

山口県医師会報

令和5年(2023年)

2月号

— No.1950 —



静謐 渡邊恵幸 撮

Topics

顕彰



Contents

■ 顕彰	59
■ 今月の視点「医療機関の『運営』と『経営』について」	岡 紳爾 64
■ 令和4年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」	縄田修吾 68
■ 山口県緩和ケア研修会	岡 紳爾 73
■ 令和4年度 山口県医師会予防接種医研修会	崎山 弘 74
■ 第16回医療関係団体新年互礼会	長谷川奈津江 81
■ 令和4年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	縄田修吾 82
■ 令和4年度 第53回全国学校保健・学校医大会 沖中芳彦、河村一郎、長谷川奈津江、竹中博昭	86
■ 第164回山口県医師会生涯研修セミナー 田中 浩、清水良一、小林元壯、福田信二	106
■ 禁煙推進委員会だより「禁煙後の健康への効果について」	竹中博昭 119
■ 理事会報告（第18回、第19回、第20回、第21回）	120
■ 飄々「子育てを尊重できる社会」	岡山智亮 128
■ 閑話求題「5g」	鈴木克佳 129
■ お知らせ・ご案内	129
■ 日医 FAX ニュース	141
■ 編集後記	藤原 崇 142

顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



旭日小綬章

河村康明 先生（光市医師会）

令和4年4月29日

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



瑞宝小綬章

内山哲史 先生（下関市医師会）

令和4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

津田廣文 先生（徳山医師会）

令和4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

高田千弘 先生（宇部市医師会）

令和4年11月3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



厚生労働大臣表彰

猪熊 哲彦 先生（宇部市医師会）

令和4年3月25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

佐々木 明 先生（山口市医師会）

令和4年9月9日

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



厚生労働大臣表彰

藤野 俊夫 先生（下関市医師会）

令和4年9月9日

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

顕彰



厚生労働大臣表彰

矢賀 健 先生（山陽小野田医師会）
令和4年11月1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。



厚生労働大臣表彰

藤野 俊夫 先生（下関市医師会）
令和4年12月22日

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



日本医師会医学研究奨励賞

田村 功 先生（山口大学医師会）
令和4年11月1日

医学上将来性に富む研究の功績により受賞されました。

顕彰

文部科学大臣表彰

高橋寛彦 先生（山陽小野田医師会）

令和4年11月10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。

山口県選奨

河郷 忍 先生（玖珂医師会）

水津信之 先生（防府医師会）

令和4年11月18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）

岩国市医療センター医師会病院

令和4年10月21日

永年にわたり、救急医療体制の確立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

松本洋子 先生（下関市医師会）

米田 敬 先生（下関市医師会）

三井健史 先生（下関市医師会）

吉本賢良 先生（宇部市医師会）

令和4年11月17日

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

顕彰

山口県学校保健連合会表彰

(学校保健功労者)

竹内 憲 先生 (徳山医師会)

吉岡 達生 先生 (岩国市医師会)

伊藤 正博 先生 (山口市医師会)

三井 健史 先生 (下関市医師会)

宮尾 雅之 先生 (長門市医師会)

令和5年1月12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

杉山 真一 先生 (防府医師会)

令和4年7月1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)

石川 豊 先生 (下関市医師会)

令和4年3月25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。

今月の視点

医療機関の「運営」と「経営」について

理事 岡 紳爾

1 はじめに

行政から県立病院機構に移り、直接、病院経営に携わるようになり、頻りに数字と向き合っています。医療政策について若干の知識はあったものの、病院経営については、一から勉強することになり、これまで周囲の人に支えられながら試行錯誤を繰り返してきたところです（これからは医学部でもこうした講義が必要だと切に思う！）。

また、山口県の地域医療構想アドバイザーに任命していただき、県内のさまざまな病院のデータを見るにつけて、病院管理者として一定程度必要な知識があることを痛感するようになっていきます。

実際、現在の病院は、良い医療を提供（もちろん大前提です！）すれば黒字になると単純に言える状況ではありません。医療を提供するための「病院運営」と収支を黒字にする（あえて利益を出すとは言いません!!）ための「経営」は別であるとの思いは年々強くなっています。

アメリカの医学会では「No margin, No mission（利益なくして、果たせる使命なし）」という訓辞がありますが、日本では、ここまではいかないにしても、良い医療を提供するためには病院の経営を安定させていく必要があることは間違いありません。

そのためでしょうか、現在、多くの医療機関で医療コンサルが入っています。確かに一定の役割は果たしており、その有効性については否定するものではありませんが・・・。

ただ、多額の報酬が必要な場合があり、その能力も玉石混合であることから、逆にコンサルを見

極める目も必要となると、やはり一定の判断のための知識が求められることになります。

また、公立病院に限って言えば、総務省から「公立病院経営強化プラン」の策定を求められており、文字通り経営力の強化・安定化のためにどのように病院経営を進めていくのか、具体的な取り組みを考えていかなければならない状況にあります。そこで、この度は稚拙ではありますが、病院管理者として最低限必要な事項について記すこととし、皆さまのお役に立てれば幸いです。

2 記載に当たっての視点

繰り返しになりますが、以前は、患者に対して適切な医療を提供することのみに尽力していれば、換言すれば「病院運営」だけに注力していれば、結果的に一定の収益が出せる状況にありました。

もちろん、運営だけでも、医師・看護師の確保、労務・組織管理、診療報酬への対応など多くの知識と労力が必要です。

しかし、近年では基準に沿って定められたとおりに医療サービスを提供するといった「運営」に限定された視点のみでは、安定的に収益を生み出すということが厳しくなっており、特にこのごろは、将来にわたって継続的に収益力を確保する長期的・戦略的な「経営」の視点を持つという“意識の変革”が求められていると強く感じます。

こうしたことは、民間の病院管理者の方や診療所の先生方は、常日ごろから意識しておられることであり、いまさら・・・という感触を持たれるのは当然だと思います。今ごろ気が付くのは公立

病院に勤務している甘さ！とお叱りを受けるかもしれませんが、ご容赦いただきたいと思います。

さて、本稿で記載する内容ですが、個別の診療報酬改定項目や補助金の確保手段など、「病院経営」に直結する具体的な対策ではないものの、そこに至るまでに、病院管理者として最低限身に付けておいた方がよいと思われる事項について記してみたいと思います。

その上で、実際に具体的な対応策が必要と判断された場合のノウハウについては、病院の経営改善に関する成書が多く出ているので、そちらを参考としていただきたい。

3 圏域における自院の位置づけ

まず、平成26年6月に改正された医療法により策定されることとなった地域医療構想を確認していただきたい。多くの先生は圏域の調整会議の中で一度は聞かれたことがあると思います。

ここには、圏域の将来の医療需要を基にした、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）がどれくらい必要なかが記されています。

また、地域医療構想を検討する際の基礎資料として各病院が作成した「2025プラン」を確認していただくと、周辺の医療機関が、将来どういった医療機能を目指そうとしているのか、そのための病床数も含めて記載されており、その中での自院の将来の立ち位置が見えてくるはずですよ。

これまでも、医療計画においては、5疾病5事業（5疾病：がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患、5事業：救急・災害・へき地・周産期・小児、第8次計画からは新興感染症が加わり6事業となる）において、必要な機能とそれを担う医療機関名が記されており、「地域完結型医療」という名目で各医療機関の役割分担が明記されてはきましたが、病院の病床機能を規定するまでのものではありませんでした。

地域医療構想は、圏域における将来必要な機能ごとの病床数が示されていることから、自院の

病床機能を変更していく場合には、所属する圏域での合意が必要なことが一つの重要なポイントとなっています。

病院管理者としては、圏域の将来患者予測と他院の動向を考えると、周辺の医療機関と協調しながら、自分の病院の方向性をどのように選択していくのか熟慮せざるを得ないこととなります。

ここに地域の医療需要と病院機能、ひいては病院経営と結びつく要素があり、地域医療構想の内容を頭に入れておく必要があるわけです。

すなわち地域連携が叫ばれる中、自分の思いだけで病院の方向性を決めることが難しくなっているということです。

地域医療構想に関連して、ちょうど私が県庁に勤務していたころ、ある民間病院の理事長が何度も訪ねてこられたエピソードが頭に残っています。この理事長は病棟を改築再編する計画で、決まった病床数の中で、最も地域のニーズに合致し、かつ、最も経営効率の良い病床の割合（一般病床、医療療養病床、当時の介護療養病床）をさまざまなデータから探り悩まれておりました。今の私なら理事長のご苦勞がよく理解できます。

このように医療提供体制を取り巻く状況がどんどん変わる中で、地域の患者動向や国・県の方向性を把握することは大変重要であり、その意味で必ず地域医療構想を頭に入れておく必要があります。

是非、圏域における他院の「2025プラン」と自院のもつ病床の機能を比較し、今後の目指す方向性やその内容を確認しておいていただきたいと思います。

4 経営指標から見た位置づけ

自院の圏域での立ち位置を確認した後は、人間の身体で例えると、体力に相当する「病院の財務体質」、そしてこの1年間の健康状態に相当する「病院の経営成績」の見極めになります。

ここで財務諸表（貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書など）を見て判断していく能力が求められるわけですが、日ごろからなじみのない書類の数字をいきなり読めといわれて

も、頭がついていきません。

ただ、病院の財務体質については「貸借対照表」から、直近1年間の経営成績は「損益計算書」そして、いま、手元にある現金については「キャッシュフロー計算書」があり、それぞれ何を見るものかということくらいは知っておいていただきたいと思います。

そこで、着目してほしいのが、こうした財務諸表から算出される「経営指標（諸比率）」です。

そのなかでも、まず見てほしいのが、収益力の現状、すなわち収益性が確保されているかどうか！です。

① 医業収支比率 = 医業収益 / 医業費用

- ・ 医業活動の本体の収益性を示すもの

② 経常収支比率 = 経常収益（医業 + 医業外） / 経常費用（医業 + 医業外）

- ・ 臨時的なものを除き、医業収支に医業活動以外の収支を加えた病院事業全体の収益性を見るもの

医業収益が低い中での運営は論外となりますが、公立病院では、不採算医療に取り組むことへの代償として、自治体から運営費負担金という支援があります。ただ、これも自治体の財政能力と合わせて考えていく必要があります、無尽蔵ではない！ということをお踏まえておかなければなりません。

次に、収益力がおぼつかない状況だと、その原因を探ることになります。そこで着目するのが医療資源を有効に活用できているのか、費用に無駄がないかどうかです。

③ 病床利用率 = 1日平均入院患者数 / 稼働又は許可病床数

④ 人件費率 = 給与費 / 医業収益

⑤ 材料費率 = 材料費 / 医業収益

⑥ 患者の入院単価 = 入院収益 / 入院延患者数

地域医療構想の資料でも、一部のデータが示されており、例えば、病床利用率が低いと、そもそ

も収益を生み出す資源（病床）が有効に使われていないことになります。また、人件費や材料費の割合が高すぎるのも資金の効果的な活用の点で再検討の余地があります。

そして、最後に、資金調達を含めた財務体質が良好な状態にあるかどうか、安定しているかどうかです。

⑦ 自己資本比率 = 純資産 / 総資産（負債 + 純資産）

- ・ どれだけ借金に頼らず経営しているか

⑧ 流動比率 = 流動資産 / 流動負債

- ・ 1年間の短期支払い能力

ちなみに、全国地方独立行政法人の総会資料では、「成長性指標」として医業収支比率、経常収支比率、運営費負担金比率。「収益性指標」として入院単価、入院延べ患者数、病床利用率、平均在院日数、給与費率、材料費率などが記載されたものが配布されており、全国の独法関連医療機関と自院の状況が比較しやすいようになっています。要するに法人の理事長・病院長となった限りにおいてはこれくらいのことは理解しておくべき、ということなのです。

こうした視点から見ていくと自院の問題点や課題が見えてくると同時に、対策が分かってくるはずですので、そこからはコンサルなり成書により勉強していただきたいと思います。

また、こうしてデータの解釈については厚労省の「財務諸表の見方」にわかりやすく示されており、また、他院との比較については厚労省の「病院経営管理指標」に詳細が出ています。ここでは、黒字病院と赤字病院の指標の違いが記載してあるので、是非、自院のデータと比較してほしいと思います。

○ 病院経営管理指標

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kannri.html>

○厚労省 財務諸表の見方

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/2houkokusho_h24-02-04_3.pdf

5 おわりに

これまで「病院運営」であれば、一定レベルの事務スタッフがいれば対応できましたが、これからは「経営」にも精通したスタッフが必要であり、医師である病院管理者も一定レベルの知識が求められます。

当院には幸い極めて優秀なスタッフがいるため、私のようなレベルでもなんとか病院経営ができていたのは大変ありがたいことと感謝しています。

経営という視点で記してきましたが、もちろん病院において一番大きな影響を与えるのは診療報酬であり、この流れに沿った病院運営が必要なのは言うまでもありません。

さらに、働き方改革により医師の勤怠管理や女性医師が増えることによる勤務環境改善にも対応していかないとはいけません。

こうしたことに取り組みつつも、人の身体に例えると、「基礎体力」、「現在の健康状態」を知ることが、日常生活の基礎となるように、病院経営にとってもこの度記した内容が基本となることを、これから病院管理者になる医師は理解しておく必要があると痛感しています。

まずは、自院の2025プランを紐解いていただき、次いで各経営指標を計算した上で、健全な経営ができているかどうかを確認していただきたいと思います。

参考図書

- 1 金川佳弘. 地域医療をまもる自治体病院の経営分析. 自治体研究社. 2008
- 2 萩原正英, 田村健二, 加藤修之, 横山隆史(著), 池上直己(監修). 病院経営のための財務会計・管理会計—経営改革に役立つ基礎知識. じほう. 2011
- 3 石井孝宜, 西田大介(著). 病院のための経営分析入門 第2版. じほう. 2016
- 4 小松本悟. いまさら聞けない病院経営. 産労総合研究所出版部 経営書院. 2019

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

ポータルアプリ



ダウンロードは
コチラから





この世界で、この街で、このじぶん。

YMfg

山口銀行

お問合せはヘルプデスクへ

0120-307-969

■受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00

令和4年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」

と き 令和4年11月23日(水・祝) 13:00～15:10

ところ 日本医師会及び中国四国各県医師会(Web会議)

担当県 広島県医師会

[報告: 常任理事 縄田 修吾]

今年度も感染症蔓延予防のため、オンライン会議システムを利用した参加となった。今年度は「Ⅰ.患者トラブル等への対応」のメインテーマで意見交換が行われ、その後、「Ⅱ.各県からの提出議題」と「Ⅲ.日医への要望」の3本立てで開催された。

日本医師会より今村英仁 常任理事をコメンテーターとして呼び出し、広島県医師会の司会進行のもと開催された。

最初に、中国四国医師会連合委員長の松村会長より、今回の研修会の趣旨と、活発な議論により、日本一安全な医療現場を目指した中国四国医師会連合の研究会となる旨のご挨拶をいただいた。

引き続き、今村日医常任理事より日ごろの業務運営に対するお礼とともに、以下のとおり日本医師会の取り組み状況の報告がなされた。

最近の患者及び医療従事者の安全・生命が脅かされる衝撃的な事件が相次いだことを受け、日本医師会では事件を防ぐために、「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」を令和4年1月に設置し、すべての医療従事者の安全のため、警察や厚生労働省とともに検討を重ねた。

都道府県医師会に対して、医療現場の安全確保対策をめぐる取り組み状況についてアンケート調査を実施し、具体的に取り組むべき6つの対策案として、

- ・危険察知力の醸成
→研修会の実施、対策マニュアル、事例集作成
- ・応招義務の正しい理解
→令和元年12月の医政局長の通知「患者と著しい信頼関係がない場合、緊急を除いては拒む

- こと可」の再周知
- ・相談窓口の構築
- ・警察との連携構築
→SOSの迅速対応
- ・各医療機関における防犯対策
→防犯用品設置、民間警備会社との通報システムの構築
- ・地域における危険情報を共有するネットワークの構築
→地域における危険なインシデントの共有

検討委員会では、医療従事者に現実に危険が差し迫った状況下では、警察による緊急の対応が必要なことから、日ごろから警察との円滑な意思疎通が重要であるとの意見が強く主張され、これを受けて各都道府県医師会と警察との間での緊密な関係構築に協力を求める内容を警察庁長官に送った。また、今後の取り組みとしては、担当理事連絡協議会の開催を企画している。

Ⅰ.意見交換

「患者トラブル等への対応について」

意見交換のために広島県医師会から指定された議題は、下記の1～4のとおり。

1.医事紛争事案(執拗なクレーム・トラブル事例)に対する取組

山口県では、会員医療機関において患者側との紛争事案が発生すれば、郡市医師会を通して報告していただき、医事案件調査専門委員会で審議し顧問弁護士対応としている。悪質なクレームも上記と同様の流れではあるが、初期対応として、会員医療機関の判断で警察への相談、又は当会顧問弁護士が直接対応の上、助言している。

他県では、当会と同様に、専門の委員会の協議をもって弁護士対応にするところもあれば、威力業務妨害と判断して弁護士対応で解決した事案を経験したところや、普通では考えられないような理不尽な理由（嫌がらせの部類）で医療機関を訴えて訴訟係属しているところもある。そのほか、警察OBに守衛をしてもらう対応、県の医療安全支援センターの相談窓口の対応もあるが、基本的には執拗なクレマーに関しては顧問弁護士が介入するところが多い。また、医療側としては当たり前前の事であっても、患者側にはそれが全く伝わらないことからくる食い違いが問題であり、その点が危機管理の要諦との意見もあった。

日医の今村常任理事より、「危機察知能力を高めることについては、過日開催された都道府県医師会会長会議でも具体的対応が話題になり、医師会が積極的に動くという意見と、危険なのでそうすべきでなく、早い時点で警察の介入がよいという意見などがあり、もう少し議論を重ねて、今後の具体策の在り方を検討していく」とのご意見をいただいた。

2. 医療従事者等を暴力から守る方策について

当会は約10年前に山口県警と県医師会の連名で「暴力・暴言禁止」のポスターを作成し、会員へ配付した。とはいえ、自分の身は自分で守る時代を考えると、また、急に暴力が行われることを考えると、医療従事者には正当防衛の成立条件等の知識も必要と考える。なお、令和4年6月の日本医師会長による警察庁長官への支援依頼に関しては、当会を含む県下郡市医師会と地元警察署とで面談をすることになり、必要に応じて警察の支援を受ける方向となっている。

他県では、院内への警察OBの常駐や最寄りの交番とのホットライン(ボタンを押すだけで接続)を設置している医療機関もある。医療側と患者側の認識のずれも考えられるため、市民公開講座や学校の授業、メディア、作成したパンフレットを使って真摯な医療を行っていることを啓蒙することで、患者の医療者への協力の理解を図るべきとの意見もある。万が一、危険な場合には、警察との素早い連携が必要である。

意見交換では、出席弁護士より、正当防衛の議論は、以前は受け入れられない状態にあったが、近年は法曹業界でも議論が始まっているので同感していること、真剣に考えないといけないし、実際に「さすまた」をつかって対応しているという事例もあった。一方、覚せい剤常習の妄想状態の患者に刺されて即死という事件もあったので、超緊急の暴力に対しては「逃げよ」という意見もあった。今村日医常任理事より、「正当防衛の議論、現場の対策案は、日医としても意見として承っておく」とのことであった。

3. 医事紛争防止に向けた個別の取組、また、医療機関への紛争予防への注意喚起をどのように行っているか

当会では冊子「医療事故を起こさないために」を会員へ配付している。紛争に至らない医療側としての最小限の心得として、信頼を得るための「身だしなみやあいさつ」、診療内容を理解してもらうための患者との慎重なコミュニケーション、そして診療録等の記録は正確に行うこと等、紛争を防止する基本的な事項を記している。

他県では、医療安全や紛争に関する研修会を開催するところが多い。医師会報のコーナーに県内で起きた紛争事例等を個人が特定されないように掲載し、対応方法や注意すべき点等について、注意喚起を行うところもある。

4. 医師賠償責任保険の勧奨・広報について

当会では新入会員のための研修会を行っており、その中で医師賠償責任保険の加入の必要性を解説している。また、冊子「医療事故を起こさないために」にも触れている。個別に問い合わせをいただいた会員へは、日本医師会の医賠償保険では免責額があること及び施設賠償までカバーしていない点を説明し、それを補完すべく「契約している損保会社の医賠償保険」への加入を勧めている。

他県では、医師会員が集まる研修会での日医の医師賠償責任保険への加入勧奨や、医学部学生や研修医へのオリエンテーションを利用しての加入勧奨を行っているところもある。研修医になると、

所属する学会が取り扱っている医師賠償保険を契約するケースも多いので、その前に医師会が何かできないかとの意見もあった。

II . 各県からの提出議題

1. 入浴中の死亡について<岡山県>

入浴中の死亡において、病死と事故死との判断はどのように考えればよいのか。口や鼻が水没していなければ病死、水没していれば事故死としてよいのか。きちんとAiで確認すべきか。

山口県の回答

入浴中の死亡(溺没)の原因(メカニズム)としては、①高体温(熱中症)の関与による意識障害、②入浴時の血圧変動(特に冬季)による一過性脳虚血発作、③低血圧による神経調節性失神、④不整脈の発現があるとされている。浴室で転倒して頭部に致命傷を負ったようなケースもあろう。

死因としては、溺水のほか、虚血性心疾患、急性心機能不全、脳・くも膜下出血や脳梗塞、心不全、肝硬変症、薬物・アルコール中毒等があるとされている。ただし、溺水でよく見られる、気管・気管支内の液体貯留・泡沫や肺水腫の所見があっても、必ずしも不慮の事故(外因死)というわけではなく、冠状動脈硬化症・心筋虚血巣や心肥大の所見があることから、病死と判断されることもある。

全体的な傾向として、検案のみの診断では病死(特に虚血性心疾患)の割合が非常に高く(平成8年から12年まで東京監察医病院で扱った例で、病死91.7%、外因死8.3%)、行政解剖まで行われると病死の割合が低くなる(同例で病死60.7%、外因死35%)といわれている。

しかし、①入浴中に死亡するのは高齢者が多く、冠状動脈硬化症や心肥大等の慢性器質的病変が見られる場合もかなりあるが、これら病変の存在を直ちに死因として病死として良いか、入浴中の急性変化の影響を考慮して事故死とすべきか難しい、②脳・くも膜下出血等の急性期質的病変も、慢性器質的病変と同様に病死とされる傾向にあるが、この判定も難しいという問題があり、診断する医師によっても傾向の違いがあるのではないかと指摘されている。

弁護士としての観点からは、死因の判断をした医師の責任を問うというよりも、死亡者が傷害保険を契約していた場合に、遺族からの死亡保険金請求に対し、保険会社が、当該死亡は疾病によるものとして事故の「外来性」の要件を欠く、又は、約款で定めている「疾病による」死亡や傷害は支払免責事由に該当するとして、支払を拒絶するケースがある(例:当社は、次のいずれかに該当する事由によって発生した傷害に対しては、保険金を支払いません。「被保険者の脳疾患、疾病または心神喪失」。ただし、最近では、そもそも「入浴中の溺水」自体による死亡、傷害を免責事由としている約款も出ている)。これが紛争となった場合には、医師による死因の判断内容が問題とされ、照会を受けることが考えられる。

以上も踏まえ、議題に対する回答としては、「口や鼻が水没していなければ病死、水没していれば事故死」というように、死後の状況だけで死因は簡単にはわからないといえる。溺死でも浴槽の栓から徐々に湯が抜けて口や鼻がお湯に浸からない状態になることや、口や鼻がお湯の中に入っているだけでも心臓死の可能性はある。

既往症の考察も重要であるが、それまで当該患者の診療をしていない医療機関では限界もあろう。

死因の判断をされる際には、客観的データをできる限り収集、記録しておくこと(争いになった場合に、かかりつけの医療機関の医療記録とともに、最終的な死因の判断をする資料にするため)、また、遺族の意向等次第にはなるが、簡易な診断(検案)に止まらず、Aiや解剖を実施することも検討されるべきではないかと考える。

ただし、Aiを施行しても肺水腫による死亡を溺死と読み間違えることもありえる。また、Aiの実施については、各県内で実施可能な医療機関がどの程度あるか、実際に死体取扱件数に対しどの程度の割合で実施できる体制であるかにもよるといえる。

他県の回答

原則的には、入浴中だけでなく溺水事例は警察

との協働で解剖とAiを含めた死体検案が不可欠である。各県にある死因究明等連絡協議会において警察との連携を深め、協議しておく必要がある。

日医のコメント

統計では年2万人くらいが入浴死（事故、ヒートショックなど含む）と言われているが、医療管理中の入浴事故であれば、解剖だけでは判断が難しいので、可能な限りAiをしてもらいたい。

その他

医療施設における入浴事故は、医師賠償なのか施設賠償なのかという議論もなされた。この点について、日医医賠責対策課長より、その判断は医療行為の有無によるが、原因不明であっては判断が難しいということであった。しかしながら、「医療側の管理下のもとの入浴かどうか」は重要であり、管理者責任を問われた際には医師賠償の対象になるため、判断が難しい場合は、医師会への相談が望ましい。

2. 緊急手術の際のコロナ感染確認について

<岡山県>

日本全国でコロナウイルスの感染が拡大している。大動脈瘤解離など一分一秒を争う場合、きちんとコロナ感染の有無を確認してから緊急手術すべきか、それとも3回の予防接種を完了していればコロナ感染の有無を確認せず緊急手術しても構わないか。

山口県の回答

救急患者（大動脈瘤解離など）の緊急対応の場合、PCR検査の結果を待てない時には最初からfull PPEでN95マスクを装着するなど、コロナ感染対策をしっかりと取りつつ、救命のために迅速かつ適切に緊急手術をすることになる。

他県の回答

ほとんどの県医師会が、陽性者であってもPPEを着用して感染対策をするべきと考えている。

日医のコメント

有事における緊急手術のあり方であるが、感染か否かの検査をしたうえでの手術が望ましいが、急なものはfull PPE等で対応するのがよい。

3. 診療録がない患者（保存義務期間を超えて破棄）における医事紛争の対応<山口県>

診療録の保存義務は5年と定められている。その完結の日から5年を経過する前に廃棄することは認められていない。また、日本医師会の「医師の職業倫理指針」（改訂版）では、先進諸国で記録の保存期間を長期化する傾向があり、法律の定めにかかわらず、最小限10年間保存することが望ましいとあり、さらに平成28年の第3版では、電子媒体化に伴い永久保存とするべきであると記載されている。

最終診療後、5年～10年経過し診療録を廃棄したのちに、当時の診療内容を振り返って紛争になるケースも見受けられる。この場合、当時の医療行為に関係した他機関（紹介先など）との情報を頼りに審議をすすめていくこともあるが、主たる診療のエビデンスがない状態では、推測の上での審議となると考える。

他県で同様の事例があるかどうか、ある場合はその経過や対応を伺いたい。

他県の回答

このような事例を経験した県医師会は少ないが、診療録の記載内容は医師の保身にも関係するので、できる限り長期保存、永久保存が望ましいという意見が多い。保存期間経過後であれば、原則として、診療録のないことをもって医師を不利に扱うことはできないと考える。

一方、永久保存することは、のちに訴訟が起きたときに対応しなければならない、つまり、ルールに則った保管期間を過ぎている為、診療録はないと対応できる、という考えも可能だとの意見もあった。

日医のコメント

どこを起点としての5年保管なのかは明示されていないが、日医としては「完結した時を起点」

と考え、永久保存を勧める。日医の審議（附託）は、診療行為のエビデンスをもとに方針を出すため、保存義務期間を超えた診療情報がない場合は、有責無責の判定は難しいので、経過を見るという保留判断とするケースもある。電子カルテの普及もあるため、なるべく永久保存がよい。

Ⅲ. 日本医師会への要望・提言

ネットへの悪質な書き込みへの対処について

<岡山県>

最近では SNS が普及し、医療機関が知らないところで自院の悪評が流されていることがある。これは腹いせのこともあるし、SNS で見た内容を確認しないまま面白がって追従拡散していることもある。最悪の場合、炎上と呼ばれる状態になる。こうした事案に対し、しっかりと対処法を周知広報していただけると助かる。

日医のコメント

ネット上の悪評を発見した際は、その画面をスクリーンショットなどして画像として残しておく（エビデンス）、必要に応じて弁護士に相談すべきである。しかし、SNS への悪評に対して、安易に反論すると、逆に好ましくない方向に進むこともあるので、注意が必要である。

総括

今村日医常任理事より「患者のクレームや暴力に対しては、これが正解というものはない。まずは医師として患者の声をしっかり聴き、誠意をもって対応する姿勢だけは、しっかりと堅持した上で考えていくべきと思う。皆様のご協力・アドバイ스가大事なので、引き続き、よろしくお願したい」と総括をいただいた。

閉会

広島県医師会の玉木副会長より、「医療は患者との信頼関係の中で成り立つが、トラブルは、双方の意識のずれから生じるものであることは大きな問題で、医療側の意識が当然ということが通用しないのだろうと思う。医事法制のなかで、医療側への暴力の対応は考えないといけませんが、われわれの使命は安心して医療提供ができる体制を作ることである」とのご挨拶をいただき、研究会は終了した。

多くの先生方にご加入頂いております！


詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

**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

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551

引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-231-3580



損保ジャパン

山口県緩和ケア研修会

と き 令和4年12月18日(日) 9:30~17:30
と ころ 山口県総合保健会館2階「第一研修室」

[報告:理事 岡 紳爾]

本研修会は県からの委託事業であり、平成20年度から毎年開催していたが、ここ数年は新型コロナウイルス感染症の影響により開催がかなわず、今回は令和元年度以来、コロナ禍初の開催となった。本研修会は6時間以上の長丁場であるが、その分充実した内容となっているため、先生方の今後の診療に活かしていただきたい。

今回は県内医師16名のほかに、山口県看護協会及び山口県訪問看護ステーション協議会より推薦いただいた看護師5名を含む、計21名の医療従事者の皆様にご参加いただいた。ファシリテーターによる講演の聴講だけでなく、グループ演習やロールプレイも実施し、所属や専門にかかわらず、活発な意見交換も見られた。

