

山口県医師会報

平成31年(2019年)

3月号

— No.1903 —



早春（角島） 渡邊恵幸 撮

Topics

山口県医療事故調査合同協議会



Contents

■県医トピック	183
■今月の視点「ポピュリズム医療政策—医療界あるある—」	長谷川奈津江 184
■山口県医療事故調査合同協議会	林 弘人、中村 洋 186
■山口県医師会産業医研修会	中村 洋 194
■社保・国保審査委員連絡委員会	萬 忠雄、清水 暢 197
■第 150 回 山口県医師会生涯研修セミナー	福田信二、弘本光幸、伊東武久 200
■第 51 回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会	今村孝子、河村一郎 208
■理事会報告（第 21 回、第 22 回）	212
■日医 FAX ニュース	219
■飄々「壇ノ浦の桜」	石田 健 220
■お知らせ・ご案内	221
■編集後記	中村 洋 228

県医トピック

河村会長が山口大学医学生へ講義



平成 30 年 11 月 21 日（水）、河村会長は山口大学医学教育学講座の非常勤講師として、医学科の 4 年生（臨床実習前）約 100 名に向け「地域医療と医師会」と題して、「医師会とは」、「医学生や研修医への支援」、「医師会の取組み（事業）」などについて講義を行いました。また、「医師のネットワーク」、「家庭内トラブルの防止策」など、

今後の医師のライフスタイルについてもユーモアを交えてアドバイスしました。

県医師会長が医学生へ向けて講義するのは、3 年目となり、医学生にとっては、普段聞くことのない内容ということもあり、アンケート結果も概ね好評で、医師会に関心を持ってもらう良い機会になっていると思います。



今月の視点

ポピュリズム医療政策 —医療界あるある—

理事 長谷川 奈津江

アメリカ合衆国のトランプ大統領就任とともに、目新しい単語も登場してきた。「フェイクニュース」「オルタナティブ・ファクト」「ポスト・トゥルース」「ポピュリズム」。どれも事実や理性的判断より、個人の情緒や感情を重視する風潮を背景にもつ。自らが正当に評価されていないという層の不満がマイノリティを非難することに向けられ、困難な状況に立ち向かうより安易な解決に飛びつく場面に出現するように感じる。

2013 年の「社会保障制度改革国民会議」で示された大きな変革の真只中にある医療界にも最近、妙に人気のあるお話が出回っている。

慶応義塾大学商学部教授の権丈善一氏は、「ポピュリズム医療政策」として 4 つの話を挙げている。月刊誌に掲載の氏の文章をそのまま引用する。

- ①将来の医療費や社会保障費を名目値で示し、将来の負担はこんなにも高くなると大衆を脅かす。
- ②終末期の医療費は、人が一生に使う医療費の半分ほどを使うと、エピソードベースの話をして大衆を驚かす。
- ③医療費は予防で抑制できる。特に終末期の医療費を大幅に抑制できる、と大衆にデマを飛ばす。
- ④終末期医療費の抑制で浮いた財源を若い世代に回せば、全世代型社会保障費も実現できると、大衆ウケする話で結ぶ。

これらのポピュリズム医療政策を、権丈氏は論破してゆく。

- ①医療費や社会保障費は GDP 比でみるべきものとして試算されており、将来何兆円になるという名目値で議論するものではない。
一国の医療費は、通常の再分配政策と同様に政治的に決められるものであって、それは所得という支払い能力が決める形で現れ、高齢化のような医療ニーズが決めているわけではないことは、医療経済学の常識である。
- ②いわゆる終末期とされる死亡一か月前の医療費（普通は終末期とはみなされない急性期死亡の医療費も含まれる）は、国民医療費の 3% 台でしかない。
- ③予防で医療費はむしろ増えるというのが、膨大な研究による医療経済学の国際的な常識である。健康寿命が延伸しても、その後の「不健康な期間」が短縮できるという医学的根拠はなく、実現できるとは限らない。
- ④ 2013 年の「国民会議報告書」には、「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。」の文章がある。
終末期医療費を抑えて浮いた財源を若い世代に振り向けるなど、ウケのいい虚言を繰り返すことで、困難な問題を先送りしてきたのだ。事態の深刻化を隠すための有害な話の一つに過ぎない。

と、最近流布している医療界あるある説を、氏は根拠を持って冷静に否定する。そして現在進行中の日本の医療介護の一体改革が、経済産業省主導によるポピュリズム医療政策への切り替えにならないかと警告している。

お役人の中には、疾病は「自己責任」という考えを広めたい向きもあるようだが、疾病の発症には「生活習慣要因」のみならず「遺伝的要因」、「外部環境因子」など複数の要因があることは自明のことである。それだけに一般社会に対して、医療人が「健康寿命」「生活習慣病」の言葉を配慮なしに濫用することは、認知症や疾病を持った健康でない人の存在を脅かすことにならないだろうか。

そもそもこの一体改革は、従来の社会復帰を前提とした「病院完結型」から、複数の疾病を抱えて生きていく高齢者を地域で治し、支える「地域完結型医療」への変革である。

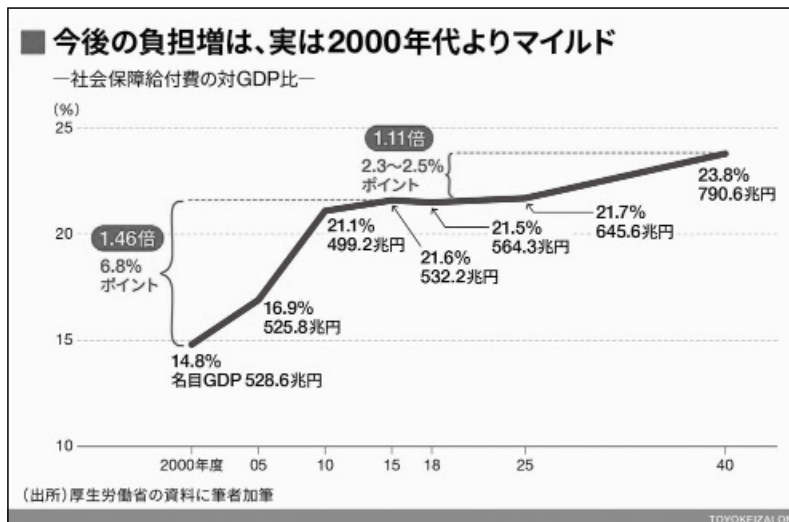
不健康な期間の QOL の維持、向上が医療の目指すところのはず。

医療人として、デマゴーグに惑わされず、安易なポピュリズム医療政策を見分ける目を持ちたいと思う。

参考資料：

1. 「喫緊の課題、『医療介護の一体改革』とは
—忍びよる『ポピュリズム医療政策を見分ける』
権丈善一 中央公論 2019 年 1 月号
2. 「医療費膨張を煽る『誤報』はこうして生まれる」
権丈善一 東洋経済オンライン

2018 年 8 月 2 日



終末期における医療費について (平成14年度)

1年間の死亡者について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、

1年間の死亡者数(平成14年) 98万人^①

うち、医療機関での死亡者数 80万人・・・①

死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円^②・・・②

○ 1年間にかかる終末期医療費

① × ② = 約9,000億円

(参考)

(1) 1件当たり入院医療費(1ヶ月単位)は、約41万円。

(2) 年間の死亡者数は、近年、平均で年2万人程度の増加傾向。

今後10年間は、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。

資料出所：医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」(平成12年3月)等を基に、厚生労働省保険局調査課において推計

3. 「『予防医療で医療費を削減できる』は間違いだ」

権丈善一 東洋経済オンライン

2018 年 9 月 14 日

4. 「ちょっと気になる医療と介護 増補版」

権丈善一 勁草書房

山口県医療事故調査合同協議会

と き 平成 31 年 1 月 19 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6 階会議室

報告：副会長 林 弘人
常任理事 中村 洋

当協議会は、山口県医療事故調査委員、郡市医療事故調査担当理事及び山口県医療事故調査支援団体に参集していただき、合同協議会として情報交換を行うことを目的に開催している。

講演 I

山口県医療事故調査の現状について

山口県医師会副会長 林 弘人

医療事故調査制度の施行後、県内において実施された 7 施設における「医療事故調査委員会」の調査結果について説明。

(資料については個別事案であるため割愛する)

講演 II

院内事故調査委員会 参加報告

山口県薬剤師会薬品情報センター 山本 武史

医療事故調査委員会（以下、「委員会」）の流れについては、山口県医師会から、委員会の外部委員派遣依頼があり、その後、当該病院より、カルテ・検査記録等の資料、事案の経緯と院内調査の資料受理、医療事故調査に係る院内調査委員会開催案内を受ける。

調査に関しては、県医師会を通して資料の追加を要望（入院時持参薬鑑別書等）のうえ、医療事故調査制度に基づく委員会が開催される。

外部委員の構成は専門委員 2 名、薬剤師 1 名、事務局 1 名である。

委員会後に、当該病院より報告書案を受理し、県医師会を通して報告書の疑問点を提出後、当該病院より疑問点の回答及び報告書修正案を受理する。

(資料については個別事案であるため割愛する)

◆薬機法等制度改正に関するとりまとめ

一 薬剤師・薬局のあり方

薬剤師は、調剤時のみならず医薬品の服用期間を通じて、服薬状況の把握（服薬アドヒアランスや有効性の確認、薬物有害事象の発見等）による薬学的管理を継続的に実施し、必要に応じて、患者に対する情報提供や薬学的知見に基づく指導を行うほか、それらの情報を、かかりつけ医・かかりつけ歯科医に提供することはもちろん、他の職種や関係機関と共有することがさらに必要となる。また、適切な薬学的管理を行い必要な受診勧奨につなげるため、要指導医薬品、一般用医薬品、いわゆる「健康食品」等の使用状況等を把握することも重要である。

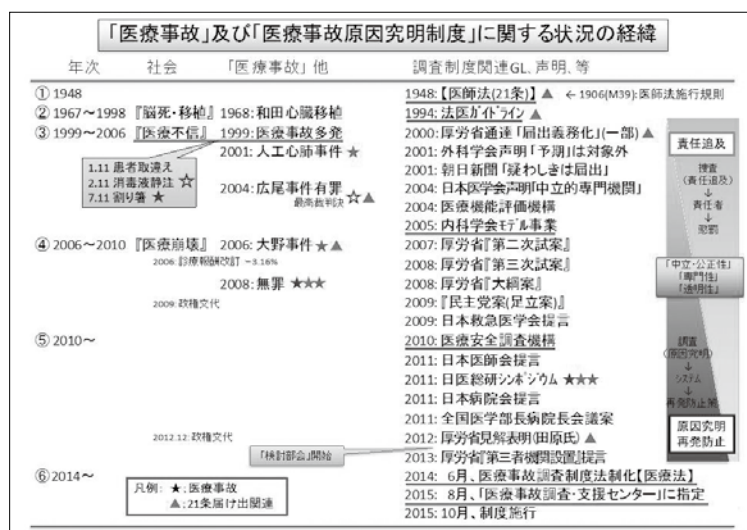
特別講演

医療事故調査制度～開始 3 年、改めて制度の理念・考え方、発展のための課題～

日本医療安全調査機構常務理事 木村 壮介

I 医療に関連する死亡への対応の歴史

(スライド①、②参照)



スライド①

海外の医療事故に関する制度
WHO／医療事故の報告と再発防止に関するガイドライン 2005

考え方の基本・ヒューマンエラーへの誤解：

- ・ヒューマンエラーには、犯罪か、許容範囲の過失かの境目があると思われている。実際には、「どこに境界線があるか」より、「誰が線を描くか」である。
- ・背景には、「唯一の真実」でなく、「複数の視点から、複数の説明がある」

・ヒューマンエラーへの責任：

- ・裁判、解雇、停職等は、個人・組織の向上に役立たない「後向きな責任」。
- ・組織・個人が学習・前進を可能とする分析・報告が「前向きな責任」。

事故報告制度のガイドライン

- ①報告者が責められない
- ②患者と報告者の情報は秘匿
- ③処罰権限当局から独立
- ④臨床の理解、システム要因分析

世界の基準

「報告制度」：医療事故に関わる制度の基本：「いかに実際の数・内容が報告されるか」
「調査制度」：日本の特徴

2005
WHO DRAFT GUIDELINES FOR
ADVERSE EVENT REPORTING
AND LEARNING SYSTEMS

スライド②

Ⅱ 医療法で定められた「医療事故調査制度」

〔改正医療法による「医療事故調査制度」策定の基本的な考え方〕

医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方に関する検討部会／厚労省

平成 25 年 5 月 29 日

(平成 24 年 2 月～、13 回開催)

1 調査の目的

○ 原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

6 条の 11：

本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。

2 院内調査のあり方について

○ 診療行為に関連した死亡事例が発生した場合、医療機関は院内に事故調査委員会を設置するものとする。(下図参照)

6 条の 10：

当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（中略）、当該管理者が予期しなかったもの（以下省略）。

その際、中立性・透明性・公正性・

専門性の観点から、原則として外部の医療の専門家の支援を受けることとし、必要に応じてその他の分野についても外部の支援を求めることとする。

6 条の 11 第 2 項：

病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体「医療事故調査等支援団体」に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。

病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体「医療事故調査等支援団体」に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。

Ⅲ 「医療事故調査」の具体的対応

1 「臨床経過」の作成のための情報収集

(1) 「臨床経過」の作成は、原因究明に当たり、

「医療事故」の定義と報告義務

医療法改正 [平成26年6月]

第6条の10 [医療事故に係る報告]

1. 病院、診療所又は助産所の管理者は、**医療事故**が発生した場合には、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他省令で定める事項を「医療事故調査・支援センター」に報告しなければならない。

『医療事故』：（定義）
当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省で定めるもの。

2. 前項の報告をするに当たり、あらかじめ、医療事故の遺族に対し、省令で定める事項を説明しなければならない。

最も重要な作業

①種々の記録、検査 Data を時系列に並べるだけ→分析に役立たない。

②関係する医療者（医師、看護師等）の「行動の理由」や「判断根拠」を含め、事故原因の分析に必要な内容、要素が包括された「事実の記載」が必要。

(2) 標準的手順で網羅的に集積、分析に必要で整理された「臨床経過」の作成

①「事実」の内容を明確に分ける

[記載された事実]

<客観的>

- ・症状、血圧等の診療録、看護記録、経過表、手術記録等
- ・血液 Data、画像所見、血液検査、画像（いつ、誰が診断）、モニター記録
- ・カンファレンス記録、チーム医療記録
- ・個人の判断、行動の理由

<主観的>

- ・その時の評価、判断等に関する記載

[記憶による事実]

