

山口県医師会報

平成30年(2018年)

5月号

— No.1893 —



初夏の海（周防大島） 尼崎辰彦 撮

Topics

新病院長に聴く「徳山中央病院」



Contents

■新病院長に聴く「徳山中央病院長」……………	<聞き手>津永長門	377
■今月の視点「山口県の医療機関等における看護職員の 需給状況に関する調査～2017～」……………	沖中芳彦	382
■山口県医師会警察医会 第 22 回研修会……………	天野秀雄	386
■平成 29 年度 第 2 回都市医師会地域包括ケア担当理事会議 ……	弘山直滋	396
■平成 29 年度 第 4 回全国有床診療所連絡協議会常任理事会・役員会 ……	正木康史	403
■平成 29 年度 都道府県医療事故調査等支援団体等 連絡協議会合同協議会……………	林 弘人	406
■平成 29 年度 山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会……………	弘山直滋	409
■平成 29 年度 母子保健講習会……………	濱本史明、藤本俊文	410
■第 145 回 山口県医師会生涯研修セミナー ……	飴山 晶	416
■平成 29 年度「JMAT やまぐち」災害医療研修会 (第 4 回) ……	弘山直滋	420
■平成 29 年度 保育サポーター研修会 ……	前川恭子	422
■平成 29 年度 学校保健講習会……………	濱本史明、藤本俊文	424
■第 147 回 山口県医師会生涯研修セミナー ……	福田信二、加藤智栄	432
■県医師会の動き……………	吉本正博	438
■日医 FAX ニュース ……		441
■理事会報告 (第 1 回) ……		442
■飄々「二度目の月食」……………	川野豊一	446
■お知らせ・ご案内……………		447
■編集後記……………	山下哲男	458

新病院長に聴く

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）

徳山中央病院長

第 8 回

那 須 誉 人 先生

と き 平成 30 年 3 月 8 日（木）

と ころ 徳山中央病院 院長室

〔聴き手：広報委員 津永 長門〕



津永委員 平成 26 年度から始めました県医師会報の「新病院長に聴く」として、昨年 4 月に徳山中央病院の病院長に就任されました那須誉人先生にお話を伺いたと思います。遅くなりましたが、病院長ご就任おめでとうございます。まず、病院のご紹介をお願いいたします。

那須病院長 当院は社会保険病院時代も、独立行政法人地域医療推進機構（JCHO：ジェイコ）移行後も周南医療圏で高度急性期、急性期の医療を担ってきた病院で、現在もその状態は続いています。

津永委員 4 年前に前院長の井上先生にインタビューさせていただいた際には、JCHO に移行されたばかりで、職員や医師の退職など非常にバタバタしたと言われておられましたが、現在はいかがでしょうか。

那須病院長 ちょうど移行した時はいろいろな風評被害的なことがありまして職員、特に看護師が多数辞めましたので少し業務に支障を来したこともありましたが、この 4 年間で徐々に回復しています。移行後はいわゆるカルチャーショック状態でいろいろなルールも公設民営と公設公営とではかなり違いました。しかし時間の経過とともに現在は新ルールにも慣れてきている状況です。

津永委員 私たち周南市民は徳山中央病院が救急医療を縮小するのではないかと心配していました。

那須病院長 地域住民の皆様にはずいぶんご心配いただきましたが、幸い移行してから救急、その他の診療も縮小せずに運営をやってこられました。

津永委員 先生はこちらの病院に来られてどのぐらいになられますか。

那須病院長 30 数年になります。

津永委員 病院長になられて改めて見えてきた病院の課題等がありますか。

那須病院長 院長になって、いろいろな情報を全部目にするようになると、やはり全体像が少し見えて来ていろいろ感じる所があります。診療形態、医療器械等はその凄く進んでいますが、それをサポートする部門等では相変わらず昔ながらのルールがまかり通り、ルールの決め方、動かし方等はスピード感に欠け、少し時代遅れかなという気がしています。現在は 507 床で運用していますが、職員の数も、私が当院に赴任した時と比べると凄く増えていて今は 1,000 人を超えています。そうすると病院組織の運用方法も少し違ってくると思います。また、昔であれば医療そのものについて、医師と看護師、受付の人が一人いればよかったものが、リハビリから NSW から診療情報管理士等いろいろな職種の方が必要という構造も全然違いますし、そこに医師事務作業補助者（クラーク）

が入ったりして、それをどこが管理するといった問題が出てきます。その辺が少し違うと思います。いろいろな意味で近代化が必要と思っています。

津永委員 JCHO になって電子カルテも導入されて、少しずつ近代化されていますよね。

那須病院長 医師の診療業務は近代化されていますが、それ以外の所が意外と古いままで運用しているように感じています。

津永委員 新病棟は建てられましたが、外来棟について建て替えの計画はございますか。

那須病院長 ここに移転してきたのが昭和 49 年だったと思いますが、そのままになっており、ぼちぼちガタが来ており、耐震補強もしないといけないわけですが、そうするのであれば建て替えた方がよいと思っており、現在準備中です。ただ、周りの医療を取り巻く環境が、人口の減少等今まで経験していない時代がくるので、今後どのようなスタイルが望ましいのか予想をつけにくく、みんなでいろいろ話し合っています、少し難しいところです。

津永委員 いろいろ考えられて改革を進められようとしていますが、JCHO になってから給料が下がり、モチベーションが少し下がったというような話も聞いたことがありますが、いかがでしょうか。

那須病院長 JCHO に移行後は管理職には時間外手当が全く付かないというシステムでしたから非常にギャップが生じました。若い先生にとっては比較的良いとは思いますが、当院にはプレイングマネージャーが多数居りますので、そういった先生たちには非常に苦労してもらったと思います。社会保険病院の時がいろいろな意味で非常に自由度が高かったのですが、今は以前と比べ少し自由度は縮小傾向です。

また、医療業界全体も急性期病院には追い風が吹いていないこともあり、最初の頃は不満があったと思います。しかし、医師は誰も辞めずにその

まま残ってくれましたから、無事乗り切ることができ、残ってくれた職員には感謝しています。

津永委員 経営的には黒字ですか。

那須病院長 黒字経営はずっと維持していますが、一時期より圧縮されています。これは現在、日本中の多くの急性期病院の置かれている傾向と同じです。

津永委員 井上前院長が当直の問題を改善したいと言われていましたが、今、医師の働き方改革ということが盛んに言われていますが、これについての取組みはいかがですか。

那須病院長 若い先生方の時間外労働が一番の問題になり、いろいろ努力はしていますが根本的には人数をもっと増やさなければ、本当の意味での働き方改革は困難で、現在の救急、診療体制を安定して維持することは難しいかもしれません。また、仕事の仕方をもう少し要領よくしてほしいという現場の上の方からの声もあります。

津永委員 私はてっきり、今の若者の方は要領がいいかと思っていましたが。

那須病院長 要領が悪いという表現は適切ではないかもしれませんが、時間をかけてゆっくりされている先生も多いので。仕事を効率よくこなすことで、働き方改革を行うことも可能ではないかと考えています。

津永委員 若い先生が働きやすいようにしていただかないといけませんよね。われわれの時代は 24 時間働いて、そしてよく遊んでもいましたが、今の時代ではそんなことは考えられませんよね。

那須病院長 当時は何ともなかったことですが、今の時代にそれをするわけにはいきません。院長に就任してから一番心がけているのは、楽しく仕事ができることを目指しています。生きていくためには仕事をしないといけないわけですが、幸い、医療は人から感謝される仕事なので、寝ている時

間以外の生活の半分の時間をかけて仕事をやるわけですから、それが楽しくできないと、人生そのものが面白くないですからね。

津永委員 徳山中央病院は研修医にもかなり人気があると聞いていますが。

那須病院長 ここ 2 年ぐらい、県内で一番、研修医の応募の数が多いと思います。昨年、一昨年ともに 16 人で今年は 17 人ということです。何で人気があるのかとよく聞かれるのですが、研修医が少ない時代から見てきていますが、よくわかりません。一つには職員が研修医を大事にするということがあって、働きやすいことが口コミで広がっているのかもしれない。また、幸い、救急そのものは上級医がきちんと付いてファーストタッチできますから、いわゆる救急で一番基本になるトリアージの勉強にはなると思います。前日に診た症例は、すべて翌朝に救急科の医師、総合診療の医師、研修医全員が集まってカンファレンスしており、前日に診た症例をすべてピックアップして見落としがないか等を検討していますから相当力が付くと思います。

津永委員 専門医制度については、どのようにお考えになっていますか。

那須病院長 今すぐに影響はないでしょうが、徐々に出てくると思います。山口県全体で若い医師が不足しており、今年の県内の専攻医の応募は 40 数名で、去年より著しく減少しているのが現状です。それをご存じの先生方はぜひいぶ心配されており、このままでは山口県の医療は崩壊すると言われていました。若手医師が居らず、研修医も少なく、よそに比べて専攻医が少ない、この人数ではどうにもならないということでした。これが最大の問題だと思います。たまたま当院は新専門医制度下で、救急と総合診療の基幹病院として大学と協力しており、今年は幸い、当院の救急科を希望する専攻医が 1 人おり、産業医大や山大での研修を行いながら、徳山中央病院で主に仕事をいただいています。そういうことでもしていけないと、従来のように大学から人が来るという時代

ではなく、これが最大の悩みです。

津永委員 山口県の医師数については、新聞報道でも若手医師が少ないとよく目にしていますが、それを解決しないことには働き方改革の実現は難しいですね。

那須病院長 夢のまた夢ですね。医師が残ってくれないという現実を、県民の方にも真剣に考えていただかないと。今は何とか保っていますが、次の世代にはほとんどないことになっていると思います。

津永委員 次に、行政や県医師会に要望等がありますか。

那須病院長 現在、一番現場で困っているのは急性疾患を持った認知症患者さんの増加です。圧倒的に増えており、その場合は認知症もケアしなければいけないし、本来の病気の手当てもしないといけないわけですが、それを一般患者さんが居られる中で行うには困難を伴います。将来的にも身体障害を持った認知症の患者さんが増えると予測されており、急性期病院での治療を要するような場合、ほとんどの病院には精神科がないので、従来でも精神疾患を持った方が急病になられた時の対応に関して問題が起こっていましたが、その問題が今後増えると思うので一番心配です。それに対して、国の政策としてスタッフが認知症に慣れておくようにと政策誘導で認知症ケア加算等を付けてくれていますが、実際には部屋に一人で置いておくわけにもいかず、症状が酷い人は必ず看護師の目が届くところにしか置いておけないので、本来であれば、そういった患者さんたちだけを少数でもいいから集中的に短期間だけ診療できる病床がほしいと思っています。ただ、医療行政上は精神病床となり、山口県の場合は精神病床が多めですので、新たに病床を作ることは困難だと言われています。かといって周南地区では精神病床そのものが他地域よりは少ないので、どうしたらよいか困っています。認知症に対応できる人材だけでも育成しておけば、不十分かもしれませんが当院でも役に立つかなと思っています。

津永委員 認知症患者さんは本当に増えていますよね。私も、医師会病院で認知症の患者さんの手術をした当日の夜に「痛くないし、手術もしてないので、もう帰る」と言われて大騒ぎになって、知り合いの精神科の先生に相談し注射で落ち着かせ、家族にも泊まってもらったこともありました。

那須病院長 昔からそういったことはありましたが、その頻度が増えてくるというわけです。これは大変な問題ですが、認知症と救急の急性期疾患の両方に対応できる施設が少ないのが現状です。軽い認知症の、本人が自覚しておらずに入院後に発症するような患者さんは増えているので、特に当院は救命救急センターで軽症～重症の救急患者に対応しているからこそ余計にその必要性を感じます。従来みたいに疾患一つ、精神疾患だけ、身体障害の急性期の病気だけというように分かれてくれていたらいいですが、これからは一人の患者の中にいろいろな病気が同居するという頻度が増えていくと思うので、もう少し規制を緩めてほしいという気がします。

津永委員 高齢化と認知症はこれから必ず出てくる問題ですからね。

那須病院長 それが急性期病院と精神科病院のちょうど境目だと思いますので。今までは必要性を感じていなかったから施設がありませんよね。

津永委員 大学病院ぐらいですよ。県医師会報に掲載することで、少しでも行政にも声が届けばと思います。

次に先生ご自身のことについて、お聞かせいただけますか。

那須病院長 出身は松山市で、高校まで四国に居ましたが、大学受験で山口に来て以来、そのままずっと居ますので、山口県人みたいなものです。

津永委員 大学時代、部活は何かされていましたか。

那須病院長 硬式テニス部で、今でも時々しています。

津永委員 趣味は何ですか。

那須病院長 一時期、よく釣りに行っていたのですが、今はなかなか行けません。あと、趣味ではありませんが飛行機の歴史が面白く、今のものづくりとよく似ているので好きです。ただ、実際に乗るのは嫌いです。

津永委員 最後に座右の銘、又は好きな言葉を教えてくださいませんか。

那須病院長 特にはありませんが、根気よく諦めずに続けていけば、必ず実現するという感じはします。諦めた時点で終わり、諦めずに何年かかろうがしつこく思い続けてやっていたら比較的、道は少しずつ開けると思っています。

津永委員 本日は大変お忙しい中、本当にありがとうございました。先生のこれからのご活躍と徳山中央病院がさらに発展されることを願いまして、インタビューを終わらせていただきます。

◇那須先生とは、徳山医師会でのお付き合いがあり、院長室には先生のご趣味の飛行機の模型が飾ってあって、温厚な先生でいらっしゃると思いますが、徳山中央病院について語られるときの眼光の鋭さが印象的でした。



夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報・平成 30 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認
 いただきますようよろしくお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行（※ 写真は 3 枚以内でお願いいたします。）
- ②短歌・川柳・俳句
- ③絵（カラー印刷）
- ④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします）

字 数

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

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又は USB/CD-R の郵送	7 月 2 日
②手書き原稿	郵送	6 月 25 日

原稿送付先

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

備 考

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

今月の視点

山口県の医療機関等における看護職員の 需給状況に関する調査～ 2017 ～

常任理事 沖中 芳彦

はじめに

山口県の従前の看護職員需給見通し（平成 22 年作成）では、「需要数」－「供給数」（不足分）は平成 23 年は 376 人であるが、平成 27 年には 83 人に減少するとされていた。しかし、実際の医療現場においては看護職員の不足はもっと深刻であるという意見が多く、また会員から要望もいただいたことから、実態を把握し今後の医師会事業に役立てるため、調査を行った。

本調査の内容に関しては、平成 29 年 6 月 1 日に開催された郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会において中間報告を行っているが、今回が最終報告となる。

調査の対象並びに方法

対象は、山口県医師会員の所属医療機関等 1,162 施設と非会員で各郡市医師会が把握している医療機関及び老健施設・訪問看護ステーション等の計 1,204 施設である。アンケートを郡市医師会経由でこれらの医療機関に配付し、各施設で回答後、当会へ FAX で送信していただいた。調査期間は、当初、平成 29 年 3 月 10 日から 4 月 10 日の予定であったが、その後 3 度の未提出施設への督促を行い、最終的に 8 月 31 日まで延長した。

回答状況

対象の 1,204 機関中、回答は 896 の機関から得られ、回答率は 74.4%であった。形態別の回答率は、診療所が 73.0%、病院が 83.2%、その他（老健施設、訪問看護ステーション等）は

75.9%であった。なお、当会は診療所に関して有床と無床別の総数を把握していないため、診療所の回答率は両者の合計で計算した（表 1）。

質問内容

調査内容は以下の問 1 から問 6 で、調査のご提案をいただいた萩市民病院院長の米澤文雄 先生が原案を作成された。

問 1. 現在の貴院の看護職員の職種別人数と年齢を教えてください。

問 2. 現在の貴院の看護職員の出身校と、県内出身者数を教えてください。

問 3-1. 現在の医療を遂行する上で、貴院では必要とする看護職員数は足りていますか。

問 3-2. 貴院が必要と考える看護職員数に対し、年度当初（4 月）の看護職員予定数は常勤換算（非常勤 2 名を 1 名と換算）で何人不足しますか、あるいは何人多いですか。

問 4-1. 今後新たに貴院が行いたいと思う医療

表 1. 回答状況

回答率 74.4%
 回答機関 896機関
 対象機関 1,204機関

内訳

形態	回答機関	対象機関	回答率
無床診療所	651機関	1001機関	73.0%
有床診療所	80機関		
病院	124機関	149機関	83.2%
その他	41機関	54機関	75.9%

に、現在の雇用看護職員数は足りていますか。

問 4-2. 貴院が行いたいと思う医療に要する看護職員数に対し、年度当初（4 月）の看護職員予定数は常勤換算で何人不足しますか、あるいは何人多いですか。

問 4-3. 不足する看護職員を充足して行いたいと思われる医療について、具体的事例があれば教えてください。

問 5. 看護職員の将来的な充足について。

問 6. 貴院が困っていること。

2) いずれの職種も准看護師は看護師に比べて高齢者の割合が高い（表 2～5）。

3) 医師会立では県内出身者の割合が高い。病院以外は、医師会立准看護師課程と看護師課程出身者数の合計でほぼ半数を占めている。病院は圧倒的に医師会立以外の出身者が多い（表 6）。

4) 現在の医療を遂行する上で、看護職員の数について、無床診療所は 53%が「十分充足」又は「やや充足」と回答した。有床診療所は「過不足な

結果

1) 看護職員の職種別人数と年齢構成は、無床診療所では看護師（1,166 人）≒ 准看護師（1,196 人）、有床診療所は看護師（306）＜准看護師（392）、病院は看護師（10,324.5）＞＞准看護師（2,570）、その他は看護師（166）≒ 准看護師（171）であった（表 2～5）。ここでは、常勤を 1 人、非常勤を 0.5 人としているため、病院において「.5」という数字が出ている（表 4）。

表4. 看護職員の職種別人数と年齢(病院)

職種	計	29歳以下	30歳～39歳	40歳～49歳	50歳～59歳	60歳以上	不明
保健師	127	54	43	20	6	4	0
助産師	277	79	61	68	54	15	0
看護師	10324.5	2266	2697	2941.5	1884	516	20
准看護師	2570	442	448	576	618	471	15
看護科学生	324	200	86	35	2	0	1
准看護科生徒	227	155	51	21	0	0	0
看護補助	3280.5	500	612	742.5	804	622	0
その他	475	117	124	91	78	65	0
計	17605	3813	4122	4495	3446	1693	36

表2. 看護職員の職種別人数と年齢(無床診療所)

職種	計	29歳以下	30歳～39歳	40歳～49歳	50歳～59歳	60歳以上	不明
保健師	23	4	7	6	5	0	1
助産師	14	1	1	3	7	2	0
看護師	1166	57	238	464	294	99	14
准看護師	1196	60	178	391	345	219	3
看護科学生	13	6	6	1	0	0	0
准看護科生徒	14	8	3	3	0	0	0
看護補助	94	6	18	30	25	15	0
その他	46	14	10	9	10	3	0
計	2566	156	461	907	686	338	18

表5. 看護職員の職種別人数と年齢(その他(老健施設、訪問看護ステーション等))

職種	計	29歳以下	30歳～39歳	40歳～49歳	50歳～59歳	60歳以上	不明
保健師	1	0	0	0	1	0	0
助産師	2	0	0	0	1	1	0
看護師	166	5	19	52	52	38	0
准看護師	171	10	19	32	67	43	0
看護科学生	3	3	0	0	0	0	0
准看護科生徒	2	0	2	0	0	0	0
看護補助	54	14	14	13	9	4	0
その他	21	5	8	2	6	0	0
計	420	37	62	99	136	86	0

表3. 看護職員の職種別人数と年齢(有床診療所)

職種	計	29歳以下	30歳～39歳	40歳～49歳	50歳～59歳	60歳以上	不明
保健師	3	1	1	0	1	0	0
助産師	70	3	9	18	25	15	0
看護師	306	19	83	113	69	22	0
准看護師	392	43	75	120	111	43	0
看護科学生	16	10	4	2	0	0	0
准看護科生徒	14	9	1	0	0	4	0
看護補助	96	12	11	26	26	21	0
その他	8	1	3	1	3	0	0
計	905	98	187	280	235	105	0

表6. 看護職員の出身校と県内出身者数

	最終出身校	人数	無回答	うち県内出身者数		県内出身者の割合
				無回答	無回答	
無床診療	医師会立准看護	890	113	776	134	87.2%
	医師会立看護	337	134	302	245	89.6%
	医師会立以外	1145.5	101	889.5	119	77.7%
有床診療	医師会立准看護	274	12	260	13	94.9%
	医師会立看護	129	21	102	26	79.1%
	医師会立以外	363	8	266	12	73.3%
病院	医師会立准看護	1571	14	1260	17	80.2%
	医師会立看護	2735	11	2468	14	90.2%
	医師会立以外	8742	8	6359	15	72.7%
その他	医師会立准看護	102	8	96	8	94.1%
	医師会立看護	55	15	54	15	98.2%
	医師会立以外	173	43	144	4	83.2%

(医師会立は山口県内)

し」 + 「やや不足」で 55%。病院は「やや不足」が 50%。その他は「過不足なし」 + 「やや不足」で 78%であった。当直勤務を要する職種での需要が大きいものと思われる（表 7）。

5) 現状で必要と考える看護職員数に対する年度当初の看護職員の不足数（不足数から充足数を引いたもの）について、表 8 の【各項目の最少人数(例えば、「6人以上」の項では 6 人、7 人、8 人、9 人の場合が考えられるが、この場合、最少の「6 人」とする)】 × 【各項目の人数】をすべての列で計算すると、全職種の合計で不足数は 476 人以上と推定される。

6) 新たに行いたい医療に要する看護職員の数について、「やや不足」 + 「非常に不足」と回答した機関は、無床診療所が 23.8%、有床診療所は 36.3%、病院は 65.3%、その他は 65.9%であった（表 9）。在宅分野をより充実させたいという意見が多い。

7) 新たに行いたい医療に要する看護職員数に對

する年度当初の看護職員の不足数（表 10）は、上記 5）と同じ計算方法により、全職種の合計で 653 人以上と推定される。

8) 不足する看護職員を充足して行いたい医療は、無床診療所では、在宅医療の充実、訪問看護、患者の指導と教育、老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の展開等が多かった。有床診療所では、訪問看護や在宅医療の拡大、入院手術を増やしたい、グループホーム専任看護師を求める、周産期医療、助産業務等が多かった。病院は、訪問看護ができる体制づくり、夜勤対応の充実、認知症患者に対する看護、地域包括ケア病床、退院後の看護師による訪問と指導、救急外来、回復期リハビリ病床の増床、がん看護・認知症ケア・褥瘡ケア・感染看護・糖尿病ケアの充実、訪問看護ステーションの運営、認定看護師の育成による看護師の質の向上等が挙げられ、その他の施設では、施設内の看取り、機能訓練指導、認知症ケア、夜間帯の看護体制の強化等の意見があった。

表 7. 現在の医療を遂行する上での看護職員数の過不足

回答数の割合

	①十分充足	②やや充足	③過不足なし	④やや不足	⑤非常に不足	⑥どちらともいえず	無回答
無床診	45.5%	8.0%	23.8%	19.0%	2.2%	0.9%	0.6%
有床診	11.3%	13.8%	31.3%	33.8%	5.0%	2.5%	2.5%
病院	8.1%	8.9%	17.7%	50.0%	10.5%	4.8%	0.0%
その他	4.9%	4.9%	39.0%	39.0%	12.2%	0.0%	0.0%
全体	35.4%	8.5%	24.3%	25.6%	4.0%	1.6%	0.7%

表 9. 今後新たに行いたいと思う医療に要する看護職員数の過不足

回答数の割合

	①十分充足	②やや充足	③過不足なし	④やや不足	⑤非常に不足	⑥どちらともいえず	無回答
無床診	40.2%	7.5%	21.5%	21.0%	2.8%	3.2%	3.7%
有床診	11.3%	8.8%	25.0%	37.5%	8.8%	2.5%	6.3%
病院	4.0%	8.9%	13.7%	47.6%	17.7%	4.8%	3.2%
その他	4.9%	2.4%	24.4%	56.1%	9.8%	2.4%	0.0%
全体	31.0%	7.6%	20.9%	27.8%	5.7%	3.3%	3.7%

表 8. 必要と考える看護職員数に対する、年度当初(4月)の看護職員予定数の過不足数(常勤換算(非常勤2名を1名と換算)で)

多 ← → 少

	多い							不足							無回答/不明
	10人以上	6人以上	4人以上	2人以上	1人以上	1人未満	0人	1人未満	1人以上	2人以上	4人以上	6人以上	10人以上	20人以上	
無床診	0	0	0	0	8	5	249	32	94	25	0	0	0	0	230
有床診	0	0	0	2	3	0	22	1	19	15	1	0	0	0	16
病院	1	2	3	5	2	0	19	0	7	30	18	8	9	1	16
その他	0	0	0	1	0	0	11	0	11	8	1	0	0	0	7
計	1	2	3	8	13	5	301	33	131	78	20	8	9	1	269

表 10. 今後新たに行いたいと思う医療に要する看護職員数に対する、年度当初(4月)の看護職員数の過不足数

多 ← → 少

	多い							不足							無回答/不明
	10人以上	6人以上	4人以上	2人以上	1人以上	1人未満	0人	1人未満	1人以上	2人以上	4人以上	6人以上	10人以上	20人以上	
無床診	0	0	0	0	5	4	232	29	111	21	1	0	0	0	241
有床診	0	0	0	0	2	0	22	1	17	18	2	0	0	0	17
病院	0	2	0	3	2	0	14	0	5	21	24	14	11	4	19
その他	0	0	0	1	0	0	11	0	10	10	1	0	0	0	6
計	0	2	0	4	9	4	279	30	143	70	28	14	11	4	283

9) 看護職員の将来について、「充足すると思う」9.6%、「変わらない」40.7%、「不足すると思う」46.2%であった。「不足すると思う」は、その他の施設、病院、有床診療所、無床診療所の順に多く、その他の施設では「充足すると思う」は0%であり、介護施設や訪問看護ステーション等における特に厳しい状況を伺うことができる(図1)。

10) 困っていることは、「看護職員の欠員が補充できない」、「優秀な看護職員を雇用できない」がいずれの職種でも多く、さらに病院では、「看護職員から人員不足の不満の声が多い」、「看護職員からの労働条件改善の声が多い」、「すぐに看護職員が辞める」も多かった。

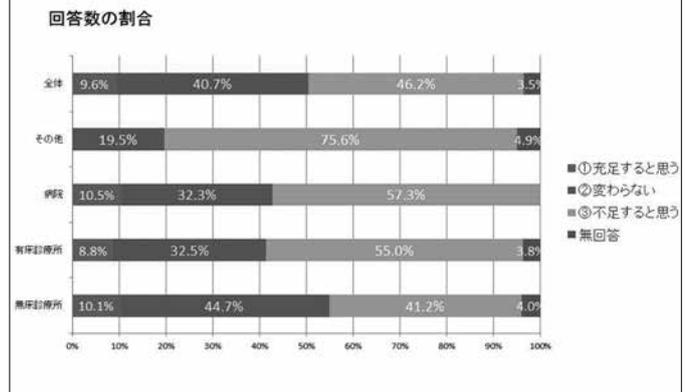
考察ならびにまとめ

本アンケート調査によると、現状では相当数の看護職員不足があり、しかも当面は厳しい状況が続くようである。平成 29 年 6 月 1 日に開催された郡市医師会看護学院(校)担当理事・教務主任合同協議会において、看護職員の需給見通しについて県の担当者から、当初の想定よりも卒業生の輩出が少なく、見通し通りに進んでいないとの発言もあった(県医師会報平成 29 年 7 月号に報告)。欠員時の補充に苦慮していることがすべての職種に共通した悩みであり、求人募集をしても応募がなく、ハロワークや広告でも集まらないのが実状である。夜間帯に働く人の確保には特に苦労されているようである。

民間の紹介会社もあるが、紹介手数料が高額である。さらに、日医総研の看護職員等の医療職採用に関する調査によると、「早期離職者数及び離職者に占める紹介会社経由の採用者割合」において、採用後 1 年以内の離職者における紹介会社経由者の割合並びに半年以内の離職者における紹介会社経由者の割合は、医師ではそれぞれ 2.6%、5.1%であったのに対し、看護職員はそれぞれ 17.6%、20.9%と、看護職員で極めて高率であった。

看護職員の高齢化の問題もある。特に診療所で有力な戦力となっている准看護師には比較的高齢の方が多。大学の新卒者は増えているが、大病

図1. 看護職員の将来的な充足について



院への就職が多く、若い人の診療所への就職者は少ない。高齢化した看護職員が 10 数年後に一斉に離職すると、診療所の運営が困難となる可能性もある。

人口が減少していく中で、どのように看護職員を増やしていくかということについては、慎重に検討しなければならないが、県医師会としては、県、県看護協会と一体となって看護職員不足の問題改善に取り組む必要がある。

山口県における毎年の看護職員養成で、県外流出が流入を約 300 人上回る(山口県看護職員確保対策協議会の資料より。内容の一部は県医師会報第 1879 号(平成 29 年 3 月号)の 190～191 頁で紹介)中において、医師会立養成所卒業者の県内就職率は高く、今回の調査結果でも病院以外の医療施設における看護職員の約半数は医師会立養成所の出身者が占めていた。看護職員不足に対する対策の一つとして、地域医療への貢献度が高い医師会立養成所の安定運営が重要であることは論を俟たない。

謝辞

本アンケート調査にご協力を賜った方々に心から感謝申し上げます。

参考資料

日医総研ワーキングペーパー「看護職員等の医療職採用に関する諸問題：アンケート調査の分析と考察」(No.396 2017 年 12 月 16 日)

山口県医師会警察医会 第 22 回研修会

と き 平成 30 年 2 月 10 日 (土) 16:20 ~

ところ ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 藤宮龍也 先生

報告：山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄

平成 30 年 2 月 10 日 (土)、ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」において「山口県医師会警察医会第 22 回研修会」が開催された。

講演

1. 死体検案特論—事例を中心に— (8)

「中毒・環境異常 3」

山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 藤宮 龍也

今回は、中毒・環境異常の 3 回目になるが、始めに死因究明・個人識別システム研究会についてお話しし、その後、前回のアルコール以外の中毒について、最後にアルコールに関する新しい知見を報告する。

死因究明・個人識別システム研究会

死因究明・個人識別システム研究会

研究会発足: H30, 1/14
会長: 石原憲治 (千葉大法医学)

死因究明等推進法、死因身元調査法施行に至るまでの経過と、その意義等を講演。意見交換が行われた。

調査法解剖の実状報告がされ、地域差がとて大きいことがわかった。

死因身元調査法 施行前後

3種類の解剖の経年変化 (全国)

	司法解剖	調査法解剖	行政解剖	合計
24年	8,520	0	10,698	19,218
25年	8,356	1,418	9,262	19,036
26年	8,684	1,921	8,787	19,392
27年	8,424	2,395	9,302	20,121
28年	8,326	2,605	9,487	20,418

※石原氏の講演スライドより
<https://news.yahoo.co.jp/byline/yanehigahamika/20180129-00080981/>

「死因究明・個人識別システム研究会」は、千葉大学法医学の石原先生が会長をされているもので、死因究明に興味のある先生方が集まって研究会が立ち上げられた。石原先生自身は、死因・身元調査法を成立させる上で、当時の民主党議員秘

書として働かれた人物である。平成 25 年に全国で司法解剖が 8,356 体、調査法解剖は 1,418 体であったが、平成 28 年には調査法解剖は約 2,600 体となった。東京などの都会では調査法解剖が多く、山口県のような地方では行政解剖、いわゆる承諾解剖が多く、調査法解剖に置き換わっている状況にある。地域によって、その扱い方が異なっていることや、一体当たりの料金も異なっていることを聞いて、驚いたところである。

