

山口県医師会報

平成30年(2018年)

2月号

— No.1890 —



冬の海（角島） 尼崎辰彦 撮

Topics

顕彰
山口県医療事故調査合同協議会



Contents

■ 顕彰	93
■ 今月の視点「働き方改革 — 勤務医師の時間外労働規制と適正医師数 —」	加藤智栄 99
■ 平成 29 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	林 弘人 104
■ 平成 29 年度 中国四国医師会連合 医事紛争研究会	林 弘人 107
■ 山口県医療事故調査合同協議会	林 弘人、中村 洋 114
■ 平成 29 年度 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会	弘山直滋 118
■ 第 13 回 医療関係団体新年互礼会	津永長門 121
■ 平成 29 年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・ 学校医部会合同会議	藤本俊文 122
■ 国民医療を守るための国民運動 ～総決起大会、県民の健康と医療を考える会総会～	今村孝子 125
■ 平成 29 年度 第 2 回 郡市医師会地域医療担当理事協議会	弘山直滋 126
■ 山口県報道懇話会との懇談会	今村孝子 131
■ 第 14 回 指導医のための教育ワークショップ	中嶋 薫 132
■ 平成 29 年度 花粉測定講習会	今村孝子、沖中芳彦 134
■ 平成 29 年度 山口県小児救急医療電話相談事業研修会	藤原元紀 138
■ 第 52 回 山口県医師会ゴルフ大会	吉村 晃、友近康明 146
■ 山口県医師会産業医研修会	藤本俊文 148
■ 第 16 回「学びながらのウォーキング」大会	沖中芳彦 152
■ 平成 29 年度 第 48 回全国学校保健・学校医大会	濱本史明、藤本俊文 154
■ 第 145 回山口県医師会生涯研修セミナー	福田信二、小林元壯、加藤智栄 172
■ 日医 FAX ニュース	179
■ 県医師会の動き	吉本正博 180
■ 理事会報告（第 18 回、第 19 回、第 20 回、第 21 回）	184
■ 飄々「新しい春が来た」	岸本千種 196
■ お知らせ・ご案内	197
■ 編集後記	山下哲男 204

顕 彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



旭日小綬章

木下 毅 先生（下関市医師会）

平成 29 年 4 月 29 日

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



旭日小綬章

小田 悦郎 先生（宇部市医師会）

平成 29 年 11 月 3 日

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



旭日双光章

保田 浩平 先生（岩国市医師会）

平成 29 年 4 月 29 日

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

顕 彰



瑞宝中綬章

田村 泰三 先生（柳井医師会）

平成 29 年 4 月 29 日

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



瑞宝双光章

古賀 郁彦 先生（下関市医師会）

平成 29 年 11 月 3 日

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



瑞宝双光章

水田 英司 先生（小野田医師会）

平成 29 年 11 月 3 日

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



文部科学大臣表彰

高田 千弘 先生（宇部市医師会）

平成 29 年 11 月 16 日

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



厚生労働大臣表彰

福田 信二 先生（宇部市医師会）

平成 29 年 2 月 13 日

永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により
受賞されました。

顕 彰



厚生労働大臣表彰

椎 木 保 人 先生（徳山医師会）

平成 29 年 7 月 3 日

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



厚生労働大臣表彰

矢 賀 健 先生（小野田医師会）

平成 29 年 7 月 3 日

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



厚生労働大臣表彰

梅 田 馨 先生（光市医師会）

平成 29 年 9 月 8 日

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



厚生労働大臣表彰

道 重 博 行 先生（山口市医師会）

平成 29 年 10 月 17 日

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



厚生労働大臣表彰

田 中 裕 子 先生（吉南医師会）

平成 29 年 10 月 26 日

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

顕 彰

厚生労働大臣表彰（団体）

一般社団法人大島郡医師会

平成 29 年 9 月 8 日

永年にわたり、地域の救急医療体制の整備に貢献された功績により受賞されました。

警察庁長官表彰

長澤 英明 先生（小野田医師会）

平成 29 年 7 月 3 日

永年にわたり、警察活動協力医として遺体の検視業務等に携わられた功績により受賞されました。

山口県選奨

吉岡 春紀 先生（玖珂医師会）

佐柳 進 先生（下関市医師会）

鈴木 紘子 先生（宇部市医師会）

萬 忠雄 先生（山口市医師会）

高田 洋美 先生（岩国市医師会）

平成 29 年 11 月 17 日

保健衛生・環境、社会福祉の推進に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰

柴田 眼治 先生（山口市医師会）

平成 29 年 9 月 5 日

永年にわたり、地域の救急医療に貢献された功績により受賞されました。

顕彰

山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター（下関市）

平成 29 年 9 月 5 日

永年にわたり、地域の救急医療に貢献された功績により
受賞されました。

山口県へき地医療功労者知事表彰（団体）

医療法人社団 河郷診療所（玖珂）

医療法人博愛会 山口博愛病院（防府）

平成 29 年 10 月 26 日

永年にわたり、へき地診療所への医師派遣など、へき地
医療の確保に貢献された功績により受賞されました。

山口県教育功労者表彰

田中宗昭 先生（萩 市医師会）

深野浩一 先生（防 府医師会）

木村直躬 先生（岩国市医師会）

横田孝義 先生（岩国市医師会）

平成 29 年 11 月 24 日

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

山口県学校保健連合会表彰

（学校保健功労者）

野村壽和 先生（大島郡医師会）

奥園達也 先生（下関市医師会）

堀 哲二 先生（萩 市医師会）

平成 30 年 1 月 11 日

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

顕 彰

山口労働局長表彰

山 本 貞 壽 先生（萩 市医師会）

山 本 真 二 先生（徳 山医師会）

杉 山 知 行 先生（防 府医師会）

平成 29 年 7 月 3 日

永年にわたり、産業医として献身的に活動され、安全衛生水準の向上に寄与された功績により受賞されました。

公衆衛生事業功労者表彰 （日本公衆衛生協会）

近 藤 龍 一 先生（光市医師会）

平成 29 年 3 月 29 日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

全国国民健康保険診療施設協議会会長表彰

佐久間暢夫 先生（萩市医師会）

平成 29 年 9 月 20 日

永年にわたり、過疎地域の医療の確保・充実及び住民の健康福祉の増進に貢献された功績により受賞されました。

今月の視点

働き方改革

— 勤務医師の時間外労働規制と適正医師数 —

常任理事 加藤 智栄

政府は「働き方改革実現会議」で時間外労働の上限を設ける検討をし、2017 年 3 月末までに「働き方改革実行計画」をまとめる予定で、時間外労働を原則月 45 時間、特例として労使が合意した場合、年間 720 時間(月平均 60 時間)を上限とし、例外的に繁忙期の上限を別途定め、2019 年度から実施を目指す方針とした、と 2017 年 3 月に報じられた。

「医師は、応召義務があるので、2 年間の猶予期間に方針を決め、7 年後から実施。違反には罰則を伴う。」とされている。すでに、ほぼ 1 年経過したので、改革案の決定に残された時間は 1 年少々となった。厚労省の医師の働き方改革に関する検討会や、大学病院医師の働き方改革ワーキンググループなどの議論が活発化してきている。

日医では、「医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート」を 2017 年 11 月に実施した。山口県医師会では、大学病院を含めた 15 の臨床研修病院のうち 9 施設から、また、勤務医部会のメーリングリストから 6 名（主に施設又は科の医局長）の回答があったので、この結果をまとめて日医に報告した。最大限に意見を反映させるために、下記のような報告となった。ご回答いただいた皆さんに感謝いたします。

今回は、その報告の一部をお伝えするとともに、今後どのようにするのがよいかについて考えてみたい。

1. 勤務医の健康確保策・勤務環境改善策について

(1)「長時間労働や連続勤務が続いた場合に、勤務医の健康確保のために具体的に何が必要であるとお考えですか。」の問いに対する意見は下記の通りであった。

- 一定時間の休養、連続勤務の法的禁止、ただし、診療に支障のない措置を併せてとることが前提となる。
- 増員、応召義務の見直し、患者受入制限。
- 主治医制ではなく複数担当制による患者対応、患者数に比例した医師の適正な採用、診療科長による業務配分と過重労働回避への管理、長時間労働を行っている医師並びに診療科への指導。特に、他の医師との連携や協働を勧める。一人ひとりの医師のことを考えれば、深夜帯にかかるオペ後、宿日直後等、一定の条件下における午後退社等の休養措置の制度化（しかしながら、医師数が増えない中での制度化は、他の医師の負担増に繋がる結果になりかねない）。
- 問題点の顕在化を図り、労働環境の整備を指導・実行する担当部門を設定し、対応する必要がある。強制的に休みをとらせるシステム。
- 休暇を取得しやすい環境づくり。
- 長時間労働や連続勤務とならないような体制作りの検討（人員の再配置や人員増の検討など）。

(2)「勤務医が自身の健康管理を行ううえで、重要なことまたは障害となっていることは何であるとお考えですか。」に対する意見は下記の如くで

あった。

- マンパワー不足、常勤医の減少と高齢化による業務の負担増加、応召義務、当直・休日の急患対応窓口が一本化されてないため、一定時間おきの電話での問い合わせ件数も非常に多く、当直帯の負担が大きくなっている。地域における病院負担に大きな偏りがあることから、肉体的のみでなく、不公平感など精神的な苦痛も大きな問題として膨らんできている。
- 当直という名の夜勤。休みをとることにに対する医師自身の無理解。
- 勤務時間内に仕事が片付かない。休息が少ない。
- 当直業務や緊急の呼出し。診療科による業務量の偏り。
- 患者が多い、手術が多い、救急が多いので休みがとりにくい。
- 長時間労働：特に連日の長期時間外労働の多くは、他の医師あるいは他の職種との連携、協働がうまくいっていないことが多い。
- 重要なこと：ご自身の認識、病院組織としての配慮、他職種からの業務サポート（医師事務作業補助など）、医師の診療スキル（短時間で終える）、自分で時間を作り自己管理する。
- 診療のほか、研究や教育に係る業務もあり、業務量の多さが長時間労働の一因となっており、健康管理を行う上で障害となっている。
- 規則正しい生活

(3)「医師にとって必要と考える勤務環境改善策についてご意見をお聞かせください。」に対する回答を下記に列挙する。

- 患者に迷惑をかけないだけの医師のマンパワーの確保と充足が勤務環境の改善には先ず必要であると考え。そのためには、医療制度の抜本的改善も必要である。当然、医療機関の人件費は増加することになる。
- 応召義務の見直し、患者受入制限、時間外受診者数の抑制。
- 遠隔にありながら電話連絡での指示や判断により、直接呼出しの回数を減少させ、休日・休息を確保してあげる。
- 他職種の人とのタスクシェアリング、タスクシ

フティングの推進。

- 複数主治医又は交替できる医師がいること。
- 宿日直後の業務負担軽減の制度化。
- 一次救急においては、対応とトリアージできる窓口を各地域（当地域）の休日・夜間診療所に一本化できるよう医師会と行政で整備を完成させる必要がある。
- 宿直ではなく夜勤であることをはっきりさせる。
- 人員の再配置や人員増の検討のほか、医師でなくとも対応可能な業務等について整理し、医療関係職（看護師、薬剤師等）との役割分担を進めていく。
- 医師の業務軽減のための非常勤職員の雇用。
- 医師事務作業補助者の適正配置、増員を検討。
- 勤務時間外における診療について、地域の他施設との受持日分担等が必要。医師の配置について行政的施策。

2.「宿日直の取り扱いがどうしたら適正になるか」に対する回答は下記の通りであった。

- 解釈が如何様にでもならないように規則を決めて、厳格に適用する。
- 病棟管理のみ行い、外来患者を診察する業務は行わない宿直であることを管理者が明示し、勤務者が確認している場合には労働時間の適用外と思われる。しかし、管理者、勤務者とも外来患者の受け入れの可能性を認識した宿直は、受診患者の数にかかわらず勤務時間はすべて労働時間として算定されるべきである。
- 宿直、日直に対する手当とともに実働時間に対する時間外手当を支給する。
- 入院及び外来患者への対応など実働部分は労働時間と考え、勤務実態を記入し、労働時間として時間外手当を支給する。
- 待機している場合は、すべて時間外勤務として扱う。
- オンコール待機や呼出し対応等への切り替えを行う。
- 救急対応のため受入患者数が予測しにくい、二次輪番日やサポート日、又はそれらの日の忙しい時間帯に宿日直従事者を増やす。

- 救急搬送件数、夜間休日診療件数等に応じた医師の配置。宿日直ではなく交替制勤務とするための医師確保。
- 医師が少人数の診療科の医師への配慮として、当直・日直の免除ないし通常月 2 回の回数を月 1 回への削減の設定での対応。年齢への配慮として、60 歳以上当直・日直免除、55 歳以上当直免除。
- 宿直当日と翌日の日勤を禁止する。時間外受診における患者負担を大きくし、受診者を抑制する。
- 宿日直中に入院患者や急患への対応が多く、適用除外の規定を逸脱しているような状態の場合には、交替制勤務の検討も必要になる。
- 地域の病院と連携を図り、当番日以外は救急患者が受診することがないようにし、本来の宿直、日直の業務内容にする。

3.「院外オンコール待機のあり方について」の意見は次の通りであった。

- 院外オンコール待機のあり方というより、ストレスのあるオンコール待機自体をなくせる勤務体制の確立が望まれる。(医師不足の状況では難しいであろうが、国を挙げて取り組むべき。)
- 必要最低限の負担になるよう、できることは当直医で対応する。
- 複数医師がいる診療科はチーム制を導入することにより、一人の医師が拘束されることは回避できる。
- 他職種のサポートが必須で、予め主治医から患者が急変した時にどのような処置をするべきかの指示を出して、指示内容は電子カルテに記録していつでも誰でも確認できるようにする。
- 救急外来では軽症などの場合は翌日外来ないし二次輪番病院へ相談するように紹介する。なお、二次輪番日に当たる病院では、医師が少人数の診療科は二次輪番日のみオンコール待機にする。
- オンコール待機は時間外労働として扱うのが妥当、院外のオンコール待機も医師に行動制限・精神的負担を強いていることから、一定の係数を乗算して労働時間として算定すべきである。
- 院外オンコールにより待機者を呼び出した場合、呼び出した時間から労働時間としているが、頻繁に電話になることだけをもってすべての時間を労働時間として算入することになれば人件費が増となり、病院経営に与える影響は大きなものがあるため、現時点では現状のままとせざるを得ないを考える。
- 待機手当等を支給すべきと考える。
- 当院では、一部の診療科においてオンコール体制を実施し、待機手当を支給している。また、オンコール対応をした場合は時間外勤務手当も支給している。
- 院外オンコール待機を労働時間とした場合、病院は立ち行かなくなる。

4.「前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保を努力義務とする勤務間インターバル制度が検討されています。この制度を勤務医の働き方にうまく活用できる方法など、ご意見をお聞かせください。」に対しては、下記の回答が寄せられた。

- 法律等で示されればそれに従うが、巧く活用する術は思いつかない。
- 当院では小児科（常勤 5 名）がインターバル制度を行っている。宿直の翌日が休日でない場合は、半日（午前もしくは午後）は休みとしている。活用するためには人員が多いことが必須である。複数主治医性が必要である。また、産婦人科（常勤 7 名）は外来のない日に曜日を決めて午後半日の休みを取れるようにしている。人員が多いことが必須である。
- ①増員、②応召義務の見直し、③患者受入制限が必要。
- 外来・手術・病棟→当直→（翌日）外来・手術の流れで外来、手術部分の変更ができないため、長時間での連続した勤務になっている
- 当該制度を理由に当直・手術の予定を考えて組むように手配できれば、外来・手術・病棟→当直→（翌日）休息の流れになると思う。
- 外来・手術・病棟（8 時間）→寝当直（16 時間）計 24 時間以上拘束する場合は最低 8 時間以上原則 24 時間のインターバル休息を与えること

を義務化すると改善されると思う。

○制度としては必要と考えるが、始業時間を自由にえられるのは、大規模病院の一部の医師に限られる。医師－医師間のワークシェアリング、例えば主治医制度を緩やかなものとしてグループ制にするなどで、この制度は実現可能になると考える。

○複数の医師を配置し交替できるようにする

○医師数に余裕がなければ、努力義務として課されても対応できない。

○法的に強制しないと実行されない。

○一定時間の休息時間を確保できない要因として、業務量の多さにより時間外勤務が深夜に及ぶ場合が考えられる。この制度を取り入れるには、医師の負担を軽減するために①医師でなくても対応可能な業務等について整理し、医療関係職（看護師、薬剤師等）との役割分担を進めていく、②医師の業務軽減のための非常勤職員の雇用、③医師事務作業補助者の適正配置、増員などが考えられ、時間外勤務を削減する必要がある。

アンケート結果は、法的な規制は必要だが、ここに出された多くの意見には医師の増員が必要で、増員ができなければ診療制限を行うしかない、タスクシフト、タスクシェアも必要との結論になる、と考える。

煎じ詰めれば、医師不足のために十分な改革は難しい、となってしまうが、医師数全体の増員、適正な医師数に関して考えてみることにする。医師の増員には時間がかかることの問題に加え、2008 年以降、日本は人口減少社会になってきており、医療を受ける人のピークは 2040 年ごろになると予測されている。もし、過去に、官僚主導の医療費亡国論による医学部定員削減政策（1984 年まで医学部の定員は 8,280 人であったが、1985 年から徐々に減らし、2007 年は 7,625 人であった）がなければ、また、2004 年に始まった新初期臨床研修制度によって、地方から都会への医師の流出がなければ、今の状況は随分よかったであろう、と悔やまれる。今年から始まる新専門医制度も、地方に医師が集まる可能性が低

いことが 1 次募集の結果からは窺える。現状が制度改革によって良くなると考えて実行した結果である。医学部定員削減政策の結果、2014 年から 2016 年にかけて日本全体の医師数は 7,914 人増えているのに対し、45 歳未満の医師数は 1,081 人しか増えていない。不思議に思えるが、先述の医学部入学定員削減の影響が今になって表れていると考えられる。山口県では 2014 年から 2016 年にかけての総数は 65 人の減少であり、45 歳未満に関しては 1998 年と 2016 年とを比較すると、441 人も減少している。その後、2008 年以降は入学定員増に転じているが、医師の職業寿命を 25 ～ 75 歳までとしても 50 年間あるので、どこかの段階で医学部の定員を制限していく必要が出てくる。医師の需給推計では、2016 年の医学部定員 9,262 人のまま推移とした場合、2024 年に約 30 万人で均衡とされている（厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」の医師需給分科会（座長：長崎大学学長の片峰 茂氏）の第 4 回会議 2016/3/31）。また、2010 年現在の推計で、その当時の入学定員 8,846 人で推移すると 2032 年には、人口 10 万人あたりの医師数は 301 人となっており、人口千人あたりの医師数が 3.7 を超えるイタリアやスペインでは医師過剰で、医学部卒業後 5 年以内に常勤のポストを得られる医師は 15% と報告されている（www.ajmc.jp/pdf/1-2kaiken.pdf）。2016 年の医学部定員は 9,262 人、2017 年は 9,420 人となっているので、2024 年よりも前に定員削減をしていかないと、2040 年以降には医師過剰時代が来ると考えられる。今の現実、医師不足で地域の救急医療を維持するのがやっとの状態であるが、法の施行は 6 年先になるので、全体数としての医師増員以外の工夫をする必要がある。

実現できれば最も効果があると個人的に考えていることは、医師が地方で働くことに診療報酬上のインセンティブをつけ、救急や外科、産婦人科など、時間外労働が多い科の医師にも診療報酬上のインセンティブをつけることだ。地域による医師並びに科における偏在解消にはさまざまな意見があるが、多くは魅力的に思えない。従って、効果も少ないように感じる。その一方で、私と同

じように考える人が増えないことには、財務省やマスコミを説得することはなかなか難しいと思う。

アンケートの回答の中にもあるが、次の方法はタスクシフト、タスクシェアということになる。現実には少しずつ導入されているが、今のところ、効果は限定的だ、と考える。複数主治医制は可能などところから上手に導入すべきである。特定看護師が導入されている施設も少ないので、育成に財政支援をし、診療報酬上のインセンティブをつけるなどして全国の急性期病院に配置することが望まれる。医師事務作業補助者の導入は、勤務医の過重労働軽減に役立っているが、主に通常勤務時間内のサポートであり、時間外労働の大幅な軽減には限界がある。

時間外労働と救急医療の関係は大きいので、軽症者の時間外救急受診の制限は進めていく必要がある。救急車の有料化が最も効果が大きいと考えられるが、重症者の受診抑制になってもいけないので、「#7119」の活用が有効と考えられる。#7119 は 2017 年 4 月 1 日現在、東京都、奈良県、大阪府、福岡県の 4 都府県と札幌市、横浜市、田辺市（和歌山県）の 3 市で実施されており、救急車搬送のうち軽症者の割合の減少効果や、症状から即受診と判断され、救命につながった例も報告されている（『消防の動き』2017 年 4 月号、20～23 ページ）。

平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」によると、週当たりの勤務時間が 60 時間以上の常勤医師は 39%、と報告された。週 60 時間ということとは時間外が 20 時間なので、月当たりに換

算すると 80 時間以上になる。また、2013 年 4 月に日本外科学会は、「外科医の 1 か月当たりの時間外労働は 154 時間」と公表した。長時間労働による医療の安全性低下は明らかであり、医師の過労死の問題は当然解決されなければならないが、働き方改革で示された時間とのギャップは大きい。

医師の働き方改革を実現するためには、十分な財政支援がなくても、患者の命をなんとかしたい、健康になってもらいたいという医師の善意と献身によって、今の医療体制が成り立っていることを医療の主役である国民に広く知ってもらうことがまず必要である。地域に医師を増やすにしろ、特定看護師を増やすにしても、財政的な支援がなければ不可能である。待機手当をシステム的に出せるようにしなければ、病院の経営も成り立たない。救急車を有料にするにしても、診療制限をするにしても国民の理解・支援が必要になる。

まとめとして、山口県内の病院のアンケートからは、医師の勤務環境を改善するためには、働き方改革は必要で、医師増員又は診療制限をするしかない、タスクシフト、タスクシェアも必要というのが大まかな結論であった。医師の増加傾向は続くとともに人口減少も続くので、国民の理解のもと、地方で働くことや、救急や外科、産婦人科などの時間外労働が多い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつけること、複数主治医制の導入、特定看護師の普及、医師事務作業補助者の普及、救急車の有料化や #7119 の導入などが働き方改革には必要と考えられた。

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

平成 29 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 平成 29 年 12 月 7 日（木）13：30～16：00

ところ 日本医師会 3F 小講堂

〔報告：専務理事 林 弘人〕

1. 開会

横倉義武 日本医師会長 日頃から医療紛争の対応に献身的にご尽力いただき感謝する。来年度から勤務医、研修医の医賠償保険料の引き下げに伴い、会費を抑えることができた。日医の医賠償保険制度は会員にとって安心の支柱であり、より多くの会員の先生に加入いただくように努力していく。

ところで、診療報酬改定の財源においてはさまざまな議論があり、本体の改定をマイナスにするという財務省の強い圧力に対し、それでは地域医療が崩壊するということでせめぎあいをしている。何とかプラス改定に持ち込むように、執行部一同努力している。本日はよろしく願います。

2. 日医医賠償保険の運営に関する経過報告

(1) 医賠償保険料の改定について

平成 28 年の臨時代議員会や都道府県医師会長協議会において、医賠償保険は民間の保険にはない補償やサポート体制に優れているものの、保険料を比較すると割高感があり、勤務医の日医加入促進のためにも、保険料の引き下げを検討してほしいとの要望があった。それを受け、A2（B）会員と A2（C）会員の医賠償保険料を引き下げることとし、平成 30 年 4 月から実施することになった。

(2) 経過報告

紛争処理付託受理件数は全国で 13,208 件。

平成 28 年 7 月から平成 29 年 6 月までの 1 年間に日医の賠償責任審査会において審査された付託案件を診療科目別に分類すると、内科が 22% で最も多く、整形外科 20%、産婦人科 18%、眼

科 8%、外科 7%…の順になる。前年と比較すると、内科と産婦人科の順位が入れ替わり、かつ案件の総数はかなり減少している。

(3) 日医医賠償保険特約保険の加入

都道府県によりまちまちであるが、多いところは A1 会員の半分が加入している都道府県もある。A2 会員では、多いところでも 29% である。特約保険は、法人への責任もカバーできる。今後とも多数の会員に加入してもらいたい。

(4) 改正道路交通法と医賠償保険

改正道路交通法の施行により、75 歳以上の運転者については、認知機能検査の結果、認知症のおそれがあると認められた方は、臨時適性検査又は診断書の提出が義務付けられた。

基本的な考え方としては、日医医賠償保険は、医療行為により生じた身体の障害について損害賠償請求された場合を対象としている。つまり、診断書作成が原因で診断した患者自身に身体障害が発生した場合は対象となる。一方、患者自身に身体障害が発生していない場合には対象外である。

賠償請求を受けた場合の保険適用について

（次頁スライド参照）

3. 講演「愛知県医師会医療安全支援センター（苦情相談センター）の活動内容と医事紛争のための対応について」

愛知県医師会の樋口理事がご講演。

医療安全対策として、患者への対応向けに「医療安全支援センター（苦情相談センター）」、また医師会員への対応として、会員相談窓口を設置し

ており、これら相談で賠償請求がなされた場合は、医療安全対策委員会へ付託している。

「医療安全支援センター（苦情相談センター）」は、ナース 2 名、MSW 2 名の専任相談員を配置しており、医学的な知識が必要な場合は、専門医師が対応する。損害賠償請求がある内容の相談には応じない。愛知県医師会と主要地区、行政や保健所と連携しながら対応している。最近 10 年間の相談実績は 10,262 件で、賠償請求のあったものは 2.3% であった（医療安全対策委員会に付託）。

なお、県民向け冊子『これってどうなの？』を発行しており、診療や医療費、薬や症状に関する主な疑問をわかりやすく Q&A 方式で纏めている。

4. 講演「過剰・不適切要求行為に対する医療機関からの相談対応について」

東京都医師会の橋本理事がご講演。

平成 28 年 10 月から 1 年間、モデル事業として、医療業務阻害対応支援事業を行った。具体的には、トラブル対応の経験のある警察 OB を組織化した「ホスピタルサポートサービス」を活用した会員向け支援である。24 時間対応の専用相談窓口を設置し、地区医師会を経由せずに直接ホスピタルサポートサービスに電話できる体制で、状況に応じて警察 OB が個別訪問をしている。対象は 500 床以下の医療機関である。モデル事業中の費用は東京都医師会が負担、個別訪問においては医療機関が負担した。

相談件数は 63 件、うち現場対応は 3 件であり、地域差や周知度も影響しているためか、認知度が高い地区では継続して相談が多かった。なお、人員面からか、診療所からの相談が多い。

相談内容は、不当な要求、支払トラブル、診療クレームが多い。実施においては、医療機関の 9 割がとてもよいと評価している。

5. 講演「医療紛争に関する文書と裁判所への提出義務」

日本医師会の手塚参与がご講演。

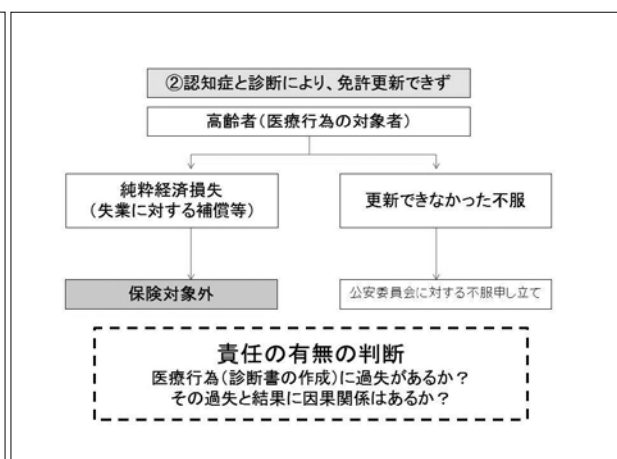
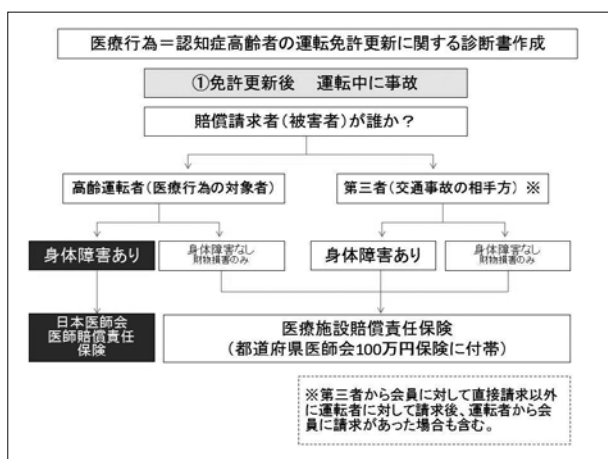
民事訴訟においては、場合により「立証証拠調べ」が行われる。相手方や第三者に文書を求める方法としては、「文書送付嘱託」と、先述の「文書提出命令」がある。前者は提出に応じるかは任意で、提出しなくても制裁規定はない。後者は提出義務があり、応じなければ制裁もある。ただし、除外事由があり、その要件として①内部文書性、②不利益性、③特段の事情、があれば除外できる。

一般論として、仮に外部に開示した場合、訴訟についての自由な意思形成が行えなくなったり、医療の専門家としての評価や意見を記載することが妨げられてしまうなど、開示によって所持者側に看過しがたい不利益が生じることもある。

6. 最近の付託事例から

日本医師会の医賠責対策課長から解説。

平成 23 年と 28 年の日医付託状況を比べてみると、近年は長寿化に伴い、患者 85 歳以上の付



託が増加している。とくに、老人ホーム入所中の事故が多く、有料老人ホームは、軽費老人ホームや養護老人ホームに比べて多い。

施設入所者の医療事故が訴訟に至る経緯として、入所者の容体が悪化して、医療機関に転送して短期間で死亡した事例で、施設側としては、医療ではなく入所サービスを行っていること、医療機関としては、適切な治療を行っている立場でいても、遺族としてはなぜ急死したのか、もっと早く対応すべきだったのではといった不満・不信が出てくる。裁判所としては注意義務違反とまでは言えないが、医療機関側がもう少し注意深く対応し家族にも説明をしていればよかったとして、訴訟上の和解になった事案もある。

7. 閉会

今村定臣 日医常任理事 担当の先生方には、日々の対応に当たっていただき、お礼を申し上げます。本日のご発表にもあったように、医療現場では、相談を始め紛争前後のさまざまな苦情の一方で、医療従事者に対するハラスメントもあり、日常的に問題が多い。医事紛争解決には相当な時間を費やしておられるが、そのご心労に心から敬意と感謝を申し上げます。今後とも医師会間における緊密な連携により会員の先生方のために制度運営を図っていきたい。

『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 中国四国医師会連合 医事紛争研究会

と き 平成 29 年 11 月 5 日 (日) 15:00 ~ 16:50

ところ ホテルグランヴィア岡山 3F「クリスタル A」

[報告:専務理事 林 弘人]

日本医師会より今村定臣 常任理事と市川朝洋 常任理事をコメンテーターとしてお招きし、徳島県医師会の中山孝善 常任理事及び医事紛争処理委員会の村田 豊 副委員長の司会進行のもと開催された。

今村日医常任理事は冒頭のご挨拶にて、「この研究会は中国四国ブロックの担当理事及び弁護士とで議論を交わす実務的な会合であり、日医としても地域の第一線の取組みを臨場感を持って学べる非常に貴重な会合であること」及び「丸 2 年が経過した医療事故調査制度は順調に推移しているが、その一方で、動き出してみても生じた問題も数多くあること」を述べられた。

I 各県からの提出議題

1. 診療所と病院を同時に訴えた事例について

＜鳥取県＞

事例：A 診療所で診断した患者。経過が思わしくなく、患者が独自に B 病院を受診、がんの診断で手術し、後遺障害が生じる。患者側が A 診療所に対し、がん診断の見落としとして損害賠償請求と同時に、B 病院に対して手術ミスとして後遺障害の損害賠償請求した。A 診療所については有責判断として解決金交渉へ。患者代理人弁護士は B 病院の対応と一体的に対応したいとして保留。その後 B 病院も示談成立したことから同時に解決した。

各県で同様な事例の有無、解決にあたり困難となった点などがあればご教示願いたい。

当会の回答

前医の過失と後医の過失とが競合した事案であるとする。医療過誤が競合した事例では、裁判

となれば、患者救済のために民法 719 条が適用されて、患者の損害全体について、前医と後医とが連帯して支払うことが求められることが多いのではないかと考えられる。もっとも、前医と後医との責任割合については、事実認定が極めて困難な場合が多いと思われるので、個別に考えていくほかはない。

他県の回答

このような事例は経験したことがない県が多いが、原告から同時に証拠保全申立が行われたところ（それ以上の進展無し）、2 件の診療所を同時に訴えたところもあった。

前医の見落としで、その後における手術の適応が異なり後遺障害が重くなれば、後医に落ち度がなくとも前医に過失責任があると思われる。もし、前医と後医のミスが重なった場合には、両者は共同不法行為者として、全体についての責任を連帯してカバーしなければならない。

また、前医と後医の行為による因果関係とその責任においては、各々の責任部分に基づいて交渉が進められたものもあった。つまり、両者の因果関係までは踏み込まず、それぞれの寄与した部分で交渉されたものもある（民法 719 条の共同不法行為）。

2. 介護施設で起こった事故対応について

＜島根県＞

介護施設等に患者の診療情報提供が十分に行われておらず事故が発生し、医療機関に責任を問われた事案があればご教示いただきたい。また、県医師会での対応についても伺う。

当会の回答

一般的には介護施設で起りやすい転倒事故や誤嚥などの典型的な事故原因につながる情報について、敢えて先行して診療した医療機関が「転倒しやすい・誤嚥しやすい」などの情報提供がない場合でも、医療機関の責任が問われることになるとは考え難い。

問題の所在（可能性）としては、診療情報の提供の不足や誤情報、具体的には、アレルギーの発症、服薬上の禁忌、疾患対応の必要性に関する情報提供の欠如などにより、介護施設における対応がされず（もしくは誤り）、高齢者の体調の悪化・急変が起こる可能性は考え得るところである。また、問題とされる内容的にも、「情報が欠如」する場合と「誤情報」が提供された場合が考えられる。

このようなトラブルが発生した場合の医療機関側の責任は、患者との診療契約における「転院・転送先への診療情報提供に際して、正確な情報を提供する義務」とその違反という観点から検討されるべきである。また、独自に入所者の健康状態の把握義務をもつ介護施設における対応が介在することにより、結果、障害発生についての有責性、因果関係の有無が検討されることになるであろうし、ケースによっては医療機関と介護施設の共同不法行為という見方で責任が追及される余地があると考えられる。

具体的には、ケースバイケースで検討せざるを得ないが、「誤情報の提供」により、介護施設等で対応して高齢者の体調悪化等が生じたのであれば、基本的に医療側がその責任を免れることは相当に困難であろう。他方、「情報の不足」というケースでは、「転送する医師側に診療情報提供書に記載すべき義務があるのかどうか」という観点からまず検討されるべきであろうし、介護施設における入所者の確認・検査義務が介在すると考えられるところから、義務の否定もしくは因果関係が否定されるというケースも相当程度考えられるところである。

ただ、類型的にみて、介護施設における入所初期段階での迅速な対応が必要となる疾患情報やアレルギー情報などは、「診療情報提供義務」が肯

定されて、誤情報ではなくとも情報の不足レベルでも責任が肯定される余地は十分あると考えるべきである。

他県の回答

設問と同様の事案は、他県では発生していないところが多いが、もともと介護施設等への入所は、本人と家族及び施設との契約に基づいているので、医療機関が入所後の健康維持管理に直接介在するものではないため、事故が発生した場合に直接責任を問われるケースはなかなか想定しづらいという意見もあった。しかし、病院を退院後に施設入所する等で、退院時に患者及び家族に交付する「退院療養計画書」に必要な記載が漏れ、かつ、退院時に必要な療養継続の指導がなされなかった場合（つまり不適切と言える場合）で、入居者が意識障害を起こして倒れ、外傷を負った事案等は、患者・家族側から医療機関への損害賠償請求がなされる可能性はあると思われる。今後は引き継ぐ際の責任の範囲を明らかにする書面の検討が必要かもしれない。

3. 医事紛争事例の会員周知の方法について

<岡山県>

昨年の本協議会においても、紛争事例に関する顧問弁護士との情報共有の必要性が議論された。紛争事例の共有は、弁護士のみならず当事者となり得る医師会員においても紛争防止のために必要なことと考える。すでに群馬県医師会では典型的紛争事例を、愛知県医師会では苦情等の相談事例集を小冊子に作成し、会員に配付しているようである。岡山県でも事例集を作成し、会員に周知したいと考えているが、各県医師会ではどのような方法で事例共有を図っているか。その際の配慮するポイントも教えてほしい。

当会の回答

郡市担当理事協議会にて委員会で審議した際の議論のポイント（いわゆる争点）や結論の解説、また、その事案から学ぶこと、関連する法令や判例を提示して解説を行っている。なお、当会会員に対する事例集の発行・配付は考えていない。

他県の回答

事例集を発行・配付しているところはないが、苦情相談事例集の発行を予定しているところがある。また、医師会報に一般論をまとめてコラム形式で掲載しているところもあった。

4. 患者の診療拒否への対応について<山口県>

日常診療において、患者が医師の治療に応じないといったケースはしばしば経験する。宗教上の理由で輸血を伴う手術を拒否するものであったり、終末期医療の現場で延命措置を拒否するものであったりと、内容はさまざまである。患者の自己決定権を尊重すれば、その結果が患者にとって不利益になると分かっているにもかかわらず、患者の意向に沿って「治療を行わない」という選択をしなくてはならないが、患者が死亡した場合には遺族から訴えられるケースも想定される。“診療拒否への対応マニュアル”や“免責証書”など具体的な対応策あるいは対応事例につき、ご教示いただきたい。

他県の回答

こういった事例は、他県ではあまり経験がないようである。未成年者の輸血等に関しては、両親が宗教上の理由から拒否しても、治療上の必要性和緊急性から施行したとしても責任は問われないと考える。

医療機関から問い合わせがあれば、日本医師会発行の『医師の職業倫理指針 第3版』（日医 HP 掲載）を紹介しているが、患者本人が治療に同意しなかった事実をカルテに記載することで、万が一に備えるべきである。また、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」や「免責証書」の活用も有用である。

輸血拒否の患者を引き受ける病院もあり、症状や治療の説明の際は、患者側に弁護士を同伴してもらうこともあるようである。生命に対する重大なリスクに対する判断もいろいろな見解があり、今後はマニュアル等の整備も必要。

「15 歳」という年齢における本人の判断の尊重についても議論がなされた。一般的に民法では「15 歳」で判断能力に線を引いているので、それ

を越えると本人の判断を尊重してよい、つまり意思能力の点はクリアできると思うが、15 歳といえども親等からコントロールされている可能性もあるので、自由意思に基づく判断という点では、患者本人だけの同意でいいのかという点については疑問を覚えるとの意見もあった。

5. 高齢者の運転免許更新時の診断書について

<徳島県>

平成 29 年度の道路交通法の改正により、高齢者の運転免許更新時に認知症に関する医師の診断書の提出が義務付けられた。万が一、事故が発生し、運転手に認知症があると判断された場合、診断書を作成した医師に刑事罰は問われないが、民事に関しては責務を負う可能性があると言われていいる。診断書作成には、相当な手間がかかるようである。個々の施設で診断書を作成するかどうか、民事の責務を問われた場合どのように対応するのか、また、医師会として統一したマニュアルを作成していればご教示願いたい。

