

山口県医師会報

令和5年(2023年)

3月号

— No.1951 —



早春（山口市瑠璃光寺） 渡邊恵幸 撮

Topics

社保・国保審査委員連絡委員会



Contents

■ 今月の視点「経済政策と健康」	長谷川奈津江	147
■ ニューフェイスコーナー		
「40周年と昭和レトロ診療所と今後の展望」	今村太一	150
■ 令和4年度全国有床診療所連絡協議会・		
中国四国ブロック会役員会・第14回総会	正木康史	152
■ 日本医師会 JMAT 研修「基本編」	前川恭子	156
■ 第54回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会	伊藤真一、河村一郎	160
■ 社保・国保審査委員連絡委員会	伊藤真一	165
■ 山口県医師会産業医研修会	中村 洋	166
■ 令和4年度第2回全国メディカルコントロール協議会連絡会	前川恭子	172
■ 令和4年度全国医師会勤務医部会連絡協議会		
中村 洋、白澤文吾、岡 紳爾、國近尚美、弘本光幸		176
■ 禁煙推進委員会だより		
「続・続『先づ隗より始めよ、ですが・・・』		
～加熱式タバコについて～」	國近尚美	190
■ 閑話求題「大相撲九州場所観戦のススメ」	清水徳雄	192
■ 理事会報告（第22回、第23回）		194
■ 飄々「麻雀のススメ」	藤村智之	200
■ 日医 FAX ニュース		201
■ お知らせ・ご案内		202
■ 編集後記	岡 紳爾	208

今月の視点

経済政策と健康

常任理事 長谷川 奈津江

日本の2022年度補正後予算の一般会計歳出は、110.3兆円。

主な内訳は、①社会保障(32.9%)、②国債費(22.1%)、③地方交付税交付金等(14.4%)。そして国債は国の借金なので、このままでは将来の世代に大きな負担を残すことから、日本の財政を改善することが緊急の課題と必ず語られる。とりわけ社会保障費、中でも医療費増加が問題とされ、医療費削減が必要だとマスコミからも繰り返しメッセージが流されている。

そして、これに反対する人々は、自由市場主義者や緊縮策支持派は経済危機克服のため人命を軽視している、経済を犠牲にしても社会的医療的セーフティネットを守るべきだと主張している。この論争、互いに主張を続けるだけでは、何ら解決には至らない。そもそも、答えは二つに一つだろうか。まず、過去の経済政策がどのような効果をもたらしたのか知ることが、解決への道筋に至るのではないか。イデオロギーではなくデータに基づく賢明な選択をしたい。

世界各国が、経済危機に対し行った過去の経済政策が、生死を含めた人間の健康状態にどのような結果をもたらしたか、膨大な医療統計データに基づき公衆衛生学の観点から検証した書籍『経済政策で人は死ぬか?』の一部を紹介する。

オバマ医療改革以前のアメリカの医療事情

2007年のサブプライムローン世界金融危機、2008年のリーマンショック後の世界同時大不況が始まったとき、アメリカの医療保障制度は国

民全体をカバーしていなかった。国民の3分の2は勤務先を介して健康保険に加入していたが、それ以外の人々では、民間の医療保険は保険料も免責金額も高いので、入れない人も少なくなかった。また、保険会社は糖尿病、高血圧などの既往症を理由に加入者を制限することができたため、保険料を支払う余裕があっても十分な保険に入れない人が大勢いた。アメリカの無保険者は4,000万人に上り、人口のおおよそ13%を占めていた。大不況が始まると失業者が急増し、新たに600万人が健康保険を失った。無保険者になるのは実に危険なことで、2009年のある調査では無保険者は保険加入者に比べて早死にする率が40%も高いことが判明した。だが、この状況で得をした者もいる。保険会社だ。2009年にアメリカの健康保険会社上位5社は、合わせて122億ドルの利益を上げた。これは前年比56%増である。この年、アメリカ国民290万人が保険を失ったのだが。

医療が必要になるかどうかは、支払い能力とは関係がないのに、医療を受けられるかどうかは支払い能力に左右される。医療の世界では市場原理はうまく働かない。アメリカの医療制度は多くの人を締め出してきたが、それにもかかわらずこの国の保険医療支出はどこの国よりも多い。この時期のほかの先進国ではそれはGDPの7%から11%であるが、アメリカは16%である。これはアメリカの医療制度が患者のためではなく、医療を提供する側—製薬会社、健康保険会社、病院チェーンのためにあるということではないか。

アイスランドとギリシャ

金融立国を掲げていたアイスランドは、2008年のリーマンショックが直撃して金融破綻、国家危機に直面し、IMF（国際通貨基金）に支援を仰いだ。IMFはアイスランドに対しGDP15%削減、中でも保健医療関連予算の30%削減を求めた。しかし、アイスランド国民は抗議デモと国民投票を実施し、IMFの緊縮策を拒否する。アイスランド政府は医療制度を堅持し、むしろ、医療関連予算を20%も増やし医療へのアクセスを維持。その結果、アイスランドにおいては未曾有の金融危機の中でも死亡率は一貫して下がり続けた。心臓発作発症率、うつ病の増加もなかった。2012年、イギリスが緊縮政策の下で停滞を続ける中、アイスランド経済は3%の伸びを示し、投資格付けも引き上げられた。アイスランド政府のユニークな対応が「思いもよらぬ」経済回復につながったことをIMFでさえ認めた。

ギリシャの場合、政府はIMFの緊急政策を受け入れ、保険医療支出をGDPの6%以下に抑えることを目標とし、医師や公衆衛生職員を35,000人削減した。給料を減らされた医師たちは、行列に並びたくない患者から賄賂を取り貧困層は医療へのアクセスがますます困難になっていった。2011年、新規HIV患者数が前年同期比で52%増加。2009年には2007年より医療機関を受診した人が15%減少。2008年から3年間で幼児死亡率が40%、治療を受けられなかったことによる死亡率が47%増加。「国境なき医師団」がギリシャで緊急救援活動を始めるに至った。首都アテネでは、HIV感染が広がり、極端な保険医療予算削減に医師たちは抗議し、2012年に24時間ストライキを実施した。ギリシャの緊縮政策は国にとって最も大事な資源である人間を犠牲にするものであったが、ギリシャ経済は回復せず、緊縮政策の成果は上がらなかった。失業率も27%と記録的水準に達した。

国民の健康と命を守るには

必ずしも不況や経済危機そのもので人々の健康状態が悪化するわけではない。不況や経済危機に

対する政府の政策対応の良否が、人々の健康状態に影響を及ぼすのだ。その政策を国民が客観的に選べるために、本書では専門家（一流の経済学者、疫学者、医師、統計学者など）が査読を受けて論文として、英『ランセット』誌、『ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル』等の科学雑誌、医学雑誌などで発表した研究内容を平易な言葉に置き換えて情報提供をしている。

保険医療分野は景気低迷期でも成長しうる数少ない分野の一つである。政府支出を1ドル増やしたときに国民所得が何ドル増えたかを示す数値を「政府支出乗数」という。これが1より大きければ政府支出がそれなりの経済効果を持つと考えられるが、1より小さければ効果は期待できず、むしろその分を民間部門にゆだねるほうが効率が良い。筆者はヨーロッパ25か国とアメリカ、日本の過去10年間の実データを用いて、先に挙げたアイスランドの政策プログラムを分析した。結果、この政府支出乗数が最も大きいのは保険医療と教育。どちらも3を超えていた。保険医療分野への投資は雇用を生み（看護師、医師、技師）、技術開発を促し（実験研究、イノベーション）、根本的な景気刺激策となりうる。

経済を立て直す必要に迫られたとき、私たちは何が本当の回復なのか忘れがちである。本当の回復とは、持続的で人間的な回復であって、経済成長率ではない。経済成長は目的達成のための手段に過ぎず、それ自体は目的ではない。どの社会でも、最も大事な資源はその構成員、つまり人間である。したがって、健康への投資は好況時においては賢い選択であり、不況時には緊急かつ不可欠な選択となる。人命を守る医療者こそ、経済政策が国民の健康と命に与える影響をデータに基づき評価したい。

『経済政策で人は死ぬか？』

—公衆衛生学から見た不況対策—

デヴィッド・スタックラー&サンジェイ・バス

草思社文庫

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報令和5年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項にてご確認
 いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

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

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。
 作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
 ※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて10MB以内でお願い
 いたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又はUSB/CD-Rの郵送	6月23日
②手書き原稿	郵送	6月16日

原稿送付先

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県総合保健会館内
 山口県医師会事務局総務課内 会報編集係
 E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②写真や画像の使用については、必ず著作権や著作権等にご注意ください。
 ☆第三者が著作権や著作権等の権利を有している写真や画像は掲載できません。
- ③ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった
 場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
- ④投稿された方には掲載号を3部謹呈します。
- ⑤医師会報は本会ホームページにもPDF版として掲載いたします。
- ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿え
 ない場合があります。
- ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

ニューフェイスコーナー

40周年と昭和レトロ診療所と今後の展望

宇部市医師会 今村皮膚科形成外科

今村 太一

2019年7月より宇部市の今村皮膚科形成外科を承継しました今村太一と申します。

私は生まれも育ちも山口県宇部市で、2009年3月に久留米大学医学部を卒業、そのまま同年、久留米大学病院研修医を経て久留米大学皮膚科学講座に入局、公立八女総合病院皮膚科勤務の後に国内留学で埼玉医科大学国際医療センター皮膚腫瘍科皮膚科にて皮膚外科、皮膚癌の研鑽を積みさせていただいた後に久留米大学皮膚科に助教として帰局し、メインオペレーターとして診療を行っておりました。もう少し大学にて働きたいところだったのですが、いろいろと家庭の事情があり、実家の今村皮膚科形成外科を承継する運びとなりました。

もともと今村家は戦前に曾祖父が今村内科外科を、戦後は祖父が今村産婦人科を開業しており、1984年には両親が今村皮膚科形成外科を開院と長年地域医療に携わっておりました。そんな中、このような若輩者の私が院長となるのは非常に身が引き締まる思いです。

趣味と言えるようなものはあまりないのですが、旅行やビールがとても好きではあり、久留米大学時代や埼玉時代はよく福岡や東京の夜に繰り出したり一人旅をよくしたものでした。が、残念ながらこのコロナ禍でどちらもやりにくいものとなってしまいました。しかし、ZOOMやLineと便利な技術も発達しており、最近は下火だそうですが、未だに遠方の友人とネット飲みで盛り上

がっています。飲酒量がちょっと増えた気がして良くないのです。気を付けたいところです。

さて、当院は古い建物、美容や自由診療もほぼ行っていない等、令和の現在から見ると昭和レトロ感満載の昔懐かしい診療所です。まだまだ改善すべきところはあるとは思いますが、少しずつゆっくりやっていけばいいかとノンビリさせてもらっており、最近ようやくホームページができました。本当はSNSなどすべきなのでしょうが、YouTubeやるのは恥ずかしいし、インスタで映えることも難しい、TickTokで踊るわけにもいかず、LINEは誤爆しそう。Twitterでバズる発言なんかもできるわけなく、激スベリして心にダメージを負うか大炎上してリアルにダメージを負う未来しか見えないため、ひとまずホームページだけでしばらくは満足することとします。このノンビリ感が悪いのか、コロナ禍の影響か、はたまた私の人徳かはわかりませんが、2020年をピークに患者数が少し漸減してきており、流石に考えるとところです。後から振り返ってあそこが分岐点だったと後悔しないように頑張らねばと思っております。そこで当院の売りが何かと考えますと、当院は父が皮膚科・形成外科の2つの専門医を持っているということもあり、もともと手術手技が比較的多かったことなのかなど。私も専門分野としては皮膚腫瘍、皮膚外科であり、父から引き継いで積極的に手技（縫合等）、手術（腫瘍切除等）を行っております。簡易的ではありますがエコーも導入し、そのおかげもあってか予定手術件数(切

りっぱなし等の簡易的なものや皮膚生検は含めない)は承継した2019年より毎年件数が伸びてきています。ただ、手術は諸刃の剣で、その間診療がストップしてしまいます。皮膚科は保険点数が少ないので数を診ないとどうにもならないという科であり、手術との両立が難しいところです。そこでもう一つの売りである、男女の医師がいるということを最大限に利用＝「母親に泣きついて手術中は母にいつも以上に診察を頑張ってもらおうこと」としました。未だに親の脛をかじっている現状に申し訳ないなあと情けないなあという気持ちはありますが、私も不惑の40代！とりあえず気にしないで考えないことにしている現在です(でも今後本当にどうしよう・・・)。手術手技の話ばかりしましたが、皮膚疾患の新たな治療法や治療薬なども少しずつ導入させてもらってます。のんびりと私なりに努力しているつもりです、一応・・・。

以上、簡単ではございますが、当院及び私の自己紹介とさせていただきます。私自体が福岡県南部の筑後地域及び埼玉県を中心としてしか勤務経験がなく、いろいろと県内の諸先輩方にはご迷惑をおかけすることもあるかと存じますが、よろしく御指導御鞭撻のほどをお願い申し上げます。来年の開院40年を無事迎えられるように頑張りたいと思います。



日本医師会公式キャラクター「日医君」LINEスタンプ

使いやすいスタンプが8種類！
日本医師会の公式アカウントと友だちになるともらえます！

3月21日(火)より午前11時よりLINEスタンプショップ※にてダウンロードが可能となります。

※LINEアプリ内 [ホーム] > [スタンプ] > [無料] タブ に掲載



友だち追加URL・QRコード
<https://lin.ee/8399A2T>



問い合わせ先：
日本医師会広報課
Tel 03-3942-6483 (直)
E-M kouhou@po.med.or.jp

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

□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。

この世界で、この街で、このじぶん。




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

10:23 本店営業部 普通 0000944

口座残高

1,000,000 円

入金明細をみる

2022/12/27 10:23 時点

店舗・ATM
資産管理
投資信託

令和4年度全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会役員会・第14回総会 (中国四国医師会連合有床診療所研修会)

と き 令和5年1月15日(日) 13:00～15:40

ところ 広島県医師会3階 301会議室(Web配信)

[報告:山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

今回の総会開催にあたっては、新型コロナウイルス感染症の収束の目途が立たない状況であり、またインフルエンザとの同時流行も危惧されたこともあって、事前に役員間での協議を行い、残念ながら昨年度に引き続きWeb形式での総会開催とさせていただいた。1月15日(日)に広島市の広島県医師会館を拠点として、Webによるリアルタイム配信で標記総会並びに研修会が開催され、本県からは伊藤真一 県医師会専務理事と県医師会事務局職員が山口県医師会館にて、前川恭子 県医師会常任理事、阿部政則 部会副会長、林田英嗣 部会理事は自院にて参加され、正木は司会等の関係で広島県医師会館に赴いて参加し、本県から計7名が参加した。

役員会

総会に先立ち、12時よりWeb形式での役員会が開催され、伊藤県医師会専務理事と正木が参加した。

報告事項

1) 令和4年(2022)年度全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会第14回総会・中国四国医師会連合有床診療所研修会の運営について

今回の総会並びに研修会はWeb配信のため、会員には事前に総会資料を郵送し、異議がある場合には事務局まで連絡していただくようにしており、会員からの意見がない場合には、総会議事決議において「異議なし」として承認いただくことが決まった。

2) 第35回全国有床診療所連絡協議会総会報告

正木より、令和4年11月5日(土)・6日(日)に山梨県富士吉田市で開催された「第35回全国有床診療所連絡協議会総会」の概要について報告した(詳細は本会報令和4年12月号800～810頁参照)。

協議事項

令和5年(2023)年度全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会の日程について(開催場所、開催時期)

例年、1月の最終日曜日に岡山県医師会館での開催となっているが、今回は岡山県医師会館会議室の予約状況の関係で令和6年1月21日(日)の開催が決まった。

総会

総会参加者は会場参加15名、Web参加43名の計58名であった。

開会

平井 健 庶務担当理事の司会で始まり、まず、中国四国ブロック会会長の正木が以下の挨拶を行った。

「本日は休日でお休みのところ、全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会並びに中国四国医師会連合有床診療所研修会にご参加いただきありがとうございます。さて、この総会、今年こそは対面での開催をと考えていたが、新型コロナウイルス感染症の収束の目途が立たない状況にあり、また今年もインフルエンザとの同時流行も危惧されることもあって、残念ながら3年連続

のWeb形式での開催とさせていただいた。全国有床診療所連絡協議会の活動状況だが、やはり新型コロナウイルス感染症の影響で、まだまだ活動が制限されているが、昨年は4月に診療報酬改定に関する講演会を博多で開催し、全国にWeb配信させていただいた。10月には厚労省に赴いて羽生田厚労副大臣を表敬訪問し、その際、医政局長や保険局長との懇談・要望の場をもち、全国役員会も6月Web形式で、また11月には全国有床診療所連絡協議会総会・山梨大会も開催された。12月には茨城県内での厚労省の医政局や保険局医療課の担当者の有床診療所視察も実施され、有床診療所への理解を深めていただいている。また、この1月にも徳島県内での同様な厚労省担当者による視察も予定されている。ところで、自民党『有床診療所の活性化を目指す議員連盟』だが、前にもお伝えしたように、令和3年12月に役員改選があり、会長に加藤勝信衆議院議員、事務局長に羽生田俊参議院議員が就任され、議連活動のさらなる活性化が期待されていたが、昨年8月の内閣改造で、加藤議連会長が厚労大臣に、羽生田議連事務局長が厚労副大臣に就任され、嬉しいことではあるが、入閣されると議連活動ができなくなり、議員連盟の要の両先生の入閣で議連の活動低下が危惧された。そこで、羽生田事務局長の推薦で医系議員の松本尚衆議院議員が議連事務局長代行に就任され、早速昨年11月に議員連盟総会を開いていただき、厚労省に対して診療報酬改定を中心とした要望をさせていただいた。その関係もあって、本日は松本先生に講演をお願いさせていただいている。本日は日本医師会副会長の茂松茂人先生の特別講演も予定されている。この後、引き続き総会議案のご協議をよろしく願います。」

議事

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会会長の正木が議長なり、議事進行した。

1) 令和3年度事業報告の件

令和3年度の総会は令和4年1月23日(日)に開催されたが、新型コロナウイルス感染症の関

係で、広島県医師会館を拠点として、Webによるリアルタイム配信で行われ、令和2年度事業報告及び収支決算報告があり、それぞれ承認された。続いて特別講演Ⅰ「地域の実情に応じた地域医療体制のあるべき姿」を今村聡日医副会長より、特別講演Ⅱ「外来機能報告制度及び地域医療構想/医療計画の最近の動き」を鷲見学厚生労働省医政局地域医療計画課長より講演いただき、最後に斎藤義郎全国有床診療所連絡協議会会長より特別発言をいただいた。

2) 令和3年度収支決算報告の件

平尾庶務担当理事より決算報告、石井監事より監査報告があり、承認された。

3) 役員体制の件

役員の改選があり、以下の通り承認された。

会長：正木康史(山口県)

副会長：松山正春(岡山県)、西本章(愛媛県)

理事：池田光之(鳥取県)、清水正人(鳥取県)、櫻井照久(島根県)、木村丹(岡山県)、森俊明(徳島県)、岡田裕司(徳島県)、樫村雅典(香川県)、藤田泰宏(高知県)、福田善晴(高知県)、

庶務担当理事 平尾健(広島県)

監事：伊藤真一(山口県)、石井哲朗(広島県)

オブザーバー：斎藤義郎(徳島県)

特別講演Ⅰ

医療の安全保障と危機管理

衆議院議員 松本 尚

1) 医療の安全保障

大きな課題としてサプライチェーンの脆弱性とサイバー攻撃からの防御の2点が挙げられる。

「経済安全保障推進法」(令和4年5月)が施行され、①重要物質の安定的な確保、②基幹インフラ役務の安定的な提供の確保、③先進的な重要技術の開発支援、④特許出願の非公開に関する4つの制度を創設して、医療を含めて経済全般の安全保障に取り組んでいるが、まだまだ不十分な点があり、今後さらに取り組みを強化していく必要があると考えている。

「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」（令和2年9月）で、医療上必要不可欠であって、汎用され、安定確保について特に配慮が必要な医薬品を選定し、カテゴリーを考慮しつつ、次に挙げるような対応を順次進めているところである。①供給不安を予防するための取組、②供給不安の兆候をいち早く捕捉し、早期対応に繋げるための取組、③実際に供給不安に陥った際の対応。

「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」（平成30年10月）が検討され、医療機関へのサイバー攻撃への対応として、①「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の周知徹底、②情報セキュリティインシデント発生時の国への報告、③情報セキュリティインシデントが発生した医療機関等に対する調査及び指導、④医療分野におけるサイバーセキュリティの取組（医療セプター）との連携等が以前より行われている。

しかしながら、令和4年2月までに医療機関へのサイバー攻撃が13件あり（令和3年10月：徳島県半田病院、令和4年10月：大阪府急性期・総合医療センターなど）、令和4年11月に「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」の注意喚起が出され、①サプライチェーンリスク全体の確認、②リスク低減のための措置、③インシデントの早期検知、④インシデント発生時の適切な対応・回復、⑤金銭の支払いに対する対応、⑥ランサムウェア特設ページの開設などの対応がとられている。医療機関の防御態勢を強化するには、①職員への教育研修、②データのバックアップ、③ファイアウォールの強化等の対策が重要となる。

また、今後紙カルテの運用による診療の継続は絶対に必要であると考えます。大阪府急性期・総合医療センターの場合、システムが復旧するまでの間、紙カルテで対応し、なんとか乗り切ることができた。最近の若いドクターは最初から電子カルテしか知らず、今後の危機発生時の対応面で心配のところがある。

2) パンデミックへの対応

既知の感染症と未知の感染症では、当然異なる

対応が必要となる。現在、その司令塔として内閣感染症危機管理統括庁が設置されているが、実際に十分な機能が発揮できるか甚だ疑問なところもあり、今後、検討の余地があると考えている。

3) 有床診療所はどう備えるべきか

地域という「面」でのサイバー攻撃時に、あるいは大規模な自然災害時に有床診療所は使い勝手の良い、機動力のある存在であり、特に地方では中心的存在として頑張っていただきたい。

特別講演Ⅱ

医療政策をめぐる最近の動向

日本医師会副会長 茂松 茂人

1) 現在審議会等で議論されている主な課題

次期医療保険制度改革の主な検討事項は、①出産育児一時金の引上げ、②高齢者医療を全ての世代で公平に支えあう仕組み、③被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化であるが、日本医師会としては、社会保障は自助（患者負担）・共助（保険料）・公助（税）で成り立っていることを踏まえ、患者負担を増やすことばかりでなく、それぞれのバランスを取りながら、時代に対応できる給付と負担のあり方という視点に立って議論することが重要と考えている。2020年度の国民医療費42兆9,665億円の財源構成は自助（患者負担）4兆9,516億円、共助（保険料）21兆2,641億円、公助（税金）15兆4,991億円で、高齢化率が極めて高いにもかかわらず、公費の投入額が低い。その他、医師確保計画を通じた医師偏在対策について、地域医療連携推進法人制度の見直しや医療機関勤務環境評価センターの現状についての報告があった。

