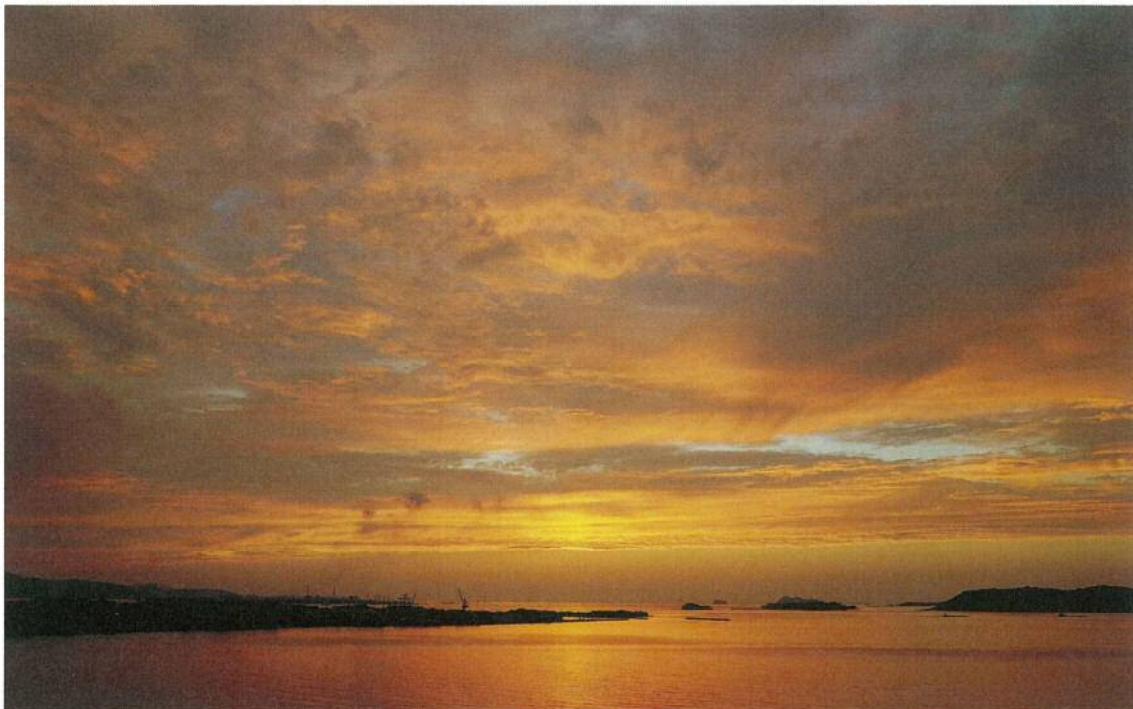


# 山口県医師会報

平成27年(2015年)

9月号

— No.1861 —



行き時－ナイスビューパークより（下関市彦島） 伊藤 裕 撮

Topics

医療事故調査制度施行直前セミナー  
中国四国医師会連合医事紛争研究会

# Contents

■ フレッシュマンコーナー「自己紹介」	衣川弘樹	719
■ 今月の視点「地域医療構想（ビジョン）」	弘山直滋	720
■ 平成 27 年度 都道府県医師会		
医療事故調査制度担当理事連絡協議会	中村 洋	722
■ 医療事故調査制度施行直前セミナー		
平成 27 年度中国四国医師会連合医事紛争研究会	林 弘人	726
■ 平成 27 年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会	加藤智栄	734
■ 平成 27 年度 都道府県医師会		
情報システム担当理事連絡協議会	今村孝子	738
■ 平成 27 年度 第 1 回 医師国保通常組合会		746
■ 第 136 回山口県医師会生涯研修セミナー		
..... 館山 晶、福田信二、藤井崇史、弘本光幸	758	
■ 平成 27 年度 山口県医師会警察医会総会	松井 健	768
■ 都道府県医師会「地域医療構想策定研修」	弘山直滋	772
■ 平成 27 年度 第 1 回 郡市医師会地域包括ケア担当理事会	香田和宏	776
■ 平成 27 年度 郡市医師会救急医療担当理事協議会	弘山直滋	786
■ 平成 27 年度 郡市医師会看護学院（校）		
担当理事・教務主任合同協議会	加藤智栄	790
■ 平成 27 年度 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会	藤本俊文	794
■ 介護保険主治医意見書オンライン化への取り組み		
—わが国初の試みの経緯—	西村公一	800
■ 県医師会の動き	濱本史明	804
■ 日医 FAX ニュース		807
■ 理事会報告（第 8 回、第 9 回）		808
■ 県医トピック		813
■ 飄々「子どもと保険証」	長谷川奈津江	814
■ お知らせ・ご案内		816
■ 編集後記	沖中芳彦	822

# フレッシュマジック

## 自己紹介

下関市医師会 きぬがわ眼科  
衣川 弘樹

平成 27 年 5 月 11 日、下関市豊浦町川棚で「きぬがわ眼科」を開院いたしました衣川弘樹と申します。この度、本欄への執筆依頼をいただきましたので、簡単に自己紹介させていただきます。

私は昭和 48 年に京都府福知山市丹波の地に生を受け、高校卒業までの 18 年間を過ごしました。丹波と言えば、黒豆、栗、松茸などが有名で、山ときれいな川に囲まれた大変のどかな田舎です。川へ魚を捕りに行ったり、山へカブトムシを捕りに行ったりして、子供時代を過ごしました。

高校卒業後、島根大学に進学し、出雲大社のある出雲で 6 年間を過ごしました。部活動で弓道部に入部し、多少打ち込んで 3 段を取った以外は、彼女もできず寂しい地味な 6 年間でした。

大学卒業後、島根大学医学部眼科医局へ入局いたしました。その後、医局を辞めるなど絶縁曲折を経て、平成 18 年から下関市にあるシーモール眼科の後任に入らせていただき、平成 27 年 4 月

まで 8 年半診療しておりました。そこで下関の穏やかな人柄や寒暖の差も少ない穏やかな気候が好きになり、ここを生涯の地とできればなと思うようになりました。

そういう折、下関の北、豊浦町・豊北町には常設の眼科がなく、その地域の皆様が不便しておられるとき、また、地元の調剤薬局様の力添えもあり、豊浦町川棚の地で眼科を開業することを決心いたしました。川棚は緑の多いどかな田舎で、さらに美しい海と俳人山頭火の愛した温泉まである申し分のない地です。

これから、この川棚を生涯の地とし、地域の皆様のお役に立てるよう頑張ってまいりたいと思います。また、開業に際し、医師会への入会を認めていただき、大変ありがとうございます。若輩者ですが、なにとぞよろしくお願ひ申し上げます。

**D to D**

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？

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



お問い合わせ先

**0120-337-613**  
受付時間 9:00~18:00(平日)

よい医師は、よい経営から  
**総合メディカル株式会社。**  
[www.sogo-medical.co.jp](http://www.sogo-medical.co.jp) 電話一括(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-ユ-010064

# 今月の視点

## 地域医療構想（ビジョン）

常任理事 弘山 直滋

今年度から、各二次医療圏で地域医療構想策定協議会が開催され、7月30日からは第2回目の協議会が開催されている。病院や有床診療所の会員にとっては大変なことを感じている人が多いと思われ、一方、無床診療所の会員にとっては何のことやらと思っているかもしれない。しかし、無床診療所の会員にとっても大変な変革期を迎えていていると言わざるを得ない。10年どころかそれ以上前から少子高齢化が言われており、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になるのが10年後の2025年であり、この2025年のあるべき医療提供体制の姿が地域医療構想ということになる。

日本は数年前から既に人口減少社会となつたが、内訳でみると若年人口、特に生産年齢人口の減少が顕著であるが、一方、後期高齢者人口は2030年頃まで増加し、その後、緩やかに減少していく。山口県においては、総人口は2025年に約128万人、2040年には100万人強にまで減少するが、後期高齢者は2030年頃まで増加し、以後、減少していく。（これらのデータはすべて国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」により知ることができる。）2025年から2030年にかけて、1年間に160～170万人が亡くなる多死社会をどう乗り切るかが大きな問題の根底にある。

将来、若年人口が減少していった場合、有病率、入院受療率はあまり変わらないので、患者数、入院の必要な患者数が減ってくることは自明であり、特に急性疾患については、入院が必要な患者数＝必要病床数の減少ということになる。今

回、地域医療構想策定協議会でこれが「高度急性期」、「急性期」、「回復期」の必要病床数の推計値として示されたわけである。国は、必要病床数は「達成を目指す指標」「不足している医療機能の充足等を求めるもの」「必要を超える病床を機械的・強制的に削減しようとするものではない」としているが、医療を提供する側としては、現状のままで経過していくと今後、特に急性期の患者数＝必要病床数が減って、既存の病床が確実に余ってくるということを頭に入れて将来設計を考えていきたい。医療圏によっていろいろ事情が異なっているが、集約と改革、場合によっては病院の統合やダウンサイ징も視野に入れて、2025年あるいは2030年のあるべき姿を描いていただきたい。公的病院の中には、医師及び看護師確保の問題あるいは既に患者数の減少から、休眠病棟を抱えているところもある。来年4月の診療報酬の改定に合わせて、レセプトに病棟情報が盛り込まれるよう、システムが改修されることになっているので、何年間も休眠病棟が継続する場合は、県知事が措置を講ずる可能性も否定できないということを頭の隅に入れておいていただきたい。

一方、「慢性期」については、急性期とは違った複雑な問題がある。まず、2025年から2030年まで75歳以上人口は僅かながら増えていくのである。しかし、山口県は高知県に次いで療養病床が全国2位である。慢性期の必要病床数の推計値は、入院受療率を全国最大値（高知県）が全国中央値にまで低下する割合を一律に用いて、構想区域ごとに算出したものであるが、地域医療構想では、慢性期及び在宅医療等<sup>\*</sup>の患者数を一

体的に推計することになっており、慢性期、在宅医療のあり方は、地域によって慢性期病床の多い地域、在宅医療が多い地域とさまざまである。今回の将来推計のあり方としては、現在、地域差の大きい療養病床受療率を收れんさせる方向で、各地の在宅医療の進展を促す目標値を設定するとある。山口県では「親の体調が悪くなったら、入院させて診てもらう」という病院信仰とでも言うべき実態があり、在宅医療があまり進展していない。したがって、慢性期機能とその受け皿となる在宅医療のバランスを取りながら変革していく必要があると考える。

国は、今般の必要病床数の推計について盛んに「目標値」であり「機械的・強制的に削減するものではない」と言っているし、最近の地域医療構想策定協議会において県は、「山口県は特例を用いて 2030 年を目指して」「削減ではなく介護施設への転換」という表現を用いていることから急激な変革は求められないにしても、いずれやってくる建物の老朽化・建て替えや世代交代等の何らかのタイミングで、将来のあるべき姿への変革を検討していただきたい。

無床診療所の会員にとっては、今後、人口減少が進めば当然、外来患者が減少する。また、これまで通院されていた患者が高齢化すれば通院困難となり、さらに外来患者が減り、往診・訪問診療の要望が出てくることは明らかである。となれば、

否が応でも在宅医療に取り組まなければならなくなるであろう。

県としては、地域の病院に委託して、かかりつけ医が行う訪問診療・往診の促進・支援事業を行っており、これまで在宅医療を行ったことがない医師に対する在宅医療導入研修、新規参入在宅医が在宅医療に関するノウハウ等を相談する窓口の設置、新規参入在宅医に対する在宅医療機器を用いた在宅医療臨床実地指導、在宅患者の急変時の入院受入病床の確保等により在宅医療提供体制の構築を支援している。

今回の地域医療構想はすべての会員にとって、自医療機関及び自身の 10 ~ 15 年後の将来像を考える良いきっかけでもある。目の前の患者さんの診察も、もちろん大事であるが、少し時間を確保して将来を考えてみては如何であろうか？

※在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。(平成 27 年 7 月 2 日開催「日本医師会主催都道府県医師会『地域医療構想策定研修』における厚生労働省説明資料」より引用)

## 表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会広報情報課

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

E-mail [kaihou@yamaguchi.med.or.jp](mailto:kaihou@yamaguchi.med.or.jp)

# 平成 27 年度 都道府県医師会 医療事故調査制度担当理事連絡協議会

とき 平成 27 年 5 月 29 日（金）15：00～17：00

ところ 日本医師会小講堂

[報告：理事 中村 洋]

## 挨拶

**横倉日医会長** いよいよ 10 月 1 日から施行される医療事故調査制度は、これまで医療界が経験したことのない新しい制度である。かつての不幸な医療事故とそれに続く刑事裁判などの教訓から、国民及び医療提供者による長年の議論を経て、ようやく実現した国家的な大事業であると言っても過言ではない。

医療事故調査制度を巡るこれまでの議論を振り返ると、今回の法制化は院内事故調査が中心であること及び中央に設置される第三者機関も医療界・医学界を中心とする組織とされていることから見ても、医療界の自律的な対応に眼目が置かれていることが明らかであり、国民から今後の医療界・医学界の取組みに大きな関心が寄せられていることをわれわれは強く自覚していかなければならない。

医療には患者と医療提供者の相互の信頼関係が重要であるが、ひとたび患者が亡くなる事態が起これば、遺族には不信や疑念が芽生えることも事実である。ただし、そこから本当の対立に発展していくのか、それとも真の原因を究明して、誠意を持って説明することにより、対話的な関係に転じていくことができるのかは、ひとえに医療提供者の真摯な対応にかかっている。

本日お集まりの先生方が、各地の医療事故調査制度の要になつていただき、医師会組織ならではの団結力、経験及び英知を集結して本制度の運営に臨んでいただくことにより、国民に信頼される制度へと育てていただきたい。

## 議題

### 1. 医療事故調査制度の実施に至る経緯について

日本医師会副会長 松原 謙二

医師の無罪が明らかとなった刑事医療事故裁判（福島県立大野病院事件、東京女子医大病院事件等）において、異状死体の届出義務（医師法第 21 条）、業務上過失致死傷罪（刑法第 211 条第 1 項）及び正当（業務）行為（刑法第 35 条）等について議論されてきたが、昨年の 6 月に医療法改正法案が成立し、本年 10 月から医療事故調査制度が施行されることになる。

本制度における「医療事故」の定義は、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。」（改正医療法第 6 条の 10 第 1 項）であるが、死亡等が予期されていることを説明していた事案等（同省令）は、管理者が判断して除外されることになる。

また、医療事故調査・支援センターへの報告項目については、「日時、場所、診療科等及び調査概要（調査項目、調査の手法）、臨床経過（客観的事実の経過）」等であることが厚生労働省から通知された。

### 2. 医療事故調査制度について

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

室長 大坪 寛子

現状は、医師法第 21 条に基づく届出等において、警察による捜査が行われている。医療事故に

に関する調査については、平成 20 年に大綱案が示された時点では、「医療安全調査委員会」(仮称)が行政の中に組織される案であったが、改正医療法(平成 26 年)では院内調査とともに「医療事故調査・支援センター」が民間組織として調査にあたることとなった。また、各都道府県には同センターの業務の一部を担う「支援団体」を厚生労働大臣が告示することとなるが、その「支援団体」として各都道府県医師会が予定されている。

なお、同法には附則が設けられ、「医師法第 21 条の届出と本制度の届出のあり方」、「医療事故調査のあり方」及び「医療事故調査・支援センターのあり方」について、公布後 2 年以内(施行から 8 か月以内)に見直すことが規定されている。

### 3. 医療安全対策委員会中間答申「医療事故調査制度において医師会が果たすべき役割について」

日本医師会医療安全対策委員会委員長

平松 恵一

本委員会は、平成 26 年 10 月 22 日、横倉会長から、「医療事故調査制度において医師会が果たすべき役割について」審議するよう諮問を受けた。

この諮問の趣旨は、平成 27 年 10 月に発足予定の医療事故調査制度の中で、特に中小医療機関における院内医療事故調査活動において、都道府県医師会、都市区医師会等が「医師会組織」としてどのような体制を構築すべきかについての検討を行うことにある。

この検討結果は、逐次、日本医師会執行部の会務への反映はもとより、都道府県医師会等へも情報伝達を行い、円滑な医療事故調査制度の創設の一助となるよう取り込むことが求められている。

支援団体における役割については、すべての都道府県医師会は、医療事故調査制度施行時から、「医療事故調査等支援団体」として中核的な役割を果たすべきであり、施行に向けて直ちに制度実施に向けた万全の準備が必要である、としている。さらに、この支援団体は、厚生労働大臣が告示で定めるとされており、支援団体と位置づけられた限りにおいては、都道府県医師会の会員であるか否かを問わず、すべての病院等管理者(歯科医院、

助産施設を含む)から要請があれば、すべて支援することが望ましい。

#### 本県からの質問並びに日医の回答

##### (1) 医療事故調査の支援の求めについて

医療法の改正(第 6 条の 11 の 2)において、病院等の管理者は医療事故調査等支援団体に対し、「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。」とあるが、「求めるものとする」とは、「求めることができる」あるいは「求めなければならない」のどちらの解釈が適当か伺いたい。

法令上は義務となるが、対象となるか否かについては病院等の管理者の判断となる。

##### (2) 医療事故調査の経費について

病院等の管理者が医療事故調査等支援団体へ医療事故調査の支援を求めた場合には、第三者である専門の医師等が調査に加わることとなるが、その場合の調査経費(日当、交通費等)の負担者は、当該病院等、支援団体あるいは国からの補助金等のいずれとなるのか伺いたい。

現在、「保険」で対応すべく準備しており、その内容については近日中に連絡できる予定である。

##### (3) 非医師会員への調査支援について

都道府県医師会が医療事故調査等支援団体となった場合、調査する上で非医師会員の医療機関又は非医師会員の病院勤務医等への対応も必要となるが、この場合、医師会の経費を使って非医師会員を支援することに矛盾はないか伺いたい。

支援することが望ましい。(調査の対価は徴収)

##### (4) 刑事告訴との関係について(要望)

医療事故調査制度が施行されても、患者の遺族が当該医療事故について刑事告訴することは法律上免れない。そうすると、医学的見地を主としない刑事捜査と医学的に原因究明を目的とする医療

事故調査が同時に進行することは、互いに不利益であり、現場も混乱することになるため、医療事故調査の案件に対する刑事捜査については、「医療事故調査・支援センターの意見を聞かなければならない」とする医療法と刑法の調整役となる省令の発出を要望する。そこまでしなければ医療事故調査制度施行の実質的な意義は達成されない。

銳意努力を行っている。

#### 4. 医療事故調査制度の実施に向けての医師会組織の取組み

日本医師会常任理事 今村 定臣

医療安全をめぐっては、平成 11 年以降、「横浜市立大 患者取り違え事故」、「都立広尾病院 消

毒薬誤注射事故」、「大野病院事件での医師逮捕」等の主な出来事があり、その間、日本医師会では医療安全対策委員会を組織して、モデル事業等を試行し、実証的なデータを取得、検証した上で医療事故調査制度の施行に至っている。今後は都道府県医師会が「医療事故調査等支援団体」の中核的な役割を果たしていくべきであり、病院団体、大学病院、医学団体等の各支援団体間の総合的な連絡調整及び都道府県医師会相互の応援体制も期待される。また、地域の医療事故調査に活用できる資源の把握と連携関係の構築、医師会内での人材育成及び体制整備、会員・地域住民への周知、常設の支援組織の設置等に取り組んでいただきたい。

### 「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

「若き日（青春時代）の思い出」をご紹介いただける投稿を募集いたします。

#### 投稿規程

字数：1,500 字程度

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

#### 【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

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

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



# 医療事故調査制度施行直前セミナー

## 平成 27 年度中国四国医師会連合医事紛争研究会

とき 平成 27 年 8 月 2 日（日）13：00～17：00

ところ ホテルグランヴィア岡山

[報告：常任理事 林 弘人]

### 直前セミナー

本年 10 月から施行される医療事故調査制度を前に、標記セミナーが中国四国医師会連合医事紛争研究会に先立って開催された。

### 1. 医療事故調査制度の実施に向けての日本医師会の取組み

日本医師会副会長 松原 謙二

このような仕組みになった経緯、都道府県医師会の取組みに関する要望について解説された。また、本制度に伴う院内調査費用保険と A1 会員保険について説明いただいた。

### 2. 医療事故調査制度における調査支援センターと医師会の役割

日本医療安全調査機構中央事務局

事務局長 木村 壮介

支援団体と調査支援センターの役割、モデル事業の報告について解説された。

### 3. 医療事故調査制度の仕組みと概要について

厚生労働省医政局総務課 医療安全推進室長  
大坪 寛子

最初に現状と平成 20 年の大綱案、平成 26 年の改正医療法について解説された。次に医療法第 6 条の 10、11、16、17 について、その条文と捕捉する厚生労働省令や通知を分かりやすく解説いただいた。

### 解説・概要

調査の流れ

次頁の図参照

### 医療事故調査・支援センター

医療事故の判断など、全般のことに関する調査や相談について助言するなどの支援を行う。具体的には院内調査の報告を受けて、その分析を行い、管理者に対して結果の報告を行う。

### 支援団体

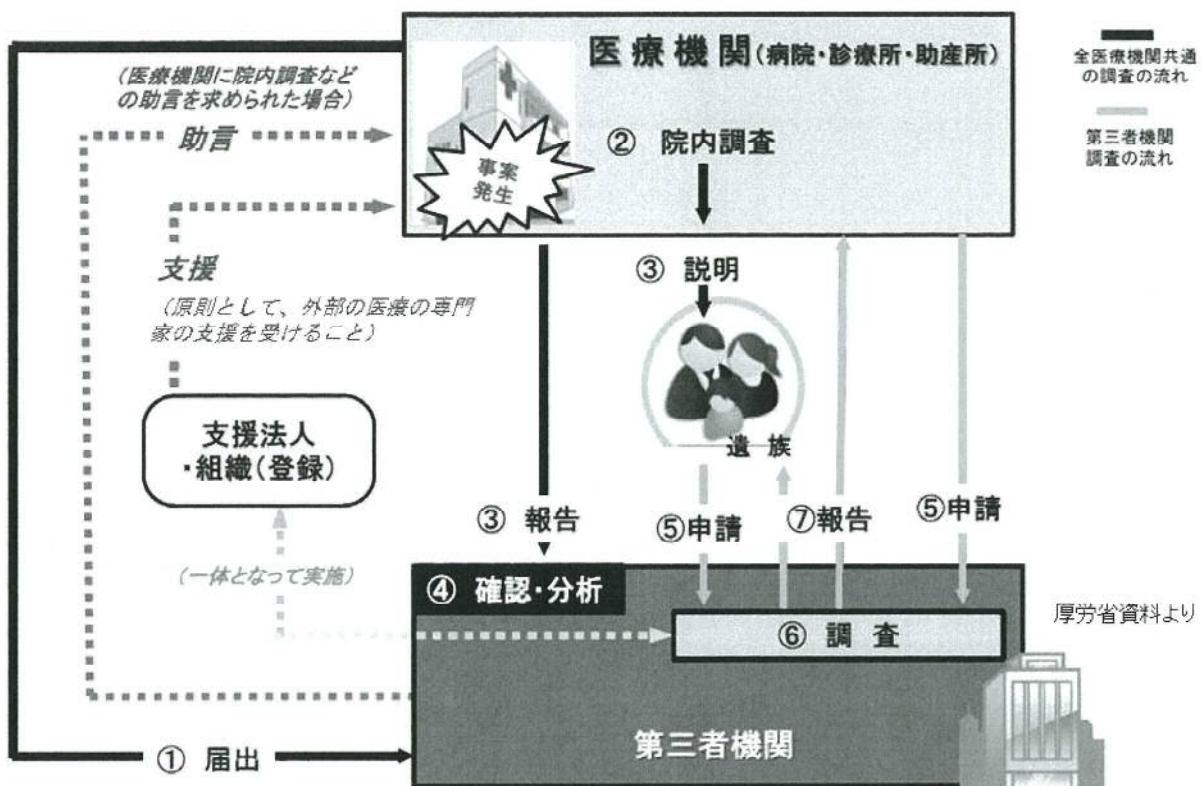
医療事故の判断の相談を受けること、調査の方法、報告書作成の助言、院内事故調査委員会の運営支援、解剖や Ai の支援・相談、専門家の派遣及び調整などを行う。都道府県医師会や大学、各種医療関係学会などが想定されている。

### 医療事故の定義

医療法第 6 条の 10 では、「病院、診療所又は助産所（以下、この章において『病院等』という）の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因する



## 医療事故調査制度における調査制度の仕組み



と疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下、この章において同様) が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく当該医療事故の日時、場所及び状況、その他厚生労働省令で定める事項を第 6 条の 15 第 1 項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない」とある。医療に起因し又は起因すると疑われる死亡又は死産とは、診察や経過観察を含む検査・治療等その他療養や転倒転落、誤嚥、患者の身体拘束・抑制に関して管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合をいう。そのため、火災や地震などの施設管理に関するものや、提供した医療に関連のない併発症、原病の進行や自殺、院内殺人事件などは含まれない。

### 院内調査の方法

厚生労働省令では、診療録等の記録の確認、当

該医療従事者や関係者のヒアリング、解剖や Ai、医薬品や機器設備の確認、血液や尿等の検査を行うとされている。この調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものであるが、必ずしも原因が明らかになるとは限らない。

### センターへの報告

まず、本制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任追及でないことを報告書の冒頭に記載する。

報告事項は法律で定められた日時、場所及び医療事故の状況である。また、厚生労働省令では連絡先、医療機関の住所や所在地、管理者などの情報、患者情報のほか、調査にどのくらいかかるかを記した実施計画の概要も報告する必要がある。ちなみにセンターへの報告期限は「遅滞なく」とあるが、“何日まで”という具体的な期限は定められていない。

なお、報告の手段は書面だけでなく専用の

Web システムがあり、適切な方法を選択することになる。

### 遺族への説明

遺族には口頭（説明内容をカルテに記載）又は書面で行う。調査の目的・結果は、遺族が希望する方法で説明するように努める。

### 都道府県医師会の具体的な役割

支援団体として中核的な役割を果たすことになる。相談窓口、院内調査委員会の運営支援、センター報告の支援、遺族への説明の支援相談である。都道府県医師会は、有用に活用できる資源（施設の規模や能力、マンパワー）の把握と、他の支援団体などとの連携を構築しておかなければならない。また、本制度を会員や住民に周知し、県域を越えて応援要請等の場を設置しておく。

支援団体としての受付窓口は、24 時間フル体制が望ましいが、最初のうちは平日の日中だけとしてもよい。

### 制度に関する Q&A

平成 27 年 5 月 25 日更新版が厚生労働省ホームページに掲載されているので適宜ご活用いただきたい。「医療事故調査制度 Q&A」で Web 検索。

### 制度に伴う日医院内調査費用保険

調査にかかった費用を補償する保険商品である。被保険者は日医 A1 会員のうち、すべての診療所と 99 床以下の病院開設者及び管理者が対象である。保険金額は年間 500 万円までで、事故調査において医療機関が支払った費用のうち、当該医療機関が外部に支払ったものが支払の対象となる。日医が保険契約者となり、対象となる A1 会員を被保険者とする契約を保険会社と締結した。

### 医事紛争研究会

#### I 各県からの提出議題

##### 1. 第三者行為に対する保険適応について

###### <島根県>

医療事故に際して発生した傷病に対して、二次・三次医療機関での診療や治療が行われるが、多くの場合、当事者である会員がとりあえず患者の治療費の立替を行うことが予想される。このような場合に、健康保険が適用されるかどうかが問題になるが、「二次・三次医療機関から保険扱いにはできないので自費診療になる旨回答された」との会員からの相談もある。さらには後日、保険者から何らかの申し出（求償）があることも予想される。

県内の主な二次・三次医療機関に改めて問い合わせたところ「明らかに因果関係がある場合は自費診療であるが、その点がはっきりしない場合はとりあえず保険適用とする」という点では回答はおおむね一致した。この場合の「はっきりしない」とは「有責か無責かはっきりしない」という意味だと解されるが、ご意見を伺う。

### 当会の回答

医師無責であれば治療費の支払義務は発生しないので、無責事案については、治療費の支払いや立替払いが問題となることはない。なお、ご質問にあるような「有責か無責かがはっきりしない」段階では治療費立替払等はしないこととしている。

これに対して、有責事案については、過失ある医療行為（医療過誤）によって発生した患者の傷病について治療費の支払義務が発生する。

このような医療過誤によって傷病を負った患者が、その治療のために保険医療機関を受診した場合、それが医療過誤のような第三者行為による傷病の治療のためであっても、当該患者が保険診療を求めれば、健康保険が適用されるはずである。保険医療機関が患者に自由診療を説示することは別としても、患者の保険診療の求めを断つて自由診療にすることはできないものと考える。もっとも、患者から第三者行為による傷病届が提出される、あるいはレセプトに「第三者行為」（疑いを

含む）と表記されることにより、保険者による調査の後に、医療過誤を起こした医療機関は保険給付をした保険者から求償される立場に立つことになる。

実際、医療過誤によって傷病を負った患者が他の保険医療機関を受診した場合、当該患者が保険診療を求めることがほとんどであり、健康保険が適用されている。保険医療機関側が健康保険適用を断ったというケースは承知していない。また、患者の受診時点で医療過誤かどうかが通常明らかではないためか、保険医療機関側から患者に自由診療を説示したようなケースも承知していない。

### 他県の回答

交通事故のように保険会社から医療機関に直接治療費などが支払われるのではなく、患者又は当事者会員が治療費等の支払いや立替を行い、責任が明らかになった段階で保険会社より補填されることが多いので、患者が早期治療の機会を失わないために、二次・三次医療機関での診療は、まず健康保険を使用するのがよく、責任が明らかになってから、保険者から請求があれば医師賠償責任保険で対応するのがよい。

### 日医の見解

医療費の求償について、医賠責の立場からすると、第三者からの傷病届をもって会員から求償されるとしても、すべてそれに応じることはなく、裁判ですべて医療機関側に影響があるわけではないので、ケースバイケースで応じてもらっている。保険者からの賠償責任請求ということなので、慎重な対応をしてもらいたい。

## 2. 医療事故に関するマスコミ対応について

### <広島県>

医療事故に関して記者会見を行うなど、マスコミ対応を求められた事案に関与されたことがあればお伺いしたい。また、このようなケースにおいて、当該会員及び医療機関からの相談に応じるなどのサポート体制や関係機関との連携等についてどのように取り組まれているかご教示いただきたい。

### 当会の回答

医療事故に関して記者会見やマスコミ対応をした経験はない。今後、もし、そのような対応を求められた場合には、顧問弁護士と相談して対応にあたることとなるであろう。医事法制担当としてクライシス・コミュニケーションやポジショニング・ペーパー等、平時からシミュレーションを行っていきたい。

### 他県の回答

このようなマスコミ対応の経験はないところが多い。サポート体制は今後の検討課題である。マスコミで実名報道されても、抗議することは困難と考える。

### 日医の見解

日医の広報でも経験はない。今後こういったことがあれば、日医へ相談してもらいたい。

## 3. 院内における患者の転倒転落事故について

### <山口県>

高齢化に伴い、医療機関での患者の予期せぬ転倒転落とそれに対する予防策は重要な課題となっている。医療機関には患者との診療契約に基づく安全配慮の義務があるため、常に患者に注意をはらっているが、それでも転倒転落は起きてしまう。患者の普段の状態で転倒を予見できていたにもかかわらず、対策を講じていない場合は賠償責任が認められる場合があると考える。また、転倒転落を防止することを目的とした抑制帯等を用いての拘束もあるが、患者の尊厳や精神的ストレスを考えると最小限の要件（切迫性、非代替性、一時性）にとどめるべきと考える。

### 他県の回答

院内における転倒転落事例をあげ、各県の意見を伺ったところ、医療従事者が、患者の状態から常に転倒転落の可能性を考え、万が一の対応が即座にできる体制を整えておくべきであり、安全への配慮が必要であるという意見をいただいた。転倒のメカニズムから防止には限界があるということを強力にアピールしないと、今後、ますます

この手の事故が増えていくであろうという意見もあった。

### 日医の見解

事故発生時には患者にしっかり説明して、ご理解いただくことが重要である。日医医賠責保険は医療行為に起因するものが原則であるが、この手の報告がかなり増えている。転倒転落で一番効果的なものはとにかく予防であり、日医が平成 21 年に発行した『医療事故削減戦略システム』において、重点項目の一つに「転倒転落の防止」という項目を定めている。まず防止を優先してもらいたい。この冊子は日医 HP 上から入手可能である。

#### 4. 医事紛争処理委員会での弁護士の関与について<徳島県>

会員から事案の連絡を受け、請求額が 100 万円を超えると思われる場合、所定の委員会から数名の担当委員を招集して県医師会の見解を出し、日医へ付託申請しているが、100 万円以下で解決できると思われる場合は委員会で有責・無責の判断を行っている。

有責の場合、委員会は保険会社の担当者とともに医師及び患者側の当事者と個別に面談し意見を伺うこととしている。その結果を踏まえ、保険会社の賠償金算定基準により事故賠償金額を算出し、委員会から患者側に提示している。

しかし、保険会社の算定基準が交通事故に準じており少ないこともあり、委員会の提示した示談金額では不調に終わり、病院側から弁護士に委任する例が多くなっている。弁護士に委任すると示談金の上積みで解決できる事例が多くなっていることから、委員会での示談金額決定の際に弁護士に関与していただいた方が良いのではないかと考えている。各県での示談金決定等への弁護士の関与について伺う。

### 当会の回答

当会では医事案件調査専門委員会があり、各科専門医数名、顧問弁護士数名及び県医師会担当役員数名で構成している。委員会では当事者医師あるいは関与した医療従事者から事情を聴き、責任

の有無、日医付託か否か、そして対応弁護士を判断している。示談金等については、弁護士が当会（付託の場合は当会から日医）に相談しながら交渉に当たっている。ほぼすべての事案を顧問弁護士に対応いただきており、早期解決と会員負担の軽減を図っているところである。

### 他県の回答

各県により対応は異っており、100 万円以下で解決できると考えられるものについては、所属都市医師会で対応したり、保険会社が対応したりする県もある。示談交渉が難航すると予想された場合に、弁護士対応する県もある。示談金の決定については、保険会社（過去の事例に則り決定）や弁護士の交渉に委ねている。

### 日医の見解

各県でそれぞれの取組みをされているので、今後もお願いする。

#### 5. 患者側からの請求が治療費のみである有責事例での対応について<香川県>

明らかに有責で高額の賠償が必要と考えられる医事事故で、相手側からの請求が、治療費のみで慰謝料などの要求がない事例について、植物状態となった患者で、今後の治療費について継続的に支払いを求められる可能性がある。このような事例について、医師会としてどのような対応をされているか伺う。

### 当会の回答

当該事案への対処について、植物人間状態のことであり、症状固定していると言え、症状固定後の治療費については、原則として過失との相当因果関係のある損害とは認められないとされている。しかし、保存的治療として将来にわたり継続する必要があるとき等、症状が固定した後も、治療を継続する医学的必要性が認められ、将来にわたる治療費の支出が確実に予測される場合には、相当因果関係がある損害として認められている。その場合、将来の治療が必要とされる具体的な事情、見込まれる治療費の額や治療期間を踏まえて金額

が決まることになる（塩崎 勤・園部秀穂 編『新・裁判実務大系 交通損害訴訟法』青林書院・2003 所収、堺 充廣「治療関係費」334 頁参照）。

示談するためには、相手方本人について成年後見人を選任してもらう必要がある。医事紛争があり、医療機関への請求が必要な事案であれば、弁護士が選任される可能性が高いといえる。

成年後見人選任後に示談交渉に入ることになるが、弁護士が選任されれば、治療費のみならず慰謝料等の請求も行ってくる可能性があることを念頭に置いておくべきである。

このような事案で、患者の家族が治療費の支払を求める場合、有責であれば、示談交渉を円満に行うためにも、暫定的に一定期間の治療費を医療機関が立て替えることも検討して良いのではないか。ただし、前項で述べたとおり、最終的に示談を行うためには、成年後見人選任が必要であるから、医師会、医療機関の代理人弁護士から患者の家族に対し、速やかに成年後見人の選任手続きを取りよう促し、選任された成年後見人との間で立替金額の精算も含めた示談を目指すべきである。

### 他県の回答

このような事例を経験したことがない県もあった。

慰謝料の請求がなく治療費のみの請求で、治癒した患者に対して、保険会社と相談して有責事案として保険金支払で解決した県があった。植物状態で亡くなるまでの治療費を払うという賠償の考え方は適当ではなく、論理に基づいた請求額により裁判等で決着を付けるべきと考えている。

### 日医の見解

明らかに有責で治療費だけ請求している事案で、相手が弁護士もつけず知識不足であった場合、請求額が低い状態で示談することが、第三者の目でみても社会的道義的に妥当性を欠くような内容である場合には、相手に弁護士をつけてもらう、あるいは相談してもらうなど、医療側がリードして対応すべきであるというのが日医のスタンスである。

植物人間になった場合の治療費の支払いについ

ては、今後の治療費に関して相当因果関係があり、賠償の義務が認められるときには医賠責の補償対象となる。解決方法はケースバイケースである。

医療費の立替については、少額であっても齟齬が生じないように日医に相談してもらいたい。

### 6. 化膿性膝関節炎について<愛媛県>

関節穿刺後、化膿性膝関節炎は 1 万例に 4 ~ 5 例発生すると言わされているが、医師が限りなく清潔に注意して皮膚消毒も完全に施行した状態でも発生した場合、医原性化膿性関節炎として判断され、有責として処分されないといけないのか。各県の意見を伺う。

### 当会の回答

無責に導くためには、検査の準備段階の機器及び皮膚や周辺部位の消毒行為について、十分履行されていると認定できる証拠を確保する必要があると考える。具体的には、院内の消毒マニュアルの策定とその履行について確実ならしめることが必要である。また先行して、検査についての同意書でも、リスクとして化膿性関節炎に言及していることが紛議を避けるうえでも重要だと考えられるし、炎症発覚時の抗生物質の投与についても迅速に行うなど、検査前後にわたり配慮が必要だと考えられる。

### 発生原因と論理的帰結

化膿性（膝）関節炎は、黄色ブドウ球菌、連鎖球菌、肺炎球菌などの細菌によって関節内が化膿する疾患であり、体内のどこかで感染症を起こした細菌が血流にのって関節内に流れ込むことで発病するとされ、近くの骨の骨髓炎の菌が原因となることもありますとされている。そうであれば、論理的には、体内に他の炎症箇所もなく、外傷もなく、「完全に」清潔で「皮膚消毒も完全に施行」という状態であれば、この化膿性関節炎自体が発生しないはずである。

実際には「限りなく」清潔という限界=「万に一つの球菌の存在も許さない」という状態ではないからこそ、関節穿刺時に患部周辺での接触などが理由となって、「1 万件に 4 ~ 5 例」は発症す

ると考えられる。しかしながら、「限りなく清潔にして皮膚消毒も完全に施行した」というのであれば、現在の医療水準を十分満たしており、『過失』が認められることは不合理であると考えられる。

### 無責に導くための方策と裁判上の立証（反証）の問題

まず、病院において、検査機器の保管や消毒、皮膚消毒に関するマニュアルを備え置き、組織として感染を防ぐ体制をとっていることが重要であると考えられる。「現在の医療水準を十分満たした」消毒マニュアルであることが不可欠である。

何もマニュアルなく、事後的に問われた際に「マニュアルはない。医師・看護師が習っている教科書に書いてあるから」などという応答では、組織として十分な感染対策がなされているのか疑問視されるおそれがある。

検査時の皮膚消毒をどの程度行ったのかは、手術そのものなどとは違い、逐一カルテなどには記載されない内容であり、それゆえ、医師や看護師により、マニュアルの履践と現実の確認を、証言として確保する必要があると考えられる。

ここまで挙えば、患者側から敢えて「患部付近が汚損されていた」などという証言・証拠などが出てこない限り、先行する消毒で過失を問われる可能性は低くなるであろう。できれば、検査時の患部の写真やビデオなどがあると、立証としては強力なものとなる。

### 感染に関する紛争にみるその他の配慮の必要性

類似する問題に、院内感染（MRSA）の問題があり、ここでは①（先行する）清浄義務の問題、②（事後的な）同定検査と抗生物質投与義務（迅速さ）の問題のいずれか又は両方が問われている。さらに、③先行して説明義務が不十分であったという根拠から、損害賠償請求がされているケースがみられる。

化膿性関節炎は MRSA ほど重篤に至る性質のものではないとは思うが、②と同様に痛みが訴えられた場合には、先行する外傷など他の要因とは別に関節炎の発症を疑い、迅速な対処をすることが求められるであろう。