新型コロナウイルスによる感染状況が不安であったが、当日開始前には全員が検温や抗原検査を行い、陰性を確認したうえで研修会を開催したことで、なんとか無事に終了できたと考える。皆様のご協力に感謝いたします。

最後に…ここまで継続して開催することができているのも、すえなが内科在宅診療所の末永和之先生をはじめ、ファシリテーターの先生方に企画

及び運営いただいているお陰です。この場を借りてお礼申し上げます。

また、末永先生におかれましては、今回をもって企画責任者を退任されることとなりました。末永先生、長い間ありがとうございました。引き続き、研修会の運営にご支援のほどよろしく願いいたします。そして後任として、来年度からは山口大学医学部附属病院緩和ケアセンターの山縣裕史先生にご就任いただきます。山縣先生、これからどうぞよろしくお願い申し上げます。

○ファシリテーター 研修会企画責任者

末永 和之(すえなが内科在宅診療所)

研修会協力者

立石 彰男(宇部協立病院)

松原 敏郎(山口大学 高次脳機能病態学講座)

中村久美子(山口県立総合医療センター)

篠原 正博(しのはらクリニック)

亀井 治人(山口宇部医療センター)

山縣 裕史(山口大学医学部附属病院
緩和ケアセンター)



令和4年度山口県医師会予防接種医研修会 「医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止」

と き 令和4年12月4日(日) 14:10～15:10

ところ 山口県医師会6階 会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

[講演及び報告：崎山小児科(東京都府中市) 崎山 弘]

図1は平成30年度の予防接種に関する間違いについての資料である。ワクチンの種類を間違えた、対象者を誤認した、不必要な接種を行った、接種間隔や接種量を間違えた、期限切れのワクチンを接種したなど、さまざまな接種事故の報告がある。これらの事故を防止するためによく言われる手段として、事故やヒヤリハットを共有しよう、確認しよう、ダブルチェックしよう、チェックリストを使おうという方法が示されることが多いようである。実際にそのような対応を行っている医療機関も数多くあると思われるが、その効果には限界があるようである。

例えば、「事故を教訓としてスタッフ全員で共有して、同じ事故を防ぐ」という方法だが、共有すると言っても、ただ覚えているだけでは、どの

ように事故を防ぐかという具体策に欠けるだけでなく、共有すべき事故やヒヤリハットばかりが増えていくだけで、覚えるにも限界がある。いずれ教訓としての印象は薄くなると思われる。「確認する」という対応は、少しは具体的な方法に思えるが、確認するという表現は、単なる掛け声であり行動変容を伴わない。結局は以前と同じことを繰り返すことになるので、いつかは同じミスが生じることと思う。ダブルチェックは、自分以外の他人の手を借りることになるので、その人の作業を中断させる、仕事を増やすなど、別のミスを招くリスクがある。チェックリストは一日の接種回数がおおよそ10回未満である医療機関なら、規則や手順を守るために効果的である。しかし、短時間に頻回に繰り返す操作には煩雑な作業を強い

平成30年度予防接種事故報告			
予防接種に関する間違いについて			
平成30年4月1日から平成31年3月31日までに発生した間違いについて 取りまとめた結果は以下のとおり <small>【参考：平成30年度定期接種延べ接種回数 45,465,861回】</small>			
間違いの態様	件数	全体割合	10万回あたりの率
1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2を除く)	177	2.65%	0.39
2. 対象者を誤認して接種してしまった。	75	1.12%	0.16
3. 不必要な接種を行ってしまった。(ただし任意接種だとしても、医学的に妥当な説明と同意に基づくものであれば含めない)	1,078	16.15%	2.37
4. 接種間隔を間違えてしまった。	3,759	56.32%	8.27
5. 接種量を間違えてしまった。	143	2.14%	0.31
6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	7	0.10%	0.02
7. 接種器具の扱いが適切でなかった。(8を除く)	26	0.39%	0.06
8. 既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切でない取り扱いのうち、血液感染を起こしうるもの。	10	0.15%	0.02
9. 期限の切れたワクチンを使用してしまった。	112	1.68%	0.25
10. 不適切な保管をされていたワクチンを使用してしまった。	15	0.22%	0.03
11. その他(対象年齢外の接種、溶解液のみの接種など)	1,272	19.06%	2.80
合計	6,674	100%	14.68

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000692196.pdf>

図1 第41回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 資料4

ることになるのでチェックリストは不向きである。それぞれの医療機関でワクチンの接種回数、スタッフの人数、建物の構造などの事情が異なることから、唯一絶対の方法はあり得ないが、予防接種の間違い防止に有効な考え方が2つある。その一つ目は私たち医療関係者が慣れ親しんでいる疾病予防の基本的な考え方である一次予防、二次予防、三次予防の概念である(図2)。

ワクチンを受けて麻疹にかからないようにする、食生活を節制して糖尿病にならないようにする、病気の発生そのものを防ぐ、これが一次予防である。予防接種の事故も同様に、事故が発生しないようにする、この一次予防がまず大切である。二次予防は医療で言えば、早期発見、早期治療である。がんという病気はすでに体の中で始まってしまっているけれど、がん検診を受けて早期がんの状況で見つけて症状が出ないうちに、悪化しないうちに治療を行うものである。予防接種の手順の中で言うならば、すでに生じてしまったミスを見つけ出して被害が出る前に修正して、適切な手順に戻すという方法である。三次予防は医療で言えばリハビリテーションである。事故と被害はすでに発生してしまったが、その被害からの回復を図り、被害を最小限に抑えようというものである。予防接種の事故では、事故後の謝罪、事故に至った経緯と今後の対応の説明、損失に対する補償などが相当する。

この一次予防、二次予防、三次予防は介入する目的と時期についてはわかりやすいが、実際のどの

ように予防するのかという点では、あまり有益な情報を示していない。それに対して、広く一般社会で活用されているリスクマネジメントの考え方は、どのような介入をするべきかをもう少し具体的に示してくれる。

ここで言うリスクマネジメントとは「日本産業規格 JIS Q31000」で明確に定義されているものを示す。実はこの JIS 規格は、国際規格 ISO 31000 を日本語訳したもので、医療だけでなく、農林水産業、鉱工業、金融業などの商業すべてに共通するものである。ここでは、予防接種事故などの医療安全におけるリスク対応について概略を示す。

一般的なリスク対応には、図3に示すように7つの選択肢があるが、予防接種事故など医療事故が発生するリスクに対してはどの選択肢が適切かを考えてみる。リスクを生じさせる活動をしないこととは、予防接種という医療行為そのものを中止して予防接種に関する事故が生じないようにするという選択肢であり、この選択肢は採用できない。次のリスクを取る、又は増加させるとはハイリスクハイリターンを求める行動である。医療安全の分野では、事故の発生も厭わず積極的に接種を行おうという対応には無理があるから、これも採用できない。結果を変えるという選択肢は事故が発生したとしても、その結果を変えるような対応をするということで、例えていうなら、車に乗るときにシートベルトを締める対応をするということである。つまり車で事故が起きたとしても死

疾病予防の基本と予防接種の事故予防

- ・ 一次予防
発生防止策：疾病予防に相当
事故の発生を防ぐ
- ・ 二次予防
拡大抑制策：早期発見早期治療に相当
発生した事故による被害を防ぐ
- ・ 三次予防
影響緩和策：リハビリに相当
被害の拡大を抑え復旧を図る

図2 一次予防、二次予防、三次予防

リスクマネジメント-原則及び指針
日本産業規格 JIS Q31000 : 2010 (ISO 31000 : 2009)
「6.5.2 リスク対応の選択肢の選定」

リスク対応

- ・ リスクを生じさせる活動を開始又は継続しないと決定することによってリスクを回避する。
- ・ ある機会を追求するために、リスクを取る又は増加させる。
- ・ リスク源を除去する。
- ・ 起こりやすさを変える。
- ・ 結果を変える。
- ・ (例えば、契約、保険購入によって) リスクを共有する。
- ・ 情報に基づいた意思決定によってリスクを保有する。

図3 リスクマネジメントにおける
リスク対応の選択肢

亡事故を減らすことができる、リスクの軽減が図れるという選択肢である。これは事故の発生を前提とする選択肢であるから採用できない。リスクの共有も同様に、たとえば保険に入って金銭的なリスクを共有して事故発生の負担を減らすという選択肢であるから、事故の発生が前提となっており、やはり使えない選択肢である。7つ目は、このままリスクを保有する、総合的な判断として何も変化を加えず事故の発生を容認するという選択肢であるから、これも採用できない。結論として、リスクマネジメントの観点から私たち医療関係者が予防接種事故などの医療事故を防ごうとすると、リスク対応として使える選択肢は「リスク源を除去すること」と「リスクの起こりやすさを変える」、つまり事故が起こる確率を減らす努力をする、の2つだけとなる。

ここまでをまとめると、各医療機関では事故を防止するために個々の医療機関の現状に合わせて事故に至るリスク源を除去する手順、あるいは事故の発生頻度を減らす手順を決めて、それを遵守することが求められる。では、「事故が発生しないように、事故の原因やリスク因子を排除した手順を作成して、職員全員がその手順を理解し、共有し、着実にその手順を遂行する」という方法を使って、期限切れのワクチン接種事故を予防する手段について考えてみる。

まず、予防接種を実施する流れを再確認してみる。ワクチンはそれぞれの医療機関に卸業者を通して納品される。被接種者が予約して、あるいは直接来院して、受付をして、ワクチンの準備に取り掛かる。医師が予診をして接種をすることを決める。そして、ワクチンを接種する行為があり、ワクチンは被接種者の身体に入ることになる。この全経路を通して、期限切れワクチン接種のリスク源である期限切れワクチンそのものが登場しない手順を定めることができるならば、期限切れのワクチンを接種する事故は起こりえないということになる。ちなみに、接種する直前にワクチンのラベルなどに書かれている有効期限を確認して期限切れのワクチンを接種することを防ぐという方法では、患者さんの目の前に期限切れのワクチンが用意されることを容認しているという点で、一

次予防ではなく二次予防であり、事故予防の効果として危うい方法である。期限切れワクチンの存在そのものがリスク源であるから、できることなら接種直前に期限切れワクチンが用意されることを防ぐやりの方が効果的である。

図4に示した5つの手順で期限切れワクチンの接種を防ぐことができる。まず、それぞれの医療機関で、現在保有しているワクチンをすべて確認して、有効期限が最も短いものを見つける。冷蔵庫からHibワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンなど、一種類ずつワクチンを取り出して、その箱に記載されている最終有効年月日、つまり使用期限を調べる。

次に、手順①で見つけ出した、最終有効年月日が最も現時点に近いワクチン名、ロット番号、有効期限をカードに記載して、ワクチン保管用冷蔵庫に掲示する。例えば、2022年12月4日時点のカードに「破傷風 183 2023.2.20」と記載されているならば、この時点で、この冷蔵庫に入っているワクチンの中で最も有効期限が短いものはロット番号183番の破傷風トキソイドであり、この時点の冷蔵庫からどのワクチンを取り出しても、2023年2月20日までは期限切れのワクチンが出てくることはあり得ないということがわかる。そして、手順③だが、予防接種担当の看護師など、あらかじめ誰が確認するかを決めておいて毎朝、カードに記載されている日付が今日でないことを確認する。これだけで今日一日は期限切れワクチンの事故は起きない。そして、ワクチン

有効期限切れワクチンの接種を防止する手順

- ①現在保有しているワクチンをすべて確認して、有効期限が最も短いものを見つける。
- ②そのワクチン名、ロット番号、有効期限をカードに記載して、ワクチンを保管用冷蔵庫に掲示する。
- ③毎朝、カードに記載されている日付が今日でないことを確認する。
- ④新たに納品されたワクチンの有効期限がカード記載の日付より後であることを確認する。もしも、納品されたワクチンの期限が短いようであれば、①に戻りカードを書き換える。
- ⑤カードに書かれた日付に①の作業に戻る。その際に該当するワクチンが残っていれば確実に廃棄する。

図4 期限切れワクチン接種防止の5つの手順

が卸売業者から新たに納品されたときに、冷蔵庫に入れる前にワクチンの有効期限がカード記載の日付より後であることを確認する。もしも納品されたワクチンの期限が短いようであれば、①に戻りカードを書き換えるが、実際にそのようなことはほとんどない。有効期限まであとわずかというワクチンが納品されることは実務では稀なことである。そして、カードに書かれた日付になったら、冷蔵庫に残っている対象となるワクチンを確実に廃棄するとともに、①の作業に戻る。この①から⑤の手順を実行できれば、期限切れワクチン接種を確実に防ぐことができる。

こんな面倒なことをしなくても、一日あたりの接種回数が十分に多く、ワクチンの回転が速いから、使用期限が切れる前に確実にワクチンを使い切ってしまうので、ご自身の医療機関では期限切れ接種事故は起こらないと考えている方もおられるかと思う。確かに、コンビニのおにぎりやサンドイッチのように、商品の回転が速く、先に入荷した商品を先に売る「先入れ先出し」を徹底していれば、賞味期限切れの商品を売ることもないし、賞味期限切れで商品を廃棄することもない、つまり期限切れの事故は起きないと思うかもしれない。しかし、この先入れ先出しは、期限切れ商品の廃棄ロスを防ぐための必要条件ではあるが、期限切れ商品販売防止の十分条件ではない。これだけでは確実な予防はできないということである。先入れ先出しの商品管理を徹底しているコンビニのおにぎりやサンドイッチであっても、商品の配列位置を間違えたり、そもそも売れ残ってしまった商品があったりすると、期限切れ商品の販売や商品廃棄のリスクが発生する。先入り先出しの徹底だけでは、いつかは事故が起こるかもしれない。有効期限切れワクチン接種事故を予防するために、今回、5つの手順を新たに作成したが、日々行う手順はカードに提示された日付が今日ではないことを確認することと、納品されたワクチンの有効期限がカードに提示された日付より後であることを確認することの2つだけである。これは、それほど負担のかかる仕事量ではない。そして、接種前に有効期限を確認するという手順を省略することができる。こちらはワクチンの回数分ある

仕事なので、期限切れワクチン接種の防止策としては、むしろ大幅に手順は削減されることになった。ぜひ、この5つの手順を期限切れワクチンの接種事故防止方法としてご活用いただきたい。

実際に生じている予防接種事故としては最も頻度の大きい、接種間隔の間違いへの対応について、リスクマネジメントの観点から間違い防止策を検討してみる。現在、予防接種の間隔についての規定は、注射生ワクチンどうしの間隔を27日以上あけること、複数回接種を行うワクチンの場合、その同種ワクチンとの規定の間隔を遵守することの2つだけである。リスクマネジメントの観点から私たち医療関係者が予防接種事故などの医療事故を防ごうとするとすると、リスク対応として使える選択肢は、リスク源を除去することと、リスクの起こりやすさを変える、つまり事故が起こる確率を減らす努力をするの2つだけである。まず、推奨されるべき方法は、リスク源を除去して事故が起きないようにする一次予防である。

先ほどの期限切れワクチン接種の防止の際は、「期限切れのワクチン」がリスク源であり、その期限切れのワクチンが存在しない手順を作成した。接種間隔間違い接種の防止では「接種間隔を間違えてすでに来院してしまった子ども」をリスク源として考えてみる。接種間隔が正しくない対象者が来院できない、あるいは来院しても受付ができないようにする手順が作成できれば接種間隔の間違いが起きえないという一次予防になる。

接種間隔を自動判定する能力がある予防接種スケジュール管理アプリ（以下、「アプリ」と略す）の活用は、この一次予防の方法の一つである。電子カルテや予約システムにアプリがあらかじめ組み込まれているものもあり、そのようなシステムでは接種間隔を間違った予約入力を受け付けない設定となっているため、これは接種間隔間違いの一次予防として大変有効であり、すでに導入されている医療機関も増えているようである。アプリが組み込まれていない予約システムを使っている医療機関、あるいは予約を電話で受ける医療機関、予約外の受付も認めている医療機関であっても、市町村が提供するアプリや「NPO法人VPDを知って子どもを守ろうの会」が提供しているア

アプリを利用して、あらかじめ保護者に適正な接種間隔を確認させることが可能になる。これらのアプリは、うまく機能すれば間違った接種間隔での来院がなくなるわけだが、利用している保護者が入力を誤ったり、兄弟を思い違いして連れて来る場合もある。保護者が間違った入力をしたということが、接種間隔過誤の事故の言い訳にはできない。よって、アプリは有効な一次予防の手段ではあるが、特に保護者が入力作業を行っている場合は、各医療機関を受診した際に接種間隔について確認する手順を省略することはできない。アプリが使えない場合、あるいは使っていたとしても誤入力の可能性があることを想定して、もう一つ別の接種間隔過誤防止策として、「起こりやすさを変える」方法で接種間隔の誤りに対応する手段を考えてみる。

現在、接種間隔についての規定は注射生ワクチンどうしの接種間隔を27日あけることと、HibワクチンやB型肝炎ワクチンなどのように複数回接種を行うワクチンで、同種ワクチンと規定の接種間隔をあけることである。これらの接種間隔を接種ごとに確認することになるのだが確認対象が曖昧なもの、わかりにくいものであると確認の妨げとなり、間違いのリスクが生じる。その曖昧さが排除できれば、リスク対応の選択肢、事故の「起こりやすさを変える」方法として接種間隔の間違いを防ぐ手順に応用できる。接種間隔の規定として確認の対象となる間隔は図5に示したもののだけである。これを実際の接種に際して、カレンダーを見ながら合っているかどうかを頭の中

で判断するのは、それなりに煩雑な作業である。

図6は当院の受付の写真であるが、居酒屋さんの今日のお勧めメニューのように、ホワイトボードに今日の日付と、今日から1週間前、2週間前、4週間前、20週間前、2か月前、7か月前の日付が書いている。接種間隔についての情報の曖昧さはこれで少し克服できた。その分だけ接種間隔の間違いを減らすことができる。

接種を行うごとにカレンダーを見て4週間前は何月何日と確認するよりもミスは少なくなると思われる。簡単な方法なので、お勧めする。

「対象者を誤認した接種」もよくある間違いの一つだが、接種対象者を誤認するもので多いのは兄に準備したものを弟に接種したなどの兄弟間での間違いである。この場合、兄弟として一緒に入室することがリスク源であると考えて、まずはリスク源の除去、つまり兄弟とは扱わずに一人ひとり別々に入室させて名前を確認すればよいのだが、実際には一人の母親が二人以上の子どもを連れて来る場面が多いので、結局、一緒に診察室に入ることを容認することになる。そうなるとリスク源は除去できない。その際にリスク源が存在を明示する工夫をして間違いを防ぐ、これは危ないよと注意喚起をして事故が生じる確率を減らすという方法がある。当院では、通常は予防接種の予防診票と母子健康手帳を無色透明なクリアファイルに挟んで、診察机の上に置く。もし、兄弟で来院された人がいたら、赤や青などの色付きのクリアファイルに挟む決まりになっている。この色付きのクリアファイルがあった場合は、接種直前に被

1、注射生ワクチンの接種	
同じ曜日の4週間前	
2、複数回接種を行うワクチン接種	
同じ曜日の2週間前	コロナワクチン
同じ曜日の3週間前	四種混合
2か月(60日)前	PCV、ガーダシル
3か月前	水痘ワクチン
20週(139日)前	B型肝炎ワクチン
6か月前	HPVワクチン
7か月前	Hibワクチン

図5 接種間隔として規定されている日数、週数、月数

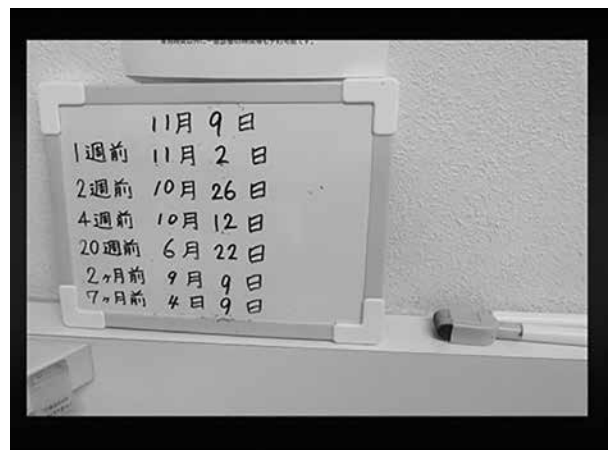


図6 接種間隔確認ボード(受付脇)

接種者の氏名、年齢を再度確認することになっている。接種対象者を取り違える確率は、この手順で確認が徹底される分だけ小さくなる。

次に、溶解液のみ接種してしまったという間違いの防止策について考えてみる。日本脳炎ワクチンのように、溶解液でワクチンを溶かす作業があるワクチンは、うっかりすると溶解液だけを注射してしまう事故が起こる。その多くは、ワクチンの準備作業の中断の後に起こる。何らかのきっかけがあって、例えば予防接種を準備しているときに電話が鳴り、準備していた看護師が電話対応のために手を離して、元の作業に戻るときに手順を抜かすことがある。この場合、リスク源は作業の中断である。よってリスク源の排除は、電話が鳴ろうが何があっても一旦準備を始めたワクチンからは手を止めないという方法が考えられる。実際には手を止めないという対応は難しいと思われる。もう一つのリスク源の除去は、一旦手を離れたワクチンは廃棄するという方法だが、これはさらに難しいことである。つまりリスク源の除去は理屈では可能だが、実際にはこの選択肢は使えないこともあるはずである。だとするなら、中断したことがリスクであることを明示する表示物を用意することによって、リスクを強調し、事故が発生する確率を減らすという対応が可能である。その一例として「ワクチン準備中」という札を予め作成しておき、手を離す時には、この札を載せるというルールを作っておくとよいと思う。元の作業に戻った時にどこまでやったかを確認することで手順を飛ばす事故が防げる。当院ではこの札の運用について、もう一つルールがある。この札が載せてある時は第三者がこの仕事を善意であっても引き継がない決まりになっている。「これ、どこまでやっているの?」「もう準備してあるから先生のところにそのワクチンを持って行って!」などの会話があると、実際にはまだ溶解液だけだったなどの事故が生じる。いずれすぐに戻ってくることがわかっているのだから、誰も手をつけられない決まりになっている。

確認の徹底、ダブルチェック、チェックリストもある程度有効ではあるが、万全ではない。一次予防、二次予防、三次予防の観点から、まずは

事故の発生を防ぐ、事故の被害を防ぐことを念頭に置き、リスクマネジメントの観点からリスク源の除去並びに事故発生の確率を減らす手段の作成が必要である。つまり、各医療機関で事故に至るリスク源を除去するか、間違いが起こりやすいリスク源の存在を際立たせる手順を作成するとともに、決められたその手順を遵守することで予防接種事故が防げられると思われる。これは予防接種の間違い予防だけでなく、医療事故全般に共通するものである。まずは手始めに予防接種事故防止に活用してみたい。スモールステップで、できるものから手をつけてみていただければ、きっと役に立つ日が来るはずである。

最後に、小児のコロナワクチンについて少しだけ話題を提供する。2020年1月の新型コロナウイルス感染症国内一例目の確認から2021年夏のデルタ株による第5波までの流行状況をもとに、日本感染症学会は子どもに対するコロナワクチンについて、「15歳未満の新型コロナウイルス感染症による死亡者はゼロであり、疾病リスクは小さい、だからワクチン接種に対しては慎重な検討が必要」、つまりワクチンは積極的に推奨していないという提言であった。ところが新しい変異株、オミクロン株の流行が2022年1月からの第6波、7月の第7波と続き、小児の罹患者が急増した。2022年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症で亡くなった20歳未満の国内患者数を集計したところ、症例は41例、このうち外傷などを除き、また、詳細な実地調査で基礎疾患がないと判断されたものが15例であった。つまり2022年1月以降、8月までに基礎疾患のない未成年が15人、新型コロナで亡くなっているということである。その基礎疾患がなかった死亡例、15例の詳細だが、5歳未満が6例、5歳以上が9例、死亡に至る経緯は中枢神経系と循環器系が多く、呼吸器系の異常、つまり肺炎などは確認されておらず9例は発症1週間以内に亡くなっていたということである。つまり治療が難しいということがわかる。

その一方で、子どもに対する新型コロナワクチンの効果として、アメリカのドライブスルーPCR検査を受けた5～15歳までを対象としたテ

ストネガティブデザインによるワクチンの有効率調査によると、5～11歳では2回目接種後4週間までは有効率60.1%、それが接種後2か月目になると28.9%、12歳から15歳でも接種直後はよいのだが、2か月目では16.6%と低い値となっている。ただし、追加接種後には有効率が71.1%と再度高くなっている。つまり、初回接種用として使われているファイザーのワクチンを小児に接種した場合、発症予防効果は時間の経過とともに、また、オミクロン株の流行に伴って低下する傾向がある。ただし、追加接種を実施すると発症予防効果が改善することも事実のようである。このような状況に鑑みて、日本小児科学会はオミクロン株以降、疾患のリスクが増大していることにより、新型コロナウイルスワクチンの発症

予防効果の変異株によっては低下している可能性を考慮しても、重症化予防効果を期待してすべての子どもたちに新型コロナワクチンを推奨するという提言を出している。治療が困難な重症例がある以上、ワクチンによる予防以外に対応策がないのが現状である。まだ、これから状況は刻々と変わることが予想されるが、現時点ではワクチンを推奨することが私たちの務めであると考えます。

以上、医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止と新型コロナウイルスワクチンについて述べさせていただいた。少しでも貴会の皆様のお役に立てるようなら幸いです。

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



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

第16回医療関係団体新年互礼会

と き 令和5年1月7日(土) 17:00～18:30

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間」

[報告: 常任理事 長谷川 奈津江]

2023年1月7日(土)、第16回医療関係団体新年互礼会が湯田温泉のホテルニュータナカで3年振りに開催された。この新年互礼会は令和2年1月に開催された後は、新型コロナウイルス感染症の影響により中止されていたが、今回はマスクの着用、手指消毒や検温、参加人数の制限、時間の短縮などの感染症対策を徹底して行われた。

小山茂幸 県歯科医師会長の開会の辞に続いて、15名の医療関係団体の代表が壇上に並び、加藤智栄 県医師会長が年頭の挨拶をされた。加藤会長は新型コロナウイルス感染症のワクチンや治療薬を例に、日本の医療介護産業を育てていくことが大切であると述べられた。

その後、新春のお言葉を村岡嗣政 県知事、松本吉郎 日本医師会長、柳川忠廣 日本歯科医師会副会長、山本信夫 日本薬剤師会長、福井トシ子 日本看護協会会長、上田克彦 日本診療放射線技師会長からいただいた。中でも、松本日医会長は下関市豊北町阿川のご出身であり、山口県にまつわる話をされて、会場がなごやかなムードに包まれたことが印象的であった。

来賓のご挨拶は、高村正大 衆議院議員、林芳正 外務大臣の林裕子 令夫人、江島潔 参議院議員、北村経夫 参議院議員、羽生田俊 参議院議員、自見はなこ 参議院議員からいただいた。

次に、山口県議会議員の方々が登壇され、代表して柳居俊学 議長からご挨拶があり、引き続き県内の市長及び町長の方々が登壇され、代表して花田憲彦 阿武町長よりお祝いの言葉をいただいた。なお、今回は宇部市、山口市、萩市、防府市、長門市、柳井市、美祢市、周南市、周防大島町、平生町、阿武町の首長が参加された。

岡正朗 山口県立大学理事長の(ノンアルコール飲料での)乾杯のご発声でしばし歓談となった。全体の時間を短縮しているのため、歓談時間は20分もなかったが、会場内では感染症対策に留意しつつ、久しぶりの再会を喜んでおられた。

その後、谷澤幸生 山口大学学長の万歳三唱のご発声、吉田力久 県薬剤師会長の閉会の辞をもって、互礼会は幕を閉じた。



令和4年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

とき 令和4年12月8日(木) 14:00～15:30
ところ 日本医師会館(Web開催)

[報告: 常任理事 縄田 修吾]

1. 開会挨拶

松本日医会長 日ごろの医事紛争業務の対応と日医医賠責保険の運営へのお力添えに感謝する。新型コロナウイルスの状況は、インフル同時流行や第8波を考えると、これからピークの可能性があり、予断を許さない状況にある。社会環境はコロナ禍以前に戻りつつあるが、検査体制の拡充による予防、ワクチン接種及び診療体制は重要課題である。感染症の診療と通常医療の両立に、懸命なご尽力をいただいていることに感謝申し上げる。

日医と都道府県医師会とで連携を取りながら、会員の安心安全をサポートすることこそ、日医医賠責保険制度の重要な役割と認識している。この制度が効果的に運営されることで、日常診療の強力な後ろ盾としているところである。

所信表明での「組織力強化」では、若手医師にとってこの医師賠償責任保険は大きなメリットと思われるので、若手医師の入会促進を図るべく、ご支援・ご尽力をお願いします。会員が安心して医療活動に専念できることを祈念して挨拶とする。

2. 関係者紹介

総合司会の今村日医常任理事より猪口日医副会長及び副担当の城守日医常任理事の紹介、続いて、日医の調査委員会委員と参与(弁護士)の紹介が行われた。

3. 日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

日医医賠責対策課より、以下の報告がなされた。

令和3年度の付託件数は230件で前年度と比較して11件ほど少ない。付託件数は毎年逡減しており、内科、産婦人科、整形外科、眼科の順で多く、4診療科で7割を占めている。付託され

た案件における患者の身体障害の内容は、死亡、がんの看過、神経損傷・麻痺が多いが、転倒・転落、骨折、遺残もある。医療行為としては、一般診療・治療時間が最も多く、次いで手術や検査、注射が続く、院内管理関連もある。年代別では、60代以上が4割強を占めている。

解決金の額は、科の特性もあるが、産婦人科事案が最も高い。解決事案の形態については、交渉事案が最も多く、続いて訴訟である。これら2つは、前年に比べ増えている。一方、調停手続きによるものは半減している。訴訟においては訴訟上の和解が多く、次いで医療側の勝訴、そして敗訴の順である。