死因身元調査法・死因究明等推進法の意義と課題

石原氏講演スライドより (1/14, 2018)

意義:

- 初めでの死因究明制度全体を視野に入れた法律、かつ制度改革の起点となる法律
- 犯罪の可能性の低い死体を含め、死因調査を初めて警察の責務として法律に明記
- 身元確認業務、医師・歯科医師の立ち会い・協力を明文化
- 新しい制度による解剖数増加の可能性
- 侵襲行為の合法化によるグレーゾーンの解消

課題:

- 死因究明を行う専門的機関の全国的整備がどうなるか
- 新解剖制度による制度の複雑化をどう解消するか
- 災害・事故・自殺など公衆衛生目的の究明をどう充実させるか
- 大震災など緊急時の対策をどう進めるか
- 明治・大正以来不変の刑訴法にどう手を付けるか
- どう省庁縦割り行政を打破し、予算を確保するか

体系的死因究明制度の不存在 (藤宮龍也、2004 より14年。課題は多く、抵抗勢力大きい。)

「死因・身元調査法、死因究明等推進法」の意義は、この法律によって、死因究明制度全体が視野に入った法律となり、犯罪の可能性の低い死体を含めて、死因調査を初めて行うのが警察の責務であることが明示されたことにある。また、身元確認等の業務に、医師等が立ち会うことを明文化し、いろいろな侵襲行為を合法化し、いわゆる遺体からの採血が死体損壊になるのではないかといった懸念が解消されることになった。

課題としては、全国的に死因究明に関する専門的な機関の設置が、現在もあまり進んでいない状

況にあることである。解剖の種類が制度として増えたため、制度が複雑化してしまった。さらに、災害・事故・自殺等についての公衆衛生目的の究明をどのように充実させるかが課題である。大震災の際の緊急時の対策をどう進めるのか、刑法自体が今後どのように変化していくのか、省庁の縦割りをどのようにして打破して予算を確保していくかという点についても課題として残っている。

私は、2004 年に体系的死因究明制度の不存在という論文を書いた。当時、法医学者の中では、監察医制度を全国へ広めることが決まり文句であったが、厚労省には全くその気がなかった。私自身、コロン制度や世界の制度をみてきて、やはり警察が中心になっているため、そうした法律をつくらなくてはいけないことを主張していた。結果的に、それが実現される形で進んでいる。しかし、制度は始まったが、いろいろな難問が残っている。私は定年まで後 2 年間で、これからの若い先生方に引き継いで頑張ってもらいたいと考えている。

中毒・環境異常

㊦ 法中毒学

中毒を疑うことが第 1 歩。異常行動。自殺・事故。臭気、口・手・着衣等の付着物、吐物、瓶、薬包紙等に注意。

- アルコール(急性アルコール中毒)
- 医薬品(睡眠剤・精神安定剤など)
- 覚醒剤・麻薬などの乱用薬物
- 有機溶剤(シンナーなど)
- 農薬、青酸化合物、酸・アルカリ
- 有毒ガス(一酸化炭素、硫化水素など)
- 重金属、ニコチン
- 動植物毒(フグ、貝、毒蛇、毒キノコなど)

中毒の話に入る。中毒の場合、基本的には外表に変化がないことが多いため、頭の片隅に置いて疑うことが第一歩になる。アルコールや医薬品、覚醒剤、有機溶剤などいろいろな薬物があり、説明のつかない異常行動や、臭い、口・手・着衣などへの付着、遺体周辺の瓶・薬包紙等がないかがポイントになる。

㊦ 中毒の診断

- 1) 中毒を疑う: 患者数・発症の速さ・病気で説明できない多彩症状、原因不明の意識障害、異常な発生状況、自殺企図
 複数の患者が発生: cf. 帝銀事件、松本サリン事件、和歌山毒カレー事件
 患者が単数でも急激に発症: 青酸ウーロン茶事件、青酸コーラ事件
 患者が単数でも緩徐に発症: 砒素や風邪薬による保険金殺人事件
 発症を繰り返す場合: 天理市の母親による殺人事件(筋弛緩薬)
- 2) 中毒情報の入手:
 中毒 110 番: 大阪 0990-50-2499、つくば 0990-52-9899
 Internet:
- 3) 症状・症候診断
- 4) 臨床検査
- 5) 薬物分析結果の考慮

< 避発性の症状に注意すべき主な中毒 >

アマニトキシシ(毒キノコ)	肝障害
真リン	多臓器不全
タリウム	脱毛
メタノール	視力障害
アセトアミノフェン	肝障害
グルホシネート(除草剤)	痙攣・意識障害
パラコート・ジクワット(除草剤)	呼吸不全
刺激性ガス・金属フェウムの吸入	呼吸不全・肺炎

中毒の診断は、疑うということが重要で、帝銀事件や松本サリン事件、和歌山毒物カレー事件など、これまでもいろいろな事件が起きている。忘れた頃に起こる事例が多く、常に疑うことが重要になる。

㊦ 中毒症状 1

1) 瞳孔異常

	副交感神経	交感神経
縮瞳	瞳孔括約筋収縮: 興奮 有機リン、カーバメイト	瞳孔散大筋弛緩: 抑制 クロニジン、麻薬、モルヒネ、ニコチン
散瞳	瞳孔括約筋弛緩: 抑制 アトロピン、ボツリヌス毒	瞳孔散大筋収縮: 興奮 覚醒剤、コカイン、大麻

2) 脈拍異常(頻脈・徐脈)

頻脈	抗コリン、抗ヒスタミン、環系抗鬱薬、青酸、一酸化炭素、硫化水素、メヘモグロビン血症
徐脈・房室ブロック	有機リン、カーバメイト
QT延長・torsade de pointes	抗不整脈薬、環系抗うつ薬、
心室性不整脈	有機溶剤、覚醒剤、コカイン

3) 呼吸困難・呼吸抑制

呼吸筋麻痺	ボツリヌス、フグ毒、有機リン
中枢神経抑制	催眠鎮静薬、アルコール
低酸素状態・肺胞障害	刺激性ガス

中毒の症状について、まず瞳孔の異常は、縮瞳しているか散瞳しているかにより、副交感神経が興奮状態であるか抑制状態であるかが、薬物によって異なってくる。まだ生存している場合には、脈拍や呼吸の状況も重要になる。

腐食毒では、口の周りにびらんが起こったり、着色していたり、涎が出ているかが重要になる。痙攣や生化学的な検査に関して、よく国家試験のレベルで出てくるのが、シアン化合物はアーモンド臭、ヒ素はニンニク臭、硫化水素が腐敗臭、アセトンやクロロホルムがアセトン臭、といった臭いがあると言われている。しかし、実際に現場でそのような臭いを嗅ぎ取れるかは分からない。

㊦ 中毒症状 2

- 4) 口唇・口腔内びらん(腐食毒)や着色(パラコート剤)、流涎(有機リン、毒キノコ)
- 5) 痙攣
- 6) 代謝性アシドーシス: 乳酸蓄積、尿管アシドーシス
- 7) メトヘモグロビン血症: HbのFe²⁺をFe³⁺へと酸化: チョコレート色調血液
アニリン、ニトロベンゼン、亜硝酸塩、硝酸塩、塩素酸塩
- 8) 臭気: アーモンド臭(シアン化合物)、ニンニク臭(ヒ素、タリウム)、
腐敗臭(硫化水素)、アセトン臭(アセトン、クロロホルム)、
クレゾール臭(石炭酸、クレゾール)、洋なし臭(抱水クロラール)、
靴スミ臭(ニトロベンゼン)
- 9) 体温異常
- * 悪性症候群: 主要所見: 発熱・筋強剛・CPK上昇。
副所見: 頻脈・血圧異常・頻呼吸・意識障害・WBC増加
危険因子: ハリペリドール15mg/日以上、精神運動興奮、拒食、体重減少(1kg/week)

高体温	覚醒剤 悪性症候群: 抗精神病薬 悪性過高熱: 吸入麻酔薬
低体温	アルコール、鎮静催眠薬

体温では、直腸温が異常に高いといったことが重要で、覚醒剤や悪性症候群・悪性過高熱といった薬物が関係するときに、直腸温が非常に高くなる。アルコールや鎮静剤では低体温が起こる。

㊦ 臨床検査値の異常

- 3. 臨床検査値の異常
- 1) 血液ガス: 代謝性アシドーシス、メトヘモグロビン、低酸素
- 2) 血液一般: 溶血・貧血: 砒素等、凝固系異常
肝機能障害、腎機能障害、
血清コリンエステラーゼ低値(有機リン)
- 3) 画像診断:
CT: 被殻低吸収域: メタノール 淡蒼球低吸収域: 一酸化炭素
腹部単純: 砒素、ブロムワレリル尿素、金属類、カリウム薬、
炭酸Ca薬
- 4) 心電図異常: QT延長、torsade de pointes、不整脈等

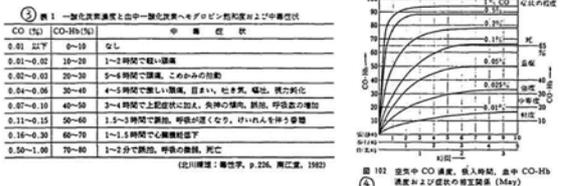
画像診断では、ヒ素やブロムワレリル尿素などは、腹部単純撮影で見えてくることが言われている。CTで独特な病巣が見えてくるのが、メタノールや一酸化炭素窒素になる。

㊦ 一酸化炭素

- 1) 中毒死の約60%、自殺が半数以上。瞬間湯沸器の不完全燃焼、雪に埋もれた自動車の排ガス、自動車の排気ガス吸引が多い。天然ガスはCO含まず(低酸素血症or爆発・火災)。
- 2) 無臭、比重0.967、Hbへの親和性は酸素の約240倍。
- 3) CO-Hbを形成し、酸素運搬能低下。酸素化Hbの解離曲線を左方移動。組織が低酸素状態となる。
- 4) 症状: COHb>5%で視力障害や判断力低下が始まる。
10%: 前頭部頭重感、40%で仮死、50%以上で死の危機
空気中約0.1%(1000ppm)でCOHb>40%、1時間以内に死亡。1%で短時間死
病理所見: 鮮紅色調血液、鮮紅色死斑(30%)
生存期間長いと: 対称性淡蒼球壊死、心筋低酸素性変化
<重症度> 1) 血中COHb濃度のみでなく、2) 暴露時間、3) 作業強度も影響
後遺症: 神経症状: Parkinson synd、小脳失調、失行・失認
精神症状: 失外套症候群、健忘症、人格変化等
- 5) 慢性: 中枢性視力障害: 視野狭窄、色覚障害、中心暗点
心筋障害: 狭心症、ST-T異常
- 6) 検査: 血中CO-Hb濃度測定。呼気中CO濃度測定
CT: 淡蒼球の萎縮と限局性低吸収域
- 7) 治療: 酸素吸入、高圧酸素療法

㊦ 一酸化炭素

COHb濃度	症状
~10%	無症状、ないし、軽度の視力障害や判断力低下
10~20%	皮膚血管拡張、前頭部頭重感・頭痛
20~40%	めまい、頭痛、脱力感、判断力低下、悪心・嘔吐、視力障害
40~60%	頻呼吸、頻脈、運動失調、失神、痙攣、仮死、ECG: ST変化、刺激伝導障害、心房一心室性不整脈
60%~	昏睡、心停止 <60%致死COHb濃度>



一酸化炭素中毒は、アルコールの次に多い中毒になる。自殺の中でも半数以上が一酸化炭素中毒で亡くなっている。一酸化炭素がヘモグロビンと結合して、酸素の運搬を低下させることによって、低酸素症で心停止に陥る。濃度が上がっていくと、視力障害や頭痛が起こり、40%で仮死、50%以上で死の危険へと至る。病理所見は、鮮紅色調血液や鮮紅色死斑がある。CTで淡蒼球の萎縮と限局性低吸収域が見られる。

<症例提示>

一酸化炭素中毒死の症例である。同居人が同一居室内で都市ガスを放出して自殺していた。一方、75歳の女性の同居人は自宅トイレ内でほぼ仰臥位で死亡していた。一酸化炭素中毒で巻き添えになって死亡したものと推定された。

解剖すると、鮮紅色調の心臓血、筋肉や内臓は鮮紅色調であった。脳・心臓・肝臓は萎縮状であったが、これは老化による変化と思われた。COHb濃度75%が検出されている。

㊦ LPガスと炭酸ガス

成分ガス (LNG)	成分ガス	成分ガス
メタン 88.3%	水	48.0%
エタン 4.8%	メタン	25.0%
プロパン 2.4%	炭酸ガス	1.5%
ブタン 1.5%	窒素	3.0%
	二酸化炭素	2.8%
	一酸化炭素	6.4%

- 1) LPガス: エタン、プロパン、n-ブタン、イソブタン等を含む。
天然ガス(LNG)
- (1) 比重1.54。酸素欠乏。爆発・火災。
- (2) プロパンはイソプロパノールとアセトンに代謝される。
- (3) 副交感刺激症状(縮瞳、除脈、流涎(セン))、高濃度で麻酔作用、不整脈(心刺激)
- (4) 皮下脂肪、筋肉、心臓血、肝臓などを採取し、-20℃保存。
「液化石油ガス中毒」フローゼン吸入麻酔に類似
ビニール袋かぶり、その中にガス放出=酸素欠乏による窒息、「ガスハン遊び」
- 2) 炭酸ガス CO₂
- (1) 吸気中に1%以上含まれると、呼吸促進
- (2) 酸素欠乏。高濃度の場合、酸素があっても障害性あり。

最近、LP ガスと炭酸ガスで亡くなることは少なくなったが、いろいろなガス容器が存在しているため、亡くなることがある。

<症例提示>

25 歳男性が、午後 8 時 30 分ごろ入浴し、出てこないために見に行くと、亡くなっていた事案である。浴槽内にエアダスター缶が浮いていた。このガスを口に入れ、低酸素血症を楽しむ人がいるようであるが、そうしたことをしているうちに、間違っ

① 硫化水素
 酸素欠乏+ガスの固有の中毒作用

- 1) 硫化水素 H₂S
- (1) 尿処理場、下水、火山地帯・温泉、
- (2) 腐敗卵様の臭気(腐卵臭)
- (3) 粘膜刺激症状(眼・鼻・喉) : 300ppm で 5~8 分で、1000ppm で失神・呼吸麻痺・呼吸器障害、死亡。毒性は青酸ガスに匹敵。声門浮腫・咽頭痙攣・肺水腫。
- (4) チトクローム系電子伝達系を阻害。スルホヘモグロビン形成。
- (5) 病理所見: 腐敗臭、暗緑色調死斑、臓器の灰緑色調変色、腐敗の進行が早い。気管粘膜の化学的炎症。

濃度 (ppm)	症 状
0.025	人の臭覚
0.3	臭いを明瞭に感知
5-10	臭いが強くなる
20	6 時間で眼に炎症
70-150	数時間後に軽度の中毒症状(粘膜炎)動作中心
200	嗅覚減弱で臭気感知せず。粘膜に灼熱性疼痛。30分は耐えうる
400-700	30分-1 時間曝露で死亡することもある。呼吸器系炎症著明
700-800	30分後には死亡
1,000-1,500	直ちに失神、痙攣、呼吸停止し、死亡

硫化水素は、普通は火山地帯や温泉で腐敗臭の原因となっているガスであるが、これはシアン並の強力な毒物になっている。山口県では少ないが、東北地方など温泉のある地域では、硫化水素が自然に発生していて、そうした場所へ誤って入った人が亡くなることがある。

<症例提示>

2008 年頃に多かった、硫化水素自殺の一例である。死後約半日で、暗緑褐色調になっているのが、硫化水素の特徴になる。

シアンも強力な毒物で、帝銀事件、グリコ森永事件などでも使われていた。チトクロームオキシダーゼを阻害するガス体であり、急性では短時間

① シアン化水素(青酸)とその塩類(cyanide)

- 1) シアン化合物は意外に身近な中毒
 K: 帝銀事件(S23), Na: グリコ森永(S59), 青酸コーラ(S52), 新宿駅青酸事件(H7)
 青酸: 殺虫・殺鼠の目的で、船舶・倉庫等でくん蒸
 青酸塩: メッキ工場、鋼の焼き入れ工場等。青酸Na、青酸K(青酸カリ)
 火災時の新建材・アクリル・ウレタンで発生、青梅中のアミグダリン、アオイ豆、小児が数十個食べた時、まれ。
- 2) シアンによるチトクロームオキシダーゼ阻害作用(3価鉄と結合)による毒性。経気道的、経皮的吸収。HCNIは吸入中毒、KCN, NaCNIは経口多い。強アルカリ。
- 3) シアン化水素吸入では、数秒で症状が現れ、数分で死亡。青酸塩は胃酸により青酸ガスとなる。電子伝達系のチトクローム酵素系阻害、内窒息。
- 4) 急性: 喘鳴、皮膚紅潮、静脈怒張、全身痙攣→死亡
 急激に憎悪する呼吸促進、意識障害、代謝性アシドーシス。
 呼気・吐物にアーモンド臭。10円玉試験(吐物で明るく変色)
 病理: アーモンド臭、赤色血液、口唇・口腔・上部消化管びらん出血、アルカリ腐蝕
 慢性: 皮疹、鼻炎、神経症状
 血中シアン定量、尿中チオシアン定量

で亡くなる。呼気や吐物にアーモンド臭があり、強いアルカリ性であるため、10 円玉を置くと明るく変色するのが、シアン化合物の特徴になる。

<症例提示>

青酸中毒の事案になる。最初はシアンとは疑っていなかったが、時間が経つ中で、解剖台がピカピカになり、後から気がついた事案になる。

① 農薬

- 1) 有機リン剤: 吐物が乳白色、有機溶剤臭、ニンニク臭。Ach-Eと結合・阻害: コリンエステラーゼ値の低下。病理: 縮瞳(初期)、肺水腫・窒息所見、異臭、血中コリンエステラーゼ値低下
 cf. サリンなどの神経ガスは有機リン剤と共通の性質を示す。
- 2) アルキルジピリジリウム塩素系化合物: パラコート剤
 パラコートラジカル(活性酸素)による臓器障害
 服毒直後: 中枢性嘔吐、舌・口腔・食道粘膜びらん、副腎障害・ショック
 2-3日: 肝腎障害
 2週間: 肺水腫-間質性肺炎・肺線維症: 呼吸不全
 病理: 口周囲パラコート付着と腐蝕、異臭、肺病変
 Rx: パラコート中毒には酸素投与は禁忌: 活性酸素発生を助長するため
 農薬中毒では、吸収促進するため、牛乳は禁忌。

農薬も中毒で多く見られ、これも疑っていないといけない事案になる。典型的なものが有機リンで、縮瞳が見られ、サリンなどと同様な所見が重要で、ニンニク臭がするとされる。

農薬には、いろいろな種類があるが、重要なものがパラコートになる。パラコートの場合、すぐ亡くなる場合と、しばらく時間がかかる場合とがある。救急の現場では、約 2 週間かかって死に至る病になるため、悲惨な死であると聞く。つまり、2 週間後に進行していくのがわかっていながら、止められないケースが多いことになる。

一般的に、服毒直後に摩耗やびらんを起し、2、3 日後に肝臓や腎臓障害が起こってくる。2 週間で肺水腫や間質性肺炎・肺線維症を起し、呼吸不全を起こして死に至る。酸素投与は禁忌である。

農薬				
	農薬名	作用機序	症状	治療
有機リン剤	パラチオン、マラソン、スミチオン、DDVP、EPN 殺虫剤	コリンエステラーゼ阻害、アセチルコリン蓄積	(1)ムスカリン様作用：除脈(副交感神経刺激症状) (2)ニコチン様作用(3)副交感神経症状(縮瞳) (4)中枢神経症状	アトロピン PAM
カーバメート剤	メオパール、ランネット	同上(拮抗阻害)	上記より軽症縮瞳	アトロピン
有機塩素剤	BHC、DDT、エンドリン、ベンゾエピン	中枢神経刺激作用	痲痺、中枢神経刺激症状(痲痺・錯乱)、肝・腎障害、精神神経障害	鎮痛剤
アルキルジピリジウム塩素系化合物	パラコートジグワット、グラモキシリン除草剤	皮膚粘膜直接刺激、パラコートジカル、NADP+還元阻害	ピラシ、水疱形成、角膜炎、肺水腫、間質性肺炎、肺線維症、肝・腎障害	血液透析 血液吸着 禁忌：酸素吸入
含リンアミノ酸系除草剤	グルホシネートグリホサート	グルタミン合成酵素阻害、界面活性剤	消化管刺激症状、口腔ピラシ、中枢神経症状、血管透過性亢進、ショック	

農薬はいろいろな種類が存在していて、中毒を見分けるのが難しい。

<症例提示>

農薬でも、「含リンアミノ酸系農薬グリホサート」で亡くなった事案になる。肺水腫、胃粘膜びらん、内臓うっ血を認めた。検査結果が出るのに時間がかかり、農薬によっては分解されるものもあるため、現場の状況が非常に重要になる。これまでの経験では、プラスチック、ポリエチレンの容器が遠くで発見されることもある。現在は、農薬自体が着色されているので、口の中に着色があれば農薬を疑うことになる。

悪性症候群 (neuroleptic malignant syndrome)

抗精神病薬の投与中や中止時に、高熱・自律神経症状・錐体外路症状等をきたす。

発症機序：ドーパミンの機能不全・骨格筋の異常
危険因子：脱水、興奮、抗精神病薬の過剰投与など
誘因薬物：ハロペリドール、レボプロマジン、クロルプロマジン、スルピリド、プロペリシジン

- Levensonの診断基準：
 - 病歴から悪性症候群が疑われ、以下の大症状のすべて、または「大症状2つ+小症状4つ」が存在すれば、悪性症候群の可能性が高い

大症状

- 発熱
- 筋強直
- CPK上昇

小症状

頻脈、異常高血圧、呼吸促迫、意識障害、発汗、白血球増多

国試禁忌：大量に抗パーキンソン病薬を内服しているパーキンソン病患者の内服を都合により一気に休薬した。(「悪性症候群」を発症し重体化する危険性がある)

珍しい事案として、悪性症候群がある。抗精神病薬の投与中や中止時に、急に高熱などを起こして多臓器不全を起こす事案になる。発症機序としては、ドーパミンの機能不全などが起こって、骨格筋の異常も起こってくると言われる。

<症例提示>

統合失調症で、最初は感染症を疑っていたが、あっという間に亡くなった事案で、投薬の薬が変わっており、急激な多臓器不全を起こしていた。

<症例提示>

珍しい中毒になるが、キシロカイン・ショック死になる。内視鏡検査のために、キシロカインピスカスという麻酔薬を口に含ませた数分後にすぐに救命処置をしたが、死亡した事案になる。進行がんがあり、肝臓にも転移していた患者であったが、おそらく薬物性の副作用で急死した事案になる。

進化医学

進化医学 ミスマッチ病

病気や症状の意味を進化の歴史からみる。トレードオフ。

- 600万年前：ヒト、20万年前：ホモ・サピエンス：認知革命、10万年前：出アフリカ・定住革命、1万3千年前：大躍進・農業革命、5千年前：文明化、500年前：科学革命、200年前：産業革命・砂糖普及、120年前：肥料革命・精製穀物の普及、70年前：戦後(飽食の時代、糖質・加工品の氾濫)
- 肉食(雑食)動物：狩猟採集民(昆虫⇒肉)→農耕牧畜民(糖質)、産業革命後民(白砂糖・穀物量産)、戦後民(加工食品)
- 自然治癒力：症状には意味がある(発熱、食欲不振、嘔吐、下痢、咳)
- 俊約遺伝子説：メタボリック・シンドローム・肥満・糖尿病・高血圧。癌？DNAは狩猟採集民のまま説：ミスマッチ病＝生活習慣病。ディスエポリューション(過剰の悪循環、廃用性の病、快適さの危険)
- 遺伝学は確率の科学：遺伝子×環境×時間(自然淘汰、食・性)
- 寿命は戦前まで平均約40歳、戦後の公衆衛生・栄養改善(一約100歳)
- 糖質・塩依存 vs 糖質制限・地中海食・断食(食事制限、運動2割)
- 感染と免疫、集団免疫、アレルギー・食品アレルギー、便移植
- 体内細菌叢・腸内細菌；皮膚常在菌(善玉・悪玉・日和見菌)
- プロバイオティクス(発酵菌)、プレバイオティクス(食物繊維等)
- マイクロバイオーーム。Go Wild:衛生仮説・旧仮説。Dysbiosis (腸内毒害)
- 化学肥料/薬、加工品、洗剤・化粧品、過度の消費vs有機農業
- システム生物学：疾患＝(分子)ネットワークの調節不全・歪み。
- 「自然の調和」の科学的証明はない：死、絶滅？ガイア理論

野菜・肉・卵・発酵食を摂る農耕民の食事をし、過度な運動・ストレスを課し、禁煙し、飲酒を控える

進化医学とは、進化の視点から医学を見つめるものである。我々人類は 600 万年前頃に生まれ、20 万年前にホモ・サピエンスになって現在に至る。この進化の過程で自然治癒力が備わると同時に、大半の時代を飢餓状態で過ごしていた中で、俊約遺伝子が進化してきた。ここ 200 年の間に、十分な食事を得られるようになり、生活習慣病といった現在の病気が発生してきた視点が進化医学になる。

過剰の悪循環や廃用性の病気、つまり食べ過ぎによって病気・がんになったり、運動をしなくなって、筋力が弱まり骨粗鬆症になったりする。消毒のしすぎにより、マイクロバイームといった常在菌を殺してしまい、結果的に自分を攻撃するようになる。菌は悪者という衛生仮説から、今では旧友仮説といって、善玉菌は我々の友達として扱わなければ、しっぺ返しを受けるという視点になる。

① 遺伝病と環境、発がん

ALDH2

■ 創始者変異：遺伝性疾患の民族差

★ 遺伝し、血縁で広がる。遺伝性ヘモクロマトーシス 囊胞性線維症(チフスに対する耐性?)

ラクトース(乳糖)耐性(西欧・遺伝と牧畜文化の共進化) アルコール・フラッシャー(ALDH2)(日本)

耳垢：湿潤タイプ：アフリカ・欧州、乾燥タイプ：東アジア人 cf. 民族移動の証拠、有利な面あるは？

★ 奇形：ホットスポット突然変異、小人症(軟骨形成不全症、第4染色体短腕)、血縁遺伝なし。

環境因子：内分泌攪乱物質：性分化異常、精巣異常症候群

■ 遺伝性疾患：食の淘汰から遺伝的浮動で残る

「正」の選択と「負」の淘汰 vs. 遺伝的浮動(偶然：移動・拡散)

ほぼ中立説：分子進化の中立説+強い淘汰圧(妊娠・生育期間)

■ メンデル遺伝性疾患：疾患遺伝子(優性・劣性)

弱有害変異の蓄積、癌の一部、高齢発症の遺伝病は淘汰圧を受けず？

多因子遺伝性疾患：遺伝+環境要因(+加齢) => 免疫リスク

エビデネティック要因：高血圧、糖尿病、リウマチ、喘息、統合失調症等

■ 発がん：多細胞生物化の宿命(トレードオフ)、ヒト癌の多さ=ヒトの繁殖戦略(隠された排卵)；精子の増殖様式変化と関係、脳の巨大化によるFASの活性化と関係、生活習慣の変化(Vit.D+メラトニン低下)、産業革命後の免疫物質の増加。

癌種病：乳癌・生癌種が多い(エネルギー剰剰、ホルモン過多)

進化医学

その進化医学の中で、創始者変異といって、いろいろな遺伝がある。ここから、アルコールの話へつながらる。

西欧の人たちは牛乳を飲んでも下痢をしない。ラクトースを分解する酵素自体は乳児の時には持っているが、大人になると退化してなくなるために、我々は下痢をしてしまう。西欧で牧畜民の人たちには、大人になってもその酵素が残っているので、下痢をしなくてすむといった形で進化している。アジアでは、お酒を飲んで顔が赤くなる人がおり、フラッシャーと呼んでいる。これらが、遺伝の中でどのように変化してきたのかに注目する。

お酒の代謝酵素には、アルコール脱水素酵素 (ADH1B) とアルデヒド脱水素酵素 (ALDH2) とがあり、それぞれの多型が身体の中に存在している。日本人は、ADH1B を持っている人が非常に多く、世界の中でもお酒が強い人が日本人の中には存在する。ALDH2 は 2 型の欠損型が存在していて、お酒が飲めない人が存在している。

① ADH及びALDHの多型：全身に分布

代謝酵素	クラス	遺伝子座	対立遺伝子変異	変異部位	サブユニット	K _m (μM)	V _{max} (U/mg)	
ADH	I	ADH1A	ADH1B	ADH1B*1	α α	5.2	0.24	
				ADH1B*2	β1β1	0.016	0.18	
				ADH1B*3	β2β2	1.9	4.8	
				ADH1B*3	β3β3	53	3.2	
				ADH1C	γ1γ1	0.11	0.81	
				ADH1C	γ2γ2	0.061	0.47	
	II	ADH2	ADH1C	ADH1C*3	γ3γ3	—	—	—
				ADH2	π π	23	0.3	
				ADH3	χ χ	3400	0.83	
				ADH4	μ μ (σ σ)	58	11	
V	ADH5	—	—	—	—	—	—	
			—	—	—	—	—	
ALDH	I	ALDH1A1	ALDH2	ALDH2*1	四量体	0.033	0.63	
					四量体	0.0002	0.6	
					四量体	0.0046	0.017	
—	—	—	—	—	—	—	—	

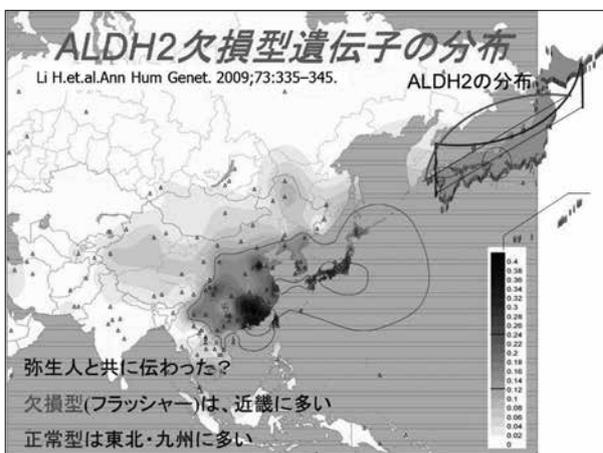
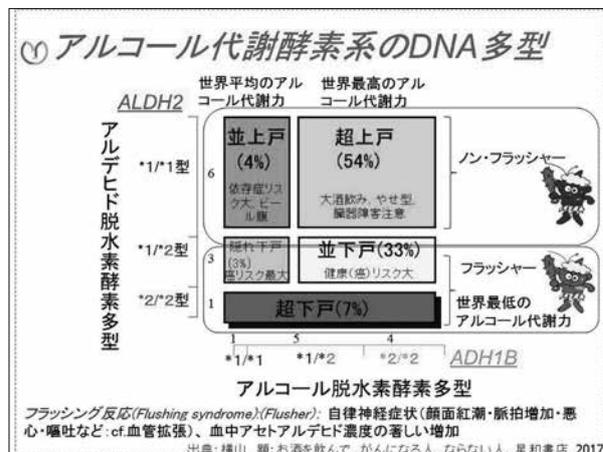
◆ アルコール脱水素酵素 2 (ADH1B) アインザイム

◆ アルデヒド脱水素酵素 2 (ALDH2)