2) 令和5年度薬価改定について（中間年改定）

令和4年12月16日の大臣折衝（内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣）により、薬価改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点から、平均乖離率7.0%の0.625倍（乖離率4.375%）を超える品目が対象となり、これにより薬剤費は▲3,100億円（国費722億円）の削減となる。この薬価改定に関連して日本医師会も厚生労働省

と折衝し、オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、令和5年12月末までの間、初診時・調剤時における追加的な加算・再診時における加算を設定していただくなど、今回の薬価改定財源を勝ち取ることができた。

3) 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染状況の現況について、ワクチン接種のさらなる促進の必要性、新型コロナ・インフルエンザ同時流行対策タスクフォース、新型コロナウイルス治療薬や新型コロナウイルス感染症に係る感染症法上の主な措置の変遷等の解説があった。

4) 地域における面としてのかかりつけ医機能

財務省や健康保険組合連合会はかかりつけ医の認定制や登録制を要望しているが、日本医師会としては反対の立場を明確にしており、自民党・全世代型社会保障に関する特命委員会では「今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応し、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じ、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う必要がある。その際、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択することはあくまでも患者の選択であり、義務ではないこと、さらに、わが国の医療フリーアクセスを守り、必要な時に迅速な医療を受けられる原則は変わらないことを原則とすべきである。」と、日本医師会意向に沿った取りまとめを行っていただいている。

5) 医療界におけるDX

オンライン資格確認に関しては、日本医師会内での感じ方と現場の先生方の考えに開きがあると感じており、日本医師会としても、もう少し丁寧な説明をしていく必要があると考えている。医療界におけるDXに対する日本医師会の考え方であるが、安全・安心で、質の高い医療提供のために活用すべきであり、課題と対策として、①費用負担（導入・維持費用）はできるだけ少なく、②業

務負担はできるだけ少なく、③真正性・信頼性の担保はHPKIの活用、④医療機関と調剤薬局の連携に混乱が生じないように、⑤電子カルテ等業者・業界の対応は国から働きかけを、⑥患者の理解のために国から丁寧な周知等の対応を医療現場の負担や混乱が生じないよう国に求めている。

6) 医師会の組織力強化

令和4年3月23日時点で、日本の医師総数は33万9,623人で、日本医師会への加入率は51.2%で、2000年の加入率60.4%をピークに下がり続けており、加入率50%を切るという危機的な状況になってきている。医療政策を実現させるためには政治力、数の力が必要であり、日本医師会としても会費減免、医師年金制度の拡充等の努力を続けていくが、会員の皆様のご支援・ご協力も是非ともお願いしたい。

特別発言

全国有床診療所連絡協議会会長 斎藤 義郎

最後に斎藤義郎 全国有床診療所連絡協議会会長より特別発言をいただいた。特別講演の感想や総会総評をいただき、全国有床診療所連絡協議会の活動状況の報告があった。①一昨年12月に自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」の役員改選があり、議連会長に加藤勝信 衆議院議員、議連事務局長に羽生田 俊 参議院議員が就任され、今後さらなる議連の活性化が期待される、②昨年9月のコロナ感染症に関するアンケート調査の結果であるが、多くの有床診療所が感染症対策に貢献されている、③令和4年12月に茨城県、令和5年1月に徳島県で厚労省医政局や保険局の担当者に有床診療所を視察していただき、有床診療所への理解を深めていただいている、④全国有床診療所連絡協議会は今年度8項目の事業計画を掲げているので皆様のご協力をお願いする、⑤対外的な発言力を高めるために全国有床診療所連絡協議会も一般社団法人化に取り組んでいる、などの報告があった。

日本医師会 JMAT 研修「基本編」

と き 令和5年1月8日(日) 9:00 ~ 17:30

ところ Zoom ミーティング

[報告: 常任理事 前川 恭子]

近年のコロナ禍の日医の JMAT 研修は、事前学習で基礎的なことを学び、オンラインの実地開催でディスカッション等行う形式となっている。今回の研修会には、各都道府県から 52 名の参加があった。

事前学習

表 1 の内容を、研修会当日までに JMAT-e で履修する。

今まで実地開催の講義項目であった JMAT 総論が、事前学習に移行した。また、JMAT 派遣登録申請を日医 JMAT サイトで行い、J-SPEED は情報提供サイトを参考に準備する。会場までの経路をクロノロジーにアップするなど、できることは可能な限り事前に行うよう求められた。

実地開催 (表 2)

昨年度までの研修と異なる内容を中心に記載する。

1. 災害医療概論

○トリアージと病院前救護所

災害時医療は、持ち得る医療資源を可能な限り多くの患者に割り振るため、平時であれば個々に対し最良の医療を供給するところに制限を設けることとなる。その優先順位をつけるトリアージでは、救命不可能な方の治療をあきらめる判断(黒)、軽症の方を治療不要とする判断(緑)、救命のため緊急性が高いのか(赤)、その後に対応すれば良いのか(黄)の判断が求められる。この中で最も難しいのは wandering patient と呼ばれる「緑」の患者さんへの対処であり、その対応を誤ると災害医療の現場は混乱する。

災害時、重症(赤)の方が自力で一般医療機関に辿り着くことも、軽症(緑)の方が災害拠点病院をいきなり受診することもある。そのような受診行動から、過去の訓練のように公園など広い場所でトリアージを行うのは実状にそぐわないと判ってきた。大規模災害時は、拠点病院の入り口

表 1 事前学習プログラム

所要時間	科目等	概要	インストラクター等
30分程度(確認テスト)	JMAT 総論	JMAT 要綱 日本医師会(JMAT 本部)-都道府県医師会-都市区医師会に求められる役割 過去事例 JMAT に求められる役割 「被災地JMAT」、「支援JMAT」それぞれの役割と連携 都道府県保健医療福祉調整本部・地域の保健医療福祉調整本部、被災地のコーディネート機能の下での活動、被災地の医師会との協働、災害医療コーディネーターとの連携 DMAT 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ 診療内容(発災直後、急性期以降の環境悪化に伴う疾病とその予防・対応) 避難者の健康管理(行政職員、支援者等を含む)、医療ニーズの有無・探索と内容の把握、在宅・福祉施設等の巡回等 撤収のあり方(被災地の行政機関(保健所等)や医療機関への引き継ぎ 避難所等の環境改善、感染制御 医薬品・資器材リスト	日本医師会
30分程度(確認テスト)	情報の共有と実際	情報共有の意義・JMAT 活動として、被災地コーディネート機能下での活動として 実際: JMAT 活動報告、クロノロジー、EMIS(広域災害・救急医療情報システム)、衛星携帯電話等、災害診療記録・JSPEED、避難所アセスメントシート等 1. クロノロジー、EMIS、通信 2. 災害診療記録、J-SPEED ※EMIS および J-SPEED については、個人練習モードや e ラーニングサイト等を事前に案内し、効率性を高める	日本災害医学会
30分程度	情報の共有・記録 2. 災害診療記録の作成、J-SPEED 実習	J-SPEED 実習の事前準備	日本災害医学会
10分程度	情報の共有・記録	事前課題、衛星電話の組み立て 所有していない場合は、デモ動画を視聴した上で確認テスト	日本災害医学会
30分程度(確認テスト)	4. 衛星通信・電話、トランシーバー実習 救護所の運営	受援側、被災地 JMAT としての活動 所属医師会の災害対応マニュアル、行政との災害時医療連携協定等(開催地の地域性に応じる) 行政との連携	東京都医師会
30分程度	救護所の運営	被災地における救護所での支援活動(被災地 JMAT として)	東京都医師会
15分程度	日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有(JMAT 本部サイトの操作)	日本医師会の JMAT 本部サイトから、JMAT の派遣登録申請を行う。	日本医師会
20分程度(確認テスト)	熱傷・外傷の処置	実習に先立つ座学 ・ 自地域が被災し、「被災地JMAT」として救護所に出動した場合などを想定し、ターネットの装着実習含む ・ 気道熱傷 ・ クラッシュシンドローム(圧挫症候群) ・ 外傷時の止血法その他災害時の傷病(救護所等でのターネットの確認・使用法等)	日本災害医学会
30分程度(確認テスト)	検視・検案	※事前学習(JMAT 研修 e ラーニングシステム JMAT-e) (2018年10月14日開催 JMAT 研修基本編収録)	東京都医師会

等に緊急医療救護所を設け、そこでトリアージを行い、緊急の治療を要する患者さんを確実に拠点病院に送り込むことが求められる。

○ CSCA

災害種に合わせて異なる対処方法を準備していても、発災直後はどのような災害か分からない。あらゆる災害を想定した All Hazard Approach が CSCA の基本コンセプトである。

CSCA の Command & Control は、縦の指揮命令システムと横の連携を表す。アメリカ版 CSCATTT である DISASTER パラダイム (Detection, Incident Management, Safety and Security, Assess Hazards, Support, Triage and Treatment, Evacuation, Recovery) の中の Incident Management では、

共通の組織図が示されている。統合指揮の下に Planning・Logistics・Operation・Finance が並ぶ。日本では、都道府県や圏域等各レベルに保健医療福祉調整本部が立ち上がり、指揮命令システムのトップである本部長が責任を持ち組織を動かす。災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンは助言する立場である。

CSCA の Safety には、Self (自分自身)、Scene (現場)、Survivor (生存者) の3つの「安全」が含まれる。まず、個人が安全に行動できる装備などを確保する。準備なく、熱意だけで災害医療の現場に行くことは許されない。

CSCA の Communication において、情報伝達がうまくいかなければ災害対応が失敗する。9・11 アメ

表2 実地開催プログラム

時間	所要時間	区分	番号	科目等	概要(網掛け部分は実習科目)	インストラクター等
9:00~9:10	10分		01	開会・挨拶 オリエンテーション		日本医師会 細川常任理事
9:10~9:40	30分	講義	02	災害医療概論	災害に関する共通理念・言語、災害医療関連制度 コーディネーター機能の下での活動 DMAT 等との役割分担と連携 安全確保	日本災害医学会 大友代表理事
9:40~10:50	70分 3.40分 4.30分	実習	03	(前半) 情報の共有・記録	講師より下記の内容の概括を述べた後、実習をしてもらう ※ハイブリッド方式での開催のため、裏表開催とはしない 3. クロノロジー(40分) 4. 衛星通信・電話、トランシーバー実習(30分) ※衛星携帯電話は、ZOOM での開催、通信環境の関係(屋外)のため、説明のみにとどめる	日本災害医学会 3. 安藤先生 4. 高桑先生
10:50~11:10	20分			休憩 ※11:00を目途に1度ブレイクアウトルームに参加者を移動させるので、自己紹介などをお願いします。		
11:10~12:40	90分 1.40分 2.50分	実習	04	被災地における活動 1, 2	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて、自分たちが「被災地JMAT」となるという前提で実習をしてもらう。 実習方法(ロールプレイ、グループディスカッション)については、1~3の各講師が決める。 1. 保健医療福祉調整本部の運営、コーディネーター機能 (1) 都道府県保健医療福祉調整本部、保健所(地域保健医療福祉調整本部・地域の拠点)への登録(コーディネーター側) (2) 現地のコーディネーター機能下での活動 (3) 災害医療コーディネーターとの連携 (4) DMAT等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ 2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会 (5) 救護所の運営(受援側、被災地JMATとしての活動) (6) 在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 (他地域からの「支援JMAT」との連携を含む)	1. 保健医療調整本部の運営、コーディネーター機能 日本災害医学会(東京都医師会) 大槻先生 2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会 東京都医師会 石川先生、三浦先生
12:40~13:30	50分			昼休み (EMIS、J-SPEEDの設定)		
13:30~15:00	90分 1.40分 2.50分	実習	05	(後半) 情報の共有・記録	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて実習をってもらう ※ハイブリッド方式での開催のため、裏表開催とはしない ※EMISの改良・アプリ化の研修内容への反映は、来年度以降に実施 1. EMIS実習(40分) 2. 災害診療記録の作成、J-SPEED実習(50分)	日本災害医学会 1. 中田先生 2. 久保先生
15:00~15:10	10分			休憩		
15:10~16:00	50分	実習	06	被災地における活動 3	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて、自分たちが「支援JMAT」となるという前提で実習をってもらう。 実習方法(ロールプレイ、グループディスカッション)については、1~3の各講師が決める。 3. JMAT活動(特に支援JMATとして) (1) 都道府県保健医療福祉調整本部、保健所(地域保健医療福祉調整本部・地域の拠点)への登録(JMAT側) (7) 避難所等における活動 ※被災地で気を付けなければならない疾病(熱中症、DVT等)への対策を含む (8) 多様な関係者との連携 (9) 撤収(被災地の行政機関(保健所等)や医療機関への引き継ぎ・挨拶)	3. JMAT活動(特に支援JMATとして) 兵庫県医師会 平林先生
16:00~16:25	25分	実習	07	日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有	講師より下記の内容の概括を述べた後、自分たちがJMATとして被災地から情報発信をするという前提で実習をってもらう(後発のJMAT、統括JMAT、日本医師会や全国の医師会に対し、どのようなように留意して活動報告や各種情報を作成するべきか) JMAT本部サイト(JMAT派遣申請、JMAT活動報告)の確認 被災地からの各種情報提供	宮城県医師会 登米先生
16:25~16:30	5分			休憩		
16:30~16:55	25分	実習	08	トリアージ	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて実習をってもらう トリアージタグ、START法等の説明含む ※ZOOMでの参加者には、事前にトリアージタグを当該都道府県医師会に送付	日本災害医学会 加藤先生
16:55~17:25	30分	実習	09	熱傷・外傷の処置	※事前学習により講義部分を補足 ・ 自地域が被災し、「被災地JMAT」として救護所に出動した場合などを想定し、ターネットの装着実習含む ・ 気道熱傷 ・ クラッシュシンドローム(圧挫症候群) ・ 外傷時の止血法その他災害時の傷病(救護所等でのターネットの確認・使用法等)	日本災害医学会 森下先生
17:25~17:30	5分			修了式 講評等		

リカ同時多発テロ事件では、ビル崩壊の可能性を情報として得られなかった消防士の死傷者は、それを知っていた警察官の死傷者数を大きく上回った。情報の欠如、情報の確認不履行、情報共有の協力体制の不在が、情報伝達失敗の原因となり得る。また、早期の情報は正確性が低く、正確を期し情報の到達が遅れてしまうとその価値が下がってしまう。災害時に伝えるべき情報は METHANE Report (Major incident, Exact location, Type of incident, Hazard, Access, Number of casualties, Emergency services) と示される。日本語では「いざ! 危機管理!」(い: いつ・どんな、ざ: 座標・場所、き: 危険物の有無・拡大の可能性、き: 緊急サービス機関の現状・今後の必要サービス、かん: 患者数、り: 利用経路) と覚えてもよい。

CSCA の Assessment は集めた情報を迅速に評価することである。その上で TTT の戦略を立て、実施した TTT を評価する PDCA を何度も繰り返す。

2. 情報の共有・記録 (実習)

○クロノロジー

本部及び支援チームでの記録の重要性が講義で説明された後、令和3年の研修会で使われた本部における情報のやり取りの動画を視聴しながら、受講者がクロノロジーを記した。記載したクロノロジーから指揮命令系統図やコンタクトリストを起こすのも実習の一つである。調整本部での朝夕のミーティングにはログを帯同しミーティング内容を記録する。記載されたものは報告書にも利用でき、可能な限り速やかに電子化されることが望ましい。

○衛星通信・電話、トランシーバー

情報伝達の混乱が災害対応の失敗につながる。逆に、情報を制する者が災害を制する。災害時、SNS のパケット通信のよさが強調されてきた。しかし、それさえも通信障害は起こり得る。情報伝達手段は複数準備する。

今回の実習では、日本医師会館内でトランシーバーでの情報のやり取りが実演された。衛星携帯電話も有用であるが、運用上の落とし穴として、

都心のビル街やクルーズ船内、トンネルや地下街など閉鎖空間に近い場所では電波が到達しないこともある。

他に、Twitter 上の災害情報をまとめた災害状況要約システムリアルタイム版 D-SUMM、被災地で活動する支援チームが情報共有できる災害時保健医療福祉活動支援システム D24H が紹介された。

○EMIS・J-SPEED

EMIS 入力実習の後、災害診療記録の作成及び J-SPEED のチームからの入力や本部での集計閲覧を行った。

2016年の熊本地震では、J-SPEED 集計結果を基に支援者間の連携が進んだ。また、2020年コロナ禍の熊本豪雨では、西日本豪雨と比較し成人の急性上気道炎の発症者が減少したことが J-SPEED の入力結果から示された。避難所での COVID-19 感染対策によると思われる。

J-SPEED をベースに開発された Minimum Data Set (MDS: 災害医療情報標準化手法) は、ウクライナからの避難民が集まるモルドバでも活用されている。戦争が長引く中、医療を必要とするのは避難所に残っている人たちに多いことが判った。相対的に高齢で、経済的な余裕がないため避難所から移動することができず、持病が悪化していると考えられる。

3. 被災地における活動 (実習)

テーマに沿ったミニレクチャーの後、7班のブレイクアウトルームに分かれディスカッションを行い、全体に戻り指名グループが発表し、再びブレイクアウトルームで振り返ることを、テーマごとに繰り返した。

○支援 JMAT として調整本部に到着

- ①調整本部に到着して最初に行くこと
- ② JMAT として活動する際、気をつけること

○支援 JMAT として医療救護所開設

- ③救護所開設1時間後に起きていること、今後予想されること
- ④救護所機能を維持するために必要な人材

⑤避難行動要支援者名簿の活用

○支援 JMAT として避難所巡回診療

⑥チームリーダーとして活動を円滑に行う留意事項

⑦活動終了時の引継ぎ・撤収時の留意事項

4. トリアージ、熱傷・外傷の処置 (実習)

○トリアージ

参加者にトリアージタグを配布しての実習である。トリアージの前に、通し番号、トリアージ実施者、所属・職種、施行日、場所など、予め記入できる項目はタグに記しておく。一次トリアージとしての START 法でまずふるい分けを行い、二次トリアージとしての PAT 法で精度を向上させる。

○熱傷

primary survey にて面積、深度の観察とともに重症度を判断し、secondary survey を行っていく。気道熱傷にも注意が必要である。

○止血

直接圧迫、止血点圧迫の説明の後、ターニケットを実際に使用しながら緊縛法を経験した。

今回の研修会には、下関市医師会から伊藤 裕先生に、また、新たに JMAT やまぐちプロジェクトチームメンバーとなられた中嶋 裕先生に、山口県医師会の災害医療研修に内容を取り込む視点での参加をお願いした。以下に印象を記していただく。

○いとう整形外科院長 伊藤 裕

私は、令和2年に下関市医師会地域医療担当理事となり、令和3年度 JMAT やまぐち災害医療研修会で被災地 JMAT 初動シミュレーショングループワークに参加いたしました。郡市医師会理事が、今回の日医 JMAT 研修基本編にも参加するのは初めてとのことですので感想を述べます。

県医師会の研修会は2.5時間でしたが、今回の研修はグループワークを中心に9時～17時30

分まで行われました。事前に、前回より大幅に多い所要時間5時間の確認テスト付きのe-ラーニングがあり、スマホアプリの登録や本部サイトへの報告等盛りだくさんで「間に合うのかコレ?」と大変苦労しました。県医師会研修会への参加時は、事前のe-ラーニングがあったものの用語等に戸惑いましたが、今回は用語や内容になじみがあり、また経験豊富な中嶋先生の同席で何とか内容についていくことができました。今回の研修前に県医師会研修会がなければ、事前学習すら十分理解できず、十分なグループワークも行えなかったと思われる。被災地でチームとして一体的・組織的な医療支援活動を行えるようになるためには、日医 JMAT 研修を踏まえ、地域の実情に即したシナリオで初動シミュレーションを繰り返すことが有用と思われました。

○徳地診療所所長 中嶋 裕

JMAT 研修「基本編」を受講しました。私自身は、2012年にDMAT研修、2017年に統括DMAT研修を受講し、その都度、更新に必要な研修を受講してきました。今回の受講で大枠として知っている内容もありましたが、随分内容がブラッシュアップされていることにビックリしました。また、併せてJMATならではの地域密着また地域連携、まさに自分ごととして捉えるよう工夫されていることを実感しました。基本研修自体は、事前学習も含め長時間にわたり、その分の学びも大きかったと思います。ただ、みんながいきなりそれを受講するのは現実的ではないので、それを地元また受講生の実情に合わせて、取りかかりとしての研修会やエッセンスとしてコアの部分を中心にした地元研修会などに落とし込んでいくとしたらどうしたら良いだろうか?少しいろいろと考えてみたいと思います。

第54回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と き 令和5年1月29日(日) 9:30～15:30

ところ 高知会館

〔報告：専務理事 伊藤 真一
常任理事 河村 一郎〕

ワークショップ I

高知県における学校心臓検診の取り組み

①高知県の学校心臓検診の概要

高知県学校心臓検診運営委員会会長／

高知県学校心臓検診専門委員会委員長 白石 泰資

高知県における学校健診は、1973年学校保健法改正/学校心臓検診の義務化以降、県下各地域バラバラであった検診活動を一本化すべく、1981年に高知県学校検診委員会を設立し、運営委員・専門委員の協力のもと健診の精度構築と運営管理を行っている。当委員会は県医師会・県市町村教育委員会・検診機関(高知県総合保健協会)・高知大学/医療機関専門医で構成されており、現在高知県下の検診対象者の大半(小中95～97%、高88%)の検診を本委員会が担当・実施している。

検診の具体的方式としては、一次検診(心電図検査、問診票、校医の診察)のいずれかで異常を指摘された場合、二次医療機関を受診することになる。

現在、心電図検査は当初の省略4誘導から標準12誘導となり、判読を自動解析と臨床検査技師の判定から、専門医による判読へ切り替えている。

一次検診受診率は小1が99.2%、中1が98.3%、高1が99%と高いレベルを維持しており、要再検率は小1が6.1%、中1が6.5%、高1が7%であった。二次検診未受診者・不明者は毎年一定数存在しており(小6.6%、中15.2%、高6.1%)、特に不登校生の多い中学生でその傾向が顕著である。要精査生徒で管理区分D以上は少数だが、最近Fontan術後例が増加しており、専門医との連携が必須となる。また、小1検診

