

山口県医師会報

平成27年(2015年)

11月号

— No.1863 —



思い出 渡邊恵幸 撮

Topics

中国四国医師会連合総会



Contents

■フレッシュマンコーナー「宇部に住む日々」	林 龍之介	933
■今月の視点「医療事故調査制度について」	林 弘人	934
■平成 27 年度 中国四国学校保健担当理事連絡会議	藤本俊文	940
■平成 27 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健 担当理事協議会・関係者合同会議	藤本俊文	950
■平成 27 年度第 2 回 都道府県医師会 医療事故調査制度担当理事連絡協議会	林 弘人	956
■平成 27 年度 中国四国医師会連合総会		962
■第 59 回社会保険指導者講習会 「ロコモティブシンドロームのすべて」	萬 忠雄	992
■平成 27 年度 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会	加藤智栄	994
■県医師会の動き	濱本史明	998
■理事会報告（第 12 回、第 13 回、第 14 回）		1002
■日医 FAX ニュース		1009
■医師確保対策について 第 1 回「山口県における医師確保対策の取組みについて」	國光文乃	1010
■転載「生まれてくる赤ちゃんは男の子が多いか、女の子が多いか？」 ＜柳井医師会報 平成 27 年 8 月号＞	阿部博昭	1014
■飄々「アイバメクチンとオンコセルカ症」	吉岡達生	1016
■お知らせ・ご案内		1018
■編集後記	今村孝子	1024



フレッシュマンコーナー

宇部に住む日々

宇部市医師会 しま産婦人科

林 龍之介

「先生、陣発が来ま〜す。」今日は真夜中の呼び出し。

開業して 1 年半が経過。時には夜間の分娩が重なり翌日、寝不足のまま外来だったことや、医師会の会合に出席途中で呼び戻されたりしたこともありましたが、徐々にこんな生活スタイルにも慣れてきたように思います。色々な人から「24 時間拘束され、どこにも遠出できないのは大変ですね」とよく言われますが、元々出不精な性格なので、その点については今のところあまり不自由は感じていません（今後じわじわ感じてくるのかも知れませんが）。

開業直前まで久留米大学に 22 年間在籍し、後半の約 10 年間は大学内で講師をしていました。最後の 5 年間は入局者も多く、学内にも多数の医局員が勤務していたので、夜間・休日の呼び出しもほとんどなく過ごせていました。スケジュールが立てにくい、寝不足であると言った今の状況からすればその当時は楽でしたが、大学では病院で臨床業務をしながら、講師としての仕事、自分の専門である周産期の研究、更に最後の 4 年間は教育連絡主任を担当していたため、連載作家のように重なり来るメ切に日々追われ、慢性的なストレスを抱えて仕事をしている状態でした。

そんな中でぼんやりと「そういえば自分は親の後を継いで宇部に帰るつもりだったんじゃないかなったっけ」と心の奥でひっそり思いはじめてはいましたが、父はかなり前にすでに閉院しており、新規で開業することには二の足を踏んでいました。ボチボチ 50 歳が近づいてきて「このまま福岡の

地で骨を埋めるのか？」と思っていたところに突然降って湧いたのが今回のお話でした。

磯部先生からご自分が開業されていた磯部レディースクリニックを引き継ぎませんかとのお話をいただいたのです。最初はぴんと来ず、数週間は頭の中でぐるぐると開業のシミュレーションをしていました。しかし「これを受けないでどうするんだ」という気持ちに一気に傾き、開業を決断しました。

そして平成 26 年 4 月に開業して 1 年半経過し、今の心境としては大変満足しています。山口県の患者、妊婦とふれあうことや、山口県で子供を取り上げる事ができることを素直にうれしく思います。家族との時間の過ごし方も変わりました。以前は休日の時だけ遠出や泊まりがけで遊びには行けましたが、平日は遅くまで仕事をしていたため、食事も家族とは別になり下手をすると寝顔くらいしか見られないときもありました。しかし、今は分娩で呼び出されない限り、夕方は普通に帰って一緒に夕食をとったり、風呂に入ったりと十分な時間が持てます。

高校を卒業後、約 30 年間も宇部を離れていたため、まだまだ知り合いは多くありませんが、徐々に色々な人と交流を広げながら山口での足場を再構築しているところです。今後長く開業を続けていきたいですし、今までなかった新たな出会いや経験をし、人生を楽しみながら、産婦人科医として少しでも山口県医師会に貢献できるようになっていければ、この上ないよろこびです。

今月の視点

医療事故調査制度について

常任理事 林 弘人

1. はじめに

平成 26 年 6 月 18 日、「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(平成 26 年法律第 83 号)」が国会で可決成立し、その中の改正医療法に医療事故調査制度の創設が盛り込まれた。すなわち、第 6 条の 10 では「病院、診療所又は助産所(以下、「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。)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」と謳われている。この法律により、予期せぬ患者の死亡・死産という医療事故が起きた場合に、第三者機関に報告すること、院内で原因調査を行うこと、その調査結果も第三者機関に報告することなどが、すべての医療機関に義務づけられたわけである。

今回、本制度の概要と医療機関に求められている対応及び山口県医師会としての支援体制について述べてみたい。

2. 医療事故調査制度の目的

本制度の目的は、医療法の「第 3 章 医療の安全の確保」に位置づけられているとおり、医療の安全を確保するために医療事故の再発防止を

行うこと、とされている。医療に関する有害事象の報告システムについての WHO のドラフトガイドラインでは、報告システムは「学習を目的としたシステム」と「説明責任を目的としたシステム」に大別されるとされており、ほとんどのシステムではどちらか一方に焦点を当てている。その上で、学習を目的とした報告システムでは、懲罰を伴わないこと(非懲罰性)、患者、報告者、施設が特定されないこと(秘匿性)、報告システムが報告者や医療機関を処罰する権力を有するいずれの官庁からも独立していること(独立性)などが必要条件とされており、今般のわが国の医療事故調査制度は、同ドラフトガイドライン上の「学習を目的としたシステム」に当たると考えられる。したがって、責任追及を目的とするものではなく、医療者が特定されないようにすると明記されており、第三者機関の調査結果を警察や行政に届けるものではないことから、WHO ドラフトガイドラインでいうところの非懲罰性、秘匿性、独立性といった考え方と整合性のあるものとなっている。もちろん、報告書を訴訟に使用することについて刑事訴訟法、民事訴訟法上の規定を制限することはできないが、各医療機関が行う医療事故調査や、医療事故調査・支援センターが行う調査の実施に当たっては、本制度の目的を踏まえ、医療事故の原因を個人の医療従事者に帰するのではなく、医療事故が発生した構造的な原因に着目した調査を行い、報告書を作成していただきたいと考える。

3. 医療事故調査の流れ

医療事故調査制度の概略を説明する（図1）。

医療機関で医療に起因した予期しない死亡事故が発生した場合、まず医療事故調査支援センター、すなわち第三者機関（平成27年8月17日付で一般社団法人日本医療安全調査機構が厚生労働大臣より指定を受ける。以下、「センター」という。）に事故の発生を報告し、その後直ちに院内事故調査を行うこと、とされている。また、各地域には「医療事故調査等支援団体」として、都道府県医師会や病院団体、大学などが厚生労働省の告示で示されており、センター業務の一部を委託され、あるいはセンターと連携して、医療事故が発生した医療機関の院内事故調査の支援などにあたることとなる。都道府県医師会は、日本医師会とともにすべて「支援団体」となっている一方、郡市医師会については、「支援団体」にはなっていないが、都道府県の医師会を地域において支える役割を果たし、医師会組織が一体となって活動を進めていただきたい。医療事故が発生して、センターに報告の後、院内事故調査を実施し、その事故調査結果はセンターと遺族に報告される。一連の流れは以上であるが、その調査結果では十分ではないと考えた場合などには、医療機関、遺族のいずれからでも、センターに対して「第三者調査」を求めることができる。

図1

これを時系列で整理すると、**図2**のようになる。この図は、厚生労働省のホームページに掲載されているものであるが、左から右に進んでいき、上段が個々の医療機関の動きを示

し、下段が第三者機関である「医療事故調査・支援センター」の動きを、また、中段が、医療事故調査等支援団体、すなわち医師会などの動きを表している。医療機関で死亡事例が発生すると、それが「医療行為に起因した予期しない死亡」という要件に合致するかどうかを判断し、該当するとなれば、医療事故として遺族に説明し、同時にセンターに報告する。当該医療機関では、直ちに院内事故調査を開始するが、その際には、医療事故調査等支援団体に対して必要な支援を求めるもの

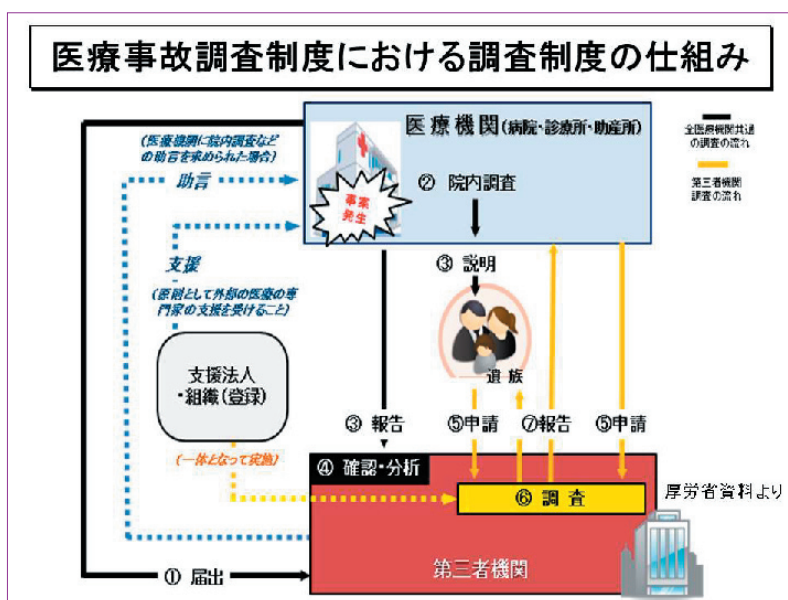


図1 医療事故調査制度における調査制度の仕組み

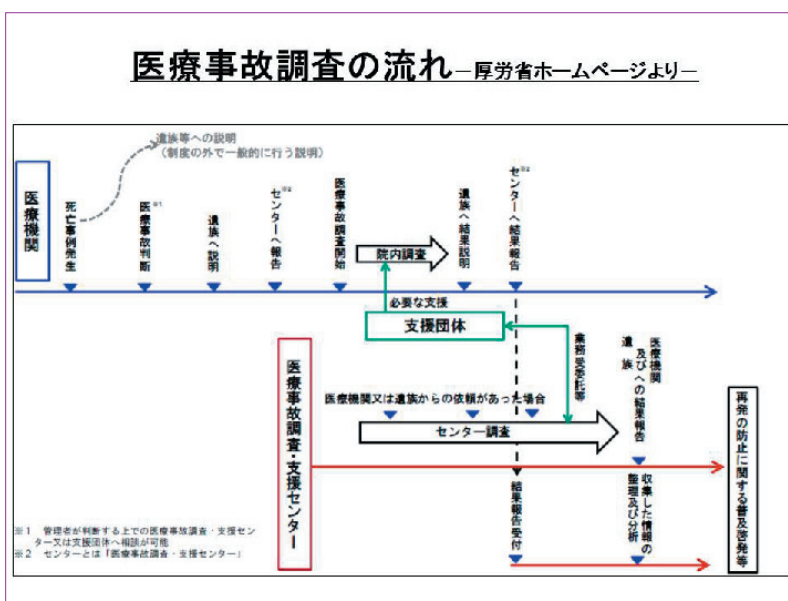


図2 医療事故調査の流れ

とする。調査終了後、その結果を遺族に説明し、併せてセンターにも報告する。これに対して、遺族または医療機関から、更なる調査、すなわち「センター調査」の依頼がなされれば、第三者調査が開始され、その結果が遺族と医療機関に返される、というのが大まかな流れである。

4. 医療事故の定義について

今回の法律では、医療事故の定義に合致したものだけが、この制度の中での「医療事故」として扱われ、院内調査や第三者機関への報告、第三者調査の対象となる。したがって、この制度の中での「医療事故」をどのように定義するかは極めて重要な問題である。条文では、医療従事者が提供した医療に起因した死亡で、管理者がその死亡を「予期しなかった」ことが要件となり、ここで、「予期しなかった」とは何かが問題となる。図 3 で下段の枠内に掲げた 3 つの要件は、厚生労働省令、施行規則に示された定義の要約である。この 3 点のいずれにも該当しない場合には、「予期しない死亡」として報告・調査すべき「医療事故」にあたるという考え方である。

5. 院内調査で調査すべき事項、方法

医療事故に該当する場合、院内事故調査を実施することになるが、あくまでも医療事故調査の主体は医療機関であり、その管理者ということになる。そこで、各医療機関としては、実際の医療事故調査でどのような調査をしなくてはならないのかという点を確認しておく必要がある。

この点について、厚生労働省令次の中から必要な範囲で選択し情報の収集、整理を行う、と記載さ

れている。その具体的な項目は 7 つ挙げられており、「診療録その他の記録の確認」、「当該医療従事者からの事情の聴取」、「その他の関係者からの聴取」そして「解剖」と「Ai、死亡時画像診断」、さらには「当該医療行為に使われた医薬品、医療機器その他の物の確認」、「血液、尿などの検査」となっている（図 4）。

もっとも、解剖や Ai は医療事故の正確な原因究明には大変有力な調査手段であることは間違いないが、今回の医療事故調査制度では、解剖は言うまでもなく、Ai についてもすべての事例で必

「医療事故」の定義（本制度の対象事案）

【改正医療法第6条の10 第1項】

…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つて、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。



「予期しなかった」とは？

厚生労働省令の定義(要旨) ※施行規則1条の10の2

以下のいずれにも該当しない管理者が認めたるもの

- 1 管理者が、当該医療の提供に、医療従事者等により、当該患者等に對して、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るもの
- 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るもの
- 3 管理者が当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会からの意見聴取を行った上で、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るもの。

図 3 「医療事故」の定義（本制度の対象事案）

院内調査で調査すべき事項、方法

【改正医療法第6条の11 第1項】

病院等の管理者は、医療事故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、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下この章において「医療事故調査」という。)を行わなければならない。

→ 厚労省令で示されている調査方法(要旨) ※施行規則1条の10の4

病院等の管理者が次の中から必要な範囲で選択し情報の収集、整理を行う

- 1 診療録その他の診療に関する記録の確認
- 2 当該医療事故に係る医療従事者からの事情の聴取
- 3 「2」以外の関係者からの事情の聴取
- 4 解剖
- 5 死亡時画像診断
- 6 使用された医薬品、医療機器、設備その他の物の確認
- 7 血液又は尿その他の物についての検査

図 4 院内調査で調査すべき事項、方法

須とはされていない。可能な限り実施することとし、実施率を上げていく努力をすべきと考える。

また、地域の「支援団体」の中核を担うのは都道府県医師会であるが、そこでは、小規模医療機関の院内調査を支援するメンバーの手配や解剖、Ai などを実施できる施設の調整などの業務が考えられる。もちろん、その際には地元の大学や基幹病院などに協力をいただくことが不可欠である。

医療事故調査、いわゆる院内事故調査について、厚生労働省の通知では「医療事故調査の方法」と謳っているが、むしろ「基本的な考え方」といってよいような留意点がいくつか述べられている。すなわち、これは最も大事な点であるが、「医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするためにやるものである」と明記されているように、責任追及を目的とする調査ではないということであり、原因も結果も明らかな、たとえば誤薬などの単純な事例であっても調査を省略せずに丁寧に行うことが重要だとしている。加えて、医療事故調査をしたからといって、事故の原因がすべて明らかになるとは限らないこと、同様に再発防止策も「可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ず得られるとは限らないことに留意すべきである」といった内容が通知の中で謳われている。

繰り返しになるが、医療事故調査は事故の再発防止や安全を目的としてやるものであって責任追及や関係者の処罰を目的とするものではないことは、すべての関係者、国民の皆さんにも知っていただきたい基本的な理念と言える。

6. 医療事故調査制度における支援法人・組織とは

本制度においては、法律上、すべての病院、診療所、助産所に対して、医療事故が発生した場合の院内調査が義務づけられており、小規模な医療機関であっても院内調査を行わなければならない。医療機関が調査を行う際は、学術団体等、厚生労働大臣が定める団体（医療事故調査等支援団体）の支援を求めることができるとされている。

具体的な支援内容としては、「医療事故調査制度全般に関する相談」、「医療事故の判断に関する相談」、「調査に関する支援」として、①調査手法

に関する助言、②報告書作成に関する助言、③院内事故調査委員会の設置運営に関する助言、④解剖に関する技術的支援、⑤ Ai に関する技術的支援、⑥院内調査に係わる専門家の派遣、を行うこととしており、学術団体等、厚生労働大臣が定める団体（医療事故調査等支援団体）としては都道府県医師会、病院団体、大学病院、医学に関する団体等が指定されることが想定されるが、それら支援団体間の総合的な連絡調整を担うことが都道府県医師会に最も期待されている。

法律では、改正医療法第 6 条の 11 に「医療事故が発生した医療機関の管理者は事故調査をなくてはならない」という規定があり、その第 2 項には、「病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体に対し、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」とあり、実質的に医療事故調査を実施する際には、外部からの支援を求めるよう規定されている。

これを受けて第 3 項では、「医療事故調査等支援団体は第 2 項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする」とあり、ここで、支援団体が必要な支援を提供するという役割が法律上明記されている。

さらに、具体的な事故調査の支援の内容については、何を支援してもらうかは医療機関の判断により異なりうるということ、各支援団体については、それぞれの県でいくつも名乗りが上がっているので、各団体相互が連携して、できるだけ窓口や担当者を一元化していく方向を目指すということ、一方で隣県やブロック単位ごとでの県境を越えた連携ができるような体制構築を目指すこと、とりわけ解剖と Ai については、特殊な知見が必要な分野であるので、専門家、専門施設等のサポートが必要であることなどが確認的に記されている。

支援団体による支援の内容について、厚生労働省検討会のとりまとめでは、このように「制度全般に関する相談」、「医療事故の判断に関する相談」そして「調査に関する支援等」という 3 つのカテゴリーに分類し、さらに、「調査に関する支援等」を「助言」として、「調査手法に関すること」、「報

告書作成に関すること」、「院内事故調査委員会の設置・運営に関すること」の 3 つに、また「技術的支援」としては、「解剖」、「Ai」、「院内調査に関する専門家の派遣」の 3 つにそれぞれ分けて示されている（図 5）。

各支援団体は、それぞれ厚生労働省に対して、このうちのどの部分の支援ができるのかを予め申し出ているので、本県では、「山口県医療事故調査支援団体連絡協議会」を立ち上げ、各支援団体がどの内容をどのようなかたちで分担し合うのかなどについて協議している。特に、解剖と Ai に関しては、先に述べたように、専門的な設備や知見が特に必要な複雑な分野であるので、専門機関や大学、大学病院、学会などの協力は不可欠と言える。また、各種相談については、各支援団体でも相談を受けられる体制をとっているが、特に法令の解釈や事案についての判断に関わる内容の場合には、どの支援団体に相談したかによって回答内容が異なるということのないように、予め質問への回答の方向性について、関係者間で合意しておく必要がある。

医療事故調査等支援団体は既に本年 8 月 6 日に厚生労働省から告示されており、「職能団体」としては、日本医師会と都道府県医師会をはじめ、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、助産師会等々が、また「病院団体」としては日本病院会をはじめとする病院 4 団体のほか、全国医学部長病院長会議、日本医療機能評価機構などが、また「病院事業者」のグループとしては、国立病院機構や各種のセンター、日赤、済生会、厚生連など、さらに「学術団体」として、日本医学会所属の 81 学会や医療の質安全学会、医療安全全国共同行動も加わっている。

7. 遺族への説明

厚生労働省の見解では、遺族への説明については、「厚生労働省通知では、口頭又は書面により

支援団体による「支援」の内容

a. 制度全般に関する相談

b. 医療事故の判断に関する相談

c. 調査に関する支援等

○助言

- ・調査手法に関すること
- ・報告書作成に関すること（情報の収集・整理・報告書の記載等）
- ・院内事故調査委員会の設置・運営に関すること

○技術的支援

- ・解剖に関すること（施設・設備等の提供を含む）
- ・死亡時画像診断に関すること（同 上）
- ・院内調査に関わる専門家の派遣

図 5 支援団体による「支援」の内容

行い、調査の目的・結果について、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、とされているが、これは努力義務である」とし、「正当な理由（①内部で意見が一致しない②調査が十分ではない③目的外使用が明らかである）がある場合には、報告書を交付できない場合もあり得る」とされている。また、「調査結果によって必ずしも原因が明らかになるとは限らないこと」、「再発防止策は個人の責任追及とならないように注意し、当該医療機関の状況及び管理者の意見を踏まえた上で記載すること」が明記されており、「本制度の目的はあくまでも医療安全の確保であり、個人の責任を追及するものではない」と述べ、制度に対する理解と協力を求めている。

8. これまでの流れのまとめ～当該医療機関がすべきことを中心に～

今まで示した法令や通知では、事故調査で行うべき基本的な内容とその考え方が示されているが、それらをもとに、想定される一般的な医療事故調査の流れを当該医療機関がすべきことを中心にまとめてみた（図 6）。

医療事故が発生した直後の対応、いわゆる「初期対応」の段階であるが、まず患者さんが亡くなり、その症例が医療行為に起因して予期せず亡くなられたものではないか、という場合には、それ

が果たして報告すべき事案に当たるのかどうか、医療機関の管理者が判断しなくてはならないが、判断に迷う場合には、支援団体、あるいはセンターなどに相談し助言を求めることになる。その上で、やはり医療事故に該当するというになれば、センターに報告をするわけであるが、ここで“Ai を撮るか”、“解剖はどうするか”、という判断が必要になる。この点、法令上何時間以内といった規定は存在しないが、現実的には遺体を茶毘に付す準備などとの関係から、できる限り迅速に結論を出す必要がある。解剖、Ai などを行うとなれば、実施可能な施設との連絡調整が必要となるが、この点については、県医師会としても実施可能医療機関をリストアップして万全のサポートができるよう体制を構築しているところである。一通りの情報が整理されたら、院内に医療事故調査委員会、あるいはそれに準じた検討会を立ち上げるための準備として、どのような委員構成にするのか、院内調査で主に話し合うのはどのような点かといった論点整理をすることになる。このあたりの支援は、実際には解剖、Ai などの情報が揃った、もう少し後の段階で行うことになるが、主に県医師会が中心となって支援活動をするようになる。次に「初動の調査」として、解剖、Ai など遺体を検査する過程があるが、実務的には、これらの検査だけでなく遺体の搬送や、環境によっては冷蔵

保管なども必要となり、それぞれ大学や基幹病院、あるいは専門業者等に対する依頼が必要となる。もちろんこれらは必ず実施するというものではないが、実施する場合には、前記のような手順が必要となる。そして、本格的な調査に入ると、調査委員会をおおよそ 2～3 回開催し、これには医療機関外から複数名の調査委員が入ることが想定される。そして最終的に事故調査報告書が作成される、という過程を辿る。調査終了後、その結果を遺族に説明し、併せてセンターにも報告する。

9. おわりに

改正医療法に基づく医療事故調査制度が本年 10 月 1 日から施行された。3 月 20 日に厚労省「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の取りまとめが行われ、5 月 8 日に省令（医療法施行規則）と通知が発出された。当初期待した厚生労働省からのガイドラインは示されず、見切り発車的な要素も多々見受けられるが、何よりも会員の先生方の混乱を招くことのないように、山口県医師会としても誠心誠意取り組む所存である。

この制度を通じて、われわれ医療界は何を目指しているのかをしっかりと自覚しておくことが大切である。患者、国民と医療提供者との信頼に基づいた医師・患者関係の構築、これは医療というものの最も基本的な価値基準である。そして

既に起きてしまった医療事故から教訓を学び、再発防止を図り、ひいては医療の質を高めること、「対立」関係ではなく「対話」による医師・患者関係を目指すこと、まさに医療界、医師会、また個々の医療従事者が一丸となって、真摯な姿勢でこの制度の運用に取り組むことが最も重要な点と考える。

皆さまのご理解とご支援を伏してお願い申し上げます。

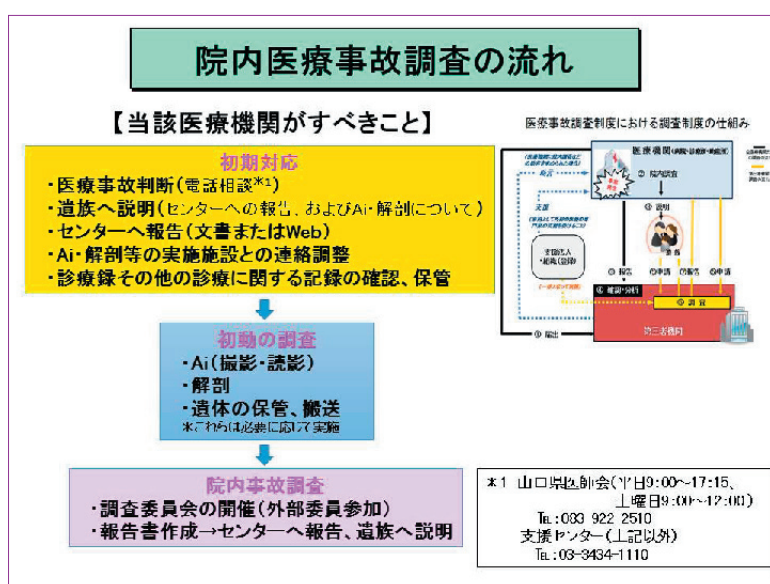


図 6 院内医療事故調査の流れ（山口県版）

平成 27 年度 中国四国学校保健担当理事連絡会議

と き 平成 27 年 8 月 23 日（日）10：00～12：50

ところ 山口グランドホテル 3 階 末広の間

担 当 山口県医師会

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

開会挨拶

山口県医師会 小田悦郎 会長 近年、社会環境や生活環境の急激な変化は子どもたちの心身の健康に大きな影響を与えており、生活環境の乱れ、メンタルヘルスに関する諸問題、アレルギー疾患、感染症への対応、飲酒、喫煙、薬物乱用の諸問題が増加しております。また、統計によりますと、子どもたちの自殺は 9 月が一番多いらしく、これらの問題を解決するためには、学校はもとより家庭や地域環境並びに関係機関等が相互に連絡を密にし、子どもたちの発達段階に応じた健康教育を促進していくことが極めて重要だと思っております。

本日は、たくさんの議題が提出されておりますので、十分かつ活発な審議を賜りますようよろしくお願いいたします。

日本医師会 道永麻里 常任理事 昨年は広島で開催されましたが、土砂災害の発生のおとで、急遽、横倉会長が被災地を訪問したことを思い出しております。被災地の復旧がなかなかうまくいっていないようですが、ぜひ、広島県医師会の先生方にがんばっていただければと思っております。

本日は、非常に厳しい内容のお話を伺うこととなっておりますが、お手柔らかにお願いしたいと思います。

食物アレルギーに対する負荷試験の実施医療機関調査結果について

山口県 昨年の本会議でご要望のあった食物アレルギーに対する負荷試験の実施医療機関調査結果については、本県において経口免疫療法を実施し

ているのは 2 医療機関、事前に食物負荷試験を実施しているのは 2 医療機関である。

鳥取・岡山県においては、食物アレルギーに関して免疫療法等を実施している医療機関は少ない。全体的に食物負荷試験を実施している医療機関が少ない県が概ね多く、積極的に実施しているところは少ないのではないかと思います。また、免疫療法に関しても、他のブロックと比べて中国四国の医療機関は少ないという印象であった。

学校医の関わる健康教育関係議題

1. 学校医に対する研修について、どのような取組みをされているか。（徳島県）

本県において学校医の資質向上と学校保健活動の推進を図ることを目的とした徳島県医師会認定学校医制度を平成 25 年度より導入している。その認定医取得のための研修会を年 5 回実施し、受講については学校医のみならず養護教諭等の参加も認められ、健康教育に役立つ医学研鑽の場となっている。その結果、学校医としての意識向上が見られ、養護教諭の医学知識が増し、今後、学校での児童生徒への健康教育に役立つと思われる。他県において、学校医に対する研修について、どのような取組みをされているのか、また、認定学校医制度について今後検討されるか否か教えていただきたい。

香川県 高松市で学校医の年齢をみると、65 歳以上が 80% を占めている。学校医の役割として重要な啓発活動及び研修会については、いろいろなテーマを決めて実施している。しかし、認定医に関しては難しい。

鳥取県 鳥取県医師会指定学校医制度を平成 27 年 4 月にスタートした。あくまで学校医の資質向上と自己研鑽を目的として始めた。時々、“認定”と“指定”はどのように違うのか聞かれる。認定といった場合、承認とか認可という言葉と同様に、組織が規定する業務を随行する能力あるいは技能を有することを公式に認めると考えており、承認するという意味合いだと思う。指定は行政用語的かもしれないが、法令等によって特定の資格を与える、任命とか地位を保障するという意味合いがある。当初は、指定するしかできないであろうということで本制度となった。日医においても、十数年前から認定学校医制度を検討されているが、将来、日本医師会の指定医制度が発足した段階では、地方においては医師の数も少ないし、特に耳鼻科・眼科医も少ない中で、ハードルが高いものであれば、指定を受けることが困難なことも予想され、とりあえずハードルを低くした状態で本制度をスタートさせた。特徴的なことは、眼科や耳鼻科医など人数が少ない分野においては、あまり厳しい条件をつけたくないということで、内科系の学校医と専門科領域の学校医の取得単位を別に行っている。なおかつ山口県において活用されている学校医活動記録手帳を参考に、本会でも手帳を作成し配付予定である。最初の段階では、暫定をつけて、現職の学校医は暫定指定学校医とし、3 年の間に暫定を取った指定学校医をとってほしいと働きかけている。

2. 健康診断時の女子児童生徒の脱衣の問題

(香川県)

健康診断時の女子児童生徒の脱衣の問題は以前より取り上げられているが、その環境整備について、いまだ文科省、教育委員会等から明確な回答が得られていない。さらに、来年度より実施される新たな学校定期健診では「四肢の状態チェック」が健診の必須項目に加わるようになっており、この問題の重要性は増している。もちろん健康教育の中で脱衣による健診の重要性を説明することは重要だが、この問題への解決にはならないと思う。各県におけるご意見、脱衣における環境整備に向けた取組み、アイデアなどお聞かせ願いたい。

司会 意見をまとめると、児童、保護者の理解を得てスクリーン、衝立等でプライバシーを守ることである。直前まで一枚服を着て、健診時に脱ぐという方法も考えられる。学校の設置者が健診を実施できる環境を整えることが重要である。

3. 学校の性教育に学校医は参加しているのか。

(愛媛県)

中学・高校生の妊娠、出産は親子にとって経済的、心的・身体的負担が多い。また、10 代の出産は乳児虐待に関係している割合が多いと言われており、その予防には学校における性教育が重要と思われる。学校の性教育に学校医は参加しているのか、していない場合はその理由を教えていた



だきたい。

愛媛県 学童のいじめ、虐待をテーマとした講演会や討論を行ったり、産婦人科や弁護士にも加わっていただき、協議会を持っている。当初は学校におけるいじめ、家庭での虐待、育児放棄などがテーマとなっていたが、最近 10 代の妊娠・出産、それに伴う 0 歳、生まれて間もない子を放棄する問題が産婦人科や弁護士から問題があると指摘されている。日医で開催された平成 26 年度学校保健講習会でも「性に関する健康教育の在り方」として安達智子先生が講演された。

鳥取県 「性教育の指導の手引」を県教育委員会において作成している。

岡山県 医師会としては、スーパーバイザー制度を行っている。

島根県 出雲圏域思春期ネットワーク会議に産婦人科医、小児科医、助産師、教育委員会、養護教諭の代表が参加し、産婦人科医を中心に昨年、学校医がすぐに使える教材として DVD による補助教材を作成している。講師に産婦人科医の派遣もお願いできる体制はできている。

広島県 県の委託を受け平成 23 年度に「未来のパパ、ママ育成出前講座」事業を実施したが、翌年からは産婦人科医会が中心で行っている。

徳島県 県教育委員会との協議の席上、性教育の必要性について説明したことがあるが、積極的な取組みには至っていない。虐待予防という意味で、中学生から「命の大切さ」を教えるためにも望まない妊娠を防ぐ努力が必要である。

愛媛県 一つは教育委員会の姿勢の問題がある。性の問題だけではなく、以前からのたばこ、薬物、いじめ等の問題の根っこはすべて同じように思う。アンケートを行うと、「うちにはそんなことはない」と回答する学校、教育委員会が結構ある。いじめや 10 代の不幸な妊娠・出産の問題に

ついての現実を学校、教育委員会に知っていただくために、働きかけることが必要である。

4. 学校保健安全法に基づく学校医による健康相談の実施について（高知県）

実施状況と課題について各県の実情を教えてください。

司会 各県とも自治体での詳細は不明との回答が多く、その他の意見として、学校医に任されている、医療的・専門的な立場から支援しているとの回答があった。

5. 健康教育活動を推進するための環境整備について（鳥取県）

本来、学校での健康教育は、学校医の力量に左右されず、他の授業と同様に学校間で同じ水準を目指し達成すべきことだと思われる。また、健康教育の内容や水準については、医師会が関与・担保すべきことだとも思う。一方で、現在の学校保健における課題は、現行の内科（小児科）、眼科、耳鼻咽喉科の 3 科体制では十分に対応できず、皮膚科、精神科、整形外科、産婦人科等の専門科領域の医師が関わるべきであることも以前より指摘されているところである。日医では、平成 16 年より文科省委託事業「学校・地域保健連携推進事業」、平成 20 年より文科省委託事業「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」に関わり推進しており、専門科領域の医師による学校保健活動の重要性も指摘されている。しかし、（本県の）現実の学校における健康教育活動においては、学校医個人の孤軍奮闘に左右されていることが多く、そのため、内容について一定の水準を担保することができていない現状で、それを支援する環境整備も十分にはできていない。あるべき姿の健康教育活動を推進するために、研修会等の開催以外にどのような環境整備をしておられるか。

- 1) それぞれの健康教育課題に対応する体制づくりについて
- 2) 専門科領域の医師（医会）との連携方法について
- 3) 3 科以外、専門科領域の医師としての「学校