- ・記載されていないため、後から聞き取り調査で得られた事実

②後に「医学的検証」を行うことを念頭に、重要な経過・項目に重点を置き作成する

重要な部分：

「主観的判断・理由」等も含め漏れなく収集する。

他の部分：

全体の経過の流れを把握することに重きを置く。

「医学的検証」の中で必要となれば、振り返って情報収集を加える。

2 「臨床経過」の作成・記載

「臨床経過」作業表（下表）を利用する

(1) 経過をまとめる際、検証・分析に必要な情報を漏れなく記載するために事実記載の後に、その行動の理由・判断の根拠等の欄を設ける。

必要な情報を見逃さない、後から聞き取りの際の参考にする。（スライド③参照）

(2) 最終報告書に残るものではない。

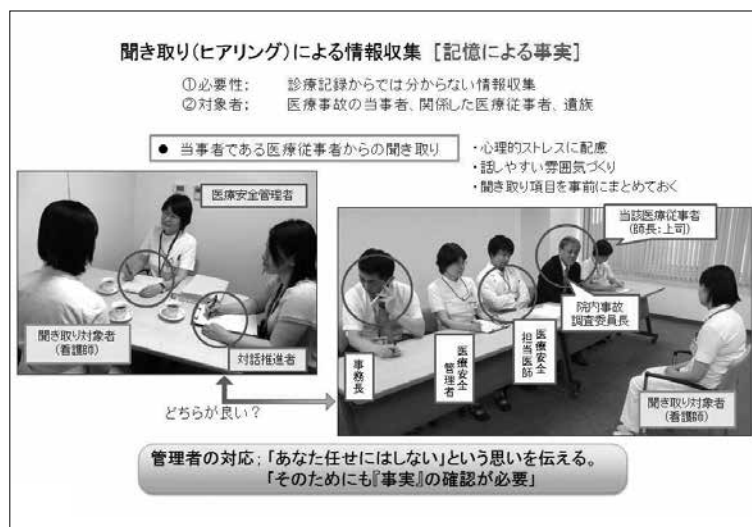
・追加情報収集が必要か検討？

→ 追加情報収集必要

※ 腹痛、冷汗で、何が気になったのか等

日 時	事実(記載されたもの、聞き取り)	行動理由・判断根拠・Data 等
[術後]	(時系列で分けた「項目」)	
○月○日	(第▲病日)	
□:△△	体温 36.0℃、腹痛軽減、排便1回	安定していると判断(看護師B)
○:△□	右下腹部痛、冷汗、ボルタレン座薬挿入(看護師B)	疼痛時指示通り、しかし医師Aへ報告
○:○△	医師A診察:腹部刺激症状なし、圧痛(+)	？どう判断したのか
○:○□	血液検査施行	？検査した理由、内容は、他の検査は

「臨床経過」作業表



スライド③

3 臨床経過に関する医学的検証・分析

(1) 標準的な手順に沿って整理し、検証・分析する

①標準的な手順の例

ア 診療経過を“項目”「場面」に分ける

- ・臨床経過全体「時系列」を、分析のための観点から項目に分ける

【基本】:時系列を分割／「入院～術前」

→「周術期」→「急変～死亡」等

イ 「プロセス」

- ・上記「場面」の各々に対し、“小項目”を立て、流れに沿って検討

①診断

②治療選択・適応・リスク評価

③ I C

④治療・検査・処置

⑤患者管理

ウ 検討すべきポイント

- ・各々のプロセスの中身を検討
- ・判断の根拠、行動の理由等 →それらは妥当といえるか否か?
- ・どこに問題があるか?
→個人ではなく、システム、体制の問題を検討

- ・検討不要な小項目もある

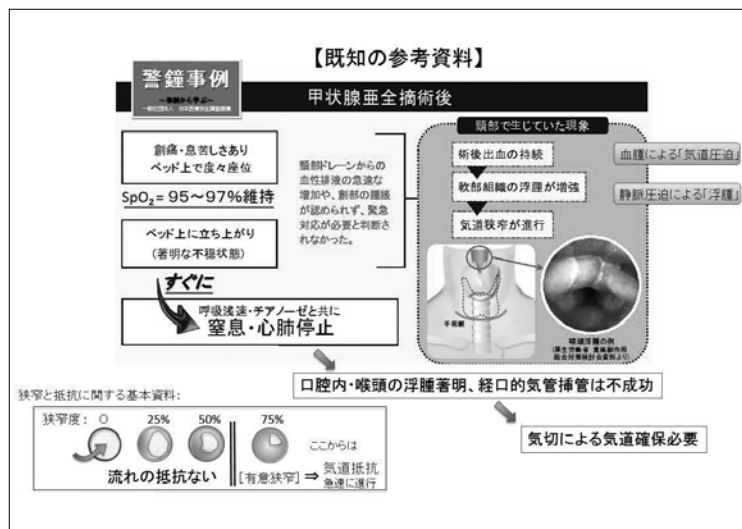
事 例 (スライド④、⑤、⑥、⑦参照)

基本情報

年 齢: 40 歳代前半
性 別: 女性
病 名: バセドウ病
治 療: 甲状腺垂全摘術
既往歴: 5 年前より高血圧、降圧剤内服中

事例概要

- ・バセドウ病に対して甲状腺垂全摘術施行。手術は問題なく終了。
- ・術後創痛に対し、適宜座薬や注射薬を使用し一時的には緩和するものの、疼痛の訴えが持続していた。次第に不穏状態となり、手術後 12 時間後に呼吸促迫、チアノーゼが出現し、心肺停止となった。
- ・術後は経時的に頸部周径を測定しており、急変時の頸部の周径は術直後と比較し 6cm 増大していた。
- ・蘇生を行ったが、気道抵抗が強く喉頭浮腫のため、気管内挿管もできなかった。



スライド④

- ・気管切開を行い心拍再開したが低酸素脳症をきたし、人工呼吸を含めた全身管理が行われたが 1 か月後に死亡した。

医学的検証のまとめ方 (例)

【事例】バセドウ病術後、出血 → 気道狭窄 → 窒息

【診断】

【一般論】

甲状腺診断ガイドラインでは、
a) 臨床所見①頻脈、体重減少、手指振戦等の中毒症状、②甲状腺腫大、③眼球突出、b) 検査所見① FT4, FT3, …② TSH 低値、…から；a) の 1 つ以上 + b) の 4 つ…で、診断基準を満たした場合、治療開始とする。

【事実→検証】

本症例は上記の要件の内、a) の①②、b) の①②③を満たし、バセドウ病と診断したことは妥当。

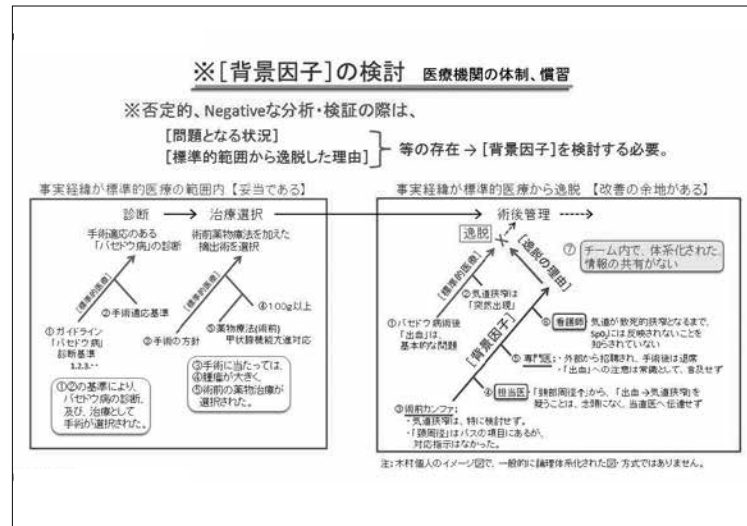
【治療選択】

【事 実】

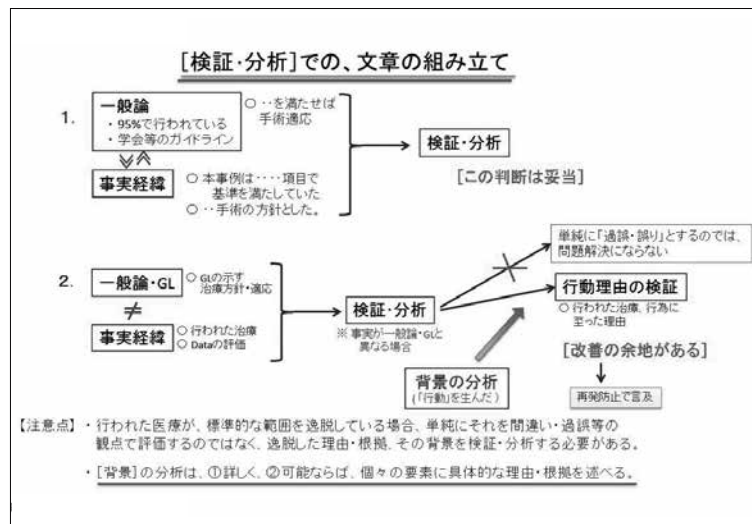
甲状腺機能が著明に亢進、そのためまず薬物治療として、抗甲状腺薬…を…mg 内服、外来において定期的な検査データのフォロー、標準的な経過観察が行われていた。

【一般論】

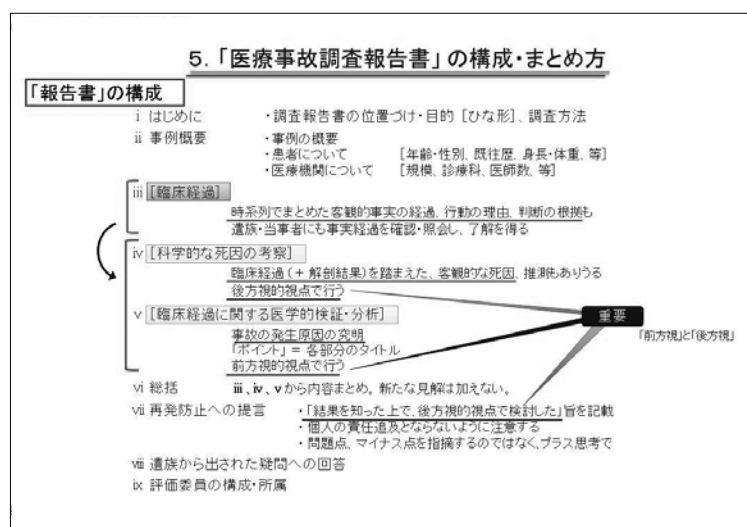
バセドウ病の治療には、薬物療法、アイソトープ治療、手術があるが、甲状腺機能が正常にならないと手術は禁忌。また、機能亢進状態で疲弊した状況でのアイソトープ治療は、Af、心不全等があることから、一般的にまず薬物療法となる。また、膨大が著しい場合は手術適応とされ、本疾



スライド⑤



スライド⑥



スライド⑦

患は 100g 程度の大きさであり、手術の適応である。

【検証・評価】

本患者で、まず薬物用法として内服薬投与を開始、その効果を外来でフォロー、著明な腺腫大に対し手術が選択され、機能の正常化を確認して手術時期が決定されたことは適切であった。

【リスク評価・術後管理】

【事 実】

本患者は頸部がやや太めであり、術後出血が発生した場合に、その評価が困難となるリスクがあったと考えられるが、このリスクについて術前カンファレンスでは特に問題とされず、主治医・看護チーム間で情報共有されなかった。

【背 景】

医療機関の体制、慣習

※Negative な評価の際は、「背景」「標準的範囲から逸脱の具体的理由」等が必要

【評価】

当該診療科及び病棟では、術前の頸部周囲の評価については体系化された対応がなく、この点については改善の余地がある。

れることが事故調査報告書の目的であり、(中略)なお、センター調査報告書は、裁判等の資料として使用されることを意図してはいない。

【センター調査と院内調査の関係】

(3) 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組みであり、その原因を分析することを通じて自らの組織における医療の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。

(4) 「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法で調査を行っている。

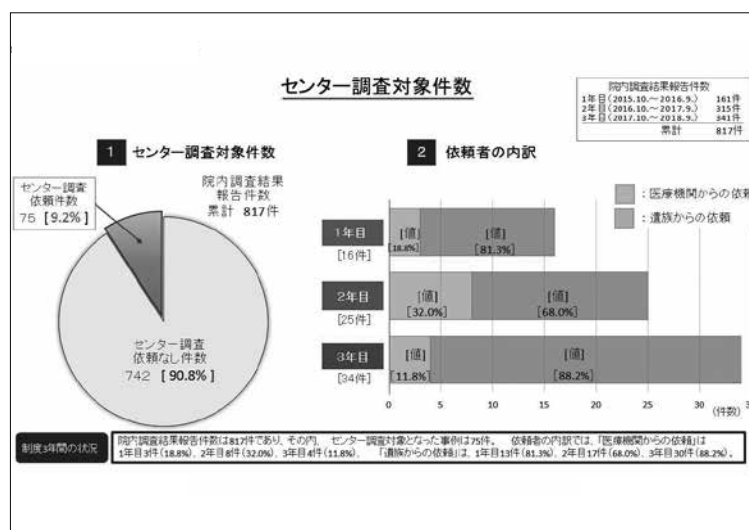
(5) センター調査は、院内調査を受けて行うことが原則であり、解剖結果等その後に行われた情報も加えて行われるため、院内調査の結果と異なることも有り得るが、それぞれの

IV 「医療事故調査・支援センター」の役割 (スライド⑧参照)

「センター調査」実施に当たっての基本方針

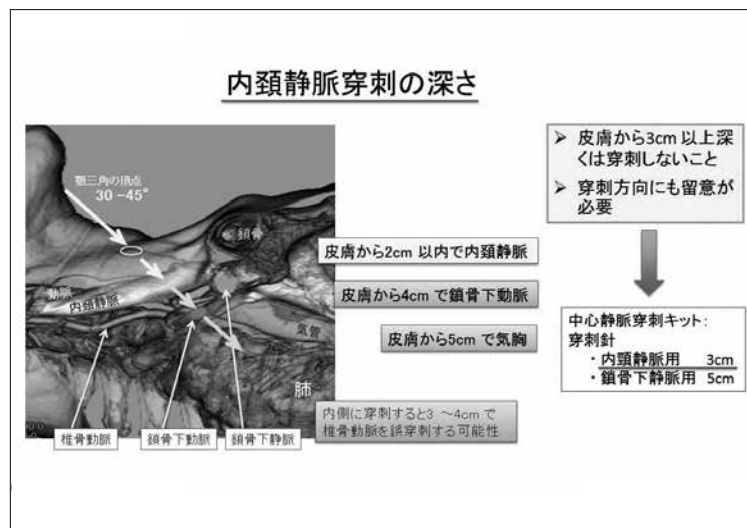
【目的】

- (1) センター調査は、事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療安全の確保を目的とし、個人の責任追及を目的とするものではない。
- (2) この報告書は患者遺族ならびに医療機関に交付される。医療機関と患者遺族に事故調査結果が伝えられること、また、その再発防止に役立てら

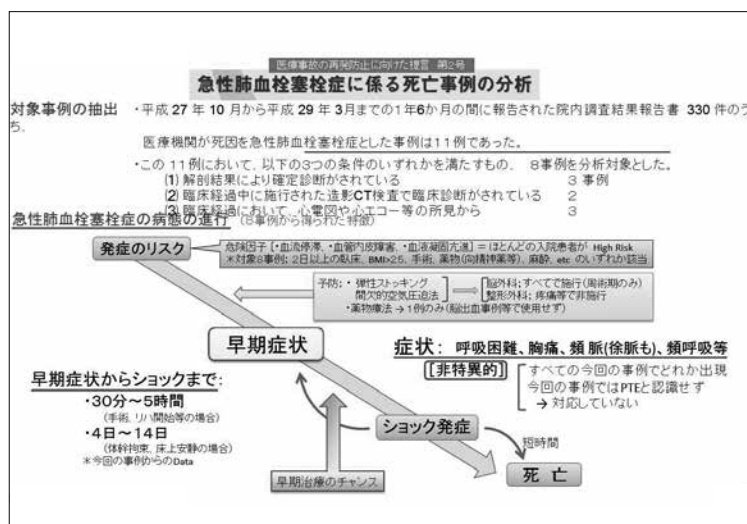


スライド⑧

事者・管理者の努力に加え、支援団体として、「院内事故調査」を指導する、医師会、基幹病院、地域の大学、広く学会等の連携が必要である。さらに、医療機器、薬剤等の取扱い基準、安全対応の標準化等を含め、医療界としての連携体制、情報共有を進めることも重要な課題である。そして、医療を受ける側の理解、及び社会からの支えも必要である。