にて無症状の心筋症、特発性肺高血圧症と診断された例があるなど心臓検診の意義は大きい。近年の個人情報保持の風潮により、2008年以降の学校管理下での突然死例の詳細が不明となっており、検査精度検証にfeedbackできず対応に苦慮している。

②専門医の立場から

高知大学医学部小児思春期医学講座

講師 山本 雅樹

学校心臓検診における専門医の役割は、医療や経過観察を必要とする疾患を発見し、学校生活における適切な管理指導を行い、疾患の悪化防止と突然死を予防することにある。検診では心電図検査、問診票、診察が実施され要精査者を抽出しているが(高知県での要精査者の割合は平均で5～7%を推移)、先天性心疾患の多くは、新生児・乳児期に診断されていることが多く、学校心臓検診では後天性疾患である心筋症、不整脈が発見され、その中には突然死のリスクが高い疾患が含まれている。その中で頻度の多い疾患としてQT延長症候群がある。通常は心電計にてQTcは自動計測されるが、T波の形態異常などにより過小評価されることもあり注意が必要である。実際に要精査となるQT延長は450msec以上であるが、無症状でQTcが450～480msの境界域がほとんどであり、運動制限の必要性など管理方法に苦慮することが多い。経過とともに正常化する例が多い一方、経時的にQT延長が明らかとなることもあり、判断がつかない場合は思春期まで経過観察する必要があるため、小中高間の情報共有は必須である。

2009年以降、QT延長のため要精査となり、

高知大学を受診した31例のうち、多くは経過とともにQT時間は短縮傾向となったが、5例が遺伝子検査にてQT延長症候群と確定診断された。5例中3例でイベント発生を認めたが、全例で内服や経過観察が中断されていた。このように無症状だが心イベント発生のリスクがある患者には、保護者と生徒に十分な説明が重要である。しかしながら、日本スポーツ振興センターによる学校管理下における生徒の心臓突然死の報告によると、事前診断の有無で死亡者数に差を認めなかった。検診の結果で、突然死の危険性を指摘されている生徒（予測群）に突然死が起こる事例については、関係者も心構えと対策が、一方で、危険性を指摘されていなかった事例（非予測群）では、その発生状況の傾向を知っておくことで今後の体制作りの一助となる可能性を考え、学校内でのBLSやAED実践の取り組みが必須と考えられる。

③検診機関の立場から

（公財）高知県総合保健協会

検査業務課課長 川村 由佳

高知県総合保健協会では、突然死を来す心疾患や日常問題となる疾患の早期発見に努め、事後の管理・指導を目的に、1981年4月より心臓検診を開始した。高知県学校検診運営委員会、専門委員会が設立され、当施設内に事務局を設置し運営を行っている。現在、高知県34市町村（11市、17町、6村）の教育委員会から委託を受け、県下の小中高340校（全体の97%）の検診を2か所の検診センターにて、一次検診として心電図検査を実施している。検診は小中高の1年生を対象に行っているが、全学年を対象に毎年検診を実施する熱心な地域も存在する。検診はフローチャートに沿って行われ、集められたデータの集計・解析を行い、年に一度関係者による運営委員会を開催している。検査は各々の学校に臨床検査技師3名が来校し、衝立などを用い、生徒のプライバシーに十分な配慮を行ったうえで心電図検査を行っている。事前に学校から生徒の情報を電子データとして送っていただき、その情報を電子カードに書き込んだのち生徒に配付する。検診時には生徒がカードリーダーにカードを置くこと

で、生徒の情報がタブレットに表示されるため、取違いのリスクが軽減し、容易に生徒の情報が管理可能となった。以前は心電図の判読を心電計の自動解析にて行っていたが、現在は専門医による判読へ切り替えている。

④学校教諭（養護教諭）の立場から

高知県立幡多農業高等学校養護教諭

（高知県養護教員協会会長）岩井 由里

学校心臓検診は、正しい指導区分による生活管理を行い、過度に制限することなく、かつすべての生徒が安全に学校生活を送るために重要な検診である。各校種1年生を対象に一次検診（心電図検査、問診票、校医の診察）を行い、異常を指摘された場合に精密検査を指示している。校内では管理が必要な生徒の情報は共有しており、体育の授業や学校行事の安全管理に活用している。高知県養護教員協会では、毎年「高知県児童生徒心臓調査」を実施しており、昨年度調査は40回を迎えた。

第1回調査（1982年）では、心臓検診実施率は小32.8%、中22.9%、高0%と極めて低調であり、実施方法も統一されていなかったが、年々実施率は向上し、1991年には100%に達した。本調査では、①新入生に対する心電図検査結果、②2年生以上の経過観察者の実態、③校医検診による実態、④川崎病既往について調査している。

2020年の調査では380校、66,732人を対象に調査を行い、心疾患罹患児は896人（1.34%）であった。これらの調査は、本協会研究部が毎年調査・集計を行い、会誌『養護』での毎年の誌面発表、5年ごとの研究協議大会にて情報を会員と共有している。各校養護教諭は、高知県下の状況と照らし合わせて実態を分析し、精密検査未受診者への指導方法などに取り組んでいる。

⑤教育委員会の立場から

高知県教育委員会事務局保健体育課チーフ

（食育・学校給食・保健担当）廣田 志保

高知県では、各学校における安全教育的な実施及び質の向上を目的として「高知県安全教育プログラム」を作成し、AED使用を含むBSLを

学習する等、系統的・計画的な実践に取り組んでいる。2022年9月の時点でのAEDの配備状況は、1校当たり平均2.68台となっており、小規模校6校を除き複数配備されている。3台以上配備されている学校は46.9%であった。配備場所は各学校の校舎の構造などを踏まえ、傷病者が発生してから5分以内に使用可能な場所に配備しており、校舎内（玄関、事務室、保健室など）と体育館が86.0%であった。また、寄宿舎をはじめ、校舎から離れた実習場所やグラウンドへ配備する等、臨機応変に対応している。2021年度に実施された学校安全の取り組み状況に関するアンケートによると、AED使用を含むBSLについて児童生徒を対象とした実技学習を行っている学校は小46.0%、中64.1%、高40.0%、特別支援学校7.1%であった。また、教職員を対象とした実技研修を実施している学校は小73.3%、中57.3%、高54.3%、特別支援学校85.7%であった。

系統的・計画的な安全教育の実践は、児童生徒が自ら進んで安全・安心な社会づくりへ参加し、貢献できる力と態度を養うことにつながる。児童生徒の命を守り、安全な学生生活を維持するため、今後も教職員一人一人が児童を取り巻く様々なリスクを認識し、迅速かつ適切な対応を実践していく必要がある。

特別講演 I

心筋症と突然死

高知大学医学部老年病・循環器内科学教授／
高知県学校心臓検診運営委員会副会長 北岡 裕章

2017年のデータによると、年間12万人がCPAで救急搬送され、そのうち約8万人が循環器疾患であったと報告されている。大多数が70歳以上の高齢者であり、原疾患は急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患であった。20歳未満のCPA例は年間2,000名程度で推移しており、原疾患は高齢者と異なり、肥大型心筋症や不整脈原性右室心筋症等の心筋症、心筋炎、先天性冠動脈走行異常、遺伝性不整脈、術後を含む先天性心疾患が多いとされる。

心筋症は、心筋症診療ガイドラインにて「心機能障害を伴う心筋疾患」と定義される。心肥

大/心室の拡大や収縮能低下/拡張能低下などの形態・機能変化を認めた場合、二次性心筋症を鑑別した後、肥大型心筋症、拡張型心筋症、不整脈原性右室心筋症、拘束型心筋症の4つに診断される。今回、学校心臓検診で遭遇する可能性の高い、肥大型心筋症（1/500人に存在）、及び不整脈原性右室心筋症（1/1,000～5,000人）について解説する。

肥大型心筋症はイギリスで60年前に初めて報告された疾患であり、約半数の患者でサルコメア遺伝子変異（2022年より肥大型心筋症における遺伝子診断が保険収載）を認める。左室ないしは右室の心筋肥大と肥大に基づく左室拡張能低下を認める疾患群であり、当初は5%/年の突然死を来す予後不良の疾患とされていたが、現在は適切な管理を行えば比較的予後良好な疾患と考えられている。しかしながら、多くの症例は自覚症状が軽微であり、致死性不整脈による突然死が初発の心事故であることも多いため、心臓検診による早期発見が極めて重要となる。突然死のハイリスク群では植込み型除細動器の適応だが、児童生徒に除細動器を植え込むという選択は、肉体的・精神的に大きな困難を伴う。最近では若年者の場合には皮下植込み型除細動器を用いることが多いが、いずれにしても、その適応は慎重に検討する必要がある。

不整脈原性右室心筋症は、30年前にフランスで提唱された概念で、右室心筋の線維脂肪化によって生じる右室拡大と収縮能低下、右室起源の心室性不整脈を特徴とする疾患である。約半数に家族内発症を認め、プラスコフィン-2遺伝子やデスモグレイン2遺伝子などの細胞間接着因子であるデスモゾーム蛋白をコードする遺伝子変異が原因であるとされる。前述の肥大型心筋症と比較して罹患率は低いが、突然死の割合は同程度であり、非常に重篤な疾患である。運動により不整脈が誘発されるため、学校での運動制限が突然死予防に有効と考えられるため、心臓検診での早期の発見（心電図にてV1～V2誘導での陰性T波が特徴）は極めて重要である。

[報告：伊藤 真一]

特別講演Ⅱ**重症心疾患児の学校生活を考える**

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

小児医科学 IVR センター准教授 馬場 健児

重症先天性心疾患児は出生前あるいは直後に診断され、厳密な管理下で就学を迎えるものの、個人差が大きく学校生活において配慮が必要となることも多い。手術成績、周術期管理の向上により、一昔前には就学可能年齢まで生存不能であった重症先天性心疾患児の多くが就学可能となり、学校生活を送れるようになってきているが、肺形成不全、心機能低下などの合併があると就学前に死亡することもある。

左心低形成症候群のフォンタン手術後に学校生活を送っている子もいるが、個人差が大きい。心機能はいくら鍛えても正常までは到達しない。適度の運動は可能であるが、潜水、息をこらえ、金管楽器を吹くなどは胸腔内圧を上げるため、避けておいた方がよい。登校前の SpO₂ の測定は必要なく、顔色や全身状態を見極めて登校させるとよい。抗凝固療法を行っている子は外傷に注意する。

総肺静脈還流異常の術後では、鼻腔カニューレで酸素投与しながら登校している子もいる。重症肺高血圧があり、もやもや病を合併している子が2人いた。もやもや病を合併していたので肺移植は適応がなかった。肺高血圧が悪化したため、1人は5か月入院し、1人はなるべく入院させずに自宅で過ごせるようにした。いずれも就学前に死亡したが、入院した方が長くは生きられるが、どちらがよかったのかわからない。

先天性冠動脈奇形に関しては、心エコーなどの画像診断なしには発見困難であり、就学後急変する場合もある。13歳男児で失神時胸痛があり、診断された子がいる。学校健診では指摘しづらい。

いずれの疾患にしても、急変時の救急蘇生やAEDが必要であり、することは一緒である。急変時の対応のため親の付添いを学校側が要望することもあるが、親が希望している場合のみ付添いをさせるべきである。楽しい学校生活を送れるように環境を整えることが重要である。

ワークショップⅡ**高知県における生活習慣病****1. 生活リズムチェックの結果**

高知県教育委員会事務局生涯学習課課長補佐兼

社会教育支援担当チーフ 吉岡 栄作

高知県は平成20年の小中学生の学力調査で全国平均に比べかなり低く、高知県教育委員会では、PTAと協働して、「早寝早起き朝ごはん」＋「運動」＋「読書」に取り組み、平成25年度から県民の健康づくりを推進する取組「よさこい健康プラン21」と連携して「生活リズムチェックカード」を作成し、生活習慣に関わる項目についてチェックし、目標をクリアした児童・生徒には「生活リズム名人」認定証が授与できるようになっている。県内の幼稚園・保育園には年1回、小学校には年2回配付し、生活リズムチェックを行っている。

このカードを使用する園・学校は年々増加し、令和3年度は70.2%が使用しており、「家庭における子どもの様子や生活習慣の基準などを知るいい機会になった」「生活リズムを意識する子どもが増えた」という意見をいただいている。ただ、令和3年度は令和2年度に比べて生活リズム名人認定率は低下し(43.7%→39.9%)、コロナ禍でゲーム・インターネットに費やす時間の増加が要因の一つとして考えられた。令和4年は平日4時間以上ゲームをしている子が、小学生で16.1%→18.1%に増加し、中学生では20.2%→19.0%と減少していた。ただ、SNS・動画視聴が平日1時間以上という子が小学生50.3%、中学生76.9%となっており、中学生はゲームからSNS・動画視聴に移行している可能性がある。

2. 小児生活習慣病予防健診「とさっ子健診」について

土佐市健康づくり課保健師 森本 典子

土佐市では平成24年度から市内在住の小学校5年生と中学校2年生を対象に、小児生活習慣病予防健診「とさっ子健診」を実施している。本市は肥満傾向児の出現率が高く、全国や県の平均を上回っていたことなどから始められた。

健診の内容は、問診、計測(身長・体重・腹囲)、尿検査、血圧測定、診察、血液検査、歯周

病予防の話となっており、血液検査の項目は、中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール、HbA1c、AST、ALT、尿酸、e-GFR（令和2年度まで実施）、Hb である。

受診率は令和2年度に小学5年生51.1%、中学2年生29.1%と開始以来最も高くなっている。結果判定が「要精密検査」「要経過観察」となった子どもの割合は小中学生とも6割程度で推移し、うち要精密率は小中学生とも3割弱である。令和2年度の有所見の内訳は、小学生は中性脂肪、HbA1c、尿酸の順に多く、中学生は尿蛋白、HbA1c、中性脂肪、LDL コレステロールの順に多かった。

市内の中学生の就寝時刻は10時以降が半数程度あり、適切な睡眠、バランスのよい食事のモデルなどを指導している。

当健診の実施によって、健康に対する正しい知識の獲得や意識の変化といった効果が得られている。また、親子で自分たちの生活習慣について考える貴重な機会となっている。

3. 5歳児の受動喫煙状況調査（報告）

高知県須崎福祉保健所

健康障害課主幹 柳本 祥子

高知県の喫煙率は現在、男性が22.4%、女性が5.5%で40歳代の喫煙率は男性35.6%、女性15.4%と全国に比べて高い。そこで令和2年10月から11月の間に、高知市を除く県内の保育所及び幼稚園に在籍している年長組（5歳児）の保護者2,421世帯を対象として、受動喫煙状況の調査を実施した。回答数は2,051世帯（回収率84.7%）であった。同居している家族は、父親87.9%、母親97.6%、祖父8.9%、祖母11.6%で父母の年齢はいずれも30～39歳が過半数を占めている。

家庭内に喫煙者がいる割合は40.2%で、同居する父親の喫煙率は38.9%、母親は10.5%、同居の祖父18.6%、祖母9.2%であった。喫煙場所は「子どもがいる部屋でたばこを吸う人がいる」家庭の割合は32.2%で、主たる喫煙場所は「家の外（ベランダ・庭）」が54.5%、「家の中」が39.2%、「家では吸わない」が6.4%となっている。

子どもの受動喫煙防止のための取組として、「子どもの前では喫煙しない」が最も多く、「路上喫煙対策」「子どもの受動喫煙教育を増やす」「子どもが同乗していない車内での喫煙」「家庭内で喫煙しない」も過半数が必要と思うと回答したが、「家庭内で喫煙しない」と答えたのは家庭内の喫煙者の有無により最も有意差が見られた。

今回の調査と高知県県民健康・栄養調査（平成28年）の同年代の喫煙率がほぼ同値であったことから、子どもがいることが理由となり禁煙に結びついている状態とは言えない結果であった。

4. コロナ禍における児童生徒の心身の変化

高知県教育委員会事務局

保健体育課チーフ 廣田 志保

スポーツ庁による全国体力・運動能力・運動習慣等調査における1週間の総運動時間60分未満の者の割合について、平成30年度から令和3年度の推移をみると、全国では中学2年生を除き増加傾向にあるが、高知県では令和元年度を境に減少している。朝食の摂取率は全国と同様に減少傾向が続いている。高知県では、小学5年生女子については肥満傾向児及び痩身傾向児が、中学2年生女子については痩身傾向児が減少していた。

児童生徒の道徳性について、「自分にはよいところがある」という自尊感情の質問については、小学校では新型コロナウイルス感染症流行以前に比べると肯定的回答の割合が低下しているが、令和3年度から4年度にかけて徐々に増加傾向にある。「将来の夢や目標を持っている」という夢や志の質問については、肯定的回答の割合は減少傾向にあり、コロナ禍をはじめとする将来を見通せない社会状況が影響していると考えられる。

[報告：河村 一郎]

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 令和5年2月2日(木) 15:00～

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告:専務理事 伊藤 真一]

協議

1 リフィル処方せんによる長期投薬の投与期間について〔国保連合会〕

令和4年度診療報酬改定により導入された「リフィル処方せん」による長期投薬の投与期間の取扱いについて協議願いたい。

(関連記事)「山口県医師会報」

平成25年10月号 社保・国保審査委員合同協議会

リフィル処方せんの複数回の使用による合計の投与量についても、療養担当規則上「予見することができる必要期間」とあることから、最も長期の薬剤でも別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の上限は(複数回の使用の合計で)90日を目安とする。

※療養担当規則 第20条「ニ 投薬」の「へ」及び「三 処方箋の交付」の「ハ」を参照

2 エンレスト錠等の投与における摘要欄記載について〔山口県医師会〕

令和3年の保医発「留意事項の一部改正等について」において、慢性心不全に対するエンレスト錠の投与については、「投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。」とある。また、慢性心不全又は慢性腎臓病に対するフォシーガ錠の投与についても、投与開始に当たって診療報酬明細書の摘要欄に指標値等の記載が求められている。

これらの記載については、投与開始月の診療報酬明細書に記載することと読み取れるが、審査取扱いを確認したい。

併せて、大学病院等からの紹介患者について、同様の製剤を継続して請求する場合は、投与開始理由は前医(大学病院等)により診療報酬明細書に記載してあることから、後医においては記載不要と解してよいか確認したい。

投与開始月のみ記載を必要とするが、他院からの紹介患者の場合は、同摘要欄に「紹介患者の継続投与」等を記載することが望ましい。

3 四肢の血管拡張術・血栓除去術の算定について〔国保連合会〕

四肢の血管拡張術・血栓除去術を同一部位に対して短期間で複数回実施した場合の取扱いについて協議願いたい。

症状詳記の内容により審査委員会の判断となるが、一連として判断される場合は、手技料の算定は1回となる。

※以上の新たに合意されたものについては、令和5年4月診療分から適用する。

出席者

委員

萬 忠雄 藤井 崇史
城戸 研二 田中 裕子
山下 哲男 郷良 秀典
西村 公一 久我 貴之
名西 史夫 神徳 済
矢賀 健

委員

土井 一輝 成松 昭夫
松谷 朗 新田 豊
浴村 正治 道重 博行
上野 安孝 湯尻 俊昭
清水 良一
村上不二夫

県医師会

会 長 加藤 智栄
専務理事 伊藤 真一
理 事 藤原 崇
木村 正統
竹中 博昭

山口県医師会産業医研修会

と き 令和4年12月10日(日) 15:00～17:00

ところ 山口県総合保健会館 2階 「多目的ホール」

[報告：副会長 中村 洋]

特別講演 1

最近の労働衛生行政について

山口労働局健康安全課長 山本 幸司

今年度の労働衛生行政の一番の目玉が、化学物質関係の法令改正であり、これまでの考え方から大きく変わっている。今回は、主に法律の改正部分について説明する。

まず化学物質について、一酸化二水素という化学物質は大変身近な物質であり、われわれの日常生活や仕事場においても普通に使っている物質である。ただ、この物質については、場合によってはやけどを、時と場合によっては窒息を引き起こす物質でもある。過剰摂取すると死亡という事例も報告されているが、なんの法規制もない物質となっている。ごくごく日常的に使っている物質だが、一酸化なのでO、二水素なのでH₂ということになり、H₂O、水である。つまり、どの物質でも使い方による。なお、過剰摂取の死亡というのは、アメリカで水飲み大会のようなものがあり、飲み過ぎた女性が死亡した例がある。

今回の法改正は、平成24年3月に大阪の印刷工場に勤務していた労働者が何十人も胆管がんを発症したということが発端となっている。調査の結果、原因物質としては、1,2-ジクロロプロパンとジクロロメタンというものが推定される。作業自体はグラビア印刷で、印刷の種類を変えるたびに大きな鉄のロールを溶剤できれいに拭き、インクを落として新しい印刷を始めるといったもので、大きなロールをたくさんの溶剤を使って拭き取る作業である。

胆管がんは国際的にも職業がんという知見がなく、「有害性が分かっている物質＝無害・安全」であるとは言い切れないということが、この事例ではっきりと分かった。要はばく露量次第である。こちらについては、早急に法律が改正され、どち

らの物質も特定化学物質障害予防規則の規制対象になっている。

この一件を踏まえ、専門家検討会が開かれた。化学物質というのは、どんな物質でも量と使い方によって危険性が出てくるため、あらかじめどの程度のリスクがあるかを測っておく必要がある。

これまで化学物質の規制の体系として、労働安全衛生法により、石綿や黄リンマッチは管理することが不可能な物質ということで、製造も使用も禁止となっており、現在、法律で8物質ある。また、自主管理がなかなか難しいということで、法律で規制し管理をお願いしている。もう一つ、労働安全衛生法の中で、許容濃度、ばく露限界値といったものが示されている物質について、SDS(Safety Data Sheet)交付の義務付けがされている。

世の中で非常に膨大な数の化学物質が日常生活の場、産業の場で使われている。法律上の規制があるのは、禁止の部分と、特別則で規制がかかっている部分、ラベル表示の義務等の義務化がかかっている部分である。それ以外の物質については、法的な規制はなく、努力義務等も含めて緩い規制となっている。

しかし、国は数万物質もあるものを放置していたわけではなく、許容濃度、ばく露限界値が示されている危険・有害な物質の中から、毎年、何物質かを選び、発がん性があるかないかを一つひとつ調べ、専門家や業界の意見を聞いている。

化学物質を巡る労働災害の発生状況について、化学物質を原因とする労働災害の8割は、法規制のない、対象外の物質によるものとなっている。特別則、特化則等による規制のある、いわゆる世間一般で「これは有害」という認識が共有されている物質による労働災害は2割しかない。