NN型、ND型、DO型 (D: deficiency), 欠損は日本人・韓国朝鮮人・北部中国人などに特徴的。

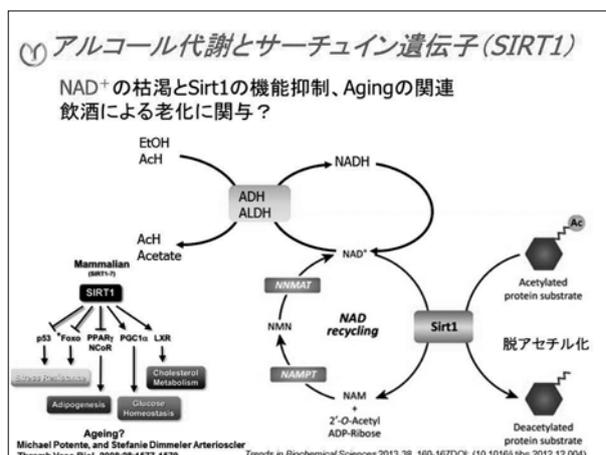
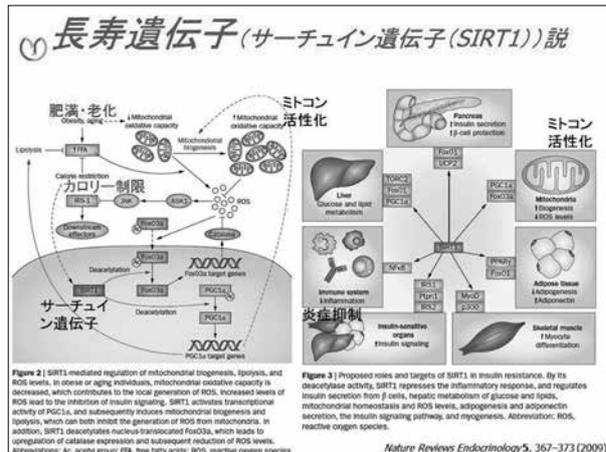
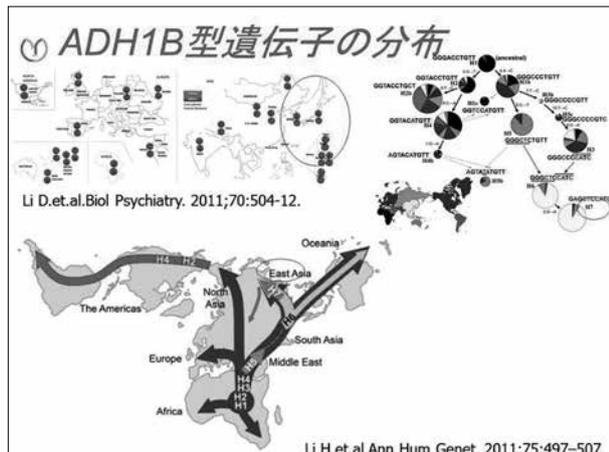
◆ フラッシング反応(Flushing syndrome): (Flusher)

自律神経症状(顔面紅潮・脈拍増加・悪心・嘔吐など) cf. 血管拡張、血中アセトアルデヒド濃度の著しい増加



ALDH2 欠損型遺伝子を分析してみるとスライドのとおり分布になる。日本の中では、近畿圏に多く欠損型が存在していて、東北や九州南部では、お酒が強い人が存在していると言われている。

お酒の強い遺伝子がADH1Bになる。この分布図のように、インドから中国の辺りで突然変異が起こり、最終的に日本にまでたどり着いて変化してきている。



これが、先ほどのお酒に強い人達になる。我々ホモ・サピエンスは最初O型が生まれ、それからA型、その中でB型が生まれたと言われている。日本を中心に見ると、日本では、最初にO型が太平洋沿いに入り、A型が中国から渡ってきて、B型が北海道から渡ってきた分布になる。その後で、A型とB型が混ざった弥生時代の人たちが渡ってきたと言われている。

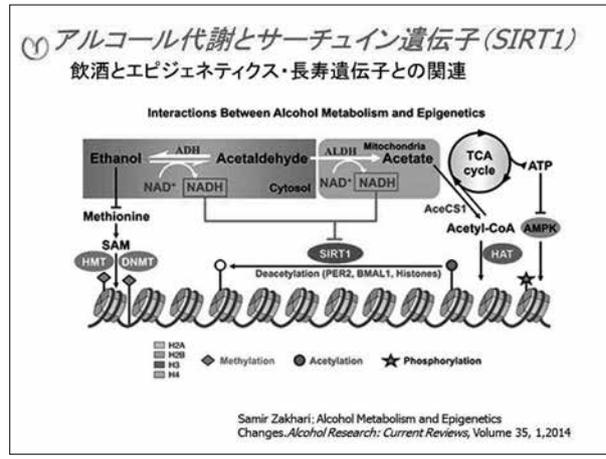
西欧にない東アジアの文化は、ALDH2欠損型が貢献しているのではないと思われる。

カニズムの中で重要なことは、サーチュイン遺伝子はNADを分解しながら、脱アセチル化を起こして長寿へ向かっていく点である。

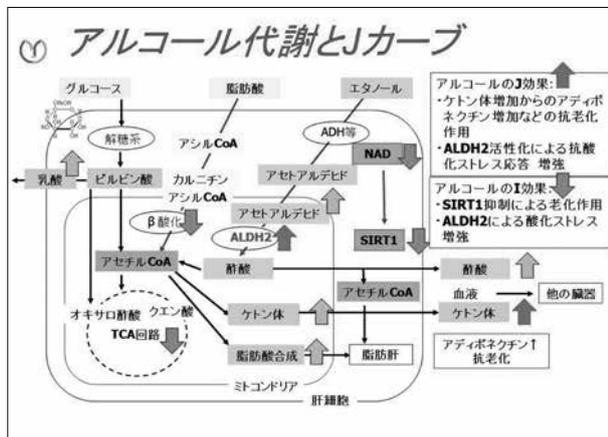
ところが、アルコール脱水素酵素及びアルデヒド脱水素酵素は、アルコールやアセトアルデヒドを分解するときNADを使うことによって、NADの取り合いになる。お酒を飲んでいると、サーチュ

長寿遺伝子(サーチュイン遺伝子)が存在しており、この長寿遺伝子が働くと、ミトコンドリアが活性化し、長生きできるようになる。この活性化のためには、カロリー制限やいろいろな化合物を飲んだりすることが必要になる。

一般的には、細胞の中のミトコンドリアが活性化していき、長寿へ向かっていくが、この分子メ



イン遺伝子を抑制する形になり、老化が進む可能性がある。ここに、サーチュイン遺伝子がうまく働かないとエイジング（老化）へと進んでいくという関係性がある。



代謝を見ていくと、グルコースがピルビン酸になってからアセチル CoA になり、分解されていく。脂肪酸もアセチル CoA から β 酸化でアセチル CoA へ分解されていく。アルコールは、アセトアルデハイドができて、これがミトコンドリアの中に入って酢酸になっていく。この酢酸とアセチル CoA から出てくるケトン体は、身体にとって非常良いことをするので、アルコールはJカーブ効果といって、お酒を少しだけ飲むと、飲まない人よりも飲んだ人のほうが死亡率が低いと言われている。但し、1 合以上になると急激に悪くなると言われる。

ALDH2 は非常に重要で、お酒を飲むために存在しているわけではなく、抗酸化ストレスを分解するために存在している。

なぜ、このように私が興味を持ったかという、私自身がフラッシュャーであるからで、遺伝の分野では、ALDH2 に関する良い効果がない。ALDH2 欠損型の人には悪性腫瘍が多く、食道がん・咽頭癌になりやすく、肺・肝臓がんになりやすい危険因子になる。日本の中に 4 割くらいはそのような人がいる。その他、骨粗鬆症になりやすい、お酒を飲むことによって心疾患系リスク（心筋梗塞など）が起こりやすいといった疫学データが出て来る。ALDH2 は何なのだろうかと思ってくる。

ALDH2 はアルコールやアセトアルデヒドを代

アセトアルデヒド・パラドックス

ALDH2欠損型遺伝は進化の中でなぜ淘汰されなかったのか？欠損の意義は？

ALDH2はアルコール・アセトアルデヒド代謝のためにあるのではない：

- 1. 毒性化学物質の解毒
- 2. 酸化ストレス防御（抗酸化ストレス応答）（少量飲酒によるALDH2活性化）
- 3. 心筋虚血再灌流障害時の心筋梗塞縮小効果
- 4. 酸化ストレス源としてのALDH2(cf.大量飲酒時)

欠損時：

- 1. ALDH2抑制・欠損時の生体防御機構の誘導の可能性（ホルミシス効果）代償的な抗酸化ストレス応答機構
- 2. 糖代謝・脂質代謝に有利
- 3. 飲酒しなければ、血圧が比較的低値、心血管疾患に予防に有利
- 4. アルコール依存症のリスクは低い

ALDH2欠損と疾病

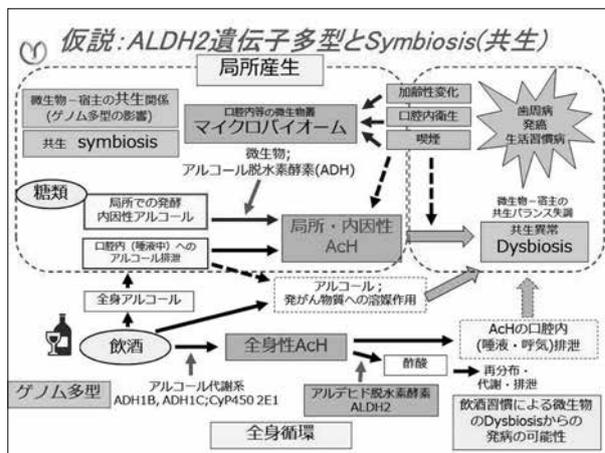
- 1. 悪性腫瘍：消化管（特に食道・咽喉頭）・肝・肺の危険因子
- 2. 骨粗しょう症のリスク
- 3. 飲酒による心血管疾患のリスク増加

松本明子, 日衛誌, 71, 55-68, 2016

謝するためにあるのではなく、毒性化学物質を解毒して、酸化ストレスを防御するために存在している。心筋梗塞にも縮小効果がある。しかし、大量に飲みすぎると酸化ストレス源となる。

欠損型は悪い遺伝子であれば、淘汰されるはずであるが、我々日本人に 4 ~ 5 割存在するのはなぜか。それに対して、ALDH2 抑制・欠損時の生体防御として他の機能が活性化（ホルミシス効果）されるのではないか、糖代謝や脂質代謝に有利、お酒を飲まない場合は血圧が比較的低く、心血管系疾患の予防に良く、当然アルコール依存症のリスクが低いことが挙げられる。

なぜフラッシュャーが存在するのかについての疑問は、いまだ解決できない状況にある。



身体の中の常在細菌とのやり取りの中で、アセトアルデヒドを分解するのに強いマイクロバイオーームが、フラッシュャーの中にはいる。タバコや加齢性、口腔内の衛生面が悪くなると、生活習慣病へ結びついていくのではないかと考えられる。

このあたりに興味を持って、現在研究しているところである。

質問 キシロカインショック死の事例で、血中濃度がリドカイン 2.0 $\mu\text{g/ml}$ とあったが、この値は高いのか。

藤宮教授 高くない。ショックのためで、気をつける必要がある。

2. カフェイン中毒および一酸化炭素中毒の解剖報告

山口大学大学院医学系研究科法医学講座

准教授 高瀬 泉

【事例 1】

(概要) 30 代半ばの男性。自室ベッド上で仰臥位で手を合掌し、多量に発汗した状態で死亡しているところを発見されたという。ゴミ箱内に市販の第 3 類医薬品である滋養強壯剤 160 錠が入っていた容器と赤褐色吐物等が、それぞれ発見された。特記すべき既往歴なし。

(解剖所見) 身長 170 cm、体重約 65 kg。栄養状態は常。皮膚の色はやや蒼白、頸部から上方でやや鬱血調。心嚢内液約 8 ml。心筋間質線維化・波状変性、右心室脂肪浸潤。肺水腫・気腫状変化、肺胞内出血。肝脾腫。‘ショック腎’。頭蓋骨内外板が灰緑褐色変色。脳浮腫、脳回萎縮状。‘急死の三徴’。特記すべき損傷認めず。その他諸臓器に特記すべき病変認めず。

(検査所見) Triage® 陰性。血中にアルコール検出せず。血液・胃内容物・尿中よりカフェイン検出、血液中の同濃度は 282 $\mu\text{g/mL}$ 。

(結論) 血液中的カフェイン濃度は少なくとも中毒量で、ゴミ箱内の滋養強壯剤を過量服用した、カフェイン中毒 (11. その他及び不詳の外因) と鑑定した。

【事例 2】

(概要) 60 代後半の男性。台所流し台前の白色バケツに顔を突っ込んだ、うつ伏せの状態で見られたという。発電機 2 台のうち 1 台のガソリン残はほぼなく、スイッチ ON 状態で電子レンジに接続されていた。

(解剖所見) 身長 171 cm、体重約 66 kg。栄養状態ほぼ良好。死斑、心臓内血液・諸臓器紅色調。肺水腫。心肥大傾向、左心室線維化巣、左右心室脂肪浸潤、心筋間質線維化。心嚢内液約 14 ml。胸腔内貯留液の存在。肝腫大。脾萎縮状。左右副腎皮質過形成。脳浮腫。特記すべき損傷認めず。その他諸臓器に特記すべき病変認めず。

(検査所見) Triage® 陰性。血中にアルコール検出せず。血液中一酸化炭素ヘモグロビン濃度 59.1%。血液・胃内容物・尿中に特記すべき薬物検出せず。

(結論) 発電機の不完全燃焼 (推定) による一酸化炭素中毒 (11. その他及び不詳の外因) と鑑定した。

3. 睡眠薬と自動車運転～フルニトラゼパムの過量服用が疑われた交通事故の一例～

山口大学大学院医学系研究科法医学講座

学内講師 姫宮 彩子

芸能人による事故で話題になったが、睡眠作用をもつ薬剤の影響下にある運転手が交通事故を起こす事案は少なくない。有害事象を自発的に報告する医薬品の副作用のデータベースがあるが、この調査報告をされた先生が、2004 年から 2016 年の約 40 万件の総登録数の中で、交通事故の有害事象を検索すると、342 件に認められた。

一番多いのはパーキンソン病の治療薬で、次にゾルピデム系の睡眠薬となっている。症状、併発有害事象として報告されるが、突発的な睡眠や意識消失、傾眠や浮動性めまいなどが報告されている。この中で、併発有害事象として、過量投与が認められたのがこの睡眠薬だけであった。

平成 26 年に自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律ができ、悪質性や危険性などの実態に応じた処罰が可能になった。主に飲酒運転による死亡者が多くあったことにより厳罰化に至っている。アルコール又は薬物の影響によって、その走行中に正常な運転に支障が生じる恐れがある状態で自動車を運転し、アルコール又は薬物の影響により正常な運転が困難な状態に陥って人を負傷或いは死亡させたと認定された場合に、この法律の下で厳罰化されるようになった。

自動車運転事故において、これらの薬の摂取の影響が認定されるためには、事故の時点にこれらが被疑者の体内に存在していたことの立証が必要になるが、これは必ずしも容易なことではない。薬物の関与が疑われて血液検査を実際にする場合には、逮捕や令状の取得にある程度の時間がかかり、その後に医師による採血が行われることになる。時間の経過とともに代謝されてしまうために、対象物質の濃度の低下や消失が起こる可能性もある。また、飲酒事案では、事故から検査実施の間に、被疑者が同じものを摂取して検査結果を攪乱する問題も少なくない。事故から時間が経過した後血液などの検査が行われた場合には、事故時点の薬物濃度を推定する作業が重要となる。今回は、自動車運転事故から約 1 日後の検査で血中から睡眠薬が検出され、その薬の事故への影響について、意見を求められた事例を紹介する。

<事例>運転手のフルニトラゼパム過量服用が疑われた交通事故

40 代男性で、うつ病や高血圧、糖尿病で通院中であった。複数の抗うつ薬、降圧薬、血糖降下薬が処方されており、睡眠薬としてロヒプノール、プロチゾラム錠を飲んでいて。某日、午後 4 時半頃には職場から帰宅し、午後 7 時前に車で外出したが、自宅駐車場から出る際に、車両後部を公園フェンスに衝突させた。その後、交差点で中央分離帯に乗り上げたり、別の交差点内を一周したりした後、目的地と逆方向に走行した。その直後に、対向車線に侵入して停車中の車に衝突し、更に進行して停車中の車、続く 4 台の車に衝突した。

事故後に認められた症状として、ろれつが回っていない、ふらつき、歩行困難、意識障害などがあった。事故のことやその後のことも覚えていない、眠いという状況であった。

翌日午前 4 時過ぎ、事故から約 1 日経過後の採血検査の結果、フルニトラゼパム 54.1ng/ml が検出された。被疑者は取り調べ当初には外出前に睡眠薬を服用した旨を供述していたが、数日後には睡眠薬は服用していないと供述内容を変えたため、当該警察署より、事故前の薬剤服用の有無や異常運転および事故発生への薬剤への影響につ

いて意見を求められた。

検討の結果、薬物動態学的に、被疑者はフルニトラゼパムを過量服用したと疑われ、これにより運転操作能力が低下して事故発生に影響したものと判断された。検討では、フルニトラゼパムの添付文書にある薬物動態パラメーターを用いた血中濃度推移のシミュレーションを行ったが、薬物動態の厳密な推定は困難であった。

本件のように薬物動態学的な検討を行う場合、事故後の早期から経時的に複数回の検査を行うことが必要であると考えられる。過量服用の薬物動態においては不明な点が多く、吸収動態を中心とするより厳密な研究が求められる。

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.mmm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 29 年度 第 2 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議

と き 平成 30 年 2 月 8 日 (木) 15:00 ~ 16:15

ところ 山口県医師会 6 階 第 1 会議室

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

河村会長 今回の診療報酬・介護報酬の同時改定の状況からみると、国は在宅へ大きくシフトしてきている。病床については、400 床規模の病院がこれからダウンサイジングしていくのか、そのまま継続していくのか、難しい決断を迫られているように思う。また、遠隔診療の問題については、これから報酬や具体的な内容も示されてくると思うので、課題を共有しながら取り組んでいきたい。

議題

(1) 第六次やまぐち高齢者プランについて

県長寿社会課 このプランは、平成 29 年度末までの計画である現行の「第五次やまぐち高齢者プラン」を見直し、30 年度から 32 年度までの 3 か年を期間とする計画である。計画の位置づけは、県の高齢者施策を総合的・計画的に推進するための基本方針であり、老人福祉法に基づく「老人福祉計画」と介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」を一体のものとして策定する。策定に当たっては、国の介護保険事業支援計画などの指針や高齢者を取り巻く現状を踏まえることとしている。

国の指針では、介護保険事業等に係る実態把握や課題分析の実施、施策の達成状況の調査、分析、評価及び公表、いわゆる PDCA サイクルを確立させること、また、今後も増加が見込まれる介護給付費の抑制のため、保険者である市町が行う自立支援、介護予防・重度化防止介護給付等の適正化への取組みに関する市町への支援と目標を設定すること、さらに、このたび保健医療計画の計画期間が 5 年から 6 年になり、次期計画では高齢者プランと開始年度が一致することになるため、

在宅医療の整備目標と介護サービスの見込量の整合を確保することがポイントとして挙げられている。

高齢者を取り巻く現状としては、高齢化率の上昇 (H28 年 32.8%→H32 年 34.5%)、認知症患者の増加 (H27 年 約 7 万人→H32 年 約 8 万人) が見込まれる。また、75 歳以上の高齢者の割合が高くなることから、要支援・要介護認定者数の伸び率も高齢者数の伸び率 1.7%を上回り、3.9%になると見込まれている。

策定内容について、基本目標は現行プランと同様に「だれもが生涯にわたり、住み慣れた家庭や地域で、安心していきいきと暮らせる社会づくり」としている。施策推進の基本的方向は、地域包括ケアシステムの深化・推進と高齢者が活躍する地域社会の実現を掲げ、これに対応した施策を展開することとしている。

施策の着実な進行を図るために数値目標を設定し、山口県高齢者保健推進会議等において、計画の進捗状況を調査・分析・評価して進行管理を行った上で、その結果を公表することとしている。数値目標は検討中であり、24 項目を設定する予定である。

策定スケジュールは、既にパブリックコメントの実施が終了しており、2 月末開催の 29 年度 4 回目の山口県高齢者福祉推進会議において、最終案を審議いただいた後、29 年度末までに策定・公表することとしている。

県医師会 認知症施策の推進の目標値が示されているが、これに向けて順調に進むと思われるか。各市町でも、サポート医の名簿づくりをしているが、「活動しにくい、活動できない」といった状

指 標	現状値	目標値 (H32)
認知症サポート医養成数 (累計)	84 人 (H28)	127 人
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 (累計)	645 人 (H28)	930 人

況もある。人数が目標に達しても、活動が上手くいかないところもあると思うので、よく確認してほしい。

県長寿社会課 確認し、医師会とも相談させていただきながら、施策を進めていきたい。

大島郡 取組みのメインは「地域包括支援センター」になると思うが、周防大島町では町が設置をしている。このセンターの評価は、第三者組織が評価するようになっているが、運営協議会が評価することになるのか、全く別の組織になるのか。

運営協議会は市町が設置しているので、自分を評価するのでは、どうしても甘くなる。その評価システムとして、国の指針のようなものは存在しているのか。もう一步踏み込んだ評価をしていたきたいと思っている。

長寿社会課 今のところ、運営協議会が評価することになっている。法改正がされ、詳しい実施要領等が出れば対応していきたい。

(2) 今後の在宅医療提供体制充実に向けた支援及び実施方法について

県医療政策課 平成 27 年度からの在宅医療の取組みの方向性について説明する。県における在宅医療の取組みは、26 年度から在宅医療提供体制構築事業を実施しており、二次医療圏を単位に各圏域の中核となる病院に委託し、訪問診療を行う医療機関が参加する協議会の開催や在宅医療の研修会、地域住民への普及啓発等の取組みを実施している。また、29 年度は当事業の最終年度となることから、取組みを医療圏域全域へ広げ、次の事業につなげていくため、郡市医師会に協議会の構成員として参加していただき、地域の医療機関の代表として、在宅医療に取り組む医療機関の拡

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 嶋元 徹
 玖珂 河郷 忍
 熊毛郡 吉村伸一郎
 吉南 嘉村 哲郎
 厚狭郡 村上 紘一
 美祢郡 坂井 久憲
 下関市 飴山 晶
 宇部市 土屋 智
 山口市 重本 和弘
 萩市 篠田 陽健
 徳山 小野 薫
 防府 山縣 三紀
 下松 澤 公成

小野田 萩田 勝彦
 柳井 松井 則親
 長門市 戸嶋 良博
 美祢市 中元 起力

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

県健康福祉部 長寿社会課

地域包括ケア推進班
 主 査 松村 敬介
 主 任 吉田 心

県健康福祉部 医療政策課

医療企画班
 班 長 嶋田英一郎
 主 任 池永 孝裕

大等の促進に協力いただいているところである。

在宅医療は、今後更なる需要の拡大が見込まれることから、引き続き在宅医療機関の拡大に取り組む必要があること、また、委託事業の実施機関や地域で在宅医療に取り組む医療機関からいただいた「在宅医療機関相互の連携」や、「後方支援体制の充実」などの新たに必要支援に対する意見も踏まえ、30年度にこれまでの取組みを充実させるかたちで、引き続き在宅医療提供体制の構築に向けた取組みを進めていきたいと考えている。

実施方法は、これまでの地域の中核となる病院を中心とした体制構築の取組み成果を地域全体に拡大していく必要があることから、二次医療圏を単位とした各圏域の郡市医師会を主体に協議会方式で事業を実施し、より多くの医療機関の参加や各参加医療機関のノウハウを活かせるかたちで取り組んでいきたいと考えている。

事業内容は、まず、地域ごとの在宅医療提供体制の構築について、地域包括ケアシステムにおける日常生活圏域を単位に在宅医療提供の仕組みづくりを行うもので、地域ごとに万遍なく配置された在宅医療機関と後方支援病院が連携して在宅医療を提供するとともに、在宅医療機関の不足地域を周辺地域で補完する地域ごとの在宅医療提供体制の構築を図ることとし、①地域ごとの在宅医療機関の必要数の確保、②地域ごとの後方支援病院と在宅医療機関の連携体制の構築、③在宅医紹介制度の構築の3つを柱として取組みを行う。

当事業は、地域包括ケアシステムにおける住み慣れた地域で、必要な医療を受けるための医療機関による在宅医療の提供体制の構築を目的としている。取組自体は、二次医療圏を単位に協議会方式で実施するが、訪問診療等の在宅医療の提供については、日常生活圏域を単位に地域ごとに体制の構築を目指す。

在宅医療機関の拡大・負担軽減、地域住民の普及啓発として、医療機関のニーズも踏まえて、取組内容を充実し、引き続き訪問診療を行う医療機関の拡大や負担軽減につながる医療機関相互の連携、適切な需要創出に向けた地域住民への普及啓発に取り組む。これらの取組みは、これまで中核

病院を中心とした当事業や、各郡市医師会内のグループなど任意の形で行われてきた連携等の取組みを制度化し、より多くの医療機関の参加や制度の活用を促すもので、地域医療機関が安心して在宅医療に取り組める環境を整備していこうとするものである。その事業の実施方法については、地域でのこれまでの取組み状況や在宅医療のニーズ、体制構築の状況等が、それぞれの地域で異なることから、より多くの医療機関が参加可能な協議会の形を取るにより、地域にとって効果的な方法で取り組んでいただくこととしている。

総合確保基金事業となるため、事業開始が国の内示後となり、例年であれば、8月以降が見込まれる。30年度に事業内容の詳細を含め、郡市医師会に改めて説明をさせていただくので、当事業へのご協力をよろしく願います。

大島郡 周防大島町でも、既に協議会を設置して、在宅医療を進める会議を何度も開催している。その都度問題に挙がることは、制度・システム自体は後方支援病院もあり、開業医もいるので既できてきているが、住民が対応できていないことである。国や県の事業には、実際に介護する側の家族への支援がほとんどない。在宅医療においては、最終的に看るのは家族になるので、家族への支援に力を入れてほしい。

県医療政策課 意見として承る。医療計画においても、いわゆる5疾病及び在宅医療として、その中に在宅医療の推進という観点を踏まえて、この事業を実施したいと考えている。

県医師会 事業内容で、「地域ごとの在宅医療機関の必要数の確保」とあるが、この必要数とは具体的に根拠があるのか。

県医療政策課 日常生活圏域単位でみたときに、そこに在宅医療を提供する医療機関があるかどうかを基準に考えている。こうした現状把握も含めて、この事業で行っていただき、在宅医療機関がない地域では、そこにある診療所に在宅医療への取組みを促していくといった取組みを考えている。

県医師会 この事業内容については、これまでも各郡市医師会は市町との地域包括ケア（医療・介護の連携推進）により、十分に取り組んできていると思う。既に、市町との事業の中で終わっているのではないかとと思われる。県から支援していただくとしたら、むしろ、へき地や山間部などの医療機関が不足する地域がどこで、そうした地域に送迎バスを走らせるといったことを検討していただいたほうが良いのではないかと。

また、8月以降の事業実施ということで予算計上されると、郡市医師会の負担がまた一つ増える。予算計上されるのであれば、郡市医師会、市行政にもよく説明していただかないと、類似した事業が多いので、市の職員も混乱する。

県医療政策課 これは、あくまでもスキーム案である。確かに現存で実施されている部分もあると思うが、それぞれの取組みによってどこを強く進

めていくかということがあると思う。そこは、関係者が集まって検討していただきたい。市町に対しても、予算が正式に固まれば、事前に説明していきたい。

(3) 県医師会在宅医療推進事業及び地域包括ケア推進事業について

県医師会 郡市医師会の取組みに対する県医師会の助成事業について説明・報告する。「在宅医療推進事業」は平成 28～29 年度にかけて 1 郡市医師会当たり 20 万円を上限として、「地域包括ケア推進事業」は 29～30 年度に 1 郡市医師会当たり 80 万円を上限として助成しており、自由な発想で使っていただくことにしている。

29 年度に実施された各郡市医師会から簡単に取組み内容を報告いただく。（主な内容は下記のとおり）

在宅医療推進事業

玖珂医師会

(1) 第 1 回在宅研修会

日 時：平成 29 年 8 月 31 日（木）18:00～19:30

場 所：玖珂子どもの館（岩国市玖珂町 5330 番地）

内 容：講演「在宅酸素療法について～質問事項の回答を中心に～」

講師 帝人在宅医療株式会社広島支店岩国駐在所 増本伸浩 氏

参加者：医師 2 名、介護職 79 名

(2) 第 13 回玖珂医師会・ケアマネ合同研修会

日 時：平成 29 年 11 月 8 日（水）19:00～20:30

場 所：玖珂中央病院 会議室（岩国市玖珂町 1488 番地）

内 容：講演「看取りを考える～住み慣れた地域で暮らし続けるために～」

講師 山口県立総合医療センター

へき地医療支援センター 原田昌範 先生

参加者：医師 6 名、ケアマネ 35 名

(3) 市民公開講座（岩国市医師会・岩国市との共催）

日 時：平成 30 年 1 月 20 日（土）14:00～16:40

場 所：シンフォニア岩国 コンサートホール（岩国市三笠町 1 丁目 1-1）

内 容：講演「最期まで自分らしく暮らしたい。それをかなえるために」

講師 すえなが内科在宅診療所院長 末永和之 先生

参加者：400 名

熊毛郡医師会

熊毛郡医師会学術講演会

日 時：平成 30 年 1 月 24 日（水）18:50～

場 所：平生まち・むら地域交流センター

内 容：特別講演「歯科医師会における在宅歯科保健医療連携の実態」

講 師 熊毛郡歯科医師会 会長 藤井和則 先生

防府医師会

医療・介護関係団体による研修会が多数開催されている中、今回は研修対象者を「介護を受ける側」よりも「今後、親等の介護をおこなう心配のある側」とし、上記演題で介護の入り口で出会う職種の代表者がリレー形式で講演をした。

また、晩婚化が進む中、育児と介護の両方をおこなっている「ダブルケア問題」や「介護離職」についても問題提起した。

防府医師会在宅医療推進事業市民研修会

「その時どうする？」あなたの親が倒れたとき

～家族と地域で支える在宅医療と介護～

日 時：平成 29 年 11 月 19 日（日）13:30～15:30

場 所：ルルサス防府 2 階 多目的ホール

参 加 者：80 名（一般市民、医療職、看護職、介護職、民生委員、学生、その他）

挨 拶 防府医師会長 神徳眞也

司会進行 男女共同参画部会長・地域包括ケア委員会委員長 山縣三紀

おはなし

1. 「防府市でいつまでも」防府市の現状と取り組み
防府市高齢福祉課 秋重郁子さん(保健師)
2. 「ある介護の物語」医師の立場から
防府医師会地域包括ケア委員会委員 周防 拓 先生(医師)
3. 「地域が病院・家が病室」訪問看護師の立場から
原田訪問看護センター 原田典子さん(訪問看護認定看護師)
4. 「あなたのそばに」ケアマネの立場から
周防国府ケアプランセンター 谷山 龍さん(ケアマネジャー)
5. 「ひとりで悩まないで」地域包括支援センターから
防府南地域包括支援センター 井澤久美さん(主任ケアマネジャー)
6. 介護における男女共同参画
男女共同参画部会長・地域包括ケア委員会委員長
山縣三紀 先生(医師)
7. 地域医療介護連携情報ネットワーク
防府医師会地域包括ケア委員会委員 松村康博 先生(医師)

終わりのことば 男女共同参画部会長・地域包括ケア委員会委員長 山縣三紀

主催：防府医師会 共催：防府市

小野田医師会

第 5 回在宅医療・介護連携推進研修会

目 的：在宅医療に関わる先進的な地域の取組を学ぶ。

山陽小野田市での在宅医療・介護連携の現状や課題を学び、明日からの患者支援に活かす。

日 時：平成 29 年 10 月 28 日（土）14:30～17:00

場 所：山陽小野田市役所 大会議室

参加人数：108 名（医師 8 名）

職 種：医師、歯科医師、薬剤師、看護師（病院・訪問看護ステーション）、
介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
介護福祉士、MSW、行政職員等

内 容：

1 基調講演「在宅医療特化型診療所の試み

～在宅医療の実際と医療・介護の難しさ おもしろさ～

講師 岡山市 ももたろう往診クリニック院長 小森栄作 氏

2 山陽小野田市在宅医療・介護シンポジウム

「山陽小野田市の在宅における医療と介護の現状

～もっと気軽に在宅医療、明日からの対応に活かせる多職種連携を考える～

コーディネーター 生協小野田診療所 廣田勝弘 氏

小野田医師会訪問看護ステーション 渡辺朱美 氏

高千帆苑在宅介護支援センター 末光容子 氏

山陽小野田市役所高齢福祉課 尾山貴子 氏

長門市医師会

長門市医師会主催「多職種連携セミナー」

連携は「できることからコツコツ」と 無理せず「ゆる～く」つながろう!!

