

山口県医師会報

令和3年(2021年)

2月号

— No.1926 —



朱鷺メッセから 中村 洋 撮

Topics

顕彰

顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



旭日双光章

吉本正博 先生（下関市医師会）

令和2年4月29日

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



旭日双光章

西村公一 先生（山陽小野田医師会）

令和2年11月3日

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



瑞宝双光章

荒木加四子 先生（宇部市医師会）

令和2年4月29日

永年にわたり保健衛生・環境の向上と、学校保健の推進に寄与された功績により受章されました。

顕彰



文部科学大臣表彰

小嶋英幸 先生（下関市医師会）

令和2年10月13日

永年にわたり学校医として児童生徒の健康管理及び保健指導に努め、健康保持増進のために尽力された功績により受賞されました。



厚生労働大臣表彰

内平孝雄 先生（防府医師会）

令和2年2月26日

永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。



厚生労働大臣表彰

奥田昌之 先生（山口大学医師会）

令和2年7月1日

永年にわたり安全衛生活動の指導的立場にあり、地域、団体又は関係事業場の安全衛生水準の向上・発展に多大な貢献をされた功績により受賞されました。



厚生労働大臣表彰

城戸研二 先生（山陽小野田医師会）

令和2年10月19日

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

顕彰

山口県選奨

西田一也 先生（吉南医師会）

田中駿 先生（宇部市医師会）

松本良信 先生（防府医師会）

令和2年11月20日

保健衛生・環境等の社会福祉の推進に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

社会医療法人いち樹会 尾中病院

令和2年10月13日

救急告示病院、病院群輪番制病院として、数多くの救急患者を受け入れているほか、地域包括ケアシステムにおいて地域住民の急変時の受け入れを積極的に実施された功績により受賞されました。

山口県へき地医療功労者知事表彰（団体）

松岡医院（熊毛郡）

令和2年10月21日

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

山口県教育功労者表彰

砂川 功 先生（山陽小野田医師会）

令和2年11月19日

永年にわたり、教育委員として教育行政の推進に寄与された功績により受賞されました。

顕彰

山口県教育功労者表彰

猪熊哲彦 先生（宇部市医師会）

伊藤正博 先生（山口市医師会）

梅原美枝子 先生（徳山医師会）

野村恒民 先生（徳山医師会）

岸田健伸 先生（下松医師会）

令和2年11月19日

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

山口県学校保健連合会表彰

（学校保健功労者）

米田 敬 先生（下関市医師会）

市原 巖 先生（萩市医師会）

秀浦信太郎 先生（下松医師会）

令和3年1月14日

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

山口労働局長表彰

神徳真也 先生（防府医師会）

井手 宏 先生（岩国市医師会）

令和2年6月24日

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

公衆衛生事業功労者表彰

（日本公衆衛生協会）

猪熊哲彦 先生（宇部市医師会）

令和2年2月26日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。



ホッ！これで安心。

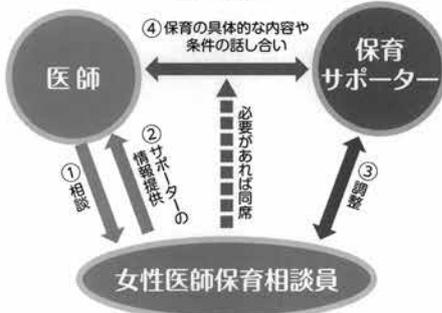
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



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



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

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

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!

フレッシュマンコーナー

新規開業便り

宇部市医師会 わたなべクリニック

渡邊 俊介

2020年4月1日に宇部市西小串で新規開業させて頂きました渡邊俊介と申します。

私は福岡県福岡市の出身で、卒業した小学校の先輩にはタモリや森口博子があります。中学校から長崎県にある青雲中学校という私立の学校に入学し、寮生活を送っていました。その当時の寮は大変規律が厳しく、自衛官上がりの寮監の下で軍隊式の生活を6年間送りました。

私の父親はサラリーマンで、親戚を含めても医師は一人もいません。高校生の時に北杜夫のエッセイを読み、「精神科医になりたい」と思ったことがきっかけで、医学の道を志すことに決めました。今思えば当たり前のことですが、「精神科医になるには医学部に行かなくてはいけない」ということも高校2年生の終わりごろまで知りませんでした。高校受験がなく、5年間の間にほとんど勉強らしい勉強はしていなかったこともあって、受験勉強は大変苦労しましたが平成13

年に山口大学医学部に入学し、初めて九州を離れて暮らすことになりました。大学生活では級友にも、部活の先輩、後輩にも恵まれて、楽しい学生生活を過ごしました。

平成19年に卒業し、山口大学の研修プログラムに参加し、1年目は下関厚生病院（現下関医療センター）、2年目は大学病院で研修をしました。平成21年に山口大学精神科神経科に入局し、多くの先生方の指導のおかげもあり、精神科保健指定医を取得することができました。そのころ、防府病院の水津信之先生に誘っていただき、自分も地域密着型の医療に興味がありましたので、平成25年に防府病院に就職しました。防府病院では医局の先生方に大変よくしていただき、何一つ不自由なく仕事をする事ができていましたが、宇部から防府までの通勤距離が少し負担になってきたことと、妻が公認心理師で長年発達障害のある児童の支援をされており小学生までの児童



に特化した発達相談事業をしたい、との希望があり、住み慣れた宇部市で開業することを決意しました。

開業準備には2年ほどかかりましたが、開業地選定、クリニックの設計についての相談、スタッフ採用面接、銀行との打ち合わせ等を、通常勤務終了後や休日等に行っており、忙しい毎日を経験しました。普段の診療業務ではあまり接することのない様々な業種の方と一緒に仕事をするのはとても新鮮で、世間知らずだった自分にとって少し世界が広がる経験だったと思います。

少しずつ準備を進めて、建物も完成して、という段階で新型コロナウイルスのニュースを目にするようになりました。最初はSARSのような、大変な病気ではあるが自分たちの生活にはあまり直結しないものではないかとあまり深刻に考えずにいましたが、次第にその猛威は世界中に広がり、生活、仕事全般にわたって大きな影響を受けることになりました。特に2020年4月に緊急事態宣言が発令されたときには、クリニックを開業してまだ一週間あまりであり、その直後は予約の電話も全く鳴らず、飛び込みの患者さんも一切来ないという自分自身がうつ病になるのではないかと不安な日々を過ごしました。

幸いにもその後徐々に患者さんにも来ていただけるようになってきましたが、まだまだ一年目でこれから頑張っていきたいと思っています。

精神科、心療内科という敷居が高く、何やら病気も薬も恐ろしいものであると考える患者さんがまだまだ多くおられます。自分の方針として、なるべくきちんと患者さんの話を聞くこと、そして病気や治療についてきちんと説明してから行うことを心掛けるようにしています。病気に関しては、精神科の疾患自体がある程度経過を診なければ診断が難しいこともあり、最初から診断名についてまで告知をしないことは多くありますが、薬に関してはいつ頃からどのように効果が出るか、副作用はどんなものがあるか、いつ頃まで服用をする必要があるのか、などを説明し、安心して治療を受けられるよう心がけています。病院に勤務していた時と比べて軽症の方の割合が多く、抗うつ薬や抗不安薬などを以前と同じような量から開

始すると眠気やふらつきなどが生じやすいことを知り、少量で開始するなど自分の処方を意識して少し変えました。隣接した敷地にある薬局の先生から1年間で処方された薬剤ランキングを出して頂いたときに、一年前までは処方していなかった薬が思った以上に多く出ていて、驚きました。

精神科は自立支援医療や障害者手帳の診断書、傷病手当意見書、休職用診断書等々、とにかく書類が多いのが特徴の一つですが、自分はもう10年以上、精神科の世界で生きてきて、それはもう当たり前になっていました。ただ初めて精神科で働くことになったスタッフにとっては驚きだったようで、他科に比べて書類仕事の多さに驚いたとよく言われます。それでも工夫をしてきちんと事務作業してくれるスタッフには大変感謝しています。また看護スタッフも精神科は初体験とのことでしたが、予診もわかりやすくしてくれるだけでなく、患者さんに親しみやすい笑顔で話を聞いてくれて、患者さんからの評判もよく、大変助かっています。

これまで心理師の妻とは別の職場で働いていたので、夫婦喧嘩をしたときは医局の先生に愚痴を聞いてもらっていましたが、今は話を聞いてくれる人がいなくなりました。お互いにストレスがたまることもあります、つまらないことで長く喧嘩をすることは減ったように思います。これまでの病院では祝日は休日ではなく、曜日で休みが決まっていたため、子供たちとお盆や年末年始などの連休を一緒に過ごしてあげることができませんでした。開業してからは祝日が休みになり、休日朝からゆっくり過ごしてあげられるようになりましたが、その代わり土曜日が半日勤務になったため、学童保育を利用する時間が増えて、少し寂しい思いをさせているかもしれません。その分一緒に過ごせる時間は大事にしようと思っています。

スタッフともども、これからも初心を忘れず、地域の医療に貢献していけますよう努力してまいりますので、今後とも県医師会の先生方にはご指導、ご鞭撻いただけますよう、よろしく願いたします。

今月の視点

学校における新型コロナウイルス感染症の対策

常任理事 河村 一郎

山口県では令和2年3月3日に初めて新型コロナウイルス（以下、「COVID-19」）の陽性者が発見され、未知のウイルスで感染力、重症度などが不明であったため、3月以降、感染者の見られた地域で多くの学校が緊急事態宣言の解除された5月中旬まで臨時休校を余儀なくされた。学校が再開されて以降もさまざまな感染対策が行われてきたが、流行し始めて半年以上経過し、小児のCOVID-19感染症の特徴、感染力、重症度などがわかり始めて、対応も少しずつ緩和されつつある。現時点（令和2年12月）での学校における対策について、12月3日に改訂された文部科学省の「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～『学校の新しい生活様式』～（2020.12.3 Ver.5）」などを基に私見を交えて述べてみたい。

1) 国内の小児 COVID-19 感染症の疫学

令和3年1月13日現在、厚生労働省のデータで国内のCOVID-19陽性者はチャーター機、クルーズ船案件を除き296,276人、死亡者数は3,901人となっているが、うち10歳未満の陽性者は7,160人(2.4%)、10代は18,377人(6.2%)と少なく、死亡例、重症例は10歳未満、10代ではない。文部科学省のデータでは、学校が本格的に再開し始めた令和2年6月1日から11月25日までの間、児童生徒3,303人、教職員471人、幼稚園関係者206人の感染が報告されているが、うち感染経路は、小学生1,252人中916人(73%)が「家庭内感染」と多く、「学校内感染」は76人(6%)であった(表1)。小学校の教職員169

人の感染経路も「学校内感染」は24人(14%)と少なく、小学校では学校内での流行は少ないと考えられた。一方、高校生では「家庭内感染」は1,224人中388人(32%)と少なく、「学校内感染」が293人(24%)、「感染経路不明」が431人(35%)と多くなっていた。同一の学校において複数の感染者が確認された事例は262件あり、このうち5人以上確認された事例は61件で、その内訳は小学校12件、中学校11件、高等学校36件、特別支援学校2件で高等学校が多かった。高校生になると行動範囲も広がるため家庭内感染以外が多くなり、部活、寮など集団生活で広がる可能性もあると考えられた。

2) 小児 COVID-19 感染症の症状

COVID-19感染症の症状は、発熱、呼吸器症状(咳、鼻水、咽頭痛)、消化器症状(嘔吐、下痢、腹痛)、味覚障害、嗅覚障害などがあるが、小児では症状は成人に比較して少ないと言われており、特に味覚障害、嗅覚障害の頻度は10歳未満は1%ぐらい(訴えが少ないということもあると思われるが)、10代は1割ぐらいとされている。これらは通常の風邪でも見られる症状であり、症状のみで診断することは小児では難しいと考えられ、地域、学校での流行状況、家族など近親者や周囲に感染徴候のある人がいないかなどから判断することが多くなると思われる。欧米では川崎病様症状をきたす例も散見され、米国ではMultisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)という名称が付けられているが、日本ではまだあまり見られていない。ただ、川崎病の

病因と考えられているように COVID-19 もスーパー抗原となることがあり得るし、過剰な免疫応答を起こしうるのではないかと考えられる。

3) 小児の感染性

オランダやオーストラリアからの報告にもあるように、小児は感染しにくく、症状が出にくいと言われている。米国では2020年6月に行われた子ども向けのサマーキャンプで少なくとも260人が集団感染したという事例もあり、大きなクラスター発生のリスクがないわけではないが、そのリスクは低いと思われる。ただ、12月現在、変異したウイルスが英国、南アフリカなどで出てきており、小児にも感染しやすくなるのではないかとされている。12月末には国内でもその変異したウイルスが見つかるようになってきており、全国的に流行すると小児への感染も増えてくる可能性もあるかと思われる。

4) 学校閉鎖の有効性

インフルエンザでは学校閉鎖は一定の効果

があると言われているが、インフルエンザと COVID-19 が同時に流行した香港では2020年1月25日から学校閉鎖を行ったが、COVID-19 感染症の患者数は減少せず、その効果ははっきりしなかったとのことであった。スウェーデンでは休校措置を取らなかったが、15歳未満の小児の感染者数は増加せず、学校が地域の流行を引き起こしているとは考えにくいということであった。以上より、学校閉鎖は COVID-19 において流行阻止効果があまりないものと考えられる。

そのようなことから現時点では学校で感染者が発生した場合も臨時休業を直ちに行うのではなく、設置者において、保健所と相談の上、臨時休業の要否を判断することとなっている。

5) 学校生活での対応

子どもにおいて特別な感染予防はなく、大人と同様に、手洗いや咳エチケット、換気といった基本的な感染症対策に加え、飛沫感染を防ぐためにマスクの着用、身体的距離を保つこと、①密閉空間、②密集場所、③密接場面という3つの「密」

<表 児童生徒の感染状況>													
6月1日～11月25日までに文部科学省に報告があったもの													
児童生徒 (小中高)	感染者数	有症状者数 (※)		感染経路判明							感染経路不明		
		家庭内感染	学校内感染	家庭・学校以外 の活動・交流等	海外からの 帰国								
小学校	1252	434	35%	916	73%	76	6%	132	11%	3	0%	121	10%
中学校	782	411	53%	504	64%	75	10%	61	8%	2	0%	139	18%
高等学校	1224	767	63%	388	32%	293	24%	110	9%	2	0%	431	35%
特別支援学校	45	19	42%	16	36%	1	2%	17	38%	0	0%	11	24%
合計	3303	1631	49%	1824	55%	445	13%	320	10%	7	0%	702	21%
(※) うち重症者は0人													
注：義務教育学校及び中等教育学校については、小学校・中学校・高等学校のうち相当する学校段階に振り分けている。													

<表 教職員の感染状況>													
6月1日～11月25日までに文部科学省に報告があったもの													
教職員 (小中高)	感染者数	有症状者数 (※)		感染経路判明							感染経路不明		
		家庭内感染	学校内感染	家庭・学校以外 の活動・交流等	海外からの 帰国								
小学校	169	124	73%	23	14%	24	14%	26	15%	0	0%	96	57%
中学校	121	100	83%	20	17%	9	7%	10	8%	0	0%	82	68%
高等学校	145	113	78%	18	12%	13	9%	19	13%	0	0%	95	66%
特別支援学校	36	31	86%	4	11%	2	6%	4	11%	0	0%	26	72%
合計	471	368	78%	65	14%	48	10%	59	13%	0	0%	299	63%
(※) うち重症者は1人													

表1 児童生徒、教職員の感染状況

<p>「レベル3」</p> <p>生活圏内の状況が、「特定(警戒)都道府県」に相当する感染状況である地域。</p> <p>「レベル2」</p> <p>生活圏内の状況が、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「感染拡大注意都道府県」に相当する感染状況である地域 ・「感染観察都道府県」に相当する感染状況である地域のうち、感染経路が不明な感染者が過去に一定程度存在していたことなどにより当面の間、注意を要する地域。 <p>「レベル1」</p> <p>生活圏内の状況が、感染観察都道府県に相当する感染状況である地域のうち、レベル2にあたらないもの。</p>

表2 地域の感染レベル

を避けること、大声を出さないようにすることが重要と考える。環境中からの感染は10%であり、少ないと考えられる。また、少しでも体調が悪い場合は、児童も職員も無理せず休むということが大切である。以下に具体的な内容を述べるが、地域の感染レベル(表2)によって変わってくると思われる。

①手洗い

手指で目、鼻、口をできるだけ触らないように指導するとともに、接触感染を避ける方法として手洗いをする。外から教室に入る時やトイレの後、給食の前後、掃除の後などこまめに手洗いをする。手を拭くタオルやハンカチなどは個人持ちとして共有しないようにする。

②消毒

消毒は、感染源であるウイルスを死滅させ、減少させる効果はあるが、学校生活の中で消毒によりウイルスをすべて死滅させることは困難である。このため一時的な消毒の効果を期待するよりも、清掃により清潔な空間を保ち、健康的な生活により児童生徒等の免疫力を高め、手洗いを徹底することの方が重要である。大勢がよく手を触れる箇所(ドアノブ、手すり、スイッチなど)は1日1回、水拭きした後、消毒液を浸したふきんやペーパータオルで拭く。家庭用洗剤で拭き掃除をすることも可能である。トイレ、洗面所は通常の清掃でよいと思われる。感染者が発生した場合は、感染者が活動した範囲を特定して汚染が想

定される場所、物品を消毒用エタノールあるいは0.05%の次亜塩素酸ナトリウム消毒液で消毒する。

③換気

気候上可能な限り常時窓を10～20cm開けておく。寒くて常時開けておくのが難しい場合には30分間に1回以上、数分間程度窓を全開にする。エアコンを使用時も換気は必要である。換気扇がある場合は常時運転しておく。

④身体的距離(フィジカル・ディスタンス)

流行状況によるが、レベル3の地域では2メートル(最低1メートル)、レベル1、2の地域では1メートルの間隔をとるように座席を配置するとよい。

⑤マスク

身体的距離が十分とれないときにはマスク着用を考慮する。身体的距離が取れる場合、体育の授業においては不要と考える。気温・温度、暑さ指数が高い日は熱中症の危険があるため外す。フェイスシールド、マウスシールドはマスクに比べ効果が弱いことを留意する必要がある。身体的距離が保たれており、マスクをしている場合にはアクリル板などの敷居は必要ないとする。

⑥水泳

プールの水の遊離残留塩素濃度が適切に管理されている場合においては、水中感染のリスクは低いとされている。児童生徒の密集を避けることが重要である。プールサイドでも児童生徒の間隔は

2メートル以上保つことができるよう、複数のクラスによる合同授業はなるべく避けることとされている。更衣室での密集、会話にも注意する。

⑦部活動

感染状況により、レベル3の地域ではなるべく個人、少人数の活動とする。向かい合って発声したりする活動は行わないようにする。レベル2の地域ではリスクの低い活動から徐々に実施する。レベル1の地域では可能な限り感染症対策を行った上で通常の活動を行う。

⑧楽器演奏及び合唱

楽器の演奏による感染のリスクは低いと言われているが、令和2年11月以降、学校における合唱活動等に関係した集団感染が複数発生したことから、12月10日に文部科学省から出された通知では、リコーダーや鍵盤ハーモニカ等の管楽器演奏は一時的に控える、合唱は原則マスクの着用、児童生徒同士、指揮者・伴奏者などとの間隔は前後左右ともにできるだけ2メートル（最低1メートル）空ける、練習時間は短くするなどとなっている。感染状況によって考慮するべきと考える。

⑨給食

食事前後の手洗いを徹底する。飛沫の対策としては、会食にあたって大声での会話は控える、机を向かい合わせにしないなどがある。

⑩校外学習、修学旅行

日本旅行業協会発行の「旅行関連業における新型コロナウイルス対応ガイドラインに基づく国内修学旅行の手引き」等が参考になっているが、内容は前述の学校生活での対応策と変わらず、乗り物内、食事などでの感染防止策が必要と思われ、リスクは学校と変わらないと考える。

6) 学校健診

実施に当たっては、3密にならないよう、広い場所で行う、日程を分けて実施するなど工夫の他、以下のようなことが考えられる。

- ・児童生徒等及び健康診断に関わる教職員全員が、事前の手洗いや咳エチケット等を徹底する
- ・部屋の適切な換気に努める
- ・密集しないよう、部屋には一度に多くの人数

を入れないようにし、整列させる際には1～2メートルの間隔を開ける

- ・会話や発声を控えるよう児童生徒等に徹底する

県医師会では、令和2年4月17日付で県教育委員会と連名で各科の学校健康診断の実施に関する留意事項について通知を発出した。通知発出にあたっては、専門医会とも連携を行った。しかしながら、地域によって感染状況等が異なっていたことから、実施時期等については、一律の方針を決めず、地域や学校の判断に委ねた。二学期中にほぼ全県ですべての健診は終了した。

おわりに

学校の感染症対策を徹底したとしても新型コロナウイルス感染のリスクをゼロにすることは不可能と考えられる。ただ、学校生活は子どもの成長にとって非常に大切なものと思われる。長期の休業によって生活習慣の乱れ、体重の増加、不登校などの子どもたちが増えている。できるだけ以前に近い学校生活を送れるようにしていくことが重要と考える。令和2年12月末現在での学校での新型コロナウイルス感染症の対応について述べてみた。今後、変異ウイルスの流行などあれば変わってくるかもしれない。

参考文献

- 1) 文部科学省：学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～（2020.12.3 Ver.5）
- 2) 上山伸也：学校における新型コロナウイルス対策. 小児科臨床：73；1681-1687,2020.
- 3) 一般社団法人 日本旅行業協会：旅行関連業における新型コロナウイルス対応ガイドラインに基づく国内修学旅行の手引き（第3版）.

2020年9月1日.

