

山口県医師会報

令和6年(2024年)

1月号

— No.1961 —

新年特集号



炉辺談話

●
表紙の写真に寄せて

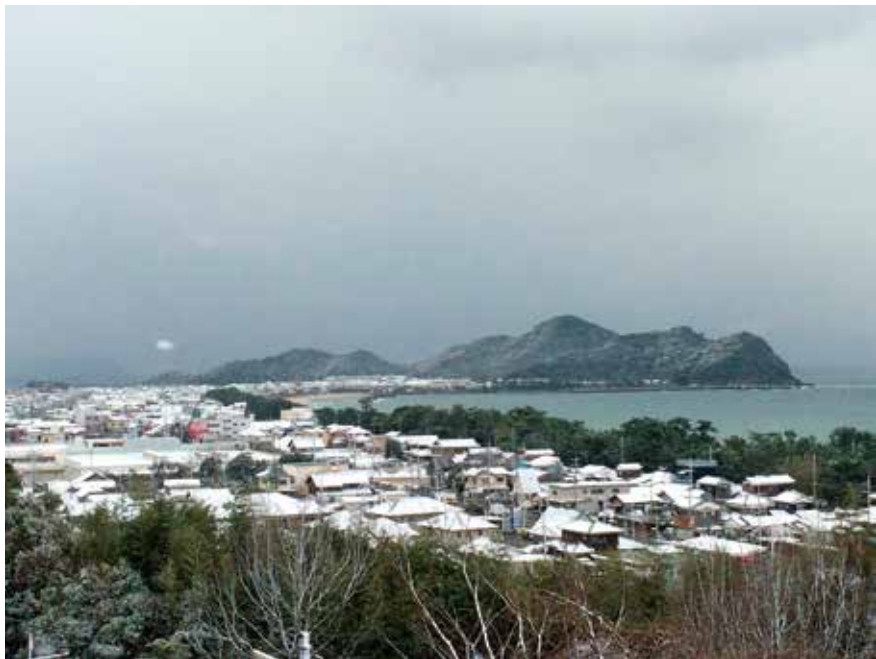
表紙「雲海に浮かぶ峨嵋山」



光市の峨嵋山（がびさん）は標高 117m の山です。かつては島でしたが、島田川からの砂や岩石が長い年月を経て堆積し砂州となり、本土と繋がり陸繋島として室積半島（象鼻ヶ岬）を形成しました。

霧の朝、峨嵋山は島に戻ります。

裏表紙「雪の峨嵋山」



本来の風景、7つの尾根をもつ山です。

光
市

廣
田

修

Contents

■表紙の写真に寄せて	光 市 廣田 修	2
------------------	----------	---

■年頭所感

山口県医師会長 加藤智栄	4
日本医師会長 松本吉郎	6
山口県知事 村岡嗣政	8

炉 辺 談 話

ライオンシティー 2	徳 山 中村和行	10
SEIKO の壁時計	柳 井 織田哲至	12
野球 ～その文化論的・歴史論的・私的考察～	山口大学 しまふくろう	14
若山牧水と石川啄木	徳 山 篠原淳一	17
俳句ギャラリー	ふしの句会（山口市医師会）	18
キャンピングカーのすゝめ	長門市 綿貫浩一	20
C Jam Blues	下関市 松原信行	24

■ 2024 年のスギ・ヒノキ花粉飛散の予測	沖中芳彦	26
■ 今月の視点「在宅医療推進への取り組み」	伊藤真一	30
■ 令和 5 年度 第 54 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	34
■ 第 168 回生涯研修セミナー	宮地隆史、小林元壯、福田信二	58
■ 日医 FAX ニュース		69
■ お知らせ・ご案内		70
■ 編集後記	広報委員	82

年頭所感

山口県医師会長 加藤 智栄



新年明けましておめでとうございます。皆様方におかれましては、新年を健やかに迎えのこととお慶び申し上げます。

新型コロナウイルス感染症は2020年1月15日に本邦第一例目の感染者の報告がなされ、2類相当の位置付けで対応されて来ましたが、昨年5月8日に5類に移行しました。感染は未だに続いているのですが、社会的な制限はずいぶん軽減されました。約4年間にわたり、感染対応とともに通常医療に真摯に取り組んでこられた医療機関の皆様方に感謝申し上げます。感染力は強いものの重症化の頻度は低いようなので、インフルエンザに似たような対応に移行していくものと思っています。治療薬が高額で、種類が少なく、併用禁忌もありインフルエンザより厄介との声もありますが、従来のコロナウイルス感染の一つになっていくだろうとも思っています。

昨年も述べましたが、山口県の医療で最も必要なことは、若手医師不足の解消です。県医師会では、山口県での医師の働く環境が良くなるように、時間外救急に携わる医師にインセンティブを付与する制度を創出するように粘り強く県・行政に働きかけ、ようやく実を結ぶのではないかと考えています。

若手医師の研究を支援するための研究助成事業も昨年からスタートしました。2件の研究助成をしており、研究成果が今年の山口県医学会総会で発表されることになっております。医学会総会も市民公開講座が復活すると思いますので、活性化してくると思います。質の向上を図りながら県民にとっても親しみやすくなることを目指して参ります。

ます。

県医師会の勤務医部会は昭和63年に設立され、徳山医師会、萩市医師会に勤務医部会が設立され、令和元年に山陽小野田医師会、令和2年に山口市医師会、令和3年に宇部市医師会、令和4年に岩国市医師会、下関市医師会に勤務医部会が設立されました。令和5年の7月に岩国医療センターに出向き、岩国市医師会勤務医部会で講演をして参りました。勤務医部会が活性化され、勤務医の医師会活動への参画が増えるようにしたいと思っています。

医業承継に関しては、譲渡希望医療機関、譲受希望者を募集して、医療経営コンサルタントや銀行に介入してもらって進めています。両者の希望が一致をみて、一つでも多くの承継が実現することを望んでいます。

医学部卒業後5年間の医師会費は免除され、より多くの若手医師が医師会活動に参加しやすくなっています。皆様のご協力で、若手医師の日本医師会までの入会者が増えています。お陰様で、日医代議員数は5名の枠を維持できそうです。県医師会員の全てが日医に入会すると、代議員の数は6名に増やすことが可能です。これからも日医への加入促進を皆さんと共にしていきます。

今年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の改定年ですので、去年は診療報酬アップに向けて活動しました。日医でも都道府県医師会長会議で診療報酬改定に関する討論が企画されましたので、山口県からは「令和4年改定時に看護師等の処遇改善が新設されたが、医師や薬剤師の処遇改善が入っていないので、医師の診療科の偏在（救急や産婦人科、外科などの医師数が少なく、

その他の診療科の医師数が増えている）や薬剤師の偏在（病院薬剤師が不足しているが、調剤薬剤師は多い）解消のために、「診療報酬上の処遇改善」を要望しました。医療 DX を進めていくことから、薬価の改定は 4 月 1 日から、診療報酬改定は 6 月 1 日からの施行となっています。医療 DX が推進され、医療機関の負担になることなく、全国の電子カルテが統一されたものになることが待たれます。ベンダーだけが潤うような対応は健全ではありません。

医療が健全に発展するためには、医療の経済波及効果は公共事業よりも高く、医療が産業である視点が必要との思いで、朝日新聞の「私の視点」欄に論説を載せていただきました（令和 5 年 11 月 1 日付）。最新の良い医療を提供するためには、日本という国が経済発展をするしかないと考えています。経済が好転し、保険収入が増加しないこ

とには最先端の医療を取り入れていくことは困難になります。コストカットの経済からの脱却を言うのであれば、医療費のコストカットも止めなければなりません。今の日本で需要があるのは医療と介護であるのに、抑制政策の継続で、国内の医療産業を潰していると言いたいです。

医師の働き方改革で時間外労働規制も今年からスタートします。未来のことはいつも不透明で、予期せぬことが起こります。しかし、どのような状況でも変化しますので、物事が良い方向に流れていくよう今年も工夫と努力を積み重ねて参る所存です。

本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

年頭所感

日本医師会長 松本吉郎



明けましておめでとうございます。会員の皆様におかれましては、健やかに新年をお迎えになられたこととお慶び申し上げます。

本年の干支は、「甲辰（きのえたつ）」です。「甲辰」は、「成功という芽が成長していき、姿を整えていく」という意味があるそうです。日進月歩の医療界において、本年は特に様々な変化を迎える、まさに画竜点睛とも言えるべき年であります。今後の医療の発展に向けて、日本医師会は本年も尽力してまいります。

本年夏頃に新紙幣が発行予定ですが、新千円札の肖像には、日本医師会初代会長の北里柴三郎先生が採用されました。近代日本医学の礎を築いた北里先生は予防医学の重要性を説かれておりますが、我々もこの北里先生の志を受け継ぎ、治療を中心とした医療のみならず、予防・健康づくりにも引き続き貢献してまいります。

組織強化につきましては、日本医師会が令和5年度より実施した医学部卒後5年目までの会費減免のほか、本会常勤役員による都道府県医師会役員の訪問・面会など、本会が実施する様々な取り組みに対し、各地域医師会の多大なるご理解とご協力を得る中で、その活動を深化してまいりました。こうした取り組みの結果、会員数も増加し、昨年8月には初めて17万5千人を超えるに至りました。より多くの先生方と共にわが国のより良い医療を実現するため、引き続き組織強化に向けた活動を展開してまいります。

また、患者さんの受ける診療・治療は一連のものであり、医療は各団体の連携によって支えられています。日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会、さらに、日本病院会、全日本病

院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の四病院団体協議会などの各種医療関係団体とともに、医療界は一体・一丸となって、これからも国民の生命と健康を守ってまいります。

令和6年度診療報酬改定につきましては、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」、「ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進」、「安心・安全で質の高い医療の推進」、「効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上」、以上4つの視点のもとで行われることになっていきます。また、診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダーの集中的な業務負担を平準化するため、今回より施行時期が変更されます。その際には医療機関の負担軽減や効率化をするための取り組みも必要ですので、施行時期の後ろ倒しに伴う課題解決に向けて取り組んでまいります。

一方、本年4月からは医師の働き方改革の新制度が施行され、医師の時間外労働の上限規制が開始されます。医師の働き方改革では、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」の3つの重要な課題にしっかりと取り組むことが重要です。日本医師会は、厚生労働省から指定を受けた医療機関勤務環境評価センターの業務を中心に医療機関および勤務医の先生方を支援してまいります。

新型コロナウイルス感染症は、昨年5月に感染症法上の位置付けが5類感染症に変更されました。わが国は、国際的に見ても、コロナによる人口当たりの死亡者数や陽性者の致死率の低さな

ど、相当の医療実績を積み上げてきました。これは会員の皆様をはじめとする全国の医療機関の先生方による懸命な対応の賜物と考えております。深く感謝申し上げます。特に、診療所で対応したコロナ患者及びコロナ疑い患者数は約 7,700 万人にのぼるうえ、新型コロナウイルス感染症対応における外来対応医療機関（診療・検査医療機関）の数は約 5 万となりました。さらに、これまでの新型コロナワクチンの接種回数は約 4 億 3 千万回に達しました。

昨年 11 月には、厚生労働省と本会を含め 8 つの医療関係団体とともに「ポストコロナ医療体制充実宣言」を公表し、次の感染症拡大への備えを先手先手で実施するため、新興感染症対応と医療 DX の推進を集中的に進めることを表明いたしました。

また、本年 4 月より、改正感染症法に基づく、医療措置協定が施行されるとともに、第 8 次医療計画が開始されます。日本医師会といたしましても、診療所の新興感染症への対応力を一層高めることを目的に、地域医師会のためのモデル研修を本年 3 月に実施予定です。

会員の先生方におかれましては、日頃から地域にどっぷりつかり、地域住民の健康を守るため、様々な活動を通じて地域を面として支えていただいております。地域医師会はそうした活動に深く関与しておられます。昨年より、国民の皆さんにそうした医師会活動を知ってもらうため、「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」を開始しました。その一環として、昨年 10 月に「有事の医師会活動～地域、住民を守る活動～」をテーマとしたシンポジウムを開催し、大規模災害時やコロナ禍

での医師会活動について情報を発信いたしました。本年 3 月に第 2 回のシンポジウムを予定しておりますが、今後も引き続き当該プロジェクトを進めてまいります。

昨年も国内では、地震や台風、豪雨など、全国各地で大きな被害がもたらされました。これらの災害によって被災された皆さまに、心からお見舞い申し上げます。

また、ロシアによるウクライナ侵攻、イスラエルとハマスの対立、隣国の脅威など、国際的にも予断を許さない状況にあり、さらに地球温暖化等による異常気象の影響等も注視していく必要があります。災害対策基本法上の指定公共機関である日本医師会は、今後とも大規模災害に備えて、組織づくりや災害医療研修の実施等の準備体制をさらに進めてまいります。

また、医療 DX は、日本医師会が目指す「国民・患者の皆様への安心・安全でより質の高い医療提供」と「医療現場の負担軽減」の実現に資するものでなければなりません。また政府に対しては、サイバーセキュリティ対策も含めた、医療 DX に掛かるコストに対する公的支援の拡充、並びに現場の負担軽減に向けた取り組みと情報発信を引き続き求めてまいります。

新しい年が会員の先生方お一人お一人にとって充実した幸多き年となりますことを祈念申し上げます。年頭に当たってのごあいさついたします。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

年頭所感

山口県知事 村岡 嗣政



明けましておめでとうございます。

新春を迎え、謹んで新年のお慶びを申し上げますとともに、皆様にとりまして、本年が素晴らしい年となりますことを、心からお祈り申し上げます。

また、平素から、山口県医師会の会員の皆様方には、本県の保健医療行政をはじめ県政全般にわたり、格別の御理解、御協力をいただいておりますことに、心から感謝申し上げます。

さて、昨年は新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行し、社会・経済活動の正常化の動きが進んでおります。これまで3年以上にわたり、医療関係者の皆様方には、多大なる御尽力をいただきましたことに、改めて深く感謝申し上げます。

コロナ禍により、人々の意識、価値観、行動が大きく変わってきています。私は、県政運営の指針となる「やまぐち未来維新プラン」を策定し、「安心・安全」、「デジタル」、「グリーン」、「ヒューマン」の4つの視点で、これまで挑戦してきた産業維新・大交流維新・生活維新の「3つの維新」をさらに進化させ、未来に希望を持って暮らせる『安心で希望と活力に満ちた山口県』の実現を目指して取組を展開しているところです。

とりわけ、コロナ禍を経験し、私たちは、地域医療が医療関係者の皆様の御尽力の上に成り立っており、いつでも安全で良質な医療サービスの提供を受けられることが決して当たり前ではないことを強く実感したところであり、県民誰もが、希望を持って、いつまでも安心して暮らし続けられる基盤を築く「生活維新」を実現するためには、地域にふさわしいバランスの取れた医療提供体制を構築することが重要と考えています。

さらに、本年は、本県における総合的な保健医

療提供体制の指針となる「第8次山口県保健医療計画」を策定し、新たな計画に基づく取組のスタートを切る重要な年となります。

策定作業は大詰めを迎えており、山口県医師会の皆様方には、医療審議会や各分野の協議会への参画等を通じ、地域医療の現場を担うお立場から貴重な御意見をいただいておりますことに、感謝申し上げます。

この新たな保健医療計画の策定を着実に進め、県民の皆様が生涯を通じて、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、質の高い保健医療を持続的に提供できる体制の構築に取り組んでまいります。

もとより、こうした保健医療施策を着実に進めていくためには、山口県医師会の皆様のお力添えが不可欠と考えていますので、御支援と御協力を賜りますよう、お願いいたします。

今年の干支は、「甲辰（きのえたつ）」です。「甲（きのえ）」は、十干の最初の文字であり、物事のはじまりを象徴します。「辰（たつ）」は、十二支の中では唯一、架空の生き物である「龍」を意味します。また、「辰」は万物が成長し動きが盛んになる様子を象徴するともいわれており、活力旺盛に大きく成長するさまを思わせます。

私は、山口県医師会の皆様をはじめとする関係団体や市町、県民の皆様と連携をより一層深め、希望と活力に満ちた未来志向の県づくりを昇龍の勢いで進めてまいりたいと考えておりますので、皆様の御支援、御協力を賜りますよう、重ねてお願いいたします。

結びに、山口県医師会の益々の御発展と、会員の皆様方の御健勝、御多幸を祈念して私の年頭のあいさつとさせていただきます。



ライオンシティー2

徳山 中村 和行

令和5年の山口県医師会報夏季特集号の緑陰随筆「ライオンシティー」の続きを寄稿します。

福岡国際空港から直行便で6時間の飛行でシンガポール・チャンギ国際空港に到着し、空港からハイヤーで学会事務局が用意してくれたホテルに向かい、無事にチェックインを済ませ、近くのモールの中にあるスーパーへ夕食の食材を買いに出ました。現地時間で4時過ぎですが、天候は晴れ、外気温は30℃、湿度は80%を超えています。モールの広場では、多様な肌の色の若い（70歳を超えているかも）も若き（中学生かな）も女性たちが目のやり場に困るような派手な運動着を身に纏い、アップテンポの音楽に合わせて運動していました。家内がJazzerciseとは違いますねと言っていましたが……。モールの中のマクドナルドでスマホによる注文騒ぎの後、家内の機転でバーガーキングの店員に直接注文して食材を手に入れ、先ほどのスーパーで買い求めた果物やカット野菜と飲み物を手にしてホテルに戻りました。

ホテルが国際会議場のEXPOに近いビジネスパークエリアにあるためか、MRTと呼ばれる地下鉄・高架鉄道の駅が最寄りになって市街地への利便性もよく、街並みも整然としてゴミもなく（法律でゴミ捨ては罰せられます）、夕暮れ時でも女性たちが散歩しています。ホテルのインターネット環境も整備され、セキュリティーシステムも悪くないのですが、たまたま家内のカードキーの入力に不備があり、難儀したようです。フロントで毎朝カードのチェックをしておくといいようです。

さて、この度のシンガポール訪問の目的は、アジア・オセアニア地域ヒトプロテオーム機構(AOHUPO)の20周年記念式典において記念講演をすることですが、折角ですから、家内と少しばかり贅沢な食事をしようということになり、

シンガポールのラッフルズ・ホテルのアフタヌーンティーを味わうことにしました。ラッフルズホテルは、イギリス植民地時代に建てられたものでリニューアルされてはいますが、インド人のドアマンの衣装やグランドロビーの内装は当時を想わせます。また、ホテル内のラッフルズ・ガーデンと呼ばれる西洋式の庭園にはトーマス・ラッフルズの胸像などもあり、噴水や樹木もよく手入れされ、回廊には紅茶やワインあるいは貴金属の装飾品などの店が雰囲気調和して並び、気持ちの良い空間でした。予約した時間になると係が席に案内してくれます。食前にはシャンパン(ロゼ)を、紅茶はマリアージュのアールグレイを味わいながらのサンドイッチは美味でした。ハープの生演奏を聴きながら1時間半のゆっくりとした時間を楽しみました。実は、今回のAOHUPOの式典を企画したシンガポール国立大学教授のMaxと奥さんのConnieから昼食に招待されたのですが、こちらの先約で申し訳ないことをしました。記念式典の翌日にはCongress dinnerでMaxとConnieに会う約束をしました。家内はConnieへの手土産として和菓子を事前に注文しており、福岡国際空港から出発する前に国内線の売り場で受け取っていました。家内は、海外で味わっていたくので英文で和菓子の説明があれば良いのにねと、店員さんに言っていました。

さて、5月8日の午後4時からAOHUPOの20周年記念式典が始まりました。今年からAOHUPOの新しい会長に就任したマカオ大学のTerence Poon教授が式典の開会の辞を述べ、続いてAOHUPO歴代会長の一人一人に記念の楯の授与(写真1)があり、講演が続きました。事前にMaxが予定のプログラムに沿って各講演時間を7分にしてほしいと演者に伝えていましたが、

最初から 15 分を超える講演が続き、Max はじめ後続の演者はやきもきしていました。私は 3 番目でした。まずは、今回の記念式典を企画してくれた Max と組織委員会に深甚の謝意を述べた後に、「初代と第二代会長の講演は長くなると予想していたので、私は 7 分で済ませます」と宣言し、1 枚のスライドで AOHUPO の歴史を振り返った後、ヒトプロテオーム研究の最新の臨床応用として Mild Cognitive Impairment Screening Test (MCI Plus) を紹介しました。この研究は、徳山医師会病院と筑波大学発スタートアップ企業の MCBI との共同臨床研究の成果で質量分析法による血漿タンパクのバイオマーカー探索による軽度認知障害の新しい早期診断法の開発のためのものです。

日本では令和 5 年 6 月 14 日の参議院本会議で認知症基本法が可決・成立し、認知症患者との共生社会を目指すことになりました。高齢化が進む日本にとっては、認知症の早期診断による病気の進行を予防することは極めて重要な課題です。過去の膨大な検査データの臨床評価と種々の測定機器の自動化によって、一般の臨床検査は迅速かつ正確に行われるようになり、現代の医療にはなくてはならない手段となりましたが、厚労省の診療報酬の算定基準から、一検体一項目測定が一般的です。しかし、病気の原因は単一のものではない場合が多く、特に変性疾患と呼ばれるものについては、部位や時期により多様な症状を示すものがあると同時に、早期診断によりその病因の一つでも取り除くことによって、病気の進行を遅らせることができます。最近の質量分析法の技術開発によって微量の検体を用いた同時多項目測定が可能になり、多数の血漿タンパク質を同時に測定することでさまざまな疾患の早期診断が可能になりつつあります。特にアルツハイマー病などの進行性の認知障害の発症機序も分子レベルで明らかになり、抗体医薬による治療法の開

発が進んでいます。

さて、シンガポールでの AOHUPO 20 周年記念式典に戻ります。すべての歴代会長の講演が終わり、壇上には各国の AOHUPO 理事が揃い、記念のケーキカット（写真 2）が始まりました。歴代会長はじめ AOHUPO 新会長がケーキカットを行い、多くの参加者とともに 20 周年を祝いました。

追記：第 11 回 AOHUPO 国際会議並びに 20 周年記念式典への参加については、一部を山口大学基金名誉教授プロジェクトから支援を頂きました。



写真 1. AOHUPO 歴代会長に記念の楯の授与。右側が AOHUPO 新会長の Terence Poon 教授、左が第三代会長の筆者。



写真 2. AOHUPO 歴代会長と新会長による記念のケーキカット。前列左から 2 番目が筆者、前列中央が Max で、後方の壇上に立っているのが各国の AOHUPO 理事。

SEIKO の壁時計

柳 井 織田 哲至

「あなたの人生を円グラフで表現して下さい」と小川 哲著の『君が手にするはずだった黄金について』に書かれていました。この質問は何を意味しているのでしょうか。人生において重要だったもの？印象に残っているもの？この問いに答えようとすると、自分の人生を思い返すしかありません。人生は幅広い概念で、時間、経歴と言う側面を持っていますが、自分一人だと平凡な一日で自分の記憶がすっかり消えてしまいます。結婚してからであれば、何とか記憶がよみがえります。

我が家の壁に掛かっている時計（写真1）は、壊れもせず、また狂いもなく時を刻み、私たち家族を44年間見つめています。昭和54年4月29日の結婚式の時にお祝いで頂いたのですが、誰からもらったのか思い出せません。この時計はセイコー（SEIKO）のクォーツです。女房の名前も誓子です。『黄金の刻 小説 服部金太郎』（楡周平著）は、セイコーの創業である服部時計店、精工舎の歴史がよく分かります。我が家のSEIKO時計が、のぞき見ていた人生の一部を少し書きましょう。

国立下関病院の貴船町の官舎の壁がスタートです。新婚旅行は結婚式のすぐ後ではなく、5月28日からロンドン、ジュネーブ、パリに行き、結婚後初の6月10日（時計の日）は自宅に居ました。一年後に長男が誕生です。誓子の陣痛、長

男の夜泣きの凄さ、母乳を2～3時間ごとに与えたのも見えています。血液から作られる母乳には、免疫物質とか脳を大きくし脳神経の発達に欠かせないミルクオリゴ糖があります。メラトニンも含まれているので2～3か月で昼夜の区別がつけられます。

昭和55年10月から新潟市のマンションです。舌が徐々に厚くなると乳離れをして言語が発達します。母親の子育てを促す神経ペプチドのアミリンが、視床下部の内側視索前野から分泌されますが、孤独も感知し易くなります。孤独は、夫やママ友との会話とか、美術を鑑賞することで解消されます。

昭和57年10月より山口大学の小串の官舎です。「ねーねー、お母さん、見て、女がタバコを吸ってるよ。」と電車の中で息子が話しかける時代で、私が煙草を吸っていたのも見られています。この子が、川崎病で大学病院に入院し、願掛けで止めたのも知っています。この時、下の娘は私の父と母に預けられ、木製のままごとの机と椅子を作ってもらい、慈愛に満ちた誓子の原稿が、朝日新聞の声の欄に載りました。

3%の消費税がスタートした平成元年から、周東病院の宿舎です。庭付きの独立した一軒家です。寝ている時に何故か私だけムカデにかまれ、すごい痛みで目が覚めたのも知っています。他の血液型に比べてO型は、蚊に2倍刺され易いと言われていますが、ムカデの情報はありません。

平成8年、実家のすぐそばに自宅を建て、現在も住んでいます。時計はリビングルームの壁にあり、寝室は見られていません。新婚旅行時、ルノワールの絵の前で撮った写真から憶測されるように（写真2）、いろんな絵が壁にかかり始めます。パリとか、植物が好きな誓子の心模様が出ています。特に山口県出身の香月泰男のフリージア（義父の好きな花です）は、すばらしい。絵は、言葉



写真1. SEIKO 時計

では表されない人間の本能を映す鏡です。美しいと感じれば、ドーパミンが分泌され眼窩前頭皮質の活動がアップし、快感を得ることが fMRI で証明されています。

現在の紙幣が初めて使われた平成 16 年、大学との付き合いが嫌になり、大借金を抱えて開業するかどうか悩んだ時に、ポーンと気軽に私の背中を押したのが誓子です。SEIKO 時計も当然承知しています。

平成 24 年 10 月、娘の三人目の子の陣痛も知っています。午前 6 時前に娘がお腹を痛がり、それを見ていた二人の子供たちが泣きわめいています。娘はトイレに行きたいと言いますが、誓子は、「そんなのはどうでも良いから、早くお父さんの車に乗って病院に行きなさい。」と厳しく言います。5 分位で病院に着き、即出産です。もし、トイレに行ったら、あー恐ろしい。誓子の実家は、産婦人科もしていたので誓子の知識に感謝です。

分娩が多いのは、夜半から早朝と言われ、体内時計と非常に関係深いのです。他にも心筋梗塞、脳梗塞は午前中に多く、血圧が上がりやすい夕方から夜に脳出血は起こり易くなります。体内時計は、脳、皮膚、臓器を作る細胞に存在している時計遺伝子が関与しています。昼夜を問わず気ままな精子、卵子には、時計遺伝子はありません。光が目に入り、脳(視交叉上核)の時計遺伝子がリセットされ、正確な時間の情報が神経から内分泌情報に変換され、全身の細胞に伝えられます。外界のリズムに同調する能力を持つのは、脳の時計遺伝子のみです。オーケストラで言えば、視交叉上核が指揮者で、末梢の細胞(60 兆個)が演奏者です。

年を取ると日常生活の指揮者は誰になるのでしょうか。さだまさしの関白宣言!するぞ。「♪…年をとったら 俺より先に 死んではいけない…お前のお陰で いい人生だったと…♪忘れてくれるな 俺の愛する…生涯 お前ただ一人♪」年を取ると強きものは女、そして弱きものは男であると理解できます。振り返ると見守ってきた SEIKO に感謝です。さだまさしと仲の良かった谷村新司さんが、旅立たれて寂しいです。私達が結婚した頃の「いい日旅たち」「陽はまた昇る」「チャンピオン」「昴」どれも素晴らしく今でも聴きます。



写真 2. 印象派美術館(現在のオルセー美術館)
ルノワールの絵の前。この頃は写真可でした。

普段、時間を気にした生活をしている訳ではありませんが、若い時は、時間が長く感じますが、年を取るにつれて時間が速く経ちます。ジャネーの法則と言われ、心理的な時間の長さは、年齢に反比例し、70 歳の人間にとって一年は人生の 70 分の 1 ですが、10 歳の子供にとっては 10 分の 1 です。若い時はいろいろな出来事があるから長く感じ、年を取ると新しいことは頻繁にないのであつという間に一年が過ぎるのでしょう。

また、歳月はすべての過去を美しくしてくれる気がします。新婚旅行の時、パリでアメリカ人老夫婦に新婚時代の写真を見せられ、同じ場所で同じように写真を撮ってくれと頼まれたことを思い出しました。時を超えて同じことができればいいのですが、ノートルダム大聖堂のバラ窓ステンドグラスの前(写真 3)で写真を撮ることが、平成 31 年 4 月 15 日の火事で破壊されできなくなりました。残念です。年を取っても思い出作りのために旅はしたいです。