当会の回答

診断書作成については個々の施設で対応することとなっている。民事上の責務については医師会としても注視しているが、「平成 28 年度第 3 回都道府県医師会長協議会」において富山県から質問された件については、明確に示されていない状況と解している。統一したマニュアルは作成していない。

他県の回答

統一した対応マニュアルを作成した県はない。地区医師会と連携して、「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」などの時に、診断書作成に向けた解説を行ったり、日医の「かかりつけ医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」の周知を図っている。

万が一の紛争の際は、認知症の有無に関する医学的根拠に基づいた診断と診療録の記載が極めて重要と考えるため、会員に診療録への十分な記載の必要性を周知することが、医師会の役割であろう。

岡山県医師会では、岡山県庁、県警、認知症疾患医療センター等の医療機関との定例会「認知症に係わる改正道路交通法協議会」を設置して、3 か月に 1 回の割合で、情報共有や課題対応を話し合っている。今後は、民事責任に関する協議も行う予定。

日医の意見

研修会受講や日医のガイドラインに沿って記載することが医師の責務と考える。万が一、民事事件になれば、日医医賠償保険には対応する補償がないので、県医師会で取り扱っている 100 万円部分を補償する保険の施設特約で、認知症患者が事故を起こした対人・対物の補償ができるように設定されていると思う。一番良いことは、免許証の自主返納である。

6 - (1). 各医師会ブロックとして、医療事故調査制度への「医療メディエーターの積極的活用」にいかに取り組むか＜愛媛県＞

医療メディエーション・マインドを活用し、患者側と医療者側の協働の契機として事故調をとらえることで、防御的対応でなく積極的な対応が可能となる。防御的対応は患者側をより硬化させることに繋がる危険性がある。患者・医療者側ともに医療安全・再発防止を希求し、患者側が責任追及をしないなら、医療者は法的責任追及への恐怖をもつ必要はなく、いわば積極的対話によって信頼関係を再構築することにより、最終的には訴訟抑制につながることを考えると考えられる。四国 4 県医師会では紛争の初期対応に医療メディエーションを推奨し、日本医療メディエーター協会四国支部との共催で、2008 年からの 10 年間に四国内で 1,300 名を超える医療メディエーターを養成してきた。各医師会の今後の取り組みについてご協議願う。

6 - (2). 医療対話推進者の紹介及び養成について ＜高知県＞

患者・家族と医療機関の職員の間で生じたさまざまな問題等について、医療対話推進者を配置することで協同的かつ柔軟な解決に向けた両者の円滑な対話関係の構築ができると考える。各医療

機関で職員を医療対話推進者養成講座へ参加させ育成されていることと思うが、これからその人材を院内に配置しようとする医療機関から県医師会が紹介を求められたときのサポート体制の構築及び、医療対話推進者を養成するなどの取り組みがあればご教示いただきたい。

当県の回答

必ずしも訴訟抑制を目的としたものではないが、医療メディエーションの重要性に鑑み、平成 29 年 11 月に当会にて「医療対話推進者養成セミナー」（基礎編）を開催し、医療メディエーターの養成に取り組んでいる。

他県の回答

医師会として積極的に養成に取り組むところは少なく、取り組みを検討中というところもある。むしろ、病院独自で積極的に取り組むことになる。もともと、弁護士会が医療メディエーター制度の立ち上げをすすめたため、医師会として積極的な関与はしていない。なお、県医師会が直接的にメディエーターを派遣することはない。

懸念されるのは非弁活動に当たることである。メディエーターという名のもとに、医療機関側と患者側が一堂に会しての紛争解決のための共同作業は、非弁活動として弁護士法 72 条で禁止されている。したがって、紛争解決より以前に紛争抑止につなげることを第一に考えた養成を行うべきである。

愛媛県ではメディエーター養成講座の受講者のうち 56% が看護師である。受講プログラムが 2 日にわたるので、医師の受講は少ないところであるが、患者サポート体制充実加算が付くことになり、事務職や MSW（医療ソーシャルワーカー）の受講も増えている。

日医の意見

紛争時の橋渡しの役割ということで、現在、公益財団法人日本医療機能評価機構とともに養成セミナーを行っている。橋渡しの役割をするにしても、最終的な説明は、法的な観点から行っていくことが当然と思う。各ブロックごとでのメ

ディエーターの養成も積極的に行っていただきたい。

7. 医療事故調査制度による調査の状況について

<岡山県>

平成 27 年 10 月に医療事故調査制度が施行されて 2 年が経つ。平成 27 年から平成 29 年 7 月までの全国での医療事故の報告数は、病院 609 件、診療所 43 件であり、中国四国地域では、現在までに 47 事例が報告されている。この 652 事例に対する院内調査報告書の提出は 414 事例（63%）で報告が済んでいるが、遺族や医療機関から事故調査・支援センターに 6 月末で 60 件のセンター調査（再調査）の依頼が入っている。調査事例が増すに従って、調査も次第に詳細になり時間もかかるような状況である。以下 4 点、各県医師会での対応をお聞かせ願いたい。

- ①医師会から委員を派遣する場合、その選定基準について
- ②委員、委員長の選任方法について
- ③報告書の作成者について
- ④委員の報酬について

当会の回答

- ①支援団体である本会が常時委嘱している専門委員（医師等：41 名）の中から、調査対象事案に必要な委員を選定。
- ②委員長については当該医療機関の意向を確認の上、同医療機関あるいは支援団体の委員の中から選任。
- ③支援団体から要点を提示の上、当該医療機関にて報告書を作成。
- ④日医が示した報酬に準じている。

他県の回答

①に関しては、事案や地域を考慮して、医師会役員や大学病院医療安全管理部と相談して決めているところ、大学に外部委員を派遣しているところ、会内調査委員会で決めているところがある。また、その時々的事案内容により選定しており、事前に作成している支援団体リストに基づき専門分野で選定するところもある。

②については、選定基準を作成していないところもあるが、派遣した委員会で決めているところもある。

③については、事故調査委員会が行われた医療機関が作成するところ、医師会がまとめたところもある。基本的には院内調査委員会が作成する。

④については、当該医療機関に委ねているところが多い。日医の示す額とモデル事業の額を、当該医療機関に参考として通知する場合もある。

日医の意見

最新情報として、10 月 10 日に支援センターが公表した数字では、開始からちょうど 2 年が経過した時点での報告数は 751 件、院内調査の結果が報告されたものが 476 件、その中からセンター調査の依頼があったのは 43 件。お尋ねの 4 点は、日医から公式に決まった基準は示していないが、医療安全対策委員会の報告書及び各地で開催のセミナーでは、委員長についてはできるだけ外部委員の中から選任する旨要請している。報告書の作成は、基準ではないが、正副委員長の立場にある人が実質的に纏め上げることになる。医師会からの外部委員の選任の基準・目安は難しい問題ではあるが、日医医療安全対策委員会でも、確実な院内事故調査が担える人材育成のための方策を検討中である。その一環として、先日の 11 月 2 日に高松市で管理者実務者セミナーを開催し、その後に希望される医師会の関係者のみによる少人数制の勉強会も行った。各地域で中核となって活躍してもらえる医師が全国的に増えることを期待したい。そのような役割を担うのは、まず臨床的な能力に優れており、多くの当事者の意見を聞いて調整する能力、人間的な包容力を持つ先生が望ましいと考える。こういった問題に鋭意取り組んでおられる各都道府県医師会の担当役員が適任ではないかと思う。委員への報酬については、日医として公式に示すことは難しいが、研修会の場では、参考額を示していることもある。今後もう少し実態が明らかになって、実勢値が示せればと思っている。

8. 県医師会医療事故調査等支援団体として行っている支援の内容について<広島県>

県医師会医療事故調査等支援団体として行っている支援の内容について、以下の①～⑤をご教示いただきたい。

- ①該当事例が発生した場合、初期調査を院内事故調査委員会の前に行っているか。
- ②院内事故調査委員会の委員長は、支援団体が推薦しているか。
- ③外部委員は必ず院内事故調査委員会に含まれているか。
- ④院内事故調査委員会が作成する報告書の作成に関与しているか。
- ⑤支援団体担当理事は、院内事故調査委員会の運営に関与しているか。

当会の回答

- ①院内事故調査委員会の前に支援団体が調査を行うことはない。
- ②当該医療機関の意向を確認の上、同医療機関あるいは支援団体の委員の中から選任している。
- ③含まれている。
- ④原則、支援団体が報告書の要点を提示している。
- ⑤外部委員として必ず出席しているが、運営に関与するか否かはケースバイケースである。

他県の回答

- ①支援団体として行っていないところがほとんどだが、数名の委員で事前ヒアリング内容を RCA 分析（根本原因分析）で検討しているところもある。
- ②その委員会で推薦するところ、医師会（支援団体）として推薦していないところがある。
- ③要請があれば含めているところが多い。必ず含めているところもある。
- ④委員会が作成するので、医師会としては関与しないところが多い。場合により関与する県医師会もあった。
- ⑤オブザーバー的・事務用件で参加するところもある。関与していないところもある。

II 日本医師会への要望・提言

1. 医療事故調査制度の円滑な支援体制を目指して<高知県>

当県では支援団体等の活動のためのマニュアルを作成したいと考えておりますが、医療事故に該当するか否かの判断や都道府県医師会の医療事故調査等支援団体としての活動の標準となるマニュアルのモデルを日医に作成していただきたい。

日医の意見

支援団体の標準的なあり方については、中央にも設置している支援団体連絡協議会でも、今後協議していくことになる。多くの構成団体があり、それぞれの考え方にも統一されていないところもあり、日医を中心にまとめていくことも、相当のエネルギーを要すると思う。そうした中で、日医がセンターの委託を受けている管理者実務者セミナーの教材にも収載しているが、ワークブックとして多くのセミナー参加者の意見を取り入れながらマニュアル的なものを作った。現在のところはいくまでワークブックで、マニュアル作成までには至っていない。今後も多くのご意見やご批判をいただきながら、共通認識をまとめたマニュアルを作っていければと思う。各都道府県においても医師会を中心にして支援団体連絡協議会を作ってもらっているが、中央の協議会から都道府県の協議会に対して、こういうものを作成したということが提示できればいいと思う。また、都道府県医師会が中心となって作ってもらっているが、まだ地域の協議会が十分に機能を果たしているかどうかについては、まだそこまで達していない。また、協議会で把握できていない事例もあるとのこと意見もいただいているので、それも踏まえてまとめていきたい。

2. 医療界と法曹界の相互理解のための研修会の開催について<徳島県>

医事紛争の対応において、初期対応については、各県においても研修会が開催されているが、弁護士を代理人としてからの法律的な対応や、代理人弁護士の思考や用語の理解など、医療界と法曹界での違いについて相互理解の必要性を感じてい

る。医療側弁護士には、医療の専門的知識や用語について、医療者側は法律に沿った対応の実際について相互に理解を深めることにより、紛争のより良い解決が実現するものとする。同様の議題や要望は毎年のように出ており、県単位では裁判所が中心となって研修会が開催されているところや、事例集や判例集を作成し会員へ配付・周知しているところもあるが、全国レベルでの共通の相互理解の形成という意味で、日医が中心となって進めてもらいたい。

日医の意見

法曹界と医療界の連携については、昨年、岡山県が裁判所と合同で研修会を行っているが、日医としてなかなか開催できない部分もある。

裁判所が中心となって研修の場を設けている都道府県は多いようであり、弁護士会が中心となって勉強会を行っているところも多く、全く交流がないというわけではない。

その他ご意見

医療裁判の効率的な進め方を基本として、医療界と法曹界を対象とした講習会を行うことが良いと思う。

『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

山口県医療事故調査合同協議会

と き 平成29年11月25日(土) 15:00～17:00

ところ 山口市・ホテルかめ福

報告：専務理事 林 弘人
理事 中村 洋

開会挨拶

河村会長 医療事故調査制度は(平成29年10月1日)施行から2年を迎えた。本制度における「医療事故調査・支援センター」への報告数をみると、28年と同様に予想を大きく下回る報告数となっており、依然として医療事故調査制度に対する医療機関の管理者の判断が区々であることが窺える。本制度は新しい法律によるものなので、制度の安定化までには数年必要だと考えられる。

本日は、山口県医療事故調査委員、郡市医療事故調査担当理事及び山口県医療事故調査支援団体に参集いただいております。合同協議会として情報交換していただくことを願います。また、「医療メディエーション」で著名な、早稲田大学大学院法務研究科の和田教授を講師としてお迎えしているので、医療対話の手法も参考としていただくようお願いして挨拶とする。

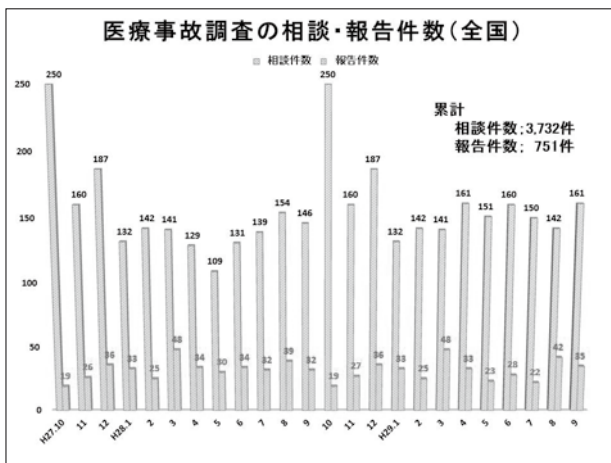
講演

医療事故調査制度の動向について

山口県医師会専務理事 林 弘人

医療事故調査制度における「医療事故」の定義

についてはスライド①のとおり「当該死亡又は死産を予期しなかったもの」であるが、この判断において医療機関の管理者の判断が分かれており、これが「医療事故調査・支援センター」への報告数が予想を大きく下回る結果につながっていると考えられている。そのため、同センターでは「医療事故調査制度管理者・実務者セミナー」及び「支援団体統括者セミナー」を全国各地で開催し、判断や調査手法の平準化に向けた対策を講じている。



スライド②

「医療事故」の定義 (本制度の対象事案)

【改正医療法第6条の10第1項】

…当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

「予期しなかった」とは？

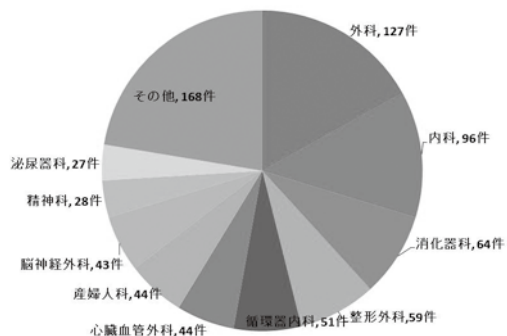
厚生労働省令の定義(要旨) ※施行規則1条の10の2

以下のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの

- 1 管理者が、当該医療の提供に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの
- 2 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 3 管理者が当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会からの意見聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されていたと認めたもの。

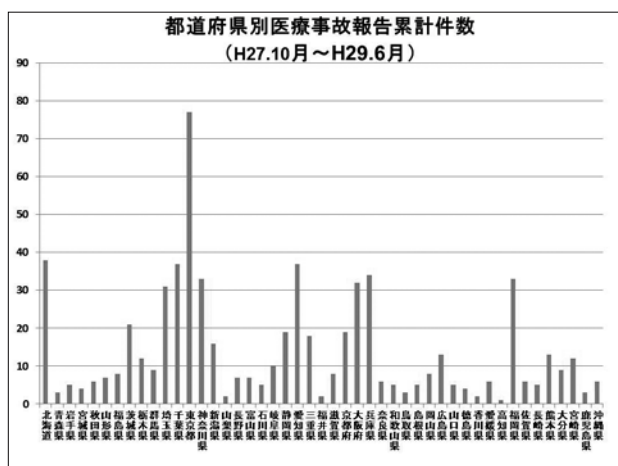
スライド①

診療科別 報告件数(751件)



スライド③

平成 27 年 10 月の医療事故調査制度施行から 2 年間における医療事故調査・支援センターへの相談・報告件数はスライド②のとおり、相談が 3,732 件、報告が 751 件であり、診療科別の報告件数ではスライド③のとおり外科 127 件、内科 96 件等の順で推移している。また、都道府県別医療事故報告累計件数も公表されスライド④のとおりとなっているが、山口県においては現時点までに 5 件が報告され、外部委員を含めた医療事故調査を実施している状況である。



スライド④

特別講演

医療メディエーション（対話による紛争調整）

早稲田大学大学院法務研究科教授 和田 仁孝

医療事故調査制度が発足される段階で、私は症例に関する検討会の委員としてかかわったことがあるのだが、その時に一番問題となったことは、調査報告書を遺族側に渡すか否かということであった。医療側には「渡したくない」という意見もあったが、現実問題として「渡さない」ということになれば遺族側は疑心暗鬼になり現実的ではない。検討した結果、「渡す」ということになったが、それは医療事故調査の議事録をそのまま渡すことを強制するのではなく、遺族側の希望に近い形で調査報告を行うというような努力義務とされた。

これにより医療事故調査制度は、調査報告に遺族側が納得すれば終了するものである。ところが、納得できないとなれば遺族側から医療事故調査・支援センターへ再調査依頼ができるが、その再調

査依頼が多く、また、その後の訴訟も多いとなれば本調査制度の存在意義が問われることになる。理想的には医療側が調査報告書を提出した段階で終了となることが望ましく、そのためには遺族側からの一定レベルの信頼感が重要となるわけであるが、そこに医療メディエーションが貢献できる役割がある。



スライド 1

医療過誤で息子さんを亡くした遺族の手記

もし、医療側が真摯に対応してくれていたら
きちんと向き合ってくれていたら
だれも訴訟に訴えたいとは思っていませんでした
私たちが求めているのは
法による解決や賠償金ではなく
事故にかかわった医療者が、人間として
ごく自然に対応してくれることなのです

それが満たされないとき、私たちがそうであった
ように訴訟に訴えるしかないのです
しかしそこで得られるものは少なく
満たされないまま、さらに多くを喪うのです

スライド 2

高校生の息子さんを亡くされた方である。この方の求めていたものは医療側の「誠実な対応」だけであったが、それが叶えられないことから悪循環で訴訟まで発展する。しかし、委任を受けた弁護士というのは医療の内容や再発防止のことよりも、「裁判に勝たなければいけない」という論理が働き、医療事故の原因調査とは違う争点となるため、医療訴訟というのは法的解決はするけれど紛争解決をするわけではないので、患者側・医療

側双方のニーズに合致しておらず、得られるものはほとんどないのである。

私は立場上、多くの遺族の方とお話をするが、「事故そのものより、その後の病院の対応が許せない」と皆さん一緒に同じことを仰る。一方の医療側の方ともお話をすると、一生懸命に誠実に対応されている様子が窺える。しかし、問題が好転しないことから「賠償金目当てなのか」というような疑いを抱くケースがあるという。このすれ違いは何なのか。どこかでボタンの掛け違いが起きているのである。

医療従事者がさらされる「第二の被害者」

医療事故を経験した後の医療者は放置されている

■ 悲嘆、恥、恐れ、孤立

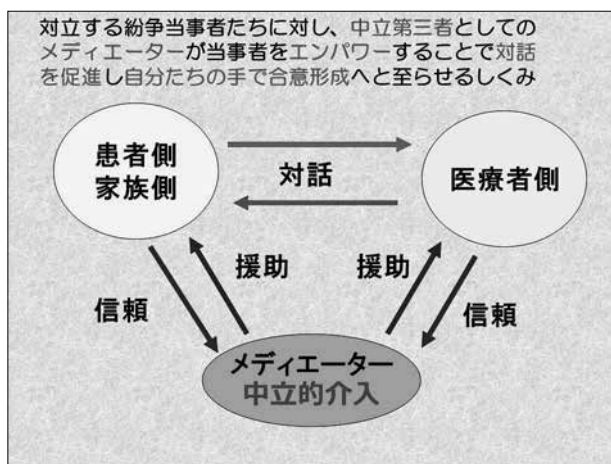
何のケアもない状態で放置されたら・・・
 →抑うつ、不安、バーンアウト、自殺
 →医療チームへの影響
 →患者ケアの質の低下



スライド 3

類型別被告人の種類によると、刑事においては医師と看護師はほぼ同じ割合である。これは、医師については手術における事故や診断ミスが対象となり責任の所在が複雑になるが、看護師については誤薬などのシンプルエラーであることから罰の対象となりやすい背景がある。病院はすべてのエラーを異常事態と捉え、個人を罰することで解決しようとする。そして「二度と繰り返しません」という。しかし、多くのエラーのきっかけは日常の業務・システムの中に潜んでいる。それによって、医師・看護師等の医療従事者や患者は思わずエラーに遭遇してしまう。医療従事者もまたそれで傷つく第二の被害者なのである。

医療メディエーターの役割と背景



スライド 4

○医療メディエーションと中立性

構造的な中立ではなく、信頼と動態的ケア、普遍性

- ・ かわる中で構築される患者との過程的信頼が重要。ただし、信頼を基盤に過程的な不偏性を目指す。
- ・ 背景としての分け隔てないケアの理念と姿勢

メディエーションの日本語訳について質問されるが、少し難しいところがある。近いことばは「調停」であるが、調停は解決案を提案するアジア的な紛争解決手段である。そうではなく、西洋のように中立で解決案を出さない三者面談を用い、問いを投げるだけで自らが答えに近づいていく紛争解決手段がメディエーションである。医療事故調査においても遺族側と医療側のつなぎ役として、外部委員としてメディエーターを含むことは有効な方法と考えられる。

○医療メディエーターの行動規範

- ・ 患者＝医療者の直接対話の支援（ケア）

自身の意見や見解の表明は一切行わない
 病院改善策の提案など一切行わない
 法的評価、賠償提示などは一切行わない

- ・ 偏らない位置を維持

問いを立て、質問を通して深い情報共有へ支援
 ケア、エンパワーと認知変容の推進

謝罪と共感表明

判例における謝罪の意義

- 裁判所：
 - ・ 謝罪をもって過失の証拠などにしない
 - ・ 判例分析⇒謝罪は慰謝料額の減額要素
(雑誌『医療安全』11~14号)
- 患者側：
 - ・ 共感表明は必要
 - ・ しかし不用意な謝罪をすると紛争誘発

スライド 5

をすれば過失を認めたと判断されていたためであるが、「I'm sorry」もなければ遺族は怒る。そうするとみんな訴訟になるが、陪審員制度のアメリカでは謝罪が裁判に悪影響を及ぼしていたことによる。しかし、アメリカでも現在では「共感表明」による「I'm sorry」を使用することにより、ミシガン州で訴訟が激減し、立法も「I'm sorry」を過失の証拠としないとする法律が制定され、それが各地へ拡大し、不利益にかかわったことへの共感表明として「I'm sorry」を使用するようになった。

日本の裁判所では謝罪をもって過失の証拠とされた例は 1 例もないため、不用意な謝罪は別として、共感表明の謝罪は必要である。

以前の医療界では、責任を認めることになるため「事故後に一切謝るな」と言われていた。これは、直ぐに弁護士が介入するアメリカにおいて、謝罪



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。



お問い合わせ先



0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp (東証一部(4775))

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

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 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会

と き 平成 29 年 10 月 18 日 (水) 14:00 ~ 16:30

ところ 日本医師会館大講堂

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

1. 開会挨拶

日本医師会長 横倉義武 現在、在宅で医療的ケアを受けながら療養している子どもが全国で約 1 万 7 千人という状況にある。これまでの在宅ケアは高齢者が中心だったが、地域包括ケアシステムの一環として、小児への対応も必要である。そこで、司会を務める松本常任理事が地元（埼玉県）医師会で取り組んでいた経験も活かしながら、日医としての取り組みをスタートし、この小児在宅ケア担当理事連絡協議会を初めて開催することとなった。

昨年度、日医内に小児在宅ケア検討委員会を設置して、小児の在宅医療体制を進めていくために医師会として何をすべきかを検討いただいている。日医としての取り組みはまだ始まったばかりであり、これから都道府県医師会、都市区医師会の先生方と協力しながら進めていきたいと考えている。

小児の在宅ケアは、医療だけでなく、福祉、保育、教育などさまざまな関係者が連携して支援していくことが重要である。そうした意味で、医師会と行政との連携も欠かせない。本日は、先進的に取り組まれている地域の先生方の講演をお聴きし、それを各地域での取り組みの参考にしていただきたい。

2. 議事

(1) 小児在宅ケアを巡る現状と課題

① 総論

日医・小児在宅ケア検討委員会委員長

埼玉医科大学総合医療センター

小児医療センター長 田村 正徳

・日本の新生児医療の光と影

戦後、日本の新生児死亡率は急速に低下し、今

では世界で最も低い。しかしながら、周産期医療全体からみると、ハイリスク妊娠・分娩が増加し、その結果ハイリスク児が増加している。その一例として、この 20 年で出生数自体は全国的に減少傾向にあるが、低出生体重児の割合は増え、特に超低出生体重児（1,000g 未満）は約 35 年間で 2 倍になる。こうした児はほとんどが NICU へ収容されている。

・NICU 長期入院児

2008 年にハイリスクで急変した妊婦を NICU が満床であるために受け入れできなかった事例から、NICU の長期入院児をできるだけ早く退院させる動きがあった。その結果、一時的には長期入院児が減ったが、入院 1 年未満に人工呼吸器管理のまま退院する児が右肩上がりに増えている。こうして NICU から一般病棟などへ転院していった児の約 3 分の 2 は、自宅に人工呼吸器をつけたまま帰宅する状況にある。

・在宅医療児の動向と課題

全国に 1 万 7 千人の医療的ケア児がおり（平成 27 年度）、今後 10 年間で約 2 倍に増える。小児在宅医療の特徴としては、①対象者が少なく広域に分布、②病状が成人と異なる、③ NICU や PICU から退院した児が多く医療依存度及び重症度が高い、④高度医療機関からの直接退院が多い、⑤病院に主治医を持ち、病院医師は専門性や緊急時の対応は良いが、患者家族の生活や福祉制度には疎い、⑥高齢者を看ている在宅の医師やスタッフは重症小児のケアには慣れていない、⑦体格も含めて患者の個別性が多い、⑧患者の成長・発達・療育・教育の視点が必要、⑨特別支援教育や行政との関わりが重要であることが挙げられる。こうした中でも、介護保険のケアマネジャーのようなシステムがないために、家族（特に母親）の介護

負担が非常に大きい。多岐にわたる小児在宅医療に関連する法律や制度などをコーディネートする人が少ないことが、小児在宅医療の大きな課題の一つである。

・小児在宅医療支援推進への追い風

そうした中で、日本小児科学会の専門医研修施設（525 病院）への調査では、在宅人工呼吸器管理中の急性増悪時の受入れ可否について、可能とする施設が増えてきている。埼玉では、日本小児在宅医療支援研究会を立ち上げて連携を図っており、医師会や小児科医会、小児科学会を中心に小児在宅医療の実技講習、大人の在宅療養支援診療所医師向けの講習会などが行われ始めている。

②在宅医の立場から

医療法人財団はるたか会理事長 前田 浩利

医療依存度の高い子どもは数分間も目を離せないため、親は疲弊しており、地域における医療・生活支援につなげるためのケアマネジャー的な人材が不足している。また、重度の肢体不自由・知的障害を前提とした「重症心身障害児」には当てはまらず、「歩けるし話せるが、日常的に医療機器と医療的ケアが必要な子ども」が増えており、その子どもたちは障害福祉制度の支援から漏れてしまっている。

小児在宅医療の整備を進めることには、福祉と医療の協働する仕組みを構築する基盤づくりや、少子化対策の柱となる子育て支援などへの波及効果があり、医療費の抑制、子どもの救急受診と入院頻度を減らす効果も期待される。

③相談支援専門員の立場から

日本相談支援専門員協会顧問 福岡 寿

障害福祉サービスの支給決定に当たって、特定相談支援事業者に作成が義務づけられている「サービス等利用計画（障害児支援利用計画）」は、地域によって大きな格差がある。課題としては、支給決定後に計画のモニタリングが十分できていない、サービス等利用計画が作成できる相談支援専門員が十分に育っていないことなどがある。

(2) 厚生労働省の対応

①児童福祉法の改正、障害児福祉計画等について

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

障害福祉課障害児・発達障害者支援室長

三好 圭

児童福祉法等が平成 28 年に改正され、障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、市町村と都道府県に「障害児福祉計画」の策定が義務づけられた。人工呼吸器や胃瘻を使用する医療的ケア児の支援としては、「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に、平成 32 年度末までに、主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所を各市町村に少なくとも 1 か所以上確保すること、各都道府県・圏域・市町村に保健、医療、障害福祉、保育・教育等の関係機関等が連携を図るための協議の場を設けることが盛り込まれた。

②医療計画上の取扱い、小児在宅医療人材養成事業等について

厚生労働省医政局地域医療計画課

在宅医療推進室長 松岡 輝昌

在宅医療を受ける患者のうち、小児については在宅人工呼吸、気管切開、経管栄養など特別な措置が必要な患者の割合が高く、在宅医療を担う診療所のうち約 4 割は小児の受入れができないとされている（2011 年日医総研調査）。

現在、各都道府県が策定している第 7 次医療計画においては、在宅医療提供体制の現状把握のため、国が示す指標例の中に、「小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数」、「小児の訪問看護利用者数」が入っており、各都道府県での活用・取組みに期待している。厚労省としては、平成 27 年度からの在宅医療関連講師人材養成事業の中で、医師を対象とした小児向け在宅医療の人材育成（研修）プログラムの開発、相応の経験を積んだ医療従事者等に対する中央研修を実施している。

(3) 医師会の取組み

①日本医師会の取組み

日本医師会常任理事 松本 吉郎

昨年度、会内委員会として設置した「小児在

宅ケア検討委員会」は、平成 29 年 4 月に都道府県医師会に対して「小児在宅ケア提供体制に関する調査」を行った。その結果、医師、訪問看護師等を対象とした小児在宅医療研修会が一部の地域で開催されているが、全体としては医師会の関与が少なかった。また、医療的ケア児の支援のための関係者による協議の場の設置は、半数以上の都道府県で設置されているが、構成メンバーに医師会が入っていない地域もあった。小児科医は在宅医療に慣れていないことから、在宅医とペアを組むことや、地域の医師会が NICU から退院する小児と在宅医のマッチングを行うことなども考えられ、地域医師会にも積極的に参画してほしい。

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する厚労省のヒアリングにおいて、相談支援専門員を養成する中で、医療的ケア児者に対し、介護保険におけるケアマネジャーのような役割ができるよう、医学的知識も含めた講習を考えるべきだという思いから、「医療的ケア児者のコーディネーターの養成促進」など、重症心身障害児に当てはまらない医療的ケア児への支援の充実等を要望している。

②大阪府医師会の取組み

大阪府医師会副会長 中尾 正俊

大阪府医師会では、1992 年に勤務医部会の中に「小児の在宅医療システム検討委員会」を設置して実態調査等を行い、2004 年からは実務委員会として「小児の医療的ケア検討委員会」へ格上げした。委員会としては、小児在宅医療研修会の開催、医療的ケアマニュアルの発刊などに取り組んでいる。今年 10 月からは、地域医療介護総合確保基金を活用した「小児のかかりつけ医確保事業」として、成人移行が近い患者に対して円滑な移行及び診療するかかりつけ医を確保するため、内科医等と小児科医による「同行訪問研修」をモデル的に実施している。大阪府小児科医会でも、在宅小児かかりつけ医紹介事業を開始しており、病院と地域の小児科開業医の役割分担を進めている。

医師会としては、引き続き専門医療機関や大学、小児科医会・内科医会との連携に努めるとともに、行政に対しては、重症心身障害児等の医療的ケア

及び福祉の充実のため、縦割り行政に医師会が横串を刺すような役割を果たしていきたい。

③愛知県における医療的ケアの必要な子どもたち特に超重症児を外に連れ出す試みについて

愛知県医師会理事 野田 正治

これまでも医師向けの講習会や多職種向けの勉強会を行ってきている。しかし、参加者は固定して拡がりがなく、保護者の交流がない、一家揃って外出したことがない、兄弟もいろいろと我慢しているといった現状がある。そこで、小児在宅医療を拡げていくための一つの試みとして、子どもや介護者（特に就学前の保護者）の交流の場をつくることにし、人工呼吸器をつけた子ども達に大きなスクリーンで映画を観せる企画を実施している。医師・看護師・理学療法士等からなる実行委員会の下、医学生も含め多数のボランティアが移動支援や付き添いを行い、ボランティアには医療的ケアも学んでもらっている。保護者は別室で交流する「パパママカフェ」、兄弟には思い切り遊べる場をそれぞれ提供している。

(4) 協議

指定発言 岐阜県医師会常務理事 矢嶋 茂裕

岐阜県では、行政が積極的に小児在宅医療への取組みを進めており、岐阜大学小児科でも障がい児者医療学寄附講座を設置して人材育成を進めている。また、レスパイト支援や看護人材育成、コーディネーター養成などの取組みが続けられている。課題としては、在宅医療へ参加する小児科医が少ないこと、医会・医師会での小児在宅医療の組織化が不十分であること、地域差が大きいことが挙げられる。

3. 総括

日本医師会副会長 中川俊男 高齢者の在宅医療

は進みつつあり、小児はこれからとなる。今後は、保育・教育の現場でも医療的ケア児の受け入れが更に進んでいくことになるが、医師には園医や学校医としても、その対応についての助言が求められることになる。本日の内容を参考として、各地域でも取組みを進めていただきたい。

第 13 回 医療関係団体新年互礼会

と き 平成 30 年 1 月 6 日 (土) 17:00 ~ 19:00

ところ ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」

〔報告：広報委員 津永 長門〕

平成 30 年 1 月 6 日、山口県の 15 の医療関係団体による新年互礼会が山口市で行われた。仕事を早めに切り上げて開宴にギリギリ間に合い、宴会場の扉を開け、まず驚いたことは、平安の間にぎっしりとテーブルが配置され、約 400 人の出席者が着席している光景だった。昨年までは立食形式で、開会の辞から来賓の挨拶、乾杯まで約 1 時間、じっと立ち続けているのは正直に言うと苦行であった。今年は、タイムスケジュールは変わらないが、座っているお陰で、来賓の方々のご挨拶をじっくり拝聴できた。

河村康明 県医師会長は年頭のご挨拶の中で、この互礼会が年々盛んになっていると紹介されたが、来賓の方々も、三師会から横倉義武 日本医師会長、堀 憲郎 日本歯科医師会長、田尻泰典 日本薬剤師会副会長、国会議員の先生方も河村建夫 衆議院議員を筆頭に 9 名出席され、村岡嗣政 県知事、山口県及び議会関係者、市町の首長など、豪勢な顔ぶれであった。

2018 年度のトリプル改定で、診療報酬本体が 0.55% のプラス改定となったことと、昨年 10 月の総選挙で自民・公明の与党が大勝したことで、来賓の方々のご挨拶も何か余裕のある挨拶であったように思う。印象に残ったのは、北村経夫 参議院議員が産経新聞社時代の後輩に当たる河合雅司 氏の『未来の年表』（講談社現在新書）を紹介されたことであった。少子高齢社会の日本の未来を具体的に予測した本書は、これからの日本社会



を考えるうえでの必読書であろう。

乾杯のご発声での江里健輔 山口県立大学理事長のお話は、毎年傾聴に値するが、今年は、週刊誌の新聞広告はネガティブなタイトルにしないと売れない、と紹介された。そして、医療人はポジティブ思考でないといけないと説かれた。確かに、自分の病気に関してネガティブに接せられたら、患者は堪らないだろう。「私、失敗しないので。」と言ってみたい。

この後、歓談となったが、昨年と比べ疲労感がない分、多くの方々と元気に新年のご挨拶を交すことができた。昔、私が家庭教師をしていた教え子が立派な歯科医師になって三十数年ぶりに再会するサプライズもあり、あっという間に時間が過ぎ、岡 正朗 山口大学学長の万歳三唱、中原靖明 山口県薬剤師会長の閉会の辞で、和やかにつつがなく、会がお開きとなった。

平成 29 年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・ 学校医部会合同会議

と き 平成 29 年 11 月 16 日（木）15：00～

ところ 山口県医師会 6 階会議室

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

開会挨拶

河村会長 お忙しいところお集まりいただき感謝申し上げます。先日、就学時健診を行ったが、年々児童数が少なくなっているように感じる。学校保健に携わるとき一番寂しい思いをするのは、校医を務めていると、先生も生徒も変わってしまうため、残っているのは自分一人になってしまうことであるが、特に先生が代わると学校保健に対する意識も変わっているような気がする。本日はよろしく願います。

協議

1. 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について（報告）

平成 29 年 8 月 12 日に徳島県医師会の主催で開催された標記協議会について報告（詳細は県医師会報平成 29 年 11 月号参照）。参考として、香川県医師会のアレルギー緊急時対応マニュアル、愛媛県のアナフィラキシー対応マニュアル、島根県出雲市の成長曲線に関する資料を紹介。

2. 平成 29 年度中国地区学校保健・学校医大会について（報告）

平成 29 年 8 月 20 日に岡山県医師会の主催で開催された標記大会について報告。（詳細は県医師会報平成 29 年 11 月号参照。）

3. 「学校医活動記録手帳」の活用状況について

県医 平成 28 年度の本手帳の活用状況は 828 部配付し、272 部の回収、提出率は 32.8% であった（27 年度は 34.7%）。本手帳は内科校医に担当校 1 校あたり 1 冊、耳鼻科・眼科の校医には 1

人 1 冊配付しており、30 年度も同様の方法で配付する予定であり、提出用様式をはじめ改善点があれば伺いたい。

県医 郡市医師会で提出率が低いところがあるのはなぜか。担当理事の先生方に未提出の先生方への呼びかけ等をするなど、お願いしたい。提出がないと実施している意味がない。

郡市 毎年 3 月に提出依頼をしているが、むしろ提出率が高い郡市はどのようにしているのか伺いたい。

郡市 回収の時期に、提出にはどういった意味があるかについて記載した文書をつけて依頼をしている。

県医 記録手帳を配付する際に意義について記載することや、再度回収のときに記録を集計することによって学校医活動の参考になるといった文言を入れるとよい。

徳島県医師会が学校医認定制度を実施しているが、年 2 回程度、研修会を開催して認定をしているようである。どのくらいの成果があるかといったことについて調べて、次回報告したい。

4. ご意見・ご要望について

(1) 学校検尿の判定基準について

委員 県医師会で『学校検尿主治医精密検査実施ガイドライン』を改訂したのが平成 26 年で、このときは土が 2 回続いたときにひっかけることにしたが、これによって要精検となる児童生徒が

増えたという地域がいくつかあった。

その後、2015 年に日本小児腎臓学会から『小児検尿マニュアル』が出たが、このマニュアルでは尿蛋白、潜血いずれも 1+ 以上で異常とすると記載された。

一方で、日本学校保健会発行の『学校検尿の手引き』には、基準について地域の実情に即したやり方で、と記載してある。悩ましいところだが、あまりにも要精検が増えているようであれば、1+ でひっかけてもよいのかなと思い意見を出した。

県医 学校検尿の判定基準である 土 を 1+ に改めるとのご意見だが、逆に 土 で腎疾患が漏れることはあるのか。

委員 学校検尿の主な目的は慢性腎炎の発見であり、慢性腎炎が 土、1+ でどこまで予後に影響するかということについては、小児腎臓学会の見解

もないので分からない。

委員 下関市では、土 で実施したために患者が非常に増えた。以前もこの会議でお話したが、1+ に戻してから以前のように精検数も戻った。

県医 土 など低いところで拾い上げるのは決して悪いことではないが、そのために受診者が多すぎたり、父兄や児童生徒の心配を煽るということになってもいけないので、日本小児腎臓学会が 1+ とガイドしていることもあり、今後は 1+ 以上ということによろしいか。

