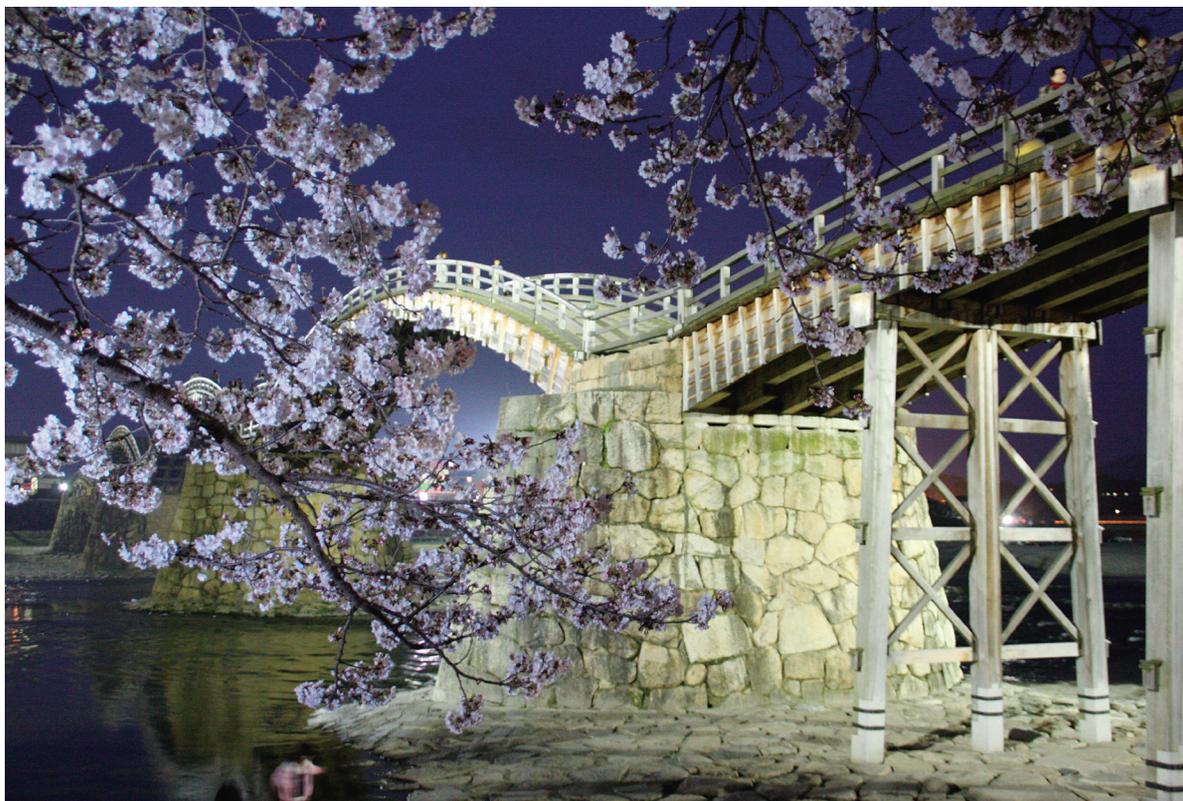


山口県医師会報

2014
平成26年
4月号
No.1844



錦帯橋の夜桜 藤本俊文 撮

Topics

郡市医師会長会議

Contents

● 公示	267
● 郡市医師会めぐり「第 18 回 吉南医師会」	268
● 禁煙推進委員会だより	松岡 彰 271
● 今月の視点「成育基本法の制定について」	今村孝子 272
● 郡市医師会長会議	276
● 郡市医師会長会議傍聴印象記	津永長門 280
● 平成 25 年度 第 2 回医師国保通常組合会	282
● 平成 25 年度日本医師会医療情報システム協議会 (兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会)	林 弘人、藤本俊文 294
● 山口県医師会警察医会第 14 回研修会(後編)	松井 健 304
● 日医 FAX ニュース	317
● 平成 25 年度山口県医師会囲碁大会	吉中博志 318
● 平成 25 年度郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会	林 弘人 320
● 平成 25 年度母子保健講習会 「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して— 8」	今村孝子 322
● 第 118 回地域医療計画委員会(平成 25 年度第 3 回)	弘山直滋 326
● 平成 25 年度山口県医師会男女共同参画部会総会	田村博子 330
● 県医師会の動き	濱本史明 336
● 理事会報告(第 23 回)	338
● 女性医師リレーエッセイ「立ち読み」	山内直子 342
● 飄々「電子書籍あるいは電子出版(その 4)」	川野豊一 344
● 会員の声「“金の卵”と呼ばれて」	島袋智之 345
● お知らせ・ご案内	346
● 編集後記	林 弘人 348

公 示

本会役員等の選挙の立候補届出について

本会会長以下各役員及び裁定委員は、来る 6 月 19 日をもって任期満了となります。

また、日本医師会代議員及び同予備代議員の任期は、来る 6 月 28 日の日本医師会定例代議員会の前日までとなっております。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記のとおり選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日 平成 26 年 5 月 15 日 (木)

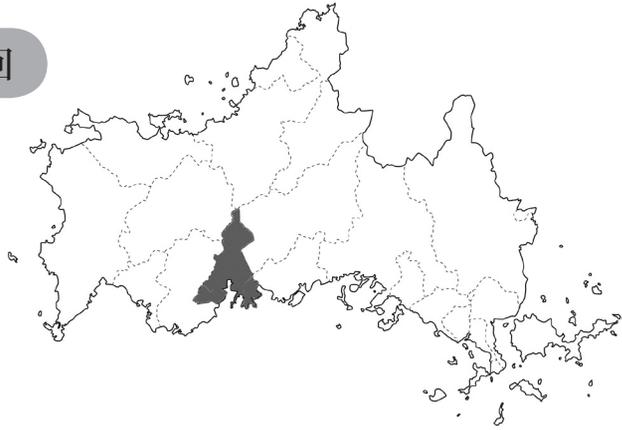
届出締切 平成 26 年 4 月 30 日 (水) 午後 5 時

平成 26 年 4 月 15 日

山口県医師会長 小 田 悦 郎

郡市医師会めぐり 第 18 回

吉南医師会



吉南医師会は、旧山口市南部地区（陶、鑄銭司、名田島、秋穂二島、嘉川、佐山）と旧吉敷郡3町（小郡町、阿知須町、秋穂町）の地区にある医療機関で構成されています。つまり、現在の山口市南部地区が医療圏となります。現在、山口市の人口が約 20 万人で、このうち当医師会の範囲では約 6 万人です。

現在、山口市には山口市医師会と吉南医師会、二つの医師会があります。その経緯は少々分かりにくいですが、簡単に説明します。

まず吉南という言葉の説明です。明治の町村制施行により、吉敷郡山口町、吉敷郡小郡町、その他吉敷郡内に多数の町村が造られました。吉敷という地名は、鎌倉時代からこの地域を表わす言葉として存在していました。小郡町及びその近隣を吉敷郡の南部、吉南と呼びました。山口町は、その後数回の合併を経て昭和 4 年に山口市になります。昭和 19 年、山口市と小郡町、阿知須町その他周囲の村が合併し、新生山口市が誕生します。昭和 4 年に山口市医師会が、それまであった吉敷郡医師会から分離します。19 年の合併の影響と思われますが、昭和 20 年 11 月に吉敷郡医師会は山口県医師会吉敷支部となります。

昭和 22 年、山口県医師会から、山口県医師会吉敷支部を新たに郡市医師会として整備するようにとの指示がありました。戦後の、全国的な郡市医師会整備の流れだった様です。同年、社団法人吉南医師会が発足し、山口市に同時に二つの郡市医師会が存在することになりました。昭和 22 年に阿知須町が、24 年に小郡町が山口市から分離

しますが、吉南医師会はそのまま存続し、平成 17 年の山口市・小郡町・阿知須町の合併で再び山口市に変わってからも二つの医師会が続いています。

吉南医師会館は小郡に在ります。小郡は古くから山陽道の宿場町で、交通の要所でした。山陽本線小郡駅に、山口線と宇部線が開通してからは機関庫が移転されて来て、鉄道と商工業の町として栄えました。国道 2 号線と 9 号線が交わる町でもあります。県央部唯一の新幹線駅となったため、私達に馴染みの製薬会社を始め、中央企業の支店・出張所も多く在ります。一昔前、小郡駅北の大正通りは、鉄道などで来る人で大賑わいで、日曜日にはいつも祭りの様だったそうですが、残念ながら今はその面影はありません。小郡駅は平成 15 年に新山口駅に名称を変え、新幹線のぞみが停車するようになり現在に至っています。また、山口国体の開催に合わせて、無料の自動車専用道路として整備された山口宇部道路の開通により、小郡から宇部空港までが約 20 分となり非常に便利になりました。なお再来年には、山口宇部道路は中国自動車道と小郡 JCT で接続するようになります。

地域内の産業の一つに、南部の秋穂のクルマエビの養殖があります。昭和 38 年に世界で初めて、同地でクルマエビの養殖が事業化されました。オガクズの中に詰められて生きたままで届けられ、台所で跳ね回って大騒ぎになった先生も多いと思います。この養殖クルマエビを使ったイベントに、「えび狩り世界選手権」があります。毎年夏に、中道海水浴場で 15,000 尾のクルマエビが放流さ

れ、それを手掴みで捕るものです。1,600 人の参加がありますが、大人気で 20 倍から 30 倍の抽選で、国内遠方や海外からの参加者もいるようです。

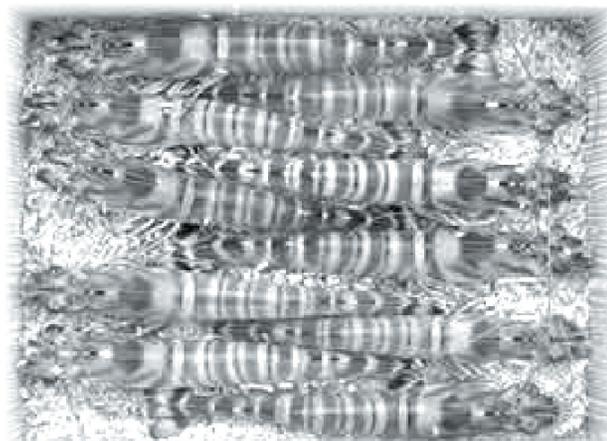
阿知須きらら浜では昨年、第 16 回日本ジャンボリーが開催されましたが、来年の夏には、第 23 回世界スカウトジャンボリーが同地で開催されます。世界中から 3 万人の青少年が集まり、約 2 週間キャンプ生活を行います。体調不良の参加者が出る事も考えられ、宇部や吉南・山口・防府などの医療機関を受診する可能性があります。

文化施設としては、小郡に種田山頭火の其中庵があります。防府出身の俳人種田山頭火は、44 歳で行乞と句作の放浪の旅に出ますが、その後小郡に庵を構えます。それが其中庵で、ここでの 7 年間は、漂泊の旅に出てから 58 歳で生涯を終えるまでの間で、一番長い定住の時間でした。ここで 5 つの句集を出版するなど充実した時期を過ごしています。現在の建物は、これを復元したものです。近くにある小郡文化資料館には、関連の品々が展示されています。

「はるかぜのはちのこひとつ」

吉南医師会は、現在会員 108 名で、病院 6・診療所 42・健診センター 1 で構成されています。

前述の交通の便利な土地柄のため、各科の研修会や学術講演会が盛んです。当医師会が後援・共催する学術講演会だけでも年約 30 回開催され、その他にも吉南医師会内部の症例検討会、山口市医師会との合同研修会、吉南三師会合同研修会な



進物用クルマエビ

どが開催されます。吉南歯科医師会・吉南薬剤師会との三師会では、一つの疾患や領域に関する演題を持ち寄って研修します。糖尿病が主題の会では、歯科医師会からは「医科歯科連携一周術期の口腔管理及び糖尿病と歯周病との関係について」、薬剤師会からは「糖尿病治療薬の併用について」、当会からは「当院におけるインクレチン製剤の治療効果」の演題があり有意義な研修会となりました。三師会ではその他、合同のボーリング大会やゴルフ大会を開催し、交流を深めています。

昨今、病院小児科医の負担は大きく、その軽減のため小児救急医療啓発事業講習会が開催されています。昨年末は小郡幼稚園において、近くのお母さん方に対して、濱本史明先生による「子どもの病気の時のホームケア」と題した講習がありました。体温の話、発熱時のケア、腹痛など夜間お母さま方が困られる症状・病気についての講演で、不要不急の特に夜間の小児科受診を少なくしましょうとの内容でした。

吉南医師会では初期救急医療体制として土曜・休日に当番制を行っています。土曜日は 19 時から 22 時まで内科系・外科系各 1 施設、休日は 9 時から 18 時まで内科系 2 施設・外科系 1 施設に協力して頂いています。二次救急としては、山口市医師会管内の山口赤十字病院と済生会山口総合病院、当医師



きららドーム

会内の小郡第一総合病院の 3 施設が、年 365 日輪番制で担当となっており、救急体制が整っています。各病院の先生方には感謝致します。

吉南医師会は、吉南准看護学院を経営しており、医師会館と同じ敷地内に在ります。昭和 30 年に設立された第一病院付属准看護婦養成所を引き継ぎ、創立 59 年になります。卒業生はこれまでに 1200 人を超え、その多くはこの地域及び県内の医療機関に就職しているとの報告があり、地域での看護要員の確保に大きく貢献しています。ただ、国民から高い医療の質を求められるようになった昨今、当学院から直接、看護学院へ進学して行く卒業生が 6～7 割に達しています。准看護師制度を残すか廃止するかという問題が取り沙汰されて来ましたが、少子高齢社会を迎え、近い将来、看護要員の不足が見込まれている現状では、国は



種田山頭火



其中庵

この制度を簡単には廃止出来ないだろうと考えられます。

高齢化社会における訪問看護や自宅での看取り、疾病の予防や健康の維持・増進のための活動、妊婦の保健指導など、単独の医療機関だけでは対応が難しい状況です。地域医療において、医師会の役割は今後も大きく、地域の行政や住民組織と協力していくことが重要で、吉南医師会として貢献していく所存です。

[吉南医師会広報担当理事 内 義輝]



応援してください。やまぎんも、私も。

山口フィナンシャルグループ
イメージキャラクター
石川 佳純

YMFG
Yamaguchi
Financial Group

山口銀行
YAMAGUCHI BANK

禁煙推進委員会だより

松岡整形外科 松岡 彰（禁煙推進委員長）

平成 24 年 4 月に、山口県医師会に禁煙推進委員会が設置されました。その際、理由はわかりませんが整形外科医である私が委員長に推薦されました。内科や呼吸器科の先生が適任と考え、固辞しましたが、どうしてもということで、引き受けることになりました。

私は昭和 50 年、山口大学医学部を卒業し整形外科の道を歩み始めました。当時は、成人喫煙率は約 80% で多くの医師も喫煙していました。私も 18 歳でタバコを覚え、医師になってからも吸っていました。当時の卒業アルバムには、教室で喫煙する姿が数人写っています。

禁煙したきっかけは、昭和 58 年の中国旅行でした。現地で風邪をひき、買って行った免税の安いタバコを中国人に差し上げ禁煙を決意しました。自分がやめてみると、逆にタバコの煙に対する過敏症が出て我慢できない状態になりました。当時の山口大学病院の外来には各科の待合室に灰皿が置いてありました。小児喘息の患者のそばで皮膚科の患者が喫煙しているのです。当時外来医長をしていましたので早速調査し、病院運営会議に提出し外来の灰皿を撤去させることが出来ました。院内の各種会議も禁煙になっていきました。

平成 3 年に山口労災病院に赴任しました。運営会議で、ある医師が喫煙をしていたので強く抗議し次回の会議から禁煙になりました。事務室も禁煙にし、院内のたばこ自動販売機も撤去しました。

平成 14 年に山陽小野田市内で整形外科医院を開業しました。整形外科でも喫煙の害はあります。骨粗しょう症のリスク因子ですし、骨折治癒の遷延、椎間板ヘルニアの増加、手術合併症の増加などです。

徐々に通院の患者さんに禁煙を勧めるようになり、平成 18 年より保険診療で禁煙治療を開始しました。現在まで 200 人以上に禁煙治療を行ってきました。初めは貼付剤のみでしたが、現在は飲み薬も使用でき、70% 近い成功率です。

禁煙推進委員会の活動が始まって 2 年が経ちました。まだ大きな成果が上がったとは思えませ

んが、禁煙推進のための基盤が徐々にできてきました。昨年は県医師会員へのアンケート調査も行いました。また山口県医師会禁煙宣言の草案も作成しました。毎年、5 月 31 日の世界禁煙デーを中心とした活動とともに、各医師会での健康祭りなどでの啓発活動も徐々に広がっています。

山口県の禁煙に関する今後の課題ですが、1) 禁煙治療施設の増加、2) 禁煙に関する研究会の開催、3) 青少年に対する禁煙教育、4) 受動喫煙防止対策、5) 禁煙推進の市民運動の創設、などです。

現在、山口県の禁煙治療施設は 176 施設で、全医療機関 1,233 機関のうち 14.3% にすぎません。多数の診療科のある総合病院でも禁煙外来を行っていないところが少なくありません。今後の拡充を推進したいと思います。

禁煙治療研究会については各地で散発的に行ってきましたが、正式な研究会が必要と思います。

禁煙教育については、学校医の役割が大きいものの実際にはほとんど行われていません。宇部市では山口大学医学部地域医療推進学講座による禁煙教育が全小中学校で行われており、今後全県で取り組むべき課題です。

受動喫煙防止は最も遅れている分野で、レストランや居酒屋・バーなどはほとんど野放しで対策が必要です。産業医の役割も大切です。行政や議会の理解も得なければ有効な対策はできません。

京都や熊本では禁煙フォーラムといった種々の職種の人々の集合体があり、禁煙を様々な形で推進しています。山口県にもこのような市民の団体の出現が望まれます。

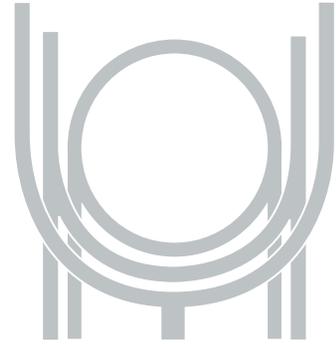
アメリカの 28 州・地域の司法長官がタバコ販売の中止を要請しました。人の命を奪う有害な商品を販売しないように要請したもので、企業倫理から有害物質は扱うべきではありません。

これからは山口県民の生命を守るために、全医師会員の英知と行動を結集して全県的な禁煙推進を行う決意ですので、ご指導のほど宜しくお願いいたします。

今月の視点

成育基本法の制定について

理事 今村 孝子



「成育」という言葉がその関係者以外にはまだ耳慣れない中、現在その名前がついた「成育基本法」が超党派の国会議員連盟による議員立法として国会に上程予定となっています。そこで「成育基本法」について、その成立に向けた経緯と盛り込まれている内容等についてご紹介します。

はじめに

昭和 40 年 8 月に母性及び乳幼児の健康の保持と増進を図ることを目的とした母子保健法が制定され、主として妊娠中の女性や乳幼児の健康を支援するさまざまな施策が整備され、この結果、新生児死亡率、乳児死亡率がいずれも世界的にもっとも低い値となりました。しかし、急激な少子化に対応するための社会的施策の立ち遅れが、女性が産みにくく、育てにくい家庭、職場、社会環境を作り出してしまいました。安心して妊娠・出産、保護者による子育てができ、そして地域・社会の中で健やかに成長し、次の世代を生み出す健康な成人に育っていくことが保障される社会を形成することは喫緊の国家的課題です。そのため、現行の医療保険制度、母子保健法、学校保健安全法、児童福祉法などの関連法を参考にした、保健・福祉・医療を包含した子どものための総合的社会的支援制度（「小児保健法」）の検討が始まりました。

小児保健法

「小児保健法」を一言で言えば「子どもの権利

を認め、子ども自身が健全に成長していくためのより良い環境づくりと、それを社会全体で支えるシステムを制度化するための法律」であり、その制定を目指して小児科医全体で考える場として「小児保健法プロジェクトチーム」（小児科医会、日本小児科学会、日本小児保健協会で構成）が発足し、第一回会議は平成 15 年 5 月に開催されました。また、日本医師会では、平成 20 年 1 月には「小児保健法の具体的あり方」についての答申が日本医師会長に提出され、議員立法を目指しての準備が進められるまでに具体化していましたが、政治情勢により平成 21 年 8 月からその動きが止まってしまいました。

なお、日本医師会は平成 18 年 5 月 16 日に子ども支援の先頭に立つことを目的に「子ども支援日本医師会宣言」を発表し、活動を開始しました。

子ども支援日本医師会宣言（2006 年 5 月 16 日）

1. 妊娠を望む人たちへの支援
2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実
3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備
4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実
5. 子育てに関する社会環境の整備
6. 学校保健の充実
7. 障害児への支援
8. 政府等関係各方面への協力と働きかけ

このような経緯を経て、新たな取組みとして、日本医師会周産期・乳幼児保健検討委員会により「成育基本法」として検討がなされ、平成 25 年 10 月には“成育基本法の制定にむけて”の答申が横倉日本医師会長に提出されました。

成育基本法

成育医療とは、周産期、小児期、思春期を経て次世代を成育する成人期までの成育過程というライフスタイルの中で生じる、こころとからだの問題に対応する医療のことであり、「成育基本法」は「小児保健法」の考え方を踏襲しながら、新たに「成育」の概念(図 1)を導入し、胎児から始まり、新生児・小児、思春期、そして次世代を生き育てる成人世代までを一つのサイクルとして捉えた基本法です。

「成育基本法」では、わが国の次世代を担う子どもが心身ともに健やかに成長していくために養育者、国、地方公共団体及び医療関係者の責務を明らかにし、子どもの健康を保持・増進するための施策に関する計画を策定し、総合的かつ計画的に推進することを目的としています。具体的には、国の機関として「成育医療等協議会」を設置し、法定の計画として「成育基本計画」を策定することが明記されています。

1. 「成育基本計画」に盛り込むべき事項

(1) 次世代を担う成育過程にある者に対する生命・健康教育の充実

- ・「パートナーを大事にする」、「妊娠の成立と生理」、「避妊の実際」、「性感染症」等に関する教育

- ・幼児期から口腔衛生を含めた食育教育、女性のライフステージを踏まえた適切な健康教育など

(2) 社会、職場における子育て・女性のキャリア形成のための支援体制の構築

- ・子育てを支援する制度、子育てをする女性のキャリア形成を妨げない制度を地域や職場に構築

(3) 周産期母子健康診査と保健指導の充実

- ・妊産婦と胎児の健康診査を公費で行う、妊産婦やその配偶者がかかりつけの医師か

ら必要な保健指導を受ける制度の整備

(4) 周産期医療体制の充実

- ・周産期医療体制においては、役割を明確にして良好な連携体制構築と維持をはかる
- ・病的胎児への医療制度の充実(有効な胎児治療を社会保険診療の対象とする等)

(5) 養育者の育児への参画を支援する制度の充実

- ・母親だけでなく父親及び祖父母や近親者など養育者の育児への参画の充実

(6) 国際標準を満たす予防接種など疾病発症予防対策体制の構築

- ・国際的に標準とみなされる予防接種を実施
- ・マスキングなどで診断された患者に対する治療・管理体制の構築

(7) 妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携

- ・総合的かつ継続的にすべての支援がワンストップで受けられる小規模拠点の整備
- ・「発生後の介入」から「予防的支援」への転換を目指す

2. その他の事項(さらに検討を要する重要な政策課題)

① 出産育児一時金の充実

② 小児医療費助成制度の充実

③ 小児健康手帳の導入

④ 子どもの健康相談体制の充実

⑤ 子どもの健康診査体制の充実

⑥ 障害児(者)・発達障害児(者)とその家族への支援

⑦ 慢性疾患を持つ子どもの成人への移行体制の整備

⑧ その他(子どもの死因を評価する体制の整備等)

おわりに

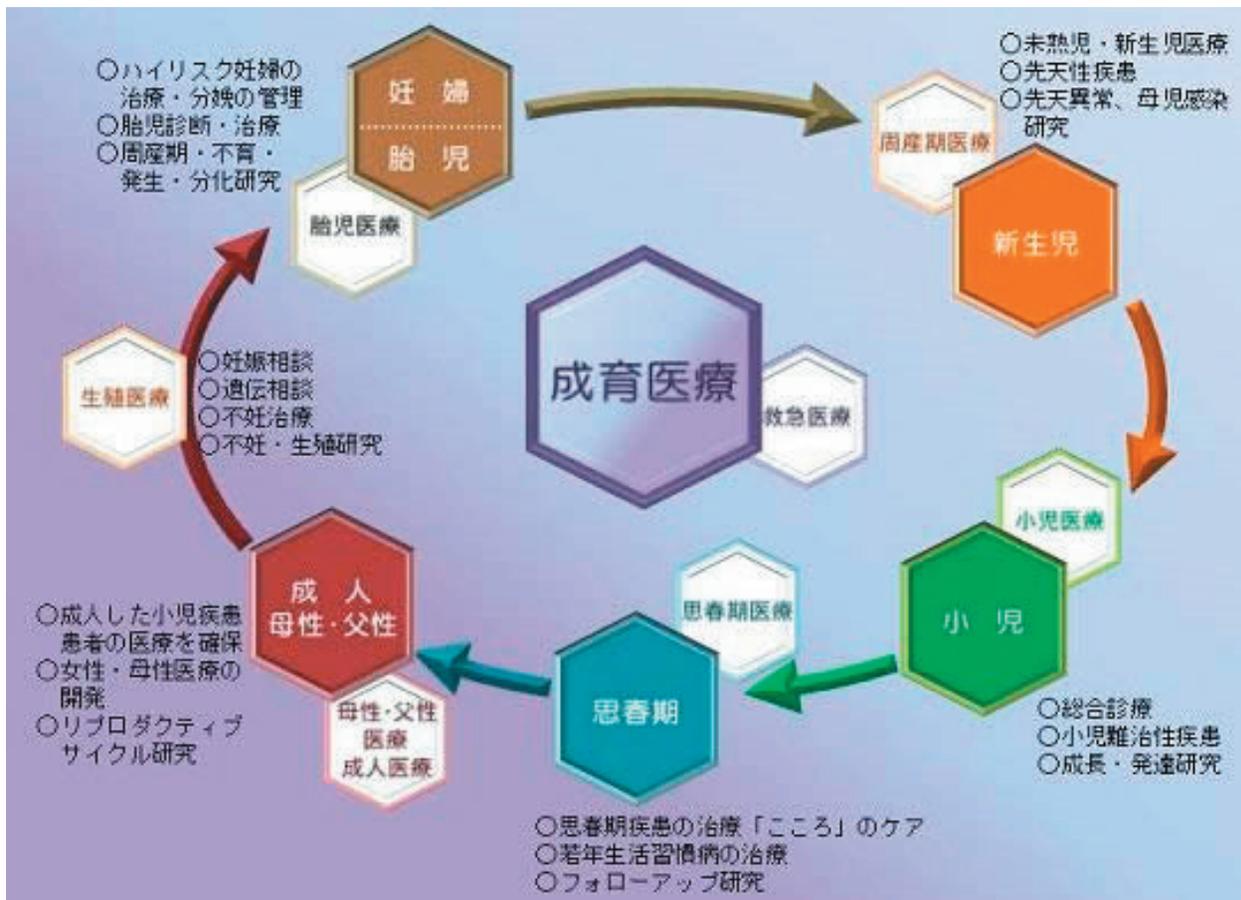
周産期・乳幼児保健検討委員会答申における成育基本法のあり方についての記述の中に「多くの先進国では、年齢、性別、障害による差別をできるだけ少なくし、子育てにふさわしい環境を整えてきた。それらの国では、子育てを次世代育成のための社会的問題としてとらえ、社会的連帯の精

今月の視点

神によって母子保健から医療まで広くその権利を親に保障している。また、子どもを人格を有する権利主体として認めるとともに、よりよい環境で育てられる権利を保障してきた。」と述べられています。このことこそまさに今の日本に必要な基本的な理念であり、具体化するには成育過程にあ

る者及びその養育者のための保健・医療・福祉を包含した総合的な支援制度が必要と考えます。そのためにも「成育基本法」が精度の良い基本法（理念法）となることを期待しています。

図 1 「成育」の概念



出典：独立行政法人国立成育医療研究センター ホームページ

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報・平成 26 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、今回から作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、
 ご確認いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
 ※写真等ありましたら添付（3 枚以内）いただきますようお願いいたします。
 ②絵（カラー印刷）
 ③書（条幅、色紙、短冊など）

字数

一編 3,000 字以内を目安に、お一人 2 作品までとさせていただきます。

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。
 作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
 ※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて 5 メガ以内
 でお願いたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール 又は USB/CD-R/FD の郵送	7 月 3 日
②手書き原稿	郵送	6 月 27 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内
 山口県医師会事務局 広報情報課
 E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

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

郡市医師会長会議

と き 平成 26 年 2 月 20 日 (木) 16:10 ~ 17:10

ところ 山口県医師会 6 階会議室

開会挨拶

小田会長 平成 25 年度も 1 か月余りとなりました。郡市医師会におかれましては、着実に業務を推進しておられることと拝察いたします。

本年度は、本会も含め多くの医師会が一般社団法人として新たなスタートを切った年でありませす。決算事務や役員の選任等、慣れない面もあご苦勞が多いことと存じますが、お互いに情報交換しながら対応していきたいと思ひますのでよろしくお願ひいたします。

現在、厚生労働省は、第 6 次の医療法改正案を通常国会に提出する準備を進めております。昨年 12 月 5 日に成立しました「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づき、27 日には社会保障審議会医療部会において、医療提供体制の具体的内容についてさらに議論を深め、医療法の改正に関する意見がとりまとめられたところであります。

今後、地域医療ビジョンの策定や地域での協議等の対応が必要となることが予測されますが、言うべきことは言い、主張すべきことは主張してまいりたいと考えております。

本日は、提出議題 6 件、郡市からの意見要望が 3 題提出されております。円滑な議事運営に努めたいと思ひますのでご協力のほど、よろしくお願ひいたします。

議題

1. 都道府県医師会長協議会について

小田会長 まず平成 25 年 11 月 19 日に日本医師会で開催された平成 25 年度第 2 回都道府県医師会長協議会について報告する。

本県から「消費税率 10% への引き上げ時の対応について日医の見解を問う」との質問を提出した。日医は課税のゼロ税率、軽減税率を主張しており、その是非についての確認であるが、日医の今村副会長によると「あらゆる選択肢を考えており、それに拘らない」とのことで、すなわち、非課税の還付方式といったものも選択肢の中にあるとのことであった。

次に平成 26 年 1 月 21 日に開催された第 3 回の同協議会について報告する。

協議会の中に「ネット依存症に対する日医の対応について」があった。現在、ネット依存になっている人は 270 万人ぐらい、全国の中・高校生では 50 万人がその傾向にあると言われているが、昼夜逆転による遅刻、欠席、退学、留年等の問題が発生しており、また、ネットカフェの無銭飲食等が社会問題化している。これらに対して日医は、いろいろな方法で国に働きかけるとともに会内委員会でも検討するとのことで重要視していた。

また、定款等検討委員会の報告では日医の理事に勤務医並びに女性医師枠をそれぞれ創設すべきとの答申があり、現在の「27 名以内」から「29 名以内」にすることが了承され、3 月末の代議員会の議題として上程するとのことであった。



2. 中国四国医師会連合総会各種分科会について

河村専務理事 平成 25 年 9 月 29 日に広島市にて開催された。日医が抱えている大きな問題としては TPP、混合診療、日本医学会の分離、専門医制度、医療基本法など多々あるが、この分科会ではそういった総論的なものではなく、比較的地域で起こるような問題が討議されている。今年度は、医療保険・介護保険、地域医療、医療提供体制、医事紛争の 4 つの分科会が開催された。

※詳細は本会報平成 25 年 11 月号を参照。

3. 特定接種に関する医療機関の登録等について

山縣常任理事 本年 1 月 23 日に開催した担当者協議会については、急な開催にもかかわらずお集まりいただき感謝申し上げます。当日は会議の開催に至った経緯と県からの説明とともに、その時点での各郡市医師会等への説明・周知対応状況も説明いただいた。その後、今日まで特段の変更点等はないが、現在までに届いている情報をいくつか提供させていただきたい。

まず、日医ニュース平成 26 年 2 月 5 日号の Q & A のコーナーに、特措法における要請や指示に従わなかった際の罰則の件、特定接種事前登録に関する日医のスタンス等が掲載されている。本会からも日医へ質問を提出しているところであるが、現在、他県からも数多くの質問が日医に提出されているようで、日医も厚労省に問い合わせをしている状況のようだ。今後も順次 Q & A が追加され

ていくものと思われるので情報提供に努めたい。

次に県健康福祉部に 2 月 13 日現在の特定接種事前登録に関する登録状況をとりまとめたので提示する。診療所は別として、多くの地域で病院において個別訪問・説明をされたようであるが、登録件数は低い状況である。引き続き登録に関する質問、不明点があれば健康福祉センター等と連携をとっていただきたい。

猪熊会長（宇部市） 登録件数をみると非常に低い状況である。県医師会のスタンスを問う。

山縣常任理事 各地域での説明には多少ニュアンスに違いがあるように聞いている。本会としては、日医のスタンスに従っている。前回の新型インフルエンザ発症の時と異なり特措法という法の下で行われる事業であるため、国や県がどの程度の取り組みや関わり方をするかにかかってくると思う。

西村会長（小野田） 一番問題となっているのは、診療継続計画書の作成だと思うが、登録時点で「作成中である」という意志を示せばよいとのことで、“いつまで”という期限はないようである。なお、日医のホームページの見本を参考にすると、わりと簡単に作成できる。

4. JMAT やまぐち活動マニュアル（案）について

弘山常任理事 一昨年にプロジェクトチームを立

出席者

郡市医師会長

大島郡	嶋元 徹	防府	水津 信之
玖珂	河郷 忍	下松	秀浦信太郎
熊毛郡	曾田 貴子	岩国市	小林 元壯
吉南	田村 正枝	小野田	西村 公一
厚狭郡	河村 芳高	光市	平岡 博
美祢郡	吉崎 美樹	柳井	前濱 修爾
下関市	石川 豊 <small>(代理)</small>	長門市	天野 秀雄
宇部市	猪熊 哲彦	美祢市	野間 史仁
山口市	吉野 文雄		
萩市	八木田眞光		
徳山	岡本富士昭		

県医師会

会 長	小田 悦郎	理 事	加藤 智栄
副 会 長	吉本 正博	理 事	藤本 俊文
副 会 長	濱本 史明	理 事	香田 和宏
専務理事	河村 康明	理 事	今村 孝子
常任理事	弘山 直滋	理 事	中村 洋
常任理事	萬 忠雄	理 事	清水 暢
常任理事	田中 豊秋	監 事	山本 貞壽
常任理事	山縣 三紀	監 事	武内 節夫
常任理事	林 弘人	監 事	藤野 俊夫
理 事	武藤 正彦		
理 事	沖中 芳彦	広報委員	津永 長門

ち上げ、計 6 回の会議を開催し、マニュアル（案）を作成した。

なお、3 月末までには、マニュアル及び概要版

を各郡市医師会へ送付し、「JMAT やまぐち」の事前登録の依頼をする予定であるので、各地域での体制整備やチーム編成等、ご協力をよろしくお願いする。

吉野会長（山口市） 派遣期間等について詳細を教えてください。

弘山常任理事 移動時間を含めて、概ね 5 日間である。派遣先については、県医師会と県が同一の地区に行くようにしている。そして、一班目と二班目は必ず同一の場所に行くようにし、一班目が帰る日には二班目が到着しており、きちんと申し送りができる体制を取るようになっている。

(山口県医師会災害医療チーム)

JMAT やまぐち活動マニュアル（案）

【概要版】

「JMAT やまぐち」とは

「JMAT やまぐち」は、日本医師会災害医療チーム(JMAT:Japan Medical Association Team)の山口県版であり、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする災害医療チームである。