スライド⑫



スライド⑬



スライド⑭

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 31 年 1 月 12 日 (土) 15:00 ~

ところ 山口県総合保健会館 2 階 第 1 研修室

[報告 : 常任理事 中村 洋]

特別講演 1

治療と職業生活の両立支援～産業医の留意点

城戸産業医事務所 城戸 尚治

両立支援について

仕事と家庭生活を両立することで企業の好循環につながると言われている。両立支援に関しては、休み方・働き方等の職場環境の整備、病気の労働者の適正配置が柱となる。

これらの背景としては、平成 28 年にがん対策基本法が改正され、事業者ががん患者の雇用継続に配慮する努力義務が課されたことがある。また、がん対策推進基本計画の中でも、がん患者の就労支援に取り組むことが盛り込まれており、一億総活躍社会の実現も影響している。

治療と職業生活の両立の状況について

日本は職場の中でも高年齢労働者が増えており、2 人に 1 人が健康診断で所見を抱え、3 人に 1 人が病気を抱えて就業している。また、がん治療技術の進歩により、がん等が慢性疾患に変わるとともに、職場の環境整備が必要となる。疾病を抱える労働者の就業に関する課題としては、仕事を理由に適切な治療が受けられないこと、会社の理解や支援が不十分で就労が継続できないことがある。例としては、病気休暇を申請せずに退職したり、がん労働者の 34% が依願退職や解雇されたりしている。事業場における課題としては、病気や治療に関する見通しが分からない、復職可否の判断が難しい等がある。

ガイドラインについて

2016 年 2 月に厚労省より『治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』が出ている。事業者としては、継続的な人材確保、ワークライフ・バランスの面から両

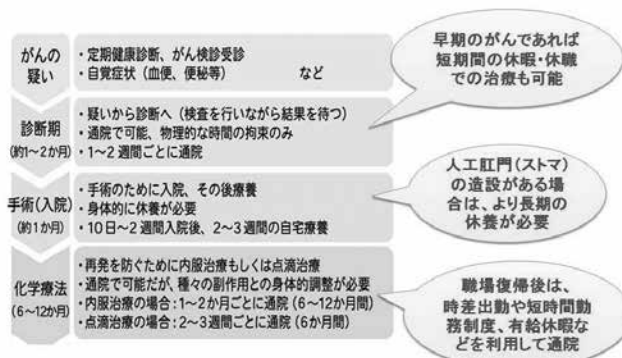
立支援は必要である。しかし、大前提として安全配慮義務、自己保健義務がある。取組みに関しては産業医がするだけではなく、職場環境も大切である。内容としては衛生委員会で周知すること、研修を行うことがガイドラインにも記載されている。また、休暇制度、勤務制度を柔軟に作ることが大事である。産業医としても職場の環境を知っておかないと効率的な両立支援ができないと言える。

就業上の措置の流れについて

治療と仕事の両立支援のための取組みの進め方としては、①労働者から主治医に仕事の情報を提供し主治医からの診療及び就業上の意見書を事業者へ提出、②事業者が産業医の意見を聴取、③事業者が就業上の措置等を決定・実施、である。

会社としては、安易に“病気だから働けない”と判断するのではなく、働ける仕事はないか検討し、就業の機会をなくさないようにすることが重要である。また、産業医、事業者が復帰後のプランを策定することでスムーズな両立支援につながる。

大腸がん患者の治療と仕事の流れ (例)



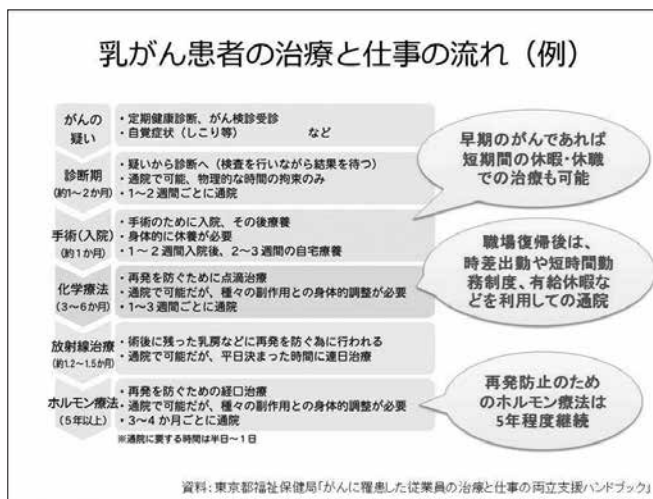
資料: 東京都福祉保健局「がんに罹患した従業員の治療と仕事の両立支援ハンドブック」

がんに関する留意事項

職場の「がんでは働けない」という思い込みを払拭することも産業医の役割である。入院期間が短縮しており、外来での治療が長期になっているため、仕事ができる期間も延びてきている。手術、抗がん剤治療、放射線治療は経過によって就業上の措置や治療への配慮内容の変更が必要である。また、精神的ショックを受ける場合が多いため、メンタルヘルス面のサポートも産業医の重要な役割である。

就業上の措置について

主治医からの情報をもとに産業医は就業措置を検討するが、医療の専門家ではない事業者にも分かるように説明・提案することが重要である。また、業務を代替する上司や同僚等の健康配慮、個人情報への適切な取扱い等も配慮すべき点である。



就業上の措置の例

体力低下を考慮した業務負荷軽減

残業、交替勤務、出張、立位作業等の制限

治療・通院時間に対する時間的配慮

放射線治療中の短時間勤務（平日朝一番に病院受診後に出社）

治療の副作用に対する業務内容の変更

抗がん剤治療中脱毛と倦怠感があり、一定期間接客業務から後方支援業務に変更

手術後の体調不良に対する職場環境の配慮

大腸手術後に排便障害があり、トイレに行きやすい入口近くに座席を移動

免疫力低下に対する周囲の配慮

職場での咳エチケットの徹底、通勤時間の緩和（時差出勤）

就業上の措置に関する意見書発行 人事や上司への説明

特別講演 2

最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部健康安全課長 末廣 高明
労働災害の防止について

県内の労働災害としては、平成 30 年 10 月末までに 14 名死亡、休業 4 日以上之死傷災害が 1,176 名となっている。30 年度は第 13 次労働災害防止計画の初年度であり、5 年掛けて死亡災害を 15%、休業 4 日以上之災害を 5% 減少することが目標である。しかし、県内ではこの目標に対して非常に厳しい現状にある。内容としては、製造業・建設業が減少しているのに対し、運輸交通業（特に荷役作業中）の災害が多く発生している。

労働局は事故の際に調査をする。労働基準監督署は事故以前に定期的にテーマを決めて調査をしているが、その際に、安全衛生委員会や産業医についても質問をしている。産業医がいない事業所では医療的対応が難しい現状にある。

労働安全衛生法改正について

一般労働者に対する面接指導の対象が、現行の「1 月当たり 100 時間超」から「1 月当たり 80 時間超」へ見直される。この背景には、労働基準法の総労働時間規制の強化がある。従来は残業については三六協定の条件について法的な規制がなかったため、運輸交通業等では年間 1,000 時間超の三六協定も結ばれていた。4 月以降は法律で規制された以上の三六協定は受け付けなくなる。しかし、残業時間をすべて把握することは難しいため、1 月当たり 60～70 時間等の労働者がいるかどうかを一度、事業所に確認することがポイントとなる。

産業医に対する情報提供については、①義務として健康診断・面接指導を実施後の就業上の措置の内容、②長時間労働者に関すること、③労働者の業務に関する情報がある。

産業医の権限の明確化としては、①事業者又は総括安全衛生管理者に対して意見を述べる、②労働者からの情報収集、

③緊急時に労働者に対して必要な措置を指示する、④衛生委員会に対して調査審議を求める、がある。

産業医の勧告の実効性の確保としては、①産業医が勧告をする際は事業者の意見を求める、②勧告内容については衛生委員会への報告を義務付ける、③衛生委員会の意見及び当該意見を踏まえて講じた措置の内容等の記録・保存を事業者に義務付ける、がある。

健康情報の取扱ルールの明確化・適正化については、①事業者は労働者の健康情報を取り扱う

に当たっては労働者の健康の確保に必要な範囲内で取り扱う（本人の同意がある場合等を除く）、②労働者の健康情報を適正に管理するために必要な措置を事業者に義務付ける、がある。

医師の長時間労働について

2024 年より、医師の長時間労働が規制される。しかし、医療事務や検査技師等の医師以外の者は 4 月 1 日より「月 45 時間、年 360 時間」の規制が始まる。

『若き日（青春時代）の思い出』原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字程度

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

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 31 年 2 月 7 日（木）15：00～
ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事 萬 忠雄
常任理事 清水 暢

協 議

1 心房細動に対するパナルジンの適応について
〔国保連合会〕

平成 2 年 8 月開催の社保・国保審査委員合同協議会において、心房細動に対してパナルジンの使用を認める取扱いになっているが、現在では心房細動に対する薬剤の選択肢が増えてきているため、パナルジンの使用について再度ご協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 2 年 10 月 21 日号・社保国保審査委員合同協議会
平成 14 年 10 月 1 日号・社保国保審査委員合同協議会

認めない取扱いとする。

2 薬剤 7 種類未満の処方せん料の減額について
〔支払基金〕

医科と調剤で食事に関する服用時点のルール

違う 1 処方 7 種類の取扱いについて、平成 22 年 6 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、「医薬品の『用法・用量』に従って取扱う。」と協議されている。

【当時の事例】

医科においては、1 処方 7 種類未満（所定単位当たりの薬価が 205 円以下は 1 種類とするルール適用）の処方せんが発行された場合でも、薬局で調剤する時点で調剤報酬ルール（食事に関する服用時点とは食前・食後・食間の 3 区分のみ）により算出し、1 処方 7 種類以上となる。（処方せん料が減額となる）

（例）医科⇒食後・食直後・食後 30 分は「別服用時点」。
調剤⇒食後・食直後・食後 30 分は「同一服用時点」。（すべて「食後」となる）

出席者

委員

藤原 淳
小野 弘子
西村 公一
矢賀 健
藤井 崇史
赤司 和彦
田中 裕子
久我 貴之
神徳 済

委員

浴村 正治
上野 安孝
村上不二夫
成松 昭夫
新田 豊
道重 博行
湯尻 俊昭

県医師会

会 長 河村 康明
専務理事 加藤 智栄
常任理事 萬 忠雄
常任理事 清水 暢
理 事 伊藤 真一
理 事 吉水 一郎
理 事 郷良 秀典

以上について、いまだに保険者から再審査申し出が多く提出され苦慮しているが、平成 22 年の協議どおりとし、すべて「原審どおり（審査に馴染まない）」として取扱ってよいか、再度、協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 22 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

従来の合議どおり。医科と調剤における「服用ルール」が異なるため、院外処方の場合は医科の服用方法で判断することとなり、「原審どおり」とする。

※ 厚労省も同見解。

3 中心静脈注射用カテーテルの交換頻度について〔国保連合会〕

中心静脈注射用カテーテルの交換を、「感染防止のため」とコメントを入れ、7 日間隔で算定している事例が見受けられる。ガイドラインでは感染防止のためのカテーテル交換は必要ないとされており、頻回の交換は、かえって感染症を引き起こす危険性があることから、カテーテルの交換頻度について協議願いたい。

感染防止のためのカテーテル交換は認めない。カテーテル感染症、カテーテル破損及びカテーテル閉塞等の場合は、カテーテル交換を認める。

4 輸血後の HTLV 検査について〔支払基金〕

平成 16 年 3 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、「HIV 検査に準じて、当該輸血又は輸注が行われた最終日をレセプト摘要欄に記載すること。」で認めると協議されているが、輸血後の HTLV 検査の必要性について、再度、協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 4 月 11 日号・社保国保審査委員連絡委員会

不要であり認められない。

5 HER2 遺伝子標本作製について〔支払基金〕

HER2 タンパクの施行がない場合の HER2 遺伝子標本作製の取扱いについて、協議願いたい。

【通知】

(1) HER2 遺伝子標本作製は、抗 HER2 ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH 法又は SISH 法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に 1 回を限度として算定する。

(2) 本標本作製と N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の HER2 タンパクを同一の目的で実施した場合は、本区分の「N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の HER2 タンパクによる病理標本作製を併せて行った場合」により算定する。

HER2 タンパク「2+」のみが HER2 遺伝子標本作製の適応となるため、HER2 タンパクの施行がない HER2 遺伝子標本の算定は原則、認められない。特殊な事例及び当月のレセプトで判断できない事例は、注記を必要とし、審査委員会の判断（返戻及び査定もあり得る）となる。

※ 以上の新たに合意されたものについては、平成 31 年 4 月診療分から適用する。

お知らせ

社保・国保の保険協議会結果において「注記が必要」とある項目については、電子レセプトによる審査（画面審査）が行われている現在において、誤った審査処理等を避けるため、原則、摘要欄最上部へ記載されるようお願いいたします。

医師年金

＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション！

医師年金 検索

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

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

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人

日本医師会 年金・税制課

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

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）

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

保険料からプラン作成

保険料	基本：月払	加算：月払
加入年金	12,000円	月給増額 80,000円
基本年金	12,000円	12,000円
合計月給増額	72,000円	

設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27 年 5 月 7 日
生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日
試算日年齢	40 歳
加入申込期間	平成 27 年 6 月 15 日
加入予定年月	平成 27 年 7 月
加入時年齢	40 歳 6 ヵ月
加算支払開始年月	平成 27 年 7 月
年金受取開始年月	平成 52 年 1 月
加算受取開始年齢	65 歳
支払保険料累計	21,168,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期間は、15日（土日・祝日の場合は、その前日）となります。
- ・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。
- ・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中に亡くなった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が受給することができます。
- ・「受給コースごとの選択（1回・2回）」は、受取開始の時に決めなければなりません。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延ばすことができます。
- ・「受取年金月額」は標準です。現在は標準1.5%の減額となっており、将来、年金が削減された場合に減額される可能性があります。

受給年金	●81コース	●82コース	●83コース	●84コース
加入年金	12,000円	12,000円	12,000円	12,000円
基本年金	12,000円	12,000円	12,000円	12,000円
合計月給増額	72,000円	72,000円	72,000円	72,000円
15年受取総額	18,894,000円	25,212,000円	26,020,000円	26,874,000円
15年受取総額	18,894,000円	25,212,000円	26,020,000円	26,874,000円
15年受取総額	18,894,000円	25,212,000円	26,020,000円	26,874,000円
15年受取総額	18,894,000円	25,212,000円	26,020,000円	26,874,000円

20150601S8

第 150 回 山口県医師会生涯研修セミナー 平成 30 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 30 年 11 月 18 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

特別講演 1

「山口県から医療の変革を生み出す

シングルセル + AI 解析ー基礎研究から臨床までー」

山口大学大学院医学系研究科システムズ再生・病態医化学講座教授 清木 誠

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



AI とシステム医学を用いる医療のパラダイムシフト、AI の医療への導入、シングルセル解析について話された。

発症前に先制医療を導入するためには、人の眼を超えた発見力と人智を超えた識別力を持つ人工知能で早期識別をし、その間違いを修正するためにシステム医学を用いる。予測をつけるには、前例を調べないといけないので、ハイリスクの人を集めて、最先端の検査を一人の患者で時間を追ってデータを集積していく必要がある。これがビッグデータになり、それを AI がシステム医学解析をする。これを達成するには 10 年間のデータを蓄積しないとけない。これまでの遺伝子、細胞、臓器などの要素に分解する要素還元主義とは反対に、これからは要素を統合してシステムとして生命を理解する統合主義が必要であり、これがシステム医学である。そのためには多階層、経時的解析が必要になる。システムのように生命を理解することを始めたのがソニーコンピュータサイエンス研究所の北野宏明氏である。生命現象をコンピュータネットワークで理解する。ネットワークが不安定になると疾病状態になる原因遺伝子をはじめ、各科にわたる情報集積が必要になる。北野氏は山口大学の人工知能の研究所を作る予定になっているが、これは山口県はシステム医学を行