また、検査について同意書を取得する際の説明で、きちんと言及しておくことは、紛議を避けるという意味からも重要であると思われる。

### 他県の回答

正しく関節穿刺が行われていても、そのほかの感染ルートや原因を特定できなければ、医療行為に起因するとされるであろう。術前の説明をきちんとしているか否かで結果も変わってくる。無過失補償制度の導入を求める。

### 日医の見解

十分な消毒ができたかどうかの証明はできないことから、事前に危険性を周知してもらう。化膿性の関節炎となると無責主張は難しいが、発症し



てもすぐに適切な処置があれば紛争にならなくて済む。事案全部を無責にするのは難しいのが現状である。

## II 日医への要望・提言

### 1. 診療に関する個人情報の取扱い指針について <広島県>

『診療に関する個人情報の取扱い指針(第1版)』が発行されて約10年が経過している。その間、電子カルテの普及や各地域でのネットワーク構築など医療情報の活用が進み、個人情報の取扱いには、より慎重な対応が求められている。患者の意識も高まる中、会員からの診療記録の取扱いやカルテ開示請求等に関する問合せを受けた際の注意点等があれば教えていただきたい。また、社会情勢が変化する中で、時代に即したガイドラインの作成をお願いしたい。

#### 日医の見解

電子化の問題については、クラウド化もすすみ、データの漏えいへの対応は考えている。すべてのカルテは患者様のものであるという考え方もある一方、医師が作成したものだから医師のものもあるという考え方もある。カルテ開示の問題については、タイミングをみながら考える。

### 2. 廃業と電子カルテのデータの保管について

#### <山口県>

2年前の同会議に「廃止医療機関における診療録の保管に関して」議題として提出したが、それに関連して、昨今の電子カルテの普及に伴う廃業後のデータの保管方法については、まだ具体化されていない。日医として会員にどう対処するかを示してほしい。

#### 日医の見解

電子カルテの場合は、作動プログラムと保存後のデータの問題がある。保存したデータの保持は簡単だが、それが動かせるプログラムが時代により変わる。検討課題とする。

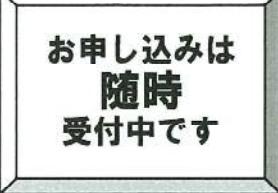
### 3. 医療事故調査制度における中小医療機関への支援について<愛媛県>

新しい医療事故調査制度においては、支援団体が当該医療機関の院内調査委員会を支援することとなっているが、中小病院や診療所を支援する場合の構成について具体的にご教示願いたい。

#### 日医の見解

院内調査の委員会は、原則としては内部で組織するものでよいが、外部の委員で組織するほうがより望ましい。

多くの先生方にご加入頂いております！



医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
引受保険会社	損害保険ジャパン 日本興亜株式会社 山口支店法人支社 TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜

# 平成 27 年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

とき 平成 27 年 5 月 13 日（水）14：00～

ところ 日本医師会 3 階 小講堂

[報告：常任理事 加藤 智栄]

## 開会挨拶

**横倉日医会長** 平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会には、全国各地から多数の先生方のご参加いただき、お礼申し上げるとともに、ご担当いただいた神奈川県医師会の関係者の皆様方にお礼申し上げる。本年度は、秋田県医師会のご担当により開催するが、関係者の皆様方にはよろしくお願いしたい。

2 期目の就任に際し、①地域医療再生、②将来の医療を考える、③医師会の組織力強化の 3 つの方針を掲げた。組織力強化は「検討委員会」（小山田委員長）から、臨床研修医の日本医師会会費無料化の提言があり、その実施を先月の理事会で決定した。

医師会活動への勤務医の参加を促すには、地域医師会がそれぞれの地域の特性に応じて、勤務医が医師会活動に参画しやすい具体的な取組みを行うことが不可欠である。

今回は、「地域医師会を主体とした勤務医の参画と活動の場の整備」のテーマにより、そのために日医が担う役割について協議いただく。また、このテーマを踏まえ、日医からの情報を伝え、意見を吸い上げるための取組みについて、各ブロックから報告がなされる。

医師会は、郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会という 3 層構造になっており、この医師会組織の基本的な情報伝達が適切に機能することで、多様な勤務医の声を吸い上げていくことは、大変喜ばしいことと考えている。

## 議事

### （1）全国医師会勤務医部会連絡協議会について

#### ①平成 26 年度報告

（神奈川県医師会副会長 澤井 博司）

平成 26 年 10 月 25 日（土）横浜ベイシェラトンホテル＆タワーズで「地域医療再生としての勤務医～地域医療における総合診療医の役割～」をメインテーマに開催し、全国から約 400 名の参加をいただいた。

#### ②平成 27 年度担当医師会挨拶

（秋田県医師会副会長 坂本 哲也）

平成 27 年 10 月 24 日（土）秋田キャッスルホテルで「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像～地域医療充実へのロードマップ～」をメインテーマに開催する。秋田県には、これまで勤務医委員会はあったが勤務医部会はなかったため、平成 27 年 4 月に新たに勤務医部会を立ち上げた。

なお、平成 28 年度は、大阪府医師会の引き受けで開催される予定である。

### （2）医療事故調査制度について

（日本医師会副会長 松原 謙二）

制度検討の契機は、福島県立大野病院事件と東京女子医大病院事件で、医師が起訴され、裁判となつたことである。無罪になったが、報告書が問題で警察が介入した。また、民事裁判を勝ち取るために刑事裁判をしてくる弁護士もいるので、対策が必要であった。

法制化については、10 年以上検討し、平成 26 年 6 月に法制化された今回の制度は良くできているが、運用には注意が必要である。調査機関は

国家から独立した第三者機関でなければならず、責任追及する機関であってはならない。独立して、匿名化し、罰を科さないことが世界の流れである。

制度の内容については、院内調査が重要で、それを補助するのが支援団体（都道府県医師会等）である。院内調査の結果を患者遺族に説明するが、報告書を必ず渡すわけではない。患者側が納得すればそれにより、納得しなければ患者側も院内の管理者も第三者機関に再調査を依頼できる。

業務上過失致死傷罪（刑法第 211 条）の適用に関して、正当業務行為（刑法第 35 条）に該当すれば刑罰に問われない。西洋では「良きサマリア人の法」があり、善意をもって行ったことは罰しないという法があるが、日本は儒教的で、人を罰して正そうという思想的なベースがあるので、この内で対処しなければならない。しかし、裁判官や弁護士は法律で認められた正当な業務なので、たとえ間違った判決や判断をしても刑法第 35 条により罰せられない。法医学会が異状死の定義を出すまで、医師が業務上過失致死で訴えられることはなかった。医師法には応召義務があり、法律に基づき正当な業務をしているので、医療行為も法律で守られても良いはずである。医療事故も懲罰なく、新たな仕組みを作つて対処すべきである。

医療事故の定義もかなり揉め、“医療に関連し予期しなかったものを医療事故とする”となつたが、具体的には難しいため、手続き論で話が進展し、「1. 管理者が当該医療の前に医療従事者等により、当該患者等に対して当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの、2. 管理者が当該医療の提供前に医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの、3. 管理者が当該医療の提供に係る医療従事者等から事情の聴取及び医療の安全管理のための委員会からの意見聴取を行つた上で、当該医療の提供前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されていたと認めたもの」のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとなった。

管理者は、報告すべき時にはこの制度を使って報告していただきたい。そうすることによって警察の介入を防ぐことができると思われる。

調査方法は必要な範囲で管理者が選択し、情報の収集・整理を行う。調査で重要なのは解剖と Ai であると思われ、特に Ai は重要なツールになると考えられる。

再発防止策は、できること、できないことを十分調査・検討をすることである。調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意する。

センターへの報告は、調査において、再発防止策の検討を行つた場合に管理者が実際に行うことができる再発防止策を記載する。過失があつたなどと記載してはならない。文書に記載したことが守られないと法律上、業務上過失致死傷になるので慎重にしてほしい。

遺族への説明方法は、口頭又は書面若しくはその双方の適切な方法により行う。

調査の結果は、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。正当な理由があれば報告書は出さずに、第三者機関で処理してもらう。報告しなくともいい正当な理由とは、意見がまとまらず結論が出ていない場合、調査が不十分である場合、訴訟の準備をしている場合の 3 つである。訴訟の準備に使うのは目的外使用となる。制度の目的は、懲罰ではなく、医療の安全を確保することにある。

センターへ報告書を出す場合、当該事故に係る勤務医が「これは違うぞ、こんなことを勝手に決めてもらつたら困るぞ」という時は、その旨を上申書により述べることができる。

日本医師会は、都道府県医師会が医療事故に関して支援団体として働いていただくよう検討中であり、医療事故に関して現在の賠償責任制度とは別に、医療事故に関する調査費用を補償する保険を創設する予定である。

### 事前質問に対する回答

#### 1 刑事捜査との関係（東京都）

Q 院内事故調査委員会の調査開始前に、司法による捜査が実施される場合、当該医師はどのような対処を行うべきか。

A 業務上過失致死傷罪（刑法第 211 条）に関して、正当業務行為（刑法第 35 条）として違法性が阻却されない限り、警察には捜査権がある。し

かし、院内調査が行われている限り、警察が捜査を行わないよう現在交渉中である。

## 2 医療事故調査の支援の求めについて(山口県)

Q 改正医療法（第 6 条の 11 の 2）において、病院等の管理者は医療事故調査等支援団体に対し「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする」とあるが、「求めることができる」あるいは「求めなければならない」のどちらの解釈が適当か。

A 「求めなければならない」という義務ではなく、管理者の希望により「求めることができる」。

## 3 医療事故調査の経費について（山口県）

Q 病院等の管理者が医療事故調査等支援団体に医療事故調査の支援を求めた場合には、第三者である専門の医師等が調査に加わることになるが、その場合の調査経費（日当、交通費等）はどこが負担するのか。

A 日医の医療政策として、日医が経費を負担する制度を作る予定である。

## 4 非医師会員への調査支援について（山口県）

Q 都道府県が医療事故調査等支援団体となった場合、会員でない医師が所属する医療機関への対応が必要になるが、この場合、医師会の経費により非医師会員を支援することに矛盾はないか。

A 医師会長の判断で経費の請求をしてもいいし、調査支援を断ってもいい。また、この機会に医師会に入会してもらってもいい。

### 協議

#### テーマ「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備」

「勤務医に日本医師会等からの情報を伝え、その意見を吸い上げるための取組みについて」、8 地区の先生方から報告があった。

### ①北海道地区

#### 北海道医師会常任理事 岡部 實裕

昭和 63 年に勤務医懇談会が設置されている。勤務医との意見交換や課題に関する実態調査の実施状況についての報告があった。

### ②東北地区 岩手県医師会常任理事 望月 泉

東北 6 県で医療事故調査の周知、医療勤務環境改善支援センターの設置、女性医師支援センターなど勤務医関係のアンケート調査を実施した結果によると、勤務医の参画と活躍の場の整備は、徐々にできつつあるとのことであった。また、岩手県医師会では、平成 20 年から研修医の会費を無料化しているとの報告があった。

### ③東京地区 東京都医師会理事 友安 茂

東京都医師会の勤務医の状況の報告や、これまで勤務医部会を設置していなかったが、平成 27 年度検討予定であるとの報告があった。

### ④関東甲信越地区

#### 埼玉県医師会副会長 金沢 和俊

ブロック内で勤務医等の連携の仕組みはないとのことであった。また、埼玉県医師会の勤務医への取組みについて報告があった。

### ⑤中部地区 富山県医師会副会長 泉 良平

本年度から中部医師会常任委員会に勤務医特別委員会を設置し、専門医、医療事故調査などの諸問題について検討予定であるとの報告があった。

### ⑥近畿地区 大阪府医師会理事 下村 嘉一

勤務医の医師会活動には、会議の開催時間への配慮や勤務医自らが参加することが有意義であると実感できるようなテーマの設定等が重要であるとの報告があった。

### ⑦中国四国地区

#### 岡山県医師会副会長 清水 信義

各県の活動状況の紹介や、平成 23 年度から設置した岡山県医師会研修医登録制度について報告があった。

### ⑧九州地区 宮崎県医師会常任理事 金丸 吉昌

各県で勤務医部会や委員会が設置され、講演会等が開催されているが、会員増加に結びついていないとして、今後、研修医の会費のあり方や都市医師会の役割が課題であるとの報告があった。

## 冬季特集号「炉辺談話」

### 原稿募集

山口県医師会報・平成 27 年度冬季特集号「炉辺談話」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、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）くださいますようお願いします。

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場合は、5 メガ以内でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール 又は USB/CD-R/FD の郵送	11月 20 日
②手書き原稿	郵送	11月 16 日

#### 原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 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、必ず著作権や版権にご注意ください。

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。

⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

# 平成 27 年度都道府県医師会 情報システム担当理事連絡協議会

とき 平成 27 年 7 月 23 日（木）14：00～16：00

ところ 日本医師会館 3 階小講堂・ホール

[報告：常任理事 今村 孝子]

平成 20 年以来、7 年ぶりに標記協議会が開催された。司会進行は日医の石川広己 常任理事。

## 会長挨拶

**横倉日医会長** 日医では、“医療はまちづくり”ということを掲げ、今後、超高齢社会を迎えるわが国において、高齢者が安心して暮らせる社会を創っていくために、それぞれの地域特性にあつた医療介護システムが必要であると考えている。地域包括ケアシステムの構築と円滑な運用には、ICT の活用が重要なファクターとなってくる。かねてより医療の ICT 化を医師会主導の下で推進すべく、日医標準レセプトソフト（以下、「日レセ」）の開発と連携を中心とした ORCA プロジェクト、また、医師の国家資格を認証する電子認証センターの運営と医師資格証の発行等に取り組んできた。これらの施策をさらに発展させ、次世代へのステップに進めるための方策や地域医療連携、また、今後の地域包括ケアの推進になくてはならない医療介護間の多職種連携のあり方等についても、従来からの介在委員会である医療 IT 委員会において検討していただいているところである。

さて、マイナンバー法の改正が間近になってきた。日医が提唱するマイナンバーとは、異なる医療等分野専用の番号制度の創設であり、それに向かた具体策の検討については新たなプロジェクト委員会として設置した「医療分野等 IT 導入に関する検討委員会」において取組みをしていただいているところである。6 月 30 日に「経済財政運営と改革の基本方針 2015」、いわゆる骨太の方針、「日本再興戦略」改訂 2015」、いわゆる成長戦略がそれぞれ閣議決定された。これらの政府方針

には、医療介護等の分野に関する ICT 化についても大きく取り上げられているが、特に成長戦略の中にはマイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野における番号制度の導入という項目が盛り込まれており、日医が主張していることが反映されたと認識している。これもひとえに検討委員会の働きによるところが大きいと思っている。

本日は 2 つの委員会の委員長から、これまでの検討・経過の報告をしていただくとともに、情報担当理事や日医総研の担当者から種々の取組み状況や今後の展開について説明してもらう。また、事前にお寄せいただいている質問・要望に回答申し上げるが、フロアからも、ぜひご発言いただければと思っている。

先日、BS フジの「LIVE PRIME NEWS」に医師資格証を首から提げて出演し、これについて司会のアナウンサーに必ず話を振るようお願いしていたところ、番組の最後になってようやく話を聞いてくれたが放送時間がなくなってしまい、説明の途中で番組が終わってしまったが、少しは国民に認識してもらうことができたと思っている。その後、その時の写真をフェイスブックにアップしてくれていたが、そのコメントの中に「医師資格証は身分証明として公式に認められていないのが残念だ。運転免許証と同じように公式に認められるように早くしてほしい。」とあったので、今後、そうなるようにしていきたい。

## 議事

### (1) 医療介護連携時代と日本医師会の ICT 戰略 日本医師会常任理事 石川 広己

2025 年問題に向けて、われわれは医療介護連携を十分にしていかなければいけない。また、平

均寿命と健康寿命に差があるということについて、日医でも健康寿命の延伸に向けて対処していかなければいけない。昨年 6 月に「医療介護総合確保推進法」という、厚労省においては 20 年に一度の非常に大きな法整備、改正があった。この中では地域医療ビジョンとして、さまざまな病院の病床の分担などが提案されている。ご案内のように病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの機能に分けて、それを基に地域医療ビジョンを作成するというものである。すべて医療連携がキーワードになるのは間違いないと思う。

日医の ICT 戦略として以下のことを掲げている。

#### ① 医療・介護情報連携の推進

全国医療連携 ICT 化事例の集約と情報共有  
推奨例、推奨できない例の提示

#### ② 医療情報 ICT 化の共通基盤の構築

医療分野の電子化推進

- ・ ORCA 事業
- ・ かかりつけ連携手帳

#### ③ 医療等 ID の創設

医療・介護におけるマイナンバーの位置付けと医療等 ID

#### ④ 医療情報ビッグデータ

NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース)、KDB (国保データベース)、DPC (包括医療費支払い制度) データ等の取扱いに関与、医療・介護における個人情報保護の整理

レセプトデータの利活用について、医師は「利活用」よりも「保護」を優先的に考えている。情報発信元は患者と医師であることから、医師の個人情報、医療機関の個人情報も含まれている。患者には個益(診療)、公益(医療費適正化への協力)の区別をして協力を求めなければならないわけだが、データについては極めて厳重に取り扱っていただきたいとの要望を伝えている。

今後の日医におけるビッグデータベースの利活用は、NDB、KDB、DPC データの利活用ができる時代になるよう、日医総研の役割としても重要事項と位置づけ、検討していく所存である。なお、

現在、ビッグデータ利活用センター(仮称)の設置の検討をしているが、セキュリティを確保した場所とマシン、データを扱える人材の確保が課題である。

個人情報保護の見直しについては、「パーソナルデータの利活用に関する制度改正大綱案」に対して、われわれはさらに医療における個人情報保護について遺伝子情報などにも影響するものということで再度、機微性に注意するよう促している。

医療分野と番号制度については、個人を識別する番号制度を導入することが効率的であることは間違いない。しかし、国民が安全で安心して使える番号が必要であり、罰則を含め法律でカバーするべきである。医療の機微性、プライバシーの観点から、医療分野専用の番号(医療等 ID)が必要というのが長年の厚労省との議論での結論であった。知られたくない、思い出したくない病歴もあると思われ、医療と税が名寄せできる必要はないと考える。

平成 27 年 10 月から国民全員に番号通知(紙ベース)がされ、顔写真付き IC カードの申請書が同封される予定であり、申請した国民のみ IC カードを持つことになるわけだが、受診時に被保険者証と診察券、そして顔写真付き IC カードが提示されたとして、被保険者証との統合は簡単ではないと聞いている。

個人番号カードの券面には、「氏名」「住所」「生年月日」「性別」「本人の写真」が表示され、かつ、これらの事項等が IC チップに記録される。裏面には「12 桁の個人番号」が記載されるわけだが、「写真の横の辺りに保険証番号を掲載したい」「IC チップの中に保険資格を確認できるものを入れたい」との要望があったが日医としては、このカードへの保険証番号の記載については反対した。

番号の適用範囲は、2009 年の民主党政権時から日医は現物サービスの給付の部分についてはマイナンバーの適用ではないとの主張をしてきている。

個人番号カードの普及のイメージとしては、健康保険証機能の個人番号カードへの集約化を目指むと、2018 年度までに約 8,700 万枚普及するとされているが、個人番号を医療の現場で利用する

べきではないと主張しており、マイナンバーとは異なる医療等 ID が必要である。

最後になるが、三師会（日医・日本歯科医師会・日本薬剤師会）において、アナログ的に医療・介護情報を連携する手帳として「かかりつけ連携手帳」というものを提唱している。サイズは長財布程度で、本人の個人情報とお薬手帳と同様の処方箋内容、そして何よりも歯科レセコンから歯式ラベルというものを出していただき、歯の情報を載せることができる。将来的には、この手帳も電子版とすることを考えている。

## （2）医療 IT 委員会の検討経過報告

医療 IT 委員会委員長 川出 靖彦

委員会は平成 26 年 10 月 30 日に発足し、委員は 13 名で、これまでに 4 回開催している。今期の会長諮問は、「地域医療連携推進のための新たな日医 IT 化宣言」と「医療・介護における多職種連携のあり方」である。地域医療連携推進という大きな目的に向けて、2 つの内容のことを検討するようにとのことであった。

新たな日医 IT 化宣言についてだが、日医 IT 化宣言は平成 13 年 11 月 20 日に出され、ORCA のプロジェクトの根幹をなすものである。内容は、①医療現場の IT 化推進のため土台となるネットワークづくりを行うことを宣言、②各医療現場に標準化されたオンライン診療レセプトシステムを導入し互換性のある医療情報をやりとりできるようにする「ORCA プロジェクト」を推進、③開発したプログラムや医療データベースを万人に無償公開する、といったことがある。今回は、日医主導で進める医療の IT 化を新たなステージに進めるためにこの宣言をアップグレードするというものである。当初の想定は、ORCA をレセプトエンジンとして組み込み可能なものに発展させ、医事会計処理を行う日本で唯一無二のソフトウェアに、さらに ORCA をクラウド化し、より安価に利用できるようにして医療保険請求インフラと地域医療連携の土台としてその地位を確立するというものであった。これは ORCA の技術面に重点が置かれたものであり、早急に運用を目指したいということであったが、ORCA の技術的な面だけ

ではなく、地域医療連携、日医認証局の普及なども含め、より大きな理念を掲げる宣言にすべく、検討を続けていくところである。

二つ目の諮問である医療・介護における多職種連携のあり方については、今後の検討課題となっていた。医療・介護の多職種連携においては、情報リテラシー不足からセキュリティの低い、安い形での情報連携が行われているケースが見受けられる。もちろん、交換する情報の内容については一概に否定するものではないと考えているが、今期はそこに焦点を当てて検討せよということであり、日医として推奨すべき医介連携を示すために、そのモデルの検討を委員会の基本方針とすることを決定した。既に多数運用されている SNS (Social Networking Service) を活用した医介連携の是非について検討し、情報の機微性や各自のデバイスを持ち込んで使用するというセキュリティの脆弱性についても検討を行っている。また、現在行われている多職種連携の実態調査について日医総研に要望し、設問等の作成に取り組んでいる。さらに、これに関連して医療等 ID の地域医療連携への活用、日医認証局と医師資格証を活用した、よりセキュアな連携についても視野に入れて議論を行っている。

## （3）ORCA プロジェクトの現状と今後の事業体制

日医総研主席研究員 上野 智明

ORCA プロジェクトは発足から 15 年が経過し、この間、日レセのユーザー数は着実に増加を続け、各種レセコンの中でも代表的な存在として認知されるに至った。

検討の経緯であるが、平成 22・23 年度の医療 IT 委員会では、「ORCA の評価と今後」という諮問を受け、日レセ開発及び現在までの改良の費用に関して検証し、これまでの取組みを総括した上で、今後目指すべき方向性について答申が行われた。答申では、次の 10 年を見据えた日医の医療 IT 戦略の布石として ORCA 事業のクラウド化を進めること、また費用に関して受益者負担という一つの提案も行われ、これについては「検討していく」ことが承認されている。

今後の進め方であるが、ORCA のクラウド化、

電子カルテとの接続強化の開発を進めていき、ORCA をレセプトエンジンとして提供することで電子カルテの価格破壊に向かえればと考えている。また、外部の事業体を設立し、収益を確保して安定的な事業運営を目指していく。日医の財政負担を減らすことが一つのテーマになっており、日医は公益社団法人のため、ここで収益を上げるというのは財務面で非常に難しい。このため、ORCA 事業は日医のコントロールのまま外部に業務委託して、何とか事業を廻せるように収益を確保するアイディアについて現在検討中である。

現在取り扱っている主なソフトは以下のとおりである。

#### ○医見書

介護保険制度における介護認定時の二次判定の指標となる「主治医意見書」の作成を支援するソフトウェアで、現在 25,000 人以上の医師が利用している。

#### ○給管鳥

介護保険サービスの請求業務を支援するソフトウェアで、現在 2,700 の施設で利用されている。

#### ○訪看鳥

訪問看護ステーション専用のソフトウェアで、医療保険、介護保険のどちらにも対応しており、現在 500 以上のステーションで利用されている。

#### ○日医特定健康診査システム（日レセ対応）

特定健康診査（平成 20 年度施行）での健診並びに決済データの提出に対応したソフトウェア（平成 25 年度改正対応済）で、現在約 800 施設で使用されている。

#### ○ MI\_CAN

昨年 8 月にリリース、日レセに入力された内容を活用して、診療情報提供書や診断書を作成するプログラム。

日レセの導入医療機関数は本年 6 月現在、14,864 施設で稼働率は 16.4 %（山口県は 17.7 %）、全利用者による年間レセプト請求額は年間 2 兆円を超えており、国民医療費の 5 %を超えるというところまでできている。

新「日医 IT 化宣言」の検討、われわれは「2nd Stage」と呼んでいるが、その目的・原則・理念は、誰もが安心して保険診療に専念できる環境を提供すること、日医のコスト負担を減らし自立した事業運営を目指すこと、診療現場の IT 化を進めること、そしてレセプトデータ利活用の統制をとることである。

状況・問題点としては、日医は ORCA を維持する費用の捻出、医療機関は電子カルテが高価なこと、電子カルテメーカーはレセプト機能を維持するコスト、ORCA 販社はユーザー数を 1 万増やすには単純計算で 10 年かかること、ORCA Project は発展性、機動性、人材の確保が困難なこと、等である。

医療現場の IT 化のさらなる推進に、今後も取り組んでいきたい。

#### (4) 医療分野等 ID 導入に関する検討委員会中間とりまとめ

##### 日本医師会医療分野等 ID 導入に関する

##### 検討委員会委員長 山本 隆一

委員会はこれまでに 4 回開催し、「『日本再興戦略』改訂 2015」に、現場の意見を盛り込んだ医療等 ID の導入についての項目が盛り込まれることによって今後の検討に弾みをつけるということを目指し、熱心にご協議いただいたところである。

医療分野におけるマイナンバーの取扱いについては、本年 10 月に国民全員に配付されるものであり、来年 1 月からは給与等の受取りの際に、事業主に個人番号を教えないといけないわけだが、その番号を医療の情報にも適用するというのではなく、別途医療分野専用の番号もしくは符号（医療等 ID）を創設して利用るべきである。

医療等 ID の考え方については、①各人に對して目的別に複数の ID を付与できる仕組みを検討、例えば医療・介護連携用の ID や保険資格確認に用いる ID 等は変更の可能性も担保しつつ、利用目的に關する患者同意を原則として付与する、

②本人が情報にアクセス可能な仕組み、例えば本人が知られたくない、あるいは忘れないと思った場合に、それまでの情報との名寄せや検索ができる仕組みを担保する、③必ず本人の同意に基づく、あるいは極めて公益性の高い範囲での情報の突合が可能な仕組みを検討する、④医療等 ID に関する法整備を検討する、ということがある。

発番方法については、医療・介護分野専用の仕組みを構築するのではなく、マイナンバー制度で構築するシステムを最大限活用することが望まれる。

医療等 ID の記載・格納媒体については以下のとおりである。

#### ①現行の保険証を活用する

現在の保険証を活用し、その券面にオンライン保険資格確認用の医療等 ID を記載する。また、医療等 ID を視認できない番号もしくは符号とする場合は、二次元コードを貼付する。この保険資格確認用の ID と紐付けた形で、医療・介護連携用等の目的別の医療等 ID を医療機関や研究機関で利用できるようにする。オンライン環境がない医療機関においては、これまで通りの保険証として利用する。

#### ②個人番号カードを活用する

現状の個人番号カードには、券面に保険情報（保険者名、被保険者の記号・番号等）が記載されないため、保険証と物理的に統合することはできない。仮に、それらの情報を記載した場合、保険者を異動するたびに個人番号カードを再発行するか、何らかの手段で記載する必要があり、シールを貼る案も含め、現実的ではない。一方、個人番号カードの券面に記載されているマイナンバーが医療機関で容易に視認できないことを前提に、対応できる医療機関においては、IC チップに格納した電子証明書を用いた保険資格のオンライン確認に活用することは可能である。ただし、医療機関等において、オンライン保険資格確認用の設備（回線・機器等）が必要となることに留意する必要がある。

移行期の取扱いについては、どのような形で医療等 ID が導入されたとしても、国民や医療機関

の制度に対する順応や理解には一定の時間がかかり、特に医療機関窓口での混乱は十分に想定されるため、順次、導入を図っていく必要がある。また、医療等 ID による資格確認と保険証記載情報（記号・番号）による資格確認が並存する期間、医療機関窓口での混乱を最小限に抑えるための措置を検討する必要があり、設備投資や周辺のシステム（医療機関等の認証やセキュリティの確保されたネットワーク回線等）に関しても十分な配慮と検討を実施することが必要である。さらに、医療機関の窓口での利用だけではなく、これまで収集していた情報への医療等 ID の付与についても、取り違えや付番ミスが想定されることから、十分な検証期間を設けるとともに、新たに収集する情報に関する医療機関等や国民に対するルールの徹底や啓発を実施する必要がある。

今後必要な検討事項は、①医療等 ID は視認できる番号にするか視認できない番号（符号等）にするか、②医療機関等で生じる費用（カードリーダーの設置やネットワーク回線の接続）については誰が（どこが）負担するのか、③医療等 ID を正しく使ってもらうことの国民への啓発活動について、④利用に関する教育について、である。

今後も委員会において、医療等 ID に関して現場の意見が十分反映されるよう検討を続けていくので、よろしくお願いしたい。

### (5) 医師資格証の現状と今後の予定

日医総研主任研究員 矢野 一博

現在、40 都道府県が受付システムを設定し、「地域受付審査局」として利用者からの申請を受け付けている。残りの 7 県についても、順次お願いに伺う予定なのでよろしくお願いしたい。

発行枚数は 7 月 1 日現在で 1,536 枚であり、今年になって毎月 150 ~ 200 件の申し込みが続いている。

使い方であるが、今後、医師会等の内部や緊急災害時（JMAT 活動等）、交通機関での急病人対応等の際に提示して、医師資格保有者であることを証明するなど、身分証として活用できるようにし、平時でも各医療機関の採用時における資格確認に利用できるよう各行政機関や関係団体に協力

依頼や働きかけを行っていく予定である。また、研修会や講習会時に、読み取り機にかざすだけで出欠の管理ができるよう、非接触カードとして活用できるような仕組みを構築し、生涯教育制度講習会や認定医講習会と連動して、受講履歴や単位取得状況の確認をリアルタイムにできる仕組みも構築する予定である。さらに、IT 世界での「署名」と「認証（通行証）」を引き続き普及・啓発する。今後提供予定のサービスとして、「日医生涯教育制度講習会の受講履歴・取得単位管理システム」、「スマートフォンを用いた資格確認」、「ASP 電子署名サービス」がある。

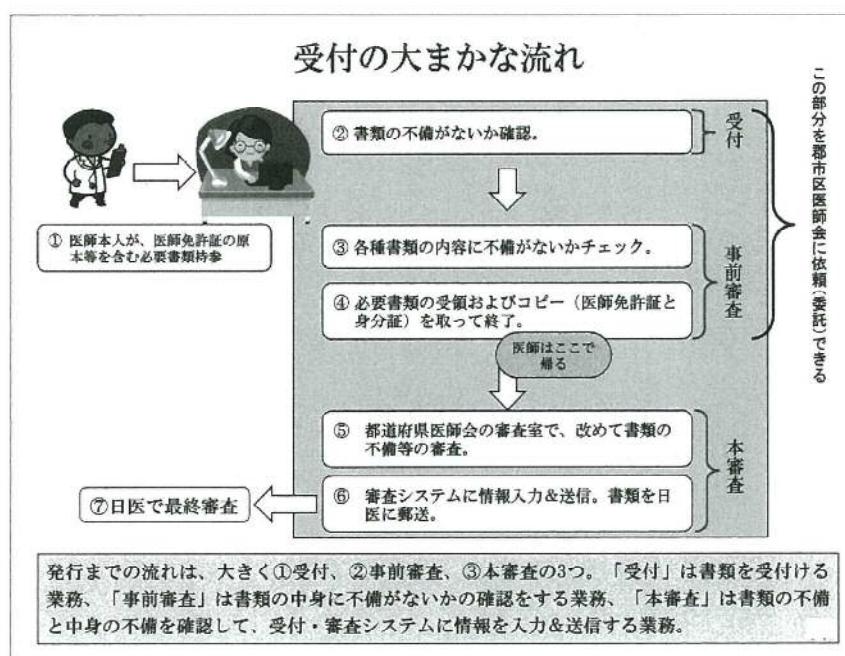
まず、受講履歴・取得単位管理システムについては、出欠状況をオンラインで生涯教育システムと連動させて、自動で受講履歴及び取得単位等の確認を可能とする仕組みを構築していく。また、医師資格証で自分専用のホームページ（ポータルサイト）にログインすることで、受講履歴や単位の取得状況を自分で確認できるようなシステムの構築を考えている。

将来的には、各学会や専門医機構の協力を得て、医師の所属学会や専門医資格の情報を連携用システムを通じて連携することで学会等の講習のポイント管理も実施し、その結果を日医（電子認証センター）が提供するポータルページに表示する。そして各種の認定（産業医や母体保護法指定医師

など）単位の管理も可能とする。

次に、スマートフォンを用いた資格確認については、医師資格証をスマートフォンにかざすことによって発行情報を基にした基本情報と利用者個人で編集できるプロフィールを表示するアプリケーションである。なお、機種によっては対応できないものもあるので、その際にはお問い合わせ願いたい。

ASP 電子署名サービスについては、コンピュー



ターに電子署名専用のソフトをインストールせず、クラウド上のシステムを使って電子署名をするサービスである。

電子紹介状の扱いと送信方法について、診療報酬上の扱いについては医師資格証を用いて電子署名（+タイムスタンプ）された電子紹介状は、e-文書法（民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律）に則り電子原本となるので、紙と同様の文書として扱えることから紹介状として診療報酬の算定ができる。

研修医会費減免（無料化）に伴う医師資格証の年会費対応については、医師資格証も日医入会と同時に発行し、年会費 5,000 円（税別）を減免期間中は無料とする。なお、減免期間終了後、引き続き日医の会員を継続する場合は年会費 5,000 円を徴収し、日医会員を継続せず非会員になった場合で医師資格証を持ち続けたい場合は、年会費 10,000 円を徴収する。

初めて作る際には手続きが面倒と思われるかもしれないが、一度作成すると医師であることを証明するカードになるので、一人でも多くの先生方に作っていただきたいと思う。

### 質疑応答

各県からの質問について、日医の石川常任理事が回答された。

#### 1. 医師資格証について（茨城県）

6 月 28 日に行われた日医定例代議員会にて横倉会長が「医師資格証の更なる普及」について言及された。そこで以下の 2 点について伺いたい。

- ①日医の現執行部（正副会長、常任理事、理事、監事）における普及状況について。
- ②普及に向けて、日医としての今後の具体的な計画について。

日医 ① 32 名中、21 名が所持している。

②まずは各都道府県医師会・郡市区医師会の役員の先生方に持っていただいた上で会員の先生方へ広めていただきたい。そのためには、活用方法やメリットを示さなければいけないことは重々承知している。研修会等での出欠確認や単位管理、そして身分証として活用できるようにしていきたい。広報活動として、現在、TV コマーシャルを

作成中なので、放映されるのを楽しみにしていたい。

**熊本県** 年会費 5,000 円について、無料になる可能性はあるか。また、徴収等について会員への説明が難しく、医師会費に含めていただいたほうがわかりやすくよいと考えるが、いかがか。

**日医** 年会費については発行手数料やシステム管理費を総合的に判断した上で 5,000 円としているわけだが今後、変更する可能性はなきにしもあらずである。

**東京都** 当会の役員の中で、医師資格証に医師会名が掲載されていないことに対する不満が出ている。

**日医** 勤務医の先生は所属医師会を変わることがあるため、掲載してしまうと、その都度、作り直さければいけなくなることから掲載していない。どうしてもということであればシールを貼るなどしていただきたい。

**兵庫県** 年会費（5,000 円）が必要なことに対して拘っている先生が多い。日医で負担できないのであれば、都道府県医師会と折半にする等、対策を考えるべきではないか。また、あまりにも普及が遅いと思われるので、少なくとも都道府県医師会の役員は必携とするなどしなければいけないのではないか。

**日医** 今後、検討する。

#### 2. 日レセ ORCA と連携して動作する紹介状作成ソフト「MI\_CAN」について（東京都）

MI\_CAN で作成した紹介状は医師資格証を用いた電子署名を付加した PDF 文書を作成できるが、これをどのように連携病院に送付するのか。電子メールに添付するのは、システムが脆弱なため危険であり、ID-Link（地域医療連携ネットワークサービス）や HumanBridge（地域医療ネットワークシステム）と繋げることによって受け渡しを行うのが本則かもしれないが、そうしたネットワークを設けていない診療所の場合は、どうすればよいのか。

日医 ID-Link 等で構築された地域医療情報システム内での受け渡しを想定している。メールへの添付については VPN 等用いている暗号システムの安全管理ガイドラインに則ったセキュリティが確保されているネットワークであれば問題ないと考えているが、それ以外であれば好ましくない。ネットワークを設けていない診療所であればプリントアウトしていただき、従来通りの活用をしていただきたい。

### 3. マイナンバーについて（大阪府）

マイナンバーについては情報が錯綜しており、ほとんどの会員が 10 月以降、事業所として為すべき事項を理解していない。よって、①現在の決定事項、②現在、国会審議中の法改正案の内容、③医業経営上、10 月以降に対処すべき事項、④5 月 28 日号のメディファクスに掲載されていた「自民党内で医師免許と一体化させる案」について、ご教示願いたい。

日医 ①マイナンバーを通知するカードが 10 月中に送付される。また、希望者には個人番号カードが送付され、来年の 1 月から運用開始となる。使われるのは税・社会保障・災害対策の分野に限定される。

②個人情報保護法の改正と一体で審議されている。番号に関連する内容としては、預金口座へのマイナンバー、医療等分野における利用範囲の拡充、地方公共団体の要望を踏まえた利用範囲の拡充となっている。このうち、医療分野の拡充に関しては 2 点あり、健康保険組合等が行う被保険者の特定健康診査情報の管理にマイナンバーの利用を可能とすること、また、予防接種履歴についての地方公共団体間での情報のやりとりが考えられている。現時点では、あくまで保険者や行政側の情報連携として改正案が審議されているので、いずれも医療現場にマイナンバーが入り込むリスクはゼロではないと考えており、具体的な運用方法については今後も注視が必要である。

③従業員のマイナンバーの話になるので、8 月 26 日に日医で開催するマイナンバー研修会において説明する予定である。

④自民党の「IT 戦略特命委員会」で審議され

た案であり、現在のところ、政府として検討されているわけではない。ただし、政権与党からの案であるため、今後も注視していきたい。

### 4. 病院の電子カルテを診療所等で見ることができるというシステムについて（福岡県）

診療情報の公開範囲について、診療科を越えた情報は閲覧不可の選択ができるシステムになっていると聞いているが、現状では運用上細かな権限を設定していないところが多く、他科のカルテ内容も見ることができる可能性があるが、この点をどう考えるか。

また、情報開示病院のカルテ内容を見ることができる場合に、カルテ内容を見落として医療過誤を起こしてしまったら、責任の所在はどこにあるのか。

さらに、情報開示病院の検査データが薬局でも見られることで服薬指導がしやすくなるなどのメリットがあり、これは患者にとってのメリットであるが、外来も情報開示病院に通院した方がよいということにもなる。入院は病院、外来は診療所という方針に反することにもなりかねないが、その点をどう考えるか。

日医 公開範囲については、今後の課題であると考えている。なお、紙カルテの場合、科によってカルテの色を変えている病院もある。責任の所在については、現在と変化はないと考えているが、医療連携の中にはサマリとか非データの表示が極めて大切なだと認識しており、これらを見て判断していただきたい。情報開示病院の方が外来も増えるという可能性については、もう少し地域医療連携が普及しなければ何とも言えない部分があると考えているが、反対にプライバシーの観点から情報開示病院を避ける患者も出るのではないかと思う。

# 平成 27 年度 第 1 回 医師国保通常組合会

とき 平成 27 年 7 月 23 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 32 名、出席議員 22 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、お暑い中お集まりいただき、ありがとうございます。

さて、本日は本年度第 1 回目の組合会であり、主に平成 26 年度決算関係について、ご審議をお願いすることとしております。

先生方のご協力によりまして、本組合の平成 26 年度事業は計画どおりに遂行することができました。

また、決算状況につきましては平成 26 年 4 月に保険料の引き上げをさせていただきましたので、単年度収支で約 1 億 2,500 万円の黒字決算となっております。