日医の審査会判定では、有責が73%、無責が25%、残りは経過待ちである。

令和4年度の特約保険の都道府県別契約状況では、全国では日医A会員の23%が加入、山口県では30%が加入されている。特約保険加入のための捺印は省略できるよう、手続きが簡素化されているので、万が一に備えて加入促進をお願いしたい。

4. 産科医療補償制度と医事紛争

～2022年度制度改定内容含めて～

総合司会の今村日医常任理事より解説がなされた。

2009年1月の創設以来、2015年の制度改定を経て、2回目の制度見直しとなった。補償対象範囲は、「補償対象基準」、「除外基準」、「重症度基準」のすべてを満たす場合であるが、2022年1月以降に出生した児より、「補償対象基準」については、低酸素状況を要件としている個別審査が廃止されて一般審査に統合、「在胎週数が28週以上であること」が基準となった。

制度の運営状況について、再発防止の取組みにより、制度開始から現在にかけて、脳性麻痺の発生率は減少、子宮収縮薬の使用における説明と同意は改善がみられる。また、新生児蘇生については、脳性麻痺の発生防止に重要であるが、生後1分以内の蘇生が必要であった事例を出生年別にみると、1分以内の人工呼吸開始有が制度発足時は61.5%であったが、2014年は81.4%と改善がみられる。

産婦人科訴訟の件数は制度開始から年々減少し、ほぼ半減している。このような無過失補償制度は、他科でも展開できるといと考えられている。また、原因分析報告書と損害賠償請求の関係は、当初より減っており横ばいの状況にある。産科事案の日医付託件数も徐々に減少している。

続いて、日医医賠責対策課より医事紛争における補償金と損害賠償金の調整規定について下記のとおり解説がなされた。

産科医療補償制度と医師賠償の関係について、無責事案の場合は、産科医療補償制度の補償はそのままなされるが、有責事案であれば、二重給付ができないため、両者で調整がなされる。ただし、後医における分娩の場合は調整はなされない。

有責事案で損害賠償額が確定した場合には、それまでに支払った産科医療補償制度補償金は、医賠責保険に充当された額が、産科医療補償制度の運営会社へ返還されることになる。すなわち、産科医療補償制度から請求があれば事案対応の顧問弁護士へ連絡、その後、都道府県医師会を通じて日本医師会へ伝達され、支払手続きとなる。

5. 主な質疑応答

(1) 医事紛争審議会におけるWeb会議利用状況について<茨城県>

当会では、コロナ禍で審議会自体を中止せざるを得ない状況があった。患者の個人情報もあるので、原則対面で開催しているが、今後を考えるとWeb開催も考えられる。他県の状況を伺う。

日医の見解

日医が数県の医師会にヒアリングしたところ、

Webは6県が取り入れている。日医はハイブリッド方式であるが、セキュリティ重視で参加委員には情報保護に関する確約書をとっている。また、Web開催の注意事項を設定し、会議で使用する資料の取扱いも厳重にしている。ハイブリッド方式では、基本的に画面共有が多い。

(2) 訴訟移行時の弁護士への追加着手金について<岐阜県>

交渉や調停から訴訟へ移行した場合は、すでに支払っている交渉料・調停着手金に加え、訴訟着手金が支払われるが、これは弁護士費用の考えでは一般的なのか。

日医の見解

医事内容は年々複雑化しており、平成25年に全国の医師会からの要望を受けて、規定を変更した。医事紛争事案という特殊性を踏まえてのことである。

(3) 応招義務と医師賠償責任保険<愛知県>

診療の経過に伴う入院あるいは外来診療の必要性について、医師と患者との間に見解が異なることがある。医学的に必要のない診療の継続は、合理的理由のない医療費の支出増加にとどまらず、限られた医療資源（人的物的）の最有効活用の視点からも問題がある。先般の医政局長通知に見られるとおり、医師法第19条に定める応招義務を巡る正当理由の解釈の変化等に伴い、今後、入院診療の打切り外来への移行（退院命令）、外来診療の打切り（終了宣言）といった医師と患者のやりとりに関する出来事が、診療を巡る新たな紛争を生じることが想定される。すなわち、医師の応招義務の足枷がなくなり、かかる医療行為の要否判断に伴う診療の打切りは、今後、全国的にみて、絶対数も増加してくることが想定される。この場合、それまでの診療行為の成果等の評価（さらに追加的な診療行為が必要か否か、外来での対処可能、転医の要否等も含む）にも絡むところがあることから、この諍いについては、広義の医療事故と捉えることは十分可能と判断するが、医師会員の立場からすると、積極的な医療行為を打ち切る

等の不作為の行為が、日医医師賠償責任保険の対象の保険事故として取り扱われるか否かが、今後の医業活動に係わる関心事といえる。この点に関する取り扱いについて、日医としての見解を説明いただきたい。

日医の見解

まず、日医医師賠償責任保険は医療行為により患者の身体障害で請求があれば対象となる。本来行うべき医療行為が行われなかったことで、患者に身体障害がでて賠償請求が出た場合も対象である。応招義務と医療機関の責務は、令和元年12月25日の厚労省医政局通達「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」において、医療提供体制の変化や医師の働き方改革の観点も踏まえて、医師法第19条第1項及び歯科医師法第19条第1項の法的性質を明確化するとともに、どのような場面に診療の求めに応じないことが正当化されるか否かが整理されている。これに沿って医師の責任を判断することになる(表)。

通達では個別事案の整理もされており、次の要素で判断することになる。

- 患者の迷惑行為
→患者側の迷惑行為で信頼関係が喪失している

場合には、新たな診療を行わないことが正当化される。

- 医療費不払い
→以前の医療費不払いという理由では正当化されないが、支払能力があるにもかかわらず、悪意で支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。
- 入院患者の退院や他の医療機関の紹介／転院等
→医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等で対応すれば足りるため、退院させることは正当化される。病状に応じて高度な医療機関から地域の医療機関を紹介、転院を依頼・実施すること等も原則として正当化される。
- 差別的な取扱い
→年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されないが、言語が通じない、宗教上の理由等により結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。
- 訪日外国人観光客をはじめとした外国人患者への対応
→外国人患者についても診療しないことの正当化事由は、日本人患者の場合と同様に判断する

表. 医師の応招義務にかかる、患者を診察しないことが正当化されるかどうかの判断基準一覧

緊急対応が必要な場合 (症状の深刻な救急患者等)		緊急対応が不要な場合 (症状の安定している患者等)	
診療・勤務時間内	診療・勤務時間外	診療・勤務時間内	診療・勤務時間外
医療機関・医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性(医療の代替可能性)を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能といえる場合のみ、診療しないことが正当化される。	応急的に必要な処置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない。	原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要がある。	即座に対応する必要はなく、診療しないことは正当化される。 ただし、時間内の受診依頼、他の診療可能な医療機関の紹介等の対応を取ることが望ましい。

のが原則。文化の違い（宗教的な問題で肌を見せられない等）、言語の違い（意思疎通の問題）、特に外国人観光客については本国に帰国することで医療を受けることが可能であること等、日本人患者とは異なる点があるが、これらの点のみをもって診療しないことは正当化されない。ただし、文化や言語の違い等により、結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

なお、医療費不払い事案に関連して、「悪意」の具体例についての質問がなされ、後日回答となった。

その後、日本医師会事務局から下記の報告を受けたので記す。

→具体的には保険未加入など医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において、支払い能力を有さない患者を診療しないことなどは正当化される。また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もあると考えられるとの解釈がなされている。

最近では、熱心に診療を行っておられた医師が、命を落とした事例もあり、応招義務の議論も大切だが、危険に対しては、まずは医師自身の安全を守ること、これは中国四国医師会連合「医事紛争研究会」(本号68頁～72頁参照)でも議論になった。今後の流れの中で出てくる課題は、適時、日医でも検討するので、情報をいただきたい。

(4) 死亡診断書／死体検案書作成業務に関しての医事紛争の備え<広島県>

標記書類の作成業務は、医療業務ではあるものの、「医療業務に起因して生じた身体障害」に該当しないため、「医師賠償責任保険」の対象外となっている。当会では、以前に当該業務に起因した医事紛争が発生したことから、当該業務に起因して医師が民事上の責任を問われた場合や、いわれのない紛争に巻き込まれた際の防御費用等を担

保し、安心して業務を行える環境整備のために平成27年7月より大手損害保険会社を引受先として「死亡診断書・死体検案書作成業務賠償責任保険」を設立している。被保険者1名につき150円、一事故及び1年間の保険期間中の支払限度額は1,000万円（免責無し）、争訟費用は支払限度額とは別という内容で、被保険者は当会の全会員として広島県医師会が年間100万円程度の費用を負担している現状がある。幸い、制度設立より当保険を利用する医事紛争は発生していない。広島県では県内の地区医師会が死体検案を輪番で対応しており、また、大規模災害等が起こった際に死体検案書作成業務等に従事する会員が安心して医療業務を行うためには、当県のみならず全県で検討が必要な事項だと考えている。

当県が当該保険を設立する際、日本医師会においても当該保険等について検討いただいていたと聞いているが、現状はいかがか。当該事案の発生が多くないことにも鑑みると、産業医・学校医等の医師活動賠償責任保険と同様に、日本医師会のA会員へ当該保険を付保いただく等も、ご検討いただければと考える。

なお、今の制度を解消して再度同制度を立ち上げると、負担額は1,000円前後になると聞いている。

日医の見解

医賠償保険制度の中で検討したい。

—その後、医賠償対策課より、発足時から現時点の付託状況の内容及び直近の付託状況をまとめた説明がなされ、猪口日医副会長の挨拶をもって、今年度の協議会は閉会となった。

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。

令和4年度第53回全国学校保健・学校医大会

とき 令和4年11月12日(土) 10:00～17:30

ところ ホテルメトロポリタン盛岡

本館・ニューウイング(ハイブリッド開催)

今年度は岩手県医師会の引き受けで、盛岡市の会場とWebとのハイブリッドで開催された。本会からは、沖中、河村が現地参加し、長谷川、竹中がWebで参加した。午前中は5会場で分科会、午後からは表彰式、特別講演、シンポジウム等が行われた。

昼休憩時間中に都道府県医師会連絡会議が行われ、河村が出席した。次期担当県は兵庫県医師会に決定し、令和5年10月28日、神戸ポートピアホテルにて開催される予定である。

第1分科会からだ・ころ (1)

1. わが国における貧困家庭の子ども達の食の問題を解決する子ども食堂・新しい子ども食堂の形『フードリボンプロジェクト』について

埼玉県医師会 澁谷美智子

背景：貧困や両親の離婚、ネグレクトなどにより食事を摂れていない子ども達を救うため、既存の飲食店が子ども食堂の役割を担う『フードリボンプロジェクト』という独自の子ども食堂のスタイルが発足された。

子ども食堂の現状：子ども食堂は2012年に東京都の青果店の店主が始め、その行動は数年の間に全国に広がり2021年には6,014か所まで増えているが、毎日食事を提供しているのは3%である。

フードリボンプロジェクトとは：既存の飲食店×子ども食堂であれば毎日の食事提供がしやすいのではというアイデアから、2021年に夢食堂プロジェクトを発足し、2022年5月に『フードリボンプロジェクト』と改名した。実施している店舗は53店舗である。店は入口付近に食事券を張り出しておき、食事をしたい子どもは食事券を渡せば1食無料で提供してもらえる。費用は、店を利用する客の寄付、フードリボンを知った人のホームページからの寄付で賄っている。2022年

6月集計時に実際に利用された食事券は9,542食分であった。

考察：経済的に困窮している家庭の子ども達はその実態を知られたくないため、子ども食堂あるいはフードリボンを利用しないというジレンマが発生する。そのため、子どもに食事を提供する以外に、子ども達の居場所となる役割も果たすことで食事の問題を抱える子ども達が利用しやすくなる工夫が必要である。

2. 成人式アンケート調査からみた小・中学生に対する喫煙防止出前授業(第2報)

和歌山県医師会 村上 浩一

はじめに：日高医師会では2005年から喫煙防止出前授業を行ってきた。2012年からは成人式でアンケートによる喫煙の実態調査を行ってきた。

対象と方法：2012年から2020年の成人式典に出席した6,563人を対象とし、回答数5,690を得た。調査内容は、①生育家庭での喫煙者、②喫煙経験者、③現在喫煙者、④喫煙防止授業について覚えているか、⑤喫煙防止授業の内容を覚えているか、⑥喫煙防止授業が非喫煙選択に役立ったか、⑦喫煙勧誘を断る自信の有無、⑧近い将来タバコを吸っていないと思うか、⑨レジャーや飲食で禁煙の店を選ぶか、⑩喫煙者友人に禁煙するように言えるか、の10項目である。2012～2014年、2015年～2017年、2018年～2020年までの3期に分け、男女別に年次推移を調べた。

結果：①男性67.9%、67.8%、66.5%、女性で68.1%、67.2%、64.1%であった。②男性28.4%、31.6%、26.9%であり、女性12.4%、10.7%、9.5%に推移した。③男性では16.2%、20.1%、20%と有意に増加しており、女性では6.0%、4.7%、3.5%に有意に減少した。④男性で68.8%、81.9%、81.9%で、女性では70.8%、

88.1%、85.1%で、男女とも有意に増加した。⑤（2015年以降）男性で44.4%、45.5%であり、女性では50.6%、51.2%であった。⑥（2015年以降）男性で58.2%、69.3%に推移し、女性では79.1%、84.9%に推移し、男女とも有意に増加した。⑦男性で70.2%、62.7%、64.7%であり、女性で76.6%、68.9%、68.0%で、男女とも有意に減少していた。⑧男性では71.7%、68.6%、70.0%で、女性では87.8%、84.5%、87.5%であった。⑨（2015年以降）男性で34.9%、34.2%で推移し、女性で60.4%、2.1%であった。⑩（2015年以降）男性で19.4%、18.9%で推移し、女性で30.5%、32.9%であった。

考察：学校医による喫煙防止授業を男女とも8割以上が覚えており、約5割がタバコを吸わない選択に役立ったと回答し、学校保健活動における学校医による喫煙防止授業の重要性を支持する結果が得られた。一方、タバコを勧められて断る割合は有意に減少、禁煙の店を選ぶ割合が低く、能動喫煙や受動喫煙を避けるための意識や行動が未熟であることがうかがえた。

まとめ：学校保健活動における学校医による喫煙防止授業の重要性を示唆する結果を得た。

3. 徳島県医師会認定学校医制度の現状について

徳島県医師会 田山 正伸

はじめに：平成25年度より認定学校医制度を導入した。平成25年と26年度で265人が認定学校医を取得した。認定学校医の研修会には医師のみならず、養護教諭も受講可能とした。

認定学校医の目的：学校医の資質向上と学校保健活動の推進を図る。

認定学校医制度の対象となる研修：①徳島県医師会認定学校医研修会（年4回）、②徳島県医師会学校保健委員会学術集会（年1回）及び学校保健委員会が認めた研修会。

認定：受講が確認された医師（徳島県医師会員）について審査を学校保健委員会で実施・認定する。

更新：必要な研修を受講した認定学校医は認定証の更新ができる。

資格と手続き：4年毎に更新申請。

認定の喪失：①更新を受けないとき、②辞退し

たとき、③医師の資格を失ったとき、④死亡。

疑義：認定についての疑義が生じたときは、徳島県医師会学校保健委員会委員長及び副委員長で協議し決定する。

まとめ：制度を導入して10年が経過し、学校医の医学研鑽に寄与している。また、養護教諭や教育委員会の参加を認めたことで、教育現場にも医学知識を得る機会を設定できた。

4. 横浜市における医療的ケア児の一般登校支援の現状と課題

神奈川県医師会 片岡 愛

平成29年に喀痰吸引が必要な児童が一般級に新就学したのがきっかけで、学校内での医療的ケアを実施する支援事業を開始した。医師会訪問看護ステーションと契約した学校の近隣の訪問看護事業者が学校を訪問している。利用者は学校経由で申請し、医療的ケア支援事業実施調整会議で審査される。ケア人数は平成29年1名、令和4年には18名に増加した。ケアは看護師が学校の休み時間に合わせ訪問して行っている。区医師会訪問看護ステーションと複数の看護事業者が連携体制を作ることにより看護人材を確保し、保護者の付き添いなしで毎日同様のケアを確保できている。課題としては学校のスケジュールを勘案した実施時間とケア内容の必要があること、今後のニーズ増加が予想され看護人数が不足すると予想されること、予算と人員確保の課題、学校内に医療専門職がないことなどが挙げられる。持続可能な事業にするために今後も工夫を重ねる必要がある。

5. 地域格差や切れ目のない子育て支援のために：いわてチルドレンズヘルスケア連絡会議の取り組み

岩手県医師会 赤坂真奈美

2019年に子どもたちへの支援を目指し「いわてチルドレンズヘルスケア連絡会議」を設立した。3年間の活動内容を報告する。

アレルギー：盛岡医療センターで「アレルギーポータルいわて」のホームページの運用を開始した。患者・市民向けのアレルギー対策講座を

YouTube にあげ、延べ 1,500 名の視聴があった。

移行期医療、慢性疾患・難病：移行期に達した患者がスムーズに移行期医療が受けられるよう、治療歴や教育歴などの情報を保存し共有することを目的に、アプリ「わたしのサマリー」を開発し 2022 年 7 月から使用が開始された。

子育て支援：分散化していた子育て世代に役立つ情報をリンク集の形で集約し、「岩手子育て i ランドプラス」として再構築し、2022 年 3 月にオープンした。

災害時支援：2011 年の東日本大震災時の災害弱者であった医療的ケア児・者を中心にニーズを詳細に調査し、実際の避難研修、ネットワーク作りなどを開始した。

医療的ケア児・者、在宅医療・訪問看護、重症心身障がい児・者：在宅ケア児・者サポートブックを作成し対象者への配布を開始した。

発達障害：「発達ドック：地域の小児科との連携」の創設、発達障害スクリーニングシステムの構築により早期発見・早期介入を目指し活動を開始した。

結語：広大な県土でも地域格差のない支援のために、患者家族を中心に他職種が横のつながりを大切にし、課題を見つねながら活動を展開中である。

6. 重症便秘症の学童例：学校との連携の大切さ

岩手県医師会 佐々木美香

重症な便秘症では漏便を伴うことが多く、学校生活において児童の QOL や自尊心を著しく低下させる。重症難治性便秘症の 11 歳男児症例で、学級担任教諭からの家庭環境や家屋状態の情報が良好な治療経過に繋がられたので紹介する。本児の住居は屋外和式トイレのため暗くて怖い、寒いため排便を我慢する習慣がついており、教諭から冬季の家庭での治療は困難との意見が出された。家族も同意し秋から支援学校に転校して入院治療を行い、家族は福祉支援利用で住居環境を整えた。6 か月の入院で便秘・遺糞症は改善し、遅れていた学業も支援学校で個人的にサポートされた。退院後排便経過は順調で、中学に入ると学業も伸び、吹奏楽部で活躍するようになった。本症例を通し

家族と医療機関だけでなく、特に学校との連携が重要であると考えられた。

7. 学校医が知っておくべき疾患：FGF23 関連低リン血症性くる病について

岩手県医師会 和田 泰格

背景：FGF23 関連低リン血症性くる病の治療はプロスマブによる治療が可能となっており、早期診断が重要となる。5 症例について報告する。

症例 1：10 歳男子。身長 122cm (-2.8SD)。1 歳 6 か月で低身長と歩行開始の遅れを、3 歳で O 脚を指摘された。9 歳時に低リン血症性くる病と診断された。下肢の変形が強く、手術療法を検討している。

症例 2：12 歳女子。身長 141cm (-1.3SD)。1 歳 6 か月で低身長、O 脚を指摘された。2 歳で低リン血症性くる病と診断された。10 歳でプロスマブを開始した。

症例 3：10 歳女子。身長 136cm (-0.1SD)。母と母方叔母が低リン血症性くる病である。2 歳で O 脚に気づき、同疾患と診断された。8 歳でプロスマブを開始した。

症例 4：5 歳男児。身長 111cm (0.2SD)。母、弟、母方祖父が低リン血症性くる病である。1 歳 6 か月で低身長を指摘され、同疾患と診断された。3 歳でプロスマブを開始し、骨痛が著明に改善した。

症例 5：3 歳男児。身長 86cm (-1.9SD)。症例 4 の同胞である。1 歳 8 か月時に低身長、O 脚を指摘され、低リン血症性くる病の診断でプロスマブを開始した。O 脚は整形外科でも経過観察中である。

結語：低リン血症性くる病は早期診断、治療により症状が改善する疾患であり、O 脚や低身長、歩行開始の遅れ等を認めた場合には本疾患を念頭に鑑別を行う必要がある。

8. はったつしょうがいと古稀 YouTuber

埼玉県医師会 平岩 幹男

はじめに：子どもの発達障害を対象とした診療を続けてきた。受診希望者は全国各地から後を絶たず、古稀を機会に発達障害についての無料の動

画配信を開始した。

方法と内容：発達障害のように明快な治療法に簡単にはたどり着けない病態においては、商業的な情報があふれがちであること、専門診療機関が少ないことを考えれば、商業的ではなく極力科学的根拠に基づいた情報を発信することは医療者にとっての社会への責務の一部である。2020年8月にこの試みを開始してからチャンネル登録者は3,700名を超え、総視聴回数も95,000回を超えた(2022年7月現在)。

9. 学校検尿で初めて尿蛋白を指摘され、慢性腎臓病と診断された早産児既往の3例

岩手県医師会 小野寺千夏

早産児は慢性腎臓病(CKD)リスクが高いことが指摘されている。学校検尿の蛋白尿を契機にCKDを発見された早産児既往症例を報告する。

症例：10～13歳の男児2例、女児1例。周産期歴：在胎24～26週、出生体重678～906g、全例が呼吸窮迫症候群を呈し、人工呼吸管理・酸素投与を要した。2例で症候性動脈管開存症にインドメタシンが、全例で経過中の感染症にアミノグリコシドが投与された。血清クレアチニン値(sCr)の最大は1.3～3.0mg/dlで、全例が急性腎障害stage3に該当し、NICU退院時は0.3～0.4mg/dlと正常化した。全例で10～13歳時に学校検尿で初めて蛋白尿を指摘された。受診時のsCrは0.57～0.79mg/dl、推定糸球体濾過量63.9～92.9mL/min、尿蛋白/尿クレアチニン比0.3～0.6で、除外診断から早産に起因するCKDと診断した。

考察：早産児ではネフロン形成の停止・異形成がCKD発症に影響する。年少期の無症状期を経て年長で顕性化するため早産児既往の聴取は重要である。

10. 大阪府立学校における学校心臓検診の取り組み・これまでとこれから

大阪府医師会 星賀 正明

学行政と大阪府医師会が、心臓検診後の適切な保健管理と指導の推進を目的として、大阪府立学校心臓検診連絡協議会を2020年に設立した。連

絡協議会と大阪府教育委員会から府全域の循環器医療機関に協力を要請し、合計200を超す医療機関からリスト収載に同意を得た。これらのリストを行政、各府立学校が情報共有することにより、要精密検査の生徒・保護者に近隣医療機関への受診勧奨をスムーズに行えるようにした。また、診察終了時に報告書を学校生活管理表とともに保護者に手渡すシステムを構築した。上記システムを用い、2年間の運営を行ってきた。精密検査が必要と判断した生徒のうち、2020年度は80.7%、2021年度は92.4%の生徒が医療機関を受診し、その集計が本連絡協議会で情報共有された。今後は、1)受診率の一層の向上、2)医療機関リストのリニューアルなどの整備、3)心臓検診全体の精度管理、などの課題を、本連絡協議会と大阪府行政が連携、継続して取り組んでいきたい。

11. 良質な学校心臓検診を目指した「検診機関用」、「学校医・養護教諭用」を対象としたマニュアルの作成

東京都医師会 泉田 直己

はじめに：良質な学校心臓検診のためには、検診の中での判定の妥当性や統一性、判定後の管理指導区分の実施などについて、関係者が連携し精度管理を行うことが望ましい。

背景：東京都医師会では都立学校心臓検診のため「都立学校心臓検診判定委員会」を設置している。判定委員会では、その時点における最新の知見やガイドラインを踏まえて「都立学校心臓検診マニュアル(判定委員会用)」、「都立学校心臓検診マニュアル(学校医・養護教諭用)」、「都立学校心臓検診マニュアル(検診機関用)」を作成、改訂してきた。

改訂の内容：学校医・養護教諭の先生方にも判定の基準や過程を理解していただけるように、そのガイドラインやアルゴリズムの一部を掲載することとした。心臓病に関する生活管理指導表は2022年から一部改訂された。その中で運動強度を動的運動と静的運動に分けて評価する概念が強調されていたので紹介している。また、管理指導区分の説明と区分に応じた学校生活管理指導表の使用法、先天性心疾患、不整脈、川崎病既往児の

管理指導のガイドラインなどについても資料として掲載している。

結語:判定委員会委員用のマニュアルをもとに、学校医・養護教諭用、検診機関用マニュアルを、相互の連携に資するように改訂・作成した。検診実施期間中も随時連携を取り合い、良質な判定を目指している。

[報告:理事 竹中 博昭]

第2分科会 からだ・こころ (2)

1. 小中学校における新型コロナウイルス感染症 (第6波) に対する感染対策の効果

岐阜県医師会 安田東始哲

オミクロン株が主体の第6波新型コロナウイルス感染症 (以下、「コロナ6」) では若年罹患者の増加や学校関連施設でのクラスターが問題である。コロナ6における大垣市の小中学校 (以下、「学校」) で罹患した児童生徒 (以下、「陽性者」) についての発生状況から濃厚接触者の選定、自宅待機、学級閉鎖等の感染対策効果について検討した。

対象は、小学校22校339クラス8,325人、中学校10校144クラス4,119人。各学年クラス数/児童数は平均 (小・中) で (2.6/24.6・2.4/28.6)。令和4年1月10日~3月24日の陽性者発生時に、学校は教育委員会、保健所と協議し濃厚接触者 (クラス内で周囲8席、長時間会話、同一クラブ・集会に参加の人と定義) にPCR検査を施行し自宅待機を指示、クラス3名以上が陽性者の場合学級閉鎖とした。

対象を小学生2学年ごと低 (特別学級含)、中、高と中学群に分け比較。同一日同一クラス等で陽性者が複数診断された群をクラスター、陽性者の発生から5日以内に同一クラスに陽性者を認められた例を二次感染とした。

全児童生徒12,444名のうち陽性者180名 (1.4%)。各群の陽性者は低54、中55、高44、中学27。クラスターは14 (低5、中7、高0、中学2)。各クラスターの平均陽性者数3.5 (2~8)、他は孤発陽性例。二次感染は孤発陽性例クラスターとも0例であった。

コロナ6では、陽性者が小学生に多く、特にクラスターは低中学年に多く認められた。孤発陽

性例及びクラスターからの二次感染は認められず、学校内二次感染予防対策として濃厚接触者の特定、自宅待機、学級閉鎖の判断基準と迅速な対応が有効であった。感染拡大の抑制・阻止には、小学生への感染教育 (特に低学年には行動規範を示すことが重要)・環境整備と陽性者及び濃厚接触者の早期隔離が重要である。

2. 令和3年10月に行った学校医の新型コロナウイルス感染症対応のアンケート結果

京都府医師会 林 鐘声

学校で新型コロナウイルス抗原定性検査をするにあたって、学校は被検者の検査結果を学校医か医療機関の医師に連絡し、被検者はそこに受診して医師の診断を求めることになっていた。学校医がそれに応えられるかを知るために、令和3年10月にアンケート調査を行った。

対象は京都市学校医会の会員271人、その標榜診療科目は内科あるいは小児科を第1、第2標榜していたのが231人 (85%)、整形外科12人、外科やその他の科17人、京都府医師会非会員11人であった。回答は168人 (62%) から得た。

発熱外来を実施していたのは60%であった。各年齢階層別の実施率を見ると、46~55歳の実施率は77%と高く、56~65歳は62%、66~75歳は50%と年齢が進むにしたがって低くなっていた。PCR検査を実施していたのは56%であった。46~55歳は66%と高く、56~65歳は62%、66~75歳は42%と低かった。コロナワクチン接種率は88%で、66~75歳は77%と他の年齢階層と比べて低い接種率であった。

学校で新型コロナウイルス抗原定性検査を知っていると答えたのは51% (85/167) であった。情報源について40%は学校からの通知、30%は学校医会ニュース、20%はネットやニュース、10%は被検者の受診で、学校と学校医の連携は不十分であった。

発熱外来かつPCR検査をして確定診断の対応をとっていた学校医は51% (85/168) に過ぎず、両者ともせず確定診断をしない対応をとっていた学校医は35% (58/168) であった。両者実施率

は、46～55歳が63% (22/35)、56～65歳が55% (43/78)、66～75歳が38% (18/48)と年齢が上がるほど下がっていた。一方、両者未実施率はそれぞれ20% (7/35)、32% (25/78)、46% (22/48)と年齢とともに上がっていた。

発熱外来かつPCR検査をしていた85人の学校医は1人を除いて99%がワクチン接種をしていたので、3者実施率は50% (84/168)であった。一方、発熱外来もPCR検査もしていなかった58人の学校医の接種率は71%と低く、ワクチン接種においても慎重であった。3者未実施率は10% (17/168)、46～55歳が6% (2/35)、55～65歳が5% (4/78)、66～75歳は21% (10/48)であった。

3. 小中学校における新型コロナウイルス感染症予防対策の実際と問題点

東京都医師会 弘瀬知江子

学校における新型コロナウイルス感染症予防対策についてアンケート調査を行い、実践されている予防対策とその問題点等について検討した。各都道府県の公立小中学校を対象に大規模校、中規模校、小規模校を各6校、合計36校を無作為抽出して、全国で約1,700校を対象とした。668校から回答が得られた。668校のうち2021年は91%の学校で感染者が出ており、44%で学級閉鎖の対応がとられていた。2022年は42%の学校で学級閉鎖の対応がとられていた。

特に重点を置いている感染予防対策は、3密対策が95%と最も多く、次いで94%の学校で流水による手洗いやアルコール消毒が行われていた。一方、家族内での感染を防ぐための生活方法についての指導を行っていた学校はわずか13%であった。