写真 3. ノートルダム大聖堂
バラ窓ステンドグラスの前

野球

～その文化論的・歴史論的・私的考察～

山口大学 しまふくろう

野球は単なるスポーツではない。それは文化であり、歴史であり、ぼくの人生の一部でもある。

木造公民館前広場。子供の頃、ぼくたちの遊びはたいていの場合、紙製ボールや軟式テニスボール、木の棒のバット、手肉のグローブを用いた草野球であった。ぼくはキャッチャーを好んでやった。時に自分でもびっくりするようなヒットを打った。この時の興奮は今でも至福感を持って思い出すことができる。

運天港の栈橋。夏休みの夕方、大人に交って子供たちも栈橋の上から自家製の竹ざおで魚釣りをした。自家製といってもその辺に生えている単なる細い竹である。餌はメリケン粉に魚缶詰の汁を練り込んだだけのものである。これでも不思議なことに、時にチヌが釣れた。小判鮫が釣れたこともあった。ボラもいた。この魚釣りのお供は、ラジオから流れてくる野球ナイター中継である。球団は巨人とその他のセ・リーグ球団しか存在せず、パ・リーグなるものがあるのも知らなかった。巨人戦しか放送されていなかったからである。当時は王・長嶋選手の全盛時代で、後日、長嶋選手の「巨人軍は永久に不滅です！」の名言もラジオで聴いた（最近の「巨人軍」の凋落ぶりは目も当てられない）。その時分、広島に安仁屋投手がいた。唯一のプロで活躍している地元出身選手らしいとのことであったが、たまたま巨人戦に先発する以外は放送もされないため、あまりよく知らなかった。

白黒 TV の前。故郷に電気が通り、各家庭でも TV が観られるようになると、大人や子供たちは野球のナイター中継に夢中になった。日々のキビ

畑仕事を終え、夕食時にビール片手に野球中継をみる。最高のリラックスタイムである。問題は午後 9 時になると中継が終わることである。勝負のクライマックスは常にこの後にくる。このストレスは残酷で、裁判所に訴えたいほどであった。当時のスポーツ中継といえば、野球を除けば毎週金曜日のプロレスやボクシングのタイトル戦中継が時にあるだけで、サッカーやバスケットボールなどは観たことがない。特にみんなが燃え上がったのが、「夏の甲子園」である。まだ米軍統治下にあった 1968 年夏。信じられないことに興南高校がベスト 4 まで進出した。彼らは英雄で、巷では「興南旋風」と呼ばれ、那覇市内ではパレードまで行われた。無理からぬことである。まず九州予選をなかなか突破できない（当時は県ではないため、現在の 1 県 1 校ではない）。また、たまに出るといつも 1 回戦でコテンパンに負けていた。例え 9 回までリードしていても、9 回裏に逆転負け、というのがお決まりのパターンであった。

復帰の年。1972 年 5 月、沖縄の施政権が日本に移った。高校 2 年生のぼくにとって、それ以上のビッグニュースは母校名護高校が夏の甲子園に初出場したことである（写真）。彼らは初めて身分証明書無しで本土に渡航したチームとなった。この甲子園歴史館の記事をみると、選手宣誓は南九州代表・名護の主将がつとめ、初戦の相手の栃木の足利工に 4 対 5 で惜敗していることがわかる。この試合もちろん、家族全員畑へ行くのをやめて応援していた。この試合は名護にホームランも出て途中まで優位に進んでいたが、終盤にいつものように逆転されて 1 回戦敗退となった。それ以来、ぼくはずっと母校の甲子園再出場を待ち望んでいるのだが、まだ機会はやって来

ない（いつも年休取得の準備はしている）。その代わり名護高ラグビーチームは地元の強豪で、毎年のように花園に出場している。

下関市営球場。横浜ホエールズ（当時）が巨人とのオープン戦をするとのことで、女房と旧下関市営球場に観戦に行った。球場入り口近くにいた時、巨人軍のバスがたまたま到着し、選手たちが降りてきた。ぼくはすっかり舞い上がり、夢中になって原選手を探しに一人で駆けて行った（それ以来女房は野球が大嫌いになった）。この試合は非常に印象に残っている。巨人先発は三浦投手であった。回を重ねるにつれ、球場に不思議な声が聞こえ出した。最初声の出所はわからなかった。投球に苦しくなってきた三浦投手が発する「気合い」の声だと気づいたのはしばらくしてからであ

る。投手は声を出すのだ！「一球入魂」の意味をこの時初めて理解した。「生の試合」を観ないと決して分からなかっただろう。帰りの人混みを避けるため、早めに球場を後にしようと二人で出口へ歩いていると、後ろからどよめきが聞こえてきた。何事かと思って階段を戻ると、新人投手が投げていた。球はまさにうなりをあげ、キャッチャーミットは大砲のように鳴り響いていた。この年、槇原投手は衝撃的なデビューをした。

広島市民球場。ある日広島で開催された集会を途中で抜け出し、旧広島市民球場にデイゲームを観に行った。3塁ベース真横の前から5列目に奮発して指定席を買った。この日の広島東洋カープ町田選手の活躍は素晴らしく、ヒットを放ちぼくの目の前で3塁ベースに勢いよく滑り込んでき



D	A
C	B

写真説明：

- 母校名護高等学校が初出場した時の勝敗表。大分の津久見が優勝。
- 出場記念のボール。
- 興南高校が春夏制覇した時の優勝メンバーサインボール。隣は大阪桐蔭藤浪投手のスパイク。
- 2度目の甲子園観戦風景。

た。その時の「タッタター・ザバー」という音は今でも耳に残っている。その姿に、一瞬にして心奪われた。その日彼は3塁を守っていた。その頭より大きな大腿を見ながら、鍛えられたヒトの美しさに感動した。それでも彼がカープの軸に定着したという記憶がない。当時ぼくらは中四国大学医局対抗野球大会を毎年行っていた。ぼくがキャッチャーでキャプテンになった年、広島大学医局に対抗試合を申し込んだ。かれらは広島市民球場でのナイトゲームをセティングしてくれた。バスを貸し切り、皆で宇部から球場へ乗り込んだ。選手が着替えるロッカールームで着替えをし、内野だけ煌々と照らされた球場で試合を行なった。両チームの先発メンバーの名前が電光掲示板に表示され、気分はまさしくプロ野球選手である。この日2塁打を打った。いまでもその瞬間を鮮やかに思い出せる（なぜかいつもスローモーションなのだ）。

ドジャースタジアム。1989年LAへ遊学した。当時のドジャースのエースはハーシュハイザー（Orel Leonard Hershisier IV）投手で、前年は23勝8敗・防御率2.26の成績を残し、シリーズMVPを獲得していた。アスレチックスとのワールドシリーズでは第2戦で3安打完封、さらに自ら1試合3安打を記録。第5戦でも2失点完投勝利を挙げ、4勝1敗でワールドシリーズMVPも獲得していた。その活気にあふれていたドジャー

スを観に、家族でドジャースタジアムに、買ったばかりのヒュンダイ車で出かけた。ドジャースタジアムは巨大で市のほぼ中央にあり、市庁舎やリトルトーキョーからも近く、ひと山を削って作られたようで、フリーウェイからのアクセスも完璧である。この時初めて一般の、飾りのないアメリカ国民をみた。手に入れたシートは一塁側内野席の最上部で、怖いほどの傾斜があった。試合開始前のセレモニーでアメリカ国歌を起立して聴いた。他国の国歌ながら異国に来た心細さも重なり、目頭が潤んだ。Seventh inning stretchで「Take me out to the ball game」を全員で歌った。野球がアメリカ文化の核心の一つになっているのが素直に感じられた。この日、駐車場から車の流れに乗って球場を後にしたら、道に迷って難儀した。

ベースボール伝来。わが国にベースボールが伝えられたのは1872年（明治5年）、東京大学の前身である開成学校のアメリカ人教師ホレス・ウィルソンらが、母国からボールとバットを持ち込み学生たちに野球を教えたことに始まるらしい。それから150年余り。とうとうぼくたちは、全ての観点において史上最高の野球選手を生み出すまでになった。これは奇跡でも何でもない。一つの文化が広く深く国民の間に重層し、100年以上の時間をかけて熟成したからである。



若山牧水と石川啄木

徳 山 篠原 淳一

若山牧水は宮崎県で開業医の長男として出生しましたが、家業を継がずに早稲田大学に進学し短歌の道を志しました。大学では北原白秋が同窓でした。

牧水といえば当時「旅と酒の詩人」として、すでに 20 歳台で名を馳せています。

ご存じのように「幾山川越えさりゆかば・・・」や「白鳥は哀しからずや・・・」など浪漫的な歌風が特徴です。

牧水の短歌の背景には故郷宮崎が色濃く出ています。故郷宮崎の豊かな自然が彼の作歌の強いモチベーションになっていたようです。

牧水は終生日本中を旅した人物で、長男にも旅人と名付けるほどした。彼は旅先々の至る所でその土地の自然や人物を詠みこんでいます。

最近、宮崎在住の牧水研究家が「牧水の短歌にはその土地の自然が色濃く映し出されている」と指摘をしていますが、まったく同感です。

自分と自然との強い一体化と表現できます。牧水にとっては、山や川などの自然は自分の分身だったのでしょう。牧水のころは自由自在にその土地の自然に出入りして短歌で表現していたのです。その歌風も浪漫的万葉調で胸にしみ込むような作風です。

また、牧水は短歌のほかに紀行文にも傑作を多く残しています。現在も俳画風の書が多く残されていますが、書体も絵もゆったりとしたおおらかなもので、牧水の人柄そのままです。

まさに「書は人なり」です。

「酒と旅の歌人」といわれるように、若いころからの大酒家のため晩年は重度のアルコール性肝硬変で病床に伏せることになります。

彼の晩年の短歌に飲酒の風景がリアルに表現されています。「白玉の歯にしみとおる秋の夜の酒はしづかに飲むべかりけり」といったものです。

また、入院中主治医に飲酒を強くたしなめられて作った歌もいくつか残っています。

牧水が「酒聖」と称される由縁です。

歌人でもあった喜志子夫人と弟子の大悟法利雄氏が牧水の死後に遺稿をまとめて出版し、これが現在もひろく詠み継がれています。

一方の石川啄木は盛岡市の出身です。

当時、三行の短歌を試みたりする天才肌だったようですが、生前は友人の金田一京介氏などに莫大な借金をして回っています。

背景に自分が世間に受け入れられないという屈折があったようで、短歌にもその様子が散見されます。「はたらけどはたらけど猶わが生活楽にならざりじっと手を見る」という歌があります。

「手を意識する人は自意識が強い」という説がありますが、啄木は「我執のひと」と表現できません。終生病弱な体で大きな借金を抱えた作家活動でした。

牧水との共通点とはいえば、啄木も郷里が心に大きく根付いていたところでしょう。

自分の故郷を「ふるさとの山に向かひて言うことなしふるさとの山はありがたきかな」と素直に表現しています（牧水にも似たような歌がありますが・・・）。

こういった苦しい生活のなかにも、啄木にはいつも郷里盛岡が根付いていました。

故郷は彼を支え且つ励ます大きな存在だったのです。

あまり知られてないことですが、牧水は生前啄木と親交があったようで、葬儀に臨んで啄木を深く悼む歌をいくつか残しています。

一見すると牧水と、啄木は全く対照的な歌風です。しかし両者共、「永遠の青春歌」だと思います。

俳句ギャラリー

ふしの句会（山口市医師会）

愁思また懐古憎悪のバブル考

冴ゆる夜に働き方のゆとりとは

身に入むや新人類も還暦に

末兼浩史

冴ゆる夜や父母の面影若きまま

寒稽古正座に隠す蹠かな

夢の中へ姉のセーター脱がぬまま

佐々木映子

初み空厳然として千木高し

初場所や国際色も豊かにて

齢ともに量より質の賀状かな

坂本 強

俳句ギャラリー

ふしの句会（山口市医師会）

清水の坂の紅葉やゑがほ行き
山茶花やふむふむ囲む将棋かな
余生では最も若き日初日の出

杉山元治

老いて病むさだめ受け入れ除夜の鐘
学友の笑顔や永遠に初日の出
いくつもの慶事願ひて大福茶

淵上泰敬

寒卵ひと息で巻く母の技
泣き笑い重ねて今日の七五三
冬ぬくし猫の親子が欠伸する

成重隆博

キャンピングカーのすゝめ

長門市 綿貫 浩一

興味を持ったきっかけ…

自宅やホテルなどの建物以外で、寝泊まりすることが好きな人々がいます。しかし、よくよく観察すると、その中には2種類のグループが存在することが分かります。一つはアウトドア志向の強い方々で、大自然の中でテントを張って寝泊まりするのが好きな人たちです。もう一つは好奇心旺盛で名所旧跡は残らず回るような旅好きの方で、車中泊を中心としたインドアタイプの人たちです。私は、元々は前者から入りましたが、最近では後者からキャンパーになる方が増えています。実際、車中泊用の車やキャンピングカーが飛ぶように売れているようすし、サービスエリアや道の駅では沢山の車が一夜を明かしています。今回、貴重な紙面の一部をいただきましたので、今のキャンピングカー・ライフに辿り着くまでの経緯を交えながら、その魅力について、たっぷりお伝えしたいと思います。

遡ること22-23年前、テントを張ったりバーベキューをするために県内各地や九州方面を巡っ

ていました。徐々に慣れてくると、行ってみたい場所がいくつか出てきます。その中でも、キャンパーなら誰もが憧れる究極の場所…それは、北の大地「北海道」です。今から17年前の夏、たまたま大学勤務だったこともあり、2週間の夏休みの全てを使ってマイカーで北海道に渡りました。当時乗っていたアルファードにキャンプ用品を積み込み、テントを建てては次の場所へ宛てもなく移動するジプシーのような旅…これが本当に楽しくて楽しくて、一気にキャンプマニアへの道を突き進みました。後々、家内に聞くと、ホテルに泊まってレンタカーを借りればいいのに…と心の底では思っていたようです。勢いそのままに、翌年も2週間、北海道をテントキャンプ。2年かけて北海道の主な観光地は、ほぼ制覇いたしました。本当に充実した楽しいひと時を過ごすことができましたが、旅先で何台もすれ違うキャンピングカーが気になっている自分に、当時から、うすうす勘付いていました。

それから数年、私にとっては激動の時代を迎え、しばらくは近場でキャンプをする程度で、キャンピングカーのことは頭から消えておりました。大学病院から長門への転勤、さらに開業へと目まぐるしく環境が変わり、無我夢中で働きました。ふと少し落ち着いた頃に、再び北海道キャンプへの願望がむくむくと膨らんできました。すぐに家族を連れて一番近い福岡のキャンピングカー販売店へ…話を聞くだけのつもりが、気がつくやうに契約書にハンコを押していました。アウトドア派で旅好きではありましたが、ここにきてインドア派の要素がさらに加速することになります。



カニの爪オブジェ（北海道紋別市）

さて皆さんは、キャンピングカーと聞いて何を想像しますか？あれば楽しいけれど、わざわざ車で寝んでもホテルに泊まればいいじゃん。まさにウチの家内と同じことを大半の方が思われるはずです。そんな疲れることせんでも、ゆっくりできる所で寝た方が…実は、ここから既に間違っています！例えば欧米人はバカンスを楽しむために、でっかいキャンピングカーに乗ってフロリダや地中海に大挙して押し寄せます。当然、オフをゆっくり過ごすためなので、自宅以上にくつろげないなら行くはずがありません。実際、今時のキャンピングカーはダブルベッドで、マットの下にはウッドスプリングが仕込まれています。空調もエアコンやヒーターが完備され、真夏の道の駅や真冬のスキー場でも、子供たちは短パンにTシャツでぐっすりと寝ています。防音断熱も徹底的にされているので、真横に暴走族でもない限り、周囲もほとんど気になりません。自宅の次に自分仕様にカスタマイズされていますので、下手なホテルより間違いなく安眠できます。実際、目が覚めて、ここはどこだろうとハッとすることもよくあります。超快適な移動式別荘とでも申しておきましょう。

忙しい人こそキャンピングカーが必要！

通常、診療所の医師（開業医）は土曜午後と日曜の合計 1.5 日しか休みが取れません。しかしキャンピングカーがあり、どこかで 2 連休確保できれば、大阪ぐらいならゆっくり遊んで帰ることができます。例えば土曜日が祭日で日曜日と併せて 2 連休が取れたとします。まず前日（金曜日）の仕事が終わり次第すぐお風呂に入って、午後 6 時過ぎに出発すれば、深夜 12 時前には神戸周辺の三木 SA や西宮名塩 SA という巨大な何でもあるサービスエリアに到着できるはずです。いわゆる「前泊」です。これは翌日を最大限に活かすことができる魔法のような方法です。その日はそこで寝て、翌土曜日の早朝、USJ に一番乗り。ゆっくり遊んで、午後疲れた頃に大阪をあとにし、関西圏の道の駅や SA に泊まります。日曜日は神戸・姫路・岡山・倉敷・尾道あたりをいくつか観光して、昼食後には帰宅の途につきますが、夕方には山口県まで帰り着いているはずです。

ここで、ほとんどの皆さんが、長距離運転で相当疲れるんじゃない？と思われるはずです。4-5 時間の運転というのは、確かに長いと思います。しかし 2 時間に 1 回程度は休憩を取るので、実際は福岡や広島へ日帰りするぐらいの時間です。帰りの運転があるのなら大変ですが、着いた先が宿泊場所、つまり行きっぱなしでいいので、実はそれほど疲れません。確かに、それなりに気合いのいる距離ではありますが、思ったほどのことはないと思います。子供達もビデオ鑑賞やスマホゲームに集中しているので、「えっもう休憩？」とよく言われます。

もう一つのメリットは、晩御飯を食べに、かなりの遠出ができることです。自宅からタクシーで戻れる範囲には、やはり限界があります。しかし移動式別荘があれば、その行動範囲がぐんと広がります。駐車場が確保され翌朝帰宅できる場所は、全て徒歩圏内ということになります。例えば、道の駅「阿武町」「西ノ市」あるいは埴生の「みちしお」などは美味しい食事に温泉まで付いています。宴会の後は車に戻って 2 次会ですが、自宅では絶対やらないトランプをしたりします。翌朝は 7-8 時ぐらいには帰宅していますが、翌日も有効に使う！…これは大変重要なポイントです。そうすることで土曜の夜に出たのなら、日曜日にも別の予定や仕事が入られます。だから仕事で日曜当番のときは、前夜たいてい出掛けています…仕事のため何もできない週末が嫌いなんです！新下関駅に停めて、新幹線で小倉や博多まで飲みに行くこともあります。そのオーナーやソムリエには間違いなく驚かれます。おかげで 2 回目からは顔馴染みです。

ここでまた、よくある質問ですが、キャンピングカーの購入費や維持費を考えたらホテルに泊まったほうが安いんじゃないの？…本当によく言われます。確かに元を取ることは、まず不可能です。結局のところ、機動性の問題に尽きると考えています。自分が起きて、顔を洗って歯磨きして着替えたら、その時点で出発です。まだ子供達はパジャマのまま寝ていたり、家内は化粧もしていない状態だったりすることもよくあります。これ

がホテルだと、みんなが起きて朝食済ませて身支度を済ませて、出発は9時頃。次の目的地には、渋滞にはまって昼前に到着。激混みのレストランに並んでランチ…最悪のシナリオです。もしキャンピングカーがあれば、目的地には開園1-2時間前に到着。その駐車場で身支度をしながら、ゆっくりモーニング。開園少し前から並んで一番に入場。すいているアトラクションを満喫し、昼前に時間をずらして昼食。午後みんなが食事して少し待ち時間が減ったところで、もう少し回り、早めに退出。帰宅ラッシュに巻き込まれる前に、悠々と自宅に…完璧です！

車中泊を中心としたキャンピングカーのインドア的な使い方をお話ししましたが、まさに「自宅玄関を目的地の目の前に持ってくる」という発想を理解していただけたでしょうか。

やはり基本はキャンプするための車

やや話が脱線しましたが、名前が示す通り、本来のアウトドア的な使い方についてお話ししたいと思います。

絶景の宿やリゾートホテルが嫌いな方は まずおられないと思います。どうせ泊まるなら、高層階やオーシャンビュー、その景色を誰にも気兼ねせず独り占めできるような部屋を希望されるはずです。しかし誰もが望む部屋、イコール「お高い部屋」ということになります。ここにはもちろん競争原理が働いており、休前日などの繁忙期で希望者が多ければ料金が吊り上がり、その日程はますます取りにくくなります。実際、少し高くても眺めの良い部屋をとるか、どうせ寝るだけなので安さを優先するか、誰しも経験したことのあるジレンマに陥ります。両立できる唯一の方法は自分の家をそこに建てることです。それなら一番良いところで値段も安く泊まることができ、希望が完璧にかなえられます。それを可能にする秘密の道具が、移動式別荘のキャンピングカーなのです。さらに、その場所で一番美味しい食べ物やお酒が、現地値段でそれも産地直送の超新鮮なまま手に入ります。



白石公園はこだてオートキャンプ場（北海道函館市）

場所とはとりあえず一等地を確保したら、次に最高の場所を彩る料理やお酒が必要になります。もちろん最高の食材までは準備完了。しかし、ここで致命的な問題が…そこに三ツ星シェフや世界的ソムリエが居ないんです。アラブの大富豪なら金銭で準備できるかもしれませんが、通常は無理です。そこで登場するのは、普段はキッチンに絶対立たない料理ド素人の自分。ワイングラスを回しながら何となくそれなりのこだわりを持ってはいるが実際は人まかせに飲んでいる自分。周囲を見回しても、残念ながら他に手伝ってくれそうな人はいません。やるしかありません！YouTubeやクックパッドを見ながら、見よう見まねで適当に作る。しかし、ここで奇跡が起こります。ただ塩コショウを振って焼いただけの肉、ありきたりのビールやワインが…まっまさか、高級ホテルの鉄板焼のレベルをはるかに超えているではありませんか！これがアウトドア・マジック！屋外で食べる、これこそが最高のスパイスなんですね。

例えば北海道では地元の市場でさっきまで生簀にいた魚介類、農家さんの顔写真とともに泥のついたまま段ボールに山積みされた生野菜。マズイ訳がありません。それを大自然に抱かれた北の大地で「焼く」、ただそれだけ。間違いなく、至福の時を過ごせます。ある意味、最高の贅沢なのかもしれません。ここで注意点が一つ。炭と箸は、必ず国産のものを自宅から持参。東南アジア産のマングローブ炭、中国産の漂白箸ではダメです。何のための最高食材が分からなくなります。ここ

は、お金を掛けなければいけない絶対譲れないところ です。

家族で過ごす週末。響き渡る歓声、はじける笑顔。そして満点の星の下、揺らめく炎を無心に眺めながら、オンザロックを傾ける…絵に描いたような幸せな家庭を演じてみませんか!?いつもの残った仕事をせず、いつものテレビを見ず、いつも絶対手放さないスマホを置いたままにする。普段やらないトランプで遊び、普段やらない自転車に乗り、普段は絶対やらないバドミントンをする。そうすることで、代えがたい何かをもたらしてくれるはずです。そのおかげもあり、子供たちは、大学生や社会人になった今でもキャンプやバーベキューが大好きです。

実際、キャンプは大変です。確かに、一手間かかります。面倒くさいといえば、それまでです。しかしキャンピングカーが、ズボラなあなたのわがままを叶えてくれます。かなりの手間を省いてくれますよ。さあ悩んでいる場合ではありません。買うのはいつでしょう? もちろん、今でしょう! (古っ)

ノープランで、出たところ勝負!

コロナ禍前の令和元年の夏も北海道へ行きました。その帰りのフェリー(小樽〜舞鶴)が台風でまさかの欠航となり、仕事に穴を開ける訳にもいかないので、旭川から長門までの2300kmを自走で帰って来ました。単純計算で1日300-400km。長門から福岡を往復する程度の距離を毎日走る。連日の長距離運転でも疲れを残さないという点において、自分仕様のキャンピングカーでの睡眠は最高でした。ゆっくりじっくりという訳にはいきませんでした。平泉・中尊寺金色堂や岐阜・白川郷の世界遺産を始め、たくさんの観光地を効率よくまわることができまし

た。また函館や富山ではミシュラン星付きのお店で食事&宿泊。山口からキャンピングカーで来ていることを告げると、まずビックリされますが、必ず大将も車を見にこられます。そして翌朝まで快く駐車場を提供。さすが、一流料理人は心も広い!

止むを得ず旅程を大幅変更したせいで、逆に新鮮でワクワクする本当に楽しい旅になりました。ハプニングやイレギュラーな事が起こっても、自由にプランを練り直すことがデキる…これもキャンピングカーの魅力だということを再認識させられた次第です。

「夏は北海道!」これまで10回以上、渡道していますが、金科玉条として疑うことはありませんでした。それが今、グラグラと揺らいでいます。東北まわりの東京?日本海沿いに本州縦断? いやっ地方のミシュラン巡りも良いなあ…来年の夏休み、どこに行こうかと妄想が果てしく膨らんでいます。



宗谷岬(北海道稚内市)

C Jam Blues

下関市 松原 信行

このレコードに出会ってから、丁度50年になる。紹介してくれたのは石黒公雄君です。当時、彼は山口大学医学部軽音楽部（Latin Echoes）に属し、トランペットを吹いていた。親友という程の仲ではなかったが、彼の下宿にはよく遊びに行っていた。彼の人懐っこい性格もさることながら、ジャズのレコードを聴かせて貰ったり、^{うんちく}蘊蓄を聞かせて貰ったりするのが楽しみだった。ポリクリが終り近くなった12月、遊びに行くと襦袢を羽織った姿で迎えてくれた。炬燵に座るなり、彼はニヤニヤしながら、「最近あるレコードを先輩から教えてもらったんじゃが、これが中々ええん

じゃ。」、彼はレコードに針を落として、ミルでコーヒー豆を挽き始めた。

レコードは「Jazz at Santa Monica Civic '72」。3枚組みのアルバムで、1972年8月のカリフォルニア州サンタモニカでのライブが収録されている。うち1枚はエラ・フィッツジェラルド（エラ）のボーカルを、カウント・ベイシー・オーケストラ、トミー・フラナガン・トリオらがバックで演奏している。その日はこの盤を聴かせて貰った。「Shiny Stockings」から始まり、「What's Going On」などの名曲が続く。そして万雷の拍手と声援の中、アンコールの「C Jam Blues」が始まった。^で出だ



写真 アルバムジャケット

しはカウント・ベイシーのピアノソロ。次第に各パートが加わり、曲に厚みが増してくる。エラのスクラットが被^{かぶ}さりボルテージが更に上がる。エラと各セクション（トランペット、トロンボーン、テナーサックス）との絡^{から}みが堪らなくご機嫌だ。とりわけ最後のトランペットとの絡みは「鳥肌」もので、彼がこの盤を選んだ理由がわかった。演奏者達は初めいい演奏しようと思っていたのだろうが、アドリブが熱を帯びて来ると、聴衆そっちのけで浮かれ始めた。そっちのけにされた聴衆も、ステージでのお祭り騒ぎをノリノリで楽しんでいる。そんな雰囲気^{から}がレコードからご機嫌に伝わってくる。

この曲はデューク・エリントンが 1942 年に作曲した。メロディーは 12 小節のみで、音階も「ソ」と「ド」だけ。スタンダード・ナンバーでは一番シンプルかも知れない。こんな素朴な曲がファンキーに変身するのだから、アドリブは本当に「魔法」だと思う。

聴き終わって放心状態^{ひげづら}でいると、濃い髭面^{まなこ}のドングリ目がニヤリと笑った。「凄いだろ、エラの C Jam」、私は「うん」としか答えられず、冷めたコーヒーを口に含んだ。

木枯らしの吹く帰り道、心はホッコリして頭の中は C Jam Blues で一杯だった。ジャズの面白さや楽しさに少し触れたような気がした。「ジャズにはまだまだ面白い世界があるに違いない。」、内^{うち}なる眩^{くら}きがその後、私を更なるジャズの世界に引きずり込んでいった。

当時、このアルバムは五千元。貧乏学生にはとても手が出ない。入手したのは医師になった翌年だった。当時はまだまだジャズの知識が浅く、レコードの解説を読んでも内容はチンプンカンプン。しかし後年、レコードや CD のコレクションが増えるにつれ、ジャズの知識が深まっていった。改めて解説を読み直すと、オスカー・ピーターソン、スタン・ゲッツ等々、超一流のジャズメン達が演奏しているではないか。心底驚いて、それまでの浅学を恥じ入るばかりだった。「ジャズにはまだまだ面白い世界があるに違いない。」、今でも内なる眩^{くら}きが聞こえる。

レコードの箱の表面や側面はボロボロに擦り切れているが、盤面にはほとんどキズはない。いい音で聴かせてくれる。盤に針を落とすと、あの日の光景が目に浮かんでくる。気持ちは 25 才に。

音楽は時にタイムマシンに変身する。

「Jazz at Santa Monica Civic '72」は一番の愛聴盤ですが、なかでも「C Jam Blues」は今では石黒公雄 君への鎮魂歌になっている。彼と出会っていなければ、このアルバムとの出会いも決まらなかった。