なお、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しについては、これまでのさまざまな議論や経緯を経て、本年 5 月に持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律が参議院本会議で可決・成立しましたが、これにより平成 28 年度から 5 年かけて段階的に見直され、現行一律 32% の定率補助率が、各組合の所得水準に応じて 13% から 32% までの 11 区分に分けられることとなりました。

所得水準が高い医師国保組合につきましては、最低補助率となる 13% が適用されますが、今後、平成 28 年度から毎年 3.8% がカットされ、平成 32 年度には 13% に引き下げられることとなります。

平成 26 年度補助金を基に試算してみると、毎年約 2,600 万円、平成 32 年度には現在より約

1 億 3 千万円の補助金収入の減収となります。

平成 28 年度以降、この減収分を補填するため、中・長期的な保険料の見直しを検討する必要があります。

今後、医療費の大幅な伸び等により財政状況が著しく悪化した場合には、先生方に保険料の改定について、お諮りさせていただきます。

このように、国保組合を取り巻く状況には非常に厳しいものがありますが、執行部一同、組合維持と健全な運営を心がけて取り組む所存ですので、引き続き先生方のご指導、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

## 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。

黒川 泰 議員

篠原 照男 議員

## III 議案審議

### 承認第 1 号 平成 26 年度事業報告について (沖中常務理事)

#### 1 被保険者

1 「被保険者の状況」では、合計欄を見ていたら、平成 25 年度末の 5,049 人に対し、平成 26 年度末は 4,858 人で、191 人の減少となっているが、この 191 人のうち、乙種組合員とその家族が 138 人を占めている。

この減少の主要な要因としては、平成 26 年 4 月の保険料の引き上げと、療養の給付付加金制度の廃止が挙げられ、乙種組合員及びその家族が本組合を脱退し、協会けんぽに加入されるケースが多く見受けられた。

本組合の被保険者数は、平成 19 年度末の 5,809

人をピークに、その翌年の平成 20 年度に後期高齢者医療制度の創設により被保険者数が大幅に減少して以降、年々減少傾向にあったものの、5,000 人台を維持していた。

しかし、2「被保険者数の推移」において、平成 26 年 5 月に 5,000 人台を割り込み、6 月以降その状況が続き、平成 26 年度末には 4,858 人となつた。平成 19 年度末から平成 26 年度末の 7 年間で約 1,000 人が減少したことになる。

今後は、この減少傾向に歯止めをかけられるよう県医師会の新規会員の先生に対し、本組合への加入促進を行うとともに、現在ご加入の被保険者の皆様に、本組合に残っていただけるよう、保健事業の充実等を検討し、今まで以上に被保険者数の確保に努めていく。

先生方におかれても、都市医師会において新規開業される先生に、ぜひ、本組合への加入について勧奨していただくようお願い申し上げる。

なお、表中のカッコ書きは、欄外に「注」として記載をしているが、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数を再掲したものである。

これに該当する被保険者の医療費に係る国庫補助率は、新規分として 13% となり、その他の

被保険者の医療費に対する国庫補助率の従来分 32% と区分して、補助金の申請をすることになる。

なお、所得水準の高い国保組合として医師国保組合は、従来分の補助率 32% について、平成 28 年度から 5 年間で 13% に削減されることになっており、平成 32 年度には全被保険者の医療費に対する補助率が 13% となる。

また、70 歳以上（再掲）の欄において、「一般」に「1 割」と「2 割」がある。

70～74 歳の被保険者のうち、所得が「一般」に該当する被保険者で、平成 26 年 4 月 2 日以降に 70 歳の誕生日を迎えた被保険者は 2 割となり、それ以前に 70 歳になった被保険者は 1 割となるため、区分して記載している。

3「介護保険第 2 号被保険者数の推移」は、本組合の 40 歳以上 65 歳未満の該当被保険者数の推移を掲げているが、1「被保険者の状況」と同様、減少傾向にある。

参考として、「長寿医療制度対象組合員（被保険者でない組合員）の状況」を掲載している。平成 26 年度末で 75 歳以上の被保険者でない甲種組合員が 165 人、乙種組合員が 25 人いる。広域連合の被保険者であるので、組合員資格のみ

## 出席者

### 組合会議員

大島郡	嶋元	徹	萩	市	中嶋	薰	
玖	珂	河郷	忍	徳	山	津田	廣文
熊毛郡	近藤	幸宏	徳	山	佐藤	信一	
吉	南	岡村	均	防	府	木村	正統
厚狭郡	河村	芳高	下	松	篠原	照男	
美祢郡	坂井	久憲	岩国市	小林	元壯		
下関市	石川	豊	岩国市	保田	浩平		
宇部市	矢野	忠生	小野田	西村	公一		
宇部市	黒川	泰	光	市	平岡	博	
宇部市	猪熊	哲彦	柳	井	前濱	修爾	
山口市	矢野	秀	長門市	半田	哲朗		

### 役員

理事長	小田	悦郎	理事	原	伸一
副理事長	吉本	正博	理事	船津	浩彦
副理事長	濱本	史明	監事	山本	貞壽
常務理事	沖中	芳彦	監事	武内	節夫
(法令遵守・JCHO適合) 担当理事		萬	忠雄		
理事	河村	康明			
理事	弘山	直滋			
理事	加藤	智栄			
理事	藤本	俊文			
理事	香田	和宏			
理事	中村	洋			

を継続されることとなるが、本組合の健康診断を受診されるなど保健事業の対象者となり、また、75 歳未満の甲種組合員の家族や乙種組合員などが引き続き本組合の被保険者として加入していたいている。

4「甲種組合員の年齢構成」を平成 26 年 5 月 1 日現在で示している。平均年齢は 61.3 歳となっている。

## 2 保険給付

1「医療給付の状況」の各表について、(1) 全体分のほか、再掲として(2) 65 ~ 74 歳までの前期高齢者分、(3) 70 歳以上一般分、(4) 70 歳以上現役並み所得者分及び(5) 未就学児分を示している。

1「医療給付の状況」の(1) 全体分では、療養の給付等と療養費等を合計して、費用額計は 8 億 2,287 万 2,206 円となる。これを欄外の 25 年度の数値と比較すると対前年度比 93.5 % で、額にして約 5,729 万円の減となっている。

過去 3 年間の費用額の対前年度比の推移を見ると、平成 23 年度は 1.1%、平成 24 年度は 10.8%、平成 25 年度は 3.3% と増加していたが、平成 26 年度においては 6.5% の減少に転じている。

この医療費の減少は、被保険者数の減少も一因と考えられるが、1 件 100 万円以上の高額レセプト件数及び点数の減少や、前年度に比べ入院医療費が約 4,000 万円減少している方がいることが主な要因となっている。

なお、医療費全体では減少しているが、くも膜下出血で長期入院され、年間入院費用額が平成 25 年度に統いて、平成 26 年度も 1,000 万円を超えている方がいる。また、レセプト 1 件での最高額は、くも膜下出血による費用額 351 万円となっている。

再掲の(2) 前期高齢者分、(3) 70 歳以上一般分及び(4) 70 歳以上現役並み所得者分では、平成 25 年度と比較して件数は増加しているが、費用額は減少している。65 歳以上の被保険者について、入院外の件数は増加し、入院医療費は減少したため、件数と費用額が比例していない状況と

なっている。

なお、(5) 未就学児分については、先程の 65 歳以上の被保険者と異なり、件数は減少しているにもかかわらず費用額は増加している。入院外の件数が減少、入院医療費が約 300 万円増加したことによるものである。

なお、療養費については、件数は 582 件、費用額は約 412 万円となっている。これは、コルセット等の装具や柔道整復師等による施術に対する給付であるが、前年度と比較すると 10 件、約 43 万 6 千円の増加となった。

柔道整復師に係る療養費については、平成 25 年度以降、負傷原因等の全件患者調査を実施しており、平成 25 年度においては件数、費用額ともに減少し、調査の効果等が見られたところであるが、平成 26 年度においては 12 件、約 15 万円の増加という結果であった。

『医師国保のしおり』に「柔道整復師の正しいかかり方」を掲載するなど、適正受療について被保険者への周知に努めているが、今後も全件調査の実施と併せて、適正受診の周知を徹底したいと考えている。

次に、2「療養の給付等」では、診療費、調剤、食事療養・生活療養、訪問看護ごとに件数と費用額を記載している。

また、診療費については、3「療養の給付等内訳（診療費）」として、入院、入院外、歯科に区分して、それぞれ件数、日数、費用額等を記載している。

4「高額療養費負担分」については、所得により自己負担限度額が区分されている。

平成 26 年 12 月診療分までは、「上位所得者」、「一般」及び「低所得者（非課税）」の 3 区分だったが、平成 27 年 1 月診療分より「旧ただし書き所得 901 万円超」、「旧ただし書き所得 600 万円超 ~ 901 万円以下」、「旧ただし書き所得 210 万円超 ~ 600 万円以下」、「旧ただし書き所得 210 万円以下」及び「住民税非課税」の 5 区分に細分化されている。それぞれ、自己負担限度額を超えた額を高額療養費として支給している。

平成 26 年度における支給件数は 509 件、高額療養費の支給額は 4,613 万 9,358 円となり、

昨年度と比較して 52 件、約 936 万円の大幅な減少となった。入院医療費等の高額レセプトが減少したことによる支給額の減少となっている。

次に 5 「療養の給付付加金」であるが、この制度は平成 26 年 3 月診療分までとし、平成 26 年 4 月診療分以降、廃止させていただいた。これにより、平成 26 年度は 4 月と 5 月に平成 26 年 2・3 月診療分の 2 か月分のみを支給したので、件数、支給額ともに減少している。

6 「傷病手当金」については、平成 13 年 4 月に乙種組合員を対象に創設した制度であるが、平成 24 年 4 月からは甲種組合員の先生も対象となっている。平成 26 年度は合計で 13 人、319 万 8 千円を支給している。

7 「その他の保険給付」で、「出産育児一時金」は 39 件分 1,635 万円、「葬祭費」は甲種組合員分として 4 件 80 万円を、その他の被保険者について 8 件 80 万円を支給している。

### 3 保健事業

1 「健康診断の実施」において、実施都市医師会は 16 都市で、実施者の合計は 1,376 人、助成金は 2,979 万 3,246 円であり、前年度と比較して若干の増加があった。

40 歳から 75 歳までの特定健康診査対象者については、この健康診断を受診することにより、特定健診を受診したとみなすので、ぜひ、健診項目が充実しているこの健康診断をご活用いただくようお願いをする。

2 「保健事業費の助成」は、甲種組合員 1 人当たり 700 円を 1 月末日の人数に基づいて各都市医師会に助成し、76 万 2,300 円を支出している。

平成 20 年 4 月から保険者に義務づけられた、3 「特定健康診査・特定保健指導」について、26 年度の実施状況を掲げている。

(1) 特定健康診査では、対象者の 2,688 人に対し、実施者は特定健診受診者と特定健診受診者とみなした者をあわせて 1,420 人で、受診率は約 53% となり、前年度と同率であった。第 2 期実施計画で定めた平成 26 年度の目標値 55% に達することができず、今後、未実施者への受診勧奨等の検討をしたいと考えている。

なお、甲種組合員とご家族の受診率が低いことから、改めてご協力を願い申し上げる。

また、事業者健診受診者については、平成 23 年度から事業者健診の結果データを提供していただいているが、平成 26 年度においては 104 人のデータをご提供いただいたところである。これにより受診率が約 4% 増加しており、先生方のご協力に感謝申し上げる次第である。

(2) 特定保健指導については 1,420 人の受診者のうち、動機付け支援対象者 59 人、積極的支援対象者 36 人に「特定保健指導利用券」を送付したが、利用者は動機付け支援 6 人、積極的支援 3 人となっている。

特定保健指導についても、目標値 15% に達することができなかった。引き続き、先生方の積極的なご協力をどうぞよろしくお願い申し上げる。

次に、4 「死亡見舞金の支給」は、75 歳以上の被保険者でない組合員がお亡くなりになった際に 10 万円を支給するが、9 人分 90 万円を支出している。

5 「第 13 回学びながらのウォーキング大会」は、昨年 11 月 23 日に防府市で開催したウォーキング大会について、参加者数等の実施状況を記載している。

6 「甲種組合員疾病分類」は、平成 26 年 5 月診療分について、45 歳未満、45~69 歳、70~74 歳の 3 区分に分けて示しているが、9 の循環器系の疾患が多いことがわかった。

4 「組合会」以降は、当組合の運営について説明したもので組合会、理事会、監事會の開催日時や議題を掲げ、さらに中国四国医師国保組合連絡協議会や全医連等の開催について、その概要を掲載している。

### 議案第 1 号 平成 26 年度歳入歳出決算について

沖中常務理事 歳入歳出予算額 15 億 591 万 2 千円に対し、歳入決算額は 14 億 6,377 万 2,896 円、歳出決算額は 12 億 9,549 万 4,637 円で、歳入歳出差引額は 1 億 6,827 万 8,259 円となっている。

平成 26 年 4 月に、保険料の引き上げをさせていただいたことによる歳入決算額の増と、医療費

の減少による歳出決算額の減により、差引額は見込みを上回る額となっている。

#### <歳入の部>

第 I 款「国民健康保険料」は、10 億 6,918 万円の収入があり、収入総額の約 73% を占めている。

平成 26 年 4 月の保険料の改正では、月額保険料について、医療給付費分は甲種組合員 4 千円、組合員の家族 2 千円、乙種組合員 3 千円の引き上げを実施し、後期高齢者支援金分は全被保険者 500 円、介護納付金分は 40 ~ 64 歳までの被保険者全員について 500 円の引き上げをさせていただいた。

この改正により、前年度より約 2 億 700 万円の增收見込みをして予算額を計上していたが、被保険者数の減少により、予算額に対して 3,265 万 2 千円の減収となっている。

第 II 款第 1 項「国庫負担金」は、本組合の入件費等に対する事務費負担金で、被保険者数によって算定され、465 万 6,378 円の補助があった。

第 2 項「国庫補助金」の「療養給付費等補助金」は、本組合が支出した療養給付費等、後期高齢者支援金、介護納付金に対する補助であり、合計して 2 億 9,851 万 6,508 円の補助があった。

なお、この「療養給付費等補助金」の中には、共同事業拠出金の共通システム共同事業負担金として、全国国保組合協会に支払った 142 万円に対する同額の補助金やウォーキング大会等の経費の一部についての補助金も含まれている。

「出産育児一時金等補助金」のうち、「出産育児一時金補助金」は、42 万円の支給に対して 10 万 5 千円、39 万円の支給に対し 97,500 円の補助金が交付され、補助金の交付額は 482 万 2 千円となっている。

「高額医療費共同事業補助金」は、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会に、高額医療費共同事業拠出金として、平成 26 年度に 2,303 万 1 千円を支払ったが、これに対し 130 万 6 千円の補助金があった。

「特定健康診査等補助金」は、平成 26 年度の特定健診、特定保健指導の実施見込み件数に対し、

78 万 9 千円の補助金があった。

第 III 款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業で、各國保組合が拠出金を出し合い、1 件が 100 万円を超えるレセプトについて、その 100 万円を超える額に応じて全国国保組合協会から交付金が支給され、平成 26 年度の交付額は 1,651 万円であった。しかし、事務費と合わせて共同事業拠出金として 2,305 万 2 千円を拠出しているので、654 万 2 千円ほど拠出金が多く、26 年度においては本組合は共同事業の恩恵を受けることができなかった。

第 IV 款「財産収入」は、第 1 項「財産運用収入」で、予算額 10 万円に対し 6 万 4,480 円の利息収入があった。なお、繰入金はない。

第 VI 款「繰越金」は、25 年度剰余金からの繰り越しであり、6,672 万 1,953 円となり、予算額とほぼ同額であった。

第 VII 款「諸収入」の第 1 項「預金利子」は平素、組合の運用に充てている資金の利息となるが利息のつかない決済性預金にしており、利息はない。

第 2 項「雑入」は、山口県国保連合会から、70 歳以上の一般に該当する被保険者の療養費の 1 割分が交付されたものである。「第三者納付金」は、交通事故による給付に対し求償した額となり、「返納金」はない。

以上により、収入合計額は 14 億 6,377 万 2,896 円となっている。

#### <歳出の部>

第 I 款「組合会費」は、組合会開催に要した経費で、192 万 6,680 円を支出している。

第 II 款第 1 項「総務管理費」は、役員報酬等の入件費や旅費、消耗品費など事務経費として、3,288 万 1,516 円を支出している。

なお、「給料」、「需用費」、「役務費」、「負担金補助及び交付金」については、予算額に不足額が生じたので、「備品購入費」から 41 万 4,835 円の節間流用を行っている。このうち、「役務費」が約 24 万円を占めているが、これは平成 26 年度に実施した所得調査にかかる郵送料や市町役場に「所得・課税証明書」の発行手数料を支払っており、予算額を超過したためである。

第 2 項「徴収費」は、各都市医師会へ保険料徴収事務費として甲種組合員 1 人あたり 500 円を交付し、54 万 4,500 円を支出している。予算編成時より甲種組合員の人数が減少したことにより、予算額に対し約 3 万円の不用額が生じている。

第Ⅲ款「保険給付費」では、第 1 項「療養諸費」内の「療養給付費」において、支出額が 5 億 7,955 万 5,148 円で前年度より約 4,533 万円の減となり、予算額に対し 6,631 万 7,852 円の不用額が生じている。「療養費」は 292 万 394 円を支出しており、「審査手数料」については 297 万 7,555 円の支出となっている。これについては、平成 25 年度に山口県国保連合会に支払った額に剩余金が生じたため、平成 26 年度支払額から 30 万 7,863 円が調整（相殺）されており、予算額に対し約 29 万円の不用額が生じた。

第 2 項「高額療養費」の支出額は 4,613 万 9,358 円で前年度比 83% となり、予算額に対し不用額が約 1 千万円となっている。

なお、「高額介護合算療養費」と第 3 項「移送費」の支出はなかった。

第 4 項内「出産育児一時金」は 1,635 万円を支出している。また、「支払手数料」は出産育児一時金の直接支払制度を利用された場合に、山口県国保連合会に 1 件あたり 210 円を手数料として支払っており、平成 26 年度は 36 件分の 7,560 円を支出している。

第 5 項「葬祭諸費」等は、160 万円を支出している。

第 6 項「療養の給付付加金」については、2か月分の支給額であるが、予算額に対し 36 万 3,317 円の不足額が生じたので、第 7 項「傷病手当金」から款内流用を行っている。

第 7 項「傷病手当金」は、319 万 8 千円を支出した。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」では 2 億 6,860 万 1,700 円を、また、第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」では、9,963 万 2,461 円を社会保険診療報酬支払基金に納付している。

この二款については、厚労省が示した算出式により予算額を計上していたが不足が生じ、予備費から第Ⅳ款は 9 万 8,967 円、第Ⅴ款は 23 万 6,728

円を充当している。

第Ⅵ款「老人保健拠出金」については、事務費拠出金として 8,087 円を支払基金に納付している。

第Ⅶ款「介護納付金」では、支払基金から各保険者の介護保険第 2 号被保険者数に応じた納付金の請求があり、平成 26 年度は 1 億 4,826 万 7,019 円を支出した。

第Ⅷ款第 1 項「共同事業拠出金」は、2,305 万 2 千円を支払っている。また、第 2 項「共同事業負担金」は、平成 23 年度から支出している項目であるが、全国国保組合協会が開発している国保組合共通システムに対する負担金となる。各国保組合の被保険者数を基に全国国保組合協会が算出した額で、26 年度は 142 万円を負担している。

第Ⅸ款「保健事業費」では、特定健診・特定保健指導、健康診断やウォーキング大会の経費等約 3,709 万円を支出している。「特定健康診査等事業費」では、「役務費」の 86 万 1,699 円の中で、事業者健診結果データ提供手数料として 1 人あたり 1,000 円を支出し、26 年度は 10 万 4 千円を支給している。

なお、特定健診及び保健指導とともに、実施者が予算計上した人数を下回ったため、予算額に約 167 万円の残額が出ている。

また、第 2 項「保健事業費」内の「負担金補助及び交付金」に計上していた健康診断の助成額についても、約 717 万円の残額がでている。被保険者の健康保持・増進のための事業なので、対象者の方に受診をしていただくよう先生方のご協力をよろしくお願い申し上げる。

第 2 項内の「高額医療費貸付金」、「出産費資金貸付金」において、平成 26 年度は新たに積み立てはしなかった。

第 3 項の「死亡見舞金」は、90 万円を支給している。

第Ⅹ款「積立金」内の「特別積立金」は、毎年度末において、その年度の「保険給付費」、「老人保健拠出金」、「後期高齢者支援金等」、「前期高齢者納付金」及び「介護納付金」の合計額から補助金を控除した額の 12 分の 2 を翌年度末日までに積み立てておかなければならぬと規定されて

いる法定積立金の一つである。法定積立額以上を保有しているので、新たな積み立てはしなかった。また、「職員退職給与金積立金」は、100 万円を積み立てている。

第 XI 款「公債費」の支出はない。

第 XII 款「諸支出金」内の「償還金」は、平成 25 年度療養給付費分補助金の超過交付分を含む 2,395 万 8,488 円の国庫補助金を返還したものである。不足額は、予備費からの充当を行ったところである。

第 XIII 款「予備費」については、充当額の合計が 2,429 万 183 円となり、予算現額及び不用額は 1 億 1,783 万 2,817 円となった。

以上により、支出合計額は 12 億 9,549 万 4,637 円となり、歳入歳出差引額は 1 億 6,827 万 8,259 円となった。

## 議案第 2 号 平成 26 年度歳計剩余金の処分について

**沖中常務理事** 1 億 6,827 万 8,259 円の剩余金がでたので、全額を翌年度繰越金にしようとするものである。

給付費等支払準備金については、法で定められた額以上を積み立てているので、積み立てはせず、剩余金の全額を平成 27 年度繰越金にする。

なお、平成 27 年度繰越金の予算額は、1 億 2,888 万 5 千円を計上しているので、約 4,000 万円の増額となっている。

### 監査報告

議長、監事の監査報告を求める。

**山本監事** 山口県医師国民健康保険組合の平成 26 年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

平成 27 年 7 月 9 日

山口県医師国民健康保険組合

監事 山本 貞壽

監事 武内 節夫

監事 藤野 俊夫

### 採決

議長、全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。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

### 1 被保険者

#### 1. 被保険者の状況

種別	内訳		25 年度末現在数	26 年度中加入者数	26 年度中脱落者数	26 年度末現在数	構成比
	甲種組合員	乙種組合員					
甲種組合員	(248) 人 932		(13) 人 37		(1) 人 49	(261) 人 920	18.9%
甲種組合員の家族	(507) 人 1,589		(48) 人 89		(14) 人 130	(541) 人 1,548	31.9%
乙種組合員	(1,389) 人 1,923		(250) 人 307		(275) 人 368	(1,364) 人 1,862	38.3%
乙種組合員の家族	(447) 人 665		(98) 人 119		(140) 人 196	(401) 人 528	16.9%
合計	(2,592) 人 5,049		(409) 人 552		(434) 人 743	(2,567) 人 4,858	100.0%

注 ( ) は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

#### 2. 被保険者数の推移

種別	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計	70 歳以上 (再掲)		65~74 歳 (再掲)		未就学児 (再掲)	
						現役並み	一般	74 歳		1 制	2 制
								現役並み	一般	74 歳	
26 年 4 月	(253) 人 927	(511) 人 1,572	(1,416) 人 1,948	(441) 人 586	(2,621) 人 5,033	(16) 人 157	(16) 人 59	(16) 人 59	(0) 人 0	(102) 人 337	(75) 人 129
5 月	(254) 人 925	(518) 人 1,552	(1,411) 人 1,942	(441) 人 577	(2,622) 人 4,996	(16) 人 158	(16) 人 59	(16) 人 59	(0) 人 0	(101) 人 543	(78) 人 128
6 月	(255) 人 923	(516) 人 1,551	(1,411) 人 1,940	(440) 人 576	(2,620) 人 4,990	(17) 人 180	(17) 人 58	(17) 人 58	(0) 人 0	(105) 人 543	(77) 人 128
7 月	(253) 人 927	(518) 人 1,554	(1,373) 人 1,895	(423) 人 554	(2,567) 人 4,830	(17) 人 180	(17) 人 58	(17) 人 58	(0) 人 1	(101) 人 541	(80) 人 131
8 月	(253) 人 928	(518) 人 1,551	(1,364) 人 1,881	(421) 人 548	(2,556) 人 4,809	(17) 人 158	(17) 人 61	(17) 人 61	(0) 人 1	(104) 人 543	(81) 人 131
9 月	(255) 人 927	(526) 人 1,555	(1,358) 人 1,877	(417) 人 546	(2,556) 人 4,905	(16) 人 159	(17) 人 61	(17) 人 61	(0) 人 5	(101) 人 544	(85) 人 134
10 月	(256) 人 928	(527) 人 1,562	(1,350) 人 1,868	(413) 人 536	(2,555) 人 4,894	(16) 人 159	(17) 人 60	(17) 人 60	(1) 人 6	(105) 人 547	(88) 人 137
11 月	(256) 人 928	(526) 人 1,565	(1,355) 人 1,874	(412) 人 538	(2,549) 人 4,905	(17) 人 184	(17) 人 58	(17) 人 58	(0) 人 8	(107) 人 552	(89) 人 140
12 月	(257) 人 927	(530) 人 1,561	(1,360) 人 1,869	(411) 人 536	(2,558) 人 4,898	(17) 人 165	(17) 人 57	(17) 人 57	(1) 人 9	(110) 人 555	(91) 人 143
27 年 1 月	(259) 人 922	(535) 人 1,555	(1,363) 人 1,862	(410) 人 532	(2,567) 人 4,871	(17) 人 184	(17) 人 54	(17) 人 54	(1) 人 9	(110) 人 557	(91) 人 142
2 月	(261) 人 919	(542) 人 1,548	(1,357) 人 1,858	(405) 人 531	(2,565) 人 4,856	(17) 人 186	(17) 人 53	(17) 人 53	(2) 人 11	(116) 人 563	(90) 人 139
3 月	(261) 人 920	(541) 人 1,548	(1,364) 人 1,862	(401) 人 528	(2,567) 人 4,858	(15) 人 185	(16) 人 52	(16) 人 12	(2) 人 567	(116) 人 567	(90) 人 139

注 ( ) は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

## 3. 介護保険第 2 号被保険者数の推移

年月	種別	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計
26 年 4 月	(221)	人 643	人 1,172	人 89	人 109	人 (1,274) 2,383
5 月	(222)	人 641	人 1,170	人 90	人 110	人 (1,275) 2,378
6 月	(222)	人 639	人 1,170	人 89	人 109	人 (1,273) 2,376
7 月	(221)	人 634	人 1,145	人 85	人 105	人 (1,249) 2,344
8 月	(220)	人 628	人 1,142	人 85	人 104	人 (1,245) 2,333
9 月	(221)	人 629	人 1,145	人 84	人 103	人 (1,248) 2,336
10 月	(221)	人 628	人 1,140	人 82	人 99	人 (1,245) 2,326
11 月	(221)	人 627	人 1,142	人 81	人 98	人 (1,240) 2,325
12 月	(221)	人 624	人 1,142	人 79	人 95	人 (1,242) 2,317
27 年 1 月	(222)	人 617	人 1,140	人 76	人 93	人 (1,242) 2,303
2 月	(225)	人 613	人 1,133	人 74	人 91	人 (1,238) 2,291
3 月	(225)	人 612	人 1,129	人 72	人 90	人 (1,230) 2,284

注 ( ) は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

## 参考 長寿医療制度対象組合員（被保険者でない組合員）の状況

内訳	25 年度未現在数	26 年度中加入者数	26 年度中脱退者数	26 年度未現在数
甲種組合員	169 人	14 人	18 人	165 人
乙種組合員	23 人	3 人	1 人	23 人
合 計	192 人	17 人	19 人	190 人

## 4. 甲種組合員の年齢構成（平成 26 年 5 月 1 日現在）

年齢区分	甲種組合員数	(再掲 女性)	備考
25 歳未満	一人	(一 人)	
25 歳～29 歳	7 人	( 1 人)	
30 歳～34 歳	21 人	( 6 人)	
35 歳～39 歳	16 人	( 3 人)	
40 歳～44 歳	58 人	( 15 人)	
45 歳～49 歳	85 人	( 11 人)	
50 歳～54 歳	134 人	( 16 人)	
55 歳～59 歳	188 人	( 18 人)	
60 歳～64 歳	178 人	( 17 人)	
65 歳～69 歳	135 人	( 15 人)	
70 歳～74 歳	108 人	( 11 人)	
75 歳～79 歳	73 人	( 1 人)	
80 歳～84 歳	38 人	( 一 人)	
85 歳～89 歳	41 人	( 2 人)	
90 歳以上	11 人	( 一 人)	
合 計	1,103 人	( 116 人)	
平均年齢	61.3 歳	( 55.7 歳)	

## 2 保険給付

## 1. 医療給付の状況

## (1) 全体

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	52,638 <sup>7</sup>	818,748,394 <sup>7</sup>	578,364,620 <sup>7</sup>	220,549,656 <sup>7</sup>	19,834,118 <sup>7</sup>
食事療養・生活療養(再掲)	399	6,833,887	4,178,267	2,196,240	159,580
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	582	4,123,812	2,904,345	1,203,418	16,049
移送費	—	—	—	—	—
計	52,620	822,872,296	581,288,905	221,753,074	19,850,107
参考 25 年度	53,167	880,158,424	621,308,763	237,398,893	21,450,768

## (2) 前期高齢者分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	9,173 <sup>7</sup>	216,974,974 <sup>7</sup>	154,897,308 <sup>7</sup>	59,921,424 <sup>7</sup>	3,056,247 <sup>7</sup>
食事療養・生活療養(再掲)	122	2,222,434	1,373,174	841,060	5,200
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	68	915,376	656,895	242,522	16,049
移送費	—	—	—	—	—
計	9,241	217,890,356	155,554,108	59,263,946	3,072,296
参考 25 年度	8,581	239,184,192	170,902,028	64,593,421	3,788,743

## (3) 70 歳以上一般分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	1,658 <sup>7</sup>	32,278,556 <sup>7</sup>	25,764,234 <sup>7</sup>	4,695,594 <sup>7</sup>	1,815,728 <sup>7</sup>
食事療養・生活療養(再掲)	18	304,946	185,346	113,700	3,900
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	7	160,454	128,386	16,049	16,049
移送費	—	—	—	—	—
計	1,665	32,439,040	25,892,620	4,714,643	1,831,777
参考 25 年度	1,417	36,651,685	29,242,704	5,129,436	2,279,545

## (4) 70 歳以上現役並み所得者分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	2,782 <sup>7</sup>	88,063,412 <sup>7</sup>	47,582,638 <sup>7</sup>	20,262,850 <sup>7</sup>	217,954 <sup>7</sup>
食事療養・生活療養(再掲)	38	732,662	465,102	287,560	—
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	19	159,895	111,882	47,913	—
移送費	—	—	—	—	—
計	2,781	88,223,247	47,694,580	20,310,783	217,954
参考 25 年度	2,661	72,067,707	50,296,167	21,741,314	△29,674

## (5) 未就学児分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	2,187 <sup>7</sup>	26,740,970 <sup>7</sup>	21,343,176 <sup>7</sup>	2,182,807 <sup>7</sup>	3,214,987 <sup>7</sup>
食事療養・生活療養(再掲)	17	252,500	152,400	42,120	57,980
食事療養	—	—	—	—	—
療養費	2	17,000	13,000	3,400	—
移送費	—	—	—	—	—
計	2,189	26,757,970	21,356,776	2,188,207	3,214,987
参考 25 年度	2,323	22,936,983	18,328,977	1,975,364	2,632,542

## 2. 療養の給付等

## (1) 全体分

種 别	件 数	費 用 額
診療費	36,157	835,634,762
調剤	15,871	175,327,725
食事療養・生活療養	(399)	6,833,887
訪問看護	10	952,020
計	52,038	818,748,394
参考 25 年度	52,595	876,471,278

## (2) 前期高齢者分再掲

種 別	件 数	費 用 額
診療費	6,239	171,636,780
調剤	2,932	42,719,900
食事療養・生活療養	(122)	2,223,434
訪問看護	2	392,860
計	9,173	216,974,974
参考 25 年度	8,512	238,452,498

(3) 70歳以上一般分再掲			
種 別	件 数	費 用 額	
療養の給付等	診療費	1,080	25,788,040 円
	調剤	578	6,185,570
	食事療養・生活療養	(18)	304,946
	訪問看護	—	—
	計	1,658	32,278,556
参考 25年度	1,405	36,370,974	

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲			
種 別	件 数	費 用 額	
療養の給付等	診療費	1,905	54,406,440 円
	調剤	857	12,904,540
	食事療養・生活療養	(38)	752,682
	訪問看護	—	—
	計	2,782	68,063,442
参考 25年度	2,638	71,814,420	

(5) 未就学児分再掲			
種 別	件 数	費 用 額	
療養の給付等	診療費	1,382	21,428,830 円
	調剤	825	5,064,640
	食事療養・生活療養	(17)	252,500
	訪問看護	—	—
	計	2,187	26,740,970
参考 25年度	2,220	22,883,516	

## 3. 療養の給付等内訳(診療費)

## (1) 全体分

種 別	件 数	日 数	費 用 額	受診率	1 件当たり 当たる日数	1 件当たり 費用額	被 保 险 者 1人当たり 費用額
入院	434 <sup>件</sup>	4,441 <sup>日</sup>	210,406,661 円	0.69 <sup>回</sup>	10.23 <sup>日</sup>	484,808 円	42,766 円
入院外	27,038	38,931	331,987,641	5.50	1.44	12,279	67,477
歯科	8,685	15,411	93,246,460	1.76	1.77	10,736	18,951
合 計	36,157	58,783	635,634,762	7.33	1.83	17,580	129,194
参考 25年度	36,805	61,261	702,632,520	7.28	1.87	18,073	128,879

## (2) 前期高齢者分再掲

種 別	件 数	日 数	費 用 額	受診率	1 件当たり 当たる日数	1 件当たり 費用額	被 保 险 者 1人当たり 費用額
入院	128 <sup>件</sup>	1,370 <sup>日</sup>	69,603,710 円	0.25 <sup>回</sup>	10.70 <sup>日</sup>	543,779 円	126,783 円
入院外	4,722	7,412	86,097,530	8.60	1.57	18,233	156,826
歯科	1,389	2,555	15,938,540	2.53	1.84	11,475	29,032
合 計	6,239	11,357	171,639,780	11.36	1.82	27,511	312,641
参考 25年度	5,871	11,480	198,828,560	11.33	1.96	33,846	383,839

## (3) 70歳以上一般分再掲

種 別	件 数	日 数	費 用 額	受診率	1 件当たり 当たる日数	1 件当たり 費用額	被 保 险 者 1人当たり 費用額
入院	20 <sup>件</sup>	193 <sup>日</sup>	9,173,880 円	0.32 <sup>回</sup>	9.65 <sup>日</sup>	498,694 円	145,617 円
入院外	858	1,398	14,279,330	13.62	1.63	16,759	228,243
歯科	202	389	2,234,850	3.20	1.93	11,084	35,474
合 計	1,060	1,980	25,788,040	17.14	1.83	23,878	409,334
参考 25年度	918	1,924	30,257,190	16.10	2.10	32,960	530,827

## (4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

種 別	件 数	日 数	費 用 額	受診率	1 件当たり 当たる日数	1 件当たり 費用額	被 保 险 者 1人当たり 費用額
入院	38 <sup>件</sup>	427 <sup>日</sup>	20,155,970 円	0.24 <sup>回</sup>	11.24 <sup>日</sup>	520,884 円	125,068 円
入院外	1,441	2,271	29,883,620	8.95	1.58	20,738	185,613
歯科	426	736	4,388,850	2.64	1.73	10,298	27,247
合 計	1,905	3,434	54,406,440	11.83	1.80	28,560	337,928
参考 25年度	1,852	3,863	59,695,840	11.66	2.00	32,585	380,228

## (5) 未就学児分再掲

種 別	件 数	日 数	費 用 額	受診率	1 件当たり 当たる日数	1 件当たり 費用額	被 保 险 者 1人当たり 費用額
入院	29 <sup>件</sup>	172 <sup>日</sup>	7,864,750 円	0.15 <sup>回</sup>	5.80 <sup>日</sup>	380,238 円	57,813 円
入院外	1,160	1,805	11,928,510	8.59	1.64	10,281	88,345
歯科	182	285	1,692,570	1.35	1.57	9,360	12,557
合 計	1,362	2,382	21,423,820	10.09	1.73	15,730	158,695
参考 25年度	1,405	2,345	17,858,320	9.90	1.87	12,711	125,763

## 4. 高額療養費負担分

件 数	費 用 額	保 保 贻 費	被 保 险 者 負 担 分	他 法 負 担 分
509	248,691,000	176,210,202	46,130,558	24,106,601
参考 25年度	561	297,971,650	211,211,133	55,504,470

## 5. 療養の給付付加金

種 別	件 数	費 用 額	療養の給付付加金
甲種組合員	65		2,889,085
乙種組合員	94		1,474,232
合 计	159		4,363,317

参考 25年度 1,029 25,821,762

## 6. 傷病手当金

種 別	支給者数	日 数	傷病手当金
甲種組合員	5 人	257 <sup>日</sup>	1,542,000 円
乙種組合員	8 人	552	1,656,000
合 計	13 人	809	3,198,000

参考 25年度 11 916 3,990,000

## 7. その他の保険給付

種 別	件 数	支 給 額
出産育児一時金	39	16,350,000 円
葬祭費	12	1,600,000

参考 25年度 出産育児一時金 32 13,373,655

葬祭費 11 1,700,000

## 3 保 健 事 業

## 1. 健康診断の実施

実施都市医師会	実 施 者			費 用 額	助 成 金
	甲種組合員	乙種組合員	乙種組合員の配偶者		
16	252	138	964	22	1,376

参考 25年度 16 241 132 973 16 1,362 29,952,088 28,879,319

## 2. 保健事業費の助成

中種組合員	保 健 事 業 費
1,089 人	762,300 円

参考 25年度 1,109 776,300

## (1) 特定健康診査

対象者	実 施 者		特 定 健 康 受 診 者 と 見 な し た 者	健 康 診 斷 受 診 者	計
	特 定 健 康 受 診 者	健 康 診 斷 受 診 者			
中種組合員	858	27	218	—	245
中種組合員の家族	558	56	132	—	188
乙種組合員	1,118	228	611	104	943
乙種組合員の家族	141	28	16	—	44
計	2,688	358	977	104	1,420

参考 25年度 2,627 343 953 91 1,392

## 4. 死亡見舞金の支給

甲種組合員	9件	900,000 円
乙種組合員	—	—
合 計	9件	900,000 円

参考 25年度 8件 800,000 円

## 5. 第13回「学びながらのウォーキング大会」の実施

開 催 日	平成26年11月23日(日・祝)


<tbl\_r cells="

## 6. 甲種組合員（長寿医療制度対象組合員を除く）疾病分類（平成26年5月診療分）

番号	疾 病 别 大 分 類	年齢別				計
		45歳未満	45~69歳	70~74歳	75歳以上	
1	感染症及び寄生虫症	2	4	2	5	13
2	新生物	1	21	12	34	
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2	—	1	3	
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	2	37	5	44	
5	精神及び行動の障害	1	10	3	14	
6	神経系の疾患	1	13	5	19	
7	眼及び付属器の疾患	2	23	5	30	
8	耳及び乳様突起の疾患	2	3	1	6	
9	循環器系の疾患	2	46	27	75	
10	呼吸器系の疾患	3	18	7	28	
11	消化器系の疾患	2	20	4	26	
12	皮膚及び皮下組織の疾患	1	4	2	7	
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	2	20	4	26	
14	尿路性器系の疾患	4	7	3	14	
15	妊娠、分娩及び産じょく	—	—	—	—	
16	周産期に発生した病態	—	—	—	—	
17	先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	
18	症状、徵候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1	2	3	6	
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	1	9	1	11	
合 計		29	237	85	351	