医」委嘱状況について

- 4) 健康教育用の資材（教材）等の整備について
5) 上記項目以外で、健康教育活動を推進するための環境整備について、医師会として整備されていること、努力されていることなど

香川県 学校保健は課題も多く、みなさんが知りたい項目について、熱心に協議する会議を医会と共同で進めている。

高知県 壮年期の 35 ～ 65 歳の死亡率が全国に比べ高く、特に生活習慣病と自殺が多い。生活習慣病対策については、子どもからの健康的な生活習慣の定着を目指し、平成 25 年度から小中高において保健や総合学習の時間に使用する副読本と指導要領を配付して成果を挙げ始めている。また、数年前から園医部会を立ち上げ、幼少期から正しい生活習慣を身につけさせる取組みを行っている。

島根県 性教育等については、県教委が熱心に取り組むことができるが、その他の連携については事業の実績が十分でないのが本県の現状である。

司会 その他の意見をまとめると、島根・広島・山口県が各医会の代表にも参画してもらい部会を運営している。一部の学校では、精神科・整形外科の先生も学校医として委嘱している。

6. 食物アレルギー等に関する講習会の開催について（島根県）

本県では、市町村教育委員会や各学校が主催して、アナフィラキシー・食物アレルギー等に関する講習会を開催している。今般、本会学校医部会で上記講習会（特にエピペンに関する実習・教育訓練）を開催するにあたり、各県での取組みについてご教示いただきたい。

島根県 エピペンを持参する児童生徒がいる年には、全教職員にアレルギー専門医あるいはエピペンを処方された医師による講義を受けている。また、エピペンのデモを使用した講習会を実施して

いる。

司会 各県において、県内の地域、学校単位でアレルギーに関する研修のみならず、エピペンの使用実習も行われている。

香川県 食物アレルギーに関する学校内外での研修会の需要が増えるにつれ、専門医派遣の供給が追いつかない状況が出始めてきた。そこで一般の学校医等にも啓発ができるような努力や資材を集めていくなどしており、かなり成果があがっている。

岡山県 エピペンの普及にはロールプレイの実施が効果的であり、学校の先生、保健師を含めた研修会を行っている。国の小児救急を目的とした事業の補助金の一部を充て、研修会を各地域で毎年 1 回開催している。

7. 児童生徒へのメディア接触啓発について

（島根県）

本県では、益田市や県教育委員会を中心にメディア授業を開催したり、勉強会を設ける等、子どもとメディア接触に関する啓発活動を積極的に行っている。各県での取組みについて伺いたい。

岡山県 2、3 月に全県の教育委員長等が参加し、スマホサミットが開催された。また、年 1 回、市教育委員会と懇談会を開催し、ネット依存等に関する相談体制整備に向けて、医師会としての対策等を検討し、学校、家庭・地域が連携して、子どもを守る体制づくりを行っている。

8. 学校保健委員会の設置率や開催率について

（岡山県）

学校保健委員会の設置は、学校医の関わる健康教育を実践するための基礎となるものであるが、委員会の設置率や開催率をお尋ねしたい。本県では、設置率 / 開催率がそれぞれ小学校 85.9% / 83.1%、中学校 81.3% / 73.7%、高等学校 82.1% / 75.8%（県立学校では 100%）、特別支援学校 100% / 100%となっている。

司会 各県で、資料に掲載の数値を参考に教育委員会に働きかけていただきたい。

(参考)

山口県：平成 26 年度については、次のとおり。
(設置率 / 開催率)

小学校	99.7% / 99.7%
中学校	99.4% / 99.4%
高等学校	100% / 100%
特別支援学校	100% / 100%

※公立小・中・高等学校、特別支援学校の状況による。

9. 禁煙・性教育に関して学校医がどのように関わっているか。(広島県)

各県の実態又は県教委の課題に対する姿勢をご教示願いたい。

徳島県 禁煙については、各学校に喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育を年 1 回開催し、計画書と報告書を提出している。しかし、学校医は直接かわることが少ないので、薬剤師・医師会等に協力いただいている。

島根県 禁煙については、毎年、子どもだけでなく、一般の方を含めた講習会を数回行っており、薬物乱用についても講習会を開催している。保護者への指導がなかなか難しいように感じる。

広島県 禁煙に関しては、医師会の禁煙推進委員会で啓発活動を行っているが、学校に特化した活動になっていない。保護者への対応が重要な因子になる。

高知県 医師会に禁煙活動に熱心な先生がおり、高知県学校医・歯・薬・保健研究大会のテーマを禁煙に設定したシンポジウムや、赤ちゃん会の開催による若いパパやママを対象とした禁煙教育を昨年から実施している。

島根県 薬物乱用の講習会の事業主体は教育委員会ではなくて警察関係だと思う。年 2 回、東部、西部で行っている。

10. 「味覚教育」をはじめ、その他、食育推進の参考となるような取組み事例について(山口県)

平成 17 年に制定された食育基本法では、「子どもたちが豊かな人間性をはぐくみ、生きる力を身に付けていくためには、何よりも『食』が重要である」と謳われている。本県のある地域では、地域食育推進協議会長(栄養教諭)と老舗割烹料理長と一緒にボランティアで市内の小中学校を訪問し、地元で取れた食材と一緒に調理し出汁の取り方を学ぶ、あるいは 4 つの味覚と、もう一つの味覚「うまみ」についての体験学習による世界的にも注目されている日本食の奥深さと減塩をはじめとする健康増進食の基礎を伝える活動を行っている。このような「味覚教育」を始め、その他、食育推進の参考となるような各県での取組み事例を教えてください。

山口県 和食がユネスコの無形文化遺産に登録され、いわゆる 5 番目の味覚である「うまみ」について、さらに脚光を浴びているところである。各県、さまざまな取組みをされているようで、地域に根差した食文化を食育推進に取り入れた取組みが重要である。

高知県 栄養教諭を配置して、各学校においてプランターで育てた食材を収穫して給食に使っている。また、各教室でご飯を炊くことも行っている。食に対する興味を小さい時から持たせて、食材を残さず食べるという教育をしている。

その他議題

1. 学校側が学校医活動を評価する仕組みはあるか。(高知県)

最近、学校医が関わらなければならない業務が多い割に、学校側の学校医活動に対する評価について不明であったので調査したところ、学校医の報酬は市町村によって異なっており、県内でも 3 倍の開きがあった。教育委員会に学校医として評価していただくために、学校医の認定医あるいは指定医を教育委員会等に評価していただくことで報酬に反映していただきたい。

司会 学校側が学校医活動を評価する仕組みはない、あるいは把握していないという県がほとんどであった。

島根県 本県の場合は、ある程度遠慮もあり、学校側から学校医個人に対しては、ほとんどクレームを言われない。しかし、保護者が市町村教委に対しクレームを言われる場合はある。また、県教委及び市町村教委の学校医の評価方法や報酬面については把握していない。非常に無理解な状況になっていることは事実である。

2. 児童生徒等の健康診断に「四肢の状態」を必須項目に加えることへの対応（鳥取県）

周知のように平成 26 年 4 月 30 日付の通知(26 文科ス第 96 号)により、学校保健安全法施行規則の一部改正により、「『四肢の状態』を必須項目として加えるとともに、四肢の状態を検査する際は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態に注意することを規定すること」とされ、平成 28 年 4 月 1 日より施行することとされている。時間的制約や女子児童生徒の脱衣の問題もあり、実際の健康診断の中に、運動器検診を取り入れることは困難なことも想定されるところだが、四肢・運動器検診を実施するために、研修会の開催や問診票を取り入れたりする工夫や養護教諭との連携も必要かと思う。各県では、どのような対応策を考えておられるのか。

島根県 運動器検診の施策として、県医師会ホームページより運動器検診問診票がダウンロードできるようにになっている。この問題に関しては、学校医部会総会の講演で、「学校保健安全法施行規則の一部改正」について、その原案作成に携わられた日本学校保健会専務理事の雪下先生の講演を拝聴した。文部科学省、日本学校保健会としては、公式には脱衣を完全にすることは文書化できないという事情があるということも言っておられた。

高知県 感覚器の異常、しびれ等は入らないのか。感覚器も大事だと思うが。

島根県 そこまで行っていると内科健診では時間がない。結局、保護者の指摘を踏まえて診るということである。問診票の活用が最も重要であると考えてる。

司会 整形外科との連携や日本学校保健会の資料(マニュアル)を参考にする、問診票・保健調査票を重視するといった対応になるかと思うが、現時点では具体的に決まっていない県がほとんどである。

鳥取県 現在の定期健診の中で運動器検診に時間を割くことは現実的には難しいが、『児童生徒の健康診断マニュアル』の改訂版が近々発行されるということなので、不可能ではないと思う。目指しているのは問診票を利用して養護教諭あるいは担任の先生ができる範囲でチェックしていただいた上で、学校医が診るという方法を検討しないと時間的に難しいのではないかと考えている。以前から島根県は運動器検診に関しては先進県と思っているが、問診票使用が最も効率的な方法との印象を持っている。

愛媛県 この問題については、日医の学校保健講習会の中で、『四肢の状態』の必須項目とその意義」ということで、日本学校保健会理事の古谷先生が発表されたところ、“こんなことは学校の健診の場ではできない”という強い反発があった。フロアより「体育の先生によるチェックリストを作成し、必要な者に整形外科を受診させる方法をとったらどうか」という意見があった。少なくとも現状で学校医が行うのは不可能なように思う。

3. 学校における色覚検査の実施状況について（島根県）

本県では学校保健安全法施行規則の一部改正を踏まえ、今年度、県教育庁保健体育課より「色覚検査に係るこれまでの経緯と今後の予定について」県立学校及び市町村教育委員会宛通達が出された。本会学校医部会としては、7 月 12 日に研修会を開催し、島根県眼科医会長から色覚検査についてご説明いただいた。各県での実施状況につ

いてお伺いしたい。

鳥取県 平成 26 年 4 月 30 日付の文科省通知を踏まえ、県教育委員会と本会との連絡協議会で、色覚検査の必要性について理解をいただくように求め、11 月に県教委の主催による「学校の疾病に対する研修会」が開催された際には、色覚検査について眼科医が講演を行った。その他、いくつかの地区においても、学校医による講演が開催されている。本県の 3 地区（東部、中部、西部）のうち、西部の米子市では 10 年前に一律な色覚検査が廃止された後も、保護者の同意をとって色覚検査を続けてきた。他の地区でも今年はマニュアルに沿ったかたちで始めようという取組みがなされている。東部の鳥取市でも眼科検診問診票の中に、色覚検査を希望するかを問う項目があり、希望する生徒に対し、マニュアルに沿った色覚検査を行うようになった。しかし、中部地区ではまだ多くの学校で検査が進んでない地域もある。

そもそも色覚検査が必須項目から外された経緯と対応について説明させていただく。一部の色覚異常をもたれる方や眼科医が、学校における検査は人権侵害だと強く国に働きかけて、必須項目から外れた。ところが、自分たちが色覚異常であるかを知ることが、その人の人生にとって重要であることから検査をしてほしいとの要望があり、また、検査を受けずに色覚異常と知らなかったために、就職などで非常に不利益を被った人がいたため、文科省では希望者には実施して良い、学校には色覚検査表を置くよう通知した。

われわれ眼科医としては、プライバシーに配慮して検査し、異常がある人には、適切に相談に応じる体制を作っていくべきと考える。決して色覚異常の人を差別するために検査しているわけではなく、それを知ってもらって、自分の人生に役立てていただきたい。

4. 教職員のメンタルヘルスに学校医はどのようにかかわっているか。また、このような事例に遭遇した時の対応、問題点等があれば教えていただきたい。（山口県）

鳥取県 一次予防（健康増進・意識啓発）、二次予防（早期発見と適切な対応）、三次予防（療養支援と職場復帰）と決めており、本県では必要があった場合には、精神科医に直接紹介するシステムがあり、学校医がかかわることは通常ない。高校に関しては、産業医の資格を持っている先生に学校医になっていただいていることがほとんどである。大きなトラブルもない。

山口県 県立校の場合、学校管理医は産業医資格を持った学校医にお願いし、学校で問題が起これば対応いただいている。また、教育機関には、博物館、図書館、文書館、やまぐち総合教育支援センターがあり、産業医が職員のメンタルヘルスに関する対応を行っている。

なお、山口県では教職員のメンタルヘルス対策事業として、「心の健康相談事業」があり、年 3 回まで専門医等による相談が無料で受けられる。

日医 徳島県の回答の中に、「労働安全衛生法では 50 人未満の職場では産業医の選任は義務ではないので、地域産業保健センターを利用しているかがか」とあるが、この点については、労働安全衛生課に確認したところ、教育委員会に属する学校は、労災の対象になっていないので地域産業保健センターは利用できないとのことである。事業主である教育委員会が産業医に関することを決めていただければとのことである。

5. 中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議への助成について（鳥取県）

この件については、6 月に行われた中国四国医師会連合常任委員会において提出し、多くの県からご賛同いただいた。しかし、原則論として正式な分科会ではないので、そこに助成するのは如何かとの意見もあった。多数決により決めてはとの意見もあったが、提出県としては、多数決で決めるという問題ではなく、次の常任委員会まで少し時間をおくことを提案した。助成については、検討委員会設置のご意見もあったが、本日の連絡会議で皆様方のご意見をお聞きし、助成してもらってもよいとの意見があれば、再度 9 月に岡山で

行われる中国四国医師会連合常任委員会に提出したいと思うので、皆様方のご意見をお願いしたい。

岡山県 9 月 26 日に開催の中国四国医師会連合総会において決定したい。本件に関するアンケート調査を、1 週間から 10 日以内に各県に送付させていただくので、県として対応をご回答いただきたい。その回答をもって常任委員会に臨みたいと考えている。

※その後の対応については、中四国医師会連合の当番県である岡山県が検討することとなった。

日医への要望

1. 特別支援学校では、看護師を配置し、児童生徒への医療的ケアが行われているが、看護師のいない通常の学校では養護教諭が児童生徒に行う医療的ケアは地域により対応が異なり、基本的にはできない現状がある。昨年の本連絡会議で議論があった食物アレルギー児の緊急対応においても、養護教諭の役割が重要となっている。今後、養護教諭に看護師免許に準ずる資格を与えることが必要となるのではと考える。ご検討いただきたい。
(徳島県)

日医 養護教諭が緊急対応できる範囲を個別でなく包括的に広げる手段として、一定の資格を付与してはいかかかという主旨かと思う。その場合、具体的にどのようなカリキュラムでどこまでの対応を可能とするのか、看護師との違いをどのように整理するのかを決めることが大変難しいと考えている。

次の手立てとして、エピペンのように個別に対応可能にする方法もある。エピペン使用については、医師法に抵触しないという整理ができているが、それは可能とする医療行為が極めて限定的であること、緊急性が極めて高く、かつ緊急性の判断基準の設定が可能であることなどの条件がそろっていたからと考える。

今後、全国的に対応が必要なものがあれば、学校現場の意見も踏まえ、個別に対応方針を決めていくことが現実的ではないかと考えているが、資

格の問題については、なかなか難しいと思う。

2. 来年度より学校保健安全法施行規則の一部改正による新たな健康診断が実施されるが、実施にあたって具体的な諸問題が数多くある。日本学校保健会から改訂マニュアルが発刊されると聞いているが、とてもスムーズに実施されるとは思えない。諸問題の環境整備等について具体的に考えていただきたい。(香川県)

日医 今回の施行規則改正で言えるのは、学校、保護者の協力がこれまで以上に必要になるということである。環境整備には、各地区の教育委員会がきちんと学校に指示することも必要ではないかと考える。この点は、文科省に申し入れをする。

具体的には、例えば次のようなことがある。

まずは、保健調査票の記入であり、今後は毎年記入いただくこととなる。調査票に基づき、学校側が情報を整理した上で健診を行うことで、健診の効率・精度が向上する。保護者にとっては毎年の記入は負担になるが、子どものためであることを繰り返し説明し、理解いただくことがまず大切で、この点は学校医の先生方からも学校側に十分にご説明をお願いする。

また、運動器検診に限らず、健診までの間、授業中や学校生活において児童生徒を観察することが必要という問題がある。これも学校側の理解と協力が不可欠である。運動器検診については、法令上、6 月 30 日までに健診を終了することが求められているが、児童生徒一人にかけられる時間が限られている。したがって、心配がある場合は、整形外科医に診ていただけるスムーズな仕組みを各地区で構築していただくことが望ましいが、現在、日本臨床整形外科学会では、運動器検診の協力が可能な医療機関のリストを作成中と聞いている。でき次第、皆さまにご案内するので、ご活用いただきたい。こちらとしては、6 月 30 日にこだわらず、運動器検診を別枠で実施することも可能ではないかと思っている。

なお、10 月 21 日に都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会、2 月 21 日に学校保健講習会を予定しているが、こうした機会での質疑応答

やご要望を踏まえ、来年 4 月からできるだけ混乱のないように健診がスタートできるようにしていきたい。何卒、ご理解、ご協力をいただくようお願いする。

3. 小学校、中学校、高校における学校内科健診マニュアルがあればご提示いただきたい。

(愛媛県)

日医 学校保健分野で使用されているマニュアルは日本学校保健会が発行しているものであるが、内科健診という切り口のマニュアルはない。心臓検診と検尿であれば作成している。詳細は日本学校保健会にお問い合わせいただきたい。

4. 近年「心の問題」に関する対応が求められているが、スクールカウンセラーの配置や専門家との連携を望む声が多い。これに関して日医の意見を求めたい。(高知県)

日医 スクールカウンセラーの配置については、文科省が平成 7 年度から補助金事業として開始し現在に至っている。臨床心理士、精神科医、大学教員などの一定要件を備えた方を都道府県・指定都市が選考し配置している。26 年度現在、派遣箇所は全国で約 22,000 か所となっている(派遣箇所に教育委員会も含む)。個別の児童生徒の心の支援を行うことが主な役割である。約 8 割は臨床心理士の資格を持った方で、相談体制は週 1 回、4～8 時間程度が多いようである。

また、専門家としては、スクールソーシャルワーカーもおられる。平成 20 年度から文科省の事業としてスタートしており、児童生徒の置かれた環境面の改善などを主な職務として全国に 1,500 名程度配置されている。

平成 19 年に文科省が行った調査によると、スクールカウンセラーは「外部専門家として有効である」「1 週間に複数勤務が望ましい」といった意見が多数あった。また、教員のメンタルヘルス支援の役割も期待されている。

課題としては、学校や地域によって、配置割合や活用状況に差があること、資質や経験の違いが

あることなどである。また、数の不足も考えられる。

スクールソーシャルワーカーに関する予算としては、いじめ対策等総合推進事業のなかに規定されているスクールカウンセラー等活用事業がある。予算の充実、補助率の引き上げといった資金的な拡充の必要性に加え、現在、日本医師会学校保健委員会で議論している「健康支援の仕組み」が大切である。教育委員会、学校、医師会、学校保健会など関係者が連携するよう具体的な仕組みの構築に向けた提言を検討しているが、皆さまには質・量の充実に向けて地域が一体となった取り組みをお願いする。

5. 健康教育活動のための資料(教材)の更なる整備について(鳥取県)

学校での健康教育は、(理想的には)学校医の力量によらず、学校間で同じ水準を目指し達成すべきことだと思う。また、健康教育の内容や水準については、医師会が関与すべきことだとも思う。日医のホームページ(メンバーズルーム)に「学校医の健康教育活動のための資料(教材)」のサイトがあるが、年々充実しており、感謝している。研究の秘匿性、著作権、個人情報等の問題もあり、越えるべきハードルは高いと思うが、基本的・普遍的な部分だけでも体系的に、また、ダウンロードして改編使用できるパワーポイントファイルとしての整備をお願いしたい。

日医 日医のホームページ内の健康教育活動の資料は大幅に拡充した。ご質問のパワーポイントファイル化については、作成した医師会の了解が得られた資料はパワーポイントで開示をしている。利用にあたっては、変更等はせずに使用すること、作成者を明記することを条件としている。

今後もこの欄を充実させていきたいと考えているので、ご協力いただきたい。

6. 生活習慣病検診の法制化をお願いしたい。

(広島県)

日医 広島県には安佐医師会において長年にわた

りコホートスタディを実施し、児童生徒の健康管理体制の向上に取り組まれており、敬意を表する次第である。

ご承知のとおり、生活習慣病検診については、文科省の「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」において、ヒアリングを踏まえて検討を行い、「生活習慣病や鉄欠乏性貧血などの発見のために、血液検査を実施するという方法もあるが、血液検査を全国一律に学校で行うことは困難であるため、例えば、身体測定等を活用して健康教育を進めるという方法もある」という意見をまとめている。

現在、約 2 割の自治体で生活習慣病検診を実施していると聞いているが、児童生徒への採血については環境を整える必要があり、すべての学校現場で可能であるとは思えない。今後、国は生活習慣病検診を実施している自治体からの情報を把握していくとともに、採血の必要性や効果などの検証を行っていく必要があるものと考えている。また、時間の制約や財源の確保も大きな課題としてある。

生活習慣病はいうまでもなく、一次予防が大切であり、まずは学校での健康教育の充実に取り組むべきである。

さらに、今回の施行規則改正で保護者は毎年、保健調査票を提出し、それに基づき、学校が児童生徒を観察したうえで健診に臨み、事後措置を必要に応じて行うことになるが、まずは、この制度を十分に機能させることが重要と考える。

7. 認定学校医（仮称）制度について（山口県）

平成 23 年度の本会議において、石川広己 日医常任理事は産業医制度のようなものではなく、ゆるやかな日医認定学校医制度というかたちを提案したいと回答された。翌年の本会議では、道永麻里 日医常任理事より、学校保健検討委員会で検討を行っていく予定と回答があったが、その後、実現の動きは全く見えていない。日医としてのご意見をお伺いしたい。

日医 今期の学校保健委員会諮問は「児童生徒の健康支援の仕組みの更なる充実」であるが、委員

会の議論のなかでは、「仕組みは大切だが学校医の資質向上にも取り組まないと機能しない」「何らかの研修制度を作れないか」という意見も出ている。日医では例年 2 月末に学校保健講習会を開催しているが、委員会の議論を踏まえ、何らかの研修制度も検討していきたいと考えている。認定学校医の話はたびたび出ており、必要性のあることは認識しているが、認定制度を創設するにはハードルが高いので、また検討させていただきたい。

8. 学校保健安全法の改正に関する要望だが、出席停止とする疾患の一つに水痘がある。ところが最近、小児あるいは成人の帯状疱疹がでてきて、帯状疱疹にかかった子どもは欠席扱いとなる。インターネットで調べると帯状疱疹はうつらないことから、学校では感染症と思わずに欠席扱いにする先生がいる。しかし、ドクターが「これは水疱瘡と同じですよ」と注射をつければ認めてくれる。今後、ワクチンの開発により、定期接種されると水痘がどんどん少なくなり、過去にかかった人が帯状疱疹になる可能性が強くなるので、項目に「水痘・帯状疱疹」と学校保健安全法に記載してほしい。（高知県）

日医 そのようにもっていくようにお話をします。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学・歯学専門 井上書店

〒751-8591 山口県下関市小戸 1-1-1 井上書店2F
TEL: 093-824-3404 FAX: 093-824-3406
E-mail: info@iino.co.jp http://www.iino.co.jp/idx
新刊の医書・医刊の目録等を無料でお知らせ

平成 27 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議

と き 平成 27 年 9 月 3 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

藤本 本日は、県の西生課長をはじめ健康増進課及びこども政策課の方々、市町の担当者並びに郡市医師会担当理事の先生方には、お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。

この会議は、平成 15 年度から予防接種の県内広域化を目指して、郡市医師会担当理事の先生並びに市町の予防接種実務担当者の方々にお集りいただき、合同協議会を行って実を挙げようということで始まりました。この経緯につきましては昨年もご紹介しましたが、本日初めてご参加の方もおられますので、平成 23 年 3 月号の県医師会報に濱本副会長が執筆された文章を資料として提出しております。

また、先日来、ワクチン誤接種に関しましてはご迷惑をおかけし申しわけありませんでした。悪意のあるものではなく、また、幸い健康被害は発生しなかったものの、県医師会として今後とも注意喚起に努めたいと思います。

さて、本会議は現在では予防接種だけではなく、乳幼児、妊産婦の健診も含めての合同協議会となっております。本日は、妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）、広域予防接種における個別接種標準料金（案）などの協議がありますので、十分納得いただいた上で、地元を持ち帰って郡市医師会の先生方に周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。この会議が実り多いものになることを心から祈念して、挨拶に代えさせていただきます。

西生健康増進課長 本日お集まりの皆様には平素から本県の感染症対策に格別のご協力をいただ

き、厚くお礼申し上げます。とくに世界スカウトジャンボリーの開期中には、感染症の早期発見及び蔓延防止の観点から、感染症サーベイランス強化にご理解・ご協力いただき、お陰をもちまして無事、世界スカウトジャンボリーを終えることができましたこと、改めてお礼申し上げます。

さて、予防接種につきましては、国において平成 24 年 5 月の第 2 次の提言を踏まえた見直しが進められており、平成 25 年度には子宮頸がん予防等の 3 ワクチンが、さらに昨年 10 月には水痘、高齢者肺炎球菌感染症の 2 ワクチンが定期化されております。県といたしましては、予防接種は国の責任において適切な制度設計が行われるべきものと考えており、国に対して、おたふくかぜ、B 型肝炎、ロタウイルスの定期接種化及び財源措置等を引き続き要望していくこととしております。また、平成 26 年中に実施された定期接種において、複数の市町で有効期限切れのワクチンが誤って使用された例があったことから、本年 4 月に各市町や山口県医師会をはじめとする関係の皆様方に事故防止等の取組みを文書でお願いしたところです。しかしながら、その後も期限を過ぎたワクチンの誤使用をはじめ、接種対象者の取違い等、11 件の事故報告が提出されているところです。皆様方におかれましては、どうか緊密な連携のもと、引き続き事故防止等の取組みを徹底していただければと思っております。

次に、麻しん対策についてです。皆様もご存じのとおり、平成 19、20 年に全国的な麻しん流行があり、国をあげて麻しん排除に向けた取組みを進めてきたところです。麻しん排除に向けては、高い接種率の達成維持が重要な取組みとされ

る中、皆様方のご尽力により本県の平成 26 年度の麻しん接種率は第 1 期で 97.4%と目標の 95%を超え、第 2 期は目標を下回ったものの 94.8%と前年度より高い接種率となっております。お陰をもちまして、わが国は平成 27 年 3 月 27 日に世界保健機構から麻しん排除状態にあることが認定され、今後は麻しん排除状態の維持を目標とした取組みを推進していくことが求められます。県

出席者

郡市担当理事

大島郡	嶋元 徹	下関市	口羽 政徳	徳山	大城 研二	光市	北川 博之
玖珂	松井 晶子	下関市	岡田 理	防府	村田 敦	柳井	近藤 穂積
熊毛郡	廣島 淳	宇部市	金子 淳子	下松	井上 保	長門市	須田 博喜
吉南	河端 聡	山口市	田村 朗	岩国市	藤本 誠	美祢市	横山 幸代
厚狭郡	吉武 正男	萩市	前川 恭子	小野田	伊藤 忍		

市町

下関市	係長	生駒 修	柳井市	主査	寺岡 富美
	副主任	白石つかさ		主査	池永 玲子
	主任保健師	岡崎 本子	美祢市	主査	茶谷 正臣
宇部市	係長	春日 基博		主査	三浦 仁美
	係長	江本 絹世	周南市	主査	宮崎 優子
山口市	主幹	山田智恵美		係長	玉野 政枝
	主幹	末岡 昭子	山陽小野田市	主任技師	伊藤比呂子
萩市	課長補佐	渡辺佳野代		主任	末永 久美
防府市	予防係長	片岡 和史	周防大島町	主査	吉富 和成
	保健係長	山崎 貴子		主幹（保健師）	地田 幸代
下松市	課長補佐	中村 裕子	和木町	保健師	國領 沙織
	主査	森藤 孝典	上関町	係長	岡崎 芳江
岩国市	班長	鈴川 芳智		係長	上杉 美和
	主事	木原 真衣	田布施町	保健師	吉村由美子
光市	係長	佐伯 愛子		保健師	神代 美穂
長門市	主査	細田登喜江	平生町	主事補	藤田 彩加
	主任	睦田 尚玄	阿武町	主査	長岡ひとみ

山口県健康福祉部健康増進課

健康増進課長	西生 敏代
感染症班長	楠藤 幸雄
感染症班主任	清水 恭子

山口県健康福祉部こども・子育て

応援局こども政策課

保育・母子保健班	
主査	林 直美

山口県産婦人科医会

会長	藤野 俊夫
----	-------

山口県小児科医会

会長	田原 卓浩
理事	藤原 元紀

オブザーバー

岡田 和好

県医師会

会長	小田 悦郎
副会長	濱本 史明
常任理事	藤本 俊文
常任理事	今村 孝子
理事	沖中 芳彦

といたしましては、引き続き接種率の目標達成の維持に向けた取組みを推進して参りますので、皆様方には一層のご理解・ご協力をお願いしたいと思っております。

なお、県では平成 27 年 4 月 1 日付で組織の再編整備を行い、こどもに関する施策推進体制を強化するため、「こども・子育て応援局」を新たに設置し、「こども政策課」と「こども家庭課」の 2 課体制としました。これまで健康増進課が所管していました母子保健関係の業務については、こども政策課において取り組むことになりました。引き続きご協力いただきますようお願いいたします。

協議事項

1. 健康増進課からの情報提供

清水健康増進課主任

①平成 25・26 年度麻しん予防接種実施状況

例年、この会議において、前年度と前々年度の 2 か年の麻しん予防接種率を市町別にお示ししている。さきほど、課長が挨拶の中で触れたが、平成 26 年度の本県の麻しん予防接種率は、第 1 期 97.4%、第 2 期 94.8%と前年度よりも高い数値となり、これはひとえに各市町、医師会の先生方のご尽力のお陰と感謝申し上げる。第 2 期の接種率が長らく本県では 95%に達しないということで取組みを続けていただいているが、あと一息で 95%達成というところまで迫ってきているので、先生方、市町の皆様には関係機関との連携の下に接種勧奨等、引き続きよろしくお願いしたい。

②「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について

平成 27 年 3 月 31 日に国から発出された標記が最新の改正通知である。

③麻しん排除認定関係

日本では長らく、麻しん排除状態の認定を受けることを目標として各県及び各市町で取組みを進めてきたが、平成 27 年 3 月 27 日に世界保健機関西太平洋地域事務局により、日本が麻しんの排除状態にあることが認定された。認定の基準につ

いては、麻しん自体が発生していないということではなく、「適切なサーベイランス制度の下、土着株による麻しんの感染が 3 年間確認されないこと」である。つまり、排除認定がされたからこそ、麻しんの予防接種率を高く保ち、外から入ってきて中では流行しないような取組みを引き続き続けていくことが必要となるので、定期接種の接種勧奨については“排除認定されたから必要ない”ではなく、今まで以上に高い接種率が必要だということを認識いただいて、お取り組みいただきたい。

2. 平成 28 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）について

平成 28 年度の妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）を県医師会で作成し、山口県産婦人科医会及び山口県小児科医会にも検討いただいた上で、事前に郡市医師会及び市町に提示したところである。

検討の結果、本案については了承された。

また、妊婦健康診査について山口県産婦人科医会長の藤野先生より下記のとおり説明があった。

妊婦健診の単価については、本年度は診療報酬の改定がなかったので、昨年度と同様で行っていただきたい。来年度については、診療報酬の改定があるので、産婦人科関係の項目の改定があった場合には単価を検討し、新しい案をお示しする予定としているので、よろしく願います。

さらに、乳幼児健康診査について、山口県小児科医会長の田原先生より下記のとおり説明があった。

藤野先生のご説明と同様に診療報酬改定の際には、再度検討する余地があるかと思うが平成 28 年度はこのままの体制で進めていきたいと思うので、よろしく願います。

3. 平成 27 年度広域における高齢者インフルエンザ予防接種について

県医 まずインフルエンザ予防接種予診票について、わずかであるが変更を行っている。「ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか」の項目を「薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか」に変更

している。それから、ワクチンロット番号の記載欄に「(注)有効期限が切れてないか要確認」を追加している。

また、今年度の広域における高齢者インフルエンザ予防接種の料金について、年度途中ではあったが、急遽、市町及び郡市医師会に料金の変更のお願いに至ったところである。

これは、国において、世界標準となっている 4 価のインフルエンザワクチンへの変更に伴うものである。これまでの 3 価（A 型 2 株＋B 型 1 株）であったワクチンに、B 型インフルエンザワクチンを 1 種類追加し、4 価（A 型 2 株＋B 型 2 株）になり、料金に変更が生じた。このことは、年度当初には予定されておらず、4 価の導入が決定したのが 5 月で、ワクチン価格がわかったのは 7 月下旬であった。実は、1 本の単価でいうと 1mL が 2,000 円から 3,000 円と各社足並みをそろえて同じ値段であった。日本医師会にも各地区医師会やドクターから、値段が高いので何とかならないかとの要望が届いているとのことだが、厚労省は価格統制ができない。医師会として製薬会社に要請できたとしても、価格の決定権は製薬会社にあるので、なかなか交渉の場がないのが現状である。インフルエンザワクチンの製造量では、平成 13 年度は約 1,000 万本だったが、平成 24 年には 3,000 万本に増えている。製薬会社によるとインフルエンザワクチンは鶏卵を使うことから、製造そのものが難しいとのことである。今後、製薬会社と交渉する手立てを検討しないといけない。実質、1,000 円値上がりプラス消費税であるが、接種量は 0.5mL のため、2 人に実施することで、現状は一人当たり 500 円＋消費税となっている。決して医療機関が利益を上げるために行ったことではないということをご承知の上、ご討議いただきたい。

市町 8 月 21 日に県医師会より価格の変更についてご連絡があったところであるが、その時点では調査依頼と受け取っていた。調査の段階では、4 月 1 日に交わした契約をもとに回答しているが別途、郡市医師会からの予防接種の料金に関する照会への回答を行っている。これら両調査は別の

ものということによろしいか。

県医 今年度より 4 価のインフルエンザワクチンが導入されることになったため、年度途中でもあり、事前に郡市医師会と市町において協議いただくようお願いした。地域によっては協議中のところもあり、重複のかたちとはなったが、例年と同様に調査を行い、本日の資料を作成した。

