………	沖中芳彦、菅原一真、今村孝子 220
■第 49 回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会……………	今村孝子 226
■平成 28 年度 山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会……………	藤本俊文 228
■山口県医師会産業医研修会……………	藤本俊文 236
■日医 FAX ニュース ……	243
■県医師会の動き……………	吉本正博 244
■理事会報告（第 22 回、第 23 回） ……	247
■飄々「秋吉台の春」……………	石田 健 254
■お知らせ・ご案内……………	255
■編集後記……………	今村孝子 258

女性医師部会座談会

と き 平成 29 年 1 月 23 日 (月) 19:00 ~ 20:20
ところ 周南市内
参加者 徳山・下松・光市各医師会所属の女性医師 5 名

[司会：山口県医師会常任理事 今村 孝子]

開会

今村常任理事 本日は、大変お忙しい中、「女性医師部会座談会」にご出席いただきましてありがとうございます。

この座談会は 26 年度から医師会報の新コーナーとして年 1 回開催させていただいており、第 1 回目を下関市で、第 2 回目を山口市で開催させていただき、今回が第 3 回目となります。

本日は「医師を続けてきてよかったこと、困っていること」並びに「後輩の女性医師へのアドバイス」についてお話いただきますが、お名前やお写真は掲載せず、発言者が特定できないような形にしますので、本音をお聞かせいただきますようよろしくお願いいたします。

医師を続けてきてよかったこと、困っていること

★ 人の役に立っていることが実感できる仕事だと思います。自分の立場から言えば、資格を取って自分の生活の質も上げたかったし、自立したいということもありました。そういうことから、医師というよりは医療系が良いかと思っていた。他の仕事も考えたのですが、医師の方が途中でペースを落としたり、復帰してもやれるので、当たっていたかなと思います。勤務、開業、行政等、いろいろな道がある点においても、わりと良い仕事かなと思っています。

★ 医師の資格を持つことで、おそらく自分が辞めたいと思う時までこの仕事を続けられると思いますし、そしてそれは凄く有難いことだと考え

ています。息子が一人いるのですが、仕事を休んで育児を始めた際は育児ノイローゼになりそうでした。仕事を離れるのがこんなに辛いものかというのを感じましたし、仕事に戻った瞬間に心がリセットされて、患者さんと話していることが自分にとっては大変プラスになっていました。自分がこんなにも仕事が好きだなんて全然思っていなかったんですが、実際には家庭と仕事の両立で自分を上手く保っていたということに最近、育児をしながら気づきました。医師以外の仕事でもそのように感じる方はおられるとは思いますが、やりがいに関しては本当に強く感じており、良い仕事に就けたと思っています。

★ 家族の健康の悩みに対して、自分で調べて対策を教えることにやりがいを感じていたため、健康のサポートをしたいと思い、医師を志しました。今も相談にのる程度ですが、家族が少し安心してくれると嬉しく思います。また、救急対応で投薬や処置によって一命を取り留めた時、目の前で劇的に助けられるという点で凄くやりがいがある仕事だと思っています。困っている点としては、今後の進路について専門医制度が変わっていくことや、将来、キャリアと家庭をどのように両立させていくかという点で不安があります。

★ 私が医師を志した理由があまりしっかりしていなくて、近くに同じ仕事をしていた人がいたからというのと、しかも、その人が楽しそうに仕事をしていたからというのが、きっと大きいと思います。良かったと思う点は、小児科の場合は子ど

もがどんどん成長するので、例えばその子が結婚して、子どもを産んで、その子どもを連れて遊びに来てくれたりした時に、小児科医で良かったなと思います。困っていることは、将来どうなるのだろうかということで、今の仕事を続けるのか、結婚するのか、いずれにしても仕事を続けなかったらお金の面はどうなるのか、結婚相手によるとは思いますが心配です。時間がないというのは今は言い訳になる状況になっていますが、結婚する相手を見つける時期は仕事でそれどころではないくらい忙しかったかなと思います。

★ 以前から医師になりたいと思っておられたとのことで、一本筋が通ってますね。

★ 大学 5～6 年で進路を考えた時に救急と ICU のどちらに進むか、かなり悩みました。ですが、一度決めてしまってから迷うことはありませんでした。

★ 入る前に物事をきちんと考えておられて素晴らしいです。私は勢いだけだった気がします。どこかで考えないといけないわけで、入った後に行き詰ってから考えました。

★ 将来行きたい科を決めてからも別の科を廻っておられると思うのですが、「やはり他の科がよかったかも？」と悩んだりしたことはなかったんですか。

★ 各科の魅力をそれぞれ感じるので憧れることはあります。

★ もし自分が今、受験するなら、どうするだろうとか考えたりしませんか。例えば医学部以外を受験するとか。テレビの影響とかもありますか。

★ 最近はテレビにおいて、医師の話が忠実に、臨床にとっても近いような形で描かれていますよね。最近あったドラマ「コウノドリ」でも、若年妊娠や母体危機の赤ちゃんをどうやって助けるのか、産婦人科のかなりリアルな面を描いていま

した。志す人がああいうのを見た時に、怖いと思うのか、それとも凄いと思うのか、その人のモチベーションによると思うんですが、私は医師になった人間なので、「凄い」「やっぱりカッコイイ」と思いながら観ていました。私の母は看護師で仕事大好き人間なんですけど、そんな母を見て医療系に進もうと考えて、母に看護師になりたいと言ったら「止めときなさい」と言われました。看護師はいろいろな資格や経験を持っていますが、最後に決断するのは医師であり、患者さんのための発言であっても医師には及ばないと。もちろん看護師としての仕事はとても大事なんですが、患者さんのためにやりたいことができない時があるから、どうせなら極めた方が良くということで医師を目指そうと決めたんです。実際医師になると、常に新しい情報がたくさん入ってきて、特に科が決まってからは好きなことがたくさん勉強できるということが本当に楽しくて。産婦人科は内科から外科までできるんですが、好きなことをやりつつ生涯勉強というのは、辛いように聞こえるかもしれませんが、それだけ情報がいろいろ入ってくるので凄く面白いです。

★ 看護師長さんは多数の女性の集団をまとめなければならぬわけで、リーダーシップが凄く必要と思う。非常にやりがいがあるでしょうね。プライベートとの両立は大変だったのではないのでしょうか。

★ 父は料理人で、母の夜勤と重なり家を空けることが多かったので、祖父母のサポートがあったから仕事を続けられたと思います。私自身も仕事をしつつ家庭を持っていますが、意外にやりくりできていると思っています。その理由としては、結婚相手が一般のサラリーマンということもあると思うんです。主人が私の仕事の忙しさをちゃんと理解したうえで結婚してくれて、夕食を作るのは帰宅の早い主人、後片付けは私というように家事は分担しており、今のところは不自由なことも感じていません。産婦人科ということもあって産休や育休を取ったり、子供のことで早く帰るということについてもサポートしてもらえる点におい

ては産婦人科で良かったなと思っています。夜中のお産が多いというのは事実なんです、それ以上に得るものが大変多いので。

★ 今も夜中の呼び出しに出ておられるんですか。

★ 今は妊娠中なので出ていません。ただ、産後仕事に早く復帰しましたから、たまに子供が可哀そうなんじゃないと言われますが。

★ どうして可哀そうなんですか。

★ やはり常時子供の側についていてあげられないことが理由だと思います。私が仕事に復帰したのは出産後 6 か月の時で、育児ノイローゼになりそうなので早く戻してほしいとお願いしました。6 か月の小さな子供を託児所に預けて仕事するのはどうなんだってことを親族から言われたりしたんですが、実際には自分が医師として仕事をしている時と育児している時の心のバランスが非常に良かったので、早く復帰して良かったです。

★ 仕事をしていることでバランスよく廻っていたのですね。一本足で立つよりも二本足で立つ方が安定するように。子育てはお母さん一人の仕事ではなくて、いろいろな人が関わってやっていく方が良いと思う。周りを上手く巻き込んで乗せるテクニックが必要です。自分が楽しそうで幸せそうということが一番です。先生は凄く幸せそうでお顔の色も良いですね。

★ 正直、今の所、困っているということはあまりありません。

★ 子どもが急に熱を出した時とかは、どうしているんですか。

★ 病院内に病児保育があるので非常に恵まれた環境にあると思います。子供は病児保育で診てもらいつつ、仕事は定時で上がらせてもらっています。

★ 院内病児保育も最近増えましたね。

★ 私は去年の 10 月に開業して今はバタバタしています。他の仕事についてはあまり考えられなくて、自分の性格上、いわゆる事務職は自分には合わないなと思っていました。今までいた企業の診療所は通常の病院と異なることが多くて、病院内だと共通言語で話してわかることも、なかなか通じないことも多いことを経験しました。それこそ行政的なこととか政治的、経営的なことがチョロチョロ絡んできて、普通の病院とは少し違った経験をさせてもらえたと思っています。そういったことを含めて医療者というのは特に内科、糖尿病とかは予防からプライマリまで繋がったものとして体制構築しようと四苦八苦しました。ある意味、折衝は上手くないので、そういう面で苦労したということではありますが、医師として苦労したということとは違うと思っています。人と話をすることが基本的には嫌いではないので、患者さんと話をすることで自分が救われているということとはよくあって、診療を続けていくこと自体が私にとっては非常に有難かったと思っています。35 歳になる直前で一人目を、38 歳の時に二人目を出産したんですが、実は一人目の時は出産前日まで働いていました。産前休暇として 6 週間前から申請は出したんですが、落ち着かないので結局、裏でゴソゴソ仕事をして、出産して 8 週間で復職しました。夏だったこともあり、非常にクラクラしていて、しかも子供がなかなか寝てくれない子だったので大変でした。徳地に住んでいる母が来てくれたので、わりと早くから保育園に入れましたが、嘔吐下痢になるのは週末になってから、インフルエンザになるのも金曜日の夜からというようなことで、あまり休まずにすみしました。医師で困ったことはあまりないんですが、強いて言えば学生時代から付き合っているそのまま結婚している同級生もいますが、医師はどちらかと言うと婚期が遅いということですかね。

★ 学生結婚は多いですね。

★ 卒業するまでに出産して、頑張って卒業する

というパワフルな人も居ました。

★ なんとかかなりますよね。仕事でもそうですが、そうなった時に目の前にあることに対して、どうにか片をつけていく習性がありますね。

★ 私の場合は、途中からは結婚しなくてもよいと思っていたら、ある日突然、結婚することになっていました。

★ ドラマチックですね。

★ 私は大学卒業後、九州の病院で 6 年ほど勤務していました。とにかくお酒が大好きで、よく飲み歩いていましたが、飲み屋で出会うお客さんと喋ることで、私って医学しかやってこなかったんだという自分の無知を思い知らされながら、社会的なことを学んだりしていました。そんな中で、たまたま政治の話をしたのが今の主人でした。お互い一人ずつで飲んでいて、向こうは私が医師であることを飲み屋のママから聞いていたみたいで、「医師なのに無知だな」と言いながら政治の話をしてくれました。初対面なのに凄く話が盛り上がったのが私の中では非常に大きくて、「またこの店に来るんだったら連絡を取り合って喋ろうよ」と言ったことがきっかけでした。私は当時 29 才だったんですが、そろそろ結婚を考えなくてはと思っており、お付き合いをする直前に「結婚する相手としかお付き合いは考えません」ということをあらかじめ言って、お付き合いから結婚という流れでした。

★ 言うべきことは言っておいた方が良いですね。

★ 「医師の仕事を辞める気は全くないし、楽しいから絶対続ける。結婚しないんだったら、そんな無駄な時間は要らない。」というようなことを、はっきり言いました。

★ 本当に良い方だったのですね。

★ 有難かったです。仕事は辞めないし、こういう性格だし、ということも全部お話しして、相手も「医師は良い仕事だから続けたらよいと思う。自分がサポートに回れたら回るから」って言うてくれて、本当に有難い出会いだったと思っています。九州では女性医師と聞いただけでさーっと引いてしまう男性もいたので、「看護師で〜す」って言って合コンに参加したりしていたんですが、主人は「良い仕事だね」と言ってくれました。医師という仕事柄、出会いということについてはなかなか難しいかなとは思いますが。友人の女性医師でお見合い結婚した人もいますし。

★ 自分自身から医師は良い仕事と思っている感じが出ないと相手に伝わりませんよね。先生の場合、凄く仕事が好きで、ハッピーな感じが出ていたのでしょうね。

★ 私は 34 歳で結婚したんですが、それまで両親からも周りからもいろいろあったもののご縁がありませんでした。医師同士また同じ科同士で結婚すると、結局は女性の方が無理をするということも見てきて、結局、医師同士は止めた方がよいと思いました。その後もいろいろあって、しばらくは「もう結婚なんてしなくてもいい」と思っていました。

長年、企業の診療所で働いていたので、お節介なおじさんが多く、飲み誘われ一緒に行ったりしていました。今の主人は会社員で健診結果の説明などをきっかけに、食事をしにいくようになったのが付き合うきっかけでした。話も、実はトンチンカンでズレている主人で生活スタイル等には腹の立つことが多いんですが、ここだけは外してほしくないという思いや考え方、理解してほしいことに関しては凄く合います。そういうことが大事かなとも思っています。結婚は年齢ではなく、したいと思った時が適齢期だと思っています。

★ お酒は必要なんですね。

★ “飲みニケーション”は大事かもしれません。お酒を飲まなくても、そういう、ざっくばら

んな環境に行くことが大事かもしれません。

★ 先生はスポーツ好きですね。

★ 週末になるとラグビーとかを観たり、グラウンドに出かけてサポートしています。

★ レノファ山口の応援に誘われたりしませんか。

★ 友達が凄く熱心になっています。私は元々、外に出るのが好きでしたし、男所帯に居ることが多かったの。昔、徳山中央病院に居た時に、某先生に「今まで来た研修医の中で一番男らしい」と言われました。

★ それは褒め言葉でしょう。

★ 土日とかは試合も観に行かれるんですか。

★ 子どもは女の子 2 人なんですけど、ラグビーをやっているのグラウンドについて行ったり、他の試合のサポートに行っています。クリニックを土日は休みにしている関係で平日は遅い時間まで診療しています。

★ 患者さんにとっては有難いですよね。

★ 医療界の中だけで物事を視ずに、視野を広く持ちましょうってことですね。

★ 職業が違ふと考え方が全然違いますよね。時々、知らないことが多い自分が恥ずかしくなることがあります。

★ 私は学生時代、社会のことについて何も勉強していなかったんだなって思います。医学のことならイキイキと喋れるのに政治、株などの話は全く分かりません。だから別の職業である主人と話をするときには新しいことを知ることができて面白いと感じました。

★ 医療者を知らない人たちと話す機会が多かったので、そういうことが大きかったと思いますし、異業種の方との交流も必要だと感じました。

★ 理解してもらえる相手なら他業種でも良いですが、理解してもらえないなら同業者の方が良いでしょうね。医師同士で結婚した人でも上手くいっている人もそうでない人もいますしね。

★ あまりに近いと、見えすぎてしまって腹が立つこともあると思います。同業者（医師）でも科が違ふとファジーな部分があり、「仕方ないか」と思うことがお互いにできれば、上手くいくのではないかと思います。

後輩の女性医師へのアドバイス

★ いろいろあるとは思いますが、とにかく幸せそうに楽しそうにやっていくことが大事だと思います。そうしているとツキがよくなる。それと途中でペースダウンすることがあったとしても、続けていればなんとかなりました。

★ キャリアを積むことと結婚、出産の両立について不安があるというお話がありましたが、私自身は結婚後に産婦人科専門医の資格を取ることができました。実はここから先にもまた目標が一つありまして、女の子から更年期女性まで幅広く診ることのできる女性医学の認定を取ろうかなと思っています。育児中でもいかに自分がフットワーク軽く勉強会に出るかということがとても大事だと思っていて、産婦人科の勉強会や学会には、なるべく参加しています。産婦人科クリニック勤務なので、大学病院のように特殊な症例を経験できない代わりに、一般的な更年期症状で悩んでいる方とか、月経不順で悩んでいる女の子とか、幅広い疾患が診られるというメリットがあるので、診療の中で女性医学のキャリアはそれなりに積めるのかなと思っています。しばらくは育児をしながら仕事をしていくと思うんですが、長い時間がかかっても目標に向かって走って行けば、ある程度達成できるのではないかと思います。

★ 自分はキャリアがそんなにあるわけではないので、ベースの医師／内科医ということがあったとしても、自分がその時その時で興味を持ったものに対して喰いついているというか、かじっているの、専門性に特化しているわけではなく、あまり若い人の参考にはならないかと思います。ただ、自分が将来、どんな医療者になりたいかという芯があれば、例えば結婚、出産、育児で少しブランクができて、どうしてもできる部分だと思えば、スピードは人それぞれなので、先程先生が言われたように、育児をしながらできることもあるし、妊娠、出産の時だってできることはあるので、それを少しずつ続けていったらよいと思います。私はそういう医療者を目指そうと思っていたので。

★ 今の目標を作らないといけないと思っているんですが、なかなかそれを見つけきれなくて、ちょっと目標を失ってしまっている状況です。例えば専門医の資格を取るとか、どのような医師になりたいか等を考えずに生きてきている気がしています。小児科の中での専門医は結構細分化されているので、何を専門にしようかなと考えているところです。そういう自分が今思うことは、あまりに遠い将来像を目標にしたり、あるいは偉大な人を目標にするなど、具体性のない目標にしたりせず、ちょっとずつ細かくゴールを決めていた方がよかったということです。医師としてはまだまだ若いんですが、今の時点で凄くそのように思うので、皆さんにも細かくゴールを決めて、一つずつ細かく達成していったらよいと思います。

★ 学生時代は到達目標を達成できない自分に不満や不安が募り、空回りすることもありましたが、働き始めても繰り返し勉強する機会があり、意外と今でもカバーできると気づきました。昔の自分にアドバイスするなら、目の前の目標に対して自分の力で没頭していけば、足りないところは後で補うこともできると伝えたいです。

★ 人との出会いは本当に大きくて、私は以前勤めていた病院の産婦人科で、「この先生のように

なりたい」と思える人に出会えたことが本当に大きかったです。今は 70 歳手前ぐらいで、大きな病院は卒業されて個人のクリニックで副院長として働かれている女性医師なんですが、その地域の産婦人科を支える本当に有名な先生なんです。この先生と一緒に仕事をする中で、こういう人生の歩み方があるんだと感動しました。今でも年に一度程会いに行ったり、手紙のやり取りをさせてもらっていますが、この先生との出会いがなかったら、自分自身に産婦人科は辛いというイメージがついてしまっていたと思います。患者さんに「この先生しかいない。この先生だけを頼りにしている」と言われるぐらい人格的にも本当に素晴らしい先生で、目標の先生です。

★ 私は医師になって 20 数年経っていますが、未だに反省しきりで勉強が必要と思っているんですが、医師になりたての頃に先輩の医師から「最初の数年はとにかく苦労しろ」と言われました。若い時こそ苦労は買ってでもして、その頃にいろいろな経験をしておくと、必ず後になって役に立つし、出産や育児の際に、ちょっと足踏みしたようなつもりになっても、その苦労が必ず生きてくるし、その次に繋がっていくと思います。だから若いうちに、今の研修医さんたちって凄く大変だと思うんですが、それでも苦労は買っておいただけが後に繋がってくると思います。

閉会

今村常任理事 お一人お一人のエピソードがそれぞれ物語になるような貴重なお話をたくさんお聞かせいただきましてありがとうございました。

どこにでも上手に適應できるしなやかさをお持ちの先生方のメッセージは、きっと若い女性医師の宝物になると思います。

今後ますますのご活躍を期待して、座談会を終了させていただきます。



ホッ！これで安心。

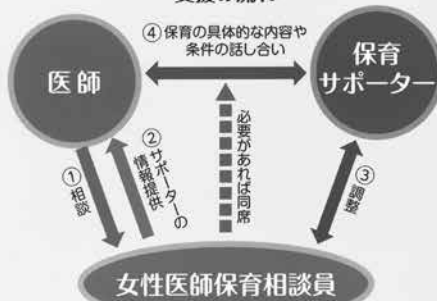
保育サポーターバンクとは…

- 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。



山口県医師会 保育サポーターバンクをぜひ活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ

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!

今月の視点

医師会立看護職員養成所の抱える問題 ～改善のためには「オール山口」での対応を～

常任理事 沖中 芳彦

2025 年問題を控え、全国で看護職員が 190 万人必要と言われている。現在、年に 3 万人ずつ看護職員が増加しているらしいが、それでも 2025 年には 10 万人の不足が見込まれるとのことである。看護職員不足は山口県も例外ではない。まず、県の資料を基に、県全体の看護の現状について紹介する。

1. 山口県の看護の現状について

(1) 看護職員の就業状況

山口県の資料（平成 26 年 12 月末現在）によると、看護職員数は平成 16 年の 19,823 人から 26 年の 23,859 人へと、10 年間で約 4,000 人増加している。看護師は 11,254 人から 15,598 人へ、助産師は 325 人から 423 人へと増加している。保健師は 700 人から 710 人へと横ばいである。一方、准看護師は 7,544 人から 7,128 人へと年々減少している。

(2) 看護学生の入学状況（平成 28 年 4 月現在）

定員に対する充足率は、全体（32 課程）で 87.7%（定員 1,677 人中 1,471 人の入学者数）である。大学（4 課程）が最も高く 100.9%（定員 227 人中 229 人）、看護師課程（17 課程）は 83.8%（同 1,000 人中 838 人）、准看護師課程（10 課程）は 91.5%（410 人中 375 人）、統合カリキュラム（1 課程）は 72.5%（40 人中 29 人）となっている。

(3) 卒業生（平成 28 年 3 月）の就業状況

全体で、入学時の学生数 1,668 人に対し、卒業生数は 1,450 人（86.9%）である。大学は

239 人中 211 人（88.2%）、看護師課程は 941 人中 825 人（87.7%）、准看護師課程は 435 人中 382 人（87.8%）である。卒業者のうち、進学した者は大学では 6 人、看護師課程では 17 人、准看護師課程では 107 人である。看護業務以外に就職した者は大学では 14 人、看護師課程では 5 人、准看護師課程では 2 人であった。進学も就業もしていない者が大学で 8 人、看護師課程で 40 人、准看護師課程で 23 人存在するが、看護職員不足の折、残念なことである。

看護業務に就業した者は全体で 1,225 人であるが、そのうち県内就業者は 842 人（68.7%）であった。大学では 183 人の看護業務就業者に対し県内就業者は 106 人（57.9%）、看護師課程では同 763 人中 482 人（63.2%）、准看護師課程では同 250 人中 240 人（96.0%）であった。准看護師課程の卒業生は看護師課程への進学者が多いが、看護業務に就業した者は非常に高率に県内で就業しており、県内医療環境への貢献度が高いことがわかる。27 年 4 月 1 日現在の准看護師養成課程の一学年の定員は、医師会立准看護師養成所が 290 人（7 課程合計）、高等学校衛生看護科が 120 人（3 課程合計）であり、約 70%が医師会立である。

(4) 卒業生の県内外流出入状況

平成 23 年 3 月には県外流出者 402 人に対し県内流入者は 110 人で、差し引きマイナス 292 人であった。24 年にはそれぞれ 395 人、116 人、マイナス 279 人、25 年はそれぞれ 452 人、103 人、マイナス 349 人、26 年は 427 人、121 人、

マイナス 306 人、27 年は 449 人、96 人、マイナス 353 人と、県内養成施設を卒業後県外に就職する者が、県外養成施設を卒業後県内に U ターン就職する者より 3 ～ 4 倍多く、養成者数に見合う看護職員の増加が得られない状況が続いている。

(5) 看護職員の就業場所

平成 26 年 12 月末の時点で、看護師は全国に 1,086,779 人就業しているが、その就業場所は病院が 72.9%、診療所が 12.4%、その他が 14.7% であった。山口県では看護師数 15,598 人中、病院が 74.3%、診療所が 11.4%、その他が 14.3% となっており、全国と同傾向である。一方、准看護師は、全国では 340,153 人であり、就業場所は病院が 42.3%、診療所が 32.4%、その他が 25.3% であった。山口県には 7,128 人が就業しており、病院が 45.5%、診療所が 31.9%、その他が 22.6% で、やはり全国と同傾向である。准看護師は看護師に比し、診療所での就業割合が高い。

(6) 看護職員の年齢構成

山口県では、保健師は 30 ～ 39 歳、助産師と看護師は 40 ～ 49 歳、准看護師は 50 ～ 59 歳の就業者が最も多い。50 歳以上の割合をみると、看護師は 25.9% であるのに対し、准看護師は 45.6% である。逆に 30 歳未満の割合は、看護師の 44.7% に対し、准看護師は 29.3% である。准看護師は就業者が年々減少しているため、若年者比率が低下してきているものと思われる。

2. 山口県の看護職員確保対策

県行政には多くの事業を実施していただいている。その一部について説明する。

(1) 養成支援

○看護師等養成事業

平成 28 年度は、県下の看護職員養成所の看護師 3 年課程 3 課程、看護師 2 年課程 5 課程、准看護師課程 7 課程に対し、運営費の補助が行われている。

(2) 確保促進（県内定着・離職防止・再就業支援）

○看護師等修学資金貸与事業

県内の診療施設等において看護業務に従事す

る意向がある看護学生に、修学上必要な資金を貸与するものである。卒業後直ちに県内の 200 床未満の病院又は診療所等に 5 年間看護業務に従事した場合、返還が免除される。貸与月額は、民間立養成所では保健師、助産師、看護師が 36,000 円、准看護師が 21,000 円である。27 年度の貸与数は 240 人であり、そのうち進学者を除いた県内就業率は 92.3% であった。

○看護職員確保促進事業

看護職員の離職防止や就業促進に向けた支援を実施していただいている。具体的には、やまぐちナースネット事業（看護の魅力、県政情報、県内病院等の情報をメールマガジン等により発信する）、プレナース発掘事業（中高校生など若年層を対象として看護の普及啓発を実施。県内の中学・高校等への看護 PR リーフレットの作成・配布、1 日ナース体験、看護フェア、看護職員の再就職促進に向けた支援等）。これらは県が県看護協会に委託して行われているものであり、医師会立看護学校で独自に行うオープンキャンパス等に対しては、助成は行われないそうである。

(3) 資質向上

○看護教員養成講習会

看護教育に必要な知識や技術の習得に向けた研修を実施。（修了者数は、24 年度：32 人、25 年度：22 人、28 年度：18 人。28 年度は、医師会立養成所から 5 名の教員が参加している。）不定期に開催されるため、養成所としても代替教員の確保等の都合がつけにくい。是非とも定期的な開催をお願いしたい。

3. 新たな看護職員需給推計の概要等

山口県の従前の看護職員需給見通し（平成 22 年作成）では、「需要数」－「供給数」（不足分）は、平成 23 年は 376 人、27 年は 83 人とされている。

1) 需要数増加の要因：病院の機能強化のための 7 対 1 看護の導入により、病院に 932 人増。在宅療養環境の整備のため、訪問看護ステーションに 52 人増。

2) 供給数増加の要因：平成 22 年に看護師養

成施設 3 校が開校し、25 年までの 3 年間に新卒就業者が 105 人増加する。

これに対し国は、地域医療構想における 2025 年（平成 36 年）の医療需給などを踏まえた、平成 30 年からの医師や看護職員等医療従事者の需給推計を新たに策定する予定である。新たな看護職員需給推計は、従前の需給見通しで実施したような調査は行わず、国が示す推計ツールを用いて、29 年度中に策定する見込みとのことである。

4. 医師会立看護職員養成所の抱えている問題

ここからは、昨年大会が行った医師会立看護職員養成所並びに運営する郡市医師会に対するアンケートで寄せられた意見を列挙し、その問題点について考えてみたい。

(1) 郡市医師会へのアンケートより

1) 応募者数の減少、休学・退学者の増加等による学生数の減少の問題

- ・現在の定員では存続困難
- ・応募者は減少しており、直近 2 年は三次試験でようやく定員が充足している
- ・少子化等により入学者が減少すると運営が成り立たない
- ・学生の質が低下している
- ・留年、退学者が増加している
- ・少子化等による入学者減対策を協議した
- ・対策の一つとして夏休み中にオープンキャンパスを中高生を対象に実施している

2) 補助金の問題

- ・市や県からの補助金で何とか成り立っている
- ・28 年度までは学費の値上げでしのいできた
- ・補助金削減の動きは死活問題である
- ・助成が不十分である
- ・これ以上助成が必要な場合は進退も考えなければならない
- ・授業料収入と補助金で運営しているが、授業料は学生の負担を考えると値上げはできない状況にある
- ・中途退学者や休学者で、予算に対して 100 万円前後の減収を余儀なくされる

3) 専任教員不足の問題等

- ・教務 3 名で 2 学年 40 名を指導しているが、出来れば実習指導者がほしい。

- ・財政的に困難で人材も見つからない
- ・教員が慢性的に不足しており、教員の負担が大きい
- ・教員不足で人件費が抑えられているので、見かけ上は黒字決算となっている
- ・教員不足解消には待遇改善が必要である
- ・教務になりたいという人が少ない
- ・校舎建替も必要である

