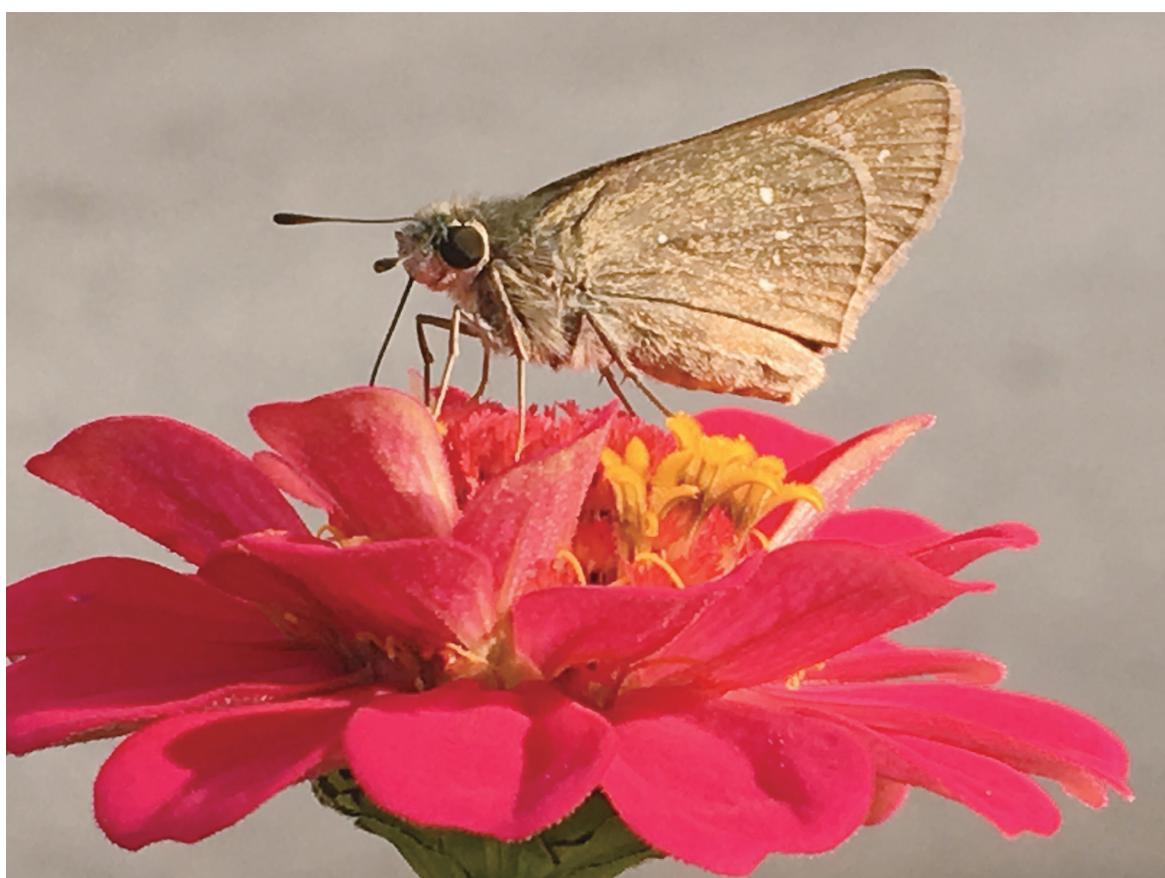


山口県医師会報

平成29年(2017年)

11月号

— No.1887 —



チャバネセセリとポンポン百日草 鶴田良介 撮

Topics

中国四国医師会連合總會



Contents

■ 県医トピック	885
■ 今月の視点「遠隔診療」	萬 忠雄 886
■ 平成 29 年度 中国四国医師会連合総会	890
■ 平成 29 年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会	藤本俊文 922
■ 平成 29 年度 中国地区学校保健・学校医大会	濱本史明、藤本俊文 930
■ 山口県医師会産業医研修会	藤本俊文 936
■ 第 61 回社会保険指導者講習会「脳血管障害診療のエッセンス」	前川恭子 944
■ 第 9 回 臨床研修医交流会	福田進太郎 946
■ 第 9 回 臨床研修医交流会を終えて	松山哲也 947
■ 山口県緩和ケア医師研修会に参加して	林 めい 950
■ 山口県医師会警察医会 第 20 回研修会	天野秀雄 952
■ 県医師会の動き	吉本正博 972
■ 理事会報告（第 13 回、第 14 回）	975
■ 転載「格闘技と私」<吉南医師会報 平成 29 年 7 月号>	木藤秀章 980
■ 飄々「出水の鶴」	石田 健 982
■ 日医 FAX ニュース	983
■ お知らせ・ご案内	984
■ 編集後記	山下哲男 988

県医トピック

「知って、肝炎プロジェクト」

杉 良太郎、EXILE ATSUSHI 両氏が知事を表敬訪問

平成 29 年 10 月 17 日（火）16 時 30 分、県庁知事応接室にて『「知って、肝炎プロジェクト」杉 良太郎、EXILE ATSUSHI 両氏の知事表敬訪問』が行われ、本会の河村会長が出席しました。

国は、肝炎ウイルス検査の必要性を分かりやすく伝えることなどを目的に「知って、肝炎プロジェクト」を 2013 年度に立ち上げ、特別参与の杉 氏をはじめ芸能界・スポーツ界で活躍されている方々を大使やスペシャルサポーターに任命し、肝炎対策の普及啓発を行っており、今回の山口県訪問となりました。

訪問者は厚生労働省肝炎総合対策推進国民運動特別参与の杉 氏、同スペシャルサポーターの ATSUSHI 氏、厚生労働省肝炎対策推進室の小野



室長ほかプロジェクト関係者、本県の出席者は村岡県知事をはじめ、河村会長、山口県健康福祉部の岡部長、山口大学医学部附属病院肝疾患センターの日高副センター長で約 20 分間の懇談が行われました。



河村会長 杉 氏 村岡知事 ATSUSHI 氏

今月の視点

遠隔診療

常任理事 萬 忠雄

安倍晋三 首相が本年 4 月 14 日の第 7 回未来投資会議において、「対面診療とオンラインでの遠隔診療を組み合わせた新しい医療を次の診療報酬でしっかり評価する」と明言し、6 月 9 日に閣議決定された「未来投資戦略 2017」で「オンライン診療を組み合わせた糖尿病などの生活習慣病患者への効果的な指導・管理など、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う」と明記されたことを受け、平成 30 年の診療報酬改定において遠隔診療をどのように位置づけるか、中医協の場において議論されている。

本稿では、遠隔診療について平成 9 年 12 月 24 日付 健政発第 1075 号「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」をもとに整理してみたい。

これまでも遠隔診療は、医師又は歯科医師が患者の病理画像等を専門医のもとに伝送し、診療上の支援を受けるといった、医療機関と医師又は歯科医師相互間のものを中心に、既に一部で実用化されている。今後は、主治の医師又は歯科医師による直接の対面診療を受けることが困難な状況にある離島、へき地等における患者の居住等との間で、テレビ画面等を通して診療を行う形態での遠隔診療が実用化されることが予測されるなど、遠隔診療の形態はますます多岐にわたるものと考えられる。

遠隔診療のうち、医療機関と患者の居宅等との

間で行われる遠隔診療については、医師法第 20 条との関係が問題となるが留意すべき事項について前記通知の一部を引用して下記の通り示す。

記

1 基本的考え方

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われるのが基本であり、遠隔診療は、あくまでも直接対面診療を補完するものとして行うべきものである。

医師法第 20 条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学からみて、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。したがって、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、直ちに医師法第 20 条等に抵触するものではない。

なお、遠隔診療の適正な実施を期するためには、当面、下記「2」に掲げる事項に留意する必要がある。

2 留意事項

- (1) 初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。
- (2) 直接の対面診療を行うことができる場合や他の医療機関と連携することにより直接の対面診療が行うことができる場合には、これによること。
- (3) (1) 及び (2) にかかわらず、次に掲げる場合において、患者側の要請に基づき患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適

切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えない。

- ア 直接の対面診療を行うことが困難である場合（例えば、離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合）
- イ 直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性疾患の患者など病状が安定している患者に対し、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保した上で実施することによって患者の療養環境の向上が認められる遠隔診療（例えば別表に掲げるもの）

を実施する場合

平成 27 年 6 月、規制改革会議の第三次答申で遠隔診療推進のために遠隔診療通知の内容の明確化や推進するための仕組みづくりが厚労省に求められ、結果、厚生労働省医政局長は平成 27 年 8 月 10 日に通知を出し、「離島、へき地の患者」は例示であり、対象は離島、へき地に限る必要がないこと、また、別表の 9 疾患はあくまでも例示であり、これ以外の疾患も対象であるとした。さらに、直接の対面診療を事前に行うことが必ずしも遠隔診療の前提条件ではないことを明確にした。これにより、遠隔診療の可能性が大きく開け、さまざまな事業所が遠隔診療サービスビジネスに興味を持ち、かつ都市部において業務が多忙な

別表

遠隔診療の対象	内容
在宅酸素療法を行っている患者	在宅酸素療法を行っている患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、在宅酸素療法に関する継続的助言・指導を行うこと。
在宅難病患者	在宅難病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、難病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅糖尿病患者	在宅糖尿病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血糖値等の観察を行い、糖尿病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅喘息患者	在宅喘息患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、呼吸機能等の観察を行い、喘息の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅高血圧患者	在宅高血圧患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍等の観察を行い、高血圧の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅アトピー性皮膚炎患者	在宅アトピー性皮膚炎患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、アトピー性皮膚炎等の観察を行い、アトピー性皮膚炎の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
褥瘡のある在宅療養患者	在宅療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、褥瘡等の観察を行い、褥瘡の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅がん患者	在宅がん患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、がんの療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。

め継続受診できない患者に対し、オンラインでの診療を行う医療機関が現れてきた。しかし、中には電子メール、SNS 等の文字及び写真のみによって得られる情報により診察を行い、対面診療を行わず遠隔診療だけで診療を簡潔させることを想定した事業を提供する事業所も現れる事態となった。これに対し、厚労省医政局は医政医発 0318 第 6 号（平成 28 年 3 月 18 日付）において、電子メール、SNS 等の文字及び写真のみによって得られる情報による診療では、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られないとし、また、遠隔診療だけで完結させる診療は医師法第 20 条に違反する、と東京都福祉保健局医療政策部医療人材課長からの照会に対して回答した。

一方、平成 29 年 7 月 14 日の厚生労働省医政局長通知では、保険者が実施する禁煙外来については、定期的な健康診断・健康調査が行われていることを確認し、患者側の要請に基づき、医師の判断により、直接の対面診療はしなくても直ちに医師法第 20 条等に抵触するものではない、と通知し禁煙外来に対しては完全遠隔診療を解禁し

た。なお、混乱してくるが、これらの通知はすべて厚労省医政局からであるが、保険診療についての取扱いは、厚労省保険局が行っている。保険診療では、初診は直接の対面診療が原則であり、直接の対面診療のない遠隔診療では初診料の算定はできない。現時点では遠隔診療で算定できるのは、電話等再診のみであり、管理料の算定も認められない。

本会は、平成 29 年度第 2 回都道府県医師会会長協議会において「次期診療報酬改定での遠隔診療に対する拙速な評価の導入は阻止すべき」との議題提出を行った。これに対し日医は、「遠隔診療はあくまでも直接の対面診療の補完である。離島における遠隔診療と ICT 活用とは別物である。」との回答であった。

次期診療報酬改定では、遠隔診療に対し何らかの評価がなされる可能性があるが、平成 23 年 3 月 31 日健政発第 1075 号から大きくはみ出すような解釈をしてはならない。

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

冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集

山口県医師会報・平成 29 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認
 いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
 ※ 写真等ありましたら添付（3 枚以内）くださいますようお願いいたします。
- ②絵（カラー印刷）
- ③書（条幅、色紙、短冊など）

字数

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

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。
 作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。
 ※ 締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
 ※ 電子メールで送信される場合は、5 メガ以内でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又は USB / CD-R の郵送	11 月 17 日
②手書き原稿	郵送	11 月 10 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内
 山口県医師会事務局 広報・情報課
 E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

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

平成 29 年度 中国四国医師会連合総会

と き 平成 29 年 9 月 30 日 (土) ~ 10 月 1 日 (日)

と ころ ホテルクレメント徳島



今年度の総会は、徳島県医師会の担当により開催され、初日、まず中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、分科会・総会の運営、医療事故調査制度における中央と支部の連携（情報のフィードバック）、医療事故調査支援団体連絡協議会のブロック内連絡会議の設置、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、中国四国医師会連合医療保険分科会の開催、次期開催県等についての協議が行われた。その後、3つの分科会が行われた。

第 1 分科会

医療保険（診療報酬、地域医療構想・基金（医療分）、労災・自賠責保険含む）

日医の松本純一 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言について討議した。

各県からの提出議題

1. 各県における地域医療介護総合確保基金の取り組み状況について（鳥取県）

本県では、医療機関の役割分担と連携、在宅医療・介護の確保、医療・介護従事者の確保と資質

の向上等の課題を解決し、医療や介護が必要な者が、地域において安心して生活できるよう、以下について目標を設定している。各県における取り組み状況及び問題点があれば教えていただきたい。

- ①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備
- ②居宅等における医療の提供
- ③介護施設等の整備
- ④医療従事者の確保
- ⑤介護従事者の確保

山口県では基金の医療分（①、②、④）について、国は事業区分Ⅰ（①）へ重点的に配分し今後もその方針は続くようであるが、特に区分Ⅲ（④）の配分が重要であり、その財源確保に毎年度苦慮している。

基金の介護分（③、⑤）については現在、各市町で進めている地域包括ケアシステムの構築との関連が強く、市町事業と連携した上で取り組みを進めていくことが重要であるが、実施主体及び財源（介護保険、基金）が異なることから、同種類の

事業や会議が複数存在したり、県全域又は圏域単位での事業でなければ基金が活用できないなどの課題が挙げられる。

各県においても、基金事業が原則として単年度の事業計画とされていること、さらには国への協議後、県へ内示される時期が非常に遅いことが事業の効果的実施を妨げているとの意見であった。

日医からは、医療区分間で柔軟に対応できる制度にすること及び執行残については減額されることがないよう、県が国へ十分な説明をすることが重要であるとの発言があった。

2. 地域医療連携推進法人について（島根県）

平成 28 年 10 月に本県においても地域医療構想が策定され、これを受けて圏域ごとに医療機能、病床機能報告に基づいた医療提供体制の見直しがスタートしている。また、在宅医療、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みが本格化しつつある。

そういった中で、今、注目されているのが地域医療連携推進法人である。各県において地域医療連携推進法人化の動き、又は具体的な取組み事例があればご教示願いたい。

広島県で地域医療連携推進法人化が進められており、岡山県、高知県が検討中であった。その他の県に動きはなかった。

日医からは、全国で 4 県（広島県、鹿児島県（奄美大島）、兵庫県、愛知県）で同法人化が進められているが、患者の囲い込みに繋がることのないよう、各県の医療審議会でも慎重に対応することが重要であるとの発言があった。

3. 集团的個別指導・新規個別指導について

（岡山県）

平成 19 年に閣議決定された、「経済財政改革の基本方針 2007」において「個別指導の件数を毎年 8,000 件をめざす」とされたことにより、本県でも毎年 70 件余の個別指導・新規個別指導が行われている。さらに、26 年度に平成 13 年から中止していた集团的個別指導を再開した。これに今年度は、いわゆる「集個コロナ」が 40 件

追加されることになり、実際に行われる「集個コロナ」は 20 件程度となるため、指導医、立会医師の負担は大きいものになる。

「集個コロナ」の個別指導について、結局、「高点数」が理由になって呼び出されているだけで、診療内容には問題ないと思える。医療機関にしてみれば、高額薬剤を使用することにより 4 年周期で「集個コロナ」となるわけだが、各県の状況はどうか。

また、新規個別指導については本来、教育的観点から丁寧に指導するとされているが、最近、返還金を伴う事例が増加している。九州厚生局においては指導医療機関の半数以上に返還を求められたとの報告があり、本県においても 20% 程度は返還を求められているが、各県の状況を伺いたい。

本会では新規開業医に対し、開業 6 か月を目途に保険診療の研修会を開催しており、一定の効果あったと考えている。同様の取組みを行っている県があればアドバイスいただきたい。

4 年周期での「集個コロナ」については各県とも同じ状況にあり、高点数のみを理由とした個別指導（指導大綱）の改善が望まれるが、日医としては「指導大綱」の見直しにはリスク（却って扱い難い文章になる）があるため、運用で対応していくとのことであった。

新規個別指導の返還については、対象となる範囲が指導時のレセプトに限られることから、この時点で、会員に保険医療の認識を深めていただくことを目的として、後に大事に至らないことを願って事態を容認している状況もある。

新規開業医（新規会員）への研修は開催のタイミングにより、当該研修会が新規個別指導の後になる医療機関があることは課題である。

日医は、個別指導についての各医療機関の点数を、厚労省の抵抗はあったものの地方厚生局が公表する制度に変更した。また、院外処方・院内処方の違いによる点数の誤差問題については、薬剤費を除外した点数設定を検討しているとのことであった。

4. 在宅療養支援診療所の役割について（広島県）

在宅療養支援診療所についてはこれまでも議論されてきたが、地域包括ケア体制を構築するためにも、地域で拠点となる在宅療養支援診療所の発展は必要不可欠である。

このような重要な役割は認識されているが、厳しい要件や実態に合わない看取り要件等から届出医療機関数は減少傾向にある。今後、増加が見込まれる脳血管疾患や認知症 BPSD などを長期にわたり地域全体で支えていくため、個々の医療機関で縛るのではなく、面となる要件への改定が必要と考える。

については、来年の医療・介護同時改定に向け、在宅療養支援診療所を深化させるべく、現状確認と意見交換を行いたい。

広島県の在宅療養支援診療所届出数

	平成 27 年 4 月	平成 28 年 4 月	平成 29 年 4 月
支援診 1	4	3	4
支援診 2	82	78	74
支援診 3	498	504	450

山口県の届出数の推移は以下の表のとおりであり、各県とも増加はほとんど見られず、「支援診 3」は減少を続けている。

これからの地域包括ケアの構築、在宅医療の推進に向けて、在宅療養支援診療所が重要な役割を果たすため、これを増やしていくためには施設基準等の要件緩和が求められた。

日医からは、24 時間対応の負担軽減及び看取りの件数で診療報酬を定めることの矛盾の解決が喫緊の課題であり、厚労省も理解を示しているとの発言があった。

山口県の在宅療養支援診療所届出数

	平成 27 年 4 月	平成 28 年 4 月	平成 29 年 4 月
支援診 1	2	2	2
支援診 2	10	11	12
支援診 3	143	139	112

5. 消炎鎮痛等処置の回数について（山口県）

「消炎鎮痛等処置」の回数（1 か月）について、各県審査委員会の状況を伺いたい。

各県とも、頻回算定のある医療機関に対しては個別対応としている状況であった。日医からは、審査委員会としっかり協議するよう助言があった。

6. 自賠責新基準の制度化について（香川県）

昭和 59 年の自賠審の答申に「診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着した段階で算定基準としての制度化を図る。」とあることから、昨年、最後に山梨県も合意した現在、制度化に向けての検討は必要と思われる。制度化することにより、診療費の請求方法がルール化され、医療費請求のトラブル（健保使用の強要、過失相殺）が生じなくなるメリットが考えられる。また、制度化の議論のタイミングで、柔整の長期にわたる施術期間や多部位への過剰施術費用の増加傾向に対し、「適正化」の議論も必要と思われる。制度化に向けて各県の意見を伺いたい。

各県とも、「健保使用の強要」解消のための同制度が全国に浸透した以上、制度化を図るべきとの意見であり、日医も検討したいとのことであった。

7. 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会の実施状況について（愛媛県）

かかりつけ医機能は、病床機能の分化と連携、居宅等における医療提供、医療・介護連携、地域包括ケアシステムの構築、重症化予防の推進等、今後求められる地域の医療提供体制を中心で支える重要なファクターであることは論を俟たない。

本会では、日医が提唱した「日医かかりつけ医機能研修」と同様のプログラムによる研修会を開催したところ、初年度において同制度認定証を 87 名の会員に交付することができ、今年度も同様にテレビ会議中継により 179 名と多くの会員が出席されているので、「かかりつけ医認定証」を取得していただきたいと願っている。

そこで各県において、①応用研修会の開催状況、②講師の選定、③認定証の発行状況、④必修項目のみで退出される場合や途中で退席・出席される場合の受講確認のチェックをどのように対応されているか伺いたい。

各県の状況は以下のとおり。

- ①日医のテレビ会議システムによる研修会は実施しているが、県単独での研修会の実施は区々であった。
- ②県単独で研修会を実施する場合の講師は役員の中から選定されている。
- ③認定証を発行した県は半数程度であったが、その他の県も今後は発行予定とされている。
- ④各県でそれぞれ工夫されているが、山口県では会場の入室の確認が必要な場合は、入室用と退室用の2種類（紙色が異なる）の受講票を用意し、それぞれに氏名・医療機関名等を記入する。入室用は県医師会が控えとして用いている。退出時に、退出用受講票を提出していただき、受講証明書を手交する。早退の場合は、退出受講票に退出時間を確認・記載し、受講していない単位に斜線を引いて受講証明書を手交する。遅刻の場合は入室用受講票に必要事項を書き添えていただき、退出用受講票に入室時間を記載したものを渡し、退出時に受講していない単位に斜線を引いて受講証明書を手交している。

なお、日医は、平成 31 年度以降に同研修会の内容をリニューアルするとのことである。

8. 地域医療構想調整会議の実施状況について

(高知県)

本県の地域医療構想は平成 28 年 12 月 9 日に策定されたが、各病床機能における必要病床数の推計値によると、いずれの構想区域でも回復期機能以外はすべて現在の病床数が過剰と評価された。現状ではどの医療機関も国の具体的方針を見極めている段階であるが、中小の公的病院の多い青森県などでは調整会議における病床機能再編が進めやすい環境にあると言える。しかし、民間病院が多い本県においては調整会議でどこまで調整が行えるか不安や疑問の声が多く、結局は診療報酬に影響、誘導された各病院管理者の経営判断での病床転換になると予測される。各県の病床転換の現状と地域医療構想調整会議の実施状況について教示願いたい。

各県とも収支に直結する機能転換には極めて慎重にならざるを得ない状況にある。

山口県の病床転換の現状については、毎年度の病床機能報告の比較により各医療機関の転換状況がある程度把握できるが、医療機関の判断による選択、病棟単位の報告であることなどから、正確な状況を把握することは難しい。また、回復期機能が少ないことから既存病床から回復期病床へ転換する際の補助事業（基金・医療分）が実施されており、平成 27～28 年度に計 14 病院、544 床に活用されているが、現時点では、調整会議における協議の結果によって具体的なハード整備に結びついている例はほとんどない。

日医は、地域医療構想調整会議が病床削減に向けたシステムにならないよう注視していくとのことであり、厚労省医療課は病床転換と診療報酬改定はリンクしないとしているとのことである。また、厚労省医政局は回復期機能病床への転換は同調整会議で慎重な検討が必要としている。

9. 審査状況について（徳島県）

本県では、支払基金における審査の一般的な取扱いの他、基金や国保での審査情報で公表できるものは、県医師会報や会員向けホームページで公表している。支払基金や国保連合会での審査において、審査取り決め事項等の審査情報について各県での対応を伺いたい。

山口県では 30 年以上前から社保と国保の審査取扱いの平準化を目的とした協議会を（各審査委員出席の下）大小合わせて開催し、その協議結果（審査取扱い）を医師会報で周知しているが、各県においても同様の協議会が設置されてきている状況である。

日医は、支払基金の「審査の取扱いに関する一定の見解について」により 80 事例（薬剤関係は 272 事例）程度が公表されてきているが、厚労省と支払基金が公表（本年 7 月）した業務効率化・高度化計画では、レセプトの 99% をコンピュータ審査とする準備については、医療側も支払側も承諾していない状況であり、今後ブラッシュアップしていくことになるとのことである。

日医への提言**1. いわゆる別紙様式 14 の廃止を希望します！
(鳥取県)**

平成 26 年 10 月から添付が必須化された施設入居時等医学総合管理料算定における「別紙様式 14」については、導入された当時とは状況も変化していることから廃止を要望する。

日医 在宅医療の不適切事例の対応策として導入された「別紙様式」であるが、不適切事例の撲滅が証明できていない状況の中で、支払側は廃止に反対しているところである。引き続き対応していく。

2. 審査支払機関のあり方について (鳥根県)

医療費適正化の掛け声の下、規制改革会議において審査支払機関のあり方についての議論が加速され、審査業務等については、①業務の効率化（9割のコンピュータ審査）、審査基準の統一化を図るため支払基金、国保連合会の改革を一体的に検討する。②審査業務の効率化、審査基準の統一化は、まず支払基金が改革の取組みを加速させる。

ビッグデータの活用については、①個人の健康・医療・介護に関するヒストリーをビッグデータとして分析する、②健康・医療・介護のデータベースを連結してプラットフォーム化する、③プラットフォーム化に関して支払基金・国保中央会において管理・運営を行う、とある。

このような改革が性急に進められることによって医学的判断、医師の裁量権の範囲が徐々に狭められ画一的な審査となり、より良い医療、きめ細かな医療、先端的な医療の提供に齟齬を来すことになることが心配される。

行き過ぎた改革にならないように日医として最善の努力をお願いしたい。

日医 協議題 9 と同様であるが、現在の審査制度は医師が審査を行っているから安心して請求支払が行われている。AI の業務は審査支援までに止めることが重要である。

3. ICT 活用の診療報酬上の評価と「医療専用相互接続基盤整備」に関する要望 (岡山県)

日医では「日医 ICT 宣言 2016」を発表し、ICT 活用を進められていることは評価され、これに伴い、平成 28 年度診療報酬改定に伴い、電子的診療情報提供加算が認められることになったと考える。ただし、残念なことに算定要件が極めて厳しく、タイムスタンプや電子署名（医師資格証 HPKI で可）などが必要なこともあり、各地での普及の状況は必ずしも順調ではなく、この改定に恩恵を被っている医療機関、患者は少ない。

このような状況の中、「医療専用相互接続基盤整備」が進められようとしている。このネットワーク利用により保険証の認証確認、レセプトオンライン、全国がん登録などそれぞれの業務サービスごとに必要であった VPN（専用回線）が集約されることは医療機関にとっては経費節減の観点からも非常に望ましく、このシステム内で患者情報の共有についても地域医療連携システム間の接続を可能にし、全国的に共有できる体制整備の構想もあるが、設備投資の面などで地域医療連携システムに参加していない、できない医療機関の接続に関してはどのような方針であるか伺いたい。

日医 ICT については情報漏えいへの細心の注意を払い実績の検証を行っている。各地域医療連携ネットワーク参加への財政支援は要望していく。

4. 有床診療所での入院におけるターミナルケア加算新設・看取り加算の要件緩和 (広島県)

有床診療所は、急性期から回復期、療養期、ターミナルケアまであらゆる地域のニーズに柔軟な対応が可能であるが、その機能を十分に評価されていない部分が多い。一方、介護施設の老健・特養には、入所期間にかかわらずターミナルケア加算・看取り介護加算として評価があるが、死亡から遡って 30 日間を加算対象期間としている。それに対し、有床診療所は、ターミナルケアについて評価はなく、看取り加算も「入院日から 30 日以内に死亡した場合」と現実とかけ離れた要件になっている。したがって、有床診療所でもターミナルについて評価していただき、入院における看

取り加算の要件を見直す必要があると考える。

日医 有床診療所のニーズについては中医協でも分析が行われている。各県でも、例えば選挙のときに本件の重要性について働きかけてほしい。

5. 在医総管（施設総管）の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」について（山口県）

在医総管の「月 2 回以上（別に厚生労働大臣が定める状態の患者）」（特掲診療料の施設基準等別表第 8 の 2）については、「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」とあるが、疑義解釈その 5（平成 28 年 6 月 30 日）が発出されて以降、胃瘻造設患者に経管栄養を行っていても（施設基準で別に認められている）在宅成分栄養経管栄養法を算定していなければ対象とされない取扱いとなった。しかし、在宅成分栄養経管栄養法の経腸栄養剤はエレンタール配合内用剤、エレンタール P、ツインライン NF に限られているため、ラコールやエンシュアリキッド等を使用する場合は先の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」の対象外になってしまった。胃瘻の指導管理の手間は同じであるにもかかわらず、経腸栄養剤の種類で算定の可否が生じるのは理解できないため、疑義解釈通知を改め、胃瘻造設患者はすべて在医総管（別に厚生労働大臣が定める状態の患者）の算定対象とされるよう改善をお願いしたい。

日医 手間が同じで診療報酬が異なる矛盾点については、通知の是正を求めていく。

6. 地域医療構想について（愛媛県）

地域医療構想は、来年 3 月までにすべての都道府県で策定が完了し、これから実現に向けて動き出そうとしており、各医療圏で調整会議が開かれている。この地域医療構想は、各医療機関の自主的な取組みによる病床転換により自然に収斂されていくもので、病床削減ありきではないとされている。

今、国は医療費削減の手段として病床削減を目論んでいると思われ、病床削減、病床転換に応じ

ない場合は、医療機関名の明示、保険医指定の取消し、県知事の権限強化など、行政による指導・命令・圧力が予想される。

この中国四国地方は、かなりの病床過剰地域であるが、今後の対応についてご意見を伺いたい。

日医 国の対応において「保険医指定の取消し」の文言は削除してもらった。あくまで自然に収斂されるものであり、診療報酬に影響を与えるものでもない。

7. 地域医療介護総合確保基金について（高知県）

全国的に、事業区分 I へ重点的に配分を行うことと示された。本県は地域医療構想で急性期・慢性期病床の大幅な削減及び回復期病床の拡充が決まったが、現実として回復期病床に転換するところはない。各地域でもっと使い勝手のよい基金を望む。

日医 議題 1 のとおり。

8. 療養病棟入院基本料 2 の平成 30 年 4 月以降の存続を求める（徳島県）

療養病棟入院基本料 2（25 対 1）は平成 30 年度で廃止が決定されているが、本県でも現在 21 の医療機関が療養病棟基本料 2 を算定しており、先に公表された介護医療院への転換を図るにもケアマネージャー等の新たな介護職員が必要なこと、8 m²の規制等の施設基準問題等があり、いまだに対応を迷っている医療機関がある。それに拍車をかけるように他の病院団体の研修会では 25 対 1 は存続が決定している等の発言もあり、本県で昨年に行われた田村前厚労大臣との意見交換会での「廃止します」発言と食い違うことにより、さらに混乱を深めている。日医は早急に全国規模でのアンケート調査を行い、現状を把握した後、存続に向けて活動していただきたい。

日医 関係審議会で存続を求めているところであり、中医協でも 6 年間の経過措置を設けるよう要請している。

[報告：常任理事 萬 忠雄]

第 2 分科会

介護保険（介護報酬、地域包括ケア、基金（介護分）、在宅医療、認知症関連）

日本医師会の鈴木邦彦 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県の提出議題を「認知症関連」、「在宅医療・介護連携」、「介護医療院」の 3 テーマに分けて討議された。

「認知症関連」**各県からの提出議題**

各県における認知症初期集中支援チームの立ち上げ状況と認知症サポート医の養成並びに認知症に関わる地域医療連携体制について（鳥取県）

平成 30 年度までにすべての市町村で、認知症初期集中支援チーム（以下、「支援チーム」）を立ち上げ、新オレンジプランに謳われた認知症をもつ人にやさしい地域づくりが求められている。この課題と向き合うためには、医療機関の協力が重要で、とりわけ認知症に関わる地域医療連携並びに介護保険等の福祉サービスとの連携が重要である。各県における現況を伺う。

認知症の対応については、地域の認知症疾患医療センターを中心として、地域包括支援センターやサポート医の連携が重要となるが、各県では、サポート医の数は増えてきているものの、十分な連携を取って活動ができていないサポート医はまだ少なく、あまり機能していないとする意見も少なくなかった。以下、各県の回答である。

鳥取県 支援チームは、29 年度までに 9 市町が設置し、30 年度には全市町村が設置予定である。

島根県 県が設置する認知症対策検討委員会に医師会役員 2 名が参加し、それぞれの施策に対して積極的に意見を述べている。支援チームは、直営 12 市町村、委託 5 市町で設置され、準備中が 2 町である。認知症サポート医は現在 67 名で、今年度 11 名が新たに養成研修を受講予定である。

岡山県 平成 29 年 3 月末現在の県内サポート医は 126 名で、人数は順調に伸びている状況である。支援チームは、全 27 市町のうち 10 市町で

設置され、倉敷市では県内で唯一、最初から民間委託され、サポート医のいる医療機関がチームをつくっている。認知症カフェは県内 85 か所で取り組みがあり、5 万円を上限とした補助をしている市町村もある。倉敷市では平成 19 年に地域ケア会議が発足し、現在、認知症カフェが市内に 17 か所オープンしている。平成 27 年から、認知症に関する座学の受講と実際にグループホーム等で認知症の方とコミュニケーションをとる見学実習を受講した地域のボランティアや社会参加に意欲の高い高齢者を「認知症マイスター」に認定し、地域でリーダーシップがとれる住民の養成に取り組んでいる。現在、50 名を超え、29 年度から倉敷市全域での正式な事業とされている。さらに、住民からの相談窓口等にも対応してもらえるような「地域マネジャー」の養成も、老人クラブ・町内会・民生委員等と一緒に取り組んでいる。

広島県 7 月時点で支援チームは全 23 市町のうち 17 市町、25 チームが立ち上っており、県内のサポート医は 259 名である。サポート医のフォローアップは、県指定の認知症疾患医療センターを中心に繰り返し研修をしてもっている。県内には、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの機能を合併した「合併型センター」が 1 か所設けられ、医療と介護のワンストップサービスの提供、支援チームと認知症地域支援推進員の配置等により、連携したサービスを提供する事業が行われている。

山口県 支援チームは、全 19 市町のうち 12 市町・13 チームで設置され、2 市町が平成 30 年 4 月までに設置予定である。実際の活動状況は思ったほどでなく、問合せは毎月 1 件程度で、なかなか情報が入ってこない状況である。サポート医は 84 名で、近年増えてきている。全市町に最低 1 名以上のサポート医はいるが、医師の少ない町での支援チームの立ち上げは難しい。

香川県 全 17 市町のうち 14 市町で支援チームが立ち上がっている。サポート医は 42 名で、サポート医養成研修への推薦を増やして、増員を

図っているところである。

精神科等を標榜して専門医が常勤すること、認知症の診療・鑑別診断ができることなどを要件として、県独自による「認知症専門医療機関」（平成 29 年 1 月現在、81 施設）を公表している。

愛媛県 支援チームは、全 20 市町のうち 18 市町で設置され、残り 2 市も 30 年度に設置予定である。サポート医は 77 名で、全市町にサポート医がいることになった。サポート医養成研修は、大都市部で開催されるため、行政等に依頼して、再来年に本県で開催できるように調整いただいているところである。

高知県 支援チームは 24 チーム、サポート医は 63 名で、サポート医がいない市町もあり、支援チームの立ち上げに苦慮している。また、支援チームの活動としては、認知症患者への対応困難事例が多く、本来の目的である早期診断・早期対応にはなかなか結びついていない状況にある。土佐長岡郡医師会では、支援チームとの連携や認知症の初期対応について、認知症ケアパスに参加・協力できる医療機関を登録する郡市医師会主導によるモデル事業が実施されている。

徳島県 支援チームは全 24 市町村のうち 12 市町村で設置されており、サポート医は 40 名で、今年度 10 名養成される予定である。認知症ケアパスが 4 市町で作成済みで、30 年度までにはさらに 17 市町村が作成予定である。

道路交通法改正後の状況（島根県）

今回の道路交通法改正は警察庁主導で行われたもので、判断について医学的根拠にも問題を残し、事後に予想される生活への影響などが十分配慮されずに施行された。

- ① 認知症診断書の作成において、かかりつけ医の混乱はあるか。また、保険病名が認知症となれば即免許証停止となりうるが、どう考えるべきか。
- ② 認知症診断書の作成件数は予想より相当少ないが、その理由は自主返還と再受検により判定が

覆ったものが多く、本県では予想の 3 割以下であるが、各県の状況はどうか。

- ③ 免許返納後、交通弱者となり、特に山間地・僻地では本人や家族を含めて、買い物・受診等に不便が生じている。従来にも増して交通弱者に対する支援が必要であり、地域包括ケアシステム構築の中で検討する必要があると思われる。代替交通手段のみならず、生活・医療福祉を含めた衛星機能を持つ場の配置、コロニーの形成など実際的な構想、好事例などあればご教示願いたい。

鳥取県（渡辺副会長／日医の診断書作成の手引き作業メンバー） 今般の改正道路交通法の施行に際しては、日本老年精神医学会からも懸念する声明が出される一方、現実的課題として、改正法が施行される状況の中で、かかりつけ医と患者との信頼関係を維持しながら、混乱なく診断並びに患者への支援・指導がなされることが重要であり、日医から『かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』が法施行前の 3 月 1 日に発行された。また、少し遅れて 3 月 14 日には、専門医向けに『認知症高齢者の自動車運転に関する専門医のための Q & A 集』が 5 学会（日本神経学会、日本神経治療学会、日本認知症学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会）共同で発表されている。

① 診断書作成についての混乱又は問い合わせの事例はない。また、保険病名に認知症がついているケースについては、かかりつけ医に診断書が求められた場合、認知症ではないと診断することは、倫理的に問題がある。この場合、認知機能の障害が日常生活に支障がないレベルのケースについては、セカンドオピニオンに準じる形で他の医療機関を紹介し、当該医療機関においても HDS-R、MMSE 等の施行結果を総合して、MCI と診断される場合は、その旨、当該医療機関で診断書を発行してもらうことも可能である。

② 診断書作成の件数は少ない。要因としては、第 1 分類とされた者のうち、再受検して第 2 分類になるケースも少なくない。さらに免許センターの担当者の説明により、免許証を自主返納する

ケースも多い。改正法施行後の 7 月 26 日現在、公安委員会による免許証取消しのケースはまだないとのことであった。

③ご指摘のように、公共の交通機関が少ない中山間地では、生活のため、また、農作業等のために毎日、車の運転をしている高齢者にとって、運転を禁止されることは生活上深刻な影響を受けるケースが少なくないと推察される。これらのケースに対しては、市町村、地域の団体、ボランティア活動等と連携して、生活の障害に対する支援を考えることが重要で、かかりつけ医の新たな役割とも言える。市町村の地域包括ケアに関連した施策の中で、積極的にかかりつけ医の立場で車の運転に依らない外出支援策を患者と一緒に考え、行政へ提言していくことも重要と考える。

岡山県 ①現時点で、かかりつけ医からの相談等については、県医師会、県警への相談事例は 2 件に留まっており、大きな混乱等は聞いていない。免許証の取消しは、あくまで公安委員会での行政判断となることであり、かかりつけ医としては求められた診断書について真摯に対応することが求められている。保険病名が認知症であれば、診断書も認知症の診断になると思われるが、公安委員会が免許取消しの判断を下す可能性が高いと察する。また、本人・家族と運転免許証の自主返納に向けての話し合いを行うことも、かかりつけ医の対応の一方策と考えられている。

②県警の発表では、法改正後の医師の受診者は、改正前の 12 倍に当たる年間約 1,200 人と推計されている。

③県内に住む 65 歳以上の方のうち、運転免許証を自主返納された方及び運転免許証の取消しとなった方に「おかやま愛カード」が申請により発行され、協賛店（約 1,900）や協賛車でこのカードを提示すると、商品の割引や主要路線バス・鉄道運賃（JR を除く）が半額、タクシー運賃（一部タクシー会社を除く）の 1 割引などの各種サービスが受けられる。

なお、本会においては、県長寿社会課、県警察、認知症疾患医療センター等の医療機関との定例協議会を設置し議論を重ねている。

広島県 ①認知症の診断による免許の自主返納が理想だが、本人が納得されない場合には、過去の悲惨な事故を思えば行政的な停止もある程度は致し方ないと理解できる。

②認知症診断の対象者が年間 3,000 人と予想されていたが、施行されて 7 月 31 日までの約 4 か月で 494 人と予想を 5 割も下回り、かかりつけ医や認知症の専門医不足といった問題は発生していない。

③山間地・僻地はもとより、都市部から少し離れると自家用車で生活が成り立っている高齢者が多く、免許返納は深刻な問題となっている。地域包括ケアシステムの構築は行政と医療者・介護サービス事業者、そして地域住民のコミュニティの連携が欠かせないが、この構築は地域の事情によって格差が大きく各地域で課題山積といった状況である。

山口県 ①診断書作成に当たっては、記載内容が煩雑なため、診断が難しいとの意見があった。また、認知症と診断され即免許証停止になると、特に山間地・僻地では本人、家族を含む買い物・受診等生活に不便が生じるため、見直しをしてほしい。

②通知が届いた時点で自主返納される方や再受検により判定が覆ったものもあり、診断書作成件数は予想より低いようである。

③運転免許を自主返納された方には、「運転卒業証」と「運転卒業サポート手帳」や「運転経歴証明書」を受けることができ、提示することで公共交通機関の割引等が受けられることができる。この制度は、協賛企業・団体が行っているために、タクシー以外に公共交通機関利用時の特典がほとんどないため、行政主体による認知症高齢者に対する抜本的な対策が必要である。

香川県 ①現在までのところ、認知症診断書作成に関する問題は聞いていない。道路交通法において、認知症は運転免許の取消し等の事由として規定されており、運転免許の付与や取消・停止は医師の診断を参考にしつつ、公安委員会の責任において行うものと考えている。

②新法施行後 3 か月で、診断書提出命令を受けた者は 11 人である。年間の同命令対象者の予想数は約 750 ～ 1,150 人であったので、当初予想数と乖離のある現状となっている。

③交通弱者への対応は地域にとって重要な課題である。各市町は、コミュニティバスやデマンドタクシーなどを運行しているが、住民のニーズを満たしていないものが多い。県内では、いくつかの社会福祉法人が地域のボランティアと協力して、買い物支援を行っているが、地域や回数が限定されているようである。

愛媛県 ①かかりつけ医レベルで混乱している等の話は、本会には特段上がっていない。保険病名が認知症（認知症と診断して薬剤投与中）の場合、診断書は認知症とならざるを得ない。薬剤添付文書でも運転を控えるようにとの記載があるため、致し方ない。

②制度開始当初、本会としては、自主返納と再受検の勧めを選択肢にすること、かかりつけ医から必要に応じて専門医療機関を紹介する通常の医療連携の流れに則ること、日医のマニュアルに沿って対応することを会員に周知した。自主返納と再受検で診断書作成までに至る例は予想より少ないと思われる。

③免許取消・返納によって移動の不便を余儀なくされる高齢者の生活の足の確保は、生活支援として地域包括ケアシステムの根幹であって行政の責務である。本会としても県担当課にその旨を申し入れしたが、県知事から各市町長に対して、高齢者の移動手段の確保のための環境整備への取組みを依頼する通知が出されている。

高知県 ①保険病名「認知症」として認知症治療薬を処方している場合は、患者家族に対して「運転は控えるように」指導することが保険適用として義務付けられているものの、実態として運転されている方がほとんどと思われる。問題は、MCI から中等度のような認知患者に対して、認知テストで第一分類となった場合に、診断書としては「認知症」と書かざるを得ないので自動的に取消しとなることである。この場合、再受検で

の対応や診断書を発行する医師が 6 か月の猶予を見て再診断とするなどの方策を考えるべきである。外出支援がない場合に、主治医が診断書発行を躊躇することは考えられる。