教室で行う授業中の感染予防対策は、生徒にマスク着用を義務付けている学校は88%となっていた。教室の机の隣との間隔は0.5m以上1m以内が最も多く71%、一方で、1m以上離れていた学校は8%であった。生徒同士が、向かい合う授業を行っている学校は66%あった。教壇にアクリル板等のパーテーションを置いていると回答したのは3%、フェイスシールドを着用している

と答えた学校は4%であった。さらに、生徒の机にアクリル板等のパーテーションを置いていると答えた学校は3%に留まっていた。

体育の授業や運動部活動での感染予防対策は、屋外での運動の際は、生徒へマスクを外すように推奨していると答えた学校は97%であった。さらに、体育館等の屋内での運動の際でも生徒にマスクを外すように推奨している学校は91%であった。

音楽の授業での感染予防対策は、発声練習や唱歌の授業及び練習を行っている学校は84%で、口で吹く楽器（管楽器、気鳴楽器等）の授業及び練習は66%の学校で行っていた。音楽室で生徒一人一人をパーテーションで仕切っている学校は、わずか5%であった。

給食での感染予防対策は、生徒の黙食を徹底している学校は99%とほとんどの学校で行われていた。給食の配膳は96%の学校で生徒が行っていた。また、48%の学校では教師も給食の配膳を行っていた。

内科健診は71%の学校において保健室で行われ、健診項目については75%の学校で通常通り行われていた。健診にかかる時間や日数については、56%の学校で通常時と変わらなかった。内科健診が6月30日に終了していた学校は2020年度はわずか27%だったが、2021年度には82%の学校で、今年度はほとんどの学校（96%）で終了していた。

眼科健診は60%の学校において保健室で行われ、健診項目については80%の学校で通常通り行われていた。健診にかかる時間や日数については、74%の学校で通常時と変わらなかった。眼科健診が6月30日に終了していた学校は2020年度はわずか31%だったが、2021年度には86%の学校で、今年度はほとんどの学校（96%）で終了していた。

耳鼻科健診は65%の学校において保健室で行われ、健診項目については76%の学校で通常どおり行われていた。健診にかかる時間や日数については、70%の学校で通常時と変わらなかった。耳鼻科健診が6月30日に終了していた学校は2020年度はわずか27%だったが、2021年

度には83%の学校で、今年度はほとんどの学校(95%)で終了していた。

4. 姫路市肥満児2次検診にみる新型コロナウイルス感染症の影響と課題

兵庫県医師会 忍頂寺毅史

姫路市では市内の小学生を対象に肥満児検診を実施している。学校でのスクリーニングを経て1次検診は地域のクリニックや医院を中心とした開業医が、2次検診は市内の4つの総合病院が担当している。今回われわれはCOVID-19流行前後の肥満児検診の現状をまとめ、10年前の結果と比較しながらその問題点を明らかにするために本研究を計画した。

肥満児検診で要精査とされ2次検診として2011年度(以下、「Aグループ」)、2019年度(以下、「Bグループ」)、2021年度(以下、「Cグループ」)にそれぞれ当院を受診した市内在住の小学生を対象とした。学校健診で肥満度25%以上の児童を1次検診該当者とした。1次検診はクリニックで血液検査などを行い、肥満度50%以上、収縮期血圧135mmHg以上、AST/ALT 50 IU/l以上、総コレステロール220mg/dl以上、LDLコレステロール140mg/dl以上、中性脂肪250mg/dl以上、血糖126mg/dl以上を2次検診対象者とした。2次検診では肥満度35%以上で栄養指導、重症度に応じた減量指導を実施した。

Aグループが30人、Bグループが27人、Cグループが45人と明らかにCグループが多くの方が来院していた。ASTはいずれも中央値は正常範囲内であったが、有意差を認めCグループが最も高値であった。LDLコレステロールに関してはBグループが低く、A及びCでは大きな変化はなかった。2次検診では血糖値以外、有意差はなかったが1次検診からの肥満度の変化が明らかにCグループで増加しており、短期間で肥満度が増加したことが明らかになった。2次検診の指導による肥満度の変化はCグループが最も高く、短期間に減量していた。効果のあった指導は、①飲み物は水かお茶。ジュースは週1回以下、②1日15分、週2回以上の運動、③ゲーム時間やテレビ等画面を見る時間は1時間減ら

す、であった。

5. 小児肥満への対応～学校医ができること～

兵庫県医師会 笠井 弘也

肥満による健康への悪影響として、脂質異常症、糖尿病、高血圧、脳・心血管疾患などがある。なかでも小児肥満は、成人肥満に移行して生活習慣病の発症リスクを高める可能性があるため、重要な問題となっている。小児肥満の予防と治療は、成人と違い、個々が置かれた生活環境の複雑な背景因子のため難渋することが多い。そのため、医療的ケア以外に家庭-学校-コミュニティの三位一体型の支援体制の必要性がいわれている。学校医ができることを以下に述べる。

家族、学校関係者、地域住民に病識の乏しさがある。それを改善していくためには、学校保健安全委員会の活用、地域ぐるみの保健活動がある。また、本人に対する体重スティグマ(烙印)の問題があるので、本人がポジティブになるように、援助、サポートが必要であり、自己肯定感を育むことが重要である。

6. 新型コロナ流行下における小児の肥満への影響—秋田市小中学校肥満調査結果より—

秋田県医師会 土田 聡子

秋田市では、1989年度より児童生徒の健康管理・生活習慣病対策の一環として、秋田市小児科医会と医師会が連携し、市内小中学校・学校医の協力のもとに毎年学校ごとの肥満調査を行ってきたが、COVID-19パンデミックによる影響を肥満度の変化及び受診率について検討した。

2020年度は小中学生とも肥満頻度が急に上昇し、小学校で9.9%、中学校で10.1%と、過去14年で最大となった。2021年度には中学校で9.5%に減少したが、小学校は今年も9.9%で高止まりとなった。学年別では、男女全体で小学1年生から徐々に増大し、小学4～5年生でピークとなり(肥満頻度11.9%)、その後漸減する傾向が2021年度も例年に引き続き認められた。男子では小5がピークで13.9%と、全体と同様の傾向を示していた。女子では小4がピークで11.1%となった。

学校で肥満（肥満度20%以上）が指摘され、医療機関への受診を勧められた学童生徒は2,057名（小学生1,377人、中学生680人）であった。うち、実際の受診者は、小学生で617人（44.8%）（2020年40.9%、2019年40.8%）、中学生で161人（23.7%）（2020年21.1%、2019年20.1%）、小中学生あわせた受診率は37.8%と、例年に比し高い受診率となった。学年別では、小学1年生が66.9%（2020年54.1%、2019年は52.9%）と最も高く、それ以降は漸減、中学3年生が22.4%と最も低率であるものの、例年より高い水準となった。受診率が最も低いのは中3女子（15.3%）、中2男子（22.9%）であった。

7. 思春期健診とCBTアプリによる思春期ヘルスプロモーション介入研究

岡山県医師会 岡田あゆみ

思春期のヘルスプロモーション向上を目的として、思春期健診とCBT（Cognitive Behavioral Therapy）アプリを開発した。本法の実施の可否や効果について、多施設共同研究によるランダム化比較試験を実施した。

対象は、中学校1年生～高校3年生と保護者で精神疾患や重篤な身体疾患を有しない健常児。2019年5～8月に福岡県、埼玉県、岡山県、東京都で被験者を募集した。同意を書面で取得した後、無作為に1) 思春期健診群、2) 思春期健診+アプリ群、3) コントロール群に割付を行った。

中学校・高等学校38校の217名が参加した。中学生では有意な差は認めなかったが、高校生では思春期健診・CBTアプリ介入群で、一過性にうつスコアが有意に低下した。介入により、自身の健康を見直す作業や、相談をきっかけに何らかの対処を行えたことが、尺度の改善に影響した可能性がある。CBTアプリによるセルフモニタリングの効果は、アプリ実施回数が多いほど、うつスコアは減少した。また、アプリ実施回数が多いほど、セルフモニタリングの回数も増加した。エントリー時6名（2.8%）に希死念慮を認め、介入期間中、介入群では1名であったが、非介入群では5名の希死念慮が認められた。健診やCBTアプリの使用による状態の悪化を認めた者はいな

かった。

今回のような取り組みで、早期発見・対応が行えることが分かったと同時に、いわゆる健常児と周囲から思われている児であっても、一定数このような思いを抱えていることが分かった。

8. 東京都における性教育指導の現状と課題

東京都医師会 山田 正興

日本では性教育の遅れから、避妊方法、妊娠適齢期や不妊、卵子の老化などに関する基礎的な情報が不足しており、そのため10代の妊娠・出産は減っていない。14歳以下の出産が毎年50人前後報告されており、10代の妊娠の85%は人工妊娠中絶を受けている。東京都では、東京都教育委員会（教育庁）、東京都医師会、東京産婦人科医会が連携し、都立学校及び都内の中学に専門医として産婦人科医を派遣する事業を行っている。

都立学校には2010年から派遣を行っており、主に7月までに学校で性教育指導を行う。2015年以降、養護教諭に向けて学校での性に関する課題を抽出して講演会を開催してから派遣する学校が増え、ここ最近では40校を超えている。

2018年、東京産婦人科医会では、東京都医師会を通じて都立中学校に産婦人科医を派遣し、性教育指導の充実を図るよう要望した。2018年5校のモデル授業から始まって、現在は30校に医師派遣が行われている。2020年にはコロナ感染拡大のため、東京産婦人科医会で作成したDVDによる講演も行われた。

健康的なセクシュアリティを推進し、非婚化を予防していくため、性を肯定的に捉え、児童生徒の発達段階に応じたエビデンスに基づく正しい情報を伝え、児童生徒等に対する迅速な相談窓口を確保するなど包括的な性教育が必要である。プレコンセプションケアとは、適切な時期に適切な知識・情報を生殖可能年齢にあるすべての男女を対象に提供し、将来の妊娠のためにヘルスケアを行うことである。東京都では産婦人科医によるプレコンセプションケアの授業が都立高校7校において本年度から試験的に実施される。

9. 地域全体で中学生に継続できたライフスキル講演により当地域の若者の性感染症が減少した可能性について

岩手県医師会 秋元 義弘

私は岩手県におけるクラミジア感染の長期調査、また、2012～2019年まで岩手県北の5市町村の全ての中学2年生又は3年生へのライフスキル講演を継続してきた。今回、2014～2018年までの岩手県北でのクラミジア感染の陽性率、岩手県全体の陽性率の変化を検討した。

岩手県全体では、全ての年代においてその陽性率はほぼ同率かあるいは微増しているのに対し、岩手県北での10代、20～24歳でのクラミジア感染陽性率は低下していることが明らかとなった。他の年代では岩手県北と岩手県全体では差は認められなかった。岩手県教育委員会による調査では、岩手県北は岩手県内の他の地域より平均年収は少なく、片親が多く、放課後家でひとりで過ごすことが多い結果であった。その他の生活様式は県内の他の地域と差は見られない。また、岩手県北は若者の流入が少なく、その多くは私の講演を聴いたことがある。若者のハイリスクな性行動が減少したことで、クラミジアの陽性率が低下したという可能性が高い。ハイリスクな性行動が減少した理由は、10代若者のほぼ全員が私のライフスキル講演を聴き、その後のそれぞれの中学校での継続指導、教育により、若者のリテラシーが高まったのではないかと推察される。学校が必要性を認めてくれることが重要である。

10. コロナによる中学生メンタルヘルスへの影響と予防のための提言—特に女子生徒の情緒不安の悪化と希死念慮率の増加—

三重県医師会 梅本 正和

コロナにおけるパンデミック前からの、縦断的なメンタルヘルスへの影響は、これまで報告されていない。今回、平成24年度より行ってきた学校メンタルヘルス活動により、データを用いてその影響を発表する。

メンタルヘルスで行うアンケートは、①QUテスト（学校でのやる気、居心地度）、②自尊心テスト、③健康度リスクチェック（不安・抑うつ）

の3つで構成されている。

自尊心についてコロナの影響は見られなかった。不安・抑うつ点数は令和3年度から急に上がった。三重県内の13歳の自殺者数はコロナ前は年間0か1例だったが、令和3年度は4例と急増した。希死念慮を持つ生徒の割合は、令和元年度は中1で男子18%、女子24%であったが、令和3年度は中3で男子34%、女子47%と中1のほぼ2倍に増えた。令和4年度は中3で男子42%、女子55%と一段と悪化している。

メンタルヘルス事業で分かったデータを活用し、学校で行った環境調整によって、変化があったかどうかの評価をした。小学校で希死念慮を持った児童15例の情報を中学につないだ。中1では8例で希死念慮の改善をみた。改善したのは、不安・抑うつなどの情緒系と思われた。改善がなかったのは7例のトラウマ系（家族病理、いじめなど）であった。学校では、軽い症状をもつ診断閾値下の生徒への介入によって、効果がみられることが分かった。

[報告：常任理事 河村 一郎]

第4分科会 耳鼻咽喉科

1. 学齢期難聴児の耳鼻咽喉科疾患と聴覚補償について～京都市立小中学校聴覚特別支援学級聴覚検診結果より～

京都府医師会 兵庫美砂子

京都府立医科大学耳鼻咽喉科では京都市教育委員会と連携して市立固定制聴覚特別支援学級（通称：難聴学級）の小中学生に対して、学校保健法に基づく耳鼻咽喉科健康診断とは別の聴覚検診を実施している（通称：難聴学級検診）。今回は「聴覚補償に関わる指導項目」に焦点を当て、学齢期の難聴児の聴覚補償状況と問題点、今後の課題につき検討した。

対象は1994～2019年に聴覚検診を受けた小学1年から中学3年までの難聴学級在籍児218人、のべ1,199人2,398耳。うち補聴器装用2,144耳、人工内耳装用116耳、装用なし138耳である。対象につき、1) 在籍人数と良聴耳裸耳聴力の年次推移、2) 聴覚補償に関する指導項目、3) 個別指導を行ったケースを検討した。

1) 在籍人数は1994年から増加傾向、2004年ごろをピークに徐々に減少に転じている。2010年以降は減少傾向が顕著で、少子化のペースを上回っている。また、1990年代は重度難聴に補聴器装用の在籍児が中心であったが、近年は高度までの難聴に補聴器装用の児と人工内耳装用児が中心となっている。2) 補聴器については、要修理180耳8.4%、要再調整152耳7.1%、装用指導89耳4.2%、要買い替え60耳2.8%、イヤーマールド不適切49耳2.3%、要チューブ交換45耳2.1%、装用勧奨41耳1.9%、1%以下の頻度で忘れ、電池切れ、旧器持参、紛失、無線式補聴援助装置の勧奨や指導があった。人工内耳については要再マッピング11耳9.5%、無線式補聴援助装置導入勧奨2耳1.7%、1%以下の頻度で充電切れ、装用指導があった。また、学年別、年代別に傾向を見ると、小1では全般的に要指導例が少なく小2で急増、小4から中2までほぼ横ばいで、中3で少し減少する。補聴器のボリューム不適切はアナログ補聴器時代には多くみられたが、デジタル補聴器の普及により適正使用例が増加した。人工内耳についての指導項目の多くは人工内耳普及初期に集中しており、近年はほとんど指導を要さない状態になってきている。補聴器装用を自己判断で中止した例は中学生に多くみられたが近年減少している。人工内耳の装用中止例は今までみられていない。3) 補聴器に関して、同胞のものを使用、貸出器を4年間未返却、洗濯して故障したが親に知らせていないなどのケースで個別指導を行った。

2. 福岡県久留米市における養護教諭を対象とした耳鼻咽喉科健診に関するアンケート結果について

福岡県医師会 矢武 克之

耳鼻咽喉科健診はコミュニケーションに関わる聴覚・音声言語の領域を含んでおり、教育上支障となる異常を発見することは極めて重要である。今後の耳鼻咽喉科健診のあり方について学校医側からの意見は多くあるが、学校現場における養護教諭からの耳鼻咽喉科健診に関する意見は少ない。今回、福岡県久留米市内の公立小中学校に勤務する養護教諭を対象に耳鼻咽喉科健診の現状と

今後の健診のあり方についてアンケートを実施した。

対象は61校の養護教諭66名で、回答率100%であった。現在の健診方法は、①全員健診18%、②重点健診15%、③抽出健診21%、②+③が46%であった。理想と考える健診方法は、①35%、②30%、③18%、②+③は16%であった。健康教育は、1) 定期的実施している0%、2) 不定期に実施7%、3) 実施していない66%、4) しなければならないという認識がない24%であった。

3. 無電源型環境音調整耳栓を使用した際の実耳音響特性の検討

～聴覚過敏児に対する適応の可能性～

大阪府医師会 西村 将人

聴力正常児の聴覚過敏は自閉スペクトラム症児にみられる感覚過敏症状の一つである。重度の場合にはイヤーマフなどの装着なしでは一般生活も難しくなるが、イヤーマフ装用下では会話が困難となるのが問題である。そこで今回、無電源型環境音調整耳栓（以下、「Knops」）が会話可能なイヤーマフとして使用できるかを検討するため、実耳測定等を施行した。

健常4耳に対し「Knops」を装着して、鼓膜面上音圧を4段階のダイヤルごとに測定し、周波数別減衰量を検討した。使用した機器は実耳測定装置としてダイアテック社製アフィニティーを使用し、音源はアフィニティーに内蔵されている国際音声試験信号（international speech test signal ISTS）を使用した。

4段階のダイヤルを変えた補聴器特性測定では中音域から低域にかけて減衰しており、装用時の鼓膜面上音圧特性では、各段階で中低音域の減衰が段階的にみられ、高音域はおおむね保たれていることが確認できた。平均減衰量をまとめたところ、外耳道内に異物をいれるためにオープンイヤゲインの損失を認めるが、低音域の減衰を段階的に調整できることが確認できた。

「Knops」は無電源であることから活用が簡便で、マイクやアンプを通さないことからデジタル耳栓に比べて時間的遅延がなく、さらにアコース

ティックな音質が保てることも利点として挙げられ、「Knops」はイヤーマフに代わる、又はイヤーマフからの離脱訓練に有用である可能性が考えられた。

ちなみに、「Knops」は医療機器ではなく、一般の通販で購入できる。音響外傷の予防にもなる可能性があるが、本来聞きたい音とは別のものを聞かされることになる。

4. 学校健診（小1）で発見された軽中等度難聴児1例の経過と秋田県内の難聴児教育支援体制の紹介

秋田県医師会 中澤 操

秋田県では2001年から3～4年の間に、全県で新生児聴覚スクリーニング（以下、「新スク」）が行われるようになり、現在に至っている。両側中等度以上の感音難聴は出生1,000に対して1名出現するが、偽陰性（本当は難聴だが新スクをパスする）もある。新スクをパスすると次は就学前あるいは就学後の検診でしか見つけることができない場合が多い。会話（speech）はできても、読み書きの基盤となる言語力（language）に大きな遅れをきたすことが軽中等度難聴児の課題の本質である。今回、新スクをパスし、小学校1年生の学校健診の聴覚検査で初めて難聴を疑われて低中音域難聴の診断に至り、直ちに補聴や教育支援を開始した例を紹介する。

現在15歳で通常中学校3年生、補聴器を常時装着している。現在、学力には全く問題ない。難聴が発見されたのは小1の学校健診がきっかけで、若干の左右差をもつ低中音域40～60dB、高音域最良で30dBの聴力であることが判明した。言語聴覚士（教員免許とのダブルライセンス）による言語評価が行われ、補聴器試聴も並行して開始した。8年後の現在も聴力は同様である。

補聴器をつけると、食器の音、カーテンの開け閉めの音、母と比べて父や兄の会話音圧が高いこと（うるさいこと）などが初めて分かり、本人の評価は良好で積極的に継続装着することができた。

診断直後の小1の1学期の言語力評価は、総じて約2年の遅れを呈しており、支援体制として、

1) 夏休み明けから小学校で補聴器を装着する、
2) 2週間に一度、聴覚支援学校での通級指導を受ける、ことが決まった。1年後の言語力評価では、ほぼ生活年齢相当となった。上位概念語彙を調べる抽象語理解力検査では、誤りの半分が音的誤りであることから、補聴器を通しての聴覚学習を油断なく行う必要があることもわかった。小6終了時の読書力テストは偏差値66、中1の2～3学期レベルに達していた。聴覚支援学校通級は小学校卒業時に終了した。

秋田では通常校に1人でも難聴児がいれば保護者の希望により難聴支援学級が開設される状況になっている。高度難聴はもちろん、軽中等度難聴児で中等度難聴寄りの場合はほとんどが支援学級に在籍しているが、通常学級のみ在籍し聴覚支援学校通級する例もある。通常学校の聞こえる子どもや教職員のために、聴覚支援学校からの出前授業「難聴理解学習」、長期休暇中に県内の通常校の子ども達が集う「難聴児童交流会」は当事者への理解や当事者自身のセルフアドボカシー育成のために重要な役割を果たしている。

2006年国連総会が障害者権利条約を採択してわが国でも2016年から障害者差別解消法が施行された。災害発生直後の緊急テレビ放送での手話通訳（2022年になって見られるようになった）、音声を手話や文字に変える電話リレーサービス、字幕付き電話の開発普及など、まだまだ取り組むべき課題は残されている。

5. 難聴児の学校教育上での支援に対する啓発の必要性の検討

岡山県医師会 片岡 祐子

近年インクルーシブ教育を受ける小・中・高校生の難聴児・者（以下、「難聴児」）は約60%に上り、あたかも「共生」が実現されているかのように見受けられるが、実際のインクルーシブ教育での配慮状況は、単に座席を前に配置するだけに留まっている場合があまりにも多く、少なくとも補聴機器装着下でも聴取に課題がある難聴児に対して「情報バリアフリー」の状況が提供されているとは言い難い。その現状をもとに、2021年2月、当院では教師対象冊子「難聴をもつ小・中・高校

生の学校生活で大切なこと 先生編」(全14ページ)を作成した。今回、本冊子の活用及び理解や配慮の状況について、難聴児教育に携わる教師へのオンライン調査を行った。

オンライン調査の調査参加と研究協力に同意し、2021年7月から同年12月までの期間に設問に回答した難聴児担当教師94名を対象とした。

94名中、特別支援学校52名(55.3%)、それ以外の学校42名(44.7%)であった。難聴児教育年数は3年未満が34.0%を占める一方で、10年以上が29.8%であった。86.2%が参考にしづらい点はないとしたが、一方48.9%が冊子を読むまでに知らなかった内容はないと回答した。より具体的な場面での具体的な支援方法の情報の希望がある一方、簡潔でコンパクトな冊子構成である点を評価する意見も多数みられた。今後の冊子の活用方法について、他の教員に対して54.3%、児童生徒に対して53.2%他、校内研修29.8%、連携機関26.6%が挙げられ、今後の冊子作成の要望として児童生徒編84.0%、小・中・高以外の教育機関向け28.7%が挙げられた。また支援の現状として、情報保障については、透明マスク77.7%、補聴援助機器72.3%、ICT教材での視覚情報活用69.1%が多くみられた。難聴児の対応で困ることとして、ディスカッションやグループ学習67.0%、次いで音楽や英語の指導が挙げられた。アイデンティ形成に対する取り組みとして障害受容のサポート74.5%、自立準備61.7%であった。また、常識や暗黙のルールを理解、日本語獲得、自己の障害理解・セルフアドボカシー能力に対する問題と教育の必要性、周囲の理解の困難さと必要な対策等の課題も挙げられた。

教育関係者が正確な知識をもち、適切な配慮や支援を行うことは、難聴児の自己肯定感の育成、セルフアドボカシースキルの獲得、ひいては社会性の形成にも意義がある。インクルーシブ教育だけではこれらの教育には限界があるため、言語聴覚士や聴覚支援学校教師等とともに連携を取り、専門的指導・支援を取り入れるとともに、通学校で効果的に理解・支援を進められるような情報発信、提供をしていくことが望まれる。

6. 聴覚障害を対象としない特別支援学校に在籍する難聴症例

神奈川県医師会 寺崎 雅子

特別支援学校に在籍する生徒が学校検診や教員の指摘により難聴を指摘され、耳鼻咽喉科を受診した2症例を経験した。

17歳男性。3歳児健診で聴力検査ができず、大学病院で精査を受けるが問題の指摘はなかった。小学校・中学校は支援学級(知的級)に在籍。学校健診でも難聴は指摘されていないが、小学校6年生(12歳)ごろから身体を乗り出すようにして聞くようになった。このため耳鼻咽喉科を受診。標準純音聴力検査は挙手で施行し、平均聴力レベルは右耳55.0dBHL、左耳46.3dBHLであった。急性感音難聴を考慮して内服治療を施行したが変化がなかった。補聴器装用を勧めたが興味なく、保護者の了解を得て終了となった。特別支援学校高等部2年生(17歳)になって、教員から聞き取りが悪いことを指摘された。保護者は難聴対策を練るように指導を受けた。5年ぶりの受診でも反応が曖昧なため機能性難聴が否定できず精査を重ねた。平均聴力レベルは右耳68.8dBHL、左耳46.3dBHLであったため補聴器の導入を試みた。耳掛け型補聴器で常時装用ができず、耳穴型補聴器を試したところ装用可能となったため、両側耳穴補聴器を処方した。

16歳男性。AABR検査はPASSしており、3歳児健診でも難聴の指摘はない。小学校・中学校は支援級(知的級)に在籍しており、学校健診で難聴の指摘はなかった。特別支援学校高等部1年生(16歳)の検診で左耳難聴を指摘されて、耳鼻咽喉科を初診。難聴の自覚はなかったが、中学生のころから家庭での会話時の反応が乏しくテレビの音量が大きいことから、姉だけが難聴を指摘していた。初診時の標準純音聴力検査は声掛けをしながら施行し、右耳が33.8dBHL、左耳が53.8dBHLで両耳ともに混合難聴であった。左耳手術を施行したが聴力回復が望めなかったため、補聴器装用に切り替えた。音に対する反応は改善されたが、埋没耳の既往があり耳掛け型補聴器が装用ににくい様子が見受けられ、両側耳穴型補聴器を処方した。

支援級や特別支援学校には、在籍理由となる本来の障害のほかに、気付かれない難聴者が混在している可能性が少なからずあると思われた。丁寧な問診や検査、その後の経過観察や適切な情報保障を考慮するべきである。支援級や特別支援学校の教員は、難聴の生徒が混在している可能性を考慮して関わりを持つことが望ましい。療育手帳はあるが身体障害者手帳は所持していないため、今後の補聴器購入には福祉面や補聴器販売店の配慮などが必要と思われる。

7. 聴覚支援学校における耳鼻科健康相談の役割

徳島県医師会 島田 亜紀

新生児聴覚スクリーニングの普及で先天性難聴児に対する聴覚補償が0歳代という早期から行われるようになった。補聴器装用は軽・中等度難聴児から高度難聴児の聴覚補償が行われ、人工内耳手術は1歳代から行われている。徳島県では難聴児通園施設等の療育施設はなく、徳島聴覚支援学校が県内唯一の聴覚支援学校であり難聴児の教育の拠点である。進学や難聴児教育での疑問点を難聴児とその保護者、また教員と医師が共通理解をもって教育を行っていくために、県内唯一の聴覚支援学校で校医が健康相談を行っている。徳島大学病院小児難聴外来を担当している医師が聴覚支援学校の校医を兼任しており2000年より開始し年3回設けてきた。

2017年度からの5年間に聴覚支援学校において健康相談事業を行った14回、延べ81名について調査した。方法としては、本人とともに、保護者、担任教師、養護教諭が同席し、検鏡的に鼓膜観察を行った後、1人あたり15分から30分程度をかけ相談に応じた。

対象者81名の内訳は0歳児から17歳の聴覚支援学校児童生徒である。聴覚支援学校は0～3歳児までは乳幼児教育相談事業として週1回程度の来校児、4歳児からの幼稚部と小学校・中学校・高等学校があり、視覚支援学校が同一の敷地内に併設されている。相談内容については、耳に関する訴えが一番多く、難聴の進行や補聴機器の選定の他に聴力検査の頻度などの相談があった。次に多かったのが教育的問題についての相談であ

り、通常学校へのインテグレーションについての相談が多かった。また、以前の調査した2000年からの5年間に行った健康相談と相談内容を比較したところ、相談件数が増加した内容は教育的問題で通常学校へのインテグレーションについての相談であり、次に学校における前庭水管拡大児への対応で聴力検査の頻度や運動制限についての質問があった。そして、新たな相談内容は、両側人工内耳に対する相談や、軽度難聴児への早期の補聴器装用、重複障害児の摂食嚥下に関する給食の相談、発達障害が疑われる児の検査や療育についての相談等である。

教育相談に関する通常学校へのインテグレーションについては、基本的には親の希望を支持するが、聴力検査だけではなく言語発達検査を行って、通常学校への聴覚や言語発達についての情報提供を行い、補聴機器や補聴援助システムの使用、インテグレーション後の定期的な耳鼻科受診・聴覚管理の継続を促し、教育と医療が継続して支援できるようにしている。重複障害児や発達障害合併症児については、健康相談内容も多種多様のため個別対応を行っている。学校で児の健康状態にあわせた適切な合理的配慮が行えるように医学的知識を伝え実践している。

8. 小児におけるダニ舌下免疫療法

— 副反応発現と治療効果について —

岩手県医師会 千葉 隆史

当院で行っているダニ舌下免疫療法について検討した。対象は2016年から当院でミティキュアダニ舌下錠を用いて治療を開始した男性175名、女性111名の合計286名である。平均年齢は男性13.2歳、女性19.5歳、全体では15.7歳、年齢別では10歳未満の小学生が110例と最も多く、20歳未満の治療例が全体の80%を占めていた。286例のうち15歳以下の症例は202例であった。