4) 講師・実習施設確保の問題

- ・学生の講義を担当する医師会員の高齢化に伴い、講師の確保も難しくなっている
- ・近隣医師会から講師の協力をいただき、助かっている

5) 改善のために必要なこと

- ・准看護師養成を広く社会にアピールすることが必要である
- ・現状改善には会員に財政的支援をお願いするか、校納金を引き上げるか、人件費圧縮しかない
- ・准看護師養成は堅持しなければならない
- ・補助金の増額が必要である
- ・学校の規模縮小が避けられない状況と考えている
- ・授業時間数の緩和と講師の確保が必要である
- ・今後、学生数がさらに減れば運営が困難となるため、学生の確保が必要である。
- ・応募者を増やさなければならない
- ・市町、所属医師会、卒業生を多く就職させている病院等からの援助が必要である
- ・教職員の定員確保（欠員がある）が必要である
- ・教員の給与面等の待遇改善が必要である
- ・退学者を最小限に抑え、生徒の安定的確保を図る

6) 今後の展開

- ・財政面で厳しい状況が続けば廃止も検討しなければならない
- ・同一行政区内や同一医療圏にある医師会との連携をお願いしたい
- ・地域医療を守るために存続させたい
- ・定時制（4 年制）、3 年課程への移行を検討している
- ・教育や医療福祉は国が率先すべき事業である

- ・ 少子高齢化に伴い看護師不足が懸念される
 - ・ 医師会だけでなく地方行政が責任を持って養成すべきである
 - ・ 学校経営の安定が最重要課題である
 - ・ 少子化による減収対策として受益者負担が望ましい
 - ・ 効率的な運営として医療圏域主体の学校とする
 - ・ 医師会や教務の理解と協力体制があれば、一人前の准看護師を育てることが可能
 - ・ 引き続きご支援をお願いしたい
- (2) 看護職員養成所へのアンケートより
- 1) 応募者・入学者について
- ・ 一次、二次試験で定員確保はできている
 - ・ 応募者が減少している
 - ・ 臨時の三次試験で何とか定員を確保している状況である
 - ・ 准看は応募者が減り、全入時代となりつつある
 - ・ 正看は定員の 1.5 倍の応募があるが、減少傾向にある
 - ・ 定員数がここ数年確保できていない
 - ・ 准看、看護ともに応募者が減少傾向にある
 - ・ 看護科は 2 年連続で定員割れしている
 - ・ 今後は学生の奪い合いが懸念される
 - ・ 受験生の学力が低下している
 - ・ 退学者と休学者の多さが問題となる
 - ・ 社会人の割合が多いが、経済的な基盤が十分でない入学者の対応に苦慮している
(奨学金が頼り)
 - ・ 教員不足で、定員を下回る入学者数にせざるを得ない状況にある
 - ・ 社会人の応募が多く、今後も割合が多くなると思われる
 - ・ 応募者確保のため、地元で広報活動を行っている
 - ・ 地域内外の学校訪問を行っている
 - ・ 学生を多く採用するか、質を取るかを考えなければならない
- 2) 収支
- ・ 補助金と授業料が収入源である
 - ・ 学校運営は校納金と補助金、助成金のみで行っている
 - ・ 入学者減、休学・退学者増により収入が減少している
 - ・ 補助金と助成金で何とか運営している状況である
 - ・ 補助金で成立つため、補助金減額は厳しい
 - ・ 補助金や校納金の値上げも限界である
 - ・ 1 クラスを 50 人から 40 人に減らすと完全に赤字となる
 - ・ 医師会は学校を存続させる意向であるが、医師会による運営も厳しい
 - ・ 会員からの援助もやむを得ない
 - ・ 収支は赤字である
 - ・ 人件費が予算より低いため、みかけの上では黒字となっている
 - ・ これ以上の助成が必要な状況になれば、進退も検討しなければならない
 - ・ 剰余金が少ないため、校舎の改修や建替を考えると今後が不安である
 - ・ 校納金の見直しも検討せざるを得ない
 - ・ 安定運営は厳しい
 - ・ 28 年度に授業料の見直しを行った
- 3) 助成金等
- ・ 授業料の値上げは避けたいため、助成金の増額を要望する
 - ・ 日医や県医からの助成金増額を検討してほしい
 - ・ 今後、校舎の建替のための助成を要望する
 - ・ 助成金の減額は困る
 - ・ 日医や県医からの助成はもちろん、行政からの補助金の維持と増額をお願いしたい
 - ・ 安定した運営のための助成金増額をお願いする
- 4) 講師・実習施設の確保の問題
- ・ 実習施設の確保が大変である。(とくに専門課程の小児・母性・訪問看護など)
 - ・ 教員が定員割れである
 - ・ 現状の改善のためには、授業時間数の緩和と講師の確保が必要である
- 5) 近隣医師会への要望
- ・ 学校講師(医師や看護師)を依頼できないか
 - ・ 講師派遣と実習施設確保に協力をお願いしたい
 - ・ 医療機関等に生徒募集の協力をお願いしたい

- ・周辺医師会から講師の協力があり、感謝している
- ・近隣医師会と県医師会に、専任教員の紹介や幹旋、講師や実習施設の確保に協力いただきたい
- ・准看護師科の卒業生の 5 割は進学、残りは近隣医師会へ就職しているため、看護師養成所がない医師会にも協力をお願いしたい

6) 教員養成講習会について

a. 開催頻度について

- ・3 年に 1 回程度の定期開催を希望する
- ・2 ～ 3 年ごとに開催するなど、確実に行われるように決めたほうが、予算など準備ができる
- ・受講希望者少数であっても定期的な開催が望ましい
- ・不定期だと予定が立てられない
- ・受講者が少ないと開催できないものか

b. 代替教員確保の問題

- ・県全体や看護協会と連携して代替教員の確保をお願いしたい
- ・ナースバンクやハローワークあるいは個人的にも依頼をしたが、期限までに確保できずに講習を見送った
- ・県等からの紹介や幹旋を希望する
- ・パート教員の応募がなく、常勤教員を確保して対応している
- ・確保できないため、残った教員でカバーし合う必要があるが、現在の教員数ではそれも不可能なので、受講させられない
- ・ハローワークやナースセンター、知人や卒業生に依頼するが難しい状態である
- ・残るスタッフでカバーするが、負担が大きい

c. e ラーニング

- ・8 か月間の講習中、スタッフが一人減るといことはかなりの負担である
- ・代替教員確保が困難なため、e ラーニング導入を希望する
- ・早急に e ラーニングと通信制を導入してほしい

d. その他

- ・単位制を導入してほしい
- ・複数年での受講を可能にしていきたい

7) その他

- ・医師会立養成所は地域医療に貢献していることを周知してほしい

求人情報で看護職員の募集記事を見ない日はないといっても過言ではない。従前の県の需給推計では看護職員の需給状況は改善されていくとのことであるが、看護職員が充足されてきているという実感をお持ちでない方がほとんどではないだろうか。病院は診療報酬算定要件の関係で、看護師を多く必要としている。准看護師は県内での就業率が極めて高く、特に診療所の運営には不可欠な存在である。准看護師の多くは医師会立学校で養成されており、准看護師数の減少は、医師会立看護師養成課程の入学者減少にも繋がる。県内の看護職員不足解消のためにも准看護師養成の灯を消してはならない。

県下には、医師会立看護職員養成所が 8 校（准看護課程 7 コース、看護課程 4 コース）あり、いずれも運営には困窮を極めておられるが、各校の努力により、将来を担う看護職員を輩出しておられる。前述のように、各校の抱える問題は、「応募者数の減少、休学・退学者の増加等による学生数の減少」、「補助金・助成金」、「専任教員確保」、「講師・実習施設確保」等に集約できる。県内の看護職員は決して充実しているとは言えず、万が一、看護職員の養成を停止する事態に陥った場合は、県内の看護職員不足にますます拍車がかかることとなる。

これらの問題は医師会立看護職員養成所を運営する郡市医師会だけで解決できるものではない。県医師会として、養成所の安定した運営のための各種支援を行わなければならないことはもちろんであり、次年度は医師会立看護職員養成所に対する助成を手厚くする方針である。しかし、問題解決にはさらなる対応、すなわち関係する郡市医師会だけでなく、県下すべての郡市医師会に参加していただき、「オール山口」で協力できる環境を整えることが必要不可欠である。県内の医師会員の先生方全員に医師会立看護職員養成所の抱える問題に関心を持っていただき、できることからご協力いただくことを切にお願いしたい。

平成 28 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 28 年 11 月 26 日（土）10：00～17：40

ところ リーガロイヤルホテル大阪

主 催 日本医師会

担 当 大阪府医師会

日本医師会の主催、大阪府医師会の担当により標記協議会が大阪府にて開催された。本会部会からは前川部会長、内田企画委員長、本会から加藤、白澤、中村が出席した。

特別講演

I．地域包括ケアと病院の関連（あり方）について

日本医師会長 横倉 義武

座長：大阪府医師会長 茂松 茂人

最初に、日本はすでに超高齢社会であること、医療と介護が一体的に提供される体制をつくり医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムを進めていかなければならないこと、普段から地域の医師・診療所や他の病院との連携がさらに不可欠となることの3点を強調され、そのためには勤務医にとっても医師会活動が重要であると述べられた。

超高齢社会は、既に病院医療・救急医療にも大きな影響を与えていると述べ、その原因として、高齢患者や介護が必要な者が増大したこと、医師・看護職員の不足や偏在、都市部や地方の人口変化を挙げられた。大阪府等の都市部は、将来介護の需要度は増すが医療の需要度に大きな変化は見られない一方で、秋田県等の地方は、将来介護の需要度は少し増す程度だが医療の需要度は大きく減少すると予想される。その他にも、超高齢社会は救急患者搬送受入困難問題にもつながっており、その多くは在宅独居・施設入所の高齢者、精神疾患患者、酩酊者、頻回利用者又は身元不明者である。

第二に、これからの医療体制は、地域医療構想による医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築が大きな柱である。一つは“2025年”に向け、医療機関が病床の医療機能（高度急性期、急性期、

回復期、慢性期）を報告し、都道府県が地域医療構想を策定しつつ医療機関の自主的な選択により各地の医療機能が次第に収斂されることを目指す。もう一つは、高齢者になるべく住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを包括的に確保することである。その結果として、かかりつけ医を中心とした医療と介護の一体的な提供が可能となり、それが新たなまちづくりになると述べられた。具体的には、地域包括ケアシステムとまちづくりのために、医師や医療資源が少なく高齢者が増加していく地域では、地域密着型の医療体制を整備していく必要があり、その中で郡市区医師会には、かかりつけ医機能を中心に医療・介護を見据えたまちづくりに重要な役割が期待されていると述べられた。また、地域包括ケアシステムでも、医師会は行政の重要なカウンターパートナーであるべきであり、日本医師会と厚生労働省、都道府県医師会と都道府県行政、郡市区医師会と市町村行政の関係構築が重要であると述べられた。上記の構想の中で、医師会の最も重要な取組みは、かかりつけ医機能の推進である。「かかりつけ医」とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医や専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とであるとされた。地域住民から信頼されるかかりつけ医の能力の維持・向上のために「日医かかりつけ医機能研修制度」が設けられている。平成 28 年 4 月より都道府県医師会が主体となって実施されており、研修内容は、基本研修、応用研修、実地研修の3領域があり、要件を満たした場合、都道府県医師会より有効期間3年の修了証書又は認定証が発行されることになっている。かかり

つけ医のモデル事業として、病院救急車を使った地域高齢者搬送システムが紹介され、八王子高齢者救急医療体制広域連絡会での取組み、浪速区医師会「ブルーカードシステム」での取組み、横浜市青葉区の地域包括ケア「あおばモデル」での取組みが紹介された。

第三に、今後のわが国に必要な医療について述べられた。まず、医療機関の費用構造推移では、人件費の割合が 2000 年度は 50% だったが、2012 年度には約 10% 減少した。しかし、医療用消耗品などは技術料から包括して償還されており、これらの上昇が医療従事者の人件費を圧迫する要因になっていると述べられた。社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれ、財政を緊縮しようとする立場や成長戦略や規制緩和の名のもとに、保険給付範囲を狭める圧力が続くことが予想される。それに対応すべく、また、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持・持続していくために、財政主導ではなく、われわれ医療側から、過不足ない医療提供ができるための適切な医療を提言する必要がある。例えば、生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸、糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少、COPD 患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少、症状や患者特性に応じたコスト意識を持った処方の診療ガイドラインへの掲載等、学会活動の支援等が考えられる。そのような中で、高度急性期医療は高齢化・人口減でニーズは減少するが、地域に密着した医療は超高齢社会でニーズが増えることが予想される。また、地域に密着した医療には、施設も在宅も活用し、さらに中小病院、有床診療所、無床診療所の既存資源の活用も重要である。日本の医療システムは、超高齢社会に適しており、中小病院や有床診療所が多いので身近でいつでも入院もでき、高齢者の在宅支援システムの構築が可能であること、診療所の質が高く充実しているので高齢者に便利なワンストップサービスが可能であることであると述べられた。

最後に、「これからの勤務医には、普段から地域の医師、診療所や他の病院、さらには介護・福祉サービス関係者との連携が一層求められる。地域医師会は、医療機関の取りまとめとともに、か

かりつけ医機能の推進、在宅医療・介護拠点づくりや、地域に根差した看護職員等の養成を狙っている。勤務医には、そうした医師会活動に関心を持ち、参加していただきたい」と締めくくられた。

〔報告：山口県医師会理事 白澤 文吾〕

Ⅱ．地域医療構想について

厚生労働省保険局医療課長 迫井 正深
座長：大阪府医師会副会長 中尾 正俊

地域医療構想、地域包括システムについて、私見も含めてわかりやすく説明したい。1960 年の人口ピラミッドは大きい労働生産力と小さい社会保障費で高度経済成長の原動力となったがここが出发点である。人口ピラミッドは 1990 年、2010 年、2025 年と団塊の世代が後期高齢者に移行していき、支え手の減少をもたらし、2060 年には総人口は 8,674 万人となり、一人の高齢者を 1.2 人で支える社会になる。社会保障の問題は政策の話でもあるが、社会の成熟をみんなで考えようという話である。これがマクロの話である。

もう一つは地域の話で、地域によって高齢化のボリュームやスピードが異なる。埼玉県では一気に高齢化が進んでいく。振れ幅が最も大きいのは沖縄県である。しかし、その時間差は 10 年、15 年ある。これは都道府県ごとの話であるが、市町村や二次医療圏、県庁所在地によっても地域によってスピード感が違うので地域ごとに考えなければならない。大阪や東京などの大都市の場合は高齢者のボリュームが大きいので、インフラ整備が必要になってくる。人口構成の変化はマクロで見ると 2025 年問題があるが、政策的には地域によっても異なるということが大事である。

なぜ 75 歳に注目するのかというと、東大の高齢社会総合研究機構の秋山浩子 教授の論文や本があり、20 年間の追跡調査で、自立度は、男性も女性も 70 ～ 75 歳前後で落ちてくるが、男性の約 10% は 90 歳になっても元気なグループがある。大家族性の時代から核家族化が進んだ今日では、ケアのニーズの変化がある。そして、人生の最終段階のケアがある。年間の死亡数のピークは 2040 年で約 167 万人、死亡場所も病院が 75% ぐらいで、自宅は 12.9% である。このようなケアのニーズの変化・増大にどのような体制で

対応していくかが大事である。

ここで社会保障をどのように構築してきたかの歴史を見てみる。明治から終戦までは黎明期、拡充期が高度経済成長期で皆保険もこの期間にできた。その後が調整期で、オイルショックから低成長となり今日に至っている。いろいろな政策課題（赤字国債、非正規雇用拡大、介護保険制度、社会保障・税一体改革）が上がっているが、今取り組んでいるのが社会保障・税一体改革である。

社会保障・税一体改革を見てみると社会保障を確保しながら財源を確保していくとなると消費税の問題は避けて通れない。社会保障制度改革国民会議が作られ、政権交代は 2 回あったが大きな流れは政権が変わっても続けていくという三党合意がされた。その報告書の抜粋で、上段に書かれている、「患者の状態に見合った病床で人的・物的資源を集中的に投入する必要」をうたっており、地域医療構想を反映している。下段は「介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者在宅医療」の話で地域包括ケアシステムのことを述べている。このことを受けて制度改正したものが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する関係法律の整備等に関する法律（地域医療介護総合確保法）で、多岐な関連法（医療安全や特定看護師）も入っているが、1 は基金のことが書かれており、メインは 2 と 3 で地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築のことが書かれている。この 2 つの柱で現在の医療介護の体制整備、サービスの供給・充実が政策に組み込まれている。

地域包括ケアシステムの姿の絵があるが、真ん中に住まいとご本人があって、地域的生活支援・介護予防があって医療と介護がそれを支えていくイメージである。しかし、多くの説明がなく、わかりにくいところもある。地域包括ケアシステムは医療サイドから見たシステムと介護の方から見たシステムがある。医療側の地域包括ケアという言葉をはじめて使ったのは山口 昇 先生であるが、似たような取り組みは全国にある。昭和 40 年ごろ、脳外科の手術をたくさん行い、地域住民は元気になっていると思っていたら皆寝たきりであったと言われ、調べてみたら事実そうであった。その当時は手術をしたら大事にしないといけないうことで寝たままにしていた背景もある。こ

れは良くないと気が付き、病院で出前をして訪問サービスをしていったら寝たきりが 1 人減り、2 人減り、しまいにはゼロになったという話で、『寝たきり老人ゼロ作戦』（山口 昇、2012）ゴールドプランである。このことを概念的に言うと医療だけやってもダメで、必要なもの全部やらないと患者さんのためにならないということである。

しかし、このストーリーでもすべてのケアニーズに応えきれていない。そこで介護福祉モデルが必要になってくる。要介護度認定者数の推移を見ると、要介護度の分布は要支援 1 から要介護 5 まで比較的均等配分のニーズになっている。先ほどのストーリーでは比較的重度な要介護者で医療ニーズと介護ニーズが受けられているが、軽度の人も放っておいたら重度になる、軽度の人たちをどうしたらいいかという話である。一人暮らしの高齢世帯が困っていることは家の中の修理・電球の交換・部屋の模様替えが 1 番で、次が自治体活動、掃除、買い物と続くが、これらの生活支援ニーズにどのように対応するかという問題である。これを地域力でやっというとするのが地域包括ケアシステムを介護福祉の方から見たアプローチである。全国でうまくいっている介護事業は、みんなができることをみんなでしようというもので、おじいちゃん、おばあちゃんが参画している。住民主体の介護予防モデルとして大分県竹田市の取り組み（高齢者が集まって料理を作ったり、談話したり）などをしてほしい。サラリーマンは仕事を辞めるとすることがなく、家に寝っ転がってテレビを見ている。こういう人たちが寝たきりになる危険性が高いので、このような人たちを引っ張り出して料理を作るプログラムなどをやろうという話になると、家から出て行くことになるので、こういったことを市町村で行ってほしい。大阪府大東市の PT の人たちが地域住民参加型の体操プログラムを作って体操をしようと思いつき、やってみると、要介護認定度の割合が下がっていった。介護サービス・医療サービスを使わなくても自立度がある程度保てる。エビデンスがあるのだから、大東市みたいなことを全国でしてほしい。これが地域包括ケアシステムの介護福祉サイドの話である。

生活支援のニーズがあるので、高齢者自身に参加してほしい。参加すると自分も社会のためになっていると思えるし、支えられる方も助かるし、支える側も元気になるという相乗効果が生まれてくる。それを市町村がバックアップし、国も県もさらにバックアップしていく。医療だけではダメというがプロフェッショナルサービスは地域づくりや予防というところにはなかなか広がっていないが、地域住民が主体で市町村が進めてほしい。トータルで地域包括ケアシステムなのである。これを概念的に言うと、地域包括ケアシステムというのは地域と包括ケアとをくっつけた造語で、地域というのは「地域で」という場所と「地域自身が主体の」という意味が込められている。地域づくりによる生活支援・介護予防という部分とプロフェッショナルサービスのネットワークの部分とをかけていて、この二つをやっていることと話である。うまくいっている地域をいろいろ調べるとこのようなことが分かった。田中 滋 先生に地域包括システムの報告書を作っていただいたが、どのようなサービスが必要か、どのような体制でやるのか、というのは、地域で必要なサービスを提供する、というのと、地域自身が、つまり自助・補助が必要だという二つのパートでできている、ということである。最近植木鉢の図というのを使っている。葉っぱ、土、鉢がある。実は生活という土がないところには葉っぱは育たない。つまり、プロフェッショナルサービスはもちろん重要だが、地域がないところでこういったサービスを提供してもダメであるということをこの図は伝えている。全体のバランスをとってうまく提供する地域包括ケアシステムというのは地域力と医療介護の包括であり、生活視点を医療・介護に持っていくのかという話である。ご当地システムを地域の皆さんに考えてほしい。医療というものは高度急性期もあり回復期もあり、かかりつけ医もある複雑系のシステムである。地域包括ケアシステムを考えるポイントは二つあり、それはエリアの話と役割の話である。地域において地域完結型を目指すのが、医療においては必ずしもそうはいかないので地域で考えていただくしかない。機能がどうなっているのか。患者さんにも流れがあるので、流れに応じて切れ目のなくつないでいく必要があ

る。概念的に地域完結を目指すのはいいが、現実には広域連携で医療を考えていくことが地域医療構想である。だから、地域包括ケアシステムを進めていくのであれば、地域医療構想はセットでなければならない。

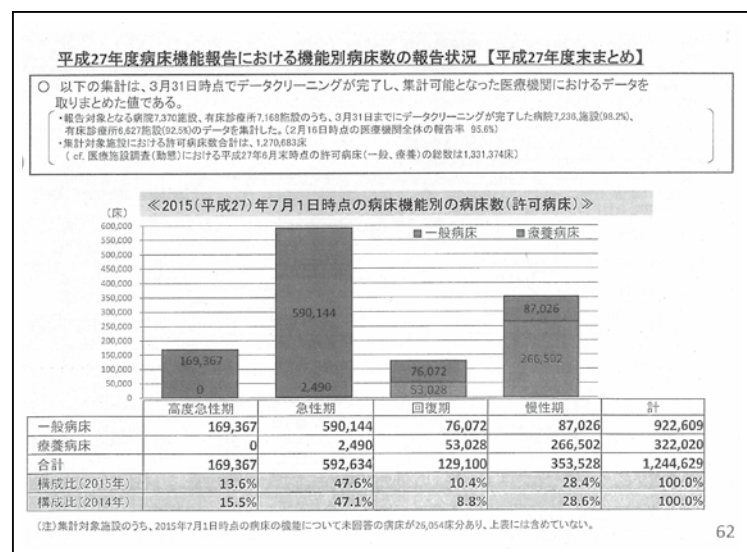
地域医療構想がなぜ必要なのか。①日本型高齢社会の到来である。地域ごとで考えないとミスマッチになる。②将来の人口動向は 3 つのフェーズに分かれる。今から高齢化が進むので高齢者のケアニーズが高まり、医療・介護は成長産業であると言われるが、やがてフラットとなり、第 3 フェーズに入っていくと高齢者自身も減っていく。そうすると、病院を建てると言っても 30 ～ 40 年かかって減価償却をしなければならない。投資をして回収して運用をしなければならない。今まではあまり考えなくても良かったが、長期のビジョンが必要になってくる。特に第 3 フェーズになると、大きな投資をしたのに病床稼働率は下がる、患者は減少する中でどう考えていくかという話である。各法人・各病院ごとで考えてきたが、地域ニーズの見通しが立つようになってきた。地域のニーズの変化に呼応してある意味、撤退部分も進出部分も含めて最適化することが求められている。法人施設最適と地域最適を両立させてください、という極めて難しいことをお願いしなければならない。これが時代認識であり、地域医療構想の最も重要な部分である。医療・介護では難しいけれども、他の産業ではやってきた、と思われる。円高の問題、人口構成の問題、教育分野でもそうで、見通しを立てながら苦しいリストラクチャリングをやってきた。医療と介護にもそういうことが求められている。③このようなことが可能になった背景には、圧倒的なエビデンスが出てきたことによる。DPC はじめさまざまな情報が共有できるようになってきた。人口構成も予見可能な部分であるので、情報をうまく活用できたことがある。個々の病院のことを言うと、最初は拒否反応があっても医療の専門職の人たちはデータを分析して理解すると、医療はエビデンス、サイエンスなので物事が一気に進む。可能になった背景はデータの共有、整備による。

どのようなロジック、どのような政策なのかというと、医療機関を病院中心に 4 つの機能（高

度急性期、急性期、回復期、慢性期）に分けて、入院施設の将来像と目指すべき方向性を都道府県単位と構想区域単位で考えてください、というスキームである。基本的に PDCA サイクルをイメージしている。地域医療構想は医療計画の中に位置付けられており、医療計画を策定しながら、PDCA サイクルを回していくことなので、作っておしまいではなく、回しながら運用しながら作り変えていくことが肝要である。必要病床数がどのくらい地域に必要なかというのは、データを使って算出できる。高度急性期、急性期、回復期の病床区分は、出来高のレセプトをうまく活用することにより、どんな疾患に、どんな治療、どんな薬を使っているのか分かるようになったので需要を計算できるようになった。入院患者の流れを平均的に見るとどのくらいの医療資源の投入量があるかが、高度急性期、急性期で、数字で当てはめられるようになった。個々の病院ではなく、地域の需要を導き出す。そのための計算の方法として、それぞれの区分にある患者さんの数が地域ごとに年齢階層別に出る。すると将来推計が出るので将来の医療の需要が数字として出る。それを一定の仮説で病床に割り戻すと、病床の必要量が出る。慢性期は包括診療なので病名に対してどのような診療行為なのかかわからないのでロジックが異なる。議論の余地はあるが、慢性期には療養病床、障害者の病床、病院以外の患者あるいは利用者も含めてトータルで位置づけ、性質を考えていくときに地域ごとに療養病床の利用率が異なる。その違いを地域差として許容できる部分と修正できる部分とに分けて議論するために、概念的に地域差を縮小するためにどんなことができるかということを整理した。二つのパターンに分けて都道府県知事に選択していただいて、病床の利用率、入院している患者さんと地域住民の数との差を少しずつ少なくしていこうということで、必要病床数を出した。もう一つは病床機能報告で、主観的な自身の施設の判断と客観的なデータの組み合わせになっている。4つ

の機能は概念的な内容の記述で、高度急性期、急性期以外などというのをそれぞれの施設、病棟で判断してもらって、客観的なデータと合わせて報告してもらっている。これはレセプトや施設基準のデータが元になっている。比較すると診療報酬ごとに、救命救急を算定している施設はほとんど高度急性期で手を挙げている。

誤解してほしくないのは診療報酬とリンクしてということではなく、診療報酬の施設基準を出す際にさまざまなデータがあって、救命救急料を算定している病棟というのは高度急性期的な診療内容になっていて、診療報酬の額もだいたい整理される。少し議論の余地があるとすれば、地域包括ケア病棟に関しては数値的にはそんなに多くないが慢性期的な要素も入っているところぐらいである。ほとんどが内容的にも数値的にも整理できるという話で、報酬をどう取るかという話ではない。データについていうと病棟構造の整理ができるようになったので主観的にどのような機能を担っていきたいかということと、さまざまなデータを突き合わせて議論することが可能になった。実際の数字（スライド）を見てみると、かつてワイングラス型、乳酸飲料型と言っていたが、これはイメージで今後は定量的にしっかり議論できるようになった。このようなことを PDCA を回しながら進め、比較をしていく。病床削減ありきという批判を浴びた内閣官房が作成したチャートがあるが、マクロで見た場合、施設調査で届出の 134.7 万床と、実際に報告された 123.4 万床のギャッ



ブはあるがこれは休眠病床があるためであり、将来像は急性期の需要は少し減り、回復期は需要が高まる。都道府県単位でも同じような図はある。慢性期は、療養病床とその他があるが、慢性期として整理される。繰り返しになるが、受け皿がないのに無理やりにこうするという枠組みではなく、将来の需要がこうなるということを示してどうしますか、PDCA を回していきましょうというスキームである。結論ありきではなく、病床数は後から付いてくる話で、将来需要を見比べながらどうしていきますか、を考えていく。リアリティーのある地域医療のデザインであるが、地域により異なってくる。ここまでがエビデンスに基づいた話である。

重要なのは、どのような協議をしていくかという話である。地域医療構想策定ガイドラインが示されている。活用できるデータとして NDB (National Data Base) があり、医療行為別の患者の流出入があるので医療圏ごとに医療が完結しているかどうか把握できる。また、年齢調整標準化レセプト出現比がある。高知県の例（胃がんの内視鏡的手術件数）であるが、レセプトを使うとさまざまな診療行為がどれぐらいの頻度で行われているかがわかる。高齢化、人口構成を補正しても特定の診療行為がやたら多いとか少ないとか分かる。どのような体制を組むべきなのか議論ができる。熊本市の例で病院ごとにどんな診療をしているのかが DPC データを用いて、MDC（臓器別の分類）別に一目でわかる。現在どのような機能を担っており、将来どうしたいかということを検討する病院単位のエビデンスもある。地域の救急、周産期、くも膜下出血・動脈瘤破裂のアクセスなども、千葉県の例であるが 30 分以内にアクセスできない地域がビジュアルにわかる。地域の医療をどのようにデザインしていくかということが地政学的に分かる。大阪も東京もだが、隣接県との関係も重要である。アクセスマップと人口カバー率によって議論が可能になる。

地域医療構想の直近の状況だが、平成 28 年 10 月末の時点で 30 都道府県がすでに策定している。内訳は 27 年度中が 12 府県、28 年 10 月 31 日までが 18 都県（山口県を含む）、28 年中 9 道県、28 年度中 8 府県である。ばらつきがあ