～気仙沼の事例から、連携のポイントを考える～

日 時：平成 29 年 10 月 24 日（土）19:00～20:30

場 所：長門市地域医療連携支援センター内研修室

参加人数：約 100 名

司 会 天野秀雄（天野内科胃腸科）

講 師 医 師 村岡正朗／村岡外科クリニック院長（KNOAH の旗振り役）

薬剤師 武田雄高／南郷調剤薬局代表取締役（KNOAH の盛り上げ役）

介護支援専門員 小松 治／広域介護サービス気仙沼所長（KNOAH のまとめ役）

地域包括ケア推進事業

下松医師会

「下松医師会地域包括ケア推進研修会」

日 時：平成 29 年 10 月 28 日（土）14:00～16:00

場 所：下松市文化健康センター 3 階 会議室 1、2

参加人数：83 名

内 容：

1 講演会

演題「地域包括ケアからケアする社会へ～幸手モデルの取組み～」

講師 東埼玉総合病院代謝内分泌科・地域糖尿病センター在宅医療連携拠点事業推進室
中野智紀 先生

2 パネルディスカッション～地域包括ケアへの取組み～

司会・進行 宮本正樹（下松医師会長）

パネリスト 天谷京子（いきいきサロン輝き 代表）

田邊美紀（はなおかおれんじかふえ・きつねのより道 代表）

勝見奈美江（訪問看護ステーション下松・きらら 管理者）

澤 公成（下松医師会 地域包括ケア担当理事）

(4) その他

宇部市医師会 宇部市では、地域包括支援センターが民間で約 10 か所あるが、どこも高齢者への対応で逼迫しており、同センターへこれ以上の機能を加えていくのは困難と思われる。

また、8050 問題のように、高齢者と障害者の両施策のどちらを優先していいのか苦慮している。80 歳の認知症患者（親）と 50 歳の統合失調症（子）の世帯があったときに、どちらで対応したらよいのか、県あるいは国で、ある程度リーダーシップを取っていただきたい。

県長寿社会課 この場で回答できることではないので、ご意見を承る。障害者支援課とも十分注意しながら連携して進めていきたい。

宇部市医師会 在宅医療を進めていくのはわかるが、問題は山口県に若い医師が少ないことであり、若い医師を山口県に定着させる施策が必要だと思う。

県医療政策課 県の保健医療計画においても、地域の保健医療を担う人材の確保の部分について、県としても医師の高齢化対応が大きな問題であると考えている。若手医師の確保に努めていく施策をこの 6 年間で実施していく予定である。

県医師会 以上で平成 29 年度 2 回目の郡市地域包括ケア担当理事会議を終了する。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

平成 29 年度 第 4 回全国有床診療所連絡協議会 常任理事会・役員会

と き 平成 30 年 3 月 18 日（日）10：30～16：00

ところ 東京国際フォーラム 4F G404.402

〔報告：山口県医師会有床診療所部会長 正木 康史〕

平成 29 年度の標記協議会の第 4 回常任理事会及び役員会が 3 月 18 日に東京国際フォーラムで開催された。

まず、午前より常任理事会(10時30分～13時)が開催され、会長挨拶に続き、報告事項として①次期役員改選について(鹿子生会長)、②m3医療維新の記事について(鹿子生会長)、③在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループの委員交代について(鹿子生会長)、④今後の活動について(松本専務理事)などについて協議、検討し、午後の役員会に諮ることとなった。

午後より役員会(13時～16時)が開催され、最初に鹿子生会長より「今回の医療・介護報酬同時改定に際し、全国協議会も活発な活動を行い、それなりの成果を得ることができたと考える。今改定で有床診の地域包括ケアモデルが提唱されているが、その円滑な運用に向けて今後検討していきたい。また、今改定で有床診の専門医療の評価を得ることができなかったが、今後この分野の働きかけを強めていきたい。本日は多くの議題が用意されているので、ご協議のほどよろしく願います。」との挨拶があった。

報告事項

1. 有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会について(葉梨最高顧問)

有床診療所の活性化を目指す議員連盟第 26 回総会が平成 29 年 12 月 6 日(水、8 時～9 時)自民党本部で開催された。厚労省からも医政局、保険局、老健局や職業安定局などの審議官、課長等にも出席いただき、全国協議会より①診療報酬改定に対する要望(正木より説明)、②介護

報酬に対する要望、③医政局に対する要望(平成 30 年 4 月に施行される「医療法施行規則の改正」による病床設置の特例の緩和と有床診療所の経営基盤について)などの要望を行い、厚労省からもそれぞれの要望に対する回答をいただいた。

2. 都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会開催について

(鹿子生会長、齋藤副会長、指出常任理事)

平成 30 年 3 月 9 日(金)14 時より日医会館にて都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会が 5 年ぶりに開催された。議事として、①「地域包括ケアシステム構築のために必要な有床診療所のあり方について」佐々木 健 厚生労働省医政局地域医療計画課長、②「日本医師会有床診療所委員会答申について」齋藤義郎 有床診療所委員会委員長(徳島県医師会会長)、③「平成 30 年度診療報酬改定・介護報酬改定について(有床診療所関係)」鈴木邦彦 日医常任理事、④協議、などであった(詳しくは県医師会報に別途掲載予定)。

指出常任理事より、静岡県では地域包括ケア推進事業の中の「在宅医療後方支援体制整備事業」(新規)として、「有床診療所において非稼働病床の解消を図るため、夜間・休日に新たに医師、看護師を雇用する場合の人件費の一部を助成(1/2)する制度が整備された旨の報告があった。

3. 診療報酬改定について(正木)

今回(2018 年度)の診療報酬改定率は、全体 - 1.19%、薬価改定等 - 1.74%、診療報酬本体 + 0.55%(医科 + 0.63%、歯科 + 0.69%、調剤 + 0.19%)で、医科:歯科:調剤の改定率 1:1.1:0.3

の比率変更はなかった。この比率配分は政治絡み案件であり変更は難しい。

今回は医療・介護報酬の同時改定で、基本的視点の重点項目が「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」だったこともあり、医療と介護の連携部門が評価された。中医協で検討される内容でないと評価されにくいため、全国協議会としてもテーマに沿った内容となるような要望をしているが、今回の改定で有床診の専門医療を評価して頂くことは難しかった。

平成 30 年 1 月 12 日に「診療報酬改定の現時点での骨子」が発表されたが、それに対するパブコメを全国協議会からも提出し、有床診療所入院基本料逡減制の緩和、有床診療所在宅復帰機能強化加算の要件緩和や点数引上げなどの要望を行った。

1 月 24 日（水）には中医協で診療報酬改定の短冊内容が公表されたが、事前の厚労省保険局医療課との意見調整で、全国協議会の要望もかなり実現することができ、有床診療所入院基本料 1 から 3 までの要件緩和と介護連携加算の新設、さらに有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件の緩和と点数引上げなどの成果を確保することができた。

今改定の要約

- 1) 有床診療所入院基本料 1.2.3 の要件緩和（介護により、一つの要件で入院基本料 4.5.6 から 1.2.3 へ移行できる）
- 2) 介護連携加算 I : 192 点、加算 II : 38 点（新設）
- 3) 在宅復帰機能強化加算の要件緩和（平均在院日数 60 日⇒90 日）、点数引上げ（5 点⇒20 点）
- 4) 7 対 1 病棟等の在宅復帰率の要件見直し

何らかの介護事業に取組み、入院基本料 4.5.6 から点数の高い 1.2.3 へ上がり、そして 1.2.3 が介護連携加算を算定できれば、かなりの収益改善に繋がることになる。また、今改定で病院の在宅復帰率の要件見直しがあり、新たに設定された急性期一般入院料 1 の在宅復帰率の分子にすべての有床診が該当することとなり、さらに地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率の分子にも条件付きながら有床診を入れてもらえることができた。それぞれの病院の連携室

等との連絡を密にして、病院—有床診の連携推進を図っていただきたい。

4. 介護報酬改定について（木村常任理事）

介護医療院の創設が具体化してきており、施設基準等も公表されているが、介護医療院へは介護療養病床、医療療養病床、転換型老健からの移行が認められる。

診療所の短期入所療養介護（ショートステイ）の施設基準の要件緩和があり、食堂はなくても設置が可能（ただし減算あり）となり、また、医療療養病床では「みなし指定」での実施が可能となり、この場合には参入手続きが簡素化される。短期入所療養介護費は今回の改定での変更はなかった。

5. 介護医療院について（葉梨最高顧問）

医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院が創設されるが、現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する 2 つの類型が設けられ、床面積要件や併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策が設けられている。

ただ、介護医療院へ転換した場合、元の一般病床に戻ることは難しいと考えられ、慎重な対応が求められる状況にある。そこで、早急に介護医療院に関する勉強会を立ち上げ、全国協議会としての意見を集約し、会員の皆様に適切な対応策を示していく方針となった。

協議事項

1. 玉城専務理事辞任による後任指名について

（鹿子生会長）

昨年 11 月に玉城専務理事より辞任の申し出があったため、鹿子生会長の指名により松本庶務担当理事の専務理事併任が示され、承認された。

2. 会則の変更と役員について（鹿子生会長）

神奈川県に段階を追っての事務局機能の移行を図ることとなっていたが、玉城専務理事の退任のこともあって、元の福岡県に事務局機能を残すことになり、会則の変更（事務局変更）が提案され、

承認された。

全国協議会は現行 5 ブロックに分けられているが、現在の北海道・東北ブロックは範囲が広すぎるため、ブロック会が開催しにくい状況にある。そこで、このブロックを北海道と東北の 2 ブロックに分割、同様に広範囲の北陸・東海・近畿ブロックを中部と近畿の 2 ブロックに分割し、現在の 5 ブロックから 7 ブロック体制に変更することが提案され、承認された。

また、各ブロック別の新執行部案の説明もあり、それぞれ承認された。

3. 総会について

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

第 32 回 平成 31 年 7 月 27 日(土)・28 日(日)
群馬県高崎市

4. その他

m3 医療維新の記事について (鹿子生会長)

2018 年 3 月 3 日配信の m3 医療維新の記事「有床診の特例開設、『調整会議の協議』が前提」(m3.com 橋本佳子 編集長)に関して、全国協議会の手続きの遅れで、既に全国協議会の役職を退任している前任者の意見が掲載されてしまった。このため、その掲載内容が全国協議会の方針とは違うものと受け取られる可能性があるため、全国協議会より m3 編集者宛に退任手続き及びその公表の遅れのお詫びと、全国協議会の基本方針(有床診の特例開設の推進)を伝えたとの報告があった。

「会員の声」原稿募集

投稿規程 (平成 27 年 5 月から)

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

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階
TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527
E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

平成 29 年度 都道府県 医療事故調査等支援団体等連絡協議会合同協議会

と き 平成 30 年 3 月 7 日 (水) 13 : 30 ~

ところ 日本医師会小講堂

[報告 : 専務理事 林 弘人]

横倉日医会長挨拶

平成 27 年 10 月施行の医療事故調査制度は、医療界が自ら調査し、原因究明、再発防止を行うという、世界に類をみない制度である。発足にあたっては疑問点等もあったが、各関係者が協力し合うことで同制度を有用なものにしていくために、今は正念場である。こうした状況の中で初めて医療事故調査等支援団体等連絡協議会合同協議会を開催するものである。この制度は、医療関係者と患者側の信頼関係の上でしっかり根付いていくものであり、本協議会がその一助になれば幸甚である。

法で調査を行っている。

③センター調査は、院内調査を受けて行うことが原則であり、解剖結果等その後に得られた情報も加えて行われるため、院内調査の結果と異なることもあり得るが、それぞれの調査結果が尊重されるものであり、双方の調査結果が相俟って、今後の再発防止に役立っていくものとする。

④「センター調査の結果」と「院内調査の結果」が異なる部分については、検討した内容やその根拠を、特に丁寧に記載し説明を尽くすことが求められる。

(次頁表参照)

1. 医療事故調査の運営状況について

日本医療安全調査機構常務理事 木村 壯介

(1) センター調査と院内調査の関係

①センター調査に先行して実施される「院内調査」は、各医療機関が実施した診療や自らの体制などを振り返る自律的な取り組みであり、その原因の分析を通じて自らの組織における医療安全の問題点を見直し、さらに発展させる重要なプロセスである。

②センター調査は、院内調査の検証を基本とするが、院内調査結果の是非を問うのではなく、第三者としての専門的立場から、可能な範囲で事実確認や調査・分析・再発防止策を提言するものである。関係学会から推薦された専門的見地を有する複数の構成員による調査部会により、専門性を確保し、第三者性を担保したうえで、あらかじめ定められた方

2. 医療事故調査制度セミナーの実施状況について

日本医師会常任理事 今村 定臣

(下表参照)

平成29年度医療事故調査制度研修会について
(管理者・実務者セミナー)

開催日	開催場所	参加人数
平成29年10月2日(月)	東京・日医会館	122名
平成29年10月18日(水)	青森・国際ホテル	59名
平成29年11月2日(木)	高松・レクザムホール	52名
平成29年11月16日(木)	帯広・ホテル日航ノースランド帯広	52名
平成29年11月30日(木)	金沢・石川県立音楽堂	66名
平成29年12月14日(木)	京都・メルパルク京都	216名
平成29年12月22日(金)	鹿児島・TKPガーデンシティ鹿児島中央	161名
合 計		728名

管理者・実務者セミナー参加者は7会場合計で728名。

(支援団体統括者セミナー)

開催日	開催場所	参加人数
【東日本】 平成30年1月13日(土)・14日(日)	世界貿易センタービル3F会議室(浜松町)	59名
【西日本】 平成30年1月27日(土)・28日(日)	広島県医師会館201会議室	54名
合 計		113名

支援団体統括者セミナー参加者は東西会場合計で113名。

3. 支援団体等連絡協議会運営事業助成金の申請について

日本医師会常任理事 今村 定臣

医療事故調査を行うために必要な支援を行う団体間の情報共有等を図るために設置される連絡協議会の運営等に必要な経費を支援する。

予算額：92,269 千円

委託先：公益社団法人日本医師会

対象経費：会議費、専門家招聘に係る謝金、旅費、事務局員賃金 等

○都道府県ごとの助成金額は基礎額 120 万円 + 都道府県別の按分額

○協議会として行う会議、研修会の費用及び協議会業務に関わる人件費、事務室経費等が対象

○平成 30 年 3 月末までに日医へ申請書を提出

医療事故調査制度の現況報告（2 月）

医療事故調査・支援センター

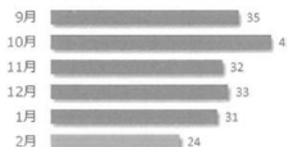
医療事故調査制度の現況について、平成 30 年 2 月末時点の状況をご報告いたします。

1 医療事故報告および院内調査結果報告の件数

①医療事故報告 24 件（累計 912 件）

2 月は事故発生の報告が 24 件ありました。病院・診療所別では、病院からの報告が 23 件、診療所からの報告が 1 件でした。診療科別の主な内訳は、消化器科が 4 件、整形外科が 3 件、脳神経外科が 3 件でした。

医療事故報告件数の推移（直近 6 か月）



②院内調査結果報告 29 件（累計 607 件）

2 月は院内調査結果報告（医療機関調査報告）が 29 件ありました。

院内調査結果報告件数の推移（直近 6 か月）



2 相談件数

相談件数 187 件（累計 4,586 件）

2 月の相談件数は 187 件で、相談者の内訳は医療機関が 91 件、遺族等が 84 件、その他・不明が 12 件でした。また、相談内容による集計では 202 件（複数計上）あり、「医療事故報告の判断」に関する相談が 82 件、「手続き」に関する相談が 56 件、「院内調査」に関する相談が 30 件、「センター調査」に関する相談が 13 件、再発防止が 1 件、その他が 20 件でした。

相談件数の推移（直近 6 か月）



遺族等の求めに応じて相談内容をセンターが医療機関へ伝達したものは 2 件でした。（累計 38 件）

3 センター調査の依頼件数

依頼件数 3 件（調査対象累計 62 件）

2 月はセンター調査の依頼が 3 件あり、遺族から 2 件、医療機関から 1 件の申請でした。調査結果報告は 1 件（累計 4 件）でした。調査中 58 件の進捗は、院内調査結果報告書検証中が 52 件、院内調査結果報告書検証準備作業中の事例 2 件、医療機関における院内調査の終了待ち事例 4 件という状況です。

日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）HP より転載

4. 各都道府県協議会から提出された質問・意見・要望について

(1) 「医療事故調査制度」の文言の中の「医療事故」は、一般の方々にとっては、医療上過失があり、誤った行為のために死に至ったとの誤解を生じる恐れがあるので、制度の名称変更を望む。

(埼玉県)

名称変更するには法改正が必要であることと、警察や患者側からは変更反対意見があることをご理解願いたい。

(2) 情報の共有、再発防止を謳っている事故調査委員会なのに県下の事故情報、少なくとも支援センターに報告のあった事例の情報が、個人情報保護法の絡みで把握できていない状況にあるが、対策がとれないか。(岐阜県)

対応について検討する。

(3) 院内事故調査報告書(以下、「報告書」)は結果報告時に遺族にほぼ手渡される。調査結果により医療機関と遺族の関係が悪化することが懸念される場合でも事実を曲げてとりまとめることはできないが、そもそも医療事故調査制度の主旨は医療機関擁護ではない。しかしながら、報告書作成により民事や刑事裁判の材料として使われる危険性もあり(既に紛争化事例あり)、報告書によ

り医療機関と遺族との関係が悪化した場合に、この調査が医療機関の責任追及を行ったという誤った解釈をされる可能性がある。

医療事故調査制度の目的に則した院内事故調査を実施するため、下記の意見及び要望を提示する。(大阪府)

① 報告書が民事や刑事訴訟の材料として採用されないことの担保について

報告書の表現に注意が必要となる。

② 院内事故調査で指摘された再発防止策が医療機関の責任追及の証拠となった場合に、当事者から協議会が派遣した専門医が提訴される危険性の回避への方策と、提訴された場合の保障(応訴時の費用負担など)について

事例があれば報告願いたい。

③ 正しい院内事故調査が実施できないことが懸念されるが、当事者(不都合な事実を黙秘する)権利を広く周知することについて

前面に出して対応することは望ましくない。

かなえない未来がある。



応援してください。
やまぎんも、私も。
石川 佳純

YMEG Yamaguchi Financial Group | 山口銀行 YAMAGUCHI BANK

平成 29 年度 山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会

と き 平成 30 年 3 月 8 日（木）16：00～

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. 山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会の廃止について

AED 普及促進協議会については、これまで郡市医師会救急医療担当理事協議会との合同会議という形で開催しており、当初は、1 月 25 日を予定していたが、当日はあいにくの大雪となったことから、交通事情等を総合的に判断し、会議を延期した。その後、日程調整を行ったが、合同会議での開催は困難と判断して単独開催となった。

当協議会については、AED の普及促進等を協議するため、平成 17 年 4 月に設置された。主な事業として、県からの委託を受け、AED 訓練用機材の貸出や県民を対象とした AED 講習会などを行ってきた。一般市民に AED の使用が解禁されて間もない当時としては、当協議会の果たす役割は大変重要であったと考える。しかし近年では AED の普及が進むとともに、講習会は郡市医師会、病院など、独自で開催されているものも多くある。また、一般向けの講習会は、消防や学校（授業・PTA）、職場などでも多く行われている。さ

らに、AED の設置台数ではないが、製造販売業者を対象に行われた販売（出荷）台数調査を見ると、一般市民が利用可能となった平成 16 年以降に急速に普及していることが分かる。

こうしたことを総合的に判断し、AED の普及促進を設置目的とした「AED 普及促進協議会」については、所期の目的を果たしたものと考え、委員の任期が終了する本年 3 月 31 日をもって協議会を廃止したい旨、提案した。

委員からは、「心肺停止患者の生存率が全国と比較して低い」「AED の普及・啓発は大切」等の意見をいただいたが、当協議会を廃止することについては、出席された委員全員の承認をいただいた。また、今後、AED の普及促進に関する重要案件が出てきた場合には、「郡市医師会救急医療担当理事協議会」の場でご審議いただくこととなった。

委員の先生方には、長きにわたり AED の普及促進にご尽力をいただいたことに大変感謝申し上げます。

出席者

山口県自動体外式除細動器（AED）

普及促進協議会委員

青 雅一
福田進太郎
藤原 義樹
宮内 善豊
弘本 光幸
吉金 秀樹
若松 隆史

山口県健康福祉部 医療政策課

主 任 静村 貴文

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 山下 哲男

平成 29 年度 母子保健講習会

と き 平成 30 年 2 月 18 日 (日) 13:00 ~ 17:00

ところ 日本医師会大講堂

報告：副会長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文

基調講演

(1) 子育て世代包括支援センターの目指すもの

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

課長 北澤 潤

日本の妊産婦死亡率・乳児死亡率は戦後急速に改善し、世界有数の低率国となっている。一方で、出生率では第 3 次ベビーブームがなく、年間出生数も 100 万人以下となっている。一つには平均初婚年齢が 30 年前の 25.5 才から 30.7 才と上昇していることに加えて子育ての悩みを相談できる人が少ない、社会全体が妊娠や子育てに無関心といったことも関与していると思われる。一方で、児童虐待相談件数は平成 28 年度は 12 万件を超えるほどに増加している。そのような中、児童福祉法等の一部改正で母子健康包括支援センターの全国展開 (1,100 か所) が決定された。

センターの支援対象者は、すべての妊産婦・乳幼児とその保護者で、妊娠・出産期から子育て期 (特に 3 歳まで) に、「母子保健」及び「子育て支援」に関するすべてを支援する窓口としてイメージされている。具体的には、①妊産婦等の状況の継続的把握、②妊娠・出産・育児に関する相談に応じ、必要な情報提供・助言を行う、③支援プランの策定、④保健・医療・福祉・教育の関係機関との連絡調整、を行うこととなる。

支援プランの策定が必要とされる具体的な例としては、

①妊産婦の例

- ・心身の不調や病気、障害などのために、自身でサービス等の利用計画の作成が難しい場合
- ・妊娠や育児への不安があり、サービスの提供を通じてより密なモニタリングが必要と判断される場合

・転入者であったり、里帰り出産をしたことで地域との関わりが薄く、地域の活用可能な資源やコミュニティの橋渡しが必要な場合

・日本語を母国語としない妊産婦である場合 等
②乳幼児の例

・児の成長・発達が気になる場合
・他機関からの支援要請がある場合 等

③配偶者やパートナー、家庭の例

・精神疾患等を有している場合

・就業が不安定である場合

・日本語を母国語としない場合 等

支援プラン策定に当たっては対象者が参加し、本人の意見が反映するように努めなければならない。また、関係者会議を開催し、継続的にプランの評価・見直しを行うことが重要である。

最後に健診について、市町村は 1 歳 6 か月児及び 3 歳児について健康診査を行う義務があるが、その他の乳幼児に対しても、必要に応じ健康診査を実施し、また、受診勧奨しなければいけない。現在、1 歳 6 か月健診は受診率 95.7%、3 歳児は 94.3% である。新生児聴覚検査の実施については、聴覚障害は早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害による音声発語発達等への影響が最小限に抑えられることから、その早期発見・早期療育を図るために、すべての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施することが重要であるとした。しかしながら、出生時に対する初回検査実施率は 82.8% であり、特に大きな医療機関での実施率が低い傾向にあるとのことである。

(2) 周産期メンタルヘルス支援を目指して**三重大学保健管理センター****大学院医学系研究科教授 岡野 禎治**

スコットランドのデータでは周産期の精神科入院は産後 1 か月が最も多く、三重大学母子精神保健専門外来でも、妊娠期 26% に対して産褥期 70% と圧倒的に差がある。妊娠期では神経症性障害で特にパニック障害が多く、産褥期では気分障害で大うつ病性障害が多い。英国での母体死亡の主な要因は自殺・死因不明で、圧倒的に精神的な病気が原因であることが多い。周産期の自殺はカナダ 2.58/ 出生 10 万、英国 2.3/ 出生 10 万に対し、日本では 8.7/ 出生 10 万と多い。そこで 2017 年度、新たな自殺総合対策大綱の重点施策の一つとして妊産婦のうつ病と自殺対策が加えられた。

精神科から産科医に対する妊産婦自殺防止に向けた意見として、自殺念慮・自傷他害の考えや行動、母親としての役割を果たせないなどの自己不全感、新生児に対する愛情阻隔、疎遠感などの感情表出といった精神症状の把握に注意すること、また、精神病既往歴者、例えば重症のうつ病（再発性）、産褥精神病、双極性障害の既往歴のある人についてはリスクの高い母親として認識しておく必要がある。

母親の妊娠期の情動状態が、その子どもの神経発達に長期の影響を及ぼすかという英国の研究では、産前の不安やうつが子どもの注意問題・発達障害・IQ・多動及び情緒や行為問題と関連している可能性があるとのことである。

精神疾患と家族歴も重要で、反復性大うつ病性障害は産後の早期発病群に家族集積性が高く、双極性障害の女性では産褥精神病的家族歴のある割合は高いなど、注意するポイントとなる。

産後うつ病のスクリーニングとしては、エディンバラ産後うつ病自己質問（EPDS）でのチェックが良い。これの産後 1 か月での区分点は 8/9 点以上が適切と考える。従来、日本では産後 1 か月・3 か月・4 か月健診時などに配付・回収を行っている。2017 年より産後 2 週間での EPDS 配付が行われているが、この時期は結果が高得点になる傾向があるため、その評価に多大な時間と労力

を要するため適当ではないと個人的には考える。

より簡単なうつ病の包括的なスクリーニング質問は次の 2 問である。

・「過去 1 か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？」 → 抑うつ気分の質問

・「過去 1 か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？」 → 興味や喜びの喪失

女性がこの二つの質問のどちらかに「はい」と答えた場合には、以下の 7 項目の症状を検討する。

①食欲・体重の変化、②睡眠障害、③精神運動性の制止又は焦燥、④気力の減退、⑤無価値感や罪悪感、⑥思考・集中・決断の困難、⑦自殺念慮や自殺意図

これらのうち、5 項目に該当すればうつ病を疑う。

日本産科婦人科学会では「産婦人科診療ガイドライン—産科編 2017」を作成し、この中で精神疾患についても記載している。また、日本周産期メンタルヘルス学会では「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 年」を刊行しているので参考にしていきたい。

[報告：藤本 俊文]

講演「多職種連携による子育て支援を目指して」**(1) 米国の小児の健診体制 (Bright Futures) と本邦への応用の検討****国立成育医療研究センター****総合診療部総合診療科 阪下 和美**

わが国の過去 50 年間に振り返ると、社会構造は大きく変化した。高度経済成長・ベビーブームを背景に人口増加社会であった 1950 ~ 1970 年代から一転し、現在は超高齢化・少子化が深刻な課題である人口減少社会となった。核家族化の進行、就労形態の変化、結婚及び出産年齢の高齢化など、子どもを取り巻く家族のあり方も大きく変容した。さらに医学・医療における先人らの偉大な功績により、疾病構造は大きく変化した。過去に多く存在した重症感染症は激減し、子どもの大

部分が慢性的な器質的疾患をもたず軽症の感染症や外傷を経験するのみとなった。一方で、不登校や心身症など「こころの健康」を保つことが難しくなった子どもの数は増えている。また、不慮の事故による外傷は依然として小児医療の大きな課題である。

日本の小児医療はこれまで、疾病の原因究明・治療を重視してきた。その重要性はこれからも変わらない。しかし、「からだの元気な子ども」が主である現在において、子どもを取り巻く環境を積極的に評価し、「こころとからだの健康を損なうリスク」の有無を多角的に確認する姿勢が求められている。養育者の健康に対する意識や知識、養育者の育児への姿勢、家族構成と家族関係、食生活を含む生活習慣、経済状況、就学状況、学校環境、友人関係など、月齢・年齢によって重視すべき領域は異なるが、子どもを取り巻く環境には必ず「こころとからだの健康を損なうリスク」があり、しばしばこのようなリスクは表面化せず、本人・家族も気づいていないまま、健康を脅かす。乳幼児健診・学校健診は小児保健の大きな軸であるが、疾病の早期発見・早期介入（二次予防）が主目的であり、一人ひとりへの詳細な保健指導は難しいことも多い。リスクを早期に発見し、リスクに応じた保健指導・健康教育・事故予防教育を継続的に行うことで、「こころとからだの健康」を最大限に維持でき、健やかな成人期へつなげることができる。すなわち、小児期を通じて個別化した一次予防を継続することがこれからの小児医療に必要である。

言うまでもなく、基礎疾患をもつ子どもたちは「こころとからだの健康を損なうリスク」をより多く持つ。疾患の対応だけではなく健康のトータルマネジメントと家族支援は必須である。集中治療及び在宅医療の発展に伴い、医療的ケア児が増える中で、個別化した継続的な一次予防の重要性はますます高くなるであろう。

「こころとからだの健康を損なうリスク」の評価と介入を実践するにあたり、非常に参考になるのが米国の小児保健制度である。米国では出生から 21 歳までを小児期と定義し、かかりつけ医による定期的な Health supervision

visit が推奨されている。より標準化された小児期の Health supervision を全国的に展開するため、Bright Futures と銘打った全国的な健康促進戦略が 1990 年に開始された。その政策の一環として、『Bright Futures : Guidelines for Health Supervision of infants, Children, and Adolescents』が発刊され、今では全国的に普及している。

(2) 周産期のメンタルヘルス

～多職種連携の現状と課題～

日本産婦人科医会常務理事／

さがらレディスクリニック院長 相良 洋子

今世紀に入り、周産期のメンタルヘルスは世界的に重要な課題として取り上げられている。妊娠期から育児期にかけて、母と子が安心して過ごせることは、母親の心身の健康維持というだけでなく、子どもの心身の健康の礎でもあり、ひいては将来の社会を健全な方向に導くという視点からも大変重要な意味をもつ。日本の周産期医療は、母子保健の指標からみると世界に誇る高水準になっているが、精神面や社会経済的側面での支援は十分とは言い難い。日本産婦人科医会では数年前からこの問題に対する取り組みをはじめ、一昨年からは具体的な体制づくりを目指したプロジェクトを始動させている。プロジェクトはまだ始まったばかりで、問題は山積しているが、中でも多職種連携は重要な課題である。