## 7. 死没甲種組合員（長寿医療制度対象組合員を含む）疾病分類（平成26年度）

番号	疾 病 别 大 分 類	人 数
1	感染症及び寄生虫症	—
2	新生物	5
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	1
5	精神及び行動の障害	—
6	神経系の疾患	1
7	眼及び付属器の疾患	—
8	耳及び乳様突起の疾患	—
9	循環器系の疾患	2
10	呼吸器系の疾患	2
11	消化器系の疾患	—
12	皮膚及び皮下組織の疾患	—
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	—
14	尿路性器系の疾患	—
15	妊娠、分娩及び産じょく	—
16	周産期に発生した病態	—
17	先天奇形、変形及び染色体異常	—
18	症状、徵候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	—
合 計		13
死 亡 者 の 平 均 年 齡		79.6

## 4 組 合 会

開催月日	提 出 議 案
7月24日	第 1 回 通 常 組 合 会 1. 承認事項 承認第1号 平成25年度事業報告について
2月19日	第 2 回 通 常 組 合 会 1. 承認事項 承認第1号 「理事の専決処分」事項について 承認第2号 平成27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 2. 議決事項 議案第1号 平成27年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について 議案第2号 平成27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

## 5 理 事 会

回	開催月日	審 議 事 項
第1回	4月 3日	1. 傷病手当金支給申請について
第2回	5月15日	1. 全医連代表者会について 2. 保険料減額免除について 3. 平成26年度健診診断の実施について 4. 傷病手当金支給申請について
第3回	5月29日	1. 全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について
第4回	6月12日	1. 平成26年度保険料試算額について 2. 平成26年度中国四国医師国保組合連絡協議会について
第5回	6月26日	1. 理事長・副理事長・常務理事・法令遵守（コンプライアンス）担当理事の互選について 2. 第13回「学びながらのウォーキング大会」について
第6回	7月24日	1. 第1回山口県保険者協議会について 2. 山口県保連合会第1回理事会について 3. 傷病手当金支給申請について
第7回	8月 7日	1. 平成26年度中国四国医師国保組合連絡協議会について 2. 傷病手当金支給申請について
第8回	9月18日	1. 全医連第52回全体協議会について 2. 第13回「学びながらのウォーキング大会」について
第9回	10月 2日	1. 山口県保連合会第2回理事会について 2. 傷病手当金支給申請について
第10回	11月 6日	1. 第13回「学びながらのウォーキング大会」について 2. 傷病手当金支給申請について
第11回	11月20日	1. 国民健康保険組合被保険者全国大会について 2. 傷病手当金支給申請について
第12回	12月11日	1. 第13回「学びながらのウォーキング大会」について 2. 中国四国医師国保組合事務連絡会について 3. 傷病手当金支給申請について 4. 規約の一部改正について
第13回	12月18日	1. 山口県保連合会第3回理事会について
第14回	1月22日	1. 平成27年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について 2. 傷病手当金支給申請について
第15回	2月 5日	1. 第2回通常組合会について 2. 傷病手当金支給申請について
第16回	2月19日	1. 山口県保連合会第4回理事会について
第17回	3月19日	1. 全協通常総会について

## 6 監事会

7月17日、平成25年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について詳細に監査を行った。

## 7 全医連代表者会

4月23日、東京において開催され、小田理事長が出席。

平成26年度の事業計画・予算等について承認、決議をした。

また、国民健康保険中央会柴田雅人理事長による「国民健康保険制度の動向」と題した講演があった。

## 8 平成26年度全協中国・四国支部役員会・総会・委託研修会

5月17日、松江市（島根県医師団組合担当）において開催され、小田理事長、吉本・濱本両副理事長、沖中常務理事が出席。

平成25年度の事業報告・決算並びに平成26年度の事業計画・予算等について承認、決議をした。

委託研修会では、全国国民健康保険組合協会佐藤文俊事務局長の「国保組合をめぐる検討課題」と島根県立大学短期大学部小泉 凡教授による「小泉八雲がみた出雲文化」と題した講演があった。

## 9 平成26年度中国四国医師国保組合連絡協議会

7月26日、本組合担当で山口市で開催。

代表者会議で全体会議の運営等について協議し、全体会議では、各県から提出された議題について協議した。

## 10 全医連第52回全体会議

9月12日、青森市（青森県医師団組合が担当）において開催され、小田理事長、吉本・濱本両副理事長、沖中常務理事が出席。

代表者会議では、平成25年度事業報告・決算等の承認がされ、全体会議では、代表者会の結果報告や承認事項について報告があった。

また、現行の国庫補助水準の確保等を要望する決議をした。

その後、前・内閣官房社会保障改革担当村秀一室長による「社会保障改革の動向とこれからの医療・介護」と題した講演と登山家根深 誠氏による「世界自然遺産 白神山地の昔と今を語る」と題した特別講演があった。

## 11 国保組合被保険者全国大会

11月19日、東京において開催され、小田理事長が出席。

国民健康保険組合の組織機能並びに財政の基盤の確立を図ること等について決議をした。

## 12 平成26年度中国四国医師国保組合事務連絡会

12月5日、本組合担当で山口市で開催。小田理事長、沖中常務理事が出席。

香川県医師団組合から「番号制度導入にかかる香川県の取り組みについて」と題した事例発表があり、また、各県から提出された議題について協議した。

## 13 全協第64回通常総会

3月6日、東京において開催され、小田理事長が出席。

平成27年度事業計画、会費等について議決した。

## 平成26年度歳入歳出決算書

歳入の部		歳出の部	
予算額	実績額	予算額	実績額
決算額	1,463,772,896円	決算額	1,295,494,637円
歳入歳出差引額		168,278,259円	

款項	予算額	調定額	収入額	(単位：円)	
				未取入額	予算額に対する増減額(△)
I 国民健康保険料	1,101,832,000	1,069,180,000	1,069,180,000	-	△32,652,000
(I) 国民健康保険料	1,101,832,000	1,069,180,000	1,069,180,000	-	△32,652,000
II 国庫支出金	312,192,000	310,030,856	310,030,856	-	△2,192,114
(I) 国庫負担金	4,128,000	4,056,378	4,056,378	-	528,378
(2) 国庫補助金	308,064,000	305,433,500	305,433,500	-	△2,630,492
III 共同事業交付金	24,989,000	16,510,000	16,510,000	-	△8,479,000
(I) 共同事業交付金	24,989,000	16,510,000	16,510,000	-	△8,479,000
IV 財産収入	101,000	64,480	64,480	-	△36,520
(I) 財産運用収入	100,000	64,480	64,480	-	△35,520
(2) 基金運用収入	1,000	-	-	-	△1,000
V 繰入金	1,000	-	-	-	△1,000
(I) 備蓄金繰入金	1,000	-	-	-	△1,000
VI 繰越金	66,793,000	66,721,953	66,721,953	-	△71,047
(I) 繰越金	66,793,000	66,721,953	66,721,953	-	△71,047
VII 収取入	4,000	1,206,577	1,206,577	-	1,202,577
(I) 預金利息	1,000	-	-	-	△1,000
(2) 繰入	3,000	1,206,577	1,206,577	-	1,203,577
合計	1,505,912,000	1,463,772,896	1,463,772,896	-	△42,139,104

款項	予算額	予算決定後増減額(△)		予算現額	支出額	不規則額
		手配費	支拂金等			
I 総合会費	2,649,000	-	-	2,649,000	1,926,680	722,320
(I) 総合会費	2,649,000	-	-	2,649,000	1,926,680	722,320
II 旅費	35,085,000	-	-	35,085,000	33,426,016	1,658,984
(I) 旅費	34,510,000	-	-	34,510,000	32,881,516	1,629,481
(2) 食費	375,000	-	-	375,000	511,500	30,500
III 保健付費	733,261,000	-	-	733,261,000	627,111,333	18,152,668
(I) 保健付費	652,145,000	-	-	652,145,000	585,453,097	66,691,903
(2) 高齢健者費	56,210,000	-	-	56,210,000	46,139,359	10,070,642
(3) 移達費	106,000	-	-	106,000	-	106,000
(4) 出産育児賃費	16,809,000	-	-	16,809,000	16,357,260	451,440
(5) 施設賃費	2,900,000	-	-	2,900,000	1,680,000	400,000
(6) 乗車料金附加金	4,000,000	-	-	3,317	4,363,317	-
(7) 駐車手当金	4,500,000	-	-	3,631,317	3,190,900	438,683
IV 後期高齢者支援金等	263,564,000	98,967	-	263,662,967	263,601,700	1,267
(I) 後期高齢者支援金等	263,591,000	98,967	-	263,602,967	263,601,700	1,267
V 前期高齢者納付金等	99,394,000	236,728	-	99,632,728	99,632,461	267
(I) 前期高齢者納付金等	99,394,000	236,728	-	99,632,728	99,632,461	267
VI 老人保健施設	10,000	-	-	10,000	8,087	1,913
(I) 老人保健施設	10,000	-	-	10,000	8,087	1,913
VII 介護付金	148,418,000	-	-	148,418,000	148,267,019	150,981
(I) 介護付金	148,418,000	-	-	148,418,000	148,267,019	150,981
VIII 共同事業拠出金	26,434,000	-	-	26,434,000	24,472,000	1,042,000
(I) 共同事業拠出金	25,014,000	-	-	25,014,000	23,632,000	1,042,000
(2) 共同事業貢出金	1,420,000	-	-	1,420,000	1,420,000	-
IX 保健事業費	47,031,000	-	-	47,031,000	37,090,834	9,930,146
(I) 特定健康診査等事業費	6,239,000	-	-	6,239,000	4,611,287	1,677,713
(2) 保健事業費	39,732,000	-	-	39,732,000	31,579,567	8,152,433
(3) 死亡兒育金	1,000,000	-	-	1,000,000	900,000	100,000
X 積立金	1,001,000	-	-	1,001,000	1,000,000	1,000
(I) 積立金	1,001,000	-	-	1,001,000	1,000,000	1,000
XI 公債費	1,000	-	-	1,000	-	1,000
(I) 一般公債費	1,000	-	-	1,000	-	1,000
XII 諸支出金	6,000	23,954,488	-	23,954,488	23,958,488	2,000
(I) 諸支出金	6,000	23,954,488	-	23,954,488	23,958,488	2,000
XIII 予備費	142,123,000	△24,290,183	-	117,832,817	-	117,832,817
(I) 予備費	142,123,000	△24,290,183	-	117,832,817	-	117,832,817
合計	1,505,912,000	-	-	1,463,912,000	1,295,494,437	210,417,583

**2013年4月1日、  
医師年金が  
生まれ変わりました!**

日本医師会

# 医師年金

## ご加入のおすすめ

医師年金は、従前の「無認可共済」から、  
保険業法に基づく「認可特定保険業」に生まれ変わり、  
より安全・安心な制度になりました。

### 特色

1. 医師年金は積立型の私的年金です。  
現役世代が高齢者を支える公的年金とは異なります。
2. ご希望の年金額を受けるため保険料を自由に設定・変更できます。
3. 通常65歳からの年金の受取開始を75歳まで延長できます。
4. 年金受取は、終身年金、確定年金など4コースのなかから、  
受取開始時に選択できます。
5. 医療機関を法人化した場合でも加入を継続することができます。
6. 事務手数料が少額なので、保険料が効果的に積み立てられます。

### 加入資格

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員（会員種別は問いません）

ホームページで簡単シミュレーション！

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

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで簡単に  
シミュレーションができます。お試し下さい。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求は……

公益社団法人日本医師会 年金・税制課

TEL 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX 03-3942-6503

受付時間：午前 9 時 30 分～午後 5 時 (平日)

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



# 第 136 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 27 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

とき 平成 27 年 5 月 17 日（日）10：00～15：00

ところ 山口県総合保健会館 2 階 第一研修室

## 特別講演 1

### 「飲酒？喫煙？頭頸部癌の 新しいリスクファクター HPV」

東海大学医学部専門診療学系耳鼻咽喉科教授

・頭頸部腫瘍センター長 大上 研二

[印象記：下関市 鮎山 晶]



#### 頭頸部がんについて

頭頸部とは頭蓋底から鎖骨上までの範囲で、眼窩内及び頸椎を除く領域を指す。副鼻腔、口腔、上・中・下咽頭、頸部食道、喉頭、気管からなり、この領域に発生したがんが「頭頸部がん」である。頭頸部領域では、呼吸、咀嚼嚥下、発声構音など重要な機能が集中しており、根治性と機能温存のバランスを考慮した集学的治療が重要になる。

頭頸部がんの頻度は全悪性腫瘍の約 5% を占めており、口腔がんが最も多い。甲状腺がんを除き、男性に多いがんである。頭頸部がんに重複がんが多いことはよく知られており、食道がん、頭頸部がん、胃がん、肺がんとの重複が多く、特に中下咽頭がんと食道がんの重複の頻度が高い。頭頸部がんでは上部消化管内視鏡検査は必須であり、また、第一がん治療後も重複がんの予防及び早期発見が重要である。

頭頸部がんの治療戦略としては、1970 年代までに局所皮弁や有茎筋皮弁などによる手術法が編み出され、1980 年代には自家遊離組織移植術の導入にて、より根治性を追求した拡大切除が導入された。

下咽頭進行がんはリンパ節転移の頻度が高く、

頭頸部がんの中では最も予後が悪い。手術は咽頭、喉頭、頸部食道を摘出し、遊離空腸による再建が行われる。がんの根治は難しく、同時に声を失い、嚥下にも障害が生じるなど QOL の維持も困難で、厳しい現実がそこにはある。2000 年以降、化学放射線治療が導入され、機能温存手術も開発された。現在までに IMRT（強度変調放射線治療）や分子標的薬も導入され、根治性と機能形態の温存の両立を目指す治療が主流になってきた。

臓器温存治療（化学放射線治療）の慢性期有害事象としては、粘膜知覚障害、咽頭挙上障害、粘膜・皮膚の線維化、唾液分泌障害、口腔乾燥症状が挙げられ、これらは重篤な摂食障害をもたらす。臓器を温存することと機能を温存することの「ずれ」は大きな問題であり、がんを生き抜いた Cancer survivor 特有の愁訴である。また Cancer survivor だからこそ、この愁訴は一生続いていく。頭頸部がんの治療を考えると、Quality of Survival (QoS) が重要で、そのためには「頭頸部がんの早期発見」と「低侵襲治療」の追求が重要になってくる。

## 頭頸部がんの早期発見のために

頭頸部がんを早期発見するためには「病変を明視下におく」ことが大切である。中咽頭をしっかりと観察することが重要で、また、下咽頭では内腔を拡げて観察する必要がある。Modified Killian 法という観察法があり、これは患者さんに椅子に深く座ってもらい、お辞儀をしてクビを左右に振りピーッと頬を膨らませるというものである。この方法で、下咽頭の内腔が拡がり、通常の観察では見えないとこども見えてくる。

NBI (Narrow Band Imaging：挾帶域光観察) システムは粘膜表層内の微細血管を強調表示するもので、とても有能な観察法である。通常の観察では粘膜表面の粗造感や軽度の発赤にしか見えないところでも、NBI を用いることで異型血管が描出され、領域性をもった brownish area として病変が描出される。

## 低侵襲治療・低侵襲手術について

早期でがんが発見されるようになり、より低侵襲な手術が選択可能になった。米国や韓国では da Vinci によるロボット手術が行われている。しかし、日本の耳鼻咽喉科領域では、先進医療として一部施設で導入されはじめた段階で、日本は日本独自の低侵襲手術の開発が進んだ。現在、経口的電子喉頭鏡下での en bloc 切除術や、手術用顕微鏡による経口的 en bloc 切除術が行われ、早期発見と低侵襲治療の組み合わせによる Quality of Survival (QoS) 向上への努力が進められている。

## ヒト乳頭腫ウイルス HPV と中咽頭がん～新たなリスク因子～

喫煙、飲酒が頭頸部がんのリスク因子であることは十分に周知されている。喫煙者の減少により、頭頸部がん全体の発症は減少傾向にあるが、中咽頭がんのみは著明な増加傾向を呈している。その要因として、ヒト乳頭腫ウイルス HPV が関与していることが近年、明らかになった。

HPV は 1983 年に子宮頸がんの原因と判明した。子宮頸部の粘膜基底細胞に侵入したウイルスは、その場に低コピー数で維持される（潜伏感染）。感染細胞が粘膜上皮への分化を開始すると、

ウイルスゲノムの大量複製が始まり（増殖期）、上皮表層細胞が自然に剥離・破壊されるときにウイルスは放出され、感染の拡大を引き起す。扁桃でも同様なことが生じており、陰窓の奥深くに HPV が感染する。

HPV の宿主細胞への組み込みが起きると、がん遺伝子である E6、E7 の転写亢進が起きる。E6 蛋白は p53 蛋白を分解、p53 機能を不活性化し、遺伝子の不安定化や細胞の不死化、アポトーシスの抑制が起きる。E7 蛋白はリン酸化 pRB 蛋白に結合、pRB 機能を不活性化し、G1 から S 期への細胞周期を進行させる。このように HPV が産生する蛋白により、がん抑制遺伝子が不活性化され、がん化が生じる。がん抑制遺伝子である p53 や pRB 自体の変異は少ない。

HPV 隆性の中咽頭がんでは、老年者に多く、喫煙、飲酒が危険因子で、重複がんが多く、中咽頭のあらゆる部位に発生する。一方、HPV 隆性の中咽頭がんでは若年者に多く、性行為 (oral sex) が危険因子で、口蓋扁桃や舌根部に発生する。前者は表層上皮由来で、p53 遺伝子は変異型が多く、後者は陰窓上皮由来で、p53 遺伝子は野性型である。

日本ではその半数が HPV 関連であるが、米国では 7 割、スウェーデンでは 8 割が HPV 関連である。本邦でも HPV 隆性中咽頭がんの臨床上の特徴を明らかにするべく、多施設共同前向き研究が行われている。HPV タイピングは HPV16 が 89% と群を抜いて多い。病期に注目すると、Stage III、IV が HPV 隆性では 21%、51% であるのに対して、HPV 隆性では 19%、75% と、進行がんの割合が明らかに多い。リンパ節転移に注目すると、HPV 隆性では N2 病変が 39% であるのに対して、HPV 隆性では 70% と著しく多く、HPV 関連中咽頭がんではリンパ節転移が多いことが特徴である。

リンパ節転移が多く、進行がんが多い HPV 関連中咽頭がんであるが、意外にもその予後は HPV 隆性がんに比べ良好である。手術先行で治療した群と化学放射線療法先行で治療した群に分けて検討しても、いずれの群も HPV 関連中咽頭がんで良好な予後を呈している。

HPV 関連中咽頭がんはなぜ予後良好なのか？・・・これには p53 遺伝子、pRB 遺伝子の変異が少ないことが関係する。抗がん剤や放射線はがん細胞の分裂・増殖を停止させ、その後、がん細胞がアポトーシスに至ることで効果を発現する。p53 遺伝子、pRB 遺伝子の変異が少ない（野性型）ことで、治療によるアポトーシスが効率よく誘導され、治療感受性が高くなると考えられる。HPV 関連中咽頭がんは、他の頭頸部がんと

同じ Stage 分類では評価できない。現在、新たな Stage 分類が検討されつつある。また、治療面でも、より低侵襲な方法を探るべく、個別化治療の試みが進められている。

頭頸部がん領域では現在、がんをただ治癒させるのではなく、QoS を尊重し、「より良く治す」ことが追求されている。

## 特別講演 2

### 「がんゲノム研究最近の話題

#### がんは遺伝する？」

山口大学大学院医学系研究科分子病理学分野教授 伊藤 浩史

[印象記：宇都市 福田信二]



伊藤教授は宇部高校出身、宮崎大学、福井大学を経て、一昨年、約 30 年ぶりに山口に帰って来られ、山口大学の教授に就任された。

1981 年から日本では悪性腫瘍での死亡率が第 1 位になったが、高齢化とともにがんの因子が増えるのは当然で、年齢調整死亡率をみても、年齢が高齢化してくる分、ほとんどの病気の死亡率が減少し、相対的にがん死亡率が高くなる。年齢調整別死亡率では胃がん、子宮がんが減っており、これは検診による成果である。高齢化とともに罹患率はどんどん上がるが、胃がんは若年者が増えており、大腸がん、肺がんの若年者の罹患率も増えている。胃がんと子宮がんはステージ 1 で見つかっているので、罹患率が上がっても死亡率は減少しており、このことから見ても早期発見、早期治療は大切である。がんが原因で年間 34 万人の方が亡くなり、その倍の約 68 万人が新たに発病している。また、国民の半数が人生で一度はがんになり、3 分の 1 ががんで亡くなっている。

がんは、遺伝子変化の積み重ねにより、身体の細胞が自律的かつ不可逆的に、無目的かつ過剰に増殖してできた組織の塊である。がんの原因は遺伝的な背景に環境要因が加わって、遺伝子の変異がどんどん積み重なっていく遺伝子病である。がんにおける遺伝子異常の基本原則は、細胞死を与えない程度の遺伝子傷害、遺伝子の不安定性であり、異常が起こる遺伝子には DNA ミスマッチ修復遺伝子とチェックポイント制御遺伝子、がん遺伝子・プロトがん遺伝子、がん抑制遺伝子、アポトーシス関連遺伝子がある。

遺伝子の変異には過剰発現、增幅、点突然変異、転座、欠失、メチル化（プロモーター領域におけるメチル化）がある。過剰発現は単純に遺伝子が通常より過剰に作られる。増幅は遺伝子の複製がたくさん作られる、あるいは正常なら一個しかない遺伝子が 10 個や 100 個に増幅されてしまう。点突然変異は、例えば正常な遺伝子配列の一部が置き換わり、異常な ras 蛋白がでてきて、細胞増

殖が活性化される。転座は血液系やリンパ腫に多い。欠失は遺伝子がなくなることである。がん抑制遺伝子が欠失でその部分がなくなったり、あるいは点突然変異で機能が失われたりして、その遺伝子が働かなくなる。多くのがんは複数のがん遺伝子や、がん抑制遺伝子の変異が積み重なって発生する。近年多くなってきてているのが Epigenetic な変化（メチル化）による発がんである。遺伝子そのものに異変がなくても遺伝子の発現を調整するプロモーター領域のところにメチル化が起こると、その遺伝子は発現しなくなる。それががん抑制遺伝子であると、メチル化によって、遺伝子そのものに欠失や変異はなくても同じ状態になる。このメチル化にいろいろな環境ホルモン、ダイオキシンなどが関与してくれる。反対に、メチル化してほとんど働いていない遺伝子ががん化促進することもある。重要なのはアクセル（がん遺伝子）とブレーキ（がん抑制遺伝子）である。われわれはブレーキとして父親と母親の遺伝子を 2 つ持っている。がんになるには両方のブレーキが壊れて、アクセルがどこかで踏み込まれる。最低 3 回の遺伝子の変化でがんになる。アクセルの役割を持つがん遺伝子は一発で増殖をきたすので、ドライバー遺伝子というが、増殖のきっかけとなっているドライバー遺伝子が分かれば、その遺伝子を狙った治療ができる。これが分子標的薬である。kit、PDGFR は増殖分子のリセプターで、分子標的薬はイマチニブ。ゲフィチニブは EGFR を標的としている。CD20 を標的とするのはリツキシマブで、リンパ腫の薬である。乳がんのトラスツズマブは増殖分子の HER2 を標的とする。血管増殖阻害薬のベバシズマブ、セツキシマブも同じように抗体製剤である。今でている分子標的薬は全部アクセルを止める薬である。

がんとの関連が示唆されている特定の遺伝子について解析することを候補遺伝子アプローチといい、一方、約 25,000 個しかないヒトのたんぱく質をコードする遺伝子を、ゲノム全域で広く検索することをゲノム網羅的アプローチという。この方法で、腎臓がん（RCC）では乳頭状 RCC で c-MET（肝細胞増殖因子受容体）の異常で起こり、嫌色素性 RCC では kit が高発現していることがわ

かった。また、肺がんで EML4-ALK という融合遺伝子も見つかった。さらに、37 歳の末期の肺がんの患者でこれを見つけ、クリゾチニブという薬を使って助けている。

遺伝するがんの話。がんになるには 2 つのブレーキが壊れないといけない。遺伝する人は一つのブレーキはもともと壊れている。そして、卵子にも精子にも傷がついている。そのため、2 分の 1 の確率で次世代に遺伝する。遺伝するがんの確率は、たしか普通のがんの 5% くらいであるが、重要なのは、こういったがんは、禁煙、規則正しい生活、運動、ジョギング、野菜中心の食事をしてもダメなことがある。その人たちに一番大切なのは、遺伝性のがんは 30 代、40 代のうちから発症し、見つかった途端に手遅れになることが多いことを知っておくことである。昔からよく知られている遺伝性の腫瘍である家族性大腸腺腫症は、ほぼ 100% なる。10 代くらいからポリープがたくさんできて、30 代、40 代にはほぼ 50% 以上、死ぬまでにはほぼ 100% がんになる。このように生殖細胞系列の遺伝子変異というのはずっと遺伝し、かかりやすさも遺伝で決まっている。たばこや酒などの代謝速度もみんな遺伝で決まり、そういうものは遺伝子多型で決まってくる。それ以外にも、抗がん剤の副作用が出るか出ないかも全部遺伝で決まる。遺伝病と遺伝子病は異なるものである。遺伝子病はがんが最もいい例で、遺伝子の変異によって起きる病気であるが、必ずしも遺伝するとは限らず、その中の 5% に遺伝している遺伝病である。酒に強い、弱いはアルデヒド分解酵素によるが、これも家系で決まり、日本人はほとんどがヘテロなので、4 ~ 10 倍食道がんになりやすい。だから、酒がヘテロで飲めない人に酒を勧めてはいけない。がんになったらイリノテカンが使われるがイリノテカンの副作用が出る、出ないも多型で決まる。UGT1A1 の遺伝子多型が抗がん剤の代謝速度を決めているので、多型を調べてから使用する必要がある。オッズ比から見た疾患関連遺伝子の検索がなされており、アルデヒドの分解酵素は食道がんが 10 倍、タバコは肺がんが 4 倍、喉頭がんが 10 数倍（最近では、つくづくさんがタバコでオッズ比 14 倍くら

いである）。これをGWAS（Genome-Wide Association Study）といい、がんにかかりやすいというような情報をどんどん集めている。臨床ゲノム検査は、二通りの研究をしていかなくてはならない。一つはがんからゲノムを採ってがんのドライバー遺伝子を探す。もう一つは、正常人のゲノムをたくさん検査して、その中からリスクファクター、オッズ比が低いような、タバコを吸うなどの有害事象を予測していく。それも遺伝で決まっているので、がんを含め、いろいろな病気にかかりやすいのかを予測していく。病気になる前の人の研究は予防法の研究、また、病気になった後の人の情報は診断あるいは新たな治療法の研究開発である。2010年からは全世界でやろうということになり、すごいスピードで発展している。保険証に自分のゲノムを入れておくことも可能になり、あとは法整備の段階になっている。遺伝検査の値段も29,800円程度になっている。ただ、諸外国に日本人のデータを無料で取られないようしないといけない。

どうして人はがんになるのか。生活習慣、環境要因、加齢（生きているだけでDNAが傷つく）、遺伝（持つて生まれた体質）が関与する。遺伝するがんのうちで有名なのは家族性大腸腺腫症、網膜芽細胞腫、さらに遺伝性非腺腫性大腸がん、遺伝性乳がん・卵巣がんがある。

遺伝性大腸がん（Lynch症候群）の診断基準は50歳未満でがんと診断されている、家族内に必ず2～3人大腸がんの患者がいる、一人で2～3か所がんが出てくる、等であるが、この場合、DNAミスマッチ修復遺伝子に異常があり、遺伝

子変異が積み重なりやすくなる。国立がん研究センター中央病院では遺伝子検査を受けるように訴えている。

乳がんではBRCA1、BRCA2の2つの遺伝子の変異により、7～10%くらいが遺伝性である。この2つは、がん抑制遺伝子の発現を抑える遺伝子である。遺伝性乳がんの診断基準は、40～50歳で乳がんになる、卵巣がんがある、近親者に2名以上いる、近親者に男性乳がんがある、である。

がん死亡を減らすにはどうしたらいいか、ドライバー遺伝子を見つけて叩き壊す、その他には早期発見・早期治療を促す、家族歴を見る、遺伝カウンセリングを受ける、等である。なお、遺伝カウンセリングを受けて、本人が同意して検査し、変異があれば半年、一年ごとに検診を受けていけばLynch症候群や卵巣がん、大腸がんの中の遺伝性のものは早期発見・早期治療ができる。

遺伝カウンセリングは神経変形疾患や発症前の先天性疾患についても行っている。家族性腫瘍の発症者がいたら、遺伝カウンセリングをして診断し、遺伝性の変異であれば発症前診断をして治療支援をする。山口大学には遺伝診療部があり、部長は皮膚科の武藤教授、伊藤先生は臨床遺伝専門医でもある。臨床遺伝専門医は山口大学に9人しかおらず、また、山口県の病理専門医は23人しかいない。現在、若い先生を一生懸命教育しているところである。

**特別講演 3****「腎疾患の最近の話題や動向」**宮崎大学医学部血液・血管先端医療学講座教授 **藤元 昭一**

[印象記：防府 藤井 崇史]



腎臓あるいは腎疾患というと、腎生理はもとより病名からして複雑でわかりにくく、治らない病気というイメージがある。しかし時代とともに、一気ではなく、漸まじくでもないが、腎疾患に対する概念・分類・治療法と予後は、明確に良い方向に変わってきている。最近の話題から慢性腎臓病（CKD）の概念と治療、CKD の治療法の進歩、最新の人工透析療法の 3 つを取り上げて、概説された。

**1. 慢性腎臓病（CKD）の概念**

腎臓病では臨床診断・病理診断、さらに腎炎では WHO 分類（臨床症候群）が加わり、一人の患者が 3 種類の診断名を持つこともある。そこで極めてわかりやすい概念として、2002 年に慢性腎臓病（CKD）という言葉が世界的に広まり始めた。これはメタボリックシンドロームと同様に、一般の方にも知っていただくための概念である。その背景には、末期腎不全患者において脳血管疾患（CVD）の発症リスクが極めて高いことから注意を喚起する狙いがある。2002 年に米国の NKF より『K/DOQI ガイドライン』が発表され、その中で CKD が CVD の危険因子であることが改めて示され、CKD への早期介入による CVD の発症予防の重要性が認識されるようになってきた。CKD は、①腎障害を示唆する所見（検尿異常、画像異常、血液異常、病理所見など）の存在、② GFR $60\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2$  未満のいずれか、又は両方が 3 か月以上持続することにより診断され、GFR のレベルによって CKD ステージ 1 ~ 5 に分類された。2011 年には新たな KDIGO の CKD 重症度分類が発表された。CKD ステージ 3 ~ 5（新分類ではステージ G3b ~ 5）が末期腎不全の危

険因子であることは、多数の臨床研究によって明らかとなっている。

**2. 慢性腎臓病（CKD）の治療**

腎炎に有効な薬はなく、治らない。ネフローゼ症候群にはステロイド薬しかない。そもそも腎臓病はどのような機序で腎不全へと進行するのか、これらについても少しづつ概念が変わってきている。例えば、わが国において最も多い慢性糸球体腎炎である IgA 腎症も Clinical remission が期待できるようになっている。これらについて、教室での経験も含めて概説された。

CKD 治療の第 1 の目的は、患者の QOL を著しく損なう末期腎不全（ESKD）へ至ることを阻止する、あるいは ESKD へ至る時間を遅らせることである。CKD 治療の第 2 の目的は、CVD の重要な発症危険因子である CKD を治療することにより、CVD の新規発症を抑制する、あるいは既存の CVD の進展を阻止することにある。ESKD や CVD を抑制するためには、病態の連鎖を断ち切る集学的治療が必要であり、生活習慣の改善、肥満の解消、禁煙などは CKD や CVD の進展予防に必須である。また、これらの生活習慣の改善は、動脈硬化の進展をも抑制し、結果的には CKD の進行の抑制に繋がる。薬物治療としては CKD と高血圧の悪循環を断ち切るためにも厳格な降圧療法が必要である。一般的には ACE 阻害薬や ARB を中心とした RA 阻害薬による降圧療法を行うが、降圧目標達成のためには Ca 拮抗薬などの、より強力な降圧薬の併用が必要な場合も多い。さらに ACE 阻害薬や ARB で降圧すると、尿蛋白や尿中アルブミンが減少する。これらの薬剤の CKD 進行抑制効果の大部分は、尿蛋白減少に伴う尿細管

障害の軽減が主な作用と考えられている。糖尿病を併発している場合には糖尿病を厳格に治療することは、ESKD や CVD の発症を抑制するために極めて重要である。また、CKD のステージが進めば腎性貧血が発生する。貧血は CKD 進行の危険因子であると同時に、CVD の危険因子でもあるため、貧血を治療することは ESKD や CVD の発症を抑制することになる。

### 3. IgA 腎症の診断と治療

CKD の原因が明らかにできれば、その原因疾患を治療する。また、原因が明らかでなくとも、ステロイドや免疫抑制薬の投与が適応となることがあるが、これらは腎臓専門医の診断と治療の領域となる。IgA 腎症は原発性慢性糸球体腎炎の約 40% を占める最もも多い糸球体腎炎であり、その約 80% は 16 ~ 35 歳に腎生検により確定診断がなされる。男女比は 2 : 1 ~ 6 : 1 で、男性に優位に発症する。アジア太平洋地域では、腎生検により確定される糸球体疾患の約半数は IgA 腎症であるのに対して、ヨーロッパでは 20 ~ 30%、北米では 10% 程度、南米全体では 6% 程度、アフリカ・パキスタン・インドでは非常に稀で、明らかな地域差が存在する。大規模な家族内集積例が存在していることや一卵性双生児における発症例があることなどから、慢性糸球体腎炎の中で IgA 腎症は、最も疾患感受性遺伝子が想定されている疾患でもある。IgA 腎症では孤発症例が 9 割に対して、1 割に家族性発症を認めることが以前から報告されている。しかし、家族全員の尿所見を含めた詳細な家族調査がまだ十分に調べられていないため、見過ごされている可能性も高く、家族内集積例はもっと多く存在している可能性はある。

IgA 腎症の多くの例では無症候である。その発見の契機は、健康診断や学校検尿における尿所見の異常が大多数である。本邦では肉眼的血尿で発見される例は約 10% 前後、ネフローゼ症候群で発見されるのは 5% 以下とされている。IgA 腎症では、ほとんどの場合に血尿がみられる。血清 IgA 高値（厚労省診療指針では 315mg/dl 以上を高値）を示す患者が、約 5 割程度にみられるが、

血清 IgA が正常値を示す患者も半数にみられるため注意が必要である。IgA 腎症の最終的な確定診断は、腎生検による病理組織診断により、Berger が最初に報告したように、光学顕微鏡上（PAS 染色）ではメサンギウム細胞という腎臓固有の細胞の増殖を主体とする組織像を示し、蛍光抗体法（IF、あるいは酵素抗体法）では、メサンギウム領域に免疫グロブリンの一一種類である IgA の優位な沈着を認めた場合に診断される。電子顕微鏡では、高電子密度物質の沈着が傍メサンギウム領域を中心とみられる。IgA 腎症の治療指針では、透析導入リスクの層別化に基づいて分類された 4 つの各リスク群に対して、生活指導、食事療法、薬物療法が提示されている。中等度以上のリスク群に対しては、パルス療法を含む副腎皮質ステロイド療法の適応が積極的に考慮される。しかし、低リスク群であっても糸球体に急性糸球体病変を有する場合にはステロイドの使用が考慮される。逆に、超高リスク群では、硬化などの慢性病変の程度が強い場合にはステロイドの使用は慎重に行うべきである。日本ではステロイドの効果は高く、多くの症例で一旦は寛解するが、約 40% の例で 2 年以内に再発している。再発にはリキシマブが有効であり、B cell の CD20 が増加する前に投与すると有効率が高いと言われている。扁桃摘出及び扁桃摘出・ステロイドパルス療法は、エビデンスの構築が現在進行中であるが、IgA 腎症分科会が行った全国アンケート調査によれば、現在、国内の腎臓専門施設の約 6 割でこの治療が行われており、この治療法による寛解導入率の高さを実地臨床医が実感しているものと思われる。

IgA 腎症の原因は未だ明らかではないが、約 10% に家族内集積を認めること、発症に人種差、地域差を認めることから、遺伝の関与が疑われている。大規模なゲノム解析の結果、7 つの感受性遺伝子が同定され、それを基にさらなる研究が進行中である。本症の糸球体に沈着した IgA は、血液中の IgA に由来し、血液中には糖鎖異常を特徴とする構造変化をきたした IgA の増加（糖鎖異常 IgA）も認められている。さらに、本症では糖鎖異常 IgA に対する自己抗体が報告されており、血液中で免疫複合体を形成し、腎臓に沈着すると考

えられている。この糖鎖異常 IgA や自己抗体を検出し、本症のバイオマーカーとして利用する試みもなされおり、IgA 腎症の早期診断に活用される可能性がある。

#### 4. 人工透析治療の進歩

日本の人工透析患者数は 2011 年 12 月末で 304,592 名となり、初めて 30 万人を超えた。新たに透析を導入した患者の透析導入の原因となった疾患の第 1 位は、糖尿病性腎症で全体の 44.2%（前年比 0.6% 増加）、第 2 位は慢性糸球体腎炎で 20.4%（前年比 0.6% 減少）、腎硬化症が 11.7%（前年と同じ）、不明が 11.2%（0.5% 増加）であった。原疾患の経時的な傾向はほぼ変化していないが、第 2 位の慢性糸球体腎炎の割合が漸減し続けている。この年から、全透析患者さんに占める糖尿病性腎症の割合が、初めて慢性糸球体腎炎の割合を上回った。透析医療における疫学調査には、日本透析医学会の透析施設調査（わが国の慢性透析療法の現況）、米国の United States Renal Data System (USRDS) の大規模透析患者調査、European Dialysis and Transplantation Association (EDTA) が欧州各国で集計する統計データなどがある。しかし、それらの調査はサンプル抽出方法、収集するデータ項目などが統一されておらず、国際間での診療プロセスやその患者アウトカムへの影響を比較検討することはできなかった。こうした背景のもと、共通のプロトコールと定義を用いて各国の透析医療の内容を記述し、診療プロセスと患者アウトカムの違い、その関連性を検討するために計画されたのが DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) である。DOPPS は “Live longer-Live better” を目指し、血液透析患者の予後改善につながる治療方法を特定し、血液透析患者の延命を目指している。第 4 期調査における患者の特徴を国際間で比較すると、ESRD（末期腎不全）の原因疾患に占める糖尿病の割合と BMI 値は米国が最も高く、透析歴が最も短いことが分かった。一方、日本の透析歴は平均 8.76 年と参加国の中で最も長いことが示されている。日本 (J-DOPPS) と他の 6 か国 (J-DOPPS 以外)

で患者の特徴を比較してみると（第 1 期調査）、心血管疾患を有する患者の割合は J-DOPPS 以外では 45% であるのに対し、J-DOPPS ではわずか 21% であった。その他の併存疾患では高血圧、うつ病、心肥大などは J-DOPPS で低頻度であったが、C 型肝炎、手根管症候群は高頻度に認められた。

#### 5. 产学連携による透析システムの開発とその展開

宮崎・大分両県の産学官が、医療機器産業の一層の集積や医療分野でのアジアへの貢献を掲げて策定した「東九州地域医療産業拠点構想（東九州メディカルバー構想）」が進められている。2011 年末には地域活性化総合特区に指定され、両県の強固な連携の下、取組みが加速している。産業集積の基盤として産学官で立ち上げた「医療機器産業研究会」では、医療現場見学会、アドバイザー派遣、研究開発支援、展示会出展等、企業の新規参入から販路開拓までの支援に取組み、大きな役割を果たしている。また、研究開発の拠点として宮崎、大分両大学にそれぞれ医療機器の研究開発に関わる寄附講座を設置し、医療機器メーカーや地場企業との共同研究を進めている。宮崎大学では、産業動物教育研究センターの活用、宮崎県立延岡病院に設置した寄附講座県北拠点と連動した企業支援が推進されている。さらに血液透析に関係する医療機器（血液透析システム）・医療技術の海外展開を目指して、JICA（独立行政法人国際協力機構）、CLAIR（一般財団法人自治体国際化協会）等の協力の下、アジア（主にタイ）の医療関係者を招聘した研修事業や現地調査等が進められている。医療機器メーカー（透析器械に関しては NIKKISO）、宮崎・大分両大学をはじめ、日本トップクラスの医療機器トレーニング施設を有する九州保健福祉大学と行政が連携し、まさに産学官のメリットを發揮した特徴ある取組みが展開中である。近い将来、現地に日本製医療機器のトレーニングセンターを構築し、医療の向上に貢献するとともに、日本製医療機器のアジアへの普及に繋がることが期待されている。