るデータではない。代表例として青森、岐阜などでは具体的な医療機関の再編について議論されている。広島県では、さまざまな政策的な提言を行っている。ご当地システムの話なので他県との比較というのは必要かもしれないが、あくまでそれぞれの地域でどのように考えるかに力点を置きたい。PDCA でうまく回っていくことを願っているが、制度上は、うまくいかなかった時に、行政の役割として都道府県知事に最終的にはしっかりとやってください、ということになっている。

地域医療構想を具体的にどのように進めていくかに関して 28 年 8 月にまとめた資料「調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理」であるが、医療機関の役割分担を既存の医療機関と今後新たに出てくる医療機関、既存の医療機関も比較的大きな規模の医療機関とそれ以外の医療機関とで地域ごとに位置付けを確認しながら議論を進めていったらどうか、ということをもとめている。

大きく 2 つのことをお話ししたが、地域医療構想の背景の部分、地域包括ケアシステムとの関係は全体像として把握してほしい。トータルで日本社会が直面する高齢化の問題、医療・介護、特に医療がどう対応しようとしているのかを理解していただけるといい。地域医療構想は、あるべき姿を共有するというのが大前提で既存インフラをうまく活用する。地域医療人の合意形成も前提である。行政の役割も重要で、都道府県の皆さんも市町村の方々もしっかりサポートしていただきたい。

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平

平成 28 年 4 月 22 日に日本医師会に提出した平成 26～27 年度の日医勤務医委員会の答申により報告を行う。委員会には女性の委員が 2 名含まれている。2 年間にわたって勤務医委員会で審議した。会長諮問「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活動の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」の答申を持って報告とする。勤務医の意見が医師会の会務の中でどのように反映されるか、勤務医の意見が反映されるならば、勤務医もどんどん医師会に参加してくるだ

ろう。委員会は議論するだけでなく行動する委員会でなければならない。医療事故調査制度や専門医制度に対しても傍観的でなく積極的で建設的な意見を出していく必要がある。

勤務医委員会は諮問に対して審議をするだけでなく、全国医師会勤務医部会連絡協議会でフレームワークへの理解と協力を求め、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会ではブロック医師会から現状を報告した。また、『日医ニュース』の勤務医のページの作成にも勤務医委員会の委員が積極的に関わっている。また、ワーキンググループを作った。

具体的な取組みを短期的、中期的、長期的に提言した。

短期的な取組み

- ①勤務医の意見集約のためのフレームワーク構築とブロック体制づくりとして、勤務医活動活性化のため、勤務医の意見を集約し日本医師会の会務に反映するフレームワークを作る。大学医師会も含めた郡市区医師会での勤務医の意見を、都道府県医師会、ブロック医師会、日本医師会勤務医委員会に集約し、勤務医幹事が日本医師会執行部へ具申するフレームワークを作る。モデルブロックを3～4か所設定し、勤務医委員会が支援する。
- ②勤務医委員会の構成メンバーについて、勤務医の多い都市圏からの委員を選出する。実効性の高い対応をするために小委員会を設置する。医療事故調査制度や専門医制度の議論をしたい。
- ③「勤務医の労務環境に関する分析・改善ツール」を日本医療機能評価機構での評価に組入れを要望する。
- ④研修医に係る会費無料化の周知による医師会入会への取組みの強化、研修修了後は有料化となるが、診療制度や専門医制度などの考えを集約するなど、情報発信を行い、医師会に留まって活動してもらふことが必要である。
- ⑤『日医ニュース』を用いた広報活動を活性化する。

中期的な取組み

- ①ブロック代表者会議を創設する。
- ②日本医師会の他の委員会の活動内容の検証と協

力関係を強化する。

長期的な取組み

- ①医師会役員に占める勤務医比率を向上させる。
- ②フレームワークの構築により医師会の三層構造が有機的に結ばれる。

郡市区医師会への加入数は192,858人、都道府県医師会への加入数は181,578人、日医への加入数は165,785人となっており、日医への加入数が少なくなっている。また、都道府県においても都道府県医師会入会者の日医への加入率も差がある。組織力強化のために日医への加入促進を図る必要がある。平成28～29年度の勤務医委員会への諮問は、「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」である。皆さんのご協力をお願いする。

【報告：山口県医師会常任理事 加藤 智栄】

シンポジウムⅠ「医療事故調査制度の動向」

(1) 医療事故調査制度に係る検討会での課題 構成員として参加して

浜松医科大学医学部法学教授・弁護士

大磯 義一郎

研修医3年目に友人A医師が助手としてついていたPTCA中の冠動脈破裂の事件があった。それに対して警察が介入。捜査一課がやってきて業務上過失致死扱いとして捜査された。A医師は医局に居づらくなって医局を辞めた。最終的にはA医師は不起訴処分になったがキャリアパスが大きく変わることとなった。

研修2年目知人のB医師の麻酔中の血圧低下死亡、こちらも業務上過失致死疑いで警察捜査となり、書類送検される前に実名で報道された。最近では患者は主治医の名前をインターネットで検索する。いったん実名報道されれば永遠に検索可能となる。B医師もしばらく臨床を離れることになった。こうやって若い医師達が事件に巻き込まれて、人生を棒に振るといようなことが繰り返されてきた。

「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の構成員にいただいたが、3つの問題点があるように思われた。

第 1 に、合意形成方法、意思決定の問題である。医療政策に関する合意形成方法、意思決定は果たしてこれでいいのか？合意形成の方法論として科学的真理探究型と利害調整型の二通りがあるが、事故調に関する議論は後者で行われてきた。利害の調整に重きを置いて、科学的には誤った結論で合意形成されがちであり、かえって現場を混乱させることがある。医療政策決定は国民の生命、健康を守ることが使命である。そのために医学的に正しい結論を出す、科学的に正しいことを行うことが前提となる。

同検討会は、複数の医師や弁護士、法学者や医療事故被害者の計 20 名を超える構成員がいたが、医療安全の専門家が一人のみであり、医療安全のための制度の検討を行う会としては甚だ不十分なものであった。

第 2 に、科学としての医療安全の推進である。

いままでは事故が起こると犯人捜しをして、従事者の一人、多くの場合は若い医療従事者を犯人と決め、誹謗中傷に晒させ、刑事責任、行政責任を負わせ、一件落着としていた。

医療安全の目的は、医療現場における危険を減少させること、そして医療現場における安全性を向上させることである。そのための科学的な手法として PDCA サイクルを回す。過去に生じた医療事故を分析し、リスクを明らかにする。しかし個々の事例に逐一对応するのではなく、事例を集積し、データベース化したものを対象とする。次に認められたリスクへの対応策を検討、導入する。さらに導入された対応策の効果判定、改善を行う。重要なことは現実に同種事故が減少したかであり、たくさん報告書を書いたかとか、たくさん改善策を挙げたか等では決してない。

報告された事例の匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化をするなどして、類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や優先順位を勘案する。個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をする。医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策の検討を行う。集積した情報に基づき、個別事例としてではなく全体として得られた知見を繰り返し情報提供する。誤薬が多い医薬品の商品名や表示の変更など、関係業界に対

しての働きかけも行う。再発防止策がどの程度医療機関に浸透し、適合しているか調査を行う。以上がセンターの使命である。

第 3 に、忘れられている課題がある。それは事故当事者に対するケアである。当事者は第二の医療事故被害者ともいえる。米国ではサポート体制が充実してきており、2002 年に Medically Induced Trauma Support Service (MITSS) が設立された。医療事故・予期せぬ事態があったら当日中、遅くとも 48 時間以内にリーダー、同僚、リスクマネジメントチームなどがピアサポートプログラムに連絡、適切なピアサポーターを割り当て当事者に連絡、その後ピアサポーターと面談(秘密保持)し、場合によっては適切な精神医療・心理ケアなどが受けられるシステムである。

これで不十分なときには他のサポートのシステムもある。

日本での医療事故に関係した医療従事者に対するメンタルサポートは、ほとんどの施設が対応しておらず、一部で産業医が対応しているのみである。医療事故当事者を「ケアの対象」としてサポートする体制づくりが急務と思われる。

(2) 医療事故調査制度—マスコミの視点より

日経 BP 日経メディカル編集部

記者 満武 里奈

記者としての立場から話をしたい。日経メディカルは臨床医向けの媒体で月 1 回、雑誌を発刊(およそ 11 万部)、ウェブサイト「日経メディカル Online」では毎日、ニュースやリポートを発信している(会員数はおよそ 56 万人、うち医師会員数はおよそ 14 万人)。

医療介護総合確保推進法の成立後から、何度も医療事故調査制度についての記事をあげてきた。

2015 年 5 月号では「医療事故調で現場はどうなる」をテーマに特集を組んだ。また 2015 年秋には 6 団体分のガイドラインを収録、代表者の解説、2 施設の院内調査手法の紹介、有識者インタビューなどを含む医療事故調査制度対応マニュアルを発刊した。また「医療事故調査制度対策セミナー」も緊急開催した。

本日は、1. 臨床医は医療事故調査をどう思っているか、2. 他のマスコミの声、3. 取材を通し

て思ったことの 3 点についてお話ししたい。

1. 臨床医は医療事故調査制度をどう思っているのか—日経メディカルの読者アンケートから

今までに (a) 制度開始 6 か月半前、(b) 制度開始直後、(c) 制度開始 6 か月後、(d) 制度開始 1 年後の 4 回実施し、2 週間のアンケート期間中に約 3,000 人から回答を得た。

7 割が病院勤務医で、50 歳代が 4 割、40 歳代が 3 割、30 歳代と 60 歳代がそれぞれ 1 割であった。

(a) 制度開始 6 か月前のアンケートでは、「予期せぬ死亡」を直近 1 年で経験したか? との質問に対して、2 割の医師が経験していた。

「医療事故調査制度」を知っていますか? との質問に対して、9 割強の医師が制度の詳細を把握しておらず、7 割ほどは半年後にスタートすることさえ知らなかった。

(c) 制度開始 6 か月後のアンケートでは、「医療事故調査制度」を知っていますか? との質問については、7 割強の医師が制度の詳細を把握しておらず、3 割ほどは制度がスタートしていることを知らなかった。(d) 制度開始 1 年後のアンケートでもほぼ同様の傾向であった。

(d) 制度開始 1 年後のアンケートで、医療事故調査・支援センターに報告する対象事例かどうか迷ったことは? との質問に対して、3%の医師が報告対象か迷った事例があったと回答した。また、「報告対象自体が存在しない」が 3 割を占めた。

医療事故調査制度に関心があるか? との質問に対しては、「とても関心がある」「どちらかというに関心がある」が合わせて 6 割であったが、4 割が「あまり関心がない」「全く関心がない」であった。

勤務医に対する院内調査が行われた際、病院は過度の責任を押しつけることなく、適切な対応を取ってくれると思うか? との質問では、「病院のことを信用しているし、自分の処遇についても適切な対応を取ってくれると思う」とするものが 3 割弱いたが、約 7 割が、「どうなるのかよく分からない」、「管理者がすべての責任を自分に押しつけてくるのではないかと不安である」と回答した。

遺族の求めに応じて院内調査報告書を渡すべきか? という質問に対しては、4 割が遺族が報告書

を求めた場合は渡すべきであると回答した。

医療事故調査制度への悩みや不安は? の質問に対しては、「萎縮医療が進んでしまった」、「報告対象の定義があいまい」、「遺族が望まない場合でも報告し、遺族を混乱させてしまう可能性がある」、「再発防止につなげるのであれば基本は匿名」、「遺族が介在することそのものが制度に破綻を来している」、「マスコミが医療について知りもせず、不幸な結果と患者側からの意見のみで記事を書く姿勢に腹が立つ」などの意見があった。

2. 他のマスコミの声

日経メディカル編集部 三和 護 編集委員

刑事事件化する可能性がある以上、医療者に「究明」に基づく説明責任を求めるのは到底無理。

純粋な科学的究明を目指す調査制度にしていくためには、刑事司法とのつながりを絶ったものにしてほしいといけないのではないか。

日経メディカル編集のあるデスク

現場の医師はこの制度を知らないのではないのか。というのも、制度開始から 1 年経つのに「あってよかった」という声が聞こえない。臨床医にとって、どのように役に立つ制度なのか分からないのではないか。

日本経済新聞社会部 前村 聡 記者

冤罪を誘発する可能性があるのは「誤った報告書」であり、「いかに適切に医療事故調査を行う体制」を整えるかが重要。一方で「医療不信」から創設された経緯を考えると、「遺族に報告書を渡さない」など説明責任を果たそうとしないと、医療界への信頼を得られないのではないか。

医療業界専門新聞 A 記者

報告対象の定義が分かりにくい。この状態のまま運用し続けるのでは制度の意味がないのではないか。「これは医療安全のための制度だ」と言って、国民からのアクセスを遠ざけてしまうと、かえって反発を生むのではないか。

医療業界専門媒体 B 編集長

報告する事例の範囲や遺族への説明の仕方ばかりに時間を割いてしまい、再発防止の議論はほとんどなかったのが心配。この制度が本当に機能しているかを判断するのは、報告数の多寡ではなく、報告書を基に、有効な再発防止策につなげられ

るかだと考える。

では、国民はというと、医療事故調のことをやはり知らない。

3. 取材を通して思ったこと

ほかの分野よりも、対立構造が強く生じている印象あり。医師同士、弁護士同士、マスコミばかり。でも実は皆、「医療安全をより向上させたい」と同じ方向を向いていることが分かった。もっと医療界全体で一致団結できればよいと思う。

しかし、事故調の記事は読まれないと言われてしまう。実際、他のトピックと比べて読まれない。先ほどのアンケートのとおり、医師が自分に関係のある制度だと自覚していないのではないかな。

施行からちょうど 1 年経ったので、シリーズ「どうする医療事故調制度」を掲載することとなった。「取りあえず制度が開始してよかった」との声が大半であったが、現場では混乱が見られる。

例えば、医療過誤の有無で判断している施設や遺族がクレームを付けるから報告する施設があるという。この制度は「日常診療の延長線上で行う医療安全を向上させるための制度」であり、「インフォームドコンセントの徹底を求める制度」、すなわち患者、医師の双方に覚悟を求めるものである。「必要に応じて院内調査をしてください」と管理者や医療安全担当者に対応を求めるものでもあり、「必要に応じて別のスキームで補償するようにしてください」と管理者に対応を求める制度であるという理解をする必要がある。

全国医学部長病院長会議大学病院医療事故対策委員長の有賀 徹 先生は「これは医療環境を良くするための制度である。そもそも医療は不確実な事態が起こるリスクが高いため、日常診療で医療事故への備えを行うのは当たり前のこと。医療の一環に過ぎない。現場の医師はうまくいった手術のことより、うまくいかなかった手術を覚えているものであり、だからこそ医療事故があった際は、後は管理者がしっかりと引き取り、臨床医には本業に専念してもらうことが大切」と言われている。

ただし、制度創設にかかわった先生方と現場の臨床医の先生との意識には大きな解離があるように思う。救急医 A 氏は「自分で調べたから知っ

ているが、まわりの医師の多くは制度のことを正しく理解していない。どの医師もみな『責任追及』されると感じてしまっているようだ」と言う。現場では医療事故調がしっかりと理解されていないと思われる。麻酔科医 B 氏は「センターに報告書を提出したがその後連絡が全くなく、調査が完了したのかどうか分からず、不安な時間を過ごした」とセンターへの不満をあらわす。病院長 C 氏は「日常診療の延長で対応したいが、外部委員との予定を合わせるのは大変」と日常診療でやることの限界、また「真摯に取り組んだが、遺族は最初からどう補償してくれるのかの一点ばり。報告書を目的外使用されるのではないかな・・・」と訴訟への不安を訴える。「国民への周知を十分にしてほしい。『原因究明』の制度と勘違いされている」と行政への不満もある。思い起こせば、これまでに報じられてきた医療事故は、現場の医師の責任が問われた事件ばかりである。訴訟リスクだけでなく、過重労働などの問題もある。すべての医師が知っておいた方がよい制度ではあるが、制度を正しく理解してもらうというスタンスだけでは負担感しか与えず、うまくいかないのかもしれない。より多くの医師にこの制度を受け入れてもらうためには、今後センターの示す再発防止策に期待する。その内容によっては意義を理解してもらえる可能性、責任追及ではないことを理解してもらえる可能性がある。

再発防止策は、どの施設でも実施可能な実効性を持つものであることが望まれる。その上で、より多くの医師にこの制度を受け入れてもらうためには、制度の趣旨から外れるような困った事案が発生した際に団体や学会などが声明を出してくれると印象も違うのではないかな。その先に、国民へこの制度の趣旨を説明、周知することも大切と思う。

(3) 医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入～複雑適応系を前提としたシステムミックアナリシス

大阪大学医学部附属病院

中央クオリティマネジメント部

教授・部長 中島 和江

医療現場で事故が起きたときには、非常に複雑

な背景があることが多い。複雑なシステム系には Complicated System と Complex System の 2 種類がある。Complicated System は機械式時計のように閉じた系であり、変化せず、設計通りに動く。それに比し Complex System は開いた系であり、変動しつづける系 (Dynamic) でもあり、調整や適応によって動く。複数の構成要素の相互作用 (interactions) によって、個の行動はシンプルルール (simple rules) に従っていても、集団としてはパターンが創発 (emergence) される。ちょうどイワシの群やムクドリの大群が固まって行動し、一瞬にして方向を変えたりするようにである。医療も変動し続ける Complex System であると言える。Complex System の特徴としては機能共鳴：通常の小さな調整 (変動) の相互作用から創発した大きな変動、バタフライ効果：蝶々が羽をはばたかせると地球の裏側で台風が起こる (カオス理論) がある。複雑系を理解するには、相互作用に着目する、システムを広く見る、の二つが重要となる。

これまでの医療安全についての考え方は、「事故ゼロを目指す」、「失敗と成功の道筋は異なる」、「失敗から学ぶ」、「システムの一部を切り取って『なぜ』を解明する」、という要素還元主義と因果関係 (Reductionism & Causality) に基づいている。そこに、調査の中で見つかるものは探しているものだけという「後知恵バイアス」や調査の中で見つかったものだけ修理する「パッチあて」などの事故調査・対策の落とし穴がある。

そこで、新しいアプローチの方法としてレジリエンス・エンジニアリングが考えられた。これは失敗と成功の根っこは同じ、うまくいっていることから学ぶ、システムを広くみて「どのように」を解明するという、複雑系科学 (Complexity Science) の考え方である。医療現場ではシステムの特定の要素ではなく、システム全体が事故発生にかかわっている。よって、事故分析のためには深く見る前に広く見る (Breadth-Before-Depth) ことが重要である。

マキシピーム (抗菌薬) を投与すべきところを誤ってマスキュレート (筋弛緩薬) を投与し、患者が亡くなった事故に関わった。従来型の事故分析では、後知恵バイアスが入って「間違えた人が

悪い」という結論になりがちである。この病院では以前使用していたマキシピームからジェネリック医薬品のセフェピムに変更されていたが、製造工場のトラブルのためにセフェピムの供給不安定となり、急遽マキシピームにもどした。そのためマキシピームは注射薬自動払い出しシステムに装着されず、薬品棚に置かれた。年末年始 9 連休の 3 日目で、急患、問い合わせが多く、薬品請求の電話にも薬剤師が一人で対応していた。マキシピームとマスキュレートはラベルもよく似ており、病棟の看護師は以前マスキュレートを見たことがないため、同様の形状をしたマキシピームと誤認したことが判明した。しかしレジリエンス・エンジニアリングの考え方をすることによって、この事故は個人の責任というより、システムの問題と考えられ、事故に関わった個人が裁かれなかった。

システムを広く見ると、個々のモジュールは完璧なものであっても、それらを組み合わせて使用する際に問題が生ずることがある。医療機器 (材料) 業界全体での取り組みが必要である。

外科領域では、効率－安全性トレードオフ (ETTO)：効率性 (手間や時間) と確実性 (安全性) が天秤にかけられることがある。またリスク－リスク・トレードオフ (RRTO)：あるリスクを削減することが、別のリスクを生み出したり、増大させることもある。例えば効率－安全性トレードオフに起因する事故では、盲目的操作による臓器損傷が一番事例が多い。これは術中・処置中のナビゲーション、透視やエコーガイドの併用、デバイスの開発、リアルタイム解剖認識サポート、見えていないものを見る化するような 3D・VR など画像技術を利用した術前シミュレーションなどのイノベーションによって解決可能である。

医療は複雑適応系であり、相互作用を通じて動的に変化し続けている。複雑適応系での事故調査には、システム分析が求められ、医療安全の中央組織は、システムを広く見て、イノベーションや安全提言を行うプラットフォームであるべきである。医療事故調査制度をうまく使えばいかなる改善が得られるか、システムをどのように見てどのように改善していくかを考える必要がある。

市川朝洋 日本医師会常任理事 6 月に省令が変わり、県ごとに医師会が調整役となり支援団体連絡協議会をつくることになった。また、日医は各県別のセンター調査の数を公表するようセンターに求めた。医療事故調査制度に関する研修会、医療機関向けにはトップセミナー、支援団体向けには支援団体統括者セミナーを企画している。

松原謙二 日本医師会副会長 医療事故調査制度という名前自体が良くない。医療事故調査制度が対象とする事案はあくまで「提供した医療に起因した予期せぬ死亡」であり、医療者の過失の有無は関係しない。「事故」という言葉にはネガティブなイメージがあり、早急に改善すべきである。「突然亡くなってかわいそう、悪い結果が出るのは何か失敗がある。だから罰を与える」というような考えがはびこっている。医療では同じようなことをやっても違った結果が出ることもある。この制度は、正当な医療行為をしている医師が逮捕されないようにと始まったものである。

これは管理者と患者の関係でできた制度であるが、主治医の意見も取り入れるべきではないか。

のどに詰まらせた、転んだなどは家でも起こることであり、病院でおきたらすべて悪いとなるのか。

「予見した」とは違って、「予期した」というのは通常の法律用語ではない。予見したら避ける義務がある。

その後、医療事故調査制度の名称の問題、医療事故調査制度をいかに国民にアピールしていくか等についてのディスカッションが行われた。一般の人は病気にならないと医療に対する興味がなく、死亡診断書を渡す際に説明する医師にもっと知ってもらわなければならない。「医師会で周知に関する PR をしてくれるのなら協力したい」との意見もあったが、医療事故調査制度の宣伝をテレビ等で大々的にやると、医師を訴えようとしている人や弁護士を喜ばせるだけ。「医療安全調査制度」等に改称した上でアピールした方が良いとの意見もあった。

〔報告：山口県医師会理事 中村 洋〕

シンポジウムⅡ

「女性医師の働きやすい環境づくり」

5 人の演者から標記報告があり、全体討論が行われた。

(1) 大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト－Gender Equality－」～オーバービュー

大阪府医師会勤務医部会参与

/ 森ノ宮医療大学副学長 上田 真喜子

女性医師が、能力を生かして長期にわたって働き続けるためには、「仕事」と「個人生活」とのワークライフバランスを良好に保つような就労環境が不可欠であるとの観点から、大阪府医師会では平成 22 年度から「院内保育」「病児保育」「柔軟な勤務体制」の 3 点セットの確立をめざす活動を行っている。その成果は確実に表れ、平成 27 年 1 月の調査では平成 22 年 10 月の調査に比べ、大阪府内の基幹型臨床研修病院 70 施設の院内保育所設置は 69% → 89%、病児保育室設置は 24% → 49%、柔軟な勤務システムの導入は 44% → 84% と著しく向上した。

産休・育休による勤務医の減少が、残りの勤務医に過大な負担を強いることがないように、次のアクションプランとして「産休・育休中の代替医師を確保するための運用システム」の検討に入っている。女性医師の多い診療科・領域や緊急性・専門性の高い領域は特に重要ということで産婦人科の「オブギネドクターサポーター制度 in 大阪」と循環器内科の「ハートドクターサポーター制度 in 大阪」を五大学や医会、勤務医部会と連携の上、WG を設置して具体的に進めている。

女性医師の明るい未来にとって重要なことは、医学・医療界における「Gender Equality（ジェンダー平等）」の確立と「Equal Opportunity（男性医師と同一の機会）」、「Equal Treatment（男性医師と同一の評価・待遇）」の基本原則の実行であり、長期的視点で女性医師育成に取り組むことが重要である。

(2) 女性医師支援の経過、課題は乗り越えたか？

箕面市立病院院長 黒川 英司

2009 年に麻酔科医師が女性 3 人（2 人が子育て中）に減少したことが女性医師支援に乗り出すきっかけになった。労働環境の整備として、ア

ルバイト医師の確保とともに、院内保育、病児保育の開始、アメニティの整備、労働時間の弾力的運用、医師の増員を行い、女性医師の定着を図ってきた。職員定数の増員により医師定数がなくなり、医師は 2012 年 99 人から 2015 年は 110 人まで増員できた。女性医師は 39 人であり、比率は 35.5% である。短縮時間勤務の情報を周知して就労意欲を高めるため、「出産・育児に関するハンドブック」をホームページに掲載している。また、女性医師支援検討会議を立ち上げることで、日常的に発生する諸問題を検討して改善策を院内に周知する体制ができ、様々な問題にタイムリーに対応することができた。補助金として 518 万円（大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金）はあったが、院内保育、病児保育には補助金はなく、病院負担が約 1,000 万円増加した。

(3) 国立病院機構の変革

大阪南医療センター院長 齊藤 正伸

国立病院機構では仕事と子育ての両立に悩むことによってキャリア形成が中断されることなく、安心して働き続けられるよう「仕事と子育て両立支援プログラム」を定めて女性医師の働きやすい環境づくりに取り組んでおり、『ワーク・ライフバランス応援ガイドブック』を作成し、女性医師の健康、休暇制度、育児休業に取り組んでいる。

医師数は 131 名で、うち 32 名が女性である。29 歳以下の 31 名中 14 名、30 歳代の 44 名中 13 名が女性である。育児中の女性医師には“職場に負い目を感じる”“キャリア設計が難しく、先が見えない”という声が、育児中ではない医師には“当直・残業・オンコールなどの業務が増えた”という本音がある。現状では育児中の医師の仕事に対する誠意と責任感、育児中でない医師の温かい理解で「仕事と子育て両立支援プログラム」は運用されているが、職員のさらなる意識の向上と育児中の有無にかかわらず医師の勤務体系の変革が必要なのかもしれない。

(4) 大学病院の変革

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学

教授 玉置 淳子

2016 年度の大阪医科大学入学の女子医学生の方

割合は 36%。女性医師が出産・育児に際し、離職せずに活躍できる勤務環境の整備は重要である。昭和 45 年に院内保育所開設。

平成 14 年から常勤女性医師の児童、平成 21 年から非常勤医師及び大学院生の児童、平成 27 年から男性医師の児童の受け入れが開始され、現在定員 45 名中 16 名（男性医師 6 名）が利用している。平成 21 年から病児保育（定員 2 名）も開始された。

平成 22 年度から導入された「短時間正職員制度」（3 歳未満の子を養育する職員、8 歳未満の子の育児や介護を行う常勤の女性医師・助産師・看護師が対象）は女性医師支援策として効果を発揮している。週 2 日～6 日、1 日 4 時間以上、上限は週 40 時間までの短時間勤務が可能で、「本給×80%×（短時間正職員の所定労働時間/正職員の所定労働時間）」の給与が支払われ、有給休暇や賞与などもある。

眼科では女性医師の妊娠・出産・子育て中の勤務などに関する医局内規定が作成されており、眼科医局員 108 名中女性医師は 61 名（56%）で、うち 44 名（72%）が子育てを経験している。妊娠した時点で当直は免除され、教育メールが送られる。

(5) 循環器勤務医夫妻の仕事と子育ての両立へのチャレンジ

枚方公済病院救急科部長 竹中 洋幸

現在、高校 1 年、中学 2 年、小学 6 年の 3 人の子育てをしながら、勤務を続けている。子育てしながら女性医師が仕事を続けるうえで必要なのは、夫が積極的に子育てに参加すること、そして夫の上司・仕事環境がそれを容認・協力する環境作りである。

最後に今村 聡 先生（日本医師会副会長）が「医療現場でできることを具体的にやっていくことが重要」と述べて、シンポジウムを締めくくった。

〔報告：山口県医師会勤務医部会企画委員会

委員長 内田 正志〕

第 8 回 全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会総会

と き 平成 29 年 1 月 22 日（日）13：00～15：40

ところ 岡山県医師会館 4 階 第 1 会議室

〔報告：山口県医師会有床診療所部会長 正木 康史〕

1 月 22 日（日）に岡山市で全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会の第 8 回総会が開催され、本県から河村県医師会長、香田県医理事、阿部部会理事と正木が出席した。

総会に先立ち 11 時より役員会が開催され、正木が出席した。第 8 回総会の運営や第 9 回総会の日程（平成 30 年 1 月 28 日に決定）について協議、決定した。役員改選については、今回、愛媛県と香川県の担当者が欠席であったため、7 月の全国有床診療所連絡協議会大分大会の際に中国四国ブロック会の臨時総会を開催して決定することとなった。