市町 540 円の値上げ分の処理については、自己負担代をワクチン代に変えることができないかと考えている。今後、年度途中に値段が変わることがあり得るのはワクチン代ではないかと思う。予防接種法において、B 類予防接種における実費の徴収というところで、同法の施行令第 33 条に「実費とは薬品費、材料費及び予防接種を行うために臨時に雇われた者に支払う経費をいう」と定められているので、本来、自己負担分とは、ワクチン代が該当するのではないかと改めて思っている。資料によれば、3 割、7 割の市町が多いようであるが、法に基づいて検討するのであれば、ワクチン代でも考えられるので、4,500 円の内訳をご提示いただきたい。

県医 郡市において、対応・予算等含めて異なるであろうと予測し、各郡市、市町に打診をした。自己負担についても、1,000 ～ 1,860 円と市町によって結構差がある。県内統一の価格を決めても、市町の自己負担については異なり、内訳を示すのは非常に難しい。他の予防接種については、技術料やワクチン代等に細かく分けて積算しているが、もともとの 4,000 円は、その当時のインフルエンザワクチンに関しては、平均的なところで 4,000 円に決めた経緯がある。それに加えて、今回は 500 円を上乗せということで他のワクチンと同じ積算はできない事情がある。

当初、乳幼児の予防接種料金については、積算根拠に基づいて積算したが、その後、65 歳以上の高齢者のインフルエンザワクチンも公費になったことから、行政から広域にしてほしいとの要請を受けて、料金を約 4,000 円で統一して広域化を実施していた経緯がある。インフルエンザは毎年実施するので、子どもと同様に全部料金設定していけば、かなり高くなる。

市町 ワクチン代だけでもお示しいただきたい。

県医 1,500 円である。

市町 接種体制を整えるために、毎年度、県医師会から県内の実施医療機関の一覧をペーパー（複数枚）でいただいているが、県内の実施医療機関については、できれば Excel データでいただければ、検索も簡単にできるので、お願いしたい。

県医 本会では、集計する際に郡市医師会より資料をいただいているため、市町へのデータの提供については、郡市医師会に了解をいただいた上で対応したい。

田原先生 卵の確保については、いくつかの農場と契約を行っており、かなりリスクがあること、また、返却されたバイアルの処理は、特殊な機械及び検定を受けて行うために、非常に費用がかかるとのことである。これからの交渉の際に、実際のリスクも含んでの値上げなのかどうかを医師会から問い合わせていただきたい。例えば、返却が少なくでき、よりコストが下がるのであれば、各医療機関でより適切に購入をすることも一つの努力としてできる範疇に入っているかと思うので、交渉の段階で少し確認していただければありがたい。

県医 厚労省の資料によると、2005 年のすべてのワクチン生産額は 695 億円だったが、2012 年には 2,739 億円に上がっており、会社にとっては成長産業である。これに対して、市町は、その分だけお金を支払っていることになる。産業構造からすれば、どんどん上がっているものはコストカットできるものであるというところを、医師会として強調して交渉していく必要がある。

日医としても製薬会社に対してワクチンの値段を下げてくれるよう、引き続き要請を行う方針のようである。

4. 平成 28 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

平成 28 年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）を県医師会で作成し、事前に郡市医師会及び市町に提示したところである。当日の

検討の結果、本案については了承された。

5. その他

①児童虐待の発生予防等に関する研修会について

山口県産婦人科医会長の藤野先生より、下記のとおり説明があった。

児童虐待の予防については、各自治体で熱心に取り組んでおられるのは重々承知している。産科医の立場からすると、生まれた当日あるいは生まれて 1 か月以内の虐待による死亡事例を減らしていきたいということで、産婦人科医が妊婦健診の時期から深くかかわっていく取組みを始めた。今年度で 3 回目になるが、10 月 4 日に虐待予防に関する講演会を予定しているので、ぜひご出席いただければと思っている。

②平成 27 年度山口県医師会学校医研修会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

12 月 13 日（日）に本会で開催する標記研修会の案内を行った。

6. 質疑応答

①成人用肺炎球菌ワクチンについて

行政 平成 27 年 6 月に全国中核市において、委託料調査があった。その結果、山口県の委託料金 9,316 円が日本で一番高い価格であり、他の自治体では算出されていないワクチン指導料、保存管理料が算出されていた。この 2 点を除外していただくと全国平均に近くなるがいかがか。

県医 ワクチン指導料は、初診料とは違って、ワクチンを接種する際に、予防接種の問診・基本的な作用・副作用等を説明することである。また、保存管理料は、有効期限を過ぎたワクチン等は本来破棄するものであるため、医療機関は回収することができない。とくに小児科ではたくさんのワクチンを使うので、古くなったら廃棄しなくてはならない。また、いつ来院されるかわからない患者さんのために保存しておかなければならないという意味合いである。

行政 即打つべきものであることはわかるが、成人用肺炎球菌ワクチンは性質上、対象者が限られ

るので、あまりストックされている種類のワクチンではないのではないかと。

県医 成人用肺炎球菌ワクチンは、予約のところもあれば、常備しているところもある。たまたま来られて、成人用肺炎球菌ワクチンを接種してほしいと要望があった場合には実施しているところもあるので、その意味でリスクを背負っている。

②B型肝炎ワクチンについて

郡市 来年度から定期になると思うが、料金の算出方法は県医師会の積算根拠でよろしいか。

県医 まだワクチンの金額等が決まっていないが、そのように考えている。なお、あくまでも情報だが、4 月から B 型肝炎が始まる予定である。また、今後、5 種混合、6 種混合等まとまってくると思う。

郡市 4 種混合とヒブワクチンの加わった 5 種混合は第三相試験に入っており、3 年後には取り入れられるのではないかとと思う。また、B 型肝炎を含めた 6 種混合になる可能性もあり、ヨーロッパでは、そうになっている。現在よりはワクチンの数は減ってくると思う。

③子宮頸がん予防ワクチンについて

県医 製薬会社は価をあげたものを申請し、厚労省はそれを認めている。つまり、国は子宮頸がん予防ワクチンを今後も行う予定である。また、厚労省から日本医師会を通じて「HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き」を出しており、ホームページでも見られるとのことである。

④有効期限切れワクチン接種医療機関名の公表についての山口県医師会の見解について

県医 熊毛郡医師会の近藤先生より、6 月 18 日に開催した山口県医師会第 176 回定例代議員会において「今回の有効期限切れワクチン使用についてはお詫び申し上げるが、懲罰的意味で公表されたとしたならば、われわれも行政への向き合い方を考えねばならない。懲罰的意図は行政にはないと思うが、結果的には公表された医療機関は不特定多数の市民からバッシングを受けているよ

うな状態である。これに対して山口県医師会は何もしないのか」との質問があった。結果的には、マスコミに公表しなかった行政もあるし、マスコミがそのことを知っていても、医療機関名を公表しなかったところもある。マスコミの考えなので、そこにまで私たちも介入することはできない。行政に対し、公表するなどとは言えないが、被接種者が特定され、健康被害もなく、医療機関等も患者や保護者に謝罪及び説明している中で医療機関名を公表するのは、なるべく避けていただきたい。

行政 被接種者をすべて追跡できる状態であれば、医療機関名を公表することは考えてない。ただ、今回、数年にわたって過去追跡できない方がおられる、もしくは過去同じような注意喚起をしたのにもかかわらず、同様な事態が起きている医療機関であれば、そこで初めて公表することになると思う。ただ、ケースバイケースなので、ことが大きくなる前から、ご相談いただきたい。

閉会挨拶

小田会長 先程より問題になっております高齢者のインフルエンザについて、8 月の日本医師会の理事会において、このたびのワクチンはあまりにも高いとの意見がありました。このように高額だと自己負担の増額と市町の財政への圧迫を来し、その結果、接種率の低下による罹患者数の増加、重篤患者の増加などが懸念されることから、日本医師会として対処してほしいとの要望が出されました。もちろん、先程、濱本副会長が述べましたが、日医でも以前からワクチンの価格をもっと下げてほしいと要望しているところですが、現在までのところ実現していません。皆様方により結果をお知らせできればと思っております。本日は、長時間にわたりまして、熱心なご審議いただき、ありがとうございました。

平成 27 年度第 2 回 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 8 月 21 日（金）15：00～17：00

ところ 日本医師会小講堂

〔報告：常任理事 林 弘人〕

挨拶

横倉日医会長 5 月に開催した第 1 回の本協議会では、医療事故調査制度の概要についての説明及び調査体制構築のお願いが中心であったが、10 月から法律施行となるため、本日の協議会では同調査制度発足に向けた最終確認及び院内調査手順の説明を行う。

各都道府県医師会には、8 月 6 日付けの厚生労働省告示による医療事故調査支援団体の指定を受けていただいたことに対し、お礼申し上げる。8 月 17 日には同様に医療事故調査・支援センターとして日本医療安全調査機構が告示され、いよいよ同調査制度が動き出すこととなる。また、日本医師会では会員用に当該調査に必要な費用を手当する「医療事故調査費用保険」を整備し、100 床以上の病院についても損保会社と連携のうえ準

備が間に合ったところである。これからは、各都道府県医師会が各地の医療事故調査支援団体連絡協議会の中心となり、また、患者と医療機関との橋渡しをしていただき、本調査制度の円滑な運営に尽力いただくようお願いする。

協議

1. 医療事故調査制度の施行を控えた状況について

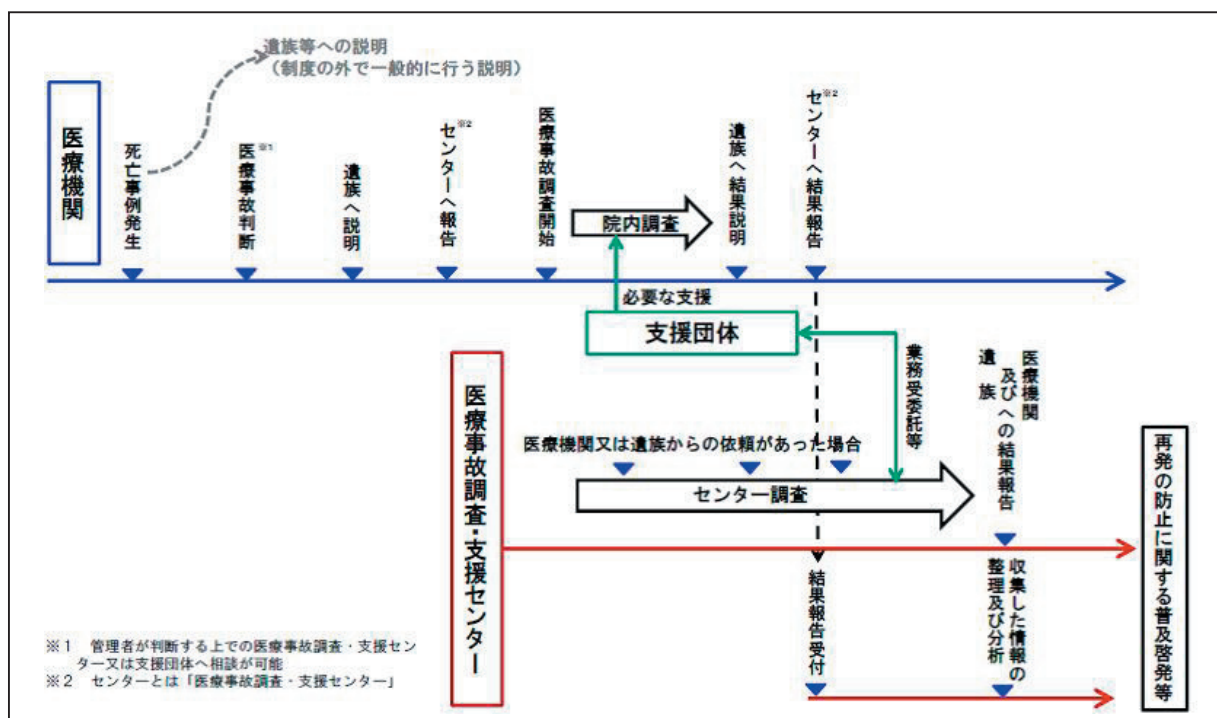
厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

室長 大坪 寛子

制度発足後は、院内調査により医療事故調査の対象案件か否かの判断をすることが重要となる。その後、支援団体へ支援を求め、中立性が担保された中で調査を進めることとなる。

(1) 医療事故調査の流れについて

(下図のとおり)



(2) 医療事故調査・支援センターの業務

- ①医療機関の院内事故調査の報告により収集した情報の整理及び分析
- ②院内事故調査の報告をした病院等の管理者に対し、情報の整理及び分析の結果を報告
- ③医療機関の管理者が「医療事故」に該当するものとして医療事故調査・支援センターに報告した事例について、医療機関の管理者又は遺族から調査の依頼があった場合に、調査を行うとともに、その結果を医療機関の管理者及び遺族に報告
- ④医療事故調査に従事する者に対する医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修
- ⑤医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援
- ⑥医療事故の再発の防止に関する普及啓発
- ⑦その他医療の安全の確保を図るために必要な業務

(3) 支援団体に求められる支援

- ①医療事故の判断に関する相談
- ②調査手法に関する相談、助言
- ③報告書作成に関する相談、助言（医療事故に関する情報の収集・整備、報告書の記載方法など）
- ④院内事故調査委員会の設置・運営に関する支援（委員会の開催など）
- ⑤解剖、死亡時画像診断に関する支援（施設・設備等の提供含む）
- ⑥院内調査に必要な専門家の派遣

(4) 支援団体のあり方について

- ①医療機関の判断により、必要な支援を支援団体に求めるものとする。
- ②支援団体となる団体の事務所等の既存の枠組みを活用したうえで団体間で連携して、支援窓口や担当者を一元化することを目指す。
- ③その際、ある程度広域でも連携がとれるような体制構築を目指す。
- ④解剖、死亡時画像診断については、専用の施設・医師の確保とサポートが必要である。

2. 医療安全対策委員会中間答申Ⅱについて

(1) 中間答申Ⅱの概要について

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、医療事故調査制度の施行を控え、とりわけ医療事故調査等支援団体として活動する医師会組織全体の役割と取組みの具体的な内容について検討を重ね、平成 27 年 4 月に、その中間的な検討の結果をとりまとめた。そこでは、各都道府県医師会を中心として、どのような方向性で支援団体として活動を進めていくかについての基本的な考え方を提示することに努め、さらに今後喫緊に検討すべき課題として、特に以下の 3 点を指摘した。

- ①院内事故調査の標準的な手法、体制と支援の具体的なあり方
- ②院内事故調査報告書の作成のあり方
- ③医療事故調査に関する専門的知識、技能を備えた人材の育成

これらを踏まえ、本委員会では引き続き、制度の開始に備え医療事故調査制度の運用、実務に直結した医師会組織全体の準備に資する参考資料を提示すべく検討を重ねた。今回の第 2 次中間答申は、支援団体としての活動に際して、具体的なマニュアルとなるものを作成すること、同時に個々の医療機関における院内事故調査においても参考となる内容を盛り込むこと、さらに、事故調査報告書の作成例など、具体的に活用可能な素材を提供することを第一の目的として検討を重ね、その結果をまとめたものである。（詳細については、「医療事故調査制度における医師会の役割についてⅡ～院内事故調査の手順と医師会による支援の実際～」(平成 27 年 8 月：日本医師会医療安全対策委員会)を参照)

(2) 院内調査支援のあり方について

日本医師会医療安全対策委員会

副委員長 上野 道雄

平成 16 年開始の先行事例では、初期対応を主として病院が担ったため、委員会開催までに日時を要した。一方、平成 24 年開始の福岡県医師会方式では、院外委員が医療事故調査の委員長を担

い、初期対応も医師会が担ったため、委員会開催までの日時が短縮できた。また、先行事例の多くは遺族の苦情が契機の民事訴訟となり、最終的には死因が追及されることから、曖昧な死因説明には効果が少ないこと等が分かった。
(参考資料)

	件数	刑事訴追	民事訴訟	金銭支払
福岡県医師会方式	11	0	2	1
先行事例	50	0	14	35
モデル事業	10	0	1	1

①望ましい事故対応

- 初期対応と院内医療事故調査委員会を遅滞なく開催する
 - ・弱者（若手医師、看護師等）への配慮を忘れず、疑問を大切に
- 院外委員が委員長を務める
 - ・結論に誤りはないかと常に疑問を抱く
- 当該病院と修正協議を繰り返して報告書を作成する
 - ・書くこと、読むことで浮上する疑問を大切に
- 報告書をわかりやすくかみ砕いて遺族に説明する
 - ・当該病院は審議と報告書の真意を十分理解する

②当該病院と協力した初期対応

- 事例の概略の聴取
 - ・概略を聴取して病態のおよその理解
 - ・審議に必要な事項の整理、論点の協議
 - ・問題点に適う専門分野の特定と院外委員の選出
- 聴取の課題等
 - ・当該病院と当事者の精神的負担が深刻
 - ・正確な事実を欠くと結論が揺らぎ、遺族の不信を招く
 - ・医師会の考えを述べ、関係者の心を開き、事実の収集を心がける

③医師会の基本的な考え

- 院外委員と病院との協力で病態究明を目指す
- 関係者の素朴な疑問が究明を導くこともある
- 看護師の意見や日誌が原因の究明に導くこと

もある

- 事実関係を誤ると、遺族の不信を招くおそれがある

④論点の整理

- 真相を埋もれさせないために
 - ・関与する事象（所見、検査値、疑問）を幅広く集める
 - ・看護師を始めコメディカルの意見や疑問も集める
 - ・事象から可能性（病態・疾病）を推測する
 - ・事象を疾病ごとにまとめ、時系列に整理する
 - ・病態の関連事象と妥当性の関連事象に分ける
 - ・最後に遺族の苦情を追加する

⑤院内事故調査委員会

- 忌憚のない審議を心がける
- 「結論に誤りはないか」と常に疑問を抱く

3. 医療事故調査費用保険について

日本医師会常任理事 今村 定臣

(1) 日本医師会 医療事故調査費用保険

①趣旨

「医療事故調査制度」のもとで、院内事故調査の実態にかかった費用を保険で補償する

②保険の対象者（被保険者）

日医 A1 会員のうち、すべての診療所と、99 床以下の病院の開設者及び管理者（開設形態の個人、法人は問わない）。対象会員は約 77,800 名

③保険金額、保険期間等

期間中 500 万円（平成 27 年 10 月 1 日から 1 年間、毎年更新）

④支払対象となる費用

院内事故調査に際し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
(例) 遺体の保管、搬送、Ai（死亡時画像診断）、解剖、院内調査の外部委員に対する謝金、交通費等

⑤保険契約の形態

日本医師会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

(2) 都道府県医師会向け 医療事故調査費用保険

①趣旨

「医療事故調査制度」のもとで、院内事故調査の実態にかかった費用を保険で補償する

②保険の対象者（被保険者）

医療機関の開設者及び管理者

③保険金額、保険期間等

期間中（1 年間）500 万円（ただし、大規模病院の要望に応じて「1,000 万円」の契約も可能）

④支払対象となる費用

日医事故調査費用保険に同じ

⑤保険契約の形態

各医療機関が保険契約者となり、都道府県医師会を通じて加入手続きをとる。病床種別、病床数に応じた保険料設定とする。

(3) 医療事故調査に係る費用（試算）

初動調査（外部施設への依頼）

- | | |
|--------------|---------------|
| ①死亡時画像診断（Ai） | 5 万円前後～ 10 万円 |
| ②解剖 | 25 万円～ 50 万円 |
| ③遺体の保管、搬送 | 数万円～ 30 万円 |

院内事故調査

- | | |
|------------------------------|----------|
| ①調査委員会の開催（外部委員 3 名・2 時間×3 回） | |
| ・謝金（1 回 2 万円） | 約 18 万円 |
| ・交通費（平均 1 万円として） | 約 9 万円 |
| ②報告書作成謝金 | 10 ～数十万円 |

合 計 約 80 万～ 200 万円

上記は過去の事故調査事例にもとづくものであり、一定の幅があることが現状。そのため、費用の目安値を策定するべく、実態について現在調査中。

4. 本県からの質問並びに日医の回答

(1) 医療事故調査費用保険における「支援団体への委託費用」について

平成 27 年 7 月 10 日付け「日本医師会 医療事

故調査費用保険の創設について」の「2 内容」の(4)の③において、「但し、支援団体への委託費用については 20 万円を限度とする」とあるが、支援団体が死体の解剖費用又は Ai 費用等を一旦立て替える場合は、「支援団体への委託費用」とは別ものとなるのか。また、支援団体の事務職員の人件費は「支援団体への委託費用」に含まれるのか、あるいは同②の「謝金等」に含まれるのか。

「支援団体への委託費用」とは、相談、助言又は関係機関との連絡調整費等を含む総合的な費用であり、外部の調査費用に対する医師会立替えについては別費用である。

(2) 院内事故調査終了後の調査について

医療機関からの医療事故調査・支援センターへの報告による院内事故調査終了後に遺族側から調査依頼があった場合は、厚生労働省の「医療事故調査制度に関する Q&A」の A16 にある「新たな事実を調査するというより、院内事故調査結果の医学的検証を行いつつ」とお対応することとなるが、この場合の「医学的検証」には、解剖結果を当初とは別の解剖医へ所見を求めることも含まれるのか。

原則として、資料の再検証という理解をしていただきたい。

(3) 医療事故の第一報の受付体制について

厚生労働省の「医療事故調査制度に関する Q&A」の A6 によると、「医療機関は、医療事故が発生した場合、まずは遺族に説明を行い、医療事故調査・支援センターに報告します」とあるが、このように、医療事故調査の対象案件の第一報は医療事故調査・支援センターへ報告され、例えば深夜等は同センターで解剖等の手順説明が行われ、その後（翌日等）、各都道府県に設置されている支援団体へ情報が送られるのか。あるいは、同センターだけでなく、支援団体も 24 時間 365 日の受付体制が必要なのか。

医療事故調査・支援センター（日本医療安全調

査機構)において、夜間・休日の受付体制を準備する。

(4) 死体の搬送について

医療事故調査の対象案件が発生し、解剖又は Ai の施設へ搬送するにあたり、「死亡診断書等」が作成されていれば死体搬送となり葬儀会社へ依頼することが想定されるが、「死亡診断書等」が作成されていない場合は葬儀会社へ依頼することは難しい。この場合は遺族の自家用車又は医療機関の車で搬送することになるか。このような場合の法的整理についてご教示願いたい。

死体搬送に関する法律が整備されていない状況である。例えば葬儀会社へ死体搬送を依頼する場合は「死亡診断書」を付けることが望ましく、「死

亡の原因」欄には「不明」と記載することで構わない。「死亡診断書」は死因が判明した時点で記載の変更が可能である。

5. 総括

日本医師会副会長 松原 謙二

いよいよ制度がスタートするが、この制度については医療側、患者側が長年議論をしても成立が困難であったものを、今回は「まずはやってみよう」ということで各方面が協力し成立に至った法律である。これから皆さんがよいものに構築していくことになる。そうすれば警察側も理解し、その先の問題も議論することになる。是非、医療界が一致団結して取り組んでいただきたい。

多くの先生方にご加入頂いております！

詳しい内容は、下記お問合せ先にご確認ください

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

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 083-924-8005

損保ジャパン日本興亜

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

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551

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

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、ご確認ください
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	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
	パソコン	電子メール 又は USB/CD-R/FD の郵送	11 月 20 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、必ず著作権や版權にご注意ください。 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 中国四国医師会連合総会

と き
平成 27 年 9 月 26 日（土）・27 日（日）

ところ
ホテルグランヴィア岡山



今年度の総会は、岡山県医師会の担当により開催された。

初日、まず中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告、そして分科会・総会の運営や時期開催等の協議が行われた。

その後、3つの分科会が行われた。

第 1 分科会

地域包括ケア

日本医師会から中川俊男 副会長を助言者に迎えて開催された。

中川日医副会長 現在の日本医師会としての重要な課題は、年末の来年度予算編成における診療報酬改定率についてである。最大の問題は薬価改定財源を本体改定財源に充当するのか、もう一つは消費増税 8%の毎年増の収入についてである。消費増税の概念は全体を 1 対 4 に分け、5 分の 4 が社会保障の安定化の維持分、5 分の 1 が社会保障の充実分であるが、改定財源に当てるのは社会保障の充実分であり、その 5 分の 1 が社会保障に使われているか厳しくチェックしていきたい。

各県からの提出議題

1. 地域包括ケアシステムの構築の中で重要な役割を担う「在宅医療・介護連携推進事業」（地区医師会と市町村の連携状況及び進捗、病院の後方支援体制の充実）について（鳥取県）

地域包括ケアシステムの構築は、平成 27 年度より介護保険制度の地域支援事業として位置付けられ、市町村が取り組むこととされたが、この中で重要な役割を担う「在宅医療・介護連携推進事業」については、地区医師会と市町村との連携体制が必要となる。

各県の取組み状況や進捗状況、また県（保健所）の支援等の状況をご教示願いたい。

医師会と病院団体との協議・検討の場の有無など、取り組んでいる事例があればご教示願いたい。

在宅医療・介護連携推進事業は、平成 30 年度からの完全実施を目指して各市町で準備が進められている段階であり、各市町、地域包括支援センター、郡市医師会によって取組みに温度差があるが、各県から医師会との連携による事業実施が取

組み易いのではないかと報告であった。

後方支援体制については、ほとんどの県が病院団体との協議の場で特に検討されていないものの、連携はとれているとの報告があった。

2. 慢性期機能病床と在宅医療の充実について

(島根県)

安心、安全を確保し、住み慣れた地域を維持・発展させるためにも地域包括ケアシステムの構築は必要であり、それを担保する療養病床の削減には慎重であるべきと考える。目標を設けた削減ありきであってはならず、医師会の主体的な取り組みが求められるが、地域環境の現状分析を行い、地域の将来を見据え必要とする病床数の根拠を示す必要があり、医師会としての最大限の努力が求められる。必要とする慢性期病床の確保（特に有床診療所）に向けた取り組みについて各県はどのような対策を行っているかご教示願いたい。

岡山県医師会からは、急性期医療、慢性期医療、在宅医療・介護、経営等のテーマに即し、データに基づいた政策議論を展開するため、「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」を発足するとの報告があった。また、二次医療圏単位でなく小規模なエリアで必要病床数を検討する必要性について県に求めていることも報告された。

有床診療所については、各県のほとんどが在宅医療の後方支援機能や終末期医療に果たす役割が大きく、療養病床の確保は地域包括ケアシステムに必要であるとの報告があった。徳島県からは、本当にこの数字が適当なのか、地域格差というのは大きな問題なのか、もう少し議論が必要ではないかとの意見があった。

日医 内閣官房の専門調査会が 6 月 15 日に発表した集計結果は 2025 年の患者数であり、その患者数に対して構想地域の先生方が自分たちの病院はどうしたらいいのか、「周りの病院と相談しましょう」というのが地域医療構想である。

ガイドラインには「地域の事情」という言葉が何回もでてくる。場合によっては期限延長してもよいと書いてある。

地域医療構想は、結論からいえば病床削減の機能はない。今後一番の問題は診療報酬である。4 つの病床機能のうち、どの機能を選択しても経営が成り立つように診療報酬を徹底的に求めていきたい。

3. 在宅医療・介護連携推進事業について(広島県)

各県において地区医師会と市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施するにあたり、県医師会としてどのような支援を行い、在宅医療が望ましい姿で実施されるよう対応されているのか、現在の状況と考えなどを教えていただきたい。

在宅医療・介護連携推進事業は、郡市医師会が市町と連携して行う事業であり、ほとんどの県医師会では直接的には支援等は行っていないが、各県とも各市町の実態を把握しながら今後の取り組みを考えていくことなどが報告された。

4. 地域包括ケアで何をすべきか？(山口県)

(1) 在宅医療と新オレンジプラン

地域包括ケアにおいて医療サイドが積極的に活動できる領域は、在宅医療と新オレンジプランの 2 点と考えられるが、これらへの取り組みは各郡市医師会で温度差がある。

在宅医療に関しては在宅医療コーディネーター、新オレンジプランでは認知症サポート医・かかりつけ医がキーパーソンとなるであろう。

また、新オレンジプランではサポート医・かかりつけ医を 3～4 倍に増やさなければならないが、各県の進捗状況はいかがか。

(2) 地域医療構想との関連

地域医療構想では慢性期病床の削減が最大のターゲットと考えているが、各県での認識はいかがか。地域包括ケアにおいても、重要な役目を果たすと考えられている有床診療所もスプリンクラーの問題も関連して、10 年後には産婦人科しか生き残れないのではないかと危惧する。各県の状況はいかがか。

認知症初期集中支援チームにおいて、認知症サポート医の位置づけが明確になったため、各県で

は認知症サポート医の受講者が増加傾向にある。ただ、本業の合間に認知症サポート医の役割に取り組みざるを得ないなど課題もあり、認知症サポート医支援システムの構築が必要との意見も出された。

また、有床診療所については、地域包括ケアシステムが構築されるなかで医療機能を備えた療養病床が必要とされ、削減されれば地域の在宅医療に影響を及ぼすことなどが報告された。

5. 地域包括ケアシステム構築への問題点・・・ 平成 27 年度介護報酬改定より（徳島県）

今回の介護報酬改定で、その担う機能は評価されたとのことではあるが、ハードルの高い療養機能強化型 A、B を取れなければ生き残れないと言われている。各県では介護療養型医療施設の施設基準の届け出状況はいかがか。

また、在宅介護サービスの要となる居宅介護支援事業所への特定事業所集中減算も、追加サービス項目については 9 月 1 日から実績判定期間になるが、各事業所にとって非常に厳しいものになると予想される。在宅医療・介護連携とも関わってくるが、各県、各地域ではどのような対応をされているかご教示願いたい。

高知県から、介護療養型病院は 44 病院、うち強化型 A は 6 病院、強化型 B は 2 病院、その他 36 病院となっていて、全病院の 1 件あたりの新旧比較の減点点数では、平均 2.7 万円／月で、100 名の入所者があれば 270 万円／月の減額であり、経営を圧迫していることが報告された。

ちなみに本県では現時点において、介護療養型病院は 34 病院、うち強化型 A は 7 病院、強化型 B は 2 病院、その他 25 病院となっている。

日医 特定事業所集中減算について、日本医師会介護保険委員会で次のような主旨でとりまとめを行っている。

「特定の事業所に不当にサービスが集中することがないよう公正中立性の確保を目的にした特定事業所集中減算の主旨は理解できるが、医療・介護の現場ではこの減算によって良質な介護サービ

スの提供や地域の特性、実績を配慮したサービス提供を困難又は阻害するケースも起きている。この点に鑑み、行政のサービスについて適用要件から除外するなど算定要件の見直し等、早急な対応及び改善が必要である。」

一方、この特定事業所集中減算には正当な理由があれば除外されるという規定がある。厚生労働省通知では都道府県知事において判断する、となっている。

介護療養病床は、現時点では平成 29 年度末をもって廃止する方針が今も継続しており、転換支援策として 21 年度から行われている、いわゆる転換型老健も厚生労働省の狙い通りに動いているとは言い難い状況である。厚生労働省に設置の「療養病床の在り方等に関する検討会」では、年内を目途に具体的な対策の選択肢の整理を行うことになっているが、選択肢は年明けの社会保障審議会医療部会もしくは介護保険部会において制度改正に向けた議論を開始する予定になっている。

日医としては要医療、要介護の高齢者がさらに増加することは当然なことであり、まずは介護療養病床の存続も選択肢の一つとして、同時に仮に介護療養病床を廃止して新たな類型を創設する場合については、介護保険制度において長期の入院療養が可能な介護療養病床の機能を医療機関として残す型、その際には転換型老健よりもさらに医療機能をより充実させる必要があると考えて主張していく。もう少し時間がかかるが、混乱がないようにしていきたい。

6. 地域包括ケア会議について（香川県）

年数回の地域ケア推進会議への参加は比較的容易と思われるが、地域ケア個別会議については負担も大きく課題がある。各医師会での取り組みや工夫、ご意見をお聞かせいただきたい。

ほとんどの県で、地域ケア会議には、時間的制約・時間帯調整不足で参加が困難としているが、一方、医師の参加は必要であるとの意見もあった。

本県では、先に地域の実情把握のためアンケート調査を実施した。調査結果では、現時点での地域ケア会議は昼間の開催が多く医師の参加は困難

となっているが、午後 6 時以降であれば医師の参加もしやすく、現実には夕方以降に開催しているケースもあった。

7. 認知症初期集中支援チームについて（香川県）

認知症施策として、「認知症初期集中支援チーム」による認知症の早期診断、早期対応や地域支援推進員による相談対応等により、認知症でも生活できる地域を実現することが挙げられている。このチームには認知症サポート医が入り、徐々に各市町村での取組みが始まりつつあると思われるがその状況や課題について、お聞かせいただきたい。

ほとんどの県から、認知症初期集中支援チームは全市町に設置が義務づけられていることから、今後、市町村において認知症サポート医の確保や専門医との連携が重要になることが報告された。

8. 地域包括ケアシステムについて（愛媛県）

これから各市町村は介護予防・日常生活支援総合事業に取り組んでいくが、労働人口の減少や独居世帯・高齢者のみ世帯の増加、認知症患者が増加することを考えると、現実はなかなか厳しいのではないかと。

まずは、地方自治体が住民に対して行政の施策・方針に関する正確な情報提供と地域特性に応じたコミュニティの将来像を明示すべきだと考えるが、各県医師会はいかがお考えか。

各県ともに住民の意識改革が重要な課題と認識している。地域包括ケアシステムの主体は住民であることから、市町の施策や方針について住民に積極的に開示することなどが求められている。コンパクトシティなどの計画も自治体から明示されており、協力体制づくりに医師会も協力していくことが重要との意見であった。

9. 在宅医療・介護連携推進事業における事業計画（地域包括ケアシステム）「ICT 連携システム」構築について（高知県）

1) 高知県では、事業項目の中の相談事業から開

始するのがベターと考えていて、ここに地域支援事業からの資金を得て地域医師会内に窓口を置いてコアとなることを想定している。各県での取り組みの状況をご教示いただきたい。

2) 一方、高知県では、情報共有について、高知大学にクラウドを置いた ICT 化システムを立ち上げて、在宅患者に対する端末 ICT によるリアルタイムの多職種による情報共有を確保するために現在検討中である。各県において、先進的に取り組んでうまく機能しているところがあればご教訓願いたい。