## 特別講演 4

## 「神経集中治療：脳障害度に応じた Targeted Temperature Management」

香川大学医学部救急災害医学教授 黒田 泰弘

〔印象記：柳井 弘本 光幸〕



心停止からの心拍再開後に低体温療法を行うことは 2010 年の心肺蘇生国際ガイドライン以降、世界的に普及してきているが、その中で、特定の目標体温を設定して管理する Targeted Temperature Management (TTM) が再評価されている。心拍再開後・重症頭部外傷・重症くも膜下出血において、予後不良の予測、神経集中治療の適応判断など必要となるが、どのようなときに（死亡、植物状態、神経学的重症といった）転帰不良になるかの予測因子が研究されてきた。

2006 年にメイヨークリニックの Wijdicks らは、両側 SSEP（短潜時体性感覚誘発電位）の消失があると予後不良であると発表した。これを含めて、AAN（米国神経学会）基準では、脳幹反射の消失・ミオクローナス・両側 SSEP の消失・血清 NSE（神経特異エノラーゼ）値・瞳孔なし・角膜反射消失・運動反射消失などがそれぞれ特定の時期にあると予後不良であるとされているが、現在、見直しの必要性に迫られている。それは、低体温療法が普及する前の基準であること、脳波、CT・MRI などの所見が反映されていないことなどからである。

2010 年時点では、心拍再開後 24 時間は予後の判断ができない。すなわち低体温療法を行ったら 72 時間経ってやっと評価して予後判断することが必要となっている。

香川大学病院での院外心肺停止患者の MRI・PET 画像所見を検討したところ、心原性心停止では転帰良好は 13 例中 8 例（62%）で小脳虚血性変化なし、大脳皮質虚血性変化も認めない例が多くかった。一方、非心原性心停止では、13 例全

例が転帰不良で、大脳小脳とも虚血性変化を認めた症例が多かった。これらから、びまん性に脳虚血性変化を認める症例は転帰不良の傾向があると結論づけた。

1993 年から現在にかけて、MRI にて転帰予測ができるかどうかを調べた多くの研究がなされているが、近年の 1.5T MRI を用いた研究では予後予測に有用、古い 0.02T MRI を用いた研究では有用でないとデータが出ている。低体温療法の有無にかかわらず、心拍再開後 2～5 日後に MRI チェックし、びまん性脳虚血性変化があれば、転帰不良であることが示唆される。しかし、このタイミングでは、急性期に ICU に運ぶかどうかの参考にはならない。

特定の目標体温を設定して管理する TTM に関して、Nielsen は 33 度の積極的低体温治療と、高熱にしないで 36 度の正常体温に維持するだけの管理とを比較し、予後に差がなかったと 2013 年の AHA で発表した（感染で熱がでているのは下げない方がよい。感染を除外し、それでも熱がでていたら下げる）。

しかし Abella らは、心停止後の目標体温管理の持続時間、患者選択、障害の評価方法、追加の薬物治療、心臓カテーテル検査などのタイミングで行うかなどの検討が不十分であると反論しており、さらなる研究が必要であるとした。

脳障害が重度であれば、どの温度の低体温療法でも予後不良、障害が軽度であれば、どの温度でも予後は良好である。中等度の脳障害があるとき、33 度と 36 度の管理の違いが出るのではないか。頭のダメージの程度は Glasgow Coma

Scale (GCS) で評価されるが、日本での他施設共同研究(J-PULSE-HYPO Study)の結果をみると、GCS が悪くても半分は良くなっているという結果がでた。GCS では予後予測は困難である。

近年、新たな脳障害評価法として、Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) というものもでている。これは眼の反応・運動反応・脳幹反射・呼吸パターンの 4 つを評価するものである。光をあて、瞳孔径をはかる、Automated quantitative pupillometry というものもある。他に、脳酸素飽和度 ( $ScO_2$ : 2 波長の近赤外線 730&810nm の吸収比率を用いて計測)、内頸静脈酸素飽和度 ( $SjO_2$ : 高いと脳障害強く予後悪い)、などがある。

脳波を持続モニタリングし、バーストサプレッションがあれば、ピクピクすることがなくとも筋弛緩薬使用を検討すべきである。持続脳波モニタリングは、てんかん、心肺停止後、くも膜下出血、脳神経外傷、虚血性脳卒中に対して、予後予測に有用であるとされる。Amplitude-integrated EEG (aEEG) は脳波の振幅と積分を調べ半対数目盛で表示したトレンドグラフであり、取扱いや判読が従来の脳波検査に比べて容易である。心停止後の予後判定に有用であるとの報告が散見される。

これら各種の脳障害の程度評価手段の結果を受けて、低体温療法をどの温度でどのようにすべきか、これから研究課題である。現時点のまとめとして、①質のよい研究はまだなく（これだけで判断できない）、②体温管理療法は転帰判断を難

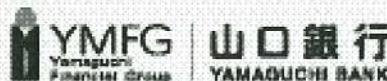
しくする、③鎮静薬、筋弛緩薬の残留効果の懸念あり、心拍再開後から 72 時間経ってからでないと転帰判断できない、④現在よりも早期に脳幹障害評価、低体温治療導入判断できる因子はあるか？？といった所である。

重症頭部外傷においては、TTM BHYPY 研究が 2002～2008 年にされた。外傷性くも膜下出血に対する低体温療法の効果をみているが、結果をみると全体としては頭部外傷に対して低体温療法は無効、50 歳未満で頭蓋内腫瘍状病巣がある群では神経学転帰を改善するかもしれない。一方、冷やした方が死亡率が高い群があった（常温療法が優れているかも）。頭部外傷では凝固線溶系が狂うため、冷やすとかえって悪いのかもしれない。

低体温療法のためには各種体温管理装置がでており、冷却方法として、ウォーターブランケット、熱伝導パッド、血管内冷却法がある。血管内冷却法は中心静脈カテーテル挿入と同様の手技でデバイスを静脈内留置、本体で冷却 / 加温された生理食塩水がバルーンの内側を流れ、血液との間で熱交換を行う。体温コントロールは Automatic であり、冷却速度が速く、体温安定性に優れている。

血管内冷却法は、くも膜下出血に対する積極的常温療法（覚醒下）において、脳血管攣縮を抑え、退院時転帰良好群が増加傾向であり、優れているといえる。

**もっと、あなたの笑顔に  
近い銀行へ。**



# 平成 27 年度 山口県医師会警察医会総会

とき 平成 27 年 8 月 1 日（土）

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[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 27 年 8 月 1 日（土）、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 27 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。司会は県医師会常任理事の弘山直滋先生が務められた。

## 開会挨拶

**小田悦郎・山口県医師会会長** 本日は土曜日の午後、また、大変暑い中、総会・研修会にご出席いただきありがとうございます。また、来賓として山口県警察本部刑事部捜査第一課長の玉井宏昭様、刑事部統括検視官の波多野稔久様、そして山口大学法医学教室の藤宮教授にもご臨席を賜り、大変ありがとうございます。

現在「第 23 回世界スカウトジャンボリー」が開催されております。宇部興産中央病院が後方病院として対応しておりますが、この暑さで熱中症の患者が多数出ているとの連絡がありました。

日本医師会では平成 27 年 1 月 10 日に、平成 26 年度都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会学術大会が開催されました。警察活動に協力する医師の全国組織化の取組みが始まったところです。

山口県医師会と致しましても引き続き山口県医師会警察医会を中心に、山口県警察本部と連携し、協力体制の確保に努めて参りたいと考えております。

本日は、平成 26 年度山口県医師会警察医会事業報告、平成 27 年度山口県医師会警察医会事業計画（案）の議事がありますが、慎重にご審議をお願いしたいと思います。また、研修会の方もぜひご出席いただきますようお願い申し上げます。

**天野秀雄・山口県医師会警察医会会長** 本日は山口大学法医学教室の藤宮教授をはじめ、山口県警察本部からは刑事部捜査第一課長の玉井宏昭様、刑

事部統括検視官の波多野稔久様のご臨席をいただきありがとうございます。

本会は平成 18 年 6 月 3 日に設立されましたので、本年で 9 年目でございます。皆様のお陰を持ちまして研修会も順調にすすみ、また、日常の検死にも慣れていただいたのではないかと思います。

われわれ警察活動協力医は現場でいろいろと悩んでおるわけでございますが、活動が孤立しがちであるので、会員同士、懇親の場で親睦を深めていただければと思います。

3.11 東日本大震災の教訓を得て、今後起こりうるであろう災害に対して、本医会ではいろいろな準備をしております。3 年前から山口県警察学校の体育館で、山口県警察本部、山口県歯科医師会及び山口県医師会で合同で訓練を行っています。皆様にも参加していただき、どのような物が必要なのか、どのような手順で行っていくのかを是非とも体験していただきたいと思っています。

本年 12 月より労働安全衛生法の改正があり、50 署員以上の警察署においては署員のメンタルヘルスチェックが必要になります。この件は警察における産業医活動になるわけでございますが、この産業医を警察活動協力医が担当するかどうかについては、今後、山口県医師会と山口県警察本部で検討をして参ります。

この会は皆様のご協力なくしては運営ができませんので、今後とも引き続きご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

## 来賓挨拶

**玉井宏昭・山口県警察本部刑事部捜査第一課長**

ただ今ご紹介いただきました山口県警察本部刑事部捜査第一課長の玉井です。本来ならば刑事部長の古川が皆様にご挨拶するべきところではあり

ますが、ちょうど今、世界スカウトジャンボリーの警備等の関係で本日はどうしても出席がかなわない状況ですので、私の方から山口県医師会警察医会総会の開催にあたり一言ご挨拶を申し上げます。

山口県医師会の小田会長、また、山口県医師会警察医会の天野会長をはじめ、山口県医師会警察医会会員の皆様には、平素から異状死体の検案はもとより、警察業務の各般にわたり格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

さらに、藤宮教授をはじめ、山口大学法医学教室の先生方には大学内の業務や研究でご多忙の中、解剖等の鑑定を快くお引き受けしていただきておりますとともに、法医全般にわたりご指導を賜っておりますことに対し、あらためて感謝とお礼を申し上げます。

さて、県下の検視の現状でありますと、本年は 6 月末現在で 1,167 体を扱っており、昨年に比べ 65 体増加しております。

本年 6 月に県東部の警察署におきまして、69 歳のアルコール依存症の男性が入所先の施設で倒れて死亡した事例がありました。当初、アルコールに起因する病死なのか、交通事故等に起因する犯罪死なのだろうかと判断が困難でしたが、検案医が画像診断を行い、骨盤骨折があることが確認できましたので司法解剖となりました。その結果、死因は「転落による外傷性ショック死」と診断されました。犯罪性を否定することができたのはもちろんのこと、ご遺族にも状況を十分理解していただき、早期にご遺体をご遺族に引き渡すことができました。このように異状死体の取り扱いに関しては、非常に慎重な判断を要するものであります。

今後も高齢化や過疎化の進行といった社会現象を背景として、異状死体の増加や生活の解明に苦慮することが予測される中、検視業務を取り巻く環境はますます厳しい状況になってくるのではないかと危惧しております。

山口県警察本部をいたしましては、今後も適正な検視業務を推進していくために検視官の臨場率の更なる向上をはじめ、第一線の捜査員の教育にも一層の重点を置くなど、検視業務に対する取組

みの強化を図ってまいります。また、犯罪死を絶対に見逃すことのないように環境、周辺捜査を徹底して適正な検視業務を推進していく所存でございますが、異状死体の死因を究明し、ご遺族の納得が得られる検視を実現するためには、なによりも諸先生方の高度かつ専門的な知識とお力添えが不可欠です。今後とも、更なるご指導とご協力を重ねてお願い申し上げます。

最後になりますが、本会のますますのご発展と、皆様方のご健勝・ご活躍を心から祈念いたします。

### 来賓紹介

山口大学大学院医学系研究科法医・生体侵襲解析

医学分野（法医学教室）教授 藤宮 龍也先生  
山口県警察本部刑事部捜査第一課長

玉井 宏昭様

山口県警察本部刑事部統括検視官 波多野稔久様

### 議事

議長は会則により、警察医会長の天野秀雄先生が務められた。

#### 1. 平成 26 年度山口県医師会警察医会事業報告

警察医会副会長 松井 健

##### 1. 総 会

日時 平成 26 年 8 月 2 日（土）

午後 3 時～午後 3 時 20 分

場所 山口県医師会 6 階 大会議室

##### 2. 役員会

###### ・第 1 回

日時 平成 26 年 5 月 29 日（木）午後 4 時～

場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

###### 議題

1. 警察医会役員について

2. 平成 25 年度事業報告について

3. 平成 26 年度事業計画案について

4. 平成 26 年度総会について

5. 研修会について

6. その他

## ・第 2 回

- 日時 平成 26 年 8 月 2 日 (土)  
 午後 2 時 30 分～午後 3 時 (総会前)  
 場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室  
 議題  
 1. 総会の議事進行について  
 2. 次回研修会及び懇親会 (2 月 7 日) について  
 3. その他

## ・第 3 回

- 日時 平成 27 年 2 月 7 日 (土)  
 午後 3 時 30 分～ (第 16 回研修会前)  
 場所 ホテルニュータナカ  
 議題  
 1. 第 16 回研修会及び懇親会の運営について  
 2. 平成 27 年度山口県医師会表彰の推薦について  
 3. 多数死体発生時における検視・遺族対策  
 合同訓練 (11 月 20 日) 第 3 回報告  
 4. 平成 26 年度 Ai 学術シンポジウム (12 月 23 日) 報告  
 5. 平成 26 年度都道府県医師会「警察に協力する医師の部会 (仮称)」連絡協議会・学術大会 (1 月 10 日) 報告  
 6. 次回研修会について  
 7. その他

## 3. 研修会

## ・第 15 回

- 日時 平成 26 年 8 月 2 日 (土)  
 午後 3 時 20 分 (総会終了後) ～  
 場所 山口県医師会 6 階 大会議室  
 講演 「死体検案特論—事例を中心に—窒息論 1」  
 山口大学大学院医学系研究科法医・  
 生体侵襲解析医学分野 (法医学) 教授  
 藤宮 龍也 先生  
 受講者 72 名 (医師 31 名、警察 24 名、消防 5 名、海保 10 名、学生 2 名)

## ・第 16 回

- 日時 平成 27 年 2 月 7 日 (土)

- 午後 4 時～午後 5 時 50 分  
 場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間  
 報告：県警察本部からの報告  
 山口県警察本部刑事部捜査第一課  
 檢視官 波多野稔久 氏  
 講演：薬毒物関連の法医剖検事例  
 「法医剖検例にみる近年の山口県下の  
 薬毒物関連死の変遷と現状」  
 山口大学大学院医学系研究科法医・  
 生体侵襲解析医学分野 (法医学)  
 助教 白鳥 彩子 先生  
 「危険ドラッグが死に関与したと考え  
 られた事例」  
 山口大学大学院医学系研究科法医・  
 生体侵襲解析医学分野 (法医学)  
 准教授 高瀬 泉 先生  
 受講者 95 名 (医師 38 名、警察 27 名、  
 消防 19 名、海保 11 名)  
 4. 警察医会会員の意見交換会  
 日時 平成 27 年 2 月 7 日 (土)  
 第 16 回研修会終了後  
 場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間  
 5. 平成 27 年度山口県医師会表彰規程 (地域社会  
 貢献) による被表彰者の推薦  
 売豆紀雅昭 先生 (萩 市)  
 新村 和典 先生 (下関市)  
 向井 康祐 先生 (熊毛郡)  
 6. その他  
 ・小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事  
 業説明会  
 平成 26 年 8 月 27 日 (濱本県医副会長)  
 ・多数死体発生時における警察、医師会、歯科医  
 師会との検視・遺族対策合同訓練 (第 3 回)  
 平成 26 年 11 月 20 日  
 (天野会長、青柳先生)  
 ・平成 26 年度 Ai 学術シンポジウム  
 平成 26 年 12 月 23 日 (中村県医理事)  
 ・平成 26 年度死体検案研修会 (上級) 福岡会場  
 (天野会長ほか)

前期：平成 26 年 11 月 29 ~ 30 日

後期：平成 27 年 2 月 22 日

- 平成 26 年度都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会学術大会  
平成 27 年 1 月 10 日  
(天野会長、香田県医理事)

議長が事業報告について質問を求めたが、会場からは質問はなかった。

また、平成 26 年度山口県医師会警察医会事業報告は出席会員全員の拍手をもって承認された。

## 2. 平成 27 年度山口県医師会警察医会事業計画(案)

警察医会会长 天野 秀雄

### 1. 総 会

日時 平成 27 年 8 月 1 日（土）  
午後 3 時～午後 3 時 20 分  
場所 山口県医師会 6 階 大会議室

### 2. 役員会

#### ・第 1 回

日時 平成 27 年 5 月 21 日（木）  
午後 4 時 15 分～午後 4 時 45 分  
場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

#### ・第 2 回

日時 平成 27 年 8 月 1 日（土）  
午後 2 時 30 分～午後 3 時（総会前）  
場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

#### ・第 3 回

日時 平成 28 年 2 月 6 日（土）  
午後 3 時～（第 18 回研修会前）  
場所 ホテルニュータナカ

### 3. 研修会

#### ・第 17 回

日時 平成 27 年 8 月 1 日（土）  
午後 3 時 20 分（総会終了後）～  
場所 山口県医師会 6 階 大会議室  
講演 「死体検案特論—事例を中心に—窒息論 2」  
山口大学大学院医学系研究科法医・

生体侵襲解析医学分野（法医学）教授

藤宮 龍也 先生

#### ・第 18 回

日時 平成 28 年 2 月 6 日（土）午後 4 時～  
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間  
講演 「死体検案特論—事例を中心に—  
中毒・環境異常 1」  
山口大学大学院医学系研究科法医・  
生体侵襲解析医学分野（法医学）教授  
藤宮 龍也 先生

#### 4. 警察医会会員の意見交換会

日時 平成 28 年 2 月 6 日（土）  
(第 18 回研修会終了後)  
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間

#### 5. 平成 28 年度山口県医師会表彰規程（地域社会貢献）による被表彰者の推薦

#### 6. その他

議長が事業計画（案）について質問を求めたが、会場からは質問はなかった。

また、平成 27 年度山口県医師会警察医会事業計画（案）は出席会員全員の拍手をもって承認された。

以上をもって平成 27 年度山口県医師会警察医会総会は無事終了した。

総会に引き続き、山口県医師会警察医会第 17 回研修会が開催された。

#### 講演

「死体検案特論—事例を中心に—窒息論 2」

山口大学大学院医学系研究科法医・  
生体侵襲解析医学分野（法医学教室）  
教授 藤宮 龍也 先生

\* 講演の内容は、後日、本会報に掲載予定。

# 都道府県医師会「地域医療構想策定研修」

とき 平成 27 年 7 月 2 日 (木) 10:00 ~ 17:00

ところ 日本医師会館大講堂

[報告：常任理事 弘山 直滋]

標記研修に河村専務理事と弘山が出席した。出席者数は全国都道府県医師会 126 名、TV 会議視聴 85 名であった。

## 1. 開会挨拶

**日本医師会会長 横倉義武** 先般、内閣官房の専門調査会による第一次報告が公表されたが、一部報道で「病床の削減」といった表現があり、日医としては記者会見により遺憾の意を表すとともに報道内容に反論し、日医の見解と厚労省の文書を都道府県医師会へ通知した。メディファクスの記事によると、内閣官房の宮島室長も「必要病床数推計はあくまでも議論のベースであり拘束力はない」と発言されている。

この報道以前にもさまざまな情報がマスコミや病院を対象とする講演会などで出され、地域の住民や医療関係者は不安を持っている。日医として、政府や関係者から誤ったメッセージが発信されることのないよう、引き続き注視して対応する。

この地域医療構想は、都道府県庁だけで情報を取り扱うのではなく、都道府県・郡市区医師会を中心となって関係者が情報を共有して構想を作り上げ、自主的に実行していくのが主旨である。行政と医師会とが共通理解の下に立つことが、地域医療構想の円滑な策定のためにも重要なと考える。日医は地域の住民が安心して医療を受けられるよう、将来の医療提供体制は全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実状に応じて構築されていくべきと考える。

現在、病院団体協議会とで

ワーキンググループを設置し、さらに各医療機関や地域での今後の自主的な取組みを支えていく方針である。

**日本医師会常任理事 釜范 敏（司会）** 今回の研修は、厚労省が開催した都道府県職員を対象とする「地域医療構想策定研修 / 全 3 回」の「前期（3 日間 6 月 16 ~ 18 日）」の内容を再編成して実施する。「中期（2 日間 7 月 13 ~ 14 日）」の研修は、各都道府県職員と同席する医師会・大学等の関係者が、配付された構想区域策定支援ツールやデータブック等を活用して、地域の状況を分析し、その結果を基にグループワークなどを実施する予定である。この中期の研修を受講した場合にのみ、医師会において支援ツールやデータブックが利用可能となる。

## 2. 地域医療構想の策定に向けて

**日本医師会副会長 中川俊男** 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第 1 次報告により、誤った報道がされたが、誤った理解をされないようにお願いする。必要病床数は構想区域ごとに算定するもので、都道府県単位で



推計することに意味はない。

- ①「現状：2013 年 134.7 万床」は、平成 25 年医療施設調査の数値で、精神・感染症・結核病床は含まれない。また、この数は許可病床数であり、稼働していない病棟の病床も含むために実際には 1 ~ 2 割少ない。
- ②「現状：2013 年 病床機能報告 123.4 万床」は、未報告・未集計も含まれ、「急性期」を選択した場合でも、他の機能（高度急性期、回復期、慢性期）の患者が入院しているケースがある。
- ③「2025 年：必要病床数 115 ~ 119 万床」は、機械的に全国の人口推計等を代入して計算した医療需要で、参考値としての位置付けである。急性期には、すべて急性期の患者が入院しているとして「寄せて」計算しているが、現実にはそういうことは起こらない。構想区域ごとの必要病床数は、都道府県間、構想区

域間の患者の流入出を調整して決定する。

- ④「2025 年：在宅医療等で追加的に対応する患者数 29.7 ~ 33.7 万人」であるが、地域医療構想では、慢性期及び在宅医療等の患者数は一体的に推計することになっている。地域によって慢性期が多い地域、在宅医療が多い地域とさまざまあるため、分けて表現するのは適切ではない。

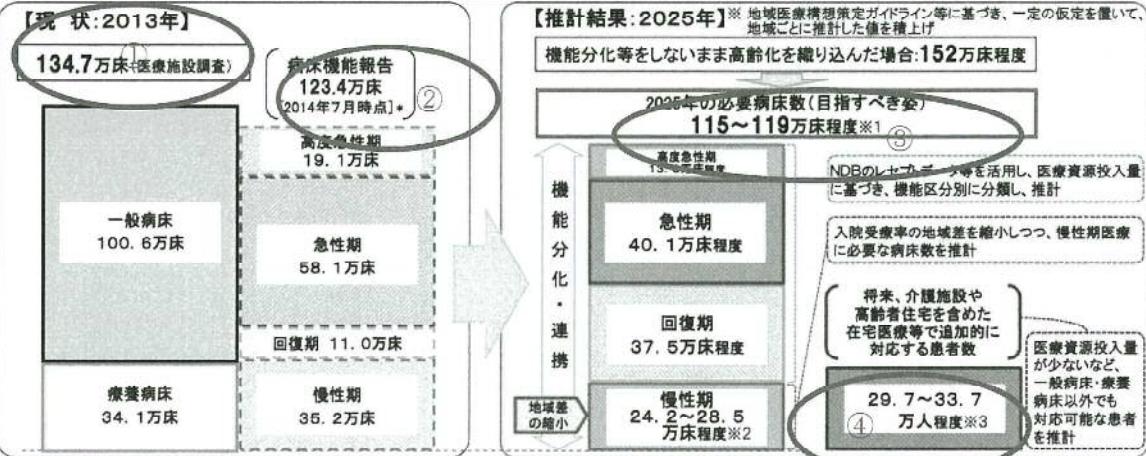
### 3. 地域医療構想に関する基本的な考え方

厚生労働省医政局地域医療計画課長 北波 孝

専門調査会の報告書が「病床削減」と伝わってしまったようだが、あくまでも参考値であり、地域医療構想は地域内の話し合いによって自主的に収斂していく取組みである。人口減少を見据え、地域での将来の医療需要を見通す中で、医療機関としての位置付けを見つけてほしい。2025 年の医療提供体制を念頭に置いた構想になるが、

#### 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10 年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



2025 年以降の人口の変化も重要であり、2025 年が絶対のゴールではなく、通過点として見据えてほしい。

#### 4. 前期地域医療構想策定研修

6 月 16 ~ 18 日に開催された都道府県職員研修の内容について、厚労省からそれぞれ説明。

##### (1) 講義ダイジェスト

- 1) オリエンテーション
- 2) 医療法と医療計画と地域医療構想
- 3) 医療政策の課題と展望
- 4) 地域医療構想策定ガイドライン・病床機能報告制度
- 5) 専門家連携編に向けての課題等
- 6) レセプト情報の提供に関する法規と倫理

横倉日医会長、中川日医副会長からもあった通り、地域医療構想は「病床数がどうか」となりがちだが、入院だけでなく外来も含めて「患者数がどうか」が最も重要である。策定にあたっては、医師数や看護師数の地域偏在がある中でヒューマンリソースと患者数を考えつつ、地域住民も含めて誤解のないよう、理解を得ながら進めていただきたい。

医療法は、昭和 23 年に最低限の衛生基準を定めるものとして制定され、昭和 60 年には医療資源の地域偏在の是正として医療資源が国民にあまねく行き渡るように都道府県の定める医療計画制度が導入され、基準病床が設定された。平成 26 年 10 月には、効率的かつ質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築を実現するための「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の下、第 6 次医療法改正が行われた。

平成 20 年度の第 5 次改正では、医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進への対応等が行われた。その際、「医療計画の見直しなどに関する検討会」とりまとめ意見として、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づいて二次医療圏を設定することや、人口や医療需要も含めて PDCA サイクルを疾病・事業ごとに推進することとなった。

地域医療構想は医療計画の一部との位置付けになっている。その内容は先述のとおり、医療需要とそれを踏まえた病床の必要量を定めること、目指すべき医療提供体制を実現する施策を打ち出すことで、地域医療構想調整会議は各構想区域のベクトル合わせを担うこととなる。

地域医療構想の策定プロセスで重要なのは、地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの共有である。医療関係者のみならず、地域住民とも共有いただきたいことを特に強調したい。

また、地域医療構想策定後の取組みは、病床機能報告制度の集計結果が 3 月に提示される予定となるので、その結果を始めとした各データを基に調整会議における協議を含む医療機関の自主的な取組みに期待する。各構想区域における対応を踏まえて基金事業の提案をいただきたい。

##### (2) 実習ダイジェスト

- 1) 地域医療構想策定支援ツールの使い方
- 2) 医療計画作成支援データブック
- 3) アクセスマップと人口カバー率等
- 4) 救急搬送データ分析ソフト、可視化ツールの使い方
- 5) 医療提供体制と受療状況の把握

#### 5. 質疑応答等

青森県 専門調査会報告のマスコミ報道に対して、日医は後から内容を否定する説明をされているが、事前に日医として交渉・対処はできなかつたのか。皆が「病床削減構想」だと思っている。

日医 ご指摘は全くそのとおりである。最大限ブロックしようとしたが、厚労省の管轄ではなく、内閣官房ということもあり、徹底的なブロックが難しかった。しかし、今後の医療提供体制の変化の中で、結果的に病床が減ってくる流れは確かにある。新たな公立病院改革ガイドラインに基づき、公立病院の運営費に関する地方交付税措置は算定基礎が許可病床数から稼働病床数に変更され、特に公立病院はダウンサイジングしていく流れになると思う。地域医療構想は、こうした流れも踏まえ、民間病院は自院の地域の客観的なデータにより、共倒れしないようにやっていこうとするもの

である。

**大阪府** 大阪は現在、基準病床数を上回っているが、回復期病床は不足している計算である。回復期を整備するためには、急性期から回さないといけないのか。

**厚労省** 基準病床数を上回っている以上、新規に回復期を増設して目標値を達成するのは現実的でない。全体の病床数が増やせない中で解決策を考えていただく。

**熊本県** 他県（他区域）から患者が流出・流入すること自体悪いことなのか。高度急性期以外は圏域内で完結していくという考え方もあるが、患者さんの希望による出入りをどう修正していくのか。

**日医** 流出入が悪いということは全くない。

**厚労省** 最も重要なのは、住民や患者をしっかりと診れる体制になっているかどうかである。確かに法律の中では、医療計画に必要病床数や 2 次医療圏を設定することが明記されているため、計算上、数字は出てくる。圏域による医療提供体制は疾病によっても考え方は異なるため、区分けした数字を出していく。

**福井県** 2025 年にはこの推計値に合わせないといけないのか。

**厚労省** 推計は実質的に医療需要から導き出した患者数であるが、各地域のトレンドが分かる数値を出すのであり、合わせることとは違う。

**静岡県** 構想策定後、各病院が自主的に収斂する方向で取り組むことになるが、その際にどのような情報で判断していくのか。こうした情報が提供されるのか。

**厚労省** 基本的に、毎年の病床機能報告制度（7 月 1 日時点）の公表分と DPC データ（公表分）のみである。

**広島県** 病床機能報告制度は病棟単位の報告で曖昧な結果となった。慢性期の患者を多く抱えながら急性期機能がないと成り立たない中小病院もあるのが実態である。

**厚労省** 確かに判断が難しい面もあるが、法律で縛ることができないため、医療機関で判断していただくしかない。今年 10 月の報告に向けて、判断に役立つ情報を提供していく。

**長崎県** 不足の機能区分への診療報酬による誘導が考えられるが。

**日医** 不足する機能は地域によってさまざまであり、全国一律の診療報酬で誘導するのは難しいと考える。どんな機能を持っても経営が成り立つような診療報酬体系にすべきと主張していく。

**北海道** 第 7 次医療計画（平成 30 年度～）作成時には、地域医療構想は見直されるのか。

**厚労省・日医** 二次医療圏を地域医療構想で定めた区域に合わせていくことになるが、構想自体を見直すことはない。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害  
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

**あなたにしあわせをつなぐ**

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店  
共栄火災海上保険株式会社 代理店  
**山福株式会社**  
TEL 083-922-2551

# 平成 27 年度 第 1 回 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議

と き 平成 27 年 4 月 16 日（木）15：00～16：30

と こ ろ 山口県医師会 6 階会議室

[ 報告：理事 香田 和宏 ]

## 開会挨拶

**小田会長** 市町の介護保険の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」の取組みについては、医師会として積極的に関与していくことが必要だと思っている。山口県は全国よりも約 10 年早いペースで高齢化が進行していると言われており、われわれ医療機関も将来の推計と必要なサービス量等を把握した上で、今後の取組みに活かしていくことになる。本日は忌憚のないご意見をいただき、実り多い会議にしていただきたい。

## 議題

### 1. 介護保険の地域支援事業（市町事業）における在宅医療・介護連携推進事業について

**県長寿社会課 西田課長** 県では、平成 27～29 年度までの今後 3 年間、県の高齢者福祉推進の基本指針となる「第五次やまぐち高齢者プラン」を昨年度末に公表した。このプランに基づき、今後“地域包括ケアシステムの構築”と、“高齢者が活躍できる地域社会の実現”の二つを大きな基本方針として、市町や関係団体の方々とともに諸施策を積極的に推進していきたいと考えている。とりわけ「在宅医療と介護の連携」、あるいは「認知症施策の推進」にあたっては、県医師会や都市医師会のお力添えが不可欠であるので、引き続きご協力のほど、よろしくお願ひする。

### 在宅医療・介護連携推進事業について

**長寿社会課 金本主査** 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の予算は国費ベースで 118 億円、うち「在宅医療・介護連携」の部分が 13 億円である。在宅医療・介護

連携推進事業にかかる各市町村の上限額は、地域包括支援センターが 1 か所ある市町で、約 500 万円程度が上限となる計算である。在宅医療・介護連携推進事業については、このたび、国が手引書を 3 月 31 日付で示している。この手引きには、具体的な取組みが記載してあるので、概要を説明させていただく。

全 8 事業あり、委託が可能となっている。また、本事業を実施するにあたって、市区町村がその取組みの開始前から地域における医療・介護関係者と連携して行うことの重要性が改めて指摘されている。したがって、都市医師会のご協力を賜る部分が多いかと思っている。

事業項目（ア）～（ク）の 8 項目（776～779 頁参照）は、従前説明していたものから変更されている部分があり、「（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」では、これまで「24 時間 365 日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築」とされていたが、サービスを 24 時間 365 日提供する必要性よりも、必要な時に必要なサービスを提供することが重要ではないかといった議論の整理の中で表現が変わった。また、「（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援」は、これまで「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等」とされていたが、センターというハコモノをつくるイメージがあるため表現が変更された。ただし、窓口にはセンターという名前をつけて、幅広く広報、周知していただきたい。これら 8 項目の内容は、以下のとおりである。

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

○地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等

を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

事業実施にあたってのポイントは、行政機関、医療・介護関係者、住民と対象者ごとに必要な情報が異なるため、そうしたことを踏まえて情報の内容を検討するなど対応いただきたい。具体的には、既存の公表情報から把握すべき事項を抽出し、追加調査する場合には、関係者とも検討した上で協力を得つつ実施する。地域住民への情報提供にあたっては、把握した情報が必要な情報かどうか、また、医療・介護関係者の支障とならないか精査していただきたい。

#### (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

○地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

会議の開催事務については、委託しても構わないことになっているが、検討課題等については市町が整理し主体的に取り組むことになっている。留意事項として、訪問看護事業所や訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問を行う薬局等

の参加を求めることが望ましいとされている。また、地域ケア会議の場で本事業の会議を代替しても構わないとされているため、各市町によって会議のメンバーや開催方法にも違いが出てくる。

#### (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

○地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組みを行う。

以前、24 時間 365 日と言っていた部分であり、まずは体制構築のための必要な取組みを検討するものとされている。地域の実情が異なること、専門性が高いこと、及び関係者間での十分な協議について念押しがあり、留意事項には、都市医師会を始めとする関係団体等に委託して差し支えないとあるので、おそらく都市医師会には市町からご相談等があると思われる。その際は、ご協力をよろしくお願いする。

#### (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

○情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

## 出席者

### 都市担当理事

大島郡 嶋元 徹	玖珂河郷 忍	熊毛郡 吉岡伸一郎	吉南岡村 均	美祢郡 坂井 久憲	下関市 餘山 晶	宇部市 土屋 智	山口市 矢野 秀(代理)
萩市 篠田 陽健	徳山小野 薫	防府山縣 三紀	下松澤 公成				

### 県医師会

岩国市 大島 真理	小野田 萩田 勝彦	光市 丸岩 昌文	柳井 前濱 修爾(代理)	長門市 戸嶋 良博	美祢市 中元 起力
会長 小田 悅郎	副会長 濱本 史明	専務理事 河村 康明	常任理事 弘山 直滋	理事 清水 暢	理事 香田 和宏
					理事 原 伸一

### 県健康福祉部

長寿社会課(地域包括ケア推進班)	医療政策課	医療企画班
課長 西田 秀行	主幹 廣川 隆	
主幹 山崎 晶子	主任 亀本 真道	
主査 金本 圭一		

既存の情報共有ツールの改善を行い、それが不足であれば作成していく。既にこうした取組みをされているところもあると思うが、その改善や新たな共有ツール作成の必要があるかについて検討していただく。作成する必要があれば、様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引きを策定し、広く周知していただく事業である。国からは今までの反省もあり、特に使いやすい、使い勝手の良いツールとなるよう、地域の医療・介護関係者の意見を十分踏まえてほしいという補足があった。

#### (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

○ 地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。

地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置し、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討するために（イ）で設けた会議等も活用しながら運営方針を策定いただく。そうして設けた窓口には、対応可能な時間帯等を広く周知し、相談受付、連絡調整、情報提供等にあたっていただく。基本的には「地域包括支援センター」と医療・介護関係者の間の連携を図るための組織で、直接住民からの相談に対応することは想定されていない。しかし、実状に応じて、直接住民の相談に応じても構わないことになっている。また、窓口には、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケアマネージャー資格を持つものなど、介護に関する知識を有する人材を配置することが望ましいとされている。今後、市町がこうした人材を設置していく流れになるかと思われる。

#### (カ) 医療・介護関係者の研修

○ 地域の医療・介護関係者の連携を実現するため

### 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成 27 年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）、在宅医療推進事業（平成 25 年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成 27 年 4 月から取組を開始し、平成 30 年 4 月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

#### ○ 事業項目と取組例

<p><b>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化</li> <li>◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査</li> <li>◆ 結果を関係者間で共有</li> </ul> 	<p><b>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討</li> </ul>	<p><b>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援</li> <li>◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用</li> </ul>	<p><b>(キ) 地域住民への普及啓発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催</li> <li>◆ パンフレット、チラシ、区報、HP 等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発</li> <li>◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等</li> </ul> 
<p><b>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進</li> </ul>	<p><b>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。</li> </ul>	<p><b>(カ) 医療・介護関係者の研修</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得</li> <li>◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等</li> </ul>	<p><b>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討</li> </ul>

に、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

おそらく従来からの取組みが十分なされている事業であり、また、発展的にこの取組みに移行するところがあるかと思う。いずれにしても、既存のいろいろな研修を活用しながら、市町で計画的な事業実施を行っていくことになる。

#### (キ) 地域住民への普及啓発

○在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

これも、従来からの市町による取組みの延長になると思われるが、老人クラブや町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的であるで、留意事項として挙げられている。

#### (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

○二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

基本的には、二次医療圏内の市町の連携の場であり、統一された情報共有の方法や様式等の検討をする場である。

これら 8 項目の事業は、既に地元の協議会等で取組みがされている場合には、一定の条件のもとではあるが、その事業を実施しているとみなして良いとされている。都道府県の役割は、各市町で実施される事業の進捗状況を県及び市町で共有できるような体制を整えるとともに、広域的な普及啓発等の積極的な支援が求められている。

県内の各市町の「在宅医療・介護連携推進事業」に関する事業実施予定は、3月末現在の調査によると、県内全 19 市町のうち、3 町を除く 16 市町は本年度（27 年度）から 8 事業項目のうち少なくとも一つは実施する予定である。可能な範囲で前倒しして事業が実施できるよう県としても調整していくと考えている。この地域支援事業は、今後、市町から具体的な計画が出てくるので、

その時点で詳細が把握できると思う。よって、現時点でのどのような事業を、どのくらいの金額で具体的に実施するかを把握できていないが、今後とも県医師会・都市医師会への情報提供に努めていきたいと考えているので、引き続きご協力をお願いする。

県医師会 各市町が少なくとも 1 事業は行うとのことであるが、消極的な印象もあり、この点についてはいかがか。

県長寿社会課 「少なくとも」であるため、6～7 事業を実施するところもあるかもしれない。

県医師会 例えば熊毛郡医師会では、3 町を抱えているために個別に対応しなくてはいけない。医師の数も少ない地域では、どのように対応するのか。このような地域では丁寧に進めないと、置いていかれてしまうのではないか。

都市医師会（熊毛郡） 今年 1 月のこの会議の後に、医師会で話をしてみたが、町が動かないと私たちだけでは動けないので、結局、それぞれの町が個別に会員の先生を相談しているようである。行政がばらばらに動くと、医師会としてはタッチできない状況である。

都市医師会 事業費について、地域包括支援センター 1 か所で約 500 万円との説明があったが、これは毎年度か。また、使い道は市町が決めて実施するのか。

県長寿社会課 毎年度である。上限の範囲内で市町が計画を提出し、それについて承認して実施してもらうことになる。

都市医師会 在宅医療・介護に関する相談支援について、医師会が受託することは可能か。また、医療ソーシャルワーカー、ケアマネなどの専門知識を持っている人が良いとされていたが、人材を確保するのがなかなか難しいため、それ以外でも良いのか。その人件費は、みてもらえるのか。

県長寿社会課 窓口、支援という表現になっているが、都市医師会に設置していただきても良いし、広域的な医療機関あるいは地域包括支援センターでも良い。その際の人件費等を、この地域支援事