②診断書作成数は当初想定していたよりも少なく、「認知症診断書」による免許取消しは平成 29 年 7 月現在 1 件、自主返納は 11 件である。

③免許返納・取消し後の外出支援・生活支援については市町村により温度差があり、特に中山間地では、スーパーへの買い物、医療機関への受診、農作業への移動手段など生活に支障を来すため、デマンドタクシーや巡回バスの運行を余儀なくされている地区もあると聞く。今後の問題は、県及び市町村が、それぞれ独自の政策として稼働しているために、統一性がなく、財政支援も含めてきめ細かな政策が必要と感じている。一方で、免許システムとして生活圏域限定の免許や今後整備されるであろう自動運転も視野に入れて、法整備とともに検討されるべきである。

徳島県 ①診断書作成について大きな混乱はない。診療現場では、本人が認知症の場合、丁寧な説明をしても記憶していないことが多いため、必ず家族と一緒に来院するよう指導している。保険病名が認知症となることについて、従来は MCI の患者は病名の意味を説明し、本人の希望があれば抗認知症薬を処方していたが、今回の法改正を説明すると 7 ～ 8 割の方が経過観察を選択されている。また、軽度のアルツハイマー型認知症と診断し、抗認知症薬の使用をすすめても断固拒否する患者もいる。認知症の診断による即免許停止は問題が多い。

②法改正施行日以降 7 月末現在、診断書提出命令通知は 186 件で、75 才以上の高齢者で自主返納が進んでおり、また、自主返納者のうち診断書提出命令を受けた者が 57 件となっている。

③現在のところ対応策としては、バス運賃やタクシー料金の割引などがあるが十分ではない。

認知症と成年後見制度について（徳島県）

高齢独居認知症の増加、家族関係の変化及び行政（市区町村長）の申し立てにより、法定後見人

が介護サービス提供側（ケアマネジャー含む）との交渉に当たるようになった。しかし、サービスの変更や自己負担分未払いなどの交渉が必要となったにもかかわらず、後見人との連絡不能等、後見人業務が十分に果たせない場合は、家庭裁判所へ報告すべき事案と考えるが、その後の後見人との関係性や対応等も考え、なかなか家庭裁判所へ報告できないのが現状である。各県において成年後見人制度に関するトラブル等の事例があれば、その解決策も含めてご教示いただきたい。

島根県 成年後見制度に伴うトラブルについては、市町村でも把握されておらず、公にされていない。おそらく家庭裁判所では、認知されている。市町村の役割として中核機関の設置、地域ネットワークの整備、都道府県の役割として広域的視点で市町村の支援などの役割が期待されているが、今後の課題と考えられる。

岡山県 成年後見人制度に関しては、個人情報保護法との関係もあり、個別事案のトラブル等を把握することは困難であり、本会としても把握できていない。行政申し立てによる法定後見人には、弁護士等の専門職が選任されることが多いと思われる。本会は、岡山弁護士会と 28 年度に協議会の場を設け、人権擁護に関する協定を締結していることから、これらの場を活用することも一案と考えている。また、成年後見人制度に関しては、今後ますます利用が増えることが予測されていることから、トラブル等についても、むしろ積極的に弁護士会や家庭裁判所に連絡してほしい旨、岡山弁護士会から伺っている。

広島県 成年後見制度の利用に関する相談相手としては弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職となるが、急増する認知症患者に対応するため、一部の地域では制度を利用しようとする人に身近でアドバイスをしたり、市民感覚で活動できる人材「市民後見人」を養成している。また、地域包括支援センター・区役所などに相談窓口がある他、県内各地の社会福祉協議会により認知症や知的障害、精神障害により判断能力が不十分なために日

常生活を営むうえで不安のある県民が利用できる福祉サービス利用援助事業（日常生活自立支援事業）「かけはし」が実施されている。これらの事業を拡充・発展していくべきと考えている。

山口県 ケアマネジャー等の介護サービス提供側において、成年後見人との連絡不能などにより、被後見人のために必要な身上監護に関する交渉ができない状況にある場合は、家庭裁判所から成年後見人に対し指導を行うなど必要な措置を講じることになり、問題解決の一助となるものと考えられるので、家庭裁判所に一報いただくようお願いしている。

鳥取県 後見人、保佐人が適切に役割を果たしているかについては、疑問を抱かざるを得ないケースも稀ではないと思われる。地元の家庭裁判所の調査官の見解は次のとおりである。

「制度の適切な運営のため、後見人、保佐人の業務遂行に関して不適切なことがあれば、相談していただきたい。家庭裁判所は後見人、保佐人をただ選任するだけでなく、適切に業務が行われていることを慎重に聞き取り調査、情報収集をしている。後見人、保佐人の業務が不適切と判断される場合は、解任して、別の親族に変更することもある。さらに、親族内に後見人の候補者がなければ、弁護士、司法書士等に後見人の依頼をすることもある。また、業務遂行が不適切ではないかと疑義が生じた場合等に、後見人の親族以外に別な親族を監督人として付けるという方法をとることもあるが、この場合、後見人、保佐人への報酬とは別に監督人への報酬も発生する。介護保険事業者が、『その後の後見人との関係性や対応等も考え、なかなか家庭裁判所に報告できない現状』とあるが、家庭裁判所としては、利用者本人に不利益が生じることがないように、些細な情報でもお知らせいただきたい」。

香川県 後見人の選任は、家庭裁判所から調整があり、県社会福祉士会（パートナー）、県司法書士会（リーガルサポート）、県弁護士会などが選任作業を行っている。法人後見については、県

や市町社会福祉協議会が受任しているケースが多い。医療機関で起こっている問題では、医療費の支払い、治療等の同意、死亡後の対応などがある。

日医 認知症に関しては、平成 26 年度診療報酬改定の地域包括診療加算・診療料のかかりつけ医が診るべき 4 つの疾患の中の一つになり、今や専門医だけが診る疾患ではない。かかりつけ医機能研修制度の中においても、認知症を取り上げているので、ご理解をいただきたい。

現在、地域包括ケアシステムの構築が進められているが、認知症は地域の中で診ていく疾患になるため、認知症サポート医の役割も重要になってくる。養成数が既に 6,000 人となり、1 万人という新たな目標が設定されているが、数だけでなく実際の活動が重要である。当初は、資格を取っても役割がないといった声も聞いたが、認知症初期集中支援チームの医師の要件にもなったところである。サポート医制度については、厚労省でも今後のフォローアップや活用方法などが検討されている。

認知症高齢者の運転免許の関係は、昨年暮れまでは混乱している部分もあったが、日医としても手引きを作成して、一つの役割を果たしたと思っている。その後、免許証を返納した方への社会的な地位が問題となり、警察庁には「高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議」が設置され議論されている。さらに、3 つの分科会がつけられ、①「認知機能と安全運転の関係に関する調査研究」分科会では、初期の認知症の方の認知機能に応じた対策の在り方について検討され、②「視野と安全運転の関係に関する調査研究」分科会では、視野障害と交通事故との関係、高齢者の視野検査のデータ収集などがされ、③「高齢者の特性等に応じたきめ細かな対策の強化に向けた運転免許制度の在り方等に関する調査研究」分科会では、認知症以外にも加齢によって伴う身体機能低下への対応について、実車試験や限定付き免許などを含めて検討されている。

成年後見制度については、昨年、成年後見制度利用促進法が成立し、内閣府に「成年後見制度利用促進委員会」が設置された。本年 3 月に、成年

後見制度基本計画が策定され、閣議決定されている。そのポイントは 3 つあり、①利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、②権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、③不正防止の徹底と利用しやすさとの調和、とされ、このうち①の中で、診断書の見直しの検討が打ち出されたということで、本年 8 月に最高裁で開かれたヒアリングにも出席して意見を述べた。日医としては、家庭的・社会的状況に関する情報は重要な資料となるため、これらの情報を入手できるような仕組みが構築されること、診断に至った背景などについても記入しやすいように工夫されることが望ましいこと、診断書の作成を行う医師等の意見を十分に尊重して進めていただきたいことを要望した。これに対して、最高裁からは、引き続き日医と相談して進めていくとの回答をいただいている。その他、認知症の方の意思決定支援については、厚労省の老健事業においても調査研究が行われており、私も参加して検討されているところである。

日医への要望・提言

認知症サポート医の今後の展望（愛媛県）

改正道路交通法により、一部の高齢者で、専門医による臨時適性検査、あるいはかかりつけ医による診断書の提出が必要になった。本県では、そうした場合の初診と必要に応じて専門医療機関へ繋いでいただく役割を、認知症サポート医で協力に同意いただいた 39 名に担っていただいている。しかし、認知症サポート医の中でも、各々で認知症対策に対する考え方に温度差があり、厚労省の示す、かかりつけ医・サポート医が参画した地域における認知症高齢者支援体制を実現できれば理想的と思われるが、各々の先生方のボランティアに頼る部分が多い。認知症サポート医に対する日医の今後の展望を伺いたい。

日医 目標として、サポート医を 1 万人にすることが先立ってしまうが、大分県のように県独自にサポート医の組織をつくり、フォローアップ研修などの活動をされているのが一つのモデルになる。厚労省において、新オレンジプランは介護保

険とは別枠で進められていたが、今回の介護保険法改正によって、介護保険の中に入った。よって、既存の枠組の中で活用していくということになるので、フォローアップ研修についても厚労省で検討中である。認知症対策については、「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」の研修等にも組み込まれているので、サポート医の先生方にはさらにレベルアップを図っていただきたい。

認知症高齢者の運転免許取消し後の外出及び生活支援について（高知県）

認知症と診断された 75 歳以上の高齢者は免許取消しとなるが、過疎地においては、病院への通院やスーパーへの買い物、農作業への外出等において、生活権を脅かされる事態となっている。交通の安全を考えれば、強制的な運転免許取消しは必要であるが、MCI などの早期の認知症患者にとってはまだまだ運転能力があると考えられるため、当人や家族にとっては不満が出てくる。このことは主治医と患者の信頼関係も損なわれる。また主治医にとって、診断書の発行はその患者が外出を阻まれることが想定されるため発行を躊躇する。

このようなことは全国どこでも起こっていると考えられ、免許取消しや自主返納された高齢者の外出支援について、各都道府県、市町村において、具体的な方策を警察庁及び国交省、厚労省から予算措置されるように働きかけてもらいたい。

市町村による独自の対策も散見されるが、きめ細かな施策となっていない。また、都道府県の縦割り行政がこの施策を阻んでいる実態がある。これは医師会の問題ではなく、行政マターの事案である。現在の高齢化社会では認知症だけではなく、運動器障害や脳血管疾患にて外出ができない人も多数存在する。併せて対策を働きかけていただきたい。

過疎地域への支援について（徳島県）

過疎地域では、介護度の高い要介護者が多く、施設介護の需要が多いにもかかわらず、地域密着型特養は単価が低く、過疎地域で開設し単独で運

営することが困難である。過疎地域では高齢者は地元での看取りを希望するが、一人暮らしが多く介護度が高いと在宅での介護は困難である。住みなれた地域で施設介護を充実すれば若者の働く場が確保でき、過疎地域での人口増加も見込まれる。地域密着型特養の単価を上げ、施設基準を緩和し、使われなくなった学校などの施設を利用すれば運営も可能となるので、日医から政府に働きかけていただきたい。

日医 警察庁では、ガイドラインや有識者会議をはじめ分科会を 3 つ作って、対応を急いでおり、これがまとまってくると、初期の認知症の方の対応、実車試験や限定免許等も可能になるのではないかと考えている。

地域包括ケアシステムは、基本は医療機関の連携であるが、拡大していくと、全世代へ広まっていくものである。医師会だけではなく、地域のいろいろな機関や団体と連携し、資源を活用して、まちづくりに取り組む必要がある。かかりつけ医の先生方には、ぜひ地域や社会に目を向けることがわれわれにも求められていることをご理解いただきたい。

「在宅医療・介護連携」

各県からの提出議題

地域包括ケアシステムにおける多職種連携及び医療・介護情報ネットワークについて（山口県）

地域包括ケアシステムの構築、特に在宅医療・介護の連携に当たり 8 つの事業が国から提示され、地域の実情に合わせた組織づくりが進んでいる。そこで、①「多職種連携」の中で基幹病院の医師や病棟看護師との連携がうまくいっているか、②それらの連携に必要なネットワークシステムの活用状況について、各県の状況と医師会としての対応について伺います。

①基幹病院の医師や看護師との連携については、病院の方針や地域の医師や医師会、介護関係者との日常的な関わりの有無によって大きく異なるため、回答は難しいようであった。また、各県では、行政や医師会が在宅医療に関する研修等を

通じて、連携体制の構築に取り組んでいるが、特に急性期の病院の医師の参加は少ない状況であった。

②島根県「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）」、岡山県「晴れやかネット」、広島県「ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）」、香川県「かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）」など、多くの県で病院と診療所間の医療情報ネットワークが県内全域で展開されている。在宅医療・介護情報のネットワーク化については、医療専用のシステムに多職種がアクセスすることへのセキュリティの課題、アクセスできる情報や職種制限等の必要性が指摘された。また、介護側からは積極的な姿勢が見られるが、医療側にはそれほど必要があるのかといった否定的な意見もあり、医師の活用があまり期待できないため、県医師会（県単位）での新たな仕掛けを用意するのではなく、地域で自由に取り組んでもらう方針という回答もあった。そうした中で、広島県では、HM ネットのグループウェアの一つとして在宅医療と介護に関わる多職種スタッフの連携を支援する「在宅医療 / 介護支援システム」を構築し、27 年度から運用が開始されている。利用状況は、まだそれほど多くないが、地域のニーズを取り入れながら各地区で運用されているシステムを連結するような形で多職種連携システムを拡充することが検討されている。

「在宅医療・介護連携支援センター」の設置状況と郡市区医師会への委託について（香川県）

在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」において、相談の受付、退院の際の医療関係者と介護関係者の連携調整や患者・利用者又は家族の要望を踏まえた医療機関や介護事業所の紹介などの業務を行うことになっている（「在宅医療・介護連携支援センター」の設置）。

このセンターは、市町村や地域包括支援センター以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等へ委託することが考えられるとされ推奨されている。各県の状況をご教示いただきたい。

在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況について（高知県）

平成 27 年度の介護保険法改正により 30 年度末までにすべての市町村で取組みを開始すべきとされる在宅医療・介護連携推進事業であるが、地域の実情によりこれまでの進捗状況や郡市医師会の関わり方は多様である。地域性に大きく影響される事業であるが、各県の取組みと進捗状況や、取組みが遅れている地域への県や県医師会レベルの支援策などがあれば併せてご説明いただきたい。

「在宅医療・介護連携推進事業」については、市町村が実施主体で、県全体として統一的なシステムをつくることはではないため、県医師会としての取組みはなかなか難しいといった意見が多かった。郡市医師会の取組みが期待されている在宅医療介護連携に関する相談窓口については、内容はそれぞれ異なるが、5 割以上の市町村で設置されている状況であった。しかし、医師会への委託はそれほど多くなく、専従職員の配置が困難、市町村の課題意識に差がある、行政と医師会の区域が異なるために難しいなどの課題が挙げられた。山口県においては、9 月時点で全 19 市町のうち 7 市町に設置され、うち 4 郡市医師会が委託されている。

日医への提言

地域包括ケアシステム構築を推進するためにはメリハリのある介護報酬の設定を要望する
(島根県)

老人保健施設は平成 24 年度の改定で、在宅復帰を目指す在宅療養支援施設と位置付けられた。それに伴い、従来型の施設に加え、在宅復帰強化型（要件として、在宅復帰率 50% 超、ベッド回転率 10% 以上、重度者・要介護 4, 5 の割合 35% 以上、重度者要件は喀痰吸引又は経管栄養実施者 10% 以上など）と在宅復帰・在宅療養支援機能型（加算型）とに分かれた。当然、地域包括ケア、在宅療養を支援するためには、強化型、加算型への移行が地域に必要とされる。このような機能を維持するためには、国の定める人員配置

では本来の目的を達成することは困難であり、基準を大幅に上回る配置を行っている。例えば、入所は看護・介護は 3 : 1（当施設では、定員 60 人に対し 20 人だが、実際は 34 人を配置、デイケアでは定員 35 人に対し 5 人だが 13 人を配置、リハビリスタッフは定員 100 人に対し 1 人という人員だが、実際は 5 人）医師は 1 名のところ 2 名を配置、その他、ケアマネージャー 3 名、管理栄養士、事務職など多職種の加配を行って、在宅復帰強化型として機能しているが、人件費率の上昇に伴い経営は苦しくなっている。このような現場の努力が反映されるような次期介護報酬改定を要望する。

日医 ご指摘のとおりである。地域包括ケアシステムを構築するためには、行政と医師会が車の両輪になる必要がある。行政には、地域包括支援センターと地域ケア会議があるが、医師会（かかりつけ医）には、在宅医療連携拠点（在宅医療介護連携支援センター）、多職種連携のまとめ役にぜひなっていたきたい。このことについては、郡市医師会に頑張っていたかなくては進まないため、県医師会も強力に支援していただいで進めていただきたい。

また、在宅医療の推進に関しては、有床診療所や中小病院にもその機能を持ってもらう必要があり、こうした既存の資源を活用していくことも重要である。それを担うかかりつけ医は、日医かかりつけ医機能研修制度を活用していただきたい。

これまでの医療システムは高度急性期の大病院を中心として、かかりつけ医を底辺とする垂直連携が中心であったが、今後はかかりつけ医が中心となって訪問看護師や介護分野などの水平連携が中心になり、それが地域包括ケアシステムに他ならない。大きな転換期になるので、郡市医師会も大変だと思うが、チャンスと捉えてこうしたシステムを構築していただきたい。日医としても、それに相応する報酬上の評価はしてもらおうようにしていきたい。

入所者入院中の介護報酬について（山口県）

グループホームは居宅という概念から、入院翌

日から入所者の介護報酬は算定できない。もともと 1 単位 9 名の入所者施設では 1 名入院すると大変であるが、同時に 2 名入院することもあり職員給与も捻出できない事態となる。入院を理由とした強制退去はできない、契約による入院中の自費請求はできないとされており、制度と介護報酬との板挟みで困惑する問題である。入院中の介護報酬は施設によってさまざまであるが、小規模事業所は介護報酬の改定による減額、人件費上昇などへの上乘せ負担となり経営的に大変厳しいといわれる。また、グループホームでは職員が入院者支援すれば定額算定での入院時支援特別加算などが設定されているが、人員配置上、一人の職員が施設を抜けて病院に出かけている間は人員欠如を来すことになり、査定されるため現実的ではなく、改善を望む。

日医 これは歴史的経緯もあって、こうした扱いになったものもある。指摘された内容については、担当課とも話してみる。

「介護医療院」

各県からの提出議題

介護医療院の理念と役割について（岡山県）

現時点において、介護医療院の理念と役割及び付随する施設機能が不明瞭である。新たに誕生する介護医療院が担う役割を国民に明示し、医療機関も役割を踏まえて選択を行うことが重要と考えるがいかか。誰もが人生の最期まで誇りをもって暮らし、尊厳の保障が担保されることが最低限のハードルであることは、疑いの余地がない。

日医への要望・提言

平成 30 年度から新設される介護医療院における施設基準、介護報酬が、現在の介護療養病棟における内容が維持されるよう、厚労省へ引き続き強く働きかけていただきたい。（鳥取県）

「介護医療院」という新たな施設体系が設けられ、介護療養病棟の移行に 6 年間の経過措置が設けられ、ゆとりをもって将来計画に着手できる点は評価しているが、今後の施設基準、介護報酬についても、従来の院内の病棟における医師、看

護師の配置に準じて運営が可能となる等の対応をお願いする。さらに小規模施設において、1 病棟が医療療養病床（看護 20 対 1）並びに介護療養病床と併存する形で運営されている医療機関もあり、同様の配慮が求められる。

介護医療院の介護報酬について（岡山県）

「介護医療院」の（Ⅰ）の主な利用者像は、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等の療養機能強型 A・B 相当であり、人員配置基準も現行の介護療養病床と同等である。また、面積基準は、現行の 6.4 m²/床から 8.0 m²/床と広がっている。単純に考えると、介護医療院（Ⅰ）の介護報酬は、現行の介護療養機能強化型 A・B の介護報酬 + α が妥当と考えており、日医としても是非ご要望いただきたい。

日医 厚労省の検討部会や介護給付費分科会では、新設される医療介護院は、あくまでも太陽政策で、魅力的な選択肢をつくれるかどうかが重要であることを繰り返し訴えている。納得して、希望する先生方が移行していただくもので、追い込んで移らせる方法を取るべきではないとしている。

また、この介護医療院はもともと介護療養病床の廃止に対応するためにつくられたものであるため、来年度から 3 年間を計画期間とする第 7 期介護保険事業計画の期間は少なくとも介護療養病床からを優先するべきだと主張しているところである。しかし、法律上では新設される施設類型であるため、特定の病床のみを優先することはできないという法的解釈がある。結局は、8 月 10 日通知のとおり、第 7 期介護保険事業計画で市町村が枠を作れば新設を認めるということになった。しかし、どのくらいの転換が起きるか分からないために、第 7 期ではほとんど様子見かと思われる。療養病床からの転換は総量規制からの枠外になるということで、規制がない。よって、実際にどのくらい介護療養病床、あるいは医療療養病床から転換されるか予想が難しい。

介護療養からの転換は介護保険のままであるが、医療療養からの転換は保険料に跳ね上がるた

め、おそらく新設の枠はあまりつくらないと思われる。また、どのくらいの医療機関が転換するかについては、今年度末の報酬を見てからという意見が多い調査結果になっており、報酬に関しても、魅力のあるものにしていく必要がある。少なくとも、現状の報酬相当としたうえで、一定度の要件緩和をしていくべきではないかと思っている。

いずれにしても、できるだけ現状から大きな改修等しなくても転換できるようにしていきたい。

[報告：常任理事 弘山 直滋]

第 3 分科会

地域医療（感染症、救急災害（遺体検案含む）、勤務医、環境、看護師対策、生涯教育、医療安全、医療廃棄物、産業医、スポーツ医、母子保健等）

日本医師会の釜范 敏、温泉川梅代 各常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言について討議した。

各県からの提出議題

1. 准看護学校について（島根県）

准看護師は医療機関、とくに開業医にとっては大変貴重な人材であるが、最近の傾向として、厚生労働省の統計によると准看護学校養成所と入学者は減少しており、ここ 20 年間で約 3 分の 1 になっている。また、神奈川県などでは平成 25 年 4 月を最後に准看護師養成のための入学者募集を停止し、以降はその枠を正看護師養成へ移行することを発表した。一方では、より高度の看護技術獲得のための看護大学は増加していて、看護師養成が准看護師や養成校から大学などにシフトする傾向が顕著になっている。その他、数々の原因により今後、准看護学校を継続するのは困難なことが予想され、現在のところ当県では具体的な対策はとられていないが、ある学校では高校にパンフレットの配付などを行っているところもある。

各県の准看護学校の入学希望者の減少があるか、また、減少があるようであれば、なにか対策をされているかどうかお聞きして参考にしたい。

山口県では、毎年の看護学校基本調査によると、過去 3 年間の応募者推移はほぼ横ばいである。各校の努力により定員の倍以上の応募者である学校が多く、定員を満たしている状況にあるが、休学・退学、留年等による生徒数の減少が問題となっている。

対策としては、学校訪問や学校説明会の実施・参加、HP や地元のテレビ・ラジオ局に協力いただいたの広報活動を行っているところが多い。また、各校でオープンキャンパスを定期的に開催し、各学校のよいところをアピールしている。オープンキャンパスについては、県医師会としても、今年度の新規事業として上限額を設けての助成を行っている。学校を運営していない医師会にもご理解いただき、「オール山口」体制で問題解決を図ることにしている。

他県では、県内でも地域差があるが、定員を満たすところもあれば、減少に苦慮するところもあった。減少傾向の県は、学校訪問や広報活動、オープンキャンパスで対応されている。オープンキャンパスの開催においては、社会人経験者が参加しやすいように、開催日に日曜日を含める等の工夫をしている県医師会もある。高知県では、対策を講じているにもかかわらず志願者減少に歯止めがかからないため、唯一の県医師会立養成所を 2 年後に閉校されるそうである。

2. 看護教員養成講習会について（山口県）

当県では県立大学にて標記講習会が開催されるが、過去は平成 24 年度、25 年度、28 年度に開催され、今年度は開催されない。その理由は事前の受講希望調査で定員（30 名）を満たさないためである。開催された年も、受講する場合は、他の職員が職務をカバーすることで何とか対処している状況があるが、もともと教員数の少ない小規模の医師会立看護学校ではそれも難しいようである。定期的に開催されれば事前に代替教員確保等の計画が立てられ、各校とも受講者を派遣

しやすくなると思われるため、現在、県に対し標記講習会の定期開催をお願いし、大学と交渉を行っているところである。

また、標記講習会は約 8 か月という長期間に亘って開催されるため、この点も受講者や学校の負担が大きいものとなっている。そこで、研修カリキュラムにおいて、e ラーニングの一部導入を要望しているが、「対面教育が基本」という大学側の方針により、現時点では実現が難しい状況である。

各県の看護教員養成講習会の開催状況と、e ラーニングの導入状況、導入されていない場合は今後の展望等について伺う。

広島県では、県立大学に委託して毎年開催されている。定員は 33 人で、内訳は県内の受講者が約 1/3、県外からの受講者が約 2/3 である。受講料は、県内の受講者を低めに設定しているが、その差額は広島県行政が実質負担することになっている。e ラーニングは平成 25 年度から導入されている。

その他の県においては、看護専任教員養成講習会は開催されておらず、必要な場合は、近県で開催される講習会に参加しておられる。通信制の大学で受講されるところもある。

釜范日医常任理事 准看護師養成については、国の方針として、継続することと准看護師を含めて看護職員の必要数を確保することを明確にしている。准看護師の養成が今後なくなるのではないかと不安は払拭しなければならないが、まだ、このことの周知徹底が十分ではない面がある。

社会人をターゲットにして入学生を獲得することが是非必要と感じる。准看護師の魅力が一般にまだ広まっていないのではないかと。2 年で看護



職の資格が取得できる仕組みであること（定時制は 3 年）、そして資格取得後はほぼ 100%就職先を確保することができ、収入も見込めるということもあり、准看護師養成については今後も幅広くやっていかなければならない。一方、学校としては、学生の確保、医師会からの経費負担、専任教員の確保、実習場所がないことなどの問題があり、これらの点に対しても日医としてしっかり取り組んでいきたい。

現在の中学卒業で准看護師課程に入学できる点については、日医会内で検討しているが、これを高校卒業に変更していくのが現実的な対応だと考える。現在、入学生の 5%弱が中学卒業（中卒が 1～2%、それ以外は高校中退）である。

単位制については、介護福祉士との共通の単位ということも検討されているが、准看護師を目指している人は、介護福祉士を目指すわけではないので、単位制のメリットに関する議論が必要である。カリキュラム検討会は今後開かれることになっている。

専任教員養成講習会については、開催されているところとされていないところがある。eラーニングについては、厚労省も取り組んでよいとの見解であるので、運営主体と話し合いを進めてもらいたい。養成講習会が近くで行われる体制をとってもらうように、行政や運営主体に働きかけてほしい。

〔報告：常任理事 沖中 芳彦〕

3. 「切れ目のない子育て支援体制」について

（鳥取県）

「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（平成 26 年 12 月 27 日閣議決定）を受け、現状さまざまな機関が個々に行っている妊娠期から子育て期にわたる支援について、ワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター）を立ち上げ、保健師、ソーシャルワーカー等を配置してきめ細やかな支援を行うことにより、地域における子育て世帯の「安心感」を醸成し、切れ目のない支援を実施、おおむね平成 32 年度末までに全国展開を目指すこととされている。これを受け、当県でも、産前産後を含めた母子保健に係る支援体制として、市町村

では「子育て世代包括支援センター」の設置が進み、妊娠期からさまざまな相談や助言指導する支援体制を整えつつある。各自治体は現在でも妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援として、妊娠期の各種教室、出産後の産後ケア事業、子育て支援、発達相談、乳児健診事業などを行っているが、その歩みはまだ過渡期であり、また、その内容は居住市町村により支援内容に差が大きいのが実情である。

鳥取県健康対策協議会（鳥取大学医学部、県行政、県医師会）の母子保健対策専門委員会において、県内どこに住んでいても一定水準以上の支援が受けられるよう、鳥取県版ネウボラ[※]の「切れ目のない子育て支援体制」の構築について検討したいと考えている。

- ①現在又は今後の予定となっている各県の「切れ目のない子育て支援体制」において、参考となる取組み（事業）についてご教示いただきたい。
- ②県医師会として、どのようにかかわっているか。
- ③今後の課題や問題点等あればご教示いただきたい。

※ ネウボラ：フィンランドで、妊娠期～出産～就学前までの間、母子と家族を支援する目的で、地方自治体が設置・運営する拠点のこと、いわゆる出産・子育て支援制度。

山口県

①子育て世代包括支援センターは 9 市に設置済で、平成 31 年度末までに全市町設置を目標としている。あわせて、産前産後の相談支援体制として「産後ケア事業」や「産前・産後サポート事業」、「産婦健康診査事業」を実施している市もある。当県では、「やまぐち子育て連盟」を中心として県民運動の推進、結婚・出産・子育て等の地域連携教育の充実に取り組んでいるが、支援事業の一つに「多子世帯応援保育料等軽減事業」があり、3 人以上の子どものいるすべての世帯について、第 3 子以降の保育料を軽減する事業などが行われている。

②当会は「やまぐち子育て連盟」の構成団体として参画しているものの具体的にはかかわっていないが、当会から周産期医療対策の推進を毎年、県に要望している。

③子育て世代包括支援センターの設置促進・機能強化が必要と考えており、相談支援や産後ケア事業等の実施など母子への支援の充実を図る必要があると考えている。また、妊娠期から就学期までのワンストップ支援も重要であり、さまざまな相談に対応し、地域子育て支援拠点や市町子ども家庭総合支援拠点との連携も図りながら、子育て家庭への切れ目のない支援を実施する必要があると考えており、当会としてもこれに協力する体制をとりたい。

高知県では、子育て支援は妊娠中からの良好な関係が必要という考えで、法定妊婦健診に子宮頸管長測定や膣分泌細菌検査を加えて早産防止対策を行った結果、全国最下位レベルだった新生児・周産期死亡率が、現在は向上している。また、県や医師会、産婦人科医会で協議して、出生後の子育て支援（地域子育て支援センター、乳児家庭全戸訪問、放課後児童クラブ、こども食堂など）を行っている。児童虐待を防ぐことも協議している。

そのほか、岡山県では、最近、子育て支援の統一的な検討会を県行政と医師会、小児科医会、産婦人科医会により形成して協議した。産科医が5年前からハイリスク妊産婦の表を作り、それを保健所や小児科の医療機関に貼ったり、気になる母子の抱える問題などに取り組んでいる。また、児童虐待の対応を充実させることにしている。

温泉川日医常任理事 各自治体の子育て支援策は、保健所のような活動をされているところもあれば、支援センター的な活動をされているところもあり、ばらばらであるので、子育て支援センター設置のためのガイドラインが作成されることになり、アドバイザーとして参画していた。子育て支援世代包括支援センターは、妊娠期～周産期～5歳児くらいまでを対象としているが、それでは足りないということで、日医として「生育基本法」を議員立法への取組みをしている。その後、学童

期～思春期も対象にしたいと思う。また、母子保健委員会では、新しい子育て支援の在り方について答申することになっているが、リスクある子どもたちをどうするかがこれまでの議論だったが、全般的にどう支援するかを検討しているところである。

4. 全産婦人科医に母体保護法指定医師資格取得を求める動きについて（岡山県）

最近の母体保護法違反事例を受け、日医に「母体保護法等に関する検討委員会」が立ち上げられたと聞く。6月に日医はすべての産婦人科医が指定医師登録するように求めたとのニュースが流れた。母体保護法指定医師の指定は各県医師会が行っており、そのほとんどは日医、日本産婦人科医会に所属している。一方、45歳以下の若手勤務医のほとんどが医師会に所属していない。医師会と産婦人科医会に所属していない産婦人科医に母体保護法指定医師になることを勧めることは困難だと感じている。各県ではどのようにこの問題に対処されているか。当県では本年、13施設を研修病院に指定したが、母体保護法指定医師が一人の施設には所属医師に申請をお願いし、複数医師が確保されるまで指定を留保するなど増員に努めている。

山口県 産婦人科医が担う重要な分野の一つが生命科学や生命倫理の領域の医学・医療である。産婦人科医が優生思想、生命倫理、リプロダクティブヘルス／ライツを内包している母体保護法に精通していることはとても重要なことであり、産婦人科医の全員が母体保護法指定医の資格を有していることは理想的である。しかし、全産婦人科医に指定医の資格を強制取得させることには、まだ議論が必要である。指定医の資格取得率をアップするためには、若手医師に資格を取得しようとする意識を高めることと取得要件をクリアしやすい環境の整備が必要である。当県では、組織強化に向けた取組みとして役員改選時に県医師会役員が郡市医会訪問を行い、勤務医等の医師会入会促進を行っている。また、一昨年は、医師会未加入者のある病院及び県医師会までは入会していても日

医加入率の低い病院の合計 35 病院を重点的に県医師会役員が病院訪問行い、加入促進に取り組んだ。産婦人科医会の入会については、山口大学産婦人科学教室が入局医師に対して、産科婦人科学会に入会と同時に産婦人科医会にも入会するよう勧誘し、学会と医会が連携を取っている。

高知県では、産婦人科医師数が全国で 2 番目に少なく、年間出生は 5,000 人を 14 施設で対応している。医会会員のほとんどは指定医となっている。母体保護法指定医師の指定基準には、母体保護法の趣旨と適正な運用、医療安全・救急処置の 3 カリキュラムが入った研修の受講が義務付けられていることから、日医の考えに賛成である。また、県医師会が指定を行っている限り、医師会や医会への入会促進と会員増強にもつながると思う。

また、その他の県では、母体保護法指定医師申請料を、会員と非会員で大きな差をつけて設定しているところもあるが、すべての産婦人科医を指定医にすることは困難との意見が多い。

釜范日医常任理事 日医が産婦人科医全員に、指定医をとってほしいとの意見を表明したことはない。指定医でない医師が人工妊娠中絶手術をしたことが事故につながった事例があったので、そのところをきちんとすべきということを、日医から発したい。指定を受けない方も多いが、中絶手術を行うに当たり、しっかりと研修を積んでいくことは当然である。連携施設については、医師の臨床実習あるいは研修についても同様であるが、指導医がどう責任を担うかについては、非常に重い問題であり、安易に連携施設をお願いするというのも、日医として申し上げることはできない。あくまで連携施設を担おうというように考えてもらい、手上げしてもらおうことだが、危険もある一方で、指定医を増やさないと安全に対応できないこともあるので、そのあたりをご理解賜りたい。

5. 勤務医環境（複数主治医制、医師事務作業補助者）について（広島県）

当会では、精神的な負担軽減を図るために複数主治医制の推進と医師事務作業補助者の増員について活動を行っている。前者については、日本医療機能評価機構が行う病院機能評価解説集に「チームの医師全員が主治医である状態は責任の所在が明確だとは言えない」などの記載があり、現在は活動を休止している。後者については、勉強会などを開催し、医師事務作業補助者の作業内容や導入することによる利点などについて学ぶ活動を行っている。逆に言えば、その程度しか行っていない。各県での勤務医環境の改善に向けての活動を伺う。

山口県 当会では勤務医環境（複数主治医制、医師事務作業補助者）について、県内の病院に問い合わせたところ、複数主治医制については、一部の医療機関で採用されている。勤務医部会のメーリングリストに登録されている 42 の医局に問い合わせたところ、24 の医局から回答があり、13 の医局では採用されていないが、11 の医局では診療科によって複数主治医制を採用している。勤務医の負担軽減には有効と思われるので、推進していきたいと考えている。

医師事務作業補助者については、医師の過重労働の軽減に有用であることから、平成 25 年度に、「業務分担による医師の過重労働の軽減～ドクターズクラークの活用について～」というテーマで勤務医部会主催のシンポジウムを開催し、県内各施設の現状を把握するとともに先進施設の取組みを学んだ。26 年度には、県内で活躍する医師事務作業補助者の代表者で組織する医師事務作業補助者連絡協議会を設置し、研修会やシンポジウムの開催などの支援を続けている。

愛媛県では、複数主治医制については、主治医と担当医の区別は必要であるが、基本的にすべての科で取組みは行われているようである。当直明けの業務免除、夜間深夜手術明けの休暇など過重労働に対する対応が必要であるとの考えである。医師事務作業補助者については、基幹病院では進

んでいるが、病床のある機関で医師事務作業補助体制加算を算定しているのはわずかであり、中小病院や有床診療所では遅れているようである。

そのほかの県でも、複数主治医制や医師事務作業補助体制について、推奨する立場であるが、各医療機関の方針に任せて、県医師会は積極的には関与していないところが多いようである。

釜范日医常任理事 複数主治医制に取り組むと同時に、患者がまだこの制度を十分にご理解いただけてなく、また、患者やご家族の思いもある中、そこを整理しながら対応しないといけないと思う。

6. 勤務医の環境について（香川県）

開業医・勤務医ともに、医師自ら、慢性病・脳梗塞・がん等を罹患した場合、十分な休業保障（補償）がなく、地域のかかりつけ医としての機能を失い、従業員を失業させるおそれがある。また、親子継承・婚活・妊活・育児支援等、いかに働く若い医師を、男女問わず休職させずに継続就業してもらうかが近年の課題である。

ワークシェア、ワークライフバランス、夜間・休日体制について、各県医師会の取組みをご教示いただきたい。

山口県 当会では病院訪問懇談会や地域の医局長等との情報交換会により、地域の実情把握に努めている。その際、勤務医の負担軽減には医師事務作業補助者の活用が有用であることを説明し、積極的な活用を勧めることもある。

医師の子育てと仕事の両立に関しては、2009年設置の保育サポーターバンクにて、県内のどの地域で働いても支援が受けられる体制をとっている。夜間・休日の診療体制、地域の救急問題など、地域が抱える諸課題等については、個別に協議を行っているが、一次救急に関しては積極的に地域の医師会が関与しているところもある。しかし、若手の医師不足により、二次救急体制が厳しい地域もある。

山口県行政を事務局として医療勤務環境改善支援センターが設置され、勤務環境改善に取り組む

医療機関への支援として相談や研修会の開催等の支援を行っているが、今のところ、院内保育所の設置に力点が置かれている。

鳥取県では、医師会内に「医療勤務環境改善支援センター」を設置していて、そこで病院・診療所の院長を対象としたトップマネジメント研修会を行っている。医療勤務改善事業に取り組んでいる病院が3件あり、院内アンケート調査を実施することで、課題や改善計画を把握している。なお、病院のトップ（経営者）と勤務医との利害の対立をどのようにしているかの問いに対しては、件の3病院は半公的なものであり、実際の問題点はあがってこないようである。そのため医師会が病院に出向いて全職員にアンケート調査をして取り組んでいるようである。

当会と同様に愛媛県医師会も病院懇談会を行って意見収集をしている。

保育サポーター事業については、広島県医師会では、医師協同組合が来年度から保育士を斡旋するシステムを作ることになっている。

婚活支援においては、高知県医師会では基幹病院の院長にお願いして、出会いの場としての懇親会に半強制的に研修医に出席してもらって、40人くらいが集まったようである。中には結婚されたケースもある。高知県では3年に1回、開催することになっている。

7. 中国四国ブロックにおける勤務医特別委員会の立ち上げに関して（愛媛県）

日本医師会勤務医委員会は、勤務医の視点から日医の組織改革への提言を行う組織であるべきで、医療に係る問題について勤務医の視点から検証し、日医の組織強化のために活動を活性化させる必要がある。勤務医の医師会への参加を求めるには、フレームワークによって勤務医の意見が医師会会務に生かされるように活動する必要がある。医師会組織強化検討委員会やワーキンググループにおいて、さまざまな提案を具体的に実行していくことが重要である。

平成 28 年 5 月 20 日に開催された平成 28 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の日

医勤務医委員会答申では、日医勤務医委員会において、各ブロック医師会に勤務医特別委員会を立ち上げ、各ブロックで集約された意見を日医に上げていくという枠組み（フレームワーク）をつくる方向で議論を進めている。また、日医内にブロック代表者会議を創設するとしている。短期的には、モデルとなるブロックを 3～4 か所設定し、日医勤務医委員会が支援する。中期的にはすべてのブロックでのフレームワークの構築を目指す。また、日医内にブロック代表による会議を創設する。その構成は、ブロック及び勤務医の多い都市圏から委員を選出する（8 ブロック＋首都圏・中京圏・関西圏・北九州圏）。また、勤務医に関わる問題で活躍する医師・女性医師を選出する。小委員会とワーキンググループを設置し、活動を補助する。

中国四国医師会ブロック内に勤務医特別委員会を立ち上げていくべきかどうか協議したい。

山口県 地域の医師会がそれぞれの地域の実情に応じ、勤務医が医師会活動に参加しやすいような具体的な取組みを行い、組織強化を図ることは重要であると考えている。これまで、各都道府県医師会の実情において、勤務医の意見を医師会活動に反映させる仕組みづくりが検討されてきたが、都道府県医師会では解決困難な課題もあり、また、その標準的な取組みはないことから、各ブロックで組織を立ち上げ、意見を集約していくことは有効と考える。現在、勤務医に関する会議としては、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会と全国医師会勤務医部会連絡協議会があるが、ともに時間的な制約などから十分な協議をする場となりえていないことから、勤務医に関する課題についての情報の共有や、さらに議論を深めるために時間的に余裕をもって検討する新たな場が必要と考える。忙しい勤務医が集まることは時間的・空間的に難しい面があるので、メーリングリストなどを使い、課題について意見を出し合うような方法が望ましいと考える。また、勤務医の意見を吸い上げる手段として、県医師会の理事に勤務医を積極的に入れていくことも重要と考える。

全体的には反対の意見はなかった。勤務医と開

業医の立場の違いもあり、具体性がまだみえないため、検討の余地があるというご意見もある。香川県では、賛成ではあるが、勤務医は異動が多いので、中国四国ブロックに縛らずに全国的なもので話をすすめるほうがよいというご意見であった。

釜萯日医常任理事 日医はなるべく多くの勤務医に会員に入会してもらいたいところである。「医師会は自分たちと無関係」とっておられる勤務医が少なくないが、勤務医の方々のご意見をいただく仕組みやフレームワークを考えた上で、その意見を日医にしっかり集約するためにも、ブロック単位だと比較的顔の見える関係が構築しやすいのではないかと思うので、ぜひ設置のご検討をお願いしたい。他のブロックでも同様である。

8. JMAT に関して（高知県）

当県には正式な養成研修を受けた JMAT が登録されていない。そこで、JMAT の養成を検討しているが、養成研修や更新研修（何年毎）、研修を受けたスタッフの登録管理、都道府県と JMAT との協定締結のための要綱など日医で標準化されたものが見当たらない。各県ではどのようにされているか、また DMAT のように日本全体で標準化の必要性はないのかを教えていただきたい。

各県の状況を検討して、必要なら日医にも標準化された JMAT 養成研修、更新研修カリキュラムや要綱、協定書の統一を要望したい。

山口県 「JMAT やまぐち」は、日本医師会災害医療チーム（JMAT）の山口県版で、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする「災害医療チーム」である。JMAT やまぐちのチーム編成がより迅速・円滑に行われるよう、また、チーム員が災害医療の知識・活動内容、指揮命令系統等を把握し、他職種との連携を図っておくため、原則、都市医師会又は病院単位で事前にチーム（メンバー）を登録することとしている。事前登録に当たっては、養成研修の受講者といった条件を付していないが、万が一の事態に遭遇しても落ち着