県医 蛋白、潜血、糖はすべて 1+ とするのか。

委員 蛋白、潜血は 1+ でよいと思うが、尿糖は糖尿病の心配等もあるので、土 のままでよいと思う。

出席者

郡市担当理事

大 島 郡 嶋元 徹
熊 毛 郡 廣島 淳
吉 南 吉武 裕明
厚 狭 郡 長谷川朋美
美 祢 郡 時澤 史郎
下 関 市 松永 尚治
宇 部 市 金子 淳子
山 口 市 山縣 俊彦
萩 市 相良 健
徳 山 大城 研二
防 府 村田 敦
下 松 井上 保
岩 国 市 藤本 誠
小 野 田 伊藤 忍
光 市 廣田 修
長 門 市 清水 達朗
美 祢 市 山本 一誠

学校医部会

副部会長 谷村 聡
委 員 田原 卓浩
委 員 白石 昌弘
委 員 竹川 剛史
委 員 津永 長門
委 員 篠田 陽健
委 員 池田 卓生
委 員 青柳 俊平

山口県教育庁学校安全・体育課

こども元気づくり班

班 長 大塚 準
指導主事 徳永 和泉

山口県医師会

会 長 河村 康明
副会長常 濱本 史明
任 理 事 藤本 俊文
常任理事 今村 孝子
理 事 前川 恭子

委員 糖を土にすることに意義があるか、伺いたい。また、変更するにあたっては、平成 26 年から 3 年間のアウトカムをまとめていただいて、変更後の平成 30 年から 3 年間と比較できるように準備すると今後の論議に役立つと思われる。

郡市 基本的に、糖が土でも異常の可能性が高いため、尿糖に関しては土の方が早期発見できると思う。

県医 では、システムの流れについて蛋白と潜血は 1+、尿糖は土として変更する。ガイドラインの関係箇所を修正して差し替えという形にし、県から郡市医師会を通して配付する。なお、学校側への連絡については、県医師会から県教育委員会へ文書を発出する。

(2) 学校医部会役員会の開催回数について

委員 議題について、少ないことや第 1 回と重なっている部分もあるので、3 回を 2 回にできる場合は 2 回の方がよいと思った。

県医 県医師会としては『学校医の手引き』を作ったのが 2010 年で、その後、四肢の状態の健診項目への追加あるいは成長曲線、予防接種なども変わってきている。これらに対して、今後、改訂も検討しており、検討にあたっては、学校医部会の先生方の協力をいただく必要がある。そうしたこともあり、現状の回数で開催させていただきたい。

委員 小児科医が中心となって変更しないといけない部分については小児科医会に依頼していただくなど、各医会でたたき台を作成したり、メーリングリストを活用して、最終的な打合せを会議で行うことでスピードアップを図ることができる。

県医 各医会にご協力いただきながら、より良いものを作りたい。時間がかかることであり、先生方の協力なしにはできない。ぜひお願いしたい。

5. その他

(1) 平成 29 年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓精密検査医療機関研修会について

平成 29 年 12 月 3 日（日）開催の研修会について案内した。

(2) その他

委員 ヘリコバクター・ピロリ検査の実施については各自治体に任せられているが、室蘭市では数年にわたって良い成績を上げられている。将来のがん予防の観点から、県医師会として子どもたちの健康を守るという意味で、ぜひ前向きに検討していただきたい。

また、食物アレルギーについては、神奈川県立こども医療センターの事例などがアゲインストにならないように、県医師会も正しい知識の啓発に取り組んでいただけたらと思う。

県医 ヘリコバクター・ピロリ検査については、昨年の中四国ブロック会議における愛媛の報告でも、全国数か所の自治体が行っているとのこと、除菌率は 8 割程度であり、相当数のがん予防が期待できると思うが、行政を巻き込んだ話となる。日本医師会等からそういった話はでない。実証している自治体、医師会から日本医師会にデータを上げていただき、そのデータをもとに働きかけをしていただくのが一番良いかと思う。

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。

国民医療を守るための国民運動

～総決起大会、県民の健康と医療を考える会総会～

[報告 : 常任理事 今村 孝子]

国民医療を守るための総決起大会

「国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保」や、「国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」を求めるために、医療関係 40 団体で構成された国民医療推進協議会（会長：横倉義武 日本医師会長）が主催する「国民医療を守るための総決起大会」が平成 29 年 11 月 22 日（水）14 時から憲政記念館講堂にて開催され、本会から河村会長、吉本副会長、林 専務理事、中村理事とともに参加した。会場には国会議員を含む関係者約 800 人が集結した。

日本医師会の今村定臣 常任理事による開会宣言の後、横倉会長から「安倍総理は平成 30 年春の労使交渉における 3% の賃上げを求めているが、全就業者の 11.9% を占める 300 万人の医療従事者についてもしっかり手当をしなければならず、そこに財源を充てなければ医療機関は倒産し、地域医療も崩壊すれば地域住民が一番困ることから、国民皆保険を堅持し、国民間で医療・介護の享受到格差が生じないように必要な財源を確保しなければならない。」等の挨拶があった。

次に、東京都医師会の尾崎治夫 会長の挨拶、来賓（高村正彦 自民党副総裁、榊屋敬悟 公明党副代表）による挨拶の後、日本医師会の今村 聡副会長より趣旨説明があった。

続いて、日本歯科医師会の堀 憲郎 会長、日本薬剤師会の山本信夫 会長、及び日本看護協会の福井トシ子 会長による決意表明に引き続いて全日本病院協会の猪口雄二 会長が決議文を読み上げ、日本医師会の松原謙二 副会長の頑張ろうコールに合わせて氣勢を上げて会は終了した。

県民の健康と医療を考える会総会

本県では平成 29 年 12 月 19 日（火）の 19 時 30 分から県医師会 6 階会議室にて「県民の健康と医療を考える会」総会を開催した。趣旨は 17 団体で構成する県民の健康と医療を考える会により、上記「国民医療を守るための総決起大会」における決議と同様の決議の採択を目的としたものである。会の代表である本会の河村会長の挨拶に続いて吉本副会長による趣旨説明の後、下記の決議文及び請願について採択・承認し閉会した。

決 議

世界に類を見ない少子高齢社会において、国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける社会を実現していくためには、持続可能な社会保障制度の確立が不可欠である。

よって、本協議会の総意として、次のとおり要望する。

- 一、国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保
- 一、国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決

以上、決議する。

平成 29 年 12 月 19 日

県民の健康と医療を考える会

県民の健康と医療を考える会

山口県医師会	山口県歯科医師会
山口県薬剤師会	山口県看護協会
山口県栄養士会	山口県作業療法士会
山口県歯科衛生士会	山口県歯科技工士会
山口県鍼灸師会	山口県病院協会
山口県診療放射線技師会	山口県理学療法士会
山口県臨床検査技師会	山口県老人クラブ連合会
山口県助産師会	山口県女性団体連絡協議会
山口県臨床工学技士会	

平成 29 年度第 2 回 郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 29 年 11 月 30 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

議題

1. 療養病床転換意向等調査(平成 29 年度第 2 回) の結果について (県医療政策課)

この調査では、地域医療構想の推進及び第 7 次医療計画・第 7 期介護保険事業(支援)計画との整合性を確保する目的で、平成 37 年度までの療養病床の転換意向を質問した。第 1 回目の調査は、県長寿社会課が 7 月に実施したところであるが、その後に国から調査票の例示等がなされたため、それに基づいて第 2 回目を行うこととなった。

第 1 回目との主な違いは、医療療養病床について「20:1」と「25:1」に分け、「今後の予定」について 35、37 年度を追加した。現時点では、介護医療院の基準・報酬などが判明していないが、国の通知により、医療と介護との整合性を図る必要があり、基準病床数の算定においても「介護施設、在宅医療等に対応可能な数」を使って算出することになるため、推計値とはなるが、こうした形で調査させていただいた。

調査対象は療養病床を有する医療機関で、回答率 100%であった。

(結果の概要は下表のとおり)

郡市医師会 国の算出式で出された必要病床数と比べて差が出てきた場合には、各地域で協議していくこととなっているが、具体的にはどのようにしていくのか。

県医療政策課 県では、後ほど説明する保健医療計画を来年度改定し、さらに県長寿社会課においても高齢者プランを改定する予定である。この高齢者プランの中に、今後の市町の介護サービス量を県全体で取りまとめて掲載する関係で、この調査をしている。全体の流れとしては、地域医療構想による推進が出発点である。この構想の推進によって、療養病床の転換を今後進めていく中で、その受け皿となる介護施設並びに居宅サービス、在宅医療等の新たなサービス必要量を算出するために調査をさせていただいたことになる。

結果の概要(病床種別ごとの転換予定数(H37 時点))

- | |
|--|
| ① 医療療養病床(20:1) 3,639 床
現状維持 87%、未定(医療保険の病床) 8%、地域包括ケア病床 2%、介護医療院 0% 等 |
| ② 医療療養病床(25:1) 2,517 床
現状維持 21%、医療療養(20:1) 33%、
未定(医療保険の病床・介護保険施設の組合せ) 19%、介護医療院 14% 等 |
| ③ 医療療養病床(有床診療所) 109 床
現状維持 50%、介護医療院 25%、病床廃止 19% 等 |
| ④ 介護療養病床 1,625 床
介護医療院 56%、未定(介護施設) 32%、未定(医療保険の病床) 4% 等 |

県医師会 現在決まっているのは、介護療養病床の廃止の経過措置が 6 年間とされているだけである。必要病床数との差については、今のところどのようにするか具体的には決められていない。

県医師会 介護療養病床と介護医療院との大まかな違いはどのようなものになるか。

県医療政策課 大きな違いとしては、介護医療院は医療を提供すると同時に介護として生活の場であり、医療療養病床は医療の場となることと思われる。

2. 第 7 次山口県保健医療計画（素案）について （県医療政策課）

来年度改定する保健医療計画策定の趣旨は、地域の医療機能の分化・連携を進め、切れ目のない、効率的で質の高い医療を提供できる体制の整備を促進するなど、本県における総合的な保健医療提供体制を構築することである。この計画は、医療法第 30 条の 4 第 1 項に基づく医療提供体制確保のための計画として位置付けられる。

計画期間は、平成 30 ～ 35 年度で、来年度に改定して今後 3 年ごとに改定する介護保険事業（支援）計画との整合を図るために、従前の 5 年間で 6 年間に変更されている。

国の作成指針では、本県では 28 年 7 月に策定

した地域医療構想を本計画の一部として位置付け、病床機能の分化・連携をすること、また、構想の推進による療養病床の転換に伴う受け皿を整備し、介護保険事業計画との整合性を確保すること、さらには、「へき地保健医療計画」、「周産期医療体制整備計画」を本計画に統合することが示されている。

本県の現状と課題は、他県に先がけて高齢化が進む中、生活習慣病をはじめ認知症など疾病構造の変化に対応した医療連携体制の構築が必要である。また、医師等も高齢化が進行している状況にあり、これらを踏まえて計画を作成している。従って、次期計画の大きなポイントとしては、「地域医療構想の推進」、現行計画に引き続き「5 疾病・5 事業及び在宅医療の提供体制の充実」、さらには「若手医師など医療従事者確保対策の強化」の 3 点を掲げている。

基本目標は、現行計画を踏襲して、地域医療の推進、地域における医療連携体制の構築を目的として、「生涯を通じて健康で安心して暮らせる地域保健医療体制の確立」としている。保健医療圏については、8 つの広域生活圏を基礎とし、地域医療構想の推進地域や高齢者保健福祉圏域等と合致する現行の 8 保健医療圏を引き続き設定したいと考えている。

計画における取組事項は、地域医療構想の推進では、効率的で質の高い医療提供体制を構築する

出席者

郡市担当理事

大 島 郡 安本 忠道
玖 珂 河郷 忍
熊 毛 郡 曾田 貴子
吉 南 岡村 均(代理)
厚 狭 郡 村上 紘一
下 関 市 山下 智省
宇 部 市 森谷浩四郎
山 口 市 奥田 道有
萩 市 米澤 文雄
徳 山 小野 薫

防 府 山 縣 三 紀
下 松 河村 裕子
岩 国 市 大島 眞理
小 野 田 豊重 充広
光 市 藤田 敏明
柳 井 内海 敏雄
長 門 市 戸嶋 良博
美 祢 市 中元 起力

県健康福祉部医療政策課

医療企画班

班 長 嶋田英一郎
主 幹 金田 丈夫

県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 濱本 史明
常任理事 弘山 直滋
理 事 香田 和宏
理 事 前川 恭子

ため、算出されている必要病床数を指標として地域に必要な医療機能を確保し、各圏域に設置している地域医療構想調整会議における協議の促進、さらには地域医療介護総合確保基金の活用による支援をしていく。次に、構想の推進により、今後、療養病床の転換に伴う介護サービス等の適切な受け皿を整備する必要がある。そうしたことから、構想における平成 37 年度末の必要病床数を踏まえて、病床転換見込量と介護保険事業計画における平成 32 年度末の介護サービスの整備量との整合を図ることとしている。介護サービスの整備量については、市町が「介護医療院を含む介護施設若しくは居宅介護＋在宅医療」として見込むこととしている。5 疾病・5 事業及び在宅医療については、医療機能とそれを満たす医療機関を明らかにし、関係する医療機関が連携を図るための指針として策定する。そして、患者や住民が医療を適切に選択できるよう活用していただけるものとする。5 疾病においては、国の指針により一部対象疾患が拡大されて、心筋梗塞が慢性心不全、大動脈解離を含む心血管疾患全般となった。また精神疾患においても、従前の統合失調症、うつ病のほかに発達障害、自殺対策など 15 の精神疾患等へ拡大されている。

地域の保健医療を担う人材の確保と資質の向上としては、医師・看護師をはじめとした医療従事者の養成・確保を推進していく。

計画に基づく施策の着実な進行を図るために、50 程度の数値目標を設定し、計画の推進体制として、全県単位では、県医療審議会の審議を通じて PDCA サイクルの推進により、1 年ごとに進捗状況を報告・評価することとしている。各保健医療圏では、圏域に設置している「地域医療対策協議会」及び「地域医療構想調整会議」において、協議・検討を行っていく。

今後の策定スケジュールは、平成 29 年 12 月に県議会で素案を報告し、12 月中旬以降にパブリックコメントを実施する。その後、最終案を県医療審議会で審議の上、答申を経て、30 年 3 月に公示する予定である。

郡市医師会 地域医療構想の推進により急性期病

床が減少するが、救急医療についての施策・取り組みが十分であるか質問する。

宇部市でも今後、急性期病床が減少し、医師の数は病床によって担保されているので一次・二次の救急を担当する医師が明らかに減っていくことになる。そうした医師数の減少に対する施策が組み込まれていないように思う。特に、山口県の場合は、救急で対応している医師の高齢化が著しい。

また、地域包括ケアシステムの中で在宅医療が鍵になってくるが、高齢者の場合は医療アクセスの範囲が狭くなり、いわゆる、へき地と捉えていい地域が広がってくると思われる。（具体的には、宇部市では小野、厚南及び厚東などは無医地区になっているが、以前、県へ問合せたところ、宇部市には無医地区はないとの回答であった。）今後の地域包括ケアシステムの中では、今までの無医地区の定義そのままではよいのかという思いがする。

最後に、地域医療情報ネットワークについて、その基盤を各圏域で構築することになっているが、現状では圏域を越えて情報を共有することはできない。その必要はないとされているが、他圏域への流出入を患者の実数として出してみると、その数は少なくないと思われる。

県医療政策課 地域医療構想については、現在、調整会議において地域の方々の意見を聞きながら推進しているところである。しかしながら、ご指摘のとおり、それが直接救急医療に結びつき、さらに医師を確保していくという観点について、この医療計画ではそこまで明記していない部分もある。ご意見として、持ち帰らせていただく。

無医地区については、へき地医療ということで、これまで策定されていた「県へき地保健医療計画」を取り込んで、各事業との連携を図る趣旨で統合されたことになる。施策としては、医療従事者の確保、無医地区等への巡回診療への支援、へき地医療拠点病院による支援機能の強化、ICT 等による支援体制の充実に努めるとしている。

情報ネットワークについては、圏域ごとに情報システムを構築することを目標に現在進めている。平成 30 年度には、全圏域でシステムが構築

される予定になっている。今後の流れとしては、明確な通知はないが、国においても全国的にシステムを統一するような動きもある。県下 8 圏域で導入されるシステムについては、標準型のものであるため、今後、統一したシステムを整備することになっても、つなぐことができると聞いている。

県医師会「H37 必要病床数 (a)」（下表）は、地域医療構想を策定する際に国の算定式により算出したもので、各疾病の有病率が現在とほぼ変わらない前提で平成 37 年の推計人口に有病率を掛けて出した患者数による病床数になる。一方、「H28 現状 (b)」は、各医療機関が 28 年 7 月現在の病床機能報告制度による報告数である。(b) は病棟単位で報告されているため、(a) と (b) とを単純に比較することには、あまり意味がない。表では、回復期が不足しているようになっているが、最近の厚労省通知にもあったとおり、必ずしもそうとは言えない。(a) は、将来、人口が減少していく中で、患者数もこの程度減ってくるだろうとする推計値に他ならないことをご理解いただきたい。

3. 「5 疾病及び在宅医療」の医療機関リスト作成について（県医師会）

県医療政策課から説明があった保健医療計画の一部として作成する「5 疾病及び在宅医療」の医療機関リストの作成について、説明とご協力をお願いをする。

今回の医療機関リストを作成するに当たっては、項目の追加や大幅な変更があった「精神疾患」と、その「精神疾患」を除いた「がん、脳卒中、糖尿病、心筋梗塞等の心血管疾患、在宅医療」において、それぞれ調査方法を分けて調査していた

だく。

「精神疾患」を除いた「がん、脳卒中、糖尿病、心筋梗塞等の心血管疾患、在宅医療」は、現在の医療機関リストと第 7 次計画の医療機能表によって、各医療機関の内容をご確認いただき、郡市医師会でリストの追加・修正をしていただく。「精神疾患」については、項目が増えて、医療機能表も大きく変更されているため、各医療機関に対して、新たに調査をしていただき、それぞれの項目の医療機関リストを作成していただく。

スケジュールとしては、平成 29 年 12 月末ぐらいに、県医師会から郡市医師会へ、医療機関リストの作成依頼の文書・資料を送付する予定である。県医師会への提出期限を 30 年 2 月末とするので、間に合うよう、各医療機関への調査をお願いする。提出された医療機関リストは、県医師会で取りまとめて、年度末にかけて県へ提出する。

郡市医師会 認知症の「地域医療提供機能」の項目で迷うと思われる部分がある。認知症は、ほとんどが各自の診療所だけで診ているので、該当するかどうか悩むのではないかな。

県医師会 手挙げしたから、必ず診ないといけないものではなく、また手挙げしないと、診ることができないこともない。

郡市医師会 このリストは、専門医の先生方の負担を軽減するために、うつ病や認知症を診れる医師を明らかにするという意図で作成するのか。認知症の項目でも、ハードルが高い内容が書かれており、これでは、地域の専門医しか手が挙げられないようにも思える。

必要病床数の推計結果（「山口県地域医療構想」より）

（単位：床）

区 分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
H37 必要病床数 (a)	1, 323	4, 508	4, 674	5, 384	15, 889
H28 現 状 (b)	2, 464	7, 186	2, 735	9, 573	22, 338
b-a	1, 141	2, 678	△1, 939	4, 189	6, 449

県医師会 いわゆる「かかりつけ医認知症対応力向上研修」などを受講されている方であれば該当すると思う。他の疾患でもそうだが、あくまでも手挙げ方式である。

郡市医師会 仰ることはわかるが、文言として書かれていないので手を挙げるのが難しい。

県医師会 発達障害を診ていても、児童精神科医等とチーム支援体制をつくることは実際には難しい。少し厳しいことが書いてあるかもしれないが、あくまでも手挙げ方式であることを説明していただきたい。

4. その他

県医師会 介護医療院については、11 月 22 日、国の社会保障審議会・介護給付費分科会であくまでも“案”であるが、報酬・基準に関する資料が示されたので参考までに情報提供する。

郡市医師会 医療情報システムに関して、先ほど、国で統一するというお話があったが、もしそうであれば、現在、各圏域で一生懸命検討していることに意味がなくなるが、どうか。

県医療政策課 現時点で、国の方針は何も決まっておらず、また、いつのことになるかも分からない。

郡市医師会 在宅医療提供体制構築事業は 29 年度で終わり、枠組みを組み直されているところと思うが、それはこの医療計画の中に入ってくるのか。

県医療政策課 どちらかと言うと、医療計画は、個別の事業内容を盛り込むというよりは、施策の方向性を示している。そして、医療計画の施策の柱に該当することを、これから事業として考えていくというスタンスになる。よって、在宅医療で言えば「在宅医療提供体制の確保」が該当することになるが、あくまで方向という意味合いが強く、事業としてここに書き入れるものではない。

ただし、現在、予算折衝中でもあるが、30 年度から現在の事業内容を一部変更して、進めたいと考えている。

郡市医師会 その中で、市町の姿が入っていないのではないか。在宅医療を進めていくためには、市町を取り込んだ施策を構築していかないと難しい。複雑な症状の患者さんも多く、介護保険だけでなく、福祉として行政も間に入ってもらわなければいけないことが多い。

県医療政策課 常日頃、財政当局とも折衝になるが、やはり県として取り組む部分については圏域単位ということが一義的にあり、県と市町の役割分担をしっかりとすることになる。在宅医療については、これまでも「在宅医療提供体制構築事業」ということで、各医療圏で中心となる病院や医師会へ委託して進めている。ただし、医療介護連携になると、もっと市町が入ってくる度合いが増えると考えている。

閉会・会長挨拶

河村会長 活発な議論ありがとうございました。改定される医療計画や介護保険事業計画は来年度から始まるが、診療報酬・介護報酬の同時改定もあって、その 6 年後が次の同時改定になり、大きな転換点になっていると思う。その時の人口構成は、後期高齢者がマックスで、その年齢層はなかなか減らない状態になっていると思う。

今、静かに起きていることは、有床診療所が軒並み減っていること、そして 30 ～ 50 床の小規模病院が徐々に消滅しつつあることである。これら有床診療所や小規模病院は、地域包括ケアシステムの中で一番小回りの利く施設であり、重要な役割を担うと思う。それら施設がないということは、200 床前後の中規模病院がそれを必ず担わなくてはいけなくなり、そこをどうやって切り抜けていくかが課題である。救急に対応しながら、地域包括ケア（在宅）にも対応していくのは非常に難しいと思う。われわれが知恵を絞って、活用されていない医療資源をなんとか活用していくことができればと思う。

山口県報道懇話会との懇談会

と き 平成 29 年 11 月 29 日（水）18：55～20：05

ところ ホテルかめ福「紅梅の間」

〔報告：常任理事 今村 孝子〕

医師会と報道関係者との相互理解のため、本年度も標記懇談会を開催した。

河村会長の開会挨拶の後、山口県報道懇話会幹事である毎日新聞社山口支局からご挨拶をいただき、その後、出席者による自己紹介を行った。

意見交換

本会から、①中村理事が「AI と医療について」、②沖中常任理事が「医師の労働時間の制限と地域医療への影響について」それぞれ説明した。これらの説明を受けて報道懇話会側から意見をいただき、その後、活発な議論が行われた。

①については、厚労省の作成した「保健医療分野における AI 活用推進懇談会報告書」に沿って、1) ゲノム医療、2) 画像診断支援（放射線画像、病理、内視鏡、皮膚科・眼科・超音波）、3) 診断・治療支援（検査・疾病管理・疾病予防）、4) 医薬品開発、5) 介護・認知症、6) 手術支援、の 6 項目について、AI 活用の現状や今後の

活用方法について説明した。

②については、「働き方改革実行計画」での、罰則規定を設けた時間外労働の上限設定における医療現場の問題点としては、医師は応召義務があるため、2 年間の猶予期間があるとはいえ、人的資源、財源が現状のままでは医療体制の維持は不可能であること、また一方では、医師の使命感で成り立っている今のシステムを変えなければ安全な医療の確保が困難になることなどがあり、まずは実態を広く国民と共有する必要があることを説明した。報道機関側からは、報道の仕事も突発で緊急性の高いことが多く、類似した問題点があるなどの意見があり、「働き方改革」の実行の困難さを共有した形となった。双方にとって関心の高い議題であり、活発な意見交換がなされた。

①での議論に多くの時間を費やしたため、②について議論する時間が不足したが、今後、医療現場での問題点が明確になった頃、再度議論してみたい内容である。

出席者

報道懇話会

朝日新聞社山口総局
エフエム山口編成制作部
共同通信社山口支局
時事通信社山口支局
中国新聞社防長本社編集部
テレビ山口報道制作局
日本経済新聞社山口支局
NHK 山口放送局放送部
毎日新聞社山口支局
山口朝日放送報道制作局
山口新聞社山口支社
山口放送山口支社
読売新聞社山口総局

県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 吉本 正博
副 会 長 濱本 史明
常任理事 弘山 直滋
常任理事 萬 忠雄
常任理事 藤本 俊文
常任理事 今村 孝子
常任理事 沖中 芳彦
理 事 中村 洋
理 事 山下 哲男

第 14 回 指導医のための教育ワークショップ

と き 平成 29 年 10 月 7 日 (土)・8 日 (日)

ところ 山口県医師会

[印象記: 中嶋クリニック 中嶋 薫]

10 月 7～8 日の日程で第 14 回「指導医のための教育ワークショップ」が開催されました。私自身、前期研修医の地域医療研修の指導医として診療所での研修医の指導に携わっていますが、これまでこのワークショップを受講していなかったため、医師会の先生に勧められ参加しました。

当初、座学を主体とした一律的な内容の研修と思っていました。しかし、いざワークショップが始まると想像していたものとは懸け離れた内容でした。

初日の 9 時より開会式がありました。内容については非常に不安でしたが、まずアイスブレイクとして他己紹介から入っていきしました。これは 2 分間で相手の先生のプロフィールを聞いて内容を把握して、その後 30 秒でその先生の紹介をするという初めての体験でした。次々に紹介が進み、お互いの心が和み、また新たな緊張感をもってワークショップへ入れました。

チーフタスクフォースの林先生からこのワークショップの意味合いをプレゼンしていただき本題が開始です。まず「社会が求める医師の基本的臨床能力とは」について 2 グループに分かれて話し合い、KJ 法を用いて意見を出し合いました。その意見を数種類にグループ分けし、それらの関

連性からグループの意見として医療知識・診断力などの「医師力」を安心感・コミュニケーション能力などの「人間力」が取り巻く同心円状にまとめあげました。

途中で臨床研修制度の最近の動向について講演があり、改めて私の年代の卒後研修とまったく異なっていることに気づかされました。

次に、研修目標を掲げてそれに対するプログラム立案をグループ内で討論しました。その中で、「チーム医療のできる医師を目指して」を立案し、別のグループでは「患者背景を加味した治療選択」を立案され、討論を行いました。

続いて、研修方略という聞きなれない言葉が出てきました。このプログラムを実現させるための手段という意味だそうです。医療の知識、態度、技能に分けて一般目標である GIO および行動目標である SBOs に対してプログラムの立案を行いました。その目標達成のための資源が研修方略で、その検討も行いました。

途中で研修指導医のあり方というロールプレイがあり、想定された患者の背景を仮定し、それに対するシナリオを作成しグループごとに発表しました。その演技が素晴らしく大いに盛り上がりしました。19 時頃にやっと第 1 日目の研修が終わりました。ホテルに移動して情報交換会（懇親会）が開催されました。いろいろな意見が交わされ有意義な会となりました。その後、2 次会へと夜の街になだれ込まれた方もあったようです。私は疲れてしまい、そのままホテルで眠りにつきました。

翌日 8 時 30 分より 2 日目が始まり、昨日の振り返りから開始です。前日に立てた研修の評価方法を考えグループ内でいろいろ内容を検討し、また新たな方略も出され何度もブラッシュアップしていき、一定の結論が出てそれをまたグループご



とに発表していきました。

次に、メディカルサポート・コーチングでのビデオが流されました。その中で指導医が研修医にやる気をおこさせる重要性について再認識させられました。また、いろいろなことに対してフィードバックが必要だと感じました。さらに、心に残った研修での出来事・SEA 体験では、それぞれの体験を皆さんにプレゼンすることで振り返りや疑似体験ができました。上手にフィードバックすることでシミュレーションになるための情報の共有も大切だと感じました。

その後、医学教育改革の流れについて講義がありました。さらに、臨床研修の充実に向けて検討内容を発表しました。最終的に皆さんがそれぞれの 2 日間の思いを振り返り、最後に河村県医師会長よりワークショップの修了証書をいただきました。非常に疲れましたが本当に充実した 2 日間でした。すがすがしい達成感を実感し、新たな考え方を教えていただき、発想の転換のヒントを受け取れたと思いました。

このプログラムに参加して一番心に残ったことは、研修医を一人の社会人として接しなければならないというコーチングのテクニックでした。コアスキルは「聴くこと」であり、ゼロポジションで話をしっかり受けとめること、先入観を排除すること、自分の思考を極力抑えること、相手の話の途中で話し出さない、沈黙を利用すること、次に「ペーシング」として、視線、声の調子や大きさなどを合わせることで安心感を高め、そして「傾



きと相づち」により「もっと聞かせて」というメッセージを送り、またオープン型質問を有効に使用し、未来型、肯定型の質問を活用し、有効に伝えるということでした。

ワークショップを通して、これまでの研修医への対応に大きなギャップを感じました。また、自己流で行っていたことに対して非常に恥ずかしい思いをしました。医師は、医療面接、検査、診断、治療は習得していますが、それを研修医に教え、指導するスキルの講義は受けておりません。このような意味を含めて、このワークショップに参加されることをお勧めいたします。自分自身が今まで使っていなかった脳を活性化し、その方法、考え方、解決方法、それに対する方略、結果の評価、研修医に対するいろいろな手段を教えていただき、盛りだくさんの内容を経験できたことに感謝しております。タスクフォースの先生方およびスタッフの方々、また、ワークショップに参加された先生方、大変お世話になりました。



平成 29 年度 花粉測定講習会

と き 平成 29 年 12 月 10 日（日）10：00～12：15

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

報告：常任理事 今村 孝子
常任理事 沖中 芳彦

花粉測定のさらなる精度向上のため、毎年標記講習会を開催しており、今年度も吉本副会長の開会挨拶の後、講演 2 題と特別講演 1 題並びに花粉測定の実技講習等を行った。

講演

1. 平成 29 年のスギ・ヒノキ花粉の飛散のまとめと平成 30 年の飛散予測

山口県医師会常任理事 沖中 芳彦

平成 28 年のシーズンまで 3 年連続で平年値（直近 10 年間の平均値）を下回り、また同じく 3 年連続して前年を下回るスギ花粉総数となっていたが、29 年は 3 年ぶりに前年並びに平年値を上回り、総数も 3,140 個/cm² と、同じく 3 年ぶりに 3,000 個/cm² を超えるスギ花粉大量飛散のシーズンとなった。予測数 3,700 個/cm² に対し、約 85% の飛散総数であった。地区別では、例年は多い長門地区で比較的少なく、普段は少ない大島地区でかなり多くのスギ花粉が捕集された。美祢地区、光・柳井地区では例年通り多く、西部も比較的多かった。

ヒノキは長門・美祢地区で非常に多く、光・柳井地区も比較的多かった。総数は 1,450 個/cm² で、スギ、ヒノキともに、平成 12 年以降では多い方から 6 番目の飛散総数であった。

11 月上旬にスギの木の定点観測を行ったところ、雄花を着けている枝の割合（便宜上「着花率」と称する）は、木によってばらつきが大きく、非常に多いものからほとんど雄花のないものまでさまざまであった。平成 12 年以降の平均着花率と花粉総数の回帰式によると、県内測定機関の平均値として、約 2,200 個/cm² というスギ花粉総数の予測値となった。昨シーズン終了時点での平年

値が 2,600 個のため、平年をやや下回る値となる。

一方ヒノキの花芽は、昨シーズンと同等かそれ以上の着き具合と思われた。しかし、スギと異なり、ヒノキは現時点ではあくまでも芽であり、これらのうちどの程度が花に成熟していくかは不明である。ちなみにヒノキの平年値は 1,040 個/cm² である。

筆者は、日々の花粉飛散ランクの予測を行う際の参考とする目的でも、スギの木の観察を行い、枝を振って花粉が放出される状況を見たり、雄花を割ってみて花粉の残存の程度を確認したりということも、シーズン中に度々行ってきたが、その方法についても一部紹介した。

（平成 30 年のスギ・ヒノキ花粉飛散予測に関しては、県医師会報 2018 年新年号をご覧ください。）

[文責：沖中 芳彦]

2. 春に見かける花粉

山口県医師会花粉情報委員長 日吉 正明

次のような項目について、さまざまな花粉のスライドを用いて分かりやすく、かつ詳細な説明をされた。

1) 花粉症の発病時期とその後

- ・スギ花粉は小学校入学前から、ヒノキ花粉は小学校低学年で発病。その他の花粉は成人後？
- ・40～50 代で感作率は低下し、高齢になると感作は減少傾向？
- ・若い世代ほど複数抗原感作の可能性あり

2) 春の花粉の出現初期は

- ・スギ花粉で一部地域はハンノキ花粉から
- ・スギ花粉の終わりとヒノキ花粉の開始は重なることあり

- ・どちらも少ないときは鑑別できるが、どちらが多いときには容易ではない
- ・花粉の向きでも勘違いはあり得る。観察者の判断、慣れが重要

3) ハンノキ花粉

- ・ハンノキ花粉はスギ花粉と重なるが、地域により、数も時期も異なる
- ・ハンノキは花粉管口が 5 個と 6 個で、これ以外の管口の数のものは算定しない
- ・花粉症としては、スギ花粉症と同じ症状と考える
- ・舌下免疫療法はスギ花粉で有効、ハンノキ花粉には無効。ヒノキ花粉には一部のヒトに効果不良

4) イネ科花粉

- ・ヒノキ花粉飛散中から飛散。イネ科花粉は目視できる範囲からのみ飛散
- ・花粉症としては自覚がない人が多い。反復する軽い風邪と考える人が多く、発熱があっても 37.2 度程度
- ・ハンノキ花粉と同じく果物アレルギーに注意。喘息合併もあり得る

5) 春の花粉のまとめ

- ・2～3 月の花粉飛散初期は、スギ、一部ハンノキ
- ・スギ花粉の終わり頃、ヒノキ花粉が開始し、重なることも多い
- ・ヒノキ花粉飛散中にイネ科花粉が出現、さらにブナ科花粉、次いでマツ科花粉も

特別講演

最多風向によるヒノキ科花粉供給地域の推定と飛散状況

松山大学薬学部臨床薬学研究室

教授 難波 弘行

講演の内容は、年間ヒノキ科花粉の予測に関する調査・研究の基礎となった、①岡山県における、気象条件（最高気温平均値、年次気温差、降水量、1994～1998 年の最多風向）と地勢図を用いた花粉供給地域の推定、②岡山県中部、岡山県南部における年間ヒノキ科花粉の飛散状況（1991～2017 年）であった。さらに、松山市において、現在調査・研究対象となっている、③松山大学におけるヒノキ科花粉（1996～2017 年）の飛散状況、④ヒノキ科花粉の供給地域の推定（2011～2015 年の最多風向）、⑤年間ヒノキ科花粉予測数を補正するための松山市におけるヒノキ科花粉の供給地域の検討と続いた。日頃あまり馴染みのない地勢図や気象観測所における最多風向などとの関連について興味深い解説がなされ、参加者からも好評であった。

岡山県では、標高 300 m の地勢図と 7 月の平均年間降水量の図が良く一致している。また、最多風向（30 個以上/cm²/日）が 3 大 河 川（吉井川、高梁川、旭川）の影響を受けており、ヒノキ科樹木の人工林面積の広い県中北部の天候が、岡山県内の花粉飛散状況に影響している。岡山県のスギに関しては、スギ花粉の生産量が最大となる 50 年生を超えるスギ人工林面積が 10 年前より 3 倍に増加しているのに対し、20 年生以下の面積は著しく減少しており、スギ花粉の飛散数は全体的



に平衡状態から減少傾向にある。一方、無花粉スギ等品種の育種の取組みもなされており、中国 5 県連携による広域的な取組みも開始されている。

松山市において、ヒノキ科花粉供給地域を予測するために、中国（山口県）・四国（愛媛県、高知県、香川県）・九州（福岡県、大分県、宮崎県）地方の 7 県 19 気象観測所における最多風向（30 個以上/cm²/日、100 個以上/cm²/日）を調査した。その結果、松山市への花粉供給地域は、新居浜以西の笹ヶ峰、石鎚山、二ノ森を主とした四国山脈北部、さらに東三方ヶ森が主であり、他県からの影響はほとんどないと考えられる。

その他、スギは習性として真っ直ぐに伸びるので、「直木」が「スギ」の名前の由来になった。また、ヒノキは渇水の条件下でも成長できるのに対し、スギは水分を好むため、スギの花芽形成期に降水量が多く気温が高い（日射量が多い）場合、スギ自身の成長を優先するため花粉は多く飛散させない。しかしながら、降水量が少なく気温が高い等の条件がそろえば、スギの子孫を残すため大量の花粉を飛散させることなど、「納得！」の知識も教えていただいた。

花粉測定の実技講習並びに正しい花粉の見分け方

花粉測定の精度を高めるために、毎年、実技講習を開催している。出席者のうち、測定の経験が浅い数名の方については、**本会花粉情報委員の金谷浩一郎先生**の指導によりスギ、ヒノキ等の乾燥花粉を用いて実際にプレパラートを作成し、それを顕微鏡で観察してそれぞれの特徴を理解する作業を経験していただく実技講習を受け



ていただき、非常に熱心に学んでおられた。また、多くの方は豊富な測定経験を有しておられたため、**同委員の綿貫浩一先生**より、スライドを使用して特に判別しにくい花粉等についての説明を行っていただいた。

おわりに

ここ数年、病院の統廃合や業務の見直し、あるいは医院の閉鎖等で花粉観察を終了される測定機関が増えてきている。花粉の数を自動測定する装置のデータを用いた花粉情報も見られるようになってはいるが、現時点では、花粉を形態的に区別するためには、人の眼によって確認する方法が最も正確であると考えます。

花粉測定機関の皆様には、本年も長期間に亘る花粉測定をよろしくお願いいたします。

〔報告：常任理事 今村 孝子〕

測定地点

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

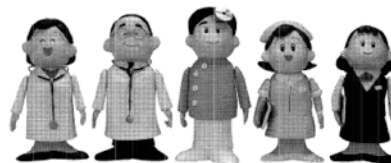
（平成 30 年 1 月から）

日本医師・従業員 国民年金基金

のご案内

◆ 終身年金が基本 ◆
長生きリスクに備える年金です

「豊かな老後」へのプレゼント



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

加入資格

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

掛金

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

加入コース

- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取

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

遺族一時金

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

中途脱退

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

税制上の優待措置

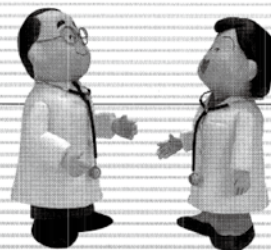
- 掛金は全額社会保険料控除の対象(最高816,000円が控除)
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

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

60歳以上の方も加入可能です!