業で賄うということが元々の仕組みである。地元で、そうしたノウハウがある等といった相応しいところが主体的に取り組んでいただけだと考えている。

都市医師会 手を挙げればできるものか。

県長寿社会課 市町が作る地域支援事業の事業計画による。具体的には、介護保険の部署・担当課で検討いただくことになる。

都市医師会 27 年度の各市町の予算要求が出ているはずだが、実際にどのくらい要求して、どれくらい出しているのか、教えていただけると有難い。

県長寿社会課 現時点では出てきていません。現在、期限を決めて事業計画を出してもらうようにしている。取りまとめが終われば、公表できる部分については公表していただきたい。

都市医師会 この事業は単年度事業として、毎年積み上げていくのか。それとも、何か年かのトータルの計画性のものであるか。

26 年度の事業については 26 年度で取りまとめたが、予算が下りて、実際に事業が実施できたのは 27 年 1 ～ 3 月だけであった。27 年度も現時点で、市町の予算確保もなく、計画を立てている状況であったが、27 年度に医師会がこの事業を受託後、いつから動けるのか目処が全く立たない。このような状態が 28 年度以降も続くようであれば、どうにもならないと思っているがいかがか。

県長寿社会課 基本的に事業のスキームとしては、毎年度申請していくことになる。昨年度の事業については、新たに制度化された地域医療介護総合確保基金の中での事業といったことで、下関市医師会にも大変ご迷惑をお掛けしたところである。今回については、従前から制度化されている地域支援事業の中で、メニューが増えたという取扱いになるので、本来であれば、いくつか早目にする取組みについては、市町の方で各都市医師会とも協議をしつつ準備が進んでいても良いかと思うが、その辺りは制度の改変時であることから、県としての努力不足もあり、ご迷惑をおかけしている。ただし、来年度以降については、制度は

できており、平成 30 年 4 月に向けてすべてのメニューをしなくてはいけないという中で動いていただけます。当然、必要な事業について、時期を待たず取り組んでいただけだと考えているし、そのような中で市町が取り組めるように支援していきたいと考えている。

都市医師会 ゼひ、その点だけは、きちんとお約束いただいて、市町が動くように県がリーダーシップを発揮していただきたい。

県医師会 「(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、非常に漠然としているが、これを主導するのは行政なのか。實際には、必要性があまり感じられないところもある。

県長寿社会課 「(ク)」については、8 事業の中で、市町が委託してはいけない項目の一つであったところである。基本的には、関係市町と県で協力していくことになる。もちろん地域支援事業は関係市町が実施主体となるので、主体的に動いていただけます。各々市町だけでは決まらない部分もあるので、その段取り等については県としても協力していきたいと考えている。また、在宅医療・介護連携だけではないが、地域包括ケアに関して、圏域ごとに会議等を開催する場があるので、そうした場も活用して、市町の意向を確認し、必要があれば支援していきたい。

都市医師会 「医療と介護関係者の情報共有の支援」とあるが、以前、多職種との連携の情報ツールを共有するための二次医療圏を対象とする予算の募集があったと思う。これらは、二次医療圏を想定しているのか。それとも市町だけで良いのか。

医療と介護の連携推進事業なのに二次医療圏があり、そこが私たちにとってはネックである。医療と介護の連携をつくるときに、先ほどの熊毛郡のお話にもあったと思うが、市町を越えた二次医療圏で、医療と介護の連携は非常に構築しにくいと思う。そこをクリアにしたい。

県長寿社会課 地域支援事業については、基本的に市町が行うものである。それぞれの取組みを見ていくと、小さな単位でツールができていき、一つの市町では入院患者等が完結しないために、市

外の基幹病院にも参加いただくといった流れで、広がっていくものを想定されていると思っている。

まずは、市町の中で情報ツールが整備されているのか、整備の必要があるのか、また、その中で進めていけるかどうかを検討いただく中で、他市町からの移動が多い場合、また、二次医療圏域で取り組んだほうが良ければ、先ほどの「(ク)」の関係市区町村の連携の議題にしていただくという流れである。

**県医療政策課** 制度が変わっている部分もあるが、例えば、在宅医療の推進であれば、基本的には市町が主体となって関係者の連携のもと取り組むことという考え方自体が変わったわけではない。今まででは、地域医療再生基金や医療介護総合確保基金などを活用して、市町の取組みの立ち上がり支援、といったイメージであった。医療の方からすると、二次医療圏を単位として、多職種連携の協議会づくり、圏域を単位とする医療連携情報システムなど、過去の取組みは医療の方から見て、二次医療圏を単位として実施してきた。先ほどの医療介護総合確保推進法・介護保険法の改正の中でその部分が明確に市町の事業として実施が位置づけられたところである。したがって、基金を活用した県としての事業が実施できなくなったという部分はある。従来は県の支援により二次医療圏単位で実施していた事業が、完全に市町の取組みに整理された。

**県長寿社会課** 説明があったとおり 27 年度からは「在宅医療と介護の連携」については、介護保険法の中の位置付けで実施していく。地元に最も身近で、介護保険者として介護保険に責任を持つ市町が取り組んでいくということは、財源的にも法律的にも明確になった。以前、医療分の基金から出ていた部分においては、二次医療圏を単位とされていたようだが、今後は、基本的には、まず一番身近な介護保険者でもある市町が取り組んでいく。その取組みが市町だけで完結しない場合には、関係市町との連携の場を設けながら広げていくという形になっていることでご理解いただきたい。

## 2. 地域医療介護総合確保基金を活用した取組みについて

**県医療政策課** この制度は、昨年、国が創設した新たな財政支援事業として、26 年度に計画・策定された。県医師会又は都市医師会に大変ご協力・ご支援をいただいたところであります、感謝申し上げる。

制度の背景としては、ご案内のとおり高齢化の進行に伴う医療・介護需要の増大、いわゆる 2025 年問題への対応を図るために、昨年 6 月の医療介護総合確保推進法の成立に伴い、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築、地域包括ケアシステムの構築を目指すこととし、その財政的な支援として、この制度が設けられた。この制度は、消費税の増収分を活用して都道府県に基金を造設する。医療分として、26 年度と同じく 904 億円、今年度から介護分の 724 億円が加わり、全国 47 都道府県で 1,628 億円の事業を実施するというスキームである。

この基金を財源とし、都道府県が策定した計画に基づいて、医療・介護サービス提供体制の改革推進に向けた事業をそれぞれが展開していく。医療分の対象事業（下表の①、②、④）に変わりはないが、①においては、今年度から県が策定する地域医療ビジョンの達成に向けた取組み、具体的には病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の分化・連携を進めるための医療機関における施設設備の整備事業である。こうした取組みに 27 年度から下表③と⑤の介護関係の事業が組み合わされた。

県としては、国が創設したこの制度を積極的に活用して 26 年度から事業に取り組むこととし、

### 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
  - ② 居宅等における医療の提供に関する事業
  - ③ 介護施設等の整備に関する事業
  - ④ 医療従事者の確保に関する事業
  - ⑤ 介護従事者の確保に関する事業
- ※ 医療分：①②④、介護分：③⑤

関係団体、医療機関等のご意見をいただき、26 年度計画を策定した。具体的な事業の実施に当たっては、国が制度創設初年度であったため、基本方針や通知文の提示が 9 月となり、これを受けて県の予算措置も 11 月議会・12 月補正になり、26 年度分事業は結果として 1 ~ 3 月の 3 か月間の事業になった。

このため 27 年度の事業は、この事業計画の策定に当たっては、基本的に 26 年度事業の延長、継続実施を基本とし、いただいた意見を基に一部拡充・新規を計上したところである。その考え方は、①では地域医療ビジョン達成のためであり、本年度から策定に取り掛かることとし、基本的には 28 年度以降、本格的に着手するという考え方である。ただし、一部それぞれの機能区分の病床の状況については、現段階で回復期が不足している傾向が各医療圏で見受けられるので、先行してその部分の支援事業を創設した。②では医科・歯科・薬局を含めて継続的に事業を実施し、③も医師、看護師等の医療従事者確保に向けた取組みを進める計画である。

事業費が総額 1,068 千円で、これから 5 月の国のヒアリングを経て、6 月に内示、7 月に交付申請・交付決定の予定である。

結果として、27 年度事業は 26 年度事業の継続という形で措置させていただいたが、28 年度事業からは通年の実施となるので、改めてご意見をいただくための機会を本年度中に設けたいと考えている。夏頃になるとは思うが、各医療関係団体からご意見をいただき、28 年度の計画を策定していきたい。県医師会を通してご連絡するので、その際には、ご協力・ご支援をお願いする。

**都市医師会** 5 月の国のヒアリングを経て、7 月に決定することだが、それでは、市町はいつ予算執行するのか。

**県医療政策課** それぞれの事業によるとしか言えない。従前から継続的に実施し、年度当初から委託契約をしなければならない事業については、年度当初から開始する事業もある。しかし、拡充や新規の事業については、国の交付決定を待った上で事業着手になる。

**都市医師会** 県の長寿社会課と地域医療推進室がそれぞれ市町と交渉するので、現場に話がいくつも来る。また、お金の出どころがいくつもあり、根拠となる法律も違う。実際には、担当者はご自身の職責を果たされているのだろうが、現場でやっている人間としては非常にやりにくいというのが私の実感である。

**都市医師会** 「地域医療連携情報システム活用構想策定支援事業」について、先日募集があり、その際に、二次医療圏対象ということがあった。先ほどの「在宅医療・介護連携推進事業」の中の医療と介護の連携のシステムづくりとの相違点が分からぬ。情報システム(ネットワークシステム)は、何を想定しているのか。私は、クラウドなどを使った多職種の連携システムなのかと思ったりするが、二次医療圏では対応が難しい。

**県医療政策課** まさに役所仕事的なものと思っている。医療と介護の連携の部分については、最も生活に密着した部分ということで市町事業として整理されている。その中で、ICT を活用した事業もいろいろあると思うが、まずは地域医療連携を推進するためのツールとして、患者情報の共有ということで、二次医療圏をベースとして現在、県下 5 つの地域医療連携情報システム(下関、宇部・小野田、岩国、長門、萩)ができている。私どもがイメージしているのは、未整備圏域については、地域医療連携情報システムを圏域として整備されては何かという投げかけである。また、すでに整備されている 5 医療圏では、それを介護との連携という形で活用される手法は今後、役に立つことが想定されるので、その活用の方法を検討する事業である。

**都市医師会** これはどちらかというと、総合病院の情報などを共有するシステムになっていくと思う。

**県医療政策課** 中核病院とかかりつけ医が電子カルテを共有するといったイメージである。その部分が既にシステムとしてある場合には、クリティカルパスのような使い方で、介護従事者などと連携ができないかというものである。

**都市医師会** 私が想像していた多職種とのネット

ワークは、先ほどの在宅医療・介護連携推進事業のことになるのか。

**県長寿社会課** 私もイメージでお話させていただくが、この「医療・介護関係者の情報共有」は、どちらかというと病院から在宅へ戻るときに早めにケアマネにどのような情報を、どのような様式で渡し、また、医療関係者から介護関係者へ分かりやすい情報をどのように提供するか、さらには介護の現場で状態が悪くなったときにすぐに在宅医療へつなげるための情報の渡し方・様式といった仕組みづくりが、ここの一ツの「情報共有ツール」と考えている。これが拡大していけば、クラウドといったものになるかもしれない。まずは共通認識や様式、手引きをつくったり、周知することを、市町から支援していく事業と理解している。

**県医師会** カウンターパートがどこになるかが重要で、しっかりと相手を見つけて話さないといけない。市町が動かない場合には県が後押ししてもらえるか。

**県長寿社会課** 承知した。

### 3. 第五次やまぐち高齢者プランについて

**県長寿社会課** 冒頭に簡単に紹介したが、第五次やまぐち高齢者プランについては、平成 27 ~ 29 年度までの 3 年間を期間として策定した。位置付けとしては、県の高齢者施策を総合的、計画的に推進していくための基本方針であり、老人福祉法と介護保険法が根拠法である。

計画の概要は、高齢者を取り巻く現状と将来推計として、本県の高齢化の進行状況、高齢者の状況、今回新しく加わった介護人材の需給推計等を掲載している。高齢化率については、2015 年に 32.2%、2025 年には 35.4% になるという推計が出ている。高齢化に伴って、要支援・要介護認定者の数もさらに増加すると見込まれている。今回、新たに掲載している介護人材の需給推計は、平成 24 年には需給ともに 23,276 人となっているが、高齢化に伴い平成 37 年には需要 34,416 人に対して、介護職員としては 3,878 人の不足が見込まれている。これは市町が算出したサービス見込量を基に推計しているので、今後変わってくる可能性はある。ちなみに、全国の将来推計について

は、まだ公表されていない。

こうした現状を踏まえて、第五次やまぐち高齢者プランの基本目標として、「だれもが生涯にわたり、住み慣れた家庭や地域で、安心していきいきと暮らせる社会づくり」を掲げている。計画の基本的な方向としては、“地域包括ケアシステムの構築”と“高齢者が活躍できる地域社会の実現”的 2 本柱で進めていく。

施策体系、施策の具体的な展開は、同時に策定した「未来開拓チャレンジプラン」との整合を取りつつある。大きな柱の一つである「地域包括ケアシステムの構築」については 6 本の柱を立てている。その第 1 として、地域包括ケアシステムの基盤強化を挙げ、この中では地域包括支援センターがシステムの中核的な役割を担う機関であり、この機能強化、そしてセンターが主催することになる地域ケア会議を充実していくことは、県としても人的な面でいろいろな形で支援していくと考えている。第 2 の介護サービスの充実は、介護サービスの種類ごとにそれぞれの見込量、提供体制の整備、円滑な提供について、プランの本文にそれぞれ書き込んでいる。第 3 の在宅医療・介護連携の推進、第 4 の認知症施策の推進、第 5 の在宅生活を支える体制の充実と介護予防の推進は、具体的には在宅生活支援サービス、それから健康づくりと介護予防である。そして、第 6 の人材の確保と資質の向上、を挙げている。

第四次のプランと大きく異なっているのが、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」であり、この 2 本を新たに施策の柱にしたところである。在宅医療・介護連携の推進については、先ほど説明したとおり、やはり在宅医療と介護の提供体制の充実や関係者が連携した総合的なサービスの提供、その連携の体制の整備ということで、力を入れていかなればならず、29 年度末までにはすべての市町で連携の体制を構築していくことを考えている。そして、第 4 の認知症施策については、理解促進、認知症の各ステージに応じた施策の推進、そして本人やそのご家族への支援と地域づくりという形で認知症施策を総合的に進めていく。認知症については、今年 1 月に国が新オレンジプランを公表しており、このプラン

に基づいて、県としても施策を進めていく。そして、第 6 の人材の確保と資質の向上については、先ほどの地域医療介護総合確保基金の中で、平成 27 年度から介護従事者の確保について基金を活用しながら努めていきたい。

もう一つ大きな柱として、「高齢者が活躍できる地域社会の実現」ということで、まさに今年「ねんりんピックおいでませ！山口 2015」が開催される。こうした行事を契機として、高齢者の方が社会参加を積極的に進めていただく支援をしていきたいと考えている。この計画では、施策の着実な進行を図るため、新たな 8 指標を含めて、20 項目の数値目標を設定している。在宅医療・介護の連携に関係する部分では、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の数を増加させるように考えている。認知症施策の推進では、認知症サポート医の養成数を増やしていくことを考えている。これらについては、県医師会及び都市医師会の先生方にも多大なご協力をいただくなると思うので、よろしくお願ひする。

**県医師会** 数値目標は、あくまでも目標か。それとも縛られた数字か。

**県長寿社会課** いろいろあるが、目標数値もある。例えば、地域包括支援センターの設置数については、市町の今後 3 年間の計画の積み上げであるので、ほぼ達成できる数字と考えている。

**県医師会** 人口何万人当たり 1 か所等、決まっているのか。

**県長寿社会課** 国の目安としては、日常生活圏域に 1 か所であるが、センターを設置するには費用がかかるので、市町の計画による。

#### 4. その他

**都市医師会** 地域包括ケアシステムは素晴らしいシステムだとは思うが、大都会と地域とでは、根本的に問題点に関して大きな違いがある。山口県において、県が考えている具体的に最も弱いところ、本当に充実するべきところは何か。以前聞いた、施設も人材も整っているが、家族がおらず、その結果、在宅ができないという話が印象に残っている。山陰・山陽の格差、医師・看護師不足等

はどこでも感じられていると思う。

**県長寿社会課**（個人的な意見ではあるが）山口県の高齢者は、独居又は高齢者だけで住まれている家庭が多い傾向にある。そうすると実際には、少し具合が悪くなると、すぐに「入院しなければ」「施設に入らなければ」と思われる。また、遠く離れたご家族もそのように考えてしまう傾向があることは間違いない。一人暮らしでも地域で過ごせるような生活支援サービスがあり、いざという時に頼りになる医療と介護があるという形で、その地域にずっと住めるという安心感を持っていたいことが一番だと思っている。

地域包括ケアシステムにおいては、いろいろなサービスが地域はあるが、それを上手く繋げていくシステムを構築していかなくてはいけないことに尽きるのではないかと思う。先生方には地域で医療を頑張っていただいているし、介護は介護サービスの事業者がたくさんあるし、生活支援もいろいろなサービスを提供している事業者やボランティアもある。それらを上手く、効率的に結びつけていくことがこれからの課題ではないかと思っている。

**都市医師会** 参考になった。ただし、1 点目の独居又は老々介護の方々の話については、非常に難しいと思う。

**都市医師会** 地域格差と言われたが、同じ住民でも経済格差も大きい。宇部市の実状を言うと、一応、地域包括ケアシステムの中では、サービス付高齢者向け住宅（以下、「サ高住」）は行政的には在宅になるが、実態は昔でいう老人ホームである。われわれが訪問診療に行く際にも、立派な、安心して地域に根ざして暮らせる施設であるが、家賃を聞くとものすごく高い。そういう施設は非常に充実しているが、特別養護老人ホームなどは、宇部市は非常に弱い。全県下そうではないかと思う。要するに、非常にゴージャスな暮らしができるお年寄りと、そうでないお年寄りの格差が県内でもあるということである。

地域包括ケアシステムで言うところの、介護にはサ高住は入らない。県としてはどのように考えられているかお聞きしたい。

もう一点、最近感じることは、住民票が横浜市

や東京都にある方で、サ高住にお住まいの方がおられることから見ても、介護難民が山口県に押し寄せて来るのではないかということも考えられるが、忌憚のないご意見をお聞きしたい。

**県長寿社会課** 経済格差の問題について、確かに市街地を中心にサ高住が増えているが、サ高住の入居実態については、実際の入居率など、まだ把握ができていない。

実際に、一旦サ高住に入居されて落ち着かれるとな、それまでは特別養護老人ホームに入居の申込をされていたが、サ高住に落ち着かれたので、特養の順番が来てもキャンセルされる方もいらっしゃると聞く。こうしたことでもあって、特別養護老人ホームは本当に重度な介護が必要な方、そして低所得の方に優先的に入っていただき、経済的に少し余裕があって介護にそれほど手間がかからない方については、サ高住などを活用していただくのが現実的かと思う。

サ高住の実態がまだよくわからないことがあるが、報道等で多少言われているように、サ高住の中にも囮い込んでしまって、過剰なサービスをしているところもあるのではないかという疑いもある。県としては具体的な問題を把握していないが、おそらくサービスの実態としてはあるのかもしれないと思っている。サービスがこれだけ必要だと言われれば、過剰とは言い切れないところがある。

この度、介護保険法が改正され、住民票を残したままサ高住や特養などに入られた場合には、住民票のある市町村が介護給付費を負担することになっており、施設がある市町村だけに負担が増えることについては若干改善されている。ただし、元気なうちに県内へ移住されて、そこで介護状態になられれば、移住された市町ですべて介護費用を負担することになる。

**都市医師会** 住民票を移されていても介護保険料を収めた自治体から介護保険の主治医意見書の申請を求められていたようであるが、それも変わったのか。

**県長寿社会課** 保険料を徴収した市町村が、介護が必要になったときの負担をしていくことは、全

国的なルールがあり、今後も続していく。

**都市医師会** 岩国市は、医療情報に関しては「いつばしネット」を立ち上げているが、普通の診療所レベルでは電子カルテをもっていないところもあるので、電子カルテがある大きい病院の情報を一方的に見に行くだけである。今後、クリティカルパス等どのように発信していくか問題になっている。また、基金を利用して、岩国市医師会病院の緩和ケア科が在宅がん患者さんの在宅ケアの情報共有システムを試作したが、その際にLINEのようなグループ化ができるようなもので、ケアマネジャー・ヘルパーなどで情報共有し、「今日は褥瘡がこんな状態ですが、どうしましょうか」といったネットワークを作っていた。やはり介護関係者から入ってくる情報と、医療機関だけの情報では、求められる情報レベルが異なるために、一元化するのは難しい。全国的に先進的なモデルがあれば、紹介していただきたい。

**県医師会** 下関では「奇兵隊ネット」を作っている、介護も入れていこうということで検討会を開いている。

仰るとおり、医療と介護では言語が違うという話から、会議を続けているところである。

**県医師会** 在宅については、特養も在宅、グループホームや小規模多機能も在宅になるが、本来の在宅とは全く違う意味だと思う。また、施設の中でも、過剰な介護が行われているという話もあったが、やはりほとんどの使用者が制限限度額一杯、98%くらいを使っているのではないだろうか。日医は「医療側がサービスは必要ないということを言ってもよい」と言っている。県と市町で介護保険のプランができて、そろそろ実行に移す時期になったので、ご協力をよろしくお願いする。

# 平成 27 年度 都市医師会救急医療担当理事協議会

とき 平成 27 年 5 月 7 日（木）15：00～16：20

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

**濱本副会長** 本日は、「山口県の救急の現状」、「救急救命士による新たな特定行為等の実施」、「地域医療構想の策定」、「ドクターヘリの出動状況」、「県災害医療コーディネーター」について、県から説明と報告をしていただく。なお、県災害医療コーディネーターについては、8 名のうち弘山常任理事と防府の豊田先生が委嘱され、4 月 27 日に県庁で委嘱式があった。

県医師会からは、「JMAT やまぐちの事前登録状況」と「AED 等設置状況の調査」について報告させていただく。JMAT やまぐちは平成 25 年度末からマニュアルを整備し、事前登録をお願いしている。今後も引き続き、運営や登録等のご協力をお願いしたい。

## 議題

### 1. 救急の現状について（県消防保安課）

日ごろより救急搬送における地域メディカルコントロール協議会の円滑な運営にご協力いただき、感謝申し上げる。山口県では防災・消防主幹部局を体制の強化として、従来の防災危機管理課はそのまま残し、防災危機管理課の中にあった消防行政を司る消防救急班、コンビナートの保安行政を司る産業保安班の 2 班による消防保安課が新設された。

本県の救急搬送の現況について説明させていただく。平成 26 年 1 月から 12 月末までの速報値が 27 年 3 月末に公表された。全国の救急出動件数、搬送人員ともに 6 年連続で増加し、いずれも過去最多を記録している。山口県の状況は、救急出動件数、搬送人員ともに平成 25 年度に比べて減少に転じている。要因について明確な分析があるわけではないが、山口県は平成 25 年度の伸びが高すぎたため（前年度比 2～3%）、26 年度が少し落ちていたのではないかという見方をしている。減少傾向に歯止めがかかったとは言えず、全体的に増加傾向にあると思われる。

医療機関への照会回数が 4 回以上の事案は、平成 25 年は全国での割合は概ね 3～4% を占めており、これは前年と変わらないが、山口県では産科・周産期傷病者で 4.8% となっている。これは、もともと母数が非常に少なく、2～3 件増えると割合が増加するためであり、深刻な照会回数の増加があったとは受け止めていない。いままで通り、医療機関の皆様と消防本部の救急隊とは非常に円滑な関係が築かれているという認識に変わりはない。

### 2. 救急救命士による新たな特定行為等の実施について（県消防保安課）

平成 26 年 4 月 1 日から救急救命士の処置範囲の拡大が認められ、山口県も全国同様に対応を急いでいたところである。山口県は処置範囲の拡大に対応するため、「追加講習」と呼ばれる第 1 回目の研修を 2 月 16～19 日の 4 日間にかけて県主催で実施した。養成者は 48 名であった。追加講習により養成された救急救命士が処置拡大を開始するために、昨年 9 月以来、県医師会事務局を通じてご案内させていただいた。また、県のメディカルコントロール協議会から各都市医師会に対し処置拡大の実施のご案内も出させていただいた。皆様方のご理解、ご協力に対して、この場をお借りして感謝申し上げる。中国四国九州地方の 17 県の処置拡大の導入状況を比較すると、追加講習を山口県は 17 県中 5 番目に実施している。なお、中国地方では 1 番最初に実施した。処置拡大の開始時期は 17 県のうち山口県は 3 番目で、

中国地方では広島県に次いで 2 番目である。先行実施ではなく県下全域開始日は 17 県のうち山口県は 3 番目、中国地方では 1 番目になる。これは、医療機関の皆様方のご理解、ご協力、そして追加講習における講師のお引き受け等々、皆様方のご協力により実現できたものである。これからも救急搬送の推進にご協力をいただきたい。

### 3. 地域医療構想の策定について（県医療政策課）

昨年 6 月に医療法が大きく改正され、その中の大きな改正内容が地域医療構想の策定である。改めてその概要から説明させていただく。

限られた医療資源で高齢化の進行に伴う医療需要の増大に対応するためには、効率的で質の高い医療提供体制の構築が必要であり、この対応として「医療機能の分化・連携」をさらに進めていく。これまで病病連携や病診連携など地域全体として医療を支えることに対してご協力いただいているが、それをさらに医療機能、病床機能の単位で医療機関の役割分担と相互連携を進めていく。内容としては、病床機能の単位でそれぞれの医療機関が担っている、あるいは担っていただくことになる役割をさらに明確化し、その役割に基づいて医療機関間の連携をさらに進めていただくために、退院後の生活を支える在宅医療とセットで今後の医療提供体制を見直していく。

同じく医療法の改正に基づいて昨年度から創設された病床機能報告制度の結果をお示しする。各医療機関で担っている病床の医療機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つに区分して病棟単位で都道府県に報告していただく制度が昨年 10 月にスタートした。この時点で 4 つの医療区分の定量的な区分が国から示されていなかったため、それぞれの医療機関の判断により報告いただいた。この区分については国でも検討されており、今年以降は定量的な基準等が示されるかと思われる。基準のない状態で報告いただいた 26 年度の報告結果であるが、国のイメージと比べ本県は回復期が異常に少なく慢性期が極端に多い。

このような中で 2025 年の医療提供体制を確保するため、地域医療構想（ビジョン）を都道府県で作成することが医療法の改正で明記されており、その主な内容は、① 2025 年の医療需要の推計、その医療需要に対応する必要となる病床数を 4 つの区分で示す、② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策が必要となるか等を地域で考える、の 2 点である。

3 月 31 日、都道府県において地域医療構想を策定するためのガイドラインが国から示された。基本的な指針を国が示し、それに基づいて都道府県でビジョンを策定する。この策定のプロセスや策定後の構想実現のための取組等が示された。構

## 出席者

### 都市担当理事

大島郡 安本 忠道	下松 河村 裕子
玖珂 藤政 篤志	岩国市 兼安 秀人
熊毛郡 満岡 裕	小野田 松岡 彰
吉南 小佐々博明	柳井 野田 基博
厚狭郡 伯野 卓	長門市 斎木 正秀
美祢郡 森岡 秀之	美祢市 松永登喜雄
下関市 帆足 誠司	
宇部市 高田 伸一	
山口市 林 大資	
萩市 安藤静一郎	
徳山 小野 薫	
防府 豊田 秀二	

### 県総務部消防保安課 消防救急班

主査 兼行 恵一
県健康福祉部医療政策課
主任 幹 廣川 隆
主任 静村 貴文

### 県医師会

副会長 濱本 史明
専務理事 河村 康明
常任理事 弘山 直滋
理事 香田 和宏
理事 原 伸一

想の策定に当たっては、協議の場を設けるなど地域の医療関係者や保険者、住民の意見を反映させる体制を整備する。医療需要、必要病床数の推計について、高度急性期、急性期、回復期の医療需要は、レセプト等の客観的データに基づき、患者ごとの医療資源投入量（診療報酬点数）を算出し、機能別に推計する。慢性期の医療需要は、入院受療率（人口当たり患者数）に地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定する。人口 10 万人に対する療養病床・入院受療率は、高知県が全国 1 位で 614、山口県はそれに次いで全国 2 位の 489 となっている。なお、全国中央値は 213 である。

ビジョンの実現に向け、病床機能の分化・連携の推進や、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成等、将来のあるべき地域医療提供体制を構築するための取組みを進めるため、県は二次医療圏ごとに医療機関や保険者等の関係者が参加し病床の機能分化・連携等について協議する「地域医療構想調整会議」を設置する。将来の医療需要と各医療機能の必要量をビジョンに示し、医療機関の自主的な取組み（病床の転換と集約化）を推進する。併せて、昨年度創設された地域医療介護総合確保基金（消費税増税分等を財源として各都道府県に設置）により、病床の機能分化・連携等を支援する。診療報酬の改定についても、国で必要な措置の検討が進められており、山口県知事としても国に対して必要な診療報酬の改定等の措置を要望している。また、医療法上には都道府県の役割の強化について記載されている。自主的な機能分化・連携が前提であるが、地域医療構想調整会議における協議が調わない場合、知事は医療審議会の意見を聴いた上で、医療機関に対し、命令や要請を行うことができる。しかし、あくまで医療機関の自主的な取組みが第一義であるので、役割の強化は限定的に取り扱われるべきと考えている。今後の対応としては、ビジョンの策定にあたり地域の意見を幅広く聴取し、二次医療圏を単位とした圏域ごとの地域医療ビジョンをつくるための協議会をつくる。圏域での会議では、すべての医療機関に参画いただくのは物理的に不可能であるため、各圏域での協議会では代表的な方に参画いた

だいている。また、医師会をはじめとする関係団体からそれぞれ適宜、ビジョンの策定段階においてご意見等をお伺いする予定である。今後、医療需要、必要病床数の推計のための基礎データ（レセプトデータ）、算定式については、別途国から示される予定である。医療圏ごとに、4 つの機能ごとに推計をしていくので、改めてお示ししたい。

#### 4. ドクターへりの出動状況について

（県医療政策課）

ドクターへりの運航が開始された平成 23 年から平成 27 年 3 月末までの要請件数は 1,141 件で、出動件数 960 件、未出動件数 181 件であった。未出動の理由としては、時間外要請や天候不良等である。出動の内容については、現場出動 385 件、病院間搬送 522 件、途中キャンセル 53 件であった。消防本部管内別出動件数を見ると、長門市消防本部の出動件数が 180 件と県内で最も多くなっている。これは、長門地域の病院から山口大学や関門医療センター等への搬送が多いためである。平成 25 年度からは広域連携を行っている。広域連携とは、基地病院を中心とした、効果的な活動範囲（初期治療開始まで 30 分程度）を考慮した相互乗入れのことである。本県では、島根県、広島県と相互乗入れを実施している。出動実績は、平成 27 年 3 月まで山口県のドクターへりは島根県に 15 件出動し、広島県のドクターへりは島根県に 141 件、山口県に 38 件出動し、島根県のドクターへりは広島県に 27 件出動している。

#### 5. 県災害医療コーディネーターについて

（県医療政策課）

本県では、昨年 8 月に発生した岩国市和木町の豪雨災害において死亡者が出ており、平時から災害を念頭に置いた医療提供体制の構築が重要となっている。このため、県としては災害拠点病院の整備や DMAT の充実等に取り組んでいるが、災害発生時は DMAT の派遣や患者の受け入れ調整や搬送など、さまざまな業務を行う必要が出てくる。こうした対応をより迅速かつ的確に実施するために、4 月 1 日に山口県災害医療コーディ

ネーターを設置することとなった。コーディネーターの業務は、災害時における医療救護活動に係る県災害対策本部長（知事）、災害救助部長（健康新祉部長）に対する助言及び調整である。災害時には県からの要請により県庁に登庁し、災害対策本部災害救助部（医務班）に参画していただく。また、平時は県の災害医療体制の強化に関する助言をしていただく。山口県災害医療コーディネーター登録者は、国の統括 DMAT や災害医療コーディネーター研修の受講者、県医師会の JMAT やまぐち登録者等により 8 名を選定した。今後は、国が実施する災害医療コーディネーター研修や統括 DMAT 研修等を通じ、コーディネーターの養成、確保、体制の強化を図っていきたい。

**玖珂 岩国空港の航空機事故訓練に年 1 回参加している。災害医療コーディネーターは航空機事故の場合も対象となると思われるが、今後、訓練にコーディネーター等に参加していただくことは可能か。**

**県医療政策課** 今、考えている災害医療コーディネーターの役割は、県の災害対策本部の災害救護活動に助言いただくことをイメージしている。コーディネーターが多数いて、本庁のコーディネーターと現場対応のコーディネーターがいることが理想的であり、研修等を通じて拡大していく。訓練を効率的にするという目的により参画いただくことについては、検討させていただきたい。

**弘山常任理事** 災害医療コーディネーターが順次増えていくと、数年先には訓練の参加も可能ではないかと思っている。

## 6. 「JMAT やまぐち」について（県医師会）

JMAT やまぐちについては、昨年度の本会議で活動マニュアルを配付し、その際に経緯等を説明している。その後、各都市医師会へ装備品等を配付している。また、平成 26 年 3 月にマニュアルを各都市医師会等へ配付し、事前登録の募集を行った。その後、都市医師会の役員交代の時期もあり、9 月に再度、事前登録状況の確認をしてい

ただいた。なお、事前登録については随時受けているので、各都市医師会の担当理事の先生方を中心に、病院単位でも、都市医師会単位でもよいので登録していただきたい。

また、昨年度に引き続き、研修会の開催を予定しており、開催日時等は改めてご連絡させていただく。チームへ登録される方以外にも、登録されていない先生方、コメディカルの方もぜひ参加いただきたい。「JMAT は、実際にどのようなことをするのか分からぬ」という声を聞く。そのため、登録されていない方もおられると思うので、少しでも関心を持ってもらうためにも、多くの方の参加をお願いしたい。

## 7. AED 等設置状況の調査について（県医師会）

例年実施している AED 等設置状況の調査を、都市医師会を通じて実施する。調査をかねて、AED の適正管理（電池、パッド等の有効期限等）の注意喚起をお願いしたい。

## 8. その他

**防府** 先ほど、空港での訓練についてお話をされていた。都市の防災計画の中でそれがきちんと計画されていれば問題ないが、実際に何をするのか分かっていない場合もある。DMAT としての知見だが、DMAT は医療行為も行うが災害現場での本部機能を構築する能力を持っている。統括 DMAT 以外でも最初に先着した DMAT が組織を立ち上げ、それから組織立て物事を動かす能力が教育されているので、そういう場面でも DMAT を活用いただきたい。

**玖珂** 現場では DMAT が医療行為を行うが、実際にはトリアージが主体となるのではないかと個人的に思っている。重症者の搬送先等、指揮命令系統が慣れていない。県とは別に現場での指揮でもご指導いただければと思う。

## 閉会挨拶

**弘山** 本日は、多岐に亘る事項についてご審議いただき、ありがとうございました。これをもって、終了します。

# 平成 27 年度 郡市医師会看護学院（校） 担当理事・教務主任合同協議会

とき 平成 27 年 6 月 4 日（木）15：00～17：00

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告：常任理事 加藤 智栄]

## 開会挨拶

吉本副会長 本日はお忙しいなか、お集まりいただき感謝申し上げる。昨年、呉市で開催された中四九地区医師会看護学校協議会に出席した。各学校が抱えている問題を議論し、要望をまとめる場としては良いと思う。地域、学校別に課題があるのではなく、実習病院の確保など問題は共通していると感じた。医師会立の看護学校に対する理解も重要である。本日は活発な議論をお願いする。

## 報告事項

### 1. 平成 27 年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会について

県医 厚生労働省の岩澤課長より、看護職による都道府県ナースセンターへの離職時等の届出制度がはじまることの説明があった。また、特定行為研修制度の創設については、2025 年に向けて、在宅医療等のさらなる推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要があるため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的であるとのことであった。

実習施設の問題については、後で本協議会でも協議することになるが、厚生労働省の認識としても現在、実習施設の確保が問題となっており、「母性看護学、小児看護学及び母子看護実習」を充実させるためには、少子高齢化や医療提供体制等の変化を踏まえ、時代のニーズに合った臨地実習の

あり方を検討する必要があり、現在及び今後の医療提供体制の変化を踏まえた臨地実習のあり方を検討する基礎資料とするため、看護師養成所及び准看護師養成所における母性看護学、小児看護学及び母子看護実習の実施状況の調査結果が報告された。それによると、「小児看護学実習では、6 割の養成校が実習施設確保が困難であると回答している。理由として、他の学校養成所と実習先の病院が重複し競合しているが 55%、病院はあるが対象となる小児が少ないが 21% であった。母性看護学実習についても 6 割が実習施設の確保が困難であると回答した」とのことである。

次に、放送大学を利用して看護師国家試験の受験資格を得る方法や人間総合科学大学における看護教員の養成について説明があった。詳細はホームページ等で確認できる。

続いて、地域医療介護総合確保基金に関して、広島県医師会と鳥取県医師会より報告があった。両医師会とも県行政とのかかわりを重要視しており、参考にすべき点はたくさんあると思う。

最後に、看護師等養成所の運営に関する諸問題について質疑応答があった。

※ 詳細は本会報・平成 27 年 7 月号（No.1859）  
548～551 頁を参照

### 2. 看護職員スキルアップ・潜在看護職員再就業支援研修会について

防府看護専門学校 平成 27 年 3 月 18・19 日の 2 日間にわたって開催した。テーマとして「地域包括医療・ケア～これからのかかわりの看護師の役割～」を掲げ、目的を①看護職員の専門性、実践力の向上を図ること、②就業を希望する看護職員の看護実践能力と就業意欲を高め、職場復帰が容易となる

よう支援すること、とした。参加者は 20 名であった。参加者の感想としては、「基礎の再確認ができてよかったです」や「忘れていた感覚を思い出した」などがあった。なお、研修の日数については検討の余地があると思われる。

### 協議事項

#### 1. 平成 27 年度看護学院（校）に関する基本調査について

**県医** 例年実施している基本調査の概要について申し上げる。応募者数を平成 25 年と比較すると、准看護師課程の 1 次試験では平成 25 年が 601 名だが、平成 27 年では 456 名、また、看護師課程では 200 名から 144 名に、3 年課程では 115 名から 96 名となっており、減少傾向となっている。受験者数の増加に効果的な方策が各学校であればご教示願いたい。

**看護学校** 景気が良くなると応募者が減少する傾向がある。准看護科の応募はある程度あるにもかかわらず、併設している看護科は入学者が減少している。これは全国的な傾向である。補助金は生徒の数によって決まる面がある。

**看護学校** 定員確保が難しくなるので、二次募集を初めて実施した。少子化の影響も考慮する必要がある。社会人経験者が増えている。2025 年問題もあり、看護職の確保は必要である。

**県医** 看護職員の実数は不足している。

**看護学校** 定員については、退学していく学生を考慮する必要もある。

**看護学校** 准看護師課程の学生は、すぐにでも働きたい人が多いので、2 年課程へ行く人は少ないと思う。

**県医** 生徒数の内訳をみると、留年、復学者の方が少し多いと思われる。なお、生徒の所属状況では、昨年度の協議会での要望を受けて本年度の調査から勤務先の種別を記載するようになった。卒業生の状況だが、准看護科の県内就職率は 97 % であった。看護科においても、県内への就業率が 81 % となり、とても高い県内就業率だと思う。

次に国家試験等の合格状況だが、昨年度、徳山看護専門学校が 63 名中 56 名の合格だったのが、本年度では 62 名中 61 名とかなり合格率を上げ

### 出席者

#### 都市医師会担当理事

吉 南 吉松 健夫  
厚 狹 郡 長谷川朋美  
下 関 市 宮崎 誠  
宇 部 市 横山 一雄  
萩 市 玉木 英樹  
徳 山 香田 和宏（代理）  
防 府 山本 一成  
内 平 信子

#### 看護学院（校）教務主任

吉南准看護学院 吉南准  
厚狭准看護学院 厚狭准  
下関看護専門学校 下関看護専門学校  
宇部看護専門学校 宇部看護専門学校  
萩准看護学院 萩准  
徳山看護専門学校 徳山看護専門学校  
防府看護専門学校 防府看護専門学校  
柳井准看護学院 柳井准