令和2年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」

と き 令和2年11月15日（日）10:00～12:00

ところ 山口県医師会6F会議室

当番県 鳥取県医師会

方 式 Web方式（Live Onシステム）

〔報告：常任理事 郷良 秀典〕

毎年、この研究会は、中国四国医師会の関係者が集まりやすい岡山市で開催されるが、感染症蔓延予防のため、今回は日本医師会のテレビ会議システムを利用しての開催となった。

日本医師会より畔柳参与、木崎参与、城守常任理事をコメンテーターとしてお呼びし、鳥取県医師会の司会進行のもと協議が進められた。

最初に、中国四国医師会連合委員長である鳥取県の渡辺会長より、この会は重要な課題として深く議論するべきと考えるためWeb形式としたと説明の上、実りのある会にしてもらいたいのご挨拶をいただいた。引き続き城守日医常任理事が、日頃の業務運営のお礼とともに、コロナ禍と緊急事態宣言で、紛争関連もいろいろな影響がでていること、コロナ禍における診療に関する議論もいただいております、しっかりと意見交換をしたいと述べられた。

I 各県からの提出議題

1. 勤務医賠償責任保険について〈愛媛県〉

医療事故に際し、勤務先病院の法人保険でカバーされるため、個人で医師賠償責任保険に加入する必要はない、と考える医師が多いが、医師個人への訴訟件数が増え、医療事故による賠償額が上がるにつれ、法人の賠償責任保険ではカバーしきれないケースも増えている。以前は勤務医が共同被告になるのは10%程度だったが、近年は増加していると言われる。

この理由としては、医師個人の責任を追究して、真相を究明したいと考える患者・家族が増えてきていることが挙げられる。もう一つの理由として

は、病院の経営が悪化し、訴訟中に経営破綻するケースもあり、原告側としては勝訴した際の賠償額を確実にするために、病院だけでなく担当医も共同被告として連名で訴える状況になっているという状況がある。

各県では、勤務医が共同被告になった例があるか。また、勤務医に各所属学会や日医などの医師賠償責任保険（個人保険）への加入を勧めているか伺う。

当県の回答

過去、お示しの例を受け付けたことはある。勤務医の加入について、山口県医師会が損保会社と団体契約している医師賠償責任保険と、日本医師会医師賠償責任保険の両方の契約を研修会等で勧めている。

他県の回答

法人と勤務医の両方が被告になる事案がない県もあれば、過去にさかのぼり共同被告事案の有無を調査した結果、数件があると回答した県もあった。共同被告の事案の場合、その法人（院内、運営主体も含め）と医師個人とで、診療行為から解決までの意見や考え方の違いが生じてしまう課題があることも報告された。

医師賠償責任保険の加入勧奨は、どの県も力を入れている。医師会の医師賠償責任保険であれば、紛争後も顧問弁護士などの紹介も行うので、メリットは大きい。

日医の見解・コメント

個人を補償するという認識が必要である。医師個人が争いたくないという考えがあったとしても、医療機関として争うスタンスになると、個人として一定程度、譲歩しないといけないこともある。もし、その医師個人が日医A会員であれば、付託時、調査会にその医師個人の考えなどの経緯を情報提供していただきたい。第三者の立場で検討して交渉につながるようにしたい。

2. 医療事故調査委員会の取り組みについて

<香川県>

本県において、頸椎椎弓形成術を行った後に意識障害を来し、その後も重度の障害が続いたため医療過誤として訴えられた事案が一般病院において生じた。この係争中に、家族から医療事故調査委員会を開催するよう要望が出された。医療事故調査制度は、管理者が予期しえない場合で、かつ医療に起因する死亡事案に限られているが、現実には、本事案のように死亡には至らないが、長期にわたり障害が続くような深刻な事案も多く認められる。また、診療所や小規模の病院においては、本来の医療事故調査制度の枠を外れた事案では、院内事故調査委員会を開催することが困難な場合があると思われる。このような事案において、各県ではどのように対応しておられるのか、特に独自の医療事故調査委員会を開催する際に、どこまで関与・支援しておられるかについてお聞かせいただきたい。

当県の回答

当県においては、会員からの要望もあり、非死亡事案に対する医療事故調査も医師会事業として平成29年度から備えている（実施方法は「医療事故調査制度」に準じる）。ただし、現在のところ、問い合わせはあるが、調査を実施した事案は発生していない。

他県の回答

制度自体は予期せぬ死亡事例を対象とするので、非死亡事案は関与しない県もある。しかし、非死亡事案であっても、その状況から、必要に応

じて専門外部委員の選定をしている県もあるように、紛争処理として取り扱う場合もある。

日医の見解・コメント

医療事故調査制度とは異なる認識でよいと考える。非死亡事案の場合は、まずはその患者の治療と改善に全力を注ぐのが実際のところと思う。同時に余力があれば非死亡事案を扱う体制があるとよいが、設置においては、まずはその目的、つまり医療事故調査制度のような学習目的なのか、それとも重大な事象に対する患者家族への説明が目的なのか、その点をはっきりしておくべきである。

事象発生時に医療機関が対応の仕方がわからず、都道府県医師会に相談するわけだが、日医としてはそこまで確立的なものを提案はしていない。しかし、困っている医療機関、会員に対する道しるべ的なシステムの提案はよいと思う。医療安全対策委員会において、マニュアルとまではいかないが、相談を受けたときの指導の指針などを検討できないかと考えていきたい。

3. コロナ禍における応招義務等について

<山口県>

コロナ禍の外来診療態勢において、完全予約制としている医療機関が多く見受けられるようになったが、これは医療側における院内クラスター防止策として理解できる対応である。一方、コロナ禍においても、患者側が（重篤でなくとも）突発的な負傷や急性疾患等により緊急受診を希望することも十分理解できる。

このような状況下で、急な初診を希望する患者が、医療機関の窓口で受診を断られる事案が発生しており、医療現場では両者の意見が衝突し、トラブルになったとの報告を受けているため、以下について伺いたい。

- ①各県で同様の事案（又はコロナ禍特有のトラブル等）が発生しているか。また、発生していればどのような対応（事前に地域住民へ広報を行う等）をされているか。
- ②多くの医療機関が同様（完全予約制）の診療態勢をとった場合、応招義務違反等の法律的問題

は発生するか。

他県の回答

①について、他県では、これまでのところトラブルはないようであるが、マスク無しの受診や濃厚接触者が連絡なく受診したという、困った事例はあるようである。感染防止のために完全予約制にすることについては、応招義務違反にはあたらないとする見解が多かった。完全予約制としたことをあらかじめ患者に周知することが、トラブルの未然防止にもつながる。

②について、療養担当規則等に基づく厚労省の告示で、「予約に基づく診察」は「当該保険医療機関において対面で行われるもので、予約診察を行う日時があらかじめ決められていなければならないとする」、「予約に基づかない診察が受けられる体制が十分整っていないなければならないものとする」とあり、予約制としていることだけをもって、他に正当な理由なく診療を断ることは療養担当規則に違反し、応招義務違反を問われる可能性はある。しかし、「発熱外来」は一般的に電話による予約を取っていること、また、熱のある患者を待たせられないという事情もあり、飛び込み患者に対して他機関を紹介するなどには応招義務違反には当たらないと考える。

また、医師の働き方改革に関する検討会では、COVID-19で、発熱や上気道症状を有しているということだけを理由に拒否することは、応招義務を定めた医師法第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」には該当しないとされている。問診を行ったうえで、診療が困難である場合は、少なくとも地域外来・検査センターや新型コロナウイルス患者を受け入れられる施設へ、受診を勧奨することが必要であるとされている。

コロナ禍における受診に関しては、医療機関同士で連携すればスムーズにいくということで、郡市医師会も含めて紛争トラブルに至らないように対応している。

日医の見解・コメント

基本的には、「診療の応需体制がどうか」である。コロナ禍に関係なく、その医療機関で対応できる

のであれば受けていただき、対応できないのであれば、他の医療機関を紹介するなど、(患者の受診を)途切れさせないようにすれば応招義務違反にはならない。

応招義務に関しては、令和2年1月に日医会長から「応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」という厚労省医政局長の通達文書(令和元年12月25日付)を各都道府県医師会に発出しており、このなか詳しく応招義務の性質等について書いている。この通知が現在の応招義務の原点と考えてもらいたい。その後も、新型コロナウイルスに関連した同様の通知も行っている。

4. 会員(医療機関)に対する必要な保険への加入啓発について<広島県>

本会では、医療機関で発生するさまざまなリスクに対応するため、広島県医師会医師賠償責任保険(通称「100万円保険」)、日本医師会医師賠償責任保険、日医医賠責特約保険、法人向け医師賠償責任保険、医療施設賠償責任保険などを取り扱っている。

医療機関には、これらの保険の中から自院の実状に適した保険を選択し、加入いただく必要があるため、保険の更新前(2月)に法人向け医師賠償責任保険と医療施設賠償責任保険未加入の医療機関へ保険のパンフレットを送付し、また、更新後(6月)に全会員と全医療機関へ保険の加入状況を案内し、未加入会員(医療機関)へ注意喚起及び加入啓発を行っている。

しかし、年に複数回、加入啓発を行っているにもかかわらず、必要な保険に加入していないがために、トラブル発生時に保険が使用できず、医療機関の負担が発生するということが起きている。

各県医師会では、必要な保険への加入について、どのように会員(医療機関)へ啓発(周知)を行っているのか、ご教示いただきたい。

当県の回答

当県では、研修会や講習会等、直接の問い合わせや相談で、「医師賠償責任保険の加入の必要性」

を伝えている。また、平成30年に改訂した冊子『医療事故を起こさないために』にて、医師会や日医医賠償保険のかかわりも含めて、保険加入の必要性を示している。

他県の回答

どの県も、日医の医賠償保険と、それをカバーする保険の必要性を十分に説明して、会員に加入を勧めている。チラシを医師会報に同封して周知、保険更改時の勧奨、新規研修時に案内をしている県が多い。議題1と同様、法人だけでなく個人も補償することと、その補償範囲の意識が必要である。日医の医賠償保険は個人をカバーし、また、医師会も関与できて必要に応じて助言もできるので、今後も勧奨していく。

日医の見解・コメント

日医としては年4回の『日医ニュース』で必要性を伝えているし、『ドクターゼ』（医学生向けの情報誌）においても、重要性を分かりやすく伝えているが、まだまだ取組みとして足りない部分もある。

法人と個人の両方をカバーできる契約を整えることで、万が一のカット払いにも対応できる。日医の特約保険の加入も大事である。

5. 顧問弁護士との連携状況について<岡山県>

医事紛争事案発生時の顧問弁護士との連携について、全事案すべて相談しているか、また、事案解決に向けての支援体制はどのようにされているか。

当県の回答

基本的に、会員から報告された事案は、当会の医事案件調査専門委員会で顧問弁護士も交えて審議し弁護士対応としている。そして、事案の交渉においては、その都度、顧問弁護士から報告を受けており、連携・相談体制を整えている。

また、事案において、顧問弁護士から再審議要請があれば、すぐに当会の医事案件調査専門委員会で審議をすることにしていく。

他県の回答

ほとんどの県が、顧問弁護士と連携して進めているが、具体的な請求に至らない事案は医師会の担当理事が初期対応する県もあれば、明らかに無責である場合は、弁護士に委任しないで対応するところもある。

今後の研究会で、顧問弁護士から回答やご意見をいただくコーナーがあるとよとの提案もあった。この研究会の特徴を考え、中国四国医師会連合の常任委員会の中で、その提案を検討して次につなげてみたいとのことである。

また、各県医師会の受付事案の状況、各委員会・審議会の様子がわかるような研究会もいいのではないかとの意見があった。医療側からの盲点を法曹側から指摘してもらえれば、今後の活動において役に立つと思われる。

日医の見解・コメント

もともとこの会は、各県の顧問弁護士の情報交換の場として発足した経緯がある。

6. 新型コロナウイルス感染症による施設や在宅での高齢者の診療・看取りについて<島根県>

高齢者入居施設で新型コロナウイルスの集団感染が発生し、介護等の問題から病院への転送が難しく、施設内での看取りを行わざるを得なかった事例が報道されていた。一方で、感染予防対策が不十分であることから、一部大学では法医解剖が行えない状況であるとの報告もあった。

今後、施設や在宅での診療において、介護に必要な新型コロナウイルス感染者や疑い患者に十分な検査や入院が行えず、中には看取りで死因が特定できない事例が生じる懸念もある。施設や在宅での診療・看取りで、感染対策を理由に必要な入院、検査や病理・司法解剖等を行わなかったことで問題になった事例、あるいは、入院や検査を断られた事例があれば伺いたい。

当県の回答

当県では、そのような事例の報告は受けていない。以下、当会顧問弁護士の見解を記す。

新型コロナウイルス感染の疑いのために受診ができなかった患者に関する医療機関や介護施設の法的責任について

1 令和元年12月厚労省医政局長通知「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」の2(2)④では、「特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、1類・2類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いのある患者等についてはこの限りではない。」とされている。新型コロナウイルス感染症は2類感染症相当の取扱いとなっているため、医療機関が新型コロナウイルス感染症のり患の疑いがあるとして診療を拒むことは応招義務違反にはならないと解されるし、応招義務違反と当該患者に対して診療をしない不作為（拒否）が診療義務違反となるかについては法的には別個の問題ではあるものの、上記の厚労省通知の趣旨からすると、この場合には応招義務違反とはならないし診療義務違反にもならないものと考えられる。

そうすると、合理的な理由をもって当該患者について新型コロナウイルス感染症のり患の疑いがあるとして医療機関が当該患者の診療を拒否した場合には、当該医療機関は診療義務違反となることはないと考えられる。ただし、上記通知も緊急対応を要する場合には応急的に必要な処置をとることが望ましいとするので、当該医療機関で対応可能な範囲で応急的な処置をとることが望ましいこととなると思われる。

2 他方で、当該患者が入所している介護施設等においては、医療機関、救急通報及び行政を通じて当該患者に対する受診を試みたものの、上記の理由によって受診を拒まれた場合には受診が不可能であるから、それをもって安全配慮義務を怠ったことにはならないと考える。もっとも、その場合も当該患者の家族とはその情報を共有しておいた方が後のトラブルを避ける観点からは重要と思われる。

他県の回答

このような報告を受けている県や問題になった事例は少ない感があるが、今後増えてくると考える。法医解剖においては、「COVID-19 症例の剖検プロトコル2020/2/25版」(国立感染症研究所)によると、剖検時の設備としては、ラミナフローの剖検台とエアカーテンなどの空調設備が必要とされており、剖検ができる施設が限られてくるため、大学でも十分な設備がなく、対応できていない。

日医の見解・コメント

介護現場において、医事紛争担当理事（医事紛争事業）として取り扱う内容としては、大きく分けて2つある。一つは介護施設、在宅介護も含め、感染が起こった場合に利用者が持ち込んだのか、職員が持ち込んだのか紛争になった時のポイントとなる。二つ目は感染が発生すると、その患者は原則入院となるが、地域の医療機関のベッドはひっ迫しており、その介護施設で診ざるを得なくなり、そこで感染が拡大することが起こった場合の責任の所在である。

前者においては、標準的な予防策があるかどうかは、なかなか介護職員に対する教育研修がなされていない現状もある。これに関しては、研修の場を日医も要望しているが、現状では人手が不足している。令和2年11月9日に、厚労省老健局が発した「介護保険サービス従事者向けの感染対策に関する研究について」が比較的わかりやすいものである。後者の、感染が発生した場合の対応は、厚生労働省が令和2年10月に出した『介護現場における感染対策の手引き』を参照いただきたい。

医療機関がひっ迫している状況で、認知症などの介護施設ならではの問題等への対応については必ず「保健所や行政の指導」に基づいていただきたいと考える。

II 日本医師会への要望・提言

日本医師会医師賠償責任保険で刑事事件のカバーも<山口県>

近年、医事紛争において民事だけでなく刑事告

訴をする事案があり、医師個人が責任を問われる場合もあるが、日医医賠償保険は、刑事事件は対象となっていない（民間の同種保険では自動付帯サービスとなっている）。

刑事事件のために要する費用（弁護士費用等）が発生した場合においても、選択肢を増やすという意味でも、保険の対象となるよう検討していただきたい。

日医のコメント

基本、県医師会が勧めている医師賠償責任保険に付帯されている刑事費用サービスを使っていたきたい。日医としては刑事事件のカバーは考えていない。

日医医賠償保険制度の創設当初は、刑事訴追された場合も検討したと聞いている。しかし、一般社会の批判を日医の保険制度で対応するということに疑念があり、対象外とされている経緯がある。刑事事件から医師を守るということも理解できるが、医師法第21条の改正の影響、いわゆる医療事故を刑事事件にしないという申し出もあり、また、医療事故の被害者や患者団体に与える影響と風評も考えたうえで、現状のようになっている。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係

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

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

第156回山口県医師会生涯研修セミナー 令和2年度第1回日本医師会生涯教育講座

と き 令和2年11月15日(日) 10:00～15:00

ところ ホテルニュータナカ(山口市)

特別講演1

「超高齢社会の腎臓病―病態と最新治療―」

金沢大学理事 / 医学部腎臓内科教授 和田隆志

〔印象記：宇部市 内山 浩一〕



金沢大学理事で腎臓内科教授の和田隆志先生の講演を聴講したので報告する。講演はCOVID-19の影響で残念ながらWEB講演となったが、和田先生は下関市のご出生であり、生まれ故郷での講演に感謝されておられた。演題は「超高齢社会の腎臓病―病態と最新治療―」であり、以下に示す3つの点について講演された。

1. 超高齢社会の腎臓病の病態

(1) 超高齢社会の急性腎障害

―慢性腎臓病への移行―

本邦の維持透析患者数は約33万人であるが、維持透析導入の原因疾患は第1位が糖尿病性腎症、第2位が同率で慢性糸球体腎炎と腎硬化症となっている。慢性糸球体腎炎が減少する一方で、高血圧に起因する腎硬化症が増加してきているのが特徴である。本邦における慢性腎臓病の有病率は他国と比較し高いことが知られているが、特に男性においては極めて高いため、本邦の透析患者の増加は85歳以上の男性層の透析導入数増加によることがわかっている。そこで厚生労働省では「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部のとりまとめについて」の健康寿命延伸プランの概要において疾病予防・重症化予防の項目のひとつに慢性腎臓病診療連携体制の全国展開をあげている。目標は2028年度までに年間新規透析

導入患者数3.5万人以下としている。そこで高齢者の慢性腎臓病悪化の危険因子である急性腎障害(Acute Kidney Injury: AKI)の予防が必要となってきた。AKIには治療による回復後に腎機能が正常に戻る群も存在するが、そのまま慢性腎臓病に移行する群も認められる。米国では透析新規導入患者の25%がAKIを契機としたものとの報告もある。昨今のCOVID-19の病態においてもAKIの合併が37%に認められ、合併例は予後不良となることが報告され、注目された。AKIの危険因子としては糖尿病とアルブミン尿の存在があげられる。糖尿病については推算糸球体濾過量(eGFR)60ml/min.1.73m²BSA未達の腎機能障害例でAKI危険度が増加することがわかっている。また、アルブミン尿については、正常アルブミン尿から顕性アルブミン尿に至るまでアルブミン尿の増加に正相関しAKIのリスクが高まるので、AKI予防にはこの2つの危険因子に注意を要することになる。

(2) 糖尿病性腎臓病(腎症)と腎硬化症

糖尿病性腎症は、糖尿病の引き起こす高血糖により生じる細小血管障害である3大合併症(神経障害、網膜症、腎症)のひとつである。典型例では微量アルブミン尿で発症し、蛋白尿・腎機能低下から腎不全に至る。また、進展の過程において心血管系疾患の発症リスクが高いとされてい

る。しかし、日常診療において、正常アルブミン尿であるのに急速に腎機能低下を呈する糖尿病症例や、ネフローゼ症候群に伴い腎機能低下を呈する糖尿病性症例に遭遇する。このように多様な病態を示すものを含めて糖尿病性腎臓病と診断するが、これらに対応するには腎生検あるいはバイオマーカーで病態を鑑別して、治療に反映する必要がある。本邦からの報告によると糖尿病のうち糖尿病性腎臓病 (eGFR<60 and/or アルブミン尿) と診断される割合は 52% であった。正常アルブミン尿で腎機能低下するものが 12%、正常 eGFR 群のうち、急速に腎機能が悪化するものが 14% 認められた。正常アルブミン尿で腎機能低下を示す症例の腎生検を行うと、腎硬化症の所見が認められることが多い。さらには正常アルブミン尿にもかかわらず典型的な糖尿病性結節様病変を認める症例もあることがわかってきた。糖尿病罹病期間が 12 年以上となっている症例は、正常アルブミン尿であったとしても病理学的変化をきたしている可能性があるため注意が必要である。しかし、一方で正常アルブミン尿を呈する糖尿病症例の腎予後、および生命予後はアルブミン尿を呈する糖

尿病症例より良好であることもわかっている。さらに eGFR の推移も糖尿病の腎予後を判断する良いマーカーであることもわかっている。つまり、eGFR の低下速度が緩やかな群は腎予後が良好であり、蛋白尿も少ない特徴を有していた。腎生検病理所見においても、糖尿病症例の腎機能が低下する、もしくは改善する臨床病理学的因子が検討されている。低下因子としては結節病変とアルブミン尿の存在、腎機能が一旦改善する因子としては糸球体門部小血管増生が挙げられる。門部小血管増生は早期に認められる所見であるが、病態への関与は依然不明な点が多い。近年、糖尿病性腎臓病と腎硬化症に対して clinical trajectory (臨床軌跡) 解析が報告されたが、疾患によってアルブミン尿の増加や eGFR の低下の変曲点に特徴が認められた。今後多様な糖尿病性腎臓病の病態解析には AI を用いた clinical trajectory 解析が望ましい。かかりつけ医から腎臓専門医への紹介においては、やはり蛋白尿の存在を見逃さないことが将来の透析導入回避において重要であるので、日本腎臓学会の紹介基準 (図 1) に従い紹介いただくことをお願いしたい。

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常 30未満	微量アルブミン尿 30~299	顕性アルブミン尿 300以上
	高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-) 0.15未満	軽度蛋白尿 (±) 0.15~0.49	高度蛋白尿 (+~) 0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)		G1	正常または高値 ≥90		血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続
	G2	正常または軽度低下 60~89		血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下 30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下 15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全 <15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的 (原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化 (治療抵抗性の蛋白尿 (顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識 (3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など) を要する場合
 - ② 糖尿病合併症 (網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など) 発症のハイリスク者 (血糖・血圧・脂質・体重等の難治例) である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合

なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

2018 日本腎臓学会HP

図 1

2. 腎臓病の新たな病態？ 共生微生物叢と腎臓

－キラルアミノ酸の可能性－

全身には多くの微生物叢が存在することが知られているが、このなかで最も研究が進んでいるのが腸内細菌叢である。最近、この腸内細菌叢が腸管－血管バリアを越えて血中に存在していることがわかってきた。CKD（Chronic Kidney Disease：慢性腎臓病）が進行している患者の血液中の細菌の遺伝子プロファイリングを行うと健常者との差を認めるため、CKD 進行により腸内細菌叢が血中に入り込んでいる可能性が報告されている。このため、腸内細菌の代謝産物のキラルアミノ酸のCKDに及ぼす影響についての解析が行われている。キラルアミノ酸解析は最新の二次元高速液体クロマトグラフィー蛍光検出法（2D-HPLC-FL）を用い、従来解析不能であったアミノ酸の光学異性体（D-アミノ酸、L-アミノ酸）を定量する解析である。CKDにおいて注目されているアミノ酸はD-セリンである。CKD 進行に伴い血中総セリン濃度が低下することは知られていたが、D-セリンは相対的に増加を示すことがわかった。D-セリンは抗炎症・細胞増殖効果作用を有しており、和田先生のグループではAKIにより腸内細菌叢変化が生じ、微生物由来のD-セリンが腎保護効果を示す（腎腸関連）ことが明らかになった。発酵食品はD-セリンを含むD-アミノ酸の含有量が多いことが知られているが、石川県能登半島は魚醤油、かぶら寿司、黒酢などの発酵食品文化を持つ地域である。さらに、能登半島でのコホート研究を進め、アミノ酸の意義を検討しようとしている。