60歳以上の国民年金の「任意加入者」で医療に従事している医師および従業員(家族従業員含む)の方が対象となります。掛金の払込は最長65歳まで。
新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。
(現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません)



お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル ☎ 0120-700650
FAX 03-5976-2210

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

こちらから検索いただけます

日本医師従業員 検索 0120-700650 検索

ホームページ <http://www.jmpnfp.or.jp>

設立母体 日本医師会

平成 29 年度 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

と き 平成 29 年 8 月 20 日（日）10：00～13：30

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告：山口県小児科医会総務理事 藤原 元紀]

今回の山口県小児救急医療電話相談事業研修会は、大阪小児科医会の福井聖子 先生にご講演とワークショップ形式での研修をお願いした。なお、前年と同様に電話相談員だけでなく、消防署の方にもご参加いただき連携を図った。

た（図 1）。月別に見ると、前年度と比較して 2 月、3 月の件数が少なかった（図 2）。

2）県医師会の集計では、曜日別に見ると土曜日が最も多く 1 日平均 20.1 件だった。次いで日曜日 19.4 件、木曜日 19.1 件の順であった。

I．山口県小児救急医療電話相談事業 ～平成 28 年度の実績報告～

平成 28 年度実施方法

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

なお、山口県から出されている平成 28 年度の電話相談事業の実績報告は表 1 の通りである。相談実件数と延件数に違いがあるのは、一人で複数の相談をすることがあるためだが、延件数は相談員の取り方によって差が出る可能性がある。

今回の報告は、過去の集計に倣って「一人一主訴」で集計し直している。

実績報告（山口県医師会集計分を中心に）

1）平成 28 年度は総数 10,463 件で、23 時までの集計（医師会）では 6,814 件、23 時以降（法研）は 3,649 件だっ

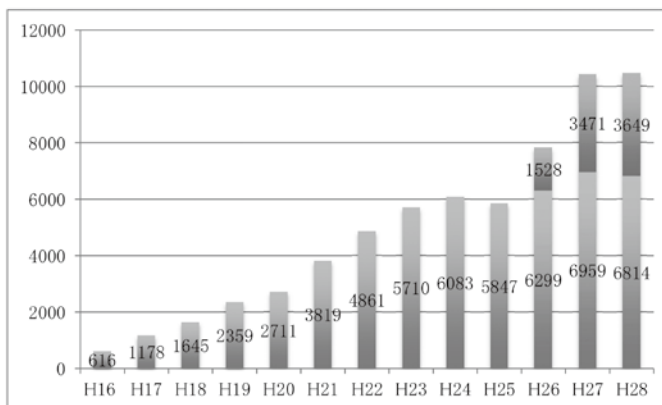


図 1. 年度別相談件数

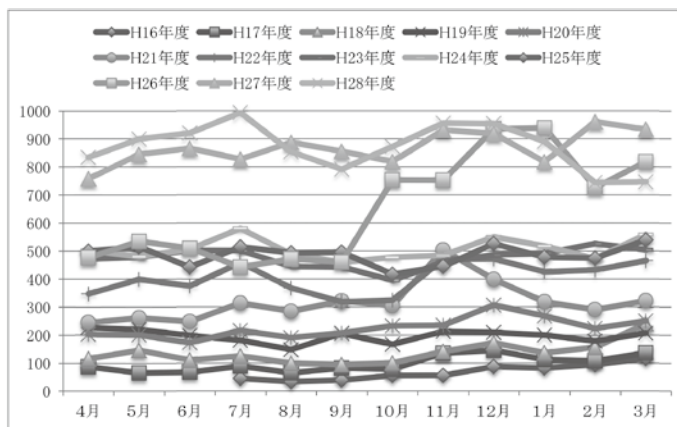


図 2. 月別相談件数

〈相談件数等〉

県医師会		株式会社法研		計	
実件数	延件数	実件数	延件数	実件数	延件数
6,814	8,959	3,649	13,991	10,463	22,950

(365日間)

1日平均
28.7

※県医師会(19時～23時)、株式会社法研(23時～翌8時)

〈内訳〉

入電件数(実件数)		県医師会	法研	計	割合(%)
		6,814	3,649	10,463	100.0
相談者の性別	男	877	502	1,379	13.2
	女	5,541	3,102	8,643	82.6
	不明	396	45	441	4.2
相談時間	0～5分未満	4,081	1,253	5,334	51.0
	5～10分未満	2,285	2,101	4,386	41.9
	10～15分未満	294	249	543	5.2
	15分以上	154	46	200	1.9
相談者の年代	20歳以下	—	828	828	22.7
	30歳代	—	2,099	2,099	57.5
	40歳代	—	606	606	16.6
	50歳代以上	—	54	54	1.5
	不明	—	62	62	1.7
相談対象者の年代	1歳未満	1,576	964	2,540	24.3
	1～3歳未満	2,265	1,271	3,536	33.8
	3～6歳未満	1,801	847	2,648	25.3
	6～12歳未満	961	434	1,395	13.3
	12歳以上	149	86	235	2.2
	不明	62	47	109	1.0
地域別	岩国(岩国・和木)	612	303	915	8.7
	柳井(柳井・周防大島・田布施・平生)	322	128	450	4.3
	周南(下松・光・周南)	1,421	623	2,044	19.5
	山口・防府	1,979	1,134	3,113	29.8
	宇部・小野田(宇部・美祿・山陽小野田)	1,067	746	1,813	17.3
	下関	1,037	532	1,569	15.0
	長門	167	80	247	2.4
	萩(萩・阿武)	90	46	136	1.3
相談対応者	広島県 他	119	57	176	1.7
	看護師のみで対応	6,563	3,600	10,163	97.1
	(医師・薬剤師に確認の上対応)	139	—	139	1.3
	医師・薬剤師が電話で対応	8	6	14	0.1
	その他	104	43	147	1.4
時間別	19時～	2,215	—	2,215	21.2
	20時～	1,821	—	1,821	17.4
	21時～	1,479	—	1,479	14.1
	22時～	1,271	—	1,271	12.1
	23時～	—	800	800	7.6
	0時～	—	640	640	6.1
	1時～	—	513	513	4.9
	2時～	—	416	416	4.0
	3時～	—	295	295	2.8
	4時～	—	214	214	2.0
	5時～	—	194	194	1.9
	6時～	—	254	254	2.4
	7時～	—	322	322	3.1
	不明等	28	1	29	0.3
相談件数(延件数)		8,959	13,991	22,950	100.0
相談内容	病気・症状と治療	6,037	7,674	13,711	59.7
	事故・ケガと治療	1,385	571	1,956	8.5
	薬	261	290	551	2.4
	医療機関に関する相談	—	5,299	5,299	23.1
	予防接種	144	69	213	0.9
	その他	1,132	88	1,220	5.3
回答	病気・ケガ等について説明・情報提供	3,229	9,087	12,316	52.0
	応急処置等の助言・指導	—	2,929	2,929	12.4
	119番し医療機関を受診するように勧奨	21	15	36	0.2
	直ぐに受診するように勧奨	793	651	1,444	6.1
	診療時間内に受診するように勧奨	1,523	596	2,119	9.0
	症状の改善が無ければ受診するよう勧奨	1,162	1,550	2,712	11.5
	不安があれば再度連絡するように案内	—	1,887	1,887	8.0
	その他	171	54	225	1.0
相談対応者の感想	十分に納得した	5,442	782	6,224	67.8
	大体納得した	1,249	1,528	2,777	30.3
	納得できずに迷いがある	24	9	33	0.4
	納得できずに不満	3	2	5	0.1
	その他	18	5	23	0.3
	不明	78	34	112	1.2

※「相談対応者の感想」法研分はH28.8月からH29.3月までの集計である。

表 1 平成 28 年度県小児救急医療電話相談事業実績

3) 相談児の年齢は例年と傾向は変わらず、3 歳未満で相談件数の半数以上を占めた (図 3)。法研のデータも同様であった。

4) 相談者の住所別に見ると、例年と同じく山口市が最も多く、次いで下関市、周南市の順だった (図 4)。法研のデータは、集計方法が異なるため図には入れていないが、ほぼ同様の傾向であった。

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

対応結果については、「助言・指導のみ」が半数近くで最も多いが、前年よりはやや減少している。初めから受診ありきで「今から受診できる医療機関を教えて」という電話が目立ってきている影響かもしれない。

6) 相談内容は例年と同じく、疾病が約 8 割、事故が約 2 割を占めていた。疾病の内訳も変わらず、「高熱が出た」「熱が下がらない」など発熱に関するものが最も多く、次いで嘔吐や下痢などの消化器症状、発疹や水疱などの皮膚症状の順で、耳鼻科、眼科、歯科関係の疾患、予防接種や薬剤に関する相談も多かった。

一方、事故の内訳は頭部・顔面の打撲・外傷が最も多く、次いで誤飲が多かった。

7) 相談員の判断する「相談者の納得度」については、ほとんどが納得しているという結果だったが、「納得できない・その他」も 123 例あった。今回、この 123 例の相談記録用紙を確認したところ、理由が明らかな「クレーム」が含まれる一

方、通常の相談が行われた様子なのに「納得できない」にチェックが付いており、相談記録用紙の情報では状況が分からない例も多数あった。現在、山口県では県医師会担当時間の相談内容は録音されていないが、このようなケースの検討のためにも録音の導入が必要と思われた。

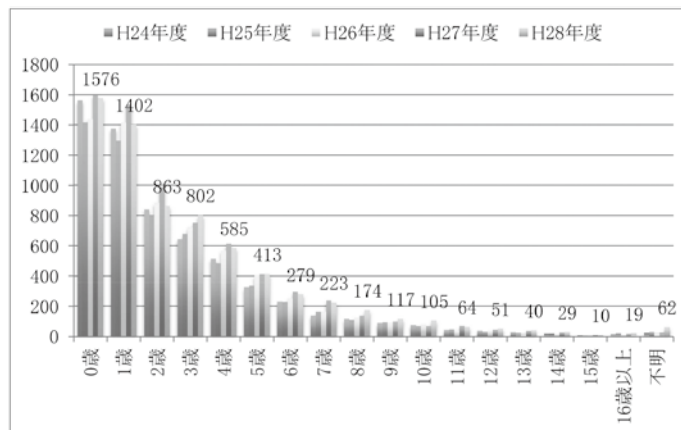


図 3. 相談対象者年齢別相談件数
(医師会集計 数字は H28 年度の件数)

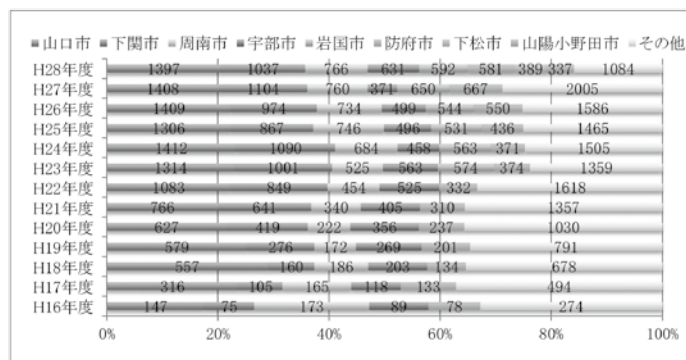


図 4. 相談者住所別件数 (医師会集計分)

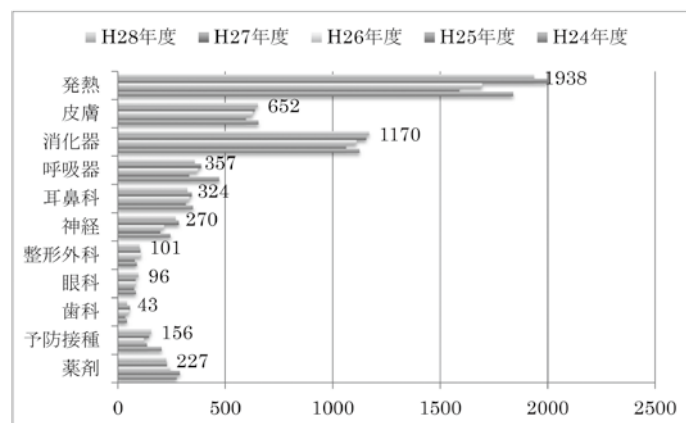


図 5. 相談内容
(医師会集計 数字は H28 年度の件数)

まとめ

1) 電話相談件数は、平成 28 年度は医師会の集計（19 時～23 時）で 6,814 件、法研の集計（23 時～翌朝 8 時）3,649 件を加えて総数 10,463 件だった。

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

3) 相談児の年齢は、例年通り 3 歳未満が多く、約半数を占めた。

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

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

6) 相談者の様子の「納得できない・その他」123 例について検討したところ、理由が明らかな「クレーム」もあったが、記録用紙の記載のみでは状況がわからないケースも多く、録音の必要性を感じた。

労働省の「平成 28 年度小児救急電話相談事業対応者研修」に参加されたので報告していただいた。
概要は以下のとおりである。

1. 救急医療体系図

現在、国の考えている救急医療体系は下図に示すとおりである。#8000 は初期救急医療のさらに一つ前になる。

2. 小児救急電話相談事業（#8000）

事業概要：地域の小児科医師等による小児患者の保護者向けの電話相談である。地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進のため、全国どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられることを目標にしている。

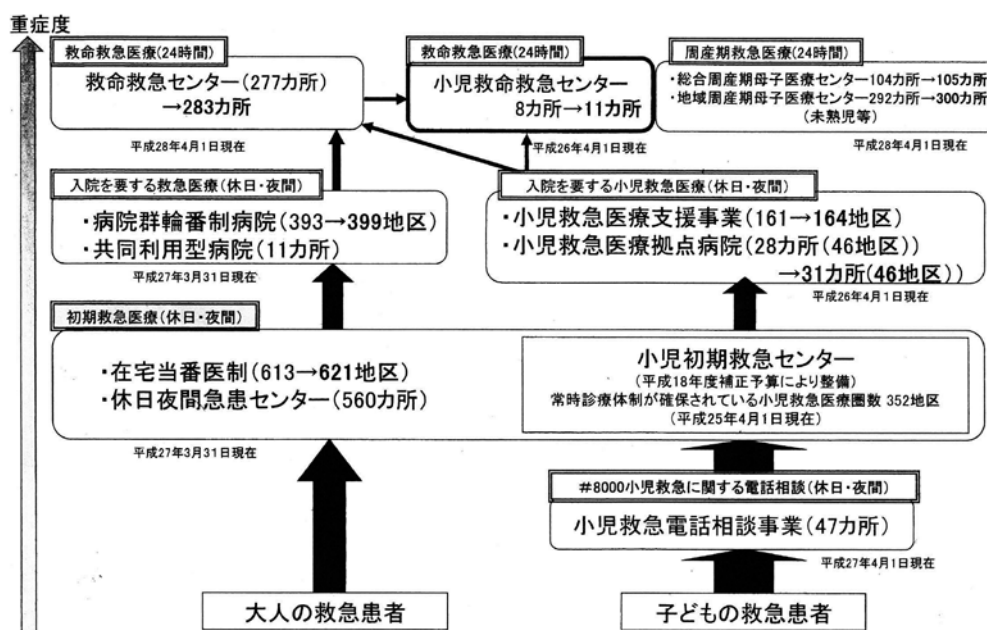
小児患者の症状に応じた迅速な対応、緊急性を伝えることによる保護者の不安解消を目指す、休日・夜間における地域の小児救急医療体制の充実策の一つと言える。

実施状況：47 都道府県で実施されている。実施日は地域の実情に応じた対応となっており、実施時間帯は概ね準夜帯（19：00～23：00）をカバーしている。携帯電話から短縮番号「#8000」への接続が可能である。

Ⅱ．平成 28 年度小児救急電話相談対応者研修報告

西村 優子（下関地区）

平成 29 年 3 月 4 日に横浜市で開催された厚生



3. #8000 全国相談件数

(平成 16 年度～平成 27 年度)

グラフに示すように、全国の #8000 相談件数は年々増加している。

4. 対応結果別割合

(平成 19 年度～平成 27 年度比較)

対応結果「すぐに 119 番通報するか、病院へ」「今晚でなくても昼間かかりつけへ」「心配はないが何かあれば病院へ」「その他（主に育児相談）」別の割合はグラフに示すとおりである。

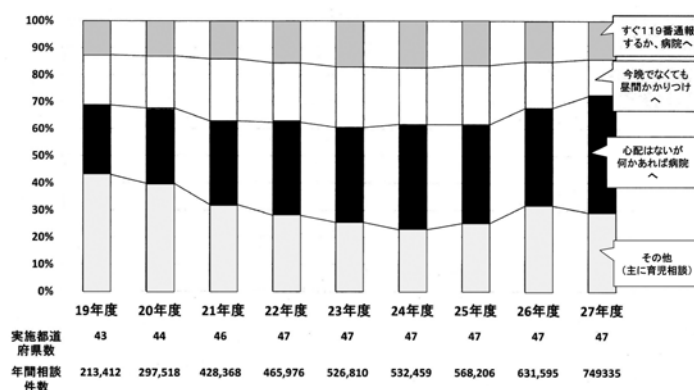
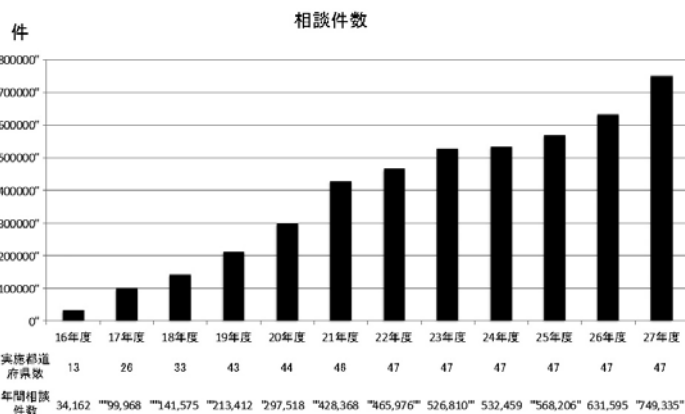
5. 「アンパンマン」が #8000 の公式キャラクターに

#8000 の認知度は、まだまだ十分とは言えない。そこで、アンパンマンが #8000 の公式キャラクターとなって、ポスターなどを通じて #8000 の周知に努めることになった。

6. まとめ

～電話でのコミュニケーション～

電話相談では、常に保護者の立場になり配慮の心をもって接することが重要である。保護者がどのような不安や期待を持って電話してこられたかを常に考え、想像し、期待に応える応対を目指すためには、まずはきちんと聴くこと。まずしっかり聴くことで、保護者の置かれた状況や感情が理解できる。話す際は、その保護者の状況や理解度などに合わせた話し方で、感情にも十分配慮して会話を進める。また、せっかく保護者を理解したり共感の気持ちを持ったりしても、電話の場合は、



(注) 電話相談を受けた小児科医、看護師等による回答に基づいて集計したものであり、実際の受療行動ではない。
出典：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

言葉に出して表現しないと、そのことが伝わらないことが多くある。相槌や共感の言葉などは、積極的に言葉にして伝えることが大切である。

Ⅲ. 小児救急電話相談における医療従事者の陥りやすいポイント～録音を聴いて、考える～

大阪小児科医会理事／

NPO 法人小児救急医療サポート

ネットワーク代表理事 福井 聖子

福井先生は、ご自身のご経験から「子どもをみること」が母親の立場と医師の立場で全く違うことにまず触れられてから、ご講演が始まった。

本日の研修会の目的

小児救急電話相談の役割を理解し、自己の電話相談技術のスキルアップの工夫につなげる。

①小児救急電話相談の意義は、保護者の問題解決の援助であることを理解する。

②相談者が受療行動について判断できるための相談のあり方について、具体的に考えていける。

③相談者の真の目的を理解し、相談者のニーズに沿った相談のあり方について、具体的に考えていける。

病気の時の家庭の役割・医療機関の役割と #8000 の位置づけ

病気の時の役割は、家庭は「病気に気づく」「体調を見分ける」「受診を決める」「過ごし方を工夫」であり、医療機関は「診察」「診断」「治療」「指導」である。

家庭で「病気や体調の判断」を行い、見守るのか医療機関を受診するのかを決定する必要があるが、少子化・核家族化がすすみ、祖父母を含めて「子育ての経験」が乏しい家庭が多くなり、判断ができないため 1 次救急に頼らざるを得なくなっている。電話相談は家庭での「病気や体調の判断」をサポートし啓発するものと考えられる。つまり、医療機関のように「診察」「診断」「治療」「指導」するのではなく、家庭で「病気に気づく」「体調を見分ける」「受診を決める」「過ごし方を工夫」するための情報提供が #8000 の役割と言える。

電話を考える

電話とは、顔の見えない、声だけのやりとりであり「かけ手主導性」「不確実性」「匿名性」という特性がある。そして、電話相談のできることは、かけ手の保護者の聞きたいことに応じることであり、医療者の言いたいことを伝えることではない。「聴くこと」は電話の最重要ポイントであり「話をさえぎらないで、よく聴く」「電話した意図を捉える」「今までの経過と、どうしたいかを聴き取る」必要がある。

電話は、今〇〇で、「聞きたい」から利用

相談者は「今の症状・今の出来事の相談」したいから、「今、心配になって」電話をかけているので、今を起点に考える。まず今の子供の状態を確認する。状況把握のための最初の質問は「いつからですか？」ではなく「今、お子さんは、どうされていますか？」が重要。そして、会話の「不確実性」に配慮しながら、今の状態把握をする。「今どうしている？」「今から眠れる？」「今まで飲んだ？」など。さらに電話から聞こえる音も、今の状態把握に役立つ。咳や呼吸音、テレビやゲームの音、泣き声にも注意する。また、聴き取るべき

情報として「子どもの状態」だけではなく「保護者の心配ポイント」そして「保護者の状態」も重要である。

十分に聴く

「なぜ今？」「なぜ電話？」「なぜこのような話？」を十分に聴く。「今、どうしているのか、今まで、どうしてきたのか」を聴き、状況を捉える。「何が聴きたいのか。困っているのは何か」を聴き、困りごとを捉える。「どうしたいのか」を聴き、意図を捉える。

ここから、実際の録音を聴いて各班（山口県の相談員、救急隊員の方々）で話し合うことになった。

ケース 1 蜂に刺された 5 歳男児

「1 時間前に公園で刺された」
「ふくらはぎ全体が腫れている」
「刺された跡はある」
「痛がるけどゲームをしていて状態は普通」
「さっきおばあちゃんがキンカンを塗った」
（この後、同じような話が続く）

「なぜ電話をしたのか」「何を一番聞きたかったのか」「お母さんはこの後どうしただろうか」などをチェックシートに記載してディスカッションすることになった。

A 班

「キンカンを塗ったのが良かったのか？」
「これからどうすればいいのか？」

C 班

「子供はゲームをしている。母親は刺された部位の確認はしている」
「キンカンを塗ってよかったか」
「病院へ行かなくても大丈夫と確認したい」

B 班

「痛みがあって腫れていることへの対応」
「刺されていることへの対応は？キンカンを塗って大丈夫か？」
「受診は？」

D 班

「お母さん、ご兄弟、お姑さんが登場する」

「キンカンがいいのか？」

「受診しなくても大丈夫と言ってほしかった。お姑さん対策」
などの意見が出た。

福井先生からは、
子どもの状況をまず捉える

この例は、「元気（ゲームをしている）」に至るまでに無駄な会話が多い。

相談者の意図を捉える

実はこの例は、「受診しないでよいと言ってほしかった」のだが、それを十分に捉えられていない。だから、話し合っても意図にたどりつけない班が出た。

電話相談では状況と意図を捉えることが重要と説明があった。

このケースでは、相談員が不安だから「念のため受診を」と言っているのもよくない点であると指摘された。

次に、同様の事例で上手く捉えられているケースの録音を聴いた。

前のケースと比べて、
①話の聴き方で緊急性が低いことが早くわかる。
②何を期待して電話したのかを聴き出せている。
③相談員が「受診しなくていいよ」と言わずに、受診の目安を伝えて母親が判断できるように情報提供できていた。

以上の点で優れていた。迅速に対応できていたことも前のケースと異なっていた。

受診の必要がなさそうなケースであっても「心配なので受診します」と言われる場合はある。相談員は敢えて否定はせず「受診したほうが安心ですね」と肯定する方がよい。逆に、受診を勧めたいケースで「受診したくない」と言われる場合は難しい。緊急性のあるケースでは強く勧める。緊急性はないが受診した方が望ましいケースでは「こういう時は受診を」と説明する。単に「心配なら」ではなく、具体的な情報提供が必要である。

ケース 2 鼻血の 3 歳女の子

「昨日、鼻血が出た。」

「今日は発熱。さっき寝ていて、また大量に鼻血。」

「今は、鼻血は止まっている。」

「きょうだいがいて、受診しにくい。」

「なぜ鼻血を繰り返すのか」

相談員「今から受診できる病院を探しましょう」

福井先生は、発熱に関する状況確認や出血傾向の確認をせず、不安な点についても応じず、安易に受診を勧めて相談になっていないと指摘。「鼻血は繰り返すことは多いです。普通に止まるなら緊急性はないです。発熱については、明日小児科を受診しましょう」でよかったのでは、とのことだった。

ケース 3 咳がひどい 6 歳男の子

「昨日から咳き込みがある。」

「夕方から熱も 38.8℃ある。」

「インフルエンザなのか風邪なのかわからないので、今から受診した方がいいか」

「いつも使う坐薬を使ってもいいか」

相談員「検査は半日経たないと出ない。タミフルも 48 時間以内に使用する。今受診の必要はない。もしインフルエンザでも、アセトアミノフェンの座薬は使用してもよい。朝、解熱していても否定はできないので、受診を。」

福井先生は「この相談員さんは普段、解熱剤を勧めない人だが、お母さんが使いたいという意図が見えたので、それに合わせている」と説明された。

電話相談が日常診療と異なるその他の特徴

#8000 の守備範囲は健康～緊急まで。つまり受診未満を含む。保護者は長期間、寄り添うので、観察ポイント・目安・時間的見通しを伝え、夜間いつでも電話をと話す。責任をもって、答えを出すのではなく、保護者の力を信じて、どのようにすればいいのかを指示する。これは決して責任転嫁ではない。

精度を追求しない。

天気予報で「降水確率 90%」は雨と考えるが、10% は晴れである。「○○だったら、お家で」と

説明して「それで、大丈夫でしょうか」と問われ「心配だったら受診してください」では、「降水確率 10% です」という予報に「雨は降らないですか」と問われ「心配だったら傘をもって行ってください」と言うようなもの。

予報は「晴れ」の一言があるとわかりやすいように、「○○だったら家で様子を見ることができると 100% でなくても明確に言って、観察ポイントを伝える。

具体的に伝える、背中を押す

「心配だったら受診してください」ではなく「○○のことがご心配なんですね」「○○のことがご心配なら明日受診された方が・・・なので、いいのでは?」「○○の状態だったら、明日受診でいいと思いますが、今診てもらった方が安心はできますね」と具体的に伝えること、背中を押すことが重要。

その他、医療関係者に起こりやすい注意事項

言葉の使い方の違いがある。例えば「不機嫌」は「元気がない」ではなく「怒っている」ととられることがあり、「炎症」「冷却」「水分補給」「咀嚼」なども一般には日常的にあまり使われない。脱水とオシッコの関連も分からない。

また、医療関係者は保護者の対応をチェックして、正しい方法を指導しようとするが、「してきたことを評価する・励ます」、「すでに起こった出来事を否定的に捉えない」方が良い。

症状の確認事項と緊急性

緊急性が疑われる事態を聞き逃さない。絶対受診が必要な状態ではないと分かれば、保護者の裁量で行動決定できる。

大阪府 #8000 における 2 ～ 3 か月児予防接種と発熱と対応

一般に 2 ～ 3 か月児の発熱は重症疾患が隠れていることがあり、夜間でも受診を勧めることが原則だった。しかし、ワクチン後に発熱が見られるケースが多くなってきたため、ワクチン後の発熱に関しては、

1. 接種後 2 日以内の発熱
2. 機嫌や哺乳力は悪くない
3. 発熱は一過性で、24 時間以内に解熱

以上の 3 点から外れる場合に受診を勧めること

としている。

家庭での対応は、そのまま涼しく過ごすか冷却して様子を見る。解熱剤は処方されていれば使用可だが、常備していなければ勧めない。

次回予防接種時の注意だが、ワクチンによって 2 回目に副反応を繰り返す場合と軽減する場合がある。次の問診の時に、今回の経過を伝えた方がよいと説明する。

新生児の全身状態の見方、受診の目安

「お乳を飲もうとしない」「鳴き声が弱々しい・甲高い」「ずっと不機嫌」「皮膚がまだらに見える」場合はすぐに受診を勧める。

「熱い気がする」「37.5℃以下でお乳は飲む」「泣き声は元気」であれば家で様子を見る。心配なことや聞きたいことに答える。

虐待が疑われるケース

①乳児期早期で自分から動かない月齢なのに転落、②きょうだいが落とした、叩いたなどの説明、③話題の中に不適切な扱いが出てくる、等があるが、会話では分からない例もあり、小児救急電話相談で判断するのは難しい。詮索しない。カウンセリングもできない。淡々とすぐに医療機関受診を勧める。

ネット情報などに対して

知識で勝負しない。自分の知らない知識には、謙虚な姿勢で臨む。自分の知識については、考え方を伝える。そして、情報に振り回されない。保護者はその情報のどんな点が心配か、子どもの今の状況にあっているのかを一緒に考える。

#8000 の意義

電話をかけた保護者が、落ち着いて子どもをよく見ることができる。そして保護者の孤立感を減らし、アドバイスを受け入れながら自分で決めることができることが大事である。不安の解消より、受け止めをまず考える。それができなければ、保護者は落ち着いて見ることができず、混乱・困惑、依存または放任へと繋がってしまう。保護者が本当に聞きたいことを聞いた時に信頼感、安心感や子どもを見ようとする気持ちが湧いてくる。これが電話相談のやりがいと言える。

第 52 回 山口県医師会ゴルフ大会

と き 平成 29 年 11 月 3 日（金・文化の日）
ところ 宇部 72 カントリークラブ 万年池東コース

[報告：長門市医師会 吉村 晃]

平成 29 年 11 月 3 日（文化の日）、萩市・長門市の両医師会引き受けて、第 52 回山口県医師会ゴルフ大会を宇部 72 カントリークラブ万年池東コースにおいて開催いたしました。

今回は、主に長門市医師会が中心となり開催させていただきました。

6 月より長門市医師会ゴルフ同好会のメンバーで準備を開始しました。

当医師会も会員の減少に伴い同好会の人数も減少し、引き受けができるか否か不安もありましたが、皆様のご協力のお陰で無事開催にこぎつけることができました。

当日は週末ごとの季節外れの台風接近により、天候も心配されましたが、快晴、無風の最高のコンディションとなりました。

県内各医師会から総勢 54 名（40 歳～ 83 歳）の先生方に参加していただきました。

ご多忙の折、多数ご参加いただき感謝申し上げます。

大会は 14 組に分かれ、予定通り 9 時 03 分 OUT、IN 同時にスタートし、秋の日差しを浴びながら、会員同志の親睦、交流を深めました。日頃の練習の成果、個々の実力を十分出し切っていただけたのではないのでしょうか。

途中、昼食をはさみ、皆様のご協力のおかげで、大きな遅れやトラブルもなく、すべての組がプレーを終了することができました。

その後の懇親会は、和やかな雰囲気が始まりました。まず当会の友近康明 代表理事、山口県医師会の河村康明 会長のご挨拶の後、先日、旭日小綬章を受章された小田悦郎 先生からのお言葉もいただきました。

続いて成績発表を行い、優勝者は当会の友近先生、準優勝は徳山医師会の大城研二 先生、ベストはグロス 84 のスコアで下関市医師会の藤野俊夫 先生でした。

賞品は数多く準備しておりましたが、いかがだったでしょうか？今回は優勝賞品としてダイソンコードレスクリーナーを準備していましたが、引き受け医師会から優勝者が出て少々心苦しく思っております。

最後に、次回引き受けである小野田医師会の西村公一 会長よりご挨拶をいただいた後、会を終了いたしました。皆さん、次回は是非奮ってご参加下さるよう、お願い申し上げます。

成 績 表
(上位 10 位)

順位	氏名	医師会
優勝	友近 康明	長門市
準優勝	大城 研二	徳 山
3 位	吉金 秀樹	吉 南
4 位	吉村 晃	長門市
5 位	杉尾 嘉嗣	徳 山
6 位	毛利 久夫	岩国市
7 位	藤野 俊夫	下関市
8 位	斎木 正秀	長門市
9 位	小林 秀樹	宇部市
10 位	賀屋 茂	徳 山

山口県医師会ゴルフ大会に優勝して**長門市医師会 友近 康明**

平成 29 年の第 52 回山口県医師会ゴルフ大会は、長門市医師会（萩市医師会と合同で担当）が引き受けさせていただきました。当日は天候に恵まれ、2 週連続で発生した台風の影響で、ゴルフ場がかなりダメージを受けていたと思われましたが、さすが名門「宇部カン万年池東コース」のスタッフの皆様には非常にいいコースコンディションに仕上げていただきました。

なんと、引き受け医師会の代表理事の分際で優勝してしまいました。スコアは 46(OUT)、42(IN) の 88 (GROSS) でした。あとで詳細を確認したところ実は OB 3 発、1 ペナ 1 発がすべて隠しホールにはまっていたと、たまたまとれた 2 パーディーが外れていたことが 20.4 の HDCP をいただき、NET67.6 のスコアで優勝となりました。

思い起こしますと、平成 14 年に第 37 回山口県医師会ゴルフ大会が和木ゴルフ倶楽部で開催されましたが、この時も優勝していますので 2 回目の優勝になります。当時の記録を調べてみると 44-42 の 86 で OB 3 発がすべて隠しホールにはまっていた。結果的には 2 大会ともダブルペリアをうまく利用したというか、助けられたということになります。ただ、15 年経っていますがゴルフの腕前は全然進歩していませんね。

恵まれたと言えば、天候やダブルペリアにはまったことだけでなく、同じ組で同伴していただいた先生方にも大変感謝いたしております。我々実行委員会が組んだ組み合わせとはいえ、前山口県医師会長の小田悦郎 先生（前日に秋の叙勲、旭日小綬章の受章が発表されました）、現山口県医師会長の河村康明 先生の、ともにすごく偉い 2 人の先生と、同期で現萩市医師会長の中嶋 薫 先生とのラウンドは、私の知らない事（医学以外のことも含めて）を教えていただきながら、冗談も交えて非常に楽しく、大たたきして何度も心が折れそうになった時も慰め、勇気づけていただきました。ただ、ラウンド開始早々から河村先生は、私に対して優勝候補とか優勝確実だとかしきりに煽り立てておられましたが、私は優勝するなんて全く考えていませんでしたので、さほど気にはなりません

でした。表彰式の段階になっても事前に成績表を確認することなく、引き受け医師会長として賞品授与を開始しました。自分の名前がなかなか出てこなかったのですがあまり気にならず、淡々と任務を遂行していましたが、2 位の発表時点で何か変だな？ちょっと確認してみようかな？と思い、隣にいた実行委員に確認してこけそうになりました。まさかの優勝。やってはいけないことが現実になってしまいました。河村先生の煽りと思っていた予言が見事に的中した瞬間でした。自分たちで買った 1 位の賞品であるダイソンの掃除機を自分たちで持ってきて私が持って帰ることになりました。変な気持ちでしたがちょっとだけ幸せを感じました。

いつまでゴルフができるかわかりませんが、体力と気力が続く限り今後も楽しくラウンドしていきたいと思います。この度は参加していただき、盛り上げてくださいました会員の皆様に心より感謝申し上げます。



山口県医師会産業医研修会

と き 平成 29 年 12 月 2 日（土）15：00～17：15

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 過重な長時間労働やメンタルヘルス不調などの問題がある中、最近では、治療と職業生活の両立支援が新たな検討課題となっており、適切な就労支援についての知識を広めていただきたい。

特別講演

1. 最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部

健康安全課長 藤村 祐彦

※講演内容については、本会報平成 29 年 11 月号（936～943 頁）に掲載している同年 9 月 9 日開催の研修会の報告記事を参照されたい。

2. 治療と職業生活の両立支援

～意見書・復職診断書の書き方～

産業医科大学保健センター

副センター長 立石 清一郎

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会広報・情報課

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

第 16 回「学びながらのウォーキング」大会

と き 平成 29 年 11 月 23 日（木・祝）

ところ 講演会：秋吉台国際芸術村

ウォーキング：秋吉台

〔報告：山口県医師国民健康保険組合常務理事 沖中 芳彦〕

今年も、11 月 23 日（木・祝）に山口県医師国保組合の保健事業「学びながらのウォーキング」大会を開催した。

昨年のウォーキングコースは山口市の市街地～山道のコースであったが、今年は秋吉台であった。

さて、例年と同じく、山口市（総合保健会館）に集合する方々、及び秋吉台国際芸術村に直接集合する方々の 2 か所に集合場所を設置し、山口市集合者は大型バスで目的地に向かった。

大会開始にあたり、河村康明 理事長による主催者挨拶の後、秋吉台科学博物館の藤川将之 氏に「秋吉台を楽しもう！」と題してご講演をいただいた。地質学の専門家として、カルスト台地・鍾乳洞の魅力を伝えていただいた。

なお、秋吉洞は多くの方から「しゅうほうどう」と呼ばれているが、正しくは「あきよしどう」であり、市町村合併により秋吉町しゅうほうちやうができたことなどが間違いを引き起こす原因となったらしい。また、昔ここは海であったが、プレート・テクトニクスにより陸地になった、というお話に皆驚かされていた。

さて、講演会終了後、ウォーキング指導者として、健康運動指導の経歴を持つ恵美須勝美さんから、ウォーキングの効用・注意事項のご説明をいただき、一同、バスに乗って、秋吉台の長者ヶ森駐車場へ移動した。入念な準備体操を行ってウォーキングスタート。

向かう場所は、約 1.3km 先の長者ヶ森展望台。ここは、カルスト台地を横切る一本道

（カルストロード）からは車で乗り入れることができない場所にある。秋吉台から一旦離れ、美東町経由で大回りすれば車でも行けるが、その道はあまり知られておらず、穴場的なところではあるが、展望台もあり、より広く大地を見渡することができる。しかしながら、それだけ風は強く、当初の予定通り同所での昼食となったものの、当日は冷たい強風に吹かれ、凍えながらの食事となって



しまった。

例年は、ぽかぽかと暖かい太陽の下で昼食をとって一息ついていたところだが、今回は予定を繰り上げ、食後すぐに午後のウォーキングを開始した。

一旦冷えた体を温め直すかのように、長者ヶ森へと歩きだした。そこから左に大きく曲がり、最終地点の秋吉台カルスト展望台に向かった。

草原は、季節的に半分以上が枯れ草とはなっているが、一面に背の高いススキの穂が風で大きく揺れていた。夕日が差す頃に晴天であれば、きらきらと黄金色に輝いて見えるはずだ。

コースは緩やかなものの高低差が多くあり、ゴツゴツした石灰岩の白い岩肌が辺り一面に広がっている。前日の雨のせいで水たまりやぬかるみができてはいたが、皆楽しそうにおしゃべりをしながら進んでいく。遊牧場、そして、若竹山のスロープを通り抜け、しばらくすると、最終地点の展望台が見えてきた。

約 5km を歩いたところで多くの観光客で賑わうカルスト展望台に到着し、ウォーキングは終了。

全参加者が到着するまで休憩し、全員がバスに乗り込んだことを確認して、山口市方面と秋吉台国際芸術村にそれぞれ向かい、解散となった。



前日は強い雨であったが、当日は晴れ時々曇りであり、ウォーキング開始前にはまずまずのイベント日和と思われた。明るく太陽が照らしているものの、雲の動きにより日陰になると、風がとても冷たく感じる一日ではあったが、秋吉台でこの距離をウォーキングする機会というのは、なかなか無いのではなかろうか。