いて適切な活動ができるよう、年に 1 回、研修会を開催している。

現在、日医では、都道府県医師会の役職員を対象に、JMAT に関する研修会を検討中と聞いており、当会としては、それらにも積極的に参加したいと考えている。

岡山県では、DMAT 隊員や消防隊に講師を務めてもらう研修会を開催している。他の隊員との連携をとることが必要であるため、このような研修会は重要である。また、医師が安全に避難所での医療に取り組める環境整備を行う統括 JMAT やコーディネーターの養成が急務と考える。災害現場では、他県の JMAT との連携を容易にするために、用語の統一や活動マニュアルがあればよい。

全体的な回答をみると、カリキュラムやマニュアル、手引きなどがあればやりやすいが、その反面、要件を厳しくすると各地域により、機能しづらい面もあるのではないかとこのものであった。県医師会で独自に研修会を行っていないところもある。

JMAT として出勤する際、開業医では、勤務医のようにスケジュールが組みづらいという面もある。その点については、香川県では県との協定を結び直し、JMAT と県救護班との 2 つのたすきをかけることを了承していただくことになり、開業医チームも今後参加する可能性があるようである。岡山県では東日本大震災では 63 チームが出動したが、そのうちの 40 チームが開業医であったとのこと。開業医では、手上げ方式にして自身の医院の運営については、それぞれに任せている。

釜 菴 日 医 常 任 理 事 JMAT に関する都道府県と医師会の協定が必要になるが、日本医師会 JMAT 要領というものを作っており、これで協定をしてもらう必要事項を示している（日医 HP）。すでにそれぞれの県において、行政と協定を結んでいるところもあれば、ないところもあり、全部統一というわけではない。今後 JMAT を整備するに当たり、協定のひな形に盛り込んでもらいたい項目は、JMAT 要領に示している。一方、JMAT の

活動基本マニュアルが必要ではないかという指摘は、日医の会内委員会で検討中である。開業医のスケジュールと JMAT の参加については、開業医の休診日、代診医の見通しができた日などから、手上げして参加してもらっている。開業医は自身の医院もあるが、できるところはしっかりと役割を担いたいという方が非常に多かった。

9. 転院搬送における救急車依頼に関する状況および転院搬送依頼書の活用状況（徳島県）

近年、高齢者の増加とともに救急搬送件数が増加している。救急車搬送件数の増加は真に重症な患者への対応が遅れ、救命率が低下する可能性が危惧され、救急車の適正利用が図られている。救急車の適正利用に向けた取組みの一環として医療機関から医療機関への傷病者搬送、「転院搬送」の適正化が検討された。転院搬送は全救急搬送件数の約一割を占めており、その適正化の影響は大きく、消防庁は厚生労働省と連携し転院搬送における救急車の適正利用にかかわるガイドラインを作成し、それを参考に地域 MC 協議会の場において医師会や病院、消防など関係機関が協議し転院搬送のルール化に取り組むことを要望している。

転院搬送は緊急性のある場合にのみ利用し、緊急性のない場合は病院救急車などの代替手段を講じてほしいこと、転院搬送を依頼するときには転院搬送依頼書を提出すること、転院先を決定しておくこと、転院搬送は病院の管理下での搬送であり、医師あるいは看護師が同乗することを原則とし、同乗できないときはその理由を患者及び家族に説明し了承を得ることを求めており、そのことを転院搬送依頼書に記すことが提案されている。

当県では全県的に転院搬送依頼書を作成・使用することを検討しているが、各医師会では転院搬送をどのように実施されているのか、代替策を講じているのか、また、転院搬送依頼書の使用、様式等に関してどのように考えられているのか。

山口県 当県の救急出動件数及び救急搬送人員は、全国と同様、年々増加しており、平成 28 年は、いずれも過去最高を記録している。事故種別出動件数は、救急搬送が 60.2% と最も多く、以下、

一般負傷 15.0%、転院搬送 12.4%の順となっており、救急件数の減少は喫緊の課題となっている。下関市では、救急件数の減少及び救急出動の円滑化を目的に、平成 29 年 3 月、地域メディカルコントロール協議会及び下関市医師会、下関市保健部、下関市消防局が連携し、転院搬送における救急要請に係る統一的な運用方法を定めた「転院搬送における救急要請について」を策定し、6 月から運用を開始している。具体的には、①転院搬送依頼元医療機関の医師の判断により、②当該医療機関において治療が困難であり、③緊急に他の専門病院等に搬送する必要がある、④他に適当な搬送手段がない場合、の 4 つの要件すべてに該当する場合に「転院搬送引継書」により救急隊への引継が行われることになっている。転院搬送依頼元医療機関は、「転院搬送引継書」に①患者情報や、②搬送先医療機関や医師の名前も書くようになっているので、今まで以上に搬送時間の短縮が図られるものと期待されている。

ガイドラインでは、救急業務として転院搬送を行う場合、地域の実情を踏まえ、地域メディカルコントロール協議会等の枠組みを活用した関係者間のルールづくりが望ましいとされており、当会としては、地域での取組みを支援することとしている。

なお、県に確認したところ、現在、他の地域での同様の取組みは行われていないとのことであった。

鳥取県では「鳥取県救急搬送高度化推進協議会」があり、メンバーは医師、消防隊、看護師、介護職員、利用者代表、行政で協議を行っており、転院搬送における救急車の適正利用にかかる転院搬送要請マニュアルが今年 4 月から運用されている。このマニュアルには、転院搬送の要件やフローチャートが掲載されている。医師や看護師が救急車に同乗できない場合は、引継書を救急隊に渡して指示している。

岡山県では、転院搬送の率は、地域により差があるが、全国 8.3% に対して、10.7% と若干高めとなっている。医師と消防隊で信頼関係ができて

釜菴日医常任理事 直近では昨年 3 月に日医と総務省、消防庁の三者でかなり議論をし、3 月に総務省と厚労省の連名で通知が出ている。その中で、担当医師において搬送が必要と判断することを重視することになった。その診療に当たった医師が、救急車で搬送が必要で、他の代替手段がないと判断して決めるということを尊重してもらうことは合意ができています。一方、実際の運用に当たっては、各都道府県、二次医療圏ごとのメディカルコントロール協議会の役割が重要である。そこで消防と顔の見える関係の中で、医師の立場をはっきりと理解してもらうべきである。救急車の出動要請は増えていて、対応は困難になっている現実もあるので、それぞれの医師がしっかり判断することに尽きる。

〔報告：常任理事 加藤 智栄〕

日医への提言

1. 今後の准看護師養成への新たな方策について（鳥取県）

現在、当県では准看護師養成校 3 校中 2 校が閉鎖を考えている。また、他県においても、養成校の存続はかなり厳しいようである。准看護師養成に関しては、日医としても継続の意思が固いと聞いている。昨年度の分科会でも日医へ提言したが、准看護師資格を国家資格にする方策を考えるなり、あるいは地域包括ケアシステムの中で准看護師に中心的な役割を与えるなり、日医の考えをお聞かせ願いたい。

釜菴日医常任理事 立ち位置という点では、一つの視点として、准看護師の資格を国家資格にしたかどうかというご意見がある。これについては、2 年の履修課程で取得できる国家資格がないわけではないが、今、この准看護師の養成の仕組みを変えると、かえって存続が危ぶまれる事態になることを危惧している。看護師養成は 4 年間必要だという事を強く主張しているところもあるので、看護職の一端を担う准看護師が、まず 2 年で資格が取れることは非常に大事で、これを死守しなければならないと思う。そのためには、国家資格にするという選択がうまく機能するかどうか

は、大いに議論が必要と感じる。魅力の話になれば、介護あるいは在宅医療の現場などで、准看護師がもっと積極的に働けるようにというご意見もある。その場合、例えば在宅看護論のような内容を准看護の養成課程に組み込むことも考えられ、今後のカリキュラム検討会で行われると思うが、今の准看護師の履修時間をこれ以上増やすことはできないため、どこか削ることになる。准看護師の魅力がないというご指摘もあるが、私の担当としての思いとしては、魅力をまだ十分にお伝えできていないと思う。2年で看護職の資格が取れて、年齢制限はなく、就職率は非常に良く、収入も見込めるということをきちんとお伝えしていくことがまずは大事である。そして、この職に就きたい社会人の中で、どのターゲットに情報をしっかり伝えるかを工夫する必要がある。

単位制にして単位の互換とか、もっと介護に特化したようなものにすべきではないか、介護福祉士やそれ以外の医療関係職種との単位の互換性を、という話もあるが、准看護師を目指す人の立場からすれば、准看護師の資格を早く取ることが一番の目標だと思う。そのあたりの互換性ができて、他の職種の人が准看の資格を取りやすくなり、それで准看護師の数が増えれば良いと思うが、全体の人口が少なくなる中で、看護師の需要が今後どうなるかもはっきり見据えないといけな。准看護師に対する立ち位置としては、現状ではそのような状況である。

2. 新専門医制度と今後の地域医療（島根県）

最近、厚労省は在宅医療を推進しているが、これを円滑に進めるには、後方病院が必要と県内外の先生方から聞いている。ところが地方の病院は医師不足が深刻で勤務医師も過労で勤務環境は悪い状態が続いている。総合専門医については現在検討されているが、1～2年は医療資源の乏しい地方の病院での研修を義務づけていただきたい。

釜范日医常任理事 まず、在宅医療を推進する上での後方病院に必要な医師をきちんと手当てすることは喫緊の課題である。これが、医師の地域あるいは診療科の偏在の解消と大きくかかわってき

て、これまで平成 20 年から、医師の医学部における養成の定員は、ずいぶん増やしてきたが、だからといって、足りないところに医師が行っていただいているかという、まだそういう状況にはない。診療科あるいは地域の偏在についての対策は、しっかりと担っていかなければならない。専門医の仕組みについては、大変紆余曲折を経たが、9月30日の時点では、総合診療科を含めて19の基本領域についてのプログラムを都道府県の協議会でみていただき、このプログラムの特に募集定員が、地域の医療を大きく変更することになってしまうのかどうかをご覧いただいている状況である。10月10日から一次募集が始まるが、総合診療科については、松原日医副会長が、僻地に準ずる地域の診療経験を特に重視し、その総合診療科のプログラムについては、医師不足地域における診療経験を加味できるような形で組んでほしいということで、そのような審査になっている。プログラムの一次審査の段階で、医師不足地域における勤務経験が十分積めないプログラムについては認めないという形で整理しており、それも効果が出ることを期待したいが、専門医の仕組みで医師の偏在を解消することは基本的に難しいものである。専門医は専門医として養成するが、医師の偏在に対する対応は、そのこととは別に考えないといけないと思う。

3. JMAT の研修について（岡山県）

東日本大震災から6年が経過するが、熊本地震、広島土砂災害等自然災害は後を絶たない。また、南海トラフ地震の発生までにはあまり時間がないのではないかとされている。当会では平成29年2月26日に、JMAT 研修会を開催し、当日参加などもあり63人の医師、看護師、ロジスティックス等が参加した。研修は、DMATの先生方を中心に計画し、「災害医学概論」、「透析医療災害対策」、「トリアージ」、「机上シミュレーション」、「JMATの概要」について、一日間の研修をし、参加者からも継続した研修の実施を希望する声が多かった。しかし、DMATの隊員も、訓練、研修など多忙であり、ましてや大災害等があれば参加できない状況もある。さらに、JMATの派

遣についても現地で有効な救援活動が行える体制の整備が必要となる。現地では、救援活動を行うチームが中心となるが、チームを支えるコーディネーターチーム、ロジスティックスのチームの役割も重要となる。派遣体制はかなりできあがっているが、受援体制の構築も急がなければならない。JMAT の派遣、受援に対してはさまざまな課題があり、その課題は DMAT と同じというわけではない。

そこで要望であるが、JMAT の研修について日医として標準化された研修シラバスを策定し、JMAT の言語を統一し、JMAT チーム同士の被災地での連携が容易になる体制を構築してほしい。

釜范日医常任理事 ご提案の通りであり、この形でのシラバスあるいは活動基本マニュアルは日医としてしっかり作っていかなければならないと思う。JMAT は開業医を含めてボランティア精神により、多くの医師が参加することが重要であるが、実際に有効に機能するためには、日頃の準備、JMAT の訓練の機会、実地研修が必要だと考える。そのような体制を今後とれるように、日医としても努力していく。

4. 日医かかりつけ医機能研修制度について

(山口県)

「日医かかりつけ医機能研修制度」では座学の応用研修(10単位)が義務付けられ、「かかりつけ医機能研修制度応用研修会」(6時間)は応用研修シラバスに基づいて開催することで、6時間6単位が取得できる。しかし、「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」(6時間30分)や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」(4時間)は応用研修の「関連する他の研修会」に位置付けられているため1時間1単位ではなく、研修会の全受講・修了をもって応用研修の1又は2単位が取得できる。

「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」は診療報酬上の算定要件となっているが、講義内容はかかりつけ医機能に関するもので重複している部分が多い。また、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も応用研修に

認知症があるほどかかりつけ医機能に密接に関係する内容であるため、両研修会の単位数が少ないようにも思われる。同一内容であれば、単位も同一になるようにする方が、制度の普及をより図りやすくなると考えられるので、再検討をお願いしたい。

さらに、平成 29 年 3 月 26 日の第 139 回日本医師会臨時時代議員会の答弁で、「かかりつけ医機能には医学的機能と社会的機能があり、『地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会』は、医学的機能を中心に各疾患のエビデンスに基づく最新の知見を学習できる内容に、『日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会』は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、社会的機能も含んだ内容となるよう調整している」とのことだが、会員にとって研修会名や内容が紛らわしいので、整理をお願いしたい。

釜范日医常任理事 ご指摘いただいた点はよくわかる。日医かかりつけ医機能研修制度の仕組みについては、かかりつけ医をしっかりと養成してこうという考えの中で枠組みを作った。とくに、地域におけるいろいろな社会活動(学校医や健診への参画等)を十分評価しようというのが基本的な考え方である。一方、地域包括診療加算あるいは地域包括診療料の算定のための研修会は、厚労省との厳しいやり取りの中で、診療報酬の算定要件として、これを必ず受講することがあり、むしろ、診療報酬上の要件にこれが出てきているため、日医のかかりつけ医機能研修制度との整合性というところについては十分手当てができていない。ご指摘いただいたことを受けて、よく考えてみたいと思うが、診療報酬上の制限については、例えば、それを DVD にしたものを受講すればよいことには、今はなっていない。それは厚労省との話し合いの中で、現在の研修会の制度の管理の在り方を厚労省は求めているので、そのあたりは今後交渉が必要と考えている。持ち帰って、しっかり検討したい。

5. 予防接種委託料金について(高知県)

予防接種は子どもの命を守る重要な方法であ

る。小児の定期接種に指定されている予防接種委託料金は 9 割を国から補てんされている。残りは各自治体の財政能力により自己負担あるいは自治体の負担となっており、平等ではない。総務省による人口統計値から各自治体の接種対象者数は把握されていることから、100% の接種率を見込んで全額（10 割）を交付金として支給すべきである。9 割とは接種率を 90% までに抑えないと財政負担となることを意味している。むしろ、欧米のように 100% 接種率をめざして自治体が積極的に接種勧奨をして、100% 達成できなければ交付金の一部返還もありうるという制度が望ましい。

釜菴日医常任理事 ご指摘の点は理解できるが、まず、今の予防接種、特に法定接種の仕組みについては、市町村の自治事務ということになっており、接種の主体は市町村である。それぞれの自治体の財政状況に応じて、地方交付税が出される仕組みであり、もともとは 2～3 割くらいしか出ていなかったが、平成 25 年から法定接種については 9 割に引き上げられた経緯がある。100% を目指すのに、ご提案いただいた仕組みも考えられるが、現状においては、地方交付税が交付される中で、自治事務として自治体がそれを行うので、それがすぐに変えられる状況ではないと思う。

6. 働き方改革における日医の取組みについて

(徳島県)

平成 29 年 3 月 28 日、安倍内閣総理大臣を議長とする働き方改革実現会議において、働き方実行計画が決定され、労働時間に罰則付き上限が設けられることになったが、医師への規制適用には 5 年間の猶予が設けられるそうである。医師には応召義務や主治医制もあり、一般の労働者と同じように労働時間の規制をかけるのは難しい面がある。また、地方の病院での医師不足も深刻な問題であるものの、医師自身の心身の健康管理も非常に重要である。医療現場では産業保健の適応が難しく、産業医自身も医師の立場であるため、勧告がしにくいという問題もある。医師の勤務時間管理について、また、医療現場への産業医の関わり

方や産業保健の適応について、日医が今後どのように取り組んでいくのかを伺う。

釜菴日医常任理事 この問題は日医が取り組むべき課題の中でも特に重要である。医師の過重労働で健康被害が発生する事態は、医師の団体として決して許してはならないことである。これをどう防ぐかについて全力を挙げて取り組まなければならない。一方、ご指摘のように、今の医療の提供を同じようにしながら勤務環境を改善していくことも、なかなか難しいところであり、国民の理解が得られなければ成し得ないと思う。社会保障審議会の医療部会でもそう発言してきている。産業医が医師の健康管理をすることも、同じ医師同士であるので、院長が産業医を兼ねる体制は原則としてなくなったが、産業医が医師の健康をどう守るかということも、大変難しいところである。これらについては、今後、会内の「医師の働き方に関する委員会」と厚労省の「今後の医師の働き方の検討会」があるので、そこで検討を重ねていくことになる。上限時間の問題、医師の勤務状況の現状をどう把握するかについて、今の時点で申し上げると、院内で例えば自己研鑽をしているところの判定が難しい。やはり院長あるいは管理者の指示・命令系統のもとにあるものは全部労働時間と数えないといけないので、そうなると院内での活動がどうなのかは難しいのであるが、その整理をしなければならないと思う。上限時間の設定については、できれば、医療の体制を大きく損なうことなく整理していきたいと、現時点では考えている。

[報告：沖中 芳彦]

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2 日目は、総会並びに特別講演 2 題が行われた。

総会

冒頭、徳島県医師会の齋藤会長より開会挨拶が行われ、続いて日本医師会の横倉会長より挨拶があった。

横倉日医会長 超高齢社会を迎えた日本におい

て、われわれの仕事である住民・県民の生命及び健康を守るためには、どのような医療提供体制を構築すれば、この高齢化社会の中での地域医療を守れるかということ、さまざまな取組みが行われている。その一つは地域医療構想であり、もう一つは地域包括ケアシステムになるかと思う。それと同時に、私どもの問題でもあるが、来年の 4 月から新しい専門医の仕組みが始まるということで、2018 年度は大きな変革をもたらす年になる。その変革をよりよい方向にすべく、医師会としてさまざまなご意見を申し上げたい。年末には来年の診療報酬・介護報酬の財源についての議論があり、12 月 20 日前後までいろいろと交渉するわけだが、現在、既に相当のところまで厚労省と話をしており、先週、さまざまな予算の説明があった。他省の予算は 10% シーリングということで相当厳しくなっているが、厚労省分はプラス 10% ということで予算編成しているとのことであった。その中で、われわれと直接関係がある診療報酬については、一つには 2015 年の「骨太の方針 2015」で高齢化による社会保障費の伸びを 1 兆 5 千億円にするという大きな枠の中での方針が決められたが、2016 年、2017 年の予算で、その枠の中のほぼ 1 兆円が使われており、残りの 5 千億円の枠の中に予算上はなんとか入れられており、その攻防がある。その中で、一つには保育所における待機児童の解消として 20 万人の保育施設を増やす計画を政府が出している。20 万人の保育所が増えるということは、年間約 500 億円の予算がかかるわけだが、この予算を次年度に出すかどうかのせめぎ合いが行われていた途中で解散になったが、ほぼ財源を増やすということであったので、なんとか診療報酬と介護報酬の改定の方は少しは良い方向になるかと思っている。この診療報酬だが、私が会長になってから、モノからヒトへの財源の移管を主張している。日本における医療費の中に占める薬剤費、また、医療材料費は欧米に比べるとかなり高く、薬剤費や医療材料費を減らして、その分を人件費にあたる技術料



に持っていかうということを主張している。

衆議院が解散になって選挙に向けていろいろな報道が伝えられているが、先週、自民党の二階幹事長に要望書を提出し、その際、これだけはやってほしいということを強く申し入れてきた。後程お話するが、その大部分を日医の政治団体である日本医師連盟常任執行委員会を開いて方針を固めているところであるので、ご理解のほど、よろしくお願ひしたい。

続いて本会の林 専務理事より平成 28 年度事業・会計報告を行い、全員の拍手により承認された。最後に次期開催当番県である島根県医師会の森本会長が挨拶され、総会は終了した。

[報告：常任理事 今村 孝子]

特別講演

I 日本医師会の医療政策

日本医師会長 横倉 義武

以下の項目で講演された。

1. 社会保障と経済成長
2. 健康寿命の延伸と日本健康会議
3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進
4. 平成 30 年度同時改定に向けて
5. 第 48 回衆議院議員総選挙を受けて

それぞれの内容をメモ的に簡単に紹介することで印象記としたい。

1. 社会保障と経済成長

この 7 年で、一般会計税収は伸び、一般会計歳出は横ばいに抑えられているが、税収は 1990 年当時に追いついておらず、国債に依存した状態である。このなかで医療費は高齢化とともに漸増している。しかし、平成 28 年度の医療費は 14 年

ぶりに前年比マイナスになった。これは、肝炎治療薬などの高額薬品の投与が一段落したためと思われる。

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る。持続可能な社会保障のためには財政主導ではなく、国民皆保険を堅持していくために医療者側から適切な提言をしていく必要がある。医療者側としては健康寿命の延伸、糖尿病患者や COPD 患者への早期あるいは適切な介入による透析患者の減少や在宅酸素療法患者の減少、コスト意識をもった診療ガイドラインの整備等による医療費抑制への努力をすることが重要である。

社会保障の充実によって国民の不安を解消するために財源を作り出すことも必要である。例えば、たばこ税を 1 本につき 3 円の値上げをする、働く人を増やして保険料を増額する、5 人以下の小規模事業者も社会保険に入れるようにするなどして財源を作り出すなどである。下関市は 25% が医療介護分野に従事しており、都会の 10% を上回っている。医療介護への投資は地方創生にも役立つ。

「医療は亡国」と言われることもあるが、医療がさまざまな分野で経済成長に役立ち、国民の安心にも繋がっている。某新聞が国民の不安をおおるような記事を掲載しているが、企業の利益剰余金（内部留保）に著しい増加が認められるなか、1% でも給与に反映させると保険料が増えるので社会保障費に役立つ。また、タンス預金も増える中、増やせる人と増やせない人を選別して再配分をしていくことも重要である。

医師会は学校医、産業医、かかりつけ医の役割を担っている。医師会は、子どもの貧困、所得・職業による貧困、生活習慣へのかかわりなどへの対応が出来、今後の街づくりにも貢献できる。

2. 健康寿命の延伸と日本健康会議

2025 年問題が言われているが、それよりも団塊ジュニアが後期高齢者になる 2060 年が一番大変である。将来女性の平均寿命は 90 歳を超え、男性は 83 歳を超える。元気な老人を作って医療費を減らす必要がある。健康寿命が延びれば定年を延ばすことで、税の増収、保険料の増収に繋が

る。医療・介護費用を減らすこともできる。若年世代らの予防・健康作りのための新産業が創出されて雇用拡大、経済成長をもたらし、財源が安定する。

日本健康会議には経済界、自治体、日本医師会、日本歯科医師会が入っており、「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を発表した。医師会として、糖尿病及び COPD を重点的に取り上げて、成果を示していく。

3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進

かかりつけ医とは「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている（「医療提供体制のあり方」2013 年 8 月 8 日 日本医師会・四病院団体協議会）。

経済学者は国民に強制的に持たせるよう言っているが、国民が自ら持てるようにかかりつけ医機能を強化することにより普及していくよう、日医が頑張る。

日医には「日医かかりつけ医機能研修制度」があり、疾患別の医師ではなく、かかりつけ医として幅広い能力を身につける研修を行っている。また、地域包括診療加算・地域包括診療料に係る「かかりつけ医研修会」も開催している。さらに、算定基準の緩和にも努めている。

4. 平成 30 年度同時改定に向けて

急に総選挙が入り込んだためにスケジュールが遅れる可能性がある。高額医薬品や医療材料の値下げをして財源の確保に繋げる。子ども・子育て支援の財源は、きちんと別の財源で確保すべきである。新薬の創出のために薬価に転嫁が行われているが、税制や補助金、官民ファンドなどの活用を考えていく必要がある。外国平均価格調整といった日本だから高くなるといった問題も議論していく必要がある。医療機関の費用に占める人件費の割合は、2000 年度は 50.2% であったが、2012 年度は 46.4% まで低下した。技術料に包括

されている医療用消耗品の上昇が人件費を圧迫している。また、医薬品費が 27.8% にまで占めるようになり、医療従事者の人件費への還元になっていない。医療従事者の給与は 2009 年を 100 とすると 97.5 に減っている。医療機関の従事者は 300 万人ほどだが、家族を含めると 1,000 万人にも上る。最近ではリハビリ関係者が増えている。医療への財源を投入すれば、医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化による地方創生の貢献に繋がる。

「日本国憲法 第 25 条

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2. 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

この憲法のもとに日医は適切な財源を求めていく。

5. 第 48 回衆議院議員総選挙を受けて

消費税増収分の使途について、子ども・子育てや教育に使おうとしているが、「医療をはじめとする社会保障の財源として引き続き充実すべき」と要望していく。また、日医は政権与党を応援していく。

【印象記：理事 山下 哲男】

II 神山プロジェクト

～創造的過疎から考える地方創生～

特定非営利活動法人グリーンバレー

理事長 大南 信也

神山町は徳島市中心部から車で 45 分ほどの山に囲まれた町である。人口は約 5,300 人、高齢化率はほぼ 5 割に達している。講師の大南氏は 1970 年代後半にシリコンバレーにあるスタンフォード大学へ留学した。当時、シリコンバレーは、まだ田舎町であった。しかし、一部の授業が周辺の IT 企業に有料配信されるなど、それが何かは分からないが、何か新しいことが起こりそうな空気が漂っていて、刺激的な毎日であった。

2 年間で過ごした米国から神山に戻り家業に専

心、結婚し子どももできた。平凡な毎日が続いた。

1990 年に久々に母校の神領小学校を PTA の会合で訪ねた時に廊下の端に飾られていた人形を見つけた。1927 年に米国から日本に贈られた友好親善人形（12,739 体）の内の一体であり、戦時中も神山町神領小学校で隠されていた。名前はアリス・ジョンストン。所持していたパスポートから出身がペンシルベニアのウィルキンズバーグということが分かった。もし、この人形を送ってくれた人が当時 10 歳くらいだったとすれば今は 70 代。ペンシルベニア市の市長に手紙を出し、人形を送ってくれた人を探してもらった。半年後に返事が来た。送り主は聾学校の教師で、すでに亡くなっていたが親戚が居ることが分かった。「日本の子供たちに人形を贈ってくれたお礼を兼ねて里帰りさせちゃろう」と、当時の PTA 会長らに声をかけて、1991 年 3 月、「アリス里帰り推進委員会」を立ち上げ、8 月にアリスの里帰りは実現した。小中学生を含め 30 人で渡米し、大歓迎を受ける。小さな成功体験をみんなで共有する。「あのときすごく気分が良かったな。わくわくしたな」という感覚をみんなで共有することが次の挑戦に繋がっていき、1992 年に「神山町国際交流協会」を立ち上げた。

当初は、めばしい成果は生まれなかった。そんななか徳島県のプロジェクトとして神山町に国際文化村が作られるという記事が新聞に載った。これから 10 年後、20 年後を考えれば、国や県が作るような施設であっても住民が主体となって管理、運営する時代になるだろう。そうだとすれば、お仕着せのものだとうまくいかないから、県に住民側のプランを提案しようとして国際文化村委員会を設置した。

議論を開始すると、会合に過去の失敗談から例にあげながらアイデアを破壊する人、“アイデアキラー” が現れる。アイデアキラーは、「この町では駄目なんだ、無理だ、できない」と言う。アイデアキラーが行政に現れると「前例がない」という言葉になる。

しかし、前例のないことであっても、はじめに誰かがそれを考えついでおり、それは逆に新しい時代の歯車を回すチャンスである。できない理由

より、できる方法を考え抜いて、とにかくやってみる (Just Do It!)。そのような前向きさがアイデアキラーを黙らせることになった。

1989 年、アドプト・ア・ハイウェイ・プログラムというものをアメリカで見つけた。道路標識に企業名 (スポンサー名) が掲示され、「これから 2 マイルの区間は、行政に代わって企業が散乱ごみの清掃をやっています」と書いてあった。

このような仕組みは将来、日本でも絶対に必要だと思い、神山町での導入を検討した。しかし道路法では、企業名入りの標識の設置は認められていなかった。1998 年 6 月に道路に企業名の入った看板を設置することで強行突破した。神山町発のアドプト・ロードが、今は全国で普及してきている。

1999 年から神山アーティスト・イン・レジデンスが開始された。本人 1 名、外国人 2 名のアーティストを招聘し作品をつくってもらう。

アートによるまちづくりには、二つの道がある。一つは、見学に訪れる観光客をターゲットにするもので、これには評価の定まった (有名な) 芸術家の作品を集める必要がある。さらに経常的に新しい作品を集めなければリピーターが増えない。維持管理費もかさみ、潤沢な資金がなければ時間とともにすたれていくことが多い。

神山が目指したのはもう一方の道で、アーティストを相手にする、つまり、欧米のアーティストたちから日本に制作に訪れるのであれば神山だと言われるような場所にしようというもの。

滞在満足度を上げ、神山町の持つ「場の価値」を高める。自費滞在を希望するアーティストに対して、宿泊・アトリエ等のサービスを有償提供する。ウェブサイト「イン神山」を立ち上げ情報発信し、ビジネス展開を模索した。

(<http://www.in-kamiyama.jp/>)

ところが、サイトが公開されると思わぬことが起きた。「神山でアート」の記事よりも「神山で暮らす」の記事が一番よく読まれていた。ここから、今まで I ターン者のほとんどいなかった神山町への移住需要が顕在化していった。

「イン神山」にはワーク・イン・レジデンスという仕組みを組み込んだ。これは、町の将来にとっ

て必要と考えられる働き手、起業家をピンポイントで逆指名しようというものである。例えば、この空き家は石窯で焼くパン屋さんだけに貸し出しする、この空き店舗はウェブデザイナーさんに、という具合である。

神山町のほぼ真ん中に上角商店街がある。1955 年当時、ここには 38 のお店が並んでいたが、ワーク・イン・レジデンスを始める前の 2008 年には郵便局を含めてわずか 6 店にまで減っていた。

ここを、こうして誘致した人たちでジグソーパズルのように埋めていく。このプロセスを繰り返すことによって、空き店舗を活用して住民が思い描くような商店街をつくることのできるのではないかと考え始めた。

2008 年、徳島市出身の坂東幸輔氏という建築家が訪ねてきた。東京芸大の建築科を卒業後、ハーバード大学デザインスクールを修了して、ニューヨークで活躍されていたが、「イン神山」を見て興味を持たれたようだった。2010 年 4 月から東京芸大の助手として帰国されるというメールが入ったので、長年懸案になっていた商店街の長屋の改修工事を一緒に進めることにした。

この改修工事には坂東氏のニューヨーク時代の建築家仲間であり、2010 年 6 月に帰国した須磨一清氏も加わってくれることになった。その一方で、須磨氏は慶応大学の同期生である寺田親弘氏が社長を務める Sansan 本社のインテリアの仕事を受けていた。

寺田氏は前職である三井物産社員時代にシリコンバレーでの勤務経験があったが、須磨さんから神山で空き店舗の改修状況、さらに神山では各戸に光ファイバーが引かれており、ネットの速度がものすごく早いということを知らされた。

その結果、働き方に革新を起こすという Sansan の掲げるミッションを実現する場所だと確信し、サテライトオフィスを神山につくることをほぼ即断された。

2013 年にはメタデータ (番組詳細情報) の先進企業プラットイーズが一層強固な体制を確立するため、サテライトオフィス「神山センター」 (通称：えんがわオフィス) を開設した。東日本に災

害が再び起きたときにも、データのバックアップのみならず業務そのもののバックアップができる、屋内は最新設備、外観は築 80 年の古民家を再生したオフィスである。

2012 年 12 月には厚生労働省所管の 6 か月間の求職者支援訓練を行う神山塾が作られ、現在までに 9 期 165 名の修了者がいる。給与を貰いながら神山町に滞在して働いたり学んだりできるというプログラムであり、地域活性化コーディネーターの育成、地域農業振興アドバイザーの育成等の多くのプログラムがある。独身女性、20 代後半から 30 代前半、東京周辺出身者、クリエイター系の人も多く、40%の人が移住、20 名がサテライトオフィス企業に就職、12 組のカップルも誕生した。

人が集まるとサービス業が必要となる。ビストロ、ピザ屋、総菜屋、オーダー靴屋、かばん屋などがワーク・イン・レジデンスとして開業し、その中で地産地食 (Farm Local, Eat Local.) を目指したフード・ハブ・プロジェクトが始まった。そして新たな人の流れ、地域内経済循環がはじまった。

人が移り住んでくる、還ってくる、留まることを選択するためには地域に「可能性が感じられる状況」が不可欠である。可能性が感じられる状況とは、人がいる、いい住居がある、よい学校と教育がある、いきいきと働ける、富や資源が流出していない、安全性がある、関係が豊かで開かれて

いることであり、必要な施策として、すまいづくり、ひとづくり、しごとづくり、循環の仕組みづくり、安全な暮らしづくり、関係づくり、見える化が重要となる。そのために一般社団法人「神山つなぐ公社」が実施プロジェクトとして、子育て世代を軸にした集合住宅、教育コーディネーター、保小中高連携の地域教育、孫の手プロジェクト(高校魅力化)、進化型ワーク・イン・レジデンス、フード・ハブ・プロジェクト、役場から始める地域内経済循環、町の発表会、新たなメディアづくり等の事業を行っている。

人形の送り主に会えたときには「どうして人形を送ってくれたのですか？」と質問しようと思っていた。亡くなっていたため直接聞くことはできなかったが「友好のため」とか、もしかしたらほんの思いつきで送ってくれたのかもしれないが、その送られてきた人形がこのような大きな結果を生んだ。どんな小さなことと思っても、後世に大きな影響を及ぼすこともある。

皆さんにも「すきな」場所があると思う。それに「て」を加えることによって「すてきな」場所に変えることができる。皆さん頑張ってください。

[印象記：理事 中村 洋]

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山 福 株 式 会 社
TEL 083-922-2551

平成 29 年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会

と き 平成 29 年 8 月 12 日 (土) 13:30 ~ 15:30

ところ 徳島県医師会館 4F 研修室 BC

担 当 徳島県医師会

[報告 : 常任理事 藤本 俊文]

挨拶

徳島県医師会 齋藤会長 本県では学校医の認定制度を作っており、積極的に取り組んでいる。また、心電図検診や AED の使用例等に関わる個人情報の問題や食物アレルギーの問題等について県教育委員会と協議しているところで、前向きな方向で解決できるのではないかと考えている。本日は各県の先生方のご意見を伺って、これからの学校保健活動に活かしていきたい。

日本医師会 道永常任理事 教育基本法第 1 条で、「教育は人格の完成を目指し、平和で民主的な国家及び社会の形成者として必要な資質を備えた心身ともに健康な国民の育成を期して行わなければならない」と定めており、教育の目的が教育によって培われる能力だけでなく、心身の健康も兼ね備えた人材の育成であるといえる。

今般、日本学校保健会の会長でもある日医の横倉会長が、中央教育審議会の総会及び学校保健を取り扱う初等中等教育分科会の委員に就任し、本年 3 月より参画している。日医では子どもの健康を守るためには、学校、三師会、専門医会、学校保健会、教育委員会が連携する仕組みが大切だと繰り返し訴えている。この連携の仕組み構築や、昨年度ご協力いただいた学校医アンケート調査をもとに、子どもの健康のための学校医活動を円滑に進められるよう中央教育審議会の場で意見を申し上げているところである。

また、3 月に「働き方改革実行計画」が閣議決定され、各分野での働き方の見直しが進められている。教育の分野でも今期の中央教育審議会で文

部科学大臣から教員の働き方改革について諮問が出ている。子どもの教育がきちんと行われるためには、それを担う教職員が健康であることが大前提であり、教員の健康管理における産業医や健康管理医の活用の重要性についても中央教育審議会で積極的に発言していく。

議事

1) 各県からの提出議題

(1) 保育所等における運動器検診について

(鳥取県)

鳥取県 運動器検診については、一昨年、文部科学省、厚生労働省から「保育所等における児童の健康診断について」という通知が出されており、学校の運動器検診と同様に保育所等においても周知・運用をすることが求められていて、1 ~ 2 歳児の在籍している保育所等の運動器検診については、その効果や実施方法等が整形外科専門医からも問題視されているところである。実際、各県ではどのように対処されているか伺いたい。

愛媛県 特にマニュアルは作っていないが、問診票から、あるいは保育士が何か気づくことがあった場合は、園医に相談して判断いただいている。小学生のような運動器検診は難しいのではないかなと思う。

高知県 学校健診と異なり、保育園では先天的疾患を重点的に診た方がよいと思う。

鳥取県 本県の小児科医会では、保育所等の運

動器検診実施について検討し、これは発達障害のチェックにもなるとの意見もあった。つまり、運動器検診において複数人が同時に手を挙げる、しゃがむ等の動作をするときに、模倣ができないといった運動の仕方の差がチェックの一つになるのではないかと考えているとのことである。

また、手足の動き等に関しては、日頃から学校現場で体育の授業中等、教職員の目できちんと見ておいてほしいと強調している。定期健康診断は年 1 回しかないのも、もし教職員がそれまでに異常を見つければ、学校医と相談の上、早めに専門医に紹介することにしている。

(2) 成長曲線の事後処置については、どのような対応をされているか (島根県)

(3) 健康診断における成長曲線の活用について (山口県)

島根県 昨年から成長曲線が健康診断に加わり、本会としては昨年 3 月に研修会を実施し、郡市医師会ごとに研修会を行うところも多い。成長曲線については、学校医の裁量が大きいと思うが、ソフトの判定については、みなさん非常に困っておられる。

出雲医師会では、成長曲線検討委員会を作って、専門医受診とするかについて検討した。委員は大学小児科の内分泌腺専門医、医師会の小児科医、内科医を含む構成となっている。今年度は学校からあがった要所見者について、スキャンした成長曲線を検討委員会で判定していただいた。中学生の成長曲線の判定のポイントは出雲医師会の HP に掲載している。他県ではどのようにされているか伺いたい。

山口県 成長曲線の活用においては、同じ生徒数の規模であっても、学校医によって精密検査者数にかなりの差が出ることもあり、この差を平準化するため、本会では今年 12 月の学校医研修会で成長曲線をテーマとして取り上げるが、各県において判断にばらつきがあって困ることはないかと思ひ、議題を提出した。

香川県 本県では昨年末に検証を行ったが、成長

曲線は小学校 95%、中学校 83%、高校 34% で活用していた。日医で行われた講演では、PC で簡単に評価できるという話であったが、現実にはそう簡単ではない。学校に該当するソフトが入っているか、入っていてもバージョンが違う場合や違うソフトが入っている場合、あるいは手書きのところもあり、一律に評価ができない。

問題点としては、共通の健康管理プログラムソフトが全地域に広がっておらず、ソフトのバージョンが異なっていること等から評価にムラがある、定期健康診断の実施日までに成長曲線を作成して学校医に情報提供することが容易ではない、解析評価で検出率が非常に高くなってしまふことなどがある。また、小学校、中学校、高校の校種によって、同じ成長曲線でも精密検査が必要となる要因が異なる。

日医 このたびの健康診断に係る改正においては、運動器検診の問題が全面に出たが、実際には成長曲線の方が大変だということが分かった。ソフトが学校によって違うことはよくないので、文部科学省から教育委員会へ言っていただくようにする。

出雲医師会が作成している成長曲線の資料が分かりやすく、こういったものを広める必要があると思う。小児内分泌の専門医が少ないので、学会にお願いして、学校医あるいは養護教諭のための簡単な Q&A やマニュアルの作成をお願いできればと思う。

(4) 食物アレルギーを有する生徒の給食について (岡山県)

岡山県 学校給食でアレルギーのある子どもに対しては、除去食で対応することが決まっているが、各県の学校現場における課題についてお尋ねしたい。

食物アレルギーの対応マニュアルについて、市町村レベルではどのようにになっているか、また、県内の除去負荷試験が可能な施設の数、アナフィラキシーショックへの危機管理対応マニュアルの作成の有無、ヒヤリハットなどの報告例の活用についても伺いたい。

愛媛県 本県では県医師会と小児科医会の共催で、食物アレルギーシンポジウムを県内各地で開催しており、今年で 12 回目となる。そのシンポジウムの中心人物である愛媛大学の楠目和代 准教授によると、完全除去食自体がおかしいのではないかと、完全を目指すあまりにオールオアナッシングになってしまうとのことである。

牛乳アレルギーといっても、一律に牛乳由来のものをすべて避けなければならないということではなく、ある程度であれば食べることができる子どももいる。文部科学省の方針が出たために、食べられるものすら避けてしまうということで大変残念な思いをしているとのことである。栄養の面でも食べられるものは食べるべきではないか。文部科学省の方針に沿ってできているかという問いだが、その方針自体に意義を唱えているというのが本県の立場である。

岡山県 本県では栄養面もさることながら、子どもの安全、従業員の負担、教職員等を考えて完全除去が不可欠ということで、不完全除去は行っていない。

司会 マニュアルの作成と完全除去食の達成率についてはいかがか。

香川県 完全除去食の達成率は、市町によりまちまちである。マニュアルに関しては、約 4 年前に本県小児科医会で作成し、今年改訂したものを県内の小・中・高校、保育園、幼稚園に配付しており、HP にも掲載しているので、ご利用いただいている結構である。

愛媛県 不本意ながら従わざるを得ないということで、達成率はほぼ 100% である。文部科学省の方針に従うこととしているのが現状のようである。本県でもマニュアルを作っており、県小児科医会 HP からダウンロードできるので、ご活用いただければと思う。

鳥取県 4～5 年前に厚生労働省から出された保育所における食物アレルギーの対応マニュアル

に、オールオアナッシングの記載がある。愛媛県では、学校は完全除去食となったとのことだが、保育園や幼稚園はどのようになっているのか。

愛媛県 保育園に関しては、今までどおり意見書と指導表を主治医が書き込んで保護者に渡し、園に提出するという形になっている。卵製品についても、どの程度までならよいか細かくチェックする様式を作成しており、これも本県小児科医会の HP からダウンロードできる。同じ卵アレルギーでも一人ひとり限度が違うので、園の給食担当者は大変だと思うが、オーダーメイドのやり方をしてくれていて、本県内ではそれが常識になっている。

鳥取県 保育所のマニュアルに関しても「原則として」と記載してあり、なおかつ文部科学省のマニュアルにも「原則として」オールオアナッシングと書いてあるので、本県では学校での対応マニュアルについて検討したとき、今まで不完全除去ができていたところはそのまま実施することになっている。

司会 除去負荷試験が可能な施設は、鳥取県 16 施設、島根県 4 施設、広島県が HP 記載、山口県 19 医療機関、香川県 27 医療機関、徳島県 9 施設とのことだが。