改正の全体像について、まず危険性・有害性が確認されている全部の物質を対象にし、ばく露を

最小限にすること。そして、濃度基準のある物質については、ばく露濃度を基準以下にすること。そのための手段・方法については、リスクアセスメントをした上で、事業者が適切に選択、決定することとなった。

事業者の義務としては、濃度の低減措置は、事業者がリスクアセスメントを実施した上で決める。例えば、物質を替える、発散源を密閉する設備を設ける、あるいは局所排気装置や全体換気装置で人に接触する前に取り除いてしまう、又は作業方法を変える、呼吸用保護具により吸い込むのを防ぐ等により、接触ばく露を最小限にするような措置を講じなければならない。

経皮、皮膚を経由して体内に入っていく物質、あるいは皮膚そのものに障害を及ぼすような化学物質について、皮膚に健康障害を起こすことが明らか物質を製造・取り扱う場合には、眼鏡、不浸透性の保護衣、保護手袋、履物等、適切な保護具の使用が、令和4年4月からは努力義務、令和5年4月1日からは義務となる。

保護具の手袋について、ゴム手袋なら何でもいというわけでもなく、取り扱う対象物質によって手袋の種類が異なっている。その物質に適応する手袋を使用しないと、その手袋から浸透して皮膚障害を起こしてしまった事例があり、このような保護具の着用義務規定が追加された。

先程の胆管がんの事例のように、化学物質を扱う事業場で、一年の間に複数の労働者が同種のがんに罹患したことが分かった場合は、事業者は、医師の意見を聞き、その医師が、当該罹患が業務に起因するものと疑われると判断した場合には、所轄の労働局長に報告しなければならないということが条文上明記をされた。万が一、一つの工場で2人、3人と同じがんが出て先生方に尋ねられた場合、判断は産業医に求められるので、ご承知おいただきたい。

他にはリスクアセスメントの作成、記録の作成という条文と、化学物質による労働災害が発生した事業場に、監督署は専門家を派遣して意見をもらうことができるように指示をすることができるという条文が加わっている。監督署の指導権限が少々強まったということになる。

リスクアセスメントをした結果、ばく露防止の措置の一環として健康診断を受けさせる場合については、ばく露濃度を超えた際に健康診断を実施しなければいけない点や、その記録は5年間残す必要がある旨の規定が追加された。

現行、有機溶剤の健診や特定化学物質の健診については、半年に1回と法令上決まっている。ただし、直近3回の作業環境測定結果が第一管理区分なので問題ないという区分であること、そして直近3回の健康診断で当該労働者に新たな異常所見がないこと、直近の健診項目からばく露の程度に大きな影響を与えるような作業内容の変更がないという3つの要件を満たした場合には、次は半年先ではなく1年先で良いと今回の改正で条文が変わった。作業環境測定結果が第3管理区分の事業場については、行政側の指導が厳しくなる。

現行の安衛法で、産業医の職務の規定は健康診断の実施から始まり、衛生委員会の出席に至るまで、11ほど決まっている。途中、ストレスチェックなど増えた項目もあるが、50年来、基本的にはこのような形で、事業場の衛生管理あるいは労働者の健康確保、保持増進、健康保持増進措置など、働く人の健康に先生方には絡んでいただきたい。

化学物質が自律的管理に移行する以外にも、コロナをはじめとする感染症の問題、メンタルにもつながるテレワークの増加、アブゼンティズム、プレゼンティズムのような課題等、たくさん出てくる。それだけ世の中が変わっており、産業保健を巡る状況も変わって複雑困難になってきており、課題も大きくなっているため、先生一人が全て対応することは無理であるという議論になると思われる。すると、衛生管理者や事業場外の資源も含め、チームで産業保健に当たっていくという方向性の議論になるのではないのかという気がしている。おそらく1年くらいかけて議論され、方向性が出ると思うので、来年か、その次ぐらいには検討会の方向性について報告ができるようになる。

特別講演2

職業性皮膚障害から学ぶ業務起因性皮膚のピットフォール～毒性学からの視座～

産業医科大学産業生態科学研究所

職業性中毒学研究室教授 上野 晋

本日は職業性皮膚疾患について考えていく。職業性皮膚疾患は職業性疾患全体の中で最も頻度が高く、そのうち95%が接触皮膚炎といわれている。この職業性接触皮膚炎というのは、機序によって4つに分類される定義がある。

まず、刺激性接触皮膚炎について。これは要するにアレルギー等の機序を介さずに表皮が直接障害を受けることにより生じ、急性刺激性皮膚炎、これが結局、化学熱傷のようなものである。皮膚が、強刺激物質、農薬、冬になると灯油皮膚炎というのが特に高齢者で、石油ストーブに灯油を入れる際にこぼしたというようなケースが起こる。そして、慢性刺激性皮膚炎は、もともとアトピー性皮膚炎等のある方や、湿潤環境で皮膚のバリア機能が低下したところにもともとそんなに刺激が強い物質ではない界面活性剤等が頻回に接触することによって起こる。

次にあるのが、アレルギー性接触皮膚炎という、免疫的な機序を介して特定の人に起こる皮膚炎である。要するに感作というものが関係しているのが、このアレルギー性接触皮膚炎となる。

それから、接触蕁麻疹。化粧品や果物等でよく起こるが、いわゆる純粋な1型アレルギー反応である。もう一つ、1型アレルギー反応の中でも、この植物や動物由来のたんぱく質が原因のアレルギーとなるのが、蛋白質接触皮膚炎というものになる。これもバリア機能が低下した皮膚に生じやすく、膨疹ではなくて湿疹局面を呈する。パッチテストは陰性だが、ブリックテストが陽性になるという特徴があり、ここで症例報告を一つ紹介する。ゴム手袋による職業性接触皮膚炎の一例である。患者さんは42歳の男性で、主訴は両手背の掻痒感、既往歴に花粉症とじんましんあり。現病歴としては、初診の2週間ほど前から両手背の掻痒感自覚、皮疹が難治であるために皮膚科を受診され、初診時は両手指の指背部を中心に、手背全体の30%程度の範囲にかけて苔癬化した湿疹

局面がある。手掌には、淡い紅斑あり。この方は製鉄所勤務であるが、仕事の内容は製品を梱包するという作業だった。特に金属製品の梱包作業であるが、単に梱包するだけで、有機溶剤などは使っていない。勤務中には、常に手袋を着用しており、15年前から同じ手袋を使っていた。初診時に皮疹の発症はなく、いろいろアレルギーを疑う意味でパッチテストを行った。製鉄所勤務というところで、金属のパッチテストを行うと、亜鉛が陽性であった。しかし、職場内で亜鉛は使っていない。一方、ずっと手袋を使っていたということで、持参された手袋のパッチテストを行ったところ、手袋のゴムの部分に陽性反応が出たため、ゴムに対するアレルギー、いわゆるラテックスに対する1型アレルギーではないかと疑った。実は、ゴムに対するアレルギーというのは、ラテックスに対する1型アレルギーと、もう一つ、ゴムの合成時に使われる加硫促進剤に対して4型のアレルギーを示す方がおられる。ゴムの製造において硫黄架橋が主流で、その際に用いる加硫促進剤の中に亜鉛が含まれている酸化亜鉛が使われている。実際に、この患者さんが使われているゴム手袋も、製造の際に酸化亜鉛を加硫促進剤として使っており、ゴム手袋内に微量ながらも亜鉛は残留するため、それが作業中の発汗によって溶け出すことで、手の接触皮膚炎の増悪に寄与したのではないかと考える。

先に述べたように、15年前からこの手袋を使用し、これまで症状は出ていなかった。なぜ今さら出たのか。考えられることとしては、もちろん亜鉛に長期ばく露されていたこともあるが、昨今、新型コロナウイルス感染症の予防として、頻繁に消毒されていると思うが、その消毒液によって手が荒れてしまう。それにより、このバリア機能が破綻して接触皮膚炎を誘発したのではないかと考える。このように、昨今の新型コロナウイルス感染対策により、皮膚の弱い方はバリア機能が低下して破綻すると、今までは全く起こしていなかった物質に対しての接触皮膚炎というものが誘発される可能性が高くなってくるため、こういった背景も気をつけていただければと思う。

今回、水酸化カルシウムについて、新たに皮膚

障害と前眼部障害というものが大臣告示に加わった。水酸化カルシウムといえば、セメントである。セメントの粉末による化学熱傷という症例報告がある。建設作業員の方で、セメント粉塵が充満する環境でセメントを運ぶ作業をしていた。普段どおり帰宅後入浴して粉塵を洗い流そうとしたが、その時点で、非常に痛みが強かったという。かかりつけ医を受診したが痛みで気を失い、大きい病院に搬送されたところ、手術での皮膚移植が必要となり形成外科に転科された。初診時の症状はぼろぼろになっており、右の下腿は深達性がⅡ度の熱傷、前腕は浅達性だが、Ⅱ度の熱傷で、かなりの化学熱傷が起きていた。

セメントによる皮膚障害は、大きく一次刺激性皮膚炎、アレルギー性接触性皮膚炎、そしてアルカリ性の化学熱傷の3つに分けられる。一次刺激性皮膚炎というのは、セメント粉末による機械的刺激や皮膚の水分を吸い取ることによって乾燥したり、アルカリ性による化学的障害によって皮膚の角化や肥厚、亀裂が起こったりする。アレルギー性接触性皮膚炎は、セメントの中に含まれる重金属であるクロムやコバルト、ニッケルといった金属による慢性の経過で、一次刺激性皮膚炎よりも広範囲の紅斑や丘疹として見られることが多い。アルカリ性の化学熱傷は、セメント粉末に水を加えたときに、こっちと区別して生石灰と呼ぶが、いわゆる酸化カルシウムである。生石灰と反応して生じる消石灰、水酸化カルシウムが、pH12や13という非常に強アルカリになり、多量の反応熱が発生する。この3つの局面が、セメントによる皮膚障害にある。アルカリ性化学熱傷に関していうと、あくまで生石灰と水が反応して消石灰ができることで起こるわけなので、湿ったセメントで発症する。完全に乾いていれば、発症しない。

セメント粉末による化学熱傷は、粉末だからこそ、服の隙間から入り込み、汗の水分と反応して化学熱傷を起こしている。

実は、セメント粉末による皮膚障害は、最初は一次刺激性皮膚炎、あるいはアレルギー性接触性皮膚炎の症状程度しか出ない。すると、かぶれや肌荒れ程度にとどまることが多いので、危機感に

乏しい。慣例的にすぐ洗浄しない人もいるようで、そのような不十分な洗浄でセメント粉末が残ると、結局、汗で湿って、逆に局所的にペーストになる。そこにずっと化学熱傷をきたしてくる。セメント粉末が体に付着した場合も、速やかに多量の水で洗浄すべきであるという教訓が呈された症例となる。

最後に示す症例について、アルカリによる化学熱傷である。71歳の男性、慢性腎不全で血液透析中。多分ビルのメンテナンス関係の方かと思うが、ワックスの剥離剤を使用して床清掃を行っていた。清掃中に意識障害をきたして剥離剤の上に転倒し、その状況を現場を離れていた同僚が戻って異変に気づき、すぐに連れ出したところ意識は回復した。ところが、汚染された作業衣を着替えることなく作業に戻り、そのまま夕方まで作業をした。受傷直後、本人には病識がなく、受傷7日目に、かかりつけ医で「皮膚が黒くなっている」という話になり、ようやく専門医を受診したところ、Ⅲ度9%の化学熱傷が腰やお尻、太もも、左脚下腿にあると分かった。

このワックスの剥離剤の主成分を調べると、もちろん強アルカリとして水酸化ナトリウムが1.5%、水酸化カルシウムが少々入っている。アミノエタノールが17%、ベンジルアルコールが10%から30%含まれている。しかも、風通しの悪い屋内で予防策を怠り作業していたという。

実は、令和3年1月1日に施行された、安衛法施行令の一部を改正する政令に、いわゆるSDSの交付やリスクアセスメント実施の義務の対象となる現行674物質ある中の674番目が、このベンジルアルコールである。

脱衣と即時除染というのがある。即時除染は乾式除染といって、要するに乾いたペーパータオル等で皮膚についている部分・汚染された部分を拭き取るというものになる。脱衣と即時除染で99%の除染が可能であるというような原理がうたわれている。脱衣だけでも90%除染できるので、先程の症例では服を脱がせていないという点が、そもそも初期対応として間違っている。しばしば、こういった有機溶剤等を使っている現場で、初期対応として「すぐに洗浄しましょう」と書い

であるが、まずは汚染された衣服があったら「とにかく服を脱げ」が最初に来てほしいというのが個人的な意見であり、そのように指導をしたこともある。

職業性皮膚疾患というものを判断するのは非常に難しいと思っている。皮膚科医という立場ではなく産業医という立場で診るのであれば、診断の手掛かりになるのは、詳細な問診に頼るしかない。どのような仕事をされているのか、どのような物質を使われているのか。そして、どのくらいのば

く露の可能性があったのか。また、ばく露源から離れると症状は軽減されるのか。最終的には、皮膚科の先生にお願いしてパッチテストをお願いする。候補が複数にわたる場合に決め手となるのは、やはり病態を把握する毒性学的な考察ではないかと考える。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

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

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



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

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会
ご加入のおすすめ

加入資格 **64歳6カ月未満の日本医師会会員** (会員区分は問いません)

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、 簡単シミュレーション！

医師年金 検索

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

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

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金福祉課

TEL : 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時(平日)

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

保険料からプラン作成

保険料	受給年金
●基本：月払 加算：月払	●B1コース
加算年金 (10口) 月払保険料 60,000円	加算年金 保証期間15年 64,600円 終身
基本年金 月払保険料 12,000円	基本年金 保証期間15年 12,900円 終身
45歳 ← 65歳	65歳 ← 15年 → 80歳
支払期間 19年 2ヶ月 (230回)	受取月額 77,500円 77,500円
合計月払保険料 72,000円	15年受取総額 13,950,000円
設定条件をご確認ください。	●B2コース
試算日 令和2年9月10日	加算年金 5年確定型 276,500円
生年月日 昭和50年1月1日	基本年金 保証期間15年 終身
試算日年齢 45歳	65歳 ← 5年 → 70歳 ← 10年 → 80歳
加入申込期限 令和2年10月15日	受取月額 289,400円 12,900円 12,900円
加入予定年月 令和2年11月	15年受取総額 18,912,000円
加入時年齢 45歳10ヵ月	●B3コース
加算払込開始年月 令和2年11月	加算年金 10年確定型 143,400円
年金受取開始年月 令和22年1月	基本年金 保証期間15年 終身
年金受取開始年齢 65歳	65歳 ← 10年 → 75歳 ← 5年 → 80歳
払込保険料累計 16,560,000円	受取月額 156,300円 12,900円 12,900円
注意事項です。お読みください。	15年受取総額 19,530,000円
・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。	●B4コース
・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生涯受け取ることができます。	加算年金 15年確定型 99,100円
・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。	基本年金 保証期間15年 終身
・「受取コースの選択(B1～B4)」は、受取開始の時に決めさせていただきます。	65歳 ← 15年 → 80歳
・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。	受取月額 112,000円 12,900円
・「受取年金月額」は概算です。現在は年利1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。	15年受取総額 20,160,000円

令和4年度第2回 全国メディカルコントロール協議会連絡会

と き 令和5年1月27日(木) 14:00～17:00
と ころ 広島市文化交流会館(ハイブリッド開催)

[報告: 常任理事 前川 恭子]

全国メディカルコントロール協議会連絡会は年2回開催され、第1回連絡会は日本臨床救急医学会学術集会と、第2回は全国救急隊員シンポジウムと合同開催される。今回の連絡会開催に先立ち、都道府県や地域のメディカルコントロール協議会(以下、「MC協議会」)から「指導救命士」制度の充実に向けた取り組みを募り、7題が選出された。

「指導救命士」は、救急救命士を含む救急隊員の教育や指導、MC協議会等との調整等の役割を担う指導的立場の救急救命士であり、実務や特定行為の施行経験等推薦の要件が定められる。令和4年8月時点、全国で約2,700名、山口県では約70名の指導救命士が活動している。

第1部

我らの地域のメディカルコントロール取組事例 発表“各地域における指導救命士制度の充実に向けた取組事例”

兵庫県MC協議会は、兵庫県消防学校での調査から指導救命士の課題を挙げ、県内都市部から過疎地域まで、地域に合わせた研修等を実践している。

三重県MC協議会は、プロトコルの周知や医療機関との連携を図るイベントとして、MIELS(三重県救急救命標準化教育統合コース: Mie Integrated Emergency Life Support)を指導救命士が中心となって開催している。コロナ禍ではオンラインによる仮想集合研修を行った。作成した場面設定の動画には臨場感があり、大変好評であった。

広島県MC協議会は、指導救命士の更新制度について全国調査を行い、更新要件(特に病院実習について)の見直しを行っている。

広島県尾三圏域MC協議会は、指導救命士が中心となり「救急隊長研修」を年3回集合で行い、屋根瓦方式で各隊の訓練を進める。年1回の「救急隊員総合シミュレーション訓練」で各隊の技術等評価し、フィードバックし次につなげている。

広島県福山・府中圏域MC協議会は、PROST(Prehospital Orbital Simulation Training)の想定を用いたオリジナルのシミュレーション研修を指導救命士が企画している。研修の指導内容だけでなくフィードバックもマニュアルを活用し、指導者が変わっても一定の質を保てるようにしている。

福岡県筑豊地域救急業務MC協議会では、新型コロナウイルス流行などの状況に合わせ、救命士の再教育研修内容及び実施方法を指導救命士が調整した。多数傷病者訓練では消防本部ごとの指揮や機材の使い方等の違いが明らかとなり、現場レベルと指導者レベルそれぞれが危機感を持ち、連携を深めることができた。

大阪府泉州地域MC協議会は、MC協議会消防部会の下部組織として指導救命士ワーキンググループを設置、再教育やプロトコル改正などの活動をしていたが、同グループに意思決定権はなかった。消防部会上申し、MC協議会直轄で指導救命士が主体的に活動できる「指導救命士主導病院前救護活動検討小委員会」を設け、課題解決の迅速化を図れるようになった。

7題の発表の後、課題解決に資する観点から現地参加者及びWeb視聴者が投票を行い、全国MC協議会連絡会世話人会が審査し、大阪府泉州地域MC協議会が最優秀活躍団体として選出された。第2部の講演の後の表彰では、賞状とともに広島の大しゃもじが授与された。

第2部 講演**救急活動におけるLVOスケールの標準化に向けた研究結果**

神戸市立医療センター中央市民病院

脳血管治療研究部部長・参事 坂井 信幸

○脳卒中センターの整備

主幹動脈閉塞による脳梗塞急性期、虚血コア周辺のペナンプラを救い残存障害を減じるため、閉塞血管の速やかな再開通が望ましい。発症早期の虚血性脳血管障害で適応されるtPA静注療法及び機械的脳血栓回収療法は、有意に患者の転帰を改善すると示されている。これらの治療を効果的に行うため、アメリカでは2003年からPrimary Stroke Center (PSC、一次脳卒中センター：常時tPA治療を行える医療機関)の認定が、2012年からComprehensive Stroke Center (CSC、包括的脳卒中センター：常時機械的血栓回収療法を行え、同時に複数の介入的治療も行える医療機関)、2015年からAcute Stroke-Ready Hospital (ASRH、急性期脳卒中応需病院)、2018年からThrombectomy-capable Stroke Center (TSC、血栓回収脳卒中センター：CSCとPSCの中間に位置し、常時機械的血栓回収療法を行える医療機関)の認定が開始された。日本でも脳卒中学会により脳卒中センターが認定され、一次脳卒中センターについては全県に配置されてきた。PSC Coreとして機械的血栓回収療法可能な施設が医療資源の豊富な地域に配置され、2024年度からはTSCとして運用される。

○施設間連携

TSC/CSCに近い場所で発症した脳卒中患者は、直接TSC/CSCに搬送される(mother ship)。では、TSC/CSCから遠い場所で発見された患者は、まず近くのPSCでtPA治療された後TSC/CSCに搬送される(Drip & ship)のが良いのか、搬送に時間がかかってもTSC/CSCに直接搬送された方が良いのか。複数の文献及び自地域での研究から、適切に症例を選び適切に搬送すれば、Drip & shipでも患者転帰に有意差がないことが判った。Drip & shipで大切なのは、病院到着から転院搬送開始まで(door-in door-out time)を45分以

下に短縮できるよう、情報収集や連携を工夫することである。

○主幹動脈閉塞(LVO)予測スケール

脳卒中疑いの傷病者発生現場に到着した救急隊が、LVOスケールを使用し主幹動脈閉塞を疑った場合、傷病者はTSC/CSCに搬送される。使用される病前スケールは地域により異なり、スケールの比較検討や一般化はされてこなかった。

日本脳卒中学会では「LVO Scale 標準化プロジェクト」として、2019年から前向き観察研究を行った。脳卒中を疑う傷病者の搬送の際、脈不整・共同偏視・半側空間無視・失語・構音障害・顔面麻痺・上肢麻痺の7項目を、救急隊収容時及び病院到着時に観察する。病院到着後の検査で傷病者のLVOの有無を確認し、JUSTスコアなどの既存スケール及び先の7項目のLVO検出力を評価した。感度・特異度・陽性適中率・陰性適中率から、以下のように考える。

①救急隊が脳卒中患者を収容する際、脈不整・共同偏視・半側空間無視・失語・顔面麻痺・上肢麻痺の6項目の観察を推奨する。

②地域の医療資源・医療提供体制により、6項目のうち何項目が陽性の場合LVOを疑うかを選択する。医療資源が充実している地域では、感度/陰性適中率を重視し2項目陽性の広めのスクリーニングを行い、観察精度を高め医療資源を集中させたい地域では、特異度/陽性適中率を重視し3項目陽性で判断するなど、地域MC協議会が弾力的に運用する。

在宅医療及び医療・介護連携におけるACP・DNARの現状と今後について

北九州市立八幡病院参与・名誉院長 伊藤 重彦

○COVID-19とDNAR

令和4年夏、北九州市のCOVID-19第7波では軽症若年層の救急搬送要請も多く、受入先がないため緊急性のない搬送要請事案の約30%は不搬送となった。第7波の北九州市のCOVID-19感染者数は第6波の3倍、それに併せ、介護施設のクラスターも第6波の3倍発生、搬送困難事案も増加した。北九州市消防では75歳以上の高

齢者の救急搬送が増加し、施設職員が通報者となることも年々増えていた。

第7波で介護施設入所中の高齢感染者の入院調整が難しい中、受入先の医療機関からは当該患者にDNAR指示があるかの確認が増えていた。要請元の施設では、入院治療で病態が改善する前提で、搬送される高齢者が心肺停止に至るとは考えていない。逆に、受入先の医療機関は心肺停止まで想定している。