カルストロードを車で一気に走れば爽快感はあるのだろうが、ウォーキング専用コースをゆっくりと自らの脚で歩くことで、違う角度で景観を楽しむこともできたので、参加者には楽しんでいただけたのではないかと思います。



平成 29 年度 第 48 回全国学校保健・学校医大会

と き 平成 29 年 11 月 18 日 (土) 14:00 ~

ところ 三重県総合文化センター

主 催 日本医師会

担 当 三重県医師会

報告：副会長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文

今回の標記大会は三重県医師会の引き受けで開催され、本会からは濱本、藤本が出席した。午前中は 5 会場で分科会、午後からは表彰式、基調講演、シンポジウム等が行われた。

次期担当県は鹿児島県医師会で平成 30 年 10 月 27 日に開催される予定である。

以下は当日の報告であるが、ここでは第 1 分科会、第 2 分科会について報告する。なお、第 3 分科会は「『からだ・こころ (3)』こころ・心臓検診」、第 4 分科会は「耳鼻咽喉科」、第 5 分科会は「眼科」の内容であった。

第 1 分科会 [からだ・こころ (1)]

成長曲線・生活習慣病・学校健診 ほか

1. 成長曲線を瞬時に描く学校健診用エクセルソフトの開発

奈良県医師会 高橋 泰生

平成 27 年に日本学校保健会から『児童生徒の健康診断マニュアル (改訂版)』が出版され、「子どもの健康管理プログラム」が添付、無償配付された。しかし、このソフトには多くの問題点があり、解決するためには学校医の立場でソフトの設計段階から関わる必要があると考え、自前でソフト開発を試みた。

問題点を以下のとおり見出した。

- 1) 学籍簿がなく、ID 番号もない。
- 2) 一人ずつ、在学年分の身長・体重の入力が必要。初めて使う場合には、小学 1 年生は 1 年分だけだが、小学 6 年生は 6 年分の身長・体重の入力が必要になる。

3) 9 つの成長異常群が設定されているが、中学生では 4 分の 1 の高頻度で異常群にリストアップされ、成長異常群の検出基準にもいくつか問題がある。

4) 印刷までに長い時間を要し、異常群・非異常群のデータを抽出する Excel マクロボタンは、実行に 240 名で 25 分以上かかる。全員の成長曲線グラフが多数のファイルに分割されて作成され、ファイル整理に相当な時間がかかる。

以上の問題点から、配付ソフトは全生徒の成長曲線描出に重点を置きすぎており、春秋の学校健診用に使用するには不向きと判断した。そこで、われわれは学校健診の円滑化を目的に操作を担当する養護教諭の使いやすさを第一に考えながら、入力の手間は最小限に、マクロボタン実行時間は分単位ではなく秒単位になるように、3 つのプログラムからなるシステムを作成した。本会では、このソフトをホームページ (<http://nara.med.or.jp/>) に公開する予定である。

2. 児童生徒の成長曲線・肥満度曲線についてのアンケート調査

愛知県医師会 松川 武平

名古屋市では、平成 28 年 4 月より成長曲線・肥満度曲線を導入して栄養状態を把握し、異常な場合に「受診のお勧め」に繋げるよう指導している。

この曲線は児童生徒の健康度を把握する意味では重要なものだが、学校医がどの程度理解し活用できているか疑問であったため、名古屋市の学校

医がどのように捉えているかを把握するための調査を行った。

結果

1) 29%の学校医が「平成 28 年度から座高の測定を廃止し、成長曲線及び肥満度曲線をチェックする」ことになったことを知らなかった。2) ほぼ 20%の学校が成長曲線・肥満度曲線を作成しておらず、学校医が成長曲線・肥満度曲線を見ていなかったのを合わせると、55%の学校医が見ずに終わっていた。3) 46%の先生は内科健診時にチェックしていた。4) 肥満に関しては 21%の先生が、やせに関しては 25%の先生が指導していた。5) 精査を必要とした生徒数は、1%以下の学校が 65%、1～数%以下の学校が 29%であった。6) 意見としては、「あまり意味がない」、「理解できない」との否定的な意見が 28 件、「意義はあるが大変」との意見が多く 97 件であった。

今回の調査で、半数以上の学校医が成長曲線・肥満度曲線を認識していなかったことがわかった。また、指導に繋げている学校医は 20%程度で、まだまだ理解が足りないものと思われた。

成長曲線・肥満度曲線については、日本学校保健会の「子どもの健康管理プログラム」を使用しているが、これは 9 つのチェック項目で自動的に異常者をピックアップするシステムであり、簡単に異常群を選別することができるようになっている。成長曲線・肥満度曲線は、内科健診時に児童生徒の健康度を見る上で重要な指標の一つになるものと思われ、時系列での変化を見ることで体質性の肥満・やせか病的な肥満・やせかの大まかな判断をつけることが出来る。限られた時間での内科健診では、指導する時間はなかなか持てないかもしれないが、受診勧奨につなげることは可能であり、上手く活用していただきたいと願っている。

3. 大阪市学童・生徒のやせと肥満

ー地域別格差の検討ー

大阪府医師会 高屋 淳二

肥満がアンバランスな食事から生じることは明らかだが、子どもたちの食事が家庭の諸条件から、やむなく緊迫している地域があることを知った。

そこで、年 2 回行われる身体計測の資料をもとに「大阪市内の学童・生徒の肥満とやせの地域分布の偏りを明らかにし、その原因はいかなるものか」を明らかにする目的で検討を行った。

方法と対象

小学校 106 校と中学校 42 校の学童・生徒を対象に、平成 27 年度に実施された健康診断の体重と身長をもとに、生魚らが報告した計算式で「%肥満度」を算出し、検討した。

肥満の程度として 50%以上を高度肥満、30～50%を中等度肥満、20～30%を軽度肥満とし、20%を超える場合を肥満傾向児として、肥満度が－20%以下をやせと定義した。

結果

都道府県別に子どもの貧困率をみると、沖縄県が突出しているが、大阪府は全国で 2 位に位置づけられる。大阪市 24 区でも、平均所得にかなりの幅があり、24 区別に平均所得と学童・生徒の肥満度との相関をみると、平均年収と肥満度には明らかな負の相関が見られる。

1) 男女とも小学 5 年生に中等度/軽度肥満のピークを迎える

2) 学年が上がるにつれて高度肥満とやせは増加し、中学 3 年では意外にも男子のやせが女子を上回る

3) %肥満度は、地域による偏りがみられた

小学 1 年女子 6.34 ～ － 0.48

小学 1 年男子 4.22 ～ － 2.01

4) 平均肥満度は小学校 1 年男子と全学年女子で該当区の平均年収と負の相関がみられた。

4. 呉市における小児生活習慣病予防検診

広島県医師会 中 真理子

小児肥満は、思春期以降に持ち越すと成人肥満に移行することが多くなり、将来、高脂血症、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病など生活習慣病を発症することが心配される。また、肥満児では小児期より既に高脂血症や脂肪肝などの異常を有し、経過観察や治療を必要とする症例も少なからずある。小児肥満は生活習慣病予備群と考えるべきであり、小児期から改善を図る必要がある。

(1) 平成 3～22 年度までの予防検診では、学校

医による内科健診時に、小学校 4 年生、中学校 1 年生の中等度以上の肥満者を対象に通知、医師会事務局が窓口となり、希望した児童、親子に医師会病院に来てもらい、身体測定や検尿、採血等の生化学検査を行う。

(2) 現在の予防検診は平成 23 年度より対象範囲を小・中学校の全学年に拡大し、学校医による内科健診の身体測定結果より、小児生活習慣病のリスク判定を行い、リスクのある児童生徒全員に二次検診を勧奨する方法に変更。これにより、対象児童生徒数が大幅に増加するため、医師会病院や医師会事務局のスタッフが窓口になっていた従来の実施方法は中止し、検診と生活指導及び運動指導などを協力医療機関にて実施する方法に変更。

現在行われている検診内容

- ・対象は呉市小・中学校全児童生徒のうち身体測定で肥満度が 20% 以上の全児童生徒に、内科健診時に学校医の判断を仰ぎ学校から受診勧奨する。
- ・検診、指導を実施する医療機関は予め募っている。
- ・医療機関の受診は、肥満症として保険診療。
- ・医療機関で改めて問診し血圧、検尿、身体測定より肥満度を出し、受診時、肥満度 20% 台で指導を行う。なお、肥満度が 30% 以上の児童には血液検査を実施する。
- ・検診後の指導は各医療機関で個別に実施。

変更後の特徴

- ・医師会病院から協力医療機関に変更したことで、対象児童が受診しやすくなった。(協力医療機関が学校医やかかりつけ医であることもあり受診しやすい。)
- ・協力医療機関には、小児生活習慣病予防健診部会でマニュアルを作成し配付、それに則り、検診、指導してもらうため、それらが標準化されている。
- ・二次検診結果は、口頭で個人情報の管理の同意を得て、小児生活習慣病予防健診部会で受診率、経過を検討し、問題点や改善点を検討することが可能となった。
- ・教育委員会の理解、協力のもと、小・中学校の学校医及び養護教諭の協力を得ている。

(3) 呉市の肥満児童の実態

平成 23 ～ 28 年度の肥満度 20% 以上の児童の割合は小学校では 7% 台、中学校では 9% 台でほぼ全国平均に準じている。

二次受診率をみると小学校では 25% 程度、中学校では 10% 程度と、中学校で受診率が低下している。

肥満を改善したいと思っている親子には二次検診での食事、生活指導に効果がある。また、小児肥満が成人肥満に移行することを知らない親への指導、教育効果もある。

(4) 今後の課題

- ・二次検診はあくまで学校の勧奨であるため、強制力がない。
- ・保険診療のため、児童生徒側の費用負担が発生する。
- ・以上の 2 点により、受診率は 30% 以下である。
- ・児童生徒が肥満の保護者は、保護者自身も肥満であることが多く、肥満への危機意識が薄い。
- ・保護者への小児肥満の病識の啓蒙が必要である。

5. 広島県における生活習慣病健診について

広島県医師会 渡邊 弘司

小児における生活習慣病予防はその有用性が示され、さまざまな地域で実施されているが、県単位で活動を管理している都道府県は少ない。本会では、県内における各地区医師会の活動を共有する場を設けるとともに、学校現場の最前線に対応していただく養護教諭の意識調査を行った。

回答をいただいた学校における小児生活習慣病健診実施率は 35% だったが、72% の学校から小児生活習慣病健診を必要としているとの回答を得た。これは、現在行っていないものの、機会さえあれば小児生活習慣病健診を行うべきと考えている養護教諭が多く存在することを意味する。しかし、学校で行うべきと考えている養護教諭は約半分であり、負担が増えることに対する危惧が感じられ、可能な限り養護教諭の負担を減らすシステムを考える必要がある。

健診における判定基準については、学校医の診断に委ねるという意見が多かった。日本学校保健会が健診に係るソフトを配布されていること、主

観による判断は継続性に課題があることから、客観的な指標を用いる必要性を養護教諭に理解していただくことが大切である。

小児生活習慣病健診が不要であると回答された方の 45%が、学校で行うべきものではないと回答されているが、これには現在、小児生活習慣病予防健診が学校保健安全法に基づいたものではないことが影響していると考えられる。小児生活習慣病健診の意義を考えれば、心臓検診や腎臓検診と同様に、学校保健安全法に定められた健診に加えていただきたい。

学校における健診に地域差があるべきではない。これまで行われている小児生活習慣病健診の多くは、潤沢な人材と財源を有する大きな市町、又は積極的かつカリスマ的医師がいる市町で行われているが、都道府県全体で標準化された健診を実施している地域はほとんどない。本県においても、医師会も自治体も大きな市町又は熱心な医師がいる小さな市町でのみ実施されていた。学校によって児童生徒の受ける健診内容が異なることは望ましいことではない。このたび本会で開催した協議会において、実施されていない医師会担当者が、他地区の情報を得て積極的な姿勢を示された。今後、情報共有を図ることにより、全県下での健診が実施されるように活動を進めていきたい。

6. 徳島県医師会が実施している小児肥満検診システムについて

徳島県医師会 田山 正伸

本会は小・中・高校生、合計 72,015 人を対象に県内で統一した健康管理システムを構築し、各学校で一次検診を実施しており、その内容に肥満検診を含んでいる。一次検診異常例については、二次検診医療機関を本会が手挙げを募り指定し、受診を勧めている。

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

し、小児期からの正しい健康づくりを推進している。

1) 検診の流れ

①一次検診

(1) 学校及び幼稚園での身長・体重の計測値から肥満度を算出、標準体重は本県の標準値(中央値)を使用し、現在は文科省式を用いている。

(2) 肥満度 50%以上の高度肥満児及び肥満度 25%以上の中等度肥満時児のうち、検診希望の児童生徒に指定医療機関において二次検診を行う。

②二次検診

(1) 問診、身体計測(身長、体重、腹囲、臀囲)、体脂肪率、血液検査(AST、ALT、総コレステロール、LDL・HDL コレステロール、TG、尿酸、血糖、インスリン)、検尿、血圧、腹部エコー

(2) 栄養指導

(3) 運動をする習慣の指導

(4) ストレスをためない指導

(5) 二次検診結果を学校、医師会(生活習慣病予防対策委員会)へ報告

2) 結果

平成 28 年度二次検診受診者 430 人のうち、高度肥満児 213 人、中等度肥満児 151 人、軽度肥満児 60 人であった。性別では男子 276 人、女子 148 人であった。肥満度別の合併症(異常値出現)について、①肝機能障害 ②高コレステロール血症 ③低 HDL コレステロール血症 ④高中性脂肪血症 ⑤高尿酸血症 ⑥高血圧 ⑦空腹時血糖 ⑧高インスリン血症の 8 項目のうち、いずれか一つ以上の出現は受診者全体の約 7 割に、そして、合併症有りの 311 人のうち 175 人は 2 つ以上の項目で異常値を示していた。

合併症は小学生 67.4%、中学生 82.4%、高校生 79.5%にみられた。また、高度肥満ほど合併症を有する割合が高く、全体で軽度肥満 58.7%、中等度肥満 70.3%、高度肥満 83.4%であった。その他、超音波検査を実施した例の半数に脂肪肝の所見がみられた。小児メタボリックシンドローム(6~15 歳)と診断される割合は受診した小学生 8.3%、中学生 31.9%であった。小児肥満症の診断基準に照らし合わせると、受診者全体の

58.2%が小児肥満症であった。

肥満傾向児において、医療機関での医学的チェックと継続的な生活指導は、生活習慣病への移行を防ぐためにも極めて重要である。

7. 学校健診で舌診をする意義はあるか

－健診から考える食育－

神奈川県医師会 会田 秀介

演者は 25 年以上、小学校の学校医をしており、十数年前より側弯検診が導入される前年まで、舌診を全児童に行っていた。舌診は厳格な調査でも、正常異常を確定するためのものでもないが、一瞬で判断できる視覚的観察で、児童全体の健康状態の傾向をつかむために行ってきた。

東洋医学では生体は気血水（き・けつ・すい）の 3 要素が体内を循環することによって維持されていると考えられている。気とは目に見えない生命エネルギーで、生体における精神活動を含めた活動を統一的に制御する要素である。血は気の働きを担って生体を循環する赤色の液体である。水は気の働きを担って、生体を滋潤し、栄養する無色の液体である。気血水の異常は瘀血（血液の循環障害や血液の局所のうっ滞）、血虚（血が足りない状態）、気虚（生きる活力が少ない状態）、気逆（気が上衝する）、気鬱（気のめぐりが悪い）、陰虚（水、つまり体液が足りない状態）や水毒（病的な体液の偏在による）などがある。気血水を判断する助けとなる一手段が舌診で、舌質舌苔を観察する。児童に瘀血や水毒や舌苔の異常は比較的少なく、主として舌色をチェックした。正常であれば小児の舌色は淡紅色である。

2005 年の頃の舌診では 5 ～ 6 年生の一部に血虚が認められた。血虚は栄養欠乏と考えれば、栄養の欠乏が反抗期と呼ばれる思春期の不安定さを示したのではないかと推察した。2010 年頃には 1 ～ 4 年生で、舌色が淡白色を呈する児童が認められた。血虚が低年齢化していったことになる。2014 年頃には 1 ～ 2 年生にも淡白色の舌診所見を認める児童もかなりの数がいた。血虚の低年齢化が加速していったのである。低学年の低栄養が自閉症スペクトラムの増加に関係しているのではないかと推察した。5 ～ 6 年生に瘀血や水毒が認

められるようになり、生活習慣病化の傾向が現れて、脂肪肝、メタボリック症候群や動脈硬化症などの発症と関係していると推察した。

8. 3 歳児健診の眼科検査法を変えよう

岩手県医師会 鈴木 武敏

弱視予防のため、アメリカでは 5 歳までにきちんとした屈折検査を受けることが奨められている。日本の 3 歳児健診での眼科的検査は、子どもの見え方に関する保護者への問診と、印刷物に付属したランドルト環での家庭での視力チェックのみの市町村が多い。しかし、この方法では就学時健診まで見逃される弱視の子どもが少なくない。

岩手県奥州市では 10 数年前から、市専従の視能訓練士が 3 歳児健診を担当し、スキアスコプによる屈折検査と眼位異常の確認のためのカバーテストを行っており、就学時健診時まで放置されている弱視の子どもが激減している。

最近、眼位のスクリーニングもできるとされる手持ちの屈折検査装置（以下、「手持ち装置」）が発売され、自治体によっては 3 歳児健診の屈折検査として導入され始めている。そこで、この手持ち装置の問題点を探り、さらなる弱視の見逃しを減らす方法として、「ST じゃんけんカード」（以下、「JC」）を使用した近方視力検査の併用を提言したい。

眼位スクリーニング検査：内斜系の検査率は高かったが、外斜系に関して発見率は非常に低かったことから、眼位のスクリーニングに関しては、手持ち装置は眼科医や視能訓練士によるカバーテストに代えられない。眼位異常の発見のためにはカバーテスト検査が可能なスタッフが必要である。

屈折検査のみで弱視は見つかるのか：弱視は屈折異常ではなく、視力発達障害である。実際、+ 7D の遠視でありながら弱視を起こしていない例、+ 2D でも弱視である例があり、屈折検査のみでは弱視を見逃すことも少なくない。見逃しを減らすためには、やはり、最低限の視力検査は行うべきである。

現在行われている視力検査は、ランドルト環を使用した遠方視力である。この視標は 3 歳児に

は難しく、検査可能率は高くないことに加えて、小児の弱視のほとんどが遠視によるもので、遠方視力よりも近方視力検査の方が弱視の発見のための理にかなっている。その意味において、3 歳児健診では近方視力検査を行うべきであると考えている。

ST じゃんけんカード：近方視力検査にはランドルト環、絵視標、森実ドットカードなどいくつかあげられているが、いずれも 3 歳児での検査での回答可能率は決して高くない。そこで、日常の遊びとして広く使われるじゃんけんを応用し、2 歳でも視力検査が可能になるような視標を考案した。じゃんけん遊びの流れで検査することができるので、専門的な技術がなくても看護師などの医療スタッフ、保育士でも検査可能である。JC であれば 2 歳児でも初めての検査で 70% が可能であり、また、じゃんけんは子どもの運動・精神の発達とも関係していることが知られている。そのため、単なる視力検査としてではなく、精神発達の検査としても応用できる。

JC はフルセット（0.1 から 0.8 まで 8 段階の測定、20,000 円）とスクリーニング検査セット（0.3、0.5、0.8 の 3 段階の測定、8,000 円）の 2 種類が作られている。3 歳児健診や保育園ではスクリーニング検査で十分で、0.5 以下が見えない場合に精密検査に送れば弱視発見に有効である。（販売：（株）はんだや）

小児の視機能異常の早期発見・早期治療のためには、①健診前に近方視力検査用の視標の印刷を加えた、弱視予防に関する分かり易い啓発紙の提供、②検査員による手持ち装置による屈折測定と JC による近方視力検査の実施、そして理想は、③視能訓練士によるカバーテストによる眼位検査と手持ち装置で問題が疑われる子どものレチノスコープを使用した屈折確認、④適切な眼科医紹介、であると考えます。

9. 神奈川県医師会（公衆衛生委員会）モデル事業 中学 2 年生におけるピロリ菌検診と除菌治療に関する臨床研究

神奈川県医師会 笹生 正人

ヘリコバクター・ピロリ（H.Pylori）感染症は

慢性胃炎・胃十二指腸潰瘍及び胃がんのもっとも重要な病原因子であることが証明されており、日本における胃がんの 99% 以上はピロリ菌が原因といわれている。

H.Pylori 感染は免疫の確立していない 5 歳以下に起こるとされており、感染経路はかつての水系感染から、衛生環境の改善した現在では両親からの垂直感染（接触因子）と考えられている。中学生に対するピロリ菌検診と除菌治療を胃がん予防対策として独自に取組みを行う自治体が増えており、今後は全国の学校健診時に実施していくことも検討されているが、検診方法や時期、検診陽性への対応などはさまざまな状況である。また、無症状の中学生に除菌治療を行うため、安全性は大変重要なこととなる。

今回、厚木市内の中学校 2 年生のうち、希望者先着 200 名に対し「ピロリ菌検診と除菌治療に関する臨床研究」を実施し、小児におけるヘリコバクターピロリ感染率、及び除菌の有効性に関する検証を目的に研究を行った。対象となった生徒宅に採尿容器と同意書を郵送、厚木医師会内の協力医療機関に採尿された検体を持ち込んでいただき一次検診として行い、結果は本人、保護者のみに郵送する。

1 次検査陽性者のうち希望者に、厚木市立病院小児科で糞便中 HP 抗原法を用い酵素免疫測定法（EIA 法）にて感染診断を行う。2 次検査（確定検査）が陽性だった場合、厚木市立病小児科にて治療に関して口頭と文書にて本人、保護者に説明し、同意が得られた者に治療を実施。ただし、体重 35kg 未満の者、当該薬剤に過敏症のある者には治療を実施しない。

治療として、1 次レジメン（アモキシリン＋クラリスロマイシン＋ボノプラザン、整腸剤を 1 週間服用）、2 次レジメン（アモキシリン＋メトロニダゾール＋ボノプラザン、整腸剤を 1 週間服用）を行い、効果判定は 4 週目以降に、便中抗原検査にて除菌判定を行う。1 次スクリーニング検査、2 次確定検査、治療に関する費用は本会公衆衛生会関係予算より支出した。

実際に 1 次検査を受診したものは 163 名で、1 次検査の陽性者数は 8 名、このうち 7 名が 2

次検査を受診した結果、7 名中陽性者は 3 名であり、3 名全員が除菌治療を受け、3 名中 2 名において 1 次除菌が成功した。残りの 1 名は 2 次除菌にて成功した。

日本で H.Pylori 感染者の胃がんリスクは、統計上 15 倍以上といわれており、メタ解析にて除菌群で胃がんリスクが 0.66 倍と有意に低下することも知られている。また、動物実験ではあるが、萎縮が進行する前の早い時期に除菌を行うほど胃がん予防効果が高いことも示されている。また 20 歳代で除菌治療をしても未分化がんが発生すること、H.Pylori 感染の 10 代後半では前がん病変の鳥肌胃炎もしばしば認められることなどより、胃がんの根絶、次世代へのピロリ菌の伝播を予防するという観点で、除菌治療のベネフィットとリスクや本人と保護者の意向を考慮して、早い時期に除菌治療を行うことが望ましいと考える。平成 28 年度は厚木市においてモデル事業を行ったが、29 年度はさらに厚木市・藤沢市・横須賀市の 3 市に事業を拡大し継続している。

10. 三重県における学校腎臓健診について

三重県医師会 下野 吉樹

本県では、学校保健会のもとで学校検尿のシステム化を図っている。また、毎年、腎臓健診委員会を開催し、本県の学校検尿の現状及び問題点などを検討しており、平成 26 年度に本県における腎臓健診が改定された。改定の主なポイントは、蛋白、潜血異常に関しては、①暫定診断名を統一したこと、②管理方針の目安を明確にし、フローチャートで流れを解りやすくしたこと、③管理指導表を小中高統けて記載できるようにしたこと、糖異常に関しては、①糖異常の判断を 1 + 以上から ± 以上に変更し、糖異常者の二次検尿を省略したこと、②日本糖尿病学会による診断基準を明記し、フローチャートで治療及び診断の流れを明確にしたこと、③管理指導表を改訂したことである。28 年度の本県における学校検尿において、小・中・高校あわせて受診者約 19.6 万人のうち、要医療者は蛋白、潜血異常では 26 人、糖異常では 18 人であった。糖異常の要医療者に関しては検尿システムを改定した後、増加を認めて

いる（25 年度：7 人、26 年度：24 人、27 年度：21 人）。検尿異常者のうち、一次医療機関への受診率は、蛋白、潜血では 70.6%、糖では 77.3% であった。本県の学校検尿の問題点としては、検尿異常者の病院受診率が低いこと、病院受診において適切な診断、判断がされているか把握が難しいことが挙げられる。

〔報告：藤本 俊文〕

第 2 分科会 [からだ・こころ (2)]

感染症・健康教育・運動器検診

1. 百日咳地域流行と学校での感染対策

～情報の共有と共感について

秋田県医師会 野口 博生

百日咳は成人や学童生徒の市中発生、地域・施設流行が問題となっている。2015 年 12 月～2016 年 9 月にかけて学童を中心とした地域流行を経験し、臨床像と学校での対応を検討した。

強い咳込み発作などから百日咳を疑われ、抗体検査を受けた 145 名を後方視的に検討、また「保健室だより」から学校での取組みを振り返った。抗体上昇で確定診断されたのは 77 例であり、平均年齢は 10 歳、乳幼児での発生もあったが限定的であった。T 小学校で継続して患者発生が続き、同じ学区の T 中学校、隣接した小学校と患者発生が拡大し、5 月に全域で患者が増加して T 小学校でも患者が増加した。お便りからは当時の担当者の危機感が感じられ、感染対策には情報共有と共感が大切であると考えられた。

不活化ワクチンは乳児死亡の阻止には有効であるが、抗体価は 5 ～ 10 年で減弱していくので、成人市中感染症として散発することがあり、学校や施設内で集団感染が確認される事態となっている。また、予防接種前の生後 1 ～ 2 か月の乳児重症例の症例報告はなくなる。小学 6 年生を対象に行われている破傷風ジフテリアワクチンに百日咳を加えようという論議は決着がつかないまま続いている。診断には症状からの臨床診断と検査所見を組み合わせるが、特殊培地を用いた細菌培養は診断までに時間がかかり、抗体価もペア血清を比較するので受診から確定診断まで 2 週間以上かかることも多く、潜在的な患者は相当数

あるものと予想されてきた。2016 年 11 月 から loop-mediated isothermal amplification (LAMP) 法による百日咳菌 DNA 検出の保険収載により、確定診断までの時間が短縮され、疫学的な対応もとりやすくなった。日本小児感染症学会ではガイドラインを改訂し、診断基準や抗体価の判定基準を公表していて、保険診療でもこれらに準拠することが求められている。

2. 安佐コホート・スタディにおける 3 地区小学校学童と同一学校出身の成人群のムンプス抗体価の比較および成人群の抗体価の経年的推移の検討

広島県医師会 杉野 禮俊

広島県安佐医師会と安佐学校保健会は安佐コホート・スタディとして、昭和 53 年から学童の健康調査を実施している。今回、ムンプス抗体について平成 15、20、25 年に実施した同一学校の小学 6 年生の推移的追跡調査（定点観測調査）と、平成 12 年から開始している同一被験者（開始当時は小学生であったが現在は成人となっているので成人群とする）の継続的追跡調査を比較検討し報告する。ムンプス抗体測定は平成 12 年のみ ELISA 法で、以後は EIA 法で行った。小学 6 年生の定点調査では計 709 名で一人一回の抗体検査をした。成人群では 152 名で 537 回の抗体検査をし、103 名で複数回検査し経過が追跡できた。

抗体価の分布については、平成 15 年と 20 年の定点調査と成人群では正規分布に近い型を示したが、平成 25 年の定点調査では抗体陰性者が増加し二峰性のカーブとなった。いずれの群も抗体価の分布は 4 ～ 10 未満が最多で、疾患罹患歴やワクチン接種歴と抗体価に相関は見られなかった。

成人群では IgG25.8 以上の高抗体価やブースターと考えられる変動で再感染と考えられる例も多かった。抗体価最高値 20 以上の群の平均抗体価は 9 年目くらいまで、ほぼ直線的に低下し、最高値 10 ～ 20 未満の群でも経年的な低下が見られた。ムンプスは 2 度感染、2 度発症の報告もあり、特に高い抗体価例は低下の率が大いのではないかと考えた。

いずれの群も EIA 抗体値 4 ～ 10 未満の例が最多であった。成人群では抗体価が経年的に減衰していることを示した。このことが集団でみると低い抗体価例が多いことの原因と推測した。おたふくかぜワクチンは定期接種に組み込まれていないものの、現在も自然発生状況にある。さらに 2 度感染、2 度発症の報告もあり、流行抑制に必要な集団免疫は 85 ～ 90 % とされることから、おたふくかぜワクチンの定期接種化が望まれる。

3. 学校医は楽しんで学校へ行こう！

～「健康教育」を通して子ども達に迫る～

島根県医師会 田草 雄一

「学校医は学校へ行こう！」という活動をご存知だろうか。私は「楽しんで」行くことを心がけている。学校医は定期健康診断のみならず健康相談、学校保健委員会のほか「健康教育」への参画も求められている。健康教育にも関わらせていただくと、より楽しく子どもたちに迫っていくことができる。

- ・クラスでの健康教室
- ・喫煙防止教室
- ・生活習慣
- ・アウトメディア
- ・命の授業

1) ポイントを絞り、想いを伝える

喫煙防止教室ではポイントを 3 つに絞って伝える。①タバコは毒の缶詰、②タバコは周りの人も殺す、③タバコはやめられない、を子どもたちに唱和してもらう。

2) 代表者とコラボする

喫煙防止教室では、代表を選んでもらい、タバコを断るロールプレイをする。その際には勧める役を大人（教師）にお願いする。

また、メディア対策の勉強会では、子どもたちの代表者に「ある小学 6 年生の『僕の夢』という作文」を朗読してもらう。その作者をみんなで考え、その人が大切にしている脳の部分を伝える。

3) 体験を通して感じていただく

命の授業では、「あなたはそしてあなたのそばに居る人は奇跡の存在！」と題して、生きていることを体感し、命のバトンや自己重要感、日本

人の大切にしてきた価値観などを一緒に考えていく。心音を聴き合う体験もしている。

学校では子どもたちをはじめお母さんたち、先生方、みなさんが学校医を待っている。喫煙防止教室、アウトメディア、生活習慣をはじめ、命の授業は最終形としてさまざまな健康教育に立ち会うチャンスがある。子どもたちと双方向性を大切にしてコラボしていくと、わくわく楽しい想いを伝えることができる。

「学校医はもっと楽しんで学校へ行ってみませんか？」

一つずつネタを集めて、時代の変化にも対応しながら、子どもたちと一緒に授業を通して考え、感じていただくことに重点を置いて学校医活動を進めている。子どもたちは学校医が来てくれるのを待っている。

4. 和歌山県御坊・日高地方における学校医喫煙防止出前授業と成人式での喫煙状況アンケート調査

和歌山県医師会 中井 寛明

日高医師会では平成 17 年度から、各学校医が担当する主に小学 5・6 年生と中学生を対象に喫煙防止出前授業を実施している。出前授業に先だって児童生徒が自記式の質問紙に回答し（第 40 回、第 42 回大会で報告）、授業後には感想文を書いている（第 47 回大会で報告）。さらに 23 年度の成人式からは、式典に学校医が出向いて喫煙防止の呼びかけや喫煙状況、喫煙意識のアンケートを新成人に対して実施している（第 43・45 回大会で報告）。

今回、23～28 年度に成人式を迎えた御坊・日高地方の新成人を対象に実施した 6 年間の生活習慣調査をもとに、学校医が児童生徒に対する喫煙防止出前授業を開始した 17 年度の前後に小学 5・6 年生であった学年の若者について、成人式時点での喫煙者の割合や喫煙に関する意識などについて検討した。

①対象地域では、小学 5 年生の児童の家庭に喫煙者がいる割合は、約 10 年間で 15% 程度低下し、28 年度は 47% となった。

②学校医が小学校で喫煙防止の出前授業を実施し

た場合、約 10 年後に新成人となったときに、学校で防煙授業を受けた記憶を保持していた割合が高かった。

③新成人となった男女いずれにおいても、学校で防煙授業を受けた記憶を保持していた場合に、友人からの喫煙の誘いを断る自信があると意思表示した割合が高かった。

④新成人となった女性では、学校で防煙授業を受けた記憶を保持していた場合に、現在非喫煙である割合も高く、近い将来に喫煙しないと意思表示した割合も高かった。

今回の検討によって、学校医が小学校で喫煙防止の出前授業を実施したことは、学校で受けた防煙授業の記憶の保持に役立った可能性が示唆される結果を得た。加えて、新成人において学校での防煙授業の記憶を保持していたことは、健康リスク行動である喫煙を抑制する方向に働いている可能性も示唆する結果を得た。ただし、今回の検討では、個々の家庭内喫煙者の有無を考慮した解析は行っていない。また、喫煙行動と喫煙に対する意思表示には性差があることを示す結果が得られたことについては、授業などの介入プログラムの開発において今後の課題と考える。

5. 平成 28 年度運動器検診の結果と整形外科専門医による運動器検診の状況について

埼玉県医師会 柴田 輝明

平成 28 年 4 月 1 日からの学校健康診断では、従来の脊柱及び胸部異常検査に加えて四肢の異常の検査、いわゆる運動器検診が行われている。

28 年度に行われた運動器検診の内容・方法が適切であったかどうかを評価するためには、事後措置の結果が最も大切である。つまり、専門医への 2 次受診を指示された児童生徒のうち専門医を受診した割合、そしてその結果、要治療・要観察の診断を受けた割合といった数字が必要である。そこで、県内で実施された 3 つの調査結果と、文部科学省が 28 年 12 月 27 日に発表した平成 28 年度児童生徒等の健康診断の実施状況調査報告（全国調査）を比較・考察した。

これらの調査結果から、次年度に向けた対策は、まず保護者による「保健調査票」の精度を上げる

ように努めることである。そのためには各市町教育委員会や学校の教職員及び保護者を対象とした研修会を開いていただき、家庭や学校で運動器異常が疑われる児童生徒を少しでも多く抽出していただくことが重要と思われる。

検診方法は、当面は保護者や学校からの情報を基に異常が疑われる児童生徒を学校医が検診する方法を取らざるを得ないため、運動器検診導入前より 30 分程度の時間延長になることは覚悟していただきたい。今後は、運動器専門医である整形外科医の協力・参入が必要になってくると考える。

また、各学校及び教育委員会には、専門医受診を指示された児童生徒が確実に受診するように指導し、期日を定めて結果を集計していただきたいと考える。全国の専門医の一覧表を作成し、異常の疑われる児童生徒が適切な診断・治療を受けることができ、また、その結果がその後の検診事業に反映されるネットワーク作りも必要である。

運動器検診は、運動不足や生活習慣病による運動器機能不全の子どもたちのスポーツ外傷の予防のために、また、過度な運動による運動器の障害を早期に発見し、将来的に障害を残さないようにするために重要な事業である。今回の学校医へのアンケート調査でも多くの先生方に必要・意義があるとの評価を頂いた。大切な検診であるからこそ、より効率的・効果的な方法に改善していくべきである。今後、関連機関が結果を十分に分析した上で、密な連携の下に検診方法を改善していくことが必要と思われる。

また、運動器検診の事後措置として、2 次勧告者受け入れ側の整形外科医にも脊柱側弯症、胸郭異常、運動器疾患・障害及び運動器機能不全の対策の周知が重要であると考えます。

6. 運動器検診から見える健康課題

京都府医師会 林 鐘声

京都市では独自のマニュアルによる運動器検診を行っており、平成 28 年度では 96,593 人の対象者のうち有所見者は 16,868 人、専門医受診を指示した 2,396 人を含めて学校医が運動器に問題ありとスクリーニングしたのは 9,373 人であった。

前述の 2,396 人のうち 564 人が専門医を受診し（受診率 23.5 %）、422 人が異常ありと診断を受け、脊柱側弯 215 人、オスグッド病 31 人、腰椎分離・転り症 11 人の他、治療・指導を要する疾患が数多く診断されていた。また、小 3 男子にペルテス病が見つかった。

小 1 ～高 3 までの学年ごとの有所見者率については、片脚起立不可は右肩下がり、他の項目は右肩上がり、高 1 で一旦低下していた。協力を依頼した学校のバスケットボール、野球、ラグビーなどの運動クラブ員の有所見者率は、腰痛、下肢痛、とりわけしゃがみ込み不可が全体と比べて高値であった。

28 年度の運動器検診の全国調査を文部科学省が行い、対象者 12,936,196 人、専門医受診指示率 2.2 %、専門医受診で学業に支障のある疾病・異常の診断率 0.11 %と発表した。専門医受診率は調査していなかった。京都市では対象者 96,593 人のうち、専門医受診指示率 2.5 %、専門医受診率 23.5 %、専門医は受診者の 75 %に疾病・異常と診断していたことから、専門医による疾病・異常の診断率は 0.44 %であった。全国調査での専門医受診率を推定してみると、京都市の実績による疾病・異常の診断率 75 %を当てはめると、専門医受診率は 6.7 %となり、日本臨床整形外科学会のアンケート調査での診断率 60 %を当てはめると 8.3 %となる。すなわち、京都市のおよそ 4 人に 1 人に対して、全国では 12 ～ 15 人に 1 人の受診率となり、受診率の向上が大きな課題である。今回の検診結果の公表とともに運動器疾患についての啓発を進めていくこと、特に中高生にしっかりと理解させ受診勧奨を進めていくことが重要である。

小く中く高と整形外科項目の有所見者の頻度が上昇していくことは従来の報告から予想されたことであったが、学年が進むにつれて右肩上がりとなる中で、高 1 での落ち込みが初めて観察された。中 3 の夏から高 1 の 4 月まで運動部活動をしていないことによるのではないだろうか。さらに、中 1 から有所見者率の上昇が目立つ理由も運動部活動と関係しているのではないだろうか。運動部員では腰痛、下肢の疼痛、しゃがみ込み不可の

有所見率が高く、野球部では上肢の疼痛、上肢に可動域制限が目立ち、バスケットボール部、ラグビー部、柔道部ではしゃがみ込み不可が極めて高い頻度で認められた。教育委員会を中心に進めている運動部の適切な活動指針の中に、今回の検診結果を活かし、児童生徒の運動器障害の予防に役立てていく必要がある。

京都市では、27 年度の健康診断で見つかった脊柱側弯は 35 人であったのに対して、28 年度は 215 人であった。四肢（運動器）の状態の検査マニュアルに従い、上半身裸の徹底、イラストを見ながらの視診、前屈テストを 100% 行ったことによる成果である。内科学校医による中高での専門医受診の指示率はおよそ 1.4% であったが、その数値の妥当性については、今後の課題である。

運動器検診にあたって、検診時間の増加は大いに問題となるところであるが、京都市の高校では 1.6 倍も増加し、学校医も教育現場も時間的にも労力的にも大きな負担が生じた。検診のサポート医の採用も考え教育委員会と協議した結果、それまで 900 人をめどに複数校医としていた基準を 700 人に緩和し、29 年度より適用となった。これにより、大変だった高校 2 校を含む生徒数 700 ～ 900 人の 11 校の学校において負担の軽減が図れた。今後とも学校保健の充実の観点から課題を解決していきたい。

