

山口県医師会報

2011
平成23年
2月号
No.1806



春を待つ 渡邊恵幸 撮

Topics

顕彰
郡市医師会会長会議

Contents

● 郡市医師会長 Interview 「美祢市医師会長」	薦田 信	109
● 今月の視点 「新・日医生涯教育制度申請のお願い」	杉山知行	112
● 顕彰		114
● フレッシュマンコーナー 「開業生活 3 年目の日々」	吉村 晃	117
● 山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	臨床検査・腫瘍学分野	118
● 山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	眼科学	120
● 郡市医師会長会議		122
● 郡市医師会長会議傍聴印象記	加藤智栄	129
● 医療関係団体新年互礼会	津永長門	131
● 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	西村公一	133
● 第 116 回山口県医師会生涯研修セミナー		136
● 第 117 回山口県医師会生涯研修セミナー		147
● 第 9 回 「学びながらのウォーキング」大会	田中豊秋	153
● 第 41 回全国学校保健・学校医大会	濱本史明、茶川治樹	155
● 都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会	河村康明	166
● 県医師会の動き	小田悦郎	170
● 理事会報告 (第 17 回、第 18 回、第 19 回)		172
● 女性医師リレーエッセイ 「Some Day My Prince Will Come」	小笠原万里枝	178
● 飄々 「大したことはない」	加藤智栄	179
● 勤務医のページ 「生涯忘れることのできない一症例」	三好 毅	180
● いしの声 「無駄なサービス？」	小林優子	182
● 転載 「都医ニュース」		184
● 日医 FAX ニュース		113
● お知らせ・ご案内		185
● 編集後記	山縣	188

郡市医師会長 Interview



第 9 回 美祢市医師会長 山本 一誠 先生

と き 平成 22 年 12 月 9 日 (木)

ところ 山口県医師会館

[聞き手：薦田 信 広報委員]

薦田委員 本日は平成 22 年 4 月より美祢市医師会長になられました山本一誠先生にインタビューしたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは会長になられての心境をお聞かせください。

山本会長 就任して半年経ちましたが、会長という職務の多忙さは想像以上です。行政関係でもいろいろな役職がついてまわりますし、さまざまな協議会にも出席しなければなりません。私は診療所を運営しており、木曜の午後は休診にしておりますが、会長就任以降、ほとんどスケジュールが詰まっております。大変ですが、この職務を全うしなければならぬと思っております。

薦田委員 診療以外にも公務が多々あるので、大変ですね。それでは美祢市医師会の簡単なご紹介をお願いいたします。

山本会長 美祢市医師会は会員数が 14 名、そのうち A 会員が 9 名の小さな医師会です。現在は 9 診療所と基幹病院として美祢市立病院があります。各診療所は無床診療所となっておりますので、

入院できるのは美祢市立病院だけです。小さい医師会ですが、各会員の先生方の声が直接入ってきますので、コミュニケーションはとりやすいです。

問題といえば行政と医師会の関係です。今の美祢市は旧美祢市と旧美祢郡が合併してできました。しかし医師会は美祢市医師会と美祢郡医師会と別々になっております。お互いの医師会も合併の方向でという考えではありますが、現時点では具体的な動きはありません。旧美祢市は宇部小野田医療圏で、旧美祢郡は山口市が医療圏になっております。医療圏の違う医師会同士の合併となりま





すので、いろいろな問題があります。今後の課題です。

薦田委員 政権交代など医療を取り巻く環境は変わってきております。診療報酬の改定について、最近は厳しいものになっておりますが、どう思われますでしょうか。

山本会長 診療科によっても違ってくるので一概には言えませんが、昔は診療報酬改正ごとに少なからずアップしていましたが、ここ数年ダウンしております。今までと同じ診療内容で努力してもマイナスということに皆さん疑問を感じておられると思います。それにもかかわらず人件費は上げなければなりません。

そういう意味では診療所としては、経営面だけを考えると厳しい時代になっております。20年前の開業時に比べれば、環境は変わっていると思います。それはそれで今の実情の中で頑張っているかないといけませんね。

薦田委員 診療報酬改定の問題のほか、医師不足、勤務医の過重労働、時間外の診療などいろいろな問題ができていますね。

山本会長 先程の郡市医師会長会議でも話題に挙がりましたが、昨今の医師不足に関して、基幹病院としての美祢市立病院も例外ではありません。ピーク時は常勤医師が 16 名くらいだったのですが、現状は半減しております。他の科は大学病院からの非常勤医師の対応になりますし、病診連携

の問題も含め、非常に厳しい状況です。実際に常勤医師が少なくなれば当直も増えて過重労働に拍車がかかります。医師会としての協力も考えていかなければなりません。

時間外の診療については、大きな医師会では準夜帯に開業医が基幹病院に出向いて手助けしているところもあります。しかし、美祢市医師会は規模が小さいのでそこまでするかは疑問です。

薦田委員 人口が少ないので何十人も夜間帯に受診する人はいないと思いますが、医師を確保するのは難しいところもありますね。

山本会長 美祢市立病院にはもともと産婦人科はありませんし、常勤の小児科医、整形外科医、消化器内科医等もいなくなり夜間救急の対応も困難になっております。地域住民からはいろいろな意味で不平不満があると思います。早急な対策が望まれます。

薦田委員 今後の医療は問題が多いですが、医師会として真剣に対応しなければなりませんね。

対内的な話題に変えますが、生涯教育制度が平成 22 年から若干変わってきました。美祢市医師会の生涯教育事業について、教えていただけますでしょうか。

山本会長 医師も日々勉強していくことは当然ですし、生涯教育制度の下に定期的に講演会などを実施しております。近隣の美祢郡医師会、厚狭郡医師会、小野田市医師会、宇部市医師会と合同で

開催しているものもありますし、今後も連携して充実させていきたいと思えます。

また、専門性について、勤務医の先生方は専門一筋でもいいですが、われわれのように美祢市という地域で開業している立場からすれば、かかりつけ医的な役割は大きなものと感じております。各々開業医も専門はおもちですが、それだけでなく専門外の知識もある程度つけていく必要はあると思えます。ですから、いろいろな科の話題も含めた勉強会に積極的に参加することも重要だと思えます。

薦田委員 それではオフタイムについて伺います。ご趣味やスポーツとか休日の使い方を教えてくださいいただけますか。旅行はいかがですか。

山本会長 旅行にはもちろん行きたいのですが、なかなかまとまった休日が取れる環境ではないので難しいですね。基本的には体を動かすことが好きなので、学生時代は野球、医師になってからはゴルフをはじめ、月に平均 2 回ラウンドしております。ゴルフをしない休日は庭の手入れをすることが多いです。やはり緑に包まれると気持ちも和らぎますし、のんびりと庭いじりをしております。

薦田委員 自然に囲まれると気持ちがいいですね。最後に研修医を含めて、若い医師にメッセー

ジはありますか。

山本会長 医師不足にも関連しますが、新医師臨床研修制度があります。その制度が起こしている弊害の一つとして、都会に若い医師が流れていくことがよく言われております。われわれの頃は卒業しても、その大学の医局に残るのが一般的だったのですが、新医師臨床研修制度ができてから母校に残る医師が減ってきており、それが関連病院の医師不足に繋がっていると思えます。地方の大学を卒業したら、なんとかそこに残っていただきたいと思っております。後々、経験とともに動くのはありと思えます。また、勤務医として専門一筋なのか、あるいは将来開業するつもりがあるかによって勉強の仕方も違ってくると思えます。医師としての将来の展望、目標をはっきりもってもらいたいですね。病気だけ診る医師ではなく、一人の人間として患者さんに向き合える医師になってもらいたいと思えます。特に田舎で開業しておりますと、患者さん本人だけでなく、その方の家庭環境や居住環境なども理解した上で接しなければならないことが多いと実感しております。

薦田委員 今日は貴重な時間をいただきまして、ありがとうございました。今後のご活躍を期待しております。どうもありがとうございました。



今月の視点

新・日医生涯教育制度申請のお願い

専務理事 杉山知行

平成 22 年度から、新しい日医生涯教育制度がスタートして、小一年が経った。来年度初め(今春)、会員各位の平成 22 年度の取得生涯教育単位の第 1 回目の申請が始まることでもあり、今一度状況を説明して、多くの会員に取得単位申請をしていただきたい。

ほとんどの医師は当然自発的に学習、研修を行って自ら研鑽をしている。しかし医療をめぐる各種のトラブル多発を背景に、教員免許更新制導入に続き、医師免許についても更新制を導入すべきだとの意見も医療界の外より出始めた。このような状況の中、こういった動きに対抗するためには、日医生涯教育制度が国民の目にみえ、かつ国民が納得できるものに、医師会自身が変革すべきだという意見が出てきた。

このような流れの中で、日医唐澤執行部の発足とともに学術推進会議へ「かかりつけ医の質の担保について」との諮問がなされた。「一部に異論はあったが、認定制について前向きに議論を進めてきたとの両論併記の上、最終的には日医の判断を仰ぎたい」との報告があった。この報告を受け、日医は認定制度を発足する決意を 2008 年 8 月に固め、案を発表した。日医が関連 3 学会(日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会)やカリキュラム作成に参加してもらった日本老年医学会、日本小児科医会、日本臨床内科医会、日本専門医制評価・認定機構等の協力を得てできあがったものである。この案やその内容は都道府県医師会長協議会や都道府県医

師会生涯教育担当理事連絡協議会等で連絡・伝達されており、2009 年 4 月の日医雑誌に同封され、全日医会員に届けられた小冊子「生涯教育カリキュラム<2009>」が配布されて、新たな日医生涯教育制度が平成 22 年 4 月にスタートした。

従来の制度と違う点は、①自己申告制から認定制に変わったこと。②認定の基本に時間と学習分野テーマを決めたことである。すなわち 1 時間を 1 単位、学ぶべき学習分野を 84 分野とし、これをカリキュラムコードと呼び、単位数の 2 倍まで取得できる。

生涯教育制度は全会員が関係し、また「総合医認定制」との関係や学習時間である「単位」と学習分野である「カリキュラムコード」の本来異質なものを合算することへの疑問など、いろいろ問題をはらんでいる。

平成 21 年 11 月に開かれた都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会ではかなり議論となり、険悪となる場面もあった。こういった点もあり、日医原中新執行部は、平成 22 年 6 月に実施要綱を少し改正した。改正点は①専門性の高い医師(眼科、耳鼻科等の領域の医師、あるいは専門領域を担当する病院勤務医等)や専門医を目指す勤務医も取得できやすいように、認定証発行要件を「30 単位・30 カリキュラムコードの取得」から「単位数とカリキュラムコード数の合計で 60 の取得」とした。他に理念的なものとして②日医生涯教育制度と、いわゆる「総合医認定制度」は全く異なるものとの周知・言明。③日医生涯教育制度は医師の自己研鑽を支援するためのもの、以

上 3 点である。

新生涯教育認定証の次回発行は平成 25 年 12 月のことであるので、何が何でも今年申請しないといけないことはないが、申請すれば平成 22 年度の単位取得証（認定証と違い、あくまで一時的、記録覚え証的なもの）は今年 10 月すぎに、申請した各人へ送られてくるはずで、それにより自分

が取得した単位数やカリキュラムコードが確認できて、非常に安心である。ほとんどすべての会員が申請されることを私は望みます。というのも、最近頃に増しつつある医師分断圧力に対抗するためにも、医師の心意気的一端を生涯教育への高い参画率として医師会内外へ示し、かつそれが日本医師会の団結を強めるきっかけにもなってくれたらと願うからです。よろしく願いいたします。

日医 FAX ニュース

2011 年（平成 23 年）1 月 28 日 2038 号

- 社会保障改革「野党と意識は共有」
- 医療の営利産業化に強い懸念
- 医療ツーリズムに反対は 34 医師会
- 新制度施行「最短で 14 年 3 月」
- 出産育児一時金受け取り代理制度が 4 月から復活
- 「個人情報保護規定」整備は 9 割

2011 年（平成 23 年）1 月 25 日 2037 号

- 社会保障改革案、4 月までに策定
- 再生計画の提出期限を延長
- 3 ワクチン接種事業、全国で実施
- 実施要綱は「今月中に通知」
- 模擬審査 3 件に「了承」の意見
- レセプト情報 GL、パブコメ開始へ
- 特定健診、2 年目で実施率微増

2011 年（平成 23 年）1 月 21 日 2036 号

- 医師養成に関する提案を公表
- 日医健康食品情報システム、モデル事業を全国展開へ
- 行政に地域貢献度の説明を
- 医師会立病院の「公的」化に慎重姿勢
- 5 週以上の長期処方 3 割
- 若手主体で政治活動研究会
- 社会医療法人 116 法人に

2011 年（平成 23 年）1 月 18 日 2035 号

- 菅第 2 次改造内閣が発足
- 都道府県の適正化事例を収集
- 術前の HIV 検査、保険適用を
- インフル、沖縄の定点 25.90
- 医療情報の標準化を推進
- 夜勤・交代制実態調査、管理職も
- 在宅支援病院の 5 つの指針作成

2011 年（平成 23 年）1 月 14 日 2034 号

- 日医の意見に最大限の配慮を
- 日医主導の医療制度改革に意欲
- 日医総研の聞き取り調査結果を公表
- 先端科学を支援する姿勢を説明
- 平成 23 年 2 月 2 日に医療政策シンポ開催
- 日医の会員数、戦後初の減少
- 産婦人科の性教育「事業継続を」
- 日本発の医薬品・医療機器を
- 一般病床の平均在院日数 18.3 日に

2011 年（平成 23 年）1 月 7 日 2033 号

- 地域医療確保に 435 億円計上
- 日医、若手ビジョン委を復活へ
- 社会保障改革と財源「6 月めどに」
- 社会保障改革は省内一体で
- 同時改定へ「医療・介護チーム」
- 国病と労災病院、機構統合で検討会
- 日本の人口 12 万 3,000 人減

2010 年（平成 22 年）12 月 28 日 2032 号

- 医療滞在ビザ「厳格な対応を要望」
- 「40 対 1 問題」で協議の場を
- 看護の省内 PT 設置に反対表明
- 社会保障費、過去最大 28 兆 7,079 億円
- 国立大病院の研究強化に 100 億円
- 利用者負担増は見送り

2010 年（平成 22 年）12 月 21 日 2031 号

- ワクチン 6 種の定期接種化を
- 医療法人の法人税 3 %引き下げ
- 医師国保への定率補助、廃止へ
- 医学部定員検討会、22 日に初会合
- 「医行為か否か」は検討課題

2010 年（平成 22 年）12 月 17 日 2030 号

- 医学会総会、23 年 4 月に東京で
- 医事関係訴訟、前年上回る勢い
- 消費税の「目的税」化を懸念
- 医療提供体制に 1,274 億円
- 妊婦にも抗インフル薬を推奨
- 日本版 ACIP「引き続き検討」

2010 年（平成 22 年）12 月 14 日 2029 号

- 3 ワクチン接種事業の概要を説明
- 再発防止のための分析テーマを決定
- 総報酬割導入による影響を試算
- 看護需給報告書、年内に公表へ
- 1,000g 未満児、35 年で 3 倍増
- 病院の一般病床 90 万 3,621 床

顕 彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



●旭日双光章

故 木村春雄 先生（長門市）

平成 22 年 4 月 29 日

永年にわたり保健衛生、地域医療等の各領域に力を注がれました。



●厚生労働大臣表彰（公衆衛生事業功労者）

麻上義文 先生（下関市）

平成 22 年 11 月 2 日

永年にわたり公衆衛生の向上に寄与されました。



●厚生労働大臣表彰（産科医療功労者）

大樂高弘 先生（宇部市）

平成 23 年 1 月 28 日

永年にわたり山口県の産科医療体制の確立に貢献されました。



●厚生労働大臣表彰（国民健康保険関係功績者）

米澤文雄 先生（萩市）

平成 22 年 10 月 20 日

永年にわたり国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として精勤され、医療保険制度の発展に寄与されました。

顕 彰



●厚生労働大臣表彰（公衆衛生事業功労者）

小金丸恒夫 先生（徳 山）

平成 22 年 3 月 2 日

永年にわたり公衆衛生に寄与されました。



●厚生労働大臣表彰（社会保険関係功績者）

山下 哲男 先生（防 府）

平成 22 年 10 月 19 日

永年にわたり社会保険診療報酬支払基金の「審査の充実」の向上に貢献され、医療保険制度の発展に寄与されました。



●文部科学大臣表彰（学校保健事業功績者）

清 永 傳 次 先生（下関市）

平成 22 年 11 月 18 日

永年にわたり学校保健・学校安全の普及と向上にご尽力されました。



●警察協力章

浅見 恭 士 先生（徳 山）

平成 22 年 7 月 1 日

永年にわたり警察医としてご尽力されました。

顕 彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。

●山口県選奨(平成 22 年度)

福田 瑞穂 先生(玖珂郡)

正司 和夫 先生(吉南)

三好 正規 先生(吉南)

古賀 郁彦 先生(下関市)

平成 22 年 11 月 19 日

保健衛生、環境功労、学校保健に貢献されました。

●山口県選奨(平成 21 年度)

澤重 瑩二 先生(徳山)

平成 21 年 11 月 24 日

保健衛生、環境功労に貢献されました。

●山口県教育委員会教育功労者表彰

中島 恒彦 先生(下関市)

山崎 剛弘 先生(下関市)

平成 22 年 11 月 11 日

学校保健の振興に寄与されました。

●山口県救急医療功労者表彰

安本 忠道 先生(大島郡)

平成 22 年 9 月 7 日

救急医療に貢献されました。

●山口労働局長功績賞

赤川 悦夫 先生(山口市)

平成 22 年 7 月 1 日

産業医として献身的に活動され、安全衛生水準の向上に寄与されました。

●学校保健連合会表彰(学校保健功労者)

三戸 嘉昭 先生(徳山)

平成 22 年 1 月 14 日

学校保健の向上に貢献されました。

●第 39 回都道府県医療功労賞

粟屋 二郎 先生(山口市)

平成 23 年 1 月 27 日

地域医療に貢献されました。

●山口県体育協会体育功労賞

池本 和人 先生(萩市)

平成 22 年 10 月 29 日

スポーツドクターとして、教育や救護に貢献されました。

●日本公衆衛生協会公衆衛生事業功労者表彰(平成 22 年度)

田中 駿 先生(宇部市)

平成 22 年 11 月 2 日

公衆衛生に寄与されました。

●日本公衆衛生協会公衆衛生事業功労者表彰(平成 21 年度)

光永 徹 先生(徳山)

平成 22 年 3 月 2 日

公衆衛生に寄与されました。

フレッシュマンコーナー

開業生活 3 年目の日々

医療法人倭道会 吉村内科 吉村 晃

みなさまこんにちは。

平成 20 年 4 月より長門市で父親の医院を継承開業しました。

長門市は人口約 4 万人の山陰の田舎町で全国平均を上回る高齢化が進んでいます。

継承開業ということで準備もせず、勤務医時代の外来の延長程度の気持ちで帰ってきましたが、それまでの診療中心の仕事内容とは全く異なり、初めの 1～2 年は戸惑うことばかりでした（私と違って、開業に向けて綿密に計画準備してこられる先生は、これほどの戸惑いはないのでしょうか・・・）。

日常の診療業務においては、専門分野の患者さんはあまり受診されず、ほとんど経験の無い疾患の患者さんも多く、診療マニュアルに頼りながらの診療でした。

以前なら院内に相談する同僚もいましたが、開業となるとその場で相談できる医師もおらず、また限られた医療機器で診断をつける困難さにストレスを感じていました（血液データも末梢血結果はすぐに分かるが、生化学結果は翌日でないと分からない。画像もエコーとレントゲンのみ）。

ここ最近、ようやくこの診療スタイルに慣れはじめ、少し余裕がでてきたかと思えます。

また、学校医として母校である深川小学校へ、健診に年に数回出かけます。校舎は老朽化しているものの、保健室はタイムスリップしたように約 30 年前と全く変わりません。その校舎も、建替え工事がスタートしており、寂しさを感じております。今は思い出の沢山詰まった学校で、子どもたちに“〇〇のお父さんやあ～”と声をかけられたり（息子と娘が在学中でお世話になっております）、保護者として行事に参加していると、白衣でないせいか“このおじさん、どっかで見たことある？”とじっと見つめられたり・・・。

小学校の行事で季節を感じ、子どもたちから元気をもらっています。

診療以外の仕事で、今一番頭を悩ませていることは、職員の確保です。

長門市は、ご他聞に漏れず過疎化が進み看護師、医療事務等の職員確保が非常に困難であり、急な職員の退職等があるとバタバタです。

診療所はどこも過剰な人員は雇わず、ギリギリで業務しているのも一人でも辞められると大変です。募集してもすぐに応募があるような地域ならよいのですが、ここはなかなか困難です。

次に雑務の多さです。

各種書類作成は勤務医の頃も行っておりましたが、診療所宛の郵便物の多さには少しびっくりしました（医師会関係、保健所、市役所等）。すべて開封するのも大変で、その中に重要な郵便物もあり混乱してしまいます。

一昨年は新型インフルエンザ流行に伴う情報が日に数回 Fax で送られてきて、すべてに目を通すのも大変で、少し煩わしさを感じてしまうほどでした。

時には、期限内提出し忘れ、先方から催促の電話があることもあったかと思えます。大変ご迷惑おかけいたしました。

しかし、悪いことばかりではありません。

勤務医時代とは違い昼夜を問わずの呼び出しは激減し、（飲み会の回数も激減しましたが・・・）入院患者さんの病状により左右される週末の予定は、未定？ではなく確定！に近づくようになりました。開業した先生方はゴルフが上手になると聞いたことがあります。これも理由の一つでしょうか？私は一向に腕が上がりませんが・・・。

でも、家族と過ごす時間が増え、子どもたちは喜んでますよ。

以上、悪戦苦闘しながら、開業生活にも少しずつ慣れはじめ、診療する毎日を送っています。

去年より今年と少しずつでも良い診療所になり、地域医療に貢献できればと思います。

山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「臨床検査・腫瘍学分野」

山口県医師会員の諸先生に臨床検査・腫瘍学分野の紹介をさせていただきます。平成 18 年 4 月大学院化により、教室の名称が講座から分野に変わりました。さらに、研究内容のほとんどが癌に関連していることから、平成 20 年 4 月より臨床検査医学を臨床検査・腫瘍学と名称を変更して現在に至っています。

本分野は教授 1 名、准教授又は講師 1 名、助教 1 名の小さな教室ですが、中央診療部門（検査部・輸血部、遺伝診療部、再生細胞治療センター、感染制御室）を担当していることから、多くの共同研究を進めることができ、2010 年の英文論文数は 15 編に達しています。研究テーマは大部分

が癌の遺伝子診断に関するものです。平成 22 年度の補正予算により、遺伝診療部に最新鋭の遺伝子解析機器が設置されましたので、遺伝子検査を通じて今後ますます診療のお役に立てるものと思っています。

入局に関しては、これまでスタッフを維持するのが精一杯で、残念ながら新卒での入局実績はありません。しかし、女性医師数の増加に伴い、夜勤がなく勤務時間を明確にできる中央部門の仕事が今後見直されていくものと確信しています。

医師会の諸先生にこれまでのご支援を深謝致しますとともに、今後ともご指導ご鞭撻を賜りたく、何卒宜しくお願いを申し上げます。



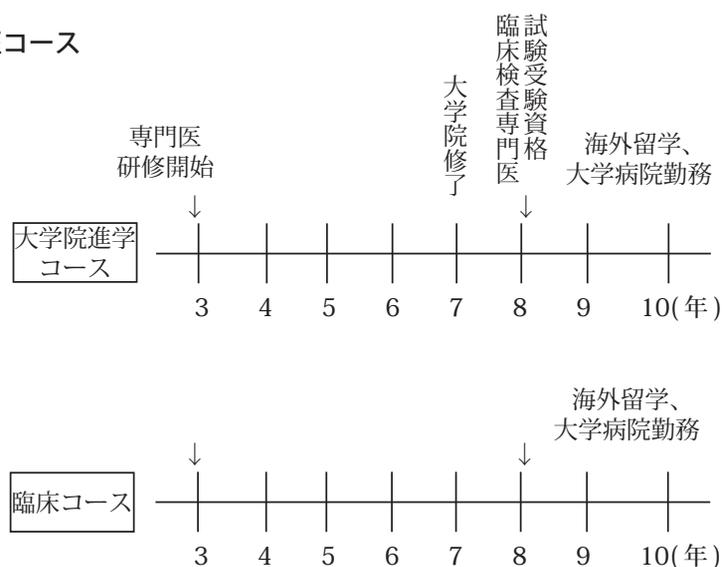
専門医研修プログラム

I . 診療実績・研究分野

診療実績 臨床検査(血液、生化学、血清、尿一般、細菌、生理、超音波、遺伝子、輸血)
再生・細胞治療
遺伝診療
病院感染対策

研究テーマ 遺伝子診断(がん、薬物感受性、遺伝病など)
がんの免疫療法

II . 専門医コース



研修教育プログラムとしては、血液、生化学・免疫、微生物、生理機能、輸血、遺伝子の各検査について、それぞれの領域での検討課題を解決することによって、技術と解釈力を習得します。

III . 主な研修協力病院

山口県立総合医療センター
倉敷中央病院
天理よろず相談所病院

IV . 入局相談窓口

末広 寛

TEL:0836-22-2337

メールアドレス :rinken@yamaguchi-u.ac.jp

ホームページ : <http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~jnaka/kensabu/student.html>

先輩医師からのコメント

臨床だけでなく研究にも力を入れています。日々の臨床で「こんなことが解決できたらなあ」と思ったことはないでしょうか？さまざまな分子生物学的手法を使って、新しい検査法や治療法を一緒に開発していきましょう。(末広 寛)

山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「眼科学」

山口大学大学院医学系研究科眼科学教室（山口大学眼科）は昭和 22 年に開講して、初代の浅山吾三教授、二代目の大石省三教授、三代目の小林俊作教授、四代目の栗本晋二教授、五代目の西田輝夫教授が歴任され、昨年 10 月に六代目の園田康平教授が着任されました。

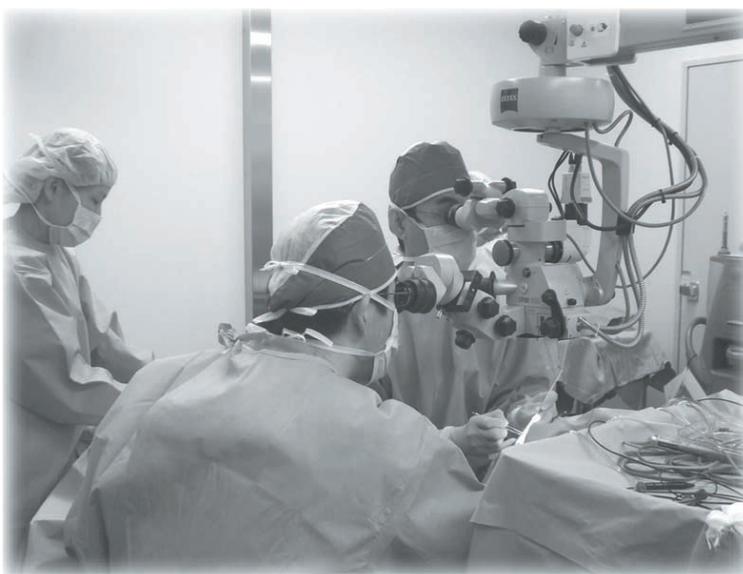
園田教授は、鹿児島県枕崎市の出身で、九州大学卒業後、九州大学大学院医学研究院眼科学分野で診療や研究の研鑽を積み重ねました。その間、アメリカ合衆国ボストンのハーバード大学に留学されました。特に眼炎症や免疫学について精通され、2007 年の第 111 回日本眼科学会総会では「眼炎症と自然免疫」と題された宿題報告（現評議員会指名講演）を担当されたこともあります。現在の日本の眼科では最も若くて行動力のある教授で、多くの学術集会から招待講演や特別講演の依頼が殺到しています。

見えるということ＝視覚は、外界からの情報を取得するための五感のうちで特に重要な感覚と言われています。そのため、視覚障害は感覚器の機能の問題だけでなく、QOL においてもさまざまな影響を及ぼします。眼疾患によって視覚障害を来した方々の失明を防ぎ、治したという実績を一つひとつ積み上げることで、「山口大学に行けば失明しない、最後の砦：山口大学眼科」と皆様から思っただけのように、医局員一丸となって力を尽くしています。

現在、医局員は 41 名で、学内に 14 名、関連病院に 27 名が勤務しています。学内の診療体制は、園田教授の下、講師 3 名（留学中 1 名）、助教 4 名のスタッフを中心に計 13 名の医師（大学院生を含む）と眼科検査専門職の視能訓練士 5 名が携わっています。

外来患者数は年間でのべ約 27000

人、初診患者はその 1 割で、1 日に 100～150 人が受診されます。初診・一般再診の主治医担当制だけでなく、網膜硝子体外来、角膜外来、緑内障外来、ぶどう膜炎外来などの専門外来制で対応しています。西田前教授が築き上げた角膜診療は世界のトップレベルで、山口大学発の臨床試験が全国で実施されています。最近では、園田教授が専門とされる網膜硝子体疾患や、ベーチェット病やサルコイドーシスなどの眼炎症疾患（ぶどう膜炎）の紹介も増えています。当科を受診される患者の方々は、県内外から紹介される難治症例が多く、ほとんどの方々が手術治療を必要とします。週 3 回（月・水・金）の予定手術日を軸に、それぞれの曜日の手術担当チームが角膜疾患、緑内障、網膜・硝子体疾患の治療を行い、年間で大学病院手術総件数の約 5 分の 1 に当たる 1,000 件を超える手術を施行しています。角膜移植は国内外のドナーからの提供をうけ、安定して定期手術を行っており、最近ではより低侵襲で術後拒絶反応の少ない角膜内皮移植の手術件数が増えています。失明に直結するような難治性緑内障患者の手術も多く手がけ、従来の術式に加えて羊膜移植術を併用し



た緑内障濾過手術やインプラント手術などの新しい術式も国内の他施設に先駆けて取り入れています。園田教授着任後は、網膜・硝子体疾患に対する硝子体手術が急増しており、硝子体手術の予定手術枠の増設や緊急手術で対応しています。

患者の光を守るためには、よりよい治療を素早く取り入れる機動性が必要である一方で、ただ取り入れるだけではなく、新しい情報を山口大学から発信することも重要です。例えば不幸にも光を失ってしまった患者に、再び光を蘇らせるような再生治療ができることは素晴らしいことで、このような新しい分野の研究や未来を担う若手医師の育成にも力を注いでいます。園田教授が精通される炎症・免疫学は、すべての眼疾患を横断的に網羅する学問分野であるため、眼科学知識だけに留まらない新しい観点から各眼疾患の病態解明や治療法発見を目的とした新たな挑戦を開始しています。現在、科学研究費 7 件や医学部ニュー・フロンティア・プロジェクト研究助成金からの研究費 1 件などの資金獲得にも注力し、研究室で基礎実験に講師 1 名と研究助手 2 名が常時携わること、医師が診療に多忙な中においても効率的に研究を進める体制を構築しています。2010 年 1 月～12 月の研究成果としては、英文原著 13 編、和文原著 3 編、総説 1 編、著書 3 冊を発表し、国内外の学会において特別講演、シンポジウム、一般講演を合わせて 79 回行いました。