目的

「山口県災害時医療救護活動標準マニュアル」をはじめ、「山口県地域防災計画」及び「山口県保健医療計画」に基づき、山口県医師会が対応する災害発生時の医療救護体制及び「JMAT やまぐち」の行動指針を定め、災害医療救護の万全を期することを目的とする。

ただし、災害時には必ず想定を超えた事態が発生するため、規則や前例にとらわれない迅速な判断と実行、時間の経過等による状況変化に柔軟に対応することが重要である。

災害医療チームとしての JMAT やまぐち

山口県地域防災計画等に基づく県知事からの要請、市長や被災地域の郡市医師会等からの要請に基づき(又は山口県医師会自らの判断により)、災害地の医療を支援するために、被災地外の郡市医師会や医療関係団体が連携して編成し、派遣する災害医療チームである。

被災地医療救護班との関係

「JMAT やまぐち」と被災地の郡市医師会や医療機関が編成する医療救護班とは区別する。

県内災害発生時(急性期)には、被災地の郡市医師会や医療機関が医療救護活動を即座に実施し、災害拠点病院やDMAT等も活動を開始するため、被災地の医師会や医療機関、DMAT等の医療救護活動が優先する。

JMAT やまぐちの活動内容・派遣期間

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

派遣期間は、移動時間を含めて、概ね 5 日間とする。

派遣対象となる災害

派遣の対象となる災害は、県地域防災計画における災害とする。

①自然災害(暴風、豪雨、地すべり、洪水、高潮、その他異常な自然現象)
②事故災害(大規模な火災又は爆発、放射線物質等の大量流出、海上・航空・陸上交通災害、その他大規模な人為的事故等)
③被害災害 進捗災害

派遣区分

被災地域や被災規模に応じて、次の区分で体制整備を図る。

①県内の局地的(1市町内)の災害、②県内複数救護圏及び県外(近県)での災害、
③県外広域大規模災害(近県でない場合)

チーム編成

郡市医師会及び病院等の協力を得て、薬剤師会、看護協会とも連携した多職種によるチーム編成とし、人員は4～5名とする。郡市医師会での編成は、当該医師会担当理事等が中心となって編成されることが望ましい。

医師1名、薬剤師0～1名、看護師1～2名、事務職員1名の計4～5名で、医師をリーダーとする。

登録

①事前登録は、原則郡市医師会又は病院単位とし、できるだけチーム編成で登録する。ただし、郡市医師会の手前登録においては、地域の関係団体(薬剤師会、看護協会支部等)と調整の上、一括登録(2チーム分以上)も可とする。

②事前登録者は、山口県医師会等が開催する研修会、訓練へ積極的に参加する。

③県医師会は、事前登録リストについて、年1回登録の意思及び所属等の確認を行う。

④事前登録リストは、JMAT やまぐちの派遣が決定された場合に、出動チームの編成をより円滑・迅速に行うためのものであり、事前登録者が必ず出動しなければならない等の義務は生じない。

また、事前登録リストに登録せずとも、災害発生時にJMAT やまぐちのチーム編成、活動へ参加することは可能とする。

出動

①県等からのJMAT やまぐちの派遣要請を受け、山口県医師会長は事前登録リストに基づき、郡市医師会、病院、薬剤師会及び看護協会等へJMAT やまぐちの編成・出動の協力依頼をする。

②郡市医師会は、地域の薬剤師会及び看護協会等と連携し、事前登録リストを参考に所属会員へJMAT やまぐち出動の協力依頼を行い、郡市医師会を中心としたチームを編成する。病院においても、同様とする。

③郡市医師会及び病院は、編成されたチームについて、出動希望日時・場所等を含めて、県医師会へ報告する。県医師会は派遣日時等を調整の上、派遣決定し、郡市医師会及び病院へ派遣を指示する。

④出動するチームは、自己完結で活動できるように準備をする。

⑤出動したチームは、少なくとも1日1回、県医師会又は郡市医師会等を通じて県医師会へ安否を報告し、必要に応じて現地の被災状況や実施した医療救護活動の報告、支援要請を行う。

⑥実際の救護活動に関しては、現地の対策本部コーディネーター(郡市医師会長又は郡市医師会担当理事等)の指示に従う。現場の混乱の助長や二次災害の危険もあり、単独行動は厳に慎む。

平成 26 年 3 月 一般社団法人山口県医師会

5. 日医認証局地域受付審査局 (LRA) の設置について

藤本理事 日本医師会電子認証センターでは、医師資格証(医師資格を証明する電子証明書)を発行することになったが、その発行にあたり、本人確認や医師確認等厳格な審査が必要となるため、日医から各都道府県医師会に対して医師資格証の審査業務を行う地域受付審査局(LRA)の設置依頼があった。今後、各郡市医師会でも受付・事前審査や担当者の配置等していただくようになるので、その際にはご協力をお願いしたい。

6. 診療報酬改定説明会について

萬常任理事 平成 25 年度は県内 7 会場で開催するのでご協力願いたい。

郡市医師会からの意見・要望

(1) レントゲン検診車への医師同乗の件について

西村会長(小野田) 昨年 3 月、下関市においてレントゲン検診車に医師が同乗していないのは違法ではないかとの指摘があり、厚労省が「同乗しないのは違法」という回答をして以後、各地で混乱が起こった。

最近の話では法改正によって、必ずしも医師の同乗が必要ないとされるようだと聞かすが、事実関係の説明とその間の経緯及び日本医師会、県医師会の対応について説明願いたい。

弘山常任理事 昨年 4 月 25 日に開催した「第 171 回山口県医師会臨時代議員会」で小野田、下関市、山口市医師会から意見要望がなされたことを受け、県医師会では昨年 6 月 23 日開催の「第 129 回日本医師会定例代議員会」の代表質問で「診療放射線技師法第 26 条第 2 項第二号」について医師の立会いが必要でない内容に改正すること、また、法改正が行われるまでの間、円滑な住民検診が可能となるよう弾力的な運用について日医から厚生労働省に働きかけるよう要望したところである。

その際の日医の回答は、「医師不足を理由とするタスクシフティングの懸念があること、集団検診では委託や再委託の実態があり検診の質の低下の懸念があること、さらには医師が検診現場に関与しない状況下で行われる検診を容認することは、地域保健事業としての公的検診のあり方の根幹に係る問題であるとして、一律に医師の立会いを不要とすることは適当でないとするものであり、厚労省も了解している」というもので、決して前向きな回答ではなかった。

厚労省は 3 月に提出された結核予防会、日本対がん協会、予防医学事業中央会からの診療放射線技師法の改正要望に対し、厚生労働特別研究班で調査検討し、「健康診断におけるエックス線照射の安全性に関する研究」を「提言」の形でまとめ、これが昨年 11 月 22 日の社会保障審議会医療部会において審議された。その結果「胸部 X 線撮影時に関する医師又は歯科医師の立会いは不要」との結論が了承されたところである。

この間、厚労省医政局から日本医師会及び「チーム医療推進会議」委員の事前了解も得られており、今後、現在開会中の通常国会に上程予定の医療法改正に伴う関連法案改正の一環として取り扱われることとなった。

なお、法改正が成立するのは 5 月から 6 月ごろになると考えられるが、厚労省担当部局では事業遂行の影響を勘案し、即日施行の方針であると聞いている。

また、胸部以外の胃透視撮影や乳房撮影等については、先の提言の中でも「医行為に関連する手技等が含まれる」とし医師法に触れることが繰り返されられており、医師の立会いが必要となる。

各郡市医師会には、平成 25 年度の学校検診及び住民検診について、市町との調整の中で医師派遣等、ご協力を賜り厚くお礼を申し上げる。

また、26 年度の検診事業においても、法施行の時期が先程も申し上げたとおり 5 月から 6 月になるものと予測される一方、学校検診については 6 月までに終わる必要があることから、郡市医師会の皆様にご協力いただくことも想定されるので、その際はよろしくお願ひしたい。

(2) 診療報酬改定説明会会場の持ち回りについて

水津会長（防府） 診療報酬改定説明会の会場は固定化せず、持ち回りでお願いしたい。

防府医師会は、当該説明会が今回も山口市での会場となるので、防府医師会単独で説明会を開催せざるを得ない。防府単独開催の診療報酬説明会は毎回多くのニーズがあり、中止すると会員、医療機関の混乱が避けられないが、資料の作成など説明担当者の負担が大きい。持ち回り開催となると負担が少しでも和らぐことになるので、ぜひともお願いしたい。

萬常任理事 山口市の会場には、美祢、美東、阿東の方も来られており、持ち回り開催というわけにはいかないため、山口市とは別に防府市でも開催することを検討する。

(3) 施設等で感染性胃腸炎等の感染症が発生した場合の対応について

水津会長 施設等で感染性胃腸炎等の感染症が集団発生する機会が最近増えている。

10 人以上発生した場合又は死亡者が出た場合には届出義務があるが、その場合でも行政は施設名等の固有名詞は出さない。もし、施設の入所者が他の疾患にて医療機関に通院していて、当該医療機関に感染症を発生している旨の連絡がなく通院した場合、嘔吐や下痢等の症状が出現し、当該医療機関において職員や他の通院患者に二次感染する可能性が考えられる。それを防ぐためには、施設が必ず当該医療機関に連絡を取り、二次感染防止について協議する必要があると考える。したがって県医師会から行政、特に健康福祉センターが施設に、そのような場合には当該医療機関と速

やかに連絡協議する旨の指導をするよう要望していただきたい。

山縣常任理事 感染症に関する情報の公開については感染症法第 16 条に基づいて行われているが、同条では「感染症に必要な情報は適切な方法により公表しなければならない」となっており、同条第 2 項では、「公表にあたっては個人情報に留意しなければならない」とされている。したがって現在山口県では〇〇市管内又は〇〇健康福祉センター管内として施設が特定されないような形で記者配布するとともに県医師会及び関係の都市医師会に情報提供が行われている。

こうした中、ご指摘のとおり施設入所者等が医療機関を受診する場合、二次感染する危険性は十分考えられる。県としては、感染症が発生した施設長もしくは施設職員が受診先医療機関にその旨

を連絡し、対応することが原則であると考えているが、実際の現場での指導実態等是不透明である。県医師会としても二次感染の防止は極めて重要と考えており、最低限の対応として当該施設入所者等が医療機関を受診する場合、その旨を当該施設から医療機関に必ず伝え、連携を図りながら対応することを、施設及び健康福祉センターに対し強く指導していただくよう、あらためて県健康福祉部に要請していく。そして、このような感染症に関する要望は今後も必要に応じ継続して行っていく必要があると考える。

その他

「ねんりんピックおいでませ！山口 2015」について、県のねんりんピック推進室から説明並びに協力依頼があった。

傍聴印象記

広報委員 津永長門

平成 25 年度第 2 回目となる都市医師会長会議を傍聴した。議題は 7 題で詳細は本号をご覧ください。

いくつか感想を述べると、まず、都道府県医師会長協議会における消費税率 10% への引き上げ時の日医の対応についての山口県からの質問が会長より紹介された。日医ニュースに日医の今村副会長の回答が掲載されているが、何か他人事のような回答で日医執行部の緊張感が感じられない。4 月の診療報酬改定でも厚労省・財務省にいいようにあしらわれて、失望された先生方は多いと思う。もう少し都道府県医師会から強い意見をあげていただきたい。

特定接種に関する医療機関の登録について、山縣常任理事より説明があり、できるだけ多くの会員が登録していただきたいとの要望があった。これについては、都市医師会の対応に温度差がかなりあるように思う。県医師会や都市医師会からの詳しい説明が必要ではないかと感じられた。

弘山常任理事からは JMAT やまぐち活動マニュアル(案)について詳細な説明があった。先日も伊予灘で M6.2 の地震があり、山口県東部でも震度 4～5 と久々に恐い思いをしたが、異常気象による自然災害が頻発する昨今、災害医療の重要性は増しており、万全を期してほしい。あの東日本大震災から 3 年が経過した。最近では、何か昔のことに感じつつあったが、特集番組を見ると、被災地では復興にはほど遠い現実が存在していた。今一度、あの時のことを肝に銘じるべきである。

最後に、都市医師会からの意見・要望の中で、防府医師会から施設等で感染性胃腸炎等の感染症が発生した場合の対応について、二次感染を防ぐために、行政から関係医療機関に対し、速やかに連絡の上、協議する旨指導してほしいとの要望があった。ノロウイルスによる集団感染の発生が最近頻発しており、思わぬところから患者が受診してくることが考えられ、インフルエンザと同じく医療機関には、ぜひ発生状況を連絡していただきたいと思う。



ホッ！これで安心。

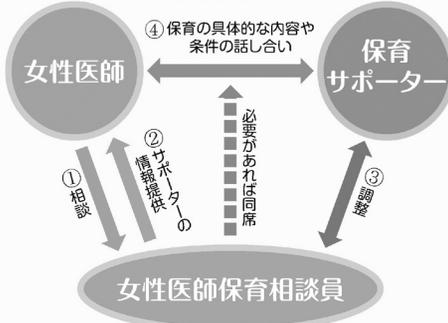
保育サポーターバンクとは…

- 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

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 25 年度 第 2 回医師国保通常組合会

と き 平成 26 年 2 月 20 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 33 名、出席議員 26 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

小田理事長 本日は、ご多忙の中お集まりいただきありがとうございます。

さて、本日は、規約等の一部改正や平成 26 年度事業計画・予算等 6 議案についてお諮りいたします。

昨年 7 月の組合会の挨拶の中で、平成 24 年度決算について、療養給付費の大幅な伸び等により、単年度収支で赤字に転じる大変厳しい財政状況であり、また、平成 25 年度において、前年度並みの医療費が続けば、保険料の引き上げ等の検討が必要であると申し上げたところでございます。

平成 26 年度予算編成に当たり、平成 25 年度決算見込額を算出しましたところ、療養給付費の増加傾向は変わらず、単年度収支の赤字がさらに

増大する見通しとなっております。

これにともない、収支差引残高が減少し、次年度繰越金が大幅に減額となり、平成 26 年度予算で財源不足が見込まれましたので、この財源不足を含め、平成 26・27 年度予算を考慮し、先月 16 日に開催されました定款等検討委員会に、保険料の改定について諮問をいたしましたところ、お示しをしました改定案で妥当であるとの答申をいただきましたので、本日は、その答申に基づき保険料改定についてお諮りをするにしております。

また、療養の給付付加金制度の見直しと組合会議員及び役員の任期についてもあわせて諮問いたしましたので、答申に基づき規約の一部改正についてお諮りいたします。

のちほど、常務理事から詳細に説明申し上げます。

なお、国庫補助金の見直しにつきましては、昨年 12 月に成立したプログラム法の中で、被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国

出席者

組合会議員

大島郡	嶋元 徹	山口市	野口 哲彦
玖珂	河郷 忍	山口市	淵上 泰敬
熊毛郡	曾田 貴子	萩市	八木田眞光
吉南	岡村 均	徳山	岡本富士昭
厚狭郡	河村 芳高	防府	大西 徹
美祢郡	吉崎 美樹	下松	秀浦信太郎
下関市	石川 豊	岩国市	小林 元壯
下関市	長岡 榮	岩国市	保田 浩平
下関市	宮崎 誠	小野田	西村 公一
宇部市	猪熊 哲彦	光市	平岡 博
宇部市	矢野 忠生	柳井	前濱 修爾
宇部市	綿田 敏孝	長門市	半田 哲朗
山口市	吉野 文雄	美祢市	野間 史仁

役員

理事長	小田 悦郎	理事	香田 和宏
副理事長	吉本 正博	理事	今村 孝子
副理事長	濱本 史明	理事	中村 洋
常務理事	田中 豊秋	理事	清水 暢
常務理事	沖中 芳彦	監事	山本 貞壽
<small>法令遵守(コプラ)担当理事</small>	萬 忠雄	監事	武内 節夫
理事	河村 康明	監事	藤野 俊夫
理事	弘山 直滋		
理事	山縣 三紀		
理事	林 弘人		
理事	武藤 正彦		
理事	加藤 智栄		
理事	藤本 俊文		

庫補助の見直しが規定され、改正法案を平成 27 年の通常国会に提出することを目指すとされました。

今後どのような議論になるか注視していきたいと思えます。

また、厚労省は、平成 26 年度に所得調査を実施するとしております。

この調査は、被保険者の所得を調査し、各国保組合の財政力指数を把握するために、5 年に 1 度実施されるものでございます。

非常に重要な調査でありますので、先生方のご協力をいただきますよう、どうぞよろしく願いいたします。

本日は多くの審議事項がありますが、よろしくお願い申し上げます。

Ⅲ 議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

河郷 忍 議員
西村 公一 議員

Ⅳ 議案審議

議案第 1 号 山口県医師国民健康保険組合規約の一部改正について

田中常務理事 本日、お諮りする規約の一部改正は、

- 1 保険料の改定について
- 2 療養の給付付加金制度について
- 3 組合会議員及び役員の任期について

の 3 項目を主としている。

1. 保険料の改定について

平成 21 年度以降の決算状況等をみると、歳入では、第 I 款「国民健康保険料」が、歳入合計の約 6 割を占める主な財源であり、また、平成 23 年度には、前年度に比べ約 1 億 5 千万円の増額となる保険料の引き上げをさせていただいたので、それ以降、保険料総額は、約 8 億 9 千万円で推移している。

また、第 V 款「繰入金」については、法定積立金の取り崩しにより財源不足を賄ったものであり、平成 22 年度においては 7,700 万円、平成 25 年度においては 5,950 万円、特別積立金の取

り崩しを行っている。

第 VI 款「繰越金」では、平成 25 年度の額は 1 億 1,980 万余で、過去 4 か年と比較して大幅に減少している。

これは、平成 24 年度の歳出において、乙種組合員の家族の加入取り扱いの変更による被保険者数の増加とそれにとまなう療養給付費の増加が一因となり、第 III 款「保険給付費」は前年度に比べ約 6,450 万円の支出増となっている。

乙種組合員の家族の平均被保険者数は、23 年度の 291 名に対し、24 年度 447 名で 156 名増、1.5 倍の増加となり、療養給付費については、296.2%で約 3 倍となった。

また、甲種組合員の療養給付費も、前年度比 123%となっており、全体でも約 10%の伸びとなっている。

歳出の第 V 款「前期高齢者納付金等」について、平成 24 年度は前年度に比べ約 4,780 万円増となり、さきほどの第 III 款「保険給付費」とあわせてこの 2 款で、約 1 億円を超す増加となっている。

これにより、歳入歳出差引残高で、平成 25 年度の繰越金に計上する額が 1 億 1,980 万円と前年度に比べ大幅に減少することになり、平成 23 年度に保険料を引き上げさせていただいた翌年度にもかかわらず、単年度収支で赤字となる厳しい決算状況となった。

なお、平成 25 年度決算見込では、第 III 款「保険給付費」については、平成 24 年度ほどの伸びではないが、やはり増加傾向にあり、また、第 IV 款「後期高齢者支援金等」及び第 VII 款「介護納付金」も支出増となっていることから、差引残高が約 6,679 万円となっている。この額を平成 26 年度予算の歳入第 VI 款「繰越金」に計上すると、前年度の約半分となり、大きな財源不足となるところである。

また、平成 25 年度決算見込における単年度収支赤字額は約 8,567 万円となり、平成 24 年度の決算の影響を受けて、さらに厳しい状況となっている。

法定積立金の保有額では、特別積立金について、平成 22 年度及び 25 年度と取り崩しをしたので、現在の保有額が 2 億円となっている。平成 26 年度予算案における法定積立額は、1 億 5,868 万円

余であるので、取り崩し可能額は約 4,100 万円となっている。

もう一つの給付費等支払準備金積立金についても、現在の保有額 1 億 600 万円に対し、法定積立額は約 9,123 万円であるので、取り崩し可能額が約 1,470 万円となり、あわせても約 5,500 万円の余裕しかない状況である。

このような財政状況の中、平成 26 年度予算編成を行ったが、現行の保険料では十分な予備費を計上することができず、平成 27 年度予算に多くの繰越金が見込めないことになるため、今回は平成 26・27 年度の収支均衡を見込んだ保険料の改定をさせていただこうとするものである。

なお、国庫補助金の見直しについては、平成 27 年の通常国会に改正法案の提出を目指すと言われており、平成 27 年度においては、大きな変動はないと思われることから、国庫補助金の削減は考慮しない保険料額としている。

万が一、国庫補助金が 0 となった場合には、本組合の全被保険者の月額保険料を約 4,200 円引き上げる必要があるという試算もある。この見直しについては、今後の行方を注視するとともに、保険料について検討が必要になった際には、いち早い対応をしていきたいと考えている。

続いて、定款等検討委員会から妥当であると答申をいただいた保険料の改正額についてである。

保険料には、全被保険者に賦課する医療給付費分保険料及び後期高齢者支援金分保険料と 40 歳から 64 歳までの第 2 号介護被保険者に賦課する介護納付金分保険料の 3 種類がある。

後期高齢者支援金分保険料と介護納付金分保険料は、国から示された算出式により算出した平成 26 年度の後期高齢者支援金と介護納付金の予算額から、それぞれ国庫補助金収入見込み額を差し引いた額を保険料で賄うこととなるが、どちらも支出額が増加することになり、現行の保険料では不足額が生じるため、月額 500 円の増額をお願いするものである。

また、医療給付費分保険料は、後期高齢者支援金と介護納付金以外の平成 26 年度歳出予算額を賄う額が必要となり、療養給付費等の伸び等を考慮し、また、27 年度予算も見越した保険料額を設定させていただき、甲種組合員は 4,000 円

増の 25,500 円、組合員の家族は 2,000 円増の 9,000 円、従業員である乙種組合員は 3,000 円増の 11,000 円に改正しようとするものである。

改正月額保険料により算出した平成 26 年度予算の第 1 款「国民健康保険料」は、11 億 183 万 2 千円となり、前年度見込額に対し約 2 億 1,654 万円の増額となっている。

この増収にともない、歳入合計額が、15 億 591 万 2 千円となったので、歳出の第 X Ⅲ 款「予備費」には、1 億 4,212 万 3 千円を計上することができる。この額を平成 27 年度予算の繰越金に計上することができれば、平成 27 年度予算編成もスムーズに進めていけるのではないかとと思われる。

以上のように非常に厳しい財政状況から、平成 26・27 年度の収支均衡を考慮した保険料に改定することが健全な態勢づくりに必要不可欠であり、保険料の引き上げは、やむを得ないという定款等検討委員会の答申に基づき改正をさせていただこうとするものである。

2. 療養の給付付加金制度について

この制度は、昭和 60 年 4 月に、給付割合を 10 割から 9 割にしたことにもない、激変緩和措置として始めた制度であり、組合員の自己負担額が 5 千円を超えた場合、超えた額を支給していた。

その後、新聞報道等による付加金制度に対するバッシングや当時の財政状況から、平成 22 年 4 月診療分以降について、5 千円の自己負担を甲種組合員は 2 万円、乙種組合員は 1 万円に変更して、現在まで制度を継続しているところである。

なお、この付加金制度について厚労省から「平成 26 年度以降、レセプト 1 件当たり自己負担額を 17,500 円以上にしない場合は、特別調整補助金（保険者機能強化分）を支給しない」との通知があった。

また、平成 24 年 7 月の中国四国医師国保組合連絡協議会で議題となり、付加金制度を行っている広島県、鳥取県及び山口県に対し、制度を実施していない組合から、富裕組合とみられる制度であり、廃止すべきとの意見があった。

全国の医師国保組合の状況をみると、平成 22

年度以降、3 県が制度を廃止されており、現在 9 県のみが実施している。

このような状況の中、理事会において、自己負担額を引き上げて制度を継続するのか又は廃止するのか等協議を重ね、廃止の方向で検討していただくこととし、定款等検討委員会に諮問したところである。

委員会では、乙種組合員にとってはメリットのある制度であるという意見もあったが、全国医師国保組合でも実施している組合が少数であること、富裕組合とみられる一因となること、また、自己負担額を引き上げて実施しても支給額の大幅な減少が見込めないこともあり、平成 26 年 4 月診療分以降については制度を廃止するのが適当であるという答申をいただいたところである。

3. 組合会議員及び役員の任期について

本組合の組合会議員については、本組合の選挙規程に基づき、各選挙区から選出しているが、郡市医師会長が兼務されている医師会が多くある。

また、役員については、選挙規程第 5 条で、理事及び監事は、山口県医師会の理事及び監事をもってこれに充てると規定をしている。

規約では、ともに任期は 2 年と定められているが、始期については明記されておらず、これまでの運用は、4 月 1 日から 2 年と解され、現在の組合会議員及び役員の任期は、平成 24 年 4 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日までの 2 年間となっている。

一方、新公益法人法の施行にともない、県内すべての医師会が一般社団法人に移行し、会長等の役員の任期は、6 月の決算総会の日を基準に変更されることになっている。

このことから、本組合の組合会議員及び役員の就任時期について、郡市医師会役員選任及び県医師会の役員選任等との整合性を図るため、任期について改正をしようとするものである。

まず、組合会の就任時期を代議員と同様に 5 月 1 日からとするため、現在の組合会議員の任期について特例措置を講じ、任期終了を平成 26 年 3 月 31 日から平成 26 年 4 月 30 日にしている。

2 の役員については、就任時期を県医師会役員

選任の定例代議員会開催月の翌月の 1 日である 7 月 1 日からとし、今回は特例措置として、現在の役員の任期終了を 6 月 30 日までとする。

したがって、県医師会の定例代議員会後から 6 月 30 日までは、旧役員がその職務を行うこととしている。

これについても、定款等検討委員会で、郡市医師会及び県医師会の役員選任との整合性を保つため、任期の特例措置を講じることが妥当であるとの答申をいただいたところである。

また、これらの特例措置に関する規程整理として、選挙規程及び組合会議員の数の算定基準等に関する内規の一部改正を昨年 12 月 5 日開催の理事会で議決した。

以上のように、3 つの事項に関する答申を受けて、規約の一部改正についてお諮りする。

まず、付加金の支給について規定している規約第 14 条及び 14 条の 2 は、制度を廃止するため削除している。なお、附則（施行期日）の 1 で、この規約は平成 26 年 4 月 1 日から施行するとしているが、2 に記載しているとおり、施行日前となる平成 26 年 3 月診療分までの付加金の支給については従前の例によるとし、平成 26 年 4 月診療分以降について廃止することとしている。

次に現行の第 15 条から第 21 条は、第 14 条の削除にともない、1 条ずつ繰り上げて第 14 条から第 20 条としている。

保険料の賦課額を規定した現行第 22 条は、第 21 条となり、医療給付費分の月額保険料は、甲種組合員 21,500 円を 25,500 円に、乙種組合員は 8,000 円を 11,000 円に、組合員の家族は 7,000 円を 9,000 円に改正している。

次に、後期高齢者支援金の月額保険料は、甲種組合員、乙種組合員及び組合員の家族ともに現行 3,000 円を 3,500 円に改正している。

介護納付金分の月額保険料については、甲種組合員 4,000 円を 4,500 円に、乙種組合員と組合員の家族は 3,000 円を 3,500 円に改正している。

なお、後期高齢者組合員分保険料は、75 歳以上の被保険者でない組合員に賦課する保険料であるが、月額 1,000 円の保険料については、変更していない。

また、改正案の第 22 条（賦課期日）の次に第

23 条（納期）を新設しているが、これは、昨年 10 月に中国四国厚生局による指導監督があった際に、改善事項として指摘されたことから規約の整備を行うもので、保険料は毎月、末日までに納

付しなければならぬと規定している。

次に、規約第 30 条（組合会議員の定数）について、現行 33 人の定数を 1 人減の 32 人に改正している。

新旧対照表

現 行	改 正 案	現 行	改 正 案
(付加金の支給)	(付加金の支給)	(賦課期日)	(賦課期日)
第14条 被保険者である組合員が療養の給付を受け、同一の保険医療機関等に一部負担金を支払った場合に、その一部負担金の額が月額甲種組合員は20,000円、乙種組合員は10,000円を超えるときは、その超える額を付加金として支給する。ただし、その付加金の額が1,000円未満である場合はこれを支給しないものとし、入院時食事療養費に係る標準負担額は、付加金の支給の対象とはしないものとする。	第14条 削除	第23条 保険料の賦課期日は、4月1日とする。	第22条 保険料の賦課期日は、4月1日とする。
2 付加金の支給方法については別に定める。	2 削除	(組合会議員の定数)	(組合会議員の定数)
第15条～第21条	第14条～第20条	第30条 組合会議員の定数は、33人とする。	第30条 組合会議員の定数は、32人とする。
(保険料の賦課額)	(保険料の賦課額)	(任期)	(任期)
第22条 組合員は、保険料として、次の区分による額の合算額を、別に定める納付方法により、毎月組合に納付しなければならない。	第21条 組合員は、保険料として、次の区分による額の合算額を、別に定める納付方法により、毎月組合に納付しなければならない。	第32条 組合会議員の任期は2年とする。ただし、補欠議員の任期はその前任者の残任期間とする。	第32条 組合会議員の任期は2年とする。ただし、補欠議員の任期はその前任者の残任期間とする。
一 国民健康保険事業に要する費用（高齢者医療確保法の規定による後期高齢者支援金及び病床転換支援金（以下「後期高齢者支援金等」という。）並びに介護保険法の規定による納付金（以下「介護納付金」という。）の納付に要する費用並びに第4号に規定する費用を除く。）に充てるため、組合員（高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者である組合員（以下「後期高齢者の組合員」という。）を除く。）及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した基礎賦課額	一 国民健康保険事業に要する費用（高齢者医療確保法の規定による後期高齢者支援金及び病床転換支援金（以下「後期高齢者支援金等」という。）並びに介護保険法の規定による納付金（以下「介護納付金」という。）の納付に要する費用並びに第4号に規定する費用を除く。）に充てるため、組合員（高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者である組合員（以下「後期高齢者の組合員」という。）を除く。）及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した基礎賦課額	(役員の任期)	(役員の任期)
ア 甲種組合員 21,500円 イ 乙種組合員 8,000円 ウ 組合員の家族1人につき 7,000円	ア 甲種組合員 25,500円 イ 乙種組合員 11,000円 ウ 組合員の家族1人につき 9,000円	第44条 理事及び監事の任期は2年とする。ただし、補欠役員の任期は、前任者の残任期間とする。	第44条 理事及び監事の任期は2年とする。ただし、補欠役員の任期は、前任者の残任期間とする。
二 後期高齢者支援金等の納付に要する費用に充てるため、組合員（後期高齢者の組合員を除く。）及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した後期高齢者支援金等賦課額	二 後期高齢者支援金等の納付に要する費用に充てるため、組合員（後期高齢者の組合員を除く。）及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した後期高齢者支援金等賦課額	2 役員は、辞任した場合及び任期を満了した場合においても、後任者が就任するまでは、なお、従前の職務を行うものとする。	2 役員は、辞任した場合及び任期を満了した場合においても、後任者が就任するまでは、なお、従前の職務を行うものとする。
ア 甲種組合員 3,000円 イ 乙種組合員 3,000円 ウ 組合員の家族1人につき 3,000円	ア 甲種組合員 3,500円 イ 乙種組合員 3,500円 ウ 組合員の家族1人につき 3,500円	(附則)	(附則)
三 介護納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員又は組合員の世帯に属する被保険者のうち介護保険法第9条第2号に規定する被保険者につき算定した介護納付金賦課額	三 介護納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員又は組合員の世帯に属する被保険者のうち介護保険法第9条第2号に規定する被保険者につき算定した介護納付金賦課額	(施行期日)	(施行期日)
ア 甲種組合員 4,000円 イ 乙種組合員 3,000円 ウ 組合員の家族1人につき 3,000円	ア 甲種組合員 4,500円 イ 乙種組合員 3,500円 ウ 組合員の家族1人につき 3,500円	1 この規約は、平成26年4月1日から施行する。	1 この規約は、平成26年4月1日から施行する。
四 保健事業のうち、後期高齢者の組合員に係るものに要する費用に充てるため、後期高齢者の組合員につき算定した後期高齢者賦課額	四 保健事業のうち、後期高齢者の組合員に係るものに要する費用に充てるため、後期高齢者の組合員につき算定した後期高齢者賦課額	2 施行日前となる平成26年3月診療分までの付加金の支給については、従前の例による。	2 施行日前となる平成26年3月診療分までの付加金の支給については、従前の例による。
ア 甲種組合員 1,000円 イ 乙種組合員 1,000円	ア 甲種組合員 1,000円 イ 乙種組合員 1,000円	3 規約第30条の規定については、平成26年2月20日から施行し、平成26年5月1日から適用とする。	3 規約第30条の規定については、平成26年2月20日から施行し、平成26年5月1日から適用とする。
		(組合会議員の任期の特例)	(組合会議員の任期の特例)
		1 平成26年2月20日において組合会議員の職にある者の任期は、第32条の規定にかかわらず、平成26年4月30日までとする。	1 平成26年2月20日において組合会議員の職にある者の任期は、第32条の規定にかかわらず、平成26年4月30日までとする。
		(理事及び監事の任期の特例)	(理事及び監事の任期の特例)
		1 平成26年2月20日において理事及び監事の職にかかわらず、平成26年6月30日までとする。	1 平成26年2月20日において理事及び監事の職にかかわらず、平成26年6月30日までとする。

議案第 2 号 山口県医師国民健康保険組合選挙
規程の一部改正について

選挙規程第 3 条では、選挙区ごとの議員の数について規定している。

選挙区に記載している郡市医師会名の変更があったので、「玖珂郡」を「玖珂」に、「小野田市」を「小野田」に改正している。

また、下関市医師会の議員数「6」を「5」に、合計欄の「33」を「32」に改正している。

この議員数の変更については、算定基準となる組合会議員の数の算定基準等に関する内規について、一部改正をした。

山口県医師国民健康保険組合選挙規程（平成元年12月1日議決）の一部を次のとおり改正する。

平成25年12月5日理事会議決

「選挙規程第 3 条の表」中の選挙区欄「玖珂郡」を「玖珂」、「小野田市」を「小野田」に、下関市医師会議員数欄の「6」を「5」に、合計欄の「33」を「32」に改正する。

附 則

（施行期日）

この規程は、平成25年12月1日から施行する。

新 旧 対 照 表

現 行				改 正			
選挙区	議員数	選挙区	議員数	選挙区	議員数	選挙区	議員数
大島郡医師会	1	徳山医師会	3	大島郡医師会	1	徳山医師会	3
玖珂郡医師会	1	防府医師会	2	玖珂医師会	1	防府医師会	2
熊毛郡医師会	1	下松医師会	1	熊毛郡医師会	1	下松医師会	1
吉南医師会	1	岩国市医師会	2	吉南医師会	1	岩国市医師会	2
厚狭郡医師会	1	小野田市医師会	1	厚狭郡医師会	1	小野田医師会	1
美祿郡医師会	1	光市医師会	1	美祿郡医師会	1	光市医師会	1
下関市医師会	6	柳井医師会	1	下関市医師会	5	柳井医師会	1
宇部市医師会	4	長門市医師会	1	宇部市医師会	4	長門市医師会	1
山口市医師会	3	美祿市医師会	1	山口市医師会	3	美祿市医師会	1
萩市医師会	1	計	33	萩市医師会	1	計	32

議案第 3 号 山口県医師国民健康保険組合会議員の数の算定基準等に関する内規の一部改正について

第 1 条では、各選挙区ごとに選出していただく議員数の算定基準について規定している。

第 2 項は、算定基礎となる甲種組合員の数について、「改選する年度の 4 月 1 日」で組合員台

帳に登録された者の数としているが、これを「改選する前年度の 12 月 1 日」に改正した。これにより、昨年 12 月 1 日現在の甲種組合員数で、選出していただく組合会議員数を算定している。

また、第 2 条（選出報告）では、報告期限について「1 月 31 日」を「4 月 30 日」に改正している。

この内規の一部改正により、各選挙区ごとの議員数を算出したところ、下関市医師会において、甲種組合員数の減少により議員数が 6 人から 5 人に変更となったので、総数についても 33 人から 32 人と変更となる。