アドヒアランスは、90%以上服用できた例が75.7%、80%以上90%未満が10%であった。当院で70%以上服用できている比率は95.7%であった。

免疫療法はダニのアレルギー性鼻炎の根治を

可能にする現在のところ唯一の治療方法である。1) 舌下免疫治療により、アレルギー対処治療薬を服用しなくなった例、薬の量が減った例など、薬を変更できた例は65%であった。2) 6か月以上治療を行った例では著効31%、有効55%、不変14%であった。3) 治療中止例は7例4%と低かった。4) 副作用の出現率は49.4%と高かったが、大多数が治療開始から2週間までの初期に起こっていた。症状は口腔のかゆみなど軽いものであった。5) 治療効果は、ダニなど通年性のアレルギーは絶えずアレルギー抗原に暴露されるので、症状が持続し治療効果を自覚しにくいと分析されるが、自覚症状の改善度は良好であった。

9. 当院における小児鼻腔異物症例の検討

岩手県医師会 堀 亨

2016年1月～2022年6月の6年6か月間において、当院で経験した小児鼻腔異物症例は36件であった。平均年齢は3.7歳、中央値は3歳であった。すべて片側であり、右側69%、左側31%であった。右利きが多数のため右鼻腔への異物挿入が多いとされる。男女比は認めなかった。

受診の契機になったものとしては、申告あり(挿入するところを親が見ていた、又は自己申告があった)が21例57%で最も多く、持続する片側性の水様性鼻汁が主訴であったものは14%、膿性鼻漏は22%であった。無症状で偶発的に鼻腔異物を認めたものも2例5%あった。挿入時期不明のものは14例と全体の38%を占めた。

異物の多くは7～8mmのものであった。諸家の報告で多い球形のビーズは当院では4例のみであった。ボタン型電池は3件であった。

ボタン型電池は、鼻腔異物、食道異物の原因として以前より注意喚起されている。組織損傷を起こす可能性もあり、可能な限り早期の摘出が必要である。アルカリ電池とリチウム電池があるが、鼻腔異物では1cm大とやや小型のアルカリ電池が鼻内に挿入しやすく多い傾向がある。組織損傷の機序としては、①電池内容物漏出によるもの、②圧迫による虚血性変化、③通電により生じた水酸化物産生によるものが挙げられる。提示症例で

は、電池内容物の漏出は明らかでなかったため、③の機序が主体であったと推察される。通電による障害は特に陰極側で生じやすいとされる。

小児鼻腔異物の診断面における問題は、鼻腔異物の発見が困難なことである。申告がないと気付かないこともある。片側性の鼻症状が持続する場合は、鼻腔異物も念頭に置き積極的に評価することが推奨される。今後も家族への啓発を広めていくことが大切である。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

第5分科会「眼科」

1. コロナ禍に於ける細菌性前眼部疾患との闘い

神奈川県医師会 坂元 則敏

ウイルス性結膜炎の現況として、2022～2023年の3年間藤沢市の定点調査では、EKC、AHC、PHCの3種類のウイルス性結膜炎の流行は認められていない。Hibワクチン及び肺炎球菌ワクチンの接種開始前の前眼部感染症123例123検体より分離同定された菌株は、H.influenzae 73株、Strep.Pneumoniae 34株、B(N).catarrhalis 3株であった。2008年の小児Hibワクチン接種以後の調査では、10歳以下小児では、BLNAR、Low BLNARが計33.3%、BLPACRが16.7%、BL(+) Sensitive:Haemophilus influenzae β -lactamase (+)が25.0%、BL(-) Sensitive: Haemophilus influenzae β -lactamase (-)が25%であった。

小児へのPCV7、PCV13接種、高齢者へのニューモバックスNP接種の前後で血清型置換(serotype replacement)が発生した。Hibワクチン接種前の前眼部感染症83株では、血清型はNT(non-typable) > b型 > e型で、生物型はII型(61%)、III型(31%)、I、IV、VII(各1%)であったが、2016年11月～2017年12月の調査では全てワクチン効果のない、莢膜のないNTのみが検出された。2018年の小児呼吸器材料から分離された肺炎球菌感染症での莢膜型の検出頻度は、15型が39株(26.0%)、35型が18株(12.0%)、23型が16株(10.7%)、3型が10株(6.7%)であった。小児用肺炎球菌ワクチンにて71.8%のカバー率とされているが、臨床的に重要な19A型や6A型がカバーされてい

ない。

肺炎球菌ワクチン接種開始前の肺炎球菌32株についてPSSP(18株):6型(17%)、19型(11%)、23型(11%)、NT(61%)で、PISP(13株)は、6型(23%)、19型(15%)、NT(62%)であった。PRSPはすべて19型(100%)であった。ワクチン接種開始後の2016年11月～2017年12月の調査では、眼脂PSSP派type15で、鼻汁PSSPはtype10で、鼻汁PISPはtype15であった。Haemophilus influenzaeについては菌株の多くは薬剤耐性を示した。

With COVID-19の2022年8月の細菌性結膜炎の起炎菌調査8症例のうち、複数菌感染症が3症例で37.5%。H.influenzaeが50%、Moraxella catarrhalisが25%、MSSAが25.0%とその他であった。ウイルス、細菌への対抗手段として抗ウイルス薬、抗微生物薬の他ワクチンがあるが、ウイルスの効かないタイプや耐性菌が次々に出現してきている。眼科医も疫学調査、耐性菌調査に基づき監視が必要である。

2. 就学時健診及び幼稚園・保育所等での視力検査等に関する全国調査について

京都府医師会 柏井真理子

日本眼科医会は令和2年11～12月の期間に47都道府県の幼稚園、保育所、認定こども園(38,795施設)の3%にあたる1,164施設を任意抽出でアンケート調査し回答を得た。調査の概略ではあるが「健康診断における視力検査の実施の有無」について「設置者別」「施設別・学年別」「地域別」及び「視力検査を実施していない理由」等を問うた。また、その他に「弱視についての認識」や「各科の健診状況」についても尋ねた。また同時期に全国の自治体の教育委員会から任意抽出した231の教育委員会にアンケートを送付、就学時健診での視力検査実施状況や実施方法等を中心に調査した。

調査結果では、視力検査実施率は、施設、地域差を認めた。また、弱視についての認知度も低く、園関係者に幼児の視力の発達や弱視の早期発見・治療の重要性、そして視力検査の大切さをしっかりと啓発する必要を強く感じた。「実施したいが

やり方がわからない」の回答も20～30%あったが、こちらは日本眼科医会ホームページ掲載の「園医のための眼科健診マニュアル」等を参考にさせていただきたい。また定期健康診断で実施している健診項目としてほとんどの園で内科健診は実施されているも、眼科健診、耳鼻科健診の実施状況はかなり低迷していた。

一方、教育委員会が実施主体である就学時健康診断における視力検査実施率は、全体として96.4%であり、平成20年度調査90.5%に比べて改善された。しかし、まだ実施されていないところもあり、学校保健安全法をしっかりと順守し100%実施されるべきである。また、「就学時の健康診断マニュアル」には視力検査の実施方法について「字ひとつ視力表」を使用するよう示しているにも関わらず、「字ひとつ視力表を使用している」は54.8%に過ぎなかった。「字ひとつ視力表での視力検査」とは、視標を一つ見せて測定する方法で、低学年ぐらまでは字ひとつ視力表にての視力測定が推奨される。さらに内科健診はほとんどの地域で実施されているも眼科健診、耳鼻科健診の実施率は4割前後となっていた。

弱視の早期発見・早期治療のため、また最近「近視の発症の低年齢化」が危惧されており、近視進行予防の重要性も含め各年齢において視力検査を実施することは大切である。今後も園関係者に「弱視」について、そして「幼児期の視力検査の重要性」を粘り強く啓発することが必要である。また、就学時健診では「適切な視力検査方法(字ひとつ視力表)で実施すること」、「視力検査は健診会場で実施すること」等を文部科学省や各自治体の教育委員会に改善を求めていきたい。さらに視機能が発達する乳幼児期には可能な限り眼科医による眼科健診の実施が望まれる。

3. 江戸川区におけるコロナ禍の小中学生の裸眼視力の推移

東京都医師会 田中 寧

教育委員会の協力を得て、江戸川区6年間(H28～R3年)の小・中学校の裸眼視力検査の推移を370方式($A \geq 1.0$ 、 $1.0 > B \geq 0.7$ 、 $0.7 > C \geq 0.3$ 、 $D < 0.3$)で調査した。R2年度は、

コロナ禍の影響で小・中学生の裸眼視力 1.0 未満の割合が特に増加したが、R3 年度は小・中学校ともに減少した。

小学校では R3 年度 A が増加し、B～D は減少した。中学校では R3 年度 A が増加し、C、D が減少した。男女別では、小学校は男女共に A が増加し、B～D が減少した。中学校では、女子は A、B が増加し、C、D が減少した。男子は A が増加し、B、C、D が減少した。学年別では、小学校、中学校ともに、学年が上がるごとに B～D の割合が増加した。入学年度別の推移は、小学校・中学校とも R2 年度より改善傾向であった。

近年の近視増加の原因については、パソコン、タブレット、スマホの視聴時間の増加を挙げる報告が多い。近視予防フォーラムの坪田一男らは、令和1年と比べ小・中学生の86.3%が「自宅時間」増加、58.5%が「外遊び時間」減少と報告している。オンラインでの学習や塾などが一般化し、日常でもパソコン・タブレット・スマートフォンなどの情報機器を見る時間が、令和1年は1日平均58.5分に対し、外出自粛中は129.7分(71.2分増加)と倍増した。外遊び時間は1日平均35.4分と、令和1年の61.1分より25分以上短縮したと報告している。日本眼科医会作成の「ギガっこデジたん！」の啓発活動が大切である。江戸川区医師会・区定例協議会にて、学校保健委員会より教育委員会へ啓発活動の協力を依頼し、教育委員会開催の「校長会」に出席して広報活動を行った。また、区協議会議員との意見交換会にも参加し、協力をお願いしている GIGA スクール構想の導入、コロナ禍の学校環境などの現状を踏まえ、養護教諭と協力して「近視進行抑制」を今後も啓発することが大切である。

4. ICT 教育のもとでの目の健康啓発コンテンツについて

大阪府医師会 丸山 耕一

日本眼科医会は、GIGA スクール構想始動前に、文部科学省の資料をもとに眼科学校医に向けた「目の健康のために学校現場でできること」を25項目にわたって日本眼科医会 Web サイトに掲載した。さらに令和3年4月以降、教師、児童生徒

や保護者が共有でき、また児童生徒や保護者が眼科受診時などに情報入手が容易な目の健康に係る啓発コンテンツも発信を継続している。啓発コンテンツは、児童生徒が直感的に理解できるマンガ、イラストを用いた「ギガっこデジたん！」が主となっている。ポスター、リーフレットは、営利目的でなく学校関係者並びに医療関係者であれば、誰でも許諾なくダウンロードできるものとした。また、保健だより等の印刷物への転載や、コピーして配布されることも想定して、こちらも活用フリーとしている。目の健康啓発動画を「ギガっこデジたん！」シリーズと位置づけ、ダークヒーローである「近視マン」という新キャラクターを、「近視進行因子のメタファー」として登場させ制作し、2022年8月末現在、YouTube チャンネルで動画の視聴回数は12,000viewを数えている。今後も近視について子ども達の理解度を深めていくコンテンツや、近視が進まないように努力する方法として、子ども達の冒険心や探求心を訴求するコンテンツを制作していくことが目標である。

5. スマホ時代の眼鏡処方における調節麻痺剤の重要性

岩手県医師会 鈴木 武敏

スマホの長時間使用により、輻輳維持と調節緊張が過剰に起こり、間欠性外斜視、片眼抑制が増加する。特に高頻度で起きるのが、調節異常である。多くは調節緊張であるが、距離と不整合な調節量、小児でありながら調節が起こらなくなる。スマホの長時間使用者の眼鏡処方は、これまでと比較にならないほどの慎重さが求められると考えている。そして、異常を疑ったら、躊躇せずに調節麻痺剤のサイプレジンを使用することであるが、使用したとしてもその後の眼鏡処方時にオーバースキアで確認し、調節が残っている場合は、さらに1週間から1か月程度のミドリンMや希釈アトロピンなどが必要になる場合も少なくない。

「眼鏡作製技能士」という厚生労働省の検定制度が始まり、多くの人々が国の資格だから技術や検査方法が正しくできる技術者と安易に判断してしまうと、子どもたちだけでなく成人でも誤矯正の

眼鏡が増えることになり、日本はさらなる近視大国になってしまうことが危惧される。緑内障、糖尿病による中途失明者の7割以上が眼鏡店での直接検眼者である事実から考えても、眼鏡作製技能士の制度の見直しが不可欠である。日本ほど眼鏡矯正、失明予防に無関心な国はない。

6. IoMT を用いたコンタクトレンズ診療から

— 15歳以下のユーザーについて —

岩手県医師会 佐渡 一成

近年、カラーコンタクトレンズに限らず、通常の透明なコンタクトレンズ (CL) においても眼科医の処方に基づかない、「処方せんなし」「定期検査なし」での販売・購入が急増している。厚生労働省は販売店に行政通知を出して眼科受診を促しているが、罰則規程がないこともあり、遵守されているとは言えない状況である。そして、CL によるトラブルの多発状態に改善は見られていない。CL を安全・快適に使用するには眼科医の診療に基づく処方が不可欠であり、定期検査も必要である。当院で用いているシステム (IoMT: Internet of Medical Things) がもたらした著明な効果について考察する。システムのポイントは、①眼科の検査に基づく処方指示書のみを受け付けて販売する。②価格は量販店やインターネット・通信販売と同等以下。③受け取りや支払いなどの利便性も実現したことである。眼科医による適切な処方と定期検査が行われていれば、コンタクトレンズは安全に装用継続できるので、眼科受診継続に直結する IoMT を用いたシステムは 15 歳以下を含め、全てのユーザーの安全に極めて有効である。

7. 視力値での評価を補完する数理的センス

神奈川県医師会 鈴木 高遠

本講演では、角膜混濁による散乱の観察に必要な「フーリエ光学」が数式やグラフとともに詳細に述べられており、高校3年の物理で理解できるとのことであったが割愛する。生徒や保護者より屈折矯正角膜手術 (Lasik や ICL) 術後の見え方を問われた際の対応のヒントを紹介する。「明暗への順応等を含めるともともとは 10 万倍以上あ

るコントラスト耐性が半分以下に減少するけど数千倍以上は残っている。デスクワークなど室内の比較的緩い視覚条件だと、大して気にはならないかも…」「検査室内の白黒視標だけでなく、現実の仕事現場では物陰や眩しい光、コントラストの乏しい表示があったりするから、困る可能性がある」「将来タクシーなどプロの運転手になる可能性があったら、夜とか眩しい光のあるところや、明暗が急変したりすると、怖く感じてしまうようになるかもしれないから、ちょっとまずいかも……」、などと続ける。

屈折が焦点距離で決まるのに対して、収差・回折・散乱はミクロンレベルで、職業や年齢など個人的要因に影響される症状のため、客観性のある評価は困難である。回折については光が波動として進むことを念頭に置けば、経験ある眼科臨床医なら診察の際に症状の概要を心眼で思い描くことは難しくない。ポイントは3つ：①回折が波動の性質から来ることを念頭に、混濁や歪みなど角膜などに残る痕跡の後方、網膜に至るまで全方向に拡がっていく球形の回折波をイメージしつつ診察する。②同じく、回折が光学系のフーリエ (Fourier) 変換にしたがって、混濁が小さくて鋭いほど広い範囲に拡がり、大きいほど強いグレアを与えることを念頭に置く。瞳孔領内の偏心 (位置ずれ) だと、特定方向にゴーストが見られる要因となり得る。③混濁による散乱は全方向に向かっている。診察者の目に見える混濁は全て患眼網膜にも光を落としており、コントラスト低下の要因となり得る。屈折矯正での視力向上を謳う角膜手術での術後愁訴については、職業選択など視覚環境の再検討を除いてはほとんどの場合、一般臨床眼科での的確な対処・払拭は困難である。

特別講演

幼少期・学童期における認知的力と非認知的力の意義

白梅学園大学名誉教授 無藤 隆

認知能力とは、知識・技能・思考力などを含む知的能力であるが、これだけでは子どもの学力を伸ばすのに限界があり、非認知能力の重要性が認識されるようになった。非認知能力とは、多種多

様な感情を感じ、意欲・意志を抱き自覚し、人と協力するなどの、学びに向かう力の育ちである。非認知スキルとは、他者とうまく付き合う能力、自分の感情を管理する能力、目標を達成する能力。幼児期の研究から、目標を達成する能力の中でも実行機能の重要が分かってきた。感情の実行機能とは本能的な要求や感情をコントロールして目標を達成するする力。思考の実行機能とはついついやってしまう行動、習慣、癖などをコントロールする力。非認知スキルがさらにメタ認知（全体を見渡す、自分の理解を吟味する）の力が加わり、学習へと結びつく。成人に必須な中核的能力は、実行能力と自己抑制能力であり、その基礎は幼児期の脳の前頭前野に形成される。子どもは、Toxic stress である虐待、ネグレクト、貧困、親の薬物中毒、うつ病などの精神疾患が続くと、甘えたくても甘えられない心理状況から、子どもの心は傷つき、脳の発達障害の原因となる。resilience を育むために必須の条件は、子どもの心を献身的に支える親、祖父母、又は第三者の養育者などの大人の存在である。その大人との人間関係によって、子が身につける健康的な甘えが、resilience を育む基本となる。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

シンポジウム

テーマ「子どもたちの『生きる力』を育む」

子供がストレスを乗り越える力“レジリエンス”を育む

日本産婦人科医会前会長 木下 勝之

レジリエンスとは、人生の逆境における困難に対する反発力、回復力のことであり、これを身に着けることは、子どもの発達に必須の構成要素の一つとなっている。全ての子供は乳幼児期、そして学童期における発達過程では、身に降りかかるストレスを避けることはできない。ストレスには心身に対する反応から、① positive stress（肯定的ストレス）、② tolerable stress（許容性ストレス）、③ toxic stress（有毒ストレス）の3つがある。①は初めての保育園に通園するときの恐怖感や、はじめて予防注射をするときの痛みなどの健康発達の正常かつ不可欠な部分に当たるストレス、②

は親の病気による突然の死亡、自然災害による親の死亡事故など、1人では対応できない悲しみと衝撃を受けるストレスである。このような強い心身へのストレスであっても、その子の身近に、祖父母、親戚あるいは第三者であっても、親身になって子供を慰め助ける大人の存在があれば、癒され、この困難を乗り越えることができる。③は身体的精神的虐待、慢性的なネグレクト、親の薬物乱用や精神疾患、暴力、及び／又は家庭の経済的困難等、このような長期の逆境によるこのストレスで、大人の支援がない場合前頭前野の萎縮をきたし、非行、不登校などに陥っていき、ストレス関連疾患及び認知障害のリスクを成人期まで増加させることになる。

②③のストレスに対するレジリエンス（反発力、回復力）や深刻な困難を乗り越えることは子供1人ではできない。レジリエンスを発達させる子供にとって最も必要な要件は、その子を愛して献身的に育てる親、養育者、又は第三者の成人の少なくとも1つの安定した献身的な関係の存在である。乳幼児期から学童期にかけて、どんな逆境であっても支えて育てる大人の存在が必要であることは、乳幼児期の愛着形成が確立していることが前提となる。愛着とは、「甘え」の現象であることから、レジリエンスの獲得には、「甘え」を受け入れることができる母親や父親、又は祖父母、そして第三者の養育者に育てられることが必須条件になる。言い換えれば、子にとって甘えられる安全基地となる大人の存在が不可欠である。レジリエンスの獲得のためには、健康で率直な甘えを身に着ける、いわゆる愛着形成が重要である。甘えたくても甘えられない場合は、恨む、妬むなどひねくれた甘えとなり自己愛的な屈折した甘えとなる。

全ての子どもたちの幸せのために～私たちが今知っておきたい『非認知能力』について～

岩手県医師会 子どもたちの「生きる力」を

育む検討委員会委員 千田 恵美

認知能力とは、読み書き・計算などの能力（いわゆる学力）を指す。一方、非認知能力は、数値で測ることができない「内面の力」を指す。非認

知能力は、大きく分けると「自分と向き合う力」「自分を高める力」「人と関わる力」の3つに分けられる。

ジェームズ・ヘックマン氏らが1962～1967年の間に行ったプロジェクトは低所得者層家庭の3～4歳の子どもたちを対象にして実施したもので、40歳時の調査では、介入した群では収入が多く、大学進学率が高いなど、非認知能力がその子の将来を左右する重要な要素であることを示された。また、ウォルター・ミシェル氏が行った実験では、幼少の時の自制心が、将来の経済状態や健康状態に関係することを示された。さらに、2011年からニュージーランドのダニーディンで生まれた子どもを長期間にわたり綿密に観察した結果、やはり幼少期の自制能力が乏しいと、不健康、経済問題、犯罪歴など、成人後のネガティブな成り行きが、有意差の形で予想できる結果となった。森口佑介は「目の前を優先し今を生きる子ども」と「将来に備え未来に向かう子ども」との二極化が顕著になってきていることを指摘している。また、寿命に影響を与える因子として「孤独」であるかどうかが大変な因子であることが分かってきた。

非認知能力を育むために妊娠中から2歳くらいまでの間に特に意識したいことは、親子間のアタッチメント（愛着形成）であり、十分なアタッチメントで生まれた基本的信頼感は赤ちゃんの安心基地になり、生涯にわたって自分を守るものとなる。幼児期から学童までの時期は外からの働きかけで十分変容する可能性を秘めている。自主的に夢中になる遊び、読み聞かせ、早寝早起き、朝食やビタミン、ミネラルなどの健康的な食生活、音楽や美術を含むアートやスポーツ・部活動、子どものことを別な視点で視るリフレーミング、非認知能力を発揮していることを見つけて褒めることなどが非認知能力を高める。学童から大人までの時期でも非認知能力を伸ばすことができる。自分に何が足りないかを考えたり、トレーニングすることで伸ばすことができる。大谷翔平選手が行っていた「マンダラート」という方法もある。

非認知能力を育てるのは環境、人から教えられるものである。その子なりの方法で非認知能力を

伸ばしてもらいたい。そしてすべての子どもたちが幸せになってほしい。

夢を実現する

花巻東高等学校硬式野球部監督 佐々木 洋

自分は大リーガーになった大谷翔平や菊池雄星を育てた監督と言われ、どうやったらこのようにうまく育てられるのかとよく取材されるが、自分が育てたわけではなくて個々が自分で目標を立てて育てていった、それを導いただけである。

以前は東北地方の高校野球は弱かった。それは下手だったが能力がなかったわけではなく、指導者（監督）の問題であった。平成14年に花巻東高校硬式野球部の監督に就任したが、トレーニング方法などそれまでの指導方法から変えていった。変えるべきものと変えてはいけないものもあった。以前からあった坊主は廃止し、矯正と自主性で導き育てる、個性を伸ばすこととした。与えるものとしては、環境、責任、夢、愛情、かけるものとしては、時間、いい言葉、期待、負荷とした。自分自身も中学生時代不良で番長だったが、中学の先生に生徒会長になるように言われてそれから行動も大きく変わった。生徒には自分で目標を立ててそれを達成するにはどうしたらよいか、何が必要か、足らない部分は何かそれを書くようにさせた（マンダラート）。「プロ野球選手になりたい」「160kmを投げる」など目標を書いて意識が変わった。大谷翔平、菊池雄星らはそれを書いて実行して実現させただけである。

「でも」「だって」「どうせ」「だけど」という言葉はだめ、「そのためには」「どうしたら」という考えを持つことがよい。夢（目標）が人生を作る、その思いと行動を一致させることが必要で、すべての行動からリターンが生み出される。目標を持つということが重要である。

授業や部活の指導に注力するため普段は講演依頼を受け付けていないとのことだったが、とてもお話しが上手で引き込まれる講演であった。

〔報告 常任理事 河村 一郎〕

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4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

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

■会員の声

主として、医療・医学に関するものを募ります（令和4年2月より）。

■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

第164回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和4年9月4日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県総合保健会館 2階 「多目的ホール」

特別講演1

「腰痛診療のエビデンス

～診療ガイドライン策定と疫学・臨床研究～」

名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻

運動・形態外科学講座 整形外科学/リウマチ学 教授 **今釜 史郎**

[印象記: 防府田中 浩]



今釜史郎先生は宇部市出身で、元山口大学整形外科助教授で今釜整形外科を開業されていた今釜哲男先生のご長男でもあり、2020年に名古屋大学整形外科教授に就任されています。先生は腰痛診療ガイドラインの策定委員を務められており、今回の講演では、脊椎外科の最先端の治療法から腰痛診療の疫学・臨床研究と診療ガイドラインまで幅広く解説していただきました。

名古屋大学における脊椎外科の現況

脊髄は再生しないため、基本的に脊髄疾患は難治性である。脊椎脊髄専門施設の調査では、術後運動麻痺のリスクがある疾患として、脊髄腫瘍、靭帯骨化症、脊柱側弯症の3疾患で86%を占めていた。名古屋大学で現在行っている難治性の脊椎・脊髄疾患に対する手術的治療について紹介する。脊髄髄内腫瘍で歩行困難な患者で脊髄モニタリング下に全摘手術を行った結果、術後歩行可能となった症例を提示する。私は、厚生労働省難治性疾患疾病対策班研究(1975年～)日本医療研究開発機構研究費(AMED)の難病治療研究「脊柱靭帯骨化症の治療指針策定および手術治療の質を高めるための大規模多施設研究」ワーキンググループリーダー及びガイドラインの委員も務めている。名古屋大学において靭帯骨化症の術後成績をみると、SF-36でみたQOLはかなり改善がみられているが、疼痛の改善が十分でなく、手術治療の限界があると考えます。多施設研究で靭帯骨化

症術後患者は特に神経障害性疼痛(NP)の比率が高く問題になっており、ガイドラインにも、術後遺残症状の痛み・しびれは患者満足度を低下させる最大の要因であると記載されている。

脊柱変形に対する手術治療も行っており、脊椎カリエスで高度な変形に対しても矯正は可能である。脊柱変形の手術用implantを企業と共同開発しており、2019年より国内・海外で使用を開始している。最近の低侵襲手術手技としてLLIF(前側方進入椎体間固定術)が挙げられる。LLIFとPPS(経皮的椎弓根スクリュー)を用いて椎体間での不安定性や変形を矯正することで、脊柱管も拡大し、間接除圧が可能となる。LLIFによる間接除圧+PPSと従来のPLIF(後方進入椎体間固定術)とを比較した結果、間接除圧は重大な合併症が少なく、PLIFと同等のQOLの回復が得られていた。適応となる症例を選別すれば、LLIFを用いた間接除圧は有用な術式と考えられる。ただ、いずれの方法でも痛み・しびれの術後VASはほぼ同等で、完全には取れないのが現在の問題点である。

基礎研究では、脊髄損傷モデルを用いて脊髄再生に対するbFGFなどの効果について報告している。この結果の臨床応用として、急性期脊髄損傷に対する薬剤の投与を国際的多施設共同試験で行っている。また、痛み・しびれに対する薬の治療効果について、2019年日本医療研究開発機構研究費(AMED)で医師主導治験を予定している。

近年の超高齢社会においては、脊椎骨折や脊柱後弯による腰痛・神経症状有訴者が増加しており、腰痛・神経痛の適切な診断・治療が求められている。

コロナ禍と慢性疼痛

イタリアの多施設研究で、コロナ禍の2020年の急性腰痛患者数は、2019年の同時期より約13%減少しており、原因として外傷の減少と受診控え(stay home)が考えられた。コロナ禍と慢性疼痛に関する論文では、コロナ蔓延により、神経症状の重篤な脊椎患者のみならず、腰部脊柱管狭窄症や骨粗鬆症など一般的な患者も長期間適切な治療を受けられず苦しむことになることと警鐘を鳴らしている。コロナと慢性疼痛の原因として、コロナ患者(感染及び治療による長期臥床)のみならず、運動不足や精神的・社会的ストレスなどが考えられており、遠隔医療やhealthサービスの充実などが必要である。

日本における慢性疼痛患者は、2010年の日本の一般成人40,000人を対象とした全国実態調査によると、保有率22.5%(成人人口換算で推定2,315万人)であった。また、神経障害性疼痛調査では、保有率6.4%(成人人口換算で推定660万人)であった。2009年の慢性疼痛患者調査研究会による調査によると、慢性疼痛で最も困っている部位として、腰痛が最多であった。高齢者では、疼痛により単にQOLが低下するだけでなく、サルコペニア、低栄養、抑うつなどと相俟って、慢性疼痛による悪循環がみられる。

腰痛のエビデンス

『腰痛診療ガイドライン2019』

平成28年国民生活基礎調査(厚生労働省)で日本人の有訴者率をみると、腰痛が男性1位、女性2位であった。痛みの分類をみると、器質的疼痛は神経障害性疼痛と侵害受容性疼痛に分類され、さらに心理社会的要因である痛覚変調性疼痛に分類される。スペインからの報告で腰背部痛患者の疼痛の内訳では、侵害受容性疼痛の関与が約95%、神経障害性疼痛が約30%であり、オーバーラップする混合性疼痛が23.1%であった。

『腰痛診療ガイドライン2019』(改訂第2版)

が発刊されたが、策定委員の一人として作成に寄与している。腰痛患者初診時に必要とされる診断の手順は、『腰痛診療ガイドライン2012』と同じフローチャートであるが、red flags(危険信号:骨折、悪性腫瘍など)には注意が必要である。red flagsの信頼性に関するsystematic reviewでは、脊椎骨折の検出には挫傷(62%)、ステロイド長期使用(33%)、高齢(9%)、脊椎悪性腫瘍では悪性腫瘍の既往(33%)が報告されている。脊椎炎(感染)の臨床診断のポイントとしては、1.発熱+腰痛(頸部痛)、2.赤沈又はCRP上昇+腰痛(頸部痛)、3.血流感染又は感染性心内膜炎+腰痛(頸部痛)、4.発熱+神経症状、5.最近のS.aureus血流感染症+腰痛(頸部痛)が挙げられる。