2024年のスギ・ヒノキ花粉飛散の予測

【記：山口県医師会副会長／

沖中耳鼻咽喉科クリニック（花粉測定機関）院長 沖中 芳彦】

昨シーズン花粉飛散総数は、スギが平年値（直近10年間の平均値）3,050個/cm²に対し6,430個/cm²、ヒノキも平年値1,680個/cm²に対し4,696個/cm²で、スギ、ヒノキともに平年値を大きく上回り、これまでで最多となりました（図1）。その結果、今シーズンを迎えての平年値は、スギが3,260個/cm²（図2）、ヒノキは1,920個/cm²となります。

今シーズンの定点木の観察では、スギは昨シーズンに比べてかなり少ない着花状態であり（図3～6）、従来どおりの方法で予測しましたところ、スギは1,300個/cm²程度の総数となりました（図7）。また、ヒノキの花芽も少なめでした（図8～11）。ヒノキの予測はこの時期には困難ですが、スギ同様に平年を下回るかもしれません。2023年の夏は観測史上一番の猛暑でしたが、スギ、ヒノキともに昨シーズンに多くの花を着けましたので、今シーズンは小休止といったところでしょうか。

ところで、スギ花粉症の治療として舌下免疫療法が行われるようになり、その有効性も実感しているところですが、2023年4月に出荷制限に関する通知が製薬会社から医療機関に届きました。想定を大幅に上回る注文が継続しており、今後この状況が継続した場合、維持量の安定供給に支障をきたす可能性が否定できず、既に服用されている患者さんへの供給ができなくなるおそれがあることから、新規の患者さんを制限するために、導入量の製剤を出荷制限するというものです。この通知により、当院でも新規の開始を控えており、患者さんにはご迷惑をおかけしています。11月に製薬会社に確認したところ、状況は改善しておらず、引き続き配慮願いたいとのことでした。

昨今の去痰剤や鎮咳剤等が足りない問題とは状況は異なりますが、処方したい薬剤を処方できず、医療機関が患者さんに事情を説明し理解を求めなければならないことには変わりありません。1日も早い改善を願っております。

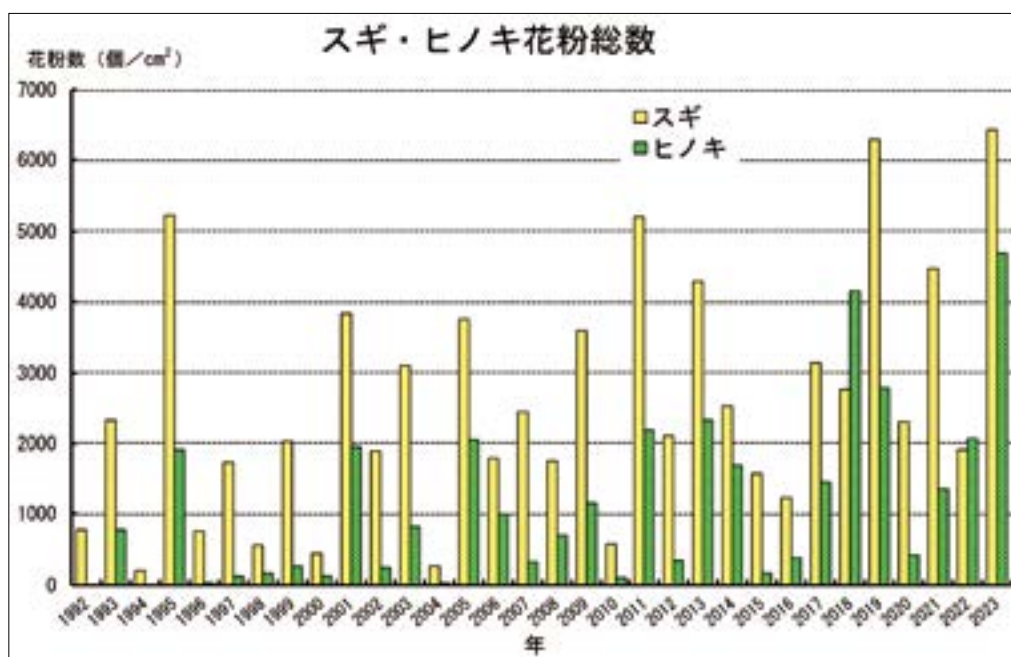


図1 年別スギ・ヒノキ花粉総数

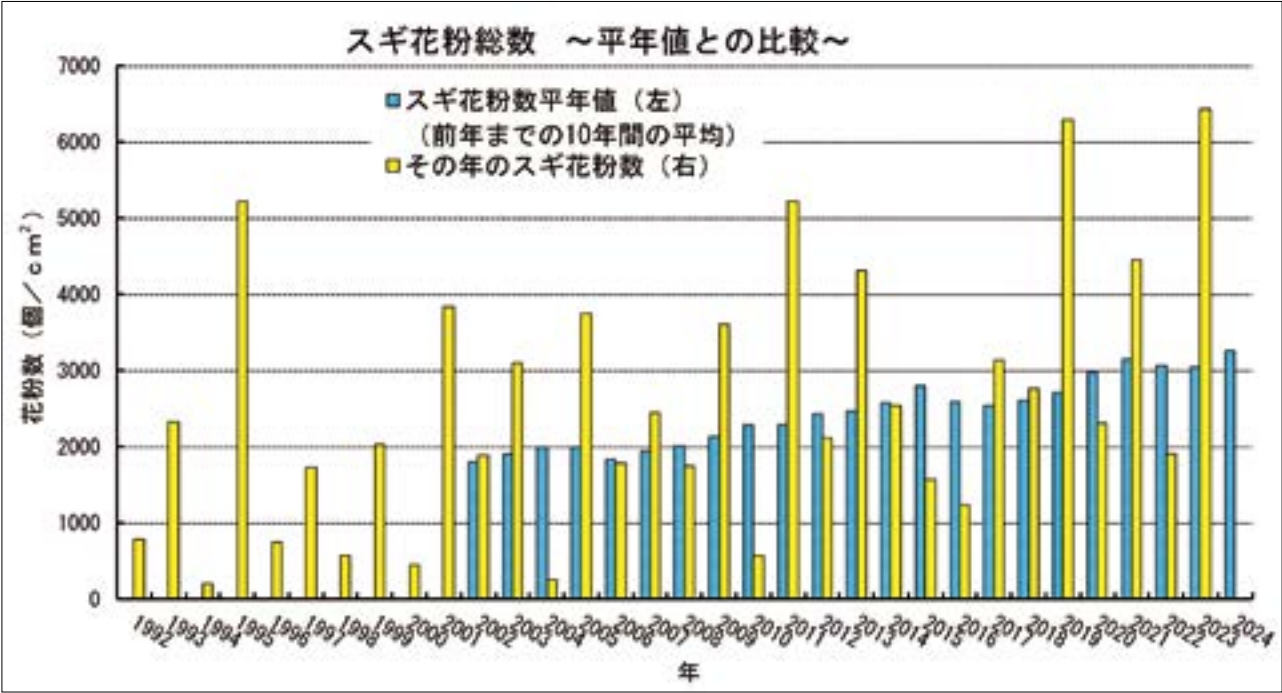


図2 スギ花粉総数と各シーズン前の平年値



図3 km 地点のスギ (2022 年秋)



図4 km 地点のスギ (2023 年秋)



図5 mt 地点のスギ (2022 年秋)



図6 mt 地点のスギ (2023 年秋)

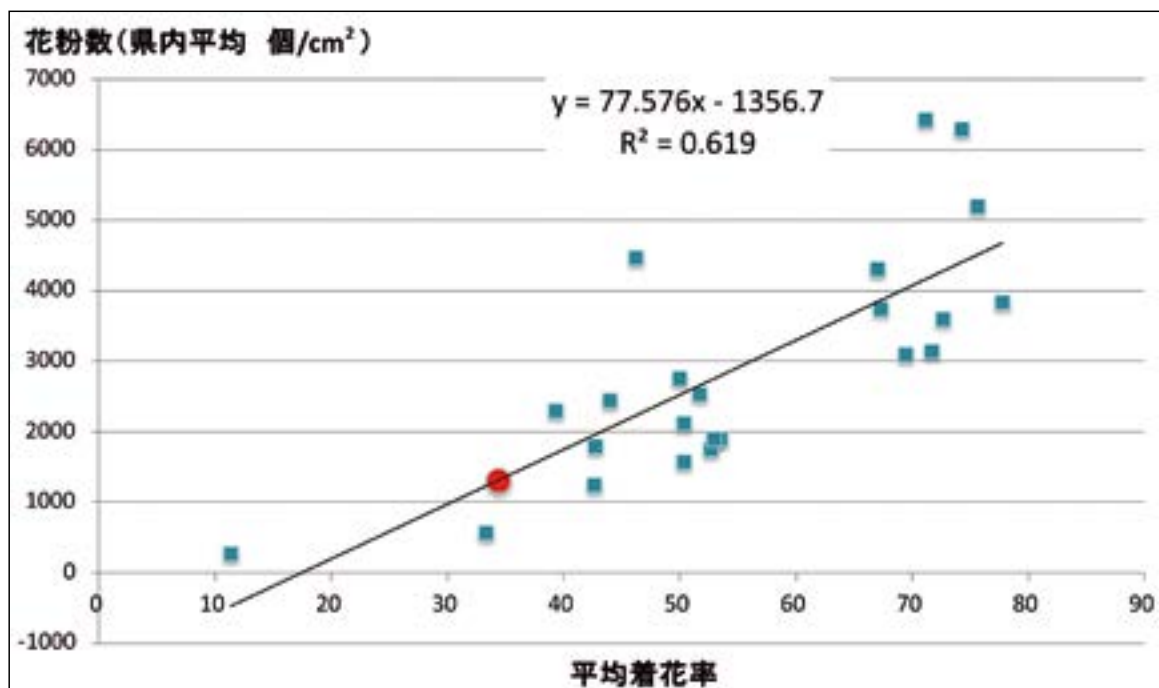


図7 スギ雄花の着花率とスギ総数の回帰式による予測(2024年)

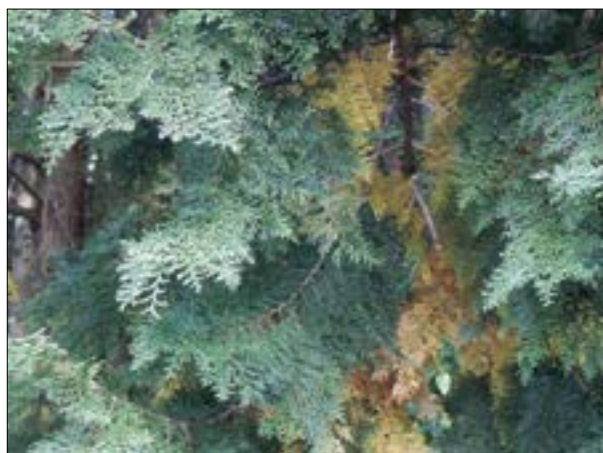


図8 mt地点のヒノキ(2022年秋)



図9 mt地点のヒノキ(2023年秋)



図10 okg地点のヒノキ(2022年秋)



図11 okg地点のヒノキ(2023年秋)

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

今月の視点

在宅医療推進への取り組み

専務理事 伊藤 真一

山口県における高齢化率は、2019年には34.3%と全国(28.4%)よりも5.9ポイント高く、全国第3位の高齢化率となっており、全国に10年先行して高齢化が進んでいるとされ、2023年の最新データでも高齢化率35%(全国第3位)と報告されている。

県内の高齢人口(65歳以上)は2020年度をピークに緩やかに減少する見込みであるが、在宅医療の中心となる85歳以上人口は2040年度までは増加する見込みで、当面は需要の拡大が推定される(図1)。高齢化の進行に伴い、誰もが健康面に問題を抱えながら生活する中で、入院医療や外来医療、介護・福祉サービスと相互に補完しながら患者を支える在宅医療は、今後、増大する慢性期の医療ニーズに対する受け皿として、さらには看取りを含む医療提供体制の中核となると考えられる。2024年より「生涯を通じて健康で安心して暮らせる地域保健医療体制の確立」を目標に掲げた、第8次山口県保健医療計画が実施さ

れる。今回の計画では「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する予定であり(図2)、在宅医療が地域医療に果たす役割はますます大きくなると考えられる。

県内における在宅医療の現状

2021年度の県内における訪問診療患者は、1か月平均で8,900人、往診患者数は1,353人となっており、訪問診療については、前回計画策定時(2015年度)の6,262人から大きく増加している(図3)。訪問診療を提供する医療機関については、2021年度において、病院は31か所、診療所は272か所となっており、近年は横ばいで推移している。このため、必然的に1医療機関当たりの訪問診療件数が増加しており、医師及び医療機関の負担が増大していると考えられる(図4)。また、在宅医療の提供体制を確保す

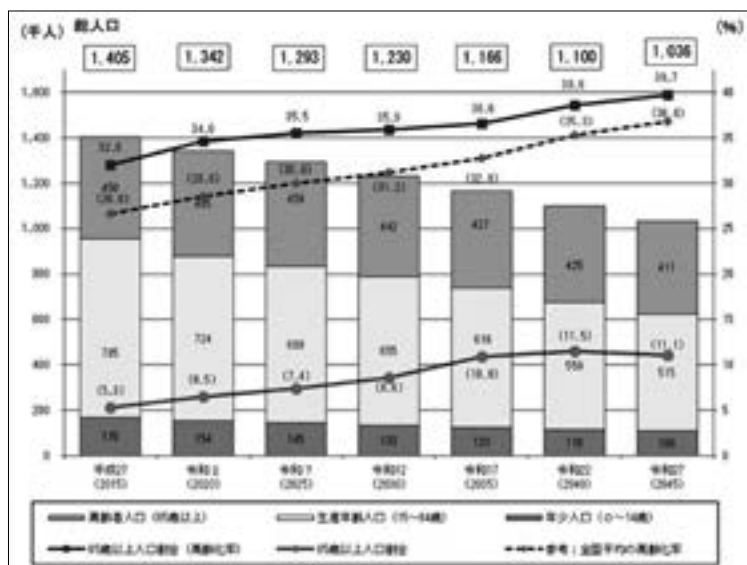


図1 山口県の将来推計人口

(山口県医療政策課 山口県在宅医療推進協議会資料より、以下同様)

るためには、24時間の往診や訪問看護等が可能な体制を有する在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の役割も重要であり、それぞれ24病院、143診療所が届出ている（2023年7月）。

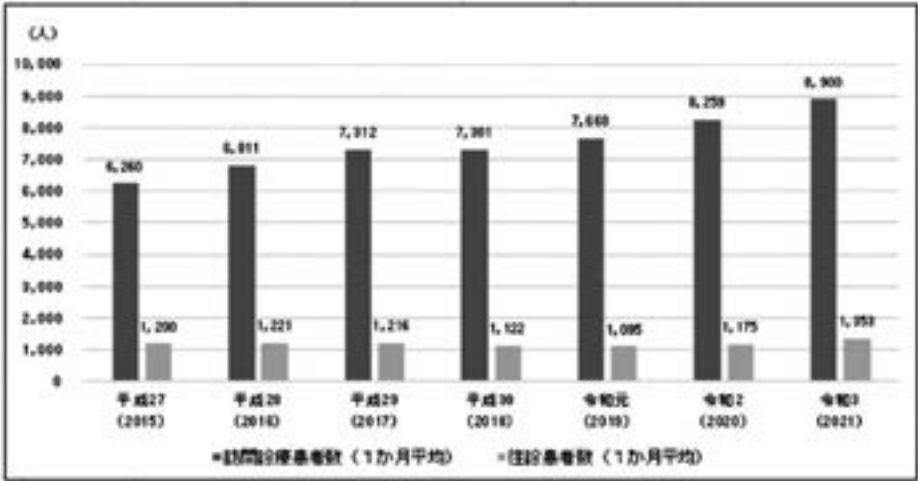
国が2018年に行った意識調査によると、人生の最期を迎えるとき、どのような場所で生活したいかについて、「自宅（グループホーム等を含む）」と回答した方が30.9%、「介護施設（特別養護老人ホームや介護医療院等）」が16.4%、「病院などの医療機関」が25.2%となっている。本県における看取りの状況を場所別にみると、「自宅」は13.4%、「介護施設」は12.6%（2021年）となっており、人生の最終段階においては気持ち

が変化しうるため一概には言えないが、国の調査と同様の傾向であると考えた場合、本人の希望に応じて在宅で看取りを行える環境整備が求められる。そのためには、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて、日ごろから患者や家族等で話し合っておくことや、患者本人の希望する医療・ケアについて、必要な時に確認可能な状況を確認すること（ACP：Advance Care Planning）が必須である。

訪問診療と同様に、在宅における看取りについても件数は大きく増加している一方で、実施する施設数は横ばいで推移しており、1医療機関あたりの負担が増加傾向にある。

在宅医療圏	構成市町	在宅医療に必要な連携を担う拠点
岩国	岩国市、和木町	岩国市、和木町、岩国市医師会
柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町、柳井医師会、大島郡医師会、熊毛郡医師会
下松	下松市	下松市、下松医師会
光	光市	光市、光市医師会
周南	周南市	周南市、徳山医師会
山口	山口市	山口市、山口市医師会、吉南医師会
防府	防府市	防府市、防府医師会
宇部	宇部市	宇部市、宇部市医師会
美祿	美祿市	美祿市、美祿市医師会、美祿郡医師会
山陽小野田	山陽小野田市	山陽小野田市、山陽小野田医師会
下関	下関市	下関市、下関市医師会
長門	長門市	長門市、長門市医師会
萩	萩市、阿武町	萩圏地域域包括ケアネットワーク協議会 萩市、阿武町、萩市医師会の3者で協議運営、地域の関係者が参画

図2 在宅医療の圏域及び在宅医療に必要な連携を担う拠点



資料 「NDBデータ（令和3年度在宅患者訪問診療科・往診科レセプト件数）」厚生労働省

図3 訪問診療・往診を受けた患者数の推移（1か月平均）

こうした中、令和2年に県が在宅医療に関するアンケートを行い、689診療所から回答があった（回答率：約70%）。その中で、既に在宅医療を実施している診療所は36%、今後検討するが9%と、45%の診療所が実施に前向きであった。しかしながら、従事している年代別の医師数は60代が38.4%と最も多く、また70代以上が2割を占めており、高齢化が顕著となっている。

山口県も「在宅医療提供体制充実支援事業」を通じて、郡市医師会の取組みを支援することにより提供体制の構築を進めているが、この数年はコロナの影響もあり、その取組みが停滞傾向にある。さらには、台風や大雨といった、近年激甚化している自然災害等への対策のほか、患者やその家族からの暴力やハラスメント行為への対策も必要である。実際、2021年末から2022年1月にかけて、大阪府と埼玉県で相次いで医療従事者を狙った殺傷事件が発生した。以前から患者が診察室などに刃物を持ち込み、特定の医療者がターゲットになることがあったが、埼玉県の事例では、在宅という現場で殺傷事件が発生している。今までも訪問診療で危険な場面に遭遇している医療従事者は存在したが、報道されることは殆どなかった。しかし今回、散弾銃使用と立てこもりという、地域住民の安全も損なわれるリスクのある事件が起こり、初めて世間の関心を集めたと思われる。通常の事件では、警察を呼ぶという対策が取られるが、今回のケースでは、その暇がないほど瞬時に

犯行が行われている。病棟や診察室の場で、暴力やハラスメント行為がエスカレートし、表面化したケースでは対応策が立てられるが、在宅の場における対応は極めて難しいと考えられる。

このように、在宅医療従事者は特別な危険手当もなく、暴力・ハラスメントを受けるハイリスクな環境で業務に従事しており、今後の在宅医療の担い手となる若い医師たちにとって、今回の事件が在宅医療参入の大きな足枷となることは容易に想像できる。今後の地域包括ケアシステムの実現には在宅医療は必須であるが、在宅医療に携わる医師の6割が60歳以上と、高齢化が著しい山口県において在宅ケアの提供体制の整備が急務である中、早急にあらゆる対策の手を打たなければ、人材不足の悪循環から抜け出すことは困難である。

県内外での在宅医療の取組み

今後の在宅医療体制維持に危機感を抱いているのは山口県に限ったことではなく、多くの都道府県において共通の課題となっている。2023年9月に香川県高松市で開催された、中四国医師連合総会の第二分科会においても、「在宅医療の推進に向けての取組み」「在宅医療に取組む医師の確保に係る方策について」が議題として提出され、活発な議論が交わされた。各県においてさまざまな取組みがなされており、そのいくつかを紹介する。

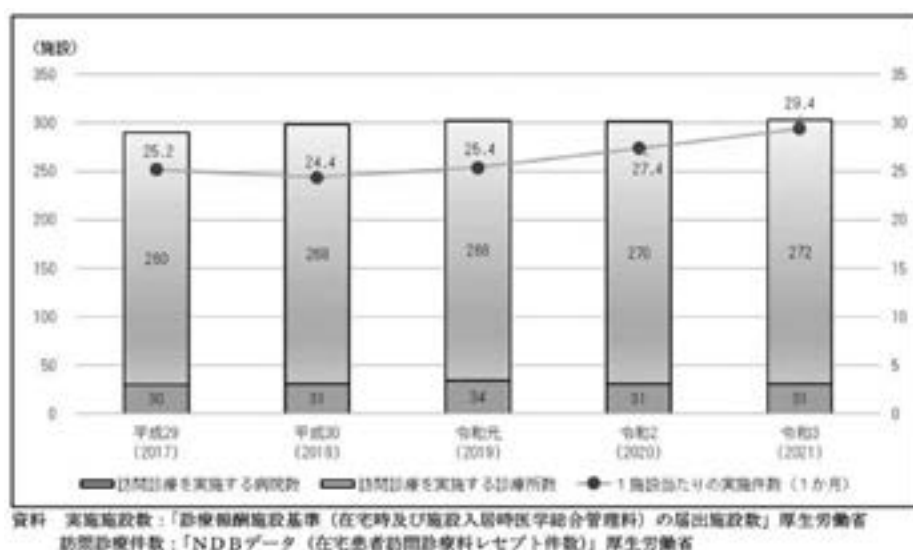


図4 訪問診療を行っている医療機関数の推移

広島県安芸地区医師会においては、医師会員同士の在宅医療代診システムを構築している。具体的には、主治医が対応できない場合に、TEIJINが提供するアプリ（バイタルリンク）の連絡帳機能を活用し、患者（家族）の情報（死亡診断書作成に必要な情報、患者・家族との意思形成、看護サマリー、同意書など）を登録しておき、副主治医が情報を共有・活用することで、患者の希望に沿った質の高い在宅療養が提供可能となる。このシステムを訪問看護師が利用することにより、訪問時の詳細な患者の状況を多職種間で共有する事ができ、また、患者急変時には搬送先の市内の3基幹病院においてもバイタルリンクは使用可能となる。

島根県においては、高齢化の進展を背景に、今後一層、需要が高まる総合診療医を、島根県で育てていく「島根県総合診療医育成プロジェクト」（NEURAL GP network）を、当県医師会の在宅医療介護連携推進事業運営委員で島根大学医学部附属病院総合診療医センター長である、隠岐広域連合立隠岐島前病院 参与 白石吉彦 先生のご尽力により立ち上げて、中山間地域や離島などで活動する総合診療医同士をネットでつなげるバーチャルオフィス（医局）を構築した。このシステムにより、日常業務における支援から研修医の受け入れ、カンファレンス、相談できる体制構築の取組み、さらにへき地・離島で限りある地域の資源、人材を有効に使いながら、在宅医療に役立てるためのスキルなどについて研修を行うことが可能となった。このプロジェクトは、2022年のグッドデザイン賞を受賞されている。

山口県においても、「在宅医療提供体制充実支援事業」を通じて、在宅医療を実施する医療機関の把握・掘り起こしや、在宅医療機関の拡大のための研修会の実施、医療従事者を対象とした在宅医療への参入促進のための座談会等が実施されている。郡市によって取組みに温度差はあるが、下関市では「下関市医療・介護ネットワーク研修会」を積極的に年数回開催している。2023年9月には「在宅医療～はじめの一歩～」のテーマで開催され、100名程度の参加があった（医師、看護

師、薬剤師、PT/OT/ST、介護福祉士、ケアマネ etc.）。

県医師会は、県健康福祉部との懇話会において、千葉県健康福祉部医療整備課主体で実施されている「在宅医養成研修事業在宅」「医療推進アドバイザー派遣事業」を参考として、在宅医療を志す若手医師（勤務医、開業医を問わず）、現在まで在宅医療に携わっていない開業医、及び看護師、事務職員、ケアマネージャー等在宅医療を支える方を対象に、在宅医療を実施するための動機づけ、必要な知識、直面する困難事例（がん性疼痛緩和・褥瘡・栄養管理・認知症・摂食嚥下障害 etc.）、在宅医療の経営等に関する研修を実施していただき、また必要に応じて、個別にコンサルタント（アドバイザー）による在宅医療の導入や、強化に向けた無料支援等を検討していただくようお願いした。

また、訪問診療時の安全確保対策として、医療従事者が自衛のための具体的な対策を立てるため、暴力やハラスメントに対する行政主体の訓練・研修の実施は必須であり、実際に医療を利用する地域住民に対しても、医療の質を担保するために地域が関わり協力すること、公的資金を用いた支援（警備会社との契約料、暴力・ハラスメントリスクの高い患者の訪問診療を行う際の人件費補填 etc.）の必要性を理解してもらう取組みが重要である事を説明した。

在宅医療を広く地域に定着させるためには、長期にわたり患者との信頼関係を築いてきた「かかりつけ医」を主体とし、地区医師会と市町村の連携を基盤に、それぞれの地域特性を踏まえた体制を構築することが肝要である。人口減少や高齢化、労働力人口の減少の中で、医師自身の高齢化によりかかりつけ医が不足する中、医療・介護等関係者がお互い連携協力や工夫をすることにより、個々人の希望に寄り添った医療・介護サービスの提供ができるよう、県医師会は行政・関係機関と密に連携を取り、在宅医療・介護推進に真摯に取り組んでいく予定である。

令和5年度第54回全国学校保健・学校医大会

と き 令和5年10月28日(土) 10:00～

ところ 神戸ポートピアホテル 南館・ポートピアホール

第1分科会 からだ・こころ(1)

1. 発達性協調運動障害への対応としてのトレーニング機器の開発

Rabbit developmental Research 平岩 幹男

発達性協調運動障害(Developmental Coordination Disorder)は5～11歳児の5～6%にあり、女子よりも男子に多い。姿勢保持や協調運動の障害があり、座ることはできるけれども座り続けられないなどの症状がある。演者は家庭でのトレーニング方法の紹介やトレーニング補助具の開発も行ってきたが、楽しく、再現性の高い、経時的な身体能力を評価できるものはなかった。そこで混合型仮想現実(Mixed reality)を利用した運動療育システムを開発した。2022年4月から主に放課後等デイサービスを中心に導入が始まり、2023年6月現在、関東から九州で30か所あまりに導入されて、キックディフェンスの得点が2週間で増加、片足立ちの時間が3か月で数倍に伸びたり、非常によい効果を上げている。

2. 小児科クリニックでの児童発達支援の実際～とくに公立小学校への訪問支援について～

野間こどもクリニック 野間 大路

当院は2000年に小児科クリニックとして開業し、2015年に児童福祉の通所支援事業所を併設した。最初は児童発達支援と放課後等デイサービスを開始したが、2017年から作業療法士等による保育所等訪問支援事業も開始した。今回、公立小学校への訪問支援を行った症例について検討した。

訪問している小学校は市内の近隣10校のうち7校で、学校の児童数は170～900人、うち24名の児童に訪問支援を実施していた。児童の8割は特別支援学級の所属だった。児童の診断名は自閉症スペクトラム症18名、知的発達症10名、脳性麻痺6名、注意欠如多動症3名、発達性協

調運動症2名であり、ほとんどの児童が保育施設から小学校への移行支援の一環として訪問支援が実施されていた。支援の内容としては、本人の発達特性への理解や関わり方の助言、授業への参加方法の提案、給食の食べ方指導、興奮時の落ち着かせ方などであった。

3. 保育・幼児教育関係者との連携を考える —大阪府医師会の取組み—

大阪旭こども病院／

大阪府医師会学校医部会就学前児保健委員会

木野 稔(代理:福田弥一郎)

大阪府医師会就学前児保健委員会では従来から研修会を座学形式で設けてきたが、令和元年度から保育・幼児教育施設関係者と医師との懇談形式に変更した。大阪市こども青少年局幼保企画課、大阪市保育・幼児教育センターから担当者に委員会に参加いただき、企画を行った。対象は大阪市内の保育所、幼稚園担当者、園医、嘱託医等で、最初にミニレクチャーを受けて、その後、発達障がい、食物アレルギー、けいれん、事故予防などテーマを決めてグループワークで討議、発表した。小児科・内科の医師と直接話を聞く機会が設定され、日ごろから聞きたかったことを確認できてよかった、医師会の先生方が支えますというメッセージも伝わったなどの感想があり、グループ討議の有用性を確認した。枚方市や高槻市でも行われた。