挨拶

大谷博正 庶務担当理事の司会で始まり、まず中国四国ブロック会の齋藤義郎 会長が以下の挨拶をされた。

「本会は平成 20 年に広島県の森 先生に立ち上げていただき、今回が第 8 回目の開催となる。有床診療所は多くの課題を抱えているが、中国四国ブロックは全国有床診療所連絡協議会の中でも頑張っている。副会長 1 人、常任理事 3 人を出しており、木村先生は介護保険担当、正木先生は診療報酬を担当し、私も今年度から日医有床診療所委員会の委員長を仰せつかっている。今年の諮問事項は『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～』と大きなテーマであるが、2 年間で何とかまとめたい。本日はご協議のほどよろしくお願いする。」

議事

昨年度の総会が悪天候により中止されたため、今回 2 年分が検討された。

1. 平成 26・27 年度事業報告の件

平成 26 年度の総会が 27 年 1 月 25 日に開催され、佐々木昌弘 厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長及び鈴木邦彦 日医常任理事の特別講演や田坂健二 全国有床診療所連絡協議会常任理事の特別発言などの報告があった。

2. 平成 26・27 年度収支決算報告の件

大谷庶務担当理事より決算報告、岡田監事より監査報告があり、承認された。

3. 会則変更の件

日医の役員改選に合わせるため、中国四国ブロック会も 1 月の総会の際に役員を決定し、6 月に改選を行うこととなった。また、各県より 2 名の役員を選出していただくこととなった。

4. 役員改選の件

今回 2 県の担当者の欠席があったため、7 月の全国有床診療所連絡協議会大分大会の際に臨時総会を開催し決定することとなった。

基調講演

地域医療構想で目指すもの

岡山県備前保健所所長 二宮 忠矢

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく措置として、

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等が行われた。

「医療介護総合確保推進法」により、平成 27 年 4 月より、都道府県が「地域医療構想」を策定し、2025 年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めることになる。都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成し、27 年 3 月に発出している。28 年度末までにはすべての都道府県で地域医療構想の策定が完了する予定であり、今後、目指すべき医療提供体制を実現するための医療機能分化・連携については「地域医療調整会議」で議論・調整していくことになる。

岡山県の地域医療構想の策定会議及び調整会議の現状を交えて、また、有床診療所に期待される役割についてもご講演いただいた。

特別講演

最近の医療情勢とその課題

日本医師会副会長 中川 俊男

地域医療構想とは、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を、住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもので、各医療機関は地域における自院内の病床機能をデータに基づいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる。

医療需要の推計、その境界点の考え方、患者の収れんのイメージ、各医療機関にとっての地域医療構想の意義、地域医療構想策定後の取り組み、病床の必要量（必要病床数）と基準病床数との相違、地域医療構想の策定状況、地域医療構想の意味合い、病床機能報告と地域医療構想、かかりつけ医と地域医療構想、在宅医療と地域医療構想、地域医療調整会議の進め方、新公立病院改革ガイドライン、医療法での病床削減、国立・公的医療機関

等の概要などについて、実際に交渉実務を担当された立場から、その交渉過程、取り組み方について興味深い講演をいただいた。

意見交換

テーマ「2025 年、その先の有床診療所」

正木がコーディネーターとなって、以下の 3 点について意見交換した。

①病床機能報告制度について

まず、正木より平成 27 年度病床機能報告制度の有床診療所に関するデータを提示、説明した。6,332 の有床診療所が報告、総病床数は 88,787 床で、1 施設当たりの病床数は 14.0 床、療養病床は 1 割強の 9,384 床で、一般病床はほぼ 9 割の 79,403 床であった。届出た病床機能は高度急性期 35（1%）、急性期 3,746（59%）、回復期 873（14%）、慢性期 889（14%）、休棟中 789（12%）であった。診療科の構成は産婦人科 1,165（18%）、内科 922（15%）で、複数診療科 2,351（37%）が最も多かった。地域で果たしている役割（5 項目まで選択可）では、専門医療が 3,222（51%）と最も多く、次いで緊急時の対応 2,902（46%）、在宅・介護施設への受け渡し 2,338（37%）、終末期医療 1,631（26%）、在宅医療の拠点 1,603（25%）、いずれの機能にも該当しない 768（12%）であった。専門医療では、平成 27 年 6 月の 1 月間の有床診療所での分娩数は 41,222 件で全国の約半数を担っていた。緊急時の対応では、1 年間の急変入院患者の受入数 158,756 人、1 年間の休日受診患者数 565,509 人（うち 23,671 人が入院）、1 年間の夜間・時間外受診患者数 536,449 人（うち 50,391 人が入院）、そして 1 年間の救急車の受入れ件数 49,456 件であった。在宅医療の拠点としての機能では、6 月 1 月間の往診患者数 16,500 人、6 月 1 月間の訪問診療患者数 111,032 人、終末期医療を担う機能では、1 年間の自宅での看取り 4,978 人、自院を含む連携医療機関での看取り 6,108 人と、いずれの役割でも有床診療所は頑張っている。

意見交換では、有床診療所が生き残っていくためには、地域包括ケアシステムにおける重要な役

割、いわゆる有床診療所の 5 つの役割を果たしていくことが必要であるとのまとめとなった。

②地域医療構想における有床診療所の立ち位置

二宮先生から行政側の立場として、鹿子生先生から全国有床診療所連絡協議会会長としてのご意見等いただき、各地域での地域医療調整会議で、地元医師会等を通じて有床診療所の役割を主張していただき、有床診療所の立ち位置をしっかりと確立していくことをまとめとした。

③平成 30 年度の診療報酬改定に向けた動き

会場からの意見、鹿子生会長の考え、そして著しい伸びを続ける調剤費に鋭く切り込み、中医協で力強い論戦を展開されている中川日医副会長にもコメントをいただいた。次期診療報酬改定の主なテーマは「医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステム構築の推進」、「医療介護の連携強化」、「在宅医療の充実」などであり、われわれもこのテーマに沿った要望を上げていかないと評価していただけない。4 月頃には会員の皆様に次期改定に対する要望の提出をお願いし、意見交換会を終了した。

特別発言

全国有床診療所連絡協議会長 鹿子生 健一

最近の全国有床診療所連絡協議会の活動についての発言があった。その内容は、平成 28 年 10 月 27 日に「有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会」が自民党本部で開催され、有床診療所の宿直規定の運用に対する要望等を行ったこと、日医の有床診療所委員会の委員長に中国四国ブロック会会長の齋藤先生が就任され、その諮問テーマは「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～」となっていること、厚生労働省老健局老人保健課の 28 年度老人保健健康増進等事業として行われる「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」への協力をお願い、28 年度全国有床診療所連絡協議会関東甲信越ブロック会の内容報告や、28 年度全国有床診療所連絡協議会九州ブロック会講演会開催の案内などであった。

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP にて

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

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

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 29 年 2 月 2 日（木）15：00～
ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事 萬 忠雄
理 事 清水 暢

協 議

1 インスリンとスーグラ錠の併用について

〔山口県医師会〕

糖尿病治療薬剤の併用については、本委員会等で協議を重ね、昨年（平成 28 年 9 月）の「社保国保審査委員合同協議会」の合議事項を一覧表として公表している。

この合議事項に「インスリンと経口薬併用の場合は、インスリン＋経口薬 3 剤まで認める」とあるが、スーグラ錠について査定事例が見受けられるため、会員から同合議事項との整合について問合せがあることから取扱いを確認したい。

なお、本事例のように審査委員間の合議事項と異なる取扱いが発生する場合は、電子レセプト処理が実施されている現在の審査委員会事務局において、医療機関への審査結果通知前に確認体制が整備されているか伺いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 28 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

審査取扱いについては従来の合議どおり。

なお、合議事項（ブルーページ）の周知については、各審査委員会（審査委員及び事務職員）において一層の徹底が図られるとともに、事務処理においても合議事項と整合するよう再確認を行うとのことである。

2 アルツディスポ関節注の投与回数について

〔国保連合会〕

アルツディスポ関節注（ヒアルロン酸）の用法は「1 週間ごとに連続 5 回投与。症状により投与回数を適宜増減」とある。6 回目以降も継続して毎週関節注を行い、2 か月、3 か月、又は 6 か月継続している事例があるが、ある程度の基準

出席者

委員

藤原 淳
小田 達郎
山下 哲男
西村 公一
城戸 研二
矢賀 健
藤井 崇史
赤司 和彦
田中 裕子
久我 貴之

委員

土井 一輝
安武 俊輔
浴村 正治
上野 安孝
村上不二夫
松谷 朗
新田 豊
湯尻 俊昭

県医師会

会 長 河村 康明
専務理事 林 弘人
常任理事 萬 忠雄
理 事 清水 暢
理 事 船津 浩彦
理 事 前川 恭子

を協議願いたい。

維持療法については、2 週間ごとを目安とする。

3. 消炎鎮痛等処置の回数について〔国保連合会〕

消炎鎮痛等処置の頻回の算定事例（16 回～ 25 回）が散見される。1 か月の消炎鎮痛等処置の回数について協議願いたい。

頻回算定の医療機関については個別対応とし、その必要性により審査判断される。

4 スтероイド等治療前の HBs 抗原等の検査について〔支払基金〕

難聴等に対するステロイド等治療前の標記検査（HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体検査）については、B 型肝炎のガイドラインに従って認めているが、レセプトへの注記の必要性について協議願いたい。

注記を必要とする。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 29 年 4 月診療分から適用する。



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-コ-010064

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医療従事者が国民年金に上乗せする「公的な年金」です。

掛金の全額が社会保険料控除の対象となり、所得税、住民税が軽減され、さらに受取る年金にも公的年金等控除が適用されます。

加入資格

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

掛金

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

加入コース

- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取

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

長生きリスクに
備える年金です

遺族一時金

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

中途脱退

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

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

税制上の 優遇措置

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

新制度です

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となっています

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

新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。

（現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません）

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

フリーダイヤル ☎0120-700650

受付時間（平日） 午前9:30～12:00 午後1:00～5:30

<http://www.jmpnpf.or.jp>

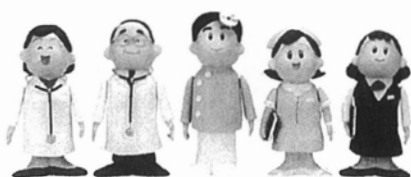
検索は
こちらから

日本医師従業員

検索

0120-700650

検索



2016.10

平成 28 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議

と き 平成 28 年 9 月 15 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 予防接種の広域化に関する議論が始まった当時、私は郡市医師会の担当理事をしていた。会議が数回あり、1 年半かけて広域化したことが印象に残っている。その後、妊産婦や乳幼児といった関連の領域が入り、現在の形になった。最初の精神を無駄にすることなく、中途半端ではない、きちんとしたものをつくりたい。

喜多健康増進課長 28 年 10 月 1 日から B 型肝炎ワクチンの定期接種が始まり、国の審議会で広く接種を推奨することが望ましいといわれた 7 つのワクチンのうち、6 つがようやく定期化されることになる。私は厚生労働省で平成 25 年の予防接種法の改正の際に担当しており、関係者と協議の上、法改正をさせていただいた。ここまで定期化が進んだことは感慨深く思っている。感染症全体に関しては、一部で麻しんが拡がっている。数年前は麻しんの輸出国として汚名を着せられていた日本だが、関係者のご尽力により、排除状態に認定された。麻しんについては、第 1 期の接種率は 95% 以上を達成している状態であるが、第 2 期については 94% 前後と伸び悩んでいる。接種率を維持していきたいので、関係者の皆様のご協力を引き続きいただきたい。

協議事項

1. 健康増進課からの情報提供

健康増進課 28 年 10 月 1 日から B 型肝炎ワクチンの定期接種化が開始される。対象年齢は 28 年 4 月以降に出生した生後 1 歳に至るまでにある者とされており、接種回数は 3 回とされている。

その他については、下記のとおり。

(1) 母子感染予防の対象者の取扱い：HBs 抗原陽性の妊婦から生まれた乳児として、健康保険により B 型肝炎ワクチンの投与（抗 HBs 人免疫グロブリンを併用）の全部又は一部を受けた者については定期の予防接種の対象者から除く。

(2) 長期療養特例：接種の対象年齢の上限は設けない。

(3) 既接種者の取扱い：定期の予防接種が導入される以前に、定期の予防接種に相当する方法ですでに接種を受けた対象者については、定期接種に規定された接種を受けた者とみなす。

すでに各市町においては、対象者への啓発や通知等で対応していただいているが、円滑に接種できるように連携して取り組みをお願いしたい。

26 年度と 27 年度の麻しんの予防接種実施状況について、26 年度の第 1 期は山口県平均で 95%、第 2 期は 94% 前後となっており、27 年度については県集約の時点で 93.8% と 94% を少し割り込んでいる。麻しんについては 2 回接種が重要である。市町では就学前の接種勧奨等していただいているが、排除状態を認定されたことにより必要ないと認識しておられる方もいるかもしれない。ぜひ、未接種者への早期の勧奨などで接種期間を逃すことがないように引き続きの取り組みをお願いしたい。

28 年 7 月末から国内で麻しん患者が発生しており、8 月下旬から患者が増加している。その関係で接種率の向上等、引き続き取り組んでいただきたいとお願いしたところであるが、県内でも問い合わせが少しずつ出てきている。まずは定期接種、就学前の子どもが必ず接種が受けられるよう

にすることが大切である。麻しんの発生があると
心配される方がたくさんおられる。日ごろからの

対策が非常に大切であることの啓発をしていただ
き、接種漏れなどが起きないようにお願いしたい。

出席者

郡市担当理事

大島郡	嶋元 徹	宇部市	金子 淳子	岩国市	藤本 誠
玖珂	松井 晶子	山口市	成重 隆博 (代理)	小野田	伊藤 忍
熊毛郡	廣島 淳	萩市	岩谷 一	光市	北川 博之
吉南	鈴木千衣子	徳山	大城 研二	柳井	近藤 穂積
厚狭郡	吉武 和夫	防府	村田 敦	長門市	須田 博喜
美祢郡	竹尾 善文	下松	井上 保	美祢市	横山 幸代
下関市	神田 岳				

市町

下関市	主幹 主任保健師	野坂 隆夫 友澤八重美	柳井市	主査 主任	寺岡 富美 丸山美寿恵
宇部市	係長 係長	塚本加勺里 江本 絹世	美祢市	係長 係長	谷 和明 末永 直美
山口市	主幹 主幹	山田智恵美 末岡 昭子	周南市	主査 係長	林 容子 玉野 政枝
萩市	主幹	河上屋里美	山陽小野田市	係長	大海 弘美
防府市	予防係長 主任	片岡 和史 原田 陽子		主任技師	伊藤比呂子
下松市	課長補佐 主査	中村 裕子 森藤 孝典	周防大島町	主査 保健師	吉富 和成 石原 憲子
岩国市	班長 班長	鈴川 芳智 岡崎 由紀	和木町		三國真莉菜
光市	係長	佐伯 愛子	上関町	係長	上杉 美和
長門市	主任 主査	桑原 紀聖 細田登喜江	田布施町	係長 技師	吉光 恵美 神代 美穂
			平生町	主任主事	関永 幸枝
			阿武町	主任	長岡ひとみ

山口県健康福祉部健康増進課

健康増進課長 喜多 洋輔
感染症班長 楠藤 幸雄
感染症班主任 清水 恭子

山口県健康福祉部こども・子育て

応援局こども政策課

保育・母子保健班
主査 林 直美

山口県産婦人科医会

会長 藤野 俊夫

山口県小児科医会

会長 田原 卓浩

オブザーバー

岡田 和好

県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文
常任理事 今村 孝子
理 事 船津 浩彦
理 事 前川 恭子

2. B 型肝炎定期予防接種について

藤本 定期接種に導入される B 型肝炎定期予防接種の標準料金案を県医師会で作成の上、事前に郡市医師会及び各市町へ提示し、各市町における接種料金について事前調査を行った。なお、B 型肝炎のワクチンには 0.5mL と 0.25mL の 2 つがあるため、やむを得ず二重の価格となった。ご了承いただきたい。0.25mL は化血研がつくっており、MSD（株）のヘプタバックスは 0.5mL しかない。熊本地震の影響で 0.25mL の供給についてはやや不安もある。なお、ヘプタバックスは一度針を刺したものは直ちに使用し、残液はすみやかに処分することとされている。

B 型肝炎予防接種に関する予診票の県内統一様式は他のものとはほぼ同じ様式であるが、ラテックス過敏症という項目を入れている。これは、ヘプタバックスの瓶の蓋にゴムが使用されているためである。

3. 平成 29 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）について

①妊婦健康診査について

藤本 平成 29 年度の妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）を県医師会で作成し、山口県産婦人科医会及び山口県小児科医会にも検討いただいた上で、事前に郡市医師会及び市町に提示した。妊産婦の健康診査について、ご説明をお願いしたい。

藤野産婦人科医会長 診療報酬の改定に伴い、改正された保険点数のところのみ変更した。もっとも変わったところは「外来栄養食事指導料」の取扱いである。従来、130 点を毎回健診ごとに加算していたものを踏襲し、毎回健診ごとに最初は 260 点、それ以降は 200 点をつけて提示した。その後、いろいろな方からのご意見もあり再考し、初回は 260 点、2 回目以降は 200 点を月 1 回に限り算定するとして改めて再提示を行った。

この制度が始まって 8 年になるが、私ども産婦人科医がどのように対応しているかを簡単に説明させていただく。21 年 4 月にこの制度が開始したが、事前に各市町の担当者に集まっていた

き、この制度の趣旨と財源の根拠について説明の上、県医師会案として額を提示させていただいた。財源が確保されているので、減額されることのないよう要望したところである。その後、各市町で検討され、概ねは認めていただいたが、最初は 3 つの市で減額されて制度が始まった。本来、妊婦健診は自由診療であるので、自由に設定してよいが、妊婦に経済的な負担がかからないことと県内でバラバラにならないようにという趣旨で、産科医療機関が統一価格という形で協力しようと産婦人科医会の会員へ周知した。また、減額された金額については、必ず妊婦から徴収することとした。結局、2 つの市は 2 か月ほど減額された金額ではじめたが、4 月にさかのぼって県医師会案を受け入れることとなった。妊婦に負担の少ない形で、各市町で金額に差のない制度を続けていきたい。

②乳幼児健康診査について

藤本 乳幼児健診については、市町からは特別に異議などないようである。県小児科医会の田原会長より医会のことも含めて、ご意見を願いたい。

田原小児科医会長 乳幼児健診については昨今のワクチン導入の拡大、スケジュールの個別プランの作成の煩雑さがあり、一方では風疹などが流行するとその防御に関する啓発や通達などが絡んでくるので、基本となる“子どもたちの健康を守る”という乳幼児健診の場においてはしっかりとした支援と基盤のもとで小児科医を中心として遂行していく。

4. 平成 28 年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種について

藤本 県医師会から市町に対し、28 年 10 月 1 日からの高齢者インフルエンザ予防接種の料金、期間等を調査した。接種期間はほとんどの市町が 10 月 1 日から 29 年 2 月 28 日となっており、周防大島町のみ 10 月 1 日から 29 年 3 月 31 日までとなっている。接種料金は全市町が 4,860 円、自己負担が 17 市町で 1,460 円、2 市町で 1,450 円となっている。なお、県内統一様式のインフル

エンザの予診票は昨年度と変更していない。

田原小児科医会長 周防大島町のみ接種期間が 3 月 31 日までとなっているのは何か深いお考えがあって、このようにされているのか。

大島郡医師会 特に深い理由はない。周防大島町は高齢者が多く、インフルエンザが遅れて流行するので、年度末まで行っている。

5. 平成 29 年度広域予防接種における個別接種標準料金について

藤本 平成 29 年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）は県医師会から郡市医師会及び市町へ提示している。郡市医師会と市町で協議の上、概ね了承いただいている。

6. その他

①平成 28 年度児童虐待の発生予防等に関する研修会について

藤本 今年度は 10 月 30 日に開催。

藤野産婦人科医会長 毎年、県の委託を受けて県医師会と共催で行っている。私たち産婦人科医は 0 歳児の虐待死を予防する取り組みをしており、毎年研修会をしている。

②平成 28 年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

藤本 今年度は 12 月 4 日に行う。

③その他

藤野産婦人科医会長 新生児聴覚スクリーニング検査及びその後の難聴児のフォローアップ体制については、山口県は体制が整備されており、評価されている。平成 13 年から県に新生児聴覚検査専門委員会を設置し、産婦人科、耳鼻科、県、各市町の連携の下にこの事業を実施している。現在、100% に近い実施率である。検査するだけではなく、見つかった難聴児に対するフォローアップ体制もしっかりしている。問題は公費補助がないた

め、自費もしくは医療機関のサービス等で実施しているところもある。日本産婦人科医会が厚生労働省に公費健診に向けて努力してほしいとの要望を受けて状況を調査したところ、公費による実施は非常に少なかった。その後、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長が各県を通じて積極的に実施するように通知を出した。なお、財源については、平成 19 年度の地方財政措置において、「少子化対策に関する地方単独措置」として総額において大幅な拡充がなされることにより、所要の財源が確保され、市町村に対して地方交付税措置されたとなっている。

防府医師会 日本脳炎は現在、生後 6 か月から開始する方向で小児科医会が声明を出している。今後、県内でもおそらく接種が増えていくと思われるが、先進地域の話を聞くと、3 歳未満、生後 6 か月以降の日本脳炎の予防接種を定期予防接種として理解していない自治体があったそうである。また、接種料金は 3 歳未満の場合は料金の基準が変わってくるので、今後の検討課題としていただきたい。

濱本副会長 防府医師会からご意見のあったように、今のところ国は 3 歳以上しか積極的勧奨としていないが、市町として 3 歳未満も積極的に勧奨されるかどうか、持ち帰って検討いただきたい。なお、変更すると、現在は 3 歳以上で料金を設定しているので、料金が変わってくる。

防府医師会 麻しんの流行に伴って MR ワクチンが不足している。すでに出荷制限があり、すぐに入ってこない状況にある。安定的に供給するために出荷制限をしていると思われるが、先の見込みが分からない。国も自治体に確保に向けて努力するようにという通知を出ただけで具体的には動いていない。県で MR ワクチンの確保や情報の収集について具体的に動く予定はあるか。

県健康増進課 国から供給体制について連携して取り組むようにとの通知が出ており、薬務課と情報共有している状況である。県にも麻しんに関す

る相談が上がっている状況である。基本的には、定期接種の子どもを優先にというスタンスである。成人には、自分の接種歴をご確認いただき、接種歴がないあるいは 1 回接種であれば、「対応をかかりつけの医療機関に相談ください」との啓発を行っている。

成 15 年からこの会議に出席されている方もおられる。一方、行政でその当時の方はおられないと思われるが、不明な点があれば参考資料として配付している。各郡市の担当理事と行政とで事前に協議いただき、いろいろなご意見、ご質問を受けたい。健診を含めてご協力をお願いしたい。

閉会挨拶

濱本副会長 28 年度から郡市の担当理事になられた方もおられれば、会長挨拶にあったように平

『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）をお願いします。
- 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

平成 28 年度花粉測定講習会

と き 平成 29 年 1 月 22 日（日）11:00～12:10

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

〔報告：常任理事 今村 孝子〕

花粉測定のさらなる精度向上のため、毎年度、標記講習会を開催しており、今年度も実施した。

吉本副会長の開会挨拶の後、花粉情報委員の沖田敏宜 先生が「花粉の時期を楽しく過ごそう」と題して、花粉飛散の要注意日、花粉症の症状発症のメカニズム、花粉症にならない人の特徴、花粉症薬（抗アレルギー薬）等について講演された。続いて、本年から花粉染色液としてカルベラ液を使用することになったことについて、本会の沖中芳彦 常任理事より、その経緯と染色方法について説明を行った。次に、花粉情報委員の金谷浩一郎 先生より、測定機関に行った花粉測定に関するアンケート調査についての報告を行っていただいた。なお、当講習会にて取り上げてほしいテーマ等の要望については、来年度以降に検討していくこととした。続いて講習に移り、測定の経験年数が浅い数名の方については金谷先生の指導による実技講習を受けていただき、熱心に標本の作成方法等を学んでおられた。また、多くの方は豊富な測定経験を有しておられたため、花粉情報委員

長の日吉正明 先生より特に判別しにくい花粉等についての説明を行っていただいた。

なお、平成 29 年のシーズンは 21 の測定機関にて花粉測定を行っていただきます。測定機関の皆様、約 4 か月間、よろしくお願いいたします。

測定地点

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



県民公開講座 花粉症対策セミナー 2017

これでバッチリ 花粉症対策

と き 平成 29 年 1 月 22 日 (日) 13:00 ~ 15:40

ところ 山口県総合保健会館 2 階「多目的ホール」

今回で 6 回目となる県民公開講座 花粉症対策セミナー「これでバッチリ花粉症対策」を山口県総合保健会館にて開催した。

今回は、特別講演の講師として、岡山大学大学院准教授の岡野光博 先生をお招きした。また、前回同様、手話通訳並びにスクリーン映写による要約筆記を行った。

吉本副会長の開会挨拶の後、さっそく講演に移った。

講演 1

山口県の花粉情報システムと平成 29 年のスギ花粉飛散予測

山口県医師会常任理事 沖中 芳彦

花粉測定方法は、全国空中花粉測定標準化委員会の方法に準じている。ダーラム型花粉捕集器を使用し、毎日午前 9 時頃にスライドグラスを交換する。それまでの 24 時間に自然落下した花粉数をカウントし、 1cm^2 当たりの花粉数に換算する。カウントした数値は前日の値となる。各測定機関は、花粉数を午後 3 時までに県医師会事務局に報告する。事務局でデータを取りまとめた後、県医師会花粉情報委員会で天気予報を参考にして翌日の飛散予測を作成し、報道機関等に FAX で提供するとともに、県医師会のホームページにも掲載している。ただし、体制上の問題により週末は数日分をまとめて予測せざるを得ないことが、現時点での懸案事項である。

提供情報は、「スギ花粉の初観測日（その年に初めて花粉が捕集された日）」、「飛散開始日（同一機関において、 $1\text{個}/\text{cm}^2$ 以上の花粉が連続して 2 日以上捕集された際の、最初の日）」、「日々



の予測」である。予測は北部、西部、中部、東部の 4 地区に分けて行っている。本年の花粉測定機関は医療機関、薬局、公的機関、個人からなる計 21 機関である。

飛散(予測)ランクは、「少ない($0 \sim 9\text{個}/\text{cm}^2$)」、「やや多い($10 \sim 29\text{個}$)」、「多い($30 \sim 49\text{個}$)」、「非常に多い(50個以上)」の 4 ランクとしている。これは全国空中花粉測定標準化委員会が定めた分類である。

筆者の 20 数か所の観察木のうち、3 か所について、数年間のスギ雄花の着花状態をそのシーズンの花粉総数とともにスライドで供覧した。今シーズンのスギは、平年値 $2,530\text{個}/\text{cm}^2$ に対し、 $3,700\text{個}/\text{cm}^2$ 程度の総数と予測している。最近 3 年間、平年値以下のスギ花粉総数であったが、久しぶりに平年値を上回る飛散となりそうである。ヒノキも花芽が多く着いているが、このうちの程度が成熟した雄花となるかは不明である。いずれも実際の飛散はシーズン中の気象の影響を受ける。なお、スギ花粉総数の予測の詳細は県医師会報平成 29 年 1 月号に掲載している。

[文責：沖中 芳彦]

講演 2

花粉症に効く食品

山口県医師会花粉情報委員

山口大学大学院医学系研究科

耳鼻咽喉科学講師 菅原 一真

花粉症に代表されるアレルギー性鼻炎は、1970 年代から爆発的に患者数が増加し、今や国民病となった。最近の耳鼻咽喉科医とその家族 1 万 5,673 人のアンケー



ト調査に得られた疫学調査では、スギ花粉症の有病率は 26.5% と 10 年前の同様の調査から 10% 以上も上回っており、社会問題になっていると言える。このような疾患を予防あるいは症状の緩和ができれば、国民の QOL を向上させるだけでなく、医療費の軽減に寄与することも可能である。その一手段としてサプリメントは有用である可能性がある。サプリメントとは、通常の食事だけでは摂取できない栄養成分を、人体の機能維持のために食事以外に摂取する栄養補助食品のことである。わが国では、保健機能食品という制度の中で特定保健用食品と栄養機能食品に加えて、2015 年 4 月より機能性表示食品制度が開始された。これは事業者の責任において科学的根拠に基づいた機能性を表示した食品であるが、事前に安全性、機能性の根拠に関する情報が消費者庁長官に届けられたものである。

花粉症を含むアレルギー性鼻炎は、免疫療法などの根治療法が徐々に奏功しつつあるものの、その罹患者数が膨大であることから、国民の QOL を低下させる大きな要因の一つである。松崎らによる民間療法の調査では、漢方、甜茶、クロレラ、花粉グミ、シソジュース、サルノコシカケ、シジュウム、プロポリスなど薬品から食品に至るまで医療機関を介さない治療が広く行われていることが報告されている。これらの民間療法すべてに十分なエビデンスがある訳ではなく、しかもその安全性については十分検討されていないものも多い。2007 年には花粉加工食品を摂取したことによる重大な健康被害が生じた事例も発生しており、安易にこれらの民間療法を行うことは勧められない。