腰痛患者の85%は原因の特定できない非特異的腰痛である、という一般家庭医からの報告がある。一方、山口県の整形外科医院を受診した腰痛患者320名(平均年齢55.7歳)について調査した結果、腰椎椎間板ヘルニアなど診断可能であった例が21%で、残り79%はいわゆる非特異的腰痛であったが、非特異的腰痛患者のうち78%は、詳細な診察で診断が可能であったと報告されている。腰痛診療ガイドラインにおいても「非特異的腰痛」の安易な使用に注意する、腰痛の病態解明には腰椎~脳に至る広範な研究が必要であると記載されている。

腰痛患者に対するX線撮影は、腰痛の原因の初期診断には意義があるが、神経症状を伴わない非特異的腰痛患者に対する初診時には必ずしも行う必要はない。red flagsや神経症状を呈する患者では、X線撮影に引き続いてMRI撮影が推奨される。MRIは椎間板、椎体終板、傍脊柱筋などの脊柱構成体を評価・精査する上で有用である。椎間板造影、椎間関節造影はそれぞれの腰痛の診断に有用である可能性はあるが、必要に応じてMRI等の複数の画像診断を組み合わせる。

うつ病と腰痛に関して、うつ病が慢性腰痛を発症するリスクは2.9倍と報告されている。その予後については、心理・社会的因子の中でも心理的苦悩、抑うつが、腰痛遷延と関連している。

運動習慣と腰痛についての報告では、熱心な運動習慣のある高齢者は腰痛発症率が低いことや、

体幹筋力や脊椎 ROM は腰痛発症と関連がないことが述べられている。腰痛予防には体幹筋力でなく運動習慣が重要で、運動不足が腰痛発症のリスクである可能性がある。

当教室の疫学研究 (Yakumo study)

当教室では北海道八雲町において1982年から年1回約1,000人の住民検診(運動器検診)を30年以上行っており(Yakumo study)、その研究結果について解説する。

腰痛と運動習慣の関係では、2hr/week程度の息切れしないような運動習慣(ウォーキングなど)があるグループは、腰痛VASが有意に低くQOLが高かった。

神経障害性疼痛(NP)評価を行い、NP(+)が腰痛、下肢痛の強さ(VAS)及び脊柱前傾角に有意に関連していた。また、QOL低値の危険因子としてNP(+)、腰痛の強さ(VAS)及び脊柱前傾角が挙げられた。

5年間の縦断研究で新規NP出現のrisk因子について調べた結果、5年前の歩行機能不良、BMI低値、腰椎後弯、骨粗鬆症、MHのQOL低値が挙げられ、新規NP予防への介入因子として注目である。

ロコモ度テストと疼痛・QOLとの関連では、ロコモ度なしに比べ、ロコモ度1、2では腰痛や関節痛の疼痛VASが上昇していた。ロコモ度が上がると、神経障害性疼痛(NP)の割合が増え、当然QOLも下がっていた。

中高齢者の抑うつと痛みの関連に関する研究では、一般住民における抑うつ状態は約7%に認め、抑うつ症状は侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛ともに有意に関連し、精神的のみならず身体的QOLへ悪影響を来すことが示された。疼痛には常に抑うつが合併することに留意し、疼痛治療に従事する必要がある。

フレイルとロコモについて、疼痛程度、膝・腰椎変性(膝OA、腰OA)との関連の相違について検討した結果、ロコモはフレイルよりも運動器の変性や疼痛を、より確実に反映することが示唆された。

骨粗鬆症、変形性膝関節症、変形性腰椎症の3大慢性疾患が一つもない中高齢者に関する因子

について多変量解析を行った結果、高BMI予防、筋力維持、体幹の安定、脊柱前傾(腰椎後弯)なし、ロコモなし、が抽出された。特にロコモのチェックを積極的に行い、中高齢者に早期介入することで、整形外科変性疾患を予防できる可能性が示唆された。

中枢性感作の評価と各種疼痛の関連について調査した。一般住民における中枢性感作は約3~8%に認め、疼痛の強さ、神経障害性疼痛ともに有意に関連し、身体的・精神的QOLへ悪影響を来す。一般中高齢者においても中枢性感作と疼痛の関連があることに留意し疼痛治療に従事する必要がある。

名古屋脊椎グループ(NSG)研究

脊髄腫瘍を含む脊柱管内病変は稀だが、小児ではさらに稀であり、未成年例の年間発生率は10万人に0.9~2.6人程度である。小児脊髄腫瘍の特徴としては、非特異的な症状が数か月~数年継続し診断が遅れがちとなることや、一方で急激な腫瘍増大や症状増悪が頻繁に見られる、また、脊柱管内病変のうち髄内腫瘍の割合が成人より小児で多い(35%、成人例は20%)ことなどが挙げられる。多施設研究では初発症状が痛みのみの割合が34%(19例)であり、小児の慢性疼痛には注意する必要がある。

薬物治療のエビデンス

慢性腰痛の薬物治療(名大整形)

慢性腰痛に対する薬剤別治療効果について前向き検討を行った。ロキソプロフェン、セレコキシブ、アセトアミノフェン、トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠、デュロキセチンのいずれの薬剤でも有意なVAS改善、QOL改善がみられた。

慢性腰痛の全国多施設研究(日本脊椎脊髄病学会)

日本脊椎脊髄病学会プロジェクト委員会において慢性腰痛に対する薬物別治療の費用対効果について検討した結果、各種薬物治療は費用対効果があることが示され、費用対効果が低い因子として、脊椎手術や癌の既往、運動頻度が低い、長い罹病期間、治療前のJOAスコア、JOABPEQ低値(腰椎機能障害・歩行障害)が抽出された。また、サブ解析で、薬物治療による腰痛VAS改善程度は

診療時間の長さとは有意な相関があり、慢性腰痛薬物治療の患者満足度において、特に心理社会的因子のある患者は診療時間の長さに関連があることが示唆された。

慢性腰痛薬物治療における背景因子の検討も行ったが、これは慢性腰痛の薬物治療効果に対する予測因子を見いだした初の報告である。これによると、治療成績良好因子として就労、運動習慣、投薬治療前の抑うつスコア低値（JOABPEQ [心理的障害]、SF-8 [MCS]）などがあり、不良因子としては神経障害性疼痛治療、高齢、長い罹病期間、脊椎手術歴、喫煙などが挙げられた。最も重要な因子として、神経障害性疼痛の要素がある慢性腰痛はこれまでガイドラインに掲載されていた腰痛治療推奨薬では効果が乏しいことが確認され、神経障害性疼痛の要素を含む腰痛に特化した治療の必要性が示唆された。

神経障害性疼痛を含んだ腰痛の診断には、疼痛とともに sensory の評価が重要で、Screening

tool (PD-Q ほか) の利用や電気生理学的検査、画像 (MRI、X-p) 評価が行われるが、Gold-Standard の手順はなく、今後、診断のための algorithm が求められる。

下肢痛に対する薬物併用治療 (名大整形 RCT)

腰椎椎間板ヘルニア保存治療患者に対し NSAID + Pregabalin 併用効果を NSAID 単独投与と比較検討した結果、下肢痛 VAS で低い傾向がみられ、睡眠 VAS は有意に高かった。

急性腰痛に対する NSAID と opioid の併用効果について調べた研究では、腰痛発症後2か月のVASが有意に改善しており、従来の報告より opioid の合併症は少なかった (10%)。

薬物治療 (当科&改訂版ガイドライン)

当科の (急性・慢性) 疼痛治療 (脊椎疾患) について示す (図1、2、3)。

『腰痛診療ガイドライン2019』の薬物療法の推奨について示す (図4)。

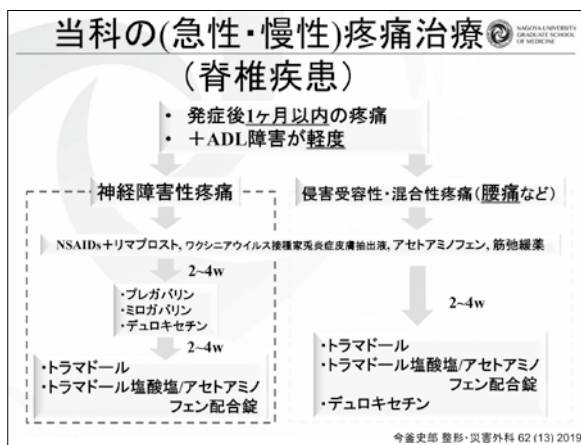


図1

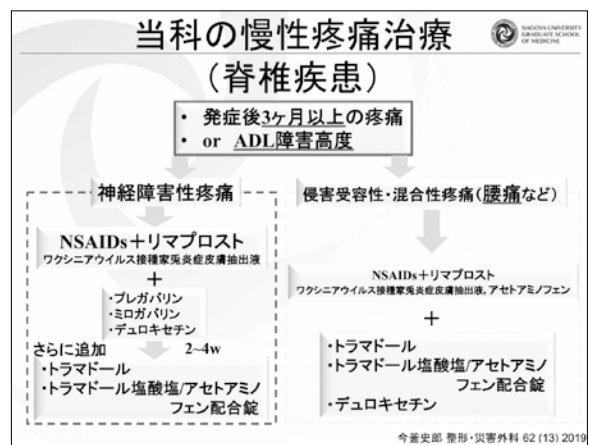


図2

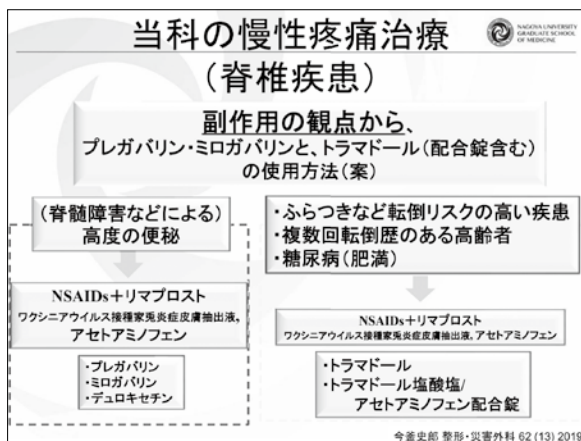


図3

推奨	推奨度	エビデンスの強さ	推奨薬選択に対する合意率	推奨度に対する合意率
推奨	1	B		
腰痛に薬物療法は有効か				
・薬物療法は疼痛軽減や機能改善に有用である。	1	B		
・急性腰痛に対する推奨薬には以下の薬剤がある	1	A	100%	100%
非ステロイド性抗炎症薬	2	C	100%	75%
筋弛緩薬	2	D	90.9%	100%
アセトアミノフェン	2	C	72.7%	100%
弱オピオイド	2	C	72.7%	71.4%
・慢性腰痛に対する推奨薬には以下の薬剤がある	2	A	100%	85.7%
ワクシニアウイルス接種家免疫皮膚抽出液	2	A	100%	75%
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	2	C	100%	100%
ワクシニアウイルス接種家免疫皮膚抽出液	2	B	90.9%	75%
非ステロイド性抗炎症薬	2	D	81.8%	75%
アセトアミノフェン	2	D	81.8%	75%
強オピオイド(過量使用や依存性の問題があり、その使用には重要な注意を要する)	3	D	81.8%	75%
三環系抗うつ薬	なし	C	72.7%	なし
・坐骨神経痛に対する推奨薬には以下の薬剤がある。	1	B	100%	75%
非ステロイド性抗炎症薬	2	D	90.9%	85.7%
Caチャンネルα2βリガンド	2	C	81.8%	85.7%
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	2	C	81.8%	85.7%

腰痛診療ガイドライン2019

図4

日本整形外科学会では運動器疾患ガイドライン策定の基本方針として、エビデンスに基づいた現時点における適切な予防・診断と適正な治療法の適応を示すものであり、裁判・訴訟に用いることは本ガイドラインの主旨ではないとしているが、現実ではガイドライン不遵守の47%が過失有りと判決されている。

整形外科ではNSAIDs起因性消化管傷害を経験することがある。日本消化器病学会の『消化性潰瘍診療ガイドライン2020』によると、潰瘍既往歴のある患者のNSAIDs潰瘍の予防にはPPIを推奨しボノプラザンを提案する、出血性潰瘍既往歴のある患者のNSAIDs出血性潰瘍の再発予防にはCOX-2選択的阻害薬にPPI併用を推奨する、と記載されている。

日本の逆流性食道炎の有病率は10%程度と推定され、日本では男性に多い傾向であるが、最近の日本における食道逆流症（GERD）の疫学的特徴をみると、60歳以上の女性で頻度と重症度が増加しており、日本の高齢女性に多い脊椎後弯が一因である可能性が考えられる。Yakumo studyにおけるGERDと脊椎アライメントに関する研究で、GERDの危険因子について多変量解析（ロジスティック回帰分析）を行った結果、腰椎前弯角と背筋力が抽出された。骨粗鬆症性椎体骨折後の

後側弯変形に対しLLIF＋後方骨切り矯正固定術を行った結果、腰痛や歩行障害の改善がみられただけでなく、GERD症状もほぼ消失した症例を経験しており、この研究結果を支持するものと思われる。

Yakumo studyで胃食道逆流症と脊椎アライメント、背筋力の関連について5年縦断研究を行った結果、5年後の新規GERD症状出現に関する運動器リスク因子は、腰椎後弯増悪、脊柱前傾進行、背筋力低下であった。さらに新規GERD症状出現は一般中高齢者におけるQOL低下の因子であった。『胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン2021』にあるように、GERD症状がみられれば、整形外科医でも積極的にPPIを処方すべきである。

おわりに

近年慢性疼痛（腰痛）が増加傾向にあり、その診断・治療がますます重要となっている。今回の講演では、腰痛の特徴・診断に関する研究エビデンスとガイドライン、腰痛薬物治療における研究エビデンスとガイドラインについて概説されたが、薬物治療ではガイドラインの理解とともに副作用にも留意すべきである。

特別講演2

「老年症候群としての転倒転落」

大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学教授 **楽木宏実**

〔印象記：山口市 清水 良一〕



令和4年9月4日（日曜）に山口県総合保健会館の多目的ホールにおいて、第164回山口県医師会生涯研修セミナーが開催されました。特別講演2で、大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学教授の楽木宏実先生による「老年症候群としての転倒転落」と題した講演を拝聴する機会を得ました。楽木先生は現在、日本高血圧学会の理事長（2020年10月～）の要職に就いておられます。また、平成27年（2015年）6月から

令和元年（2019年）6月までは日本老年医学会の第4代理事長職も務められました。

本講演の企画に至った経緯

今から20年前の平成14年（2002年）4月17日に、厚生労働省による医療安全推進総合対策として「～医療事故を未然に防止するために～」と銘打った第12回厚生労働省医療安全対策検討会議が開催されました。会議では、医療安全対策

を検討するに際しての用語等の整理が行われました。その中で、医療事故とは、「医療にかかわる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。」と定義され、一方、医療過誤は、「医療事故の発生の原因に、医療機関、医療従事者に過失があるものをいう。」と定義されました。

これにより、特に介護の現場で、疾病が原因の転倒と考えられる場合でも、医療事故として取り扱われることとなり、転倒を未然に防止するための対応に過失があったか否か（医療過誤か否か）を争点とした民事裁判事例が翌年の平成15年以降、増加傾向にありました。

前述の社会背景を踏まえ、全国老人保健施設協会（全老健）会長の東^{ひがし}憲太郎^{けんたろう}先生が、平成31年（2019年）に「介護施設における転倒の問題を、エビデンスを持って説明できないか」と、日本老年医学会の関係者に打診されました。この提案を受けて、同年1月26日開催の日本老年医学会の「あり方委員会」において、楽木理事長を代表とし、高齢者の院内における転倒・転落による死亡事故について、医療安全の専門家、関連学会などと合同で検討することとなりました。

同年（令和元年）6月以降、楽木先生を委員長とする日本老年医学会の「老年症候群の観点から見た転倒予防とその限界に関する検討ワーキンググループ」が活動を開始し、すべての転倒を医療事故と捉えることの是非（臨床課題）に関するシステマティックレビューによる検討が行われました。約2年間の検討の結果、「現状においては、（介護）施設内の環境整備など一般的に導入されている（転倒・転落予防の）標準対策が行われていた場合、転倒関連骨折や転倒関連死亡の発生は老年症候群の転帰の一つと考えることが妥当であるということが科学的な結論である。」との科学的なエビデンスを持った回答が導き出されました。この詳しい内容は冊子として、令和3年（2021年）6月11日に「介護施設内での転倒に関するステートメント」として、日本老年医学会と全老健が合同でWeb上に公表するに至っています。さらに、このステートメントの内容は、2021年度老人保

健施設管理医師総合診療研修会のテキストとしても採択され、転倒・転落が必ずしも事故扱いになるわけではないとして、多くの介護施設のスタッフが安堵したところです。

折しも山口県医師会の生涯教育委員会で、先のステートメントが話題に上がった際、介護施設において、老年症候群の転帰の一つとして転倒・転落を扱うのであれば、病院に入院中の高齢者の転倒・転落も同様の考え方で対応できるのではないかとの疑問を、現山口県医師会会長の加藤智栄先生が投げかけられました。

以上の経緯を経て、加藤会長の疑問を解消するべく、楽木宏実先生による「老年症候群としての転倒転落」と題した講演が実現しました。

楽木先生の講演は前半部分で、令和3年（2021年）6月11日に公表された「介護施設内での転倒に関するステートメント」の内容に沿った転倒転落の解説がなされました。

介護施設内での転倒に関するステートメント

当日の講演の結論から言うと、老年医学の専門家の間では、介護施設での転倒転落は骨折や死亡に至った場合も含めて、それらの事象を老年症候群の転帰の一つとして取り扱うとのコンセンサスが得られていたとのことです。ただ、このステートメントの発表に至るまで、どのように説明すれば転倒転落が老年症候群の転帰であることを科学的な結論として国民に納得していただけるかが最大の課題であったようです。

老年症候群については、「○これらの症候の原因は様々だが、放置するとQOLやADLを阻害する、高齢者に多くみられる一連の症候である。○加齢に伴う生理的・病的・社会的な機能低下を背景に複数の疾患が関与している。○老年症候群のそれぞれが互いに影響することが多い。○根本的な治療は困難なことが多く、医療、看護、介護の連携で対処することが求められる。」と解説されました。さらに、具体的な老年症候群に含まれる症候として、「浮腫、脱水、便秘、便失禁、転倒、ふらつき、骨粗鬆症、認知機能障害、誤嚥、褥瘡、頻尿、尿失禁、歩行障害、めまい、フレイル、うつ、せん妄」の17項目が例示され、転倒も複数

の疾患の転帰として顕在化する症候の一つに挙げられていました。

ワーキンググループは、科学的エビデンスに基づいた介護施設内での転倒に関する4つのステートメントを令和3年6月11日に発表しました。〈ステートメント1〉「転倒すべてが過失による事故ではない」

転倒リスクが高い入所者については、転倒予防策を実施していても、一定の確率で転倒が発生する。転倒の結果として骨折や外傷が生じたとしても、必ずしも医療・介護の過失による事故と位置付けられない。

〈ステートメント2〉「ケアやリハビリテーションは原則として継続する」

入所者の生活機能を維持・改善するためのケアやリハビリテーションは、それに伴って活動性が高まることで転倒のリスクを高める可能性もある。しかし、多くの場合は生活機能維持・改善によって生活の質の維持・向上が期待されることから原則として継続する必要がある。

〈ステートメント3〉「転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る」

転倒は老年症候群の一つであるということを、あらかじめ施設の職員と入所者やその家族などの関係者の間で共有することが望ましい。

〈ステートメント4〉「転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る」

施設は、転倒予防策に加えて転倒発生時の適切な対応手順を整備し職員に周知するとともに、入所者やその家族などの関係者にあらかじめ説明すべきである。また、現段階で介護施設において推奨される対策として標準的なものはないが、科学的エビデンス（医学・医療に関する信頼性の高い研究成果に基づく科学的事実）や技術は進歩を続けており、施設における対策や手順を定期的に見直し、転倒防止に努める必要がある。

以上の4つのステートメントの内、講演では、最も重要なのはステートメント3に掲げた「転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る」ことであると強調されました。施設の管理医師が果たす役割は今後ますます大きくなり、転倒が老年症候群の一つであることが科学的に結論付けら

れていることについて、その情報を入所者やキーパーソンとの間で共有し、十分な理解が得られるように説明することが求められるとのことでした。参考までに、施設入所者を対象とした転倒発生に関連する研究の総括として、以下に記載する具体的な数字が示されました。対象となった年齢層は80～85歳が中心で、女性が70%前後を占め、転倒発生率は100人の入所者の施設であれば、40人程度が1年間で平均5回転倒し、そのうち10人程度で骨折などが生じていたとのことでした。

情報の共有に関連して、日本と海外の医学教育の違いが語られました。英国では老年医学の入門書の一つの章を転倒に関する内容に当てるなど、ヒトの生命にかかわる病態を引き起こす症候としての転倒を、加齢に伴う個人の要因と住環境の要因とに分けて分析し、可能な範囲で転倒を予防するのに効果のある対策まで、研修の早い段階までに修得させている実態が紹介されました。実際、米国では、すべての65歳以上の患者本人又は介護者に対する問診で、過去1年間の転倒の有無について尋ねることは常識となっているとのことでした。つまり、欧米では医学生の教育現場で転倒を疾患の症候として解説し、可能な範囲で情報を患者や介護者との間で共有し、転倒リスクの軽減に取り組む体制が整っているとのことでした。

次に重要なものとして、ステートメント4にあるように、日本の介護施設の現状は、病院に比較してマンパワーの不足が顕著であることから、転倒予防と発生時の対策として標準的なものではなく、施設ごとに、自施設のマンパワー並びに活用できる医療機器の実態に見合う転倒予防と発生時対策を講じておくことが肝要であると述べられました。その一方で、病院における高齢者の転倒に関しては、マンパワー及び転倒発生後のCTの稼働等の対応能力の点で、介護施設よりは充実している現状を反映して、死亡事例が少なく、現状では介護施設を対象にしたような老年症候群に焦点を当てたステートメントをそのまま応用することはできない状況にあるとのことでした。講演後の質疑応答の中で、今後、病院の場合は主治医による転倒関連の説明よりも、入院前から病院としての転倒予防と発生時の対策の現状を記載したパンフレッ

トを用いて、点数化した個別の転倒リスクとともに丁寧に説明する体制を整えるのが肝要だろうとのことでした。もちろん、避けられない転倒であったとしても、転倒後の対応に不備があれば訴訟に繋がる可能性はあることも補足されました。

注) 講演の詳細は、日本老年医学会のホームページから「介護施設内での転倒に関するステートメント」をダウンロードすることで確認いただくことをお勧めいたします。

講演の後半では転倒・転落にも関連しつつ、高齢者診療で大切な運動器の機能障害としてのロコモティブシンドローム（ロコモ）及びロコモが進行する中で、さらに社会的孤立や認知機能の低下などの精神・心理的障害が加わることで、高齢期にストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態などの転帰に陥りやすい状態と定義されるフレイルの解説を追加されました。

フレイル・ロコモ対策について

講演の後半で触れられたフレイルとロコモに関して、ロコモの中にフレイルが包含されている図が示されました。その解説には60歳以上の日本人地域在住者（未だ要介護に至らず、施設等に入所していない者）におけるロコモ度1以上の者でフレイルには至っていない者は76.5%、既にフレイルに至っている者は4.5%で、フレイルにもロコモにも至っていない者は全体の19%に留まっている現状が示されました。フレイルはもとより、ロコモも放置すると要介護状態へ至る前段階にあります。この現状を踏まえ、日本医学会連合が中軸となり、領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループが立ち上げられ、令和4年4月1日に出されたばかりの「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」についての解説がありました。この宣言には日本医学会連合加盟学会の57学会と非加盟の23団体を合わせた80団体の賛同も得られているとのことでした。宣言の内容は次の4つで構成されていました。

1. フレイル・ロコモは、生活機能が低下し、健康寿命を損ねたり、介護が必要になる危険が高まる状態です。

2. フレイル・ロコモは、適切な対策により予防・

改善が期待できます。

3. 私たち（日本医学会連合と賛同80団体）は、フレイル・ロコモの克服の活動の中核となり、一丸となって国民の健康長寿の達成に貢献します。

4. 私たち（同上）は、フレイル・ロコモの克服のために、国民が自らの目標として実感でき実践できる活動目標として80歳での活動性の維持を目指す「80GO（ハチマルゴー）」運動を展開します。

特に4つ目の宣言では、ユニークなネーミングとともにその内容が詳しく解説された後、楽木先生の地元、大阪府での取り組みの一端が紹介されました。具体的には厚労省が提示しているフレイルのスクリーニングに役立つ「後期高齢者の質問票」の15項目のうち、かかりつけ医が容易に介入でき、しかもフレイルの拾い上げに介入効率がよさそうな3項目（歩行速度の低下、過去1年間の転倒歴、ウォーキング等の運動を週1回以上実施の有無）に絞り込んでフレイル健診を利用することから開始したことが述べられました。市町村の協力の下で、1～2項目該当者で自主トレ可能な者には主治医から大阪府後期高齢者医療広域連合が作成した「フレイル予防等の啓発用リーフレット」が健診のその場で手渡され、3項目に該当した場合は主治医からロコモに対応できる専門医へ紹介するシステムを構築したとのことでした。

講演の最後のスライドで、日本における高齢者医療の当面の課題として、要介護状態への移行を遅らせるための主要な標的は、フレイルと認知症であると締めくくられました。筆者は、過去1年半の自施設入所の要介護者について調査した結果から、3分の1が転倒危険度Ⅱ、3分の2が転倒危険度Ⅲに該当することを確認していましたので、転倒予防に直結するフレイル・ロコモ対策の重要性を国民に啓発することの意義をよく理解することができました。

「介護施設内での転倒に関するステートメント」が多くの介護施設にとって福音となる声明文であることに疑いの余地はなく、楽木宏実先生が日本老年医学会の理事長の要職に就かれていたからこそ、具体的な成果物として実を結んだことが実感できる素晴らしい特別講演でした。

特別講演3

「非小細胞肺癌の最新化学療法について」

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

呼吸器内科 診療部長 久山 彰一

[印象記：岩国市 小林 元壯]



一般論として、肺癌に対する治療は、手術、放射線治療、薬物療法をいかに使うかが重要であり、そのためには組織型の決定と病期の決定が肝要である。

肺癌はまず、小細胞がん (SCLC) と非小細胞がん (NSCLC) に分類する。NSCLC には腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌などが含まれるが、近年の薬物療法の選択のために扁平上皮癌 (Sq) と非扁平上皮癌 (non-Sq) に分類されることも多い、手術不能、根治的放射線治療法の適応のない進行肺癌においては薬物療法が中心となるが、近年の薬物療法の進歩により分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬が臨床導入され、さまざまな作用機序を持つ薬剤が選択可能となった。そのため、これらの薬剤を用いた治療戦略には個々の患者に応じた薬剤の選択が必要になってくる。

ここでは、薬物療法について述べる。従来からの肺癌治療における使用薬剤の基本として、1. 殺細胞性抗がん剤 (化学療法)、2. 分子標的治療薬 (ドライバー遺伝子変異を標的とした薬剤)、3. 免疫チェックポイント阻害薬、4. 血管新生阻害薬があり、これらをいかなる順序で使用するか、いくつの薬剤を組み合わせるかについて試行錯誤が繰り返されてきた。ただし、近年では血管新生阻害薬の評価・役割はあまり評価されなくなったようである。

肺癌の約85%を占めるNSCLCの薬物療法の選択には、EGFR、ALK、ROS1などのドライバー遺伝子異常 (癌の発生や進展に影響を及ぼす単一の遺伝子異常のこと)の有無、さらには腫瘍におけるPD-L1の発現を検査し、薬物療法を選択する。基本的に、ドライバー遺伝子異常陽性例では、各キナーゼ阻害薬 (分子標的治療薬) が使用され、ドライバー遺伝子異常陰性例でPD-L1が高発現であれば免疫チェックポイント阻害薬が主体となり、

PD-L1が低発現であれば、殺細胞性抗がん剤と免疫チェックポイント阻害薬の併用が主体となる。

分子標的治療薬

ゲフィチニブは進行NSCLCに対し、初めて導入されたEGFR遺伝子変異を標的とした分子標的治療薬である。さらにその第2世代のEGFRチロシンキナーゼ阻害薬 (EGFR-TKI) としてエルロチニブ、アファチニブが開発された。EGFR-TKIはATPと競合的に結合することでATPのEGFRへの結合を阻害し、それに引き続くリン酸化シグナルを阻害して抗腫瘍効果をもたらす。これらのEGFR-TKIの登場によりEGFR遺伝子変異陽性例の治療成績は大きく向上したが、使用後1年で耐性遺伝子変異の出現により、治療効果は低下することが判明した。ただし、第3世代EGFR-TKIであるオシメルチニブは耐性発現例に対し、70%の奏効率を示している。今後、薬剤耐性の機構についての克服が期待される。

2007年に日本人のSoda, ManoらによりNSCLCの約3~5%にEML4-ALK融合遺伝子が存在し、この融合遺伝子は非常に強い癌化能を有していることが発見された。正常であればALK遺伝子とEML4遺伝子は同じ2番染色体短腕に反対向きに存在するが、これらの各遺伝子が転座と逆位によって融合した結果、EML4-ALK融合遺伝子が形成される。この融合遺伝子陽性肺癌に対し、ALKチロシンキナーゼ (ALK-TKI) は高い腫瘍効果を持ち、わが国においてはALK-TKIとして、クリゾチニブ、アレクチニブ、セリチニブが使用可能である。Stage IVもしくは再発の肺腺癌患者における分子標的治療の有用性についての海外データでは、治療内容別の生存年数中央値として、ドライバー遺伝子あり・分子標的治療あり群が3.49年、ドライバー遺伝子あり・分子標的

治療なし群が2.38年、ドライバー遺伝子なし群が2.08年であったと報告されている。

ドライバー遺伝子変異については、全世界で検索が行われており、日々次々に続々と新たな遺伝子変異が発見されているのが現状である。最近では、CLIP-LTKのような新たな標的遺伝子が日本人により発見されており、さらに今後が期待される。このCLIP-LTKの発見論文は、世界に冠たるNATURE誌に収載されたが、本講演の演者の久山彰一先生も共同執筆者として名を連ねておられる。わが国でも約10年前から大規模な遺伝子スクリーニングプロジェクト(LC-SCRUM-Japan)が開始され、全国150以上の参加施設から検体を収集し、クリニカルシーケンスが施行されている。今後の成果が大いに期待される場所である。

