山口県医師会報

平成28年(2016年)
11月号
－No.1875－

パムッカレの夕暮れ　矢賀　健　撮

Topics

新郡市医師会長インタビュー「光市」
中国四国医師会連合総会

Contents

■新郡市医師会長インタビュー「光市医師会長」……岸本千種　899
■今月の視点「地域医療構想」……弘山直滋　904
■平成 28 年度 中国四国医師会連合総会……　906
■平成 28 年度 都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会　……弘山直滋　940
■平成 28 年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会……藤本俊文　946
■平成 28 年度 中国地区学校保健・学校医大会……濱本史明、舩津浩彦　952
■平成 28 年度 第 2 回 郡市医師会看護学院（校）
担当理事・教務主任合同協議会……沖中芳彦　966
■第 60 回社会保険指導者講習会「アレルギー疾患のすべて」　……前川恭子　976
■平成 28 年度 第 1 回 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議　……香田和宏　978
■県医師会の動き……吉本正博　982
■理事会報告（第 14 回、第 15 回）　……　984
■女性医師エッセイ「 ドタバタ奮闘記～女医として、母として～」……手嶋咲子　990
■飄々「 ベートーヴェン　もう一つの交響曲 」……堀　哲二　992
■会員の声「『いのちのうた』～メディカルソング大全集」　……河郷　忍　994
■お知らせ・ご案内……　995
■日医 FAX ニュース　……　997
■編集後記……　中村　洋　1000

新 郡市医師会長インタビュー

第２回　光市医師会長 竹中　博昭 先生

と　き　平成 28 年９月８日（木）
ところ　たけなか医院

［聞き手：広報委員　岸本　千種］

岸本委員　このたび新しく光市医師会長になられました竹中博昭 先生にお話をお伺いします。本日は、大変お忙しい中、ありがとうございます。
　まず最初に光市について、ご紹介願います。

竹中会長　光市は昭和 14 年 4 月 1 日に光井、島田、浅江、三井の 4 村が合併し、周南町となり、昭和 15 年 10 月 1 日に光町と呼称を変えました。昭和 18 年 4 月 1 日に光町と室積町が合併し、光市が設置されました。その後、平成 16 年 10 月 4 日に大和町と合併し、現在の光市となっています。人口は平成 28 年 5 月 31 日の時点で 52,369 人です。室積海岸、虹ヶ浜海岸など美しい白砂青松の海岸線、国指定天然記念物の峨嵋山樹林、山口県立自然公園に指定されている石城山など大自然の見どころがたくさんあります。自然だけでなく初代内閣総理大臣である伊藤博文の生誕地にある伊藤公記念公園や、江戸から明治にかけ北前船の寄港地として栄えた室積海商通りなどの歴史的な名所、旧跡もあります。

岸本委員　風光明媚ですね。合併を繰り返していることもあって東西に長い町ですね。人口の推移については、どのような状況でしょうか。

竹中会長　少しずつ減ってきています。開業して 8 年ぐらい経ちますが、ここ（室積地区）も人口自体は 1 割ぐらい減っていると思います。

岸本委員　そうなんですね。光市と下松市が人口も規模も似ているかと思います。次に光市医師会についてご紹介いただけますか。

竹中会長　光市医師会は昭和 18 年 4 月 1 日に山口県医師会熊毛支部から分離独立し、山口県医師会光支部として発足しました。平成 25 年 4 月 1 日からは新公益法人へ移行し、一般社団法人光市医師会となり現在に至ります。平成 28 年 6 月現在の会員数は 86 名（A 会員 33 名、B 会員 49 名、C 会員 4 名）です。医療機関は 6 つの病院（光市立光総合病院、光市立大和総合病院、光中央病院、大田病院、梅田病院、みちがみ病院）と 31 の診療所、3 つの老人保健施設があります。

岸本委員　6 つも病院があるのは、患者さんにとっては非常に有難いことですね。

竹中会長　6 病院のうち、2 病院は産婦人科の病院です。合併したことにより、市立病院が 2 つ

あります。

岸本委員　充実してますね。特に産婦人科が 2 つあるのは心強いですね。

竹中会長　かなりの数のお産をされています。

岸本委員　下松市在住の皆さんも大変お世話になっております。光市医師会は A 会員数よりも B 会員数がかなり多いですね。

竹中会長　光総合病院と大和総合病院の先生方がほとんど入っておられますので。

岸本委員　有難いことですね。開業医の先生と勤務医の先生との交流についてはいかがですか。

竹中会長　病院勤務の先生方との交流は盛んです。年 2 回、症例検討会を開催し、お互いに顔の見える関係を作るようにしています。また、医師会主催の学術講演会を月に 1 ～ 2 回行い、市立病院の先生方に演者、座長をお願いする機会も多いです。

岸本委員　医師会館で開催されていて、私たちも参加させていただいています。大変勉強になり、有難く思っております。周南女性医師部会がありますが、女性医師の活躍については、いかがですか。

竹中会長　この会につきましては、6 月に開催されたんですが、私は初めて参加しました。30 年前、大学卒業時の同級生 120 人のうち、女性は 10 人程度ではなかったかと記憶していますが最近は医学部の女子学生の在籍率が 40 ～ 50% と言われ、女性医師が生涯を通じて働ける環境整備は医師不足解消のためにも非常に重要だと考えています。出産や育児のため女性医師が十分に力を発揮できない期間が生じるのは大きな損失です。その意味で平成 23 年に発足した周南女性医師部会の存在意義は非常に大きいと思います。

岸本委員　ありがとうございます。次に救急医療や地域医療、病診連携についてのお考えをお話いただけますか。

竹中会長　光市の高齢化は著しく、2010 年の国勢調査では光市の人口は 53,004 人、そのうち 65 歳以上は 15,080 人で高齢化率は 28.5％です。全国平均の 22.8%、山口県平均の 25.0% と比較してもかなり高いことが分かります。

岸本委員　山口県の平均よりも高いとは意外でした。

竹中会長　国立社会保障・人口問題研究所によると高齢化率はさらに進むと言われており、光市も 2020 年には 34.8% まで上昇すると予測されています。その時には医師の高齢化も進んでおり、療養型の病床の減少、介護施設の不足も懸念されます。このため高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続できるよう地域包括ケアシステムの構築を推進することが重要だと思っております。

岸本委員　周辺地区の医師会や行政との関わりについては、いかがですか。

竹中会長　市の行政機関では健康増進課や介護保険課とかかわることが多いです。ワクチン接種、各種の検診、休日診療所への出務、学校医、介護認定審査などの実務的な件はもとより、光市主催で年 1 回行われる市民向けの認知症講演会を共催して、講師の先生の紹介などのお手伝いをしています。

岸本委員　光市の場合は、ほとんど「あいぱーく光」（光市総合福祉センター）に集約されているのでしょうか。

竹中会長　そうですね。休日診療所もそこにありますし。

岸本委員　便利ですよね。あいぱーくという名前

もわかりやすくて、市民の皆さんも覚えやすいですね。先生は、今年、下松医師会長になられた宮本先生の後輩とお聴きしましたが。

竹中会長　宮本先生は医局（山口大学第一外科）の先輩です。私が 31 才で徳山中央病院に外科医として勤務した時に、心臓手術をたくさんされており、手術のことを含めていろいろ教えていただきました。縁あって、頼りになる先輩が同時期に隣の市の医師会長になられて大変心強く思っています。

岸本委員　よくご存じの方が居られると、協力もしやすいですね。

竹中会長　気楽に相談したりできるので、非常に幸運だったと思います。

岸本委員　ありがとうございました。ここからは、竹中先生ご自身についてのお話をお伺いしたいと思います。

竹中会長　昭和 36 年生まれの 55 才です。昭和 61 年に愛媛大学医学部を卒業し、同年 4 月に山口大学第一外科に入局しました。一般外科を研修した後、しばらく山口大学病院で血管外科の領域で働いていました。平成 15 年 4 月に光市立病院へ異動し、平成 20 年 1 月に室積で開業しました。出身は、ここ（光市）です。

岸本委員　先生の光市医師会長就任のご挨拶文を拝読させていただきました。その中に「鮭の子が川を下り大海に出て再び同じ川を上るが如く故郷の光市に舞い戻ってきました」と書かれてあり、非常に印象に残りました。アメリカへ留学されていた時もあったんですか。

竹中会長　徳山中央病院に 2 年間勤務した後、ニュージャージー州のニュージャージー医科歯科大学に 2 年間、留学しました。

岸本委員　すごくいろいろ研究や勉強をされて、鮭の子ではありませんが、光市に戻って来られたんですね。光市の医師会長になられてのご感想はいかがでしょうか。

竹中会長　医師会長になったのはわりと急だったんですが、光市立光総合病院勤務医時代の平成 18 年 4 月から 2 年間、学術担当理事をさせていただきました。その後、開業に伴い一旦辞めて、一昨年の 5 月から労災・自賠責保険、会員福祉の担当理事を 2 年間務めました。理事を 4 年間経験しただけで、いきなり会長となったことから経験不足もあり、少し心配ですが、歴代会長が築いてこられた会員同士が仲の良い光市医師会の雰囲気を継承し、これまで通り医師会が市民の皆さんに安心で質の高い保健医療を届けるためのまとめ役になるのが私の責務だと考えており、医師会の皆様の協力を得ながら頑張っていきたいと思います。

岸本委員　いろいろとご苦労も多いと思いますが、先生は、いつも穏やかに仕事をされてる印象があります。ご趣味は何ですか。

竹中会長　月並みですがゴルフです。長年やっていますが、未だにあまり上手なほうではありません。努力し続けると少しずつですがスイングが良くなって、ボールに当たるようになったり、良い当たりが増えていくのが面白くて長く続けています。

岸本委員　お忙しい中、プレーする時間が取れるのですか。

竹中会長　月に 1 ～ 2 回程度、日曜日にやっています。練習は時々やっています。ストレス解消の一つです。

岸本委員　本は読んだりされますか。

竹中会長　結構読みますが、ジャンルはバラバラで、その時々で話題になっているものについて読んだりしています。得意分野はありません。

岸本委員　ジャンルが偏らずに、幅広く読むことも大事ですよね。次に座右の銘、又は好きな言葉を教えていただけますか。

竹中会長　吉田松陰の言葉に「何事もならぬといふはなきものを、ならぬといふはなさぬなりけり」というのがあります。少々困難なことでも出来ないということはない、出来ないというのはやろうとしていないだけである、という意味です。自分ができることのハードルを下げ、この程度で良いと思ってしまうと駄目だよということではないかと思っております。医師会の仕事、開業医の仕事は楽しいことばかりではないかもしれませんが、困難なことが生じた場合はこの言葉を思い出して頑張ってみようと思っています。

岸本委員　山口県出身の吉田松陰の言葉というのが良いですね。県医師会への要望やご意見はございますか。

竹中会長　以前、光市の医師会長を務められた河村康明 先生が今年から山口県医師会長になられたことは光市医師会員一同にとっても大変名誉なことだと思います。河村先生は光市医師会長時代、学術講演会の回数を大幅に増やされるなど、何事にも積極的に取り組まれる先生ですので大活躍されることと思います。光市医師会としても何かお役に立てることがあれば全面的に協力したいと思います。

岸本委員　私たち下松医師会員も、すごく親しみを感じており、協力せねばと常々考えております。最後に、県医師会広報委員会へのご意見やアドバイスをいただけますか。

竹中会長　山口県医師会報は各担当理事協議会の報告記事が掲載されており、また、日本医師会の動向を把握することができますし、「今月の視点」では知っておくべき時事問題について分かりやすく書かれているので大変ためになります。記事を執筆される先生方は多大な時間と労力を注がれていると思いますし、それをまとめて 1 冊の本にするため、広報委員会の先生方も並々ならぬ手間をかけておられると思います。大変なお仕事とは思いますが、毎月届く会報を楽しみにしている会員も多いと思いますので、これからも頑張っていただきたいと思います。

岸本委員　ありがとうございます。会報の表紙の写真については、会員の先生方からご提供いただいております。光市医師会におきましても、良い写真がありましたら、ご一報いただきますと嬉しいです。

本日は大変お忙しい中、誠にありがとうございました。先生の今後ますますのご活躍を祈念しまして、インタビューを終わります。

冬季特集号「炉辺談話」
原稿募集

山口県医師会報･平成 28 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
　※ 写真等ありましたら添付（**3 枚以内**）くださいますようお願いします。
②絵（カラー印刷）
③書（条幅、色紙、短冊など）

字数

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

提出・締切

できるかぎり**下記作成方法①**でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。
※ 締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
※ 電子メールで送信される場合は、5 メガ以内でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	**電子メール又は USB / CD-R の郵送**	**11 月 21 日**
②手書き原稿	郵送	11 月 15 日

原稿送付先

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号　山口県総合保健会館内
山口県医師会事務局　広報・情報課
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

①未発表の原稿に限ります。
②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
③投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。
④写真や画像の使用については、必ず著作権や版権にご注意ください。
⑤医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。
⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。
⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

今月の視点

地域医療構想

常任理事　弘山　直滋

山口県では、本年 7 月 26 日に地域医療構想が策定・公示された。地域医療構想とは、2025 年を見据えた構想であり、2025 年は、団塊の世代がすべて 75 歳以上の後期高齢者に入る時期であり、今から 9 年先のことである。

ご存知の通り、わが国は既にかなり前から人口減少社会となっており、内訳で見ると若年人口、特に生産年齢人口の減少が顕著で、一方、後期高齢者人口は 2030 年頃までは増加し、その後緩やかに減少していく。山口県においては、総人口は 2025 年に約 128 万人、2040 年には 100 万人強まで減少するが、後期高齢者は 2030 年頃まで増加し、以後、減少していくのは全国と同様である。これらのデータはすべて国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」により知ることができる。

将来、若年人口が減少していった場合、有病率、入院受療率はあまり変わらないので、若者の患者数、入院の必要な患者数が減ってくるのは自明である。ということは、若者の外来患者数が減り、若者の慢性期入院はあり得ないので既存の急性期病床が余ってくることは確実である。

慢性期については、急性期とは違った複雑な問題がある。高齢者人口については、既述の通り 2025 年から 2030 年までは僅かながら増えていき、以後は減少していくのである。また、もう一つ、山口県は高知県に次いで療養病床数が全国第 2 位という現状がある。地域医療構想では慢性期医療及び在宅医療等 ※ を一体的に捉えることとされている。地域によって慢性期病床の多い地域、在宅医療が多い地域とさまざまで、それぞれの地域で実情が異なるが、この入院受療率の地域差を一定の幅の中に収れんさせる方向で各地の在宅医療等を促すとされている。

山口県地域医療構想においては、必要病床数の推計結果について、「この必要病床数は、『地域における医療提供体制のあるべき姿』の方向性を示すものであり、医療機関の自主的な取組みを進めるための『達成を目指すべき指標』とされています。また、必要病床数は、医療法等に基づき推計を行ったものであり、これを基に稼働している病床を必要病床数まで機械的強制的に削減するものではありません。」と明記されている。したがって、急激な変化を求められるものではない。最初に求められることになるのは、現在休眠している病棟の削減と考えられ、これについては何ら実害はない現状そのままで、既存病床数という数字だけが減少するからである。本年 4 月からレセプトのシステム改修により、何年間も休眠病棟が継続する場合には、しっかりデータが蓄積されて県知事が措置（公的病院医には命令、私的病院には要請）を講ずる可能性も否定できない。

本年 9 月 24・25 日に山口市で開催された平成 28 年度中国四国医師会連合総会の分科会における岡山県からの意見を紹介する。「地域医療構想の実現には、在宅医療等の充実による地域包括ケアシステムの構築が不可欠であり、地域医療構

想と地域包括ケアシステムは相補的かつ密接不可分な関係と言える。したがって、地域医療構想については２次医療圏単位ではなく、最大でも市町村単位での議論が必要とされ、『地域医療介護構想』の視点が求められる。医療のマーケティングの視点に基づいた地域医療構想は、供給過剰による共倒れを防ぐ『救済データ』の側面もあり、現在、老人保健施設、特別養護老人ホームやグループホームにおいて空床化が生じている一方で、高齢者向け住宅は増え続けている現状から、介護にもマーケティングの視点を早急に導入して共倒れを防ぐべきである。」との意見で、正にその通りだと思った。

地域医療構想調整会議の１回目が既に開催され、２回目が開催された地域もある。調整会議の立ち位置であるが、調整会議で決定されたことがすべて公式と見做されることを覚えておいてほしい。したがって、もし不足している回復期へ移行しようとして、この調整会議を通っていれば、地域医療介護総合確保基金の利用も可能となるが、この会議を通っていないものは非公式と見做され、基金も活用できないことになるのである。

療養病床については、一方で介護療養病床の廃止が決まっており、他方で「療養病床の在り方等に関する検討会」において「新たな類型」等が未だ確定していない要素があり、今後の制度改正を睨みながら、提供体制の変更を考えていかざるを得ないのが現状であろう。

いずれにしても、９年先を見据えてのことであるので急ぐ必要は全くないが、供給過剰からの共倒れは防がなければならない。じっくりと自医療機関の将来像を考えていただきたい。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

多くの先生方にご加入頂いております！
お申し込みは
随時
受付中です
医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　損害保険ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005
損保ジャパン日本興亜

平成 28 年度
中国四国医師会連合総会

と　き　平成 28 年 9 月 24 日（土）・25 日（日）
ところ　ホテルニュータナカほか

今年度の総会は、本会の担当により開催した。

初日、まず**中国四国医師会連合常任委員会**が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、分科会・総会の運営、各種関係団体の業務のあり方、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、次期開催県等についての協議が行われた。

その後、３つの分科会が行われた。

第１分科会
医療保険・介護保険（診療報酬、労災・自賠責保険を含む）

日本医師会の鈴木邦彦 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への要望・提言について討議した。

各県からの提出議題

1. 在宅医療（島根県）

今回の改定では在宅医療に関する点数の削減が前回改定より強化され、訪問人数などにより点数格差を設けるなど、点数設定が複雑で判りにくくなっている。

厚労省は今回、重点課題として地域包括ケアシステムの推進、機能分化、かかりつけ医機能の強化連携を挙げ、地域包括ケアシステム推進のための取組みの強化、質の高い在宅医療・訪問看護の確立を目指しているが、前述の如く、在宅医療の減点、しばり（一部）の強化により、地域医療の中核を担うわれわれ一般会員、かかりつけ医は高齢化の中で、経済的にはもちろん、精神的、身体的にも低報酬や非現実的「しばり」に耐え難く、遂にはモチベーションの低下、撤退も余儀ない現実が多々みられるようになっている。

つまり、訪問診療の点数が全体的に下がり、在宅時医学総合管理料などが一層複雑になったため混乱が生じているのである。更にレセプトに訪問患者の病状、介護度、訪問日同一建物での診察患者数の記載など請求事務の負担が大きくなった。これらの問題について各県の意見を伺いたい。

各県も島根県と同じ状況であった。日医は、平成 26 年度診療報酬改定前の在宅医療点数は単純な右肩上がりを続けてきたが、その後の不適切事例の対応を経て、量から質への政策転換が図られている。今後もこの流れは続きそうであるが、患者人数によって点数設定することについては中医協で検討を継続するとのことであった。

2. 保険指導について（岡山県）

保険医は指導大綱により保険指導を受けることが義務付けられている。対象医療機関の選定に関して、診療報酬の平均点算出法については明らかにされていないが、医療機関の類型による比較方式が採用されている。すなわち、すべての医療機関を 17 の類型に区分し、各類型区分ごとに 1 件当たりレセプトの平均点の上位 8％を対象に「集団的」個別指導が行われるなどの方法により、多くの医療機関が数年に一度は保険指導を受けることになるが、大学教育の中では医療保険制度に関する内容が手薄で、保険診療についての正しい認識のないまま開業される会員もある。

岡山県では県、厚生局、医師会で毎月、懇談会を開催し、疑問点、要望を申し入れるとともに今後、新規開設者に対して事務職員を含めて適正保険診療研修会を企画しているが、各県医師会での有効である（あった）と思われる取組みを教示願いたい。

各県において、新規開設者を対象とした研修は積極的に行われていた。本県においては、全会員に対しては（中国四国厚生局及び県の実施に合わせて）集団指導を実施（隔年出席制）しているが、最も有効と思われるものは「度重なる個別指導」の被指導者に対するピアレビューである。しかし、実際にはそうなる前に有効な手段を講じる必要がある。岡山県における新規開設者（事務職員も含む）を対象とした適正保険診療研修会の企画については参考としたいところである。

3. 柔道整復関係について

(1) 柔道整復療養費（医療類似行為）にかかる問題について（広島県）
(2) いわゆる医療類似行為問題について（徳島県）
(3) 接骨院の交通事故施術について（香川県）

広島県　柔道整復師数は、2004 年は 35,007 人 27,771 施術所であったが、2014 年には 63,873 人、45,572 施術所と大幅に増加しており、柔道整復療養費は国民医療費において一定の割合を占めている。

自賠責保険においても平成 26 年度の全国 1 件平均診療費は医科 243,158 円・診療期間 69.3 日（診療実日数 19.7 日）に対し、柔整 307,903 円・施術期間 110.4 日（施術実日数 52.6 日）となっており、重症患者にも対応する医科よりも柔整の費用が高く、施術期間が長期にわたっているのは釈然としないが、本件について各県の率直なご意見と、日医の今後の対策について伺いたい。

徳島県　最近になり柔道整復師法第 24 条を遵守していない広告、看板（交通事故専門・整体・リラクゼーション等）を多数見るようになり、保健所へ対応を要請したが、強制力はないとのことであった。また、脱臼や骨折の施術、はり・きゅう、マッサージで医療保険を使用するには医師の同意が必要であるが、内科医等の中に安易に同意書を交付してしまう事例もあり、昨年には会員に対し臨床整形外科編『医師の為の保険診療基礎知識医療類似行為関連Q＆A』を配付し対応を行った。医師国保では新規に整骨院を受診した者に『柔道整復師の正しいかかり方』等のパンフレットを配付したり、3 か月を超える通院を行っている者に対し、他疾患が隠れている可能性があるため医療機関を受診するよう文書で勧告したりして、平成 23 年度 469 件の受診が 27 年度には 259 件と半減している。しかしながら前述のように医療類似行為への対応に苦慮しているのが現状であるため、他県での取組みと日医の見解を伺いたい。

香川県　全国的に交通事故件数は減少しているが、接骨院に支払われる自賠責の療養費は増加の一途を辿っている。また、その交通事故施術の広告には、目に余るものがある。

この件に関し、各県のいわゆる三者協議会等で具体的な対策をとられているか、各県の現状を伺いたい。

各県において、療養費、広告・看板、交通事故の問題についてさまざまな取組みが模索されている。本県においては平成 24 年に柔道整復・鍼灸等の施術に対して、「安易に同意書を交付しないように」との文書を全会員へ通知し、重ねて（同

じ負傷等では保険診療と施術療養が同時に行えない）注意啓発ポスターを作成・配付し、適正な保険請求への対応を行ってきた。療養費自体は全国的にも平成 23 年度をピークとして減少傾向にあるが、施術所数は増え続けている。

日医　厚生労働省内に専門委員会を設け、「支給対象の明確化に向けた個別事例の収集」「不正の疑いのある請求事例の審査の重点化」「療養費詐取事件等への対応の強化」「適正な保険請求を促すための施術管理者の要件強化」について重点的に協議を行っているところである。

4. 慢性期療養病棟の再編についての各県医師会の取り組み状況について（愛媛県）

慢性期の医療提供体制は、2018 年 3 月末に①介護療養病床の廃止、②医療療養型病床の人員配置標準の経過措置の終了、という大きな節目を迎える。2016 年 1 月 28 日、厚生労働省の「療養病床の在り方に関する検討会」は、「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供の新たな選択肢の整理案について～」と題した報告書を公表した。検討会で示された新たな施設類型は計 3 案で、「医療内包型案 1-1」、「医療内包型案 1-2」、「医療外付け型」だった。いずれも対象者は医療区分 1 が中心で、「医療内包型案」は、主として従来の介護療養型医療施設の転換を念頭に置いた類型に思える。「医療内包型案 1-1」は、2015 年度介護報酬改定で創設された「療養機能強化型Ａ」、「医療内包型案 1-2」は「療養機能強化型Ｂ」又は「その他」の介護療養型医療施設への転換先に思われる。2016 年度診療報酬改定で、重症患者割合に関する要件がなかった療養病棟入院基本料 2 に「医療区分 2・3 の患者が 50%以上」の施設基準が導入され厳格化された。介護療養型医療施設の対象者は医療区分 1 が多く、安易に介護療養病床→医療療養型病床（療養病棟入院基本料 2）への転換は困難になった。