岡山県 地理的な分布の問題もある。おそらく夏休みや春休みに子どもが、除去食ができるかどうかの判定、最終的には診断、また、除去食を止める場合も除去負荷試験が必要となるが、特に困っている地域はないように見受けられる。

香川県 本県では除去負荷試験実施施設は全県に分布している。厳しい管理が必要なものをみることができる施設は基幹病院である 4～5 施設程度だが、啓発活動により、開業医の先生で負荷試験を実施する施設が以前より増えている。

司会 アナフィラキシーショックへの危機管理対応に関するマニュアルについては、鳥取県は学校

における食物アレルギー対応基本指針、島根県では対応ハンドブック、広島県は研修の場で指導、山口県でもマニュアル作成、香川県でもマニュアル、愛媛県は県独自で作成、高知県は文部科学省のもの、徳島県もマニュアルがある。

高知県 アレルゲンがはっきりしていない運動誘発性の食物性アナフィラキシーにはどのように対応されているか。

岡山県 運動誘発性といってもやはりアレルゲンはある。わかっている場合の対応としては、体育がある日には原因となるものを食べない等、本人が自主的に対応しているというケースは聞いたことがある。しかし、いきなりアナフィラキシーが起こったときには、救急車を呼ぶ等の一般的な対応になると思う。

香川県 配付したマニュアルには、エピペンを使うかどうかの問題だけではなく、どのような症状が危ないか判定することと、緊急時の対応や役割などにも十分役立つので、エピペンを持っていない場合もこれに沿って対応していただければと思う。

岡山県 アレルギーはアレルゲンが必ずしも分かっているわけではない。保護者が指導管理表を出していない場合もある。やはりアレルゲンが分かる分からないにかかわらず、このような対応表をもっていることが一番重要ではないかと思う。

司会 管理指導表の提出率が悪いというのは、各県が抱えている問題と思う。

ヒヤリハットの報告はどこで管理して、関係者間でどのように活かされているか。

鳥取県 本県では学校における食物アレルギー対応指針を作成しており、これは文部科学省の対応指針等にも書いてあるが、都道府県教育委員会がとるべき対応としてヒヤリハットの情報を集約して周知するということが記載しており、県教委は各学校からヒヤリハット事例を集約したものを研

修会等において公表している。

徳島県 県教委が市町村からの事例報告を集めているが、医師会との共有ができていないことが課題である。

鳥取県 本県では一応情報共有できている。なお、個人名、発生地域は伏せている。

岡山県 実はこのヒヤリハットは医療事故と似た微妙な問題がある。ある学校で事例が起こった場合、日にちが入るとほぼ特定され、訴訟に持ち込まれるのではないかという声も学校現場にはある。医師の場合も同様、本来ヒヤリハットはそのような事例を次に起こさないための学習のプロセスであるというのが基本的な認識のはずである。文部科学省にお願いしたいのは、訴訟例には文部科学省に頑張っていたきたいということである。

徳島県 本県では教育委員会、学校保健委員会、県医師会と検討する中で、食物アレルギーや心疾患由来の突然死、ニアミスといった学校管理下の事故については、個人情報保護の関係から県教委と情報共有ができていない。われわれも当然個人情報を守っているが、どうしても開示ができなかったものがある。他県ではいかがか。

岡山県 県教委には顧問弁護士がつくようになっている。各県であるのではないかと思うが、県のレベルではそのくらいだと思う。

司会 学校ですぐエピペンが使用できず死亡した例があったと聞いたことがあるが、各県、学校現場では教職員がすぐにエピペンを打てるという状況か。

香川県 学校でどの程度、行き届いているかは把握しづらいが、多くの啓発活動に小児科医会、医師会が関わっており、マニュアルの QR コードから動画が見ることができるなど資料はある。

徳島県 本県では学校で突然死の事例があったとき、それに関する心電図等の資料提供等、個人情報について教育委員会との検討がスムーズにできていない。やはり児童生徒のことを第一に考えた時に、そういったことをスムーズにできる状況にしていきたいと思う。

日医 ヒヤリハットの報告は再発防止に必要なものである。教育委員会と医師会の情報共有ももちろんだが、教育委員会、学校そのものが非常に閉鎖的でなかなか情報を出さないところがある。横倉会長も文部科学省に切り込んでいるので、文部科学省から少し話をしてもらうのが一番よいかと思っている。

岡山県 子ども本人がエピペンを持つことになっているが、いざというときに使用できないこともあるので、本県では救急車を呼ぶように言っており、救急車が来ればエピペンを打ってもらえると思う。ただ、これは救急の関係者が参加する会議などで、ある程度ご理解いただかないと前に進まない。

愛媛県 本県のマニュアルには、エピペンについて「迷ったら打つ」と記載している。この言葉があると、現場の教職員の協力を得られやすいかと思う。

香川県 本県でも講演の時は必ずそのように言ってもらっている。喘息の発作と非常に間違えやすい部分はあるが、吸入薬使用との関係もあるが、「エピペンを打っても問題ない」ことを話している。

高知県 エピペンは 1 回 20 ～ 30 分しかもたないが、本県の幡多郡は香川県と同程度の面積であり医療機関へのアクセスに時間がかかるため、できればエピペンを複数持つよう指導している。

(5) 小児生活習慣病健診事業における事後指導について (香川県)

香川県 小児生活習慣病健診については、本県

でも一部市町で実施していたが、4 年前に全県下での実施となった。半分は県からの予算、あとの半分は市町予算で血液検査を行い、県でデータを集めて事後指導に結び付けるものだが、血液検査の結果が出て疫学調査はできても、その後の事後フォロー、生活指導はマニュアルも作りやすく、地域差もあり難しいところがある。

結局、各学校単位、地域単位でいろいろときめ細かな生活指導等が必要にもかかわらず、まだできていない。各地域での取組みを教えてください。

徳島県 本県は糖尿病の全国ワースト 3 に入っており、非常に積極的に取り組んでいる。

学校現場での事後措置、肥満の診断スクリーニングについては、ほとんどの学校が実施できているが、各家庭に結果を持ち帰った後に医療機関へ受診するのは 1 / 3 程度である。医療機関では非常に熱心に栄養指導や生活指導をしているが、受診率が低い。1 回受診しても、2 回目を受診してくれる人が少ないが受診してくればかなり成果が上がると思う。

香川県 小児生活習慣病フォローアップ検診をやっているが、全体的に盛り上げるのは難しい。学校単位で生活指導を作らないといけない。

司会 徳島県では小中学校から始まり、高校生まで拡大して、本年度からは年齢を下げて公立の幼稚園児も対象とした検診を実施している。ただし、保育園は管轄が違うのでなかなか実施できない。目標としては幼児の肥満に関して、こども園、保育園、1 歳半健診と 3 歳児健診もデータとしてはあるので、それをシームレスでつなげていこうと考えている。

香川県 非常に限界を感じる点ではあるが、家族、保護者がまず理解して、自分たちの生活習慣を変えないといけないという問題がある。子どもだけに指導を行っても限界がある。

それからゲームやネット依存といった問題が、睡眠時間や朝の起床も相俟って、肥満とも非常に

関係しているので、そのような問題を解決していかないといけないところに難しさがある。

(6) 学校検尿に関して (愛媛県)

愛媛県 本県でも地域差はあるが、学校検尿で陽性だった児童生徒の医療機関への受診率があまりよくないという課題がある。原因として、二次検尿がない地域がかなり多く、学校での検尿が 1 回で結論を出し、異常は家庭にお知らせしているが、対象者が十分に絞り切れず、精密検査対象者が多いため、あまり問題視されず医療機関を受診しない人が多いためと考えられる。

また、高校生の学校検尿の実態があまりわかっておらず、本県の腎臓内科専門医によると、どうも二十歳頃の年齢で腎炎のひどい状態の受診者が多いということで、高校の学校検尿がうまくいっていないのがその原因ではないのかという話もあった。

そのほか、公費助成の問題等もあるが、二次検尿の施行率が高いところではどのような組織が運営して効果が上がっているのか、また、高校生の学校検尿の実施状況について伺いたい。

鳥取県 本県では、米子市において昭和 55 年から米子市の教育委員会を事務局として、小児腎臓専門医を中心に米子市検尿委員会が設立され、学校での一次、二次検尿をしたあと、かかりつけ医による三次精密検査をして、このときはじめて採血をする。その結果をもって検尿委員会でより精密な検査を必要とするかどうかを判定して、その後、4 次精密検査は専門医療機関を受診するよう各学校を通して保護者にお知らせをしている。

この流れと同様のシステムが東部でもできあがり、東部地区では鳥取県東部医師会が事務局となって学校検尿委員会が組織された。残念ながら、高校生に関しては、同様のシステムでは行えていない。

現在、県、県医師会及び大学からなる鳥取県健康対策協議会に学校検尿委員会を設置して、全県下で同じような判定、事後措置ができるようになりつつある。その経過の中で、県立高校についてもその取組みに入ってくるかもしれないという

ところである。

費用は、公費では賄っておらず、検査等に関しては医療保険であるが、幸い本県では高校まで医療費の助成制度がはじまり、大きな負担を強いられずに検査ができるという状況となった。

香川県 三次検診の受診率は、小学校で 88.4%、中学校 69.9%、高校 77.7% となっている。

本県では、小学生、中学生に医療費補助が出ている。高校生にはまだ補助はないが受診率は低くないので、そういう意味ではお金だけの問題で受診率が決まるわけではないと思う。ただ、高校生は 139 名が受診して 82 名が管理要となっており、管理区分が必要な生徒が多い印象があるので、高校の検尿は重要な点かもしれない。

愛媛県 学校検尿に関しては、本県ではこれまで県小児科医会の学校検尿対策委員会が取り組んできたが、高校生の検尿が加わると小児科医会の守備範囲を外れるということがある。また、学校検尿はどうしても各郡市単位で実施されていることが多いので、県全体となると、県教育委員会との交渉が必要となるため、県医師会の中に内科、腎臓内科、糖尿病内科の専門医を集めたメンバーで学校検尿対策委員会をやっと立ち上げることになった。各県医師会における学校検尿委員会の設置状況を教えていただきたい。

岡山県 本県は県に学校検尿委員会を設置しているが、県教育委員会もメンバーに入っており、市町教育委員会に伝えていただくことで、市町も同じ検尿マニュアルを使用している。ただ、本県は岡山市が政令指定都市で県と対等のレベルとなっており、岡山市だけこのマニュアルを採用していないということが問題になっているところである。

香川県 学校検尿委員会の設置目的は、判定が主になるのか、それとも受診率向上が主になるのか。本県では受診率が向上しているため、判定委員会が必ずしも必要ではないような気もしている。

本県は高松市が人口の 45% を占めているが、

高松市と県が対等といった感じになっており、高松市を参考にして本県は他市に情報を与えて横のつながりを上手くしていこうと連携している。県医師会として、トップダウンで言っても伝わりにくいので、横のつながりにより風通しよくやっていくことが重要だと思っている。

(7) 学校管理下での AED 作動例や突然死（ニアミス例含む）の情報把握について（徳島県）

徳島県 心臓に係る突然死、ニアミス例、AED 使用の症例について、各県どの程度、数を把握できているか。そして、その内容について、何が原因で起こったのか、その生徒の過去の心電図を開示することができるのか、また、それを防ぐためのケースカンファレンスのような委員会があるか伺いたい。

山口県 本県では各学校が県教育委員会に報告するようになっているが、原因についての検討の場は今のところない。県医師会も本件にはあまり関与していない。

新しい取組みとしては、昨年度、本会内の学校心臓検診検討委員会で診断のついた児童生徒の学校生活における注意点を一覧表にして今年度より養護教諭に活用いただいている。

今後、県教育委員会と県医師会との間で具体的なニアミスや AED 症例に関する情報共有や検討する場が持てればと思っている。

香川県 4 ケースすべてニアミス例だが、県教育委員会が把握しており教えていただいた。すべて AED を用意したが、装着不要や作動不用だった例もある。これを見る限り、このような状況に陥った時に比較的 AED を使用しているようなので、啓発活動等はきちんとできているのではないかと思う。それを把握する意味でもニアミス例を含むような例も挙げていただくことは重要なことだと思う。

岡山県 心臓の問題は、本県も事例が起こった場合、報告を受けているが、検討委員会はない。山口県ではマニュアルを作っておられるということ

だが、それに従って問題のある子どもを持った学校では AED の訓練をするということもやっておられるか。

山口県 AED の訓練については県医師会が直接指導しているところはない。ただ、多くの学校で、特に先生方は必ず行っている。生徒に対してはボランティア的な活動でエリアのドクターが学校で AED を指導するというようなことはある。

2) 日本医師会への要望

(1) 運動器検診後の対応について（鳥取県）

日医 臨床整形外科学会にマニュアルを作成していただく件は、今どのくらい進捗しているか確認したい。

また、昨年、文部科学省が学校に対して行ったアンケート調査の結果を踏まえて運動器検診を改正するという話があったが、そのまま頓挫しているので、その点も確認させていただく。

(2) 養護教諭の実態、養護教諭の複数配置の拡充が必要（鳥取県）

日医 以前から日本学校保健会とともに文部科学省に要望している。会長が中教審のメンバーになった初等中等教育分科会でも働き方を見直すということで、教育振興基本計画の改定等が行われるので、養護教諭の複数配置、養護教諭に事務職をつける等、具体的なことを話していきたい。この配置基準については、以前からずっと申し上げているが、なかなか実行されていない。

(3) 「学校保健講習会」について（鳥根県・香川県）

日医 学校保健講習会のテレビ受講については以前から考えているが、演者のスライドに関する著作権等もあるので、なかなかハードルが高いと思っている。少し時間をいただければと思う。

(4) 除去食給食開始への対応について（岡山県）

日医 これも人的資源に関係するものなので、できれば文部科学省に要望したいと思う。研修会については、日本学校保健会と相談させていただく。

(5) 学校保健管理医に関する対応について（担当部署の明確化）（広島県）

日医 確かに学校医が教職員の健康診断を実施してもよいこととなっているが、現状においては産業医の資格を持っていない学校医にその負担を負わせることは難しいと思っており、以前から申し上げているが、学校医には産業医資格をとっていただきたいと思っている。

また、産業医がいるところは、産業医が教職員の健康に対しては仕事をすべきだと思っている。ストレスチェックに関しては、50 人以下の学校についても教育委員会で雇用した産業医にすべて診てもらうのがよいのではないかと考える。

(6) がん教育の教材作成について（山口県）

日医 文部科学省がよい教材を作っているのはご存じかと思う。日医では、対がん協会にお願いし

て、学校医のマニュアルを作ろうと思っている。ただ、文部科学省が外部講師のためのマニュアルを作っているのでは、どのような形にするかについては検討中である。

(7) 学校検尿対策委員会の設置について**（愛媛県）**

日医 都道府県医師会の委員会の設置状況については、アンケートを実施し確認したいと思う。教育委員会との協力については、文部科学省に話しており、学校保健委員会の答申書にも記載されているが、とにかく教育委員会と医師会は横の連携をきちんとしなければならないと話しているので、その強化を横倉会長からお話していただこうと思っている。

『若き日（青春時代）の思い出』原稿募集**投稿規程**

字数：1 頁 1,500 字程度

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）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 kaihou@yamaguchi.med.or.jp

平成 29 年度 中国地区学校保健・学校医大会

と き 平成 29 年 8 月 20 日 (日) 13:00 ~ 17:00

ところ 岡山県医師会館 三木記念ホール

担 当 岡山県医師会

報告：副会長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文

研究発表

1. 学校での発達とこころの問題

— 連携と情報発信 — (島根県)

益田市国民健康保険診療施設美都診療所

安藤 幸典

子どもたちの生育環境が悪化している現在、学校医から地域への情報発信も重要である。美都診療所の小児発達外来を受診した島根県西部の小学校・中学校・高等学校・特別支援学校の児童・生徒を対象とした取組みについて紹介する。

小児発達外来受診者の内訳は、小学生 97 名（支援学級・学校 28 名）、中学生 42 名（支援学級・学校 7 名）、高校生 34 名（支援学校 3 名）であり、方法としては、保護者の了解を得て、学校への連絡やケース会を通じて教育現場の情報を入手し、診断名ではなく本人の特性と困り感とに分けて検討した。

発達の特性は、コミュニケーション、集中、視覚・空間・身体認知などの苦手と感覚過敏の頻度が多かった。困り感は、身体症状、精神症状、行動に表れ、二次的に生活リズムの乱れ、メディア依存等を伴うことが多かった。また、小学生では学習や集団生活の困難さから学習嫌い・学校適応の困難などが、中高生では対人関係の失敗経験の積み重ねからひきこもり・転学・退学などがみられた。

発達の支援にあたって病名を付けることは難しい。病名は時代によって定義が変わり、診察室では情報が不足し、医師の判断で診断が変わる。そして、個性というものに病名を付けられると自己

肯定感が低下する可能性がある。支援にあたっては、本人の困り感に気づき、発達の苦手を評価し、苦手への適切な環境・方法を考えなければいけない。

対応としては、医学的対応以外にも、特性に応じて家庭と教育的環境の調整を行った。小学生では家庭や学校の環境調整のために、中高生では居場所作りや進路・就業のために関係機関と連携を行った。

自己肯定感が低下している児童生徒が多いので、勇気づけの関わりが大切である。具体的には、対等な人として接する、頑張れと言わない・安易に誉めない、今までの努力に注目する、肯定的にみる、勇気づけの言葉を掛ける（さすが・やるねえ・すごいねえ・有難う）等である。

まとめとして、(1) 地域の学校と積極的に連携することで、多くの情報が得られ支援につなげることができた。(2) 子どもたちは発達の苦手による困り感を多彩な症状で表していた。(3) 対応の基本は診断ではなく、教育・医療・地域が子どもの苦手を共通理解することと勇気づけのかかわりと考えた。(4) 自己肯定感を高める働きかけなどの情報を会議・講演・ケース会などを通じて学校や種々の連携機関に発信した。

2. 特別支援学校医に関する広島県医師会特別支援学校における学校医・医療的ケア指導医に係る検討会の取組 (広島県)

医療法人ささき小児科医院院長 佐々木 伸孝
広島県における特別支援学校（分級等含む）は

22 校あり、在籍人数は増加している。特別支援学校には医療的ケアや医療的管理を要する児童生徒が在学しており、普通学校における学校医以上の知識を求められているが、特別支援学校医への支援が行われていなかった。

広島県医師会では平成 26 年に特別支援学校医に対して意識調査を行い、特別支援学校医の活動や現場の環境等について改善すべき点があることや、学校医間・学校医関係者との連携不足があるとの回答結果を得た。そのため 26 年度より「特別支援学校における学校医・医療的ケア指導医に係る検討会」を立ち上げ、特別支援学校医に関する検討を行っている。

まず、特別支援学校における健康管理のあり方に関して、各科領域の現状や課題についての提言書の作成を行い、平成 27 年 7 月に広島県教育委員会教育長へ「広島県内の特別支援学校における健康管理のあり方にかかる提言書」を提出した。

平成 28 年度からは『特別支援学校医の手引き』の作成を目的に検討を行っている。手引き作成のコンセプトとしては、新たに特別支援学校医になる先生が読むことを想定し、基本的に必要なことを記述することで、学校現場が求める学校医のイメージと学校医の対応との乖離がなくなることである。

平成 29 年には、特別支援学校医に対して健診時に困っている点や工夫している点、学校への要望等を具体的に尋ねるアンケートを施行した。アンケートから浮かび上がった問題点や工夫の仕方等も配慮し、診療科領域ごとに項目立てした手引きを作成中である。29 年度中に『特別支援学校医の手引き』の作成を完了する予定で、それを基にした特別支援学校学校医研修会を 7 月 29 日に行った。

3. 鳥取県北栄町における中学生を対象としたヘリコバクター・ピロリ検診 2 年間のまとめ (鳥取県)

鳥取県立厚生病院医療局長兼内科部長

秋藤 洋一

平成 25 年 2 月からヘリコバクター・ピロリの除菌療法が保険適応となり、胃がん対策は二次予

防から一次予防対応への拡大が期待されるようになった。

鳥取県北栄町では、胃がんの原因であるヘリコバクター・ピロリ菌の感染の有無を確認し、除菌治療につなげるとともに、胃がん予防と将来の家族感染の予防を図ることを目的として、平成 27 年度から中学 3 年生を対象とした無料ピロリ菌検査を施行した。一次検査は尿中ピロリ抗体検査を行い、陽性者に対して尿素呼気試験を実施、両者陽性をもってピロリ菌感染者と判定し、希望者に対して除菌治療を行った。

同意については保護者説明会を実施し、本検診及び除菌療法の有効性について説明するとともに、事業説明と同意書を保護者に郵送し、個人情報保護、事業の目的達成、統計処理、医学研究の利用について周知し同意を得た。

確認検査は一次検査陽性者に対し協力医療機関で尿素呼気試験を行った。除菌は PAC 療法(ランサップ 400 内服)を確認検査陽性者に対し、協力医療機関で説明と同意のもとに実施した。除菌判定は治療実施医療機関で尿素呼気試験を行った。検査費用については、一次検査は自己負担なし、確認検査の自己負担は 500 円、除菌治療は 1,000 円、再確認検査は 500 円であった。

平成 27 年度は、受診者は 123 人(受診率 86%)でピロリ菌感染者は 9 人(感染率 7.3%)であった。感染者全員に除菌療法を行い除菌率は 77.8%であった。28 年度は、受診者は 127 人(受診率 77.4%)でピロリ菌感染者は 7 人(感染率 5.5%)であった。感染者全員に除菌療法を行い除菌率は 71.4%であった。

今後も本事業を継続していく予定であり、胃がん撲滅に向けた有効な対策になりうると考える。

4. 岡山県における学童期聴覚障害児に対する医療からの取り組みと全国の潮流 (岡山県)

医療法人啓佑会新倉敷耳鼻咽喉科クリニック

院長 福島 邦博

言語習得期前難聴は、出生 1,000 に対して 1 の割合で発生する非常に頻度の高い先天性疾患の一つである。乳幼児期の難聴は児の言語発達に影響を与えるため、出生直後からの対応が必須であ

り、この対応を誤ると、その影響は学童期から生涯に及ぶと推定される。

岡山県では平成 13 年に新生児聴覚スクリーニングが導入され、その後、多くの自治体で新生児聴覚スクリーニングが行われるようになってきている。平成 18 年には小児人工内耳適応基準の変更が行われ、より低年齢（1 歳 6 か月）から人工内耳の適応が行われるようになった。平成 26 年度の改定では、両耳の人工内耳や EAS も可能となった。平成 24 年の診療報酬改定では難聴の遺伝子診断が保険診療になった。

厚生労働省の研究によると、共分散構造分析及び重回帰分析の結果から「語彙の理解」と「統語（文法）の理解」の能力が、学習の習得度と深く関係することが明らかとなった。一方で、コミュニケーションの成長には「産生」の能力が深く関係している。

現状の問題点としては、学齢期の聴覚障害児を対象とした言語指導は、科学的に統制された研究の報告がなく、言語指導の位置づけ自体が明確でない。どのような児を適応として、どのような言語評価を行うべきかという議論に乏しく、施設ごとの経験的な判断と実施に留まっているのが現状である。厚生労働省のホームページには、身近な地域で支援が受けられるよう、どの障害にも対応できるようにするとともに、引き続き、障害特性に応じた専門的な支援が提供されるよう質の確保を図るとある。問題として、「言葉の遅れ」は障害種別によらず頻度と必要性の高い発達期の問題であるが、その指導のためには高度な専門性が必要で、適切な指導が得られにくい。

早期発見と早期人工内耳によって、学童期難聴児の言語発達は以前とは全く別のレベルのものに変貌してきている。その一方で、このような対策を行っても困難な児（DLI）が存在することも確かであり、こうした児への対応が望まれる。学童期の難聴児には、まだまだ日本語をターゲットとした指導が必要であり、そのための受け皿の整備を考える必要がある。私たちは、「KIDS FIRST」（児童発達支援事業放課後等デイサービス事業）を通して活動を続けている。

[報告：濱本 史明]

特別講演

1. スマホに関する県教委の取組

岡山県教育庁保健体育課課長 山本 圭司

近年、子どもたちを取り巻く社会環境・生活環境は、少子化、国際化、情報化等の影響により大きく変化している。これに伴い、子どもたちの生活習慣の乱れ、メンタルヘルスに関する課題、アレルギー疾患、性の問題行動や薬物乱用などのさまざまな課題が生じている。

このような中、児童生徒のスマホ等の所持率の増加や、いつでもどこでも簡単にネットに接続できる環境から、長時間のゲーム利用や SNS などのサービスに関わるネット依存の問題も大きな課題となっている。本日は、岡山県教育委員会で行っているスマホ・ネット問題総合対策事業の一部を紹介する。

(1) 「スマホ・ネット問題総合対策事業」について

本事業は岡山県教育委員会において、平成 27 年度より実施しており、A～E の部会を設置、知事部局や県警とも連携しながら、子どもを守る体制を構築している。

27 年度からは「スマホサミット」を開催し、児童生徒によるスマホの使い方の協議、スマホ宣言の決定、啓発動画・ポスターの募集・配布等を行った。

(2) 平成 28 年度「児童生徒のスマートフォン等の利用に関する実態調査」について

本調査は小学生（4～6 年）、中学生、高校生のうち抽出した 7,835 名を対象として実施した。主な結果は以下の通り。

- ・スマホ等の 3 時間以上の利用割合は平成 26 年と比べて減少。
- ・ネット依存傾向別に見たスマホ等の利用時間割合では、30 分未満の者もいることから、利用時間の長短だけではネット依存かどうか判断できない。
- ・ネット等を利用して、「嫌な経験をしたことがある」「悩みや不安を感じることもある」児童生徒が一定数存在する。

- ・家庭でのルールづくりをしている割合は平成 26 年と比べて増加。
- ・スマホやネットの危険性について学んだことがある割合は全学校で増加。

(3) 「ネット依存の研究」について

平成 28 年度に岡山県精神科医療センター等の医師を含む有識者によって構成した「ネット依存研究委員会」を設置し、学校で活用できるネット依存チェックシートとその活用マニュアルを作成中である。

2. 学校保健の現状と課題

日本医師会常任理事 道永 麻里

(1) 日本医師会「学校医の現状に関するアンケート調査」について

四肢の状態の検診の新設、ストレスチェック制度の導入が学校医業務に及ぼす影響を調べるため、日本医師会では、「学校医の現状に関するアンケート調査」を実施した。各都市区医師会から 5,699 名の学校医にアンケートを依頼し、3,387 名の回答を得た（回答率は 59.4%）。

①四肢の状態の検診の影響など

- ・健康診断全体で今までより 1.2 倍、一人あたり 1 分以上 2 分未満の時間を要した。
- ・保健調査票を養護教諭が事前にチェックしておくことで検診が円滑に行えた。
- ・事前講習会は約 60% の地域で開催され、受講者の 75% が役立ったと評価した。
- ・整形外科医が参画する仕組みの構築は、60% の地域で医師会が中心となっていた。

②学校医の一人当たりが受け持っている平均学校数（中国 5 県）

- ・内科・小児科：1.2 ～ 1.6 校、最大 6 校（鳥取）
- ・眼 科：5.5 ～ 8.2 校、最大 28 校（島根）
- ・耳鼻咽喉科：6.0 ～ 14.4 校、最大 29 校（岡山）

③「学校医の業務で感謝された、やりがいを感じたことがある」と回答した割合

- ・内科小児科：約 65%
- ・眼 科：約 71%
- ・耳鼻咽喉科：約 63%

④学校医活動をより良くするために必要なこと

- ・多かった回答：「学校医と学校双方がコミュニケーションの機会を増やす」、「学校医の具体的活動マニュアルの充実」「一人当たりが受け持つ学校数を少なくする」「学校医報酬の適正化」など。

(2) 文部科学省への平成 30 年度概算要求要望について

6 月に文部科学省の担当課を訪問し、予算要望と意見交換を行った。

①健康診断など児童生徒等の健康管理体制の充実

- ・養護教諭や専門医等の配置増や学校医報酬の増額、歯科、耳鼻咽喉科健診及び環境衛生活動の実施に係る機器・備品などの整備を充実するための財政的支援を要望した。

②教職員の健康管理の更なる充実

- ・昨年、地方財政措置が講じられたが、まだ十分ではないので、さらに要望している。

③がんの教育総合支援事業

- ・文部科学省作成の教材を紹介。現在、対がん協会に PPT 資料の作成を依頼している。

④ネットによるいじめやネット依存による生活習慣病の防止

- ・インターネット等の適切な使用啓発のため、平成 29 年 2 月に日本医師会の会員へ啓発リーフレットを配付している。

⑤学校保健総合支援事業の充実

- ・児童生徒等が直面する健康課題の解決が進むよう予算増額を要望した。

⑥特別支援学校等における医療的ケアの充実

- ・障害者差別解消法の施行（平成 28 年 4 月）に伴う特別支援学校等での医療的ケアのニーズに備え看護師配置の拡充を要望。

⑦アレルギー疾患の医療提供体制の整備事業の創設

- ・アレルギー疾患医療を提供する体制確保のため、各地区における関係学会、医師、薬剤師、教育委員会、学校保健会、消防などの関係者による協議会の設置推進を要望した。

(3) 中央教育審議会について

本年 3 月に横倉会長が中央教育審議会委員及

び初等中等教育分科会委員に選任された。

教員の長時間労働が問題になっている中、6 月に開催された中央教育審議会総会では、文部科学大臣より「学校における働き方改革に関する総合的な方策について」が諮問された。

(4) 学校保健関連の行事

(1) 第 48 回全国学校保健・学校医大会

(平成 29 年 11 月 18 日(土))

三重県津市 開催)

メインテーマ「輝ける未来を築く子どもたちのために～今、学校医ができること～」

(2) 母子保健講習会

(平成 30 年 2 月 18 日(日)開催予定)

(3) 学校保健講習会

(平成 30 年 3 月 11 日(日)開催予定)

[報告：藤本 俊文]

『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

山口県 第一回 禁煙フォーラム



受動喫煙のない社会を!

入場無料
申込不要
(定員800名)

メインテーマ
「いのち」



日時 平成29年 12月17日(日) 13:00~15:30

場所 山口県総合保健会館 2階
「多目的ホール」・「第1研修室」

1 特別講演 多目的ホール 13:05~14:00

- ◆ 「タバコから県民を守る取り組み」 13:05~13:15
演者 喜多洋輔 (山口県健康増進課長)
- ◆ 「禁煙で“いのち”を守りたいー自分だけでなく、周りの人もー」 13:15~14:00
演者 津田徹先生 (福岡県北九州市、霧ヶ丘つだ病院院長)

司会
松永和人
山口県医師会
禁煙推進委員会委員長

2 パネルディスカッション 多目的ホール 14:10~15:30

- ◆ 加生明美 宇部市健康推進課 「妊婦の禁煙が守る子どもたちの未来」
- ◆ 藤原敬且 ふじわら医院 院長 「未成年の喫煙者に大人はいかに取り組むのか?」
- ◆ 榎本孝志 ひつもと内科循環器科医院 院長 「禁煙で心臓を守る」
- ◆ 國近尚美 山口赤十字病院 内科部長 「禁煙で肺を守る」

司会
藤本俊文
山口県医師会
常任理事

3 無料検査コーナー 第1研修室Aブロック 13:10~15:00

- ◆ 血圧測定
- ◆ 肺年齢(呼吸機能)測定
- ◆ 呼気中一酸化炭素濃度測定
- ◆ 血管年齢測定

4 タバコにまつわる 無料健康相談 第1研修室 Bブロック 13:10~15:20

禁煙治療の
体験ができます!

5 展示コーナー 第1研修室Cブロック 13:00~15:30

「みんなで学ぼう
タバコといのち」



主催 (一社) 山口県医師会・山口県医師会禁煙推進委員会
協賛 (公社) 山口県歯科医師会、(一社) 山口県薬剤師会、(一社) 山口県臨床検査技師会
後援 山口県、山口県教育委員会、(公社) 山口県看護協会、(一社) 山口県病院協会

お問い合わせ先 山口県医師会医療課 電話: 083-922-2510

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 29 年 9 月 9 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県総合保健会館 2 階 第 1 研修室

[報告 : 常任理事 藤本 俊文]

開会挨拶

河村会長 今年の労働衛生行政におけるキーワードは両立支援である。定期健康診断の有所見率は 5 割を超えていて増加傾向にあり、労働力確保に向けても治療と仕事の両立支援の重要性は高まっている。本日の講演が先生方の産業医活動の一助となることを期待する。

特別講演

1. 最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部

健康安全課長 藤村 祐彦

産業医制度は労働安全衛生法により規定されている。

産業医等

労働安全衛生法第 13 条

1. 事業者は、政令で定める規模の事業場（労働安全衛生法施行令第 5 条により、常時 50 人以上の労働者（アルバイト・パートを含む）を使用する事業場）ごとに、厚生労働省令で定めるところにより、医師のうちから産業医を選任し、その者に労働者の健康管理その他の厚生労働省令で定める事項（以下、「労働者の健康管理等」という。）を行わせなければならない。
2. 産業医は、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識について厚生労働省で定める要件を備えた者でなければならない。
3. 産業医は、労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができる。
4. 事業者は、前項の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならない。

産業医の選任

労働安全衛生規則第 13 条

1. 産業医を選任すべき事由が発生した日から 14 日以内に選任すること
2. 次に掲げる者（イ及びロにあつては、事業場の運営について利害関係を有しない者を除く。）以外の者のうちから選任すること。
 - イ. 事業者が法人の場合にあつては当該法人の代表者
 - ロ. 事業者が法人でない場合にあつては事業を営む個人
 - ハ. 事業場においてその事業の実施を統括管理する者
3. 常時 1,000 人以上の労働者を使用する事業場又は次に掲げる業務に常時 500 人以上の労働者を従事させる事業場にあつては、その事業場に専属の者を選任すること。
4. 常時 3,000 人をこえる労働者を使用する事業場にあつては、2 人以上の産業医を選任すること。

常時 50 人以上の労働者を使用する事業場では、産業医を選任すべき事由が発生した日から 14 日以内に選任することが義務付けられており、選任数は労働者 3,000 人未満は 1 名、3,000 人以上は 2 名である。これまで、産業医として選任できる者の事業場等における役職については、法令上の制限は設けられておらず、医療法人の理事長、病院の院長等が産業医を兼務している事例が多くみられていたが、平成 29 年 4 月 1 日に施行された改正労働安全衛生法では、法人の代表者等、事業場においてその事業を統括管理する者が産業医を兼任した場合、労働者の健康よりも事業経営上の利益を優先し、産業医の職務が適切に遂行され

ないおそれが考えられるため、法人の代表者等の産業医の兼任を禁止している。

産業医の職務

労働安全衛生規則第 14 条において、次のとおり「医学に関する専門的知識を必要とするもの」と定められている。

1. 健康診断の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること。
2. 長時間労働者に対する面接指導の整備及び面接指導を行う労働者以外への必要な措置の実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること。
3. 心理的な負担の程度を把握するための検査の実施、面接指導の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること。
4. 作業環境の維持管理に関すること。
5. 作業の管理に関すること。
6. 前各号に掲げるもののほか、労働者の健康管理に関すること。
7. 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること。
8. 労働衛生教育に関すること。
9. 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関すること。

また、産業医は、総括安全衛生管理者に対して勧告、衛生管理者に対して指導・助言を行う。さらに、少なくとも毎月 1 回、作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するための必要な措置を行う。

産業医の資格

労働安全衛生規則第 14 条において、次のいずれかの要件を備えた者であることと規定されている。

1. 労働者の健康管理などを行うのに必要な医学に関する知識についての研修であって、厚生労働大臣が定めるものを修了した者（厚生労働省が定めるもの）
注）平成 8 年 9 月 13 日労働省告示 80 号「労働安全衛生規則第 14 条第 2 項第 1 号等の規

- 定に基づき厚生労働大臣が定める研修を定める告示」に基づいて、日本医師会及び都道府県医師会が実施する日本医師会認定産業医学基礎研修会及び産業医科大学の産業医学基本講座がスタートした。
2. 産業医の養成等を目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学、その他の大学であって、その大学が定める実習を履修した者
3. 労働衛生コンサルタント試験に合格し、その試験区分が保健衛生である者。
4. 学校教育法による大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師の職にあり、又はあった者。
5. その他、厚生労働大臣が定める者。

産業医制度等に係る省令改正について（平成 29 年 6 月 1 日施行）

厚生労働省が設置した「産業医制度の在り方に関する検討会」が平成 27 年 9 月から 28 年 10 月まで 7 回にわたり開催され、28 年 12 月 26 日に報告書が公表された。そして、検討会報告書等に基づき、産業医制度等に係る省令改正（労働安全衛生規則等の一部改正）等が行われた。

・改正の内容

1) 産業医の定期巡視の頻度の見直し（労働安全衛生規則第 15 条関係）

少なくとも毎月 1 回行うこととされている産業医による作業場等の巡視について、事業者から毎月 1 回、産業医に所定の情報が提供されている場合であって、事業者の同意がある場合には、産業医による作業場等の巡視の頻度を少なくとも 2 月に 1 回とすることを可能とする。

2) 健康診断の結果に基づく医師等からの意見聴取に必要となる情報の医師等への提供（労働安全衛生規則第 51 条の 2 ほか 8 省令 8 条文関係）

事業者は、各種健康診断の有所見者について医師等が就業上の措置等に関する意見具申を行う上で必要となる労働者の業務に関する情報を当該医師等から求められたときは、これを提供しなければならないこととする。

3) 長時間労働者に関する情報の産業医への提供 (労働安全衛生規則第 52 条の 2 関係)

事業者は、毎月 1 回以上、一定の期日を定めて、休憩時間を除き 1 週間当たり 40 時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間の算定を行ったときは、速やかに、その超えた時間が、1 月当たり 100 時間を超えた労働者の氏名及び当該労働者に係る超えた時間に関する情報を産業医に提供しなければならないものとする。

面接指導の実施方法（労働安全衛生規則第 52 条の 3）

該当する労働者の申し出により行うものとする。この申し出は、期日後に遅滞なく行うものとし、事業者は申し出があった場合は、遅滞なく面接指導を行う。なお、産業医は、該当する労働者に対して、申し出を行うよう勧奨することができ、産業医は、面接指導を行うにあたり、申し出を行った労働者に対して、勤務状況・疲労の蓄積の状況・心身の状況の確認をする。

「過労死等ゼロ」緊急対策

電通社員の過労自殺事件等を受けて厚生労働省は、違法な長時間労働を許さない取組みの強化として、企業が労働時間の実態を把握すること等を盛り込んだ『「過労死等ゼロ」緊急対策』を平成 28 年 12 月 26 日に公表している。

是正指導段階での企業名公表制度の強化

複数の事業場を有する大企業を対象とし、是正指導段階での企業名を公表する制度を次のように強化した。①月 100 時間超の違法な労働時間を月 80 時間超に拡大。②過労死等・過労自殺等で労災支給決定した場合も対象としている。①と②については、2 事業場に認められた場合で、企業の本社の指導を実施し、是正されない場合に公表する。③月 100 時間超と過労死・過労自殺が 2 事業場に認められた場合に企業名が公表される。

ストレスチェック

(心理的な負担の程度を把握するための検査等)

労働安全衛生法第 66 条の 10

1. 事業者は、労働者に対し、厚生労働省で定めるところにより、医師、保健師その他の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。
2. 事業者は、前項の規定により行う検査を受けた労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、当該検査を行った医師等から当該検査の結果が通知されるようにしなければならない。この場合において、当該医師等は、あらかじめ当該検査を受けた労働者の同意を得ないで、当該労働者の検査の結果を事業者に提供してはならない。
3. 事業者は前項の規定による通知を受けた労働者であつて、心理的な負担の程度が労働者の健康の保持を考慮して厚生労働省令で定める要件に該当するもの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ときは、当該申出をした労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による面接指導を行わなければならない。この場合において、事業者は、労働者が当該申出をしたことを理由として、当該労働者に対し、不利益な取扱いをしてはならない。
4. 事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定による面接指導の結果を記録しておくなければならない。
5. 事業者は、第 3 項の規定による面接指導の結果に基づき、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、厚生労働省令で定めるところにより、医師の意見を聞かなければならない。
6. 事業者は、前項の規定による医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講ずるほか、当該医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会への報告その他の適切な措置を講じなければならない。
7. 厚生労働大臣は、前項の規定により事業者が

講ずべき措置の適切かつ有効な実施を図るため
必要な指針を公表するものとする。

8. 厚生労働大臣は、前項の指針を公表した場合
において必要があると認めるときは、事業者又
はその団体に対し、当該指針に関し必要な指導
等を行うことができる。
9. 国は、心理的な負担の程度が労働者の健康の
保持に及ぼす影響に関する医師等に対する研修
を実施するよう努めるとともに、第 2 項の規
定により通知された検査の結果を利用する労働
者に対する健康相談の実施その他の当該労働者
の健康の保持増進を図ることを促進するための
措置を講ずるよう努めるものとする。

ストレスチェックの実施方法と確認事項

事業者は、常時使用する労働者に対し、1 年以
内ごとに 1 回、定期的に、職場における心理的な負
担の原因に関する項目、心身の自覚症状に関する
項目、他の労働者による当該労働者への支援に関
する項目について検査実施する。(労働安全衛生
規則第 52 条の 9)

検査結果の通知を受けた後、労働者から申し出
があった場合、事業者は遅滞なく面接指導を行わ
なければならない。(労働安全衛生規則第 52 条
の 16)

その際、検査を行った医師等は、当該労働者に
対して申し出を行うよう勧奨することができる。
また、面接指導を行うにあたり、労働者の勤務状
況、心理的な負担の状況、心身の状況について確
認を行うものとする。(労働安全衛生規則 52 条
の 17)

山口県の実施状況

厚生労働省が発表した平成 29 年 6 月末時点の
ストレスチェック制度の全国の実施状況に関する
報告によると、義務対象事業場のうち 82.9%が
実施、ストレスチェックを受けた労働者は 78%、
さらに医師の面接指導を受けた労働者は 0.6%で
あった。山口県には約 1,350 の事業場があるが、
実施率 88.9%で全国 10 番目の実施率であった。

業務上疾病の発生状況の推移

業務上疾病の発生状況は、長期的には減少傾向
にあり、平成 27 年は前年に比べて若干減少して
いる。また、業務上疾病の約 7 割を負傷に起因
する疾病が占めており、さらに負傷に起因する疾
病の約 85%が災害性腰痛（いわゆるぎっくり腰
等）が占めている。

腰痛の業種別発生状況では、保健衛生業（社
会福祉施設・医療保健業等）が 30%で最も多く、
近年、増加傾向にある。

熱中症での死傷者数は、猛暑であった平成 22
年に増加して以来、400～500 人台で高止まり
の状態である。平成 23～27 年の 5 年間、熱中
症による死傷者数は、建設業が最も多いことから、
建設現場での給水所の設置、スポットクーラーや
ミスト設置の現場が増えており、熱中症対策の取
組みが改善されている。

治療と仕事の両立支援

がんなどの病気を抱える方の治療と仕事の両立
については、平成 29 年 3 月 28 日に政府が公表
した「働き方改革実行計画」での重要な取組みと
されており、各都道府県労働局を中心として「地
域両立支援推進チーム」が設置されている。山口
県でも 9 月に医療関係者、経済団体等とのネッ
トワークを構築するための協議会を開催する。そ
の他、宇部市のハローワークと山口大学が連携し
て就職支援を行っており、4～6 月の 3 か月で
16 人が登録、うち 6 人が就職した。また、山口
産業保健総合支援センターの取組みでは、山口労
災病院において、労働者の患者が相談できる「両
立支援相談窓口」を設置しているので利用いただ
きたい。