3. 腎臓病の最新治療

(1) 抗糖尿病薬と腎臓病治療

CKDの治療には蛋白尿、腎線維化、酸化ストレスなど多くの治療ターゲットがあり、それぞれに多種の治療薬剤があるが、十分な治療効果が得られるものがなかった。しかし最近、希望が持てるエビデンスが報告されてきている。まずSGLT2阻害薬であるが、糖尿病治療薬でありながらCKDの進行抑制にも有効であることがCREDESCENCE試験において証明された。平均

eGFR556を投与して、尿蛋白957mg/gCrのすでにほぼ全例にRAS阻害薬が投与されている群にカナグリフロジンを投与して42ヶ月経過をみることで、約30%主要評価項目のリスクを減少させることが示された。さらにサブ解析において、カナグリフロジン投与群では貧血の発症・治療介入のリスクが35%低下することが確認された。その他にもCKD進行抑制に対するSGLT2阻害薬ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬の有効性を示したものとして、DAPA-DKD試験、FIDELIO-DKD試験などがある。

糖尿病性腎症・糖尿病性腎臓病に対する治療としては単一の薬剤だけでなく、統合的多因子介入と生活習慣改善による効果が期待出来ることがJ-DOIT3試験で示された。この試験では、強化療法群（HbA1c 6.8%、血圧123/71mmHg、LDL-コレステロール85mg/dl）は従来治療群（HbA1c 7.2%、血圧129/74mmHg、LDL-コレステロール104mg/dl）に対し、腎症を32%減少させることが可能であった。

(2) 多職種連携チーム医療 －食事療法＋運動療法の重要性

日常診療における食事療法・運動療法の有効性に疑問の余地はないが、高齢者の場合は困難であることが多い。糖尿病や肥満に対して減量指導を行うと減量に伴い筋力が減少し、転倒リスクが上がることもある。加えて高齢者では機能低下により運動療法にも制限がある。金沢大学では多職種（医師、看護師、管理栄養士、理学療法士）連携チームによりリレー指導を行っている。指導記録は電子カルテ内で共有されるため、同じ質問や提案を行うのを避けられることから毎回情報量を多く得られる利点がある。理学療法士の参加により、患者情報に基づく適切な腎臓リハビリテーションも可能になっている。これらの指導のなかで、看護師と管理栄養士は同時指導を行っており、特に患者さんの評判が良いこともあり、継続率は67%を維持している。遅い夕食と朝食の欠食は体調を悪化させることは知られていたが、金沢大学の調査では多職種指導のなかで遅い夕食（睡眠2時間以内の夕食が週3回以上）、朝食の欠食（週3回以上）が蛋白尿の出現の危険因子であることを認

めた。また、筋力低下に起因する握力低下と蛋白尿の出現は疫学的に相関することが示されているが、最近ではCKD患者の軽度認知機能障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）の有病率を増加させる因子とし、加齢と歩行速度低下が示された。したがって、高齢者の指導において食事療法はもちろんのこと、運動療法を組み合わせることで身体機能の改善が期待できる。この際の運動療法は有酸素運動だけでなく、筋肉に繰り返し抵抗をかけるレジスタンス運動を併用するものを行うことにより、筋肉量を維持しながら体重減少を実現できる可能性があり、今後のエビデンスの蓄積が待たれるので推奨される。具体的にCKD患者さんにお勧めしている腎臓体操は「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」に示されているので参考にされたい。CKDの患者がウォーキング程度の軽い運動習慣でも10年間継

続することによって透析導入リスクを21%低下させたとの報告もあり、多職種連携が難しい医療施設においても患者指導の場で運動習慣導入が望まれる。Steno-2 studyにおいても多職種連携による指導により微量アルブミン尿を伴う糖尿病性腎症の20年を越える長期予後の改善が報告されているので、多職種連携指導が可能な施設では施行が勧められる。

ご講演後の質疑応答において、座長の加藤県医副会長より経皮的腎生検を行う基準についての質問があり、①尿蛋白/尿クレアチン比1以上、②血尿・蛋白尿（腎炎が疑われる様な場合の血尿）、③eGFRが年齢相応より低いなど原因不明や全身性疾患に伴う場合を認めた場合は腎専門医を紹介し経皮的腎生検を検討すべきとの回答であった。

特別講演2

「がん診療と遺伝子

ー新しい遺伝性腫瘍の考え方ー」

札幌医科大学医学部遺伝医学教授 櫻井晃洋

〔印象記：徳山 沼 文隆〕



がん診療と遺伝子ー新しい遺伝性腫瘍の考え方ーについて、この分野のトップランナーである札幌医科大学医学部遺伝医学教授の櫻井晃洋先生に講演して頂いたので、以下にその要旨を記します。

日本は科学的にも技術的にも先進国家であると世界からは認識されているが、全国82医学部中、専任の教室員がいる臨床遺伝学の講座は半分もなく、この分野では遅れている。遺伝学とはそもそも「親から子、子から孫への形質の継承」と「横の多様性ー個人間の顔の違い、髪色の違い、健康の個性等」を研究する科学である。2003年にヒトのゲノム解読（30億塩基配列）が終了したことで、遺伝学の研究はさらに進んできている。

本邦では、現在男性の2/3、女性の1/2が生涯のうちにがん罹患するという状況となり、がん罹患せずに生涯を終える人は少数派となっている。そもそも「がん」とは何か？以下10項目の特徴：①自律増殖能の獲得、②増殖抑制シグナル感受性の喪失、③細胞死からの回避、④無制限の複製能の獲得、⑤血管新生能の獲得、⑥浸潤能、転移能力の獲得、⑦代謝制御からの逸脱、⑧癌免疫機構からの回避、⑨ゲノム不安定性と変異、⑩腫瘍誘発性炎症（Hanahan D, Weinberg RA, Cell 100:57-70, 2000、144:646-674, 2011）、が挙げられているが、これらの特徴に関連する遺伝子に異常が起これ、その異常が蓄積されていき、がん化することが判ってきた。すなわち、がん

化に必要なアクセル役のドライバー遺伝子の活性化とブレーキ役のがん抑制遺伝子の機能喪失が、がん化に寄与している。

化学療法に用いられる従来の殺細胞型抗がん剤はがん細胞を車に例えると爆弾のようなものであり、車ごと爆破するような治療だが、周辺まで被害を被ってしまうことになる。一方、最近の分子標的治療はドライバー（運転手）を狙い撃ちするような治療法である。肺がんを皮切りにこれまで多くのドライバー遺伝子が発見され、それにフィットする創薬へとつながってきている。

実際、21世紀以降、殺細胞型抗がん剤は、ほとんど開発されておらず、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の開発が中心となっている。そして、これまで抗腫瘍薬の適応は原発巣の臓器別に決められていたが、今後はドライバー遺伝子が何であるかによって治療薬が選択されていく時代になるだろう。

それでは、そのがんになる遺伝子の変化はいつ起きているのか？一部は生まれたときから持っているもので、それが遺伝性のがんということになる。がん患者さん（例えば大腸がん）がいたときに、家系内に同様のがん患者さんが出てくることがある。家族集積性がある場合、その原因は様々である。環境要因や遺伝的な背景の共有もあるし、頻度の高いがんであれば偶然の集積の結果ということもある。ここでの遺伝的な体質というのは、単一遺伝子に起因する遺伝性腫瘍を指すが、必ずしもいつも家族歴があるというわけではない。

遺伝性腫瘍の特徴を以下に挙げる。①単一の遺伝子に原因がある腫瘍、②全腫瘍の5～10%程度、③特徴的な腫瘍が家系内に集積することが多い、④ほとんどの原因遺伝子が明らかになっている、⑤ほとんどが常染色体優性遺伝性、50%の確率で子に変異遺伝子が伝わる（子が50%の確率で発症するわけではない）、⑥非遺伝性のがんより若年で発症する傾向がある、⑦多発・再発しやすい、⑧必ずしも予後は悪くない、⑨治療の選択肢が増える場合もある。

遺伝性腫瘍は極めて稀な疾患もあるが、遺伝性乳がん卵巣がん（HBOC）を含む遺伝性乳がんは男女問わず200人に1人、大腸がんを特徴とす

る Lynch 症候群も400人に1人と決して稀なものではない。日本人の乳がん患者7,000人の遺伝子変異を調べた報告（バイアスのかからないコホート研究）では、患者の5.73%が遺伝性であり、その中でBRCA1/2（HBOCの原因遺伝子）変異を認めたものは4.16%であった。また、対照群（乳がん・卵巣がんは無縁と考えられた群）でも、0.6%に遺伝子に病的バリエーションが見つかっている。卵巣がんになると更に頻度は高くなり、進行卵巣がんでは1/4の確率で遺伝性である。したがって、現在進行卵巣がんでは遺伝子検査が保険適応となっている。

遺伝性腫瘍を診断する意義は、患者さんに対しては①正確な経過・予後の予測、②適切なサーベイランス、③疾患の特徴に基づいた治療選択、④発症を見越したリスク低減・予防的治療（例えば、遺伝性乳がんであれば再発リスクが高いので温存療法はしない等）ができることである。また、家族に対しては遺伝カウンセリングの提供により、リスクのある人にはサーベイランスや予防的治療など早期の対応を行う。一方、リスクのない人には不必要なサーベイランスの回避が可能となる。

これまでの遺伝性腫瘍診療の流れは、がん種、発症年齢、家族歴などから遺伝性腫瘍が疑われた場合には遺伝カウンセリングの後、遺伝学的検査を受けてもらっていた。大腸がんや婦人科がんが頻発する Lynch 症候群を例にとると、このようなリスクのある方は、本人が健康である場合が多いので、保険診療で病院を受診することができない。その受け皿が遺伝外来であり、患者さんが抱える不安や悩みなどに対応している。遺伝外来が行っていることとして、①家族歴や臨床経過に基づく遺伝学的リスクの評価、②遺伝に関する正確な情報の提供、③病気の臨床経過や診断法、治療法に関する情報提供、④正確な診断を確定するためのお手伝い、⑤遺伝子診断に関する情報提供と実施についての話し合い、⑥遺伝子診断の検査結果の説明、⑦患者さんやご家族の悩み、不安に対するサポート、⑧（特に多領域にまたがる病気の）診療の調整、⑨社会資源やサポートグループに関する情報提供が主な仕事である。

遺伝子診療科でこのような遺伝カウンセリングを担うカウンセラーは学会認定資格ではあるが、現在国内には二百数十名しかいない。修士課程臨床遺伝学遺伝カウンセリングコースは全国23か所に開設されている。

これまでは見つける遺伝性腫瘍の話で、これからは見つかる遺伝性腫瘍の話である。このきっかけとなったのは、抗腫瘍薬であるPARP阻害薬オラパリブ（リムパーザ錠[®]）の出現である。この薬の適応がん種は卵巣がんと乳がんだが、乳がんでは「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能または再発乳癌」となっており、このBRCA遺伝子は遺伝性乳がん卵巣がんの原因遺伝子で、その変異の有無をがん組織検体ではなく血液検査で判定する。すなわち、この薬が使用できるかどうかを検査し、変異陽性の結果であれば、患者さんは薬の適応となって嬉しいと同時に、遺伝性腫瘍であることが判明する。遺伝性腫瘍が判明すれば、上記のような遺伝カウンセリング等のケアや血縁者への情報提供が必要となってくる。このように、薬剤処方可否を判断するために行うコンパニオン診断を実施するにあたり、遺伝学的検査や遺伝情報の特性を十分に理解しておく必要がある。

もう一つ大事なことは、がんゲノム医療におけるがんゲノムプロファイリング検査（CGP）である。がん組織検体を用いて多くのがん関連遺伝子の変異を一時に調べるもので、本邦ではNCCオンコパネル（検体は腫瘍/血液）とFoundation One CDx（検体は腫瘍のみ）が保険収載された。NCCオンコパネルは血液も調べるので、陽性であれば遺伝性と判明するが、Foundation One CDxは検体が腫瘍組織なので、変異が認められてもそれが先天的なものか後天的なものか不明なため、確認検査が必要になってくる。国立がん研究センターの調査では、このような確認検査で先天性のものが見つかるのは3.6%と報告されている。したがって、肺がんでCGPを受けたところ、思いもよらず遺伝性乳がん卵巣がんの素因が見つかることもある。CGPを受けるような方は、既に標準治療が終了している進行・再発がんなど予後が厳しい場合が多いので、カウンセリングは特

に重要となってくる。

遺伝子パネル検査は100から500個程度の遺伝子をターゲットとしているが、今後全エクソーム、全ゲノム解析が推進されると、特定の単一の遺伝子異常は別として、がんでもその他の疾患でもその人がそれらの疾患になりやすい体質かどうかを推測できるようになり、遺伝性腫瘍と非遺伝性腫瘍とのボーダーが消失していく可能性もある。

最後に予防医療について、健康状態に影響する因子としては遺伝要因、環境要因と時間（蓄積）の3つがある。遺伝性乳がん卵巣がんのような単一遺伝子疾患では遺伝要因の比重がぐんと高くなるが、予防切除などで対策を講じることもできる。ほとんどの疾患は、多数の遺伝要因が少しずつ関与する多因子疾患である。生活習慣病などは遺伝要因の評価が難しく、環境要因や時間の比重が高くなる。我々は環境要因の中の食事運動療法などで介入し、ある程度の効果を上げている。BioBank Japanは、がんの家族歴がある場合、家族歴のない人に比べてどのくらいがんリスクが上昇するかを報告している。最も影響があるのは前立腺がんで、家族歴があるとオッズ比は8倍にもなる。次は卵巣がん。がん以外で影響が高いものとしてケロイド、バセドウ病がある。

アメリカではオバマ元大統領時代から、ゲノム情報・環境要因・生活習慣が健康状態や疾患の発症にどのように影響するのかを明らかにするために、100万人以上を対象にしたバイオデータバンクを構築し、新たな疾患関連遺伝子・原因遺伝子の同定、ゲノム創薬、ゲノム情報、環境、生活習慣に基づいた個別の予防・治療法の実現に取り組んでいる。ちなみに、ゲノム情報によって創薬の成功率は7倍に跳ね上がると言われている。

Genome-Wide Association Study（GWAS）等、ゲノム解析はさらに進んでおり、頻度は多いが影響の少ない遺伝子異常（ゲノムリスク）と臨床データ（環境要因リスク）を組み合わせることで集団を層別化し、個別化予防戦略を取ることが可能になってきている（Genome-wide polygenic score）。日本ではリスクの高い人も低い人も、一律にある年齢

を過ぎたら定期的ながん検診を行っているが、将来はリスクに基づいた個別のプログラムを組んでサーベイランスを行うようになると思われる。そのためには日本人のデータベースが必要で、本邦

でも東北メディカル・メガバンクやバイオバンク・ジャパンなどがデータを集積して解析を進めている。

シンポジウム「災害救護」

座長

山口県医師会理事 白澤 文吾
日本赤十字社小野田赤十字病院院長 清水 良一

シンポジスト

DMAT / 医療法人神徳会三田尻病院病院長 豊田 秀二
JMAT やまぐちプロジェクトチーム
山陽小野田市民病院地域医療連携室長・
外科医長 野村 真治
日本赤十字社災害医療コーディネーター
日本赤十字社小野田赤十字病院副院長 佐藤 智充
山口県健康福祉部医療政策課課長 川本めぐみ

〔印象記：山口県医師会副会長 加藤 智栄〕

DMAT、JMAT、日赤救護班に関して、山口県における、それぞれのエキスパートが実経験を基にした貴重な発表を行った。その後、県行政の立場から全体を俯瞰する発表で締めくくられた。山口県の災害救助医療の全体像が分かる有意義なシンポジウムであった。

大枠はできているが、これから各地域での具体的で、よりきめ細やかな取組・訓練が必要であることも明らかとなった（地域JMATの創設）。南海トラフ地震では、山口県に医療支援チームが来ない可能性もあるそうである。自分たちでできることをする体制作りが必要である。

以下に、講演内容を紹介して私の任を果たすこととする。会員の先生方におかれては、是非ともご理解いただき、JMATへの登録をお願いする次第である。

企画発案していただいた小野田赤十字病院院長の清水良一先生に感謝する。

DMATの役割～拡大と深化

DMAT / 医療法人神徳会三田尻病院病院長

豊田 秀二

DMATには3つあり、日本DMAT、県のDMAT、東京DMAT（国よりも先にできている）がある。DMATとは災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チームである。阪神淡路大震災（負傷者が約4万3,000人、死者・行方不明者が6,000人以上）がきっかけで、初期医療体制の遅れから、避けられた災害死が約500名あった。この500名をなんとかしたいとDMATができた。その当時の災害医療は、災害があると地元の医療者がすごく頑張るが、疲弊してくる。人為的にも物質的にも限界があり、1週間ぐらいで医療不足状態になる。この状態の時にpreventable deathが生まれる。このような経緯から、DMATが誕生した。

死因の7割は下敷きになったことによるクラッシュ症候群であった。このクラッシュ症候群を防ぐことがメインになり、DMATは「がれきの下の医療（Confined Space medicine）」とも言われた。しかし、狭いスペースの中に医師が入って行くことに異論が出て、それはレスキュー隊の仕事で、救出された後に医師が対応ということになった。医師やナースは貴重な医療資源で、命を失うようなことがあってはならない。

DMATのもう一つの大きな仕事が広域医療搬送である。大型ヘリコプターなどを使って域外に患者を搬送することが大事である。阪神淡路大震

災時に、域内で自分たちで何とかしようと頑張っており、域外に患者を運んで治療するという発想がなかった。このことにより、24時間以内に搬送しなければならない人が380人、それ以降約120人、合わせて500名の命が亡くなった。これを防ぐのが広域医療搬送で、域外の災害拠点病院のHCUに運んで治療を行うことが必要である。広域医療搬送はDMATに与えられた使命である。

初期の頃、小さな地震などでDMATは、救護班が入ってくるまでの72時間は頑張るが、72時間で帰ってしまうことに批判があり、反省材料になった。その後、東日本大震災が起これ、死因のほとんどは溺死であり、阪神淡路大震災の時のような「がれきの下の医療」はほとんど無かった。また、地震が大規模であったため、救護班が入ってくるのも遅れ、DMATの滞在期間が延びた。救護班が入ってきたのは2～3週間後であった。この間に生じる医療のギャップで救える命を少し失い、問題になった。防ぎ得た災害死、災害関連死という言葉が出てきた。

災害時の医療活動、DMATの教科書に書いてあるように、病院支援、搬送支援、現場活動をして、余裕ができたなら、徐々に避難所、救護所の活動、最終的には公衆衛生的な活動・訓練をしていた。しかし、東日本大震災では、様相が異なり、病院そのものが被害を受けた。代表的には石巻市民病院で、そこで籠城していた皆さんが見落とされていた。そこを発見し、病院避難をした。また、放射線避難ということが出てきた。病院の関係者だけで避難をさせた結果、移動中のバスの中で多くの人を失うことになった。このことから、移送時には必ず、医師や看護師を付けるようになり、その支援をDMATがするようになった。

災害関連死は、東日本大震災では3,523名あった。災害関連死は熊本地震でも減っていないことがわかった。この原因は、皆が連携できていないことにあった。東日本大震災の時に、DMATや日赤の救護班、JMATなどのいろいろな組織が一斉に入ってきて、みんなバラバラに活動して大混乱が起こった。そこで、大混乱を防ぐために、統括して業務を行う災害医療コーディネーターが必要になってきた。

国の方も施策を考え、都道府県でも整理されていない状態であったが、保健医療調整本部を作り県庁、二次医療圏、市町におろして活動するようになった。山口県では、山口県災害医療コーディネーターがおり、地域災害医療コーディネーターが二次医療圏にいる体制を作りつつある。さらに、市町のコーディネーターを作らなければならないのが課題である。

熊本地震時には、ADRO（Aso Disaster Recovery Organization）が有名になったが、二次医療圏レベルでの調整本部ができて、うまくいっていたと思う。このような調整能力をDMATは持っており、知らない土地に行ってもなんとか組織を立ち上げる能力がある。DMATはもともと防ぎ得た災害死、災害関連死に対応することから始まったが、このような調整機能も持つようになった。

これからの災害医療は、ゲリラ豪雨、巨大台風、南海トラフ地震、テロリズム（サリン等）、東京オリンピック等があるが、COVID-19も災害医療に含まれると思う。新興感染症は災害医療の中には入っていないが、対応必要量が対応能力を上回った状態、外部から応援が必要な状態が災害であり、ダイヤモンド・プリンセス号で起きたCOVID-19感染に対する対応はDMATしかできなかったと考えている。DMATには、本部機能構築能力があり、ロジスティクス能力がある。現場指揮能力、DMATカーによる搬送能力もある。DMATカーは山口県の取組みが大変早く、「これいいね」と他県も導入するようになった。

最後に、災害は、地震や風水害のみならず、多種多様な形態があるが、DMATは臨機応変に対応し、経験を深めてきた。これからも、求められる要請に臨機応変に対応できるのはDMATだけであり、深めていって役立てていただければと思っている。

被災地JMATについて

JMAT やまぐちプロジェクトチーム

山陽小野田市民病院地域医療連携室長・

外科医長 野村 真治

JMATの設立経緯は、平成22年3月に日本医師会の方でJMATを作ろうという話が出てい

て、できあがる前に東日本大震災が起これ、急遽、JMATの派遣が始まった。JMAT要綱では、DMATのように資格はないので、医師としてのプロフェッショナル・オートノミーによるもので、意思があれば、どなたでも参加できる。医師のみならず、看護師、薬剤師、事務も参加できる。

JMATは医師会に所属しており、地域の医師会が提供している医療を被災地外から来た医師会のチームが復活させることを目指すものである。役割の中では、救護所、避難所での医療・健康管理、被災地の病院・診療所の医療支援、例えば当直の手伝い等、それから公衆衛生、在宅で避難している人たちへの巡回もしている。基本方針は、①プロフェッショナル・オートノミーに基づく参加、②日本医師会JMAT本部の指揮系統に基づく行動、③被災地の医師会と全国の医師会の協働としてのJMAT活動、④災害時医療救護協定の締結、⑤自己完結による派遣、⑥被災地の都道府県医師会からの要請に基づく派遣、⑦被災地のコーディネート機能下での活動、⑧災害収束後の被災地の医療機関への円滑な引き継ぎと撤収、⑨長期支援が必要な地域への配慮、である。

東日本大震災は、ピーク時に約45万人（現在でも37,868人）が避難するという、大変甚大な災害だった。支援本部では、毎朝ミーティングがあり、現地の医師が中心となり、医療支援のリーダーを集めて毎日、会議が持たれていた。私は、避難者が約420人いる南三陸町の入谷小学校に配属された。保健室が仮設診療所となっており、点滴台や薬剤もまらずまらずそろっていた。私が行ったのは発災から2週間後で、ここで医療行為を行った。

JMAT山口の課題が浮き彫りになった。JMAT山口は5チーム出ていたが、豊田先生が3回執務しているので、実際には3チームしか出ていなかった。全国からは1,398チームなので、山口県からあまり派遣されていないという課題が出てきた。行きたいという人は多くいたが、病院も人手が足りないということで十分な派遣がなされず、被災地側からはポツン、ポツンの派遣では、今後はお願いしにくいと言われ、山口県のJMATは早々に撤退となってしまった。

これをなんとかするためにプロジェクトチームが発足した。まず、活動マニュアルを作成し、研修会を開催した。マニュアルは平成26年に完成したが、内容が変わってきているので、今、第2版を作っている段階である。研修会は年に1回、県医師会で開催している。最初は座学中心で、日医から講師に来ていただいた。第2回研修会は、高知から講師を招聘し、グループワークを実施した。