各県の医療療養型病棟を含めての慢性期療養病棟の現状と取組みについて伺いたい。

本県が実施した全病院及び療養病床を有する有床診療所に対するアンケート調査結果からは、医療区分 1 のうち退院可能は 12.9%、条件が整えば可が 42.7% で両者を合わせると 55.5% にしかならず、地域医療構想ガイドラインにある 70% よりはるかに低かった。また、「条件が整えば退院可能」の条件として「家族の受け入れ」が 70.7% と高い値となっており、家族の高齢化が進んでいることを考えれば、医療区分 1 の 70% を療養病床以外で対応するという仮定については実現困難とも考えられる。その中で、3 月に発表された地域医療構想（素案）では、慢性期病床として県内でトータル 4,300 床の削減が謳われている。

各県においても、療養病床については 2018 年の医療・介護同時改定を待たなければ身動きが取れない状況にあり、今後の調整会議を経て必要病床数も決まっていくことから、現在は様子を見ている状態である。

日医　25 対 1 療養病床と介護療養病床に関しては、現在の療養病床を担っている利用者の受け皿や看取りの場を含めた医療や介護のサービスが引き続き提供されているが、地域住民の療養確保が何よりも重要であり、一貫して現行制度の再延長を第一選択肢として検討すべきであると主張している。その上で厚労省の「療養病床の在り方等に関する特別部会」で提案されている新類型について、できるだけ使いやすいものにすることが重要である。

これまで 7 回開催された「療養病床の在り方等に関する検討会」において日医が発言したことを、10 項目にまとめて特別部会の最初に意見として発言した内容を紹介する。

1. 現行制度の再延長を第一選択として検討すべきである。現行制度の再延長がなぜいけないのか、いまだに明確な説明はなく、特別部会の冒頭に説明してから議論をすすめるべき。

2. 新類型としては日医・四病協より提案した医療内包型と医療外付け型がわかりやすくよいものと考える。この案に沿って転換をすすめる場合に

は、施設設備、人員配置は特例部分と医療機関部分との一部供用を認めることや近隣医療機関との連携を含め、当直・24 時間の医療対応や看取りが可能な体制とするなど、より柔軟な要件緩和や医療保険・介護保険適用の問題、医療費負担などの配慮が必要。

3. 新類型は介護保険事業計画によって、特定の料金制度が補償されるため、いろいろな療養病床からの転換を方針の軸として考えるべき。

4. 基準の 6.4 平米の多床室がそのまま転換ができなければ進まない。

5. あくまでも「住まい」や経過措置にこだわるのであれば、建て替えまでの期間は 6.4 平米の多床室をそのまま「住まい」として認めるべき。

6. 今後必要になる施設は、特養の多床室に相当する低所得者向けの施設であるため、6.4 平米の多床室に補足給付を認め、低所得者も利用できるようにするべき。

7. 医療計画・介護保険事業計画や今後の地域医療構想に基づく医療計画において転換の制限が生じることがあっても、この療養病床からの転換を最優先として､転換を決断した事業者に対しては、実際に転換できるまで現状の報酬が確保されるような仕組みも必要。

8. 利用者にとっては今よりも一部負担が増えないこと、今よりも医療や介護のサービスのレベルが低下しないこと、経営者にとっては病院として残りたい場合は残ることができること、転換が容易でコストがかからないこと、少なくとも現状並みの利益が確保できて経営が成り立つこと、そして社会ニーズに応えられる前向きな役割が果たせることなど、介護療養型老健への転換が進まない現状を考えると、利用者のニーズに応えつつ、経営者が移行してもよいと決断できる内容にする必要がある。

9. 有床診療所療養病床については、柔軟な対応を検討する必要がある。

10. 経営者が転換を決断するのは平成 30 年 2 月に新類型の報酬が公表されてからとなるため、たとえ現行制度を再延長しない場合でも、十分な経過措置を設けていただく。

施設基準等については、「介護給付費分科会」での議論となるため、混乱することがないように協議を重ねていきたい。

5. 救急医療管理加算（高知県）

救急医療管理加算の 1 と 2 はどのように区別されているか。平成 26 年度の改定で「コ　その他､『ア』から『ケ』に準ずるような重篤な状態」が削除され､「救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、アからケに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。」となっている。各県の取扱いを伺いたい。

各県とも従来の「コ　その他」の､「アからケに準ずるような重篤な状態」として取扱いされている。

日医　「緊急手術、緊急カテーテル治療・検査」とは、検査も手術も含まれる。

6. 慢性腎不全（高齢者）に対するエリスロポエチン製剤の使用について（山口県）

エリスロポエチン製剤は高額であるため医療費に影響を与えることから、その保険請求が厳しく審査されることはやむを得ないが、慢性腎不全の高齢者の使用については審査判断が分かれるところである。高齢者に対するエリスロポエチン製剤の使用にあたり、何らかの制約（年齢規定等）が設けられているか各県の状況を伺いたい。

各県とも年齢制限を設ける県はなく、患者の病態による使用が行われている。

なお、別途問題となっている超高額医薬品の保

険請求については、中医協でガイドラインの作成が予定されている。

日医への提言

1. 抗認知症薬の投与量と症状詳記記載について（鳥取県）

抗認知症薬の維持量は、ドネペジルであれば 5mg 又は 10mg、メマンチンであれば 20mg の投与が必要とされており、維持量より少量の場合はレセプトに症状詳記が必要となるが、メマンチンの投与維持量が 10mg の場合、その投与量で症状が安定している場合は症状詳記がなくても判断できると考えられ、レセプトに症状詳記を記載しなくてもよいとしていただきたい。

日医　厚生労働省から審査機関へ通知（平成 28 年 6 月 1 日）があり、維持量より少量であっても返戻の対象としないこととされた。

2. 介護保険関係について

(1) 介護報酬改定による介護事業所の経営実態並びに適切な施設整備とマンパワーの確保について（島根県）

平成 27 年度 4 月の介護報酬改定では、基本単価で 2.7％のマイナス改定率となり、一方では加算の充実が図られたものの、現状では約 7 割の事業所が前年と比較して減収であり、事業経営の悪化を招いているとの調査報告がある。

さらに、介護職員処遇改善加算については 99％の事業所が届出をし、うち 9 割が最も高い加算を算定したにもかかわらず、基本報酬の減額によるマイナス分を補えない状況である。利用者の尊厳を重視し自立支援を目指す優良な介護サービス事業の将来にわたる安定的な経営の担保と、医療・介護連携の推進、在宅医療を中核とした地域包括ケアシステムの構築を具現化する観点から、介護報酬の引き上げがなされるよう、国に対し要望をお願いしたい。

また、介護現場においては、国の定める人員配置では良質なサービスを行うことは困難で、国の定める基準を大幅に上回る職員配置を行っている実態があり、このような実態が今回のマイナス改定により、更に経営を圧迫している要因となっている。このような実態を日医として早急に把握され、適正な人員配置の基準を検討していただき、次回改定の際に提言していただきたい。

また、消費増税が再延期され国の財政が厳しさを増す中、国は一億総活躍社会を目指し、「介護離職ゼロ」を目標に掲げ、今後、介護福祉施設 50 万床の増設をはじめ、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）の建設を進めるとしているが、当県においても、近年、松江市など都市部においてサ高住の建設が進められている中で、介護施設に空床が生じている。また、在宅系サービスでは、通所サービスやグループホームを中心に地域内で需給バランスが崩れ供給過多になり、事業所の休廃止が生じている。

日医としてこのような現状を踏まえて、事業所の健全経営ができるよう国に対し提案していただきたい。

また、介護報酬上での処遇改善加算による賃金の改善は、前述したように事業所の経営を圧迫し、昇給などの賃金の改善を困難にしており、地域医療介護総合確保基金を利用し、賃金・処遇の改善を目的とした助成制度を設けるなどの提案をお願いしたい。

(2)「2018 年診療報酬・介護報酬同時改定の延期」と「診療報酬以外の財源の確保を」（岡山県）

① 2018 年診療報酬・介護報酬同時改定の延期

消費増税が 2 年半延期され、さらに追い打ちをかけるように、イギリスの EU 離脱というリーマンショックに並ぶような異常事態が起こり、ア

ベノミクスの果実の収穫量がだんだんと減少している。

2018 年度診療報酬・介護報酬の同時改定の財源の確保は至難の業と考える。診療報酬の下げ幅はマイナス 4％ともいわれている。2025 年に向けた医療介護提供体制の確保に向けた最終段階とされている改定であり、十分な財源確保が担保された改定でなければ、2025 年はもとより、2040 年の医療介護提供体制にも悪影響が予想される。

2018 年度診療報酬・介護報酬同時改定を延期してはいかがと考える。同時改定が避けられないのであれば、2018 年の改定は小幅な改定にとどめ、次々回 2020 年度改定で十分な予算が確保された段階で大幅な改定を行うよう要望する。

医療難民・介護難民を生まないよう、努力をお願いする。

② 診療報酬以外の財源の確保を

現在の医療機関の収入をみると、検診等を除くと 90％以上が診療報酬で占められており、このままでは診療報酬の先細りにより地域医療が崩壊するのは目に見えている。

日医が行っている事業で診療報酬以外の収益をもたらす事業として「産業医」があるが、嘱託産業医収入が診療報酬を上回る医療機関もあると聞いている。このような、診療報酬以外で医療機関に収益をもたらす事業を推進していただきたい。

日医　地域包括ケアシステムの構築を具現化する観点から、介護報酬の引き上げについては日医としてもその必要性があると考えている。地域包括ケアシステムの構築は、平成 30 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定が今後のわが国の方向性を考えると大変重要な位置づけであると認識している。介護現場では国が定める人員基準を上回る職員配置により利用者を支えていると把握しているため、このようなことが起こらないように協議会において意見を述べていきたい。

次に介護サービスのバランスが崩れ供給過多にあるとする問題については、現在、介護保険部会において議論しているところであり、今後詰めていきたい。

最後に、介護職員処遇改善加算については、職員の給料のみならず、産休や育休などにも活用できるよう求めており、このようなことも含めた処遇改善策でなければならないと考えている。

3. 28 年度診療報酬改定の評価について（次期改定要望に向けて）（広島県）

28 年度診療報酬改定の評価について、日医の対応を確認し、次期改定に向けて積み残された課題や、これから取り組むべき課題を確認したい。

主な検討項目

- 地域包括診療料、地域包括診療加算の算定要件の緩和で算定が増加したか
- 大病院から診療所、中小病院への流れは進んでいるか
- 大病院等から退院後の特定疾患療養管理料算定可の評価理解は進んでいるか
- 入院中の他科病院受診の減算の軽減への評価は
- 療養病床における包括項目について（HOT 患者受け入れ時の材料費算定等）
- 長期処方の抑制と残薬調整について理解が進んでいるか
- 在宅のアパート等とサ高住等の患者への扱いは複雑すぎないか
- 在宅看取りと有床診等の入院看取りの評価について
- 強化型在宅療養支援診療所の施設基準（緩和）についての評価
- 医療必要度の高い高齢者増加に伴う加算等の算定要件に関する書類作成の事務量増加が予想されるが簡素化を要望できないか
- 有床診療所について
  (1) 有床診療所と在宅復帰率についての評価
  (2) 身体疾患により入院した認知症患者に対する認知症ケア加算について（算定可能な施設基準緩和）
  (3) 在宅看取りと有床診等の入院看取りの評価について（再掲）
  (4) 短期入所（ショートステイ）の参入時の申請書類簡素化
- 慢性期リハビリテーションの評価

廃用症候群や要介護被保険者のリハビリテー

ション等はどうすべきか

中国四国ブロックの意見として協議したうえで、日本医師会診療報酬検討委員会へ提出予定。

4. 療養病床関係について

(1) 療養病床の在り方について（徳島県）

厚生労働省社会保障審議会で三局合同による「療養病床の在り方等に関する特別部会」が 6 月から開催されている。日医では現行制度の再延長を第一選択肢として検討すべきと主張している。平成 27 年度の日本慢性期医療協会の「医療が必要な要介護高齢者のための長期療養施設の在り方に関する調査研究事業」でも福岡県医師会の「療養病床及び地域包括ケア病床に関する調査報告書」でも療養病床は、医療処置を必要とする急性期病院治療後の患者を積極的に受け入れ在宅復帰につなげる、急性期と慢性期の連携した循環型の仕組みの一端を担っており、また、看取りにおける役割も大きく、「療養病床は地域包括ケアを支える重要な地域資源である」としている。また、「新類型」については質の担保が危惧されている。経営が成り立ち、利用者に適切なサービス提供のできる制度にせねば、療養病床の減少も危惧され、地域医療・地域包括ケアシステムが根底から崩れていく。日医に心から期待している。

(2) 今後の介護療養病床の再編について（愛媛県）

慢性期の医療提供体制は、2018 年 3 月末に①介護療養病床の廃止、②医療療養型病床の人員配置標準の経過措置の終了、という大きな節目を迎える。2016 年 1 月 28 日、厚生労働省の「療養病床の在り方に関する検討会」は、「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供の新たな選択肢の整理案について～」と題した報告書を公表した。検討会で示された新たな施設類型は計 3 案で、「医療内包型案 1-1」、「医療内包型案 1-2」、「医療外付け型」だった。いずれも対象者は医療区分 1 が中心で、「医療内包型案」は、主として従来の介護療養型医療施設の転換を念頭に置いた類型に思える。「医療内包型案 1-1」は、2015 年度介護報酬改定で創設された「療養機能強化型 A」、「医療内包型案 1-2」は「療養機能強化型 B」又は「その他」の介護療養型医療施設への転換先に思われる。ただ、新しい施設類型は「病院」ではなく、病床削減が急速に進むと思われる。2018 年度診療報酬・介護報酬の同時改定の答申が出るのは、2018 年 2 月前後のため、現場の混乱を生まないためにも、移行を決断できるだけの内容を早期に示す必要があると思われる。

2016 年度診療報酬改定で、重症患者割合に関する要件がなかった療養病棟入院基本料 2 に「医療区分 2・3 の患者が 50％以上」の施設基準が導入された。医療区分の見直しがなされ、今後、慢性期の治療をしっかり行わなければ、医療療養型病床の維持は困難になると思われる。安易に介護療養病床→医療療養型病床（療養病棟入院基本料 2）への転換は困難となっており、介護療養病床の段階的な移行措置を期待したい。

(3) 療養病床入院基本料 2 について（山口県）

療養病床入院基本料 2 に要件化された、「医療区分 2 又は 3 の患者割合が 5 割以上」の基準については、本年 9 月及び 2018 年 3 月まで経過措置があるものの、今後は医療区分 1 の患者については入院が難しくなる。地域医療構想における推計方法の前提も、医療区分 1 の 7 割が入院以外で対応可能となっているが、本県で実施した療養病床に対するアンケート調査でも、家族の受け入れ等の条件が整ってやっと 55.5% である。介護病床や在宅での療養の道筋が確保されないまま、退院を迫られることになれば社会問題化する可能性もある。5 割以上の要件を撤廃あるいは緩和する必要があると思われる。

日医　療養病床については現行制度の再延長を検討すると主張しているが、これにかかわらず、新類型をできるだけ使いやすいものにして転換ができるように対応を行いたい。

5. 廃用症候群リハビリテーションの評価について（高知県）

以前より労災においては廃用症候群リハビテーションに対する評価が、脳血管疾患等リハビリ

テーションと同様に高点数であるが、この理由について日医の見解を伺いたい。

日医　是正も含めて専門委員会で協議していきたい。

報告：常任理事　萬　　忠雄
　　理　　事　清水　　暢

第 2 分科会
地域医療（地域医療構想、基金、地域包括ケア、在宅医療、感染症、救急災害等）

日本医師会の温泉川梅代 常任理事をコメンテーターにお迎えし、討議した。

各県からの提出議題

1. 地域医療構想、介護構想について

(1) 地域医療構想について（広島県）

(2) 各県の地域医療構想の現状と策定後の取り組みについて（高知県）

(3) 地域医療介護構想の視点で議論を！（岡山県）

広島県　今年 3 月に地域医療構想が策定されたが、地域医療構想の策定に向けた勉強会（8/27）の開催、「協議の場」の調整会議議長の先生方と県医師会との意見交換会の開催など、適宜各圏域からの意見をまとめて、策定に係る具体的な協議体である医療審議会保健医療計画部会へ本会役員より意見具申した。

今年度からは、平成 30 年度の医療計画（第 7 次）の策定に向けた協議を開始したところである。各県の地域医療構想の策定状況、医療圏域の見直しの有無などについて、お伺いする。

高知県　今年 9 月に策定予定であり、2025 年における各病床機能の必要病床数が決定したところである。

全国一の病床過剰状態の慢性期機能については、入院受療率の達成年次を 2030 年とするパターン C を選択し、2025 年の医療需要を 4,266 床と推計した。平成 27 年度の病床機能報告では慢性期機能が 6,971 床であったため 2,705 床が在宅医療等への移行を求められることになる。その受け皿となる新たな選択肢は、厚労省の検討会では、医療機能を内包した施設類型と医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型が提案されているが、報酬単価が決定するのは 29 年 1 月頃と言われ、現状では療養病床を持つ病院管理者としても具体的な対策をとれないでいる。削減を求められる数値にとらわれるのではなく、いかに円滑に病床を転換できるかが重要であり、構想策定後の調整会議においても、医療・介護難民を出さないこと、医療機関に大きな負担を課さないという視点で県医師会としての意見を発信していきたい。

また、急性期機能については、患者流出割合が 20％以上の地域もあり、急性期病床は堅持したいという地域の強い思いがある反面、将来的にはその体制を担う医師等の確保が課題である。

このように、慢性期機能、急性期機能のいずれにおいても構想策定後の施策が重要であり、調整会議や第 7 次保健医療計画に向けた協議において医師会の十分な関与が期待される。各県の現状と現時点における取組み予定をご教示いただきたい。

岡山県　地域包括ケアシステムは、市町村を中心に日常生活圏域で暮らし続けるための地域づくり・まちづくりである。地域医療構想における医療提供体制は、都道府県を中心に急性増悪や救急時にも地域住民の医療を支えるべく整備されている。地域包括ケアシステムの構築には医療提供体制の整備が不可欠であり、安心して退院するためには地域包括ケアシステムの充実が不可欠となる。即ち、地域包括ケアシステムと地域医療構想は、相補的かつ密接不可分な関係と言える。

地域医療構想では、医療区分 1 の 70％が病院以外の在宅や介護施設等で医療を受けることとされており、この実現には、地域包括ケアシステムの構築が欠かせない。従って、地域医療構想は、2 次医療圏単位ではなく、最大でも市町村単位での議論が必要とされ、「地域医療介護構想」の視点が求められる。

したがって、都道府県の保健・医療・福祉の行政担当者が一堂に会し、介護保険の保険者であ

る市町村と共に同じテーブルに着いて密なる連携を図り、地域医療構想と地域包括ケアシステム及び医療計画・介護保険事業計画等について、同時に施策を検討すべきと察する。その際、人口動態や医療・介護の需要等に関するデータベースに基づいた精緻な議論を行うことが成否を握り、医療のマーケティングの視点に基づいた地域医療構想は、供給過剰による共倒れを防ぐ「救済データ」の側面もあり、介護にもマーケティングの視点を早急に導入し共倒れを防ぐべきと考える。

本件に関して、他県の取組み状況は如何か。

地域医療構想の策定状況は、平成 28 年 9 月時点で、既に策定されているのが 4 県（広島、岡山、愛媛、山口）で、残りの 5 県（鳥取、島根、徳島、香川、高知）は今年秋頃の策定予定であった。

香川県からは、中四国で唯一、医療圏の見直しが行われ、５圏域から３圏域になることが報告された。山口県を含めた他の県においては、都市部と中山間地域があるために、圏域を統合することは困難という報告であったが、香川県は地理的にそれほど大きい県ではなく、新しい圏域内で大半の医療が完結しており、一部の島を除いては交通の便もそれほど悪くないとの説明があった。

構想の策定にあたっては、2025 年の医療需要の推計による必要病床数と現在の病床数とのギャップ、その数値の妥当性、病床転換による影響など多くの課題が出されていたが、日医が主張する「病床の必要量は全国一律の計算式で機械的に計算されたもの」、「あくまでも参考値であり、医療機関の自主的な選択により地域の病床機能が収れんされていく」というスタンスから、そうした文言を構想に入れるなどしており、現在は“構想策定の協議”から“構想に向けた施策の協議・検討”へ移り始めている状況であった。

鳥取県は、構想区域と医療圏、そして郡市医師会が一致していることが特徴であり、情報共有、共通認識はしやすいようであったが、構想達成に向けた課題は同様であった。

岡山県では、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築へ向けた両命題を同時に議論すべく、「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」を設立され、医療・介護等の行政担当部署、学識者、関係団体の代表や市町村や地域包括支援センターの代表も加わった会議を開催していることの報告があった。

山口県でも、「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」についてのワーキングチームをつくり、地域の実情に沿った郡市医師会の取組みを支援していくことを検討しているところである。

2. 在宅医療、介護連携について

(1) 在宅医療・介護連携の進捗状況について（香川県）

(2) 地域包括ケアシステム構築の進捗状況について（山口県）

香川県　介護保険の地域支援事業の拡充により、市町村では、在宅医療・介護連携、認知症施策の推進、地域ケア会議の充実、生活支援サービスの体制整備などが進められている。中でも在宅医療・介護連携は、郡市医師会の関与が注視されるところであり、その進捗状況についてお聞きする。特に「相談支援」に関する「在宅医療・介護連携支援センター」の郡市医師会への委託状況や課題、また県医師会としての取組みについてもお聞きする。

山口県　地域包括ケアシステム構築については、市町村が主体となって行う事業であることから、県医師会が直接関与することが難しいのが現状である。特に、在宅医療・介護連携推進事業の各県における取組み状況についてお伺いする。

「在宅医療・介護連携推進事業」は介護保険の地域支援事業として位置づけられ、平成 27 年度から市町村で順次実施されているが、その取組みは、すべての県で市町村や郡市医師会の規模等の地域の実情によって異なっていた。

県医師会としての取組みは、各県とも、市町村行政が郡市医師会等と連携しながら取り組む事業であるため、地域の取組状況を把握し、担当理事会議等での情報提供など、県行政とともに市町や郡市医師会が円滑に実施できるよう支援していくとの回答であった。岡山県では、「岡山地域医療

構想・包括ケアシステム研究会」を設立して、地域医療構想による在宅医療の推進を含めて検討していくこととされている。

相談支援について、山口県では、今年度実施する市町は 5 市、うち 1 市は 9 月から開始予定である。このうち 4 市が郡市医師会へ委託しているが、窓口は医師会立訪問看護ステーションや医師会立病院の在宅支援部に設置され、そこに従事する看護師が対応している。その他には、地域包括支援センターにおいて市職員が一次対応し、それから担当の開業医へ相談するなど、実施方法はそれぞれの地域で異なるが、受託している郡市医師会では、「相談件数がまだ少ない」、「相談者である介護関係者が何を相談すればよいかわかっていない」という状況があり、設置された相談窓口の活用方法にも課題があるところである。

(3) かかりつけ医の在宅医療研修について

（香川県）

地域包括ケアが推進される中で、病気・障害を持っても安心して暮らすためには在宅医療の充実が重要と考えられる。在宅医療を専門とする診療所も必要だが、今後はさらにかかりつけ医の在宅医療を伸ばしていくことが望まれる。日医でも、「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」などが開かれたが、都道府県医師会や郡市医師会における、かかりつけ医に対する在宅医療に関する研修や実習の実施状況について、お伺いする。

これまで、日医で実施された「在宅医リーダー研修会」の伝達講習会は各県で開催されており、広島県では新たに在宅医療に携わる医師を増やす目的で研修会を企画し、どの程度の参加者があるか不明であるが、在宅医療に対する会員の意識改革に取組みたいとの報告があった。

また、今年度から「日医かかりつけ医機能研修制度」が開始されたことにより、各県においても、この制度に沿った研修会の準備が進められている。

岡山県では、27 年度から「認定かかりつけ医」制度が実施されており、1 年間 6 回の研修会を開催し、合計 6.5 時間の研修を修了した者に修了証を発行し、認定審査会で承認された者には認定証が発行されている。今後は、日医かかりつけ医機能研修制度との整合性を図りながら進めていくとの報告があった。

(4) 小児の在宅医療について（鳥取県）

小児医療の進歩に伴い、重症児（者）の増加と成人期への移行が進みつつある。今後小児の在宅医療は更に必要性を増し、成人と同様な医療システムも必要になるが、本県では小児の在宅医療を受け入れる医療機関も少ないのが現状である。地域で支え合う医療、福祉、教育の体制構築が必要だが、各県の現状と特段の取組みがあればご教示いただきたい。

岡山県では、平成 25 年度から国のモデル事業として、社会福祉法人の障害者施設を中心に体制の整備が進められ、27 年に療育・医療センターの新棟が完成し、ポスト NICU の受入れや相談支援等が行われている。さらに、県は重症心身障害児者の介護を行う家族の負担軽減を図るため、短期入所（レスパイトサービス）に対する補助制度を設けており、参加施設も増加しているとの報告があった。