医学部学生教育では感覚器病態学（眼科学）の学生講義や病院実習で 3 年生から 6 年生の医学生を指導し、卒後臨床研修においては日本眼科学会専門医制度で認定された研修基幹施設として初期及び後期研修医を指導しています。初期研修医のローテーションを取り入れた新医師臨床研修制度開始後に初めて実施された昨年の眼科専門医認定試験（合格率 60.8%）では当科からの受験者 2 名は見事に合格しました。

山口大学眼科同門会（会員数 146 名）や山口県眼科医会とは、日頃の病診・病々連携だけでなく年 1 回の同門会総会や年 2 回の山口県眼科医会総会・集談会などを通じて密接に連携しています。山口県眼科医会主催、日本

眼科医会後援の下、年 1 回「目の健康講座」と題された市民公開講座においても大学スタッフが講演を行い、市民に対して眼疾患についての知識の啓発に努めています。また、眼科医局においては女性医師 13 名がフロントラインで診療に携わっており、医学生の半数が女性の昨今、女性医師が仕事を継続し活躍できる環境を提供することにも努力しています。しかしながら、新医師臨床研修制度導入以降、他科の例に漏れず、眼科入局者は全国において約 400 名から約 200 名へと半減し、特に中四国地方では入局者数が激減しています。その渦中においても山口県の眼科医療が高度に効率的に実践でき、地域医療の崩壊を食い止める一助となるように、山口大学眼科は山口県の医師会会員の皆様ともさらに連携を深めて尽力する所存ですので、今後ともご指導、ご鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

山口大学眼科ホームページ：<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~eye/>

学内医局の構成

教授：園田 康平（科長）

講師：鈴木 克佳（副科長・医局長）、木村 和博、柳井 亮二（留学中）、高 知愛

助教：森重 直行（学内講師）、山田 直之、藤津 揚一朗、白石 理江

医員：近藤 由樹子、能美 典正、芳原 幾世

大学院生：折田 朋子、守田 裕希子

文責 鈴木 克佳



郡市医師会長会議

と き 平成 22 年 12 月 9 日 (木) 14:58 ~ 17:04

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 本日は平成 22 年度第 2 回郡市医師会長会議にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

政権交代後 450 日が経過しているが、新政権は 1 年も経たぬうちに鳩山内閣が綻び、続く菅内閣も高い支持率で始まったが、6 か月で支持率も激落し、「政権担当能力がない」、「解散総選挙」など、いろいろな声がささやかれるようになった。これからもさらに、新政権の動きを注視しなければならない。政権担当能力がないといわれる大きな理由の一つに、危機管理能力が少しまずいのではないかといわれている。今回の尖閣諸島問題についてもしかり、北朝鮮の韓国砲撃事件もしかり、すぐに的確な反応をしていないが、これは組織にとってはまずいことだと思う。山口県医師会も昨年のインフルエンザ騒動を契機に、とにかく早く情報を得て分析し、適切な対応をして、速やかに

郡市医師会長にお伝えしようということで、メールを使ってすぐにでも伝達できるシステムを作った。今後もますます磨きをかけて進化させていきたい。

もう一つ、会長に就任して以来、「組織強化」をスローガンに、勤務医の医師会加入促進に力を入れている。勤務医にいかに医師会への興味をもたせるか、加入させるかをいつも考えてきた。そういう思いで平成 22 年 4 月から勤務医に日医代議員になってもらい、現場の生々しい課題を提言してもらったことになった(関連記事：平成 22 年 12 月号)。春と秋の代議員会で発言してもらった結果、日医が勤務医対策に腰を上げてくれるようになった(移動手続と会費)。定款の変更も絡むので、郡市医師会においても早めに取り掛かっていただきたい。

ご協力のお願いはかりで恐縮だが、どうかよろしくお願い申し上げ、挨拶に代える。

出席者

郡市医師会長

大島郡	嶋元 徹	萩 市	八木田真光
玖珂郡	吉岡 春紀	徳 山	岡本富士昭
熊毛郡	向井 康祐	防 府	水津 信之
吉 南	田邊 完	下 松	秀浦信太郎
厚狭郡	河村 芳高	岩 国 市	小林 元壯
美祢郡	吉崎 美樹	小野田市	砂川 功
下関市	石川 豊 <small>代理</small>	光 市	松村壽太郎
宇部市	猪熊 哲彦	柳 井	前濱 修爾
山口市	斎藤 永	長 門 市	川上 俊文
		美 祢 市	山本 一誠

県医師会

会 長	木下 敬介	理 事	田村 博子
副 会 長	吉本 正博	理 事	河村 康明
副 会 長	小田 悦郎	理 事	城甲 啓治
専務理事	杉山 知行	理 事	茶川 治樹
常任理事	濱本 史明	理 事	山縣 三紀
常任理事	西村 公一	理 事	林 弘人
常任理事	弘山 直滋	監 事	山本 貞壽
常任理事	田中 義人	監 事	武内 節夫
常任理事	萬 忠雄	監 事	藤野 俊夫
常任理事	田中 豊秋	広報委員	加藤 智栄

議題

1. 中央情勢について

木下会長が以下の 4 点を説明。

(1) 医療ツーリズムについて

現況

経済産業省が産業成長戦略の 5 分野の一つとして、医療を掲げ、健康関連産業の創出、医療ツーリズムの拡大等を進めようとしている。6 月 18 日に閣議決定された「新成長産業戦略」では、国際医療交流の一環として 2012 年から外国人患者を本格的に受け入れることが示され、医療ツーリズムの拡大に向けて動きが急を告げている。

日医の見解

国民のための地域医療の再生が最優先課題で、医療ツーリズム推進は国民皆保険制度の崩壊に繋がることから反対の立場でいる。医療・介護に経済成長のけん引産業としての役割を担わせることは間違いで、それを期待した途端、医療・介護は営利産業化へ突き進むことになる。

混合診療の全面解禁、自由診療市場の拡大に向け、政治を含めた大きな力が働くことは明白で、医療の営利産業化は国民が受ける医療に格差をもたらす。日本の医療を市場とみなすことは、混合診療全面解禁の後押し、株式会社参入の突破口になり、国民皆保険制度の崩壊に繋がる。

病院団体の一部には、医療ツーリズムに賛成するところがあるが、背景には、特に中小病院の経営難があり、経営努力の中で医療ツーリズムにも活路を見出そうとしているのではないかと推察される。

政府はこれ以上診療報酬を上げられないので、外国から富裕層を連れてきて経営原資にしるというっており、本末転倒である。病院団体には引き続き理解を求めていくとともに、診療報酬の全体的底上げも徹底して求めていく。

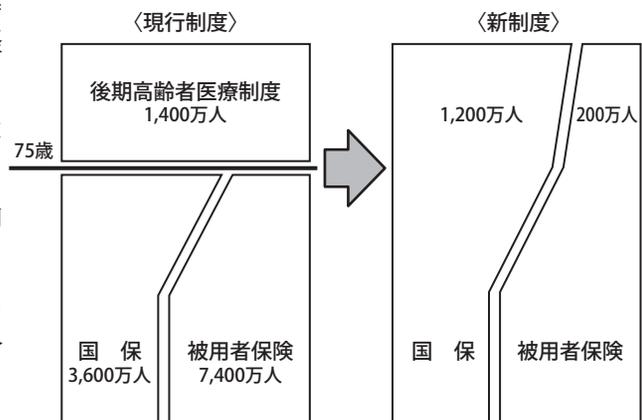
現政権にも市場原理主義を信奉し、医療の新自由主義的改革を行おうとする国会議員が多数おり、相変わらず混合診療の全面解禁や株式会社の参入を主張している。今後もこれらを断固として阻止、自公政権であろうと、民主党政権であろうともこの姿勢はかわらない。

今後の対応

県、市町、病院等へ医師会の考えを周知し理解を求めるとともに、医療ツーリズムの動向を把握し、日医に情報提供をする。

(2) 新高齢者医療制度

75 歳以上の 1,400 万人が加入する後期高齢者医療制度を廃止し、違う制度にするというもの。加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入する(下図参照)。高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢によって保険証が変わることはなくなり、世帯によっては保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



(3) 平成 22 年度補正予算案における地域医療再生基金について

「地域医療再生基金」については、平成 22 年度補正予算で拡充されることとされている。拡充の内容は総額 2,100 億円を積み増すもので、全体で 52 の三次医療圏(北海道のみ 6 圏域、他都府県各 1 医療圏)を対象とし、1 医療圏につき 15 億円程度(計 780 億円)を基礎額として均等に交付して、残りの 1,320 億円を加算額として配分することとされている(計画期間は平成 25 年度までの 4 年間)。

政府の「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」(平成 22 年 10 月 8 日閣議決定)においても、地域医療再生基金の拡充は、地域医療の再生と医療機関の機能強化として、高度・専門医

療や救命救急センターなど都道府県(三次医療圏)の広域的な医療提供体制を整備・拡充するとされている。

これに対し、日医では公的病院や急性期病院の建て替えや高額医療機器の購入等ばかりに多額の資金を投じるのではなく、地域全体の医療再生を見据え、地域での医療・介護の連携、地域の医療従事者への教育・研修などに活用するべきであること、地域医療再生計画の作成、実施においては都道府県医師会の位置付けを強化するべきであることを厚生労働省に主張している。

(4) 平成 23 年度税制改正「医療に関わる事業税非課税措置等及び所得税四段階軽減措置の存続」について

12 月 3 日の政府税制調査会で、事業税非課税措置・軽減措置は平成 23 年度税制改正では継続されることとなった。軽減措置については一時「対象法人の見直しを検討中」とされ、緊迫した状況から押し返すかたちとなった。

次年度も政府税制調査会での検討課題となる。12 月中旬には税制改正大綱が閣議決定される見込みだが、実現項目等の詳細については、12 月下旬に日本医師会から文書で通知される。

一都市医師会から医療ツーリズムについて、「プラス観光という考えではなく、世界に誇る高度先進医療と技術を、いかに世界の人に分かってもらうという考えで、医療に投資をしてもらうことで、日本の医療はますます世界に冠たるものになる」という意見や、「特定の個人病院が飛びつく可能性もあり、株式会社にとられ、アメリカナイズされた医療になり、混合診療を食い止めるため

には反対していくべき」という意見があった。

2. 中国四国医師会連合各種研究会について

各担当から説明。詳細は会報 12 月号を参照。

3. 勤務医の医師会加入促進について

田中豊秋常任理事が説明、以下のとおり。

勤務医の加入促進のためには、勤務医が異動に際し、医師会への入退会がしやすいように、県医、郡市医が連携して取り組むことが重要である。賛同いただける郡市医師会においては、早急に定款変更等の手続きをお願いする。

郡市医師会の会費と入会金について、前者については免許取得後 10 年以内の勤務医は年間 3,000 円、10 年を超える勤務医は年間 2 万円、後者は免許取得後 10 年以内の勤務医は「なし」、10 年を超える勤務医は「なしの方向」で検討いただきたい。現状では 13 郡市医師会で入会金なしで協力いただいているが、会費は 6,000 円などばらつきがある。

また山口大学医師会員の取り扱いについて、山口大学勤務医で医局人事等により関連病院等への異動の場合は、原則として医師免許取得後 10 年以内の場合、引き続き山口大学医師会への加入を継続できることとする(現在は山口大学医師会を退会して、赴任先の医師会に入るといふかたちになっている)。

一都市医師会からは「平成 25 年までの公益法人改革対応で、定款を変更してはいけないのか、定款変更は容易なものではない」や、「日医への全員加入を目指す場合、日医に入るためには県医師会に入っておかねばならないし、県医師会に入る



ためには郡市医師会に入っておかねばならない。郡市医師会だけに入会してほしいというわけではないはずで、それならば県医師会や日医の会費もどうなるのかということをもせてもらわないと、説得力がない」ほか、メリット論から「仕事の付き合い上、地元医師会は入るとするのが一般的」という意見があった。

これに対し木下会長が「現状はそのとおりだが、なんとか打破して良い方向にもっていかないとけない。できるだけ県医～日医まで入会してほしい」と述べた。

4. 郡市医師会女性医師部会設立について

田村理事が説明、以下のとおり。

平成 19 年、山口県医師会は「女性医師参画推進部会」を設立、女性勤務医問題や、働き続けられるための環境整備、育児、女子医学生への啓発活動に取り組んできている。

郡市医師会でも、次年度事業計画の一つとして、女性医師部会の設置を前向きに検討していただき、女性医師会員の地域医師会活動への参画の推進、連携の円滑化を検討していただきたい。

なお、山口県医師会の女性医師参画推進部会の活動については、山口県医師会ホームページに掲載しているので参考にさせていただきたい。

現在は、吉南医師会、山口市医師会、防府医師会、岩国市医師会で女性医師部会が立ち上げられている。

5. 山口県における 3 期 4 期「MR 麻しん風しん 予防接種」の接種率向上の取り組みについて

濱本常任理事が説明、以下のとおり。

山口県の 3 期 4 期の MR 麻しん風しん予防接種の接種率は、2009 年度で 3 期は 86%(全国 31 位)、4 期は 82.5%(全国 24 位)であり、接種率は 2008 年度より低下している。

接種率上位の県では、行政(県と市町)と教育委員会(県と市町)と医師会(県と郡市)が連携して対策をとっている。当県でも連携をはかっているが、十分とは言いがたい。そこで、2011 年度に向けて、他県の対応を参考にさらなる具体的な連携をはかることが重要である。

3 期 4 期「MR 麻しん風しん予防接種」の接種

率を向上させるためには、市町の「教育委員会」と「予防接種担当課」と「郡市医師会」の連携が重要である。この連携を促すためには、県健康増進課と県教育委員会と県医師会が協議して、接種率向上のための全県的かつ具体的な方策を打ち出すことが必要である。

具体的な対策では、新学期の春休み(4月1日～7日)の間に接種に行くように勧奨することが重要である。新学期が始まってからでは、クラブ活動や受験の準備などで、接種機会が作りにくい可能性がある。

- ・各市町担当課は、平成 23 年 3 月 20 日までに、予防接種対象者の保護者に通知が行くように対応する。マスコミの活用や市町の広報誌などにも掲載する。また、年度後半になっても未接種の者に対しては、予防接種台帳を活用し、ハガキなどで個別に接種勧奨をする。
- ・各学校は、来年度の対象者になる小学 6 年生と高校 2 年生に対して、3 月の終業式の日までに「春休み(4月1日～7日)に医療機関に行くこと」を強く勧める通知を渡す。
- ・上記を実施するためには、市町の教育委員会より小学校長や高等学校校長に協力をお願いする必要がある。
- ・4月1日～7日の間に、多くの生徒が接種に来ることが予想されるので、県医師会は郡市医師会に対して「接種日や接種時間を拡大する」などの協力をお願いする。
- ・各学校に対して、定期的に未接種者の把握をし、接種勧奨するようにお願いする。
- ・未接種者に対しては、夏休み前に再度、春休み前と同様に、学校と市町の担当課から通知する(接種期間は 7 月 21 日～31 日を勧める)。

県健康増進課の役割

各市町・県教育委員会・県医師会に対して、上記の対策について依頼する。市町毎や学校毎の接種率の公表を検討する。集団接種についても検討を依頼する。全県的に広報活動をする。

県教育委員会の役割

各学校長が予防接種の重要性を理解する必要があるため、県教育委員会から小学校・中学校・

高等学校の校長へ、上記の対応について指示する。

各市町の担当課の役割

春休みに接種を受けるように、3 学期の終了までに小学校及び高等学校と連携して、対象の児童・生徒に案内通知を配布する。夏休み前にも同様の対応をする。中学校・高等学校の養護教諭と積極的に連携して、未接種者に対して接種勧奨をする。

県医師会

郡市医師会に対して、3 期 4 期 MR ワクチンの接種率向上の取り組みの協力を依頼する。

郡市医師会

接種医療機関に対して、春休みや夏休みの接

種日の追加や時間延長を依頼する。また、郡市医師会として集団接種に取り組むか検討する。

…下表参照

6. 子宮頸がん等ワクチン接種の実施について

濱本常任理事より説明、以下のとおり。

国はこのたび、子宮頸がん予防 (HPV) ワクチン、Hib(インフルエンザ菌 b 型) ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの定期接種化に向けて市町を実施主体とするワクチン接種緊急促進事業を実施することになった。そのため全市町において県内広域化を希望している。

当会は小児科医会や産婦人科医会等と協議し、広域化のための標準単価の案を設定した。子宮頸がん (HPV) 予防ワクチンは、技術料 3,780 円、

山口県における 3 期 4 期 MR 麻しん風しん予防接種の接種率向上計画

項目	内容	担当部署	実施時期
県健康増進課と県教育委員会と県医師会が協議	県全体としての接種率向上対策の検討 学校ごとの接種率の公表の検討	県健康増進課 県教育委員会 県医師会	平成 22 年 11 月
関係機関への連絡	接種率向上対策の説明 市町の担当課・教育委員会 郡市医師会	県健康増進課 県教育委員会 県医師会	平成 22 年 12 月上旬
市町の教育委員会と予防接種担当課と郡市医師会の協議	県全体の対策を受けて接種率向上対策において、各関係者が実施すべきことを確認	市町の接種担当課 市町の教育委員会 郡市医師会	平成 22 年 12 月下旬
各家庭に郵送で通知	春休みの接種を強く勧奨する通知を小学 6 年と高校 2 年の保護者に郵送	各市町担当課	平成 23 年 3 月上旬
予防接種の周知	マスコミの活用 広報誌などに掲載	県健康増進課 各市町担当課	平成 22 年 2 月～3 月
春休みの接種を強く勧奨	来年度対象者になる小学 6 年と高校 2 年生に案内文を学校から配布 (モデル文を県が作成)	県内すべての小学校と高等学校	平成 23 年 3 月の終業式まで
接種日や接種時間の拡大 (4 月 1～7 日)	接種者の集中に対応 (市町の広報や通知書に医療機関名と実施日を記入)	郡市医師会	平成 23 年 4 月 1 日～7 日
各学校で接種者の把握	接種者と未接種者の名簿の作成 名簿を市町の提供	各中学校と高等学校	平成 23 年 5 月末まで
夏休み前の対応	未接種者に対して春休み前と同様の対応をする	市町の担当課 各学校	平成 23 年 7 月 21～31 日
接種日や接種時間の拡大 (7 月 21～31 日)	接種者の集中に対応	郡市医師会	平成 23 年 7 月 21～31 日
未接種者の把握	未接種者の名簿を市町に提供	学校	平成 22 年 9 月～10 月
未接種者への勧奨	葉書・電話・訪問などにより個別の勧奨	市町の担当課	平成 22 年 11 月～12 月
市町や学校ごとの接種率の公表	接種率を各市町や学校に提供	県健康増進課	平成 22 年 6 月・11 月 平成 23 年 2 月
集団接種	集団接種を希望する学校には医師会の協力のもと実施	市の担当課 学校 郡市医師会	随時



ワクチン料 12,000 円、保存管理料 340 円、消費税 806 円の 16,926 円。Hib(インフルエンザ菌 b 型) ワクチンは、技術料 5,600 円、ワクチン料 4,500 円、保存管理料 340 円、消費税 522 円の 10,962 円。小児用肺炎球菌ワクチンは技術料 5,600 円、ワクチン料 6,800 円、保存管理料 340 円、消費税 637 円の 13,377 円。

ワクチン接種緊急促進事業

実施主体は市町。実施期間は平成 22 年 11 月 26 日から平成 24 年 3 月 31 日までで、3 ワクチンを国が交付するというので、国が半分、市町が半分出す予定。対象年齢は、子宮頸がん (HPV) 予防ワクチンが中学 1 年～高校 1 年の女子、Hib(インフルエンザ菌 b 型) ワクチンと小児用肺炎球菌ワクチンが 0～4 歳児。

7. おいでませ! 山口国体・山口大会募金活動の推進について

杉山専務理事より、現状の募金状況の報告。寄附金総額は現在 667 万円、目標は 1,000 万円以上。3 月末の目標達成に向けて取り組む。

8. 郡市医師会からの意見・要望

(1) 中小病院の時間外・夜間診療の柔軟的対応について

吉岡会長(玖珂郡) 院外処方が普及し診療所の時間外・夜間診療が難しくなった今、中小病院で時間外や夜間に救急患者を診察することは地域の住民の安心となり、一方、第三次医療の中核病院の医師の負担を軽減できるもので、多くの病院が協力してきた。

また、夜間だけでなく地域の救急医療確保の点から、中小病院でも多くは救急告示病院として一次・二次救急の対応もしていた。

ところが 5、6 年前から、中国四国厚生局(旧社会保険事務局)の指導でこれらの病院では時間外・夜間診療ができなくなっている。理由は、病院の夜間看護体制の不備ということで、時間外・夜間に急患を診察した時、病棟の看護師が診療を手伝えればその時間は病棟の看護師欠員と判断され、ぎりぎり夜間勤務態勢をとっている病院では看護体制が認められず、保険指導を受けたり、時間外の外来診療をしたため入院費の返還まで求められるところもあった。

中小病院では、専任の外来看護師を置く余裕はなく、診察したために査定されたり、入院料の返還など求められたら、自院の患者さんであっても時間外・夜間の診療ができなくなっている。そのため、これまで行っていた救急告示病院も返上したり、救急隊にも診療拒否の連絡をするしかなくなっており、地域の救急体制にも影響がある。

地域の夜間診療を守るためには、厚生局にもっと柔軟な対応を求めるべきで、看護師の定数問題を理由に査定することは、県医師会として反対し改善を要求すべきだと思提案する。

ただ、医師不足はますます深刻になっており、中小病院では院長含め夜勤・休日勤務など過重労働が続いており、夜間診療を認めるという結果になっても協力が難しくなっているのも現状である。

西村常任理事 本件は数年前の病院監査の際、夜間看護体制の不備を指摘され、県医師会に相談があった事例と思う。その後その病院は夜間救急外来の看護体制を整備することは財政的に不可能として、夜間救急患者受け入れを辞退されたようである。その他にこのような病院があるかどうかは把握していないが、地域の夜間救急体制にとって憂慮すべき問題と考える。

県医師会としてはこのような実情を調査したうえで、厚生局や県行政、さらには日医を通じて、地域の救急医療体制が崩壊しないような対策を講じるよう要望していく。

また、中小病院の救急医療の経費が、診療報酬で賄われていることに無理があると思う。地域の夜間救急医療体制を守るためには、人件費に見合う十分な補助金等を行政に要望していく必要があると考えている。

(2) 地域医療崩壊と地域力に思うこと

砂川会長（小野田市） 地域医療崩壊が声高に言われはじめてかなりの月日が経っている。国の福祉医療政策に対する予算の増額、新医師臨床研修制度の見直しなど、医療提供側からの意見はあらゆるところでみることができるが、私はこの地域医療の崩壊を食い止める大切なポイントは、そこに住む地域住民が自分たちの地域医療を守っていくという住民の地域力が大切だと思っている。

一例をあげると、兵庫県西脇市にある基幹病院の一人医長の小児科医が、あまりの忙しさに耐えかねてその病院を辞めるという意思表示があった。それを聞いた西脇市の市民が一斉に立ち上がり、その一人医長の小児科医が辞めないようにする市民運動が起こり、市民自らが「不要不急の急患受診をしない運動」などを呼び掛け、また医療提供側からもその地域の開業小児科医が市民に対しての啓発運動を積極的に行い、その市民運動の中心的な役割をはたした。その結果その基幹病院の一人医長の小児科医は辞めないことになり、そのような地域なら勤務してよいという医師もあら

われ、結果的に大学からの若い医師が派遣され、複数の小児科医が勤めるようになった。

地域医療崩壊を食い止めるには、その地域住民が何ができるかを考え行動することが大切である。地域住民が地域医療を支え、医師を育てていく。そのためには、地域医師会も積極的に地域住民の中に入っていき、地域の自治会活動、老人会、学校関係の諸活動、ボランティア活動などに率先して行動して、地域医療崩壊対策の啓発活動をすすめていくことが大切だと思う。

弘山常任理事 おっしゃるとおり。この提言をそれぞれの郡市医師会でも地についた活動をお願いする。こういう事例があったことを報告いただければ、当会としても、それぞれの郡市医師会に情報を提供したいと思う。

9. その他

郡市医師会から、糖尿病デーである 11 月 14 日のライトアップの費用について、その予算についての要望があった。

閉会挨拶

木下会長 われわれを取り巻く諸問題に議論しながら、皆で知恵を出し合って対応していきたい。中央では少し混迷・混沌としているところがある。そういう現状だからこそ、山口県医師会や郡市医師会は、地元で足をしっかりとつけた、地域型の医師会活動をしていくべきである。何かあったときにすばやく反応するように、適正に危機管理していきたい。本日はありがとうございました。



傍聴印象記

広報委員 加藤 智 栄

良くしよう、山口県の医療

12月9日、定刻15時の1～2分前に全員が集まっていたため、進行役の杉山専務理事が会の開催を宣言し、木下会長の挨拶が始まった。通常は都道府県医師会長協議会がこの会の前にあり、その結果を踏まえて会が開かれることになっていたが都道府県医師会長協議会が中止となったので、この会を中止することも考えたが、事案が多く上がっていることから例年通りの開催になった。山口県医師会は事案に速やかに対応し、より緊密な強い組織を構築しようという主旨の表明であった。

議題の1番目は中央情勢についてで、木下会長が説明。

(1-1) 医療ツーリズムについて、日本医師会は混合診療解禁、医療の営利目的化、国民皆保険の崩壊、受けられる医療が所得の多寡で左右されることになると反対の立場と説明。このことに対する質問で、「日本が誇る高度医療を世界に認めさせる良い機会と捉えるべきで医療と観光を結びつける発想はレベルが低い」という意見や「山口県でも医療ツーリズムの講演会が山口大学経済学部主催で開催されており、マスコミも取り上げているので注意深い、早め早めの対応が大事だ」との意見が出た。国民皆保険が担保される形で、高度先進医療を世界に解放するのが一番良いと思うと同時に、資本主義と社会主義の擦り合わせの問題だと思った。

(1-2) 新高齢者医療制度の方向性について、加入する制度を年齢で区分することなく国保の広域化を目指し、国保の高齢者医療を都道府県単位化し、さらに2025年までに現役世代も含め全世代都道府県化する計画だが、政権交代の可能性や都道府県の財政負担が増えるので反対の声もあるなど流動的な要素があると説明。はっきりしないことなので質問はなかったが、国民にはとても大きな問題だと思う。一人の人間には若い時も年を取った時もあるのに、若い時には元気で社会に貢

献し、年を取れば病気になりやすく、お金がかかるから特別に負担をしてもらおうという説明には納得しなかったが、実際には財源がなく、現役世代の若い人たちの負担は大きいので、高齢者にもある程度の負担をお願いしなければどうにもならないと個人的には思う。役人や政治家の説明が悪かった。

(1-3) 平成22年度補正予算案における地域医療再生基金：北海道を除き、各都道府県に均等に15億円が交付されているが、病院の立て替え（ハコ物）や高額医療機器の購入などでない地域の医療や介護の連携、医療従事者の教育や研修に1,320億円分を活用できるので、プランがあれば申し出てほしいとのことであった。国が三次医療圏という言葉を使うと都道府県単位とほぼ同意語となることを初めて知った。北海道（広域なので6つの三次医療圏がある）を除く各都道府県となぜ表現しないのであろうか。良いアイデアを出して少しでも山口県にもって来てほしいと願う。

(1-4) 平成23年度税制改正「医療に関わる事業税非課税措置及び所得税四段階軽減措置の存続」：地元国会議員への働きかけを行い、実現したとのことであった。勤務医の私にはよく理解できていない分野である。

2番目は中国四国医師会連合各種研究会について報告がなされた。

(2-1) 医療保険・介護保険：萬常任理事がテンポ良く説明。早すぎて頭がついていかない面もあった。詳しくは県の医師会報を参考にすることとしよう。

(2-2) 地域医療その他：弘山常任理事が説明。主に山口県医師会が提出した議題の説明で、山口県の医師数は全国平均より多いが、45歳以下の医師数をみると減少が著しく、宇部と下関は医師数が多いが他の地域は全国平均以下で診療科の偏在もかなりみられるとのことであった。マッチングの枠が病院により上限を決められており、希

望が叶えられないため他の都道府県に出て行く例があるので改善してほしいとの要望があるとのこと、同感であった。

(2-3) 医事紛争・医療安全：西村常任理事が説明。医療安全調査委員会設置法案大綱案が廃案となり、医師法 21 条の行方が議題となり、医師法 21 条の医療関連死は排除する形で、日医の案が今年度中に纏められるとのことであった。良い案が出ることを祈る。

3 番目は勤務医の医師会加入促進についてで、田中豊秋常任理事が説明。郡市医師会における統一会費のお願いで、私も 10 月の日医代議員会で質問したことと関連し、ぜひ実現してほしい。定款を変えることが大変という意見があり、平成 25 年までの公益法人改革の時ではいけないのかとの質問があったが、会費の問題はさておき、前時代的な移動手続き（郡市医師会を変わるたびに郡市医師会、県医師会、日医を退会し、あらたに各々に入会しなければならない）を放置することは勤務医の増々の医師会離れを助長するので待たなしと考える。

4 番目は郡市医師会内における女性医師部会設立のお願いで、田村理事が説明。保育サポーターバンクは好評で、防府医師会、岩国市医師会、吉南医師会はすでに部会が設立し、山口市医師会は 12 月 17 日に設立予定との報告があった。田村理事は男性医師の参加も呼びかけていたので、イクメンが思い浮かんだ。

5 番目は山口県における、3 期 4 期「MR 麻しん風しん予防接種」の接種率向上の取り組みについて、濱本常任理事が説明。山口県の接種率は 2008 年と比べ 2009 年は低下し、3 期で 86%、4 期で 82.5% だが、100% を目指したいとのことであった。

6 番目もワクチンのことで、引き続き濱本常任理事が説明。子宮頸がんワクチン、Hib ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンは全額公費で行われるようになるようである。継続的な財源は大丈夫であろうか。

7 番目はおいでませ！山口国体・山口大会募金活動の推進について：まだ目標募金額に達していないので協力依頼があった。7 割近くの達成で、もう少しである。

8 番目は郡市医師会からの意見・要望で、玖珂郡医師会から中小病院の時間外・夜間診療の柔軟的対応について説明があった。「時間外・夜間の看護体制が不備なので、たとえ自院の患者さんであっても時間外・夜間の診療が認められず、時間外の外来診療をしたために病棟の看護師欠員と判断され、中国四国厚生局から入院費の返還を求められたケースがあった。ぎりぎりの状態で地域の救急医療に貢献してきたのに認められず、時間外・夜間の救急診療ができなくなり岩国医療センターに救急患者が殺到するので地域の救急医療体制が破綻しかかっている。県医師会に改善要求を出してほしい」という要望であった。地域医療を守るためには診療報酬だけではできないので、県医師会として善処することであった。善意が踏みじられる理不尽な対応で、決まりだから仕方がないというようにならないようにしていただきたい。法律は時には暴力であると思ったりもする。

小野田市医師会から、地域医療崩壊と地域力に思うことと題して、「兵庫県西脇市にある基幹病院で一人医長の小児科医があまりもの忙しさに耐えかねてその病院を辞めると意思表示したところ、市民が立ち上がり、『不要不急の急患受診をしない運動』が起こり、地域の開業小児科医も啓蒙運動を行い、地域が小児科医を守るようになり、大学からの若い医師も集まるようになった。このように、地域医療崩壊を食い止めるには地域医師会は地域住民の中に入っていき、地域住民が地域医療を支え、医師を育てていくような啓蒙活動が大事である」との提案であった。はたして、山口県下の地域ではどうでしょうか。好転を望む。

定刻 17 時まで、休むことなく熱心に会が進行し、木下会長がたとえ中央が混迷していても地に足をつけ、速やかな行動ができる活動をしていこうと締めくくった。

医療関係団体新年互礼会

と き 平成 23 年 1 月 8 日 (土) 17:00 ~
 ところ ホテルニュータナカ平安の間

[報告：広報委員 津永 長門]

平成 23 年 1 月 8 日、山口市のホテルニュータナカにおいて、第 6 回医療関係団体新年互礼会が開催された。例年通り、山口県の医療関係 14 団体の代表の方々、自由民主党山口県選出の国会議員の先生方、二井県知事をはじめとする地方自治体の方々、郡市医師会関係の方々など、総勢 400 名あまりの出席者を数えた。

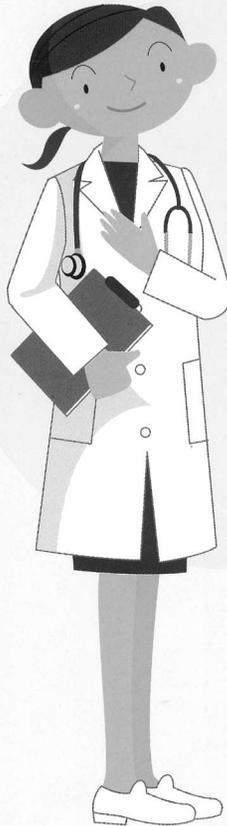
昨年の互礼会とは雰囲気さがらりとかわり、会場全体が熱気に包まれ、木下敬介山口県医師会長の挨拶にも、ぶれまくる、自浄作用のない政権与党に日本の医療福祉を任せてはおられないという気概が感じられ、まるで、自民党の決起集会の様を呈していた。国会議員の先生が皆さん挨拶の中で「消費税増税」について触れられていたが、私は少し違和感を覚えた。たしかに、年々増加する社会保障費のために増税が必要なのは理解できるが、もう少し明確に社会保障の将来について議論し、将来像を示していただかないと、増税のための方便のように感じられる。日本医師会の昨年 12 月 15 日の定例記者会見でも、消費税の「目的税化」が将来の社会保障費抑制につながらないか懸念を示している。それよりも、まず、天下り団体への補助金の大幅な見直しや、公務員の給料の引き下げ、国会議員の定数削減など、増税に先



んじて実施していただきたい。

乾杯の挨拶で、江里健輔 山口県立大学学長が木下会長の頑固さを褒めておられたが同感である。頑固というよりも強い信念、あるいは強力なリーダーシップと言い換えた方が適切かなと思うが、まさに、いまの日本のリーダー、政治家に求められるもの、欠けているものであろう。また、レーガン大統領が暗殺されそうになった時、民主党党員の執刀医が「私はあなたを手術する 2 時間だけは共和党党员になる」というエピソードを紹介されていたが、国民の多くは、この国の社会保障のよりよい将来像が示されれば、自由民主党党员でも民主党党员にでもなるであろうと思った。衆議院も解散含みで通常国会が開会したが、来年の診療報酬改定を控え、まさに目が離せない卯年を予感させる新年互礼会であった。





ホッ！これで安心。

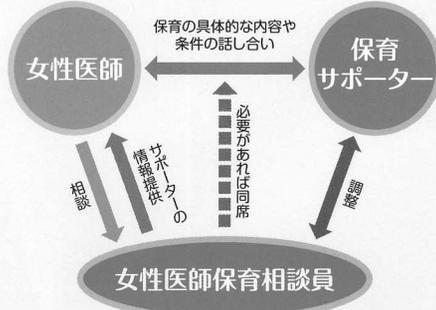
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性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。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、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
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- 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)

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。医師会加入の有無は問いません。
- 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ぜひ活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している女性医師の方々へ

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

(社)山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月~木 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、育児中の働く女性を応援します!