平成28年に熊本地震が起き、3チーム派遣されたが、現地の指揮命令系統の混乱が大きく、準備は多くのチームがしていたが3チームの派遣にとどまった。私は発災から5日目に行った。拠点本部ADROには、多くのチームが集まっていたが、現地の医師が中心となり、DMATがサポートするという形で運営されていた。南阿蘇中学校に行つてほしいとの要請で、行つてみると土足・上履きの区別も無く、どこを通路としていいかわからない状態であった。そこで、ゾーニングをしようということになり、日赤チームが中心になって、次亜塩素酸による消毒やブルーシートを敷いて通路と寝るところを区別した。いわゆる公衆衛生的な仕事で、南阿蘇では医療行為はせず、保健師と協力して聞き取り調査をし、ノロウイルス対策、避難者への啓蒙活動に終始した。

この経験を踏まえ、第3回研修会では、熊本地震での活動報告、山口県が被災したときの活動シミュレーション、グループワークを実施した。その明るる年は、再び座学を行った。第5回は、多職種連携で、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、保健師にご講演いただき、パネルディスカッションを行った。第6回は、日本医師会のJMAT研修プログラム基本編を実施した。この研修の受講者には、日医から修了証が交付された。また、兵庫県JMAT、山口県内のDMAT隊員を講師として招聘し、グループワークも行い、丸一日研修していただいた。今年も2週間前に研修会を終えている。これらの成果で、山口県のJMAT登録者は201名（医師59名）となった。

DMATとJMATの役割分担も医療支援の落ち込みが当初あったことから、DMATの支援期間も延び、JMATの支援期間が早まるようになってきた。今では、被災地JMATというのが、発災

地で最初に立ち上がるようになった。医療支援DMAT、支援JMATが来ている間は、被災地のJMATは少し休む。それから先は、少しずつ、被災地のJMATが再び活躍し始め、地元の医療が復活していく。先遣JMAT、統括JMATは、指揮命令系統の混乱を防ぐためにDMATと同様に作っていくことになった。

災害が起こった際に医療支援チームがすぐに来てくれるわけではないので、自助が必要である。災害が起こった際に被災地JMATが即対応できるようにになっておいてほしい。山口県も少なからず被災する可能性のある南海トラフ地震では、山口県に医療支援チームが来るのが非常に遅れると思われるし、場合によっては来てもらえないかもしれない。まずは、自分たちでできることをしなければならない。

河川の氾濫、風水害も、局地的にかなりの数が起こるようになった。日本の国土面積の約1割にすぎない洪水氾濫区域に5割の人口、3/4の資産が集中している。洪水が発生すれば、被害は深刻なものになる。その際にも自県で対応しなければならない可能性がある。山口県でも被災地JMAT、被災地外JMATがすぐに動ける体制を作りたいと考えている。

災害医療に重要と思っていることは、地域包括ケアシステムの構築である。かかりつけ医を中心に介護、保健師、ケアマネ、行政を含めた地域包括ケアシステムで、災害弱者（高齢者、障害者、在宅酸素患者、透析患者）がどこに住んでいるのか、といった情報は、開業医の先生の方がよく知っていると思う。ケアマネや訪問看護の人とつながりのある開業医の先生方と勤務医とが連携して、防ぎ得た災害死を減らせるのではないかと考えている。地域包括ケアシステムの構築が災害への備えとして重要である。

質疑応答まとめ

小さい郡市医師会内での災害医療対応に関して：被災地JMATのマニュアルを作ったところであるが、具体的に誰が行うかまでは決まっておらず、検討中である。JMAT派遣の流れは、郡市医師会が必要と判断した場合は県医師会に要請す

ることになっている。小規模災害は覚知されていないことが多いので、助けてくれ、という発信が必要である。行政単位であれば、県の方に災害である、という発信が必要である。

日本赤十字社における災害医療

日本赤十字社災害医療コーディネーター

日本赤十字社小野田赤十字病院副院長

佐藤 智充

赤十字の歴史だが、1863年にアンリ・デュナンが提唱し、1864年に国際赤十字組織が誕生した。日本では、1877年の西南戦争時に博愛社ができ、1887年に日本赤十字社に名称変更となった。1888年、福島県の磐梯山の噴火時に461人の死者がでた。それまでは、戦時救護のみであったが、そのとき世界で初めて平時の災害救護がなされた。五色沼のそばに、平時災害救護の発祥の地という祈念碑が立っている。

日清戦争、日露戦争時の救護、1959年伊勢湾台風、1985年日航ジャンボ機墜落事故、1995年阪神淡路大震災、2011年東日本大震災、2016年熊本地震、2018年西日本豪雨災害等の災害救護をしている。東日本大震災では、阪神淡路大震災時の倍の診療傷病者（約76,000人）がでた。阪神淡路大震災でDMATができたが、インターネットの普及による公共交通機関や道路・ライフライン等の被害状況がほぼリアルタイムに把握できるようになった。新語・流行語年間大賞は「がんばろうKOBE」であった。この後、広域災害救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）が提唱された。被災地の医師一人あたりの診察数のばらつきが多く、効率の良い救急搬送が言われるようになった。東日本大震災では、津波による広域面積の被災で、J-SPEED（Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disaster）によるカルテの統一化が推進され、熊本地震において国内初運用された。さらに、国内初の炉心溶融原発事故が発生し、赤十字原子力災害情報センターを設置した。全国の日赤支部に放射線防護資機材が配備され、原子力災害救護活動ガイドラインの成案化がなされた。また、通信機能の無料開放

(00000JAPAN:5ゼロJAPAN)が、DoCoMo、au、Softbankにより大規模災害時無料開放Wi-Fiを開始することが協議され、実際に熊本地震において**世界初の運用**がなされた。そして、大規模災害では情報の錯綜が起こるが、救護活動におけるコーディネート機能の重要性が認識され始めた。

石巻赤十字病院内の災害対策本部でのミーティング風景、小学校の保健室で、現地にある机や椅子を並べ替え、受付・診察・薬を手渡すところを作る風景、素晴らしかった自衛隊の演奏、お寺での診察風景の紹介。夜間に薬の残数を確認したり、翌日の準備を行ったりする様子、防波堤が地盤沈下し、コンクリートが完全に海水で浸水した風景の紹介。水産加工場が津波で倒壊し道路に散乱した魚にはハエがたかり、大変臭かったとのことである。割れたアスファルトや横転した車の間を縫っての巡回診療、また、地盤沈下により満潮時に海水で浸水するため、満潮を避けた時間の活動が必要であった。

熊本地震では、J-SPEEDの国内初運用、Wi-Fiの無料開放(00000JAPAN:ドコモ、ソフトバンク、au共有:世界初の運用)、情報管理、災害医療コーディネーターの活動が本格的に開始された。全国から熊本に赤十字の救護班が集結し、熊本赤十字病院に救急車両が集まり、対策本部も設置された。朝・夕のミーティングがあった。初日は熊本赤十字病院の救命救急センターで徹夜仕事をした。周辺の病院の診療機能が麻痺していたため、約12時間で32台の救急搬送とウォークインで68名の患者を診察した。2日目は益城町総合体育館内の救護所で活動した。日赤の広報部を通じて日本テレビの「news zero」の取材を受けた。断層の北側の被害が大きく、ほんの数10m離れた家屋は被害が見られなかったり、1km離れたところでは焼き肉の食べ放題の店が営業されたりしていて、東日本大震災とは違う印象であった。

豪雨災害は毎年の様に起こっているが、西日本豪雨災害は平成30年6月28日から7月8日頃にかけて西日本を中心に全国的に広い範囲で記録された台風7号及び梅雨前線の影響による集中豪雨による災害で、九州北部豪雨の時よりも被害が大きかった。広島赤十字病院隣の広島県支部内、

災害対策本部が設けられた。救護所に行く途中には崩落した広島呉道路があり、呉線の至る所で土砂流入が見られた。私たちは、小屋浦小学校内の保健室を使用して救護活動をした。

災害対策基本法は、約5千人以上の死者を出した1959年の伊勢湾台風をきっかけとして1961年に制定された。それまで、法律がつぎはぎのような状態で他の法律との整合性がとれていなかった。概要は大きくまとめると6つあり、①防災に関する責務の明確化、②総合的防災行政の整備・推進、③計画的防災行政の整備・推進、④災害対策の推進、⑤激甚災害に対処する財政援助、⑥災害緊急事態に対する措置、に分かれる。DMAT、JMAT、赤十字だけでなく、多くの団体、チームが活動している。ぜひ、協働して一緒に活動していきたい。

赤十字の災害救護対応であるが医療救護、こころのケア、救援物資の備蓄と配分、災害時の血液製剤の供給、義援金の受付と配分、赤十字のボランティアなどの機能がある。今後は復旧・復興・防災・減災に関する業務を担っていく。災害対応のマルチステージ化をしていく。災害対策本部の立ち上げから組織図を作り、連絡先一覧の作成、机の並べ方から情報収集、被災状況のサーベイランスや資機材の活用、人員配置・移動や輸送手段、医薬品要請、コーディネーター間の情報共有を瞬時に行う訓練をする。災害対策をマネジメントする。

まとめとして、災害救護は1つのチームとしてミッションを行うため徹底した連携と協力が重要である。荒廃した風景にひるまない神経の図太さが必要である。被災者に絶対的に優しく接することのできる人間性が必要である。現場によっては雑魚寝が必要。家の枕でしか寝られない方は不向き。風呂に入れないこともある。被災者に対して根拠のない励ましをしない。大震災の後では大きな余震の発生や時には命の危険を伴うこともある。但し・・・大きなやりがいがある。

質疑応答まとめ

神経内科のリエゾンとの連携について：リストを作り、災害医療コーディネーターなどと情報共

有をして、連携をした方がいい。災害の事前対策として大事である。

山口県の災害医療体制

山口県健康福祉部医療政策課課長 川本めぐみ

災害医療体制の経緯だが、大きな転機となったのは1995年の阪神・淡路大震災である。その後、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）という医療機関の災害状況の入力システムの運用やDMATの養成が開始された。その後、2011年の東日本大震災を踏まえ、「災害医療等のあり方に関する検討会」が国の方で設置され、災害拠点病院やDMATについて改めて検討されてきた。また、DMATコーディネーターの設置や研修が開始された。そのような中で2016年に熊本地震が発生し、新たな課題が浮かび上がってきた。医療資源があっても現地の混乱で、うまく活用できなかった。周産期医療をその地域で中核的に担っていた熊本市市民病院での被害が大きく、影響が甚大であり、小児周産期リエゾンの養成が開始された。こうした混乱を踏まえ、保健医療調整本部を県で設置するようという国の方針が示された。

DMATは、災害急性期に活動を開始できるトレーニングを受けた医療チームで、急性期の救命率の向上が期待されている。

災害拠点病院の指定要件は、24時間緊急対応し、災害発生時に災害傷病者の受け入れ・搬出が可能な体制を維持する、とされている。

災害医療コーディネーターの活動内容だが、県などの調整本部で、災害時に保健医療活動をする組織を作ったときに、被災地における保健医療ニーズの把握をし、どういった医療資源を投入するか、保健医療活動チームの派遣調整等に関わる助言及び支援を専門的な見地からコメントする存在になっている。

これまでは都道府県に災害対策本部があって、その中で医療をどのように担当するかに対応する部門があり、避難所は市町村が管理し、衛生管理は中核市を除いて保健所（県が所管）が行うことになっており、連絡が上手く取れない部分があった。それを踏まえ、熊本地震以降に新たに示された大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備

では、保健医療に関する総合的な情報を管理したり、医療資源の配分を調整したりする組織を災害対策本部に作る。その連絡窓口を一括化して、そこから各地域の被災地に関係する保健所、市町と円滑な連絡をとれる体制を整備する。県の方に本部、地域においても組織を作り、組織立って動くよう示されている。

山口県においても地域防災計画を災害対策基本法に基づき策定している。その中の第3編に災害応急対策計画があり、さらにこの中の第4章に救助・救急、医療等活動計画が定められている。災害時の医療救護の流れは、被災現場から救護所へ搬送、場合によっては直接災害拠点病院へ、救護所から災害拠点病院へ搬送することになっている。関係者は多岐にわたる。市町が被災の状況を把握し、市町から応援要求が各地域の健康福祉センターに上がり、そこから県の災害救助部に連絡が行き、医療機関、県医師会、日赤山口県支部などに応援・協力要請が行き、DMAT、JMAT、日赤救護班などの医療支援が行われる。また、災害時の主なカウンターパートもたくさんある（災害医療コーディネーター、災害拠点病院、DMAT指定病院、山口大学医学部附属病院、日本赤十字社山口県支部、山口県医師会、山口県看護協会、山口県透析医会、庁内各課）。庁内でも物資の配給部署や、支援に行くときにどこの道路が使える、どこが使えないかの交通情報も必要になるので、対策本部で情報を集約・共有して被災地に向かう調整が必要となる。

県の保健医療計画で災害医療提供体制の整備がある。主な取組として、災害拠点病院の整備、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備、災害派遣医療チーム（DMAT）の養成、災害医療コーディネーターの養成確保、平時から災害を念頭においた関係機関の連携体制の構築に取り組んでいる。

令和元年7月に災害拠点病院の指定要件が一部改正になっている。大災害に備え耐震構造、自家発電を有していること、3日以上の上水槽の保有又は優先的な給水協定による水の確保などが示されている。

EMISの活用は、県内すべての病院が対象であ

る。病院の基礎的情報（設備など）を入力してもらっており、災害時に病院の被災状況を入力してもらう。そうすると、オンライン・リアルタイムで情報が関係者で共有できるシステムである。都道府県の本部、災害医療関係者、医療機関、消防機関、保健所などが同時に閲覧し、どの病院がどのくらいの被災を受けているかを確認でき、それを踏まえて医療支援を行う。全国統一システムで被災場所は赤色で示される。入力ができないと有効活用ができないので、研修会・説明会を開催実施しているところである。現状は病院だけを対象としているが、今後は診療所にも対象を広げたいと考えている。

関係機関との連携強化において、近年の大規模災害では医療資源はあっても連携が課題であることが明らかになり、関係機関との連携が重要である、と認識されている。訓練などで連携体制の構築を図っている。国からの通知で**保健医療調整本部**を設置するようにと指導されているが、山口県では**災害救助部**がその役割を果たすことになっている。調整本部があって、ここに情報（被災地の状況、医療機関の被災状況、県内の道路交通状況など）を一括集約し、必要な医療支援をしていく体制を作ろうとしている。地域防災計画における本県の災害時の組織図で、災害救助部というのは健康福祉部が担っている。災害救助部の各班の中で、本日の課題に対しては医務班が対応しているが、各班が共同して対策を練っている。

このような体制を作っていくために、**地域災害医療コーディネーター**研修を行っている。保健所においては、EMIS操作の説明会や地域における本部の設置、県庁の本部との連携訓練を行っている。

県庁に本部が設置されるが、県の職員は事務職なので、各被災地の被災者数や傷病数があることは把握できても、そこにDMATを何チーム派遣したら良いかという判断はできない。得られた情報を活用するために、本部に災害医療コーディネーターに来ていただき、助言をいただく体制を作っている。地域医療災害コーディネーターというのは、災害医療コーディネーターの地域版であり、地域の災害対策本部で医療的な支援・助言をしていただくことになっている。

そのような活動を円滑にするため、EMIS操作法の講義や本部を設置できるよう総合演習を行っている。平成30年度は本部設置・運営訓練を県庁内部で行い、令和元年から各地の健康福祉センターを中心として訓練を行っている。このような訓練をDMATの先生方にオリエンテーション、活動内容の講義や訓練をしてもらっている。

中国地方で共同の大規模訓練を持ち回りで行っており、約1年前は山口県が主催県として、近県を含めDMATの実動訓練を行った。他県との相互救護体制の構築を図っている。中国5県や中国・四国地方の相互支援に関する協定がある。避難所は基本的に市町が設定して運営するものであるが、県の方で避難所運営マニュアルを作っており、感染対策も盛り込んで改正を行い、周知を図っている。

災害救助に必要な物資の調達に関する協定を団体と結んでおり、令和元年6月時点で21団体と協定を締結している。直近では、南日本段ボール工業組合と協定を結び、簡易段ボールベッドを供給して貰えるようになっている。

討論のまとめ：

J-SPEED に関して：J-SPEEDは書式が統一（DMAT、JMAT、日赤救護班でも使用、紙ベースでもネットベースでも使用）されており、公衆衛生的に利用している。避難所・救護所での疾病の動向を知る手立てとなる。入力が簡単で、ネットで情報が集約できる。支援の配分を変えたり、撤退を決めるとき際の判断材料になる。J-SPEEDの作成には、定光大海先生（山口大学医学部昭和54年卒）が携わっている。

避難所の感染対策に関して：救護所の衛生管理は保健所が行うことになっている。検査キットの導入などに関しては保健所の判断になる。

分散避難した人の対策に関して：マンパワーが少ない中で把握は難しく、課題の一つである。

自衛隊の活動に関して：自衛隊の活動では紙ベースの地図が役立つとのことである。災害時に、災害弱者がどこにいるかを紙ベースの地図で把握しておくことが大事である。

令和2年度 「JMAT やまぐち」災害医療研修会

と き 令和2年11月1日(日) 12:00～14:30

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 前川 恭子
理 事 藤原 崇
理 事 茶川 治樹

1. 下関市における COVID-19 対策について

下関市保健部部长／下関保健所所長

九十九 悠太

下関市の新型コロナウイルス感染症は、2020年10月25日現在、PCR検査数1,284件、抗原検査数133件である。感染者数は計24人で、1例目は山口県最初の患者であった。患者の大半は20～40歳台で、重症者はいなかった。下関市独自のCOVID-19モニタリング指標を用いて対策をとった。

下関市では、下関市医師会と下関市薬剤師会の協力を得て、4月20日に発熱外来を開設し、6月1日には仮設診察室を設置した。8月12日からは地域外来・検査センターを開設した。医療提供体制としては、市内4医療機関に帰国者・接触者外来を開設した。入院病床は、感染症指定医療機関1か所、入院協力医療機関3か所で、確保病床は重症者8床、中等症等120床を確保した。

新たに発生したCOVID-19関連の保健所業務は、市対策本部の設置、広報、COVID-19対策事業に係る予算要求、受診調整・患者搬送・検体搬送、入院調整、疫学調査、濃厚接触者のフォロー、クラスター対策など多岐にわたる。直面した課題として、保健所の業務量の増加と圧倒的な人員不足、既存課室の所掌で対応できない新たな業務が次々に発生、医療機関との調整業務のウェイトが急増した。その中で、保健所のミッションを共有することが重要であり、「新型コロナウイルス感染症に対する保健医療体制の整備により、本来救

い得る命を救い、市民の健康を守ること」を目標に業務に取り組んだ。

保健所の体制強化として、対策本部の設置、他部局からの人員補充、相談対応時間などの業務の見直し、業務の優先順位付け、人事異動を見据えてのマニュアル作成などがある。その中で、保健所長としての役割は、組織のマネジメント、庁内外の関係機関との協力体制の構築、議会調整、積極的な情報発信などが求められる。意思決定の迅速化が重要であり、市長・副市長とのグループラインによる報告・意思決定、市内の全部局長とのライングループの設置、下関市医師会コロナ対策チームと保健所によるメーリングリストでの迅速な情報交換などに取り組んだ。

今回のコロナ禍を通じて、危機管理時に行政に求められることとしては、ミッション・目標の共有、積極的な情報公開、解決の端緒を現場に求める行動力、スキームが絶えず陳腐化することの自覚、緊急事態に対する迅速な組織再編と持続可能な組織への更なる改編などがある。

例年のインフルエンザの年間患者数の推計は約1,000万人であり、COVID-19との症状の区別は困難である。インフルエンザ流行期に備えた医療体制の整備が喫緊の課題である。

2. COVID-19をどう乗り越えたか？

(独) 地域医療機能推進機構徳山中央病院

院長 那須 誉人

徳山中央病院の新型コロナウイルス感染症の対応については、まず令和2年1月末に感染症病

棟への受け入れ準備を開始した。具体的には、感染症病棟12床の入院設備の確認、備蓄PPEの確認、感染症病床運用マニュアルの配布及び運用手順の確認、人工呼吸器の設置場所の確認、ECMO治療不可能にて大学AMECへの移送確認、対応医療スタッフの人選などを行った。

2月には、東京COVID-19感染への応援職員派遣依頼があり、DMATの薬剤師1名がダイヤモンド・プリンセス号に乗船して支援、看護師1名が東京蒲田医療センター（ダイヤモンド・プリンセス号乗船患者対応病院）での入院治療を応援した。

3月3日に山口県COVID-19感染1例目が発生したため、院内感染対策を強化した。具体的には、院内感染を防ぐために職員の留意すべき事項として、現場の3密回避、更衣室での会話の自粛、休憩室での密を回避するため昼食時間の会議室の開放、院内での患者や職員のマスク着用の義務化、不要不急の院内会議の自粛、自宅での体温チェック、体調不良の速やかな職場長への報告などである。院外対策としては、入院患者の面会禁止、臨床実習や病院見学の禁止などである。また、発熱外来を設置し、内科医1名の輪番当番制、勤務看護師の輪番制、PCRサンプリング要員（感染委員会委員・志願外科医）を配置した。夜間の対応として、夜間救急外来で入院必要患者のうち、COVID-19感染疑い患者に対して患者用病室を確保し、PCR陰性確認後に一般病室へ移動することとした。

4月4日には、周南医療圏でのCOVID-19感染1例目が発生し、COVID-19感染者を感染症病棟に受け入れた。院内の感染関連情報（感染病棟の入院患者数・退院患者数・発熱外来診察患者数・PCR結果など）の情報公開を院内Webで職員に積極的に行った。無症状COVID-19感染者対策として、従来の水際対策のみでは感染防御は不可能と判断し、院内感染拡大最小化のための事業継続化計画（BCP）を策定して職員に配付・説明した。

そのような対策をとる中で、5月に入り院内感染が発生した。5月2日に救急外来を受診した発熱患者を胸部CTで所見がなく一般病棟へ入院と

した。COVID-19感染も疑われるため、5月3日にPCR検査を実施し、陽性であった。患者は4月20日に当院で入院手術を受けていたため、濃厚接触者を洗い出してPCR検査を実施し、職員は全員陰性であったが、患者の同居者1名と手術入院時の同室者1名がPCR陽性となった。

今後どのような状況になるか不明であるが、これからも一步一步着実にCOVID-19感染対策に取り組んでいきたい。

[報告：茶川 治樹]

3. 避難所における環境衛生～薬剤師の視点から～

山口赤十字病院薬剤部薬品管理係長

井上 雅義

山口赤十字病院薬剤部の井上雅義先生が避難所における環境衛生について、熊本地震救護班員として災害派遣経験を基に講演された。

JMATやまぐちの活動内容は、主に災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理、被災地の病院・診療所への支援（災害前の医療の継続）である。さらに、医療の提供という直接的な活動に留まらず、避難所の公衆衛生、被災者の栄養状態や派遣先地域の医療ニーズの把握と対処から、被災地の医療機関への円滑な引き継ぎまで、多様かつ広範囲に及ぶ（『JMATやまぐち活動マニュアル』より）。