うのに医療データが集まりやすいので山口県ですることになった。特に大事なのは一人一人の複数科にまたがるデータの蓄積、横断的データ、または世代を超えた疾病データが蓄積できるということである。3 年前に山口大学から研究拠点の認可を受け、山口大学多階層のシステム医学研究・教育拠点を作り、浅井先生に人工知能、システム医学の解析を進めてもらっている。自分はデータの収集役であり、実験系である。例えば第二内科なら循環器のマウスのモデルがあり、今までは心臓を培養細胞で二次元的に培養していたが、それを三次元で、心臓が拍動するようなものが作れる時代になっている。これを臓器に近いものなのでオルガノイドという。例えば心筋症の患者の少量のバイオプシーから患者の心臓自体を三次元で身体の外で培養できる。第二外科では手術標本を凍らせて、シングルセル解析をする。また、この標本からもオルガノイドを作る。自分は個体臓器、一番小さな単位である細胞、こういった多階層の解析ができる実験系を担当している。公衆衛生学の田邊教授は集団または世代を超えて山口県の特性を利用して、検査データを集めている。これらのメタデータを浅井先生に渡して解析していただく。これを 5 年、10 年溜めていくと、山口県から予測個別化医療ができる。2018 年 4 月

にようやく、現在の 3 人と山口大学医学部附属病院医療情報部で電子カルテを担当している石田教授を加えた 4 人で AI 専門講座、AISMEC を設立した。これは日本の医学部では初めてであり、東京の丸の内の丸ビルで記者会見を行った。AI とシステムバイオロジー、システム医学を組み合わせることで病院で行うのは世界で初である。政府の第 5 期科学技術基本計画で Society5.0 に突入しつつあり、これはサイバー空間とフィジカル空間を高度に融合させ、経済発展と社会的課題の解決を両立させる、人間中心の社会を作るという計画である。山口大学では地域密着型の AI ホスピタルで県民の健康を守ることを内閣府に申請している。内容は山口県からのデータ（画像の診断、ゲノムの解析、シングルセル解析）をすべて集積し、電子カルテというメガデータ、患者に付随するデータを合わせて GARUDA というシステムに集積させ、人工知能を用いて解析し、山口県内の隅々まで最先端の医療、診断法を行き渡らせることが目的である。データの順次蓄積、それも一人の患者の時系列を追ったデータが必要である。しかし、個人情報に関しては、今までの IRB（施設内審査委員会）、患者倫理規定の患者の同意、サインがあると人工知能を使うと患者が特定できる。そのため AI 時代に合わせた倫理規定の同意が必要である。これを現在、厚労省で作っているが、座長は北野氏がされており、新しい新世代の倫理規定は山口方式で山口でまず作ることを依頼されており、2019 年には山口方式の人工知能の IRB ができる予定である。今までの解析は、ある組織の遺伝子の検査をする場合、その組織を全部溶かして遺伝子がどうなっているかを検査してきたので一つ一つの細胞を考えると役に立たない。そこでシングルセル解析が重要になり、これにより細胞の個性を明らかにできる。解析するには 3 つの技術がある。1 番目はシングルセル RNA シーケンシング、サンプルを採ってきてばらばらにして、これを一個一個チューブに入れて増幅してシーケンスし、塩基配列を決める。人のゲノムがたった 2 日で 10 万円で読める時代になった。2 つ目の技術はマスサイトメトリーで、フローサイトメトリーでは 10 個くらいのタンパクしか調べられ

なかったが、細胞を特徴づけるタンパクを 50 個から 100 個選ぶと 100 万個くらいの細胞を調べることができる。3 つ目が患者の組織そのものを取り出して培養し臓器のような物、つまり永久に保存できるオルガノイドの生成である。患者の肝臓、肺、腎臓、心臓、または、がん組織をとってきて、3mm くらいの培養液入りの穴で 3 次元の臓器を作ることができる。2 次元培養をすると性質が変わってしまうが、このオルガノイドを使って解析をすると、身体にあるままの病態を理解できる。シングルセル解析については、がん細胞は原発巣で増えると、血管を通過して転移巣にいくが、この細胞を血中循環がん細胞（CTC）という。5mm 程度大きさのがんで細胞は 10 億個ある。1 万個あたりから CTC が出てくる。期間にすると CT でがんの診断がつく 5 年くらい前に診断がつけられる。CTC に、壊れて死んだがん細胞も血中に出てくるのでこれを組み合わせて行う方法もある。この 1 個の細胞を調べることができると、今より 5 年前に診断ができるだけでなく、この CTC は転移巣の性質を持っているので、この細胞 1 個からオルガノイドを作り、どの抗がん剤が効くかの予測ができるようになる。このようになりキッドバイオプシーという、患者の血液をとってシングルセル解析をすることが可能になったので、患者にも侵襲を余りかけなくてすむ。2018 年の『Science』に、膵臓がんに対してリキッドバイオプシーを使うと 75% の患者で手術ができたと報告されている。乳がんは少し低い、卵巣がん、肝臓がん、胃がん、食道がんはうまくすると数年単位で早く診断がつけられる。シングルセル解析でこのような細胞の違いを一個一個調べることができ、個性を明らかにできて少数の細胞で見つけることができるので、未知の細胞も見つけることができる。また、細胞間連携についても知ることができる。さらに、細胞の起源やこの細胞がどのようになっているのかを知ることができる。ヒトの発生については、これまではブラックボックスだったが、全世界でこのシングルセル解析を使って、堕胎された胚を使ってヒトの発生が解明されようとしている。われわれは特に免疫細胞とがんの免疫学を進めていきたい。免疫はいろ

いような病気のなりにくさ、あるいは回復のしやすさ、または寿命もある程度予測ができると考えている。シングルセル解析で感染のしやすさ、アレルギーや自己免疫のなりやすさもわかる。手術をする前にこのシングルセル解析をすると、手術をした後にどれくらい治りやすいかも予測できる。保険会社がぜひこの検査を使用したいと申し出ている。山口大学には免疫治療の蓄積があり、岡学長はがんの免疫再生療法の研究を 30 年来行っており、玉田教授が CAR-T 細胞を開発され、固形がんで効かせることに世界で初めて成功させている。幸いなことに、山口県内がん診療の病院は

緊密な連携を取っている。第二外科の吉野先生が頑張っておられるので、今までの 30 年にわたって外科サンプルはすべて凍結されており、これを使って 10 年と言わず 5 年くらいで予測が可能になると考えている。そういったシングルセルの研究所を構築する構想を考えている。山口県の力を結集して医療ネットワーク作るので、ぜひご理解とご協力のほどよろしく願います。

特別講演 2

「救急・集中治療における終末期医療について」

埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター准教授 荒木 尚

〔印象記：柳 井 弘 本 光 幸 〕



救急・集中治療を取り巻く医療倫理環境の変化

高齢・多死社会に向かっているのは避けられない。多くの価値観の存在、核家族・複雑な家庭環境、独居が多い、権利意識、事前意思などの複雑な因子があり、対応する個々の医師の価値観のみではトラブルが発生しやすい。医療が高額という問題もある。したがってチーム医療が求められ、インフォームド・コンセントおよび検証可能な形で記録を残すことが大切である。

人生の最終段階における医療

厚生労働省は平成 27 年 3 月から「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現への切り替えをした。最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるという考え方による（今回の講演は旧来の「終末期医療」の呼称を使用している）。

救急・集中治療の終末期医療

開始された医療・集中治療のあとに、救命不能な状態（救急・集中治療の終末期）となることがある。この場合の対応について、本人はもちろん、家族の意思表示が困難で期待できないことが多い。終末期の定義、その対応について具体的な記載がない。

日本医師会「医師の職業倫理指針」

安楽死事件をうけて、日本医師会は医師の職業倫理指針を平成 16 年 2 月に示した。末期患者における延命治療の差し控えと中止。医師はそれなりに慎重に判断すべき。薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸、輸血、栄養・水分補給などの措置が問題となる。これらの治療行為の差し控えや中止の要件は定まっていなかったが、以下のような指針が示された。

要件として（1）回復の見込みもなく死が避けられない末期状態、（2）治療行為の差し控えや

中止を求める患者の意思表示がその時点で存在。
(1) はその判断が困難、(2) 事前の文章による
意思表示が必要である。

集中治療に携わる医師の倫理綱領（日本集中治療 医学会 平成 17 年 2 月）

集中治療に携わる医師はその治療の継続・変更・
中止に関しては、患者あるいはその家族の十分な
理解と同意のもとに行う。

日本救急医学会 終末期ガイドラインの作成経緯

学会指導医 417 名、救命救急センター・指導
医施設の師長（606 名）にシナリオを提示しアン
ケート調査→委員会ガイドライン（案 1）作成→
法曹界、学会員、学識経験者からの意見聴取、パ
ブリックコメント、他学会ガイドライン参照→委
員会ガイドライン（案 2）→学会としての合意を
得た。

アンケート調査のシナリオ例は以下の如く。
「55 歳男性、肺がん全身転移あり自宅療養中、帰
宅した妻が倒れているのを発見。救急隊到着時
CPA、治療で心拍再開、瞳孔散大、人工呼吸管理
で小康状態になった後、がん末期と判明」。

アンケート結果をみると、医師と看護師とで、
意見がわかれた部分あり。医師は「行っている医
療水準を下げる」という意見が多かった。一方、
看護師は「家族の希望を取り入れる」という意見
がより多かった。

日本救急医学会の基本的スタンス

本人の事前指示、事前意思、家族の意思に加え、
複数の医師および看護師等を含む医療チームの判
断を重視する。医師同士でも意見が異なるため、
検証可能な形で詳細な診療録の記載をすることが
求められる。

救急医療における終末期の判断（4 項目）

1. 脳死
2. 新たに開始された人工装置に依存・臓器機能
不全が不可逆的・移植などの代替手段なし
3. 現状の治療を継続しても数日以内に死亡する
ことが予測される（2. に比べると曖昧）

4. 悪性疾患や回復不可能な病気の末期であるこ
とが判明

主治医の判断と対応

- ・人工呼吸器取り外し（家族立ち会いの下）
- ・透析を行わない
- ・呼吸器設定、循環管理の方法を変更
（以上 3 つはコンセンサスを得られやすい）
- ・水分や栄養補給の制限または中止
（難しく意見が分かれる。看護師からの反対が
多い）

終末期対応に関する 3 学会合同ガイドラインの 経緯

日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循
環器学会の 3 学会。想定している対象患者がほ
ぼ一致し、定義とその後の対応に関してほぼ同
様の考え、複数の提言・指針の存在は混乱と誤
解を招くことから合同ガイドラインを作成した
（2014.11.7）。おおもとは、日本救急医学会ガイ
ドラインを参考とし、患者家族の精神的ケアをよ
り配慮している。本ガイドラインに救急医療の終
末期の判断、延命処置終了の選択肢を明記してい
る。

家族説明をどのような場所で行っているか

ご家族に悲しい知らせを伝え、ご家族の悲嘆の
声を聴くためには、心的な痛みに集中するための
環境（アメニティー）が必要。「哀しみを包み込
む空気」をいかに醸成するか。今そこに倒れ込み、
温かみに触れることができるか。大きな声を出し
て泣くことができるか。内装、調度品、照明、空
調、質感（柔らかさ）。ゼネコン・デザイナーと
のコラボレーションで家族説明の場所の改善を図
る（海外の小児病院の家族説明室、看取りのため
の部屋の紹介。患者さんや家族に苦痛を与えない
配慮。日本でも実現できるはずである）。

意思決定のプロセス

清水哲郎 先生、会田薫子 先生の情報共有一合
意モデル。医療者からの説明に加え、家族からの
価値観、人生観などの説明を聞いて、同意でなく

合意を得る。在宅で看取りをされている多くの先生は実践されているのではないか。これからの救命救急センターでも実施が求められる。

まとめ

救急・集中治療における終末期治療においては、医師や看護師の人生・倫理観が反映される。家族との合意をどのように行うかが問題。

シンポジウム「緩和ケアと終末期医療」

司会

徳山中央病院緩和ケア部長 伊東 武久

シンポジスト

岩国医療センター緩和ケアセンター

医長 白木 照夫

やまもとクリニック院長 山本光太郎

済生会下関総合病院緩和ケア内科長

河田 竜一

山口赤十字病院緩和ケア科部長 上田 宏隆

コメンテーター

埼玉医科大学総合医療センター

高度救命救急センター准教授 荒木 尚

〔印象記：徳 山 伊東 武久〕

緩和ケアでは、2002 年に WHO が「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族の Quality of Life を改善する取り組みである。」と定義している。生命を脅かす病として主にがんを対象に、さまざまなケアと治療を行ってきた。しかし、生命を脅かす病はがんだけに限らない。近年、さまざまな分野で緩和ケアのガイドラインが示されている。例えば、日本循環器学会からの緩和ケア、救急医療での終末期医療に関する提言、集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告、日本老年医学会からの高齢者の終末期、日本神経学会からの神経難病（ALS）の緩和ケア等々である。

われわれがこれまで行ってきた、がん緩和医療について 4 人のシンポジストに話してもらった。

緩和ケア病棟における終末期医療

岩国医療センター緩和ケアセンター

医長 白木 照夫

病床は 24 床で病棟医長 1 名、診療協力医は非常勤精神科医含め 5 名（兼任）をはじめ、病棟師長 1 名、副師長 1 名、看護師 18 名、病棟助手 1 名、臨床心理士 1 名、病棟クラーク 1 名、ボランティア 10 名、宗教家 2 名（仏教、キリスト教）のスタッフで活動されている。岩国医療センターの緩和ケア病棟の特徴として、さまざまな催しがなされていることが挙げられる。茶道や器楽演奏、コーラスはもちろんのこと犬を使ったアニマルセラピーや似顔絵セラピーまであって入院患者を和ませている。在宅部門はないが緩和ケア外来、緩和ケアチームは備えている。平成 29 年度入棟患者総数は 181 名で、そのうちの 81% は院内紹介で 9% が院外紹介、10% が再入院であった。また 84% が病棟内死亡で、12% が在宅移行であった。平均在棟日数は 29.2 日、病棟利用率は 60.0% であった。岩国医療センターの緩和ケア病棟で対応できないことは、①抗がん剤（内服、注射）の投与、②手術、③酸素飽和度や心電図の 24 時間監視、④別の大きな病気を発病した場合の治療、⑤せん妄の激しい人（の身体抑制）、⑥救命処置（胸骨圧迫、人工呼吸）であり、緩和ケア病棟の現実的な適応（あるいは限界）は、①がんの終末期であること（併存疾患の終末期ではないこと）、②せん妄が軽度（認知症が主では

ないこと)、③余命 1 か月、④抗がん治療はしない、⑤急変時 DNR、などである。現在、岩国医療センター緩和ケア病棟の抱える問題点は、①非がん患者の緩和ケア、②保険診療上の拘束、③緩和ケアへの不十分な理解や偏見、④スタッフの量的・質的な不足、⑤在宅部門がないこと、⑥入院の手続き、である。