この議員数の変更にともない、規約第 30 条（組合会議員の定数）及び選挙規程の第 3 条中の表の改正が必要となったところである。

なお、本日、規約の一部改正について議決をしていただいたら、近日中に各郡市医師会長宛に、改正後の組合会議員数に基づき、組合会議員を選出していただくよう文書を郵送するので、4 月 30 日までに報告いただくよう、よろしくお願い申し上げます。

山口県医師国民健康保険組合組合会議員の数の算定基準等に関する内規（平成元年12月1日議決）の一部を次のとおり改正する。

平成25年12月5日理事会議決

- 第 1 条第 2 項の「改選する年度の 4 月 1 日」を「改選する前年度の 12 月 1 日」に、第 2 条第 1 項の「1 月 31 日」を「4 月 30 日」に改正する。

附 則

（施行期日）

この内規は、平成25年12月1日から施行する。

新 旧 対 照 表

現 行	改 正
（議員数の算定基準） 第 1 条 山口県医師国民健康保険組合選挙規程（以下「選挙規程」という。）第 3 条に規定する各選挙区ごとの議員の数については、甲種組合員の数50人までは 1 人、51 人以上は50人又はその端数を増すごとに 1 人を加えた数を基準とする。 2 前項に規定する甲種組合員数は、改選する年度の 4 月 1 日で組合員台帳に登録された者の数とする。 （選出報告） 第 2 条 郡市医師会長は、その選挙区で選出した議員の氏名等を改選する年度の 1 月 31 日までに、別記様式により理事長に報告しなければならない。 2 郡市医師会長は、選挙規程第 4 条の規定により補充選出をした場合、前項に定める様式により、すみやかに理事長に報告しなければならない。	第 1 条 （略） 2 前項に規定する甲種組合員数は、改選する前年度の 12 月 1 日で組合員台帳に登録された者の数とする。 （選出報告） 第 2 条 郡市医師会長は、その選挙区で選出した議員の氏名等を改選する年度の 4 月 30 日までに、別記様式により理事長に報告しなければならない。 2 （略）

また、規約第 32 条（任期）及び第 44 条（役員）については変更していない。現在の組合会議員と役員については、特例措置を講じることで、組合会議員の任期は、4 月末までの 2 年 1 か月、役員は、6 月 30 日までの 2 年 3 か月となるが、これについては、今回特例ということで、附則に規定するのみで、次期組合会議員及び役員については、始期は違うが任期の 2 年に変更はないため、規約は現行のままとしている。

以上で、議案第 1 号から第 3 号までの説明を終わる。

ご審議のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

■採決

議長、3 議案について順次採決を行い、議員の挙手全員により原案どおり可決された。

議案第 4 号 平成 26 年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

沖中常務理事 平成 26 年度の事業計画について説明申し上げます。

まず、本組合の主体的事業である保険給付についてであるが、疾病や負傷に対する療養の給付が大きなウエイトを占めており、療養の給付のほかに療養費、高額療養費等、13 項目にわたる各種給付事業を実施する。

平成 26 年度における改正点の一つとして、(1)「療養の給付」の一部負担金について、70 歳以上の前期高齢者については、10 分の 2（ただし、平成 26 年 3 月までに 70 歳に到達した前期高齢者については、10 分の 1）としている。

70 歳～74 歳の現役並み所得者については 3 割の自己負担であるが、それ以外の被保険者については、平成 20 年度以降、軽減特例措置として本来 2 割の自己負担が 1 割に据え置かれていた。

この軽減特例措置について国が見直しを行っており、平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳となる被保険者で、現役並み所得者以外の被保険者については、2 割の自己負担をすることになっている。

なお、平成 26 年 3 月までに 70 歳となる被保険者（現役並み所得者以外）は、引き続き、軽減特例措置の対象となり、1 割の自己負担となる。

この見直しに係る周知・広報については、4 月

に全組合員に配布する「平成 26 年度版 医師国保のしおり」等で行う。

次に、(9)「高額療養費の支給」についてであるが、平成 19 年 4 月から入院について、平成 24 年 4 月からは外来についても高額療養費が現物給付化され、本組合が発行する限度額適用認定証を受診される医療機関に提示されれば、窓口での支払いは所得区分に応じた自己負担限度額までになり、高額療養費は本組合から当該医療機関等に支払うこととなっている。

この制度等については、引き続き「医師国保のしおり」に掲載することで、被保険者に広報する。

また、高額療養費制度についても見直しが予定されている。負担能力に応じた負担とする観点から、70 歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額がきめ細かく設定されている。

現在、所得により「上位所得者」、「一般」及び「低所得者（住民税非課税）」の 3 区分となっているが、これが 5 区分となっている。

現行の「上位所得者」については、2 つに区分され、それぞれ自己負担限度額が引き上げられ、「一般」については、自己負担限度額が現行のまま引き下げの 2 つに区分されている。

なお、「低所得者（住民税非課税）」については、変更はない。

この見直しについては、平成 27 年 1 月の予定とされていることから、平成 26 年度予算に係る支出額は 1 か月分のみであり、影響はないと思われる。また、この改正についても、「医師国保のしおり」等で被保険者に周知する予定である。

2 「保健事業」の (1)「健康診断事業の実施」については、特例措置として後期高齢者組合員も健康診断の対象者としているが、例年約 30 名の受診があるので、継続することとしている。

次に、(6)「特定健診・特定保健指導の実施」についてであるが、平成 25 年度以降について定めた第 2 期実施計画に基づき実施する。

本組合の平成 24 年度特定健診受診率は前年度に対し 1.1% 増の 47.2%、また、特定保健指導実施率は前年度と同率の 0.9% に留まっている。

本組合の特定健診については、自家健診を認め、特定保健指導についても自家保健指導を認めているので、これらの実施については、今後とも、先

平成 26 年度事業計画

1. 保険給付について

(1) 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の2（ただし、平成26年3月までに70歳に到達した前期高齢者については、10分の1）、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）を除く）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

(5) 療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診察、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

(7) 特別療養費の支給

組合員がその世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

(8) 移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第56条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の二第1項の高額療養費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第01条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11) 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として39万円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに3万円を加算する。

(12) 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

(13) 傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休業・休職をしたときは、21日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。

2. 保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

(2) 健康教育事業の実施について

- 1. 出産した被保険者に対して、月刊誌「赤ちゃん和妈妈」を1年間配布する。
- 2. 被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養面を加えたウォーキング大会を実施する。

(4) 高額医療費資金の貸付けについて

高額療養費の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、高額療養費の支給を受けるまでの間、当該高額療養費の支給に係る療養に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(5) 出産資金の貸付けについて

出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金の支給を受けるまでの間、当該出産育児一時金の支給に係る出産に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(6) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について第2期実施計画に基づき実施する。

(7) 死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

(8) 医療費通知の実施について

療養費のうち、柔道整復師に係る分について医療費通知を作成し該当者に送付する。

3. 広報活動について

- (1) 山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。
- (2) 保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4. 被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成28年3月31日までとなっているので、平成26年度は更新は行わない。

5. 月別事業計画

月	組合会・理事会	諸会議及び研修会
4	理事会	全国医師国保組合連合会代表者会議
5	理事会	全国国保組合協会中国四国支部総会・委託研修会
6	理事会	全国国保組合協会通常総会 全国国保組合協会事務局長研修会
7	理事会 監事会 組合会	全国国保組合協会理事長・役員研修会 中国四国医師国保組合連絡協議会（引き受け） 中国地方国保事務担当者研究協議会
8	理事会	
9	理事会	全国国保組合協会職員研修会 全国国保組合協会理事長・役員研修会 全国医師国保組合連合会第52回全体協議会
10	理事会	
11	理事会	全国医師国保組合連合会事務局長連絡会 第13回学びながらのウォーキング大会 全国国保組合協会保健事業推進担当者研修会 全国国保組合協会被保険者全国大会
12	理事会	中国四国医師国保組合事務連絡会（引き受け）
1	理事会	
2	理事会 組合会	全国国保組合協会事務局長研修会
3	理事会	全国国保組合協会通常総会

生方にご協力をいただくようお願い申し上げます。

(8)「医療費通知の実施」については、厚労省が医療費適正化に向けた取り組みの一つとして、柔道整復療養費の適正化として、医療費通知の実施等を講じるように推進をしているので、平成 23 年度から実施しているところであり、平成 26 年度も引き続き実施したいと考えている。

3「広報活動」については、医師会報の「国保組合欄」への掲載と「医師国保のしおり」の発行である。

4「被保険者証」についてであるが、現在お持ちの被保険者証は、平成 25 年 4 月 1 日に更新し、有効期限は、平成 28 年 3 月 31 日までとなっているので、平成 26 年度は更新はしない。

5「月別事業計画」は、新たに掲載したものであるが、理事会、組合会の開催及び全医連や全協主催の諸会議等の予定を月ごとにお示ししたものである。

なお、平成 26 年度は、中国四国医師国保組合の当番県となるので、7 月の連絡協議会と 12 月の事務連絡会の引き受けをすることになっている。

議案第 5 号 平成 26 年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について

平成 22 年に全国建設工事業国保組合における無資格加入の問題があったことから、組織運営における法令遵守体制整備のために、厚労省が国保組合規約例を改正したので、これにともなう本組合の規約改正及び法令遵守体制の整備に関する基本方針の策定については、平成 23 年 2 月の組合会で議決していただいたところである。

その後、平成 23 年 3 月の理事会で実践計画を策定し、平成 23 年 7 月の組合会でご承認をいただいている。

この実践計画については、策定後、記載内容に大きな変更がないと思われること、また、他の医師国保組合に倣い、平成 23 年度からの実践計画と規定し、これ以降、新たに策定することなく、この計画を使用していた。

これについて、昨年 10 月の中国四国厚生局による指導監督の際に、基本方針等に基づき適正に

行うように指導されたことから、毎年度理事会で策定し、組合会の承認を得ようとするものである。

なお、平成 26 年度実践計画を策定するに当たり、内容を見直すとともに、他県の計画等を参照してみたが、当初の実践計画で十分であることから、「平成 26 年度」と変更するのみとし、平成 26 年 1 月 23 日の理事会で議決したところである。

まず、1「法令遵守マニュアルの策定」では、役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅したマニュアル等を策定すると規定している。

本組合のマニュアルは、平成 23 年 9 月 15 日の理事会で策定しており、すべての役職員に配付している。

2「法令遵守に関する指導・研修」では、役職員を対象とした研修を実施すると規定しているので、理事会の際にマニュアル等の確認を行うなどして研修を行う。

山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画

平成 26 年 1 月 23 日理事会議決

山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、平成 26 年度の実践計画を次のとおり策定する。

- 1 法令遵守マニュアルの策定

役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅した法令遵守マニュアル等を策定する。

 - ① 法令遵守マニュアルは、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
 - ② 法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。
- 2 法令遵守に関する指導・研修

不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。

 - ① 法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
 - ② 役職員を対象とした法令遵守を徹底するため研修を実施する。
- 3 法令遵守のための管理

事故防止の観点から、特定の職員を長期間にわたり同一部署同一業務に従事させないよう人事ローテーションを実施し、又はやむを得ない理由により長期間にわたり同一部署の同一業務に従事している場合には、事故防止等のため、同一業務について複数の職員により執行することとする。
- 4 法令遵守関連情報の組織的な把握等

役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。

 - ① 役職員が把握した法令遵守関連情報（組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事件に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等）については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
 - ② 法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を与えるもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
 - ③ 理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報への対応を決定する。
- 5 不祥事故への対応体制

役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。

 - ① 法令遵守担当理事等は、規約、規程等に則り、理事会に報告する。
 - ② 理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。
- 6 雑 則

この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

3「法令遵守のための管理」については、担当職員の業務について記載しているが、本組合では、同一の業務について、主担当と副担当の職員により業務を執行することで対応をしている。

4「法令遵守関連情報の組織的な把握等」について規定し、役職員の役割等を掲げている。

また、5「不祥事故への対応体制」について定めている。

以上のような実践計画に基づき、役職員ともに、国民健康保険法その他の関係法令に沿って厳正に業務運営を行って行くので、ご承認いただくようよろしくお願い申し上げます。

議案第 6 号 平成 26 年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

さきほど議決していただいた保険料の改正等を盛り込んだ平成 26 年度予算総額は、それぞれ 15 億 591 万 2 千円となっており、前年度と比較して、1 億 3,209 万円の増、9.6%の伸びとなっている。

それでは、平成 26 年度予算の詳細について説明申し上げます。

歳入

第Ⅰ款「国民健康保険料」については、改正後の保険料に、それぞれ平成 25 年 12 月末の人数を乗じて算出した保険料収入額を計上している。

保険料収入は、あわせて 11 億 183 万 2 千円となっており、前年度予算額より 2 億 748 万円、率にして 23%の増となり、歳入総額の約 73%を占めている。

第Ⅱ款「国庫支出金」であるが、「事務費負担金」については、平成 23 年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかることになり、0.8 を乗じて算出した 412 万 8 千円を予算計上している。

「療養給付費等補助金」については、療養給付費の見込額や後期高齢者支援金等の見込額に、補助率を乗じて補助金を計上している。

なお、特別調整補助金として 200 万円を計上しているが、平成 23 年度に新設された保険者機能強化分としての補助金であり、医療費適正化事業、適用適正化事業、保健事業が対象となってい

る。

柔道整復にかかる医療費通知の送料等の経費やウォーキング大会の経費等について、申請を行うものである。

療養の給付付加金制度を廃止していただいたので、引き続き補助金支給対象組合となる。

次に、「出産育児一時金等補助金」の「出産育児一時金補助金」については、1 件 42 万円の一時金支給に対し、平成 24 年度以降は 10 万 5 千円の補助となっている。

「特定健康診査等補助金」は、厚労省の示した補助単価で算出した額を計上している。補助単価は、平成 22 年度以降変更はない。

この 2 種類の補助金は、昨年度と同額を計上している。

第Ⅱ款「国庫支出金」をみると、さきほどの同額を計上した 2 種類の補助金以外は、すべての補助金が増額していることから、国庫支出金全体で、3 億 1,219 万 2 千円となり、前年度と比較して 1,089 万 8 千円の増額となっている。

次に、第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であるが、後ほど説明する歳出の部の共同事業拠出金と同額の 2,498 万 9 千円を計上している。

第Ⅳ款「財産収入」は、積立金と貸付基金の利息で 10 万 1 千円を計上している。

第Ⅴ款「繰入金」は、科目存置として、1 千円を計上している。平成 25 年度は特別積立金の取り崩し額、5,950 万円を計上していたので、前年度と比較して、5,949 万 9 千円の減となる。

第Ⅵ款「繰越金」は、平成 25 年度決算見込みで説明したとおり、差し引き残高の 6,679 万 3 千円を計上している。

第Ⅶ款「諸収入」の「預金利子」は、手元の事業運営資金の預金利息である。

現在のところ、全額を決済用普通預金としているので利息はないが、今後、その一部を定期預金に変更することもあり、科目存置をしている。

歳出

第Ⅰ款「組合会費」については、前年度と同額の 264 万 9 千円を計上している。

第Ⅱ款「総務費」は、役員報酬から保険料徴収

事務費までの合計額として、前年度とほぼ同額の 3,508 万 5 千円を計上している。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める 7 億 3,526 万 4 千円を計上している。

療養給付費等は、平成 25 年度の見込額に過去 4 か年の平均伸び率 4.8% を乗じて算出している。

「療養給付費」は、前年度に比べ、3,793 万 5 千円の増となっている。

「療養費」は、平成 25 年度に実施した柔道整復療養費に関する患者調査（全件調査）の効果があらわれたのか、平成 25 年度支出額が減少しているため、予算計上額も減少している。

また、「審査手数料」は、山口県国保連合会に支払う手数料である。診療報酬審査支払手数料の単価は、平成 24 年度までは 63 円、平成 25 年度は 59 円、さらに平成 26 年度は 54 円と引き下げられたため件数は増加しているが、全体では、わずかに減額となっている。

「高額療養費」は、前年度に比べ、162 万 4 千円の増となっている。

「出産育児諸費」については、40 件分の一時金と手数料を計上し、前年度と同額の 1,680 万 9 千円を計上している。

「葬祭諸費」は、平成 25 年度の支給実績から 50 万円を増額し、200 万円としている。

「療養の給付付加金」については、平成 26 年 4 月診療分以降は制度を廃止していただいたが、平成 26 年 2 月、3 月診療分の付加金を、2 か月遅れの 4 月、5 月に支給することから、2 か月分の支給額として、400 万円を計上している。前年度と比較して、約 2,000 万円の減となっている。

「傷病手当金」については、400 万円を予算計上している。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等

の算出」については、厚労省の示した算出式により、2 億 6,850 万 4 千円を計上している。前年度と比較して 1,256 万 4 千円の増となっている。

第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」は、会社等の退職者が市町村国保に大量に加入することで生じる保険者間の医療費の不均衡を調整するもので、65 ～ 74 歳の前期高齢者加入率が全国平均（約 12.9%）より高い市町村国保等の保険者は交付を受け、平均より低い保険者は納付金を支払うことになる。

本組合の加入率は約 9.2% で、平均より低い保険者となるため、納付金を支払うことになる。

厚労省の示した算式により、9,939 万 6 千円を支払基金に納付することになる。前年度より

第 1 表 平成26年度歳入歳出予算

(単位：千円)

歳 入		歳 出	
款 項	金 額	款 項	金 額
I 国民健康保険料	1,101,832	I 組 合 会 費	2,649
(1) 国民健康保険料	1,101,832	(1) 組 合 会 費	2,649
II 国庫支出金	312,192	II 総 務 費	35,085
(1) 国庫負担金	4,128	(1) 総 務 管 理 費	34,510
(2) 国庫補助金	308,064	(2) 徴 収 費	575
III 共 同 事 業 交 付 金	24,989	III 保 険 給 付 費	735,264
(1) 共 同 事 業 交 付 金	24,989	(1) 療 養 諸 費	652,145
IV 財 産 収 入	101	(2) 高 額 療 養 費	56,210
(1) 財 産 運 用 収 入	100	(3) 移 送 費	100
(2) 基 金 運 用 収 入	1	(4) 出 産 育 児 諸 費	16,809
V 繰 上 入 金	1	(5) 葬 祭 諸 費	2,000
(1) 準 備 金 等 繰 上 入 金	1	(6) 療 養 の 給 付 付 加 金	4,000
VI 繰 越 金	66,793	(7) 傷 病 手 当 金	4,000
(1) 繰 越 金	66,793	IV 後 期 高 齢 者 支 援 金 等	268,504
VII 諸 収 入	4	(1) 後 期 高 齢 者 支 援 金 等	268,504
(1) 預 金 利 子	1	V 前 期 高 齢 者 納 付 金 等	99,396
(2) 雑 入	3	(1) 前 期 高 齢 者 納 付 金 等	99,396
		VI 老 人 保 健 抛 出 金	10
		(1) 老 人 保 健 抛 出 金	10
		VII 介 護 納 付 金	148,418
		(1) 介 護 納 付 金	148,418
		VIII 共 同 事 業 抛 出 金 等	26,434
		(1) 共 同 事 業 抛 出 金	25,014
		(2) 共 同 事 業 負 担 金	1,420
		IX 保 健 事 業 費	47,021
		(1) 特 定 健 康 診 査 等 事 業 費	6,289
		(2) 保 健 事 業 費	39,732
		(3) 死 亡 見 舞 金	1,000
		X 積 立 金	1,001
		(1) 積 立 金	1,001
		XI 公 債 費	1
		(1) 一 般 公 債 費	1
		XII 諸 支 出 金	6
		(1) 償 還 金 及 び 還 付 加 算 金	6
		XIII 予 備 費	142,123
		(1) 予 備 費	142,123
合 計	1,505,912	合 計	1,505,912

233 万円の減額となっている。

第Ⅵ款「老人保健拠出金」については、厚労省の示した算出式により算出しており、「医療費拠出金」については、科目存置として 1 千円を計上し、「事務費拠出金」は、算出された額 9 千円を計上している。

第Ⅶ款「介護納付金」であるが、厚労省から示された算出方式により、1 億 4,841 万 8 千円を計上している。前年度と比較して、1,288 万 5 千円の増となっている。

第Ⅷ款「共同事業拠出金等」の「共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会が示した算出方式により、平成 26 年度の見込額 2,498 万 9 千円を計上している。また、「共同事業負担金」についても、国保組合共通システムを開発している全国国保組合協会から示された負担金で、被保険者数で算出された 142 万円を予算計上している。

次に、第Ⅸ款「保健事業費」である。

まず、第 1 項「特定健康診査等事業費」について、628 万 9 千円を計上している。

「役務費」の事業主健診等結果データの提供については、平成 23 年度から実施をしているが、手数料について従前どおり 1 件 1,000 円としている。

また、「委託料」に記載している特定健診の単価については、山口県医師会が示された平成 26 年度の額で 10,554 円としている。平成 25 年度は、10,265 円だったので 289 円の増となっている。

第 2 項「保健事業費」は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、3,973 万 2 千円を

予算計上している。

第 3 項「死亡見舞金」については、平成 25 年度支給件数が減少していることから、平成 25 年度予算額の半額の 100 万円を計上している。

第Ⅹ款「積立金」については、職員退職給与金積立金のみ 100 万円を積み立てようとするものである。

第Ⅺ款「公債費」は科目存置である。

第ⅩⅡ款「諸支出金」については、6 千円を計上している。

最後に、歳入歳出を調整した結果、第ⅩⅢ款「予備費」として、前年度より 8,705 万円増の 1 億 4,212 万 3 千円を計上している。

以上、平成 26 年度歳入歳出予算の説明を述べさせていただきます。

何卒、慎重審議の上、ご承認賜るようお願い申し上げます。

V 採決

議長、3 議案について一括して採決を行い、議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

IV 閉会の挨拶

小田理事長 本日は多くの議題につきまして、承認いただきありがとうございました。

組合を取り巻く状況は非常に厳しい状況であります。執行部一同、組合の健全な運営を目指して取り組んで参りますので、引き続きご指導ご鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 **山福株式会社**
TEL 083-922-2551
引受保険会社 **株式会社損害保険ジャパン**
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548

 **損保ジャパン**

平成 25 年度日本医師会医療情報システム協議会 (兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会)

メインテーマ：「ビッグデータ」？誰のため、何のため・・・

～日医認証局利用による確かな医療情報交信を基本に～

と き 平成 26 年 2 月 8 日 (土) 14:00～17:15

9 日 (日) 9:00～16:10

ところ 日本医師会館 1 階大講堂

報告：常任理事 林 弘人
理 事 藤本 俊文

日本医師会の石川広己常任理事を総合司会とし標記協議会が開催された。主催は日本医師会、担当は兵庫県医師会で、「平成 25 年度都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会」を兼ねての開催。出席者は講師等関係者を含む 440 名（日医発表）であった。

開会挨拶

横倉日医会長 本日はご多忙のなか、また、東京では 20 年ぶりとなる大雪により交通網が乱れ、お足元が大変お悪い中、このように多数の皆様方にご参集いただき、心よりお礼を申し上げます。

さて、日本医師会は医療に係る個人情報保護については「医療情報は機微性が高く、個人情報漏えいを防ぐために個別法を制定すべきである」と訴えてきたが、政府の「パーソナルデータに関する検討会」が開催されて、日本における個人情報保護のあり方そのものを根底から変えていく議論が進んでいる。

25 年度は『「ビッグデータ」？誰のため、何のため・・・～日医認証局利用による確かな医療情報交信を基本に～』をメインテーマに取り上げた。国は、遺伝子情報を含む患者さんの医療情報を集積し、そのデータを利活用して新たな投資を促し、成長戦略実現に貢献しようとしている。日本医師会は、医療分野における個人情報保護の問題は譲れない点であり、その問題点にも協議会では言及していく予定である。また、海外（アイスランド、韓国、アメリカ）から演者をお招きし、医療情報の IT 化による光と影の両面をご紹介いただくこ

とにしている。

昨年、日本医師会は認証局の実務を行う「日本医師会電子認証センター」を設置した。医療分野における情報技術利用の進展を踏まえ、IT を用いた世界でも医師の資格を証明し、認証技術を用いたセキュリティーの確保された医療 IT 基盤を整備していくということを事業の柱としている。認証センターでは、医師資格情報を格納する IC カードである「医師資格証」を発行する体制を整えた。「医師資格証」は医師の資格を証明するだけでなく、IT 世界におけるセキュリティーを確保するための仕組みである認証局の機能を持ち合わせていることから、「なりすまし医師」問題の解決だけでなく健康長寿社会の実現に向けた医療の IT 化の一翼を担ってくれるものになると考えている。日医認証局は、本日より受付・登録業務を本格的にスタートすることとしており、既に 70 名の先生にご登録いただいている。

この協議会が、先生方にとって有意義なものとなることを祈念し、挨拶とする。

I 日医医療 IT 委員会セッション

～平成 24-25 年度委員会答申「IT を活用した地域医療連携の実践について」～

座長：石川 広己（日医担当常任理事）
藤原 秀俊（運営委員）

(1) 地域医療連携×日医認証局

医療 IT 委員会副委員長・

愛媛県医師会常任理事 佐伯 光義

IT を活用した地域医療連携を実践するために

は、認証基盤の確立は欠くことができない。昨年、IC カードの名称が「医師資格証」と決まり、日本医師会電子認証センターも設立され、日医認証局が本格的に稼働するための準備が整った。

昨年 12 月には、各医師会の担当役員、事務局員を対象とした説明会「平成 25 年度日医認証局の運営に係る情報担当理事及び事務局担当者向け連絡会」が開催され、本年 1 月には都道府県医師会長宛に地域受付審査局（LRA）設置を依頼する正式文書が発出された。

医師資格証に期待される用途としては、顔写真が添付されたカードを提示することで医師の資格保有と顔写真による本人確認が可能となり、災害時支援等に役立つと考えられる。また、署名機能として、デジタル書類の真正性の担保や法令で定められたタイムスタンプを付与することにより、デジタルデータを原本とすることが可能となる。あるいは、医師資格証をアクセスキーとして、医師個人に対する利便性の向上を図るサービスを開

発することがある。これに伴い、入退会・異動の手続きの簡素化、生涯教育や産業医研修等の取得単位の管理、学会との連携、オンラインでの各種申請や登録等に利用することを検討するべきである。

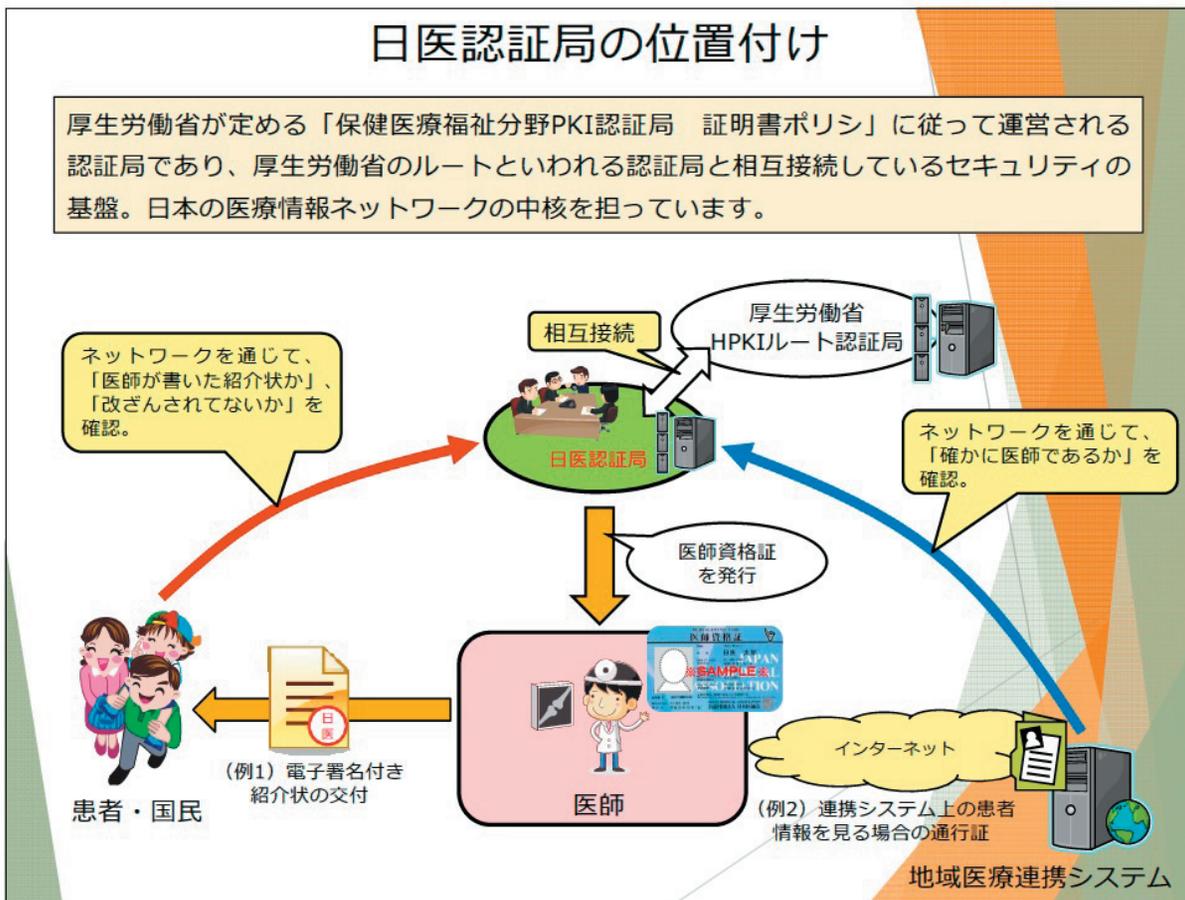
(2) 地域医療連携ネットワークを活かすために

医療 IT 委員会副委員長・

宮城県医師会常任理事 登米 祐也

全国各地で地域医療再生基金を活用し、地域医療連携ネットワーク構築が進められており、医療 IT 委員会答申は、その参考としてもらう観点でまとめられている。究極の個人情報である患者の診療情報を守るためには、セキュリティーを保ったネットワーク回線や認証基盤をインフラとして、その情報を必要とする権限を持った医師だけがアクセスできるシステム作りが必要となる。

一方、東日本大震災の経験から、設備が整っていない救護所等で緊急性が高い、多くの患者の対



平成 25 年 12 月 11 日開催

「平成 25 年度日医認証局の運営に係る情報担当理事及び事務局担当者向け連絡協議会」説明資料より

応をしなければならない災害時においては、迅速かつ広範に過去の診療情報にアクセスできる体制が望まれる。特に広域災害においては県境問題もあり、共有データ格納形式の標準化が必須である。

平時用ネットワークを構築した上で、有事の際には「災害時モード」に切り替えることのできるシステムが必要である。

(3) 日本医師会に望むところ

医療 IT 委員会委員長・岐阜県医師会副会長

川出 靖彦

今期の医療 IT 委員会答申は、「IT を活用した地域医療連携の実践について」という会長諮問に答えるために、各委員の経験を元に地域の取組みを紹介しつつ、地域医療連携ネットワークを構築する際の一助としてもらうべく注意点をまとめるとともに、その実現に向けて日医が取り組むべき内容を提言している。しかし、これだけでは多くの医療者の心を動かすことはできない。すべての医療者の医療情報リテラシーを醸成し、医療そのもののパラダイムシフトを起こすための戦略的行動こそ日医に求められる重大な使命である。

各地域において地域医療連携システムの構築が円滑に行われるよう日医に対して以下のような取組みを要望する。

① どの医療施設とも医療情報交換が可能な地域医療連携システムの構築

従来見られたように、各地が補助金を使い、独自のシステム内でしか医療情報交換ができないような地域医療連携システムを構築するのでは意味がない。システム業者主導で囲い込みを行うスタイルでシステム構築が行われることがないようにしなければならない。そのためには、以下のような取組みが必要である。

- ・即時に全国どの地域の患者情報も互いに提供・交換できるよう医療情報のコードやマスターの標準化、情報交換規約の作成に積極的に関与する。
- ・全国的に統一した形で、低コストで構築・運用できる医療連携システムを構築・提供する。これは国民の利益にも繋がることから、行政からの財政支援も要求する。
- ・医療機関ごとに付けられた患者 ID は、地域ごと

で紐付けができるようなシステムの構築を行う。

- ・システムの運用については、都道府県あるいは郡市区医師会と地域の病院が主体になって行うよう指導する。

② どの地域とも医療情報交換が可能な地域医療連携システムの構築

各都道府県あるいは各地域が独自に医療情報交換システムを構築する場合であっても、全国どの地域とも患者情報交換ができるような仕組みにすることを日医は指導すべきである。そのためには、以下のような体制整備が必要である。

- ・地域医療連携システム構築のため、地域医師会等の相談に懇切丁寧に応じるセカンドオピニオンの相談・指導チームや担当部署を創設し、相談窓口を設置する。
- ・システム運用の際の個人情報保護等に関する法整備が不十分である現状では、利用者に対するその啓発活動が非常に重要である。教育・指導・啓発を各地域で繰り返し行うことができるよう、講師派遣や指導者養成等も同部署で行う。

③ ORCA の進化

「ORCA の標準化対応」、「日レセと連携可能な電子カルテの標準化対応」、「さまざまな地域医療連携システムの相互連携 (SS-MIX2 に対応)」、「ORCA の情報を利用して電子署名可能な診療情報提供書等を作成するアプリケーションの開発」等、これまで以上に ORCA プロジェクトを強力に推進することを要望する。そして、ORCA 以外のレセコンを使用している診療所も含めた小規模な医療機関をも巻き込み、地域医療連携の IT 化のサポートを強力に推進させる。

II 地域医療連携セッション

～地域医療連携 ICT 化の全国動向とその課題について～

座長 (運営委員) : 川出 靖彦、登米 祐也

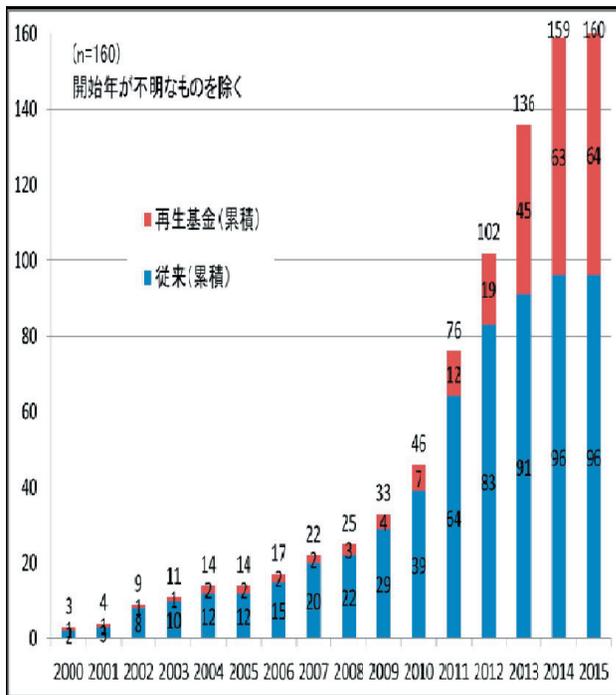
(1) 「地域医療再生計画」システム他全国状況 概括

日医総研主席研究員 上野 智明

昨年度実施した「IT を利用した地域医療連携」の調査では、154 か所の地域医療連携から回答を得ることができ、概ね全国の様子が網羅できた。本調査は毎年の継続調査を予定している。今年度

は、各地域医療連携が対象とする地域、登録患者数、目的やその効果はどうであったか、蓄積された診療情報の利用予定はあるのか等、日医 IT 委員会をはじめ先生方より指摘のあったいくつかの質問を追加した。

IT を利用した地域医療連携～全国地域医療連携数の推移 (予定含む)



(2) 医療と介護を繋ぐヘルスケアソーシャルネットワーク「Net4U」

山形県鶴岡地区医師会長 三原 一郎

Net4U は、13 年以上にわたり地域での連携に不可欠な IT ツールとして定着・活用されてきた。平成 24 年度には、「医療と介護をつなぐヘルスケアソーシャルネットワーク」として全面改訂し、デザインを一新するとともに在宅医療における多職種協働体制をサポートする機能を強化した。現在、登録患者数は 3 万 3669 件（平成 25 年 10 月末現在）、参加施設は病院 5、診療所 27、歯科診療所 2、訪問看護ステーション 2、調剤薬局 11、介護系施設 21 である。