(1) 心理社会的側面からみた周産期の現状

周産期のメンタルヘルスが注目されるようになったのは、児童虐待の問題が大きな契機になっている。わが国の出生数は年々減少しているにもかかわらず児童虐待の件数は増加し、ここ数年は年間 70～80 名の子どもが虐待によって命を落としている。児童虐待の背景には、精神疾患合併妊娠や育児不安だけでなく、若年妊娠や望まない妊娠、シングルマザーやステップファミリー、妊婦健診未受診、経済的困窮、DV や被虐待歴などさまざまな種類のリスク要因があり、また、これらが重複していることも多く、その病態は複雑である。

また最近では、妊産婦の自殺が身体的な合併症

による妊産婦死亡の数よりも多い可能性が指摘されており、妊産婦のうつ状態が深刻な状況になっている可能性を示唆している。

さらに児童虐待や妊産婦の不安定な精神状態は、子どもの精神・神経系の成長や発達にも重大な影響を及ぼすことが報告されており、周産期のメンタルヘルスの問題は、妊産婦だけでなく、世代を超えて子どもたちにも及んでいることが明らかになっている。

(2) 日本産婦人科医会の周産期メンタルヘルスプロジェクト

日本産婦人科医会では、平成23年に主に児童虐待予防の観点から、リスクのある妊産婦を早期に発見して支援に結び付けるための事業を開始していたが、その後、児童虐待の問題を超えて心理社会的支援が必要な妊産婦が広く存在する可能性が認識され、平成28年から従来の事業を拡大する形で新たなプロジェクトを開始している。

このプロジェクトでは、メンタルヘルスの支援が必要な妊産婦を早期に見つけて産科医療機関で支援を開始すると同時に、出産後に向けて育児支援体制を整えておくことがその目的になっており、具体的には産科医療機関で行うスクリーニングとケアのプログラムを作って普及させていくことと、複雑な問題を抱える妊産婦を長期に支援していくために多職種連携の体制を作ることが大きな柱になっている。

(3) 多職種連携の現状と問題点

多職種連携としては、行政との連携、精神科との連携が当面の課題になっている。

行政側では、子ども・子育て支援事業の一環として、子育て世代包括支援センターを中心に関係諸機関が連携して切れ目のない支援を行っていく構想が進んでおり、産科医療機関もこの体制の中で役割を果たしていくことが求められている。また、平成29年度には産婦健康診査事業が開始され、児童虐待や産後のうつを予防するという視点から市町村と産科医療機関の連携を促す事業として期待されている。しかし、これらの事業はまだ始まったばかりで、十分な体制がとれている自治体は少なく、産婦健康診査事業についてもごく一部で始められたに過ぎない。今後、相互の連携を

確実にしていくためには、顔の見える連携を基本に、互いの守備範囲を理解し、どのような連携体制が構築できるかを考えていく必要がある。

一方、精神科との連携では、精神科側と産科側の双方に、精神症状を伴う妊産婦の取扱いに対する戸惑いと相互の連携についての困難が認識されている。前者については、昨年、日本周産期メンタルヘルス学会がコンセンサスガイドを発表し、これによって診療上の問題は大きく前進することが期待されるが、後者については、ほとんどの地域で連携体制は不十分であり、個々の医療機関が個別に対応しているのが現状である。今後は、医療機関の役割分担を明確にし、システムとしての連携体制を作っていくことが必要である。

(3) 発達障害児の支援

—健診での気づきとその後の対応—

国立成育医療研究センター

こころの診療部長 小枝 達也

育児不安は1970年代から1990年代に盛んに研究された。心性としての育児困難感を形成する要因として、育児への自信のなさ、母親としての不適格感、焦燥感・怒りの抑制困難、子どものネガティブな感情などがある。育てにくさの要因としては、「子どもの要因」と「親の要因」と親子を取り巻く環境の要因も絡んでいる。

正常とされる発達では、4か月健診では、目が合い、目で対象物を追い、笑うことが人へのAttentionであり、そして、人の声が区別でき喃語に繋がる。9か月から10か月の健診では、手の使い方ではつまむことができ、赤ちゃん芸では模倣ができる、喃語から語音の出現（マ、バ、ダなどの口唇音）が出てくる。そして期待感も出現してくる。1歳6か月健診では、身体部位や絵や具体物を指差す、写真や絵本などのぶどうを食べる真似のみたて遊び、単語が2個以上出る、オウム返しの出現、依頼文の理解等ができる。共同注視や三項関係の設立や模倣も出現する。3歳児健診では、色として3～4色まで、数は3つまで、また大小、長短、多少などの比較概念が出現する。90%くらいに「何が」という質問が出て、75%くらいに「どうやって」という質問が出る。

二語文から三語文の出言があり、自己主張や逆に自己抑制も（少しなら待てる）出てくる。幼稚園から小学校で、学習や行動上のつまづきがある時に、注意・叱責をされることにより、セルフエスティームの低下が起こる。そのことにより反抗的態度と自信喪失が出てきて、問題行動や不登校などとなる。

幼児期に軽度発達性の問題があり、そのことが早期発見に漏れることにより、学童期に問題が顕在化される。その時点で症状説明が不十分であると、学童期後半に学校不適応や心身症の合併を伴う。そして、医療の関わりが希薄であると思春期以降に社会への不適応となる。

療育へのきっかけとする発達障害は、乳児健診では先天性疾患、脳性麻痺、運動遅滞を伴う精神遅滞がある。1歳6か月健診では重度精神遅滞や自閉症が見つかり、3歳児健診では中途度精神遅滞や自閉症が見つかる。5歳児健診ではADHD、LD、軽度MR、ASDなどが見つかる。

5歳児の健診でのチェック項目は、ジャンケンの勝ち負け、しりとり遊び、会話の成立、オリエンテーションの理解（幼稚園の名前等）、物の用途（帽子はかぶるもの）、やり取りの成立や、安静閉眼20秒以上が可能である。5歳時健診は育児支援の場であること、社会性発達、行動統制力が弱い子への気づきの場である、そして、修学に向けた心構えを喚起する場である。既存の健診や5歳児健診や5歳児発達相談が気づきの場であり、子育て相談や心理発達相談や教育相談が気づきを深める場で、療育と発達支援教室が指導の場となる。

幼児に接する保育士や幼稚園教諭の見る目を養わなければならない。例えば、落ち着きがないのは、1人遊びをするのは、乱暴な行動は、こだわるのは、等にADHDやASDを当てはめてはいけない。パターン化して子どもを見ないことや、子どもの行動の意味を見ること、園と家庭との違いを理解することが大事である。

自閉症の有病率は1/68人（約1.5%）、原因は不明で先天性の脳機能障害もある。遺伝性があり、二卵性双生児より一卵性双生児のほうが多い（1943年の米国のカナーによる報告）。病態

としてはコミュニケーション能力障害、社会性の障害、常同的で反復行動がある。類似の用語では広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害がある。治療としては行動療法、TEACCHプログラム、薬物療法がある。

注意欠陥多動性障害の有病率は数%であり、原因は不明であるが先天性の脳機能障害もある。遺伝性があり、1902年にStillの報告が最初である。病態としては前頭葉の機能障害、実行機能、報酬系の障害がある。類似の用語では多動症候群、注意欠陥多動症があり、治療としては生活環境改善や薬物療法がある。

Dyslexia（ディスレクシア）は、有病率が1～2%であり、原因が不明又は先天性脳機能障害もある。また、遺伝性があり、1986年Morganの報告が最初である。病態は音韻処理障害、左頭頂側頭部機能障害、左紡錘状回の障害、類似の用語としては、発達性読み書き障害、特異的読字障害、難読症があり、治療としては解説指導、語彙指導（T式ひらがな音読支援）がある。

自閉症の子には「行動の変容」が優先する（特に言葉の遅れがある子）。見てわかる工夫、具体的な行動の指示や言葉かけを極力少なくすること等が理想である。会話の成立する自閉症の子には「因果関係」を教えると良い。また、直接的な表現が望ましく、比喩表現での説明や疑問形でしかると混乱が生じる。さらに、皮肉に対する理解が全くできない、指示の前に「姓名」をつけると指示が入りやすくなるといった特徴がある。

落ち着きのない子には、周囲の子どもを落ち着かせることが優先される。周囲が盛り上げていると天井知らずに盛り上がってしまう。集中力をつけさせるには「その子にやった課題」を出す。

言葉の遅い子には絵本の読み聞かせを行い、ストーリーの中で、使い方とともに言葉を教える。

最後に、忘れないでほしいのは、よき人間関係が指導の前提であり、子どものプライドを尊重する、満足する日々が子どもを育てることを忘れないでいただきたい。

[報告：濱本 史明]

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な年金等控除が適用されます。

加入資格

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

掛金

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

加入コース

- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取

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

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
- 他の公的な年金に加入・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

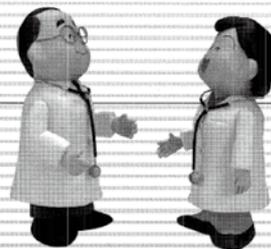
- 掛金は全額社会保険料控除の対象(最高816,000円が控除)
- 受取る年金にも公的な年金等控除が適用

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



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

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 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

[印象記：下関市 飴山 晶]



日本の社会保障費、医療費は戦後増大し、日本の社会保障は充実・拡大してきた。病床当たりの総収益も年々増加しているが、費用も増大しており、平成 18 年の診療報酬改定後、結果として病院の損益は赤字に傾いてきた。

医療費が増大する理由

医療費が増大する要因は「高齢化」と言われがちであるが、実際には「医療の高度化」が最大の要因である。医学進歩がもたらした治療内容の多角化、高度化（技術の進歩、新薬の登場など）が医療費を押し上げてきた。それゆえ、医療費が増えても医療機関の収益は増えていないというのが現実である。

医療費の増大がたたかれる理由

医療の財源に注目すると、すべてを公費で賄うイギリスなどとは違い保険制度が存在する。保険者、被保険者の意向を反映することができる点に意義があるが、いまや保険料は総医療費の 5 割しか賄っておらず、公費が 4 割、患者負担が 1 割となっている。公費が年々増大している。

一方、雇用者の総報酬は生産年齢人口の減少により大幅な増額は見込めないため、「負担率」を

上げないと保険料が賄えない。しかし、負担率を上げると被雇用者の実質賃金が減少するため、負担率増加にも限界がある。結果、公費の増大を防ぐために、医療費の増大を食い止めようとする圧力が働く。

医療は「コスト」か、「産業」か？

2014 年の国民総生産 482.4 兆円のうち国民医療費は 40.8 兆円、8.5% を占め、卸小売業、製造業に続く一大産業といえる。全就労者 6,379 万人のうち医療福祉就業者は 798 万人であり、12.5% を占めている。山口県に注目すると県内総生産 5 兆 9,690 億円のうち県内医療費は 5,456 億円、9.1% を占め、県内就業者 66 万 5,489 人の 12.8%、8 万 5,099 人が医療福祉就業者である。山口県では一段とその傾向が強い。

診療報酬に占める「人件費」は 50% を超えており、「コスト抑制」として診療報酬を引き下げることが「人件費」を削減することにつながり、「地域経済」、「地域産業」にダメージを与えてしまうということにも配慮するべきであろう。

「経済総波及効果」という指標があり、ある産業に一定の費用を投入した時、他の産業にどれだけの需要を生むかを表している。全産業平均

で 4.1495 倍であるのに対し、医療は 4.3613 倍、社会福祉は 4.4329 倍であり、これは公共投資の 4.1544 倍よりもはるかに高いのである。ある意味、医療・福祉分野が現在の日本経済を支えているとも言える。

一般会計税収の推移

2008 年のリーマン・ショックにより一般会計税収は大きく落ち込んだが、法人税額の減少が大きかった。一方、所得税は緩やかに増加し、消費税も 2014 年に 5% から 8% に増加し、この 2 つが税収の 1 位、2 位となっている。景気の回復により法人税も増加しているが、企業の国際競争力への配慮もあり、割合としては多くはない。さらに年々、企業の内部留保が増大しており、社会保障のありかたを考えるうえで、税制面の検討も必要になってくる。

深刻な問題・・・「人」

これまでは一学年の総人口が 100 万人を超えていた。しかし 2016 年の出生数は 100 万人を割り込んでしまった。人が減るということは医療・介護を担う人が不足するということである。2010 年は 1.76 人の生産年齢層が 1 人の非生産年齢層を支えていたが、2030 年には 1.39 人で、2060 年には 1.04 人で 1 人の非生産年齢層を支えなくてはならなくなる。

対策としては出生率の向上が必要で、2005 年に全国 1.26、山口県 1.38 だったものが、2010 年にはそれぞれ 1.39 と 1.56 と改善傾向にはある。しかし、人口減少を食い止めるには 2.1 にしなくてはならず、これからの日本は急激な人不足の時代に突入する。

厳しい社会保障財政とマンパワー不足の未来を考えた時に、有識者によって提唱された「処方箋」が「地域包括ケア」と「地域医療構想」である。

社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革推進法に基づき 2012 年に設置された。提言内容は以下の通り。

- ・①自助、②共助、③公助、という優先順位
- ・現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄う

(次世代以降にツケを回さない)

- ・子供、子育て支援
- ・医療、介護に関しては、地域包括システム、地域全体で支える
- ・地域医療構想、地域医療ビジョンの策定

自助

年金受取額は相対的に減少傾向にあり、可処分所得は減少している。低所得者割合（介護保険 1 号被保険者の所得段階から算出）に注目すると、全国で 23.8% もの人が「低所得者」に該当する。（山口県では 25.5%、下関市では 28.6% と一段と低所得者割合が多い。）さらに高齢単身世帯数、高齢夫婦のみ世帯数はともに増加傾向にあることから「自助」にも限りがあると言える。

共助

ご近所さんと親しく付き合っていると答えた高齢者の割合は、1988 年には 64.4% であったが、2003 年には 52.0%、2014 年では 31.9% となっており、近所付き合い、助け合いも年々低下傾向にある。

公助

下関市の個人市民税のシミュレーションを見ると、2014 年度を 100 とした時に、2025 年度には 86.8、2035 年度には 77.0、2045 年度には 66.1 に減少することが見込まれている。行政サービスは「質を落とす」か、「量を減らす」しか対応策がない。

介護の需要・供給バランス

山口県の介護の需要に注目すると、1 号被保険者に対する要介護・要支援者の割合は、2014 年度が 19.0%、2017 年度が 20.7% であり、2025 年度には 24.6% に増加することが見込まれている。

介護職員に注目すると、2017 年度に山口県内で約 2,300 人不足しているところ、2025 年には約 4,000 人不足することが見込まれている。山口県の一学年人口は 1 万人であり、1 万人でどうやって 4,000 人の介護職員不足に対応するかが

課題である。

医師供給の問題

45 歳未満の医師数の推移に注目する。1998 年を 100 とすると 2014 年は全国が 99.3、山口県が 76.1 であり、山口県にいかにか若い医師が定着していないかがわかる。研修医が県内に残らないことが要因であるが、山口県は他県と比べその傾向が強い。医学部入学地域枠等の対策を取っているものの、他の都道府県も同様の施策を進めており、同じやり方では優位に事は進まないことは明らかで、大学も含めて地域で真剣に考えることが求められている。

地域包括ケアのむずかしさ

「システム」と言いながら、体系化、普遍化できるものではない…地域ごとにあるべき姿が異なり、答えが決まっているわけではない。「システム」と言いながら、本質は「人的ネットワーク」である。地域住民や行政、医療・介護関係者、福祉関係者、消防や警察など、多岐にわたる関係者が連携する必要がある。特に地域住民が自分事ととらえて主体的にサポート活動に参画する必要がある。

介護保険制度と照らし合わせると、家庭の中の介護問題を社会化して、お金を払ってプロからサービスを提供してもらおうのが介護保険制度である一方、地域包括ケアの考え方は、対価を介在させず、近所付き合い、人付き合い、地域づくりの中で面倒を見合いましょうという、まったく逆の発想から成り立っている。まさに意識の変容がないと成り立たないのが「地域包括ケア」である。

それでも地域包括ケアが必要な理由

それぞれの地域がその地域の状況の中で、皆が話し合っことを進め、皆が結果責任を負うという、いわば「究極の民主主義」といえる。社会資源の総力戦である。うまくいけば地域力が強化されていき、様々な課題を解決することにつながっていく。

地域医療構想

「病床機能報告制度」、「都道府県による地域医

療構想の策定（地域医療構想会議）」を経て、現在「地域医療調整会議」において各地域の今後の医療の在り方が話し合われている。地域ごとに、地域の責任で医療に関する計画を立てて、実行することが求められている。

医療法第三十条の四には「都道府県は、地域医療構想に関する事項を決めるにあたっては…地域の事情を勘案しなければならない」と謳われているにもかかわらず、厚労省は省令で地域の必要病床数の算定に関する計算式を打ち出した。計算式を当てはめると、おのずから地域の病床数が決まってしまうことが大きな疑問である。実際に山口県はこの流れの中で「山口県の地域医療構想」を策定、発表した。

山口県では、地域医療構想上の必要病床数を大きく上回る許可病床数が稼働している。今後、「地域医療調整会議」にて具体的な地域の医療の姿が検討されていくが、多くの部分を入院医療から在宅医療へとシフトさせていくことが求められている。

在宅医療のコスト

下関市赴任中に個人的に検討した数字を示す。認知症患者の医療・介護コストを試算すると入院の場合は 413 万円 / 年、介護施設では 353 万円 / 年、在宅では 267 万円 / 年となり、一見、在宅ではコストがかからないように見える。しかし家族負担を考慮すると、「介護にかかる時間」×「平均賃金」= 382 万円 / 年の負担が必要になる。場合によっては仕事を辞めざるを得ない。社会的コストという意味では合計 649 万円 / 年となり一番コストがかかってしまう。一口に「在宅医療」というけれども、自宅に限定せずに、介護施設や老人ホームなどの「新たな住まい」も含めての「在宅医療」という受け皿を考えることが不可欠である。

医療・介護をめぐる状況の「まとめ」

高齢化に伴い、医療・介護需要は増大する。しかしながら、医療・介護財源の増を見込むことは難しい。さらにマンパワーの確保が困難になる。慢性期の病床数は減ることになる（地域医療構

想)。市町の財政悪化のため、介護提供体制の拡充も厳しい。

地域で「課題」を抽出し、「解決策」を描かなければならない。地域住民、医療・介護関係者は現実からは逃げられない！

リーダーシップについて

ハーバード大学ケネディースクールのロナルド・ハインツ教授は「リーダーシップ」とは「問題解決能力」であると言う。様々な失敗体験を通じて後天的に得られるものだと言う。誰しも、部下であっても、上司であってもその人が置かれた場面でリーダーシップを発揮することが可能である。

自分自身を変え、組織を変え、社会を変えていく、そのような「リーダーシップ」こそが今の時代に求められている。

※同日の特別講演 1、2、3 については、本会報平成 30 年 2 月号（第 1890 号）の 172～178 頁に掲載済。

『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 kaihoushou@yamaguchi.med.or.jp

平成 29 年度 「JMAT やまぐち」災害医療研修会（第 4 回）

と き 平成 30 年 3 月 17 日（土）14：00～17：00

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告：常任理事 弘山 直滋]

第 4 回「JMAT やまぐち」災害医療研修会を平成 30 年 3 月 17 日（土）、山口県医師会大会議室で開催した。災害医療に関する知識の習得や、万が一の事態に遭遇しても落ち着いて行動ができるようにと、平成 26 年に「JMAT やまぐち」が発足して以降、毎年開催している。研修会の内容については、「JMAT やまぐち活動マニュアル」（平成 26 年 3 月）の作成に携わっていただいた、災害医療に精通したプロジェクトチームの先生方 6 名に参画していただいている。当日は医師 20 名、看護師 42 名など全体で 111 名の参加があった。

第 1 回の平成 26 年度は、日本医師会常任理事の石井正三 先生から「JMAT 総論」についての講演や、東日本大震災で JMAT としての活動経験がある医師、薬剤師、看護師の方から被災地医療支援活動についてご報告いただいた。第 2 回の平成 27 年度は、南海トラフ大地震が発生し、カウンターパートとなっている高知県へ「JMAT やまぐち」を派遣するシミュレーションを行った。続く平成 28 年度は、熊本地震が発生した年だが、実際に「JMAT やまぐち」として派遣された 3 チームから活動内容や現地で感じた課題等について報告していただいた。また、山口県が大原湖断層による地震で県央部を中心に被災したとの想定で、被災地域あるいは被災地域でない医師会、医療機関はどのような行動をとるか等について、グループワークを行った。毎年度、100 人前後の多職種参加者があり、関心の高さが窺える。

さて本題に入るが、今回は 4 つの講演で久しぶりに座学での研修会となった。

まずは「平成 29 年 7 月九州北部豪雨への対応について」と題して、福岡県医師会救急災害担当理事であり、大牟田市立病院副院長兼理事の藤野隆之 先生にご講演いただいた。九州北部豪雨に

ついで概要説明に続いて、福岡県医師会が昨年 7 月に策定した「福岡県医師会災害医療プログラム（カテゴリーⅡ）」の紹介があった。プログラムは、いわゆるマニュアルで、カテゴリーⅡとは、自然災害（地震・水害）編のことである。福岡県内で甚大な広域災害が発生した場合に、県内の郡市医師会に所属する医療機関や医師が、DMAT や日本赤十字社が到着するまでの間の災害医療対応を、自動的かつシステムティックに開始する内容となっている。興味のある方は、福岡県医師会のホームページをご覧ください。

また、福岡県医師会では、昨年 12 月から第一交通産業グループとの間で、災害時におけるタクシー車両による緊急輸送協力体制を築いているとのことであった。同グループは、全国 34 都道府県、約 8,500 台のネットワークを持っており、365 日・24 時間の対応が可能である。プロドライバーによる運転、道路情報をはじめとした被災地の情報共有にメリットがあるとのこと、興味深く聞かせていただいた。

次に「平成 28 年熊本地震を踏まえた山口県の防災対策について」と題して、山口県の災害対策についての総合調整を所管する県防災危機管理課の見寄靖彦 主幹と、救急医療を所管する県医療政策課の花田尚幸 主査にご講演いただいた。まず、見寄主幹からは、山口県はカウンターパート方式により重点支援先とされた熊本県御船町を中心に、県と市町を合わせて 700 人以上の職員を被災地に派遣し、災害対策本部や避難所運営などの業務支援を行ったことや、現地で得られた教訓を基に、大規模災害発生時において、①迅速・的確に災害対応を行えるよう、県・市町等の体制確保、②避難者に物資を速やかに届けられるよう、物資支援体制の強化、③避難者の生活環境の改善

や速やかな生活再建などを柱とした「平成 28 年熊本地震を踏まえた防災対策」を取りまとめたことなどが報告された。また、花田主査からは、課題とされた「避難所生活環境の改善」や「災害医療体制の充実」に対応するため、二次医療圏ごとに地域医療コーディネーターの設置を進めることや、透析患者への対応として「透析医療機関リスト」の作成、重症妊産婦や新生児への対応として「災害時小児周産期リエゾン」を設置予定であることが報告された。

次に「EMIS について」と題して、三田尻病院院長の豊田秀二先生にご講演いただいた。豊田先生は、統括 DMAT の活動経験をお持ちで、山口県災害医療コーディネーターも務められており、「JMAT やまぐち」の発足にもご尽力いただいた。

豊田先生からは、災害急性期においては通常の医療提供はできず、過剰なニーズに対応するためには最大限の効率化が必要であり、そのためには情報共有ツールである EMIS を活用し、災害時の医療ニーズや医療資源の状況を把握することが大切、などの説明があった。当日は実際の入力画面（項目）など、システムの紹介も行っていただいた。EMIS は、かつては DMAT だけで使っていたが、今は JMAT、その他救護班も利用可能になっているそうである。

本年 1 月 27 日（土）・28 日（日）の両日、三田尻病院で「第 1 回地域災害医療コーディネーション研修会」が開催された。三田尻病院の主催で、大規模災害時に市町で災害医療を展開する立場にある方々が数多く出席されていた。ここでも「災害時の情報共有 EMIS」と題して、国立病院機構大阪医療センターの鈴木教久先生の講義が



行われ、平成 30 年度も開催されるそうである。また、三田尻病院では、EMIS に関する出前講座も行うとの話もあった。詳しくは、三田尻病院まで！

講演の最後は「J-SPEED について」と題して、産業医科大学医学部公衆衛生学講師の久保達彦先生にご講演いただいた。久保先生からは、診療活動に関する標準様式「災害診療記録（通称：標準災害カルテ）」と、「J-SPEED（活動日報）」ができるまでの経緯や最近の動向について説明があった。

東日本大震災の当時は、医療救護で使用するカルテには統一の書式やルールがなく、カルテ様式は医療チームごとにバラバラで、医療チーム間や地域医療への診療引継に課題があるとされていた。このため、東日本大震災を契機に設置された「災害時の医療録のあり方に関する合同委員会」で検討が行われ、「災害診療記録」ができあがり、さっそく熊本地震で使用されている。

また、J-SPEED も、東日本大震災を教訓に整備されたものである。「どこに、どんな患者が、何人いるか」といった疾病集計を保健医療調整本部等に報告し、災害医療コーディネーター等による調整活動を支援する役割がある。元々は、フィリピンで開発された「SPEED」という報告手法をモデルに開発されたのが「J-SPEED」で、こちらも熊本地震で初めて使用された。世界保健機関（WHO）では「J-SPEED」をベースとした手法を開発し、昨年 2 月から国際標準として使われているそうである。

山口県が作成している「山口県地域防災計画（震災対策編）」では、山口県に被害をもたらす切迫性の高い地震は、まず 1 つに「南海トラフ地震」があり、これは今後 30 年以内に 70% 程度の確率で起こると言われている。「安芸灘～伊予灘の地震」は、今後 30 年以内に 40% 程度の確率だそうである。活断層地震や風水害にも備えなければならない。

山口県医師会では、今後いつ起こるかわからない災害に備えて、今後も研修会を企画していきたいと考えている。

平成 29 年度 保育サポーター研修会

と き 平成 30 年 3 月 11 日 (日) 10:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告:理事 前川 恭子]

保育サポーター研修会は、保育サポーターバンクに登録する保育サポーターが、各地域から集まり、交流を兼ねた研修を行う場である。

黒川部会長によるバンクの説明の後、二人の保育サポーターからサポート事例が紹介された。

お一人目は、保育士経験があり、現在、お孫さんと同居の方で、オレンジとブルーの補色を鮮やかに配したお召し物であった。お正月にいきなりサポート要請があり対応されなかったこと、おむつを外す年齢を疑問に思うと、娘さんから「時代が違う」と諭されたことを話された。

平日のほとんどをサポートされているお二人目は、黒のトップにシフォンかオーガンジーを思わせる赤のボトムであった。ご本人だけでなく、ご主人・ご両親・叔母さん・娘さんと、ご家族・ご親戚と一緒に保育してくださる。預かるお子さんの母親に、まるで娘のように接していると語られた。

二人の保育サポーターの装いは、続く山縣先生の講演の「美意識」につながるように感じた。

講演『『ワクワクドキドキの子育て論』

～子どもの心と響きあうための関わり方～

岩国短期大学教授 山縣 明人

オンビートの手拍子に始まり、聴衆の歌にギターを合わせながらご自分はハモる。持ち歩く二つの袋には、ホワイトボードのマーカー数種とベルが入っていた。

○響き

二つの小さなチベットシンバルを水平に当て、共鳴させる。響く音は子の心に入り、泣きが止まる。

人と人との関係も同じ。心を開く二人には美しい響きの出会い。片方が閉じていると響きが鈍い。双方が閉じていると響かない。あきらめてぶつかりもせず、無視し合う関係もある。これが親子では悲しい。

○時代の流れ

20 世紀は均一を求められた時代。パターンを認識し、情報を処理し、その中から正解を見つける。



21 世紀は一人ひとりが違う時代。編集する力。アイデアを組み合わせる力。つなげる力。

つなげる力が生きる力となる。生き抜く人は本気で遊べる。美しいものを「美しい」と感じることができる。

○異文化体験

美しいものに触れ、美意識を養う。感性をみがく。暗黙知の概念を提唱したハンガリーのポラニーは、感性の人である。彼はヒトラーの台頭を予測した。美しいものを知っていると、邪悪なものが見える。

良い教育は良い記憶を作ってあげること。幸せな思い出を作ってあげること。子どものイメージタンクにさまざまな良いイメージを残してあげる。

医師の子息は持ち上げられている。保育サポーターは、それを普通の所に戻してあげられる。子どもにとって、その過程が異文化交流となる。異文化を体験することで美意識をみがくことができる。

おかしいと思えば、親に「おかしい」と伝えてよい。美意識のある人の言葉には腹が立たない。おかしいと思えば、子どもに「私はこう思う」と伝えてよい。子の人格を否定せず、くどくどと叱

らなければよい。おかしいと思うことを我慢してまで行わなくてよい。ただ、親の仕事、医師という職業は素晴らしいと子に伝えてほしい。親が働いていることを肯定してあげてほしい。

○地域の中で

団塊の世代が現役を退いた 2015 年頃から、時代が変わっている。新しい時代では、今までの方法が通用しなくなる。

これからの時代、年齢を重ねても学び続ける人が幸せになれる。地域の中で学び、新しい世代を育てる、正に保育サポーターのことである。

地域の中で学びながら、人と人をつなげる立場にある保育サポーターは、地域医療の一翼を担う。

例年、講演後の昼食懇談会は地区別に行っていたが、今回は全体での懇談を試みた。保育サポーターからの多くの質問に講師や専門職の保育サポーターから回答を得た。「サポーターさん、そのままのあなたで良いのですよ。」という山縣先生のメッセージに、参加者皆が癒された。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会広報・情報課

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

平成 29 年度 学校保健講習会

と き 平成 30 年 3 月 11 日 (日) 10:00 ~ 17:00

ところ 日本医師会館

報告：副会長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文

挨拶

日本医師会会長 横倉義武（代読：今村 聡 副会長）子どもの健康を守るのは大人の役目であり、学校医もその一翼を担っている。日本医師会としても今後も学校保健での健康管理、教職員の働き方改革、がん教育などに力を注ぐ方針である。

日本学校保健会会長 横倉義武（代読：弓倉 整 専務理事）現在は横倉が中央教育審議会に参画し助言をしている。学校保健では学校と医師会が中心となり、健診のみならず指導・教育が必要である。本日は特別支援学校の実際、がん教育、学校医に求められることについて研修していただく。なお、2020 年には本会も創立 100 周年を迎えるので記念事業を予定している。

中央情勢報告

文部科学省健康教育食育課

学校保健対策専門官 北原 加奈子

明治 4 年に文部省が設置された後、昭和 43 年に文化庁が設置され、平成 13 年には文部科学省として再編成された。中央教育審議会は文部科学大臣の諮問に応じ、教育の振興、生涯学習の推進などに関する重要事項を調査・審議する機関であり、教育改革の推進に当たって重要な役割を果たす。ここで現在、第 3 期教育振興基本計画が策定されている。

平成 28 年度教員勤務実態調査集計では、1 週間当たりの勤務時間が 50 ~ 65 時間（副校長・教頭では 55 ~ 70 時間）が最も多く、昨年、学校における働き方改革についても緊急対策を行うことについて文部科学大臣決定がなされた。

学校保健における感染症対策については学校保

健安全法により規定されている。第 1 ~ 3 種の感染症予防については規定の通りであるが、その他の感染症については「学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染を防ぐために、必要があるときに限り、学校医の意見を聞き・・・緊急的に措置をとることができる」とある。あらかじめ特定の疾患を決めているわけではなく、学校医の判断が尊重される。出席停止期間についての計算は、翌日を第 1 日として考える。例：「解熱した後 2 日を経過するまで」とあれば、解熱時間がその日の何時であろうと、翌日を 1 日目とする。また、最近話題になっている治癒証明書提出の必要性については、必要ないとの考え方に変更する方向である。