7. 平成 28 年度東海市の運動器検診における専門医受診抽出方法について

愛知県医師会 稲坂 博

学校保健安全法の改正に基づき、平成 28 年度に東海市における 6 中学校と 12 小学校において運動器検診（整形外科専門医受診）を勧めるに至った抽出方法は、①保健調査票に保護者がチェックした人数とその項目別人数集計に基づくもの、②養護教諭、担任等の日常の健康観察の上、疾病・異常等が疑われると考えられる人数とその項目別人数集計に基づくもの、③学校医が定期健診時に整形外科専門医の受診を勧めた人数とその項目別人数集計に基づくもので行われた。

小学校の総計は① 183 人、② 2 人、③ 90 人

で、①のうち既にかかりつけ医に受診している者は 27 人であった。中学校の総計は① 211 人、② 48 人、③ 56 人で、①のうち既にかかりつけ医に受診している者は 67 人であった。最終的に専門医受診で学業に支障があると認められた人数は小学生 9 人、中学生 2 人であった。

28 年度、29 年度運動器検診実施時の問題点を考察する。

1) これまで運動器（整形外科）疾患としては、脊柱側弯症や胸郭の検診項目が実施されていたが、法改正により新たに上肢・下肢などの四肢や骨・関節の運動器障害についての検診項目が加わったものの、未だ本検診の本来の意義の基礎的理解が家庭、学校及び学校医間での共通理解が充分得られていないように思われること。

2) 定期診断結果のお知らせと受診の勧めによる実際の専門医受診が行われた児童生徒数の確認が難しいことと、さらに専門医受診をしてその後、高次医療機関へ紹介された場合の診断結果の把握が学校管理下では難しいこと。

3) 2) に関しては医師会の介入が必須条件になるが、専門医受診が市外医療機関であった場合、どこまで介入できるかについて医師会活動では限界があること。

4) 運動器検診にかかわらず、会内に検診センターがある医師会（愛知県では想定 8 医師会）が行えるさらなる検診データの解析が、検診センターを持たない医師会では独自調査が行えないこと等、検診制度格差があること。

5) 実際に発生した事例だが、中学校生徒で専門医検診後「側弯」が指摘され高次病院紹介・受診後、観血的手術が必要と診断された例があり、これまでの検診体制（小学校時代等）の診断における精度管理が問われないか、といった医療安全課題の対処について事前体制が未だ制度化されていないこと。

6) 5) を受けての課題だが、側弯等にかかわらず 28 年度運動器検診結果で運動器に問題があった際に患児のかかりつけ機関が柔道整復師等であった場合の学校管理下での対応が未だ明文化されていないので、今のところ独自対応になっていること。

8. 豊島区立小中学校における過去 7 年間の骨密度測定結果から

東京都医師会 猪狩 和子

豊島区における小中学校骨密度測定事業は、平成 21 年度まで東京都の学校給食用牛乳供給事業として実施され、その後廃止されたが、本事業は成長期における食育や生活習慣などの保健指導に有効であることから、22 年度からは学校医・学校歯科医・学校薬剤師・養護教諭・校長・保護者・教育委員会など各部会協力のもと豊島区学校保健会事業として継続している。

近年、最大骨量を獲得する思春期における良質なカルシウムの摂取が、将来の骨粗鬆症の発生頻度を下げる有用な方法であるとの研究報告があり、測定結果を生徒や保護者へフィードバックし、結果をもとに養護・栄養教諭による食生活、運動、生活習慣について骨密度を上げるための保健指導を行い、将来の骨粗鬆症を予防する取り組みを行っている。

豊島区学校医会より豊島区学校保健会に GE 社製骨密度測定機器 4 台を寄贈し、順天堂大学医学部小児科、整形外科の協力を得て、学校医、医師会、行政（豊島区）、大学が連携し、長期的に共同研究を行うまたとない機会に恵まれ、豊島区立中学校 1～3 年生の骨密度と栄養・運動・生活習慣・スポーツテストなどの関連性を検討した。第 43～47 回全国学校保健・学校医大会で第 1～5 報として報告したが、今回、この事業が 8 年目を迎えるにあたり、過去 7 年間で得られた結果をまとめて報告する。

低骨密度傾向の割合は、中学 2・3 年とも男子に多く、3 年生でより顕著であり、全体では年々漸減傾向にある。

骨密度と体重・身長、運動、スポーツテストや食習慣・生活習慣との関連は、男子では身長が高い、女子では肥満度が高い、また、筋肉量が多い生徒で骨密度が高い。小・中学生とも運動群で骨密度が高く、中学生男子ではスポーツテスト結果と優位に相関する。給食で牛乳をよく飲む生徒、さらに他のタンパク質、野菜をよく食べる生徒がより骨密度が高く、女子では初潮から 1 年以内で骨密度の増加率が高い。睡眠、運動不足で骨密

度の年間増加量が低くなる。

男女とも 15 歳で最大骨量に達するといわれ、この時期にいかに多くの骨量を獲得するかが将来の骨粗鬆症リスクを減らすポイントである。中学生時の運動と良質なカルシウムの摂取は、将来の骨粗鬆症発生頻度を下げる有用な方法であり、大切なこの時期に骨密度を測定し、栄養、運動、生活習慣について指導している。低骨密度傾向の者の割合は僅かながら減少傾向にあり、骨密度を通じたわれわれの保健指導の効果が認められつつある。今回、小中学生の調査から運動群で骨密度が高く、筋肉量との相関も判明した。一方、中学 3 年で骨密度の低下がみられ、受験を控えて不規則な食生活や睡眠、運動不足がその一因と思われるが、今後この時期にジャンプ中心の運動を継続し、低下を予防するとともに運動が骨に与える影響、低骨密度の原因をさらに追究していきたい。

9. 徳島市の小中学校における側弯症検診の実態調査

徳島県医師会 高田 洋一郎

思春期特発性側弯症は成長期に側弯の進行がみられるため、早期発見・早期治療が非常に重要であり、学校保健安全法でも側弯症検診が義務化されているが、学校検診での側弯症検診の施行率は地域、学校、学校医によって差があるのが現状である。側弯症だけでなく運動器の障害をチェックするため 2016 年 4 月から運動器検診が追加されたことにより、側弯症検診の実施率が改善することが予想される。そこで、側弯症検診の実態調査を行うため、運動器検診施行前の 2016 年 1 月と施行後の 2017 年 5 月に徳島市内の小中学校 46 校の養護教諭に側弯症検診に関するアンケート調査を行い比較した。

回収率は前期が 31/46 校 (67%)、後期が 26/46 校 (56.5%) であった。側弯検診の実施率は前期 29/31 校 (93.5%) から後期 26/26 校 (100%) となり、全校で実施されるようになっていた。側弯症検診の実施医は前期後期とも内科医、小児科医が 90% 以上を占めており、ほぼすべての学校で全学年に行っていた。前屈テストを行っていたのは前期が 22/29 校 (75%)、後期

が 20/26 校 (77%) で前屈テスト実施率の改善はみられなかった。運動器検診開始後に負担が増えたと回答したのは 21/26 校 (80.7%) であった。

今回の調査では、運動器検診開始後に側弯検診が全校で実施されるようになったことが明らかとなり、予想されていた側弯症検診の実施率の向上が認められた。しかし、内科医、小児科医が運動器検診をすることへの不安があるとの意見もあった。検診方法に関しては学校医により異なる傾向が強く、前屈テストの実施率も改善が見られなかったため、引き続き啓蒙が必要と考えられた。また、養護教諭の負担が増えている結果となり、運動器検診の実施体制の調査・検討が必要と考えられた。

10. 運動器検診の継続への試み（広島方式）

広島県医師会 泉 恭博

運動器検診で手が床につかない前屈制限は 10% 以上の異常者が報告されているので、平成 28 年度の保健調査票は学校、二次検診での異常者の増加での混乱を避ける配慮をした。広島の 21 年度からの後弯症検診では 10cm 前屈制限を指標としているが、運動器検診では指標を厳しくした。広島市の小学校 3 校 2,908 名、中学生 2 校 1,858 名、合計 4,766 名の検診結果では手が膝の高さに届かない前屈制限は小学生 17 名、中学生 71 名であった。前屈制限は腰部後弯変形のサインなので、手が膝の高さに届かない学童は異常腰部後弯とすることに意義がある。

この検診では側弯に関する項目は小学生 40 名、中学生 86 名なので、27 年度広島市学校検診結果（側弯変形：小学生 1.08%、中学生 2.16%）に比べ側弯変形をより多く指摘できている。運動器検診は側弯症検診を兼ねるとともに、後弯症検診も可能であるので、検診を継続させなければならない。

学校保健法は平成 7 年の施行規則では脊柱は側方からも観察して脊柱後弯変形などにも注意するように規定されているが、学校検診では現在なお側弯変形だけ取り上げられ後弯変形には関心が払われていない。平成 25 年の岐阜県の 5,901 名の運動器検診結果では側弯変形は小中学生ともに

21% と指摘されているが、指先がつかない前屈制限は小学生 32%、中学生 45% と驚くべき数値への解説はない。腰部後弯変形の問題点の項で提示した腰部後弯変形が放置される理由には若年性後弯症（腰部ショイエルマン病 /Blumenthal）の診断基準にもある。

手術になれば検診での見落としが問題になる。日本人の 4 人に 1 人が体験する腰痛を考慮すれば、腰部後弯変形は側弯変形同様に学童時代から検診、管理しておかなければならないのが脊柱変形である。

若くしてこのような脊椎状態とならない検診体制を整備しなければならない。運動器検診で指摘された前屈制限児を診るときには、二次検診協力医は今回紹介したような情報に注意を払い、10 度以上の腰部後弯、楔状椎などの椎体変形に注意し、レントゲン写真を見て、生活指導を実施していただきたい。われわれの症例検討では前屈制限の子どもは腹筋（上体起こし）が弱い傾向にあるので、学校医とともに保健体育の関係者の協力は不可欠である。

前屈制限児には腰部後弯が発生する。腰部後弯変形の評価には二方向レントゲン撮影が必要で、胸腰椎部の 10 度以上の後弯には動態撮影などの詳細な腰部後弯を評価する。腰部後弯になれば将来腰痛が発生する。

運動器検診は小児期からの未病の状態で腰部後弯変形（前屈制限）を早期発見できるので、現代日本人の国民病とも言われる腰痛症対策になる。運動器検診が全国的に展開されているので健康寿命、医療経済にも大きな成果が期待できる。広島ではあらゆる機会を捉え、前屈制限の意義を解説し、運動器検診の継続への理解をお願いしている。

〔報告：濱本 史明〕

シンポジウム

「学校における子供たちの健康教育について」

基調講演

小児がん治療の進歩とトータルケアについて

三重大学大学院医学系研究科

小児科学教授 平山 雅浩

悪性新生物は日本の子どもの死亡原因の上位で

ある。中でも白血病については、現在では長期生存率が 75% 程度の時代となった。ただ、半年から 1 年の長期入院が必要な事例が多く、治療の副作用による晩期合併症等も含めて、学業に支障が出て不登校になる子がいる。

実際に悪性新生物というのは、白血病など多くの種類があり、造血器がんが 3 分の 2 から 5 分の 3、そのほかには固形がんなどがある。白血病は多くのタイプがあり、悪性リンパ腫も造血器の腫瘍である。固形がんの中では一番多いのが神経芽腫、神経のどこにも出てくるが副腎や交感神経に出ることがある。

10 ～ 15 年前に発症した具体的な症例と問題点を紹介する。

急性リンパ性白血病の患者で、抗がん剤治療を 5 か月程度行った後、外来で 1 年半さらに治療し 2 年で治った例。以前は学校を休学しなければならなかったが、当時、院内学級ができていたためその点は改善されている。費用の面では、小児慢性疾患ということで国が医療費を助成してくれる。

腎臓の腫瘍の 7 歳の男の子で、手術と抗がん剤により 6 か月程度で回復した例。患者には 3 歳の弟がいたが、母親を付き添い等で半年以上とられてしまった状態であったため、長期療養のファミリールームを開設、宿泊してもらうことでできるだけ家族の時間をとるようにして精神的不安定な状況を改善するようにした。

重症の咽頭筋肉腫の患者の例。治療は 1 年程度で抗がん剤と放射線による治療を行った。15 年前の症例だが、ご両親からは病名告知をしてほしくないと言われ、本人は成人してから病名を知った。彼は今では、小児がん経験者の集まり「ピアサポート」を作って、新たにがんになった人をサポートできる集団を作って活動している。

鼻の奥にできた重症筋肉腫の 11 歳の女性で、治療したものの亡くなられた例。顔が変形してくるため、外に出られず、病院にもいたくないということで在宅を余儀なくされた。今から 15 年以上前の当時は子どもの在宅医療を行っていなかったが、自分が外来も主治医だったので在宅にもっていった。在宅医療が非常に重要であることを教

訓にした症例である。

卵巣腫瘍の 12 歳の女の子で、肺に転移もありステージ 4 だったが、抗がん剤などで治った例。聴力障害の副作用が残っているものの、10 年後に結婚、残された卵巣があったため出産できた。この例は、晩期障害なども起こってくるので、長期的なフォローが必要であった。

一般的な症例を提示したが、サバイブする例も増えているので、身体的・精神的、あるいは経済的な負担、家族の負担など、もっと細やかなトータルケアが必要である。

トータルケアに関連して 5 つ紹介をする。

まず、病名告知とチーム医療についてだが、三重大学では子どもの患者への病名告知を 15 年前から行うようになった。治療を受けると比較的治りやすい、入院期間が非常に長くなる、副作用や後遺症が出ることもある、ということを子どもに理解させる必要がある。子どもの理解力・受容力を過小評価して、子どもの視点と価値観を大人が勝手に解釈してはいけないし、一個人として尊重するという意味でも、真実を知らせる必要があるということで行われた。病名を告知すると子どもは不安もあると思うが、理解することでより治療に積極的に参加するようになった。基本的に自己決定権は患者がもつべきであり、信頼関係が大事である。トータルケアが必要な医療行為をチームで行う。理解可能な年齢としては、はじめはおおよそ 10 歳以上で実施していたが、4 歳でも 4 歳なりの理解ができれば告知をするようになり、診断した後できるだけ早めに告知を行った。

チャイルドライフスペシャリストという、アメリカでしか認定していない心理社会的支援を提供する職種があり、現在、当院には 3 名所属している。子どもを取り巻く医療環境は非常に複雑であり、小児がん、慢性疾患の治療をするうえでは非常に必要な職種で、心理的な面から復学等を含めて総合的なサポートをしている。

晩期障害については、がんが治っても多くの合併症が起こることがあるため、長期フォローが必要となる。そのほか精神発達の障害や難聴、低身長、二次がん、生活習慣病の若年化などがある。本院の長期フォロー平均は 30 歳くらいで、20

年程度経過した患者も 160 人程度見ている。心身の障害によるものなどいろいろなハンデがあって就労できないといった問題もあるため、サポートが必要である。三重大学は平成 10 年から長期フォローアップをしており、外来も 40 年くらい行っている。受診は他の病院は 5 年くらいでフォローになるが、三重大学は 10 年経っても継続する患者が多い。

緩和ケア、終末期医療については、子どもの病気にとって、家族とともに普通に暮らせること、質の高いケアを受けられることが大事である。終末期、家族にどのようなことを感じたかアンケートを行ったところ、病状の悪化、痛みのつらさを目の当たりにする、子どもが亡くなる可能性があることを考えると辛い。また、急に亡くなるのではないかという不安や緊張感などが挙がっており、子どもが死んでしまうのではないかということを考えること自体に罪悪感を覚えるなど、非常に複雑な思いをしている。

亡くなるときの療養場所については、在宅の希望がほとんどである。しかし、実際、在宅医療にはなかなか対応ができておらず、約 20 年前は在宅で亡くなるケースがとても少なかったが、2014 年のデータでは 3 割程度はなっているものの、まだまだ在宅医療について考える必要がある。終末期については、積極的治療を断念するということで、見放され感が出るが、一緒に治療に立ち向かっていくという姿勢が大事である。積極的に苦痛をコントロールすること、さらに患者のみならず家族に予期されることを早めに伝えること、終末期に移行する場合は在宅医療における連携、地域連携が大事である。

AYA (Adolescent and Young Adult) 世代とは、15 ～ 30 歳くらいの年齢を指し、ちょうど小児と成人の狭間の世代で、骨肉腫などの難病が多い。ちょうど小児科も卒業し内科も診てくれない可能性があるのも、うまく連携する必要がある。また、AYA 世代は両親、社会、保育、進学、就労、結婚、出産などの不安が密にかかわってくる世代で特有の精神的なストレスにかかりやすいことから特別に対応が必要ということで入院の病棟でもティーンズルームなどを設けて、同年代の仲間が集まれ

るような会を開催している。多様な相談窓口を設ける必要があり、長期フォローアップの話や、じっくり時間をとって対話することも行っている。また、経験者による会、ピアサポートなどで、数名の集まりを定期的に開催するなどしながらトータルケアをしていく。

最後に、院内教室、復学支援についてだが、治療を受けると脱毛などの容姿の変化や疲れやすい、感染症にかかりやすいといったことから欠席しやすい、クラスメイトと授業を受けられないなど、さまざまな制限がハンデとなる。院内学級は 20 年近く前に三重大学に設置された。入院中は病院と院内学級で密な打ち合わせがあるが、復学に向けては原籍校とのやりとり重点がおかれていく。

脳腫瘍の 8 歳の例では、治療のために院内学級に転校し、5 か月後に復学。退院の前から両親は原籍校の先生やチャイルドスペシャリストなど関係者と相談し、子どもたちの理解と患者が楽しく復学できることを目的として、まず看護師がクラスの子どもたちにごん教育の授業を行うことになった。友達の大切さをテーマに、病気がどれくらい重いのか、治療がどのようなものなのか、命の大切さといったことを授業した。実際に復学したあとは、友達同士で主体的に声掛けや、助けてくれるなどといった雰囲気が出てきたということで、患者も学校に行くのが楽しい、髪の毛がないことについてはストレスなく考えられる、一人ぼっちではないと発言している。

院内学級については、東海・北陸地方でがんを扱っている 26 施設でアンケートを行ったところ、小学校・中学校で院内教室の例はあるが、高校の院内学級はほとんどなく、訪問教室が 2 施設だけであった。高校生の学習支援はあまり体制的にできておらず、家庭教師やボランティアで大学生が教えている場合、小・中学校担当の院内学級の先生が教えている場合、自習室が用意されている場合などがあつた。そうした中での問題として、退学になる、進級できないといった例もあり、今後の課題である。

まとめとしては、治療の進歩により小児がんの予後は改善している。小児がんの経験をプラスに

とらえて、社会復帰支援プログラムを進めていく必要があり、根治困難な子どもについては、患者のみならず兄弟と家族支援が大事である。特に復学支援・就労支援についても細やかなケアが要求される。がんの医療、患者、家族を中心としたトータルケア、チーム医療の実践が非常に重要である。

〔報告：濱本 史明〕

シンポジウム

1. こどもの生活習慣病の現状と課題

国立病院機構三重病院副院長 菅 秀

小児肥満は昭和 40 年には 5% ほどだったが、この 40 年ほどで約 3 倍近く増加した。これは欧米型の食生活になってきたこと、自動販売機が増えてどこでも清涼飲料水（ジュースだと 14 個の角砂糖）が飲めるようになったこと、コンビニの普及で 24 時間お菓子が食べられるようになったこと、ゲームなどによって外で遊ばなくなったことなど、いろいろな背景が関係している。最近は生活習慣の見直しなどもあって、若干減少してきているが、依然として問題ということに変わりはない。子どもの時に太っていたかどうかによって、成人になって肥満が残るかというデータを見ると、よく小さいときに太っているのは問題がないと言われるが、実際には 1～2 歳のときに正常体型である場合と、肥満である場合を比べると、親が正常の場合にはあまり小さい間は心配ないが、親が肥満の場合、1～2 歳児の肥満の 40% は大人になっても肥満になる。さらに年齢が上がってくると、非常に高率で成人肥満に繋がり、親が肥満であるとその確率はさらに高い。

肥満の子どもの対象にメタボリックシンドロームの頻度を見ると 2 割程度、肥満度 35% 以上でみると 14.5% がメタボリックシンドロームであった。最近のデータでは、一般の検診では概ね 1% くらいの子どものメタボリックシンドロームなので、肥満が高率にメタボリックシンドロームのリスクが高くなるのは、小児においても明らかである。

思春期の肥満は高率で成人肥満に移行する。成人になって痩せたとしても、生活習慣病の合併率、あるいはそれによる死亡率が高い。したがって、

思春期以前の学童期、幼児期に遡って早めに対策することが極めて重要である。

当院では、昭和 52 年から重症の小児肥満に対する入院治療を開始した。肥満に特化した肥満教室、肥満治療研修会等を行って、隣接している緑ヶ丘特別支援学校（平成 29 年度からかがやき特別支援学校）との連携を深めて、長期休みを利用した健康教室なども行ってきた。

平成 27 年には 66 人の治療を行ったが、小学生が 4 分の 3 程度で高校生は比較的少ない。肥満度が高いほどメタボリックシンドローム、脂肪肝、糖尿病等の合併率が高い。また、発達障害と肥満の関係については、実際 66 人中 22 人が発達障害と診断又は疑われている子どもであった。

肥満には社会的環境も深く関わっていて、家庭環境については、親の離婚を経験している子どもの割合は 28.8% で、一般に 20 歳未満の子どもにおける親の離婚割合は 10.53% と言われているので明らかに高い。かぎっ子、施設入所、親が精神疾患を持っているなど、複雑な社会環境が子どもたちの肥満に繋がっている。

入院治療を勧めるタイミングは、高度肥満である場合やメタボのリスクがある場合などで、入院すると、肥満度がかなり減少して効果がある。

入院で肥満治療を行っている患者数は、毎年 20 名程度、延べ人数 2,000 例である。看護師による疾患教育、生活指導、栄養士による栄養指導などいろいろな取り組みをしている。子どもたち自身にもしっかりと教えることが重要で、子どもたち同士の会で話し合いの場を設けたり、月に一度は保護者との面談も行っている。

入院診療で注意していることは、本人、家族の精神的負担が大きいのでしっかりと密に対応すること。入院した時は体重が減るが、かなりの割合でリバウンドするので、その後が大事だという認識が必要である。また、不登校を合併している子どもがいるので、原籍校や教育委員会、児童相談所との連携を密にすることが重要である。

そのほか病院受診には至らない程度の肥満の子どもを対象とした 1 泊 2 日のヘルシーキャンプを実施している。小学生が主体で十数人を対象に軽度から中等度の肥満の子が多い。栄養指導や運

動、家族向けの講義等を行っている。キャンプだけでも肥満度は変わるが、肥満度が高い子はしっかり入院して治療する必要がある。

最後に、低出生体重児が大人になってメタボリックシンドロームになる割合については、2,500g 以下だと 3 割近くがメタボリックシンドロームになると 20 年前に示されている。日本における低出生体重児は増えており、最近では 10% 程度、また、2 型糖尿病と低出生体重児の関係も指摘されている。20 代の女性で痩せている方がこの 20 年で増加し、それに伴って低出生体重児も増加している。これは若い女性の極端なやせ願望や生活習慣によるものであり、生活習慣病が世代を超えて連鎖していることから、この連鎖を断ち切ることが非常に重要である。お菓子や清涼飲料水等に囲まれた子どもたちの生活を見直す必要がある。さらに子どもの生活習慣病は、私たち大人を含めた社会全体が生み出したものであるという認識をもって、社会全体で生活習慣を改善していく努力が求められていると考えている。

2. 性教育は誰がするの？

市立伊勢総合病院産婦人科部長 村松 温美

性をめぐる問題には、望まない妊娠、性被害、性感染症、デート DV、子宮頸がん、摂食障害などさまざまな依存症、鬱などの精神疾患などがある。

平成 4～8 年までの STD の報告を見ると、クラミジア、淋菌はピークが平成 15 年で、減少しているものの下火になっているだけで、まだまだ STD はある。現在、性行為のある十代の若者の 30% は STD になっている。STD の怖いところは、女子の場合は不妊症の問題、そして男女とも感染しても症状が出ない場合が多いので、知らないうちにいろいろな人にうつしてしまうという点である。

人工妊娠中絶のグラフについては、昭和 55 年から平成 24 年まで確実に減っている。ただ、20 歳未満の中絶の割合が減っているわけではなく、現在、人工妊娠中絶の総数 17 万人のうち 1 万 6 千程度は 20 歳未満であり、実際にはもっと多いだろうと言われている。

予期せぬ妊娠で怖いのは、本人が誰に相談しようと悩むことで鬱になる、相手の男の子との問題で人間不信になる、家族とのトラブル、そして環境が整わないうちに出産することによって離婚、児童虐待、育児放棄などの問題が起きてしまうことである。

私たち産婦人科医ができるのは、学校現場において出前講座をして、少しでも子どもたちがいろいろなことを知って性感染症などにならないようにすることである。内容としては、命の誕生、自分の体、男女の差、性に係るトラブルなどで、正しい身体の知識を伝え続ける、身体をしっかりと自分で管理させる、正しい情報を与えるなどである。

性トラブルの実例の背景としては、淋しい、自分の居場所がない、自分を分かってもらえない、相談する人がいないという場合が多い。

子どもたちは、危ないことははっきりオブラートに包まないで言ってほしい、悩みを相談できる場所を教えてほしいと望んでいる。特に、家庭が機能していないのなら、なおさら私たち大人一人ひとりが考えていかなければならない。性について教えることだけが性教育ではなく、普通の会話の中で関連する話題が出てくる場合もある。子どもが、性だけでなくいろいろな悩みをもった時に、打ち明けてくるような関係づくりを大人誰もが自覚しなければならない時代になってきていると思う。子どもが性を話題にしてもいいのだということも伝えていなければいけない。

また、特に家庭でしてほしいのは子どもが性を話せる環境、親子の会話を取り戻してほしいと思っている。そして、性に携わる養護教諭などは女性が多いが、家庭でしてほしいのは父親の積極的な参加である。子どもは包茎のことなど誰にも聞けないのが現状で、父兄には学校や医療現場から啓発しなければいけないと思っている。

産婦人科医としては、子どもたちだけでなく現場にいる人への教育や、父兄教育をもっとしていきたい。性教育に自信がない養護教諭には勉強して自信をもっていただきたい。また、今までどおり、子どもたちへの講座を開催していく。学校医に産婦人科はほとんどいないが、青森県には地域担当の産婦人科医がいる。そのようにもっと産婦

人科が地域に入っていただきたい。

性教育は、単に性に関するトラブルを回避するためのだけの教育ではなく、生きていく上でとても大切な心の教育である。子どもたちの素直な心を大切にしながら、今後も取り組んでいきたい。

3. 教育と医学が支える子どものメンタルヘルス

長尾こころのクリニック院長 長尾 圭造

子どもたちの現状として、1 年間に 1 か月以上休んでいる不登校の子どもは 12 万人で、中学生の 3%、小学生の 1%、高校になると中途退学だけで 5 万人、不登校が 5 万人といわれている。子どもの自殺は小・中・高校生で年間 230 人である。特別支援が必要な子どもは平成 26 年だけで 3 万 7 千人余りいて、暴力事件は報告されているだけで年間 5 万 4,000 件。こういったデータを見ただけで子どもたちのメンタルヘルスはよくないことがわかる。また、20 歳以下の自殺は年間 600 人で、じわじわと増えている。

実際の精神衛生状態について、津市内の中学校数校でこの 1 年間で当てはまる項目に丸をつける形式で調べた。ぐっすり眠った気がしないと回答したのが合計 45%、死んだ方が楽と思うと回答したのは 10 人に 1 人、これが今の日本の中学生であり、この現実を重く受け止める必要がある。実際に死のうとした子どもは 3%。さらにいつも不安に感じる子どもは 25%、気分が沈む、自然に涙が出てくるのは鬱の基本症状だが、これでさえ 10～20% いる。いじめは 20 万件、この精神状態では不思議ではない。添い寝をしてもらいたい中学生 1.2%。これは自信がない、不安であることから両親にそばにいてほしいということの裏返しと理解していただくと、子どもたちのメンタルヘルスはいかがなものか。ましてや今の自分がよくないからなんとか戻りたい 7%、カウンセリングがあったら受けたい 2.3% であり、毎年概ねこのようなデータになる。

うつ病の症状について、ある学校でクラスの担任に生徒たちの状況を聞いて調査した。150 人を診断した結果、全部合わせると 16% がなんらかの精神的なサポート、配慮がいる状態で日常を送っていた。こうした現状からも校医に精神科

医がいないということはある。日医を中心として学校のメンタルヘルスにもっと力を入れてもらいたい。

では、精神医学に何ができるのか。薬だけではなく、精神療法というのが精神科にはある。たとえば教育的に自分でもできる呼吸法、筋肉弛緩法、自律訓練法などの不安軽減法がある。いろいろな問題に対してのカウンセリング、対人関係療法、家族療法、認知行動療法、環境調整法、ペアレンティング、集団療法などがあり、そのうえに薬がある。教育は何ができるのか。先生は毎日生徒に接しているので日々の個人的関わりが極めて濃厚であり、しかも教育というのは系統的に取り組むので、系統的な関わりができる。本会の取り組んできたやり方だと、健康度の高い子と低い子が分かる。健康度の高い子は協調性があり、理解力が高く協力的。その子と、サポートがいる子を同じ班にする。よって大事なことは教育と医学をいかに橋渡しするかということになると思う。

メンタルヘルスに不調がある子どもたちも通学はできており、子どもたちとしては、自分のことを分かってほしいという気持ちが裏にはあると思う。それを理解してあげるシステムを作るのが学校におけるメンタルヘルス対策ではないか。

本会の方法は、全生徒に子どもの気持ちを学校生活、個人の内面の満足度、自尊感情、そして今の困り具合、うつの症状について聞いている。これら 150 項目を 1 時間で実施できる。あとは集計し、その結果をもとに担任と私が検討会をする。その対応策に従ってもらったあと、半年後にまた検討会を実施している。このようなことができるのは学校の先生だけだが、これにはアンケートと指導法など方法を示さないといけない。つまり教育と医学の両方が共同して子どもを守ることが必要ではないだろうか。

〔報告：藤本 俊文〕

第 145 回山口県医師会生涯研修セミナー

平成 29 年度第 2 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 29 年 9 月 3 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2 階 第一研修室

特別講演 1

「デルマドROOM 内科疾患に関わる皮膚症状」

東京都立墨東病院皮膚科部長 沢田 泰之

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



実際の診察の場で、この皮膚症状があれば、この疾患を考えた方がいいという話をされた。

沢田先生自身も過去に皮膚科の先生から、「この薬は薬疹が出るら止めろ」と言われたことがあったが、その薬を止めると患者が死んでしまうと思いながら投与されていたそうだが、たしかに危険な薬疹もあるので、それをどう見分けるかについて説明された。

1. 膨疹

主として液体成分による真皮限局性の膨隆を膨疹という。特徴として、24 時間以内に消失する、表皮変化がない、跡を残さない。

血管の周りに細胞があり、ここに細胞が出てくると、出てきた細胞が血管内に戻れなくなってしまい 24 時間以内に引っ込みがつかなくなる。

一般的な蕁麻疹は、抗ヒスタミン剤を出すとなんとか治る。しかし、そうならないものもあるので紹介する。38.7 度、蕁麻疹とは少し違う強い反応、内出血は紫色になり、ヘモグロビンが出ていた。この患者は胆嚢炎が原因だったにもかかわらず、ステロイドをどんどん入れたので、さらに悪化した。来院時には腹水がたまっており、緊急手術を行った。術後はステロイドや抗ヒスタミン

剤は使用せず、膨疹は全部消えた。

蕁麻疹はアレルギーが一番多いと思われがちだが、原因として一番多いのは感染症であり、「蕁麻疹」＝「アレルギー」と考えてはいけない。ウイルス性の蕁麻疹が多い。感染性リンパ腫で怖いのはステロイドを入れると喉頭腫などを起こしやすいことである。アレルギーの場合、ステロイドで治るが、感染症の場合は悪くなるため、気を付けてほしい。

2. 紅斑

蕁麻疹と違い、24 時間以内には消えない。紅斑はだいたい 4 種類ぐらいに分けられる。水銀の体温計による、細かいパラパラとした紅斑は、水銀中毒による紅斑なので中毒疹と呼ばれている。原因名ではなくて形態名である。

新型インフルエンザが流行った時に、神戸の修学旅行生が持ち帰って全身が赤くなっていた。教科書や文献にも新型インフルエンザでは発疹が出ると書いてあるが、皮膚科医が診ていないのでどのようなものか書かれていない。

夜中に血圧が 78 に下がり、全身が真っ赤になって 40 度の発熱があった女性がいた。これはトキシックショック症候群である。全身が粒状の紅斑

になって出て、手もむくんで腫れてくる。昔は中国でトイレが汚いからと言って、タンポンを替えずに帰ってきた人がいたが、トキシックショックを疑う場合は、生理のことにタンポンのことを確認すると良い。

全身が赤く、脇の下、足の付け根、首がとても赤くなり、触ると皮がむけるブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群で、特徴としては鼻の付け根のところに鱗屑が出る。

62 歳、激的な痛みで熱は 39 度、死にそうなほど痛がって暴れている。脳梗塞で他の病院に入院治療中で送られてきた。これは中毒性表皮壊死症（Toxic epidermal necrolysis：TEN）で、多形滲出性紅斑型から移行する例もあるが、一番怖いのは中毒疹型から移行する例で、皮膚を触ると少しだけずれ、剥がれることで痛みが生じる。しわのでき方が違うところを軽く触るとものすごく痛がって、皮膚が少しだけずれる。中毒疹型の全身が真っ赤になって、むくんで、高熱が出るものは危ないと思っていただきたい。

多形滲出性紅斑で注目してもらいたいのは口唇が腫れているかどうかということだが、確認しないといけないのは粘膜疹があるかどうかである。粘膜に出てくると基底層がやられてしまうので、ずるむけになってしまう。目にも症状が出るが、口腔内は比較的わかりやすい。結構ズルっと剥け、白苔はくたいがついてくるからわかりやすい。わからなければ、「しょっぱいものを食べて染みますか？」と聞いた方がいい。

持久性隆起性紅斑は、線維層の反応が強くなって線維化して硬い結節をつくる。環状紅斑で覚えていただきたいのは、シェーグレン症候群である。女性の顔などにできて非常に硬いが 1 か月ぐらいで治る。脂腺・汗腺が炎症を起こしているがシェーグレン症候群なので、外分泌性を主体にやられている。

3. 紫斑

沢田先生は、皮膚症状の中で一番怖いものは何かと聞かれたら紫斑と答えられるそうだ。紫斑は紫色の斑ではなくて、うっ血斑と言って紫色の紅斑になり、ガラス圧棒で圧迫して消褪しないもの

を紫斑と呼ぶ。圧迫して消えるということは血管内に赤血球があるわけだが、圧迫して消えないということは血管の外に出ているということで、少なくとも血管の破壊が起きている。体や皮膚に出ているだけだと何も怖くはないが、体の中に同じように出る。紫斑の原因には、血小板、線溶系、血管壁、支持組織の異常がある。

皮膚で起こる血管炎は真皮乳頭層の血管炎、筋膜、筋肉内の血管炎、真皮皮下脂肪組織境界部の血管炎の 3 種類しかない。真皮乳頭層で起こるのは IgA 血管炎で浅いところにあり境界明瞭で出血を直視でき、蝕知できる紫斑になる。

結節性多発動脈炎皮膚型は真皮皮下脂肪組織境界部の血管炎で、血管が太いため血管の拡張により網状皮斑として見える。詰まった血管の筋が赤く炎症を起こして血管の拡張が起きる。その形で透けて見えるのがその深さであり、さらに深くなると筋膜、筋肉内で起こると結節性多発動脈炎となる。実際に筋肉が露出してきたり、脂肪組織が完全にそげ落ちたりする。

4. 丘疹

湿疹丘疹は慢性化すると癒合したり、苔癬化するなどいろいろな形態に変化する。

痒疹丘疹は癒合したり、苔癬化しない孤立性の漿液性丘疹で、急性痒疹は虫刺されのようになる。食道がんに伴う多形慢性痒疹には気を付けていただきたい。

最後に、質疑でジェネリックに変えた途端、中毒性皮膚炎のような症状になった患者がいることが紹介され、ジェネリックは何が入っているのか成分分析まで行い、報告をきちんと出して整理しないとイケないと述べられた。

特別講演 2

「肺癌診療 30 年を振り返って」

岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科教授 木浦 勝行

〔印象記：岩国市 小林 元 壯〕



わが国の肺がんでの死亡者数は 2016 年に年間 7 万 4 千人余りに達し、がん死亡の 1 位を続けている。1996 年以降、年齢調整死亡率は低下傾向にあるが、急速な高齢化と肺がんの罹患が高齢者に多いことから肺がんでの死亡者数の増加に歯止めがかからない状況が続いており、高齢者肺がんの対策は非常に重要である。

ここに記すものは、木浦勝行 教授ご自身の肺がん診療 30 年を振り返るエネルギーな講演を拝聴した上での、あくまでも印象記である。肺がんの多くを占める切除不能症例の治療は、長い暗闇の時代から少しずつ光明が見えてきた。木浦教授は、暗澹たる状況から化学療法への希望が期待できる状況を自ら体験されてきた。近年の肺がん治療成績は急速に改善しており、さらに今後も改善すると思われる。講演では多くの治験データが示されたが、内容は時々刻々変化すると思われるため、データの詳細はここでは省略する。

1980 年代にそれまで全く暗中模索であった状況にシスプラチンが登場し、肺がん化学療法の黎明期を迎えた。シスプラチンは抗腫瘍効果について再現性を持って示された最初の薬剤であるが、腎障害、日光過敏症、骨髄抑制などの多くの有害事象があり、臨床現場での悪戦苦闘があった。それでも当事者にすればそれにすがるしかない時代でもあった。最近の知見では、シスプラチン併用化学療法に血管新生阻害薬（アバスチン）を加えた治療では、奏効率、奏効期間が有意に延長している。

2004 年に EGFR 遺伝子変異がドライバー遺伝子として発見され、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬（EGFR-TKI）であるゲフィチニブ、エルロチニブの使用により、従来よりも長期の生存が期待

できるようになり、分子標的治療が現実となった。その後、2007 年に anaplastic lymphoma kinase（ALK）融合遺伝子が発見され、ALK 阻害薬がすでに臨床現場で使用されている。さらに ROS1、RET 融合遺伝子も発見され、肺がん治療の現場は、様変わりの様相となっている。かつての病理組織分類から遺伝子異常に基づく分類、さらにそれに応じた治療選択をするようになりつつある。進行肺がんの治療法は猛烈な勢いで進んでおり、生存期間は飛躍的に延びている。上記のドライバー遺伝子が明らかで、それに対応するリン酸化酵素阻害薬があれば、5 年生存率は 50% を目指さなければならないと木浦教授は講演で述べられた。さらに木浦教授は、多くの治験データや寛解に近いいくつかの症例とともに、肺がん治療の劇的変化を示された。確かに遺伝子発現の状況によって長期生存が得られてはいるが、では完全寛解であるかとなると、まだまだ厳しい現実がある。奏効している症例でも結果的には、残念ながら大半の症例は肺がんで亡くなっているのである。当初発現していた遺伝子に変異することもあると思われる。そのためにも、治療経過中のセカンドバイオプシーの必要性が求められる。