Net4U がもっとも活用されているのは、在宅医療・介護の分野である。特に、がん末期における在宅緩和ケアにおける多職種間のリアルタイムな情報共有や相互のコミュニケーションツールとして威力を発揮している。とりわけ緩和ケア専門

医の Net4U への参加は、在宅主治医や訪問看護師にとって大きな安心感につながっており、在宅ケアの質の向上ばかりでなく、在宅緩和ケア普及の一助ともなっている。

近年は、Net4U の介護系施設や調剤薬局への導入を積極的に進めており、これらの職種が Net4U に参加することで、医療情報に触れる機会が飛躍的に増えた。また、気楽に医師や訪問看護師と連絡がとれたり、介護情報を医療側へ提供したり、医療情報から迅速にサービスにつなげたりと、在宅医療の課題とされている医療・介護間の垣根を低くする効果が生まれている。

(3) いばらき安心ネットについて

茨城県医師会副会長 松崎 信夫

茨城県医師会では、地域医療再生基金を活用し、現在 IT を用いた医療連携基盤（「いばらき安心ネット（Ibaraki medical association safety network（以下、「iSN」とする）」）の構築を進めている。

本ネットワークは、①茨城県医師会が運営管理をする、②情報は標準化データ（いわゆる SS-MIX 形式）で扱う、③各機関に医療情報を保存し患者の同意の下で必要な情報を関係機関で共有する、④参加する医師は HPKI カード（HPKI：Health Public Key Infrastructure 医師資格カード）を用いて iSN を利用する、という特徴をもち、将来は医療機関間の医療情報共有から介護福祉関係機関へと拡大することを目指している。

今後の課題は、①医師資格証を普及させること、②運営費、患者同意方法、標準化データの作成・提供に対する医療機関負担の問題、組織認証カードの発行準備等、③関係団体や会内関係委員会などへの広報・説明・協力等、である。

IT の時代になった今、県医師会・各郡市医師会がどのようにして力を発揮できるかが問われている。

(4) 絆ネット（北播磨医療連携システム）の経緯と現状

小野市・加東市医師会理事 坂本 泰三

北播磨医療圏は兵庫県のほぼ中央に位置し、5 市 1 町、人口 28 万 6,000 人を有する圏域である。

圏内には 22 の病院（うち公的病院 7）と約 200 の一般診療所が存在し、兵庫県地域医療再生事業により、地域医療連携システム整備モデル事業（事業費約 1 億 6,500 万）が平成 22 年～25 年の 4 年間で運用された。兵庫県において、そのモデル事業に沿った形で北播磨と阪神圏の 2 圏域に対して病院統合再編をセットに医療連携 ICT 化が提起され、地元医師会への協力提案は基本計画決定後であった。こうした行政計画主導の IT 化構想には、医療における個人情報の保護とセキュリティ確保、患者同意の取得方法、システム利用者の範囲（職種）、情報公開範囲等、また行政やメーカーの情報流失、医療機関の選別・寡占・淘汰への危惧等の多くの課題がある。

【患者側からの課題】

- ①個人情報の保護・セキュリティ確保
- ②法的未整備（医療個人情報保護法・被験者保護法）
- ③患者同意の取得方法
- ④システム利用者の範囲（職種）・適正利用
- ⑤情報公開範囲
- ⑥行政やメーカーの情報流失（提供・転用）
- ⑦地域医療連携システム運用会議等へ不参加

【医療側からの課題】

- ①個別医療機関における十分な説明時間と明示的同意
- ②情報の入出力・アクセス制限の厳格な管理（アクセス情報の記録・不正情報流失の検出、防止）
- ③更新情報の真実性の担保（日医認証局の利用）
- ④行政計画主導でなく当該地域関係者で十分検討
- ⑤継続性の維持・地域医師会の参画の継続
- ⑥専門家不在（IT、法律）
- ⑦「囲い込み」による医療機関の選別・寡占・淘汰
- ⑧マイナンバー法案・管理医療への危惧

（5）島根県「まめネット」・広島県「HM ネット」との連携も含めた紹介

松江市医師会理事 小竹原 良雄

島根県では、地域の医療課題の解決に向け策定する地域医療再生計画に基づき、医療圏単位での医療機能の強化のため、総称「まめネット」とし県内医療系ネットを整備することにした。

本県では、7 市内病院及び離島・過疎地の中核病院（総計 30 病院）等に中継サーバーを配置し各地域診療所と連携し、圏域のみならず県全域で相互利用を図る。患者紹介状、病院の入院カルテ参照機能、画像系の情報等々がある。

特に患者紹介状には「日医認証の署名機能を利用することで、医療保険において請求可能な原本保全」とした。これは保険請求可能な文書を作成し、長期にわたる文書保管でも真正性の保証を与えるシステムである。ネットワーク社会に参加する医療機関にとって「保険請求が可能で書類の安心安全を確保する」ことは必須である。

そして日医認証の事務手続き簡素化として、地方認証局を島根県医師会に設置し、郡市医師会や各中核病院の事務局が書類作成代行を行う。上記により日医認証制度の公共性と効率性を得たことになる。

（6）医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）の現状と課題

川崎医療福祉大学准教授 秋山 祐治

地域医療再生基金の活用等により、全国各地で医療情報連携体制の構築が進んでいるが、岡山県においても平成 25 年より「医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）」が稼働を開始した。晴れやかネットの特徴は、二次保健医療圏を越えて全県単位で発足したこと、SS-MIX2 を基盤とした標準化を考慮したこと、HPKI による認証をスタート時点から導入したことである。また郡市医師会レベルでのネットワークの説明会を 29 回、利用者に対する運用講習会を 79 回（いずれも平成 25 年 1 月以降、11 月末現在）実施するなど、利用者の拡大に向けて地道な活動を続けている。現在、開示施設数は目標であった 50 に達し、閲覧施設数は目標を超える 276 となり、県内の病院の約 64%、診療所の約 11%が参加している。情報共有できている患者数はまだ約 1,000 件ではあるが、医療と介護の連携などを視野に拡張機能の検討を続けている。

今後の課題は、患者同意書取得数の増加を図ること、また、閲覧施設からの要望もあり、開示範囲の少ない病院に対して開示範囲の内容の拡大充実を図ると同時に、閲覧回数が少ない医師への対

策と閲覧の働きかけを行うことなどである。

【晴れやかネット利用のメリット】

- ・紹介状の返事よりも早く患者の状態がわかる。
- ・他施設での診療内容を知った上で、患者に接することができる。
- ・診療が途切れないことが最大のメリット。
- ・患者が病院で聞いた内容を、改めてわかりやすい言葉で説明できる。
- ・患者は病気への理解が深まることで、満足感を得られる。
- ・他施設でどのような薬や抗生剤を使用しているかを知ることができ、勉強になる。
- ・iPad などのタブレット端末を使うことで、入院患者のベッドのそばで検査結果などを説明できる。

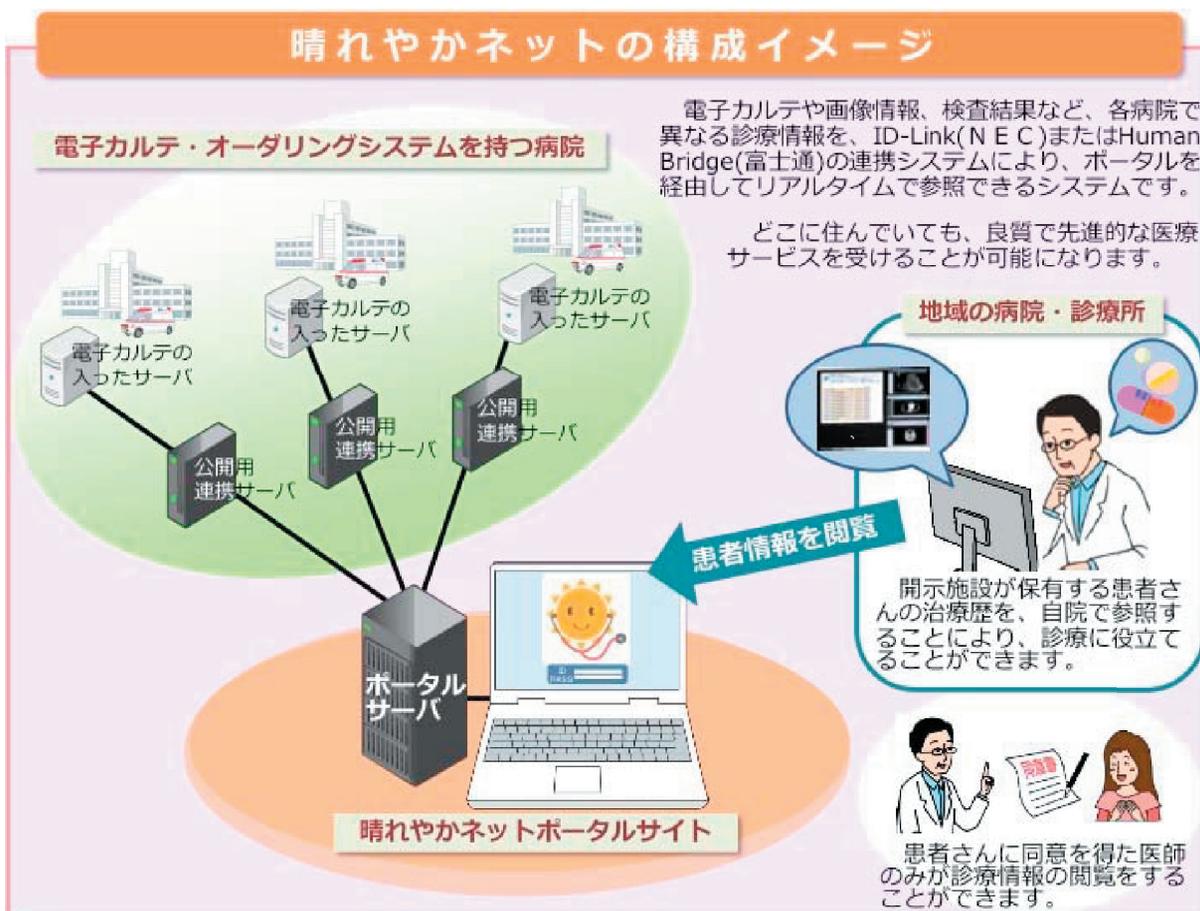
りつけ医が多数の専門医と看護師が常駐する病院情報を活用する必要がある。ところが、膨大で多岐に亘る病院情報を主治医だけで担うことは難しい。また、医師は医師に、看護師は看護師に送付する慣習的手法も危うい。一方、電子カルテ内には、膨大な診療・看護情報が未整理な形式で格納され、地域への情報伝達は一部に過ぎない。そこで、診療・看護情報を電子カルテの eXchart で機能別に格納して、各診療・看護情報を整理・変換・統合して、転記作業をなくし、漏れの無い地域かかりつけ医向けのサマリー（診療情報提供書、看護要約、リハビリテーション報告書、チーム医療報告、介護保険主治医意見書等）の作成支援システムを開発し、電子化看護要約を実運用したことにより、看護師の負担が減少するとともに、内容が向上した。また、変換マスターを地域に公開し、地域目線への熟成を進めている。

(7) 高齢化社会に向けた地域医療 IT 化の試み

福岡県医師会常任理事 上野 道雄

【報告：林 弘人】

障害を抱えた高齢者が安全に暮らすには、かか



Ⅲ ORCA セッション

～ ORCA・日レセの主流化宣言～

座長：富田雄二、牛尾剛士（運営委員）

(1) ORCA の現状とレセプトシェアトップへの道

日医総研主席研究員 上野 智明

在宅シフト、地域連携参加の必要性、世代交代による IT リテラシーの向上、電子署名等々、医療機関をとりまく環境は徐々に変化しつつあり、IT メーカーやベンダーで構成されるシステム提供側の状況も変化しつつある。本年 1 月時点での日レセ利用医療機関数は、導入中も含めて 13,675 施設で、内訳は診療所 12,368 施設、病院 472 施設、導入作業中が 1,195 施設である。シェアは 15%で、1.8兆円を請求しているソフトである。

ソフトウェアとしては、「医見書」「給管鳥」「訪管鳥」「日医特定健康診査システム」(日レセ対応)等があり、現在、「ORCA 版マイカルテ」(仮称)を作成中であるが、マイカルテはレセコンで対応し、入力負担なく、地域医療に参加できる。

(2) サポート上の課題、関連ソフト開発・周辺サードパーティ製品の紹介

ORCA サポートセンタ長 笠原 慎也

2013 年 11 月 15 日現在、日レセのみで稼働している医療機関数は 12,346 施設、導入準備中は 1,146 施設あり、13,000 を超える医療機関で利用されるレセコンにまで成長した。また、導入や運用を支援する認定事業所も全国約 200 社あり、今後もシェアを広げていくと思われる。

一方、認定事業所は 2002 年には 40 社程度でスタートし、導入している医療機関数も 2004 年で 446 施設しかなかったがシェアを伸ばしたことにより、当初とは異なるサポート上の課題等も発生した。それは、改正時期やトラブル時においては ORCA サポートセンタより情報提供を行っているが、認定事業所にもレベルのばらつきがあるため情報が伝わっていないことや事業所内でも情報が共有されていないことがあり、同様の問い合わせが頻発することがあること、また、医療機関から言われたことを事業所内の検証機などで確認せず、そのまま問い合わせしてくる等である。

日レセと連携する機器及びソフトウェアとして「日医標準レセプトソフト API」があるが、これは HTTP プロトコルでアクセス可能であるため、

ORCA プロジェクトでは実装を推奨している。

(3) 日医認証局の現状と対応コンテンツの紹介「紹介状作成プログラム for 地域医療連携」について

日医総研主任研究員 西川 好信

ORCA プロジェクトでは、「紹介状作成プログラム for 地域医療連携」(以下 MI_CAN: 仮称)を開発している。MI_CAN は、日医標準レセプトソフトに入力したデータを活用し、紹介状及び診断書を作成することができる。また、画像貼付機能を持っているため画像つき紹介状が簡単に作成できる。そして、オプションソフト(市販ソフト)との連動を考慮して開発されているため、日本医師会電子認証センターが発行する「医師資格証」(HPKI カード)と「医師資格証対応署名ソフト」と組み合わせれば、安全に共有可能な電子紹介状を作成できる。さらに、PDF 加工ソフトと組み合わせれば、医療現場で発生するさまざまな「医療文書」の電子化を行うことができる。

今後は、検査データの結果取り込みや厚生労働省の規定する地域医療連携データの出力等も予定(6 月頃に ORCA 頭書きに同意の有無・連携 ID 入力できるように)されており、医療機関運用の一翼を担うソフトにすべく開発を進めている。

Ⅳ インターナショナルセッション

～世界での医療 IT 化の進展と医療への影響・個人情報保護等について～

座長：石井正三(日医常任理事)

佐久本嗣夫(運営委員)

(1) アイスランドにおける医療データベースの過去、現在、未来

元アイスランド医師会長

元 WMA 会長 ジョン・スネーデル

アイスランドでは、1998 年に研究目的の医療データ利用に関する法案が提出された。その趣旨は、全国民の現在及び将来の医療データを収集して一つのデータベースに納めることだった。さらに同データベースは、他の 2 つのデータベース、一つはアイスランド国民の血統に関するもの『アイスランドの書』は公開(自分のデータは見る事ができる)され、もう一つは血液サンプルその他生物学的資料から得た遺伝情報(サンプル数約

10 万人) に関するものとのリンクを可能にしていた。また同データベースの管理者は、研究目的で製薬会社などに情報を売却することができ、保健機関には全情報への無料アクセスが認められた。

当初は同意を取ることが想定されていなかったが、その後の議論で推定同意としてオプトアウト制度を適用することになった。アイスランド医師会は同案に反対する議論を先導した。医師が患者との関わりの中で収集したすべての情報が第三者によって利用されることが主な理由だった。

それにもかかわらず法案は通過し、民間企業のデコード・ジェネティクス社を同データベースの唯一の管理者とする契約が交わされた。批判意見を取り入れて当初の案に多くの変更が加えられたものの、基本的な考え方は変わらなかった。技術的理由と裁判での不利な結果によって同社が医療データベースそのものを実現することはできなかったが、他の 2 つのデータベースはいまだ存在し、厳格な倫理的枠組みの中で利用されている。しかし、今日でもこの国民的議論は国内での医療データの取り扱いに広く影響を及ぼしている。他にもイギリス・デンマークなどで同様のデータベース構築が考えられており、研究には非常に強力なツールであるが、取扱には注意が必要である。

(2) 韓国における ICT とヘルスケア：現状と未来

延世大学医学部予防医学教授

(延世大学セヴランス病院総務部長)

韓国医師会国際委員会委員長

ドン・チュン・シン

韓国の医療の特徴は、発達した ICT (情報通信技術) 基盤といえる。1997 年のアジアでの金融危機に対応して、韓国政府は将来のために ICT 産業の育成を図った。韓国では、医療分野での ICT は、PACS や EMR により低コストで高効率な相乗効果をもたらした。セヴランス病院は、1989 年に IBM の合併事業として PACS の開発に着手し、1994 年にそのシステムの運営を開始、2002 年には世界で最大の Full-PACS の実施に成功した。

ICT は、必ずしも医療によい影響を及ぼしてきたわけではない。情報処理の簡素化により、個人情報漏えいのリスクが高まった。また、遺伝

子情報やカルテなどの医療情報を保護する必要があります。そこで、韓国政府は 2009 年に個人情報保護法を実施して、医療分野で研究データが提供される場合に、住民登録番号が知られないよう個人識別番号を通じた被験者の住民登録番号の暗号化を開始した。遺伝子だけでなく血液や体液を含む被験者由来のすべての情報は、「ヒト由来の試料」と定義され IRB により厳重に管理されることとなっている。

医療における ICT は、病院内での診療に限ってきた。しかし、ユビキタス医療 (U-healthcare) に代表される韓国の ICT 医療は今や病院の枠を超えて広がっている。政府の発表によれば、今後はユビキタス医療を推進し、いつでもどこでも高度な医療が受けられるよう、それを次世代の医療産業として発展させてゆくことが計画されている。企業も、治療を受ける患者にかぎらず一般国民全体の健康を促進することにより、ICT 企業の第二の成長の波を待っている。他方、医療分野では不安も感じており、それは、誤診の責任をだれがとるかなどの問題が生じ得ることや、ユビキタス医療が医療専門職への需要に対してもつ影響があるためである。政府は、予想される副次的な悪影響を最小限に抑えるために、ユビキタス医療の詳細な基準を策定したり、医療機関のサービスで認定できる範囲を限定するなどしている。

(3) 大量データ分析と米国の医療システム：大きなチャンス、大きな責任

アメリカ医師会 (AMA) 次期会長

ロバート・ワー

3 億 1,500 万の国民に対していかに医療の保障とサービスを提供するかを中心に据えて、米国が医療制度の変革を経験する中で、大量のデータと分析方法を活用する能力は、費用対効果のより高いケアを確保するうえで大きな将来性を有している。米国政府は文書上の記録をデジタル化し、電子カルテや医療情報の交換に利用するために約 300 億ドルを費やしている。このデジタル・プラットフォームを確立することにより、強力な分析を行うことができ他の大量データソースに組み入れる機会が得られる。アメリカ医師会を含めさまざまな関係者が、健康の改善、質の向上及び費用削減のための医療の IT 化とデータの活用に期

待を寄せている。“ヘルス IT”、“クラウド・コンピューティング”、“サイバーセキュリティ”には交点があり、その中心に患者がいるのである。これらの変革を行うに当たり、患者へのケアが遅れたり医療現場で混乱が生じたり、患者のプライバシーが損なわれたりしてはならない。

米国におけるデータ漏洩による被害は 42～81 億ドル/年で、その多くは IT デバイスの紛失や盗難被害によるが、一部には仕事上の関係者やプロバイダー側の無責任なセキュリティーもある。

V メインシンポジウム

クラウド・ビッグデータ時代の 医療 IT 化の進路

座長：川島龍一（運営委員会委員長）
足立光平（運営委員）

(1) 医療情報化にまつわる責任論

厚労省政策統括官付

情報政策担当参事官室長補佐 中安 一幸

種々の分野において ICT 化の進展がめざましい。さまざまな個人情報のうちでもとりわけ機微性が高いとされる一方で、蓄積されるデータの利活用に大きな期待が寄せられる医療情報を扱うに当たっても、低価格化やユーザビリティの向上、安全管理指針の整備などにより、ICT 化・ネットワーク化が急速に進展しつつある。昨今、クラウド・ビッグデータ時代などという言葉をよく見聞きするようになったものの、これらが指すものが具体的に何であるかはまだ明確な定義がなされたわけでもない。新しい概念と付き合う上では、こういった手法が何を意味するものか十分に承知した上で、旧来からある医療提供上の責任、情報の安全管理にまつわる責任のあり方等とも整合的に位置づけた委託契約のあり方やデータ提供の考え方について検討が深められるべきであろう。

(2) 新たな IT 戦略「世界最先端 IT 国家創造宣言」 について

内閣官房情報通信技術 (IT) 総合戦略室

企画官 永山 純弘

高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT 総合戦略本部) では、わが国の IT 政策を戦略としてとりまとめ、政府を挙げた施策の実施を推進してきた。平成 25 年 6 月 14 日に新たな IT

戦略「世界最先端 IT 国家創造宣言」が閣議決定され、同日付けで IT 総合戦略本部において、その実現に向けた「行程表」が本部決定された。平成 25 年 12 月には、IT 総合戦略本部にて「パーソナルデータの利活用に関する制度見直し方針」、「IT 利活用の裾野拡大のための規制制度改革集中アクションプラン」及び「創造的 IT 人材育成方針」を決定した。

IT を活用した適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現に向けた具体的な取組みとしては、①医療情報連携ネットワークの標準化、費用対効果向上を図り、全国へ普及・展開、②地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携推進、③生活支援サービス等に関するロボット技術等の開発、④データに基づく保健指導、国民の健康増進・健康管理方策の確立、⑤保険者等によるレセプト情報等の利活用による効果的な医療提供の取組み、⑥日本の食生活等を踏まえた健康増進モデルの検討、普及等がある。

(3) 医療におけるクラウドとビッグデータ時代の ICT 化

日本医療情報学会副会長

兵庫医科大学主任教授 宮本 正喜

クラウドコンピューティングの技術的歴史は結構古くからある。最近のネットワーク技術やサーバ・クライアントの機器や技術の進歩により、空間的、時間的障害をほとんど考えなくても良い時代になってきた。これにより一段と管理運用、コスト、ソフト開発が行いやすくなり、新しいイメージとして GOOGLE の CEO であるエリック・シュミットの発案から、クラウドコンピューティングという言葉ができあがった。これはビッグデータを支える構造としてのものである。

一方、ビッグデータ処理についても、技術の進歩により、大量のさまざまな形態のデータを集積することが可能となってきており、大量のデータをうまく処理することで、より精度の高い結果や今まで考えられていなかった創造的な発想を生み出す可能性も出てきた。これらの技術を医療の世界に活用していくのは当然の流れである。

クラウドコンピューティングの特徴は、①記憶容量や処理能力を必要時セルフサービスで調節できる、②パソコンや携帯電話など多様な端末を

使ってどこからでも利用が可能、③資源は余裕を持って集積されているので資源のある場所を意識せず使える、④資源の供給量は迅速に伸縮可能であり、しばしば無限に使えるように見える、⑤サービスの利用料が測定可能になり、支払いにあたっての透明性が確保される、等である。

活用をためらう理由としてあげられるのが、セキュリティが不安、院外にデータを置くことへの心理的な抵抗がある、トータルコストが不明確、信頼性・信用性が不安、サービスの詳細がよくわからない、等である。

クラウドコンピューティングやビッグデータ処理の技術を活用することで医療の特殊性とシステムの利便性をうまく調整して医療の IT 化をどのように進めるべきかが重要な課題である。

なお、よく使われる Dropbox は米国の法律で処理されることになっている。

(4) 医療 IT 化における日医認証局の役割

日医総研主任研究員 矢野 一博

2013 年 5 月、日本医師会内に日本医師会電子認証センターが設置された。このことにより、「電子署名」と「認証」の機能がある日医認証局は日本医師会の事業の一つと位置付けられた。これに伴い、電子認証センターから発行する IC カードも、これまでの「日医認証局カード」という曖昧な名称ではなく「医師資格証」と改め、日医として医師の資格を証明するカードの発行という明確な取り組みを開始する。また、カード発行時の審査に関しては、各地の医師会にも協力を仰ぎ、医師免許証の原本を確認してもらうなど、確実な医師資格確認を実施していく予定である。

一方、本セッションのテーマが示す通り、現在の医療 IT 化は、これまでの手元に情報がある時代から、ネットワーク上の世界であるクラウドに情報が移行し、それらを共有・共用していくという流れになっている。また、それら大量の情報を分析・解析することにより、情報から何らかの方向性を見出すという取り組みが進められている。このような流れの中では、情報セキュリティの重要性が増すのは当然のことながら、その情報に対する責任の所在も明確にしていく必要がある。つまり、その医療情報を誰が見ていいのか、発信者は誰なのか、これらが明確でないまま、情報を漫

然と共有、分析してよいかを考えることは、医療 IT 化を進める上で避けては通れない。

(5) クラウド・ビッグデータ時代の医療情報の取り扱いについて

日本医師会常任理事 石川 広己

クラウド・ビッグデータ時代といわれる中、医療情報も例外ではない。例えば、レセプト情報を分析するために情報提供に関する検討がなされているし、医薬品等の安全性情報の収集及び分析を行うため、医療情報データベース基盤整備事業が進められている。現在のところ、これらの検討に関しては厚生労働省に有識者会議、検討会が設置され、慎重な審査や検討の上で実施されているが、今後も必ずしも同じような体制のもとで検討が進められる保証はどこにもない。事実、これらの枠組みとは全く関係のない取り扱いでレセプト情報が利用されようとした事例もあった。

このようなことを踏まえ、日医では医療情報に係る個人情報保護について、個別法の制定も含め、明確な方向性と環境整備をすべきとの主張を繰り返してきた。さらに、今後、これらの情報の中に遺伝子情報が含まれてくることも想像に難くない。そのような流れを鑑みれば、情報取扱いに関する環境整備は急務といえる。

また、医療介護連携、在宅医療の推進が政府によってなされる中、情報連携の手段として IT はますますそのツールとして活用されていくはずである。その際、どの情報を共有するのか、情報に対するアクセス権限をどうするのかは非常に重要となる。例えば INBOX には詳しい病名・予後・知られたくない情報などを、OUTBOX には血圧・体重・主病名・お薬手帳などと分けて見えるようにし、アクセス権を決めてやればよい。

— ディスカッション終了後、沖縄県医師会の宮城信雄会長より次期担当としての挨拶がなされ、兵庫県医師会の足立光平副会長の閉会挨拶にて 2 日間にわたる本協議会のすべてのプログラムが終了した。1 階ロビーでは、日医認証局及びその関連 ORCA の展示が行われた。なお、平成 26 年度と同協議会は平成 27 年 2 月 14 日(土)、15 日(日)に開催される予定。

[報告：藤本 俊文]

山口県医師会警察医会第 14 回研修会

と き 平成 26 年 1 月 25 日 (土) 16:00 ~

ところ ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科

法医・生態侵襲解析医学分野（法医学教室）

教授 藤宮 龍也先生

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健

平成 26 年 1 月 25 日 (土)、ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」において「山口県医師会警察医会第 14 回研修会」が開催された。本稿はこの研修会の報告である。

進行は山口県医師会常任理事の弘山直滋先生が、座長は山口県医師会警察医会会長の天野秀雄先生が務められた。

藤宮教授の経歴の紹介に引き続いて、講演が行われた。

「死体検案特論

—事例を中心に— 損傷論 3：頭部損傷

本日は「損傷論 3：頭部損傷」を講演する。

山口県医師会警察医会 第十四回研修会
死体検案特論—事例を中心に—

損傷論3:頭部損傷

山口大学大学院医学系研究科
法医・生態侵襲解析医学分野(法医学教室)
藤宮 龍也




1. WHO 患者安全カリキュラムガイド 2011
2. morbidity & mortality conference (M&M カンファ) RCA(Root Cause Analysis)
3. 頭部外傷
4. 頭蓋骨骨折の見方
5. 脳挫傷:クー損傷・コントラク損傷
6. 頭蓋内出血

2014.1.25

最近、WHO から「WHO 患者安全カリキュラムガイド 2011」が出され、全国的に広めようとする流れになっているが、この中で死因究明に関係するところをお話する。その後、頭部損傷の講演を行う予定である。

高信頼性組織 (High Reliability Organizations)

失敗が許されないという過酷な条件下で常に活動しながらも、事故件数を抑えて高いパフォーマンスをあげている組織 (航空・宇宙・原子力・警察・消防・海保・軍事などの分野、医療分野も)

1. 失敗に対する事前対策：失敗を認識し、計画
2. 回復力を高める取り組み：想定外の封じ込め
3. 任務に対する敏感さ：最前線に関心
4. 安全の文化：危険や失敗の共有



「高信頼性組織」とは、失敗が許されないという過酷な条件下で常に活動しながらも、事故件数を抑えて高いパフォーマンスをあげている組織のことで、警察・消防・海上保安庁、自衛隊等、そして医療分野もこの中に含まれる。

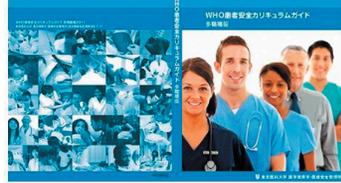
そのためにはノウハウが必要であり、そのような意味で、ある部分共通したところがある。①失敗に対する事前対策、②回復力を高める取り組み、③任務に対する敏感さ、④安全の文化、が重要であるとされている。

WHO 患者安全カリキュラムガイド 職種版 2011

PART A 指導者向けのカリキュラム解説
PART B カリキュラムガイドの各論トピック

世界水準の医療安全 (患者安全)

http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Curriculum_Tools/en/index.html
<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/index.html>




Source: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005

「WHO 患者安全カリキュラムガイド」である。日本版が 2011 年に発刊され、医学教育の中では学生に対する教育に使用されているが、医療関係者全員に対しても、このような勉強が必要だという啓蒙活動が進んでいる。

スイスチーズモデル

潜在的弊害
組織のプロセス - 業務負荷, 手書きの処方箋
経営上の決定 - スタッフの配置, 新人研修医への支援が欠如した文化

エラーを生み出す要因
環境 - 多忙な環境, 作業の中断
チーム - 監督の欠如
個人 - 知識の不足
業務 - 繰り返し作業, 薬剤投与記録の設計の不備
患者 - コンプレックス, コミュニケーション困難

目に見える失敗
エラー - スリップ, ラプス違反

防護策
不十分 - AMHIは混乱を招きやすい
欠如 - 薬剤師が関与しない

AMHI = Australian Medicines Handbook
オーストラリア薬師ハンドブック

Source: Why do interns make prescribing errors? A qualitative study MJA 2006; 188 (2): 89-94
Jan D Coombes, Danielle A Slowasser, Judith A Coombes and Charles Mitchell. Adapted from J. Reason's model of accident causation

エラー: 「正しいことをしようとして、間違ったことをすること」
1) ミスステイク: 計画時から失敗した。不慣れ・理解不足
2) スリップ: 計画は正しかったが実行時に失敗した
3) ラプス: 実行の途中で計画を忘れてしまつて失敗した

技能(Skill)には、技術(テクニック)以外もある

Skills - technical & non-technical

テクニカルスキル領域
意思決定:
1. 直感主導(直感)型
2. ルールベース型
3. 選択的意思決定
4. 創造的意思決定

ノンテクニカルスキル領域
リーダーシップ:
1. 権限の行使
2. 標準の維持
3. 計画と優先順位
4. ワークロード、資源管理

自己管理・社会性(人間性の幅ひろさ)

TeamSTEPS 6

スキルには、「テクニカル・スキル」と「ノンテクニカル・スキル」の2つがある。医療関係の特殊な「テクニカル・スキル」や警察、海保、自衛隊それぞれの「テクニカル・スキル」があるが、これらに共通する「ノンテクニカル・スキル」が存在する。

Reasonの防護策

潜在的な有害事象

患者

方針の立案訓練
標準化単純化
自動化
器具・装置設計の改善

Source: Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety

その中でも有名なものが、「スイスチーズモデル」という考え方で、事故というのは、普通はいろいろな壁があって、どこかで引っかかって止まるはずであるが、どこにも引っかからないでぐり抜けて最終的に出てくるのが事故なのである。つまり、どこかで穴を埋めていけば事故は起こらないのではないかという考え方である。いろいろな壁を作っていくことが事故の発生を抑制するのだからこれがメインの考え方になっている。

ノンテクニカル・スキル(NOTS: Not-Technical Skills)

テクニカルスキル、ノンテクニカルスキル(職種)
・ ノンテクニカルスキルの訓練で医療エラーを50%減らせる(英国会議, 2009)
・ チームワークと臨床適性(Fitness to practice)

カテゴリ	観察可能なスキル
状況認識	情報を収集する 情報を解釈する 先を予測し、行動する
意思決定	直感/ルールベース/選択的/創造的意思決定 選択を行い、チームに伝える 選択を実行し、経過を確認する
コミュニケーションとチームワーク	メンバー間で情報を交換する 相互的な理解を作り上げる チームの活動を調整する
リーダーシップ	パフォーマンスの水準を設定し、それを維持する。優先順位 メンバーをサポートする チームのプレッシャーに対処する

個人的要因 Personal Limitations (ストレスや疲労管理)

職種横断的スキル
テクニカル・スキル
ヒューマン・スキル
コンセプチュアル・スキル
クオリティ・マネジメント
エラー・マネジメント
コンフリクト・マネジメント

「ノンテクニカル・スキル」は、組織であればどんな組織でも共通に必要なことである。カテゴリーでは、状況認識、意思決定、コミュニケーションとチームワーク、リーダーシップがある。
・状況認識では、情報を収集する、情報を解釈する、先を予測して行動する。
・意思決定では、正確な意思決定を行い、選択を行い、チームに伝える、選択を実行し、経過を確認する。
・コミュニケーションとチームワークでは、情報交換、相互的な理解、チームの活動を調整する。
・リーダーシップでは、パフォーマンスの水準を設定し維持する、優先順位をつける、プレッシャー

に対処する。

医療プロフェッショナルの教育はどうあるべきかまとめ

- ヒューマンファクター(ズ)を理解でき、
- システム思考を行えて、
- リスク管理から質改善に繋げられ、
- (ノンテクニカルスキルにも長けた)
- 「組織人」としての医療者を育成する！

- 患者安全とは(新たな教科ではなく新しい規律)
- 臨床現場の能力を統合すること(チームの役割)
- その場その場で学んでいくこと
- 医療の状況変化を認めること(複雑/予測不可能)
- 医学的優先順位(手洗い・確認プロセス・投薬)

課題:

- パターンリズム(インフォームドコンセント・患者の役割)
- 医師の無謬性(間違えへの態度)、To err is human.
- 責めること/恥じること、トレーニングとチームワーク
- システムエラー・ヒューマンエラーと個人の刑事・民事・社会的責任
- 再発防止・原因究明と個人の責任

患者安全のパラダイムシフト:

- パーソナプローチ: 個人責任、非難・恥、訓練
- システムズアプローチ: 複雑系システム、システムエラー、マニュアル化
- ヒューマンファクターズ: 人間工学、改善科学、ノンテクニカルスキル、チームワーク、診療適性

まとめると、ヒューマンファクターを理解し、システム思考を行えて、リスク管理から質改善に繋げられ、「組織人」としての医療者を育成するのが WHO の教科書的な考え方である。

WHO Topic 10 患者安全と侵襲的処置

- 外科的及び侵襲的処置に伴う有害事象の主な原因
 - 不良な感染管理
 - 不十分な患者管理
 - 処置の開始前、実施中及び終了後における医療提供者のコミュニケーションの失敗
- 外科的及び侵襲的処置の安全を改善する確認プロセス

安全な手術を実施するための基本原則10 WHO guidelines for Safe Surgery, 2009	
1	正しい患者の正しい部位を手術する
2	麻酔により患者を疼痛から守り、麻酔薬投与により発生する害の防止を適用する
3	気道確保の失敗や呼吸機故障の低下による生命の危険を認識し、効果的な準備を整える
4	大量出血のリスクを認識し、効果的な準備を整える
5	手術を受ける患者にとって重大なリスクとなることが知られているアレルギー反応と薬物有害反応の発生を回避する
6	手術部位感染のリスクを低減する対策を一貫して適用する
7	手術室内へのガーゼや器具の置き忘れを防止する
8	全ての手術様体を確保し、正確に識別する
9	手術を安全に実施するうえで極めて重要な患者情報を効果的に伝達および交換する
10	病院及び公衆衛生システムが外科的知識、手術量及び手術成績を日常的に監視する制度を整備する

「WHO Topic10」というところで、患者安全と侵襲的処置の項があるが、ここは特に外科的及び侵襲的処置に伴う有害事象の主な原因が述べられている。患者間違い、手術部位の間違い、手技勘違いを回避するための確認プロセス等が述べられている。

手術の安全 チェックリスト WHO(世界保健機構), 2009年改訂

麻酔導入前に (外科医、麻酔科医、外科医)	執刀前に (外科医、麻酔科医、外科医)	患者退室前に (看護師、麻酔科医、外科医)
<ul style="list-style-type: none"> 患者確認、手術部位、手術手技、インフォームドコンセントの確認 手術部位のマーキング 麻酔器と投薬の確認 装着したパルスオキシメータの動作確認 気道確保困難または認識リスクはあるか? 500ml以上では 7ml/kg以上の出血リスクは? 500ml以上の静脈/中心静脈ラインを確保 	<ul style="list-style-type: none"> 手術に入る全てのメンバーの自己紹介と役割の確認 患者名、手術手技、執刀部位の確認 執刀30分前の抗生剤の予備投与は行ったか? 予想される重大な事象 外科医へ: 危険または通常でない(手術の)段階はどこか? 手術時間などの目安はありますか? 予想出血量はどれくらいですか? 麻酔科医へ: この患者に特化したリスクは何か? 看護師へ: 薬物(インジケータ)結果は完全か? 準備薬材や物に問題はありますか? 重要な麻酔は監視できるか? 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が口頭で確認 手術の指示名 使用薬材、ガーゼ、針のカウント 標本のコンタム(大きな声で患者名を叫ぶ) 何か懸念の問題はあるか? 外科医、麻酔科医、看護師へ この患者のリスクや術後管理の問題点は何か?