「学校における麻しん対策ガイドライン」を 10 年ぶりに改訂したのでホームページにアップロードする。

がん教育については、平成 29 年の第 3 期がん対策推進基本計画により施策に取り入れられ、文部科学省のスケジュールにより、小中学校では 30 年度から、高校では 31 年度から先行実施される。その時、医師やがん経験者等を外部講師として活用することも含まれており、そのための教材指導参考資料も文部科学省のホームページにアップロードしている。

平成 29 年 3 月に決定された「第 2 次学校安全の推進に関する計画」については、東日本大震災の教訓をもとにすべての児童生徒が安全に関する資質・能力を身につけることを目指すとしている。

最後に、平成 27 年の議員立法により公認心理士を国家資格とすることとなり、平成 30 年 9 月 9 日に第 1 回の国家資格試験を行う予定である。これは、現在のスクールカウンセラーの上位資格

と考えられ、心理に関する支援等の行為を目的とする。

講演

1. 特別支援学校の実際～教育と医療的ケア

医療法人財団はるたか会理事長 前田 浩利

従来、障害児とは精神障害・知的障害・身体障害であり、医療的ケア児とはこれに当てはまらない日常的に医療機器、医療的ケアが必要な子どもで、このような継続した医療が必要な子どもはこれまでの福祉では考えられなかった。近年、対象数の増加もあり、平成 28 年に法律の改正があった。定義としては生きるために医療的ケアと医療機器が日常的に必要な児者とされ、具体的には呼吸・栄養摂取・排泄に係わる人工呼吸・酸素吸入・吸引・胃瘻・IVH・膀胱瘻のような状態の患者さんを指す。

医療の進歩が従来救えなかった命（日本の子どもの死亡者数は昭和 60 年の 18,488 人から平成 27 年には 4,834 人に減少、米国では未だに 3 万人）を救えるようになったことが、医療的ケアの増加を起こしており、全国では 17,000 人いるといわれている。そのうち 8,000 人が学校で医療的ケアを必要とし、今後も増加すると見込まれている。例えば、人工呼吸を行っている小児は平成 17 年の 264 人から平成 28 年には約 3,400 人と 10 倍以上に増加している。こういった医療的ケア児の特徴は医療依存度が高く、成長に従って病態が変化し、本人とのコミュニケーションをとりにくいことが多いため、異常をとらえることが難しく、しかも 24 時間、目を離さない介助が必要である。

重症心身障害児の大島分類は肢体不自由と知的障害で判断されるが、呼吸や栄養摂取が困難な医療的ケアを要する超重症心身障害児でも、立てるといふことだけで適応外となることが問題である。24 時間医療は必要だが、動ける子どもが出てきていることが、従来の概念では問題となり、医療的ケアが必要な子どもは学校からも拒否され、先生の訪問授業に回される。それでも学校に行こうとすると親が付き添わなければならず、現在約 1,200 人がそのような生活を送っている。

学校生活は家庭では学べない「学び・体験・共同・成長」の場であり、地域にある医療・福祉の支援を活用して学校での医療的ケアを支えるべきである。現在、日本小児科学会・小児神経学会が学校における医療行為 Q & A 集を作成しており、医師、看護師、介護職がそれぞれ行える行為に関する基準を作成している。

筆者印象：前田先生の小児の看取りを含めた医療的ケアの必要な児に対する在宅医療の熱意が伝わる講演で、事例には涙の出そうなものもある、良い講演であった。

2. 今、学校で始まる「がん教育」

東京女子医科大学 がんセンター長

化学療法・緩和ケア科教授 林 和彦

がんになる人は年間 101 万人、がんで亡くなる人は年間 37 万人強で、大阪府吹田市の人口に匹敵する。生涯に男子は 3 人に 2 人、女性は 2 人に 1 人が罹患するがんは、わが国の重要な課題であり、健康に関する国民の基礎的教養として身に付けておくべきものである。がん対策基本法に基づき政府が策定した、「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月）でも、「子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識をもつよう教育することを目指す」としている。

がんの告知で精神的・社会的パニックになる原因の多くは知識や情報の不足に伴う不安が大きいことによる。がんの 5 年相対生存率が 65% に上昇している一方で、乳がん検診受診率はアメリカなどが 80% に対して 40% と、先進国の中では極めて低いという問題もある。また、がん患者の 34% が依願退職・解雇されているが、このうち 4 割以上が治療前に退職していることから、十分な啓発が行われていないことが問題となる。そのような観点から、がん教育を出前で行うこと、特に学校で行うことを開始し反響を得た。東京都ではがん教育推進協議会を作り、学校医やがん専門医のみならず、がん経験者・教員・市町村教育委員会も交えて協議している。こういった組織は区

単位でも作られている。

これまでのモデル事業の結果やさまざまな審議の結果を経て、文部科学省が昨年 3 月に公示した次期学習指導要領では、中学校の保健分野である「健康な生活と疾病の予防について理解を深めること」という項目に、「がんについても取り扱うものとする」と明記された。本来は大綱的な内容で構成される学習指導要領に特定の疾患名が記載されたのは、1998 年改訂時の AIDS 以来、約 20 年ぶりのことで、今春に公示される高校の次期指導要領にも同様に明記される見通しである。文部科学省ではがん教育を行う際には、教員だけでなく医療者やがん経験者などの外部講師とともに行うことを推奨しているが、全国各地で新たな取り組みが始まりつつあるものの、大半の地域では具体的な実施体制についてはいまだ手探りの状態である。

講演では、保健科教員免許を持ったがん専門医としての視点から、「がん教育」の目的や内容、医師が外部講師としてがん教育を行うための心構えや必要な準備などについて、授業動画や児童生徒の意見なども供覧しながら解説した。

[報告：藤本 俊文]

シンポジウム「学校医に求められること」

1. 基調講演

南寿堂医院院長／

『学校医は学校へ行こう』編集委員長

岩田 祥吾

学校と学校医の連携

学校医は学校や子どもたち、保護者にとって、とても頼りになるお医者さんであり、その職務に留まらず専門性を活かして学校・家庭・地域をつなげるコーディネーターでもある。学校医は非常勤職員なので、毎日学校には行けないものの、学校と関わる心構えはできているため、学校が一生懸命、そしてタイミングよく相談してくれば、学校医は前向きに対応してくれるはずである。そして実はこのタイミングが重要で、ポイントは①学校が日頃から学校医と接することを心掛けること、②定期的に FAX やメール等を活用して情報交換をしておくことにある（電話は主に緊急

時）。このように、学校と学校医のホットラインを確保し活用することが、学校医活動を行うための大前提である。

校内連携と校外連携の構築

健康相談は、学校医と子どもたち・保護者との大切な接点だが、学校医一人ではできないものではなく、まずは学校が学校保健を十分理解し、校内の実働チームを作っておくことが大事である。次に、SC や SSW などと連携するわけだが、学校医が地域の医療機関・関係機関との「つなぎ役・橋渡し役」となれば、予防対策から医療・救急処置・危機管理に至るまで、生きた学校保健・安全活動を展開できるようになる。さらに行政も連携すると好循環となり、その結果、大人たちが結集することで、子どもたちが安心して教育を受けやすくなり、向学心や協調性のみならず、自信・自尊・プライドまでが育つ。

学校医の職務は、子どもたちの心身の健康にとって大変重要であるが、学校医は一般的に「健診の時だけ学校に来る怖いお医者さん」と思われているか、全くその存在感すらないのが現状である。

学校は月に一度でよいので、「健康相談」などを活用し、学校医と情報交換をする時間と場所を設けることが理想である。もちろん学校医は、子どもたちに笑顔で接してあげることが重要である。

以上は新しいことではなく、特に健康相談は昭和 33 年に制定された学校保健法と施行規則（省令）・実施基準（局長通達）に明記されているものである。そして平成 21 年に学校保健安全法に改正された際、安全面とともに法第 9・10 条を新設し、連携を強化するようになった。まさに温故知新、学校と学校医がますます連携しなければいけない時代が到来している。

学校による「お膳立て」がポイント

学校医の職務は健康診断で終わりではなく、むしろ健診が終わってからが本番である。また、学校保健安全法の条文の序列を見ると、教育の質向上のニーズとして保健室の役割と健康相談・保健指導を上位に掲げ、そのうえで学校内外の連携・協力を強調していることが分かる。

学校医は誇りあるアドバイザーであり、まずは学校医と養護教諭、担任教諭が密に連携しながら予防を重視し、かつ、子どもたちが困ったときには救世主となることを学校の内外にアピールしていただきたい。そして、学校は管理職の指示のもと、学校医が活動しやすいように「お膳立て」をする。この「先手必勝の準備」こそ最大のポイントであり、その結果、学校と学校医の「健康への配慮」や「真摯な行動」が子どもたちや保護者・地域の心を打ち、安心感や双方の信頼関係の構築へと発展していく。

学校医に求められること＝優しい笑顔で学校へ行くこと

次世代を担う子どもたちを守り、健康に育てようという思いは、誰もが有している本能的な活力源であると感じる。学校においては、心身の健康と関わる学校医こそが熱源となって行動すべきである。そのためには教職員、子どもたち及び地域との信頼関係の構築が不可欠である。学校医は職務を活用しながら、子どもたちと優しい笑顔で接するだけでよいのである。そうすると学校も子どもたちも笑顔になる。このように学校の子もたち（＝日本の未来）と接することができる学校医は、実は日本一の幸せ者なのである。

学校医の皆様、少しだけ時間を割いて学校へ行ってみませんか。楽しいですよ！

2. 日本医師会学校医アンケートの結果について

日本医師会学校保健委員会委員長 藤本 保
平成 28 年 4 月から始まった新しい健診制度での学校医活動の実態を把握し、学校医活動の現状と課題を明らかにする目的で行った。

調査対象は都道府県都市医師会 814 か所の三科（内科・小児科医、眼科学校医、耳鼻咽喉科学校医）それぞれ 5 名、2 名、2 名にアンケートを送った。内科・小児科は 1,991 名、眼科 707 名、耳鼻咽喉科 689 名、合計 3,387 名の回答があった。

内科学校医と学校関係者との連携では、養護教諭との連携は、ほとんどうまくいっているとの回答が 90%、保健主事と担任教員との連携では 4 割程度、校長又は教頭との連携では 6 割程度という結果であった。運動器検診では、視診・問診・

身体診察を行ったのが 536 名で、視診・問診を全員に行い、身体診察は保健調査票等で提出された子どものみに行ったという回答が 1,264 名であった。

アンケート調査から、学校医の年齢が 50～60 歳代に多いこと、学校医の業務量が増大していること、学校医の絶対数の不足と地域偏在があることが示唆され、これから持続する課題となる。
アンケートによる自由記載

○理想を言えば、生徒の顔と名前を覚えるぐらいに学校へ足を運んで緊密な連携をとることが望ましい。また、生徒も先生も学校医が誰か知らないもので、まず学校医の名前ぐらい知ってほしい。以前からよく言われておりますが、学校医は学校へ行こう。さらに楽しんで行こうという先生もいらっしゃいます。

○積極的に研修会に出ないこともあるが、今回の様な法改正、運動器検診・成長曲線利用などでも冊子のみ送られてきた。中には児童生徒等の健康診断マニュアルが学校医のもとに配付されず、購入をという所もある。このような冊子は、学校医には必要ないのでしょうか。学校、養護教諭には配付されています。当然、国または県教育委員会から配付されてもよい。

○学校医は児童生徒等の健康管理がまず主体である。いつの間にか教職員の健康管理も組み込まれている。これは産業医が担当すべきである。また、学校医も産業医の資格を今後持つのが望ましい。

○心電図判定など心臓検診は能力を超えた学校医もいるので各地区に判定会を設けてほしい。

○十分な検診時間が取れば、健康診断の時期が春に集中していて、6 月末までとなっている。日程が組みやすいようにもう少し幅を持たせていただきたい。学校医も学校側も難渋している。法的にも例えば学年により、また検診内容により、時期を変更してほしい。

○ひとりで学校医を担当するより、複数の学校医が複数校を担当するのがよい。それぞれ相談もでき独り善がりの検診法や指導法をとらず、研鑽もできる。

○一般に養護教諭と学校医との連携は、良好であるが、学校長との連携は希薄である。そこで教育

委員会が中心となり、医師会とさらなる信頼関係の構築が大切である。まだ学校医と学校側にはなんとなく壁があり、また教育委員会とも同様に個人情報や健康情報が云々といい、健康情報ですらも十分に伝わってこない。健康相談も指導もできない。風通しをよくすること。

3. 学校保健活動と学校医に期待すること

(学校長の立場から)

全国学校保健主事会会長／

大阪市立歌島中学校校長 東 邦裕

学校保健の円滑な実施を行うためのキーパーソンは保健主事と養護教諭である。専門職の養護教諭は学校医の先生方と定期健康診断や保健関係について連絡を取り合うことが多く、業務内容などについて十分理解されている。一方、保健主事は学校教育法施行規則第45条に規定され、学校保健部長として学校保健のマネジメントを行っているにもかかわらず、十分認識されていない現状にある。現在、健康問題が多様化し、より専門的視点での取組みが求められるようになっており、健康に関する課題を単に個人的な課題とするのではなく、学校、家庭、地域社会が連携して社会全体で子どもの健康づくりに取り組むことが必要である。

学校においては、家庭と地域など関係機関との適切な役割分担の下に、相互に連携を深めながら子どもの心身の健康保持増進を目指す学校保健を推進することが必要である。取組みについては、学校、教育委員会、地方公共団体などの実施主体ごとに事前に計画を立て、その進捗状況进行评估するとともに、その結果を相互に連絡し合い、今後の対策に生かしていくことが求められている。

保健主事とは、校長の監督を受け学校における保健に関する事項の管理にあたる。養護教諭の役割はコーディネートであり、保健主事の役割はマネジメントとなる。学校保健の推進にあたっては、養護教諭が直接の実行者となるが、保健主事が中心となり組織的な運営を行う。児童生徒及び教職員の健康診断、環境衛生検査、児童生徒に対する指導に関する事項が学校保健活動であり、年間を通した総合的な基本計画を作る。学校保健に

関する組織活動の推進として、教職員の協力体制の確立(校内体制作り、校内研修、組織活動の活性化、教職員の意識を高める働きかけ)を行う。

具体的には、学校医・学校歯科医・薬剤師との連携調整、健康診断・発達測定の見直し、学校保健計画の立案、学校保健委員会の立ち上げと活性化、欠席者情報システムの登録と参加、インフルエンザ感染症への対応、給食委員会の立ち上げ、防災系計画の立案等がある。

学校医の先生方に知ってほしいこととしては、教育目標、目指す学校像、学校経営方針、努力事項がある。現在の学校医との連携状況は、学校医は健康管理のアドバイザー、学校の主治医であり、学校職員の一員として定期的な健康診断やプール学習・マラソン大会などの学校行事に合わせた事前健康チェックや健康相談、また、インフルエンザ等感染症の未然予防のために適切な助言をいただいている。

学校と学校医が互いの役割を理解し、連携を密にして学校保健を推進することにより、児童生徒が個に応じた学校教育を受けることが可能となる。また、学校教育を通じて児童生徒が生命の尊さを学び、適切な行動選択を実践することで、生涯にわたり健康で安全な生活を送るための基礎的態度を培うことができる。定期健康診断及び臨時の健康診断の実施と要配慮児童への対応、学校保健計画・学校安全計画への参画、教職員研修での講演、ゲストティーチャーとして児童生徒への講話、学校保健委員会での指導助言、インクルーシブ教育へのアプローチ等を学校医に期待している。

子どもが生き生き学ぶ学校、真に子どもの健やかな成長を願い、双方向の歩み寄り＝真の連携をお願いする。そのためにはコミュニケーションが大切であり、学校現場(学校長・保健主事・養護教諭)と何でも話し合える環境作りをお願いする。毎年のルーティーンだけでなく、子どもにとって良いことなら前例がなくても実施するような、健康推進へのアプローチをお願いする。

学校側も連携を進めるため、学校だより・保健だより・PTA新聞の配付、入学式・運動会・授業参観等への出席依頼など、さまざまな機会を通

して学校教育を理解していただくべく積極的にアプローチしていく所存である。共に意欲と使命感を持ち、自分の立場を最大限に利用しながら、学校保健教育推進のためのお力添えをお願いする。

4. 学校保健活動と学校医に期待すること

(養護教諭の立場から)

全国養護教諭連絡協議会会長／

埼玉県立春日部高等学校養護教諭 村井 伸子

①学校保健計画立案

学校保健計画は、児童生徒及び職員の健康の保持増進を図るための、保健管理、保健教育、保健組織活動等に関する総合的な基本計画である。

前年度に養護教諭・保健主事が中心となって作成し、新年度当初の職員会議に提案して決定する。学校保健活動の評価や学校評価等の情報、学校医等の指導助言を踏まえて作成する。

②環境衛生

児童生徒が学校で過ごす時間は多く、健康で安全、快適な学校環境を維持、管理することは大変重要である。学校環境衛生活動は、学校薬剤師を中心に学校医等の指導助言のもと行われる。

③健康相談

健康相談は、児童生徒の心身の健康の問題の解決のために、自分自身で解決していく力を育てることも含めた相談等の支援を行うことである。

児童生徒の健康問題が多様化しており、医療機関との連携が必要な事例も増えている。その課題解決や支援のためには、養護教諭、学級担任等の教職員、学校医等及び地域の関係機関が連携して、組織的に健康相談を行うことが必要である。

④保健指導

個別の保健指導は、健康診断や健康観察の結果から、心身の健康や生活習慣等の問題に有する児童生徒等に対し必要に応じて随時行い、その保護者に対して必要な助言も行う。集団の保健指導は、クラス、学年等集団を対象に、指導計画に基づき、ホームルーム活動や学校行事等の特別活動を中心に行う。多様化する健康課題解決のためには、学校医が専門的な立場で発達段階に応じた保健指導を行うことは効果的である。

⑤健康診断

健康診断は、児童生徒の健康の保持増進を図るために、学校教育法、学校保健安全法に定められている。また、学習指導要領では、特別活動の学校行事の中の健康安全・体育的行事に位置づけられ、教育活動として実施するとされている。児童生徒等の疾病や異常をスクリーニングする役割と、結果から健康課題を明らかにして健康教育に役立てる役割とがある。

⑥感染症予防

学校は児童生徒が集団生活を行う場であり、感染症が発症した場合、大きな影響を及ぼすことになる。学校医等の指導助言のもと、感染症予防に努めることは大変重要である。

⑦救急処置

学校での救急処置は、軽症のものから命に関わるような重篤なものまで幅広い対応が必要となる。命を守ることを最優先に考え、その場で症状や重症度を見極めて医療機関へつなげたり、受診までの処置を行ったり、的確な判断と対応が求められる。速やかな対応ができるよう救急体制を整え、学校医をはじめ地域の医療機関との連携が大切である。

多様化する児童生徒の健康課題は、身近で専門的立場である学校医の連携なしには解決できないため、学校保健活動に対するさらなる理解と協力をお願いしたい。同時に、学校医の先生からもご意見をいただき、学校保健活動を推進していきたい。

5. 学校保健活動と学校医に期待すること

(PTA の立場から)

日本 PTA 全国協議会常務理事 佐藤 秀行

PTA の概要

日本 PTA は、昭和 27 年 10 月に東京で行われた「日本父母と先生の会全国協議会結成大会」により発足し、昭和 32 年に「日本 PTA 全国協議会」に改称、昭和 60 年に社団法人化、平成 25 年に「公益社団法人日本 PTA 全国協議会」となり現在に至る日本最大の社会教育関係団体で、各小・中学校 PTA（以下、「単 P」という）で構成された郡市区町村 PTA 協議会・連合会（以下、「郡市 P」

という)の集合体である都道府県・政令指定都市 PTA 協議会・連合会(以下、「地方協議会」という)の代表が協議しながら日本 PTA の綱領を遵守し運営している組織である。

「本会は、教育を本旨として、特定の政党や宗教に偏ることなく、小学校及び中学校における PTA 活動を通じて、わが国における社会教育、家庭教育の充実に努めるとともに、家庭、学校、地域の連携を深め、児童・生徒の健全育成と福祉の増進を図り、もって社会の発展に寄与する」ことを綱領に掲げ各種の活動をしている。

PTA の活動

各単 P において、学校区内で生じた課題解決に自治会などの関係諸団体と連携して取り組むことで対応できる場合と、行政機関等に陳情、要望等を必要とする場合があり、後者の場合、市区町村に対する内容については、郡市 P が取りまとめて行政機関等に働きかけを行い、所属単 P と連携した活動を展開することで解決することがある。

また、単 P 活動の優れた活動や情報等を共有するとともに、保護者の学びの機会を広く提供する場としても郡市 P の果たす役割がある。地方協議会は、都道府県・政令指定都市を単位としていることから、郡市 P の役割に加え市区町村だけで解決や推進が困難な教育行政や警察等への働きかけなど、広範な役割を担い活動している。

日本 PTA は、これらの単 P、郡市 P 及び地方協議会をサポートするとともに、国の教育施策や社会教育等について、関係府省庁をはじめとするさまざまな会議に出席し、全国の保護者の声を聞き届けるとともに、最近の状況や今後の動向を地方協議会に情報共有するなどの大きな役割を果たしている。

児童・生徒の現状

子どもたちを取り巻く環境は、社会の進展とともに大きく変化し、いじめ、不登校、経済格差、家庭問題等、多岐にわたり存在している。それらに対応すべく各学校において、学校医の先生方を交えて学校保健委員会を開催し、PTA 本部役員、保健委員を交えての勉強会が年 2 回程度開催されている。歯科医師、内科医、眼科医の先生方の

講話等があり、PTA(保護者)からの質問に回答いただく内容で開催されていることが多いようである。

PTA(保護者)の問題点

学校医の先生方の講話や学校保健だより等を活用し、子どもたちの心身の健康に関する情報を発信しても、特に問題のある児童生徒の家庭に周知徹底が行き届かない状況があり、情報伝達をどのように行うかが課題である。

いじめ対策への取組み

児童・生徒の心身の健康を保つうえで、最近のいじめによる自死の問題についても日本 PTA は大きな問題としてとらえている。昨年、発行した『今すぐ!家庭でできるいじめ対策ハンドブック』(公益社団法人日本 PTA 全国協議会発行)の冒頭あいさつにて前会長の寺本 充氏は、以下のように述べている。

「平成 23 年 10 月、大津市で発生した中学生の自殺の原因はいじめであるとされました。子どもの命が自死によって失われたことを重要視した日本 PTA は、平成 24 年 7 月に『いじめ問題への適切な取組について』の要望書を文部科学大臣に提出し、学校・行政のより一層の適切な取組や保護者・地域との連携強化など、効果のある措置を講じるよう要請するとともに、各地方協議会には『いじめ根絶』と『いのちの尊さ』の再確認と周知をしました。」

こうした取組みは、平成 25 年 6 月 28 日に成立した「いじめ防止対策推進法」(以下、「法」)が同年 9 月に施行され、国や地方自治体における「いじめ防止基本方針」策定や「いじめ問題対策連絡協議会」設置という運びとなった。また、日本 PTA は文部科学省の「いじめ防止対策連絡協議会」に委員として参画し、実効的な対策を講じるよう提言を継続するとともに、平成 27 年度の日本 PTA 総務委員会が取りまとめた『いじめ対策に関する保護者向けハンドブック』の全国の協議会における配付、ホームページへの掲載、政府のインターネットテレビへの会長の出演など、法の第 9 条に定められた「保護者の責務」の周知・確認と、保護者(家庭)が果たすべき役割等について啓発をしている。

「いじめ」の定義の周知や正しい認識により認知件数が把握されるといった一定の成果を得ているが、昨今はスマホ・ゲーム機器等でインターネット、SNS などを使った「ネットいじめ」が増加しており、保護者間のいじめ等も子どもたちに影響を及ぼすなど「いじめ」は陰湿化、巧妙化及び潜在化していることから、私たち大人が率先して悪質化するいじめを防ぐことが急務である。

日本 PTA は、いじめ問題に関連して特色のある取組みを行っている 4 大学（宮城教育大学、上越教育大学、鳴門教育大学、福岡教育大学）が、文部科学省の特別プロジェクトとして実施している「いじめ防止支援プロジェクト」の協力団体となり、いじめ問題改善のための取組みを開始し、全国大会をはじめとする各種事業等でも情報発信していく予定である。

学校への期待

各小・中学校においても、いじめや人間関係が要因とされる子どもの健康被害など心身の成長に悪影響が起ころうと考えられることから、保護者の意識改革をするとともに、学校保健委員会のみならず、PTA 総会や研修会等を通じて各専門医の先生方からのアドバイスを伝えていただきたいと考える。

※本講習会の内容は後日、日医ホームページで配信される予定である。

【報告：濱本 史明】

「山口県の先端医療についての紹介」原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字、6,000 字 以内

- 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

第 147 回 山口県医師会生涯研修セミナー

平成 29 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 30 年 2 月 18 日 (日) 10:00 ~ 15:30

ところ 山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール

特別講演 1

「食物アレルギーについて～予防と対策～」

山口大学大学院医学系研究科小児科学講座教授 長谷川俊史

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



新任の長谷川教授に、ご専門の食物アレルギーについてご講演いただいた。

食物アレルギーとは卵、牛乳などを食べた後にアレルギー反応を介して、皮膚、消化器、呼吸器などに症状を引き起こすものをいう。食物アレルギーは原因の食物を食べて 1 時間以内に症状が起こることが多い。唯一、例外に吸収までに時間のかかるのが納豆である。アレルギー物質が初回に入って、IgE 抗体ができてくるまで約 2 週間かかる。一回目に入って IgE が産生（感作）され、二回目以降、抗原が入ってきた時にアレルギー症状が出るが、アレルギーの血液検査とはこの特異的 IgE を測ることである。小児の食物アレルギーの患者数は乳児期で 10 人に 1 人、幼児期で 20 人に 1 人、学童期で 50 人に 1 人で、食物アレルギーの発症年齢のピークは 0 歳児である。年齢とともに右肩下がりとなり、大半は小学校に上がるまでに発症している。成人の食物アレルギーと小児の食物アレルギーとは原因食物が異なる。0 歳児から 2 歳児は卵の白身（卵白は生卵、オボムコイドはゆで卵）が 1 位、次に牛乳、小麦と続く。その後、成長するにつれて卵が甲殻類に替わり、成人では甲殻類、小麦が多い。

食物アレルギーの症状で一番多いのは皮膚症状で蕁麻疹が 90%、次が呼吸器症状で喘鳴が 1/4、

咳が 1/4、粘膜障害が 1/4、嘔吐・下痢・腹痛が 13%、アナフィラキシーショックが 10% である。しかし、蕁麻疹の中で食物アレルギーは 10 ~ 20% であり、IgE や抗原特異的 IgE が血液検査で陰性であれば、食物アレルギーの可能性はまずない。ただ、IgE が陰性でも出てくることもあるのでゼロではない。小児の場合はほとんど可能性が低い。陽性の場合も可能性はあるが、絶対ではない。最終的にアレルギー物質を判定するのは食物負荷試験となるが、それは専門の施設に依頼した方がいい。食物負荷試験の目的は確定診断も大切だが、結局食べられるかどうか、どのくらい食べられるか、実際制限がいらぬのかを調べることである。どのくらい食べられるかわからない時には、卵であれば卵黄を 1 個、加熱全卵を 1/32 個、牛乳 3cc、小麦であればうどん 2 ~ 3g くらいからスタートする。加熱全卵 1 個、牛乳 200cc、うどん 200g を、これまで摂取できれば何回か家で同じ量を食べて、問題ないことを確認して、通常、学校では給食制限は解除となる。陽性であっても、その子にとって症状が出ない量であれば少しずつ摂って良い。とにかく食べていくということが食物アレルギーを克服する上では大事ということが最近の考え方である。

最近増えている食物アレルギーの中に、口腔ア

レルギー症候群がある。口腔アレルギー症候群は野菜、フルーツを食べた後にのどがいがいがしたり唇が腫れたりといった症状を訴え、野菜、果物が花粉症と交叉する抗原があることで起こる。白樺花粉症ではリンゴ、モモ、サクランボを食べると、スギ花粉症ではトマトを食べると起こる。これらは、基本的には加熱すれば摂取が可能となる。トマトで症状が出てケチャップでは出ない。生のリンゴで症状が出てリンゴジャムでは出ない。一般的に市販されているジュースは、一回加熱処理してあることが多いので、症状が出ない。野菜・果物でもアナフィラキシーを起こすタイプがあり、リンゴを摂取して運動したらアナフィラキシーが起こった例があるが、この場合は、加熱しても発症する。最近、出てきた舌下免疫療法は制御性 T 細胞を誘導してアレルギーを抑えてくれるため、今後、口腔アレルギー疾患には積極的に使われるようになるかもしれない。

次に、アナフィラキシーについては、1 型アレルギーの最重症型である。蕁麻疹などの皮膚症状、喘鳴などの呼吸器症状、めまい・意識障害などの中枢神経症状があり成人の場合は失神などが多い。血圧低下を伴うものをアナフィラキシーショックという。食物依存性運動誘発アナフィラキシーが話題になっているが、原因は半数以上が小麦で、次がエビ、イカ、カニといった甲殻類で、これらの他には NSAIDs、解熱鎮痛薬、たとえばアスピリンがある。小麦を食べたあと、解熱鎮痛薬を飲んで運動すると起こりやすくなる。以前、茶のしずく石けんによる小麦依存性運動誘発アナフィラキシーが話題になったことがあるが、これは使用後に膨疹がみられ、そのうちに小麦を食べたら蕁麻疹が出るようになったものである。血液検査をするとグルテンや ω -5 グリアジンといった小麦のタンパクが陽性になる。これは女性に多く、顔や目が腫れ、グルテンの陽性が多い特徴がある。小児の食物アレルギーの発症機序として二重抗原の暴露説がある。経皮暴露、皮膚炎があるところに小麦や卵が触れ、Th2 タイプの反応が進んでアレルギーを発症させる、経口すなわち卵、小麦、牛乳などを食べていくと、どんどん制御性 T 細胞などが働いて耐性を獲得し、食べられるようになる。なお、特殊なアナフィラキシーとして

は、ダニによるものがある。お好み焼きの粉やホットケーキミックスを開封して室温で保管するとコナヒョウヒダニが増殖し、このためにお好み焼きを食べた時などにアナフィラキシーを起こすことがあるので、これらは冷蔵庫で保管する必要がある。

アナフィラキシーへの対応としては、最近ではエピネフリンの自己注射（エピペン）を用いる。食物アレルギーの子が食後いきなり嘔吐、腹痛、呼吸困難を訴えた時には、誤食したのではないかという目で見、適切なタイミングで打ってもらうように指導している。生卵はゆで卵よりアレルギーを起こしやすい。加熱した炒り卵、固ゆで卵では炒り卵の方がアレルギー性は高い。牛乳の場合は、加熱しても発酵しても、カゼインという牛乳たんぱく質はアレルギー性が落ちない。牛乳アレルギー児は非牛乳アレルギー児の約 50%しかカルシウムがとれないので、できるだけ早く摂取解除する。牛乳 50cc に対して、牛乳たんぱく質は約 1.6g が含まれているが、牛乳 50cc 相当の牛乳たんぱく質を摂取するにはそれぞれバター 265g、ヨーグルト約 44g、スライスチーズ 7.3g（約 1/2 枚）、パルメザンチーズ・粉チーズ 3.6g となる。