平成 22 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 平成 22 年 12 月 16 日 (木) 13 : 30 ~ 16 : 10

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

[報告 : 常任理事 西村 公一]

開会挨拶

原中会長 日本医師会医師賠償責任保険は昭和 48 年に発足し、本年で 38 年目になる。これもひとえに先生方の献身的なご尽力と各事務方の活動のおかげであり、それによって保険料を引き下げることができた。

われわれ医師が毎日、患者さんと接していくなかで、“思わぬ事故”というものはつきものであるが、その際に、この制度が多分に寄与していると考えたら非常に心強く思う。

最近はこの制度の他に、各都道府県医師会において患者さんとわれわれ医師が話し合いをするような機会が少しずつ増えてきており、また、それが充実してきているので、最終的に裁判や医師賠償保険を使うことにならないように、患者さんに対して丁寧に説明するという心を心がけていかなければいけないと思っている。今後ともご協力をお願いしたい。

議題

1. 日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

日本医師会医賠責対策課 高島課長

内部資料につき詳細は省略する。平成 21 年 7 月から平成 22 年 6 月までの 1 年間に日医の賠償責任審査会において審査された付託案件 300 件(新件)を診療科目別に分類すると、内科が 24%で最も多く、次いで産婦人科(22%)、整形外科(18%)、外科・胃腸科(6%)、眼科(5%)の順になる。昨年までと比較すると、案件の総数は減少しており、特に産婦人科の案件数が減少してきている。ただ、その中でも精神科の案件は増加傾向にあり、鬱病

を患っている患者さんが他科を受診し、紛争になっている事例も増えている。有責と判断された付託事案に限って診療科目別の割合をみると、産婦人科(25%)、整形外科(19%)、内科(18%)、胃腸科(7%)、外科(6%)、眼科(5%)の順になる。

2. 都道府県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告

まず最初に山形県医師会の栗谷義樹副会長から報告があった。山形県医師会では、医事紛争処理委員会を設けており、委員会の開催は年 1 回であるが、緊急性がある場合や深刻な案件が発生した場合には、その都度対応している。顧問弁護士は 1 名のみで、事案数は年間 5 ~ 6 件である。一方、相談件数は 25 件前後で、その半数以上が医療行為の内容についてである。また、県の医療安全相談窓口寄せられた相談の診療科目をみると、精神科が一番多く、次いで内科である。医療安全対策活動としては、医療安全に関する委員会や研修会を開催しており、日本で初の地域医療界主導の「山形医療 ADR 研究会」を設立し、平成 21 年 7 月から月一回の学外研究会と学内研究会並びに年二回の講演会を実施している。

次いで和歌山県医師会の山田和毅理事から報告があった。和歌山県医師会では、医事紛争処理委員会を設けており、事案数は年間 15 件前後であったが、昨年度は 7 件と半数近く減少した。また、県の医療安全相談窓口寄せられた相談件数も減少傾向にある。内訳は電話による相談が 92%を占め、平均相談時間は約 19 分である。対応者として看護師を配置しており、適切な対応を行っている。医事紛争防止対策として医療安全対

策に関する研修会を開催したり、医療事故防止のための「医療安全管理指針」の作成に取り組んでいる。今後の課題は、紛争当事者の反省と再発防止策の実行、コミュニケーション能力と適切な記録作成のトレーニング、そして医師としての職業倫理観の醸成と自浄作用等である。

3. 医療事故の紛争処理と ADR

日本医師会参与 畔柳弁護士

(1) 医療事故に基づく損害賠償処理の基本原則

当事者間の直接交渉による解決

民事上の紛争解決の一つとして、当事者間の話し合いで解決するという和解契約がある。医師側が医療事故及び人身傷害の発生について因果関係を肯定し、一定金額の損害賠償金の支払義務を認めるときは、自分が賠償金を負担することを決断してその支払いを約束し、約束の期限までに支払いを履行する。

代理人の関与

話し合いの際に、当事者の一方あるいは双方が代理人を立てて交渉し解決する。この場合に、弁護士以外の者が（報酬を得る目的での）業務として代理人に就任することは制限されている。

裁判制度を通じての解決

民事上の法的紛争の最終判断は、最高裁判所を頂点とする司法裁判所が行うとされる。

一般的には患者・遺族が原告となり、医師・医療施設経営者などを被告としてその事件を管轄する地の簡易裁判所又は地方裁判所に損害賠償請求訴訟を提起する。第一審裁判所での審理で当事者の主張・立証が終わると、裁判所は判決を下す。医療事故訴訟の場合には、原告勝訴の際に「仮執行の宣言」が付されることが多い。

被告側が第一審の判決を不服とする場合には、控訴提起すなわち第二審・控訴裁判所での審理にかけることができる。さらには最高裁判所への上告という道もあるが、上告できる事案が制限されている。

民事調停制度と裁判上の和解

以上が民事的紛争処理の基本原則であるが、裁判制度の枠内で二つの形を変えた紛争処理・解決の方法がある。一つは民事調停法に基づく調停

制度を利用しての紛争解決であり、もう一つが裁判手続の中で随時行われている裁判上の和解による紛争解決である。

昭和 26 年に民事調停法が制定されて、制度として一本化された。「裁判所は調停委員会で調停を行う」とあり、調停において当事者間に合意が成立し、これを調書に記載したときは、調停が成立したものとし、その記載は裁判上の和解と同一の効力を有するとされている。

裁判上の和解は、その和解又は請求の放棄若しくは認諾を調書に記載したときは、その記載は確定判決と同一の効力を有すると規定されている。

(2) 裁判所外で第三者が介入する解決

(ADR=Alternative Dispute Resolution)

仲裁法上の仲裁

平成 15 年制定の仲裁法の定める仲裁は、和解ができる民事上の紛争について当事者が仲裁を合意し、その合意に基づき仲裁人を選任し、選ばれた仲裁人が仲裁手続きの審理を開始し、最終的に仲裁判断書を作成、当事者に送付し、仲裁手続きを終了したときは、その仲裁判断は判決と同じ効力をもつというものである。

裁判外紛争解決促進法

平成 16 年に制定された。紛争の当事者双方から依頼を受け、当該紛争の当事者との間の契約に基づき、和解の仲介を行う裁判所外紛争解決手続のことをいう。法務大臣の認証を得て発足した仲裁機関は、法務大臣の監督に服し、毎年業務報告をするなど、厳しい義務が課されている。

(3) 医療事故に基づく紛争の解決

「感情の紛争」と「勘定の紛争」識別の必要

医療事故の患者・遺族はしばしば事故の真相、原因が知りたいという。また医療関係者がこの要求に、適切・真摯に対応してくれば、損害賠償請求の訴訟など提起しなかったという。本人が迅速かつ真摯に対応すべきことは、当然の基本原則である。しかし、そのように対応したからといって損害賠償請求がなくなるわけではない。

法的紛争処理と非弁護士の関与

医療事故に基づく紛争が経済的紛争であること

が明確である場合には、医療関係者は法律的な紛争と認識して対処すべきである。その場合に重要なことは、事故を起こした医師本人以外の者が本人に代わって交渉し、解決にあたることである。

都道府県医師会の医事紛争処理委員会

都道府県医師会には、会員と患者間の医療事故紛争等の解決をはかるために、いわゆる「医療事故紛争処理委員会」を常設している例が多い。これができた当初は、委員会が医師・患者間の調停を主目的としたが、現在は医師側の代理人的立場で患者・遺族らと交渉する例も存在する。各地の委員会には複数の弁護士委員が参加していることが多いが、これは望ましい姿である。

医事紛争解決において、現在この委員会がADRとしての役割を果たしているのではないかと考えている。

質問並びに意見・要望事項

岡山県 開業医が紛争に巻き込まれると精神的負担が重く眠れない日が続き、また、従業員にも同様の負担があり、脅えていることが多い。何かよい対処方法はないか。

日医 弁護士等依頼して、会員が矢面に立つことがないようにしてほしい。また、裁判所に申し出て、こちら側から面談強要等の仮処分申立を行ったりする方法もあるので検討してほしい。

静岡県 ①都道府県医師会が「医師有責」との見解を付して付託した案件について、日医が「医師無責」との回答を出す場合には、その理由が理解できるように詳しく開示していただきたい。②各事案における賠償限度額の算定根拠を示してほしい。③訴訟において、医師側も意見書の提出が必要になる場合があるが、適切な意見書作成者を見出すことが困難な場合が多い。このような場合に作成者の推薦についてご尽力願いたい。また、そのようなシステムを確立してほしい。

日医 ①個別に対応するので相談してほしい。②内訳は公表できない。③現在そのようなシステムはないし、確立することは考えていない。

東京都 日医の審査結果が「無責」であるにもかかわらず、裁判所が有責心証を前提に和解を勧めてきた場合、和解に応じた方が得策と判断すれば日医へ再審査をお願いすることになるが、次回期日まで時間がない場合などは通常案件に優先して審査してもらえるのか。

日医 このようなケースについては、新規案件とは別扱いで審査するようにしており、少しでも早く回答できるように努力している。

東京都 日医付託事案について、貴会で書類を受理された時点で有無責の判断時期をある程度特定して知らせしてほしい。

日医 事前に知らせることはできないが、急ぐ場合は個別に相談してほしい。

東京都 弁護士が訴訟を遂行していくなかで、専門家に相談したり意見を求めたりする場合、その相談料（謝礼）を医賠償保険から出してほしい。

日医 個別に相談してほしい。

徳島県 産科医療補償制度において、現在までの補償対象者の数はどのぐらいなのか。また、係争となっている件数はどのぐらいなのか。

日医 101 件が補償対象として認定されており、そのうち 14 件について原因分析が終了している。日医に付託されているのは 4 件である。

茨城県 産科医療補償制度について、①この制度ができたことによって、日医に付託される脳性麻痺事例が減少したか否か。②日医に付託されている産科の事案のなかで、この制度で補償申請されている件数がどのぐらいあるか。③患者家族に十分な説明をする場がないため、中立公正な話し合いの場が必要だと考えるのがいがか。

日医 ①少しずつ減少してきてはいるが、関係があるかどうかはわからない。②現在 4 件出てきている。③各県医師会にある相談窓口で対応されており、日医として設置する考えはない。（終了）

第 116 回山口県医師会生涯研修セミナー

平成 22 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 22 年 5 月 9 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



特別講演 1

「阪神淡路大震災と JR 福知山線脱線事故 — 本邦 2 大災害の医療を経験して思うこと —

兵庫医科大学救急・災害医学講座主任教授・救命救急センター長

小谷 穰 治

[印象記：下関市 飴山 晶]

平成 22 年 5 月 9 日、小谷君が山口に帰ってきた。兵庫医科大学救急・災害医学講座主任教授・救命救急センター長、小谷穰治先生として帰ってきた。JR 福知山線脱線事故の際の救急医療現場の生々しい体験談・衝撃映像とともに、帰ってきた。

昭和 55 年の春、小谷君と私は山口大学、平川キャンパスの同じ講堂にいた。関西弁を軽やかにしゃべる、軽音楽部の「にーちゃん」だった。その後はあまり縁がないまま年月が過ぎていたのだが、平成 21 年 10 月発行の霜仁会会報（山口大学医学部同窓会誌）をみていて驚いた。「新任教授・就任のご挨拶」コーナーに顔写真付きで掲載されていたのだ。卒業後、神戸大学の外科を経て、留学ののち救急医学の道に進み、ついには主任教授に就任していた。あの JR 脱線事故の際には、第一線に立って活躍したんだって！「あの小谷君があ！？」・・・小谷先生には大変失礼だが、でも、学生時代の彼を知る人たちは同じ衝撃を味わったと思う。

この度の小谷先生のご講演を拝聴してさらに驚いたのは、彼が数々の「災害」と縁が深いことだっ

た。日航ジャンボ機墜落事故の折には、搭乗予定を変更し新幹線に乗ったことで、御巢鷹山での遭難を免れたという。アメリカ留学中にはハリケーン・フロイドに直撃され、水没したアパートから警察のボートで救助された経験をもつ。9.11 テロの際には、彼の上司の姉が犠牲になり、彼の上司は 1 週間、研究室を閉めて探しに行ったが遺体を見つけることもかなわなかったという。そして極めつけは、神戸三宮に住み、神戸大学病院に勤務している折に阪神淡路大震災に直面し、自ら被災者となりながらも、まさに手探りで懸命の災害医療を行った。

1995 年 1 月 17 日 AM5:46、自宅マンションで寝ていて、空中に身体が放り出された瞬間に目が覚めた。電気も来ない状態でテレビもラジオもつかない中、何の情報も得られず、最初は北朝鮮のミサイル攻撃だと思い込んだ。マンションから外に出るにもやっとのことで、ようやく乗りこんだ車のラジオで「地震」と知る。公衆電話に行くも、緑電話は電気が無いため使えない。唯一ピンク電話が使えたが、10 円玉が一杯になると使えなく

なった。行列ができる中で、一人 10 円玉 1 枚とルールを決めて使った。被災した状況にあっても日本人は秩序を守る民族で、食糧確保の買い物でも一人 1 品とルールを決め、喧嘩することなくきちんと並んでいた。

とりあえず大学病院へ向かったが、ビルは倒れかけており、建物は誰も消火することなく燃え続け、道端には遺体が横たわっていた。いざ病院についてみると、近所に住む若い独身医師しか来ていなかった。家族持ちは当然、家族の安全を優先して登院してはこない。その中で、一般市民がけが人を運んでくる。カルテを作ろうにも派遣雇いの外来職員はやってこないし、カルテ庫には鍵がかかっている。しょうがないので、次々と運ばれてくる患者（と遺体）の情報や所見を白い絆創膏に書き込み、患者の足に貼って情報を共有した（日本初のトリアージ?）。

夕方になって炊き出しのおにぎりが届き、腹ペコになった皆がむさぼるように食べたが、次の日も、また次の日も「おにぎり」が届く。3 日間おにぎりばかりを食べていると強烈的な便秘になった。腹が張って苦しくて仕方ない。そんな中、タクアンが届いたとき、皆が奪い合うように食べた。コリコリしたものや野菜が食べたくて仕方がなかった。

元気な被災者を集めた外来スペースで、当日の午後、2 名が死亡していると看護師があわてて報告してきた。回診すると 2 名死亡、13 名が頻呼吸、頻脈、低血圧を呈していた。元気な被災者が知らぬ間に死亡する。いずれも代謝性アシドーシスと高カリウム血症を呈していた。当時、クラッシュ・シンドロームはまだ知られていなかったが、動物実験の虚血・再還流モデルに似ていると議論になり、それと気づいた。透析室には鍵がかかり中に入れない。教室の透析器と実験用の透析器、合わせて 4 台を使って血圧の低い 4 名に持続血液ろ過透析を、9 名に動静脈圧差による持続血液ろ過を施行した。しかし透析液が 24 時間分しか残っていないことが判明する。電話回線がパンクしている中、奇跡的に帝京大学救命救急センター小林国男教授からの電話がつながり、透析液を依頼することができた。翌日、枯渇する直前に、透析液がトラック便で届いたときには一同歓喜した。京

都水道局からの給水車が大学病院に着いたときにも、そのジュラルミンのタンクが、まるでマジンガー Z のようにかっこよく輝いて見えた。一方、村山首相がヘリに乗り、遅まきに、手ぶらでやってきたのには「せめて透析液でも持って来んかい！」と腹が立った。当時の災害医療は未熟であり、かつ、災害に対する社会の危機管理自体、まったく遅れている状況だった。

兵庫医科大学救命救急センターに出向して 3 年が経過していた時だった。大震災からは早 10 年以上の年月が経過していた。

2005 年 4 月 25 日 AM9:18、JR 福知山線列車脱線事故が発生した。大震災のころとは違い、警察や消防、行政といった公的機関が素早く危機管理体制を敷いた。兵庫医大病院は偶然、事故現場の近くに位置しており、制限することなく積極的に負傷者を受け入れた。9:33 に尼崎消防から救命救急センターに第一報が入り、院内各部署に伝達。空床の把握を行うとともに、その時点で救急救命センター入院中の患者を転床させた。9:40 ごろには院内災害対策本部を立ち上げ、トリアージポスト、治療ポストを設置した。9:50、最初の患者が搬入された。9:55 には医師 3 名と看護師 1 名からなるドクターカー・チームが現場に向けて出発した。

兵庫医大では西宮市の災害総合訓練と連動して、2002 年から毎年 10 月に集団災害訓練を繰り返し行っていた。受け入れ準備、患者搬入、トリアージ、患者の院内搬送、患者情報の収集・ボードへの記載といった事細かい訓練を行っていた。年々、訓練の内容が充実してきた中、JR 事故が発生した。その時、まさに訓練の成果が現れた。ただ患者家族が大勢押し掛けることや、警察が負傷者に事情聴取するために生じる混雑は想定外だった。

トリアージは START 変法を用いた。「黒」～死亡、「赤」～直ちに救命処置が必要、「黄」～治療開始に時間的余裕がある、「緑」～現場での治療を必要としない、の判定を行った。救命センター医師がトリアージを行い、重症度により救命センター、救急外来処置室、整形外科外来へと負傷者を振り分けた。事故全体の負傷者 549 名、死者

107 名のうち、兵庫医大は最終的に 113 名もの多人数を受け入れた。37 名が入院し、17 名に手術が施行され、4 名が死亡した。外傷外科医、心臓血管外科医、呼吸器外科医、集中治療医、麻酔科医の協力が奏功した。専門科にかかわらず全科、全部署からの速やかな応援が得られたことが、受け入れ態勢を短時間で確立できた要因だった。

患者情報をホワイトボードに記載することには、個人情報保護の観点から問題も指摘されたが、敢えて実行した。ボードに情報を記載することで、負傷した家族を探す人たちには大きな助けとなった。ただでさえ混乱している状況であったため、負傷者の氏名を記載したことは危機管理上、間違いではなかった。

トリアージ・タッグが損傷したり、汚損することがあった。中には負傷者自らがトリアージ・タッグの色部分をちぎり、重症者に成りすますこともあった。入院後の対応に関しては訓練で想定していなかったため、一般病棟に緊急入院した負傷者に対して、担当科・担当医が不明確になってしまい、診療が遅延するという問題が発生した。救命救急センター以外に収容された負傷者の治療確保のための回診システムがつけられた。一次回診として救命救急センター部長、副部長が回診し、一次トリアージ後の病態変化、診断漏れ・見落としをチェックした。プロブレム・リストをチェックし、担当科・担当医を確保した。二次回診として救命救急センター講師、助手、研修医が 2 チーム体制で回診し、治療内容の詳細、方針、検査項目・結果、病棟看護師との情報交換等を確認した。三次回診までつくり、整形外科病棟医長・医師により整形外科医の観点から、手術適応の検討、治療内容チェックが行われた。さらに「回復サポートチーム」というものまで組織された。看護部長が中心になり、医師、看護師、リハビリテーション部、臨床心理部、医療社会福祉部そして事務職員からなるチームが、入院患者への支援が充実しているか、公平化が図れているかを検証した。

事故現場の状況を振り返ると、阪神淡路大震災の時と同様、JR 脱線事故の際も初期救助は一般市民が担っていた。負傷を免れた乗客、近隣の住民、近隣で働いている人々が真っ先に負傷者の救助に当たっていた。電車の座席を取り外し、担架

代わりにして負傷者を運び出していた。救急隊や消防隊が駆けつけてさらに救助を進め、現場に仮設救護所ができ、負傷者が救急車のみならず、トラックや警察車両で医療機関に向け搬送されていく。同時に多くの遺体が現場から運び出された。はじめは現場付近に仮安置していたが、遺体数が増えるとともに近所の施設に仮安置場を設けた。午後 2 時ごろには尼崎市総合体育館が遺体安置所となった。

負傷者の搬出が一段落したころ、離れた木陰に横たわっている人がいるのに気づいた。すでに呼吸、循環のサインはなく、瞳孔は散大していた。具合が悪い人を見つけたら静かな場所に連れて行き横たわらせるといふ、きわめて日本的な発想から来る対処が招いた結果だった。災害現場での初期治療を担うのは一般市民であり、搬送、重症度鑑別、応急処置などに関する一般市民向け啓蒙教育がいかに大切かということを実感した。

阪神淡路大震災と JR 福知山線脱線事故は本邦二大災害に数えられる。日本の災害での初期対応システムは、行政も医療もこの 10 年の間に格段に進歩した。病院についていえば、訓練を重ねることで、災害に対応できる院内文化を育成していくことが極めて重要であると実感した。

小谷先生の体験談には想像を絶する衝撃があった。大震災と JR 事故、この二大災害の現場で救急医療に直接携わった医師は彼以外、そうはいないだろう。彼のメッセージをうまくまとめ切れない歯痒さを解決できぬまま、筆を置くことを申し訳なく思う。彼や彼の仲間には最高級の敬意を表したい。これからの社会は災害に対する備えをさらに進めていかななくてはならない。小谷先生たちの活動や助言が大きな導きになることは間違いない。先生の今後のさらなるご活躍に大いに期待したい。



特別講演 2

「胸腹部大動脈瘤手術時の脊髄虚血の病態と脊髄保護」

山口大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生・疼痛管理学分野教授

松本美志也

[印象記：宇部市 福田 信二]

先生が一番力を入れてやってこられたという、胸腹部大動脈瘤手術時の脊髄虚血の病態と脊髄保護についてご講演いただいた。

胸腹大動脈瘤を人工血管に換えるとかなりの高率で脊髄障害を起こすことが知られている。マサチューセッツジェネラルホスピタル (MGH) で約 20%、Cleveland Clinic で約 20%、すなわち 5 人に 1 人で足が動かなくなる。どうしてこの手術で脊髄の障害が起こるか、それは脊髄の血管の特殊性にある。脊髄の血管は、一本の前脊髄動脈と二本の後脊髄動脈から栄養されているが、ほとんどが前脊髄動脈で栄養されている。前脊髄動脈は椎骨動脈から始まっており、頸部では鎖骨下動脈の枝である上行頸動脈、胸部あるいは胸腰部では肋間動脈の間の前根動脈、そしてかなり末梢では内腸骨動脈の枝から栄養されており、その枝が互いに吻合している。そのため、血流の方向も頭側から尾側というわけではなくて、一部では尾側から頭側に流れている。この両部脊椎腰部脊髄膨大部を栄養する大きな大前根動脈をアダムキーヴィッツ動脈と呼ぶが、手術の時にこの動脈の血流が遮断されると、脊髄虚血が起こり、脊髄障害が起こると考えられている。現在、胸腹部大動脈瘤手術における脊髄保護対策としては、脊髄血流の維持に外科医も麻酔科医も重点を置いている。術前にアダムキーヴィッツ動脈をどうにか同定して、術中にきちんとモニタリングをして短時間遮断で確実に再建することが最も重要だと考えられている。低体温も行うが、この手術のときは上半身の血流は自己心拍に頼っている場合がほとんどで、かなり体温を下げると、心拍数を落としたり、あるいは不整脈を起こすので、低体温をあまり高度に使うわけにはいかない。薬物による脊髄保護は、1980 年代から動物実験で検討され

てきたが、いまだに臨床で効果を上げた薬物はないし、臨床応用されたものもない。薬物による脊髄保護は脊髄への血流の維持が大前提にあって、血流の維持ができなければ、薬物による脊髄保護は意味がない、ということがその根底にある。実際に手術中には遠位側大動脈を灌流して部分体外循環を用い、大腿動脈から下半身へ灌流する。そうすることで腰動脈あるいは内腸骨動脈からの血流を脊髄に届けようとする。もう一つは分節的に大動脈を遮断していき、必要な肋間動脈は再建して、管理をしていき、大動脈を遮断する範囲を短くして、分節的にやっていく。

このような考え方に対して最近 Collateral Network Concept ということを提唱しているグループがあり、肋間動脈の再建は時間の無駄だといっている。脊髄血流は一本のアダムキーヴィッツ動脈に依存しているわけではなく、肋間動脈のみならず、鎖骨下動脈や内腸骨動脈からの血流も非常に重要で、ネットワークがあるので、大動脈の遮断中に血圧を高く維持しておけば肋間動脈は再建する必要がなく、かつその人工血管の置換後の脊髄循環が新たなネットワークを完成するまで、数日間血圧を管理しておけばコラテラルが発達してきて流れ始めるといっている。さらに、動脈瘤の切開前に肋間動脈を処理することが大切で、動脈瘤切開時のバックフローによる盗血現象を防ぐことが大切だといっている。

最近思い直したことがある。それはステントグラフト内挿術での脊髄虚血の起こり方で、最近のステントグラフトでは大きく開胸することもなく、腹部大動脈瘤で行うと開腹することもない。これらの症例で脊髄循環について考えさせられた症例があった。肺ガンの大動脈浸潤の患者でステントグラフトを挿入、術後麻痺はなかったが

4 日後に両下肢の麻痺がきた。これに対して脳脊髄液ドレーナージを行い、昇圧管理を行った。その結果 2 日後から足趾が動くようになり自力歩行で退院した。ステントグラフトを挿入する場合、突然肋間動脈の血流は遮断されるが、瘤を切開しないので、切開した時のバックフローによる脊椎循環の圧の低下が生じない。血流が途絶えても、Collateral Network で少し流れているのではないかと考えた。ステントグラフトにおける脊髄虚血発生の頻度は、山口大学で 91 例、非常に良い成績である。脊髄虚血障害は 4 例、うち 2 例は完全回復している。この脊髄虚血は直後性対麻痺よりも遅発性対麻痺の方が多く傾向にある。遅発性対麻痺は治療で回復する可能性が非常に高い。

今までは薬物による脊髄保護は脊髄への血流の維持が大前提であり、血流維持ができなければどんな薬物による脊椎保護も意味がないと考えられていたが、ひょっとすると手術中、あるいは手術後数日間は脊髄血流が虚血域値付近まで低下している可能性があるので、薬物によって虚血域値を下げることであれば脊椎保護につながるのではないかと考えた。

脳虚血保護については動物実験の段階では非常に保護効果が強いのに、臨床試験では効果がない。なぜか。一つには、げっ歯類の脳に比較して、ヒトの脳は白質の構成割合が多い。グルタミン酸受容体等の分布も大きく異なる。もう一つは脳梗塞の治療では薬剤投与のタイミングが遅くなる。脳虚血が起これば、分のオーダーでいろんな酵素が活性化される。その後、時間のオーダーから日のオーダーで現象が起こり、神経細胞がゆっくり死んでいくようなアポトーシスが起こればと考えられている。患者さんが脳梗塞を起こして病院に来て、治療を開始する時には、もうこの種々の酵素の活性化の時間帯は終わっている。ところが動物実験の場合は、どうもこの辺りに焦点を当てた薬の開発が多かったのではないかと、特に脳虚血を起こすと、細胞外液中にはグルタミン酸が大量に放出される。そして一時期はグルタミン酸の拮抗薬が夢の脳保護薬だといわれたが、臨床ではそういう風な薬を使うタイミングがほとんどないのではないかと。

脊髄に関してはどうか、脊髄の構造はヒトと

動物で脳ほどの大きい違いはない。胸腹部大動脈瘤の手術では、大動脈を遮断するタイミングから脊髄虚血が起こることが分かっているので、胸腹部大動脈瘤手術における薬物による脊髄保護は十分可能ではないか。ラジカット（エダラボン）、エリスロポリチン、インスリン様成長因子、ソマゾンが注目される。

脊髄虚血の動物モデルにウサギを使っている。ラジカットは虚血、再灌流におけるフリーラジカルを消去する。浜松医大の外科のグループがした研究で、ラジカットを虚血開始前から 2.5mg/kg/h で 4 時間投与する。30 分間の虚血をする。48 時間観察でみると、何も治療しない場合は、10 匹中 10 匹とも完全な麻痺、ところがラジカットを投与すると 48 時間たっても、かなりのウサギが飛んでいる。その他の報告もすべて有効であった。ところが私たちの研究ではラジカットの効果はいまひとつはっきりしていない。