○介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル

ACP (Advance Care Planning) は将来の自身の変化に備え、将来の医療やケアについて、本人を主体に、家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、本人による意思決定を支援するプロセスのことである。DNAR (do not attempt resuscitation) は、患者本人又は患者の

利益に関わる代理者の意思決定を受け、蘇生に成功する可能性が低い中で蘇生のための処置を試みない指示を医師が行うことである。

2016年の調査では、介護施設の多くで入所者の看取り計画が立てられているとあったが、本人のDNARの意思に基づく医師の事前指示書及びDNAR指示に対する担当医師との連絡手順は十分整備されていない可能性がある。高齢者急変時に医師や看護師が傍にいない施設で、救命医療やDNAR指示への対応には指針を要する。また、介護施設等から救急搬送を要請された救急隊は、法的に効力のあるDNARの対応指針が示されない限りは、救命処置を途中で中断することは業務規定から困難であり、これに関しても指針作成が望ましい。

2017年に「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」として、関係する医療関係者へのアンケート

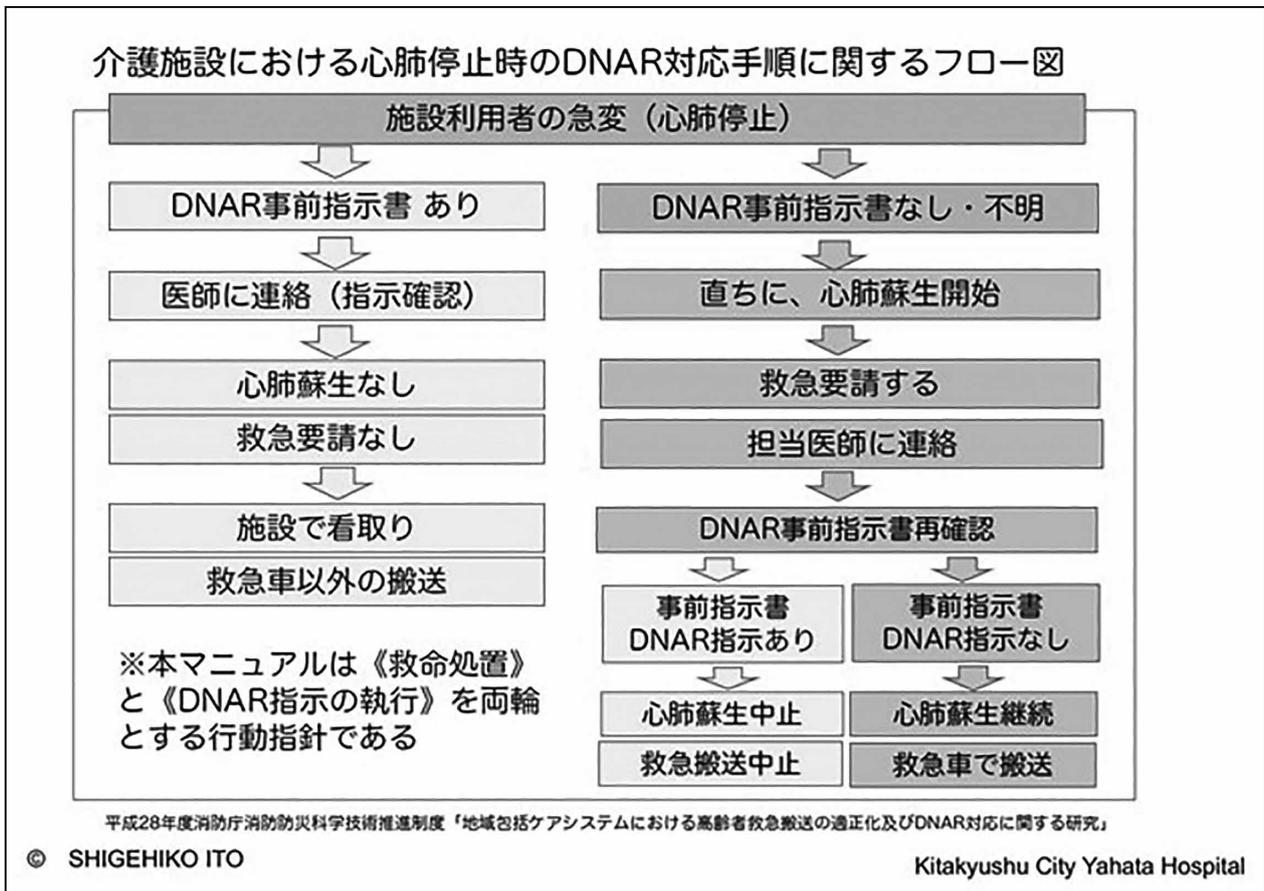


図 伊藤重彦先生講演資料抜粋

トを行い、介護施設でのDNAR対応マニュアルを作成、介護施設での対応に関する指針について提言した。

アンケートは北九州市・下関市の医療関係者に行い、職域別に回答を整理した。DNAR事前指示書を作成しておくことに回答者の94%が賛成したが、介護職員の賛成の割合は低かった。DNAR事前指示書の法的拘束力には60%が反対したが、消防機関職員の賛成はその半数を超えた。

DNAR指示の成立は、最善の利益に基づく医学的判断を要件とする。DNAR指示に効力があるかどうかは、意思及び指示撤回の有無の確認や効力を有する期間であるかの確認を要する。そして、自殺・虐待・外因等による急死でなく、もともとのDNAR指示が適応されると予測できる範囲の心肺停止かの判断が必要であり、結局DNAR指示の効力を担保できるのは医師のみといえる。①本人のDNAR意思、②医師のDNAR指示の法的効力及び持続期間が明確な場合には、介護施設で心肺停止となった高齢入所者を救急搬送する必要はない。

ここで問題となるのが、②医師のDNAR指示の確認の方法である。医師が施設に赴き直接確認する、医師に連絡し電話等で確認できれば良いが、連絡が取れない場合のDNAR指示の条件の設定が必要となる。心肺停止の数日前に本人のDNAR意思が確認され、医師のDNAR指示が記載されていれば、介護施設等での法的効力はあると考える。

搬送要請された救急隊は、DNAR指示の有無にかかわらず、傷病者を心肺蘇生しながら搬送することが原則とされる。不搬送や心肺蘇生の中止の判断は、心肺停止を来した本人のDNARの意思及び担当医師のDNAR指示が確認されることが前提で、運用は地域のMC協議会と予め協議しておく。

DNARの意思が示されている者の心肺停止時に、家族や施設職員が慌てて119番通報しないことがまず重要である。施設で入所者の心肺停止を職員が発見した時点で、当該入所者のDNARの意思の有無は明らかではない。心肺蘇生を含めた応急手当を行いながらDNAR対応するという、両輪を回す意識を持っていただきたい(図)。

○今後の課題

介護施設では職員に対しACP・DNARの研修を行い、本人の意思に反して慌てて救急搬送を要請しないよう訓練をすすめる。救急隊としては介護施設の実状を確認しながら、地域医師会と連携しDNAR対応を協議いただきたい。また、消防救急車以外の搬送車を活用した、看取りのための搬送手段や搬送先の選定をお考えいただきたい。

多くの先生方にご加入頂いております！

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551

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


損保ジャパン

令和4年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ

医療新時代を切り開く勤務医の矜持

～コロナを克^こえて～

と き 令和4年10月15日(土) 10:00～

ところ ANA クラウンプラザホテル

グランコート名古屋 7階「ザ・グランコート」

主 催 日本医師会

担 当 愛知県医師会

特別講演 I

医師会の組織強化に向けて

日本医師会会長 松本 吉郎

本執行部における今期の医師会運営の柱として、①地域から中央へ、②一致団結する強い医師会へ、③医師の期待に応える医師会へ、④国民の信頼を得られる医師会へ、という4つを挙げさせていただいている。地域医師会からの意見を中央へしっかり汲み上げていただき、地域医師会、郡市区医師会、都道府県医師会のみならず、地域の診療所の先生、病院の勤務医の先生方など全医師の方にボトムアップ型で中央に挙げていただき、それを日医が集約して国に政策提言等を行っていきたく考えている。また、地域医療を地道に行っていく中で、医師の期待に応える医師会、国民の信頼を得られる医師会になると思うので、地域の医師会活動をしっかりとやっていかなければならないと考えている。そして、われわれの政策提言を国の施策に反映させていただくためには、一致団結する医師会にならなくてはならないので、医師会と各学会、各関係団体等が意見を共有していかなければいけないと考えている。

医師会運営に関する具体的な項目として、国民の健康と生命を守る、現場からの情報収集と連携、組織強化、新型コロナウイルス感染症及び新興感染症への対応、国民皆保険制度及び医療提供体制の堅持と持続性の確保、超高齢社会への対応、医師の働き方改革、国民の信頼回復のための情報発

信、医療界におけるDXがあるが、その中でも特に組織強化が重要である。

日医への入会についての基本的な考え方であるが、日医は、医師個人の資格で加入するわが国唯一の医療界を代表する組織であり、医師たる者には、すべて医師会活動に参画していただきたい。医療界が求める制度・政策等を実現するためには、その決定プロセスに深く関与する必要がある、医師会を通じて医療界の意見等をその決定プロセスに反映させていくことが現実的な方法であり、重要な課題である。医療に関する制度・政策等は一旦決定すれば、それにすべての医師が縛られることになる。また、一度決定したことを変更するのは容易ではない。そのため、すべての医師が自分のこととして医師会活動に関心を持ち、その活動に参画する中で、医師会とともに医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要である。医師会活動を自分の事として認識してもらうためには、まず医師会活動に参画してもらい、医師会内部からその活動を体験してもらうことが第一歩になる。臨床研修に専心している先生方には、まず、医学部卒後5年間の会費減免期間の中で、医師会活動への理解を進めていただけるよう、先生方の特段のご理解とご協力をお願いしたい。

全国の都道府県医師会の入会率

三層構造でみる医師会の会員数であるが、令和3年12月1日現在で日本の医師総数約34万人

のうち、日医の会員数は約17万3千人、都道府県医師会は約19万1千人、都市区等医師会は約20万5千人となっており、都市区等医師会の会員で日医に未入会の方が約1万7千人いることから、この差を解消することが重要な課題となっている。医師数自体は毎年、約5千人増加しているにもかかわらず、その方々になかなか医師会に加入していただけていないのが現状であり、医師会の組織率としては低下している。入会率を上げることが課題であり、そのための努力が必要である。

組織強化の必要性

医師会の役割は、国民の生命と健康を守ること、医師の医療活動を支えることである。行政のカウンターパートとして日医は厚労省をはじめとする各省庁と、都道府県医師会は都道府県と、都市区医師会は市区町村と、それぞれがいろいろな行政と連携しながら医療活動を行っている。

地域における医師会の主な役割は、以下の6つである。

- ①救急医療体制への参画
 - ・休日当番医療機関への協力
 - ・夜間急病診療所等へ医師派遣 など
- ②公衆衛生への協力
 - ・各種健（検）診事業への協力
 - ・予防接種事業への協力

- ・感染症サーベイランス事業
- ・学校保健事業への協力
- ・産業医活動への協力 など
- ③学術的活動
 - ・地域の医師を対象とした各種研修会、勉強会等の開催
 - ・看護学校の運営 など
- ④介護福祉事業への協力
 - ・各介護事業との連携
- ⑤警察医としての活動
 - ・検案等
- ⑥地域との共生

これらのことは医師会に入ってやっていただいたり、又は医師会がコントローラーの役目を果たしていることもある。医師の矜持がこの中に詰め込まれており、開業医・勤務医の先生方にそれぞれ一定程度活動を行っていただいていると思う。これが地域を支える医師会の理念ということもできるので、これを各医師に理解してもらい、医師会活動の原点がここにあるということを都市区医師会に改めて認識していただくことが極めて重要かと思っている。

私の医師会活動は地元の大宮医師会から数えて27年になるが、若い先生方や新しく入会してくる先生方に必ず伝えるようにしてきているのが、この地域における医師会の主な役割である。この

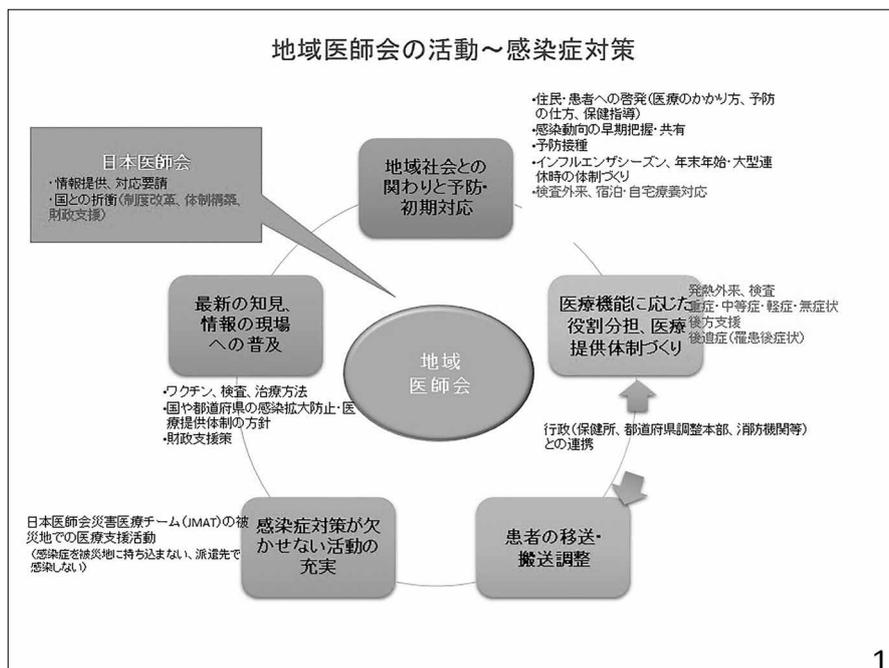


図1 地域医師会の活動～感染症対策

部分をしっかりと理解していただき、自身の医療機関内の仕事だけにとどまらず、外に出て公的な仕事を一つでも二つでもこなしていただきたい。そうすれば一人ではできないことも50人、100人が集まれば点ではなくて面として地域の医療活動を支えることができるので、それをしっかりと取り組んでいただきたい。私が一人で声を発しても全国の医師の元には届かないと思うので、本日参加されている先生方から何回も発していただき、医師会の活動が圧力団体的な活動をしているわけではないということを伝えていただくことが皆さんの役目でもあると思うので、よろしく願いしたい。

地域医師会の活動、感染対策は図1の通りである。コロナの教訓としては、初動体制でいろいろ言われたことはあったが、われわれが実践の中で教訓を得て、まさに今はそれぞれの役割分担、機能分担がしっかりできてきた、しっかりと連携ができてきたからこそ、ある程度の数の患者さんへの対応ができていくということである。

日医が参画している主な国の審議会等は図2のとおりである。ここには私をはじめ、副会長、常任理事が手分けをして参画しているが、この数が非常に増えてきており、官庁だけでなくさまざまな協議会、審議会、委員会を含めると一人で相

当数出席しており、常任理事は平均すると一人あたり年間70～80回の出勤になっている。

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて、検討する場にはさまざまなステークホルダーが参画しており、医療界がいくら正しいことを発言しても、それが実現するとは限らない。より説得力のある議論を展開するため、より多くの先生方の後押し（医療現場の声）が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の組織強化と発言力の強化につながる。物事を動かそうとしても、医師個人の力ではどうにもならないことが多くあるが、多くの先生が医師会活動に参加することにより、先生ご自身の職務を存分に全うできる環境を実現する。それが国民により良い医療を提供し続けていくことにつながる。

まさに先生方一人ひとりの意識が、今後のわが国の医療を変えていくことになる。日医は、すべての医師を代表する団体であり、より多くの先生方とともに、わが国のより良い医療を実現していきたいことから、医療現場の先生方の意見を踏まえて、医療政策の議論の場に臨んでいく。

組織強化に向けた取り組みのお願い

日医が令和5年度より実施する会費減免期間の延長の主な内容は以下の通りである。

- ①会費減免の延長期間の対象を臨床研修医から卒

日本医師会が参画している主な国の審議会等	
厚生労働省	医道審議会、中央社会保険医療協議会、厚生科学審議会、社会保障審議会、薬事・食品衛生審議会、医療介護総合確保促進会議、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会、医師の働き方改革の推進に関する検討会、大学附属病院等のガバナンスに関する検討会、医療の質向上のための体制整備事業評価委員会、院内感染対策中央会議、医療放射線の適正管理に関する検討会・・・など
内閣府	中央防災会議、男女共同参画推進連携会議、総合科学技術・イノベーション会議、食品安全委員会、防災推進国民会議、接触確認アプリに関する有識者検討会合・・・など
文部科学省	中央教育審議会、科学技術・学術審議会、未来医療研究人材養成推進委員会、「がん教育」の在り方に関する検討会・・・など
内閣官房	健康・医療戦略参与、次世代医療ICT基盤協議会、未来インテリジェント医療分科会、社会保障制度改革推進会議、新型インフルエンザ等対策有識者会議・・・など
総務省	個人番号カード・公的個人認証サービス等の利活用推進の在り方に関する懇談会、大規模災害時の非常用通信手段の在り方に関する研究会
環境省	中央環境審議会、原子力災害時の医療体制の在り方に関する検討チーム、エコチル調査企画評価委員会・・・など
農林水産省	日本型食生活推進委託事業（朝食欠食改善等ごはん食推進事業）実施に係る検討会 <small>※任期終了したものも含む</small>

図2 日本医師会が参画している主な国の審議会等

後5年目まで延長する。

②卒後5年間の基本的な捉え方は大学医学部の卒業年度を起点に、年度単位とする。

③対象となる会員区分はすべての会員区分とする。

④会費減免の方法は会費賦課徴収規程の「その他特別の事由」による。

⑤会員サービスとして『日医ニュース』及び『日医雑誌』の送付に代えて、「日医ホームページ」「日医Lib」で対応する。

これらに伴い、医師会に入っただけよう、全力で加入促進に取り組んでいただきたい。

会費減免期間の延長に伴う「入会金」等の取扱いについて、若手医師の医師会への入会を促進するためには、若手医師が費用面及び環境面の両側面から、入会しやすい環境を整備することが必要である。入会金は、若手医師にとって大きな費用負担となることから、入会金を徴収している医師会には、まずは医学部卒後5年目までの入会金の免除について検討いただくようお願いするとともに、同様の取組みを管内郡市区等医師会にも実施していただくよう、周知をお願いする。また、入会時の煩雑な手続きの軽減を図るべく、医学部卒後5年目までの医師については、入会申込書が適切に提出された場合、その他特段の手続きを経ることなく入会できるよう、管内郡市区等医師会への協力方について、よろしく願います。臨床研修医及び専攻医の異動手続き等について、特に研修期間中の勤務医にとっては病院の異動が多く、そのたびの医師会間の退会・入会手続きが非常に負担になっているとの意見が多くあることから、この負担を軽減するための方策を講じる必要がある。具体的な方策案としては、大学医師会に入会している会員で、当該大学所在地以外の地域の病院で研修等を行う場合、一定期間内に大学に戻ってくることが分かっているのであれば、異動手続き（入退会手続き）は要しないというような運用もご検討いただきたい。臨床研修や専門研修のプログラムを選択した病院が所在する郡市区等医師会会員で、当該病院所在地以外の地域で研修等を行う場合、一定期間内に当該病院に戻ることが分かっているのであれば、異動手続き

（入退会手続き）は要しないような運用もご検討いただきたい。

日医では令和4年8月2日に開催した第13回常任理事会で医師会組織強化検討委員会を発足した。令和5年1月中を目処に中間の報告書を取りまとめる予定である。組織強化に向けた取組みとして、会費減免期間の延長についてご検討・ご協力いただくとともに、①組織強化に取り組むための仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取組み、③会費減免と会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取組みの3つについて取り組んでいただきたい。特に、郡市区等医師会入会者の日医までの入会についてお願いしたく、ご参考として日本医師会定款・諸規程検討委員会が示した社員總會制を敷く郡市区等医師会の定款変更案（平成22年3月）を挙げさせていただきます。

（会員の資格）

第6条 本会は<例：〇〇>を区域とし、その区域内に就業所又は住居を有する医師のうち、本会の目的及び事業に賛同したものををもって会員とする。

2 前項の会員をもって一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「法人法」という。）上の社員とする。

3 会員は同時に<例：〇〇県医師会>及び日本医師会の会員となる。

次に、廃業した開業医への医師会会員資格継続に向けた取組みについて、ご参考として都道府県医師会における好事例（医師会組織強化検討委員会「医師会組織強化に向けた取組み等について」のアンケート；令和3年度実施）を挙げさせていただきます。

- ・自宅会員などの区分を設け、会員資格を維持する方策を講じている。
- ・高齢を理由に廃業する会員が多いため、高齢減免の制度を提案している。
- ・日医の医師賠償責任保険の「廃業特約」を周知している。
- ・勤務医として医業を継続する場合は、日医の医師賠償責任保険に加入できることや、医師国保組

合などについても継続して加入ができることなどの説明を行っている。

次に、臨床研修医の会費免除と、臨床研修修了後に医師会員の資格を継続してもらうための取組みの参考として、都道府県医師会における好事例を挙げさせていただく。

○入会時の取組み

新研修医を対象とした祝賀会の後に、役員が入会申込書の記入方法を説明しながら作成・提出してもらっている。この際、臨床研修病院から県医師会に「初期研修修了後の異動先情報を提供することについての承諾書」も提出してもらい、研修終了後の会員継続依頼等の連絡がスムーズに取れるような仕組みを作っている。

○会員期間中の取組み

会費減免期間中に、メーリングリストや会員専用ホームページで医師会の取組みを積極的に広報し、医師会員であることの必要性を認識してもらうよう働きかけている。

○臨床研修修了前後の取組み

・臨床研修修了前に、臨床研修修了となる研修医のリストを県医師会から郡市医師会に送付し、研修医に会員区分を変更してもらうよう依頼している。

・研修2年目の修了前に医師会継続の意向、異動状況の確認を行うようにしている。

・臨床研修修了時に文書を発出し、会員継続のメリット（産業医等の制度取得のための優先的な受講や軽負担での医師国民健康保険への加入、医事紛争時のサポートなど）を伝え、B会員への移行を働きかけている。