免疫チェックポイント阻害薬

免疫チェックポイント阻害薬には、PD-1阻害薬、PD-L1阻害薬、CTLA4阻害薬があるが、わが国ではPD-1阻害薬のニボルバム(オプジーボ)が最初に使用可能となった。PD-1阻害薬のニボルバム、ペムブロリズマブ(キートルーダ)は、活性化T細胞などに発現しているPD-1を阻害し、そのリガンドであるPD-L1もしくはPD-L2との結合を阻害する。それにより免疫抑制性シグナル伝達を抑制し、T細胞の活性化を維持することで腫瘍免疫を惹起し抗腫瘍効果を発揮する。免疫チェックポイント阻害薬の適応患者選択のためのバイオマーカーとしては、免疫組織染色を用いた腫瘍組織におけるPD-L1発現が用いられている。PD-L1の発現が50%を超えるものでは、ペムブロリズマブ群が標準的プラチナ併用群に比べて明らかに良好な結果が得られている。また、PD-L1

の発現がわずかに1%を超える程度であっても、ペムブロリズマブ使用群が他の殺細胞性抗がん剤などの群より良好な結果が得られている。

ただし、免疫チェックポイント阻害薬使用症例での関連有害事象として結核の発生やIrAE腸炎などが報告されており、今後も注意深い観察が必要である。

術後補助化学療法

切除可能例に対する術後補助化学療法として、I期ではテガフル・ウラシル配合剤療法、II B～III A期ではCDDP併用化学療法が標準治療としてガイドラインに掲載されている。国際共同試験であるIMpower010試験では、免疫チェックポイント阻害薬のアテゾリズマブ(テセントリク)を用いた群が非使用群に比べて良好な成績だったことを踏まえて、PD-L1染色で1%以上であった症例でCDDP+VNRの術後化学療法後にアテゾリズマブの1年間投与が適応拡大されている。また、オシメルチニブを用いた試験でも有意な差が報告されている。これらは実に画期的なことと思われる。

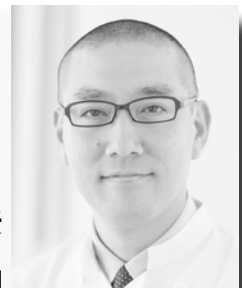
この印象記を書いている筆者は20年以上前の時代に肺癌に対する化学療法としてCDDPを主とする治療を数多く行ったが、その結果は惨憺たるものであった。治療効果だけでなく、治療に伴う有害事象があまりに厳しいものがあつた。その時代と比べれば、昨今の薬物療法の進化は実に目覚ましく、隔世の感があり、近い将来にStage III B期からStage IV期であっても完全寛解症例が出現してくる予感がするのである。関係各位のご努力が大いに期待する。

特別講演4

「元気な人生100年時代を達成するための 痛みの治療学」

東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 准教授 住谷昌彦

[印象記：宇部市 福田 信二]



「山口県では使用オピオイド量が最低限必要な量の60%を下回っています。これを何とかしましょう。」

慢性痛と筋骨格系の問題は加齢をスタート地点として、脳卒中や外傷などで筋骨格系の障害を起

こし、整形外科領域ではロコモティブ症候群、内科では身体フレイルといわれる状態になる。国民の15.4%が中等度以上の運動器慢性疼痛を持っている。痛みを持つ患者は自分の体に対する自信が低下し、前向きな活動が低下し、日常生活の範囲が縮小した状態になる。活動性が低下し、廃用性うつに筋骨格系の障害が悪化する悪循環が起こり、QOLが低下する。痛み自体も治療しないとこの悪循環が止まらない。運動の習慣を確立することが唯一この悪循環に対する治療のアプローチである。下肢の筋力が低下すると歩行速度が低下し、歩行速度が低下した患者では死亡率が高まる。上肢の筋力が低下すると握力が低下し、ペットボトルのふたを開けられなくなると、心筋梗塞、脳卒中、がん、肺炎とさまざまな内科的な疾患による死亡率が高まる。

痛みの問題は公衆衛生全体の健康課題としての対処が必要である。公衆衛生的な考え方では一般社会における健康増進・維持で、発症をいかに防ぐかになる。急性期に適切な医療を受けることが二次予防である。これで多くの患者が寛解するが、寛解した患者に二回目の発症をさせないために一次予防を強化する必要がある。さらに、慢性化する患者がいるので、手術ができるような医療機関、あるいは専門的な医療機関を紹介する。大学病院では三次予防という重症化の防止が治療の目標となる。痛みの問題は健康全体に悪影響を与えるので、WHO（世界保健機関）はICD国際疾患分類を2018年に改訂した時に、Chronic Pain分類を新たに作った。これまで痛みは、疾患に伴う症状とされていたが、慢性の痛み自体を疾患として治療をするという考え方変わった。がん患者では、Cancer Pain（がん自体による痛み）だけでなく、がん治療に伴う痛みもこのがん性疼痛の中を含め、積極的な疼痛コントロールすることが提案された。進行がんの患者では70～90%が痛みを伴っている。さらに、化学療法誘発性のニューロパチーを理由に化学療法を減量もしくは中止した患者が17%もいる。痛みやしびれさえコントロールできれば、この17%の患者は理想的ながん治療を受けられる。頭頸部がんの患者を10年以上観察した研究では、初発時からがん治療中に

強い痛みを経験した患者では、生命予後が非常に悪い。この理由は一つはがん自体の悪性度が強いために組織の破壊性が強く、結果的に痛みが強くなった。もう一つは、化学療法誘発性のニューロパチーや、又は放射線化学療法による口内炎で口の中の痛みが強くなり食事の摂取が困難になり、その結果ADLが低下し、理想的ながん治療を受けられなくなる。東大病院の緩和ケア診療部門にがん治療期の痛み専門外来を設置し、早いタイミングから緩和ケアチームが介入している。この方が生命予後が延び、副作用への対応をしっかりと行うことで、理想的ながん治療を受けられ、高いQOLを実現でき、最終的に生命予後の延長に貢献できる。進行がんの患者を支えていくには薬物療法が重要で、薬剤の選択ではWHOが1980年代から提案している、三段階鎮痛ラダー（弱い痛みに対してはNSAIDsやアセトアミノフェン、中等度の痛みに対しては弱オピオイドを、強い痛みに対しては強力な鎮痛薬を使う）を用いる。2018年にWHOでエレベーター方式という治療戦略が提案された。強い痛みには、第一段階、第二段階を経ずとも初めから強オピオイド鎮痛薬で治療を始める。強オピオイド鎮痛薬を漸増し鎮痛有効量までの時間をしっかりと最小化する。もう一つ重要なのは、患者ごとに投与量を設定し、特にオピオイド鎮痛薬は上限を決めずに、必要量を投与する。WHOがオピオイドの最低限必要量を、がんで死亡する患者の8割が経口モルヒネ換算で75mgを90日間としている。つまり、がんで亡くなる患者が3か月間、この量を使うと最低限、尊厳のある死を迎えられる。2013年と2015年のデータで、日本全国の充足率は75%と、最低限の必要量を全く満たしておらず、特に山口県では60%を下回っている。緩和医療の先生やオンコロジストの先生は自分の患者はそれほど困っていないと言われるが、国立がん研究センターの加藤先生が、遺族を対象に、亡くなる前の一か月間痛みのない療養が過ごせたかを問うアンケート調査では、中等度以上の痛みだったと答えた人が30%、弱いかもしれないが、痛みを抱えていた患者が40%であった。医師の考えるオピオイドやがんの痛みのコントロールと、患者あるいは

患者の家族が経験されている痛みには大きな乖離がある。進行がんの患者を担当している介護の方1,000人では、38.2%が担当した患者は比較的強い痛みをもっていたと答えている。一方で、がんの患者にオピオイドはあまり使わないほうが良いという話がある。アメリカのCDC 疾病対策センターが2016年に報告したガイドラインで、アメリカは痛みに積極的にオピオイドが使われ、その結果、呼吸抑制で亡くなる患者が突出して多かったので、慢性的な痛みにもオピオイドを使う際には、容量に上限を設けて、あまり使わないほうがよいといわれ、アメリカの保険会社ががん患者に対して医療者が医療用麻薬を処方した際に、保険の支払いを停止してしまった。このため、オピオイドの使用が非常に制限され、患者から強い批判が起こり、2019年に保健福祉省がPain Management Best Practices という新しい痛みのガイドラインを発行した。この中では痛みで困っている患者にはオピオイド鎮痛薬を的確に使っていくことが提案された。しっかり医療用麻薬を使うというのが世界の考え方である。しかし、過量服薬による呼吸抑制の患者を少なくするためにオピオイドを製剤市場に投入する際には、乱用防止効果のある製剤でないといけないと決めた。オピオイドの徐放剤についても、かみつぶして粉にして速攻剤のような使い方ができないような製剤が乱用防止とされている。日本国内では一つはオキシコドンのTR (Tamper Resistant) 錠はかんだりしてつぶせない、トンカチでたたいて割って粉にしようとしてもできない製剤である。ただ、ジェネリックにはこのtamper resistant 乱用防止効果があるものがない。この他に、フェンタニル貼付剤、タペンタドールというオピオイドの内服薬、この3つが乱用防止効果のある製剤である。国際疼痛学会ISDの痛みのキャンペーン(2022年のテーマは「痛みの知識を実践に生かす」)のひとつは疼痛治療における世界的な不平等、一部の高所得国でのオピオイドの過剰が、特にオピオイドの普及が十分でない国々のオピオイドアクセスに悪影響を及ぼしている。世界には二つのオピオイドクライシスがある。一つはアメリカやカナダを中心としたオピオイドの過剰投与、もう一つはオピオイド恐

怖症であり、オピオイドを医療者が合理的な理由なく恐れるあまり、不適切に使用制限されている状態である。オピオイドが不適切に処方控えされることにより、痛みをコントロールする機会が損なわれ、患者の苦悩が悪化する、まさに日本国内がこの状況である。私たちの使い方は進行がんの患者、生命予後が2年以内と限られた方には痛みをとることを一分一秒でも早く行うため、オピオイドの高容量を優先する。副作用とのバランスに応じて鎮痛補助薬を併用する、あるいはそちらを中心に治療する。オピオイドは積極的に頓用し、使用制限は設けない。がんの治療中の患者のうち、痛みを理由としたがん治療の中止が検討される場合、例えば化学療法誘発性のニューロパチーなどでは、オピオイド性鎮痛薬が有効性が高いことから、オピオイドをしっかりと使っていく。痛みはがん治療中止の要因ではない場合、オピオイドの副作用から患者を守るという観点から鎮痛補助薬を主体とし、必要に応じてADL、QOLの改善のためにオピオイドを追加する multimodal 鎮痛とする。オピオイドの頓用に関しても1回の使用をできるだけ少なくし、1日の使用は2~3回程度に制限することで精神的な依存になることから患者を守る。

鎮痛補助薬については、神経障害性疼痛の薬物療法アルゴリズムでは第一選択薬としてCaチャンネル $\alpha_2\delta$ リガンドに分類されるミロガバリンやプレガバリン、セロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬のデュロキセチン、三環系抗うつ薬を挙げている。第二選択薬ではノイロトロピンとトラマドール、麻薬性鎮痛剤を挙げている。これらは化学療法誘発ニューロパチーを代表する神経障害性疼痛、帯状疱疹後神経痛や糖尿病性のニューロパチーにも適応になる。神経障害性疼痛は全人口の約7%、800万人位の患者がおり、腰部脊柱管狭窄症の患者もいるので、高齢者人口では15%程度の罹患率である。慢性疼痛患者の身体的QOL低下の要因として痛みの性質、睡眠障害、痛みについての認知の誤り(運動恐怖など)、痛みの重症度がある。日本整形学会の腰痛診療ガイドラインでは身体的・精神的に健康な生活習慣は腰痛の予後によいと記載されているので、早い

段階からしっかりと運動の習慣をもつよう指導してもらいたい。神経障害性疼痛の患者でも、プライマリケアレベルでは薬物療法を受けている患者は38%しかいない。最近では高齢で平地で転倒した際に脊髄損傷、頸髄損傷となる患者が増えている。24時間以内の早期に整形外科手術をすると6か月時点までの運動機能の回復が明らかによい。頸髄損傷が起こると、下肢の痛み（below level pain）及び上肢の痛み（at level pain）は、手術をしようとしまいと、強い痛みをはじめから経験すると1年時点でも強い痛みのまま維持されている。早期に痛みがほとんどなかった患者は1年後には痛みが悪化する。運動機能と痛みの問題は全く別次元で評価しなければならない。外傷が発症してから時間差を持って神経障害性疼痛は発症しうる。

肥満と痛みの問題。神経障害性疼痛の患者はBMIが25を超えると優位に痛みが重症化する。糖尿病性ニューロパチーの患者の痛みと感化鈍麻、しびれといった陽性症状及び陰性症状もBMIが高いと痛みが悪化、発症しやすく、そして感覚

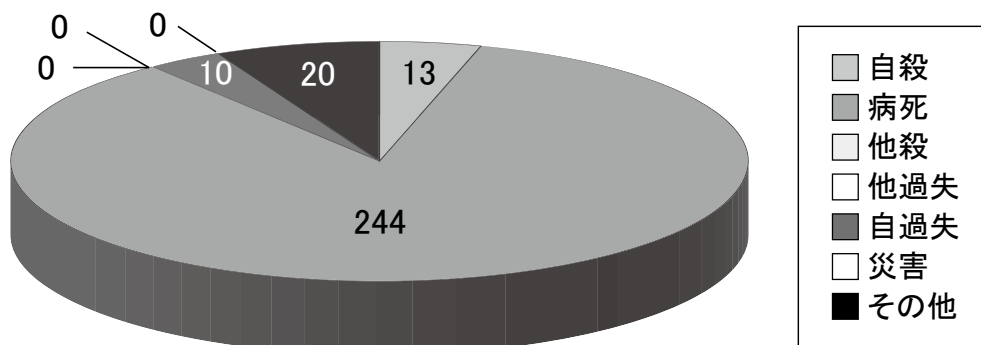
鈍麻やしびれも強くなってしまう。痛みの悪循環のモデルでも、肥満はそれぞれの要因を悪化させる。肥満のコントロールは痛みの改善にもつながり、運動機能の改善にもつながる。

肩こりや腰痛の中で、電気ショックのような急激な痛みの発作が起きることがないが、しびれたような痛みがあると神経障害性疼痛の可能性が高い。頸椎の術後には患者さんたちは軸性疼痛にPeripheral Nerve Field Stimulationという新しい治療がある。脊髄損傷後疼痛や四肢の切断後の幻肢痛と呼ばれる神経障害性疼痛にVirtual Realityを用いたりハビリテーション治療に取り組んでいる。上肢の痛みに加え、下肢の痛みについても臨床研究をしているので、脊髄損傷のうち部分損傷で片足はある程度自由に動くが患肢はマヒで動かないか、あるいは下肢切断後の患者がいたら紹介していきたい。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-22	13	244	0	0	10	0	20	287

死体検案数と死亡種別（令和4年12月分）

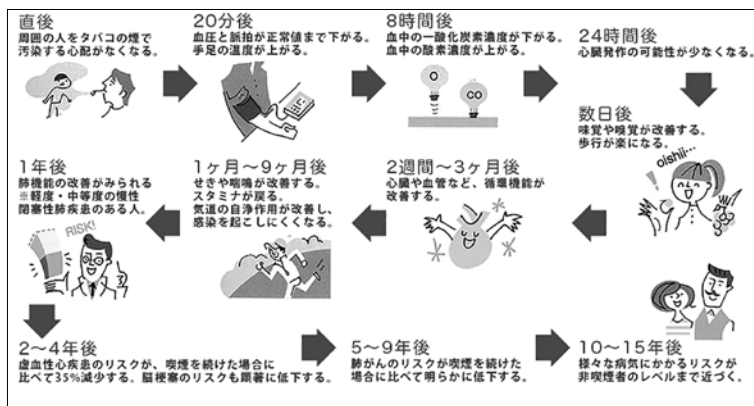


禁煙推進委員会だより

「禁煙後の健康への効果について」

たけなか医院／
山口県医師会理事 竹中 博昭

私は約10年間喫煙していましたが、30歳の時に禁煙し32年が経過しました。禁煙は健康に良いと漠然とは思っていましたが、昔喫煙したことによる疾病発症リスクは生涯非喫煙者ともう同じと考えてよいのか、何年禁煙したら発がんリスクや心血管系疾患、呼吸器疾患の発症リスクがリセットされるのか、禁煙で本当に寿命は延びるのかなどについて全く知識がなかったので調べてみました。



図：参考文献2) から転用

図に禁煙後の効果を示します。禁煙開始後わずか20分で血圧や脈拍が正常化、8時間後に一酸化炭素の血中濃度が低下、酸素濃度が上昇し、24時間後には心臓発作の可能性が低下します。3か月で心血管機能が改善、1年後には肺機能が改善、禁煙2〜4年後には虚血性心疾患や脳梗塞のリスクが顕著に減少します。5〜9年で肺がんのリスクが低下し、禁煙して10〜15年経ると、さまざまな病気にかかる危険が非喫煙者のレベルまで近づきます¹⁾。

禁煙後の発がん予防効果については、日本での8つの前向きコホート研究（総計で対象者は32万人以上）を解析した報告があります³⁾。この論文によると、男性の場合は21年間、女性の場合は男性の約半分の11年禁煙を続ければ、すべてのがんについて発がんリスクが生涯非喫煙者と同等になります。この結果は1日に20本以上を20年間吸い続けてきた「ヘビースモーカー」にも当てはまるとのことです。長年タバコを吸っていても、禁煙するのに遅すぎることはないということだと思います。

それでは禁煙により、寿命は延びるのでしょうか？ WHOの報告⁴⁾によると、すでに喫煙関連の健康問題が生じている人が禁煙した場合、30

歳での禁煙で寿命が約10年、40歳で9年、50歳で6年、60歳で3年長くなるとのこと。禁煙によって寿命は確実に延びると思われま

す。令和元年の日本人全体の喫煙率は16.7%ですが、男性30代：33.2%、40代：36.5%、50代：31.8%、女性30代：7.3%、40代：10.2%、50代：12.9%と働き盛りの喫煙率が高いのが現状です⁵⁾。何歳であっても遅すぎることはありません。この記事を読まれた喫煙者の皆さん、ぜひ禁煙に挑戦してみてください。

参考文献

- 1) イギリスタバコ白書「Smoking Kills 1998」／IARCがん予防ハンドブック11巻,2007
- 2) 禁煙の効果 | e-ヘルスネット (厚生労働省)
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/tobacco/t-08-001.html>
- 3) Cancer Epidemiol.2017 Dec;51:98-108. Smoking cessation and subsequent risk of cancer: A pooled analysis of eight population-based cohort studies in Japan
- 4) World Health Organization. A Guide for tobacco users to quit ; 2014.
- 5) 令和元年国民健康・栄養調査報告：第3部 生活習慣調査の結果

理 事 会

—第18回—

12月8日 午後5時～6時20分

加藤会長、沖中副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、藤野・宮本・友近各監事

協議事項

1 若手医師の入会・定着促進について

若手医師の入会促進のための会費免除措置（卒業5年間会費無料）や入会勧誘の促進等の新たな取組について協議し、提案どおり対応することを決定した。

2 新型コロナウイルス感染症対応「休業一時金」の申請について

申請1件について審査し、給付することを決定した。

3 第3回都道府県医師会会長会議における日医執行部への質問について

標記会議に提出する質問案について協議し、提出することを決定した。

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、月例給を引き上げ、特別給を今年度分から年間0.10月分引き上げることを決定した。

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（11月24日）

診療所2件の事案について審議を行った。
(縄田)

2 共同指導（11月25日）

萩市内の病院で行われた共同指導に立ち会った。(伊藤)

3 「やまぐち糖尿病療養指導士」第15回レベルアップ講習会（11月27日）

「糖尿病治療薬の進歩」の講義及び「先進的な糖尿病治療～検査のデバイス・治療法の進歩～」の実習が行われた。受講者：会場22名、Web170名。(書面報告：上野)

4 第2回宇部・小野田医療圏地域医療構想調整会議：全体会議「Web」（11月29日）

回復期・慢性期医療連携検討部会の議事概要、令和3年度の病床機能報告、病床機能再編支援事業、小野田赤十字病院の単独病床機能再編計画及び2025プラン変更についての説明・協議を行った。(前川)

5 山口県新型コロナウイルス感染症モニタリング会議「Web」（11月30日）

現在の感染状況、感染状況等を評価するレベル分類の見直し等について県から説明があり、今週以降の感染拡大期における感染対策について協議を行った。(前川)

6 新規個別指導・個別指導（12月1日）

2医療機関の指導の立会を行った。(藤原、竹中)

7 広報委員会（12月1日）

会報主要記事掲載予定(1～3月号)、炉辺談話、令和5年度の県民公開講座、フォトコンテスト等について協議した。(長谷川)

8 郡市医師会労災・自賠償保険担当理事協議会・労災・自賠償医療委員会合同会議（12月1日）

山口労働局から労災診療費の電算レセプト審査に係る事前点検業務の外部委託、新型コロナウイルス感染症の労災補償等の5点について説明・質疑応答が行われ、その後、山口労働局長に対す

理 事 会

る要望、令和4年度労災・自賠責医療委員会での協議結果報告等の協議を行った。(伊藤)

9 第2回山口・防府医療圏地域医療構想調整会議：全体会議「Web」(12月1日)

病床機能別検討部会合同会議の議事概要、令和3年度の病床機能報告結果、山口県立総合医療センター機能強化の検討、山口県立総合医療センター公的医療機関等2025プラン等についての説明・協議を行った。(前川)

10 日医家族計画・母体保護法指導者講習会「Web」(12月3日)

「心の問題を考えるーその後のサポートへ繋げるために」をテーマに7名の講師による講演が行われた。(縄田)

11 山口県介護保険関係団体フォーラム(12月4日)

広島大学大学院医学系科学研究科共生社会医学講座の石井伸弥 特任教授による「新型コロナウイルス感染症流行下で起こったことと認知症予防」、淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科、同大学院総合福祉研究科社会福祉学専攻の結城康博教授による「2024年介護保険法改正・報酬改定について」と題した2講演が行われた。(加藤)

12 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4日)

学校医研修会では、公益社団法人山口県歯科医師会の小山茂幸 会長による「危ない！ポカン口」と題する講演が行われた。予防接種医研修会では、崎山小児科(東京都府中市)の崎山 弘 医師による「医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止」、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、九州大学病院小児科の永田 弾 講師による「小児科から見た移行期医療」、同大学病院循環器内科の坂本一郎 特任助教による「福岡県における成人先天性心疾患診療」と題した各講演が行

われた。受講者71名。(河村、沖中)

13 中四国管区行政評価局：恒常的懇談会(12月5日)

中四国管区行政評価局による業務概要の報告、令和5年度地域計画調査候補テーマについて報告・意見交換が行われた。(事務局長)

14 長門市医師会との懇談会(12月7日)

来年度の県の施策・予算に関する要望等の県医師会提出議題や長門市医師会の現状等について意見交換を行った。(伊藤)

15 会員の入退会異動

入会1件、退会8件、異動3件。(12月1日現在会員数：1号1,222名、2号857名、3号438名、合計2,517名)

医師国保理事会 ー第14回ー

人事事項

1 国保問題検討委員会委員(案)について

任期満了に伴う標記委員について、新任1名を含む甲種組合員12名、本組合役員7名を選任することを承認した。

ー第19回ー

12月22日 午後5時～6時30分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、前川・河村・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、藤野・宮本・友近各監事

協議事項

1 第16回医療関係団体新年互礼会について

開催の可否、実施方法、役割分担等について協

理 事 会

議し、新型コロナウイルスの感染防止対策を十分に言い開催することに決定した。ただし、非常事態宣言等が発令された場合は中止を再検討することとした。

2 令和5年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）の変更（追加）について

4月から新たな子宮頸がん予防ワクチンの使用が可能となることに伴い、個別標準料金（案）を提案どおり変更することを決定した。

3 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の申請について

申請2件について審査し、給付することを決定した。

4 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の今後の運営について

次年度以降の実施の可否等について協議し、新型コロナウイルスの感染法上の扱いが変更される可能性等もあることから、来年度予算編成の中で再協議することとした。

報告事項

1 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会「Web」（12月8日）

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告、産科医療補償制度と医事紛争についての説明の後、質疑応答が行われた。（縄田）

2 第3回健康教育委員会（12月8日）

令和4年度の健康教育テキスト「睡眠時無呼吸症候群」の協議・修正を行った後、令和5年度のテーマについて協議し、「緑内障」に決定した。（竹中）

3 新規第1号会員研修会（12月8日）

県医師会組織・事業概要・会員福祉関係、医療保険、地域保健、医療紛争対策及び医療事故調査制度について説明を行った。（伊藤）

4 日医第1回医師会共同利用施設検討委員会「Web」（12月9日）

第30回全国医師会共同利用施設総会（令和5年9月に岡山県医師会担当で開催）のメインテーマや分科会報告施設等について協議した。

また、会長諮問「次世代に託す医師会共同利用施設の使命～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」についてフリートークングを行った。（茶川）

5 産業医研修会（12月10日）

山口労働局労働基準部健康安全課の山本幸司 課長による「最近の労働衛生行政について」及び産業医科大学産業生態科学研究所職業性中毒学研究室の上野 晋 教授による「職業性皮膚障害から学ぶ業務起因性疾病のピットフォール～毒性学からの視座～」の2題の特別講演が行われた。（中村）

6 中国四国医師会連合勤務医委員会（12月10日）

新型コロナウイルス感染症罹患後の後遺症外来について等、各県から提出された議題に対する意見交換を行った。（白澤）

7 BCP及びJMATやまぐち派遣マニュアルに関する検討会議（12月12日）

三田尻病院の豊田院長、小野田赤十字病院の佐藤院長に標記計画案に対する意見等を伺い、最終案の作成に向けて検討を進めることとした。（前川）

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13日）

妊婦健康診査におけるスクリーニング検査の結果、HTLV-1 母子感染予防対策事業の実施状況等の報告が行われ、確認検査の結果報告及びスクリーニング検査陽性者の対応等について協議を行った。（藤野）

9 勤務医部会第3回企画委員会（12月13日）

座談会、令和5年2月19日開催予定の総会・講演会、令和5年2月4日開催予定の医師事務作

理 事 会

業補助者研修会等について協議を行った。(中村)

10 勤務医部会座談会 (12月13日)

「医療現場における暴力・ハラスメント対策～医療機関の安全確保のための警察からの支援～」をテーマに、山口県警察本部の職員も参加して具体的な発生事案を基にその対処方法、警察への相談体制、連携方策等について意見交換を行った。

(中村)

11 日医第2回定款・諸規程検討委員会

(12月14日)

常任理事について、理事定数を33名以内とし、常任理事を4名増員することについて審議を行った。(加藤)

12 個別指導 (12月15日)

柳井市内の病院で行われ、立ち会った。(木村)

13 山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査専門委員会 (12月15日)

令和3年度新生児聴覚検査実施状況、軽度・中等度難聴児補聴器購入費補助事業、難聴児支援体制整備事業等についての報告・協議を行った。

(河村)

14 日本医師会医療機関勤務環境評価センター医療機関の評価申請に関する説明会「Web」

(12月15日)

評価センターへの評価申請にあたっての留意点、医師の働き方改革の施行に向けた医療機関への取組支援等について説明が行われた。(沖中)

15 山口県緩和ケア研修会 (12月18日)

e-learningの復習・質問、アイス・ブレイキング、全人的苦痛に対する緩和ケア等について、講義及びワークショップ等を行った。受講者21名(岡)

16 花粉測定講習会 (12月18日)

山口県医師会花粉情報委員の綿貫浩一先生に

よる「まぎらわしい花粉の見分け方～スギ・ヒノキを中心に～」の講演の後、同会花粉情報委員長の金谷浩一郎先生による花粉測定の実技実習が行われた。(藤原)

17 県民公開講座：花粉症対策セミナー

(12月18日)

「これでバッチリ花粉症対策2023～最新の治療法について～」と題して、山口県医師会花粉情報委員長の金谷浩一郎先生による「花粉症の検査と治療」、川崎医科大学耳鼻咽喉科学臨床講師、医療法人社団兵耳鼻咽喉科医院の兵行義先生による「スギ・ヒノキ花粉症の現状とその対策」と題した講演やシンポジウムを行った。(藤原)

18 山口大学医学部附属病院情報システム監査

(12月20日)

病院情報システムの概要説明の後、運用規則等の整備、システム改善・改修・障害対応状況、情報システムの運用管理状況等について監査を行った。(中村)

19 年末年始の外来診療体制について

(12月20日)

山口県新型コロナウイルス感染症対策室から、年末年始における発熱患者の増加による外来医療の逼迫を防ぐため、駅・空港や市町での抗原検査キットの配布等取組の強化について説明や協力依頼があった。(沖中)

20 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会 (12月21日)

オンライン資格確認等の状況、ブロック取り決め事項の整理状況等について協議を行った。(加藤)

21 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(12月21日)

保険医療機関及び保険薬局の指定について協議を行い、全て承認された。(加藤)

理 事 会

医師国保理事会 —第15回—

協議事項

1 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について

2件について協議、承認。

報告事項

1 全国医師国民健康保険組合連合会第2回運営委員会について（12月16日）

第1回医師国保組合に関する検討委員会の報告や1月27日開催の第2回理事会に上程する事項等について協議を行った。（加藤）

2 山口県国民健康保険団体連合会第3回理事会について（12月22日）

副理事長等の選任や令和4年度一般会計の予算補正等について協議を行った。（加藤）

—第20回—

1月5日 午後4時55分～6時20分

加藤会長、沖中副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、藤野・宮本・友近各監事

議決事項

1 令和5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5年4月20日、定例代議員会を6月15日に開催することを決定した。