本チェックリストは(全ての施設を)を包括するものではない。施設ごとの実情に応じた追加や改変は、推奨される。

手術の安全チェックリストを作成すると有害事象が減るのではないか、ということである。

麻酔導入前に患者同定、手術部位、手術手技、インフォームドコンセントの確認を行ったかどうか、手術部位のマーキングを行ったかどうか、麻酔器と投薬の確認を行ったかどうかを確認していく。次のステップで執刀前にスライドの如くチェックをしていって、最後に患者退室前に各種のチェックを行い、有害事象を減らすことの推進が要求されている。

M&Mカンファレンス vs. CPC

morbidity & mortality conference

- そのような会議は開催されているか?
- 教育と理解に重点が置かれているか?
- 議論の目標が類似事象の再発防止に設定されているか?
- その会議は中心的な活動とみされているか?
- 全員が参加しているか?
- 学生を含む若手も会議に出席するよう奨励されているか?
- 死亡事例はどのように扱われているか?
- 討論の要約が文書で管理されているか?

* 日本では、CPCないし、医局内カンファレンスに相当。英米圏では、検死官へ届け出て、検死陪審(審問)が開催されることがある。

M&M カンファレンスとは morbidity & mortality conference のことであるが、要するに、死因究明会議のことである。このような会議が開催されているか、教育と理解に重点が置かれているか、等々があるが、詳細はスライドを参照してほしい。

このような会議が日本で行われているかということ、行われていないのが現状ではないか。日本では CPC ないし、医局内カンファレンスが相当するのであろう。

M&Mカンファレンスと症例検討会の比較

M&Mカンファレンス		症例検討会
公開	外部非公開	外部公開
症例	失敗例、重大事象 日常遭遇する一般的・教育的症例	珍しい症例、困難だったが成功した症例
手法	根本原因分析(root cause analysis, RCA) 反省モード	議論の要点を絞る 勉強モード
目的	システム改善、診療の質の向上	学術的・教育的価値のある知見を共有する

医師教育型M&M		医療安全型M&M
症例	教育的、教育的症例	医療事故、過誤
目的	個人の診療を改善	チーム診療を改善
手法	要点を絞る	十分なRCA
参加	医師のみ	多職種
議論の根拠	文献	経験と工夫、院内ルール

変革のための8つのステップ
 Step1. 危機意識を高める
 Step2. 推進チームをつくる
 Step3. ビジョンと戦略を立てる
 Step4. ビジョンを周知する
 Step5. 行動しやすい環境を整える
 Step6. 短期での成果を生む
 Step7. さらなる変革を進める
 Step8. 新しいやり方を文化として根づかせる
 (Ponemon, 2010)

エラーを防ごう！ 救急M&Mカンファレンス 成功するM&M導入のためのStep by Step. 撰井得漢・志賀隆・秀蘭社、2013 12

救急の方からこのような本が出ている。症例検討会は一般的には外部公開で開催され、珍しい症例や困難であったが救命に成功した症例が発表されるのに対し、M&Mカンファレンスは外部非公開で開催され、失敗例、重大事象等が反省モードで行われる。

また、医師のみを対象にするのか、それとも多職種を対象にするのかで、医師教育型M&M、医療安全型M&Mに分けられる。

根本原因分析(RCA)モデル

以下問いに答えるための厳格で守秘的なアプローチ:

- 何が起きたか? What
- 誰が関与したか? Who
- いつ起きたか? When
- どこで起きたか? Where
- 実際に発生した害や発生する恐れのある害はどの程度か? How
- 結果はなぜ起きたか? Why
- 再発の可能性はどの程度か?

five whys(なぜなぜ法「なぜを5回繰り返せ」)

■ 非難や処罰ではなく、未然防止に焦点を置く
 ■ 個人の实践内容ではなく、システムレベルの脆弱性に焦点を置く
 ■ 以下のような複数の要因を検討する:
 - コミュニケーション - 環境/機器
 - 訓練 - 規則/方針/手順
 - 疲労/労務管理 - 障害

発生事実の確定: 時系列に分割
 事象関連図
 What? ↓
 発生原因の追求: 1)ブレイン・ストーミングにより原因列挙、2)グループピング(原因・結果順)
 Why? ↓
 対立案とその後の行動と検証
 How to?

13

根本原因分析モデルとは、一言で言えば、five whysである。何が起きたのか? (What)、誰が関与したのか? (Who)、いつ起きたのか? (When)、どこで起きたのか? (Where)、結果はなぜ起きたのか? (Why) と、「なぜ」を5回繰り返せば根本原因が分かってくるというものがある。

再発を防ぐにはどのようにしたら良いのかを考えていく。要するに、根っこをずっと辿っていき、原因を精査していくのである。

法医学の立場で考えると、死因究明を行い、「死

亡の原因」は何なのかと (ア)、(イ)、(ウ)、(エ)、と診ていき、「間接的な傷病名」は何なのかを診ていって、「死因の種類」を1から12の中から決定するわけである。臨床医の中にはこの分野が苦手な先生がいる。因果関係の考え方が、死因究明や医療安全に関しては重要な考え方になる。

エラーの種類

個々の認知エラー	診断プロセスのバイアス
知識不足 手術の未熟性 判断の誤り	Heuristic(ヒューリスティック・発見的) 診断の早期閉鎖(Error in verification; premature closure) アンカリングバイアス(Anchoring bias)(係留バイアス) Confirmation bias(確認バイアス)
患者ケアに関連した問題	
診断に関するもの 不適切な検査方針 不適切な判断 他科へのコンサルテーションの遅れ	コミュニケーション レジデント→指導医 指導医→レジデント 医師→看護師 相談した他科と かかりつけ医や専門医と チームワーク 明確な役割分担の欠如 その他(具体的)
治療に関するもの 適切な治療が実施されていない 治療の遅れ 誤った治療 技術的問題	人的因子 認識によるもの/警戒不足 ストレス/疲労 環境因子 人間工学関連(光量、空間、雑音) 救急部の混雑や廊下等の増設ペド 患者因子 行動の問題 言語の問題 疾病の重症度や複雑性
診療録の記載 不適切もしくは不十分	備品や技術に関するもの 必要な機器の欠如や限定
医療スタッフ関連 スタッフの経験 スタッフの労働負荷 監督体制	放射線科 輸血部 その他 新しいもの/慣れていないもの

エラーを防ごう！ 救急M&Mカンファレンス 成功するM&M導入のためのStep by Step. 撰井得漢・志賀隆・秀蘭社、2013 14

この本の中でまとめてある、「エラーの種類」である。個々の認知エラーとしては、知識不足、手術の未熟性、判断の誤りがある。

その他、診断のプロセスのバイアスや患者ケアに関連した問題等が提起してある。

患者ケアに関連した問題は、一般的には看護師が中心になって行われている。医師に関しては、個々の認知エラーと診断プロセスのバイアスの項目が重要なのではないと思われる。

山口大学では自分が医療安全の授業を担当しており、このような話も学生に講義している。今後どんどん推進していかなければならない分野であると考えている。

頭部損傷

頭部軟組織の損傷
 頭蓋骨骨折
 陥没骨折・穿孔骨折
 線状骨折: 外力の作用方向の法則
 頭蓋内出血(血腫)
 硬膜外血腫・急性硬膜下血腫・くも膜下出血
 脳損傷
 脳振盪・脳実質内出血・
 脳挫傷
 同側衝撃(coup)損傷と対側衝撃(contre coup)損傷
 びまん性脳損傷
 脳浮腫および2次性出血・脳ヘルニア

15

ここからは頭部外傷の講義である。

頭部は、頭皮、頭蓋骨、その中に脳髄がある。いろいろな形で損傷が起こってくる。頭蓋骨骨折の解釈の仕方、脳挫傷がどのような原因で起こったのかという解釈の仕方が特に重要である。

頭蓋骨骨折

- 閉鎖骨折・開放骨折、単純骨折・複雑骨折
- 頭蓋冠骨折・頭蓋底骨折(前頭蓋窩/中頭蓋窩/後頭蓋窩骨折)
- 不完全骨折:外板 or 内板のみ
- 骨縫合離開骨折:縫合部の離解。
- 完全骨折:線状骨折(亀裂骨折)・陥没(挙上)骨折・粉碎骨折
- 直達性骨折・介達性骨折
- cf. 視神経管骨折、斜台骨折、錐体部骨折
- 顔面頭蓋の骨折「眼窩骨折、鼻根骨骨折、頬骨骨折、上顎骨折、下顎骨折」
- 頭蓋底骨折を示唆する外表所見:

- 1) ブラックアイ(black eye):眼窩上壁骨折or眼窩部打撲出血。メガネ状出血 racoon eyes(眼窩周囲血腫。いわゆるマンダの目)＝篩骨洞天板骨折
- 2) 耳出血・血性中耳:(鼓膜損傷の有無による)、鼓膜内血腫＝中頭蓋窩骨折
- 3) 乳突部変色(Battle徴候):中頭蓋窩後部の骨折。乳様突起部出血浸潤
- 4) 髄液鼻漏・髄液耳漏・無臭症・気脳症

16

これは以前の講演で提示したスライドであるが、頭蓋骨骨折にはいろいろな分類がある。閉鎖に対して開放、単純に対して複雑等。詳細はスライドを参照してほしい。

骨折発生メカニズム

- 骨は圧縮力に強く、張力に弱い。内板と外板
- (1)頭蓋全体としての変形:破裂骨折・亀裂骨折
- (a) 打撃点から放射状の線状(亀裂)骨折と輪状骨折 linear or fissured fracture *◎
- (b) 圧縮に強いが、張力に弱い。
- <頭蓋底> 横骨折:左右横方向からの圧迫 → ↓ ↑ | ← →
- 縦骨折:前後方向からの圧迫
- (c) ストレス方向に延び、骨の脆弱部を走りやすい。
- 線状骨折の走向は、打撲力の作用した方向と原則的に一致する。
- 頭蓋底部は弱い。裂孔・骨孔に骨折線が及ぶ。→神経損傷
- cf 飛び骨折:眼窩上壁粉碎骨折。歪み力による=反衝骨折(contre coup fracture)
- cf 進行性頭蓋骨骨折:乳幼児。骨折線が拡大。軟膜囊腔・脳の急発育による?
- (d) 後の骨折線は前の骨折線を横切らない
- (2)頭蓋局所の変形
- a) 陥没・陥凹骨折:打ち抜き型骨折。輪状・環状 depressed fracture 5mm以上の陥没骨折は重傷。
- b) 一般に、内板の方がより成傷器の形状に近い。cf 金槌による陥没骨折。外板と内板での張力の差(内板>外板)。打撃物の形状とその速度による。
- c) 穿孔骨折(penetrated fracture):高速物体による
- cf 穿通性骨折:刀の刺創。銃弾 but時に、放射状・同心円状亀裂
- cf ピンポンボール状骨折:乳幼児。ピンポン球がへこんだ様な陥没骨折

17

頭蓋骨骨折

- <亀裂の好発部位>
- (1)トルコ鞍横断骨折
 - (2)錐体骨先端縦断骨折
 - (3)眼窩上壁・小翼骨折
 - (4)眼窩上壁粉碎骨折:飛び骨折:歪み力による、小さな線状骨折 blow-out fracture:ボールが眼球にあたり眼圧上昇
 - (5)大後頭孔周囲の輪状骨折(突上げ骨折):脊柱軸方向衝撃、頭上・尻もち・下顎
 - (6)眼窩上壁・鶏冠・篩骨板の頭蓋腔内陥入:眼窩上縁に打撃
 - (7)頭関節臼の中頭蓋窩内陥入:下顎体部に衝撃

<骨折と予想される病変>

側頭部	中硬膜動脈損傷	急性硬膜外血腫
正中線	上矢状洞損傷	急性硬膜外血腫・静脈洞閉塞
後頭部～後頭下	横洞損傷	同上
耳後部～頭蓋底	S状洞損傷	同上

18

まず、頭蓋骨が全体的に変形する場合と、局所的に変形する場合がある。金槌で叩いた場合は局所的な変形で陥没骨折をするが、床の上に倒れた場合や板で叩いた場合は頭部に当たる面積が広いので頭蓋骨全体の変形になってくる。

骨の特徴は、圧縮力に強く、張力に弱いということである。頭蓋骨に物が当たると、当たった部分は圧迫されるが少し離れた場所に骨折が起こることが多い。

Messerer 骨折であるが、物が当たると当たった部位に圧迫が起こり、その対側に引っ張られる力が作用し、この引っ張られた場所が骨折を起こすのである。

頭蓋骨は外板と内板で構成されているが、物が当たると内板の方が成傷器の形を反映しやすく、外板はそれよりも少し面積的に広めの変化が起こるとされている。しかし実際には誤差があるのでいつもそのとおりになるとは言えないが、イメージ的にはこの考え方を持って成傷器を推定していくことになる。

広い面積で当たった場合は、基本的には放射状に骨折が広がっていくか、同心円状に骨折が広がっていくと分析していく。

かかった力はストレス方向に延び、骨の脆弱部を走りやすいことも特徴で、このことも分析していく必要がある。例えば頭蓋骨のここを叩くと、ここに沿って骨折線が走っていく。前頭蓋窩は骨が薄い場所であるが、ここに飛んだ形で骨折が表れることがある(飛び骨折)。頭部を叩かれて最初に骨折が起こった後にもう一度叩かれた場合、2回目の骨折線が延びてきても最初の骨折線の部分で力が分散されるため、最初の骨折線を横切らないということも基本的なことである。

スライド提示

高所からの墜落による破裂骨折である。同心円状、放射状の線状骨折である。

スライド提示

縦骨折である。

スライド提示

横骨折である。

スライド提示

頭蓋底の輪状骨折である。引き抜き損傷や突き上げ損傷でこのような骨折が起こってくる。

スライド提示

金槌と骨折の関係である。この金槌で頭部を一回強打された。ここに陥没骨折を認め、破裂骨折も起こしている。

スライド提示

銃創によるものである。こちらが射入口でこちらが射出口である。

射入口はほぼ弾丸の大きさであるが、射出口の方は損傷された脳組織を巻き込みながら弾丸が行くので骨折が大きくなるのが特徴である。

スライド提示

焼死体である。診ていくと頭蓋骨に陥没骨折がある。外板は大きい内板は小さい。内板が成傷器に近い形をとることが多い。

スライド提示

以前にも提示した他県の事例である。八角形のハンマーで叩かれて死亡した症例である。頭頂部に 2 撃以上、右頭頂の 2 撃目が打撃後左後方へずれた？ 頭頂後部にも挫裂創が認められる。後頭部にも 1 撃を受けている。つまり八角形のハンマーで複数回頭部を打撃されている。

当初転倒事故として扱われたが、後に銀行から死亡後に引き出されたことから事件性が疑われた。残念なことに解剖はされていない。

スライド提示

この時の CT 画像である。ここに縦に骨折線があり、ここに陥没骨折がある。犯人は、頭頂部を 2 回は叩いている。そうすると力がこのように作用して下に下にと骨折線が延びていくと同時に、ここを叩いて陥没骨折を起こしたと思われる。

頭頂から大後頭孔にかけて亀裂骨折がある。後頭部に陥没骨折を認める。

「帽子のツバの法則」というのがあり、転倒では帽子のツバより頭側には外傷は起こらないというものである。これは教科書的にはそうであるが、

実際には帽子のツバより頭側に外傷が起こることがまれにある。一応、覚えておくべき法則である。

📌 児童虐待(他殺)か転落死か？

- 2ヶ月女児、抱きかかえていたが、児の向きを変えようとして、児を抱えながら回転させている最中に、手が滑って落下(午前7:20)。その際に、ベッドの枠と床に頭を二度ぶつめた。午前8:00まで呼吸あり、午前8:30頃死亡？、救急要請と主張。
- 家族関係は複雑、被疑者は実父ではない。
- 墜落産で出生し、救急入院(38週相当)。虐待歴は不明。
- 病院にて、頭蓋骨骨折・脳出血の疑いと診断。

問題点:

1. ベッド枠による頭蓋骨骨折か？
2. 成傷器は何か？
3. 死因は？
4. 転落によるものか、打撃によるものか:成傷機転は？他殺か、不慮の事故か？
5. 死亡時刻等は？
6. 加害者は誰か？

23079

2ヶ月児の事例である。親が抱きかかえていたが、手が疲れたので反対に向けようとして、児を抱えながら回転させている最中に手が滑って落下した。その際に、ベッドの枠に頭をぶつけ、床に落ちて、再度頭をぶつけた。40分後まで呼吸をしていたが1時間10分後くらいに死亡し(?)、救急要請をしたとのことである。

この児の家庭環境は複雑であった。被疑者は実父ではない。児の母親は妊娠しているのを知らなかったということで、児を38週で、墜落産で出生した。虐待歴は不明であった。

病院で頭蓋骨骨折・脳出血の疑いありとのことで法医学教室へ紹介となった。

問題点は、

- ①ベッド枠による頭蓋骨骨折か
 - ②成傷器は何か
 - ③死因は何か
 - ④転落によるものか、打撃によるものか、成傷機転は何か、他殺か、不慮の事故か
 - ⑤死亡時刻は
 - ⑥加害者は誰か
- である。

スライド提示

現場の写真である。角の落としてある四角い鉄パイプで構成された簡単なベッドで、床からの高さはそれほど高くはない。下は畳である。ベッドの枠は床から高さ47cmで、ベッド枠は短径1.5cm、長径3cm幅である。

スライド提示

児の外観である。ベッド枠に当たったとされる頭部には、明瞭ではない皮下出血が認められる(後にこれが重要な所見であった)。

スライド提示

本事例とは違う事例であるが、典型的な二重条痕である。棒状のものが当たった場合には、このように二重条痕が認められるのが普通である。場合により蒼白帯ができ、周りに出血が認められることもある。又は、棒状の部位に皮下出血が起こったりする。蒼白帯の部位が凶器の幅になるわけである。

本事例では、このような二重条痕は認めなかった。このことから、本当にベッド枠で受傷したのか疑わしいということになるのである。

スライド提示

左側胸部打撲傷である、ここを開けてみると、皮下出血を認める。

スライド提示

頭部を開けてみると、左側頭部を中心に高度の頭皮下出血を認める。死斑が軽度になるほどの頭皮下出血である。角張った物が成傷器とは考えにくく、軟性鈍体の物が成傷器である可能性が推察される。軟性鈍体とは手や腕を意味し、硬性鈍体とはバットや角材のようなものを意味する。

血液を除いて進めると、左側頭部に陥没骨折を認める。さらに、左後頭部に亀裂骨折を認め、このことから複数回の打撃を受けたのではないかと推察される。

スライド提示

慢性硬膜下血腫を認める。ここに黄色い物が見えると思うが、これは慢性硬膜下血腫が吸収され線維化したものである。この変化は頭蓋底部にも認められる。

この児は生後 2 か月なので、わずか 2 か月間に、何度も慢性硬膜下血腫を起こすようなことをされたということを意味するのである。

慢性硬膜下血腫で有名なのが、「揺さぶりっ子症候群」である。長期にわたる児童虐待の証拠に

なるものである。

スライド提示

脳である。大人の場合は脳挫傷を起こすのが典型例であるが、小児の場合は脳全体が腫れる急性脳腫脹を来すことが多い。本例も急性脳腫脹が認められる。明らかな脳出血は認めない。

これは硬膜の顕微鏡所見であるが、炎症を起こして被膜が厚くなっている。慢性硬膜下血腫が起こり、時間が経過しているのが分かる。

スライド提示

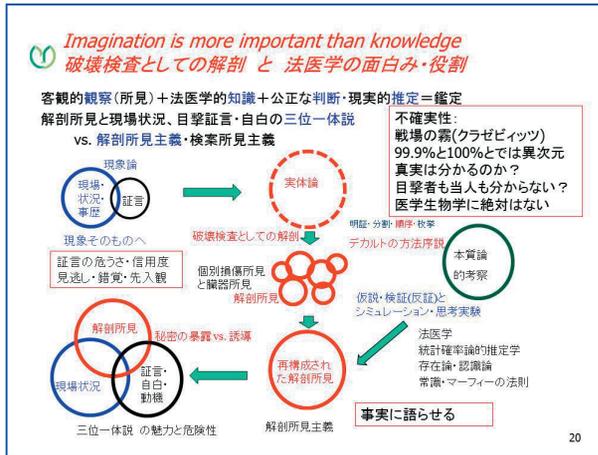
以上から、凶器は軟性鈍体である。症例の解剖前の写真に、解剖により得られた所見を組み合わせるとこのようなイメージになる。骨折線をこのように認める。ここは先程指摘した不明瞭な 3 箇所指頭大の皮下出血である。

加害者の手拳の石膏を作成し、各指の太さ、各指の PIP 関節間の距離、PIP 関節から MP 関節までの距離を測ると以下ようになる。例えば握り拳にして、第 2 指 PIP 関節と第 3 指 PIP 関節の距離は 2.7cm で拳の各距離と症例の頭部の骨折線や指頭大の内出血 3 箇所と合わせていったところ、父親の手拳の石膏から得られた所見と見事に一致したわけである。これにより凶器は父親の手拳と確定された。

スライド提示

先に述べた問題点に対する結論である。

- ①ベッド枠による頭蓋骨骨折か：ベッド枠による頭蓋骨骨折は否定的である。
- ②成傷器は何か：手拳大の軟性鈍体である。
- ③死因は何か：頭蓋骨陥没骨折による急性脳腫脹である。
- ④転落によるものか、打撃によるものか、成傷機転は、他殺か、不慮の事故か：多発性肋骨骨折、内臓貧血状、胸腺萎縮、副腎萎縮、低体重等の所見や、陳旧性硬膜下血腫を認めたことより児童虐待の可能性が高かった。他殺である。
- ⑤死亡時刻は：当日の朝頃である。
- ⑥加害者は：手拳の計測等の所見から、母親ではなくて父親である。



現場の状況と証言を得て、破壊検査としての解剖を行い、解剖で得られた所見を法医学者の頭の中で再構成を行い、再構成された解剖所見が現場状況・証言と一致すれば一番良いわけであるが、これがなかなか難しい。その中で法医学的に考えていかななくてはならないわけである。

スライド提示

教科書的な脳損傷の分類である。

(「Classification of head injury」 Gennarelli 1984)

これによると、focal injuries と diffuse brain injuries に分類される。

Focal injuries は

- Epidural hematoma 硬膜外血腫
- Subdural hematoma 硬膜下血腫
- Contusion 脳挫傷
- Intracerebral hematoma 脳内血腫

に分類される。

その他が、Diffuse brain injuries びまん性脳損傷としてまとめてある。

脳外傷 1

開放性脳外傷
脳挫傷・脳裂傷・脳挫減、穿通性脳損傷など

閉鎖性脳外傷
1) 脳震盪: 逆行性健忘症(retrograde amnesia),意識消失<6h
2) びまん性(急性)脳腫脹(diffuse cerebral swelling)
外傷性脳浮腫: 白質に著明、小児に多い、時にdiffuse brain injuryを伴う。

3) 脳(皮質)挫傷 前頭葉・側頭葉に多い。

出血・壊死期	吸収器質化期	瘢痕期
点状出血・浮腫	軟化・glia細胞	fibroglial scars

21

脳挫傷は時間とともに回復していく。即ち、出血・壊死期には点状出血・浮腫が起こるが、吸収器質化期には軟化・glia細胞の増殖が起こり、瘢痕期には fibroglial scars が形成されるのである。

スライドを参照してほしい。

脳外傷 2

4) びまん性脳損傷、びまん性neuron損傷など
深部皮質下挫傷(subcortical contusion): 白質・基底核出血、脳梁出血
中心性閉鎖性脳損傷(大脳白質・基底核・間脳・脳幹)
びまん性軸索損傷(diffuse axonal injury(DAI))
shearing injury of the cerebral white matter

>12h	急性期	diffuse axonal injury, ソーセジ状(axon, retraction ball)
数日~	亜急性期	microglial cluster, reactive astrocyte
数週~	慢性	錐体路のWaller変性, 脳室拡大, 白質, cystic change

5) 脳幹損傷 cf. diffuse brain injuryと関連
cf. Duret-Berner出血: 中脳水道第四脳室壁に沿う上皮下出血

一次性脳幹出血	二次性(脳幹傾による)
背外側部	正中部

- 橋延髄境界部裂創・離断, 大脳脚断裂
6) 脳の乏血性病巣(boundary zone, watershed zone)
7) 脳裂傷(創): 乳幼児, shaken baby syndrome

外傷性小脳損傷: 小脳扁桃部挫傷・出血
小脳虫部挫傷 = 内後頭様でのcoup injury 後頭部打撲,
CT: salt and pepper appearance = 小出血巣 + 浮腫

脳神経損傷:

22

びまん性脳損傷である。大きな出血は認められないが、白質や基底核に小さな出血を認め、意識障害を来すような時に、びまん性脳損傷と診断される。

受傷後 12 時間までが急性期で diffuse axonal injury が認められる。12 時間以降数日までが亜急性期で microglia cluster や reactive astrocyte が認められる。受傷後数週間以降が慢性期で錐体路の Waller 変性や、脳質拡大、白質の cystic change が認められる。

スライドを参照してほしい。

スライド提示

脳挫傷のややこしいのがコントラ・クー(contrecoup) 損傷である。

脳挫傷は通常、脳の表面に点状の出血が起こってくるのであるが、衝撃を受けた対側に点状出血が起こってくることもある。これに関しては昔からいろいろな説が唱えられているが、法医学において有名な説を解説する。

閉鎖性脳損傷の機序

a) 脳挫傷: 脳皮質の浅在性小挫傷・点状出血(CT: salt & pepper appearance)
cf 脳挫傷(高度の挫傷)

同側打撃(coup)	打撃部: 前頭葉に多い
対側打撃(contrecoup)	対側: 大脳錐体: 前頭葉・側頭

(1)cavitation(空泡化現象): 圧力配: contrecoup
(2)inbending/indenting(頭蓋骨のたわみ現象): coup injury
(3)shear strain(回転による剪断力せん): 脳幹損傷・DAI

静止頭部に打撃	打撃blow injury	coup injury
移動頭部に打撃	転倒fall, fall-down injury	coup-contrecoup

- contrecoup injury = 老人に生じやすい。乳幼児は少ない。
転倒時など直線的加速度が加わった時に多い。陥没骨折を伴うときは少ない。

b) 脳震盪・びまん性脳損傷など。
(1)脳震盪 = 加速度・減速度・圧迫性。一過性意識消失(15分)。形態変化なし。
(2)脳幹損傷
Duret-Ebene出血: 中脳水道第四脳室壁に沿う上下出血
延髄前面・橋・中脳水道下部の損傷: 脳幹網様体(意識消失)
cf neurovascular friction: 脳幹の軸方向の動きで血管が引っ張られる。
(3)非局在性・びまん性脳損傷・びまん性軸索損傷: 大脳皮質のsheer strain(剪力)
diffuse brain damage, diffuse axonal injury (DAI): 6時間以上の意識消失
前後方向への角加速度によることが多い。
頭蓋骨骨折は少ない(交通事故vs転落)
大脳皮質と神経線維の走行や密度の異なる大脳基底核部、脳梁、
脳幹(背外側部)、脳室上衣下に出血巣・虚血性変化。

23

クー損傷 (coup) である。頭を叩くとその衝撃が脳の表面に伝わって、脳のその部分の損傷が起こるが、これがクー損傷である。

Cavitation 説というのがある。脳は豆腐のようなものであり、これが硬い頭蓋骨の中に存在する。豆腐を硬い金属の箱の中に入れて金属の箱をゆすると、豆腐は慣性の法則で元の形を維持しようとするが、箱が動くとき陽圧、陰圧が発生し、これにより豆腐が形を維持できなくなり壊れてしまうという説である。

同側(クー)損傷

Cavitation説: 脳が移動時、同側に陽圧、対側に陰圧が発生。

クー(同側)損傷: 静止した頭部が打撃された場合、打撃した部位に外力(陥凹力)が加わり(++), その部位に脳挫傷ができる。

コントラクー(対側)損傷: 移動(転倒等)している頭部が打撃された場合、打撃した部位は慣性による陰圧から陥凹力が吸収(-)されるが、対側に伝わる外力は慣性による陽圧が加わるため(++), 対側部位に脳挫傷ができる。

藤原敏・他: 日法医誌47(5), 387-397, 1993.

24

クー損傷である。静止した頭部が打撃された場合、打撃した部分に外力(陥凹力)が加わり(++)、その部位に脳挫傷が生じる。

コントラ・クー損傷では、横に倒れたとすると、打撃した部位は慣性による陰圧から陥凹力が吸収され、(-)で力はゼロになるが、対側に伝わる外力は慣性による陽圧が加わるため、(++)となり、対側部位に脳挫傷ができるのだと説明される。これがコントラ・クー損傷である。

立っている状態で頭部を殴られたのか、倒れて頭部を打撲したのかを見分ける方法として使われる考え方である。加害者と被害者の相互の位置関係を推定するのである。

図 4-51. shearing strains (剪断力)

(中田 肇, 近藤裕之: 現代精神医学大系 13 B, 頭部外傷および後遺症, 1975 より引用)

びまん性脳損傷のメカニズム: 頭部が加速度的に回旋するときに、脳内の神経線維の断裂や対側の脳表面に脳挫傷ができるメカニズム。脳は非常に柔らかい構造物で、外側の頭蓋骨が加速度的に傷害を受けた場合に脳内の構造が小さいレベルで引き裂かれ、びまん性に脳が傷害うけると考えられている。

25

びまん性脳損傷の発生メカニズムである。脳の中にはいろいろな神経線維が走行しているが、頭部が加速度的に回旋する時に脳の中の細い線維がプチプチと切れていく。

見た目には脳の大きな損傷はないように見えるが、顕微鏡レベルでは線維が断裂しており、意識障害が遷延するような状態をびまん性脳損傷という。

先程の「揺さぶりっ子症候群」のようなものだと考えてもらえば分かり易いであろう。

スライド提示

びまん性脳損傷の顕微鏡所見である。神経線維が断裂した部分に細胞質が膨れてくるような物が見えるが、これが Axonal balloon と呼ばれている所見で、このような変化は、受傷してから半日から一日くらいの時間経過で見えてくるのである。

スライド提示

後頭部打撲の症例である。脳の所見は前頭葉に挫傷を認める。これが対側挫傷である。

脳の剖面である。前頭葉にかなりの容積で挫傷を認める。

スライド提示

別の症例である。右側脳に、楔状の小さな損傷

を認める。対側の左側脳に、大きな脳挫傷を認める。楔状の小さな損傷がクー損傷で、大きな損傷がコントラ・クー損傷である。

スライド提示

陳旧性脳挫傷の脳である。脳挫傷は時間が経過すると次第に軟化してくる。

この症例は前頭葉に大きな陳旧性脳挫傷を認める。後頭部にも小さな脳挫傷を認める。転倒か何かの原因で後頭部を打撲し、後頭部にクー損傷としての小さな脳挫傷を起こし、前頭葉にコントラ・クー損傷としての大きな脳挫傷を来した事例と思われる。

前頭葉にこれだけの損傷があれば、おそらく生前、性格変化があったのではないだろうか。顕微鏡所見では「ベルリン青」の所見が認められる。

スライド提示

びまん性脳損傷の事例である。外見上脳には大きな変化は認めない。剖面では脳全体に小さな出血が多発している。

病院での診断は、左側頭部打撲、右手擦過傷、意識障害、四肢不全麻痺、外傷性クモ膜下出血、びまん性脳損傷、DIC、多臓器不全であった。

問題点として、

①脳挫傷は平手打ちによる同側損傷なのか、転倒による対側損傷なのか

②既往歴とその傷害の寄与度、病死か、他殺か、不慮の事故死か

③ウィルソン病の寄与度はあるのかである。

ウィルソン病でてんかん発作が起こることが教科書的には知られているが、症例にてんかん発作の既往はなかった。

②に関してであるが、刑事の方では、「条件説」と「相当因果関係説」というのがある。

「条件説」というのは、「あれなければ、これはなし」、「もしもこれがなかったならば、後のことは起こらなかった」、つまり、「殴らなかつたら、倒れることもなかった」というものである。

一方、「相当因果関係説」では、「通常であれば、平手打ちくらいで死ぬなんて思っていなかった」、「平手打ちの後に転倒するとは思っていなかった、勝手に倒れたのだ」というものである。

📌 有病者が殴られ転倒・死亡

- 20歳代。男性。遊技中に目が合った等と因縁をつけられ、駐車場に引き込まれ、右頬を1回殴打(左手による平手打ち)れて、その場へ左後方から転倒させられた。その結果、外傷性くも膜下出血等の傷害を負い、8日後に多臓器不全により死亡。
- 既往歴として、ウィルソン(Wilson)病により軽度の肝硬変、脾腫。
- 現症:左側頭部打撲傷、右手擦過傷、意識障害、四肢不全麻痺。外傷性くも膜下出血、びまん性脳損傷、DIC、多臓器不全。

問題点:

1. 左手による平手打ち とその後の転倒
脳挫傷は同側損傷(平手打ち)か、対側損傷(転倒)によるものか?
2. 既往歴と傷害の寄与度 条件説と相当因果関係説
病死か、他殺か、不慮の事故か?
てんかん発作後の外傷?(てんかん発作の既往歴なし)
3. ウィルソン病の寄与度

220516

20歳代、男性。遊技中に目が合ったと因縁をつけられ、駐車場に引き込まれ、右頬を1回殴打(左手による平手打ち)された。その後、左後方に転倒した。その結果、意識障害を起こした。外傷性クモ膜下出血等の傷害を負い、8日目に多臓器不全により死亡した。