4. 学校児童生徒の小児慢性疾患に関する学校医・教職員アンケート調査～病気を抱えた子ども達のために学校医が学校でできること～

川崎市医師会学校医部会 佐々木明徳

慢性疾患を持つ子どもたちが増えている。しかし、医療的ケアに相当しない疾患や学校生活管理表の提出を必要としない疾患の実態は明確ではな

い。演者が学校医を務める生徒数約300名の小学校において、生体肝移植後、脳腫瘍術後、若年性関節リウマチ、思春期早発症、成長ホルモン分泌不全による小人症、フォンレックリング病などの慢性疾患を持つ子どもたちの担任教諭9名を対象として2018年に調査を行った。

慢性疾患を持つ子どもの担任の78%は新学期が始まる前、受け持つことが決まった時点で不安感を覚えていた。56%の教員は病気について自主的に調べていた。その方法は「養護教諭に聞く」が最も多く、「インターネットで調べる」、「同僚に聞く」が続いた。「学校医に聞く」はゼロ回答であった。実際に困った経験としては、体育の授業が最も多く、普段の授業、水泳の授業、遠足が同率で続いた。子どもの病気の主治医（専門医）からの情報提供は89%で認められた。教員・養護教諭・学校医が気軽に相談できるソーシャルネットワークワーキングサービスを求める声が多かった。

学校医への調査では、あらかじめ慢性疾患の子どもの在籍と知らされていた学校医は42%、学校側から相談を受けた学校医は25%と少なく、十分な情報提供と連携がなされていない。子どもたちの安全な学校生活のためには、受け入れる学校関係者の医療リテラシーの向上が必要である。学校医の90.3%は慢性疾患の実態について教育委員会と共同で調査する必要性を感じており、問題意識を共有していた。

5. 医療的ケア児が複数在籍する学校における看護師配置数算定の試案～児童発達支援・放課後等デイサービスにおける医療的ケアスコアの利用～ 一般社団法人広島市医師会／

広島市立広島特別支援学校 森 美喜夫

広島市立広島特別支援学校には、令和4年春の時点で通学生38人の医療的ケア児が在籍していた。ただ、学校における医療的ケア児に対する看護師の配置数に関する公的な目安がない。令和3年度4月障害児通所サービス事業に医療的ケア児の項目が創設され、医療的ケアの種類や難易度に応じて医療的スコアを算出し、その点数により看護師を配置することで報酬が算定されることに

なったため、本校の医療的ケア児について医療的スコアを算出し、看護師数の算定を試みた。

本校では令和4年現在、小中高等部の在籍数は555名でうち医療的ケア児は38名である。令和元年度、初めて人工呼吸器使用児の入学があった。その時の看護師数は9人であった。医療的スコアでは、3点以上では医療的ケア児：看護職員数の配置割合は3：1、16点以上では2：1、32点以上では1：1となっている。本校38名の医療的ケア児で看護師数を算出すると13人ということになった。令和5年現在14名になっている。ただ、医療的ケア児は各教室に分散しているので、計算上の看護師数プラスアルファが必要と考える。

6. 東京都における学校医の現状・問題点と将来への展望

東京都医師会 弘瀬知江子

学校医の仕事がこれまで以上に重要かつ負担を強いられる状況にある。このたび、東京都内の学校医に対して、学校医活動の実際、内科・眼科、耳鼻科それぞれの学校健診の実施状況、学校医の負担軽減策、学校保健分野の連携構築の仕組みづくり、児童生徒等への健康支援の仕組みづくりについてアンケート調査を行った。

アンケートに参加した学校医は561名、うち内科350人、眼科110人、耳鼻科101人、年齢は60歳代が最も多く39.8%を占め、50歳未満は13.0%だった。学校医の96.2%は開業医で勤務医はわずか3.8%に留まっており、勤務医の学校医への参加を提言する人もいた。86%は学校医にやりがいがあると答えていた。回答した554名の学校医のうちで81.4%が小学校の健康診断を、43.1%が中学校の健康診断を、24.5%が両方の健康診断を行っており、学校健診において1校あたり1日の健康診断に3時間費やしている学校医が38.5%、2時間が32.6%、4時間以上が20.9%おり、89.9%が1人で行っており、2人以上で行っている学校医は10.1%であった。58.7%の学校医が学校健診の日程調整に苦労した経験があった。内科学校医を行っていると回答した342人のうち、68.1%が内科医、25.1%が

小児科医で、運動器健診に関しては88%の内科学校医が自分で行っており、56.9%が整形外科医の参加が必要と考えていた。106人中66.9%の眼科学校医が新型コロナウイルス感染症の流行前後で視力低下の児童生徒が増えたと回答しており、100人の耳鼻科学校医のうち4人がICT導入後児童生徒に気がついた変化があったと回答していた。

都道府県・郡市区の教育委員会、医師会など関係者の連携の仕組みづくりがされていると答えた学校医は25.3%、38.8%の学校医が学校に訪問して養護教諭との連携がより緊密になったと答えていた。

7. 学校健診の理解を深めるために教育委員会及び学校との連携

学校内科健診—大阪府医師会の取り組み

医療法人誠心会森口医院／

大阪府医師会 森口 久子

学校健診では健診制度を保つため脱衣を必要とするが、さまざまな理由で衣服の着脱に配慮を要する生徒が増え、保護者の考えも多様化している。大阪府医師会は大阪府教育庁と連携して「学校における健康診断の在り方検討会」を立ち上げた。大阪府教育庁保健体育課、大阪府医師会、大阪府立高等学校校医会、大阪府学校保健会養護教諭部会の参加により府立学校における内科健診の現状報告・大阪府医師会作成内科健診説明スライド動画の解説、適正な健診を行うための環境設定の具体策、健康診断結果のお知らせ案、未受験者の対応等が論議された。

その結果、聴診には脱衣は必要だが下着は可、直前まで脱衣した衣服を当てて利用、個別に配慮が必要な場合は事前に相談、健診をしないことも考慮、健診時の不適切事例、盗撮などの事例を防ぐために、医師会・警察から健診医のケータイはカバンにしまう、教職員が同室するなどの提案がなされた。

指定学校医制度は大阪府医師会が独自で運用している制度であるが、学校医の質の向上のために重要な役割をしている。

8. 徳島県医師会における学校保健委員会活動について

徳島県医師会 田山 正伸

徳島県医師会は学校保健委員会の中に、小児保健対策班、母子保健対策班、心臓検診対策班、メンタルヘルス対策班、アレルギー対策班を分担組織化して活動している。また、肥満対策を目的とした小児生活習慣病予防対策班や学校検尿に關与する腎疾患対策委員会において学校保健業務を行っている。平成30年県医師会と県教育委員会は協定を結び、学校保健委員会は徳島県教育委員会との間に学校保健に関する協定書を締結し、継続した協働活動を行っている。徳島県医師会認定学校医制度に基づいて、年4回の研修会と学術講演会を開催している。アレルギー対策班は、アレルギー疾患用学校生活管理指導表の作成とアレルギー診療の標準化を目指すための研修会の開催、アレルギーハンドブックの作成などを行っている。

9. 中学校女子の内科健診

播磨町・加古川市の取り組み

加古川医師会 中山 慎一

学校健診において脱衣により健診を受けることに心理的負担を持つ児童生徒が増えており、加古川市では令和4年より、肌を覆う面積の小さい下着を着けて健診を受けてもよいこととした。健診終了後に内科健診の下着着用についてのアンケート調査を行った。市内小学4年生から中学3年の対象児童生徒14,076人から9,736人（回答率68%）から回答を得た。

結果、下着を着けない内科健診を受けた時、「少し嫌だった」と答えた人が最も多く40%、「かなり嫌だった」と答えた人は29%、「内科健診がある日は学校に行きたくない」と感じていた人が8%と77%は嫌がっており、下着を着けて内科健診を受けられるようになって、「とてもうれしかった」が19%、「健診が受けやすくなった」が49%であった。今後の内科健診に希望することは、一番は「同じ性別のお医者さんがうれしい」と回答した女子84%、男子でも31%あった。播磨町では令和5年から新たに女性医師を学校医

として採用し、それぞれの中学校の女子の内科健診を担当した。加古川市は中学校12校で校医は11校が男性医師であったが、女性医師を採用して令和6年から女性医師が中学女子の健診を担当するよう進めている。

10. 東京都立高等学校における産婦人科学校医制度について

東京産婦人科医会 長岡 美樹

東京都では令和4年10月から産婦人科医が新たに地方公務員法に規定する非常勤職員である学校医に任用することが決定し、産婦人科医師が都立高等学校に学校医として配置され、活動を開始した。健診を行うのではなく、保健指導、健康相談、健康教育を行っている。さらに、東京産婦人科医会では、2018年「性教育の手引き」の作成、2019年から東京都立公立中学校「性教育の授業」に性教育講師の派遣、2020年にはコロナ禍のため性教育DVD作成など行っている。学校内での活動はボランティアでは継続できず、予算を確保するなど行政との連携が必須である。

11. 当院における虹外来開設後の学校との連携について

市立秋田総合病院 高橋 まや

1980年代DSM-Ⅲより、性同一性障害が自分の外性器と一致しない性を自分の性として認識する人が一定数いること、それは精神に異常をきたしているのではないこととして公式に認められるようになった。2003年の性同一性障害者の性別取り扱いの特例に関する法律が日本でも制定され、文部科学省は2015年に「性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細やかな対応の実施等について」を学校側に通知した。

乳児期ですでに自分の外性器を認識するようになり、9か月から3歳前後でジェンダーの特徴を意識し始めるようになる。2歳から4歳の子どもは性差を理解し始め、自分の性別を識別できるようになる。幼児期に自分の性に違和感をもつ子どもはこの時期からすでに自己肯定感の低下を生じている。思春期では自分で望まない成長を遂げる外性器に対して猛烈な違和感を常に持つことに

なるとともに、自分の体を自分でコントロールできないという無力感にもとらわれる。

子どもたちの早い時期からの性自認、違和感、またそれに伴うストレスによってその後の成長を大きくマイナスに変えていくエピジェネティクスな変化を防ぐため、医療現場ではなく保育や学校といった現場での協力が必須となる。

12. 性の多様性（LGBTQ）に関する授業実践の取り組み

秋田こどもの心と発達クリニック／

市立秋田総合病院小児科・虹外来／

秋田大学医学部附属病院・緩和ケアセンター

成田 まい

LGBTQとは、L：レズビアン、G：ゲイ、B：バイセクシャル、T：トランスジェンダー、Q：クエッシングの総称であり、性的マイノリティを指す言葉である。日本でのLGBTQの当事者の数は2020年の調査において8.9%と報告されており、11人に1人の割合で存在することを示すことになり、学級単位で考えると1クラスに約2～3人程度は存在している可能性がある。ただ、教員への調査では2021年の調査ではLGBTQの子どもに関わったことがあるという教員は8.9%しかいない。学齢期の学校生活の中では制服にはじまり、トイレや更衣室など出生時に付与された男女という区分けで明確に分けられることが非常に多い。文部科学省より配布されている「性同一性障害や性的指向・性自認に係る、児童生徒に対するきめ細かな対応等の実施について（教職員向け）」の周知資料により、学校の対応も柔軟になってきたが、対応格差は非常に大きい。学齢期においてはカミングアウトのハードルが非常に高く、当事者たちが必死に隠していることが多いため、支援や配慮を受けにくいという背景もある。性の多様性を主要因として、対人関係の悪化や不登校や適応障害、不安神経症などの二次障害につながるケースも少なくはない。性に悩みをもつ子どもたちの大きな課題は学校適応であり、医療と学校の連携が不可欠といえる。

そこで、性の多様性に関する地域の情報拠点として学校教員を対象にLGBTQの理解促進の

ための講義を継続してきた。授業の一環としてLGBTQ授業を実施し、授業参加後に中学1～3年生の生徒192名に対してアンケート調査を行った。その結果「LGBTQについて受容できない」という生徒が約10.9%で、教職員を対象とした調査（日高、2015）でも約15.2%の教職員が受容困難であることが示されており、年齢層が異なっても概ね同様の結果となっている。「LGBTQについて受容できるかどうかわからない」と回答している生徒も約37.5%あり、両者を含む総数は約半数に及ぶことが認められている。

今後の課題として、授業参加校を増やすとともに、対象年齢の拡大を検討する必要がある。

〔報告：常任理事 河村 一郎〕

第2分科会「からだ・こころ（2）」

1. 市内の学校感染症発生状況報告からの小中学校、幼稚園、保育園でのCOVID-19の罹患率の検討

市川こどもクリニック 市川 正孝

はじめに

伊勢原市の小中学校、幼稚園、保育園の学校感染症の発生状況の集計からCOVID-19の罹患状況を検討したので報告する。

方法

検討期間はオミクロン株が流行し小児の感染が増えてきた2022年1月から、流行が減少した2023年3月までとした。

結果

感染のピークは2022年2月、7月から8月、及び12月から2023年1月の3回あり、それぞれいわゆる第6、7、8波と一致していた。累積の罹患率は全体で38%、小学校で45%、中学校で26%、幼稚園で22%、保育園で47%と、保育園と小学校での罹患率が高く、中学校と幼稚園での罹患率が低い結果であった。

考案

第6波の時は、中学校での感染は小学校などと比べ低く、中学生以上では2021年6月よりワクチン接種が始まっていたことが関連している可能性があると思われる。2022年の夏の流行は日本全体では最も感染者数が多かったが、小学生

の罹患率のピークは第6、7、8波でありあまり変わらなかった。2022年3月から小学生年齢のワクチン接種が始まったことと関連があるかもしれない。第7、8波では、全世代の感染者数が多かったのに対し、学校などの感染者数は第6波と比べやや多い程度であった。その理由としては学校でのマスク着用などの感染対策が成人年齢層よりも徹底されていたためではないと思われる。

まとめ

学校感染症発生状況報告よりCOVID-19の発生状況と罹患率について検討した。小学生以下の年代では概ね半数程度、中学生では3割程度の感染がみられた。小学生以下と中学生との罹患率の違いはワクチン接種率の差による可能性があり、ワクチン接種を勧めることは重要であると思われる。

2. 新型コロナワクチン小児接種に対する学校医のアンケート調査について

山梨県医師会学校保健委員会委員長 窪田 良彦

山梨県における5～11歳までのワクチン接種率は約20%（令和4年10月現在）と低く、保護者のワクチンに対する不安や効果への疑問を解消することが課題となっている。各学校医自身のワクチンに対する考えを確認する目的でアンケート調査を行った。

対象と方法

県内公立小学校166校、255名の学校医にアンケート調査した。1）5歳～11歳へのワクチン接種についての校医自身の考え、2）学校での保護者への説明会等を行えるか、3）2）で行えると回答した先生方で説明会を行う場合のマニュアルや資料が必要かについて調査した。

結果

112名の先生方から回答を得た（回答率44%）。1）積極的に打ったほうがいい：18名（16.1%）、打った方がいい：48名（42.8%）、打たない方がいい：6名（5.4%）、打つべきではない：1名（0.9%）、どちらともいえない：39名（34.8%）。7名（6.3%）の先生が打たない方がいい、打つべきではないと回答した。2）積極的に行いたい：9名（8.0%）、可能である：14名（12.5%）、

行わない：53名（47.3%）、考慮中である：36名（32.2%）。約半数の先生が説明会は行わないとの回答があった。3）県から送られた教材で充分である：9名、手順やマニュアルが欲しい：11名、説明のための講演会を開催して欲しい：1名。

結論

5～11歳へのコロナワクチン接種に対し、約6%の先生から否定的な回答があった。その理由としてワクチン自体の仕組み、安全性やその効果、また接種のメリット・デメリット等について不安視しているものと考えられた。信頼できる情報源に基づき、学校医に随時発信することが重要と思われる。また、保護者や学校関係者には、ワクチンの重要性や他のワクチンとの仕組みの違いなどを丁寧に説明し、理解を得る必要があると考えられた。

3. COVID-19と子どもたち

ーわかってきたこと、考える未来ー

（公社）東京都医師会 川上 一恵

東京都医師会学校精神保健検討委員会は、冊子『子どもたちとともにパンデミックを乗り切るー新型コロナに対峙する学校精神保健ー』の中でこの期間の子どもたちの様子を記述し考察を加えた。1）新型コロナウイルス感染症のもたらしたもの：学校は「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～学校の新しい生活様式～」に基づいて感染対策を行っていた。個々の学校の状況に応じてどのように適用していくかを専門外のこととして悩んでいた。小児科外来では「新型コロナって？」「マスクは絶対に必要？」「子どもへのワクチン接種は必要？安全？」などの質問をされる機会が多くあり、説明を行ってきたことにより咳エチケットや手洗いの大切さが子どもたちに定着したように思える。2）子どもの心と体はどのように変化したか：児童生徒は、学級全体で関わる行事を通じて、「集団と個の関わりあい」という意識を持てるようになる。その意識は、他者から評価され、励まされ、叱責され、認められることによって育まれる。しかし、さまざまな行事が中止となり、子どもたちの経験が少

なくなった。養護教諭研究会が行ったアンケートでは自身が感染する不安、遊びに行けないことや行事の制限に対するストレスを訴えており、学校が楽しくないと感じる子どもは中学2年生男子で18.2%と過去のアンケートと比し増加していた。3）コロナ禍での育ちの環境：コロナ禍において、心身の健康度が低下した会員同士が終始顔を合わせる状況が続き、家族関係に悪影響を与えた。慢性的な心理的負担は、家族間の緊張を高め、心の拠り所を見失った会員は無力感を抱き、結果として正常な家族機能を弱めた。発達課題や心の問題を抱えた子の場合はより事態が深刻化しやすくなった。コロナ禍はコミュニティでのやり取りの機会を大幅に抑制し、コミュニケーションの進化の過程を妨げたと考えられる。4）今後の学校と家庭と地域をどのように作っていくか：コロナ禍で児童生徒の自殺の増加、神経性食欲不振症の増加という現状に対し、必要な施策が（1）心の健康の保持増進に係る教育及び啓発の推進、（2）課題の早期発見・対応等へ向けたICT活用、（3）関係機関等の連携体制の構築と文科省「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」の審議のまとめに書かれている。校内の養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーを含むチームの強化や関係機関連携、地域における重層的な支援体制の整備が求められている。

4. 子宮頸がんにならないために

～HPVワクチンの接種を考えてみよう～

兵庫県立がんセンター 山口 聡

子宮頸がんは、20～30代の女性が罹るがんの第1位になっており、年々罹患率や死亡率が増加している。全国の子宮頸がんによる罹患数は年間約11,000人、死亡数は年間約3,000人と言われる。子宮頸がんは、HPVワクチンで予防できる病気である。日本においては平成22年度からHPVワクチン接種の公費助成が開始され、平成25年4月に予防接種法に基づき定期接種化されたが、接種後の慢性疼痛や運動障害などの多様な副反応の報告が相次ぎ、同年6月に接種の積極的勧奨が中止された。HPVワクチン接種率は平成6～11年度生まれの女子が70%程度であっ

たのに対し、平成12年度以降生まれの女子では著明に低下し、平成14年度以降生まれの女子では1%未満となっていた。その後、令和4年4月より積極的なHPVワクチンの接種勧奨が再開された。接種勧奨を差し控えていた期間に定期接種の対象であった平成9年度生まれから平成17年度生まれまでの女子についてもキャッチアップ接種とし公費での無料接種の対象になっている。令和5年4月からは、新しい9価のHPVワクチンも使用できるようになり、通常3回接種であったのが15歳までの接種については2回接種も可能になった。HPVワクチンは性交渉デビュー前に接種することが極めて重要である。日本で若年子宮頸がん患者の初交年齢を調べた研究では、性交経験率は14歳くらいから急激に上昇するという報告もある。現在の定期接種の対象は12～16歳だが、14歳までに接種する方が望ましいと考えられる。中学生になったら、子宮頸がんの予防に有効なHPVワクチンについての理解を深める保健指導や保護者への周知も必要である。副反応に関する不安や心配が問題になるが、積極的な接種勧奨再開後は重篤な副反応の報告は少なく、海外での従来の報告と差がない。

5. 兵庫県内各自治体における学校心臓検診・腎臓検診システムの検討

兵庫県医師会学校保健委員会 松浦 伸郎

兵庫県では県域が広くそれぞれの地域で異なった方式で学校の心臓検診や腎臓検診が行われている。県域ではどのようなことが問題なのか、各地域の実態を把握するためにアンケート調査を実施した。

対象と方法

アンケートは対象都市医師会の32医師会を対象とした。心臓検診アンケート：1. 心臓1次検診の心電図をどの方式を採用されていますか？ 2. 心臓検診を委託されていますか？ 3. 1次検診結果の検討を行っていますか？ 4-1. 心臓2次検診を個別で行っていますか、集団で行っていますか？ 4-2. 2次検診結果の検討を行っていますか？ 4-3. 心臓エコー検査をどのように利用されていますか？ 5. 3次検診結果の検討を

行っていますか？ 6. 心臓検診の精度管理を行っていますか？ 腎臓検診アンケート：1. 腎臓検診をどの方式を採用しますか？ 2. 腎臓検診を委託されていますか？ 3. 腎臓1次検診の有所見者に対して学校で2次検尿を行っていますか？ 4. 1次検診結果の検討を行っていますか？ 5. 2次検診結果の検討を行っていますか？ 6. 3次検診結果の検討を行っていますか？ 7. 腎臓学校検診では専門医療機関あるいは高次医療機関への紹介基準がありますか？ 8. 腎臓検診と糖尿病検診を一緒に行っていますか？ 9. 2次検診の場合、尿検査を早朝尿のみの検査ですか、それとも受診時尿も併せて検査していますか？ 10. データ保存の方法についてお尋ねします。①紙ベース、②デジタル、③紙とデジタルの併用。

結果と検討

1. 心臓検診について：心臓検診では県内では12誘導心電図で実施しているところが最も多かった。しかし、神戸市が省略4誘導心電図心音図併用を採用しており、県内統一化の動きはない。また検診に医師会が関与していない自治体は30%あった。1次検診結果の検討を行っていないところが27%、2次検診では39%がその結果検討を行っていなかった。精度管理を行っていない自治体が約60%もあった。都市部の医師会はそれぞれ専門委員会を設置して検討していたが、県北部から北西部にかけては過疎地域が多く医師会が検診に直接関与していない地域が多かった。今後は過疎地域においても1次2次ともに検診結果の検討が行えるような方法を検討する必要がある。また精度管理は検診受診率や検査方法の運用、診断技術、事後措置に分類されるが多くの問題を含んでおり体系的に整理検討する必要がある。

2. 腎臓検診について：腎臓検診ではB方式の実施が82%であり圧倒的に多かった。また、52%は医師会が関与していなかった。腎臓検診の多くは1次検診2次検診結果の検討を行っていない地域が多かった。糖尿病検診も行っていない地域も61%と多く、今後の検討課題である。また、高次医療機関に受診する際の基準がない地域も多く、基準作成が期待される。データ保存に

関しては紙ベースが多いが、デジタル併用地域もあり移行期と思われた。また、2次検診の場合、尿検査は早朝尿と受診時尿を合わせて検査することも必要と思われるが、今後の検討課題である。

6. 神戸市での腎臓検診の取組み

神戸市医師会学校保健委員会 松岡 弘高
はじめに

神戸市では、腎臓検診での関係各所の連携強化や判定の妥当性や統一性の確立を目的に「あらたな腎臓検診のあり方の検討会」を設置し、令和2年度から腎臓検診の方法を改訂したので報告する。

背景

学校検尿は、兵庫県予防衛生協会が受託しており、尿潜血もしくは尿蛋白が初回の尿検査で陽性となった児童生徒に対して追加の尿検査を行い、その陽性者に対して、学校は二次検診を勧奨する通知書並びに検診カードを保護者に渡す。二次検診は、かかりつけ医の受診とし、要精査となった児童生徒は、三次検診依頼機関での精査となる。平成30年に市医師会の学校保健委員会内で三次検診依頼機関を含めた関係各所との連携強化と、腎臓検診の方法の変更の意見がでたため、市医師会、神戸市小児科医会、教育委員会、予防衛生協会、小児腎臓病専門施設の関係者を集めて「新たな腎臓検診のあり方の検討会」を開催し、検診方法の改訂に至った。

改訂の内容

一次検診の学校検尿の再検査の検査方法の見直しを行った。再検査の検尿陽性者は、試験紙法による尿中蛋白／尿中クレアチニン（Cr）比での判定を令和元年度より実施。従前の試験紙法による尿蛋白定性検査に変えて尿中蛋白／尿中Cr比を用いることとなった。また、二次検診の学校から保護者に渡される通知書の中に採尿方法のイラストにより、受診者に採尿の注意点を視覚化することで理解を得やすくした。具体的な二次検診についての実施方法は以下のとおりである。1. 一般診察と採尿の方法について、先のイラストを用いて説明。2. 早朝安静時中間尿による尿検査を2回実施。何らかの腎臓疾患のリスクがあり早急な

紹介が必要と思われる症例には、診察した医師の判断により採血検査も実施。3. 精度管理を目的に、検体は事前に検診カードに添付された検査依頼票を利用。4. フローチャートに従い、診察・検査上目安となる基準を満たせば、病院の地域連携室を通して、三次検診依頼機関に紹介。今回より血圧単独での三次検診の紹介基準を設定した。尿検査は、尿中蛋白／尿中Cr比と尿一般定性・尿沈渣を2回、検査の間隔は1週間以上あけて実施とした。先天性腎尿路異常（CAKUT）の発見を目的に、初回尿検査で尿中 β 2ミクログロブリンの測定を追加した。最も大きな変更点が、二次検診の診察や検査結果から、神戸市学校検尿フローチャートに沿って事後措置を決定することである。従前の二次検査では、定性検査での尿検査3回のみで、尿潜血、尿蛋白の明確な紹介基準が設定されていなかった。先の検討会内で、特に三次検診依頼機関への紹介基準を明確にし、さらにそれをフローチャートにすることで、かかりつけ医が事後措置に悩むことが減少した。また、指導区分判定委員会での判定も意見が分かれるような症例もなくなった。

結語

神戸市の改訂した腎臓検診の取組みについて紹介した。腎臓検診の肝要な点は、適切に採尿された検体で定期的にくりかえし検査をすることにある。腎臓病の早期発見・早期治療のためにも、学校、医療機関、家庭の中での学校検尿を通した健康管理・健康教育が大切と思われる。

7. 学校心臓検診での精密検診紹介者の受診結果の解析

東京都医師会都立学校心臓検診判定委員会

泉田 直己

背景

学校心臓検診の結果から専門医療機関に紹介する場合は、対象者は心疾患を有している可能性が高く、紹介例の所見やその専門医療機関での診断、判定について分析することは、学校心臓検診の意義を検証するうえで有益と考えられる。検診で要精密検診として専門医療機関に紹介された対象者の紹介理由と専門医療機関からの返信を解析した

ので報告する。

対象・方法

東京都立学校の児童生徒に対して検診を行っている。2018年～2022年の各年度の対象者数44,033～47,039人に対して、1次検診では調査票及び心電図、2次検診では診察に加えて1次検診の判定により指示された胸部X線、運動負荷心電図、心エコー図を行い、その結果を得て判定している。管理指導の判定が難しくさらなる検査が必要と判定した場合、検査結果により年1回を超えた受診による管理指導が必要と判断した場合には、要精密検診として専門医療機関に対して診療情報提供書を作成し紹介している。その対象数は各年77～111人、計461人であり、今回は、そのうち紹介先の医療機関から診療結果についての返信があり解析可能な302例を対象とした。

結果

302例のうち、紹介理由として最も多かったのは心室期外収縮、ついでQT延長、心房・心室中隔欠損症、WPW症候群、頻拍発作の疑いの順であった。QT延長は、目視での接線法による計測を行い、Fridericia補正により0.45以上となった場合に紹介しているので、判定に計測時の誤差が生じる可能性がある。心房、心室中隔欠損症では、心エコー検査で新規に発見された場合は当然紹介するが、過去に疾患を有すると指摘されていた、あるいは根治手術を受けていた場合でも、自己都合等により定期的な受診を行っていない場合には紹介を行っている。私たちの検診では、頻拍発作の有無の検出をより判定しやすくするために、調査票の症状に関する問いを工夫している。1次検診の心電図で、左室肥大が疑われる所見があれば、2次検診を行って、血圧測定、胸部X線、カラードプラを含めた心エコー図を2次検診で行っているが、提供される情報が静止画によるものであり、境界域の所見の場合には専門医療機関に紹介している。STT異常は、0.2mV程度の明らかなSTJの低下がみられる場合を目安として専門医療機関を紹介している。Brugada様心電図は、その特徴のある右側胸部誘導でSTJの0.2mV以上上昇がみられ典型的なCoved型又はSaddleback型の波形に合致したものを専門医療機関に紹介して

いる。房室ブロックでは、Mobitz型第2度房室ブロック、完全房室ブロックを疑う場合に専門医療機関を紹介している。

総括

都立学校心臓検診で、専門医療機関を紹介した例の紹介理由となった所見、診断と受診後の返信の結果を比較した。紹介理由では、心室期外収縮やSTTの異常など、心電図等に記録され、それがコピー等で所見が提供できる場合には診断について一致が得られやすい。一方、症状や検査所見が時間により変化する病態の場合には、専門医療機関との判定が異なることが多いことも判明した。専門医療機関からの最終診断、判定を確認しておくことは対象が何らかの所見や疾患を有している例であることから、抽出すべき基準の判断に貴重な情報となる。このことを翌年以降の検診にフィードバックすることは、より正しい抽出、判定を行うのに重要と思われる。