小児在宅医療体制の整備の必要性は各県とも認識されているとの回答であったが、一部の福祉施設や基幹病院の NICU 担当医ができる範囲で対応している地域も多く、高知県では専門スタッフの

不足から、訪問看護ステーションに勤務できる小児の訪問看護師の養成が進められているが、医師も含めた多職種の連携による対応が望ましく、そのためには行政の理解と協力が必要との指摘があった。

山口県では、県の新規事業として「小児在宅医療研修事業」が県小児科医会によって実施されている。

3. 認知症施策について

(1) 認知症初期集中支援チーム設置、SOS ネットワークの状況について（島根県）
(2) 各県における認知症への取組み、特に認知症疾患医療センター及び認知症初期集中支援チームの整備状況について（鳥取県）

島根県　認知症初期集中支援チームの設置が進められていると思うが、必ずしも満足できる状態ではなく、問題も出てきている。各県の状況と問題点等以下についてお教えいただきたい。

（１）認知症初期集中支援チームの設置状況、（２）認知症初期集中支援チームの設置場所、（３）チーム内専門医の確保、（４）重症者が多い、困難事例が多いなどの問題点、（５）認知症 SOS ネットワークの設置状況と医療介護関係者の関与

鳥取県　認知症をもつ高齢者の急速な増加に対応するため、各地域において、かかりつけ医の認知症対応力向上研修が 10 年来行われ、また、専門的診断、治療方針の策定等、かかりつけ医を支援する立場で、認知症疾患医療センター（地域型、基幹型）が整備されてきた。また、一昨年度策定された国の認知症総合施策「新オレンジプラン」によって、認知症の早期発見と早期に生活の場において支援が開始されるように、認知症初期集中支援チームが全市町村に平成 30 年度までに設置されることが義務付けられた。かかりつけ医、認知症サポート医は、今後、これらの機関と一層緊密な関わりが必要となってくると考えられる。

各県における以上の２つの機関の整備状況および認知症疾患に関わる医療・福祉の連携体制の現況、課題等についてお伺いしたい。

認知症初期集中支援チームの設置については、各県とも 27 年度から設置が進められ、徐々に増えている状況であった。設置場所の多くは、地域包括支援センターや市町担当部署であり、その他には認知症疾患支援センターなどであった。

島根県や鳥取県では、認知症サポート医の活動内容は開業医と大学の医師、精神科・神経内科・脳外科と内科とで差があり、また地域差もあることが指摘され、さらに認知症専門医は少なく、専門医の半数は認知症施策に関与していないことなどによる人材不足があるため、チーム内専門医のハードルを低くしてほしいとの要望もあった。岡山県からは、患者の受診拒否や家族の協力が得られないなどの重症者・困難事例が報告された。

徘徊 SOS ネットワークや民間事業者等による見守りネットワークは、多くの市町で設置されており、医療関係者・介護関係者との連携はメールやホームページなどを利用して情報共有が進められていた。

山口県では、認知症疾患医療センターとして、6 か所（県立こころの医療センター、いしい記念病院、県立総合医療センター、下関病院、泉原病院、柳井医療センター）が県から指定されており、市町や医療機関、介護施設等との連携強化が進められているところである。

4. 災害について

(1) 災害時医師会救護班の組織化について（徳島県）

今年４月の熊本地震に対し、日医は各県の医師会に救護班出動を要請し、徳島県医師会救護班も出動した。徳島県庁は熊本県からの救護班派遣要請に応えて、県内医療機関に出動を募り、徳島県医師会は会員に出動を要請し、要請に応えた会員が徳島県医療救護班の一員として県医師会救護班としても出動した。このように徳島県医師会救護班は県行政と共同して救護活動を実施している。

現在、徳島県医師会は災害マニュアルを改定中であり、次の点をご教示いただきたい。

①医師会救護班の組織化、派遣体制、②郡市医師会の救護活動手順、③県医師会救護マニュアルの作成

岡山県と山口県は、医師会救護班である JMAT の組織化や活動手順等のマニュアルを作成しており、広島県は、県の災害時医療救護活動マニュアルに県全体での対応を策定して運用されている。島根県は、「県医師会医療救護計画」が策定されているが、主に訓練時だけ利用されているとの報告があった。

救護班の事前登録は各県、各郡市医師会によって異なっていたが、山口県では県医師会で事前登録を行っているところである。

今回の熊本地震では、JMAT の派遣要請が日本医師会ルートと県知事ルートの２通りあったことから、現地での指揮命令や情報伝達について一部混乱があった。県医師会として、どちらの要請で出動していくかの判断は今後の課題となりそうであった。

なお、熊本地震における山口県の対応は、日医からの要請により派遣準備していたところに、県知事ルートの要請があり、３チームが県知事の要請により活動した。また、日医の要請に応えて２チームを登録したが、被災地の医療ニーズの変化・減少により、出動の指示はなかった。

(2) 発災時の入院患者等広域避難について（愛媛県）

愛媛県は原発立地県（伊方原発）であり、他県とは若干立場が異なるかもしれないが、発災地域の入院患者の県内広域避難と受け入れについては、本来行政が計画して対応するものと考えているが、県医師会として具体的な搬送手段を策定している県があればご教示いただきたい。

各県とも、県が策定する地域防災計画等においては、広域搬送について明記されているが、医師会が独自に患者の搬送先や方法等を決めている県はなく、円滑に対応できるかは不明で、今後、県行政との検討が必要と回答される県が多かった。

原発立地県である島根県では、原発から半径 30km 圏内に県の社会資源・人口が集中しているため、県外への広域避難が想定されている。島根原発から半径 30km に米子市等がある鳥取県では、県・市町行政と医療関係団体等で構成する「被ばく医療機関等ネットワーク会議」が設置され、避難先や入院先等のマッチングや搬送訓練が行われている。しかし、基本的には机上における訓練であり、医療スタッフが入った実働的な訓練には至っていないのが実情とのことであった。

広島県では、県行政、医療関係団体、大学等で『災害時医療救護活動マニュアル』を作成しており、これに沿って対応することが報告された。

5. 任意予防接種の接種勧奨について（広島県）

任意の予防接種については、自治体での接種勧奨は基本的に行われていないが、おたふくかぜやロタウイルスワクチンなど、生後早期の接種が有効であり、重い病気や合併症を防ぐ効果が期待されるワクチンは、保護者への十分な周知が必要であると考える。

医療を担う団体として、医師会が主導して、任意接種の勧奨等を行っている県はあるか。また行っている場合、どのような方法で勧奨しているかもご教示いただきたい。

任意予防接種の接種勧奨は、副反応による健康被害の補償の問題などから、医師会として接種勧奨をしている県はなかった。しかし、任意接種の自治体独自による公費助成は、小児科医会や産婦人科医会等の働きにより、実施している市町村はあり、公費助成制度の PR はされているとのことであった。

日医への提言

1. 在宅医療・介護連携推進事業における「ICT 情報共有システム」の構築について（鳥取県）

在宅医療・介護連携においては ICT により情報共有システムの構築が重要であると思われるが、鳥取県では有用なものができていない状況にある。

「日医 IT 化宣言 2016」で、「電子カルテのない医療機関でも、電子化された医療情報で地域医療連携を行うことができるようなツールを開発、提供する。」とあるので、どのような内容か関心を持っている。現在の開発過程の具体的な進捗状況を教えてほしい。

日医　ご指摘のとおり、IT を用いた医療に関する情報連携は医師同士だけでなく多職種連携により、一人の患者を多角的に支えるのに非常に重要であり、ますます需要が増えていくと考える。しかし、これらの連携は地域の実情にあった形での構築が必要となる。そして、医療・介護連携のような多職種連携に当たっては、すべての職種が閲覧・記述する必要がない、関係する多職種が閲覧共有すべき情報、例えば医師のみが閲覧すべき情報や本人が知られたくない情報を切り分けるなど、閲覧できる権限をしっかりと設けることが、患者の情報を守るために重要な視点と考える。最近、多職種との医療情報連携を行う際のツールとして、Facebook や LINE 等、公開用の無料 SNS の利用が進んできている。このこと自体は否定するものではないが、SNS にはセキュリティが弱いという問題が指摘されている。一方で、SNS の代表的な機能であるタイムライン機能は医療・介護情報連携のような多職種連携において、非常に良い機能であるため、その利用に期待が集まるのは自然の成り行きと思われる。しかし、扱う情報が非常に機微であるという医療･介護情報連携では、セキュリティ確保のために非公開型かつ医療・介護情報連携専門のプライベート SNS を使うべきと考える。また、SNS の利用においては、個人所有の携帯端末等の業務利用がしばしば見受けられるが、システムや端末からの情報漏えい、あるいはウイルス感染等、さまざまなリスクが生まれている。

提言にある「日医 IT 化宣言 2016」について、ORCA プロジェクトの中に日医標準レセプトソフトがあるが、これは単なるレセプトコンピュータとしての機能だけでなく、連携ツールとしても役立つ点が他のレセコンにない大きな特長と思われる。電子カルテが十分普及していない中、これらのレセプトの頭抜きデータを活用して、電子紹介状や診断書、医療連携用のデータなどの作成機能を持ち、電子カルテ等の HIS（Hospital Information System：病院情報システム）を持たない中小規模の医療機関においても、地域医療連携に参加できる環境を提供するソフトウェア（MI_CAN）が既にリリースされている。また、死亡診断書（死体検案書）作成ソフト（DiedAi）もリリースされており、これらを利用すれば文書を作成する時間も短縮され、正確な内容を相手に伝えることも容易となる。特に、平成 28 年度診療報酬改定において、日医が発行する医師資格証（HPKI）の利用により、電子紹介状等の電子的な送受信が診療報酬算定の要件となったので、ぜひご利用いただきたい。日医では、今後も安心安全な連携ネットワークの構築に向け、国等に働きかけを行っていく。

2. 認知症初期集中支援チームにおける専門医の資格のハードルが高すぎるので再検討を希望する（島根県）

認知症初期集中支援チームの専門医は、日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とするとされている。

過渡期とはいえ、認知症の患者が急激に増えている割に専門医が少なすぎる。神経内科､脳外科､内科などで常時認知症を診察している医師は資格者とすべきである。また、認知症の診察には長時間を要するため拒否する医師もあり、診療報酬面でも両学会専門医以外へも応分に配分することを要望する。

日医　認知症専門医については、厚労省においても特段定義を定めているものではないが、日本老齢精神医学会及び日本認知症学会において認定されている専門医は、約 1,600 名程度おられる。さらに、平成 27 年度末時点での、認知症サポート医養成研修の受講者数が 5,068 人に達しており、新オレンジプランで掲げる目標値 5,000 人（29 年度末まで）を既に突破している。厚労省からは、両学会を含め他学会とも協議しながら、今後「認知症専門医」のあり方を含めて検討しているところであると聞いている。日医としても、皆さんからのご意見を伺いながら、必要な意見を申し入れていきたい。

3. 地域の実情に応じた医療計画・介護保険事業計画の整備を！（岡山県）

現在、老人保健施設は入所待ちがなくベッド稼働率が全国平均の約９割、地域によっては８割の稼働を維持できず、特別養護老人ホームやグループホームも空床化する現象が生じている。国土交通省の施策では高齢者人口に対する高齢者向け住宅（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、シルバーハウジング、サービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け優良賃貸住宅等）の割合について、平成 26 年度の 2.1％に対し、37 年度に 4％を目指して整備がなされており、サービス付き高齢者向け住宅も右肩上がりの供給が続いている。

したがって、都道府県の保健・医療・福祉の行政担当者が一堂に会し、介護保険の保険者である市町村と共に同じテーブルに着いて密なる連携を図り、地域医療構想と地域包括ケアシステム及び医療計画・介護保険事業計画等について、同時に施策を検討すべきと考える。

日医においても、全国各地域の状況に鑑み、都道府県と密なる連携を図り、地域の実情に見合った施策となるようお願いする。

日医　平成 26 年に成立した医療介護総合確保推進法は、医療と介護の総合的な確保という目的で、地域包括ケアシステムを法律に定義付け、また、地域医療構想を制度化したものである。この法案審議に当たっては、中川副会長が衆議院厚生労働委員会に出席し、地域の実情の反映や医師会主導を要求した経緯もある。そして、平成 30 年度には診療報酬・介護報酬同時改定に加えて、医療計画の在宅医療部分と介護保険事業計画が時を同じくしてスタートする。日医としても、国の「医療計画の見直し等に関する検討会」には中川副会長をはじめ病院担当、介護担当の常任理事が議論に参画する体制を取っている。

ご指摘のとおり、地域医療構想は各地域ごとに医療需給データを示して、それぞれの医療機関に自院の将来の立ち位置を検討していただき、病床機能を選択してもうらという画期的な仕組みである。都道府県医師会は構想の策定、郡市医師会は地域医療構想調整会議の議長役としてそれぞれの役割も盛り込まれている。当初は、急性期への医療資源の集中策、病床削減策として導入されようとなったところを、日医が病院団体とともに反対し、現在の仕組みとした経緯がある。

地域医療構想が実際に進められていく段階では、郡市医師会に重要な役割をしていただくことになる。その郡市医師会こそが、地域包括ケアシステムの中核を担う立場であることは言うまでもなく、郡市医師会が医療と介護を一体的に考えて施策を進められるよう、日医執行部も意思統一を図りながら議論に望んでいる

4. 新型インフルエンザ特措法に基づく特定接種について（広島県）

平成 28 年 1 月に、日医から特定接種に関する接種実施医療機関について、国民生活・国民経済安定分野の特定接種対象事業者の登録が開始された旨の通知があった。

本通知では、登録完了の旨を通知された登録事業者（国民生活・国民経済安定分野の事業者）は、「速やかに、地域医師会、病院団体や地方公共団体の協力を得て、接種実施医療機関と特定接種の実施に関して連携体制を構築するとともに当該医療機関（外部の医療機関）と覚書を作成し、取り交わしておくことが必要である。」と示されている。

他事業者への特定接種の実施は、特定接種登録医療機関以外でも対応可能であるが、そうした情報が非登録医療機関に十分に行き渡っておらず、また、一部の事業者では、登録前から早々に接種実施医療機関を確保するよう通達を受けているとのことで、現場に混乱が生じている。

各地域においても、特定接種の登録状況が分からない中、接種体制を構築することは困難であり、登録事業者からの要望に円滑に対応するためにも、地域ごとの特定接種登録者数や、医療機関に求められることなどについて、十分かつ分かりやすい情報の提供及び、地域で特定接種の実施に関する連携体制構築の考え方を示すよう、日医から国へ要望いただきたい。

また、特定接種に係る覚書のフォーマットが国から示されているが、登録事業者となっても、実際に特定接種を受けられるかどうかは政府対策本

部において決定されるとのことで、そのような不確定な状況で、覚書による責任のみが医療機関に生じることを懸念しているが、日医としての見解をご教示いただきたい。

日医　新型インフルエンザ等特措法に基づく特定接種については、その制度のわかりづらさ、不確定事項の多さ、現場感覚の欠如等について、これまで本会にもご意見をいただいているところである。また、特定接種登録管理のシステムが不具合等により 2 年以上にわたり本格稼働しないなど、厚労省の不手際も混乱につながる原因となっている。このような状況の中、本会からも再三にわたり、現場に混乱が生じないよう分かりやすい情報の提供や制度の改善を国に対して求めているところである。ご指摘にある接種医療機関の確保が困難な場合については、例えば医師会が一括して覚書を交わすといった方法も考えられるが、その場合にもワクチンの納入先、保管・配分を誰が統括して行うかなど課題があり、その点についても、幾度となく厚生労働省に対して照会しているところだが、明確な回答をいただいていない。いずれにせよ、不明確、不都合な状況を解消しなければならず、ご指摘の点を踏まえ、今後、国に対して現場の意見を伝え、制度の改善や情報提供を強く求めていきたいと考えている。また、覚書の件については、事業者が接種対象となった場合のみ、ワクチンが接種医療機関に配付されて実施されるものであり、事業者が特定接種対象とならず、接種ができないことについては、医療機関に責任が及ぶことがないと理解している。

5. 子宮頸がん予防（HPV）ワクチンについて（広島県）

HPV ワクチンは、平成 25 年 4 月に定期接種化されたが、接種後に広範な慢性の疼痛などの多様な症状がみられたため、同年 6 月から現在に至るまで、国として「積極的勧奨の差し控え」の対応が続いている。医療機関としても、接種に関する患者からの相談応需等に苦慮しているのではないか。

日医として、子宮頸がん予防（HPV）ワクチン接種についての見解と、本件における医師会の役割をご教示いただきたい。

日医　平成 25 年 6 月に HPV ワクチンの積極的勧奨の差し控えが実施されて 3 年以上経過した。産科婦人科学会、産婦人科医会では、積極的に勧奨するように国へ申し入れている。しかし、日医としては、国民的合意が不可欠であるため、引き続き議論の収束に向けて尽力していく。

6. 消費税増税延期問題による日医の対応（徳島県）

安倍総理は消費税率の引上げを平成 29 年 4 月まで 1 年 6 か月延期する決断を行った。27 年度に見込まれる消費税増収分が 1.5 兆円減少し、それに伴い、「社会保障の充実」に向けられる額も、1.8 兆円強から 1.35 兆円に圧縮され、4,500 億円が不足することとなった。

医療介護総合確保基金については行政から従来と特に変更はないのではとの楽観的な意見もあるが、本県のような既に高齢化がかなり進んでいる地域では、予算不足が地域医療構想の加速を招き、過疎地では逆にベッド（医療、施設も含めて）が減りすぎる懸念も出ているなど不安感が増大している。

このことを踏まえて日医として「地域医療」に関係して今年度 4,500 億円、来年度以降の 1 兆円近い不足がどのように影響すると想定されているのか。できるかぎり地域医療に影響が及ばないようお願いしたい。

日医　社会保障の充実については、平成 26 年度の消費税 8％引き上げ時において、既に「子ども・子育て支援新制度の実施」、「地域医療介護総合確保基金の創設」などが行われている。地域医療介護総合確保基金は、今年度も昨年度までと同様に医療分は 904 億円が確保され、徳島県は中四国最大額の内示となっている。

来年度においても、日医では必要な財源を確保するよう要望しており、8 月末に厚生労働省より概算要求として財務省へ提出されたところである。これから、年末までの予算編成において、日医は政府・与党に対し、概算要求に入ったものが削除されることがないように、国会議員へのロ

ビー活動を行うなど要望していく。

また、安倍総理は 7 月 11 日の会見で、平成 29 年度から実施予定であった年金生活者支援給付金、年金受給資格期間の短縮については、予定どおり来年度から実施すると表明している。このために財源が不足し、来年度の予算編成過程でしわ寄せを受けるおそれはある。社会保障費の自然増として 1,400 億円の財源不足が指摘されており、例えば財政審が提言している「かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担の導入」の実施が懸念されている。これについては、医療が必要な患者に対し、自己負担を上げることにより受診抑制につながるようなことがこれ以上あってはならず、政府に対して厳しく働きかけていく所存である。さらに、30 年度には、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われるが、財源が不足する中での厳しい改定となることが予想される。国民が安心して医療・介護が受けられるように、政府・与党に対し、必要な財源はしっかり確保するよう引き続き働きかけていく。

社会保障の財源不足により、地域で必要かつ十分な医療介護サービスが受けられなくなると、最も不利益を被るのは地域住民である。消費税率の引上げが再延期されたことは非常に残念であり、消費税に代わる社会保障費財源として、アベノミクスの果実とは別にしっかり確保するように政府に求めていく。

7. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（愛媛県）

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚労省の三者で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」が締結され、その協定に基づいて「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定された。

今後、保険者単位での取組みが展開されることが予想され、保険者とかかりつけ医や専門医との連携体制の構築が必要となるが、（1）医療機関としての対応（料金等）、（2）医療保険者に対する診療情報提供料との関係について、日医のお考えを聞く。

日医　医療機関が行う医療保険者への情報提供については、当該プログラムに基づく「糖尿病性腎症重症化予防事業」が保健事業の一貫として実施されるものであることを踏まえると、その費用は、基本的には保健事業費の中から支払われるものと整理されると理解している。（1）料金設定については、日医として具体的な金額を示すことはできないが、実際に医療機関（医師）に求められる情報提供がどのような内容であるか、それを医師会、保険者等の関係者間の協議の場で明確にしていただき、それによって適正な費用のあり方を検討していただく必要があると考えている。その意味でも、協議の場における医師会の関与は必須であると考えているので、よろしくお願いする。

（2）の医療保険者への情報提供を診療情報提供料の対象とすることについては、要望として承らせていただくが、現時点では医療機関から情報提供等に関わる費用は保健事業の費用として位置づけられている。診療報酬の対象とするかに関しては、日医として慎重に検討させていただく。

最後に、治療中の患者への本プログラムの適用については、対象者の選定も含めて、地域医師会との関わりと慎重な対応が必要と考えている。プログラムを適用する対象者の条件、個別アプローチの仕方、費用等について、関係者間で十分協議し、患者・医療機関に混乱が生じないような連携体制を構築する必要があると考えている。

日医としても、厚労省等の関係当局等に現場の意見を伝えるとともに、全国における糖尿病性腎症重症化予防の取組みの促進のため尽力していくので、ご理解とご協力をお願いする。

8. B 型肝炎ワクチンの定期接種について（高知県）

（1）接種時期に関して

平成 28 年 4 月以降生まれの乳児を対象に、B 型肝炎ワクチンの定期接種が本年 10 月から開始されるが、特に 4 月生まれの場合、3 回目の接種時期が 29 年 3 月末までに終了しないことが想定される。その場合、予防接種法施行令第 1 条の 3 第 2 項の規定にある、長期療養特例措置を拡大解釈して 4 月以降にずれ込むことも認めてほしい。

（2）ワクチン株について

今回の定期接種に認められたワクチンは、遺伝

子型ＡとＣがあり、いずれを選んでも可となっているが、将来的にどの遺伝子型を優先すべきか教えてほしい。

（３）包装単位について

今回の接種対象者への投与量は 0.25 ｍｌ/ 回となっているが、0.5ml の包装の場合、残りを廃棄せざるを得ないことも生じる。すべて 0.25ml のバイアルにしてほしい。

（４）接種委託料金について

Ｂ型肝炎ワクチンは診療報酬による薬価があり、これを基準にした委託料金となる可能性がある。予防接種のワクチンは自由診療であるべきと考えるが、日医のご意見をお伺いしたい。

日医　（１）実施時期は、予防接種施行令で規定されており、Ｂ型肝炎ワクチンについては、１歳に至るまでに３回の接種を完了するように規定されている。接種スケジュールを柔軟化してしまうことは、適切な接種時期を逃してしまうことにもつながりかねないし、予防接種法の救済措置の対象にならない可能性もある。

ご指摘のケースでは、定期接種開始の周知や接種スケジュールの確認などを徹底することがより重要であると考えているため、厚労省においても、リーフレットを作成し、市町村や関係団体への配付を行うことで、定期接種の開始について周知をより徹底するとともに、被接種者の保護者に対して、接種スケジュールをよく確認し、接種漏れのないように注意喚起するなど、各市町村で十分な取組みをしていただくようお願いしている。

長期療養特例は、予防接種法施行規則において、対象となる疾病などが規定されているが、各市町村において判断されているものであり、今回の要望は実際に定期接種の制度開始前の現時点では認められないのではないかと考える。

（２）定期接種に使用できるＢ型肝炎ワクチンは、遺伝子型Ｃ型のビームゲンと、遺伝子型Ａ型のヘプタバックスⅡがあるが、将来的にいずれを優先すべきかという質問については、本会では独自のエビデンスを持っていない。

厚労省に確認したところ、平成 27 年１月 15 日に実施された「予防接種ワクチン分科会」において、遺伝子型Ｃ由来のＢ型肝炎ワクチンを接種することで、遺伝子型ＡのＢ型肝炎ウイルスに対しても予防効果があることが示唆された。また、わが国に流通する遺伝子型Ａ及びＣ由来のＢ型肝炎ワクチンのいずれの接種においても、異なる遺伝子型のＢ型肝炎ウイルスに対する予防効果があると考えられる。そのため、Ｂ型肝炎ワクチンの定期接種については、使用するワクチン製剤は遺伝子型Ａ型、Ｃ型どちらのウイルス由来の製剤も選択可能としているとの見解である。

（３）厚労省に対して、0.25ml バイアルの要望を伝えている。厚労省の見解では、今後 0.25ml バイアルの充実について、メーカーとも相談していきたいとしている。しかし、大人数の接種を行う場合には、0.25ml バイアル２本よりも 0.5ml バイアルの方が安価であることから、0.5ml を望む医療機関もあると思われるため、すべてを 0.25ml にすることは難しいと考える。