既往歴として、ウィルソン(Wilson)病により軽度の肝硬変と脾腫があった。

スライド提示

左側頭部後部打撲擦過傷、後頭部浮腫、後頭部左側頭皮下出血、左側頭後部陳旧性打撲痕、右手関節背面陳旧性擦過傷を認める。

スライド提示

肝臓である。ウィルソン病による肝硬変の初期病変を認める。

スライド提示

後頭部である。打撲して8日以上経過しているので腫れはひいている。左側頭部に筋内出血を認める。左側頭後部頭蓋骨亀裂骨折を認める。左側頭後部硬膜外血腫(軽度)、右側頭部硬膜下血腫、右半球部外傷性クモ膜下出血、右鉤ヘルニア、脳浮腫を認める。

左のクー損傷と、対側右のコントラ・クー損傷と思われる。

スライド提示

CT 写真である。右レンズ核部に脳内出血を認める。びまん性脳損傷の所見も認められる。

スライド提示

解剖より得られた所見より先程の問題点を解説する。

- ①脳挫傷は平手打ちによる同側損傷なのか、転倒による対側損傷なのか：結果的には転倒による要素が大である。
- ②既往歴とその傷害の寄与度、病死か、他殺か、不慮の事故死か：法医学での他殺の定義は、自分がやったのではなくて、外力、他者によって引き起こされたものである。したがって法医学の立場で言えば他殺ということになるが、法律上は、警察や検察が殺人罪か過失致死かの判断をすることになる。
- ③ウィルソン病の寄与度はあるのか：ウィルソン病は認められた。

法医学的因果関係論：身体的素因と外因の寄与度

身体的素因と外因の寄与度：
 抵抗力の低下、異常反応、持病(潜在性・基礎疾患)の増悪、流行性疾患の関与 等

割合的認定：
 死因における内因と外因と関与の程度 100, 75, 50, 25, 0%の5段階
 交通事故の自賠責保険料の査定に利用
 危険の増加と因果関係(蓋然性)と割合的認定

神はサイコロをふるらない(アインシュタイン)
 刑事裁判では有罪か無罪か
 疑わしきは被告の有利に

法医学的因果関係論である。「疾病」と「外傷・外因」がどれだけ寄与して「死」に至ったかである。刑事では、「神はサイコロを振らない」で、「有罪」か「無罪」かの2つに1つである。

一方、民事では割合的認定が行われる。死因における内因と外因の関与の程度が 100%、75%、50%、25%、0% の 5 段階で認定されるのである。

脳血管障害(脳卒中)と頭蓋内出血

脳卒中

- 虚血性
 - 脳梗塞
 - 脳血栓症：睡眠・安静時 (ラクナ梗塞)
 - 脳塞栓症：活動時・起床後
 - 一過性脳虚血発作(TIA)：(24時間以内)
- 出血性
 - 脳出血：(被殺出血>視床出血>橋・小脳出血) (脳内血腫)

(頭蓋内出血) クモ膜下出血：(脳動脈瘤>脳動脈奇形)もやや病

(頭部外傷性)

- 硬膜下血腫：脳挫傷を伴う・架橋静脈・三日月型血腫
- 硬膜外血腫：頭蓋骨骨折・意識清明期・凸レンズ型血腫
- 脳挫傷：同側・対側損傷、挫滅・点状出血

脳血管障害と頭蓋内出血である。頭蓋骨があって、その下に硬膜があって、脳の表面にクモ膜があって、脳の実質がある。

頭蓋内血腫など 1

硬膜外血腫(epidural hematoma)：小児と老人を除く年齢
 好発部：中硬膜動脈＝側頭・頭頂骨の線状骨折=3/4、骨折ほぼ伴う。
 硬膜静脈洞・後硬膜動脈

意識清明期(lucid interval)：一過性意識障害→清明期(2-20h)→意識障害
 50g以上の血腫で危険。剖検時の平均血腫量＝125g。清明期6時間以内が多い
 12-48hで死が多い。CT＝両凸レンズ型の高吸収域。
 後頭蓋窩硬膜外血腫：乳幼児・小児。硬膜静脈洞の損傷＋後頭骨骨折
 出血量多いことあり。脳脊出血なければ→chronic epidural hematoma

硬膜下血腫(subdural hematoma)：小児と老人
 硬膜下腔の広範な出血が多い。CT：三日月型・バンド型血腫
 頭蓋内損傷との合併が多い。受傷時から意識障害が多い。
 2/3＝骨折(+). 50g以下でも致命的。

type

- 1)脳挫傷に合併：前頭部、側頭極部から脳底にかけてが多い。
- 2)橋静脈：脳表面と硬膜静脈洞を結ぶ。前後方向外力=>両側出血。乳幼児の方が破綻しやすい。=>battered child syndrome
- 3)静脈洞・脳実質より

慢性硬膜下血腫(受傷後3週以上)：症状発現遅い。再出血の可能性。80~90%が外傷性。老人50-60才。脳atrophy->易動性。cf. 出血性内硬膜炎＝慢性アルコール中毒者の慢性硬膜下血腫
 出血後数時間：軟性血塊となり、硬膜に固着しない
 出血後24時間：凝血から溶出した血清で硬膜の内面が浸染
 48時間：血腫の表面に線維性の膜ができ、周囲と癒着
 72時間：凝血内部に壊死・自己融解が認められるようになる。
 2-3週：はっきりと厚みを持った硬膜を形成。

どこで出血したかで硬膜外血腫、硬膜下血腫、クモ膜下出血の分類になる。

それぞれ特徴がある。詳細はスライドを参照してほしい。

頭蓋内血腫など 2

外傷性クモ膜下出血(血腫)(traumatic subarachnoidal hemorrhage(hematoma))
 cf.病的なクモ膜下出血：脳底部の動脈瘤・動脈奇形。
 太抵は、脳挫傷に随伴し、脳底部の小血管の破綻(junction部)。クモ膜下腔に出血。
 まれに、椎骨・脳底動脈の破綻(脳幹部過伸展時)→脳底部出血。
 外力：上下前後方向＝椎骨・脳底動脈。左右方向＝内頸動脈。
 飲酒時の外傷に多い。

外傷性脳内出血(血腫)(traumatic intracerebral hematoma)
 脳挫傷に関連した血腫＝表層から深層にかけ血腫：小出血->楔型 coup & contre-coup
 脳挫傷に無関係の血腫＝反対側の深層に血腫：shear strain
 cf.外傷性後発(晩発)性脳卒中
 外傷後数週間＝外傷性出血の軟化巣や破綻血管の線維形成不全
 数ヶ月＝萎縮・縮着硬膜・外傷性動脈瘤からの出血。
 DDX：高血圧性脳出血の好発部：被蓋>視床>小脳・橋・脳室(皮質下)

外傷性脳血管障害
 外傷性内頸動脈海綿静脈洞瘤(traumatic CCF)
 拍動性眼球突出。結膜充血・浮腫。血管雑音。
 外傷性内頸動脈狭窄および閉塞：内臓断裂->解離性動脈瘤。血栓症
 外傷性動脈瘤
 中硬膜動脈瘤・動脈瘤
 外傷性脳血管瘤

外傷性クモ膜下出血の典型例は大脳半球部に起こることが多く、病的なクモ膜下出血は動脈瘤・動静脈奇形が原因で脳底部に起こることが多い。たいていは、脳挫傷を随伴しているの、脳底部の小血管の破綻がないかどうか精査が必要である。

スライド提示

前頭部硬膜外血腫の事例である。

スライド提示

急性と慢性硬膜外血腫の混在した事例である。

スライド提示

急性硬膜下血腫の事例である。

スライド提示

両側慢性硬膜下血腫の事例である。

スライド提示

慢性硬膜下血腫の事例である。組織標本で「ベルリン青」を認める。

スライド提示

慢性硬膜下血腫と再出血の事例である。この事例は児童虐待である。

スライド提示

外傷性クモ膜下出血の事例である。

スライド提示

回し蹴りで右下顎部を打撲し、そのまま倒れて外傷性クモ膜下出血を起こした事例である。治療の経過中に脳死状態となり、受傷 2 週間後に死亡し、解剖となった事例である。

右内頸動脈の損傷を認める。まれな事例であるが、入院中の CT 検査や血管造影等の検査で内頸動脈損傷は診断されていた。

二次性障害 他

4. 二次性障害

4-1. 脳浮腫と脳腫脹 (brain edema & brain swelling) edema=間質に貯留、頭蓋内圧亢進(IICP)

4-2. 脳軟膜 (brain herniation)

1) 帯状回(大脳鎌)ヘルニア (cingular herniation): 帯状回

2) テント切痕ヘルニア (tentorial herniation)

2-1) 鉤(海馬)ヘルニア (uncal (hypocampal)) 側頭様下内側部
Kernohan's notch: 対側脳幹部

2-2) 中心性ヘルニア (central h) 間脳がテント下

2-3) 上行性テントヘルニア (upward tentorial h) 小脳虫部がテント上へ

3) 小脳扁桃ヘルニア (tonsillar h) 小脳扁桃+延髄圧迫
(大後頭孔へ)(foramen magnum pressure cone)

4) 蝶形骨縁ヘルニア (sphenoidal h) 前頭葉下部が中頭蓋窩

4-3. 虚血性脳損傷(梗塞): ICP→血管圧迫→模型の梗塞

4-4. 脳内の二次性出血: 脳幹中脳・橋・延髄(正中線)、視床

* Cushing現象(高血圧と徐脈): 脳圧亢進させる頭蓋内病変を疑う。
ショック状態の頭部外傷患者は、他の部位の出血ショックと聴覚損傷の神経原性ショック等を疑う。

5. 頭部損傷後遺症

晩発性外傷性脳出血: delayed traumatic apoplexy 外傷性動脈瘤の破綻
外傷性パーキンソン病: 緑状体等の損傷
拳闘家痴呆: 脳萎縮
外傷性てんかん: 側頭葉損傷に多い。
蘇生後脳症: 二次性脳損傷 (脳は全血流の25%、全酸素消費の20%、ブドウ糖の25%を必要とする)



31

脳は頭蓋骨の中に存在するので、脳が腫れてくると脳の実質があちらこちらの骨にぶつかり出血などが起こってくる。そのため起こるのが脳ヘルニアである。詳細はスライドを参照してほしい。

スライド提示

代表的な脳ヘルニアの一覧である。テント切痕ヘルニア、大孔ヘルニア、大脳鎌下ヘルニアが提示してある。

- ・テント切痕ヘルニアは、脳底部の海馬など重要な部分に硬膜が張ってある所に当たって出血を起こしたりして、動眼神経麻痺、反対側の片麻痺を来し致命的となりやすいタイプである。

- ・大孔ヘルニアとは、脳の下の方の頸椎に向かって脳がはみ出ていき、延髄の障害から呼吸障害を来し致命的となりやすいタイプである。

- ・大脳鎌下ヘルニアは、左右の脳の腫れ方が異なると縦方向に硬膜があるので、そこに脳が当たって出血が起こったりして症状が出るのがこのタイプである。下肢の運動障害や感覚障害を来すが、直接生命の危機は少ない。

スライド提示

右テント切痕ヘルニアである。

スライド提示

小脳扁桃ヘルニアである。

スライド提示

両側硬膜下血腫による二次性出血の事例である。脳幹正中線に出血を認める。

施設内共同部屋で同室者から暴行を受け、死亡

- 60歳前後。男性。知的障害者施設内の共同部屋で、同室者と原因不明のトラブルとなり、救急隊到着時は心肺停止、処置後心拍再開し、病院に入院したが、約1週間後死亡した。
- 中度精神薄弱。半年前から被疑者(20歳代男性、第1種精神薄弱)と同室。部屋は8畳、常時開放式。床はウレタン・ビニール材のクッション張り。既往歴：腸閉塞・人工肛門、後縦靭帯骨化症。
- 現症：午前7時頃、被疑者の叫び声あり、仰向けに床に横たわる被害者の頭を床に何度も打ち付けていた。救急隊到着時(AM7:28)、心肺停止、処置後心拍再開(7:49)し、病院に入院(8:04)した。
- 病院：外傷性くも膜下出血、脳挫傷、頸髄損傷の疑い。

問題点：

1. (加害者の責任能力)
2. 後頭部打撲と死因との関係
3. 頸髄損傷の程度、外傷性くも膜下出血・脳挫傷の程度、後縦靭帯骨化症と死因との関係
4. その他の損傷の有無
5. 死因の種類

21022

症例の提示をする。

60歳前後、男性。中等度の精神薄弱で、知的障害者施設内の共同部屋で同居者と生活していたが、原因不明のトラブルが起こったようで受傷した。半年前から被疑者(20歳代、男性、第1種精神薄弱)と同室で生活していた。

部屋は8畳で、常時開放式である。床はウレタン・ビニール材のクッション張りである。既往歴は腸閉塞、人工肛門造設後、後縦靭帯骨化症である。

現症であるが、午前7時頃、被疑者の叫び声があり施設のスタッフが駆けつけたところ、仰向けに横たわる被害者の頭を床に何度も打ち付けていた。救急隊到着時は心肺停止であった(7:28AM)。処置後心拍再開(7:49AM)し、病院に入院(8:04AM)となった。時間から考えて21分以上は心肺停止の状態が続いたようである。病院での診断は、外傷性くも膜下出血、脳挫傷、頸髄損傷の疑いであった。治療したが、約1週間後に死亡した。

問題点は、

- ①加害者の責任能力があるかどうか
 - ②後頭部打撲と死因との関係
 - ③頸髄損傷の程度、外傷性くも膜下出血・脳挫傷の程度。後縦靭帯骨化症と死因の関係
 - ④その他の損傷の有無
 - ⑤死因の種類
- である。

スライド提示

痩せ型で、後頭部に頭皮下出血が認められる。第5、第6胸椎間に脱臼骨折が認められるが、

救命医療行為によって出来たものかどうかはわからない。

頸部では胸骨舌骨筋に筋内出血、甲状軟骨右上角骨折、甲状軟骨左上角周囲出血が認められる。このことから考えると、頸もかなりの力で押さえつけられたのではないであろうか。場合によれば、頸を絞めていたかもしれないのである。

その他、頸椎前面軟部組織内出血、第3・第4頸椎間脱臼骨折及び周囲出血が認められる。後縦靭帯骨化症に関しては所見が認められ、一部骨片が遊離している。

頸髄は軟化状で頸髄損傷は認められる。

スライド提示

時間は経過しているが、後頭部頭皮下出血は認められる。頭蓋骨人字縫合部外板骨折(軽度)が認められる。

スライド提示

頭蓋底である。急性硬膜下血腫は前側に強い所見が認められる。受傷機転からコントラ・クー損傷的要素が強いと考えられる。

その他、外傷性くも膜下出血(軽度)、脳浮腫、脳軟化状、蘇生後脳症の所見が認められる。

スライド提示

心臓、肺、肝臓、腎臓には大きな変化は認められない。

スライド提示

以上、解剖から得られた所見を踏まえて判断すると、

- ①加害者の責任能力の有無：警察や検察が判断することであるのでここでは省略する。
- ②後頭部打撲と死因との関係：死因は頭部打撲による頸椎脱臼骨折及び頭蓋骨骨折からの急性硬膜下血腫及び頸髄損傷である。
- ③頸髄損傷の程度、外傷性くも膜下出血・脳挫傷の程度、後縦靭帯骨化症と死因の関係：間接的に死因に影響を与えたものとして、後縦靭帯骨化症・蘇生後脳症が認められる。
- ④その他の損傷の有無：前頸部の損傷は軟性鈍体による可能性が考えられ、頸部の圧迫ないしは

打撲が疑われるが、致命傷ではない。

- ⑤死因の種類：傷害致死か他殺かと、心神喪失の有無が問題である。

スライド提示

先程提示したスライドである。解剖を行い、解剖所見をいろいろと組み合わせ、再構成を行い、これを基に現場状況や証言・自白・動機がどれだけ合致するのかを日々考えている。

先程提示した小児の皮下出血のように、解剖の時にはどうしてできたものか良く分からなかったが所見を取り上げておいたら、後に石膏の鑑定から手拳によるものであったと分かり、新しい事実

と結びついてくることを経験したように、法医学は大変な分野であるが、興味のある分野でもある。

以上、本日は最初に「WHO の MM カンファレンス」のお話をし、「損傷論 (3)」ということで頭部外傷、骨折の見方の話をした。脳挫傷ではクー損傷、コントラ・クー損傷の話をした。次回は「窒息論」の話をする。

最近の事例はいろいろとあるが、この場でお話をするのは難しい症例もある。時間が経てば紹介できる症例もあると思うので今後の講演で紹介をしたいと思います。

日医 FAX ニュース

2014 年 (平成 26 年) 3 月 28 日 2325 号

- 消費税問題の抜本解決策「早急に検討」
- 地域医師会の役割、さらに重要に
- 行政と協働し住民力アップを
- AMDA と福山市医師会に支援金
- 特養への入所希望、全国で 52.4 万人
- 定点当たり報告数、先週から横ばい —インフル—

2014 年 (平成 26 年) 3 月 25 日 2324 号

- 新基金、複数関係者で包括ケア底上げを
- 評価療養は「素晴らしい仕組み」
- 自民議員が「国民医療懇談会」立ち上げ
- 14 年度改定、疑義解釈は 26 ~ 28 日
- A 型肝炎による食中毒対策を注意喚起
- 赤ひげ大賞に下田氏ら

2014 年 (平成 26 年) 3 月 18 日 2323 号

- 混合診療の全面解禁は「一種の幽霊」
- 次回改定に向け診療データの提出を
- 補助金の交付要綱決定
- 介護療養の割合は引き続き減少
- 鳥インフル、指定感染症措置を 1 年延長

2014 年 (平成 26 年) 3 月 14 日 2322 号

- 療養病床には責任と自覚を期待
- 7 対 1 からの移行に配慮
- 避難確保計画策定手引きを作成
- 安定ヨウ素剤の服用ガイドライン策定
- 新基金で「代替勤務支援制度」
- 被災地特例措置、半年間延長を了承

2014 年 (平成 26 年) 3 月 11 日 2321 号

- 小規模病院もスプリンクラー義務化
- 各点数の施設基準や留意事項で通知
- 生殖補助医療、3 つの法案たたき台議論
- 北里第一三共分、当初予定の半分に
- 定点当たり報告数 28.44、再び増加に —インフル—

2014 年 (平成 26 年) 3 月 7 日 2320 号

- 「同一建物」の減算、対象を明確化
- 7 対 1 の退院患者割合「転棟含めず」
- 栄養管理加算、病院の経過措置延長
- 新基金、公私の配分割合で説明求める
- 赤字病院が 3 年連続増加

2014 年 (平成 26 年) 3 月 4 日 2319 号

- 医師事務補助者や院内保育も助成へ
- 有床診の栄養管理、加算復活を評価
- 療養病床以外で平均在院日数が増加
- A 型肝炎の報告数が急増、今年 44 例
- 定点当たり報告数、3 週連続で減少 —インフル—
- 最終候補作品 5 点決まる —日本医療小説大賞—

平成 25 年度山口県医師会囲碁大会

と き 平成 26 年 2 月 23 日 (日)

ところ 山口グランドホテル

[報告:小野田医師会 吉中 博志]

平成 25 年度山口県囲碁大会は小野田医師会の引き受けで、山口グランドホテルで開催されました。郡市医師会から 6 チームの参加があり、大会は 1 チーム 5 名の団体戦で、段級位のハンディをつけた 4 回戦リーグ方式で行いました。優勝は宇部市医師会チーム、準優勝は下松医師会チーム、3 位は徳山医師会チームとなりました。

また個人戦の全勝は、徳山医師会の高岡 浩先生、宇部市医師会の原田善雄先生と篠山哲郎先生の 3 名の方々でした。皆さまお忙しい中ご出席いただき有難うございました。また欠員の出た下松医師会に小野田薬剤師会の松村信之先生が急遽参加して下さったことで、不戦敗のチームが出ずにほっとしました。

今回の運営では前回幹事の徳山医師会の堀家英敏先生に事細かに指導していただき、おかげさまで会の設営、運営がスムーズにできました。

2 回戦が終わって各医師会世話人による代表者会議が開かれました。その中でメンバーの確保について話し合わせ、2 名以内ならコメディカルほか様々な知人を含めて確保してもよいとの結論になりました。

また今年度は予算が県医師会、小野田医師会の補助のおかげで、わずかながらですがプラスになりました。小田県医師会長、西村小野田医師会長に深謝いたします。

私が囲碁を覚えたのは大学を卒業して山大の内科系研修医に入れてもらい、50 会の研修医ルームで教えてもらった時が初めてでした。宇部興産中央病院で故渡辺浩策院長に毎日のようにしごかれました。普通高段者の人には私のような下級のもの

は相手にしてもらえませんが、毎日のように教えてもらいました。今では病院でもあまり囲碁をすることは無いようです。最近 NHK の囲碁講座を録画して見ていましたが、途中で子守唄に変わってしまい、上達せず情けなく思っていました。囲碁チャンネルなども契約し、少し勉強でき、3 勝 1 敗と勝ち越せ、何とか幹事の責任も果たせました。来年も 1 級あげて勝ち越せたら良いなと願っています。

囲碁は授業で取り上げる学校や、会社のクラブでは親睦のためサークルで用いられていますが、川口市などでは囲碁で町おこしをしようとしています。このように囲碁の有用性が見直されており、会員の親睦を図るためにも、県の囲碁大会も再び盛会になることが望まれます。

今回は宇部市医師会の引き受けで平成 27 年 2 月 22 日 (日) に山口グランドホテルで開催予定です。ぜひふるってご参加ください。



※写真：山口新聞囲碁観戦記者 秋本雅宏氏の提供

平成 25 年山口県医師会囲碁大会 対戦成績表

	段・級	氏名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	備考	勝数	順位
吉南		下松	○	×	○	×		0	6 位
	4 段	村田文雄	○	×	○	×			
	4 段	横田伸策	×	×	(1・2 回戦のみ)				
		徳田 修	(3・4 回戦のみ)		×	×			
	3 段	下井利重	×	×	×	×			
	2 段	内 義輝	×	×	○	○			
	3 級	田村勝博	×	×	×	×			

	段・級	氏名	岩国市	下松	小野田	吉南	備考	勝数	順位
徳山	5 段	上田 勝	○	×	×	○		2	3 位
	4 段	野間慎朗	○	×	×	○			
	2 段	高岡 浩	○	○	○	○	全勝		
	2 段	西川秀人	○	×	○	×			
	初段	堀家英敏	×	○	×	○			

	段・級	氏名	小野田	吉南	下松	岩国市	備考	勝数	順位
宇部市	6 段	海野知之	×	○	○	×		4	優勝
	4 段	原田善雄	○	○	○	○	全勝		
	初段	篠山哲郎	○	○	○	○	全勝		
	初段	佐々井一彦	○	○	○	×			
	初段	吉永栄一	×	○	○	○			

	段・級	氏名	徳山	小野田	吉南	宇部市	備考	勝数	順位
岩国市	3 段	高田洋美	×	×	×	○		1	5 位
	2 段	毛利昌雄	×	×	○	×			
	2 段	佐々木輝昌	×	×	○	×			
	1 級	竹川一志	×	○	×	○			
	1 級	国重杏義	○	○	○	×			

	段・級	氏名	吉南	徳山	宇部市	小野田	備考	勝数	順位
下松	5 段	池田昭彦	×	○	×	○		3	準優勝
	2 段	藤田敏明	○	○	×	×			
	初段	野見山宏壽	○	×	×	○			
	2 級	岸田健伸	○	○	×	○			
	3 級	松村信之	○	×	×	×			

	段・級	氏名	宇部市	岩国市	徳山	下松	備考	勝数	順位
小野田	7 段	村上紘一	○	○	○	×		2	4 位
	3 段	富永俊克	×	○	○	○			
	2 段	早川幹夫	×	○	×	×			
	2 級	岡村美奈子	×	×	×	×			
	4 級	吉中博志	○	×	○	○			

	吉南	徳山	下松	岩国市	宇部市	小野田	勝数	相手勝数和 (スイス方式)	順位
吉南		1	1	2	0		0		6 位
徳山	④		2	④		2	2		3 位
下松	④	③			0	③	3		準優勝
岩国市	③	1			2	2	1		5 位
宇部市	⑤		⑤	③		③	4		優勝
小野田		③	2	③	2		2		4 位

平成 25 年度 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会

と き 平成 26 年 3 月 13 日 (木) 15:00 ~ 16:28

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事 林 弘人]

開会挨拶

林常任理事 担当理事の先生方には、「医療事故をいかに防止するか」を普段から真剣にお考えいただき実行されていること、そして会員の先生方にご指導いただいていることについて感謝申し上げます。おかげさまで、この 2 ~ 3 年の受付件数は少なく推移している。ひきつづき、一件でも少なくするようにご協力をお願いします。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告について

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告並びに概要等についての報告を行った。詳細は本会報平成 26 年 2 月号 (第 1842 号) を参照のこと。

2. 平成 25 年度受付の報告と未然防止について

平成 25 年度受付分 (21 件、平成 26 年 1 月審議分まで) について、その原因と発生状況、医事案件調査専門委員会の結論、現在の状況について担当理事から順次説明した (表 1 参照)。

3. 平成 25 年受付の窓口相談事例について

平成 25 年に本会で受け付けた窓口相談事例について報告、受付件数は 54 件で、前年と比較して 10 件減少した。受付内容は相談が 31 件、苦情が 23 件であった (表 2 参照)。



出席者

郡市担当理事

大島郡 山中 達彦
玖 珂 吉居 俊朗
熊毛郡 斉藤 良明
吉 南 吉松 健夫
厚狭郡 田中 俊朗
美祢郡 中邑 義継
下関市 森岡 均
宇部市 矢野 忠生
山口市 奥田 道有
萩 市 中嶋 薫

徳 山 津永 長門
防 府 山本 一成
下 松 松野 尚弘
岩国市 小野 良策
小野田 藤村 嘉彦
光 市 清水 敏昭
柳 井 野田 基博
長門市 岡田 和好
美祢市 中元 起力

山口県医師会

専務理事 河村 康明
常任理事 林 弘人
理 事 加藤 智栄
理 事 中村 洋

4. 事例研究資料について

医療機関が抱えている事例について、協議した。

5. その他

日本医師会の A 会員の医師賠償責任保険について、日医会員を退会した場合の補償期間について議論した。

閉会

河村専務理事より、このような問題は医療者として身の回りにいくらでもあるが、ご自身のこととして考えることが大事であるので、ぜひ、各医師会でもそのようなところを伝達していただきたい旨の挨拶をもって、会が終了した。

表 1

	H25	H24	H23		H25	H24	H23		H25	H24	H23
外科	4	4	3	脳神経外科	1	1	1	消化器科	0	0	2
産婦人科	1	3	4	形成外科	0	1	0	呼吸器科	0	0	0
整形外科	2	2	4	救急外来	1	1	1	皮膚科	0	0	0
内科	3	2	6	泌尿器科	3	0	2	施設	2	0	1
眼科	2	2	0	耳鼻咽喉科	2	0	1				

表 2

山口県医師会相談窓口受付状況について

平成25年1月～12月 (単位：件)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
相談	38	31	31	40	31
苦情	18	18	23	22	23
その他	0	1	0	2	0
合計	56	50	54	64	54

注 平成16年度から県に同様の相談窓口が設置された。

受付内容(平成25年)

項目	(前年)	相談	苦情	合計
①医療内容、薬品、病気	11	5	4	9
②医療機関の紹介、案内	4	6	2	8
③医療機関の接遇	ア 医師	7	2	3
	イ その他	8	0	0
④医療機関の施設、体制	10	7	10	17
⑤カルテ開示	3	2	1	3
⑥医療費関係	9	4	1	5
⑦セカンドオピニオン	0	1	0	1
⑧その他(医療制度関係等)	12	4	2	6
合計	64	31	23	54

年別受付状況

分類	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
男性	13	25	33	35	27
女性	41	25	21	29	23
不明(メール等)	2	0	0	0	4

電話	51	46	50	60	47
文書	1	0	1	2	3
来訪	1	4	3	0	1
メール	3	0	0	2	3
FAX	0	0	0	0	0

平成 25 年度母子保健講習会

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して— 8」

と き 平成 26 年 2 月 16 日 (日) 10:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会大講堂

[報告:理事 今村 孝子]

平成 25 年度の母子保健講習会には、「成育基本法成立に向けた議員連盟」会長の河村建夫衆議院議員、同連盟事務局長の羽生田 俊参議院議員が出席され、「成育基本法」の重要性とその成立に向けての現状などについてお話された。

講演

1. 「成育基本法」の設立を目指して

国立成育医療研究センター理事長・総長

日医周産期・乳幼児保健検討委員会委員長

五十嵐 隆

昭和 40 年 8 月に母子保健法が制定され、新生児死亡率や乳児死亡率は世界でもっとも低い国となったが、慢性疾患を持つ子どもの増加とその成人期への移行など新たな健康問題や、思春期の子どもに対する医療・保健体制が不十分なために、心・薬物・アルコール・性感染症・肥満などの問題の増加がみられている。子どもの健全な育成を保障するための社会的整備が立ち遅れているわが国においては、周産期、小児期、思春期を経て次世代を育成する成人期までの成育過程というライフサイクルの中で、成育過程にある者とその養育者のための保健・医療・福祉を包含した総合的な支援制度が求められる。

(1) わが国の子どもの保健・医療水準と健康問題

i) 世界最低水準にある妊産婦死亡率と新生児・乳幼児死亡率

妊産婦死亡率は 2011 年には 10 万人あたり 3.8 人と国際的にも低値であり、死亡症例は全例報告され、症例検討・評価が行われている。妊産婦死亡率や新生児・乳児死亡率が国際的に低値な理由は国民皆保険制度、国民の高い教育環境、高い医療水準、母子保健法によるところが大きい。

ii) 世界一の Child Development Index (CDI)

CDI は健康、教育、栄養の三大要素の他、5 才

未満の死亡率、就学率、低体重児の比率などで決定され、日本は世界最高水準である。しかし保育環境・保健の整備、保育施設や感染症対策の充実、世界標準を満たさない調製粉乳等の課題がある。

iii) 子どものこころの健康度と幸せ度の問題

経済的に恵まれている国の 15 才の子どもたちの中で、“I feel lonely”と感じている子どもの割合が、多くの国では 10%以下なのに日本だけが 30%である。

iv) 子どもの事故(傷害)とその予防

小さな生命や健康をおびやかす最大の危険は傷害であり、Accident (事故) は予測できず避けられない事象である一方、Injury (傷害) は予測ができ予防可能な事象と捉える。子どもの傷害予防に向けた対策が重要であり、具体的な活動として情報収集を傷害事例の速報がなされている。

v) 低出生体重児の増加

成人病胎児期発生説(胎児期の低栄養状態が成人期の心筋梗塞、高血圧などの心血管障害などのリスク因子となるという学説)からすると、低出生体重の子どもが増加する現在の状況は問題である。

vi) 増加する貧困問題と小児虐待

日本は OECD35 か国中 9 番目に子どもの貧困率の高い国である。

また、児童相談所での児童虐待相談対応件数は 66,807 件(2012 年速報値)と年々増加している。

vii) わが国における子どもから若年成人の新たな健康問題

慢性疾患(小児がん、複雑心奇形等)の子ども健康問題、思春期医療の整備、transition(成人医療への移行)問題への取組みが求められる。

viii) 世界標準を満たす予防接種体制の構築

(2) 「成育医療」の概念

成育医療とは、周産期、小児期、思春期を経て次世代を成育する成人期までの成育過程というライフサイクルの中で生じる、こころとからだの問題に対応する医療のことである。

(3) 「成育基本法」の目指すもの

わが国の次世代を担う子どもが心身ともに健やかに成長していくために養育者、国、地方公共団体及び医療関係者の責務を明らかにし、子どもの健康を保持・増進するための施策に関する計画を策定し、総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

(4) 「成育基本計画」に盛り込まれる内容

①次世代を担う成育過程にある者に対する生命・健康教育の充実、②社会、職場における子育て・女性のキャリア形成のための支援体制の構築、③周産期母子健康診査と保健指導の充実、④周産期医療体制の充実、⑤養育者の育児への参画を支援する制度の充実、⑥国際水準を満たす予防接種などの疾病発症予防対策体制の構築、⑦妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携。

今後「成育基本法」が法案として成立するために、関係者の皆様のご協力をお願いしたい。

2. 産科医療補償制度の理念と実績

総合母子保健センター愛育病院長 岡井 崇

産科医療補償制度は、①過失の有無を問わず、医療事故被害者に公平な補償を与える、②事故原因の解明を通じて医療界に事故を減少させる方向へのベクトルを働かせる、という 2 つの理念のもとに 2009 年に創設された。

(1) 補償の仕組み：分娩機関が、運営組織が契約者となる損害保険に加入し保険料を支払う。そのため分娩機関は保険料負担に見合う分娩料金の引き上げを行うが、そのことによって、妊産婦に新たな金銭負担が発生することを避けるため、国が出産育児一時金を引き上げた。したがって、分娩機関が保険料を支払ってはいても、実質的に補償金を拠出しているのは、出産育児一時金の出处である保険者(健康保険組合と全国健康保険協会)である。

(2) 補償の対象：原則として出生体重 2000g 以上かつ、在胎週数 33 週以上で脳性麻痺となった

場合である。今回の見直しにより 2015 年からは、対象者は妊娠 33 週から 32 週、出生体重は 2000g 以上から 1400g 以上となり、妊娠 28 週～31 週の個別審査も充実されることとなる。

(3) 補償額：準備一時金と分割金を合わせて総額 3,000 万円が児(代理人)に支給される。

(4) 原因分析と再発防止：「原因分析委員会」で実施し、委員はこの分野に精通する産科医、助産師、及び学識経験者などである。報告書は当該分娩機関と児の家庭に届けられる。

(5) 分娩機関の加入状況：2013 年 12 月現在、診療所(1,673)は 99.6%、病院(1,206)と助産所(443)は 100%である。

(6) 補償申請の状況：2013 年 12 月末現在、補償支払の請求件数は 755 件で、審査の結果、補償対象と認定されたのは 687 件である。

(7) 原因分析の結果：原因分析報告書(319 件)において、単一の原因では常位胎盤早期剥離が 23% ともっとも多く、次に臍帯因子が 15% と続く。なお、原因が特定できないものが 26% 存在した。原因分析を実施した印象として、①脳性麻痺原因の緻密な解析が可能となった、②脳性麻痺に関する医学的知識が深まった、③脳性麻痺の発生防止のためになすべき課題が見つかりつつある、④将来脳性麻痺の発症頻度を減少させ得る感觸を得た等がある。

(8) 再発防止委員会の活動：現在、第 4 回報告書を作成中である。脳性麻痺発症に関わる臨床的事項等につき重要な注意点などを啓発するパンフレットを作成配布した。

(9) 損害賠償請求等の状況：2013 年 12 月末時点で、損害賠償請求が行われているのは 41 件である。内訳は、訴訟提起事案 19 件(うち 5 件は解決済)、訴外の賠償交渉事案 22 件(うち 5 件は解決済)である。

(10) アンケート調査の結果：本制度で原因分析を行った事例の家族及び分娩機関にアンケート調査を行ったところ、報告書の内容に“納得した”分娩機関(101/128) 80%、家族(77/99) 78%であった。原因分析が行われたことが“良かった”とした分娩機関(100/128) 79%、家族(62/99) 62%であり、医療側と患者側双方にとって原因分析は有益なことが示された。

シンポジウム

テーマ「成育医療をめぐる課題：

わが国における子育て支援」

1. 「養育困難」時代に求められる社会的支援

～少子化対策から包括的な次世代育成政策へ～

読売新聞東京本社社会保障部次長 榊原 智子

(1) 「子ども・子育て関連三法」で変わるもの、
変わらないもの

変わるもの：戦後 65 年で初の制度改革で、
児童福祉法の根底にある救貧対策、選別主義から
の転換、「全ての子どもの育ちを社会で応援」
という理念

変わらないもの：消費税から子ども・子育て支
援新制度に 7,000 億円のみで 1 兆円超の約束は？

(2) 20 年余の少子化対策の失敗

人口政策のトラウマと「親の責任」観：「産
めよ、増やせよ」に敏感な女性団体からのクレ
ームを回避するため少子化対策は保育からしか
スタートできなかった。メニューは保育に集中
したが、現在は待機児童の増加、中途半端な両
立支援、貧困等課題山積の状態である。周産期
の支援の貧弱さにより、妊娠葛藤による新生児
遺棄や未受診妊婦などが増加している。現物給
付も現金給付も限定的で、高齢者と子どもの給
付には明らかに不均衡がある。