化学物質のリスクアセスメント

平成 28 年 6 月の労働安全衛生法の一部を改正
する法律により、640 化学物質に関するリスク
アセスメント実施が義務化されている。

福井県の事業場においてオルトトルイジン等
の化学物質を取り扱う作業に従事していた労働者
が膀胱がんを発症した事案により、この物質が特
定化学物質に追加された。また、この物質が労働

者の皮膚に接触し、長期間にわたり労働者の皮膚から吸収されていたことが示唆されたことを踏まえ、洗浄設備の設置、保護衣・保護具の着用を義務化する等、健康障害防止対策の強化等を目的に「労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令」が平成 29 年 1 月 1 日に施行・適用されている。

「MOCA (3,3' -ジクロロー 4,4' -ジアミノジフェニルメタン)」にかかる特殊健康診断の項目に、膀胱がん等の尿路系腫瘍を予防・早期発見するための項目を追加すること等を内容とする「特定化学物質障害予防規則」が改正され、平成 29 年 4 月 1 日に施行・適用されている。

2. 産業現場における眼障害、眼疾患

山口大学大学院医学系研究科眼科学

助教 守田 裕希子

VDT と VDT 作業

VDT とは「Visual Display Terminals：ビデオ表示端末」の意味で、ブラウン管、液晶などのビデオディスプレイの表示に用いる端末であり、VDT 作業とは VDT を使用した作業のことである。

VDT 作業を長時間続けたことにより目や体、心に支障をきたす疾患として、「VDT 症候群」がある。ドライアイ、眼精疲労などの目の症状、首、腰、肩のこり・だるさ・痛みなどの体の症状（頸肩腕症候群）、食欲減退、不安感、抑うつ症状等の心の症状がみられる。身体的な疲労や症状がある VDT 作業者は全体の約 70%といわれている。

私たち医師もパソコンでプレゼンの準備を行ったり、実際にはパソコンに向かって長時間対応していることが多く、VDT 作業に大いに関係があるといえる。

厚生労働省が行った VDT に関する全国調査「平成 20 年技術革新と労働に関する実態調査」がある。目的は、VDT 作業増加労働者への対応、事業所における職場環境や衛生管理等の実態を把握し、労働安全衛生行政推進のための基礎資料とするためである。アンケートの内容は、事業者にはコンピューターの使用状況・機器、VDT 作業に関する作業環境対策、作業時間管理対策の有無について、また、労働者にはコンピューターの使用状況・機器、1 日あたりの平均 VDT 時間、身体

的疲労、自覚症状などである。

その結果、事業者については、VDT 作業環境対策を行っている 67.8%、VDT 作業時間管理を行っている 10.3%、VDT 健康診断の実施 14.4% であり、VDT 作業対策は不十分であるといえる。また、労働者については、コンピューター使用状況 87.5%で、1 日あたりの平均 VDT 時間が 1 時間未満 12.7%、1 時間以上 2 時間未満が 14.5%、2 時間以上 4 時間未満 24.1%、4 時間以上 6 時間未満が 21.7%、6 時間以上が 25% であり、VDT 作業の 2 時間以上が 70% 超えであった。コンピューター機器を使用している労働者で、身体的な疲労や自覚症状がある労働者は 68.5%、そのうち、目の疲れ・痛みが 90.8% であり、VDT 作業により自覚症状がある方の 90% が眼の症状を有していることがわかった。

VDT 作業による眼症状においては、多角的側面を調査した疫学研究「大阪スタディ」がある。これは、ドライアイ研究会の趣旨に賛同した 1 社の本社内勤者 672 名を対象とし、自覚症状のアンケート、2006 年のドライアイ診断基準、各種質問にて評価を行ったものである。有効回答者数 561 名（男性 374 名、女性 187 名）で有効回答率 83.5% であった。

大阪スタディは次の 5 項目を検査項目とした。

1. 角結膜染色：角膜の傷の有無を診る。
2. 涙液分泌量・シルマーテスト I 法：5 分間細長い濾紙を下瞼に挟み、涙で塗れた長さを測定。5 分間で 10 mm 以上が正常。シェーングレン症候群では 5 分で 5 mm 以下が診断基準の一つに組み込まれている。
3. 涙液層破壊時間 (BUT)：涙液層の質・乾きにくさを評価。10 秒以上が正常。
4. マイボーム腺機能検査：赤外線フィルターで眼瞼裏を観察し、涙の油分を検査する。
5. 自覚症状アンケート 12 項目（眼精疲労・不快感・乾燥感・眼が重たい・光がまぶしい・痛み・霧視・目やに・異物感・充血・かゆみ・涙が出る）

大阪スタディの結果

平均年齢 43.3 歳、平均 VDT 作業時間は男性 7.7 時間、女性 8.3 時間であった。

ドライアイ有病率の確定群は男性 8.0%、女性 18.7%、疑い群は男性 52.1%、女性 57.8%であり、ドライアイの加療が必要な患者は全体の約 65%であった。

ドライアイ危険因子は、女性、年齢 30 歳以上、VDT 作業時間が 8 時間以上であることがわかった。また、大阪スタディでは「労働生産性とドライアイ」についての評価が行われ、ドライアイ確定群では生産率 4.82%低下、疑い群は 4.06%低下、非ドライアイ群は 3.56%低下で、ドライアイ群で優位に低下 ($p=0.01$) していた。ドライアイによる損失としては、1 年あたり約 3.1 日、年間約 48 万 7,000 円と報告されている。

VDT 作業におけるドライアイの要因

VDT 作業で起こるドライアイでは、集中して作業をすると瞬目が減少することが知られている。通常は 1 分間に約 20 回程度、瞬きをされると言われているが、読書では約半分、VDT 作業やゲームでは 1/3 ~ 1/4 に減少する。瞼裂幅（目が開いている間隔）は、ディスプレイの位置が前方にあると瞼裂幅が開く。コンタクトレンズ装用者はドライアイリスクが約 3.6 倍である。

こうしたことから、VDT 作業者の心身の負担をより軽減し、作業を支障なく行うことができるようにするため、平成 14 年 4 月に VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドラインが策定された。

VDT 作業ガイドラインの概要

1. 作業環境管理

照明・採光：ディスプレイ画面上の照度は 500 ルクス以下。眩しくなりすぎないよう書類上及びキーボード上における照度は 300 ルクス以上で暗くなりすぎないようにする。グレアの防止・騒音の低減措置などを行う。

2. 作業管理

一作業時間が 1 時間を超えないこと、また、その 1 時間の間に 10 ~ 15 分の作業休止時間を設けること。VDT 機器等の選定・調整を行う。

3. VDT 機器等及び作業環境の維持管理

4. 健康管理

配置前健康診断及び 1 年ごとの定期健康診断では、業務歴・既往歴・自覚症状の有無の調査をする。就業時には必ず視力検査（5m 視力及び近見視力）、屈折検査、眼位検査、調節機能検査などの眼科学的検査、筋骨格系に関する検査を行う。

5. 労働衛生教育

6. 高齢者及び障害等を有する作業員への配慮。

VDT 作業ガイドラインが推奨する環境

調整ができる背もたれのついた椅子で足裏全体が着くように、また、足元が窮屈でないこと。机の高さは 65 cm ~ 70 cm で周りには適切な広さがあること、作業員とディスプレイの間隔は 40 cm 以上でディスプレイが反射しないように十分な明るさの照明を必要とする。

VDT 作業に伴うドライアイへの対処法

1. 一連続作業時間は 60 分、間に 10 ~ 15 分は休息を取る。
2. 画面を置く位置は、正面よりやや下方におく。
3. コンタクトレンズ装用者は瞬目が浅くなりがちなので、ゆっくり深い瞬きをするよう心がける。瞬きが浅い場合は、涙が目の表面にいきわたらず、乾きやすくなる。
4. コンタクトレンズの材質は多種類あるが、目が乾きやすい人はシリコンハイドロゲル素材が良い。
5. 必要であれば点眼や温熱療法を行う。ソフトサンティアは、防腐剤が入っていないため 10 日間程度で使いきる。角膜を保護するヒアルロン酸は 0.1% 及び 0.3% の濃度のものがある。また、近年ドライアイの治療としてジクアス[®]、ムコスタ[®]が広く普及している。また、目を温めることによって、マイボーム腺の目詰まりを解消する効果が期待される。
6. 推奨される作業環境は、湿度 40% ~ 70% で、エアコンが直接あたる場所は乾燥するので風向きを変える等の配慮が必要である。

VDT 作業に伴う眼精疲労への対処法

調節性及び屈折性眼精疲労は、老視による調節力の低下に起因しているため、作業距離に合わせた適切な眼鏡を処方する。もともと視力がいい人、遠視・正視は特に眼精疲労をきたしやすいことから肩こり・頭痛の原因となる。また、ブルーライトによる光の散乱による眼精疲労は、ブルーライトをカットする眼鏡装用をすることで軽減される可能性がある。

職場で遭遇する可能性のある眼科救急疾患

1. 角膜鉄片異物

グラインダーやサンダー作業などで、ゴーグルを装着していない際に起こる。鉄片が角膜に付着している状態で、異物が飛入して、時間が経ってから激しい眼痛、流涙の自覚症状がでる。治療方法は、点眼麻酔をした上で、角膜異物針や角膜ドリルで異物除去をする。時間が経つと鉄錆が完全に除去できずに視力障害をきたす場合もある。角膜鉄片異物が疑われたときは、眼科を受診し、速やかに異物をとってもらい、抗菌薬の点眼、眼軟膏の処方、鉄錆が残っている場合は、複数回の処置が必要になることもある。眼鏡では横から飛入してくるため保護できないので、必ずゴーグルを使用するよう指導が必要である。

2. 眼内異物・眼球破裂

草刈り機などの刃の破片・石の破片又は金属加工作業時に飛入し、角膜又は強膜から異物が眼内に入った状態で視力低下や眼痛がある。場合によっては、眼球形状が維持できないこともある。眼内異物・眼球破裂が疑われたら、眼帯を装着して速やかに眼科を受診する。異物が刺さっている場合で、釣り針などの返しがついているものなどは、無理に抜くと角膜などを挫滅させる可能性があるため無理に抜かない。

3. 化学外傷

酸及びアルカリ薬品が眼に入ると、流涙、眼痛、視力低下、充血を引き起こす。また、重篤な視力障害をきたすこともある。所見としては、結膜の充血、角膜上皮欠損がある。眼科での治療は、結膜嚢を pH 測定、生理食塩水 3 リットルで洗眼し、抗菌薬、ステロイドの局所投与をする。重症例で

は入院の上、ステロイド全身投与を行うこともある。化学外傷が疑われたら、まず流水でしっかりと洗い、眼に入った薬品名をメモして眼科受診することが大切である。

4. 電気性眼炎（紫外線角膜炎）

直射日光及び溶接作業中の火花などを、ゴーグルや保護眼鏡なしで見ることにより、紫外線曝露による角膜上皮障害を起こす。紫外線毒性の強い短波長紫外線（UVC）及び太陽光線の多量の中波長紫外線（UVB）による雪眼がある。紫外線曝露後、数時間経過してから、両眼の異物感、眼痛、流涙（時に視力低下をきたす）がある。治療方法は、油性眼軟膏で角膜保護する。溶接する際には必ず保護面の着用を労働者に指導する。また、その周囲の人も保護面をしたほうが良い。

就労に支障をきたす眼疾患

1. 白内障

水晶体（レンズ）が濁る病気であり、症状は、眼がかすむ、見えにくい。白内障の種類は、後囊下白内障（糖尿病・ステロイドが大きく関係）、皮質白内障（加齢により水晶体の外側の皮質から濁りがでる）、成熟白内障（水晶体の濁りが全体に広がり進行した状態）がある。

ステロイド白内障は、ステロイドの内服や点滴で水晶体混濁をきたす。

アトピー性白内障は、アトピー性皮膚炎を発症している人に合併症として起こるもので、水晶体の前がベタっとした感じで濁る。原因は、痒みを我慢しようとして強く殴打することやステロイドの使用により若くして進行する。決して高齢者だけの病気ではなく、ステロイド投与、糖尿病、アトピーの既往のある場合は注意しなければならない。

白内障は、物がぼやけて見えるが（霧視）、部屋の明るさ、時間帯によって見え方にばらつきがある。現在、白内障の手術はかなり進歩している。水晶体嚢内摘出術及び水晶体嚢外摘出術は、水晶体をそのまま摘出するため、10 mm 以上の切開とその後の縫合が必要である。現在、スタンダードとなっているのは、水晶体超音波乳化吸引術である。水晶体を小さく砕いて吸引し、切開は 3 mm

以下である。傷口が小さければ、縫合の必要はない。水晶体はレンズの役割をしているところなので、濁りをとってピントが合わない状態になる。レンズを折りたたんで挿入する眼内レンズ挿入術で、乱視矯正眼内レンズや多焦点眼内レンズを挿入することで、より優れた視機能を提供する。

2. 緑内障

緑内障は、視神経乳頭、視野の特徴的変化の少なくとも一つを有し、通常、眼圧を十分に下降させることにより視神経障害の改善あるいは進行を阻止し得る、眼の機能的構造的異常を特徴とする疾患である（緑内障診療ガイドライン）。

網膜神経線維層欠損は、視神経乳頭部から扇状に広がる周りの網膜の色と比べて少しくすんで見えるが、最も早期に生じる緑内障性眼底変化といわれ、その部位に一致する視野障害を認めることが多い。異なる明るさ・大きさの明かりを提示して、光が見える最小の輝度からその位置の感度を決定する静的視野検査を行う。

日本人の緑内障有病率及び現状は、年齢とともに有病率が増加することがわかっている（40歳以上の5%、20人に1人）。推定緑内障患者数400万～500万人で未受診率は80～90%である。緑内障は白内障と違い、自覚症状に乏しく大

半の緑内障患者は気付いていない。眼圧が上昇して視神経乳頭を圧迫し、視野異常を来す。

緑内障は、極めて慢性に進行する疾患であるため、自覚症状が出る前の早期発見が大切である。治療は眼圧を下げることで、薬物療法では抗緑内障薬点眼、それでも効果が見られない場合は、外科治療として濾過手術などがある。治癒はしないが、進行を遅らせることは可能である。40歳を過ぎたら眼科の定期診察を勧める。

3. 網膜色素変性症

眼の中で光を感じる組織である網膜に異常が見られる遺伝性の疾患で、視細胞、網膜色素上皮細胞の異常で、緩徐に進行する両眼性の疾患。原因は眼に関連する遺伝子異常で、5,000人に1人といわれている。症状は、夜盲、昼盲、視野狭窄、視力低下がみられる。現時点では確立された治療法はないが、ビタミン剤の内服薬、漢方薬の処方や健康食品の摂取のほか、網膜再生や遺伝子治療などの様々な研究が行われている。また、ロービジョンケアとして、眩しさを軽減するための遮光眼鏡の装用が必要である。

多くの先生方にご加入頂いております！

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険	取扱代理店 山福株式会社 TEL 083-922-2551 引受保険会社 損害保険ジャパン 日本興亜株式会社 山口支店法人支社 TEL 083-924-3005
所得補償保険	
団体長期障害所得補償保険	
傷害保険	



損保ジャパン日本興亜

第 61 回社会保険指導者講習会

「脳血管障害診療のエッセンス」

と き 平成 29 年 10 月 4 日・5 日（水・木） 10：00～

ところ 日本医師会大講堂

[印象記：理事 前川 恭子]

脳梗塞はご存知のとおり、神経組織を灌流する血管が閉塞し、虚血により機能が障害された状態である。発症・搬送された患者さんの脳組織の虚血の中心部は、既に細胞死をきたしているであろう。しかし、周辺組織（ペナンプラ）は早期に血

流を再開すれば助けられる。血栓溶解療法と血栓回収療法はそれを目的とする。

アメリカで 1996 年に認可された rt-PA（遺伝子組換え組織プラスミノゲンアクチベータ）は、

10 月 4 日（水）		CC 単位	10 月 5 日（木）		CC 単位
10:00	開会 挨拶 日本医師会長 厚生労働省保険局長		10:00	脳血管障害の画像診断 平野 照之（杏林大脳卒中医学教授）	CC73 1単位
10:10	脳血管障害の疫学と危険因子 北川 泰久（東海大名誉教授）	CC11 1単位	10:50	質疑応答（10分）	
11:00	質疑応答（10分）		11:00	脳ドックの現状 小林 祥泰（鳥根大特任教授）	CC11 1単位
11:10	脳梗塞の超急性期治療 峰松 一夫（国立循環器病研究センター 院長）	CC73 1単位	11:50	質疑応答（10分）	
12:00	質疑応答（10分）		12:00～12:50	休憩（昼食）	
12:50	脳血管障害の血管内治療の進歩 吉村 紳一（兵庫医大脳神経外科 主任教授）	CC73 1単位	12:50	平成 30 年度診療報酬改定に向けて 厚生労働省保険局医療課長	CC6 1単位
13:40	質疑応答（10分）			地域医療構想の実現に向けて 厚生労働省医政局長	
13:50	脳血管障害の外科的治療の現状 寶金 清博（北海道大脳神経外科教授）	CC73 1単位	13:50	脳血管障害に対するリハビリテーション 水間 正澄（昭和大名誉教授）	CC78 1単位
14:40	質疑応答（10分）		14:40	質疑応答（10分）	
	14:50～15:00 休憩（10分）		14:50～15:00	休憩（10分）	
15:00	脳梗塞再発予防のための抗血栓療法と 血圧管理 鈴木 則宏（慶應義塾大神経内科教授）	CC78 1単位	15:00	脳血管障害と医療連携 弓倉 整（弓倉医院院長）	CC12 1単位
15:50	質疑応答（10分）		15:50	質疑応答（10分）	
16:00	心原性脳塞栓症の一次予防、二次予防 磯部 光章（榊原記念病院院長）	CC73 1単位	16:00	総括 日本医師会	CC6 0.5単位
16:50	質疑応答（10分）		16:30	終了	
17:00	終了				

治験のデータはあったものの日本では認可がおりず、J-ACT の結果を待った。2005 年に発症 3 時間以内での使用が日本で認可され、世界では早くも 2008 年に発症 4.5 時間以内の使用を適応とした。遅れて 2012 年、日本でも同様の適応となった。

血栓回収療法は、rt-PA 静注療法に続き発症 6 時間以内に行われ、十分効果があるが、ガイドライン推奨に合う症例は全体の 1 割である。

治療のタイミングを逸する患者さんをより早く搬送できれば、血管内治療の対象となり得る。

アメリカでは啓蒙に FAST を使用する (Face : 顔の歪み、Arm : 腕の脱力、Speech : 言語障害のうち一つでも症状があれば 8 割は脳卒中の可能性が高く、Time : 発症時刻を確認し救急車を要請する)。また、複数医療機関が連携し遠隔医療システムで急性期の診断を行い、rt-PA 静注療法を開始しながら、血栓回収療法可能な施設に搬送する (Drip : 血栓溶解、Ship : 搬送、Retrieve : 血栓回収)。

適応拡大を目論む DAWN trial では、diffusion-perfusion mismatch を評価し症例を選べば、発症 6 時間を過ぎていても 24 時間以内の血栓回収療法は有効と結論付けたが、日本の話ではない。歯痒さと、日本でも何とかしたいという熱意を複数の演者から感じた。

MRI 普及率が世界一である日本での脳ドックは、未破裂脳動脈瘤をみつけることが目的の一つ

であった。その目的をある程度達成した今、脳ドック学会は、無症候性脳血管障害を見つけ、脳卒中や認知症の予防につなげることも目標としている。無症候性脳梗塞や大脳白質病変を有する高齢者は、脳卒中や認知症発症リスクが高いからである。

血栓回収療法で障害が残らず、再発予防として抗血小板療法を行っていても、脳梗塞再発率は高い。脳梗塞を発症させないため、目の前の患者さんの高血圧や代謝異常など、脳梗塞のリスクファクターをコントロールすることが言うまでもなく大切である。

講習会の最後に、中川俊男 日本医師会副会長が、病床機能報告の病床数と地域医療構想の病床必要量は意味合いが全く異なることを分かりやすく説明され、日程を終了した。

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。

かなえない
未来がある。





応援してください。
やまぎんも、私も。

石川 佳純



山口銀行

YAMAGUCHI BANK

第 9 回臨床研修医交流会

と き 平成 29 年 8 月 26 日 (土) 15:00 ~

8 月 27 日 (日) 9:00 ~

ところ ホテルかめ福 2 階ロイヤルホール

[報告 : 代表世話人 / 宇部興産中央病院 福田 進太郎]

平成 29 年 8 月 26 日から 27 日の 2 日間、湯田温泉のホテルかめ福において第 9 回臨床研修医交流会が開催されました。参加者は研修医 79 名、指導医等 45 名、計 124 名でした。本年は宇部興産中央病院が当番幹事を引き受け、当院研修医の松山哲也 先生が代表幹事を務めました。4 月、5 月、6 月に 3 回の幹事打合会を開催して準備を進めましたが、松山先生の胸襟を開いた屈託のない司会のおかげで、幹事の皆さんから積極的な意見・提案が次々に浮かんできて活発な討論が行われました。県内東から西まで多くの病院から幹事の研修医が参加してくれましたが、皆さんすぐに打ち解け、連帯意識が醸成されていくのが傍らで見ていてよく分かり、議事の進行を安心して見ていました。

当日は松山先生の総合司会により、県医師会長の河村康明 先生、山口県健康福祉部長の岡 紳爾 先生のご挨拶で始まり、県医師会副会長の濱本史明 先生が医師会及び山口県医師臨床研修推進センターの事業を説明されました。研修医にはまだ身近に感じにくい医師会という組織が携わっている広範な事業を、分かりやすく丁寧に説明していただきました。

続いて、特別講演 1 として山口大学大学院医

学系研究科皮膚科学講座の教授に昨年度着任された下村 裕 先生から「私の自己紹介と臨床研修医の皆さんに伝えたいこと」と題してご講演いただきました。学生時代に講義で出会った 1 枚の毛髪の電顕写真の解剖学的美しさに惹かれて皮膚科学の道を志したこと、留学時代や帰国後の研究生生活の様子や成果を分かりやすく、かつ情熱的に話していただきました。私のような門外漢が聞いていてもとても面白く興味深い内容で、参加された指導医陣からも「勉強になった」という声が聞こえてきました。

その後、アイスブレイクとして幹事のリードの下で「ロコモ体操」を参加者全員で行い、体をほぐしてからグループワーク「研修医駆け込み寺」が行われました。これは A から J まで 10 班に分けたグループで、研修中に経験したヒヤリハットや失敗談をスライドにまとめ、発表するものです。すべての班が発表したところで第 1 日目のプログラムは終了しました。

部屋を変えて 19 時より、もう一つのメインイベントである懇親会が開催されました。山口大学医学部附属病院研修医の二又卓朗 先生の司会の下、開会にあたり村岡嗣政 山口県知事 (代読)、山口大学医学部附属病院医療人育成センター研修



下村 裕 教授



井村 洋 先生

医・専門医支援部門長の木村和博先生からご挨拶いただいた後、小生の乾杯で開会しました。食事やお酒が進むにつれて打ち解けた雰囲気となり、久しぶりの再会や近況の情報交換などで座の雰囲気は一気に和んでいきました。恒例のビンゴ大会で盛り上がりは最高潮になり、気がつけば閉会予定の 21 時になっているという状態でした。中締めに立たれた県医師会副会長の吉本正博先生から、「この交流会は研修医が将来の伴侶を見つける機会を作ることも創設時の目的の一つであったと記憶している。皆さんも勉強とともに本日のご縁を大事にしてほしい」とのお話があり第 1 日目のプログラムはすべて終了しましたが、吉本先生の意を汲んだ方々は先輩、同輩と連れだって湯田温泉の街並みに繰り出して行きました。

翌 27 日は、前夜の疲れをものともせず全員が定刻前に集合し 9 時に開始しました。山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田敏彦先生の開会挨拶に続き、特別講演 2 として飯塚病院特任副院長・総合診療科部長の井村 洋先生から「一生使える感度・特異度と尤度比 (LR)」と題してご講演いただきました。ハーバード大学で学ばれた高度な知識を分かりやすく Q & A 形式で話された後に熱心な質疑応答があり、傍聴し

ている関係者にも好評でした。

休憩の後に、幹事団の構想による「ドクター E ～ 医者のお卵～症例検討会」が行われました。幹事による症例提示の後に各班が症状の把握、検査結果の判断、診断へと意見を戦わせました。前田先生もアドバイスに加わり、最後はどんでん返しの最終診断に会場が湧く結果となりました。

充実した時間が過ぎ予定の内容を終了した後に県医師会常任理事の加藤智栄先生より前日のグループワークに対するベストプレゼンテーション賞の発表と講評、閉会挨拶が行われ、本年の研修医交流会は終了しました。来年度以降もこの会がさらに継続・発展されることを期待いたします。

終わりに、今回の交流会の開催にあたりご尽力いただいた病院幹事の先生方、県医師会の加藤常任理事・中村理事や事務局の方々及び山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田先生には大変お世話になりました。また、ご多忙の中、ご出席いただいた関係者の方々にも誌面を借りて厚くお礼申し上げます。

第 9 回臨床研修医交流会を終えて

[報告 : 代表幹事 / 宇部興産中央病院研修医 松山 哲也]

8 月 26 日及び 27 日の 2 日間の日程で第 9 回臨床研修医交流会が山口市のホテルかめ福にて開催されました。本年度の主幹病院は医療法人社団宇部興産中央病院であり、代表世話人を福田進太郎先生、代表幹事を私が務めさせていただきました。準備段階から当日まで、多くの方々にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

事前準備では山口市で幹事打合会が 3 回に亘って行われました。各病院の幹事がそれぞれ年次に

関係なく意見を出し合い、よりよい交流会になるように活発に話し合いました。時には意見がぶつかり、お互いの意見が平行線をたどることもありましたが、県医師会の加藤智栄常任理事や中村洋理事にもご意見をいただき、幹事たちで充実したプログラムを考え出すことができました。

今年度の特別講演は、山口大学大学院医学系研究科皮膚科学講座教授の下村 裕先生に「私の自己紹介と臨床研修医の皆さんに伝えたいこと」

という演題でご講演いただきました。先生がなぜ皮膚科の道を志したのかというお話から、臨床だけではなく研究の魅力についてお話しいただき、多くの研修医が興味深く聞き入っている様子でした。特に留学先で研究に打ち込まれていた光景は研修医にとって非常に魅力的であったようです。

下村先生にご講演いただいた後、会場全体でアイスブレイクとしてロコモ体操を行いました。最初は恥ずかしかっている方も見受けられましたが、気がつけば皆さん打ち解けて非常に楽しまれている様子でした。

その後は、「研修医駆け込み寺」という演目でグループワークを行いました。自分たちが起こしてしまった失敗談について、時に冗談交じりに時に真剣に各班で活発な議論が行われました。普段交流が少ない他病院の研修医とこのような意見交換を行うことで、「悩んでいるのは自分だけではない」、「そういう失敗に気をつけよう」と思えた研修医も少なくなかったのではないかと思います。

1 日目のプログラム終了後は、会場を移し懇親会が開催されました。各病院より豪華景品を提供していただき、ビンゴの出る目に一喜一憂しながら、大いに盛り上がりを見せ、熱気と笑い声の絶えない懇親会となりました。景品を提供していただいた各病院の先生方、ご尽力いただいた関係者の皆様、本当にありがとうございました。

2 日目は飯塚病院特任副院長・総合診療科部長の井村 洋 先生に「一生使える感度・特異度と尤



ロコモ体操

度比 (LR)」という演題でご講演いただきました。井村先生の人柄と巧みな話術で会場の研修医たちは自然と話に引き込まれていき、最初は冗談話に楽しく笑っていましたが、気がつけば真剣な表情で話を聞き入っていました。感度・特異度と尤度比 (LR) というなんとなくぼんやり理解していた概念が、今回の講演で明確なものに変わった研修医も多かったのではないかと思います。今後、日常診療の中で診断を進めていくために非常に有意義な内容でした。

その後、1 日目と同じグループに分かれて症例検討会を行いました。各班で非常に活発な議論が行われ、時にぶつかりながらも力を合わせて診断を進めていました。すべての班で 2 日間のプログラムで得た知識・考え方が非常に役に立った様子であり、今回の臨床研修医交流会が有意義なものであったと早くも感じる事ができました。

2 日間に及ぶ交流会を通じて、知識や経験を共有することができ、とても実りのある会となりました。この研修医交流会を開催できたのも山口県医師会の皆様方と世話人を引き受けてくださった福田先生、また、各病院の関係者の方々、幹事の先生方のお陰でございます。この誌面を借りて重ねてお礼を申し上げます。今回の交流会で得た知識や経験を活かし、今後、山口県での医療を支えていくことができるよう、日々研修に励んで参りたいと思います。今後とも引き続き温かいご指導・ご鞭撻を賜りますよう、何卒宜しくお願ひします。



グループワーク

医師年金 <認可特定保険業者>公益社団法人日本医師会 ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、 簡単シミュレーション!

医師年金 検索

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

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金額のシミュレーションができます。ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら

公益社団法人 日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間 : 午前9時30分~午後5時(平日)

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	受給年金
<ul style="list-style-type: none"> 基本：月払 加算：月払 加算月金 11,100円 基本月金 60,900円 合計月金 72,000円 	<ul style="list-style-type: none"> ●81コース 加算年金 49,160円 基本年金 49,160円 合計年金 98,320円 15年受取総額 18,594,000円
<ul style="list-style-type: none"> 加入申込期間 平成 27年 5月 7日 生年月日 昭和 50年 1月 1日 加入時年齢 40歳 加入申込期間 平成 27年 6月 15日 加入予定年月 平成 27年 7月 加入時年齢 40歳・6ヶ月 加算払込開始年月 平成 27年 7月 年金受取開始年月 平成 52年 1月 年金受取開始年齢 65歳 払込保険料累計 21,166,000円 	<ul style="list-style-type: none"> ●82コース 加算年金 368,800円 5年増上金 368,800円 基本年金 17,200円 合計年金 549,000円 15年受取総額 25,212,000円
<ul style="list-style-type: none"> ●83コース 加算年金 111,100円 10年増上金 111,100円 基本年金 17,200円 合計年金 299,300円 15年受取総額 26,028,000円 	<ul style="list-style-type: none"> ●84コース 加算年金 142,100円 15年増上金 142,100円 基本年金 17,200円 合計年金 301,300円 15年受取総額 26,874,000円

注意事項です。お読みください。

- 加入申込期間は、15日経過後、既出日の場合は、その日となります。
- 「終身年金」は、加入者が本人でなければ一生受け取ることができません。
- 「保証期間15年」では、受給者が本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の喪中の期間について、ご遺族の方へ受給が受け取ることがあります。
- 「受給が一次の遺族(第一順位)」は、受取開始の順位が決められています。
- 受取開始年齢は、75歳まで延びできます。
- 「受取年金月額」は概算です。現在は年額表示での計算となっております。将来、年金が繰上り支給される場合は、受取額が異なる場合があります。

20150601S8

山口県緩和ケア医師研修会に参加して

印象記：山口県立総合医療センター 林 めい

2017 年 9 月 23・24 日の 2 日間にわたり、山口県総合保健会館において山口県緩和ケア医師研修会が開催された。本研修会は、2007 年に定められた「がん対策推進基本計画」に則り、山口県、山口県医師会で共催されている。参加者は、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) というプログラムに従い、7 名のファシリテーターのもと研修を受けた。

講義では緩和ケアの概論から始まり、疼痛、呼吸困難、消化器症状、せん妄の評価と治療などの実践的な内容、つらさや精神症状の評価とケア、コミュニケーションなどの必要とわかっていながらもなかなか余裕が持って学べていない内容について、改めて知識の整理をすることができた。また、それぞれの症状について体系的に学べただけでなく、例えばがん性疼痛の評価と治療の講義で「中等量以上のオピオイドを使用して十分な鎮痛が得られずオピオイドの種類変更を検討する際は専門家にコンサルテーションする」というように、相談のタイミングについても説明いただき、これからはもっと自信を持ってコンサルテーションできそうだと感じた。

グループ演習、討論においては、がん性疼痛



の事例検討と、療養場所の選択と地域連携について行った。グループ内には一次から三次まで各規模の医療機関で勤務する医師が参加しており、コンサルテーションできる科が揃っていなかったり地域連携部門がなかったりと、普段相談することによって解決していることを自身で病院の規模によってできること、しなければならないことが異なってくることを実感した。

2 日間の研修において、私の印象に強く残っているのはロールプレイング研修である。オピオイドの開始、コミュニケーションについてのロールプレイングを行ったが、それぞれに気づき、学びが多くあった。オピオイドの開始については、医師役として知識や余裕の不足も感じたが、患者役として医師役への質問や実際に患者が取らざるであろう行動の予測がついておらず、想像力の不足を思い知った。また、コミュニケーションにおける進行がんの告知では、医師役として情報提供することに一生懸命になってしまい、患者役の反応を見たり、不安を和らげる言葉を投げかけたりする余裕を全く持てなかった。同じグループの方のロールプレイングを観察したところ、医師役として患者役を気遣いながら会話しているだけでなく、患者役としても実臨床で見られるような反応を演じら



れており、患者の気持ちを想像できる力がそのまま患者の気持ちを気遣うことのできる力となっており、診療における余裕を形成する一角となっているのだろうと考えた。経験豊富な先輩方の診療の姿勢や客観的なアドバイスを心に留めて、患者を気遣える余裕を持ちたいと痛感した。

2 日間の研修を終えてプレテストを復習したところ、今までの知識の不正確さを痛感した。本研修会で得た知識やアドバイスを糧にして、これからの診療に活かし、患者や患者家族に寄り添って医療を行っていききたい。

最後になりましたが、本研修会企画責任者の末永和之先生(すえなが内科在宅診療所)をはじめ、



ファシリテーターの立石彰男先生(宇部協立病院)、松原敏郎先生(山口大学保健管理センター)、中村久美子先生(山口県立総合医療センター)、篠原正博先生(しのはらクリニック)、上田宏隆先生(山口赤十字病院)、亀井治人先生(山口宇部医療センター)、ならびに企画、運営をさせていただいた関係者の皆様に心より感謝申し上げます。



山口県医師会警察医会 第 20 回研修会

と き 平成 29 年 2 月 4 日 (土) 15:00 ~

ところ ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科

法医・生体侵襲解析医学分野 (法医学)

教授 藤宮龍也 先生

報告：山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄

平成 29 年 2 月 4 日 (土)、ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」において「山口県医師会警察医会 第 20 回研修会」が開催された。

講演

死体検案特論—事例を中心に— (7)

「中毒・環境異常 2」

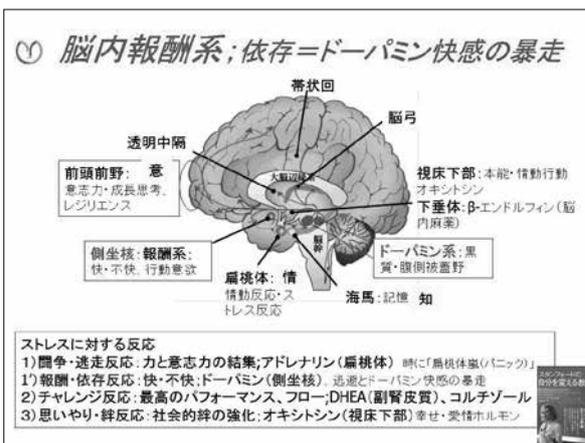
山口大学大学院医学系研究科

法医・生体侵襲解析医学分野 (法医学)

教授 藤宮 龍也

中毒・環境異常ということで、今回は中毒の中でもアルコールを中心にお話します。最初にアルコール医学や病態について、後半は心臓や肝臓などの臓器障害について、さらに最近はアルコール鑑定の依頼が多いので、そのことについて話す。私自身は、アルコールの研究を長くしていて、山口大学法医学教室はアルコールに関する法医学分野では日本一と自負している。

る。プロセス依存の中には、痴漢や万引きなどの軽犯罪もある意味で依存に含まれる。従って、依存は法医学にとっても重要な病気である。他の典型的なパターンがアルコールとなる。



最近は、脳神経科学が進歩したことにより、側坐核 (報酬系) とドーパミン系が暴走することにより、依存症になることが説明されるようになってきた。

◎ 依存のいろいろ: 依存は病気

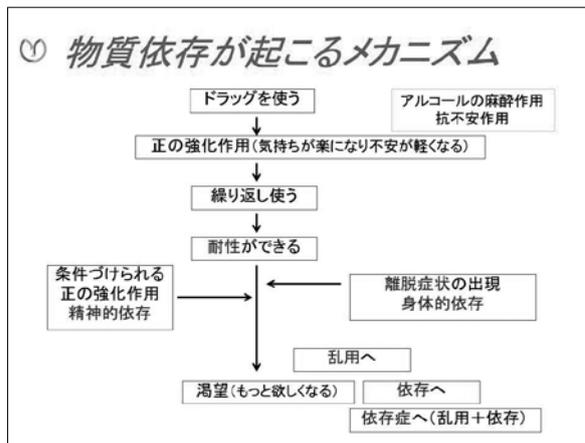
依存症=コントロール障害。母への依存関係からの不完全自立、未熟性? Give & Take の相互依存関係へ

対人関係依存:
自立できず、退行して依存性人格障害 (犯罪加害者に依存する可能性あり)。他人をコントロール・世話し安心感を得る対人依存・組織依存 (時に DV、虐待)。

プロセス依存:
買い物依存、ギャンブル依存 (パチンコ・ゲーム等)、仕事依存、携帯電話・インターネット・趣味依存、万引き・痴漢依存など。底知れぬさびしさという不快感からの逃避、現実からの逃避、不安・イライラ。緊張・ストレスから一行為による解放→後悔・周期的行動、準備行動、反応行動。習慣化・強迫観念。

物質依存症:
アルコール、タバコ、むちゃ喰い・ダイエット依存、覚醒剤、有機溶剤など、物質による安易な逃避。ドーパミン快感の暴走・セロトニン不足。精神的依存・身体的依存。耐性、禁断・離脱症状、人格変換。
Tx: 興味の分散。快感を冷ます。習慣化を断ち切る。共同体参加。乳製品・バナナ (セロトニン up)。専門医へ相談。

依存は、物質依存だけではなく、対人関係依存、プロセス依存とさまざまな形で依存が存在してい



その暴走に対して、薬の使用やプロセス依存的行動などによって耐性が生じ、その中で身体依存や精神依存が起これ、これを繰り返すうちに乱用や身体異常といった形で依存症へ進んでいく。

① アルコール依存症

アルコールへの精神依存・身体依存を生じた病的状態
アルコールへの耐性:代謝系の誘導・アルコール感受性の低下

アルコール依存徴候(B群の1項目とA群の1項目=依存症)

A. 精神神経症状(A群)

- a. 軽度の離脱症状(睡眠障害、振戦、自律神経障害、情緒障害) 【依存症】
- b. アルコール離脱発作 【アルコール性てんかん様発作】
- c. 離脱せん妄状態 【振戦せん妄】
- d. 飲酒間欠時のアルコール幻覚症 【アルコール性幻覚症】

B. 飲酒行動の異常(B群)

- a. 強迫的飲酒欲求に基づく飲酒抑制の障害
- b. 「負の強化」への抵抗
- c. 連続飲酒発作の出現
- d. 山型飲酒サイクル(連続飲酒発作期間と断酒期間の繰り返し)

アルコール依存症の場合には、精神症状と行動の異常が見られる。痙攣やせん妄状態になったりする精神神経症状と、お酒を飲みたいという脅迫的、精神的な状況を兼ね備えたのがこの依存症である。

① アルコール依存症の進行過程

アルコール依存症は、誰でもなりうるものである。すなわち若い頃に機会飲酒し、二十歳ぐらいから頻繁に飲むようになり、結婚すると毎日晚酌をするようになる。そうした中で、ライフイベントがいろいろと起き、失敗なども経験して、山型飲酒サイクル(連続飲酒発作期間と断酒期間の繰り返し)へ進み、最終的には死に至る。

② 退薬症候群・アルコール精神病

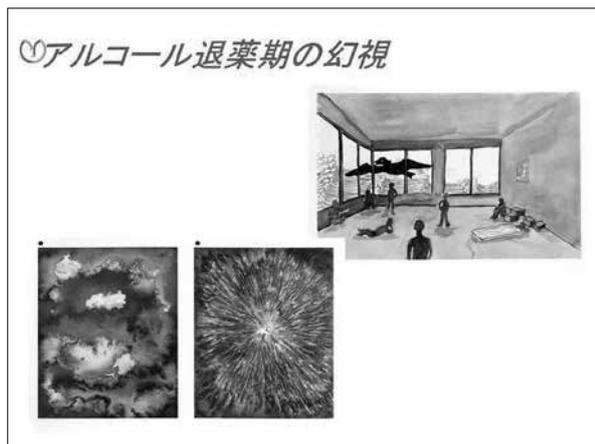
退薬症候群
アルコールを長期服用後、中止・減量したとき生じる退薬症状
cf. 催眠薬・鎮静薬、麻薬(モルヒネ)、中枢神経刺激薬(覚醒剤・コカイン)
早期退薬症状(断酒後4-6時間~3日): 動悸・発汗・幻視等
後期退薬症状(3日~7-10日): 振戦せん妄(相大振戦・幻覚・妄想・自律神経障害)
遷延性退薬症状(3~6ヶ月): 情動障害が中心

アルコール精神病
アルコール依存徴候を有する精神病
a) アルコール性てんかん様発作
b) 振戦せん妄
c) アルコール性幻覚症: 幻聴が主、意識障害あり、不安、被害妄想・追跡妄想・関係妄想
アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病
a) アルコール性痴呆
b) アルコール性 Korsakoff 精神病
Korsakoff 症候群: 記憶障害、失見当識、作話症からなる健忘症の持続
体知覚異常・腱反射消失・筋萎縮などの多発神経炎を伴う
アルコール性仮性進行麻痺: 進行麻痺類似の身体症状
ウェルニッケ脳症: 急性のせん妄、発熱、眼球麻痺、痙攣発作、痲痺、昏睡、ニコチン酸・ビタミンB1欠乏
c) アルコール性嫉妬妄想

② アルコール離脱症候群

② アルコール離脱症候群

こうした中で、アルコールは退薬症状が特徴的であり、お酒が飲めないと非常に気分が悪い、手が震えるといった症状が出てくる。お酒が飲めない状況になってから約1日で早期の離脱症状になり、後期症状が数日から1週間、そして数か月かかって退薬症候の状態へと進んでいく。退薬症候で問題になるのは交通事故の関係である。一般的に手が震えてお酒を飲まずにはいられない、そして飲んだにもかかわらず運転するという悪循環を繰り返し、事故を起こしてしまう。



退薬症候群の幻覚としては、空を見ているとチカチカ光っているものがぱっと近くで大きな光になって現れたり、精神病院に入院中に、窓の外で怪鳥が飛んでいるようなイメージの妄想をもつようになると言われている。こうして脳が萎縮した状態になることがアルコール依存症である。



お酒自体は、基本的に主食が腐って発酵したもので、お米が腐って日本酒や焼酎、麦や葡萄などでウイスキーやワインとなる。これは歴史とともに存在し、古い時代から飲まれている。ルネサンス前後に化学的知識が発展する中で、蒸留酒が作られるようになり、ウイスキーやブランデーといった濃いお酒、日本でも焼酎のようなお酒ができるようになった。