8. 心房中隔欠損症（ASD）の抽出率や診断時の心電図所見－平成12年度～令和2年度川崎市立学校心臓病検診－

神奈川県川崎市医師会学校医部会 堺 浩之
はじめに

心房中隔欠損症（ASD）は未だ乳幼児期で検出が難しい疾患であり、学校心臓検診での心電図所見が診断の契機となることが多い。診断において学校心臓検診が果たす役割の大きい先天性心疾患といえるが、実際に学校心臓検診がどの程度の効果を有しているかを大人数で検討した報告は少ない。川崎市では1992年度から小学校と中学校の全員、及び川崎市立特別支援学校1年生（以下、「支援学校」）全員が学校心臓検診の対象となった。その後は順次、川崎市立高等学校全日制・定時制1年生（以下、「高等学校」）、川崎市立中学校夜間学級1年生（以下、中学校に含む）、転入者を他学年として学校心臓病検診を実施している。

目的

川崎市学校心臓検診の結果を見直し心房中隔欠損症（ASD）の検出率、検出の契機となる心電図所見を明らかにすること。

対象

平成12年度から令和2年度までの21年間に在籍した小学校は247,620名、中学校は191,044名を対象とした。

検診の方法

心臓病調査票と標準12誘導心電図を中心に1次検診を行い、2次検診では必要に応じて胸部X線写真・運動負荷心電図・1肋間下・1肋間上の心電図などの検査を行った。心エコー図やホルター心電図など、その他の精密検査は3次検診で行っている。1次検診は小学校・中学校・高等学校・支援学校・他学年が対象である。心臓病判定委員会は、原則として学識経験者と川崎市医師会会員より選出された心臓病専門医で構成される。各判定委員が心電図並びに調査票に問題があると判断した心電図全例を判定委員全員で検討し、2次検診者と検診内容を決定する。2次検診は川崎市内の各区休日急患診療所において判定委員が調査票の内容の再確認と診察を行った上で3次検診対象者を決定する。3次検診対象者は仮管理区分に従って管理が行われ、原則として市内指定病院へ受診をしていただく。最終的に全ての結果が川崎市立学校児童生徒心臓病専門会議に報告され、診断・管理区分の最終決定を行う。

結果

1次検診の受診者数は小学校は246,714名、中学校は189,493名であった。2次検診は、小学校の対象者は7,439名で、受診者は7,271名（1次検診受診者の2.9%）で、中学校の対象者は8,371名、受診者数は8,187名（4.3%）であった。3次検診は小学校の対象者は1,970名で、受診者は1,865名（0.8%）、中学校の対象者は2,035名、受診者数は1,882名（1.0%）であった。心房中隔欠損症（ASD）に関して、心臓病検診受診時にすでに診断され管理区分が決定していた者、自然閉鎖もしくは管理不要とされていた者、今回の検診で新たにASDと診断された者、この合計は小学校で389例、中学校で312例であり、このうち今回の心臓病検診で新たにASDの診断がついた者は小学生で86例（1次検診受診者の0.03%）、中学校で45例（0.02%）であった。ASDを想起させる心電図所見として不完全

右脚ブロック（IRBBB）とST-T異常に着目すると、1次検診でIRBBBと判定された生徒は4,800例、ST-T異常と判定された生徒数は3,668例であった。このうち3次検診の対象となった生徒はIRBBBで862例であった。このうちASDの診断に至った症例は、IRBBBで73例（所見中1.5%）であった。

考察

ASDは発見が遅れた場合には不可逆的な肺高血圧に進展せずとも、遠隔期に心房性不整脈が発生する可能性が高くなると報告されており、学校心臓病検診において抽出率の向上が求められる疾患である。学校心臓病検診におけるASDの抽出については報告では0.02～0.039%が新たにASDと診断されることが示されている。今回の研究でも、小学生では0.03%、中学生では0.02%の生徒が新たにASDと診断され、既存の報告に近い抽出率が確認された。中学校でASDと診断された生徒の小学校時の心臓病検診の結果において、1次検診もしくは2次検診で異常がなかったと判断された割合は非常に高く、診断された45例中27例と60%であった。学校心臓病検診では、一部の地域で省略4誘導心電図（I、aVF、V1、V6）が使用されているが、標準12誘導心電図のほうが望ましい。今回の研究でも、胸部誘導でのT波の異常からASDの診断に至る生徒が少なからず存在することが明らかとなった。

結語

学校心臓病検診でのASD抽出の困難さと限界が明らかとなった。また省略4誘導心電図の限界と標準12誘導心電図の有用性が明らかにできたと考える。

9. 小児科医に知って欲しい、子どもの視力検査の大切さ

鈴木眼科吉小路 鈴木 武敏

小児の視力検査・屈折矯正、眼位検査などは視機能の発達評価に不可欠な検査である。しかし、これまでの経験から、小児科の先生方でも誤解しているのではと思われることについて説明したい。

誤解1：視力検査がまだできないから眼鏡合わ

せはできない。眼鏡合わせは視力検査がなくてもできる。検影法、中でもオーバースキアという眼鏡等の装用レンズの上からの検影法を使えば、視力表を使うよりも正確に処方できる。スキア検査のもう一つの利点は、網膜反射の観察によって、稀にはあるが、小児の眼内腫瘍を発見することもあることである。最近、両眼開放屈折測定装置のスポットビジョンが普及しており、弱視の早期発見に役立つことは間違いがないが、あくまでもスクリーニングの装置であり、外斜視系は見逃すことが多いことには注意が必要である。

誤解2：視力低下の訴えがあったら眼科に行きなさい。子どものころから視力が不良の場合、その子にとってそれが当然の状態であり、ほとんど本人が不自由を訴えることはない。そのため保護者が気づかないことも多い。3歳児健診のおかげで、以前よりは少なくなったとはいえ、弱視の治療可能時期を過ぎてから受診し、弱視の治療が遅れる子どもも見受けられる。

誤解3：視力1.0未満は近視である。小学校4年生くらいまでは、眼球の発育の関係で遠視の子どもが意外と多い。遠視の子どもはスマホなどを長く見ていると、水晶体が厚いままになり、いわゆる仮性近視を起こし、視力検査では本当の近視のように視力1.0未満の結果が出ることも少なくない。そのため、視力が1.0未満だから近視とは言えない。

誤解4：視力1.0あれば眼鏡は合っている。視力1.0だから正常だという訳ではない。遠視の場合、目は無理をしてピント合わせをして見えるようにしてくれるので、ある程度の遠視の場合は、目の緊張によって正視のふりをする。軽い近視の人に、強すぎるめがねをかけて見えるのは、強すぎる度数を打ち消すために目が緊張してくれるからである。原因不明の子どもの頭痛の時には、潜在する遠視や、近視の場合は強すぎる眼鏡度数をかけさせられている場合も少なくない。

誤解5：子どもの眼位異常は発育で治ることが多い。小児科を受診して、このような説明を受けたという保護者が来院することがある。眼位異常の基本は早期発見早期治療であり、弱視治療のためにもその分野が得意な眼科医に直ぐに紹介して

欲しい。

誤解6：眼鏡店は専門家が検査しているので、眼科に行かなくても大丈夫。日本は眼鏡店を開設するのに何らの許可も要らない珍しい国である。そこで、昨年から眼鏡作製技能士という国家資格が制度化されたが、非常に中途半端な資格になっている。調節麻痺剤も使えないし、検影法という技術も使えない。海外の眼鏡の国家資格レベルとは、雲泥の差があることは明白である。この名称が使われることによって、専門家が検査するのだから大丈夫と、これまで以上に目の検査もせずに眼鏡を作製することになることは明らかである。眼鏡店で眼鏡合わせに先だつての眼科医への受診が義務づけられていないために、中途失明につながる眼疾患の見逃しにつながるものが危惧される。

誤解7：顔は石けんで洗う必要がない。診療していてまつ毛の根元を観察していると、汚れた目やにが着いている子どもが多い。目の縁は汚れがつきやすいところなので石けんできれいに洗いなさいと言うと、他科で「顔は脂で保護されているから不潔ではない。」という説明を受けたと反論されることも少なくない。

次に3つの学校保健に関しての提案を挙げる。

提案1：ネグレクトによる眼鏡不装用。小児に関する眼科領域のネグレクトの一つに、視力が悪いのに眼鏡を購入してもらえない子どもが増えていくことを知って欲しい。その最大の理由は貧困である。親に気を遣って、黒板が見えない視力なのに親に伝えない子どももいる。さらに、技術がなく質の悪い安価な眼鏡を提供する眼鏡店で購入することも増え、不適切な眼鏡調整のめがねをかけている子どもも珍しくない。教育の機会均等のためにもせめて義務教育期間は、正しい眼鏡を装用してもらうための検査と購入のための補助が必要なのではないか。

提案2：学校保健教育の見直しを。学校カリキュラムの中に、医師会員が外向いて、養護教諭とともに毎週一時限の授業を行うことができればと思う。小学校から高校まで12年間しっかりと教育をすれば、将来の医療費の削減にもつながるはずである。

提案3：小児科医も検影法をマスターしよう。

検影法のマスターを小児科の先生にしてもらえたらと思っている。スポットビジョンよりも正確に屈折異常を見つけることができるし、検影法は網膜反射をみるために、先にも述べたように、乳幼児の網膜腫瘍を発見することもある。

10. 小児のやせへの対応～学校医ができること～

笠井医院 笠井 弘也

神経性やせ症の予防と治療の問題点として、1) 本人、家族、学校関係者、地域住民の病識の乏しさ、2) やせへの誤解、が挙げられる。1) 本人、家族、学校関係者、地域住民の病識の乏しさへの解決策：周囲に相談できず、一人で頑張りすぎてしまう小児が多い。報告における不安や羞恥心の軽減に努めることが大切である。事実と異なる報告をしている可能性があるので、家族から情報を収集することは大切である。事実と異なることを話す場合は、小児と対立関係にならないことが大切である。学校医は、学校保健委員会でこれらのことを言う必要がある。2) やせへの誤解：ダイエットをする子どもの低年齢化が目立つ。美容を意識した女の子のダイエットはやせ願望が強いと言われている。学校医はこれらのことを学校保健委員会で言う必要がある。

まとめ

学校医は小児のさまざまな背景を理解し、家庭や学校、地域のコミュニティサークルと協働で、小児のやせの予防や治療に対応する必要がある。また、学校医は専門的知識を学校、地域住民へ提供する必要がある。その結果、小児が安心して学校生活を送れるようになり、学校関係者が安心して教育に専念できるようになる。

11. 中学時代の不登校経験は、高校での自殺未遂率を7倍上昇させる

うめもとこどもクリニック 梅本 正和

全日制高校と定時制高校の自殺と不登校どのような関係があるのかについて発表する。

目的

中学時代の不登校経験が高校での自殺念慮並びに自殺未遂と関係するのかを検討する。三重県内

の全日制高校1年生319人、定時制高校1年生79名に2種類のアンケートを行った。1) 生徒の不安・抑うつを聞くアンケート、2) 自己内面を聞くアンケート。

結果

全日制高校の自殺念慮率は25%、定時制高校は58%であった。自殺未遂率は、全日制高校は6%、定時制高校は32%と約5倍であった。全日制高校では不登校経験は0人、定時制高校では25人に中学時代30日以上の不登校を認めた。自殺未遂の割合が不登校なしの場合は373名中6%であった。一方、不登校経験のある25人のうち自殺未遂ありは46%と高率であった。自殺予防に関して、全日制高校の3年生に人生に目的を持っているかという質問を行った。「だいたい持っている」場合4点、「ほとんど当てはまらない」場合1点。有意差をもって自殺念慮ありの生徒は、この人生に対して目的を持っていることの点数が低いことが分かった。同様に他者との協調性や信頼性のデータでも自殺念慮ありの人はなしに比べて社会情動性、自殺念慮との関係性が認められた。

まとめ

未遂の割合は中学時代に不登校なしの6%、不登校あり46%と有意差をみとめ不登校経験と自殺未遂には関連が認められ、他人と関わること、社会情動性は自殺念慮と関連があることが判明した。

12. 学校における誤食やアナフィラキシー事例に基づいた食物アレルギー対策

なんぶ小児科アレルギー科 南部 光彦
はじめに

学校で発生した誤食事例やアレルギー症状出現事例を検討した。各学校で発生した事例は、市町村の教育委員会を通して奈良県教育委員会に報告される。その事例を基に奈良県教育委員会と協同して各学校での誤食予防の管理体制の整備や症状出現時の対応のレベルアップにつなげていくとともに、奈良県下の学校関係者の研修会でそのような事例の情報を共有し、学校現場の取り組みの

参考にしている。令和4年度は29件の報告があった。重篤な症状が見られた事例が7件で、誤食とは関連していない事例も多く含まれていた。事例を簡単に紹介するとともに、この奈良県での食物アレルギーに対する取り組みを紹介する。

事例

事例7—中学2年男子：アレルゲンはエビ、カニ、クルミ、カシューナッツ、アーモンド。誤食はなかったが、昼休みに運動した後、繰り返す咳、息苦しさ、目のかゆみが出た。エピペンを自宅に忘れた。父親が持参し、本人がエピペンを使用した。

事例11—小学1年男子：アレルゲンは小麦、卵、牛乳・乳製品（ソバ、ピーナッツは未摂取）。朝、登校直後は元気であったが、ほお杖を付いて元気がなく、腹痛を訴えた。その後、机にうつぶせになる様子があった。自宅での朝食で誤食はなかった。腹痛と悪心、目の焦点が合わなくなってきた。呼吸のしにくさもあり、養護教諭がエピペンを使用した。

事例17—小3年男子：小麦とソバアレルギーあり。養護教諭が児童と担任に確認したにもかかわらず、小麦を誤食し、アナフィラキシーを発症した。エピペンの使用はなく、学校での対応に問題があった。

事例19—小学4年男子：アレルゲンは小麦とソバ。誤食なし。昼休みに運動場でドッジボールをした後、掃除中に胸の辺りが気持ち悪くなった。少し顔色が悪かった。軽い咳（1分に1回）も出るようになり、頬の辺りに発疹出現、しんどさが増した。栄養教諭が職員室でエピペンを使用した。

事例24—小学4年男子：事例19と同じ男子。誤食なし。昼休みに運動場で鬼ごっこをして遊んでいた。胸の苦しさを担任に訴えた。顔色が悪く、咳とくしゃみを繰り返し、顔の右半分にじんましんが出てきた。栄養教諭がエピペンを使用した。

事例22—中学2年女子：アレルゲンはなし。昼食後に手のひらのかゆみを訴えた。かゆみが顔や太ももにひろがり、蕁麻疹が出現した。かゆみから痛みが変わった。血圧正常、 SpO_2 正常だが、腹痛も出現したため、救急車で搬送した。

事例27—中学1年男子：アレルゲンは牛乳・乳製品。誤食なし。5限目の体育の途中で目の周りの腫れが見られた。その後、腫れは顔全体に広がった。 SpO_2 95%。数回の咳があったが、息苦しさはなかった。エピペンは処方されていたが、鞆にエピペンは見当たらなかった。ドクターカーで医師によりアドレナリンが投与された。

考察

重篤な症状が出現した7例中、誤食は1例で、あとの6例は食物が原因ではない、あるいは原因食物は不明であった。エピペンを処方されているにもかかわらず、学校に持参していない事例があった。食物アレルギーがない場合、あるいは誤食していない場合も含めて重篤な症状が出現する可能性があり、いかなる学校でも緊急時に備えた注意が必要である。

〔報告：理事 竹中 博昭〕

第4分科会 耳鼻咽喉科

1. 大阪府教育委員会を対象とした難聴児・生徒に関するアンケート結果について

大阪府医師会耳鼻咽喉科対策委員会 岡崎 鈴代

大阪府教育庁及び大阪府下の43市町村の教育委員会を対象として、難聴児の教育環境の実態及び教育委員会の把握状況を調査した。大阪府教育庁へは支援学校への難聴児の在籍状況や進学、就学支援について、各市町村の教育委員会へは支援学級の設置状況や難聴児の在籍状況、補聴援助システムなどについて、Google Formによるオンラインアンケートを実施した。

回答が得られたのは大阪府教育庁及び38市町村の教育委員会であった。大阪府教育庁は、中学校3校、高等学校172校及び支援学校46校を管轄しており、そのうち聴覚支援学校は4校であった。大阪府下の38市町村の教育委員会は小学校886校、380,770人、中学校406校、182,644人を管轄しており、支援学級はほぼすべての学校に設置されていた一方で、聴覚支援学級を設置している学校は小学校97校（10.9%）、中学校43校（10.6%）であった。難聴児・生徒への学校からの配慮としては、座席の位置や静かになってから話をする、聞こえているかどうか

か確認するなどの一般的な項目が多く、板書や掲示・字幕、他の児童・生徒への難聴の説明、雑音の軽減対策などの配慮は行き渡っていなかった。補聴援助システムを導入している小学校は68校(7%)、中学校24校(6%)であった。補聴援助システムとしては、ロジャーが最も多く、次いでFMが採用されていた。養護教諭への難聴児・生徒の学校生活や教育についての研修は3市町村のみであり、学校主催が2件、大阪府主催が1件であった。

大阪府教育庁では、実際の難聴児の在籍状況や進学実態などが、また市町村でも小中学校に在籍する難聴児の聴覚障害の等級は把握されていなかった。今後は、府・市町村で連携して難聴児の実態を把握し、学校と連携した継続的なサポート体制を構築する必要がある。また、教育現場へ難聴児について啓発を行うための研修機会や情報提供が必要と考えられた。

2. 聴覚障害児支援中核機能モデル事業での学齢期難聴児支援に対する取り組み

～伴走型支援の必要性を考える～

岡山大学病院聴覚支援センター 片岡 祐子

本邦において新生児聴覚スクリーニング導入から20年が経過し、その実施率は90%を超え、先天性難聴の早期診断、早期療育開始が定着してきた。通常学校での教育は60～70%となり、軽度・中等度難聴児に至ってはメインストリームとなっている。あたかも聴覚障害児に対する「共生」が実現されているかのように見受けられるが、その中で必ずしも教育者等による適切な理解と支援、合理的配慮が受けられていない場合も多く、少なくとも補聴器・人工内耳装用下でも聴取に課題がある聴覚障害児に対して「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。

岡山県では令和4年2月、療育・教育機関、医療機関に加え、行政も合意し、厚労省の聴覚障害児支援中核機能モデル事業参画に応募し、8月に採択された。目的としては、「先天性難聴児の早期発見、早期補聴、乳幼児期の療育のみにとどまらず、後天性難聴児も含め学齢期以降もフォローアップを行い、必要な支援及び介入を実施す

る」こととした。体制の基軸として、1.「聴覚障害児に対する切れ目のない支援の連携協議会」の立ちあげ、2.「中核機能機関」による統括体制整備を掲げた。連携協議会は、岡山県保健福祉部、健康推進課、教育庁、保健師といった行政、耳鼻咽喉科医、小児科医、医師会理事等医療関係者、言語聴覚士や療育・教育機関職員に加え当事者も参画する体制を構築することとした。

事業としては、聴覚障害児支援関係機関と連携事業、家族支援事業、巡回支援事業、聴覚障害児の支援方法等に関する研修事業の4つとした。採択後体制を整備し、協議会を開催、それぞれの事業を実施した。今後の課題としては、1.事業の継続に関して、就学までの支援は基盤ができているが、就学～就職、定着支援についてはさらに関係機関への周知と聴覚障害児・者への働きかけが必要であること、2.現状把握後の活動に関して、課題があるにも拘わらず学校からも当事者からも要望がない、また困り感がない例への支援の方向性を挙げ、令和5年度さらなる改善策を追求している。

令和4年、子ども家庭庁創設に向けて当事者団体は、聴覚障害児の教育における課題から、解決に向けて「聴覚障害児ことば教育五策」の提言を提出している。課題としては、1.療育に必要な情報を得るための負担が重い、2.良い療育環境を与えるための負担が重い、3.聴覚障害児の言語獲得の遅れに気付かない、4.聴覚障害児の周辺の人々の理解が得られにくい、5.聴覚障害児の生活の質(QOL)は低水準である、の5項目を挙げ、それらに対する改善策の要望として、1.療育に必要な情報を提供する体制の確立、2.療育環境の地域格差解消・親の経済的支援、3.聴覚障害児のアセスメント・介入体制の確立、4.聴覚障害児のセルフアドボカシー教育の確立、5.聴覚障害児の情報保障体制の確立、を掲げている。

小児難聴に対してのアプローチは早期発見・早期療育にとどまらず、学童期・思春期においても継続的に個々の問題を把握しつつ支援することが重要である。医療、福祉、療育及び教育と連携し、課題解決型支援だけでなく伴走型支援ができる体制を構築すべきである。

3. 軽度・中等度難聴児に必要な周辺機器について

神奈川県小田原市立病院

耳鼻咽喉科頭頸部外科 寺崎 雅子

軽度・中等度難聴児も補聴器を装用して教育を受けることが望ましい。補聴器の定期装用につながらない子どもに、無線用送信機・受信機の貸し出しを施行した。

症例1: 6歳女児。38週1日、2,938グラムで出生。AABR検査で両側REFER。ASSR検査で軽度中等度難聴と診断。軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成制度を利用して生後6か月から補聴器の装用となるが、7か月で補聴器を頻回に外すようになった。4歳10か月ごろでは発音の誤り、音韻認識ができていないために発話不明瞭となっていた。5歳ごろは、言語表出4歳4か月、言語理解が4歳3か月、コミュニケーションが4歳9か月レベルであった。5歳3か月の時に、就学に当たり無線用送信機・受信機の貸し出しを施行。その結果、無線用送信機・受信機があるなら補聴器を装用するようになった。正答率が上がり視線を合わせる回数が増えた。小学校は支援級（難聴級）に在籍。無線用送信機・受信機は身体障害者手帳の所持者にしか処方できないという理由で入手できていない。

症例2: 10歳女児。40週2,390グラムで出生。AABRはPASS。1歳6か月健診、3歳児健診ともに問題なかった。言語発達の遅れを指摘されたことはないが子音の間違いが多かった。小学校の学校健診で難聴を指摘されており、聞き返しが多くなっていた。初診時の標準純音聴力検査は右耳46.3dBHL、左耳41.3dBHL。構音が不明瞭で言語理解も遅れていた。8歳時に軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成制度を利用して両耳装用を開始したが、十分な装着はできなかった。小学校5年生の新学期から無線用送信機・受信機の貸し出しを受けた。登校時は、自宅から補聴器を装用するようになった。無線用送信機・受信機は自費購入しなければならず、家庭での予算が付かないため入手できていない。

2症例ともに、保護者の難聴に対する理解は高かったが、軽度難聴のために子ども自身が補聴器の必要性を感じにくく、購入後の装用時間が減っ

ていた。症例1は就学時相談から係わったために難聴級となり、症例2は学校側からの配慮はあったが、難聴級を立ち上げることができなかったために知的級の在籍となった。無線用送信機・受信機の使用効果は大きく、聞こうとする姿勢やことばの理解も高まり、子ども自身が補聴器の必要性を実感できるようになった。言語発達や学習面で必要な機器であるが、症例1は福祉課の許可が得られず、症例2は高額なために自費購入に至っていない。

無線用送信機・受信機の使用は身体障害者手帳を持っている者だけに許可されているが、軽度・中等度難聴児にとっては特に必要であった。難聴の程度にかかわらず、こどもの困難状況を把握した上で、難聴級の開設や無線用送信機・受信機の配慮が必要と思われた。

4. 広島市公立小中学校における健診用オージオメータ校正・更新実態調査の変遷

広島県わたなべ耳鼻咽喉科・アレルギー科

渡部 浩

小児の難聴を見つけるために新生児聴覚スクリーニング、乳幼児健診等が行われているが、小学生になって初めて見つかる難聴も依然多い。益田らは、10年間の小学生の受診者を検討し、高度難聴39名のうち0名（0%）、中等度難聴33名のうち16名（48.5%）、軽度難聴66名のうち56名（84.8%）、一側性難聴88名のうち81名（92.0%）が就学後に発見されており、中等度難聴7/16名（43.8%）、軽度難聴30/56名（53.6%）が学校健診で見つかったと報告しており、学校健診における聴力検査の重要性が示唆される。学校保健安全法にてオージオメータは定期的に校正を受けることが定められている。広島市学校保健会耳鼻咽喉科保健対策委員会では、平成21年度に広島市公立小中学校における学校健診オージオメータ更新・校正の実態調査を行い、5年以内に更新・校正されたオージオメータを使用している割合は小学校で55.5%、中学校で37.2%という結果であった。この結果を踏まえ、学校健診における聴力検査の有用性及びオージオメータの更新・校正の重要性について広島市教育委員会を通

して各学校に周知するとともに、平成30年度及び令和3年度にオーディオメータ更新・校正の実態調査を行った。平成21年度、30年度及び令和3年度に広島市教育委員会を通して広島市の各公立小中学校に対して調査票を送付した。

小学校において5年以内の校正済み又は更新された割合は、調査年度ごとに55.5%、74.0%、90.9%であった。中学校において5年以内の校正済み又は更新された割合は、調査年度ごとに37.2%、75.2%、93.6%であった。

大島は、学校健診で言葉の異常を指摘された小学生26名中11名(42.3%)で難聴を認めたと報告している。増田らは学校健診で難聴を疑われ耳鼻咽喉科を受診した小中学校生201例において、両側感音性難聴8%、両側伝音性難聴3%、一側感音性難聴21%、一側伝音性難聴15%、一側感音性難聴と機能性難聴合併1%、機能性難聴29%、正常23%であったと報告している。学校健診における聴力検査は小中学生の難聴の発見と治療介入に有用であり、重要な機会であると考えられる。このようなことから学校健診で用いられるオーディオメータの精度管理は非常に重要である。現在、広島市教育委員会の予算措置の方針として、小学校についてはオーディオメータを年間7台更新、20年計画ですべての小学校にある古いオーディオメータの更新が行われるようにしている。また、精度が確保されているオーディオメータを所有していない学校に対しては、校正を促すとともに製造から20年を超過したものは使用せずに廃棄することを指導するとしている。今後、教育委員会及び学校において学校健診における聴力検査の有用性及びオーディオメータの精度を維持することの重要性が認知され、広島市のみならず、広く正確な学校健診が行われることが望まれる。

5. 川崎市における耳鼻咽喉科定期健康診断 ～24年間の疾患別統計～

神奈川県川崎市医師会学校医部会 吉川 琢磨

日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会では、学校健診における耳鼻咽喉科疾患の推移を調査する目的で、全国に定点市町を定め平成12年度より5年間にわたって日本耳鼻咽喉科学会方式で耳鼻咽

喉科健康診断結果の集計を行った。神奈川県下では、横浜市と川崎市が定点として選ばれ、この事業に参加した。平成16年度をもって終了したが、川崎市では同様に市内全校の集計を出しており、市教育委員会、養護教諭、市学校医部会の協力を得て調査を継続している。24年間の調査結果を積み重ねた。

小学校は117校、中学校は53校で、健診受診率は99%であった。日本耳鼻咽喉科学会の診断基準を使用した。有所見率は小学校23%、中学校21%であった。有所見率は小・中学校ともに男子の方が高かった。疾患の割合は、多い方から、耳垢>アレルギー性鼻炎>慢性鼻炎の順であった。耳垢栓塞は、小学校では学年が上がるごとに増加していた。アレルギー性鼻炎は経年的に大きな変化はなかった。慢性鼻炎は経年的に減少する傾向にあった。これは、感染症の減少が反映されたものと思われる。アレルギー性鼻炎は、コントロール不良が理由で健診で指摘された例は増えていない。

6. 学校健診で難聴を疑われて精密検査を受けた児の検討

兵庫県立こども病院 勝沼紗矢香

小児の難聴を検出する機会には、新生児聴覚スクリーニング(newborn hearing screening、以下「NHS」)や、乳幼児健康診査(1歳6か月児健診、3歳児健診)がある。近年、NHSの普及により、小児の難聴が早期に発見されるようになってきた。しかし、今なお就学後に補聴や支援を要する難聴が明らかになる例が一定数みられる。

2020年度から2022年度までの3年間に、学校健診で指摘を受け当該年度中に当院を受診した100例のうち、難聴が疑われて受診した89例を対象とした。対象学年は、小学校1年生から中学3年生とした。診療録を用いて後方視的にデータを抽出し解析した。聴力評価の方法は、標準純音聴力検査、語音聴取閾値、歪成分耳音響放射検査、聴性脳幹反応、聴性定常反応を用い、これらを適宜組み合わせた。最終診断は、聴力正常範囲7例(男児4例、女児3例)、両側難聴13例(男児7例、女児6例)、一側性難聴27例(男児10