・C会員終了後、会員継続依頼文書を送付する際に、日医作成の『ドクターゼ（別冊）』や、県医師会作成の医師会入会メリット等を記載したチラシを同封している。

○その他

・専攻医も減免申請により会費無料化した（4月1日現在30歳以下。免除期間は、臨床研修期間であって3年以内など）

・臨床研修修了後も研修医（所属長が研修医と認めた者）には、会費無料を継続している。

・勤務医入会サポートデスクを創設した（入退会

異動手続きの代行）。

・病院で指導的立場にある医師に入会を勧めてもらうよう説得している

まとめ

「すべての医師を代表する組織」としてのプレゼンスや発言力を高め、国民の生命と健康を守り、医師の医療活動を支えるという医師会の役割を果たしていくためにも、減少傾向にある医師会の組織率を、上昇の方向に転じさせることが必要である。そのため、医学部卒後5年目までの会費減免期間の延長について、管内郡市区等医師会も含め、特段のご協力をいただきたい。そして、今から令和5年4月に向けて、卒後2年目の臨床研修医の先生方に3年目以降も医師会員として継続してもらうための準備を進めていただきたい。併せて、継続的な組織強化の取組みに向けて、①仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と、開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取組み、③会費減免と、会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取組みについて、ぜひご検討いただき取組みを進めていただきたい。入会促進にあたっては、face to faceの取組みの重要性がアンケート等からも指摘されていることから、たとえば病院に直接ご足労いただくなど、対話を通じた入会促進ということもぜひ考慮いただきたい。また、管内すべての郡市区等医師会会長（担当役員）及び事務局の出席のもとで、「郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会」を開催いただきたい。その際には、可能な限り日医より担当役員が出席したいと考えているので、ぜひお声がけいただきたい

[報告：副会長 中村 洋]

特別講演Ⅱ

社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす
東海国立大学機構の挑戦

～総合知の活用による人類社会の

課題解決への取り組み～

国立大学法人東海国立大学機構機構長 松尾 清一

講演内容の趣旨は以下の通りであり、

1. 世界は、DXやAIでかつてない規模とスピー

ドで変化しているが、他方で解決困難で深刻な多くの課題に直面している。

2. わが国は、少子超高齢化、経済の停滞、社会システムの硬直化・制度疲労など、独自の深刻な問題を抱え将来に大きな不安がある。
 3. これらの課題解決のためにできることは何か。基本的な考え方と東海国立大学機構の新たな国立大学像を目指す取り組みについて。
 4. 今後の課題と展望。
- について述べられた。

まず始めに、日本の現状に対する問題点として、

1. 少子超高齢化と人口減少：この問題の深刻さは単に日本社会と経済をこれまで支えてきた労働生産年齢人口が減るというだけでなく、中間層の多くが国際比較で見れば確実に貧しくなっている。実質賃金も目減りしており、世代を跨いで格差が固定されつつある。中流階級の崩壊が進んでおり、このままでは社会のダイナミズムは確実に失われてゆく。
 2. 経済の停滞とプレゼンスの低下：バブル経済崩壊後の30年間、わが国は経済成長と科学技術の進展により日本再興を図ったはずであるが、国際比較で見れば結果はむしろ後退している。あらゆる領域において公私ともに未来への投資が十分できておらず、確たる将来ビジョンを提示して世界をリードできない中で、わが国の国際的なプレゼンスは急速に低下している。
 3. 変われない日本：日本は過去の成功体験にとらわれ、さまざまな既得権益がはびこり、「これまでのやり方」を変えることができない。日本では盛んに科学技術のイノベーションが叫ばれているが、激動する世界の中で社会のあり方や社会を動かす仕組みそのもののイノベーション、即ち社会丸ごと変革トランスフォーマティブイノベーションこそ、今の日本に最も必要である。
- と述べられ、以上の三つの観点から医療の課題については、第一に、医療制度とインフラは公私を問わず社会の最も重要な公共財の一つであり、日本の医療制度はわれわれが世界に誇るべきものである。少子高齢化はやがて多くの国で日本が経験したよりも速いスピードで進行する。その時に、

日本の医療システムは世界に誇るものとして存在しているだろうか。第二に、医学医療の世界は外部から見ると、とかく閉鎖的な印象を持たれてはいないだろうか。例えば今回のようなCOVID-19パンデミックでは、単に医学医療にとどまらず、政治、経済、科学技術、倫理、法律など、およそあらゆる領域の叡智を集めた対策が必要であることを学んだはずである。したがって、医学医療の研究や教育そのものにも、不断に多様な人材を積極的に迎え入れて、総合知による医療の課題解決や未来医療のビジョンづくりとその実現方を共創する必要がある。と、俯瞰的に述べられた。

次に、「知とイノベーションのコモンズ」として、わが国初の県境を越えた法人統合で誕生し、社会の課題解決に貢献する東海国立大学機構は、社会の公共財として人類と地域の課題解決に貢献する新しい国立大学を目指すとして述べられ、現状について説明された。

国立大学の今後の方向性としては、

1. 総合知と高い志：深刻で解決困難な課題に挑むには「総合知」が必要であり、「for the public」の志の下に、あらゆる領域、あらゆるセクター、あらゆるステークホルダー、そして多様な人々がビジョンの実現のために連携することが必須である。その際、大学は総合知の形成とオープンイノベーションの場としてふさわしいあらゆる領域の多様な人々が集い、議論し、実践し、積極的に社会に発信すべきである。
2. 国立大学を知とイノベーションのコモンズへ：以上の活動に国立大学が貢献できるポテンシャルは高い。その際、われわれは国立大学を社会の公共財としてとらえ、「知とイノベーションのコモンズ」としての役割を果たすべきである。そしてそのミッションは、だれ一人とり残さず、すべての人が幸せに生きる社会の実現へのインパクトある貢献である。
3. 社会へのインパクト：大学が社会に対してよりインパクトの大きい貢献をするためには、アカデミア同士のより踏み込んだ連携・統合が必要ではないか。今、歴史は大学にそのようなミッションを課しているのではないかと三点指摘された。

まとめとして、国立大学は社会の公共財である「知とイノベーションのコモンズ」として、より大きなインパクトで未来社会の創造に貢献すべきであり、一法人複数大学の試みは、わが国の国立大学の未来のあり方を示そうとする試みで、日本全国各地で、未来の大学像を創出する熱い議論が沸騰し、輝ける未来社会の創出に貢献できれば本望と結ばれた。

[報告：理事 白澤 文吾]

特別講演Ⅲ

2040年の医療介護

一般社団法人未来研究所臥龍代表理事

上智大学総合人間科学部教授

前駐アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使
元厚生労働省年金局長・元内閣官房内閣審議官

香取 照幸

わが国は世界最高水準の高齢社会、今後もさらに人口高齢化が進む。2040年までに人口は約15%減少、高齢者数は増大し続ける。今回のコロナ禍で、2040年（20年後）に直面するであろう医療諸問題が露呈した。今後は医療費よりも介護費が増え続ける。寝たきり患者さんが亡くなくなるまで、介護費は必要である。

現在、入院患者の半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯。早晚、医療現場では要介護高齢者・慢性疾患患者の急性期対応・感染症対応が常態化する。家族介護はあてにならなくなる。

わが国独特の医療システムは、公的医療機関でない多数の中小民間病院・診療所（自由開業・自由標榜、独立採算）が、フリーアクセスを基本とする国民皆保険を支える構造になっている。増大する医療需要を最小限の人的物的提供体制で支えてきた日本では、医師1人当たり入院担当患者数はアメリカの5倍、年間外来延べ患者数はアメリカの3.5倍に及ぶ。医療従事者の労働環境は過酷であり、医療現場は局所的に負荷がかかれば、いとも簡単に崩れる脆さを内包している。

必要な医療介護需要を受け止めていくためには、人的物的資源の再配置・医療提供体制の構造改革は必至。疾病構造の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、在宅医療をも視野に

入れた地域完結型医療への転換が急務である。しかし、海外に比し民間病院主体であるため、病院間の機能分担の管理は難しい。

医療の目的は「治す医療」から「治し、支える医療」となる。生活の質(Quality Of Life)を重視し、生活を犠牲にしない医療が求められる。病院には、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能と、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能という2つの方向性がある。「治し、支える」ためには、医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要、多様な専門職種の連携・協働による地域包括ケアネットワークの実現が必要である。

現在進められている地域医療構想においても、1.急性期の機能強化：急性期病院の集約化（病床削減＋資源の集中投入）高度急性期・重症急性期入院医療への特化と同時に、2.地域医療・在宅医療の強化：かかりつけ医機能の実装、地域密着型病院の機能の明確化、医療介護連携・地域包括ケアネットワークの支援といった取り組みを並行して進めていく必要がある。

かかりつけ医機能を担うことを医療者に求めるのであれば、その業務・役割にふさわしい対価を支払うことが必要。求められているかかりつけ医機能の内容は、明らかに「保険診療-療養の給付」の範疇を大きく超えている。登録制の議論がなされているが、日本のシステムでは「かかりつけ医を持つことは国民の権利であり、義務ではない」のである。

[報告：勤務医部会企画委員長 弘本 光幸]

シンポジウムⅠ

医療新時代の病院機能分化と連携推進

～アフターコロナのあるべき姿を問う～

座長：愛知県医師会理事

勤務医部会副部長 浦田 士郎

愛知県地域医療構想アドバイザー 伊藤 健一

(1) 感染症対策から考える将来の病院の姿

～愛知県新型コロナ感染症対策

医療専門部会の立場から～

独立行政法人国立病院機構

名古屋医療センター院長 長谷川好規

パンデミックにおける医療体制の確保について

明らかとなった3つの課題について、以下に報告する。

第1は病院の（感染対応への）構造的課題について。

病原体の毒性が未知である初期は、医療者を守りながら治療ができる感染対策可能なベッド確保が困難であった（大部屋が基本構造のためトイレ、バスが分離できない、個室や陰圧管理の構造になっていないなど）。また、重症対応のために、実際は現在の2倍のICU病床とそのための人員確保が必要であった。

一方、一般急性期医療確保のために、（地域医療構想で返還が求められている）休床病床の活用が極めて有効であったが、このことは平時から議論が必要である。

第2は病床と医療従事者の確保。

パンデミックの時、アメリカの大学では病床の6～7割がコロナ病床になり、医師はすべてコロナ診療にかかわったが、こうしたことは日本では不可能だろう。

実際、病床数に応じて対応する医師を増やさないといけない（すべての医師がパンデミックに参加するというマインドセットも必要）。看護師も1:7ではなく1:4看護単位が必要であり、1病棟運用には2病棟閉鎖する必要があった。

日本では、パンデミックにおける各フェーズのデータから、医療従事者を配置すべき人員数などを算出し、平時にどのように維持すべきかも含め体制を考える必要がある。

第3は病原体遺伝子検査体制からみえる日本の医療制度。

まず、欧米と比較して一貫して圧倒的に検査数が低いことが挙げられる。

これは、パンデミック当初に試薬の国内備蓄がなく、試薬が入手できない状況にあったことに加え、病院における遺伝子検査体制がなかったからである。日本の病院は昔ながらの細菌検査体制が大半であり医療システムの変革が遅れていた。

また、米国の検査は民間検査センターが大半を占めて、行政がそれを組織化してデータを収集し

ていたが、日本では、行政と病院・民間検査の組織化ができなかった。こうした背景により遺伝子検査導入・普及が諸外国から後れを取った。

最後に、新型コロナウイルス感染症の中で、医療者は病院、組織を超えた情報共有と連携の重要性を改めて認識した。今後は、この度のパンデミックから得たデータを基に科学的な振り返りにより将来を見据えた体制を考えていき、次に備えていくことが必要である。

(2) 尾張西部医療圏における医療連携 ～公立病院の立場から～

一宮市立市民病院院長 松浦 昭雄

尾張西部医療圏は、一宮市と稲沢市の2市から構成され、一宮市には、一宮市民病院、大雄会病院、一宮西病院、木曾川市民病院がある。新型コロナウイルスに対して、各病院がどのように連携して対応したかを紹介する。

(1) 新型コロナウイルスの発生初期

一宮市立市民病院は第二種感染症指定医療機関として積極的に感染者の受け入れをしてきた。最初の感染者を受け入れた一か月後には感染症病棟が満床になったため、一宮市保健所が受入可能な医療機関を調整し、感染者を連携して受け入れる協力体制がとられるようになった。

また、地域内での情報共有が重要となり、医師会と医療機関、保健所で構成される「尾張西部新型コロナウイルス感染症医療連携協議会」が設置され、定期的にオンライン会議を開催するようになり、現在も継続している。

(2) ワクチン接種

市民への接種は、当初、学校体育館などの14か所の特設会場を使った集団接種方式が考えられていたが、副反応が起きた場合や人数増加への対応が難しいという理由から設備が整った医療機関で接種すべきであると考え、医師会と協力して市に方針変更をお願いし、市の保健センター、病院、クリニックと非常に多くの接種会場を設定することができた。

(3) 感染拡大への備え

第5波では最も医療体制がひっ迫した状況になったが、重症化リスクのある感染者を、早期に一宮市立木曾川市民病院で受入れ、抗体カクテル療法を行うことで重症患者の増加を抑えこみ、一宮市立市民病院は重症や妊婦、大雄会病院は透析患者を中心に受け入れるという役割分担によって医療圏の病床ひっ迫を緩和することができた（その都度、役割分担の案を保健所、医師会長と一緒に各病院を回り理解を得ていた）。

その後、軽症の小児患者を2つの民間病院で受け入れてもらうことで、第7波を乗り越えることができた。

総務省から出された「公立病院経営強化ガイドライン」において、公立病院間で「機能分化・連携強化」を進めていくことが求められたことから、まずは公立病院で合同戦略会議を立ち上げ連携を進めた。また、地域医療連携ネットワーク「しちみんネット」を導入し、他の医療機関との患者情報の共有を進めている。アフターコロナでは、これまでの新型コロナへの対応での成果を生かし、今後の一層の機能分化・連携強化に取り組んで行きたい。

(3) 西三河南部西医療圏における病床整備 —自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築— ～公的病院の立場から～

JA 愛知厚生連安城更生病院院長 度会 正人
本県では地域医療構想に対応するため、地域の病院による自主的協議体として「西三河南部西地域医療連携推進ネットワーク（以下、「ネットワーク」）」を立ち上げて協議を行う仕組みを構築した（図3参照）。今回は、このネットワークが機能した例について報告する。

西三河南部西医療圏は、2040年以降も医療需要の増加が予想される圏域であるが、既存病床数が基準病床数を上回っているため、制度上は増床が認められない地域である。一方で、2019年に厚生労働省は、当医療圏の3つの公立・公的医療機関のうちの1つを再検証対象医療機関としたこ

とから、まずは、当該医療機関で病床数の削減が計画された。

そうした中、医療圏の病床についてネットワークで協議するなか、医療法施行規則の「特例措置」をもって、医療圏の公立公的医療機関に限り増床が認められる制度を認識したことから、この制度を利用して3つのうち公的医療機関である安城更生病院の増床を計画した。

「特例措置」では、①再編統合の対象となる公立公的病院の病床数の合計が減少すること、②施設相互の機能分担及び業務の連携、が条件とされており、増床の必要性についてネットワークで検討を重ねた。

その結果、再検証対象公立医療機関（碧南市民病院）が地域で過剰とされる急性期病床を削減（△64床）し、公的医療機関である安城更生病院が不足する高度急性期病床を増床（+22床）することとし、愛知県内の関係会議を経て、厚生労働省の協議において正式に承認され、公立病院の病床削減と公的病院の増床が実現した。

今回の病床整備は医療圏全体の取組みであり、西三河南部西医療圏では、以前より自主的協議体を中心として良好な関係を構築していたことが、病床過剰地域における増床が可能となったものと言える。

(4) 新型コロナは、今後の病院医療に何をもち らしたか？～民間病院の立場から～

社会医療法人名古屋記念財団理事長 太田 圭洋

日本のコロナ対策は頑張ったと思うが、マスクなどによる日本の医療へのバッシング（特に民間医療機関）により、医療提供体制見直しの議論が加速することとなる。

こうした中、「新型コロナ感染症対応に関する有識者会議の報告書」がまとめられ、「骨太の方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）に、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、「必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進すること」が盛り込まれる。結果として、財務省の医療制度改革への関与の増加、医療機関に対する行政の権限

の拡大等が起こることとなる。

その結果、さまざまな問題が地域医療構想推進の中で起こっている。

その一つが、非効率化が効率化に比べ際立っているということである。

①民間淘汰による非効率化、②過度の集約化による公立病院の比重増加による非効率化、などである。

不十分な調整結果による非効率化の例として、公立病院の統合・集約化による「超巨艦病院」の出現（尼崎総合医療センター730床）があり、この過度の集約化により、経営の非効率化（赤字が3倍に膨れ上がる）と、地域で効率的に医療を提供してきた民間病院が淘汰されるという事態が起こっている。

改めて、地域医療構想推進の問題点を整理すると

- ①急性期病床は、診療報酬制度で無駄な急性期入院は存在せず、医療費抑制の観点からは削減する必要に乏しい。
- ②急性期機能をどこまで集約するかの議論が不十分で、救急が公立・公的に集約されると、これから増え続ける高齢者救急に対応する地域密着（民間）病院が淘汰される。
- ③地域医療構想では、回復期が不足しているとして、公立・公的病院の回復期病床への転換が進む

が、地域で回復期を担う民間病院を圧迫している。

今からでも、地域医療構想の議論で修正・改善すべき点は次のとおりである。

- ①二次救急を地域で担う医療機関の確保計画の議論：「集約化すべき医療」と「分散化すべき医療」の議論
- ②政治、すなわち自治体の首長、議員の圧力に対抗するための手立て
- ③識者の単純な「集約化＝効率化」という誤解への啓蒙 など

地域医療構想の推進自体は非常に重要な課題である。しかし、そのことが無条件で「より効率的で良質な医療提供体制につながる」と多くの識者・政治家はまったく疑問を持たず認識しているが、本当にそうなのか、一度、しっかり考える必要がある。

(5) アフターコロナの地域医療構想

～愛知県病院団体協議会の取り組み～

愛知県病院団体協議会会長

社会医療法人大雄会理事長 伊藤 伸一

愛知県では2015年に発足した病院関係者による愛知県病院団体協議会（あいち5病協）において、地域医療構想区域ごとに幹事団を作り、各構想区域内の協議を進めていた（図3参照）。

その協議体制が各区域で進められていたこと

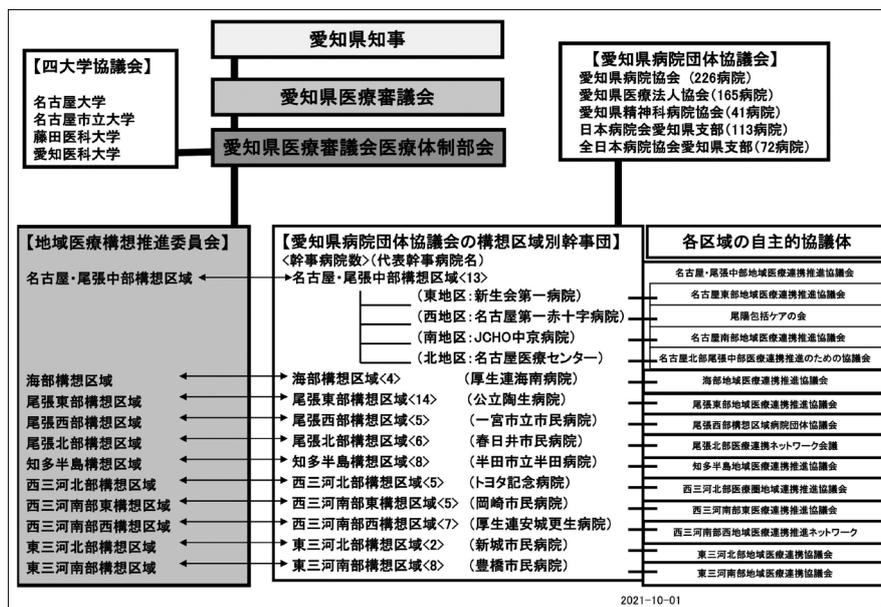


図3 愛知県地域医療構想を協議する組織のイメージ図

で、コロナ発生時の発熱外来対応、入院調整、病床の効率的な運用がスムーズに行うことができた。

また、愛知県病院団体協議会は感染病床の稼働状況を共有する FRESH-AICHI（福岡の九州医療センターのシステムを応用）を活用して県全体の感染症病床をより効率的に活用するように情報共有を行っている。

このシステムにより、多くの病院の感染症病床稼働状況を把握することで、地域全体での収容数を増やすことにつながるとともに、一般救急の受入れ体制を改善するという成果を上げている。

感染症病棟と一般病棟の効率的な運用には情報共有が欠かせず、そのためには、現在の情報共有システムをバージョンアップさせていくことが必要であるとともに、二次医療圏＝地域医療構想区域単位での緻密な協議と体制構築が重要であり、愛知県病院団体協議会がその役割を担い、県全域の調整を行う必要があると考える。

(6) シンポジウムまとめ (概要)

○愛知県では、地域医療構想を協議する組織として、地域ごとに「地域医療構想推進委員会」が設置されている。その中で、病院関係者の意見を発信する場として「愛知県病院団体協議会（組織率94.4%）」を結成し、その体制を一步進めるために「構想区域別幹事団」とそれに対応する「各区域の自主的協議体」が組織された（図3参照）。

そして、これを公のものとするため、医師会に了承をいただくとともに、県においても、病院関係者を代表する組織として認知されるものとなった。

こうした組織は、地域医療構想で立ち上がったものであるが、新型コロナウイルスの洗礼を受けて進化したものであり、この組織を今後さらに発展させる必要がある。

○コロナ下での連携で分かったことは、連携というのは必要に応じて行われるものだということであり、これを踏まえ、地域の急性期病床の情報共有をどのように扱うかの議論を続けていく必要がある。

○（愛知県病院団体協議会 伊藤会長）愛知県では、現在の協議会が地域医療構想を議論する上で有効に機能しているが、さらに一步進めるためには、地域の話し合いの中で駆け引きを一切なくし、本音で語り合っていくことが、地域医療構想の議論において極めて大切であると考えている。

[報告：理事 岡 紳爾]