避難所運営マニュアルは、いろいろなところから発行されているが、避難所における環境衛生は概ね3つに分けられる。①空間（避難所レイアウト、換気、乳幼児、ペット）、②生活（水質管理、調理、トイレ管理、洗濯、ゴミの管理）、③感染症予防策（手指衛、アルコールの設置、消毒薬による環境清拭）である。

過去の派遣経験から、乳幼児やペットの問題が見落とされがちであること、仮設トイレのレイアウト、ゴミの管理、アルコール、次亜塩素酸ナトリウムなどの消毒薬の注意点が意外と書かれていないことなどが問題点であると考えている。

災害時は、断水時でなくとも下水道が使えないことからトイレが使えず、仮設トイレをよく使うことになる。乳幼児やペットに対する配慮も問題となる。臭いや鳴き声で肩身が狭くなって避難所

を退所することがよくある。ゴミの集積所の捨て方についての記載はよく見かけるが、被災時のゴミの集め方についてのマニュアルがあまりない。ゴミ問題は二の次になる傾向にあり、散乱したゴミ集積所の中で子どもが遊んでいることもあり危険でもある。

また、消毒薬は身近なものであるが、意外とその詳細については知られていないことが多い。

手指衛生に関しては、丁寧な手洗い（せっけんやハンドソープで10秒もみ洗い後、流水で15秒すすぐ）で十分にウイルスを除去でき、さらにアルコール消毒液を使用する必要はない（厚生労働省HP「新型コロナウイルス対策 身のまわりを清潔にしましょう」より）。

手を洗うタイミングとしては、吐物処理接触後、乳幼児の吐物や下痢便の処理後、トイレ使用后、調理前と調理中の必要時、食事前、廃棄物の処理後、帰所後などである。

新型コロナウイルスやインフルエンザウイルスは、エンベロープという構造を持ち、アルコールなどの消毒薬に感受性が高い。

消毒薬としては、アルコール、次亜塩素酸ナトリウムが使われることが多い。十分な消毒効果を得るには、消毒対象物との十分な接触時間、指示された濃度、化学反応に見合った温度（20℃以上）の3つが重要である。

アルコール消毒は抗微生物効果が即効性であること、揮発性が高く、残留性がほとんどなく安全であるため多用されている。濃度70～80%で、汚れを落としてから使用する。30秒で乾かない量＝ポンプ1回押し切り量を使用することが重要である。

次亜塩素酸ナトリウム使用時の注意点としては、遮光して保管すること、高温下で塩素濃度が低下するので室温で保存すること、汚れを落としてから使用することである。意外と知られていないことであるが、次亜塩素酸ナトリウムをガーゼなどにしみ込ませた場合と比べて、ペーパータオルなどのパルプ製品にしみ込ませた場合では、明らかに濃度残存率が低下し、効果が減弱することを知っておく必要がある。また、製品によって次亜塩素酸ナトリウム濃度が異なるため使用時の希

釈濃度に留意することも必要である。

災害救護は、消毒薬も含めて自己完結型であり、携帯型の手指消毒アルコールが便利である。環境衛生指導を行う場合は、避難所を運営している方々への配慮と敬意を忘れないことが重要である。

4. 被災地 JMAT について

JMAT やまぐちプロジェクトチーム／

山陽小野田市民病院地域医療連携室

室長・外科医長 野村 真治

自分たちが住んでいる町がまさに被災し、当事者となった際にどうするか。被災地 JMAT (Japan Medical Association Team)、すなわち災害時に備えた計画に則り被災地内の医師会による組織的な活動として、いかにして医療救護活動に従事するかについての講義であった。

そもそも JMAT とは、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする。JMAT への参加は、医師としてのプロフェッショナル・オートノミー、すなわち高い倫理性と強い使命感によるものであることが特徴であり、医師会活動への参画である。また、医師以外の各職種についてもそれぞれの使命感に基づく活動を行う。JMAT は、被災地のコーディネート機能の下で活動することを原則とする。

ところで、JMAT は平成22年3月に日本医師会の「救急災害医療対策委員会」報告書（委員長：小林國男）にて創設を提言され、検討を重ねていた矢先に発生した平成23年3月11日の東日本大震災から活動が始まった。東日本大震災では日本医師会の要請を受けて、全国から1,398チームが集まってきたが、山口県から出動したのは（わずか）5チームであった。当時の山口県の問題点としては、出動チーム数が少ないことと、被災地で要求される継続的な支援ができなかった点であった。その反省を活かして平成24年に「JMAT やまぐちプロジェクトチーム」が発足した。活動概要としては、①山口県災害医療救護活動マニュアルの作成、②災害医療コーディネーターの養成、③連携強化・周知、④災害医療教育、などである。

平成26年3月には『JMATやまぐち活動マニュアル』を作成した。

県内での研修会も開催するようになり、平成26年12月13日には第1回JMATやまぐち災害医療研修会を開催した。研修会は3時間ほどで、座学が中心のものであった。平成27年12月5日に開催した第2回の同研修会では南海トラフ地震が発生し、JMATやまぐちを高知県に派遣するシミュレーションを実施し、グループワークも行った。

そうこうしているうちに、平成28年4月の熊本地震が発生した。阿蘇医療センターにDMAT活動拠点本部が置かれ、JMATやまぐちは3チームを派遣した。阿蘇地区災害保健医療復興連絡会議が本部内で開かれ、このときもDMATの助けを借りながら、JMATやまぐちは被災地自体のコーディネート機能の下で活動した。

その後、第3～5回JMATやまぐち研修会を開催した。令和元年12月1日には第6回JMATやまぐち災害医療研修会を開催したが、この時は日本医師会が定めたJMAT研修プログラム「基本編」に沿って実施した。この研修会は座学に加え、実習にも重きが置かれ、9時から17時30分にわたり行われた。日本医師会が定めたJMAT研修プログラムには、この「基本編」のほか、「統括JMAT編」、「地域医師会JMATコーディネーター編」、「ロジスティクス編」が現時点であるが、今後「被災地JMAT編」が加わるかもしれない。

山口県に今後関わる可能性が高いのは、南海トラフ地震であろう。南海トラフ地震では前例のない甚大な被害が発生することが予想されており、試算では全壊・焼失棟数は約238万6千棟、想定死者数は約32万3千人と想定されている。このような大災害時には、支援が山口県に来ることは期待できないため、被災地JMATとして現場で適切な災害医療活動が実施できるように日頃から必要な知識と技術を研鑽しておき、備えておく必要がある。

災害自体を防ぐことはできないが、減災は各地域でかかりつけ医を中心とした地域医療・地域包括ケアシステムを構築し、発展させていくことや、平時からの災害医療の教育・研修など、災害への

備えで可能である。

『JMATやまぐち活動マニュアル～被災地版～』が、山口県医師会から令和2年9月に作成され、現在、JMAT-eラーニングから閲覧可能となっている。

東日本大震災や、熊本地震でJMATとして被災地に赴かれ、支援活動を実際に行ってこられた実体験も交えながら臨場感のある講義をしていただき、大変興味深い内容であった。

[報告：藤原 崇]

シンポジウム「COVID-19下の災害医療：救護班に求められる心構えとは？」

ファシリテーター：

(医) 神徳会三田尻病院院長 豊田 秀二

シンポジスト：

下関市保健部部长／下関保健所所長

九十九 悠太

(独) 地域医療機能推進機構

徳山中央病院院長 那須 誉人

山口赤十字病院薬剤部

薬品管理係長 井上 雅義

山陽小野田市民病院地域医療連携室

室長・外科医長 野村 真治

豊田先生 令和2年度は、日本に台風が上陸していない珍しい年である。例年と同じように上陸していれば、被災しながらCOVID-19の感染予防も考えざるを得ない状況となったであろう。

本日は4名の立場の異なるシンポジストから、災害派遣について、派遣前・派遣中・派遣後に分けてご意見を伺う。災害が発生すれば医療は必然であるが、COVID-19が収まるか分からない中、JMATに求められるものは何かを、皆さんと共有したい。

1. 派遣前

令和2年7月豪雨の球磨川の水害は記憶に新しく、JMATやまぐちの派遣はなかったが、県内から数チームの救護班(DMAT)が派遣され、そのプロセスで問題も起こっていた。

自院からも派遣を検討したが、チームの安全を

確保できないと判断し出動しなかった。山口県で既に大雨警報が発せられており、熊本への経路となる福岡県・佐賀県にも大雨特別警報が発表されていたからである。そして当時、福岡県・熊本県でCOVID-19が発生していた。

○このような状況で派遣されるとして、JMATチームリーダーはどのような指示を隊員に出されるだろうか。

野村先生 COVID-19があってもなくても、自チーム隊員を守るために行う感染防御は同じである。

熊本地震では、土足でフロアに上がる、ゾーニングされていないなど、避難所でノロウイルス感染対策ができていなかった。自チーム隊員が感染してはいけないので、ゴーグル・マスクの装着、手洗い、着衣の交換などを励行した。

COVID-19下で異なることは、風評被害を恐れ、医療機関が出動させてくれない可能性があることである。また、災害現場から戻り、すぐには働けないかもしれない。

派遣される隊員を守ってくれるシステムが構築されていると良い。

○出動が決まった時点での、薬剤師の立場からのご助言をお願いしたい。

井上先生 令和2年7月豪雨では、山口赤十字病院から1隊が出動した。消毒用アルコールが足りない時期であり、山口県支部にも備蓄がなく、病院から携帯用アルコール80mlを各隊員に渡した。COVID-19だけでなく、ノロウイルスやインフルエンザの発生を考え、日赤から救護班を派遣する際は、各隊員に携帯用アルコールを配付するようにしている。

○派遣する立場の悩ましいお気持ちを伺いたい。

那須先生 徳山中央病院にはDMATが複数チームある。DMATがいることは医療機関としては喜ばしく、年末には院長賞などで活動を評価していた。

今回、横浜のクルーズ船には看護師と薬剤師を派遣した。今までの派遣と異なったことは、派遣された者の自宅待機である。濃厚接触者の周辺

で活動していたことが帰院後に判明し、自宅待機2週間を指示した。

現時点ではPCR検査もできるようになり、自宅待機期間も短縮されるが、当時は症状がなければPCR検査もできなかった。発症していないが感染除外はできず、その職員が自宅でもよいことと悪いこと、家族に対してどのように行動すればよいのか、全く分からない状況であった。

素性のわからない感染症にどのように対処すればよいか明らかでない、悩ましい初期の段階でも、病院管理者としては、職員とその家族の健康と安全を保障したい。そうでなければ、職員が安心して働くことができない。行政ができることを行ってきて、職員たちの思い描く救護活動ができる雰囲気を作ってもらえるとありがたい。

豊田先生 JMATは病院だけでなく、クリニックからもチームを出す。災害現場から帰った時に職員が働くことができなければ、クリニックの経営が傾いてしまう。出動の可否の判断も必要だが、行政・県医師会からの支援もお願いしたい。

○被災した地域の保健所長であったとするなら、外からの支援者にどのようなことを希望するか。

九十九先生 その声が被災者からであるなしにかかわらず、自分は地域の市民の声を受ける立場にある。現在の山口県のようなCOVID-19感染者が少ない地域に、感染者の多い地域から支援が入った場合、市民の反応はどうか。支援者の事前のPCR検査施行を求めるなど、外から入る支援者におそれを抱く市民に、責任を持って説明できるように、と考える。

派遣する立場からも申し上げると、以前、自分は厚生労働省から行政の立場で被災した岡山県や熊本県に入った。平成30年7月豪雨の岡山県真備町では、ボランティアの熱中症発症リスクが大変高くなっていった。万が一、ボランティアが熱中症で亡くなれば、全国のボランティアが撤退してしまい、被災地の復興の士気が下がってしまう。絶対にボランティアに何かあってはいけないと、必死に作業していた。

令和2年7月豪雨では、下関市保健所から熊

本に職員を派遣したが、絶対に COVID-19 に感染させてはいけない、と申し渡していた。もし感染してしまえば、地元の方々を落胆させてしまうからである。

豊田先生 支援者は被災地に入ると熱量が高くなる。それは、被災者を考えてのことではあるのだが、本当の市民感情に配慮できずに現地で問題となることもある。保健所長としてそれを肌で感じておられるのだろう。救護班の方には「よかれ」と思って取った支援者の行動が、本当に被災者に役に立っているかを考え、活動していただきたい。

2. 派遣中

○被災地で活動中、活動地域での COVID-19 発生が明らかになった場合、チームリーダーとしては何を考えるか伺いたい。

野村先生 気持ちとしては「帰りたい」だが、派遣元は「帰ってくるな」だと思ふ。

豊田先生 熊本地震で DMAT 派遣された際、5 日間の活動の予定であったが、昼夜関係なく現地で働き、チームメンバーの顔色がどんどん悪くなっていった。4 日目に撤収させてほしいと願い出たが、帰らせてもらえなかった。

メンバーの健康状態によっては、チームリーダーが「帰らせてくれ」と発言することも、COVID-19 下では大切だと考える。

○同じ状況で、派遣元医療機関の管理者としては、いかがであろうか。

那須先生 初めてのことで、何が正解かはわからない。当院は感染症病床があるので、帰院した職員の感染に対応できるが、正直なところ、やはり「帰るな」と言いたい。

豊田先生 おっしゃるとおりで、正解はないと思う。現場ではチームリーダーが、派遣元では管理者が、その場その場で責任を持って考え、問題にあたることになるだろう。

3. 派遣後

豊田先生 令和2年7月豪雨災害の、とある地域で COVID-19 患者さんが発生し、自院から派遣した職員が同じ地域で活動していた。その職員には派遣後、PCR 検査を施行してもらった。医学的には PCR 検査は必要ないのだが、災害医療者に安心して帰ってきてほしい、そして、医療機関で就業再開する際の拠り所が必要であるとの2つの観点から検査を願い出た。

○帰院後、チームリーダーとして、また、病院管理者として留意されることがあればご発言いただきたい。

野村先生 まず、無事に帰って来てホッとするとする。

その後、隊員が医療現場に復帰するのだが、派遣元があらかじめ復帰のルールを作っていると大変ありがたい。PCR 検査が陰性であれば即復帰、一定期間観察をしてから復帰など、派遣前に決めておいていただきたい。

那須先生 災害現場に派遣する、という立場の者として、派遣される職員の安全を保障することが必須である。

当院は感染症ベッドを持ち、それを回すための医師、看護師、放射線技師、厨房職員などさまざまな人員が必要である。メディアは病床確保ばかりを伝えるが、それを動かす職員がいて初めて医療が回る。

大切な職員・人員を、感染リスクのある被災地で活動させるのであれば、派遣された人間の安全を二重三重に保障したい。職員の周囲を安心させる目的も含め、医学的に必要でなくとも PCR 検査を行う。

必要であることを、是非、行政が明文化してほしい。また、先を行く者の責任としても考える。

○保健所の対応としてはいかがであろうか。

九十九先生 球磨川の水害の時期は、山口県内で PCR 検査を施行できる施設が限られていたので、下関市から派遣した職員すべてに検査をできたわけではなかった。消防職員も多数派遣される中、

検査は保健師優先という話があり憤慨した。検査件数が限られていることに問題があるのなら、検査を拡充し問題に対応するのも行政の仕事である。また、円滑に職場復帰するため、派遣元のルールを決めていただくことも大切である。

保健局業務は医療機関と異なり、患者さんに直接接する仕事は少ない。周囲が感染しないよう対策を徹底することなどで、仮に職員が感染していても拡大させずに対応できると考え、2週間の自宅待機は要さない方向で運用していた。

○救護班派遣後に、日赤で行われていることを教えていただきたい。

井上先生 当院の臨床心理士が、救護班の帰院1週間後、1か月後に班員にアンケートをとり、精神的フォローを組織的に行っている。

熊本地震の際、医療ニーズがあると思い支援に向かったが、実際は診療にあまりかわらず、自分の派遣の意味に疑問を覚えた看護師がいた。想い描いた支援とのギャップに落ち込む班員に、経験者が「派遣そのものに意味がある」と諭したことがある。

COVID-19では、派遣により病院を空け、発症リスクのある状態で帰ってくることになるが、そこにまつわる不安を和らげ、支える取組みが必要と考える。

豊田先生 派遣後にどのようにフォローしてもらえるか、事前に分かって派遣されるか否かで心持ちが異なる。研修会などで情報を得た上で、活動いただきたい。

災害時は、自分のしたい医療を被災地で行うのではない。被災地で起こっていることに合わせ、自分を変化させていく。ここが災害医療の難しい点であり、面白い部分でもある。COVID-19下では、臨機応変に対応することとなるが、日常診療も同様と考える。

[報告：前川 恭子]

かなえたい 未来がある。





応援してください。
やまぎんも、私も。

石川 佳純



山口銀行
YAMAGUCHI BANK

令和2年度 郡市医師会 特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議

と き 令和2年10月1日(木) 15:00～15:55

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間」

[報告:理事 伊藤 真一]

会長挨拶

河村会長 山口県の特定健診及びがん検診の受診率は全国でワースト1～3位に入っている。さらに今年はコロナ禍で特定健診においても受診控えが起きており、皆様のお知恵を拝借しながら受診率の向上に努めていきたい。

協議事項

1. 令和元年度の実施結果について
2. 令和2年度の実施状況について（一括協議）

国保連合会 令和元年度の県内国保保険者の受診率は30.1%で平成30年度の28.0%より上昇した。伸びた要因としては、受診者の自己負担が無料化されたこと、AI（人工知能）を活用した勸奨ハガキの送付が影響している。コロナの影響で開始が遅れたが、9月はやや回復傾向にある。

支払基金 令和元年度の特定健診は3,806医療機関から17,786件の請求があり、平成30年度と比較すると機関数は101.9%、請求件数は102.4%と若干増加した。令和2年度は7月までには480機関から1,190件の請求があり、令和元年度に比べて52.7%減少している。これは新型コロナウイルスの影響が考えられる。

全国健康保険協会山口支部 令和元年度の実施率は被保険者が63.0%で3.3%増加し、被扶養者の実施率は24.4%と0.9%の増加であった。受診者増加の要因は受診勸奨業務の好調、県内各地での集団健診の実施によるものである。

新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年3月に予定していた集団健診を中止した。緊急事態宣言期間中の4～5月の実績は、昨年に比べ4～

5割減となっている。7月は被保険者の受診率は前年比の8割弱まで回復したが、被扶養者は横ばいの状況である。市町のがん検診と同時実施による集団健診の実施を中止する市町もあり、会場数が減少している。

広域連合 令和元年度の実施率は30.4%で、前年比5.8%の減少である。平成30年度から生活習慣病で通院し、過去2年間健康診査を受診していない方を除外対象者としており、平成30年度は約147,000名を除外していたが令和元年度は約106,500名だったことから、受診者数は増加しているが受診率が減少した。

令和2年度は緊急事態宣言の発令を受け、例年4月末に受診券を発行していたが6月初旬に遅らせ、感染症拡大への注意喚起文書を同封した。

市町国保 令和2年度に市町国保が取り組んでいる特徴をまとめた。令和元年度に受診者の自己負担を無料化したところは効果があり、令和2年度から全市町国保の受診者の自己負担が無料化された。

AI（人工知能）を活用し、対象者に応じた受診勸奨ハガキを送付することで、受診率向上につながっている。

集団健診の受診率が高い市町は、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診を中止したことによる受診率への影響が大きい。

3. 令和3年度の実施に向けて (受診率の向上について)

市町国保の特定健診受診率は平成27年度から全国最下位になっており、27年度が25.4%、28

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 野村 壽和	山口市 郭 泰植	山陽小野田 大塚 祥司
熊毛郡 曾田 貴子	萩市 兼田健一郎	光市 井上 祐介
吉南 弘中 克己	徳山 椎木 俊明	柳井 松井 則親
美祢郡 吉崎 美樹	防府 岡澤 正	長門市 吉村 晃
下関市 吉水 一郎	下松 小林 究	美祢市 藤村 寛
宇部市 内田 悦慈	岩国市 松浦 晃	

山口県国民健康保険団体連合会

保健事業課課長 重富 知巳
保健事業課健康増進班主任 土井 佳子

全国健康保険協会山口支部

グループ長 新里 秀輝

社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課副長 永井 慎一
管理課班長 吉田 豊

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課保健事業推進係主任 岡本雄一郎

山口県健康福祉部

医務保険課主幹 小林 弘枝
医務保険課主査 山田 和弘

山口県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 加藤 智栄
常任理事 中村 洋
理 事 伊藤 真一
理 事 上野 雄史
理 事 茶川 治樹

市町

下関市保険年金課主査	福本 晃久	柳井市市民生活課主査	吉國 高史
宇部市保険年金課係長	道田美喜子	美祢市市民課係長	山村 和子
山口市保険年金課主任主事	福永 美香	周南市保険年金課医療費適正化担当主査	倉重 始子
萩市市民課保険年金係主任	後藤 泰裕	山陽小野田市国保年金課主査	石井 尚子
防府市保険年金課係長	三宅 研司	周防大島町健康増進課主事	宮本 恭兵
下松市保険年金課主査	岡崎 陽子	和木町保健福祉課主事	岡 修平
岩国市健康推進課健診班長	藤本 朗子	上関町保健福祉課課長補佐	大西 勇
光市市民課国民健康保険係主任	森本 怜佳	田布施町健康保険課保険年金係長	岩本 聖
長門市総合窓口課医療給付係長	武林 裕介	平生町健康保険課主任主事	藤田 智典

年度が26.0%、29年度が26.7%、30年度が28.0%と年々増加傾向にあるが、最下位脱出には至っていない。このような状況の中、各市町では引き続き、自己負担の無料化、AIを活用した受診勧奨に取り組みられる。

4. その他

・次年度の標準単価について

令和3年度の標準単価案：診療報酬は「血液採取（静脈）」が30点から35点に変更されたことを踏まえて、単価を作成している。

・個人単位被保険者番号の枝番の令和3年度からの電子請求の対応について

県医務保険課 オンライン資格確認の導入に伴い、被保険者記号・番号が変更されたことで、被保険者番号に個人を識別するための2桁の番号（枝番）が設定されることになった。

令和3年4月1日以降の新規被保険者に発行する被保険者証には、枝番が印字される。県内の市町国保は、すべての被保険者証に枝番がつくのが令和3年8月前後の更新時期になる予定である。

令和2年度の実施分については、国の通知により枝番を把握できる範囲で確認・入力を行う。令和3年度以降の取扱いを県から厚労省に照会したところ、未定・検討中とのことである。

・令和3年度以降の後期高齢者の質問票の対応について

広域連合 令和2年度から後期高齢者の質問票が変更になっており、医療機関でシステム改修が間に合わずにデータ化できない場合、令和2年度は健診データとは別に広域連合に紙媒体で質問票を提出する。

国からの通知で令和2年度中にシステム改修を行い、令和3年度からはすべての医療機関で質問票の内容を含めてデータ化する。

・眼底検査について

郡市から眼底検査の実施についての質問があり、下関市国保で眼科と個別契約で実施されていることが説明された。

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

令和2年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・ 学校医部会合同会議

と き 令和2年11月19日(木) 15:00～

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告: 常任理事 河村 一郎]

開会挨拶

河村会長 県内でも新型コロナウイルス感染症患者が増えている状況だが、学校に関しては、まだクラスターなどは発生していない。しかし、昨日の記者会見で日本医師会の中川会長が「大きなハンマーを振りかざさなければならない」と発言していたが、まさしくそのような時期となっている。