例、女児17例)、機能性難聴42例(男児10例、女児32例)であった。

両側難聴(13例)で、現時点で確定診断には至っていない1例を除く12例(男児6例、女児6例)は、全例感音難聴と診断した。標準純音聴力検査において良聴耳の平均聴力レベル(4分法)は、全12例では平均30.1dB、そのうち補聴器装用を開始しなかった8例では平均24.5dB、補聴器装用を開始した4例では平均41.3dBであった。補聴器装用を開始しなかった8例のうち、1例は本人が補聴器を希望しなかった。検査音1,000Hzにて30dB、4,000Hzにて25dBの4か所全てにおいて、検査閾値未満の値を示したのは4例であり、いずれも低音域の閾値上昇がみられていた。一側性難聴(27例)の2例は滲出性中耳炎による伝音難聴であった。残り25例(男児9例、女児16例)の患側は右10例、左15例で、感音難聴が19例、伝音難聴が6例であった。NHSについては、未受検が4例、リファアが2例、パスが5例、不明が2例、カルテ記載がないものが12例であった。NHSリファアの2例は、最終的にリファア側の一側性難聴と診断した。側頭骨CTにて精査したのは25例中23例で、異常を特定できた8例では、蝸牛神経管狭窄が5例、耳小骨形態異常が2例、内耳道狭窄が1例であった。機能性難聴(42例)は小学校低学年に多く、小学2年生に最も多かった。男児10例、女児32例で、いずれの学年においても女児のほうが多かった。発達検査や知能検査、精神科介入を行った例は、全42例中15例であった。男児10例のうち4例で発達障害(ADHD又はその傾向3例、自閉傾向1例)がみられた一方、女児で発達障害についての情報は診療録上みられなかった。

厚生労働省によるNHS集計によると、令和3年度でNHS受検者数を集計している1,707市区町村(全1,741市区町村)において、出生児数に対する受検者数の割合は91.0%と報告されている。引き続き受検率100%到達に向けて取り組む必要がある。ただし、NHSでは低音域の閾値上昇は検出できないため、低音域の難聴を見逃してしまう可能性については留意が必要である。また、小児における難聴児の割合は年齢とともに

上昇していく。Mortonらの報告によると、出生時に40dB以上の感音難聴がみられるのは1,000人中1.33人であるのに対し、5歳までには2.7人に、思春期までには3.5人にのぼるとされる。NHSだけではこのような後天性や遅発性難聴は検出できず、学校健診は今なお難聴児発見の重要な機会といえる。

NHSパスであった5例のうち、3例は難聴の程度が軽く、NHSでは検出できなかった可能性を考える。特にこのうち、4,000HzDipを示す感音難聴(4分法10.0dB)の例は、NHSでは捉えることが難しい聴力像であり、NHSによる検査限界と考える。他の2例は、水平型を示した高度以上の感音難聴(4分法70dB以上)であった。NHSの偽陰性や、後天性又は遅発性難聴の可能性が想定される。この2例の難聴原因は不明であるが、一般に一側性難聴の場合、ムンプスウイルス感染による後天性難聴や、先天性サイトメガロウイルス感染症による遅発性難聴などがその原因として挙げられる。

小児の機能性難聴の原因には、外因子(学校や家庭における心理的原因)と、内因子(知的発達や情緒面の特性)が関与することが知られているが、本人・保護者とも原因を自覚していない場合がしばしばみられ、検査や介入を勧めても希望しないことも多い。機能性難聴を児の生きにくさのサインにとらえ、発達・知能検査等を通して、こどもの特性とそれに応じた対応を検討する機会とすることが望ましい。耳鼻咽喉科での診察を入り口に、他科(小児科、精神科、臨床心理士など)や教育機関(在籍校や療育機関)との橋渡しを積極的に行うことも、これからの耳鼻咽喉科医師の責務と考える。

7. 特別支援学校における耳鼻咽喉科学校健診のアンケート調査結果について

兵庫県耳鼻咽喉科医会学校保健委員会

佐藤 信次

兵庫県内には、特別支援学校が国立1、県立29、市立19と合計49校ある。特別支援学校における耳鼻咽喉科学校健診についてアンケート調査を行った。対象は特別支援学校養護教諭並びに

特別支援学校を担当する学校医、普通学校のみ担当する学校医とした。

49校中27校の養護教諭の回答（回収率55.1%）が得られた。学校医の回答は249人中55人（回収率22%）で特別支援学校担当の学校医は33名で回収率は67.3%（33/49）であった。22名は普通校のみの担当医で、回収率は10.1%（22/217）と少なかった。

養護教諭へのアンケート結果（27件 回収率55.1%）によると、聴力検査は、ほぼ全員可能29.6%、8割以上可能18.5%、5～8割可能14.8%、3～5割可能18.5%、3割未満18.5%であった。当日嫌がって診察不能な児童生徒は、1割未満63%、1～2割18.5%、2～3割3.7%、3～4割3.7%、7～8割3.7%であった。診察不能や欠席の場合の対応・工夫も種々検討されていた。学校医の印象は、児童生徒の障害の特性に臨機応変に対応し診察法を工夫してくれる、親切・丁寧・協力的と高い評価がほとんどであった。健診後の対応で困ることは、受診勧告書、要受診としても病院を受診できないため、受診につながらない場合が多い。原因として障害があっても受け入れてもらえる医療機関が少ない。かかりつけ医が少ない。耳垢栓塞を指摘されても暴れる場合、断られる。耳鼻咽喉科受診が難しい。保護者が消極的等、事後措置に問題点が多い。学校医にお願いしたいことは、病院に行けない子にとって学校での健診が重要なので根気よく診ていただきたい。地域の医療機関で障害のある児童生徒の受け入れが可能になってほしい等。

学校医（55名）へのアンケート（普通校のみ担当校医、普通校及び特別支援校ともに担当校医の両者含む）によると、医師の年齢分布は、50～59歳が38.2%、60～69歳が38.2%と、50～69歳で約4分の3であった。普通学校での健診について、一人にかかる時間（54件）は、30秒未満46.3%、30～59秒40.7%と1分未満がほぼ9割であった。当日嫌がって診察不能な児童生徒は、1割未満が94.5%であった。

特別支援学校等担当医32名へのアンケートによると、担当する特別支援学校で児童生徒が担っている障害は（複数回答）、知的障害24

（75%）、肢体不自由19（59.4%）が半数以上で、以下、身体虚弱や病弱者7（21.8%）、視覚障害6（18.8%）、聴覚障害3（9.4%）であった。健診は全員健診で、健診回数は1回が78.1%、2回9.4%、3回9.4%、4回3.1%。健診時間については、一人当たりにかかる時間で見ると、30秒未満3.1%、30～59秒が25%、60～89秒が40.6%、90～119秒が18.8%、120秒以上は12.5%で、180秒以上かかるとの回答もあった。普通学校と有意な差が見られた。当日嫌がって診察不能な児童生徒の割合は、1割未満が65.6%、1割台が18.8%、2割台が6.2%、3割台が9.4%であった。普通学校との比較では1割未満と1割以上で比較すると有意な差が見られた。

特別支援学校では一人当たりの健診時間が有意に長くかかることが判った。また特別支援学校の方が、嫌がって診察不能な児童生徒が多い。特別支援学校において健診時の学校側と学校医の双方のさまざまな工夫・対応がなされていることが分かった。特別支援学校教諭の学校医に対する評価が非常に高いことが明らかになった（協力的、優しい、障害に対応した健診を行ってくれるなど）、また学校医も学校側は協力的と評価し、相互の良好な信頼関係が窺われた。一方で、健診に過度な期待をもってもらっては困る、生徒により障害状況が異なるため、一般的な問診票では問題が把握できないという意見があった。要受診となっても未受診が多い、地域で受け入れてもらえる医療機関が少ない等、今後の課題も明らかになった。

8. 特別支援学校の摂食嚥下障害児に対する学校医と言語聴覚士の給食指導の取り組み

徳島県せきね耳鼻咽喉科医院 島田 亜紀

複数の特別支援学校から、経口摂取を行っている摂食嚥下障害児の給食指導の依頼を受け、耳鼻咽喉科学校医と言語聴覚士が特別支援学校の給食の時間に学校に訪問し、摂食嚥下障害児への給食について対応を検討する機会を得た。

対象は複数の特別支援学校に在籍する幼稚部から中学部在籍の児童生徒5名で、給食では経口摂取をしているが、誤嚥症状がみられる、食事

摂取が十分できていないなどの理由で、所属する特別支援学校から校医への指導依頼があった。原因疾患としては脳性麻痺1名、染色体異常1名、遺伝子変異による症候群1名、その他2名でいずれも重複障害児であった。

校医と言語聴覚士が特別支援学校での昼食における嚥下障害児と教員による介助を4か月ごとの年3回各学期に1回の頻度で見学し、担当教員に指導を行った。さらには、特別支援学校全体の教員を対象に、嚥下障害に対する理解を深めることを目的として、年に一度言語聴覚士もしくは学校医が講義を行った。また、誤嚥がみられた児に対しては、適切な指導のために後日校医の医院や主治医の病院において喉頭内視鏡検査を実施した。

咽頭期に問題があった5歳女児（染色体異常、中等度伝音難聴、両上肢機能障害）、喉頭気管分離術後の小学生男児（脳性麻痺、けいれん、誤嚥性肺炎反復による喉頭気管分離術後）、摂食の経験が乏しく摂食や口腔期に問題がある3歳女児（先天性心疾患、遺伝子変異による症候群）の3例を提示した。

特別支援学校における摂食嚥下障害児に対する全般的な課題として、1) 介助にあたる教員の摂食嚥下障害に対する医学的知識が限られていること、2) 障害程度や部位診断のために必要な嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査などは実施されていないこと、3) 食形態の決定や変更が専門家による客観的指標に基づいたものではなく、主として保護者の希望によってなされていること、4) 誤嚥を客観的に知るための頸部聴診法や経皮酸素飽和度測定のパルスオキシメーターの導入などがほとんどなされていないこと、などが挙げられた。これらを受けて、演者らは、特別支援学校での教員対象の摂食嚥下障害の講習を行い、必要な医学的知識を持てるようにしている。法律的には摂食嚥下障害については医師の指示指導が必要とされており、耳鼻咽喉科医の積極的な関与が必要と考えられる。

経口摂取の実際の指導を行う言語聴覚士が児それぞれに摂食嚥下の状態を確認し適切な指導を行うことで、食形態の適切な指導や摂食嚥下の姿勢

を行うことが可能であった。特に、摂食・咀嚼の障害においては障害児のその時の状態が基礎疾患により変化し、一旦体調の悪化から食形態をレベルダウンさせると、その後体調が上向いても誤嚥を心配してレベルダウンした状態のままで継続しがちで、その後適切に食形態をアップしていくには医療の助言が必要である。

〔報告：副会長 沖中 芳彦〕

第5分科会 眼科

1. はぐくもう！こどもの視力「こどもの目の日」 記念日制定

日本眼科医会 柏井真理子

50人に1人と言われている弱視であるが、特に数が多い①屈折弱視と②不同視弱視は、3歳児健診で発見することが非常に重要で、弱視のリスクファクターである屈折異常を検出する重要性は以前より唱えられていた。平成27年に海外輸入された屈折検査機器「フォトスクリーナー」がスクリーニング機器としてはかなり有効であるため、3歳児健診での活用が注目されてきた。そこで日本眼科医会では「3歳児健診における視覚検査マニュアル～屈折検査の導入に向けて～」を作成、全国1,741の市区町村に送付し、厚生労働省や関係団体に「3歳児健診における弱視発見の屈折検査の有用性」を訴え「屈折検査導入」を粘り強く働きかけた結果、令和4年度より自治体での屈折検査機器購入時に国から半額補助されることになった。

その結果、令和4年度には全国の3歳児健診での屈折検査導入が7割を超えている。さらに令和5年度作成の母子手帳には3歳児健診の項目に「屈折検査実施の有無」が記載された。このように国が3歳児健診視覚検査に積極的な対応を示したことは画期的なことである。

一方、視環境の急速な変化も伴い、小学校低学年以前にも近視傾向にある子どもが増加している。本会では「ギガっこ・デジたん！」をはじめとする啓発資料を文科省の協力のもと作成、社会への発信に努めている。このたび本会と日本眼科学会では6月10日を「こどもの目の日」と制定し、弱視早期発見の大切さや近視進行予防推進を

通し社会全体で子どもの眼の健康を守っていきけるように啓発を開始した。

2. 非眼科医の視力検査は安全なのか

鈴木眼科吉小路 鈴木 武敏

昨年から眼鏡作製技能士の制度ができたために、医療行為としての矯正視力検査、屈折検査、調節検査、両眼視検査、眼鏡処方行為が曖昧になってしまっており、法的矛盾ができていることは明らかである。眼鏡作製技能士のすべてが、円満な眼科学全般の知識を持っているのかも疑問である。

昨今のスマホ普及時代になって、眼鏡合わせは、眼科医でも難しくなっている。遠視でありながら近視と誤診され、近くが見えない子どもたちも少なくない。正しい眼鏡を処方、作製するためには、適切な調節麻痺剤の使用が不可欠であり、過矯正の判断ができる技術を持つことが不可欠なのである。果たして、医師法上調節麻痺剤も使用できない、スキアも使えない眼鏡作製技能士が、子どもの眼鏡を眼科医の処方や診察無しで検査、作製できるのか疑問である。

当院では、緑内障の疑い例を診た場合、家族の診察を無料で行って緑内障の発見に努めている。昨年1年間で学校年齢の子どもたち8人の疑い例があり、家族に緑内障の症例を見つけることができたのは3例であった。未だに、緑内障が失明原因の第1位になっている先進国は日本だけであるということは、医療制度に問題があることを端的に示しているのではないか。

法的に保険点数が認められている視力検査や屈折矯正、眼鏡作製を、医師ではない眼鏡作製技能士が行うことは、明らかに法的矛盾があり、複数の弁護士に確認しても明らかである。問題は、緑内障などの早期発見で失明を防げる病気の発見が遅れることによる中途失明が増えることである。そのためにも、最低でも眼鏡店の検査の前に眼科医への受診義務を設けるべきであろう。

3. 視力受診勧奨者の屈折等に関する調査(続報) 屈折に関する調査(続報)

宮浦眼科 宮浦 徹

2019年に日本眼科医会の学校保健委員会の委員と学校保健担当役員の14医療機関を受診した視力受診勧奨者の屈折等に関するアンケート調査を行ったが、この調査の翌年2020年には新型コロナウイルス感染拡大(以下、「コロナ禍」)に伴い児童生徒の視環境が大きく変化したことを受け、2021年に前回と同様のアンケート調査を実施した。

今回(2021年)の調査では「D」の割合が前回(2019年)の調査に比べ、全校種で増えており、特に幼稚園、小学校で増加傾向が顕著であった。また「C」と「D」、それぞれの割合の合計でも幼稚園、小学校、中学校で前回(2019年)の調査に比べて増加しており、やはり幼稚園での増加傾向が顕著であった。

前回(2019年)調査に比べて高等学校を除く幼稚園、小学校、中学校で近視の割合が増加しており、特に幼稚園での近視の割合は2019年の25.0%が2021年には54.2%へと著しく増加していた。

「児童生徒等の近視の割合」をコロナ禍前と比較した。2021年の近視の割合は2020年に比較し、幼稚園、小学校、中学校で高い割合となった。幼稚園児の近視はすべて軽度であり変化はなかったが、小学校、中学校、高等学校では軽度近視が2021年には減少し、中等度以上の近視が増加していた。

2020年は、3月2日に始まった小中高等学校の全国一斉臨時休校、その後ほぼ3か月の休校が続く、児童生徒の生活が激変した年であった。こうした子どもたちの生活環境の変化、なかでも視環境の変化が今回のような屈折変化をもたらしたものと考えている。

特に、幼稚園児及び小学生の屈折変化が顕著で、若年者ほど視環境の変化に影響を受け易いことが窺われる結果となった。

4. 近見視力低下により学習障害を来した1例

川西市立総合医療センター 平竹純一郎

11歳男児。1年前からの学習時の読書や書字困難で紹介受診となった。初診時視力は両眼とも1.0（矯正不能）、近見視力は0.5に低下し、眼所見に特記事項は無かった。調節麻痺下の屈折検査では+0.5Dの軽度遠視で、調節力は1Dと低下していた。中学受験を控え学習障害を来していたため、+3.5Dの眼鏡を装用させて近見矯正視力1.0を得ている。本例は長期にわたる調節緊張から調節衰弱を生じ、近見視力が低下したものと考えた。学童期においても、訴えに基づき、近見視力と調節力の測定を行う必要がある。

5. 子どもたちのオルソケラトロジーのレンズケア

神奈川県眼科医会 宇津見義一

今回、少数例であるが健診時にオルソKの使用が判明した子どもたちのレンズケアの概要を示し、オルソKの経緯、メリット、デメリットを確認し、安全性の立場から今後の対応を述べる。

2023年4～6月の健診時にプライバシーを確保しつつ、オルソK使用者にレンズケアについて質問した。オルソK使用者は8名（小学生6名と中学生2名）。レンズケアは、8名全員が保護者でなく子どもたち自身が実施していた。擦り洗いをしているのは8名であり、その回数は全員5回以内であった。今回は少数例だが驚くべきレンズケアの実態を知り唖然とした。保護者が十分なレンズケアを協力できない場合は、慎重投与である20歳未満の子どもたちには処方すべきでない。レンズの汚染は重症角膜感染症の温床となる。

オルソKの最も注意したい点は、営利目的の形態・商業ベース・営利的過大評価・広告・適応外使用である。日本眼科医会（以下、「日眼医」）の2015年と2018年のオルソK調査での眼合併症（複数回答）は、2015年が角膜浸潤、角膜びらんを含む角膜上皮障害が62.4%も生じていた。2018年も同様の結果であり、オルソKの危険性を示唆している。

アメリカ疾病管理予防センター（CDC）から、アカントアメーバ角膜炎を生じる可能性がコントロールのガス透過性ハードCLに比し、オルソ

Kのオッズ比が6.8倍との報告があった。このCDCの報告は本邦では三田村らと演者が引用しているが、それ以外の眼科医からは全く引用されないことが公平でない。

オルソKの角膜感染症は本邦、海外で多く報告されている。Wattらは1997～2001年に123例の微生物性角膜炎の起原因菌では、緑膿菌、アカントアメーバによるものが約7割を占めていると報告している。しかし、失明の可能性への懸念については、オルソKを推進する眼科医からは一切情報を出さないことは公平でない。

オルソKを推進する眼科専門医は近視進行抑制を大きく推奨している。主に学会等ではオルソKの安全性を示唆する報告が多いが、一般開業医等からは安全性に疑問をもつ報告、意見が多く、日眼医の全国代議委員会、同全国眼科学校医連絡協議会にて対応が協議され、日眼医学校保健部の見解はガイドラインを守った慎重処方とした。オルソKは近視補正、近視抑制などメリットもあるが、失明につながる重症角膜感染症を生じるハイリスクがある。危険を冒しても子どもたちにオルソKを薦めてもよいのだろうか。

6. いわゆる屈折矯正手術術後の視機能を評価する数理解的理解と実践的方法

医療法人千翠会ちぐさ眼科医院 鈴木 高遠

レーシック／ICLを手掛けていない眼科学校医も、愁訴の把握と要因推定のために、ラ氏環視力のみでは困難な診察要領を心得ておくことは有用である。

グレアの要因の一つは、手術で「矯正」されるのが、角膜など瞳孔領の一部に留まっており、散瞳してくる暗所では「矯正済」と「未矯正」を経た光が網膜でミックスされる結果、コントラストが半分以下になること。2つ目は、光学系内に生じた境界（段差）で発生する回折光によるハレーション。3つ目は人為的ミスや感染に起因する。

コントラストの減少が実生活において見えにくさや反応の遅れに直結するだろうことは容易に想像できる。

レーシックを受けた角膜は元に復すのは、ほぼ不可能になる。ICLでも長期的には一定の割合で

合併症の発生を見込んでおく必要があり、相応に腹を括っておく必要がある。

Lasik/ICLに興味を持つ一人ひとりの条件を勘案の上、生涯残る視覚リスクを分かり易く説き、後悔させないよう諸姉諸兄のお力添えをいただきたい。

7. 神奈川県における3歳児健康診査での屈折検査機器の導入状況

3歳児健診での屈折検査機器導入

神奈川県眼科医会 飯野 直樹

令和3年度より日眼医からの協力要請により、県内各市町村への屈折検査機器導入状況等の問い合わせアンケートを実施した経験より、神奈川県での屈折検査機器導入状況等について報告する。令和3年度アンケート調査の結果は、神奈川県での屈折検査機器導入率は33自治体中12自治体の36.4%（全国平均28.4%）であった。令和4年度は、有効回答数31自治体中23自治体の74.2%（全国平均72.6%）と、令和3年度より大きく向上した。令和5年6～7月の調査では、33自治体中30自治体の90.9%となった。

屈折検査機器導入と視能訓練士の参加がある、追加の屈折検査や眼位検査が可能であるため、より精度の高い結果を得られるが、視能訓練士の参加がなく屈折検査機器導入のみの三鷹市でも視覚精密検査率約10.9%、弱視発見率約3.5%であり、視覚精密検査率・弱視発見率が十分に上昇していた。

松村らの報告によると、屈折検査機器を用いた検査成功率は95%以上、また検査陽性のうち屈折異常が約8割（乱視56.5%、遠視10.8%、近視8.7%、不同視2.2%）、斜視が約2割（19.6%）と報告されており、これを念頭に診療にあたりたい。

8. 江戸川区立小中学校におけるカラーユニバーサルデザイン化の現状と問題点

田中眼科 田中 寧

ユニバーサルデザインとは、年齢・国籍・身体的な状況を問わず、すべての人が快適で安全に暮らせるように、まちづくり、ものづくり、サービ

スなどにあらかじめ配慮する考え方で、色の使い方にあらかじめ配慮することを「カラーユニバーサルデザイン（CUD）」という。

江戸川区教育委員会の協力を得て、令和元年度から4年度までの色覚とCUDについてアンケート結果を検討した。

アンケート調査の結果をみると、ある程度の色覚検査に対する必要性、参考となる資料の存在については小・中学校ともかなり理解していた。しかし、学校現場のカラーユニバーサルデザイン化は、残念ながら十分に浸透しているとは言えない結果であった。今回協力いただいている対象は養護教諭であり、学校全体の各担任教諭の統計ではない。現実には、さらに低い可能性が高い。現在、江戸川区は小学1年、4年、中学1年生を対象に希望者に対し色覚検査を行っている。小学校1年生は、検査が充分理解できず、4年生のみにしてほしいとの意見も多いが、現状の対応のなかで、小学校4年生までの3年間を、放置するわけにはいかない。小学1年生でも、数字を学習する2学期以降であれば、充分検査可能であることを理解していただき、学校現場のさらなるCUD化の啓発が不可欠と考えさせられた。

9. 学校現場の重症鈍的眼打撲

昭和大学兼任講師 戸塚 伸吉

2022年夏、名古屋市内のA小学校で5年生児童が他の児童をおんぶしながら小走りしていて転倒し、目を中心として顔面を打撲した事例が起きた。複視と嘔吐を訴えていたが、養護教諭と校長は救急車を呼ばず父兄に迎えの連絡をした。そこで母親自らが救急車を呼び、医療機関へ搬送された。一つ目の医療機関で眼窩骨折という診断ではあったが体制として手術不能ということとなり、2つ目の医療機関で緊急手術が行われた。その結果、観血治療に至るまで6時間を要した。本症例は打撲の状況と症状から、眼窩骨折を疑うのは医療関係者であれば容易と考えられる。現場職員の知識不足もしくは情報不足により初期対応が遅くなった結果、観血治療までの時間が長時間になったと考えられた。特に、嘔吐を繰り返す児童の眼窩骨折では、外眼筋が骨折部に嵌頓する筋絞

扼型の骨折が多いことが知られていて、筋絞扼型の眼窩骨折は緊急手術の適応とされる。

名古屋市医師会は本件が起きてからすぐに、学校現場で起こる外傷事故に対する対応について協議した。事故後1か月の間に救急体制の手引書(名古屋市学校保健の手引き)を作り直し配布した。同時に研修動画を作製し、オンラインでも閲覧できるようにした。事故後3か月では名古屋市医師会監修のもと緊急度判断基準を名古屋市教育委員会に製作してもらい、名古屋市の全学校へ向け発信し、名古屋市以外への自治体へも提供した。

今回のような事例を出さないためには、学校現場の養護教諭や保健主事・学校長の重症鈍的眼打撲を含めた身体のケガに対する医学知識を得てもらう以外に、緊急の判断を的確にできるように啓発していくことが大切であると考えられる。今後も緊急対応が必要なケガについての啓発活動は、郡市区医師会や学校医会が主導を取って行っていくこと、教育委員会と協力して情報共有していくべきことが大切であると痛感した。

10. Hib ワクチン・肺炎球菌ワクチン接種時代の細菌性結膜炎

坂本眼科湘南クリニック 坂本 則敏

2022年8月1日から2023年7月31日までの1年間の細菌性結膜炎の起炎菌を調査した。Haemophilus influenzaeの莢膜型の検査と肺炎球菌の血清型を調査した。

乳幼児・学童の細菌性結膜炎については、Hib ワクチン・肺炎球菌ワクチン接種の影響にて、Hib ワクチンの効かない無莢膜型(NT)がほとんど全てとなり、肺炎球菌に関しては肺炎球菌ワクチンの効果にて血清型置換を起こしたと思われる症例の増加と肺炎球菌の相対的な減少が認められた。モラキセラ・カタラリス菌については、変化は認められなかった。フェモフィルス・インフルエンザ菌は、大人・高齢者でも散見はされる。起炎菌の主体は、ブドウ球菌か、コリネバクテリウム属菌である。特に、高齢者ほど、コリネバクテリウム属菌のうち、Corynebacterium macginleyiが多い結果を得た。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

シンポジウム

テーマ：トラウマインフォームドケア

～子どもたちのトラウマを理解し、
社会がどう変わるべきか～

座長 兵庫県医師会理事 林 伸樹

①提言

兵庫県医師会元常任理事 大森 英夫

戦後、昭和28年文部省は「身体虚弱とは先天的または後天的原因により、身体機能の異常を示し疾病に対する抵抗力が低下し、あるいはこれらの兆候が起こりやすく、そのため登校停止の必要は認めないが、長期にわたり健康児童生徒と同等の教育を行うことによって却って健康を傷害するおそれのある程度のものをいう」と、子どもの心身症の存在を認めた。その子の存在を大切にするのが校医の役割と考える。

②「いじめ・虐待に遭ってきた子どもたち」

兵庫県立尼崎総合医療センター

小児科長 毎原 敏郎

虐待＋ネグレクトはマルトリートメント(養育不調)と呼ばれ、子どものwell-beingが脅かされるものとされている。ADHDやASDなど発達障害の児は学校生活で症状が表れてくるものだが、虐待を受けた子の症状とあまり変わらない。いつ受けるのか、なぜ受けているのかわからない。虐待を受けた子の脳の変化は福井大学の友田先生が解析されており、小児期の逆説的な体験が生涯を通じて心身の健康や幸せに影響する。虐待への対応を先延ばしにしないことが重要である。

いじめのきっかけは、小学校ではからかい、悪口、脅かしが多いが、中学校、高等学校になるとSNSが多くなってくる。

発達障害児は対人関係が困難だったり、認知機能が弱かったりするので、それがいじめにつながっていく。

③「子どもへの性暴力**～ワンストップ支援センターの立場から～****NPO 法人性暴力被害者支援センター・ひょうご理事／
兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科部長****田口 奈緒**

NPO 法人性暴力被害者支援センター・ひょうごに 2022 年面接相談に訪れた被害者 28 人のうち、18 歳未満は 22 人（79%）、15 歳以下は 18 人（64%）で 11～15 歳が 53%と最も多かった。近年は幼稚園や保育園児が被害に遭うという相談が散見され、また SNS でつながった相手から性的搾取に遭う事例が以前にも増して多くなっている。

性暴力とは「同意のない無理やりの性的言動」であり、園・学校も現在は安全ではない。自分が優位に立つため性を暴力の手段として使う。子どもの性被害は、まず本人がされた意味がわからない、衝撃を行動で表す、安心、脅し、快感、不快などさまざまな感情があり、気持ちと体の感覚が混乱する。子どもの声を聴くと「私が悪いと思うとそれですべてが収まる」「なんで私が・・・」「私のせい」「自分が変なのか」などさまざまな声が聴かれる。フラッシュバックして腹痛、不安・イライラ、リストカット・引きこもりなどトラウマ反応として症状が出る場合もある。医療者の役割としては、本人の必要すること、希望することを優先する。ケアの提供が役割で治療、処置は本人の同意を得てする。所見を正確にカルテに記載しておくことが重要である。まずは外傷の評価、告訴する場合の証拠の採取を 12 時間以内に、性感染症の検査、妊娠の予防を 72 時間以内にする。被害者に必要な支援は、急性期対応のカウンセリング、自助グループの紹介、被害者をサポートする人へのケアも必要である。ただ、相談した相手から逆に責められたり、傷つけられたりして無力感、孤立感を持ったりもする。学校医ができることは 1) 再被害を防ぐこと、2) 性暴力をキャッチしつなぐこと、3) 学校・家庭における性教育であり、特に 2) 及び 3) をお願いしたい。