（４）接種委託料は、実施主体である市町村と医師会との契約により、妥当な設定がなされるものである。日医より、市町村事業の料金設定について見解を示すことは、独占禁止法に抵触する可能性があるため、コメントは差し控える。

一般論から言えば、他の定期接種の価格は保険点数を根拠に積算した設定としている自治体が多いと思われるので、Ｂ型肝炎ワクチンについても全国的にみれば、この考え方に収れんされていくものと考えられる。

9. 在宅医療・介護連携を推進するため、主治医・副主治医制度の導入を中医協に進言してもらいたい。（高知県）

国は、在宅医療・介護連携の推進や地域包括ケアシステムの構築を進めているが、地域では多職種協働の研修会を行っても参加者が少ない。それは、24 時間体制の在宅医療は計画的往診をするため、在宅療養支援診療所・病院の届け出が必要であることや、当該患者は必然的にこれらの診療所や病院の医師が主治医となること、さらには包括的報酬となっているためである。

しかし、医師単独での 24 時間応需には限界があり、内科医が主治医としても他科の医師の対診

を求めることも発生する。この際、副主治医として診療報酬に加算が可能であれば主治医としては心強い。現状は、主治医が対診を求めて往診した場合は主治医がその対価を支払うことになるが、主治医一人での在宅医療には限界があり、参入してくる医師は多くない。

在宅医療を推進するために、副主治医にも加算点数を取り入れることを中医協でも議論していただきたい。

日医　在宅時医学総合管理料や施設入居時等医学総合管理料のような、総合的な医学管理を行う場合の評価については、一人の患者に対して算定できる医療機関（医師）は一つであるべきと考える。しかし、在宅患者訪問診療に関しては、複数の病気をもつ在宅患者や複数の医療機関の連携により在宅医療に対応している場合を考えると、現行の在宅患者訪問診療料は一人の患者に対して一つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に、継続的に行われる訪問診療について、1 日につき 1 回に限り算定するという規定を見直し、複数の医療機関による訪問診療について、それぞれ算定できる取扱いとすべきであることは、これまで日医は、診療報酬改定の際に、中医協やそれ以外の厚労省との協議の場において主張してきた。その考えについては現在も変わりない。

主治医・副主治医制とルールを変更するまでもなく、現行の取扱いから発展させ、主治医となる先生は在医総管を算定し、総合的な医学管理を担当していただき、その他に連携して在宅医療を担当している先生については、その先生が担当した日について、連携医師の医療機関で、在宅患者訪問診療料を算定できるようにし、さらに他科の診療が継続的に必要になった場合には、その疾病に関して在宅患者訪問診療料を算定できるような取扱いとしていくことを引き続き求めていきたい。

10. 地域医療介護総合確保基金について（山口県）

平成 26 年度から消費税増収分を財源として新たに創設されたが、28 年度も都道府県からのヒアリングについては、4 月の予定が熊本地震の影響で 5 月の連休明けにずれ込み、結果として都道府県への内示が 8 月以降になった。

この事業については、毎年、消費税収から拠出されるものであるため、4 月に事業がスタートできるように（ヒアリング等の予定を早めるように）国へ働きかけてほしい。

日医　地域医療介護総合確保基金のうち、特に医療分については、各都道府県の予算案審議もあることから、日医としても内示や交付決定時期を早めるよう、今までも厚労省へ要請してきた。今年度は、厚労省にも努力いただいて、3 月から都道府県行政に対してヒアリングを行い、医師会等が参画するヒアリングが実施され、5 月を目途に内示予定であった。しかし、熊本地震が発生したため、スケジュール全体が遅れた経緯がある。基金の医療分を担当している厚労省医政局の地域医療計画課は、熊本地震への医療対策の担当課でもあった。来年度以降もなるべく、早期の内示となるようあらためて厚労省へ要請する。

報告：常任理事　弘山　直滋
理　　事　香田　和宏

第 3 分科会
医療政策（消費税問題、看護師対策、勤務医環境、新専門医制度等）

日本医師会の今村 聡 副会長をコメンテーターにお迎えし、討議した。

各県からの提出議題

1. 医師会立看護高等専修学校の存続について（鳥取県）

本県には東部・中部・西部の二次医療圏ごとに 3 つの地区医師会があり、それぞれ附属看護高等専修学校を設置している。昨年、県内に看護大学と看護専門学校（定員はいずれも 80 名）が新設された影響も考えられるが、赤字体質（受験者の減少、学生の留年・途中退学）、学生の質の低下、実習病院の不足、教員の高齢化などにより、存廃を検討している医師会立看護学校もある。8 月に、行政も交えた医師会立看護高等専修学校連絡協議会を開催し、存続の意義について検証する予定であるが、各県における現状と今後の展望を教えて

いただきたい。

本県は、医師会立看護学院（校）が 8 校あるが、どの県も同様に看護師養成施設の運営に苦慮しているようである（経営面、学生面、教員面、施設老朽化等）。2025 年には 200 万人の看護職員が必要で、現在の養成状況が続いても、まだ 10 数万人が不足すると言われている。地域医療においては准看護師も看護師と同様になくてはならず、高知県以外では存続を堅持している。

国や行政からの補助金は、運営には不可欠である。香川県では、准看護師を増やすという方針を県が数年前から採っていたため、ハード面における資金援助があり、2 校の新築と 1 校の改築ができた。

医師会組織として看護師養成に関わるには、看護学校を運営していない医師会（近隣医療圏も含め）も一緒になって協議することから始めるべきである。

2. 医師会加入促進について

(1) 研修医の医師会への入会について（島根県）
(2) 後期研修医の医師会定着に向けた取組みについて（高知県）

島根県　本県でも日医の方針に従って研修医の医師会入会は無料としている。研修医との交流を深めるなどで入会の勧誘を図っているが、思ったほどの成果が挙がっていないのが現状である。そこで、各県における研修医の医師会加入の状況と取組みについてお聞きしたい。

高知県　日医が前期研修医の会費を無料にしたことを受けて、県・郡市医師会費も無料とした。初期臨床研修医共通オリエンテーションにおいて、担当理事が医師会活動について紹介し、賠償保険制度もアピールした結果、今年度まで会員数 0 であった研修医が、本年度は県内の初期研修医 59 名中 33 名が入会した。しかし、2 年後の後期研修医になった際には、急に高額に思えるような医師会費がかかるため、一旦入会しても、このままでは多くの者が退会するのではないかと危惧している。彼らにとって魅力ある医師会であることは当然必要なことであるが、三層構造による費用負担増は大きな問題だと考えている。県内で多くの臨床研修病院がある高知市を例にあげると、日医：28,000 円、県：54,000 円、市：35,000 円で年会費合計 117,000 円、医賠責保険料分 54,000 円を含めると年額 171,000 円となる。各県の現状と若手会員を増やすための取組みをお教えいただきたい。

どの県も研修医の会費無料化に取り組んでいる。また、臨床研修病院長に対する入会促進の協力依頼、初期研修医に対するオリエンテーション、ウェルカムパーティー、研修医と指導医対象の研修会開催だけでなく、出産祝い金や保育支援活動（研修会にて保育ルームの設置）などで、医師会加入促進を図っているが、継続加入が課題である。

本県では、平成 28 年度は研修医 143 名中、医師会入会は 43 名となっている。各郡市医師会の協力も得て会費の無料化にも取り組んでいるが、伸び悩んでいる。昨年 9 月には会員加入促進強化月間として、県医師会役員が 23 病院を訪問して加入の理解を求めた。今年の 11 月には山口大学医学部の学生を対象に、医師会長が医師会の活動について講演することになっている。

医師会加入の手続き上の問題として、勤務先（所属医師会）が変わるたびに日医まで退会して、再入会しなければならない制度になっているため、そのまま退会してしまうことも多いようである。県医師会で再入会がスムーズにできるシステムを検討している県もあった。

日医　組織強化は横倉日医執行部で力を入れている分野である。医師はプロフェッショナルとして、一つのきちんとした団体に入ってもらいたいと考えている。日医は公益社団法人なので、会員一人ひとりに同等の権利がある。実際のところ開業医と勤務医の数は半々だが、会費の負担割合は 2：1 となっており、ここは慎重に議論していく。

医師会の加入パターン（郡市区だけ、県医まで、日医まで）はいろいろあるが、地域の実情を踏まえ、組織強化を検討してもらいたい。日

医会員は 16 万人だが郡市区医師会員は 20 万人で、すべての郡市区会員に日医まで加入してもらいたい。会内の組織強化委員会にて、勤務医の勧誘のため加入メリットを解説したパンフレット『DOCTARASE』別冊を作成したので、勤務医の交流会などで活用してもらいたい。もちろん、県独自で同様の広報媒体を作って対応してもらってもよい。

もう一つ、日医のメリットとして、「医師年金」がある。若い医師は年金とは縁がないと思う人が多いが、実際、50 歳くらいになり、退職がみえてくる頃に年金を意識するようになる。現在は公的年金の受給額も下がっている状態で、老後をどう過ごすか意識する人も多い。医師年金は民間の年金に比べ利率がよく、手数料も安く、なおかつ、若いころに加入すると給付額がよい。日医に入会すると会費を払うことになるが、それを賄えるだけの給付額になる。ぜひとも、医師会に入会していただきたい。

3. 新専門医制度について

(1) 専門研修プログラムの調整状況について

（岡山県）

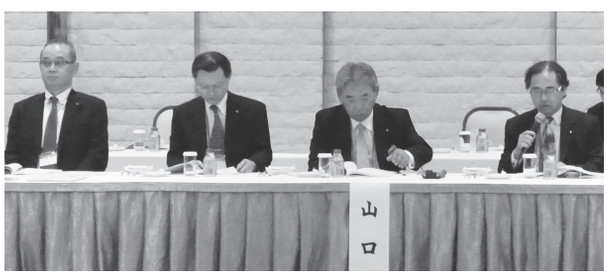
新たな専門医制度については、日本専門医機構の役員が一新され、先行き不透明な状況である。しかし、現場では専攻医を受け入れるための準備が行われ、研修医たちも研修を行う病院の検討に入っていたことと思う。症例を経験することに勝る研修はない。研修医たちがより多くの症例が経験できる病院での研修を希望するのは当然である。地域に研修医や専攻医を呼び寄せるには、より多くの症例を経験できるプログラムを作成していくことが肝要である。研修を担うのは研修基幹病院だが、連携病院とのコーディネートは行政や医師会の役割である。

日医は専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定を行うに当たって、それぞれの地域において、都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者間での協議ができていないことも問題視している。このことを受けて厚労省は、3 月 31 日に各都道府県に対し専門研修プログラムの調整を依頼した。本県では 4 月 12 日に日本専門医機構からの専門研修プログラムの申請情報が厚労省を通じて提供されたのを受け、内科、外科、整形外科、産婦人科の専門研修プログラム認定に向けた調整が岡山県医療対策協議会で検討されている。専門研修連携施設について後期研修施設のうち、引き続き研修施設になっていない医療機関や専門医が常勤で勤務し診療科目のある医療機関等を対象に追加施設の検討を行った。また、連携施設から①指導医の配置方針で改善が必要なこと、②専攻医のローテーション方針で改善が必要なこと、③その他基幹施設との間で改善が必要なことについて、基幹施設には連携施設との調整を依頼し、その報告を受けている（6 月末現在）。各県の状況につき、ご教示願いたい。

(2) 新専門医制度に係る協議の場の設置状況と医師会の関与について（山口県）

平成 29 年度から開始予定とされていた新専門医制度の実施が危ぶまれ、本年 3 月 31 日付けで厚生労働省から各都道府県に対し、協議会を設置し、調整を求める通知が出されている。本県では 4 月 20 日に、協議の場の設置等に係る事前協議を経て、県健康福祉部医療政策課内に事務局をおく山口県専門医制度連絡会が発足、5 月 25 日に第 1 回の会合が開かれ、6 月 27 日に第 2 回の会合が開かれた。日本専門医機構の混乱によりプログラムが公開されず、学会も従来の制度で専門医を養成するのか、新しい制度のもとで専攻医を募集するのかの決定がなされていない状況である。本会としては、地域医療が守られることを最優先に各専門領域のプログラムの公平性が担保されるように議論を進めているところである。

各県の協議の場の設置状況、医師会の関与はいかがか。



各県の回答としては、専門研修プログラムの調整は県行政や大学に設置されている協議の場において、専門研修プログラムに必要な情報共有や調整等が行われた。「協議の場」の名称や設置状況はさまざまである。

国から県に対して、詳細な情報がすべて提供されてないため、深い議論は困難であった。内科、外科、整形外科、産婦人科などのプログラムは提供されたが、その他は各県とも基幹施設からの情報提供である。

構成メンバーは県医師会、大学、県行政、主な基幹施設等である。県によっては看護協会や病院協会などが参画している。各県医師会からの参画は会長、副会長、常任理事などさまざまであった。会長が会議の委員長になっている県もある。

厚生労働省から県に対して、①指導医の配置方針で改善が必要なこと、②専攻医のローテーション方針で改善が必要なこと、③その他基幹施設との間で改善が必要なこと、について連携施設からの意見を集約するよう要請があり、それをもとに協議の場で議論が行われた。

(3) 新専門医制度について（徳島県）

日本専門医機構による新専門医制度は 2017 年度からのスタートがはっきりしない現状であるが、既に学会専門医の更新時には新専門医への移行を勧めている学会もある。新専門医制度では必須共通講習として医療安全、感染対策、医療倫理が挙げられている。各県医師会主催の講演も共通講習として認定されることになっているが、本県では共通講習実施について始動していない。各県医師会の現在の対応についてご教示いただきたい。

各県の回答としては、現在、共通講習に関する講演会を実施しておらず、日医から具体的な通知等の情報がないため、動けない県がほとんどである。しかし、実施については前向きに取組みたいと考えている県が多い。

日医　以前の専門医制度整備指針の中では、日医生涯教育制度の講習は認められていた。利便性を考えると e- ラーニングの活用も考えられていたが、学会によって若干理解されていない部分がある。

このたび執行部が変わったが、日医の主張は変わらず、日医の講習会の活用をしていく。

現在の方向性は示すことはできるが、具体的には示すことはできない。

課題が多すぎて情報発信がなかなかできないため、そのあたりを改善していく。

4. 日本医師会認定スポーツ医制度とスポーツ医活動について（広島県）

本県では、平成 4 年 10 月 1 日に会内に「スポーツ医部会」を設置して以来、選手等の競技力の向上とスポーツ障害への対応、高齢化に伴う疾病構造の変化に対応した運動処方と健康増進の方策などについて協議・検討し、活動している。具体的な活動としては、各種大会や行事への医療支援や講師派遣、会員向けの研修会として、日医認定健康スポーツ医制度再研修会（年 4 回）、スポーツ医学研究会の開催などがあるが、今後は「健康スポーツ医学委員会（仮称）」の設置等も視野に入れ、認定健康スポーツ医がメリットをより実感できる活動を模索している。そこで、各県におけるスポーツ医部会あるいは健康スポーツ医学委員会等関連委員会の設置状況と具体的な活動についてお伺いしたい。

また、本来の日本医師会認定健康スポーツ医制度の目的は、「健康スポーツ医の養成とその資質向上を通して地域保健活動の一環である健康スポーツ医活動の推進を図ること」であると認識しているが、各種の講習を修了し認定を受けても、活躍の場が少ないのが現状である。今後ますます、少子高齢社会による人口減少とともに疾病構造の変化も大いに懸念される。医療を提供する学術団体である医師会として、県民市民に対して今後は予防の観点での提言も必要となってくる中で、「健康寿命の延伸」を目的に、健康意識のますますの向上を図るべきではないかと考える。

日医に対しては、今一度スポーツ医の活躍の場について国と協議いただくなどご検討いただきたい。

各県の回答としては、健康スポーツ医学委員会やスポーツ医部会を設置して、年数回の日医認定健康スポーツ医学再研修会を開催しているところが多いが、設置していない県もあった。活動としては、地元のマラソン等スポーツ大会開催時の医療救護活動や、県体育協会や関係機関と連携しての講演活動を行っているところが多い。

なお、本会では平成 20 年に「スポーツ医部会」を設置、平成 23 年の山口国体に関連する医療救護体制やドーピングに関する研修会を開催した。また、27 年度のねんりんピックにおいても高齢者スポーツに関する研修会を開催し、一定の成果を挙げて昨年度に解散、現在は「健康スポーツ医学委員会」に一本化している。

5. 医療勤務環境改善支援センターについて（愛媛県）

遅ればせながら本県でも今年度から医療勤務環境改善支援センター事業が開始されることになった。センター事業のメイン部分は医療コンサルタント協会に委託、県医師会は広報・周知等で側面的に支援する立場、運営協議会の会長は県医師会長、といった運営で行われる。

各県において「医療機関の勤務環境改善に向けた取組みを支援する」というこの事業の目的に沿って、有効と思われる取組み事例があればご教示願いたい。

各県における本センターの運営は、県医師会が行っているところ、県行政等が主体となって行っているところなど、さまざまである。山口県では昨年 9 月に山口県を事務局として設置され、本会はその運営協議会の長としての任を受けている。他県から、まだ実態や各関係機関の役割がよくわからないという意見もあったが、経営者としての立場でうまく利用すれば、病院の機能向上にも役立つものである。

日医　このセンターについては、日医も相当に厚労省に協力や申し入れ等をした経緯がある。また、10 年近く前に勤務医の健康支援を目的に専門委員会を作って 1 万人の勤務医の健康状態のアンケートをし、勤務環境のマネジメントシステムを作った。厚労省はナースを対象とした勤務環境システムを作ろうとしたが、ナースだけでなく医師など病院で働く人たちの勤務環境改善という形での枠組みを作るべきとして、さまざまな医療従事者のための勤務環境改善を図ることになった。法律で地域医療支援センターと勤務環境改善支援センターが位置付けられ、いわゆる地域の医療介護総合確保基金の用途にこの二つが入っているが、そのくらい国は力を入れている。厚労省は当初、労働基準局にこの話をもっていったが、労働基準局の所管だと必ず取締りという話になり、医療現場で混乱が生じるおそれがあったため県行政が中心となるが、委託化できる形にして県医師会が中心となって取り組めるようにという感じで作った経緯がある。社会労務士会も当初はこの問題にかかわっていなかったが、勤務環境を改善するためには、やはり医療機関で働くさまざまな人の意見を聞くべきで、医師のアンケートによれば、労働基準法等の基本的なことも理解されていない部分もあった。いろいろな事情もあるので法律通りではない現状にあるが、少なくとも管理者はこのような法律があるということは知っておくべきであり、少しでも改善していく取組みが必要であるために作られた。その際に重要なことは、勤務環境改善支援センターだけが独立して何かをするのではなく、例えばナースの紹介においては、必ず地域医療支援センターと（法律には位置づけられてはいないが）ナースセンターと連携を取ってほしい。勤務環境を改善したくても医師あるいはナースがそもそもいないためにできないということであれば、地域医療支援センターと連携を取った上で、医師の派遣等が医療機関に優先的に行われるようにという枠組みでできている。県医師会が支援センターの中で活動していく場合においては、その視点で活動していただきたい。

日医への提言

1. 今後の日本准看護師連絡協議会の展望について（鳥取県）

昨年、日本准看護師連絡協議会が設立され、日医も支援されているようである。今後、准看護師

は、研修を積んでいき、介護分野等において更なる活躍が期待されているが、日医はこの協議会をどのように捉えているのか。また、今後の展望について具体的にお聞かせ願いたい。

日医　准看護師はこれからの地域医療に必要な職種であると考える。養成所の課題もあるが、厚労省に働きかけをしているところである。看護協会が「看護師は 4 年制にする」という働きかけをしているが、それは地域医療の崩壊を招くと厚労大臣に申し入れをしている。この協議会は、准看護師の資格の検討を求めることが主たる目的ではなく、研修など准看護師の資質向上の支援を病院団体と日医がしていくことが前提となっている。この団体が 3 月に設立され、日医から県医師会に対し賛助会員として協力してほしいとの依頼をしたが、そもそもこの団体の実態が固まっていない中で、いろいろな批判をもらった経緯もある。なお、この協議会には釜萢日医常任理事が委員として参画している。取組みとしては、准看護師向けのニュースを発刊したり、今年度は「認知症」をテーマにした第 1 回講演会を平成 29 年 3 月 10 日に日医会館で開催することにしている。これからも各県（ブロック）単位で研修会を開催する方向で準備しているが、立ち上がったばかりで金銭的にも厳しいようなので、医師会としても会議室等を貸すなど間接的な協力をお願いしたい。日医としては准看護師制度を廃止する考えはない。

2. 専門医制度について（島根県）

日本専門医機構の池田康夫 理事長は 4 月 21 日、東京都内で開かれた日本消化器学会総会で、新専門医制度が医師の地域偏在を助長させるとの懸念に対し、プログラム審査の段階で偏在が生じないように調整すると述べられている。これに対して日医は新専門医制度の開始の延期を求めているが、今後のこの制度に対する日医の見解をお聞きしたい。

日医　まず、日医は行政主体の医療提供体制となることを危惧し、「専門医の仕組み」という表現を使用している。

日本専門医機構は平成 28 年 7 月に新執行部となり、理事である兵庫県知事に県行政の立場から発言いただき、また、医療を受ける立場の方にも発言をいただき議論している。なお、日医からは副理事長として松原副会長、理事として羽鳥常任理事、監事として今村副会長が参画している。

都市部の研修プログラムの定員数を過剰にされてしまうと、地域偏在が起こってしまうので、従来の定員に則してもらうように学会に申し入れ、了解いただいた。

機構のガバナンスが非常に弱いため、事務局職員を派遣してサポートしている。また、日医として機構に対して財政的な支援（貸付）を行う予定である。

情報を発信していくことは機構だけでなく、日医としても実施していき、皆様の努力が無駄にならないためにも、日医としても地域医療に影響が出ないように配慮していく。

3. 専門研修プログラムについて（岡山県）

岡山県では、より多くの専攻医が県内で魅力ある専門研修ができるよう行政と協力し調整を行っており、日医のご支援をよろしくお願いしたい。

日医　提言 2 の回答のとおり。

4. 日医かかりつけ医機能研修制度について（広島県）

今年度よりはじまった標記制度については、以前より生涯教育担当理事連絡協議会等で制度に関する説明がなされているところである。

しかし、その説明は認定そのものの取得方法や条件にとどまっており、認定後のアウトプットが現時点で示されていない。

「かかりつけ医」の定義については、平成 25 年 8 月に日本医師会・四病院団体協議会合同提言において「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。」としているが、患者にとっては家族も含めてすべてを診てくれる医師を「かかりつけ医」と認識して

いる場合もあれば、多くの疾患をかかえている患者にとってはそれぞれの疾患を診てくれるそれぞれの医師が「かかりつけ医」であると認識している場合も多くあると思われる。

国策として、既に在宅医療推進リーダー育成事業が実施されているにもかかわらず、類似する制度を創設された理由と、認定後の医師の役割についてお聞かせいただきたい。

日医　平成に入った頃に、いわゆる「家庭医」という話が出てきて、「家庭医」によるフリーアクセスを制限するという動きがあったために、日医がゲートキーパーという形で「かかりつけ医」を持ってもらうことを提言した。

ただ、公文書に、「かかりつけ医」という言葉が入ってきたのはここ最近のことであり、主治医意見書も本来は「かかりつけ医意見書」であるべきものを厚労省がこだわり、この名称になった。塩崎厚労大臣になってから、「かかりつけ医機能」や診療報酬の中に「かかりつけ医」という言葉が入ってきた。

先生方が普段努力をされていることを標準化して、研修を受けたことによって、国民にわかりやすくしていこうということが、この研修制度の始まりである。認定を受ければ、すぐにメリットがあるという制度ではないことをご理解いただきたい。

在宅医療推進リーダー育成事業は、在宅医療に特化したもので、必ずしも在宅医療をしている医師がかかりつけ医ということではない。あくまでかかりつけ医機能の延長として在宅医療の提供をお願いしている。

5. 看護師等への養成について（徳島県）

(1) 日本看護協会は、4年制の大学が必要との方向に向かっているが、看護師3年課程・看護師2年課程･准看護師養成所の存続を希望する。

(2) 母性・小児看護学実習施設や実習内容の指定要件の緩和を求める。

(3) 教員確保のためのシステムを構築し、厚生労働省及び日医主催による各県での看護教員養成講習会の実施を希望する。

(4) 看護教員養成講習会の参加にあたり、学校に対して補助教員等が補充できるように補助金等の支給の検討を希望する。

(5) 准看護師の受験資格要件について、中学卒業を高校卒業に変更することを希望する。また、単位制の導入や教育内容の見直しを希望する。

(6) 実習施設に対して、実習生受け入れに応じた補助金の検討を希望する。

2025年問題や少子高齢化社会の到来により、医療ニーズは増大している。全国の看護師数は160万人、2025年には約200万人が必要とされている。日本看護協会は看護師の資質向上を目指し、看護師3年課程の4年制大学への取組みを進めているが、社会状況を考えると、現実的ではない。今後も、養成所の存続は必要であり、その果たす役割は大きいが、母性・小児看護実習の実習施設確保は苦慮している状況である。また、実習施設は確保できても患者減少により実習方法の検討が必要であり、カリキュラム等の柔軟な緩和を求めたい。看護大学の増加に伴い、専任教員の確保や資格取得者の充足は、看護師養成所において問題となっている。本県においても、教育の質の確保の側面から、専任教員の確保は大きな問題である。専任資格のない教員が資格を得るためには、都道府県及び厚生労働省が認めた研修を8～12か月間受けなければならず、家庭の都合等で受講できない場合もある。そのような場合、放送大学又は他の大学の通信教育等で資格を取得している現状である。そこで、教員確保のためのシステムを構築し、各県での看護教員養成講習会を実施できるよう日医に求める。