一方、免疫チェックポイント阻害薬が注目されている。従来の免疫療法は免疫反応を活性化させてがん細胞を制御しようとするものであり、残念ながら現実にはがんの制御は困難で、臨床応用できる効果は得られなかった。近年、がん細胞自身が免疫機能を抑制し、免疫寛容を作り出してきていることが分かってきて、このがん細胞が免疫反応にかかるブレーキを解除することで、免疫細胞の働きを再活性化してがん細胞を攻撃する治療法が開発された。免疫チェックポイント阻害薬とは、

このようなコンセプトを持つ薬剤である。木浦教授は免疫チェックポイント阻害薬（抗 PD-1 抗体、抗 PD-L1 抗体など）が、進行肺がん患者であっても生存期間の延長にとどまらず治癒を目指す戦略をもたらす可能性があることも実験データを示しながら述べられた。これらの薬剤はすでに臨床の場で広く用いられており、かつては治療上二次的な評価であったが、現在では一次薬として高く

評価されている。

今後は、全世界の肺がん治療のデータを集積しながら、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬を上手に組み合わせながら、より高い可能性を求めてがんとの闘いを進めていくことになるであろう。

特別講演 3

「臨床倫理の実践～診療現場の医療倫理」

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学准教授 **瀧本 禎之**

〔印象記：常任理事 加藤 智 栄〕



講師は和歌山県生まれで、平成 6 年に神戸大学を卒業、平成 11 年に東京大学心療内科に入局され、現在准教授として活躍されている。広島大学や高知大学、帝京大学などで客員教授、非常勤講師を兼務され、山口大学の職員にも、医療倫理の講演をされているとのことであった。臨床に即した医療倫理の話はあまり聞けないので、この講義を楽しみにしていた経緯がある。講演内容を記す。

現場で困った時に、どのように対処したらいいかというツールを提供したい。

一つは手続き的正義という概念と、もう一つは医療倫理の 4 原則という二つの概念である。なぜかという、臨床現場では、何が正解かわからないが、何らかの結論を出して実行しなくてはならないし、出た結果に対して責任を取らなければならない。その時、何かあると、なぜそれを選択し、実行したのかということを追及される。そのことを説明するためのツールとして、この 2 つを紹介する。

臨床倫理を実施するとは、どのようなことかを

考えてみたい。臨床をするにあたって、腕が良ければいいではないか、実直に日々の臨床をしていればそれでいいではないか、自らの良心に従って医療をやっていればいいのではないか、という意見もある。なぜ、倫理が必要なのか。早期の喉頭癌のことを考えてみよう。手術をすれば、90% 治癒するので、普通は手術を受ける。しかし、患者が歌手であった場合、自分は手術をしないという選択があってもおかしくはない。実際に、RC サクセションの忌野清志郎は手術をしなかったし、シャ乱 Q のつくみは手術をした。

早期の喉頭癌であっても、絶対に手術を選択すべきだということにはならないし、実際に人は、そのような選択をしない。倫理学的概念でいうと、事実と価値判断は異なるということがポイントである。臨床行為は、経験に基づいた事実を扱っている分野であるが、そこでは価値も扱うことが必要になってくる。私達は医学という科学については学習してきたが、価値を扱う分野に関しては、これまで学習してこなかった。普段の臨床現場で問題ないのは、多くの場合、事実と価値判断のズレがなく一致しているからである。しかし、終末

期など複雑な臨床局面では、価値を意識して扱うことが必要になってくる。この価値を扱う学問が倫理である。

理想的な意思決定は、医学的な事実と倫理的な価値判断との両方から行わなければならない。倫理的意思決定を行うためには、タイプの違う二つの正しさを知ってほしい。一つ目はプロセスの正しさで、もう一つが内容の正しさである。

プロセスの正しさに注目することは、**手続き的正義**を担保するということになる。倫理的問題に対処する時に、手続き的正義は、暫定的な解決法とも言われる。一定の適切な手続き、決定プロセスを経て導き出された結論を、ひとまず正義とみなそうという考え方である。この概念は政治哲学で発展した考え方で、公衆衛生でよく使われる。臨床でも厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」でも使われている。ちなみに、このガイドラインでは行動決定を示していない。「方針決定はチームでしましょう。患者が意思決定できる場合は患者と十分に話し合しましょう。患者が意思決定できない場合は家族が意思決定をするか、患者に対して最善を尽くしましょう。」と書いている。このガイドラインでは中身はなく、決定するプロセスを書いている。これが、手続き的正義の代表例である。もう少し、手続き的正義を深く探っていくと、手続き的正義が満たされる要件が決められている。「決定の根拠は公開されること、公平で納得できる根拠や証拠が提示されていること、決定が改正されたり、不服申し立てが可能であること、以上のことが保証される自発的または法的な規制があること」が要件である。新しいルールや法律を作る時に、パブリックコメントを求めているが、これは手続き的正義に基づいているのである。施設で倫理的問題が起こった時に、どのように検討していくかということ、あらかじめ決定していることが大事である。各施設に倫理の専門家がいるわけではないが倫理委員会があるのは、手続き的正義を満たすために有効だからである。本来であれば、外部の人が入るのが一般的であるが、臨床倫理では外部の人間が入る必要がない代わりに、医師、コメディカル、患者家族など多くのステークホルダー

の意見を集約し、公開に耐えうるように、議論されたことはしっかりと記録に残すことが必要である。決定は 100 点満点でなく、一度決められてもゴールデンルールとしない、後で振り返る機会を作っていく。このようにして、手続き的正義が臨床現場でなされていく。

もう一つのツールである、**医療倫理の 4 原則**を紹介する。これは規範的観点から物事を考える際の代表的なものである。

真実告知に関して、気の弱そうな 65 歳の男性がいて、バリウム検査で異常があり、上部消化管内視鏡検査で進行胃癌が発見された。医師は、患者さんの説明に協力してもらおうと妻に病状を説明した。すると、妻は、「夫は気が小さく、きっとショックで落ち込んでしまいます。お願いですから、夫には内緒にして下さい。知らない方が夫のためなんです。」と懇願された。患者には、真実を告げた方がいいのか、告げない方がいいのか。これを決定するには、価値判断があり、根拠があるはずである。真実を告げる方を選択した場合の根拠は、自律尊重の原則である。プライバシーの尊重、守秘義務、インフォームド・コンセントも自律尊重という価値からきている。この原則は第二次世界大戦以後に倫理原則に加えられたものである。

次に、同意なき輸血の問題がある。生後 8 か月の患児に心室中隔欠損の手術（無輸血では手術不能という条件がある）をしなければならない例である。通常、乳児の意思決定は両親が行うことになるが、両親は輸血をしないことを表明している。患児の病状は進行していくので、見殺しにはできない状況である。両親の同意なくして、輸血をして手術を行うという選択と、手術をしないという選択がある。前者を選択した場合の倫理的価値判断の根拠は、善行を行うというヒポクラテス以来ある倫理原則である。この善行原則は、医師を医師たらしめている原則で、医師は患者に利益をもたらすものであるということに基づいている。手術をしないことを選択した価値判断根拠は、自律尊重原則に基づいていることになる。親が乳児の意向を代行していると考え、自律尊重がなされたということになる。しかし、親が、本当

に患者のことを考えているかとの観点から考え直す必要があり、善行原則を優先するか、親の自律尊重原則を優先するかというせめぎ合いになる。本来であれば、一般的には親は子の命を救いたいと思うものであるが、乳児には宗教観がないので無理がある。そう考えると、保護者の希望を言っているのであり、保護者足り得ていないとも言える。したがって、手術をするという結論になる。海外では、そのような場合、国が判断を下すようになっている。

3 つ目は、がんの末期の患者で、痛みを取るために、致死量のモルヒネを投与することは許されるかどうかという問題がある。許されないのではないかという選択をした価値判断の根拠は、患者に害をなすことを禁じるという無危害原則である。一方、許されるという判断をした方の根拠は、患者さんが希望しているという自律尊重原則と痛みをとるという患者への善行原則の 2 つの価値判断によっていると説明できる。無危害というのは、作為があってはならない。手を下さないということが大事である。人工呼吸につなげるかどうかで、人工呼吸器をつないだら外せない、外せば、自ら手を加えたことになり、無危害とはならない。最初から、つなげない場合は危害を与えたことにはならない。

適応外の検査について、椎間板ヘルニアの手術目的で入院した患者が、毎年、人間ドックを受けているが、今回は入院しているので、ついでに上部消化管内視鏡検査をできないかと相談にきた。特に、今、症状はない。検査をとってもいい、という選択ととってはいけないという選択がある。前者の価値判断は自律尊重と予防行為という善行に含まれるということになるが、後者の価値判断の根拠はどこにあるかと言えば、正義公正という価値判断から来ている。利益とリスク、費用を見て公平分配規則というところから来ている。保険適応がないような検査をみんなの保険料を使って行うということは公平性に反するからダメだということになる。同じような病気の患者さんは同じような治療を受けるべきだという考え方である。

これら 4 つの価値観（自律尊重原則、無危害原則、善行原則、正義・公正原則）を医療倫理の

4 原則という。何らか行為の選択をした時に、どういった原則に基づいて判断したのかということが説明できることが大切である。皆さんの意見が分かれることが多く、絶対に正しいということは少ない。意見が分かれた時に、迷うが、何となく選ぶのではなく、「このような倫理原則、価値観に基づいて選択したのだ」ということを説明することが大事である。

往々にして臨床倫理の問題は、価値観と価値観のぶつかり合い、倫理原則と倫理原則の対立というところからきている。自律尊重を優先すべきか、善行を優先すべきかという対立で起きている。こういった対立が起きている場合にどうするかというと、比較考量という概念を用いる。比較考量は、対立している倫理原則のうち、この状況では、こちらの原則の方がいい、という決め方をするのである。そして、なぜ、こちらを選んだのかと聞かれた時に説明できる必要がある。

ここまで 2 つのツールの説明をしたが、この 2 つのツールを使って具体的に倫理的問題を考える。

倫理的問題が発生した場合、いろいろな情報が複雑に絡んでいるので、まず、情報を整理する必要がある。有名な情報整理ツールとして、Jonsen の 4 分割法（医学的適応：恩恵・無害性、患者の意向：自律性尊重、QOL：幸福追求、周囲の状況：効用と公正）がある。情報を整理して内容を把握する。私は、やり方を決めており、常にこのやり方をしている。まず、情報をもれなく集める。次に、集めた情報を整理する（東大病院臨床倫理検討シート（臨床倫理プロジェクトからダウンロード可能）を用いる、Jonsen の 4 分割法でもいい）。決まった手順で問題を分析する。情報を眺め、4 原則から説明を加える。そのあとで、このケースでわれわれが取りうる選択肢を全て列挙する。当てられた選択肢の倫理的側面を 4 原則に従って検討し、説明を加えていく。その中で、一つの選択肢をまず選ぶ。その選択肢への最も強力な反論を自ら想定する。その反論に対して、再反論が可能かを検討して、再反論が不可能だったら選択肢を選びなおす。再反論が可能なら、それを選び、実行する。そして、決定までのプロセスをしっかりと

記録に残しておく。

先ほどのケースに似ているが、精神疾患のある患者で、検査の結果、余命 1 年ぐらいの進行癌の女性がいる。主治医が患者の夫に説明すると、その夫は、「気の弱い妻に真実を告げると、うつになったり、自暴自棄になって治療放棄をしてしまうから、真実を告げてくれるな」と主治医に頼み込んできた。実際に、医学的にも進行性の癌で余命を告知されると鬱状態になって自殺する率も高くなるというデータがあり、実際に根拠がある。どうすべきか？患者がうつになり、治療できなくなるということは善行ができなくなるということであり、さらに鬱から自殺をしてしまうと無危害原則に反する面もある。しかし、病名・病状を告げなければ、自らの価値観に基づいた自己決定や今後の人生の選択を奪われることになり、自律尊重原則に反することになる。このケースの問題は、自律尊重という原則と無危害原則・善行原則の対立ということになる。今回のケースでは、どちらの原則を優先することがより良いかを考えれば良い、ということになる。比較考量において、患者には、1. 病名・病状を告げない、2. 現段階では病名だけは伝えるが詳しい病状は告げない、3. 病名・病状をしっかりと告げる、という 3 つの選択肢がある。患者に病名・病状を告げないことは、強く自律尊重原則に反する行為になる。2 つ目は、悲壮なことは言わないので鬱になることは避けられることになり、無危害原則に配慮しているし、病名を告げていることで自律尊重もある程度配慮した、と説明できる。3 を選択した場合は、患者の自律尊重に重きを置いた判断ということになる。

3 を選択した場合、最大反論として、うつにな

るかもしれない、治療を放棄するかもしれない、病名を告げるだけで病状は告げないでいいではないか、となる。再反論できるかどうか。それに対して、余命が半年以上あれば、化学療法をするにしても緩和ケアをするにしても病状を正確に説明しないとできないし、うつ・自殺の懸念に関してはそれを和らげるサポート体制を十分に取って治療も行う、というように再反論してみる。

2 を選択した場合も、それに対して一番強い反論をして、さらに再反論できるかということを確認して選択肢を選ぶ。

今のケースでは、選択肢 3 を選んだが、無危害と善行に対して自律尊重とを比較考量して、余命も短いし、自分の価値判断が大事になるから、いろいろなリスクに対してはしっかりと配慮をし、自律尊重をしていきましょう、という決定をした、ということになる。このようにして、手続き的正義というプロセスを決めて、それを担保し、その上で医療倫理の基本 4 原則といった価値観で中身を考える。問題点を倫理的に説明した後で取りうる選択肢を列挙し、それぞれの倫理的意味を把握してどれかを選ぶ。それに対して自分で反論を考え、再反論して確認する、というように決める。

現在、米国では、Value based medicine (VBM) という概念がある。これは、価値に基づく医療という意味で、EBM (Evidence based medicine) の発展系といわれている。家族と医療者、それぞれの価値に力点を置いて考えていこうというものである。EBM から VBM に発展した医療をこれから実践してほしい。

特別講演 4

「地域医療構想・地域包括ケアと地域社会の未来」

内閣官房企画官 長谷川 学

(後日、掲載予定)



日医FAXニュース

**2018 年（平成 30 年）1 月 30 日 2670 号**

- 7 対 1 相当の新基準、公益裁定で「30%」
- オンライン診療料、算定は「半年程度後」
- 医療・介護連携や自立支援に手厚い評価
- インフル報告数、調査開始以来最多

2018 年（平成 30 年）1 月 26 日 2669 号

- 7 対 1 相当基準値 25%と 30%で平行線
- かかりつけ医評価、「機能強化加算」に
- 医師偏在是正策、改正法は 3 段階で施行
- 新広告規制の省令・告示・GL 案を了承

2017 年（平成 29 年）1 月 23 日 2668 号

- 方向性で理解も、遠隔診療等で意見相違
- HPV ワクチン最新リーフレット公表
- がん登録情報、提供マニュアル案を了承
- 「給与費率の上昇が経営を圧迫」
- 定点当たり報告数 26.44 に増加

2018 年（平成 30 年）1 月 19 日 2667 号

- 介護医療院などの運営基準案を答申
- 勤務医への緊急取組 5 項目を要請へ
- 全医療機関に三六協定の自己点検促す
- 人生の最終段階の医療 GL でパブコメ
- インフル報告数、定点当たり 16.31

2018 年（平成 30 年）1 月 16 日 2666 号

- 保湿剤や抗菌薬などの適正化盛り込む
- 18 年度改定を諮問、2 月答申へ
- 18 年度改定「議論の整理」でパブコメ
- 医師偏在の解消へ「改正法案を提出」
- 医師主導による医療機器製品化を説明

2018 年（平成 30 年）1 月 12 日 2665 号

- 地域包括ケアシステムの機能化に責任
- 「社会保障費の伸びの取り扱いが焦点」
- 入院基本料「中間的な評価」は 2 段階
- 日医新キャラクター発表！

2017 年（平成 29 年）12 月 26 日 2664 号

- 「初・再診料」引き上げを課題トップに
- 専門医制度「局面によっては国も関与」
- 調整会議の重要性を指摘
- 人生の最終段階の医療 GL 一部改訂へ

2017 年（平成 29 年）12 月 22 日 2663 号

- 診療報酬本体プラス 0.55%「一定評価」
- 薬価制度抜本改革の骨子を了承
- 医師偏在是正で関連法案提出へ
- 「HPKI カード」の広がり期待

2017 年（平成 29 年）12 月 19 日 2662 号

- 薬剤師への情報提供評価方針に反発
- 治療と仕事の両立支援、評価へ
- 消費税問題、「19 年度税制改正で結論」
- 医師数増加も小児科・産婦人科は微増

2017 年（平成 29 年）12 月 15 日 2661 号

- 診療報酬本体「0.55%増」で結着
- 中医協軽視は「認められない」
- 介護報酬改定審議報告案を了承
- 14 日処方制限の見直し、あらためて反対

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

1 月 10 日から今冬一番の寒波が日本全国を襲いました。「西郷どん」放映開始で沸く鹿児島市内も、南国には珍しい雪景色になったとニュースで流れていました。14 日と 15 日に行われたセンター試験は北陸、東北では雪のために公共交通機関の遅れが出て、開始時間を遅れさせたり等の対応をとった会場もあったとのこと。また、インフルエンザも猛威を振っています。A 型と B 型が同時に流行するなど、近年にない現象が起っています。受験生にとっては、まさに試験のストレス、寒波、インフルエンザと三重苦になっています。昨年も全く同じことを書きました。何とかならないものなのでしょうか。

さて、1 月号の本コーナーがお休みだったので、今月は 11 月中旬から 1 月中旬の行事が対象となります。

郡市医師会学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議を 11 月 16 日（木）に開催しました。その中で現在「蛋白、潜血、糖いずれか 1 項目で（±）以上」となっている学校検尿の精密検査基準を、「蛋白、潜血いずれか 1 項目で（1+）以上、糖が（±）以上」と変更することが決定されました。また、会の中で、ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を前向きに検討してほしいとの要望が出されました。神奈川県医師会が横須賀市、藤沢市、厚木市の中学 2 年生の希望者を対象にピロリ菌検査を実施しているとのこと。山口県の場合、県医師会予算でというのは難しいと思いますが、十分検討に値する意見だと思います。

11 月 16 日（木）には山口県庁で**山口県看護職員確保対策協議会**が開催され、沖中芳彦 常任理事が出席しています。看護学生の就職等に関す

るアンケート調査結果が報告され、回答のあった 1,159 名の 71.5% が「就職先として山口県を優先する」としているとのこと。しかし、逆に考えると 330 名が県外に転出するということになります。また、修学資金の返還免除要件である「200 床未満の病院」を「すべての県内病院」に変更した場合、修学資金非利用者の 41% が「利用を検討する」と回答しています。県医師会では県に対して要件の緩和を要望しているところです。

11 月 18 日（土）に三重県津市で開催された**全国学校保健・学校医大会並びに都道府県医師会連絡会議**に濱本史明 副会長と藤本俊文 常任理事が参加しました。詳細は本号に掲載しています。

11 月 18 日（土）と 19 日（日）の 2 日間にわたり**医療対話推進者養成セミナー**を日本医師会及び日本医療機能評価機構と共同で開催しました。参加者は 32 名で 9 時から 17 時まで講義の他、計 4 回のロールプレイがあり、結構大変なセミナーだったようです。福岡県と兵庫県からも参加がありました。今回のセミナーは基礎編でしたが、今後、導入編のセミナーも開催したいと考えており、その際には病院の幹部クラスの方々にも是非参加していただきたいと考えています。

11 月 19 日（日）開催の**山口県医師会生涯研修セミナー**は非常に興味深く有意義な講演であったと思うのですが、参加者が 54 名と少なかったのは残念です。平 孝臣 東京女子医科大学脳神経外科臨床教授による「脳神経機能外科の進歩」、坪井一哉 名古屋セントラル病院ライソゾーム病センター・血液内科主任医長による「日常診療に潜む

ライソゾーム病ー見逃さないためのポイントー」、菅 一能 セントヒル病院放射線室長による「PET 検査がどう役立っているか?」、吉村 清 国立がん研究センター先端医療開発センター免疫療法開発分野長による「今、がん免疫療法に何が起きているのか?ーがん治療の新しい流れー」といった講演は、製薬会社が主催・共催する講演会では決して聴くことはできないだろうと思います。

11 月 21 日（火）には河村康明 会長が山口大学医学科 4 年生約 100 名に対して講義を行いました。昨年に引き続き 2 回目です。医師会の取り組み等について説明した後、ご自身の経験談として配偶者とうまくつきあう方法、自身で栽培したパイナップルやメロンのスライドを示しながら、趣味を持つことの大切さについて、ユーモアを交えて話をしたとのことでした。

11 月 22 日（水）に都内の憲政記念館で開催された医療関係団体など 40 団体からなる国民医療推進協議会主催の「**国民医療を守るための総決起大会**」に河村会長、林 弘人 専務理事、今村孝子 常任理事、中村 洋 理事、市原栄一 事務局長とともに参加してきました。憲政記念館は座りきれないほどの多数の参加者があり、盛り上がりました。自民党議員を代表して高村正彦 副総裁、公明党議員を代表して梶屋敬悟 副代表が挨拶をされましたが、2 人とも山口県出身であり、少し誇らしい気分でした。与党だけでなく、野党からも多数の議員が顔を見せていました。

11 月 23 日（勤労感謝の日）は恒例となった山口県医師国民健康保険組合主催の「**第 16 回『学びながらのウォーキング』大会**」が秋吉台であり、老若男女 65 名の参加がありました。この日は寒波襲来で例年に比べ気温が低く、昼食会場の展望台は景色は素晴らしかったものの、冷たい強風が吹きまくり、昼食時間を早めに切り上げてウォーキングに入りました。しかし、ススキが一面に広がった秋吉台は、やはりとても素晴らしい場所でした。

山口県医療事故調査合同協議会を 11 月 25 日（土）にホテルかめ福で開催しました。河村会長の挨拶、林 専務理事による「医療事故調査制度の現状について」の講演の後、和田仁孝 早稲田大学大学院法務研究科教授による特別講演「医療メディエーション（対話による紛争調整）」がありました。医療メディエーションとは、対立する患者側と医療側当事者に対して、中立的第三者としてのメディエーターが向き合う場を用意し、聞き役・説明役として問いを投げかけ受け止めてあげることで対話を支援（ナビゲート）し、自分たちの手で合意形成へと至らせる仕組みです。医療メディエーターの養成を中心となっていて行ってきた和田教授の講演は非常に有意義で、あっという間の 1 時間 30 分でした。

11 月 26 日（日）には**母体保護法指定医師研修会**が開催されています。指定の申請、更新のためにはこの研修会を受講することが求められており、受講者は 57 名で、うち 5 名は県外からの受講でした。

平成 29 年度第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会が 11 月 30 日（木）に開催されています。第 7 次山口県保健医療計画（素案）、第 2 回療養病床転換意向等調査の結果、「5 疾病及び在宅医療」の医療機関リストの作成についての説明等が行われました。

毎年開催している**花粉測定講習会**を 12 月 10 日（日）に開催しました。沖中常任理事による講演「平成 29 年のスギ・ヒノキ花粉の飛散のまとめと平成 30 年の飛散予測」、日吉正明 花粉情報委員長による講演「春に見かける花粉」の後、特別講演「最多風向によるヒノキ科花粉供給地域の推定と飛散状況」を松山大学薬学部臨床薬学研究室の難波弘行 教授に行っていただきました。19 年間にわたって前年 6～9 月の最高気温平均値、降水量とスギ・ヒノキ花粉の飛散数の検討を行い、前年 7 月の最高気温平均値と降水量が花粉の飛散数と強い相関があることを見つけています。また、花粉の飛散数が多い日の最多風向の検討から、

愛媛県内の花粉飛散の発生源を推測する研究成果等の説明がありました。これらの成果を応用することにより、今後の飛散予測の精度がさらに向上することが期待されます。

12 月 14 日（木）、**平成 29 年度第 3 回健康教育委員会**が開催され、今年度の健康教育テキスト「食物アレルギー」の最終校正が行われました。今回のテキストは会員医療機関だけでなく、保育園・幼稚園・小学校（合計 660 施設）にも各 2 部ずつ送付されることになっています。また、来年度のテキストのテーマが「リウマチ」に決定されました。

12 月 15 日（金）に山口県立総合医療センターで開催された**第 2 回山口県専門医制度協議会**に山下哲男 理事が出席しています。専門研修プログラム 1 次登録に山口県からは 19 領域 29 プログラム（定員 161 名）が申請され、すべて承認されたとのことです。現在までに 13 プログラムに 44 人の応募があり、そのうち 38 人が県内の初期臨床研修医で、県内の 2 年目の研修医 76 人の 50% に当たります。県外転出を防ぐためにも魅力あるプログラム作りが必要と思われます。

12 月 17 日（日）に山口県医師会禁煙推進委員会が企画・運営を行った**第 1 回山口県禁煙フォーラム**が開催されました。北九州市の津田 徹 霧ヶ丘つだ病院院長による特別講演「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」並びに禁煙推進委員によるパネルディスカッションのほか、看護協会、臨床検査技師会、歯科医師会、薬剤師会の協力を得て、検査コーナーや健康相談コーナー、展示コーナーが設けられました。

12 月 19 日（火）には「**県民の健康と医療を考える会**」総会が開催されました。持続可能な社会保障体制の確立と、医療費削減政策等で疲弊した地域医療提供体制の再構築に向けて、国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して充分に受けられるための適切な財源の確保、国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消

費税問題の抜本的な解決を求める決議案について協議を行いました。県医師会からの趣旨説明の後、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会の各会長から賛同の意見が出され、決議案は採択されました。決議文は県選出国會議員、県知事、県議会議長に提出しました。

12 月 27 日（水）に県庁で開催された**山口県医療対策協議会医師配置調整部会**に河村会長が出席しています。この部会は修学資金等を貸与されている医師の配置調整を協議する会議です。平成 28 年の山口県の医師数は平成 26 年に比べて 11 人の減、特に 45 歳未満の医師は 65 人の減となっています。平成 10 年と比べると医師数は 218 人増加しているものの、45 歳未満の医師は 441 人減少しているとのことです。会議では山口大学医学部の入試制度（地域枠、社会人枠、推薦入学）や、卒業時に貸与された修学資金を一括返済する修学資金貸与者についての議論がなされたとのことです。

1 月 6 日（土）には**第 13 回医療関係団体新年互礼会**、7 日（日）には**広島県医師会との懇談会**が開催されましたが、体調不良のために私は出席できませんでした。互礼会には昨年に引き続き横倉義武 日医会長、また、今回初めて堀 憲郎 日歯会長にも出席していただきました。広島県医師会との懇談会では、当県提出の「平成 28・29 年度社会保険診療報酬検討委員会答申（案）における ICT の活用と遠隔診療について」及び「働き方改革ー勤務医師の時間外労働規制について」と、広島県提出の「保育サポーター事業の取組状況について」の協議が行われました。

雪の舞う 1 月 11 日（木）に開催された**定款等検討委員会**では、「平成 31 年度山口県医師会会費の賦課方法について」と「平成 31 年度役員等の報酬について」が諮問され、了承されました。いずれも今年度と変更がありません。なお、6 月開催の定例代議員会で承認が必要なため、平成 30 年度ではなく 31 年度となっています。

1 月 13 日（土）には日医生涯教育協力講座セミナーが開催されました。今回のテーマは「超高齢社会における高齢者のトータルケア」で、中村幸男 信州大学医学部附属病院整形外科講師による特別講演「長野県におけるロコモへの取り組み」、小川純人 東京大学大学院医学系研究科加齢医学准教授による基調講演「地域包括ケアシステムにおける高齢者トータルケア」の後、シンポジウム「山口県における高齢者トータルケアの取り組みと今後の展望」が行われ、岡 紳爾 山口県健康福祉部長が山口県の取り組み、中野加代子 宇部市健康福祉部長が宇部市の取り組みを、行政の立場から説明されました。宇部市は高齢者が自分の活躍できる場、生きがいを求める場を提供する「ちょこっと就労・活動・活躍」事業や「ご近所ふれあいサロン」、「はつらつポイント制度」、コンパクトシティによる「にぎわい・安心・利便性の高い生活の実現」等、いろいろな試みを開始していることがわかり、大変おもしろく聞かせていただきました。

今回紹介するのは、1940 年にオリヴィエ・メシアンが作曲した「世の終わりのための四重奏曲」です。第二次世界大戦でドイツ軍の捕虜となり、収容されていたゲルリッツの捕虜収容所で作曲、初演されたという劇的な生い立ちの作品です。曲想は『ヨハネの黙示録』10 章 6・7 節から靈感を得て作曲されたとのこと。捕虜収容所で出会った 3 人の演奏家と自分自身のために書き

上げたためにヴァイオリン、クラリネット、チェロ、ピアノという特殊な楽器編成となっています。しかし、題名から創造されるような悲劇的な曲ではなく、イエスの永遠性と不滅性を賛美した作品となっています。曲は次の 8 楽章からなっています。第 1 楽章「水晶の典礼」、第 2 楽章「世の終わりを告げる天使のためのヴォカリーズ」、第 3 楽章「鳥たちの深淵」、第 4 楽章「間奏曲」、第 5 楽章「イエスの永遠性への賛歌」、第 6 楽章「7 つのトランペットのための狂乱の踊り」、第 7 楽章「世の終わりを告げる天使のための虹の混乱」、第 8 楽章「イエスの不滅性への賛歌」。私が最初にこの曲を聴いたのは、日本コロムビアのパルナス 1000 シリーズ、フランスのムジ・ディスク原盤の LP です。メシアン本人の他、初演メンバーの一人であるチェロ奏者のエティエンヌ・パスキエが参加している、今考えると、とてつもない貴重盤でした。この LP でこの曲に魅せられたのですが、その後聴いたアンサンブル「タッシ」の演奏には正直、脱帽しました。73 年に結成された現代音楽アンサンブル「タッシ」は、ピーター・ゼルキンをはじめとする当時の気鋭の演奏家がこの現代音楽の名作を演奏する目的で結成されたのです。したがって彼らの演奏には何々ならぬ意気込みと思い入れが込められており、まさにこの作品を世界に知らしめた 1 枚でもあります。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

理 事 会

— 第 18 回 —

12 月 7 日 午後 5 時～7 時 45 分

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

協議事項

1 第 3 回都道府県医師会長協議会の議題について

提出された 1 件について協議を行った。

2 第 7 次山口県保健医療計画（素案）について

次期（平成 30～35 年度）計画の素案について協議を行った。今後は、パブリックコメントの実施、地域医療対策協議会（8 圏域）での審議、医療審議会への諮問・答申等を経て、年度内の計画策定・公示となることが報告された。

3 地域医療構想調整会議について

各圏域で開催されている調整会議について、最近の動向など開催状況の報告があり、協議を行った。

4 子育て支援フォーラム in 山口について

本会が、日本医師会及び SBI 子ども希望財団との共催で、平成 30 年 1 月 27 日（土）に山口市で開催する標記フォーラムのプログラムが承認され、開催に向けた取組みについて協議を行った。

5 県民の健康と医療を考える会総会について

持続可能な社会保障制度の確立に向けて、「国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保」、「国民

と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」を県議会等に要望するため、12 月 19 日に標記総会を開催することが決定した。

6 「平成 29 年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会」の受講者推薦について

日本在宅ケアアライアンス主催、日本医師会共催の標記研修会の受講者について郡市医師会等から 2 名の推薦があり、受講対象者とすることが了承された。

7 小田悦郎 前県医師会長の叙勲受章記念祝賀会について

12 月 9 日に開催する祝賀会の運営及び役職員の役割分担について協議した。

8 「山口ゆめ花博」の前売入場券販売への協力について

山口県より標記前売入場券の販売協力依頼があり、郡市医師会を通じて会員へ購入依頼を行うことが決定した。また、平成 30 年 1 月末の予約状況を踏まえ、その後の対応を検討することとした。

9 「第 26 回日本社会福祉士会全国大会・社会福祉士学会（山口大会）」への名義後援・協賛金並びに抄録への広告掲載について

平成 30 年 7 月 7・8 日に山口県社会福祉士会が開催する標記全国大会の名義後援、協賛金又は抄録への広告掲載の依頼があった。名義後援は承諾し、抄録へ広告の掲載をすることが決定した。

人事事項

1 診療情報提供推進委員会委員の委嘱について

標記委員 1 名の退任に伴い、後任委員の委嘱が決定された。

理 事 会

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（11 月 16 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（中村）

2 郡市医師会学校保健担当理事連絡協議会・学校医部会合同会議（11 月 16 日）

8 月に開催された「中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡会議」及び「中国地区学校保健・学校医大会」の会議内容が報告された。また、「学校医活動記録手帳」の提出率が、郡市医師会によって差があることから、活用率アップに向けて検討することとした。その後、事前に提出された意見・要望について協議を行った。（藤本）

3 第 2 回山口県国民健康保険運営協議会

（11 月 16 日）

山口県国民健康保険運営方針（案）及び国民健康保険事業費納付金の徴収等について協議を行い、その後、運営方針の素案に対する市町からの意見について報告が行われた。（沖中）

4 献血推進ポスター・作文審査委員会

（11 月 16 日）

山口県献血推進協議会が募集した標記ポスター及び作文について、部門ごとに最優秀、優秀、佳作を決定した。（河村）

5 山口県看護職員確保対策協議会（11 月 16 日）

「山口県の看護の現状」及び「看護学生の就職等に関するアンケート調査結果」について報告が行われた。（沖中）

6 地域医療構想調整会議・全体会議「宇部・小野田」（11 月 16 日）

「急性期医療連携検討部会」、「回復期・慢性期医療検討部会」、「地域包括ケア連携検討部会」での協議事項等の報告があった。その後、在宅医療・

介護連携に関する関係市町の連携について協議を行った。（弘山）

7 第 3 回山口県高齢者保健福祉推進会議

（11 月 17 日）

県から、第六次やまぐち高齢者プラン（平成 30～32 年度）について、策定の趣旨、位置付け、高齢者等の将来推計、基本目標、施策体系及び検討中の数値目標等の素案について説明がされた後、幅広い観点から意見が出された。（河村）

8 医師事務作業補助者研修会（11 月 18 日）

本会の清水理事により、介護保険主治医意見書の書き方について講演を行い、その後、記載に関する問題点と解決法について意見交換を行った。

（中村）

9 第 48 回全国学校保健・学校医大会

（11 月 18 日）

「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～」をメインテーマに、三重県津市で開催された。午前中に開催された 5 つの分科会では、各地域における特色ある取り組みや活動報告が行われた。午後からは、「学校における子どもたちの健康教育について」と題してシンポジウムが行われた。また、特別講演は、皇學館大学の清水 潔 学長による「伊勢の神宮と日本の精神文化」と題した講演が行われた。（藤本）

10 第 48 回全国学校保健・学校医大会都道府県医師会連絡会議（11 月 18 日）

日本医師会、都道府県医師会、次期担当医師会関係者が出席し、大会の運営、次期担当医師会（鹿児島県）について協議を行った。（藤本）

11 医療対話推進者養成セミナー「基礎編」

（11 月 18 日・19 日）

少人数でのグループワークや 3 人 1 組のロー

理 事 会

ルプレイを通じ、医療現場における医療者と患者・家族の対話スキルを学ぶ標記セミナーを本会において開催した。ワークショップ「医療コンフリクト・マネジメント～対話が医療を拓く～」、「医療メディエーションの理論と技法」等について、全国土木建築国民健康保険組合総合病院厚生中央病院総合診療科（整形外科）医長 荒神裕之 先生及び尼崎医療生活協同組合尼崎医療生協病院医療の質・安全管理室 遊道桂子 室長を講師として開催された。（中村）

12 第 146 回山口県医師会生涯研修セミナー

（11 月 19 日）

午前中は、東京女子医科大学脳神経外科の平孝臣 臨床教授による「脳神経機能外科の進歩」、名古屋セントラル病院ライソゾーム病センター・血液内科の坪井一哉 主任医長による「日常診療に潜むライソゾーム病―見逃さないためのポイント」、午後は、セントヒル病院の菅 一能 放射線室長による「PET 検査がどう役立っているか?」、国立がん研究センター先端医療開発センターの吉村 清 免疫療法開発分野長による「今、がん免疫療法に何が起きているのか?―がん治療の新しい流れ―」の特別講演 4 題が行われた。出席者 54 名。（加藤）

13 「有床診療所の日」記念講演会（11 月 19 日）

日本医師会大講堂で開催された。日本医師会横倉会長等の挨拶の後、薩摩川内市下甕手打診療所前所長の瀬戸上健二郎 氏による「Dr. コトーの真実！離島の有床診療所での 39 年間」と題した基調講演が行われた。また、全国有床診療所連絡協議会の松原三郎 常任理事から熊本地震についての報告、「地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割」をテーマにシンポジウムが行われた。（河村）

14 第 1 回山口県医療費適正化推進協議会

（11 月 21 日）

国の「医療費適正化基本方針」（平成 28 年 3 月）に即して、次期「山口県医療費適正化計画」（平成 30～35 年）を策定することとなった。当日は素案が示され、協議を行った。（弘山）

15 山口大学医学部講義（11 月 21 日）

山口大学医学部医学科 4 年生約 100 人に対して、「地域医療と医師会」と題して講義を行った。「医師会とは」「医学生や研修医への支援」「医師会の取り組み（事業）」「かかりつけ医を中心としたまちづくり」等について説明を行った。また、自分流「家庭内トラブルの防止策」を披露し、大変好評であった。（河村）

16 国民医療を守るための総決起大会

（11 月 22 日）

国民医療推進協議会主催、東京都医師会の協力により、約 800 名の参加者の下に開催された。国民医療推進協議会長である横倉会長の挨拶後、今村副会長が趣旨説明をし、堀 憲郎 日本歯科医師会長、山本信夫 日本薬剤師会長、福井トシ子 日本看護協会会長からそれぞれ決意表明が行われた。その後、猪口雄二 全日本病院協会会長が決議案を提案し、満場の拍手をもって採択された。最後に、松原副会長による「頑張ろうコール」が行われ終了した。本大会で採択した決議の他、全国で開催される同様の集会で採択された決議をもって、政府・与党、関係者等に上申していく予定で、本県では 12 月 19 日開催の「県民の健康と医療を考える会総会」で決議を採択する予定。（今村）

17 健康スポーツ医学実地研修会（11 月 23 日）

秋吉台国際芸術村において、川崎医療福祉大学の小野寺 昇 副学長による「エミール・ザトペックとインターバルトレーニング」と題した特別講演が行われた。受講者 18 名。その後、秋吉台の

理 事 会

カルスト台地でウォーキング大会を行った。

(濱本)

18 日医第 6 回地域医療対策委員会 (11 月 24 日)

委員会報告書の素案について協議し、次回委員会で最終調整が行われることとなった。(弘山)

19 やまぐち糖尿病療養指導士第 10 回レベルアップ講習会 (11 月 25 日)

周南市立新南陽市民病院の松谷 朗 院長による「腎症予防・進行阻止を目指した治療と療養指導を考える」と題した講義の後、実習では「腎症重症化予防指導」について、済生会山口総合病院の今井 剛 腎臓内科部長と井本佳世子 栄養科長により Q & A 方式で行われた。受講者 219 名。(藤本)

20 山口県医療事故調査委員・郡市医師会医療事故調査担当理事合同協議会 (11 月 25 日)

医療事故調査制度の施行から 2 年を経て、山口県医療事故調査委員、郡市医師会及び医療事故調査支援団体の情報共有を目的として、本会の林専務理事より「医療事故調査制度の現状について」講演後、早稲田大学大学院法務研究科の和田仁孝教授による特別講演「医療メディエーション（対話による紛争調整）」を行った。(中村)

21 母体保護法指定医師研修会 (11 月 26 日)

「母体保護法指定医師の指定基準」に則ったカリキュラムにおいての研修会を開催した。受講者 57 名（県内 52 名、県外 5 名）。(藤野)