平成 28 年度の岩国医療センター全体の総死亡退院数は 611 名で、その死因の内訳は非がん 336 名、がん死 275 名であった。がん死者の病棟は一般病棟 127 名、緩和ケア病棟 148 名であった。一般病棟のがん死患者 127 名のうち緩和ケア病棟に紹介があったのは 19 名で、108 名は紹介がなかった。その紹介がなかった理由は、①身体抑制中 20%、②抗がん治療中 17%、③人工呼吸中 14%、④ CPA 入院中 12%、⑤説明はされたが面談に至らず 6%、⑥転医予定 4%、⑦本人家人が拒否 2%、⑧不明 25%、であった。また、緩和ケア病棟に紹介があっても転棟できなかった 19 名の理由は、①転棟前に急変 53%、②身体抑制 29%、③面談前に死亡 12%、④家族が希望せず 6%、の順であった。

非がんの緩和ケアを行うため、国立循環器病研究センターの緩和ケアチームの見学を行った。安定した時期に、それなりの技術が必要であったり、精神科常勤医の問題であったり、薬剤の種類、投与量の問題など少しずつ手探りで対応していきたい。

がん終末期の緩和ケアについての現状を一般病棟の状況も含めて報告していただいた。

在宅における緩和ケアと終末期医療

やまもとクリニック院長 山本 光太郎

やまもとクリニックの在宅診療体制は無床診療所で在宅療養支援診療所でもある。在宅療養支援診療所は平成 18 年度診療報酬改定で、診療報酬上の制度として創設されたもので、① 24 時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者や患者の家族（以下、「患家」）に提供していること、②他の保険医などとの連携により、患家の求めに応じて 24 時間往

診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日などを文書により患家に提供していること、③看護職員との連携により、患家の求めに応じて、保険医の指示に基づいて 24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日などを文書により患家に提供していること、④緊急時に入院する場合の医療機関を文書により患家に提供していること、⑤定期的に、在宅看取り数などを地方社会保険事務局長に報告していること、などが主な基準である。

医師は山本先生一人で、訪問診療時間は月～金は 13 時～15 時まで、土曜は 14 時以降である。平成 30 年 10 月には 25 例の訪問診療をされていて、その内訳は非がん 17 例（68.0%、自宅訪問 11 例、施設訪問 6 例）、がん 8 例（32.0%、自宅訪問 7 例、施設訪問 1 例）であった。訪問診療は 67 回、退院前カンファレンスは 3 回、初診の往診が 2 回、緊急往診（看取り）が 3 回あった。平成 17 年 10 月 3 日から平成 30 年 11 月 12 日までの在宅での看取りは、がん 250 例、非がん 58 例、総数 308 例であった。平成 29 年度における死亡 41 例の看取り場所は、①がん死亡 32 例のうち在宅 27 例（84.4%）、後方病院 5 例（15.6%）、②非がん死亡 9 例のうち在宅 6 例（66.7%）、施設 2 例（22.2%）、後方病院 1 例（11.1%）であった。

在宅でできる医療は、①疼痛管理、②化学療法（標準的化学療法（通院不能な場合など）、緩和的化学療法、症状緩和、骨折など症状予防（ビスホスホネート製剤など）、③呼吸器系の管理（人工呼吸器の管理、気管切開の管理、在宅酸素の管理、痰などの吸引（ポータブル気管支鏡が有用））、④栄養の管理（中心静脈栄養の管理（カフティポンプが有用）、リザーバーの管理（IVH）、経管栄養の管理（経腸栄養用輸液ポンプ（アプリックススマート）が有用）、胃瘻（PEG）の管理（PEG 用ポータブル内視鏡が有用））、⑤外科系の管理（ドレーンの管理、輸血、褥瘡処置、胸水・腹水の穿刺、腹水濃縮再静注（CART）、⑥泌尿器系の管理（膀胱留置カテーテル、腹膜透析、腎瘻）、⑦ストーマ管理（人工肛門、尿路系）、⑧在宅での医療器械（超音波（ポータブル）、心電図（ポータブル）、

レントゲン (ポータブル))、⑨看取り、エンジェルメイクと幅広い。

在宅と病院の診療連携は非常に重要であるが、また外来からの併診、入院から在宅への移行には退院時カンファレンスが大切で、さらに医療保険では医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー、介護保険ではケアマネ・ヘルパー・福祉用具・訪問入浴など常に顔の見える連携が必要である。患者本人とその家族の意思を尊重し、可能な限り在宅で過ごせるよう支援し、希望があれば在宅で看取りまで行っている。

地域がん診療連携拠点病院（下関）における麻酔科医による緩和ケア

済生会下関総合病院緩和ケア内科長 河田 竜一

済生会下関総合病院の緩和ケアは、平成 27 年 1 月に緩和ケア内科を設立、同年 4 月に地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、同年 7 月には症状かんわ外来を開設した。済生会下関総合病院の緩和ケアチームは医師（緩和ケア内科）1 名、看護師 3 名、薬剤師 2 名、理学療法士 1 名、栄養士 1 名、MSW 1 名、がん相談員 1 名、事務員 1 名で構成される。医師は手術麻酔の間に症状かんわ外来を行っている。当院緩和ケア患者の特徴は、①大多数が院内の患者、②予後予測が 6 か月以上、③緩和ケアの治療期間は 2～3 か月が多い、④院内死亡の次に緩和病棟などへの転院が多い、⑤肺がん患者の骨転移の痛みが多い、⑥骨転移の痛み・神経障害痛は難治、である。これらのことから神経ブロックが活かせるか検討した。骨転移の痛みは侵害受容痛と神経障害痛が一緒になった痛みであり、その治療は、①オピオイド・NSAIDs、②ビスフォスフォネート、③抗 RANKL

抗体、④放射線治療、⑤神経ブロックが考えられる。

神経ブロックの適応を考える時に必要なことは、オピオイドが効く痛みか？神経ブロックはできるか？、痛みの種類（内臓痛、骨転移痛、神経障害痛）、痛みの時期（安静時痛、体動時痛）、カテーテル挿入の是非、予測予後（6 か月以上）、全身状態（出血傾向・感染徴候）、入院か？外来か？、緩和ケア病棟に後で行くのか？在宅医療になるのか？、腫瘍の局所浸潤（画像所見）、抗がん治療（化学療法中、放射線治療中、分子標的治療中（創傷治癒遅延））、出血傾向・易感染性などの出現の有無をチェックする必要がある。

神経ブロックの種類には、①体性痛で体幹には局所麻酔薬を使って持続硬膜外ブロック（カテーテル）や肋間神経などにアルコールやフェノールで神経破壊が行われる。四肢には局所麻酔薬・麻酔薬を使って持続硬膜外ブロック（カテーテル）や局所麻酔薬を使って末梢神経ブロック（カテーテル）が行われる。②内臓痛には局所麻酔薬・麻酔薬を使って持続硬膜外ブロック（カテーテル）や腹腔神経叢などアルコール・フェノールを使った神経破壊が行われる。

神経ブロックの弱点は、（1）施行できない症例は①出血傾向（抗凝固薬休薬が必要）、菌血症、②穿刺部位へのがんの浸潤、③全身状態不良、（2）施行できるか悩む（カテーテルを挿入する場合）症例は①化学療法により白血球減少、血小板減少が生じる、②分子標的薬投与により創傷治癒遅延が生じる、（3）カテーテル挿入後の問題、①数日ごとの薬液充填が必要（持続注入器を使用）、②カテーテルの切断、抜去、閉塞、注入不能（突然に生じる）、③カテーテルの清潔維持



(感染防止)、④緩和ケア病棟への転院、自宅療養での継続ができるか、⑤カテーテル留置の限界などが考えられる。局所麻酔薬の持続注入による神経ブロックが有効であったのは、①骨転移の突出痛と神経障害痛を速やかに軽減させた例、②オピオイド副作用例、大量使用例、経口投与不可例、③痛みのため仰臥位 (CT 撮像)、照射体位 (放射線治療) がとれなかった例、放射線治療や化学療法との併用例、カテーテルの限界を相補できる例であった。

講演の最後を、「器質性の痛みと心因性の痛みは厳密に区別できない。心の問題にアプローチしないと疼痛管理は解決しない」「疾患を診るのではなく、その人を診よ」という先人の言葉で締めくくられた。

緩和ケアの目指すところとは？

山口赤十字病院緩和ケア科部長 上田 宏隆

2002 年、WHO (世界保健機関) は生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をすることで、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質 (QOL) を改善するためのアプローチと緩和ケアを定義していて、生命を脅かす疾患はがんだけではない。平成 30 年度診療報酬改定で緩和ケア診療加算等の要件の見直しが行われたことにより、緩和ケアの適応疾患が拡大され、悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群に加え、末期心不全も対象疾患に追加された (緩和ケア診療加算は、いわゆる緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定される)。

悪性疾患の場合は急速に全般的機能の低下が起こり、予後予測が比較的可能な症例も存在するが、臓器不全は急性増悪と改善を繰り返し徐々に悪化するので、終末期と急性増悪の区別が困難で循環器の医師を巻きこんでの対応が必要である。今後、心不全だけでなく、呼吸不全、腎不全、神経難病も対象疾患として浮上してくる可能性がある。一方、「緩和ケアは、がんだけではない、との厚労省の姿勢は間違いではないが、まずはがん対策基本法に定められている通り、急ぐべき課題である“がん”に関する基本計画用の緩和ケア部分をしっかりと詰めなければならない」という意見もある。われわれは、①基本的緩和ケアで対処困難な複雑な問題への介入、②複雑な身体・精神症状の緩和、③困難なコミュニケーション、④困難な心理社会的支援など専門的緩和ケアのスキルを積んで患者とその家族が「何か困っている」という問題意識を持てるよう努力しないといけない。症例ごとの問題点が多岐に亘り対処が難しいが患者と医療者が協働して、情報や目標を共有し不確実性に向き合おうとする取り組み (Shared decision making) をする意思決定支援が必要である。

ディスカッションに入って臨床宗教師の話題、訪問リハビリの話題、精神科の関与、エコー下の神経ブロック、新しい鎮痛剤、睡眠薬の話題が出された。

最後に、荒木先生が「緩和の方策を学ぶことは重要だった。」「不確実性と向き合うには俯瞰的視野に立つこと、家族のスピリチュアルペインを重視して多職種で心のケアを勧めていく必要性」を述べられてシンポジウムを終了した。



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 電話一部(4775)

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

第 51 回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と き 平成 31 年 1 月 27 日（日）9：00～16：10

ところ 大阪府医師会館

【報告：副会長 今村 孝子
理 事 河村 一郎】

ワークショップ

「特別支援の現場から食育を考える」

1. 大阪府立高槻支援学校での事例を通して

大阪府立高槻支援学校首席 村山 聡

支援学校にいる発達障がいの子どもたちは給食が苦手。時間がかかり、食べ方が个性的であり、偏食が多い。白いもの、丸いもの、弾力のあるもの、ねばねばしているもの、臭いのあるものなど苦手なものは子どもによっていろいろと違っている。オムライス・餃子・シュウマイは包まれているので中に何が入っているか分からず苦手、親子丼・たきこみごはん・洋風ちらしずしは混ざっているので苦手だったりするので食べさせるには工夫が必要。

2. 大阪府立枚方支援学校での事例を通して

大阪府立枚方支援学校栄養教諭 原 章子

支援学校の生徒たち、特に知的障がいの支援学校においては肥満の出現率が顕著に高い。本校では給食の時間を授業として位置づけ、視覚支援を行いながら、ことば、数の学習を行っている。支援学校の生徒たちは味、臭い、触感、温度、音に過敏で初めてのものは苦手なため偏食が多く、肥満が多い。そこで偏食指導、肥満指導を行った。偏食指導としては

- ①スモールステップで成功体験を積み上げる（ほめる）
- ②食材に別の付加価値を付ける（星形の人参にするなど）
- ③食材に触れる機会を持つ（そらまめをむくなど）

- ④調理方法を工夫する（ピーマン、人参を刻んでハンバーグにするなど）

肥満指導として

- ①適正なエネルギー量の給食の提供
- ②長期休み中の食事日記の実施
- ③栄養教諭による授業の実施
- ④朝のランニング
- ⑤給食時間中の指導（よく噛むなど）及び毎日の体重測定

以上により、偏食については小学部で指導の効果が見られた。体重増加の背景には本人が抱える不安や不満が関与しているケースが少なくない。

3. 大阪府立支援学校における体位調査と食習慣アンケート報告

大阪府立東淀川支援学校栄養教諭 久保 美陽

府立支援学校の児童生徒についてグループⅠ（視覚障がい、聴覚障がい、知的障がい：以下、「GⅠ」）、グループⅡ（肢体不自由障がい：以下、「GⅡ」）に分けて調査した。2つのグループともにすべての学年において痩身傾向児、肥満傾向児の出現率が高かった。痩身児は中学生以上に多く、肥満児はGⅠでは中学生以上に多く20%ぐらいあった。GⅠにおける学校給食エネルギー量は学校給食摂取基準と同様の傾向であったが、GⅡでは摂取基準よりも低い傾向があった。食習慣アンケートでは、小学・中学で朝食を食べない比率が高く（4%）、1品のみが39%であった。夜10時以降に寝る子、朝8時以降に起きる子は欠食が多かった。

4. 指定発言

大阪府医師会学校医部会

生活習慣病対策委員会委員 高谷 竜三

高槻支援学校において肥満児比率の年次推移について調査した。平成 22 年から減少傾向で平成 30 年は 10 ～ 15% であった。低身長児では肥満度が過大評価されている可能性がある。低身長の肥満児の体脂肪率を検査してみると低い児が多かった。やせを正常と判断している場合もあり、低身長児の多い支援学校では注意が必要である。

特別講演 I

小児栄養疫学研究の勧め：未来の生活習慣病予防に資する科学的根拠をどのように構築すべきか？

東京大学大学院医学系研究科

公共健康医学専攻疫学保健学講座

社会予防疫学分野教授 佐々木 敏

生活習慣病は生涯にわたる予防が大切であり、

小児期から成人期にわたる一貫した予防対策が望まれる。そのために世界各国は、幼児期・小児期から生活習慣病予防に取り組むため、ナトリウム（食塩）、カリウム、飽和脂肪酸、食物繊維など生活習慣病予防に深く関連することが明らかにされている栄養素について食事摂取基準等で幼児・小児が摂取すべき（又はそれ以上摂取しない旨の）量を定めている。しかし、日本人の食事摂取基準（2015 年版）では、1 歳以上の全年齢にその値が定められているのはナトリウム（食塩）だけであり、カリウムと食物繊維は 6 歳以上、飽和脂肪酸に至っては 18 歳以上についてのみ定められている。日本の小中学生において基準量が守られていないのは 1 番が食塩、2 番がカルシウム・脂質・食物繊維である。男児ではソフトドリンクの摂取量が多く、野菜・果物・大豆の摂取が足りない。食塩は摂りすぎると血圧が上がる。減塩指導にて収縮期血圧が下がることがわかっている。醬

プログラム

(敬称略)

9:00～ 開会式

- ・協議会会長挨拶 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長
- ・総会会長挨拶 第 51 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会会長
一般社団法人大阪府医師会会長
公益社団法人日本医師会会長
- ・来賓挨拶 大阪府知事
大阪市長
堺市長
大阪府教育委員会教育長
大阪府健康医療部長
大阪市健康局長
公益社団法人石川県医師会会長
- ・来賓紹介
- ・次期開催地挨拶

北村 悠一郎
茂松 茂人
横倉 義武
松井 一郎
吉村 洋文
竹山 修身
酒井 隆行
藤井 睦子
山口 浩明
安田 健二

9:45～ ワークショップ「特別支援の現場から食育を考える」

- 座長：大阪府医師会学校医部会生活習慣病対策委員会委員
大阪府立高槻支援学校校長
- ・大阪府立高槻支援学校での事例を通して
大阪府立高槻支援学校首席
- ・大阪府立校方支援学校での事例を通して
大阪府立校方支援学校栄養教諭
- ・大阪府立支援学校における体位調査と食習慣アンケート報告
大阪府立東淀川支援学校栄養教諭
- 指定発言 大阪府済生会茨木病院小児科部長
大阪府医師会学校医部会生活習慣病対策委員会委員