ほとんどの県は、ICT 連携システムについては、ランニングコストに基金を充当することができないため慎重論が多く、セキュリティ面も課題となっている。ICT を活用した医療情報ネットワークについては、県レベルや市レベルにおいて運用や取組みが進められている。

本県から、市医師会レベルであるが、介護関係において在宅医療を中心に LINE のようなシステムを始めており、書き込みしやすく記録ができるので大変分かりやすく、今後は何らかの形で広まることを期待していると紹介した。

10. 地域包括ケアシステムの構築に向けた各県医師会の取組み状況について（岡山県）

岡山県医師会では、昨年 9 月に地域包括ケア部会を常設部会として新規に設置した。当部会は、県医師会担当理事及び任命委員 15 名、地区医師会担当理事 28 名、岡山県の歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会、病院協会、老人保健施設協会、訪問看護ステーション連絡協議会、内科医会からの委員 8 名、岡山県担当 3 課長の総勢 54 名で構成されている。

各県医師会の地域包括ケアシステム構築に向けた取組状況を伺いたい。

各県からは、特に県レベルでの取組みはないが関係会議等に参画し支援していると報告された。島根県から、出雲医師会では行政が「医師会は敷居が高い」と感じていることから、医師会から市に向けて意見交換の場を持ちかけ開催していると

の取組みが報告された。

本県では、先に実施したアンケート調査結果において会員理解度が 50% 余りのため、今後、講演会や研修会などを通して理解を深めていきたい。

日医からは、かかりつけ医は総合的観点から検討が必要であるとして、次期診療報酬改定ではかかりつけ医を評価していきたい、との発言があった。

日医への要望・提言

1. 多職種連携のための介護職向けの全国共通の医療研修プログラムを作成してほしい。(鳥取県)

日本医師会では文部科学省委託事業で「診療所・中小病院で働く医療者の『多職種連携力』を高める教育プログラム開発」を行っているが、施設や在宅（居宅）の介護職向けにも、必要最低限の医療知識研修プログラム（医療用語解説のようなものも含む）を策定してほしい。

日医 日医では、同事業を今年度も受託している。地域包括ケアシステムの医療介護の総合的な窓口機能が重要と考えており、地域の医療介護資源を適切にコーディネートする、いわゆるワンストップサービスで人材を養成するものである。診療所・中小病院となっているが実際には在宅の医療・介護に重点を置いている。昨年度、ケアマネをはじめとした介護職にとって医師は非常に敷居が高いと指摘されたため、地域医師会によるケアマネのための医療介護連携事業で学習教材を作るのが今年度の主な取組内容である。作成できたら全国の医師会に配付するので、ケアマネの学習会などに活用してほしい。ケアマネの試験合格後の研修制度については、平成 28 年度よりこれまでになかった医療職をはじめとする多職種連携に関する講義「医療への理解を深めるための講義」が新たに盛り込まれる。こうした改定の影響により、一定期間経過後に厚生労働省による実態調査が行われるので、調査結果についても都道府県医師会に情報提供する。

2. 介護職員処遇改善加算の医療保険への導入について（島根県）

現在、介護保険施設等における介護報酬では、介護職員の処遇改善を目的として「介護職員処遇改善加算」が設けられている。

医療機関における医療療養病棟、回復期リハビリテーション病棟等、主に慢性期医療を中心とした病棟にも介護福祉士をはじめとする介護職員が多数配置されているが、これら医療保険適用病棟では介護職員への処遇改善目的の加算は存在していない。

そこで、医療保険適用病棟にも介護職員処遇改善加算を導入し、少なくとも賃金において介護保険施設と同等の処遇が実現できるよう切に願うものである。

日医 医療保険適用病棟における人員配置基準は、看護補助者を配置する基準である。ただし介護職員処遇改善加算の算定状況を見ると、介護導入型医療施設における算定率が最も低い。最大の問題は院内における職種間、職員間の賃金の格差や不公平感が生じることである。従業員の給料基準は労使間で決定されるもので、介護報酬本体、診療報酬本体の引き上げによって従業員の給与に対応することが本来の姿と考える。国政の加算手当によって労使間の条件を縛るということは健全な形ではない。

しかしながら、介護従事者を取り巻く環境が厳しいことは承知している。処遇改善は必須事項であることから今後、この加算を継続する場合であっても単に給与の引き上げにとどまらず、サービスの質の向上のための研修、産休・育休の取得、保育所の整備、短時間勤務の導入といったワークライフバランスの改善に必要な人件費の増加などへの対応など、より幅広く活用できる仕組みが必要と考えているため、総合的な施策を講じるよう国に求めている。

3. よりよい地域包括ケアシステムの実現に向けて（広島県）

よりよい地域包括ケアシステムを構築するためには「①人、②物、③財源」の 3 点が非常に重要

であると考え。人材を確保し、質を高めていくためには、やはり財源が必要である。

日医には、国に対して地域包括ケアシステムを全国的に定着させるために必要な予算措置と政策について強く要望願いたい。

日医 各地域でさまざまな実情があるため、地域包括ケアシステムを全国的に定着させるための予算措置と政策については、地域医療構想や地域包括ケアシステムに十分反映しなければならないということを強調・確認してきた。社会風土や生活様式も全国で異なっており、地域医療構想は地域の実情に応じることが策定ガイドラインにも明記されている。

地域包括ケアシステムが各地域で定着するかどうかは、郡市医師会が地域の実情の必要性を反映しながら、かかりつけ医機能を中心にした市町村計画を立てることができるかどうか、さらには都道府県医師会も支援できるかどうかにかかっている。

4. 地域包括ケアで、都道府県医師会は何をなすべきか？（山口県）

地域密着を唱えながら、コンパクトにすればするほど集中減算を取られるのは方向性に矛盾があり、改善の方向で対応してほしい。

5. 地域包括ケアシステム連携パスの創設について（徳島県）

多くの地域で医療と多職種との連携を深めるためには、地域包括ケアシステムに参加しやすく、わかりやすく、かつ簡便な連携パスを作成する必要があると思う。

日医として全国共通の地域包括ケアシステム連携パスの創設を国に働きかけていただきたい。パス発行費用については、利用者負担が適当でないかと思う。

日医 2006 年の医療法改正によって病院・有床診療所の管理者には退院後の療養が必要な患者に対して退院療養計画書（地域連携クリティカルパス）を発行することが努力義務として課せられた。対象疾患は限定されておらず、診療報酬で評価さ

れている大腿骨頸部骨折や脳卒中だけではない。努力義務のため発行する、しないは医師の判断次第でよいと思うが、病床機能が次第に収れんされていき、事業と介護の連携が進んでいくこれからは徳島県医師会の提案もよいと思う。千葉県のように全県共通パスを作成している地域もあると聞いている。

ただし、全国共通とした場合、地域の実情に応じて柔軟に運用できるのか、診療報酬上、パス発行費用を別途徴収できるのか、診療報酬や介護報酬の要件とされてしまうかの懸念や課題が出てくる。逆に各県医師会の考えをお聞きしたい。

6. 地域包括ケアシステムと地域医療介護総合確保基金について（愛媛県）

（１）既存事業との整理が前提となるが地域が主体となって、独自の発想で新たな予防事業（介護予防以外の疾病予防対策）、生活支援、住まいの確保等の事業を実施したい場合に、地域医療介護総合確保基金を活用できるよう間口を拡げてほしい。

（２）在宅（在宅とされるところを含む）で生活される方への医療提供については、在宅医療として訪問診療が議論の俎上に上がるが、やはり可能な限り外来に通院していただくことが基本だと考える。これも既存事業との整理が前提となるが、例えば医療機関の外来環境の整備（バリアフリー化）であるとか、自治体が独自に定める通院支援サービス等は、地域医療介護総合確保基金の対象とはならない。

日医 そもそも基金は社会保障の充実のための消費税増収財源を充てているが、本来は診療報酬の改定財源である。疾病予防や住まいなど患者の QOL や地域包括ケアシステムにとって重要なことではあるが、別の財源を確保して対応すべきだと考える。

特に有床診療所や中小病院ではかかりつけ医機能を担っている場合もあり、入院と外来の担い手といえる。かかりつけ医機能の推進策であることを全面的に打ち出して県に折衝したほうがいい。

7. 介護保険における介護療養病床存続と病床転換について（高知県）

高知県では老人人口比が全国一位であるため、大幅な削減を余儀なくされている。まず、要介護 4～5 の寝たきり老人がほぼ 9 割入所していることから、施設の廃止及び転換としても、これらの患者の受け皿がなく、24 時間在宅医療と介護の整備はいまだできていない。

また、介護療養病床を介護在宅施設に転換することには改築資金の調達、人員整理、病床数の削減対応などの面でかなりの抵抗がある。

そこで日医への提言として、これらのビジネスモデルとしてどのような施策があるかをシミュレーションとして提示していただきたいことと、国に対して十分な財政支援（基金）を求めてほしい。

8. 地域医療構想における慢性期の必要病床数の検討について（岡山県）

慢性期病床については、2025 年における在宅医療の普及予測と照らし合わせ、2 次医療圏単位ではなく市町村単位や複数の日常生活圏域の集合単位レベルの小規模なエリアで必要病床数を検討すべきと考える。在宅医療の提供度合や家族介護力等については、地域によって大きく異なり、地域の状況に応じて在宅医療を補完する慢性期病床の必要数をきめ細かく検討することが重要であるため、日医においても是非ご理解いただければありがたい。

日医 今年 6 月、内閣官房の「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」は、療養病床を減らす一方で将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数を 29.7 万人～33.7 万人と推計したが、在宅の受け入れ基盤がどれほど確保できるかは全く考慮されていない。また、稼働病床を削減する権限も機能もない。慢性期機能と在宅医療は一体的に推計されるべきであり、本来、必要病床数も地域の実情によるべきと考えている。構想区域より小さな単位で必要病床数を考えることは地域の実情を反映し有意義であると思うが、狭い範囲では近隣地域と融通が利かなくなるおそれがあるので、

やはり必要病床数は構想地域の単位で考えてほしい。ここで鍵になるのは地域医療構想調整会議であり、かなり柔軟性を持たせてもらっている。調整会議の議長は郡市医師会の会長が就任してほしい。さらに都道府県医師会の参画をお願いしており、地域の医療介護の実情に応じた検討を行っていただきたい。

その他（質疑応答）

徳島県 岡山県医師会地域包括ケア部会のように各県に部会が設置でき、全国連絡会議に発展するとよい。医師が参加することに意義がある。

岡山県 当初の介護保険部会を発展的に対処し地域包括ケア部会にしている。また、地域医療構想・包括ケアシステム研究会では地域医療構想と包括ケアシステムを一緒に議論している。

山口県 平成 27 年度医療介護総合確保基金（医療分）の第一次内示の 90% が箱物に充てられており、在宅医療や医療従事者確保事業に担保がなく従来の活動ができない状況にある。

日医 10 月初めに第二次内示が出される。そもそも 904 億円の予算に医政局の一般会計予算の 280 億円を振り替えており、その中に看護学校など既存の事業が含まれている。当初の三本柱（病床機能分化連携・在宅医療・医療従事者の確保）のうち病床機能分化連携が主体であると財務省主計局は言い張っている。地域医療構想はまだどこの県もできていないし、予算を立てることは無理な話である。既存事業は極力担保するよう交渉している。

岡山県 多くは施設整備に回されているが、県の努力でかなり上乘せしてもらっている。また、病床機能分化連携では、協議の場で個々の医療機関の経営状態まで配慮してほしいと要望している。

日医 地域医療構想調整会議の役割は、多すぎる病床機能を削減するものではなく、不足している病床機能を手当てしようというものである。

島根県 在宅医療の担い手が減少傾向にある。

日医 在宅医療については、初期段階で間違った方向性をとると最終的に取り返しがつかないこと

になる。中医協ではまもなく「在宅専門診療所」についての議論が始まるが、基本的に日医は反対である。在宅医療や訪問診療は、かかりつけ医の患者が通院できなくなった延長線上にあり、かかりつけ医が患者のところに行くことが大原則である。ただ都会では、かかりつけ医が在宅医療に追いつけないため、在宅専門診療所は必要というのが持論である。

まずは患者との信頼関係を保ち、株式会社が参入しないようにしなければならない。

報告：専務理事 河村 康明
理 事 香田 和宏

第 2 分科会

医療政策（基金、ビジョン、診療報酬、救急災害等）

第 2 分科会は、日本医師会の松本常任理事をコメンテーターとして、当番県である岡山県医師会の司会により討議された。

各県からの提出議題

1. 「地域医療介護総合確保基金」について

（島根県）

平成 26 年度の総合確保基金は医療分が対象とされたが、27 年度は新たに介護分も対象となる。本県では、訪問看護を地域包括ケアシステム構築のための重要なサービスと位置付け、その体制を支援するために、「訪問看護支援検討会」で意見集約を行った。その中で、在宅医療を支援するため、国の基金を利用し、市町村が行う在宅医療推進に対し、①訪問診療確保対策事業、②訪問看護確保対策事業、③訪問看護ステーションサテライト整備事業を創設することになった（予算化は基金



の内示後に行う)。地域包括ケアシステムの構築、とりわけ在宅医療を推進するための各県の総合確保基金による支援制度についてお尋ねする。

各県から、訪問看護に関する事業（従事者確保、訪問看護ステーション運営補助等）、特に中山間地域での在宅医療・訪問看護を支援する事業や ICT を活用した在宅医療と介護のネットワーク化などの事業が挙げられた。山口県では、病院等が主体となって、かかりつけ医等が行う訪問診療・往診の促進・支援を行う事業が行われている。

広島県からは、「在宅医療を進めるためには地区医師会が中心となるが、地区医師会での取組みを事業として計画しても、広域性がある（医療圏単位の）計画でなければ、基金で予算化できない」と県行政に言われている」との意見があった。また、実際に事業を実施することになるのは地区医師会であるため、県医師会の役割としては、地区医師会との連携（情報集約・提供）、県行政との調整、人材・財源等が不足する地区への支援などが挙げられた。

日医 在宅医療は地域医師会が中心となって取り組まれることは当然のことと思っている。ご指摘のとおり、特定の地域に限られる事業については、国・県行政が基金事業として良しとしない実態があると聞いている。地域での実情を日医からも国へ伝えていきたい。

2. 地域医療ビジョンの策定について（広島県）

地域医療構想の策定は、ガイドラインにより構想区域を新たに設定できることになっている。本県では、まずは既存の二次医療圏ごとに設置の「圏域地対協」をベースに協議の場を設置し、構想区域の設定について検討している。国から提供のデータや患者の受療動向、地域の先生方の意見を材料に検討しているところである。以下の点について各県の状況をお伺いする。

- ①県境における構想区域の設定について
- ②新たな財政支援制度について
- ③病床機能報告制度について

①国のガイドラインでは、基本的に他圏域からの流出入を加味する（医療機関所在地ベースの推計を採用する）場合には、流出入先の圏域との調整が必要であり、県境であれば他県との調整が必要となる。今のところ、隣県との調整まで進んでいる県はなかった。

高知県からは患者住所地の医療需要を基本とすること、香川県からは現在の 5 医療圏から構想策定を機に 3 医療圏へ集約することを医師会として提案予定であることが報告された。山口県では構想の策定に向けて、今後の各圏域の協議会で圏域外の流出入をどう扱うか検討することになる。

②まだ地域医療構想が策定されておらず、来年度の診療報酬改定の内容も不明な時点では、病院・有床診療所において病床機能の転換について判断ができない状況である。したがって、基金を財源とした病床機能の転換に関する具体的な事業はまだ少なく、回復期への病床機能転換の設備整備が挙げられているが、実際に活用される事例はまだ少ない。徳島県では、基金を利用した厚生連と医師会病院の統合が決まり、約 130 床の病床削減になることが報告された。

③病床機能報告制度について、特別な取り組みや支援をしている県はなく、各医療機関の判断に委ねている。そもそも国が示した基準が曖昧で、問題があるといった意見が多かった。

日医 全体と言えることは、調整会議の進捗状況、行政同士の意識も各県・市町でまちまちである。三重県医師会では、県医師会役員だけでも共通の認識を持つように勉強会をするとともに、各協議会へ必ず理事が出席するようにしている。

3. 地域医療構想（ビジョン）の策定状況について（香川県）

厚労省は、二次医療圏を原則としつつ、人口規模や患者の受療動向を考慮して構想区域ごとに医療需要と医療提供体制を検討することを求めている。すなわち高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとの必要病床数を算定し、強制力はないしながらも病床機能の転換や集約化が進むような施策を実行していくものと思われる。必要病床数を

定めるだけでは絵に描いた餅だが、診療報酬の締め付けと相俟って次第に収められていく可能性があり、有床診療所と小病院の将来に大きな影響を与えると思われる。

そこで各県の地域医療構想の策定状況と、ビジョン策定後の地域医療構想調整会議のメンバー構成に関して、現状や提言があれば教えていただきたい。

基本的には、策定するために現在設置されている協議会のメンバーがそのまま、策定後の協議会メンバーになるとの回答であったが、医療・介護提供者側が多すぎない方が良いといった意見もあった。

4. 地域医療構想における病床の機能分化や転換についての具体的施策について（高知県）

人口比で全国一位の療養病床を持つ高知県では地域医療構想にて大幅な病床削減を求められている。高知県の高額医療費の主な要因は後期高齢者の入院医療であるが、高齢者の増加や核家族化により増加した医療・介護・福祉のニーズに対し病院、特に療養病床が受け皿になってきたこれまでの経緯がある。また、療養病床入院患者を対象に行った調査では、老人保健施設や特別養護老人ホーム入所が相応しいとされる患者も一定数入院している。ただ、こうした患者を介護施設、居宅系施設、在宅療養に移行するためには多くの高いハードルがあると言える。具体的には、療養病床からの施設転換に対し公平に助成金が投入されること、医療法人による転換先となる介護施設の運営が可能であること、低所得や独居などの高齢者でも低廉な家賃で生活支援を受けながら暮らせる居宅施設であること、中山間地域での在宅介護サービスを確保すること、訪問看護など受け皿となる 24 時間の在宅医療・介護の整備を行うこと、入院医療に関する県民の意識改革を行うこと、何よりも行き場のない入院患者を出さないことなどが挙げられる。全国一律の診療報酬上の施設基準締め付けにより病床削減が誘導される前に地域医療構想において本県独自の病床機能分化、地域医療の効率化を図るべくスピード感を持って県

行政とともに構想策定に望んでいるところであるが、特に在宅医療・介護の受け皿整備や県民の意識改革については 2025 年までの整備が難しく長期的な施策が必要である。今回、新たな基金を用いて療養病床入院中の患者につきレセプトに反映されない医療行為や医療資源投入状況、患者の経済状況や家族構成、地域の在宅医療・介護資源などの分析を行う予定である。これら現実的で詳細なデータの分析結果に基づき、病院経営者自らが 2025 年とそれ以降における地域の中での自院の役割や存続の仕方が判断できるようにしたいと考えている。

他県においても地域の実情に応じた病床機能分化や転換について検討しているところであろうが、本県と同様の課題を持つ地域について、独自の具体的施策があればご教示いただきたい。

山口県では、療養病床の入院受療率が高知県に次いで全国二位であり、2030 年（2025 年ではない）に向けて病床機能分化や転換について模索しているところである。そこで、8 月に療養病床を有する病院・有床診療所に対して、「療養病床入院患者の医療必要度」を調査した。その結果、療養病床の入院患者の 67.7%が「医療が必要なために在宅等へ送れない」という回答であり、退院させられない理由には、「医療が必要なため」以外にも、「独居や老々介護で介護者不在のため」、「受入施設がない、順番待ち」などがあり、それらを含めると退院させられない患者は更に多いという調査結果を報告した。鳥根県や高知県においても、同様の調査を今後実施する予定とのことであった。

徳島県からは、地域密着型介護老人福祉施設（小規模特養）が増えてきているが、医師会のコントロール下にないため、将来的に療養病床の転換にも支障を来すのではないかと危惧しているとの意見があった。

日医 ご指摘のあったとおり、全国的に、特にサ高住は医師会が把握していないところで増えてきているため、病床から転換していく障害になるのではないかと危惧している。

入院患者の実態を把握するための、いわゆる NDB データの利用については、国と交渉しなくてはいけないと考えている。療養病床におけるデータ（DPC やレセプトに載らないデータ）もおそらく国は把握していると思われるため、そのデータがどのように使われるか注視していきたい。

いずれにしても、無理やり病床を削減していく制度ではないことを、常に県行政等と確認をしていくことが重要である。

5. 特別養護老人ホーム等の配置医師に対する報酬について（山口県）

特別養護老人ホーム等（特養等）の入所者については、医療の必要度は低いとの前提のもとに「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の通知（最終改正：平成 26 年 3 月 28 日 保医発 0328 2）が発出されており、各施設での医療については、契約している配置医師のみが対応する制度とされ、配置医師でない医師は「みだりに診療を行ってはならない。」と規定されている。

また、その配置医師の診療報酬については、「施設に入所している患者に対して行った診療については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付において評価されているため、初診料・再診料、往診料は算定できない。」とあり、特定疾患療養管理料、在宅自己注射指導管理料及び在宅中心静脈栄養法指導管理料等の管理料も算定できないと定められているため、医療保険制度による報酬は大きく制限されている。

これらの通知については施設側もほとんど内容を理解しておらず、当該配置医師も知らないままに契約し、誤って通常の診療報酬請求をしたことから、会計検査院の調査により返還金を要求され、結果的に全く採算が合わない状況になる医師も多く発生している（山口県医師会によるアンケート結果）。

今後、2025 年問題及び特養等の入所要件が「要介護 3 以上」に変更されること等により、特養等での医療必要度は増すばかりであるが、そのことに対応する診療報酬制度は未成熟と言わざるを得

ない。既に、療養病床のベッド数の制限などから、本来、入院が必要な患者が特養等へ流れ込んでいる現実もあり、それらの医療に対応するためには、同通知の内容を見直し、基本診療料以外は算定を認めるなどの対応が必要と考えるが、各県における配置医師の報酬の状況等及びこの問題に対する日医の考えを伺いたい。

医療が必要な患者が特養等へ流入していることについては、各県とも危機感があり、制度の改正を求めている。

日医 この問題は平成 12 年に介護報酬が導入された時点で、厚生労働省において保険局、老健局等の間でボタンのかけ違いがあったものであり、その後の調整が難しい項目の一つである。日医としては、事態の重要性を理解しており、診療報酬制度の中で調整する方法を模索しているが、配置医師として必要な医療費は施設と交渉いただくようお願いしたい。

6. 死因究明等推進計画検討会最終報告書について（徳島県）

平成 24 年に死因究明等の推進に関する法律が成立し、同年 9 月に死因究明会議が内閣府に設置され死因究明等推進計画検討会の最終報告書が示された。その中に、「1 法医学に関する知見を活用して死因究明を行う専門的な機関の全国的な整備」として地方公共団体内に死因究明等推進協議会（知事部局、警察、医師会、歯科医師会、大学等）を設置することとなっているが各県の取組みについていかがか？

また、「3 死因究明等に係る業務に従事する警察等の職員、医師、歯科医師等の人材の育成及び資質の向上」において、今後は、厚生労働省及び日本医師会、関係学会等が連携して死体検案研修内容の充実を図り、5 年後を目途に、原則、当該研修を修了した医師が警察等の検視・調査への立会い・検案を実施できるよう、研修に携わる医師の充実及び技術向上に努めていくとされている。研修の場所や内容・時間によっては検案を担う医師の確保が困難になることが考えられるが、各県

のご意見と日医の見解をお聞かせ願いたい。なお、現在、徳島県医師会が独自に行っている遺体検案研修会は講習時間 7 時間、研修を修了した医師会員は約 90 名である。

死因究明等推進協議会については、現時点で本格的な運営をされている県はなく、様子見の状況が窺えた。

7. 回復期病棟における運動器リハビリテーションの算定の実態について（鳥取県）

回復期リハビリテーション病棟における、9 単位を上限と規定されている運動器リハビリテーションが 2 年前より減点されるようになり、ここ数か月、運動器リハビリテーションは全体の 5～7 割が査定対象になっているとの報告が県内の病院よりあった。各県の実態を教えてください。

評価のあり方を厚労省が検討しており、次回改定において中医協で議論される。

日医 一定期間、集中的なりハビリテーションは必要であるが、一律に 9 単位請求がある医療機関については問題がある。広く関係者の意見を伺い論点整理していく。

8. ドクターヘリの運用状況について（愛媛県）

本県では、防災ヘリのドクターヘリの運用が行われてきたが、今年度からドクターヘリ導入を前提とした具体的な検討が開始された。

各県では、すでにドクターヘリが運用されている県も多いと思うが本県における検討の参考とさせていただきたく、以下についてご教示いただきたい。

- (1) ドクターヘリの駐機場所・燃料供給場所
- (2) 搭乗医師・看護師の確保策
- (3) 年間運航回数（うち病院間搬送の数）
- (4) 運用に際しての留意点

中国四国各県の状況は、導入済が 6 県（島根、広島、山口、徳島、高知、岡山）、導入を検討中が 2 県（鳥取、愛媛）、導入なしが 1 県（香川）

であった。

ドクターヘリの駐機場所については基地病院にしている場合が多く、燃料供給場所も駐機場所に設置されている。また、搭乗医師・看護師の確保については、ほとんど基地病院で行われている。

年間運航回数は各県とも年々増加しており、平成 26 年度で最も多い県では 737 件で、山口県は最も少なく 267 件であった。病院間搬送の数は最も多い県で 284 件であった。なお、山口県は件数に対する病院間搬送の割合が最も高かった。これは主に山陰側から山陽側への病院間搬送に使われるためではないかと思われる。

また、重複要請件数の増加や救急隊及び搬送先病院との円滑な連携についての意見があった。

9. 都道府県メディカルコントロール協議会について（岡山県）

都道府県メディカルコントロール協議会（以下、「MC 協議会」）は、救急需要の増大や救急業務の高度化にともない、救急救命士を含む消防隊員が行う応急処置等の質を医学的に保障することを目的に設置されたが、医療現場が病院から地域へと広がり、救急救命士制度により医行為が救急現場（＝地域）で実施されるようになった。そこで、MC 協議会には、医行為の質の保障だけでなく、これを支えるシステムとして地域における救急医療体制をデザインし、充実・強化することが強く求められる。地域救急医療体制の充実・強化のためには、「地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」である。平成 24 年 3 月の指導課長通知にみられるように MC の活動が地域包括ケアシステムへと拡大した。

こうした状況において、救急搬送にしばしば支障を来す精神科疾患を持った身体疾患患者の搬送について、岡山県南東部圏域では地域 MC の中に精神科医・岡山市・消防の三者による協議会を設置し協議することで、救急搬送時間の短縮につなげている。

また、救急搬送の約 50% を占める高齢者の救急搬送についても、在宅、施設に対する救急車の利用法の周知も必要と考えている。特に、在宅の

独居高齢者への早期の介入も重要な課題である。

都道府県 MC・地域 MC の強化について、すでに実施されている事業、今後の対策等があればお聞かせ願いたい。

各県とも、救急隊員や救急救命士の知識・能力向上を目的とした各種講習会への協力などを通じて、MC の強化に取り組んでいた。

精神科疾患を持った身体疾患患者の搬送は、徳島県では精神科医会が輪番制で対応され、また、精神科救急標榜病院の協力などにより受け入れを行っている。一方、その他の県では苦慮しているようである。

高齢者の救急搬送については、高知県では高齢者の搬送数が 63.5% でそのうち軽症者が 34.7% を占め、適正利用への取り組みが必要な状況であるといった報告があった。

日医への要望・提言

1. ジェネリック使用率向上の環境整備について（鳥取県）

2020 年までにジェネリック医薬品の使用率を 80% に上昇させるとの方針が厚労省から示されたが、現場で治療に携わるわれわれ臨床医が、安心してジェネリック医薬品を処方できる環境整備について、日医からも積極的に提言してほしい。

日医 本方針については、ジェネリックのメーカー側の供給が追いつかず、達成を諦めている状況である。先発メーカーの企業努力で価格を下げることが望ましい。

2. 次期診療報酬改定について（島根県）

次回改定時には診療報酬、介護報酬とも、財務省の言いなりではなく、進みつつある医療崩壊、介護崩壊を更に招かないよう、医療介護の現場（特に都市部の考えだけでなく地方の）の実情に即した改定について、改悪でなく改善に取り組んでいただきたい。

日医 地域での医療崩壊、介護崩壊を更に招くことがないように、事情を勘案して対応する。

3. 地域医療介護総合確保事業などにおける交付決定手順・日程の見直しについて（広島県）

平成 26 年度標記事業で交付を受けたが、交付決定が遅く、正式に予算執行されたのが 12 月であった。そのため、年度内に事業に充てられたのは当初事業計画のごく一部であり、残金は返還し、計画に要した費用の多くは各事業実施主体（地区医師会など）の負担となり、財政的に大きな痛手となった。

平成 26 年度は本事業の初年度ということもあり、やむを得なかったのかもしれないが、本年度についても交付決定は下半期以降となることが予想される。

また、年度をまたぐ事業についても全事業計画について確約されたものではなく、年度ごとに計画の提出・見直しが必要とのことである。

これらの事業は短期に完結するものでもなく、中長期的な取り組みが必要であり、財源を有効に活用するためにも、計画通り安心して事業が行えるよう、交付決定のプロセス・日程など改善していただきたい。また、日医からも厚労省に対して強力に要請してほしい。

日医 都道府県によって格差があるようだが、特に医師会立の看護師養成所の補助については大きな問題になっている。日医としても、厚労省に強く抗議したところであり、同時にスケジュールについても、内示や交付決定を早く出すよう要請したところである。

4. 訪問介護員による蓄尿バッグからの尿廃棄について（山口県）

在宅患者に対して、訪問介護員が蓄尿バッグの尿廃棄を行うことは、「診療補助行為」になることから、保健所から「不適切」との指摘がされた事案があるが、蓄尿バッグの尿廃棄のみを目的として看護師を訪問させることは、医療費が高くなることから、地域医療を担う医療機関としては好ましい状況とは思われない。

一方、平成 24 年 4 月から一定の条件の下で、介護職員等による喀痰吸引等が認められたが、例えばこれに「蓄尿バッグの尿廃棄」を加えること

により、この問題が解決できるため、日医から厚生労働省へ働きかけをお願いしたい。

日医 平成 23 年 7 月の「ストーマ装具の交換について」（厚生労働省医政局医事課長）では、「個々の行為の態様に応じて個別具体的に判断する必要がある」と通知されており、本事案も当該通知に照らして判断され、治療の必要がなく容態が安定している場合は医行為から除外されることになる。ただし、腎瘻等、手技によりカテーテル抜去の可能性があり、再挿入が必要となる可能性がある場合は別である。

5. 将来の診療報酬について（徳島県）

最近の経済財政諮問会議における経済一辺倒の馬鹿げた診療報酬の変更論議は、厚労省でも拒否する姿勢を明確に打ち出しているように思うが、ここきて 20 年後の 2035 年を見据えた保健医療の中長期政策について、塩崎恭久 厚生労働大臣の諮問機関『『保健医療 2035』策定懇談会』（座長：渋谷健司・東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授）が提言書を策定し、6 月 10 日に塩崎大臣に提出した。この提言書では、医療費抑制に向けてアウトカム重視への政策転換や、医療費が予想以上に伸びた場合に診療報酬を都道府県ごとに設定することなどを提案しており、塩崎大臣は「できることから着実に進める」、「提言書を実現するため厚労省内で推進体制を整備する」と言ったことが伝えられている。具体的な施策案では、

- かかりつけ医を「ゲートオープナー」として医療のコーディネート役にし、かかりつけ医とそれ以外の医師を受診した場合で医療費の負担に差を付けて過剰受診・投薬を減らす→受診医療機関の制限
- 風邪などの軽症者の負担を多く、重症者の負担を減らす→受診抑制、ひいては疾患の重度化を促進
- 医療費の伸びが予測を上回った場合の中期調整システムの導入（給付範囲、予防施策、財源等）→診療報酬のステレオタイプな切り下げ、早急な変更による診療報酬請求作業の負担増大

○診療報酬の一部を都道府県ごとに定める→医療の全国一律サービスの放棄

○医師の偏在等が続く地域での保険医の配置・定数の設定→医師の開業制限

など現在の皆保険制度の根幹を揺るがし、われわれ開業医にとって非常に影響の大きい施策の提言がたくさんあると考えられる。

なかでも「主体的選択を社会で支える」を実現するための「地域主体の保健医療に再編する」アクションの具体例では、都道府県の機能強化に言及し、

(1) 地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて診療報酬を変動させる仕組みの導入を検討

(2) 都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には予測を上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定すること

などが書かれている。この「保健医療 2035」アドバイザーには日医の横倉会長も参加されているとのことだが、将来、日医として地域（都道府県）ごとの診療報酬総枠制を受け入れる可能性があるか？ご意見を伺いたい。

日医 県別の診療報酬制度については制度上あり得るものであるが、1号側（支払側）は一物一価を求めている。

6. 特定疾患療養管理料の算定要件見直しについて（香川県）

特定疾患療養管理料は厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に算定できる。近年、白内障手術や内視鏡的手術の増加により、他医院での短期入院の機会が増え、特定疾患療養管理料を査定される症例が増加傾向にあるが、このような症例では、手術の期間を含めて、慢性疾患の管理を行うことは必要である。算定要件は、退院した日から1か月を経過した日

以降に算定するとなっているが、これは現在の医療事情にそぐわなくなっていると考える。算定要件の見直しについて、厚生労働省に働きかけてほしい。

日医 結局は財源問題となっているが、理屈上は大きな矛盾があり、引き続き交渉を続ける。

7. 地域医療構想と診療報酬設定に関する日医の対応について（愛媛県）

地域医療構想それ自体に既存の病床削減の強制力はないとされており、民間病院に対する知事への要請権限も公立病院に対する知事の命令権限も、事実上ほとんど影響がないものと思われる。

しかし、知事の命令や要請とは別の次元で、医療機関に自主的に病床機能転換や撤退の決断を迫るのは診療報酬の設定である。

国は病床の削減による医療費の抑制を狙っているものと思われるが、地域医療構想の積み上げデータを診療報酬の設定に利用された場合、特に病床数、医療費が多い中国・四国・九州がターゲットになりかねない。

地域医療構想で地域の独自性を確保しても、全国一律の診療報酬の設定で網をかけられれば、急性期病床では医療必要度、平均在院日数の関係、慢性期病床では在宅医療との絡み、低診療報酬点数により、結果として大幅な病床削減を余儀なくされることも予想される。