④「トラウマインフォームドな子どもへの対応」**武庫川女子大学心理・社会福祉学部****社会福祉学科准教授 大岡 由佳**

令和 4 年度の文部科学省の調査では令和 3 年度中の小・中・高等学校及び特別支援学校におけるいじめの認知件数は 61 万件で前年度に比べ 19.0%増加している。暴力行為の発生も 7.6 万件と前年度から 16%増加し、不登校や自殺も近年小中学生で増加傾向にある。不登校の原因で最も多いのは無気力・不安で約半数となっているが、それは子ども時代のトラウマと関係している。トラウマ経験があると将来問題行動や不適応も起こす。安心感、安全感、信頼感がなくなるからである。このようなときにあったらよい視点の一つにトラウマインフォームドケア（TIC:Trauma Informed Care）がある。TIC は 1) トラウマの影響を理解すること、2) それからトラウマのサインに気づくこと、3) トラウマに対応すること、4) 再トラウマ化を予防することである。トラウマを認識することにより、孤独感、自殺願望が減少する。3) の対応するということは具体的には相互の情報を共有するきっかけを探ることである。例えば不登校であれば家の外に出る不安があるが、その背景を考えて治療や介入ではなく原則に基づいた文化を変えるプロセスを支援者自身も考えることである。

⑤ディスカッション

トラウマインフォームドケアの話を聴いて、なぜこうなったかを考えると楽になった。学校健診では学校医が違和感を感じる事が重要であると思われた。学校医は月に 1 回は学校に顔を出して養護教諭と日ごろから顔なじみになっておくとういと思われた。

⑥総括**兵庫県医師会元常任理事 大森 英夫**

被害に遭った人の気持ちを思いはかることが大事と思われた。

[報告：常任理事 河村 一郎]

第168回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和5年9月3日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

特別講演1

「筋強直性ジストロフィーについて」

山口大学大学院医学系研究科臨床神経学講座教授 中森 雅之

[印象記: 柳 井 宮地 隆史]



はじめに

本講演では2023年1月に山口大学大学院臨床神経学講座教授に就任された中森雅之教授から、特に専門とされている神経筋難病である筋強直性ジストロフィーについて、その臨床的特徴から最先端の治療についての講演をしていただいた。

1. 筋強直性ジストロフィーの臨床から遺伝子異常について

筋強直性ジストロフィーI型(DM1)は多様な全身症状を呈し、脳神経内科の専門とする脳や筋肉の症状のみでなく、一般の病院やクリニックの先生方が普段みられている症状を呈する疾患である。代表的な神経筋症状は進行性の筋萎縮や筋強直(ミオトニー)である。筋強直とは強く手を握った後に手がスムーズに開かないように、筋肉が収縮した後に弛緩がうまくいかなくなる特徴をもつ。これらの骨格筋の症状の他に心電図上、PR間隔の延長、1度房室ブロックなどの心伝導障害や心不全を呈することもあり、これらの心症状がDM1の死因になることも多い。また、糖尿病や高脂血症などの内分泌機能障害、多彩な中枢神経障害を呈する。眼科的には高率に白内障を合併する。その他の症状では腎機能障害、胆石、イレウス、後縦靱帯骨化症でのしびれや筋力低下、甲状腺機能障害、子宮筋腫あるいは良性・悪性腫瘍などさまざまな全身症状を呈するのが特徴である。遺伝的な特徴については、常染色体優性遺伝であ

り成人で最も多い遺伝性筋疾患(1人/2,000～8,000人)である。その原因遺伝子(DMPK遺伝子)の中のCTG繰り返し配列(リピート)が異常伸長することにより、発症することが知られている。リピート長が長ければ長いほど早く発症する特徴があり、さらにリピート長が世代を経るごとに長くなり発症が早くなる特徴もある。DMPK遺伝子のCTGリピート伸長の変化は非翻訳領域で異常が起きている特徴がある。遺伝子の中には蛋白質を作る情報がある部分と蛋白質の情報がない部分があり、筋強直性ジストロフィーの遺伝子異常は蛋白質を作らない部分に変化が起きている。この遺伝子異常が判明した際には非翻訳領域の異常でなぜ病気になるかが長年わからなかったが、全く違う遺伝子の非翻訳領域にCTGリピートを入れたモデル動物を作ると、患者で見られるような筋肉の症状が再現されることが分かった。DM1型に似た2型の疾患(DM2)ではCNBP遺伝子のイントロンにCCTGの繰り返し配列が異常伸長することが分かった。これらのことから、筋強直性ジストロフィーは異常な蛋白質ができることや、正常な蛋白質ができなくて発症する疾患ではなく、それ以外の何らかの要因が病気を引き起こしているということがわかってきた。遺伝子の異常によってどのように病気が起こるかを考える必要がある。基本知識としてDNAからメッセンジャーRNA(mRNA)に遺伝情報がコピーされ、その後蛋白質が作られるというセントラルドグ

マがある。通常の遺伝性疾患の多くはDNAに遺伝子変異が生じ、その結果その変異が生じた情報がmRNAに転写され、誤った情報を基に蛋白質が作られるため異常な蛋白質ができたり、正常な蛋白質ができなくなったりして病気が生じる。一方、筋強直性ジストロフィーでは遺伝子変化が蛋白質を作る情報では無いところで生じているため、仮に誤った遺伝子変化があるmRNAが作られても、それを基にDMPK蛋白は異常が無く作られる。しかしDM1ではmRNAに遺伝子変異が転写されたものの自体が毒性(RNA毒性)を示して病気を起こすことが知られている。DM1の原因遺伝子であるDMPK遺伝子では正常な人でも約37程度のCTG繰り返し配列があると言われている。病気の場合はこのリピートが50～6,000程度まで伸長する。こうした異常のある遺伝子から転写されたmRNAは、伸長したDNAのリピート部分が転写されるためDNAでのCTGはRNAではCUGに翻訳され、このCUGの繰り返し配列が異常に伸びたmRNAができる。この伸長部分はヘアピン構造を呈しその結果、RNA結合蛋白であるMBNL蛋白が凝集しヘアピン部分に絡め取られ正常な機能が発揮できなくなってしまう。MBNL蛋白は選択的スプライシングという生体に重要な機能を調整している蛋白である。人間などの高等生物では1つの遺伝子がエクソンの組み合わせを変えることにより何種類かの蛋白質を作るシステムが備わっている。この組み合わせの調節をするのが選択的スプライシング制御因子であり、MBNL蛋白はその一つである。そこでMBNL蛋白が異常なmRNAで絡め取られるとさまざまな遺伝子のスプライシングの異常が起きる。DM1ではMBNL蛋白が枯渇することにより、例えばCLCN1(骨格筋型塩化物チャンネル)でのスプライシング異常が生じ、正常な骨格筋型塩化物チャンネルが発現しなくなる。このチャンネルは筋肉の静止膜電位、筋肉の興奮を抑制するために非常に重要な作用があり、その蛋白質がDM1患者で正常に作られないため筋肉の興奮が戻らず筋強直(ミオトニー)症状となる。

またDM1では糖尿病を合併することが多い。骨格筋のインスリン受容体遺伝子にスプライシン

グ異常が起こることによる異常なインスリン受容体が作られる。異常なインスリン受容体は骨格筋に糖を取り込む作用が少ないためDM1患者では耐糖能障害が生じる。また、骨格筋においてもカルシウムの濃度を調整している蛋白質RYR1(ryanodine receptor)のスプライシング異常やCACNA1Sというカルシウムチャンネル異常により骨格筋の中のカルシウム濃度に異常が起き筋障害に至る可能性も示唆されている。また、細胞骨格を維持するのに必要なジストロフィンなどの重要な蛋白質にもスプライシング異常が起きて筋肉が壊れやすくなる可能性も示されている。また、骨格筋の他にも心筋のナトリウムチャンネルの遺伝子にもスプライシング異常が起こり心伝導障害、不整脈が生じる。DM1では中枢神経症状として認知機能低下、集中力・注意力低下、自発性低下、過眠が生じる。さらに、独特な特徴的な性格変化が生じる。頭部MRI T2強調画像では側頭極の白質に強い高信号が見られ、病理所見では白質の淡明化、軸索脱落を認める。末梢神経では運動神経障害もみられる。これらの神経症状についてもさまざまなスプライシング異常が原因と考えられている。例えば、皮質神経細胞ではタウ蛋白であるMAPTのスプライシング異常が認知機能障害と関係があると考えられている。脊髄運動ニューロンではCAMKK2蛋白のスプライシング異常により運動神経障害が生じる。

2. 筋強直性ジストロフィーの治療について

日本神経治療学会がとりまとめた神経疾患に対する医療ニーズ調査では、筋強直性ジストロフィーは治療満足度、薬剤貢献度のどちらも低い状況にある。筋強直性ジストロフィーにおける異常なmRNAに対する治療戦略として、大きく2つの方法が考えられる。1つは核酸医薬による異常RNAの分解であり、2つめは低分子化合物によるスプライシング制御因子の凝集抑制である。核酸医薬について、12～25塩基からなる標的mRNAと相補的になるように設計された人工核酸を用い、標的mRNAに結合しさまざまな作用を介し、発現を制御する。人工核酸は修飾核酸を用いることによって生体内でも結合性・安定

性を保てるように工夫している。これは標的となる mRNA に結合して標的 mRNA を切断するような特性がある物質である。モデル動物では投与1年後でも異常な mRNA を分解する作用が続いていることがわかった。一方、DM1 患者に対して行われたアンチセンス核酸による治験では残念ながら有効性が示されなかった。原因としては、核酸医薬が骨格筋に十分には届いていなかったと考えられた。現在では組織移行性を改良した核酸医薬の開発が進んでおり、実用化に進むことが期待される。もう1つの治療戦略である低分子化合物による DM1 治療では、異常な mRNA に対して薬を使ってスプライシング制御因子の凝集を抑制する方法である。中森教授がこの方法に取り組むようになったきっかけは、約15年前に報告したカリニ肺炎で使うペンタミジンという抗生物質に異常な mRNA と結合し MBNL のようなスプライシング制御因子を絡め取るのを防ぐ作用があるということを見出したことによるとのことである。さまざまな研究機関と協働し、ペンタミジンの誘導体などの開発がすすんでいる。こうした新薬は実際に患者に使うまでには基礎研究、非臨床試験、臨床試験（第1相から第3相）、承認申請・製造販売、製造販売後調査などが必要であり、かなりの時間を要する。つまり、薬の候補が見つかって患者に使用できるまでには10年から20年ぐらいの期間がかかり、費用も200億円から300億円ぐらいかかる。

早期に患者に薬を届けるためにドラッグリポジショニングのアプローチも検討した。他の病気で使われている薬で筋強直性ジストロフィーに効果があるかを調べ、効果がありそうな薬を患者に早期に届けるためのアプローチである。ドラッグリポジショニングの利点は、すでに使用されている薬であるため、第1相試験を行わなくてよいことである。既存薬の中からスプライシング制御因子の凝集を抑制する作用について検討したところ、抗生物質であるエリスロマイシンに期待される作用があることが見出された。マクロライド系の抗生物質であり、すでに60年間ぐらい使われている薬であり忍容性・安全性がかなり高いことが分かっている。慢性閉塞性肺疾患（COPD）では長

期低用量の内服療法が確立している。筋強直性ジストロフィーの患者細胞でも異常な凝集体が消えてスプライシング異常が改善することが分かった。筋強直性ジストロフィーのモデル動物において、COPD で使用されている量を3週間投与すると、スプライシング異常が改善し筋強直の改善も認めた。すぐに治験を開始したいが、難治性神経筋疾患の治験の課題としては、希少疾患であるために治験に参加する患者が集まらないことが挙げられるため、患者リクルート体制の整備が必要であった。大阪大学と国立精神神経医療研究センターで筋強直性ジストロフィー患者レジストリーシステムを構築し患者自身が登録し治験も進みやすくなることが期待されている。現在1,200名近い患者の登録がある。難治性神経筋疾患は緩徐進行性が多いため、治験を行う際には治験期間で薬の有効性をはっきりと示すことができる臨床評価指標が乏しい点が課題となる。筋疾患の治験では現在6分間歩行試験が用いられ、スタンダードな指標であるが評価時の患者の努力・気合いに影響を受けることが多く有効性を判定するバイオマーカーの確立が重要であり、筋生検での評価がその一つとして確立してきた。また治験をするにあたり、数億円の資金が必要である。製薬企業の協力や日本医療研究開発機構（AMED）等からの研究費が必要となる。実際に行ったエリスロマイシンによる DM1 の医師主導治験（MYD-0124 試験）では2019年～2022年まで第2相試験を行った。成人患者を対象にプラセボ、エリスロマイシン（500mg 又は 800mg）1日2回24週間服用の多施設共同プラセボ対照二重盲検無作為化並行群間比較試験を行い、安全性・有効性を確認した。半数には前脛骨筋からの針生検を行った。今後、第三相試験に移行し多数の患者で安全性と有効性を示し、薬事承認申請に持っていきたいと考えている。

最後に、別の治療アプローチについて紹介する。DM1 は繰り返し配列が非常に伸長して発症する疾患であるが、世代を経るごとにリピートは伸長し重症化する。リピートは同一患者で加齢とともに伸長し重症になっていくと考えられている。繰り返し配列が伸びることを短くしたり止めたりす

ることができれば、患者の症状が良くなることも期待できる。患者でこの繰り返し配列が伸長していくシステムはDNAの修復エラーが関係していることが知られている。Slipped DNAが形成され繰り返し配列がたわんだ異常な構造ができ、これを修復する時に間違っってリピートを伸長してしまうことがある。たわんだ部位に対する核酸標的の低分子によるリピート長抑制を行うことができれば、リピートが短くなることが理論上考えられる。ハンチントン病やDRPLAのようなリピート病についても検討しており、動物モデルでも効果が認められつつある。今後、正常なリピート数まで短くすることができれば患者の病気が改善することも期待できる。

3. 山口大学脳神経内科の紹介

① Commonな脳神経疾患（脳血管障害、認知症、片頭痛、てんかん）などの対してのオールラウンドに診療を行う。

②治療可能な脳神経疾患（神経免疫疾患、パーキンソン病、一部の末梢神経疾患など）に対して正確な診断と早期治療を行う。

③治療の無い脳神経疾患（トリプレットリピート病、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症ほか多くの希少難病）に対して「山口大学発の治療を世界へ」を目指している

おわりに

中森雅之 教授から神経筋難病である筋強直性ジストロフィーの診断、発症機序、治療の可能性まで詳細な講演をしていただいた。筋強直性ジストロフィーは多彩な症状を呈するため、普段の診療で気になる患者がおられれば、脳神経内科等の専門病院に紹介いただきたい。山口大学脳神経内科の益々の臨床・研究の発展を祈念する。

特別講演2

「非結核性抗酸菌症について」

島根大学医学部内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学教授 **磯部 威**

〔印象記：岩国市 小林 元壮〕



非結核性抗酸菌症（non-tuberculous mycobacterium：NTM）が肺の病原菌として最初に認識されたのは1954年のことであり、肺結核としてサナトリウムで療養中の患者から発見された。NTMとは、抗酸菌の中で結核菌、らい菌を除いた菌群の総称であり、現在では200種以上の菌種が存在することがわかっている。近年、NTMによる感染症が世界的に増加している。日本では、2014年の全国調査でNTMの罹患率は人口10万対比で14.7と推定され、2007年の調査と比較して約2.6倍と急激な増加であり、現在に至ってはさらに大きく増加していると考えられる。抗酸菌症のうち結核は年々減少し、WHOの規定によれば日本は低蔓延国となっている。その

一方でNTMは増加し続けて、2000年には結核を追い越し、さらに2014年の時点で死亡率が結核を超えていると報告されている。

200種以上の種類があるNTMであるが、日本では肺NTM症の原因菌種の多くがmycobacterium avium-intracellulare complex（MAC）で、88.8%を占めている。他の菌種としては、M.kansasii 4.3%、M.abscessus 3.3%となっている。NTMはヒトからヒトへの感染はないことが知られているが、菌そのものはさまざまな環境に適応し、長く生存する厄介な菌種である。疎水性の細胞壁をもち、組織表面に付着増殖してバイオフィルムを形成する。また酸性及び低酸素条件でも増殖可能であり、高温に抵抗し、容易にエ

アロゾル化する。かつては土壤内に生存するために土壤からの感染に注意することが肝要と言われてきたが、現在ではヒトの生活環境中に常在している。NTMの生息環境の例としての水について列挙すれば、池・沼などの湿地帯の水や天然水、飲料水、水道水、水道管さらに冷蔵庫の水や氷、フィルターで処理後の水にも生息している。風呂の水にも生息しているのである。エアロゾルについてみると、飲料水からのエアロゾル、シャワーヘッドや加湿器からのエアロゾルなどにも生息していて、何気ない日常生活のあらゆるフェーズでNTMは生き残っているのである。土壤に潜んでいるという認識は大いに改めないといけないこととなる。気道に入り込み、気道粘膜を通過し、肺胞内でマクロファージに侵入し、炎症性サイトカイン産生を阻害、免疫抑制サイトカインの産生誘導、バイオフィルムを形成、マクロファージのアポトーシスを誘導するなどの過程を経て、感染が成立することとなるのである。

したがって、臨床医としての生活指導のポイントとしては、

1. シャワーヘッドを外して清掃する。
2. シャワーヘッドの噴出口は霧状のものではなく流水にする。
3. 浴室内でのエアロゾル曝露を減らす（換気、開窓）。
4. シャワーや水道取水口に細菌除去フィルターを取り付ける。
5. 2週間ごとに活性炭フィルターを取り換える。
6. 加湿器は使用しない。エアコンの加湿モードを使用しない。
7. 10分間煮沸で抗酸菌は殺菌できる。
8. 鉢植え土壤からのほこりを避ける。
9. 2週間ごとに給湯タンク内の温水を排水してから貯水する。
10. 給湯水の温度を55℃以上に上げる。

さて、どこまでできるであろうか!!

NTM症の臨床症状としては、湿性咳嗽が最も多く55.5%であり、34.0%は無症状である。一方で、肺NTM症のリスク因子としてはまず気管

支拡張症がある。あと低体重があるが気管支拡張症が圧倒的である。また、やせ型の女性に多いということも日常診療で経験するところである。では気管支拡張症はNTMが引き金なのか、気管支拡張症の人にNTMが感染しやすいのか、実はまだ全く分かっていないという。やせ型の女性になぜ多いかも分かっていない。

日本における肺NTM症の診断基準としては、臨床的基準と細菌学的基準がある。臨床的基準としては、胸部画像所見が重要で、特にHRCTを含むCT画像が重要となる。結節性陰影、小結節性陰影や分枝状陰影の散布、均等性陰影、空洞陰影、気管支又は細気管支拡張所見などを示す。これらの所見はNTM特有のものとは言い難く、特に肺結核との鑑別は重要であり、画像のみでの判断は危険でもある。細菌学的基準としては、通常臨床では2回以上の異なった喀痰検体での培養陽性がキーポイントではあるが、気管支洗浄液での培養陽性や肺生検を用いることもある。いずれにしても、胸部CT所見と培養陽性の双方が必要ということである。NTMに対する薬剤感受性試験は重要であり、ブロズミックNTMやブロズミックSGM、RGMなどが開発されている。また、本年の学会改訂では、抗酸菌症診断での喀痰検査は塗抹検査と培養検査を3回することが推奨され、M.aviumのクラリスロマイシンに対する薬剤感受性試験を実施することが提案されている。喀痰検査の質として、一般細菌検査では喀痰の膿性度が高いほど検査材料として適切とされるが、抗酸菌検査では膿性度が低くても陽性率が低いとは限らないとされている。また、肺MAC症の早期診断に役立つものとして、MAC抗原に対する血清中の特異抗体（GPL-coreIgA）を反応させてMAC症を鑑別する方法も開発されてはいる。

肺MAC症の治療として選択される薬剤は、以前からクラリスロマイシン（CAM）、又はアジスロマイシン（AZM）、エサンプトール（EB）、リファンピシン（RFP）の組み合わせが行われ、空洞の有無や難治度に応じてストレプトマイシン（SM）などが追加されてきた。最近では、アミカシン（AMK）の追加も推奨され、難治例にはアミカシン硫酸塩吸入用製剤（アリケイス）が用いられ

ている。この薬剤の特徴は、専用のネブライザーシステムで吸入することにより、肺末梢の肺胞まで薬剤が分布すること、独自のリポゾーム技術によって、マクロファージへの取り込みが促進されることである。磯部教授によれば、今後国際共同試験によって、アライケイスの難治例への治療効果が示されるであろうとのことであった。また、教授ご自身の経験症例でも難治例での投与6か月での菌消退例が提示された。いずれにしても、現段階では一般臨床医が全面的に治療にあたるのはなかなか困難であり、専門医との連携のもとに治療

の方針の選択などを進めていくことになると思われる。

NTMという疾患については、まだまだこれから解決していかなければならない案件が山積している。重要な感染症であるにもかかわらず、厚生労働省はどうもこの感染症に本腰を挙げているとは思えない状況でもある。また、上記で述べたように一般市民の生活環境に大きくかわることでもあり、啓発普及が急務であると痛感した次第である。

特別講演3

「前頭側頭型認知症の特徴と鑑別診断」

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授 池田 学

[印象記：柳 井 宮地 隆史]



はじめに

前頭側頭型認知症は若年性認知症の代表的な疾患である。認知症の好発年齢で無いため、診断が遅れる場合もある。本講演では大阪大学大学院精神医学教室の池田 学 教授に若年性認知症の特徴、前頭側頭型認知症の主要なサブタイプである行動異常型前頭側頭型認知症、意味性認知症の特徴と治療について講演いただいた。

1. 若年性認知症としての前頭側頭型認知症

若年性認知症は65歳までに発症した認知症の総称であり、もともとは行政用語であった。現在は医科学的にも若年性認知症という名称が用いられている。若年性認知症の診断の課題は家族、職場及び医療関係者でさえも若年性認知症の知識が乏しく「まさかこの年齢で認知症とは・・・」と考えてしまうことにある。専門医に紹介される場合でも大抵はうつ病などとして紹介されることが圧倒的に多い。40歳代や50歳代のごく軽微な認知機能障害で、初めから若年性認知症を疑われて紹介されることは非常に稀である。また通常の

晩発性の認知症に比べると若年性の場合には希少な神経難病による認知機能障害の場合もあり、原因疾患が多様であり診断がより困難となる一因にもなっている。認知症の専門外来受診までに時間がかかり、正確な診断がつくまでが一番苦しかったということを当事者や家族が話されることも多い。また、若年性認知症では診断時点で就労中の方も非常に多く、職場や産業医の先生方と非常にデリケートな話を主治医が担わざるを得ないこともある。認知症と診断されると自動車運転の中止を指導せざるを得ないが、運転ができないと仕事を続けられない場合や、社会的な行動範囲の著しい狭小化を招くため、運転中止に対して非常に抵抗が大きいという問題がある。2020年の大阪府の就労状況のデータでは若年性認知症の発症時に仕事をしていた方は54%であり、晩発性認知症と大きく異なる。熊本大学精神科での認知症患者のケアサービス利用の割合に関する調査（晩発性認知症612名、若年性認知症75名）では晩発性では39%が初診時にケアサービスを利用しているのに対して若年性ではわずか4%の利用率で

あった。その一つの要因として若年性認知症の方に合った介護サービスそのものが非常に乏しいことが挙げられ、本人も家族も通常のサービス利用を拒否しがちである。大阪府の4市における若年性認知症のアンケート調査での診断名の割合はアルツハイマー病 60.6% が最も多く、前頭側頭型認知症 21.2%、血管性認知症 7.6%、レビー小体型認知症 4.5%、次いで大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺などの神経難病が続いている。熊本大学病院での調査でも 60 歳～ 64 歳ではアルツハイマー病、血管性認知症、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺など、晩発性認知症と同様な診断内訳の割合に近づいている。一方、50 歳以前では神経難病疾患の割合が増えるなど、その背景疾患が非常に多彩である。若年性認知症、特に 50 歳代前半あるいは 40 歳代の場合には認知症専門医に紹介し、まずは希少疾患も含めたさまざまな疾患の可能性を検討することが重要である。また、熊本大学病院の前頭側頭型認知症全体の発症年齢をみた連続例のデータでは 65 歳までに発症する患者が非常に多いが、65 歳～ 75 歳までに発症する症例も多い。厳密に 65 歳以下でないからと言って、前頭側頭型認知症の可能性を否定する必要は全くない。後述するような前頭側頭型認知症の特徴的な症状がある場合は、前頭側頭型認知症の可能性を考える必要がある。しかし、75 歳を超えての発症は非常に稀であり、特に 80 歳以上で行動障害がある場合に安易に前頭側頭型認知症の診断名をつけるのは控えるべきで、行動障害が前面に出るようなアルツハイマー病や血管性認知症の可能性はないかということを考える必要がある。

前頭側頭型認知症は前頭葉と側頭葉に病変の首座がある神経変性疾患の総称である。臨床的には 3 つのサブタイプがある。前頭葉が主として障害される行動異常型前頭側頭型認知症 (bvFTD)、側頭葉前方部～底面が中心に障害される意味性認知症 (SD) の 2 つは 65 歳以下の発症の場合、重症度を加味した上で指定難病に指定されている。3 つめはシルビウス裂周囲から脳の変性が始まると進行性非流暢性失語症 (PNFA) という発語面での障害が顕著な失語が目立ってくるタイプで

ある。SD と PNFA では失語の判別が重要であり、言語リハビリテーションが必要になってくる。病理学的な変化を中心に議論するときには、前頭側頭葉変性症 (FTLD) の用語が用いられる。FTLD の生物学的な背景について、もともとはピック病という若年性認知症を中核とする疾患群であったが、疾患の発見当時から病理学的に特徴のあるピック球は半分に満たない症例でしか認められなかったが、臨床症状は同じであった。このように病理学的な変化が多彩であることから、非常に研究が遅れていた。最近、生物学的研究の進歩によりタウを中心とする異常タンパクが蓄積するタイプと、筋萎縮性側索硬化症のように TDP-43 が蓄積するタイプ及び FUS という異常タンパクが蓄積する 3 つのタイプに大別できることが分かった。現在これらの蓄積している異常蛋白を取り除くような治療薬の研究・開発が進んでいる。

前頭側頭型認知症の日本人患者の特徴に遺伝性の乏しさが挙げられる。熊本大学時代に行った研究ではアジア 5 か国で検討した結果をイギリス、オランダ、アメリカと比較すると、行動異常型前頭側頭型認知症の場合、欧米では 20 ～ 40% は常染色体顕性 (優性) 遺伝で家族内発症が多発するが、日本をはじめアジア人の場合は家族内発症が少ない。その点、アジア人にとっては治療薬の開発あるいはモデル動物の開発にとっては非常に難しく、欧米と同じようには日本やアジアの患者の治療戦略は進められないということになる。そこで現在、日本全体では患者レジストリーを作り欧米とは少し異なる戦略で治療薬を開発しつつある。

2. 行動異常型前頭側頭型認知症の特徴

行動異常型前頭側頭型認知症の中核症状を診断基準に沿って紹介する。現在、2011 年の国際診断基準が最もよく使われている。前提として進行性の神経変性疾患があり、主要な 6 つの行動特徴のうち 3 つがあれば、ほぼ臨床的に行動異常型前頭側頭型認知症と診断される。①行動の脱抑制、例えばマナーが守れない、社会のルールが守れない、という異常行動で発症される方が非常に多い。②アパシーあるいは意欲の低下も非常に初

期から目立つ。③共感又は思いやりの欠如。相手の気持ちがわからない、相手の気持ちに配慮できないという特徴。④保続的、常同的、強迫的又は儀式的行動が非常に目立つ。反復行動あるいはかなり複雑な行動パターンが一日の間に時刻表のように形成されていく。⑤口唇傾向や食行動の変化が非常にしやすい。⑥認知機能については診断基準上一項目しかなく、記憶や視空間認知の障害は比較的目立たない。前頭側頭型認知症の特徴は中核的な特徴の6つのうち認知機能の項目は一つだけで、残りはすべて行動異常であるため、まずは行動をしっかりと見ることが重要である。臨床的に確実な診断のためにはMRIやCT画像による脳の萎縮やPETないしSPECTによる脳代謝低下や脳血流低下が行動異常型前頭側頭型認知症と一致している必要がある。本邦の指定難病の診断基準では高齢発症が少ないことから、65歳を対象とし画像読影レポート又は同内容の文書の写しを添付することとされた。

さらに行動異常型前頭側頭型認知症の中核症状について解説する。

脱抑制的な行動として社会的ルールを気にしなくなり、万引きや窃盗、店頭で堂々と盗み食いをするなどの抑制のはずれた行動を起こすこともある。悪気はないので注意しても平然としている。常同的に行われていることが多く、うまく理解を得て釈放されたとしても、また同じ店で同じような些細なものを万引きすることが多い。自動車運転もそのルールが守れないということが非常に顕著になっている。愛媛大学在籍時に行った前頭側頭型認知症とアルツハイマー病の運転行動の特徴を比較した研究では、前頭側頭型認知症は車間距離が守れない、信号道路標識の無視がみられる。特に重大な交通事故はほとんどが前頭側頭型認知症であり、前頭側頭型認知症と診断した場合にはまず自動車運転の中止を指導する必要がある。また感染予防行動の実勢の有無と程度をアルツハイマー病と比較した場合、前頭側頭型認知症の場合ステイホーム、手洗いが守られず、特にソーシャルディスタンスが守られなかった。また触法行為についても圧倒的に前頭側頭型認知症が多かった。触法行為の内訳としては窃盗や運転関連の違