現在、アレルギー性鼻炎に関連する機能性表示食品として届け出されている食品はメチル化カテキンを含有する緑茶とハーブから抽出された成分（ビデンス・ピローサ由来カフェー酸）からなるサプリメントが存在する。メチル化カテキンを含有する緑茶は 2 つの企業から届け出があり、いずれも食品中にメチル化カテキンが含有することと、メチル化カテキンがハウスダストやほこりなどによる目や鼻の不快感を軽減することを表示している。メチル化カテキンは、マスト細胞や好塩基球の活性化を抑制することで、アレルギー症状

を抑制することが報告されており、メチル化カテキンを含有しない緑茶を対照とした二重盲検試験でも、アレルギー性鼻炎患者の鼻症状や眼症状を有意に抑制することが示されている。また、これらの製品では関連論文のシステマティックレビューを行い、届け出がなされている。

ビデンス・ピローサ由来カフェー酸は 2016 年 7 月に機能性表示食品として消費者庁に受理されている。ビデンス・ピローサは熱帯アメリカ原産の帰化植物で沖縄に分布している。季節性アレルギー性患者 81 名を対象とした二重盲検試験でプラセボに比べて有意にアレルギー症状を抑制することが報告されている。また、この試験において重篤な副作用もないとのことである。

今回紹介したもの以外の食品でも花粉症に対する有用性が報告されており、今後も花粉症に有効な機能性表示食品が登場する可能性は高い。しかしながら、これらの食品はあくまで軽症から中等症の症状を対象としている。現在出現している症状を正しく評価、診断し、治療法を検討するには医療機関への受診が必須である。その上で、サプリメントによる症状緩和を利用することが望ましいと考えた。

〔文責：菅原 一真〕

特別講演

スギ・ヒノキ花粉症を考える

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

耳鼻咽喉・頭頸部外科学准教授 岡野 光博

花粉症とはアレルギー性鼻炎の一つでアレルゲン、原因が花粉であるものに対して過敏な反応を示す病気である。鼻の粘膜が過敏に反応する病気としては、鼻



過敏症、鼻アレルギー、アレルギー性鼻炎がある。鼻過敏症はアレルギー以外の、例えば寒冷とか血管運動性鼻炎等がある。アレルギー性鼻炎は一年中起る通年性鼻炎と季節性鼻炎（花粉症）に分けることができる。アレルギー性鼻炎の主な原因アレルゲンは、ダニ、花粉（樹木花粉：スギ・ヒノキ科、カバノキ科など、草本花粉：イネ科、雑草花粉：キク科、クワ科など）、真菌、動物上皮

(ペット、実験動物)、昆虫等がある。年中症状を起こす原因としてはダニやカビがあり、ペットを飼っている場合は犬や猫の毛も原因となり、昆虫では蛾やゴキブリもアレルゲンとなる。季節性の抗原としては花粉が代表であり、中でも樹木の花(スギ、ヒノキ)や、草花の花(イネ科、雑草)がある。

なお、植物を専門にしている先生方の中にはスギはヒノキ科なのでスギ花粉症ではなく、ヒノキ科花粉症と言ったほうが良いのではないかとと言われる方もおられるが、スギ花粉症は 1964 年に報告された歴史があるので、スギ花粉症という名称はずっと残るのではないと思われる。

岡山大学屋上における過去 26 年間のスギ・ヒノキ花粉総飛散数の推移をみると、以前は奇数年に多くて、偶数年に少ないという隔年増減現象を比較的繰り返しているが、最近はそうでもなくて、直近 4 年間は減少していることから今年は増えてきて 3,000 個/cm² 以上になるのではと思われる。

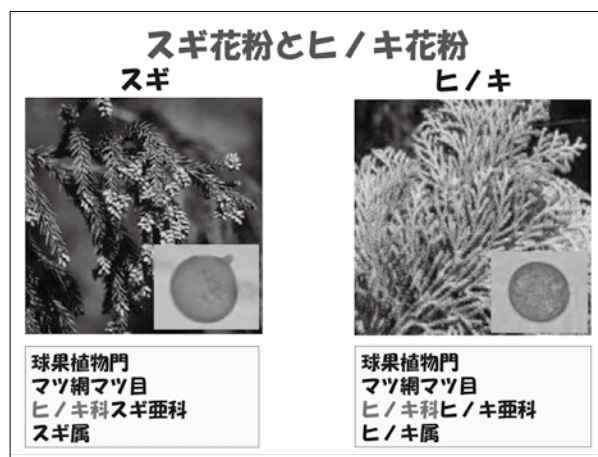
都道府県別スギ・ヒノキ人工林面積を見てみると、東北地方にはヒノキの林がないためヒノキの花粉症はない。西日本では、ヒノキ人工林面積が多くて、山口・広島・岡山県ではスギよりもヒノキの林の方が多いということが知られており、花粉を多く飛ばす可能性があるため、ヒノキ花粉症には注意していく必要があると思われる。

岡山大学におけるスギ・ヒノキ花粉飛散総数をみると、全体的にはスギの方がたくさん飛ぶが、年によってはヒノキの方が多く飛ぶ年があり、ヒノキは主に 4 月に飛散することから 4 月になっても花粉症に気を付ける必要がある。

どのくらいの方がスギ花粉症になっているかについて全国の耳鼻科医とその家族を対象にした調査を行ったところ、1998 年ではアレルギー性鼻炎全体としては有病率 29.8%、スギ花粉症では 16.2%であった。同調査を 10 年後(2008 年)にも行ったところ、有病率は約 10%増えていることが、また、年齢別でみると、こども(5~9 歳)及び高齢者(60 歳以上)の有病率が倍くらいになっていることがわかった。

花粉症の症状としては以下のものがある。

・鼻症状(100%)：くしゃみ、鼻水、鼻づまり、



鼻のかゆみ

- ・眼症状(97%)：眼のかゆみ、なみだ目、異物感
 - 結膜局所におけるアレルギー反応
 - なみだの流れにくさ(鼻涙管の狭窄)
- ・全身症状(83%)：頭重感、頭痛、不眠、イライラ感、体のだるさなど
 - 副鼻腔炎の合併
 - 副交感神経優位の自律神経症状
 - 薬による眠気
- ・のど症状(喉頭アレルギー)(78%)：違和感、乾燥感、乾性咳など
 - 直接的な咽喉頭粘膜のアレルギー反応
 - 鼻づまりで口呼吸に伴う乾燥や感染
- ・口腔症状(口腔アレルギー症候群)(63%)：ピリピリ感、痒みなど
 - 花粉と食物(リンゴやモモなど)との共通抗原性(プロフィリンなど)
- ・耳症状(54%)：耳のかゆみ、耳の詰まる感など
 - 外耳道局所におけるアレルギー反応
 - 耳管機能障害
 - (耳管粘膜のアレルギー反応、鼻すすり)
- ・胸の症状(花粉喘息)(35%)：乾性咳、呼吸困難など
 - 小さい花粉粒子
 - (オービクル：5μm)の吸い込み
 - 口呼吸に伴う花粉粒子の下気道への侵入
- ・皮膚症状(30%)：掻痒感など
 - 露出部、雨天時に増悪
- ・胃腸症状(30%)：下痢、食欲不振など
 - 花粉の嚥下

花粉症の治療としては、①マスク、メガネ、掃除などによる除去と花粉情報の利用などによる回避、②薬物治療、③体質を改善するアレルギー免疫療法（減感作療法）、④鼻の構造をよくする手術療法、がある。

なお、花粉情報の利用ということで、山口県医師会のホームページには飛散情報や明日の予測等が掲載されているので、外出時にはこういった情報を参考にして注意されるだけでも違うと思う。

治療薬としては、①ケミカルメディエーター受容体拮抗薬としてヒスタミン受容体拮抗薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬、プロスタグランジン D2・トロンボキサン A2 受容体拮抗薬、②ケミカルメディエーター遊離抑制薬、③ステロイド薬（点鼻薬、経口薬）、④ Th2 サイトカイン阻害薬、⑤その他として血管収縮薬、変調療法、漢方薬、がある。

薬の選び方としては、鼻の粘膜に花粉が入ってくると炎症が強くなって薬が効きにくくなるので、本格的に飛びはじめる前後から治療を開始することがシーズンを通して治療のポイントになる。もう一つは症状に応じた薬を選ぶことである。例えば、くしゃみや鼻みずで困る人は抗ヒスタミン薬などを、鼻づまりに困る人は抗ロイコトリエン薬などが推奨される。また、重症度に応じて薬を選ぶことが大切であり、比較的初期で軽症の人は抗ヒスタミン薬やメディエーター遊離抑制薬などを、重症の場合は鼻噴霧用ステロイド薬などを選択する。

抗ヒスタミン薬による初期治療の効果と花粉飛散量をみると、花粉の量が多い時は薬の組み合わせ（併用療法）が必要になる。例えば抗ヒスタミン薬の効きが弱い方に薬を追加すると症状が改善するかを検証したところ、スギ花粉症患者さんの約 2/3 は抗ヒスタミン薬だけでは不満足であることがわかった。また、抗ヒスタミン薬をベースに、効果が不良である場合に鼻噴霧用ステロイド薬などを適宜追加すると、花粉症のコントロールが良くなることが明らかとなった。

鼻噴霧用ステロイド薬に関しては、発症後に使っても効くが、花粉が飛散する少し前から使うと（初期療法）より効果があることがわかった。また鼻噴霧用ステロイド薬の効果が良くない患

者さんに抗ヒスタミン薬を追加すると症状が改善するかを調べたところ、スギ花粉症患者の約 1/3 は鼻噴霧用ステロイド薬だけでは不満足であることがわかった。鼻噴霧用ステロイド薬をベースに、抗ヒスタミン薬を適宜追加すると、花粉症のコントロールが良くなることがわかった。

よって、花粉症には早めの治療、本格的に飛散する少し前くらいから行うのが有効と思われ、症状が強くなったら、薬を何種類か組み合わせて治療をすれば更に効果が期待されると思われる。

花粉症に対する手術としては、表面の粘膜の過敏性を抑える手術（神経や分泌腺を変性）があり、代表的なものではレーザー手術があり、日帰りでできる。これでも良くならない場合は、下鼻甲切除術や後鼻神経切断術などもある。

アレルギー免疫療法は投与方法並びに抗原でいくつかに分けられる。投与するルートとしては、昔からあったものとして皮下注射法があるが、これは痛かったり重いアレルギーが起こったりすることがあって、だんだん行われなくなってきている。それに代わるものとして口の粘膜を使って体質を弱める舌下免疫療法がある。そのほか、経口免疫療法、リンパ節内免疫療法などがある。投与抗原としては、標準化した抗原を用いることが良いと思われる。

アレルギー皮下免疫療法は、薬で花粉症がコントロールできない場合や薬による眠気などの副作用が強い場合に勧められる。治療期間は 3～5 年がよいとされている。なお、まれに喘息発作などの副反応の可能性がある。

皮下免疫療法のスギ花粉症への効果は、単独治療でも初期療法と同等以上の効果を示し、薬の使用量を少なくする（約半数の方には薬が不要）。

この免疫療法はスギの花粉のエキスをを用いており、ヒノキの花粉症には効かないのではないかとということが言われている。ヒノキの治療エキスをこれから開発して、将来、スギとヒノキそれぞれを用いて免疫療法ができるようになればと思い、現在、研究しているところである。

免疫療法の副反応としては、局所反応と全身反応があるが、当科における副反応の発生頻度としては、約 1500 回の注射で 1 回であった。

リスクを除く治療として、注射ではなくアレルギー

ゲンを口腔内に投与する舌下免疫療法がある。副反応を起こすような好酸球やマスト細胞が少ないこと、唾液で覆われているので粘膜下への侵入をブロックできて大量の抗原投与ができるので口の粘膜は案外、免疫療法として良いのではないかということが言われている。

アレルギー免疫療法の意義としては、免疫寛容をねらったもので、方法としては低量域免疫寛容と高量域免疫寛容がある。

舌下免疫療法の適応は、①スギ花粉又はダニが原因となる方、②一般的な薬物療法の効果が弱い方（薬が効かない方、副作用が強い方、飲み忘れの多い方など）、③皮下免疫療法が向いていない方（副反応を生じやすい方、注射が嫌いな方など）、④根治を目指す方、である。一方、禁忌は、①非選択的 β 阻害薬を使用する方（インデラル、セロケン、アーチストなど）、②治療開始時に妊娠している方、③不安定で重症な喘息になっている方、④全身ステロイド薬の連用や抗癌剤を使用する方、⑤急性の感染症に罹患している方である。

アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法の効果は、全体として症状を軽くして薬の量も少なくする、通年性の鼻炎や季節性の花粉症のどちらにも効果あり、おとなにも子どもにも効果がある（5歳以上の子どもで施行可能）と言われている。なお、高齢者のアレルギー性鼻炎にも舌下免疫療法は有効であるとの報告がある。

また、喘息の新しい発症が予防でき、喘息を合併していない 113 名の花粉症の子ども（5～14歳）に舌下免疫療法を 3 年間行ったところ、舌下免疫療法群では対照群より喘息の新規発症が有意に抑制されることがわかった。

なお、3 年間の治療終了後も 2 年間は効果が継続することから、花粉症を治すのであれば 3 年間は続けることが必要である。

アレルギー性鼻炎に対する皮下免疫療法と舌下免疫療法の効果を比較すると、皮下注射の方が痛みはあるけれど舌下免疫療法よりも効果が高いとされている。特に短期間での効果を重視するのであれば皮下注射法となり、安全性を重視するなら舌下免疫療法になるかと思うが、3 年ぐらい継続すると、皮下注射法も舌下免疫療法もあまり変わらないということが最近、少しずつわかってきて

スギ花粉舌下液（シダトレン[®]）の 使用上の注意点

- ・重症の気管支喘息の患者さんでは禁忌です。
- ・12歳以上のスギ花粉症患者さんが適応です。妊婦、12歳未満の子ども、65歳以上の高齢者の方に対する安全性はまだ判っていません。
- ・初回の治療は、医師の監督のもとで行います（口内の変化が出やすいため）。30分は経過をみます。
- ・舌下投与の前後2時間程度は、激しい運動やお酒、入浴は避けます。夜間の投与は避けます（副反応時の対応が難しいため）。
- ・喘息の症状が激しい時、急性の感染症にかかっている時、口内炎がある時、 β 阻害薬を服用している時は、特に注意が必要です。
- ・舌下免疫療法の治療ができるように登録している医療機関で治療が可能です。

いる。

なお、世界的には舌下免疫療法によるアナフィラキシー（ショック）の発生は 12 例上がっていることから注意が必要である。また、口の中に傷や炎症がある場合は特に注意が必要である。免疫療法は中断しやすいため、最低でも 2 年、できれば 3 年継続する覚悟が患者側に必要である。

Take Home Message

- ・新しいスギ花粉症の治療法として舌下免疫療法が行うことができるようになりました。
- ・2年間毎日行うことで、スギ花粉症の症状を約3-4割軽減することが期待できます。
- ・舌下免疫療法はすぐには効きません。最低2年間は治療を続ける覚悟が必要です。

花粉症対策クイズ

花粉情報委員の綿貫浩一 先生が、自分のできる花粉症対策についての問題を 10 題出題し、それらについて重要な事項をわかりやすく説明された。

- ①外出時には、できるだけマスクやめがねを着け、なるべく花粉を体に入れないようにすることが大切だが、マスクの着け方が不十分だと効果がなく、顔に密着させるように着けることが大事である。
- ②セーターやフリースは、花粉が付着しやすいため、シルクや綿素材の服が望ましい。
- ③花粉が多い日は、晴れて気温の高い日、風の強い乾燥した日、雨上がりの翌日である。
- ④ヨーグルト、乳酸菌飲料は花粉症に有効であるが、今年はたくさん飛ぶと言われているので薬



も併用された方が良いと思う。

- ⑤花粉症だったが去年も一昨年も症状が出なかったから治ったと思われる方が多いが、自然に治ることはなく、この 2 年間は飛散量が少なかったため、たまたま症状が出なかっただけと思われ、今年は注意しておく必要がある。

シンポジウム形式による質疑応答

特別講演講師の岡野先生、本会花粉情報委員(日吉正明 委員長、金谷浩一郎・森重直行・菅原・

沖田敏宜 各委員) 及び沖中常任理事をシンポジスト、花粉情報委員の綿貫先生を司会として開催。来場者から「花粉症患者の若年化を抑える研究並びに努力が必要なのは」「舌下免疫療法の費用」「洗顔の効用」等、種々の質問があり、それらに対してシンポジストが丁寧に回答された。

〔報告：山口県医師会常任理事 今村 孝子〕

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会広報情報課

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

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

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

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損保ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜

第 49 回

若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と き 平成 29 年 1 月 29 日（日）9：00～16：00

ところ 岡山県医師会 三木記念ホール

[報告：常任理事 今村 孝子]

総会は、昨年 3 月に竣工した岡山県医師会の三木記念ホールで開催された。このホールの入り口の一角には、医師である元岡山県知事の三木行治氏の業績を記したコーナーが設置してある。

総会の挨拶では、半世紀になる本協議会の歴史的な経緯や北村惣一郎 会長の日本医師会長特別表彰受賞の報告等がなされた。

ワークショップ「岡山県での小児生活習慣病への取り組み」では、吉備医師会の山本裕子 先生から、スクリーニング者のうち医療機関受診者は

低身長は 50％、肥満は 25％で、やせは少なく、受診率を上げることが今後の課題であるとの発表があり、倉敷市立西阿知小学校栄養教諭の富谷圭子 先生から、文部科学省委託「スーパー食育スクール事業」として、生活習慣の向上を目指した“生活振り返りカード”の活用や Web での食育支援システム“くらしき市版ヘルスジャッジ”の紹介があった。岡山市立操南中学校栄養教諭の宮宗香織 先生からは、「スーパー食育スクール事業」として中学生版人間ドックを実施し、個別指導や学

プログラム		(敬称略)
総会司会：岡山県医師会学校保健担当理事	佐藤 正浩	特別講演Ⅰ
開会挨拶	若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長 北村惣一郎 第49回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会会長・岡山県医師会会長 石川 紘	座長：大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院副院長 新垣 義夫 「子どもの心臓外科手術の過去、現在、そして未来」 岡山大学医歯薬学総合研究科心臓血管外科教授 笠原 真悟
来賓挨拶	日本医師会会長 横倉 義武 岡山県知事 伊原木隆太 岡山県教育長 竹井 千庫	若心協学術研究委員会 報告
ワークショップ「岡山県での小児生活習慣病への取り組み」	座長：国立病院機構岡山医療センター診療部長 久保 俊英	休憩「評議員会」
1. 「総社市における低身長肥満やせのスクリーニングの試み」 ～医師会、教育委員会、保育協議会の連携による～ 吉備医師会(医)やまもと医院(小児科医) 山本 裕子		総 会
2. 「学校・家庭・地域の連携を深め、共に学ぶ私たちの食と健康」 ～文部科学省委託「スーパー食育スクール事業」を通して～ 倉敷市立西阿知小学校(栄養教諭) 富谷 圭子		座長：若年者心疾患・生活習慣病協議会副会長 長嶋 正實 議長：若年者心疾患・生活習慣病協議会会長 北村惣一郎
3. 「客観的指標を用いた食育の実践」 ～文部科学省「スーパー食育スクール事業」における取組～ 岡山市立操南中学校(栄養教諭) 宮宗 香織		議 事
4. 「進んで生活リズムの向上に取り組む児童の育成を目指して」 ～市内共通の取り組みと指導・啓発の工夫～ 井原市立青野小学校(義護教諭) 原田 彩可 井原市立荏原小学校(義護教諭) 柏原佳奈江		○協議会会長挨拶 ○総会会長挨拶 ○平成27年度事業・決算の承認 ○平成29年度事業計画・予算の決定・報告・協議 ○役員交代の報告 ○次期開催地挨拶 愛知県医師会会長
5. 「私たち、地域ボランティアが小学校で喫煙予防教室を実施しました。」 操南中学区健康市民おみやま21推進会 柴田 育 同 山崎眞理子 同 塩飽 伸子 同 梶木 瓊子 岡山市保健所健康づくり課(保健師) 木村 洋子		一般演題「倉敷市における学校心臓検診の現状と学校での対応」 座長：岡山県医師会学校保健担当理事 國富 泰二 1. 「倉敷市の学校心臓検診の現状」 (医)藤井ハートクリニック院長 藤井 晶子 2. 「学校での対応」 倉敷市教育委員会保健体育課主幹(保健担当) 徳森 育子
6. 講評	日本医師会常任理事 道永 麻里	特別講演Ⅱ
		座長：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児循環器科教授 大月 審一 「小児肥満の現状とこれからの課題」 国立病院機構鹿児島医療センター小児科 吉永 正夫
		特別講演Ⅲ
		座長：川崎医科大学小児科准教授 大野 直幹 「子どもの心臓病における内科的治療の進歩 ～過去・現在・そして未来～」 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院小児科主任部長 脇 研自
		総括
		日本医師会常任理事 道永 麻里
		閉会
		岡山県医師会副会長 清水 信義

年別の全体指導に加え、アンケート解析から「学力をのばしたいあなたへ」、「部活動がんばりたいあなたへ」のチラシを作成したことなどの発表があり、井原市立青野小学校の原田彩可先生と同荏原小学校の柏原佳奈江先生の両養護教諭からは「食べて 動いて よく寝よう！」をテーマとして、電子メディア使用実態を調査し“午後 9 時以降の電子メディア使用制限”を提唱していることについて発表があった。操南中学区健康市民おかやま 21 推進会の 4 人の推進員と岡山市保健所の木村洋子さんから、喫煙予防教育にアサーティブコミュニケーション技法を用いた成果として、推進員が実施したことにより多世代との交流、コミュニケーションスキルが獲得できたとの報告があった。道永麻里 日医常任理事からの講評として、①成長曲線使用のポイントはソフト活用、②子どもの貧困と肥満・やせの問題、③子どもに関しての多職種連携の必要性、④活動の継続の重要性が語られた。

特別講演Ⅰでは、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科教授の笠原真悟先生により、まず小児心臓外科の黎明期である 1944 年に行われた Blalock-Taussig 手術や 1953 年に人工心肺を使った開心術などの“過去”について、次に 20 年前は新生児開心術の手術死亡率は日本では約 30%と欧米に比すと見劣りしていたものが同率となった“現在”について説明された。単心室症については、両方向性 Glenn 手術、Fontan 手術で成人に達するようになったが心不全や不整脈で遠隔死することが多い状況にあり、2011 年から岡山大学では世界に先駆け、心筋の再生医療を 40 人以上に施行し驚くべき成果が挙げられていることから、「今後（近い“未来”）、多くの先天性心疾患患者さんに応用されるよう研究を重ねる」と講演を結ばれた。

総会では、厚生労働大臣や文部科学大臣に宛てた学校心臓検診・生活習慣予防に関する要望書の承認や「川崎病急性期カード」の一部変更（管理不要とした時期を記載できる欄を設ける）への申し入れをすること等の報告がなされた。

午後からの一般演題としては、藤井ハートクリニック院長の藤井晶子先生から、倉敷市の学校心電図検診の現状と問題になった症例の提示が

あった。倉敷市は、小学生には省略 4 誘導の心電図と心音図、中学生には 12 誘導心電図と心音図、高校生には 12 誘導心電図を実施、約 15 ～ 25 名の医師（循環器内科、小児科）ですべての判読を行い、要精査分は数名の医師によるダブルチェックで最終決定をしているとのことである。倉敷市教育委員会の徳森育子さんからは、精密検査後の学校対応を中心に結果報告がなされた。なかでも小学 1 年生の心電図・心音図検査を正確に実施するために、受け方を事前にしっかりレクチャーされている映像が印象的であった。

特別講演Ⅱ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が、小児肥満の多くは思春期、成人期まで tracking するため、介入の重要性が認識されているにもかかわらず成功していない現状に対して、介入時期・方法については日本に適したものが必要と述べられた。介入時期としては、3 歳児健診時は一次予防（情報提供）とし、本人の自覚、家族、社会（学校、医療現場）の協力が得やすいので小学生低・中学年が一次・二次予防として優先される時期であるとされた。また、日本人に合った介入方法としては、“休日 1 万歩歩く”が効果的であるとされ、今後、運動指標だけではなく、睡眠時間等について効果的な介入指標を決めるための prospective study の必要性を提言された。

特別講演Ⅲでは、倉敷中央医療機構倉敷中央病院小児科主任部長の脇 研自先生により、まず薬物治療として、動脈管依存症心疾患にプロスタグランディン E1、慢性心不全に対しての β ブロッカー、肺動脈高血圧症に対してのプロスタグランディン I2 についての説明をされ、続いて心臓カテーテル治療の飛躍的な進歩について話された。開胸することなく治療が可能となった理由として、デバイスのみでなく、心エコー、CT、心腔内エコーなどの画像診断の進歩によるところも大きいとされ、今後の展望としては、シミュレーション技術の臨床応用、肺動脈弁閉鎖不全に対するカテーテル治療の導入、最重要疾患への胎内カテーテル治療などが期待されると結ばれた。

次回の第 50 回総会は愛知県医師会主催、次々回の第 51 回は大阪府医師会主催と決定した。

平成 28 年度 山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会

と き 平成 28 年 12 月 4 日（日）13：00～14：50

ところ 山口県医師会 6 階会議室

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

学校医研修会

講演

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～

国立病院機構九州医療センター

小児科医長 佐藤 和夫

アメリカ小児科学会、日本小児科医会等が「2 歳まで（乳児期、幼児期前半まで）はテレビ等の視聴を控えましょう」と言っているのをご存じだろうか。本日はメディアリテラシー、基本的信頼感、『ママのスマホになりたい』という本、体内時計とブルーライトの関係等をキーワードとしてお話ししたい。

2011 年のニュースの動画で、普段からスワイプしているので、雑誌もスワイプしてしまう赤ちゃんが紹介されていた。スワイプしすぎて火傷をした子どもや、保育園で積木をスワイプする子どもも珍しくない。電子メディアが溢れている育児環境という現状がある。

はじめに年長児に与えるメディアの影響について確認する。もちろんメディアによって、いろいろなことを学ぶが、多くの医学論文では年長児において、メディアとの接触時間とその内容がさまざまな悪影響を及ぼすことが報告されている。

まずは暴力、攻撃性の問題であるが何回も暴力シーンを見ることで、暴力に対する罪悪感を麻痺させることが危惧されている。ネット上の ISIS の残虐な画像や、本人視点のシューティングゲームなどである。ゲームでは残虐に人を殺す場面等があり、自分が人を殺す経験を何回もしているという状況がある。

それから長時間のテレビ視聴、テレビゲームは運動不足を助長して肥満の原因になる。小児内分

泌学会でも視聴時間と肥満との間には正の相関があるといわれている。子どもの体力低下、運動器の発達が不十分といわれているが、それは動かないからであり、この一つの原因がメディアである。

そして性の問題については、アメリカでは性行動の低年齢化が問題となっているが、日本も同様に 10 代の妊娠はめずらしいことではない。ネットやテレビ、雑誌等さまざまなところで性表現に接する。

また、メディアは喫煙やアルコール、違法ドラッグにも影響する。ニュージーランドではタバコのコマーシャルが禁止されているが、テレビの視聴と喫煙の有無が関係することが報告されている。テレビや映画でスターが喫煙や飲酒等をしているのを見て、カッコいいと思ってしまって、つい真似をしてしまう。

長時間視聴と学業成績の低下の関連性はさまざまなところで報告されており、特に寝室にテレビがあると影響が大きいという報告がある。小学 3 年生 300 人の調査では、テレビが寝室にない群がもっとも成績が良く、テレビが寝室にある群が 2 番目に悪い。一番成績が悪かったのが、この調査期間中に寝室のテレビを買ってもらった子どもたちであった。保護者の目が届かないところにメディアがあるのはよくない。他にも平成 26 年実施の文部科学省の全国学力学習調査では、スマホやケータイの使用時間と平均正答率に非常に明らかな相関が見えている（図 1）。

メディアには行動や睡眠に対する影響もあり、視聴時間と注意欠陥の問題が相関するという報告もある。発達障害の子どもたちはメディアにはまりやすい傾向にあるが、一般のポピュレーションでも同じことがいえる。

また、メディアが睡眠時間を短く、不規則にすることは、どの調査でも報告されており、内容によっては睡眠の質にも影響するといわれている。医学雑誌『ランセット』では、980 名のコホート研究で小学校高学年の平均視聴時間と 26 歳の時の健康の因子が明らかになり、運動不足、体重、高コレステロール血症、喫煙、高血圧、メタボリックシンドローム、生活習慣病に関連があった。生活習慣の大きな割合を電子メディアとの接触が占めているということだと思う。『ネトゲ廃人』という本では、夜中にオンラインゲームをして朝起きることができず不登校になった子どもや、母親がオンラインゲームにはまって子どもにご飯をあげない、といった依存に陥ったケースなどがレポートされている。

ドイツの神経学者は電子メディアが脳の働きを低下させる危険があるとして、神経細胞と筋肉は似ており、使わないと働きが低下するとしている。私たちが覚えた漢字などを書かなければ忘れてしまうが、子どもたちはいろいろな機能を使わないとその働きが発達しない。つまり電子メディアが子どもの思考力を奪ってしまうのではないかと警鐘を鳴らしている。