アルコールの法医学的重要性

事件・事故と酩酊

- 交通事故(飲酒運転・路上睡眠)
- 急性アルコール中毒による事故(イッキ飲み)
- 酩酊時の事故(墜転落・凍死・吐物吸引による窒息など)
- 事件の加害者・被害者になりやすい
薬物鑑定が一番多い物質
- 酩酊患者の医事紛争(誤診)
- 異常酩酊(複雑酩酊・病的酩酊)と責任能力、記憶障害

アルコール依存症・アルコール性臓器障害 特に突然死

- アルコール依存症・アルコール性精神障害
- 胎児性アルコール症候群
- アルコール性臓器障害・大酒家突然死症候群

アルコールは法医学において非常に重要で、事件・事故などに巻き込まれやすく、最も鑑定される薬物になる。そして、依存症や臓器障害という形で、病理学的にも重要になる。

アルコールのJカーブ効果

「飲酒と死亡率のJカーブ効果」という疫学調査をマーモット博士(英)が発表した(1981)。調査によると、毎日適量飲酒する人は、全く飲酒しないか時々飲酒する人に比べて、冠動脈疾患による死亡率が低い傾向にあった。しかし、毎日大量飲酒する人やアルコール依存症患者は、冠動脈疾患による死亡率が極端に高くなっていた。

酒は百薬の長、とはいえど、よろずの病は酒よりこそ起これ(吉田兼好)
長生きのための適量は、ビールなら大ジョッキ1杯(633ml)、ワインならグラス2杯(250ml)、ウイスキーならダブル1杯(70ml)、日本酒なら1合(180ml)。

アルコールの特徴は、飲まないよりは少しだけ飲んだほうが死亡率が下がり、それ以上飲むと死亡率は上がることにある。これを Jカーブと呼んでいる。アルコールとよく一緒に言われるのが、タバコであるが、タバコは少量でも全て悪いものである。

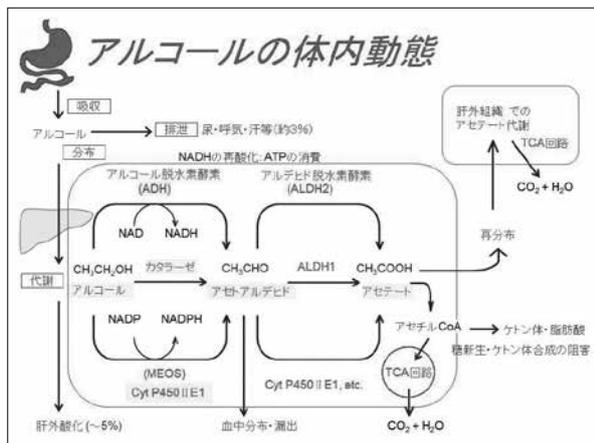
お酒は薬物でもある;エチルアルコールの特徴

- ◆ 酒類とはアルコール分1度(%)以上の飲料(酒税法)
エチルアルコール: C₂H₅OH 比重0.8、空の栄養源
- ◆ 薬理作用: 麻酔作用・抗うつ作用、依存性薬物

- ◆ お酒(アルコール)1単位=清酒1合(約20g)
ビール大瓶1本=ウィスキーダブル1杯=ワイングラス2杯
日本酒ワンカップ: 1.5単位、焼酎(400mL): 4単位
- ◆ アルコール1単位で、大人で血中濃度は約0.5mg/mLになる。
1単位の代謝に約3時間かかる。
- ◆ 血中アルコール濃度: 1mg/mL = 100mg/dL = 0.1%(W/V)

- ◆ アルコール濃度は 呼気中: 血液中 = 1:2000
- ◆ 酒気帯び運転: 血中濃度 0.3mg/mL 以上
呼気中 0.15mg/L 以上

薬理作用としては、麻酔作用、抗うつ作用、依存性の薬物がある。清酒 1 合 (約 20g) を 1 単位として、大人で血中濃度は約 0.5mg/ml になる。酒気帯び運転となるのは、血中濃度 0.3mg/ml 以上、呼気中 0.15mg/ml 以上になる。



アルコールは体内に吸収されてから、肝臓で主に代謝され、TCA サイクルへ入っていく。

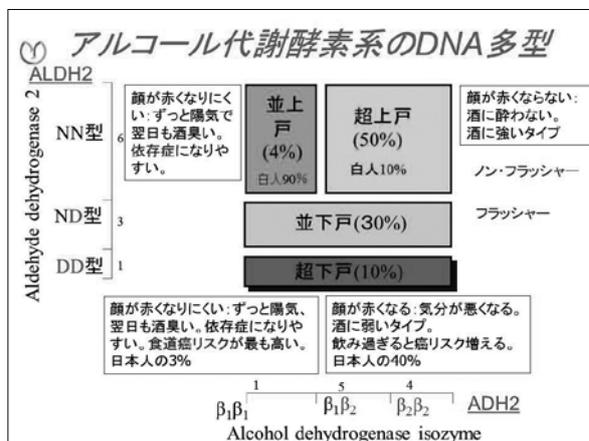


ご存知のように、ADH (アルコール脱水素酵素) と ALDH (アルデヒド脱水素酵素) は多型が存在している。おそらく弥生人自身が、中国北部から朝鮮半島を通じて、その遺伝子を運んできたと言える。世界中で、ほとんどの人種はお酒を飲めるが、ごく一部に飲めない人種もある。

ADH及びALDHの多型;全身に分布

代謝酵素	クラス	遺伝子座	対立遺伝子変異	変異部位	サブユニット	K _m (mM)	V _{max} (U/mg)	
ADH	I	ADH1A	ADH1A ^α	α α	α α	5.2	0.24	
			ADH1A ^β	β β	β β	0.016	0.18	
		ADH1B	ADH1B ¹	Arg17His	β ₁ β ₁	β ₁ β ₁	1.9	4.8
			ADH1B ²	Arg309Gly	β ₂ β ₂	β ₂ β ₂	53	32
			ADH1C ¹	Ile349Val	γ ₁ γ ₁	γ ₁ γ ₁	0.11	0.81
			ADH1C ²	Pro351Thr	γ ₂ γ ₂	γ ₂ γ ₂	0.061	0.47
	ADH2	π π	π π	π π	23	0.3		
	ADH3	χ χ	χ χ	χ χ	3400	0.83		
	ADH4	μ μ (σ σ)	μ μ (σ σ)	μ μ (σ σ)	58	11		
	ADH5	-	-	-	-	-	-	
ALDH	I	ALDH1A1	ALDH2 ¹	-	四量体	0.033	0.63	
	II	ALDH2	ALDH2 ²	Glu487Lys	四量体	0.0002	0.6	

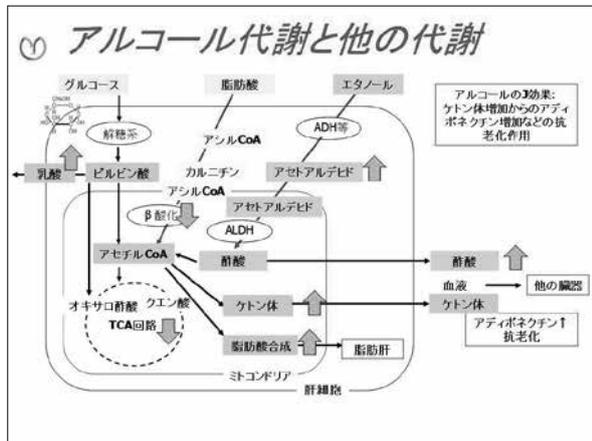
- ◆ アルコール脱水素酵素 2 (ADH1B)アイソザイム
- ◆ アルデヒド脱水素酵素 2 (ALDH2)
NN型、ND型、DD型 [D: deficiency], 欠損は日本人・韓国朝鮮人・北部中国人などに特徴的。
- ◆ フラッシング反応(Flushing syndrome)(Flusher)
自律神経症状(顔面紅潮・脈拍増加・悪心・嘔吐など)・血管拡張、血中アセトアルデヒド濃度の著しい増加



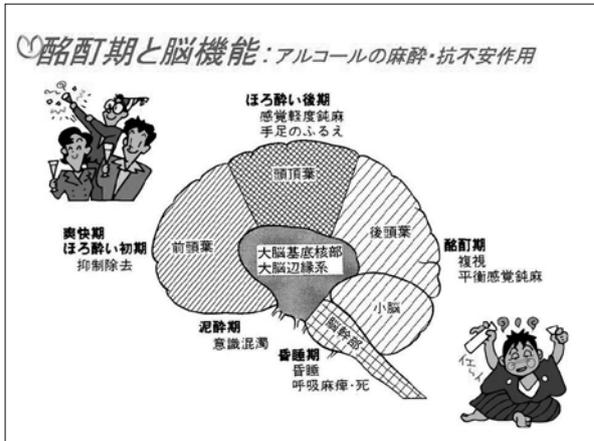
ADH と ALDH は、身体の中でいろいろ存在している。日本人は、β₂β₂ を持っている人が多く、世界の中でも飲める人に分類される。この人達は、

ALDH も欠損しているため、顔が赤くなって気分が悪くなり、お酒に非常に弱く、飲み過ぎると「がん」のリスクが増えると言われている。白人は顔が赤くなりやすく、依存症になりやすいという特徴がある。

のと、ケトン体が増えて、アディポネクチンができてくるなど、抗老化作用があるとされており、身体として調子が良くなる。



ADH の代謝は、まずグルコースが TCA サイクルに入って分解していくのだが、脂肪酸の場合には β 酸化が起こってアセチル CoA ができ、それが分解するという代謝が起こる。アルコールも同じように、アセトアルデヒドが細胞質でつくられ、これがミトコンドリアへ運ばれて酢酸になり、上手くいけばアセチル CoA になるが、酢酸自身が TCA サイクルを抑制して、結果的に肝臓では代謝できないために、血中に再放出され、他の筋肉等で代謝されていることになる。

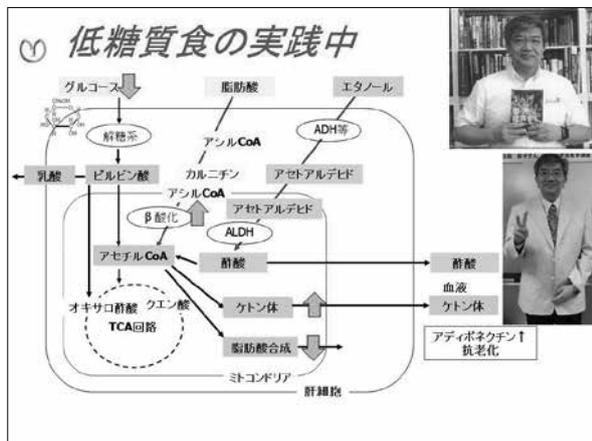


酩酊度と血中アルコール濃度

酩酊度	血中濃度(mg/ml)	症状
爽快期	0.2~0.5	気分は爽やか、判断力がやや鈍くなる。
ほろ酔い前期	0.6~1.0	ほろ酔い気分、抑制除去、不安・緊張の減少、陽気、反応時間遅延。
ほろ酔い後期	1.1~1.5	多弁、感覚軽度鈍麻、手足のふるえ、大胆、感情不安定。
酩酊期	1.6~2.5	平衡感覚麻痺(千鳥足など)、感覚鈍麻、複視、言語不明瞭、理解・判断力障害、眠気、衝動性。
泥酔期	2.6~3.5	運動機能麻痺(歩行不能)、意識混濁。
昏睡期	3.6~5.0	昏睡、感覚麻痺、呼吸麻痺、死。

cf. 酩酊度には個体差がある。血中EtOH濃度と必ずしも相関しない。

アルコール自体は、脳を麻酔して、最終的に昏睡にしていく。ある程度、血中濃度と比例しているので、この表を使って鑑定もしている。



私自身、こうした研究をしていることもあって、昨年から糖質制限をして、約 10 キロ痩せて腹囲も約 10cm 細くなった。これは、糖質を制限することによって、β 酸化が非常に高くなってくる

急性アルコール中毒

- アルコールは「空」のエネルギー：エネルギー・ビタミン消費、脱水。
- 道路交通法：飲酒運転 > 0.3mg/ml(血中濃度、呼気中 0.15mg/l)
- 意識障害時における、嘔吐・誤飲による窒息や、凍死。
- 悪酔い：Aldehydism、ACh蓄積。Flusherの「イッキ飲み」は危険 Non-flusherでも体調の悪いときに見られる？
- ブラックアウト：泥酔中に記憶の抜け落ち
- 二日酔いと「二日」酔い(日本酒3合で約9時間) 二日酔い(代謝のアンバランス・脱水?)
- アルコール性低血糖：18時間以上の空腹後に大量飲酒すると低血糖を起こす。
- 急性アルコール性ミオパシー：急性横紋筋壊死
- Tx：軽度：輸液、膀胱留置カテーテル、重度：呼吸管理、輸液

急性アルコール中毒は、いろいろな形で、悪酔いやブラックアウトなどを起こす。

酩酊

アルコール飲用(飲酒)による人体への一般的な身体的・精神的影響をいう

普通(単純)酩酊
飲酒量に応じた一般的な酩酊状態【完全責任能力】
cf. 酩酊度(3~2mg/mL:泥酔状態、眼振、連続性言語、ブラックアウト)
(>4mg/mL:昏睡~死の可能性) (>1.5mg/mL:民事判例上・免責)

異常酩酊
複雑酩酊(量的異常):
易刺激的・易怒的興奮・口論・喧嘩、部分的健忘「酒乱・酒癖悪い」
性格に基づく心理反応【心神耗弱】 (>1.8mg/mLが多い)

病的酩酊(質的異常):
少量飲酒でも、急激に興奮し、盲目的攻撃行為を行う。
突然に幻覚様意識混濁などが生じ、失見当識・状況誤認があり、覚醒後に完全健忘のことが多い。【心神喪失】
もうろう型的酩酊:もうろう性意識障害、「変化し独擅した意識」、全健忘せん妄型病的酩酊:振戦せん妄と似た症候

血中濃度に比例したかたちで酔っていくのが、普通酩酊である。それ以外に異常酩酊があり、複雑酩酊と病的酩酊に分けられる。複雑酩酊は、ある程度飲んで、口論や部分的健忘が起こり、酒乱と言われる人たちの状態になる。一般的には、1.8g/ml 以上 (4 合以上) 飲んだ人に多いと言われている。いわゆる心神耗弱ということで、鑑定を依頼されることがある。病的酩酊は、性格によると言われている。少しでも飲むと、失見当識や状況誤認があって、いろいろな問題を起こす人になる。血中濃度に関係なく起こり、こうした状態が関連して、この人達は、いろいろな形で事故を起こすことになる。

複雑酩酊とブラックアウト、レイプドラッグ

- ブラックアウト:泥酔中に記憶の抜け落ち
- 複雑酩酊:
易刺激的・易怒的興奮・口論・喧嘩、部分的健忘「酒乱・酒癖悪い」
性格に基づく心理反応【心神耗弱】 (>1.8mg/mLが多い)
- 草莽剛事件:
ブラックアウト、公然わいせつ?
- 京都教育大学事件:
準集団強姦事件? ブラックアウト
- 薬物相互作用:レイプドラッグ、保険金殺人事件等
ベンゾジアゼピン系睡眠薬との併用
記憶障害(長期記憶障害)-ブラックアウト

公然わいせつや準集団強姦事件などでも、血中アルコール濃度と酩酊、複雑酩酊といったところを鑑定していく。

エタノール測定法

<検体>
心臓血と股静脈の両者がよい。
アルコール(胃腸内)の死後拡散:腹腔内臓器・心臓への拡散
死後産生:0.5~1.0mg/ml程度の死後産生;高温・発酵の影響、
他のアルコール類も産生:死後産生EtOH:n-propanol=20:1
出血血液:体液による希釈・拡散の影響。採取環境に注意。
胃内容:死亡に近接した飲酒の証拠
眼房水・脳脊髄液・血腫内液:死体の状況に注意。

<測定法>
化学的酸化法(Widmark法、Conway cell法)
アルコール脱水素酵素(ADH)法
ガス吸着半導体法・風船(北川)式検知管法
ガスクロマトグラフィー法(GC);気化平衡法



アルコールの測定法になる。

ウイドマーク(Widmark)の式 (1933)
アルコールは0次消失速度過程モデルで表され、鑑定に使われている

$$C = C_0 - \beta_{60} \times t$$

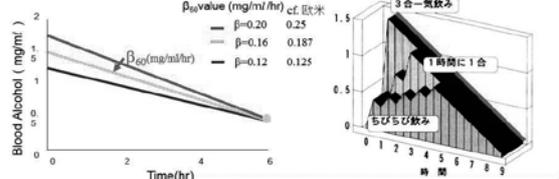
$$C_0 = \text{Dose} \div V_d$$

$$C_0 = \frac{A}{\gamma \times P}$$

A:投与量(Dose)
 γ : (l/kgBW)
P: (kgBW)

$\beta_{60} = 0.16 \pm 0.04 \text{ mg/mL/h}$
エタノール分布容積(V_d)=総水分量(0.6~0.7)l/kgBW

β_{60} value (mg/ml/hr) cf. 飲み量
 - $\beta = 0.20$ 0.25
 - $\beta = 0.16$ 0.187
 - $\beta = 0.12$ 0.125



酩酊時間は飲酒総量で決まる(飲酒量鑑定に使用)

ウイドマークの式をよく使う。アルコールは一定速度で減っていくことになっていて、一気に飲んでも、ゆっくり飲んでも酩酊時間は同じだということがこの式の特徴である。これを使って、ある量のお酒を飲んだ後、血中濃度がどのように変化したかなどの鑑定をする。

アルコール飲料

アルコール飲料	エタノール濃度(%v/v)	アルコール含量(g)
ビール(大瓶)	3~8(4.5)	23
ワイン(グラス)	6~15(12)	14
清酒(1合)	15~20(15.5)	22
焼酎(1合)	20~45(25)	36
ウイスキー(ダブル)	37~43(43)	21
ブランデー(ダブル)	40~50(43)	21
ウォッカ	38~70	
リキュール	38~70	

cf. アルコール飲料:アルコール分1度(1%)以上を含むもの

第 3 節 お酒の消費量は？ 自分の消費量を知りたいよ

通常は、アルコールの濃いと飲んでいる量、また体重や年齢、性別、個人差もあり、完全に予測はできません。アルコール医学研究家の中では、日本人の標準的身高170cm、体重70kgを基準としています。日本では、日本酒1合を1単位、純アルコールで約20gを含む消費量のことを「1単位」としています。

自分が飲酒した量をもとに計算することは必要です。例えば、ビール500mlでは、純アルコール量25gの消費です。
 $500\text{ml} \times 5\% = 25\text{g}$ (純アルコール量) $\times 0.8$ (アルコールの比重) $= 20\text{g}$
 お酒にはいろいろな種類があるため、表2を参照して、いろいろなお酒の消費量に当たる量を覚えておくと便利です。

純アルコール20g = 1単位 = 2ドリンク (1合)
 (例) 日本酒は、純アルコール1合を「1ドリンク」と定義しており、「1単位」は「2ドリンク」になります。

表2 純アルコール約20g(1単位)に相当する酒量

お酒の種類	飲酒の量	アルコール濃度
ビール	500ml 4杯 1杯	5%
チューハイ	250ml	7%
ワイン	小グラス2杯 200ml	12%
カクテル	コップガラス1杯程度	7~10%
日本酒	1合 180ml	15%
焼酎	コップ完全 100ml	25%
ウイスキー	ダブル 1杯 60ml	45%

注：カクテルにはビール程度からウイスキー程度の変動のものがある。

第 4 節 アルコールの代謝時間

アルコール代謝能は、性別や体重によって異なります。同じアルコール量を摂取しても代謝にかかる時間は個人差があります。
 アルコール1単位(純アルコール量20g)の代謝にかかる時間は、表3のとおりです。

表3 アルコールの単位代謝時間(アルコール代謝能)

体重(kg)	アルコール1単位の代謝時間(時間)	
	男性	女性
40	5	5.5
50	4	4.5
60	3	4
70	3	3
80	2.5	3
90	2	2.5
100	2	2

性別と体重から自分の単位代謝時間を求めて記入しましょう。およそ1単位当たり、男性は4時間、女性は5時間になります。飲酒した単位数に単位代謝時間をかけたものが、飲酒したアルコールの代謝時間になります(単位数の求め方は第3節)。
 自分の単位代謝時間を知って自分のお酒のペースを知ることも飲酒の作法です。
 例えば、体重70kgの男性が3単位飲酒すると、3h×3単位=9hで、アルコールの完全な消失(代謝)に9時間かかることになります。

私のアルコールの単位代謝時間は：() 時間
 アルコール処理時間=飲酒量(単位)×アルコール単位代謝時間

アルコール飲料を飲むと、自分の血中濃度がどのくらいになるかの知識をもっておくと良い。約1単位が3時間であるので、3単位飲むと9時間ぐらひはアルコールが残っているということになる。性別・体重によって違い、女性は代謝機能が低いので、気をつける必要がある。

アルコールは身体(の総水分量)に溶けて、一定速度で消失する

- 身体を箱とみなして、計算。
- 焼酎2杯(約400ml、25度)、比重0.8 = アルコール量(g) = $400 \times 0.25 \times 0.8 = 80\text{g}$ (4単位)

80g 吸収

分布分布容積 $64\text{kg} \times 0.7/\text{kg}$

1.79mg/ml 血中濃度

飲酒したときの血中濃度 = $80\text{g} \div (64\text{kg} \times 0.7/\text{kg}) = 1.79\text{mg/ml}$

線形: 水の量に応じて排出スピードが変わる
 モーター(酵素)が強力で、無視して良い

非線形: モーター(酵素)が限界速度で働き、消失速度は一定

代謝・消失

$\beta = 0.16 \pm 0.04 \text{ mg/ml/h}$

私の研究になるが、身体に入ったアルコールは、ウィドマークの式による消失だけではなく、酵素によっても減っていく。酵素は、モーターのようなもので、大抵の薬物は線形動態といって、たくさん入るとそれだけ速く代謝していく。しかし、酵素はモーターであるため、ある一定のスピードになるとそれ以上は速くならない。すると、一定速度で止まってしまうため、これがウィドマークの式の原理になる。酵素なので、通常はミカエリス・メンテンの式になっていて、ある一定以上の量になると一定速度になるが、低い濃度になると、指数関数的な減っていくことになる。

アルコールの体内動態モデルを検討。アルコール急速静注実験、ADH阻害(pyrazole)群と比較

家兎にアルコール急速静注, 5濃度。Mrungce使用。ADH阻害剤(pyrazole)投与。

Fujiyama T, et al. J Pharmacol Exp Ther 249; 311-7: 1989.

私はこの研究を続けており、これは家兎の実験になる。お酒を静注して、直線的あるいは指数関数的な減少をしていくものもあり、ADHを阻害するピラゾールがどのように減るかを、いろいろなモデルを使って研究している。

2コンパートメント・ミカエリス・メンテン型及び1次速度過程並列型消失モデル(パラレル・モデル)

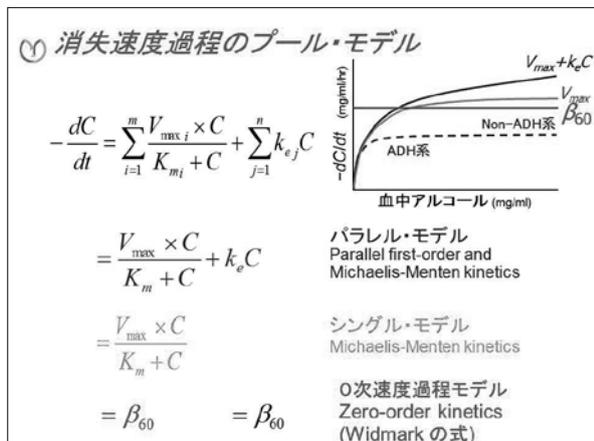
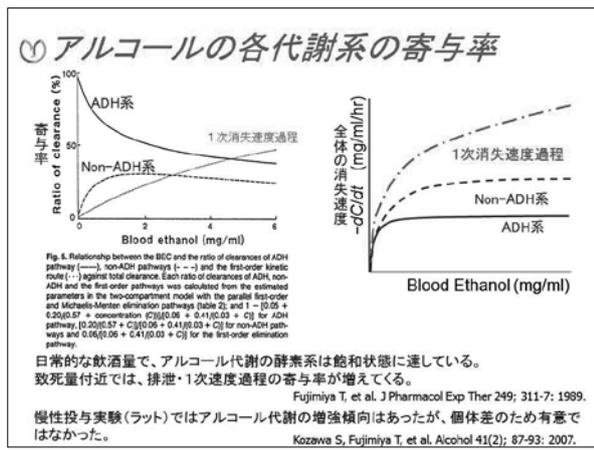
Computer-derived pharmacokinetic parameters for ethanol elimination using two-compartment model with and without pyrazole pretreatment

Table 2: Computer-derived pharmacokinetic parameters for ethanol elimination using two-compartment model with and without pyrazole pretreatment. The table lists parameters such as V_1 , V_2 , k_{12} , k_{21} , k_e , V_{max} , and K_m for various conditions.

Table 3: AIC values obtained by fitting five different models to time course curves in the control and pyrazole-pretreated groups for MCT and MCT+MRUNGE.

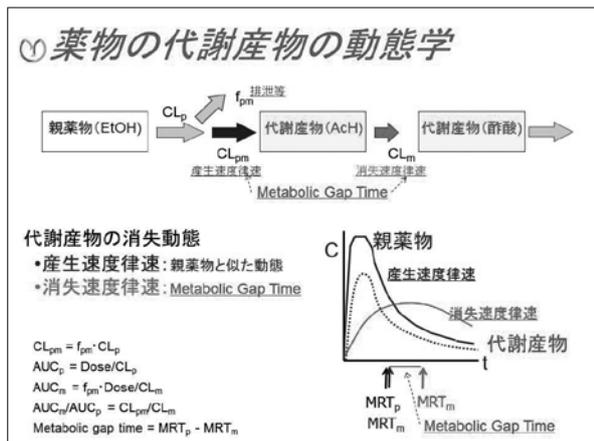
Group	Preparation	Model	AIC
Control	1 compartment	1st MAM	113.7
		2nd MAM	136.8
	2 compartment	1st	255.0
		2nd	47.6
Pyrazole-pretreated	1 compartment	1st MAM	143.3
		2nd MAM	124.4
	2 compartment	1st	172.8
		2nd	38.0

Fujiyama T, et al. J Pharmacol Exp Ther 249; 311-7: 1989.

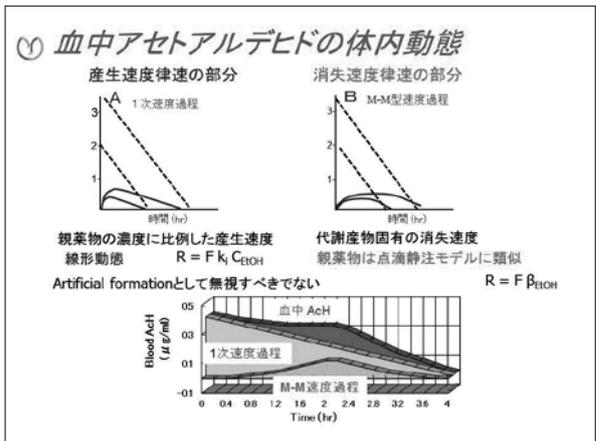
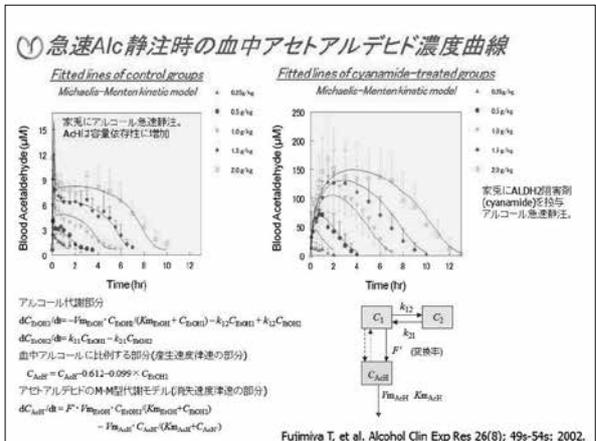
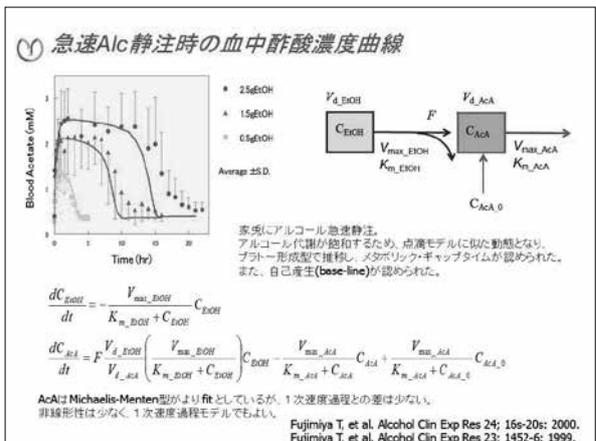


その結果、私が提出したモデルがこのパラレル・モデルで、ミカエリス・メンテン型と一次消失型からなる連立微分方程式で出来上がっている。ADH系と他の薬物系(Non-ADH系)が濃度によってどのように変化していくか、それから一次消失、尿や汗など他の抹消の組織での代謝によって血中濃度が上がる度に増えていくことになる。

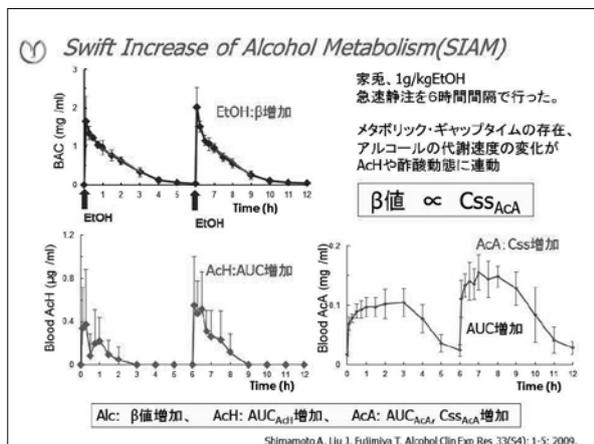
ちなみに、 β 値は一定でウィドマークの式になるが、これはミカエリス・メンテンの式や一部速度式を無視して一定とみなしてやっていく方式になる。



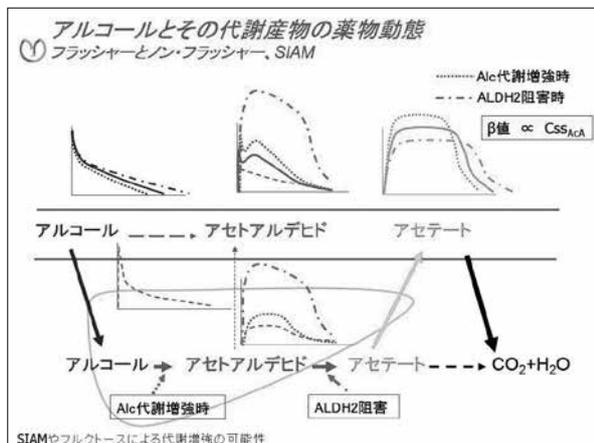
山口に来て、代謝産物の動態学の研究を始めた。すなわちアルコールがアセトアルデヒド、酢酸に変化していくときに、どのように変化するかである。これは、アルコールだけでなく、他の薬物も同じである。産生速度律速と消失速度律速とって、親薬物とその代謝、産生のスピードがすごく速いと、親薬物と同じような変化を示す。しかし、代謝産物が代謝しにくい場合には、消失速度律速とって、親薬物とは別のスピードがでてくることになる。



そこで、初めに取りかかったのは酢酸である。お酒を飲んで、酢酸はどうなるか。だいたい一定の速さで変化状態になって減っていくことになり、このことをモデルとして表した。アセトアルデヒドも同じように変化して、直線的な部分と山となって出てくる部分がある。これらをモデルで示すと、一次速度式にあたる部分と、時間が経つとアセトアルデヒドが出てくる部分があることを報告している。



サイアム (SIAM) という現象がある。これはお酒を飲む 1 回目と 2 回目では代謝が違ってくるとい現象で知られている。これは、家兎にお酒を静注で 1 回、もう一回次の 2 回目では β 値が上がって代謝が早くなっている。それと、アセトアルデヒドは 2 回目に増えている。それから、酢酸も 2 回目になると増えている。



よって、1 回目より 2 回目が増えることを示すと同時に、 β 値と酢酸の濃度が比例するとか、アセトアルデヒドの AUC が代謝能力と比例することを報告している。よって、アルコール、アセトアルデヒド、酢酸がどういった形でつながっているかということをやっと研究してきた。

飲酒の体内動態: 特に吸収動態

初回通過効果 (First pass effect)
消化管や肝臓で吸収された薬物が、全身循環へ移行する前に代謝などによって損失を受け、大循環移行量が減少すること。

消化管初回通過効果: 胃粘膜に α -ADH が存在。
肝初回通過効果: 代謝飽和が起こる前に生じ、M-M 型動態特性による

消化管初回通過効果 肝初回通過効果

角島 岩国市、錦帯橋

山口県 ちよるる

生体内利用率: Bioavailability (F)

薬物の全身循環に到達する比率 (extent) と速度 (rate)。

Extent of Bioavailability (F) = $\text{CL}_{\text{tot}} \cdot \text{AUC} / D$ 絶対的初回通過効果
 $F = D_{\text{iv}} \times \text{CL}_{\text{po}} / (\text{AUC}_{\text{po}} \times \text{CL}_{\text{iv}})$ 相対的初回通過効果

非線形速度論では、血中濃度とともに CL が変化するため、上式は単純に使えない。

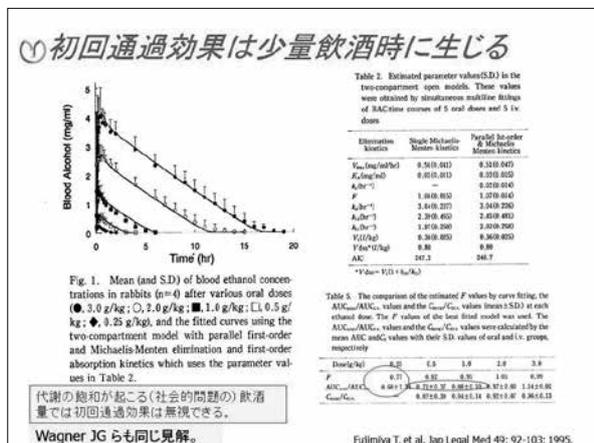
A. 線形動態
線形モデル
1次消失速度過程
CL が一定 (大前提)
AUC が Dose に比例、Dose 同じなら AUC も一定
 $F = \text{AUC}_{\text{po}} / \text{AUC}_{\text{iv}}$ (Dose 同一時、CL は一定)

B. ミカエリス・メンテン型動態
非線形モデル: Michaelis-Menten 型消失過程
消失相がほぼ重なる性質
CL が濃度依存性に変化
AUC が Dose^2 に比例、Dose 同じなら C_0 が一定
 $F = \text{CL}_{\text{iv}} \cdot \text{AUC}_{\text{po}} / (\text{CL}_{\text{iv}} \cdot \text{AUC}_{\text{iv}})$
 $F = C_{\text{po}} / C_{\text{iv}}$
 $C = F \cdot C_0 [1 - \exp(-k_e \cdot t)] - \beta \cdot t$
 $C_0 = F \cdot D / V_d$

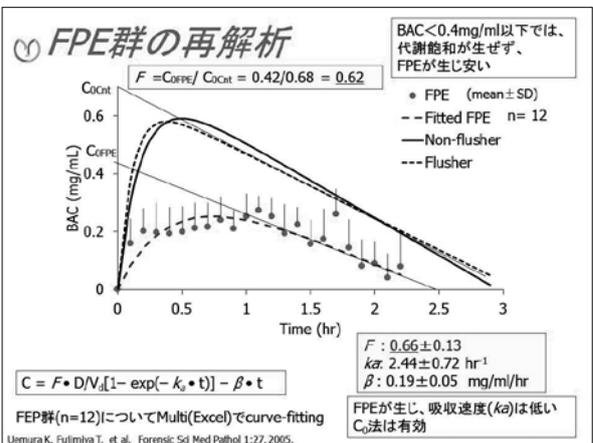
お酒は、やはり静注ではなく口から飲むため、吸収されると、どのように変化するかという疑問がある。普通の臨床薬物が線形動態に従って、早く吸収されようと、ゆっくり吸収されようと、AUC といって、代謝が線形速度論に従う場合には、面積が全て同じになる。だから、アルコールの場合もこの AUC が静注だろうと、経口であろうと一緒に使うことを使って、どれだけ生態に使われたかがわかる原則を使用したいところであるが、ウィドマークの式自体がこれに合っていないことを明確に示している。要するに、どんなに吸収されようと、最後に消失相が重なってくるわ

けで、つまり飲んだ量とその吸収の差がある程度推測され、これによって鑑定している。

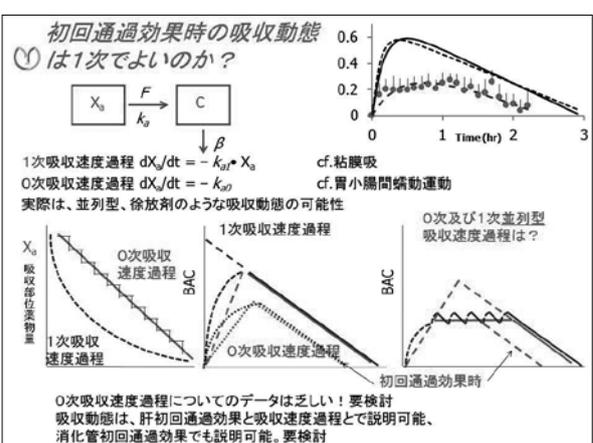
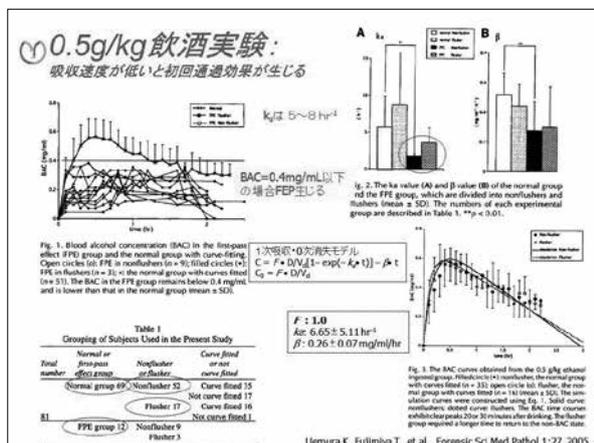
アルコールの世界では大御所であるリーバルが、このことを間違ってしまったため、この線形モデルを使ってお酒の研究をした。そうすると、この面積がお酒の吸収速度が遅くなる度に、この面積がどんどん減っていくため、これはすごいと発表した。しかし、それは違うということを私が報告した。要するに、CO が一緒なのだから、結局吸収速度が変化しただけで、AUC を使ってはいないことを証明している。



人たちが存在している。少量で血中濃度 0.4 以下の場合には、食べ物などが影響して、なかなか増えず、そのまま減ってしまうということがわかっている。



今回、最初の論文はここではある程度無視してもらおうが、その無視した部分の平均値を取ると、このCOの式で求めることができ、カードフィッティングとこの式で、初回通過効果の研究ができることがわかって報告している。



これに関連した論文を発表してきており、これは一人目の実験である。人がお酒を飲んで、アルコールが吸収されて、そしてその後アルコールが減っていくわけであるが、これを吸収速度と消失速度をウィドマークの式と β 値を使って計算した。それで、どのくらいが身体の中に入るかであるが、大半の人は全部吸収されて、生体内吸収が 100% 入っている。しかし、ごく一部それ以外の

これと同じように、初回通過効果というときに、段階的に蠕動運動で減っていくと見るのか、単一間当たり吸収されて減っていると見るのかといった問題がある。これはまだ解決しておらず、今後の課題である。

① まとめ

- アルコールの体内動態
ADH系・non-ADH系、1次消失速度（過程）系のパラレルモデル
- アセトアルデヒドの体内動態
AcH動態にはメタボリック・ギャップタイムが存在する
血中アルコール濃度依存部分と、産生速度律速部分からなる
フラッシュャーは産生速度律速部分が増加する
ノン・フラッシュャーでもアルコールが高濃度になると多くなる。
- 酢酸の体内動態
酢酸は再分布し、点滴型（定常状態型）の動態を示す
アルコールの代謝速度の変化が酢酸動態に連動
- 吸収動態
1次吸収・0次消失速度過程モデルが有用であった。
F値推定にはC₀法が有効
初回通過効果は少量飲酒時 (BAC<0.4mg/mL) に起こる。
- 吸収動態についてより詳細な検討が必要
危険運転致死傷罪、飲酒運転の罰則強化により顕在化

以上のように、私はこれまで、ADH系・non-ADH系、1次消失速度（過程）系のパラレルモデルのことや、アセトアルデヒドの体内動態のモデル式、酢酸のモデル式、その時のβ値と定常状態のCSSが比例すること、吸収動態に関する式とC₀法が有効であることを発表してきた。

① アルコール性臓器障害(1)

- ◆ 大酒家（日本酒5合相当、毎日10年以上）
常習飲酒家（3合相当、毎日5年以上）
- ◆ 心筋異常：心電図異常：不整脈、QT延長
アルコール性心筋症
拡張性心肥大、不揃いな心筋・間質の増生、アルコール125ml/日、10年の飲酒歴、禁酒で症状消える（アコーディオン心臓候）
- ◆ 大酒家突然死症候群：
アルコール性脂肪肝程度で、大量飲酒後や離脱期に急死時に肝硬変、慢性膵炎、睾丸萎縮、小脳虫部・前頭葉の萎縮等
- ◆ 心臓性突然死モデルとしての「大酒家突然死症候群」
離脱後不整脈死モデル：飲酒期間中ではなく、離脱期に生じる。
離脱期に交感神経活性化！致死的不整脈（心室細動等）の誘発

臓器障害は、私の中期の研究であり、教室の中国から来た循環器が専門の劉先生を中心に研究している。アルコールという肝臓であるが、心臓でも突然死やアルコール性心筋症などが存在し、大酒家突然死症候群といって、なぜかお酒を飲んでいる人が原因不明で突然死することもよくある。また、留置所などでの拘禁状態での突然死のモデルとしてもアルコールのモデルが使えることを発表している。

① 死亡のリスクにおける飲酒のJ(U)カーブ効果

少量の飲酒（1合/日）をする人は、全く飲まない人（0）に比べて、死亡率が低く、飲酒量（2合/日）が増えると、死亡率は上昇する。

「アルコールのJカーブ効果」

急性心機能障害におけるアルコールのJ(U)カーブ効果を用いたラット飲酒モデルを用いて検証

Jカーブは、お酒を飲んだ場合に1合程度の少量であれば良いが、それ以上になると身体に悪いということで、その理由を循環動態から見てみる。

① 慢性アルコール投与で左心機能障害

7週齢Wistar系雄ラット
3%と5%アルコール持続投与

	EtOH (-) (n=10)	3%EtOH (n=10)	5%EtOH (n=10)
Body weight (g)	270 ± 10	270 ± 10	270 ± 10
Water pair-feeding	400 ± 11	398 ± 8	398 ± 10
Water pair-feeding	74 ± 4	70 ± 2	74 ± 2
Daily ethanol consumption (g/kg)	-	6.8 ± 0.4	6.8 ± 0.7
Echocardiographic parameters			
LVID (mm)	16 ± 0.6	17 ± 0.7	19 ± 0.6*
LVIDs (mm)	10 ± 0.4	7 ± 0.4	11 ± 0.6*
LVIDd (mm)	60 ± 2	60 ± 2	64 ± 4*
LVIDd (mm)	66 ± 1.3	66 ± 1.3	64 ± 4*
Aortic diameter	112 ± 10	108 ± 10	94 ± 7*
SPR (mmHg)	92 ± 10	78 ± 8	73 ± 7
MAP (mmHg)	92 ± 11	84 ± 8	80 ± 8
HR (b/min)	350 ± 10	350 ± 21	427 ± 10**
Hepatic ADH activity (percent adjusted volume)	23 ± 2.7	19 ± 2.7	15 ± 4.5*
Blood ethanol concentration (mg%)	6.03 ± 0.81	6.32 ± 0.19*	1.69 ± 0.16*

*p<0.05 versus EtOH (-) ; **p<0.05 versus 3%EtOH ; LVID, left ventricular end-diastolic diameter; LVIDs, left ventricular systolic diameter; LVIDd, left ventricular diastolic diameter; SPR, left ventricular systolic pressure; LVIDd, left ventricular diastolic diameter; EtOH (-), control liquid-fed rats; 3%EtOH, 3 g/kg ethanol liquid-fed rats; 5%EtOH, 5 g/kg ethanol liquid-fed rats.