ただ脳、脊髄虚血に対するフリーラジカルの関与は、酸化的障害を起こして、ミトコンドリアや、小胞体のストレスを起こして修復不能な細胞死が起こるといわれているが、一部では、このフリーラジカルが細胞内酸化還元状態を変化させ、障害の修復、あるいは細胞の生存につながるシグナルになっているので、完全にこれを除去すればするほど保護効果があるということでもないといわれている。ラジカットの腎障害の問題がある。ラジカットを静注すると、30 分後には脳と脊髄にはほとんど届いておらず、ほとんどは腎臓に分布している。高濃度を投与すると腎障害を起こす。

脳の中のアストロサイトがエリスロポエチンを産生して、神経細胞やアストロサイトに受容体があることが明らかになり、エリスロポエチンに脳保護作用があることが報告された。静脈内に投与したエリスロポエチンは血液脳関門を通過する。2002 年に行われたドイツのパイロットスタディーで、中大脳動脈領域の脳梗塞患者 40 名を Placebo の 19 人と、エリスロポエチンの 21 人に分け、発症から 8 時間以内にエリスロポエチン（33,000 単位を 30 分で投与して、これを 3 日間続ける）と、そして 30 日後の神経学的所見をみると、有意に保護効果があった。2009 年の Ehrenreich の研究では無効だった。ただかなり

の症例で TPA が使われていて、TPA とエリスロポエチンを併用するとむしろ悪いかもしれないと考えられている。脊髄虚血では 2002 年にエリスロポエチンを再灌流直後にウサギの虚血モデルに投与すると、対象に比べかなり効果があるとの報告があった。

最後にインスリン様成長因子 1 (Insulin-like growth factor 1) は成長ホルモンの末梢組織への作用を仲介する生体内物質である。Akt や Bcl2 などの発現を増加させ、ソマゾンとしてインスリン抵抗性糖尿病や成長ホルモン抵抗性成長障害の治療薬として市販されている。IGF-1 は血液脳関門の通過性が悪いといわれており、この ALS に対しては効果がなかった。しかし、2001 年に関西医大の外科のグループがラビットのモデルで 15 分間、3point aorta clamp、0.3mg/kg 投与、IGF-1 を投与すると血糖が下がるので、インスリンで血糖を下げて対照とし、対照分に比べて IGF-1 ではほとんどのウサギは正常であった。

Acute neuroprotective synergy of erythropoietin and Insulin-like growth factor 1 という論文で、ラットの培養大脳皮質神経細胞に対する MNDA 誘発な神経細胞数をエリスロポエチンとインスリン様成長因子 1 が相乗的に抑制した。お互い同じ経路で最終的には Akt を活性化して、そして神経細胞の保護効果があると書いてあった。私は IGF-1 は先ほどの関西医大と同じ量を投与し、エリスロポエチンも一番効いた量を選んで投与してみた。IGF-1 は 30 分前に、エリスロポエチンは虚血 30 分前に投与した。結果的には、IGF-1 の方は全く効果がなかった。われわれは IGF-1 を投与したグループでは、グルコースを追加してこの血糖値が 130 になるように糖を付加したので、その影響で効果がなかった。すなわち、IGF-1 が効くとするとかなり低血糖なところで効くのかもしれないと今は考えている。エリスロポエチンは、やっぱり効くけれどもコントロール群と比べるとそれほどでもない。ただこれを併せると非常に効果があった。9 匹中 9 匹ともウサギが飛んだ。一匹も脱落していないので、これは間違いなく効いているのではないかと考えている。組織学的には、中心管から前側の正常な神経細胞数を数えた。コントロール群、エリスロポエチン、

IGF-1 群で差はないが、組織学的に正常な神経細胞がたくさん残っている。山口大学の西田名誉教授の角膜再生の講演で、角膜上皮細胞の接着に及ぼすサブスタンス P とインスリン様成長因子 1 の併用効果で、角膜が再生してくるには上皮細胞が接着してくることが大切で、インテグリンが関与している。この時、IGF-1、サブスタンス P をかなりの量を上げて投与しても効果がないが、非常に少ない量を 2 つ併せると劇的に効果がある。すでに臨床応用されており、かなりの効果を取めている。したがって、IGF-1 とエリスロポエチン、単独ではあまり効果はなくても、併せたら効果があるというようなことは脊髄虚血の領域でもひょっとしたら言えるのではないかと考えている。Akt の活性化については、コントロール群では Akt は活性化されている。IGF-1 の投与もかなり活性化するが、エリスロポエチンと併せても、活性化は亢進しない。エリスロポエチン単独ではむしろコントロールよりも低い。

エリスロポエチンの使用では多血症となる欠点がある。最近、造血作用のないエリスロポエチン、Carbamy erythropoietin というのが動物実験では作られ、脊髄保護効果が報告されている。Carbamy erythropoietin の安全性の問題が残っている。もう一つ、血管新生作用があるので、増殖性糖尿病網膜症を悪化させる可能性があるので DM の人には気をつけて使わなければいけない。

脊髄循環に関しては、collateral network の重要性を認識することが重要である。胸腹部大動脈瘤手術では、術中から術後にかけて脊髄循環は虚血閾値に近い状態にある可能性があるため、これについても非常に気をつけておく必要があるため、薬物による脊髄保護は副作用に配慮すれば有効な保護資材になる。すでに臨床に使用されている薬物、ラジカット、エリスロポエチン、インスリン様成長因子 1 などに脊髄保護作用が認められれば非常に好都合ではないか、ということで研究を続けたい。私は脊髄の問題に関しては、動物実験の段階で多施設による一斉研究をするのが良いのではないかと。例えば学会主導で 5、6 施設を指定して、一斉に研究をしていく。そしてデータはすべて公開すると、その中で何匹ウサギが死んで、何匹が生き残って、その生き残った何匹で研究を

したか、そういうデータまでを一斉に公開してやれば、動物実験の段階である程度薬を絞り込むことができ、する必要のない臨床研究をその段階である程度選択していくことができるのではない

か、と考えている。今までの研究は、薬の効果を確認するため、単独の薬物の研究がほとんどであるが、多剤併用の脊髄保護効果も今後は検討していく必要がある。

特別講演 3

「がんペプチドワクチン療法」

東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター

ゲノムシーケンス解析分野教授 **中村 祐輔**

[印象記：吉 南 清水 良一]



ヒトの体内のあらゆる組織において、個々の細胞が免疫的寛容を獲得している仕組みと同様に、がん自身も、がん化するのに働く遺伝子（がん細胞が生き続けるのに重要な遺伝子）から作られたタンパク（がん特異的タンパク）分子を、がん自身の細胞内で断片（9～10個のアミノ酸がつながったペプチド）に分解し、この内から HLA（ヒト白血球抗原）の型との間で相性のよいペプチドを、がん細胞自身の表面に HLA 分子と結合した形で提示することで宿主の免疫細胞（Tリンパ球）に対して『このタンパク（遺伝子）は自分である』ということをも自己主張し、免疫的寛容を得ようとしている。主要組織適合遺伝子複合体（MHC）の産物である HLA は細胞表面から引っ込めることはできず、よって、がん細胞が自身の生存に必須のタンパクを作り続ける限り、その断片の中で、HLA の型と相性のよいペプチドが HLA 分子を介して自動的に細胞表面に提示され続けることになる。

がんペプチドワクチン療法の真髄は、①「HLA 分子上に自分のタンパクの分解産物であるペプチドを結合させ、細胞表面に提示し続けてさえおけば、免疫系細胞からは攻撃を受けないであろう」と安心しているがん細胞の性格と、②がん細胞の HLA 分子は細胞表面から引っ込めることができないこと及び③このペプチドが体内の他の正常組織には存在しないか、たとえ存在していても HLA 自体を発現していない組織（たとえば精巣等）のみに存在することの 3 点を逆利用す

るものであり、その理論的根拠は、20 年ほど前の 1991 年にがん遺伝子として作用し、抗原性の高いオンコアンチゲン（oncoantigen）としての腫瘍特異的抗原の存在が発見されたことがきっかけとなっている。それまでは自分のタンパクに対しては自身の免疫担当細胞からの攻撃はないものと信じられていたのが、実は T リンパ球の中に、自身のタンパクを攻撃する『細胞障害性 T リンパ球（CTL）』が、少し残っていて、腫瘍特異抗原に対する抗原認識能をもっともっと高めると、この CTL が HLA に結合している腫瘍特異的抗原であるペプチドを見つけてがん細胞にくっつき、細胞障害性物質（パーホリン、グランザイム等）を CTL の細胞内から細胞外に分泌し、がん細胞を死滅させる能力を備えていることが分かってきたのである。なお、このシステムは、移植医療における拒絶反応や感染症等で異種のタンパクが入ってきたときにこれを排除しようとするような、以前からよく知られた免疫系のシステムとは異なる仕組みであるとのことである。

現在までに、28 種類の腫瘍特異抗原から 58 種類のペプチドワクチン候補が発見されている。この内、日本人に多い白血球型（HLA タイプ）の HLA-A * 0201（日本人の約 20% 弱）及び HLA-A * 2402（同約 60% 強）のそれぞれと相性のいいペプチドを人工的に合成し、HLA-A * 0201 拘束性ペプチドワクチンが 32 種類と、HLA-A * 2402 拘束性ペプチドワクチンが 26 種類作られているとのこと。既に、安全性をみわた

めの第 I 相試験は終了し、その過程で多臓器に転移のある末期の食道がん患者さんを対象にした臨床試験では、安全性を確認する目的の試験であったにもかかわらず、かなりの奏功例が確認されているとのこと。いうまでもなく、化学療法にみられるような有害事象はほとんどないことは実証済みで、今後の臨床試験では 1 回の皮下注で、オンコアンチゲンとして人工的に合成したペプチドの分子を 10 京個～100 京個 ($1 \times 10^{17} \sim 10^{18}$ 個) 注入し、これを週 1 回のペースで継続して皮下注し、真皮層直下に多く存在する樹状細胞にこのペプチドを認識させ、抗腫瘍活性の高い CTL を効率よく、大量に体循環中に誘導し、体内に存在する腫瘍細胞数 (1g の腫瘍で 10 億個のがん細胞) に匹敵する数の CTL の誘導を目指しているとのこと。

従来の治験では、2 人に 1 人は死に至るような直径 10cm にもなる量の末期がんを対象にしたため、がん細胞の数が 5×10^{11} 個 (5000 億個) もあるのに対して、ただでさえ栄養不良等で免疫能の落ちた状況で、ワクチン療法で体循環の 0.1% が CTL になったとしても、その数は 1×10^7 個 (1,000 万個) 程度しか誘導できず、1 個の CTL が 50,000 個のがん細胞を攻撃するようなものであり、治療効果が期待できなかったのは当然といえば当然であったとのこと。そこで、当面は栄養面でも免疫能の面でも十分に余裕のある患者さんの術後再発を予防することや再発早期の治療に有効な治療法としてペプチドワクチン療法の地位を確立することを目標に、CTL の誘導・活性をさらに高める工夫を模索しており、中には体循環の 40% のリンパ球を CTL に誘導できた患者さんがおられたとのことである。ある程度の量の CTL が誘導されてから抗腫瘍効果が発現すると考えられ、実際、これまでの臨床試験ではワクチン療法開始後 6 か月後よりその効果が明らかになってくるとのことである。ポイントは、HLA の型が揃っていることと、リンパ球分画が 35% 以上あることが治療効果に期待がもてる

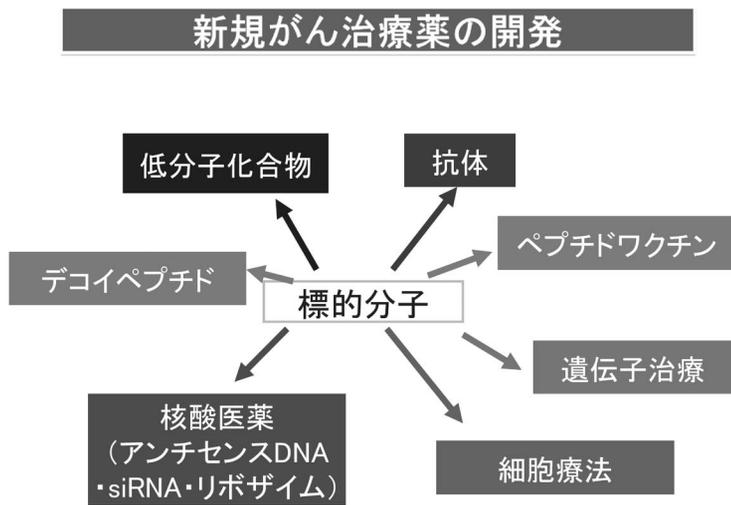
必要条件であるとのこと。今回の講演の 1 週間前には前立腺がんに対するペプチドワクチン療法の臨床での実施が承認され、5 年後の 2015 年には 15 ～ 20 品目が、実際に治療薬として承認される見込みであるとのこと。

目下のところ、国内で食道がん・膀胱がん・すい臓がん・大腸がんなど多くのがん種での第 II 相試験が進行中であり、大腸がんでは山口大学の消化器・腫瘍外科 (碓 彰一准教授、岡 正朗教授ら) が中心になって、標準療法不応進行大腸がんに対する第 II 相臨床試験が、6 種類の HLA-A * 2402 拘束性ペプチドワクチンを用いて全国規模で進行中 (平成 22 年 3 月末時点で目標 100 例に対して 36 例の登録済み) である。

特に、強調されたのは、がんペプチドワクチン療法が効果を発揮する行程を科学的にすべて検証済みであり、その理論には隙がなく、あとは臨床試験で目標の登録数の達成とその解析をどれだけ短い期間で終わることができるかに日本のがん薬物療法の未来がかかっているとのことであった。

【印象に残ったところ】

講演の内容の主要部分は、要約すると前述の如くである。国民の 2 人に 1 人がかかり、死因のトップであるがんに対する薬物療法の内、化学療法とともに現在臨床で用いられている分子標的治療薬は 7 つのジャンルに分類され、ペプチドワクチン療法はその中の一つである。冒頭で、このペ



チドワクチンの創薬化では欧米に負けるわけにはいかず、なぜ国を挙げて臨床試験を急ぐかについての説明では、中村祐輔教授のご講演は鬼気迫るものがあった。

理由は、分子標的治療薬の開発はヒトゲノム暗号の全解読が完了した 2001 年以降、国のトップがリーダーシップをとり、国家プロジェクトとしてゲノム医療にいち早く取り組んだ欧米に先を越され、トップが無関心だった日本では、今やがん薬物療法にかかわる医薬品の輸入超過が医療費の高騰を招き、医療経済上憂慮される事態となっていることにある。

具体的には、分子標的治療薬の七つのジャンルの内、欧米に先を越されたものは二つあり、①ゲフィチニブ(イレッサ)やイマチニブ(グリベック)などに代表される低分子化合物としての分子標的治療薬で、標的分子を介するチロシンキナーゼ活性機序を選択的に阻害し、腫瘍の増殖を抑制する類のものと、もう一つは②トラスツズマブ(ハーセプチン)、セツキシマブ(アービタックス)、リツキシマブ(リツキサン)、ベバシズマブ(アバスタチン)などに代表される抗体としての分子標的治療薬で、腫瘍増殖にかかわるリガンドが結合しようとするがん細胞膜表面の標的分子(受容体)に結合し、増殖のシグナル伝達を止める類のものである。これら二つのジャンルには、上述のものを含めて、各々 10 種類程度の分子標的治療薬があり、日本発のものはなく、すべて欧米で開発され、治療効果の優秀性から日本でも逐次治療薬として承認されてきているものであるとのこと。

【筆者の意見】

ご承知のように、日本のがん薬物療法は DPC の関係で、入院治療から外来化学療法へとシフトしつつある。しかし、高額療養費制度の不備から、入院では先に申告しておけば、医療費の支払いは自己負担分のみで済み、その額も最初から自己負担の上限額までの支払いで済むが、外来での化学療法では最初の 3～5 か月はその都度医療費の 3 割に相当する額を全額納めなければならない、月に数十万円の支払いが 3 か月も続くと分かったら、治療を諦める事態にもなりかねないのである。しかるに、これらの輸入薬剤は外来化学療法では非

常に使いにくくなってきているのが実情である。

この医療費の高騰をくい止め、多くのがん難民を救い、初期のがんや手術後の再発予防にも今までの治療薬より、より高い効果が期待できる分子標的治療薬として、がんペプチドワクチン療法は、日本発の分子標的治療薬としてその救世的な役割を担おうとしている。中村教授は 2006 年に大学病院などで作るネットワークを発足させ、民間企業にも働きかけ、その結果、2008 年には国の先端医療開発特区(スーパー特区)にもこのがんペプチドワクチン療法が選ばれるに至っている。筆者も既に 4 人の大腸がん患者さんに臨床研究への参加登録をしていただいているが、当日のご講演を拝聴した後、この臨床試験の早期終了の重要性を改めて痛感したものである。

【おわりに】

ご講演の内容は 1 時間という短い時間ではとてもすべてを理解するのは難しいものであったが、会場に参加されていた諸氏には、近い将来、自身がその恩恵にあずかる可能性がかなり高い問題であるだけに、各自、目を見開き、真剣にご講演を拝聴されていたのが印象的であった。座長の杉山専務理事の紹介にもあったように、世界のビッグジャーナルに数多くの論文を投稿・掲載され、その引用回数がのべ 6 万件を超えるなど、中村教授の業績は世界中から注目されており、超多忙の中で、快く特別講演をお引き受けいただけただことに、心からお礼を申し上げたい。1 日も早い、日本発のがんペプチドワクチン療法の実用化を願うものである。



特別講演 4

「高齢者の心不全～その病態と治療のコツ～」

山口県立総合医療センター副院長 藤井 崇史

[印象記：柳井 弘本光幸]

心不全患者の年齢分布をみると、60 歳代まで男性が多く（虚血性心疾患を背景）、70 歳代以上は女性の比率が増える（高血圧性心疾患、弁膜症などの非虚血性心疾患）。傾向をみると 60 歳代までは収縮性心不全、70 歳代以上は見た目心臓は動いている拡張期心不全が多い。

高齢者の心不全の特徴は、非典型的な症状を示すことである。すなわち典型的な心不全症状（左心不全呼吸困難、右心不全末梢浮腫）が出てこない。よくでるのが消化器症状（右心不全に伴う食欲不振、食後の嘔気・嘔吐など）。さらに意識障害、精神症状、痴呆に似た症状も出る。はっきりした原因なしに、基礎疾患が折り重なるようにして心不全が起こることもある。たとえば感染症に伴う心不全発症。下痢、急激な貧血、慢性的な貧血の進行、日ごろしないような作業をして心不全を誘発することもある。軽い心不全でも腎障害、呼吸器疾患が基礎にあると増悪因子となる。最後に薬物の副作用。高齢者にはジギタリス中毒が多く、異常な徐脈をきたす。心房細動の予防に使う抗不整脈やβ遮断剤などが、高齢になると過量になりやすい。

高齢者の心不全の基礎疾患としては、①虚血性心疾患、②高血圧性心疾患、③弁膜症（聴診でわかる雑音が見逃されがち）、④心筋疾患、⑤不整脈、⑥肺性心といったものが挙げられる。原因となる加齢変化として、形態的变化（心室拡張期特性の低下、弁膜や周囲組織の変性、硬化、石灰化）、刺激伝道系の変性、冠動脈硬化に伴う心筋虚血がある。心臓の収縮能の低下は起こらないで、心筋弛緩時間の延長により心室拡張能の低下が起こる、拡張期心不全が増加。これは心房収縮による代償やβ受容体の機能低下に由来する。左室拡張能の低下は運動耐用能の低下につながる。

心不全の重傷度分類としては、カテーテルを

入れて評価する Forrester 分類が有名だが、身体所見による分類もある。Nohria らの分類はうっ血所見の有無 (wet or dry)、低灌流所見の有無 (cold or warm) を用いて、身体所見だけから、Forrester 分類様に、心不全の病型分類をしている。

心不全診断の流れ：自覚症状から心不全を疑い、頸静脈怒張、聴診上のギャロップ（3音など）といった身体所見を調べ、さらに胸部 X 線、心電図、血液検査（BNP）などをチェックする。心エコーで収縮障害の有無をチェックできる。駆出率 50% 以上で心不全あるなら拡張期心不全。駆出率 50% 以下なら収縮期心不全を考える。BNP は（本来は心不全の重症度評価に使っていたものだが）、心不全の診断にも使える。除外診断には感度が高い。BNP:30 以下なら心不全除外が可能。加齢にともない BNP は上昇し、80 歳くらいの高齢になると 40～70 くらいまで上昇する。BNP:100 以上なら心不全である可能性が高い。ただしあくまでも補助的な手段であり、心不全の診断はほかの所見と合わせて総合的に行うことが大切である。

外来での BNP 目標 100 以下として利尿剤コントロールをして治療した場合、イベントが少なくなる。経過観察をする意味でも BNP 測定は重要。

感染を契機に心不全を来した症例を呈示する。主訴は発熱と気分不良の症状のみ、反応鈍化。胸部 X 線写真で胸水あり紹介。来院時 38 度熱発と SPO₂ ; 95% 白血球 15,000、CRP;25、Alb;2.7、Hb;10.3 胸部 X 線写真で明らかな心不全合併を思わせる胸水と肺うっ血あり。にもかかわらず呼吸困難なし。心不全になると PO₂ がさがり、頻拍になるはずだが、代償ができていないため、心拍数 80/min にとどまる。心エコーで心室中隔が S 状に左室内に飛び出す所見と大動脈弁

の石灰化あり、見た目はよく収縮している。こういうとき、僧帽弁血流波形と肺静脈血流波形をドプラでみると診断つけやすい。三尖弁逆流があれば血流速度を見ることで心不全の診断(血管内水分量の推定)ができる。

拡張期心不全は駆出率 50% 以上で、うっ血等の心不全所見が有ることから推察。最終的には心エコードプラ等で拡張機能低下の確認必要。心不全で入院した時、収縮期血圧 160 以上の高血圧あり、左室肥大あり、補液で急速に悪化、利尿剤で急速に改善するなどの特徴がある。

拡張不全の治療アルゴリズムでは、急性期と慢性期に分けて治療を考える。治療薬を選ぶにあたり、拍出量が保たれているか、低下しているかをきちんと鑑別することが大切。通常、拡張期心不全は心拍出量保たれていることが多い。利尿剤+血管拡張剤使用。拍出量が落ちており、血圧が 90/min 台に落ちている場合、利尿剤を使うとさらに血圧低下を来す。カテコラミン併用。頻脈を伴っているならばβ遮断剤の併用が良い。

慢性期治療は原因疾患の治療が第一。貧血などがあれば是正する。心不全治療の基本は利尿薬。一度でも心不全を起こした患者さんには少量でも利尿剤を使っていく。亜硝酸剤はまったく意味がないので使わないでいただきたい。血圧が高い場合はコントロールを。心拍数 80 ~ 90/min 常にうっている患者さんには少量のβ遮断剤を検討。心臓が硬くなっている(コンプライアンス低下)のをなおすことはできないが、進行を遅らせるには ACE 阻害剤が有用。

心不全予後の改善には第一に ACE 阻害剤、第二にβ遮断剤。カルシウム拮抗剤は予後改善には今ひとつ。利尿剤では、カリウム保持性利尿剤・ラシックス・ルプラックが基本。ダイアート・フルイトランは心不全には効果乏しい。高齢者は脱水になりやすいことと、高カリウム血症になりやすいことに注意。ARB の心不全に対しての効果はどうも ACE 阻害剤より弱い印象。

AHA/ACC2005 ガイドラインでは拡張不全の治療として下記を挙げている。①血圧コントロール、②心拍数コントロール、③利尿薬の使用、④血行再建(虚血性心疾患)、⑤心房細動の洞調律化、⑥ベータ遮断剤、ACE 阻害剤、(ARB)、Ca

拮抗剤の使用、⑦ジギタリスの使用、(糖尿病の予防)。

弁膜症に関して。大動脈弁狭窄症、重症例でも典型的な聴診所見が出ない場合あり。頸部や右の鎖骨下の聴診もお願いしたい。僧帽弁逆流、三尖弁逆流も軽度の増悪で容易に心不全増悪を来しうる。

心房細動に関して。症例：87 歳男性、喘息様症状で近医受診。一般的対処で改善したが。数日後顔面の浮腫出現。紹介されて頻脈性心房細動と診断。Hb:5.9 の貧血。呼吸困難なかったため、診断が遅れたが、貧血を基礎に発作性心房細動を合併して心不全を来した症例だった。

心房細動は 70 ~ 80 歳代の方に圧倒的に多い。男性に多い。迷走神経亢進型(夜間に多い比較的若年者に多い、ジソピラミド、プロカインアミドが比較的有効、ジギタリス、β遮断薬は無効)、交感神経緊張型(60 歳以上の比較的高齢者に多い、日中、運動後、精神的ストレスが加わったあとに多い。β遮断剤治療が有効)とがある。

心房細動の洞調律維持は難しい。アミオダロンという強力な薬剤でも年間に 60 ~ 70% しか維持できない。普通の抗不整脈剤なら 40 ~ 50% の維持にとどまる。繰り返す心房細動に対してはあまり無理をして洞調律維持をねらう必要はないのではないか。特に高齢者で心房細動を繰り返す人にはあまり無理をする必要はない。若年者には頑張ってもよいか。

治療の基本は心拍数のコントロール。前述のように高齢者には洞調律に戻すことをあまり考えずともよい。運動時の頻拍に対してはβ遮断剤が有効。忘れてはならないのは脳塞栓症の予防。基本はワルファリン、アスピリンは基本的には無効。血栓症形成のリスクの高い患者ほどワルファリンがよい。十分量のワルファリンが必要など、少量ワルファリン+アスピリンは無効。コントロールは PT-INR:2 ~ 2.5 位が適当。

最後に高齢者に運動制限を必要以上にしてしまいがち。十分な心不全のコントロール、適切な水分量を保つこと。治療には総合的、包括的アプローチが必要。退院後、家族との協力が必要である。

第 117 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 22 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 22 年 9 月 5 日（日）10：00～15：00

ところ 山口県総合保健会館 2F 第一研修室



特別講演 1

「認知工学の視点から考える医療安全： 『人の視点』からみるということ」

筑波大学大学院人間総合科学研究科心理学専攻教授 原田悦子

[印象記：宇部市 福田信二]

なぜ今医療安全がこんなに問題になっているのか。1999年1月に横浜市立大学病院で患者取り違え事故、その直後広尾の赤十字病院で消毒薬を点滴にいれて患者が亡くなる事故があった。同時にアメリカでもクリントン大統領が5年以内に医療事故を半減するというクリントン談話を発表し、イギリス、オーストラリア、スイス等でも1999年から社会全体で医療が危ない、安全が脅かされていると話題になった。一斉に起きた背景の一つに医療の高度化がある。高度先進医療の中にはさまざまな人工物が入っている。また情報化、情報化社会の中での電子情報化も医療の中に入ってきている。効率化、高密度化が起きており、その結果大規模化が起き、医療安全が脅かされやすい状況になってきている。つまり、一人の人が行ったごく小さなエラーが、それまでの医療環境であれば大きな事故にならなかったことが、非常に大きい影響を及ぼしうる。だから、先進諸国で一斉に大きな事故が起きたと考えている。「ヒヤリ・ハット」事例の分析から、モノのデザインを改善することによって、事故が防げるのではないか、あるいは医療従事者の認知過程を検討することによって事故を防ぎ、もっと良い医療ができるのではないか。事故を起こさない環境を作ること、医

療の質を高めるための環境を作るためには何をしなければならないのかを研究するミッションを与えられた。

認知心理学は何か。脳の研究では人間が感じている非常に微細な判断であったり、非常に細かいことが重なってあることが起きたりということは説明ができない。それを機能的に、なにが起きているのかということを実験、実証的に行っていくのが認知心理学である。

使いやすい物を作るために認知心理学がどういう風に役に立つかということの研究している。人工物（モノ）研究には物理的なモノ、空間、社会システムも含まれ、認知的な物事の考え方に影響を与える。共通点は、「誰か、人が作ったもの」悪ければ人工物を「作り直す」ことができる。

情報デザインということを中心に話す。

日常生活の中でモノを使う時、必ずそこに情報がデザインされている。つまり情報が表示されている。どう使うかという情報が表示されていなければ、私たちはモノが使えない。

モノを使う上での情報がどういう風に表示されているのかというときに大事なことが、パーズ

ナルビューということである。

私たちは通常モノを使う時に普通とるのが、人とモノと作業と全部ひっくるめて上から見ている視点、これシステムビューという。これは最終的な評価としては大事だが、私たちが実際にモノが使える、使えない、あるいはどんなエラーを起こしてしまうか、という時には、これだけでは解決策が見つからない。実際に使う人の世界、使う人の目に映った世界において、作業とかその人工物がどう見えているか、使う人の視点に立ってそれを分析していくことが大事だということが認知心理学、認知工学で一番大事なこと。

そのパーソナルビューで考えたときに、実は医療現場は非常に過酷な現場である。

使いにくい、ということの最たるものがヒューマンエラーだと考えている。ヒューマンエラーというと、それを実際に起こした人に責任があると思うが、ヒューマンエラーは人のせいではない、ということ強く申し上げたい。

純粋に機械だけの原因で事故があったとき、これをマシーンエラーという。そのほかのとき、機械の側に問題があったかもしれないが、人が少しでもかかわった時には全部それはヒューマンエラーと呼ばれる。しかし、モノのデザインが悪いがため、人間誰しも間違ふことがある、ヒューマンエラーと呼ばれるものの 9 割は、それだと思っている。その事故が二度と起きないようにするためには、モノの側から変えていかないと防げないと思っている。

モノがかかわるところでの医療事故、一つはそのモノ自体のデザインが悪くて、操作を間違えてしまうエラー、モノが入ることによって作業が変わってしまったために起きてしまうエラー、モノが入ったために、今までやらなかったことを間違ってしまうという、3 種類がある。ところが、医療機器の情報デザインは学習できないので、エラーを繰り返すことになる。医療現場は電子カルテなど凄い勢いで情報化している。その結果、新しいタイプのエラーが起こってくる可能性がある。新しい機器はメリットもあるが、新しいエラーが起きかねないと考えていただきたい。現場の意見をものづくりの現場に上げていただきたい。夜中暗い中でペンライトの灯りで機器の操作をする

こともある、機器を患者さんがさわる可能性がある、医療現場の複雑さなど、エラーする環境にあることを言うていく必要がある。航空業界、プラントなど他の産業から安全に関する専門家の方が意見を出す、医療の現場と違う部分がたくさんある。したがって、医療はどういう場で行われているのかということを引きちんと分析をしていく必要がある。

多くの人が多くの機器を使って、たくさんの患者さんを同時に診ているのが医療の現場の特性で複雑だ。航空機とかプラント業界というのは、たくさんの方が、たくさんの機械を使って一個のことをしている。安全関係のことで参考になるのは道路交通安全に近い。医療現場の特性としては、非常にローカルな最適化を行っていることの複雑さがある。目の前の患者さんにとって最適なことをするため、医療安全対策も、病院ごと、病棟ごとに違う対策を立てており、トータルな標準化に行かない。また医療現場の特性として、個々の仕事は、大変シンプルな小さな仕事であるが、似ているが絶対に一緒ではなく、類似性がたくさんある複雑さがある。病棟の仕事では時間的にも、空間的にも分散する。同じようなものがいっぱい同時にある横の糸、それが個別に時間的に違う形で流れてくる縦の糸、個々の仕事は両方が重なった点である。エラーができれば、この両方の糸を分析しないといけない。たとえば、病棟における薬の配布、注射の準備を分析すると、病院ごとで違う。電子カルテ、オーダーリングが統合型になると、全く同じ情報をラベルの形で印刷され、ラベルを薬に貼って、薬局から病棟に来た時には薬そのものに情報が載っている、そうすると確認する手間が減る。仕事が楽になると同時に間違いもなくなる。こういう情報システムを入れることによって、自分が必要なところで必要な形に情報を変換して、全く同じ情報だけれども、全く違う形で情報が載ってくることによって、人間の活動は大きく変えることができる。その結果事故も防げ、もっとよい医療をすることができるようになってくる。安全というのを考えた時に、医療の情報化、情報システムを入れていくということは有効になり得る可能性がある。ただ問題は、現状では電子カル