東北大学の研究では、長時間ビデオゲームをしていると言語性の IQ が低下、MRI の拡散強調画像で変化が起きることが報告されている。

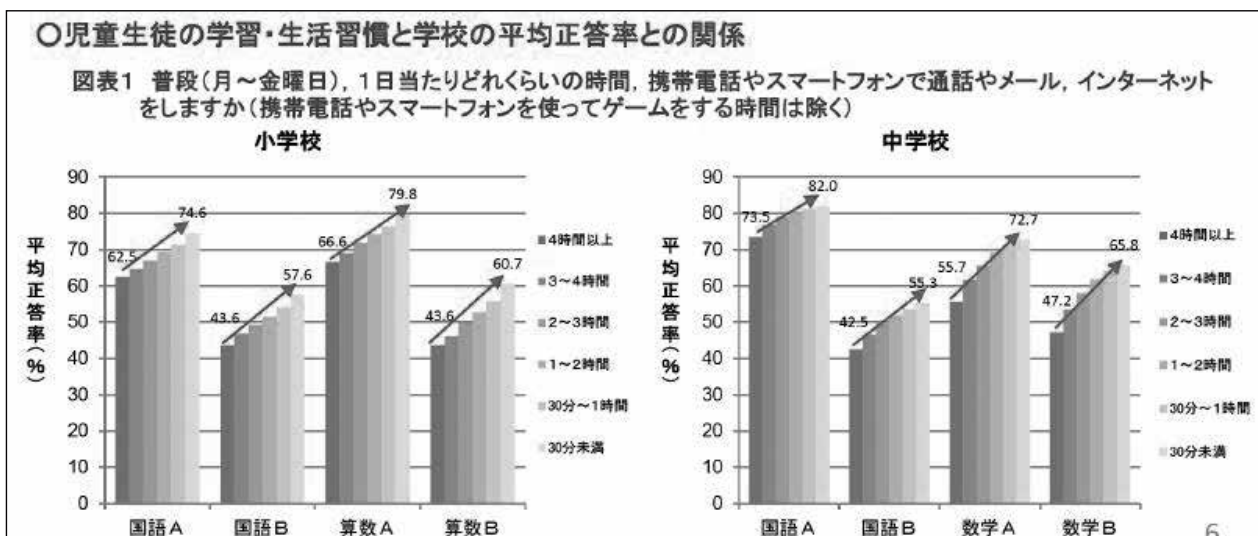
長時間の電子メディアが脳の微小構造も変化させるということが明らかになってきている。

次に乳幼児への危険性についてだが、1999 年にアメリカ小児科学会が Media Education という提言を出した。乳幼児の脳の発育や情緒的、知的、社会的発達にとっては両親や保育してくれる人との“じかに触れあう関わりあい”が非常に重要であると強調し、2 歳以下の乳幼児にはテレビを見せないように勧告した。乳幼児は大人と違って発達段階にあり、対人関係や言語発達に非常に重要な時期であるということである。

2011 年には 2 歳以下の乳幼児について焦点を当てた提言を再度出した。2 歳までのメディア使用が有益である証拠はなく、健康、教育、発達にはむしろ有害である可能性があるとして、乳幼児はスクリーンではなく、遊びから学ぶべきとされている。そして、小児科医は乳幼児健診などで 2 歳まで乳児期、幼児期前半のメディアを制限すること、子どもにとっては自由な遊びこそ重要であると親に説明しなさい、としている。これは小児科医だけでなく学校医、学校保健関係者も同じだと思われる。

さらに、平成 28 年 10 月には“media and young minds”という提言を出し、遠くの祖父母とスカイプ等によって会話するといったことは除く、といった形に変わった。また、メディアを利

図 1



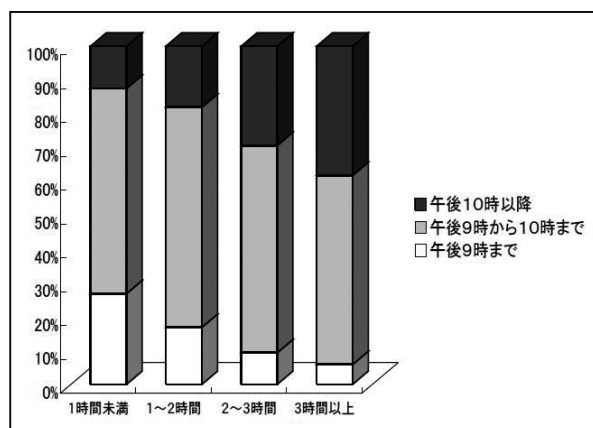
用する場合、2～5 歳までは 1 時間に限って質の高いもの（例えばセサミストリートなど）と一緒に観なさいとっている。

日本の臨床現場では片岡直樹 先生が 2002 年に「新しいタイプの言葉遅れの子どもたち」という論文を出された。言語発達遅滞の子を診ていると長時間ビデオを観ている子どもがいたため、止めることを指導すると大きく変化のあった子どもがたくさんいたということである。日本小児科学会の調査からも、長時間の視聴が有意語の出現の遅れに関係するといわれており、言葉の発達やコミュニケーション能力が遅れる危険性が報告されている。視聴時間別の発語遅れの発生頻度を見ると、長く視聴している子どもの方が有意語の遅れが多い（図 2）。双方向でやりとりをするから覚えるのであって、一方向のメディアからは覚えられない。

NPO が実施した昔の調査によると、子ども向けのテレビ、ビデオ視聴時間別でまとめたものでは、テレビをつけてくれと要求したり消すと嫌がる子どもは、3 時間以上テレビを見ている子どもに多いということが分かった。つまり、早くから観ることがメディア漬けを招く危険性を示している結果だと思う。

小児保健研究の論文では、3～5 歳の就園児のテレビ視聴時間別の就寝時刻の調査では、長く観ている子どもの方が遅く寝ている（図 3）。テレビ視聴時間と朝食の関係では、長くテレビを観て

図 3



いる子どもの方が朝食の習慣が悪い。視聴時間の長い幼児は就寝時刻が遅い、睡眠時間が短い、就寝と起床のリズムが不規則、朝食の摂食が十分でない、トイレトレーニングも不良であることがわかった。これには子どもの育ちの環境そのものも影響しているが、基本的習慣を獲得する重要な時期に電子メディアが悪影響を及ぼしている。

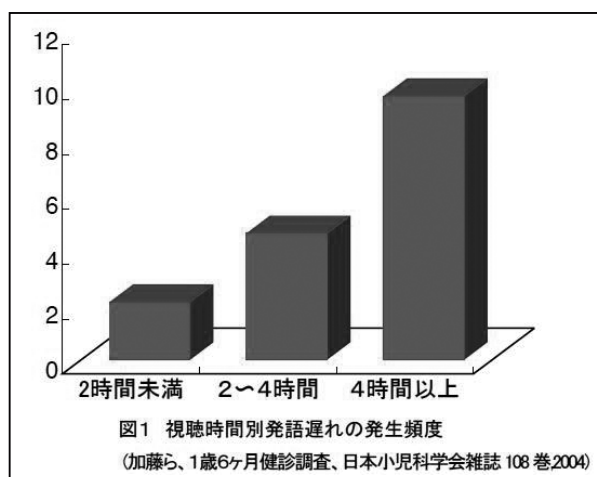
なぜ乳児期・幼児期前半にビデオを観せるのかというと、一つは“電子ベビーシッター”として子守りをしてもらうということがある。この問題については父親の育児・家事への参加、育児サロン、保育所等で、母親の子育てそのものを応援しないと解決しない。

また、商業的な流れにある早期教育であるが、いろいろなことを早く覚えたから後でよいかというと、アメリカの小児科学会はこれを否定している。

NHK のコホートスタディによると、どのような放送や生活が発達に良かったかというと、テレビは足を引っ張っており、絵本の読み聞かせや外遊びをしている子どもの方が発達がよかった。赤ちゃんには本物の人間が必要だし、本物の体験がないといけないということを親にきちんと教えるべきである。

メディアリテラシーとは、メディアを何でも受け入れるのではなく、本当だろうかと批判的に見たり、必要でないものは見ない、あるいは使わないようにする能力のことであり、自分たちで情報を発信する力も含まれる。子どもの場合は親子で

図 2



メディアリテラシーを実践する必要がある。一つには選択、制限するということがあり、離れる、終わったら消す力を育てることが大切である。また、家族で一緒に観て、話すことで価値観も共有できる。さらに、発信するということは、自分の中にある伝えたいことを伝える、ということ学ぶので、逆に言うとメディアのなかに意図や嘘があるということが分かる。親が実践することが大切である。

地域によっては、子どもたち自身でルールを決める学校や、PTA や地域でノーテレビデーに取り組んでいるところもある。メディアの代わりに何をするかということも大事である。こういった取組みに参加した親のアンケートでは、「家族の会話が増えた」、「味を味わうようになった」、「夫婦の会話が増えた」という感想があった。

ネット・スマホ時代で、友達とつながっていないと不安というスマホ依存も多い。スマホを忘れてそれに気づいた途端、じんましんが出た中学生もいる。オンラインゲームについても、夜中に仲間と集まってゲームを一晩中するなど非常に中毒性が高く、韓国では死者も出たという。ほかにも不登校になったからオンラインゲームにはまる子どもや、オンラインゲームにはまったから不登校になる子どももいる。

また、ホームページ上で悪口を何度も書かれて自殺してしまった子どももいる。最近は LINE によって、悪口をいわれたり仲間外れにされたりするケースもあり、暴力ではない陰湿なネット上のいじめがある。

他にもセクスティングといって、僕のことが好きなら写真を送ってと言われ、写真を送ったら拡散されてしまい、取消しがきかないデジタルタトゥーとなってしまうこともある。

2008 年に業者はフィルタリング機能があることを言わなければならないとされ、2009 年には文部科学省が学校へのケータイ持ち込みを原則禁止にした。

春日井市では、中学生は夜 10 時以降、スマホ禁止等のルールを子どもたちで作っている。子どもたちとよく話し合ってルールを作ると妥当な結論になる。大人が関心を持たないといけないし

フィルタリングはないよりあった方がよい。学校や家庭で持たせないことも含めてルールを作り、メディアリテラシー教育を学校でも行って、使い方だけでなくマナーのことなども教育しなければならない。

0～6 歳までの約 3,000 人に行った、どのような場面でメディアを使っているかの調査では、DVD やビデオは家事で手を放せない時、スマホは外出先で使えるため待合室などの回答があった。電子ベビーシッター、電子おしゃぶりという言い方もあるが、2～3 歳になってきたら、どうしてだめなのかを言わないと、いつまでも自制心が育たない。

日本外来小児科学会で 0 歳～小学 3 年生までの子どもを持つ保護者 3,000 人に子育てにスマホを使っているか調査したところ、3～4 割が使っていると回答し、泣き止ませるアプリや知育アプリ等が使われていた。

乳児期、幼児期に基本的信頼感が育まれるが、たとえば授乳のときは栄養だけでなく、母親も赤ちゃんも体温や匂い、表情など五感を介しているいろいろなやり取りをしていて、授乳がコミュニケーションでもある。訴えたら授乳してもらえるし、おむつを変えてくれる等、訴えたら満たしてくれる、ということを繰り返すことによって自分が愛されている、他人を信じていいんだという基本的信頼感が育まれる。つまり、スキンシップ、授乳や語りかける、見つめ合うといった双方向の交流によって、基本的信頼感や親子の愛着が育まれるのが、乳幼児期の前半である。

2000 年頃の NPO の調査では、授乳中にテレビ等がついているのは約 7 割、ケータイ使用が約 4 割であった。昨年の調査では約 6 割がケータイを使っていることがわかった。

電子メディアの影響については 2 つの大きな考え方があって、一つは時間を奪ってしまうということである。運動する時間、勉強する時間、睡眠時間や親子のふれあいの時間も奪ってしまう。

もう一つは、視聴内容による影響で、先に申し上げた性、暴力、アルコール等の問題である。いずれにしても子どもの心身の発達にとって重要な時間と経験を奪ってしまうということを忘れては

いけない。大人とは違う視点が必要で、いつでもどこでも使えるスマホは影響がより大きい。

小児科医会で「スマホに子守りをさせないで！」というポスターを作った。医会ホームページからもダウンロードできるので、ぜひご活用いただきたい。

http://www.jpa-web.org/dcms_media/other/smh_poster.pdf

最後に、体内時計とブルーライトの関係だが、体内時計は 24 時間よりも長く、朝の光を浴びることによってリズムが整えられる。ブルーライトはもっとも体内時計に影響を与える光で、夜にブルーライト等を浴びると体内時計は狂う。メディアの中でもスマホは最もブルーライトが多く、目にもさまざまな影響を与える。

大人のスマホリテラシーも問われている。運転中の使用等は避けるべきである。ある子どもが両親がスマホばかり見ていてかまってくれないので僕はスマホになりたい、と作文に書いた実話をもとにした『ママのスマホになりたい』という絵本がある。大人が自分を見直すきっかけになる本である。

まとめとして、早寝・早起きをして、朝ごはんをしっかり食べて、テレビを消して外遊びをする、スマホに子守りをさせない、親子でメディアリテラシーを実践することが大事である。ぜひ今日の夕食からテレビを消していただきたい。少なくとも囚われていたということを実感する。そうすると消す力を養うのに繋がる。先に紹介した『ママのスマホになりたい』という言葉子どもに言わせてはいけない。私たち大人がスマホリテラシーに気を付けなければならない。子どもの成育環境は親が気を付けるということを強く訴えたいと思う。学校医の先生方には、ぜひメディアリテラシー、スマホリテラシーの啓発に積極的の取り組んでいただきたい。

2004 年日本小児科医会「子どもとメディアに対する提言」

1. 2 歳までのメディア視聴は控えましょう。
2. 授乳中、食事時のテレビ、ビデオの視聴は止めましょう。

3. すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。1 日 2 時間までを目安と考えます。
4. 子供部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピュータを置かないようにしましょう
5. 保護者と子どもで、メディアを上手に利用するルールを作りましょう

報告

「運動器検診に関するアンケート」結果について

藤本 先般行った「運動器検診に関するアンケート」の結果について報告する。

1. 目的

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（いわゆる運動器検診）」が導入されたことに伴う影響を調査し、県教育委員会との今後の健康診断の検証に活かすことを目的とする。

2. 調査対象

(1) 学校医

小学校、中学校、高等学校の内科担当の学校医及び特別総合支援学校の整形外科担当の学校医

※ 公立・私立どちらの学校医も含む

※ 定時制や通信制、分校の学校医も含む

(2) 養護教諭

市町立学校：小学校、中学校、高等学校

県立学校：中学校、中等教育学校、高等学校（全日制、定時制、通信制、専攻科、分校、校舎、分教室含む）、特別支援学校

※ 分教室は本校の回答に含める

※ 周南市・光市・下松市はいずれも既に実施済みのため、実施していない。

3. 調査期間

(1) 学校医

平成 28 年 10 月 19 日～11 月 18 日

(2) 養護教諭

市町立学校：平成 28 年 8 月 3 日～9 月 21 日

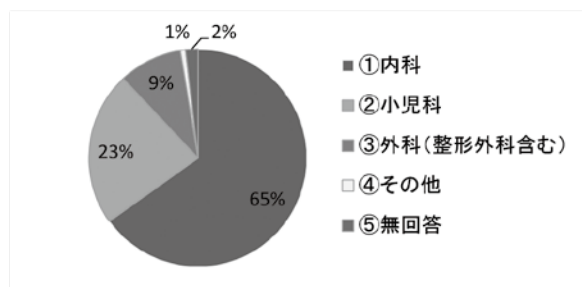
県立学校：平成 28 年 8 月 3 日～8 月 31 日

アンケート結果「学校医」

- 対象学校医数（のべ人数） 484名
 ○回収数 376枚
 ○回収率 77.7%

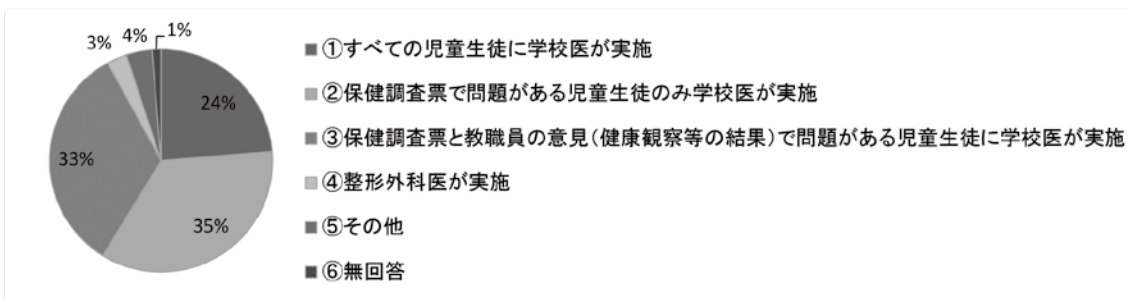
1. 日常診療の専門科目（複数回答あり）

①内科	249
②小児科	87
③外科（整形外科含む）	36
④その他	3
⑤無回答	7



2. 今年度の運動器検診の実施方法

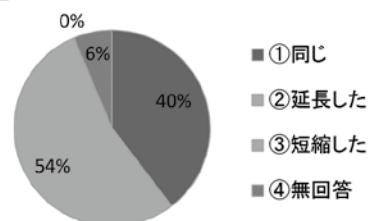
①すべての児童生徒に学校医が実施	89
②保健調査票で問題がある児童生徒のみ学校医が実施	132
③保健調査票と教職員の意見（健康観察等の結果）で問題がある児童生徒に学校医が実施	125
④整形外科医が実施	11
⑤その他	14
⑥無回答	5



3. 昨年度と比べ定期健康診断（運動器検診を含む内科検診）の時間は

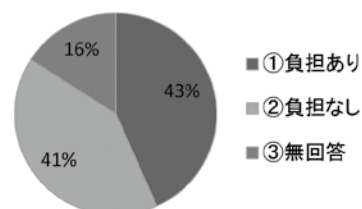
①同じ	149
②延長した	203
③短縮した	0
④無回答	24

※平均延長時間：36分



4. 昨年度と比べて定期健康診断（運動器検診を含む内科検診）は

①負担あり	163
②負担なし	153
③無回答	60



5. トラブル、ご意見、ご提言がございましたらご記入ください。

①記述あり	205
②記述なし	171

※多かったご意見の一例

- ・内科医の検診項目が増え、負担が大きい。
- ・整形外科医が運動器検診をするべき。
- ・精密検査受診とする判断が難しい。
- ・側弯症の脱衣（脱衣する・しない）

アンケート結果「養護教諭」

○対象養護教諭数（＝学校数）	466名
○回収数	461枚
○回収率	98.9%

1. 全児童生徒数

合計：108,690名



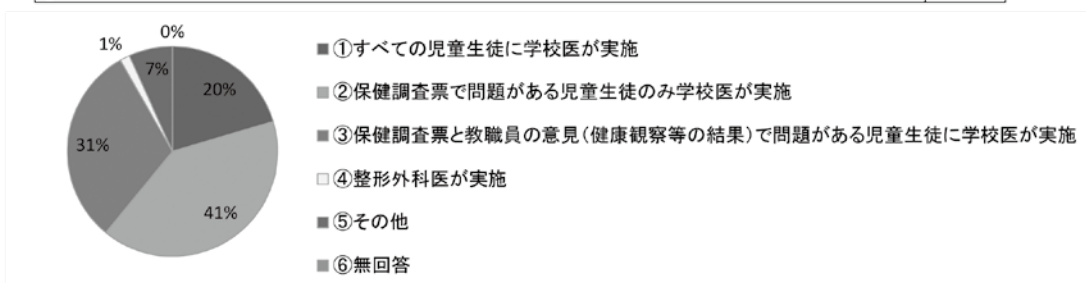
精密検査率：2.66%

2. 精密検査対象者数

合計：2,888名

3. 今年度の運動器検診の実施方法

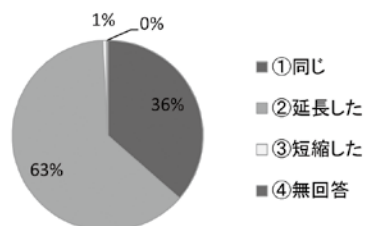
①すべての児童生徒に学校医が実施	94
②保健調査票で問題がある児童生徒のみ学校医が実施	187
③保健調査票と教職員の意見（健康観察等の結果）で問題がある児童生徒に学校医が実施	142
④整形外科医が実施	7
⑤その他	31
⑥無回答	0



4. 昨年度と比べ定期健康診断（運動器検診を含む内科検診）の時間は

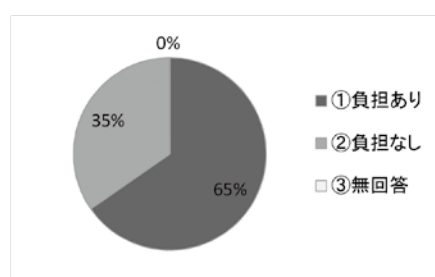
①同じ	168
②延長した	289
③短縮した	3
④無回答	1

※平均延長時間：33 分



5. 昨年度と比べて定期健康診断（運動器検診を含む内科検診）は

①負担あり	301
②負担なし	159
③無回答	1



6. 保護者からクレームは

①あり	12
②なし	449

7. トラブル、ご意見、ご提言がございましたらご記入ください。

①記述あり	173
②記述なし	288

※多かったご意見の一例

- ・保健調査票について（様式、種類が多いこと等）
- ・要受診とする判断基準を明確にしてほしい
- ・保健調査票の回収、チェック等による負担増加
- ・研修や事前打合せにより問題なく実施できた

学校医部会総会（14：30～14：50）

学校医研修会終了後、平成 28 年度山口県医師会学校医部会総会が開催された。

山口県医師会学校医部会役員については県医師会役員改選によって、今期より河村康明 会長が新たに部会長に就任したことや、昨年度の任期満了に伴う委員の辞任等により、新たに 7 名の先生が委員となり、副部会長には谷村 聡 先生、

田村博子 先生が就任したことが報告され、部会員の承認を得た。今期の学校医部会役員は 23 名で、任期は 28 年 4 月 1 日から 30 年 3 月 31 日までの 2 年間となる。また、27 年度学校医部会事業報告及び 28 年度学校医部会事業計画について承認された。

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

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 28 年 12 月 3 日 (土) 15:00 ~ 17:15

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 平成 27 年 12 月に施行されたストレスチェック制度については、ご尽力いただいているかと思うが、さらにこれを理解され、新しい労働衛生の中でどのような位置づけになるかを確認しながら進めていくことをお願いしたい。

また、厚生労働省では、労働者の健康確保対策の一環として、がん・脳卒中・糖尿病などの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするための事業場における取組みをまとめたガイドラインを 28 年 2 月に公表しており、産業保健総合支援センターが支援を行っていて、治療と職業生活の両立支援のためには、企業のみならず、産業医等を含めた関係者の連携が重要となる。

当研修会が、先生方が産業医活動を行われる際の一助となるようお願いしたい。

特別講演

1. 最近の労働衛生行政について

山口労働局健康安全課長 藤村 祐彦
労働安全衛生法について

※ 本会報平成 28 年 12 月号(1055 ~ 1056 頁)
掲載の研修会(同年 9 月 10 日開催)の報告
記事を参照されたい。

過労死等防止対策白書

平成 26 年に「過労死等防止対策推進法」が成立・施行された。第 6 条に「政府は、毎年、国会に、我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況に関する報告書を提出しなければならない」とあり、今回、初めて『平成 28 年版過労死等防止対策白書』が報

告された。過労死とは、業務における過重な負荷による脳血管疾患・心臓疾患を原因とする死亡、業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡、死亡には至らないがこれらの脳血管疾患・心臓疾患・精神障害と定義づけられている。

第 1 章「第 1 節 過労死等の現状」

わが国の労働者 1 人あたりの年間総実労働時間は 2,000 時間前後で高止まりである。1 週間の就業時間が 60 時間以上の雇用者の割合は、平成 15 年、16 年をピークとして概ね緩やかに減少しているが、30 代、40 代の男性で週 60 時間以上就業している者の割合が高い傾向は変わらない。年次有給休暇の付与日数は長期的には微増しているものの、取得率は 12 年以降 5 割を下回る水準である。

メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業者は増えてきてはいるが、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合は 5 割を超えている。脳・心臓疾患に係る労災の支給決定件数は、14 年度に 300 件を超えて以降、200 件台後半 ~ 300 件台で推移している。また、精神障害に係る労災の支給決定件数は、24 年度以降 400 件台で推移している。

第 1 章「第 2 節 労働・社会面からみた過労死等の状況」

労働時間だけでなく、生活時間等の労働者側の状況等も含めた要因及びそれらの関連性も分析し、労働・社会面からみた過労死等の状況を探るため、企業約 1 万社及び労働者約 2 万人を対象にアンケート調査を実施した結果、平均的な 1 か月の時間外労働時間が 45 時間超と回答した企

業の割合は、①運輸業、郵便業、②宿泊業、飲食サービス業、③卸売業、小売業の順に高く、1 か月の時間外労働が最も長かった月において 80 時間超と回答した企業の割合は、①情報通信業、②学術研究、専門技術サービス業、③運輸業、郵便業の順に多かった（企業調査）。また、残業時間が長いほど「疲労の蓄積度」及び「ストレスが高い」者の割合が高い（労働者調査）。睡眠時間の足りない理由として「残業時間が長いこと」が最も多いが、「その他家事労働（炊事・洗濯等）に要する時間が長いこと」「通勤時間が長いこと」も一定の割合を占める。

第 2 章「過労死等防止対策推進法の制定」

過労死は、1980 年代後半から社会的に注目され始め、その後、民間団体の活動を契機に社会的な気運が高まり、平成 26 年 6 月に過労死等防止対策推進法が成立した。

第 3 章「過労死等の防止のための対策に関する大綱の策定」

過労死等防止対策推進協議会の意見に基づき、過労死等の防止のための対策に関する大綱が平成 27 年 7 月に閣議決定された。

第 4 章「過労死等の防止のための対策の実施状況」

過労死等の実態の解明のためには、多角的、学際的な視点から実態解明のための調査研究を進めていくことや、効果的な予防対策に資する研究を行うことが必要である。現在、脳・心臓疾患事案、精神障害事案をデータベースに用いて、労災認定の多い職種・業種等の特性をはじめ、時間外・休日労働に関する協定の締結及び運用状況、労働時間制度の状況、休暇・休息の取得状況から、その解析作業を行っている。

ストレスチェック

労働安全衛生法第 66 条の 10 の第 1 項では、事業者は労働者に対し、厚生労働省令に定めるところにより医師、保健師その他、厚生労働省令で定める者（以下、この条において「医師等」という。）による心理的な負担の程度を把握するための検査

を行わなければならないとしている。そして、労働安全衛生規則第 52 条の 9 では、労働者の心理的負担の原因、心身の自覚症状等について、検査の実施方法を定めている。

その後、労働者が医師による面接指導を受けることを希望する旨を申し出た場合は、遅滞なく面接指導を行わなければならない（同法規則第 52 条の 16）。また、面接指導を行うにあたり、労働者の勤務状況、心理的負担の状況、当該労働者の心身の状況を確認しなくてはならない（同法規則第 52 条の 17）。

平成 27 年 12 月 1 日にストレスチェックの実施等が事業者の義務となり 1 年が経過した。健康診断は労使ともどもの義務であるが、ストレスチェックは事業者の義務であり、労働者に受診の義務はないので、チェックシートを配付しても無記入もありうる。実施者は一般的に産業医であるが、外部機関に委託することもできる。ストレスチェック以降、労働者の面接の申し出があった場合は医師の面接指導となり、やはり産業医が望ましいと考えるが、中には面接指導への抵抗感が強い方もおられるとも聞いている。

山口県内における「病気を抱える労働者の治療と仕事の両立支援のための取組み」について

宇部市のハローワークでは、就職支援対象者として 9 人の方が登録されているが、山口大学医学部と連携して新規就職者支援をしている。長期療養者等に対する就職支援事業では、25 年度からハローワークに専門相談員を配置し、がん診療連携拠点病院等と連携した長期療養者に対する就職支援モデル事業を開始し、27 年度には全国 16 か所において実施されている。28 年度は 3 年間のモデル事業で蓄積した就職支援ノウハウや知見を幅広く共有し、事業の実施箇所数を拡充して全国で実施する。なお、26 年度のハローワークの統計によると、長期療養者等に対する就職支援事業の就職実績は全国で 43.6%であった。また、産業保健総合支援センターでは次のような支援をしている。

1. 治療と職業生活の両立に関するセミナーの開催。（全国各地で企業関係者、産業保健ス

タッフ、医療関係者を対象として、ガイドラインの解説や具体的な取組み方法について「職業生活の両立支援に関するセミナー」を開催。）

2. 治療と職業生活の両立に関する関係者からの相談対応
3. 専門家が企業を訪問し、上記支援に関する制度導入や教育などについての具体的な支援を実施
4. 労災病院に併設する治療就労両立支援センター等と連携し、労災病院等の患者の就労継続や職場復帰の支援に関する事業場との連絡調整等の支援を実施

化学物質のリスクアセスメントの実施

労働安全衛生法の改正により、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ている。また、福井県の化学工場におけるオルトトリルイジンによる膀胱がんの発症により、29 年 1 月 1 日付で、この物質を特定化学物質とし、経皮吸収対策に関する労働安全衛生法の改正が施行された。

特定第 2 類物質「MOCA」についても、厚生労働省からの調査が入り、一般的に、防水材・床材や全天候型舗装材などに利用されるウレタン樹脂の硬化剤であるが、オルトトリルイジンを調査する過程で、MOCA に膀胱がんの疑いがかかっていることが分かった。現在調査中であることから、今後、調査結果を踏まえて、法令改正がなされるかもしれない。