小麦アレルギーの子は、お米を摂れば栄養面での問題は生じにくい。醤油は小麦が製造過程で分解されるため、ほとんど小麦たんぱく質は残らないので摂取可能である。米粉パンは通常、小麦グルテンを使用していることがあるので注意が必要である。うどん 100g（1/2 玉）には小麦たんぱく質が 2.6g 含まれており、うどん 100g と同じ量の小麦たんぱく質は食パン 26g（6 枚切り約 1/2 枚）、茹でていないマカロニでは 28g（1/5 人前）である。食パンには牛乳・卵が入っているので、摂取を小麦単独ですすめる場合にはうどんですすめる。

食物アレルギーをいかに予防するかについては、リスク因子としてアトピー性皮膚炎が言われており、皮膚に炎症があるとそこから経皮感作が進む。治療としては除去するか、ずっと除去を継続して自然寛解、いわゆる耐性獲得を待つか、少しずつ食べて耐性獲得をつけるかということになる。ピーナッツアレルギーでは除去群よりも摂取

群の方がピーナッツアレルギーの発症が少なかった。牛乳、ごま、魚、ピーナッツなどを生後 3 か月頃から摂取した方が、アレルギーは卵もピーナッツも少ない。鶏卵アレルギーの発症予防については加熱卵で発症予防を進めていくと良い。

PETIT study (成育医療センター)：生後 6 か月から卵タンパクを 0.2g、9 か月から 1g くらい食べていき、12 か月で負荷試験をする。アトピー性皮膚炎は一つのリスクなので、スキンケアをしっかりと、PETIT study に乗せていくと 1 歳の時の卵アレルギーが抑えられ、卵特異的 IgE も経過とともに下がってくる。

有害事象：神奈川県立子供医療センターにおいて経口免疫療法中に牛乳を摂取したあと心肺停止を来した例があった。牛乳を 1cc から、急速免疫療法、一日のうちに何回も何回も負荷していき、症状が出ながらもエピペンを打ち、寛解に導いていくという特殊な治療法である。135cc まで摂れ

るようになったが、3 か月後、喘息発作が前日にあったものの翌日、行事に参加して、135cc の牛乳を飲んだら苦しさを訴えて心肺停止になった。

現在、PACI study という介入試験を行っている。アトピー性皮膚炎がある方をよくスキンケアをしていくと、アレルギーの発症が防げるのではないかということで、生後 42 日からアトピー性皮膚炎のあるお子さんや 3 か月までのお子さんに皮膚をよくすると卵アレルギーが発症しないのではないかということをやっているのも、もし先生方のところに 3 か月までの方でアトピー性皮膚炎と思われる患者がおられたら山口大学小児科にご連絡いただきたい。食物アレルギーの診療において大事なことは、いかに発症させないか、いかに食べさせるかということがとても重要であり、この点を皆様には考えていただき、専門医にもご紹介いただきたい。

特別講演 2

「環境・産業中毒の歴史と生物学的モニタリング」

産業医科大学医学部産業衛生学教授 川本 俊弘

〔印象記：常任理事 加藤 智 栄〕



講師の川本教授は昭和 56 年、山口大学医学部を卒業。山口大学の公衆衛生学教室の大学院に進み、助手・米国への留学を経て、産業医科大学の講師に就任。助教授を経て平成 8 年から現職を務められている。エコチル調査（環境中の化学物質が、子供の健康にどのように影響するかを明らかにし、子供が健やかに育つ環境を作るために実施している調査で、全国 10 万組の親子が参加）のコアセンター長も兼務されている。

まず、川本流毒物の歴史の話があった。その後、生物学的モニタリングの話で、産業医にとってはこちらが大事ではあるが、面白かったのは前半の話であった。以下に、講演の内容を記す。

毒物の歴史

毒物の歴史は 4 期に分かれる。

石器時代は、自然毒が中心である。フグを食べるとテトロドトキシンの中毒になる。マムシだとタンパク分解酵素が入っているので溶血や出血を起こす。トリカブトは、殺人事件なんかでよく出てくる。テトロドトキシンは Na チャンネルの開閉抑制、トリカブトは Na チャンネルの活性化で逆の薬理機序である。フグのテトロドトキシンは細菌が産生したものを溜めているもので、これを食べると、痺れから呼吸麻痺となって死亡する。フグは猛毒の魚なので江戸時代は禁制の魚であった。ところが、明治 21 年、伊藤博文が春帆楼に宿泊した時に好物のイワシが天候不良で獲れな

かったので、女将は“お手打ち覚悟で”フグ料理を出した。それを知らずに食べ、あまりの美味しさに禁制を解き、フグ免許の第 1 号は春帆楼にあるという有名な話がある。もう一つのエピソードとして、トリカブトの主成分はアコニチンであるが、アコニチンは Na チャンネルの活性化で、痙攣・呼吸困難・心臓発作を引き起こす。テトロドトキシンとアコニチンはその作用が拮抗しているが、この 2 つを同時に投与するとどうなるかということをやった人物が一人いる。1986 年に発覚したトリカブト保険金殺人である。石垣島で自分の 3 番目の奥さんにトリカブトとテトロドトキシンを含んだものを飲ませた。犯人はその後すぐに、飛行機で那覇に引き返した。すると奥さんは 1 時間後ぐらいに亡くなった。トリカブトもテトロドトキシンも即効性であるが、はじめは拮抗作用のためにすぐに症状は出ず、アリバイができたが、警察が奥さんの血液を保存していた。調べると、テトロドトキシンが出て、家宅捜査でフグの肝が出てきた。石器時代の毒は自然毒で多くは動植物が作っていて、作用機序が分かっており、劇的・致死性である。対策はゼロリスク（一切体に入れない、体に近づけない）にすることである。

次は**青銅器時代**（紀元前 3500 年ごろから。日本では弥生時代）である。青銅は銅と錫の合金で、低い温度で加工が可能である。この時代、人類は火を持っていたが、高温を出す火力は持っていなかった。精錬するためには、砒素や水銀、鉛が出てくる。大分県佐賀関に銅を精錬し、砒素を取り出す施設が 40 年ぐらい前にあった。ここは廃工場になったが、砒素のために禿山になってしまった。砒素は皮疹や烏脚病、鼻中隔穿孔などを起こす。日本では有名な水銀中毒事件がかつてあった。東大寺の盧舎那仏は最初、金色であった。アマルガム法で金を水銀とともに溶かして大仏に付着させた。その際に金は沈着するが水銀は蒸発して 50 トン近くが空中に放出されたとのことである。東大寺建立の時に、写経もなされたが、お坊さんが朝から晩まで写経をして、いろいろな障害が出て日本で最初の労災となった。メチル水銀中毒としては、水俣病があり、求心性の視野狭窄、運動失調、構語障害、Hunter-Russell 症候群

が起きる。魚の中にあるメチル水銀が原因であった。われわれも、メチル水銀をマグロや金目鯛などから、食物連鎖の関係で取り込んでいる。ヨーロッパでは、ローマ時代の水道管に鉛が使用されており、ローマ人はたくさん鉛をとっていた。鉛中毒では貧血や鉛縁（口の周りに硫化鉛が沈着）、垂手（伸筋麻痺）が起こる。昔は、化粧に鉛白を使っており、化粧は首筋から胸元までしていたので、子供もおっぱいから鉛を飲んでいて、江戸時代の人骨からかなりの鉛汚染があったことがわかっている。大名の子供が育ちにくかったり、ヨーロッパの貴族の子供が精神的におかしいのが多いが、鉛が原因であったと言われている。歌舞伎役者の中にも精神がおかしくなった人がいて、鉛中毒だったと言われている。鉛白は昔の化粧の主流であったが、昭和 9 年から使用禁止になった。青銅器時代のまとめとして、これらの毒は自然界に存在しておりゼロにすることはできない。本当のところはよく分からないが非特異的な臓器障害を引き起こす。リスク評価は難しい。対策は鉛や水銀などの暴露をゼロに出来ないので不確実係数を用いる。毒性学の父と言われているパラケルスス（1493-1541）「全てのものは毒であり、毒でないものは存在しない。その服用量こそが毒であるか、そうでないかを決めるのだ」と言っている。こういう考え方で鉛や水銀などの基準値を作る。鉛などの取り込みが増えていくと、健康が害され、死にいたる流れがある。ここを超えたら、影響が出るという量（最小影響量）、ここまでは大丈夫であるという最大無影響量は出すことができる。これらを求めるのは大変なことで、理論値であるが、さらに不確実係数というのを求める。これは動物実験や人間の個体差を考慮して 1/10 にするなどして基準値を作り、それを守るのが重金属を中心とする環境化学物質への対応である。

次は**鉄器時代**であるが、鉄が体の中に入るわけではない。鉄器時代の特徴は、大量の化石燃料を使用することになり、多環芳香族炭化水素などによる発がんが問題である。また、大気汚染（八幡の七色の煙など、昭和 37 年の大阪：大阪城が霞むぐらい大気汚染がひどかった）、粉塵被害、PM10、PM2.5（平成 25 年の北京の大気汚染など）による健康障害が発生してきた。PM2.5 は

なぜできるかは正確にはわかっていないが、硝酸・亜硝酸の NO_x（窒素酸化物）や硫酸の SO_x（硫酸酸化物）、有機溶剤のトルエンなど VOC（揮発性有機化合物）が核になって化学反応により粒子化したものとされている。PM2.5 が何故問題かという、10 μm までは上部気道にとどまり咳をして痰になって排出されるが、2.5 μm だと肺胞にまで到達して沈着する。海岸の砂は 90 μm ぐらいなので咽頭などにとどまるので、海岸で遊んでも PM2.5 が入ってくる心配はない。ものが燃えると多環芳香族ができ、ベンズピレンなどが DNA とくっついて発がんを起こす。鉄器時代は生産活動によって副次的に発生し、環境に広く分布する。単一でなく混合物による複合影響が多い。発がん性、がん原性が問題である。対策は環境基準を設け、無視できる発生率に抑える。生涯（死亡）リスクという考え方があり、喫煙における肺がんのリスクは 2.0×10^{-2} 、交通事故による死亡リスクは 5.2×10^{-3} 、台風による風水害での死亡リスクは 2.9×10^{-5} 、落雷による事故 1.2×10^{-6} である。 10^{-6} 程度であれば、皆さんが納得するのではないかという値であり、スペースシャトルが事故を起こす確率は 10^{-6} 以下であるので、化学物質による発がんのリスクが 10^{-6} 以下であれば、無視していいだろうと考えを用いている。国際的には 10^{-6} 以下（100 万人に 1 人）であれば許容であるが、わが国では 20～30 年前から、当面 10^{-5} 以下（10 万人に 1 人）となっている。生涯リスクというものをを用いて、10 万人に 1 人程度の発がんが増える濃度を環境の基準としているのが、鉄器時代の対処である。

現在は、鉄器時代ではなく、プラスチック時代だと思っている。ツボレフ 154 という鉄でできた旧ソ連製の飛行機に乗った時に、テーブルも鉄製であったが、今は軽量化し、ほとんど炭素繊維やプラスチックでできている。プラスチックの生産量はうなぎのぼりに増加している。今の子供がいる環境は、10 年前とは全く変わってきている。床には合板樹脂が使われているが、どんどん新しいものができてきている。クロスも接着剤も変わってきている。カーテンも人工繊維で、難燃・不燃になっている。玩具も、昔のブリキとは違い、プラスチック剤でしかも可塑剤がいっぱい入って

いる。今の子供たちは私たちの子供の頃とは全く違った物に触りながら大きくなっている。このプラスチックはどんどん捨てられていて、海の中はマイクロプラスチックがたくさん浮いている。マイクロプラスチックが最終的にどのようにわれわれに影響するかはわかっていない。これからの課題である。昔は PCB やダイオキシンが食物連鎖でだんだん濃度が高まってくる。排泄できないので食物連鎖の上位の動物に溜まってくるので、何千万倍という濃度になる。マイクロプラスチック自体は魚の中から出てきていて、食物連鎖で濃度が上がらないかもしれないが、中に含まれている可塑剤は濃度が上がっていくだろうと考えられている。プラスチック時代のまとめであるが、プラスチックは人工的に作られたもので、生産量は莫大である。難分解性で、種類が無数にあり、リスク評価がされていない。その理由は、単一の物質でなく、エポキシ樹脂だけでも何種類もあり、同じ物質でも長さもいろいろ違うので評価ができず、リスクの評価対象にもなっていない。プラスチック原料の中には感作性を示すものが結構ある。これからの環境中毒研究の対象とすべき化学物質である。

生物学的モニタリング

生物学的モニタリングとは、有機物質に暴露した作業者の血液、尿、呼気、毛髪などを採取し、その中の有害物質の濃度あるいは有害物質の代謝産物の濃度を測定することによって、作業者の暴露の程度を推測することである。平成元年から行われている。

健康管理に関して、大きく 3 つの時代に分けることができる。昭和 47 年以前は労働基準法のみであり、働く人が病気になってしまってからどうするか、という話である。健康障害への対応と業務上疾病の認定、補償が主な役割であった。それではいけないということで、昭和 47 年に労働安全衛生法が施行され、健康障害の予防が一番の目的になった。早期発見、早期対応が基本となり健康診断、産業医制度や特殊健康診断もスタートした。しかし、早期発見ではダメで、すでに病気になっているのではないかと話になった。昭和の終わり頃はバブル時代で日本にはお金があり、会

社は人手不足で働く人にとっていい条件であったこともあり、平成元年に労働安全衛生法の大きな改正が行われ、働くことで健康増進を図るという考えが出てきた。化学物質を取り扱う業者に対してはどうするのか、ということで、暴露量の低減を図ることになった。体に入る前に化学物質の量を減らそうという考えが入ってきた。そこで、生物的モニタリングがなされる流れになった。病気が発生する前に生体内への取り込みがチェックされるようになった。

生物学的モニタリングを必ず行わ

なければならぬ業務として以下のものがある。

1) 鉛業務（鉛中毒予防規則）、2) 有機溶剤業務（有機溶剤中毒予防規則；5 種類 キシレン、N,N-ジメチルホルムアルデヒド、1,1,1-トリクロロエタン、トルエン、ノルマルヘキサン）、3) 特定化学物質（特定化学物質障害予防規則：インジウム、スチレン、テトラクロロエチレン、トリクロロエチレン、エチルベンゼン）、特定化学物質の生物モニタリングに平成 25 年からインジウム化合物、エチルベンゼン、コバルト及びその化合物が追加された。さらに平成 26 年からクロロホルム、四塩化炭素、1,4-ジオキサン、1,2-ジクロロエタン、ジクロロメタン、スチレン、1,1,2,2-テトラクロロエタン、テトラクロロエチレン、トリクロロエチレン、メチルイソブチルケトンが有機溶剤の対象物質に移行。平成 29 年からオルト-トルイジン、MOCA、三酸化二アンチモンが特化則に追加になった。

特定化学物質の生物学的モニタリングでは、アクリルニトリルに対しては血漿コリンエステラーゼ活性値を測定することになっており、インジウムでは血清中のインジウムの量を測定することになっている。同様に、各々の物質に対して、測定するものが決められている（上表参照）。一次検診すべきものと、二次検診（一次で医師が必要と判断した場合）ですべきものに分けられている。

評価は、特定化学物質では管理暫定値で行う。

生物学的モニタリングの精度管理で最も重要なことは、半減期を知っておくことで、適正な時間

特定化学物質の生物学的モニタリング

アクリロニトリル	血漿コリンエステラーゼ活性値
インジウム	血清中のインジウムの量(一次)
エチルベンゼン(塗装業務)	尿中のマンデル酸の量(一次)
オルト-トルイジン	尿中のオルト-トルイジンの量(一次:医師が必要と認める場合)
オルト-フタロジニトリル	尿中のフタル酸の量
水銀またはその無機化合物	尿中の水銀の量
五酸化バナジウム	尿中のバナジウムの量
コバルト及びその無機化合物	尿中のコバルトの量
三酸化二アンチモン	尿中の三酸化二アンチモンの量(一次:医師が必要と認める場合)
3,3'-ジクロロ-4,4'-ジアミジフェニルメタン(MOCA)	尿中のMOCA(一次:医師が必要と認める場合)
スチレン	尿中のマンデル酸の量(一次)
テトラクロロエチレン	尿中のトリクロロ酢酸(TCA)または総三塩化物の量(一次)
トリクロロエチレン	尿中のトリクロロ酢酸(TCA)または総三塩化物の量(一次)
ニッケル化合物	尿中のニッケルの量
ニッケルカルボニル	尿中または血液中のニッケルの量
ニトログリコール	尿中または血液中のニトログリコールの量
パラ-ニトロクロルベンゼン	尿中アニリンもしくはパラ-アミノフェノール、血液中のニトロアミンおよびヒドロキシアミン、アミノフェノール、キノイミン等の代謝物の量
砒素又はその化合物	尿中の砒素化合物(砒酸、亜砒酸およびメチルアルソン酸に限る。)の量
弗化水素	尿中の弗素の量の測定または血液中の酸性ホスファターゼもしくはカルシウムの量
ペンタクロルフェノール	尿中のペンタクロルフェノールの量
ベリリウム	尿中もしくは血液中のベリリウムの量
マンガン	尿中または血液中のマンガンの量

にチェックしないと正確でない。馬尿酸の半減期は短く、1.5 時間なので休日明けの検査では意味がなくなる。

その他

午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウムが開催された。

シンポジウム「感染対策について」

1. 基調講演

座長：山口県環境保健センター所長 調 恒明
**薬剤耐性（AMR）対策を
 地域でどう推進していくか**
 国立国際医療研究センター病院
 副院長 大曲 貴夫

2. シンポジウム

座長：
 山口県医師会勤務医部会企画委員 吉田 順一
 シンポジスト：
 山口県環境保健センター所長 調 恒明
 周東総合病院消化器内科 大石 俊之
 同 感染管理認定看護師 田中 宏荘
 山口赤十字病院小児科部長 門屋 亮
 同 感染管理認定看護師 神崎多紀子
 山口大学医学部附属病院
 感染制御部副部長・講師 枝国 信貴
 同 感染管理認定看護師 谷岡みゆき
 長門総合病院副院長 久我 貴之
 同 感染管理認定看護師 松田 純一

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

テニスの大坂なおみさんがBNPパリバ・オープンを制する快挙を成し遂げました。世界ランキング元1位の MARIA・シャラポワ（ロシア）、元2位の アグネツカ・ラドバンスカ（ポーランド）、5位の カロリナ・プリスコバ（チェコ）、そして1位の シモナ・ハレプ（ルーマニア）という強豪を破っての優勝で、まさに快挙としか言いようがありませんが、体格や運動能力から見て、一皮むけた印象のある大坂さんは、これからも優勝争いを続けていくような気がします。3月18日に閉会式を迎えた第12回冬季パラリンピック平昌大会では、村岡桃佳さんが出場した全5種目でメダル（金1、銀2、銅2）を獲得しました。1大会で5個のメダルは、冬季大会で男女を通じて日本選手最多とのこと。冬季オリンピック大会でもそうでしたが、このところ女性選手の活躍が目立つような気がします。

3月14日（水）に山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「胃がん・大腸がん部会」が開催され、医師会からは加藤智栄 常任理事が出席しています。また3月16日（金）には同「肺がん部会」が開催され私が、3月19日（月）には同「子宮がん部会」が開催され、藤野俊夫 監事が出席しました。いつも問題になるのが、山口県のがん検診受診率の低さです。ほとんどが全国の中で下位というより、最下位争いをしている状況です。30年度からの対策として、特に職域で検診の受診機会のない被扶養者（家族）に対して、協会けんぽと協力して、市町がん検診の周知・啓発を行う事業に対する予算が計上され、30年度以降のがん検診受診率の向上が期待されるようです。

今年は診療報酬と介護報酬の同時改定の年にあたり、県医師会の担当役員にとっては非常に多忙な3月でした。3月5日（月）開催の都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会、3月7日（水）開催の都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会で今回の改定内容の概要についての説明を受け、3月15日（木）開催の郡市医師会介護保険担当理事協議会（介護報酬改定に関する伝達説明会）で郡市医師会の担当理事に、3月16日（金）から3月27日（火）にかけて県下7市で開催した平成30年度診療報酬改定説明会で会員医療機関の方々に、医療保険担当の萬忠雄 常任理事、藤本俊文 常任理事、清水暢 理事、舩津浩彦 理事、前川恭子 理事が分担して、今回の改定の要点について説明を行いました。

3月17日（土）に開催された山口大学経済学部シンポジウム（人口減少時代における医療・福祉の未来）に河村康明 会長がパネリストの一人として招待され、講演をしています。経済学部経済学研究科の角田由佳 教授のお世話で開催されたシンポジウムです。他分野の研究者が医療・福祉の分野に関心を持っていただくことは、大変ありがたいことだと思います。

3月18日（日）には、福岡県医師会との懇談会が福岡県医師会のお世話で開催され、在宅医療について協議が行われました。福岡県医師会では在宅医療の現況について独自に調査を行い、2017年6月現在の訪問診療患者数約3.2万人、2025年の需要約3.9万人という推計値を出しています。これは国・県の試算値4.2万人にほぼ近い数字となっているようです。ただ、医療圏域別

に見ると、福岡市を中心とした都心部は国の推測値より大きく増えており、患者の流入や医療圏域を越えた訪問診療が相当数あることを示唆しています。今後は患者の住所地ベースではなく、医療機関所在地ベースの調査を経年ごとに実施していく必要があるとまとめていました。山口県医師会からは中国四国厚生局と国・県の推計データを利用して説明を行いました。

3月24日(土)には東京ドームホテルで、**中国四国医師会連合常任委員会及び連絡会**が開催されました。次期日本医師会長の中国四国ブロック推薦とブロック推薦の役員についての協議、同ブロックでの「勤務医特別委員会」の立ち上げについて協議が行われました。

翌日の3月25日(日)には**第141回日本医師会臨時代議員会**が開催されています。会長挨拶の中で横倉義武 日医会長は、役員選挙に次期会長として再出馬する意向を表明するとともに、働き方改革、専門医制度に対する対応の重要性を強調した上で、医師会として積極的に関与していくとして、医療分野におけるAI、ICT化に伴うリスクへの対応にも関与していくと述べておられました。代表質問8題、個人質問15題が提出されましたが、医師の働き方改革に関連した質問が代表質問2題と個人質問2題、新専門医制度に関する質問が代表質問2題、個人質問1題、出されています。山口県からは弘山直滋 常任理事が「地域医療構想と救急医療」と題して個人質問を行いました。急性期病床が減少すると、一次及び二次救急を担う中小病院で救急医療を担当する医師の数も減少し、地域における救急医療が崩壊する事態を招きかねないとの趣旨の質問です。詳細については『日医ニュース』をご覧くださいと思います。

3月29日(木)には、当初1月25日に予定されていて、大雪のために延期となっていた**診療情報提供推進委員会**が開催されました。平成29年に県医師会相談窓口で受け付けた51件(相談31件、苦情20件)について、その内容と対応

の説明が行われました。外部の有識者から全体的に適切な対応がなされているとの労いの言葉がありましたが、患者は弱い立場なので、医療機関における接遇、特に受付等では優しい対応が必要との指摘もありました。

今年度も**臨床研修医歓迎会**を4月6日(金)にANAクラウンプラザホテル宇部で開催しました。今年度の4月から山口県で臨床研修を受けることとなった研修医88名と、山口県から健康福祉部2名、山口県内の臨床研修指定病院の病院長と指導医58名、山口県医師会の役職員8名が参加しました。他の都道府県でも同様の催しが行われていますが、山口県では新臨床研修制度がスタートした当初から実施しており、この歓迎会が研修医の県内定着につながれば幸いです。

4月7日(土)に開催された**保険指導の状況及び対応セミナー**には県内の医療機関から多数の医師、医療事務職員が参加されました。下松市と下関市豊北町阿川で幼少期を過ごしたという松本吉郎 日医常任理事をお招きして、特別講演「中医協(診療報酬改定)の状況について」を行っていただきました。今回の診療報酬改定にあたっての中医協でのやりとり、とくに「かかりつけ機能の評価」と「オンライン診療」に関する議論についてかなり突っ込んだ解説があり、地域包括診療加算が1と2に分けられ、2は施設基準がかなりクリアしやすくなっているため、是非多くの診療所に取ってほしいとの話でした。また、小児科診療所の場合、小児かかりつけ診療料の届出をさせていただくと、初診時に機能強化加算(80点)を算定できるので、是非考慮していただきたいとお話もありました。特別講演の前には、本会の清水理事が山口県における保険指導・監査の実施状況と、個別指導での指摘事項について解説を行い、カルテ記載の重要性について改めて注意喚起し、萬 常任理事が、山口県における監査の実施例と、監査になるのを事前に防止するために行っているピア・レビューについて説明しました。このような形のピア・レビューを行っているのは全国では山口県医師会だけです。

ロンドンで夏に開催される「プロムス」コンサートの最終夜のアンコールで、恒例として毎年必ず演奏されるのが作曲家エルガーが「威風堂々 第 1 番」のメロディーの一部を転用し、イギリス国王エドワード 7 世のために書いた「希望と栄光の国」です。同じように毎年、元日にウィーンで開催される「ニューイヤーコンサート」のアンコールとして演奏されるのは、ヨハン・シュトラウス 2 世の「美しき青きドナウ」です。これらの曲は第 2 の国歌とも呼ばれています。イタリアではヴェルディ作曲の歌劇「ナブッコ」の中で歌われる合唱曲「行け、我が想いよ 金色の翼に乗って」が第 2 の国歌といわれています。1842 年 3 月 9 日のミラノ・スカラ座初演の時、聴衆は、当時オーストリアに支配されていた自分たちの境遇を、強制労働を強いられているヘブライ人の姿に重ね合わせ、合唱と共に立ち上がって一緒に歌ったといわれています。帝政ロシアの圧政に苦しめられていた時期に作曲されたシベリウスの「フィンランディア」の中の賛歌風の旋律も、「フィンランディア賛歌」として第 2 の国歌となっています。

スメタナ (1824 ~ 1884) の命日である 5 月 12 日に開催される「プラハの春」音楽祭は、第二次世界大戦が終了し、チェコがナチスから解放された翌年の、チェコ・フィル創設 50 周年に当たる 1946 年に、首席指揮者ラファエル・クーベリックの指導のもとに始まりました。毎年、初日の開幕公演では、スメタナの傑作「わが祖国」全曲が必ず演奏されます。「わが祖国」は 6 つの交響詩からなる連作交響詩で、第 2 曲「ヴルタヴァ (モルダウ)」はしばしばアンコール曲としても演奏されるので、耳にした方も多いと思います。6

曲の内容について詳述するのは避けませんが、ボヘミアの美しい自然とそこに生活する人々の営みを描写する音楽と、激しい戦闘場面を思わせる音楽、とにかく聴きすすむにつれ次第に気持ちが高揚し、熱くなってきます。最終曲「ブラニーク」は希望に満ちた未来を暗示しながら、勇壮なクライマックスをもって曲を閉じます。人々を奮い立たせるという意味では「フィンランディア」とよく似た感じがします。

この曲はチェコ出身の指揮者、例えば、ターリヒ、アンチェル、クーベリックやノイマンなどによる、チェコの愛国心を看板に掲げた民族色豊かな名演が評判が高く、私も全く同感です。私が初めて手にした「わが祖国」はターリヒ指揮チェコ・フィルの LP です。とても熱い演奏で、私の中では今でも No.1 です。アーノンクールがウィーン・フィルとこの曲の録音を残しています。祖母がチェコ人という彼の演奏は、チェコの民族色はひとまず横に置いておいて、同曲を純粋な交響詩として、もっぱら純音楽的なアプローチを心掛けているようです。たぶん立派な演奏で、このような演奏が好きだという方もおられると思いますが、私には少し物足りない感じがします。ビロード革命による民主化直後の 1990 年には、1948 年のチェコスロバキア共産党政権の成立による共産化を嫌って、西側へ亡命していたクーベリックが、「プラハの春」のオープニングをチェコ・フィルとの歴史的な再共演で飾っています。その超モニュメント的演奏も CD として発売されています。これも骨太で豪快、気迫に満ち溢れた素晴らしい演奏です。



**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40-1-010064



日医 FAX ニュース


2018 年（平成 30 年）4 月 24 日 2693 号

- 医療法改正案の審議が本格化
- 地域別診療報酬の積極活用に慎重意見
- 支援団体設定等で DMAT 事務局強化
- 外国人観光客向け診療価格も提言へ

2018 年（平成 30 年）4 月 20 日 2692 号

- 医療法・医師法改正案が参院で審議入り
- 「社会保障と国民経済」まとまる
- 小児がん拠点の指定要件案を大筋了承
- 病院の耐震化率 72.9%に上昇
- 元日医会長・植松治雄氏を偲ぶ会

2018 年（平成 30 年）4 月 17 日 2691 号

- 20～21 年度の医学部定員は現状維持
- サブスペ学会の専門医、認定基準等決定
- 今後の社会保障「歳出水準を含め検討」
- 応召義務、日本に特徴的な法令

2018 年（平成 30 年）4 月 13 日 2690 号

- 地域別診療報酬に反対姿勢
- 「医療界で意見集約し、時間設定が妥当」
- ACP の重要性共有も、課題は普及啓発
- 大手チェーンの内部留保積み上げ批判

2018 年（平成 30 年）4 月 10 日 2689 号

- UHC 達成など、協力強化へ覚書に調印
- 訪日外国人の自由診療拡大に懸念
- 救急・災害医療の在り方で議論開始
- 循環器疾患での緩和ケア、報告書案了承
- テロ災害研修会を開催

2018 年（平成 30 年）4 月 6 日 2688 号

- 必要な社会保障費に「理解求める」
- 「外国人観光客の保険加入促進を」
- 介護医療院のサービス実態など検証へ
- 介護職員給与の引き上げ、着実に進展

2018 年（平成 30 年）4 月 3 日 2687 号

- 医療経済実調は直近調査で対応
- オンライン診療の指針案を了承、通知
- 成育基本法の成立に強い期待感
- 国民に正しい医療情報を

2018 年（平成 30 年）3 月 30 日 2686 号

- 病床機能報告見直し、定量的基準が焦点
- 起訴の背景に「軽率性」、大きな傾向
- 治療と仕事の両立支援で「マニュアル」
- 約 80 社の抗菌薬、添文一斉改訂へ
- 第 38 回日医認定試験、312 人が合格

理 事 会

－ 第 1 回 －

4 月 5 日 午後 4 時 51 分～ 6 時 58 分

河村会長、吉本・濱本両副会長、林専務理事、弘山・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

議決事項

1 第 182 回山口県医師会定例代議員会について

6 月 14 日（木）に定例代議員会を開催し、報告事項 1 件、議決事項 7 件を審議することが決定し、日程について協議した。

2 平成 30 年度事務局体制及び事務分掌について

新年度から入局職員 2 名を迎えたことにより、事務局体制及び職務分掌の変更が決定した。

協議事項

1 平成 29 年度事業報告について

事業別による事業報告について協議を行った。

2 平成 30 年度山口県医師会表彰式について

6 月 14 日（木）の第 182 回定例代議員会終了後に表彰式を行うこととし、被表彰者について協議を行った。

3 母体保護法による指定医師の申請について

光市のみちがみ病院より 1 名の母体保護法指定医師の申請があった。「母体保護法指定医師審査委員会」は、本会会長より諮問を受け審査にあたり、指定医師として承認する旨の審査結果を答申し、承認された。

4 山口ゆめ花博への支援について

山口県から協力依頼があった協賛金及び前売り入場券の販売について、平成 30 年 3 月 20 日まで

の集計結果が報告され、協議の結果、承認された。

5 日本ユニセフ協会の団体賛助会員継続について

昨年度加盟した標記協会の「団体賛助会員」継続登録について依頼があり、引き続き登録することが決定した。

6 山口県健康福祉部との懇話会について

5 月 10 日に開催することが決定し、提出された議題 1 題について協議を行った。なお、議題項目の最終締切は 4 月 17 日までとした。

人事事項

1 会内委員会等の委員・役員について

会内の各種委員会委員及び部会役員について協議、承認された。

報告事項

1 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

(3 月 15 日)