テシステムを導入するには、デザインがひどく、もう少し使いやすくする必要はある。また電子カルテはコメディカルの方にとってメリットがあるが、全部のデータをドクターがその場で入れなくてはならなくなっていて、すごく大変になっている。つまり電子カルテはコメディカルな部分で非常にメリットはあるけれども、それがトレードオフでドクターの側の負担が大きくなっている可能性がある。ドクターの方にとって役に立つ、支援するような情報化、情報システムを作っていく必要があると思っている。

医療従事者の方の認知的なプロセスというのを分析することによって、少しでも医療事故を減らしていけるのではないかと。実際には医療事故ゼロというのにはあり得ない。たくさんの方がたくさんの人にかかわっていく現場なので、ゼロというのではないかもしれないが、この影響をできるだけ小さくしてできるだけ安全な形にしていくためには地道に改善していくしかない。その中で一つのアプローチとしては是非、人の視点からみた、医療従事者の方の視点からみた分析をした医療安全対策ということもご検討いただければと思う。

特別講演 2

「周産期医療の現状」

山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センター長

佐世正勝

〔印象記：徳山 沼 文隆〕



産科医療崩壊が叫ばれて久しい。残念ながら産科医療が内包する診療上の特殊な重圧というものは産科医療に携わったものでなければなかなか理解されない点も多く、来るところまで来たという感があった。マスコミが騒ぎ始めて国もさすがに危機感を抱いたのか、経済的支援として産科医療補償制度、妊婦健診事業の公費負担、そして出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を開始した。これらはまだまだ不十分なものではあるが、一歩前進ではある。今回は周産期医療の現状について山口県立総合医療センター総合周産期母子医療センター長佐世正勝先生に講演していただいた。

日本の出産数は、第二次ベビーブーム以降、ほぼ半減し年間 100 万人強となっている。山口県は第二次ベビーブームの影響はあまりなく、一貫して分娩数は減少しており、1960 年から 75 年まで約 2 万 5 千件であった分娩数は、近年は 1 万 2 千件を下回っている。妊産婦の背景も大きく変化し、高齢妊娠や生殖補助技術による妊娠は増加する一方、若年妊娠は依然減少しておらず、

ハイリスク妊娠は増加傾向にある。周産期医療レベルは、この 50 年間で著しく上昇した。周産期死亡率は 1955 年には出生千人対 43.9（妊娠 28 週以降）であったのに対し、2005 年では出生千人対 3.3（妊娠 22 週以降）となった。また、母体死亡率（10 万人対）も 1955 年には 161.7 であったのに対し、2005 年では 3.3 と著しく改善し、いずれの指標も世界のトップクラスとなった。山口県の周産期死亡率と母体死亡率は全国平均を若干上回る成績で改善傾向を示している。しかし、分娩が母児にとって危険であることには変わりなく、たまたま日本では危機に遭遇した妊産婦が医療の力によって救命されているに過ぎない。しかし、医療従事者の努力により達成された周産期医療の著しい改善は世間に「お産の安全神話」をもたらし、「赤ちゃんは元気で生まれてあたりまえ」、「母体の安全はあたりまえ」という意識が定着した。出生した児が脳性麻痺となる頻度は、この 40 年間で変化せず 0.2% であり、このうち周産期医療が原因と考えられる脳性麻痺は脳性麻痺児の約 10% に過ぎないという事実は一般に知られていない。このため、一度不幸な転帰をとった

事例があれば、「医療ミス」あるいは「医療事故」として考えられるようになってしまった。また、マスコミは福島県立大野病院事件で示されたように医療者を追求する報道を繰り返している。裁判においては弱者救済の立場から医療者に不利な判決が多く出されてきた。このような状況の下、全医師数は増加しているにもかかわらず、産婦人科医は減少し、分娩取り扱い施設も激減した。山口県でも同様の傾向がみられている。産婦人科医確保対策の一つとして平成 21 年に産科医療補償制度（無過失賠償制度）が創設され、その効果が期待されている。一方、山口県の二次、三次の周産期医療施設に勤務する産婦人科医の年齢構成をみると、50代が著しく多くなっている。このことは、今後の 10 年間で急速に勤務医が減少することを示している。また、これからの周産期医療を支えていく 20 代、30 代では女性医師が占める割合が高く、特に 20 代では半数を大きく超えている。24 時間の緊急対応を求められている周産期センターでは複数の医師による当直体制が必須であるが、周産期医療の核となる全国の総合周産期母子医療センターでさえ、その 4 割は 10 名未満の医師で運営されており、複数当直体制が困難な状況である。山口県の 6 周産期センターでは、医療機関である大学病院を除き、すべて 10 名未満で

ある。山口県では中小の周産期施設が散在している。NICU の病床数をみると国が求めている数の 1.5 倍であり、ハード面では充実しているように見えるが、分散しているため多数の医療従事者が必要とし、医師確保が困難な状況では将来的な運営に関して不安がある。このような山口県の状況に対応するためには、施設を集約化し周産期センターに勤務する医師数を増やす必要がある。また、周産期医療、生殖医療、婦人科疾患を中心とした医療など、施設毎の機能分担を行うことも必要である。また、診療所などの一次施設とオープン・セミオープンシステムや専門外来など役割分担を行うことにより、外来業務を縮小し病棟運営のためのスタッフを確保することも考慮する必要がある。さらに施設の運営に関しては、複数主治医制、病棟医制、ワークシェアリング、ガイドラインやクリニカル・パスの活用、時間外保育・病児保育などのサポート体制などにより複数の医師が可能な範囲で就業可能な体制をつくる必要がある。現在のところ、山口県では「たらい回し」は起こっていないが、周産期医療体制が崩壊する前に、継続的に維持可能な周産期医療体制について議論を行い、早急に今後の周産期体制の整備を行う必要があると考えられる。

特別講演 3

「呼吸器内視鏡の未来」

聖マリアンナ医科大学呼吸器外科病院教授 **栗本典昭**

[印象記：岩国市 **小林元壮**]



講師の栗本典昭先生は、昭和 60 年広島大学のご卒業であるが、卒後のかなりの期間を岩国市の岩国みなみ病院に勤務され、村山正毅先生の薫陶を受けられた。私も岩国市で、同様の分野で診療を行っていたが、栗本先生の仕事ぶりは、着実かつ実に丹念であり、今回のご講演の内容を習得されたこと、また聖マリアンナ医科大学での現在の地位を得られたことは、その人徳とともに熱心な研究態度によるものと感銘する次第である。

呼吸器内視鏡（気管支鏡）の進歩は、肺がん患者の急速な増加に対応することによるものではあるが、一方で消化器内視鏡の技術開発に付随しての面もある。今回は、呼吸器内視鏡進歩の現況と未来について講演いただいた。

(1) 気管支腔内超音波断層法

(Endobronchial Ultrasonography:EBUS)

気管支鏡先端に convex 型超音波プローブの

装着が可能となって、気管・気管支周囲病変の気管支長軸方向の断層像が得られるようになった。この超音波画像をガイドに経気管支針穿刺診(transbronchial needle aspiration:TBNA)が可能である。かつては穿刺部位を検査前のCTを参考にして決定していたが、EBUS-TBNAでは、リンパ節を直接描写しながら、穿刺針が目標のリンパ節に入っていく様子がリアルタイムに観察できるため、安全性、診断率が際立って向上した。栗本先生の経験では、EBUS-TBNAを行った174例での悪性の診断感度は100%、特異度83%、陽性反応的中度95%であったという。処置を要する合併症は1例もなく、出血例でも出血は少量であった。

(2) 気管・気管支腫瘍深達度診断

気管・気管支腫瘍（主に扁平上皮癌）の深達度診断は、PDTを代表とする気管支内視鏡治療の適応か、又は手術適応かの判断に重要である。

EBUSによる深達度診断でのポイントは、気管支軟骨を示す第4層と、膜様部平滑筋を示す第2層を追うことである。手技の詳細については、省略する。

(3) 気管・気管支病変における、Narrow Band Imaging(NBI)

NBIは、R(red)、G(green)、B(blue)の3枚の光学フィルターの分光透過率を調整し狭帯域にしたものである。食道や咽頭領域では、NBIはすでに癌における異常な血管新生を検出するために臨床的に使用されている。癌の上皮内で拡張蛇行する毛細血管を観察することで早期癌の検出に有用であるとされている。気管支上皮に存在する扁平上皮癌でも、異常な毛細血管の状態を見つけることで早期診断の可能性が期待される。

(4) 超拡大気管支鏡 (Endocytoscopy:EC)

組織に直接接することで約400倍の拡大像を観察する気管支鏡である。組織構築のパターンにより、ECによるvirtual histologyは十分可能であると考えられる。

肺癌患者は年々増加し、年間死者数は7万人に近づき、近い将来10万人に達すると予測されている。今回お示しいただいた気管支鏡の進歩により、肺癌による死者数が減少するものではないが、さらに将来を見据えた上では、必ずや多大な貢献がもたらされるものと期待される。



特別講演 4

「パーフェクションによる 新しいガンマナイフ治療」

新日鐵八幡記念病院脳卒中・神経センター長・脳神経外科部長

鈴木 聡

[印象記：下関市 鈴山 晶]

ガンマナイフは1968年にスウェーデン、カロリンスカ病院脳神経外科のレクセル教授によって開発された。頭に金属フレームを装着し、X・Y・Z軸座標のもとに脳内の決まった位置にアプローチする「定位脳手術」の考え方に放射線照射を組み合わせた、画期的な放射線療法である。針やメスの代わりに放射線の一種、ガンマ線を用い、決まった場所を狙い撃ちにするのが「定位放射線手術 Stereotactic Radiosurgery」であり、その治療装置がガンマナイフである。

開発当初の目的はパーキンソン病の治療であったが、腫瘍性疾患（転移性脳腫瘍、下垂体腫瘍、神経鞘腫など）や脳動静脈奇形などの脳血管障害、三叉神経痛などの機能的疾患も治療対象となってきた。

1990年、東大病院に日本第一号機が導入されて以来、現在では九州で10施設、日本全国で54施設、世界で280を超える施設で稼働している。

線源として約200個のコバルト60を用い、コ

リメーター・チャンネルという細長い穴を通して一箇所にガンマ線を集約させる。コリメーター・チャンネルの使い分けにより 4mm、8mm、16mm 大のターゲットを作り出すことができ、コリメーター・チャンネルを部分的にブロックすることで任意の形状に照射野をアレンジすることができる。

ガンマナイフ治療の特徴として、

1. 効果発現までに時間がかかる
 2. 頭頸部にしか照射できない
 3. 二次的な悪性腫瘍を生ずることがある
 4. 適応疾患が限られている
 5. ターゲットの大きさが限られる
 6. 機械が高価
 7. 維持費も高額(コバルトの半減期は約 5 年で、更新するには 5,000 万円から 1 億円必要) といった欠点がある一方、
 1. 非侵襲的である(フレーム装着は必要だが・・・)
 2. 治療は 1 日で終了する(原則 2 泊 3 日の入院、日帰りも無理ではない)
 3. 術後すぐに社会復帰が可能
 4. 全脳照射と違い繰り返し治療できる
 5. 大抵の疾患で保険適応になっている
- というメリットがあり、入院期間を短縮し、QOL を向上することができる。

当初は患者の位置合わせも、コリメーターの選択も、すべてを手動で行っていたため操作が煩雑で、治療時間も長くかかっていた。その後 Automatic Positioning System が開発・導入され、患者の位置合わせがセミ・オートに行われるようになった。さらに患者の位置合わせも、コリメーターの選択も、すべてが自動で行われるように進化したものが Leksell Gamma Knife® Perfexion™ である。治療時間が格段に短くなり、精度も当初は 0.5mm だったものが 0.15mm にまで向上した。

あわせて Leksell Gamma Plan® 治療計画ソフトの導入がガンマナイフ治療に画期的な変化をもたらした。Leksell Gamma Plan® は Linux OS で動く PC 上のソフトで、CT、MR、angio、PET などすべての診断画像に対応している。Co-registration (画像の重ね合わせ) ができることがまず第一に画期的である。以前は治療当日、頭にフレームを装着した後に MR 等の画像診断を

行い、その画像を元にして治療計画を立てていた。治療当日の朝にこれを行うことは時間的に無理をせねばならず、画像診断も限られたものしか行うことができなかった。

ところがこのソフトが導入されたことで、治療日以前に撮影した各種画像と、当日、フレーム装着後に撮影した単純 MR 画像とを重ね合わせるができるようになり、治療日以前の画像にフレームの座標軸を導入することが可能になった。治療計画の内容が格段に詳細になり、また治療日以前に治療計画を固めることができるようになった。

Dynamic shaping という機能も画期的である。これはターゲットの近傍にある重要物、たとえば神経などを画像上でマーキングすると、自動的にこの重要物の被爆を軽減するように照射範囲を設定してくれるものである。コリメーター・チャンネルを部分的にブロックし、自動で患者の位置合わせをすることで任意の形状の照射野を作り上げる。こうして治療の Conformity (カバー率) と Selectivity (選択性) が格段に高められた。

1.5 テラバイトのデータベースを有しているため、大勢の患者の大量の画像データに瞬時にアクセスできることも特徴である。経過観察画像と治療計画画像の重ね合わせがいつでも可能で、経過観察が容易になり、また再治療、分割照射がとてもしやすくなった。インターネット上でのやり取りも可能で、画像さえあれば、遠隔地で治療計画を立てることも可能である。

Leksell Gamma Knife® Perfexion™ は 2006 年に開発され、2008 年より日本にも導入されるようになり、新日鐵八幡記念病院をはじめ、現在国内で 5 台が稼働している。

ガンマナイフの今後の展開であるが、さらなる機材、ソフトの進歩が期待される。すでにフレームを装着しなくても治療できる機種が開発されており、世界で 2 機が稼働している。今後日本にも導入されてくるものと期待される。

日本国内のガンマナイフ治療に注目すると、転移性脳腫瘍に対するものが全治療の 7 割強を占めている。これは欧米に比べ著しく多い。国内でのガンマナイフ治療は 50,000 点と高額ではあるが保険が適応される。一方、米国では治療 1 回

に約 500 万円の費用がかかる。脳転移をきたすような症例ではすでに化学療法を何度も繰り返していることが通常であるから、米国では多くの患者がガンマナイフにまで経済的理由でたどり着けない。

新古賀病院における転移性脳腫瘍治療例の原発巣をみると、肺がんが圧倒的で 64% を占める。乳がんがこれに続き 12% である。乳がんの特性として、肺がんはもちろん、他のがんと比較して再発した後でも予後が長いことがあげられる。そのため乳がん脳転移患者では複数回にわたりガンマナイフ治療を受ける症例が多く、複数回治療の頻度は脳転移患者全体では 22% なのに対し、乳

がん脳転移患者では 30% に上る。ガンマナイフ治療を受けた乳がん脳転移患者は、脳転移が直接の死亡原因となることは少ない。

ガンマナイフはあくまでも脳神経外科治療の一つの道具である。治療方法として実に有用であるが、ガンマナイフが優れている場合ばかりではない。手術、その他の治療法が適している場合もあるし、他の治療法と組み合わせの方がより有効である場合もある。適切な判断のもとに使用してこそガンマナイフは真に有用な脳神経外科ツールとなり得る。

第 9 回「学びながらのウォーキング」大会

と き 平成 22 年 11 月 21 日 (日)

ところ 講演会：長門市 青海島共和国 (旧青海島小学校)

ウォーキング：青海島メモリアルロード、金子みすゞのふる里周辺

[報告：山口県医師国民健康保険組合常務理事 田中 豊秋]

今年は 11 月 21 日 (日) に山口県医師国保組合の保健事業「学びながらのウォーキング」大会を開催した。

昨年のウォーキングコースは山陽小野田市の竜王山・焼野海岸であったが、今年は長門市において、海岸と童謡詩人の金子みすゞが育った街並みを眺めながらのウォーキングに決定した。講演会場は青海島共和国となった。

青海島共和国は平成 18 年 3 月に閉校となった旧青海島小学校であり、地域の活性化を目的とした地域交流の場として、各教室を民俗資料室・写真展示室等として解放している。また、豊かな自然を活用した体験交流の場としても活用されている。

さて、例年と同じく、山口市 (総合保健会館) に集合する方々及び、直接、青海島共和国に集合する方々の 2 か所に集合場所を設置し、山口市

に集合した方は大型バスで講演会場に向かった。

大会開始にあたり、木下理事長による主催者挨拶後、金子みすゞ記念館主任・企画員の草場 睦弘先生に「金子みすゞさんのまなざし～みえぬものでもあるんだよ～」と題したご講演をいただいた。

昭和 29 年に建設された木造平屋建てのノスタルジックな校舎での講演は、これまでにない独特な雰囲気の中ということもあり、この地で育った金子みすゞについて興味深く拝聴することができた。

講演会終了後、ウォーキング指導者として、山口県健康づくりセンターの健康運動指導士である恵美須勝美さんよりウォーキングの効用・注意事項のご説明をいただき、運動場にてストレッチ体操をおこなった。その後、バスに乗り込んで、ウォーキング開始地点でもある長門高キャンプ村

前まで移動した。

野外イベントのため、例年天候の心配がつきものだが、今年も 11 月上旬から急な寒さをみせていた。特に日本海の海岸をウォーキングするため天候が不安ではあったが、当日は見事な晴天に恵まれ、少々暑い日となった。

さて、バスで移動した先の、長門高キャンプ村前よりウォーキングが開始され、仙崎湾沿いに走る県道 283 号線を、青海島キャンプ村に向かい歩いて行った。

平坦な道を 1.5km 歩くと青海島キャンプ村に到着。そこで午前のウォーキングは終了となり、日本海を眺めながらの昼食となった。

さて、しばし休憩の後、午後のウォーキング開始である。

ここからは、青海島自然研究路(通称:メモリアルロード)を進んでいくが、起伏の激しい散策路となっており、ここで多くの方が息をあげたのではないだろうか。

しかし、その眼下に眺められる風景は、変装行列・象の鼻・十六羅漢といわれる奇岩群であり、さすがにこの近辺を代表する景勝地といわれるだけのことはあった。この素晴らしい景色は、遊覧

船でも見ることができるため、ご存じの方も多いのではないだろうか。

メモリアルロードを一周した後にバスに乗り込み、次は青海大橋まで移動した。

そこで下車してからは、二つのグループに分かれた。一つは海水浴場(さわやか海岸からみすゞ通りの一部を歩いていくコース)、もう一つはみすゞ通りを中心に歩き、途中みすゞ記念館を見学するコースである。

みすゞ通りは、詩の題材ともなった寺や神社などがあり、さまざまな場所でみすゞの壁画・詩歌などを見ることができる。どこか懐かしい風景であり、趣深い情景を堪能できた。

そこから最終地点でもあるシーサイドスクエアに到着し、ウォーキングは終了した。

しばし、海産物販売店で買い物時間を設け、全員がバスに乗り込み、現地集合場所の青海島共和国と山口市方面に分かれた。

今年のコースは午前・午後のウォーキングそれぞれでバス移動があったが、その分長門市の中でも特に景観の素晴らしいコースを選ぶことができたのではないだろうか。

来年度も景観を十分楽しめるウォーキングを企画するので、ぜひ多くの方々にご参加いただきたい。



無限に広がる 金融ソリューション。

山口銀行 もみじ銀行

ワイエム証券 ワイエムセゾン

YMFG

Yamaguchi
Financial Group



医療継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯・PHS対応】受付時間:9:00~18:00(月~金曜日) 担当:藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>

よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店/山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本 社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

第 41 回全国学校保健・学校医大会

メインテーマ

「守ろう育てよう子どもたちの健康と生きる力ー学校医からのメッセージー」

と き 平成 22 年 11 月 20 日 (土)

ところ ベイシア文化ホール (群馬県民会館)

報告：常任理事 濱本 史明

理 事 茶川 治樹

山口県からの出席者：青柳俊平先生 (下関市)、大城三枝子先生 (徳山)

第 1 分科会『からだ・こころ (1)』感染症・予防接種・生活習慣病

1. 京都市立学校における新型インフルエンザ流行に関する事後検討

京都府医師会 長村吉朗

京都市においては昨年、平成 21 年 8 月より新型インフルエンザの流行を認め、11 月 2 日に最大の欠席者を記録した。その後も流行は継続し今年の 3 月に入ってほぼ収束したが、その間、日々の京都市立学校 (幼稚園を含む。児童生徒数等約 11 万人) における全欠席者数と学級・学年・学校閉鎖数の集計を京都市教育委員会において実施。また流行の拡大に先立ち 8 月末には京都市立学校における学級閉鎖等の基準を、京都市教育委員会と京都市学校医会との協議の上決定した。これまで季節性インフルエンザの学級閉鎖の基準や閉鎖期間に関しては、学校医が独自の判断で決定し学校長等に助言していたが、京都市学校医会で今回の流行について上記集計の検証をおこなった結果、新型インフルエンザ並びに季節性インフルエンザにおける学級閉鎖期間は最長でも 4 日程度が妥当であることなどが分かった。また学級閉鎖は感染拡大防止に効果的であるが、流行を遅延させる可能性がある。学級閉鎖等の基準を一旦決定すると、それが一人歩きする傾向があるため、既に感染者の割合が一定数を占めるような場合であっても柔軟な対応が取りにくく、実態に即した現実的な対応や基準の設定等が必要である。学級閉鎖の実施により、当該学級における日々の

感染状況の把握が十分できない恐れがある。欠席理由毎の欠席者を把握する必要があるため、集計システム等を活用する必要がある。

2. 新型インフルエンザ流行に対する学級閉鎖の影響

長崎県医師会 小野靖彦

学級閉鎖が新型インフルエンザ流行に影響を与えたかを検討した。

諫早医師会のインフルエンザ流行調査で把握した小学校の A 型インフルエンザ患者数を平成 20 年度と平成 21 年度について比較検討した。平成 20 年度は、小学生の約 13% が A 型インフルエンザに罹患し、流行は 1 峰性であった。平成 21 年度は 12 月末までに小学生の約 39% が A 型インフルエンザに罹患し、流行は 3 峰性であった。平成 21 年度は患者数が平成 20 年度の 3 倍であった。しかし、1 日の患者発生数が平成 20 年度の最高値を超えたのは 6 日しかなかった。平成 21 年度の A 型インフルエンザの流行は、なだらかに長期間患者発生がみられた。学級閉鎖は新型インフルエンザ対策として有効であったと考えられる。

3. 渋谷区における平成 21 年度新型インフルエンザの流行分析

東京都医師会 川上一恵

渋谷区立の保育園、幼稚園、小学校、中学校における新型インフルエンザの流行状況について、感染症登校許可証明書をもとに分析した。さらに

中幡小学校の記録をもとに、流行の始まりから終息までの期間、学級・学校閉鎖の効果について検討した。

流行は夏休み明けから始まり、いずれの施設でも 1、2 か月の間に終息する傾向がみられた。ワクチンの接種開始以前に流行のピークを過ぎていたため、ワクチンの効果は確認できなかった。

中幡小学校では 1 例日の発生後、有効な対策を講じる前に、罹患者が 50 名を超す大流行となった。患者の発生は学年単位で 3 回のピークを描いていた。いずれも学級・学年閉鎖を十分な期間とることにより、その後の新たな患者発生を抑制していた。学校全体での流行期間は 2 か月間、罹患者が全体の 30～40% に達するまで続いた。

園児、学童、生徒への集団予防接種は平成 22 年 1 月に行われた。このことは、次の新しい感染症の発生時期に短期間に効率良く接種をすすめるための方法を考える上で有意義であった。

新型インフルエンザは、重症合併症を起こす年齢の中央値が 7 歳と比較的高く、流行の拡大を阻止することと重症者を出さないことを目的として抗インフルエンザ治療薬を使用中はたとえ解熱していても登校を自粛するよう各家庭に協力を依頼した。その結果罹患児童の平均欠席期間は 7.2 日と季節性インフルエンザ罹患時より長くなっていた。

今回のインフルエンザは弱毒型で、抗インフルエンザ薬が有効であったため、流行規模が拡大しても大きな健康被害を残さなかったが、次に発生が危惧される強毒性の鳥インフルエンザや未知の感染症の発生時に備え、今回の経験をもとに学校における流行初期の対応について再検討する必要があると考えられる。

4. 政令指定都市におけるⅢ期麻しん・風しん(MR)混合ワクチン集団接種について

京都府医師会 奥村正治

平成 20 年 4 月より、麻しん・風しん(MR)混合ワクチンⅢ期Ⅳ期の接種が始まり、1 年目の平成 20 年度は低調であったため、2 年目の平成 21 年度より京都市は個別接種と平行して、多大な学校医の協力を得て、京都市立中学校を会場に、学校医・教師・行政担当者のトライアングルでⅢ

期の集団接種を行った。

京都市立中学校在籍者 10,559 名、すでに罹患した者 85 名で、集団接種までに個別接種を受けた者 1,318 名、集団接種を受けた者 7,924 名で、接種率 88.2% であった。

集団接種、個別接種も無事終了し、Ⅲ期 1 年目(平成 20 年度) 86.1% から 2 年目(平成 21 年度) 97.5% と 11.4% の接種率の向上を認めた。このことは、医師の絶大なる協力なしでは成し得なかったし、医師以外の協力者も大勢必要である。2 月の未接種への接種勧奨は接種期間終了間近であり、葉書ではあるが最大の効果を発揮できた。

大勢のスタッフは必要であるが、接種率の向上には学校における集団接種は有用であった。

5. 前橋市における生活習慣病対策の検討 35 年間の歩み

群馬県医師会 北條みどり

肥満・運動不足によるメタボリックシンドロームが増加したために、2008 年度から 40 歳以上に特定健診・特定保健指導が義務付けられた。しかし、メタボリックシンドロームの予防には小児期からの対策が必要なことは周知のことである。前橋市では高度成長期の社会構造の変化による肥満児の増加を問題にして、昭和 49 年度に学校保健会の特別事業として肥満児対策を取り上げた。肥満度 20% 以上の学童・生徒は 3% 台であった。しかし、対策にもかかわらず、3～4 倍も増加した。平成 15 年ころより減少傾向に転じ現在は約 10% にまで改善している。今回 35 年間の肥満児の頻度の推移により、小児の生活習慣は成長発達の過程で保護者・保育者によって形成されることがわかる。したがって成人の生活習慣に対する意識が小児に反映される。

肥満児出現率のピークは小学校高学年であるので、小学校低学年のうちに健康的な生活習慣を指導することが重要である。

小中学生の肥満児対策には、両親・保護者も交え、生涯にわたり、年齢や立場に応じた生活習慣の意識を高めることが重要である。

6. 多摩市における小児生活習慣病予防健診 23 年目の考察—都内、全国データとの比較と事後相談会の評価—

東京都医師会 関原 正

東京都多摩市では昭和 62 年から、子どもの生活習慣病のうち、肥満、痩せすぎ、高血圧、高脂血症、動脈硬化等の恐れのある児童・生徒を早期に発見し、健全な学校生活を送るために、小児生活習慣病予防健診を小学校 5 年生・中学校 1 年生の希望者に対して、公費により全国に先駆けて実施し、本年で 24 年目となる。

第 21 回大会、第 26 回大会、第 36 回大会、第 37 回大会において、多摩市医師会学校医部会として、その健診結果を発表した。

この 23 年間に、小学校 5 年生 31,058 人、中学校 1 年生 29,013 人、中学校 2・3 年生の次年度再検査者 3,006 人が受診しており、平成 17 年度から健診システムを改定して 5 年を経過した。

多摩市における本健診は東京都内他区市と比較して高い受診率を示した。

事後相談会は、指導区分改善に一定の成果を示した。

瘦身傾向は、東京都区内他区市、全国平均と比較しても高率であった。

今後、さらに事後相談会の成果を上げるために、参加しやすい環境づくりが必要である。

多摩市における、瘦身傾向の増加の原因の検討と適切な対応が必要である。

7. 小学 4 年生の高血圧の有無別にみた中学生、高校生の循環器疾患危険因子の追跡研究

和歌山県医師会 大谷和正

和歌山県日高地方において 2003 年に高校 1・2 年生、2004 年に高校 1 年生を対象として生活習慣病予防健診を実施した。受診者のうち、881 名は、小学 4 年時及び中学 1 年時にも生活習慣病予防健診を受診し、血液検査、血圧のデータがそろっていた。このデータを用いて小学 4 年時に収縮期血圧 135mmHg 以上又は拡張期血圧 80mmHg 以上に該当した者を高血圧群、いずれも該当しない者を非高血圧群として小学 4 年時、中学 1 年時、高校 1・2 年時に循環器疾患の危険因子がどのように変化したかを縦断的に解析し、

小学 4 年時の高血圧者が非高血圧者に比べその後の循環器疾患の危険因子がどのように変化するかを明らかにした。

小学校における血圧高値がその後長期にわたり持続することを示しており、その要因の解明とその後の血圧上昇防止対策が必要であることを示している。

血圧高値が維持されることは肥満が関与している可能性が高いと考えられる。

コレステロールに関してはすべての群で有意差は認められず、小児期における高血圧との関連は極めて弱いものと考えられる。

血糖高値は肥満と関連がみられることから小 4 で有意差が認められたものと考えられるが、血圧高値の持続には血糖の寄与は大きくないものと考えられる。

8. 長野県飯田下伊那地区で実施された学童健診の脂質関連データ解析結果

長野県医師会 原 政博

飯田下伊那地区では、「飯田下伊那地区包括医療協議会学校保健対策委員会」が主導し、平成 18 年度からは学童健診（小学校 6 年生時点で実施）の採血項目に、貧血検査だけではなく脂質検査も取り入れている。その目的は、近年増加傾向にある小児肥満症だけではなく、小児メタボリック症候群や原発性高脂血症、さらには成人期生活習慣病の予防に対する学校保健上の具体的対応策を構築することであり、飯田医師会学校医委員会と郡下小中学校に所属する養護教諭、保健師、栄養士が連携して検査結果の解析と利用法を検討してきている。

今回われわれは、平成 19 年度 (n = 1,000 人)、平成 20 年度 (n = 966 人) 並びに平成 21 年度 (n = 994 人) の学童健診データ (BMI、総コレステロール、LDL-コレステロール、HDL-コレステロール、中性脂肪) の解析を行ったところ、BMI と各脂質検査項目との相関は LDL-コレステロールとの相関が最も弱く、また脂質検査項目相互の相関は HDL-コレステロールと中性脂肪の相関が最も強いなど、興味ある結果を得た。

小児肥満の増加傾向と低年齢化は、今の世代の多くの小児に、将来の生活習慣病発症の危険性が

差し迫っていることを示唆している。小児期の短期間であっても、適切な介入を行って適正な体重を達成・維持するのを助ければ、将来の健康被害から彼らを護る可能性は高い。学校保健上の具体的方策の構築に、役立つ学童健診の姿を今後も検討していきたい。