2. 治療と職業生活の両立支援の考え方

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健

経営学研究室教授／産業医科大学

産業医実務研修センター長 森 晃爾

両立支援の基本的考え方

疾病を抱えていても仕事を続けながら治療に専念するだけでなく何らかの形で仕事を続けていくことは、労働力が減少する中、がんになっても治る時代、病気があるから仕事を断念する時代では

なくなってきており、このバランスはとても重要である。「病気になっているから治療に専念しましょう」と医師は言ってしまうがちだが、なんらかの方法で仕事を継続することが前提にある。

無理をすると健康状態が悪化することもあるが、働くことが医学的に健康にいいことは分かっている。日本のように一度仕事を辞めて、同じレベルの職に復帰することが極めて困難な国では、なんらかの配慮を受けながらも、多少、歯をくいしばりながら仕事を続けることが結果的に健康保持に有利に働く環境にあるので、このことを前提に医療機関や企業での産業保健活動において、病気になっても働き続けることを支援する価値観が両立支援のもととなる。

「医療機関と企業」と「病気と働くこと」が対立関係にあるが、がん等の病気によって、どのような症状があり、どのような治療を受けているのかを知ることである。同じ症状でもそれが仕事に直接的な困りごとにかかわるか、その人の仕事の種類によって同じ症状でも仕事上、困りごとの内容が違う。そうすると、病気や治療に対する概念が関わっていることから、主治医や産業医がその人の翻訳機能の役目を果たすことで、職場の中で仕事上、困っていることに配慮し、支援していくことが大事である。

治療中の労働者を取り巻く支援体制

病気にかかった人は、企業側からすると「労働者」となり、医療機関側からすると「患者」という立場になる。この労働者＝患者をサポートする医療機関側、企業側は、それぞれ違う考え方でサポートするためうまくいかなくなるが、サポートの主体となるのは患者本人であることを認識しながら、それぞれの役割でサポートしなくてはならず、当然、家族や地域資源も重要なサポーターである。

症状と困りごととの関係は労働者や病気の種類等によって大きく異なるため、ルールを決めたとしても、個々の環境が全く違うことから個別対応でフレキシビリティに動くしかない。こういったことから、なんらかの方法、手順を定義しておかないと、職場の中の両立支援はうまく進まずに、

結果的に病気になれば「辞めましょう」「辞めさせましょう」ということになりがちであるため、平成 28 年 2 月に厚生労働省から、労働基準局、健康局、職業安定局の連名でガイドラインが示された。しかしながら、十分な分析がされないままガイドラインが出ていると考えているので、今後、このガイドラインを使用すると同時に他の方法を探りながら少しずつ習熟させるしかないと思っている。

ガイドラインの構成は、①治療と職業生活の両立支援を巡る状況、②両立支援の位置づけと意義、③両立支援を行うにあたっての留意事項（特定の人をあまりにも配慮する結果、同業との不公平感を生ずる問題など）、④両立支援を行うための環境整備、等である。なお、④では職場のトップが両立支援の基本方針等の表明し労働者へ周知することで理解度を高める、管理職の研修等により啓発活動を行う、また、病気になった人が相談する窓口の明確化、職場の就業規則や体制の整理についてまとめられている。

両立支援を行うための環境整備

産業医がメンタルヘルス対策を行う際は、その職場ではどの程度休暇が取得できるか、リハビリ制度があるか、半日勤務が可能であるかなどの就業規則を理解しておかないといけない。これは両立支援を行う上で非常に重要な要素であり、企業側も労働者から支援を求める申し出があったときに誰がどのように対応するかを明確にしておかないといけない。これに関わる人がどのように情報共有するか等を会社でルールを定める必要がある。

産業医は、会社の労使関係への働きかけは重要であるが、実際に踏み込むことは難しいので、制度の範囲内での配慮を検討せざるを得ない。産業医としてどのような制度があり、活用できるかを理解しておくことが非常に重要である。

ガイドラインでの両立支援の進め方

労使関係が基本であるが、初めは両立支援を必要とする労働者自身が事業者へ情報提供する際に、自分の言葉できちんと説明することが困難で

ある場合は、仕事に関する情報を主治医に提供し、主治医から状況等の必要に応じた情報を得るが、その時に主治医もその労働者の仕事の状況が不十分であれば、労働者自ら自身の仕事状況を主治医に提供し、その上で情報を得る。そして、職場に情報を提供するが、職場から見てその情報が不十分であるときは、衛生管理者や産業医が主治医から情報を収集した後に、就労可否、必要な配慮等に関する産業医等の意見を事業者が聴取する。そして、両立支援プランや職場復帰プランの作成がガイドラインでは定めている。

実際のところ、抵抗要因が多く、十分なエビデンスがなく容易に実行できないと考えている。労働者が復職を希望し、なんらかの配慮がほしい場合に、まずは職場で話をする。さらに、産業医と主治医の間で必要な情報交換を行い、主治医は、復職させるにあたり、就業上で困ること、どんな支援があれば働けるかを考える一方で、その支援が職場で許されるものであるかという情報を出さないといけない場合もある。また、就労を許可しても、疾病を悪化させてはいけなく過剰な就労制限をかけたり等、主治医側も簡単に情報が出せない問題が出てくる。

一方で、厚生労働省が示したガイドラインとは別の方法として、労働者が復職を希望した場合には、先に労使関係において「このような状況のときには、このような配慮をしながら、このようなレベルの仕事をさせましょう」ということを双方で話し合い、一定の方針を明確にした上で、主治医に「〇〇という仕事・作業をさせてもよいですか？もしこれに追加・配慮すべきことがあれば教えてください」というような先に決めた内容を主治医側に相談することにより、主治医側から、具体的に配慮すべき事柄と理由を示すようにする方法でのツールを作成し、結果的に就業を配慮するうえで、どちらが適切な情報を収集できるのかを研究、検討している。これにより、とりあえず示されたガイドラインの改正と結びつくと考えている。

重要なことは労使関係の中で、しっかりコミュニケーションをとり、なんとか患者さんが自身の知りえる状況を伝えて、どのように配慮してもらうかを最初に考え、それを主治医側に伺いをたて

るように聞くことで主治医側も意見を出しやすいのではないかと考えている。情報が集まれば、その後は職場側で配慮していく形となるが、人によって症状が違うので、産業医はうまく翻訳の機能を果たさないといけない。

合理的配慮

実際に障害を持つ患者団体が 8 回にわたるアドホック委員会の会合を経て、2006 年 12 月に国連総会で採択された「障害者権利基本条約」が国際的な権利として成り立っている。これは障害者の雇用についての国際的にスタンダードな条約であり、障害に関して企業に合理的配慮を求めている。現在の批准国は 140 か国であり、日本は 2014 年 1 月 20 日に批准している。合理的配慮とは、障害のある人が障害のない人と平等に人権を享受し行使できるよう、一人ひとりの特徴や場面に応じて発生する障害、困難さを取り除くために個別の調整や変更で配慮することである。

がん就労者を例にした合理的配慮とは、抗がん剤を使用する場合は定期的に通院しなければならない、また、副作用が出たときなど休みを取らざるを得ないときには、休めるよう手当をを。ただ、休暇をとっているのに余分な給与手当を払うわけではなく、休暇を取れるような環境づくりをすることを目的としており、それ以上のことは求めておらず、症状に対応し、働き続けられるよう手だてをしていくことが主な目的である。

治療が継続できる手当の対応として、医療機関を継続して受診できるよう柔軟な勤務時間の設定にする、短時間の治療であれば必要時に職場を抜けることを許可する、柔軟な勤務時間内で自分のペースで業務を進めることを容認する、自宅勤務を認めることによって医療機関を定期受診できるようにする、ということである。また、呼吸器の症状に対して「香水禁止」「禁煙」にする、大腸がんで手術をした人にはオストメイト対応トイレを準備するなど、職場においてできる配慮である。

疲労や倦怠感を感じる症状への対応では、肉体労作や職場でのストレスを減らす又は取り除く、職場から離れられるような休憩時間を定期的に与える、柔軟性のある勤務時間を許可する、職場の

レイアウトを変更する、職場の近くの駐車場を提供する、座席を備品や休憩室に近い場所に移動するなどの配慮がある。なお、これらは産業医よりも事業者が行うことである。

両立支援を阻害する雇用者側の最大の要因は、ビジネスと雇用とのバランス、雇用者側の疾患に関する知識不足からネガティブな考えに傾きがちであること、上司も配慮したい気持ちはあるが他の従業員との公平性に留意しながら業務の通常性の維持に努めることへの負担感等である。

本来ならば産業医がもっとサポートできればよいが、社内規程や法律の枠組みの中で就業上の配慮を提言しなければならないので、少なくとも就業規則を超えた配慮は難しく、いろいろな困難さをそれぞれの立場で抱えている。

大腸がんステージ 5、肝転移、副腎転移の労働者が、毎週金曜に抗がん剤の治療を続けながら体調不良を起こす労働者に対して、雇用者側は体調不良による不安が高まり、治療に専念してほしい、何かあった場合に、会社的に安全配慮に欠けるのではないかと考えてしまうのは当然のことであるが、がんの 5 年生存率は、部位によって異なるものの上昇している。

就労支援における産業医の役割

例えば 100 の仕事を 3 人でチームを組んで行って、1 人が病気になったときは、残りの 2 人も私情を抱えながら仕事をする上で病気になった人だけが特別扱いされると、上手にコミュニケーションをとらなければ問題が起こる。

就労支援における産業医の役割は、主治医と情報交換する中、人事・労務の関係の中で、職場の上司に対して、翻訳機能を果たす役割を丁寧に行っていただくことではないかと考える。

両立支援ガイドラインの留意事項は次の 3 点である。

1. 個人ごとに取り組むべき対応やその時期等が異なるため、個別事例の特性に応じた配慮が必要であること。
2. 両立支援を行うためには、症状、治療の状況等に関する情報が必要になるが、事業者は本人の同意なく取得してはならない。

3. 労働者に対して配慮を行うことにより、周囲の同僚や上司等にも負荷がかかるため、可能な限り情報を開示し理解を得るとともに、過度の負荷がかからないようにする。

さらに行政の動きとして、28 年 10 月までに 7 回にわたって行われた「産業医の在り方に関する検討会」では、「治療と職業生活の両立支援対策に関することを産業医の職務の一つとして、一層明確に位置付け、産業医への研修及び産業医を養成するための研修の充実を図り、本対策に関する産業医の的確な関与を促進すべきである」としているが、今後、労働安全衛生規則第 14 条の産業医の職務として、この文言が盛り込まれる可能性がかなり高いと考えている。

また、事業場においては、少なくとも、病状や就業継続の可否等に関する主治医が記載した書面等が提出された場合には、産業医が主治医等と連携して就業上の措置等に関する意見を述べ、当該意見等を勘案して、事業者は必要に応じて、適切な就業上の措置を行うことが必要である。

安倍政権では「働き方改革実現会議」を行っているが、「病気の治療、そして子育て・介護と仕事の両立」については、まだ具体的ではないにしろ、国の大きな施策の一つとしての方針が示されている。

両立支援ガイドラインでの就労支援に必要な情報提供の方法では、治療医に行ってほしいこととしては、その職場のことを少し意識しながら病状、治療のスケジュール、就業の可否、配慮事項、配慮期間について言及することが期待されている。

また、就業の可否についても、安心と健康の確保や労働者本人の申し出、個人情報のことなどさまざまな要因が絡まりあって実際に就労されるが、診断書や意見書等を通じて紙ベースでコミュニケーションをとることが多いので、その記載方法や情報提供の仕方について留意していただくことを願います。

例：48 歳の女性、中小企業の事務職、50 人以上の企業で産業医が在籍している。

乳がんによる全摘出、一週間程度自宅療養し、その後、職場復帰をすることに。診断書は乳がん、短時間勤務で職場復帰可能と記載していた。その

職場には短時間勤務の就業規則の認定はなく、上司と人事担当者は困ってしまう。人事担当者は、短時間勤務でないと疾病が増悪すると考える。診断書には期間の記載もなく、がんであるので、今後、無期限で短時間勤務が必要であるかと考えるが、この人のために規則をつくることは難しいので、「治療に専念したほうがいい」などと言い、結果的に患者を解雇に追い込むようなことが診断書によって起こってしまった。診断書の記載内容が丁寧であっても、雇用者側の解釈は違うことから離職することになってしまう。治療する医師、職場の担当者もいずれも患者のことを思って行動しているが、しっかり情報共有しないと、ほんの少しのすれ違いで、時には患者本人の意図しない結果となってしまう。

日本における病気休職とは、本来業務を行わなければ解雇になるが、病気が理由であれば一時的に解雇猶予される期間と定めている。また、病気休職は、産前産後・育児・介護のように法令上求められているものではなく、会社の配慮（福利厚生）として定められている制度であるので、各企業によって大きく対応が異なる。

企業が労働者に対して負う義務は、安全配慮義務・注意義務・合理的配慮義務があるが、このうち合理的配慮については、基本的に業務量を減らす義務はなく「それぞれの職場で、なんとか働けるようにできる範囲のことをしてください」という配慮であることから、うまく合意を引き出すことによって、周囲の影響を小さくしながら行うことが重要である。

しかしながら主治医の立場では、会社に乗り込んでまでのお願いはできないので、本人が上手に職場で協力を得られるようなサポートを産業医の先生方にはしていただきたいと考えている。

産業医からみた治療医との連携に関する調査における治療医の良好なアクションについて、①治療内容やスケジュールの提示、②治療経過や体調についての産業医への提案、③復帰時期の提示、④配慮の必要性、期間、内容の提示が挙げられた。

逆に、妨げとなった治療医のアクションは、①提供された情報の曖昧さ、②治療医の不十分な

状況の把握、③就業内容を無視した就業上のコメント、④患者の言いなりと思える文書発行であるが、このようなアクションは本人への職場の配慮を実行する上で妨げとなってしまいます。

産業医の立場で考える理想的な診断書の例

・肺がんで〇月〇日から〇月〇日まで入院しました。手術と抗がん剤治療と放射線療法をしています。

→ステージなど仕事と関係ない情報を記載しない

・抗がん剤は 3 週に 1 回投与の予定です。抗がん剤は〇月〇日まで投与予定です。

→治療のスケジュールを提示

・復職当初の 1 か月は疲労が蓄積しやすいので、休憩しやすい環境の整備に配慮ください。また、抗がん剤投与後 2 日はだるさや吐き気が続くので体調に応じた配慮をお願いします。

→就業配慮の背景情報と就業配慮期間の明示

このような診断書があれば、その後は産業医の力量で対応できると考える。最終的には治療の始まりから終わりまでの全過程において、医療職側には、入院前は、がんにかかってもすぐに離職せず、職場の休職制度の利用を勧める。入院中は、いい治療をすること（さらなる低侵襲療法の可能

性）、退院後から外来フォロー期間は復職のための準備として体力・疲労の改善に向けてアドバイスし、職場に戻りたい意識を高めてもらう。復職期は、就業配慮が得られるよう本人をサポートしていくことが医療職の両立支援における役割である。

まとめ

- ・両立支援においては、労働者の主体性を前提としつつ、就労継続の阻害要因に対して、周囲が柔軟な支援を行うことが基本である。
- ・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の趣旨を生かすためには、主治医の負担や特性を考えた主治医と職場との連携が必要である。
- ・有効な支援のためには、症状等による職場での困りごとへの対応が必要であり、産業医が翻訳機能を果たすことが望まれる。
- ・主治医の立場で患者の両立支援を行う際、労使関係や就業規則等の条件を前提とした対応が望まれる。

もっと、あなたの笑顔に
近い銀行へ。



山口銀行
YAMAGUCHI BANK



応援してください。
やまぎんも、私も。



日医 FAX ニュース

**2017 年 (平成 29 年) 2 月 28 日 2588 号**

- 次世代医療基盤法案、与党の部会で了承
- 受動喫煙対策法案、3 月上旬提出は困難
- 受動喫煙対策案「政府 WG に諮り説明」
- 次期がん計画、予防・治療・共生を柱に
- 難病 NW、事務局に医師配置へ
- 医師、月額所定内給与額は 85 万 8900 円

2017 年 (平成 29 年) 2 月 24 日 2587 号

- かかりつけ医機能で議論、受診制限懸念
- 類似薬効方式の比較薬「選定方法見直しを」
- 横倉日医会長、中教審委員に就任
- 改訂版医学モデル・コア・カリ案了承へ
- 抗微生物薬の使用手引き案を了承

2017 年 (平成 29 年) 2 月 21 日 2586 号

- 医薬品等、米国の圧力強化に懸念
- 大学病院以外の基幹施設、設置は 8 領域
- 「健康・医療戦略」を一部変更
- 医療介護適正化、「必要な給付」は維持
- 回復期は増加傾向に

2017 年 (平成 29 年) 2 月 17 日 2585 号

- 地域包括診療料・加算の届け出は 7.4%
- 25 対 1 医療療養、経過措置「算定継続を」
- 受動喫煙対策で日医等からヒアリング
- 会員の喫煙率は男性 10.9%、女性 2.4%
- 「スマホ依存」に警鐘、ポスター作成

2017 年 (平成 29 年) 2 月 14 日 2584 号

- 受賞者 5 人の功績たたえる
- 漢方製剤「必要な医薬品は給付対象に」
- 健康増進法改正案「国会提出目指す」
- 受動喫煙防止対策「まだ検討段階」
- 帯状疱疹などの定期化を継続審議
- 中医協公益委員に長谷川氏・中村氏
- 定点報告数 38.14、やや減少も依然高く

2017 年 (平成 29 年) 2 月 10 日 2583 号

- ICT 活用した遠隔診療の推進で応酬
- 有床診の無床化進行に何らかの対応を
- オプジーボ等の留意事項通知、14 日発出
- 患者申出療養、2 例目了承も根本議論に

2017 年 (平成 29 年) 2 月 7 日 2582 号

- ハーボニー偽造品、法違反には厳正対処
- 高齢者「一律の定義はしていない」
- 電カルデータ、特定機能病院の要件化も
- 「医薬品医療機器制度部会」設置へ
- 介護福祉士の受験者数が半減
- 都道府県別の抗菌薬使用量を公表へ
- 定点報告数 39.41、昨季ピークに迫る

2017 年 (平成 29 年) 2 月 3 日 2581 号

- 合理的解釈で負担増を回避
- 感冒では「抗菌薬投与を推奨しない」
- 「18 歳」に日本脳炎ワクチン積極的勧奨
- 脳性麻痺児、生活場所は「在宅」が 9 割
- 外来医療費の地域差で問題提起

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

2 月 12 日（日）は今冬最強の寒気の影響で、日本海側は記録的な大雪となりました。積雪は鳥取では 91 センチになりました。90 センチを超えたのは 34 年ぶりだということです。寒い寒いと思っていると、2 月 16 日（木）には九州北部で、17 日（金）には関東地方で春一番が吹いたとの報道がありました。花粉症のシーズンにも入ったようです。

1 月 17 日（火）開催の**第 3 回都道府県医師会長協議会**において、河村会長が「高齢運転者に対する認知症診断検査の医療費について」質問を行いました。昨年 12 月 5 日の毎日新聞に、認知症検査を警察指定医で受けた場合には公費負担、かかりつけ医で受けた場合には自費となるとの記事があったことを踏まえての質問です。鈴木日医常任理事が回答されていますが、それによると、警察で行う簡易認知機能検査で認知症の疑いがあるとされた場合、公安委員会から本人宛に臨時適性検査通知書もしくは診断書提出命令書が送付され、臨時適性検査は公安委員会が指定する医師の検査を受け、費用は公費対象、診断書の場合は、本人が希望する医療機関を受診するが、「認知症の疑い」「認知症のおそれ」があると記載されているので、健康保険扱いとなるということです。しかし富山県では、診断書希望で初診となる場合は自由診療との回答が厚生局からあったといえます。現場が混乱しないよう、日医、警察庁、厚労省が協議の上、通達を出してほしいと思います。なお、診断書の作成については、3 月 1 日開催の「都道府県医師会介護保険担当理事協議会」でガイドラインが示されることとなっています。

「JMAT やまぐち」災害医療研修会が 1 月 21 日（土）に開催されました。平成 28 年熊本地震に出動した 3 チームからの活動報告の後、今回は、山口市の中心市街地で大規模な被害が想定されている大原湖断層系で生じた地震を想定して、JMAT やまぐち活動シミュレーションを行い、受講者は 118 名で活発に討議されたとのこと。

1 月 22 日（日）、2 年に 1 回開催している**県民公開講座「花粉症対策セミナー 2017」**がありました。沖中芳彦 常任理事による「山口県の花粉情報システムと平成 29 年のスギ花粉飛散予測」、菅原一真 花粉情報委員による「花粉症に効く食品」の 2 題の講演の後、岡野光博 岡山大学大学院耳鼻咽喉・頭頸部外科学准教授による特別講演「スギ・ヒノキ花粉症を考える」があり、アレルギー性鼻炎の免疫療法（いわゆる脱感作療法）についてわかりやすく説明していただきました。その後の岡野准教授と花粉情報委員が参加したシンポジウムでは、フロアから「花粉が目に入ったときの洗眼の可否」についての質問がありました。最近ではプールで泳いだ後の水道水による洗眼も推奨されていないそうです。ましてや、いろいろな薬剤の入った洗眼液での洗眼は、むしろ角膜を傷つけることになるのでやってはいけないとの回答でした。「へえ～」というのが私の感想です。

1 月 26 日（木）に開催された**学校心臓検診検討委員会**において、県内数校で試験的に利用していただいた「養護教諭のための学校生活管理指導表の診断名（所見名）から見たリスク早見表」は試用結果が良好であったので、今後、活用していただくよう周知することが決定されたとのこと。

2 月 3 日（金）は、**三師会懇談会**を医師会引き受けて開催しました。医師会、歯科医師会、薬剤師会の会長、副会長、専務理事が参加する懇談会で、今回は岡 紳爾 健康福祉部理事に「地域医療構想の推進について」と題した講話をお願いしました。講話の中で今後の慢性期病床のあり方については、削減された慢性期病床の受け皿として、医療機関内に介護施設を併設する案、医療機関内に居住スペース（マンション等）を併設する案が示されました。ほかに来賓として村岡嗣政 知事、浅原 司 教育長、藤井 勉 健康福祉部長にも出席していただきました。

2 月 4 日（土）、**山口県医師会警察医会研修会**が開催されました。今回で 20 回目となります。医師、歯科医師のほか、警察、海上保安庁、消防の各関係者が参加しての、このような研修会はおそらく全国でも数少ないのではないのでしょうか。今回の研修会は山口県警の石田良介 検視官の報告「県警察本部からの報告・症例提示」と、山口大学大学院法医学講座の藤宮龍也 教授の講演「死体検案特論—中毒・環境異常 2」が行われました。法医学領域でのアルコールに関する研究では、山口大学大学院法医学教室はトップランナーということで興味ある内容でした。アルコールの急性離脱後に致死性不整脈の出現による突然死の危険性が増大するので、アルコール依存症患者が入院した場合には β 遮断剤による介入が有用であるとか、 β 遮断剤を服用しているとアルコール性肝障害になりにくいといった知見は、臨床の場で十分に応用できると思います。

2 月 8 日（水）に日医会館で開催された**医療政策シンポジウム**に、本会から林専務理事と私の 2 名が参加しました。今回のテーマは「社会保障と経済の好循環～医療保障を中心に～」で、横倉義武 日医会長の「日本医師会の医療政策」、遠藤久夫 学習院大学経済学部教授の「2000 年代以降の医療政策と経済」、印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授の「医療費と経済」の 3 つの講演の後、3 氏に経済財政諮問会議議員でもある新浪剛史 サントリーホールディングス代表取締役社長を交

えてのパネルディスカッションがありました。内容については日医のホームページに掲載予定とのことですので、詳細については割愛しますが、非常に有意義で示唆に富む内容でしたので、ぜひご一読いただければと思います。

2 月 9 日（木）には**診療情報提供推進委員会**が開催されました。本会の相談窓口で受付けた相談や苦情、そしてそれらへの対応について有識者の委員からご意見を頂戴する委員会です。一般の方の医療に対する知識が向上しているので、医療機関側もそれに応じた対応が必要となっているとの指摘がありました。また、相談窓口担当職員の対応力は年々向上しているとのこと褒めの言葉もいただきました。

2 月 10 日（金）の**徳山医師会病院創立 50 周年記念祝賀会**に、河村会長以下、三役が招待され、出席して参りました。徳山医師会病院は昭和 41 年 4 月の開院以来、当初からのオープンシステムによる運営を継続している全国でも珍しい病院です。多数の来賓や会員の先生方が出席され、盛大な祝賀会でした。

2 月 16 日（木）は**山口県医師国民健康保険組合の通常組合会、都市医師会長会議、山口県医師連盟執行委員会**が開催されました。各々本年度第 2 回目の開催です。組合会関係では平成 28 年度から国庫補助金の見直しによる補助率の引き下げが実施されており、来年度については何とか保険料を据え置いたままで予算編成を行うことができませんでしたが、平成 30 年度以降については保険料の見直し等を含めて財源確保について総合的に検討していくことが必要となります。都市医師会長会議では、神徳眞也 防府医師会長から看護学校に関連した要望が提出されました。これに対しては沖中常任理事から、県医師会では来年度の新規事業として、オープンキャンパス開催時の助成、准看護師対象のスキルアップ研修会の助成、医師会立看護学校の対外広報を行うこと、県医師会からの助成金を増額すること等の説明がなされました。

2 月 18 日（土）には**山口県医師会顧問弁護士・山口県医師会医事案件調査専門委員合同協議会**が開催されました。この会は医事案件調査専門委員会で審議され、顧問弁護士に委任中の事案についての経過を報告していただくとともに協議を行う会議で、毎年開催されています。協議の最後に末永汎本 弁護士から医事関係訴訟事案の最近の動向について情報提供がありました。医事案件の新受件数は平成 16 年の 1,110 件をピークに減少傾向でしたが、ここ 2～3 年再びやや増加傾向となっています。平成 18 年の司法制度改革以後、弁護士数が増加しており、その影響で今後もさらに件数が増加するであろうという意見と、医事訴訟は専門性が高く参入が困難なので、それほど増加しないのではないかとこの意見が出されました。

2 月 19 日（日）は**福岡県医師会との懇談会**が開催されました。今回は山口県の引き受けて、福岡県からは松田峻一良 会長以下 10 名の役員等の先生方に来山いただきました。本会提出の「医師会立看護学校について」、現況と問題点を協議しました。福岡県でも大学系の看護師養成所が設置されたために、実習先の確保に苦慮されているとのことでした。

今年の 1 月 9 日（祝）、久しぶりに小倉に行き、リバーウォーク北九州に足を延ばしたところ、ひょんなことからコンサート・チケットが手に入り、九州交響樂團による「ニューイヤーコンサート 2017」を北九州芸術劇場大ホールで鑑賞することができました。このホールは初めてですが、曲線的に木に包まれた感じでとても良い雰囲気です。オーケストラの楽員が入場してくると客席から拍手が始まります。同じような場面は倉敷市民会館でも経験しました。通常は指揮者が出てくるときに拍手が始まることが多いのですが、拍手を浴びながらの入場は、楽員にとってはうれしいのではないかと思います。当然、演奏にも力が入りますよね。「小倉、やるじゃないか」といった感じでしょうか。一方、アクロス福岡のシンフォニーホールにはいい印象がありません。ホール自体は良いのですが観客のマナーが良くない（オー

ブン当時の話で、今もそうかはわかりません）。NHK 交響樂團の演奏会でした。演奏が始まって遅れた観客がぞろぞろと入ってくるのには呆れました。その場合も演奏中の曲が終わるまで入り口付近で待機するのであればまだしも、自席まで移動する有様です。2 回目はバーデン市立劇場公演の「メリー・ウィドウ」でした。歌手が歌い終わっても拍手がありません。そのまま淡々と演奏が進行していきます。オペレッタですから、観客も一緒になって盛り上がりなくては全くおもしろくありません。「しかたない、ここは一番」と拍手をするわ、ブラボーと声を上げるわで、やっと会場が盛り上がってきました。第 3 幕のカンカンの中では手拍子まで出てきて、公演はまずまずの感じで終わりました。「どうなっているの、文化都市福岡」という印象です。最後にもう一つ。30 数年前に岡山県総社市での“ヤマカズ”こと山田一雄 指揮の読売日本交響樂團演奏会、曲はチャイコフスキーの交響曲第 6 番「悲愴」。第 1 楽章が終了した時点でパラパラと拍手があり、何となくいやな予感がありましたが、案の定、第 3 楽章が終了した時には盛大な拍手が始まりました。ご存じのように「悲愴」の第 3 楽章はオーケストラが咆哮して終了します。初めて聴く人であれば、思わず拍手が出てもおかしくありません。拍手がいつまでも鳴り止まないの、その間ずっとオーケストラの方を向いていた山田一雄が、聴衆の方を振り向いてお辞儀をすると、ますます拍手が大きくなりました。拍手が鳴り止んだところで、再び「悲愴」の第 4 楽章の演奏が始まり、最後は静かに演奏が終了しました。しばらくの沈黙の後、再び盛大な拍手が始まりました。聴衆の方を向いてお辞儀をした山田一雄はとてもうれしそうでした。演奏会のマナーからははずれていますが、そのときの感動で思わず拍手する、こういう演奏会もありかなと思いました。