東野 博彦
福井 浩平
村山 聡
原 章子
久保 美陽
高谷 竜三

11:15～ 特別講演 I

- 座長：大阪府医師会学校医部会副会長
河内総合病院副院長・大阪府医師会学校医部会生活習慣病対策委員会委員長
- 「小児栄養疫学研究の勧め：未来の生活習慣病予防に資する科学的根拠をどのように構築すべきか？」
東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻疫学
保健学講座社会予防疫学分野教授 佐々木 敏

益田 元子
高屋 淳二

12:15～13:00 総会（休憩）

- 議長：若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長 北村 悠一郎
- 座長：若年者心疾患・生活習慣病対策協議会副会長 長嶋 正實
- 【議事】29年度事業決算の承認、31年度事業計画・予算の決定等、役員交代の報告、学術研究委員会報告

13:00～14:00 特別講演 II

- 座長：若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長 北村 悠一郎
- 一般社団法人大阪府医師会理事 森口 久子
- 「小児重症心不全外科治療の Futurability」
大阪大学大学院医学系研究科外科科学講座心臓血管外科科学教授
一般社団法人大阪府医師会副会長 澤 芳樹

14:00～15:00 一般演説

- 座長：国立循環器病研究センター病理部 山田 修
- 大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員 松下 享
- 大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員
- 「学校での AED 症例に学ぶ」
大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員 寺口 正之
- 大阪市立総合医療センター小児不整脈科副部長 吉田 葉子
- 近畿大学医学部附属病院小児科助教 高田 のり

- 「大阪府内における学校心臓検診の実態と突然死および AED を含む心臓蘇生に関する調査」
大阪市立総合医療センター小児循環器内科主任部長 村上 洋介
- 大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員長

15:00～16:00 教育講演

- 座長：大阪急性期・総合医療センター小児科主任部長 小垣 滋豊
- 大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員
- 「学校心臓検診 - 残されている問題点を考える - 」
大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会委員 篠原 徹

16:00～16:10 総括

- 公益社団法人日本医師会常任理事 道永 麻里

16:10 閉会

- 一般社団法人大阪府医師会副会長 中尾 正俊

油が常にテーブルに置かれていない、外食の回数が少ない児では食塩の摂取量は少ない。減塩対策をして生活習慣病を予防していくことが重要である。日本人の子は脂質の摂取量は 20 ～ 30 % に抑えられているが飽和脂肪酸の摂取量が多く、問題である。

[報告：河村 一郎]

特別講演 II

小児重症心不全外科治療の Futurability

大阪大学大学院医学系研究科外科学講座

心臓血管外科学教授／

大阪府医師会副会長

澤 芳樹

Futurability とは Future と Ability の造語で未来の可能性を示す言葉であり、大阪大学医学部附属病院の商標登録である。本講演では「待ち遠しくなる未来」とする。

改正臓器移植法の施行後、小児に対する心臓移植が可能となり、拡張型心筋症を代表とする重症心不全への移植を目指した積極的治療の可能性が拡大している。2015 年に小児用補助人工心臓 (Berlin heart EXCOR) が保険償還され、待機期間中の Bridge to Transplant としての重要な役割を果たしている。しかし、小児ドナーからの臓器提供は年間数例で、移植待機期間は長期間 (約 5 年) であり、EXCOR のデバイス数が限られていること、補助人工心臓の合併症は不可避であること、心臓移植後の生命予後も必ずしも良くないなど移植医療にも問題点が多い。

大阪大学では、2010 年以降、26 例の小児心筋症患者に Bridge to Transplant として補助人工心臓装着術を施行し、13 例 (50 %) が心臓移植へ到達するも、移植までのデバイス装着期間は平均 541 日と長期である。待機期間中のデバイス関連合併症は約 52 % (1 例死亡) と高い。小児の心臓移植 32 例中 17 例が大阪大学で行われている。海外に比して日本での心臓移植の予後はとても良い。

心筋再生療法を約 20 年間にわたり研究開発しており、自己骨格筋芽細胞シート移植治療は、成人虚血性心疾患に対して保険診療での実施が可能で、本治療は小児重症心筋疾患に対する新たな治

療戦略の一つとして期待される。医師主導型治験で 4 例の小児重症拡張型心筋症に骨格筋芽細胞シート移植治療を行い、治療前後で、左室機能改善効果は有意でないものの、全例で運動耐容能の改善を認めており、保険診療が期待される。

小児重症心不全の治療は未だ発展途上であり、心臓移植までの橋渡しとして、新たなデバイスや iPS 細胞、あるいは新規薬剤を用いた心筋再生療法の導入など、更なる集学的治療体系の確立に期待する。

一般演題

(1) 学校での AED 症例に学ぶ

①学校では AED 装置にて救命できたが、自宅での意識喪失に対応できなかった心室細動の 1 女児例

近畿大学医学部附属病院小児科助教

高田 のり

心筋緻密化障害で外来経過観察中の 9 歳女児がグラウンドで倒れ、AED にて蘇生後入院となる。AED の解析結果、心室細動による意識消失発作と判明するも、植込み型除細動器は体格等から困難と判断し、両親への蘇生講習と AED のレンタルを積極的に検討することにして退院とした。退院翌日の朝食後、意識消失となり救急車内での電気ショックにも改善なく、病院到着時も心室細動があり心肺蘇生に奏功せず死亡した。速やかな BLS・AED 装着の重要性を痛感した。

② AED によって救命できた心室細動の 1 例

－ 2 次救急病院での経緯 －

大阪府医師会学校医部会心臓疾患対策委員会

委員 寺口 正之

10 歳女児が水泳の授業中、プールで硬直性の痙攣があり、心肺停止状態で BLS を開始、5 分後にプールサイド AED にて除細動がなされ救急搬送された。小学校入学時の学校心電図検診で異常は指摘されていない。家族に突然死・若年死はない。入院後、QT 延長症候群やカテコラミン誘発性多型心室性頻拍が疑われたため、3 次救急病院に転院となった。

③ AED によって救命できた心室細動（カテコラミン誘発多形性心室頻拍）の 1 例

ー小児不整脈専門施設での経緯と考察ー

大阪市立総合医療センター

小児不整脈科副部長 吉田 葉子

前述の 10 歳女児は、遺伝性不整脈であるカテコラミン誘発性多形性心室頻拍と確定診断し、遺伝子検査にて心臓カルシウムイオン関連蛋白のリアノジン遺伝子病原変異が確認された。運動や情動など交感神経賦活時に不整脈が発症することから、抗不整脈薬の内服とともに、運動制限を含む生活指導を行い退院とした。中学進学時に、外来にて患者、家族、学校関係者の理解と協力体制を確認した。16 歳現在に至るまで再発なく経過している。学校（小・中・高）での心停止の約 7 割は不整脈を含む心疾患が原因であり、発症後速やかな胸骨圧迫、AED 装着が神経学的後遺症なき回復には必要不可欠である。

(2) 大阪府内における学校心臓検診の実態と突然死および AED を含む心肺蘇生に関する調査

大阪市立総合医療センター小児循環器内科

主任部長／大阪府医師会学校医部会

心臓疾患対策委員会委員長 村上 洋介

大阪府内の全小・中・高校（1,858 人）と全市町村教育委員会（44）を対象に学校心臓検診等についてのアンケートを実施した。回答（回収率）は公立 1,283 校（76%）、私立 76 校（43%）、国立 4 校（40%）、40 教育委員会（91%）で、公立の検診システムは 2 次までの集団検診が 85% で 1 次のみは 10% に対して、私立の場合は 1 次のみ集団検診が 75%、2 次までは 20% であった。一方、AED 設置数は、公立は 1 台が 73% で 4 台以上（最高 5 台）は 0.5% に対して、私立では 1 台は 16% だけで 4 台以上（最高 15 台）が 41% あった。2010 年以降に突然死・心肺蘇生事例があったと回答した学校は公立 27 校、私立 5 校、事例についての詳細な回答は 14 例（16 回）、9 例が男子、基礎疾患が把握されていたのは 7 例（心筋症 5、QT 延長 1、心室期外収縮 1）であった。12 例が生存（後遺症なし）、一旦蘇生後の死亡が 2 例あった。

教育講演

学校心臓検診ー残されている問題点を考えるー

大阪府医師会学校医部会

心臓疾患対策委員会委員 篠原 徹

40 年間、学校心臓検診に深く関わった経験（学校医、検診医療機関嘱託医、2 次検診出務医、専門医療機関心臓外来担当医）から、大阪府の現状を踏まえた問題点を提起する。

- 1) 公立、私立でのシステム上の格差、小・中学校と高校との質の格差
- 2) 特別支援学校や定時制・通信制高校での検診は十分とは言えない
- 3) 学校心臓検診における学校医の立場、役割が明確ではない
- 4) 有所見児の管理の問題（保護者は理解しているか）、トラブル発生時の責任の所在（学校医、検診医？）
- 5) 学校（小→中→高）進学時の連携は十分か、かつ高校卒業時はデータが本人に返却されているか。

また、これまでも指摘されてきた問題点としては、1) 日本独自の学校心臓検診方式は費用対効果は十分であるか、2) 膨大なデータが都道府県単位ですら有効に活用されていないのでは、3) 1 次検診心電図に 4 誘導が用いられている地域が多数存在、4) 検診医療機関選定に入札制度は適切か、また、精度管理に問題はないか、5) 心エコーの導入の有用性と問題点は何か。

以上の問題点を今後の検討課題としたい。

次回の第 52 回総会は石川県医師会主催、次々回の第 53 回は富山県医師会主催と決定した。

[報告：今村 孝子]

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串 2 丁目 3-1 (山口大学医学部横)

TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090

[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

理 事 会

— 第 21 回 —

1 月 31 日 午後 5 時～7 時 4 分

河村会長、林・今村両副会長、加藤専務理事、
萬・藤本・沖中・中村・清水・前川各常任理事、
山下・伊藤・吉水・郷良・河村・長谷川各理事、
篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 144 回日本医師会臨時代議員会における質問について

中国四国ブロック当番県より、3 月 31 日開催の標記臨時代議員会の質問提出依頼があった。次回理事会までに案を提出し、協議することが決定した。

2 平成 31 年度新規事業（案）について

前回理事会で協議後、新たに提案された 4 件及び取り下げ 1 件について協議を行った。

3 「肺がん検診講習会 2019」の後援について

山口県肺がん研究会より、肺がん検診読影従事者等を対象とした標記講習会の名義後援の依頼があり、承諾することが決定した。

人事事項

1 山口県公務災害補償等認定委員会の委員について

現委員の任期満了により、防府市の御江慎一郎先生を推薦することが決定した。

2 学校心臓検診検討委員会の委員について

委員 1 名より辞任の申出があり、標記委員会から推薦のあった、下関市の岡田清吾先生を後任とすることが決定した。

報告事項

1 山口県医師会産業医研修会・産業医部会総会（1 月 12 日）

城戸産業医事務所（横浜市）の城戸尚治先生による「治療と職業生活の両立支援～産業医の留意点」、山口労働局労働基準部健康安全課の末廣高明 課長による「最近の労働衛生行政について」の特別講演 2 題を行った。部会総会では、役員の承認、平成 29 年度事業報告・決算の承認、平成 30 年度事業計画の報告が行われた。（中村）

2 山口県臨床検査技師会新年賀詞交歓会（1 月 12 日）

来賓として出席した。（河村会長）

3 山口県胃内視鏡検診研修会（1 月 13 日）

市町における胃がん検診の胃内視鏡検査を実施する医師を対象に、実施する際の留意点や偶発症対策に係る研修会が開催された。受講者 59 名。（伊藤）

4 広島県医師会との懇談会（1 月 13 日）

平成 30 年度診療報酬改定の評価、IPPNW 日本支部山口県支部の体制整備の 2 題について意見交換を行った。（加藤）

5 日本医師会監事会（1 月 15 日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。（河村会長）

6 日本医師会第 11 回理事会（1 月 15 日）

第 16 回医師の働き方改革に関する検討会、第 71 回先進医療会議等の報告後、第 144 回日本医師会臨時代議員会の開催について協議を行った。（河村会長）

7 第 3 回都道府県医師会長協議会（1 月 15 日）

冒頭に「第 30 回日本医学会総会 2019 中部」

理 事 会

の開催案内が行われ、その後、本県提出の「なし崩しのオンライン診療拡大に歯止めを！」を含む 8 題の質問・要望に対して各担当役員から回答が行われた。日医からは「医療機関における働き方改革」「風しんの抗体検査と予防接種」の報告及び「社会保険診療報酬支払基金の組織見直し」等について説明が行われた。(林)

8 自賠責保険研修会 (1 月 17 日)

「自賠責保険のしくみ」(損害保険料率算出機構 山口自賠責損害調査事務所 右田正和 所長)、「人身傷害保険について」(東京海上日動火災保険(株) 山口損害サービス課 沢井雄一郎 課長)の 2 講演及び特別講演「肩腱板断裂の診断と治療」(医療法人名越整形外科医院 名越 充 院長)が開催された。参加者 65 名。(萬)

9 第 51 回山口県学校保健研究大会(1 月 17 日)

山口県学校保健連合会の会長として挨拶を行った。(河村会長)

10 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」 (1 月 17 日)

「医療事故調査制度の概況」(日本医療安全調査機構 木村壯介 常務理事)、「当該医療機関における対応」(日本医師会医療安全対策委員会 宮原保之 委員)等のセミナー及び質疑応答等が行われた。(中村)

11 地域医療構想調整会議：検討部会

「宇部・小野田」(1 月 17 日)

「柳井」(1 月 18 日)

「岩国」(1 月 24 日)

「下関」(1 月 24 日)

地域医療構想調整会議の取組促進に係る対応、地域医療構想の達成に向けた個別医療機関ごとの具体的対応方針等について協議が行われた。

(前川、吉水)

12 都道府県医師会ドクターバンク・女性医師支援担当役員連絡会 (1 月 18 日)

今村 聡 副会長(日医女性医師支援センター長)の挨拶後、小玉弘之 常任理事による講演「アンケート調査結果報告と今後のドクターバンク事業の展開について」、久井明子 コーディネーターによる情報提供「日本医師会女性医師バンク事業の活性化に向けた取り組みについて」が行われた。その後、今後のドクターバンク事業の展開について協議が行われた。(今村)

13 山口県医療事故調査合同協議会 (1 月 19 日)

山口県医療事故調査委員、郡市医師会及び医療事故調査支援団体の情報共有を目的として、講演 2 題「山口県医療事故調査の現状について」(山口県医師会 林 弘人 副会長)、「院内事故調査委員会 参加報告」(山口県薬剤師会 山本武史 先生)及び特別講演「医療事故調査制度～開始 3 年、改めて制度の理念・考え方、発展のための課題～」(日本医療安全調査機構 木村壯介 常務理事)を行った。(林)

14 吉岡春紀先生の旭日双光章受章を祝う会 (1 月 19 日)

来賓として出席し、挨拶を行った。(河村会長)

15 在宅医療関連講師人材養成事業研修会 (1 月 20 日)

地域において在宅医療に関する進捗状況を踏まえた推進活動をするためのリーダー及び研修会等の講師を養成するための研修会で、午前中に 4 講義、午後はワークショップとディスカッションが行われた。本県からは 7 名が出席した。(吉水)

16 第 12 回山口県人権施策推進審議会 (1 月 22 日)