地域医療構想に関して、日医は心配することはないと言われるが、地域医療構想に近づけるように診療報酬を設定することは、国としては当然のことかと思われる。日医の見解をお聞かせ願いたい。

日医 地域医療構想と診療報酬は別々に考える項目であることは中医協でも説明している。平成28年度の診療報酬改定において注視していく。

報告：常任理事 弘山 直滋
常任理事 萬 忠雄

第 3 分科会**医療環境（勤務環境、看護師対策、人材育成、その他）**

松原謙二 日本医師会副会長を助言者にお迎えして、各県からの一般提出議題と日医への要望・提言について協議した。

各県からの提出議題**1. 予防接種事業に係る諸問題について（広島県）**

予防接種の実施状況については、国が実施する「地域保健・健康増進事業報告」において調査されており、これらはその実施状況を評価・比較・検証する指標として重要な基礎資料となるが、その算出等においては課題も多い。

予防接種の対象者数の計上については、国が示す記入要領にて、「定期の予防接種の対象年齢に該当するものから、予防接種を受けることが望ましくないものを除いた残り」と示されているが、実際には、市町において「予防接種を受けることが望ましくないもの（接種不適当者や既接種者、罹患者等）」の把握が困難である、転入者の接種歴の確認ができない等の理由で、この通りに計上されることは少ない。

本県では、昨年度、県内全市町を対象に予防接種事業の実施状況に関する調査を行ったが、23 市町のうち 16 市町が上記の方法での計上は難しいとの回答であった。

については、各県における予防接種率の把握状況や、国のマイナンバー制度の導入に伴う予防接種情報の管理方法等の市町間較差の是正への取組状況についてご教示いただきたい。

また、来年度から定期接種への導入が予定されている B 型肝炎ワクチンにおいては、生後早期の接種が必要となるが、実際には里帰り出産等で公費での接種が難しいケースも多くなることが予測される。広域化予防接種事業については現在、各都道府県単位で対応されているが、全国での相互乗り入れも検討する時期に来ているのではないかと考える。各県のお考えをご教示いただきたい。

本県における予防接種率は県健康増進課が把握しているが、市町ごとの総数としての対象者数・

接種者数・接種率であり、接種不適当者や罹患者がどうなっているかは把握していない。他県からは、予防接種率の把握状況については、接種不適当者、既接種者、罹患者の把握が難しく、正確な接種率の算出ができていないことや、国が示す記入要領の方法での計上は困難であるとの意見が報告された。一方で、地域保健・健康推進事業報告で把握していると回答した県もあった。さらに定期的予防接種の保険収載については反対するなどの意見もあった。

マイナンバー制度の導入に伴う管理方法等については、現段階では具体的な取組みについての報告はなかった。

予防接種事業の広域化については、全国的相互乗り入れが理想であるが、現状では接種対象者や接種状況の把握が困難となり、接種率の低下を招くことが予想されることや、県境で隣接する市町村では広域化が望まれるなどの意見があった。また、B 型肝炎については国での対応が望ましいとの意見もあった。

国で提示された予防接種率の計算方法は現実的ではないため、改善の要望もあることから、日医より、厚生労働省と協議し計算方法を統一したものにしたいとの回答があった。また、マイナンバーに関しては、日医として、医療については「医療等 ID」を用いることを検討しており、実現に向けて努力している。

2. 准看護師養成の問題について（高知県）

高知県の医師会立看護師養成機関には准看護師課程（定員 80 名）と看護師 2 年課程（定員 80 名）があるが、准看護師課程の受験者は 2 ～ 3 年前から減少してきており、来年度は定員に満たない可能性も懸念される。現況では本県の地域医療において、准看護師の活躍は欠かせないものであり、今年度には看護師 3 年課程が 2 校新設されたことも影響し、准看護師より初めから看護師 3 年課程を希望する者が増えている。日医は准看護師制度を堅持していく方針だが、今後希望者が減少し続ければ運営が厳しくなることが予想される。各県の現状及び准看護師養成についての取組みについてご教示いただきたい。

各県からは入学者の定員割れの傾向があることや、社会人入学の増加、男子学生の増加などが報告された。また、2 年課程を廃止し、3 年課程を新設する学校もあった。受験者増加対策としては、ホームページの作成による広報の充実や授業料増額の抑制、高校訪問、オープンキャンパスの実施などがあった。また、少子化の影響も指摘された。准看課程の受験者減少については、日本看護協会の准看護師に対する考え方も影響しているとの意見もあった。日医からは「准看制度を堅持する」、「実習先の確保の問題や中学校卒で准看護師課程に入学するというだけでなく、短大卒、大卒からでも看護師になれる手段の一つとして、准看護師課程を位置づければステータスも見直されるかもしれない」、「医療にとって必要な人材は今後も確保する」、「いわゆる運営費の補助に関する基金の問題については、政治的な問題にもなる」との指摘があった。

3. 特定行為に係る看護師の研修制度について

(香川県)

特定行為に係る看護師の研修制度が平成 27 年 10 月 1 日に施行される。「手順書により、一定の診療補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある」との説明である。

本県における実態をアンケート方式で調査し、県下 37 病院中 31 病院から回答を得た（調査対象：100 床以上の病院）。

研修機関として名乗り出るか否かに対しては、①名乗り出ている：0 病院、②名乗り出る予定：4 病院、③名乗り出ない：26 病院、④その他：1 病院（基準が不明なため保留）であった。

特定看護師の採用・配置については、①必要ない：18 病院、②必要：11 病院、③その他：2 病院（検討中、どちらとも言えない）であった。

自由意見には、①研修指定機関の要件が不明瞭、②責任の所在が不明確、③在宅医療・訪問看護では必要になってくるのではないかと、との意見があった。

また、香川県看護協会にも同様のアンケート調査を行った。香川県の特定看護師は現在 3 名、研修中 1 名、研修予定 1 名であり、必要人員数は

200 名との回答を得た。

医師側は研修機関には「名乗り出ない」がほとんどを占めていた。しかし、看護師側は 200 名もの多数が必要としている。このギャップをどのように考えるのか、厚労省はこの制度をどのように進めようとしているのか、医師会としてはどのように対応していくのかについて各県のご意見を伺う。

本県では行政に確認したところ、県内の研修機関や受講希望者数も把握していないとのことであり、問い合わせもないとのことだった。他県においても実態を把握していないところが多く、様子見の県がほとんどであった。鳥取県からは研修制度は看護師がスキルアップするという意味では良いことであり、医師会が主導権をとり、研修会を実施していくのも一つの考えであるとの指摘があった。また、研修期間中の代替看護師の確保の問題についても指摘があった。

日医 専門医のように制度化すべきではない。これは研修であって資格ではない。看護協会は看護師免許のなかに制度として認められたものを国として登記する狙いがあった。日医は研修は認めても資格制度は認めるべきでないと主張した結果、登録はせず、研修することになった。医師法における医行為については保助看法において補助できることになっている。雑駁に言えば、医師の管理下において、看護師は代理として行うことができるが、高度な病院においては、医師がいなくても、包括的な指示で看護師が対応できるようにすべきであるとの意見があった。なお、この特定看護師制度の議論の始まりは、ある学会が強く主張したものがある。

4. 他業種職能団体及び行政との連携について

(鳥取県)

地域包括ケアシステム策定において、他業種職能団体及び行政との連携が必須となっている。本県においては、医師会、歯科医師会、薬剤師会のいわゆる三師会の連携は行ってきたところであり、また、以前より県行政とは連絡会を定期的に

開催しているが、この度、看護協会を加えた四師会で連携することとし、他業種との連携を深めたところである。各県での取組みはいかがか。

三師会又は看護協会を含めて四師会を開催しているところが多かった。また、行政機関とも会議を開催し、連携を強化している県が多かった。

日医 薬剤師会には薬局で血液検査を実施し、患者さんにそのデータに基づいて指導することが当たり前であるとの意見があり、薬剤師会と議論になったことがある。調剤をもって医療に貢献することが薬剤師であり、その薬剤師会の主張は法律の主旨に反するとの指摘をした。そのようなこともあるが、今後も良い協力関係を続けていくことをお願いしたい。

5. 救急医療の現況と勤務医の負担軽減策

(山口県)

45 歳未満の若手医師数については、本県では平成 14 年の 1,507 人に比し、平成 24 年 1,223 人と 19% 減である一方、東京都は 16,370 人から 19,095 人と 17% 増であった。医療を必要とする高齢者が増え、県内の救急搬送者は平成 14 年 51,737 人、平成 24 年 59,017 人と増加した。病院の休日・夜間の当直業務は主に若手医師によって担われているので、若手医師の減少と救急患者の増加は、救急医療体制を脆弱なものにしている。各県の状況はいかがか。

平成 24 年の救急医療受入患者実態調査では、山口県内の時間外救急患者に占める軽症患者の割合は 79.8% であった。このことは軽症患者の対応に逐われることで本当に重症な救急患者の治療が遅れ、不幸な結果を招く可能性を高くしている。各県の状況と対策はいかがか。

また、多くの勤務医は当直の次の日も通常の勤務をこなしており、連続 32 時間以上の勤務となっている。専門外の診療では不十分な対応になる可能性もあり、訴訟の温床にもなることから、精神的な負担も大きく、当直は敬遠されがちである。救急車の有料化は健全な救急体制の維持のために避けては通れないと考えるが、各県の考えは

いかがか。

さらに、病院によっては、時間外勤務がきちんと認められないところや、待機料が払われないことも多く、勤務医の善意で救急体制がかりうじて維持されている。5 月 20 日、市営バスの運転手は待機中も労働時間と認定される判決が福岡地裁であった。時間外勤務や待機における多くの勤務医の善意に報いる対策をたてるべきと考えるが、各県の対策はいかがか。

鳥取県では救急搬送者が平成 14 年では 17,836 人であったが、平成 24 年では 22,658 人に増加していることや平成 25 年度救急搬送者のうち約 4 割が軽傷者であったことが報告された。救急車の有料化については検討していないとのことであった。また、鳥取県と鳥取労働局の委託事業により県医師会内に「鳥取県医療勤務環境改善支援センター」を開設、社会保険労務士が常駐し、医療機関からの相談に応じているとのことであった。

女性医師対策として出産後昼間のみでも働く医師が増えれば、30 時間以上の連続勤務が緩和されるとの指摘もあった。

医師の負担軽減策として、県行政の協力も得て、「救急医療の適正利用の啓発・救急をテーマにした市民フォーラムの開催」などをマスコミも活用しながら行い、効果を上げているとの報告もあった。

日医 救急車の利用については国民全体で考え、ルールを作ることが重要である。若手医師の都市部への集中については医局制度とも関わってくる。責任を持って医師を派遣することができなくなっている。医師のフリーダムを考慮しつつ、医師自らが創設した制度で救急に対応することも重要である。

6. 研修医の定着に向けた対策について（鳥根県）

医師不足の続く中で、県内研修指定医療機関で研修する研修医の増加及びその後の定着を願って、さまざまな対策を講じているが、各県の現状について伺いたい。本会はこれまで勤務医部会を

中心に卒後研修を実施してきたが、昨年度から県が「しまね地域医療支援センター」を立ち上げ、医師会とセンターの共同により「しまね初期臨床研修医合同研修会」を行っている。昨年度は 4 月 4・5 日の 1 泊 2 日で医学・医療と関係のない異色の講師の演題も含め好評だったので、今年度は 4 月 3・4 日に 60 名の研修対象者全員の参加で行った。

本県では、平成 22 年 4 月から山口大学、県内の基幹型臨床研修病院、県及び県医師会で山口県医師臨床研修推進センターを組織し、臨床研修の円滑な推進及び研修医の県内定着に関する事業として、臨床研修病院合同説明会への参加、臨床研修医交流会・歓迎会の開催、指導医・後期研修医等国内外研修助成事業等を実施している。鳥取県では、臨床研修指定病院訪問ツアーを 3 月 19～20 日の 2 日間で実施していた。広島県からは県内外の医学生に「ふるさとドクターネット広島」への登録の促進と県内での臨床研修の働きかけをしているとの報告があった。徳島県では、医師会報にチラシを入れ、県外にいる医師会員の子息に働きかけを行っている。また、愛媛県では医学部生との交流会を実施している。さらに高知県では、臨床研修は“たすきがけ”が基本であり、研修支援、指導医取得支援など、きめ細かな支援を行っていた。

7. 組織率の強化について～とくに若い勤務医への入会アプローチ～（徳島県）

医師会入会に関しては、郡市区・県・日医と三層構造になっているが、勤務医は異動が障害となって、医師数は増加傾向にあるにもかかわらず、日医会員数があまり増加していない。日医は「医師会組織強化に向けた提言」に基づき、研修医の日医会費を無料化することを公表し、医師資格証も研修医には無料で発行するとされている。勤務医、特に若い勤務医を医師会に入会させるべく特典・工夫などされていることがあればご教示いただきたい。また、今後、魅力ある医師会となるために何が必要であるか、組織率を上げるため各県のご意見を伺う。

本県でも若い勤務医の医師会加入促進についての方策を模索している。

鳥取県では平成 16 年度から研修医の県医師会及び地区医師会の会費、入会費を無料にしている。高知県では大学構内で医師会主催の講演会を行い、交流の機会を設けて、医師会を身近に感じてもらおうようにしている。

日医では異動手続きを簡素化するように取り組んでいる。また、日医の医賠責は勝訴率が高いことをアピールしたりする等、現実的な工夫も必要である。

8. 新専門医制度と県医師会の関わり（岡山県）

新専門医は 2017 年より養成が始まり、学会認定専門医と併存するものの機構認定専門医への更新も学会によっては今年度より開始されている。また、制度開始に当たっては地域医療の安定的確保も明文化されている。

厚生労働省は、各県を通じて専門医認定支援事業により総合診療専門医の養成など地域医療に配慮したプログラムの作成等の支援を行うとしていたが、各県での申請の実情はいかがか。

一方、日本医師会是新専門医制度下での専門医の認定・更新に日本医師会生涯教育の利用を働きかけるといわれているが、各県では専門医の認定・更新に必修である医療安全、感染対策、医療倫理に関する研修を提供するための企画を予定されているか。

日本専門医機構も独自に医療安全、感染対策、医療倫理に関する委員会を作り、講習プログラムを作成すると案内されているが、まだまだ準備段階であると言われている。現在、専門医であるわれわれは、機構認定専門医へ更新する際にはこの必須の講習を受ける必要がある。基本 18 領域の学会認定専門医は平成 25 年 8 月現在で 154,214 名である。重複はあるにしても、これだけの専門医が更新のために必須研修を受けるには都道府県医師会での講習会が不可欠と考える。日医には早急に講習会プログラムのモデルやガイドラインをお示しいただきたい。

徳島県からは新専門医制度に関して、医師の階

級化、専門医数の管理などの懸念が示され、地域医療を支えるために多忙な診療に従事している現役の専門医の資格更新が可能になるよう、さらに地域で養成可能な制度になるよう要望があった。また、日医の生涯教育制度との整合性を取れるようにすべきだとの意見もあった。

日医 専門医制度は医療制度ではなく、学問的な専門性の担保である。専門医でなければ何もできないという制度ではない。また、安い医療を管理させるツールでもない。医療制度で考えるべきは、かかりつけ医機能の評価である。専門医として働きながら、地域医療においてかかりつけ医の機能を果たすことの評価を医療制度の中に組み込むことはやぶさかではない。また、基本となる生涯教育制度の充実も重要である。

各県 専門医の一つとして総合診療専門医制度についてはどのように考えているか。

日医 総合診療専門医がなぜ出てきたのかについては、個人的に言えば、この国に足りないものがあり、①総合的に判断して、どの科に行くべきか振り分けをする医師であり、総合診断学を充実させるべきである。②在宅医療について教育する機関がなく、その分野に総合診療専門医が必要になった。③過疎地域の医療において全体像を診る医師が必要になり、どの科も診て、診断し、治療できる医師を養成する仕組みがなかった。機能から考えれば、そういった医師が、都市部で産科、眼科等を開業すれば訴訟まみれになる。地域の特性を考えながら医師の基本的な分野として3つの分野を統合し対応できる医師が必要であり、学問的な裏付けが必要であるとの観点で総合診療専門医を見ている。ただし、総合診療専門医でないと開業できないといった医療制度にすべきではない。今の制度を維持しつつ、かかりつけ医機能において行うべきである。なお、そのかかりつけ医機能には在宅医療や学校保健も含められる。

日医への要望・提言

1. 特定個人情報保護について（愛媛県）

本年 10 月からマイナンバーが全国民に通知され、来年 1 月から順次、マイナンバーの利用が始まる。

医療における番号制導入の議論とは別次元の問題で、すべての医療機関・医師会事務局は、一つの事業所の立場で、従業員その他報酬等の支払先である第三者の特定個人情報（マイナンバーを含む個人情報）を取扱うことになる。

この特定個人情報の取得、保管、利用、廃棄等に関しては、ガイドラインに沿った安全管理措置が求められているが、煩雑な対応が必要とされている。日本年金機構の問題もあって、その取扱いについてはデリケートにならざるを得ない。新しい概念でもあり、医療機関が安全管理措置を定めるうえで参考となるサンプル的なものが必要ではないかと考える。

本県医師会では、講習会の開催や公的機関の公開資料を参考にした解説資料を作成、配付することを考えているが、日医で医療機関向けの解説書を作成していただければありがたいと考える。日医でそのような予定はないか。

日医 税務的なことについては、どの事業者も全部一律であるので、厚生労働省のホームページを参考にしてほしい。

2. 意思決定・方針決定の場合への女性医師の参画について（高知県）

医師会の意思決定・方針決定の場に女性医師が参画し、発信していくことが必要不可欠である。「2020 年 30%」の目標に向けて「2020.30」推進懇話会や 2020.30 実現を目指す地区懇談会等の取り組みが行われている。女性医師枠の創設等一定の成果はあるが、都道府県医師会役員の増加は不十分であり、必然的に日医の代議員の女性割合は少ないままとなっている。各都道府県で選出される代議員を、男女会員の比率に沿ったものにするのが望ましい、という方針を掲げていただければ女性代議員の増加につながるものと思われる。

日医 是非、女性の代議員を増やしていただきたいと考えているが、各地域の事情等も考慮し、対応していただきたい。

3. 日医 Lib への都道府県医師会報の掲載について（岡山県）

日医 Lib に都道府県医師会報のコーナーを作り、掲載できるようにしていただきたい。

岡山県医師会でも県医師会報の電子化を求める声がある。日本医師会雑誌と同じアプリでダウンロードして購読することにより、医師会雑誌の本棚を作ることができる。県医師会報の電子化の広報が、日医 Lib の広報にもつながる。ご検討をお願いしたい。

日医 承知した。

〔報告：常任理事 加藤 智栄〕

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2 日目は、総会並びに特別講演 2 題が行われた。

総会

最初に岡山県医師会の石川会長より開会挨拶が行われ、続いて日本医師会の横倉会長より挨拶があった。

横倉日医会長 昨年の 6 月に医療介護総合確保推進法が成立し、医療法に地域医療構想が位置づけられ、各地域において構想の策定に向けた検討が進められている。この構想の目的は、各医療機関の自主的な取組みによって機能分化・連携を進めていき、医療需要と病床の必要量に向けて、地域の実情に応じて適切な機能分化が行われるためにも地域の実情、医療事情に最も詳しい医師会の参画がこの構想実現の大きな鍵となっている。中国四国医師会連合の先生方には、各県において医療審議会との調整など日々精力的に取り組んでいただいております、その熱意とご努力に対して感謝申し上げます。

6 月 30 日、「骨太の方針 2015」が閣議決定された。2020 年度までのプライマリーバランスの

黒字化達成に向けて、2018 年までの 3 年間、社会保障費の伸びを約 1 兆 5 千億円に抑えるようにとの中間目安が発表された。現在、来年度予算の概算要求に厚労省からは医療介護年金などの社会保障費の合計として 6 千 7 百億円が計上されており、財務省との間でさまざまな検討が行われている。しかしながら、そもそも医療政策は財政主導ではなくて社会保障が社会の安定に寄与しているという事実を念頭に置いており、日本の医療が壊れてしまってはなにもならないという主張をしている。健康寿命の延伸と過不足のない医療提供体制の構築こそ、本来あるべき医療適正化であるということを、私が会長に就任してからの 3 年間主張し続けてきて、やっと取り入れられてきたように思っている。

先日、安倍総理が総理に再選された際の記者会見において新しい 3 つの方針を掲げられた。①希望を生み出す強い経済、②夢をつむぐ子育て支援、③安心につながる社会保障、であるが国の政策として実現することを期待している。今後、来年度の予算編成に向けて、財務省との厳しい攻防がスタートする。まず、国民皆保険制度において、国民が適切な医療を受けるためには、過不足のない診療報酬の確保が重要であることは申し上げるまでもない。日医としても各メディアを通じて、適正な医療費の確保の必要性を国民に訴えていきたいと思う。また、国民医療を守る総決起大会を 12 月に計画しているので、多くの先生方のご出席をお願いしたい。

先日、成年年齢に関する特命委員会において、選挙権が満 18 歳以上に引き下げられたことに伴い、飲酒並びに喫煙ができる年齢もこれに合わせるべきとの提言があったが、喫煙と飲酒については、少年期から青年期に移る時期の生活習慣がその後の健康に大きく影響を及ぼすことから、飲酒及び喫煙の年齢の引き下げは、国民の健康維持増進との観点から容認できるものではなく、日医として、9 月 9 日に自由民主党の稲田政務調査会長に直接申し入れを行ったところである。

さて、長年検討してきた医療事故調査制度が、いよいよ 10 月から施行される。この制度の必要性については、約 10 年前に福島県立大野病院で

産婦人科医が逮捕されるというんでもないことが起こり、結果的には無罪であったが、二度とこのような間違いが起こらないように、事故調査制度をしっかりと確立して、不幸にして起きてしまった事故については原因をしっかりと検討して、再発防止につなげていくことを目的としてこの制度が発足したわけである。都道府県医師会の先生方には、医療事故調査制度の支援団体としての申出にご協力いただいているわけだが今後、医療事故調査制度の要となっただき、医師会以外の団体や施設との連携調整、あるいは患者のご遺族と医療提供者との橋渡しなど、極めて重要な役割を担っていただくこととなる。

昨日の分科会でも、このような直近の課題、地域包括ケアや医療政策、医療環境等についての熱い議論が展開されたことと思う。山積する諸問題の解決に向け、国民医療を守るという立場から執行部一同、一丸となって立ち向かっていくので、皆様には特段のご理解、ご支援を賜るようお願い申し上げます。

続いて香川県医師会の小西副会長より平成 26 年度事業・会計報告が行われ、全員の拍手により承認された。最後に次期開催当番県である本県の小田会長が挨拶を行い、総会は終了した。

【報告：常任理事 今村 孝子】

特別講演

1. 日本医師会の直面する課題

日本医師会長 横倉 義武
わが国における一番の課題

少子化に伴う高齢化により、わが国の社会保障のあり方をどうするかということが一番の課題であろう。

先日、ミャンマーのヤンゴンでアジア大洋州医師会連合の総会が開催された。ちょうどシルバーウィーク中だったので、カンボジアとベトナムを訪問した。カンボジアの平均年齢は、男性 54 歳、女性 60 歳で、日本の第 2 次世界大戦の終戦時とほぼ同じである。その中で、どのように国造りをするかについて、各国で苦勞されている。この間に思ったことは、政治が安定しないと国が栄えな

い、ということである。カンボジアはポルポト政権、ベトナムは戦争があり、ミャンマーは軍事政権であり、社会主義の独裁政権であったが、今民主化されようとしている。これらの国の国民、特にカンボジア国民は勤勉である。そのため、政治が安定すれば国自体が発展するのでは、と思われる。それらの国で病気の時にどうされるかと聞くと、「健康保険制度がないため、なかなか病院にかかれない」と口々に言われる。日本では皆保険制度が昭和 36 年にできたが、昭和 30 年頃からいろいろと議論され、ほぼ 8 割の国民が保険の体制に入っていたわけであるので、終戦後 10 年かけて作り上げてきた先達の思いの素晴らしさを再確認することができた。

ミャンマーでは、政府・医師会との懇談を依頼された。その目的の一つは、災害医療における平素からの対策について知りたいということ、もう一つは、皆保険制度を創りあげたいため知恵を貸してほしいというものであった。厚生労働省医政局の総務課長が同席しておられたため、いろいろな話をすることができた。

本日は、大きく 4 つの項目について講演する。

1. 地域包括ケアの推進— 2025 年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」—

いわゆる「かかりつけ医」を中心とした医療提供体制をどう作り上げていくかが、われわれ医療専門職に課せられた課題であろう。社会変動による課題に対し、医療、介護、住宅政策、都市政策など、さまざまな国の施策が打ち出されている。

超高齢社会、少子化、人口の流出・減少に対し、国の政策はバラバラにトップダウンで出されてきたのが現状である。これらは別々に考えるのではなく地域ごとに何が必要なのか、またどのような方法なら利用できるのかを、全体を通して考えるべきである。そのためにわれわれは現場の意見を政治に反映させる必要がある。

2025 年に向けて、機能分化は必要

超高齢社会、少子・人口減少、都市部への高齢者集中、地方の過疎等により、人口の大変動が起こっている。疾病構造の変化、医療・介護ニーズの変化、医療・介護の担い手確保問題など、将

来の医療・介護にも大きな影響が出てくる。病床の機能分化、連携強化という方向性自体は間違っていないと思われるが、国や都道府県が目標値を定めて一律に推し進めることは適切ではない。人口の集中や偏在、在宅医療の基盤づくりの進み具合など、それぞれの地域の実情を反映させることが必要である。たとえば、ある地域では、慢性期機能の必要病床数を多く算定し、また他の地域では在宅患者数を多く算定すべきであり、「施設も、在宅も」という考え方が重要である。人口は減っていく中で、変えるべきものは変える必要がある。

現在、介護士の確保が全国的に難しくなっている。国のトップダウンではなく、各地域の実情に応じて医療提供体制を決めていくことが重要である。

医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013 年 8 月 8 日）—

超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、ビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域の特性に合わせた柔軟な医療提供体制を構築することが必要である。

2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積み上げ）

病床機能の解釈に曖昧な部分が多い。昨年出された 2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果では、全国ベースで積み上げた数を公表し、それを基にこれだけの削減が必要だという論調を内閣府が出したが、これについては厳重に抗議をしているところであり、どれだけ必要かはそれぞれの地域ごとに決めるべきである。

5 疾病 5 事業ごとの医療連携と地域医療構想（1）

「5 疾病 5 事業」ごとの医療連携は段階ごとに機能が設定、例示されているが、一つの病院が複

数の機能を担うことを禁じるものではない。例えば「脳卒中」では、救護、予防の他、「救急医療の機能（急性期）」、「身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能（回復期）」、「日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能（維持期）」が必要である。

地域医療構想は、各病院・有床診が、病棟ごとに自院の病床機能を選択していくものである。したがって、一つの病院の中に、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の各病棟が存在することは、当然考えられるものである。仮に一つの病院が一つの機能しか有することができないとされた場合、とりわけ医療資源（医師・看護職員等、医療施設）が限られている地域では、医療提供体制が成り立たなくなる。

機能分化と病院類型（例）

高度急性期型と言われるものは、ICU 等の高度急性期の機能と急性期医療の病棟を持った病院が考えられる。また、急性期医療機能や回復期医療機能が専門型として考えられる。このようにいろいろな類型が考えられ、それぞれの病棟をどのような機能を持って運営するかを考えて、地域ごとに調整してもらうことが重要である。ただし、地域ごとの調整は難しい。それができるのは医師会以外にない。

機能に応じた病床の適切な評価

日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性：病床機能の区分については、日医・四病院団体協議会合同提言「医療供給体制のあり方」（2013 年 8 月 8 日）を基本とし、病期に応じて「高度急性期病床」、「急性期病床」、「回復期病床」、「慢性期病床」に病床区分され、各地域それぞれの医療資源等を踏まえて、地域の実情を十分に反映し、柔軟に機能分化をすすめる。将来ニーズは人口の将来変動、それぞれの二次医療圏の疾病の将来の発生率（将来の疾病の数は予測値としては出ており、日本医師会のホームページに掲載している）を参考に、5 年後、10 年後にどのような医療機能が必要かを予測し、予測に基づく地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経

営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財政両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応えている限り、経営が安定して成り立つよう体制構築に取り組む。すべての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現が極めて重要である。

地域医療構想の意義（各医療機関にとって）

病床機能報告は、構想区域全体の中で自分の病院がどのような位置付けにあるかということをも確認してもらう。構想区域の医療需要は、一つにはデータに基づいて考える。そしてまた、構想区域内の病床の必要量として推計していく。このように、地域医療構想のデータ・枠組みを活用し、自院の強みを生かした機能を選択できるようになる。

地域医療に関する不安がどの程度あるか

日医総研が、日本の医療に関する国民の意識調査を行っている。国民の 66.2%が「地域や国全体で人口減少と少子高齢化が進むこと」に不安を持ち、4 割が「希望する場所で最期を迎えられるか」、「医療と介護の一貫したサービスが受けられるかどうか」、「退院したあとに地域でリハビリや療養を受けられるかどうか」などに不安を持っている。大都市と地方部に分けると、地方部でがん治療の水準に関する不安や、夜間・休日の医療体制に関する不安が大きい。このような不安に関する地域格差も埋めていかなければならない。

5 疾病 5 事業ごとの医療連携と地域医療構想（2）

医療提供体制には、それぞれの圏域や構想区域の医療資源、人口密度、交通アクセス等の地域の実情を反映する必要がある。場合によっては、その圏域・構想区域の中で、より小さな単位の地域を設定し、その中で基本的には完結できる医療体制を築いていくことも必要である。

安易に（超）急性期を担う病院を集約した場合、救急医療へのアクセスが低下し、救うことができた生命が失われたり、重度障害が残るおそれがある。地域包括ケアシステムの観点から、なるべく

住み慣れた地域で入院医療を受けられることを重視すべきである。病期や病態の変化によって、ある病院から別の病院へ転院を強いられることは、患者・家族の負担が過大なものとなることも事実である。実際、DPC（包括医療費支払い制度）が導入されている病院は、平均在院日数を 10 日前後にするよう短期で回さなければならない。そのため転院をしなければならないが、それに対する国民の不満や不安がある。

地域包括ケアシステム

高齢になると介護が必要になってくるため、地域包括ケアシステムをどのように作るかが重要になってくる。介護が中心のケアシステムは以前からあったが、医療を含めた形での地域包括ケアシステムを充実させることが必要になってくる。地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制が、地域包括ケアシステムである。地域医師会が先頭に立ち、行政や多種職と連携して街づくりをすすめることが重要である。他地域でのさまざまな事例をそれぞれの市町村に合う姿で取り入れ、全国各地で地域に応じた医療・介護の提供体制を構築していただきたい。

医療と介護の総合的な確保

自宅で倒れて救急搬送され、急性期の病院での救急対応後に自宅に帰ればよいが、リハビリが必要となる場合や、慢性期病棟で療養が必要となる場合もある。また、何らかの介護が必要となる場合もある。このように、その時々で連携で、切れ目のない対応が必要であり、地域医療構想で医療機能の分化や人材確保を行い、地域支援事業で医療と介護の連携を支援する。そして、医療・介護の基金でそれをサポートする。なお、本年度の基金の配分には問題があったため、改善を強く求めている。

サービス施設の立地する確率が 50%となる自治体の人口規模

いろいろなサービス施設がどのような人口規模にあるかという調査を国土交通省が行っている。一般診療所は人口 500 人に一つあれば良い

と考えられており、これは郵便局と同じレベルである。一般病院は 7,500 人に一つ、救急告示病院は 22,500 人、介護療養型医療施設は 32,500 人、先進医療を実施する病院は 175,000 人、地域医療支援病院は 225,000 人、救命救急センターは 225,000 人にそれぞれ一つあれば良いとされている。先端医療を実施する病院はおよそ 20 万人に一つが目安である。

「かかりつけ医」とは（定義）

一日本医師会・四病院団体協議会による「医療提供体制のあり方」（2013 年 8 月 8 日）より一

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義される。介護保険における「主治医意見書」を「かかりつけ医意見書」としてほしいということが日本医師会の要望である。「主治医」は一つの病気に対する主治医であって、トータルで健康を管理する「かかりつけ医」とは意味合いが異なる。

かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供

患者さんには、かかりつけ医が寄り添うことが重要である。日常的に、かかりつけ医が診療していることや患者からの健康にかかわる幅広い相談を受けているということが、これからの高齢化社会においては重要である。かかりつけ医をサポートするために、医師会は生涯教育や地域についての情報提供をしっかりと行うことが必要であり、行政との連携は医師会の役割である。かかりつけ医は地域での医療・介護資源に応じていろいろな対応をしていくことになるが、専門医療機関の紹介、症状改善後の受け入れも必要であり、介護が必要なきときには、多職種間の連携も重要である。そのようなことから、患者さんの適切な受療行動又は重複受診の是正あるいは薬の重複投与の防止等により医療費を適正化する。

地域医療介護総合確保基金の配分

医療費分の基金 904 億円のうち、約 280 億円は既存の国庫補助事業が占めることになったが、基金の公費部分は国の負担が 3 分の 2 であり、既存事業に毎年かけられたシーリングの対象とは

ならない。既存事業のうち、特に看護学校養成所運営費補助金は、これからの地域包括ケアシステムや地域医療構想を考えれば、地域医療や介護の重要な担い手となる看護職を養成していくために必要不可欠なものであり、基金となったおかげで、従来では難しかった卒業生の県内就職率に応じた補助や准看護師養成所への設備整備支援など、既存事業にプラスアルファをしている例もある。

しかし 2015 年度は、国は内示を 2 回に分け、また地域医療構想に関する事業を優先した結果、残りの事業分が大きく削られるなど、昨年度と相当異なる点があった。日本医師会は、2 回目の内示では在宅や医療関係者の確保にも十分な配分を行うことなどを厚生労働省に要請し、同省からは継続的な実施が不可欠な事業にも十分配慮する旨の事務連絡が発出されている。日本医師会としても基金が本来の役割を果たせるよう、都道府県医師会が行政と連携し合って計画を策定し、かつ、適切な財源が配分されるように努めていく。