シンポジウムⅡ

医師の働き方改革～光と陰～

座長：勤務医部会副部長／

社会医療法人名古屋記念財団

名古屋記念病院院長 長谷川真司

愛知県医師会理事／勤務医部会副部長

小出 詠子

(1) 働き方改革と急性期医療両立のジレンマ ～公立病院の立場から～

春日井市民病院院長 成瀬 友彦

当院は名古屋市ベッドタウン、人口32万人を有する春日井市の基幹病院であり、3次救急指定を受けている。“断らない救急”をモットーとしており、年間約9,000台の救急車が搬入される。したがって救急業務に当直医7名、研修医3名の計10名が従事し、各科の待機医も呼び出しが多い。そのため時間外勤務が月80時間を超える医師が少なくない。そこで、働き方改革に向けて以下の変革を行っている。①当直業務を時間外勤務＋夜勤業務とし、翌日は原則全休。全休中のやむをえない勤務は時間外労働として申請。②救急業務引き継ぎが不明瞭で担当時間が過ぎても業務が終わらないことが多い。勤務交代時に内科外科当直と研修医が集合し、担当患者を全面的に引き継ぎ診療延長をしないように指導。③常勤麻酔科医不足のため、時間外全身麻酔は各科管理となっており、術者以外に麻酔担当の待機医が必要。平日夜間と休日の麻酔科待機を代務医師と契約し、各科麻酔手術ゼロを目指している。また、通常業務に関しては医師の負担軽減を目指すため以下のタスクシフトを行った。①書類、サマリー、紹介状作成を行う医師事務の増員（直近4年間で12名から28名に増員し、40対1から20対1に）。②血管内治療の助手を技師に移行。③各種特定

看護師の養成。一方、課題も残っている。①時間外勤務と自己研鑽の定義付けが未だ明確でない。若手医師は専門医取得のため病院間の移動も多く、混乱を避けるために近隣病院との定義の統一化も必要。②一部の当直業務を大学からの派遣でまかなっており、大学での働き方改革が進められた際に、この派遣が継続されるのか？③病院の医療業務は変わりなく一人当たりの労働時間が減るため、必要な医師数、採用職員数は増加する。それだけの医師確保が可能なのかどうか。また人件費も増加するため、経営への圧迫も懸念される。④働き方改革により時間外労働は減り、当然給与も減少する。しかし、この事実を受け入れている医師は少ない。給与減への不満にどう対応するのか。また、給与減の状況から公立病院を希望しない医師が増えるのではないかと、という懸念。⑤治療がシフト制に移行した際、担当医としての責任の所在の不明瞭化から、医療の質が低下するのではないかと、という懸念。働き方改革は医師の過剰労働を軽減することが第一の目的ではあるが、医療の質が低下し、患者サイドに影響したのでは本末転倒である。この点を十分担保した上での改革を目指している。

(2) 救急救命センターを設置する病院の働き方改革～公益社団法人病院の立場から～

公益社団法人日本海員掖済会

名古屋掖済会病院院長 河野 弘

当院は名古屋市南西部に位置する602床の急性期病院で、救急車搬入台数は年1万台以上で、名古屋市ではこの2年間最も受入が多い病院である。救命センターの機能としては1次から3次まですべての救急患者を受け入れており、救命センター受診患者は1日平均90名、その80%は時間外受診である。また、救急車の搬入は時間外がその75%を占めている。当院は地域住民の福利厚生に努めるという公益社団法人としての立場から、断らない最後の砦という認識でコロナ医療も含めてすべての患者を受け入れている。現在、常勤医師は初期研修医を含めて193名で男女比は2対1である。当院では救急科医師はシフト制であるが、これ以外の診療科

医師は宿日直制を敷いており、日勤勤務後17時から翌朝8時30分まで宿直として勤務する。時間外の診療体制は、救命救急センターに内科系医師、外科系医師、救急科医師を各々1名、初期研修医4名を配置している。これとは別に本館に内科系医師、外科系医師、小児科医師、産婦人科医師、ICU担当医師を各々1名ずつ計12名の医師が配置される。さらに、緊急処置や手術に対応するため、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科の医師1名を各々待機としている。月45時間超えの医師数は平均40名であるが、7月8月の夏場は増加する。診療科別では救急科、循環器内科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、外科の順で45時間超の医師数が多い。救急科、循環器科内科、整形外科、外科は分母の医師数が多いので、負担分担ができるが、問題は医師数の不足している脳神経外科と心臓血管外科の時間外勤務である。この2つの診療科は命に関わる領域で救命救急センターの機能維持には必須である。当院は研修指定病院で毎年16名の研修医を採用しており、内3人に2人が後期研修医として残る。4年前に採用した初期研修医16名の中2名が後期研修として脳神経外科に加わり脳神経外科は計6名体制となり、やや負担が軽減された。一方、心臓血管外科はここ7年近く初期研修医から残る者がなく、現在常勤医師は3名で手術には緊急手術も含めて大学からの応援を受けている。緊急手術は夏と冬に多く、この時期の時間外は月100時間超えとなる。負担軽減をするためには分母を増やす必要があり、当然大学医局からの常勤医師の派遣は求めているがまだ達成されてない。病院として初期研修医から心臓血管外科へ進む後期研修医確保への対策はいろいろ行っているが、この7年間成果はでていない。救命救急センターには各種の疾患、外傷患者が昼夜搬入されるため、この機能維持には必要な診療科は多い。この機能を維持、継続していくためには分母にあたる医師数を確保して負担軽減を計っていくことが必要である。

(3) 働き方改革が病院経営に及ぼす影響 ～民間病院の立場から～

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院

顧問 細井 延行

当院は名古屋市を基盤とする名古屋鉄道の健康保険組合が運営する健康保険組合立病院であり、病床373床（一般急性期：321床、地域包括ケア病床：40床、HCU：12床）、常勤医師84名の中規模の病院である。健保立病院は医療法上、公的医療機関等と定められているが、実態は企業が運営する医療機関であり、昨今は本社や関連グループ企業、民間医療機関と同様、安定的経営が求められている。したがって本日のシンポジウムでは、民間病院の立場から、医師の働き方改革が当院の経営に与える影響について検証した。2024年4月から「医師の働き方改革」が始まるが、われわれ中規模の病院においては、医師数が十分とは言えない中、医師の時間外労働によって収益が確保されているという側面もあり、病院経営にとっても重要な課題となっている。病院規模からは「医師の働き方改革」において時間外労働960時間以内のA水準が妥当と思われるが、令和3年度（4月～3月）の実績では960時間を超えた医師は、84名中19名で、時間は960時間50分から最長1,483時間35分までであった。当院は所定労働時間が1日8時間、令和3年度の年間所定労働時間は1,952時間あり、最も多くの時間外労働を行った医師の所定労働時間超過率は76.0%であった。また、960時間を超えた時間外労働は所定労働時間に対し、19名の超過率の内訳は各々0.2%から26.8%で、これを各々の医業収入に当てはめると約2億1千万円の減収要因になる事が判明した。診療科別では、ほぼ全員が960時間を超える時間外労働を行っている消化器内科やコロナ感染症で時間外労働が日常化している一人常勤の呼吸器内科医の時間外労働の削減が問題となるが、消化器内科は当院の経営上の要でもある診療科の一つであり、慎重な対応が必要となる。現在当院での取組として、1) 勤務時間の把握体制の構築、特に自己研鑽のマニュアル作りや院外兼業時間の申告制度のルール化など勤怠管理の確立への取り組み、2) 看護師、薬

剤師、医療事務へのタスクシフト及びシエアのさらなる推進、また診療看護師（NP）の活用や特定行為の実施、医師のタスクシエアによる診療科内での平準化など医師の業務削減に対する取り組み、3) 現在は導入していない宿日直許可の検討。この3点を中心に検討を進めているが、「医師の働き方改革」が本当に医師の負担軽減に繋がるのか疑問もあり、これら取り組みの進捗状況を十分注視する必要があると考えられた。

(4) 大学病院における医師の働き方改革の現状 ～大学病院の立場から～

藤田医科大学学長 湯澤由紀夫

すべての勤務医に時間外労働の上限規制が適用される2024年度が近づいている。診療・研究・教育のそれぞれに役割が期待され、成果を求められる大学病院の医師には、これまで、むしろ早朝から深夜まで働くことが美德とされてきた時代が長かったようにも思われる。その意味において、医療界の中でも特に大学で働く臨床医にとって、この働き方改革は価値観と行動の大転換となる。医師の働き方改革に関する検討会報告書（平成31年3月29日）では、医師の診療業務の特殊性として、①公共性、②不確実性、③高度の専門性、④技術革新と水準向上が掲げられている。加えて大学病院の医師には、教育と研究業務が求められ、それらがモザイク状に混在し、多種多様な活動が行われている。大学病院に勤務する医師の働き方改革は、単に医師の労働時間短縮だけでなく、わが国の医学・医療の発展や安定した地域医療の確立など、現在抱えている種々の課題をも解決しながら進められる必要がある。このためには、大学病院が自らの慣例や習慣に左右されない効率的で有効な仕組みづくりに取り組んでいくことが大切であり、すでに一部で運用されているチーム制の診療などは今後拡がることが予想される。一方で、国及び地方自治体による制度設計や人的・財政的支援も不可欠であり、また、地域のさまざまな医療機関の協力や患者となりうる国民の理解も必要である。一方、現状のまま、単純に労働時間を縮減するだけでは、既存業務の担い手が不足し、地域医療の崩壊や研究力の著しい低下を招くことが

想像に難くない。まずは、勤務時間とその内容の正確な把握、業務の効率化、タスク・シフト／シェアを含めた新たな担い手の確保、収入の確保、そして地域や医療界全体を巻き込んだ機能分担や体制づくりなどを包括的かつ速やかに検討していくことが必要となる。働き方改革にあたっての転換には、医師の長時間労働によって地域医療を維持・充実させるのではなく、適正な労働時間の中で地域医療が維持できる仕組みづくりを国や地方自治体とともに考えることが必要と思われる。働き方改革・医師偏在対策・地域医療構想の「三位一体改革」を連携して推進することが必要となっている。最後に、医師は生涯にわたり新たな医学・医療を学び続ける“自己研鑽”が必須であり、医師としてのプロフェッショナルリズムの徹底した教育に続く「働き方改革」であると考えている。

(5) 医師の勤務環境に関するアンケート結果より ～ダイバーシティの立場から～

社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長 春原 晶代

2022年1月に愛知県医師会男女共同参画委員会が愛知県との共同で県下の病院に対して行った医師の勤務環境に関するアンケート調査の結果を報告する。県下321病院の内、143病院(44.5%)の事務責任者から得た回答を200床未満(93病院)と200床以上(50病院)に分け比較した。200床未満の病院では、常勤医師に比べ、非常勤医師の割合が高かった。いずれの病院群でも夜間・休日の体制は、当直体制が90%以上を占めていた。200床以上の病院の半数以上で、2024年の働き方改革により医師の増員なしでは救急体制を維持できないとの回答であった。子育てや介護中の常勤医師に対する項目では、宿日直の免除、短時間勤務の導入、院内保育の実施などが200床以上の病院で実施されている割合が多かった。医師の労働時間の把握は、ICカードやタイムカードによる管理が多くの病院で行われていた。病状説明はいずれの病院群でも60%以上が時間内に実施していた。また、初診時の予診、検査の説明、静脈採血・注射、患者移動などの項目は、いずれの病院群でも原則として医師以外の職種が実施していた。一方、診断書の下書き・入力

に関しては、200床未満の病院の半数以上で医師のみが実施していた。院長、副院長、医局長等を対象とした記述式の設問では200床未満の50病院、200床以上の37病院から回答を得た。医師の働き方改革が地域医療に与える影響に関しては、プラスとなる点がないと答えた病院が、どちらの群でも30%以上あり、マイナスとなる点には医師不足・医師の偏在・救急医療の低下などの回答があった。病院経営に関しては、人件費がどうなるかによって考えが分かれていた。医師1人に対する人件費は減るが、タスクシフトにより他職種の人件費が上がること、また、医師の総人件費が上がる可能性などの答えがみられた。勤務医の健康に関しては、プラスとなると考える回答が多かった。また、病院間の機能分化が進むのではないかという回答も多かった。オンライン診療については、慢性期の患者、往診などで有用であるが、救急医療などでは有用性が低いと考えられていた。アンケート全体を通して、働き方改革に対してそれぞれの病院が準備を進めていることが分かった。働き方改革は、すべての人に働きやすい環境を整えるダイバーシティを推進するためにも、必要な改革と考えられる。一方、この改革を急速に進めることで地方や救急の現場での医師確保が難しくなり、地域医療に影響が出る可能性が示された。地域医療への影響をできるだけ少なくするためには、それぞれの地域での病院間の連携と役割分担を進めるとともに、地域住民への周知が必要であると考えられた。

[報告：理事 國近 尚美]

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

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

[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

禁煙推進委員会だより

「続・続『先ず隗より始めよ、ですが・・・』 ～加熱式タバコについて～」

総合病院山口赤十字病院／
山口県医師会理事 國近 尚美

2014年の山口県医師会報「禁煙推進委員会だより」欄に「先ず隗より始めよ、ですが・・・」と題する文章を掲載していただいてから9年が経過しました。

2002年に健康増進法が制定され、受動喫煙の防止が謳われています。2018年に健康増進法が改正され、2020年4月から施行されました。「望まない受動喫煙」をなくすという観点から、施設の類型・場所ごとの対策がマナーからルールに変わることとなりました。また、健康日本21(第二次)が2013年より開始され、そのなかで、COPD(慢性閉塞性肺疾患)は、がん・循環器疾患・糖尿病と並んで、対策を必要とする主要な生活習慣病として挙げられ、「COPDの認知度の向上」と「成人の喫煙率の減少」「未成年者・妊娠中の喫煙をなくす」「受動喫煙の機会の減少」が目標として掲げられています。

目標を達成するためには、まずは身近なところから取り組む必要がありますが、2014年当時、山口県医師会や山口健康福祉センターの入居している山口県総合保健会館(健康づくりセンター)の、車寄せがある北西側出入り口にも喫煙所が存在

していました(写真①)。屋根があるため風向きによっては入口までタバコの臭いが充満し、とても健康を推進している施設の出入口とは思えない状況でした。その後、山口県健康増進課や山口県医師会のご尽力で、山口県総合保健会館は敷地内禁煙(写真②)となりました。

国を挙げて禁煙・受動喫煙防止に努力していたこの間に、時期を同じくして2013年から加熱式タバコの販売が開始されました。タバコ会社は日々喫煙者維持のため工夫を重ねており、紙巻きタバコにメンソールやバニラのフレーバーを添加したり、加熱式タバコもスタイリッシュな機器にしています。また、フィリップモリス社は気管支喘息やCOPDの吸入治療薬のメーカー(英国ベクトラ社)を買収するなど戦略的な方策を行っています。

徐々に広まってきている加熱式タバコについて、2022年9月号に引き続きご説明致します。

加熱式タバコとは(図①)

・タバコ葉やタバコ葉を加工したものを、燃焼させずに電氣的に加熱し、エアロゾル(霧状)化



写真①



写真②

したニコチンと、加熱によって発生した化学物質を吸入するタイプのタバコ製品である。

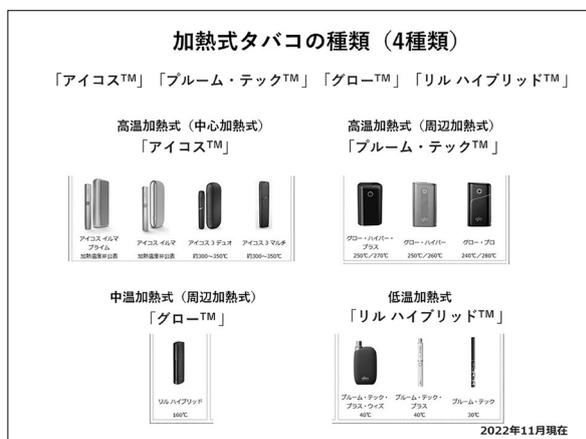
- わが国では2013年12月から販売が開始され、2016年ごろから、急速に普及してきた。現在、本邦で4種類販売されている。

加熱式タバコの健康障害

- 加熱式タバコは、喫煙者本人及び周囲への健康影響や臭いなどが紙巻タバコより少ないという期待から、使い始める人が多くいる。
- 化学成分を分析した結果からは、加熱式タバコの主流煙には、多くの種類の有害化学物質が含まれるもの、ニコチン以外の有害化学物質の量は少なかったと報告されている。
- しかし、販売開始からの年月が浅いため、長期使用に伴う健康影響は明らかになっていない。
- また、量が少ないとしても、タバコ煙にさらされることについては安全なレベルというものがなく、喫煙者と受動喫煙者の健康に悪影響を及ぼす可能性が否定できないと考えられている。

加熱式タバコの禁煙治療について

- 2020年の診療報酬改定において、加熱式タバコ使用者も健康保険による禁煙治療の対象として正式に認められた。
- 加熱式タバコ使用者には、紙巻タバコを吸わずに単独で使用している場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的には加熱式タバコの使用を中止するよう、情報提供や支援を行う必要がある。



図①

- 加熱式タバコ使用者への禁煙治療と禁煙支援の方法については、「禁煙治療のための標準手順書 第8版」、「禁煙支援マニュアル (第二版) 増補改訂版」をご参照いただきたい。

電子タバコ (図②)

- 電子タバコとは、専用カートリッジ内のリキッドを加熱して蒸気 (エアロゾル) を発生させ、それを使用者が吸入する製品。
- リキッドの主成分は、プロピレングリコールやグリセリンなどのグリコール類で、諸外国ではニコチンが含まれている。
- 日本では、電子タバコにニコチンは入っておらず、たばこ事業法のタバコ製品として分類されない為、未成年者も購入可能になっている。
- 加熱式タバコと混同されることが多い製品であるが、加熱式タバコは、「タバコ葉やタバコ葉を用いた加工品を、燃焼させず、専用機器を用いて電気加熱することで煙を発生させるもの」であり、電子タバコとは異なる。
- 現在、米国において、電子タバコによるものと疑われる肺疾患等の健康被害症例が報告されている。

加熱式タバコのまとめ

- 加熱式タバコは、タバコの葉を加熱して、発生したニコチンを含むエアロゾルを吸う構造のタバコ製品である。
- 加熱式タバコの主流煙には、多くの種類の有害化学物質が含まれる。

加熱式タバコ、電子タバコ、紙巻タバコの相違点

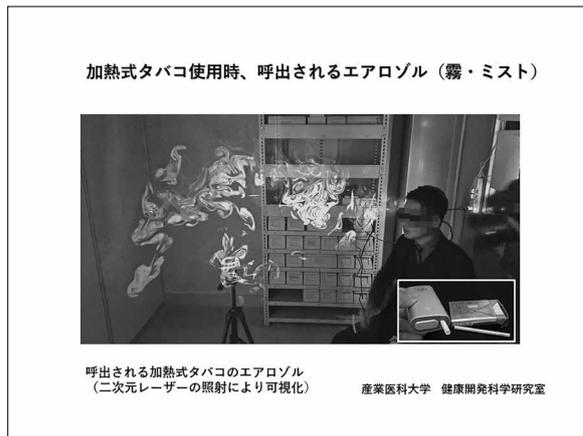
	紙巻タバコと同様 加熱式タバコ	電子タバコ	紙巻タバコ
タバコ葉	使用	使用しない	使用
有害化学物質	あり	あり	あり
ニコチン	あり	なし (海外はあり)	あり
充填液	一部製品で使用	使用	不使用
燃焼	なし	なし	あり
タバコ事業法	対象	対象外	対象
タバコ税	あり	なし	あり
ニコチン・タール量表示	なし	なし	あり
外部加熱装置	使用	使用	使用しない
煙・エアロゾルの発生原理	加工されたタバコ葉を加熱	味のついたプロピレングリコール等を熱コイルで蒸気にする	タバコ葉の燃焼

J.Natl. Inst. Public Health, 69 (2): 2020 改変

図②

- ・加熱式タバコや電子タバコを使用することによる、健康への影響は、明らかになっていない。
- ・喫煙者の呼気のアεροゾルには有害物質が含まれており、受動喫煙が生じる。
- ・禁煙を目的に加熱式タバコを開始した結果、紙巻タバコもやめられず併用するケースもある。
- ・紙巻タバコも加熱式タバコも使用しないことが大切である。

タバコの煙の有害物質は主流煙よりも副流煙に多く含まれており、受動喫煙としてタバコを吸わない人にも及びます。加熱式タバコも目に見えにくいですが、副流煙があることがわかっています(図③)。また、タバコの煙がその場になく状態でも、以前そこに流れてきたタバコの煙の成分が、壁や床、カーテン、衣類、髪の毛に付着して残り、そこから揮発した成分を吸入することを「三次喫煙(サードハンドスモーク)」と呼び、問題になっています。



図③

今後も引き続きタバコの害のない社会を目指し、「先ず隗より始めよ」という言葉に倣って、身近なところから力を合わせて、県民の皆様の健康増進のため、禁煙活動の啓蒙・推進に努力していきたいと思ひます。

閑話求題

大相撲九州場所観戦のススメ

下関市 清水 徳雄

私は54歳ですが、大相撲観戦歴は輪湖時代からの45年以上です。福岡で開催される11月場所もよく行っています。大相撲はやはり「生観戦」がお勧めです。激しくぶつかり合う力士の画はもちろん、独特の音(呼出、行司、柝の音)、飲食や鬢付油の香りなど五感に直接響きます。また、通常テレビでは映らない花道待ちの力士動向や、引退して親方となった人と館内で遭遇する(トイレで元横綱とぼったりとか)など、意外な楽しみもあります。

チケット代は決して安くはないですが、席の種類もいろいろあります。土俵に近いほど当然高いのですが、お勧めはズバリ「当日売りのマス席バラ売り」です。売れ残ったマス席のチケットを当日に限り一人分から買えます。建前上「相席になることもあります」と言われますが、まずなりません。4人分のスペースを一人ないしは二人で使えます。この戦法、土日は難しいのですが、相撲人気は今一つの近年は平日なら可能です。

皆様も是非一度、本場所に足を運んでみてください。クセになりますよ。

国民年金基金 のご案内

日本医師・従業員支部

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部は、
「日本医師会」を設立母体とする
日本医師・従業員国民年金基金が、
全国基金への統合に伴い移行した
医師・医療従事者のための職能型支部です。

不確実な将来に、今、備える



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

国民年金基金のおすすめポイント ～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。



お問い合わ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>



理 事 会

— 第 22 回 —

2月2日 午後5時～7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・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

協議事項

1 令和5年度新規事業について

県教育庁との懇談会、自治医科大学卒業医師の県内定着促進等、追加・修正4事業について協議を行い、修正等を要する事業については次回理事会で再協議することとした。

2 山口県医師会事業継続計画（BCP）及びJMATやまぐち派遣マニュアル（事務担当者用）について

標記計画案等の概要を説明し、その内容について協議を行い、一部修正の上承認した。

3 郡市医師会長会議の意見・要望について

標記会議での質問に対する回答案の協議を行い、国の対応に動きがあれば修正することとして承認した。

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。

人事事項

1 山口県肝炎対策協議会の委員について

山口県健康福祉部長から標記委員の推薦依頼があり、2名を推薦することを決定した。

報告事項

1 山口県がん対策協議会がん登録部会「Web」 (1月18日)

がん登録の実施状況、がん情報の利用について協議を行った。(藤原)