平成 28 年度生涯教育制度集計結果（単位取得者総数、取得者率等）の報告、平成 29 年度末の日医への単位申請方法について説明を行った。続いて、平成 30 年度山口県医師会生涯教育事業計画について説明の後、協議を行った。（山下）

2 郡市医師会介護保険担当理事協議会

(3 月 15 日)

平成 30 年度介護報酬改定について、改定内容の説明会及び山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班の釘物達文 主査から通知事項等の説明が行われた。（清水）

3 診療報酬改定説明会

(3 月 16・19・20・22・23・26・27 日)

平成 30 年度診療報酬改定に関する説明会を周南市、岩国市、下関市、山口市、柳井市、萩市、宇部市の県内 7 会場で行った。なお、前回同様

理 事 会

に中国四国厚生局の実施する「改定時集団指導」と同時開催した。出席者：全会場合わせて約 2,500 名（清水）

4 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」（3月16日）

山口県のがんの状況（死亡状況、がん検診率）、平成 28 年度市町肺がん検診の実施状況及び診断症例調査結果、市町肺がん検診の実施状況調査について報告の後、協議を行った。また、「第 3 期山口県がん対策推進計画」、「山口県のがん対策」について報告が行われた。（吉本）

5 山口県暴力追放運動推進センター一定時評議員会（3月16日）

平成 30 年度事業計画（案）及び収支予算（案）、基本財産の運用（案）について審議を行った。
（事務局長）

6 第 3 回山口県糖尿病対策推進委員会

（3月17日）

平成 29 年度事業報告、平成 30 年度事業計画、昨年 11 月に山口県、山口県医師会、山口県糖尿病対策推進委員会の三者共同で策定し、市町へ配付した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」のその後の動向について報告の後、協議した。（藤本）

7 日医治験推進地域連絡会議（3月17日）

（1）患者の気持ちを知る、（2）臨床研究・治験に関する今後の動向を知る、（3）臨床研究法を知る、（4）ICH-E6（R2）に対応した治験を理解する、（5）統一書式の改訂（予定）を理解する、のテーマで講演及び総合討論が行われた。（林）

8 「JMAT やまぐち」災害医療研修会（3月17日）

福岡県医師会の藤野隆之 常任理事から「平成 29 年 7 月九州北部豪雨の対応について」、山口県防災危機管理課の見寄靖彦 主幹及び山口県医療政策課の花田尚幸 主査から「平成 28 年熊本地

震を踏まえた山口県の防災対策について」、（医）神徳会三田尻病院の豊田秀二 院長から「EMIS について」、産業医科大学医学部公衆衛生学の久保達彦 講師から「J-SPEED について」講演が行われた。受講者 111 名。（弘山）

9 山口大学経済学部シンポジウム（3月17日）

「人口減少時代における医療・福祉の未来」をテーマに開催され、「10 年後の山口県の医療状況（医師会の取り組み・観点より）」の講演を行った。その後、山口大学経済学部経済学研究科の中田範夫 教授の司会のもと、山口県健康福祉部の岡 紳爾 部長、山口大学大学院経済学研究科非常勤講師の篠原栄二 氏とによるパネルディスカッションを行った。（河村）

10 福岡県医師会との懇談会（3月18日）

福岡県から「福岡県における在宅医療の現況と需要予測」、山口県から「山口県における在宅医療」の報告後、意見交換を行った。（林）

11 臨床研修病院合同説明会（3月18日）

13 大学から 14 名の学生の訪問があった。

（中村）

12 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」（3月19日）

山口県のがんの実情（死亡者数、がん検診受診率）、平成 28 年度市町子宮がん検診の実施状況及び診断症例調査結果、市町子宮がん検診の実施状況調査について報告の後、協議を行った。また、「第 3 期山口県がん対策推進計画」、「山口県のがん対策」について報告が行われた。（藤野）

13 第 2 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議（3月22日）

平成 29 年度事業報告、平成 30 年度事業計画・予算（案）、平成 31 年度研修開始臨床研修医の募集定員等について協議し、その後、各病院の現

理 事 会

状等について情報交換を行った。(中村)

14 山口県予防保健協会定例理事会 (3月22日)

平成 30 年度事業計画・収支予算、別館社屋の建替えに伴う借入金に係る抵当権の設定、別館社屋の解体及び跡地の活用等について審議を行った。(中村)

15 山口県訪問看護推進協議会 (3月22日)

平成 29 年度訪問看護師育成支援事業の報告後、「山口県の訪問看護の実際と現状から人材確保を考える～それぞれの立場から～」をテーマとした意見交換等が行われた。(沖中)

16 山口大学後援財団第 23 回理事会 (3月23日)

山口大学後援財団解散後の清算事務等について審議が行われた。(河村)

17 山口大学第 84 回経営協議会 (3月23日)

山口大学学則及び山口大学大学院学則の一部改正、平成 30 年度の年度計画等について審議が行われた。(今村)

18 山口大学第 56 回学長選考会議 (3月23日)

学長の業務執行状況の確認、学長候補者選考に係る今後の課題等について協議が行われた。

(今村)

19 中国四国医師会連合常任委員会 (会長会議)

(3月24日)

次期日本医師会長候補者及び役員候補者の中国四国ブロック推薦について協議を行った。(河村)

20 中国四国医師会連合常任委員会 (3月24日)

常任委員会 (会長会議) で協議された「次期日本医師会役員推薦」について報告後、中国四国医師会ブロック内での「勤務医特別委員会」の立ち上げ、中国四国医師会連合祝賀会等について協議を行った。(林)

21 中国四国医師会連合連絡会 (3月24・25日)

24 日は、中国四国医師会連合常任委員会、日本医師会財務委員会、日本医師会議事運営委員会の報告後、中国四国医師会連合選出の日本医師会役員から中央情勢報告が行われた。25 日は、日本医師会議事運営委員会の報告が行われた。(林)

22 第 141 回日本医師会臨時代議員会

(3月25日)

横倉会長の挨拶後、中川副会長より「平成 30 年度日本医師会事業計画」、今村副会長より「平成 31 年度日本医師会予算」について報告が行われた。その後「第 1 号議案 平成 29 年度日本医師会会費減免申請の件」が挙手多数で可決決定された。また、代議員から代表質問 8 件、個人質問 14 件が寄せられ、それぞれ担当役員からの答弁が行われた。本会の弘山常任理事が、中国四国ブロックの個人質問として「地域医療構想と救急医療について」の質問を行った。(林)

23 やまぐちスポーツ交流・元気県づくり推進会議 (3月26日)

県民運動に関する取組み、2020 東京オリンピック・パラリンピックに向けた取組み等について協議を行った。(事務局長)

24 第 3 回山口県共同募金会評議員会 (3月28日)

平成 29 年度補正予算 (案) 及び共同募金助成 (案)、共同募金の運動性の再生 10 年方針 (案)、平成 30 年度事業計画 (案) 等について審議を行った。(事務局長)

25 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(3月28日)

医科では、新規 3 件が承認された。(河村)

26 診療情報提供推進委員会 (3月29日)

平成 29 年 (1 月～12 月) に本会に寄せられた 51 件の相談窓口受付事例について、報告及び

理 事 会

協議を行った。(林)

27 第 3 回山口県助産師出向支援導入事業協議会 (3月29日)

助産師出向に関する取組みの実施状況報告及び助産師出向を推進する上での課題と対策等について協議が行われた。(沖中)

28 山口県助産師出向支援導入事業報告会

(3月29日)

助産師出向支援の実施 3 事例について、報告が行われた。(沖中)

29 第 1 回健康やまぐち 21 計画 (第 2 次) 中間評価・見直し検討部会 (3月29日)

山口県の健康づくりの指針である「健康やまぐち 21 計画 (第 2 次)」の中間評価等の実施体制、評価・見直しの方向性、スケジュール、計画の進捗状況について協議した。(藤本)

30 広報委員会 (4月5日)

会報主要記事掲載予定 (5～7月号)、新コーナー等、緑陰随筆 (8月号)、平成 30 年度の広報事業等について協議した。(今村)

31 会員の入退会異動

入会 9 件、退会 35 件、異動 26 件。(4月1日現在会員数：1号 1,281名、2号 850名、3号 430名、合計 2,561名)

医師国保理事会 - 第 1 回 -

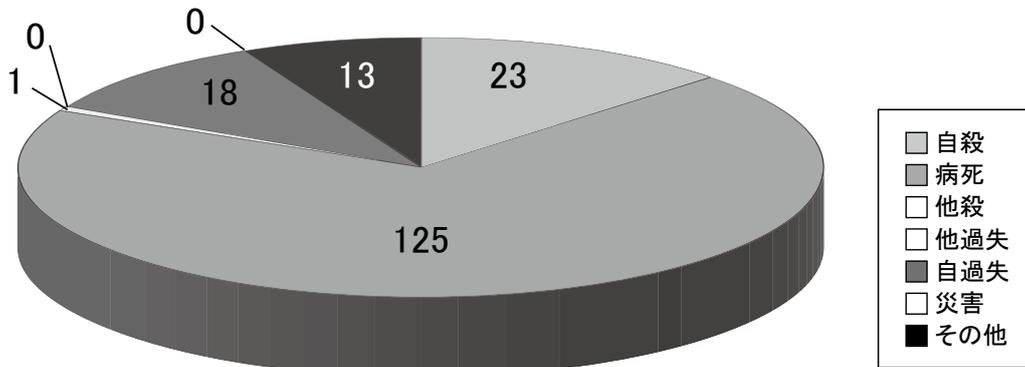
1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

死体検案数掲載について

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Mar-18	23	125	1	0	18	0	13	180

死体検案数と死亡種別 (平成 30 年 3 月分)



二度目の月食



というわけで、2016 年 11 月のスーパームーン
のとき、すったもんだの末に「一応」月の写真
が撮れたこともあり、今年めったに見られない
「赤い月」を撮ってやろうと考えていた。ところ
が、2018 年 1 月 31 日の皆既月食は生憎の天気で、
写真が撮れなかったばかりか、肉眼で見ること
もできなかったのが結構くやしかったのである。実
際には準備らしい準備は何もしていなかったの
だから、悔しが資格はなかったというのが本当の
ところであるが。

先日、国立天文台のホームページの「ほしぞら
情報 2018」を見ていたら、7 月に「2018 年最
小の満月・皆既月食」とあった。リンクをたど
ると、7 月 28 日の満月は 2018 年で最小で、し
かも皆既月食が起こると書いてあった。7 月 28
日である、1 月とは異なり寒さに震えることも
ないであろうし、天気次第で「赤い月」が
拝めて、月のそばにはこちら赤い火星が見
えるという。頭のなかでは赤い月と火星が
並んだ写真を思い浮かべ、すでに仇を取
ったような気分である。

しかし、世の中はそんなに甘くない。情報をよ
く見ると、「おおよそ東北地方以西で月の入
りの前に皆既食を迎え、月は皆既食のまま
沈みます。」と書いてある。満月で月の入
りの前、といえ早朝である。部分食の始
まりは 3 時 24 分過ぎで、皆既食の開始
は 4 時 30 分、食が最大となる時刻は
5 時 21 分過ぎで、月の入りは 5 時 30
分頃とのことである。

これを見て、次に見たのは 7 月のカレンダー
である。すると、7 月 28 日は土曜日であ
った。ま、土曜日だから一晩寝なくてもど
うにかなるか、と楽観的に考える。しか
し、本当に起きていかれるかどうかは、
また別の問題である。いずれにせよ、3
か月ほど先のことであり、これから月食
の撮り方を調べ、タイムラプスなども撮
ってみたいなどと、分不相応なことを勝
手に考えている。そう言えば、世の中
には、ポータブル赤道儀なるものが存
在し、星空や月の写真撮影も敷居が低
くなっているようである。やはり、金
がものを言う世の中ではある。

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



山口県医師会グループ保険の配当金支払いについて

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

記

保険期間	平成 29 年 3 月 1 日～平成 30 年 2 月 28 日	
1 支払保険金・給付金	58,000,000 円	
2 支払配当金		
総支払配当金	21,942,106 円	
加入者への支払配当金	21,941,774 円	
配分率	18.40%	
3 配当金振込日	平成 30 年 6 月 1 日	



産業廃棄物管理票（マニフェスト）交付等状況報告

廃棄物の処理及び清掃に関する法律により、産業廃棄物管理票を交付した事業者は、毎年、前年度に交付した産業廃棄物管理票の交付等の状況を県に報告する必要があります。今年度の報告は、前年度におけるマニフェストの交付状況を取りまとめ、6月30日までに各排出事業場を管轄する各健康福祉センター（環境保健所）に報告することになりますので、お知らせいたします。

なお、電子マニフェスト利用分は情報処理センターが集計して報告するために、事業者自らが報告する必要はありません。

報告書様式は下記ホームページに掲載していますので、参考にしてください。

- 山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
- 下関市環境部
- 山口県医師会「医業経営」

<問い合わせ先>

山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
TEL：083-933-2988



第 31 回大島医学会

5 月 27 日（日）12 時 30 分から大島文化センター（周防大島町小松 138-1
TEL：0820-74-3800）にて開催します。

一般演題終了後、14 時 25 分から、住民も参加可能な公開講演会を開催し、終了後、懇親会を 16 時から 17 時まで同会場で行います。一般の参加も可能ですのでぜひ皆さんで聞きに来て、多職種連携を深めてください。

一般演題

1. ちょび塩（減塩）でつなぐ健康づくり～浮島地区 食塩・健康調査 第 2 報～
周防大島町健康増進課 村岡美沙緒
2. 安心・安全なケアを目指して～統一した対応へ向けての取り組み～
周防大島町立介護老人保健施設やすらぎ苑介護福祉士 山下 秀一
3. 患者の不安を取り除くために大切なこと～ストーマ造設患者から学んだ看護～
周防大島町立東和病院 矢野みやび
4. 認知症患者が安心して過ごせるために大切な看護師の姿勢
～ユマニチュードの実践から学んだこと～
周防大島町立大島病院療養病棟看護師 吉村 義秀
5. 看護教員の教育方法と看護学生の社会人基礎力の現状の検討
大島看護専門学校 山本 幸子
6. 脳ドック 6 年間の報告
川口医院 川口 寛
7. Collagenous Colitis の 1 例
安本医院 安本 忠道、井原 清
8. 人生の最終段階における患者とその家族のかかわり
～最期の時まで「口から食べさせたい」思いを支えるために～
周防大島町立橋病院 生田 満昭
9. 特別養護老人ホームにおける看取りについて
社会福祉法人さつき会特別養護老人ホームほのぼの苑苑長 前田 俊弘

公開講演会

「病気だけど病人ではない」～がん体験から人生を考える～

内科医（サンデーレーシングライダー） 嶋元 徹
（実際のレーザー等の展示も予定しています）

日本医師会生涯教育制度：2.5 単位

一般演題 CC12（地域医療）：1.5 単位

公開講演 CC 0（その他）：1 単位

問合せ先 大島郡医師会 TEL：0820-74-2310



第 77 回山口県臨床外科学会

日 時 平成 30 年 6 月 3 日 (日) 8:55 ~ 17:05

場 所 宇部市医師会館 (宇部市中村 3 丁目 12-54)

TEL: 0836-21-5437

プログラム

8:55 ~ 9:00 開会の辞

9:00 ~ 10:45 一般演題 (I、II、III)

10:50 ~ 11:50 特別講演 I

がん免疫チェックポイントの克服とその先へ

国立研究開発法人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 吉村 清

11:55 ~ 12:25 幹事・評議員会

12:30 ~ 13:30 ランチョンセミナー

人工関節手術の最近の進歩—労働災害の症例も含めて

山口県立総合医療センター

整形外科診療部長 田中 浩

13:35 ~ 14:05 山口県臨床外科学会総会

14:10 ~ 15:10 特別講演 II

新しい膵管空腸吻合法とそれを可能とした

吻合補助器の開発

川崎医科大学消化器外科学講座教授 上野 富雄

15:15 ~ 17:00 一般演題 (IV、V、VI)

17:00 ~ 17:05 閉会の辞

参加費 1,000 円

学会長 医療法人社団宇部興産中央病院 福田進太郎

準備委員長 同 平木 桜夫

取得可能単位

・日本医師会生涯教育制度: 6 単位

特別講演 I CC: 00 (その他) 1 単位

特別講演 II CC: 53 (腹痛) 1 単位

ランチョンセミナー CC: 61 (関節痛) 1 単位

一般演題 午前 1.5 単位 午後 1.5 単位

問合わせ先 宇部興産中央病院内 学会準備委員会事務局

〒 755-0151 宇部市西岐波 750 番地

TEL: 0836-51-9338 FAX: 0836-51-9252

E-mail: hp.geka.ube@gmail.com



第116回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成30年7月14日(土)

ところ 山口グランドホテル3階「未広の間」

山口市小郡黄金町1-1 TEL:083-972-7777

特別講演① 18:30～19:30

座長:医療法人緑山会理事長 齋藤 淳

ビタミンDの多面的作用と骨粗鬆症治療

産業医科大学医学部整形外科学教授 酒井 昭典

特別講演② 19:30～20:30

座長:筒井整形外科クリニック院長 筒井 秀樹

股関節外科の現状と展望

佐賀大学医学部附属病院整形外科教授 馬渡 正明

単 位

- ・日本整形外科学会教育研修2単位(1単位 1,000円)
特別講演① 「1:整形外科基礎科学」、「4:代謝性骨疾患(骨粗鬆症を含む)」
特別講演② 「3:小児整形外科疾患(先天異常、骨系統疾患を含む、ただし外傷を除く)」、「11:骨盤・股関節疾患」
- ・日本運動器科学会セラピスト資格継続2単位(1単位 1,000円)
- ・日本医師会生涯教育制度2単位
特別講演① CC77(骨粗鬆症):1単位
特別講演② CC61(関節痛):1単位

主 催 山口県臨床整形外科医会

お問い合わせ先 香田整形外科医院 香田

TEL:0834-21-8188



第 5 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 中国・四国支部学術集会

と き 平成 30 年 6 月 9 日 (土)

ところ 山口県健康づくりセンター (山口県総合保健会館)

山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL : 083-934-2200

会 長 國近 尚美 (山口赤十字病院内科)

テーマ 多職種によるシームレスな呼吸ケア・リハビリテーションをめざして

特別講演 1 「身体活動性の維持・向上に必要な“もの”」

京都大学医学部附属病院リハビリテーション科・呼吸器内科 佐藤 晋

特別講演 2 「COPD 増悪入院減少をめざした呼吸リハビリテーションの実際」

順天堂大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 /

Respiratory Advisement Ys' 佐野 裕子

特別企画 「日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の歩みと今後の課題

— 終末期医療における呼吸管理について —

伊予鉄道診療所所長 上田 暢男

ランチョンセミナー 1 「在宅における COPD 多面的包括的呼吸ケア・

リハビリテーション～在宅での伴走～」

医療法人社団愛友会いきいきクリニック院長 武知由佳子

ランチョンセミナー 2 「成人肺炎球菌ワクチン接種の意義を考える」

島根大学医学部内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学 磯部 威

スポンサードセミナー 「肺炎に対する栄養管理・口腔ケア・リハビリテーション」

長崎大学病院リハビリテーション部 高島 英昭

その他、教育講演、シンポジウム、一般演題等を企画しています。

詳細は学会ホームページ <http://www.med-gakkai.org/jsrcr-cs5/> をご覧下さい。

事務局

山口赤十字病院

山口県山口市八幡馬場 53-1 TEL : 083-923-0111

山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座

事務局長：平野 綱彦

(山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座准教授)

山口県宇部市南小串 1-1-1 TEL : 0836-85-3123

運営事務局

株式会社メッド

岡山県倉敷市松島 1075-3 TEL : 086-463-5344 FAX : 086-463-5345

E-mail : jsrcr-cs5@med-gakkai.org



第 35 回糖尿病 Up・Date 賢島セミナー

テーマ 臨床研究から日常診療へのシームレスな活用
ージェネラライズド・ケアとオーダ・メイドの対応ー

日 時 平成 30 年 8 月 25 日 (土)、26 日 (日)

会 場 志摩観光ホテルクラシック
〒 517-0502 三重県志摩市阿児町神明 731

参加費 50,000 円 (proceedings 代を含みます。宿泊費は含まれておりません。)
また、8 月 25 日の懇親会を兼ねた夕食、及び 26 日の昼食を事務局にてご用意させていただきます。

内 容 第 1 日目 (8 月 25 日)
(概要) ・セミナー I : 臨床研究に学ぶ日常診療への応用可能な対糖尿病戦略
・セミナー II : 薬物療法からみた日常診療でのアップ・デートな対糖尿病戦略
第 2 日目 (8 月 26 日)
・トピックス : J-DOIT3 とそれが教えてくれること
・セミナー III : 対糖尿病戦略からみた諸合併症に対する日常診療での対応の
ミニマム・リクワイアメント
・鼎 談 : 日本糖尿病学会の各種ガイドラインおよび各種委員会報告から
らみた日常診療への適切な活用

申 込 氏名、住所、電話番号を明記の上、FAX (052-652-5623) にて中部ろうさい
病院事務局までお申込み下さい。事務局より詳細をお送り致します。(参
加人数は 100 人にて締切らせて頂きます。)

世話人 堀田 饒 (中部ろうさい病院)、清野 裕 (関西電力病院)、
門脇 孝 (東京大学)、羽田勝計 (旭川医科大学)、中村二郎 (愛知医科大学)

後 援 日本糖尿病学会、日本医師会、愛知県医師会、岐阜県医師会、三重県医師会

事務局 中部ろうさい病院 堀田 饒
〒 455-8530 名古屋市港区港明 1-10-6
TEL : 052-652-5511 (内線 7174) FAX : 052-652-5623



ホッ！これで安心。

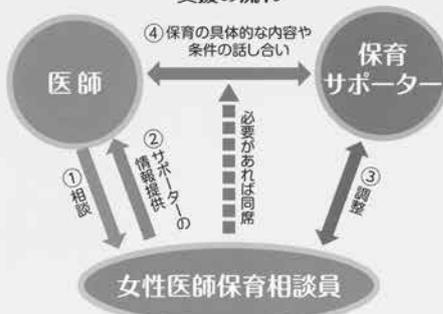
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!

女性医師のための就業支援

医師の求人・求職は 日本医師会女性医師バンクへ

日本医師会女性医師バンクは厚生労働省の委託事業です。

求人・求職とも紹介にかかる
費用は
すべて無料

日本医師会
会員以外でも
利用可能

女性医師バンクの 特徴

医師のアドバイザーが
専門的な
相談にも対応

専任コーディネーターが
求職者の状況に合わせ
就業先を紹介

— 女性医師の“働く”を応援！ —



日本医師会 女性医師バンク

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16 日本医師会館 B1F
TEL : 03-3942-6512 FAX : 03-3942-7397 E-mail : info-bank@jmawdbk.med.or.jp

日本医師会女性医師バンク 検索

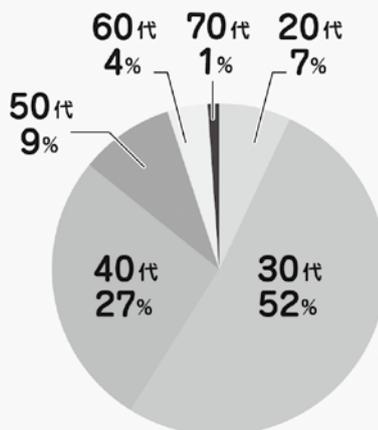
<https://www.jmawdbk.med.or.jp/>

復職支援も女性医師バンクにお任せください！ 女性医師バンクの求職登録者の状況

日本医師会女性医師バンク 平成29年2月現在

求職登録者の年代別比率

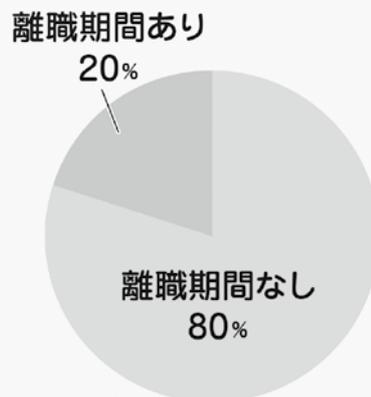
- 求職者の約5割は30代
 ▶ 出産・育児等ライフイベントの時期と重なる
- 近年では、50代の方のご登録も増加傾向
 ▶ 親の介護の問題なども出てくる年代



今後はますます多様な働き方を希望する女性医師が増えてくると予想されます

離職期間のある求職登録者の割合

- 求職登録者の約2割が1年以上の離職期間があり、再就職を希望して登録
- 離職期間のある求職者の平均的な離職期間は4.5年
 ▶ 復職を支援するためには再研修が必要不可欠



女性医師バンクではこのような離職期間がある求職者に対しては、再研修が可能な施設をご紹介します、女性医師が安心して復帰できるよう施設側と調整を図っています

女性医師バンクは、個々の状況やニーズに最大限配慮しながら、多様な選択肢を用意してよりよい形での就労継続を支援していきます

医師資格証を持ちましょう

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

<p>医師資格証は 5年ごとの 更新になりました</p>	<p>申請方法と 受け取り方法が 変更になりました</p>	<p>年間利用料が 廃止されました</p>	<p>2年ごとの オンライン更新が 不要になりました</p>
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------	--

診療情報提供書等への HPKI 電子署名に対応しています

医師資格証 ご利用シーン

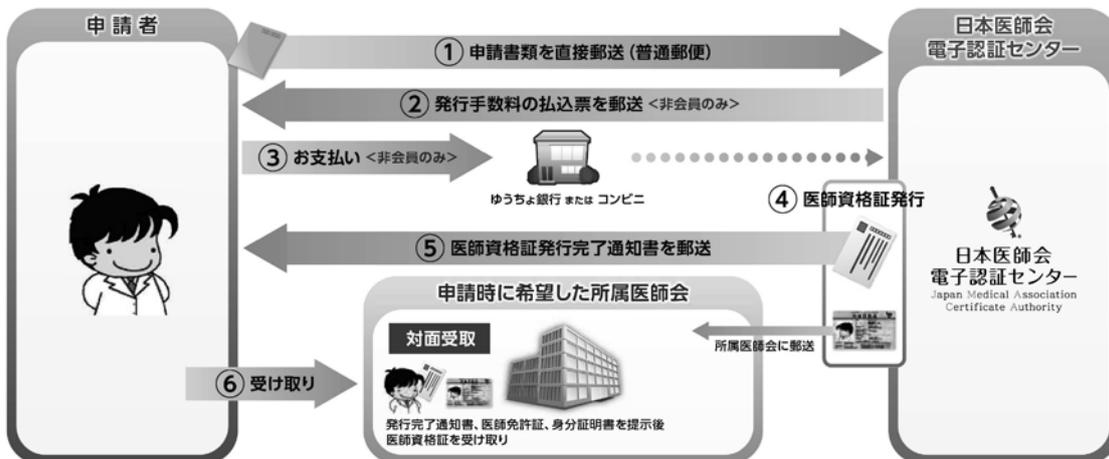


<p>地域医療連携内での 診療情報提供書への HPKI 電子署名 (平成 28 年診療報酬改定において 加算を算定することが可能)</p>	<p>電子処方せん発行時の HPKI 電子署名に使用</p> 	<p>日医生涯教育制度、認定 医、かかりつけ医など各 種研修時の受講履歴、 取得単位管理に使用</p>	<p>地域医療連携システムへ のログイン認証</p> 
<p>医師資格証ポータル サイトの利用</p> 	<p>治験データへの HPKI 電子署名</p> 	<p>文書交換サービス の利用</p> 	<p>身分証としての活用 JAL DOCTOR 登録制度 などへの任意登録に使用 する ※医師資格証を身分証として活用で きるように各企業、行政機関に働き かけを行なっています</p>


日本医師会 電子認証センター
 Japan Medical Association Certificate Authority
〒113-0021 東京都文京区本駒込 2-28-8 文京グリーンコートセンターオフィス17階

詳しくは日本医師会電子認証センターホームページをご覧ください。 <http://www.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。
※都市区等医師会で受取り可能な都道府県もあります。

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

「申請書類」

- 医師資格証発行申請書
- 医師免許証コピー
- 住民票の写し(原本)
- 身分証コピー

① 医師資格証発行申請書
電子認証センターホームページよりダウンロード出来ます。
※顔写真を貼付ください。(撮影から6ヶ月以内)

② 医師免許証コピー

③ 住民票の写し(原本)

④ 身分証のコピー(下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード(裏面不要)

「対面受取時の書類」 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

- 医師資格証発行完了通知書
- 医師免許証原本
- 身分証原本

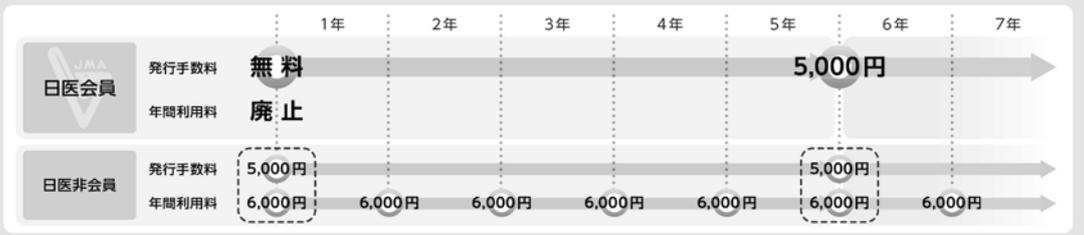
① 医師資格証発行完了通知書

② 医師免許証原本提示
または
医師免許証原本のコピーに実印を押印したものと印章登録証明書を提出
(裏書がある場合は裏面コピーにも実印を押印して提出)

③ 身分証原本提示(下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード

費用

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



謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

眞 宅 篤 氏 宇部市医師会 4 月 12 日 享年 85

山口県ドクターバンク

医師に関する求人の申込を受理します。なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取り扱います。最新情報は当会 HP にてご確認願います。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527 E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

編 集 後 記

ほめ達コミュニケーションの話。「ほめ達」とは「ほめる達人」のことである。分からないことがあっても上司や医師に聞きづらいなど、コミュニケーション不足が医療安全上、問題と思われるようなことがある。そこでコミュニケーション能力の向上を願って、「ほめ達」講習を行った。日本ほめる達人協会理事長の西村貴好さんが始めた事業である。同氏は当初、事業所からの従業員に対する内偵調査依頼に対して、接客態度が悪いなどダメ出しをしていたが、一向に改善しないため、良い点に焦点を当てて評価するようにすると事業所の業績も改善したという。知識不足があっても先輩に聞くなどして仕事をした人には「丁寧な仕事ぶり」と評価して、前向きにさせることが良かったとのこと。大雑把、出しゃばり、要領が悪いのは、ダイナミック（器が大きい）、世話好き（行動力がある）、丁寧（ずるさがない）などに言い換えることで、人をプラス評価することができるようになるそうだ。そして、日々、3S（すごい！さすが！すばらしい！）を口に出し、3D（でも、だって、できない）は使わないようにすることが大切という。上司や後輩の言動にムカッとするときは「そうくるか！」と考えると、心が落ち着くようだ。まずは、3Sを自分に使い、さらに家族や身近な人、働く仲間を広げていくとコミュニケーションが良くなり、さまざまな効果をあげられるという。最後にもう一つ。二言挨拶「お疲れ様 + 一言（ありがとうなど）」がコミュニケーションを強めるらしい。後は実行あるのみ！

（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）