9. 板橋区医師会「早起き早寝朝ごはん + 小児生活習慣病予防」啓発事業

東京都医師会 平山貴度

近年、子どもたちを取りまく環境は激変し、それに伴って子どもたち自身にも異変が起きている。具体的には、体力の低下や、学校での「支援」が必要な子どもの増加、肥満傾向児の増加が挙げられる。これらは、さまざまなメディア（テレビ、パソコン、ゲームなど）の増加、運動習慣の減少、夜型生活へのシフトなど、生活習慣の変化に起因すると考えられる。

保護者に「早起き早寝朝ごはん」という生活習慣の重要性を、講演やメディア（スライド資料）提示により理解してもらうことと、それをより確実に浸透させるため、講演前後にアンケートを行い、生活習慣改善の有無を調査した。

生活習慣改善の鍵は、保護者にいかに行動変容を起こさせるかという点である。今回のアンケートをもとにした結果、講演による児童の生活習慣の改善を目標とした取り組みは、改善群が全群の中で 30% 以上を占める項目もあり、児童並びに保護者にある程度の行動変容をもたらしたといえる。また、その行動変容を長期にわたって持続させるために、定期的に啓発の機会を設けることが必要である。

いずれにしても、学校医の活動が期待されるところであるので、学校医の研鑽や教育委員会等の行政の協力も不可欠となる。

10. 自尊感情を育てて生活習慣病を予防する

千葉県医師会 篠宮正樹

24 時間夜中まで高カロリーの食品が安価に入手でき、交通手段が発達して身体を使わずに移動できることなどが、子どもたちの生活習慣病発生の素地となっている。さらに携帯電話やテレビゲームの普及などで、人とのコミュニケーションの機会が減少し、自尊感情が低下していることが

報告されている。千葉県での小学 5 年生へのアンケートで早寝・早起き・朝ご飯が守られているほど、学校が楽しいなどと思える、自分に良いところがあると思えるという結果であった。「あなた達は素晴らしい身体を持って生まれてきた」という内容の児童・生徒への講話で、自尊感情が増加していると思われる結果を得ている。また、地域ぐるみの生活指導で、児童の肥満度が低下し始めている地域がある。

[報告：常任理事 濱本 史明]

第 3 分科会『からだ・こころ (3)』実態調査・こころ・性教育

1. 小児救急電話相談の現状と問題点

石川県医師会 武藤一彦

休日夜間小児救急センターは、全国的に混雑し、時期によっては数時間待ちも稀ではないが、軽症患者が 9 割との報告もある。その背景には、少子化による初めての子育てへの戸惑い、核家族の進行による情報不足、就労時間延長などによる生活時間の夜間へのシフトなどが考えられる。14 年 9 月、不要な緊急受診を防ぐ目的で、広島県にてモデル事業として小児救急電話相談が開始された。21 年 12 月現在、沖縄を除く全国で行われているが、10 県では深夜も対応している。石川県は、16 年 9 月より医師のみによる相談が開始されたが、高齢化による対応医師の不足、民間への相談委託、「意識障害」と判定される相談数の増加などが表面化した。

2. 東京都医師会における 5 歳児健診の取り組み

— 5 歳児健診事業 東京方式について —

東京都医師会 秋山千枝子

近年、小 1 プロブレムなどに代表されるように、対人関係や社会性などの特徴から発達障害の疑われる子どもたちが増え、学校現場では対応に苦慮しているという。就学前の 5 歳児に健診を実施することによって、保護者や関係者が生活習慣を含めて子どもの現在の姿を認識し、就学の準備を始める契機にすることができると考えられる。私たち医師は 5 歳児健診の実施を通して、子どもたちが学校生活を円滑に送れるようにしたいと考えている。当委員会では、平成 19 年度より今年

度まで、① 5 歳児健診モデル事業の実施、② モデル事業の答申作成、③ 5 歳児健診に関する研修会の実施、④ 5 歳児健診事業東京方式の作成、⑤ 東京都医師会ブロック別 5 歳児健診事業東京方式研修会の実施、という流れで取り組んできた。

3. 群馬県における学校保健委員会に関するアンケート調査

群馬県医師会 今泉友一

群馬県の小学校、中学校、高校、中等教育学校、特別支援学校の学校医 910 人を対象として、学校保健委員会に関するアンケート調査を行い、その結果を分析した。

群馬県ではすべての学校で学校保健委員会が設置されているが、開催回数は年 2 回が 48.0% で半数近くを占めていた。ほとんど出席しているが 55.2%、ほとんど欠席しているが 16.8% であった。欠席理由は診療時間が重なるが 51.5% で最も多かった。出席できない場合は、質問にファックスなどで回答可能は 76.5% であった。テーマは食育や生活習慣病、感染症、睡眠、心の健康等であった。学校保健委員会の充実には、学校と学校医との緊密な連携が必要である。

4. 発達障害といじめ

埼玉県医師会 平岩幹男

高機能自閉症や ADHD などの発達障害は、学校においても学業面だけではなく生活面でもさまざまな困難を抱えやすい。不登校の場合にも、その背景にはしばしばいじめが存在する。実際の相談の場面でもいじめによる不登校から背後の発達障害の診断がつくことはまれではない。今回は 15 歳以上の発達障害と診断した 45 名を対象として小中学校時代のいじめの経験について聞き取り調査を行い、うち 33 名 (73.3%) にいじめられた経験があった。いじめの開始時期としては小学校 3～4 年生が多く、もっとも激しいいじめを受けた時期は中学生であった。

5. 近年の小中学生の心身不調について：その原因と対応

大阪府医師会 田中英高

近年の小中学生の中で、体調不良を訴え保健室

に来室したり、あるいは遅刻や欠席をくり返す子どもが少なくない。これまでの児童・生徒を対象とした調査によると、症状の中では、身体のだるさ、朝が起きれない、立ちくらみやふらつき、頭痛、腹痛、夜寝つけないなどの頻度が高く、20～30% にのぼると報告されている。一方、行動面でも問題をもつ児童・生徒が増加傾向にあり、学校での対応に苦慮することが少なくない。

これらの子どもの背景には、現代社会の複雑化や価値観の多様性など大きな変化が影響していることが推定されるが、学校医としてできることは、個々の子どもについて心身の不調の原因を明らかにして、適切な対応を学校関係者と連携を取りながら実施していくことになる。

6. 「学校におけるメンタルヘルスのかさ上げ活動」に対する教師の意識調査

三重県医師会 長尾圭造

背景：県医師会では学校メンタルヘルスの向上のため、学校側の要請に応じ医師を派遣し、児童生徒の学校生活での精神的満足度を上げる活動を行っている。

目的：この活動に対して、現場の教師がどのような思いで取り組んでいるかの意識調査を行った。

方法：小学校・中学校の教師 47 名に対して、実施の意味 (7 項目)、実際の進め方 (14)、医師との会議 (9)、実施の有効性 (15)、その困難と限界 (6)、その他 (3) に関して、質問紙によるアンケート調査 (選択項目 54、自由記述 11 項目) を行った。

結果：現在のわが国の子どもたちには、この活動が必須と考えられていた。医師との会議は、1 クラス 30 分程度では短いと思われていた。実施の有効性は高い結果が得られた。

7. 大学生のうつ病認知スケール結果を学校精神保健にどう活かすか

徳島県医師会 一宮恒夫

こころの問題に起因すると思われる大学生の休学、退学が増加している。うつ病認知スケール (町沢) による調査結果、否定的自己認知、対人過敏、強迫的思考、うつ傾向を示す学生が高率にみられた。自己評価を高める支援が必要と考え、そのた

めには、学生自身が自分を知り、自分を受け入れることが大切である。「自己評価ノート」をもとに教員による個人面接を行った。これは学生自身だけでなく、面接教員がこれまで以上に学生の個性や現在の悩みを知ることに役立ち、自己評価の向上につながるができると思われた。このようなポピュレーションアプローチによる自己評価向上のための心理支援は知識教育に対するもう一つの柱として、小学校から継続的に取り組む体制をとらなければ、思春期、青年、成人と続くこころの問題を減少させることはできない。

8. 秋田県医師会性教育プロジェクト委員会における小児科医による中学生・高校生への性教育

秋田県医師会 高橋義博

10 代の妊娠、人工妊娠中絶、性感染症の増加に対し秋田県教育委員会は、平成 11 年度から高校生への性教育講座を開始したが、県医師会は中学生以下に対する性教育の取り組みを検討する性教育プロジェクト委員会を立ち上げ、県教委と性教育における連携を図った。今回は、平成 16 年度開始の中学生への性教育講座で小児科医の果たしている役割を発表する。この取り組みの成果として、10 代男子の性交経験率低下、10 代人工妊娠中絶実施率低下、性感染症減少が認められ、学校への調査では、生徒・教師ともに講座への良い評価が目立ち、生徒には性交への抑制意識の増加、教師は、日頃指導しにくさを感じる、また、専門的指導の難しい部分の医師による指導の利点を回答していた。

9. 高校生の性意識・性行動と携帯電話

群馬県医師会 伊藤理彦

群馬県では、平成 5 年から県教育委員会の主導により県下全高等学校で毎年、高校生を対象とした「エイズ予防講演会」が実施されている。内容は性にかかわる健康教育であり、講師は各高校の校医、産婦人科医、泌尿器科医、精神科医など多岐にわたる。一方、講師の参考資料として、平成 12 年から 4 年毎に高校生の性行動実態調査も行ってきた。16 年度調査では性行動と家庭環境の関連が明確にされたが、20 年度においては初回性交経験時期と携帯電話の所持年齢、メール頻

度、ブログ・プロフィールの公開状況などに相関関係や性差が認められた。携帯電話をめぐるっては、思春期の性行動という観点からも危険性についての十分な指導が求められている。

10. 学校保健活動の更なる充実を目指して－愛知県医師会の取組－第 1 報

愛知県医師会 稲坂 博

愛知県医師会学校保健部会は、行政部門的な「学校保健幹事会」をトップに、学校保健に関する学術・研究を受けもつ「学校保健健診委員会」、学校健診実務者の健診機関が参加する「学校保健健診協議会」の 3 部門よりなる。平成 20 年 4 月の県医師会役員交代を機に幹事会の構成を、理事 2 名・学校保健会代表・小児科・内科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・整形外科・婦人科・精神科の 8 医会より各 1 名と、政令・中核・特例の各市医師会学校保健担当者、理事推薦学校保健経験者 3 名、県教育委員会健康学習課、学校保健有識者、小児保健専門医の、計 23 名に変更し、県医師会として学校保健領域での対応範囲を拡大した。平成 21 年 11 月から『倫理委員会』を健診委員会内に設け、県医師会理事、学校保健有識者、小児保健専門医、県教育委員会、健診委員会委員らが委員となり、愛知県内で学校保健に絡んでなされる研究について「倫理検討」を求められた場合に対処できるようにした。また、改正「学校安全法」も考慮し、学校保健部会全構成員で学校保健情報の共有化を行うようにした。愛知県医師会は、理事らが養護教諭との会合や学校保健学会・小児保健協会への研究発表を含めた参加を積極的に行い、学校保健活動を中心に行っている医師団と前述の 8 医会及び医師会単独で健診センターを運営している医師会がすべての学校保健領域の課題を協議できる場を提起し、医学、医療の眼で学校現場を常に見直せるよう、医師会活動を行っている。

シンポジウム「学校におけるアレルギー疾患の現状と取り組み」

群馬大学名誉教授・希望の家附属北関東アレルギー研究所所長の森川昭廣先生と、群馬県小児科医会会長の戸田 優を先生を座長としてシンポジ

ウムが行われた。

基調講演

「学校生活管理指導表に基づくアレルギー疾患の取り組み」

群馬大学大学院医学系研究科

小児科学分野教授 荒川浩一

財団法人日本学校保健会は、アレルギー疾患をもつ子どもがより一層「安全・安心」な学校生活を送ることができるように「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を平成 20 年 3 月に刊行した。既にこのガイドラインは、文部科学省の指示により、全国の公立小学校・中学校・高校に向け配布されている。アレルギー疾患においては、疾患をコントロールするうえで長期管理を要し、学校の理解や協力も必要となる。しかし、これまで子どものアレルギー疾患を学校で理解・協力してもらうのに適当な連絡手段がなく、保護者の訴えのみに限られていた。今後は、このガイドラインや管理指導表を大いに活用することにより、教職員・保護者・主治医の三者間で子どもたちのアレルギー疾患に関する詳しい情報を把握・共有ができ、その結果、子どもたちが安全安心な学校生活を送れ、QOL 向上につながることを期待される。ガイドラインが刊行されてから 2 年がたつが、その普及に向けての問題点を取り上げ、群馬県での改善点や取り組みについて述べる。

日本全国の小・中学校、高校までの児童生徒の有病率調査では、喘息 5.7%、アトピー性皮膚炎 5.5%、アレルギー性鼻炎 9.2%、食物アレルギー 2.6% であり、中でも重症になりやすいアナフィラキシーを呈する児童は 0.14% と報告されている。アレルギー疾患をもつ児童生徒の中には学校生活において種々の制約を要し、時には生命にかかわるようなイベントが起こることもあるため、教職員は正しい知識をもち細心の注意で教育指導に当たることが必要である。一方で、学校管理上の問題点としては、アレルギー児に対する学校生活上統一した管理基準がないことであり、主治医や保護者、教職員間で疾患に対する意識や対応に隔たりが生じることもあった。このような状況を鑑みて、文部科学省におけるアレルギー疾患に関

する調査研究委員会では、取り組みを勧めるうえでの要綱を作成すること、また、個々の児童への取り組みを医学的根拠に基づいた方法で実施し、教職員に対してはアレルギー疾患に対して知識を深め、身につけるような仕組みを作ることを提言した。

財団法人日本学校保健会は、その提言を受けて「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を平成 20 年 3 月に刊行した。その中では、すべての児童生徒が安心して学校生活を送ることのできる環境づくりを目指して、「学校生活管理指導表」に基づく取り組みが提唱された。また、疾患の各論では気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎について詳細かつ具体的に記述された。これらの疾患に対する取り組みに際しては、疾患の特徴をよく知り、個々の児童生徒の症状をよく把握し、特に重症度や実際の治療状況や内容を理解し、日頃から緊急時の対応への準備を学校中で行うように指導している。「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」が刊行されてから 2 年が経過し、「学校生活管理指導表」を用いて運用する自治体も徐々に増えてきている。ただ、このような取り組みが全国隅々にまで普及し活用されるまでには行政、医師会、教育委員会などのより一層の努力が必要と思われる。

ガイドライン普及に対する群馬県での取り組みについて紹介する。管理指導表は、就学時の健康診断の際に市区町村教育委員会から、年度替わりには学校側から配布され、「アレルギーがあり、学校生活での特別な配慮が必要な児童生徒等」に対して主治医が管理指導表に記入し、保護者が学校に提出する。管理指導表の値段については、一律では決めることができないため、おおよその金額をアナウンスして各医師が決めることにしている。

エピペンは、法的な面、対象者の判断、実際の手技など学校側にとってはまだまだ受け入れにはハードルが高いようである。ガイドラインに記載されているように、アナフィラキシーショックを起こし、エピペンを自ら注射できない状況にある児童生徒等に代わり、その場に居合わせた教職員がエピペンを注射することは、医行為を反復継

続する意図がないものと認められ、医師法違反にはならない。それと同時に、人命救助の観点からやむをえず行った行為であるために刑法や民法等の規定により、その責任は問われないものと考えられる。群馬県では、教職員向けにエピペンの講習会を開き、食物アレルギーやアナフィラキシーに関する啓発活動を行っている。一方で、救急救命士が実施できるという情報を提供して、症状として余裕があれば救急救命士が到着するまで厳重に観察するように説明している。このような取り組みによりガイドラインが普及し、子どもたちが安全安心な学校生活を送れるように整備していくことが望まれる。

シンポジウム

「学校における気管支喘息児の問題点とその対応」

重田こども・アレルギークリニック院長 重田 誠

小児気管支喘息の患者数は近年増加傾向にあるが、喘息治療薬の進歩や小児気管支喘息治療・管理ガイドラインの整備・普及などにより、治療成績は向上し、患児の QOL は以前に比して改善してきている。しかし一方で長期予後調査の結果からは、小児気管支喘息は以前考えられていたほど予後は良好ではなく、成人期にまで持ち越してしまう症例も少なくないことが分かってきている。

学校における喘息児の生活管理に関しても、治療の進歩により、以前のように発作のために長期欠席や運動制限などを必要とするような症例はほとんどなくなってきている。しかし体育などでの運動誘発喘息(exercise - induced asthma 以下 EIA) や林間・臨海学校などの学校行事における喘息発作の問題などは、依然として学校において大きな問題である。

今回、高崎市内の養護教諭、喘息の子どもを受け持っている担任教師、喘息の子どもを抱える保護者にアンケートを行った。その結果から、それぞれの立場の問題点をまとめる。

養護教諭では、主治医との連携が不十分で喘息児の状態の正確な把握ができず、発作時の対応など個人情報保護の問題で主治医と連絡を取りづらいなどの悩みを持っていることが分かった。担任教師では、EIA についての認知度が低く、係りや委員会活動での配慮が不十分であり、喘息発作

時の対応や知識も不十分であった。保護者では、喘息発作時の学校の対応について不安を持っていて、学校職員に対して喘息の理解を求めていることが分かった。

総合的には、養護教諭や担任教師が把握している喘息児の状態と本人の状態には解離があり、児の発作の状況や運動誘発喘息の状態を過小評価している傾向があった。そのことが保護者の不安感の要因になっていることが示唆される。また医療機関との連携に関して、学校現場での要求や不安に医療機関側が答えられていないことも問題であった。学校における喘息児への対応としては、第一に主治医との連携を緊密にして、個々の喘息児の状態の正確な把握と学校生活への対応を明確にしておくことが重要である。

また、EIA の頻度は学校関係者が考えている以上に高く、喘息児や保護者の心配の原因になっている。学校職員は EIA について学習し、EIA の対処法を理解することが重要である。また EIA のために喘息児が劣等感を抱いたり、クラスの中で孤立したりすることを防ぐサポートも必要である。

林間学校、臨海学校、運動会、持久走などの学校行事は、喘息のコントロールが良好で、EIA 対策などを行えば、特に制限することなく参加が可能である。ただし、宿泊を伴う行事などでは、発作時の処置や薬物療法等について、主治医と事前に連絡をとり、対策をしっかりとっておく必要がある。

学校での発作時の対応では、一般教諭への喘息発作時の対処法を理解してもらうことが重要である。また事前に主治医と連絡をとり、どの時点で医療機関を受診するかなどを明確にしておく必要がある。学校での発作時の処置に関しては、法的な問題も含めて、今後よりわかり易い管理マニュアルなども整備する必要がある。

喘息児の健全な学校生活のためには、医師と学校との連携は不可欠であり、学校生活管理指導表などを一つの足がかりとして連携を深めていくことが重要である。しかし学校生活管理指導表を有効に活用するためには、学校長や学校職員全体の疾患に対する理解が必要である。医師側も学校の先生が対応に困っていることを理解し、担任、養護教諭が気軽に主治医や学校医と相談できる体制

の確立が必要と思われる。

群馬県では、より活用しやすいかたちでの学校生活管理指導表を作成している。これを利用して児の状態の把握を、養護教諭、担任教諭、その他の教諭が共有できる体制が望ましい。高崎市では学校保健委員会活動が盛んであり、そのなかで喘息について学習し、全校児童に説明する取り組みなども行われている。

「アトピー性皮膚炎は増えているか？ 視て、触れた 30 年間の学校健診から」

倉繁皮膚科医院院長 倉繁田鶴子

最近わが国では本症の治癒率が思春期から成人にかけて著しく低下し、その結果 20 歳前後の罹患率が確実に上昇してきている。緊急の課題となる小児期からの対策に学校保健はどうかかわることができるか。実際に視て、触れた 30 年に及ぶ皮膚科学校健診から得られた結果と、今後の課題—アトピー性皮膚炎の遷延化を防ぐ—を示し、問題提起をしたい。

1981 年、前橋市学校保健会の中に、全国初の“皮膚疾患対策部会”が設置された。皮膚疾患の多様性、年齢とともに変化する病態、内科疾患による皮膚表現などを把握するため、皮膚科医による健診の必要性が徐々に高まっていた。他科の疾患と同様に小児期特有の個人差が著しい変化に早期の対応が重要であった。1981 年～1985 年までの試行期間、協力を得られたパイロット校小・中・高をまわり、全学年健診や春夏秋冬四期別健診を 6 名の市内皮膚科開業医全員で行った。1988 年に全国初の皮膚科校医制を確立、市立全中学校 18 校、1 市立高校、1 養護学校計 20 校に校医が配置された。1999 年以降は上記校医活動に加え、小学校 15 校をパイロット校として毎年入学時健診を行い、統計を作成している。

健診の実際は以下の通りである。事前に予診票の準備し、養護教員を介して児童の家庭で記載する。当日は、1 年生全員の健診と 1 年生健診でアトピー性皮膚炎と診断された 2・3 年生の追跡健診を行う。支度は、男子は短パンのみ、女子は短パンに制服のブラウスを袖を通さずはおる。裸足の状態で、頭・顔・軀幹・四肢・手掌・足趾を視診触診するようにしている。

アトピー性皮膚炎の推移について、小学校入学時のアトピー性皮膚炎の比率は、昭和 57 年の 3.2%と比較して、平成 8 年以降は 7%から 10%に及んでおり、一定して高い数値が続く。57 年度の数値は初の健診時で診断基準の不明確さも指摘できるが、その後は同じ皮膚科医がほぼ安定した基準で臨んでいる。したがって客観的にみてもアトピー性皮膚炎は増加していると判断したい。中学校 1 年生では、アトピー性皮膚炎は小学生より減少している。しかし注目すべき点は、25 年の間徐々に罹患率が上がっていることである。小学生に較べ一段と変化が明らかであり、最近の成人型、特に重症アトピー性皮膚炎増加との関連が想定される。

小児期アトピー性皮膚炎から成人アトピー性皮膚炎への移行を防ぐ最大の目標は順調に軽快状態を迎えることである。長い視点から治療のステージを一期“幼児期”二期“小児期”に加え三期として“中学期”に重点をおく必要性を強く感じる。過剰な部活動による疲労、発汗、定期試験や受験、友達関係がもたらすストレス、加えて多忙で通院が疎になるなど治療に大きな困難が生じてくる。小・中・高までいじめも深刻化しており、アトピー性皮膚炎を原因とした自殺も現実に報告されている。本人、親も焦りから民間療法等に関心が向き、増悪を繰り返しそのまま高校、成人アトピー性皮膚炎に傾れ込むと予想される。必要な時期に、適切な治療を粘り強く続けるという当たり前のことが大切であると改めて認識したい。成人型アトピー性皮膚炎への移行を防ぐため“中学期”アトピー性皮膚炎にどのように対処するか、皮膚科学校保健にとって今後非常に重要な課題と考えている。

29 年に及ぶ前橋市の皮膚科学校健診の始まりから今日までのあゆみをまとめた。個人と向き合う日常診療から視点を変えて集団の向こうにみえてくる「疾患の分布」と「疾患の方向性」を把握する仕事であった。「疾患の方向性」で注目したいのはアトピー性皮膚炎の推移である。健診を始めた時点で私たちはアトピー性皮膚炎が増加しているとの見方にむしろ否定的であった。しかし現在“アトピー性皮膚炎”は増える傾向にあると考えている。

全く手探りで始めた学校健診への臨床皮膚科医の参入を、教育委員会が慣れない病名に苦労しながら受け入れてくれた点において、私たちは幸運であった。“継続”によりみえてきた集団健診の重要性と、今後の課題“アトピー性皮膚炎の遷延化”にいかに対処できるかを念頭に努力を続けたい。

「学校生活における食物アレルギー・アナフィラキシー 群馬県における現状と対応」

伊勢崎市民病院副医療部長

兼小児科主任診療部長 前田昇三

学校生活のなかで食物アレルギーの発症を予防し、万一症状出現時には即座に対処できるように、児童生徒個々の食物アレルギーの原因や症状について学校側が状況を十分把握しておく必要がある。そのために、アレルギー疾患学校生活管理指導表（学校生活管理指導表）は重要な役割を担っている。

今回、伊勢崎市の幼稚園小中学校の養護教諭を対象に、生活管理指導表の提出状況、食物アレルギーの出現状況、原因食物、お弁当持参の児童生徒数などを調査した。伊勢崎市は人口 21 万の都市で、合計の児童生徒数はおよそ 2 万名である。その中で、学校に保護者が食物アレルギーの関与を申告している児童生徒は 709 名（約 3.5%）であった。

原因食物は、鶏卵が 40.0%、牛乳 16.1%、小麦 3.1%、甲殻類 10.0%、そば 17.2%、ナッツ類 5.9%、果物 12.1%、山芋 3.8%、魚卵 2.8%、魚介類 6.8%、大豆 2.8%、その他 3.2%で、鶏卵、そば、牛乳が多い傾向にあった。これらを幼稚園、小学校、中学校に分けて検討すると、鶏卵は幼稚園が 56%、小学校が 42.7%、中学校が 31%と年齢とともに減少し、耐性を獲得したものと考えられた。しかし、牛乳、そばはほとんど変動なく、果物、魚介類は年齢とともに増加していくことが判明した。

学校生活の中での食物アレルギー症状の出現に関しては、全 47 校中 17 名の養護教諭が体験していた。症状は主に蕁麻疹などの皮膚症状で、ショック症状はみられなかった。症状の出現は、給食や運動に絡むものが多かった。学校での症状出現に関与したと考えられる食物は、果物、甲殻

類、鶏卵が多く挙げられていたが、不明が最も多かった。給食が食べられずお弁当を持参している児童生徒数は 16 名であった。しかし、本年度よりスタートした学校生活管理指導表の提出状況については、伊勢崎市全体で 10 名のみで、まだまだ利用されていない実態が判明した。

次に、群馬県内の小児科医 80 名に対し、学校生活の中での食物アレルギー発症の経験、原因食物、誘因、お弁当持参指示やエピペンの処方の有無などについて調査した。アンケートの回収率は 50 名（63%）であった。学校生活で食物アレルギーによる症状出現を 26 名（52%）が経験していた。症状は、発疹・蕁麻疹などの皮膚症状が 88%、咳嗽・喘鳴が 65%で、ショック症状は 19%であった。誘因としては、給食と運動との絡みが多い結果であった。原因食物については、小麦が最も多く、エビなどの甲殻類、牛乳、ナッツ類が多かった。養護教諭のアンケート結果と比較し、医療機関を受診するケースは、喘息やショック症状などの重篤な症状が多いことが分かった。また、7 名の医師が 20 名前後の児童生徒にお弁当持参を指示していた。エピペンの処方に関しては、上記 7 名の医師のうち、6 名が処方していて、その処方患者数は合計 15 名であった。この 6 名の医師はアレルギー専門医で、重症者を診察しているものと考えられた。ただ、今回のアンケート結果では、エピペンを実際に使用した経験はないとのことであった。学校生活管理指導表を書いたことのある小児科医が 50 名中 16 名（32%）であり、その疾患の種類は主に喘息か食物アレルギーであった。

以上のように、今回のアンケート調査結果からは、学校生活の中で食物が原因でアレルギー症状を呈する児童生徒は少なくないことが判明した。学校生活で問題となる原因食物は、小麦、魚介類、ナッツ類、果物類、乳製品で、原因食物を摂取後に部活や体育などの運動が引き金となり、発症する運動誘発性食物依存性アナフィラキシーが重要となる。

今回の医師へのアンケートで、アナフィラキシーショックを呈した症例が 5 名いたが、エピペンは使用されていなかった。今年度スタートの時点でエピペンを処方されている児童生徒は、県

内で少なくとも 15 名はいる。その子どもたちを含め、今後も学校生活の中でアナフィラキシーショックのような重篤な症状を呈する可能性は十分考えられる。群馬県では現在エピペンの実際の使用法について、養護教諭や教師に講習会を開いているところであり、今後講習会の中で、エピペン使用に対するコンセンサスが得られるように努力していく予定である。

群馬県内では独自の方式の学校生活管理指導表を作成し、今年度から使用を開始した。前述の養護教諭が把握している児童生徒の食物アレルギー内容は、保護者からの申告であるが、まだ保護者が学校から学校生活管理指導表をもらう段階に至っていない。学校生活管理指導表は医師からの指示であり、学校側はこの書類を保護者に渡し、提出を促す必要があると考える。そして、正確な診断と対応法を把握することばかりでなく、医師の診断に基づかない過度な食物制限を減らすことも一つの目的と考えている。そのためにも、学校生活管理指導表が大いに利用されることが期待される。

「学校におけるアレルギー疾患への対応」

群馬県教育委員会スポーツ健康課主任指導主事
高橋慶子

群馬県における学校での適切なアレルギー疾患への対応の取り組みは、平成 20 年度から始まった。群馬県医師会、群馬大学大学院と連携し、本県としての対応について検討し、学校において適切にアレルギー疾患へ対応するよう指導を行っているところである。学校におけるアレルギー疾患対応検討会議を立ち上げ、アレルギー疾患をもつ児童生徒が安心して学校生活を送ることができるよう、学校での対応等について検討している。

教育委員会としての学校におけるアレルギー疾患への対応の取り組みとしては、日本学校保健会からアレルギー疾患用学校生活管理指導表の様式が提示されたことを受け、学校での活用を図るための協議を行い、群馬県版として様式を定めた。また、医師が記入の際参考となる手引を併せて作成した。

県教育委員会スポーツ健康課が主催する研修や会議の他、校長会や養護教諭会、保健主事会等

の機会を活用し、アレルギー疾患用学校生活管理指導表（群馬県版）の活用等について説明した。また、アドレナリン自己注射薬を教職員が正しく理解するための資料（CD-ROM）を学校や市町村教育委員会等に配付した。

さらに、平成 22 年度 9 月に県内公立学校を対象に児童生徒のアレルギー疾患の実態とアレルギー疾患用学校生活管理指導表（群馬県版）の活用状況を把握するため調査を行った。その結果は、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、アナフィラキシーについてのアレルギー疾患を有する児童生徒の割合は 23.2%であった。アレルギー疾患用学校生活管理指導表（群馬県版）活用状況は、平成 21 年度 106 件であったが、平成 22 年度は 334 件であった。なお平成 22 年度からの活用は 228 件である。

学校や医療機関から、アレルギー疾患用学校生活管理指導表の活用について意見を聴取し、アレルギー疾患対応検討会議において、様式の見直しや医師用手引も含めて改訂を検討する予定である。

シンポジウム終了後、『幕府の運命、日本の運命—小栗上野介の日本改造—』（曹洞宗東善寺住職 村上泰賢氏）と題して講演があり、その後、次期引き受けの静岡県医師会より、平成 23 年 10 月 29 日（土）に静岡市で開催するとの挨拶があった。

[報告：理事 茶川 治樹]

都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会

と き 平成 22 年 7 月 28 日 (水)

ところ 日本医師会館

[報告:理事 河村 康明]

開会挨拶

原中日医会長 産業保健担当理事協議会は、問題が産出しているところである。地域産業保健センターが 4 月の事業仕分けにより、いろいろな変更をしいられているところであるが、特に 37 都道府県の医師会においては、地域産業保健センターを引き受けていただき、残りの 10 の府県では、推進センターが引き受けていただくこととなった。