22 第 18 回山口県介護保険研究大会

(11 月 26 日)

基調講演「なじみの地域で最期まで過ごすためのサポートをするために～ホームホスピスの実践を通して～」(講師：認定 NPO 法人ホームホスピス宮崎の市原美穂 理事長) 及び 2 会場にわかれて研究発表が行われた。参加者 140 名。(清水)

23 第 6 回西予市お伊ネ賞事業表彰式・日本医師会女性医師支援シンポジウム (11 月 26 日)

日本医師会、西予市並びに愛媛県医師会の主催により開催された。本賞は、日本初の産科女性医師である楠本イネ氏の功績を顕彰し、女性の活躍推進を図ることを目的に女性医師の研究や医療活動を奨励表彰するために設けられたものである。第 1 部では、西予市お伊ネ賞事業説明及び表彰式、第 2 部では、日本医師会女性医師支援シンポジウムとして、「健康寿命と輝き思考～素敵に歳を重ねよう～」 「女性医療職の輝く明日へ～地域の健康を目指して～」の基調講演 2 題、「安心して暮らせる地域づくり」をテーマとしたパネルディスカッション・意見交換が行われた。(河村)

24 山口県報道懇話会との懇談会 (11 月 29 日)

中村理事より AI と医療について、沖中常任理事より医師の労働時間の制限と地域医療への影響についての情報提供が行われ、その後、意見交換を行った。(今村)

25 第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会

(11 月 30 日)

県医療政策課より、第 7 次山口県保健医療計画(素案)及び今後のスケジュールの説明及び療養病床転換意向等調査(平成 29 年度 2 回目)の調査結果について報告が行われた。本会からは、次期計画に掲載する「5 疾病及び在宅医療」の医療機関リストの作成について、郡市医師会に対して協力依頼を行った。(弘山)

26 第 2 回学校心臓検診検討委員会(11 月 30 日)

平成 29 年 12 月 3 日(日)に開催される「学校心臓検診精密検査医療機関研修会」及び研修後アンケートについて協議した。また、平成 20 年 3 月に改訂された「心電図判断基準(学校心臓検診二次検診呼び出し基準)」について見直し、内容を検討することとなった。(藤本)

理 事 会

27 個別指導「山口市」(11 月 30 日)

診療所 9 機関について実施され立ち会った。
(萬、清水、船津、山下)

28 山口県在宅医療推進協議会 (11 月 30 日)

将来の在宅医療の需要増加に対応するため、その在り方や進め方について協議した。(河村)

29 山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会 (11 月 30 日)

県立総合医療センターの「女性のなやみ相談室」内に設置された「女性健康支援センター・不妊専門相談センター」及び県健康福祉センターにおける平成 28 年度の相談実績、不妊治療費助成制度の助成実績、不妊を考える集い「もっと知りたい！不妊のこと」の開催実績について報告があった。その後、来年 3 月に開催する「不妊を考える集い」や、来年度の県健康福祉センターにおける不妊専門相談について協議した。(藤野)

30 産業医研修会・産業医部会総会 (12 月 2 日)

研修会は、山口労働局健康安全課長の藤村祐彦氏から「労働安全衛生法について」、産業医科大学保健センター副センター長の立石清一郎先生から「治療と職業生活の両立支援～意見書・復職診断書の書き方～」についての講演が行われた。産業医部会総会では、平成 28 年度事業報告及び決算報告、平成 29 年度事業計画について説明があり承認された。参加者 98 名。(藤本)

31 平成 29 年度家族計画・母体保護法指導者講習会 (12 月 2 日)

「産婦人科領域における医療安全」をテーマにシンポジウムが行われた。(1) 母体保護法指定医師の指定基準モデルの改定、(2) 産科麻酔における医療安全、(3) 医療事故調査制度の現状、(4) 最近の母子保健行政の動き、についての講演及び指定発言が行われた。(藤野)

32 学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会 (12 月 3 日)

学校医研修会では、県立総合医療センター小児科診療部長の長谷川真成先生から「学校における食物アレルギー対応」について、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の福田謙先生から「成長曲線の注意点と活用」について講演が行われた。予防接種医研修会では、下関市立市民病院小児科部長の河野祥二先生から「予防接種を実施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」について、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長の砂川博史先生から「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～」について、それぞれ講演が行われた。学校医部会総会では、平成 28 年度事業報告及び平成 29 年度事業計画案が説明され、承認された。受講者 86 名(藤本)

33 福岡県医師会創立 70 周年記念式典・祝賀会、日本医師会横倉会長のアジア大洋州医師会連合会長・世界医師会会長就任をお祝いする会

(12 月 3 日)

創立 70 周年記念式典では、歴代会長等への感謝状贈呈式及び 70 年の歩みがスライド映像により紹介された。会長就任をお祝いする会では、麻生太郎 副総理兼財務大臣・金融担当大臣、福岡県知事等の祝辞後、祝宴が行われた。(河村)

34 日医第 7 回社会保険診療報酬検討委員会

(12 月 6 日)

中央情勢等の報告後、日医会長諮問②「入院外における基本診療料のあり方」の答申について審議を行った。(萬)

理 事 会

35 情報通信訓練 / 衛星利用実証実験 近畿大震災想定訓練「TV 会議」(12 月 6 日)

平成 25 年 1 月に、国立研究開発法人宇宙航空研究開発機構(JAXA)との間で締結した協定に基づき、国立研究開発法人情報通信研究機構(NICT)とともに実施。NTT ドコモも参画。近畿大震災(南海トラフ地震のうち、四国沖で発生する南海地震)を想定した衛星利用実証実験(防災訓練)が行われた。実際に大規模災害が発生したときに日本医師会が行わなければならない業務内容について、超高速インターネット衛星「きずな」と NTT ドコモ「ワイドスター II」を使って ①災害発生時における日本医師会・被災都道府県医師会間での協議、②日本医師会から都道府県医師会に対する JMAT の編成・派遣の要請、③被災都道府県医師会等からの現地報告、Web 等による情報共有が行われた。(弘山)

36 広報委員会(12 月 7 日)

会報主要記事掲載予定(1～3 月号)、炉辺談話、県医師会報に関するアンケート調査の結果等について協議した。(今村)

37 会員の入退会異動

入会 6 件、退会 8 件、異動 6 件(12 月 1 日現在会員数:1 号 1,285 名、2 号 866 名、3 号 450 名、合計 2,601 名)。なお、本会定款施行規則第 5 条により、12 月 1 日現在の会員数において次期代議員及び予備代議員の定数が決定した。

医師国保理事会 - 第 14 回 -

1 山口県医師国民健康保険組合の規約及び選挙規程の一部改正について

理事の専決処分により、次期組合会議員の定数変更に伴う規約及び選挙規程の一部改正について協議、議決した。

2 「第 16 回学びながらのウォーキング大会」について(11 月 23 日)

秋吉台国際芸術村で開催。秋吉台科学博物館の藤川将之 学芸員による「秋吉台を楽しもう!」と題した講演後、秋吉台を約 6 km ウォーキングをした。参加者 65 名。(清水)

— 第 19 回 —

12 月 21 日 午後 5 時～6 時 10 分

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

協議事項

1 第 3 回都道府県医師会長協議会の議題について

今後の小規模入院施設に対する日医の考えを問う議題を提出することが決定した。

2 広島県医師会との懇談会について

平成 30 年 1 月 7 日に山口市において開催し、ICT の活用と遠隔診療、勤務医師の時間外労働規制等について協議することが決定した。

3 山口県医療保険関係団体連絡協議会の提出議題について

「各医療関係団体における ICT 化や遠隔診療の状況について」を議題として提出することが決定した。

4 第 13 回医療関係団体新年互礼会について

1 月 6 日(土)に開催する標記互礼会の出席者

理 事 会

が概ね確定し、当日の次第及び役員の担当等について協議を行った。

5 山口県人事委員会勧告に伴う本会職員給与等の改定について

平成 29 年 10 月 18 日に山口県職員の給与等に関する勧告がなされた。本会職員給与は、山口県職員の給与に準じていることから、平成 30 年 4 月 1 日より、配偶者に係る扶養手当額を減額し、子に係る扶養手当額を引き上げることが決定した。

報告事項

1 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会 (12 月 7 日)

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告に続いて、愛知県医師会から「医療安全支援センター（苦情相談センター）の活動内容と医事紛争防止のための対応について」、東京都医師会から「過剰・不適切要求行為に対する医療機関からの相談対応について」の報告が行われた。その後、日本医師会の手塚一男 参与（弁護士）より「医療紛争に関する文書と裁判所への提出義務」、事務局より「最近の付託事例」の説明がされ、質疑応答を行った。（林）

2 山口県母子保健対策協議会 HTLV-1 母子感染予防専門委員会 (12 月 7 日)

妊婦健康診査における HTLV-1 抗体検査の結果、HTLV-1 母子感染予防事業の実施状況について報告があり、その後、平成 29 年 4 月 14 日付で国から新マニュアルが提示されたことから、本県の「HTLV-1 母子感染予防のためのガイドライン」の改訂について協議を行った。（藤野）

3 地域医療構想調整会議:検討部会「周南」「下関」(12 月 7 日)

周南医療圏（病床機能検討部会）では、公的医

療機関等 2025 プラン策定対象の 2 病院、新公立病院改革プランを策定している 3 病院から現状と今後の方向性について説明が行われた。また、県医療政策課が行った「療養病床転換意向等調査（第 2 回）の結果」、周南健康福祉センターが行った「周南圏域回復期機能に関するアンケート結果」の報告が行われた。下関医療圏（高度急性期・急性期専門部会）では、公的医療機関等 2025 プラン策定対象の 5 病院から現状と今後の方針について説明が行われた。その後、各医療圏とも意見交換、質疑・応答が行われた。（弘山）

4 花粉測定講習会 (12 月 10 日)

本会の沖中常任理事より平成 29 年のスギ・ヒノキ花粉の飛散のまとめと平成 30 年の飛散予測の報告後、日吉花粉情報委員長による講演「春に見かける花粉」、松山大学薬学部臨床薬学研究室の難波弘行 教授による特別講演「最多風向によるヒノキ科花粉供給地域の推定と飛散状況」が行われ、その後、花粉測定の実技講習等が行われた。（今村）

5 勤務医部会第 3 回企画委員会 (12 月 10 日)

勤務医部会主催のシンポジウム、医学生のための短期見学研修事業、医師事務作業補助者研修会等について協議を行った。（加藤）

6 病院勤務医懇談会「周南記念病院」

(12 月 12 日)

医師の確保、救急現場での超高齢者の CPA や施設入居者の急変時の対応等について意見交換を行った。（加藤）

7 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(12 月 13 日)

平成 29 年 1 月に支払基金に設置された「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」で取り纏められた、投薬及

理 事 会

び注射の公表事例についての報告、KPT（ふりかえり）法（Keep：よかったこと、続けること。Problem：悪かったこと、問題点。Try：次に試すこと、すること。）等の報告が行われた。（河村）

8 第 3 回健康教育委員会（12 月 14 日）

平成 29 年度の健康教育テキスト（テーマ：食物アレルギー）の最終確認を行った。来年度のテーマは「リウマチ」とし、今後、執筆者を選考することが決定した。（藤本）

9 個別指導「周南市」（12 月 14 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。
（萬、清水）

10 山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査専門委員会（12 月 14 日）

平成 28 年度新生児聴覚検査実施状況及びその推移（平成 17 ～ 28 年度）、医療機関から連絡があった要精密児のフォローアップ状況、軽度・中等度難聴児補聴器購入費補助事業について報告があった。その後、療育機関からの補聴器装着の有無等の報告、平成 30 年度新生児聴覚検査に関する研修会等について協議した。（藤野）

11 健康やまぐち 21「歯科保健分科会」

（12 月 14 日）

「やまぐち歯・口腔の健康づくり推進計画」の進捗状況、同計画に関する基本的事項の中間評価の進め方及び方法等について協議を行った。
（藤本）

12 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」 （12 月 14 日）

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の名越 究 室長より「医療事故調査制度の概要」の報告、「医療事故報告における判断・医療事故調査の要点・医療事故調査制度における医療機関管

理者の役割」の講義が行われた。その後、「調査実務担当者の視点から」として北海道大学病院医療安全管理部の南須原康行 教授の講演及び医療事故報告の判断に関する演習が行われた。（中村）

13 第 2 回山口県専門医制度協議会（12 月 15 日）

専門研修プログラム一次登録の状況及び登録者に関する分析結果の報告後に意見交換を行い、その後、専攻医確保に向けた今後の対策について協議を行った。（山下）

14 第 1 回山口県禁煙フォーラム（12 月 17 日）

本会の主催により「いのち」をメインテーマに開催した。県総合保健会館の多目的ホールでは、山口県健康増進課の喜多洋輔 課長から「タバコから県民を守る取り組み」、北九州市の霧ヶ丘つだ病院の津田 徹 院長からは「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」と題した特別講演が行われ、その後、禁煙推進委員によるパネルディスカッションが行われた。第 1 研修室では、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県臨床検査技師会のご協力により、タバコにまつわる無料健康相談、無料検査等が行われた。
（藤本）

15 県民の健康と医療を考える会総会

（12 月 19 日）

「国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保」、「国民と医療機関等に不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」を県議会等に要望するため、国民の声を政府に届けることを目的とした国民運動の趣旨説明及び決議案の説明を行い、出席者全員一致で決議が採択された。
（今村）

理 事 会

医師国保理事会　－第 15 回－

1　特定個人情報保護評価計画管理書及び基礎項目評価書の見直しについて

情報連携において国家公務員共済等が情報提供者になることに伴い主務省令が追加されたため、見直しを行い、変更後の基礎項目評価書を個人情報保護委員会に平成 29 年 12 月 22 日付けで提出・公表することが決定した。

－第 20 回－

1 月 4 日　午後 5 時～6 時 4 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・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1　平成 30 年度予算編成の基本方針・日程について

国及び山口県の情勢を踏まえた基本方針と日程の協議を行った。

2　平成 30 年度新規事業について

医師定住促進対策（仮称）、特定健診受診率向上対策事業（仮称）等 7 件について協議を行った。

3　第 2 回郡市医師会長会議について

2 月 15 日開催予定の会長会議における日程及び提出議題について協議を行った。

4　第 13 回医療関係団体新年互礼会について

1 月 6 日（土）に開催する互礼会の出席者が確定し、当日の次第及び役職員の担当等について協議を行った。

5　中国 5 県禁煙宣言ポスターについて

中国 5 県医師会の連名による「受動喫煙ゼロ宣言」（平成 29 年 5 月理事会承認）を踏まえ、このたび広島県医師会から提案のあった中国 5 県医師会連名の「禁煙宣言ポスター」の作成について協議し、承認された。なお、活用方法は、各県医師会に一任されることが報告された。

報告事項

1　医事案件調査専門委員会（12 月 21 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

2　山口大学第 54 回学長選考会議（12 月 21 日）

学長候補者選考に係る今後の課題、学長の業務執行状況の評価の実施等について協議を行った。（今村）

3　山口大学第 82 回経営協議会（12 月 21 日）

就業規則の改正、役員報酬決定規則等について協議を行った。（今村）

4　献血推進ポスター・作文及び薬物乱用防止ポスター・標語表彰式並びに発表会（12 月 21 日）

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

（河村）

5　第 2 回山口県助産師出向支援導入事業協議会（12 月 21 日）

助産師出向に関する取組み状況についての協議

理 事 会

(実施済 1 例、実施予定 2 例) 及び実施済事例の報告等が行われた。(沖中)

6 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(12 月 21 日)

医科では、新規 2 件が承認された。(河村)

7 都道府県医師会地域医療構想担当理事連絡協議会 (12 月 22 日)

テレビ会議システムにより会議に参加した。横倉義武 会長の挨拶に続き、中川俊男 副会長から「地域医療構想について」、佐々木 健 厚生労働省医政局地域医療計画課長から「地域医療構想の進め方について」の講演があった。その後、静岡県及び福岡県の事例報告、予め各都道府県医師会から提出されていた質問・意見・要望等について回答が行われた。(弘山)

8 山口県医療対策協議会医師配置調整部会

(12 月 27 日)

医療行政の基礎資料となる「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査」の結果について報告の後、緊急医師確保対策枠・地域医療再生枠貸与者の配置及び医師修学資金貸付者の平成 30 年度配置方針について協議した。(河村)

9 会員の入退会異動

入会 2 件、異動 3 件。(1 月 1 日現在会員数: 1 号 1,284 名、2 号 871 名、3 号 449 名、合計 2,604 名)

医師国保理事会 — 第 16 回 —

1 平成 30 年度保健事業の見直し (案) について

平成 27 年、国保法等の改正において国保の保険者努力支援制度が創設された。平成 30 年度か

らは保険者種別の特性に応じた制度の見直しがされ、国保組合における予防・健康づくりに向けたインセンティブ制度が導入されることに伴い、本組合の保健事業全体を見直すこととした。新規事業としては、医療費通知及びジェネリック差額通知を実施することとし、近年、利用実績のない貸付事業及び出産した被保険者への育児情報誌の配付を廃止することが決定した。

— 第 21 回 —

1 月 18 日 午後 4 時 55 分～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、香田・中村・清水・舩津・前川・山下各理事、藤野・篠原監事

協議事項

1 定款等検討委員会答申について

定款等検討委員会に諮問した「平成 31 年度山口県医師会費の賦課方法」及び「平成 31 年度役員等の報酬」については、いずれも前年度のとおりで適切である旨の答申が出され協議、承認された。

2 平成 30 年度県事業予算 (県医師会委託分) について

平成 30 年度山口県事業予算のうち、本会が受けている委託事業に係る予算の現時点での見積額について説明を行った。新規 1 件、廃止 1 件、増額 1 件、減額 4 件で、他事業への振替分を含めると、全体額ではほぼ昨年度と同額が要望されている。

理 事 会

3 診療報酬改定説明会の開催日程等について

平成 30 年度診療報酬改定に伴い、本会と中国四国厚生局の合同による改定説明会を、前回同様に県内 7 か所で実施することとし、日程等を決定した。

4 子育て支援フォーラム in 山口について

「子育ての応援とゼロ歳児からの虐待防止を目指して」をテーマに、1 月 27 日（土）に日本医師会、SBI 子ども希望財団及び本会が共催で開催するフォーラムの運営について協議し、承認された。

5 2018 年レノファ山口 FC シーズンシートの継続契約について

レノファ山口 FC は県内唯一のプロサッカーチームであり、県民のスポーツ熱の向上や地域振興にも大きく貢献していること等から、2018 年についても引き続きシーズンシート 5 席分を購入することが決定した。

報告事項

1 広島県医師会との懇談会（1 月 7 日）

ICT の活用と遠隔診療、勤務医師の時間外労働規制、保育サポーター事業の取組状況等について意見交換を行った。（林）

2 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（1 月 10 日）

平成 29 年 3 月末現在における診療報酬等収支整理不能額（全国）の処理、平成 29 年度支部監事監査の結果等について報告が行われた。（河村）

3 広報委員会（1 月 11 日）

会報主要記事掲載予定（2 ～ 4 月号）、本会の活動に関するアンケート調査の結果報告、来年度の県民公開講座等について協議した。（今村）

また、本会ホームページのリニューアルに伴い、

研修会等の申込システムを設置することの説明が行われた。（中村）

4 定款等検討委員会（1 月 11 日）

「平成 31 年度山口県医師会会費の賦課方法」「平成 31 年度役員等の報酬」の諮問事項について審議を行った。（林）

5 個別指導「下関市」（1 月 11 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬）

6 小野田赤十字病院 水田英司 名誉院長叙勲祝賀会（1 月 11 日）

水田先生が「瑞宝双光章」を受章されたことから、来賓として祝賀会に出席した。（河村、濱本）

7 日医生涯教育協力講座セミナー「超高齢社会における高齢者のトータルケア～高齢者の健康寿命延伸に向けて～」（1 月 13 日）

信州大学医学部附属病院整形外科の中村幸男講師による特別講演「長野県におけるロコモへの取り組み」、東京大学大学院医学系研究科加齢医学の小川純人 准教授による基調講演「地域包括ケアシステムにおける高齢者トータルケア」の後、シンポジウム「山口県における高齢者トータルケアの取り組みと今後の展望」が行われた。（加藤）

8 山口県臨床検査技師会新春講演会・新年賀詞交歓会（1 月 13 日）

来賓として出席し、挨拶を行った。（河村）

9 山口県胃内視鏡検診研修会（1 月 14 日）

市町における胃がん検診の胃内視鏡検査を実施する医師を対象に、実施する際の留意点や偶発症対策に係る研修会が開催された。69 名受講。

（香田）

理 事 会

10 在宅医療関連講師人材養成事業研修会

(1 月 14 日)

地域における在宅医療に関する講師養成を目的に開催された。当日は人口規模別の地域での取り組みの紹介や、「在宅医療の継続」、「24 時間の対応医師の負担感」、「多職種協働」をテーマにワークショップが行われた。(弘山)

11 第 3 回都道府県医師会長協議会 (1 月 16 日)

本会提出議題「小規模入院施設の今後について」を含め各県から提出された 11 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。その後、医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査結果の報告等が行われた。(河村)

12 日医第 6 回母子保健検討委員会 (1 月 17 日)

会長諮問「新しい子育て支援の在り方についてー日本医師会の立場からー」について審議した。本年 3 月に答申予定。(濱本)

医師国保理事会 ー第 17 回ー

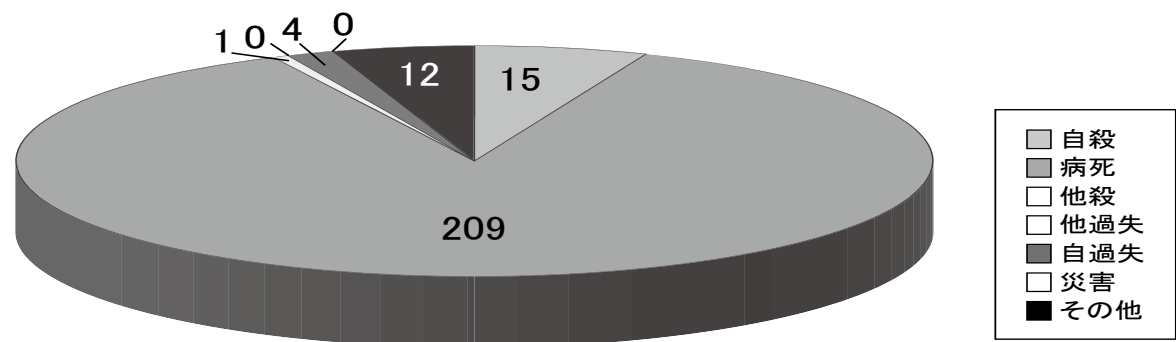
1 平成 30 年度法令遵守 (コンプライアンス) のための実践計画の策定について

平成 30 年度実践計画について協議し、2 月 15 日開催の組合会に承認事項として上程することを議決した。

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
Dec-17	15	209	1	0	4	0	12	241

死体検案数と死亡種別 (平成 29 年 12 月分)



新しい春が来た

飄

々

広報委員

岸本 千種

この正月は遠出せずに、地域密着で過ごした。寒波も外れてくれて、ありがたいことに平和でもあった。

12 月 31 日は「ゆく年くる年」に画面が変わる瞬間を見逃さないために紅白歌合戦も観た。

午後 11 時 45 分、豪華絢爛な喧噪の NHK ホールから、一瞬にして、ゴーンと響く鐘の音とともに雪に覆われた深夜の寺が映る。「また一年が去ってしまう。何か成せただろうか」という軽い焦燥感と「ともあれ、この年の幕引きまで辿り着けた」という安堵感が混じる。

午前 0 時、アナウンサーのひときわ明るい「新年あけましておめでとうございます」の声で、テレビ画面が切り替わり、現実に戻される。続いて「年の初めは さだまさし」を、ついついラストまで見ると午前 2 時になった。この午前 2 時で、スペースワールドが閉幕してしまった。小学校の修学旅行の定番コース、どこよりもスリル満点の絶叫型ジェットコースター、赤と白のスペースシャトルの模型が記憶に残る。1 年前に閉幕を決定公表してから勢いを盛り返して、鮮やかなフィナーレだった。宇宙からの思い出をありがとう。

1 月 3 日、箱根駅伝を観ていて、7 区を颯爽と走っていた東京国際大学の 30 歳の一年生選手に驚いた。年齢制限無いの？何浪？再入学？「高校卒業後、実業団で活躍し、将来の指導者転身を見据えて大学生になった。」との記事を読んで納得

できた。来年は東京国際大学に注目、応援することにした。

また、同日は「アメリカンフットボールの日本選手権で富士通が連覇」のニュースもあった。箱根駅伝で山の神だった元東洋大学の柏原さん（28 歳）が、富士通アメフト部マネージャーとして、選手と一緒に笑顔で写っていた。注目を集めた選手が、地に足のついた堅実なセカンドキャリアを踏み出した記事には、新年にふさわしい温かさがあった。箱根駅伝に対する視野の広い考え方や、つぶされずに次のステージへの糧にしていこうと、若い世代の柔軟な強さを見た。

近くの遠石八幡宮へ初詣に行った。箱根駅伝を見た後なので、車でなく早歩きで行ってみた。石段を上りきった境内では、豪華景品が当たる「福みくじ」の真っ最中で、大勢の人で賑わっており景気が良かった。

今年は十干十二支で言えば戊戌年である。次の猪年に命の種を委ね、猪突猛進のための準備の年。充電の年にしよう。

「感謝」の絵馬をかけてから、狛犬をじっくりと観察した。なかなか表情豊かで愛嬌がある。一頭は口を閉じて右前足で邪鬼を踏みつけている。もう一頭の方は口を大きく開いて、サッカー選手みたいに左前足で毬を押さえている。あ・うん、阿吽。口が開いているのが阿形で、閉じているのが吽形である。狛犬は犬同士のペアと思い込んでいたが、犬と獅子の混合ダブルスらしい。

狛犬と言えば、学生時代に古文の授業で習った徒然草のなかで、記憶に残っている数少ない話の一つある。

狛犬が背中合わせの向きになっているのを見て、上人が感激して涙ぐんだ。由来を神官に問うと、「子供たちの悪戯です」と答えて、あっさり狛犬の向きを直してしまい、上人の涙が無駄になってしまったという話。「重くて無理でしょう」と突っ込みを入れたくなった。神官一人で、さっと向きをかえることができたのも不思議だった。当時の狛犬は石ではなくて木製だったらしいと最近知って、やっと納得がいった。

1 月 9 日に発表された日医の新キャラクター「日医君」も犬である。白クマ君も良かったが「にちいキュン」と呼びたいくらい爽やかでキュートな「日医君」の今後の活躍が期待される。ところで、白クマ通信は、白イヌ通信とか白ワン通信とかになるのだろうか？

お知らせ・ご案内



平成 29 年度
山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

日 時 平成 30 年 3 月 11 日（日） 14：00～

場 所 山口県医師会 会議室（山口県総合保健会館 6F）

14：00 平成 29 年度総会

14：30 特別講演

まだまだ知られていない臨床法医学の仕事

山口大学大学院医学系研究科法医学講座 准教授 高瀬 泉

15：50 特別企画

子どもをみまもる現場より

山口少年鑑別所 所長 内田 桂子

下関市こども発達センター診療所 所長 大賀 由紀

※ 託児室あり（要予約）



山口県医師会 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

と き 平成 30 年 3 月 4 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

プログラム

10:00 (5 分) 開会

10:05 (40 分) 「かかりつけ医の役割編」(DVD 13 分)

山口県医師会理事 清水 暢

10:45 (60 分) 「診断編」(DVD 8 分・8 分・6 分)

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

11:45 (30 分) 「症例検討」(ワークショップ形式)

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

12:15 (40 分) 昼食

12:55 (60 分) 「治療編」(DVD 6 分)

(医) 和栄会原田医院院長 原田 和佳

13:55 (60 分) 「連携と制度編」(DVD 7 分)

山口県医師会理事 前川 恭子

14:55 (5 分) 閉会

○取得単位

日本医師会生涯教育制度 4 単位

「かかりつけ医の役割編」 CC 4 (医師-患者関係とコミュニケーション): 0.5 単位

「診 断 編」 CC15 (臨床問題解決のプロセス): 1 単位

「症 例 検 討」 CC12 (地域医療): 0.5 単位

「治 療 編」 CC29 (認知能の障害): 1 単位

「連 携 と 制 度 編」 CC13 (医療と介護および福祉の連携): 1 単位

日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 8:1 単位

※ 受講修了者については氏名等を公表する場合がありますので、ご了承ください。

※ 全日程を受講された方のみ修了証書が交付されます。



第 78 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 30 年 3 月 3 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

次 第

司会 山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

開 会 15:00

特別講演 I 15:00 ~ 16:00

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

早期胃癌の内視鏡的診断と治療

独立行政法人国立病院機構関門医療センター

臨床研究部長 柳井 秀雄

特別講演 II 16:00 ~ 17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会会長 三浦 修

大腸がんスクリーニング・サーベイランスの現況と今後の展開

国立がん研究センター中央病院検診センター長 松田 尚久

閉 会 17:00

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

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2 単位
特別講演 I CC49 (嚥下困難):1 単位
特別講演 II CC53 (腹痛):1 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

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

※ 参加申込は不要です。



平成 29 年度 主治医意見書記載のための主治医研修会

と き 平成 30 年 3 月 10 日（土）15:00～17:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

司会：山口県医師会理事 清水 暢

開 会 15:00

講 演 15:00～16:00

介護保険制度について

山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班主任主事 岩本 浩子

特別講演 16:00～17:00

認知症を適切に評価・記載するために

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

閉 会 17:00

取得単位

日本医師会生涯教育制度 2 単位

講 演 CC 6（医療制度と法律）：1 単位

特別講演 CC 29（認知能の障害）：1 単位



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

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、平成 30 年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集（募集期間：～平成 30 年 2 月末日）します。

詳細は財団ホームページ（<http://www.zsisz.or.jp/>）をご覧ください。

連絡先 公益財団法人産業医学振興財団 振興課（産業医学調査研究助成担当）

〒101-0048 東京都千代田区神田司町 2-2-11 新倉ビル 3F

TEL：03-3525-8294（直通）

税務署からのお知らせ

申告と納税は期限内に！

所得税及び復興特別所得税・贈与税の申告・納税は

3月15日（木）まで

個人事業者の消費税及び地方消費税の申告・納税は

4月2日（月）まで

便利な

申告書の作成は

「確定申告書等作成コーナー」で!!



画面の案内に従って金額等を入力すれば、税額などが自動計算され、所得税、消費税、贈与税等の申告書や青色決算書などを作成できます。

おうちで作成
ネットで申告

詳しくは

国税庁

で検索

国税分野における
ポイント社会保障・税番号制度
～マイナンバー制度～マイナンバーキャラクター
マイナちゃん

税務関係書類（申告書・申請書など）にマイナンバーを記載してください

▶ マイナンバーの記載が必要となる時期（例）

	記載対象	一般的な場合の提出時期
所得税	平成 29 年分以降の申告書	（平成 29 年分の場合） ⇒ 平成 30 年 2 月 16 日から 3 月 15 日まで
消費税	平成 29 年 1 月 1 日以降に開始する課税期間に係る申告書	（平成 29 年分の場合） ⇒ 平成 30 年 4 月 2 日まで
法定調書 ※ 1	平成 29 年 1 月 1 日以降の金銭等の支払等に係る法定調書	（例）平成 29 年分給与所得の源泉徴収票、 平成 29 年分報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書 ⇒ 平成 30 年 1 月 31 日まで
申請書・届出書 ※ 2	平成 29 年 1 月 1 日以降に提出するマイナンバーの記載が必要となる申請書	各税法に規定する提出時期

※ 1 法定調書の対象となる金銭の支払を受ける方等の番号も記載する必要があります。

なお、本人へ交付する給与所得の源泉徴収票や特定口座年間取引報告書などへのマイナンバーの記載は不要です。

※ 2 平成 28 年度税制改正により、一部の申請書・届出書について、マイナンバーの記載が不要になりました。
詳しくは、国税庁ホームページをご覧ください。

税務関係書類を提出される際に、本人確認が必要になります

税務署ではなりすましを防止するための本人確認（番号確認及び身元確認）を行いますので、マイナンバーを記載した申告書等の税務関係書類を提出する際には、申告されるご本人の本人確認書類の提示又は写しの添付が必要です。

《本人確認を行うときに使用する書類の例》

例 1 マイナンバーカード（個人番号カード）のみ 【番号確認及び身元確認書類】

例 2 通知カード 【番号確認書類】 + 運転免許証、公的医療保険の被保険者証など 【身元確認書類】

例 1 マイナンバーカード



（表面）



（裏面）

又は

例 2 通知カード



※ マイナンバーカードの写しで本人確認を行う場合は、表面及び裏面の写しが必要となりますのでご注意ください。

+
身元確認書類

医師資格証を持ちましょう

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

医師資格証は
5年ごとの
更新になりました

申請方法と
受け取り方法が
変更になりました

年間利用料が
廃止されました

2年ごとの
オンライン更新が
不要になりました

診療情報提供書等への HPKI 電子署名に対応しています

医師資格証 ご利用シーン



地域医療連携内での
診療情報提供書への
HPKI 電子署名
(平成 28 年診療報酬改定におい
て加算を算定することが可能)

電子処方せん発行時の
HPKI 電子署名に使用



日医生涯教育制度、認定
医、かかりつけ医など各
種研修時の受講履歴、
取得単位管理に使用

地域医療連携システムへ
のログイン認証



医師資格証ポータル
サイトの利用



治験データへの
HPKI 電子署名



文書交換サービス
の利用



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



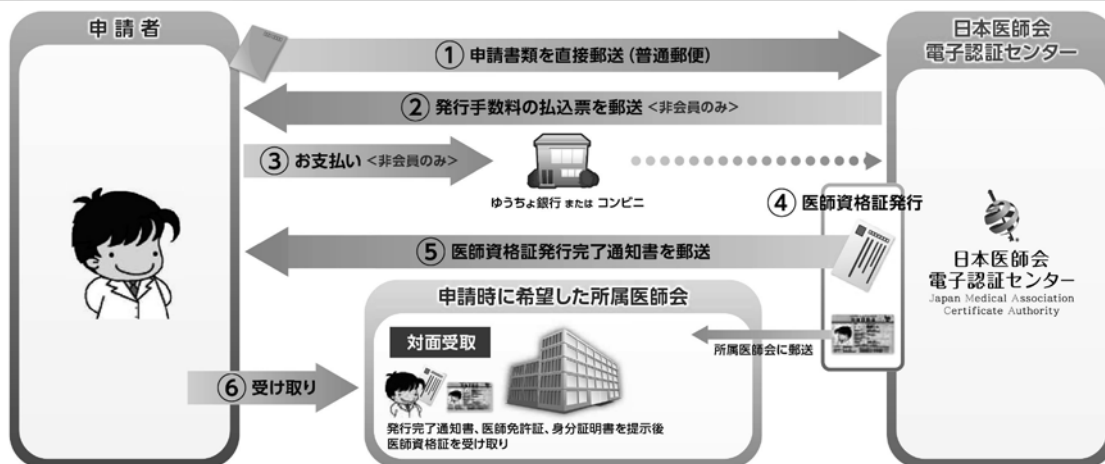
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

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

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



医師資格証申請方法



新しい発行方法

- ① 「申請書類」一式を.....日本医師会電子認証センターへ郵送します。
- ② 発行手数料の払込票が郵送されます。<非会員のみ>
- ③ ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。<非会員のみ>
- ④ 医師資格証が発行されます。<非会員は払込確認後>
- ⑤ 医師資格証 発行完了通知書が郵送にて到着します。
- ⑥ 「対面受取時の書類」を持ち、.....申請時に希望した所属医師会に医師資格証を受け取りに行きます。
※市区等医師会で受取り可能な都道府県もあります。

申請書類一式郵送先

日本医師会 電子認証センター

〒113-0021 東京都文京区本駒込 2-28-8

文京グリーンコートセンターオフィス 17 階

E-mail: toiwase@jmaca.med.or.jp

「申請書類」

- ① 医師資格証 発行申請書
- ② 医師免許証 コピー
- ③ 住民票の写し (原本)
- ④ 身分証 コピー
- ⑤ 医師資格証発行申請書
電子認証センターホームページよりダウンロード出来ます。
※顔写真を貼付ください。(撮影から6ヶ月以内)
- ⑥ 医師免許証コピー
- ⑦ 住民票の写し (原本)
- ⑧ 身分証のコピー (下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード (裏面不要)

「対面受取時の書類」 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認を してください。

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

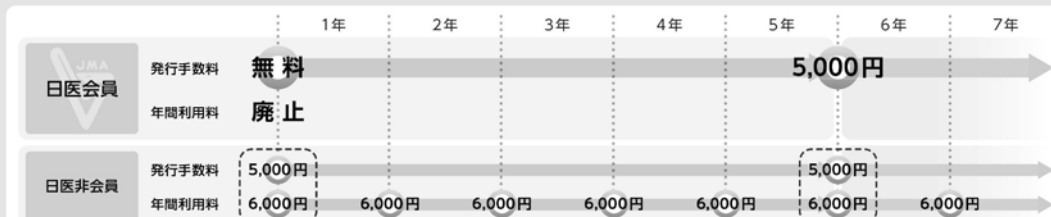
費用

日医会員

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

日医非会員

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



謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

亀 田 五 郎 氏	下関市医師会	12 月 23 日	享 年 100
岡 澤 寛 氏	防府医師会	12 月 26 日	享 年 81
松 田 光 男 氏	防府医師会	1 月 5 日	享 年 62

編 集 後 記

ボクシングのリングドクターを担当することになり、平成 22 年 11 月、上関町で開かれた全日本アマチュアボクシング選手権に出かけて行った。私は脳を守るのが仕事なので、ボクシングはお勧めでないスポーツである。初めて、生で、それもリングサイドで観ることになった。試合開始のゴングと同時にいきなり頭部顔面を叩き合い、それが三分間続いた。こちらは脳が壊れるのではないかとハラハラして、三分間がこの上なく長く感じられた。

切れた目尻に軟膏を塗るシーンをテレビで見たことがあるが、アマチュアの試合では、リングドクターはガーゼで血を拭き、傷口を見て試合続行の可否を判断するだけで、選手はあるがままで試合をしなければならない。幸いにして、試合が途中で終わる程の出血はなかった。

選手が突然、腰砕けになって尻餅をついた。相手のパンチが強く当たり脳震盪を起こしてダウンしたのだ。アマチュアでは、ダウンのポイントは有効打と同じ一点であり、ダウンを狙わなくても良いように脳を守るルールになっている。この点は安心した。しかし、プロになるとダウンを狙われるので、長くやっているうちに少しずつ軸索が切れて、パンチドランカーという認知症にも似た症状が出たりする。

試合開始の合図で、レフェリーが「ボックス」と言う。このボックスは「ボクシングをする」ことである。握りしめた拳が箱（＝ボックス）の形をしており、拳で戦うのでボクシングと言うそうだ。大昔には裸の拳で戦い、死人が出ていた残虐ショーの時代があった。現在は衝撃を和らげるグローブを装着することによってスポーツとして成立している。

それにしても、プロを目指さないアマチュアがなぜこんなにも叩き合うのか。「とにかく、勝ちたい」らしい。アマチュアはヘッドギアをつけているが、外して素顔を見せたとき、皆一様に目が輝いていたのは印象的であった。

圧倒的に強い選手が一人いた。ラウンド間で他の選手は椅子に腰掛けていたが、平然としてずっと立っていた。オリンピック金メダルに続いて、7 年後、疑問判定による再戦で世界チャンピオンになった村田諒太 選手である。当時からすごかった。

（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）