本日は県教育委員会からもご出席いただいている。忌憚のない意見を交わしていただくよう、よろしく願います。

協議

1. 学校における新型コロナウイルス感染症の対策について

令和2年度は一斉休校や、学校健診の実施期間延長などをはじめ、児童生徒への影響は大きく、現在も学校現場は新型コロナウイルス感染症への対応に追われている。

本会の取組みとしては、山口県教育委員会と協議のうえ、令和2年4月17日に「新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた児童生徒等の定期の健康診断実施に係る留意事項について」を发出

出席者

郡市担当理事

- 大島郡 野村 寿和
- 玖珂 川田 礼治
- 熊毛郡 竹ノ下由昌
- 吉南 田村 周
- 下関市 吉水 一郎 (代理)
- 宇部市 川上 初美
- 山口市 神徳 済
- 萩市 藤原 真一
- 徳山 大城 研二
- 防府 村田 敦
- 下松 井上 保
- 岩国市 岩崎 淳
- 山陽小野田 砂川 新平
- 光市 山手 智夫
- 柳井 濱田 敬史 (代理)
- 長門市 清水 達朗
- 美祢市 山本 一誠

学校医部会委員

- 副部長 谷村 聡
- 副部長 青柳 俊平
- 委員 田原 卓浩
- 委員 鮎川 浩志
- 委員 小篠 純一
- 委員 野口 哲彦
- 委員 伊藤 忍
- 委員 江本 智子
- 委員 池田 卓生

山口県教育庁学校安全・体育課

- こども元気づくり班
- 教育調整監 平野 幸世
- 指導主事 西 美里

山口県医師会

- 会長 河村 康明
- 副会長常 今村 孝子
- 任理事 河村 一郎
- 常任理事 沖中 芳彦

した。内科健診の実施に関わる留意事項について県医師会と県教育委員会で作成し、山口県歯科医師会、日本眼科医会、日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会が出している留意事項もまとめて、各郡市医師会、市町教育委員会に通知した。なお、地域によって感染状況なども異なったため、実施時期等については郡市医師会と市町教育委員会、学校医と学校に判断をお願いする形とした。

続いて、山口県教育委員会が市町教育委員会を対象に健康診断実施時期の調査を行った結果を報告する（令和2年9月時点）。各種健診は、1学期に実施したところ、2学期に実施したところ、とさまざまであるが、内科検診は1学期に実施32%、1～2学期に実施26%、2学期に実施42%であった。心臓検診は約8割の市町で1学期中に実施されていた。

また、本会議出席者に新型コロナウイルスへの対応について回答いただいた結果をまとめた。各地域の対応や、実際の検診における工夫などもご回答いただいたので、参考にさせていただきたい（表1）。

最後に参考資料として、文部科学省作成の「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」、県教育委員会が令和2年4月に作成した「学校における新型コロナウイルス感染症対応ガイドライン」を紹介する。なお、いずれもホームページよりダウンロード可能である。

○文部科学省 HP「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」

https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/mext_00029.html

○山口県 HP「学校における新型コロナウイルス感染症対応ガイドライン」

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/press/202004/046098.html>

田原委員 新型コロナウイルス感染症に付随したいじめや虐待、自殺の増加についてチェックできる体制はあるか。

県教委 いじめ、虐待、自殺の増加などについては、担当課が毎年把握しており、それに対してスクールカウンセラーを中心としながら各学校で増加傾向に対応できるようにしている。県教委からも市町教委や県立学校に、その対応や国からのいじめ、差別を防ぎましょうというメッセージなどを伝えながら、注意喚起、指導を進めている。

河村 以前、新型コロナウイルス感染症に感染した生徒の学校名まで報道された例があったが、山口県ではどのように対応しているのか。

県教委 県内では、年度当初、下関市で感染があった際に学校名の発表があったが、それ以降は学校名を公表せず、年齢については何歳代、性別については希望があれば伏せる形で県が公表している。

宇部市医師会 学校で新型コロナウイルス感染があった際、保護者には一斉メールが届いたものの、当該学校の学校医への連絡がなかったことがあった。市中の人が知っていて医療関係者は知らない状況は、伝達の仕方としてまずいのではと感じた。

県教委 情報については、学校内の学校運営協議会、PTA等の関係者にも伝えるよう助言している。学校医への伝達も欠かさず、連携が進むようにと考えている。県立学校にもそういったことがあれば助言していきたい。

2. 令和2年度中国四国医師会連合学校保健担当事務連絡協議会について（報告）

令和2年8月23日にテレビ会議システムにて開催された本協議会には、本会から今村副会長と河村が出席した。議事の中では新型コロナウイルス感染症に関するものが主だったが、各県とも文部科学省のマニュアルなどを使いながら周知しているところが多かった（詳細は本会報 令和2年11月号776～771頁参照）。

3. 令和2年度中国地区学校保健・学校医大会について（報告）

本大会は、令和2年8月23日に山口市で開催

する予定だったが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、書面開催として大会誌の発行をもって代えさせていただいた。

大会誌は、各県の研究発表と、特別講演につい

ては日本眼科医会常任理事の柏井真理子先生に「子どもたちの目を守ろう～視力の発達と低下について～」、日本医師会常任理事の渡辺弘司先生に「学校保健の現状と課題」と題してご執筆いた

<p>1. 学校健診の実施時期や実施方法、学校における新型コロナウイルス感染症への対応に関して、貴会や地域（市町教育委員会等）で検討された場合は、具体的な取組み等についてご教示ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小学校で、低・中・高学年に分けて実施。 ・生徒ごとに聴診器をアルコール消毒施行した。 ・感染予防のため消毒薬、手袋を各学校へ配付。 ・内科健診を行う際の注意点や希望（三密回避や感染防御など）を学校医が作成した。令和2年4月の入学式時期前後に、学校医として健診を担当する小中学校養護教諭に先述の書面を渡し、校長又は教頭及び養護教諭と実際の進め方と日程を打ち合わせた。可能な限り早い時期に内科健診を実施する方向とした。 ・各学校の養護教諭、校長等と事前に検討、各学校の現状に合わせて実施した。 ・内科では触診（聴診）を減らす。主に視診とした。 ・第2波がくる前に早期実施を教育委員会にお願いした。学校によっては7月に実施できた（内科健診）。
<p>2. 学校健診実施にあたって各学校で行われた新型コロナウイルス感染症への対策・工夫の実例があればご教示ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三密とならないような環境下で実施された。当初4～6月まではアルコール消毒液が学校側で用意しなければならず、代わりに手洗いのみとしている工夫があった。 ・密を避けるため、健診会場を広い場所へ変更したり、部屋に入る生徒数を制限した。生徒同士の間隔も広くとった。 ・健診時のレイアウトを事前にメールでやりとり ・医師会健診マニュアルに準じて実施した。（可能な範囲で） ・耳鼻科検診では、検診に必要な器具を人数分買足してもらった。 ・全員マスク着用、換気の徹底、体育館など広い会場での実施。 ・入室する人数を制限（1～2人）。窓を開けて換気し、扇風機も併用。前もって問診を十分に行い、当日は会話しない。全員マスク着用指導。医師（眼科医）は手袋、指サック、マスク、フェイスシールド着用。消毒剤、ペーパータオルの準備。
<p>3. 学校健診をはじめとする新型コロナウイルス感染症対応において、困っていることや課題があればご教示ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学校行事に関して困っている学校が多い。運動会、文化祭、修学旅行については各学校の判断に任せている。 ・感染対策として必要な物品がすぐに学校に届かないことがあった。 ・健診時期が2学期になり、他の学校行事と重なった。 ・高齢者の多い地域であり、感染予防のため、感染症状のある患者の診察は時間分離で対応している。 ・小中学校、保育園には感冒症状で受診希望の場合は、事前に連絡するようお願いしているが、児童・園児よりも、教諭が事前連絡なしに受診されることがある。 ・感染症発生時における、生徒家族への対応説明。（例：本人ではなく、周囲で発生した時の説明等） ・学校で児童、生徒が感染者となったときにいじめの対象になる可能性があると考え。その対応など。 ・コロナによる休校期間の影響が全体的に肥満の児が増えた。
<p>4. そのほかご意見、ご要望について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度以降の健診について、実施時期や実施方法について不安がある。 ・学校現場での判断も多く、大変だった。（例えば子どもを休ませる場合の体温など） ・正しい（科学的な）指導を月1回程度すべき。 ・一度、担当している学校と相談の場を持ちたいと思う。 ・医師会、学校、行政が十分に対応できる組織の構築。 ・コロナ発生時の医師会（学校保健）としての統一した対策並びに管理、指導マニュアルの作成。 ・ステイホーム中ゲームばかりしていた児が多かった。「ゲーム障害」が気になる。
<p>○健診以外の学校における対応について（情報提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・修学旅行は2学期に全校で実施。旅行先はすべて県内で、バスで移動。小学校は一泊したが、中学校は日帰り旅行を2日続けて実施した。 ・その他の行事も多くは縮小し、来場者も保護者のみに限定。授業参観も、学年やクラスで時間をずらして実施し、廊下からの見学とした。

表1 事前アンケート結果

だいた（詳細は本会報 令和3年1月号72～79頁参照）。

4. 第51回全国学校保健・学校医大会について (報告)

本大会は、令和2年11月14日に富山市の現地とWEBのハイブリットで開催された（詳細は本会報 令和3年1月号61～71頁参照）。

田原委員 HPVワクチンについて、山口県医師会としてのポスターを含めた啓発資料作成の進捗状況を教えていただきたい。

河村 リーフレット及びポスターを作成中であり、令和2年度中には県や医療機関、学校などに配付のうえ啓発に活用いただきたい。

江本委員 山口県産婦人科医会でもHPVワクチンの啓発とあわせて、HPV自体について、病気やウイルスがどんなものなのかということをご一般の方にも分かってもらえるような詳しいリーフレットを作成したばかりで、現在、県内の先生方を中心に配付を始めている。ワクチンを打つ前に病気のことを知っていただくことにご活用いただきたい。

5. 『学校医の手引き』改訂について

令和元年度の発行を予定していたが、作業が遅れており令和2年度に引き継いだ。また、令和2年の状況に鑑み、新型コロナウイルス感染症についての章を追加したいと考え、現在執筆いただいている最中である。令和2年度中には印刷して配付したい。

田原委員 発刊にあたっては、COVID-19に対する見識も入れた方がよいのではと考えるが、年度内の発刊を令和3年度に延期できるか。

谷村副部長 執筆者に原稿のアップデートに関する確認作業が必要。新型コロナウイルス感染症に特化した章を入れるかどうかという議論も必要かと思う。

河村 令和3年度中の発刊に延期する。

6. 「学校医活動記録手帳」の活用状況について

令和元年度の学校医活動記録手帳の活用状況を報告する。716枚配付し、303枚の提出があった。提出率42.3%。活動記録手帳は内科校医に担当校1校につき1冊、耳鼻科・眼科校医には1人1冊ずつ配付していたが、令和2年度から数校分を1枚にまとめて記入できる様式に変更しており、令和3年度も同様の様式で作成する予定である。

田原委員 手帳によって得られた情報の検討、評価についてご意見を伺いたい。

谷村副部長 この手帳は徳山医師会学校医部会で作った原案を、県医師会で認めていただいて県内の学校医に配ることになったものである。学校医活動のセルフチェックに活用することが目的であるため、手帳そのものでは、学校医の資質向上や学校の満足度に直結するものではないと個人的には理解している。

河村 今後、学校医部会で検討していくこととする。

7. 令和2年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

令和2年12月6日に県総合保健会館2階多目的ホールで開催する。新型コロナウイルス感染症対策として、検温や健康チェックシートの提出、座席の間隔への配慮や換気をするのでぜひ受講いただきたい（今後、本会報に詳細な記事を掲載予定）。

8. その他

谷村副部長 新型コロナウイルス感染症によって新学期の開始が遅れることで、いじめが6～7月に多発していると聞く。その都度、学校現場に連絡するなどしているが、もう少しオープンな場での議論や情報提供をしていただきたい。山口県内の子どもをどのように守るかを県教委主導で考えていただきたい。

原稿を募集しています！！ - 県医師会報に投稿してみませんか？ -

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の5つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがありましたら、ふるってご投稿ください。

募集するコーナーとその内容等

■「ニューフェイス」コーナー(現:フレッシュマンコーナー)

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。
現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

■女性医師エッセイ

現在の心境や医療、医師会に対する思い、趣味、思い出等

■会員の声

医療・医学に関連するものに限定します。

■若き日(青春時代)の思い出

若き日(青春時代)の思い出ばなしなど・・・

■山口県の先端医療は今・・・

自院の先端医療のご紹介

字数制限、原稿の採否等

- 1.「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。
- 2.原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただきます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。
※公序良俗に反するもの、特定の個人を誹謗中傷するもの、政治・宗教に関するものは掲載できません。

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係
TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

令和2年度 郡市医師会介護保険担当理事・ ケアマネ・訪問看護師との合同協議会

と き 令和2年11月26日(木) 15:00～15:35

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告:理事 伊藤 真一]

会長挨拶

河村会長 本日はお集りいただき、感謝申し上げます。現在、この領域で一番問題となっているのは、やはりコロナでクラスターが施設内、院内で発生することだと思う。国の方針では、1人でも患者が発生したら別室に移すことが大前提だと思うが、いつの段階で発生するかよくわからないのが現状である。まずは、早期に発見することが一番大切なことだと思う。

協議事項

1. 介護医療院の開設許可の状況について

県長寿社会課 介護医療院は介護保険法の改正に伴い、日常的な医学管理や看取りターミナル等の機能と生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として平成30年4月に創設された。

施設類型は利用者の状態や地域の実情等に応じた柔軟な対応を可能とする観点から介護療養型医療施設（Ⅰ型）と老健保健施設（Ⅱ型）並みの2種類がある。そして平成29年度末で設置期限を迎えることになっていた介護療養型医療施設は、その経過措置期間が令和5年度末までの6年間延長され、その間に準じ、介護医療院等への転換を行っていく。介護医療院は介護保険施設の一つであることから、総量規制の対象となっているものの、医療療養病床や介護療養病床（介護型医療施設）又は転換型老健について、介護医療院の転換を促進するため総量規制の対象外とする例外が設けられている。これらの施設については順次、転換が進んでいる。なお、令和2年11月1日現在の介護医療院の開設状況については23施設、定員1,685人である。年度別開設状況は平成30

出席者

郡市医師会

大島郡 山本 徹
熊毛郡 新谷 清
吉南 弘中 克己
美祢郡 坂井 久憲
下関市 上野 雄史
宇部市 末富洋一郎
山口市 佐々木映子(代理)
萩市 佐久間暢夫
防府 岡澤 正
下松 和崎雄一郎
岩国市 藤本 啓志

山陽小野田 萩田 勝彦
光市 守友 康則
柳井 濱田 敬史
長門市 桑原宏太朗
美祢市 札幌 博義

県健康福祉部長寿社会課

施設班班長 野村 亘
介護保険班主査 末永 典世
介護保険班主査 村田 知寛

山口県訪問看護ステーション協議会

会 長 柴崎 恵子

県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 加藤 智栄
理 事 伊藤 真一

年10施設、令和元年5施設、令和2年8施設である。また、令和2年4月1日付で萩圏域と長門圏域で介護医療院の転換が行われ、全高齢者福祉圏域に介護医療院が開設された。

全国的にみた山口県の状況についてもお話しさせていただく。令和2年9月末時点の介護医療院の施設数は、福岡県（34施設）が一番多く、次に熊本県（30施設）、その次が北海道と高知県（27施設）で、23施設の山口県は全国で7番目となっている。介護医療院の療養床数は、一番多いのが京都府（2,280床）、次に福岡県（2,185床）、静岡県（1,854床）で、山口県は次の4番目（1,685床）となっている。このことから本県の介護医療院の転換については全国的にみても進んでいると考える。

2. 介護人材の需給状況について

県長寿社会課 平成29年度に推計したものであるが、令和2年及び令和7年の推計は表1のとおり不足している。

介護ロボット導入支援事業は、介護職員の負担軽減、介護人材不足対策を主な目的として、介護保険事業所を対象とする介護ロボット導入費補助事業で、地域医療介護総合確保基金を活用し実施している。

令和元年度の活用状況は、補助上限は1台当

たり30万円（60万円未満は価格の2分の1）で県内全体の補助総額が600万円となっている。導入実績は16施設に48台を導入し、内訳は表2のとおりである。また、令和2年度も昨年同様の内容で実施している。

3. 介護保険制度の施行状況について

県長寿社会課 山口県の高齢者人口は令和2年の46万7千人をピークに減少に転ずるものの、それ以上に生産年齢人口の減少が進み、令和22年には高齢化率が38.6%となり、今後も進行していく見込みである。

要介護（支援）認定者数については、令和2年4月末現在で約9万人であり、制度創設当初（平成12年度）に比べて2.3倍になっている。75歳以上の人口増加に伴い、認定者数は今後も増える見込みである。

要介護度別認定者数については、令和2年4月末で要支援27.5%、要介護72.5%と、平成31年4月と比較すると要支援-0.5%、要介護+0.5%となっている。

サービス区分別利用者数及び給付費は、令和2年4月は7万5千人で給付費は100.5億円、平成30年4月と比べると利用者は1,000人の増加、給付費も3.7億円増加している。

要介護度別特養入所サービ利用者数は、平成

表1 山口県における介護人材の需給状況

区分	①需要推計	②供給推計	介護職員の不足数 (①-②)
令和2年(2020年)	30,343人	27,891人	2,452人
令和7年(2025年)	33,196人	29,487人	3,709人

表2 分野別導入台数

分野	台数	主な機能
見守り支援	41台	ベッド内蔵カメラ・センサーにより利用者の動きを知らせる
移乗支援	6台	ベッドから車椅子等へ装着又はリフト機能により移乗させる
入浴支援	1台	浴槽に出入りする際の一連の動作の支援を行う

27年4月から原則要介護3以上となる法改正があり、要介護度1・2と全体に占める割合が3.4%である。

4. 介護保険事業所の指定状況について

県長寿社会課 居宅サービス及び介護予防サービスについては、訪問入浴介護、訪問リハビリテーションの増減が大きく、その理由として、訪問入浴介護は、全国的に減少傾向にあり、訪問リハビリテーションは、在宅での医療ニーズの高まりによるものである。居宅療養管理指導は、介護職員による指導の廃止などによって、現在0となっている。施設サービスは、前年度と比べて介護療養型医療施設は9施設減、介護医療院は10施設増である。地域密着型サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症型対応型通所介護の増減が比較的に大きく、その理由として、認知症対応型通所介護は、全国的に減少傾向で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の増加は、在宅による医療・介護ニーズの高まりなどに応じてサービスの導入が進んでいくことが考えられる。

5. 介護給付費審査支払状況について

県長寿社会課 居宅介護サービスは、平成29年度と比べて1.6%減であるが、主な理由としては介護予防訪問介護、介護予防通所介護の地域支援事業への移行されたことによる減少である。訪問サービスは、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導など、在宅での医療ニーズの高まりによりサービスが増加傾向にある。地域密着型サービスは、平成29年度と比べて4.7%増。定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護が高い伸び率で、平成30年度の介護保険事業所指定状況と照らし合わせるといずれも事業所数が増加しているため、介護給付費も増加したのではないかと考えられる。施設サービスは平成29年度と比べて1.7%増である。平成30年4月に介護医療院が創設されたことから介護給付費が発生している。

6. 療養病床転換意向調査の結果について

県長寿社会課 この調査は令和2年5月に実施し、療養病床を有する83医療機関のご協力をいただき、令和2年4月1日現在で調査を行った。調査内容は①病床数（令和2年4月1日現在）及び転換意向、②入院患者の状況である。

まず転換意向について、医療療養病床（令和7年4月1日時点）は、5,907床のうち現状維持92%、介護医療院へ転換3%、病床廃止やその他の介護医療院以外の転換5%となっており、医療療養病床数は441床が減少する見込みである。介護療養病床（令和6年4月1日時点）は、184床のうち介護医療院44%、医療療養29%、回復期リハ・地域包括27%となっており、介護療養病床は設置期限が令和5年度末までとされているため皆減の見込みである。

転換・廃止時期については、医療療養病床は令和4年4月1日に45%と最も多く、介護療養病床は令和6年4月1日に74%と最も多くなる見込みである。

次に、入院患者の状況は病床数全体では6,091床で転換・廃止見込病床数463床、そのうち入院患者数は379人、内訳は医療療養が5,907床に対し転換・廃止見込病床数279床、そのうち入院患者数213人、介護療養が184床に対し転換・廃止見込病床数184床、そのうち入院患者数166人である。

最後に、介護療養病床（介護型医療施設）の設置期限が令和5年度末となっているため、期限までのなるべく早い時期に、確実に介護医療院等への転換がなされるよう関係者の皆様への周知をお願いしたい。

7. 山口県訪問看護ステーション協議会の活動状況について

山口県訪問看護ステーション協議会（柴崎会長）

県内の訪問看護ステーションは151事業所あり、地域密着・定期巡回介護看護を含めて179事業所となる。そのうち本協議会への加入は110事業所である。

今年の活動状況は、コロナ禍で総会もできず、従事者研修もできず、ほぼほぼ活動ができていな

いのが状況である。先日、従事者研修を Zoom で開催したが、なかなかうまくいかず、ご迷惑をかけながらの研修となってしまった。

その他として、ステーション職員が感染した場合の対策を考えておく必要があるため、各支部で検討されているようである。一度、山口市で起きた時は、他の事業所の職員がその事業者を利用している利用者様を訪問しカバーするという形で一週間実施したと聞いている。まずは感染しないことが大事なのでステーションによっては直行、直帰で訪問したり、事業所の中を2つに分けて接触しないように対応されたり、いろいろな工夫しながら訪問していると聞いている。

8. その他

①オレンジドクター制度普及啓発用チラシについて

伊藤 標記の件について下記のチラシを紹介した。

「オレンジドクター」をご存知ですか？

「オレンジドクター」とは、もの忘れや認知症に関する相談支援を行う医師で、山口県のホームページで公表しています。認知症は、もの忘れなどの症状が軽い初期の段階で発見できれば、生活習慣の改善や治療によって、認知症の進行を緩やかにできる可能性があります。

気になる症状

新しい出来事が記憶できない

- ・以前話したことを忘れ、同じ話を何度もする
- ・探し物が増える

不安や混乱をきたす

- ・いつもと違うことで、混乱をしやすくなる

意欲の低下

- ・趣味に興味を持たなくなった
- ・身だしなみを気にしなくなった

こんな症状は、ありませんか…

時間の感覚が薄れる

- ・日付や曜日を間違える
- ・予定に合わせて準備できない

性格の変化

- ・怒りっぽくなった
- ・疑い深くなった

判断・行動力の低下

- ・計画を立てられなくなる
- ・二つ以上のことが重なると、うまく処理できなくなる

そうだ！ 気になることを、オレンジドクターに相談してみよう！

Q1. オレンジドクターが、どこにいるのかわかりたい。

A1. オレンジドクターがいる医療機関には、ロゴマーク入りのプレートとポスターを掲示しています。

また、県ホームページにオレンジドクターの名簿を掲載しています。相談方法等詳細につきましては、医療機関に直接お問い合わせください。

[山口県オレンジドクター](#) 検索

Q2. なぜ、認知症の早期発見・早期対応が大切なのですか？

A2. 認知症は徐々に症状が進行する病気ですが、早期に発見して適切に対応することで、その後の生活を自分らしく組み立てることが可能となります。初期の段階（症状については、表面参照）で発見できれば、生活習慣の改善や治療によって、認知症の進行を緩やかにできる可能性があります。