(3) 少子化を卒業した国から学ぶこと

女性の雇用率と合計特殊出生率に正の相関関
係があり、子育てへの公的支出と合計特殊出生
率にも正の相関関係がある（仏、北欧、英は公
的支出の GDP 比 3% 以上）。

(4) 現代ニッポンに広がる「養育困難」

1970 年代から「育児が苦しい」と訴える親
が増加した。育児の無免許運転をする母親が「ダ
メ親」の急増の背景とされる。この現象が「赤
ちゃんポスト」や「タイガーマスク運動」へと
繋がる。

(5) 日本版家族政策としての次世代育成システ
ムの確立を

①保育と教育、経済支援の普遍化、②妊娠期か
らの切れ目ない支援—日本版ネウボラと出産無償
化、③子育てへの社会支出を「GDP 比 3%」へ。

ネウボラとは妊娠指導から出産、育児支援な
どを含めたフィンランドの家族支援活動であり、
家族の機能が不全化している日本において

日本版ネウボラがぜひ必要と考えている。

2. 胎児治療について

国立成育医療研究センター副院長

周産期・母性診療センター長 佐合 治彦

「胎児治療」とは、子宮内の胎児に対して治療
を行うものであり、「人のライフサイクル」のもっと
も初期の段階に対する究極の成育医療とも言える。
胎児治療においては治療対象となる胎児のみなら
ず胎児のために治療行為を受ける母胎にも少な
からず侵襲が及ぶとともに、早産が大きな問題と
なる。そのため出生後の治療では生存が望めない
ものや極めて重大な障害を残す胎児疾患が、現段階
では胎児治療の対象疾患となっている。種々の胎
児治療法が試みられているが、胎児治療の適応や
その効果について明らかでないことも少なくなく、
有用性が認められている治療法は限られている。

双胎間輸血症候群に対する胎児鏡下レーザー手
術は、欧州においてランダム化比較対照試験で有
用性が証明された。日本においては詳細な後ろ向
き研究を行い、少なくとも 1 児生存率が 90% と
良好であり有用性が証明されている。胎児胸水に
対する胸腔・羊水腔シャント術は、世界において
は症例研究のみであったが、日本において胎児水
腫例における生存率が 70% と良好な成績で、ダ
ブルバスケットカテーテルの有効性と安全性が
証明された。2012 年には双胎間輸血症候群に対
する胎児鏡下レーザー手術と胎児胸水に対する胸
腔・羊水腔シャント術が保険収載された。胎児治
療がはじめて保険診療として認められたことは、
胎児が母体の付属物ではなく一人の患者として医
学的のみならず行政的にも認められ、胎児治療が
成育医療の一部として認知された意義は大きい。
胎児頻脈性不整脈、先天性横隔膜ヘルニア、重症
大動脈弁狭窄症、脊髄髄膜瘤に対する治療につ
いての日本における取組みはこれからである。

胎児治療の目的は「後遺症なき生存」であり、「健
全な次世代を育成する」ことを目的とする成育医
療の一部として今後一層の発展が期待される。

3. 乳幼児健診の標準化をめざして

—小児科医主体のパートナーシップ—

金子小児科院長 金子 淳子

母子保健法を根拠として行われる公的な健診に

は、1 歳 6 か月児健診と 3 歳児健診がある。乳児期に関しては「1 歳に達するまでの乳児期は、心身の異常の発見等に適した時期であることから、市町村において、2 回以上の健康診査を実施する」とされており、一般的には生後 4 か月頃と乳児期後半に行われることが多い。時代の変遷とともに乳幼児健診の目的は、疾病や異常の「早期発見」から虐待防止や育児不安解消などの「子育て支援」へと重点を移している。子育てに不慣れな保護者が増加しつつあるため、今以上にきめ細やかな健診体制が望まれる。10 か月間に満たない妊娠期間に 14 回の公費助成がある妊婦健診と対等に、乳児期において母子手帳に記載されている 5 回の健診機会が公費で担保されることが“未来の宝”である子どもの健康維持に不可欠である。

1 か月健診は先天的異常を含めた疾病の早期発見や母乳栄養の支援、予防接種の個別スケジュール策定のほか、産後うつ病など母親のメンタルヘルス支援や母子の愛着形成支援のための貴重なチャンスである。このような健診機会をより有効にするには、これを小児科医が担うことが望ましいが、大半が産婦人科医が行っているのが現状である。

山口県では、平成 7 年から平成 22 年にかけて県内すべての市町で 1 か月健診の公費化が実現した。健診は主として小児科医が担い、自身の診療所や病院で行っている。小児科医による 1 か月健診のメリットは、「専門性を生かしたよりきめ細やかな診療」、「予防接種の啓発・スケジュールング」が可能などである。

また山口県小児科医会では、1 か月健診のさらなる充実と質の向上に向け、平成 24 年 8 月から産婦人科医会との連携のもと、新しいガイドラインに基づくビタミン k2 投与（13 回）を県内一斉に開始し、タッチケアによる愛着形成支援や産後うつ病についての講演会を開催しており、すべての 1 か月健診でエジンバラ産後うつ病質問票によるスクリーニングを実施している。さらには健診の内容や手技の標準化を目指し“1 か月健診ガイドブック”を作成中である。

4. 思春期の子ども・若年成人への健康教育

総合母子保健センター愛育病院

副院長 / 産婦人科部長 安達 知子

(1) 思春期以前における健康教育

男女がお互いの存在を大切にしながら、より良好な関係を築いていくには、幼少期からの命の大切さ、自尊心の育成、弱い立場の者や幼い者を大切にすることを養う教育が重要である。また同時に、自分の身体の成長を理解し、男女の心と身体の違いなどを理解するような指導が必要である。

例えば、性の健康教育のテーマとして、小学校高学年には性犯罪被害の防止や被害に遭った時の対応、中学 1 年生には性交や避妊、中学 2 年生には人工妊娠中絶やデート DV、高校生には高齢妊娠やリプロダクティブヘルス全般などが挙げられる。

(2) 月経異常

若年女性に多い無月経や月経困難症への理解と対応が必要である。特に高度のやせは、重症の無月経による長期の低エストロゲン状態にさらされるため、骨量増加が阻害され将来骨粗鬆症のリスクを高める。

若年者の月経困難症は子宮内膜症に由来するものもあり、子宮内膜症による将来の不妊症の予防や卵巣がん発症等を念頭においた管理も必要である。

(3) 女性特有の病気

子宮筋腫、子宮頸がんなどは子宮の摘出にもつながる疾患なので、20 歳を過ぎたら定期的な検診を受けて、疾患予防、早期発見・早期治療などを行い、妊孕性を維持することが重要である。

(4) 若い女性のリプロダクティブヘルス

望まない妊娠・出産、若年妊娠などは、児童虐待につながる事が明らかにされている。また若年者の妊娠は、親や教師などに相談できず医療機関への受診が遅れて中期中絶の増加や中絶可能な時期を逃して出産に至っている可能性がある。経口避妊薬などによる確実な避妊や性感染症予防のためのコンドーム使用などが必要である。

(5) 妊娠適齢期

近年高齢妊娠が増加しているが、運良く妊娠できても、異常妊娠・異常出産、母子の健康障害発生などの問題が生じている。女性には、妊娠適齢期があることを知る必要がある。

(6) 更年期、高齢女性の健康

更年期の女性は、女性ホルモン低下による種々の症状とともに、生活習慣病や発がんも起こりやすくなる。

若年期に健康に留意した生活をする事が実は将来の健康保持に繋がることを認識してほしい。

第 118 回地域医療計画委員会 (平成 25 年度第 3 回)

と き 平成 26 年 2 月 13 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告: 常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

小田会長 本日は、お忙しいところお集まりいただきありがとうございます。また、県地域医療推進室から宮村室次長、窪川主幹、嶋田主査の出席をいただきお礼申し上げます。

昨日、中医協から、平成 26 年度の診療報酬のあり方が示され、そこでもはっきりと地域包括ケアが明記されている。地域包括ケア病棟入院料、主治医機能の評価として地域包括診療料、地域包括診療加算など、はっきり地域包括ケアシステムの構築を念頭においた対応になっている。

先日も中国四国各県の医師会長と話す機会があったが、地域包括ケアシステムの構築はどこもまだのようである。イメージはあるが、部分部分によっては以前からやっていることで、どこまで構築するのか最終点がわからないところがあり、それは地域性でもあるということかもしれない。

本日は地域医療ビジョンの協議もあるので、何卒慎重審議のほどよろしくお願ひしたい。

協議事項

1. 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて (県地域医療推進室)

宮村室次長 医療法と介護保険法改正の一括法案が昨日(2月12日)閣議決定され、同日国会に提出された。本日は、国の説明会等がまだ開催されていないため、今までの資料を基に説明させていただく。

今後、高齢化の進展により、医療・介護サービスの需要が将来的に相当増大することが見込まれることが背景にあり、団塊の世代がすべて後期高齢者になる 2025 年までに改革を進めることで物

事が進んでいる。

医療サービスの機能面での課題は、病院・病床の機能・役割分担が不明であること、また 7 対 1 入院基本料など急性期病床がもっとも多いものの、病棟に入院されている患者は医療機関の機能どおりに入院していないことであるが、それらについて(県も)掴めていない状況にある。また、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能が不足している。多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた在宅医療の確保や充実が必要となっている。一般病棟の病床数のイメージは、2010 年はワイングラス型、2025 年はヤクルト型といわれている。国は病床を増やさずに、急性期医療を減らして在宅医療にシフトしていくことを考えている。病床の機能分化・連携を推進し、在宅医療の充実、医療と介護の連携を推進し、地域包括ケアを推進していく流れである。

平成 25 年 8 月の社会保障制度改革国民会議の報告書では、病床の機能が分かりにくいいため、都道府県に病床機能報告制度を導入する必要性についての提言がなされている。次いで、地域ごとに医療ビジョンを策定することが求められており、次期保健医療計画の策定期(平成 30 年)を待たずに前倒しで移行することが望ましいとされている。

プログラム法案として今後の社会保障制度体制の道筋を示した法律が、平成 25 年 12 月に成立し、社会保障審議会医療部会等による医療法等改正に関する意見書が 12 月 27 日にとりまとめられた。本意見書では、医療機能の分化・連携を進めるための医療機関の施設及び設備、地域における医師、看護師等の医療従事者の確保、医療機能の分化・

連携の推進に伴う介護サービスの充実等の課題への対応を地域の实情に応じて推進するため、新たな財源支援の仕組みを創設することを提言している。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度は、今後の地域医療ビジョンを進めていく上での財源になる。今までの地域医療再生基金は国の要項で実施されていて期限が短く限られていたが、今回は法律に基づいた基金が新たにでき、財源についても消費税増収分を充てるため、毎年一定規模の積み立てがなされ、安定した運営ができることが大きな違いである。ただ、今までは国の基金ということから全額国庫で措置されていたが、消費税の地方税収分があるため、国 3 分の 2、都道府県 3 分の 1 の負担割合になっている。

新たな財政支援制度の対象事業案は、地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業、例えば、急性期病床から回復期病床に転換することに伴って回復期病床がその地域にない場合、新設に伴い補助金を投入するというものである。また、在宅医療に加えて介護サービスの基盤整備が基金の中に入ってきた。なお、今回の基金は、医療だけでなく介護サービスの充実のための必要な事業としており、従来と大きく違う。さらに、医療従事者等の確保・養成のための事業として、医師・看護職員確保、介護従事者の確保を推進していく。

平成 26 年度の当初予算額は 904 億円、消費税増収分 544 億円、一般財源から上乗せ措置 360 億円となっているが、具体的な配分基準はまだ示

されていない。ただ既存事業がこの基金の振替事業として入ってくる。昨日（2 月 12 日）、国会に上程された関連法案が 6 月頃成立する予定となっている。

病床機能報告制度の区分は、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の 4 区分である。有床診療所を含む医療機関は、4 つの病床機能の中から、その有する医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で都道府県に報告する仕組みを医療法上に設けることとしている。具体的な報告事項や公表のあり方等については、現在、「病床機能情報の報告・提供のあり方に関する検討会」で検討が進められている。なるべく医療機関の負担をなくすため、レセプトの活用等も検討する。また、現在、県が実施している医療機能情報提供制度との重複は避ける。

地域医療ビジョンの策定においては、医療機関の現状と医療機関が考えている将来の方向性を県に報告してもらおう。県では、2025 年に向けて地域の医療需要の将来推計をして、二次医療圏ごとに各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定する。2025 年度の医療需要は、入院・外来別、疾患別患者数等である。2025 年に目指すべき医療提供体制は、二次医療圏（在宅医療については市町村単位）ごとの医療機能別の必要量・目指すべき医療提供体制を実現するための施策とする。

出席者

地域医療計画委員

委員長 濱本 史明
副委員長 弘山 直滋
副委員長 前川 剛志
委員 小林 元壯
委員 弘田 直樹
委員 津田 廣文
委員 原 伸一

委員 淵上 泰敬
委員 矢野 忠生
委員 石川 豊
委員 岡田 和好
委員 安藤静一郎
委員 今村 孝子

山口県健康福祉部地域医療推進室

室次長 宮村 宏
主 幹 窪川耕太郎
主 査 嶋田英一郎

山口県医師会

会 長 小田 悦郎
専務理事 河村 康明

報告制度の運用開始は、平成 26 年 10 月以降になる。地域医療ビジョンのガイドラインを国が作成するため、そのガイドラインを踏まえて都道府県の地域医療ビジョン策定は 27 年度から 28 年度初め頃になる予定である。

地域医療ビジョンの策定に当たっては、医療計画のため、医師会や医療審議会、市町村の意見を聴く。具体的には二次医療圏ごとに議論を深めていく必要がある。現在、各地域に設けている医療対策協議会は法律上の組織ではないが、今回、医療法改正で二次医療圏ごとの医療関係者との協議会が法制化され位置付けられている。

病床機能の分化・連携や在宅医療・介護の推進、地域包括ケアシステム構築等の観点から、医療法、介護保険法等の関係法令の改正案に関する審議が行われることとされており、県としては、その動向を注視し、介護担当課とも連携し適切に対応していく。

質疑応答

淵上委員 病床数について 2010 年はワイングラス型、2025 年はヤクルト型といわれているが実際の病床数との整合性はあるか。

県 イメージとして見ていただきたい。

小林委員 いわゆる亜急性期は病床機能報告制度ではどこに該当するのか。

県 基本的には回復期に移行していく。

小林委員 病床機能報告制度は、7 対 1 の病床のチェックシステムになるのか。

県 現在、7 対 1 で届け出されているが、実際、入院患者の実態が掴めていない。国からは報告させただけで終わりということではなく、一定の見解はあるだろう。

前川委員 厚労省は DPC（診断群分類）病院でデータを細かく把握している。

小田会長 地域医療ビジョンは基本的に二次医療圏ごと（在宅医療は市町村単位）であるが、地域包括ケアシステムは市町村単位である。なぜ二次医療圏ではないのか。

県 地域包括ケアシステムは在宅医療とリンクするため、入院医療と分けて考える。

小田会長 基金の残金の使い途、また、“国 3 分の 2” の補助割合は確実なのか。

県 公的病院だけでなく民間病院の整備も公平に取り扱うという注釈がある。

弘山常任理事 国のガイドラインでは地域に即したビジョンとして対応できない。国ガイドラインが示されたら早めに地域に示してほしい。また、年齢別推計はでてくるのか。

県 地域レベルで意見を聴いて策定を考えている。年齢別推計は国ガイドラインに組みられると思う。

小林委員 急性期病院から在宅医療に看護師が移行するだろうか。急性期では看護師が全く足りない。地域では介護や在宅にまわせる看護師はいないと思う。

2. 医療連携機関ネットワーク促進事業（地域医療再生基金事業）について－糖尿病診療研修会・症例検討会（県医師会）

弘山常任理事 顔と顔の見える連携づくり事業として、平成 24 年度から地域で行っており、宇部地域、周南地域、下関地域で開催した。平成 25 年度は、萩・長門地区、山口地区、岩国地区で開催している。平成 26 年度は、柳井地区と防府地区で開催する予定なので協力をお願いしたい。

3. その他

淵上委員 県医師会勤務医部会と山口市医師会の主催で、3 月 21 日（金・祝）に市民公開講座「山口市の救急医療の現状」を開催する。

前川委員 昨年 9 月頃から混合診療の拡大などが報道されている。TPP への対応も含めて注視してほしい。

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医療従事者のための公的な「上乗せの年金」です。
掛金の全額が社会保険料控除の対象となり、所得税、住民税が軽減され、さらに受取る年金にも公的年金等控除が適用されます。

- | | |
|-----------------|--|
| 加入資格 | <ul style="list-style-type: none"> ● 満20歳以上60歳未満の方。国民年金第1号被保険者 ● 医業に従事している医師や従業員（家族従業員も対象） ● 地域型基金等の他の国民年金基金に加入していない方 |
| 掛金 | ● 掛金の払込は60歳まで。掛金（加入時年齢による）の上限は月額68,000円 |
| 加入コース | ● A型とB型。自由な組み合わせが可能 |
| 年金受取 | <ul style="list-style-type: none"> ● 65歳支給開始。終身年金 ● 年金額は加入口数とその掛金の納付期間等により決定 |
| 遺族一時金 | <ul style="list-style-type: none"> ● A型（受給前）→ 支払われた掛金と納付期間等に応じた額
（受給後）→ 80歳までの残りの保証期間の年金に相当する額 ● B型 → 遺族一時金なし |
| 中途脱退 | <ul style="list-style-type: none"> ● 任意脱退はできない ● 他の公的年金に加入・廃業等の場合、脱退となる ● 中途脱退しても65歳より掛金に応じた年金を支給 |
| 税制上の優遇措置 | <ul style="list-style-type: none"> ● 掛金は全額社会保険料控除の対象（最高816,000円が控除） ● 受取る年金にも公的年金等控除が適用 ● 遺族一時金（A型のみ）は全額非課税 |

（注）現在の掛金は平成26年3月末までの適用となりますので、年度内の加入をおすすめします。

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

新制度です

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となりました

60歳以上の国民年金「任意加入者」で医業に従事している医師・従業員（家族従業員含む）が対象となりました。掛金の払込は65歳まで。

新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入契約」の申し込みが必要となります。
（現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません）

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
こちらから

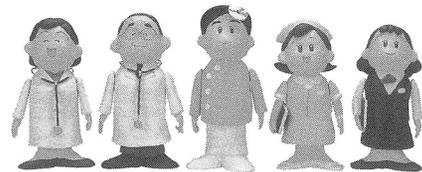
日本医師従業員

検索

0120-700650

検索

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



平成 25 年度山口県医師会 男女共同参画部会総会



と き
平成 26 年 3 月 2 日 (日)
13:00 ~

と ころ
山口グランドホテル

[印象記：男女共同参画部会理事 田村 博子]

平成 25 年度も 3 月の第一日曜日に 8 回目（女性医師参画推進部会総会と通算）となる男女共同参画部会総会が開催された。最初に山口県医師会の濱本史明副会長、つづいて男女共同参画部会の松田昌子部会長が挨拶をされ、野田 薫部会理事の司会により進行。

議事

平成 25 年度事業報告

男女共同参画部会長 松田 昌子

1. 女性医師が働き続けるための支援

- (1) 勤務医支援：①女性勤務医ネットワークの更新、②「仕事も！家庭も！応援宣言集 やまぐち」第 3 版の刊行

- (2) 子育て支援：①保育サポーターバンクの運営、②「保育サポーターバンク通信」4 号の発行、③保育サポーター研修会の開催

2. 女子医学生キャリアデザイン支援：女子医学



生インターンシップは、平成 23 年度から対象を山口県出身の他大学の医学生にも拡大している。

3. 山口県内女性医師の連携：現在 9 地域で女性医師の部会が設立、年 1 回、連携会議を開催している。
4. 広報活動：山口県医師会のホームページに設置した女性医師のコーナー「Y-Joy Net やまぐち女性医師ネット」の運営
5. 日本医師会男女共同参画フォーラム開催：昨年 7 月に担当県として引き受け、563 名の参加があり盛会であった。

この部会の活動の目的は「女性医師が女性であることを特別なことと意識しなくても医師としての仕事を継続できる」ことであるが、そのためにできることは、①女性医師が仕事を継続するための支援、②適切な評価とキャリアアップができる環境を作ること、の二つに集約される。現実には②は難しく、これまでのほとんどの事業が①であり、今後は②まで進まないと目的が果たせない。これからの課題だと考えている。

次期役員選出（敬称略、理事は 50 音順）

・次期男女共同参画部会役員

部会長	黒川典枝
副部会長	中村久美子
副部会長	田村博子
理事	榎美穂
理事	大島真理
理事	河村裕子（新任）
理事	寺井佳子
理事	徳田信子
理事	野田薫
理事	福田吉治
理事	前川恭子（新任）
理事	森谷和子
理事	山縣三紀（新任）

・退任役員

部会長	松田昌子
副部会長	内平信子
理事	水津礼子
理事	水内知子

平成 26 年度事業計画

男女共同参画部会副部会長 黒川 典枝

1. 女性医師が働き続けるための支援

- (1) 勤務医支援：①女性勤務医ネットワーク連絡系の更新、②勤務医部会主催の「病院勤務医懇談会」への出席



- (2) 育児支援：①保育サポーターバンクの運営

促進及び広報、②サポーターバンク通信の発行、③保育サポーター研修会の開催

2. 女子医学生キャリアデザイン支援

- (1) インターンシップの実施
(2) 女子医学生生活動支援：学生と医師の交流会出席等

3. 山口県女性医師の連携

- (1) 本部会からの情報提供方法の確立していない郡市医師会へ、女性医師部会設立準備サポート等のアプローチを引き続き実施する。
(2) 連絡会議の開催
(3) ホームページ内の「郡市の女性医師部会」のページについて、定期的な内容の更新を郡市医師会女性医師部会へ依頼する。
(4) 女性非医師会員への情報提供（男女共同参画に関わる県及び郡市医師会の情報）のルート作りを各郡市医師会女性医師部会に依頼。併せて非会員名簿の作成を推進する。

4. 広報活動

ホームページの充実・更新

5. 介護支援のニーズに関するアンケート調査

以上、すべての議事について、出席者全員の挙手により承認された。

女子医学生インターンシップ指導医師・参加卒業生の報告

座長：男女共同参画部会理事 中村久美子

この女子医学生インターンシップは、夏休み等を利用し、女子医学生が医療機関を訪問し、先輩女性医師の働く姿を見て、実際に働く現場を体験することにより、自分の将来像を描く参考にすることで、これからの医療を担う責任感を養い、医



師として仕事をし続ける自覚を育てることを目的にしている。本日は、女子医学生を受け入れていただいた 3 名の先生と、過去に学生として本インターンシップに参加し、現在は県内の病院で勤務されている先生に発表をお願いした。ただ、最後の発表者はインフルエンザに罹患されたため、本日は同じ病院の代理の先生をお願いした。

○済生会下関総合病院 菊田 恭子

私自身は平成 15 年に産業医科大学を卒業したが、ポリクリや研修の時に子育てをされている現場の先生をみる機会が全くなかった。その点このインターンシップがとてもよい事業と思い、初年度から参加している。2009 年に 4 年生を 2 人、2010 年に 3 年生と 4 年生を一人ずつ、2012 年に 3 年生を一人、2013 年は 5 年生を一人担当した。実習内容として、産婦人科の実状を見てもらうことと社会人としての面を見てもらうことに気をつけている。産婦人科には外科と内科の両面があること、患者さんやスタッフとの関わり、研修医を指導する立場、女医として求められることを伝え、院内保育園へのお迎えも必ず一度は一緒に行き、母としての面も見てもらっている。当科の女性医師は独身の人も子育て中の人もいてバラエティに富んでいる。また、研修医と同室にして本音を聞いてもらうようにしている。以上、インターンシップの指導を通じて、自分が気をつけている点などを中心にお話した。

○下関市立市民病院 吉水 秋子

昨年 8 月 2 日、医学部 2 年生が女子医学生インターンシップを利用して当院腎臓内科に来られたので、その様子を報告する。2 年生ということで病院内を見るのは初めてで、スーツと革靴で緊張してこられたため、最初に当院のスクラブと白衣、運動靴を貸し出した。院内の見学、透析室で朝の穿刺、腎臓内科の回診、透析室での昼食、午後の院内英会話教室を体験し、腎生検後の病理標本を一緒に見て、夜は研修医の先生を交えて飲み会をした。学生から女性医師へは、どうしてこの病院に勤務しているか、仕事と家庭の両立は大変かといった質問、研修医へは研修医の生活、当院での研修の特徴などの質問があった。当院は常勤

医師 69 人中女性医師が非常勤 2 人を含めると 8 人。現在、女性医師は多く、さまざまな勤務形態で働いていることを知ってほしい。今後たくさんの方の学生さんが見学を通して、当院に興味を持っていただけたら嬉しい。女子医学生インターンシップを通して、女性医師が安心して働ける環境を作る必要性を感じた。

○(医) 茜会吉水内科 諸富 夏子

昨年 8 月に医学部 4 年生のインターンシップを引き受けた経験を報告する。当院は無床診療所で 2 階にデイサービス施設を併設している。在宅療養支援診療所として 24 時間対応の訪問診療と小学校の学校医もしている。今回学生さんには外来診療とグループホームの訪問診療を見学してもらい、その後、女性医師として医師の役割や日常で困ったことなどをお話した。私自身は産業医科大学卒業なので、医師の役割としては臨床医以外に産業医をはじめ、さまざまな立場、役割があること、6 歳、3 歳の二人の娘の母親として突発時に見てくれる人を確保するのに苦労したこと等をお話した。仕事を継続するためには、感謝して周囲の協力を仰ぐ必要がある。また、子どもの成長には、そのときにできること、いろいろなことを吸収する時期がある。親が働いていてもチャンスを与えることができるようにしたい。そういう意味では山口県のサポートシステムはありがたいと思う。

○山口労災病院 沖田 朋子 (代理: 福井 悠美)

平成 21 年にインターンシップに参加したので報告する。まず、自己紹介だが、宇部工業高等専門学校を卒業後、某印刷会社に入社したが、医師の夢を捨てきれず、平成 19 年に山口大学医学部に入学し、平成 25 年に卒業、山口労災病院で臨床研修を開始した。インターンシップに参加した理由は、医療従事者が周囲にいないため、医師として働くということが具体的にイメージしにくかったこと、結婚・出産・育児など将来に不安があり、女性医師がどのように仕事と両立されているかを知りたかったことである。そこで、大学三年生の夏休みの 2 日間、医療法人聖比留会セントヒル病院で消化器内科の浜辺崇衣先生にご指導いただ

いた。大学病院から非常勤でこられた女性医師 2 名にもお話を聞く機会に恵まれた。検査の見学のほか、院内託児所の見学、合間に仕事や家庭についてのお話を聞くこともできた。

参加してよかった点は以下である。医師として働く将来の自分の姿が想像でき、勉強に対するモチベーションが上がった。女性医師の働き方は多様であることを知った。仕事と家庭をどのように両立されているかを聞くことができた。専門的な手技を身につけておく職場復帰がしやすいこと、配偶者や周囲の支援がとても大切なこともわかった。

以上から働きながら出産・育児をすることに対する不安が解消された。

改善があるとよい点としては、大学 2,3 年で参加する際は臨床に関する知識に乏しいので、研修前のある程度内容がわかっていると予習ができてよい。マッチングの際に診療科だけでなく、女性医師の勤務形態や夫帯者、育児中かどうかなどについても希望が出せると、複数回参加する意義がより生まれる。夏休み以外の長期休みも利用できるとよいと思う。

参加を考えている学生さんへは、女性医師の働き方、生き方は十人十色であること、女子医学生インターンシップに参加し、多くのロールモデルに出会うことは、将来の自分らしいキャリアデザインを考える上で非常に参考になると伝えたい。

特別講演

「ワークライフ・バランスとキャリア教育」

講師：埼玉医科大学総合医療センター

消化器・肝臓内科教授

日本消化器病学会

女性消化器医師支援委員会委員

日本内科学会将来計画検討ワーキング

グループ男女共同参画グループ代表

名越 澄子

今回は女性医師の具体的な支援とはまた違って、ワーク・ライフ・バランスということを考え、学生時代及び卒後のキャリア教育について少しでも参考になればという思いでお話をしたい。



まずワーク・ライフ・バランスというと仕事と生活の天秤というイメージを持つ方が多いと思うが、苛酷な勤務環境の中で仕事と育児を両立させるということだけではなく、この言葉がどのように言われてきたかを考えたい。

1980 年代、アメリカでは技術革新による産業構造の変化に伴い、企業における優秀な女性への需要が高まり、働く女性のために保育サポートを中心とした取り組みをしようワーク・ファミリー・バランスということが言われてきた。1990 年代に入って対象を拡大し福祉的な施策ということでワーク・ライフ・バランスということが出て



きた。その後、アメリカでは財団が中心になって柔軟性に重きが置かれ、多様な働き方は積極的に評価されてきたが、育児・介護などの無償労働を支える制度が整備されずに進んできた。そのような中、米国医師の中では燃えつきが問題になり、男性医師もパートタイム労働を希望する人も多くなってきた。彼らは仕事もだが、家庭生活も大事にしなければならず、ワーク・ライフ・コンフリクトが起こってきた。

一方、日本では男性は家庭での役割をそれほど求められない。「夫は外で働き、妻は家庭を守るべき」という意識は国際比較でも日本が断然そして依然として高い。今まではそれで済んでいたが、健全な労働力の維持のために、女性の労働参加が求められている現在、それでは破綻してしまう。

「理系の女の生き方ガイド」に面白い記載があった。1. 夫は熱いうちに鍛えろ、2. 投資は必要な経費（家事・仕事の合理化）、3. 仕事と子育てで気持ちを切り替える、4. 「60 点主義」、5. 恩は返せるときに返せばよい、というものである。理想の結婚相手も「三高（高学歴、高収入、高身長）」から「三低（低姿勢、低リスク、低依存）」、そして「三手（手伝う、手を取り合う、手をつなぐ）」と変わってきたと言われている。若い人達の意識は変わってきているのかなと思う。

そこで、2011 年に埼玉医科大学医学部学生実態調査を行ったところ、少し男女で意識の差が見られた。男性には子供ができれば結婚相手に仕事をどうしてほしいか、女性には子供ができれば仕事をどうしたいか尋ねたところ、女性は「一時的にパートタイムになるが、フルタイムに戻る」という回答が多いのに対し、男性では「一時的に仕事をやめるがパートタイムで復職」という回答が多く、現代の若者でも男性は一時的にでも結婚相手に仕事を辞めて育児に専念してほしいのかなと思われた。また、この調査では結婚相手に仕事を続けてほしいと考えている男子学生は、家事・育児を分担すると回答した率が高いこともわかった。他の調査では、母親を誇りに思うのは共働き家庭で育った子どもの方がそうでない子よりも多い。働く母親は毎日子供との別れと再会を繰り返すため、親子の絆がより強固になることもあり得るからであろう。

次に 30 歳代日本消化器病学会員の意識調査で見ると、男性医師の家事・育児分担は 25% くらいで、可能であればもっと分担したいと考えていることがわかる。男性の半数以上は子どもがいるが、女性の 4 分の 3 は子どもがいない。子どものいる女性医師の 4 分の 3 のパートナーは医師、男性医師のパートナーは 4 分の 1 が医師で、3 分の 2 は専業主婦である。女性側から見るとパートナーの大半は自分と同様忙しい医師なので、家事育児の分担を頼みにくい。

これに対して、医師全体の勤務体制が変わらないと根本的な解決はない。主治医制が一番問題になってきている。就業のオン・オフが不明瞭なことが女性医師の勤務継続に最大の障壁である。そこで主治医が複数いるチーム主治医制は、男性医師も含めた医師全体の過重労働に対しても解決の一つになるのではないと思われる。全主治医が直接その患者さんの診療に参加し、時間外診療は当直医に任せる、居残りはチーム内で交代制、当直翌日・長時間の手術日前日はチーム内の医師に任せて帰宅、病気になっても常勤を続けられる、昼間の検査・外来・当直を短時間勤務医に任せる、という体制である。これには患者の理解が不可欠であるし、マスメディアにも責任がある。埼玉医療センターの屋根瓦方式のチーム主治医制は、実は現在小さい子を持つ男性医師が最も利用している。

ワーク・ライフ・バランスは仕事と生活を少しづつ諦めて両者のバランスをとるのではなく、ワーク・ライフ・シナジーという生活と仕事の相互作用で両方をより高めるという考え方がある。

ワーク・ライフ・バランスが実現した社会とは「国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」であり、決して家庭の家事・育児だけを指しているのではない。仕事、家族や友人などの人間関係、健康や将来のための自己啓発、社会貢献といった人生のいくつかの部分のどれをも落とさないように振り返りながら行けばいいのではないと思われる。労働人口の減少、経済のグローバル化といった世界の中で、効率のよ

い働き方をし、多様性を持って、発想力を磨き、自己研鑽し、ワーク・ライフ・バランスをとるのがいいのではないかと。

よりよい働き方を目指すには、医学部の学生のうちから教育するとよいと考えられることから、「医師のキャリア形成に関連する医学部教育の実態調査」を行った。その結果は、半分くらいの大学がキャリア教育をカリキュラムの中に組み込んでいると回答された。ところが、キャリア教育の意味が明確でなかったため、調査報告書では「キャリア教育」とは、医師のプロフェッショナルリズムをいかに継続していくかの確固たる動機付けである、とした。つまりキャリア教育とは自分で育つための教育であり、具体的には、1. 医師として生涯就労を継続する、2. 医学知識と技能の研鑽に励む、3. 自己啓発力を形成する、4. 社会へ還元する意識を持つ、5. 男女平等な社会の実現に努力する、6. ワークライフバランスを正しく理解する、といった内容である。

先ほどの 30 代の日本消化器病学会員の調査を見ると、女性は専門医や産業医の資格は男性より早く取っているが、希望するキャリアを問うと、男性より積極性が足りない傾向がある。諦めてしまうのではないかとと思われる。管理者にいつも「女性はちょっと背中を押すとできるので、チャンスを与えて、育ててください」とお話しているが、キャリア教育では自分で育たなくてはならない。

自分で育つためには明確な将来の Vision（目的意識）を持たせることが非常に大事である。先ほどの山口県医師会の女子医学生インターンシップでいろいろなロールモデルに出会うことは大変よいことだと思う。

私自身のキャリアを振り返ると、いろんな局面で山口のような保育サポーターがあったらよかったと思うが、その時その時でできることをやってきた。育児は卒業したが、今度は親の介護が気になってきている。

私の Vision は何だったか？私を駆り立てていたものは恩師の藤原研司先生についていきたいという一心だった。藤原先生は日本消化器病学会理事長や脳死下での臓器提供事例に係る検証会議の座長、WHO の ICD-10 改正委員会の委員長を務める等、専門分野だけでなく、日本の医療をよく

しようという社会的な活動に一所懸命だった。先生に出会って、この先生を追ってここまで来た。今、私自身も ICD-10 の改正委員をしている。先生から女性医師支援をやるべきだと言われ、そのためには大学に残っている者も必要だろうと思ひ頑張っている。辛いことも大変なこともあるが、先生の遺された本棚を傍において、一緒に仕事しているつもりでいる。

人それぞれ Vision は違うが、学生には Vision が必要だということを伝え、自分の Vision を探しなさいと話したい。

終わりに

25 年度の総会では、開始後 5 年経過した女子医学生インターンシップについて、指導女性医師と参加学生の両方の立場から体験を聴くことができ、大変参考になった。

また特別講演では尊敬する恩師と同様に、ご専門の肝臓病学だけでなく、日本消化器病学会の女性医師支援委員会や日本内科学会の男女共同参画グループなど、男女共同参画に関するお仕事、また国際的にも WHO のワーキンググループ、と幅広い活躍をされている名越澄子先生から学生時代、そして卒後のキャリア教育に関してお話を伺った。ワークライフ・バランスをまた違った角度から取り上げておられて、大変示唆に富むお話であった。ここに印象記としてご報告する。