地域に根ざした医療・介護の提供に向けて

かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護を一体的に推進する。多くのかかりつけ医は深い専門性を持った上で、幅広い診療能力を備えており、このようなかかりつけ医を養成するためのプログラムも必要である。また、地域の関係者（行政、医師会等の職能団体、病院、介護の関係者、住民代表など）が協議し、それぞれの地域の実情に応じた医療機能の分化を推進する。さらに、都道府県医師会及び郡市区医師会は、それぞれの地域の重点課題を踏まえ、地域に根ざした医療・介護の連携、地域包括ケアシステムの構築を進めていくということが高齢社会の中で重要である。

2. 持続可能な社会保障へ向け一国民にとって必要とする医療が過不足なく受けられる社会一

少子高齢社会の中で医療や介護の社会保障を持続可能なものにしていかなくてはならないが、その課題は何か。

明治 23（1890）年度以降の政府債務残高の名目 GDP 等に対する比率の推移

昭和 20 年は終戦の年で、GNP のデータがないため算出できていない。戦後、政府の債務残高は

減っていたが、第一次石油ショック以後、徐々に増加し、平成 9 年の消費税引上げ以後、さらに増加していった。歳出抑制は常にかかっているわけであるが、この 2 年間、政府に主張してきたことは、社会保障が持つ経済効果も考えておかなければならないということである。

社会保障が持つ経済効果

「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は相互作用の関係にある。経済発展が必要であるというのは、経済発展が社会保障の財政基盤を支えているからである。一方で、社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本の経済をサポートしていることも事実である。そして医療の拡充による国民の健康水準の向上が、経済成長と社会の安定に寄与している。国民が安心して老後を迎えられるよう、社会保障と税の一体改革を成し遂げなければならない。老後に不安を持つ多くの国民に安心を示すことが、経済成長を取り戻すための出発点であるということをお願いしてきた。

「人口ボーナス」と「人口オーナス（重荷・負担）」

今後のわが国の人口構造の変化については、2012 年が人口のピークで 128,057 千人である。まだ人口が減っているという実感はないが、おそらく 2021 年頃には総人口が 12,000 万人を切ってくるし、1 億人を切るのが 2040 年頃と思われる。終戦後の 1947 年が 78,101 千人であり、2060 年には 86,737 人となる。65 歳人口が増えているため、いかに健康な高齢者を増やすかが重要である。

「保健医療」2035 策定懇談会の議論のポイント

保健医療のパラダイムシフトとしては、これまでの量の拡大から質の向上が重要となる。具体的なアクションとしては、医療等分野の番号を用いた情報統合による質の向上、アウトカム指標に基づく報酬体系への移行、過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキングなどであるが、患者の主体的な選択の支援、保健医療・介護の資源配分の地域による決定とそのための公衆衛生・行政人材の育成、「健康への投資」による経済成長の促進、などが考えられる。

健康寿命延伸に向けて

健康な高齢者を増やすことが大切である。平均寿命と健康寿命の間に、男性で 10 年弱、女性では 12 年強の差がある。その間が、医療や介護が必要となってくる時期である。平均寿命と健康寿命の差をできるだけ縮めるような医療提供体制が必要になってくる。わが国では、生まれてから毎年健康診断を受けることが法律で決まっているが、問題なのはそれぞれの健康診断の根拠となる法律が異なるために、主管する領域が違ふことにより継続性がないことである。これらを生涯保健事業として体系化することで、生活習慣の改善に早期から取り組んでいく。すなわち健康社会を如何に作るかということが一番の課題である。国を挙げた健康への取り組みが必要である。

3. 平成 28 年度診療報酬改定等財源の確保について 現在検討されている政府案への日本医師会の考え方とあるべき姿の方向性

いわゆる「アベノミクス」により、①骨太の方針（経済財政諮問会議）、②規制改革実施計画（規制改革会議）、③日本再興戦略（産業競争力会議）が 2015 年 6 月 30 日に閣議決定されている。また、経済政策、少子化対策、社会保障などについて経済財政諮問会議、規制改革会議、産業競争力会議でいろいろな経済政策の方向性が打ち出されてくる。それに対し、われわれはどう対応するか。反対することは簡単であるが、なんでも反対では国が潰れる。一つ一つの中身を見ながら判断していく。日本医師会としては政策の判断基準を持って、一つ一つの政策に対し、直すところは直す、受け入れるところは受け入れるという方向性が必要である。このたび日本医師会では 2 つの大きな政策判断基準を作った。一つは「国民の安全な医療に資する政策か」であり、もう一つは「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」ということである。判断する際に忘れてはならないのは、①社会保障の充実につながる経済成長の観点、②医療の質を高めつつ国民の多様なニーズにできるだけ応える観点、③医療団体として政策に問題を認めれば対案を出し解決していく姿勢、の 3 点である。

医療費財源の確保に向けて

今回の「経済財政運営と改革の基本方針 2015（いわゆる骨太の方針 2015）」（2015 年 6 月 30 日閣議決定）の中で、どのように医療費の財源について述べられているか。

（1）社会保障費の伸びについて

「経済財政運営と改革の基本方針 2015」によると、安倍内閣のこれまで 3 年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5 兆円程度）となっていることを、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を 2018 年度（平成 30 年度）まで継続していくことを「目安」とし、効率化、予防等や制度改革に取り組むこととなっている。この点も含め、2020 年度（平成 32 年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを高齢化による増加分と消費税率引上げと合わせて行う充実等に相当する水準に収めることを目指す。

これに対する「日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性」としては、文中に「目安」という言葉が入ったことは一定の評価をしたい。社会保障費の中でも医療費は高齢化以外にも、年々進歩する医療技術の高度化などでも増加する。かつて年 2,200 億円の社会保障費の機械的削減がわが国の医療に大きな影響を与えたことを踏まえ、甘利経済再生担当大臣は 4 月 10 日に「従来の物理的に毎年 2,200 億円ずつ有無を言わずカットという方法はあまりとりたくない」と述べ、麻生財務大臣も 6 月 30 日の記者会見において「前轍を踏むようなことはしない。機械的な削減額を毎年一律に決めるものではない」と述べており、その基調で議論が進んでいるものと認識している。こうした状況から、かつて行われたような社会保障費の機械的削減は行われないものと思われる。医療費の十分な確保は必要であるが、財政危機に直面しているギリシャのようにハードランディングになることなく、国民の求める医療を過不足なく提供できるよう改革を進め、ソフトランディングをしていくことが必要であると考えます。

（2）診療報酬・介護報酬改定への対応

一収益状況を踏まえた適切な評価など平成 28 年度診療報酬改定及び平成 30 年度診療報酬・介護

報酬同時改定における対応一

日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性：国民が適切な医療を受けるためには、過不足のない診療報酬の確保が重要である。また、診療報酬は国民皆保険制度の中で、実質的に医業経営の原資を司るものであり、医業の再生産の可能性を左右し、ひいては医療供給体制の存続に直結する。一方、アベノミクスの成果により、2010 年と比べて 2014 年は、物価は消費税率の引上げも含めて 2.8%、賃金は 2.4%と大きく上昇している。医療・介護分野は特に地方において雇用誘発効果が高いとされているが、医療機関の費用構造を見ると、人件費の割合は 2000 年の 50.2%から、2012 年は 46.4%へと大きく減少しており、ものの値段の上昇によって人件費が圧迫されている。また、2000 年以降は製造業の 1 人当たり平均給与は上昇しているものの、医療・福祉業では下落傾向にある。医療機関が経営的にも安定し、給与等の形で医療関係従事者に還元されることは、わが国の経済全体への波及効果も期待できる。したがって、ものと技術とを分離した適切な資源投入を図ることに重点を置いたうえで医療・介護の財源を確保すれば、特に地方の経済が活性化し、経済成長につながるものと考えます。

医療機関の費用構造の推移

2000 年以後、人件費の割合が徐々に減少する一方で、医薬品・医療材料費が増えている。高額な新薬や機器が出てくるとその部分が膨らむが、できるだけ低コストにして、人件費をしっかりと確保できるようにしていただきたい。人件費における医師の取り分はおよそ 18%であり、それ以外はその他の職種の人件費であるが、すべてを医師の取り分であるかのような誤った報道（マスコミ）には対応が必要である。

1 人平均月間現金給与総額

2000 年に介護保険が導入された当時、製造業と医療・福祉業とでは給与にそれほど大きな差はなかったが、その後格差が拡大している。地方創生という観点から、この部分への対応が必要である。医療・介護にきちんと手当をすることが地方創生や地方経済の活発化につながるという主張をしている。2009 年から 2014 年までの製造業の

給与の伸びが 9.3%であるのに対し、医療では 2%の減少である。また、2013 年から 2014 年にかけて、物価と賃金は約 2.5%の伸びを示しているが、診療報酬（全体）は横ばいである。この部分の手当をしっかりとしていきたい。

(3) 保険料負担の公平化

現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るということが、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」に記載されている。

日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性：現在は被用者保険、国民健康保険ともに保険料に上限（2015 年度は被用者保険 121 万円（2016 年度からは 139 万円）、国民健康保険 69 万円）があるが、この上限を撤廃し、保険料を所得に比例させ、高額所得者に対しても応分の負担を求めることも検討すべきである。また、医療保険財源については、保険料でしっかりと賄っていくことが大切であり、負担能力に応じた公平な負担を求めることについては、日本医師会では以前から被用者保険の保険料率の公平化を主張しており、国民の間にも不公平感が根強くある。例えば、被用者保険の保険料率を 10%にすれば、現状に比べて約 1.3 兆円の増収効果が見込まれ、医療保険財源の安定化につながる。

(4) 後発医薬品の数量シェアの目標値

後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017 年度（平成 29 年度）に 70%以上とするとともに、2018 年度（平成 30 年度）から 2020 年度（平成 32 年度）末までの間のなるべく早い時期に 80%以上とする。

日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性：後発医薬品の使用は促進すべきである。薬剤費の膨張ということを考えると、薬の値段をできるだけ下げて、その分を人件費に回すという観点を医師会としては取るべきである。そのためには、まず、流通を改善するとともに、後発医薬品の普及促進のため、患者・医師の不安を解消する環境整備が重要である。患者さんや医師が後発医薬品に対して持つ不安や疑問（例：効能効果、色・剤形・名称の違い、情報提供体制、安定供給体制等）を解消する等の環境の整備が必要であり、その結果として、後発医薬品の使用が促進されることが望

ましい。

品目によっては、同様の後発医薬品を多くの企業が販売しており、例えば、プロプレスの後発品は 34 社から出されているため混乱するし、患者さんの信頼も得にくいので、せめて数種類に集約してほしい。

(5) 薬価の毎年改定

薬価について市場実勢価格を踏まえた適正化を行う。薬価改定の在り方について、個々の医薬品の価値に見合った価格が形成される中で、先進的な創薬力を維持・強化しながら、国民負担の抑制につながるよう、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、2018 年度（平成 30 年度）までの改定実績も踏まえ、その頻度を含めて検討する。

日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性：国が市場実勢価格を把握できるよう、引き続き薬価調査に協力するが、毎年の改定には反対である。薬価調査は医療機関をはじめ製薬業界の負担を伴う。薬価改定を毎年行うことは、薬価調査時に医療機関や調剤薬局、保険者、卸業者等に大きな負担を強いることになるだけでなく、改定ごとに生じる事務やシステムのランニングコストの負担が増加し、結果的に納入価格の高止まりにつながる可能性がある。また、負担に耐えきれず調査に協力できない医療機関・卸業者がでてくるようなことがあれば、結果的に市場実勢価格を反映できなくなる。

以上の 5 項目の他に現在、院外調剤の過剰な利益が問題になっている。調剤薬局のあり方等についても、調剤技術料が業務にふさわしい評価なのかを含めて、しっかり議論をしていただきたい。

4. 組織強化～日本医師会綱領を旗印とした公益活動の深化～

1 年間、検討委員会で議論していただき、2013 年の代議員会で日本医師会綱領を採択していただいた。国民にわかりやすく、日本医師会の活動をしていかなければならない。

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。

(2013 年 6 月 23 日、第 129 回定例代議員会にて採択)

この綱領により、日本医師会の目指すべき方向性が明確になった。綱領を旗印に、公益活動を深めていくが、そのためには都道府県医師会との相互利用も含めた会員情報システムを再構築していく。現在は、郡市区医師会に入会手続きをし、都道府県医師会を経て、日本医師会にあがってくるが、その手続きに数か月を要することもあった。したがって、オンラインで手続きできるように会員情報システムの再構築を検討しており、おそらく来年 3 月には実施できるようになる。また、日本医師会医師認証カードの普及を進めることによって、日本医師会の基本理念の推進を図る。さらに、医師会独自の情報収集・分析能力の強化や、機動力を発揮できる体制の強化を図り、組織強化に繋げる。

現在、郡市区医師会の会員は 193,000 人いるが、日本医師会会員は 166,121 人である。郡市区医師会会員が全員、日本医師会の会員となるよう努力をしていく。

会員情報システムの改善による新規入会時の迅速化

これまで「三層構造での承認」と「紙ベースの業務」により、新規入会から刊行物発送まで最大 3 か月程度、平均 1.5 か月を要していた。今回、都道府県医師会が会員情報を仮登録することによりタイムラグが短縮され、会員へのサービスのレベルが向上する。日本医師会と郡市区医師会の情

報システムも構築しようとしている。

日本医師会電子認証センター

医師資格証については、まだ利用者が少ない。先日も、にせ医者が眼科の診療をしていたという事件があったが、そのようなことがないようにするためにも、資格証を持つ必要があると思われる。日医の生涯教育の出欠管理や単位の取得等、利用可能となるシステム開発・提供を進め、医師資格証の利用機会を増やしていく。

電子書籍サービス「日医 Lib」

日本医師会の発行するすべての書籍がモバイル端末やパソコンで読めるようになった。これにより少しでも日医に入会して新しい情報を入手しようとする人が増えることを期待したい。また、希望する都道府県医師会の会報も、今後掲載することができるようになる。

最後に、来年の参議院選挙にわれわれの代表として初めての女性医師であり、また勤務医である自見はなこ氏を候補者として擁立する。しっかりとした政策も持っておられるので、全国からのご支援でぜひ多くの得票を得られるようお願いしたい。

〔報告：理事 沖中 芳彦〕

2. デザインは公共のために**インダストリアルデザイナー 水戸岡 鋭治**

水戸岡氏は、JR 九州の仕事を数多く手掛けられているインダストリアルデザイナーである。ご本人が岡山県出身であることや奥様からの強い勧めがご縁で、今回の講演が実現したとのことであった。講演の始めにご自身が前立腺癌を克服されたことなども話され、少し驚きを覚えた。デザインのお仕事を工業高校卒業後の 18 歳から 50 年間続けておられ、静かな佇まいの中にも情熱あふれる人物であった。

講演は、水戸岡氏のデザインの根底にある人生哲学を学ぶ良い機会であったと思う。氏の人生哲学からデザインが生まれている。講演はデザインに留まらず、箴言集というべきものであった。ご本人の経験から紡ぎ出された珠玉の言葉をご紹介します。

“デザインは公共のためにあり、自分はこのことを信じて仕事をしている。”

“自分はアーティストではない。アーティストと
思ったときから間違いが起こる。”

“子供たちの未来のためにデザインをする。”

“デザインとは、その時代や世の中、自分が生
まれた時からの感動や思い出の一部を切り取って
今の仕事とコラボすることで生まれる。”

“いかに生きるかということといかにデザインす
るかということは同義語である。”

“いかにデザインが正しいかが大切である。”

“利益率を下げてでも豊かなものを作っていく。”

“手は心そのものであり、手と心は一体なもので
ある。”

“手間ひまが人を感動させる。”

“リーダーが少しずつ負荷をかけていくことで人
は成長する。”

“人間は密度が高いものに感動する。”

“マナーは人の中で学ぶもので、社会が教えるも
のである。”

“米仕事と花仕事”

今の日本人が忘れかけている「人としてのあるべき姿」や「社会人としての基本」などを再認識させる努力をされていることに感動した。水戸岡氏は、このことを“私たちの心地悪さについては、洋の文化の上に和を重ねたことです。”という文章で表現されている。

東京オリンピックのエンブレム問題で揺れるデザイン界であるが、自分自身の哲学がない未熟なデザイナーの安易な商業主義が今回の問題の発端であろう。デザインを選ぶのではなく、デザインをする人を慎重に選ぶべきなのではなかったの

はないか。日本を代表する人間としてふさわしい人材でなければならなかったはずだ。

氏のデザインはすべてご本人だけが行うようで、スタッフはデザインはせず、以降の仕事を担当する完全徒弟制度とのことであり、このことでオリジナリティーを担保している。弁当の包装紙のデザインまでも手掛ける細心さには鬼気迫るものがある。人間としての“正しさ”に真剣に、愚直に向き合う姿勢を見て、スタッフもデザインをする者としてのあるべき姿を学んでいるのであろう。

世の中は実によくできたもので、正しきものを正しく評価する人は必ずいて、水戸岡氏の場合は JR 九州の歴代の社長であった。彼らのドン・キホーテ的な行動力とリーダーシップが、ご本人の能力を開花させ、一気に経営の黒字化を達成した。特色のある列車、九州新幹線、船、博多駅、大分駅など枚挙に暇がない。社長自身のコンセプトも実にすばらしいものであるが、地域と一体となったコラボレーションが成功の鍵であったようだ。

水戸岡氏の講演は 20 の提言からなっていたが、どれもデザインの世界だけではなく、すべての世界に通じる価値観であり、夢中になって拝聴した。

個人的には、9 番目の提言「自分の家を継いでくれと息子・娘に言おう」というお言葉に勇気をいただいた。

なお、講演とは関係ないが、デザイン事務所のシンボルマークの“4 つのりんご”の意味がとても気になった。この意味だけでも楽しいお話を伺えそうだったので、質問時間がなかったのがとても残念であった。

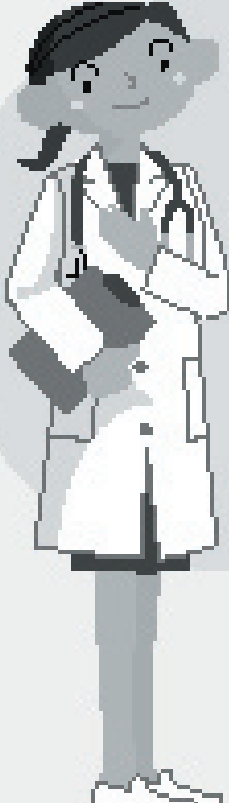
〔報告：理事 船津 浩彦〕

もっと、あなたの笑顔に
近い銀行へ。

YAMAGUCHI
Financial Group

山口銀行
YAMAGUCHI BANK

応援してください。
やまぎんも、私も。



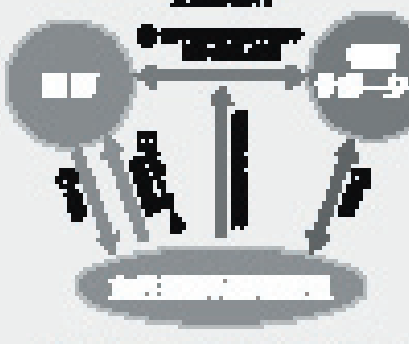
赤ちゃんの成長を
サポートする

保育サポーターバンクとは

- ・平成27年4月に国の指定を受けた認定NPO法人。
- ・国・県・市町村の子ども・子育て支援政策の推進を図る。
- ・自治体や企業、社会と協働して地域の子ども・子育て支援を推進する。
- ・国・県・市町村とサポーターが協働して活動する。
- ・活動している自治体や企業・団体の紹介を行う。

活動内容

- ・子どもと一緒に活動することでママが悩んでいることや
- ・子どもと一緒に活動することでママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや
- ・ママが悩んでいることやママが悩んでいることや



関係図



保育サポーターバンクとは、地域の子ども・子育て支援を推進するための活動を行う団体です。

保育サポーターバンクとは、地域の子ども・子育て支援を推進するための活動を行う団体です。

保育サポーターバンクとは、地域の子ども・子育て支援を推進するための活動を行う団体です。

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を受け付けます

TEL 090-9502-9716

E-mail info@yamaguchi-nurse.com / info@yamaguchi-nurse.com

山口県医師会、南肥中の協賛を頂戴します

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 保育サポーターバンクまでご連絡ください。

第 59 回社会保険指導者講習会

「ロコモティブシンドロームのすべて」

と き 平成 27 年 10 月 1 日・2 日（木・金） 10:00～

ところ 日本医師会大講堂

〔報告：常任理事 萬 忠雄〕

例年開催されている標記講習会は、今年度下記プログラムの内容により実施された。

各都道府県からの出席者は医師会役員、保険審査委員、医療指導官であるが、本会からは濱本副会長、藤本常任理事、清水・船津各理事と萬の 5 名が出席した。

開会挨拶

日本医師会 横倉会長 この指導者講習会は、昭和 28 年に日医と厚生省が共同して開催を始め、今回で 59 回目になるが、この間、行政・審査委員・医師会関係者を対象に行われてきた。

運動機能が低下し、体動が低下した結果、転

10月1日（木）	10月2日（金）
10:00 開会・挨拶／日本医師会長、厚生労働大臣	
10:10 ロコモティブシンドロームの概念・基礎（45分） 中村 耕三 （国立障害者リハビリテーションセンター総長）	10:00 ロコモとフレイル・サルコペニア（45分） 萬谷 雅文（名大老年科学 教授）
10:55 質疑応答（10分）	10:45 質疑応答（10分）
11:05 ロコモティブシンドロームの疫学（45分） 古村 典子（東大 22 世紀医療センター）	10:55 ロコモ関連疾患－関節疾患（45分） 田中 栄（東大整形外科 教授）
11:50 質疑応答（10分）	11:40 質疑応答（10分）
12:00～13:00 休憩（昼食）	11:50～13:00 休憩（昼食）
13:00 ロコモティブシンドロームの評価（45分） 大江 隆史（NTT 東日本関東病院 整形外科）	13:00 ロコモ関連疾患－脊椎疾患（45分） 宮腰 尚久（秋田大整形外科 准教授）
13:45 質疑応答（10分）	13:45 質疑応答（10分）
13:55 ロコモ対策 ①ロコトレ（45分） 石橋 英明（伊奈病院整形外科 部長）	13:55 ロコモティブシンドローム－今後の展開（45分） 星野 雄一 （とちぎリハビリテーションセンター 所長）
14:40 質疑応答（10分）	14:40 質疑応答（10分）
14:50～15:00 休憩（10分）	14:50～15:00 休憩（10分）
15:00 ロコモ対策 ②運動療法（45分） 芳賀 信彦（東大リハビリテーション医学 教授）	15:00 厚生労働省関係講演
15:45 質疑応答（10分）	
15:55 地域におけるロコモ啓発活動（45分） 帖佐 悦男（富山県立整形外科 教授）	16:00 総括：日本医師会
16:40 質疑応答（10分）	
16:50 終了	16:30 終了

倒し骨折を生じる。平成 25 年の要介護になった原因の 1 位は脳血管疾患、2 位は骨折、3 位は関節疾患であるが、骨折と関節疾患を合わせると 1 位の脳血管疾患より多くなる。骨折と関節疾患の予防にはスクリーニングによる早期発見、食事による予防、及び臨床でこれらに注目して、かかりつけ医が関わっていく必要がある。

次期診療報酬改定の検討を行っているが、消費税増税が延期になったため、財政が逼迫している中、医療費の適正化を図る必要があり、年末まで財務省との厳しい接衝が続く。社会保障と経済は密接な関係にあるが、社会保障の安定により仕事を安心して続けられることになるため、平均寿命が健康寿命より約 10 年長いことを考え、財政主導ではなく、安心して良質な医療を提供できるよう、日医と政府で協議していく。

今回の指導者講習会のテキストはロコモを網羅してあるので、最近の知識と技術を習得していただき、審査委員もこの知識を基に審査してほしい。

講習会

2 日間にわたって行われた講習会の内容は、『医師会雑誌』第 144 巻・特別号（1）「ロコモティブシンドロームのすべて」に沿って行われたが、その中の一つである「ロコモティブシンドローム—今後の展開」の講演において、星野雄一（とちぎリハビリテーションセンター）所長より、「2006 年運動器リハビリテーションが保険上独立した際、保険上の疾患名として、『運動器不安定症』が作られた。その定義と診断基準は、テキスト S 282 の表 1 にある。ロコモは 2007 年 3 月、運動器障害を啓発するコンセプトとして、節目健診に使用するために作った」という説明があり、これまでの謎が解けた。他、フレイル、サルコペニア、ロコトレ、ロコモコール等の興味ある講演を拝聴した。

「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）をお願いします。
- 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

平成 27 年度 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会

と き 平成 27 年 7 月 16 日 (木) 14:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会小講堂

[報告 : 常任理事 加藤 智栄]

挨拶

日本医師会 横倉会長 台風が接近している中、お集まりいただき感謝申し上げます。平成 27 年度税制改正大綱において、医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率が 10% に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入税額の負担及び患者等の負担に十分配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を「見える化」することなどにより実態の正確な把握を行うとあり、従来のものより評価できる。日医も「見える化」に取り組むため、検討会を設置し、対応を協議している。財政の厳しい中ではあるが、高齢者の増加により、医療のニーズもますます高まっており、地域医療を守る観点からも、本日はより良い議論をお願いする。

協議

1. 消費税 10% 引上げ時への対応について

財務省主計局担当官 宇波 弘貴

(1) 国及び社会保障制度の財政の現状

平成 27 年度の一般会計歳出 96 兆円の約 4 分の 1 は国債費で、残りの 4 分の 3 が政策経費であり、社会保障関係費が 31 兆 5 千億円である。歳入の 4 割を公債金、借金で賄っている。政府債務残高は GDP の 200% を超え、1945 年の終戦時以上である。こういった現状を踏まえて財政健全化計画を策定することになった。そのような中で社会保障の位置づけはどうなっているのか。主要経費の推移では国債費と社会保障費の占める割合が大きく、防衛や公共事業に使えるお金が少なくなっている。また、現状の 1 人当たり医療費等について言えば、75 歳以上は 65 歳～74 歳

と比べ医療費の国庫負担は約 4 倍、介護は約 9 倍になる。社会保障給付費は 6 割が保険料、3 割が国庫、1 割が地方負担である。OECD 諸国における社会保障支出と国民負担率において日本は国民負担率が低く、給付と負担のバランスが崩れており、持続可能な状態となっていない。私どもは社会保障制度の維持のため財政健全化が必要であると考えている。なお、消費税引き上げ分はすべて社会保障財源となる予定である。批判はあると思うがご理解いただきたい。

(2) 経済・財政再生計画の概要

「経済財政運営と改革の基本方針 2015」として平成 27 年 6 月 30 日に閣議決定された。財政健全化目標として、国・地方を合わせた基礎的財政収支について、2020 年度までに黒字化し、その後、債務残高対 GDP 比の安定的な引き下げを目指すことを堅持する。安倍内閣の 3 年間においては、一般歳出の総額の実質的な増加が 1.6 兆円、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び (約 1.5 兆円) となっている。そのような点も踏まえて、2020 年度に向けて社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせて行う充実等に相当する水準に収めることを目指す。社会保障制度の持続が目標である。

最後に後発医薬品に係る数量シェアの目標値を平成 29 年央に 70% 以上にし、平成 30 年度から 32 年度末までの間のなるべく早い時期に 80% 以上にすることは閣議決定している。

(3) 医療と消費税

予算的な説明をする。日本の消費税は多段階付加価値税である。消費税の実質的な負担者は消費

者であり、納税義務者は事業者である。社会保険診療収入に係る消費税は非課税とされているが、医薬品、材料、外部委託等の支出に係る消費税については最終価格に含まれ、社会保険診療報酬によってカバーされる仕組みとなっている。

平成 26 年度診療報酬改定においては診療報酬本体に 0.63%、薬価に 0.73% の上乗せをした。課税仕入れに係っている消費税対応分である。マクロとしては適正な規模を補填させていただいたと思う。また、配分については、医科、歯科及び調剤に分配し、さらに医科の中では診療所、病院に分けた。医療費のシェアは約 70% が病院、診療所が 30% なので、それらの数字を用いて割り振った。しかしながら補填不足が生じている医療機関もあるとの指摘があり、適正な転嫁については、ミクロであっても正確なものが望ましい。

課税化した場合は診療報酬の消費税対応分がなくなる。なお、その場合、患者及び保険者の診療報酬にかかる負担分は減るが、今度は患者は最終消費者であるので、人件費等を含めたサービスの総額に係る消費税が発生し、患者、保険者には負担増になる。

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上の諸課題について

日本医師会常任理事 今村 定臣

医療機関の費用構造と医療機関の支払う消費税の対応関係として、人件費（50%）については概ね非課税仕入れに対応している。医薬品・診療材料費（25%）、その他費用（25%）については概ね課税仕入れ（消費税を支払って仕入れている）に対応している。大まかに言えば、控除対象外消費税とはその中でその他の費用（設備投資に係る減価償却費を含む）の部分で起こる。なお、当てはまらないケースもあることをご留意いただきたい。

薬価・特定保険医療材料と消費税については、医療機関は卸業者から仕入れ時に消費税を支払い、一方、患者からは消費税を受け取らないため、損をしているという誤解がある。薬価及び特定保険医療材料の価格には、仕入れ時に支払う消費税に相当する金額があらかじめ含まれており、

医薬品・特定保険医療材料の仕入れに際して、仕組みを理解した上で、適切な価格交渉を行えば、損が発生することはない。税抜き相当の本体薬価を明確にし、これを基準に価格交渉を行えば、混乱は起きない。例えば、薬価 108 円の薬品を、16.7% 引きの 90 円で買うということではなく、本体薬価 100 円の薬品を、10% 引きの 90 円で買うという共通理解が必要である。

次に消費税 5% への引き上げ時に、補てん不足があることについて当局との相違がある。医療機関の支払う消費税（診療収入に対する割合）は 2.27% であったが、そのうち薬価、特定保険医療材料は 1.22% であり、仕組み上、過不足なく上乗せされているが、その他の費用、設備投資にかかる消費税の 1.05% については、診療報酬への上乗せが 0.62% 補填不足と考えている。つまり、2.27% のうちのその他の費用・設備投資にかかる消費税 1.05% については 0.43% しか補てんされていない。診療報酬への上乗せは平成元年と平成 9 年の消費税導入と増率時に、0.11%、0.32% の合計 0.43% であった。さらその後の診療報酬の改定で、診療行為に対する上乗せがどこにいったかわからない状況である。厚生労働省はどこにいったかわからなくても、どこかに入っていると説明する。

なぜ、薬価は補填されているのに、診療報酬は補填不足になったのか。平成 9 年（税率 5% への引き上げ対応）の改定において、医薬品・材料費に対する補填については、薬価・特定保険医療材料価格において、消費税率引上げ分（2%）の補填が行われたが、医薬品・材料費を除く課税経費に対する補填は診療報酬本体において、消費税率引上げ分（2%）ではなく、消費者物価への影響（予測値）1.5% の補填が行われた。平成 26 年度改定時においては、新たな補填不足が生じないよう日医が是正を求めて、「消費者物価への影響」ではなく、「消費税率」引上げ分が用いられた。しかし、消費税率 5% 時点までの本体部分の補填不足は依然として残っている。平成 26 年 4 月の診療報酬改定における消費税対応の改定率に基づき、平成 26 年 4 月の本体報酬の財源配分は医科が 2,200 億円であり、そのうち病院が 1,600 億円、診療

所が 600 億円となった。

この問題の抜本的解決の際の医療機関におけるデメリットについて説明する。まず、過去の上乗せ分について引き下げられる。いわゆる「引きはがし」が起こる。本体報酬の引きはがしについては、補填不足へどう対応するかが問題になる。

消費税の還付については必要経費額の実額計算等が必要になり、所得税の概算経費率（いわゆる四段階制）が廃止される可能性もある。四段階制は社会保険医療に対する適正で合理的な診療報酬制度が確立されていない現状で、小規模医療機関の経営の安定を図ることで、地域医療に専念できるようにすることであり、本来の制度趣旨に則ったかたちで存続を要望している。次に免税事業者、簡易課税事業者への影響については、消費税課税方式等の適用状況においては、約 7 割の診療所が免税事業者であり、17%が簡易課税方式である。日医として、消費税の簡易課税制度は中小医療機関の事務負担軽減措置として必要不可欠であることから、その見直しは慎重に行うことを要望している。

医療にかかる消費税を課税にするなら、事業税が非課税になっている現状から課税に転換すべきだという議論も起こってくる。社会保険診療は公共性、非営利性の極めて高い事業であり、また極めて低廉で事業税非課税を前提とした公定価格であるため、昭和 27 年から非課税とされている。

平成 27 年度税制改正大綱には抜本的な解決に向けて、仕入れ税額相当分を正確に把握（見える化）し、結論を得るなどと書かれている。日医において医療機関等の消費税問題に関する検討会が 27 年 3 月に設置され、財務省、厚労省、三師会、四病協のメンバーで月 1 回のペースで開催されている。見える化については、病院、一般診療所、歯科、調剤薬局ごとに各団体が 10 ～ 20 施設を選定し、調査を行うこととしている。

質疑応答

都道府県 人件費の消費税の増収分はいくらか。人件費も課税される。

財務省 計算方法には論点がある。

都道府県 抜本的な解決がなされないまま消費税率 10%になった場合はどうするのか。

日医 さまざまな手段で、負担が増えないように努力する。

都道府県 経済財政諮問会議のメンバーに医療関係者はいないが、そこが医療界の方向性を示すことが適当なのか。ジェネリックの数量シェアの目標値 80%という数字も提示されており、医師の処方権もある。このような事態が起こると、例えば、ドイツのように製薬会社がなく、すべて外国資本の子会社になる。

財務省 そのようなご指摘はあった。担当大臣からは諮問会議はあくまで総理の諮問機関であり、民間議員もあり、提言もあるが最終的には諮問会議の決定は主要閣僚等が入って政治責任を持って決定すると言われた。ジェネリックの推進を謳う一方、創薬に係るイノベーション、国際競争力強化も謳っている。保険財政との兼ね合いも重要である。

都道府県 生活保護の方に対してジェネリック医薬品を処方することについてどう考えるか。

財務省 公共事業費などは年度予算がなくなればそれ以上の公共事業は行わないが、社会保障の場合は制度で動いており、年度予算の上限に達したからといって医療を断ることはできない。国民皆保険であり、フリーアクセスは日本の優れた制度であるが制度である以上、国会の審議を経ないと変更はできない。ジェネリック医薬品の推進については、各保険者も含めて考えていくことである。