反が多かった。

無関心・意欲の低下について、無関心は全ての認知症性疾患の主要な初期の精神症状である。特に前頭葉を中心に障害される行動異常型前頭側頭型認知症で目立つ。血管性認知症の意欲低下とは異なり、じっと無関心になっていると思うと決まった時間にスーパーに行って万引きをするというような脱抑制行動と常同行動などが入り混ざって出てくるという特徴がある。

食行動異常として、前頭側頭型認知症の場合は机の上に置いてあるものは全て平らげてしまうなどの過食が多い。また味覚の変化や嗜好の変化がみられる。アルツハイマー病と比較しても前頭側頭型認知症では食欲、嗜好、食習慣についての食行動異常の頻度が高く、90%程度の患者に出現するため、注意深く観察することでアルツハイマー病との鑑別にも役立つ。

常同行動については、繰り返しの散歩（常同的周遊）、脈絡なく同じ話や言葉を繰り返す（滞続言語）、毎日決まった生活パターン（時刻表的生活）を呈する。常同行動の頻度は血管性認知症、アルツハイマー病と正常者との比較でほぼ重なりが無いほど前頭側頭型認知症で多く出現する。

心の理論の障害（Theory of mind）について、自己及び他者の心を読む（心の動きを類推する）、すなわち、他者の心的状態、思考や感情を推論する能力である「心の理論」や、自身の思考や行動を振り返るという「再帰的意識」が早期から障害される。意味性認知症や行動異常型前頭側頭型認知症に出現するが、精神心理的なパターンは発達障害の患者にも良く類似している。

前頭側頭型認知症のケアの課題としては、若年性の発症が非常に多く誤診が多い、仕事を辞めた後の経済的問題、自動車運転や万引きなど社会的トラブルの多さ、対応可能な施設の少なさ（居場所のなさ）、激しい行動異常、経済面も含めた家族のケアが挙げられる。

3. 意味性認知症の特徴

意味性認知症の特徴は非流暢性失語症などと同様に言語障害が中心となるため、原発性進行性失語症という失語の面から分類されることが多い。

失語症状を診断したうえで意味性認知症の特徴を判別していくこととなる。意味性認知症の特徴は、物品に対する呼称障害が中心である。単語理解の障害も目立つ。指定難病の意味性認知症の診断基準には行動異常型前頭側頭型認知症と同様の行動障害がしばしばみられることについても明記してある。臨床的には言葉の障害に対して患者や介護者はしばしば物忘れとして訴える。言葉がわからないと記憶にも残らないため、本人も物忘れを訴える。そのため、アルツハイマー病との鑑別が一番重要となってくる。失語症の患者に対して、利き手がどちらかを尋ねると良い。意味性認知症の患者のほとんどは「利き手って何ですか?」という質問が逆に返ってくる。利き手という言葉そのものに既知感がないためである。

4. 前頭側頭型認知症の治療戦略・ケアのポイント

前頭側頭型認知症のケアのポイントは、抑制のはずれた行動のため、集団活動や施設での集団生活になじみにくいが、デイサービスやデイケアに定期的に通所すると社会的なトラブルを起こす可能性を減らすことや、自発性の低下を予防することができ、家族の介護負担を著しく軽減させられる。特に生活がパターン化されていない初期の段階から利用を開始するとよい。また常同行動を遮ると興奮を誘発するので、常同行動をあらかじめ理解し、例えば、「デイサービスのいつもの席」に他人を座らせないような配慮をすると、さまざまなトラブルを防げることができる。その他、宿

題として何曜日の何時に何をしたかの日課表を記入してもらおうと書字能力維持のリハビリテーションだけでなく、社会的にトラブルになりそうな行動の把握や意欲低下を見つけるきっかけにもなり、ケアプランを立てやすくなる。上記のように保たれている記憶や運動機能を活用し常同行動を利用することでQOLを維持し、介護負担の軽減につながる。そのためにも患者の過去の仕事や趣味、嗜好を前もって調べておくとかケアの導入やケアが定着しやすくなる。

前頭側頭型認知症の薬物治療について、欧米では家族発症例を中心に疾患修飾薬などの薬の開発が進んでいる。一方、日本を含むアジアでは家族発症例が少なく同じ戦略が取りにくい。現在、日本では精神科、脳神経内科等で協働して患者の登録(FTLD-J)を行っている。2022年10月時点で212例の症例が登録されている。今後、本邦でもタウ蛋白やTDP-43蛋白などに対する治療を検討していくこととなる。

おわりに

前頭側頭型認知症について事例を提示していただきながら、臨床面を中心に講演していただいた。講演後は活発な質疑応答もあり、とても有意義な講演であった。今後は前頭側頭型認知症の早期診断、ケアを行いつつ新しい治療薬の開発に期待したい。

特別講演4

「網膜変性疾患とロービジョンケア」

山口大学大学院医学系研究科眼科学講座教授 **木村 和博**

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



眼科の難病疾患ということで木村教授に講演していただいた。「見える」ということは認識の第一段階であり、知覚認知は極めて重要で、感覚器において80%が視覚に依存しており、見え方

の質(QOV: Quality of Vision)がそのままQOLにつながっている。眼はカメラに例えると前がレンズ、後ろがフィルムの役割をする。網膜は9層の感覚網膜があり、一番下が色素上皮細胞で網

膜を支えている。その上に視細胞がある。内側から光を感じて網膜内を擦り抜けて視細胞で光やものを認識する。視細胞は桿体細胞と錐体細胞があり、桿体細胞は暗い中で光を認識し、錐体細胞は明るい中で色を認識する。錐体細胞が黄斑に集中しており、桿体細胞は全体にある。わが国における失明原因の1番目は緑内障、2番目が網膜色素変性。一昔前までは糖尿病網膜症が中途失明で1番の原因だったが、今は3番目。世界で1番中途失明率が高いのは白内障で、次が緑内障。

色素変性は光を感じる視細胞とその土台となる色素上皮細胞が変性していく病気である。桿体細胞の変性、暗さを認識する変性が進行して、さらに錐体細胞が変性する。網膜色素変性は遺伝子異常で起こるが、同定できるのが50%ぐらい。4～5千人に1人である。遺伝による方もいるが、突然なる方もいる。県で100～200人程度いる。症状で一番多いのは夜盲。鳥目になるというのが特徴。夜薄暗くなると見えにくくなる。網膜が変性していくので視野障害が進み、さらに視力低下が伴ってくる。光干渉断層計を使ったり、視野の検査、網膜電図を織り交ぜながらフォローしていく。未だに治療法がないので、経過を見るのみだというのが実情である。本日は色素変性とその類似疾患、色素変性によく似た疾患について述べる。症状はよく似ているが、パターンが違ったり、原因遺伝子が違ったりする。色素変性の原因遺伝子は絨毛にあることが多いので絨毛病ともいい、全身でいろいろな症候群と合併してくる。その遺伝子変異はいろいろあり、例えば、光のトランスダクションに関与したり、絨毛の機能、あるいは絨毛のタンパク質に関与した遺伝子に変異が入り、200ぐらいの遺伝子で変異している。日本での多施設での網膜色素変性の遺伝子解析が行われ、一番多いのはEYS遺伝子であり、欧米ではUSH2Aが多い。視野の異常は視野計で診る。黄斑の視野が外からなくなっていく、求心性視野狭窄が典型的な色素変性のパターンである。非典型的なのは周辺から視野がボンと欠けてきたり、いきなり黄斑が同時に変性したりするものもある。症状と視野とOCTと眼底写真を見れば、ほぼ間違いなく分かるが、最近は眼底自発蛍光の検査も

使う。自発蛍光は色素上皮細胞の機能を見ており、過蛍光は上皮細胞の機能の低下を見ている。機能が低下すると色素上皮の中のリポフスチンの消化が悪くなり、リポフスチンが溜まってしまう。完全に機能がなくなってしまうと、リポフスチンさえも取り込めなくなってしまうと黒くなって低蛍光になる。もう一つ視野検査に加えて網膜電図を用いる。RP1という遺伝子の変異の方で、黄斑が先にやられるパターン。血管の狭小化、色素の沈着が弱い、黄斑のところに萎縮変性がある。視力も右は手の動きがわかるぐらいで左は0.02。OCTでは黄斑がほぼ完全に萎縮している。自発蛍光を取ると萎縮して完全に機能がなくなって真っ暗になっている。網膜電図を取るとフラットになっている。中には全く色素沈着のない人や変性の目立たない人もいる。60歳の男性の例で、両眼の視力は0.8。症状として夜盲がある。血管が細いが、黒い色素沈着が全くない。網膜電図を取るとフラットで出てくるので、無色素性の網膜色素変性だという診断がついた。類縁疾患はなかなか診ることはない。レーバー先天盲は、生まれつきあるいは生まれてすぐに視力が低下する病気である。すぐに網膜の変性が始まって、一気に色素上皮がやられる。OCTでは視細胞もほとんどない、網膜電図で波が全部フラットになってる。原因遺伝子がいくつもあるが、一番典型的なRPE65に対する遺伝子治療がもう始まっている。ルクスターナという薬物で、つい最近保険収載された。次にコロイデレミア、色素変性とほぼ同じパターンで、萎縮がもっと強烈で、強膜とか脈絡膜が透けて見えるぐらい萎縮しており、伴性劣性遺伝である。若い段階から急激に進行するので萎縮の程度が早く強く、予後が悪い。視力はかなり終末まで維持される。しかし、網膜電図を取るとフラットである。キャリアの方では両眼の視力は強制で1.2以上で大きな問題はないが、萎縮を生じた網膜の所見を持つ。網膜電図ではフラットにはなっていないが全体的に振幅がすごく狭くなっている。クリスタリン網膜症は診ればすぐに分かる。特徴的で、閃輝性の結晶状の沈着物が網膜にキラキラしてある。黄色っぽいところが異常ではなくて、この周りがだめになっている。黄斑の部分だけ生きており、視力は

0.4。網膜電図はかなり落ちたパターンをとる。常染色体劣性遺伝でCYP4V2という遺伝子が原因遺伝子である。OCTではその色素上皮細胞が管状の構造物になる。次は色素性傍静脈網脈絡膜委縮、血管沿いに萎縮してくる。血管沿いに出る変性は非常にゆっくり進むのがこの疾患の特徴。この例は56歳男性で2か月前から急に進行する夜盲を訴え、視力は両眼矯正1.0。眼底写真は異常がない。視野の検査はいろいろところで中抜けになっており、視野のパターンで悪い所が得られる。網膜電図をとると、ほぼフラットで、その色素変性がゆっくり進むパターンがほとんどである。CTで肺小細胞がんが見られ、血中には抗リカバリン抗体が陽性であった。網膜組織に対する自己抗体が検出されてくることが多い。肺がん、乳がん、胃がん、大腸がんなどいろいろながんでこういったことが起きるので、急に夜盲になったとか、見えが少し悪いという患者は早めに眼科にご紹介いただくとわかるし、眼科で検索してがんが見つかる人もたまにある。腫瘍随伴症というが、自己抗体ができて、その自己抗体が網膜を攻撃する。CAR (cancer-associated retinopathy) では網膜電図がフラットになるが、メラノーマだけは少くぼんでこの上がりが悪いようなパターンになる。なぜかメラノーマだけは特徴的でMARと呼ばれる。十数年前にわれわれがアジアで初めて見つけた自己抗体があって、それはMARのこういったパターンを呈していた。網膜色素変性の治療については、現状全く治療法がない。病態の解明はかなり進んでおり、視細胞あるいは色素上皮細胞の遺伝子異常が本態であるが、その遺伝子も200、300とすごい数がある。劇症型のタイプに対しては遺伝子治療がまず導入されたが、再生治療については今のところまだである。名古屋の先生と共同で研究しており、視細胞自体の再生は難しいが、色素上皮細胞の再生はかなりうまくいくようになって、網膜の下に入れて、残ってる視細胞を支えるレベルまでできるようになった。欧米ですでに保険収載されている人工網膜もあるが、残っている機能が少しでもないとなかなか機能しないので、ほぼ光のわからない人には全く使えない。

眼の悪い方を支援しようという、ロービジョンケアがある。山口県の視覚障害者は一級が1,354人、25%。一級・二級で大体50%。視覚障害者の8割が65歳以上の高齢者で、外出困難にもなっている。いろいろな情報も得にくく、社会から孤立するケースも結構ある。家族の負担も大きく、転倒のリスクも上がって大変である。ロービジョンに対しては積極的な治療法はないので、ケアで支援していくのがロービジョンケアであり、自信を持たせる、あるいは生きていく希望を持たせることが大切になる。眼が見えないといっても一人の人間であるということを認識して理解させてあげる。さらにバックアップする制度がいろいろあるので、申請を手伝いし、より良い生活ができるようにというのがわれわれ眼科医の役割である。補助具として遮光眼鏡、拡大鏡、点字、白杖、盲導犬、音声でワードに変換する機器、エンビジョングラスや暗所視支援眼鏡等いろいろあり、社会生活を送りやすくなってきている。ロービジョンのバックアップのために、眼科医と看護師、視能訓練士、歩行訓練士、支援学校の先生たちが集まっていろいろな勉強会をしたり、ビジョンネットワークを作って互いに協力しあったり、情報共有をしている。色素変性並びにその類縁疾患は現在有効な治療法はないが、なんとか保有している機能を最大限に発揮してQOLの向上を目指すためにも、ロービジョンケアに積極的に取り組んでいる。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店

〒750-0001 山口県下関市大町1-1-1 井上書店
TEL 083-941-1111 FAX 083-941-1112
Eメール info@onomura-shoten.jp
ホームページ <http://www.onomura-shoten.jp/>
全日本医師会・日本医師会・日本眼科学会・日本視光学会
加盟

日医FAXニュース

2023年（令和5年）11月21日 3181号

- 医療・介護の人材確保「喫緊の重要課題」
- トリプル改定、「プラスにすべき」
- 「レケンビ」、算定・加算は通常ルール
- 中長期滞在の外国人、入国前に結核検査
- インフル定点、17.35に減少
- 咽頭結膜熱2.45、「かなり多い」続く

2023年（令和5年）12月1日 3183号

- 医業利益率の推計値、改定議論に「必要」
- 医師派遣の確保、3割が不透明
- 改定の基本方針、骨子案を大筋了承
- 認知症対応、「研修受講」要件化で対立

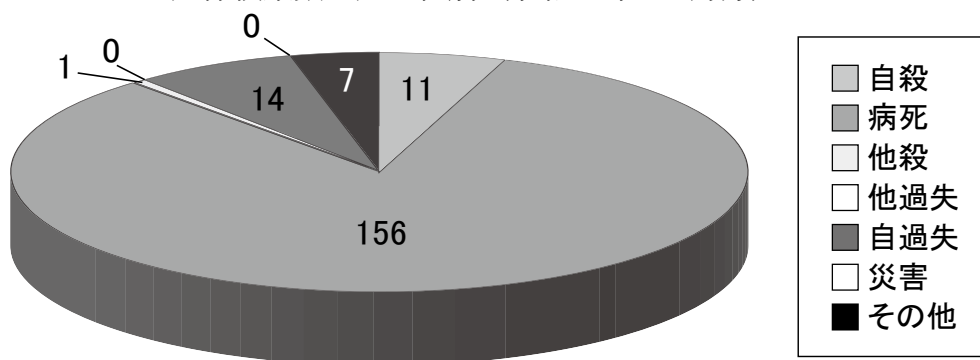
2023年（令和5年）11月28日 3182号

- マイナス改定、「現実的でない」
- 診療所のコロナ対応、「3年で7,700万人」
- 診療所は黒字拡大、病院は赤字悪化
- 診療所の黒字拡大、コロナ対応も考慮を
- 脱炭素へ、「デコ活」に意欲

死体検案数掲載について

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Nov-23	11	156	1	0	14	0	7	189

死体検案数と死亡種別（令和5年11月分）



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。

このアプリで、
口座開設、
残高照会、
お振込が
できます。

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



ダウンロードは
こちらから





令和5年度 山口県胃内視鏡検診研修会

日 時 令和6年1月28日(日) 13:00～16:45
場 所 山口県医師会 6階「会議室」(山口市吉敷下東3-1-1)
定 員 70名

日 程

講演1 13:00～13:45

胃がん検診の概要

(医) 河野医院
山口県消化器がん検診研究会 副会長 清水 建策

講演2 13:45～14:05

精度管理

(一財) 防府消化器病センター 院長
山口県消化器がん検診研究会 顧問 三浦 修

講演3 14:10～14:55

胃内視鏡検診の方法—早期胃がんの診断と治療—

(一財) 防府消化器病センター 臨床研究部長 柳井 秀雄

講演4 14:55～15:40

感染症対策・偶発症対策

厚生連周東総合病院 消化器内科部長 清時 秀

特別講演 15:45～16:45

座長: 山口県消化器がん検診研究会 会長 檜垣 真吾
がん検診におけるリスク層別化の応用

帝京大学医療技術学部看護学科 教授 濱島ちさと

取得単位 日本医師会生涯教育制度: 2.5単位 CC 11 (予防と保健)

※本研修会は事前申込制です。詳細は山口県医師会 HP をご確認ください。
http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/15177/

税務署からのお知らせ

マイナポータル連携（確定申告手続）

マイナポータルと確定申告書等作成コーナーを利用すれば、生命保険料控除証明書などの情報をまとめて入手、各控除に自動入力されます。



特設サイト

（注）ご利用には、保険会社等の控除証明書等の発行主体がマイナポータル連携に対応している必要があります。



証明書の発行主体

マイナポータル連携等
プラットフォーム確定申告書等
作成コーナー

データを確定申告書の所定の項目に自動入力！

ダイレクト納付！！

届出をした預貯金口座からの振替により、即時又は指定期日に納付できる便利な電子納税の手段です。

- ・金融機関や税務署の窓口に出向く必要なし！
⇒・特に源泉所得税を毎月納付している方に便利
- ・税理士が納税者に代わって納付手続できます！
- ・納付する際に、預貯金口座を選択可能！
- ・納期限前の計画的な納付（予納）ができます！

特設サイト



スマホでもOK！





一般社団法人
NHHK 日本保育保健協議会
Japanese Society for Well-being of Nursery-schoolers

中四国ブロック



2023年度 中四国ブロック 研修会 in 山口

【テーマ】
多職種連携で子どもたちの成長・発達を見守ろう

開催日 2024年**1月28日** 日

開催時間 9:30～15:40
開場 9:00

開催形式 現地開催＋WEB配信

会 頭：田原 卓浩（山口県小児科医会 会長）



山口県健康づくりセンター2F 多目的ホール
〒753-0814 山口県山口市古敷下東3丁目1-1

【主催】日本保育保健協議会 【協賛】山口県小児科医会

【後援】山口県医師会・山口県小児保健研究会・日本小児科学会山口地方会・山口県・山口市

【協力】一般財団法人山口県保育協会・山口県公認心理師協会・山口県乳幼児の育ちと学び支援センター・公益財団法人山口県私立幼稚園協会

参加費

日本保育保健協議会 会 員 1,000円

生涯研修登録者 500円

日本保育保健協議会 非会員 2,000円

学生（学生証必須） 500円

※日本保育保健協議会生涯研修5時間5単位

参加申込

日本保育保健協議会
ホームページより
お申込下さい。
<http://nhhk.net>



お問い合わせ

一般社団法人
日本保育保健協議会

mail: hoikuhoken-office@themis.ocn.ne.jp
TEL. 03-5422-9711 | FAX. 03-5422-9750

2023年度 中四国ブロック研修会 in山口

テーマ 多職種連携で子どもたちの成長・発達を見守ろう

9:40～10:20

【会長講演】

保育保健の来し方行末

座長：田原 卓浩（山口県小児科医会 会長）

演者：藤田 位（日本保育保健協議会 会長）

10:25～11:05

【教育講演1】

コロナ禍を通して考える 園児の“適切な”感染対策

座長：河村 一郎（かわむら小児科）

演者：種市 尋宙（富山大学小児科）

11:10～11:50

【教育講演2】

子どもの育ちと環境

座長：赤松 康乃（おおとり保育園）

演者：川崎 徳子（山口大学大学院教育学研究科）

【ランチョンセミナー】

保育現場で知っておきたい 感染症とワクチンの話題

座長：鈴木 康夫（鈴木小児科医院）

演者：門屋 亮（総合病院山口赤十字病院小児科）

共催：田辺三菱製薬株式会社

13:00～14:20

【シンポジウム】

園で気になる子への対応

座長：金原 洋治（かねはら小児科）

中川 浩一（勝山保育園）

《講演1》

園で気になる子への対応、

園医と園の関わり

講師：砂川 新平（すながわこどもクリニック）

《講演2》

園で困っていること

講師：松永 雅子（愛児園平川保育所）

《講演3》

園への訪問支援での対応、課題

講師：古志野 智香（山口県立山口総合支援学校）

《講演4》

園で気になる子への対応

～心理士の立場から～

講師：松尾 尚子（まかたこどもアレルギークリニック）

公認心理師／臨床心理士

14:25～14:55

【教育講演3】

子どもの貧困と こども食堂・宅食・居場所

座長：中川 浩一（勝山保育園）

演者：金子 淳子（金子小児科）

15:00～15:30

【教育講演4】

保育所の食物アレルギー対応 ～最近の話題～

座長：長谷川俊史

（山口大学大学院医学系研究科医学専攻小児科学講座）

演者：真方 浩行（まかたこどもアレルギークリニック）

終了後、交流会を行います。

（1階 健康指導室）

皆様のご参加を

お待ちしております。

【参加費】
無料

山口県医師会主催

医業承継セミナー

- ☐ 長年経営してきた医療機関の運営を、そろそろ考えたい方
- ☐ 開業で地域住民と接した医療を展開したいと考える方
- ☐ 承継による開業にも興味がある方
- ☐ 患者に負担や不安がないように承継したいと考える方

医師会員だけでなく医療従事者やご家族の方も、ぜひご参加ください

開催日時	令和6年1月11日（木） 15:00～17:00
受講方法	ご自宅・自院のパソコン、タブレット端末 ※ZOOMを使用します ※一医療機関、複数の方が申し込まれても構いません
プログラム	1. 開会挨拶 山口県医師会 会長 加藤智栄 2. 「山口県医師会の医業承継の取組み」 山口県医師会 副会長 沖中芳彦 3. 「医業承継の方法と課税関係」 日本医業経営コンサルタント協会山口県支部 理事 木下徹彦 先生 4. 「医業承継の実務と生じる問題点」 日本医業経営コンサルタント協会山口県支部 理事 村田 彰 先生
受講料	無料
申込方法	以下、URLの「申込フォーム」よりお申し込みください。 https://forms.gle/YS1zgqg17ueg2phQ8 こちらのQRコードからもお申し込みできます いただいた情報は、目的以外には使用しません
問合せ	山口県医師会 医事・保険課 〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 TEL. 083-922-2510 FAX. 083-922-2527 nakano@yamaguchi.med.or.jp

申込期限 1月5日





「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

当会では地域医療提供体制の確保のために、「医業譲渡を希望する診療所」と「医業譲受を希望する医師」を支援し、その仕組みづくりを構築することを目的として標記事業を山口県の事業として引き受けております。是非、ご利用ください。

(1) 医業承継に関する初期相談の専門家派遣事業

- ・医業経営のコンサルティングによる無料相談（一般的な助言に限る）
- ・専属の会計士や税理士がおられる場合は、まずは顧問先への相談をお勧めします

(2) 譲受情報の受付登録と提供事業

上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日9時～17時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記QRコードをご利用ください。

(1) 専門家派遣 申込フォーム	(2) 譲受情報の受付登録フォーム	
		

(3) 令和5年12月4日現在の登録状況

譲渡希望件数 10件、譲受希望件数 3件



毎月勤労統計調査（第二種事業所）の実施について

令和6年1月～2月にかけて、労働者の雇用、賃金及び労働時間の変動を明らかにする目的で、厚生労働省による「毎月勤労統計調査」（統計法に基づく基幹統計調査）のための現況調査が実施されます。

今般は下関市、宇部市、萩市、防府市、光市、美祢市、周南市、山陽小野田市の一部地域において、統計調査員による事業所名、所在地、常用労働者数、事業内容などを確認するための訪問調査が行われます。

その後、この調査を基に常用労働者数5～29人の事業所の中から、無作為に調査対象事業所が指定されます。指定された事業所は令和6年7月分から令和7年12月分までの間、毎月訪問する統計調査員に対し、労働者数、賃金及び労働時間について回答することになります。

ご不明な点があれば山口県総合企画部統計分析課 商工労働統計班までお問い合わせください。（TEL:083-933-2654）

厚生労働省 HP <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/30-1.html>

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

医師資格証 (HPKIカード)

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。

〔公認社員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 医師資格1218号1号 平成29年12月18日〕
今後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)

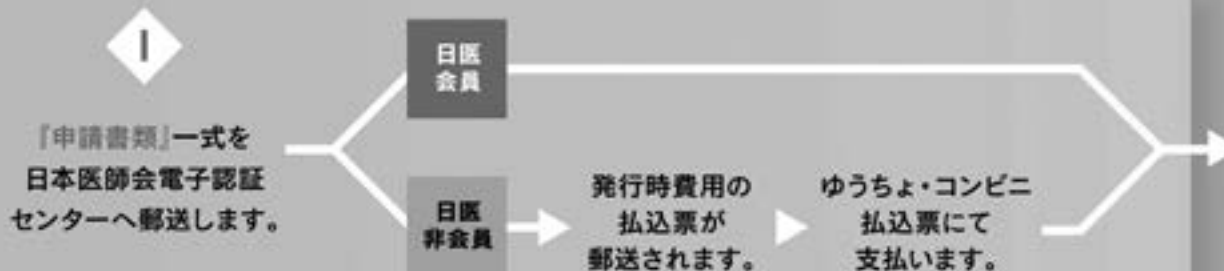
講習会受付



「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）〔有効期限〕

・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
・官公庁発行職員身分

※旧住所記を希望される場合、発行から6か月以内の旧住所の分かる公的書類（戸籍（抄）謄本または旧住所記載された住民票）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、「自医医療証証書」(自医提供サービス)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。

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。

※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 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

※内のもの

※裏面のみ ※通知カード不可
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





ホッ！これで安心。

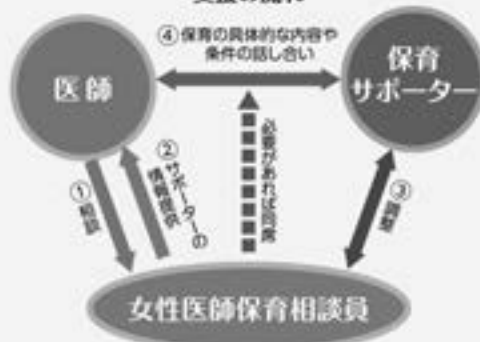
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。

●その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

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

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!

編集後記

今月は広報委員全員から一言ずつ！

- ◇ 祝 ○ビ○パJリーグカップ優勝！リーグ戦も過去最高位。来シーズンが楽しみ。(川野)
- ◆ 今年3月から带状疱疹ワクチンを2回、6月コロナワクチン6回目、10月インフルエンザワクチン、11月に5年ぶりの肺炎球菌ワクチン、11月末コロナワクチン7回目。受けまくりの年でした。片腕だけポパイみたいになった日もありましたが、これで安心して新年を迎えられると信じてます。(岸本)
- ◇ あけましておめでとうございます。昨年1月の編集後記で「2023はアメリカ有人月面探査ミッション Artemis 始動、2年後の2025には再び人類が月に降り立つ」と書きましたが、計画は1年遅れて月に降り立つ人類を超高画質で見られるのはまたまた2年後の2026になる模様です。来年こそはその日が近づいていますように！（吉川）
- ◆ 最近ニュースを見ていると心配になってしまふことが多いです。子供達が大人になるころが不安にもなりますが、日々のわが子たちの成長に癒されています。今年一年が前の年より良い一年になって欲しいものです。(岡山)
- ◇ 明けましておめでとうございます。昨年12月3日に開催された「県民公開講座」で鈴々舎馬るこ師匠が、笑いは副作用のない薬と言われていました。毎日声に出して笑って過ごしていれば、健康でいられます。(藤村)
- ◆ 昨秋より、広報委員に参加させていただくことになりました。よろしくお願いしますという段階で、いきなりの歳末放談会となり、まだいろいろと戸惑っています。毎年、冷や冷やしながら応援しているレノファですが、今年こそはJ1昇格とは言わないまでもプレーオフ圏内争いをしたい。頑張れ、レノファ！！(田村)
- ◇ 2024年が平和な年になりますように。(中村)

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 5551



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増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。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. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。



発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：<http://www.yamaguchi.med.or.jp> E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）