“高知県が一番乗り”とニュースで放送されていましたが、「ソメイヨシノ」の日本での開花が一番早かったようです。日本気象協会では毎年「桜の開花予想」を行っていて、標本木の花が5～6輪以上咲くと「開花宣言」、同じく標本木で80%以上の蕾が開いた状態を「満開日」として予想しているようです。高知の桜は3月18日に開花し、下関市は24日の予想になっていました。奄美・沖縄は1月に開花し2月には散っていますが、残念ながら「ヒガンザクラ」のために予想の対象ではないようです。同じ日本列島の予報地図ですが、梅雨前線と違いピンク色に染められていく「桜前線」は、春の訪れを感じさせる日本の綺麗なイベントです。

「桜前線婆様とやって来る」飛鳥紫煙

「花冷の水が縄縷ふ川の中」眞鍋呉夫

約1か月前の2月末から3月にかけては、県医師会は次年度の予算編成と事業計画を作成する時期でした。県医師会事務局と常任理事の先生にとっては大変な季節です。

2月18日に「平成25年度山口県医療保険関係団体連絡協議会」が開催されました。山口県後期高齢者医療広域連合からの報告では、平成24年度の医療費総額の伸びは山口県、全国ともに例年と比較して低い水準だったようです。山口県が全国平均より更に伸び率が低いのは、既に高齢化が進んでいて、被保険者数の伸びが全国平均より低いからです。平成24年度、山口県の医療費総額は223,246百万円（全国10位、伸び率1.6%）、全国の医療費総額は135,586億円（伸び率2.8%）でした。高齢者医療制度創設（2008年度）以降、健保組合の財政が急速に悪化し、累積赤字額は6年間で2.4兆円に達する見通しで、高齢者医療制度に対する現役世代の負担は既に限界のようです。

23日には、日本医師会で「平成25年度学校保健講習会」が開催されました。その中で文科省から「学校健康教育行政の課題について」、知念希和専門官より講演がありました。「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」が平成24年5月から9回にわたり開催されていますが、12月に意見書が取りまとめられ、文科省ではこの意見書を踏まえ学校保健安全法施行規則の改正等を検討するよ

うです。新年度が始まると、校医の先生方には健診業務が入ってきますが、特に内科校医の先生方は、健診における多くの諸問題で頭を悩まされていることと思います。文科省の「健康診断の実施体制」の検討会では、「身体診察については、プライバシーの保護という観点に配慮しつつも、正確な健康診断のためには、脱衣など診療上必要な事項については、子どもや保護者の理解を求めることが必要である」との意見でした。また、保健調査の重要性が強く指摘され、効果的な健康診断のために、担任や養護教諭等が事前に子どもの健康状態を把握し学校医・学校歯科医に伝えること、健康に関する情報を保護者に提供してもらうことが保護者の問題意識と学校の健康診断とをつなぐ大事な架け橋となり、非常に重要であるとの意見が出たようです。「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無の検査」も校医の健診業務の一つですが、現在、配付されている自宅における胸郭異常の有無の間診票を活用されることにより、少しでも校医の先生方の健診業務が軽減されますので、この場をお借りしてこの活用を再度お願いします。

なお、平成14年度から、色覚検査は必須項目から削除されましたが、今後も学校医による健康診断において、色覚に不安を覚える児童生徒及び保護者に対し、事前の同意を得て個別に検査・指導を行うなど、必要に応じ、適切な対応ができる体制を整えなければなりません。今後も、色覚異常検査表など検査に必要な備品を学校に備えておく必要があります。

3月2日には、「平成25年度男女共同参画部会総会」が開催されました。25年度事業報告の中で、保育サポーターバンクの運営報告がありました。現況では活動件数27件、活動サポーター30名、利用医師は24名となっています。保育サポーターバンクは、平成21年に県医師会内に設立され、女性医師が仕事と家庭を両立させるための支援です。女性医師とサポーターの方が話し合っていて、報酬や仕事の内容を決めていただきます。県医師会内に、「女性医師保育相談員」がおりますので、育児中の女性医師はぜひご相談ください。ポスターには、「山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！」とあり、医師会未加入の女性医師も利用できます。

同日に、福岡県医師会の引き受けで「山口県医師会と福岡県医師会との懇談会」が福岡市において開催されました。福岡県医師会の松田峻一良会長を始め役員の方、そして、今回は日本医師会の横倉義武会長も出席され、中央情勢報告と、第 6 次医療法改正についての講話がありました。

2025 年には団塊の世代が後期高齢者となるために、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保・勤務環境の改善等により、かかりつけ医を中心とした「地域包括ケアシステム」を推進する必要があります。4 月から消費税が上がりますが、消費税増収分等を財源とした基金（平成 26 年度は 904 億円）が設立され、都道府県が作成した地域医療ビジョンを含む医療計画と、介護保険事業支援計画に基づき地域包括ケアシステムが構築されます。このため、日本医師会では都道府県と都道府県医師会との連携・調整・進捗状況を常時・随時把握しておく必要があることから、「地域包括ケア推進室」を設置して、都道府県医師会からの照会・相談に応じるとともに、実務的な支援・指導を行うようです。

4 日には「山口県看護協会と山口県医師会との懇談会」が開催されました。看護協会からは吉村喜代子会長以下 13 名の出席があり、協議事項として、(1) 働き続けられる労働環境の改善として、看護職の夜勤交代制に関するガイドラインの普及拡大と現場への定着及びナースセンターへの看護職の届け出制度を利用した看護職の確保について、(2) 在宅医療を支える訪問看護等の機能強化について、(3) 准看護師教育の現状についての報告・要望がありました。県医師会からは、「JMAT やまぐち」活動マニュアルについて弘山常任理事が説明し、看護協会からの看護師の登録をお願いしました。

13 日には、「山口県老人クラブ連合会と山口県医師会との懇談会」が開催されました。山口県老人クラブ連合会は、平成 25 年 7 月より、藤谷芳久会長から松尾英治会長に代わられており、新しい体制となっています。県医師会からは、地域包括ケアシステムと診療報酬改定について説明を行いました。

なお、地域包括ケアシステムについては、「『地域包括診療料』についての疑念」として、3 月

30 日に開催された「日本医師会代議員会」で吉本副会長が質問しています。

以下が質問の内容です（一部省略）。

今次診療報酬改定は「2025 年の医療・介護のあるべき姿」を念頭に置いた、嘗てない政策誘導改定と言え、地域包括ケアシステムの構築を意図したメッセージ性の強いものである。医療機関の機能分化と連携、在宅医療の推進の路線は鮮明となり、外来医療については昨年初めから中医協で議論された「主治医機能の強化」のみが偏重され、その「主治医機能」を持つ診療所を地域包括ケアシステムの中核に据えようと意図している。中医協では主治医機能の具体化として、6 つの条件を挙げており、それに対応するものとして算定ハードルのやや高い「地域包括診療料」と、診療所のみを対象とした「地域包括加算」が新設された。

これらは、「複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事への評価」として設定されているが、そのコンセプトは 2008 年に導入され、早々に廃止された「後期高齢者診療料」と同様である。即ち、患者の主病を一つとし 1 医療機関のみが医学管理料を算定する「主病ルール」を基本とし、患者と医療機関を 1 対 1 の関係に縛る登録医制度と言っても過言ではない。

入院から在宅、終末期医療までの地域での連携を謳いながら、以前に言われた総合診療医としての「緩やかなゲートキーパー」機能とは異なり、主治医機能とは、看取りの強化によって「自己完結型」を想定しているものとさえ思われる。これらは「後期高齢者診療料」の時と同様、「登録人头割定額制」に将来的に結びついていくのではないかと懸念されるし、今後の「主病ルール」の強化に繋がっていくのではないかと考えられる。

2 月の巻頭・特選ですが、「立春」は「春立てど瓜先立ちの朝支度」さ糸、「立春にサッシの隅の大豆かな」宗貴、大豆は秋の季語で季重ねになりますが私も選びました。「風邪・咳」は「風邪に臥し妻の一日を悟りけり」あらじん、自由句では「ランタンに浮かぶ春節竜の舞」歩見歩見、でした。

今月の兼題は、「春の土」「雛」チャレンジは「彼岸」です。

理事会**第 23 回**

3 月 6 日 午後 5 時～7 時 11 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・林各常任理事、武藤・沖中・加藤・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

- 1 平成 26 年度事業計画（案）について
事業計画の最終協議を行った。
- 2 平成 26 年度予算（案）について
事業計画に基づき、予算編成を再度協議した。
- 3 平成 25 年度事業報告（案）について
実施事業別による事業報告について協議した。
- 4 平成 26 年度山口県医師会表彰の選考について
2 月 22 日開催の生涯教育委員会で選考を行った平成 26 年度の医学功労賞と平成 28 年度山口県医学会総会の開催地について協議し、承認された。
- 5 風しん抗体検査事業について
昨年全国的に風しんの流行及び先天性風しん症候群患者の増加が見られ、風しんの感染予防及びまん延防止対策の徹底が急務となっている。厚生労働省では、「風しん抗体検査事業」を都道府県等を実施主体として実施することとし、山口県においては、平成 26 年度からの事業実施に向けて取り組みが進められている。この度、山口県健康福祉部長より本会に対し事業の説明と協力要請があり、本会ではこれを了承し、各郡市医師会に対しても協力要請することが決定した。近日中に各健康福祉センター（保健所）から郡市医師会に説明が行われ、事業の事務手続きは、「緊急肝炎ウイルス検査事業」と同様に実施される予定である。
- 6 改正指定基準に基づく「母体保護法指定医師研修会」の相互乗り入れについて
平成 23 年 6 月の改正母体保護法の公布・施行

により、日本医師会においては、平成 25 年 4 月に「母体保護法指定医師の指定基準モデル」の改正が行われた。これに伴い、各都道府県医師会においても指定基準の改正が行われ、平成 26 年 4 月 1 日より施行される見通しであり、新たに、新規指定申請及び更新申請時に「母体保護法指定医師研修会参加証 1 枚」の提示が義務付けられた。岡山県医師会より、中国四国ブロック内の各県で開催される「母体保護法指定医師研修会」については、何れの県からも参加ができる「相互乗り入れ」についての承諾要請があった。指定医師への便宜を図るために「賛同する」が、研修会内容及び受講に関わる規約等を作成する必要がある旨の回答をすることとした。

人事事項**1 世界スカウトジャンボリー山口県支援委員会委員について**

平成 27 年に「第 23 回世界スカウトジャンボリー」が開催されるにあたり、医療体制の支援強化の観点から、山口県医師会長宛に山口県支援委員会委員への就任要請があり、了承することに決定した。

報告事項**1 第 2 回児童生徒のインターネット利用対策会議（2 月 19 日）**

本県における児童生徒のインターネット利用の実態調査を行うことになり、調査概要等について協議した。また、近年中高生を中心に様々な年代でも利用者が急増している「LINE」について、LINE 株式会社の担当者から概要説明があった。（濱本）

2 山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議（2 月 20 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の一部改正、気管挿管認定救急救命士の再教育、救急救命士による処置範囲の拡大等について協議した。また、山口県の救急搬送の現況及びドクターヘリの運航状況について報告が行われた。（弘山）

3 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

(2月20日)

平成 25 年度衛生検査所立入検査の結果等について報告が行われた。(田中)

4 日医女性医師支援事業連絡協議会(2月21日)

北海道・東北、関東甲信越・東京、中部、近畿、中国・四国、九州の 6 ブロック代表の山形、茨城、岐阜、兵庫、愛媛、宮崎の各県医師会から、「女性医師支援センター事業ブロック別会議開催報告」として、各ブロック会議で報告された特徴的、先進的な取り組みが紹介された。その後、各医師会の取り組みに対する質疑応答と総合討論が行われた。(今村)

5 第 4 回生涯教育委員会(2月22日)

平成 26 年度の医学功労賞と平成 28 年度山口県医学会総会の開催地の選考を行った。また、生涯研修セミナー及び日医生涯教育協力講座セミナーの企画について協議した。(河村)

6 日本医師会総合政策研究機構・日本学術会議共催シンポジウム(2月22日)

「福島原発災害後の国民の健康支援のあり方について」をテーマに開催され、森口祐一東京大学大学院工学系研究科都市工学専攻教授による「事故由来放射性物質による影響の総合的理解と環境回復に向けた課題」、木田光一福島県医師会副会長による「福島原発災害後の被災者の健康支援の現状と課題」、島藺 進上智大学神学部特任教授による「国や福島県の健康支援に信頼が得られるために」、後藤あや福島県立医科大学准教授による「科学と地域の架け橋—福島市における育児支援と人材育成—」、伊藤和子国際人権 NGO ヒューマンライツ・ナウ事務局長による「『健康に対する権利』の視点からみた、福島原発災害後の政策課題—国連特別報告書『グローバー勧告』を中心に—」、明石真言独立行政法人放射線医学総合研究所理事による「被ばく医療の現状からみた福島」の講演 6 題及びパネルディスカッションが行われた。(中村)

7 認知症サポート医フォローアップ研修会

(2月23日)

宮地隆史独立行政法人国立病院機構柳井医療センター副院長による「認知症サポート医フォローアップ研修会：広島県の取り組み」及び朝田 隆筑波大学医療医学系精神神経科教授による「認知症サポート医に求められるもの：他人ごとならぬ自分ごととしての認知症」の講演が行われた。

(藤本)

8 在宅医療推進フォーラム(2月23日)

本会が企画・運営に参画協力した、在宅医療普及啓発事業「在宅医療推進フォーラム～在宅医療を知っていますか?～」が山口県主催で開催された。いしいケア・クリニックの寺園 崇院長によるミニレクチャー「在宅医療の基礎知識」、ナカノ在宅医療クリニックの中野一司院長による基調講演「在宅医療が日本を変える～キュアからケアへのパラダイムチェンジ」及びパネルディスカッションが行われ、医療、看護、介護各関係者及び一般県民から多数の参加があった。(弘山)

9 日医学校保健講習会(2月23日)

知念希和文部科学省学校保健対策専門官による「最近の学校健康教育行政の課題について」、宇理須厚雄藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院小児科教授による「学校保健における食物アレルギー対策」、国立スポーツ科学センターメディカルセンタースポーツクリニックの能瀬さやか先生による「スポーツと月経異常—その現状と対策—」の講演 3 題が行われた。その後、長嶋正實、渡辺弘司日医学校保健委員会委員を座長にシンポジウムが行われ、吉永正夫鹿児島医療センター小児科部長による「児童生徒の生活習慣病に関する小児の基準値」、宮崎あゆみ高岡病院小児科部長による「児童生徒の生活習慣病検診」、原 光彦都立広尾病院小児科部長による「児童生徒の運動習慣と生活習慣病」、児玉浩子帝京平成大学健康栄養学科教授による「生活習慣病予防における食育の意義」の講演及びパネリストと参加者による総合討論が行われた。(沖中)

10 第 4 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」(2月26日)

茨城・愛知・福岡・鹿児島の各県医師会より「会員の倫理・資質向上に関する都道府県医師会の取り組み」について報告があり、その後、参加者が7つのグループに分かれ、「診療報酬請求の適正化のために」「終末期患者の医療のあり方」の2つの事例についてワークショップ形式でのケーススタディが行われた。(清水)

11 中国地方社会保険医療協議会山口部会**(2月26日)**

医科では、新規3件(交代2件、移転1件)が承認された。(小田)

12 第2回山口県地域産業保健センター運営協議会(2月27日)

次年度以降の産業保健活動総合支援事業について山口労働局から説明があり、その後、各コーディネーターからセンター運営状況の報告及び意見・要望に対する質疑応答があった。(河村)

13 個別指導(2月27日)

診療所1機関について実施され、立ち会いを行った。(萬)

14 健康やまぐち21推進協議会「がん対策分科会」(2月27日)

第2期山口県がん対策推進計画の概要及び平成25年度の取組みについて協議した。また、新たながん診療連携拠点病院等の整備指針、がん登録推進法の制定、がん対策推進条例(仮称)の制定についての報告が行われた。(濱本)

15 山口県看護教員養成講習会閉講式(2月28日)

昨年6月から実施されていた講習会の閉講式が、山口県立大学で開催された。修了生22名(そのうち、医師会立看護学校からの修了生7名)。(今村)

16 都道府県医師会事務局長連絡会(2月28日)

横倉会長の挨拶後、平成25年度に退職又は退職予定の、山形、岐阜、静岡、滋賀、鹿児島各県医師会の事務局長に対して感謝状と記念品が贈

呈された。その後、「小児Aiモデル事業」「産業保健3事業一括運営」「医療勤務環境改善支援センター及び地域医療支援センター事業」に関する説明等があった。(事務局長)

17 主治医意見書記載のための主治医研修会**(3月1日)**

川野真嗣山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班主査による「介護保険制度の改正について(地域包括ケアを中心に)」及び宮地隆史独立行政法人国立病院機構柳井医療センター副院長による「主治医意見書記載に役立つ神経内科・老年医学」の講演が行われた。受講者29名(藤本)

18 男女共同参画部会総会(3月2日)

平成25年度事業報告、次期役員の選出、平成26年度事業計画の審議後、女子医学生インターシップ指導医師と参加卒業生の報告が行われた。その後、特別講演として、埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科の名越澄子教授による「ワークライフ・バランスとキャリア教育」が行われた。(今村)

19 臨床研修病院合同説明会「レジナビフェア2014in福岡」(3月2日)

山口県からの出展病院数15病院、訪問学生数202名であった。(中村)

20 福岡県医師会との懇談会(3月2日)

横倉義武日本医師会長の参加を得て、新たな財政支援制度のポイント、第6次医療法改正等について意見交換を行った。(河村)

21 在宅チーム医療を担う人材育成事業地域リーダー研修(3月2日)

山口県健康福祉部地域医療推進室担当者から「地域リーダー研修の目的と関係者の役割」「在宅医療の現状・課題について」の説明があり、引き続き、「生活を支える在宅ならではの医療の実際」、「高齢者のニーズに応える在宅医療」、「多職種連携協働の今日的意義とグループワークの進め方」、「多職種ケアカンファレンス」の4講義を行った。山口県主催、下関地域参加者68名。(弘山)

22 山口県社会福祉協議会第 2 回地域福祉推進委員会 (3 月 3 日)

地域福祉課題提言書 (案) 及び次年度の課題提言テーマについて協議した。(今村)

23 山口県看護協会との懇談会 (3 月 4 日)

働き続けられる労働環境の改善、在宅医療を支える訪問看護等の機能強化、「JMAT やまぐち」活動マニュアル等について協議を行った。(田中)

24 都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会 (3 月 5 日)

4 月 1 日より実施される診療報酬改定の説明のために開催され、具体的な改定内容の解説が行われた。今後、県内 7 か所において会員への説明会を行う。(萬)

25 広報委員会 (3 月 6 日)

会報主要記事掲載予定(4～8 月号)、緑陰随筆、県民公開講座及びフォトコンテスト、tyS「スパ特」のテーマ等について協議した。(林)

26 会員の入退会異動

入会 3 件、退会 1 件、異動 6 件。(3 月 1 日現

在会員数:1 号 1,307 名、2 号 925 名、3 号 441 名、合計 2,673 名)

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による指定申請について

山口大学医学附属病院より 1 名の申請があり、承認された。

医師国保理事会 第 17 回

1 山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会委員の推薦について

山口県国保連合会から任期満了に伴う委員の推薦依頼があり、保険者代表委員として 1 名を推薦することが決定した。

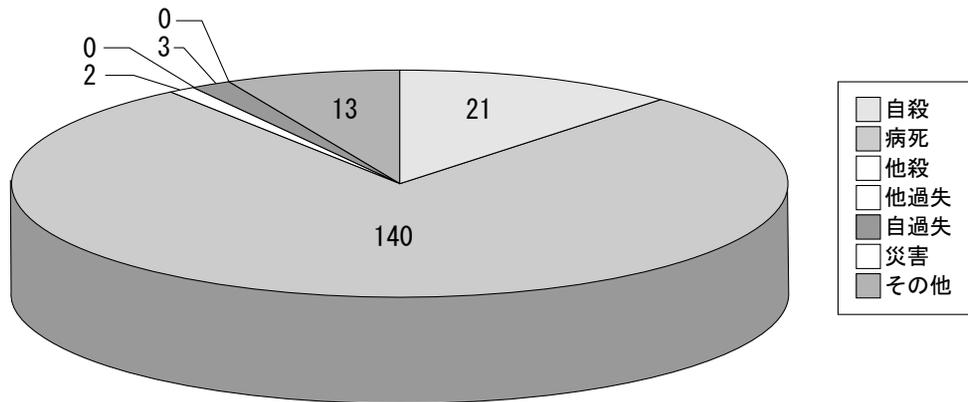
2 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Feb-14	21	140	2	0	3	0	13	179

死体検案数と死亡種別 (平成 26 年 2 月分)



女性医師 リレーエッセイ

立ち読み

山口市 山内直子

初めまして、山内直子と申します。済生会山口総合病院の麻酔科医です。平成元年に大学卒業後、山口大学麻酔蘇生科に入局し、今日に至るまで山口県内の複数の総合病院で勤務してきました。公私ともに多少の変化はあったものの、社会に出てはや四半世紀以上とは、まさに光陰矢の如しです。

では早速、私事ですが聞いて下さい。私は十代の頃から「趣味は何？」と聞かれるのが本当に苦手でした。この質問に対しては「無趣味」で通していました。(最近では全くこの質問をされなくなり助かります。ただ、少々寂しいのも事実、新たな出会いが無いという証拠でもあるのですから。)本を読む事は好きですし、「趣味は読書」と明言したいのに、決して言えませんでした。「読書」にいや「趣味」にコンプレックスを持ってしまったのは、小学校高学年時の体験に遡るのです。

私は 1961 年生まれです。同世代には、活字を読む事に抵抗のない人が多いと思います。私の子供時代は、インターネットなどは想像外の事、口コミや実体験と言っても限界がありますし、ごく普通の人は情報の大半を紙媒体、つまり新聞雑誌や成書から得ていたのではないのでしょうか。きっと、社会生活上、多読は必要不可欠で、大人が次世代を担う子供達に読書を勧めていたのも宜なるかなです。親も教師も私達子供に、「本を読みましょう」「本好きな子は良い子です」と軽いプレッシャーをかけていました。私の通った小学校の教室には、各生徒の図書室利用回数の棒グラフが貼ってあり、生徒に本読み競争をさせていました。私の実家でも、年頭の初売りの日には、親子で近所の本屋に本を買いに出かけていました。(も

ちろん貰ったお年玉で購入させられるのですが。)子供の余暇を埋める娯楽も少なかったし、子供の生活に占める読書の比重は今よりずっと大きかった気がします。無論、周囲の大人達も本をよく読んでいたようでした。また本そのものも大切にされていました。文学作品も今よりは社会的に位が高いと言うか・・・。

元の話に戻りますが、本が好きで趣味は読書と無邪気に言っていた小学生の私が、親の新書を拾い読みしていた時に、恐ろしい文章に出会いました。著者曰く、「英国人の趣味とは、人が一生を懸けて追いつめている楽しみ事である。庭作りが趣味と言う老人は、10 歳頃に小さな花壇を親から与えられた事が始まりだと言うだろう。幼い頃、毎日花の世話をし、大人になっても飽きる事無く造園について様々な経験や知識を重ねていき、今では自他共に認める庭作り名人となったのだ。英国では、その分野に一家言持つ程でない趣味とは言えない」。うろ覚えで申し訳ありませんが、だいたいそのような内容でした。物事を一度決めたら生涯持続させるらしい英国人にも驚愕しましたが、それよりも趣味の定義の重さに本当に驚きました。確かその著者は大学教授で、日英比較文化論的な本だったような気がします。1960 年代頃の本なので、その文章の後には、それに比べて日本人の言うところの趣味は趣味ではない…と続いたように思いますが。(今年 2 月、娘のお雛様を飾りに実家に帰った時に、この原稿の参考書としてトラウマ本を探そうとしたのですが、数年前に洋間の床を張り替えた際に、父が昔の本をあらかた処分していました。この事実にも吃驚です。私自身の児童書も全集を除いて全て無くなってい

た！お父さん、いくら本がシミだらけでも、何十年も持ち主の私が見向きしなくなっても、処分前には私に一声かけてよ。よって、私のこの新書の記憶が正しいのか否かは全く判らなくなりました。）現在の私ならば、そのような趣味にまつわる話を聞かされても、「それが何か？日本人でもオタクは多いし」程度の感想しかないのですが、何しろ当時は無垢な子供でしたから「趣味」を申告するには相当な覚悟があるのだと刷り込まれてしまいました。

しかし、こんな私に、目から鱗の出来事が起こりました。1～2年前のある日、医局で麻酔科雑誌を捲っていたら、「趣味 / 立ち読み、本屋ならば何時間でも過ごせます」と自己紹介文を載せている男性医師を見つけました。彼の名前も論文内容も完全に忘れましたが、「趣味 / 立ち読み」は記憶に残りました。私が求めていたものは正にこの言葉ではなかったのか・・・確かに、あの教授言う所の趣味の定義からすると、執着している作家もいなければ、追い求めているテーマも無い、ただ暇な時に活字を追っているだけの私には「読書」と言う趣味はありません。しかし、「立ち読み」も趣味の1ジャンルと思えば全て解決します。私の長年のモヤモヤ感が晴れました。私の趣味はあこがれの「読書」ではなく「立ち読み」だったのです。それに気づかせてくれた男性麻酔科医に感謝致します。

書店全体をラウンドし、どのような本が並んでいるのかを丁寧にチェックします。雑誌を立ち読みしていると、その書評ページからも次々と気になる本が出てくるし、さらにその本を求めて同じ店内を移動していたら、時間を忘れてしまいます。新たな書店を見つけると浮き浮きします。旅先でも待ち時間について店内ラウンドして、さすがに飛行機はないけれど、新幹線を1～2本逃した事は何度もありました。図書館も良いけれど、書店にはまた違う高揚感があります。ただし、これだけは書いておきたいのですが、立ち読みと言っても、基本は購入です。確かに、結局最後まで立ち読みしてしまった本も多いけれど、購入が立ち読みの基本スタンスです。書店には感謝していますので、売り上げには私なりに貢献したいものです。特にチェーン店ではなく個人商店に。それより何

より、気になる本は家でゆっくりと読みたいので、購入します。

なお、家族に私の趣味は立ち読みだと思えば言ったら、「自分の親の口からは言って欲しくない言葉だ」「表現を変えた方が良く、立ち読みなんて人聞きが悪い」と返ってきました。「立ち読み」の評判は悪いようです。

でも、書店に行ってみて下さい、特に休日。「立ち読み」趣味らしき人は多いです。本屋の常連さんになっている中高年、あの人達は私の同好の士です。

このリレーエッセイは、先生方の日常生活や趣味等を通して、そのお人柄がしのばれ、毎回興味深く拝読しておりました。この原稿依頼を頂いた時、自由作文は久しぶりなので、少々心が弾みました。もしかしたら中学校の夏休みの宿題以来かもしれない。自分の好きな題で、事前の下調べも皆無で、気の向くまま書く作業は本当に楽しいものです。しかも、この文章を書き進めるにつれ、本にまつわる様々な事を思い出し、これまた懐かしい。小4の時、15分休みに図書室で本を読んでいて、3時間目を大幅に遅刻して先生に怒られた事が2回ありました。今思うと、私が授業開始チャイムは鳴らなかったと言いつつ先生はご立腹されたのでしょうか。先生ごめんなさい。でも本当なのです。私はあの時チャイムを聞いていません。

最後に、お嬢さんを通じてエッセイ発表の機会を下さった山縣三紀先生、未だ直接お会いした事はございませんが、ありがとうございます。そして稚拙な文章にお付き合い下さった先生方もありがとうございます。今年度も宜しく願いいたします。

電子書籍あるいは電子出版 (その 4)

「電子書籍の閲覧」のため以前に iPad を購入したのであるが、Kindle ストアがオープンしてから Kindle Paperwhite も購入してしまった。ご存じの方も多いと思うが、Kindle Paperwhite は E-Ink を用いたディスプレイで、画面の応答は遅めだが液晶に比べると屋外の明るいところでもはっきりと文字が表示される。大きさ、重さも片手で持てる範囲内で、持ち運びも手軽であり、バッテリーの持続時間も十分である。画面の応答が遅いので図表などを拡大して見るときなどはもたつくこと、画面の大きさが 6 インチであり拡大すると全体像がわかりにくいなどの不満はあるが、紙の本と同じように読書することができる。

と、まあ電子書籍を利用しているのであるが、新聞の報道ではローソンが電子書籍事業サービスを 2 月 24 日に終了し、ソニーも北米での「Reader Store」を 3 月末に閉鎖するとのことである。なんでも、電子書籍では「コンテンツを販売譲渡しているのではなく、コンテンツを電子的に読めるようにする権利を提供している」というのが多くの電子書籍販売サイトのスタンスであるらしい。「AMAZON KINDLE ストア利用規約」を確認すると、「Kindle コンテンツは、コンテンツプロバイダーからお客様にライセンスが提供されるものであり、販売されるものではありません。」と書いてある。しかし、購入したコンテンツが販売する方の都合により、ある日突然利用できなくなる、というのはやはり納得できない。(* ` 〃 ` *) / "



購入した電子書籍を無くさないようにするには、コンテンツをダウンロードしてバックアップを定期的に行う、ということにたどり着くが、DRM (デジタル著作権管理、Digital Rights Management) の程度によってはデータがユーザーの手の届かないところに隠されているとのことである。そうなると、一般のパソコンユーザーの手に負えるものではない。

現実的には、DRM がかかっている場合でも、ファイル自体はバックアップコピーが取れ、利用者の本人確認が取れば再利用可能なサイトを選んでおくこと、あるいはちょっとやそっとのことでは電子書籍事業から撤退しないと考えられるサイトを選ぶ、ということになるのであろう。

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。

会員の声

“金の卵”と呼ばれて

宇部市医師会 島袋 智之

ぼくが中学生の頃までは、‘金の卵’と呼ばれて集団就職する一団がいた。2月ごろ校庭で在校生を集め壮行会が行われた。早めの卒業式を行った彼ら彼女らは、在校生の前で横一列に並び、校長先がはなむけのあいさつをした。そのあとバスに乗り込み、皆に見送られ出発した。

15歳。中学卒業と同時に就職する。社会人となる。今考えると、ほんのこどもである。ただ当時はそれが毎年のことなので、そう深くは考えなかった。

中学3年のとき豆記者のひとりとして、本土と呼ばれていたこの地に来た。大阪万博の時である。就職した彼ら彼女らの生活ぶりを取材するのも、目的のひとつであった。鹿児島港に入港し、駅で始めて黒光りのするSL蒸気機関車をみた。電車に乗るのも初めての経験だ。水俣で一泊し、久留米へ。久留米からはぼくたちの引き受け団体である、‘ひめゆり友の会’のメンバー（全員中高年の和装の女性で、「ぼってん」を多用された）

が同行した。会長はたしか馬場美詩子さんという、詩的な名前の方だった。実際詩人だったようだ。

久留米から滋賀県の瀬田まで、鹿児島本線・山陽本線を半日かかりで移動した。途中広島宮島口駅で仲間ひとりを取り残されてしまい、引率の先生は大変な目にあった。

瀬田でのぼくたちの引き受け先は紡績工場で、その寮に彼女らはいた。ぼくたちのために歓迎夕食会が行われ、そのあと舞台上でゲームなどをして楽しく遊んだ。ミニスカートをはき、無邪気に遊ぶ彼女らが、ずいぶん大人びてみえた。ぼくは目のやり場がなかった。

その後しばらくして集団就職はなくなった。みな高校へ進学するようになった。

彼ら彼女らは幸せな人生を送っているだろうか。当時のことを思うと、なつかしくも何か切なくなるのである。



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 乗証一部(4775)

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

医療施設の物件紹介について

- 住 所 〒 747-0836 防府市植松 204
脇医院
- 建 物 鉄筋（大部分）
医院：1 階 170m² 住居：1、2 階 300m²
※ 全敷地面積 1814m²
- 希 望 院長退職のため閉院、売却希望。
かかりつけの内科患者の診療を続けていただける方。
- 連絡先 TEL：0835-22-6132 FAX：0835-25-8525



第 31 回糖尿病 Up・Date 賢島セミナー

- テーマ 診断から治療へのシームレスなフォロー・アップ
— 診断と病状把握のマーカーとその活用 —
- 日 時 平成 26 年 8 月 23 日（土）、24 日（日）
- 会 場 志摩観光ホテル クラシック
〒 517-0593 三重県志摩市阿児町神明 731 TEL：0599-43-1211
- 参加費 50,000 円（proceedings 代を含みます。なお、宿泊費は含まれておりません。）
また、8 月 23 日の懇親会をかねた夕食、及び 24 日の昼食を事務局にてご用意させていただきます。
- 申 込 官製ハガキに氏名、所属、住所、TEL を明記の上、中部ろうさい病院事務局までお申込みください。（参加人数は 100 名にて締切らせていただきます。）
- 世話人 堀田 饒（中部労災病院）、清野 裕（関西電力病院）
門脇 孝（東京大学）、中村二郎（愛知医科大学）
- 後 援 日本糖尿病学会、日本医師会、愛知県医師会、岐阜県医師会、三重県医師会
事務局 中部労災病院 堀田 饒
〒 455-8530 名古屋市港区港明 1-10-6
TEL：052-652-5511（内線 7174） FAX：052-652-5623

第 26 回山口県腰痛研究会

と き 平成 26 年 6 月 5 日 (木) 18:30 ~ 20:30
と ころ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」
山口市小郡黄金町 1-1 TEL 083-972-7777

【開会の辞】周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

【トピックス】18:40 ~ 19:30

座長：周東総合病院整形外科副院長 村上 哲朗

2 題予定

【特別講演】19:30 ~ 20:30

座長：済生会山口総合病院整形外科院長補佐 岸本 哲朗

非特異的腰痛一病態と治療戦略—

札幌医科大学医学部整形外科学講座教授 山下 敏彦

【閉会の辞】山口大学大学院医学系研究科整形外科学教授 田口 敏彦

単 位

- ・日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位：取得予定。
※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。
- ・日本医師会生涯教育制度単位 1.5 単位 CC：申請中

参加費 500 円 (医師のみ)

その他 研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共 催 山口県腰痛研究会 吉南医師会

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

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。

宮脇 膺 夫 氏	宇部市医師会	1 月 16 日	享年 75
田村 勝 義 氏	防府医師会	3 月 4 日	享年 87
戸嶋 裕 徳 氏	長門市医師会	3 月 22 日	享年 85

山口県ドクターバンク

最新情報は本会 HP にて

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1
山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 5 件

求職情報 0 件

編集後記

先日、山手線に乗っていると、幼稚園児と思われる男の子を連れた若い夫婦が乗ってきました。男の子は靴を履いたまま座席に立って外を見ていました。父親も母親も注意することなくスマホをいじっていました。両親ともヤンキー風で、かかわりあったら面倒なことになると思いつつも、その子供に向かっておとなしく座るよう念力を送りました。何度かチャレンジしましたが全く効果がないので、今度は親に注意するよう念力を送ってみました。漸く念力が通じたようで、3人は何事もなかったように電車を降りていきました。

最近は大人が“叱る”ことをしなくなったと云われます。臨床研修の現場でも“叱る”指導医が少なくなったと感じます。“怒るは感情、叱るは愛情”あるいは“自分のために怒る、相手のために叱る”という言葉があります。人の命を預かる職業です。安心・安全な医療が提供できないようなときには躊躇なく“叱る”ことも必要です。要は叱り方。それは確立されたテクニックではなく、本当にその人のことを考え、愛情を持って伸ばしてあげようという心の持ちようだと思います。

私自身も、妻のおかげで叱られることには慣れているのですが（そこに愛情があるかどうかは甚だ疑問です）、叱ることはあまり得意ではありません。今年も多くの新人職員を迎えました。平成 26 年度は念力に頼らず、たまには叱ってみようと思います。

（常任理事 林 弘人）

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