#### 山口県健康福祉部医療政策課

看護指導班 主幹 酒井 恵子  
主任 坂田 浩明

#### 山口県医師会

副会長 吉本 正博  
山田佐智子 常任理事 加藤 智栄  
中村登志子 理事 舟津 浩彦  
西岡 茂子  
清水 三幸  
松永 真弓  
沖原みどり

られた。何か特別な対策等をされたのか。

**徳山看護専門学校** 先生方や学生がかなり頑張った結果だと思う。

## 2. 山口県医師会事業計画・予算について

**県医** ほぼ例年どおりの内容である。

## 3. 本年度における新規事業及び助成について

**県医療政策課** 養成支援、確保促進、資質向上の三本柱で説明する。

養成支援対策として、まず、看護師等養成事業がある。看護教育の内容を充実させ看護師等の資質の向上を図るために、養成所に対して教員経費等の運営費の補助を行う。平成 26 年度は 11 施設、14 課程に補助を実施した。さらに准看護師免許を受けるための資格試験として、保健師助産師看護師法第 18 条に基づき、厚生労働大臣の基準により都道府県が実施する准看護師試験実施事業や経済連携協定に基づく外国人看護師候補者就労支援事業がある。その就労支援事業（平成 26 年度）では受け入れ人数 11 名で、受け入れ病院 5 病院であった。

次に確保促進対策として、医療機関における勤務環境改善への支援の拠点となる「医療勤務環境改善支援センター」の設置等により、医師・看護師等の離職防止や医療安全の確保を図ることとした。

また、県内の診療施設等において、看護業務に従事しようとする看護師等養成施設に在学する者に対し、修学上必要な資金を貸与する看護師等修学資金貸与事業やナースセンター事業、訪問看護師育成支援事業、看護職員確保定着施設整備事業等を実施する。

資質向上対策として、新たに専門性の高い認定看護師の育成を支援することにより、看護のスキルアップと看護職員の確保定着を図るために、認定看護師育成支援事業を実施する。また、実習指導者養成講習会や新人看護職員研修事業なども実施する。

**看護学校** 看護職の再就業支援事業についてはど

のようになっているのか。看護学校が実施する事業についても対応の検討をお願いする。

**県医療政策課** 現状では、ナースセンター事業の中で「再チャレンジ研修」を開催している。

**看護学校** 各事業の内容や助成については複雑な面があるので、対応が遅れることも考えられる。

**県医** 県行政や各都市医師会及び各看護学校と今後も緊密に連絡をとりながら対応していく。

## 4. 各学校からの意見・要望について

**防府看護専門学校** 日医で 4 月 24 日に開催された「平成 27 年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会」において、横倉日医会長は挨拶の中で、実習施設の確保が難しい事例があることに触れ、厚生労働省による適切な指導を要請された。また、当日、厚労省の岩澤医政局看護課長は厚労省の施策説明の中で、「母性看護学、小児看護学及び母子看護実習に関する調査結果（速報）」を報告し、看護師 3 年課程、看護師 2 年課程、准看護師養成所を対象とした調査で、母性看護学実習・小児看護学実習とともに実習施設確保が困難とする回答が約 60 % で、その理由として「他の学校養成所と実習先の病院が重複し競合する」という回答が最多であった。釜范常任理事からは、実習に関する各学校の問題点を日医に報告していただきたいとのことであったので、各学校において問題点があればお聞かせ願いたい。

**県医** 各学校に対し、問題点、ご意見並びにご要望を伺ったところ、次のような意見等があった。  
①実習施設が多いために実習環境が統一されない。  
②実習施設によっては看護師不足のため、実習の受け入れが困難な状況が起きている。  
③分娩を取扱う施設が減少している。  
④感染症拡大への危惧などにより、臨地での母子実習が非常に困難な状況にある。  
⑤実習経費が増大している。

**県医** 実習の受け入れ病院については、学生の就職との兼ね合いもある。病院によっての役割にお

いて、実習先として准看護科の学生を受け入れないところもあるかもしれない。社会貢献という考えも重要である。

**看護学校** 運営費補助の手続きについて、平成 26 年度の事業実績の提出期限が 4 月 10 日であったが、決算を考えると厳しいものがあるが如何か。提出期限の通知も遅いと思う。

**県医療政策課** 提出期限については早めに連絡したい。詳細についてはご相談いただくようお願いする。

**看護学校** 山口県准看護師試験の解答の公開をお願いする。

**県医療政策課** 准看護師試験については、中四国 9 県で会議等を行い決定しており、解答の公開はしないことになっている。ご意見があったことは会議等で伝える。

**看護学校** 定期的な教員養成講習会の開催をお願いする。

**県医療政策課** 開催については、受講者人数を調査した上で決定していきたい。

**看護学校** 開催時期については事前に分かっていたほうが受講計画が立てやすい。通信制の導入についても検討はするが、始まってはいない。

**看護学校** 一番良いのは雇用する際に看護教員養成講習会を修了していることである。病院に勤務しているときに通信制で受講修了していることが望ましい。

**県医** 予算面で定期的な開催は難しいのか。また、2、3 年先の受講者数調査は可能ではないのか。

**県医療政策課** 対応を検討させていただく。

**県医** 前回、2 年続けて開催したときには 2 年目

に受講者数が減ったこともあった。

**看護学校** 受講者募集にあたっては、看護職員に対する看護教員養成講習会の周知が必要である。

**県医療政策課** 医師会や看護協会の協力を得ながら周知していきたい。

## 5. バレーボール大会について

下関看護専門学校の引き受けによる 6 月 21 日開催の本年度バレーボール大会の実施要綱について、原案どおり了承された。また、昨年度も実施したバレーボール大会における献血について、山口県赤十字血液センターの献血バスにより協力することになった。

来年度のバレーボール大会の引き受けは吉南准看護学院に決定し、同時期、同会場で実施することになった。

## 6. その他（生徒募集用ポスターについて）

平成 28 年度生徒募集用のポスターについてデザインを決定した。なお、5 月から生徒募集を開始する学校もあるので、来年の 2 月頃に平成 29 年度の募集用ポスター案を決定することになった。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門  
看護学書 井上書店

〒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.](http://www.mm-inoue.co.jp/)  
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

# 平成 27 年度 都市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

とき 平成 27 年 5 月 14 日（木）15：00～

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告：常任理事 藤本 俊文]

## 開会挨拶

**小田会長** 本日は担当理事の先生方、また県からは医療政策課、健康増進課の方にもご出席いただき、お礼申し上げる。

緩和ケア研修会については、がん対策推進基本計画で平成 29 年 6 月までにがん診療に携わる医療従事者が緩和ケアについて基本的な知識と技術を習得することを目標としている。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わるすべての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としている。また、それを推進する意味でも所属の病院長の積極的な受講が言われている。

本日は多数の議題があるので、忌憚のないご意見をいただきたい。

## 協議事項

### 1. がん登録について

**県医療政策課 医療対策班** がん登録等の推進に関する法律が平成 25 年 12 月に成立し、来年の 1 月 1 日から施行される。これはがん罹患、診療、転帰等の状況把握及び分析等、がんにかかる調査研究を推進し、がん対策の一層の充実に資することを目的としている。この法律が施行されると、現在行われている「地域がん登録」は「全国がん登録」に移行し、「院内がん登録」についてはより一層の推進を図ることとなる。

全国がん登録は、国・都道府県による利用・提供の用に供するため、国が国内におけるがんの罹患、診療、転帰等に関する情報をデータベースに記録し保存する。届出機関としては、すべての病院が義務化され、診療所については手挙げ方式となっている。

院内がん登録は、病院において同様の情報を記

録保存する。こちらの届出機関は、病院については努力義務ということになっている。

現時点では、国からも具体的な内容が示されていないところもあるが、来年 1 月 1 日の施行に向けて準備を進めていくとともに、国から届いた情報等に関しては速やかに提供していく。

また、必要な研修等も実施していきたいと考えており、全病院及び診療所の職員を対象とした研修会を 7 月 10 日（金）に宇部市文化ホールにて開催する。

**県医** 研修会はこの 1 回だけなのか。今後、開催する予定はあるか。

**県** 平成 27 年度については今のところ、この 1 回のみを考えている。研修では、がん登録の主旨及び登録の内容、また技術的なことについて国立がんセンターから講師をお招きして、説明してもらう予定である。

**玖珂** 診療所の届出開始はいつ頃か。

**県** 詳細については未定である。

### 2. 休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業（県委託）について

**県医療政策課 医療対策班** 本事業は平成 20 年度から県医師会を通じて取組みをお願いしているところであり、がん検診の受診率低迷を背景に、受診しやすい環境づくりのために実施している。

対象の検診は、これまでと同様に子宮がん、乳がん、一部大腸がんの検診で、休日・平日夜間に実施したい。

実績としては、平成 24 年から実施医療機関数は増えており、受診者は 25 年が多く、26 年には若干減少はしているものの、総じて右肩上がりで増加している状況である。多くの方に受診していただけけるよう県でも PR していくので、各医療機関にも引き続きご協力をよろしくお願いしたい。

**県医** 今年度はこれから各都市医師会に協力依頼の文書を送付する予定である。山口県のがん検診受診率は、男性の肺がん検診の全国 28 位が最も上位で、他は大部分が 40 位以下、特に子宮がん・乳がんに関しては、平成 22 年よりは増加しているものの全国的にはかなり下位である。ぜひご協力をいただきたい。

### 3. マンモグラフィ読影医師研修会（県委託）について

**県医療政策課 医療対策班** マンモグラフィに関する研修会については、撮影技師と読影医師の養成研修を隔年ごとに実施しており、今年度は読影医師養成研修を通例どおり県医師会に委託して実施する。

研修対象は一定の知識・技能を有する医師で、期間は 2 日間、日本乳がん検診精度管理中央機

構が実施するものと同等の内容で実施する。具体的な日程等については、今後、県医師会と調整の上、進めていきたいのでよろしくお願いする。

**県医** 各都市医師会には 4 月 8 日付の事務連絡文書にて、マンモグラフィ読影医師講習会への参加希望調査を送付している。日程については、現在、講師の先生方と調整しており、詳細が決まり次第、正式な案内文書を送付させていただくので、特にマンモグラフィ検査実施医療機関へのご案内をお願いする。

### 4. 緩和ケア医師研修会（県委託）について

**県医療政策課 医療対策班** 本研修会は平成 20 年から開始し、毎年開催している。これまでの研修修了者は県主催研修会、がん拠点病院主催研修会を合わせて 725 名である。今年度も県主催の研修会は県医師会に委託して実施し、がん拠点病院のない地域や、がん拠点病院主催の研修会に参加できなかった方に対して、参加する機会を確保する。研修対象は、がん検診に係わるすべての医師で、期間は 2 日間、内容は例年通りである。

今年度は、11 月 1・3 日の 2 日間で開催する予定なので、ご参加のほどよろしくお願いする。

## 出席者

### 都市医師会担当理事

大島郡 嶋元 徹	下 松 山下 三郎
玖 珂 河郷 忍(代理)	岩国市 西岡 義幸
熊毛郡 曽田 貴子	小野田 藤村 嘉彦
吉 南 岡村 均	光 市 守友 康則
厚狭郡 村上 紘一	柳 井 松井 則親
美祢郡 坂井 久憲	長門市 宮尾 雅之
下関市 帆足 誠司 綾目 秀夫	美祢市 札場 博義
宇部市 内田 悅慈	
山口市 田村 朗	山口県医師会 会 長 小田 悅郎
萩 市 佐久間暢夫	副会長 濱本 史明
徳 山 佐藤 信一	常任理事 藤本 俊文
防 府 松村 康博	

### 山口県健康福祉部

医療政策課 医療対策班 主 幹 渡邊 昭博	健康増進課 健康づくり班 主 幹 原田 志織
主 査 日高 明彦	主 事 栄谷 博明
健康増進課 感染症班 主 査 宮下 洋一	健康増進課 精神・難病班 主 査 石田 賢次

### 山口県医師会

なお、昨年度までは年 2 回実施していたが、がん拠点病院の実施体制が整備されてきたということもあり、今年度からは県主催の研修会については年 1 回とさせていただく。

**県医** 県医師会では平成 20 年度から、山口赤十字病院（当時）の末永和之先生を中心に企画運営いただき 1 回 2 日間の研修会を年 2 回開催していた。

今年度については、詳細が決まり次第、都市医師会に通知するので、会員の先生方に周知いただきたい。

私も昨年度参加して、薬の使い方や患者さんとの問答をロールプレイで行っていると、自分の知らないところが見えてくるところもあったので、ぜひご参加いただければと思う。

## 5. 新たな難病制度における指定医の研修（県委託）について

**県健康増進課 精神・難病班** これまで難病の医療費助成制度については、特定疾患治療研究事業という名称で 56 疾患に限り公費補助があったが、平成 27 年 1 月 1 日からいわゆる難病法という形で法制化の上、110 疾患に拡大し、7 月 1 日には 306 疾患に拡大する予定である。この法制化に合わせて難病の指定医制度、指定医療機関制度が導入された。

まず、難病指定医の指定には、基本要件と個別要件を満たす必要がある。基本要件としては実務経験が 5 年以上必要で、経歴を申請書に記入いただくことで実務経験を確認している。個別要件としては、専門医資格を有すること又は難病指定医研修の修了のどちらかを満たす必要がある。これらの要件を満たすと、難病指定医として指定難病患者の新規・更新申請に添付する診断書を書くことが可能になる。すなわち、指定医でなければ今後はこれらの診断書を書くことはできない。

また、協力難病指定医という制度もあり、こちらは新規の難病患者への診断書は書けないが、更新申請書のみ書ける。

5 月 1 日現在、山口県が指定している難病指定医は 1,426 名、そのうち専門医資格を有する難

病指定医は 1,051 名、小児慢性特定疾患の難病指定医は 275 名で、そのうち専門医資格を有する指定医は 227 名であり、協力難病指定医はまだ研修を実施していないので 0 である。

難病指定医に指定された後、既に専門医資格を有する医師は 5 年に一度の更新を受ければよいが、専門医資格を持っていない場合は指定医研修を受ける必要があるので、対象の医師に向けた研修会を今年度は県医師会に委託して実施する予定である。研修を受けていただく方については、平成 29 年 3 月 31 日までに受講しなければ指定医としての資格が自動的に失効してしまうため、専門医でない先生には研修を受けていただく必要がある。該当者数は、難病指定医 375 名、小児慢性指定医 48 名となっており、7 月 12 日に山口県総合保健会館 2 階で指定医研修会を開催する予定である。

また、専門医でなく指定医として認定されている先生の中で、その後、専門医になられた方は、その専門医の認定証（写し）を提出していただければ研修を受ける必要はないので、この掘り起こしも行っていきたい。

## 6. 肝炎対策について

**県健康増進課 感染症班** 緊急肝炎ウイルス検査については、今年度も約 540 の医療機関にご協力をいただいているところである。本検査は平成 20 年度から開始し、多くの方に受診いただいている。県としても県政放送や県ホームページ、県・市町広報誌にて一層の PR を図ることとしているので、引き続きよろしくお願いする。

陽性者フォローアップ事業は平成 26 年度から国によって新設された制度で、県では平成 26 年 9 月から実施している。これは肝炎ウイルス検査で陽性になった方を精密検査医療機関での受診につなげるためのもので、初回精密検査費用や定期検査費用を助成する。

なお、国の要綱に変更があり、今年度中に定期検査の検査費用の助成について従来の 1 回から 2 回に変更する予定である。

初回精密検査費用助成の対象者は、県等が実施した肝炎ウイルス検査において陽性と判定された

者で、フォローアップ事業に同意した者である。

定期検査費用助成の対象者は、肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者であり、住民税非課税世帯、フォローアップ事業に同意した者で、治療費助成対象となっていない者である。

肝炎治療特別促進事業による肝炎の医療費助成は平成 20 年から開始している。昨年度の大きな変更点としては、昨年 9 月から新たにインターフェロンフリー治療が追加となっており、受給者証の交付件数は 299 件であった。

## 7. 減塩プロジェクトについて

**県健康増進課 健康づくり班** 生活習慣病の高リスク要因である塩分の高摂取について、山口県は塩分摂取量が全国的に見て高い水準にあるため、県では健康寿命の延伸に向けた減塩政策として減塩プロジェクトを今年度から実施する。具体的な対策としては、3 つの方向性により進めていく。

まずは昼食を中心とした飲食店等における減塩メニューの普及である。これは 3 食のうち、昼食については外食をする人が多いためである。

次に減塩商品の普及促進で、塩分の 7 割が加工食品や調味料から摂取されているため、いわゆる減塩食品の利用促進を県民に PR していく。

さらに、家庭における減塩対策の推進により、減塩習慣の定着促進を図る。食生活の形成には幼少期からの環境が重要だと考えられるので、料理教室等を通じた家庭における取組みを促進していく。

まずはこれら 3 つの取組みによって、社会的な機運の醸成を図ることとしている。

## 8. やまぐち元気フェアについて

**県健康増進課 健康づくり班** 例年、県医師会にご協力いただいており、今年度は 10 月 17 ~ 19 日の 3 日間開催される「やまぐちねんりんフェスタ」に合わせて実施することとしている。例年、元気フェアの中で行っている式典は 18 日に開催し、同じく例年行っている歯科に関する表彰に加え、今年度はがん検診受診促進優良企業団体表彰も併せて実施する予定である。今年度も県医師会

にご協力いただけるということなので、よろしくお願い申し上げる。

**県医** 県医師会は糖尿病対策推進委員会の協力により、血糖測定と糖尿病相談を行う「血糖測定コーナー」を出展する予定である。例年実施しているが、市民の参加者も多く、血糖測定の結果として新たに糖尿病が発見されたり、境界期の方の指導に入ったり受診勧奨といったこともあるようである。

## 9. 禁煙推進について

**県医** 現在、禁煙推進委員会では松岡 彰先生（小野田）を委員長として、年 3 回会議を開催し、県内の禁煙推進に関する協議をしている。

委員会では禁煙教育をするためのスライドを作成しており、今後、学校保健担当理事の先生にお知らせする予定だが、小学校高学年を対象とした禁煙に関する出前授業に活用いただきたいと考えている。スライドについては、実際に禁煙に関する授業を行っている先生方の使用しているスライドやご意見をもとに検討している。

私は小学校で 5、6 年生に対して、パワーポイントを使った授業を行ったが、子どもの吸収力は高く、とてもよい感想文を書いてくれる。完成した際には、ぜひご利用いただきたい。

**県医** 学校医用と産業医用の 2 種類のスライドを作り、県医師会ホームページからダウンロードして利用できるようにする方向で話を進めている。その際には改めてご案内させていただくので、よろしくお願いする。

## 10. 糖尿病対策について

**県医** 平成 27 年度の糖尿病対策関係事業は、例年どおり山口県糖尿病対策推進委員会を開催し、これを中心に関係事業を策定する。

委員会では平成 19 年から山口糖尿病療養指導士を養成しており、研修会の受講者は毎年 200 名前後で、最終日の試験に合格した人を認定している。既に開始から 5 年が経過しているが、認定更新の研修会も開催しており、今年度もこれら

の研修会を開催する。

また、ブルーライトアップイベントを毎年 11 月頃実施しており、今年度も開催にあたっては郡市医師会にご協力いただきたい。

その他、さきほどご説明した元気フェアへの出展や、山口糖尿病ウォークラリーなどの事業も予定している。

#### 11. 健康教育テキストの活用について

**県医** 昨年度作成したテキスト『COPD をご存じですか』(執筆: 山口赤十字病院 國近尚美先生) を資料として配付しているが、健康教育委員会では藤村嘉彦先生(小野田)に委員長をお願いして、毎年テキストを作成している。

平成 17 年度作成の『糖尿病と言われたら』は在庫がないため、現在ではホームページからダウンロードのみでの配付となる。患者さんへの説明に使用するために、膨大な資料から削りに削ってわかりやすいように作成しているのでご利用いただきたい。

なお、今年度は「肝疾患」をテーマに作成する予定で、小郡第一病院の田中裕子先生にご執筆いただく。

来年度の予定はまだ決まっていないので、今までと異なるテーマで何かご希望があれば健康教育委員会にご連絡いただければ、執筆者を探して検討したい。

## 日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

(平成 25 年 6 月 23 日 第 129 回日本医師会定例代議員会)



**保育サポーター銀行とは…**

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

**支援の例**

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

**支援の流れ**

```

    graph TD
      A((医師)) <--> B((保育  
サポーター))
      A -- ①相談 --> C((女性医師保育相談員))
      C -- ②情報提供<br/>→ --> B
      B -- ③調整 --> C
      C -- ④保育の具体的な内容や  
条件の話し合い --> B
  
```



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

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

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

**TEL 090-9502-3715** 9:00~17:00  
メール・FAXはいつでも受け付けます。  
E-mail [hoiku@yamaguchi.med.or.jp](mailto:hoiku@yamaguchi.med.or.jp) / FAX 083-922-2527

**山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!**

# 仕事と家庭（育児）の両立を目指している 医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーター銀行を「活用ください。」

# 介護保険主治医意見書オンライン化への取り組み —わが国初の試みの経緯—

小野田医師会 会長 西村 公一

## はじめに

介護保険主治医意見書（以下、「意見書」）は介護認定の際、かかりつけ医が患者の病歴、疾病、精神状態、日常生活の状況等について医師の立場からの意見を記載することとなっている。初回認定期時はもとより、定期的な更新時や介護状態に変化のあった区分変更申請時などにも発行が求められる。高齢者を多く診ている医師にとって、かなりの負担がかかることがある。

現在、行政の介護保険担当部署から依頼された意見書は、指定された期限内に手書きあるいはパソコンソフトを使って記載し、紙ベースで署名又は捺印をして、原則郵送で送り返すこととなっている。従って、紙に印刷し封筒に入れて郵送するという作業が必要で、時間もかかることがある。

小野田医師会では、地域医療連携情報ネットワークとして構築された「さんさんネット」を活用した意見書のオンライン送信化に取り組んで、このほど全国で初めて実用化させたので、その概要について報告する。

## 取組みに至った動機

小野田医師会では、10 数年前に山口県医療情報ネットワーク

（YAMAME - Net）を運用していた頃に、試験的に意見書を行政へオンラインで送信するという実験を行っていた経験があり、いつかは意見書のオンライン送信を実現したいという思いがあった。

折しも昨年の 4 月から、宇部・山陽小野田・美祢圏域の地域医療連携情報ネットワーク「さんさんネット」の運用が開始され、山口大学医学部附属病院、宇部興産中央病院、山口労災病院の患者情報を参加医療機関が参照できることになった。併せてメール機能を利用した医療機関間の情報交換や介護施設、行政との必要な情報のやり取りも可能となった。つまり、完全にセキュリティーが保障された環境での情報交換ができるようになったのである。（図 1）

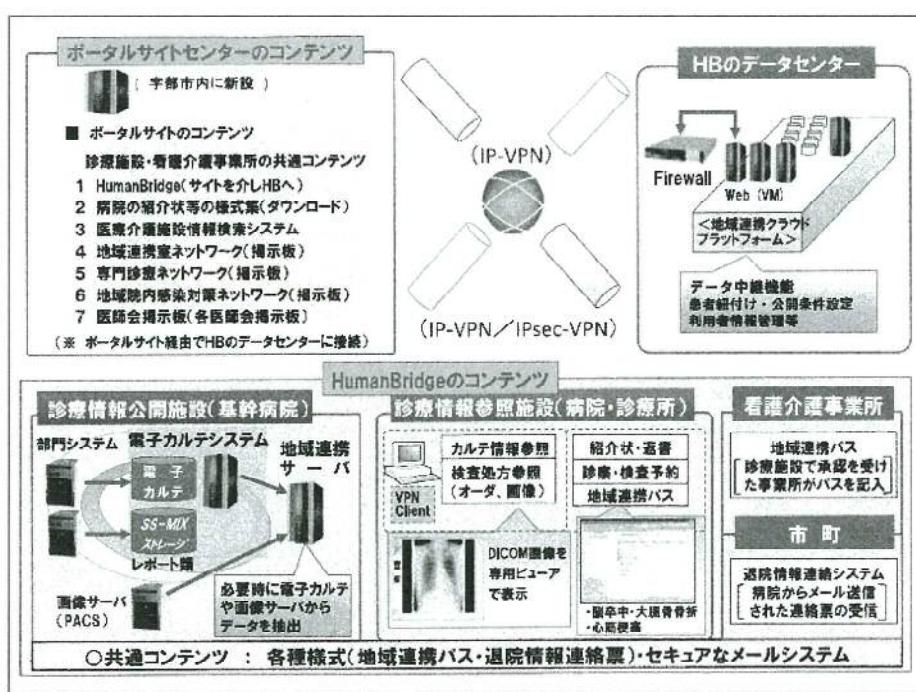


図 1 地域医療連携情報ネットワークの全体イメージ

そんな頃、偶然に、県医師会の藤本常任理事が書かれた山口県医師会報 平成26年2月号「今月の視点」の中に、「日医総研の西川・矢野両主任研究員と話した際に、主治医意見書の自治体とのネットワークについて実証実験を行うプランが出たが、私の居住地の介護保険課に相談すると、セキュリティー・スペースなどの問題から無理との回答であり、県内の市町で手を挙げていただける所、または多少でも興味のある市町があれば、ぜひご紹介・ご連絡をお願いしたい」という記事を目にした。

早速、連絡をしたところ、すでに日本医師会が医師認証システムを構築、現在、医師認証カードの普及を模索しており、是非とも小野田医師会で意見書のオンライン化を実現してほしいとの申し入れがあった。

日医電子認証システム

意見書の作成には署名又は記名・捺印が必要であり、オンライン送信するためには電子的な捺印(電子スタンプ)が必要となる。そのための最適なツールが、この電子認証及び電子署名システムである。

平成 26 年 7 月 9 日、第 1 回意見書オンライン化説明会を、日医総研主任研究員の西川好信氏を迎えて開催した。小野田、厚狭郡、宇部市、下関市の各医師会、さんさんネット事務局及び山陽小野田市介護保険係の関係者の参加で、電子認証システムの概要と意見書オンライン実用化に向けての具体的な話をうかがった。

厚生労働省が定める認証局であり、厚生労働省が定める基盤。日本の医療情報網

ネットワークを通じて、「医師が書いた紹介状か」「改ざんされてないか」を確認。

その結果、日医電子認証システムを利用したタイムスタンプ付き電子署名を付与して、「さんさんネット」のHumanBridgeメールに添付して送信すれば、比較的容易に実現

可能であることが解った。

そんな中、山陽小野田市の関係部署もこの取組みに理解を示され、実用化に向けて積極的に協力していただけたこととなり、行政の柔軟な姿勢が大きな後押しとなった。

## 意見書オンライン化への取組み

いよいよ具体的な作業に取り掛かることになったが、まず小野田医師会員に意見書オンライン化への参加意向調査を行った。27施設からの回答があり、「さんさんネット」加入施設が15、そのうちオンライン化参加予定ありが8施設、未定が7施設、さんさんネット未加入が8施設であった。数は少ないが、とりあえず参加意向のある8施設から順次開始していくこととなった。

これらの医療機関の医師にはまず、日本医師会認証局発行の「医師資格証」を取得して頂くことにした。「医師資格証」とは前述の「医師認証カード」をさらに発展させ、医師の資格を証明するものとして日本医師会が発行しているICカードである。機能としては前述の認証機能を有しており、また、将来的にはカードそのものが公の場でも身分証明証として活用できることを目指している。

**日医認証局の位置付け**

厚生労働省が定める「保健医療福祉分野PKI認証局 証明書ポリシ」に従って運営される認証局であり、厚生労働省のルートといわれる認証局と相互接続しているセキュリティの基盤。日本の医療情報ネットワークの中核を担っています。

**患者・国民** → (例1) 電子署名付き紹介状の交付 → **日医認証局** (相互接続) → **厚生労働省 HPKIルート認証局** (相互接続) → **医師** → インターネット (例2) 連携システム上の患者情報を見る場合の通行證 → 地域医療連携システム

図2 日医認証局の位置付け

この資格証は都市医師会が窓口となって、事務手続きをしてくれることになっているが、所定の申請書と住民票、身分証明書、「医師免許証原本」または「医師免許証のコピーに実印で押印したもの」に「印鑑登録証明書」を添付、などが必要となる。この手続きは参加希望会員の皆さんとの協力で速やかに行われ、申請した各医師には約 1か月後に「医師資格証 IC カード」が届いた。

平成 26 年 12 月 4 日には、再度、西川氏を招いて意見書オンライン実用化に向けた打合せ会を行った。

主治医意見書作成、オンライン送信に必要なものは以下のとおりである。

#### 1) 医師資格証

年会費 日医会員：5,000 円

日医非会員：10,000 円

※日医会員は 1 年目は無料

#### 2) 意見書作成ソフト（日医「医見書」）

#### 3) 電子署名ソフト（SignedPDF Client ORCA）

#### 4) IC カードリーダー

5) 署名検証ソフト（日本医師会電子認証センター提供、無料）

6) タイムスタンプ付き電子署名を付与した電子主治医意見書を、自動で指定のファイル名に変更保存するソフト：MSL 社（メディカルソフトウェアラボラトリー）のオリジナル（図 3）

以後、各医療機関に設置されている「さんさんネット」対応パソコンへの具体的なセッティングは、MSL 社の協力を頂いて行うこととなった。

#### 意見書オンライン送信の実際

意見書をオンラインで送信する実際の操作は以下のとおりである。（図 4）

1) 日医介護保険「医見書」ソフトにて主治医意見書の作成を行う

2) カードリーダーに医師資格証を装着し、印刷画面から、日医認証局との交信を行い、タイムスタンプ付き電子署名を付与

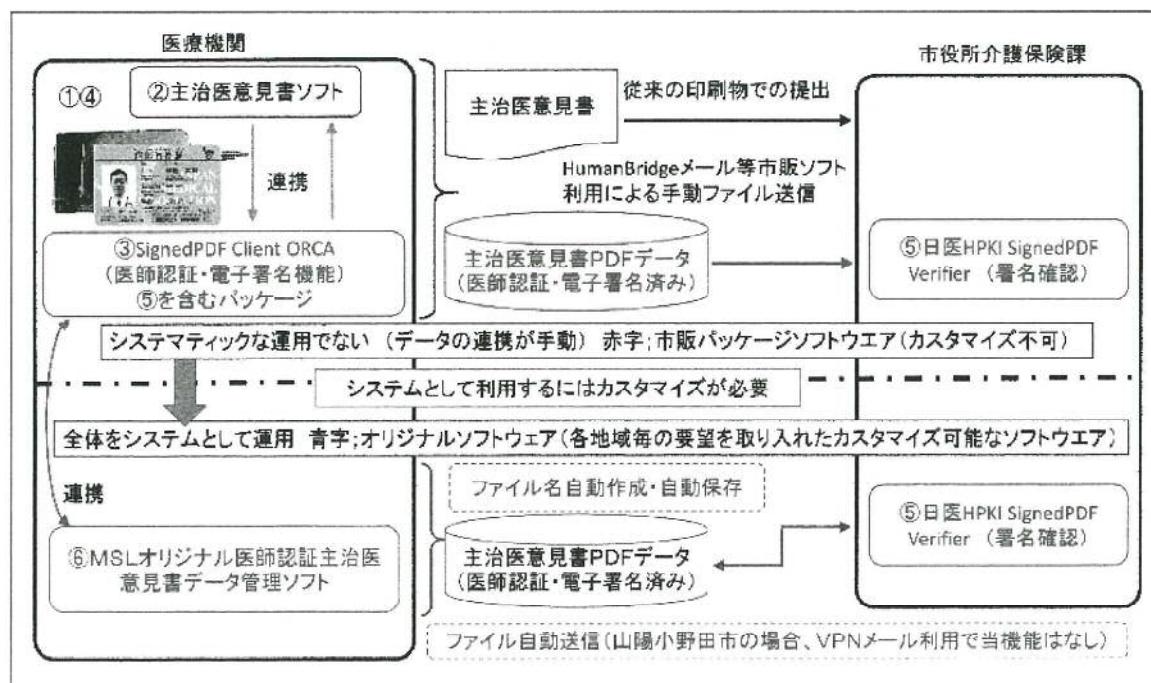


図 3 意見書オンライン医師認証概略

3) 作成された電子主治医意見書は自動的に、指定ファイルとして保存される

4) VPN 接続で「さんさんネット」を起動し、HumanBridge メールに、送信したい保存中の意見書 PDF ファイルを添付して送信する

以上のような簡単な操作で、セキュリティーの確保された意見書が瞬時に送信される。

小野田医師会では、パソコン設定が完了した医療機関から順次試験送信を繰り返し、問題のないことを確認したが、山陽小野田市介護保険係の受け入れ体制にやや手間取ったこともあり、平成 27 年 5 月 25 日から本格運用を開始した。

わが国初の試みの実現であったが、平成 27 年 6 月末現在 7 医療機関でオンライン送信が行われており、特にトラブルもなく順調に経過している。これから更なる参加医療機関の拡大を目指していくところである。

ことと、他の医師会でも取り組んで頂くことを希望している。現在、宇部市、下関市、岩国市、長門市医師会でも興味を示しておられると聞いており、実用化に向けての協力は惜しまないのでご相談いただきたい。

これから更にこのシステムを活用した、患者の診療情報提供書や訪問看護指示書などの送信も視野に入れている。

また、この取組みが日本医師会の推進している「医師資格証」の普及推進への一助となれば幸いである。

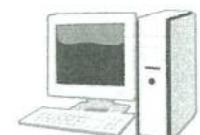
この度の意見書オンライン実用化に際して惜しみないご協力をいたいたいた、日医総研主任研究員の西川氏、日医総研・日医電子認証センターの矢野氏、さんさんネット関係者、MSL 社の八木氏、山陽小野田市介護保険係、小野田医師会関係者の皆さんに感謝申し上げます。

## おわりに

今後はもっと多くの医療機関に参加してもらう

## 主治医意見書オンライン化について

### 主治医意見書作成 & 送信

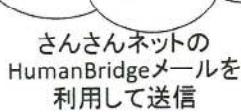


主治医意見書作成ソフト  
電子署名ソフト  
タイムスタンプ  
事前申請：医師資格証  
ICカードリーダー



主治医意見書  
印

IPSec-VPN



さんさんネットの  
HumanBridgeメールを  
利用して送信

### 主治医意見書受信



署名検証ソフト



主治医意見書  
印

IPSec-VPN

図 4 意見書送信イメージ

# 県医師会の動き

副会長 濱本 史明

少し古い話になりますが、本会の引き受けにより平成 25 年 7 月 27 日に開催した「第 9 回男女共同参画フォーラム」は無事終了しましたが、懇親会では、あまりにも有名になって入手しにくくなつた「獺祭」を始め、「東洋美人」「貴」「五橋」等、参加された全国の先生方に山口県の日本酒を堪能していただきました。翌日は、台風ではありませんでしたが暴風雨となり、参加された先生方は観光どころか、帰宅もままならないような散々な天候でした。山口線は線路の土砂崩れのため不通となり、復旧まで随分日数がかかりました。

毎年、この時期から台風シーズンに入り、自然の猛威に、なす術もない日本の土壤の脆さを感じさせます。しかし、日本の四季は春夏秋冬とはつきり季節を感じさせてくれる美しい自然があります。この自然から生まれた文学の一つが俳句です。正岡子規は新聞に「だっさいしょあくはいわ 獺祭書屋俳話」を連載し、俳句の革新運動を開始しました。近現代文学における短詩型文学の方向を位置付けた改革者として高く評価されています。また、ヨーロッパにおける 19 世紀自然主義の影響を受けて写生・写実による現実密着型の生活詠を主張したことが、俳句における新たな詩情を開拓するに至りました。これは亡くなる 1 年前の俳句です。

「つくつくぼーしつくつぼーしばかりなり」

子規 『仰臥漫録』

平成 27 年度の第 11 回日医男女共同参画フォーラムが徳島県医師会の引き受けで 7 月 25 日に開催され、山口県男女共同参画部会長の黒川典枝先生、山口県医師会常任理事の今村孝子先生、そして濱本の 3 人が出席しました。

テーマは、「共同から協働へ～多様性を生かしたワークライフシェアリング～」で、「あなたが

輝く働き方～秘訣はワーク・ライフバランス～」と題して、株式会社ワーク・ライフバランス代表取締役社長の小室淑恵さんによる基調講演が、シンポジウムは「日本の現状と課題」、「国際比較、いま世界では」の二つの演題により行われました。そして最後に、次の第 11 回男女共同参画フォーラム宣言が採択されました。

- 一、自らキャリア形成を図りながら医師としての役割を果たしていく意志をもつ。
- 一、個人の特性を活かすことのできる勤務環境の整備と意識改革を推進する。
- 一、共同から協働へ働き方の変革を促進することにより、次世代のすべての人達が日本のみならず世界的視点に立って社会に貢献できる土壤つくりを行う。

懇親会では、一足早く「唄茶平」連の阿波踊りを見ることができました。その後、福島県医師会の高谷雄三 会長、星 北斗 副会長、本多静香 常任理事、市川陽子 理事、男女共同参画・医師支援委員会委員の菅野良恵 先生にお世話になりました。翌 26 日は梅雨も明けていて暑い一日でしたが、大鳴門橋遊歩道から見る 45m 下の渦潮、四国八十八ヶ所の一番札所「靈山寺」、日本一低い山「弁天山」(6.1m)、大谷焼の里、等を見るることができました。

さて、厚労省は平成 27 年度、地域医療介護総合確保基金の医療分を各都道府県に内示し、基金総額 903.7 億円のうち 610.8 億円を配分していますが、山口県は 1 回目の内示額が、基金規模の 5.6 億円に対して 3.7 億円と 66% にとどまっています。

要望額と大幅に乖離しており、内示の事業区分

の「施設又は設備に関する事業」の部分は重点化されていますが、「居宅等における医療の提供に関する事業」や、「医療従事者確保事業」への配分が全く不十分で、26 年度まで認められていた 3 つの事業区分間の額の調整が認められなくなっています。このまでは山口県をはじめ多くの都道府県で、地域医療を確保していく上での重要事業が継続できない状況になることが懸念されます。基金事業は県に 1/3 の負担があることから、県予算においても十分な財源を確保して、山口県の地域医療の確保に資する事業提案を国へ提出していただき、また、この 3 つの事業区分間の額の調整を柔軟にできることを認めていただくよう国へのさらなる働きかけを県にはお願いしたいところであり、以上のことから、このたび県医では、地域医療介護総合確保基金（医療分）に関する要望書を県知事に提出することになりました。

8 月 23 日は、山口県医師会の引き受けで、「中国四国学校保健担当理事連絡会議」と「中国地区学校保健・学校医大会」を山口グランドホテルにて開催しました。午前中は、学校保健に関する諸問題を、中国四国の各県学校保健担当理事が議題と回答を持ち寄り協議する場です。5 年に 1 回、引き受けが回ってきますので、私が役員になってから 3 回目の引き受けとなります。

学校保健担当理事連絡会議では「学校医の関わる健康教育関係議題」として 10 題、その他として 5 題が提出されました。詳細は次号以降に掲載されますが、その中で、徳島県医師会から「学校医に対しての研修をどのように取り組みをされているのか」が提出されました。これは長年、懸案となっている学校認定医制度（仮称）に関することなので、ここで取り上げてみます。

徳島県医師会は平成 25 年度から、「徳島県医師会認定学校医制度」を導入して、認定医取得のための研修会を年 5 回実施し、その受講については学校医だけでなく養護教員等も認められているようです。その結果、学校医としての意識向上が見られ、養護教諭の医学的知識が増して、今後、学校での児童・生徒への健康教育に役立つとされています。鳥取県医師会は「鳥取県医師会指定期間学校医制度」を平成 27 年 4 月からスタートさ

れました。これは 3 年ごとの更新制で、鳥取県内で行われる研修会は年間 5 回くらい開催、また、学校医の初任者研修会は養護教諭と合同で開催されているようです。本県を含め残りの 7 県では、認定学校医（仮称）の必要性は十分に感じていますが、現状では制定されていません。その中で学校医研修会等を開催している県は 4 県あり、各県とも、校医の高齢化と一部の校医の認識の低さから、認定学校医制度（仮称）に積極的に取り組めないのが現状です。本県から日医に対して、「日医学校認定医制度（仮称）」の制定に関して、以前から日医学校保健検討委員会で検討するとの回答があったが、その後の動きはどうなっているかと質問しました。日医には「健康スポーツ医」「産業医」の認定制度がありますが、現状ではこれ以上、認定制度を制定する予定はないようです。中国四国も人口減少、過疎地における学校医不足等があり、現在でも学校医の仕事の多さと責任の重さから、学校医に就任することを嫌厭する傾向があるため、認定学校医制度（仮称）の制定には消極的なようです。