日本医師会は、地域の中小事業所の労働者を守ろうと一所懸命支えていることを知らないままに、事業仕分けの中で事業の縮小と予算の削減、あるいは統合ということが行われるということに対して、大変憤りを感じたところである。早速、さまざまなアンケート調査を行い、厚労相・労働衛生局長・政府の政務 3 役を含めて抗議をし、是非、国民のために、中小企業で働いておられる方々のために、きちんとした政策をとってほしいという強い要望書を出したところである。国民の健康を守るという観点から努力しなければならぬし、今後ともよろしくご指導をお願い致します。

議事

地域産業保健センター事業並びに産業保健推進センター事業に関するアンケート調査結果報告

日医常任理事 今村 聡

このアンケート調査には、並々ならぬ現場の声が入っているということで、厚生労働省の厚労相・副大臣・政務官・基準局長・連合に、要望及び説明に伺った。この概略は下記の通り。

①地域産業保健センター事業の実施

実施する (79%)、実施しない (21%)

②労働局との契約

委託費用 十分 (16%)、不十分 (62%)、どちらともいえない (22%)

具体的には、運営事務費が足りず医師会の持ち出しとなっている。(人件費・謝金・交通費などが低い)

予算執行の柔軟性 ある (11%)、ない (43%)、どちらともいえない (46%)

謝金は給与所得扱いなのか、雑所得扱いなのか、また、交通費は公共交通機関を用いているが、交通機関のない所もあり、厚生労働省が国税局と交渉して、統一見解を出してほしい。

③統括コーディネーターの確保

容易 (33%)、困難 (38%)、わからない (28%)、未回答 (3%)

④地産保事業の郡市医師会の協力状況

協力的 (99%)、非協力的 (1%)

⑤労働局との連携 (労働局は)

協力的 (76%)、非協力的 (5%)、どちらともいえない (19%)

⑥地産保事業を推進センターが受託した箇所、推進センターとの連絡

とっている (90%)、とっていない (10%)

受託しなかった理由は準備期間不足、協力が得られない、事務負担が大きくなる、がある。

⑦平成 23 年度地産保事業について

財政支出を 3 割削減する案が出ているが、削減された時の事業応募の可能性

大きい (1%)、小さい (26%)、なし (26%)、わからない (46%)

⑧行政刷新会議で推進センターの 1/3 への集約化と予算 3 割削減について

反対（76%）、やむを得ない（13%）、どちらともいえない（11%）

⑨集約化で推進センターがなくなった場合、地産保事業への影響は

大きい（66%）、小さい（11%）、わからない（100%）

⑩集約化により推進センターがなくなると、産業医研修事業への影響は

大きい（85%）、小さい（11%）、わからない（4%）

⑪集約化により推進センターがなくなると、会員の産業医への影響は

大きい（72%）、小さい（13%）、わからない（15%）

⑫集約化により推進センターがなくなると、メンタルヘルス対策支援センター事業への影響は

大きい（70%）、小さい（4%）、わからない（21%）

⑬産業医共同選任助成金が廃止された場合、産業医への影響は

大きい（40%）、小さい（28%）、わからない（32%）

厚生労働者への要望として、地産保センター・推進センターの役割をふまえたうえで、国としての労働行政を示してほしい。早急に制度改革を進めすぎる。労働者の健康管理は、国の根幹であり、事業の経費削減、効率化などでの集約化は憤慨窮まりない。理念には賛同するが、今回を機会に制度の抜本的改善に努めてほしいなど、都道府県医師会の生の声が含まれている。

講演

地域産業保健センター及び産業保健推進センターについて

厚生労働省労働基準局安全衛生部
労働衛生課長 鈴木 幸雄

地域産業保健センター（地産保）について

平成元年モデル事業を開始。

平成 5 年、47 か所で地域産業保健センター事業開始。以後、労働基準監督署単位で 347 か所で事業展開。今年度より、郡市医師会単位を都道

府県医師会単位での契約に移行している。

産業保健推進センターについては、平成 5 年に労働者健康福祉機構によって 6 か所で開始。平成 15 年には 47 か所に整備完了した。平成 19 年に公募形式に変更（随意契約）。50 人以上の労働者規模での事業所を対象とするとともに、地産保の支援を行っている。

22 年度の変更契約に至った経緯

平成 19 年度予算の会計検査院の指摘で、不適正経理が発見された。謝金・交通費の支払で全国的にみると、伝達の不徹底等があり、一定の裁量権をもたしたことが裁量権の拡大につながったことがある。労働局と検査院の見解の相違があったとしても、不適正経理と指摘される部分が存在した。長妻大臣から不適正経理の再発防止に努めるようにとの指示があり、347 か所もあることが、そのような事態を引き起こす一因となったのか。また、予算の運営も、もう少し柔軟にするために、都道府県単位で考えることとなった。昨年末に至って従来通りの案を出すと大臣に理解を得られず、4 月から地産保事業が成立しなくなるので、その時の判断で企画競争入札形式を導入し実施するとした。

厚生労働者内事業仕分け 8 原則

自らの改革実施、恒常的事業、独立行政法人・公益法人も議論、最終決定は政務 3 役で行うが、速断はしない等がある。

内閣府行政刷新会議の事業仕分けの考え方（平成 22 年 3 月 11 日）

①独立行政法人・公益法人の徹底見直し。……産業保健推進センター

②対象にならなかった類似事業の横断的見直し。……地域産業保健センター

③制度・規制の見直し。

行政刷新会議

事前に省内仕分けでそれぞれ次のことが浮かびあがってきた。

産業保健推進センター

1. 専門的相談を 1 日当たり 2 件程度で固定窓口で行うのはいかがか？

2. 産業保健情報の収集や広報・啓発はどこで行うものか？

地域産業保健センター

1. 健康相談窓口の有用性

2. 産業保健情報の提供は推進センター事業と重複していないか？

それらをふまえて、行政刷新会議の改革案は、産業保健推進センター

①業務の重点化・効率化として、窓口の廃止、小規模事業場産業保健活動支援促進事業の廃止。

② 47 センターを 1/3 に集約化。

③財政支出の削減。(平成 25 年度までに 10 億円、61 人の削減)

④医師の研修は職業病などに特化。

地域産業保健事業は、過重労働とメンタル不調に特化して対応し、医師による指導を高める。

結果として、①産業保健推進センター業務 1/3 以上削減、②小規模事業場産業保健活動支援促進事業廃止、③自発的健康診断受診支援事業廃止となった。

今後は、よろず相談的なものから重点化していく必要があるとした。

重要事項として

メンタルヘルス対策の強化

労働局・労働基準監督署が具体的な個別指導に入り、メンタルヘルス対策支援センターを支援し、相互に連携をとって、車の両輪となって活動する。メンタルヘルス対策支援センターは 47 都道府県に設置され、地域におけるメンタルヘルス対策を推進する中核的役割を担う。また、厚労省内に自殺・うつ病対策プロジェクトチームを設けて、自殺対策の総とりまとめ役の内閣府を支援する。

職場におけるメンタルヘルス対策として、長時間労働における企業文化の醸成に努めるとした。また、一次予防としてのストレスからの睡眠障害や食欲不振などを職場で発見することは、比較的容易であることから、面接につなげる予算増強に努めたい。

過重労働対策の推進

平成 21 年の労働者の定期健康診断有所見率は 52.3% に上昇している。また、脳心疾患の労災補償状況も平成 14 年以來 300 件を超えることが多いので、労働局・監督署が自主点検表などで、個別に対応することになる。そして、地産保に関しても、メンタルヘルスや過重労働などに重点化をはかるため、よろず相談的な部位は整理することになるが、活動が停滞しないように努める。

質疑

埼玉県 資料提出にて要望があり、地域産業保健センター受託事業において、不適正経理の指摘を受けたが、謝金・交通費等は労働局と会計検査院の見解の相違があり、統一見解を示してほしい。県医師会は、地産保事業に 100 万予算を組んで積極的に支援している。騒音性難聴を例にとると、大企業から下請けの劣悪な環境にある工場に発生しており、地産保事業はますます重要となるとの報告があった。

厚労省 不適正経理とは考えていないが、統計としてまとめられると、対応せざるを得ない部分もあり、ルールの明確化をしていきたい。全国会議等でも、各県医師会持ち出しで行っている部分は承知しているので、継続性が必要なものは事業者負担も含めて考慮したい。また、騒音性難聴については、独立行政法人労働安全衛生総合研究所の対応の中で検討したい。

京都府 地産保事業は、モデル事業から始まり、医師会の献身的な努力で丸投げを行われているが、1/3 に縮小されると困難となり、政権に重要性を訴えてほしい。また、労働局にメンタルヘルスの専門家がいらないのは問題である。

厚労省 無駄な部分に対しては対応するが、1/3 に集約することは意見のわかれるところであろう。労働者の健康に関する労働安全衛生法は、本来、事業者責任で行われるもので、その中で地産保などの活用が考えられる。労働局・監督署などは、直轄事業であるが、今までの労災などへの対応から、メンタルヘルス・過重労働に軸足を移し

つつある。

推進センターの 1/3 集約化について

労災課（労働福祉健康機構を管理）推進センターと地産保は対象が異なることは説明したが、ギリギリの選択肢として、1/3 集約を案として提出した。

今村日医常任理事 日医としては容認しているわけではなく、要望を提出している。

秋田県 秋田県は、地産保も推進センターに頼っているが、万が一、地産保事業を受ける団体がなくなってしまうと、厚労省はどう考えるのか。全く考えていないか、ないとなると国の直轄事業として、労働局が手配するのかと考える。

厚労省 平成 25 年までに計画的に推進センターを 1/3 にする場合、廃止される県に対しては、連絡事務所や出張研修などの検討も行っている。

山形県 過疎地域は人材もなく、逆に推進センターをもってきてはどうか。

メンタルヘルスや過重労働は費用対効果が表れないのではないのか。

厚労省 事業者の認識を高めることによって、費用対効果を高めたい。アウトカムで表現するのは難しいかもしれない。

岡山県 復職に関しては、2～3 か月の時間を要するが、いかがか。

厚労省 メンタルヘルス対策支援センターを中心に支援するのが望ましい。

兵庫県 傷害保険はどのようになるか。

厚労省 想定外で、後ほど返答。

和歌山県 連合との対応は（キーパーソンか）。

日医常任理事 意見交換をした。

東京都 委託再契約に関して。

厚労省 郡市区医師会と書類上の契約はしないように。（あくまで都道府県医師会単位か）

日医 いずれ、きちんとした回答をいただく。

滋賀県 労働者の健康問題のビジョンはいかがか。

厚労省 福岡では自主点検表を出して、拒まれれば監督署が入るようにして、個別の一つひとつ解決していこうと努力している。

東京都 地産保の運営はこのままでは都道府県医師会の持ち出しになる。消費税もかなり大となるので、持ち出しにならないよう考慮してほしい。

厚労省 ニーズは予め読めないので、傾斜配分にして工夫しているが難しい。

日医 厚労省に認識していただいて、今後の検討にしたい。

原中会長からの諮問は、地産保事業・推進センターをもう一度、産業保健委員会で洗いなおしてほしいとのことであり、ブロック毎に意見を集約して委員会で議論したい。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

日本産婦人科学会・医療改革委員会の海野信也委員長（北里大病院副院長）は、「手術前に行う HIV 検査の保険適用を、内科系学会社会保険連合（内保連）を通して厚生労働省保険局に働きかけていく」とメディアファックスの取材に答えています。入院時・手術前の検査では、B 型肝炎、C 型肝炎、梅毒などは保険適用となっているが、HIV は認められていません。その理由としては、患者への偏見、差別、個人情報保護などが挙げられますが、いずれも患者サイドに立った配慮であります。昨年の秋に、複数の病院が院内感染防止対策を理由に、手術前に HIV 検査を行い、その費用を患者に請求していた事例が発覚し、患者への返還命令を受けているようです。山口県の医療機関で、患者負担を求めているという情報は、今のところ聞いておりません。ほとんどの医療機関では、入院時・手術前の HIV 検査施行に当たっては、その趣旨を患者に十分説明し、同意を得て、その費用を病院負担にして施行しているのが現状だと思います。混合診療は認められていませんので、検査費用を患者に請求しますと、その日のすべての保険診療が、自由診療となり、その費用はすべて患者負担となりますので気をつけてほしいものです。手術前の HIV 検査については、日本病院会の社会保険診療報酬委員会のほうでも検討が進められているようです。ぜひ次回の改定（24 年度）では保険適用となることを望んでおります。HIV 検査は、院内感染防止対策が目的であります。病院職員の感染防止だけでなく、病院をより安心して安全な環境を整えるという意味合いもあるわけであり。社会的にも、HIV の実態の把握ということで、十分その意義はあるのではないかと考えております。

先日の理事会（1 月 6 日）で平成 22 年度医療保険対策プロジェクトチームよりの報告及び提言が提出されました。協議事項としては、集団的個別指導の強行開催への対応、個別指導の選定委員会について、個別指導の類型区分の問題点、入院中の患者の他医療機関受診、平成 22 年度診療報酬改定の評価、平成 24 年度診療報酬・介護報酬同時改定にむけた課題と対策、個別指導におけるビタミン剤の経済上措置、社保・国保審査委員会の対応（ルーチン検査取扱い）についての計 8 項目におけ

る報告、提言でありました。皆様方には、できあがったものを何かの形で、お知らせできると思います。

昨年の 12 月 17 日に下関市医師会との懇談会がありました。中央情勢、保険指導の問題点・課題、診療報酬の改定と評価、子宮頸がん等のワクチン接種、国体について等多岐にわたる問題点について話し合ってきました。有意義な懇談会であったと思っています。今回をもちまして郡市医師会（今年度役員交代）との懇談は終わりとなります。12 月 18 日に日生涯教育協力講座セミナー「感染症の予防と治療」、産業医研修会・産業医部会総会が開催されています。受講者はそれぞれ 70 名、98 名でありましたが、当方（主催者）の日程調整が悪く、ほぼ同一時間帯、同一会館での開催となりまして、皆様方には、大変ご迷惑をおかけしました。申し訳なくしております。今後はこういうことがないように、皆様方が参加しやすいような日程を組んでまいります。12 月 24 日に平成 22 年度山口県母子保健対策協議会が開催されました。その中で、平成 21 年度新生児聴覚検査実施状況についての報告があり、一般検査件数 7,796 件（カバー率 68.7%）で委託医療機関でないところでも実施されているので、実際は 70%以上と考えられ、本県では公費負担がないにもかかわらず、高いカバー率は産婦人科医療機関の積極的な取り組みによるものであるとのことでありました。精密検査は 37 名（0.48%）で、難聴の疑い 11 名（0.14%）ではほぼ全国平均との報告でありました。1 月 6 日に地域医療再生計画についての打ち合わせ会がありました。これについては、先般より皆様方にご連絡、説明しているところですが、後に交付条件の一つである、基金を交付する施設整備・設備整備事業については、原則として基金交付額と同額以上の事業者等負担を上乗せした事業規模とすることという条件が撤廃となりました。また、都道府県が再生計画を提出する最終期限を 3 月 16 日から 2 か月間延長することが明らかになりました。この提出期限の延長に伴い、交付手続きのほか、6 月中旬をめどに予定していた交付決定などもずれ込むことになるようです。1 月 13 日に、平成 22 年度第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会がありました。これは、前述の地域医療再生計画が主な議題であり

ました。1月16日に、**県民公開講座花粉症対策セミナー～これでバッチリ花粉症対策 2011～**が総合保健会館で開催されました。また会場外で花粉症対策用品の展示も行いました。今年は花粉量が多いとの情報もあり、タイムリーな公開講座であったと思っています。詳しくは会報3月号をご覧ください。同日に、**育児支援WGと保育サポーターバンク運営委員会**が開催されました。主な議題は3月13日開催予定の第2回サポーター研修会の打ち合わせ及び確認と、来年度の計画でありました。評判のいい事業でありますので、ますますの事業の拡充、展開を希望しております。

エンザが流行し始めました。学級閉鎖、学年閉鎖が県内各地で見受けられています。特に「新型」と呼ばれる種類の方が増加しています。ある報告会で「『新型』はいつまで『新型』なのか」という質問をしてみたところ、「2年程度ではないでしょうか」という回答をいただきました。そのことをわが家で話してみたところ、「『新婚さんいらっしゃい』は3年まで出れるらしいよ」と妻に言われました（一応ホームページで確認したところ、何年以内という規定は載っていませんでしたが）。では、もう1年『新型』か、とも思いつつ、『新型』で定着しつつあるものに、新たな名前（病名ではなく、一般的に呼ばれる名前）になるのだろうか、と思っています。

さて、今年も冬休みが終わり、一気にインフル

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm>

問合せ：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 8 件 求職情報 0 件

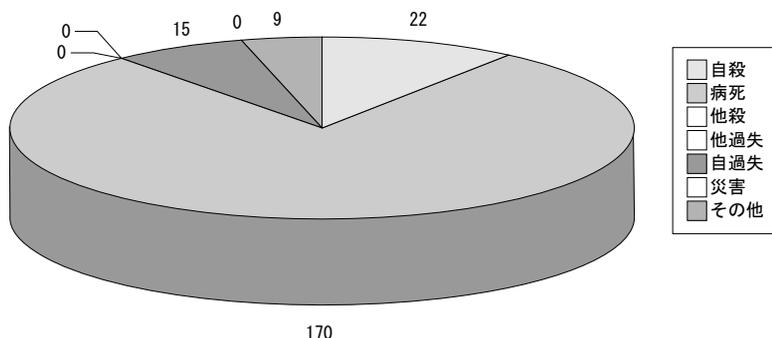
※詳細につきましては、[山口県医師会のホームページ](#)をご覧ください。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-10	22	170	0	0	15	0	9	216

死体検案数と死亡種別（平成22年12月分）



理事会**第 17 回**

12 月 16 日 午後 5 時～6 時 30 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 定款等検討委員会について**

(1) 平成 23 年度山口県医師会費の賦課方法、(2) 山口県医師国保組合保険料の改定の 2 議案について検討願うこととする。また、新公益法人への対応について審議を行う予定。

2 JATEC 山口コースの開催について

2011 年 12 月に山口県内において JATEC コースが開催されるにあたり、開催委員会より後援並びに寄付依頼があり、協議の結果、規程どおり承認することを決定した。

3 第 115 回日本医学放射線学会中国・四国地方会の助成金申請について

学会等助成規程により助成額を決定した。

4 腰部脊柱管狭窄診断サポートプロジェクト参加のお願いについて

日本脊椎椎髄病学会理事である山口大学大学院田口整形外科科学教授より、整形外科医のみならず、プライマリケアを行っている医療機関に対し、広く参加を呼びかけ、実態把握につなげたい旨申し出があり、協議。県医師会長名で協力依頼を发出することについて了承。

5 山口県看護協会と山口県医師会との懇談会開催について

平成 23 年 1 月 27 日（木）、懇談会を開催し諸協議を行うこととなった。また、次回理事会までに協議事項を提出することを確認した。

6 盲導犬同伴の診療について

盲導犬同伴患者の診療体制について、身体障害

者補助犬法等を踏まえた上で協議を行った。

7 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について

医師会への事前連絡のない当該調査（厚生労働省委託事業）のあり方について協議を行い、情報の伝達方法について日医へ改善要求することとした。

8 子宮頸がん等のワクチン接種の実施について

全市町から県内広域化及び国の単価による実施について要望があり協議した。時間的制約など考慮し、自己負担なしの全額公費負担、早期実施に向けた今後の方向性について郡市医師会に協力依頼することを承認した。

報告事項**1 山口県医師会産業医研修会「下関市」(11 月 28 日)**

中国四国合同産業衛生学会の中で研修会を開催した。(河村)

2 郡市医師会広報担当事業協議会 (12 月 2 日)

日本医師会の広報活動について、平成 18 年から放映されている TV-CM を視聴、フォトコンテスト・医療体験記コンクール・白クマ通信等について説明した。続いて当会並びに郡市医師会の広報活動について報告・協議を行った。(田中義)

3 特定共同指導 (12 月 2 日～3 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。(萬)

4 日医女性医師等相談窓口事業推進連絡協議会 (12 月 3 日)

福岡県医師会をはじめ 9 県医師会から事例発表があり、質疑応答が行われた。(田村)

5 女性医師支援センター事業中国四国ブロック会議 (12 月 4 日)

日本医師会女性医師支援センター事業について報告の後、各県からの提出議題、日医への要望・提言について協議を行った。(田村)

6 日医家族計画・母体保護法指導者講習会(12 月 4 日)

母体保護法指導者を対象にした講習会が開か

れ、原中日医会長の特別講演「医療の明日のために、今、できること」、次いで「母体保護法の理念とその運用」と題したシンポジウムが行われた。(藤野)

7 学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会 (12月5日)

学校医研修会では、「学校健診における運動器疾患のチェックポイント」について、整形外科の瀬戸信夫、山縣茂樹両先生による講演があった。引き続き、部会総会が開催され、平成 21 年度事業報告及び 22 年度事業計画の説明があり承認された。予防接種を実施されるすべての先生を対象にした予防接種医研修会では山口赤十字病院の門屋亮先生の講演があった。学校心臓検診精密検査医療機関研修会は、「重複精査回避システムの効用ー心臓検診 5 年間の歩みー」について砂川博史先生の講演があった。出席者 65 名。(濱本・茶川)

8 山口大学臨床研修セミナー「松下村医塾 2010 Part2」・やまぐち臨床研修コンソーシアム実務者会議 (12月5日)

臨床研修担当医師を対象としたコンソーシアム実例講演、午後からは研修医、学生を対象とした“フィードバック型”ケースカンファレンス 2 題を行い、鈴木卒後臨床研修センター長の総括で終了した。指導医等・研修医・学生を合わせ、72 名が参加した。また、やまぐち臨床研修コンソーシアム実務者会議を開き、基本理念(案)・位置づけ・事務局設置等について協議を行った。(城甲)

9 第 3 回山口刑務所視察委員会 (12月6日)

第 2 回委員会における意見・要望について所長から回答があった。また、面接室において、被収容者との面接を行った。(萬)

10 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (12月8日)

地方職員共済組合協議会との契約の改定についてほか 5 件の報告が行われた。(木下)

11 損保ジャパンとの懇談会 (12月6日)

近況情勢、医賠償保険等について意見交換した。(杉山)

12 第 2 回山口支部健康づくり推進協議会 (12月9日)

協会けんぽの平成 22 年度の事業状況及び 23 年度の事業計画について協議した。(山縣)

13 勤務医部会企画委員会 (12月11日)

第 3 回の企画委員会を開催、23 年 2 月開催のシンポジウムのテーマ、シンポジストについて協議した。また、1 月 23 日(日)、宇部市で開催する市民公開講座について検討を行った。(城甲)

14 第 13 回山口救急初療研究会 (12月11日)

医師・救急隊部門の一般演題 5 題、看護師部門の一般演題 2 題に続き、東北大学の久志本成樹教授による特別講演「防ぎえる外傷死の回避と致死的外傷の救命のために」があった。(弘山)

15 山口県介護保険研究大会 (12月12日)

職種間連携による地域での支えあいシステムの構築をめざしてをテーマに山口県総合保健会館多目的ホール等において開催。基調講演「住み慣れた地域で利用者に寄り添った医療、介護を」(講師：国民健康保険 名田庄診療所 中村伸一所長)及び研究発表等を実施。参加者 527 名。(河村)

互助会理事会

第 11 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会**第 18 回**

1 月 6 日 午後 5 時～7 時 23 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・藤野各監事

協議事項**1 平成 23 年度事業計画・予算編成日程について**

次年度事業計画における検討課題、予算編成日程等を協議。

2 平成 23 年度予算編成の基本方針について

地域医療再生基金事業、対外広報、IT 化、女性医師・勤務医対策、病・診連携強化や地域医療連携体制の構築、公益法人制度改正をはじめとする課題に取り組み、継続及び完了事業との関連を検討しスクラップ&ビルドを行う。前年度の事業規模を目途とすることとなった。

3 学校心臓検診・生活習慣病予防に関する要望書（案）について

1 月 30 日（日）開催の第 43 回若心協総会（山口県医師会引受）において採択する、第 43 回若年者心疾患対策協議会総会長及び若心協会長連名による要望書（案）について協議、了承した。

4 平成 22 年度医療保険対策プロジェクトチーム報告及び提言について

「集団的個別指導の強行開催への対応について」等の 8 項目の対応策について報告及び提言が行われ了承された。

5 山口地区リウマチ教育研修会の後援について

（財）日本リウマチ財団がリウマチ診療に携わる医師を対象に、全国 6 地区で開催するリウマチ教育研修会における後援名義使用許可について申請があり、協議の結果承認した。3 月 13 日（日）に山口市小郡において開催される。

6 健康づくり講座「こころの健康づくり」(仮)開催について

山口県健康づくりセンターと朝日広告社が開催する、県民の健康づくりに関する講座に主催者団体として参画の要請があり、協議の結果、了承。3 月 27 日（日）県総合保健会館多目的ホールにおいて開催。県立こころの医療センター兼行院長の基調講演、三遊亭歌之介師匠の落語寄席「人生、笑顔で生きよう！」等が予定されている。

7 山口県ジェネリック医薬品セミナーの開催について

山口県及び山口県後発医薬品使用促進連絡会議の主催で開催される標記セミナーについて、協議の結果、会員へ開催の周知を行うこととなった。

8 ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担額の軽減効果等の通知に関する情報提供について

全国健康保険協会山口支部から送付される標記通知について協議を行い、ジェネリック医薬品の効能が必ずしも先発医薬品と同一ではないこと等に留意した内容の通知をするよう要請することとした。

9 日医医療政策シンポジウムについて

「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」をテーマに、日本医師会において開催される（2 月 2 日（水）開催）シンポジウムの参加者について協議。

10 地域医療再生臨時特例交付金申請のための計画策定に係る意見照会について

平成 22 年度国補正予算に係る地域医療再生臨時特例交付金の交付申請を行うため、県では「地域医療再生計画」を策定提出する。計画策定に当たっては、広く地域の医療機関、医師会等の関係団体等の意見を聴取するため、各保健所単位で説明会を開催する。本会は、1 月 13 日（木）郡市担当理事協議会を開催。

報告事項**1 日医医療事故防止研修会（12 月 12 日）**

「医療事故削減戦略システムの概要」（講師：農林中央金庫 北原光夫 健康管理室長）等、5 つの講演及び「総合討論～医療事故削減戦略システムの

セカンドステージに向けて～」が行われた。(西村)

2 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会 (12月16日)

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告、都道府県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告、医療事故の紛争処理とADR等の協議が行われた。(西村)

3 献血推進及び薬物乱用防止ポスター・作文表彰式・発表会 (12月16日)

中学生・高校生の優秀作品について、献血推進協議会会長の表彰状を手交した。(木下)

4 山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議 (12月16日)

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準では、救急搬送の現況や実施基準(案)について報告があった。ドクターヘリの運航について協議した。(弘山)

5 下関市医師会との懇談会 (12月17日)

最近の中央情勢、保険指導の問題・課題、診療報酬の改定と問題点、子宮頸がん等のワクチン接種等について話題提供をし、協議した。また、会員からの意見要望について協議を行った。(杉山)

6 日医生涯教育協力講座セミナー「感染症の予防と治療」(12月18日)

呼吸器感染症の予防と治療をテーマに、特別講演2題「結核とその他の抗酸菌症」、「今季のインフルエンザ対策と市中肺炎の治療と予防」が行われた。参加者は70名であった。(小田)

7 産業医研修会・産業医部会総会 (12月18日)

特別講演1「働く女性の現状と法令からみた母性健康管理」について山口労働局米倉雇用均等室長より、特別講演2「勤務医の過重労働対策および医療機関における労働安全衛生活動」について産業医科大学梶木先生による特別講演を行った。平成22年度産業医部会総会を開催。受講者98名。(河村)

8 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会 宿泊・衛生専門委員会:医事衛生部会(12月20日)

第8回医事衛生部会が開かれ、千葉国体の視察結果、医療救護要項、ドーピング防止対策、各種衛生対策の取組状況について報告・説明があった。つぎに総合開・閉会式 救護本部・救護所設置計画等について審議を行った。(事務局長)

9 山口大学医学部岡病院長・武藤副病院長の就任を祝う会 (12月20日)

就任を祝し、意見交換した。(木下)

10 第1回山口県医療費適正化推進協議会 (12月21日)

山口県医療費適正化計画、中間評価、中間評価骨子(案)について協議した。(弘山)

11 第74回山口県医療審議会医療法人部会 (12月21日)

医療法人設立登記等完了状況について報告があり、次いで医療法人の設立・解散認可について審議した。(木下)

12 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (12月22日)

医科は0件であった。(小田)

13 新年互礼会関係団体打合せ (12月24日)

1月8日(土)開催する新年互礼会の進行・業務分担等について確認を行った。(事務局参事)

14 山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査 専門委員会 (12月24日)

平成21年度新生児聴覚検査実施状況等の報告があった。新生児聴覚検査に係る支援体制等の今後の体制について協議した。(濱本・藤野)

15 産業医研修会・自賠償保険研修会(12月25日)

特別講演「職場の健康管理」(山口労災病院副院長:矢賀健先生)及び講演「自賠償保険のしくみ」(損害保険料率算出機構山口自賠償損害調査事務所:角田豊所長)が開催された。参加者44名。(萬)

16 第 4 回山口県麻しん対策会議 (1 月 6 日)

麻しんの発生状況、予防接種状況について報告があった。第 3 期、第 4 期の麻しんの予防接種の促進・啓発や予防接種率の情報提供などについて協議した。(濱本・茶川)

17 会員の入退会異動

入会 2 件、退会 4 件、異動 10 件〔1 月 1 日現在会員数:1 号 1,319 名、2 号 944 名、3 号 430 名、合計 2,693 名〕

18 県内郡市医師会間の異動手続きについて

日医担当常任理事から、異動手続きに用いる新様式導入の是非に係る調査結果の報告があり、「導入できる」県が僅少であったため、今回は見送るという結論になった旨の通知があり、報告した。(杉山)

19 会員神田博先生の航空事故死に伴う対応について

事故の概要、県医師会の対応等について経過を報告した。(杉山)

20 会報記事掲載予定表

1 月の広報委員会開催日が理事会開催後(8 日)であるため、2 月号・3 月号・4 月号記事掲載予定を示し、執筆者等について確認した。(田中義)

互助会理事会 第 12 回**1 傷病見舞金支給申請について**

1 件について協議、承認。

理事会**第 19 回**

1 月 20 日 午後 5 時～6 時 45 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中(義)・萬・田中(豊)各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 郡市医師会長会議について**

2 月 10 日開催予定の第 3 回郡市医師会長会議の議題及び担当について協議した。

2 平成 23 年度新規事業について

新規事業案を提出し、検討した。

3 「おいでませ！山口国体」及び「おいでませ！山口大会」への協力について

国体実行委員会から、救護所から傷病者の症状により医療機関に搬送する場合、搬送先の医療機関で「処置記録兼診療依頼書」に診療内容を記入し、実行委員会に FAX 送付する取扱いについて協力依頼(無料)があり、協議の上、了承した。

4 平成 23 年度山口県医師会費の賦課方法について

1 月 27 日開催予定の定款等検討委員会諮問事項について協議した。

報告事項**1 地域医療再生計画について打合せ(1 月 6 日)・郡市医師会地域医療担当理事協議会(1 月 13 日)**

平成 22 年度国補正予算に係る地域医療再生臨時特例交付金について、県担当室より説明後、質疑応答があった。また、2 月に開催する緩和ケア医師研修会の案内をした。(弘山)

2 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 63 回苦情解決部会(1 月 7 日)

苦情相談の受付の現況及び苦情解決審議事案の報告があった。福祉サービス苦情解決第三者委員研修会が 2 月 21 日(月)に開催される。(萬)