日医　4年制については日医としても大臣に直接申し入れをして反対している。

母性・小児看護学実習施設や実習内容の指定要件の緩和については、日医としても強く要望している。厚労省自体も実習施設の確保は厳しいことをよく理解しており、カリキュラムの見直しを議論することになったので、その中で緩和する方向に進むように尽力する。受験資格要件についても、同様にカリキュラム見直し検討会で議論していくことになる。

基本的に、地域における医療人材確保については、地域医療総合確保基金の中に入っている。県医師会が県に基金の申請をする際に、看護学校、准看護学校の予算と補助だけではなく、人材にかかわる部分の予算を県に申請していただきたい。私は基金の使われ方を検証する厚労省の地域医療総合確保促進会議に所属しているが、そのような場で看護師問題について発言していく。あくまで、財政的には基金の中で県が補助する形になるので、県医師会が地域住民に適切な医療が提供できなくなるという形で申請していただきたい。教員確保のためのシステムについては、全体的なものを日医で検討していかなければならないと考える。貴重なご意見として持ち帰る。

6. 医師会の三層構造と勤務医の会費問題について（高知県）

医師会の組織力を強化するためには、勤務医の入会促進が課題であることは共通の認識である。本会においても、勤務医入会に向けた取組みを行っているが、入会しない最大の理由は高額な会費である。県・郡市医師会の活動は身近な存在として比較的理解されやすいが、勤務医にとって日本医師会の活動が個人にどれだけ関係しているか、日医の会費がそれに見合う額かとなると、残念ながら十分理解されず、むしろ批判されることが多い。初期研修医の会費無料化は大いに評価できるが、入会した研修医の医師会員定着や新たな勤務医の入会を考えた場合、勤務医の会費負担軽減（特に日医会費）、会費の三層構造の見直しが望まれる。この件については、都道府県医師会、ブロック医師会においても協議が必要であるが、日医の構造改革の一環として日医会費見直しを含め検討していただきたい。

※ 提出議題 2 の日医の意見を参照。

報告：常任理事　加藤　智栄
常任理事　沖中　芳彦

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

最初に山口県医師会の河村会長が開会挨拶を行い、続いて日本医師会の横倉会長より挨拶があった。

河村会長　本日は総会の後に、特別講演Ⅰとして日本医師会の横倉会長に「日本医師会の直面する課題」と題したご講演をいただく。また、特別講演Ⅱは「獺祭」で有名な旭酒造の桜井社長に「ピンチはチャンス！〜山口の山奥の小さな酒蔵だからこそできたもの〜」と題したご講演をいただくことになっている。桜井社長からこの演題をいただいた時に思ったのが、酒蔵という文言を県医師会に置き換え、これからできることが何かあるのではということで、日々考えている。これから医師会も、ある意味ピンチになってくるかと思うので、日本医師会と各県医師会とがタッグを組んで、新しい日本の医療に向けて頑張っていかなければいけないと思っている。

横倉日医会長　今年は台風の多い年であり、台風 16 号は高知県に多大な被害をもたらした。被害に遭われた方々にお見舞い申し上げる。

また、4 月 14 日に発生した熊本地震については、東日本大震災を思い起こさせるようなものであり、地震により被災された多くの医師会員にお見舞い申し上げる。同時に全国の会員の先生方に募金をお願いしたところ、3 億円を超える募金が集まり、被災された医療機関の再建に役立てていただくようお願いしているところである。このように各県の先生方の、お互いを助け合おうという熱いお気持ちに感謝申し上げる。また、JMAT として、中四国からも多くの医療関係者の方々に支援にあたっていただいたことに対して感謝申し上げる。先週の水曜日に日医において都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会を初めて開催し、今回の熊本地震でのいろいろな体験、特に現地での JMAT 及び DMAT の対応等について協議が行われた。今後予想される南海トラフ地震、直下型の地震等々に対して、われわれ医師会は国民に対して何ができるのかをしっかり考えておかなければならない。

6 月 25 日に開催された日医の定例代議員会において私自身 3 期目となる日本医師会長に選任いただいた。中国四国医師会からも多大なご支援をいただいたことに対して感謝申し上げる。新執行部には中国四国医師会連合から理事として広島県の平松会長、香川県の久米川会長、監事には鳥取県の魚谷会長、常任理事として広島県の温泉川先生に加わっていただいた。新執行部一同、全力で会務に邁進していくので叱咤激励のほど、よろしくお願い申し上げる。また、代議員会の議長には愛媛県の久野会長に就任していただき、私ども執行部のあり方について、ご意見いただいているところである。

7 月 10 日に行われた第 24 回参議院選挙においては、医師連盟の組織内候補として立候補していた自見英子先生が 21 万 562 票を獲得して、無事、参議院議員として誕生したところである。先生方におかれてはサポーター名簿の回収、各医療機関への働きかけなど、多大なるご支援をいただき、厚くお礼申し上げる。

来年 4 月に予定されていた消費税 10％への引き上げが 2 年半先送りされるという厳しい財政状況の中で、2018 年には診療報酬と介護報酬の同時改定、また、都道府県の医療計画と市町村の介護保険事業計画がスタートするわけだが、持続可能な社会保障制度にするためには必要な財源をしっかり確保しておかなければならない。自見英子 議員には羽生田 俊 参議院議員、武見敬三 参議院議員とともに国会の場で日医の考えをしっかりと主張していただくことが必要であると考えている。国民が安心して医療や介護を受けられる社会に向けて力強く発信していくことを祈念している。なお、羽生田参議院議員は来週から開会する国会において、参議院の厚生労働委員会の委員長に就任することが内定しており、これも全国の先生方がサポートしてくださっているおかげであると考えている。

私は 3 期目にあたって、①かかりつけ医を中心としたまちづくり、②将来の医療を担う人づくり、③医療政策をリードし続ける強い組織づくり、という 3 つの基本方針を掲げた。この実現に向けて積極的な行動、偏りのない政策、新たな取組みへの挑戦、すなわち、「Action」「Balance」「Challenge」という 3 つの基本姿勢で取り組んでいる。特に組織作りについては、会員の増強を図ることはもちろん、今回の参議院選挙の結果を踏まえると、今後さらなる組織強化への取組みが必要だと考えている。医療関係者、介護関係者で 7 名の立候補者がおり、そのうち 6 名が当選したわけだが、従来、一緒に活動していた他の専門職種の方が独自に立候補された。今後もそうなると、われわれの主張を国会でしっかり代弁する国会議員をどのようにして作っていくかが重要になってきて、他の職種が自分たちの仕事がやりやすいようにというような話が出てくる可能性があり、その時に医療の中心は医師会であるということを主張していくためにも、しっかりした組織を作っていく必要がある。

そこで先日、日本医師連盟執行委員会において副委員長を 3 人から 2 人増員して 5 人とした。このようにして医師会という組織を再度見直していくことは大変重要だと思っている。

新たな専門医の仕組みについては日本専門医機構の新たな執行部がスタートした。今村副会長が監事、松原副会長が副理事長、羽鳥常任理事が理事として、日医の執行部から 3 名の役員を専門医機構の役員として送り出している。そのような中で、新しい専門医制度が地域医療に混乱をもたらさないようにするにはどうしたらよいかということをしっかり議論していただいているところである。2018 年度から一斉にスタートすることになったわけだが、その中で、すべての医師が専門医を取得するという議論が一つあった。これは実態に合わず、内科の専門医であってリハビリの専門医を取得したいとか、外科の専門医を取得したいといったダブルボードの問題もしっかりクリアする必要がある。医師のプロフェッショナルオートノミーを尊重しながら、国民に更なる安心を約束するという取組みであるので、指導医を含む医師及び研修医が都市部の大規模な病院に集中しないようにする方策をしっかり作っていくよう、日医としても強く関与していきたいと思っている。

昨日開催された分科会で先生方からいただいたご意見を、日医の会務にしっかり反映させていた

だきたいと考えるので、引き続きご支援ご協力を賜るようお願い申し上げる。

続いて岡山県医師会の神崎理事より平成 27 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徳島県医師会の齋藤義郎 会長による挨拶が行われ、29 年度は 9 月 30 日、10 月 1 日にホテルクレメント徳島で開催されることが報告され、総会は終了した。

特別講演

Ⅰ　日本医師会の直面する課題

日本医師会長　横倉　義武

最近のオプジーボをはじめとする高額薬剤の登場で、公的医療保険で行ってきた国民皆保険体制の先行きがどうなるのかという不安感が国民にあると思う。そうした中、われわれ医師会は国民の健康・医療と生命を守ることを遂行する医師の専門職集団として国民に安心を与え続けなければならない。

昨年、ノーベル生理学・医学賞を受賞された大村 智 先生と『日本医師会雑誌』新年号の「新春対談」として対談させていただいた。大村先生はイベルメクチンという線虫症に非常に効果がある薬を発見された。イベルメクチンについては、アフリカで失明患者が多数出ているため、アフリカの子供たちに無償提供されたところ、それによって失明する人が激減し、非常に感謝されているとのことである。大村先生は北里研究所にお勤めであるが、日医の初代会長である北里柴三郎 先生が若い時に書かれた『医道論』の中に、「医師の役割というのは人民に摂生、保健の道を説いて病を未然に防ぐことが医の運動である」ということが述べられている。北里先生の思いは、国民の健康を守るために大日本医師会を創られたのだと改めて感じたところであり、われわれもそういった道を作っていかなければならないという思いである。

今、われわれを取り巻く環境は非常に厳しい。本日は①社会保障と経済成長、②平成 29 年度予算編成に向けて、③持続可能な社会保障へ向けた医療側からの提言、④かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進、の 4 つについてお話する。

1 . 社会保障と経済成長

バブルが崩壊するまでは税収と歳出の隙間を埋めるのが国債発行だったが、バブルが崩壊して税収が横ばい状態になってきて、景気を刺激するため歳出を増やしていったため、特にリーマンショック時に歳出と歳入の差が拡大してしまった。最近になって、アベノミクスの効果で税収は少し上向いてきたが、その間の国債発行残高が 1,000 兆円を超えている。税収と歳出のバランスを取ろうということで、2020 年までにプライマリーバランスの黒字化を 2020 年までに政策の一つとして掲げている。そうした中、消費税を 2017 年 1 月に引き上げる予定だったが、本年 6 月に、2019 年 10 月まで先送りすると発表された。2018 年度に医療・介護の同時改定があることから、われわれとしてはその財源を確保してもらわなければ困るわけで、直ちに記者会見を開き、「消費税増収分を社会保障財源に充てることは『社会保障と税の一体改革』での国民との約束であり、その約束はきちんと守るべきであると繰り返し主張してきた。社会保障の財源不足により、地域で必要かつ十分な医療・介護サービスが受けられなくなると、最も不利益を被るのは国民である。社会保障の充実は現在の日本にとって必要不可欠であるにもかかわらず、今回、消費税率の引き上げが再延期されたことは遺憾であり、消費税に代わる社会保障財源を別途しっかりと確保すべきである。」と述べた。

その後に、イギリスの EU からの離脱が決定し、今後、国際経済の混乱が予想される。経済の混乱という国民の不安が高まる時こそ、セーフティーネットとしての社会保障、特に必要な時に安心して医療や介護を受けられるという国民皆保険をしっかりと堅持していかなければならない。将来の安心が社会の安定に寄与し、経済の発展に繋がるということを繰り返し述べているところである。

昭和 58 年に厚生省保険局長がこのまま医療費が伸びるとわが国の財政が破綻するという医療費亡国論を出し、それ以来、「医療は消費である」と位置づける意見があるが、実は社会保障と経済は相互作用の関係にある。経済発展によって社会保障の財政基盤が支えられ、一方で社会保障がしっかりすることで生産誘発効果や雇用誘発効果などが生まれ、日本経済を底支えする。また、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する。国民が安心して老後を迎えられるようにするためには、社会保障と税の一体改革を実現していかなければならない。消費税の先送りを繰り返したことによって社会保障と税の一体改革は壊れたのではないかとの意見も出ているので、政府に対して「社会保障と税の一体改革をやり遂げよう」と強く主張するべきである。そして老後が先行き不安であるという思いを持つ多くの国民に対して、“社会保障があるから大丈夫”という安心を示すことは、経済成長に繋がるということを主張していかなければならない。

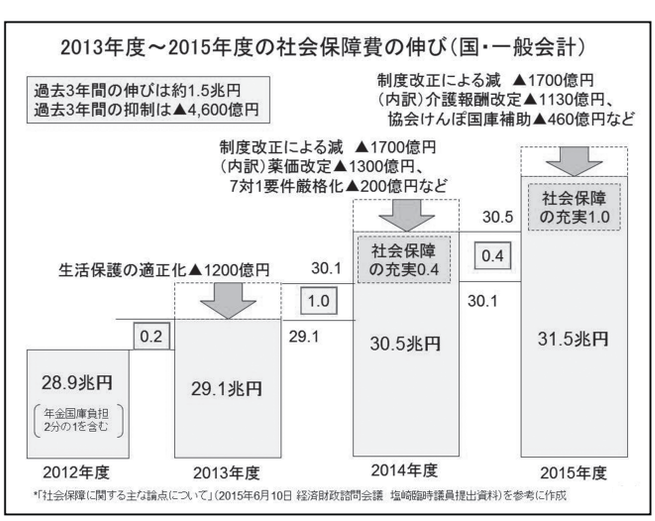
2. 平成 29 年度予算編成に向けて

平成 29 年度概算要求要望から予算決定までの流れは、3 月に概算要求要望の取りまとめを開始し、4 月 5 日に概算要求の検討を行い、常任理事会で決定、4 月末に定例記者会見で発表した。5 月末に日医から厚労省へ概算要求の要望を行い、6 月に厚労省以外の省庁へも要望を行った。7 月から 8 月にかけて担当役員が国会議員へロビー活動を行い、日医の要望がどのようなものであり、なぜ必要なのかの説明を行った。8 月初旬に概算要求基準が閣議了解され、8 月末に各省庁から財務省へ概算要求、9 月上旬に厚労省から日医に概算要求の説明があったところである。厚労省は 28 年度の補正予算、29 年度の概算要求について、これから財務省との厳しい折衝が始まるが、それを側面援助する形で、国会議員とさまざまな話をして概算要求に入ったものが削除されないよう、そして実現するよう要望している。中国四国地方には、われわれに関係する有力な政治家、安倍総理をはじめ塩崎大臣等がいらっしゃるので、ぜひよろしくお願いしたい。

今後は、12 月上旬頃に財務省より各省庁へ予算の内示、12 月中旬に大臣折衝があり、予算案が政府決定し、1 月からの通常国会で審議される予定である。しかしながら、12 月 15 日に安倍総理とロシアのプーチン大統領との会談が山口県で行われることになっており、その中で日露平和交渉の成立があるかもしれず、それを基に年が明けて解散総選挙に繋がるのではないかとのマスコミ報道もあるわけだが、現時点ではこのような予定となっている。

予算請求をしていく中で、昨年の 6 月 22 日に「骨太の方針 2015」が出されたが、今後の財政の方針ということで、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、その基調を 2018 年度まで継続していくこととしたいとの発表があった。これに対し日医として、直ちに反対する会見を開き、「1.5 兆円は医療提供側も医療費の適正化に協力した結果。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ため、あらかじめ伸びを設定することは、国民が求める必要な医療を提供できなくなる懸念がある。」と述べた。

実際、昨年の秋には C 型肝炎の薬が出て医療費が非常に上り、今年のオプジーボと、次々とその様相が出てきている。2013 年度から 2015 年度の社会保障費の伸び（国・一般会計）は**下図**のとおりである。



2016 年度は診療報酬改定があったので、通常の薬価改定 1,300 億円程度、さらに制度改革を行うということで、医薬品価格の適正化、大型門前薬局等に対する評価の適正化等がある。モノから人への報酬の転換を図らなければならない。わが国は薬価が非常に高いことから、薬価を抑えることは当然であり、その分を技術料に廻してほしいということを強く述べた。

2016 年度予算編成について、医療・介護・年金・福祉等を合わせて 6,700 億円、それに 500 億円を上乗せして総額 7,200 億円となり、そこから 2,200 億円まで削減して財務省が認めた自然増の 5,000 億円であった。

平成 29 年度予算の概算要求にあたっての基本的な方針については、年金・医療等だけで 30.6 兆円と、国の予算の半分が年金・医療と言われている。29 年度の予算編成において、財務省より社会保障関係費の伸びを 5,000 億円に抑えることが求められる中で、高齢化等に伴う自然増が 6,400 億円見込まれる。29 年度は年金・医療・介護・生活保護のいずれも大きな制度改正がなく、その中での対応が迫られる。

特に財政再生のために、昨年 12 月に経済・財政再生計画改革工程表が発表になった。その中で 2016 年末までに具体的内容を検討し、①高額療養費の月額負担上限の見直し、引き上げを行い財源を確保する、②高額介護サービス費月額負担上限の見直し、③軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化について 12 月末までに結論を出す努力をしている。また、検討し、必要な措置を講ずるとしているのが、①かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入、②スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方（例えば 3 割負担、7 割給付しているものを 5 割給付にしたらどうかという考え）、③入院時の光熱水費負担の見直し、④金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みについて医療保険への適用拡大、⑤介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換、⑥地域差分析を活用した介護保険事業計画の PDCA サイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討、⑦介護保険の利用者負担のあり方、⑧介護納付金総報酬割導入、⑨軽度者に対する生活援助サービスその他の給付と負担のあり方、であり、これから議論が進んでいくと思われる。この中で特に受診時定額負担については、2011 年に行われた「社会保障・税一体改革」の議論の際にも導入が議論され、患者や医療関係者の強い反対によって見送りとなった。多くの先進国では薬剤費は徴収しているものの外来受診には自己負担がなく、その代わりに、受診を予約制にするなどして、医師が患者数をコントロールしているが、わが国では医師法による応召義務があり、医師が患者数を制限するのではなく、自己負担によって外来受診を患者の主体性に委ねているのが実情である。医療が必要な患者に対して、自己負担を上げることにより、受診抑制につながるようなことがこれ以上あってはならないということを主張している。

また、2006 年 6 月の健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議において、「『医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり 100 分の 70 を維持するものとする。』ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること」とされており、受診時定額負担は健康保険法が定める給付範囲に抵触する。

わが国の医療の特徴であるフリーアクセスによる外来へのアクセスの良さは、病気の早期発見、早期治療に寄与している。改革工程表は、かかりつけ医の普及の観点からとのことだが、社会保障負担として患者から更なる一定の負担を求めるべきではない。これを検討する前に、高齢者の金融資産の多寡など所得に応じた負担を検討すべきであり、例えば高齢者の薬剤負担のあり方など、まずは社会保障の理念に基づき、応能負担の議論を先に行うべきであると考えている。

負担の公平化から考えると、保険料率、特に社会保険の保険料率には差があり、大企業が組織する平均給与の高い組合健保や、事業主負担に代わって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率である 10％に合わせ公平化すべきであると

主張している。そのようにすると、現状の保険料収入と比べて、約 1 兆円の増収効果があることから、これを先にすべきではないかと言っているのだが、経団連が反対している。わが国の医療費の財源は税金 38.8％、保険料 48.7％、自己負担 12.5％という負担構成になっているので、保険料の増額を提案をしている。

3. 持続可能な社会保障に向けた医療側からの提言

適正化により、国民医療費の実績値は過去の推計値を下回っている。過去の国民医療費の推計値と実績値との差の原因として考えられる主なものは、①入院単価が推計よりも下回った、②一般病床の平均在院日数が推計よりも短縮化した、③入院患者数が推計よりも下回った、④病床数が推計よりも減少した、⑤病床利用率が推計よりも下回った、⑥診療所の外来患者数が推計よりも下回った、等である。しかしながら、社会保障費は高齢化の影響で、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれる。財政を緊縮しようとする立場から、さまざまな成長戦略や規制緩和の名のもとに保険給付範囲を狭める圧力が続いていく。われわれとしては、財政主導ではなく、医療側から過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言しようと考えている。例えば生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸、糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少、COPD 患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少、症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方を診療ガイドラインに掲載する、学会活動の支援、等である。医療側から提言できる医療費適正化の分野・項目の例は**右図**のとおりである。

健康寿命を延伸することが非常に重要なわけだが、わが国では生まれた時から毎年、健康診断を受けることが法的に決められているものの、その結果が一括して管理されていないことは問題である。これらを一括管理することによって将来の病気の発症の予測ができることから、医療等 ID による一括管理を行い、しっかりとした生活指導をすることによって病気を発症させないようにすることができるとよい。現在、健康寿命と平均寿命の間には男性で 9 年、女性で 12 年、差があることから、それを縮めるためには、このような努力をしていかなければならない。糖尿病患者の削減に向けた対応としては、予防・重症化予防として糖尿病患者の数値コントロールを強化するためのかかりつけ医を含む医師への研修を行うことが大切である。重症化予防としては、地域の開業医・かかりつけ医と拠点病院を結んだ連携協力体制の構築、特に開業医の治療に資するデータベースの構築と分析を行うことが重要である。効果的治療の確立としては、データベースの構築とアウトカム向上の研究の継続による効果の高い治療法・薬剤の開発がある。昨年 3 月に日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省、日本医師会とで「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。各地区の糖尿病対策推進会議が積極的にかかわりをもっていただくことが重要である。糖尿病性腎症を原疾患とする透析導入患者数を抑制することができれば、将来的には約 460 億円の医療費節減効果があるとのことである。

高額薬剤については、レパーサに非常に高い値段が付いた。レパーサの効能・効果は「家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症。ただし、心血管イベントの発現リスクが高く、

医療側から提言できる医療費適正化の分野・項目の例

	1. 筋骨格系疾患	2. 糖尿病	3. 人工透析	4. CT,MRI検査	5. 医療材料	6.COPD（慢性閉塞性肺疾患）
医療費（現状）	大腿骨頸部骨折 医療費2,000億円（＋介護費1,600億円）	1.2兆円（H24）	1.4兆円（H24）	5,900億円（H26）	約1兆円（医療費の3%）	約240億円（H25・在宅酸素療法に係るものだけの推計）
患者数（回数）	90,000人（大腿骨手術）	270万人（H25）疑いは1,600万人	31.4万人（H25）	3,500万回（H25）	（整形外科手術患者を対象にパイロット調査中）	22万人（H23）
基本方針	ロコモの推進による転倒防止、合理的な手術の実施と病院の機能分化	データベース構築とその収集・分析に基づく最適治療法の確立、徹底的患者管理	糖尿病性腎症の悪化防止、透析医療の標準化	適切な機器の選択、機器及び個人単位の線量管理、適切な撮影	手術及び術式、さらには使用する材料の適切な選択	禁煙から併存症まで適切な患者管理
方法	・ロコトレにより、転倒主因の入院・手術の削減 ・受け皿病院等の整備・機能分化による入院期間の適正化 ・手術の医療材料の適切な選択	・健診、糖尿病の1次予防、重症化予防 ・病院・診療所におけるデータベース構築 ・適切な薬剤選択による効果的治療 ・患者指導、血圧・血糖の厳格コントロール ・診療ガイドラインの周知、専門医・非専門医の研修	・糖尿病性腎症の悪化防止 ・腎症の進行のモニタリングと適切な治療 ・患者指導の徹底	・高機能・低被曝機器の配備推進 ・行政、学会、医療機関の協力による、機器及び個人単位の線量管理の徹底とモニタリング ・撮影支援システム等による、合理的・適切な撮影の決定 ・疾患別撮影ガイドラインの周知	・手術の際に使用する材料の実態の分析及び適切な選択 ・手術及び術式の選択の実態の分析及び適切な選択 ・手術の際の医療材料の適切な選択	・禁煙、予防接種、栄養指導、運動療法 ・併存症の管理 ・呼吸リハビリテーション
連携する学会等	日本臨床整形外科医会	日本糖尿病学会 等	日本腎臓学会 日本透析医学会	日本医学放射線学会 等	日本臨床整形外科医会	日本呼吸器学会 等

HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な場合に限る」であることから、家族性高コレステロール血症だけにとどめようということで薬価の審議会で日医の委員に強く主張してもらったが、どうしても高コレステロール血症を加えたいという製薬メーカーの強い要望があった。さらに「心血管イベントの発現リスクが高く、HMG-CoA 還元酵素阻害剤の最大耐用量を服用しているが、十分な治療効果が得られていない患者に限り使用すること。また、本製剤の使用上の注意において、『本剤投与にあたっては、あらかじめ高コレステロール血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法、禁煙、他の虚血性心疾患のリスクファクター（糖尿病、高血圧症等）の軽減等も十分考慮すること』とされているので、患者に対して必要な治療及び指導を十分に行った上で、本製剤の使用を考慮すること。」となっている。この他、本製剤の使用に当たっては、定められた事項を診療報酬明細書の摘要欄に記入することなどを通知してもらったわけであるが、そのせいで、発売後もあまり売れなかったということである。

糖尿病対策推進会議を先例として、日本 COPD 対策推進会議（日医、日本呼吸器学会、結核予防会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、GOLD 日本委員会で構成）が都道府県等へ拡大している。

2015 年 7 月 10 日に発足した日本健康会議は、経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが初めて手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的としている。自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げるための民間主導の活動体であり、6 つのワーキンググループを立ち上げて、それぞれの組合や企業に健康に対する意識付け並びに重症化予防をしっかり行ってもらうということで、自治体にも積極的に取組みを始めてもらっている。なんとか健康寿命を延ばして、世界一の高齢化先進国であるわが国が、世界一のモデルになれるような取組みを行っていく必要がある。

もう一つは高額医薬品の問題として昨年、波紋を呼んだオプジーボがある。また、抗がん剤等が次々に出てくる。画期的な新薬なので、患者さんにはぜひ使っていただきたいし、われわれとしても治すために使いたいと思う。必要とする医療が過不足なく受けられる社会にするためにも、効果の高い薬はぜひ使いたいが、一方では財政を揺るがすような高額な薬価の問題が残っており、薬剤のあり方については中医協で議論して判断を高めないといけない。

オプジーボ（100mg：72 万 9,849 円）は、なぜこんなに高いのか。内訳を見てみると、製品総原価が 459,778 円、営業利益は流通経費を除く価格の 27％を乗せるということが従来の薬価決定の決まりだったそうである。流通経費は消費税を除く価格の 6.8％を上乗せし、それに消費税を乗せてこの金額となっているわけだが、流通経費を除く価格の 27％の営業利益が正当なのかどうかを再検討しなければいけない。なによりも製品総原価は、ほぼ製薬メーカーの言い値なので、これについても考えておかなければいけない。特にオプジーボについては、一昨年 9 月に薬価収載されたが、この時には根治切除不能な悪性黒色腫、予測患者数 470 人、予想販売額 31 億円と予想されていたが、昨年の 12 月に「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」が効能効果に追加され、今年 2 月には「根治切除不能な悪性黒色腫」の用法用量が変更となり、製薬会社の来年の決算見込みとしては 1,260 億円の売り上げを予定しているようである。この課題として、①用法用量の変更や効能効果の追加により、どの程度、市場規模が拡大するのかについて、中医協へ説明が行われるような制度になっていない、②市場規模や 1 投与あたりの使用量が拡大したのであれば、企業としてはもう少し利益率を薄くしても、当初の見込みと同じ年数をかけて投下資本を回収できるのではないか、③製品総原価は当初の市場規模を勘案して設定しているはずなので、今となっては根拠がないのではないか等がある。

高額薬剤是正のための期中改定を行うか否かについて、本年 8 月にメディファクスの取材に対応した際に、「期中改定については、概算要求基準が 8 月 2 日に閣議了解されたばかりであり、8 月末に厚生労働省から財務省に概算要求が提出された秋以降、年末に向けて予算編成過程で検討さ

れる課題である。現段階で期中改定について言及することは時期尚早である。しかしながら財政状況が厳しい中で、限られた医療費の財源を有効に活用することを考えなくてはいけない。最近は画期的な効果を持つ高額薬剤が登場するようになり、医療技術の進歩と医療保険制度の持続可能性の両立をどのように図るのかを考える必要がある。持続可能な保険財政の観点から、医薬品の費用の適正化は進めるべきであり、国民皆保険の財政を揺るがすような高額な薬価のあり方について中医協でしっかり判断をしてほしい。高額な医薬品については適正使用のガイドラインを定め、高い専門性を有した医師が適切な処方をすることも必要である。期中改定をするのであれば、薬価改定財源を技術料の財源として確実に充当し、外来の基本診療料など十分に評価されていない技術料を充実させることを担保すべきであり、その財源を同時改定に活用するという担保があれば、期中改定も可能であると考える。」と述べた。

後発医薬品の使用の促進が謳われているが、医師は未だ処方時に、①同様の後発医薬品が多くの企業から販売されており、もう少し集約してほしい、②先発医薬品と後発医薬品では、効能効果が違う場合もある、③患者さんがどの薬局に行くのか、また、その薬局でどのような後発医薬品を用意しているのか事前に分からない、④名称、色、剤形が異なることで、患者さんが違いを感じるのではないか、⑤後発医薬品を使用することで、どの程度の医療費が削減されているのか、等の不安や疑問が解消されていない。そのために、①後発医薬品の情報提供体制を整える、②後発医薬品の安定供給と低価格を維持する、③政策提言者である政府関係者も率先して後発品を使用する、等が必要である。

日医は終末期医療について、『医師の職業倫理指針（第３版）』の中で、次のような考えを示している。

（1）近年、回復の見込みがなく死期が近いような末期がん患者に対して副作用の多い延命治療を行うよりも、患者の QOL、人間としての尊厳を尊重したケアを行うべきであるとする考えが起こってきた。しかし延命治療を望む患者ではその意思を尊重すべきことは当然である。

（2）近年、医療保険財政などの経済的観点から、老人医療費、特に終末期における医療費が問題視されているが、医師は、患者の生存権が侵害されることのないよう最善の医療を提供しなければならない。また、在宅での医療・ケアなどを通じて多様な看取りの形を考慮することも大切である。

リビングウィルの普及・啓発について、高齢社会での終末期医療のあり方が問われているが、何が患者のための最善の医療であるかを考え、患者の尊厳、生活の質をより重視した対応が終末期医療に当たって考慮されるべきである。患者の尊厳を守るため、その意思表示を確認する「リビングウィル」の国民への浸透度はまだ低く、人生の最終段階を迎える方の背景は多様であり、亡くなられる場所も病院、介護施設、自宅等さまざまである。また、医療のあり方も、治す医療から、治し、支える医療に転換しつつある。死生観も踏まえながら、医療関係者のみならず、宗教家や法曹界等さまざまな関係者も交えて、国民の合意を得て、進めていく必要があると思われ、財政の観点ではなく、人間の尊厳を持った終末期のあり方を国民とともに考えていくことが大切である。今後、在宅での死亡が増加していくので、それを踏まえて死の準備教育を行い、人間の尊厳を維持しながら終末を迎えることも必要であり、今期の生命倫理懇談会で議論していただこうと考えている。

４.かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進

2025 年に向け、機能分化は必要であるということで各地で地域医療構想の策定が進められている。病床機能報告制度を基に、それぞれの地域の将来を考えて適切な機能分担について、それぞれの地域で考えていくということである。病床削減が目的ではなく、あくまでも、その地域で不足する機能を充実させるという観点で行っていただきたい。年度内にほぼすべての都道府県で策定が見込まれているが、この構想は策定して終わりではなく、各地域で「病床機能が次第に収れんされて

いく」ことを目指すものである。まずは、各医療機関が、地域医療構想で示されたデータをもとに、自主的に、自院の各病棟が将来担う機能を考えてほしい。そして、地域の関係者が、各医療機関の病床機能の選択状況をみながら、「地域医療構想調整会議」にて協議をし、不足している病床機能を手当てし、適切な機能分化を進めていく。地域に根ざした医療・介護の提供に向けては、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ということで、かかりつけ医という言葉がキーワードになってくる。それぞれの地域で地域包括ケアを推進していくために外来の機能分化・連携の推進ということが今回の診療報酬改定に入っている。また、専門的な診療を提供する地域の拠点となるような病院には、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入される。それぞれの地域で、かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」を提供するためには、このかかりつけ医が非常に重要である。本年 4 月 1 日からスタートした日医かかりつけ医機能研修制度は、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施するものである。かかりつけ医機能として、①患者中心の医療の実践、②継続性を重視した医療の実践、③チーム医療、多職種連携の実践、④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、⑤地域の特性に応じた医療の実践、⑥在宅医療の実践、がある。本年 5 月に実施した研修会には全国で 6,000 人以上の方に受講していただき、かかりつけ医の倫理、生活習慣病、フレイル予防、摂食嚥下障害、在宅医療・緩和医療等について研修していただいた。

専門医機構が考えておられる総合診療専門医とかかりつけ医との間の整合性については、地域医療と専門医制度を整合させるため、日本医師会は日本専門医機構に役員を派遣しているところである。日本医師会の役割は、地域医療や医療政策をはじめとする医療提供体制全般について責任を持つことであり、日本専門医機構の役割は学問的な見地から専門医の認定評価の標準化を行うことである。したがって、かかりつけ医は日本の医療提供体制の土台を支える最も重要な役割をもつと考える。また、総合診療専門医はあくまでも学問的な見地からの評価によるものと考えている。

新たな専門医の仕組みについては、さまざまな問題があったので 1 年延期することになったが、地域医療と専門医育成の仕組みとの整合性、そして専門医の質の向上と国民への適切な情報提供が重要な課題だと考える。7 月 20 日に開催された日本専門医機構第 3 回理事会では、「一度立ち止まって国民や地域の方々の懸念を払拭できるよう機構と学会が連携して問題点を改善し 2018 年を目途に一斉にスタートできることを目指す。2017 年度については研修医や国民の混乱を回避するために基本領域については各学会に責任をもって制度を運用してもらう。総合診療領域については機構で検討する。」等が確認された。

もう一つの大きな課題は、医師の偏在の解消である。これは昨年 12 月に日医と全国の医学部長病院長会議が合同で、病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入、地域ごと、診療科（基本領域）ごとの医師需給の把握を提言した。特に「医師キャリア支援センター」を各大学に作ってもらい、学生又は卒業生について各地域の現状及び将来の医療需給（診療科別医師数、地域の性・年齢別人口構成並びに診療科別受療率を踏まえた各診療科医師一人当たりの患者数など）に関するデータを把握して整備してほしい。そして、これらの需給データを医師（医学生を含む）に提供し、地域ごと、診療科（基本領域）ごとにあるべき医師配置に自主的に収れんされていくことを目指すことを提言している。この問題にしっかり取り組んで、行政からの強制ではなく医師の論理の中で解決するのが一番望ましいと思われ、この「医師キャリア支援センター」が非常に重要になってくる。

一昨年の 6 月に日本医師会綱領（**右頁**）を作ってもらった。冒頭にも述べたように初代日医会長の北里先生の『医道論』に相通じるところがあり、日医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すとして以下の 4 項目を掲げており、会員の先生方に、われわれの役割を再認識していただくと同時に、国民にしっかり示すことが重要だと思う。

［報告：常任理事　今村　孝子］

日本医師会綱領

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

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

以上、誠実に実行することを約束します。

平成 25 年 6 月 23 日
第 129 回定例代議員会にて採択

特別講演

Ⅱ　ピンチはチャンス！～山口の山奥の小さな酒蔵だからこそできたもの～

旭酒造株式会社代表取締役　桜井　博志

日本酒業界は過去 40 年で売り上げが 1/3 に落ちているが､旭酒造は過去 30 年で出荷量は 16 倍、売り上げは 40 倍に増やすことができた。

山奥の過疎地である、県内から米が入らない、杜氏がやめるという三重苦の中で、東京へ進出することにより活路を見いだした。

もともと山口県は酒を造る県のイメージはなく、県産の酒に対する県内の農業関係者の評価も低かった。米を自分で作ろうと思ったが、種籾を分けてもらえず、仕方なく日本中を自分で回って山田錦を集めた。通常、酒蔵の社長は酒造りに関与しない。杜氏が逃げて３年後に優秀な但馬杜氏が来てくれたが、その杜氏も高齢化したため自分たちで酒を作ることにした。酒は冬に造るので夏場の人件費が無駄になる。ビールは夏に売れるものなので夏場は地ビールを作ることにし、ビアレストランを作ったが大失敗で、３か月で閉店することになり、そのため大借金を抱えた。

自殺しようかとさえ思ったが、そこで今までのことを振り返ってみると、売れなかった商品を、売れなかった取引先に、売れなかったお客様に、一生懸命売る努力をしてきた。それは無駄な努力であり、結局最後は自分の好きな酒を作るしかないのではと考えた。ちょうどその頃、宅急便が普及し、コピー、ワープロが低価格化し自前で簡単に情報発信できるようになった。大量販売の論理からお客様の幸せ志向へと、負け組であるが故に変わらざるをえなかった。

エアコンを用いて四季醸造体制を確立したが、酒造りは機械化するのではなく、人を使った手造りにこだわった。良い材料に良いスタッフをつぎ込んだ。売れる清酒だけを販売した結果、満足できるものができた。マーケットの中心を攻める戦略で東京に進出した。そしてまた、世界に日本酒の心を伝えようとした。フランスの裕福な人たちは日本人と味覚が似ているが、ワインの土俵には決して乗らずに日本酒で勝負した。

日本酒は歴史と文化によって洗練されてきたが、伝統の手法に固執することが弱点になっている。一つの村のすべての山田錦を買う村米契約をして大量に仕入れ、大量に使う。また、米造りを高度に ICT 化し、田んぼにはセンサーを設置、気温や湿度、土壌温度、土壌水分などを 1 時間ごとに自動で収集した。定点カメラも活用し、毎日生育の様子を撮影して記録、これらの結果から、その地域での田植え時期や肥料の時期、栽培方法の情報をまとめるシステムを導入した。そうすることによって米造りに対する本気さを見せることができ、生産者との良い関係が築けてきた。

削った米粉はライスミルクやパンの材料にして、獺祭ミルク、獺祭パンとして販売されているそうである。

獺祭の特長は「雑味がない」ことに尽きると思う。米を究極まで削れば、すっきりした酒ができるはずという確信のもとに酒造りを進めていった桜井社長の話は非常にストレートで、なおかつ示唆に富んだものであった。

［報告：理事　中村　　洋］

平成 28 年度
都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会

と　き　平成 28 年 9 月 21 日（水）13：30 ～

ところ　日本医師会小講堂

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

横倉会長あいさつ

今回の熊本地震での対応では、さまざまな課題が指摘された。今期の執行部の方針として「まちづくり」「人づくり」「組織づくり」を掲げており、災害対策は重要な課題の一つである。今回はじめて JMAT 担当理事連絡協議会を開催した。本日は、テレビ会議による映像配信も行っており、多くの方に参加してもらっている。

JMAT 活動報告

(1) 日本医師会

平成 28 年熊本地震における JMAT（日本医師会災害医療チーム）については、7 月 16 日までにすべてのチームが活動を終え、第 5 回理事会（7 月 26 日）により、終了を正式に決定した。派遣チーム数は 568、医師、看護職員等 2,556 名が参加した。5 月に「防災基本計画」の修正があり、「第 2 編 第 2 章 災害応急対策」に日本医師会災害医療チーム（JMAT）が明記された。また、今年度から自地域が被災した場合や医療チームの一員として被災地に出動した場合に適切な災害医療活動が行えるよう、日本医師会生涯教育カリキュラムに「災害医療」を追加した。

(2) 熊本県医師会

活動してわかったことではあるが、災害時は指示待ちではなく、現場に情報を取りに行くことが重要である。JMAT は被災県（地）のバックアップチームとしての役割が重要である。JMAT が関与しないと医療不足は終息せず、地元医師会に患者を返せない。救急搬送は DMAT が中心となったようだが、搬送先が偏った傾向にあった。EMIS（広域災害救急医療情報システム）は使いにくく、なかなか情報共有ができなかった。マスコミなどが多すぎて、JMAT の宿泊施設が確保できなかった。JMAT が各避難所を巡回し、医師による診察を行っていたが、治療薬を選択するものの在庫がない場合も多く、その場で薬剤師が代替薬を提案していた。被害があまりにも広範囲で、被災者も多かったこと、また、県内 JMAT も被災していたこともあり、被災県として十分に活動できなかったため、医療救護班の調整は熊本県医師会で行うが、現場で統括するシステムが必要と考えた。

(3) 長崎県医師会

九州医師会連合会災害時医療救護協定の幹事医師会である。医師会連合としての災害医療対策については、普段からの担当者同士の顔の見える関係の構築と、さまざまな状況を想定した定期的な訓練が不可欠である。災害医療チームの派遣については、派遣される側の要請に柔軟に対応して、派遣先での不要なトラブルを極力避ける工夫が必要である。派遣先での各々のチームの役割分担・日程調整を行うリーダー的なコーディネーターの養成が必要と考える。

(4) 東京都医師会

熊本県医師会からの口頭での依頼で JMAT を派遣した。現地の状況とコーディネート役との間で活動内容の認識の差が見られた。現地情報が入ってこなかった。県医師会と地域医師会とで認識（要望）に差違が見られた。JMAT の派遣に当たっては、派遣先の要望（必要性）に応じたメンバー構成が必要であり、改めてロジスティックスの重要性を認識した。

(5) 静岡県医師会

主な活動は、「健康チェック」、「容体の悪い患者の診療」、「衛生面の相談」であった。避難者の容体は、「長期に臥床している人が多い」、「高血圧等の慢性疾患の悪化」、「下肢の浮腫」、「不眠」、「咽頭炎等による咳き込み」、「便秘」等が見受けられた。公衆衛生、栄養管理の面では、ボランティアスタッフの調理が不衛生であることが種々の疾病の誘因になり得ることが指摘されていた。透析患者が朝からカップラーメンを食べる等、カップラーメンを中心とした食事による塩分の取り過ぎという不適切な状況も見受けられた。東日本大震災（福島）では、県の対応がしっかりしていて、保健センターの職員（所長）がすべての情報を把握し、それに基づいて活動の指示を出していた。熊本地震では情報が錯綜し、十分な連携が取れていなかったために情報が JMAT 派遣チームの活動に十分活かされなかった。今後の災害における JMAT 活動を充実させるために、JMAT 独自の調整機能を果たせる職員を養成し、各チームと本部の随時の連携体制づくりが不可欠と思われた。

(6) 兵庫県医師会

JMAT 兵庫は事前登録制で、8 月末の登録者数は 598 名、県災害コーディネーターが 26 名となっている。二次医療圏ごとに JMAT 統括リーダーを選任し、県看護協会、薬剤師会、歯科医師会との間で JMAT に関する協定書を締結している。JMAT 研修・訓練を必須としており、県防災訓練にも参加している。熊本地震では、益城町で「益城町医療救護調整本部」のサポートを行い、23 チーム延べ 125 名を派遣した。

JMAT に求められる業務は、①救護所や避難所等における医療・健康管理、②被災地の病院や診療所の医療支援、③その他（避難所等の公衆衛生対策、在宅医療、医療ニーズの評価、巡回診療、被災地の情報収集、被災地での他機関との連絡会議の設置、傷病者搬送、被災地の医療機関への引継）がある。JMAT 兵庫の検証会において、①統括はあくまでも地元医師会が行うべき、② JMAT 統括リーダーは必要、③日医は厚生労働省、内閣府などとの調整役をしてほしい、④今後、JMAT の質の向上が必要である、⑤ロジスティックスの整備、⑥ JMAT の身分保障・休業補償の問題、⑦多職種での実践的な JMAT 研修の必要性、⑧報告用紙のフォーマット統一、等の意見が出た。

関係者指定発言

(1) 総務省消防庁（救急企画室）

「救急業務の位置付けと実施体制」、「救急隊数及び救命救急士運用状況」、「消防の救急におけるメディカルコントロール体制」等について説明。

(2) 厚生労働省（医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室）

平成 28 年熊本地震では、DMAT は総数 466 チーム（最大時 216 チーム）、2,071 名が活動した。JMAT は総数 568 チーム（最大時 78 チーム）、2,556 名、ロジスティックチーム 19 チーム、84 名が派遣され、急性期の指揮系統立ち上げや災害医療コーディネーターの活動を補助した。熊本県災害医療コーディネーター 14 名が災害初期から継続活動し、亜急性期以降も継続的な支援体制を構築した。また、ドクターヘリ 14 機（熊本、福岡、佐賀、長崎、宮崎、鹿児島、山口、広島、岡山、高知、徳島、兵庫等）が活動、病院避難を 10 病院で実施し、約 1,500 名の大規模転院を実施した。

(3) 厚生労働省 DMAT 事務局

全国から約 2,000 名の DMAT が参集、EMIS による情報収集に基づき、1,300 名を超える病院避難搬送を行った。DMAT ロジスティックスチーム、日本集団災害医学会コーディネートサポートチームが派遣され、急性期から指揮系統を立ち上げ、亜急性期まで継ぎ目なく連続させることができた。亜急性期において、都道府県救護班、JMAT、JRAT 等のさまざまな保健医療福祉に関わる支援チームの調整体制機能が県、二次医療圏、市町村のレベルで確立できた。膨大な保健・福祉ニーズに医療救護班も対応した。J-SPEED により患者情報が収集された。保健医療救護の視点より、避難所の生活環境の改善が図られた。今後の課題としては、①災害医療専門家（災害本部機

能の担い手）の確保、要請、②耐震診断との連携、③早期からの車内泊対策、④避難所スクリーニングシートの標準化、電子化と結果の活用、が挙げられる。

（4）内閣府

平成 25 年 10 月、厚生労働省から内閣府に「災害救助法」の所管が移った。災害救助法の適用があった場合には、被災地の県（熊本県）が救助の実施主体となり、市町村は都道府県からの事務委任を受け、実際に事務を行うことになる。国は、①財政的な支援、②被災県へのアドバイスを行う。熊本地震は災害救助法の対象となるので、熊本県からの派遣要請を受け、応援県（山口県）からの派遣要請で出動した医療関係従事者は、災害救助法上の求償の対象になる（財政上の関係、費用 (実費) のすべてが対象となるわけではない）。求償の流れは、派遣元（山口県）の都道府県を通じて熊本県に請求することが基本。対象となる費用は、民間の医師等に関しては日当、旅費、超過勤務（公立病院は旅費、超過勤務）、そのほか、医療機器修繕費、医薬品、医療材料費、交通費、食事、宿泊代が対象。保険費用などは対象外。民間の医師等に関しては、応援県が雇いあげた経費として整理している（派遣元の都道府県に準ずる形で求償される）。具体的なことは、派遣元である山口県に相談してほしい。

都道府県からの質問等

富山県　南阿蘇村では、現地の医療機関は比較的早期に復旧し、医療需要の減少が顕著であった。そのことによって、全国から派遣された JMAT を含む医療班が東日本大震災の時のような医療活動がないまま撤収した例もあると聞いている。日医は、現地での情報収集や JMAT への周知をどのように行い、全国知事会からの医療支援団体等とどのような調整を行ったのか。今後は、より迅速な現地での情報収集や調整が必要であると思う。

日医　東日本大震災でも、特に後半はほとんど患者がいないケースもあったと思うが、その時は避難所の衛生環境や住宅ニーズを見て回るようにお願いすることもあった。今回は、濃淡はあるが、地域ごとに調整本部が立ち上がって情報収集の態勢ができた。日常の診療を中断して被災地に行ってもらうことになるので、最大限の情報提供は不可欠であると考えている。ただし、どうしても被災県の医師会からの情報収集が基本となるのが現状である。被災県医師会の役職員は、県の対策本部に参画し、医師会の目線で最も情報を持っていると言えるからである。今回の JMAT 派遣に当たっては、東日本大震災の時と同様、被災県である熊本県医師会と調整した。また、全国での情報共有としては、熊本県医師会が用意した情報共有サイトに各チームから現地の報告をしてもらうような仕組みとした。しかしながら、被災県医師会に負担をかけることは本意ではない。そこで統括 JMAT あるいは JMAT 先遣隊のような態勢づくりを募集しようと考えている。これは、あらかじめ複数の都道府県医師会で即応できるチームを作っていただき、今後、大災害が起きたときに日医の要請で出動し、被災県医師会を支えながら、情報収集と発信に当たるというものである。そのための予算確保も目指したい。先ほどの報告等を踏まえ、救急災害医療対策委員会に災害対策を集中的に議論する小委員会を設け、検討したい。これまでは、ロジチームも含め DMAT との連携が十分でなかったことや、EMIS の情報の活用ができていなかったことも反省材料にしたいと考えている。

三重県　熊本地震では、日医からの要請により JMAT の編成準備にとりかかったが、派遣には至らなかった。一方、全国知事会からの要請に基づき、医師会、県、大学病院、病院協会、看護協会による医療救護班の派遣が行われた。三重県では、JMAT 派遣に係る費用、準備、災害対策基本法の適用、傷害保険など、参加者から見ると県の医療救護班に比べて差がでている。全国知事会から日医に指揮系統が行き、それが JMAT として各県に要請されるよう、医療救護班の一本化の方向で検討してほしい。

日医　６月の代議員会でも同様の提案をもらった。国の位置付けでは、JMAT と県知事チームは、

DMAT、日赤、国立病院機構のチームと同様、別個のものである。これらはいずれも上下関係にはなく、全国知事会の下に日医があるわけではない。中央防災会議が定めた防災基本計画でも、今年 5 月の修正で、被災県・市に対し DMAT 活動と平行して、また、その活動終了以降は、JMAT、日赤、国立病院機構などの協力を得て、被災地における医療提供体制の確保・継続を図るべき旨が書かれている。確かに県知事チームは、行政ならではの機動力、情報力、財政負担などの点で医師会よりも優れている。今回の経緯は、熊本県知事が全国知事会に要請したのは 4 月 19 日で、当初の派遣先は阿蘇、御船、菊池、宇城の保健所管内であった。これに対し、JMAT の派遣開始は 4 日前の 4 月 15 日からで、知事チームとは重ならない。派遣地域は熊本市や宇土市などであり、益城町は御船保健所管内ではあるが、兵庫県医師会からの報告のとおり、各県の医師会から JMAT の派遣があった。全体的にも知事チームとは関係がなく、多数の JMAT に参加いただいたと考えている。したがって、JMAT と知事チームは、国での位置付け、被災県医師会との連携、指揮系統の仕組みから見ても、一本化は難しいのではないかと考えているが、各チームの情報共有と連携が重要であることを今回改めて痛感した。知事チームへの参加は、知事と医師会との災害時医療救護協定が基本にあると考えているが、さらに日頃からの意思疎通の賜とも考えている。それを次の大規模災害に活かせるよう、厚生労働省や DMAT にも協力いただきながら、全国知事会との連携を考えていきたい。災害救助法の件は、先日、熊本県知事から各都道府県に対し、JMAT、DMAT、知事チームの求償手続きは、各都道府県において取りまとめるよう要請があった。これは、熊本県行政に重複請求のチェックなどの負担をかけないようにするためであるので、よろしくお願いする。

広島県　4 月 19 日、熊本県知事から全国知事会に対し、避難所・救護所等の医療救護班の派遣要請がされた直後、貴会から 4 月 20 日付け文書で「熊本県庁担当者より、4 月 20 日頃からの派遣要請は一旦保留させていただいた上で、JMAT にはその後の中長期的、継続的な派遣を是非お願いしたい。」との連絡があった旨の通知があった。その後、4 月 24 日に本会に再度の派遣要請があった。この約 4 日間に、どのような協議及び判断があったのか、経緯を教えてほしい。

全国知事会からの要請に基づく都道府県医療救護班と JMAT の関係について、今回は役割や活動地域・期間に重複がみられるケースがあったが、今後の災害において、役割分担など、何らかの調整を予定しているか。

日医　4 月 19 日付けの熊本県知事からの全国知事会への派遣要請は、4 地域、35 医療救護班となっていた。当日、日医だけではないと思うが、厚生労働省より 20 日過ぎぐらいからの緊急的な医療救護班の打診があった。4 月 19 日の時点で唐突に 35 チームの派遣要請が出されたため、厚生労働省に対し、熊本県知事要請から県医師会への連絡を密にするよう要請した。日医としても、JMAT の登録があったいくつかの県医師会に、20 日過ぎからの急な派遣を打診したが、調整がうまくいかなかった。一方、熊本県知事から文書番号、日付が入っていない状態で、要請文書が全国知事会に送られており、その結果、翌 20 日 12 時頃、「知事チームだけで 35 チーム満たせる見込みなので、JMAT や日赤は保留とさせてほしい。今後は、中長期的な支援をお願いしたい。」との連絡が熊本県医療政策課より直接、日医にあった。しかし、実際には、県医師会が編成するチームも知事チームに含まれていた。また、熊本県庁には、熊本県医師会とも十分連絡連携をとるよう要請するとともに、「JMAT は継続的な派遣を行う考えを持っている。現に、スケジュールを組んで派遣していく方針を示しているところでもある。」と説明した。したがって、4 月 20 日付け文書を保留としているのは、あくまでも熊本県知事からの要請（4 月 20 日から 1 週間程度）に係るもので、御船などの保健所管内での診断、治療に際し、一度に多数のチームが参集して対応が困難になるおそれがあったためである。混乱の最中とは言え、誤解を招いたことは申し訳ない。

福岡県　JMAT では、薬剤は現地に行けば補償の

対象となるが、待機で終わると補償されない。何らかの対応ができないか。

日医　派遣がなかった以上、残念ながら災害救助法で賄うことは難しい。日医では、JMAT を派遣した都道府県医師会に一律 100 万円の支援を行った。本来であれば、医師会での県庁との調整業務などで役立ててもらうのが趣旨であるが、多数の JMAT を派遣された福岡県医師会には申し訳ないが今回は、日医の支援金で賄うことを検討してほしい。JMAT が携行する医薬品は、これまで具体的な備蓄方法と迅速な調達方法についての検討も不十分であった。これらについても、今後検討したい。

福岡県　熊本地震では、DMAT 以外で独自に活動していたチームもあり、熊本県の災害対策本部に情報が集約できず、錯綜する状態にあった。私設の災害派遣医療チームも多くあるが、そのようなチームは DMAT や JMAT とは違い、統一の指揮命令系統があるわけではないので、一か所に情報を集約することは困難と思われる。何か良い方法があればご教示願いたい。

日医　平成 23 年の東日本大震災の際、厚生労働省の検討会報告を踏まえ、災害時には市町村や保健所単位で「地域災害医療対策会議」を設置し、地域単位での派遣調整・コーディネートを行うことになり、今回の地震対応では、それができた事例である。益城町、阿蘇村などでは地域単位の調整本部が立ち上がり、関係者がいつの間にか避難所に来ていたチームや個人の把握に努めていたことは以前と比べて大きな違いだと思う。今後の大災害では、医療関係者は現地のコーディネート機能に従うことが必須である。なお、日医では 2016 年度からの生涯教育カリキュラムの中で、都道府県や現地の災害医療コーディネート機能を尊重し、関係者間での情報共有に努めることを学習目標にしている。また、数多くの都道府県医師会の役員の参加をいただきながら、国立災害医療センター主催の「災害医療コーディネート研修」を開催してきており、JMAT 関係者のコーディネーター養成をさらに進めていく方針である。私設の医療チームも多くあるとのことだが、JMAT の大きな特徴は、傷害保険に加入していることである。今回の熊本地震では、保険請求はゼロであったが、東日本大震災は今年の 3 月まで JMAT の支援が続き、その間には死亡事故もあった。熊本地震のように引き続く地震の際には、県医師会にきちんと連絡を入れて、JMAT の保険の枠の中で動いてほしい。

鹿児島県　災害派遣等従事車両証明書について。

日医　災害発生当初、警察庁からは通行証は不要との説明を受けていたが、国土交通省や高速道路会社との協議はできていなかった。今後の災害に備え、関係者との協議、協力要請を行うことを検討したい。現在は、医師資格証が 6,000 枚以上普及しており、今年度中には 1 万数千枚になると予想されており、これがもっと普及すれば、国土交通省や高速道路会社に対して、医師資格証を携帯する医師は JMAT だと言えると思うし、現在、JMAT ベストを作っているが、それには資格証の入るポケットもあるので使えるように交渉する。

鹿児島県　災害時の感染対策に特化した支援体制の構築（感染対策 JMAT）について。

日医　4 月にインフルエンザが発生し、ノロウイルスも懸念されたが、深刻な集団発生はなかった。今後の大きな災害発生の時期によっては、深刻な事態も想定される。防ぎ得た死を少しでもなくすため、感染対策に特化した支援体制を検討する。

医師年金

＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 **64歳6カ月未満の日本医師会会員**（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

- ☐ 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- ☐ コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- ☐ 一生涯受け取れる年金が望ましい
- ☐ 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- ☐ 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- ☐ 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

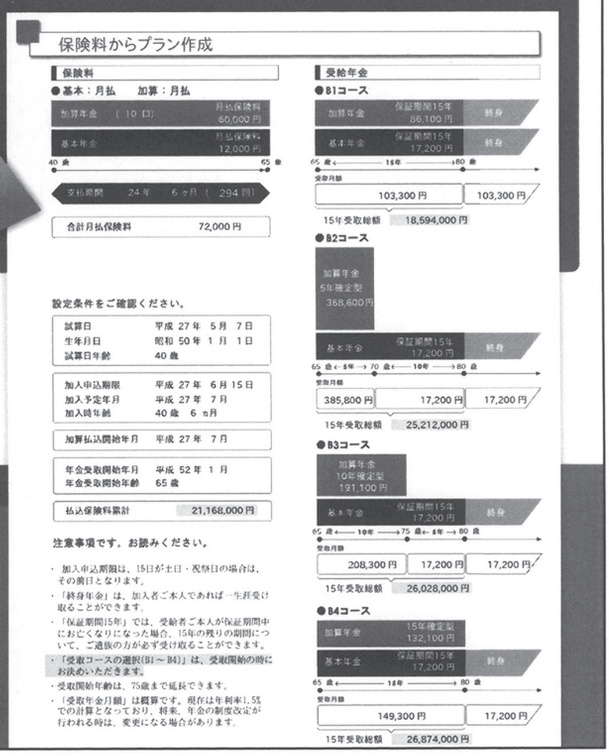
1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、簡単シミュレーション！

医師年金　検索

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、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。
ぜひお試し下さい。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら

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

20150601S8

平成 28 年度
中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会

と　き　平成 28 年 8 月 21 日（日）　10：00 ～ 12：00
ところ　米子全日空ホテル
担　当　鳥取県医師会

[報告 : 常任理事　藤本　俊文]

挨拶

鳥取県医師会　魚谷会長　本協議会は、昨年までは連合の会議ではなく、中国四国医師会学校保健担当理事連絡協議会となっていたが、本県は財政が厳しいことから、中国四国医師会連合から経費の補助をしていただきたいと希望し、中国四国医師会連合学校保健分科会規約が常任委員会で改正承認され、本日の開催となった。

日本医師会　道永常任理事　4 月から学校健康診断に運動器検診が加わり、学校医の先生方は非常に負担を感じていると思う。本件に関しては文部科学省も問題視しており、8 月に教育委員会を通じて各学校にアンケート調査を実施している。それを踏まえて日医でも学校医のアンケート調査実施について依頼を受けたのでよろしくお願いする。

協議事項

1. 運動器検診の学校医への負担

司会　鳥取県の内科系学校医へのアンケートでは、学校検診の診察時間が 1.2 ～ 1.5 倍となったとの回答が多かった。検診実施に際して困った点として、検診時間が増加した、養護教諭など学校職員の負担になったという回答があった。良かった点としては、家庭への運動器検診への啓発になったとの回答があった。検診項目の中で対応に困った項目については、しゃがみこみが多く挙げられた。学校医の負担軽減のために実施していることとしては、事前の保健調査票の活用、事前の学校職員によるチェックの活用、養護教諭との事前打ち合わせ、学校医研修会が挙げられた。一方、整形外科医へのアンケートでは、運動器検診の事後診察を実施した感想として、早期発見があり有効であるといった回答が多かった。

広島県　7 月に内科系学校医のアンケートを実施、続いて文部科学省の養護教諭のアンケートに被らないように全県養護教諭にも実施し、現在集計中である。呉市では学校保健会を通じて保護者に対してもアンケートを実施している。本県の学校医アンケートは回収率 60％で、鳥取県の結果とよく似ており、昨年と同じくらいの時間で検診を行ったという回答が 13%、1.2 倍くらいという回答が 53% で一番多く、1.5 倍という回答が 24% であった。

山口県　周南市・下松市・光市の学校医、養護教諭を対象にアンケート調査を実施した。養護教諭は 3 分の 2 近くで負担感があり、時間延長も最大 120 分とのことだった。学校医は 50％近くが負担感ありと回答し、検診時間の延長も 50% 近くあったとのことだった。要精検率は周南市の小学校では 2.3%、中学生でもそれを下回るデータが出ている。

2. 負担軽減策 1：学校医の医学的サポート

(1) 検診の事前周知

司会　学校医への周知方法としては事前研修を全県実施していた。その他に臨床整形外科学会の DVD マニュアルの活用なども挙がっていた。

岡山県　熱心な郡市医師会では整形外科医、教育委員会の両方を対象とした研修を 2 回実施して

いるが、全く何もしていないところもあり、温度差がある。今年度も研修会を実施し周知徹底を図っていきたい。

問題は、内科・小児科の学校医で整形外科の知識がなく、診るのが不安との意見が多かった点である。

(2) 検診評価方法と課題

司会　島根県から体が固い子どもの事後指導や山口県の子どもロコモ対策、岡山県からは整形外科医の関わりについての議題があった。愛媛県の回答によると、整形外科の協力で子どもロコモ体操の普及を検討されているとの回答もあったが、そのような整形外科医との協力体制があれば教えていただきたい。

岡山県　他県も同じと思うが、整形外科医には原則としてご協力いただくことになっていると思う。本会では日本臨床整形外科学会の協力医名簿によって、問い合わせがあった場合には回答している。

鳥取県　本県の協力医名簿には、ほとんどの整形外科の先生が掲載されているので、県教育委員会へは通知したが積極的な周知はしていない。

徳島県　内科医・小児科医が運動器検診を実施するということで、『運動器検診のポイント』という冊子を学校医へ配付した。また、二次検診の協力医療機関名簿は学校へ配付した。実際、この検診は側弯症やオスグッド病などの早期発見にかなり役立っている。事後措置について、体が固い児童生徒へはストレッチやビデオの紹介や、スマホやゲームの長時間使用に対する指導もしていかなければならない。

高知県　日本臨床整形外科医会の協力医名簿を周知したところ、病院の勤務医からクレームが出たため、県医師会で検討し、名簿は出さない方針となった。

広島県　協力医名簿には勤務医がほとんど掲載されておらず、地区医師会によっては該当医療機関がないこともあり、広島県臨床整形外科学会長が学校現場での周知に難色を示された。日本臨床整形外科学会に限定したところに問題があり、一部の先生のリストだけ配付しても却って現場が混乱する。

日医　日本臨床整形外科学会の協力医名簿に掲載されているのは、おそらく会員の半数程度で、実際にはリストを配付せず問い合わせがあれば対応するという建前で日医へ提供いただいていた。通知が徹底されていなかったかもしれない。

徳島県　基幹病院の先生は、運動器検診の二次検診について、よく理解されておらず、二次検診に来られても困るのではないかと思う。

日医　整形外科受診者は高齢者が多く、突然、子どもが二次検診で受診しても対応に困る先生もいるのではないかと考え、臨床整形外科学会にマニュアル作成を依頼しているが、まだ完成はしていない。

徳島県　本県の場合、県西部や県南部においては整形外科開業医がいないので、県立病院の先生にお願いしたが、先ほど申し上げたように理解されていないので、調査票等について説明とお願いをした。突然受診されるとおそらく戸惑うと思うし、少し難しいのでないか。

司会　この項目に関しては、日医に対して運動器検診の事後措置に関する指針作成の要望も出ていたが。

日医　いわゆる体が固い子どもやバランスが悪い子どもに対する事後措置については、整形外科の先生ともきちんと話さなければならないと思うので、持ち帰って検討したい。

3. 負担軽減策 2：学校（担任・養護教諭）への依頼での課題

司会　学校担任、養護教諭への依頼での課題とい

うことで鳥取県から議題が出ているが、事前の調査票だけでなく、担任や養護の先生にチェックを依頼しているところが多かったと思う。鳥取県の調査でも、学校での調査が有効であったということと同時に、養護教諭の負担が増えていることも分かった。学校現場への負担や問題点があれば教えていただきたい。

広島県　文部科学省の養護教諭への調査は、現在集計中である。呉市では保護者への調査が行われた。回収率は 9 割で、12 ～ 15 分くらいの時間をかけて家庭内で問診票を書かれている。そして 8 割が有効な検診だと回答しており、保護者はこの検診に非常に期待している。内科校医のアンケートでは回収率 60% で、続けた方がよいという回答が 2 割程度しかない。しかし、学校医のモチベーションと違って、保護者の期待は高く、期待を裏切らないようなシステムを構築していかなければならない。

臨床整形外科学会に、「問診票で問題が認められた子どもを全員送っていいか」と聞くと「困る」と言われる。できれば勤務医も入った、整形外科学会も含んだリストを作成してほしい。

司会　学校医や養護教諭への負担など、マイナス面だけでなく、鳥取県では整形外科の先生から早期発見や家族への啓発になるとの回答もあったように、保護者の期待も高く、有意義な面が多い。負担をできるだけ軽減しながらどう進めていくかを考えていかなければならない。

鳥取県　本県では学校の負担軽減を第一に考え、運動器検診に関しては、健康診断だけではなく、日頃から運動器チェックをするということで、各学校にチェック表を渡して、体育や HR の時間などでチェックすることをお願いした。そこで教職員が異常があると考えた場合には学校医と相談して、定期健診を待つことなく受診勧奨をしても構わないとした。そして、健康診断の際に、既に整形外科を受診している子どもに関してはチェックしなくても構わないとした。また、特にしゃがみこみは練習するとできるようになる子どもが多いので、検診までに練習してほしいということもお願いした。そして、事前に保健調査票を学校教職員にチェックしていただいて、必要な子どもには学校医に事前に伝えてほしいとした。このように、今回の改正により、養護教諭の負担が増えていることもあり、そのあたりの配慮も必要かと思い議題を提出した。

徳島県　養護教諭の負担を考えると、調査票に日常の学校での生徒の観察欄を設ける必要性などの課題があるが、問診票についてのクレームはあまりない。ただ、成長曲線については養護教諭に負担がかかる上に、たくさんの子どもがひっかかり、どうしたらよいかという問い合わせがある。

島根県　整形外科医が学校医として活躍する場はあまりないが、事後措置については非常に重要な部分を占める。県臨床整形外科医会との連携をしっかり取って事後措置をお願いするようにしている。

過去 6 年間あった運動器の 10 年のモデル事業で、運動器検診にかかった時間は約 1.5 倍というデータが出ている。体の固い子どもに対する事後措置については、「『運動器の 10 年』日本委員会」の武藤教授によると、学校への理学療法士の配置を検討しているとのことだった。

香川県　議論するにはまだ早い。アンケート調査を既に実施しているところもあるが、本県では設問等を再度確認してから実施しようと思っている。

保護者、養護教諭、学校医の三者のアンケート調査の結果が重要なので、もう少し議論を発展させるためには来年頃に再度検討する必要がある。

高知県　女子も上半身裸で運動器検診を実施するので、県教育委員会と医師会では、検診時間短縮のため、女医を臨時の検診医として、報酬、身分を学校医と全く同じように扱う契約をした。これにより、希望する女生徒は女医に診ていただくことができ、結果として養護教諭及び学校医の負担も軽くするという方法をとった。

岡山県　体が固い子どもへの対応については学校医が苦慮しているようだが､本県では養護教諭が、体育教師と連携して、できるだけ学校教育の中で対応していただいている。整形外科医が関与すべきかどうかの判断は難しいが、学業に支障があるかを中心に判断した方がよいのではないかと思い相談をしている。

司会　学校での柔軟体操やストレッチ、日常生活を含めた形でのチェック、また、保護者への啓発を含め、体が固い子どもに関しては、生活の中で見直していくことが必要だと思う。

4. 負担軽減策 3：学校医、学校健診制度への対応

司会　学校医の検診時間について、さきほど高知県からは学校医の臨時複数制を作っておられるという話もあった。また、以前、運動器検診に特化した学校医の複数性や学校認定医制度についての発言があった。

ほとんどの県医師会の要望は、学校医の待遇改善と学校医の報酬について、学校健診の規定の柔軟な対応（6 月中に学校健診を終わらせなければならないということを多少柔軟にできないか）である。

日医　厚労省の「今後の学校健診の在り方等に関する検討会」において、なぜ 6 月 30 日までに終わらせなければならないのかということが議論となった。学校側は年間計画の関係や､7 月からプールが始まるので、6 月 30 日を延長することは無理とのことであった。

また、学校医だけが運動器検診を行うのではなく、学校全体、保護者が加わるべきだと思っている。子どもの日頃の状態は学校の先生や保護者が一番よく分かっているので、そこから割り出すというのが学校医の先生の役割だと思っている。

運動器検診に関しては、6 月 30 日にこだわる必要はないのではないかと思っている。

日医で実施予定のアンケートを踏まえて、文部科学省には、かなり前からすべての項目を 6 月 30 日までにするのは無理だということはお話している。それを含めてもう少し柔軟に対応できるようにしていきたい。

報酬に関しては、各県によって差も大きく、今回、日医が実施するアンケート調査をもとに文部科学省と協議していきたい。

高知県　実施期間だけでなく、小学校から高校まで全学年一緒に実施とのことだが、運動器検診の目的を考えると、そのようにしなくてもよいのではないか。

日医　運動器検診については、全学年で実施しているところは意外と少ない。そうする必要があるかということも含めて、期日だけでなく、さまざまな部分で柔軟な対応ができるようにしていきたい。

徳島県　始めてから 1 年目ということで、運動器検診に関する問題点が今後、アンケート調査等によりさらに浮き彫りになると思う。

学校医の先生方に継続していただく場合、待遇改善が必要になってくる。それは報酬の問題や複数の学校医など制度的なものもある。

別の方法として、島根県からの日医への要望にもあるが、認定医制度がある。運動器検診の講習を受けない学校医がいるという問題があるが、徳島県の認定医制度の場合、研修会の参加者はかなり多い。医師は制度に対して真面目で、それで認定を受ける先生が多く、不満も出ていない。

司会　運動器検診に特化した学校医複数制や、学校医認定制度の話もあったが、それらについてご指導いただきたい。

日医　学校の専門医に関しては報酬の問題が一番大きい。どの学校もいろいろと考えていると思うが、なかなか言い出しにくい部分がある。以前、専門医を派遣する事業があったが、3 年で打ち切られてしまった。今は学校保健総合支援事業の中で専門医を特別に雇用する形をとっている自治体もある。

ただし、それがきちんと確立されていないので、日本医師会学校保健委員会では常に教育委員

会､医師会及び行政とが顔の見える関係を作って、その中で例えば小児精神科の先生に来てほしいとなったら、医師会に医師の紹介を依頼するなどのシステムを作っていただきたいと思っている。

認定医については、現在のところ、京都府、大阪府、奈良県、鳥取県、徳島県で認定医制度が作られている。日医で認定医制度創設の要望をいただくが、約 15 年前に担当理事連絡協議会を開催したとき、都道府県の 3 分の 1 程度から認定医制度を実施すると、学校医をされている先生が辞めてしまうのではないかという意見があったということで、立ち消えになったと伺っている。質の担保は非常に重要だが、日医が認定制度を創設すると、認定産業医のようになれば良いが、果たしてそこまでもっていくことができるのかというところが非常に不安である。

よって、各都道府県にとって良い制度ができ上がって、それを持ち上げるような形で日医がサポートするといったことはできると思う。今後、委員会の中でも検討していきたい。

5. 学校管理医と産業医資格、ストレスチェック

司会　学校管理医は産業医として、学校医とは別に契約を結んでいる県もあるが、ストレスチェックは外部委託、面接は学校管理医がされている県が多いという印象である。

岡山県　先生方が一番苦慮しているのが、高ストレス者のチェックと対応である。岡山県教育委員会では、高ストレス者の面接を含めたストレスチェックの実施について、平成 28 年度は県立学校分を一括して岡山県健康づくり財団健診センターに委託しており、委託先の産業医資格を持つ医師が面接を行うようにしている。

高知県　日医では以前、学校医は産業医であるべきという方針を出されていたが、その方針に変化はないか。

日医　学校医が産業医として仕事をする場合は、認定産業医の資格をとっていただきたいという意味である。産業医資格を持っていない先生に、学校が教職員の産業医を依頼するのを防ぎたいということである。教職員が 50 人以上の場合は産業医を置くこととされているので、その場合には産業医資格を持っている方にしていただくことになる。

6. その他

徳島県　学校医の先生方も年々高齢化していく中で、今後、学校医をいつまで続けていただけるか。若い先生方に、学校医への就任をお願いしているが、断られるケースがある。

今回の運動器検診追加など学校医の業務が従来より負担が増えていくと予想される先生もおり、さらに見落としの問題などもあり、マイナスに考える先生方も増えてきている。また、本県は過疎地域なので、地域によって耳鼻科医や眼科医が少ないところでは、広域で学校医をされている先生もおられる。こうした学校医の今後について日医でも考えていただきたい。