総括

日本医師会 今村 聡 副会長 税制改正大綱は平成 27 年度のは 26 年度よりも相当踏み込んだものになっている。税制改革は多くのハードルがあり、理念は簡単に語られるが、一旦決まると現実的にはさまざまな問題が起こってくることを理解していただきたい。日医会員にアンケートすると 3 分の 1 ずつ意見が違う。日本の医療が消費税によっておかしくなることは避けなければならないので、ご理解を賜り、ご支援をお願いする。

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カ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。お試しください。

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



県医師会の動き

副会長 濱本 史明

9 月 26・27 日に岡山県医師会の引き受けで、平成 27 年度 中国四国医師会連合総会が開催されました。詳細は本号に掲載されていますが、27 日に行われた日本医師会長の横倉義武先生の講演「日本医師会の直面する課題」の中で、全国の医師会員の動向が報告されました。日医の会員数は平成 26 年 12 月 1 日現在で 166,121 人であり、残念ながら都道府県医師会までには入会するものの、日医に入会する医師は減少しています。現在、日本の医師総数（約 30 万人）のうち約 55% が加入していることになります。

日医は、組織力強化のために日医への加入促進に関する要請を各県に対し行いました。先月号にも書きましたが、現在、日医未入会の先生方の入会をお願いするために、県医師会の役員が分担して各病院長に協力要請を行っています。現在、日医の代議員数は 359 人で、このうち勤務医は 36 人で 10% となります。日医は開業医の団体であるとのイメージが強く、勤務医の先生方の入会が未だに少ない状況です。本会の小田会長は勤務医で、その他に 5 名の役員が勤務医であることから、本会役員の約 30% が勤務医ということになります。現在、勤務医の労働条件等諸問題が多くありますが、日医では勤務医関係の委員会や会議もあり、問題解決に向けて活動しています。日医のホームページを見ると、横倉会長の諮問に各委員会は 2 年に一度答申を出していることがわかります。

その、勤務医に関する県医師会としての取組みの一つである病院勤務医懇談会が 10 月 5 日に開催されました。光市立光総合病院・光市立大和総合病院の先生方との懇談会で、本会勤務医部会の前川剛志 部会長、内田正志 企画委員長、本会からは小田会長、河村専務理事、加藤常任理事、武藤理事、濱本が出席しました。

「光総合病院では医師の定員が 24 名から 16 名、

大和総合病院では 22 名から 10 名に減っている。今後の対策はどうしたらいいか」との問題提起がありました。

「大学自体の医師数が減少するなど全体的に医師が減っている中で、後期専攻医はわずかながら増加している。大学の医療人育成センターでも特任教授をつくるなど、できるだけ大学に残るような対策を行っている」「マッチングに関しては、本年度、山口県は 15 名（昨年度は 12 名）であり、少しずつ明るい見通しが出てきている」「山口県は、大・中小の病院が多く分散している状態なので、自分の病院の特徴や他の病院にない特異性をアピールすることが大事である」「専門医制度に関して、これから病院は各診療科でどのような症例があるのかまとめておいていただきたい」「医師不足はオール山口で取り組まなくてはならないが、入院患者のデータを集めておいていただきたい」等の意見・要望が出ました。

また、「院長・副院長を除いて全員が当直を行っており、50 歳近い先生も当直を行っている。それぞれの病院では 12 名、8 名で当直を回しており、非常に辛い」との意見が出ました。

さらに、「勤務医の疲弊の一つに待機の問題もあり、一日おきの待機でいつ呼び出されるかわからないこともある」「医師不足の問題だけでなく、山口県がより住みやすくなる町づくりが必要ではないのか。山口県を出て都会に行ったら帰ってこない。どうしても都会での生活を優先させてしまおう」「県医師会のホームページのドクターバンクについて、どこの病院が医師を募集しているのか等、もう少し具体的な情報発信がほしい」との意見も出ました。

また、勤務医関係の会議としては、10 月 24 日に秋田県で全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催され、本会から小田会長、加藤常任理事、武

藤理事、中村理事が出席しました。

10 日は、医療事故調査制度施行に伴う「Ai 研修会」が開催されました。本会の林常任理事による講演「医療事故調査制度の概要について」、同じく中村理事による講演「医療事故調査制度における Ai の実際」の後、Ai 情報センター代表理事の山本正二先生による「医療事故調査と Ai について」の特別講演があり、具体的な症例を交えながら、医療事故対策としての Ai の活用を具体的に説明されました。まとめとして、「CT の普及状況等から考えると医療事故死に関して、Ai を行わないことはむしろ不自然」「診療録・診療記録の保全と Ai の実施・画像の保全が医療事故発生時に最も重要な初動である」「何時でも Ai が施行できる体制を構築すること」「Ai は客観的な証拠になる」と結ばれました。

日時が前後しますが、3 日には山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会、山口県医師会スポーツ医部会総会が開催されました。実地研修会では、早稲田大学スポーツ科学学術院准教授の鳥居俊先生による特別講演「ロコモティブシンドロームと、その対策」、実地研修として東芝林間病院理学療法士の土屋憲太郎先生による「ロコモティブシンドロームに対するトレーニングの実際」が行われました。

総会ではスポーツ医部会の解散について審議されました。山口国体に向けて設立された山口県医師会スポーツ医部会は、当面の役割を終えたということで、参加者の同意を得て平成 28 年 3 月 31 日を以て解散となりました。これまでの皆様のご協力に対し、この誌面をお借りして感謝申し上げます。また、部会設立にご尽力いただいた木下敬介 前県医師会長、河合伸也 部会長、東良輝 副部会長、小田裕胤 副部会長並びに各理事の先生方にも感謝申し上げます。

最近、「ロコモティブシンドローム」は、私たち医療関係者の間では頻繁に耳にする言葉ですが、一般の方々にはまだ深く浸透していないようです。22 日に健康やまぐち 21 推進協議会に出席しました。「健康やまぐち 21 計画（第 2 次）」推進への取組みの一つに「高齢者の健康」があ

り、主な対策の一つに介護予防の推進（適切な介護サービスの推進、ロコモティブシンドロームの予防対策等）がありました。ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の言葉や意味を知っている人の割合の増加（健康づくりに関する意識調査）の基準値が、平成 24 年度は 37.5% で、現状値（26 年度）では 35.2% となり、評価としては悪くなっていました。随分先ですが 34 年度に 80% の目標を掲げています。また、ロコチェックに該当する人（40 歳以上）が、24 年度 29.7% だったものが、現状値（26 年度）では 30.6% となり、これも評価として悪くなっています。なお、34 年度は 24% を目標としています。

医療費抑制策の一つとして、元気で自立できる高齢者をこれから増やさなければならず、メタボ健診と同様の考えで、運動器の機能低下を早期に予防するために、ロコモティブシンドロームを広く認知する必要があります。以前は、整形外科に入院する患者は、交通事故や外傷の若者が多かったようですが、最近では、骨折・変形性関節症の患者さんが多くなり、年齢別でも 70 ～ 79 歳の整形外科入院・手術患者が最も多く 22% を占めています（60 ～ 69 歳 16.4%、80 ～ 89 歳 13.3%）。

本年度の日本医師会社会保険指導者講習会は「ロコモティブシンドロームのすべて」と題して、2 日間にわたり講演が行われました。詳細は日医雑誌に掲載されますので、ご一読ください。現在、日医会員に配付されている「ロコモティブシンドロームのすべて」（生涯教育シリーズ 88）がでテキストとして使われました。このうち、鳥居俊先生が執筆をされている「ロコモ対策としての柔軟体操とストレッチの実際」と「ロコモ対策としてのウォーキングとジョギングの実際」において、「ウォーキングはいつでもどこでも実施できる最も手軽な身体活動で、普通の歩行は 3 メッツ、ウォーキングは 4.3 メッツ、ジョギングは 6.0 メッツ程度とされるが速度によって上下する」と書かれています。身体活動量の基準によると、64 歳までの成人は「強度 3 メッツ以上の身体活動を 23 メッツ・時 / 週行う。具体的には、歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を毎日

60 分行う」、65 歳以上は「強度を問わず、10 メツツ・時/週行う。具体的には横になったままや座ったままにならなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日 40 分行う」と書かれています。

医師はもとより、医療従事者の運動不足は明らかです。中には、自分の健康管理に十分気を付けられていらっしゃる先生方も居られますが、毎日 40 分以上の身体活動をしている方は、私を含め少ないと思います。

まだ交通手段が馬や籠の時代の人の運動量は、かなりのものだったことが想像できます。感染症やその他の理由により平均寿命は短いのは当然ですが、肥満や糖尿病のような生活習慣病などはほとんどなかったと思われます。

種田山頭火は松山の地で泥酔の後、心臓麻痺(?)により亡くなりました(57 年 10 か月の生涯)。ひたすら歩き続けた山頭火は、生涯に約 84,000 句を詠み捨てたと言われており、晩年の 14 年を、すべてのしがらみを捨て旅と酒と俳句に生きました。早坂 暁 脚本のドラマ「山頭火何でこん

なに淋しい風ふく」(フランキー堺 主演 1989 年 NHK) をご覧になった方も多いと思います。

淋しい悲しい、人間の弱さを全部抱えて生きてるので、人々の心を感動させるのでしょうか。

「どうしようもないわたしが歩いている」
「なつめたわゝにうれてこゝに住めとばかりに」
「死んでしまへば、雑草雨ふる」

山頭火 其中庵

山頭火の俳句の後に掲載するのも憚られますが、9 月のメール句会の兼題は、「野分け・台風」「虫」、チャレンジは「鰯」でした。

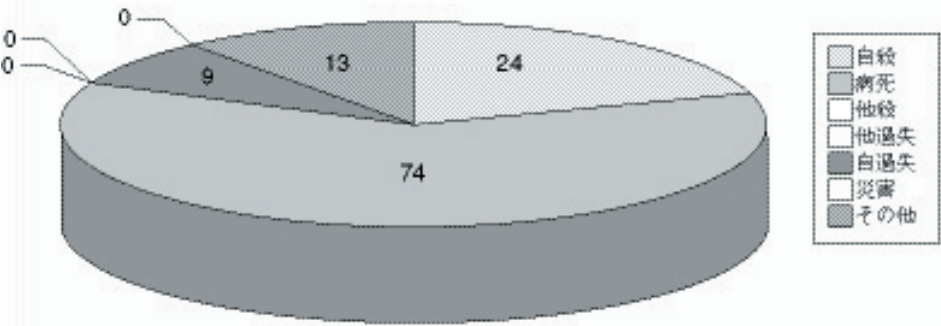
巻頭・特選は、「台風を恐れ胎児は腹を蹴る」かずらを、「閑なる一人に戻る虫の夜」さゑ、自由句の巻頭・特選は「名月を茶碗に受けてひとり酒」さゑ、チャレンジの巻頭は「小鰯をさばく漁師の太き指」桃太、でした。

10 月の兼題は「初紅葉・薄紅葉」「鹿」、チャレンジは「落花生」です。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-15	24	74	0	0	9	0	13	120

死体検案数と死亡種別 (平成 27 年 9 月分)



「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）をお願いします。
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 kaihoushou@yamaguchi.med.or.jp

理 事 会

－第 12 回－

9 月 17 日 午後 5 時～6 時 58 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・林・加藤・藤本・今村各常任理事、沖中・香田・中村・清水・原・船津各理事、山本・藤野各監事

協議事項

1 第 1 回郡市医師会会長会議について

10 月 29 日開催の郡市医師会会長会議の日程及び議題について協議を行った。

2 平成 28 年度特定健診の標準単価について

今年度は診療報酬の改定が行われないことから、平成 28 年度の標準単価は変更しないことが了承された。

3 認知症サポート医養成研修派遣者の推薦について

山口県健康福祉部長寿社会課より、国立長寿医療研究センターが実施する今年度の研修受講者について推薦依頼があり、船津理事ほか 2 名を推薦することに決定した。

4 専門医制度に関する要望書の提出について

平成 16 年度に始まった新卒後臨床研修制度により山口県内は多くの医師が流出し、若手医師の激減、県内医師の高齢化に陥っているところである。また、平成 29 年度から予定されている新専門医制度の運用によっては、更に県内の医師不足に拍車がかかることが予想されることから、勤務医部会長より、山口大学医学部附属病院院長宛に専門医制度に関する要望書を提出することが提案され、了承された。

人事事項

1 山口県医師会医療事故調査委員会の委員委嘱について

10 月 1 日から施行される医療事故調査制度により設置が必要な標記委員会において、専門領域の調査に対応する委員（36 名）の委嘱について協議し、承認された。

報告事項

1 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議（9 月 3 日）

郡市医師会担当理事、県、市町担当者、本会による合同会議を例年どおり開催した。山口県健康増進課より平成 25・26 年度麻しん予防接種実施状況、予防接種法の改正、現在、日本が麻しん排除状態にあること等の報告があり、その後、平成 28 年度妊産婦・乳幼児健康診査における参考単価、広域予防接種における個別接種標準料金について協議を行った。また、今年度よりインフルエンザワクチンが 3 価から 4 価に変更になることから、今年度の広域における高齢者インフルエンザ予防接種料金の算定の経緯について説明を行った。（藤本）

2 山口県知事への要望（9 月 3 日）

7 月 17 日付で厚生労働省より各都道府県へ地域医療介護総合確保基金（医療分）の今年度分第 1 回目の内示がされたが、その額は要望額と乖離しているものであった。このままでは本県の地域医療の確保に向けた各種事業が実施できないおそれがあることから、小田会長、濱本副会長、河村専務理事、弘山常任理事が村岡知事と面会のうえ、県における財源確保と国へのさらなる働きかけを行ってほしい旨の要望書を手交した。（小田）

3 個別指導「山口市」（9 月 3 日）

診療所 6 機関について実施され立ち会った。

（船津）

理 事 会

4 地域医療構想策定協議会第 2 回会議「萩（9 月 3 日）」「岩国（9 月 10 日）」

山口県医療政策課より、医療需要の推計結果及び医療需要を踏まえた医療提供体制の検討について、全国一律の計算式による推計値が目標とすべき目標値であるとの説明が行われ、その後、構成員により意見交換及び質疑応答があった。

（弘山・香田）

5 山口県医療事故調査支援団体事務連絡協議会（9 月 4 日）

10 月 1 日から施行される医療事故調査制度の調査体制構築に向けて、厚生労働大臣から告示された県内 10 支援団体により、各支援団体の医療資源の確認及び情報交換等を行った。（林）

6 第 137 回山口県医師会生涯研修セミナー（9 月 6 日）

午前中は、山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学分野の松永和人 教授による「喘息治療の進歩と今後の課題」、山口県健康福祉部医療政策課の國光文乃 課長による「山口県における地域医療構想（ビジョン）について」、午後は、山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学分野の永野浩昭 教授による「肝移植－今、知っておきたいこと－」、埼玉医科大学病院麻酔科の中山英人 教授による「てんかんと麻酔」の特別講演 4 題が行われた。医師、薬剤師等 126 名が出席。（河村、今村）

7 勤務医部会第 2 回企画委員会（9 月 7 日）

平成 27 年度実施事業である、市民公開講座、座談会、医療クラークの活動支援、医学生への啓発事業等についての協議、山口大学に対する専門医制度に関する要望書提出の検討を行った。

（加藤）

8 山口県共同募金会第 2 回評議員会（9 月 8 日）

平成 27 年度共同募金の目標額、受配者の範囲及び配分方法・配分計画、欠員役員及び欠員配分

委員の選任等の審議が行われた。（事務局長）

9 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（9 月 9 日）

審査委員の委解嘱、平成 27 事業年度社会保障・税番号制度会計収入支出予算等について報告が行われた。（小田）

10 第 2 回健康教育委員会（9 月 10 日）

今年度作成する健康教育テキスト「ウイルス肝炎」の検討及び次回テキストのテーマ等について協議を行った。（藤本）

11 医療事故調査委員・郡市医師会医療事故調査担当理事合同協議会（9 月 10 日）

医療事故調査制度の施行に向けて、「医療事故調査制度の概要について」（山口県医師会 林 弘人 常任理事）、「予期せぬ死亡の原因究明について」（山口大学法医・生体侵襲解析医学分野 藤宮龍也 教授）、「医療事故調査制度について」（日本医師会 松原謙二 副会長）の講演 3 題を行った。（林）

12 新規第 1 号会員研修会（9 月 10 日）

本会の組織・事業・会員福祉、医事紛争対策及び医療保険等について説明を行った。出席者 27 名。（河村）

13 第 1 回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議（9 月 10 日）

要保護児童対策の現状と取組み、児童虐待防止対策の推進、里親委託の推進について協議を行った。（濱本、藤野）

14 社会保険医療担当者集団指導（9 月 10 日）

中国四国厚生局及び山口県の共同による各種集団指導と併せて、本会が全医療機関を対象に実施する集団指導（隔年出席制）を山口市で開催した。本年度より県内 3 か所（周南市、下関市、山口市）での開催。（萬）

理 事 会

15 山口県福祉サービス適正化委員会第 92 回苦情解決部会（9 月 11 日）

平成 27 年 4 ～ 8 月の苦情相談等の受付状況及び現況等について協議を行った。（今村）

16 勤務医部会 医師事務作業補助者連絡協議会（9 月 12 日）

県内 11 病院の医師事務作業補助者により、各病院における勤務状況等について情報交換後、今年度事業のスキルアップ研修及びフォーラムの企画内容について協議を行った。（中村）

17 地域医療介護総合確保基金（医療分）の確保に関する緊急要望（9 月 14 日）

知事、医療政策課長及び 4 団体の長（県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）において、地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る平成 27 年度留保分（第 2 回）の早期内示と今後の基金スキームの見直しについて、県選出国會議員及び財務省、厚生労働省に面会し要望を行った。

（小田）

18 日本医師会第 6 回理事会（9 月 15 日）

平成 27 年度日本医師会医学賞・医学研究奨励賞選考、ORCA 事業、平成 27 年度日本医師会予算補正等について協議を行った。（小田）

19 第 2 回都道府県医師会長協議会（9 月 15 日）

横倉義武 会長挨拶に続き、茨城県・栃木県・宮城県会長から台風第 18 号による大雨に係る被災の状況報告と見舞い等に対するお礼の挨拶があり、その後、本会提出の「在宅専門診療所の要件緩和について」ほか 8 県医師会から提出された質問・要望に対して担当役員から回答が行われた。また、日医より、マイナンバーと医療等 ID について説明が行われた。（吉本）

医師国保理事会 ー第 10 回ー

1 一般社団法人全国医師国民健康保険組合連合会設立記念祝賀会について（9 月 16 日）

本年 8 月に一般社団法人化したことを記念して、日本医師会館で祝賀会が開催され、日本医師会横倉義武 会長等の祝辞があった。（小田）

2 第 14 回「学びながらのウォーキング大会」について

平成 27 年 11 月 23 日（月・祝）に徳山医師会館で開催する標記ウォーキング大会の特別講演講師、ウォーキングコース等を協議、決定した。

ー第 13 回ー

10 月 1 日 午後 5 時～7 時 6 分

小田会長、吉本副会長、河村専務理事、弘山・加藤・今村各常任理事、武藤・沖中・香田・中村・原各理事、山本・藤野監事

協議事項

1 平成 28 年度施策・予算に関する要望について

地域医療介護総合確保基金（新たな財政支援制度）の充実強化、地域医療構想の実現に向けた取組み、予防接種対策等の 3 項目について要望することが決定した。

2 その他（経過報告）

(1)「ねんりんピックおいでませ！山口 2015」配置医療機関について

10 月 17 日～20 日に開催される標記大会開催期間中の救急協力医療機関の配置が決定し、山口県ねんりんピック推進室より情報提供が行われた。

理 事 会

(2) 世界スカウトジャンボリーにおける中央救護所の診療状況について

7 月 28 日～8 月 8 日まで開催された、標記大会中央救護所の診療状況（受診者数、搬送患者数等）について報告が行われた。

報告事項

1 郡市医師会介護保険担当理事協議会

(9 月 17 日)

地域医療介護総合確保基金（介護分）、介護保険制度の改正、介護療養病床の転換状況等について協議を行った。（河村）

2 花粉情報委員会（9 月 17 日）

平成 27 年のスギ・ヒノキ花粉飛散状況、平成 28 年度花粉情報システム及び平成 27 年 12 月 13 日（日）に開催する花粉測定講習会について協議を行った。（沖中）

3 医事案件調査専門委員会（9 月 17 日）

病院 2 件の事案について審議を行った。（中村）

4 地域医療構想策定協議会第 3 回会議

(9 月 17 日：宇部・小野田医療圏、
9 月 29 日：下関医療圏)

宇部・小野田医療圏では、医師会、病院長以外の委員から、前回の協議会で協議された医療需要の推計結果による医療提供体制について意見聴取がされた。下関医療圏では、医療需要の推計について、下関市保健所から提供された独自のデータを基に協議し、今後、作業部会を設置して案を作成、協議会に諮ることになった。（弘山）

5 留置施設視察委員会第 2 回会議（9 月 17 日）

7 月に実施した、警察署留置施設の視察結果報告及び協議が行われた。（香田）

6 第 1 回山口県障害者施策推進協議会

(9 月 17 日)

やまぐち障害者いきいきプランの進捗状況及び

山口県障害福祉サービス実施計画の進捗状況について審議を行った。（今村）

7 県民公開講座「ピンクリボン＆ブルーリボン in やまぐち」（9 月 20 日）

県民の健康と医療を考える会主催で開催され、「乳がん～受けよう検診、守ろう笑顔～」 「増えている大腸がん～早く見つけて確実に治す最新の診断・治療～」の基調講演 2 題、タレントの向井亜紀さんによる特別講演「がんと向き合う～自分の身体と時間を大切に～」、シンポジウム「検診の大切さをもっと知ってほしい～男性にも知ってほしい乳がん。家族に知ってほしい大腸がんのこと～」が行われた。参加者 600 名。（今村）

8 第 2 回地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者合同会議（9 月 24 日）

地域医療構想策定について、山口県医療政策課より、現在、各圏域の協議会において医療需要の推計結果を報告し、委員から意見を聞いているところであり、今後は県作成の調査票等を利用し、協議会の委員、病院等の意見を集約していくこと等が報告された。また、地域医療介護総合確保基金（医療分、介護分）について、平成 27 年度分の内示状況や平成 28 年度事業の提案募集等について県担当課から説明があり、協議を行った。

（弘山）

9 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(9 月 24 日)

医科では、新規 4 件（新規 2 件、組織変更 2 件）が承認された。（小田）

10 山口産業保健総合支援センター地域窓口全体会議（9 月 24 日）

平成 26 年度事業実施報告及び平成 27 年度事業計画案について協議し、意見交換を行った。

（書面報告：藤本）

理 事 会

11 第 42 回山口大学学長選考会議（9 月 25 日）

学長選考会議委員の委員数、学長の業務執行状況の評価等について協議を行った。（今村）

12 第 68 回山口大学経営協議会（9 月 25 日）

山口大学基金に関する支援事業について協議を行い、その後、平成 28 年度の組織再編、山口大学創基 200 周年記念募金の状況、教育関係共同利用拠点等について報告が行われた。（今村）

13 中国四国医師会連合常任委員会（9 月 26 日）

ブロック選出の日本医師会役員から中央情勢報告、平成 26 年度事業・会計報告の後、中国四国医師会学校保健担当事務連絡会議への助成、中国四国医師会連合災害時医療救護協定の締結、次期当番県等について協議を行った。（河村）

14 医療事故調査制度に関する協議会

（9 月 28 日）

岩国地域における医療事故調査体制の構築に向けて、国立病院機構岩国医療センターへ協力要請を行い、併せて情報交換を行った。（中村）

15 広報委員会（10 月 1 日）

会報主要記事掲載予定（11～1 月号）、炉辺談話、歳末放談会、tys「スパ特」のテーマ等について協議を行った。（今村）

16 会員の入退会異動

入会 2 件、退会 6 件、異動 11 件。（10 月 1 日現在会員数：1 号 1,303 名、2 号 879 名、3 号 415 名、合計 2,597 名）

医師国保理事会 ー第 11 回ー

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

ー第 14 回ー

10 月 15 日 午後 5 時～6 時 30 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・林・加藤・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・藤野監事

協議事項

1 第 1 回郡市医師会長会議の意見・要望について

郡市医師会から予告された要望 3 題について協議を行った。

2 平成 27 年度山口県学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会長より標記表彰について 1 名の推薦依頼があったことから、郡市医師会に候補者の推薦依頼を行い、今回の推薦 1 件及び推薦予定分を含め、次回理事会で再協議することになった。

3 山口県報道懇話会との懇談会について

11 月 10 日に山口市において開催することに決定し、議題について協議を行った。

人事事項

1 禁煙推進委員会の委員について

山口大学の福田吉治 先生の県外転出に伴い、山口大学医学部附属病院呼吸器・感染症内科の松永和人 教授の就任が決定した。

報告事項

1 労災診療費算定実務研修会（9 月 17 日）

労災診療費の請求もれ等を防止し、適正かつ効率的な請求を期することを目的に、山口県医師会と（公財）労災保険情報センターとの共催により、

理 事 会

山口市で開催した。86 医療機関 138 名の出席であった。(萬)

2 第 2 回禁煙推進委員会 (9 月 17 日)

禁煙教育用のスライドとして「小児用」「大人用」の 2 種類を作成することとし、内容について協議した。(濱本)

3 個別指導「周南市」(9 月 24 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。
(萬、清水)

4 日医第 7 回医事法関係検討委員会(9 月 25 日)

日医会長諮問「医療事故調査制度のもとにおける医師法第 21 条の規定の見直しについて」の討議が行われ、条文の改正案の検討を行った。(林)

5 第 2 回学校心臓検診検討委員会 (10 月 1 日)

平成 24・25・26 年度山口県学校心臓検診報告書の進捗状況、学校心臓検診生活管理指導表のリスク早見表(案)について協議し、その後、精密検査受診票の疑義照会の確認作業を行った。
(沖中)

6 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議 (10 月 1 日)

平成 26 年度の実施結果及び平成 27 年度の実施状況について各市町から報告が行われ、情報交換を行った。(香田)

7 第 59 回社会保険指導者講習会

(10 月 1～2 日)

「ロコモティブシンドロームのすべて」をテーマに日本医師会館において開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。1 日目は横倉会長の挨拶に続き講演 6 題、2 日目は講演 4 題の後、厚生労働省からの講演が行われた。(萬)

8 健康スポーツ医学実地研修会・スポーツ医部会総会 (10 月 3 日)

研修会では、早稲田大学スポーツ科学学術院の鳥居 俊 准教授による特別講演「ロコモティブシンドロームと、その対策」、東芝林間病院の土屋 憲太郎 理学療法士による実地研修「ロコモティブシンドロームに対するトレーニングの実際」が行われた。

総会では、平成 26 年度事業報告及び平成 27 年度事業計画が承認され、審議事項「スポーツ医部会の解散について」では、河合伸也 部会長から解散に至る経緯について説明があり、山口県医師会スポーツ医部会は平成 28 年 3 月 31 日をもって解散することが承認された。(沖中)

9 「やまぐち糖尿病療養指導士」第 8 回レベルアップ講習会 (10 月 4 日)

新南陽市民病院の松谷 朗 院長による講義「低炭水化物ダイエットはありなのか?」、山口県立大学の長坂祐二 学長による実習「糖尿病教室をデザインしよう」が行われた。受講者 241 名。
(沖中)

10 児童虐待の発生予防等に関する研修会

(10 月 4 日)

山口県産婦人科医会と共催で開催した。日本医師会の今村定臣 常任理事による「子ども虐待対策と成育基本法の成立に向けて」、大阪府立母子保健総合医療センターの和田聡子 母性外来師長による「社会的ハイリスク妊婦の把握と支援～妊娠期からの虐待予防の視点～」の講演が行われ、参加者は医師、看護師等医療関係者及び行政・学校関係者等 53 名であった。(藤野)

11 「光市立光総合病院・光市立大和総合病院」勤務医懇談会 (10 月 5 日)

勤務医が抱える諸問題、救急医療の現状、県内の医師派遣における大学病院と地域基幹病院の役割等について意見交換を行った。(加藤)

理 事 会

12 医師会加入促進対策病院訪問

(10 月 5 ～ 13 日)

第 11 回理事会において、「会員加入促進強化月間」を設け、組織強化に取り組むことが決定したことから、6 病院の院長を訪問し依頼を行った。

(小田、吉本、濱本)

13 第 7 回山口県肝疾患診療連携協議会

(10 月 6 日)

陽性者フォローアップ事業、肝炎治療特別促進事業、山口県肝疾患コーディネーター養成講習会、肝疾患センターの活動等の報告及び肝疾患コーディネーター連絡協議会の設置、山口県肝疾患診療連携協議会規則の一部改正について審議を行った。(小田)

14 日医第 6 回社会保険診療報酬検討委員会

(10 月 7 日)

「次期診療報酬改定に対する要望書」及び日医会長からの諮問事項②「現在の診療報酬における問題点とその対応」について協議し、答申案の準備を行った。また、「調剤医療費の動向と大手調剤薬局の経営概況」(日医総研ワーキングペーパー No. 349) について説明が行われた。(萬)

15 個別指導「下関市」(10 月 8 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。

(萬、清水)

16 第 1 回山口県准看護師試験委員会(10 月 8 日)

平成 26 年度の試験結果の報告後、平成 27 年度の准看護師試験の実施及び実施要項(案)等について協議を行った。(加藤)

17 日医第 6 回勤務医委員会(10 月 9 日)

本県における「医師事務作業補助者(ドクターズクラーク)に関する取組みについて」現況の紹介を行った。(小田)

18 医療事故調査制度施行に伴う「Ai 研究会」

(10 月 10 日)

医療事故調査制度(改正医療法)の施行に向けて、「医療事故調査制度の概要について」(山口県医師会 林 弘人 常任理事)、「医療事故調査制度における Ai の実際」(山口県医師会 中村 洋 理事)の講演及び「医療事故調査と Ai について」(Ai 情報センター 山本正二 代表理事)の特別講演を行った。参加者 105 名。(林、中村)

19 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(10 月 11 日)

4 講師により、かかりつけ医の役割、診断、治療、連携と制度の講習及び症例検討(ワークショップ)を開催し、受講修了者に修了証を授与した。受講者 36 名。(河村)

20 やまぐち子育て連盟総会(10 月 11 日)

やまぐち子育て連盟は、企業、地域、行政等が協働して、結婚から妊娠・出産、子育てまで切れ目のない支援を県民運動として展開し、社会全体で子どもや子育て家庭を支える気運を高めることを目的に平成 26 年 8 月に設立された。本会は、やまぐち子育て連盟構成員代表として出席、連盟の取組説明、やまぐちイクメン応援表彰等の表彰式が行われた。(濱本)

21 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(10 月 14 日)

山口支部における審査専門部会に係る審査状況、地方単独医療費助成事業の審査支払業務の受託に係る取組み等について報告が行われた。

(小田)

22 日医第 3 回地域医療対策委員会(10 月 14 日)

地域医療構想について、各委員から取組みの報告と報告書作成に向けた論点の整理について協議を行った。(弘山)

 日医 FAX ニュース **2015 年（平成 27 年）10 月 30 日 2468 号**

- 地域包括ケア病棟、報酬体系継続を提案
- 日医・鈴木常任理事ら 5 委員が退任挨拶
- 14 年度総合確保基金、執行率は 69.5%
- 台湾の爆発事故医療支援金 1383 万円超
- 男女共同参画委員会中間答申まとまる

2015 年（平成 27 年）10 月 27 日 2467 号

- 調剤報酬の適正化、基本方針に明記を
- 医療 35 兆 3548 億円で過去最高
- 総合確保基金の医療分、第 2 弾を内示
- 新類型は「経営が成り立つことが条件」
- 納入価 6 割上昇で負担増
- 保険証を用いる体系を提案

2015 年（平成 27 年）10 月 23 日 2466 号

- 財政審分科会での財務省案に疑問提示
- 国医協の決議内容などを説明
- 新かかりつけ医機能研修制度を開始へ
- 「かかりつけ医」の表記めぐり応酬も
- 化血研の出荷自粛要請を解除

2015 年（平成 27 年）10 月 20 日 2465 号

- 16 年度改定「20 年後を見据えて検討」
- 個々の点数項目“見える化”は「困難」
- 厚労省「1 億総活躍実現本部」が初会合
- 都道府県で「周産期医療構想」策定も
- 入院医療の最終報告書、基本問題小委へ

2015 年（平成 27 年）10 月 16 日 2464 号

- 7 対 1 要件の厳格化の必要性で応酬
- 臨床研修「生涯教育の第一歩に」
- 医療的ケア児、「基本法」で支援明記を
- 厚生労働副大臣に竹内・渡嘉敷氏
- 医政局に「精神科医療等対策室」を設置
- 大都市部の募集定員割合、過去最低水準
- 「全国がん登録届出マニュアル」が完成

2015 年（平成 27 年）10 月 9 日 2463 号

- TPP 協定交渉の大筋合意に当たって
- ノーベル賞大村北里大栄誉教授に祝辞
- 「国民運動」を展開、12 月に総決起大会
- 在宅医療専門の診療所の導入で合意

2015 年（平成 27 年）10 月 6 日 2462 号

- 16 年度改定、政策誘導の考え方必要
- 地域医療構想への「正しい理解を」
- 成育基本法実現求め、首相に署名提出
- 医療分野の情報連携、既存ネットワーク活用
- 乳がんと胃がんの検診、指針改正へ

2015 年（平成 27 年）10 月 2 日 2461 号

- 新三本の矢、実現に期待示す
- 中医協分科会への報告内容を確認
- 松原副会長が中医協委員就任へ抱負
- 患者申出療養の骨格案を了承
- 紹介状なし定額負担の設定案が浮上

新コ－ナ－

医 師 確 保 対 策 について

第 1 回 山口県における医師確保対策の取組みについて

山口県健康福祉部医療政策課長 國光 文乃

—新コーナー開始にあたって—

地域医療の危機、医師不足が顕在化して 10 年以上経過したが、地方での医師不足、特に若い医師の不足、医師の偏在、診療科の偏在等は深刻さを増している。さらに 2017 年からスタートする予定の新専門医制度は、新医師臨床研修制度のように地域医療への影響が危惧されている。また政府は、人口減少、入院ベッド数の削減を見据えて、2020 年度からの医学部の定員削減について検討に入ったようである。これらは山口県の医療体制にも少なからず影響を及ぼすであろうと考えられる。