3 広報委員会 (1月8日)

会報主要記事掲載予定、転載記事の掲載、日本医師会が開催する医療政策シンポジウムの出席委員、山口県からのお知らせ掲載依頼、tys「スパ特」のテーマ及び取材先について協議を行った。次いで、23年度の広報関係の事業について協議した。

(田中義)

4 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(1月12日)

理事長の選任等についてほか6件の報告が行われた。(木下)

5 山口県学校薬剤師会会員受賞祝賀会

(1月12日)

祝意を表した。(木下)

6 第43回山口県学校保健研究大会(1月13日)

県学校保健連合会会長として、受賞者に表彰状を授与した。(木下)

7 日医勤務医委員会 (1月14日)

11月に開催された都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会を終えての検討課題や、来年度以降の協議会のあり方について協議のあと、小林委員からのプレゼンテーション「カンファレンス鑑定」について討論した。(田中豊)

8 山口県立病院機構評価委員会 (1月14日)

地方独立行政法人山口県立病院機構の中期計画(案)及び業務方法書(案)について協議した。(小田)

9 山口県臨床検査技師会新年賀詞交歓会(1月15日)

新年の挨拶を行った。(木下)

10 花粉測定講習会・県民公開講座「これでバッチリ花粉症対策 2011」(1月16日)

花粉測定機関(26機関のうち出席18機関)を対象に、西川委員の「山口県花粉情報 2011」の講演、その後花粉測定の実技講習を開いた。続いて会場を移し、県民公開講座を開始した。沖中委員長の「山口県の花粉情報システムと平成23年のスギ花粉飛散予測」についての講演、NPO

花粉情報協会副理事長 村山貢司先生の「花粉はどんな時に多いか?—気象から見た花粉飛散」と題した講演、花粉症クイズ、最後にシンポジウム形式の質疑応答を行い、幕を閉じた。参加者数は約120名であった。(田中義)

11 育児支援WG・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会 (1月16日)

今年度の保育サポーターを対象とした研修会の最終確認、来年度の事業計画について協議した。特に、HPの掲載内容、サポーター情報の提供の必要性について協議した。(田村)

12 第2回都道府県医師会長協議会 (1月18日)

各県から提出された12件の質問・要望について担当役員から回答、日医からの1件について報告と説明があった。(木下)

13 都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会 (1月19日)

新公益法人制度改革について、函館市医師会及び富山市医師会から取り組み状況等について報告があった。また、医師会共同利用施設を巡る諸問題について協議した。(山縣)

医師国保理事会 第11回

1 保険料の改定(案)について

1月27日開催の定款等検討委員会に諮問する保険料の改定(案)について協議、承認。

女性医師
リレーエッセイ

Some Day My Prince Will Come

下関市医師会 小笠原 万里枝

開業して 18 年、忙しい診療の合間に何か楽しみを、と思うもなかなかこれといったものも見つけれない。やっぱりできることは読書と音楽を聴くことくらいかな。音楽もその時々でマイブームがある。今のマイブームは、ディズニーのプリンセス達の歌だ。昨年 4 月、可愛い 3 人の孫のいる娘一家はアメリカ、ノースカロライナに、婿殿の留学ということで引っ越しして行った。5 年間、元気な時も病気の時も傍で大切に育てた一番上の女の子は、私と夫のアイドルだった。しばらくは生活にポツカリ穴が開いたみたいだったが、奮起して 11 月に会いに行った。娘の家を訪ね、そして皆でフロリダのディズニーワールドへ行けたのは喜びの一大事件だった。5 歳の彼女は、変わらず可愛く、賢く、私の英語の発音を直してくれたりして笑った。そして、今彼女はディズニーのプリンセス達にはまっていた。ディズニーワールドでは、白雪姫、シンデレラ、美女と野獣、人魚姫、眠れる森の美女、アラジンと魔法のランプ、などのプリンセス達に会ったり、サインをもらって一緒に写真を撮ったりして楽しんだ。別れの時、楽しかった思い出に、これらのアニメの主題歌や映画の中の歌が入っている CD を買って帰った。アニメとはいえさすがディズニー、とても美しい曲、美しい歌が入っている。私は自分が子供の頃、白雪姫の歌う “Some day my prince will come ……” がとても好きだったのを思い出した。どんな王子様が私を迎えにくるのだろう…

と夢見ていたなー。つい先日、この CD を聴きながら夫の前でつぶやいた。“Some day my prince will come ……” 「この歌、子供の頃好きやったんよね。これ聴きながら、どんな王子様が迎えに来るのかなーと思ってたんよ」と、夫が一言「どんなやったー?」、「うーん、ウフフ…」思っていた王子様とはちょっと違ったけど、まあよかったかな? あんなに可愛い孫達がいるのもあなたのおかげだもの…。ディズニーはいい。“A dream is a wish your heart makes …… If you keep on believing, the dream that you wish will come true(Cinderella より)”この年でも、これからでも、夢がもてるかな。少し子供心に戻っているこの頃だ。

次は、娘と同期の皮膚科医の中村知恵先生にバトンタッチです。中村先生よろしくお願ひします。

大したことはない

年末、部屋の中を掃除していたら、ある研究会に出席した時の袋の中に CLINICIAN (2010 年 5・6 月号) という雑誌が入っていた。捨てる前にページをめくってみると私の目からは下手な（見る人がみれば個性あふれる）字で「変な妥協は死に通じる」という座右の銘があり、そのいきさつが書かれていた。

社会保険小倉記念病院 病院長の延吉正清先生が冠動脈造影、カテーテルを使った治療を先取りし、広げていった情熱の凄まじさに感銘した。昭和 49 年に周囲の大学や医師会の先生および院長、副院長からは極めて危険な検査でやめるようにいわれ、学会発表では闇夜のカラスと酷評されながら、裁判になって牢獄に入ってもよいと決心し、冠動脈造影を推進した。日本で初めて急性心筋梗塞に対する血栓溶解療法を導入し成果を発表した時の学会からの非難もものともせず全国的に普及



させた。1981 年に始めた PTCA も、最初の 3 回は失敗し、心臓外科医からは中止しろと言われてもアメリカに 20 回くらい見学に行き、4 回目からは成功を重ね、2010 年 7 月には PTCA50,000 例に達すると書かれていた。

このような人がいるかと思うと、いかに自分が卑小かと身につまされる。普通はなかなか、そこまで確信をもって強くなれないし、そこまで開き直れない。しかし、ネガティブになるのはやめよう。自分にも、難しい手術をする時には小さな覚悟と不安がある。

延吉先生その人と接したことはないが、延吉先生の覚悟に比べたら（比較するのも失礼とは思いますが）、大したことはないな、と心を軽くすることにしよう。自分も頑固だと人には言われるが大したことはない。気がついてみると部屋の中はほとんど片付いていない。大したことはない。

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

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山福株式会社

TEL 083-922-2551

勤務医の ページ

生涯忘れることのできない一症例

(医) 社団青寿会武久病院

三好 毅

昨年暮に県医師会より原稿の依頼があり、それ以来どうしようか、何を書いたらいいのかと随分悩みました。自分の半生のこと、趣味のこと等、いろいろ考えましたが、何の取柄もなく、ぐうたら且ついかげんに過ごしてきましたので皆様に披露できるものではありません。

それに加えて筆不精で、自分で書き物を出したり、発表したりというのは大の苦手でございますので、読んでいて不愉快な点、理解不能な点はどうかお許しいただければ幸いです。

結局自分が今までに体験した中で一番興味ある症例を書こうと思いましたが(これだったら誰が書いてもあまり差がつかず、ボロが隠せると思ったからです)。

昭和 62 年の頃、小生が岡山の国立病院で研修医をやっている頃のことです。医師になってすぐで希望に溢れ、何でもできる、何でもやってやろうと粋がって鼻息が荒い頃でした。経験もなく無知で怖い物知らずだったんだと思います。

ある日、消化器の病棟で医長に呼び止められ「重症の患者がいるけど、もってこないかね」と言われたのが始まりでした。何で重症患者を研修医に任すんだらうと思いましたが、何も知らずに「喜んでお引き受けします。有難うございます!」と啖呵を切ってしまった。

後で聞いた話ですが、他の研修医は、癌の末期で余命 3 か月という事情を知ってか知らずか敬遠したらしい。でも自分が引き受けた以上は、責任をもって頑張るしかないという健全な心が芽生え、初めて患者と対面することとなりました。

患者さんは 56 歳、男性、既往歴に特記すべきことなし、現病歴として腹部膨満、心窩部に鈍痛を訴え独歩で来院され精査入院となった。外見上黄疸もなく、とても重病人には見えなかった。ところが腹部エコー・CT スキャンにて肝腫大・多発性の肝転移巣を認めた。胃内視鏡検査では胃前庭部大弯側にポルマン 3 型胃癌(高分化型腺癌)を認め、「胃癌の多発性肝転移(H3)」と診断された。その当時だと化学療法が唯一の治療法だと思われて、すぐに医長よりレジーメンが渡され治療が始まる運びになった。医長は大変多忙な人で、あまり愚かな質問をすると機嫌が悪くなり、二度と患者を紹介してくれないような厳しい人と聞いていたので、足手まといにならないように自分で何度もレジーメンを読み返して、特に副作用は何度も読んで必死になって頑張ってみたものの、実感がわかず不安で押しつぶされそうになりました。何しろ小生にとって初めての化学療法になるわけで、藁をも掴む思いで医局にいる Dr に聞きまわっても、皆考え方が少しずつ違うし、誰の言うことを信じていいのか余計に迷ってしまい、まとまりがつかないことに気付いた。ある人は「お前こんな患者に化学療法なんかするより、保存的治療で落ち着いたら少しでも家に帰してやれ! 人間最後の大切な時間を奪う気か!」と非難される始末で、自分がやろうとしていることがはたして良いことなのか悪いことなのか悩まされる日々でした。しかし、この患者は医長と僕が担当の患者なので医長の意見を尊重し、従おうと。誰に何を言われようが、自分で決断したことは後悔せず、最後までやり通すと決心し、周囲の意見は参考程度に留めておこうと考え

方を転換しました。

いよいよ化学療法がスタートしました。すると、皆の大方の予想に反して、開始後 7 か月で胃の病変が消失し、生検にても癌細胞はなくなり、18 か月目には多発性肝転移巣 (H3) も消失 (CT 上) しました。肝腫大もなくなり、肝機能、AFP・CEA・CA19・9 等の腫瘍マーカーもすべて正常化しました。この頃 (入院 19 か月目) 自覚症状もなくなり、退院し、外来通院になった。社会復帰も果たして、現在も再発もなく元気で生活しているとのこと。この症例は自分が調べる限りでは、未だにこれ以上の症例を拝見した覚えはありませんので、極めて稀なものと考えています。それが証拠に、この化学療法が縁である薬品メーカーさんがこの症例を 5,000 部刷って全国に紹介してくださったことからわかるように、奇跡に近い大変稀有なものと思われま。もしご興味があれば、「日本癌治療学会誌」第 30 巻第 1 号 (平成 7 年 1 月 20 日発行) に出ておりますので、ご参照ください。

最後に、この症例を通じて「死生観」についていろいろと考えさせられました。特に狭い医局で若い研修医が集まって冷めた弁当を食べながら深夜まで口角を飛ばし議論したことは良い経験になりましたし、一生忘れられない思い出となりました。

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

Wの
税制メリット

長生きリスク
に備える

- ### 1 税制上の優遇措置

 - **掛金** 掛金は全額社会保険料控除の対象となりますので所得税、住民税が軽減されます。(最高816,000円が控除の対象)
 - **年金** 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。遺族一時金 (A型) は全額が非課税となります。

税理士のご紹介で
加入される方が
ふえております。
- ### 2 掛け捨てにはならず生涯にわたり年金が給付されます。

 - 任意の脱退及び解約返戻金はありますが、転職等で脱退となった場合でも 65歳以降、加入期間に応じた年金が支給されます。
 - 国民年金 (老齢基礎年金) のような原則25年という受給資格期間はありません。
- ### 3 自由な設計ができる公的な年金です。

 - 年金額をいくらにするか加入者が選べ、収入に応じて途中で掛金を増減できます。(掛金上限月額68,000円)

加入の条件

1. 国民年金第1号被保険者 (20歳以上60歳未満) の方
厚生年金・共済年金にご加入の方や国民年金保険料を免除されている方は加入できません。
2. 診療所等で医業に従事している方
お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。(日本医師会員でなくとも加入できます。)

詳しいパンフレットをご用意しております。ぜひ、ご請求ください。

フリーダイヤル ☎ **0120-700650**

受付時間 (平日) 午前 9:30 - 12:00 午後 1:00 - 5:30

<http://www.jmpnfpf.or.jp>

検索はこちら

日本医師従業員

検索

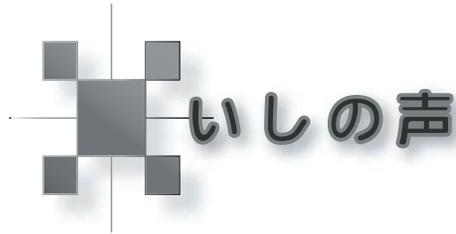
0120-700650

検索

日本医師会年金 (医師年金) に加入している方も、当基金の年金に加入できます。



2010.11



無駄なサービス？

岩国市医師会 小林 優子

最近、歳をとったせいなのか、丁寧にかつ過剰？に包装してあるビンのふたをあけたり、袋を開封するのがやたら面倒に感じられる。手抜き主婦としては冷凍食品やインスタント食品を利用することも多く、そういった食品はご丁寧に、1 個ずつビニールやトレイにきれいに包装されていて、調理の際やたら不燃ゴミがふえ、「きちんと料理すると野菜くずですみ、無駄なく小さくなるんだけど」と思いながら、そのビニール袋をきれいに洗うため（こうしてゴミを出すきまりです）水を使う自分をちょっと反省。洗剤やシャンプーなど詰め替えがきくものでも、詰め替え用とボトル入りの値段が変わらないのだから困ったものである。贈答品などはとてもきれいにラッピングされているが、感性の鈍った私には、もったいないの一言である。以前、テレビで外国のコンサートを放映していたが、その際ソロ演奏者にプレゼントされた花束は茎が丸出しであった。パリでは新しくできた「炭酸水がでる水飲み場」が話題になっているそうだ。公営水道会社が水道水を冷たく冷やしたものに炭酸ガスをまぜて市民に提供、マイボトルを持参してくみに来る人も多く、「ペットボトルに入った水を買うことの無駄に早く気づくべき」と啓蒙活動が行われているらしい。

こういった小さな無駄をなくせばゴミもへるし環境にもやさしいし……と思うのだが、経済効果を考えるとそうもいかないのであろう。モノを作る側も、商品を開発するときに、もう少し、購入したあと素人でも掃除やメンテナンスが簡単に出来るよう工夫してほしい。危険性や何か起こった時の責任の問題もあってか、電気器具

一つ簡単にはずして掃除することも難しいのである。もっとも彼らも大変でもある。何せ現代人は自分で危険をキャッチする能力が欠如してきているので、すべての事に「〇〇することがありますのでご注意ください……。」との表示をしなければならぬ。五感を失いつつある我々には必要なサービスかもしれないが、時としてそこまで……と思うこともしばしばである。

同じような事が医療の世界にもないだろうか？医療はサービス業に分類されているが、一般のサービス業とは目的や求める結果が異なるのだから、世の中から直接診療行為には関係ないと思われることを当然のように、過剰要求されると困ってしまう。もちろん、病と老いはみな平等にやってくるので関心の無い人はいないし、保険制度もあって、期待も大きいのは当然である。だからこそ我々医療人は実に涙ぐましい努力をし、社会に貢献という結果に向かっているのである。ただ相手がなんらかの病をもった人間であるということが難しい。同じ病気でも個々のかかえる修飾因子は違うので画一的なサービスとはいかない。しかも今後ますます事は複雑になっていくであろうと思われる。あまりに膨大なことが関わってくる世界なので、まじめに考えれば考えるほど、医療を供給する側も受ける側もストレスになって疲れてしまう。せめて、医療に関するシステムや制度は出来るだけ無駄を省きシンプルにして頂き、患者さんを診ること以外の周辺がすっきりなれば……、医療効率もあがり、真の患者サービスへとつながると思う。

税務署からのお知らせ

さあ！ ネットで申告



～所得税の確定申告期間中は24時間「e-Tax」の利用が可能～

所得税・贈与税の申告・納税は
3月15日（火）まで

個人事業者の消費税・地方消費税の申告・納税は
3月31日（木）まで

e-Tax でデータ送信！
又は 書面で提出！

便利な 申告書の作成は 国税庁ホームページの
「確定申告書等作成コーナー」で!!

www.nta.go.jp

画面の案内に従って金額等を入力すれば、税額などが自動計算され、所得税、消費税の申告書や青色申告決算書などを作成できます。

「確定申告書等作成コーナー」で作成したデータは、「e-Tax（電子申告）」を利用して提出できます。

「e-Tax」を利用して申告すると・・・

1 最高5,000円の税額控除

平成 22 年分の所得税の確定申告を本人の電子署名及び電子証明書を付して、申告期限内に e-Tax で行うと、所得税額から最高 5,000 円の控除ができます（平成 19 年分から平成 21 年分のいずれかの年分の確定申告でこの控除を受けた方は受けられません。）。

2 添付書類の提出省略

医療費の領収書や源泉徴収票等は、その記載内容（病院などの名称・支払金額等）を入力して送信することにより、これらの書類の提出又は提示を省略することができます（確定申告期限から 3 年間、税務署から書類の提出又は提示を求められることがあります。）。

3 還付金がスピーディー

e-Tax で申告された還付申告は早期処理しています（3 週間程度に短縮。）。

e-Tax のご利用に際しては、電子証明書の取得（手数料が必要です。また、有効期限は 3 年間です。）、IC カードリーダーライタの購入などの事前準備が必要です。

国税庁ホームページ www.nta.go.jp

振替納税をご利用ください

安全

便利

确实

振替納税は、ご指定の金融機関の預金口座から自動的に納税が行われる方法です。

ご利用される方は、「預貯金口座振替依頼書兼納付書送付依頼書」に必要事項をご記入の上、申告期限までに税務署又は金融機関に提出してください。

「預貯金口座振替依頼書兼納付書送付依頼書」の用紙は国税庁ホームページからもダウンロードできます。

【振替日】 所得税 4月22日（金）
消費税・地方消費税 4月27日（水）

詳しくは で



○転載の推薦コメント○

「縦割り組織」を読んで、日頃、思っていることが今年のインフルエンザ対策を例にとり、よく述べられていると思い、転載させていただいた。上から下ってくる現実とはかけ離れた理想論や、臨床の場で困っていることが中央に届かないもどかしさ、それでも指示されたことを混乱しながら、こなしていかなければならない現実がある。強い組織は現場をよく知り、具体的な指示を出し、とるべき責任を回避しない組織であると思う。医師会も風通しの良い組織であってほしい。

広報委員 加藤 智栄

地区医師会長からの一言「縦割り組織」

練馬区医師会長 秋田 博伸

都医ニュース vol.537 より

現在、医師会は日本医師会、東京都医師会、地区医師会が縦割りに組織され、それぞれが政府、東京都そして区、市行政と協議し、地域医療発展に努めている。これは、日本の医療行政を政府と対等に協議したり、地区単位の地域医療を展開するには合理的であり、実際機能していると思われる。また、政府が遂行する社会保障事業の下部への徹底を可能にする組織でもある。そのため、上部組織からの伝達は迅速性が要求されることが多く、下部組織は粛々と伝えられた事業を遂行することが多い。

しかし、下部組織からの要求には無駄な時間が費やされ、結果、医療現場で実際起きている状況が十分に理解されず、適正化されないままに事業が開始される。このことを痛感したのは、昨年の新型インフルエンザの流行期である。厚労省がインフルエンザ対策を、変更した内容で次々とマスコミに発表したため、その情報を我々医療現場は新聞、テレビなどで初めて知ることが多く、患者の質問に窮することが続いた。追認のように区市役所、上部医師会から文面が送られてくるのがほとんどであった。前日決まったことが、数日後には変更されることがたびたびあり、現場は混乱するだけであった。加えて新型インフルエンザワクチン接種の開始である。厚労省がワクチン接種スケジュールを現場に伝達する前に発表した

ため、実施時期のズレが生じ、現場では患者側から非難を浴びる結果となった。さらに、ワクチンが 10ml バイアルのみで、開封後 24 時間以内に使い切らなければならないことを直前に知らされた。大量のワクチンを短時間で製造するためにはしかたがなかったとのことであったが、果たしてそれで良かったのだろうか。バイアルに何回も針を刺す行為は感染機会を増加させることから、感染予防のために小さいバイアルを選択することは医師、医療関係者であれば常識ではないだろうか。また小児では、10ml バイアルであれば 1 バイアルで 30～50 人のワクチン接種が可能である。このことから、本来 10ml バイアルの使用を決定した段階で、稀少なワクチンを有効に無駄なく使用することを考慮するならば、集団接種を即断すると同時に地区医師会に知らせ、準備体制を早期に整えてもらうべきではなかっただろうか。

この事例からは、厚労省や日本医師会の上部組織が現場での問題を十分考慮、協議しないで、ただ自分たち組織の体面を保つだけのワクチン接種開始発表であったのではないかと疑いたくなる。このような場合、実際の接種開始時期、要項が決定され、どのような伝達経路を経て現場に知らされるかを知り、現場で発生する問題点を現場に精通する専門機関と十分に協議したうえで発表するべきではなかったかと思われる。

「物事は現場で起こっているのであって、机上の会議で決まるものではない」と縦割り組織を批判した人気映画がある。縦割り組織はどうも下部組織へ伝達することが主になって、現場からの意見を軽んじる傾向があるように思われる。上部組織は新規事業を決定する際に、第一に現場の立場に立っ

て事業遂行時にどのような問題があるかを調査し、事業内容に関連した専門機関と検討したうえで決定されるべきではないか。また、下部組織はできる限り早期に上部組織の情報を共有し、現場の意見を迅速に遠慮なく上部組織へ要望できる体制を整備する必要があるのではないかとと思われる。

お知らせ・ご案内

「休診補償制度」中途募集のご案内 団体割引 10% 適用

山口県医師会の「休診補償制度」の中途募集を行います。未加入の場合は「新規ご加入」、すでに加入の場合は「補償内容の見直し」をぜひご検討ください。

本制度の特長

- ・病気やケガで就業不能となった時、休業中の所得を補償します(国内外を問いません)。
- ・ご加入手続きは簡単、医師の診査は不要です。健康状態に関する告知のみでご加入できます(健康告知の内容によってはご加入いただけない場合や、条件付きでのご加入となる場合があります)。
- ・団体割引 10% 適用により個人でご加入されるより有利な保険料です。
- ・1年間無事故の場合、保険料の 20% をお返しいたします(ただし中途脱退された場合、無事故戻し返れい金はありません)。
- ・新規加入は 69 歳まで。継続加入は 84 歳までご加入いただけます(医師以外の方は 69 歳までとなります)

申込締切

中途加入申込締切は平成 23 年 3 月 22 日(火)まで

(注) 保険期間は、原則下記のとおり

[2月申込] (2月21日までに書類到達) = [補償開始日] 平成 23 年 3 月 1 日から

[3月申込] (3月22日までに書類到達) = [補償開始日] 平成 23 年 4 月 1 日から

保険期間終期は、いずれも平成 23 年 8 月 1 日となります

問い合わせ先

[取扱代理店] 山福株式会社 〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号
TEL083-922-2551

[引受保険会社] 株式会社損害保険ジャパン 〒753-0076 山口市泉都町7-11
TEL083-924-3548

※休診補償制度は(社)山口県医師会を契約者とする団体所得補償保険です。

※上記は概要の説明です。

SJ10-10359(2011.01.19)

山口県医師会報の製本

平成 22 年分山口県医師会報の製本を下記により販売します。

ご希望の方は下記の要領でお申し込みください。

体 裁 丸背上製本 背文字金箔押し

価 格 4,000 円(送料を含む)

※製本送付にあわせて振込み用紙を送付致します。

申込み先 山口県医師会 広報情報部 (TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527)

締 切 平成 23 年 3 月 1 日

～山口県からのお知らせ～ 特定疾患治療研究事業におけるスモンの取扱いについて

スモンは整腸剤キノホルムの副作用による薬害であり、スモン患者にあっては下表のように主たる神経症状をはじめ、様々な症状を全身に幅広く併発する状況にあります。

このため、スモン恒久対策の観点から、スモン患者の治療費については、特定疾患治療研究事業として全額を公費により負担しています。

つきましては、このような状況にご配慮いただき、スモン患者が受診された場合は、特定疾患治療研究事業を積極的に活用していただきますようお願いいたします。

なお、特定疾患治療研究事業についてのお問い合わせは、県健康増進課精神・難病班にお願いします。

神経症状(下肢の異常知覚、自律神経障害、頑固な腹部症状等)をはじめとして、循環器系及び泌尿器系の疾病のほか、骨折、白内障、振戦、高血圧、慢性疼痛、めまい、不眠、膝関節痛、腰痛、歯科疾患など。

※症状の例示であって、スモンのすべての症状を記載しているものではない。

問い合わせ先 山口県健康福祉部 健康増進課 精神・難病班
TEL(083)933-2958/FAX(083)933-2969

第 76 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 23 年 2 月 19 日(土) 総会 18:30～19:30
研修会 19:30～20:30

ところ 山口グランドホテル
山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

講演「健康・スポーツ医学の実践と教育」

—子供のスポーツ障害予防から高齢者の転倒予防まで—

東京大学大学院教育研究科身体教育学講座教授 武藤芳照先生

※本研修会は日整会教育研修 1 単位が取得できます。

(2:外傷性疾患)(14:医療制度等)又は運動器リハビリテーション資格継続単位

平成 22 年度第 57 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 23 年 3 月 5 日(土) 15:00～17:00

ところ 山口県医師会 6F 大会議室(山口市吉敷下東 3-1-1)

教育講演 I 15:00～15:20

「平成 21 年度地域胃・大腸がん検診報告」

山口県精度管理協議会胃・大腸がん部会長 河村 奨先生

教育講演 II 15:20～16:00

症例提示 (財)防府消化器病センター防府胃腸病院

特別講演 16:00～17:00

「鳥取県内視鏡検診の取組み」

鳥取県健康対策協議会長 岡本 公男先生

受講料 山口県消化器がん検診研究会会員は無料、非会員は医師 2,000 円、医師以外:1,000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2 単位(カリキュラムコード 10、11、12、13、)

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

問い合わせ 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内) TEL083-922-2510

※参加申込は不要

**平成 22 年度山口県医師会
女性医師参画推進部会第 5 回総会**
(平成 22 年度女子医学生、研修医等をサポートするための会)

と き 平成 23 年 3 月 6 日 (日) 12:00 ~ 16:20

ところ 山口グランドホテル (山口市小郡)

次 第

12:00 ~ 12:30 総 会

12:30 ~ 13:30 特別講演

「女性医師の活躍のために ~ 私達の、そしてあなたの、それぞれの役割は ~」

日本医師会常任理事 保坂シゲリ 先生

13:30 ~ 13:40 休 憩

13:40 ~ 13:50 女子医学生の声

山口大学医学部 5 年 (女子医学生の会 en-JoY リーダー) 鈴尾 舞子さん

13:50 ~ 15:10 パネルディスカッション

「各科における女性医師の現状 --- こんな女性医師を育てたい ---」

＜パネリスト＞

山口大学名誉教授 (前微生物学講座教授) 中澤 晶子 先生

小児科学教授 市山 高志 先生

産科婦人科学准教授 縄田 修吾 先生

麻酔・蘇生・疼痛管理学助教 歌田 浩二 先生

消化器病態内科学 (第一内科) 助教 内田 耕一 先生

消化器・腫瘍外科学 (第二外科) 教授 岡 正朗 先生

15:10 ~ 16:20 懇親会

主 催 山口県医師会、山口県医師会女性医師参画推進部会、日本医師会

医師年金を騙る不審電話にご注意ください

年末から年初にかけて、主に西日本地域で、下記のように医師年金を騙って年金の増額を勧誘するなど、不審電話が頻発しています。現在、日本医師会からお電話で年金増額の勧誘をすることは行っていませんので、くれぐれもご注意ください。

記

事例 1: 医師年金のフジタを名乗る人物から、医師年金の増額を勧める電話があった。不審に思い、発信元の電話番号を確認したところ 06-6966-0213 と表示されていた。

事例 2: 医師年金のヒガシと名乗る人物から、医籍登録番号を教えてくださいとの電話があったが、確認している最中に電話が切れた。

事例 3: 大阪のエスパートと名乗る会社から、「死亡の際に 400 万円の増額になるように」と医師年金の増額を勧める電話が、会員の先生宛てにあった。

その他、アズマを名乗るケースも報告されており、地域も、大阪、京都、香川、高知、徳島、宮崎、富山、長野、と広範囲に亘っています。今のところ実害に及んだケースはない模様ですが、医師年金を騙る不明瞭な勧誘電話には、十分ご注意ください。重ねてお願い申し上げます。

問い合わせ 日本医師会年金・税制課まで (平日 9:30 ~ 17:00)

TEL03-3946-2121(代表)、03-3942-6487(直通)

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

野原 清章氏	小野田市医師会	12月10日	享年73
清水キミヤ氏	山口市医師会	1月2日	享年91
瀬戸口 弘氏	下関市医師会	1月4日	享年89
神田 博氏	徳山医師会	1月4日	享年53
河村重雄氏	萩市医師会	1月10日	享年83
河邊正弘氏	長門市医師会	1月20日	享年86
阿部芳野氏	防府医師会	1月28日	享年90

編集後記

年末年始の数日間家を留守にし、久しぶりに食事のしたくをしようとしたのですが、仕事始めて忙しく買い物に行く時間がありません。しかたがないので冷蔵庫に残ったものや、頂き物で作ることにしました。テレビではしきりと内閣改造のニュース、その後しばらくして新内閣人事の発表がありました。材料不足と年末の頂き物(賞味期限ぎりぎり)とで作るわが家の食卓と新内閣を一緒にするのは間違いですが、一瞬似たようなものだと思ってしまいました。(味がよければ問題なしです)

直後から今度は消費税率引き上げと TPP の話題に移り、消費税の話はともかく、昨年後半よりよく耳にする TPP とはどのようなものなのでしょう。テレビ等では国内農業に与える影響のことがばり報道されていますが、問題はそれだけなのでしょう。

数年前、子どものピアノコンクールで台湾を2往復したことがあります。滞在中の練習室の交渉・予約、当日の手続きすべてを自分で行わなければいけません。現地のボランティアの学生はみな英語での会話が大丈夫。聞けば今の台湾では大学生のほとんどが英語での会話に問題がないとのことでした。英語がしゃべれず無口な中学生の息子に学生さんたちが、「彼はナーバスになっているのか」ときかれる始末。

にわかに浮上したように思える医療ツーリズムや TPP の問題、また医療通訳の問題は当然その内容を知る必要があります。十分な議論も必要です。が、今後も国内だけでなく諸外国を相手にしていく問題は増えていくことでしょう。日本人の語学力はこのままで大丈夫なのだろうか。(メールに夢中の若者は日本語での会話もあやしい・・・) 問題処理能力や交渉力も当然大切ですが、先をよむことのできる政治家はいないのだろうか。

主婦は台所で今夜のおかずといっしょにいろいろなことを考えます。

(理事 山縣 三紀)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：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
総合保健会館 5 階
TEL : 083-922-2510
FAX : 083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp