山口県医師会報

令和元年(2019年)
10月号
－No.1910－

コスモス（リフレッシュパーク豊浦）　渡邉惠幸　撮

Topics

社保・国保審査委員合同協議会

Contents

■今月の視点「健康増進法と山口県並びに山口県医師会の禁煙対策」… 中村　洋　787

■第 102 回山口県医学会総会
…… 久本和夫、空閑克則、立野裕晶、山下哲男　792

■社保・国保審査委員合同協議会…… 清水　暢、郷良秀典　801

■令和元年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会 …… 藤本俊文　808

■令和元年度 中国地区学校保健・学校医大会
…… 今村孝子、藤本俊文、河村一郎　818

■理事会報告（第 10 回、第 11 回）……　822

■山口県の先端医療は 今・・・
「ヨウ素 125 シード線源永久挿入による前立腺癌密封小線源療法」
…… 高井公雄　828

■会員の声「高齢者の睡眠Q＆A」…… 篠原淳一　834

■飄々「故 江藤澄哉 先生の思い出」…… 石田　健　836

■日医 FAX ニュース ……　837

■お知らせ・ご案内……　838

■編集後記…… 中村　洋　852

今月の視点

健康増進法と山口県並びに山口県医師会の禁煙対策

常任理事　中村　　洋

平成 14 年 8 月 2 日、国民の健康増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図ることを目的として**健康増進法**が制定され、第 25 条で、多数の者が利用する施設の管理者に対し、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずる努力義務が規定された。

また、平成 17 年 2 月にたばこの使用及びたばこの煙にさらされることの広がりを継続的かつ実質的に減少させるため、締約国が自国において並びに地域的及び国際的に実施するたばこの規制のための措置についての枠組みを提供することにより、たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護することを目的とした条約である「**たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約**」が発効した。

山口県では平成 18 年 3 月に「分煙」、「防煙」、「禁煙支援」を柱とし、分煙の基本を完全空間分煙とする「**山口県たばこ対策ガイドライン**」が策定された。

平成 22 年 2 月には、「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき」、「社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つ」、「受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し受動喫煙防止対策が国民から求められる気運を高めていくことが重要」、「喫煙者は自分のたばこの煙が周囲の者を曝露していることを認識することが必要」という受動喫煙防止の対策のあり方に関する検討会の報告書を踏まえ、「受動喫煙防止対策について」という**厚生省健康局長通知**が発出された。

これに合わせて、県では**山口県たばこ対策ガイドライン**を改定し、たばこによる害のない社会の実現のために受動喫煙防止、喫煙防止及び禁煙支援の 3 つの柱を提唱した。

受動喫煙防止では、たばこの煙のない（スモークフリー）環境を広げ、受動喫煙を防止するということで、多数の者が利用する公共的な空間については原則禁煙とし、施設の種別ごとに受動喫煙防止対策の内容と基準を設定した。また、屋外喫煙場所設置の際の「10m ルール」を独自に設定した。これは屋外に喫煙場所を設置する場合に通路、出入口、子どものいる空間等から概ね 10m 以上離すことが必要とするものである。

喫煙防止では「たばこを吸い始めたくない」意識・態度を向上させるということで、各ライフステージに応じてさまざまな場を活用し、たばこの害に関する情報提供や健康教育を行う、特に未成年者には、本人や保護者を対象に、効果的な健康教育を実施するとした。

禁煙支援では効果的な禁煙支援により、禁煙成功者を増やすということで、喫煙者に対して、さまざまな機会を通じて禁煙を勧める情報提供を行う、禁煙希望者に対して適切な禁煙支援を提供する、禁煙補助薬（ニコチンパッチやニコチンガム、飲み薬）を用いた禁煙支援の紹介、禁煙外来医療機関をホームページで公表することになった。

山口県医師会では平成 24 年度に禁煙推進委員会を設置、初代委員長に山口大学並びに山口労

災病院に勤務されていた時から禁煙推進のために注力されてきた、松岡整形外科（小野田）の松岡彰 先生（故人）が就任された。禁煙推進委員会では、禁煙宣言を策定すべく意見がとりまとめられ、平成 25 年 12 月の第 18 回理事会にて了承され、「山口県医師会禁煙宣言」として制定された。

山口県医師会禁煙宣言

喫煙は、喫煙者本人の健康を害するのみならず、受動喫煙は非喫煙者に、そして、妊婦の喫煙は胎児に多大な健康影響を与えます。山口県医師会は、以下の宣言をもとに、たばこによる害のない社会の実現に向けて取組みます。

1 . 医師及び医療関係者は率先して禁煙を推進します。
2 . 医療機関及び関連機関は敷地内禁煙を目指します。
3 . 喫煙者に禁煙を推奨し、禁煙支援を行います。
4 . 受動喫煙防止のため、公共的空間での禁煙を推進します。
5 . たばこの害についての啓発活動を行います。
6 . 関係団体等と連携し、たばこ対策を推進します。

平成26年度には禁煙の普及・啓発を目的にグッズ（ピンバッチ）を作成し、県内で禁煙外来を実施されている医療機関へ配布した。

また、学校現場や一般県民向けに使用できるパワーポイントのスライドを作成、自由にダウンロードして活用できるようにした。

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical/non-smoking/

さらに、平成 29 年 12 月 17 日に第 1 回山口県禁煙フォーラムも開催した。メインテーマは「いのち」で、特別講演並びにパネルディスカッションが催された。

国の動きとしては、平成 30 年 7 月に**健康増進法が改正**され、望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、施設の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理者が講ずべき措置等について定められた。

基本的考え方として①「望まない受動喫煙」をなくす、②受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に特に配慮、③施設の類型・場所ごとに対策を実施の 3 点が挙げられ、国及び地方公共団体が望まない受動喫煙が生じないよう、受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努めることが求められている。

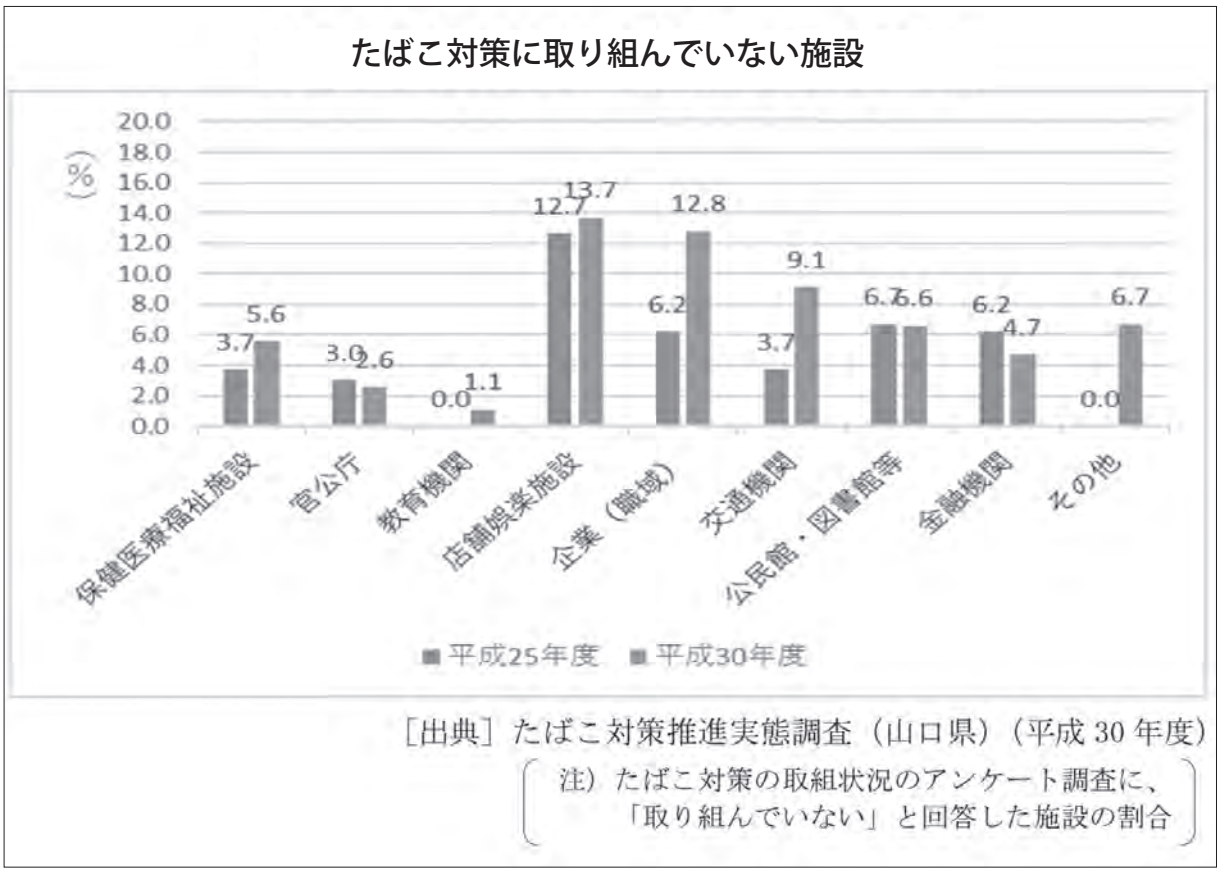
学校、病院、児童福祉施設、行政機関等は、敷地内禁煙（屋外で受動喫煙防止に必要な措置がとられた場所に喫煙場所を設置することは可）・事務所、工場、店舗、飲食店など上記以外の多数の者が利用する施設は、原則屋内禁煙（喫煙専用室内でのみ喫煙可能）・法律の施行時点における既存飲食店のうち、中小企業や個人が運営する店舗であって、面積が 100m^2 以下のものについては、別に法律で定める日までの間、「喫煙」「分煙」の標識の掲示により喫煙可能・違反者には、罰則の適用（過料）が課せられることがあるとした。

施行スケジュールは学校、病院、児童福祉施設、行政機関等が令和元年 7 月 1 日であり、上記以外の多数の者が利用する施設については令和 2 年 4 月 1 日となっている。

これを受けて、山口県議会の平成 30 年 9 月定例会において「**受動喫煙防止の取組の推進に関する条例**」が議員提案により上程され、全会一致で可決、成立した。

この条例は、受動喫煙防止のための取組みについて基本理念を定め、県、県民、事業者・施設管理者の責務又は役割を明らかにするとともに、受動喫煙防止のための取組みに関する施策の基本となる事項を定めることにより、受動喫煙防止のための取組みに関する施策を総合的に推進し、県民の健康で快適な生活の維持に寄与することを目的としている。

まず、県の責務と役割として、受動喫煙に関する正しい知識の普及や県民等の機運の醸成、その他必要な取組みを行うこと、市町及び学校などの教育機関と連携し、子どもや保護者が受動喫煙に関する正しい知識を習得するための教育を進めること、市町や事業者又は施設管理者などが行う受



［出典］たばこ対策推進実態調査（山口県）（平成 30 年度）

（注）たばこ対策の取組状況のアンケート調査に、「取り組んでいない」と回答した施設の割合

動喫煙の防止のための取組みを支援するため、受動喫煙に関する情報の提供や専門的又は技術的な助言を行うことが挙げられている。

次に、県民の責務と役割として、受動喫煙に関する正しい知識の習得に努めること、県や市町が実施する受動喫煙防止のための取組みに協力するよう努めること、身の回りにいる子どもが受動喫煙にあうことがないよう努めること。

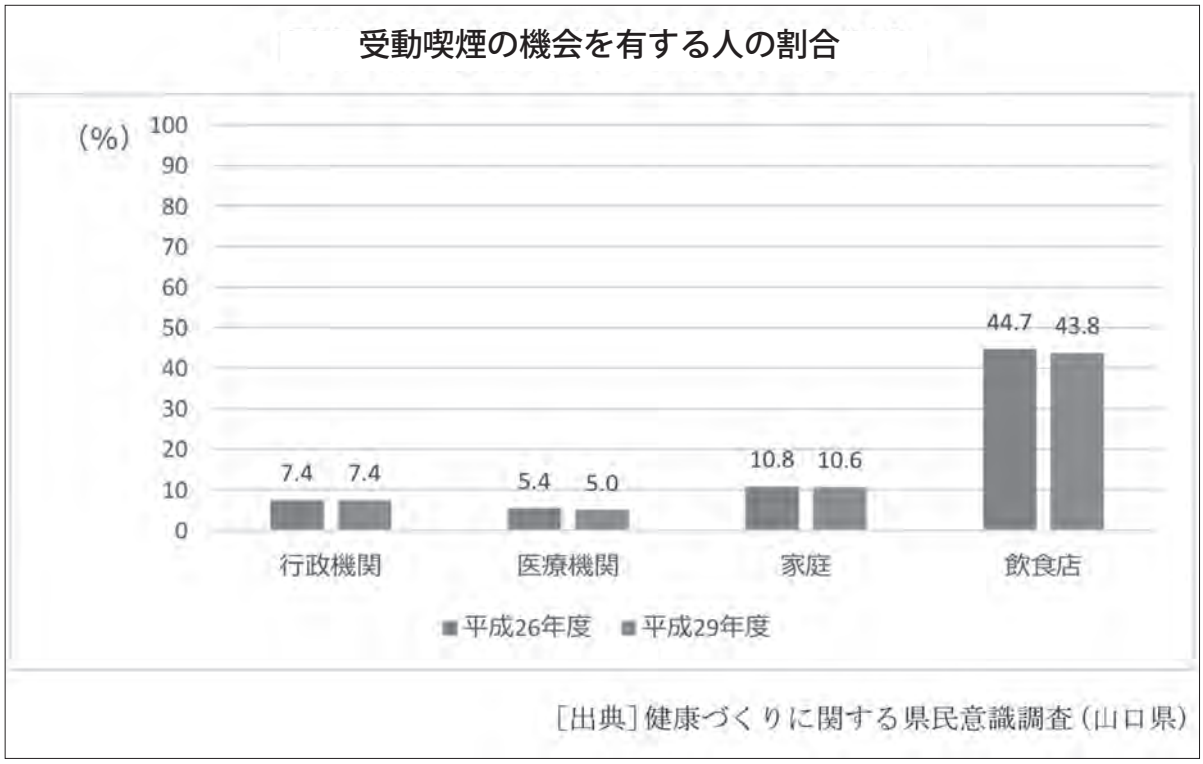
事業者・施設管理者の責務と役割として、受動喫煙に関する正しい知識の習得に努めること、事業所や施設において、室内を禁煙にすることや喫煙場所をはっきり表示するなど、受動喫煙を防止するための環境の整備等に努めること、県や市町が実施する受動喫煙防止のための取組みに協力するよう努めることが挙げられた。

県では、健康増進法の改正及び県議会における受動喫煙防止の取組みの推進に関する条例の制定を踏まえ、ガイドラインの見直しを行い受動喫煙防止対策の取組みを強化することとなった。筆者も平成 31 年 2 月から山口県たばこ対策会議に関係団体委員として参画することになった。

この「**山口県たばこ対策ガイドライン（第３次）**」では目指すべき最終目標を「たばこによる害のない社会の実現」とし、「**受動喫煙防止**」「**喫煙防止（未成年、妊産婦等）**」「**禁煙支援**」を柱とするものとした。

まず、山口県の現状についてであるが、毎年約 5,000 人ががんにより死亡しており、その約 1/5 は肺がんである。喫煙と関係のある心疾患、脳血管疾患、COPD の年齢調整死亡率は、すべて全国値を上回っている。喫煙率（男 27.1%、女 6.9%：H27）は全国平均よりやや低い。妊婦の喫煙率も（5.3%：H18）から（2.8%：H28）と減少している。企業や公共的な空間（施設）については、たばこ対策に取り組んでいないところがまだまだ見られており、特に、飲食店では受動喫煙を強いられることがままある。

県内大学等の受動喫煙対策の実施状況について



は敷地内禁煙 44%（令和元年）であり、喫煙開始年齢別の割合（22 歳までに開始：男 91.8%、女 66.7%、H27）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度（37.4%：H29）、禁煙外来医療機関は（県内 191 か所：H31）である。

受動喫煙防止

目標として、たばこの煙のない（スモークフリー）環境を広げ、望まない受動喫煙を防止する。基本方針としては多数の者が利用する公共的な空間については、原則として禁煙とするとした。

公共的な空間における受動喫煙防止対策の基準

（1）施設等種別ごとの基準
（健康増進法第 28 条、第 29 条）

公共的な空間における受動喫煙防止対策として、施設等種別ごとの基準を設定することとしている。具体的には、子どもなど 20 歳未満の者や患者等が利用者となる第一種施設は敷地内禁煙とするが、20 歳以上が半数を占める大学、高等専門学校、専修学校等及び医療施設は、行政機関と同様に屋外喫煙場所設置可の敷地内禁煙とする方向で検討されているところである。

（2）屋外喫煙場所設置の際の「10m ルール」
（県基準）

（3）喫煙専用室等における標識の掲示
（健康増進法第 33 条第 2 項、第 3 項他）

（4）喫煙専用室等への立入制限
（健康増進法第 33 条第 5 項他）

（5）禁煙状況の利用者への掲示（県基準）

また、県として受動喫煙防止に向けた普及啓発、受動喫煙に関する教育の推進、「やまぐち健康応援団」への加入促進、健康経営企業認定制度への登録促進に取り組むことを求めた。

喫煙防止（未成年、妊産婦等）

「たばこを吸い始めたくない」意識・態度を向上させ、各ライフステージに応じてさまざまな場を活用し、たばこの害に関する情報提供や健康教育を行うことを基本方針とした。

また、県として、ライフステージに応じた情報提供、未成年に対する健康教育の実施、喫煙防止指導を行う人材の育成・確保に取り込むこととなった。

禁煙支援

効果的な禁煙支援により、禁煙成功者を増やすことが目標であり、喫煙者に対して、さまざまな機会を通じて禁煙を勧める情報提供を行う。禁煙希望者に対して、適切な禁煙支援を提供することを基本方針とした。

県として、関係者が連携した適切な禁煙支援の実施や禁煙外来の普及・情報提供、禁煙を促す情報発信の強化、禁煙指導を行う人材の育成・確保に取り組むこととなった。

基盤整備

本ガイドラインに基づくたばこ対策を効果的に推進するための環境づくりとして、「普及啓発」「教育」「ネットワークづくり」に取り組むこととなった。

評価

本ガイドラインに基づく取組みを効果的・効率的に推進するため、「山口県たばこ対策会議」による進行管理を行うこととなった。

このほか「**山口県たばこ対策ガイドライン（第 3 次）**」には山口大学医学部附属病院呼吸器・感染症内科外来医長の山路義和 助教の「動いたときの息切れや長引く痰・咳は COPD という病気かも知れません」や山口県医師会禁煙推進委員会委員で山口赤十字病院呼吸器内科部長の國近尚美先生の「続・先ず隗より始めよ、ですが…」、同委員でひつもと内科循環器科医院院長の櫃本孝志先生の「禁煙外来について」等のコラムも掲載予定である。

「**山口県たばこ対策ガイドライン（第 3 次）**」は本年 10 月中旬以降に改訂、発行予定である。内容に関してはまだまだ変更の可能性もあるが、ぜひ会員のみなさんは手に取って見ていただきたい。また、山口県禁煙推進委員会では学校現場で使用できる新しいパワーポイントのスライドを作成した。大人用のスライドも近日完成予定である。自由にダウンロードし、ご活用されたい。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒753-0814　山口市吉敷下東3-1-1　山口県医師会総務課内 会報編集係
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

第 102 回山口県医学会総会

と　き　令和元年 6 月 16 日（日）9：40 ～
ところ　特　別　講　演：国際ホテル宇部
市民公開講座：渡辺翁記念会館
医師の職業体験：宇部市文化会館

特別講演

Ⅰ　非小細胞肺がんにおける薬物療法の進歩

独立行政法人国立病院機構
山口宇部医療センター院長　亀井　治人

今回、山口宇部医療センター院長の亀井治人 先生に、ご専門の非小細胞肺がんにおける薬物療法の進歩についてご講演いただきました。先生のお話は大変分かりやすく、肺がんの予後は著しく改善し、一部の進行肺がんは治るのではないかという時代を迎えたと述べられ、大きな希望を持つことができました。以下、ご講演の内容を紹介します。

現在、肺がんはがん死亡原因の第 1 位になっている。肺がんは死亡率が高いので、この克服は日本において非常に重要な課題である。

肺がんの治療は着実に進歩しているが、最近になり、特に進行期の非小細胞肺がんにおける薬物療法は急速な進歩を遂げているので、その進歩の程度を紹介したい。

1980 年代には進行期の非小細胞肺がんの生存期間中央値は 4 か月で、治療するべきか、それとも治療せざるべきなのかという論文が発表されたほど予後不良だった。1984 年にシスプラチンというプラチナ製剤が開発され、これら抗がん剤により生存期間中央値は 6 か月に延びた。これによって進行期非小細胞肺がんを治療する根拠を得ることができた。

1990 年代には第 3 世代の抗がん剤が登場してきた。プラチナ製剤との併用療法により、あるいは一次治療で効果がみられなくとも、二次治療で使用することにより予後を延ばすことができ、2000 年頃には生存期間中央値は 1 年を超えるようになった。また、抗がん剤自体の副作用も軽くなり、嘔気を抑え、骨髄抑制に対応する薬剤の登場も加わり、致命的な合併症をおこす可能性も低く治療できるようになった。

2002 年に分子標的治療薬である EGFR 阻害薬ゲフィチニブ（商品名「イレッサ」）が世界に先駆けて日本で承認となった。分子標的治療薬の時代である。近年、がんの発生・増殖のメカニズムを分子レベルで解明する研究が進んでおり、正常な細胞をがん化に導く遺伝子変異（ドライバー・ミューテーション）が次々に発見され、それらを標的にした薬剤が開発された。EGFR 遺伝子変異陽性に対する EGFR 阻害薬、ALK 遺伝子転座陽性に対する ALK 阻害薬などである。

治療前に患者さんのがん細胞を採取し、遺伝子検査で分子標的治療薬が有効なタイプのがんなのか、そうでないのかを調べ、遺伝子変異が認められた場合には対応する薬が使われる。非小細胞肺がんのうち、非扁平上皮がんでは約 7 割の患者さんに遺伝子変異が見つかる。ゲフィチニブを投与すると明らかに寿命が延び、患者さんの生存期間中央値は 2 年超となった。しかし、分子標的治療薬はがん細胞の特定の分子だけに働きかけるので副作用は軽いと考えられていたが、抗がん剤とは違った予期せぬ副作用が出てくることが分かってきたので、注意が必要である。

さらに、新しいがんの免疫療法の時代がやってきた。この歴史は古く、効果が期待されながらも過去においては有効性が証明されず、多くの分野で無効として諦められてきたが、昨年ノーベル医学・生理学賞を受賞された本庶 佑 先生の研究に基づき開発された免疫チェックポイント阻害薬ニボルマブ（商品名「オプジーボ」）が 2014 年に

承認された。

T 細胞はがん細胞を攻撃・排除するが、暴走して正常な細胞を攻撃すると危険なのでブレーキ装置（免疫チェックポイント）が備わっている。がん細胞は、ときに巧みにこの免疫チェックポイントを悪用し、T 細胞にブレーキをかけて T 細胞からの攻撃を逃れようとする。がんによるブレーキがかからないようにする薬が免疫チェックポイント阻害薬である。ニボルマブを再発例に 2 年間投与した後、長期フォローアップした結果が発表されており、5 年経過しても効果が持続し生存している患者さんが 16％いた。一部の進行肺がんは治るのではないかという時代を免疫療法の導入によって迎えたとさえ言える。さらに、免疫療法と抗がん剤の併用により、さらなる治療成績の向上も報告されている。しかし、間質性肺炎など致命的な副作用があることも事実である。また、進歩の裏側の話だが、免疫チェックポイント阻害薬は大きな期待がかかる一方、プラチナ製剤とは比べものにならないほど高コストという問題点もある。分子標的治療薬もまた同様で、近い将来、医療分野において費用対効果が求められるようになるかもしれない。

今日、治療する側としては選択肢が増えてやりがいのある時代を迎えているが、どれを選択したらよいか専門家も分からない混沌とした状況になっている。その際、参考になるのが肺がん診療ガイドラインであるが、いろいろな選択肢が同じ推奨レベルで提示されており、提案にとどまっている。患者さんの話をよく聞いて、全身状態、エビデンス、さらに患者さんの背景をも考慮し、最適な治療内容を考えていくことが重要である。

最後に、肺がんで苦しむ多くの患者さんに夢を語ることができる時代になったと述べられ、講演を終えられました。

先生の大変素晴らしいご講演に対し感謝申し上げますとともに、今後のご活躍とご健勝を、また山口宇部医療センターのますますのご発展を祈念し、講演の報告といたします。

［印象記：宇部市医師会　久本　和夫］

Ⅱ　糖尿病の最新医療

順天堂大学代謝内分泌内科学講座

教授　綿田　裕孝

綿田裕孝 先生は宇部市出身で平成 2 年に大阪大学をご卒業。平成 22 年から高名な河盛隆造 先生の跡を襲って順天堂大学代謝内分泌学教授にご就任。日本糖尿病学会理事、日本内分泌学会評議員、日本内科学会評議員を務められ、糖尿病および内分泌学界のオピニオンリーダーとして活躍中。受賞歴は日本医師会研究奨励賞、日本内分泌学会奨励賞、日本糖尿病学会リリー賞など多数。当日「糖尿病の最新医療」と題して行われた講演の内容を要約します。

糖尿病を取り巻く状況

・国を挙げてのメタボ対策が功を奏したのか、予備軍を含めた糖尿病患者数は 2007 年の 2,200 万人をピークに漸減している。

・しかし、糖尿病患者数自体は増え続けていて、現在 1,000 万人と推定される。

・人工透析患者中の糖尿病性腎症の比率は、この 30 年間で慢性糸球体腎炎を上回って第一位となった。

・糖尿病治療の目標は、健康人と変わらない生活の維持と、合併症による QOL 低下の阻止である。

成因による糖尿病の分類

・糖尿病は、成因によってⅠ型、Ⅱ型、それ以外、に分類される。

・Ⅰ型糖尿病は自己免疫反応による膵 β 細胞の破壊が本態であり、タイプによって発症までに数週～数か月～数十年かかる。

・「緩徐進行Ⅰ型糖尿病」はⅡ型の中に紛れていることがあり、この型に対しては β 細胞の破壊を早めるため SU 剤は禁忌。

・Ⅰ型糖尿病の治療は強化インスリン療法など、病態に応じた適切な薬物の投与が必須であるから専門医へ紹介してほしい。

治療デバイスの進歩

・持続グルコースモニタリング（CGM）によって

詳細な血糖プロファイルが得られるようになり、インスリンポンプの有用性が高まった。
・CGM の最大の利点は、これまで見逃されていた低血糖状態を把握できること。
・今年からリアルタイム CGM が上市され、その時点の血糖値がスマホ画面でわかる。しかし、これらは全て間質液のブドウ糖濃度で、血中の変化に少し遅れることに留意すべきである。
・埋込み型インスリン持続注入装置も進歩している。測定した血糖値に応じてインスリン注入量を自動調節する機種もある。
・インスリン投与／血糖測定方法は多種多様であり保険点数も様々なので、特徴や自己負担額を患者に示して選択してもらうのがよい。

その他の糖尿病の治療
・内分泌疾患に起因する糖尿病も見落とさないように。
・preClinical クッシング症候群（血中コルチゾール高値だがクッシング徴候はなく、高血圧や耐糖能異常を伴う）患者は意外に多く、要注意。
・単一の遺伝因子に起因する糖尿病患者が新生児糖尿病（KCNJII・ABCC8・INS）や MODY（若年発症成人型糖尿病）患者の中に紛れており、これらは誤った治療を受けている可能性がある。ぜひ山口大学第三内科に相談を。
・妊娠は耐糖能異常を惹起する。妊娠糖尿病の治療目標は正常な妊娠・分娩。厳格な血糖管理が求められるので専門医に紹介を。

Ⅱ型糖尿病の治療
・上述以外の（原因のわからない）糖尿病がⅡ型。環境・遺伝など多因子が関与し発症メカニズムは未解明。
・Ⅱ型糖尿病治療の最終目標は健康人と変わらぬ天寿の全うである。その達成には血糖値を正常に保ち、血管合併症を阻止することが重要。
・血管合併症を阻止するためには血圧管理が最重要である。
・推奨血圧は 130/90 以下、高齢者では 140/90（JSH2019）以下に。
・脂質管理では LDL-C を 120mg/dl 以下、ハイリスク患者は 70mg/dl 以下に（動脈硬化性疾患予防ガイドライン）。
・血糖値は HbA1C7％未満を目指すとされるが、J-DOIT3 では従来療法群と強化療法群で心血管イベント発生率に有意差はなかった。
・私が大学を卒業した 1990 年には、Ⅱ型糖尿病の治療薬は SU 剤とインスリンしかなかった。しかし、現在はビグアナイド、α -G Ⅰ、グリニド、チアゾリジン、さらに最近 10 年間で DPP-4 阻害薬、SGLT-2 阻害薬、GLP-1 作動薬が登場して選択肢が拡がった。
・JDCS（観察期間は 1995 年から 7.9 年間）と J-DOIT3（同 2006 年から 8.5 年間）を比べると、心筋梗塞の発症率で 5 倍、脳卒中で 2 倍の差がついた。これは SU 剤中心の治療から DPP-4、GLP-1、SGLT-2 等の新薬主体に切り替わった治療法の進歩を反映している。
・血糖・血圧・血中脂質を適切に管理された DM 患者は健康人よりイベント発症率が低いというデータもある。“Diabetes Stigma（糖尿病という汚名）”という言葉があるが、いまや糖尿病患者は適切な治療と健全な生活習慣を保てば、健康人に引け目を感じることはない。

肥満の治療
・実地治療で難渋するのは肥満を合併した患者である。
・体重を減らす薬剤としては SGLT-2 阻害剤が知られている。
・GLP-1 アナログも大脳中枢への食欲抑制効果を通じて体重を減らす効果がある。トルリシティを週 1.5 ｍｇ（我が国の認可限度の倍量）投与したら 2.7kg 減、GIP アゴニストと併用して 11.3kg 減量したとの海外報告がある。ただし悪心・嘔吐は頻発。
・外科療法も有効。胃切除後 roux-Y 型で消化管を再建すると 30％、sleeve gastrectomy（筒型胃切除）により 20％の減量が得られたとの報告がある（日本では後者のみ、かつ BMI ＞ 32.5 に限り保険適応あり）。私は肥満に外科治療は不要という考えだったが、本人の同意を前提にして、将来のイベント発症を予防するためならありかも知れない。海外ではアジア人で BMI ＞ 27.5 なら考慮すべきとされている。

患者の高齢化

・いまや糖尿病患者の半分が 70 歳以上。糖尿病患者の死因の首位は血管合併症ではなく悪性腫瘍や感染症。また、HbA1c が高いほど脳卒中を起こしやすい。血糖管理だけでなく健康寿命の延伸を念頭に治療にあたるべきである。高齢糖尿病患者は低血糖を起こしやすく、心血管イベント以外にも転倒、骨折、認知機能低下を招く。

・高齢者ではサルコペニア（筋肉の減少）⇒フレイル（虚弱）⇒ ADL 低下の悪影響を見逃してはならない。高齢者に対しても、フレイル進行阻止のためには 1600kcal では少な過ぎる。摂取カロリーの推奨基準は再検討すべきである

・糖尿病学会は DASC-8（認知・生活機能質問票）を用いて高齢者を生活自立度に応じて層別化し、目標を設定することを推奨している。

食事療法

・糖尿病の治療では、食事療法＞運動療法＞薬物療法の順に重要である。

・BMI ＝ 22 が推奨されているが、最も死亡率が低い BMI は加齢とともに上昇する。70 歳以上では 25 を超えても死亡率は上昇していない。

・学会は体重 60kg の患者なら 1600 ～ 1800kcal のカロリー摂取を推奨しているが、55 歳の患者は実際には 2500kcal 摂っていることが昨年の学会誌に報告された。現在の目標は現実と乖離している。一時的に体重は減るかもしれないが長続きしない。

・食事療法はカロリー、栄養素を患者ごとに設定する必要がある。食品交換表の存在意義を見直すべきだ。

・「低炭水化物ダイエット」は減量に有効だが、一年後には元に戻ったという研究報告がある。継続が困難なことを示唆している。

薬物療法

現在インスリン以外にビグアナイド、チアゾリジン、SU、グリニド、DPP-4 阻害薬、α -GI、SGLT-2 阻害薬という 7 種類の経口薬が使える。SGLT-2 は心血管イベント再発を抑制し、心不全を減らし腎機能低下を抑制した。DPP-4 は非常に幅広く使われているが、今のところイベント抑制を示すエビデンスは得られていないが、大規模試験や遺伝子解析の結果からは DPP-4 はアジア人種に有効な薬剤と考えられる。

ゴールは個別化医療

・糖尿病の治療はプレシジョン・メディシン（患者ごとに最適な治療方法を施すこと。最先端の技術を用い、遺伝子を分析し、適切な薬のみを投与し治療する。個別化医療ともいう。）が求められる時代に入った。糖尿病患者は 1,000 万人いるが、その病態や社会的背景などは皆違う。日本糖尿病学会では個別化医療を実現すべく、DREAMS（第四次糖尿病戦略 5 か年計画）の策定を目指している。

以上、糖尿病の疫学から成因・分類・治療の課題・肥満の合併・患者の高齢化・患者指導のポイント・将来の展望まで、最新の知見を交え、丁寧かつ明快にお話しいただき大変勉強になりました。

［印象記：宇部市医師会　空閑　克則］

市民公開講座
認知症の最新情報
～今からできる効果的な予防法～

鳥取大学医学部保健学科生体制御学
教授　浦上　克哉

日本認知症予防学会の理事長でもあり、NHK の「ためしてガッテン」、「あさイチ」、「NHK スペシャル」だけでなく、民放の医学・健康系番組にも多数出演されていて、テレビ慣れされているからでしょうか、認知症の最新情報をただ伝えるだけなく、テーマや話のパートごとに会場へのクイズなどを交えながらユーモア溢れる質問・回答をされ、終始楽しく会場から笑いが絶えない講演となりました。

○予防する前に考えたい、認知症とはどのようなものか？

まずは先生から「認知症にはなりたくない！という方、手を挙げて下さい」と会場に質問。当たり前だが、ほぼ全員が挙手し、先生も「当然です

よね！」という対話で始まった。

なりたくない→予防ということで、まずは認知症の予防について。「予防」とは多くの方が「病気の発症予防」と考えるが、これは第 1 次予防。第 2 次としては「早期発見・早期治療」。第 3 次としては「病期の進行を遅らせる」。病気になっても進行を遅らせるのが重要と提言された。

2012 年の厚生労働省のデータでは認知症患者は 462 万人、65 歳以上で言えば 7 人に 1 人という確率で、現在では 500 万人を超えるとされている。悪いことをしたからなるものではなく、誰にでも発症し、しかも 20 ～ 30 年かけてゆっくり進行する。大きく誤解されている点として、「単なる老化現象」ではないと強く説明している。

単なる老化現象なら全員高齢になったら発症するが、早い人では 60 歳、遅い人では 100 歳になってから発症する場合もあり、身体的に見た目にはどこにも悪いところがないので老化現象と誤解されてしまう。夜間に徘徊して周囲に迷惑をかけるようになってからでは早期診断にはなっていない。もの忘れくらいの段階・レベルから相談にきて欲しいと提言している。認知症のもの忘れは病的、内容全てを忘れることである。例えば、「食事をした直後なのに食事をしたことすら忘れてしまう」。逆に、「人の名前が出てこない、顔は解るのに…」というのは正常な「もの忘れ」であり、ヒントがあれば思い出すのは正常とされている。

認知症とは、脳の海馬が萎縮、すなわちコンピュータならデータベースが壊れているのが認知症。メモしたものを見て思い出すのは正常で、認知症の初期は「メモを取ったのにメモをしたことを忘れる」。中等度になると、「今まで使用していた家電製品の使い方が急に分からなくなる」と解説。ここで、浦上先生が外来での診療風景を撮影したビデオテープを流してクイズを出題された。内容は子供に付き添われた高齢女性との診察のやり取りで、会場にクイズを出し、「認知症かどうか？」と聞くと、正常が 3 で認知症が 1 の割合だったのに、その後の問診内容の映像を流すと、次第にこの女性患者が認知症であることが判明していく。少し話をしたくらいや接したくらいでは見逃してしまうのが初期の認知症であることを映像で示していた。

○認知症の分類と治療方法、

四大認知症として 3 つの変性疾患①アルツハイマー型、②レビー小体型、③前頭側頭葉型認知症、④脳血管障害の血管性認知症で、このうち①のアルツハイマー型が 7 割を占めている。

アルツハイマー型の 4 つの特徴として、①最近のことを忘れる、②発症時期が不明確、③（10 ～ 20 年かけて）ゆっくりと悪くなる・診断されてからもゆっくりと進行、④運動障害がない（外見は正常）。

急にアルツハイマー症状が悪くなるのは他の病気の悪化が関与していることが多く、例えば、インフルエンザが悪化すると認知症も悪化することから、多く身体合併症のチェックが必要。

認知症については、かかりつけ医に受診時に相談。もし、かかりつけ医が居ない時は地域包括支援センターに相談するようにと勧められた。

次に薬物治療について、現在 2 系統・4 種類の認知症治療薬があり、抗コリンエステラーゼ阻害薬 3 種類の①ドネペジル（アリセプト）、②ガランタミン（レミニール）、③リバステグミンパッチ（リバスタッチパッチ、イクセロンパッチ）で、この 3 つは全部を一度に使用できず、この 3 種類のうちの 1 つと 4 番目のメマンチンは同時併用可能となっている。患者の服薬拒否も含め服薬管理が難しいため、主治医と相談が必要で「③のパッチ剤なら内服を嫌がる患者にも投与し易い」としている。

また、治療していても 3 種類の抗コリンエステラーゼ阻害薬の効果が次第に落ちてくるので、途中からメマンチンを併用して症状の進行を遅らせる。しかし、薬効も次第に低下して進行も緩やかに進み、「事態の先延ばし」にしかなっていないが、それでも進行を少しでも遅らせることが大事と強調されていた。

もう 1 つの治療として、「薬剤処方」と共に車の両輪のようにされてきたのが「ケア」という方法で、今までは「問題対処型ケア」（認知症の患者は何もわかっていないと決めつける、本人不在で周囲が勝手に判断してしまう、病気や病状にばかり着目）が重要視されてきたが、近年は「患者御本人の視点を尊重して接する」、「認知症の人は感情や心身の力等多くの機能が残っているので本

人の気持ちを聞く」、「病気のみでなく『人』に着目」というケアに移行してきている。MRI 検査で確認される脳の海馬の萎縮は、すなわち「記憶の保持ができない」ことを示す。それなのに患者に「忘れない様に覚えておいてね！」と笑顔で問いかけても、御本人にはつらい問いかけ（できないことを強要されているのと同じ、針のむしろ状態）でしかない。そうではなく、「忘れてもいいんだよ、私たちが覚えておいてあげるから」と声をかけてあげること（ケア）が大事と説いている。

○ MCI から認知症に移行させない！

認知症予備軍と言われる軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）が 400 万人も居ると言われているが、正常の方が急に認知症になるわけではなく、必ず MCI の状態を経て認知症に移行、ひとたび認知症になれば元の正常な状態に戻すことは無理だが、MCI の状態なら可逆的な状態なので、MCI の段階で適切な予防介入を行えば 10％は正常に復帰、40％は MCI のまま、残りの 50％は認知症に移行となる。

2015 年の NHK スペシャルに浦上先生と出演していた MCI 状態の方が、「ありとあらゆる予防方法を実践して正常に復帰した」実例を紹介して MCI を早く見つけて「早く予防できないか？」ということから、鳥取県の琴浦町で行われた「もの忘れ検診」を紹介された。

公民館に住人を集めて浦上先生が開発したタッチパネル式の「もの忘れ等相談プログラム」を使用して 3 分で簡単にチェック。認知症の疑いがあれば専門医療機関に紹介（第 2 次予防）。認知症予備軍なら認知症予防教室への紹介する（第 3 次予防）。

リスク因子を減らし予防因子を増やすことが大事なため、ここからは具体的な予防についての解説が続いた。まず、アルツハイマーの予防は年代によってすることが違うということで、各世代の予防について提言された。

学童期：高等教育を受けておく

中年期（40 ～ 50 歳）は生活習慣病を予防・コントロールすることが大事で、浦上先生は「日々の生活習慣病を治療・コントロールしている医師会の現場の先生方こそ認知症予防専門医である」と強調している。

65 歳以上：認知症待ったなし

○認知症予防には「運動」「知的活動」「コミュニケーション」の 3 つが重要

「運動」はゲーム性のあるものがお勧めで、ゲーム中のコミュニケーションにも繋がる。

「知的活動」は指先（ペン）を使ってメモを取ることにより情報の取捨選択と指先の運動になり、今回の講演をメモすることは認知症の情報を得ながら予防にもなっている。

「コミュニケーション」では仲間内ばかりで会話していると頭を使わなくなる（浦上先生曰く「脊髄反射のような会話」）ため、いろいろな人と会話するのが予防に効果的。

このようなことを週に 1 回 2 時間、計 12 回・3 ヶ月間行い 3 年間データを集積すると認知機能

が良くなることが分かり、予防に努めれば認知症にならなくて済む→介護保険に頼らなくて済む→介護保険費用の削減に繋がる、と提言している。

これにより、琴浦町では平成 16 年に始めた年ですら 2,360 万円の削減に成功し、平成 20 年には 7,800 万円まで削減効果があった。町民が「もの忘れ検診」に積極的に参加してくれたおかげで、このことは 2017 年 3 月の NHK キャンペーンの中でも取り上げられ、琴浦町では介護認定率が減少したのに対し、全国的な介護認定率は右肩上がりとなっている。これを受けて、平井鳥取県知事は研究資金を支出。日本財団も併せて資金を支出することになり、「鳥取方式認知症予防プログラム」を全県展開して、予防介入により悪化を防ぐと同時に運動機能も改善していることが統計学的に有意差ありと証明されている。

○今日からできる予防方法を幾つか紹介

認知症予防に良いことは「創造的なことをする（短歌・俳句を作る・日記を書く）」、「日頃使わない神経を使う（右利きなら左手を使う、足の指を使う）」。認知症に効果的な食物について、コレというものはない。

しかし、抗酸化物質含有の食物は良いとされている、コーヒー・緑茶や赤ワインも良いとされているが、赤ワインなら 1 日 250 ～ 500cc も飲まないと蓄積されたアミロイドβ蛋白が溶け出さないとされているため、認知症を予防する前にアルコール中毒になるので、飲み過ぎには注意が必要である。結局はバランスの取れた食事に努めるしかなく、テレビや雑誌のデータに惑わされないようにしなければならない。

また､アルツハイマー型認知症（神経変性疾患）は嗅覚が最初に障害される。そのためアロマオイルが注目されているが、昼用アロマは認知機能改善を目的としてローズマリー、カンファー、レモン。夜用アロマは睡眠の改善目的で真正ラベンダーとスイートオレンジ配合が良いと紹介。

睡眠中にアミロイドβ蛋白を除去してアミロイドが蓄積しないようにしている。睡眠不足はアミロイドβ蛋白を脳に蓄積し易くするため、良い睡眠でアルツハイマー型認知症を予防できると言われているが、注意点としては使用するアロマオイルは無農薬で栽培・抽出した本物を使うこと。たくさんのアロマオイル商品が出ているが、臭いを付けただけの商品の中には肝機能障害になる危険性のあるものが含まれているので、食品と同じく宣伝や情報に惑わされないように注意喚起されていた。

○最後に、日本認知症予防学会の活動について

学会では 6 月 14 日をアルツハイマー博士の誕生日として「認知症予防の日」と制定している。また、現在、他職種の方々が入会して会員数は 2,000 名を超える。その中でも「認知症予防専門士」が 281 名、「認知症予防専門医」が 212 名認定されているが、国としては将来的に専門医を 5,000 名～ 1 万名を目指したい模様。学会が今年は 10 月に名古屋で、来年は学会発足 10 周年で横浜市にて開催が予定されており、各種セミナーへの参加を依頼、予防専門士や専門医取得についてなど、「学会のホームページを是非とも検索・閲覧して欲しい」とお願いをされ講演を終了された。

［印象記：宇部市医師会　立野　裕晶］

医師の職業体験コーナー

午前中（10 時～ 12 時 30 分）に中学生・高校生を対象とした「医師の職業体験コーナー」を宇部市文化会館で開催し、生徒 31 名の参加があった。

当日は、白澤文吾 教授、桂 春作 准教授をはじめとした山口大学医学教育学講座の医師、小野田赤十字病院の清水良一 先生、宇部市医師会の先生方、山口大学医学部附属病院の先生方等にご協力いただき、本会からは今村孝子 副会長、清水暢・前川恭子 各常任理事、郷良秀典 理事と私がサポートした。

はじめに清水良一 先生から救急蘇生の実技に繋がる内容として、生命を維持するためのエネルギー代謝について講義をしていただき、その後、参加者は 4 グループに分かれて、採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮をそれぞれ体験した。

また、昼食時には白澤教授から山口県の医療の現状､山口大学の取組みについて講演いただいた。

今回の体験を通じて、参加された学生の中から

一人でも多く医師やコメディカルが生まれ、山口県内で医療に従事されることを期待する。

最後に、当日使用した機器等をご準備いただいた医学教育学講座にこの誌面をお借りして感謝申し上げる。

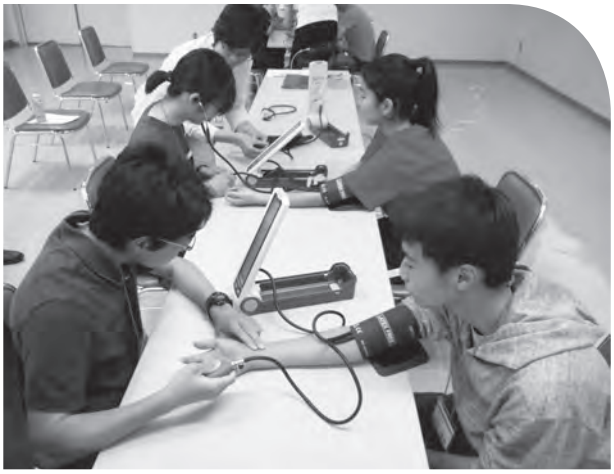
［文責：山口県医師会理事　山下　哲男］

参加者の感想

面白かったこと、勉強になったこと

・採血が楽しかった！
・採血の方法や注意する点について、よく分かった。難しく、上手いことにはいかなかったけれど、楽しかった。
・肌の模型の触り心地が良かった！
・数ミリ違ったら採血できないこと。
・心肺蘇生の仕方。
・普段の生活で、もし誰かが倒れた時のために、どのように心肺蘇生をすればよいか分かったこと。将来、医師になるために必要なことを体験できた。
・AED の利用方法が勉強になった。
・倒れている人を見た時に、自分が一番にすべきことがよく分かった。
・もしもの時のために心肺蘇生を覚えられたこと。
・心肺蘇生をする時、なぜするのかということが分かった。
・AED は私も知っているが、使い方が分からなかったので、今日で使い方が分かって私自身レベルアップできた気がする。
・血圧測定の操作方法や注意する点がよく分かった。

採血コーナー



血圧測定コーナー

心肺蘇生コーナー

縫合・結紮コーナー

・脈を測る時に多少圧迫しないと脈が測りにくいということを初めて知ることができた。
・かた結びの簡単なやり方等、日常にも生かせることを学べてよかった。
・縫合をしたことが楽しかった。
・縫合で通常の縫い方とは違う縫い方を学べた。
・縫い方やはさみの使い方。
・縫合は器用さが必要だと思った。
・ヒトのバッテリー（ATP）について。
・普段の生活では経験できないことを経験させていただき、大変貴重な時間だった。医学部に入る前の今からでも心肺蘇生や収縮時の血圧等は実践できれば良いなと思う。
・人間が生きている仕組みについて勉強になった。
・人間がなぜ生きているのか、生きていくためになぜ心肺蘇生等をするのかを学んだ。本当の医師がしていることが体験でき、詳しく知ることができたので面白かった。
・学校や本で教えてもらったこと以外を知ることができて勉強になった。実際に体験することができ、面白かった。
・いろいろな実習を通して、自分の未来像について具体的に考えることができ、有意義な時間を過ごすことができた。
・人を助けるためにすること。
・医学部に行かれている方に選択科目について聞けたこと。
・人の助け方や根本的にどういう目的でするのかを学べたところ。
・どの授業（科目）を選択したら良いかということ。
・落ち着いて処置すること。
・去年も来て、よく分からなかった話がよく分かるようになったこと。
・普段なかなかできない経験をたくさんさせていただいた。
・採血や縫合、結紮の体験が本当に医師になったような気分になれてとても面白かった。
・体って複雑！！
・普段はテレビ越しにしか見たことのなかった体験を実際に行うことができて、とても楽しかった。

難しかったこと、あまり理解できなかったこと

・人工呼吸が難しかった。
・心肺蘇生は結構力が必要で疲れた。
・血圧測定が難しかった。
・血圧の確認が難しかった。（2）
・縫合、結紮が難しかった。（4）
・縫合、結紮は私にとってはとても難しいものであった。でも、たくさん練習してもっと上手になりたいと思った。
・縫合で、針をハサミで挟んで縫うのが思っていたよりできていなかった。
・最初の人間が生きている仕組みの説明で、物質がどう変化していくのかということが難しかった。
・ATP や ADP の授業が難しかった。（6）
・はじめの話は少し難しかった。でも、イメージは分かった。
・ありません！難しそうなこともすべて分かりやすく解説していただけたので。
・特に難しかったことは血圧測定と縫合、結紮。自分はなかなか脈拍が分かりにくかったので大変だった。

その他

・3D 拍動型心臓トレーニングシステムを使用してみたい。
・サポートしてくださる先生方が多くて、とても行動しやすく、分かりやすかった。（2）
・良い経験をした。もっと、いろいろと知りたくなった。
・医学部の学生の方と話す機会がもっとほしかった。（3）
・個々の実習の時間をもう少し長く取っても良かったと思う。
・また機会があれば参加したいと思う。（2）
・体験コーナーを開いてくださり感謝する。
・楽しかった。（2）
・私が病院とかで働かない限り、今日のような体験はできなかったと思うので凄く楽しかった。
・現役の医学部生と話をする機会があってとてもよかった。
・医者って楽しいかも。
・今回行った以外の体験も受けてみたい。

社保・国保審査委員合同協議会

と　き　令和元年 8 月 29 日（木）
ところ　山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事　清水　暢
理　事　郷良　秀典

開会挨拶

河村会長　本年 6 月に社保及び国保の審査委員の改選が行われたところであるが、新任審査委員は合わせて 6 名委嘱されたところであり、適正な保険診療に向けてご尽力をお願いする。

さて、4 月から 5 月にかけての 10 連休において、「休日加算」の審査取扱いが都道府県（地方自治体）により区々になったが、このような事態が、都道府県別の診療報酬体系の容認につながらないよう注視していかなければならない。今年の年末から年始にかけては 9 連休になるが、同じことが起こらないよう、9 月に高知県で開催される「中国四国医師会連合分科会」で協議する予定である。

また、10 月には消費税引き上げに伴う診療報酬改定が予定されており、本体がプラス 0.41％（医科プラス 0.48％）、介護報酬がプラス 0.39％とそれぞれ引き上げられることにより、消費税率が 5％から 8％へ引き上げられた時の補てん不足はほぼ解消されると言われているが、しっかり検証していきたいと考えている。

本日は、審査委員間の情報交換をしていただき、中身の濃い協議会になるよう願い、挨拶とする。

続いて、**萬 社保審査委員長・松谷国保審査会副会長**から、2022 年に全国で 10 か所に集約される社保の審査機関について、その目的は「不合理な審査差異の解消」とされているが、今後、職員人事も含めた組織改編等の問題が山積している。また、AI 審査（新コンピュータシステム）については、社保と国保を共通のシステムにする計画が進められており、本協議会もバランスよく協議することが重要である等の挨拶が行われた。

協議

1　社保・国保審査委員連絡委員会（7 月 4 日）報告

本会報 8 月号（No.1908）に掲載のため省略。

出席者

社会保険診療報酬支払基金
審査委員　33 名

国民健康保険診療報酬
審査委員　28 名

県医師会

会　長	河村　康明	
副会長専	今村　孝子	
務 理 事	加藤　智栄	
常任理事	萬　忠雄	沖中　芳彦
	中村　洋	清水　暢
理　事	山下　哲男	白澤　文吾
	郷良　秀典	長谷川奈津江
監　事	篠原　照男	

2　服薬が継続されている期間中の初診料の取扱い［支払基金］

「気管支喘息」、「アレルギー性鼻炎」又は「アレルギー性結膜炎」のそれぞれについて、服薬が継続されている期間中の初診料の算定の可否について協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 4 年 11 月 1 日号・社保国保審査委員合同協議会

平成 6 年 7 月 1 日号・郡市保険担当理事協議会

平成 30 年 10 月号・社保国保審査委員連絡委員会

服薬が継続されている期間中の初診料の算定は認められない。

3　手術前のルーチン検査（感染症検査）の間隔について［支払基金］

平成 23 年 1 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、再入院についての取決め（「6 か月以内は重複」）は協議済みであるが、手術前検査の間隔については協議されていないことから協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 23 年 3 月号・社保国保審査委員連絡委員会

6 か月を目安とする。なお、疾患が新たに疑われた場合は、「疑い病名」を記載することで、6 か月以内でも認められる。

4　キイトルーダ等（免疫チェックポイント阻害薬）投与時の副作用チェックについて［支払基金］

キイトルーダ点滴静注の添付文書の「重要な基本的注意」の項に「甲状腺機能障害、下垂体機能障害及び副腎機能障害があらわれることがあるので、定期的に甲状腺機能検査（TSH、遊離 T3、遊離 T4 等の測定）を行い、患者の状態を十分に観察すること。また、必要に応じて血中コルチゾール、ACTH 等の臨床検査、画像検査等の実施も考慮すること。」とあるが、副作用チェックとして「コルチゾール」及び「ACTH（副腎皮質刺激ホルモン）」が認められるか協議願いたい。

ルーチン検査としての算定は認められない。（対象となる疑い病名が必要。）

5　オプジーボ等（免疫チェックポイント阻害薬）投与時の HbA1c について［支払基金］

オプジーボ点滴静注等投与時の HbA1c について、認められるか協議願いたい。

ルーチン検査としての算定は認められない。（対象となる疑い病名が必要。）

6　保険医療機関等からの意見・要望

〈再診料〉

No.1　認知症地域包括診療加算

「認知症地域包括診療加算」の算定患者が、月の途中で処方が追加となり、「地域包括診療加算」を算定することとなった場合は、「同一月には併算定は認められない」と返戻を受けたが、青本には「遡っての取消しは不要」とある。そのため、電話で国保連合会へ問い合わせたところ、やはり「同一月には併算定不可」との返答であったが、算定要件を確認願いたい。（国保）【吉　南】

審査取扱いを保留する。（現時点で新たに査定・返戻は行わない。）

〈管理料・在宅〉

No.2　診療情報提供料（電話再診による）の査定

通院中の患者が自宅で転倒し電話連絡を受けたが、救急医療の必要性から（当院で）救急車の手配を行い病院へ搬送いただき、そのまま入院となった。診療情報提供書は FAX で送信後、原本を郵送した。その後、保険請求したところ、「留意事項通知のより、電話等再診料を算定する際には医学管理等は算定できません」と返戻されたが、算定要件を確認願いたい。（国保）【下関市】

平成 30 年度診療報酬改定時に留意事項通知が前述のとおり追加された。同通知どおりの取扱いとなり、診療情報提供料も算定できないことになる。

No.3 （在宅自己注移行前の）エンブレル皮下注の査定

平成 30 年 3 月 23 日からエンブレル皮下注射 50mg ペン 1.0ml を開始。その後、在宅自己注射指導管理への移行を前提に、副作用を含めた安全性と効果を確認するため 1 週間おき（3/23、3/30、4/6、4/13、4/18）に同皮下注射を行い、4/27 から同管理料及び同注射ペン型 3 本を院内処方し保険請求したが、4 月診療分において、エンブレル皮下注射 50mg ペン 1.0ml 3 本及び皮下注射手技料 3 回分が査定となったが再考願いたい。（国保）【徳　山】

審査取扱いを保留する。（現時点で新たに査定・返戻は行わない）

〈投薬・注射〉

No.4 マイスリー錠の査定

「睡眠障害」の病名に対してマイスリー錠 10mg が査定となったため、査定理由を問い合わせたところ、「適応病名は『不眠症』であるため、適応外使用（A 査定）となる。」と回答された。しかし、「睡眠障害」と「不眠症」は ICD-10 における疾病分類は同一である。また、同錠は 1 剤 59.2 円であり、そもそも傷病名記載義務のない低薬価薬剤である。これら査定の矛盾について合同協議会で検証願いたい。（国保）【下関市】

ICD-10 における疾病分類が同一であり、同一疾患として審査する。

No.5 チラーヂンＳ錠

病名に「甲状腺癌術後障害」があるのにチラーヂン S の減点があり、再審査請求を行ったが「原審どおり」となった。術後障害であるので機能低下症は明白であり、病名主義からのみ審査するのか、減点は不当と考えるが如何か。

（後期高齢者）【岩国市】

「甲状腺機能低下症」の病名が必要。

No.6 骨粗鬆症治療

(1) ビタミン K2 の併用療法について

平成 26 年 2 月の社保国保審査委員連絡委員会の報告では、ビタミン K2 は単独使用のみで併用は認められないとされている。

現在、低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）が保険で測定できるようになり、骨粗鬆症患者で計測してみると ucOC 高値でビタミン K 作用不足の患者が発見されるため、同患者にはビタミン K2 以外で治療を開始することがあるが、このような場合でもビタミン K2 の追加投与はできないか。

原則、認められない。特別な事例は注記の内容により審査委員会の判断となる。

(2) PTH 使用時のビタミン D3 製剤の併用について

PTH 使用時はビタミン D3 製剤の併用は認められないとされている。昨年から 25- ヒドロキシビタミン D を測定できるようになり、PTH 使用中の患者で測定してみると、これが低値の患者が発見される。ビタミン D3 が不足した状態では、カルシウムの骨への十分な沈着ができず、PTH を使用しても骨形成が促進されないおそれがあると考える。このような患者に対しては PTH とビタミン D3 製剤の併用を行ってもよいか。

原則、認められない。特別な事例は注記の内容により審査委員会の判断となる。

(3) 抗スクレロスチン抗体とカルシウム・ビタミン D3 製剤の併用について

本剤は使用上の注意として、低カルシウム血症の予防のためにカルシウム及びビタミン D の補給を行うことと記載されているが、本剤投与の際は特に注記なくカルシウム剤やビタミン D3 製剤併用を行ってもよいか。【宇部市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

原則、注記なく併用は認められる。

No.7　術後抗生剤の供給難に伴う代替薬使用時の対応

抗菌薬である「セファゾリン」の供給難に伴い、厚労省より安定供給されるまでの対応について事務連絡が発出されている。この中で、セファゾリンの代替薬とされている抗生剤の中には「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」が適応症になっていないものがあるが、それらの抗生剤を手術後に使用する場合、病名を付ける必要があるか。

【山口県病院協会】

（例）アンピシリン・スルバクタム・・・適応症「肺炎、肺膿瘍、膀胱炎、腹膜炎」

厚労省の事務連絡により、「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」の適応に準じて、算定を認める。

〈処置・手術〉

No.8　褥瘡デブリードマン

療養病床では、入院中に褥瘡部のデブリードマンが行われることがある。手術項目は算定できるため、創傷処理の項目で算定をすると範囲は該当と異なることが多い。また、壊死部分をデブリし「無麻酔にて壊死部分デブリ」とコメントを入れても、手技料自体が査定されるが如何か。褥瘡デブリードマンの項目を手術料の中に創設していただきたい。【山口県病院協会】

手術料では算定できない。項目創設については「外保連」とも相談願いたい。

No.9　経皮的肝膿瘍ドレナージ術におけるダイレーターの算定

経皮的肝膿瘍ドレナージ術の際に経皮・内視鏡胆管ドレナージ用材料（ダイレーター・シース無）を 4 個使用し、使用理由もレセプトに付記したが、1 個に査定された。何件か同様の査定があるが、使用本数について妥当な個数が決められているのか。あるいは、コメントに不備があったのかどうか教示願いたい。（国保）【山口市】

原則は 1 本。それ以上必要な場合は注記の内容により、審査委員会が判断することになる。

〈検　査〉

No.10　FT3・FT4 の算定

バセドウ病の初月（初診日から 1 か月以内）治療開始に伴い、月 2 回の TSH 測定が認められている（平成 27 年 8 月合同委員会）が、FT3・FT4 の算定については定まっていない。病状を説明した注記を付しても、審査委員によって対応が区々であるため、改めて合同協議会にて審議いただきたい。なお、平成 20 年 5 月の郡市医師会保険担当理事協議会では認めるとされている。

【宇部市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 20 年 7 月号・郡市保険担当理事協議会

平成 27 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

過去の協議結果においても「甲状腺機能検査」として括っており、FT3・FT4 も含めて「初月は 2 回まで認める」としている。

No.11　経皮的動脈血酸素飽和度測定の査定

外来時（10/3・10/19）の両日において、喘息発作に伴う呼吸不全があり、酸素吸入の要否を判断するため SpO2 を行ったが、（過剰として）1 回分査定となった。再審査を提出しても復元されなかったが、回数制限があるのか伺いたい。

（国保）【山口市】

重積発作等で酸素吸入等の処置がある場合は、複数回の算定は認められる。

No.12　血管伸展性検査の査定（間隔）

高血圧、高脂血症、糖尿病を合併した閉塞性動脈硬化症患者に対して、年 2 回の血管伸展性検査で進行のチェックを行っているが、その間隔が（6 か月ではなく）5 か月になった場合に（縦覧審査により過剰として）査定される。厳密な基準について伺う。（国保）【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

従来どおり、ASO（閉塞性動脈硬化症）の場合は必要に応じて算定を認める。ただし、頻回算定

については、注記の内容により審査委員会の判断とする。

No.13　心電図（社保・国保共通）

不整脈、虚血性心疾患では、しばしば月２回以上の心電図を必要とするが、その都度コメントが必要となるか。【山陽小野田】

「月２回」を超えるような場合は注記願いたい。

〈リハビリテーション〉

No.14　疾患別リハビリテーション料の査定

65 歳以上の高齢者の疾患別（心大血管、脳血管疾患、運動器）リハビリテーションについて、医師の指示の下、セラピストが日々の患者の状態も考慮しながら、入院あるいは術後早期より積極的なリハビリテーションを行っているが、平成 28 年 12 月頃より 4 単位以上のリハビリについて、主に 3 単位への査定が目立つようになってきている。再審査請求はその都度行っているが、現状では復元に至った事例はない。このような査定が行われる場合の、審査機関側の医学的根拠について教示願いたい。【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

過去の協議結果を踏襲して次のとおりとする。

（参考：平成 25 年 7 月の社保国保審査委員連絡委員会）

「特に高齢者などに対して傾向的又は画一的な多単位請求がある場合は、過剰な保険診療（高額診療）となることから、理由確認のうえ査定もあり得る。」

〈その他〉

No.15 （参考となりやすい）再審査請求時の添付資料

再審査請求時に、エビデンスを示す資料を添付して提出することがあるが、その場合であっても「原審どおり」という結果になることがある。このような場合、添付資料が参考とならなかったと考えられるが、それに代わるものとして、どのような資料を添付すれば「参考資料」として役立つか教示願いたい。【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 29 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

過去の協議結果と同様に、診療のガイドライン等がそのまま保険請求可能とはならないので留意願いたい。また、適当な「参考資料」については事案によって異なるため、判断が難しい場合は山口県医師会へ相談願いたい。

No.16　高点数レセプトへの症状詳記

高点数レセプトについて、8 万点以上は症状詳記情報を入力することと「レセプト電算処理システムによる電子情報処理組織を用いた費用の請求」（国保連合会）に関する取扱要領に記載がある。このことについて、国保連合会に問い合わせをしたところ、入院している病棟や内容に関係なくすべてのレセプトが対象になるとの回答であった。しかし、回復期リハビテーション病棟と地域包括ケア病棟等では、特別な診療を行わなくても基本部分のみで、8 万点を超えてしまうため、同病棟については、症状詳記の記載要件を見直していただきたい。【下関市】

（例 1）回復期リハビリテーション病棟に 1 か月入院の場合

・入院料 1　2,071 点× 30 日＝ 62,130 点

・脳血管リハ 1 日 6 単位を 30 日間

245 点× 180 単位＝ 44,100 点

（例 2）地域包括ケア病棟に 1 か月入院の場合

・入院料 2　2,544 点× 30 日＝ 76,320 点

・看護、看護補助配置加算

300 点× 30 日＝ 9,000 点

請求省令においては、「35 万点以上のレセプトに対して、症状詳記と日計表の添付」が義務付けられている。8 万点以上のレセプトに対しては、審査の便宜上の問題であるため省略されても構わないが、事例によっては症状詳記が望ましい場合もある。

〈要　望〉

No.17　老人保健施設の扱いについて

現状、老人保健施設は退院先として在宅扱いではない。しかし、病院を退院してから老健を経由する方が在宅への移行がスムーズであるため、老人保健施設を在宅扱いとしてほしい。

【山口県病院協会】

次期診療報酬改定の要望事項として（日医から）提出する。

No.18　療養病床・地域包括病床の包括項目について

薬価の高いアルブミン製剤やホルモン剤は除外項目から外されている。

その他診療の必要から、やむを得ない使用となった薬剤で 1 日の入院料を超える薬剤もあるため、包括除外項目の幅を広げてほしい。また、地域包括病床では在宅復帰率が求められていることから、在宅へ復帰される前提での入院となることがほとんどであるため、在宅系の管理料全般が算定できるようにしてほしい。【山口県病院協会】

要望として承るが、入院における「在宅管理料」の算定は難しいところである。

No.19　療養病床医療区分について

医療区分 2 及び 3 の両方に該当する患者は、区分の高い方の算定になるが、現状では中心静脈と難病を持ち合わせている患者は、区分 3 の高カロリー輸液の薬剤料の持ち出しになる上、難病に係る薬剤も持ち出しになる。

難病は特殊な薬剤が多いため、高額な持ち出しになることがある。この場合は区分 3 の入院料しか算定できず、区分 2 に対しての評価は何もない。区分が 2 つ以上の患者に対しては「複数区分加算」のような評価ができるとよい。

【山口県病院協会】

次回改定に対する要望として研究したい。

No.20　訪問看護の検体採取料の算定について

訪問看護ステーション等の看護師に検体採取を医師が指示する場合、検体検査実施料は算定できるが、検体採取料は算定できない（判断料は算定できる）ので算定できるようにしてほしい。

【山口県病院協会】

「検体採取料」は手技料であるため、訪問していない医療機関側からの請求は難しいと考えられる。

※　以上の新たに合意されたものについては、令和元年 11 月診療分から適用する。

県民公開講座
入場無料
申込不要
日時 2019年11月10日(日) 13:00～15:00(開場 12:30)
場所 山口県総合保健会館 2階「多目的ホール」
(山口市吉敷下東三丁目1番1号)
プログラム
13:05～13:30
第10回「いのち きずな やさしさ」
フォトコンテスト表彰式
審査委員長で写真家の下瀬信雄氏(第34回土門拳賞受賞)による表彰作品の講評あり。
当日、会場にコンテストに応募があったすべての作品を展示。
13:30～15:00
特別講演
100歳まで
元気に過ごすための運動処方
NHKみんなで筋肉体操の筋トレ指導者
近畿大学生物理工学部准教授 谷本 道哉 先生
主催 一般社団法人山口県医師会
お問い合わせ先
山口県医師会 TEL:083-922-2510
・手話通訳、要約筆記を用意しております。
・託児を希望される方につきましては、参加者氏名(フリガナ)、住所、電話番号、お子さんの氏名(フリガナ)、生年月日、性別を記載したものを10月15日(火)までにFAX(083-922-2527)又はメール(info@yamaguchi.med.or.jp)にて山口県医師会までご連絡願います。(※託児は無料です。)
・駐車場につきましては、数に限りがありますので、出来るだけ公共交通機関をご利用願います。
カメラのキタムラ
至小郡
至県庁
洋服の青山
コープ
歯科医師会
山口県総合保健会館
維新百年記念公園
マンガ倉庫
ENEOS
西京銀行
山口銀行
温泉の森
常盤
ダイハツ
いすゞ
ダイソー
ホテルニューターナカ

令和元年度
中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会

と　き　令和元年 8 月 18 日（日）10：00 ～ 12：00
ところ　広島県医師会館 2 階 201 会議室
担　当　高知県医師会

［報告：常任理事　藤本　俊文］

挨拶

高知県医師会長　岡林弘毅　本協議会では学校保健に関する諸々の議題を提出いただいており、限られた時間ではあるが、情報交換の場として活用いただければ幸いである。

本日は、今般、世界医師会副議長に選出された日本医師会常任理事の道永先生に、ご多忙の中、お越しいただいている。

本日の協議会が有意義なものとなるよう期待をして、開会のご挨拶とさせていただく。

日本医師会常任理事　道永麻里　今年 2 月から横倉会長の後任で中央教育審議会の委員に就任した。現場の先生方からの意見を汲み上げて審議会に持っていきたいと考えている。本日はよろしくお願いする。

議事

（1）各県からの提出議題

※各議題について、指名された県の回答のみ記載

1．学校等における AED の設置・運用状況について（鳥取県）

AED がほとんどすべての学校に、少なくとも 1 台以上設置されている今、AED の適正な配置、管理及び運用が求められる。

「学校管理下での心停止はめったに起こらないこと」といった誤った認識を持たず、学校現場においては、教職員のみならず児童生徒を含め、普段から心肺蘇生、AED 使用等に関する周知、教育及び訓練が必須であり、教育委員会・医師会はそれらに積極的に介入していくべきである。

昨年、愛媛県医師会より提出された同様の議題に対する各県の回答を踏まえ、下記項目について改めてお伺いしたい。

1）各校に設置されている AED が適切な場所に配置されているか、定期的な点検や整備がきちんとなされているかを実際に視察・確認されているか（教育委員会、医師会等）。

2）学校規模や敷地面積以外の理由で、AED の複数台設置が必要と助言するための基準はあるか。

3）1 年に 1 回以上、全教職員を対象に講習会を開催している学校の割合はどれくらいか。

4）小学校高学年で実技を含む心肺蘇生と AED 教育を「導入すべき」、「どちらかというと導入すべき」とアンケートに回答した学校は 8 割を超えたと報告されているが、実際に児童生徒向けの講習を開催した小学校の割合はどれくらいか。

5）中学・高等学校で、保健体育科の授業の中で生徒を対象に心肺蘇生及び AED 使用（模擬人形や模擬 AED を含む）の実地指導を行っている学校の割合はどれくらいか。

6）実際に AED を使用した事例があれば、その転帰を含めて教えていただきたい。

高知県

1）高知県教育委員会から県立学校数校を視察の上、定期的な点検・管理ができていることを確認している。また、すべての県立学校に適切な点検・管理について呼びかけ（会議等での説明、文書通知など）を行っており、平成 30 年度には、点検・管理の実施状況についてチェックシートにより報告を求め確認している。

2）各校 1 台を配置後、災害時の避難所に指定

されている学校に追加で 1 台、寄宿舎に 1 台を数年かけて配置した。また、学校からの要望を聞き、各学校の状況に応じて（体育館やグラウンドなど運動する場所と校舎が離れている場合や実習施設など）検討・追加配置を行っている。学校によっては学校の判断により、卒業記念や PTA で独自に配置している場合もあり、その結果、現状ではほとんどの学校で複数台設置されている。

3）86%（320 校 /372 校）

小学校 92%（179 校 /194 校）、中学校 74%（85 校 /115 校）、高等学校 87%（40 校 /46 校）、特別支援学校 94%（15 校 /16 校）、高等専門学校 100%（1 校 /1 校）。

※教職員を対象とした講習会を実施した学校。全教職員の参加有無については未調査。

4）子どもを対象とした実技を伴う学習を実施した小学校は 74%（143 校 /194 校）。

5）保健体育科の授業における実技を伴う学習の実施状況については未調査。生徒を対象とした実技を伴う学習を実施した学校は中学校 85%（98 校 /115 校）、高等学校 54%（25 校 /46 校）。ただし、実施した時間等については未調査。

6）平成 28 ～ 30 年度における、学校管理下での重大事故に対する AED の使用事例はない。

摘記　愛媛県では使用事例が詳細だがとの質問に対し、愛媛大学からの情報提供とのこと。

2．健診体制の地域間格差について（島根県）

本県では耳鼻科・眼科の学校医が不足している地区があり、健診体制にも地域間格差が生じている。各県での実情についてお伺いする。

岡山県　地域間格差に関する調査は行っていないが、学校医の任命では以下のようになっており、全県下で耳鼻科・眼科健診が行われているわけではない。

平成 29 年度の調査より

国公私立幼稚園（294 園）
耳鼻科：約 44%　眼科：約 61%

国公私立小学校（392 校）
耳鼻科：約 82%　眼科：約 72%

国公私立中学校（166 校）
耳鼻科：約 80%　眼科：約 72%

高等学校（92 校）
耳鼻科：約 75%　眼科：約 78%

特別支援学校（16 校）
耳鼻科：100%　眼科：100%

摘記　個別健診について検討する時期に来ているのではという意見に対し、日医は学校医の制度のもと集団として進めていきたいと回答。健診実施時期については検討が必要。

3．学校医とスクールカウンセラーとの連携（島根県）

学校医活動において、いじめ問題や災害、事故・事件等に遭遇した場合に、各県では学校医とスクールカウンセラーとの連携はどのようにされているか。

広島県　いじめ問題や災害、事故・事件等に遭遇した場合、各学校が中心となり、組織的な対応を実施する。学校医とスクールカウンセラーとの連携が必要なケースにおいては、学校が間に入る形となる。

ただし、事案が発生した場合に各学校が設置する委員会の構成は、各学校長の判断に因ることとなっており、必ずしも学校医を含んだ組織が形成されるとは限らない。

4．学校検尿の県下統一と結果のデータベース化について（岡山県）

本県では平成 28 年 3 月から、「岡山県学校検尿マニュアル」に従って、全県下で同一基準による学校検尿が実施されている。

昨年の検診結果（岡山県調べ）は、

国公私立小学校　388 校
腎臓病 96 件　糖尿病 19 件　その他 81 件

国公私立中学校　166 校
腎臓病 93 件　糖尿病 20 件　その他 74 件

高等学校　92 校
腎臓病 65 件　糖尿病 35 件　その他 40 件

であった。

今後、この結果のデータベース化を目指しているが、多数の課題があり、今のところ実現は困難である。各県では、どのようにされているか？

愛媛県　松山市、新居浜市、西条市、宇和島市に教育委員会との共同による学校検尿対策委員会があり、松山市では複数年の学校検尿の結果、受診病院や安静度を追跡し、重症例の未受診をなくすようにしている。新居浜市では市の医師会が中心となり、教育委員会からデータの提供を受け、未受診者への受診勧奨や検査結果の解析を行っている。

他の 2 市では学校別受診率などのデータを提供されているが、個人情報の扱いが厳しく、上記 2 市ほどのデータの提供がなされていない。

本県全体の学校検尿のデータは公立の小中学校は平成 26 年に県小児科医会に学校検尿対策委員会を設立し、各市町にアンケートをすることによって収集している。検査結果の集計（潜血、蛋白、潜血＋蛋白、尿糖の陽性者数）と受診率の集計は行っている。暫定診断も把握は出来るが集計はしていない。

公立高校は県医師会学校検尿対策委員会が県教育委員会に依頼し、検査結果と受診率の集計結果の提供を受けているが、暫定診断等それ以上のデータは提供されていない。現時点では県教育委員会はオブザーバーとしての参加であり、十分な活動が出来ておらず、合同の学校検尿対策委員会の設立を要請している。

私立学校は教育委員会の管轄ではないため、アンケートによりデータの把握に努めているに留まっており、県内統一の公式データは収集できていない。

なお、昨年 5 月に県医師会報に学校検尿の解説文を掲載、県医師会員全員に学校検尿マニュアルと実施指針配布し、学校検尿の改善への協力を呼びかけた。

質問だが、本県は精密検査受診率に地域差があり、その改善に注力している。受診率は学校現場や教育委員会の尽力なくしては向上が望めないため、まずは各市町の教育委員会と連携をとり、地域の医師会との学校検尿対策委員会の設立を目指している。また、地域ごとで設立するのは行政区分が違うと予算、マンパワーなどが違うことから、すべての市町で同じことをすることができそうにないため、県医師会・県小児科医会で愛媛県学校検尿指針を作成し、可能な限りそれに沿って学校検尿をするよう各地区の医師会と教育委員会に要請をしている。

①岡山県は私立を含めた小中高校全体で一つの学校検尿対策委員会があるのか。また、その委員会は県教育委員会と医師会のどちらが主導しているのかご教示いただきたい。

②集計に際して、個人情報の取扱いはどのようにしているか。

③私立学校はどのようにして協力を得たのか。

摘記　岡山県は、①県医師会内に検尿委員会を設置している、②検尿の結果表に「個人情報の取扱いに同意する」との文言を記載している、③県教委の呼びかけにより私立学校の協力が得られていると回答された。

5．学校における医療的ケアについて（広島県）

医療技術の進歩等を背景に医療的ケアが日常的に必要な児童生徒が増加していることを踏まえ、本年 3 月に文部科学省の「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議」において最終まとめが取りまとめられ、人工呼吸器を含む医療的ケアを実施する際に特別支援学校はもちろん、一般校でも留意すべき点等について整理されたところである。

学校における医療的ケアの実施にあたっては、地域の医師会、医療的ケアや在宅医療に知見のある医師及び学校との連携が重要とされている。また、教育委員会に対しては、ガイドライン等の策定や教育・福祉・医療等の関係者・保護者の代表者などで構成される医療的ケア運営協議会の設置が求められている。

各県では、同まとめを受けて教育委員会等との協議会設置、医療的ケア実施のおける医師会との連携、実施上の問題点、一般校における受け入れ等どのような状況かお聞かせいただきたい。

鳥取県　県教育委員会の調査によると、県内の医療的ケア児数は**表（下記）**の通りである。

○協議会設置状況について
・平成 30 年度、教育委員会の附属機関である鳥取県特別支援教育推進委員会に公立学校医療的ケア体制整備検討分科会を設置し、平成 30 年、令和元年の協議事項として「鳥取県版医療的ケアガイドラインの作成」、「小中学校で医療的ケアを推進するための指導医の検討」、「早期からの医療的ケア児に係る連携体制の検討について」の３つの柱で分科会を進めていくこととした。
・分科会の委員は小中・高・特支の管理職、学校看護師、保護者、医師、看護大学教授、看護協会教授、市町村教育員会、県福祉保健部などで構成されている。
○医療的ケア実施における医師会との連携状況、実施上の問題点について
・医療機関に勤務する看護師と異なり、学校看護師は常時主治医や学校医等の医師による指示や指導を受けてケアを行う環境にはない。従って、ケアに係る基本的な手技の確認、医療に関する最新情報等の提供、学校間の情報交換等を図るうえでも、定期的に研修会を実施する必要がある。そのため、医療的ケア研修会を実施し、学校看護師、教員、養護教諭、市町村教育委員会事務局員を対象に、ニーズに応じた医療的ケアに関する研修会を計画している。
・医師会との連携として、小中学校での医療的ケアを推進するための指導医を配置し、医療的な立場から助言できる体制の構築を検討していきたいが、対応できる医師が不足しているのが現状である。

摘記　医療的ケアの子どもに対する看護師配置基準がないこと、看護師の確保対策について、今後検討を希望。

６．学校医の確保対策（内科医のみならず、耳鼻科医、眼科医も含めて）について各県の取組を伺いたい。（山口県）

地方においては、医師の絶対数も、若い医師の数も少なく、日常診療においても将来に不安がある状態である。そのため学校医のなり手がなく、地区医師会長あるいは担当役員が個別に、学校医を無理にお願いしている状況ではないかと推測する。耳鼻科・眼科に至ってはこれまでも複数校を兼務しているが、すでに許容量をオーバーしており、今後も開業医の人数が減ると学校医制度を維持することが困難となる。各県の対応をお伺いしたい。

鳥取県　学校医の確保についての課題は、貴県と同様である。特に耳鼻科医、眼科医の確保は、全体数からして難しく、各医師 10 校以上を受け持っていただいているのが普通である。各学校医の負担も大きく疲弊しつつある。本県中部地区では、距離のある他地区の耳鼻科医が応援に出かけている。これらの状況は眼科医も同様である。

本県西部地区の耳鼻科医会では、約 10 年前にマンパワー不足への対策について、耳鼻科検診に選別制（抽出制）が導入された。小学校 1･2･4 年は全員を、3･5･6 年は選別（抽出）、中学校

表　鳥取県における医療的ケア児数

平成 30 年 5 月 1 日現在

	特別支援学校	小学校	中学校	高等学校
在籍学校数	4	3	0	0
医療的ケア児数	95	4	0	0
配置看護師数	19（4）	2	0	0

※配置看護師数の括弧内は常勤看護師数（R1.6.1 現在）

1 年は全員、2･3 年は選別（抽出）となっている。選別の方法は、前年に疾患を指摘された児童・生徒と、事前調査票でチェックが入った児童・生徒が選別される。このように、地域の実情に合わせたやむを得ない対応となっている。

さらに、近年の疾病構造の変化に伴って、特に中学生ではほとんど異常の生徒をみなくなり、異常があってもアレルギー性鼻炎程度で、しかも小さい頃から診断されているので、中学生の耳鼻科検診は必要ないのではないかとの意見もある。

「学校における健康診断は、・・・学校生活を送るに当たり支障があるかどうかについて、疾病をスクリーニングし健康状態を把握するという役割と、学校における健康課題を明らかにして健康教育に役立てるという二つの役割がある。（中略）学校における健康診断においては、学業やこれからの発育に支障がある疾病がないか、他の人に影響を与えるような感染症に罹患していないかを見分けることがスクリーニングの目的となる。（中略）学校における健康診断では、細かく専門的な診断を行うことまでは求められておらず、異常の有無や医療の必要性の判断を行うものと捉えることが適当である。（『今後の健康診断の在り方等に関する意見』平成 25 年 12 月､文科省）」を基本に、耳鼻科医や眼科医のみならず内科系学校医についても、社会の変化や疾病構造の変化に合わせた健診内容・方法や学校医の在り方について（もっと負担が少なくなるよう）再考が必要であると感じている。

7．小児の肥満検診の現状について（徳島県）

本県においては、平成 15 年より県下統一した小児肥満健康管理システムを構築し、全小中学生を対象に肥満検診が始まった。19 年度より、高校生を対象として年齢拡大した。29 年度からは、公立の幼稚園児を対象として幼児の肥満検診を実施している。さらに、31 年度（令和元年度）からは、認定こども園及び保育所の幼児を対象として、肥満検診を進めている。今後、幼児期の健診時（1 歳半健診、3 歳児健診）のデータを分析して、本県の課題である肥満の現状を把握して、肥満対策に資するよう目標を持っている。

各県において、小児の肥満検診の現状について教えていただきたい。

1）肥満検診を行っている場合

①肥満検診を行っている場合のシステム、対象年齢など

②肥満検診を行っている場合の課題

2）肥満検診を行っていない場合の実施できない理由

香川県

・特に「肥満検診」との名称を付けた検診は行っていないが、学校定期健診にて肥満度 30％以上の児童生徒に対して、医療機関受診の勧奨を全県下で行っている。

・県の事業として、平成 24 年度より全県下（事業主体は各市町、調査及び検査項目等は全県下統一）にて、小学 4 年生（今年度より中学 1 年も対象）に対する血液検査を含む小児生活習慣病予防健診を行っている。30 年度は 17 全市町の小学 4 年生 7,647 人が対象になった。

・検診の流れ（高松市の場合。他市町もおおむね同一）

① 保護者へ検診の希望有無を調査（6 ～ 7 月）

② 身体計測（肥満度算出）・腹囲測定・血圧測定、採血【検査項目：総コレステロール、LDL・HDL コレステロール、中性脂肪、尿酸、HbA1c、赤血球数、白血球、血小板、ヘモグロビン、ヘマトクリット、肝機能（ALT、AST、γ -GTP)】（9 ～ 10 月）

③ 結果通知・生活習慣アンケートより個人カルテを作成し市町小児生活習慣病予防検診委員会で判定、結果は各学校を通して保護者に通知する。（11 ～ 12 月）

④ 事後指導判定の結果、要治療者・要観察者（健康相談をする者）には、養護教諭、栄養教諭・学校栄養職員が中心になり、学校医の指導をもとに栄養及び運動面から生活改善の指導にあたる。

⑤ 春休み頃に二次検診として医療機関にて再検査を受ける。

⑥ 学校へ再検査結果の報告（5 月中旬）

⑦ 市町教育委員会への報告

・香川県行政：小学生を対象とした小児生活習慣

病予防健診を実施している市町から血液検査等のデータ提供を受けて集計分析を行っている。血液検査のデータ・体格調査・生活習慣調査等のデータは、毎年、各市町教育委員会及び香川県健康福祉部健康福祉総務課を経由して集積され、解析に供される。

・この健診では、1）各種肥満症、肥満に関連したメタボリック症候群、脂肪性肝疾患（NAFLD)、糖代謝異常症のスクリーニングだけでなく、2）肥満に関係しない脂質代謝異常症、肝疾患、内分泌代謝疾患などのスクリーニング、3）痩身児における病的疾病・ボディ・イメージ障害等のスクリーニング､4)健常児の健康教育(population approach）に役立っている。

小児生活習慣病予防健診における課題

① 二次検診受診率を如何に上げるか

② 一次検診自体の精度管理

③ 学校で（事前・事後）指導を行うスタッフの人的、時間的不足（養護教諭、栄養教諭・学校栄養職員など）

④ 健康教育を行う人的・時間的不足（保健師の供給、学校医の熱意・温度差）

⑤ 学校側と医療機関での役割分担が不明確（両者とも時間的余裕が少なく、指導管理を押し付けあう傾向にある）

⑥ 二次検診受診者を受け入れる医療機関の診療レベルの精度管理

⑦ 三次専門医療機関の不足（中・高度肥満の児童生徒では心理社会的問題、発達障害、器質的疾患、社会的環境問題などが併存することが少なくなく、一般医療機関での管理には限界がある）

⑧ 学校単位以上での健康教育

⑨ 乳幼児からの肥満・メタボ対策（乳幼児健診での取組み）

⑩ 長期管理の難しさ（思春期になると問題を抱える生徒ほどドロップアウトしやすい）

⑪ 思春期以降のフォローアップ体制の構築（トランジションする成人専門医療機関の不足）

現在、上記問題の課題解決に向けて、香川県小児生活習慣病対策検討会（主に①、③、④、⑦、⑧、⑩など)、香川県小児科医会小児生活習慣病対策ワーキンググループ（主に⑤、⑥、⑨)、各地区医師会（主に①、②、④など）にて取組みが積極的に行われており、一部成果も上がっている。

8．児童生徒のゲーム・ネット依存対策の各県の状況について（香川県）

児童生徒のゲーム・ネット依存については、学校現場からは高い危機感が示され、早急に対応すべき児童生徒の健康問題として、本県では今年度からゲーム・ネット依存対策について特別予算が計上された。しかし、ゲーム・ネット依存症を含めて学校メンタルヘルスに積極的に係わる専門医の数が極めて少なく、対策に苦慮しているのが実情である。地区教育委員会からは、ゲーム・ネット依存を含めた学校メンタルヘルス問題については、学校医やかかりつけ医が積極的に関わりをもつように要請されるが、学校医の力だけではハードルが高く、やはりこの問題も地域における多職種連携による対策が必要のように感じる。

児童生徒のネット依存、メンタルヘルスのリスクのある児童生徒のケアについて、積極的な取組み（学校と地域医療機関、保健機関、専門医、医師会、行政などが連携した相談体制の構築など）が行われている地域があれば参考にしたく、ご教示いただきたい。

徳島県

○「いのちと心の授業」での専門家の学校派遣

医師や助産師、臨床心理士等、専門的知見を有する方を講師として学校に派遣し、児童生徒等が命の大切さや今後の自己の生き方について考えを深めることを目的として県が実施する「いのちと心の授業」の事業において、今年度より、新たにネット依存やゲーム障害に詳しい専門家（臨床心理士）を講師として委嘱、要望のある学校へ派遣し、出前授業や教職員・保護者に対する研修会を実施している。

○「スマートフォン・携帯電話安全教室」の開催促進

携帯電話会社と県が連携し、積極的に安全教室を開催している（平成 30 年度 150 回開催)。また、地方法務局人権擁護課とも連携し、人権擁護委員による「人権教室」も併せて開催し、注意を

喚起しているところである。
○「いじめ防止子ども委員会」での取組み
県内の小・中学校、特別支援学校の各校に設置する「いじめ防止子ども委員会」（いじめ防止に向け、子どもたち自身が主体的な活動に取り組む）において、携帯電話やインターネットの利用の仕方を話し合い、自分たちでルールを決めることで、継続的に適切な利用の実践に取り組んでいる学校がある。
また、学校医や保護者及び地域の関係者等と連携し、児童生徒及び保護者向けの講習会や学校保健委員会を活用し、子どもたちの健康課題の一つとして対応しながら、実態把握に努めるとともに、養護教諭や学校保健関係者への研修等により教職員への知識理解を図っている。

9．スクールソーシャルワーカーの人数や活動内容、学校での実態・実績など、各県の取組みを教えていただきたい。（愛媛県）

社会福祉士等の専門的な知識・技術を持つスクールソーシャルワーカーは、県内では少ないのが現状である。松山市を除く 19 市町において、1 ～ 4 人配置されている（松山市は、独自に教育支援センターや子ども総合相談センターが対応しているため未配置）。不登校やいじめ・非行、家庭環境などの問題に対応し、学校や教育委員会、保健センターや医療機関とも協力体制を取っているが、退職後の教諭もその任務を行うなど、ソーシャルワークの専門性を含めた質の向上と増員が、現在の学校現場では課題となっている。

山口県
・県内の学校におけるスクールソーシャルワーカー（以下、「SSW」）は、県配置 4 人（山口総合教育支援センターに配置、エリア・スーパーバイザーとして市町配置の SSW へのアドバイスも行う）、市町配置 44 人（実人数：国の間接補助事業を活用。市町立学校の「いじめ対策委員会」に福祉の専門家として参画する）である。
・活動プロセスは、問題発生→担任・生徒指導担当による対応→校内ケース会議（市町 SSW 参画）→ケースによってはエリア・スーパーバイザーとして県 SSW 派遣や、FR（ファミリー・リレイションシップ）アドバイザー（弁護士・医師・社会福祉士・民生委員・児童委員など）と連携して介入支援する形で対応する。
・学校から市町教育委員会、もしくは、やまぐち総合教育支援センターに派遣依頼があった場合に SSW の派遣が行われる形で活動している。
・実績としては、経済的な問題を抱え、子どもの養育に手が回らない母子家庭に対して SSW が支援に入り、民生委員や市の福祉部局等と学校を連携することにより、母親の精神的・経済的安定につながり、それにより子どもと保護者の絆が強まって、登校に結びついた例がある。
・SSW に関する課題としては、資質能力向上と人材の確保が挙げられる。

10. 各県の学校保健統計によれば、児童・生徒の視力低下が懸念されている。各県の実情と対策あるいは取組み成果について教えてほしい。（高知県）

平成 29 年度全国学校保健統計調査報告によれば、児童・生徒の裸眼視力 1.0 未満の割合が年々増え、小学生 34.10%、中学生 56.04%、高校生 67.09%と報告されている。その原因あるいは誘因として、早期からのスマホや携帯電話の使用、長時間の携帯ゲーム機使用などが挙げられているが、効果的な対策あるいは取組み成果が明らかになっていない。将来的に深刻な眼科的疾患を引き起こすだけでなく、脳科学的な観点からも正常な発達が懸念される状態につながると予想される。学校現場での具体的対策が求められている。

島根県　本県では専門家・専門医による派遣事業等で学校にメディア接触に関する出前指導を行っており、視力に与える影響についても時間をとっている。また、学校保健研修で学校保健担当者に研修を行っているが、なかなか視力低下対策に結びついていないのが現状である。

摘記　今後、睡眠への影響についても検討していく。

（2）日本医師会への要望

1．多様化・深刻化する児童生徒等の健康課題に対応するため求められる連携を日医の協力なリーダーシップで推進していただきたい。（鳥取県）

昨年の講演でも拝聴したが、多様化・深刻化する児童生徒等の健康課題に対応するためには、学校保健関係者すべてが密接に連携していく必要がある。しかしながら、特にメンタルヘルス問題に対応できる児童精神科等、学校医の専門外である診療科医師は地域偏在が著しいのが現状である。日医の強力なリーダーシップのもと、必要に応じ県域を越えた連携ネットワーク構築を進めていただきたい。

日医　日本医師会学校保健委員会に参画いただいている各診療科委員からも意見をいただき、日本学校保健会とも連携して検討していきたい。

2．教職員の健康管理について（広島県）

教職員の過重労働問題を受け、本年 1 月、中央教育審議会により「新しい時代の教育に向けた持続可能な学校指導・運営体制の構築のための学校における働き方改革に関する総合的な方策について（答申）」が取りまとめられた。

教職員の健康管理については、学校医が原則兼務しているが、学校医は児童生徒の健康管理が最優先、かつ、その業務も増加しており、教職員の健康管理まで含めて充分対応することが難しい状況である。現状では学校保健安全法と労働安全衛生法の整合が不明瞭であり、こうしたことも教職員の心身の疲弊を助長する要因の一つと考える。

教職員の心身が健康でなければ、児童生徒への健全な教育や指導は困難であることから、今回の答申では、学校現場にも労働安全衛生法の規定がおおむね適用されることが明記されており、学校保健安全法においても教職員の健康管理は、教職員数に関わりなく産業医が行うよう、法改正への働きかけを要望する。

日医　提案を文部科学省に伝え、働きかけていきたい。

3．運動器検診の成果、効果検証を実施していただきたい。（山口県）

運動器検診も 2 年間実施され、そろそろ結果の集計がなされていると思われる。

この検診の開始前と開始後とで、整形外科を受診する運動器疾患の生徒数の変化はあるなのか。疾病構造に変化があったのかなど、検診の成果に繋がる検証をお願いしたい。

回答　平成 28 年に児童生徒等の健康診断の実施状況調査が実施されたところだが、文部科学省から具体的な今後の方針の提示はない。

4．医師会と教育委員会とのさらなる連携について（徳島県）

学校保健活動において、医師会と教育委員会との密なる連携は必須の要素である。しかしながら、県医師会と県教育委員会、地域医師会と市町村教育委員会との連携は必ずしも良好でない。本会は県教育委員会と学校保健活動を良好なものへと目指すために「協定書」を締結した。さらに県内にも広がり、鳴門市医師会と鳴門市教育委員会とも「協定書」を締結した。今後、他医師会も拡大を望んでいる。日医におかれては、文部科学省にその現状を伝え、さらに、地域での医師会と教育委員会とが密なる連携が取れるようお願いしたい。

回答　好事例を文部科学省に提示し、教育委員会に対して医師会と連携するように働きかけたい。

5．ネット社会における児童生徒の被害予防対策への日医のさらなる活動を（香川県）

児童生徒に「ルールを守ろう」との指導だけでは対策になっていない現実がある。ネット依存症などの健康被害だけでなく、少年少女が SNS で見知らぬ人と交流したり、性的被害等の事件に巻き込まれるケース、個人情報の流出、ネット上での誹謗中傷、いじめ，思いがけない金銭の請求や詐欺、著作権法の違反など、多くの犯罪被害の発生が指摘されている。大人を含めた社会全体でのスマホ・インターネットの影の部分の規制に向けた日医のリーダーシップに期待している。

日医　情報発信を子どもたちにも行いたい。文部科学省がネット依存に関する参考資料を作成中であり、日医としても協力しているところである。

6．今後、学校現場においては、スクールソーシャルワーカーがますます必要とされているが、増員や質の向上のための対策について、行政とともに検討していただきたい（愛媛県）

スクールソーシャルワーカーの待遇については、2016 年の日本学校ソーシャルワーク学会による「全国におけるスクールソーシャルワーカー事業の実態に関する調査報告（2016 年 7 月）」によると、置かれている職場環境はさまざまである。例えば、報酬は月給、日給、時給が混在しており、勤務時間も年間 100 時間程度の条件もあれば、週 5 日（正規職員対応）の自治体もある。加えて、社会保障関係や交通費の支給に関しても差がある。

文部科学省では、平成 31 年度（令和元年度）までに全国に 1 万人のスクールソーシャルワーカーを配置することを目標にしているが、全く定着していないのが実態である。要因としては、専門職に対する予算がきちんと確保されていないことが大きいと考えられる。予算の内訳は国 1/3、都道府県 1/3、市町村 1/3 となっており、国はそのための予算を準備しているが、都道府県や市町村の予算が不十分なためである。

都道府県と各市町村が、スクールソーシャルワーカーの配置の重要性をどこまで理解して予算化しているかだが、不登校や虐待、家庭の問題など、ソーシャルワークが必要な事例が増えている現状では、充分活躍できる環境を整えていくことは喫緊の課題と考える。また、職域が専門知識や資格を有しない、いわゆる定年退職した公務員の再雇用枠として設けられている自治体も少なくないのが現状である。

子どもの不登校を見過ごすことで陥る、負のスパイラルは以下の通り。

学校に通えない ⇒ 教育格差（進学率の低下）⇒ 非正規雇用等 ⇒ ワーキングプア・無職 ⇒ 低賃金・無収入 ⇒ 社会保険料の納付額が「減額」⇒ 生活保護費等の公的支出が「増額」……

学校の教職員が、抱える仕事が膨大過ぎて疲弊してしまうという実態も看過できない。是非とも、学校現場に教職員以外の専門スキルを持ったスタッフが多く配置されることを望む。

日医　文部科学省は 2019 年度までに原則としてスクールソーシャルワーカーをすべての中学校区に配置することとして予算計上している。常勤職として全国的に確立することが求められるところである。

7．子どもの貧困対策について（高知県）

わが国は先進国の中でも子どもの貧困率が高く、7 人に 1 人の子どもが朝食を食べていないことや、給食費の未納のためやむを得ず欠席するという事態が報告されている。

学校だけでなく自治体や関連団体の連携により、地域によっては子ども食堂を開設するなどの慈善事業が始まっているが、継続した取組みが必要である。

学校医の対応はどうあるべきか、日医の姿勢をお伺いしたい。

日医　文部科学省からは子ども食堂は有意義であり、地域学校共同活動としての学習支援との連携も有効であるとの回答があった。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒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。

医師年金

＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 **64歳6カ月未満の日本医師会会員**（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、簡単シミュレーション！

医師年金　検索

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

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

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

20150601S8

令和元年度
中国地区学校保健・学校医大会

と　き　令和元年 8 月 18 日（日）13：00 ～ 16：35
ところ　広島県医師会館 1 階ホール
担　当　広島県医師会

報告：副 会 長　今村　孝子
　　常任理事　藤本　俊文
　　理　　事　河村　一郎

研究発表

1. アンケートからみた鳥取県の食物アレルギー対応の現状と課題（鳥取県）

中井こどもクリニック院長／
鳥取県アレルギー対策推進会議委員
中井　正二

平成 30 年 2 月、鳥取県アレルギー対策推進会議では、鳥取県内の保育所・幼稚園、小学校、中学校での小児アレルギー疾患の実態について、施設と保護者へのアンケート調査を行った。保護者からの回答で、園児ではアトピー性皮膚炎が 10.7％で最も多かったが、小学生、中学生になるとアレルギー性鼻炎が 17.9％、24.0％と多くみられた。施設での対応がより必要な食物アレルギーやアナフィラキシーについては、一部は必ずしも医療機関による診断や指導があるわけではないようで、保護者の判断で不要な食物制限やアナフィラキシー対応が行われている可能性も考えられた。食物アレルギーは、原因や症状及び経過など個別性が高く、保護者の理解を深め、医療機関受診の利便性なども今後の検討課題と思われた。

一方、食物アレルギー患児で、園・学校での誤食は小中学生で 10％前後、園児では 18.5％の保護者が経験ありと回答しており、園児に多い傾向がみられた。また、今回調査した園のうち、28.6％の園でこの 1 年間で誤食事例が発生しており、複数回見られている施設も認められた。しかし、食物アレルギー対応でヒヤリハット事例の報告体制は約 6 割の施設で整っておらず、園での食物アレルギー対応の再検討が必要かと思われた。食物アレルギー対応での困ったこととして、「症状発症時の対応が心配」や「配膳など食事体制」並びに「調理が大変」などの意見がみられ、園での職員体制など含めた現状を見直しながら、今後の検討が必要と思われた。

2. 着衣状況による側弯症検診結果への影響（島根県）

吉翔会吉直整形外科クリニック院長／
出雲医師会運動器検診アドバイザー
吉直　正俊

出雲医師会運動器検診アドバイザーの立場で、検診環境、殊に着衣状況の有無による側弯症検診の疑い率精度を検証した。モアレ撮影を導入していない県や市での側弯症疑い率の低さは学校医の専門性の違いによるとの意見や、一次検診に整形外科専門医を動員すべきだとの意見は正当性を持ちやすい。しかし、実際の検診環境（着衣状況）に言及して疑い率を分析した報告は見当たらない。検診環境は、殊に女子の「羞恥心への配慮」のあり方で異なり、疑い率の低さに至っている可能性がある。そこで、出雲市内の全小学校・中学校に検診時の着衣状況のアンケート調査を行い、専門医受診推奨率（疑い率）の違いを調べた。その結果、「体操服」での検診は特に女子において受診推奨率が極めて低値であり、不適当であることが明確になった。そして、現行の内科医・小児科医主体の側弯症検診でも、適切な着衣状況であれば、その疑い率は妥当性を持つことが分かった。

3. 教職員を対象とした食物アレルギー研修の有用性（山口県）

まかたこどもアレルギークリニック
院長　真方　浩行

共同発表者

山口県小児科医会園医・学校医活動に関する委員会
真方浩行、井上　保、田代紀陸、谷村　聡、藤本　誠、藤原元紀、村田　敦
山口県小児科医会　田原卓浩

背景

「学校給食における食物アレルギー対応指針」では、全教職員が食物アレルギーの正しい知識をもち、エピペン®を正しく扱えるように実践的な研修を定期的に実施することを求めている。

目的

山口県小児科医会で食物アレルギー研修用の資料を作成し、資料を用いた研修の有用性・有効性について検討した。

方法

主に養護教諭を対象として、萩市で研修を実施し、参加者 22 名に研修終了後にアンケート調査を行った。

結果・考察

回収率 100%、4 名は初回の研修であった。到達目標別の習得率を比較すると、「正しい食物アレルギーの知識を身につける」64%、「生活管理指導表を用いた管理ができる」50%、「エピペン®を使用できる」73% であった。また、参加者全員が他の教職員にも研修の受講を勧めたいと回答した。初回の研修者は、研修経験者と比較して習得度が低い傾向があり、繰り返し研修を実施していくことにより有用性･有効性が高まると考えた。今後､動画を用いたシミュレーション研修も行い、対象を拡げて検討していく予定である。

4. 広島市 5 区の学校検尿に蛋白／クレアチニン比を導入した 3 年間のまとめ（広島県）

広島市医師会学校医委員会
検尿判定小委員会委員／
県立広島病院小児腎臓科主任部長　大田　敏之

腎炎治療の充実により、小児透析導入患者の原疾患に占める慢性腎炎の割合は、1970 年代の 49.5% から 2.3% まで著減している。また、本邦の新規透析導入者全体でみても、慢性腎炎が原疾患であった群での学校検尿世代の割合は少ない。これらは学校検尿による早期発見・早期治療の賜物と考えられており、末期腎不全の原疾患としての腎炎の重要性が下がった現在では、原疾患の半数以上を先天性腎尿路奇形（CAKUT）が占めるに至った。尿の濃縮能が障害されがちな CAKUT では、試験紙法（尿中蛋白濃度を反映する）では偽陰性となることが多いため、広島市内 5 区では、平成 28 年度から CAKUT の発見率を向上させるために､2 次検尿に蛋白 / クレアチニン(P/C) 比を導入している。導入するにあたり、従来の早朝尿と新鮮尿の 2 検体から早朝尿のみに変更してコスト増の補てんを図った。

以上のような変更後の 3 年間を振り返った。当初予想していなかった恩恵としては、3 次検査後に起立性蛋白尿と診断される者が著減したことである。これは 2 次検尿を早朝のみに変更したことによると思われる。試験紙陽性（1 ＋以上）で P/C 比 0.2 未満は 121 検体､その逆は 141 検体であり、要精密検査者数はほとんど変わらなかった。理論上より良いスクリーニングシステムになったと思われるが、演者の知る限りでは学校検尿による新規の CAKUT 発見はなかった。

広島県内の小児腎疾患のセンターである当科での過去 10 年間の CAKUT を原疾患とした慢性腎不全 37 名の発見動機は、尿路感染後の精査、胎児・新生児期の画像検査が多く、学校検尿を契機に発見されたものは 3 名であった。新システムは従来のものに比較してより微量な蛋白尿を発見でき、必要経費も同等であることより、今後も新システムで CAKUT の早期発見ができるかを検討していきたい。

［文責：藤本　俊文］

特別講演

1. 障碍や病気を抱える児童生徒の学校生活支援～医師会の立場から～

広島県医師会常任理事　渡邊　弘司

支援を要する児童生徒は、特別支援学校に就学するとの慣例があったが、障害者差別解消法の施

行により合理的配慮の提供義務が課されたこともあり、医療的ケアなどの支援を要する児童生徒も特別支援学級や一般校に就学するケースが増えている。特別支援教育の対象となる児は、特別支援学校、小中学校の特別支援学級・通級教室に就学しており、自閉症、情緒障害など発達障害児の増加で特別支援学級に在籍する児童生徒が年々増加している。特別支援学校の幼児・児童・生徒数は現在全国で 10 万人余り、対する教職員の数は 6.6 万人程度である。視覚・聴覚障害児に対する教職員の割合は 1 対 1 程度だが、その他は少ない。

これまで、特別支援学校の学校医でさえ、特別支援学校の特殊性を学ぶ機会がないまま就任しているケースが多く、支援を要する児童生徒に対する学校における管理体制を見直す必要がある。広島県における特別支援学校医に関する意識調査では、約 8 割が“活動に問題あり”と感じており、医療的ケア指導医との連携が必要と回答していた。問題点としては、後任を探すのが大変、対象が障碍者なので障害の専門的知識が要求される、生徒数の増加が著しく多忙等が挙げられていた。広島県医師会では、特別支援学校における学校保健関連の課題を協議する場を設置し、学校医のレベルアップを図る活動を行ってきた。

その中で、各学校に産婦人科の配置が必要（特に性教育について）、通学距離の短縮、感染症対策（教室内及びスクールバス内）、特別支援学校と普通学校の特別学級への通学条件を明確にすることなどについて教育委員会へ提言を行った。

特別支援学校の健診では、児童生徒が逃げ回ったり、恐怖心が強いことがあり困っていると約半数の学校医が回答しており、最低限、聴診だけでもできる診察を行う、別の教室で行うなどの工夫をしていた。

2018 年には『特別支援学校健診の手引き』を発行し、定期的に特別支援学校関係者を対象とする研修会も開催している。手引きの中で、発達障碍児に対する健診の工夫として、生徒の病歴・疾患・プロフィールが一目でわかるシートを作成しておく、教諭・養護教諭にそばについてもらう、紙と鉛筆を用意しておいてこれからすることを文字や絵で示す、白衣を着ないようにするなど記載している。知的障害があっても仕方がないと黙認せず、理由もなく人前で裸にならない、人の身体をむやみに触らないなど教えておく必要があるとしている。

また、昨年から広島県学校保健会において医療的ケア検討会議を立ち上げ、県教育委員会主催で特別支援学校長、医師会、学術経験者らにより年 2 回協議会を開催し、医療的ケアの実施状況、実施する際の留意点などを検討、今年の 3 月には広島県教育委員会より広島県特別支援学校医療的ケアハンドブックを発行した。

［文責：河村　一郎］

2. 学校保健の現状と課題

日本医師会常任理事　道永　麻里

子どもをめぐる現状

学校が抱える問題は複雑化・困難化しており、不登校児童生徒の増加、学校管理下における暴力行為の増加、通級による指導を受けている児童生徒の急増、特別支援学校・特別支援学級に在籍する児童生徒の増加が目立つ。また、10 ～ 20 代の死因トップが自殺である。

学校保健における現代的課題への対応

日医は令和元年 6 月 3 日に文部科学省へ令和元年度政府予算概算要求に対する要望書を提出した。要望項目は、①学校保健推進のための連携の仕組みの構築、②児童生徒等の健康課題の多様化に対応した健康教育の基盤の整備、③特別支援学校等における医療的ケアの充実、④ SNS やネットによるいじめ防止及び依存による生活習慣病の防止、⑤公益財団法人日本学校保健会の運営基盤の充実・強化、⑥学校における教職員の働き方改革の推進である。

特別支援教育については、合理的配慮の規定により、特別支援学校だけでなく普通学校にも障害のある方が入学するようになり、医療的ケアを行える看護師のニーズが高まってきている。

SNS やネットにはさまざまな問題があり、睡眠時間、体力、学力、視力、脳機能（脳神経細胞の死滅）、コミュニケーション能力の 6 つを喪失するとされ、ネット依存者になることにより、若者の将来が閉ざされてしまう危険がある。

教員の労働安全衛生管理体制については、平成に入って精神疾患休職者の割合が高まっており、産業医の専任義務のない教職員 49 人以下の学校においては、教育委員会で産業医の要件を備えた医師等を採用し、複数の公立学校の職員の健康管理を実施する等の有効な取組みも行われている。

がん教育については、平成 29 年度におけるがん教育実施状況調査において、がん教育実施率は小学校 62.1%、中学校 64.8%、高校 58.0% で、実施方法としては保健体育や体育の授業が 92.9% である一方、実施しなかった理由としては「指導時間が確保できなかった」57.2%、「他の健康教育を優先しており必要でないと思った」36.4%、「指導者がいなかった」23.5% との結果であった。

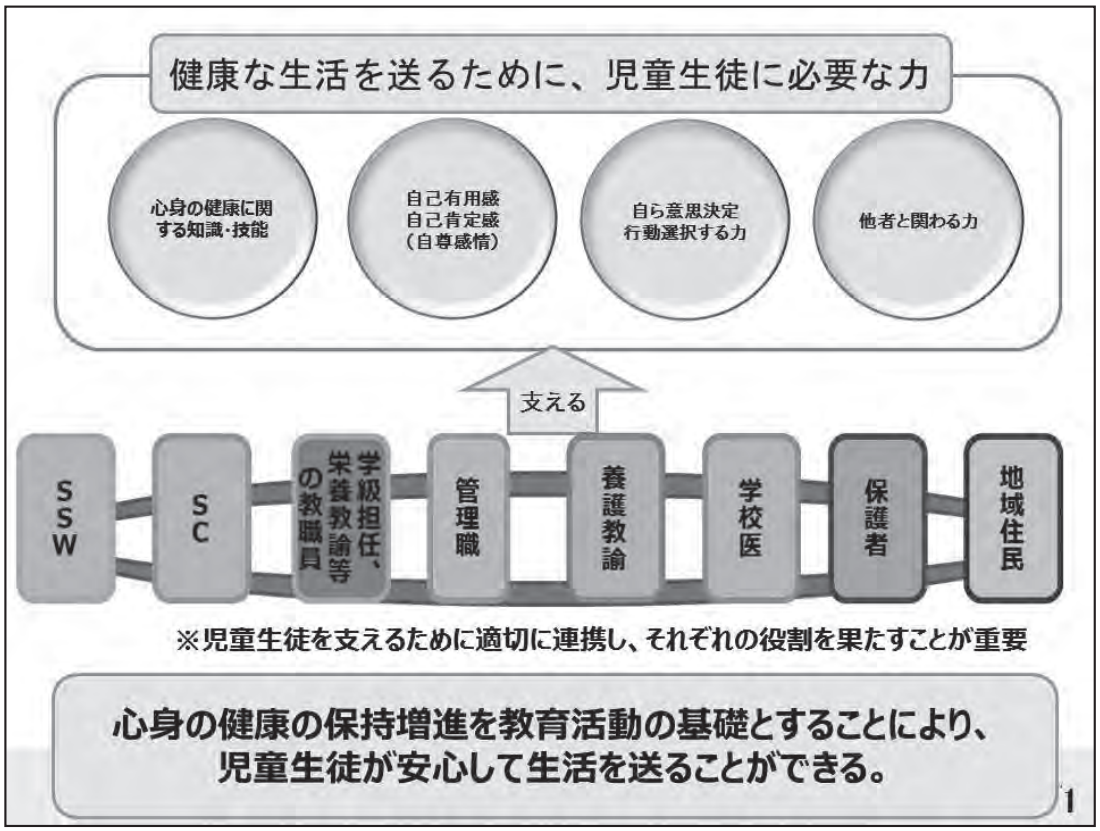
健康増進法の一部を改正する法律に関しては、学校の受動喫煙対策は一定程度進んできている（学校敷地内の全面禁煙措置 90.4%：平成 29 年度）ものの、敷地内禁煙が原則の第一種施設とされていない予備校やフリースクール等においても、第一種施設と同様な措置が望ましい。

課題解決への提案

保健室利用状況に関する調査報告書（平成 28 年度調査結果）において、養護教諭とスクールカウンセラーとの定期的な連絡・打合わせ「有」は、小・中・高校では 6 ～ 8 割だったが、スクールソーシャルワーカーとの定期的な連絡・打合せ「有」は小・中・高校ともに 4 割前後であった。身体の健康に関しては、アレルギー疾患が最も多く、アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒が増加している。心の健康に関しては、友達、家族、教職員等との人間関係のトラブルで悩んでいる児童生徒が多く、また、発達障害に関する問題の増加がみられた。養護教諭が救急処置の必要性「有」と判断した内容としては、小学校は外科的なもの、中・高校は内科的なものが多く、多様な心身の健康問題について相談を受けている。

児童生徒の「生きる力を育てる」には多職種連携が必要とし、とても良い姿として**下図**を示された。

［**文責：今村　孝子**］



理　事　会

ー第 10 回ー

8 月 22 日　午後 5 時～ 7 時 10 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、白澤・山下・伊藤・吉水・郷良・河村・長谷川各理事、藤野・篠原各監事

協議事項

1　第 1 回郡市医師会長会議について

10 月 10 日開催の標記会議の日程及び議題について協議を行った。

2　第 2 回都道府県医師会長協議会の議題について

9 月 17 日に開催される標記協議会の議題について検討し、本会から 2 題提出することを決定した。

3　山口県健康福祉部との懇話会について

9 月 5 日に開催される標記懇話会の協議事項として 8 題を決定した。

4　「家庭看護力の醸成」事業について

今年度の事業として、セミナー参加による家庭看護力指導者の養成及び医療スタッフを対象とした講習会の開催を決定した。

5　第 26 回日本保育保健学会 in 下関の名義後援並びに協賛金について

標記学会から依頼のあった名義後援を承諾するとともに、協賛金として 5 万円の助成を行うことを決定した。

人事事項

1　天皇陛下御即位山口県奉祝委員会の理事について

本会会長が標記委員会の理事に就任することを承諾することとした。

報告事項

1　日医母子保健検討委員会（8 月 1 日）

令和元年度母子保健講習会（案）及び会長諮問「次世代を見据えた母子保健の充実強化に向けて（妊産婦健診の在り方、乳幼児健診の標準化等）」に対する答申のとりまとめについて協議を行った。（今村）

2　集団指導「周南市」（8 月 1 日）

中国四国厚生局及び山口県の共同による各種集団指導と併せて、本会が実施する全医療機関を対象とする集団指導（隔年出席制）を周南市で開催し、立会した。（河村）

3　第 1 回健康スポーツ医学委員会（8 月 1 日）

令和元年度及び 2 年度の健康スポーツ医学実地研修会並びに医師国保組合「第 18 回学びながらのウォーキング大会」におけるスポーツ医学再研修（実地研修）の講師、内容等について協議を行った。（藤本）

4　第 1 回自賠責医療委員会・第 89 回自動車保険医療連絡協議会（JA 共済との協議含む）（8 月 1 日）

委員会では、個別のトラブル事例、保険会社が一括払いを中止する事例について協議を行った。協議会においても、同様の事例について損保 7 社及び料率算出機構と協議を行った。（伊藤）

5　「在宅医療推進フォーラム」シンポジウム打合せ（8 月 2 日）

10 月 6 日に開催される標記シンポジウムにつ

理　事　会

いて、当日の進行・発表内容、今後のスケジュール、チラシの配布等について協議を行った。（清水）

6　第 1 回山口県医療対策協議会専門医制度部会（8 月 2 日）

県内の専門研修プログラムの登録状況、プログラムのチェック、初期臨床研修 2 年生のキャリア形成に関するアンケート調査結果、「県内臨床研修・専門研修合同説明会 in やまぐち」の開催結果等について協議を行った。（加藤）

7　警察医会役員会・総会・研修会（8 月 3 日）

役員会では、山口県総合防災訓練における検視訓練の報告、総会の議事進行、研修会等について協議を行った。総会では、平成 30 年度事業報告、令和元年度事業計画について審議した。研修会では、防衛医科大学法医学講座の原田一樹 准教授による講演「日米の法医実務から学んだこと～頭部外傷と銃創を中心に～」を行った。（前川）

8　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（8 月 4 日）

4 人の講師により、かかりつけ医の役割、診断、治療及び連携と制度に関する講習並びにワークショップ形式による症例検討を実施し、受講修了者に修了証書を交付した。受講者 79 名。（清水）

9　第 3 回山口県糖尿病療養指導士講習会（8 月 4 日）

「療養指導の基本（患者教育）」、「ライフステージ別の課題と療養指導」、「急性合併症」、「慢性合併症 1（細小血管症）」の講義が行われ、最後に確認テストが行われた。受講者 165 名。（前川）

10　山口県社会福祉協議会第 1 回地域福祉推進委員会（8 月 6 日）

地域福祉推進委員会の進め方、「第 5 次福祉の輪づくり運動推進県域活動計画」の進行管理等について協議を行った。（今村）

11　男女共同参画部会総会 WG ミーティング（8 月 6 日）

令和 2 年 3 月 15 日に開催する標記総会の特別講演の講師の選定、シンポジウムのテーマ等について協議を行った。（長谷川）

12　日医第 5 回社会保険診療報酬検討委員会（8 月 7 日）

諮問①「平成 30 年度診療報酬改定の評価」に対する答申、次期（令和 2 年度）診療報酬改定に対する要望事項及び諮問②「現在の診療報酬における問題点とその対応」の項目案について協議を行った。（萬）

13　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（8 月 7 日）

役員の選任の認可、平成 30 事業年度後期高齢者医療等特別会計の決算の承認、社会保険診療報酬支払基金定款の変更の認可等について報告が行われた。（河村会長）

14　地域医療構想調整会議・検討部会「山口・防府」「長門」（8 月 8 日）

各地域の病床機能検討部会が開催され、今年度の主な協議事項の説明が県から行われた後、医療機関ごとの対応方針の協議等が行われた。（前川）

15　第 1 回山口県周産期医療協議会（8 月 8 日）

周産期医療調査、母体・新生児救急搬送基準及び新生児用ドクターカーの整備に関する意見収集等について協議を行った。（藤野）

16　産業医部会理事会（8 月 8 日）

部会役員の選任、平成 30 年度決算、令和元年度部会総会の開催日程等について協議を行った。（藤本）

理　事　会

17　日医第 1 回医事法関係検討委員会（8 月 9 日）

今期の標記委員会の進め方等について協議を行った。（林）

18　第 31 回県立病院機構評価委員会（8 月 9 日）

法人の平成 30 年度における業務の実績に関する評価（素案）、第 2 期中期目標期間における業務の実績に関する評価（素案）等について審議した。（今村）

19　第17回山口県がん診療連携協議会（8月9日）

「第 16 回、第 17 回山口県がん診療連携協議会実務担当者会議」、「 平成 30 年度の活動状況と令和元年度の取組 」、「 各部会の活動 」について報告が行われた後、「 がん診療提供体制の強化」について協議を行った。（加藤）

20　中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会（8 月 18 日）

高知県医師会の担当で開催され、本県提出の議題「学校医の確保対策（内科医のみならず、耳鼻科医、眼科医も含めて）について」等、各県から提出のあった 10 題について意見交換を行った。また、日本医師会への要望については、道永常任理事から回答が行われた。（藤本）

21　中国地区学校保健・学校医大会「 広島 」（8 月 18 日）

広島県医師会の渡邊弘司 常任理事による「 障碍や病気を抱える児童生徒の学校生活支援～医師会の立場から～ 」、日本医師会の道永麻里 常任理事による「学校保健の現状と課題」の特別講演 2 題及び研究発表 4 題が行われた。山口県からは、まかたこどもアレルギークリニックの真方浩行院長による「 教職員を対象とした食物アレルギー研修の有用性 」が発表された。（藤本）

22　日本医師会監事会（8 月 20 日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。（河村会長）

23　日本医師会第 5 回理事会（8 月 20 日）

日本医師会設立 72 周年記念式典並びに医学大会被表彰者選考、令和元年度 JMAT 研修開催等について協議した。（河村会長）

24　山口県警察友の会理事会・総会（8 月 21 日）

理事会において平成 30 年度事業報告・決算報告、令和元年度事業計画・予算、役員改選案を決定し、総会において、いずれも承認された。その後、日本大学危機管理学部の河本志朗 教授による「国際テロ情勢と対策」と題する講演が行われた。（事務局長）

ー第 11 回ー

9 月 5 日　午後 5 時 20 分～ 6 時 20 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、白澤・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 62 回日本呼吸器学会中国・四国地方会、第 28 回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会、第 70 回日本結核病学会中国四国支部会の後援・助成金について

標記 3 学会から連名で依頼のあった名義後援を承諾するとともに、5 万円の助成を行うことを決定した。

理　事　会

2　山口県性暴力相談ダイヤル「あさがお」被害者支援研修会の名義後援について

山口県男女共同参画相談センターから標記研修会の後援依頼があり、承諾することを決定した。

3　第 20 回院内感染対策セミナーの名義後援について

標記セミナーは営利団体が主催するものであり、他に特段の事情もないことから、名義後援を承諾しないことを決定した。

4　東京都医師会主催の母体保護法指定医師研修会参加証の認定について

東京都医師会が 10 月 13 日に開催する標記研修会の参加証を、本会による母体保護法指定医師の更新手続きにおいて有効なものとすることを決定した。なお、中国四国各県医師会以外の都道府県医師会主催の研修参加証を有効とすることは、現在のところ、今回のみの特例とすることが確認された。

5「成育支援セミナー ～家庭看護力を学ぼう～」について

今年度の「家庭看護力の醸成」事業のうち、12 月 22 日に開催する医療スタッフを対象とした講習会のタイトルを標記のとおりとすることを決定した。

報告事項

1　第 64 回中国地区学校保健研究協議大会開会式（8 月 22 日）

広島国際会議場で開催された標記大会の開会式に出席し、次期開催県の会長として挨拶を行った。（河村会長）

2　地域医療構想調整会議・検討部会
「宇部・小野田」（8 月 22 日）
全体会議「岩国」（8 月 29 日）

「宇部・小野田」においては、急性期医療連携検討部会、続いて回復期・慢性期医療連携検討部会及び地域包括ケア連携検討部会が開催され、今年度の主な協議事項の説明が県から行われた後、医療機関ごとの対応方針の協議等が行われた。

「岩国」の全体会議においては、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する計画」の策定に当たり、調整会議を「不足する外来医療機能」と「医療機器共同利用」についての協議の場とすることが承認された。（前川）

3　医事案件調査専門委員会（8 月 22 日）

診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

4　郡市医師会地域包括ケア担当理事会議（8 月 22 日）

オレンジドクター制度の周知及び登録促進、在宅医療に関する調査結果の取扱い等について協議した後、10 月 6 日開催の在宅医療推進フォーラムの説明等を行った。（清水）

5　臨床研修医交流会（8 月 24･25 日）

1 日目は、山口県医師臨床研修推進センターの事業紹介、静岡県立静岡がんセンター感染症内科の倉井華子 先生による特別講演「初期研修医が知っておきたい感染症診療のロジック」、グループワーク「内科救急テンプレートを作ろう！」及び懇親会を開催した。2 日目は、洛和会丸太町病院救急・総合診療科の上田剛士 先生による特別講演「救急でこんなに役立つ高齢者の身体診察」、症例検討会及びグループワークのベストプレゼンテーション賞の発表が行われた。（中村）

理　事　会

6　日医地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会「TV 会議」（8 月 25 日）

糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、服薬管理等の 9 講義からなるプログラムにより日本医師会で開催された標記研修会を、本会会議室においてテレビ会議により実施した。全国で約 6,000 名の申込み、本会では 71 名が受講した。（萬）

7　中国地方社会保険医療協議会山口部会（8 月 28 日）

薬局 1 件が指定された。（河村会長）

8　「JMAT やまぐち」災害医療研修会事前打合会（8 月 28 日）

12 月 1 日に開催する標記研修会の受講者の募集方法、研修内容について協議し、1 チーム 3 名として 30 名募集すること、日医の修了証が取得できるプログラムにすること等を決定した。（前川）

9　社保・国保審査委員合同協議会（8 月 29 日）

協議題 5 題、会員からの質問 16 項目及び要望 4 項目について協議を行った。（清水）

10　第 1 回山口県アレルギー疾患医療連絡協議会（8 月 29 日）

山口大学医学部附属病院を山口県アレルギー疾患医療拠点病院に選定した後、アレルギー疾患患者の状況、アレルギー疾患医療の現状、今後のアレルギー疾患対策の取組等について協議を行った。（河村）

11　第 2 回医療政策研修会及び第 2 回地域医療構想アドバイザー会議（8 月 29 日）

厚生労働省医政局地域医療計画課による「今後の地域医療構想の進め方」及び「令和 2 年度概算要求の概要」についての説明、国立保健医療科学院による地域医療構想の事例発表が行われ、その後、同課による「診療実績データ等の分析による具体的対応方針の検証プロセス」の説明が行われた。（前川）

12　第 153 回生涯研修セミナー（9 月 1 日）

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの荒井秀典 理事長による「健康寿命延伸をめざした生活習慣病対策～メタボからフレイルへ～」、大阪国際がんセンター検診部消化器検診科の井岡達也 副部長による「膵がん早期診断のための検診と最新の抗がん剤治療」、山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学講座の永野浩昭 教授による「山口県における癌治療と内視鏡外科の現状と展望」、産業医科大学医学部第 1 内科学講座の田中良哉 教授による「関節リウマチの生物学的製剤投与による治療」の 4 講演が行われた。参加者 75 名。（加藤）

13　山口大学医学部医学科第 1 回カリキュラム委員会（9 月 2 日）

標記委員会の設置規程等の説明の後、eYUME を使用した学修成果基盤型教育、山口大学医学部医学科のディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、カリキュラムマップ等について協議を行った。（加藤）

14　山口大学医学部医学科第 1 回教育プログラム評価委員会（9 月 2 日）

標記委員会の設置規程等の説明の後、学生自治会との懇談会（要望）に対するフィードバック、教員の「医学教育についてのアンケート」に対するフィードバック、医師国家試験合格率の推移（過去 10 年間）等について協議を行った。（加藤）

15　広報委員会（9 月 5 日）

会報主要掲載記事（10 ～ 12 月号）、炉辺談話、歳末放談会、県民公開講座等について協議を行った。（長谷川）

理　事　会

16　会員の入退会異動

入会 3 件、退会 7 件、異動 10 件。(9 月 1 日現在会員数：1 号 1,259 名、2 号 871 名、3 号 460 名、合計 2,590 名)

医師国保理事会　－第 9 回－

1　第 18 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 24 日（日）に萩セミナーハウスで開催する標記ウォーキング大会の特別講演講師、ウォーキングコース等について協議、決定した。

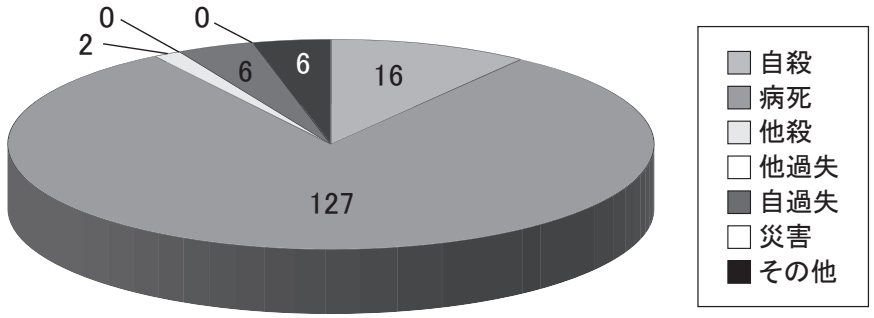
2　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Aug-19	16	127	2	0	6	0	6	157

死体検案数と死亡種別（令和元年 8 月分）



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

山口県の先端医療は 今…

「ヨウ素 125 シード線源永久挿入による前立腺癌密封小線源療法」

済生会下関総合病院泌尿器科　　高井　公雄

近年、増加傾向にある前立腺癌。済生会下関総合病院では放射線療法の一つ、密封小線源療法を積極的に行っています。この治療を求めて中国・四国や、九州の一部からも多くの患者さんが受診しています。体への負担が小さく、治療効果が高いといわれる前立腺癌密封小線源療法についてご紹介いたします。

日本では放射線物質の取り扱いに伴う法律等の制約のため、この治療の施行が遅れていましたが、医療法、放射線障害防止法の法的な制約が緩和され､国内においても施行可能な治療法となり、2003 年 9 月に治療が開始されました。

済生会下関総合病院では､山口県内では初めて、日本では 111 番目の施設として前立腺癌に対する密封小線源治療を 2011 年 11 月より開始致しました。

本治療は手術に比べ、入院期間が短く（標準 3 泊 4 日）、身体的な負担や副作用も少なく、手術と比較しても良好な治療効果が期待できる治療法です。

日本に導入された初期には、線源の留置位置を決めるローディング法がまだ手探りの状態であったため、副作用を懸念し比較的低線量の放射線計画で施行されてきました。そのために、導入初期には低リスク前立腺癌が治療の中心とされていました。

その後、外照射と比較し放射線障害の安全性が高いことが次第に明らかになり、ローディング法も工夫され、前立腺により高い BED（生物学的放射線効果線量）が得られるようになりました。

外照射では実施できない BED を前立腺癌密封小線源療法は照射できるため、中・高リスク前立腺癌に対する前立腺癌密封小線源療法の適応が次第に拡大し、現在では高リスク前立腺癌に対する治療成績は、DaVinci を含めた手術療法を遙かに凌駕しています。

患者さんも次第に増加し、現在、年間 70 例の方が当院でこの治療を受けておられ、令和元年 7 月までに約 450 例の方に治療を行いました。

当院での小線源治療の現況と成績

2011 年 11 月～ 2019 年 7 月の間に、全症例 445 例：小線源単独療法 390 例、外照射併用 55 例の治療を行いました。リスク別の内訳を示します。

低 リ ス ク：134 例（全例単独療法）
中間リスク：166 例
（単独 165 例、外照射併用 1 例）
高 リ ス ク：145 例
（単独 91 例、外照射併用 54 例）

低リスク前立腺癌に対する小線源療法（134 症例）

低リスク症例は全例小線源単独療法（3 泊 4 日の入院のみ）で治療を行っております。内分泌療法は本人の希望により追加します（術前のみ LH-RH 単独）。PSA が段階的に上昇または 10ng/ml を超える場合、内分泌療法を開始（間欠療法とし LH-RH 単独で治療まで）します。

治療後の PSA の推移を示します。

診断時の PSA：3.3 ～ 9.99ng/ml
（中央値 5.0ng/ml）
術　前：3.34 ± 2.77 ng/ml
3 ヶ月：1.14 ± 0.85 ng/ml
6 ヶ月：0.81 ± 0.64 ng/ml

平均観察期間が 46 ヶ月で、フェニックス定義

上の再発が 134 例中 1 例のみと手術療法を凌駕する成績を示しています。

中間リスク前立腺癌に対する小線源療法（166 例）

中間リスク症例は小線源単独療法 165 例、外照射併用 1 例で治療致しました。内分泌療法は術前（LH-RH 単独）のみ全例併用しています。グリソンスコア（後に詳細を説明）においてG4＋3のみ内分泌療法は術前＋術後3カ月(LH-RH単独）を施行し、その他の症例では、小線源療法とともに内分泌療法は終了としています。

治療後の PSA の推移を示します。

診断時の PSA：2.09 ～ 15.23ng/ml
（中央値 6.51ng/ml）
3 ヶ月：0.99 ± 1.20 ng/ml
6 ヶ月：0.76 ± 0.87 ng/ml

平均観察期間が 46 ヶ月で、フェニックス定義上の再発が 166 例中 1 例のみと低リスクと同様に手術療法を凌駕する成績を示しています。

高リスク前立腺癌に対する小線源療法
（単独療法 91 例）

高リスク前立腺癌に対する小線源療法は、密封小線源単独療法と外照射併用小線源療法を行っています。外照射併用に内分泌療法を加えた治療法はトリモダリティと呼ばれ、高リスク前立腺癌に対する局所療法としては最も強力で治療成績が良いことが、米国の Grimm らによって報告されています。

外照射併用小線源療法は 3 泊 4 日の入院での小線源療法後 6 週間後から、一回 1.8Gy の外照射を 25 回、合計 45Gy の照射を行います。治療成績は良好ですが、治療期間が長いのが欠点です。

小線源単独療法は、その長所と欠点について本人に十分に説明し、納得と了解を得た上で治療を施行しています。具体的な方法は以下のようにしております。

・内分泌療法は原則全例に併用
・内分泌療法は術前
（LH-RH(初期は MAB)）
＋術後 0 ～ 24 ヶ月（LH-RH）
・D90％を 190Gy 以上にする
・V100 を可能な限り 100％に近づける
・N.Stone の辺縁配置法の変法を用いて、直腸を避け、145Gy margin を 3 ～ 5mm 確保、精嚢腺の基部にも配置

高リスク前立腺癌に対する単独治療 91 例の治療成績を示します。

・平均観察期間が 45.2 ヶ月、中央値 38.7 ヶ月
・PSA の推移
診断時：4.15 ～ 114.7ng/ml
（中央値 10.53ng/ml）
術　前：1.78 ± 3.66 ng/ml
6 ヶ月：0.34 ± 0.98 ng/ml
・副作用
尿閉 5.2％（20/388）
LDR-BT 単独療法で、放射線性直腸炎はない
・単独症例の再発は 91 例中 3 例

高リスク前立腺癌に対する小線源療法
（外照射併用 54 例）

高リスク前立腺癌に対する外照射＋内分泌療法併用、いわゆるトリモダリティ治療は以下のような方法で行っています。

・処方線量 105Gy
（D90：110 ～ 129Gy(平均 120.64Gy)）
・直腸を避け、可能なかぎり精嚢腺の基部にも配置
・2018 年 8 月より Space OAR ハイドロゲルを直腸と前立腺間に留置
・5 ～ 6 週後より、外照射 1.8Gy × 25 回
計 45Gy の 3D-CRT

手術は直腸側から描出された超音波画像で確認しながら進められる

・照射範囲は精嚢腺基部を含めた前立腺部
・Risk により照射範囲に骨盤部を含めた
（上限 30Gy）
・内分泌療法は全例に併用
・内分泌療法は術前＋術後 0 ～ 24 ヶ月
（LH-RH 単独）

高リスク前立腺癌に対するトリモダリティ治療 54 例の治療成績を示します。

・年齢：55 ～ 85 歳（平均 71.1、中央値 72 歳）
・観察期間が最長 74 ヶ月
（平均 33.3、中央値 31.2）
・術前 PSA：5.31 ～ 175.6
（平均 21.2、中央値 14.7ng/ml）
・最終観察時での PSA：＜ 0.008 ～ 1.76ng/ml
（中央値 0.01ng/ml）
・フェニックス定義上の再発症例 1 例のみ
・直腸出血を伴う放射線直腸炎が 5 例

前立腺癌密封小線源療法の合併症について

周術期合併症として、シード線源の挿入には若干の出血がみられますが輸血は通常不要です。術後、微熱がみられることもあります。

通常の手術として、腰椎麻酔下に行う手術と同程度の危険性を伴います。

早期合併症は排尿に関する症状が主体であり、術後から、8 割程度に排尿困難、尿意切迫感、夜間頻尿など軽度の症状が出現しますが、ほとんどが数週間から半年で自然に軽快します。

一時的に尿がつまってしまうこと（尿閉）が 4 ～ 5％程度にみられますが、通常は自己導尿や尿道カテーテルを留置することなどにより 1 ～ 2 ヶ月程度で軽快します。

450 例で、尿閉の改善に 1 年かかった方が 1 名、半年かかった方が 1 名おられました。

晩期合併症としては、早期の排尿症状が継続するものがあり、原因としては放射線障害に由来した尿道炎や尿道狭窄によるものと言われています。

この治療の最大の欠点は頻尿で、1 年後に術前より悪化した頻尿を自覚される方が 2 ～ 3 割おられます。この治療によるものと加齢による影響が合わさったものと思われます。

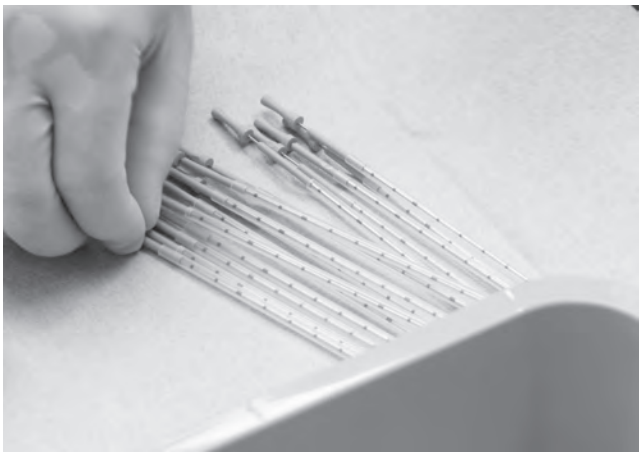
直腸症状として肛門からの出血などを伴う直腸炎を発症することがあります。

放射線性の直腸炎は、前立腺癌密封小線源療法単独療法では、令和元年 7 月末までには発生事例がありません。外照射併用で、5 名の方の出血が見られましたが、いずれも保存的に治療可能な範囲でした。

性機能に関して小線源治療は手術、外照射、内分泌療法のいずれの治療法よりも勃起機能の温存については有効な治療法とされています。また、勃起に関する神経は手術の場合と異なり放射線障害をあまり受けないためにバイアグラ®、レビトラ®等の内服薬により比較的良好に反応するとされています。

この治療法では約 1 ～ 2％の患者さんに、放射

管を挿入し前立腺内にカプセルを一つずつ埋め込む



密封小線源を前立腺に挿入するための穿刺針

線治療の直腸障害のために直腸出血が起こります。当院では 2019 年 8 月より、直腸障害低減のためのハイドロゲル直腸周囲スペーサの留置を行っています。

前立腺に放射線療法を行うと、直腸にも放射線の一部があたり、副作用として放射線性の直腸炎を起こすことがあります。これを予防するために、直腸と前立腺の間に「Space OAR ハイドロゲル」を挿入すると、直腸障害が低減します。

挿入は、前立腺癌密封小線源療法の手術時に行いますので、別途の入院は必要ありません。副作用として、時に尿勢の低下が見られますが軽度です。

このハイドロゲルは 3 ヶ月目より吸収されはじめ、6 ヶ月で体内から吸収消失しますので、後々に何らの障害を起こすことはありません。

前立腺癌密封小線源療法単独療法の適応

当院では、PSA 値が 10ng/ml 以下、かつ臨床病期が T2c 以下、かつグリソンスコアが 6 以下、あるいは G3 ＋ 4 で生検時の陽性コア率（生検の陽性本数の占める割合）が 34％未満の場合を前立腺小線源療法の単独治療の良い適応としています。

これらの定義に入る方で治療された 100 名強の方では現在（2019 年 7 月）まで再発はありません。

中間リスクと呼ばれる前立腺癌にも積極的に密封小線源療法を単独で試行しています。具体的には、以下のようなものを指します。

PSA 値が 20ng/ml 以下、かつ臨床病期が T2b 以下、かつグリソンスコアが 6 以下、あるいは G3 ＋ 4 で生検時の陽性コア率（生検の陽性本数の占める割合）が 34％未満の場合には、通常より再発リスクが高いことを患者さんに承知していただければ、前立腺小線源療法の単独治療の適応としています。

また、もう一つの例外として、PSA 値が 10ng/ml 以下、かつ臨床病期が T2b 以下、かつグリソンスコアが G4 ＋ 3 で生検時の陽性コア率（生検の陽性本数の占める割合）が 34％未満の場合には、通常より再発リスクが高いことを患者さんに承知していただければ、前立腺小線源療法の単独治療の適応としています。

以上 2 つの例外は北里大学など多くの日本の施設で小線源療法の単独療法の適応として施行されており、成績も良い適応のものと遜色ないとの報告が散見されるようになってきています。ただし、出来うる限り術前の内分泌療法の併用をおすすめしています。

これらの定義に入る方で治療された 100 名余の方では、再発は 1 名の方に認められました（2019 年 7 月）。

高リスク群に対する密封小線源療法の単独治療は、成績が手術と比較して全く遜色ないか、手術よりも優れていることが数多く報告されるようになってきました。

当院では、比較的予後良好と考えられる高リスクに対して、当院では積極的に前立腺小線源療法の単独治療を行っています。具体的に以下にお示しします。

- PSA 値が 20 ～ 40ng/ml、かつ臨床病期が T1c、かつグリソンスコアが 3 ＋ 3 で陽性コア率（生検の陽性本数の占める割合）が 50％未満
- PSA 値が 10 ～ 25ng/ml、かつ臨床病期が T1c、かつグリソンスコアが 3 ＋ 4 で陽性コア率が 34％未満
- PSA 値が 10 ～ 20ng/ml、かつ臨床病期が T1c、かつグリソンスコアが 4 ＋ 3 で陽性コア率が 34% 未満かつ陽性コアが片側のみ
- PSA 値が 10ng/ml 以下、かつ臨床病期が T2a 以下、かつグリソンスコアが 4 ＋ 4 で陽性コアが 2 本まで

以上の場合は通常より再発リスクが高いことを患者さんに承知していただき、なお且つご本人の希望で本治療を希望された場合には前立腺小線源療法の単独治療を行います。この場合、術前 3 ヶ月と術後 3 ～ 6 ヶ月の内分泌療法の併用を必ず行います。

以上の条件を満たさない場合には、原則、外照射の併用にて小線源療法を施行いたしますが、105Gy 処方線量に 45Gy の外照射を併用する方法では、治療期間が 2 ヶ月近くかかることや、長期合併症（直腸出血の頻度が単独療法に比較し

て高い）があります。

密封小線源療法に外照射と内分泌療法を併用する治療法は、トリモダリティと呼ばれ、現在のところ、前立腺の限局癌に対する治療法としては最も強力で成績の良い治療法です。

グリソンスコアは、前立腺癌を顕微鏡で観察した時の、腺の構造異型をその形に応じて点数化したものです。予後（成績）と密接に関連していることから、現在では、広く使用されています。10 点満点で 10 点が最も悪く、点数が低いほど良好です。低リスク前立腺癌は 6 点以下でなければなりません。

このグリソンスコアは標準化されていますが、やはり診断する病理医によって微妙に判断が異なることがあります。グリソンスコアは、成績や治療法を判断する際には 、とても重要な指標ですので 、当院では、東京慈恵会医科大学と連携し 、小線源療法を希望される全ての患者さんの標本を再検討しており、それに基づいて最善の治療法を選択いただくようにしています。

最後に

男性の癌である前立腺癌に罹る人の数は胃癌、肺癌に続いて 3 番目に多くなっています。男性では 40 歳以上で消化器系の癌が多くを占めますが、70 歳以上ではその割合は少なくなり、前立腺癌の割合が多くなります（2017 年、国立がん研究センターの調べ）。

前立腺は膀胱の出口あたりで、尿道を取り囲むように存在する臓器です。主な働きは、生殖に不可欠な前立腺液を分泌し、排尿にも関わっています。前立腺癌は増殖・進行が緩やかで、初期には自覚症状がほとんどないため、他の臓器に転移するまで気が付かないことがあります。前立腺癌以外の病因で亡くなった 80 歳の 2 人に 1 人は解剖結果で前立腺癌が見つかっています。

前立腺癌の治療法は、主にホルモン療法、手術、放射線療法の 3 つです。密封小線源療法は前立腺内から放射線を癌に照射する方法で、液体状のヨウ素 125 を詰めた、4.5 ミリ × 0.8 ミリのチタン製小線源が使われます。

手術は、放射線科の医師が小線源を前立腺のどこにどれぐらい入れるかをあらかじめ決めてから行います。前立腺癌は画像診断が困難で、癌のある場所が特定しにくいのが特徴です。そのため、ある程度狙いを定めたうえで、前立腺全体を照射できるように、平均 50 ～ 80 個の小線源を埋め込みます。当然、前立腺が大きい人は小さい人より小線源の数は多くなります。

体外から照射する通常の放射線治療と同療法が大きく異なるのは、同療法は前立腺内だけを照射できるので、隣接する直腸や尿道などへの影響を最小限に抑えられることです。米国では年間約 7 万人が同療法を受けているといわれており、治療成績はロボット手術や他の放射線療法と比べて同等以上で、今最も根治性の高い治療法と評価されています。

当院では 2011 年から密封小線源療法を開始し、これまでに約 450 例に行っています。インターネットなどでこの治療法を知った患者さんが受診し、現在、年間 70 例以上という治療実績は中国・四国では随一です。手術は、半年待ちの状況で、手術までの間はホルモン療法で進行を抑えます。前立腺自体が小さくなれば、使用する小線源の数も少なくてすみ、排尿などへの影響もより小さくなるというメリットがあります。

手術は下半身麻酔で行われます。肛門からプローベを挿入、超音波画像で前立腺内の様子を確認しながら小線源を挿入します。手術時間は約 90 分で、入院は 3 泊 4 日です。

小線源の放射線は 2、3 ミリ四方を照射され、そのエネルギーは弱く、ほとんどが前立腺内に吸収されます。半減期（効果が半分になるまでの期間）は約 2 カ月で、 1 年も経てば放射線量はほとんどなくなります。

前立腺癌は数多くの癌種の中で最も予後は良好で、高齢者に多い癌です。高齢者の癌は根治とともに治療侵襲が少ないことが求められます。手術によって根治させても尿失禁などの合併症をきたしては治療の意味が半減します。

前立腺癌密封小線源療法は、高齢者に優しい前立腺癌の根治治療で、当院では水曜日の午後入院、木曜日に治療、翌日には歩行も食事もできます。土曜日に退院、ゴルフも仕事もすぐに可能な治療法なのです。

冬季特集号「炉辺談話」
原稿募集

山口県医師会報 2019 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項目にてご確認いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

①随筆、紀行（**一編 5,000 字以内**を目安に、**お一人 1 作品まで**（写真は 3 枚以内）
②短歌・川柳・俳句（3 句以内）
③絵（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）
④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）

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 **10 メガ以内**でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	**電子メール又は USB/CD-R の郵送**	**11 月 18 日**
②手書き原稿	郵送	11 月 11 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総務課内 会報編集係
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

①未発表の原稿に限ります。
②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
③投稿された方には掲載号を３部謹呈します。
④写真や画像の使用については、必ず著作権や版権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。

会員の声

高齢者の睡眠Q＆A

徳山医師会　篠原　淳一

Q　最近ぐっすり眠れていません。どうしたらいいでしょうか？

A　高齢者の場合、眠りが浅くなる傾向があります。原因は高齢化による睡眠の質の変化です。脳下垂体にある視交叉上核という体内時計の中枢の加齢による劣化が原因といわれています。また、日中の活動量が減り、日光を浴びる機会が少なくなるからです。

まず、日中は散歩や趣味に活動的に過ごすことが大切です。

また、高齢者の場合「早寝、長寝、長い昼寝」と言って、夕食後早い時期に布団に入ったり長い昼寝を摂る傾向がありますが、これらは逆効果です。体内時計のリズムを乱す大きな原因となります。昼寝は午後 3 時までの 20 分程とし 1 時間を超えないようにします。また、体調の悪い時を除いて日中は布団に入らないようにしましょう。

Q　不眠恐怖症とはどういったものですか？

A　高齢者の場合は若い頃に比べて睡眠時間が短くなる傾向があります。60 歳を越えたら 6 時間前後が平均で、20 歳台に比べて 1 ～ 2 時間は短くなっています。

定年後の方で「若いころに比較して眠れてないなー」と錯覚する場合がありますが、睡眠状態誤認と呼ばれ習慣化することがよくあります。

不眠治療が長期化すると思い込みが強くなって難治化し、寝室恐怖や不眠恐怖と呼ばれる状態になります。できるだけ短期間に治療を終結したほうがよいとされますが・・・

こういった例は高齢者に大変多くみられ、不眠治療の大きな問題点とされています。

どうしてもの時は主治医を替えるのも一つの方法です。実際は不眠をそれほど気にする必要はないのですが・・・

Q　他の病気の薬が影響することがありますか？

A　一部の降圧剤で不眠を呈することがあります。もし、病気の治療中に不眠がある場合は医師に相談してください。また、投薬量が多い場合はお薬手帳を必ず持参してください。最近は多剤大量処方（ポリファーマシー）が問題視されています。

Q　よくある質問で「睡眠薬依存症や認知症になるのでは？」といったものがみられます。

A　最近の睡眠薬ではこういった心配はないとされます。まず、主治医の指示通りに適切に服用してください。睡眠薬を徐々に減らし、将来はなくしていくことも十分可能です。また、睡眠薬そのものが認知症の原因になることはまずありません。こういった誤解が大変多いのが現実です。

Q　睡眠薬服用時の注意点は？

A　「服用後､記憶がなくなった｡気分が高揚する」などの異変がある場合は、速やかに医師に相談してください。前向健忘、奇異反応とよばれる副作用です。また、服用したらまず速やかに床につくようにします。これはフラツキによる転倒事故を防ぐためです。

実際の医療現場では不眠を含めた高齢者睡眠が現在大きな問題になっています。

最もよく見られる患者様からの質問をいくつかまとめてみました。

先生方のご参考になれば幸いです。

国民年金基金
のご案内
日本医師・従業員支部

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部は、
「日本医師会」を設立母体とする
日本医師・従業員国民年金基金が、
2019年4月の全国国民年金基金への統合に伴い、
事務所所在地等はそのままに、
新たな支部組織として移行したものです。

「豊かな老後」へのプレゼント

国民年金基金は、
国民年金（老齢基礎年金）に上乗せする
「公的な年金制度」です。

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

加入資格
- 年齢が満20歳以上60歳未満の方。
- 国民年金の第1号被保険者の方。
  厚生年金の被保険者（一人医師医療法人や病院等に勤務の方等）は申込できません。
- 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

税制面のメリット
- 掛金は**全額社会保険料控除の対象**（最高816,000円が控除）
- 受取る年金にも**公的年金等控除が適用**
- 遺族一時金は**全額非課税**

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」の方が対象となります。
掛金の払込は最長65歳まで。
現在、基金に加入中であっても自動的に継続にはなりませんので、
新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。

お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部
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 https://www.jmpnpf.or.jp

故 江藤澄哉 先生の思い出

飄々

広報委員

石田　健

江藤先生（下関市 医療法人社団慈光会江藤内科クリニック院長、平成 28 年 11 月 1 日ご逝去）が突然亡くなられて、数年が過ぎました。楽しかった思い出が次々に浮かびます。

先生と初めてお会いしたのは、昭和 50 年の 6 月のことでした。この年から、山大第二内科の医局員として、江藤病院（当時）の土曜日の当直を月 1 回することになりました。一番嬉しかったのは、車のガソリンを満タンにしてもらえることとワックスをかけてもらえることでした。