10 年ごとに実施する「人権に関する県民意識調査」の調査内容等について協議を行った。(今村)

理 事 会

17 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(1 月 23 日)

医科では、新規 1 件が承認された。(河村会長)

18 第 3 回学校心臓検診検討委員会 (1 月 24 日)

平成 30 年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会のアンケート集計結果、2019 年度事業等について協議を行った。また、委員 1 名より辞任の申出があり、後任候補者の選定を行った。(藤本)

19 日本医師会第 1 回学術推進会議 (X)

(1 月 24 日)

会長諮問事項「AI の進展による医療の変化と実臨床における諸課題」が示された。その後、「AI と ICT が変える医療—電子カルテデータを活用するための課題」「AI を活用した今後の医療の課題」の講演が行われた。(河村会長)

20 平成 31 年度中国地区 DMAT 連絡協議会実働訓練キックオフ会議 (1 月 24 日)

DMAT 参集訓練が拡大され中国地区 5 県が持ち回りで実施しており、平成 31 年度は山口県が担当となることから、訓練内容等について協議を行った。(前川)

21 第 2 回山口県特別支援学校医療的ケア運営協議会 (1 月 24 日)

今年度の取組状況報告後、特別支援学校における医療的ケアの実施体制、高度な医療的ケアへの対応等について協議を行った。(河村)

22 日本医師会第 25 回財務委員会 (1 月 25 日)

平成 31 年度事業計画 (案) 及び予算 (案) について協議した。(河村会長)

23 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会理事会・評議員会 (1 月 26 日)

平成 29 年度の事業報告及び決算承認、平成

31 年度の事業計画及び予算承認、新役員の選任等が審議された。(河村)

24 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

(1 月 27 日)

総会では、理事会・評議員会で審議された議題が承認された。その後、ワークショップ「特別支援の現場から食育を考える」、特別講演 2 題「小児栄養疫学研究の勧め：未来の生活習慣病予防に資する科学的根拠をどのように構築すべきか?」「小児重症心不全外科治療の Futurability」、一般演題「学校での AED 症例に学ぶ」、「大阪府内における学校心臓検診の実態と突然死および AED を含む心肺蘇生に関する調査」、教育講演「学校心臓検診—残されている問題点を考える—」が行われた。(今村、河村)

25 第 67 回体験学習「放射線医学」(1 月 27 日)

山口大学大学院医学系研究科放射線医学講座の協力により、「日常診療に役立つ胸部・腹部領域の画像診断のポイント」をテーマに、「肺結核の CT：経過観察のポイントとは?」「基礎から学ぶ急性腹症の画像診断」の 2 講義、実習等のプログラムにより行われた。受講者 5 名。(加藤)

26 第 69 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会 (1 月 27 日)

「職場の中の発達障害者～支援と協働に必要なこと～」をメインテーマに、「働く世代の発達障害」「発達に偏りのある青年たちへの就労支援」「発達障害の要因と対策について」「山口県産業医会調査研究事業結果から垣間見える職域での発達障害者支援の課題と現場の取り組みについて」の教育講演 4 題及び特別講演「最近の労働衛生の動向について」が行われた。参加者 186 名。(中村)

理 事 会

27 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会役員会・第 10 回総会・研修会（1 月 27 日）

役員会では、同日午後開催の「第 10 回総会・研修会」の運営について報告があった。また、会則の変更及び平成 31 年度総会の日程について協議が行われた。総会では、平成 29 年度事業報告・収支決算報告、役員改選、会則変更等について審議が行われた。研修会では、日本医師会の小玉弘之 常任理事による「有床診療所の現状と今後」及び日本医師会の中川俊男 副会長による「平成 31 年度税制改正について（医療に係る消費税問題を中心に）」の特別講演 2 題が行われた。（伊藤）

28 山口県女性医師等キャリア支援連絡協議会（1 月 28 日）

一般社団法人全国医学部長病院長会議の依頼により、女性医師のキャリア形成や就業維持等の支援方策の充実を図ることを目的とする「女性医師等キャリア支援モデル全国展開事業」の実施に伴い、山口大学医学部が設置した標記協議会において、女性医師等キャリア支援に関する取組みの紹介及び意見交換を行った。（前川）

29 オレンジドクター制度に関する検討会（1 月 30 日）

地域における認知症の早期発見・早期対応の促進を目的とした「オレンジドクター制度」の設置にあたり、同制度の役割及び認定方法等について、認知症サポート医研修会の講師及び山口県健康福祉部長寿社会課と協議を行った。（清水）

医師国保理事会 — 第 16 回 —

1 平成 31（2019）年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について

平成 31（2019）年度実践計画について協議し、2 月 21 日開催の組合会に承認事項として上程することを議決した。

— 第 22 回 —

2 月 7 日 午後 5 時～6 時 55 分

河村会長、林・今村両副会長、加藤専務理事、萬・沖中・中村・清水・前川各常任理事、山下・伊藤・吉水・郷良・河村・長谷川各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 144 回日本医師会臨時代議員会における質問について

項目 1 題の提案があり、詳細は次回理事会で協議することとなった。

2 第 2 回都市医師会長会議の意見要望について

都市医師会から予告された 2 題について協議を行った。

3 平成 31 年度事業計画（案）について

会長より総論について説明があり、その後、常任理事より担当事業の重点項目について説明が行われた。第 24 回理事会で最終決定することとした。

4 平成 31 年度県事業予算（県医師会委託分）について

平成 31 年度山口県事業予算のうち、本会が受けている委託事業に係る予算の現時点での見積額について事務局長より説明を行った。新規 3 件、廃止 1 件、減額 1 件で、未確定の事業を除くと 16% 程度の減額となる。

5 平成 31 年度予算（案）について

事業計画（案）に基づき予算編成をし、全体の概要について事務局長より説明を行った。予算（案）の詳細については、事業計画（案）と合わせて次回理事会で協議をすることが決定した。

理 事 会

6 後発医薬品の差額通知の対象の見直しについて

県内の国民健康保険の保険者及び山口県後期高齢者医療広域連合から、後発医薬品の使用促進を目的として実施している「後発医薬品の差額通知」事業において、国の目標 80%（数量ベース）の達成のため（山口県の平成 29 年度：75.5%）、通知する金額及び対象者年齢の範囲拡大等について申入れがあり、了承することとした。

人事事項

1 地方公務員災害補償基金山口県支部審査会の委員について

現委員の任期満了により、防府市の原 伸一 先生を推薦することが決定した。

報告事項

1 産業廃棄物処理施設における作業環境管理研修会（1 月 31 日）

共英製鋼株式会社山口営業所（山陽小野田市）において、講演「産廃処理施設における作業環境管理」（宇部興産株式会社統括産業医 塩田直樹 先生）及び工場見学等が行われた。参加者 17 名。（沖中）

2 診療情報提供推進委員会（1 月 31 日）

平成 30 年（1 月～12 月）、山口県医師会に寄せられた 41 件の相談窓口受付事例について報告及び協議を行った。（林）

3 第 3 回山口県糖尿病対策推進委員会

（1 月 31 日）

平成 30 年度事業及び第 6 回日本糖尿病対策推進会議総会の報告後、平成 31 年度事業計画について協議を行った。また、県医務保険課より山口県内の糖尿病性腎症重症化予防の取組み報告が行われた。（伊藤）

4 個別指導「宇部市」（1 月 31 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。

（伊藤）

5 地域医療構想調整会議・全体会議「周南」

（1 月 31 日）

12 月に行った病床機能検討部会の概要を報告後、地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策、個別医療機関ごとの具体的対応方針等について協議が行われた。（前川）

6 三師会懇談会（2 月 1 日）

薬剤師会の担当で開催され、山口東京理科大学の池北雅彦 理事長による講話「山口東京理科大学を取り巻く状況と方向性について」の後、情報交換を行った。（加藤）

7 警察医会第 3 回役員会・第 24 回研修会

（2 月 2 日）

役員会では、平成 31 年度本会表彰規程による被表彰者の候補者の推薦について協議した。第 24 回研修会は、県警察本部から報告・症例提示があり、引き続き、本会の中村 洋 常任理事による講演「法医事例と画像診断」が行われた。出席者 59 名。（前川）

8 第 35 回全国都市緑化やまぐちフェア実行委員会第 5 回総会（2 月 6 日）

標記フェア（愛称：ゆめ花博）は、明治 150 年の年に記念事業の一環として開催され、目標を上回る約 137 万人の入場者があった。平成 30 年度事業報告・収支決算、残余財産の処理案、31 年 3 月 31 日付けでの実行委員会の解散が承認された。（事務局長）

9 広報委員会（2 月 7 日）

会報主要記事掲載予定（3～5 月号）、2019 年度県民公開講座のプログラム、特集記事等の掲

理 事 会

載方法について協議した。(今村)

10 会員の入退会異動

入会 1 件、退会 10 件、異動 11 件。(2 月 1 日
現在会員数：1 号 1,264 名、2 号 868 名、3 号
460 名、合計 2,592 名)

11 日医第 2 回社会保険診療報酬検討委員会

(2 月 6 日)

日医会長からの諮問事項①「平成 30 年度診療
報酬改定の評価」について審議を行った。(萬)

医師国保理事会 ー第 17 回ー

1 第 2 回通常組合会について

2 月 21 日(木)に開催する通常組合会の次第
及び 3 議案について協議、議決した。

2 全協理事長・役員研修会について(2 月 6 日)

公立大学法人埼玉県立大学の田中 滋 理事長に
よる「地域包括ケアシステム時代における保険者
の役割」及び厚生労働省保険局国民健康保険課の
野村知司 課長による「国民健康保険組合を巡る
情勢について」の 2 講演が行われた。(河村理事長)



第 21 回理事会は、河村会長が日医学術推進会議出席のため、予定より一
週遅れの 1 月 31 日に開催、第 22 回理事会は予定通りの第一週の 2 月 7 日
に開催し、珍しく 2 週続きの理事会となった。両日とも考えさせられる報告
が多かったが、独断でいくつかピックアップしてお伝えする。

- (1) 全国国民健康保険組合協会理事長・役員研修会については、「これからの国民保険は成育にシフト
した動きが必要」や「“健康な国民を”という本来の目的に更に沿ったものであってほしい」という
報告があった。国民皆保険の維持が問題視されている昨今、あらためてこれからの医療保険のあるべき
姿について考えさせられた。

ミニ知識：日本の医療保険は、健康保険法(1922 年)に始まり、国民健康保険法(1938 年)となり、
人口増加策及び健兵健民政策を担う手段としての色合いの濃い日中戦争と第二次世界大戦
の時期を経て、1961 年には国民皆保険を達成した。

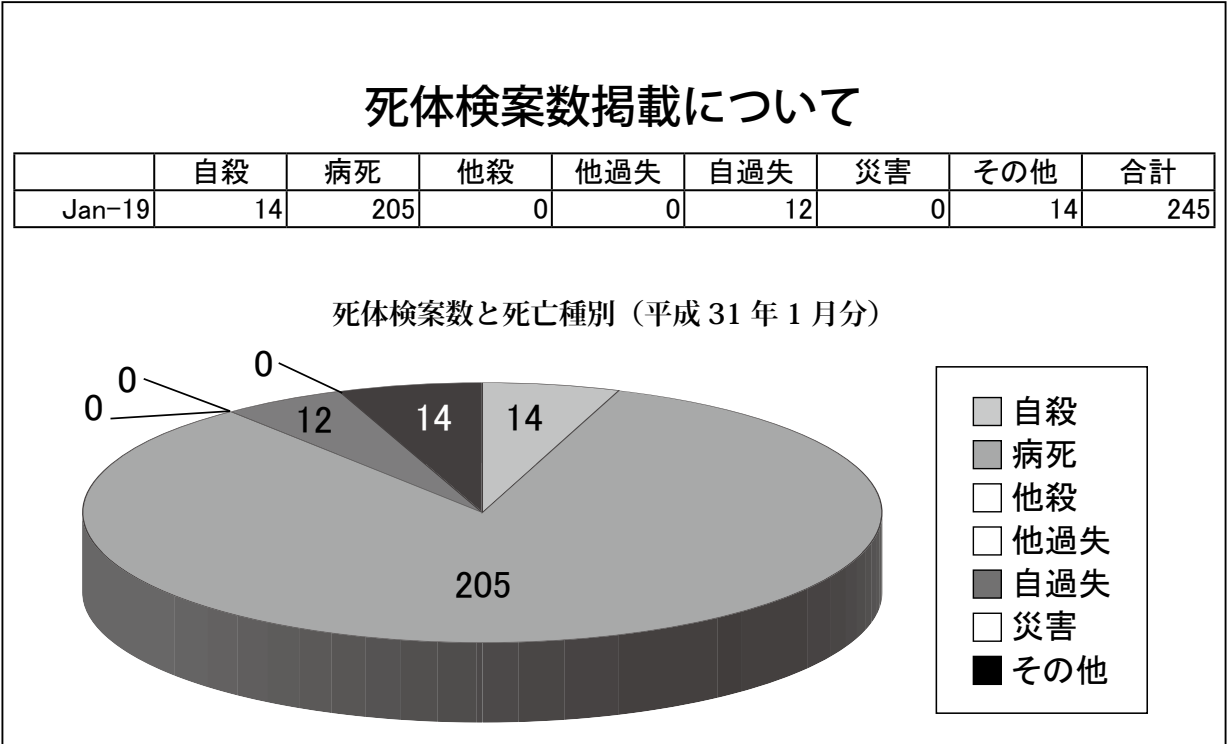
- (2) 日本医師会理事会などで話題の“3つの目”とは、「虫の目」、「鳥の目」、「魚の目」で、物事の状
況を判断する際に用いられる能力のことを示すとのことである。「虫の目」は、虫のように小さな目
で物事の状況を見してみる(ミクロ世界)能力、「鳥の目」は、鳥のように上から俯瞰して(鳥瞰図)
物事の状況を見してみる(マクロ世界)能力、「魚の目」は、「潮の流れを読む」、つまり時代や市場の

流れを読む能力のこと、とのことである。肝に銘じて事に当たりたいが、3つの目のバランスが取れる人間がいるであろうか。

(3) 山口県人権施策推進審議会で、アンケートをする際、性別の問い方として「男・女」以外の選択肢がない事が問題点として挙げられた。当たり前のように思っていた事柄について、人権の立場からもっと深く洞察する必要性について考えさせられた。

今回は、独り言を呟いたような報告となってしまったが、勢いついでに呟きを続けさせていただくことをお許し願いたい。個人的には昨年末やっと成立した成育基本法（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律）の今後に期待が膨らむ。しかし、理念法であることから、関連施策がいかに現状に合った実行力のあるものか否かでこの法律の真価が問われる。虐待死が報道される度に、子ども中心の視点があまりにも欠落していることに歯痒さを感じる。目の前の課題を短絡的に解決するような施策ではなく、子どもが自分の身体と心を大切に、子どもが子どもとして謳歌できるよう、成育過程を尊重する施策であってほしい。おなかの中でも生まれてからも子どもが健やかであることを祈る。切望！

[文責：副会長 今村 孝子]



日医 FAX ニュース

2019 年（平成 31 年）2 月 1 日 2759 号

- 特例事例明確化の必要性を指摘
- 基本診療料への上乗せ、おおむね了解
- 偏在指標、少数区域の基準値「33.3%」
- 風疹感染、追加対策後の改正を確認

2019 年（平成 31 年）2 月 5 日 2760 号

- 医薬分業、「一定程度は院内に回帰を」
- 社保審、新会長に遠藤久夫氏を選出
- 地域枠・地元出身者枠でイメージ提示
- 中小企業、「100 人以下はパート含む」
- インフル報告数、定点当たり 57.09