理 事 会

— 第 22 回 —

2 月 2 日 午後 5 時～8 時 8 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・船津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 139 回日本医師会臨時代議員会における質問について

3 月 26 日に開催の標記代議員会における質問の提出について協議を行った。

2 中国四国医師会連合常任委員会の議題について

3 月 25 日に開催の標記委員会における質問の提出について協議を行った。

3 第 2 回郡市医師会長会議の意見・要望について

郡市医師会から予告された要望 2 題について協議を行った。

4 平成 29 年度事業計画（総論）案について

第 20 回理事会で決定した基本方針に則り、18 事業を実施することが決定した。

5 平成 29 年度事業計画（案）について

各常任理事より担当事業の重点項目を説明し、事業計画（案）及びそれに伴う行事予定（案）について協議を行った。

6 事務事業の見直し及び新規事業について

医事・保険課の 1 事業、医療課の 5 事業及び 6 委員会について見直しを検討した。また、地域医療、地域保健、広報・情報、医事法制、勤務医・女性医師、医業の 6 事業区分において 13 の新規

事業が提案され、事業計画に掲げることが承認された。

7 平成 29 年度予算（案）について

事業計画（案）に基づき予算編成し、協議を行った。

8 日本准看護師連絡協議会への賛助会員としての入会について

日医から標記協議会の平成 29 年度会員募集等について協力要請があった。昨年（1 月）は暫く動向を見ることとしたが、日本医師会の見解等からも同協議会の活動方針の内容に賛同できると判断したことから、協力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（1 月 19 日）

病院 2 件の事案について審議を行った。（林）

2 山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議（1 月 19 日）

山口県防災保安課から「平成 27 年度山口県の救急搬送の現況」について、山口県医療政策課から「AED の普及啓発及び平成 28 年度の取組み」について、山口大学医学部附属病院・先進救急医療センター及び県医療政策課から「ドクターヘリの運航状況」について報告が行われた。また、本会から AED 資器材の貸出状況報告、除細動器及び AED の設置状況調査結果及び「JMAT やまぐち」の登録状況について報告を行った。（弘山）

3 新規指定時集団指導（1 月 19 日）

新規指定の 13 医療機関について実施され立ち会った。（萬）

4 第 23 回毒物劇物安全管理研究会（1 月 20 日）

毒物劇物による事故や危害を未然に防止するため、事業所における安全管理技術の向上及び毒物

理 事 会

劇物の取扱いに携わる者の資質の向上を図ることを目的に開催された。毒物劇物危害防止標語入選作品の表彰式後、事例発表及び特別講演等が行われた。(林)

5 「JMAT やまぐち」災害医療研修会(1月21日)

「JMAT やまぐち活動マニュアル」に基づき、通常時の準備の一環として、標記研修会を開催した。最初に、昨年の熊本地震で出動した3チームから活動報告が行われた。引き続き行った「JMAT やまぐち活動シミュレーション」では、県内で確認されている主要な活断層のうち、大原湖断層系(山口盆地北西縁断層)により、山口市を中心に大規模地震が発生したとの想定でグループワークを行い、災害医療に関する知識を深めた。(弘山)

6 花粉測定講習会(1月22日)

本会の沖田敏宜 花粉情報委員による講演「花粉の時期を楽しく過ごそう」の後、花粉測定の実技講習が行われた。(今村)

7 県民公開講座 花粉症対策セミナー 2017「これでバッチリ花粉症対策」(1月22日)

本会の沖中芳彦 常任理事による「山口県の花粉情報システムと平成29年のスギ花粉飛散予測」、菅原一真 花粉情報委員による「花粉症に効く食品」の講演後、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科の岡野光博 准教授による「スギ・ヒノキ花粉症を考える」の特別講演及びシンポジウムが行われた。参加者 148 名。(今村)

8 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会第8回総会(1月22日)

齋藤義郎 会長(徳島県医師会長)挨拶の後、議事に入り、平成26・27年度事業報告及び収支決算報告、日医等の役員改選に合わせるための会則変更について協議し、承認された。引き続いて、岡山県備前保健所長より「地域医療構想で目指すもの」と題した基調講演、日本医師会の中川俊男

副会長より「最近の医療情勢とその課題」と題した特別講演が行われた。(河村)

9 ジェネリック医薬品勉強会(1月22日)

山口県 JA ビルにおいて、日本ジェネリック医薬品学会の緒方宏泰 理事による講演「ジェネリック医薬品の基礎知識」、日東メディック(株)及び日医工(株)よりメーカーの取組みが紹介され、その後、質疑応答が行われた。(林)

10 女性医師部会座談会「周南」(1月23日)

周南地区女性医師部会の5名の先生方において、「医師を続けてきて良かったこと、困っていること」「後輩の女性医師へのアドバイス」をテーマに座談会を行った。(今村)

11 第2回山口県高齢者医療懇話会(1月24日)

保健事業の実施状況、後期高齢者医療制度の改正概要についての説明及び道路交通法の一部改正等について意見交換を行った。(萬)

12 中国地方社会保険医療協議会山口部会(1月25日)

医科では、新規7件(移転1件、交代4件、組織変更2件)が承認された。(河村)

13 有床診療所部会第3回役員会(1月26日)

河村会長から、昨年10月に中国四国各県医師会を対象に行った「有床診療所協議会・部会活動の状況」調査の結果が報告された。正木部会長からは、全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会、病床機能報告制度(有床診療所分)の結果、平成28年度診療報酬改定の評価(日医診療報酬検討委員会へ提出)について報告があった。引き続き、平成30年度に本県で開催される「第31回全国有床診療所連絡協議会総会・山口大会」に係る「実行委員会の設置」、「メインテーマ」、「プログラム」、「チラシの作成」について協議を行った。(弘山)

理 事 会

14 第 4 回学校心臓検診検討委員会 (1 月 26 日)

「平成 27 年度学校心臓検診報告書」完成の報告があった。一定の知識と経験を有する者が使うことを目的とした「養護教諭のための学校生活管理指導表の診断 (所見名) から見たリスク早見表」を試用の結果、来年度からすべての学校で使用する事となった。また、平成 28 年 12 月 4 日に開催した「学校心臓検診精密検査医療機関研修会」の際に行ったアンケート調査は、試用の結果は概ね良好であったことが報告され、その後、平成 29 年度の委員会活動について協議を行った。
(藤本)

15 日医第 2 回母子保健検討委員会 (1 月 26 日)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課の神ノ田昌博 課長から「母子保健行政の動向」について説明の後、会長諮問に関するフリートーキングを行った。(濱本)

16 個別指導「病院」(1 月 26 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。
(萬、清水)

17 岩国市医師会理事会訪問 (1 月 27 日)

今期、会長交代のなかった郡市の理事会を訪問し、意見交換を行った。(河村)

18 第 67 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会 (1 月 29 日)

「職域健康データを活用した産業保健の原点の模索～地域社会の活力を生み出す『疾病対策』から『活力増進』の産業保健へ～」をメインテーマに行われた。午前は、教育講演「地域医療の将来構想と健康寿命延伸のための産業保健の役割」(産業医科大学医学部公衆衛生学教授 松田晋哉)、午後は、特別講演「最近の労働衛生 (産業保健) の動向について」(山口労働局労働基準部健康安全課長 藤村祐彦) 及びシンポジウム「地域の健康活力増進に向けた行政、職域、医療機関の取り

組みについて」において、シンポジストによる 4 題の講演後、総合討議、質疑応答が行われた。参加者は 157 名。(藤本)

19 第 63 回体験学習「消化器・腫瘍外科」 (1 月 29 日)

山口大学医学部第二外科の協力により、「症例からひもとく最新の消化器癌、乳癌治療～安心して紹介できる大学病院をめざして～」をテーマに、消化器 3 講義、乳癌 1 講義、体験学習のプログラムにより行われた。受講者 9 名。(加藤)

20 「平成 28 年度在宅医療関連講師人材養成事業」研修会 (1 月 29 日)

全国の都道府県医師会から推薦された受講者が、地域において在宅医療に関する推進活動における講師となることを目的に開催された。主催は日本在宅ケアアライアンス (厚生労働省委託事業)。参加者は 320 名。(弘山)

21 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会理事会・総会 (1 月 28・29 日)

平成 27 年度事業活動報告・収支決算案、平成 29 年度事業計画案・収支予算案等について審議が行われた。総会では、前記議案の承認のほか、ワークショップ「岡山県での小児生活習慣病への取り組み」や「小児心臓外科」、「小児肥満」、「子どもの心臓病」に関する特別講演が行われた。
(今村)

22 なんでもトーク in 宇部・小野田 (1 月 31 日)

勤務医部会の活動状況を説明後、救急医療、新専門医制度等について意見交換を行った。(加藤)

23 日医第 2 回社会保険診療報酬検討委員会 (2 月 1 日)

平成 30 年度診療報酬改定に向けて、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」について答申の準備を行った。(萬)

理 事 会

24 広報委員会（2 月 2 日）

会報主要記事掲載予定（3～5 月号）、来年度県民公開講座の特別講演講師等について協議を行った。（今村）

25 会員の入退会異動

入会 4 件、退会 7 件、異動 9 件。（2 月 1 日現在会員数：1 号 1,287 名、2 号 868 名、3 号 417 名、合計 2,572 名）

医師国保理事会　－第 17 回－

1 第 2 回通常組合会について

2 月 16 日（木）に開催する通常組合会の次第及び 4 議案について協議、議決した。

－第 23 回－

2 月 16 日　午後 5 時 20 分～6 時 57 分

河村会長、吉本・濱本副会長、林専務理事、弘山・萬・加藤・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 第 179 回山口県医師会臨時代議員会について

4 月 20 日（木）に開催し、報告事項 2 件を議事とすることが決定した。

協議事項

1 平成 29 年度事業計画（案）について

前回理事会において検討課題とされた事項を修正、再協議を行い承認された。

2 平成 29 年度予算（案）について

事業計画の変更に伴う修正を行い、全事業予算について詳細に再協議を行った。

3 第 139 回日本医師会臨時代議員会における質問について

中国四国ブロックの質問案として、地域包括ケアにおいて在宅での特別な処置を必要としない患者の「定期的な訪問」にかかわる質問を提出することが決定した。

報告事項

1 山口県留置施設視察委員会（2 月 1 日）

公安委員会と、部外の第三者からなる「留置施設視察委員会」の両委員が一同に会し、意見交換を行った。（香田）

2 社保・国保審査委員連絡委員会（2 月 2 日）

4 議題について協議を行った。協議結果は本号（ブルーページ）に掲載。（萬）

3 小児救急医療電話相談に関する検討会

（2 月 2 日）

本会が山口県から委託を受けている夜間（19 時～23 時）と、民間事業者が委託を受けている深夜（23 時～翌朝 8 時）における対処法の統一、平成 28 年 11 月の電話相談において実施した「繋がりにくさ」の調査結果、将来的な小児救急医療電話相談事業の展望等について協議した。（弘山）

4 山口県介護保険関係団体情報交換会

（2 月 2 日）

介護施設や在宅への歯科介入、管理栄養士・栄養士が在宅での生活を支えるための在宅訪問食事指導への取組みと他職種連携等について情報交換を行った。18 団体出席。（香田）

5 三師会懇談会（2 月 3 日）

山口県健康福祉部の岡 紳爾 理事の講話「地域

理 事 会

医療構想の推進について」及び情報交換が行われた。(林)

6 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第 2 回会合 (2 月 3 日)

平成 28 年度動物由来感染症予防体制整備事業に係る調査結果及び同報告書(案)、平成 28 年度動物由来感染症啓発資料(案)について協議した。(今村)

7 医師事務作業補助者研修会 (2 月 4 日)

周東総合病院の蔵多喜陽子氏による「周東総合病院における医師事務作業補助業務」、日本医師事務作業補助研究会の矢口智子理事長による「医師事務作業補助者の過去・現在・未来」の事例発表後、意見交換を行った。(加藤)

8 警察医会第 3 回役員会・総会・第 20 回研修会 (2 月 4 日)

役員会では、県医師会表彰規程による平成 29 年度被表彰者の推薦等について協議した。引き続き開催された第 20 回研修会では、山口県警察本部より報告・症例提示があり、その後、山口大学大学院医学系研究科法医学講座の藤宮龍也教授による講演「死体検案特論―事例を中心に―(7)『中毒・環境異常 2』」が行われた。受講者 51 名。(弘山)

9 男女共同参画部会第 3 回理事会 (2 月 4 日)

3 月 5 日に開催する部会総会及び講演会、平成 29 年度事業計画について協議後、男女共同参画・女性医師部会地域連携会議、女性医師ネットワーク連絡系の更新、保育サポーターバンクの運営状況等の報告を行った。(前川)

10 治験推進地域連絡会議 (2 月 4 日)

講演「『人を対象とする医学系研究に関する倫理指針』の見直しと臨床研究法制度化について」(厚生労働省医政局研究開発振興課 水谷玲子 先生)

等、6 つの講演が行われた。(林)

11 第 64 回体験学習「放射線腫瘍学」(2 月 5 日)

山口大学医学部放射線腫瘍学講座の協力により開催した。「放射線治療の実際」、「放射線治療装置について」の 2 講義及び実習が行われた。受講者 10 名。(清水)

12 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(2 月 5 日)

4 人の講師による、かかりつけ医の役割・診断・治療・連携と制度の講習及び症例検討(ワークショップ)を開催し、受講修了者に修了証を授与し閉会した。受講者 38 名。(香田)

13 勤務医部会市民公開講座「小野田医師会」

(2 月 5 日)

「地域救急医療の現状と今後の在り方」をテーマに開催された。山口大学医学部教授・先進救急医療センター長の鶴田良介先生による基調講演「救急医療の現状と課題」の後、宇部・小野田消防局、山口労災病院、山陽小野田市民病院、小野田赤十字病院、小野田医師会、山陽小野田市健康福祉部、市民代表をパネリストに「宇部・山陽小野田の緊急医療を考える」をテーマにパネルディスカッションが行われた。(加藤)

14 日医医療政策シンポジウム (2 月 8 日)

「社会保障と経済の好循環～医療保障を中心に～」をテーマに開催された。「日本医師会の医療政策」「2000 年代以降の医療政策と経済」「医療費と経済」の講演 3 題が行われ、その後、演者及び経済財政諮問会議の民間議員であるサントリーホールディングス(株)の新浪剛史代表取締役社長等パネリスト 4 人によるパネルディスカッションが行われた。シンポジウムの内容は、「日医 Lib」に公表の予定。(吉本、林)

理 事 会

15 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (2月8日)

平成 29 年度一般会計収入支出予算等の手数料、レセプト電算処理システムに係る未コード化傷病名の解消に向けた取組み等について報告が行われた。(河村)

16 郡市医師会理事会訪問 (萩市：2月8日、厚狭郡：2月14日)

今期、会長交代のなかった郡市の理事会を訪問し、意見交換を行った。(河村)

17 郡市地域包括ケア担当理事会議・市町担当者合同会議 (2月9日)

在宅医療を推進するため、郡市医師会の地域の実情に沿った取組みについて本会が 20 万円を上限に支援する「県医師会在宅医療推進事業」の実施状況を報告した。引き続き、「在宅医療・介護連携」に係る相談支援の取組状況について、周南市、柳井市、山陽小野田市から報告があった。また、県内の「在宅医療・介護連携推進事業」取組状況の紹介が行われた。(弘山)

18 診療情報提供推進委員会 (2月9日)

平成 28 年 1 月から 12 月までに本会に寄せられた 50 件の相談事例について報告及び協議を行った。(林)

19 第 3 回糖尿病対策推進委員会 (2月9日)

平成 28 年度事業報告及び 29 年度事業計画について協議した。(弘山)

20 個別指導「山陽小野田市」(2月9日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。
(萬、清水)

21 徳山医師会病院創立 50 周年記念祝賀会 (2月10日)

徳山医師会病院の森松光紀 病院長から主催者代表挨拶が行われた後、羽鳥 裕 日本医師会常任理事、村岡嗣政 山口県知事、羽生田 俊 参議院議員、河村康明 山口県医師会長の来賓挨拶、祝電披露、邦楽の演奏等が行われた。(林)

22 山口県緩和ケア医師研修会 (2月11・12日)

山口県の主催、本会の共催で開催。講義のほかグループ演習、ロールプレイングが行われた。受講修了者 23 名。(弘山、前川)

23 日医医療情報システム協議会(2月11・12日)

「日医 IT 化宣言 2016 さらに医療 IT 基盤をつくる」をテーマとして、2 日間にわたり開催された。1 日目は (1) 日医 IT 戦略セッションでは 4 つの発表と質疑応答、(2) 事例報告セッションでは 14 の事例報告と質疑応答が行われ、2 日目は (3) シンポジウム「医療等分野専用ネットワーク構想について」が行われた。次期担当は北海道医師会。(中村)

24 神奈川県医師会創立 69 周年記念式典・祝賀会 (2月11日)

表彰式終了後、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会の森 喜朗 会長による特別講演「2 大ワールドスポーツを迎える」が行われた。(河村)

25 認知症サポート医フォローアップ研修会 (2月12日)

「認知症サポート医の活動について」(山口県医師会 河村康明 会長) の報告及び特別講演Ⅰ「サポート医に必要な認知症診療のポイント」(大阪大学大学院医学研究科精神医学教室 池田 学 教授)、特別講演Ⅱ「認知症サポート医の役割とは？」

(独立行政法人国立病院機構柳井医療センター 宮地隆史 副院長) の講演等が行われた。受講者 29 名。(清水)

26 第 3 回山口県医療審議会 (2 月 13 日)

下関市立市民病院の「地域医療支援病院」の名称使用について協議が行われた。また、地域医療構想の推進状況について報告があった。(河村)

27 山口県医療審議会第 93 回医療法人部会

(2 月 13 日)

医療法人の設立認可 (5 件) 及び解散認可 (2 件) について審議した。(河村)

28 日医第 2 回地域医療対策委員会 (2 月 15 日)

「地域医療構想調整会議の各地の状況」、「地域医療構想における在宅医療」、「今後の審議の進め方」について協議した。(弘山)

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒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>.

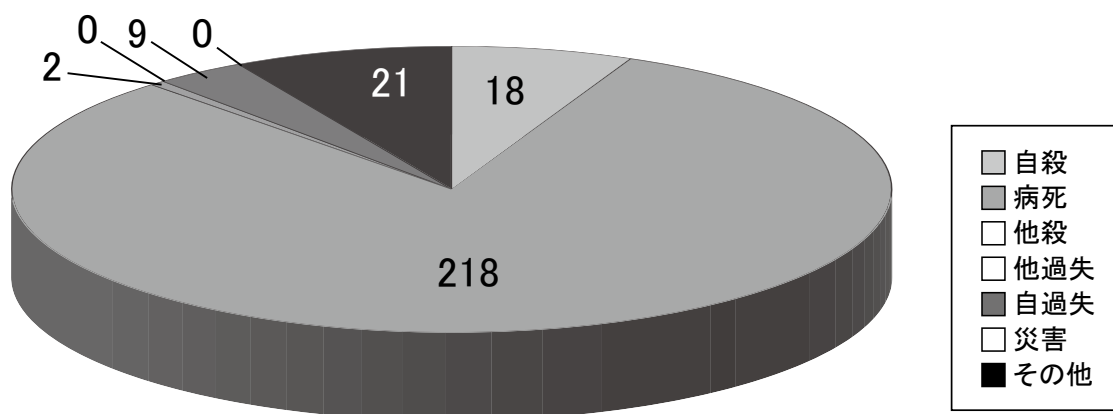
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-17	18	218	2	0	9	0	21	268

死体検案数と死亡種別 (平成 29 年 1 月分)



秋吉台の春

飄

々

広報委員

石田 健

山口県美祢市に秋吉台国定公園があります。羊岩とも言われる白い石灰岩があちこちに露出しているカルスト大地は日本最大級の広さを誇り、東北方向に 16 km、北西方向に 6 km と公園の面積は 4500ha もあります。地下には日本屈指の長さ（8850 m）と大きい空洞、千畳敷（長さ 130m、幅 110 m、高低差 35 m）を誇る秋芳洞を始め、400 以上の鍾乳洞があります。

秋吉台の始まりは、今から 3 億 5 千万年前です。当時の赤道付近の古太平洋のフィリピン海プレート上にできた海底火山の海面付近でサンゴ礁として生まれました。それから 1 億 5 千万年かけてユーラシアプレートへ移動しました。フィリピン海プレートがユーラシアプレートに潜り込む時にサンゴ礁の部分が削り取られ、ユーラシア大陸側にくっ付き、海面上に姿を現しました。そして、2 億 3 千万年前の秋吉造山運動で押し上げられ、山脈の一部に石灰岩層が露出し、最終的に石灰岩の厚さが 500 m から 1000 m もある秋吉台が姿を現しました。

秋吉台はかつて森林でした。中世以後、農地の開墾が継続して行われ、森は草原に変わりました。草は屋根の建築材として使われ、また、家畜の飼料や有機肥料として利用されてきました。良質の草原を維持するため、継続的に山焼きが行われてきましたが、最近は農業後継者の減少に伴い、観光資源としての山焼きに変わってきています。

秋吉台には自然観察路と呼ばれるハイキングコースが整備されています。秋吉台の地質や地形の観察に最適です。カルスト展望台から若竹山（253 m）、冠山（377 m）、長者原のコースや、

剣岳から西の西山へのコースなどが整備されています。四季折々にトレッキングを行い、春にはおきな草、夏には桔梗や鬼百合、秋にはリンドウ、冬には広大な枯れすすきの草原をぜひ楽しんでください。

日本最大のカルスト台地の山焼きは 650 年前から行われている伝統行事で、山口県を代表する春の風物詩です。山焼きは草原の枯れ草を焼き、灰にすることで、春に芽生える草花のために土壌を豊かにし、日当りをよくすることで草原の維持を図っています。秋吉台では毎年 2 月の第 3 日曜日に草原に火を放っています。安全に野焼きを行うために、地元の農家の人々や消防団員の方々が事故防止のため、また、延焼防止のために、事前に火道切りをしています。山焼きの火が秋吉台全体にうまく回るように、場所、順番など念入りな計画を立ててボランティアの人々とともに火入れを行ってゆきます。山焼きの炎に近づくと、バチバチと爆ぜる音や 5 m を超える炎の激しさには、逃げ出したくなるほどの怖さがあります。

山焼きの炎の帯のうねりを

丘を取り巻いている山焼きの炎の帯が風に煽られ、あるところは早く頂上へ燃え上がり、他のところは遅れて、あたかも波がうねるように美しく頂上へ燃え上がります。

ドリーネの岩を残して草焼く火

すり鉢状のドリーネの底の草に火を放つと一気

に炎が燃え広がり 10 分位で草は燃え尽きます。すると草にうずもれていた石灰岩柱が炎の中から現れます。

山焼きや 山は火を呑み揺らぎなし

われわれにとっては逃げ出したくなる程恐ろしい山焼きですが、山は泰然自若として動ぜず、知らぬ顔で燃え上がる炎の中にどっしりと腰を下ろしています。すると、そのうちに草原が燃え尽きてしまいます。

夜の山焼は野火の祭典と言われ、昼間の山焼きの時にあえて残していた若竹山周辺の枯れ草に夜になってから火を入れます。闇の秋吉台に広がる炎や、剣山の火文字の「火」は京都の夏の大文字焼きとは異なり、人々を妖艶な、幻想的な世界へと誘います。

ぬばたまの闇にはためく野焼きの火

漆黒の闇の彼方此方に松明で灯された炎が赤々と美しく、また、妖艶にはためいています。

山焼きの後ろの闇を恐れけり

夜の山焼きに感動し、楽しんでいました。ふと背後に目をやると、漆黒の闇が迫ってきていました。

ぬばたまの闇に野焼きの火の残る

夜の山焼が終わりに向かうと、広い秋吉台の彼方此方に消えそうな野火が、闇の中にチロチロと燃え残っています。

今年の山焼きで残念なことに不幸な出来事が起こりました。亡くなられた方のご冥福を心からお祈り申し上げます。

お知らせ・ご案内



山口県医師互助会グループ保険の配当金支払いについて

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

記

保険期間 平成 28 年 1 月 1 日～平成 28 年 12 月 31 日

1 支払保険金・給付金 (1 件) 4,000,000 円

2 支払配当金

総支払配当金 20,287,608 円

加入者への支払配当金 19,929,220 円

配分率 44.724%

3 配当金振込日 平成 29 年 3 月 30 日

山口県医師互助会 (引受会社：明治安田生命)

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



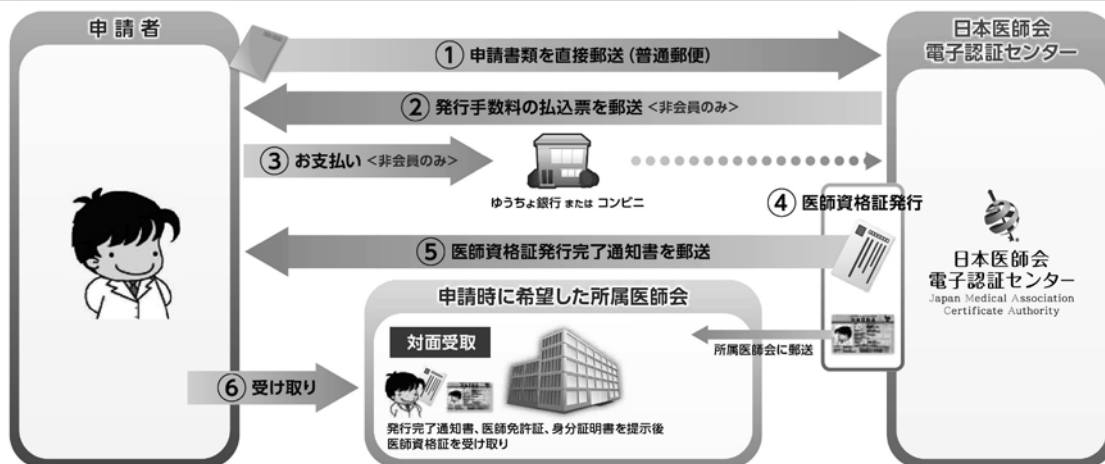
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒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。
※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: toiwase@jmaca.med.or.jp

「申請書類」

- ① 医師資格証 発行申請書
- ② 医師免許証 コピー
- ③ 住民票の写し (原本)
- ④ 身分証 コピー
- ⑤ 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)
- ⑥ 医師免許証コピー
- ⑦ 住民票の写し (原本)
- ⑧ 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
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

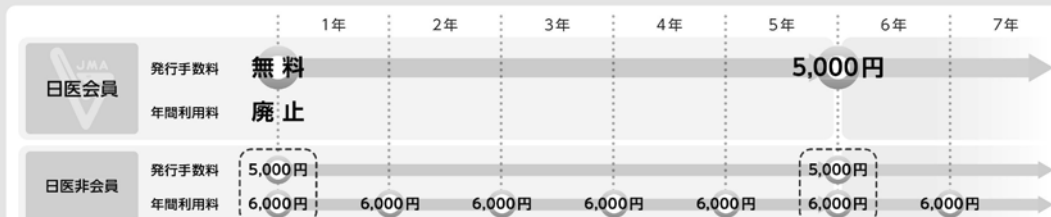
費用

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。

石 谷 直 昌 氏 防 府医師会 2 月 12 日 享 年 79

松 岡 和 典 氏 下関市医師会 2 月 24 日 享 年 87

編 集 後 記

突然ですが“One Health”という言葉をご存じでしょうか？

“One Health”とは「人、動物、環境（生態系）の健康は相互に関連していて一つである」という考え方である。1998 年にマレーシアで発生したニパウイルス感染症（豚からヒトへの感染が確認された感染症でヒトでは脳炎を主徴として致死率は 50%に達する）をきっかけに、2004 年にアメリカで開催された野生生物保護学会が「One World One Health」をテーマにしたことが始まりのようである。2013 年に、日本医師会と日本獣医師会が One Health の理念に基づき学術協定推進の覚書を締結し、昨年 11 月には、北九州市で「第 2 回世界獣医師会－世界医師会“One Health”に関する国際会議」がアジアで初めて開催された。この会議では、薬剤耐性（AMR）対策のセッションも設けられた。AMR 対策は、世界的規模での行動が必要だが、まずは各国の取組みが重要であり、日本でも昨年 4 月に「AMR 対策アクションプラン（2016－2020）」を策定して対策を加速しようとしている。最近の厚労省の動向としては、「抗微生物薬適正使用の手引き」策定のたたき台が議論されたり、「ワンヘルス動向調査検討会」では都道府県別の抗菌薬使用量や耐性率の公表が提案されたりしている。都道府県ごとの取組みについては、県行政主導が基本的スタイルとしても、山口地域感染制御チームなど県内幾つかで開催されているネットワーク会議などの具体的な取組みが、適切な規模（たとえば 2 次医療圏ごと）でなるべく早く行われることが必要と考える。

県医師会では、昨年から理事会時に重要課題を中心にフリートーキングを行っているが、今回のテーマは AMR が予定されている。「普及啓発教育」は ARM 対策アクションプランの 1 項目でもあるので、「生涯教育セミナーの演題として ARM を取り上げる」ことを提案してみようかと思っている。

ともあれ、“One Health”の概念を理解し、身近にできる AMR 対策を臨床現場で日々丁寧に実践することは私の責務であろう。

（常任理事 今村 孝子）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：<http://www.yamaguchi.med.or.jp> E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）