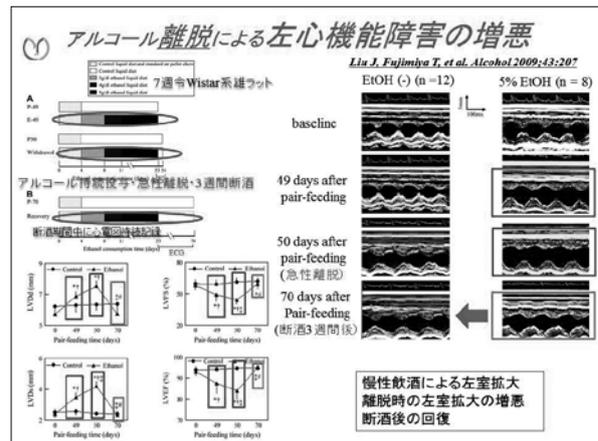
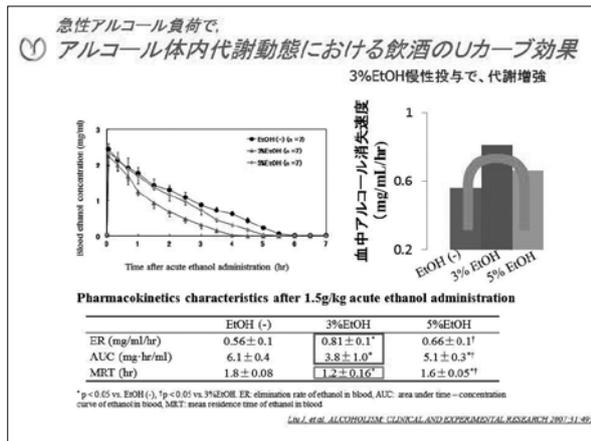
5%慢性投与群で左心室拡大と左心機能の低下が認められた。

① 急性アルコール負荷(1.5g/kg BW)で、急性左心機能障害における飲酒のUカーブ効果

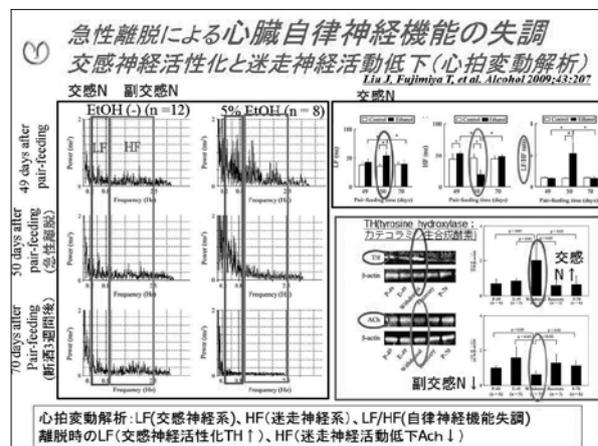
急性アルコール投与5群 ■ 急性アルコール投与2時間後

急性アルコール負荷後LVEF (%)

慢性5%飲酒群とコントロール群で左心機能の低下（急性増悪）



ラットを使った検証で、3%や5%のお酒をずっと飲ませた状態で、エコーなどを使い、心臓の機能を調べている。そうすると、3%では心機能は落ちていないが、5%でほとんど一日中アルコール漬けの状態になると、心機能は落ちてくる。よって、1合ぐらいいは良いが、それ以上飲むと、悪くなることの速度論的な証拠にもなると思う。



- ✓ ラットでは、急性アルコール負荷をかけると急性左心機能障害における飲酒のUカーブ効果を確認できた。
 - ✓ このUカーブ効果は、アルコールの体内動態の変化と関係することが示唆された。
 - ✓ 慢性アルコール投与+急性アルコール負荷で、単純に障害が起こるものではない。
- *アルコール持続投与とラットでは、死亡あるいは24時間心電図上、致死的不整脈の発症はみられなかった。**

飲酒と致死的不整脈の発症

- 突然死では、中年男性(45-49歳)が約6割を占め、そのうち30-40%が慢性大量飲酒者である。
- 冠動脈疾患や脳血管疾患などの突然死と関連する剖検所見がみられず、軽度の脂肪肝しか認められない症例が多い。
- アルコールと致死的不整脈発症との関連は否定できない

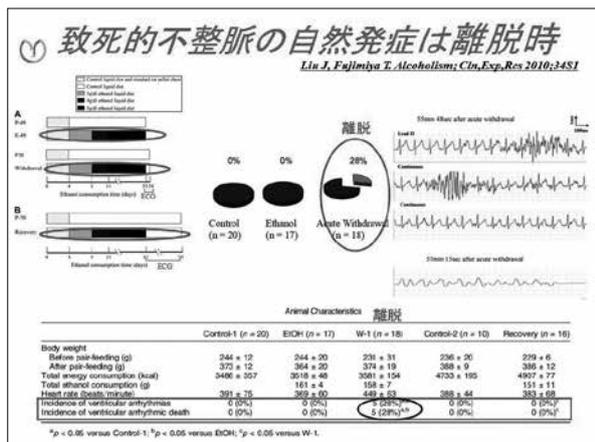
BMJ helping doctors make better decisions

Weekend binge drinking may be linked to Monday peaks in cardiovascular deaths
アルコール関連死は飲酒直後より飲酒2-3日後の方が多

持続飲酒と断酒ラットモデルを用いて、
飲酒と致死的不整脈発症リスクとの関与を検討し

それから、アルコールが心臓に良くないことを研究するために、いろいろなことをしたが失敗した。そして、気がついたことが離脱である。

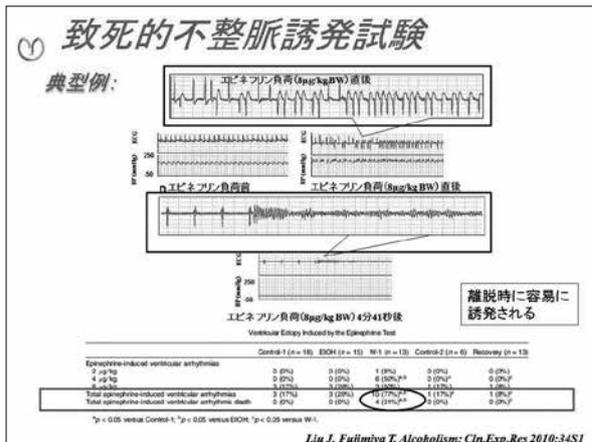
ある時、何もしていないのにラットが急に死んでしまった。それはなぜか。お酒が飲めなくなったからだということに気がついた。これが、アルコール離脱であり、しっかりと実験していくことにした。ラットに49日間お酒をずっと飲ませた状態で、それから1日間お酒を飲めない状態にする。それから徐々に断酒させていった状態になる。急性離脱すると心不全を起こしてくる。



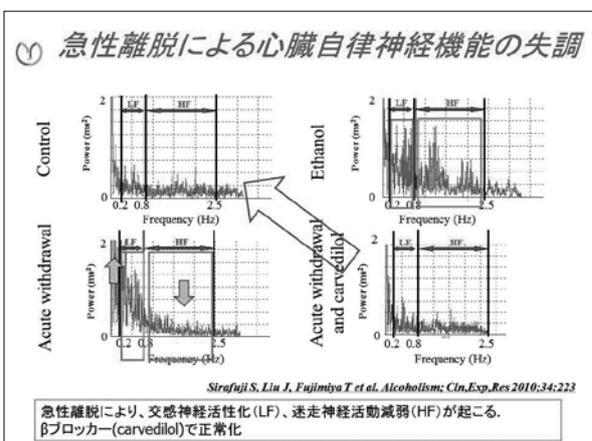
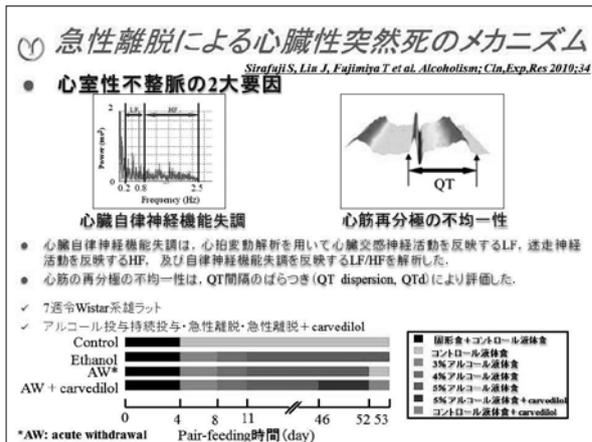
これは心電図を使った研究になるが、交感神経と副交感神経系がどのくらい機能しているかわかる。急性離脱すると、コントロールに対して非常に乱れた心電図になり、要するに交感神経系が急性離脱するときは当然活発化して、落ち着くと元に戻るようになる。これはカテコールアミンが関係していると思われ、このカテコールアミンの生合成酵素のチロシンヒドロキシラーゼを調べていくと、急性離脱すると急激に増えている。それから、アセチルコリンについても調べると副交感神経系は少し落ちているのがわかる。この急性離脱の時に何が悪いのか、いわゆる突然死にどう関係していくかということで、調べていく。

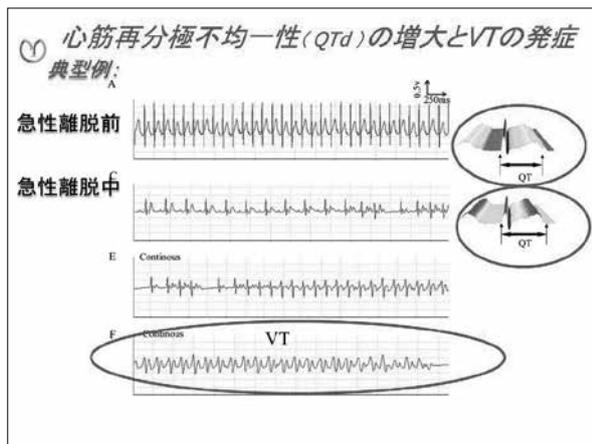
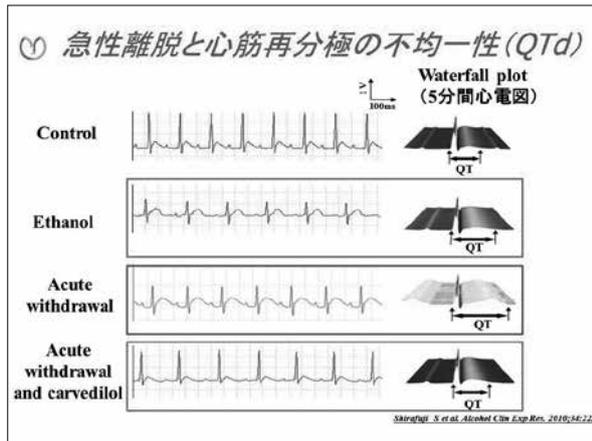
疫学的には、ウィークエンドドリンクングすると、月曜日に死にやすいということが出ている。金・土曜日にお酒を飲んで、日曜は控えて、月曜になるとなぜか突然死が多いという疫学的データがある。要するに、お酒を飲めない状態になって、交感神経が活発化していることの疫学的な証拠ではないと言われる。

ラットでも同様の試験を行うと、お酒を飲んでいると異常はないが、急な離脱を行わせると、自然発症的な不整脈が起こってくる。自然発症自体は28%とそれほど多くないが、心臓専門の先生に聞くと、これは多いと言われ、通常、動物ではそうした起きないことが自然に起きると言うことは良いモデルになる。



エピネフリンを投与した誘発試験を行うと、普通の動物は不整脈を誘発しても、なかなか死なないが、急性離脱した状態では、非常に高い確率で不整脈を起こし、死んでしまうことがデータとして出て来た。





それはなぜなのかということで、先ほどの心電図を用いた自律神経機能の状態や、QT との不均一性を調べていくと、急激な離脱をした場合には交感神経系が非常に活発化し、そこに β ブロッカーを投与した動物を使うと、それが治って、コントロールと同じようになる。これは治療的な研究になるが、交感神経を活発化させなければ、こうした不整脈は起こらず、離脱を防ぐことができる。

以上のことから、アルコール性心臓突然死には、お酒をずっと飲み続けているだけではなく、それに急性離脱、飲めないような状態になることも危険だということになる。

③ 臨床への応用

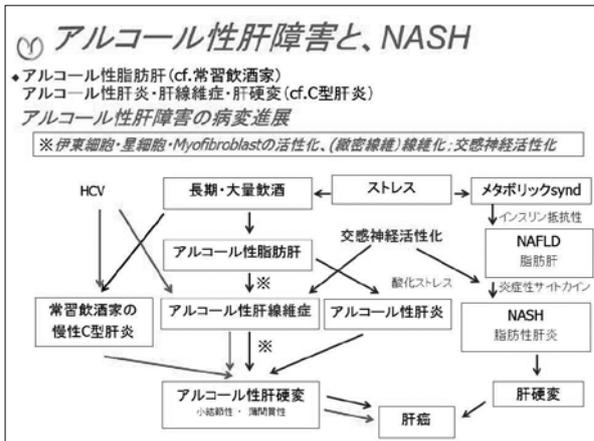
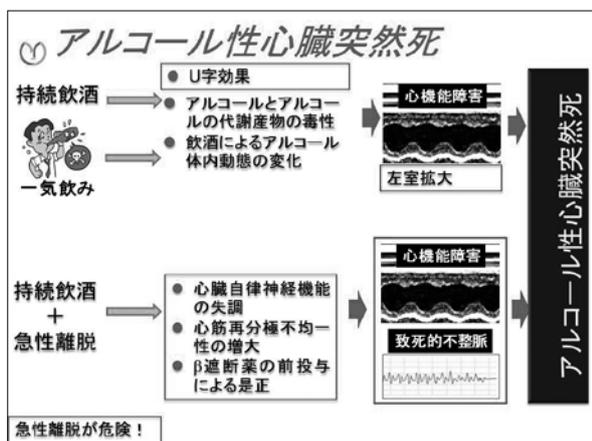
- アルコール依存症の更生施設では、アルコール離脱時の心電図の変化を注意深く観察することが必要であり、 β 遮断薬の介入が有用であると示唆された。
- 医療施設での入院加療の際に、アルコール依存症患者は急性断酒で、離脱状態になり、突然死のリスクが高まることもあることを考慮する必要がある。

飲み過ぎによるトラブルで警察で一夜保護されている状況や、精神科病院などに強制入院して急激にお酒が飲めない状況では、不整脈が非常に起きやすい状態にある。私の教室としては、 β ブロッカーを使うことを提唱している。

アルコール性臓器障害(2): 肝臓

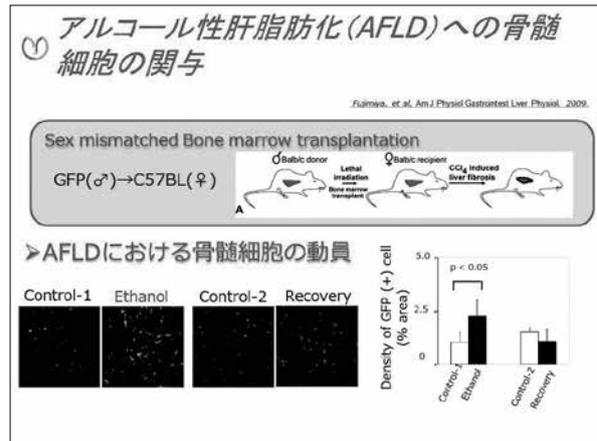
- アルコール性脂肪肝への骨髄・星細胞の関与
- アルコール性脂肪肝(AFLD)は $\alpha 1$ ・ β ブロッカー投与で是正される
- 活性化肝星細胞はアルコール性肝障害の初期病態に中心的に関与する; 交感神経の異常活性化
- 高血圧はアルコール性肝障害の増悪因子となる

山口大学

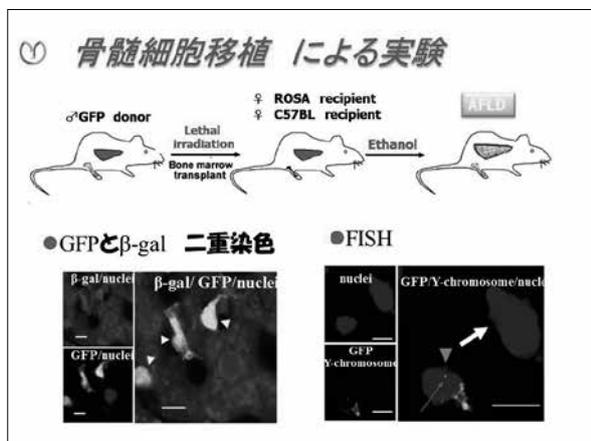


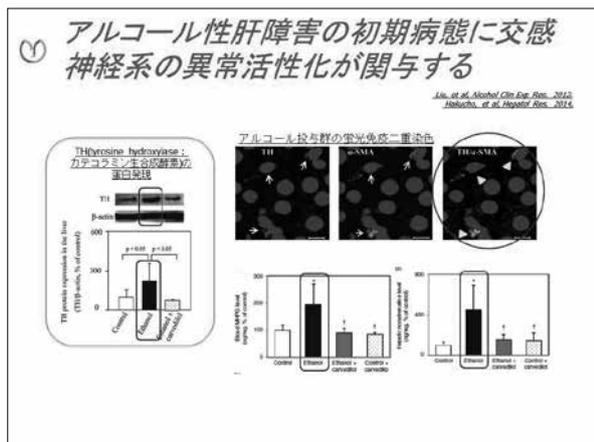
同じように、アルコールは肝臓にも悪い影響を与え、このことも研究してきた。アルコール性肝炎、肝線維症、肝硬変と進んでいく。戦後、日本と世界は病理学で対立してきた。日本の病理学者は、お酒をずっと飲むと脂肪肝になり、それからごく一部が肝線維症になって、アルコール性肝硬変になるとしていた。しかし、西洋の病理学者は、脂肪肝からアルコール性肝炎になって、肝線維症を起こして肝硬変になることを主張している。つまり、病理学総論として、線維化が起こるには炎症がなくてはいけない、よって先に肝炎があることが普通であるという考え方である。ところが、日本の研究者が調べていくと、肝炎を起こさなくても、肝線維症を起こしている事実があるということで、対立点が存在している。

この話は、近年、メタボリックシンドロームや NASH などの新しい病理系が進んできたことにも関連してきている。お酒を飲んでいないのに、なぜ脂肪肝から肝炎、肝硬変へ進むのかといった考え方であり、アルコールとの違いがよく議論されている。ちなみに、5～10 年前までは、C 型肝炎、ウイルス性肝炎が主流であったが、最近は治療法が確立されてきて、10 年経つと C 型肝炎はなくなるのではないかとされている。これから肝臓病にとって重要になるのが、アルコール性肝硬変や非アルコール性脂肪肝炎などの病気になってきている。

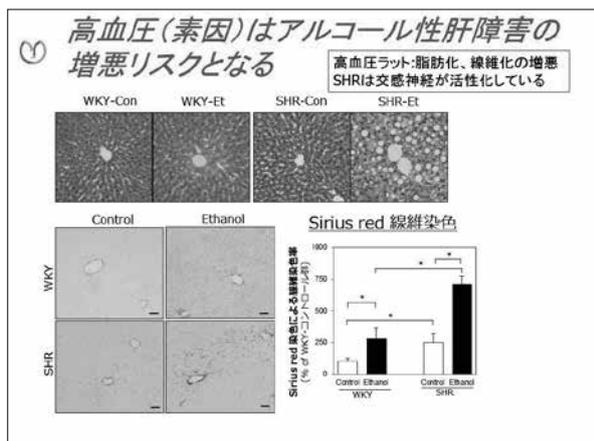


そうした時代背景の中で、私の教室で最もお金を使った研究になるが、いわゆる骨髄移植させたマウス、GFP マウスを使った研究をした。私の妻との共同研究にもなる。骨髄移植した動物にアルコールを飲ませ、アルコール障害で骨髄移植した動物がどうなるかを研究した。私の仮説では、幹細胞が障害され、骨髄から幹細胞がきて再生されることを期待したが、それは見事に外れ、幹細胞はこなかった。代わりに、JFP という青く光る細胞がどんどん増えて、お酒をやめると元に戻ってしまうことがわかった。この細胞は、 α -SMA という光源を持っていて、線維化である Tgf- β 1 を産出している細胞であった。お酒を飲んで骨髄から来ているのは星細胞（別名：伊藤細胞）で、繊維化する細胞になる。この細胞が来て、脂肪肝が起こると同時に線維化も起こっている。よって、この線維化は骨髄からきた伊藤細胞によるものである。また、偶然であるが、心臓の β ブロッカーの実験も同時にしており、 β ブロッカーによって脂肪肝も繊維化も治ってしまった。 β ブロッカーによって、肝臓も良くなったということになる。肝臓が専門の先生方にも驚きがあった。

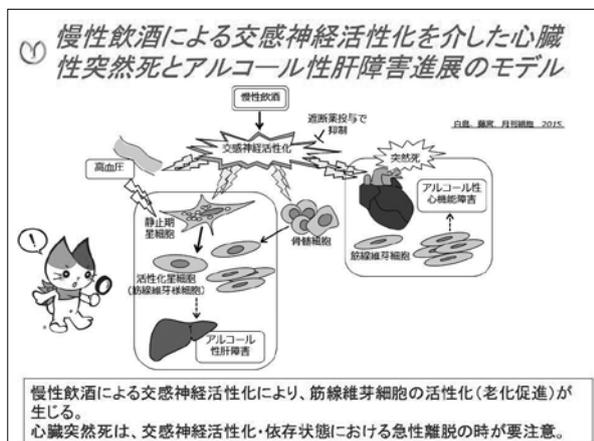




要するに、交感神経が活性化すると同時に伊藤細胞がくるのが、アルコール障害を起こすことと関係してくる。また、この肝臓の障害の初期状態には交感神経系が関係していて、心臓にも同じように影響していることになる。



高血圧もアルコール性肝障害の増悪リスクになると言える。



慢性飲酒による交感神経活性化により、筋線維芽細胞の活性化(老化促進)が生じる。心臓突然死は、交感神経活性化・依存状態における急性離脱の時に要注意。

以上まとめると、お酒をずっと飲むと、交感神経系が活性化し、心臓の場合は突然死を起こしやすくなる。肝臓の場合には、星細胞が活性化して肝臓障害に関係していく。そして、治療としてβブロッカーが効くかもしれないということを発表している。

アルコール性臓器障害(3)

- ◆食道静脈瘤、胃・十二指腸潰瘍、胃炎、食道炎
マロリーワイス症候群: 胃噴門部の裂傷・大量出血
アルコール性肺炎・慢性再発性肺炎・肺線維症・肺石症、吸収不良症候群
食道癌: フラッシュャーに多い
- ◆アルコール性筋症: 筋壊死
- ◆アルコール性ニューロパチー: 多発性神経炎
- ◆アルコール性中枢神経障害:
cf. Wernicke-Korsakoff 脳症
アルコール性小脳変性、ペラグラ脳症、
橋中心部髄鞘変性症、マルキアファア・ヴァビニャーミ病等
- ◆貧血、血液凝固障害、筋炎、糖尿病、痛風、弱視
- ◆脚気、特発性大腿骨頭壊死 等
- ◆性機能の抑制
- ◆癌とアルコール: Flusher常習者と咽頭・食道癌発生率

アルコール臓器障害として、他のものも紹介する。

女性はアルコール性臓器障害・依存症を起こしやすい

- ◆アルコール代謝・分布の男女差
飲酒量が同じと女性は血中濃度が高くなる傾向にある。分布容積が小さい傾向あり。
性ホルモン代謝にアルコール脱水素酵素が関与し、アルコール代謝能が男性より弱い。
- ◆女性はアルコール肝障害を起こしやすい:
肝硬変患者の習慣飲酒期間: 男性20年、女性12年
- ◆女性はアルコール依存症になりやすい。
アルコール依存症になる期間が、男性の半分程度。
- ◆胎児性アルコール症候群:
妊娠中の飲酒により胎児がアルコールに暴露、成長障害、中枢神経障害、独特の風貌。

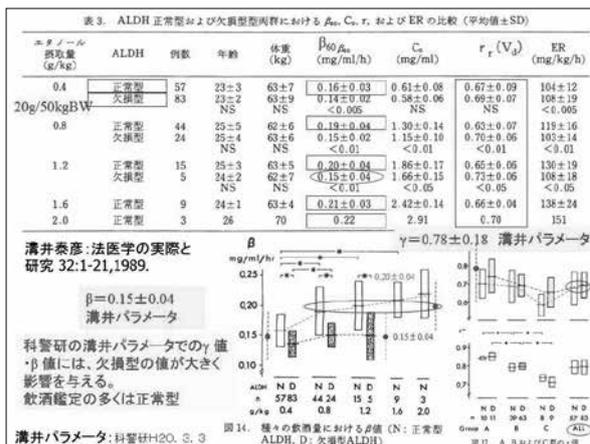
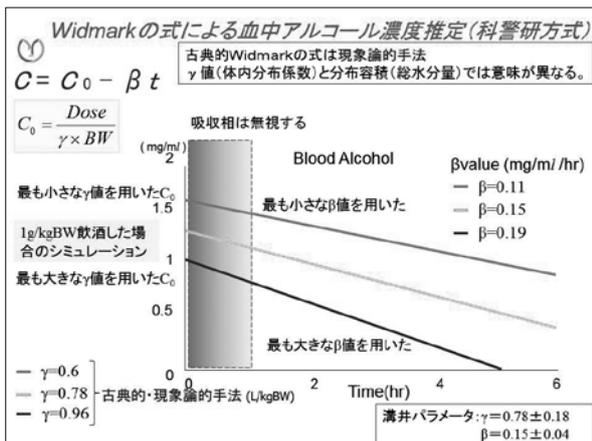
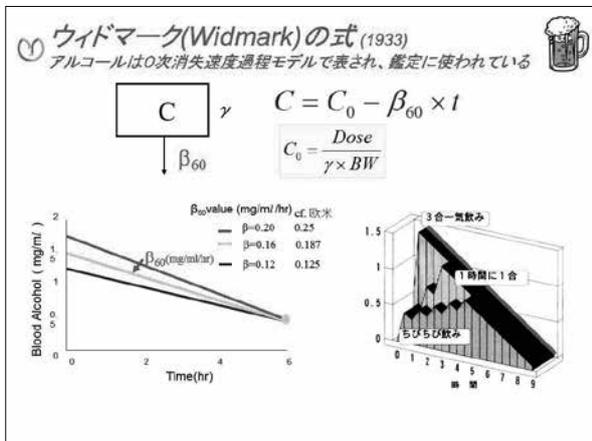
女性はアルコール性の臓器障害を起こしやすい。それは、体が小さいために分布容積が小さいからである。また、本来のアルコール脱水素酵素は性ホルモンを代謝するために存在し、お酒を飲むために存在しているわけではないため、人間は、お酒を代謝するためにアルコール脱水素酵素を使っている。性ホルモンの活発化している女性はお酒に弱いことが多く、アルコール性肝障害を起こしやすい。例えば、男性が20年で肝硬変になる場合でも、女性は12年くらいでかかりやすい。

以上、アルコールは、アセトアルデヒド、酢酸

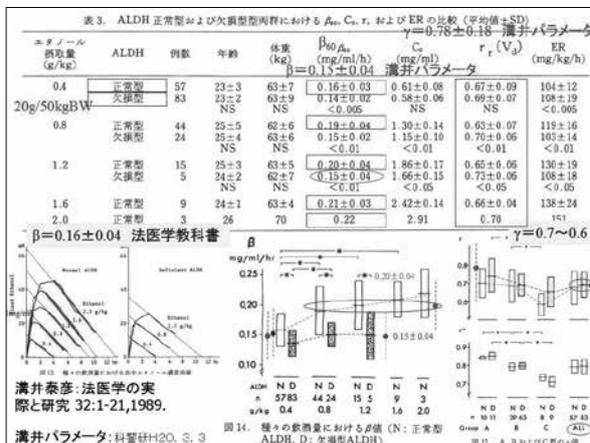
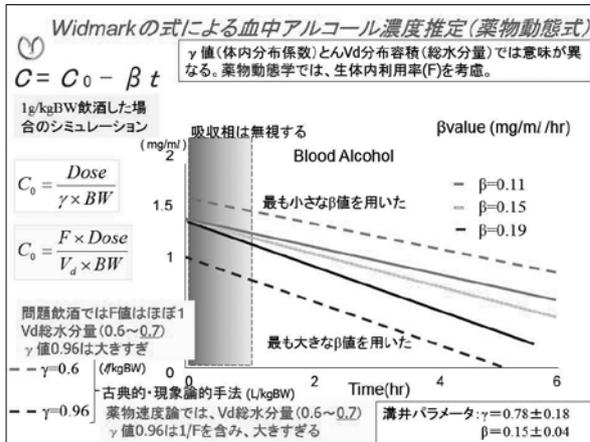
と変化していく。典型的な酒のみは、甘いものが嫌いと言われている。よって、低脂肪、低糖質の状態になっていて、ケトン体を作っていたと言える。最近のメタボなどにも通じてくるし、少量のアルコールは良いが多量になると、悪くなることがこの代謝からも言える。



アルコールに関する鑑定はよくあり、基本的に古典的なウィドマークの式を使っているが、現在 2 種類の鑑定方式がある。



科警研の方式では古典的なウィドマークの式で γ を使って計算していく。 β 値は 0.11 ~ 0.19 であるが、 γ 値が問題で 0.6 ~ 0.96 の値で計算していく。そうすると、図のように幅広い推計値になってくる。特に、 γ 値 0.96 はあり得ないのだが、この原因が科警研の説明になる。



同じデータで、溝井先生が出されたものがある。これは、投与量が増えると β 値が増えるというも

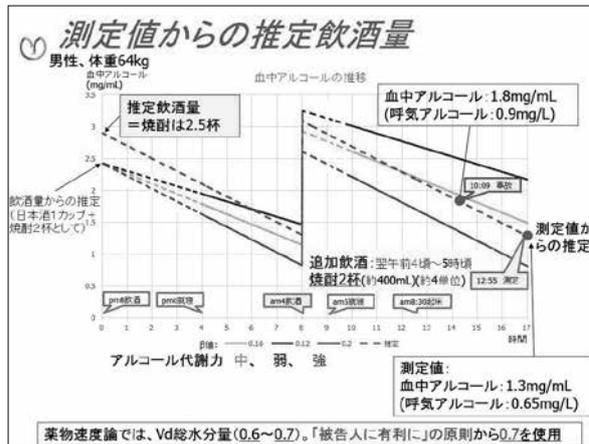
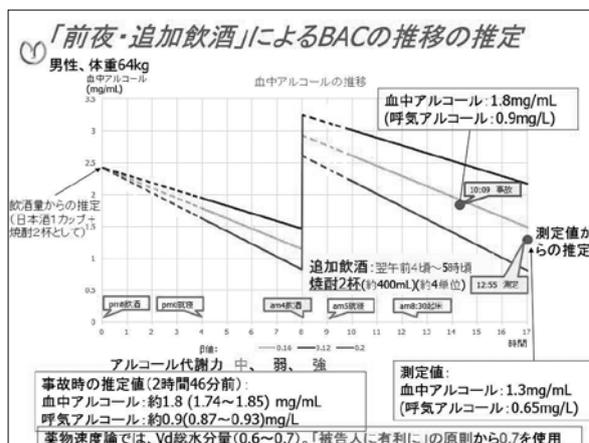
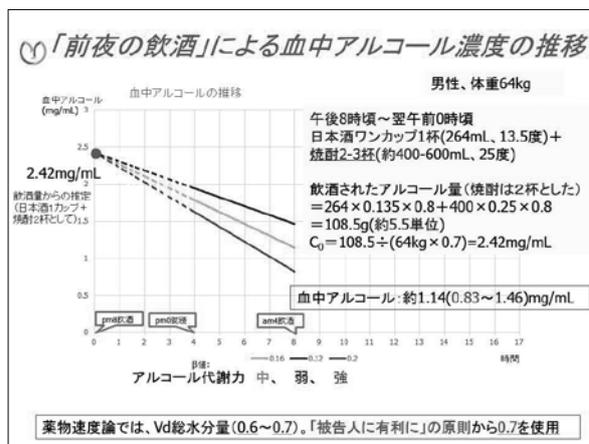
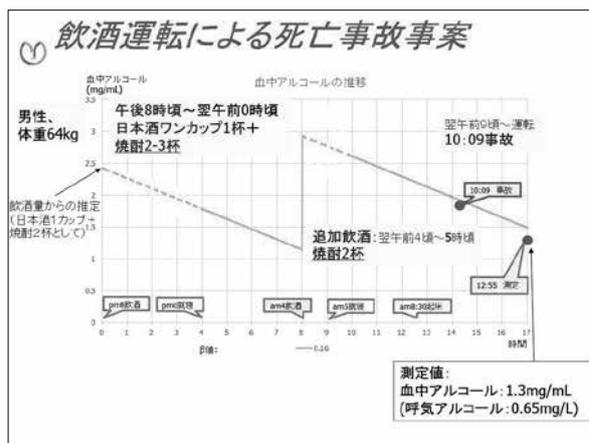
のである。よって、ウィドマークのように一定値ではなく、投与量が増えると β 値が増えるという議論になり、 γ 値は 0.66 ~ 0.77 くらいになる。しかし、トータルで計算すると、なぜか科警研の γ 値が数学的にはこれが正しいと科警研が言っている。個人的には矛盾があるところで、そうした中で、 γ 値が 0.78 ± 0.18 という溝井パラメータが出されてきた。

④ γ 値と分布容積 Vd

- 現象論的手法の Widmark の式: γ 値
ALDH 正常型・欠損型を両方含めた統計データ:
 γ 値と β 値の 2 変数のため、柔軟な推定が不能になっている。
- 薬物動態学的手法: 分布容積 Vd, 生体内利用率 F
分布容積 Vd はアルコールは総水分量 ($Vd = 0.6 \sim 0.7L/kg$)
F 値が 1 より大幅に低下する初回通過効果は、血中濃度が低い時に生じる。
- $\gamma = Vd/F$ で、少量投与時の F 値の低下事例を含んで、0.96 という大きな値になっていた。
- 多くの問題飲酒事案は血中濃度が $0.4mg/mL$ 以上で、F 値は 1 と仮定してよい。
- β 値について、 $0.15 \pm 0.04(0.11 \sim 0.19)mg/mL/h$ より、 $0.16 \pm 0.04mg/mL/h$ の方が、 $0.12 \sim 0.20$ となり、高濃度の問題飲酒事案に適用しやすい。鑑定では $0.20mg/mL/h$ の推定が多い。

法医学の伝統で長く使用しているのは、 γ ではなく Vd (分布容積) である。研究としては、アルコールは総水分量に溶けると言われている。人間はおおよそ $0.6 \sim 0.7$ だと言われている。逆に総水分量を計算するためにお酒を飲ませて、それから計算しているのが実際として使われるデータになっており、0.96 はあり得ないわけである。

なぜこのようなことが起きたかという、アルデヒド脱水酵素の欠損型である、お酒の飲めない方をデータとして使っていて、そうした方が高い γ 値を出している。とにかく全てのデータを使って数学的に正しいとしているのが科警研のものになる。よって、現象論的に、ウィドマークの式で β 値と γ 値の 2 変数を使っているため自分自身が数学的に使えなくなってしまうのが科警研である。法医学の伝統では、Vd は総水分量だからおおよそ $0.6 \sim 0.7$ として、生体内利用率を変化させている。



法医鑑定への応用:追加飲酒の場合

40歳代・男性、体重60kg

- 交通事故から1時間10分後の午後2:00、北川式飲酒検知管を用いた呼気検査で0.75mg/Lの結果が出た。呼気検査の20分前(pm1:40)に「8%缶酎ハイ500mL」を飲んだと主張しだす。
- 測定1時間10分前(pm0:50)と40分前(pm1:20)のBACを推定依頼。
- Widmarkの式vs.吸収動態モデル、呼気血中Alc濃度比2000として換算

$$C = F \cdot D / V_d [1 - \exp(-k_d \cdot t)] - \beta \cdot t$$

F : 1
k_d: 5 hr⁻¹
β: 0.16 mg/ml/hr
とする(実際は最大最小値も計算)

(実際の鑑定では種々の条件で提示)

この事例は、体重 64kg の男性がお酒を飲んだ場合である。午後 8 時から午前 0 時にかけて、ワンカップ 1 杯と焼酎 2 ～ 3 杯飲んだと言って、夜中 4 時にもう一度飲んで、午前 10 時くらいに事故を起こし、12 時 55 分に血中濃度を測定している。これは、複雑すぎて科警研では計算できないということで、鑑定の依頼があった。男性は、追加飲酒したために測定時の値が高いと主張している。ウィドマークの式が使えないため、吸収速度を使った式で鑑定した結果、追加飲酒しても、事故を起こした時点では少なくとも血中アルコール濃度は 1.7mg/ml あると言える。実際には、嘘をついていたことを認め、もう少し高い値だったと言える。

呼気アルコールは15分間計れないのか？

- 検査器の説明書
飲酒後15分間は呼気アルコールとしての検知結果は保証できない。
- 呼気バックによる採取; 深部呼気といっても、気管・咽喉頭・口腔を通過した深部呼気
- 咽喉頭・口腔粘膜・舌苔・歯垢等;
口腔内残留アルコール・唾液中アルコールの影響
- 飲酒後15分でよいのか、検計中。
2回測定法もよい。

最近の困った事例である。お酒を飲んでから 2 分しか経たずに運転して停車させられている。胃には入ったが、体に吸収されていないと思われる。それから 5 分後に測定すると、北川式検知管で 0.27mg/l が検出された。血中に換算すると 0.54mg/l 相当になる。ところが、捕まった時点では胃には入っているが、体には入っていないと主張して、暗礁に乗り上げている。しかも、北川式検知管の效能書きには、飲酒後 15 分間は使用することはできないことが書いてある。そうすると、お酒を飲んだ 15 分間は検知管が使えないことになっている。警察の測定時間がいい加減であったために、結局裁判で負けている。

法医鑑定:15分の壁

男性、体重60kg

- 運転開始2分間に、車中でハイボール缶(500mL、アルコール度数9度)を一気飲みして走行し、停車させられ(飲酒完了直後)、職務質問を受けた。
- 飲酒完了後5分して、うがい後、呼気アルコール検査を行い北川式検知管で呼気アルコール0.27mg/Lが検出された(血中アルコールは0.54mg/mL相当)。
- 飲酒初期で、停車時は血中アルコールはほとんどなく、飲酒運転にあたらないと主張。
- 問題点: 北川式検知管の欠点(15分の壁)
- 検知検査時刻の正確さ、口腔内残留アルコール・唾液中アルコール問題。

$$C = F \cdot D / V_d [1 - \exp(-k_d \cdot t)] - \beta \cdot t$$

F : 1
k_d: 5 ~ 15hr⁻¹
β: 0.16 mg/ml/hr
とする(実際は最大最小値も計算)

(実際の鑑定では種々の条件で提示)

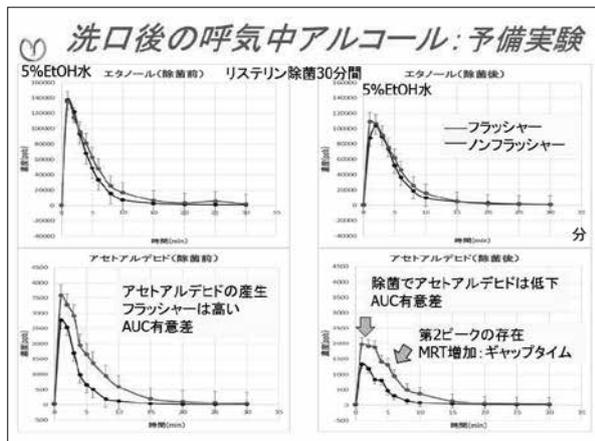
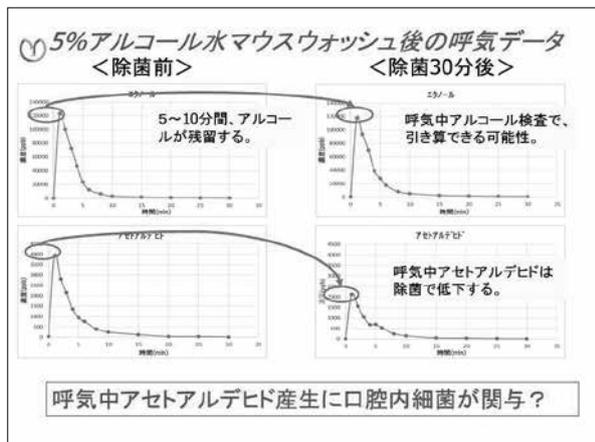
飲酒後15分以上して測定が必要

20%アルコール100mL飲酒後の呼気データ

5~10分間は残留アルコールの影響

7分7秒ほど

そこで、これまでは残留アルコールは無視していたが、お酒を飲んだ後の呼気を細かく調べることを始めた。アルコールは、20%アルコール100mlを飲んで1分後には上がり、アセトアルデヒドも同様に上がっている。



5%前後のアルコールを口に含んだだけでも、ある程度、値が上がっていく。そこで、除菌してデータを取ると、データの山は低くなった。粘膜から変化すると思っていたが、口の中の細菌の変化があり、除菌することでそれが減って、アセト

アルデヒドもできなくなったと思われる。
 逆に、お酒を飲むとすぐに赤くなる人は、口の中にアセトアルデヒドを作る菌があり、それが、発がんに関与しているのではないかと考える。

まとめ

- 口腔洗浄での残留アルコールは5~10(15)分ではほぼ消失。
- 残留アルコールは吸収動態とは別問題。残留アルコール動態自体を知れば、差し引き可能。吸収動態では、1次吸収・0次消失速度過程モデルが有用であった。
- 吸収動態についてより詳細な検討が必要
 危険運転致死傷罪、飲酒運転の罰則強化により顕在化

飲酒後15分以内なら、再検査が必要

山口大、ヤマミ

天野座長 現在、消化器の分野では NASH が問題で、増えてきている。肝臓専門の間では、急にアルコールをやめると発癌するのではないかとされており、心臓も止まるが、肝臓にもある程度のダメージがある。