2019 年（平成 31 年）2 月 8 日 2761 号

- 初診料 288 点、再診料 73 点
- 「初・再診料への還元を希望」が 11 件
- 「医師労働時間短縮計画」の作成要請へ
- 漢方製剤の除外は国際化に逆行
- 医療基本法制定目指し超党派議連

2019 年（平成 31 年）2 月 15 日 2762 号

- 10 月実施へ 19 年度消費税改定を答申
- 控除対象外消費税「ようやく対応」
- 対面なしのオンライン診療など継続審議
- 児童虐待防止へ「医師の役割明確化必要」
- インフル報告数、定点当たり 43.24 に減少

2019 年（平成 31 年）2 月 19 日 2763 号

- 妊産婦への医療検討会が初会合
- タスクシフト「患者の安全を第一に」
- 遺伝子パネル検査で不適切事案
- 与野党議員「児相に医師の常勤配置を」
- インフル報告数、定点当たり 26.28

2019 年（平成 31 年）2 月 22 日 2764 号

- 東京地裁の医師無罪判決「早期収束を」
- マイナンバー「保険証の代用ではない」
- 医療現場の介護処遇改善「検討を」
- 費用対効果評価の骨子案を承認
- 発熱・発疹患者には「麻疹意識を」

2019 年（平成 31 年）2 月 26 日 2765 号

- サブスぺ乱立に懸念、明確基準で認定を
- 病床機能報告「稼働病床数」項目廃止へ
- 新技術や財源問題など「議論したい」
- 「いい医療の日」のロゴマークを募集

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

壇ノ浦の桜

壇ノ浦は源平合戦の最後の戦場である。壇ノ浦の桜が散るのを見ていると、平家滅亡の悲劇まで思いが届く。

祇園精舎の鐘の声 諸行無常の響きあり
 沙羅双樹の花の色 盛者必衰の理をあらわす
 おごれる人も久しからず
 ただ春の夜の夢のごとし
 たけき者もついには滅びぬ
 ひとえに風の前の塵に同じ

この平家物語の冒頭な言葉は、平家の栄枯盛衰を語る中で、仏教の無常観を判りやすく現している。

平 清盛は保元・平治の乱の勝利により、武家の第一人者として武家政権の礎を築く。その後、清盛の娘である徳子が 1171 年に高倉天皇に入台し、平家一門は「平家にあらずんば人にあらず」といわれる程の全盛期を極める。

しかし、平家の隆盛を快く思わない者の反感が強まり、1180 年に源 頼朝が富士川の戦いで平家に勝利し、さらに「鶴越の逆落とし」で有名な一の谷の戦いで義経が勝利する。追われる平家は 1185 年壇ノ浦の海戦で平家の存亡をかけた最後の戦いに臨む。

壇ノ浦の海戦

1185 年（元暦二年）3 月 24 日、攻め寄せる義経水軍 800 艘と、迎え撃つ平家水軍 500 艘が壇ノ浦海戦の火蓋を切った。海戦に長けた平家は午前中の東流れに乗り優勢に戦いを進めた。しか



し海戦は長引き、午後になると潮目が変わり西流れになった。潮の流れに乗った源氏が優勢になった。形勢不利と見た平家の諸將が相次いで源氏方へ投降する。これを見て平家総大将の知盛は、「見るべきほどの事は見た」と敗戦を受け入れ、碇を担いで海底に没する。続いて平氏の最期と覚悟を決めた清盛の妻の二位尼は孫の安徳天皇を両手で抱きかかえ「波の下にも都はございます」と答え、壇ノ浦の渦に舞うごとく身を投げた。その後、清盛の娘の建礼門院ら平家一門の女官たちも次々に渦へと身を投げた。

壇ノ浦 潮目変りて 桜散る

海戦に長けた平家は潮の流れに乗り、義経水軍を追い詰めた。しかし潮目が変わると、義経水軍は潮の流れに乗じて一気に平家水軍を打ち破った。

散り際を 大事に花の 咲き満ちる

栄華を誇った平家の総大将の知盛は最後の海戦の負けを覚悟し、もはやこれまでと碇を担いで海底に没した。散り際を見事に心得ている武将である。

渦潮に 飛花吸い込まれる 壇ノ浦

源平合戦の最後の戦いに敗れた清盛の妻の二位尼は孫である幼帝の安徳天皇を抱きかかえ、舞うように渦潮に吸い込まれていく。

壇ノ浦 渦まく潮へ 花吹雪

清盛の娘の建礼門院を始め、次々と平家の女官たちが壇ノ浦の渦に身を投げた。



山口県医師互助会グループ保険の配当金支払いについて

山口県医師互助会グループ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 30 年 1 月 1 日～平成 30 年 12 月 31 日

- 1 支払保険金・給付金（2 件） 33,000,000 円
- 2 支払配当金
 - 総支払配当金 2,285,330 円
 - 加入者への支払配当金 2,252,820 円
 - 配分率 5.369%
- 3 配当金振込日 平成 31 年 3 月 28 日

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）



被保険者証の更新について

山口県医師国民健康保険組合

本組合の被保険者証を下記のとおり更新します。

記

- 1 更新年月日 2019 年 4 月 1 日
- 2 有効期限 2022 年 3 月 31 日
- 3 新被保険者証の交付

新しい被保険者証は、3 月 22 日頃に各郡市医師会宛に送付します。
なお、新しい被保険者証は、桃色となります。



平成 30 年度 主治医意見書記載のための主治医研修会

と き 平成 31 年 3 月 23 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

開 会 15:00

講 演 15:00 ~ 16:00

介護保険制度について

山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班主任主事 柏村 恵子

特別講演 16:00 ~ 17:00

主治医意見書記載について～脳神経内科の立場から～

独立行政法人国立病院機構柳井医療センター副院長／

認知症疾患医療センターセンター長 宮地 隆史

閉 会 17:00

取得単位

日本医師会生涯教育制度 2 単位

講 演 CC 6 (医療制度と法律) : 1 単位

特別講演 CC 29 (認知能の障害) : 1 単位

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551



平成 31 年度 春季山口県医師テニス大会 & ファミリー大会 in 周南

と き 平成 31 年 4 月 7 日 (日)
 8:30 ~ 開場 9:00 ~ 試合開始 14:00 ~ 表彰式・懇親会
 ところ キリンビバレッジ周南庭球場
 〒745-0851 周南市大字徳山 10427 番地 Tel: 0834-28-0656
 種 目 男子ダブルス、女子ダブルス、ファミリーダブルス
 参加費 6,000 円 (テニスのみ 3,000 円)
 懇親会 キリンビバレッジ周南庭球場管理棟 1 階会議室
 申込先 各支部の世話人もしくは下記へ
 締 切 平成 31 年 3 月 29 日 (金)

※ 男女ともペアは実力ができるだけ均等となるよう、こちらで決めさせていただきます。
 ※ ファミリーは、ご夫婦、ご家族でのペアを想定しています。必ずしも男女となる必要はありません (例: 父親と息子もしくは母親と娘など)。男子・女子ダブルスとの重複エントリーも可能です。

申込先 〒746-0018 周南市大神 3 丁目 12-1
 おのクリニック 小野 薫
 TEL: 0834-61-2300 FAX: 0834-61-2400
 E-Mail: ono-cl@wave.plala.or.jp

平成 31 年度のテニス関連行事予定

4 月 7 日 (日) 春季山口県医師・ファミリー大会 (周南市キリンビバレッジコート)
 4 月 13 日 (土) 14 日 (日) 春季九州山口医師テニス大会 (北九州市営三萩野コート)
 5 月 12 日 (日) 中国四国医師庭球大会 (団体戦) (尾道市びんご運動公園)
 9 月 14 ~ 16 日 全日本医師テニス大会 (札幌市)
 11 月 17 日 (日) 秋季九州山口医師テニス大会 (グラスコート佐賀)
 11 月 24 日 (日) 秋季山口県医師テニス大会・総会 (宇部マテフレッセラコート)

山口県医師テニス協会

会 長 宇野慎一
 理 事 長 野村耕三
 地区理事 水町宗治 (下関・長門地区) 鈴木克佳 (宇部・山陽小野田地区)
 野村耕三 (山口・防府・萩地区) 小野 薫 (周南・岩国地区)

※ 行事への参加申し込みは、地区理事に御相談ください

医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate

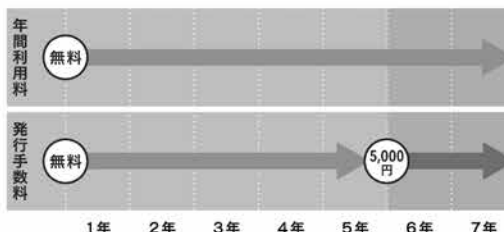


日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

費用

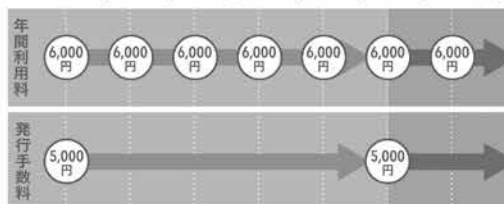
日医会員

- ・初回発行手数料無料。
- ・年間利用料無料。
- ・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)



各種手続き

連絡先変更手続き

医師資格証に関わる連絡先等の情報に変更がある場合は、【連絡先等変更申請書】と医師資格証のコピー(住民票住所変更の場合は住民票の写しの原本も)を日本医師会電子認証センターにご郵送ください。

暗証番号(パスワード)開示手続き

暗証番号を忘れてしまった場合、必要事項を記入の上、【暗証番号(パスワード)開示申請書】をご郵送ください。

医師資格証 利用中止届

医師資格証の利用中止をご希望の場合、必要事項を記入し、医師資格証を同封の上、【利用中止届】をご郵送ください。

医師資格証 紛失届

カードを紛失した場合、【紛失届】に必要事項を記入の上(再発行を希望する場合は再発行手続きも一緒に)、電子認証センターにご郵送ください。カードが不正利用されるのを防ぐため、ご本人確認完了後、カードを緊急失効致します。

医師資格証 再発行申請書

諸事由(カード紛失・破損・姓変更、会員/非会員変更等)により再発行を希望される場合、【発行申請書(再発行)】に必要事項を記載し(写真も貼付してください)、住民票の写し、医師免許証のコピー、身分証のコピーを同封の上、電子認証センターに郵送し、再発行申請を行ってください。(申請書の種類が異なる以外は新規発行と同様の申請手続きとなります。)

※各種手続き書類は、日医電子認証センターホームページよりダウンロードできます。



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

〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階

ホームページ | <http://www.jmaca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2018年2月現在



医師資格証

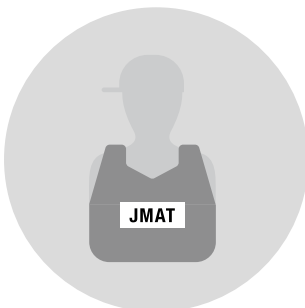
身分証としての利用シーン



採用時の 医師資格確認

医療機関等の採用時に医師免許証と同様に医師資格証の提示による資格確認も新たに認められました。

(公益社団法人日本医師会が発行する医師資格証の提示による医師の資格確認について 医政医発1218号1号 平成29年12月18日) 今回は医師の採用時という内容になっていますが、今後、医師資格証による資格確認を、より広々とした場面でできるように、各方面へ働きかけを進めていく予定です。



緊急時の身分証

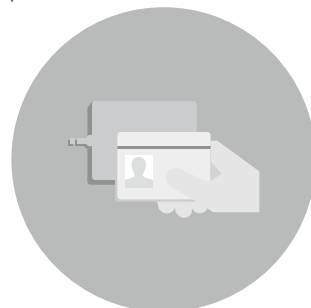
災害時等緊急時に券面の提示によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医療チーム派遣時にも医師資格証の携帯を推奨しています。



JAL DOCTOR 登録制度

JALグループ便機内で急病人や怪我人が発生し、医療援助が必要となった場合、登録いただいた医師の方へ客室乗務員が直接お声掛けをさせていただきます。この制度に申し込む際、医師資格証が必要になります。

(登録および現場対応は任意となります)



講習会受付

生涯教育制度、認定医制度、かかりつけ医機能研修制度等、各種研修会で「医師資格証向け出欠管理システム」が導入されている医師会では、カードをかざすだけで受付を行うことができます。

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送先 ▶

『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。

日医
会員

日医
非会員

発行時費用の
払込票が
郵送されます。

ゆうちょ・コンビニ
払込票にて
支払います。

申請書類

1 医師資格証 発行申請書

ホームページから
ダウンロード出来ます。
撮影から6ヶ月以内の
証明写真が必要です。

2 医師免許証 コピー

(裏書がある場合、
裏面コピーも必要です。)

3 住民票

発行から6ヶ月以内

4 身分証のコピー (下記のいずれか1点) (有効期間内のもの)

- ・日本国旅券
- ・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書 (平成24年4月1日以降発行のもの)
- ・マイナンバーカード ※表面のみ ※通知カード不可
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身分証明書

ご利用シーン

ITでの利用シーン



ログイン認証

地域医療連携ネットワーク・ASP電子署名システム・医師資格証ポータル・プロフィール表示サービス・HPKIカードドライバダウンロード等へのログイン認証に用いることができます。



HPKI電子署名

電子化された医療情報文書に対して、診療情報提供加算の要件の一つであるHPKI署名を付与することができます。電子認証センターで提供している「医師資格証 電子署名システム」と他社ベンダー様で提供しているHPKI電子署名ソフトでご利用いただけます。



研修会受講履歴 単位管理

「医師資格証ポータル」にログインすることで、受講した研修会の履歴や単位管理を行うことができます。
※ 所属の都道府県医師会が「全国医師会研修管理システム」を導入しており、そこで受講実績が確定されたものが表示されます。



MEDPost (文書交換サービス) の利用

MEDPost(文書交換サービス)のログイン時、医師資格証が必要となります。
MEDPostは日本医師会ORCA管理機構が提供しているサービスです。

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17階

2

医師資格証が
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了
通知(ハガキ)が連絡
先住所に到着します。

4

申請者本人が
『対面受取時の書類』
を持参し、発行完了通知に
記載された医師会まで医師
資格証を受け取りに行きます。
※代理人不可

対面受取時の書類

※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証 発行完了通知 (ハガキ)

申請時に記入した
連絡先住所にハガキが
郵送されます。

2

医師免許証(原本)提示 または

医師免許証のコピーの余白に実印を
押印したものと印鑑登録証明書
(発行から6ヶ月以内)を提出

3

身分証の提示 (下記のいずれか1点) (有効期限内のもの)

- ・日本国旅券
- ・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
- ・マイナンバーカード ※通知カード不可
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身分証明書

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。

新 谷 太 郎 氏	下関市医師会	1 月 10 日 享 年 44
松 村 壽太郎 氏	光 市医師会	2 月 12 日 享 年 72
菅 原 トシコ 氏	厚狭郡医師会	2 月 17 日 享 年 92

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 にてご確認ください。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所（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

春は天ぷらの季節。

2 月頭に近所のそば屋を訪れた。そろそろあるかなと思いながら野菜のそば粉揚げを注文する。あった、あった、露のとう。ほろりとした苦みがたまらない。店主が自ら採取してきたそう。他にも菜の花、うるい、石垣島のおおたにわたり、どれもほんのり苦みがある。子供の時には食べられなかった。いつから食べられるようになったんだろう。もう少ししたら、たらの芽やこしあぶらも出てくる。長門峡の近くでゆきのしたを出してくれるところがあったな。しばらくは天ぷら三昧になりそうだ。

（常任理事 中村 洋）

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



YMFG
Yamaguchi
Financial Group

山口銀行
YAMAGUCHI BANK



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）