Q3. 困った時は、どこに相談したらよいですか？

A3. 市町の地域包括支援センターや在宅介護支援センターをご利用ください。（所在地・連絡先は、各市町高齢者福祉担当課にお問い合わせください。）県のホームページでも相談先を紹介しています。

[山口県 認知症相談窓口](#) 検索

Q4. 若年性認知症について、教えてください。

A4. 65歳未満で発症した場合、「若年性認知症」といいます。仕事でミスが重なる、今まで普通にこなしていたことが出来なくなるといった「何かおかしい」と感じて、疲れやストレスのためと思いこみ、受診・診断が遅れることが多いです。気になることがあれば、早めにオレンジドクターや若年性認知症に関する相談窓口などに相談しましょう。

[山口県 若年性認知症](#) 検索

○若年性認知症支援相談窓口

若年性認知症支援コーディネーターが、医療・福祉・就労等の相談に応じます。（県立こころの医療センター内に設置）お気軽にご相談ください。

☎0836-58-2212 ※月～金 8:30～17:15（年末年始・祝日除く）

②郡市医師会からの質問

岩国市 介護従事者が濃厚接触者になると「訪問看護もやめます。デイサービスにも来ないでください。」となってしまい、介護関係が一変に悪くなることが多発している。なにかよい指針があればご教示いただきたい。

伊藤 先日、中国四国医師会連合総会の第2分科会において、日医の江澤常任理事よりそのような不適切な状態が全国で多発しているの、厚生労働省にその点を改善するように要望していくとのことだったので、今後、情報があれば提供させていただきます。

委員会報告

喫煙防止教育の効果に関する アンケート調査の結果について

山口県医師会常任理事 河村一郎

山口県医師会禁煙推進委員会 松永和人、櫃本孝志、國近尚美、松岡 尚、石丸泰隆、古谷直美

はじめに

世界的に喫煙率は年々低下してきており、日本でも2018年に受動喫煙防止法が制定され、特に男性における喫煙率は低下してきているが、諸外国に比べるとまだまだ喫煙率は高い。喫煙の開始は10代が多く、若くに開始するほどニコチン依存性が高くなり、禁煙できなくなる状況になっている。近年、全国各地で高校生はもちろんのこと、小学生、中学生を対象としても喫煙防止教育が行われるようになってきている。今回、このような早期からの喫煙防止教育が喫煙防止に効果をあげているかどうかを調査するためにアンケート調査を行った。

対象及び方法

令和2年9月、某市役所に勤務する人、及び、某大学、某高等専門学校（以下、「高専」）に在籍する人のうち主に20代の方326名を対象として、各所に文書で許可を得た上で匿名性を保ちつつウェブによるアンケート調査を行った。統計解析ソフトはJMP5.1を用いて、単変量解析にはカイ2乗検定、多変量解析には多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果

1) 性別は男性197名、女性129名、所属は某市役所150名（平均25.4歳）、某大学153名（平均21.0歳）、某高専23名（平均21.0歳）で、各所の年齢分布は図1のようであった。出身小学校は山口県内が228名、県

外が79名、国外が19名で、出身中学校もほぼ同様であった。

- 2) 現在吸っていると答えた人は49人（15%）、吸ったことがあるが今は止めていると答えた人は28人（9%）、吸ったことがないと答えた人は249人（76%）であった。性別で見ると現在吸っている人は男性46人（23%）、女性3人（2%）、吸ったことがある人は男性25人（13%）、女性3人（2%）で、男性の方が現在吸っている人、吸ったことがある人が多かった。所属別では某市役所150名中18人（12%）、某大学153名中31人（20%）が現在吸っており、某高専23名の中で現在吸っている人はいなかった。出身小学校別では県内、県外、国外の人で喫煙率にあまり差がなかった。
- 3) 喫煙開始年齢は14歳から25歳までであり、若く吸い始めた人は現在も吸っている人が多かった（図2）。現在吸っている49人のうち、止めたいと思っている人は18人（37%）、止めたいと思わない人は31人（63%）であった。

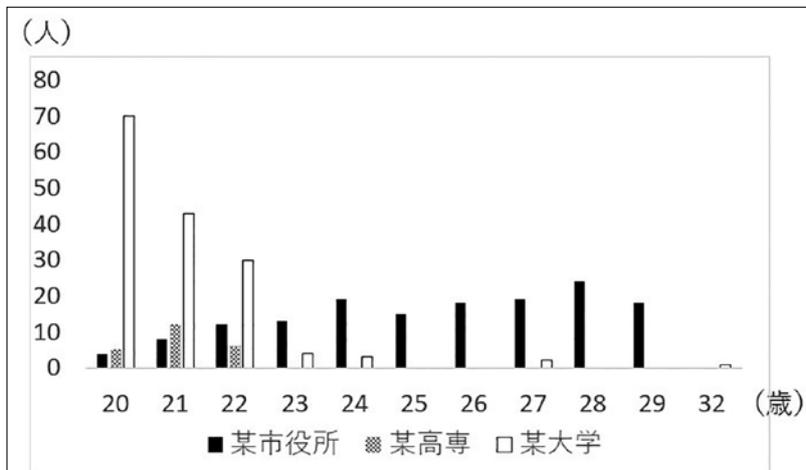


図1 所属別年齢分布

4) 禁煙した年齢は20歳から21歳が多く、吸い始めて1～2年で止めた人が多かった。禁煙したきっかけは、自然に止めた人が最も多く9人、次いで味や気持ちが悪くなった人が6人、経済的な問題が3人、奥さんの妊娠やお子さんの出産、運動をするために2人ずつ、先輩からの勧め、失恋が1人ずつであった。

5) 国内出身者307名のうち、喫煙防止教育を受けたことがあると答えた人は143人(47%)、受けたことがないと答えた人は64人(21%)、覚えていないという人は100人(32%)であった。受けたことがあると答えた143人のうち、受けた学校は小学校が21人、中学校が29人、小中学校両方が93人で、県内が107人、県外が36人であった。

6) 喫煙防止教育を受けたことがある人143人中、現在タバコを吸っている人は12人(8%)、吸ったことがある人は7人(5%)、同教育を受けたことがない人64人中、現在吸っている人は25人(39%)、吸ったことがある人は12人(19%)と喫煙防止教育を受けていた人は受けていない人に比べて、喫煙者が少なかった ($p < 0.0001$) (図3)。喫煙防止教育を受けたことがある143人中、現在の喫煙、非喫煙に影響していると答えた人は74人(52%)、影響していないと答えた人は34人(24%)、わか

らないと答えた人は35人(24%)であった。喫煙防止教育を受けたことがあるかないかを覚えている国内出身者207名で、所属、性別、出身小学校、喫煙防止教育を変数として喫煙歴との多変量解析を行った。その結果、喫煙防止教育を受けたことがあるかないかが喫煙歴に最も影響を及ぼしていた(表1)。

7) タバコが健康に影響を及ぼすものとして知っ

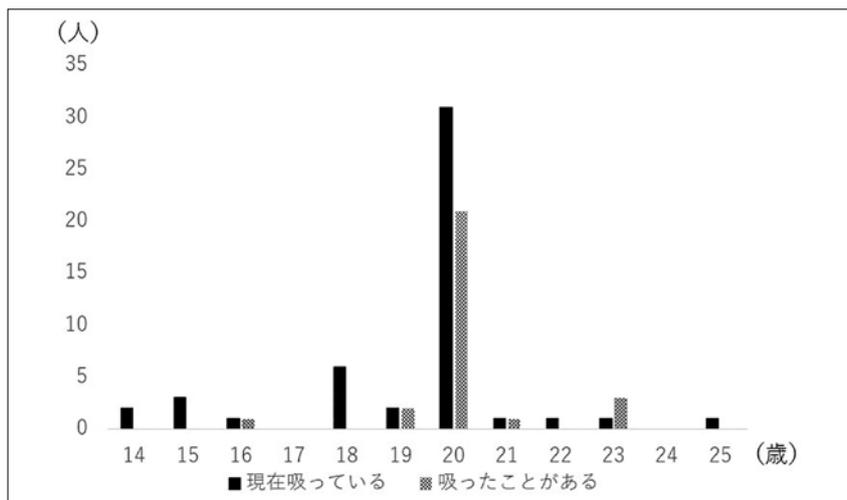


図2 喫煙開始年齢

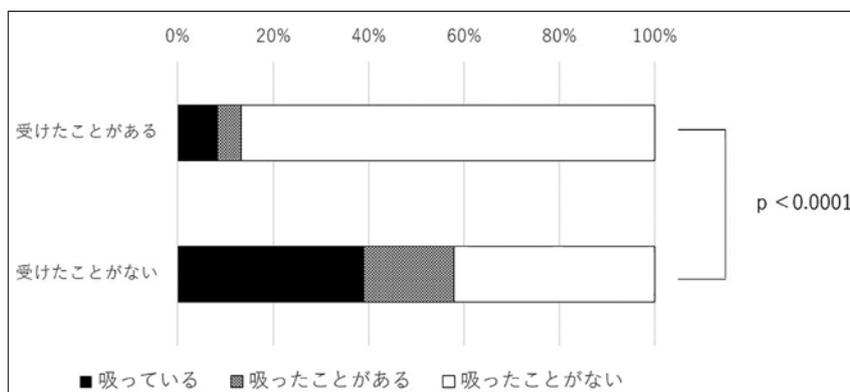


図3 喫煙防止教育と喫煙率

	p 値
所属 (某大学/某高専/某市役所)	0.0959
性別 (男性/女性)	0.0001
出身小学校 (県内/県外)	0.7555
喫煙防止教育 (受けたことがある/受けたことがない)	0.0001>

表1 喫煙率との多変量解析

ているものは、肺がん、喘息、気管支炎など呼吸器系疾患が多く、次いで妊娠に関連した異常（早産・低体重児）であった（図4）。COPDは22%と低かった。

考察

日本には未成年者喫煙禁止法があるものの、実際には未成年者がタバコを吸いやすい環境や未成年者をタバコに誘う環境にあふれており、ほとんどの喫煙者が10代から喫煙を開始している。

近年、小学生からの喫煙防止教育が始められ、男児、受動喫煙のある児童、児童数の多い学校の児童では効果が得にくいという報告¹⁾もあるが、ニコチン依存度の低下²⁾、小学6年生での喫煙防止教育が効果があったとする報告もある^{3)、4)}。

今回、山口県某市において主に20代の市役所職員、高等専門学校生、大学生に対して喫煙防止教育と喫煙歴に対するアンケート調査を行った。女性の現在の喫煙率は2%と低かったが、男性の現在の喫煙率は23%とほぼ全国の喫煙率と同じぐらいであった。喫煙開始年齢は14歳から25歳まであり、早くに喫煙を開始した人の方が現在も吸っている人が多く、20歳を過ぎて吸い始めた人では比較的早期に禁煙している人が多かった。

今回の調査では、小学校あるいは中学校で喫煙防止教育を受けている人が約半数おり、小中学校両方で受けている人が多かった。喫煙防止教育は単変量解析でも多変量解析でも喫煙歴に非常に大きな影響を及ぼしており、効果は十分あると考え

られた。また、10代前半から喫煙を始めている人もおり、小学生からの喫煙防止教育が必要と考えられた。

喫煙防止教育は、教諭、養護教諭、学校医、保健師、薬剤師などにより実施されていると考えられる。COPDはタバコが影響を及ぼすものとして22%と低かったが、一般の若年者にはあまりなじみのない疾患と考えられ、通常の教諭でも知らない方も多いかと思われる。タバコにどういった有害性があるのか講義する内容とともに誰が行うかによっても効果が変わる可能性もある。現在の学校での実施率も含めて今後の検討課題としたい。

文献

- 1) 原めぐみら. 喫煙・受動喫煙状況, 喫煙に対する意識および喫煙防止教育の効果. 日本公衛誌 2013; 60 (8): 444-452.
- 2) 星野啓一ら. 加濃式社会的ニコチン依存度調査票を用いた小学校高学年および中学生における喫煙防止教育の評価. 日本禁煙学会雑誌 2007; 2 (7): 96-101.
- 3) 遠藤将光. 小学校における禁煙教育の有用性について. 禁煙科学 2010; 3 (3): 30-34.
- 4) 禁煙ネット石川. 新成人の喫煙アンケート調査 <http://www.kma.jp/kinen/No49kairan%20.pdf>. 2020.1.24.

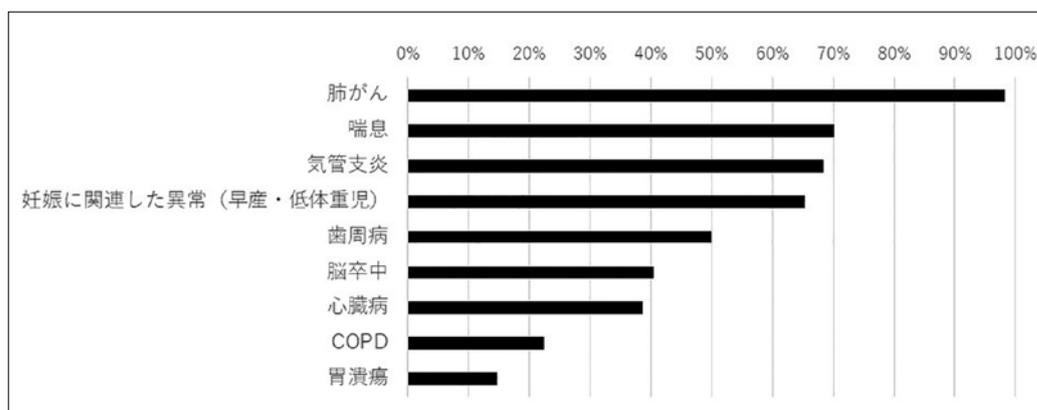


図4 タバコが健康に影響を及ぼしているもの

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 年金福祉課

TEL : 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：月私 加算：月私 加算年金 (10口) 月私保険料 60,000円 基本年金 月私保険料 12,000円 支払期間 19年 2ヶ月 (230日) 合計月私保険料 72,000円	受給年金 ●81コース 加算年金 保証期間15年 64,600円 終身 基本年金 保証期間15年 12,900円 終身 受取月額 77,500円 77,500円 15年受取総額 13,950,000円 ●82コース 加算年金 5年増定額 276,500円 基本年金 保証期間15年 12,900円 終身 受取月額 289,400円 12,900円 12,900円 15年受取総額 18,912,000円 ●83コース 加算年金 10年増定額 143,400円 基本年金 保証期間15年 12,900円 終身 受取月額 156,300円 12,900円 12,900円 15年受取総額 19,530,000円 ●84コース 加算年金 15年増定額 99,100円 基本年金 保証期間15年 12,900円 終身 受取月額 112,000円 12,900円 15年受取総額 20,160,000円
--	---

既定条件をご確認ください。

試算日	令和2年 9月 10日
生年月日	昭和50年 1月 1日
試算日年齢	45歳
加入申込期間	令和2年 10月 15日
加入予定年月	令和2年 11月
加入時年齢	45歳 10ヵ月
加算申込開始年月	令和2年 11月
年金受取開始年月	令和22年 1月
年金受取開始年齢	65歳
払込保険料累計	16,560,000円

注意事項です。お読みください。

- 加入申込期間は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- 「新卒年金」は、加入者ご本人であれば一生涯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死亡になった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受取コースの選択(81~84)」は、受取開始の時点から選択したコースとなります。
- ※保険料納付会社は、75歳まで延滞できます。
- 「受取年金月額」は標準です。現在は年額前払方式での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

理 事 会**— 第17回 —**

12月3日 17時～18時52分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、
沖中・中村・前川・河村・長谷川各常任理事、
白澤・山下・伊藤・上野・藤原・縄田各理事、
藤野・篠原・岡田各監事

協議事項**1 令和3年度市町の施策・予算措置に対する要望について**

生後2週間・1歳児健診への公費助成、3歳児健診での屈折検査実施等新規4項目を含む8項目を要望することを決定した。

2 第16回医療関係団体新年互礼会の開催について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況に鑑み、開催を中止することを決定した。

3 「母体保護法の施行について」の一部改正について

標記通知の改正経過及び内容を説明し、改正内容の確認を行った。

4 山口県人事委員会勧告に伴う本会職員給与等の改定について

県職員の給与改定に準じ、月例給を据え置き、特別給を年間0.05月分引き下げることを決定した。

5 災害薬事コーディネーター養成研修会への講師派遣について

山口県健康福祉部薬務課長から、標記研修会の講師として(医)神徳会三田尻病院の豊田秀二院長の派遣依頼があり、これを承諾することを決定した。

報告事項**1 医事案件調査専門委員会(11月19日)**

病院5件の事案について審議を行った。(縄田)

2 郡市医師会学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議(11月19日)

学校における新型コロナウイルス感染症の対策、学校医の手引きの改訂、学校医活動記録手帳の活用状況等について協議を行った。(河村)

3 第3回山口県障害者施策推進協議会

(11月19日)

「やまぐち障害者いきいきプラン(2018～2023)」に係る今年度の主な取組、「山口県障害福祉サービス実施計画(第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画)2021年～2023年」の策定等について協議を行った。(今村)

4 第2回山口県高齢者保健福祉推進会議

(11月20日)

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標の進捗状況、第七次やまぐち高齢者プラン(素案)について審議を行った。(河村会長)

5 山口県福祉サービス運営適正化委員会第123回苦情解決部会(11月24日)

苦情相談の受付状況及び苦情解決事案について審議した。(今村)

6 日医第1回母子保健検討委員会「Web会議」

(11月25日)

令和2年度母子保健講習会のプログラムについて審議した後、日医会長諮問「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わべきか～成育基本法をもとに～」についてフリートークを行った。(河村)

理 事 会

7 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(11月25日)

医科8件、歯科11件、薬局9件の指定が承認された。(清水)

8 個別指導 (11月26日)

診療所6機関について行われ、立ち会った。
(清水、山下、藤原)

9 郡市医師会介護保険担当理事・ケアマネ・訪問看護師との合同協議会 (11月26日)

介護医療院の開設許可の状況、介護人材の需給状況、介護保険制度の施行状況、介護保険事業所の指定状況等について協議し、山口県訪問看護ステーション協議会の活動報告、オレンジドクター制度普及用チラシの紹介等を行った。(伊藤)

10 日医第1回医療経営検討委員会「Web会議」 (11月26日)

医療機関経営の現状、標記委員会における医療機関経営支援の取組等について協議を行った。
(加藤)

11 勤務医部会第3回企画委員会 (11月26日)

令和2年度の当初開催予定を中止した部会総会及びシンポジウムに係る代替案、令和3年度の市民公開講座の開催予定、企画委員の交代等について協議を行った。(中村)

12 勤務医部会座談会 (11月26日)

「新型コロナウイルスと働き方改革」をテーマとして、①新型コロナウイルス患者さんの受入状況、②医師の働き方の変化、③医師の考え方の変化、④風評被害の有無その他について意見交換を行った。(中村)

13 第19回都道府県医師会新型コロナウイルス感染症対策担当理事連絡協議会「TV会議」

(11月27日)

新型コロナウイルス感染症の直近の状況、医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業、インフルエンザの流行に備えた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い、日本医師会休業補償制度の創設、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度12月募集分の報告等について説明及び質疑応答が行われた。(沖中)

14 中国四国医師会連合常任委員会「会長会議」

(11月28日)

中央情勢報告、医事紛争研究会開催報告等の後、インフルエンザ流行に備えた体制整備の状況と課題について、情報交換を行った。(河村会長)

15 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 (11月29日)

糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、服薬管理、禁煙指導、健康相談、介護保険、在宅医療の9講義からなるプログラムによる標記研修会を、本会会議室においてDVDにより実施した。受講者50名。(伊藤)

16 第1回山口大学医学部附属病院監査委員会

(12月1日)

医療安全管理体制、医療の質・安全管理部の活動状況、医薬品の安全使用のための取組、各種監査の結果等について協議を行った。(河村会長)

17 山口県社会福祉協議会第1回地域福祉推進委員会 (12月2日)

第6次福祉の輪づくり運動推進県域活動計画、新型コロナウイルス感染症拡大下における地域福祉の推進等について協議を行った。(今村)

理 事 会

18 広報委員会（12月3日）

会報主要記事掲載予定（1～3月号）、新年特集号（炉辺談話）、令和3年度の県民公開講座等について協議を行った。（長谷川）

19 会員の入退会異動

入会1件、退会4件、異動8件。（12月1日現在会員数：1号1,241名、2号877名、3号463名、合計2,581名）

給額、対象施設、対象期間等の支援の内容及び請求手続を決定した。

2 令和3年度広域予防接種における個別接種の標準料金（案）の変更について

令和2年12月中旬以降、成人用肺炎球菌ワクチンのシリンジ製剤の使用が可能となることに伴い、標記標準料金（案）を変更することを決定した。

3 今年度の山口県胃内視鏡検診研修会、山口県緩和ケア研修会について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況を踏まえ、標記研修会の開催を中止することを決定した。

医師国保理事会 ー第14回ー

議決事項

1 保険料減額免除（新型コロナウイルス感染症にかかる分）について

内規第4条による1名の免除について協議を行い、承認することを決定した。

4 山口県アレルギー疾患医療認定制度について

山口県が今年度から実施する標記認定制度について、職種、経験年数、資格等の認定要件及び申請手続を確認し、本会会員に周知することを決定した。

ー第18回ー

12月17日 17時～18時48分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、沖中・中村・前川・河村・長谷川各常任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・茶川・縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

人事事項

1 保険委員会の委員について

標記委員1名の退任に伴い、後任委員の委嘱について協議し、承認された。

報告事項

1 第3回健康教育委員会（12月3日）

今年度の健康教育テキスト「花粉症」の素案についての協議・修正を行って成案とした後、令和3年度のテーマについて協議し、「带状疱疹」に決定した。（伊藤）

協議事項

1 新型コロナウイルス感染症に係る医療機関への支援について

標記感染症の影響により休業等を余儀なくされた医療機関に対し一時金を支給することとし、支

2 日医家族計画・母体保護法指導者講習会

（12月5日）

「暴力から女性・母性をまもるために」をテーマとしたシンポジウム及びパネルディスカッションが行われた。受講者：Web 11名（藤野）

理 事 会

3 第13回やまぐち糖尿病療養指導士レベルアップ講習会(12月5日)

「糖尿病と感染症～COVID-19パンデミックから学んだこと～」の講義及び「院内感染を防ぐためのテクニック」の実習が行われた。受講者：会場44名、Web155名(中村)

4 学校医研修会・学校医部会総会、予防接種医研修会、学校心臓検診精密検査医療機関研修会(12月6日)