医学継承・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 東京一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
 TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
 本社 / 福岡市中央区天神
 ■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

10 月中旬からめっきりと秋らしくなりました。今年は例年以上にセイタカアワダチソウの花が目立つように思います。セイタカアワダチソウは北アメリカ原産の帰化植物（外来種）で、第 2 次世界大戦後からその存在が目立ち始めたとのことですが、以前は日当たりの良い空き地を選んで、すごい勢いで繁殖していました。平成に入り、やや勢いが衰えていたとのことですが、また勢いを盛り返してきたのでしょうか。日本ではあまり印象のよくないこの花は、ケンタッキー州とネブラスカ州では州の花、サウスカロライナ州では州の野生の花、デラウェア州ではハーブとして認定されているそうです。

9 月 15 日に厚労省が発表した平成 28 年度の概算医療費の動向によると、医療費の総額は 41.3 兆円で前年度から約 0.2 兆円減少したとのこと。C 型肝炎治療薬などの抗ウイルス剤の薬剤料の減少が主な理由だと説明されています。確かに抗ウイルス剤の薬剤料は 1,432 億円減少していますが、28 年度の診療報酬改定が 0.84% のマイナスだったことも、14 年ぶりの医療費減少につながったのは間違いありません。特に医科入院外が 0.4% 減（診療所に限ると 0.9% 減）となったことが影響したことは疑いの余地がありません。来年の改定では、ぜひプラス改定を期待したいと思います。

9 月 8 日（金）に開催された山口県国民健康保険運営協議会に沖中芳彦 常任理事が出席しました。平成 30 年度から都道府県が国民健康保険の財政運営の責任を担うことになっています。現在、市町別の一人あたりの保険料は、最高の周南市（107,086 円）と最低の上関町（70,782 円）と

で約 1.5 倍の差があります。しかし、被保険者の保険料の急激な増加を緩和するために、各市町の医療水準、所得水準、年齢構成等を考慮し、各市町の負担能力に応じた保険水準となるよう算定すること、当面は保険料の統一は見合わせられるものの、将来的には統一を目指すとのこと、ようです。規模の拡大により財政基盤は安定すると思われませんが、今後の事務の効率化、保険料収納率の向上が図れるかどうかは課題となるでしょう。

9 月 9 日（土）に開催した山口県医師会産業医研修会には 130 名の受講者がありました。私も受講したかったのですが、同日と翌日の 2 日間福岡市で開催された認知症サポート医養成研修会に参加することになったので、受講できず残念でした。

さて、その認知症サポート医養成研修会は、今年度は全国各地で 6 回の開催が予定されており、福岡市での開催はその第 2 回で、2 日目の最後にグループワークがありました。私のグループの多くは九州からの参加でしたが、岡山県津山市と愛媛県宇和島市からの参加もありました。診療報酬の中に認知症ケア加算が組み込まれたこともあり、最近では病院から郡市医師会を経由して本会に対して、医師の受講推薦を依頼してくるケースが増えていきます。

9 月 13 日（水）に開催された社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会に河村康明 会長が出席しています。福祉医療助成事業の受託を目指して関係団体との打合会を開催する予定が報告されたとのこと。現在は社保の福祉医療助成分についても山口県国民健康保険連合会が受託してい

ます。支払基金で受託ということになると、レセプト請求の簡易化が図られ、医療機関にとってもメリットがあると思われます。

9月14日(木)には**山口県医師会地域医療計画委員会**を開催しました。平成29年度の地域医療介護総合確保基金(医療分)について及び第7次山口県保健医療計画の策定について、県医療政策課から説明が行われました。基金の配分がヒトからモノに重点が置かれる傾向がますます強くなり、来年度以降、医師会立看護学校への補助金確保が難しくなってくる可能性が指摘されており、今まで以上に国に対して強く要請していく必要があると思われます。

9月14日(木)には山口地方合同庁舎で**山口県地域両立支援推進チーム第1回会議**が開催され、本会からは藤本俊文 常任理事が出席しています。病気を抱えた人が職場で働き続けられる環境を整えるための検討を行う会議で、委員の中にはキャリアコンサルタントの方もいます。なお、藤本常任理事の説明によると、キャリアコンサルタントは平成28年4月から国家資格となったとのことでした。

山口県専門医制度協議会が9月14日(木)に山口グランドホテルで開催されました。地域の医師偏在が助長されないかなどをチェックし、必要があれば改善を行っていく仕組みをより強固なものとするために、昨年設置された山口県専門医制度連絡会が協議会と名称変更されるとともに、構成メンバーも一部変更になっています。本会からは委員として加藤智栄 常任理事が、オブザーバーとして山下哲男 理事が出席しています。

9月19日(火)に日医会館で開催された**第2回都道府県医師会長協議会**において、河村会長が「次期診療報酬改定での『遠隔診療』に対する拙速な評価の導入は阻止すべき」と題して質問を行っています。詳細については『日医ニュース』No.1346をご参照ください。

9月21日(木)に**平成29年度第2回花粉情報委員会**を開催しました。測定協力者の定年退職に伴い、1測定機関から来年以降の測定を中止したいとの申し入れがあり、測定機関数は20か所となります。測定機関の存在しない地域については、今後新たな測定機関を探していく必要があると考えています。

9月23日(土)、24日(日)の2日間にわたって**山口県緩和ケア医師研修会**を開催し、受講者は18名でした。既受講者が多くなったこと、がん拠点病院でも開催されることとなったため、年々受講者数は減少傾向にあります。e-ラーニングによる研修も可能になるようなので、来年以降はe-ラーニングによる座学と、1日のワークショップで研修が終了するよう検討を行うことになっています。

9月30日(土)と10月1日(日)の2日間にわたりホテルクレメント徳島で**中国四国医師会連合総会**が開催され、1日目は**常任理事会と分科会**が開催されました。分科会は3つに分かれて、それぞれ医療保険(診療報酬、地域医療構想、基金(医療分)、労災・自賠責保険含む)、介護保険(介護報酬、地域包括ケア、基金(介護分)、在宅医療、認知症関連)、地域医療(感染症、救急災害(遺体検案含む)、勤務医、環境、看護師対策、生涯教育、医療安全、医療廃棄物、産業医、スポーツ医、母子保健等)について各県提出の議題と、日医への提言について協議を行いました。2日目は総会の後、横倉義武 日医会長による特別講演「日本医師会の医療政策」と、大南信也 特定非営利活動法人グリーンバレー理事長による特別講演「神山プロジェクト～創造的過疎から考える地域創生～」が行われました。総会では山口県が提出した要望「医療事故調査支援における中央と支部の連携(情報のフィードバック)について」を、中国四国医師会連合から日医に提出することが承認され、齋藤義郎 委員長(徳島県医師会長)から横倉日医会長に要望書が手渡されました。連合総会の詳細については本号の記事をご覧ください。

10月2日（月）に開催された「医療事故調査制度『管理者・実務者セミナー』」に、本会からは林 弘人 専務理事と中村 洋 理事が参加しました。医療事故報告における判断についての演習等が行われています。なお、平成 27 年 10 月から 28 年 12 月までの医療事故報告数は全国で合計 487 件であったとのこと。大都市を有する東京都周辺、愛知県、大阪府、兵庫県、福岡県が発生件数が多いようです。

「県民の健康と医療を考える会」主催の県民公開講座「超高齢社会をどう生きる！～笑う門には福来たる～」が 10 月 15 日に山口県 JA ビルで開催されました。あいにくの雨模様でしたが 160 名の参加がありました。最初に、春雨や落雷師匠こと安部正之 先生による江戸古典落語「半分垢」と健康講話「笑って健康 “笑いと免疫力そして・・・健康”」、その後、山口県が誇るスーパーアスリート 長岡三重子さんの「私は 103 歳、世界最高齢の現役スイマー～何歳になっても元気ハツラツ～」を、ビデオとご長男の宏行さんから、三重子さんが水泳に挑戦するに至った経緯や日々の生活習慣等についての紹介がなされました。会場は終始笑い声にあふれ、皆さん笑顔で会場を後にしていました。

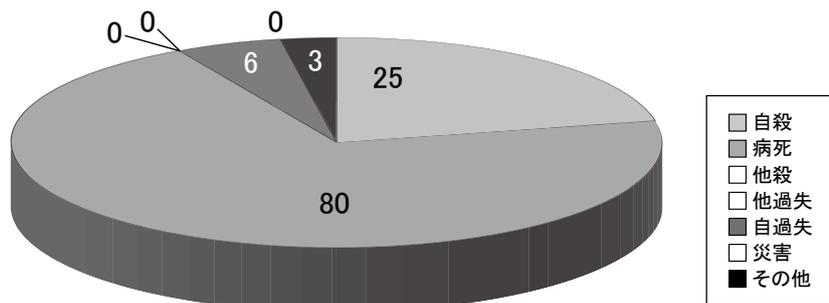
何となく優しく丸みのあるクラリネットの音

が好きだというのは私だけではないと思います。クラリネットがオーケストラの正式なメンバーになったのはモーツァルトの時代ということなので、歴史的には新しい楽器ということになります。クラリネットの名曲というと、モーツァルトのクラリネット協奏曲イ長調 K.622 とクラリネット五重奏曲 イ長調 K.581、そしてブラームスのクラリネット五重奏曲 ロ短調 作品 115 などが挙げられます。モーツァルトとブラームスのクラリネット五重奏曲は 1 枚の CD に同時収録されることが多いようです。モーツァルトのクラリネット五重奏曲はモーツァルトの死の 2 年前に、クラリネットの名手にしてフリーメーソンの盟友アントン・シュタードラーのために書かれています。音楽評論家の吉田秀和氏は「モーツァルトの五重奏曲を想うと、『神のようなモーツァルト』という言葉が、つい口元まで出かかってしまう。何という生き生きした動きと深い静けさとの不思議な結びつきが、ここにはあることだろうか。動いているけれども静かであり、静穏のなかに無限の細やかな動きが展開されている。」と表していますが、まさにその通りだと思います。優美、典雅、気品、光、影、憂い、優しさ、愛をすべて備えた天上の音楽としか表現しようがありません。ブラームスのクラリネット五重奏曲も、彼の晩年の作品ですが、こちらは晩秋の憂愁と諦念の趣きで、やはり不朽の名作といえると思います。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-17	25	80	0	0	6	0	3	114

死体検案数と死亡種別（平成 29 年 9 月分）



理 事 会**— 第 13 回 —****10 月 5 日 午後 5 時～6 時 56 分**

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

議決事項**1 平成 30 年度山口県医師会代議員会について**

平成 30 年度の臨時代議員会を平成 30 年 5 月 17 日、定例代議員会を平成 30 年 6 月 14 日に開催することが決定した。

協議事項**1 平成 30 年度山口県医師会代議員会の日程について**

来年度は、本会及び郡市医師会において役員等の改選期である。本会の選挙代議員会開催日が郡市医師会の運営にも大きな影響を与えることから、代議員会開催時期等の方針について協議を行った。

2 第 1 回郡市医師会長会議の意見・要望について

各郡市医師会からの予告質問はなかったが、詳細説明の要望があった「医師会立看護学院（校）バレーボール大会アンケート調査報告」及び本理事会で協議した「山口ゆめ花博募金活動」を議題に加えることが決定した。

3 平成 30 年度施策・予算に関する要望について

前回理事会での決定内容に、年度当初、厚生労働省より各都道府県並びに市町にも直接協力要請がなされた「新生児聴覚検査体制整備事業」について追加し、要望することが決定した。

4 平成 30 年度地域医療介護総合確保基金に係る事業提案について

平成 30 年度県予算の編成に当たり、県から求められていた地域医療介護総合確保基金事業について、柳井医師会から提案のあった事業について、一部修正の上、提出することが承認された。

5 平成 29 年度学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会長から標記被表彰候補者 1 名の推薦依頼があり、2 郡市医師会から推薦があった候補者について協議し、1 名を候補者として決定した。

6 山口ゆめ花博（第 35 回全国都市緑化やまぐちフェア）募金活動の実施について

平成 30 年 9 月 14 日～11 月 4 日において本県で開催される「山口ゆめ花博」を盛り上げ、成功させるために募金活動を実施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（9 月 21 日）**

病院 5 件、診療所 2 件の事案について審議を行った。（林）

2 第 2 回花粉情報委員会（9 月 21 日）

平成 30 年花粉情報システム事業の概要及び平成 29 年 12 月 10 日（日）に開催する花粉測定講習会について協議を行った。（今村）

3 第 48 回日本看護学会—ヘルスプロモーション—学術集会（9 月 21 日）

山口県看護協会の引受により「維新 150 年、山口からの発信！住民が『しあわせ』になる地域づくりの真髓」をテーマに山口市で開催され、開会式において祝辞を述べた。（河村）

4 第 1 回山口産業保健総合支援センター運営協議会（9 月 21 日）

平成 28 年度産業保健活動総合支援事業の実施

理 事 会

状況、平成 29 年度同事業の事業計画及び実施状況、治療と職業生活の両立支援事業について協議した。(藤本)

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

(9 月 23 日)

保育サポーターバンク利用状況報告の検討、保育サポーター研修会の内容、危機管理対応の検討の必要性等について協議を行った。(今村)

6 山口県緩和ケア医師研修会 (9 月 23・24 日)

山口県主催、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 18 名。なお、平成 30 年度から研修での e ラーニングの導入が可能となり、導入について検討されている旨、報告があった。(弘山)

7 熊本県医師会新会館内覧会・落成記念祝賀会

(9 月 24 日)

新会館内覧会、竣工祝賀会に出席した。平成 28 年 4 月 14 日に熊本地震が発生したが、4 月 22 日より建設が開始され、鉄骨造一部鉄筋コンクリート造りの地上 6 階建、建設事業費は約 21 億円。(河村)

8 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(9 月 27 日)

医科では、新規 1 件(交代 1 件)が承認された。(河村)

9 第 2 回山口県糖尿病対策推進委員会

(9 月 28 日)

山口県糖尿病療養指導士講習会の実施状況(修了試験受験者 143 人、うち 142 人合格)、やまぐち糖尿病療養指導士レベルアップ講習会の開催(11 月 25 日)、世界糖尿病デー(11 月 14 日)に合わせたライトアップイベント、やまぐち糖尿病ウォークラリー大会の開催(10 月 1 日)、第 5

回日本糖尿病療養指導学術集会の活動報告等が行われた。また、県が策定を進めている「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」について協議し、意見等を踏まえて修正したものを完成版とすることが承認された。(弘山)

10 第 39 回産業保健活動推進全国会議

(9 月 28 日)

活動事例報告 2 題の後、日本医師会産業保健委員会から「ストレスチェック制度の円滑な実施を目指して」及び「医療機関における産業保健活動の推進」、厚生労働省からは「病気の治療と仕事の両立一働き方改革実行計画から一」について説明・報告並びに協議が行われた。(藤本)

11 日医 大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会 (9 月 29 日)

「よりよい男女共同参画を目指して」をテーマに開催された。日本医師会長並びに日本医学会長・日本医学会連合会長の挨拶後、「日医女性医師支援センターの取り組み」の説明並びに「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」の報告が行われた。続いて、2 大学 2 学会(岡山大学、自治医科大学、日本内科学会、日本外科学会)より取り組み事例の発表が行われた後、意見交換を行った。参加者は、大学及び学会の関係者、都道府県医師会の担当役員等、約 300 名。(今村)

12 中国四国医師会連合常任委員会 (9 月 30 日)

ブロック選出の日本医師会役員から中央情勢報告、平成 28 年度事業・会計報告の後、医療事故調査制度における中央と支部の連携、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、次期当番県等について協議を行った。(林)

13 中国四国医師会連合各種分科会 (9 月 30 日)

第 1 分科会：医療保険では、各県における地域医療介護総合確保基金の取り組み状況、消炎鎮痛等処置の回数等の 9 議題 8 提言、第 2 分科会：

理 事 会

介護保険では、道路交通法改正後の状況、地域包括ケアシステムにおける多職種連携及び医療・介護情報ネットワークの活用状況・医師会としての対応等の 7 議題 7 提言、第 3 分科会：地域医療では、准看護学校の運営、勤務医の環境改善への対応等の 9 議題 6 提言について意見交換を行った。(加藤、沖中、藤本、香田、山下)

14 中国四国医師会連合総会 (10 月 1 日)

中国四国医師会連合の平成 28 年度事業・会計報告が承認された後、横倉義武 日本医師会会長による「日本医師会の医療政策」、特定非営利活動法人グリーンバレーの大南信也 理事長による「神山プロジェクト～創造的過疎から考える地方創生～」の講演 2 題が行われた。(林)

15 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」 (10 月 2 日)

日本医療安全調査機構からの委託による標記セミナーが日本医師会館において開催された。「医療事故調査制度の概要」(厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 名越 究 室長)、「医療事故報告における判断①演習、②整理」(日本医療安全調査機構)、「調査実務担当者の視点から」(北海道大学病院医療安全管理部 南須原康行 教授)等の講演及び演習、質疑応答が行われた。また、医療事故調査制度施行以降の都道府県別医療事故報告(発生件数)が報告された。(林)

16 日医第 5 回医療政策会議 (10 月 4 日)

今後の超高齢・少子社会と医療及び社会保障の財源選択等について意見交換を行った。(河村)

17 広報委員会 (10 月 5 日)

会報主要記事掲載予定(11・12・1月号)、炉辺談話、県民公開講座、歳末放談会のテーマ等について協議した。その後、第 8 回フォトコンテストの審査会を行い、146 作品の応募の中から、8 作品を表彰作品に決定した。(中村)

18 会員の入退会異動

入会 2 件、退会 3 件、異動 10 件。(10 月 1 日現在会員数：1 号 1,291 名、2 号 866 名、3 号 443 名、合計 2,600 名)(河村)

— 第 14 回 —

10 月 19 日 午後 5 時～6 時 35 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 平成 29 年度上半期事業実施報告について

各常任理事より、担当事業の上半期進捗状況と今後の予定について報告を行い、未実施事業及び各事業の懸案事項について協議を行った。

2 ホームページのリニューアル(案)について

第 12 回理事会で協議後に追加・修正をした主なページのレイアウト等について再協議を行い、承認された。各項目の詳細な掲載内容等は個別に確認作業を行い、平成 30 年 1 月に公開する予定。

3 「国民医療を守るための国民運動」の展開について

医療関係団体等 40 団体で構成する「国民医療推進協議会」の第 13 回総会において、「持続可能な社会保障制度の確立を求める国民の声を政府に届けること」を目的とした標記国民運動を展開していくことが承認された。日本医師会より、11 月 22 日に開催される「国民医療を守るための総決起大会」への参加依頼及び各都道府県においての国民運動等展開の依頼があり、本会では、「県民の健康と医療を考える会」において、12 月中に活動することが決定した。

理 事 会

報告事項

1 労災診療費算定実務研修会 (9 月 21 日)

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正かつ効率的な請求を期することを目的に、本会と（公財）労災保険情報センター等の共催により山口市で開催された。（萬）

2 個別指導「診療所」(9 月 28 日)

診療所 10 機関について実施され立ち会った。
（萬、清水、船津、前川）

3 第 61 回社会保険指導者講習会(10 月 4・5 日)

日医と厚生労働省の共催により「脳血管障害診療のエッセンス」をテーマに開催され、本会から 4 名の担当役員が参加した。1 日目は、横倉会長の挨拶に続き講演 6 題、2 日目は、講演 4 題の後、厚生労働省の講演 2 題が行われた。（萬）

4 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議 (10 月 5 日)

関係団体から平成 28 年度の実施結果及び 29 年度の実施状況について報告の後、協議を行った。また、第 3 期（平成 30～35 年度）に向けた変更点、広域連合の健診項目の追加、次年度の標準単価等について報告が行われた。（藤本）

5 山口大学第 53 回学長選考会議 (10 月 5 日)

山口大学学長候補者選考の実施等について協議を行った。（今村）

6 第 1 回山口県准看護師試験委員会(10 月 5 日)

平成 29 年度の准看護師試験の実施（案）等の協議及び平成 28 年度の試験結果について報告が行われた。（沖中）

7 地域医療構想調整会議：検討部会「下関」

(10 月 5 日)

第 1 回の回復期・慢性期専門部会が開催された。県医療政策課から、「平成 28 年度病床機能報告

の結果」、「病床機能報告に係る課題」、不足する回復期機能を確保するための「医療機能分化連携推進事業」等について報告の後、意見交換が行われた。（弘山）

8 第 14 回指導医のための教育ワークショップ (10 月 7・8 日)

林 弘人チーフタスクフォース他 4 名のタスクフォースにより、一泊二日の合宿形式で開催した。参加者は 14 名。（加藤）

9 日医総研セミナー (10 月 7 日)

「生命倫理について一終末期を迎えるにあたって」をテーマに開催された。(1) それぞれの終末期一臨床医からみたラストステージ（澤 倫太郎 日医総研研究部長）、(2) 最期の医療 決める、伝える（田中美穂 同主任研究員）、(3) 終末期医療の中止の許容性：わが国における関連裁判例の分析（前田正一 同客員研究員／慶應義塾大学大学院教授）の 3 講演と質疑応答が行われた。（中村）

10 勤務医部会座談会 (10 月 8 日)

「研修指導医の本音と課題の対応」をテーマに、県内 6 病院 7 名の指導医において意見交換を行った。（中村）

11 第 1 回山口県高齢者医療懇話会(10 月 10 日)

山口県後期高齢者医療制度の状況及びデータからみた山口県後期高齢者の現状と保健事業について意見交換を行った。（萬）

12 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(10 月 11 日)

審査業務の集約に向けた実証テストの実施、審査関係訴訟事件等について報告が行われた。（河村）

13 日医第 6 回社会保険診療報酬検討委員会

(10 月 11 日)

「次期（平成 30 年度）診療報酬改定に対する

理 事 会

要望書」の報告及び諮問②答申「入院外における基本診療料のあり方」について審議を行った。(萬)

14 宇部興産中央病院新棟竣工式・祝賀会

(10月12日)

救急センター、脳疾患治療センター、手術室を核とした新棟が竣工したことから、祝賀会に出席した。(河村)

15 男女共同参画・女性医師部会地域連携会議

(10月14日)

本会男女共同参画部会のワーキンググループの活動報告、各都市女性医師部会の現状報告を行い、その後、意見交換を行った。また、本会が今年度新たに設置した「男女共同参画推進事業助成金」の積極的活用を依頼した。(今村、前川)

16 男女共同参画部会第2回理事会(10月14日)

今年度の総会を平成30年3月11日(日)に開催し、終了後に特別講演「まだまだ知られていない臨床法医学の仕事」、特別企画「子どもをみまもる現場より」を行うことが決定した。その後、ワーキンググループの活動状況の報告が行われた。(前川)

17 獣医学術中国地区学会歓迎交流会

(10月14日)

中国5県獣医師会の輪番制により、本年度は山口県担当で標記学会が開催された。歓迎交流会で祝辞を述べた。(河村)

18 県民の健康と医療を考える会：県民公開講座(10月15日)

「超高齢社会をどう生きる！～笑う門には福来たる～」をテーマに開催された。講演1は、医師で落語家である安部正之先生(春雨や落雷師匠)による江戸古典落語と健康講話「笑って健康“笑いと免疫力そして・・・健康”」、講演2では、田布施町在住のスーパーアスリート長岡三重子さ

らによる「私は103歳、世界最高齢の現役スイマー～何歳になっても元気ハツラツ～」が行われた。(今村)

19 日本医師会医療安全推進者養成講座講習会

(10月15日)

「医療機関のガバナンスと医療安全」(新星総合法律事務所弁護士／一橋大学客員教授 児玉安司先生)、「第三者が加わる院内事故調査と医療の質の評価」(奈良県総合医療センター 上田裕一 総長)、「医療事故の再発防止に向けた提言」(医療法人財団順和会山王メディカルセンター血管病センター長 宮田哲郎 先生)の講習及び総合討論が行われた。(林)

20 「知って、肝炎プロジェクト」杉良太郎、EXILE ATSUSHI 両氏の知事表敬訪問(10月17日)

厚生労働省の肝炎総合対策推進国民運動である「知って、肝炎プロジェクト」の特別参与 杉良太郎氏及びスペシャルサポーター EXILE ATSUSHI氏が山口県庁を訪問し、啓発活動を行った。(河村)

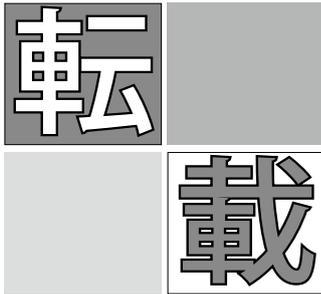
21 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会(10月18日)

在宅で療養する医療的ケア児が増加する中、地域包括ケアシステムにおける受け入れ体制の充実を図る必要があることから、小児在宅ケアを巡る諸問題について協議するため初めて開催された。小児在宅ケアを巡る現状と課題、厚生労働省の対応、医師会の取組みについて報告の後、協議を行った。(弘山)

22 山口大学COC+事業に係る外部評価委員会

(10月18日)

標記事業における、平成28年度実績の評価について協議が行われた。(今村)



格闘技と私

いちょうの木クリニック 木藤 秀章

(吉南医師会報 平成 29 年 7 月号より)

私が小学生の時、最も好きなテレビ番組は新日本プロレスの中継でした。当時、ゴールデンタイムでの放映で、視聴率も 20%を超えていました。当時は新日本プロレスと全日本プロレスが 2 大団体で、新日本プロレスのトップは「アントニオ猪木」、全日本プロレスは「ジャイアント馬場」。私は「新日本派」でした。中でも、長州力さんの大ファンで、小学校ではプロレスごっこがはやっていましたが、私はもちろん「長州力役」長州さんの魅力は、いかなる相手でも全力でぶつかるところでした。長州さんは旧徳山市の出身で、ミュンヘンオリンピックのレスリング代表でした。新日本プロレスへはエリートとして入門しましたが、先に入門した藤波辰巳選手が優遇されること多く、これに反発したのが皆様ご存じ「かませ犬」発言です。(詳しくはノンフィクション作家、田崎健太さんの『真説 長州力』をご覧ください。)その後は、とにかく長州さんのとりこでした。

時は経ち、あるご縁でクリニックの CM にも出演して頂けることに。当時のイメージとは異なり本当に謙虚で紳士的な方です。ただ、これまで経験したことのない「オーラ」があり、何度かお会いしておりますが、未だに常に緊張しております・・・。(ちなみに長州さんと宮古島に旅行するプランがありますが、今から緊張しております。)

長州さんとの出会いがきっかけで多くのプロレスラーの方と知り合うことができました。

中でも仲良くして頂いているのが、元横綱、曙太郎さん。曙さんは本当に優しい方です。

2 年前に開院 5 周年に地域の方々への感謝の気持ちを込めて、もちまきをしようとしたのがきっかけで、もちまきの前にプロレスの試合をするよ

うになりました。

今年の 5 月に曙さんとタッグを組んでボブ・サップさんと試合をする予定でしたが、体調不良にて実現できませんでした。4 月にお会いした時にはサップ戦に向け、いろいろと作戦を練っておりましたが・・・。次回は曙さんとタッグを組んで、サップさんと試合したいと考えております。

さて、私の格闘技歴ですが、高校生まではプロレスごっこのみ。大学に入り、大山総裁の極真空手に入門しました。(山口道場に通っていました。当時の指導者は現在、山口市内で「山口有永道場」の師範をされている、有永浩太郎先生でした。)強さに憧れ、入門しましたが、本気でパンチ、キックありの極真空手は痛いし、怖い・・・。というわけで医師になってからはマラソンの道へ。

その後、超ラッキーなことに、長州さんとの出会いがきっかけでプロレスのリングに上がる機会ができました。これまで 3 試合 (5 周年、6 周年、7 周年) を行いました。1 戦目は西口プロレスの「見た目が邦彦」選手。2 戦目は曙さんとタッグを組んで、菊タロー選手、藤田ミノル選手と。3 戦目は今年の 5 月に藤原喜明選手、藤田ミノル選手とタッグを組んで、ボブ・サップ選手、菊タロー選手、ブラック・タイガー (NOSAWA 論外) 選手と。試合はいずれも勝利しました。よく聞かれるのが、「本気？」ということ。さすがに僕以外は皆さん、プロレスラーなので手加減はあると思いますが、基本的には「ガチ」です。蹴りやエルボーなどは本当に効きます。(翌日はアザだらけ・・・) そのため、柔道道場で受け身の練習やウエイト・トレーニングは充分に行って試合に臨んでいます。

試合を見に来ていただいた方に喜んでもらうこ

とはもちろんですが、私自身が心から楽しんでおります。今年は約 2,000 人の方が来られましたが、このような状況でプロレスができる喜びは計り知れません。本当に最高です。地域の方に喜んで頂き、自分自身も最高の経験ができる、こんな幸せな時はないと思います。

現在、次戦に向けてトレーニングを開始しております。今年は、110Kg の菊タロー選手を「ボ

ディースラム」、「ブレン・バスター」で投げました。次回は 200cm、145Kg のボブ・サップ選手を投げたいと本気で考えております。これから 1 年、次戦に向けて全力で頑張りたいと思います。もしお時間がありましたら、見に来ていただけたらと思います。恐らく、予想よりも楽しいですよ！



◀ 7 周年イベント



◆ 6 周年イベント



○ 推薦者のコメント ○

私の幼い頃のヒーローはタイガーマスクでした。デパートの屋上であったタイガーマスクショーを見に行って、興奮したのか、帰宅してから風呂敷をマント代わりにし遊んで、はずみで襖に穴を開け怒られたのをよく覚えています。最近ではプロレス中継も少なくなりさみしい限りですが、木藤先生の記事を拝見して、ボブ・サップ選手との試合を見に行きたくなりました。木藤先生、頑張れ！

【広報委員 津永 長門】

出水の鶴

毎年、10 月中頃からシベリアからの北西の風に乗って多くの鶴が出水に渡って来る。実際に出水に鶴を見に行ってみると、一万羽以上の鶴に圧倒されてしまう。この数の多さは一体何なんだろう？何を表しているのだろうか？あれこれと考え悩んでいた。

そうだ！これはシベリアで亡くなった日本軍捕虜の数ではないのか。

8 月 9 日、突然、満州にソ連軍が侵攻し、その後、多くの日本兵がシベリアに捕虜として抑留された。モスクワには 76 万人分の捕虜の資料があると聞く。ヤルタ会談にて戦後賠償としての役務を行わせることが合意され、スターリンはそれを受けて、50 万人の日本軍捕虜に強制労働を命じた。ソ連政府はそのうちの 4 万 1 千人の死者名簿を作成し、日本側に引き渡していると聞く。一説には抑留者の約 1 割、6 万人が死亡したとの説もある。ソ連政府は日本軍捕虜に対して、ソ連兵と同じ食事、同じ羊の皮で作った寝袋を与えるなど同じ待遇にしたので、虐待ではないとの主張が国際的に認められた。しかしソ連兵は労務の監督者であり、労働は行っていない。食事が同じでは日本兵の体力が持たないのは明らかである。しかもソ連兵はシベリアの現地人であり、極寒の生活になじんでいる。日本軍捕虜は、マイナス 30 度以下になる極寒のシベリアでの森林伐採や炭鉱作業などの過酷な労働生活で凍傷等に耐えきれない者が続出したことは想像に難くない。抑留者の強制労働で豊富な資源が眠るシベリアの開発が推し進められた。

飄

々

広報委員

石田 健

山口県出身の著名な画家である香月泰男氏もシベリア抑留の体験を綴っている。「私は必ず生き延びてやろうと思った。私は生きることに貧欲だった。生きるためには妥協もした。スターリンへの忠誠を競い合い、ゴマもすった。争いもした。」生き延びて日本に帰国しても、過酷な状況に置かれ、日本の土を踏むこともなくシベリアの土となった戦友の貌が浮かんで来ると語られている。香月氏の絵画には不戦の強い想いが塗り込められている。

ソ連崩壊後にロシア政府のエリツィン大統領（当時）は非人間的行為として謝罪の意を表している。

遺骨収集事業に関して、DNA 鑑定により 2010 年までに 826 名の身元が特定されているが、遺族に引き渡されていないと聞く。シベリアの地を訪れる人もなく、シベリアで無念の死を遂げ、眠る人々の遺骨の収集は進んでいない。

あれこれ思いを巡らせていると、いくら魂が軽いと言ってもすべての魂を極寒のシベリアから暖かい鹿児島に運んで来るには、一万羽以上の鶴でないと無理なことに想いが馳せた。その瞬間、「シベリアの御霊帰り来 鶴に乗り」の句がひらめいた。

この句が新聞に載った。それを読まれた老婦人が突然、大粒の涙を流された。ビックリしてその理由をお聞きした。「私の兄はシベリアで戦死し、今も永久凍土の中に埋葬されていると聞いています。何とかシベリアに行って、お骨だけでも日本へ持ち帰りたいとの願いはありますが、非力なた

めにこの数十年間何も出来ず申し訳ないと思っていました。でも、鶴が極寒のシベリアから暖かい出水に兄の魂を毎年運んでくれていることに気づき、うれし涙が出ました。」と仰った。

このようなすばらしい俳句の読み手に会えて、私もうれしく、また、感動を分けてもらった。

香月氏の作品は抑留死した戦友の思いを絵筆に託し、その絵には不戦の強い思いが込められている。

私もこの句で偶然にも俳句を通じて平和への思いが表現できたことに驚き、これからも表現できるようになればと思っている。

日医 FAX ニュース

2017 年（平成 29 年）10 月 27 日 2649 号

- 第 48 回衆議院議員選挙の結果を受けて
- 診療報酬「2%半ば以上」マイナスを
- 価格引き上げへの懸念が再燃

2017 年（平成 29 年）10 月 24 日 2648 号

- 「適正処方の手引き」を作成
- 「小児在宅ケア担当理事連絡協」を開催
- 補助率削減見直しと高額薬引き下げを
- 風しん特定感染症予防指針改定を了承
- 咽頭結膜熱、過去 5 年で「かなり多い」
- 定点当たりインフル報告数、微減で 0.17

2017 年（平成 29 年）10 月 20 日 2647 号

- 「通院・精神療法」の評価見直しで議論
- 小児在宅ケア、地域医師会が連携を
- 「ジュネーブ宣言」改訂版を採択
- レセソフト「ORCA」をクラウド化

2017 年（平成 29 年）10 月 17 日 2646 号

- 横倉会長が第 68 代世界医師会長に就任
- 「科学的介護」に向けエビデンス収集へ
- ロボット技術活用、介護業務支援追加
- 一般病院の経常利益率 0.7%に減少
- 医業収支差額の総数平均悪化
- 定点当たりインフル報告数、横ばい

2017 年（平成 29 年）10 月 13 日 2645 号

- 多職種連携「顔の見える関係が重要」
- 「妊産婦の外来管理評価」新設へ
- 「物から人へ」「財源論」など求める声
- 都道府県に「医師確保計画」

2017 年（平成 29 年）10 月 6 日 2644 号

- 重点課題に地域包括ケアシステム構築
- 医療用麻薬 30 日延長案、診療側は慎重論
- 回復期「大幅不足の状況にない」
- 遠隔診療、活用推進には実態把握を

2017 年（平成 29 年）10 月 3 日 2643 号

- 普及・啓発資料を作成、11 都道府県など
- 企業に資金提供の公表義務付け
- 衆院解散、厚労省提出法案 4 本が廃案に
- 消費税増税分の使途「しっかり説明」
- 「震災」特例措置、18 年 3 月末まで延長
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、連続増加

2017 年（平成 29 年）9 月 29 日 2642 号

- 世代型社会保障「社会の安定に寄与」
- 介護人材の処遇改善をさらに推進
- ムンプスワクチン、積極的な接種を
- 日本脳炎ワクチン不足で緊急措置へ
- 事務作業補助加算の要件緩和に意欲



平成 29 年度
 山口県医師会学校医研修会
 山口県医師会学校医部会総会
 山口県医師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

日 時 平成 29 年 12 月 3 日 (日) 13:00 ~ 16:50
 会 場 山口県医師会 6 階 会議室
 対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者
 参加費 無料

開 会
 挨 拶

■学校医研修会 13:00 ~ 14:30

(1) 学校における食物アレルギー対応

山口県立総合医療センター小児科診療部長 長谷川真成

(2) 成長曲線の注意点と活用

山口大学大学院医学系研究科 医学専攻小児科学講座助教 福田 謙

■山口県医師会学校医部会総会 14:30 ~ 14:50

■予防接種医研修会 14:50 ~ 15:50

予防接種をされるすべての先生方へ

ー予防接種ガイドライン 2017 年度版を活用するー

下関市立市民病院小児科部長 河野 祥二

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:50 ~ 16:50

先天性心疾患術後児童生徒の学校における実態と課題

～学校心臓検診の結果より～

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉 会

単 位

・日本医師会生涯教育講座：3 単位

カリキュラムコード未定



ホッ！これで安心。

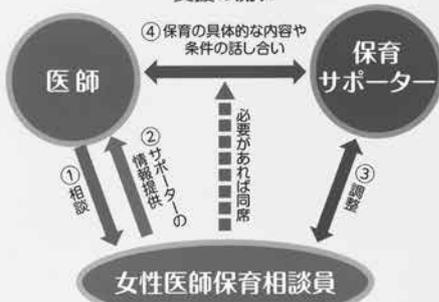
保育サポーターバンクとは…

- 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!

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

<p>医師資格証は 5年ごとの 更新になりました</p>	<p>申請方法と 受け取り方法が 変更になりました</p>	<p>年間利用料が 廃止されました</p>	<p>2年ごとの オンライン更新が 不要になりました</p>
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------	--

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



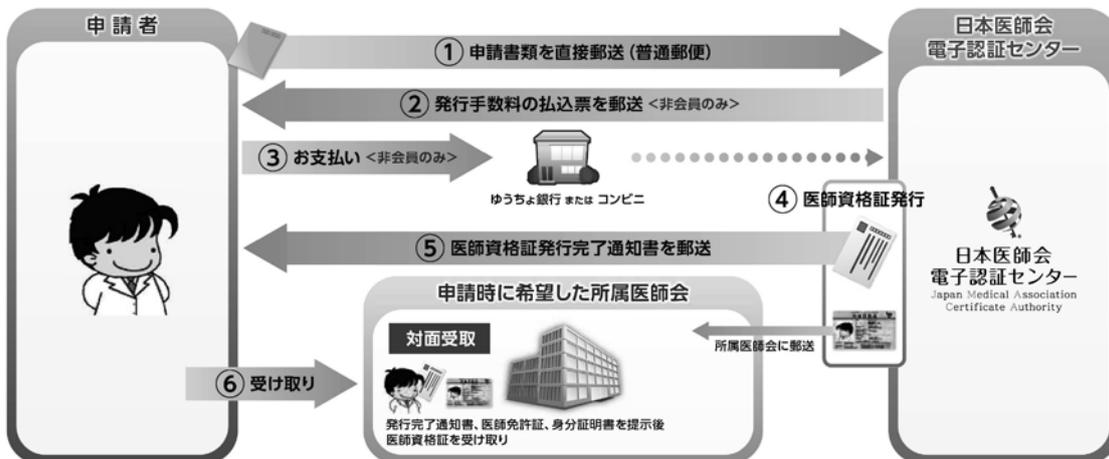
<p>地域医療連携内での 診療情報提供書への HPKI 電子署名 (平成 28 年診療報酬改定において 加算を算定することが可能)</p>	<p>電子処方せん発行時の HPKI 電子署名に使用</p> 	<p>日医生涯教育制度、認定 医、かかりつけ医など各 種研修時の受講履歴、 取得単位管理に使用</p>	<p>地域医療連携システムへの ログイン認証</p> 
<p>医師資格証ポータル サイトの利用</p> 	<p>治験データへの HPKI 電子署名</p> 	<p>文書交換サービス の利用</p> 	<p>身分証としての活用 JAL DOCTOR 登録制度 などへの任意登録に使用 する ※医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</p>


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.jmca.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。
※都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

1 医師資格証発行申請書
 電子認証センターホームページよりダウンロード出来ます。
 ※顔写真を貼付ください。(撮影から6ヶ月以内)

2 医師免許証コピー

3 住民票の写し(原本)

4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)
 ・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
 ・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
 ・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード(裏面不要)

「対面受取時の書類」 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

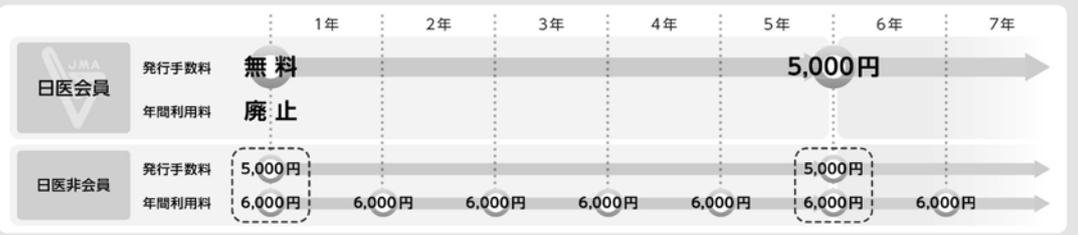
- 1 医師資格証発行完了通知書
- 2 医師免許証原本提示
- 3 身分証原本提示(下記のいずれか1点)

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章登録証明書を提出
 (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。

児 玉 健 氏 岩国市医師会 9 月 28 日 享年 84

古 谷 浩 司 氏 徳 山医師会 10 月 6 日 享年 87

編 集 後 記

平成 28 年 11 月に四国八十八カ所お遍路を始めた。1 番札所から回る順打ちで、何回かに分けて回る区切り打ちの歩き遍路をしている。現在、23 回歩きに行つて、発心の道場（徳島）、修行の道場（高知）を終え、菩提の道場（愛媛）に入り、40 番札所を通過した。歩いた総距離は約 660km。恐ろしいことに、下関駅から名古屋駅までの距離にあたる。最初は一回に 10km 程が精一杯であった。神山町を通る 12 番から 13 番は 20km 以上あるので、単なる歩きではとても持ちそうにない。気が遠くなる思いをしていると、神山町は枝垂れ桜が有名で、消費者庁が移転して来るかもしれないことが分かり、桜を見ながら、こんな山奥に消費者庁か、と気を紛らしながらなんとか歩けた。この度の中国四国医師会連合総会で神山町の創生についての特別講演が組まれていて、懐かしく思い出した。今までの最高の思い出は、ダルマ朝日が見えたことである。23 番から 24 番の室戸岬までの距離は 75km で 3 回に分けて歩いたが、札所が無い歩きの日が生じる。前の晩、突然、朝日を見ながら歩こうと思ひ立ち、午前 5 時過ぎから歩き始めた。東の空を見ながら歩いていると、小型トラックが止まり、おじさんが大きなカメラと脚立を持って歩いて来て、目の前でセットし始めた。「何を撮るのですか」と聞くと、「日の出を撮る」と言われる。6 時 31 分に出るといふ。毎日 1 分ずつずれて、場所もずれていくとのこと。あと 10 数分、時間があつたが、お付き合いすることにした。東の空の海の上は灰色になっていたの、灰色の上に、太陽が上がって来るものと思つていた。おじさんが「出た」というので見ると、灰色の部分と海の間に見つ赤な太陽が頭を出してきた。徐々に大きくなると、溶鉱炉の中の鉄のようにドロドロした感じの鉄球に見えた。上昇を続けると海面にも反射して、ダルマ状に見えるようになった。おじさんによると 2 年に 1 回くらいしか見えないものだとのこと。トンネルに入る直前のところであつたので、なんと運の良いことであつたかとおじさんに感謝するとともに、お遍路巡りに感謝した。

感動の出会い生み出す遍路かな

(理事 山下 哲男)



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）