医局員の中で誰が一番多くガソリンを入れたかを競争していると、ガソリンスタンドの手前でガス欠になり、車が動かなくなるということがありました。電話して、何とかガソリン 1L を車まで持ってきて貰うと「いくらなんでも、ガス欠になるまで空にすることはないでしょう。」と店員さんに言われたことを思い出します。

江藤クリニックは、先生の専門とする糖尿病や甲状腺の患者さんが紹介されて数多く通院される診療所でした。高血圧のみで通院されている近所の方で、数年すると HbAlc が異常値になる方がおられました。DM の早期発見、早期治療開始です。DPP4 の常用量の 4 分の 1 量の内服で満足できる結果が出ました。しかし、SGLT2 は副作用が気になり、処方を見合わせていました。

6 年前のことです。江藤クリニックの診察室で、健康の大切さ、ありがたさ、命の大切さを私が患者さんに話している時に、鵙が診察室のすぐ前の庭木に飛んで来て、蛙を小枝に刺しているではありませんか！！「命の大切さを話している時に、何ということをする鵙だ」と鵙に対して私は怒りを覚えたことがありました。鵙にすれば生きるための当然のことをしていただけだと思い直して一句。

診察の　窓から見える　鵙の贄

数日後の昼休みに、診療所の傍の川沿いを歩いていくと、田圃でコンバインが活躍し、稲刈りをしていました。コンバインは稲藁を細かく刻んだり、長いまま束ねてもいます。

コンバイン　稲藁のこす　ことも出来

蓋井島の患者さんが風邪で受診された時に、島の自慢の心太を差し入れてくれました。

夏風邪の　足が腫れると　漁師言ふ
診察の　あとの楽しみ　心太

2012 年 2 月 11 日、江藤クリニックの傍の橋の擬宝珠に、金の鷹ならぬ美しい翡翠が止まっていました。

擬宝珠に　翡翠とまる　紀元節

東大野球部の剛速球投手だった江藤先生へ

剛球の　神宮の蝉　黙らせる

通算で約 30 年間にわたり本当にお世話になりました。江藤先生、ありがとうございました。

日医 FAX ニュース

2019 年（令和元年）9 月 3 日　2812 号

■ 働き方改革関連 75.6 億円、前年度 3 倍超
■ 次期制度改正へ議論本格化
■ HPV リーフレット、約 7 割が未活用
■ インフルエンザ、例年より「かなり多い」

2019 年（令和元年）9 月 6 日　2813 号

■ 「960 時間超」一人でもいれば義務化
■ DB 連結、過去データも連結を
■ 電子処方箋、QR コード活用

2019 年（令和元年）9 月 10 日　2814 号

■ ダウンサイジングなども「再編統合」
■ 地域医療への影響「十分協議を」
■ 抗菌薬の適正使用推進へ、全国に NW 構築
■ PHR 推進検討会、11 日に初会合
■ インフル報告数、 4 週連続増

2019 年（令和元年）9 月 13 日　2815 号

■ 加藤厚労相、「国民の不安解消へ努力」
■ オンライン診療料低調、要因分析を
■ 従事要件ある地域枠「シーリング枠外」
■ 麻疹の週別報告数がゼロに

2019 年（令和元年）9 月 20 日　2816 号

■ 「応招義務」解釈通知を近く発出へ
■ ポリファーマシー解消促進で論点明示
■ 副業・兼業、「安易な通算は慎重に」
■ ロタワクチン定期接種化の方針を了承

2019 年（令和元年）9 月 27 日　2817 号

■ かかりつけ医機能の強化・普及を
■ 調剤報酬、対物から対人業務への転換を
■ 20 年度改定の基本方針策定へ議論開始
■ ロタワクチン、腸重積症を報告対象に

お知らせ・ご案内

第 154 回山口県医師会生涯研修セミナー
山口県特定疾患専門医師研修会
日本医師会生涯教育講座

と　き　　令和元年 11 月 17 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　　山口県医師会 6 階会議室

次　第

○ 10：00 ～ 11：00　特別講演 1
山口県の災害リスクとその備えについて
山口大学大学院創成科学研究科准教授　**瀧本　浩一**

○ 11：00 ～ 12：00　特別講演 2
高齢者終末期医療の現状と課題　－わが国と諸外国との比較－
（医）風のすずらん会江別すずらん病院認知症疾患診療センター
センター長　**宮本　礼子**
独立行政法人労働者健康安全機構北海道中央労災病院
名誉院長・顧問　**宮本　顕二**

○ 12：00 ～ 13：00　昼食

○ 13：00 ～ 14：00　特別講演 3
万病のもと、慢性炎症とは？
大阪大学免疫学フロンティア研究センター招へい教授・名誉教授
宮坂　昌之

○ 14：00 ～ 15：00　特別講演 4
新たな概念による膠原病診療
－全身性エリテマトーデス、全身性強皮症の克服に向けた試み－
日本医科大学大学院医学研究科アレルギー膠原病内科学分野教授　**桑名　正隆**

主　　催　　山口県医師会
参 加 費　　無料
対　　象　　医師及び医療従事者
取得単位　　日本医師会生涯教育制度：４単位
特別講演１：CC14（災害医療）
特別講演２：CC81（終末期のケア）
特別講演３：CC73（慢性疾患・複合疾患の管理）
特別講演４：CC18（全身倦怠感）
日本内科学会認定総合内科専門医の更新：２単位（全日）

※医師資格証をお持ちの方は持参してください。

お知らせ・ご案内

山口県緩和ケア研修会

本研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に基づいて開催するもので、すべてのプログラムを修了した医師には、主催者及び厚生労働省健康局長名の修了証が交付されます。

日　　時　令和 2 年 2 月 11 日（火・祝）9：30 ～ 17：30
場　　所　山口県医師会 会議室
　　（山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号　山口県総合保健会館 6 階）
対 象 者　県内のがん診療に携わるすべての医師・歯科医師（定員 24 名）
参 加 費　受講料は無料。ただし、弁当代（1,000 円）を当日徴収します。
参加条件　申込時に e-learning※を受講修了しており、「e-learning 修了証書」を事前に提出すること

※ e-learning の受講について

- e-learning は、研修会の開催指針改定により新たに設けられたもので、各個人がインターネット上で講義を受講するものです。
- 「厚生労働省　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」（https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html）にて、「新規登録」を行った後、「受講者ログイン」よりログインして、e-learning を受講してください。
- すべての講義を修了した方には、「e-learning 修了証書」が発行されますので、印刷して申込書と併せて本会に FAX でお送りください。

研修内容　講義、ワークショップ、ロールプレイ等
申込締切　令和元年 12 月 20 日（金）必着
申込方法　申込書に必要事項をご記入のうえ、「e-learning 修了証書」と併せて事務局まで FAX にてお申込みください。（受付確認のため折返し FAX を送信しますのでご確認ください。）
備　　考　定員を超える場合は、地域性や医療機関等を考慮して選考を行います。また、受講希望者が定員に達した場合は、締切前でも募集を終了することがあります。
　　なお、受講者には申込締切後に受講確定通知をお送りします。

※申込書や、講義内容等の詳細につきましては、本会ホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。
　　山口県医師会ホームページ　　http://www.yamaguchi.med.or.jp/

お知らせ・ご案内

令和元年秋季山口県医師テニス大会のご案内

と　　き　令和元年 11 月 24 日（日）9：00 ～ 14：00
　　（コートは 8 時 15 分から使用できます）
と こ ろ　宇部マテ“フレッセラ”テニスコート
　　インドアコート　4 面（オムニコート）

試合形式　ダブルス（組み合わせは当日決定）
会　　費　8,000 円／人（懇親会費を含む）
　　テニスのみの場合 3,000 円／人

総　　会　12：00 ～ 12：10　＊試合間に開催
懇 親 会　14：30 ～ 16：00　ANA クラウンプラザ宇部 2 階「弥生の間」

参加資格　県内に居住又は勤務する医師及びその家族

申込方法　11 月 9 日（土）までに当番理事又は各地区理事へ申し込んでください

当番理事　鈴木克佳（鈴木眼科）
　　TEL：0836-51-3181

主　　催　山口県医師テニス協会
会　　長　宇野愼一

地区理事
　山口地区：野村耕三
　下関地区：水町宗治
　周南地区：小野　薫
　宇部・山陽小野田地区：鈴木克佳

後　　援　（公財）宇部市体育協会

お知らせ・ご案内

第 32 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ：**新時代「令和」を迎え地域医療を未来につなげる**

と　　き　令和元年 11 月 2 日（土） 9：30 ～ 15：30
と こ ろ　国保会館（山口県国民健康保険団体連合会）4 階 大会議室
　山口市朝田 1980 番地 7

学 会 長　吉富　崇浩（下関市立豊田中央病院院長）
実行委員長　板垣　達則（光市立大和総合病院院長）

プログラム
9：40 ～ 11：40　研究発表
11：40 ～ 12：40　昼食・休憩
12：40 ～ 13：40　特別講演
つなげる・つながる地域医療
―ネットワークで地域医療を支える：
県北西部地域医療センターの取り組み―
岐阜県 県北西部地域医療センター
国保白鳥病院院長　**後藤　忠雄**
13：50 ～ 15：20　パネルディスカッション
地域包括ケアシステムの推進
司会者　光市立大和総合病院院長　板垣　達則
下関市立豊田中央病院事務局長　倉本　隆司
助言者　岐阜県 県北西部地域医療センター
国保白鳥病院院長　後藤　忠雄
山口県健康福祉部長寿社会課課長　山﨑　晶子
発言者　4 名

主　　催　山口県国民健康保険診療施設協議会
山口県国民健康保険団体連合会
後　　援　山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか
単　　位　日本医師会生涯教育制度：4 単位
研究発表　CC10（チーム医療）：1.5 単位
特別講演　CC12（地域医療）：1 単位
パネルディスカッション
CC13（医療と介護および福祉の連携）：1.5 単位
学会事務局　山口県国民健康保険団体連合会（保健事業課 保険者支援班）
TEL：083-925-2033

お知らせ・ご案内

第 122 回 山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　　令和元年 12 月 14 日（土）18：00 ～
ところ　　山口グランドホテル 3 階「末広の間」
　　山口市小郡黄金町 1-1　　TEL：083-972-7777

特別講演 I　　18：00 ～ 19：00
高齢者の運動器疼痛に対する薬物療法
～セルフマネジメント支援と期待される新規薬物～
仙台ペインクリニック石巻分院院長　**川井　康嗣**

特別講演 II　　19：00 ～ 20：00
日常診療で遭遇する軟骨下脆弱性骨折の診断と治療
～信頼される医療を目指して～
福岡大学医学部整形外科学教室主任教授　**山本　卓明**

単　位
・日本整形外科学会教育研修単位：2 単位（1 単位　1,000 円）
　特別講演 I：必須分野「1：整形外科基礎科学」、「8：神経・筋疾患」
　特別講演 II：必須分野「2：外傷性疾患」、「11：骨盤・股関節疾患」
・特別講演 I と特別講演 II で日本運動器科学会セラピスト資格継続 2 単位が取得可能（1 単位　1,000 円）
・日本医師会生涯教育研修制度 2 単位
　特別講演 I　CC60（腰痛）：1 単位
　特別講演 II　CC57（外傷）：1 単位

主　催　山口県臨床整形外科医会

お問い合わせ先　〒 745-0824　周南市大内町 10-15
石田整形外科　石田高康
TEL：0834-28-0250

お知らせ・ご案内

第 62 回日本呼吸器学会中国・四国地方会
第 28 回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
第 70 回日本結核病学会中国四国支部会
3 学会合同開催

と　き　令和元年 11 月 23 日（土・祝）・24 日（日）
ところ　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　亀井　治人（国立病院機構山口宇部医療センター呼吸器内科）
　　青江　啓介（　同　腫瘍内科）
　　國近　尚美（山口赤十字病院内科）

学会ホームページ：https://ww2.med-gakkai.org/jrs-jsre-jst2019/

学会内容
- 一般演題
- 研修医・学生セッション
- 結核病学会教育講演
- スポンサードシンポジウム
- ランチョンセミナー
- イブニングセミナー
- 気管支鏡実技セミナー
- 寺子屋セミナー

学会事務局
山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座
　宇部市南小串 1-1-1　TEL：0836-85-3123　FAX：0836-85-3124

お知らせ・ご案内

学校保健 多職種連携セミナー 2019

と　き　　令和元年 10 月 24 日（木）19：00 ～ 20：30
ところ　　山口グランドホテル 2 階「孔雀の間」
　　山口市小郡黄金町 1-1　　TEL：083-972-7777

講　演

座長：山口労災病院小児科部長　田代　紀陸

食物アレルギー ～シミュレーション研修のすすめ～

まかたこどもアレルギークリニック院長　**真方　浩行**

主　催　　山口県小児科医会
　　園医、学校医活動に関する委員会
　　アレルギー委員会

お問い合わせ先
　　あいクリニック小児科　井上　保
　　TEL：0833-48-1111　　E-mail：inouet-aiclinic@isis.ocn.ne.jp

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

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

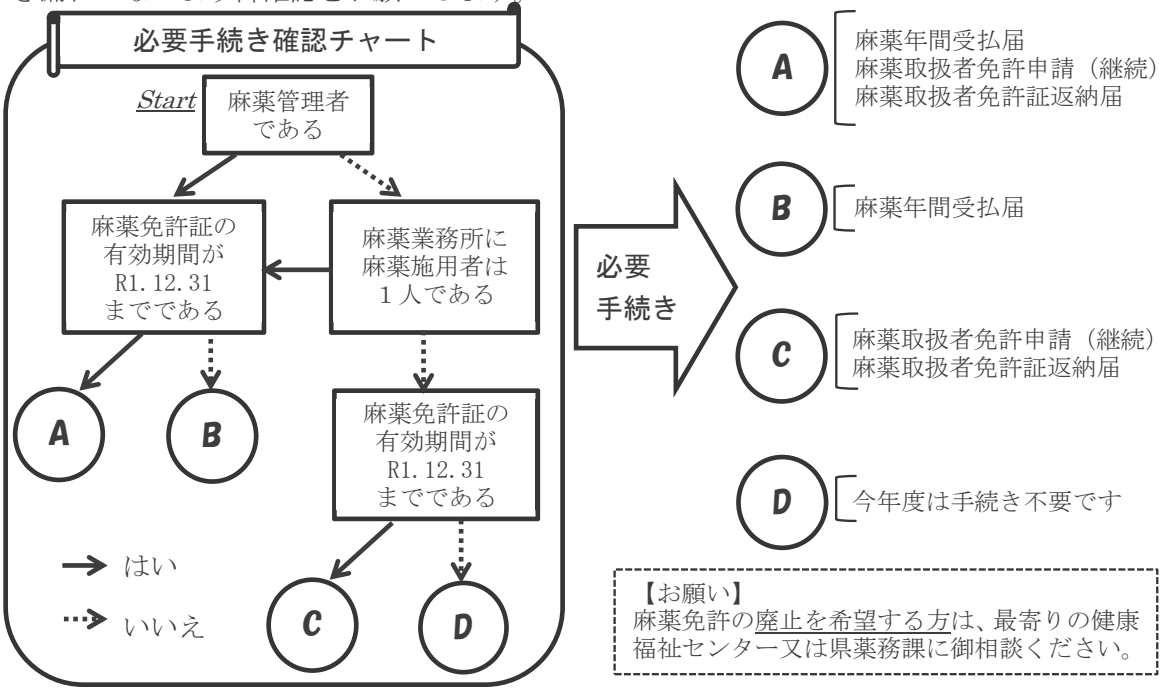
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　損害保険ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005

損保ジャパン日本興亜

【重要】麻薬免許証をお持ちの方へ～手続きの御案内（山口県薬務課）～

麻薬取扱者は、10月から１月にかけて所定の手続きが必要となります。以前は、郵送等にて御案内しておりましたが、**現在は郵送での御案内はしておりません。**

必要な手続きは免許種別や免許取得年等によって異なります。以下のチャートを参照し、手続き漏れのないよう御確認をお願いします。



【お願い】
麻薬免許の廃止を希望する方は、最寄りの健康福祉センター又は県薬務課に御相談ください。

【各手続き詳細】

麻薬年間受払届

◆対象者
チャート中　Ⓐ、Ⓑ該当者

◆提出物
・麻薬年間受払届　２部
（正本１部、副本１部）

◆提出期限
令和元年11月29日

麻薬取扱者免許申請（継続）

◆対象者
チャート中　Ⓐ、Ⓒ該当者

◆提出物
・麻薬取扱者免許申請書　１部※
・診断書　１部※
・(変更時のみ)麻薬保管設備等図面　１部※
・手数料(県証紙)　4,300円分
※下関保健所に提出時は２部(正副１部ずつ)

◆提出目安時期
令和元年11月29日まで

麻薬取扱者免許証返納届

◆対象者
チャート中　Ⓐ、Ⓒ該当者

◆提出物
・麻薬取扱者免許証返納届　１部※
・有効期間が満了した麻薬免許証　１部※
※下関保健所に提出時は２部(正副１部ずつ)

◆提出期間
令和２年１月１日～15日
（年始は１月６日から開庁します）

【留意事項】

・各様式は、山口県薬務課のＨＰ又は最寄りの健康福祉センターで入手してください。山口県薬務課のＨＰ内「麻薬関係手続きについて（既免許者向け）」のページには、記載例も掲載しています。(http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15400/mayaku/keizoku.html)
・提出窓口及び新免許証受け取り窓口は、管轄の健康福祉センター又は下関市立下関保健所です。開庁時間（平日８：30～17：15(12月29日から1月3日までを除く)）にお越しください。提出は郵送も可。
・新免許証は**12月13日(金)以降**に受け取りにお越しください。ただし、御提出の遅れや不備事項があった場合には、新免許証のお渡しが遅くなることがあります。

※麻薬業務所が防府市内にある方へ
12月19日(木)13時～17時のみ、防府支所での新免許証受け取りが可能です。防府支所での受け取りを希望する場合は、麻薬取扱者免許申請書（継続）の余白部分にその旨を記載してください。

★お問い合わせ窓口★
山口県薬務課　麻薬毒劇物班　083-933-3018
各健康福祉センター(岩国、柳井、周南、山口、宇部、長門、萩)
※下関市内の事業者の方は県薬務課へお問い合わせください

税務署からのお知らせ

税を考える週間　テーマ「くらしを支える税」

国税庁では、国民の皆様に租税の意義や役割、税務行政に対する知識と理解を深めていただくために、毎年 11 月 11 日から 17 日を「税を考える週間」として、ホームページ等で様々な情報を提供しています。

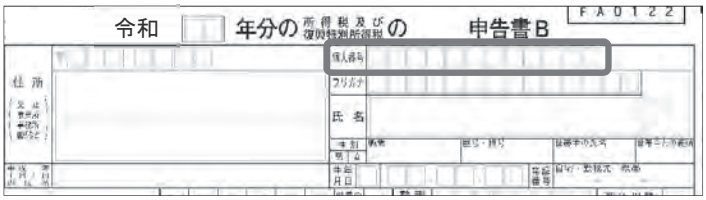
■　国税庁の各種取組を紹介しています。YouTube による動画も配信中。

■　「Web-TAX-TV」ではインターネット番組（税に関する動画）を掲載。

■　児童や生徒が税について楽しく学習ができるようクイズやゲームを掲載。

詳しくは、国税庁ホームページをご覧ください。　国　税　庁　で　検索

税務署へ提出する申告書や申請書等には マイナンバー の記載が必要です！



税務署へ提出する際は「毎回」

申告手続などには
マイナンバーの記載
＋
本人確認書類の提示又は写しの添付
が必要です

e-Tax なら
本人確認書類の
送付は不要です。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

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。

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

山口県医師会　女性医師保育相談員

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

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します！

医師資格証
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ご一緒に)、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・姓名変更、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
apan edical ssociation ertificate uthority
〒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

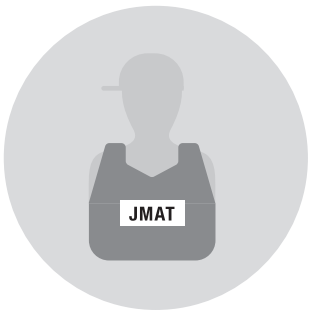
医師資格証

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、より広く様々な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。

（登録および現場応対は任意となります）

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 ▶

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。

- 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 ※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。

木　村　直　躬　氏　　岩国市医師会　　9 月 24 日　　享　年　83

編集後記

みなさん、5G（ファイブジー）、8K（はちけー）、Machine Learning（機械学習）をご存じですか？最近これらは「IT 詐欺の三種の神器」と呼ばれることがあります。

まず 5G ですが、これは移動通信体の新しい通信規格です。理論的には 4G の約 100 倍の 1Gbps から 100Gbps の速度が出ると言われています。ただし、今までよりも波長が短い電波を使うために基地局から電波が届きにくい、例えばビルの中まで電波が届かないという欠点があります。アメリカと韓国で運用が一部始まっていますが、アメリカで現在、日本でも使われている 4G の倍程度の、韓国では今の 4G よりも遅いスピードしか出ていないようです。それに、これはあくまでスマートフォンなどの移動通信体の規格です。お間違えなく。

次に 8K。NHK 山口に見に行きましたが、確かに非常に大きい画面ではきれいです。映画館に映画を配信するのなら良いでしょう。でも、自宅の 75 インチのテレビで 3m 離れて 4K の番組と 2K の番組が、「言われてみれば」区別がつく程度の私の目には無意味です。スパイ衛星の画像解析には役に立つかな。

Machine Learning も大切な技術ですが、この言葉をしつこく繰り返す人もどうかなあ。あくまで技術の一つだからね。

世の中、一見まともそうに見えて、そうでない人も多いので、みなさん IT 詐欺にひっかからないように注意しましょう。

（常任理事　中村　　洋）

DtoD
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-ユ-010064

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）