2 第1回周南医療圏地域医療構想 病床機能検討部会「Web」(1月19日)

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等について報告・協議を行った。(前川)

3 医事案件調査専門委員会(1月19日)

診療所、病院各1件の事案について審議を行った。(縄田)

4 第3回学校心臓検診検討委員会(1月19日)

令和3年度山口県学校心臓検診報告書、令和4年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会のアンケート集計結果、令和5年度事業等について協議を行った。(河村)

5 中国四国医師会連合常任委員会「会長会議」 (1月22日)

隣接ブロック当番県・次期当番県医師会会長会議の結果報告、常任委員会の今後のあり方、日本医師会役員ルールの見直し等について協議を行った。(加藤)

6 男女共同参画部会第2回育児支援WG・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会(1月22日)

3月5日開催予定の保育サポーター研修会の内容を決定した後、現況報告に対する問題点と対策について協議を行った。(長谷川)

7 男女共同参画部会第3回理事会(1月22日)

3月5日開催予定の令和4年度総会・特別講演における役割分担、令和5年度事業計画について協議を行った後、保育サポーターバンクの運営状況、女性勤務医ネットワーク連絡系の更新結果

理 事 会

の報告を行った。(長谷川)

8 山口県福祉サービス運営適正化委員会第136回苦情解決部会(書面開催)

苦情相談の現況、苦情解決審議事案等について審議した。(前川)

9 中国地方社会保険医療協議会山口部会「Web」(1月25日)

指定申請について全て承認された。(加藤)

10 個別指導(1月26日)

山口市の診療所で行われ、立ち会った。(藤原)

11 特別支援学校における医療的ケア運営協議会「Web」(1月26日)

「学校における医療的ケアの取組について」の報告、「安心・安全な校外学習の実施に向けた保護者の付添い」、「ガイドラインの策定」等について協議を行った。(河村)

12 診療情報提供推進委員会(1月26日)

本会相談窓口受付状況及び相談窓口受付事例についての報告、医療従事者への暴力について意見交換等を行った。(縄田)

13 第2回禁煙推進委員会(1月26日)

県医師会報「禁煙推進委員会だより」の報告、今後の委員会の活動方針についての協議を行った。(上野)

14 全国メディカルコントロール協議会連絡会(第2回)「Web」(1月27日)

第1部では、「我らの地域のメディカルコントロール取組事例発表“各地域における指導救命士制度の充実に向けた取組事例”」として7つの事例発表が行われ、第2部では、2つの講演等が行われた。(上野)

15 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会理事会・評議員会(1月28日)

令和3年度の事業報告、収支決算案、令和5年度事業計画、収支予算案等について協議を行った。(伊藤)

16 第54回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会(1月29日)

令和3年度事業報告・決算、令和5年度事業計画・予算等について報告・協議を行った後、「高知県における学校心臓検診の取り組み」「高知県における生活習慣病」と題したワークショップ、2つの特別講演等を行った。(伊藤、河村)

17 長門圏域地域医療構想調整会議 病床機能等医療のあり方検討部会(1月30日)

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、病床機能再編支援事業等について協議を行った。(前川)

18 山口県石油コンビナート等防災本部幹事会(1月31日)

山口県石油コンビナート等防災計画の修正案について協議、承認した後、石油コンビナートの事故の状況と防災本部の対応等について報告を受けた。(事務局長)

19 第41回地方独立行政法人山口県立病院機構評価委員会(1月31日)

前回会議のまとめの報告、第4期中期計画の認可について協議を行い認可した。(加藤)

20 広報委員会(2月2日)

会報主要記事掲載予定(3~5月号)、新コーナー「閑話求題」、令和5年度の広報事業等について協議した。(長谷川)

21 会員の入退会異動

入会4件、退会6件、異動4件。(2月1日現在会員数:1号1,221名、2号853名、3号439名、

理 事 会

合計 2,513 名)

22 令和4年度第2回医療政策研修会及び第2回地域医療構想アドバイザー会議

医療計画、関係計画等のスケジュール、医師確保、働き方改革等について報告・協議が行われた。
(前川)

23 診療所の光熱費の変動に関する実態調査（日医からの協力依頼）

日本医師会が実施する電気・ガス料金とその使用量の実態調査への協力依頼について説明した。
(沖中)

医師国保理事会 ー第18回ー

協議事項

1 第2回通常組合会について

2月16日（木）に開催する標記組合会の次第及び5議案について協議、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

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回理事会について（1月27日）

第60回全体協議会等の報告や全医連役員・委員の候補者推薦依頼等について協議を行った。
(加藤)

ー第23回ー

2月16日 午後6時10分～8時40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

議決事項

1 第193回臨時代議員会について

令和5年4月20日に開催し、日本医師会代議員会の報告並びに令和5年度山口県医師会事業計画及び令和5年度山口県医師会予算の報告事項2件を議事とすることを決定した。

協議事項

1 令和5年度新規事業（案）について

自治医科大学卒業医師の県内定着促進、山口県医師会事業継続計画（BCP）策定に伴う設備工事等の実施、アドバンス・ケア・プランニングの啓発普及活動の追加・修正3事業について協議を行い、実施することを承認した。

2 令和5年度事業計画（案）について

会長から総論について、常任理事及び理事から担当事業の新規項目、重点項目について説明・協議が行われた。

3 令和5年度予算（案）について

事業計画（案）に基づき予算編成をし、全体の概要について事務局長から説明を行い、提案どおり承認した。

4 山口県医師会表彰規程第2条第4号による表彰（医学功労賞）について

本会表彰規程により、生涯教育委員会において選考した被表彰者について協議を行い、第4号表彰3名を決定した。

理 事 会

5 令和4年9月台風14号・15号による被害に対する災害見舞について

標記被害が激甚災害に指定されたことによる日本医師会からの見舞金及び本会からの見舞金の交付先について協議を行い決定した。

人事事項

1 山口県いじめ調査検証委員会の委員について

山口県総務部学事文書課長から標記委員の推薦依頼があり、1名を推薦することを決定した。

報告事項

1 社保・国保審査委員連絡委員会（2月2日）

リフィル処方箋による長期投薬の投与期間等の5項目の議題について協議を行った。（伊藤）

2 医療機関税制セミナー「Web」（2月2日）

日本医師会の宮川政昭 常任理事による「医療と消費税、事業承継」、TKC 医業・会計システム研究会の岡村嘉記 税理士による「クリニックの事業承継」と題する講演が行われた。（沖中）

3 第3回医師事務作業補助者研修会「Web」

（2月4日）

参加者が7グループに分かれ、教育体制・人材育成に関するグループワークを実施し、各病院の状況について情報交換を行った。（岡）

4 第4回生涯教育委員会（2月4日）

医学功労賞の選考、県医学会総会開催地の選考、「中高生の職業体験実習」、生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。（岡）

5 警察医会第3回役員会・警察医会第30回研修会（2月4日）

山口県医師会警察医会副会長の選任、令和5年度の山口県医師会表彰の候補者及び研修会等の行事予定について協議した。（前川）

6 山口県衛生検査所精度管理専門委員会「Web」（2月7日）

令和4年度に立入検査を実施した6施設の結果報告及び今後の対応について協議を行った。（茶川）

7 第2回山口県アレルギー疾患医療連絡協議会「Web」（2月8日）

医療・生活連携モデル事業、アレルギー県民講演会等の今年度の取組状況、令和5年度の取組等について協議を行った。（河村）

8 都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会「Web」（2月9日）

現在の学校保健の課題等、国からの行政報告の後、事前アンケートをもとにした学校保健に関する諸課題への対応等について協議した。

（河村、長谷川）

9 個別指導（2月9日）

山口市の病院で行われ、立ち会った。（藤原）

10 地域医療構想調整会議

[周南医療圏：2月9日]

[宇部・小野田医療圏：2月9日]

[山口・防府医療圏：2月10日]

[長門医療圏：2月13日]

各医療圏で、病床機能、外来機能、地域医療構想に関する今後の進め方、病床機能再編事業等について協議を行った。（前川）

11 第2回労災・自賠償医療委員会・第95回山口県自動車保険医療連絡協議会（2月9日）

支払留保事案、交通事故医療における「再診時療養指導管理料」等について損保会社、料率算出機構等と協議を行った。（伊藤）

12 山口県思春期保健関係者連絡会議「Web」

（2月9日）

思春期保健指導者研修、健康教育用リーフレットの配布、保護者向け公開講座の今年度の事業の

理 事 会

取組状況報告の後、令和5年度事業について協議を行った。(河村)

13 第3回山口県糖尿病対策推進委員会

(2月9日)

令和4年度の事業実施報告の後、山口県糖尿病対策推進委員会の開催等の令和5年度事業、糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて協議を行った。(上野)

14 日医第2回医師会共同利用施設検討委員会

(2月10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)の分科会のシンポジスト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～」について議論を行った。(茶川)

15 中国四国医師会連合事務局長会議

(2月10日)

医師会事務局に導入している業務システム、「サイバー保険」の加入、医師会組織強化、医師資格証の普及等各県医師会からの提出議題について意見交換を行った。(事務局長)

16 へき地医療専門調査会「Web」(2月10日)

山口県のへき地医療の現状と課題、デジタル技術を活用した遠隔医療等について協議を行った。(前川)

17 日医母子保健講習会(2月12日)

「母子保健におけるメンタルヘルス、こころの問題」をテーマとして開催され、厚生労働省子ども家庭局母子保健課の山本圭子 課長による「最近の母子保健行政の動き」ほか4題の講演等が行われた。(河村、縄田)

18 三師会懇談会(2月14日)

山口県健康増進課の穴戸主幹による「三師会と

県の連携による口腔ケアの推進」と題した講話の後、意見交換を行った。(伊藤)

19 「教えて!先輩」開催「Web」(2月15日)

「キャリアと家庭の両立」をテーマに、子育て等の経験を有する先輩医師が若い医学生、研修医等からの質問に答えるオンラインイベントを開催した。(長谷川)

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(2月15日)

オンライン資格確認等の状況、数値目標に係る審査実績及び要因分析、支払基金改革の進捗状況、診療報酬等支払確定件数等について報告が行われた。(加藤)

医師国保理事会 ー第19回ー

協議事項

1 令和4年度版「医師国保組合の将来を考える」アンケート調査について

全国医師国民健康保険組合連合会国保問題検討委員会から依頼のあった標記アンケートの回答案について協議、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

1件について協議、承認。

報告事項

1 全国国民健康保険組合協会第2回理事会・役員研修会(2月3日)

「医療制度改革の動向と展望」(国際医療福祉大学大学院 島崎謙治 教授)と「国民健康保険制度と国保組合の現状と今後」(厚生労働省保険局国民健康保険課 高木有生 課長)の講演が行われた。

(加藤)

理 事 会

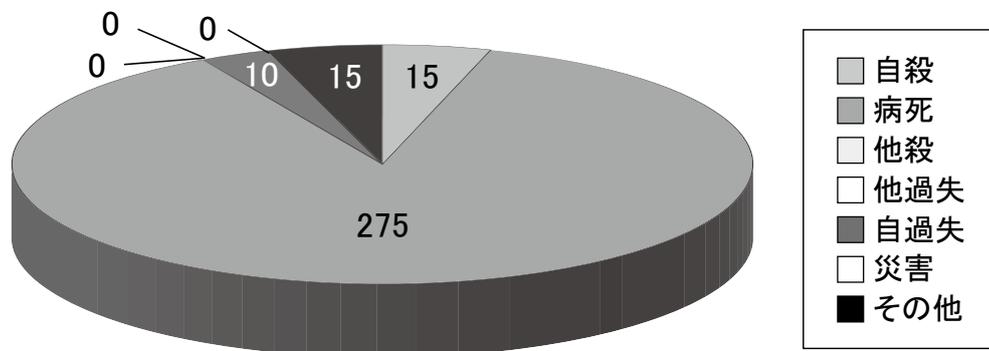
2 オンライン資格確認の推進に関する説明会 「Web」(2月9日)

「オンライン資格確認等システムについて」(厚生労働省保険局医療介護連携策課 佐藤基之 課長補佐)の説明が行われた。(中村)

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-23	15	275	0	0	10	0	15	315

死体検案数と死亡種別 (令和5年1月分)



自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン株式会社 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

麻雀のススめ



麻雀は4人のプレイヤーがテーブルを囲み、数十枚から百枚あまりの牌（パイ）を引いて役を揃えることを数回行い、得点を重ねていくゲーム。ゲーム終了時の得点の多寡によって勝敗を決める（Wikipediaより）。

麻雀を嗜む医者はどこくらいいるのだろうか？結構おられるのではないかと。

元公務員だった私の父は現在82歳であるが、若いころから続けていた麻雀を今も仲間と月1回続けている。私が幼いころも、たまに友人を自宅に招いては、深夜までジャラジャラと音を立てて麻雀に興じていた。私は意味もわからず、父の傍で様子を眺めていたが、皆の楽しそうな表情が印象的であった。

麻雀のルールを覚えたのは、中学生のころ。麻雀牌を買った友人から誘われたのをきっかけに見よう見まねで始めた。高校生になり、麻雀仲間とは距離をおいたが、部活をやめて時間ができたのを契機に、再び誘われるようになった。

そして、大学に進学し、山口市の教養キャンパス時代に将棋同好会に入部すると、そこで麻雀好きが複数人いて、週末の徹夜麻雀を繰り返した。

十数年前に柳井市の周東病院に赴任していたころ、私が麻雀ができるのを知ると、院内PHSから麻酔科のT先生の大きな声が金曜の夕方、「藤村！今夜空いとるか？麻雀やるから集まれ！」と響くようになった。かくして病院の官舎の空き部屋を拝借して、放射線科のK先生、脳外科のF先生、外科のI先生、看護師のS君ら麻雀好きのドクターと1看護師が集まって、主に週末に麻雀

をするようになった。

麻雀は遊びといえども、一つのコミュニケーションツール。私は、他科の先生方に患者を紹介する立場であり、ゲームで仲良くなれば、紹介する時に少しだけ話が通りやすくなる。

その後、私が周東病院を辞して開業したのを契機に、リアル麻雀からも一旦卒業(?)した。

複数の病院勤務を経験したが、同じ病院内にあれほどの麻雀好きが集まったことも空前にして絶後かも知れない。

字数が余ったので、プロ麻雀界について書こうと思う。

現在、プロ麻雀団体には主に4つの団体がある（日本プロ麻雀連盟、日本プロ麻雀協会、RMU、最高位戦プロ麻雀協会）。それぞれに、強い雀士が所属しているが、ここ10年ほど前から女流雀士の活躍が目立ってきている。

私が最良にしている女流雀士は、二階堂瑠美・亜樹姉妹プロ、茅森早香プロ、東城りおプロ、黒沢咲プロ、高宮まりプロ、魚谷侑未プロなどである。いずれもアイドル顔負けの美人揃いで麻雀も普通の男は震え上がるほど強い。近ごろでは、瑞原明奈プロ、伊達朱里紗プロという、憎らしいほど若く強い女流雀士が登場してきた。

ところで、プロ麻雀界とプロ将棋界の決定的な違いは、プロ団体数である。プロ麻雀の4団体に対し、プロ将棋棋士団体は日本将棋連盟の1つしかない。

やはり、どのような競技においても複数の団体があってこそ、内部での健全な切磋琢磨があり、

健全な活動や運営ができると思う。

しかしながら、今の将棋連盟は、数年前にプロ棋士将棋ソフト不正使用疑惑騒動（不正疑いの時点で、出場停止処分が対象棋士に下った）や、最近ではマスクをつけずに対局をしたら、即反則負けになるなど、行き過ぎた対応が外部から見ても問題だと思う。

同じことは国技の相撲にも言える。日本相撲協

会1つしか団体がないため、昔から八百長相撲とかの問題が絶えないのである。元横綱貴乃花あたりが、日本相撲連盟なんて立ちあげてくれたら、相撲がより面白くなるのではと妄想している。

日医FAXニュース

2023年（令和5年）1月27日 3105号

- マスク不要論、各医師会に不安
- 「ゾコーバ」に高額薬ルールを初適用
- 身近な感染対策の見直し、専門家で協議
- 中医協公益委員、笠木映里氏を提案へ

2023年（令和5年）1月31日 3106号

- コロナ5類、医療体制方針は「3月上旬」
- 医療逼迫の緩和策、「積極的に検討を」
- 治験促進センター、廃止後も存続
- インフル定点報告、沖縄が38.77で突出

2023年（令和5年）2月3日 3107号

- かかりつけ医機能報告、認定制度でない
- 特例措置、「医薬品供給問題」が背景に
- ゾコーバ薬価、複数の比較薬で算定へ
- コロナ5類移行に向け感染対策を支援

2023年（令和5年）2月7日 3108号

- かかりつけの制度、登録・認定ではない
- 基幹病院等の医師派遣「適切な判断を」
- 新興感染症の対応案「理解」の声が大勢
- 自宅療養者の健康観察・医療体制を調査
- インフル定点報告数、沖縄41.23で突出

2023年（令和5年）2月10日 3109号

- 日医・知事会、5類移行で共同声明
- 5類移行後も「必要な支援継続を」
- コロナワクチン、次の接種は秋冬に
- 中医協公益委員に笠木氏、国会が同意

2023年（令和5年）2月14日 3110号

- マスク緩和も、医療機関受診時は着用を
- 5類移行後は「インフル定点」基本に
- 新機構、政府の「強いガバナンス」下に
- インフル定点報告数、沖縄47.18で突出

2023年（令和5年）2月17日 3111号

- 「外形的に事実を確認するもの」
- トルコ地震で500万円の支援金
- 短期滞在入国者「民間医療保険」加入を
- 来月1日から「子ども予防接種週間」
- コロナ四半期ごと「過去1年の販売額」で判断

2023年（令和5年）2月21日 3112号

- 「資格確認書」無償発行、有効期限1年
- 予防計画の基本指針、議論は3月以降に
- 報酬特例等は「3月上旬めどに検討」
- ヘルパンギーナ、過去5年比かなり多い
- インフル定点報告数12.91、最多は福井



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>



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

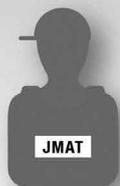
採用時の 医師資格確認



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)

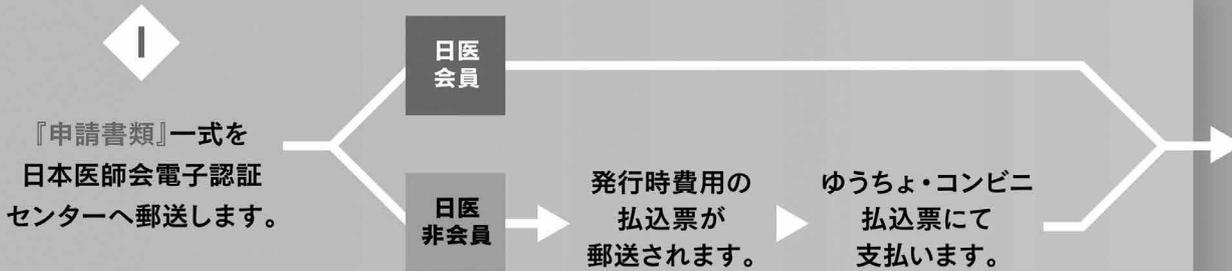
講習会受付



「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
 - ・マイナンバーカード
 - ・運転免許証 もしくは
 - ・住民基本台帳カード
 - ・運転経歴証明書
 - ・官公庁発行職員身券
- (平成24年4月1日以降発行のもの)

※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、「日医医療認証基盤」(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。

3以内のもの

※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)(有効期間内のもの)

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

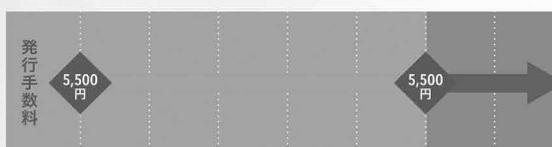
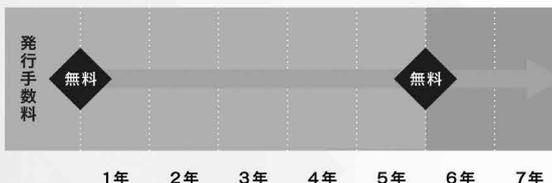
費用

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





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

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。

時 任	豊 氏	下関市医師会	1月24日	享年	90
小屋敷	和昭 氏	下関市医師会	2月 2日	享年	93
土屋公徳	氏	宇部市医師会	2月 7日	享年	87
小原	正 氏	大島郡医師会	2月11日	享年	92

編集後記

県医師会生涯研修セミナーで「男性の性腺機能低下症（LOH 症候群：Late-Onset Hypogonadism）」の講演を聴く機会があった。

加齢やストレスなどに伴って男性ホルモンであるテストステロンが減少しさまざまな症状が出る、いわゆる「男性の更年期障害」と言われるものであり、50～60歳に多い傾向にあるとのこと。最近元気が出ない、やる気が出ない、などの不調はLOH症候群が原因の可能性があるという。

テストステロンの分泌が低下すると、まず、身体症状として、筋力低下や筋肉痛、疲労感、異常発汗・ほてりなどがあり、また、男性特有の症状として、性能の低下などが起こる。

また、中性脂肪やコレステロールの代謝が低下し、肥満、高血圧、高血糖、脂質異常症などの生活習慣病を発症するリスクが高まる。

一方、精神面での影響は大きく、興味や意欲の喪失、不眠、不安感・イライラ、うつ症状、そして集中力や記憶力の低下などが現れる。

このLOH症候群の可能性については、自分でチェックすることができる。

詳細は「AMS 調査票」「加齢男性性腺機能低下症候群診療の手引き 2022」を見ていただきたい。この調査表は、問診で使われるほか、セルフチェックの方法としても利用されている。

そこで早速、自分でチェックしてみると中等度の症状と出た！チェックした項目をみると意欲や心情面での変化が点数に出ているように思う。確かに、以前に比べ、ちょっと踏ん張らないと行動に移せない、少しのことでよくよ悩む、など思い当たるものがあり、近々血液検査をしようと思っている。

一方で、テストステロンの分泌には、加齢に合わせて「社会的な活動」が深く関係しており、社会的な役割をもっていたり、趣味などで人生を楽しんでいる人は、テストステロンの分泌が低下しにくいという。

講演を聴いて、これからも、県医師会など“社会的な活動”は必須なのかな～と考えるのである。読者の方で心配な方は、一度、セルフチェック・血液検査をされてみてはいかがでしょうか。

(参考) 山口大学医学部泌尿器科講座 白石晃司教授講演「男性の性腺機能低下症 LOH 症候群」
2022.11.20 山口県医師会生涯研修セミナー資料より

(理事 岡 紳爾)



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）