学校医研修会では、富山大学学術研究部医学系小児科学講師の種市尋宙先生から「小児における新型コロナウイルス感染症とその特徴～こどもたちの日常を取り戻す取り組み～」と題する講演が行われた。予防接種医研修会では、山口赤十字病院第2小児科部長の門屋亮先生から「予防接種をされるすべての先生方へ～コロナ禍渦中もおこたりにく～(接種間隔規定変更・ロタ定期化など)」、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、大濠こどもクリニックの牛ノ濱大也院長から「学校突然死の現状と学校心臓検診ガイドライン」の各講演が行われた。学校医部会総会では、令和元年度事業報告及び令和2年度事業計画案が説明され、承認された。受講者55名。(河村)

5 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(12月9日)

公益代表役員の選任(案)、監事意見に対する取組の進捗状況、診療報酬等支払確定件数等の報告が行われた。(河村会長)

6 日医第1回医療IT委員会「Web会議」

(12月9日)

データヘルス改革、オンライン資格確認等に関する現状報告の後、オンライン資格確認などの全国ネット、医師資格者証のあり方、オンライン診療のあり方、地域医療介護連携ネットワーク等の今後の審議内容について協議を行った。(中村)

7 個別指導(12月10日)

診療所6機関について行われ、立ち会った。

(山下、藤原)

8 裁定委員会(12月12日)

戒告処分が相当との裁定がされた。(清水)

9 第18回山口県がん診療連携協議会「Web会議」(12月16日)

令和元年度の活動状況と令和2年度の取組、各部会の活動等について報告が行われた。

(河村会長)

10 山口県新型コロナウイルス感染状況モニタリング会議「Web会議」(12月16日)

本県のモニタリング指標は、現在、国の分科会が示すステージ3の目安を下回っていることを確認した。また、今後のステージ3相当への移行が見込まれる場合やステージ3・4期間中におけるモニタリング方針を決定した。(沖中)

医師国保理事会 ー第15回ー

協議事項

1 傷病手当金支給申請について(1件)

1件について協議、承認。

報告事項

1 第1回国保問題検討委員会(12月10日)

保険料改定による影響、令和2年度上半期事業実施状況及び収支状況や今後の課題と方向性について説明し、意見交換を行った。(沖中)

理 事 会

— 第19回 —

1月7日 17時～18時30分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、
沖中・中村・前川・郷良・河村・長谷川
各常任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・
縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

議決事項

1 令和3年度山口県医師会代議員会について

来年度の臨時代議員会を令和3年4月15日、
定例代議員会を令和3年6月17日に開催するこ
とを決定した。

協議事項

1 令和3年度予算編成の基本方針・日程について

コロナ禍にあって、各医療圏での医療提供体制
維持に向けた取組への支援と広域的な医療体制の
連携の促進、予防保健及び予防医療をキーワード
とした施策の展開、県民への発信力の向上を図る
こととし、歳入、歳出に係る予算編成の基本方針
及び日程について協議を行った。

2 第2回郡市医師会長会議について

2月18日開催予定の標記会議の次第及び提出
議題について協議を行った。

3 県医師会請求事務代行の「特定健診等結果・ 入力票」の変更について

後期高齢者健康診査の質問票が変更され、また、
健康保険の被保険者番号に枝番号が付加されるこ
とに伴い、標記入力票に所要の記入欄を設けるこ
と等を決定した。

4 山口県医師会臨床検査・健診センターに対す るアンケート調査結果（日本医師会共同利用施設 検討委員会への提出文書）について

県内4医師会臨床検査センターから回答があっ
た、コロナ禍前後の経営状況や今後の対策等をま
とめたレポートについて、標記委員会へ提出する
ことを決定した。

報告事項

1 山口大学第64回学長選考会議（12月17日）

法人理事長と学長との分離を定めた国立大学法
人ガバナンス・コードへの適合状況、学長の業務
執行状況の評価の実施等について協議を行った。
（今村）

2 山口大学第98回経営協議会（12月17日）

就業規則の一部改正、令和2年度補正予算編
成、受託事業の規則の整備等について審議した後、
役員報酬決定規則及び就業規則の一部改正、令和
2年度上半期資金運用報告等について報告を受け
た。（今村）

3 日医第1回学術推進会議（XI）「Web会議」

（12月17日）

日医会長諮問「再生医療の未来について」の後、
専門委員である武部貴則 東京医科歯科大学先端
医歯工学創成研究部門教授による「マイ・メディ
シンーオルガノイド医療の展望」及び澤 芳樹大
阪大学大学院医学系研究科外科学講座心臓血管外
科学教授による「再生医療の現状と課題」の講演
2題が行われた。（河村会長）

4 医事案件調査専門委員会（12月17日）

病院1件、診療所1件の事案について審議を
行った。（山下）

5 産業医研修会（12月19日）

国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科

理 事 会

の和田耕治 教授による「企業のための新型コロナウイルス感染症対策」及び山口労働局労働基準部健康安全課の原田竜雄 課長による「最近の労働衛生行政について」の2題の特別講演が行われた。(中村)

6 新型コロナウイルス感染症クラスター対策に関する図上訓練 (12月20日)

施設等クラスター発生時の早期対応の方法・手順の確認等を目的として、医師、看護師等からなる対策チームと保健所医師、保健師等からなる保健所チームにより図上訓練が行われた。(前川)

7 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(12月23日)

医科9件、歯科3件、薬局5件の指定が承認された。(清水)

8 山口県母子保健対策協議会 HTLV-1 母子感染予防専門委員会 (12月24日)

妊婦健康診査におけるスクリーニング検査(PA法)結果、HTLV-1 母子感染予防対策事業の実施状況及び保健所における無料抗体検査(PA法)の実施状況の報告の後、確認検査の結果報告に関する協力依頼・周知の取組について協議を行った。

(河村、藤野)

9 第65回中国地区学校保健研究協議大会第2回実行委員会 (12月24日)

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から書面開催により実施された標記大会の事業報告及び実行委員会の収支決算について協議を行った。

(河村)

10 個別指導 (12月24日)

診療所2機関について行われ、立ち会った。

(清水、伊藤)

11 県からの今後のワクチン接種に関する情報提供 (12月25日)

新型コロナウイルスワクチン接種に係る国、県及び市町の実施体制、ワクチンの確保に係る契約・合意状況、メーカー毎のワクチンの特性、医療機関の業務フロー、接種順位の考え方等について説明が行われた。(沖中)

12 第20回都道府県医師会新型コロナウイルス感染症対策担当理事連絡協議会「TV会議」

(12月25日)

新型コロナウイルス感染症の直近の状況、感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ、補正予算予備費による更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援、新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関等への更なる支援(第3次補正予算・診療報酬等)、新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保、「年末年始における医療提供体制等に関する緊急調査」、高齢者施設等の感染対策等について説明及び質疑応答が行われた。

(沖中)

13 会員の入退会異動

入会1件、退会7件、異動4件。(1月1日現在会員数:1号1,241名、2号875名、3号459名、合計2,575名)

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

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

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

女性医師エッセイ

クリニックを継いで

宇部市 小野田 秀子

この4月より父の跡を引き継ぐ形で、ささい放射線科で働くこととなりました。大学勤務時代は放射線科医としての画像診断を専門としながら、肺がんの治療や上部・下部内視鏡検査、山口宇部医療センター勤務時代には、緩和ケア医として緩和医療に携わってきました。振り返ってみると、なかなかの寄り道、回り道の連続な私の医者人生です。

放射線科医の私が緩和医療に携わることとなった経緯ですが、当時、緩和ケア医をされていた先生方が転勤されることとなり、後任の緩和ケア医師がなかなか見つからなかったため、緩和医療に興味のあった私に関わらせていただくこととなったことがきっかけでした。

WHOによると、緩和医療とは「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、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な、魂の）問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善するためのアプローチ」と定義されています。要するに身体的、精神的苦痛をやわらげることを目的に行われる医療的ケアということになります。緩和医療に携わっている際に、患者様やご家族から「主治医から見捨てられて、最期に死ぬ場所」とイメージしていたと言われることもありました。実際の緩和ケア病棟の仕事内容としては、患者さんの疼痛管理の他、倦怠感、下肢の浮腫、精神的ストレスに対するケアを行うことを主体とし

ており、疼痛コントロールや倦怠感が改善した患者様は笑顔でご家族と穏やかな時間を持たれる方もたくさんおられ、8割くらいの患者様やご家族は「ここに来て良かった。」と言われていました。

私自身も緩和医療に携わることで、人生観や医療への考え方に大きな影響を受けました。24時間体制で、患者様が穏やかに過ごせるように、どんなに忙しくても笑顔で対応をする看護師さんの姿は心から尊敬できるものでしたし、死に面しているさなかでも、家族やスタッフへの思いやりを持たれる患者様の姿も、生きること、死ぬこと、尊厳とは何かについて大きな学びでした。医療に対しては、病気に対して治療をすることが医師の役割だと思っていましたが、緩和医療にかかわることで患者さんや家族を含めて人生を包括的に看ることが大切であることに気づきました。

現在は内科診療、上下部内視鏡検査、CT画像診断の他、乳腺などの女性ドックも行っています。今はコロナ禍という未曾有の日々ですが、クリニックに受診や通院することで、少しでもほっとできたり、笑顔になれる場所でありたいと思っています。

また、プライベートでは外科医の夫と小学校6年、4年、2年生の男の子3人とフレンチブルドッグ、チワワの2匹の犬がいます。

大学勤務時代から両親や義両親から多大なサポートを受けつつ、ハウスキーパーさんなども活用して家事や子どもの送迎などをお願いしてやりくりしています。

現在は以前と比べると、時間的、精神的にもゆとりを持って過ごせるようになりました。子どもと接する時間も作れるようになり、休日は子どものバスケットの試合観戦に行く余裕も持てるようになりました。小学低学年の男の子が、練習試合に負けて心底悔しがる姿は、どこか消化試合な日々であった私に新鮮な感動を教えてくださいました。これからは仕事だけでなく、色々な人と関わりを持って彩ある日々を過ごしていきたいと思っています。また、今後の医師としての人生設計としては、育児がひと段落ついたら、在宅緩和ケアに携わって行けたらという気持ちを抱きつつも、24時間在宅緩和ケアを担う覚悟がまだできていない状態です。



今後も諸先輩先生方にご指導いただきながら、マイペースに頑張っていけたらと思っております。ふつつかものですが、よろしくお願ひします。

ドクターバンク (山口県医師会医師等無料職業紹介所)

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 にてご確認願ひします。

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



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

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

京女幾松

飄

々

広報委員

石田 健

幾松は若狭小浜藩士の木崎市兵衛の娘「計」として生まれる。父親が藩内の事件のため京都に出奔後、母親と他の兄弟姉妹と一緒に父親を追い、京に向かった。計はその後、14歳で京都三本木の吉田屋から舞妓としてデビューする。持って生まれた美貌と、若くて利発な計は芸事でも笛と踊りを得意とし、二代目「幾松」を襲名する。すると、瞬く間に京都でも一番といわれる芸妓へと成長した。

桂小五郎との出会い

幾松と桂小五郎は、とある宴席で運命的な出会いを果たす。小五郎はすぐに幾松を見初め、伊藤博文が集めた軍資金を惜しみなく使い、幾松を身請けしようとするが、幾松を贖身にする豪商が小五郎と張り合う。そこで伊藤博文が、幾松の願いもあり、刀で相手の豪商を脅し、幾松は桂のものとなった。

禁門の変以後、長州藩は朝敵とされ京都から追放、徳川幕府から征伐される藩となった。長州藩士も京都所司代の下部組織である新選組に付け狙われることになる。池田屋事件で尊王攘夷派の藩士が新選組に襲われて殺されるが、小五郎は幾松の情報で辛くも難を逃れている。吉田屋に於いても、抜け穴や隠し部屋、つり天井等で幾度となく幾松に助けられている。

新選組の探索は一層厳しくなり、小五郎は一時、乞食の身形で二条大橋の下に身を隠していたこともある。しかし、小五郎と幾松の愛は揺らぐことはなく、幾松は自身の身の危険も顧みず、人目を

忍び、握り飯を小五郎に運び、献身的に尽くしていた。まさに命がけの恋である。

幾松と近藤勇の逸話が残っています

長州藩の控え屋敷に新選組が改めにやって来た。幾松は長持に小五郎を隠すと、素知らぬ顔で三味線を弾いていた。近藤勇が長持に手をかけると、「この中にはうちの下着が入ってます。見たいと言わはんのなら、見はってもよろしおすとも、もし何にもなかったら近藤はんは切腹してもらわんと……」。この言葉に近藤は「すまん」と言って立ち去ったという。

雪の日に新選組に捕らえられた時、幾松は死に化粧として寒紅を真一文字に引き、死んでも、小五郎の居場所は吐かないと覚悟を決めた。壬生の屯所にて、妻ならば小五郎の居場所を知っているだろうと拷問を受けた。長襦袢一枚にされ、冷水の拷問にも平気で耐える姿を見て、近藤勇は、肝の据わった幾松に敬意の念を持ち、以後、幾松には一切、手を出さずと配下の者に命令したとの逸話も残っている。

幾松の小五郎に対する命がけの愛は、まさに激しきこと火の如しである。

火のごとき 寒紅を引く 京女



第158回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和3年3月14日(日) 10:00～15:00
 ところ ホテルニュータナカ(山口市湯田温泉2-6-24)
 ※会場が通常と異なりますのでご注意ください。

次 第

- 10:00～11:00 特別講演1
COPDの病態と治療戦略
 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科教授 **川山 智隆**
- 11:00～12:00 特別講演2
現場実践に活かす「臨床倫理」の考え方
 ー倫理的推論(ethical reasoning)のスキルを中心にー
 宮崎大学医学部社会医学講座生命・医療倫理学分野教授 **板井孝老郎**
- 13:00～14:00 特別講演3
骨代謝学のホットトピック:骨の病気に挑む
 山口大学大学院医学系研究科薬理学講座教授 **朝霧 成学**
- 14:00～15:00 特別講演4
2型糖尿病の薬物療法 Up-date ～血糖コントロールの、その先へ～
 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
 分子内分泌代謝学分野教授 **山田 哲也**

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 CC46(咳・痰): 1単位
 特別講演2 CC 2(医療倫理:臨床倫理): 1単位
 特別講演3 CC77(骨粗鬆症): 1単位
 特別講演4 CC76(糖尿病): 1単位
 日本内科学会認定総合内科専門医の更新: 2単位(全日)
 専門医共通講習①医療倫理(必修): 1単位(特別講演2のみ)
 ※専門医共通講習の単位取得には医籍登録番号が必要です。
 申込方法 3月4日(木)までにご所属の郡市医師会へお申し込みください。

※新型コロナウイルス等の影響により、中止にさせていただく場合もございます。
 中止の場合、本会ホームページ等にてお知らせいたします。

お知らせのご案内



公益財団法人産業医学振興財団からのお知らせ ～産業医学調査研究助成事業 助成希望者募集について～

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、令和3年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集（募集期間：～令和3年2月末日）します。

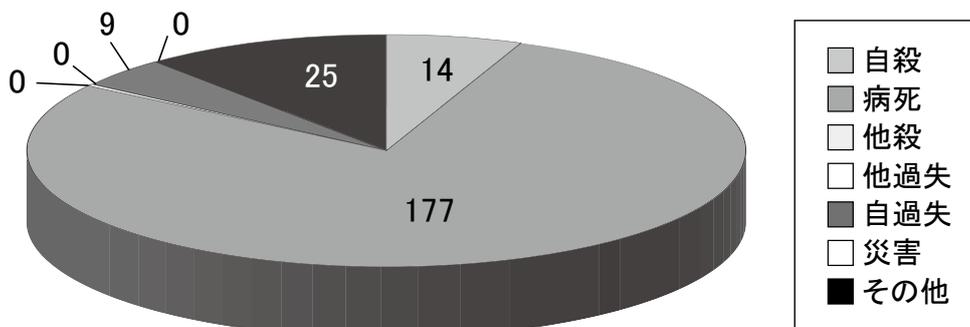
詳細は財団ホームページ（<http://www.zsisz.or.jp/>）をご覧ください。

連絡先 公益財団法人産業医学振興財団 振興課（産業医学調査研究助成担当）
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2-11 新倉ビル3F
TEL：03-3525-8294（直通）
FAX：03-5209-1020

死体検案数掲載について

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-20	14	177	0	0	9	0	25	225

死体検案数と死亡種別（令和2年12月分）



税務署からのお知らせ

スマホから確定申告

感染リスク軽減のための税務署からのお願い



1 密を避ける

ご自宅からパソコン・スマホでご利用いただけるe-Taxが便利です。

マイナンバーカードとICカードリーダー又は
マイナンバーカード対応のスマートフォンがあれば、
e-Tax（電子申告）を利用して申告書を提出できます。



感染防止の観点からも、ぜひご自宅からe-Taxをご利用ください。

2 国税庁HP「確定申告書等作成コーナー」

申告書作成・送信

◆ 申告書を作成
画面の案内に従って、金額等を入力し作成。

◆ 申告書を送信
○ マイナンバーカード方式
○ ID・パスワード方式
いずれかの方法で送信。

*印刷して所轄の税務署へ提出することもできます。

スマホ専用画面

多くの方がスマホで見やすい専用画面をご利用いただけます。



申告書の作成はこちらから！

その他の情報

国税庁HPでは、確定申告等に関する様々な情報を掲載しています。是非、ご覧ください。

国税庁HP 検索

3 自宅等で作成！

こんないいこと！

多くの方が訪れる確定申告会場に出向く必要がありません！



日医FAXニュース

**2020年（令和2年）12月11日 2917号**

- 「医療従事者の疲労がピーク」
- 中間年改定の対象範囲、試算踏まえ議論
- 働き方改革「条件そろえば手挙げ検討」
- 医療機関などの検査で事務連絡

2020年（令和2年）12月15日 2918号

- 医療機関へ「さらに強力な支援を」
- ワクチン接種、医師や職員を優先
- 中間年改定、対象範囲で意見割れる
- 年末年始の一時的な届け出省略
- ヘルパンギーナ、過去5年比「やや多い」

2020年（令和2年）12月18日 2919号

- 後期高齢者2割負担、配慮の仕組み要望
- 「コロナに年末年始はない」
- 6歳未満の外来など、特例評価
- 不妊治療の保険適用、22年に決定

2020年（令和2年）12月22日 2920号

- 新たなコロナ特例評価了承
- 医療保険改革、さらなる記述求める声も
- 21年度薬価改定へ、骨子案を了承
- ヘルパンギーナ、過去5年比「多い」
- インフル患者報告数、大幅減が続く

2020年（令和2年）12月25日 2921号

- 医療緊急事態宣言、政府は早期の対策を
- 「スピーディーで具体性ある提言を」
- 「健康配慮と地域医療の両立が具体化」
- オンライン診療「中医協として議論を」

2021年（令和3年）1月8日 2922号

- 新型コロナ対応に全力、国民は危機感を
- 緊急事態宣言は「大きな意義」
- 医療提供体制パッケージなど活用を
- 石川県の伊藤氏ら5人が日医「赤ひげ大賞」受賞

2021年（令和3年）1月15日 2923号

- 緊急事態宣言「全国発令も選択肢」
- 新型コロナ「新たな類型で対応を」
- 費用負担や機微情報の扱いに問題意識
- 医療従事者への接種体制構築で通知

2021年（令和3年）1月19日 2924号

- 新型コロナ病床確保へ対策組織を設置
- 「コロナ禍だからこそ推進を」－医師の働き方改革
- 指定感染症経過後は新型インフル類型
- 「プール検査」、行政検査としての実施
- 医療法改正など4法案を提出予定

2021年（令和3年）1月22日 2925号

- 感染症法改正「事後検証できる制度に」
- コロナ受け入れ病床「確保対策会議」
- 労働時間短縮の「評価機能」事業に意欲
- 「尊厳保持と自立支援に着実な一歩」
- RSウイルス感染症の報告数は減少

2021年（令和3年）1月26日 2926号

- 中川会長「接種体制構築へ全面的協力」
- オンライン請求促進、一律な移行に懸念
- コロナ流行地域でプール検査を導入
- 先行接種「2月下旬開始に向け準備」
- 公務員医師の兼業、許可基準が有用
- 突発性発疹、過去5年比「やや多い」

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、全国基金への統合に伴い移行した医師・医療従事者のための職能型支部です。

不確実な将来に、今、備える



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。

国民年金基金のおすすめポイント ～節税しながら老後に備える～

1 税制上の優遇措置

掛金 掛金は全額社会保険料控除の対象となり所得税、住民税が軽減されます。(最高816,000円/年が控除の対象)

年金 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。

遺族一時金 遺族一時金は全額が非課税となります。

2 生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた「**終身年金**」が基本です。

税理士のご紹介で加入されている方が増えております。

3 ご家族及び従業員の方も加入可能

ご家族の掛金も社会保険料控除の対象となります。従業員の雇用確保の観点でご活用されているケースもあります。

国民年金基金に加入できる方

- 20歳以上60歳未満の国民年金の第1号被保険者の方
- 60歳以上65歳未満で国民年金に任意加入している方
- 現在国民年金基金に加入していない方
- 「日本医師会年金」に加入されている方でも重複して加入できます。
- 厚生年金の被保険者は加入できません。



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

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.jmpnfpf.or.jp>



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。

光 永 徹 氏	徳 山医師会	12月20日	享年 86
徳 田 修 氏	吉 南医師会	1月 2日	享年 99
藤 山 哲 男 氏	山口市医師会	1月11日	享年 74

会員の処分について

定款第13条第1項に基づき次のとおり会員（1名）の処分を行いました。

処分内容	戒告処分（令和2年12月17日付け）
処分理由	道路交通法違反（酒酔い運転）

編集後記

エッセンシャルワーカー、ご存知ですね。

医療・福祉関係者、小売業界の店員、物流、ライフラインにかかわる従事者など、私たちの生活を支えている職種の人たちがエッセンシャルワーカー：生活必須職従事者にあたります。私たち医療職以外のエッセンシャルワーカーには、介護福祉士・保育士、運転手、スーパー・コンビニ・薬局の店員、清掃員などの業種がありますが、これらは女性が多い、非正規雇用が多い職業です。つまり今の日本では、低報酬、不安定な雇用とほぼ同義です。従来はブルーワーカーとも呼ばれましたが、このコロナ禍の中で、日常生活が誰によって支えられているかを社会が認識して、感謝や尊敬の念を込めた呼称です。エッセンシャルワーカーに対する感謝を示す具体的な行動としては、ブルーライトアップや、夕方の拍手、ブルーインパルス編隊飛行などもありました。心が暖まります。でも、残念ながら懐は暖まりません。

「花より団子」が座右の銘である私がですね、もし、昼はスーパーで夜はコンビニでレジ打ちして生計を立てているシングルマザーだとしたら、リスペクトもいいけど、もっと形にしてくれよと密かに思っていますね、きっと。形にすると、例えば、医療・介護・保育分野への報酬を増やすために社会保険料を上げる、増税をする、あるいは労働条件の悪い職業の賃金を増やすために最低賃金を上げることなどです。エッセンシャルワーカーに対する感謝は、ライトアップや拍手や飛行機の煙で表現できても、身銭を切って報いるほどでもない程度なのではないでしょうか。日本の社会はそこまで冷淡ではないと信じています。このコロナ禍で私たちは、便利さや贅沢のためでなく、健康に安全に暮らすために必要な職業が存在することを認識しました。アフターコロナになっても、その価値を適切に評価する社会であってほしいと願います。

（常任理事 長谷川 奈津江）



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。



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

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）