愛媛県から「学校の性教育に学校医は参加しているのか」、広島県からは「禁煙・性教育に関して学校医がどのように関わっているのか」との質問が出ました。日本産婦人科医会は、14 歳以下の出産数が 2000 年以降は年間 40 ~ 50 人と横ばい傾向が続いているとして、望まない妊娠や中絶の撲滅に向けて少年少女の性に対する正しい理解が必要と呼びかけています。また、虐待で死亡した小児の年齢は 0 歳児が突出しており、加害者は 10 代の母親であることが多く、0 日、0 か月児を虐待死させた母親を分析すると、約 70% が望まない妊娠を感じ、約 40% が 10 代で出産しています。

午後からは中国地区学校保健・学校医大会が開催され、日医からは横倉義武 会長、道永麻里 常任理事が出席されました。中国各県から研究発表が 5 題あり、その後、特別講演 1 「平成 28 年度から始まる運動器検診について」を日本臨床整形外科学会副理事長の新井貞男先生、特別講演 2 「学校保健の現状と課題」を日医の道永常任理事がそれぞれ講演されました。

検診の流れとしては、保健調査票を児童生徒から家庭に配付し、家庭における観察を踏まえ保健調査票に記入してもらいます。養護教諭はその内容をまとめ、検診の際に学校医に伝え、学校医は内科検診・側弯検診を行い、運動器に関しては保健調査票の結果を踏まえ必要に応じて検診を行います。そこで異常が発見された場合は、保健指導や専門機関への受診勧奨等、適切な事後措置を行うことになるようです。

8 月も終わりに近づき、台風 15 号は九州・山口に上陸し、かなりの被害をもたらしました。台風の後片付けは大変ですが、通過後は爽やかな秋

晴れを感じさせてくれます。

7 月のメール句会、兼題は「百合」「鮎」、チャレンジは「端居」でした。

巻頭・特選は「黒百合やダム放水の風に揺れ」あらじん、「鮎折のひもぶら下げし太き指」歩見、自由句では「下り舟滑る川面の風青し」あらじん、でした。チャレンジでは、「端居して今日も一日の暮れにけり」桃太、「傾城に指して止りて夕端居」桜子、が選句されました。

8 月の兼題は、「夏野」「盆」、チャレンジは「芙蓉」です。

## 山口県ドクターバンク

最新情報は当会 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

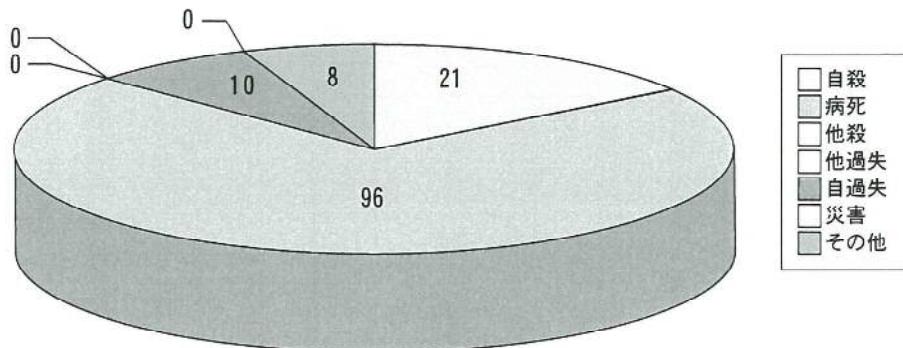
求人情報 3 件 求職情報 0 件

## 死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-15	21	96	0	0	10	0	8	135

死体検案数と死亡種別（平成 27 年 7 月分）



## -転載のご報告-

本会報平成 27 年 4 月号（第 1856 号・「女性医師リレーエッセイ」）に掲載しました土屋 香先生の「小人の志」が千葉県医師会報 7 月号に転載されました。

## 日医 FAX ニュース

### 2015 年（平成 27 年）8 月 28 日 2453 号

- 「過不足ない診療報酬の確保が重要」
- 税制改正要望、設備投資特例措置を評価
- 16 年度概算要求 30 兆 6675 億円、2.5% 増
- 医師会支援のレイテ医師会館を視察
- ネパール巨大地震への支援 3360 万円に
- 日医 Lib 、windows 版・Mac 版をリリース

### 2015 年（平成 27 年）8 月 25 日 2452 号

- 16 年度改定、病院団体との連携で合意
- 調剤報酬加算、かかりつけ薬剤師は配慮
- 総合確保基金、16 年度予算も「事項要求」
- 13 年度特定健診実施率 47.6%
- 難病医療の提供体制、16 年度内に明確化
- 新規 HIV 感染、AIDS 患者とも増加

### 2015 年（平成 27 年）8 月 21 日 2451 号

- HPV ワクチン接種後の対応で手引き
- 3 府省方針は「大変遺憾」
- 医師の偏在解消で緊急提言
- 機能分化の設備投資で優遇措置要望へ
- かかりつけ医普及でモデル事業を検討
- 「日本医療安全調査機構」を公示

### 2015 年（平成 27 年）8 月 7 日 2450 号

- 日医、都道府県医師会が支援団体に
- 原価構成調査、9 月にも最終報告へ
- 総合確保基金医療分、秋にも第 2 弹内示
- 社会保障の抑制方針「上限ではない」
- BSL4 稼働、「感染症対策に資する」
- 感染研の BSL4 稼働で国内初合意
- 災害時の医療支援で台湾医師会と協定

### 2015 年（平成 27 年）8 月 4 日 2449 号

- 地域医療連携推進法人は注視の必要
- 一定以上所得者 2 割負担など施行
- 医師会立学校養成所調査結果を公表
- 南海トラフ地震想定の訓練実施
- 平均寿命、男女ともに過去最高を更新

# 理 事 会

## —第 8 回—

**7 月 23 日 午後 5 時 35 分～7 時 39 分**

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

### **協議事項**

#### **1 平成 28 年度代議員会等の日程について**

来年度は、本会及び都市医師会において役員等の改選期である。本会の選挙代議員会開催日が都市医師会の運営にも大きな影響を与えることから、代議員会開催時期等の方針について協議を行った。

#### **2 平成 27 年度学校保健及び学校安全表彰（文部科学大臣表彰 学校保健の部）への被表彰候補者の推薦について**

文部科学省では、学校保健の普及と向上に尽力し、優秀な成果をあげた関係者等に標記表彰を行っている。山口県教育庁学校安全・体育課長より被表彰候補者の推薦依頼があり、候補者 1 名について協議、推薦することが決定した。

#### **3 第 59 回社会保険指導者講習会について**

10 月 1 (木)・2 日 (金)、日本医師会において開催される標記講習会の受講者について協議し、5 名を推薦することが決定した。

### **報告事項**

#### **1 医療安全対策委員会（7 月 9 日）**

本年 10 月の医療事故調査制度施行にあたり、各都道府県医師会が支援団体として厚生労働省へ申請（日医から一括申請）を行ったことに伴い、山口県内における医療事故調査体制の早期構築に向け協議を行った。（中村）

#### **2 第 34 回介護保険対策委員会（7 月 9 日）**

療養病床転換及び地域医療介護総合確保基金等についての協議を行った。（河村）

#### **3 乳幼児保健委員会（7 月 9 日）**

乳幼児健康診査の体制及び乳幼児の任意予防接種の助成状況、乳幼児のメディア接触、病児保育施設の設置状況等について協議を行った。（藤本）

#### **4 日医第 2 回地域医療対策委員会（7 月 9 日）**

地域医療連携推進法人制度並びに病院等を対象としたヘルスケアリートのガイドライン、地域医療構想について協議を行った。（弘山）

#### **5 第 2 回生涯教育委員会（7 月 11 日）**

第 100 回山口県医学会総会及び第 140 回生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。

(原)

#### **6 山口県難病・小児慢性指定医研修会、山口県協力難病指定医研修会（7 月 12 日）**

山口県では、現在、難病及び小児慢性特定疾患の患者に対する新たな医療費助成制度における指定医制度の導入に伴い、難病指定医の更新申請手続きを行っているが、学会の専門医資格を持たない医師の特例措置として、平成 29 年 3 月 31 日までに都道府県が行う研修会を履修することが義務づけられている。本会においては、山口県よりこれにかかる事業を受託しており、研修会を開催した。受講者数は、難病・小児慢性指定医研修会 198 名、協力難病指定医研修会 30 名であった。

(藤本)

#### **7 勤務医部会理事会（7 月 12 日）**

平成 26 年度事業報告及び平成 27 年度実施事業である、市民公開講座、医療クラークの活動支援、勤務医ネットワークの構築、医学生への啓発事業等について協議を行った。（加藤）

# 理 事 会

## 8 日医地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会（7月 12 日）

平成 26 年度診療報酬改定において新設された「地域包括診療加算」及び「地域包括診療料」の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の一部に当たる研修会として、「脂質異常症、糖尿病、高血圧症、認知症、禁煙指導、健康相談、在宅医療、服薬管理、介護保険」に関する研修が日医で行われ受講した。(河村)

また、本会においてテレビ会議システムによる研修会を同時開催し、61 名が受講した。(萬)

## 9 第 17 回山口県立病院機構評価委員会 (7 月 13 日)

平成 26 年度における業務の実績に関する評価及び財務諸表等について審議を行い、概ね順調な運営である旨の評価が行われた。(小田)

## 10 医療事故調査制度に関する協議会 (7 月 14 日)

山口県内における医療事故調査体制の早期構築に向けて、山口大学へ解剖・Ai 分野の協力要請を行い、併せて情報交換を行った。(中村)

## 11 精神科救急についての意見交換会 第 7 回会議（7 月 16 日）

山口県より「県内の救急病院における自殺企図者への対応状況等実態調査」報告書の今後の活用等について説明があった。精神科疾患を持った患者及び認知症の患者に対する救急医療連携について意見交換を行い、次回検討内容等について協議を行った。(弘山)

## 12 第 2 回健康スポーツ医学委員会（7 月 16 日）

今年度の研修会開催日及び講師候補者について検討を行った。(藤本)

## 13 医事案件調査専門委員会（7 月 16 日）

病院 1 件、診療所 2 件の事案について審議を

行った。(中村)

## 14 新規個別指導「山口市」（7 月 16 日）

診療所 10 機関について実施され、立ち会った。(萬、清水)

## 15 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会 (7 月 16 日)

「消費税率 10%引き上げ時への対応」を議事として、(1)「国及び社会保障制度の財政の現状」(財務省主計局 宇波弘貴 担当官)、(2)「控除対象外消費税問題に関する日本医師会の取組み及び関連する税制の諸課題について」(日本医師会 今村定臣 常任理事) の説明及び質疑応答が行われた。

(加藤)

## 16 警察署留置施設視察（7 月 16 日）

周南警察署及び光警察署の留置施設の視察を行った。(香田)

## 17 第 28 回日本臨床整形外科学会学術集会

(7 月 19 日)

学会懇親会において、来賓として挨拶を行った。(小田)

## 18 都道府県災害医療コーディネート研修

(7 月 19・20 日)

災害時に被災都道府県の災害対策本部の下に設置される組織において、医療救護活動等の助言・調整等を円滑に実施するため県災害医療コーディネーターが委嘱されており、そのコーディネーターを対象にした研修会が日本赤十字社本社にて開催され参加した。(弘山)

## 19 山口県医師会産業医研修会（7 月 20 日）

第 28 回日本臨床整形外科学会学術集会において、本会主催の産業医研修会を行った。午前中は、特別講演 1「ストレスチェック制度について」(山口労働局健康安全課長 田中俊明)、特別講演 2「職

## 理 事 会

場におけるアルコール問題とその対策」（医療法人信和会高嶺病院精神科医長 田中増郎）、特別講演 3 「職場における禁煙対策」（帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授 福田吉治）を行った。午後は、実地研修「対応の難しいメンタルヘルス事例検討」として、神鋼長府診療所産業医の角谷 力、宇部興産㈱健康管理センター統括産業医の塩田直樹、同産業医の長田周也、三井化学岩国大竹工場健康管理室産業医の横田直行 各先生による講演を行い、受講者は、特別講演 1・2：89 名、特別講演 3：80 名、実地研修：46 名であった。（藤本）

### 20 日本医師会第 4 回理事会（7 月 21 日）

社会保障審議会医療保険部会、台湾における爆発事故による重傷熱傷患者に対する医療支援活動への支援等の報告及び第 2 回都道府県医師会長協議会の開催、年金委員会委員の委嘱等について協議が行われた。（小田）

### 21 山口県医療審議会医療法部会（7 月 22 日）

医療法人の設立認可 4 件及び解散認可 2 件について審議が行われた。（小田）

### 22 世界スカウトジャンボリーにおける協力医療機関について（経過報告）

山口県教育庁の世界スカウトジャンボリー開催支援室より、会期内の協力要請医療機関について状況報告が行われた。

## 医師国保理事会 一第 6 回一

### 1 第 1 回山口県保険者協議会について (7 月 9 日)

6 月に開催された平成 27 年度第 1 回保健事業部会及び企画調査部会の報告があり、その後、平成 26 年度事業実績及び決算、平成 27 年度事業等について協議を行った。（濱本）

### 2 山口県国民健康保険団体連合会第 2 回理事会について（7 月 10 日）

7 月 24 日開催の通常総会に提出する、平成 26 年度事業報告及び決算等の議案について協議を行った。（小田）

### 3 全協第 1 回理事長・役員研修会について (7 月 16 日)

所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し及び医療保険者に必要なマイナンバー制度への対応等に関する講演が行われた。（小田）

## 一第 9 回一

### 8 月 6 日 午後 5 時～6 時 33 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・林・藤本・今村各常任理事、武藤・沖中・香田・中村・清水・原・船津各理事、山本・武内・藤野各監事

#### 協議事項

### 1 平成 27 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議、中国地区学校保健・学校医大会の開催について

平成 27 年 8 月 23 日（日）、山口グランドホテルにおいて標記会議並びに大会を本会引受けにより開催することから、当日来山の日本医師会役員及び特別講演講師の日程及び運営準備の進捗状況について説明を行い、承認された。

### 2 医療事故調査制度施行に伴う調査体制の構築案について

10 月から施行される医療事故調査制度に伴い、調査体制の構築（支援団体間の事務連絡協議会、

# 理 事 会

都市医師会担当理事協議会、Ai 研究会の開催及び医療事故調査委員会の設置等)について協議し、各種連絡協議会等の開催及び既に進めている大学等との連携に加え、専門領域の調査委員の選定等を早急に進めることができた。

## 3 平成 27 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）に関する知事への要望について

厚生労働省は 7 月 17 日、標記基金の医療分について第 1 回目の内示を各都道府県に対し行ったことから、本会は山口県における今年度事業に向けた財源確保や事業提案等について、国へのさらなる働きかけを知事へ要望することとし、「地域医療介護総合確保基金（医療分）に関する要望（案）」について協議を行った。

## 4 平成 28 年度広域における予防接種の個別接種料金（案）について

来年度の広域における予防接種の個別接種料金（案）は、診療報酬の改定等が行われないことから、平成 27 年度と同額料金（案）とすることが協議、了承された。なお、高齢者のインフルエンザ予防接種については、平成 27 年度より 4 価のワクチンに変更されることから、ワクチン差額分のみ接種料金に上乗せすることが決定した。今後、本料金（案）について、各都市医師会は関係市町と協議していく。

## 5 平成 28 年度妊婦健康診査及び乳幼児健康診査の参考単価（案）について

平成 28 年度の妊婦及び乳幼児の健康診査の参考単価（案）は、診療報酬の改定が行われることから、平成 27 年度と同額料金（案）となることが決定した。なお、山口県小児科医会から要望のあった、乳幼児健康診査における事務手数料と消費税の加算については、中国四国各県の状況を踏まえ今回は算定せず、次回診療報酬改定時及び消費税引き上げ等の際に再検討することが決定した。

## 6 台湾における爆発事故による重傷熱傷患者に対する医療支援活動への支援について

日本医師会は、6 月に発生した台湾新北市のテーマパークでの可燃性粉末による爆発事故に対する支援を AMDA 及び i JMAT を通じて行っているが、今後も重篤な患者への継続的な治療、医療材料支援、支援医師団の派遣等が更に必要なことから、各都道府県医師会及び各医師会員に対して支援金を依頼したい旨の協力要請があった。本会として 10 万円の支援を行うこと及び各都市医師会にも協力要請をすることが決定した。

## 7 yab 山口朝日放送主催の市民公開講座の後援について

yab 山口朝日放送より、9 月に下関市において開催予定の「糖尿病予防」をテーマとした市民公開講座への名義後援依頼があったが、開催地域及び開催回数が限定されるのであれば後援しないこととすることが決定した。

## 8 第 6 回おれんじの会市民公開講座の後援について

特定非営利活動法人おれんじの会（山口県突発性大腿骨頭壊死症友の会）より、10 月に下関市で開催予定の「股関節の病気と歩行障害」をテーマとした市民公開講座への名義後援依頼があったが、後援しないことに決定した。

### 報告事項

#### 1 予防接種等に関する検討委員会（8 月 1 日）

今年度から導入される 4 価インフルエンザワクチン、平成 28 年度広域予防接種における個別接種の標準料金、定期接種になった場合の広域における B 型肝炎ワクチン予防接種料金、乳幼児健康診査の参考単価等について協議を行った。

（藤本）

# 理 事 会

## 医師国保理事会 ー第 7 回ー

### 1 医療需要の推計等に係るレセプトデータ等の提供について

山口県医療政策課より、本県における効果的な健康福祉施策の推進及び地域医療構想の策定に資することを目的に、山口大学寄附講座において、医療需要の現状分析、将来の医療需要及び必要医師数の推計を実施するため、山口県国民健康保険団体連合会に保有されている本組合のデータ提供

依頼があり協議を行った。確認事項が生じたことから次回理事会で再協議することとなった。

### 2 中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会について（7月 25 日）

岡山県担当で開催され、代表者会議では全体会議の運営等について協議を行い、全体会議では番号制度導入に関する対応等、各県から提出された議題について協議を行った。（小田、沖中）

### 新コーナー

## 「山口県の先端医療についての紹介」原稿募集

山口県の専門的医療、先端医療についての情報をご紹介いただける投稿を募集いたします。

字数：1 頁 1,500 字、6,000 字以内

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

### 【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

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

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

## 県医トピック

### 小田会長が世界スカウトジャンボリーの中央救護所等の現場を視察、激励しました。

7月28日（火）から8月8日（土）の間、山口市阿知須きらら浜で開催された「第23回世界スカウトジャンボリー」における救急医療について、関係機関が支援している中央救護所等の現場を8月5日（水）午後、小田会長が訪問し、スタッフを激励しました。

この大会は、4年に一度開かれるボーイスカウトの世界最大の祭典で、日本では1971年に静岡県で開催されて以来、44年ぶりの開催となります。

阿知須きらら浜には、世界の152の国と地域からスカウト（14～17歳）約2万3千人、スタッフ等1万人の計3万3千人以上が参加し、“和：a Spirit of Unity”をテーマに、若さに溢れ、ハツラツとした交流がなされているようでした。

医療の対応については、キャンプ内に5か所のファーストエイドポイントと中央救護所が設置され、処置が困難な怪我や傷病者に対応するため、24時間体制の医療サービスが受けられる体制が取られていました。



しかし、3万人を超える人が一か所に集まり、また、炎天下という状況の中で、8月4日までに再診を含み2千人以上が受診し、そのうち110人余りが宇部興産中央病院をはじめ6病院に搬送されるなど、県内の医療機関から応援に入っていたものの周辺の医療機関は、大変な対応だったようです。

当初は、スカウトなど参加者への救急時の対応が徹底されておらず、会場周辺の医療機関に直接行くなど混乱を極めたようですが、会員や周辺の医療機関をはじめ多数の皆様の協力、支援により、円滑にその役割を果たしていました。

当日、現場では自衛隊の救急搬送車等も配置され、また救護タクシーによる対応など体制は整備されており、世界各国から参加した医療スタッフも積極的に活動していました。



## 子どもと保険証

西風

々

広報委員

長谷川 奈津江

夏は、めいばの患者さんが多い気がする。めいば、麦粒腫は眼瞼腺組織の細菌感染であるから、本来、季節性に乏しく、夏に多いなどとはどこにも書いていないが。

もう十年以上前の夏の夕方、受付スタッフが診察室に来て、初診で保険証を持ってない方が来られていると言う。別にそう珍しいことでもなく、いつも通りに、後日保険証を持ってきていただいたらと答えると、その方は現金の持ち合せがなく、引っ越ししたばかりで自宅の住所も電話番号も覚えていない、職場の電話番号も分からぬと言われている・・・。つまり連絡先を教えたくないということのようである。待合室を覗くと、予想より若い男性。上眼瞼全体に炎症が及び痛そうな様子。蜂窩織炎になっても困るので、診察処置して抗生素剤の内服と点眼薬を院内処方で出した。やはりその後の連絡は、なかったように記憶する。

当時は、保険証を持たない患者さんが私には珍しかったため、“夏はめいば”という思い込みが

できたのかもしれない。

昨今は、保険証を持たない無保険の患者さんは決して稀ではない。ご存知の通り、国民健康保険財政は赤字が続いている。加入世帯の約 20% が保険料滞納世帯であり、毎年 3,000 億円もの赤字になることを厚労省が発表している。

この保険料滞納の話になると、その原因として貧困層の増大、モラルの低下などがあげられるが、保険料の高さへの言及は少ないようだ。

国保は、もともと世帯主が農林水産業あるいは自営業の方のための制度であった。しかし現在は、退職者が多くなっている。退職者を除いた一般世帯のみでも無職の方が 42%、被用者（多くは非正規雇用）が 36% である。また、0 歳から 19 歳の貧困状態にある子どものうち、約半数以上が国保を利用している。

社会保険（被用者保険）と国民健康保険を較べると以下のようになる。

このように経済的に不安定な世帯が多い国保の

	社会保険（被用者保険）	国民健康保険
主な加入者	企業で働く正規労働者 等	被用者保険に該当しない非正規労働者、自営業者、農林水産業従事者、退職者、無職者 等
保険料	所得にかかわらず税率がほぼ一定のため、低所得者には低い	所得額に応じた応能負担と所帯人数に応じた応益負担の組み合わせで逆進性がある
非扶養者	一定未満の所得の場合、保険料はからない	被扶養者の人数に応じて、保険料は高くなる
事業者負担	あり（約半額）	なし
自治体間格差	ほぼなし	保険料の格差が大きい

保険料が高額で逆進性があることに問題がある。

ある全国調査<sup>\*1</sup>によると、国保加入の平均所得の子ども 2 人の 4 人家族の保険料は、全国平均 32.5 万円、最高 50.4 万円。さらに、貧困ラインにある母子世帯、188 万円程度の年間収入での国保保険料を試算すると<sup>\*2</sup>、平均値は約 17 万 6,000 円、最高値は約 29 万円、最低値は約 7 万 7,000 円、市町村間で約 3.8 倍もの差がある。20 万円を超える市町村も 18% 存在する。(この額では、国保保険料の軽減措置の対象にならない) 同じ収入額世帯の協会けんぽの保険料は 8 万 9,000 円。

国保には、国、都道府県、市町村からの公費や社会保険からの財政支援が投じられているが、日本の健康保険のラストリゾート（最終避難場所）としては、保険料が高いなという実感だ。

2008 年に毎日新聞が、「無保険の子」に関するキャンペーン報道を行い、他のマスコミも多く取り上げた。私も含め多くの人が、国保保険料滞納のため保険給付を差し止められ、医療費の全額自己負担が必要になっている子どもの存在を知ることになった。同年、厚労省は緊急調査を行い、全国で 3 万 2,903 人の子ども（中学生以下）が無保険状態であることを発表した。その後、国民健康保険法が 2 回にわたり改正され、18 歳以下の子供には無条件に 6 か月の短期保険証が発行されることになった。

また、わが町宇部市では今年 8 月より、所得制限はあるが、乳幼児の医療費自己負担分が無料に、小学生から中学生までの自己負担が 3 割から 2 割になった。たしかに医療機関や薬局の窓口での支払いが不要になる現物給付は、医療費の増加をもたらすおそれがある。救急医療の過酷な状況に耐えている現場スタッフを、より疲弊させるコンビニ受診との関連もあるかもしれない。

しかし、子どもは家庭を選んで生まれてくることはできないこと、そして次の社会を築くのは子どもであることを忘れなければ、今、社会が、大人がなすべきことは明らかであるように思う。

日本での追跡調査では、貧困である場合とそうでない場合での子どもの健康格差（病気の罹患率の差）が報告されている。

海外の調査ではあるが、貧困な子どもの場合、子どもの時代の病気の影響が大人になっても継続していることが指摘されている。結果的に将来の社会全体の医療費を押し上げることになるだろう。

昨年、「子どもの貧困対策推進法」が施行され、山口県は「子どもの貧困対策推進計画」をまとめた。子どもの貧困の目安の一つである就学援助の利用率は全国平均 15.64%、山口県は 24.77% で、その多くは一人親世帯であり、その数はこの 10 年で 15% 以上増えている。母子世帯では、母親の半数が非正規労働者で、年収は 200 万円未満が 42.5% である。

一方、高校進学率は県平均 97.7%、生活保護世帯では 87.1%<sup>\*3</sup>、つまり 10 人に 1 人以上が中学を卒業して世の中に出で行くのだ。一体、どれだけの職業選択の幅があるだろうか。貧困の世代間連鎖を断ち切る最も有効な手段が教育だろうに。

私自身が子を持つ親として、自分の子どもには出来る限りのことをしてやりたいと思い、それを当然なこと信じていた。他の何かを犠牲にしてでも自分の子どもには良い教育を受けさせたいと願ってきた。が、この願いは、どこかでそれを受けられない子どもたちの存在の黙認に通じていなかっただろうか。そして、私のような“自分の子どもだけは”という親（世間には少なくない）の意識が、日本の子どもたちの教育に対する公的支援の貧弱さ、先進国の中でも際立った貧弱さ（アメリカ並み！）を放置していたと気がついた今日この頃である。

子どもたちの発達、教育、幸福を親や家庭任せにするのではなく、社会全体や国が積極的に考え保障する時代になっているのだろう。

#### 参考資料

\*1 『毎日新聞』2009 年 6 月 8 日

\*2 日本総合研究所 西村和彦

\*3 『宇部日報』2015 年 8 月 10 日

#### 参考文献

『子どもに貧困を押しつける国・日本』山野良一

## 第 28 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ

「自分らしく生きる ー各々の生活にとけこんだ地域包括ケアをめざしてー」

とき 平成 27 年 11 月 7 日（土） 9：30～

ところ 国保会館 4 階 大会議室＜山口県国民健康保険団体連合会＞  
山口市朝田 1980 番地 7

特別講演 住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるために  
～永源寺の地域まるごとケア～

東近江市永源寺診療所所長 花戸 貴司

その他 パネルディスカッション、研究発表

主 催 山口県国民健康保険診療施設協議会

山口県国民健康保険団体連合会

後 援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか

その他 日本医師会生涯教育制度 5 単位

カリキュラムコード

1 (専門職としての使命感)

4 (医療倫理)

5 (医師－患者関係とコミュニケーション)

10 (チーム医療)

12 (保健活動)

13 (地域医療)

14 (医療と福祉の連携)

15 (臨床問題解決のプロセス)

80 (在宅医療)

81 (終末期のケア)

学会事務局 山口県国民健康保険団体連合会（保険事業課保険者支援班）

TEL 083-925-2033

## 第 102 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 27 年 10 月 17 日（土）

ところ 山口グランドホテル 3 階「末広の間」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL : 083-972-7777

特別講演 I 18:30 ~ 19:30

座長：医療法人緑山会理事長 齋藤 淳

**高齢者の運動器疼痛に対する管理**

佐賀大学医学部整形外科准教授 園畠 素樹

特別講演 II 19:30 ~ 20:30

座長：野田整形外科クリニック院長 野田 基博

**骨粗鬆症治療薬ラッシュの中での各製剤の最新レビュー**

：テリパラチドの位置づけ

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）

東京新宿メディカルセンター脊椎脊髄センター長 川口 浩

### 単位

※日本整形外科学会教育研修 2 単位

特別講演 I、特別講演 II にて各 1 単位。1 単位につき 1,000 円。

特別講演 I 1：整形外科基礎科学、13：リハビリテーション（理学療法、義肢装具を含む）、Re：運動器リハビリ単位のうち、いずれか 1 つ

特別講演 II 4：代謝性骨疾患（骨粗鬆症を含む）、7：脊椎・脊髄疾患、SS：脊椎脊髄病単位のうち、いずれか 1 つ

※日本運動器リハビリテーション学会セラピスト資格継続 2 単位

特別講演 I、特別講演 II にて各 1 単位。1 単位につき 1,000 円。

※日本医師会生涯教育制度 2 単位

カリキュラムコード

59（背部痛）、61（関節痛）、62（歩行障害）、77（骨粗鬆症）

主 催 山口県臨床整形外科医会

## 毎月勤労統計調査（第二種事業所）について

毎月勤労統計調査は、労働者の雇用、賃金、労働時間の変動を明らかにすることを目的に、厚生労働省が各都道府県統計主管課を通じて実施します。対象事業所は、事業所の規模に応じ、常用労働者を 30 人以上雇用する事業所（第一種事業所）、5～29 人を雇用する事業所（第二種事業所）です。統計調査員が訪問し、調査が行われ、この調査で明らかになった常用労働者を 5～29 人雇用する事業所の中から、無作為に調査対象事業者が指定され、その事業者には平成 28 年 1 月分から原則として 18か月間連続で統計調査員が毎月初旬に訪問し、雇用、賃金及び労働時間について調査されます。調査の対象となる地区は下関市、宇部市、山口市、防府市、岩国市、光市、周南市、熊毛郡平生町となっております。

お問い合わせは山口県総合企画部統計分析課 商工労働統計班（TEL083-933-2654）まで。

厚労省 HP <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/30-1.html>

## 平成 27 年 10 月 1 日に 国勢調査が実施されます！

国勢調査は、日本に居住する全ての人が対象となる、

最も基本的で重要な統計調査です。

調査結果は、高齢者の介護・医療、若者の雇用対策、児童福祉、地域活性化など

私たちの暮らしのさまざまな分野で役立てられる基礎データになります。



今回から、「オンライン回答」が可能になりました。  
紙の調査票だけでなく、  
パソコンやスマートフォンからも回答できます！！



10月1日現在の皆さんの状況を回答してください。

国勢調査については、平成 27 年国勢調査広告サイトをご覧ください。

国勢調査

検索

<http://kokusei2015.stat.go.jp/>



総務省統計局・山口県 市町からのお知らせです

## 「会員の声」原稿募集

会員からの一般投稿（医療・医学に関連したこと）を募集いたします

### 投稿規程（平成 27 年 5 月から）

1. 投稿は本会会員に限ります。
2. 内容につきましては、医療・医学に関連するものに限定させていただきます。
3. 他誌に未発表のものに限ります。
4. 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
5. 字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
6. 外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
7. 学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。  
（『山口県医学会誌』への投稿をお願いします。）
8. ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
9. 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
10. 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を書き添えてください。
11. 原稿の採用につきましては、原稿をいただいた日の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

#### 【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報情報課  
〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階  
TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527  
E-mail kaihou@yamaguchi.med.or.jp

# 医師資格証を 持っていますか？



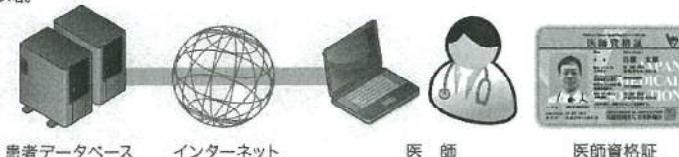
「医師資格証」とは、医師資格の電子証明書を格納したICカードです。

保健医療福祉分野のIT化を進めるためには、セキュリティを確保した基盤が求められています。

しかし、従来の医師免許証ではネットワーク上における医師資格を証明する事が出来ません。

日本医師会では、安全で安心して使えるIT基盤を実現するための、公開鍵基盤(PKI\*)の枠組みを使った「日本医師会認証局」を運営し、医師資格の証明を行う「医師資格証」を発行しています。

\*Public Key Infrastructureの略。



あなたは本当にお医者さんですか？ ..... はい、医師資格を証明する認証カードを持っています。

## 医師資格証ご利用シーン

### 資格証

提示することで  
医師であることを  
証明できる

### 出欠管理カード

講習・研修会の  
受付時間や終了時間を  
記録する場合

### 電子署名

コンピューター上で  
捺印の必要な文書を作成する場合

### 認証(通行証)

カルテや連携バス等の  
医療情報を閲覧する場合

## 医師資格証ご利用お申し込み

必要書類を都道府県医師会などの地域受付審査局へご提出ください。 ※医師資格証には年会費がかかります。

持参して  
いただく  
もの

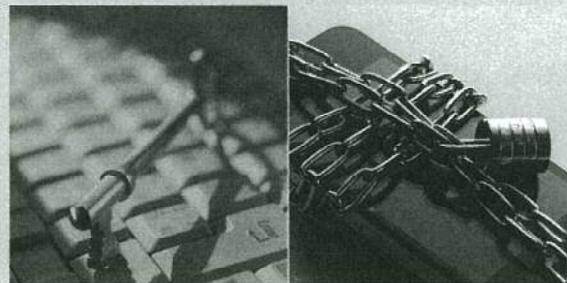
- ..... ① 発行申請書(写真添付～撮影から6ヶ月以内)
- ..... ② 住民票の写し(発行から3ヶ月以内)
- ..... ③ 身分証(下記のいずれか1点)
  - ⟨a⟩ 日本国旅券(有効期間内のもの)
  - ⟨b⟩ 運転免許証(有効期間内のもの)、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
  - ⟨c⟩ 住民基本台帳カード(有効期間内のもの・写真付)
  - ⟨d⟩ 官公庁職員身分証明書(張替防止措置済み・写真付)
- ..... ④ 医師免許証原本または医師免許証コピーに実印を押印し、印鑑登録証明書を添付(発行から3ヶ月以内)

詳細は電子認証センターホームページ「医師資格証の申請について」をご覧ください。

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



## 医療の発展の鍵を握る



日本医師会は、厚生労働省の保健医療福祉分野公開鍵基盤(HPKI)に準拠する医師資格を証明する医師資格証(ICチップ内臓)の発行とその活用を目的として、平成 25 年(2013 年)5 月に日本医師会電子認証センターを創設しました。日本医師会電子認証センターでは、基幹事業となる医師資格証の発行事業に加え、医師資格証を利用する標準的なアプリケーションの開発・普及事業も実施しています。また、IT を用いた地域連携基盤を構築する際、医師資格証の利用促進を支援し、安心・安全な医療 IT 基盤を整備する事業を実施しています。さらに、医師資格証を利用する会員の利便性向上に資する仕組みを提供する事業を行っています。



### 日本医師会 電子認証センター

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込 2-28-8 文京グリーンコート 17 階  
mail:toiawase@jmaca.med.or.jp



詳しくは日本医師会電子認証センターホームページをご覧ください。  
<http://www.jmaca.med.or.jp/>

## 謹 祀

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

新開 貴生 氏 下関市医師会 6月20日 享年 92

### 編集後記

梅雨明けと同時に猛暑日が続く大変暑い夏となりました。時を同じくして、山口市阿知須きらら浜で第23回世界スカウトジャンボリーが開催され、世界各国から3万人を超える方々が参加されました。しかし、会期中に熱中症をはじめとする多数の救急患者が発生し、会場内の救護所にはピーク時には300名の方が訪れたと伺いました。また、円滑・迅速な患者の受入れ等、救急体制の確保について、スカウトジャンボリー開催支援室長と山口県健康福祉部医療政策課長の連名で山口県医師会長並びに各病院長宛に要請もなされました。特に会場周辺の医療機関は、急患への対応等でご多忙を極めておられたことと存じます。海外からの参加者が帰国後に髄膜炎菌感染症で入院されるという事例も発生しましたが、お陰をもちまして大会自体は成功裏に終了したようです。ご対応いただいた先生方には衷心より感謝申し上げます。

山口県で世界規模の大会が開催されたことは、県民としてとても喜ばしいことです。この度は宿泊場所がテントであったため、3万人規模の参加者に対応できましたが、多数の参加者の見込まれるイベント等の開催に関しては、山口県は残念ながらとても厳しい状況にあると言わざるを得ません。

筆者の所属しております日本耳鼻咽喉科学会の専門医講習会が今年の11月に札幌市で開催されることになっていました。専門医資格更新のためには重要な会なのですが、6月29日付で、人気グループ「嵐」のコンサートが同時期に同じ札幌市で開催されることが発表されました。3日間で15万人以上の動員が見込まれているそうです。さすがに大都市ですので、講習会参加者の宿泊施設の確保は何とか可能とのことでしたが、航空機の予約が非常に困難となるため、最終的に苦渋の決断ということで会期が変更されることになりました。それにしても15万人による経済効果とは如何程のものでしょうか。

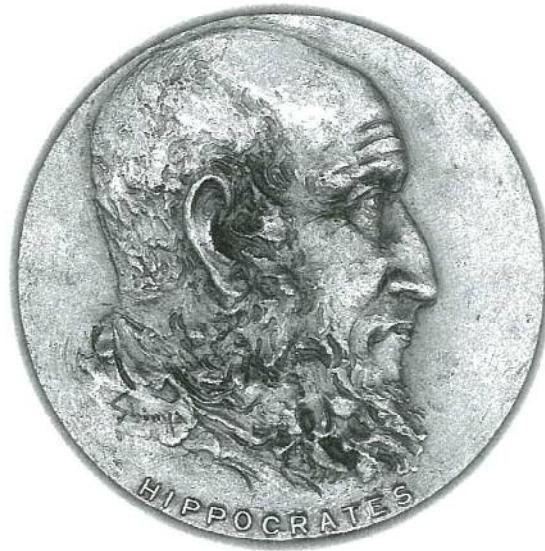
1万人規模でも山口県単独での宿泊施設の確保は容易ではないと思われますが、イベント会場自体も参加人数によっては限られてきます。そこで、数千人規模のイベントを開催することができて複数の会場を有するコンベンションセンターを、県内では比較的交通の便のよい新山口駅周辺に建設していくことを、県医師会は山口市に要望致しました。実現するよう切に願っております。

(理事 沖中 芳彦)

#### お詫び

本来であれば本会報8月号の裏表紙に掲載するはずでした有馬 正 先生（下関市）の写真が、印刷会社の手違いにより掲載されませんでしたので、本号に掲載させていただきます。

有馬先生並びに会員の皆様にお詫び申し上げます。

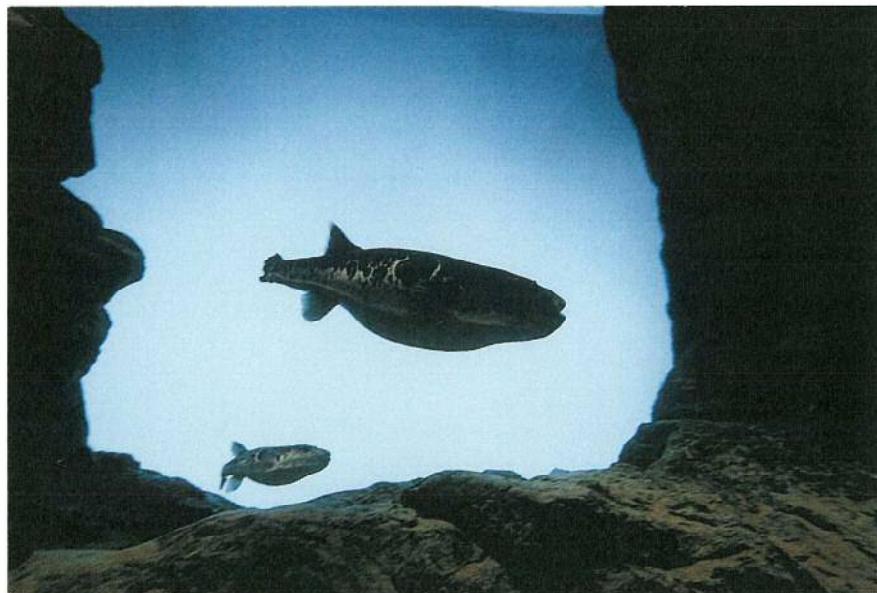


HIPPOCRATES

## 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。



下関市立しものせき水族館「海響館」 有馬 正 撮

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号

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

ホームページ : <http://www.yamaguchi.med.or.jp>

E-mail : [info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)

印刷：大村印刷株式会社

定価：1,000 円（会員は会費に含む）