このような動きを受け、今年度の本会報に新コーナーとして「医師確保対策」を企画した。地域医療の確保・充実を担う山口県行政、県内唯一の医育機関である山口大学、地域医療に貢献している医師組織である山口県医師会における各々の医師確保についての取組みを紹介することにより、今後の山口県の地域医療について会員の皆様が考えていただく一助になることを期待したい。

(常任理事 今村孝子)

会員の皆様には、平素から保健医療行政の推進につきまして、多大なるご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

医師確保対策については、本年 3 月に策定した、今後の県政の指針となる「元気創出やまぐち！未来開拓チャレンジプラン」の中で、生涯を通じて健康で安心して暮らすことができるよう、「安心の保健・医療・介護充実プロジェクト」を掲げ、地域の医師確保をさらに推進するよう位置づけているところです。

本県では、医師確保の上で、依然として、若手医師の減少、地域・診療科偏在などの課題がありますが、引き続き、貴会と密接に連携しつつ、医師のキャリアパスに応じた確保対策等を進めて参りたいと存じます。

本稿では、貴会の皆様のご参考となりますよう、新たな取り組みを中心に、本県の主な医師確保対策についてご紹介させていただきます。

本県の医師確保の現状

山口県の医師数は、人口当たりの医師数で見ると全国平均を上回っており（全国 19 位）、医師の全体数は全国と同様、本県でもなだらかな増加傾向にあります。しかしながら、その増加率は全国平均を下回り（平成 10 年より全国 22%増、山口 7%増）、とりわけ、45 歳未満の医師は大幅に減少傾向にあります（平成 10 年より 33%減）。

また、女性医師の占める割合は年々高まっており（34 歳以下女性医師比率 25%、山口大学女子医学生比率 39%）、今後さらに女性医師の増加が見込まれます。

さらに、県内の地域間での医師数に較差があるなどの「地域偏在」（人口 10 万対医師数：宇部・小野田 364、長門 178、萩 161）、また、産科等の特定診療科で医師が顕著に減少するなどの「診療科偏在」（平成 10 年より産婦人科・産科 16%減）がみられます。

加えて、本県では、「へき地」指定地域が県土

の 6 割を占めており、住民の居住する離島が 21 島と全国的にも多いことから、これらの地域での医師確保も重要な課題です。

本県の医師確保対策～新たな取り組みを中心に～

こうした現状を踏まえ、県では、昭和 47 年から、へき地医療の充実等に向け、自治医科大学に対し医学生の養成経費を負担し医師を養成するとともに、近年の若手医師の減少に対し、高校生や医学生に対する地域医療の啓発、平成 18 年度から特定診療科を対象とした修学資金制度の創設など、医師のキャリアパスに応じた総合的な医師確保対策などに取り組んでおり、毎年、様々な関係データや貴会からのご意見等を踏まえ、より実効性が上がるよう、取り組みを工夫しています。

1. 医師修学資金

医師確保対策の中心となる医師修学資金制度については、平成 18 年度に小児科、産婦人科、麻酔科を対象とした「特定診療科枠」を全国に先駆けて創設し、不足する診療科の医師確保を進めるとともに、山口大学の入試に連動した「地域枠」「緊急医師確保対策枠」「地域医療再生枠」を順次追加し、若手医師の県内定着に努めてきたところです。

こうした取組により、修学資金の貸与者は 150 人を超え、県内の公的医療機関等での勤務を順次開始し、毎年 10 人を超える医師が新たに勤務を開始する予定で、今後、その成果が現れてくることを期待しています。

また、山口大学医学部と連携して設置した「県地域医療支援センター」において、医師不足の状況を把握・分析し、修学資金制度により養成・確保した医師を、キャリア形成にも配慮しつつ、医師不足地域への効果的な配置を進めています。

＜平成 27 年度からの見直し＞

一方で、依然として医師不足が深刻な診療科があり、また、関係者からも制度の一層の充実が求められたことから、本年度、3 点の見直しを行いました。

1 点目は、特定診療科枠の拡充です。がん対策で不足する診療科として、「放射線治療科」と「病

理診断科」を追加しました。これらは、がん診療連携拠点病院において、放射線治療等に携わる医師の常勤化が求められるなど要件が強化されたことへの対応です。

また、「呼吸器内科」も追加しました。これは、高齢化により肺がんや肺炎等の医療需要が増大する中、専門医が少ないため専門的治療を受けられる病院が少なく、従前より医療関係者から診療体制の充実が求められていましたが、山口大学に呼吸器内科が新設されることに呼応して、早急に専門医を養成・確保するための対応です。

併せて、「外科枠」の取扱いを変更しました。外科は、若年層が少なく、養成に特に時間がかかることから、平成 23 年度から、大学 5、6 年生を対象に「緊急対策枠」として養成を進めてきましたが、まだまだ十分に充足するには至っておらず、また、貸付期間が短いため義務勤務期間が不足しているという課題もあることから、対象を全学年に広げ、「特定診療科枠」と併せて、7 人の枠としました。

2 点目は、医学生の U ターンを促進する観点から、県内での定着効果が高いと期待できる本県出身の県外医学生を対象とした「県外医学生支援枠」を新たに設け、3 人の枠としました。

3 点目は、医学部卒業生の早い段階での県内定着を促進するため、修学資金貸与者に県内での臨床研修を義務付け、併せて、この期間を義務勤務に算入します。

2. 臨床研修の充実

新医師臨床研修制度の開始などを背景に県外に流出する研修医について、県内での就業・定着を図っていくため、貴会の協力を得て県内の各臨床研修病院と一体となって「県医師臨床研修推進センター」を設置し、臨床研修医の確保と研修体制の整備に取り組んでいます。

具体的には、臨床研修病院合同説明会への出展や臨床研修病院が行う病院現地見学会の開催を通じた研修病院の魅力発信に加えて、国内外からの著名な指導医の招へいや国内外の短期研修費の助成を通じた指導医の資質向上など、臨床研修環境の整備・充実を図っています。

3. 女性医師対策

20～30代を中心に女性医師の増加が顕著となる中、出産・子育てなどによる離職を防止するため、保育等の支援に向け、平成 21 年度から貴会のご協力のもと、貴会の「保育サポーターバンク」と連携しつつ、保育相談員による相談窓口を開設しています。

さらに、昨年度、女性医師を対象に行った調査において、復職支援のニーズが見受けられたことから、本年度より、キャリア継続や復職に関する相談窓口として、山口大学医学部附属病院に「女性医師キャリアコーディネーター」を設置し、各女性医師のこれまでのキャリアや希望に応じ、研修を受け入れる医療機関と相談しながら、オーダーメイドの研修プログラムを調整します。

これら二つの相談窓口の密接な連携により、出産・子育てなど、ライフステージに応じた女性医師のキャリア継続や復職を支援してまいりますので、会員の皆様には、気軽にご相談いただきたいと思います。

女性医師キャリアコーディネーター

設置場所：山口大学医学部附属病院内

医療人キャリア支援室

電話：0836-85-3137

(月～金 9:00～17:00)

メール：mpros@yamaguchi-u.ac.jp

<業務内容>

女性医師等の復職支援、研修プログラム調整等(相談例)

- ・自宅付近での復職
- ・医療機関の勤務形態
- ・段階的な復職方法
- ・活用可能な育児支援等

4. 勤務環境改善

医師の過酷な勤務環境の改善を図るため、産科医等に対し分娩手当等を支給する分娩取扱医療機関や、出産後 NICU に入る新生児を担当する医師に対し手当を支給する医療機関への補助を行うなど、過酷な勤務状況にある勤務医の処遇改善を図っています。

また、今年度より、医師、看護師等の定着促進や医療安全の確保などをさらに推進するため、勤務環境改善に取り組む医療機関を支援するための

「山口県勤務環境改善支援センター」を医療政策課内に開設し、医療機関からの勤務環境改善などに関する個別相談に応じることとしており、積極的にご利用頂ければと存じます。

山口県勤務環境改善支援センター

設置場所：県庁健康福祉部医療政策課内

電話：083-933-2922

(月～金 8:30～17:15)

<業務内容>

- ・アドバイザー（社会保険労務士、医業経営コンサルタント等）による相談支援
(労務管理、経営管理、診療報酬制度等)
- ・研修の開催、広報等

5. へき地医療と総合診療専門医

県民が生涯を通じて住み慣れた地域において、健康で安心して暮らすことができるよう、へき地をはじめとした中山間地域の医師確保を図るため、県では、へき地での勤務を要件とする医師修学資金の貸与をはじめ、市町等とも連携して、自治医科大学卒業医師のへき地診療所等への派遣や、へき地医療拠点病院による医師派遣等を行っています。

こうした中、国の検討会において、高齢化の進展に伴い、幅広い診療領域において適切な初期対応等を行う医師が必要となるため、新たに専門医の一つとして「総合診療専門医」が位置付けられたことから、本県としては、専門研修基幹病院が作成する総合診療専門医研修プログラムに、積極的にへき地の医療機関を病院群に取り込んでもらう環境づくりを進めることとしています。

今後、この研修プログラムの実施を通じて、へき地の医療機関で専攻医等医師が活動できる仕組みを構築し、へき地の医師不足の解消を図っていきます。

今後に向けて

県では、医師確保対策の充実に向け、今後一層、医師のキャリアパスに応じた確保対策や、医師の勤務環境の改善、へき地医療支援等に努めてまいります。

貴会の皆様におかれましては、引き続きご支援、ご協力を賜りますよう、どうぞお願い申し上げます。

山口県女性医師キャリアコーディネーターが、
女性医師のキャリア継続や
復職のための相談などを受け、
個々のニーズに応じた支援を行います。

山口県・山口大学
関連医療機関協力

山口県で働く 女性医師を応援します！



問い合わせ先

☎0836-85-3137 (月～金曜日 9:00～17:00)

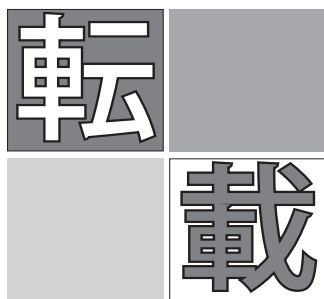
✉mpros@yamaguchi-u.ac.jp

Ⓒhttp://mpros.med.yamaguchi-u.ac.jp

電話・メール・ホームページから申し込みます。
お気軽にお問い合わせください。

山口大学医学部附属病院
医療人育成センター
医療人キャリア支援室

〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1



随筆

生まれてくる赤ちゃんは男の子が多いか、
女の子が多いか？

優クリニック 阿部 博昭

(柳井医師会報 平成 27 年 8 月号より)

性別は妊婦健診で最も頻繁に尋ねられる質問の一つです。最近は女の子を希望される妊婦さんが増えている印象があります。さて、長くお産に携わっていて生まれてくるベビーの性別に少し偏りがあるのではないかと漠然と感じていました。実際のところどうなのか、今回は当院のデータとともに多少の知見をご紹介します。出生した男女の比を出生性比といい、女兒が 100 人生まれた時の男児の出生数で表します。例えば男児が 105 人、女兒が 100 人だった場合出生性比は 105 となります。

Ⅰ 出生数に男女差はあるのか？

厚生労働省の人口動態統計から例年の男女別出生数をみると毎年男児のほうが少し多く出生していることがわかります。出生性比は一貫して 105 前後で推移しており、常に男児のほうが一定の割合で多く生まれています。柳井地区ではどうなのでしょう？図 1 は当院で出生した児の男女比の変遷です。このように一目で男児が多く生まれていることがわかります。当院の出生性比は 107 でした。

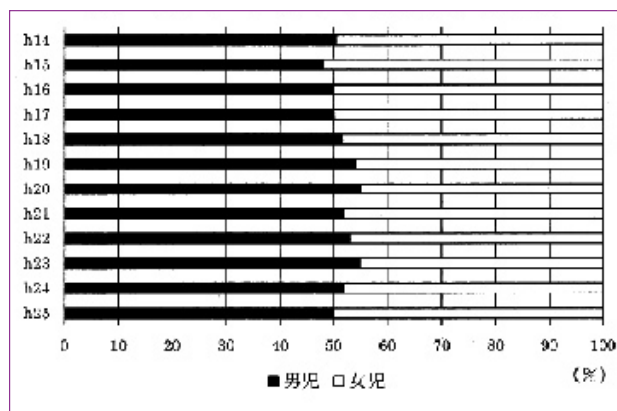
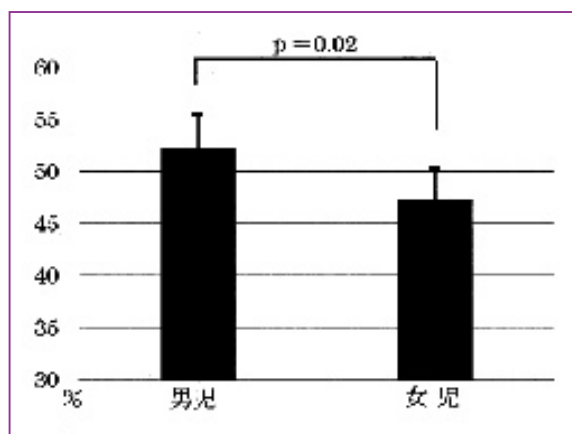


図 1 優クリニックにおける出生児の男女比

Ⅱ 出生性比は生物学的特性？社会的要因？

有名な「一人っ子政策」により中国では出生性比が近年 120 前後に上昇し、かなり不均衡な男女比となっています。日本においても跡取りの問題などの社会的要因がありそのため男児が多いのでしょうか？それならば、純粋に生物学的特性によると思われる初産婦では男女差がなく、社会的要因を受けやすい経産婦で男児が多いはずで。ところが当院の初産婦、経産婦の出生男女数を比較してみると(図 2、図 3)その逆で初産婦で有意差を持って男児が多く生まれ、経産婦では有意差はないとの結果でした。出生性比は初産婦 110、経産婦 101 でした。生物学的特性で男児が多い状態を、社会的要因が中和する方向に働いているように見え、女の子を望む妊婦さんが多い印象を裏付ける格好になっています。世界をみると中国以外は出生性比はどの国でも 105 前後で、この 105 という出生性比は地域や文化によらない人間の生物学的特性と言えます。

図 2 初産婦における出生男女数の比較
(優クリニック)

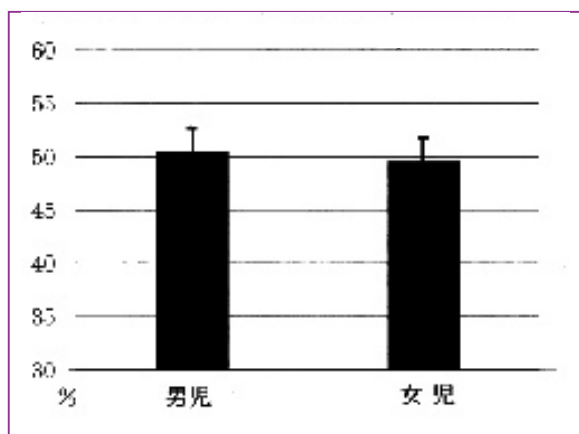


図3 経産婦における出生男女数の比較
(優クリニック)

Ⅲ 男女比の推移

ところで興味深いことに妊娠中の性比はずっと 105 ではなくダイナミックに変動しているのです。まず精子の時代は減数分裂で性染色体 XY も半分になるので X 精子と Y 精子は同数です。が、形態学的に性別がわかり始める妊娠 7 週では 150 と圧倒的に男児が多くなります。この原因としては① Y 精子は X 精子より小さく軽いため運動性がよく、より卵子にたどり着きやすい② 女児の 2 本目の X 染色体はある段階の胚まで活性が残されており、その分だけ糖をたくさん取り込むためより酸化ストレスを受けてしまい胚のダメージとなってしまう、などが推測されています。その後男児のほうが流産率が高い(2.2～2.6:1)ため男児数が減少し出生時には 105 となります。男児のほうが流産率が高い理由は、対立遺伝子のない X 染色体上の遺伝子に障害がある時、補完されないためその障害が発現しやすいからと考えられています。このように大きい変動を見せながら最終的に(若干男児が多いとはいえ)ほぼ同数に落ち着くことに自然の摂理の妙を感じます。さ

らに付け加えるならば、出生以後の男女比をみると男の死亡率のほうが高いため男女数は徐々に近づき 50 歳で 100、同数となります。その後 80 歳で 50、100 歳では 25 となり人口総数として 94.8 と女性が多くなります。

Ⅳ 今後の予測

近年、広範な国々で男児の出生率が減少してきています。研究によるとこれは流産・死産の男児比の増加によるということです。環境ホルモンや汚染物質、親の喫煙、精神的ストレスなどが子宮内環境の悪化を招き、女児胎児より脆弱性の高い男児胎児の喪失の増加を来していると解釈されています。また、理由はわかっていますが、不妊症における顕微授精では出生性比は 95 で女児が多く生まれます。このようなことから将来的に性比は均衡あるいは逆転のトレンドにあるようです。

Ⅴ 最後に

性別の話に関して、男女産み分けについてもよく外来で受ける質問です。皆さん色々な方法の話をされますが、生殖補助医療技術の最先端にある動物生殖学の分野でも雌雄の産み分け技術は確立されておらず、巷で行われている民間療法はなんら科学的根拠はないと結論付けられています。性別のコントロールは夢の技術ですが、上述したように性比は自然の非常に巧妙なバランスの上に均衡を保っており、もし雌雄産み分け技術が確立し、そして人間へ応用された場合には、その絶妙に保たれているバランスを自分たちの手で壊すことになってしまうかもしれません。

○推薦者のコメント○

性別がわかり始める妊娠 7 週の時点の性比は 150 ! (女児 100、男児 150)。出生時は 105。50 歳では 100、100 歳ではついに 25 に。・・・男はつらいよ。

[広報委員 長谷川 奈津江]

アイバメクチンと オンコセルカ症

飄

々

広報委員

吉岡 達生

今年のノーベル医学・生理学賞は、大村^{さとし} 智 北里大学特別栄誉教授（80 歳）が受賞された。受賞理由は「寄生虫によって引き起こされる感染症の治療の開発」であり、具体的にはオンコセルカ症の特効薬アイバメクチン（＝イベルメクチン：ivermectin）の開発である。10 月 5 日夕方の報道を聴いて、小島莊明 著『寄生虫病の話』（中公新書 2078、2010）の 50～52 頁の記述を再確認し、さらにオンコセルカ・ボルブルス：Onchocerca volvulus（回旋糸状虫）について習った医学部専門課程 2 年の学年末を思い起こした。

学生時代、学年末に赴任された新任の多田 功教授が、昭和 52 年 3 月に数回補講をして、すぐに試験が行われた。海外で医療支援をされていた教授の専門の一つが、オンコセルカ症：onchocerciasis であったと記憶している。試験において寄生虫の名前は、学名で答えなければならないので、同級生がタイプした一覧表で百個くらい学名を暗記した。そのなかで、今でも呪文のように口に出てくるのが、なぜかオンコセルカ・ボルブルスである。詳しい内容は忘れ、新しいことは知らないで、今回改めて調べて記載する。専門外の者が書いたレポートと、ご一笑ください。

アイバメクチン ivermectin

大村 智 教授は、放線菌がつくった抗生物質「エバーメクチン」（＝アベルメクチン：avermectin）を発見し、1979 年に学会で発表した。米メルク社との共同研究で、「エバーメクチン」の構造を一部改変して、アイバメクチンを開発する。米メ

ルク社は、1981 年より動物用に販売を開始し、1987 年にはヒト用の無償投与を開始した。すなわち、アフリカ、中南米、中東の一部でオンコセルカ症の治療のために、米メルク社は WHO（世界保健機関）に無償提供している。一回の投与で劇的な効果があり、WHO は過去に例のない地域集団投与を行っている。オンコセルカ症は、2025 年ごろには撲滅される見通しである。

アイバメクチンの商品名はメクチザン：Mectizan® である。日本での商品名はストロメクトール：Stromectol® で、3mg 1 錠の薬価は 772.6 円である。一回あたり体重 60Kg で 4 錠、70Kg で 5 錠を経口投与する。

広域スペクトル抗寄生虫薬であるエバーメクチン群に含まれ、独特な作用機序をもっている。つまり、①グルタミン酸作動性クロライドチャンネルを開くことによって、寄生虫が麻痺を起こし、死に至る、②末梢運動神経において GABA 神経伝達物質を阻害する。ミクロフィラリアを殺して、雌成虫の子宮から離脱させず、繁殖力を低下させる。成虫は殺さない。

対象疾患については、①オンコセルカ症（河川盲目症）の第一選択薬であり、さらに②リンパ系フィラリア症（象皮病）、③腸管寄生性線虫（回虫、糞線虫、蟯虫、鞭虫など）、④疥癬（ヒゼンダニ）にも効果がある。年間 3 億人が服用しているとの試算がある。なお日本では、腸管糞線虫症と疥癬が適応症であって、播種性糞線虫症と回旋糸状虫は適応外である。

回旋糸状虫とオンコセルカ症

回旋糸状虫：Onchocerca volvulus は、1893 年にライプチヒ大学の Rudolf Leukart（1822 – 1898）が発見し、1910 年に Railliet and Henry が現在の学名にした。ロイカルトは、当時の世界で第一級の動物学者であり寄生虫学者でもあった。

終宿主はヒトであり、中間宿主はブユ：black fly である。吸血によって摂取されたマイクロフィラリア：microfilaria は、ブユの胸筋内で発育してヒトに感染可能な段階の幼虫（感染幼虫）となる。

ブユに刺されて感染すると、ヒトの体内に侵入した幼虫は、およそ 3 か月から 1 年ほどで成虫となる。成虫はヒトの皮下組織にコイル状になって寄生し、皮下腫瘍（オンコセルカ腫瘍）を形成する。腫瘍内の雌虫からはマイクロフィラリア：microfilaria が産み出され、皮下に出現する。マイクロフィラリアが眼球に侵入し、結膜炎や角膜炎を起こし、さらに網膜や視神経が侵されると失明することがある。媒介動物であるブユは、流れの速い河川で繁殖するため、川のそばで集団発生する。したがって、河川盲目症：river blindness とよばれる。予防にはブユの駆除が不可欠である。

アフリカ、中南米などに分布し、日本での感染はない。

糸状虫類について昔の教科書の記載

学生時代のノートはないが、教科書は手もとに吉村裕之 著『寄生虫学新書』改訂第 5 版（文光堂、1975）がある。40 年前のテキストで、骨とうの価値しかない。学生時代の教科書は後輩に譲ったものが多いが、この本は記念に残しておいたものだ。

糸状虫類：Filarioidea のうち、人体寄生の主なものとして、①バンクロフト糸状虫、②マレー糸状虫、③回旋糸状虫、④常在糸状虫、⑤オザード糸状虫、⑥ロア糸状虫が列挙されている。すべてヒトが終宿主となる。

①バンクロフト糸状虫：Wuchereria bancrofti は詳細に記載され、リンパ組織に寄生して、陰嚢水腫や象皮病：elephantiasis となるリンパ系フィラリア症：lymphatic filariasis も解説されている。治療薬としてジエチルカルバマジン：Diethylcarbamazine（DEC）などがあげられている。②マレー糸状虫：Brugia malayi は非常に簡単な説明である。まとめとして、人体寄生の 6 種について比較表を掲げている。③回旋糸状虫：Onchocerca volvulus は、この鑑別表に記載されているのみである。

最後に、イヌ糸状虫：Dirofilaria immitis とイヌ糸状虫症：Dirofilariasis を詳述している。終宿主はイヌである（現在の知見ではタヌキ、アライグマなども）。ヒトは幼虫移行症：Larva migrans となる。

オンコセルカ症（河川盲目症）やリンパ系フィラリア症（象皮病）などを含む熱帯感染症は、「無視された：neglected」熱帯感染症（NTD）—「顧みられない熱帯病」とも一である。WHO によると、世界 149 か国で 14 億人以上が感染しており、主に途上国の貧困層で流行している。NTD に対応した薬やワクチンの開発は進んでいない。その中で大村教授のアイバメクチンは、異例で画期的な業績である。

なお、一部の情報を提供いただいた三野 晃さんに感謝する。



**医師継承・医療連携
医師転職支援システム**

（登録無料・機密厳守）

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)

24時間受付、24時間サポート

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp ☎0120-337-613

山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MYビル8F
TEL 0830-874-0341 FAX 0830-874-0342
本社／福岡市中央区天神
福岡上野大目町22番84号 福岡立約最大限付番号40-3-070084



平成 27 年度
山口県医師会学校医研修会
山口県医師会学校医部会総会
山口県医師会予防接種医研修会
学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 27 年 12 月 13 日（日）13 時～16 時 50 分
ところ 山口県医師会 6 階会議室
対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者
参加費 無料

開 会 司会：山口県医師会理事 沖中 芳彦
挨 拶 山口県医師会会長 小田 悦郎

■学校医研修会 13：00～14：30

座長：山口県医師会常任理事 今村 孝子

子供と女性を守る警察活動

山口県警察本部生活安全部生活安全企画課

子供・女性安全対策班担当補佐 原田 徹

■山口県医師会学校医部会総会 14：30～14：50

■予防接種医研修会 14：50～15：50

座長：山口県医師会副会長 濱本 史明

予防接種をされるすべての先生方へ

～インフルエンザワクチンについて理解を深める。4 価ワクチンの導入など～

地方独立行政法人下関市立市民病院小児科部長 河野 祥二

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15：50～16：50

座長：山口県医師会常任理事 藤本 俊文

学校心臓検診における運動負荷検査の意義

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉 会

<単位及びカリキュラムコードについて>

日本医師会生涯教育講座 3.5 単位

学校医研修会：06（心理社会的アプローチ）、68（精神科領域の救急）、
72（成長・発達の障害）

予防接種医研修会：11（予防活動）、26（発疹）

学校心臓検診精密検査医療機関研修会：42（胸痛）、43（動悸）



平成 27 年 秋季県医師テニス大会のご案内

と き 平成 27 年 12 月 13 日（日）9～14 時
（コートは 8 時から使用できます）
と こ ろ 宇部マテ“フレッセラ”テニスコート
インドアコート 4 面（オムニコート）
試合形式 ダブルス（組み合わせは当日決定）
会 費 8000 円 / 人（懇親会費を含む）
懇 親 会 試合終了後、懇親会を行います
申込期限 12 月 5 日（土）までに、各地区世話人へ申し込んでください

当番幹事：湧田加代子（宇部リハビリテーション病院）
TEL：0836-51-3111（内線 205）

地区世話人（敬称略）

- ・山口地区（野村耕三）
- ・周南地区（小野 薫）
- ・下関地区（三井健史）
- ・宇部・山陽小野田地区（湧田加代子）



健康教育テキストについて

県医師会の会内委員会である健康教育委員会では、毎年テーマを決めて健康教育テキストを作成しています。本テキストにつきましては、本会ホームページにおいて、平成 8 年度に発行した No. 15「肥満を克服して成人病（生活習慣病）を予防しましょう」以降、掲載しております。

残部があるものに関しましては、注文書により県医師会にご連絡いただければお送りいたします（無料です）ので、ぜひご活用ください。

※注文用紙は、本会ホームページの「健康教育テキスト」コーナー内に掲載しております。



第 19 回日本統合医療学会 (IMJ2015 山口大会)

と き 平成 27 年 12 月 12 日 (土)・13 日 (日)
 ところ 山口市民会館 (山口市中央二丁目 5 番 1 号)

～主要指定講演～

特別講演

エクソソームが開く新しい医療

東京医科大学教授 黒田 雅彦

教育講演

進化生態医学～ 21 世紀医療の基礎理論

元日本医科大学主任教授 長谷川敏彦

招請講演 I (通訳付き)

The Art and Science of Holistic Nursing Care for the Critically Ill

オーストラリア グリフィス大学教授 Wendy Chaboyer

招請講演 II・市民公開講座 (通訳付き)

Eating Well for Health and Vitality

満ち足りた毎日を送るための食習慣ー「食」にまつわる健康情報を検証するー

アリゾナ統合医療センター 所長・アリゾナ大学教授 Victoria Maizes

市民公開講座

総司会: tys テレビ山口アナウンサー 佐藤 けい

心の国造りー先人に学ぶ人間愛ー

I 部

座長: 山口県医師会長 小田 悦郎

花燃ゆの時代ー吉田松陰の門下生ー

萩博物館特別学芸員 一坂 太郎

II 部

座長: 日本統合医療学会最高顧問 阿岸 鉄三

心と魂を考えるー人間性と仏性ー

法相宗大本山薬師寺管主 山田 法胤

申込方法: 大会 HP から事前登録をいただくか、当日参加登録をお願いいたします。

※参加費等、詳細情報は大会 HP をご参照ください。

URL: <http://www.imj2015.com/>

お問い合わせ先: 第 19 回日本統合医療学会 (IMJ2015 山口大会)

大会事務局 (医療法人社団水生会柴田病院 内)

TEL: 083-941-5016 FAX: 083-927-5630

組合員及び被保険者の皆さまへ マイナンバーに関するお願い

今般(平成27年)10月5日以降にマイナンバーが記載された通知カードが、市区町村から、住民票の住所へ世帯主宛の簡易書留にて郵送されます。

来年(平成28年)1月から社会保険や税、災害対策の分野での利用が始まります。

これにより、公的医療保険者である医師会組合としては、国民健康保険法による被保険者に係る申請等を行うにあたり、組合員の皆さまや被保険者であるご家族のマイナンバーを各種申請書に記載していただくことになります。3項条約による特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年5月31日法律第27号)

そこで、皆さまには以下の事項について、くれぐれもご留意いただければ幸いです。

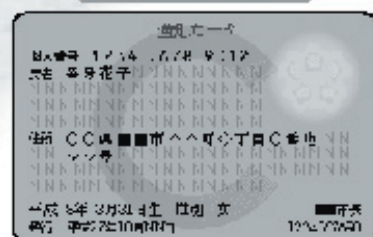
- ▶通知カードが間違いないか皆様のお手元に届くよう、住民票の住所を今一度ご確認ください。
- ▶皆さまや家族の通知カードは、捨てたり、なくしたりしないようにしっかりと保管してください。
- ▶別途、依頼状書がお手元で届きませんか。皆さまやご家族の個人番号の当組合への提供にご協力ください。
- ▶個人番号カード(写真付きと身分証明書)は、通知カードと一緒に送付されてくる個人番号カード交付申請書を返信用封筒で送付することにより、平成28年1月以降、市区町村の窓口で無償により取得することができるよう、ぜひ申請してください。



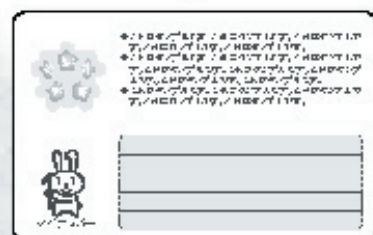
イメージキャラクター「マイナンバー」

「通知カード」を「個人番号カード」へ年費で交換できるチャンスです。

通知カードイメージ



表面



裏面

個人番号カードイメージ



表面



裏面

ぜひ交換してマイナ



届いた「通知カード」は大切に保管してください。

医師資格証を 持っていますか？



「医師資格証」は、医師資格を有する医師を証明したカードです。

各医師は個人で、その医師の情報を、日本医師会、日本医師会連合会、日本医師会連合会連合会に提供しています。

しかし、従来の医師資格証は、ネット上で利用する医師資格証の半分の大きさで、

日本医師会と日本医師会連合会との間で、医師資格証の発行が滞り、利用が困難な状況が続いていました。

「日本医師会連合会」が、医師資格証の発行を、日本医師会と日本医師会連合会との間で、

医師資格証の発行を、



医師資格証の発行を、

医師資格証の発行を、

医師資格証の利用シーン

資格証

医師資格証の
利用が、医師資格証の
発行を、

出欠管理カード

医師資格証の
利用が、医師資格証の
発行を、

電子署名

医師資格証の
利用が、医師資格証の
発行を、

医師(健行証)

医師資格証の
利用が、医師資格証の
発行を、

医師資格証の利用シーン

医師資格証は、医師資格証の発行を、医師資格証の発行を、

持っていて
いただく
もの

医師資格証の発行を、

医師資格証の発行を、

医師資格証の発行を、

(1) 日本医師会連合会

(2) 日本医師会連合会

(3) 日本医師会連合会

(4) 日本医師会連合会

医師資格証の発行を、

医師資格証の発行を、

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



医療の発展の鏈を握る

[illegible]

日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

[illegible]

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

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

嘉 村 信 郎 氏	吉 南医師会	10 月 2 日	享 年 84
浅 井 敬 一 氏	柳 井医師会	10 月 10 日	享 年 79
富 山 忠 彦 氏	岩国市医師会	10 月 13 日	享 年 86

編 集 後 記

昨年 11 月号の編集後記は、赤崎 勇 名城大学終身教授、天野 浩 名古屋大学教授、中村修二 カリフォルニア大学サンタバーバラ校教授のノーベル物理学賞受賞の喜びを書いたが、本年も嬉しいニュースが飛び込んできた。ノーベル生理学・医学賞に大村 智 北里大学特別荣誉教授、物理学賞に梶田隆章 東京大学教授とお二人のノーベル賞受賞が報じられた。物理学賞は 2 年連続の受賞である。2002 年に物理学賞受賞の小柴昌俊 東京大学特別荣誉教授に続くニュートリノについての研究成果であることは、日本の科学分野の継続性を、かつ日本人初のノーベル賞受賞者である湯川秀樹 氏を筆頭とする物理分野の強さを世界に知らしめた気がする。大村 智 教授の受賞理由である熱帯感染症の特効薬開発は、世界の 10 億人を救ったとされる。オンコセルカ病の特効薬イベルメクチンがストロメクトール（商品名）であることに気づかされ、私にとって更に身近なものとして感じることとなった。なぜならば、数年前に、治療協力の得にくい重度の認知症患者さんが多い病棟での疥癬の治療において、その効果をしっかり確認できていたからである。個人的にもありがたさを実感した今回の受賞である。

話は転じるが、世界 3 大スポーツイベントであるラグビーワールドカップ（他の 2 つはオリンピックと FIFA ワールドカップ）での勝利も日本中を沸かせた。私も、にわかラグビーファンとなり、五郎丸 歩 選手のキック前ポーズに興味津々、テレビに釘付けになった。ともかく興奮する嬉しい話題が多く、久々に気持ちよくテレビに見入った数週間であった。

（常任理事 今村 孝子）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：<http://www.yamaguchi.med.or.jp>

E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：大村印刷株式会社

定価：1,000 円（会員は会費に含む）