協議事項

1 令和5年度予算編成の基本方針・日程について

医師会組織の活性化、医業承継の支援、がん検診率の向上、かかりつけ医機能の促進、医師会事務局の活性化を進めることとし、歳入・歳出に

係る予算編成の基本方針と日程について協議を行い、決定した。

2 山口県医師会医学研究助成金の創設について

山口大学医学部との連携を進め、山口大学医師会会員等の医学・医療に関する研究を支援する助成金を創設することとし、その募集要項等について協議を行い、承認した。

3 JMAT やまぐち活動支援について

無保険状態での活動の解消を図るための山口県医師会独自の傷害保険の契約、災害時通信手段等の拡充のためのモバイルルーターの購入について協議を行い、承認した。

4 第2回郡市医師会長会議について

2月16日開催予定の標記会議の提出議題等について協議を行い、決定した。

5 山口県医師会組織強化担当役職員連絡協議会について

2月16日に標記協議会を開催することとし、協議会の議事内容について協議を行い、決定した。

6 母体保護法指定医師の指定基準細則の一部改正について

日本産婦人科医会のデジタル化研修記録システム導入のための研修管理の運用変更に伴う細則の一部改正について協議を行い、承認した。

7 山口県医療保険関係団体連絡協議会への提出議題について

各医療保険関係団体の医療DXの周辺状況についての議題を提出することに決定した。

8 2023年レノファ山口FCシーズンシートの継続契約について

スポーツによる地域・経済の活性化や地域振興への寄与を期待し、引き続きシーズンシートの契約をすることを決定した。

理 事 会

9 第16回医療関係団体新年互礼会について

互礼会の主な変更点、特に留意すべき事項について協議を行った。

科保健医療提供体制についての検討等を行った。

(伊藤)

報告事項

1 山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会 (12月22日)

不妊相談関係事業の令和3年度実施状況等について報告があり、その後、令和4年度「不妊を考える集い」や令和5年度不妊相談等支援事業案等について協議を行った。(藤野)

7 日医第1回労災・自賠償委員会 (12月23日)

委員長・副委員長の指名・挨拶等の後、労災・自賠償に関する報告等が行われた。(伊藤)

2 医事案件調査専門委員会 (12月22日)

診療所、病院各1件の事案について審議を行った。(縄田)

8 医療費助成事業に係る審査支払業務に関する市長会・町村会要望 (12月26日)

医療費助成事業に係る審査支払事務について、オンライン請求が可能となるよう要望を行った。(加藤)

3 第2回山口県医療審議会「Web」(12月23日)

宇部・小野田圏域における病床機能再編への支援について審議を行った。

また、山口県立総合医療センターの機能強化に係る医療機能の具体化等について報告があり、質疑・要望を行った。(加藤)

医師国保理事会 ー第16回ー

協議事項

1 傷病手当金支給申請(新型コロナウイルス感染症)について

3件について協議、承認。

4 献血推進ポスター・作文及び薬物乱用防止ポスター・標語及び献血インフルエンサー表彰式・発表会 (12月23日)

献血推進ポスターや作文等の表彰、発表会が行われた。(加藤)

ー第21回ー

1月19日 午後5時～6時50分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・上野・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、藤野・宮本・友近各監事

5 第37回都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会「Web」(12月23日)

新型コロナウイルス感染症の現況や感染症法等の一部を改正する法律及び次期医療計画、状況把握調査等について説明の後、意見交換及び質疑応答が行われた。(沖中)

協議事項

1 令和5年度新規事業について

母子保健委員会、医療紛争に対する研修事業等6事業について協議を行い、修正、追加事業について次回理事会で協議することとした。

6 山口県歯科保健医療提供体制検討会第1回地域包括ケア部会 (12月23日)

部会長の選出後、今後の検討課題、地域包括ケアシステムや歯科保健医療ビジョンを踏まえた歯

2 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の申請について

申請3件について審査し、給付することを決定した。

理 事 会

3 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の今後の運営【再協議】について
次年度の実施方針について協議した。

4 日本肝臓学会市民公開講座の後援について
日本肝臓学会中国地区が主催となって7月に宇部市で開催する標記公開講座について、後援することを承諾した。

人事事項

1 地域・職域連携推進委員会の委員について
山口県健康増進課長から標記委員の推薦依頼があり、上野常任理事を推薦することを決定した。

報告事項

1 山口県医療対策協議会医師配置調整部会「Web」(1月5日)
医師修学資金貸与者の令和5年度配置方針、過疎地域病院の拡大及び医師修学資金貸与者の返還免除勤務等について協議を行った。(加藤)

2 日医 JMAT 研修会「基本編」(1月8日)
「災害医療概論」の講義の後、実習として「情報の共有・記録」「被災地における活動」等について実習が行われた。(前川)

3 日医第2回医療IT委員会(1月11日)
オンライン資格確認の経過措置等について報告の後、電子処方箋、日本医師会が目指すべき医療DXについて協議を行った。(中村)

4 第5回岩国市障害者自立支援協議会療育サポート部会(1月11日)
これまでの取り組みや医療的ケア児リスト、アンケート調査結果の報告があり、その後、事例紹介等について協議・情報交換を行った。(前川)

5 第55回山口県学校保健研究大会「Web」(1月12日)
各表彰行事の後、「コロナ禍における学校環境

衛生～換気・消毒～」と題した特別講演が行われた。(加藤)

6 個別指導(1月12日)
下関市内の医療機関への指導の立会を行った。(伊藤)

7 広報委員会(1月12日)
会報主要記事掲載予定(2～4月号)、「ニューフェイスコーナー」や「山口大学新教授紹介」、令和5年度の県民公開講座の開催日等について協議した。(長谷川)

8 第2回母子保健委員会(1月12日)
産後うつ、虐待防止のための施策や児童虐待の発生予防に関する研修会等について協議を行った。(河村)

9 山口県理学療法士会創立50周年記念式典(1月14日)
標記式典に来賓として出席し、祝辞を述べた。(加藤)

10 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会役員会・総会「Web」(1月15日)
役員会では、令和4年度の運営等の報告、令和5年度の協議会の開催日程等について協議を行った。その後、総会で予算関連の議事が承認され、特別講演2題「医療の安全保障と危機管理」「医療政策をめぐる最近の動向」が行われた。(伊藤)

11 山口県胃内視鏡検診研修会(1月15日)
「胃がん検診の概要」「精度管理」「胃内視鏡検診の方法」「感染症対策・偶発症対策」「『上部消化管内視鏡スクリーニング』一歩先へ」の5講演により研修会が開催された。受講者37名。(竹中)

12 第3回都道府県医師会長会議(1月17日)
「学校保健を巡る諸課題について」をテーマとしたグループ討議、都道府県医師会から日本医師

理 事 会

会への質問・回答が行われた。また、常任理事の増員について協議した。(加藤)

13 第1回岩国医療圏地域医療構想病床機能検討部会 (1月17日)

岩国医療圏における令和3年度病床機能報告結果、地域医療構想に関する今後の進め方、地域医療構想に係る国の動き等について報告・協議を行った。(前川)

14 医療事故調査・支援センター主催研修 (オンデマンド配信)

「中小規模の医療機関における医療事故調査の実際と今後に向けて～地域における支援や協働のあり方を共に考える～」と題して現況報告、講演や全体討論が行われた。(縄田)

15 山口県犯罪被害者等支援施策評価委員会 (書面開催)

山口県犯罪被害者等支援推進計画の進行管理状況、諮問事項への委員からの主な提言と対応結果等について報告があった。(縄田)

16 会員の入退会異動

入会4件、退会5件、異動11件。(1月1日現在会員数：1号1,221名、2号854名、3号440名、合計2,515名)

医師国保理事会 -第17回-

議決事項

1 規約の一部改正について (理事の専決処分)
理事の専決処分により、規約第21条 (保険料の賦課額) の次に、第21条の2 (未就学児に係る子育て世帯の保険料軽減) を新設し、2月16日開催の組合会で報告することを議決した。

2 保険料減額免除内規の一部改正について
新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したこと等による保険料の減額免除規定 (第5条) の一部を改正することを議決した。

協議事項

1 令和5年度法令遵守 (コンプライアンス) のための実践計画の策定について
令和5年度実践計画について協議し、2月16日開催の組合会に承認事項として提出することを決定した。

2 傷病手当金支給申請 (新型コロナウイルス感染症) について
5件について協議、承認。

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

子育てを尊重できる社会

飄

々

広報委員

岡山 智亮

先日新聞紙面で、医療的ケア児の子育てで、父親の悩みを分かちあう取り組みが広がっているという記事を目にした。医療的ケア児を持つ親を対象としたイベントはあっても父親の参加者は一般的には少ないが、父親を対象としたイベントとなると参加者は割合多いという。もちろん仕事などで時間的な制限もあり、そういったイベントに参加しにくいところもあると思うが、父親を主体とすることによって、参加してみようと思う父親も多いのではないかと思った。実際に参加した父親からは「家庭において育児の多くを担っている妻に対して負い目を感じてしまう」「子育てにおいて意見が合わずケンカになってしまう」「妻に負担が重いのは事実であり、それをわかっているだけに自分の悩みを言えずパンクしてしまう」など、確かに妻を前にしてなかなか言いにくいと思われるような意見が見られた。そういった意味で敢えて「父親のイベント」にする意義は大きいのかもしれないと感じた。

私が大学病院で研修医をしていた当時、小児科病棟で長期の入院を必要とする子供たちを多く診てきた。数か月から年単位に及ぶ入院生活に於いて、大抵は母親が付き添っていることがほとんどであった。そのため必然的に母親に対しては病状説明などする機会が毎日のようにあるが、父親となると会えて週末、場合によっては数か月会えないこともある。そういった状況を見ると、どうしても父親としては気後れしてしまうところもあると思う。新聞紙面の意見の中にも「産後の入院中に看護師らと話す母親と違い、父親は相談の場を持ちにくい」という意見があった。それでも実際に私が経験した中で父親が来院された際は病状

説明に対して、とても真剣に話を聴いている姿は当時としても印象的なものであった。

私には現在4歳と2歳の娘がいる。2歳の娘は生後数か月から1年半程度、経管栄養を必要とした。そのため育児に関わる仕事量は必然的に多くなった。今回記事を読んでみて、同じように悩みを抱える父親は多いのだと感じた。娘にとって父親としての自分、医師としての自分が存在する中で葛藤する気持ちも多くあったが、妻にとっては私以上に不安な気持ちを抱えているであろうと思うと、やはり自分の不安は自分の心の中に抑え込んでおかなければと思う気持ちになっていたところもある。ただし、私の場合良かったのは仕事がありながらも、自営業であることからある程度は自分に都合よく時間を作ることができたので、子供たちのことを含め家のために時間を費やすことができたことだと思う。そのため妻とコミュニケーションをとる時間もそれなりにあったので、意見が食い違うこともあったがなんとかやってこられたと思う。

近年、男女平等の考えのもと、さまざまな取り組みを目にすることがある。もちろん、性別によって社会的に不利な立場に立たされることがあるとするならば、あってはならないことだと思うが、お互いの立場の違いを尊重しあう気持ちも大事なことだと思う。家族が生活していくためには仕事もしなければならない、子供が生まれたら子育てをしなければならない。それぞれの立場で相手には理解してもらいにくい大変なことがあると思う。職場の状況によってはなかなか思うように家での時間を作ることができないこともあると思う。しかし、家庭の中でそういったことを話し合

う時間をしっかり作ることは、夫婦が子育てに向かうにあたって大切なことだと思うので、職場環境を含め社会全体としてさまざまな立場の人間が

いることを理解し、尊重できる世の中になれば、より安心して子育てができる社会が訪れるのではないかと思う。

閑話求題

5g

宇部市 鈴木 克佳

315gから始めて、2番目は300g、3番目は275g、4番目は295g、今は285g。6年前に（硬式）テニスラケットを再開してから私が使用してきたテニスラケット重量の変遷です。ラケットの面積やストリングスの種類などでも打感が違いますが、重量はラケットの基本スペックです。ラケットの重量単位は5g単位で、たかが5～10g程度の違いと思いますが、使用感には大きな差があります。アマチュアでも1試合で約1時間はそのラケットを握って振り回すので、ラケットが重いと振り切れなくなったり、反応が遅くなったりします。日常で常に手にする物は案外限られますが、スマホを機種変更して手にとると、「重…」ってなるような感覚でしょうか。ちなみに、最近のスマホは170～240g程度。ラケットの違いによらず自由自在に使えるように自分を鍛えるのが理想かもしれませんが、スポーツギアはスポーツに必要なフィジカル・スキル・（特に）メンタルに大きく影響するので、良い意味で5gに拘りたいと思います。

お知らせのご案内



令和4年度山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

日時 令和5年3月5日（日） 14：00～

場所 山口県医師会6階会議室（山口市吉敷下東三丁目1番1号）

14：00 令和4年度総会

14：30 特別講演

女性のための漢方

山口大学医学部附属病院漢方診療部准教授 瀬川 誠

15：50 特別企画

地域保健のフィールドで活躍する

～「行政医師」という働き方～

山口県健康福祉部審議監 石丸 泰隆

防府保健所長 原田 昌範

周南健康福祉センター医師 本田 成美



第31回日本医学会総会 2023 東京 産業医研修単位のお知らせ

令和5年4月21日（金）～23日（日）に開催される「第31回日本医学会総会 2023 東京」では、産業医研修単位を**最大6単位**取得することが可能です。

○参加登録・受講申込

産業医セッションの事前登録には、あらかじめ第31回日本医学会総会の参加登録が必要となりますので、総会のホームページ（下記URL）より登録してください。

その後、事前参加登録の入金確認後に届くメールに記載されている「マイページ」内にある「単位受講申込」ボタンより、令和5年3月31日（金）正午までに産業医研修単位の単位受講申し込みを行ってください。

※“実地”は1セッションのみの登録が可能です。

※当日飛び込み参加不可。

○対象

更新を希望する認定産業医（資格取得を希望する方は対象外です）。

○受講費用

事前参加登録費＋産業医セッション受講料（5,000円、セッション数にかかわらず一律）。

○サテライト会場

本総会では、日本医師会認定産業医制度 産業医学研修会（産業医セッション）について、全国にサテライト会場が設置されます。現地会場での参加以外に、サテライト会場での参加が可能です。

- ・サテライト会場での参加の場合でも、総会への参加登録が必要です。
- ・サテライト会場で参加可能なセッションは、“更新”と“専門”の一部セッションのみ（“実地”は現地開催会場のみ）です。
- ・山口県では、4月22日（土）、23日（日）に山口県総合保健会館にサテライト会場を設置予定です。

○詳細

詳細は、第31回日本医学会総会ホームページをご参照ください。

https://isoukai2023.jp/training_units/index.html

○問い合わせ先

第31回日本医学会総会 2023 東京事務局

TEL：03-5800-8971 FAX：03-5800-6412 E-mail：office@isoukai2023.jp



臨床研修病院合同説明会 (レジナビフェア 2023 東京) への出展について

山口県医師会では、山口県、山口大学を含む県内15の臨床研修病院と協力して「山口県医師臨床研修推進センター」を設立し、医学生や研修医をサポートするさまざまな活動をしています。

その一環として、臨床研修病院合同説明会（レジナビフェア 2023 東京）に山口県ブースを設置し、山口県の臨床研修体制をご紹介します。

各位のご子息、ご息女またはお知り合いの中に、山口県に興味のある医学生がおられましたら、説明会への参加についてお声掛けいただきますようお願いいたします。

と き 2023年3月19日（日）11:00～17:00

ところ 東京ビッグサイト

（東京都江東区有明3丁目11-1）

○フェアの詳細はホームページに掲載しております。
そのほか、臨床研修医交流会などのイベントや各種助成金の情報も掲載していますので、ご覧ください。

URL <http://www.yamaguchi.med.or.jp/rk/index.htm>





山口県からのお知らせ

山口県医療機関等光熱費高騰緊急対策支援金 支給事業の実施と申請

山口県では、物価高騰により光熱費等が上昇する中、医療機関等において安心・安全で質の高いサービスが継続的に提供できるよう、公定価格で運営され、光熱費等の急激な物価高騰の影響を価格に転嫁できない県内の医療機関等を対象に「山口県医療機関等光熱費高騰緊急対策支援金」を支給することとなりましたので、お知らせします。

事業の詳細や申請方法等は、山口県ホームページに掲載していますので、ご確認ください。

記

1 申請受付期間

令和5年1月10日（火）から令和5年2月28日（火）【必着】

2 県ホームページ URL

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/188976.html>



3 対象者（医療機関関係）

- ・山口県内に所在する令和4年12月16日時点において、保険医療機関の指定を受けている医療機関が対象で、申請時点で休止又は廃止している施設を除く
- ・病院及び有床診療所の病床数は休床中のものを除く
- ・同一施設で、医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合は、いずれか一方のみでの申請が可能

4 問い合わせ先

山口県健康福祉部医務保険課

電話番号 083-933-2835（9：00～17：00（土日祝を除く））



令和4年度第93回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和5年3月18日(土) 15:00～17:00

開催場所 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)

次 第

司会 山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

特別講演1 15:00～16:00

これだけは知っておきたい膵臓診療の up-to-date

—明日から生かせる腹部エコー・膵臓観察のコツを含めて—

済生会山口総合病院消化器内科 石垣 賀子

特別講演2 16:00～17:00

上部消化管内視鏡診断のトピックス:

自己免疫性胃炎合併胃癌と非乳頭部十二指腸腺腫・癌について

松山赤十字病院副院長(胃腸センター所長) 蔵原 晃一

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料

非会員は、医師:2,000円、医師以外:1,000円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2単位

特別講演I CC(11 予防と保健):1単位

特別講演II CC(15 臨床問題解決のプロセス):1単位

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3点

日本医学放射線学会

学会認定参加単位 1単位

日本専門医機構認定参加単位 1単位

問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内)

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527

Eメール:nakano@yamaguchi.med.or.jp

※事前の参加申込は不要です。

輸血用血液製剤の WEB発注への 全面移行について

WEB発注への
全面移行時期

2024年4月
(予定)

危機管理の観点から電話・FAX
等による発注の受付体制は当面
維持する予定としております。



謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より日本赤十字社の血液事業に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

日本赤十字社では輸血用血液製剤の受発注における過誤発生の防止を目的にインターネットで受発注する血液製剤発注システム(WEB発注システム)の導入を推進しており、2020年11月のシステム刷新後、皆様のご理解・ご協力をいただきWEB発注システムの利用が増えてきております(裏面参考)。

このような状況に鑑みて、電話やFAXによる受注業務を終了し、原則としてすべての輸血用血液製剤の発注をWEB発注へ移行したいと考えております。

輸血用血液製剤の安全な供給体制を構築するために、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白



施設ユーザー
登録のお願い

WEB発注システムのご利用には登録が必要となります。
登録がお済みでない医療機関におかれましては、
最寄りの血液センターへご連絡ください。

院内輸血管理システムとの連動

方法1

発注情報を含んだ二次元コードを
モニター画面上に表示し、WEB発注
システムで読み取り発注する方法※

方法2

発注情報を直接インターネットを
介して連動送信する方法

※輸血管理システムの二次元コード等の表示・連動はシステムの仕様により
異なります。各医療機関でご利用のシステム会社にご確認ください

モニターに表示した
二次元コードをモバイル
端末などで読み込み、
発注処理を完了



簡便で確実な
発注が可能!



今後も時代に合ったテクノロジーを活用し、医療機関と
血液センターのシームレスな情報共有に努めてまいります。

WEB発注システムの効果

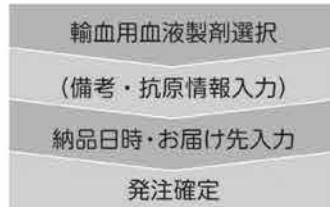
受発注時の過誤防止

電話での聞き間違いや、二次元コード利用により、手書きや手入力による過誤などの防止に役立ちます。



4 Stepの簡単操作

4 Stepで発注が完了できて、時間短縮につながります。



発注情報等のシステム管理

医療機関での発注履歴やお届けした輸血用血液製剤情報等をシステムに保存され、ファイル抽出(CSVファイル)による閲覧が可能です。



WEB発注システムの改修

2020年11月のシステム刷新後、医療機関からのご要望を基に、2022年1月に改修を実施しました。今後も更なる操作性向上に努めてまいります。

改修内容一覧

承認代行

- 発注内容の変更・取消の「承認」を血液センターで代行する機能の追加

発注登録

- 血液型選択時にラベルと同じ背景色を追加
- セット発注機能の追加(新規画面)

発注一覧

- 絞り込み項目の追加
- 発注一覧への備考と抗原情報の表示追加
- CSVファイルの文字化け修正

発注票

- 発注完了時の発注票印刷機能の追加
- 取り消した発注の「取消済」表示

WEB発注状況 (全国データ(%): WEB発注/全発注)



血液製剤発注システムの使用方法はこちらのウェブサイトにて動画でもご覧いただけます。是非ご覧ください。
<https://www.jrc.or.jp/mr/relate/order/>

お問い合わせ

最寄りの血液センター学術情報・供給課にご連絡ください。



発行元

日本赤十字社 血液事業本部
 経営企画部供給管理課 技術部学術情報課
 〒105-0011 東京都港区芝公園1丁目2番1号
 2022.04

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。



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 ～税優遇を活かして老後に備える～

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。
(掛金上限額(816,000円/年)まで控除の対象)
- 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

同一生計のご家族の掛金も負担した方の社会保険料控除の対象となる税制面のメリットがあります。
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
 - 「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2階

ポイント HP上でもシミュレーションや加入申出のお手続きができます!

日本医師従業員 0120-700650

ホームページ <https://www.jmpnfpf.or.jp>



医師資格証 (HPKIカード)

Medical Doctor Qualification Certificate

MEDICAL
DOCTOR
QUALIFICATION
CERTIFICATE



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

医師資格証 (HPKI)

身分証としての利用シーン

採用時の 医師資格確認



医療機関等での採用時に、医師免許証の原本確認に代えて、医師資格証による確認も認められています。

(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



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

JAL DOCTOR 登録制度



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

(登録および現場対応は任意となります)

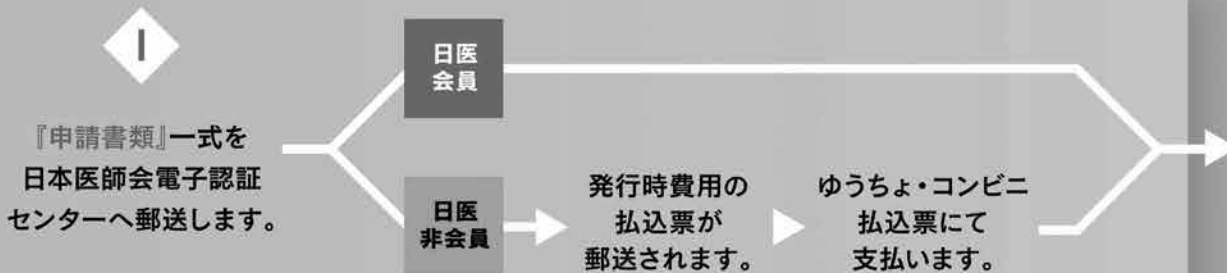
講習会受付



「医師資格証向け出欠管理システム」が導入された医師会等での研修会では、医師資格証をICカードリーダーに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



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か月以内
・コピー不可
個人番号、住民票コードは載せない

4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)(有効期間)

- ・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
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身元

※旧姓併記を希望される場合、発行から6か月以内の旧姓の分かる公的書類(戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票)が必要です。

カード)利用シーン

ITでの利用シーン

ログイン認証



通常のID/パスワード等のフレーズを利用したログインの代わりに、医師資格証を利用したサービスへのログイン*が可能となります。(併用も可)電子認証センター提供のサービスでは医師資格証によるログイン認証を行っております。

*ログイン認証は、「日医医療証基盤」(日医提供サービス)にお申し込みがあるサービスで利用可能となります。

HPKI電子署名



電子化された医療情報文書に対してHPKI署名を付与することで、本人であり、医師資格を持っていることを証明することができます。HPKI署名は、診療情報提供書の加算を算定する時の要件になっています。また、電子処方箋に求められる電子署名の一つでもあります。

研修会受講履歴 単位管理



「全国医師会研修管理システム」を導入している都道府県で開催された研修会を受講した際に、出欠が確定された研修会についての受講履歴の閲覧や単位管理ができます。確認は、「医師資格証ポータル」ログイン後、該当のページ(タブ)よりご確認くださいことが可能です。

他社サービスの 利用



ORCA管理機構が提供している「MEDPost(文書交換サービス)」などのログイン時に医師資格証を使用することができます。

送先 ▶ 日本医師会 電子認証センター 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

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
記載された医師会で
医師資格証を受け取ります。

※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内のもの

※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

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 身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期限内のもの)

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

費用

JMA 日医会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は無料です。
- ・紛失、破損による再発行の場合のみ5,500円が必要です。

日医非会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は5,500円です。
- ・紛失、破損による再発行の場合も5,500円が必要です。



※費用はすべて税込みです。

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申請書類一式を同封の上）、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、カードを緊急失効いたします。

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

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

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

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2022年8月現在





日医FAXニュース

**2022年(令和4年)12月9日 3095号**

- かかりつけ医機能の結論は持ち越し
- 中間年改定で業界ヒアリング
- 医師非常駐の診療所を開設可能に
- 電子処方箋「開始目前」説明会

2022年(令和4年)12月13日 3096号

- 次期医療計画、「コロナを念頭に策定」
- 次期がん計画案了承、今年度中に策定へ
- 改正感染症法が公布
- 後発品、促進よりも「供給不安解消を」
- インフル定点当たり報告数は0.13

2022年(令和4年)12月16日 3097号

- 「コロナの教訓生かした役割分担重要」
- 来年の医療実調、実施案に双方が同意
- リスク評価、「インフルとは大きな違い」
- ゴコーバ、対応医療機関で取り扱い可に

2022年(令和4年)12月20日 3098号

- 「乖離率4.375%を超える品目が対象」
- 23年度薬価改定、骨子の方向性を了承
- 出産費用、24年4月めどに一覧公表へ
- 受審申請、「遅くとも来年夏前までに」
- ヘルパンギーナ、過去5年比「やや多い」

2022年(令和4年)12月23日 3099号

- 発熱外来体制、地域医師会の取組み調査
- 充実体制加算の評価、支払い側は問題視
- 社会保障費は前年度比4100億円の伸び
- オミ株対応ワクチンなど、有効期間延長

2022年(令和4年)12月27日 3100号

- オン資・医薬品対策の特例加算を答申
- オン資経過措置「特に困難な事情」提示
- 新たな地域医療構想、2040年視野に策定
- インフル定点当たり報告数は0.53

2023年(令和5年)1月13日 3101号

- トリプル改定、「地域づくりの礎に」
- コロナ類型見直し、段階的な対応が必要
- 「赤ひげ大賞」、大阪府の尾崎氏ら受賞
- コロナの法的位置付け、段階的な移行を

2023年(令和5年)1月17日 3102号

- 医師の働き方改革、「支援検討」
- 医療機能情報提供、項目改正へ
- 中医協・給付費分科会、意見交換
- コロナ対策で「ハイリスク者に重点」
- 46都道府県でインフル流行

2023年(令和5年)1月20日 3103号

- 「医療を受けられない状況は回避を」
- プログラム医療機器の取り扱い、議論へ
- 24年度介護報酬改定へ、6種の調査実施
- インフルが5週連続増、定点当たり2.05

2023年(令和5年)1月24日 3104号

- コロナ見直し「慎重に段階的対応を」
- コロナ今春に5類へ、首相が検討を指示
- 地域保健対策の指針、年度内に見直しへ
- ワクチン「引き続き重大な懸念なし」

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。

大淵 晃 氏 下関市医師会 12月28日 享年 96

五十嵐 久二 氏 下関市医師会 1月3日 享年 63

後記 編集

知り合いから、近日中に絶対負けられない戦い（受験のことですね）がある、との報告を受けた。そのため、近くのお寺にお参りに行ってきた。

勝利（合格）に関連する複数のお守りを購入した時、ふと、おみくじが目にとまった。自分はおみくじはあまり引くほうではない。なぜなら、お参りに来て、最後に「運勢」が悪いと、ずっと気になってしまうからである・・・などとしばらく考えていたが、結局1枚引いた。

①中吉。かなりいい。が、ベストではない。この結果を持ち帰ってよいのだろうか。

もっと良い結果を持って帰った方がよいのではないか。2枚くじを引くことは通常ないが、どうしようか。だいたい迷ったが、やはり2枚目を引こう。

②小吉。あまりよくない。迷うことなく3枚目を引こう。

③小吉。あまりよくない気がする。流れが悪いので、2日後にもう一度、出直すことにした。

翌々日、通算4枚目。

④大吉。待ってたよ。本文もじっくり読んでみよう。

「心をかたくもって 一時の不運にあわて騒ぎ思い迷うてはいけません 本業をよく守って静かに時の来るのを待ちなさい 開運うたがいありません」

大吉が出たことだし、通常多くの人は、ここで手打ちとすると思うが、「4枚目」で終了することになにか引かかるものがあったので、ダメ押しに5枚目を引くこととした。

⑤大吉。

「何事も心を正直に強く持ち 物事に退屈せず信心怠らず努めれば 時至りて後には大いに仕合せよくなります 騒がず時を待ちなさい」

→4枚目とほぼ同様である。少々のことでは騒がず頑張ろう。

さて、ここまできて、考えた。おみくじには日頃実践すべき、とてもありがたいことが書かれてあった。私は受験する本人ではないが、これからこれらを実践しようとするだろう。

だが、他人が引いたくじと言うのは、受験する当の本人には良い結果をもたらすものなのだろうか。

家に帰った。気分を変えて、m3.comを読むことにした。今日は面白そうな記事があるかな。ん？なになに、医師会批判がいろいろ書いてあるぞ（見たくはないが、目に飛び込んでしまう）。やれやれだよなあ、と思いかけたが、ついさっきありがたい言葉を読んだばかりではないか。この程度のことでは心騒がしくなるようではいけない。

まだまだ自己研鑽が必要なのである。

（理事 藤原 崇）



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）