日医　この問題は大変重要である。なぜ先生方が学校医を引き受けてくださらないのかというと、やはり負担感が強いのだと思う。文部科学省が学校医を軽視しているところがあるので、将来的には学校医の地位向上を図っていきたい。羽生田参議院議員が文部科学省に「もっと学校医を大事にすべき」ということも言ってくださっている。また、この度、小児科医の自見先生が議員になられたこともあり、文部科学省に働きかけて学校医のステータスを上げるような仕事ができればと思っている。

鳥取県中部医師会　鳥取県中部の人口は 210 万人だが、耳鼻科医は勤務医 1 人、開業医 1 人で何十校もの耳鼻科検診をしていただいており、大変負担が多い。専門医の偏在を今後なんとか解消できないかと考えている。日医の方でも配慮していただけたらと思う。

鳥取県東部医師会　今回、運動器検診のことが重点的に出たが、問題なのは成長曲線である。どこでひっかけるのか、特に小学校 1 年生はワンプ

ロットしかないので、それをどういう形でひっかけていくのか。9 分類の中に入れて分けていくのか、それよりももっと予防的なところでひっかけるのか迷う。成長曲線もトータルで子どもを見るという意味で研修をしておかないと、見落としという厳しい事態も予測され、側弯症と同じように裁判になるような状況も生まれてくるのではないかと懸念している。そういった面に関して、日医はどのように考えているか。

日医　各地で成長曲線の研修会を開催しているという話も聞いている。疑わしいときはどこに紹介するのかとの質問もあった。これらについては持ち帰って検討させていただきたいと思う。

鳥取県東部医師会　医師によって、ひっかけるのが早期になったり、手遅れ気味になったりということがあるので、各県に成長曲線を見る専門の部会を若年者心疾患協議会の心電図検診や学校検尿のような形で作れば良いのではないかと思う。

司会　確かに地区ごとに何人かで成長曲線を見ることができる医師がいれば、見落としは少なくなると思う。ひとつの考え方として、鳥取県医師会の中でも考えていかなければと思う。

日医　成長曲線は個人情報になるかもしれないが、たとえば複数の専門の先生方にそれをコンサルタントするようなシステムを構築することは可能か。

鳥取県　地区で何人かの先生で見ていけば、1 人の学校医だけに責任が及ぶことがないのでありがたい。

島根県　成長曲線が問題になっていないのは、入力が終わっていない学校が多いからではないかと思う。出雲市の場合は昔からデータ化されていて、養護教諭が入力すればあとはプリントアウトするだけでよい。ただ、先に言われたように機械が判定すると 3 分の 1 程度がひっかかる。それを学校医が見ると、パスするか、しないかが 1 人の責任となる。

出雲医師会は専門家による講演会を開催している。また、学校医 1 人では責任を負えないということで、判定委員会を作り、その中には校医だけでなく、専門医も交えて相談をしていただくようにしたい。

広島県　ブロックで学校保健担当者が集まる協議会は非常に有意義だと思う。日医の開催では全国学校保健・学校医大会、都道府県担当理事連絡協議会があるが、全国大会では 1 時間の間に昼食を摂りながら協議し、次の担当県の会長が挨拶をして終わってしまうため、非常にもったいない。もし可能であれば、本日のような形式で担当理事を集めていただいて、全国で協議ができるよう、ぜひ検討いただきたい。

日医　全国学校保健・学校医大会、都道府県担当理事連絡協議会をどのように変えていくべきかについて今のところ考えていないが、全国大会についてはほとんど担当県にお願いする形で、例年と同じ内容でやっていただいている。昨年度は学校健診の内容が変わるため、その報告という形で担当理事協議会を開催した。今年度は、もし時間が許せば検診がどのように行われたかということも踏まえた実施を考えている。全国大会は分科会を含めて、形式を少し変えてもいいかと思う。

平成 28 年度
中国地区学校保健・学校医大会

と　き　平成 28 年 8 月 21 日（日）
ところ　米子全日空ホテル
担　当　島根県医師会

報告：副会長　濱本　史明
理　事　舩津　浩彦

研究発表

1. 島根県出雲市の食物アレルギー実態調査と給食センターにおけるアレルギー給食の対応について（島根県）

医療法人社団芦沢医院理事長　芦沢　隆夫

給食センターにおける食物アレルギー対応について説明する。平成 17 年、学校給食で卵除去対応を始めるにあたって、食物アレルギー診断基準検討会議を開催した。出雲医師会の学校医、島根大学医学部の小児科・皮膚科専門医、管理栄養士、県立病院の小児科専門医、教育委員会、給食センターの管理栄養士をメンバーとして組織、診断基準を作成した。その後、除去給食が始まり、17 年 4 月からはこの専門委員会が除去判定委員会に移行している。25 年から乳製品の除去も開始したが、これは旧出雲市だけで、周辺市町では以前から乳製品の除去も行っていた。

食物アレルギーに関する保護者アンケート調査を新入生・転入生に行い、各学校で中継して養護教諭、担任を中心に保護者と面談、かかりつけ医の食物除去の指示書を踏まえ、年度末には判定委員会を開催して除去について検討、決定する。

平成 17 年に卵除去を始めて 10 年が経過したので、出雲市内の全幼稚園、小学校、中学校の児童生徒を対象に食物アレルギーに関する調査を行った。27 年 5 月 1 日時点で幼稚園 1,279 名、小学校 9,564 名、中学校 5,068 名の計 15,911 名を対象としている。アレルギーを有する者は、幼稚園 3.9%、小学校 3.1%、中学校 3.2%、計 3.2% で、全国平均の 4.5% よりも低い値だった。1 人でも食物アレルギーを有する児童生徒が在籍する学校は幼稚園 16 校、小学校 34 校、中学校 14 校で 64 校 83.1% だった。

学校給食の対応状況としては、本人が取り除く 43.4%、除去食・代替食 24%、完全弁当持参 0.2%、一部弁当持参 2.3%、それ以外が 30.1% であった。それ以外には、アレルゲンが給食に出ていないので対応していない場合や、把握ができていない場合などがある。

また、この 10 年間の卵、乳製品除去期間の調査を、出雲市内 6 つの学校給食センターのうち、4 つの給食センターで調査を実施した。卵の対応については 37 名を調査し、3 年以内に解除できた件数が 68%、乳製品の対応については 12 名を調査し、3 年以内に解除できた件数は 58% だった。

次にエピペンの持参人数は、幼稚園 0 名、小学校 6 名、中学校 3 名の計 9 名であった。食物アレルギーを有する者の中でのエピペンの所持率は 1.8% で、全国平均とほぼ同じであった。

さらに、学校独自のアレルギー発症時緊急マニュアルの作成について、作成済みは 65 校で 71.4%、作成中は 16 校で 20.8%、作成予定が作成中も含めると 92.2% であった。

平成27年アレルギー研修会の実施については、教育委員会主催の研修会に参加した学校は 56 校で 72%、独自の研修会が 24 校で 31.2%、研修実績なしが 13% であった。食物アレルギーを有する児童生徒がいない、学校給食での除去が行われていない学校では研修への参加や、研修自体が

行われていない。

学校の生活管理指導表の使用状況は、使用している 36.3%、使用検討 31.2%、使用を考えていない 32.5% で、この原因は出雲市の場合、平成 17 年から食物アレルギーについて独自の指導表を使っていたのでこのような結果になったのではないかと考えている。

2. 食物アレルギーに対する広島県医師会食物アレルギー対策検討会の取組（広島県）

JA 広島総合病院小児科主任部長　岡畠　宏易

今回は広島県医師会と広島県がコラボレーションした食物アレルギーに対する取組、県医師会の食物アレルギー対策委員会についてお話する。

文部科学省の報告によると、喘息やアトピー性皮膚炎は減っているが､最近はアレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギーが非常に増えて問題となっている。それに付随してアナフィラキシーの患者も増えているのが近年の問題点である。平成 24 年 12 月に東京の小学校で牛乳アレルギーの児童が誤って牛乳入りの給食を提供されたために死亡するという痛ましい事故があった。それ以後、厚生労働省、文部科学省は非常に熱心に食物アレルギーに関する対応をしようとしている。

学校、保育所（園）には、食物アレルギー患者への給食提供を安全に行う必要性から罹患時についての理解、疾患の理解、管理指導表の扱い、除去食の安全提供について地域全体での取組みが求められている。

われわれが考えている対応として、一つは園医・校医を中心とした食物アレルギー指導管理表記入の基準の統一である。また、食物アレルギー管理指導表記載のために地域ごとのアレルギー体制、食物アレルギーを負荷できる施設の増加を図らなければならない。さらに、保育園、学校の先生が長期食物アレルギー管理指導表の記載を理解するために、各学校担当者の食物アレルギーに対する理解を図らなければならない。以上はそれぞれ「点」での扱いだが､「面」として、学校、保育所、行政機関、保健所、医療機関を結ぶ委員会などの設置が必要ではないか、といったことを問題意識として検討委員会を設置している。

広島県と広島県食物アレルギー対策委員会がコラボレーションした取組みとして、平成 24・25 年には、広島県食物アレルギー対策事業検証委員会を設置し、保育園・幼稚園における食物アレルギーに対する実態調査を行った。広島県内における誤食事故経験については、538 施設中「経験がある」と回答したのは 46.8% と約半数で、保育園側・医師側の双方で対策を検討していかなければならない。その対策として平成 25･26 年には対象は保育園に携わっている方、行政職員を対象に、県独自が作成したマニュアルを用いて食物アレルギーの講習会を実施した。一般的には厚生労働省が作ったアレルギーマニュアルや、学校のアレルギーマニュアルがあるが、県のマニュアルにはアナフィラキシーショックへの対応も盛り込み、保育士向けのマニュアルとして作成した。

また、県では、平成 24 年度から食物経口試験実施医療機関調査とホームページでの情報提供を行っている。具体的には、ホームページに県内 27 施設で負荷試験ができるという情報を提供している。週に何例できるかというアンケート調査と合わせると、週に 100 例程度負荷試験ができることになっているが、実際には専門医のいる病院施設が 3 ～ 4 施設、専門医の開業の先生が 2 ～ 3 施設程度であまり多くなく、需要に対して供給が不足しているということが認識されている。

さらに、もうひとつ「面」としての対応で、モデル事業として東広島市で医療機関、行政、保育所、幼稚園、学校等の関係機関の連携支援体制等構築を目的として食物アレルギー連絡会議を設置している。これは現在試行の段階であり、一か所だけなのでこれから増やしていかなければならない。

また、今までは園の保育士や幼稚園の先生、行政機関の人に対する教育的講演が中心だったが、次に主に学校に係わりのある開業医や勤務医を中心とした、アレルギーを専門にしていない先生を対象としたアレルギー講習会とテキストを作成した。

関連して、広島県も食物アレルギーについて地域関係機関が連携した支援体制が必要であるとし

て、医療機関だけではなく、市町・教育委員会・保健所・保育所・幼稚園・学校がコラボレーションした食物アレルギー連絡会議を作りたいという希望を強く持たれており、それに対してわれわれも応えるための努力をしている。

もう一つは検査できる施設が非常に限られているということで、平成 27 年度には食物負荷試験、検査の実地研修という形で専門医のいる 3 病院で県内の若手医師に希望をとり、8 名の先生方に受講していただいた。講演会のテキストを用いた講義とそれぞれ 5 回ずつ、1 回につき 1 ～ 2 人の負荷経口の患者さんについて、見学を中心に実際に経験していただいて、負荷試験の方法やアナフィラキシーの対応、負荷試験結果を踏まえた除去食物の解除法・食物指導についての実地研修を行った。

研修に参加された先生にはアンケートを行った。受講者は後期研修の先生 1 名と後期研修修了後 5 年程度経った先生 7 名の合計 8 名（男性 4 名、女性 4 名）であった。講義、テストの方法などは、ほぼ理解した気がするという回答だったが、アナフィラキシー時の対応は半分くらいしか理解できなかったという結果であった。確かにアナフィラキシーショックを起こす患者をわざとつくって、それを提供して先生たちにお見せするということはできないので理解できにくかったのかと思う。今後の希望としては、実習の充実、アナフィラキシーの対応の充実が挙げられた。また、8 名全員が 5 回では足りないから、もっと回数を重ねないと自分たちは自信をもってできないということなので、今年度も同じようなフォーマットで研修をしたいと思っている。

今後の課題としては、園医・学校医を中心とした食物アレルギー管理指導表を記入するための理解が挙げられる。それぞれが異なる基準で記入されては困るため、平成 28 年に管理表記載の基準の提示を目的にパイロットスタディを実施している。

それから食物アレルギー管理指導表記載のために地域ごとの食物アレルギー検査体制が必要ということで、先ほど申し上げたように若手の先生を対象とした負荷検査の方法についての研修を今年度以降も続けたい

また、県小児科医会から要望のある、開業医による検査体制が整うかどうかということで、病院との分担に関する意見の集約を図るために平成 28 年度は学校医、園医の先生を中心に検査体制に関する要望のアンケートを行いたいと思う。

保育士、教員に対して個別の保育所の要望に沿う形での講師の派遣は一段落したのではないかと思う。厚生労働省や文部科学省が作成した DVD などでみなさん研修されている。

ただ、学校、園に勤務されている方にパイロットスタディがいると思って、廿日市での保育士、栄養士、調理師へのアンケートを行っている。卵・牛乳なりを細かい加工度で食べる・食べないと決めると多くの人に症状誘発リスクがあるということで、廿日市では食べるか、食べないかは完全に分離して、去年から開始しており、それに対するご意見をいただいているところである。

最後に、行政とのコラボレーションで現在はパイロットスタディとなっているが、検討可能な自治体の増加を図る目的で、県の意向にも沿いながら、保育所の考えも取り入れたいと思っている。

3. 鳥取県東部地区学校検尿システムの構築と取り組みについて（鳥取県）

鳥取県立中央病院小児科部長　宇都宮　靖

平成 25 年度の日本学校保健会の調査によると、検尿調査に対して教育委員会が集団精密検査を実施している自治体、すなわち A 方式を採用している自治体は 10.5% にすぎない。その理由として小規模な自治体では A 方式の採用が困難であることが挙げられる。

鳥取県東部地区では 2005 年に地区医師会が中心となり、鳥取市を対象に A 方式による集団精密検査を開始した。その後、順次周辺自治体が参加して、2009 年より域内の 5 自治体の養護学校を除く全ての小・中学生を対象とした鳥取県東部学校検尿システムが誕生した。

まず、検尿方式の A 方式と B 方式について説明する。A 方式は、学校で一次検尿と二次検尿を行い、二次検尿の異常者は三次検査として集団精密検査、あるいは指定医療機関で三次検査を行う。

その三次検査のデータは専門医からなる判定委員会に上げられて、診断や管理区分、専門医へ紹介について判定委員会が判断する。

それに対して、B 方式は三次検査をかかりつけ医で行う。かかりつけ医で診断と管理区分を決定、場合によっては治療も行い、専門医に紹介するかどうかの判断もかかりつけ医が行う。

全国的に見た学校検尿スクリーニングの問題点だが、精密検査の B 方式については、精密検査、三次検査の内容がかかりつけ医によって異なるため不統一で、専門医への紹介基準もかかりつけ医の裁量による。また A・B 方式共通だが、その児童生徒の居住地、学校設置者によってどのような検尿システムを受けるかが異なる。その結果、小児 CKD の予後の把握が難しく、疫学の向上が期待できないということが弊害として挙げられる。また、検尿方法の向上、たとえば採尿の仕方などに関する取組みが教育現場に行き渡りにくい。そして、管理区分が主治医によって異なるため、適切にフォローが行われないことも見受けられる。

鳥取県の学校検尿システムの今までの変革を説明する。鳥取県では 1972 年に米子市が全国に先駆けて学校検尿を開始している。これは鳥取大学の小児科が中心となっており、学校検尿システムを 30 年以上にわたって行ってきた。

鳥取県東部では 2004 年に初めて学校検尿のあり方が議題となり、翌年の 2005 年から鳥取市で学校腎臓検診システムを開始することとなった。そのときに医師会委員の先生の働きかけで隣接する智頭町、八頭町も参加し当初は 2 つの自治体で開始することとなった。その後、2006 年には若桜町と鳥取大学付属小・中学校がこのシステムに参加し、2009 年には岩見町と智頭町が参加、鳥取県東部全体で行政の枠を超えた学校腎臓検診体制が整った。その後、市内の新設の私立学校も参加している。

鳥取県東部の学校検尿システムの概要を説明する。一次検尿と二次検尿は学校で行い、二次検尿の陽性者は腎臓の三次検診を東部医師会の会員、かかりつけ医のもとで行う。三次検診の内容はすべて項目が決まっており、三次検診を行う先生はこの検査を実施していただき、結果を腎臓検診受診票に書いていただく。受診票は、教育委員会を通して医師会に集められ、医師会の学校検尿判定委員会で内容を吟味、そこで診断管理区分が決められる。学校検尿判定委員会で更なる精密検査が必要と判断された児童生徒は鳥取県立中央病院へ精密検査を受診するように指示を受ける。そして、精密検査までは必要はないが、しばらく管理、フォローが必要と判断された生徒については、診断・管理区分を決め、教育委員会を通じて保護者に通知する。また、その診断管理区分の結果と具体的なフォローの内容について、三次検診を行ったかかりつけ医に文書で通知し、フォローを依頼する。なお、三次検診の時点で、例えばネフローゼ症候群に既になっている場合や、クレアチニンが既に上がっているような緊急例に関しては三次検診のかかりつけ医から直接、鳥取県立中央病院に紹介していただくことになっている。

腎臓検診の三次受診票には、一次検尿・二次検尿の結果、今年・去年の身長・体重、既往歴・家族歴が記載される。そのほか、三次検診の検査結果、かかりつけ医が学校検尿判定委員会で管理区分が決定されるまでの暫定管理区分を記載する欄等がある。

今までの受検者数の推移としては、2007、2008 年は制度当初混乱で欠損紙があり総数が上がらなかった。2010 年以降減少しているがこれは自然減である。三次検診受診者数の推移としては、受診率は 0.2 ～ 0.3% で、これは他の A 方式で行っている地区とほぼ同等の数字であった。

鳥取県立中央病院での学校検尿で見つかった児童生徒の最終診断の内訳は、三次検診目的で受診されている患者もいるので、体位性蛋白尿など症状の軽い患者も多く含まれているものの、一番多いのは IgA 腎症を主とする慢性腎炎で、その次に体位性蛋白尿、症候性血尿が続く。腎炎の疑いや無症候性血尿と診断された児童生徒の中には、数年後に IgA 腎症と診断された者も多くいる。

ここで、本学校検尿システムの意義としては、すべての児童生徒が同じ基準による鑑定と管理区分を決定することができる。学校設立者や住んでいる自治体にかかわらず、すべての児童生徒が同じ内容の三次検診を受検するので、三次検診の

内容が統一されている。また、学校検尿委員会が中心となって動くので、学校現場における正しい採尿方法の徹底や精密検査の受診に対する働きかけがしやすく、検尿精度の内容向上が期待できるのではないかと思う。また、域内のすべての小児検尿業者の動向が分かるので地域における小児CKD の疫学の向上も期待できるのではないかと思う。

私たちがこの検尿システムを円滑に運営するために取り組んでいることは主に３つある。

ひとつは迅速性の確保で、月 1 回検尿判定委員会を開き、速やかに学校や児童、保護者への判定結果を通達するように心がけている。

２つ目は、フォローしていただくかかりつけ医の先生へのフィードバックである。判定結果と具体的なフォローについて必ず文書で説明している。また、定期的に学校検尿講習会を医師会員対象に実施し、本検尿システムの理解を深めていただくようにしている。

最後に、各自治体、教育委員会の代表者と定例協議会を年 1 回行い、1 年間の報告をしている。そこで本検尿システムの問題点が必ず出てくるので、その問題点を共有して解決するように心がけている。

今後の課題としては、県東部には腎臓専門医の小児科医が 1 人しかおらず、今後続けていけるかどうかという不安が多少ある。また、フォローをかかりつけ医にお願いしているので 1 年後、2 年後にどこまでフォローしていただいているのかが把握できていない点、さらに、最近、三次検診の受診が夏休み以降にずれ込むことが多くなっていることである。

東部の学校検尿の成果を受けて、来年度から県医師会主導により県を３つのブロックに分けて、検尿陽性者の事後措置を行うように目下準備中である。これが整うと今後、県下すべての児童生徒が、新しい検尿システムの下、自治体あるいは学校設立者にかかわらず適切な事後措置を受けることができるのではないかと思う。

結論としては、本学校腎臓検診によって、教育委員会や学校設立者で異なっていた検尿異常者への事後措置の方法が一本化され、地域全体の小児CKD の早期発見と管理の向上が期待できる。

学校腎臓検診システムを構築する際には、中核自治体が中心となって複数の周辺自治体とまとまったほうが効率的にできるのではないかと思う。そのためには地区医師会の働きかけと各自治体教育委員会の協力が必要である。

本システム構築後も円滑に運営し、良いシステムにするには、継続した医師会員へのフィードバックとともに、自治体教育委員会との定例協議会を通じた問題の共有と解決が必要である。

4.「運動器検診」導入による学校医及び学校現場への影響調査（山口県）

医療法人たにむら小児科理事長　谷村　　聡

本年 4 月より、四肢の状態に関する検診が追加されたことから、周南市・下松市・光市の先生方に声をかけて調査を実施、本大会で報告させていただくことになった。

四肢の状態の項目追加による影響を調査した上でその結果を解析し、来年度の健康診断を円滑に進めることを目的としてアンケートを配付した。今年度の健康診断が 6 月 30 日には終わっているはずなので､7 月 1 日に負担感や時間延長､クレーム等について周南市、下松市、光市の小・中学校へは教育委員会を通じて、学校医には医師会を通じて調査用紙を配付し、回収は 7 月 14 日までとした。

運動器検診追加にあたって、①すべての児童生徒に学校医が実施、②保健調査票で問題がある者のみ実施、③保健調査票と教員の意見で問題がある者に実施、④整形外科医が実施、のいずれかで学校と学校医が相談して実施するようお願いした。

また、保健調査票で異常があるのに、精密検査にならずに何か異常があったときに訴えるということがあるかもしれないので、周南地区では保健調査票で異常がある者はすぐ精密検査で整形外科の先生に診てもらった方がよいとした。

アンケートの内容については、医師向けも学校現場向けもほぼ同じで、「対象人数」と「精密検査対象となった人数」は学校現場向けの調査票のみに記載した。そのほかの項目としては、検査の

実施方法、検診時間の延長、負担感の有無、保護者からのクレームの有無、自由記載欄も設けた。また、医師向けの調査票には診療科についての設問も設置した。

周南市、下松市、光市の対象学校医は、内科、小児科、外科の先生が主であった。整形外科は１名であったが、総合支援学校と併設されている鼓ヶ浦こども医療センターに小児整形外科専門医がおられて、中学校の内科学校医をされている。そのほか、精神科、婦人科も全体で 1 人ずつおられた。

小学校の結果としては、対象人数が 47 校、全児童数は 13,260 人、精密検査対象人数は 352 人で精密検査となった児童は 2.65% であった。実施方法では、すべての児童生徒に学校医が実施したのは 10 人以下の学校で、ほとんどの学校が保健調査票で問題のある者のみか、保健調査票と教員の意見もあった者に実施ということで整形外科医が実施の小学校は、中学校の内科学校医が総合支援学校の校医なので四肢の状態は全部診られたとのことだった。検診時間は昨年と同じが半分、延長が半分、最大は 2 時間延長だった。負担ありと回答したのは 31 校、負担なしは 16 校であった。

中学校は 22 校、対象人数は 6,499 人、精密検査対象者数は 203 人、精密検査率 3.1% であった。すべての児童生徒に学校医が実施したのは 2 校で、やはり 10 人以下の学校だった。ほとんどが保健調査票で問題がある者のみ学校医が実施していた。5 校が定期健診の時間は変わっていないと回答、延長したとの回答が 17 校、最大で 120 分延長したと回答した。昨年度と比べて「負担がある」17 校、「負担なし」5 校となった。学校医に負担がかかったかどうかについては、50% 近くが負担がありと回答し、時間延長も半数あった。

この検診は子どもたちのために実施しており、精密検査にどれだけもっていくかが問題である。小学校について、下松市では精密検査率は 0.96%、光市 0.5%、周南市 4.21%、中学校では小学校よりも中学校の方が当然増えるはずなので、下松 2.4%、光市 1.96%、周南市 4.23% であった。

保護者からのクレームについては、側弯症は以前から実施しているが、「今年側弯症の疑いがあると指摘されたが、私はそこまで心配していないので病院に行かない」と言われた、「保健調査票で“できない”に丸をつけたら子どもをしっかり診てもらえると思って適当につけたのに、保健調査票をもとに受診勧奨のお知らせが来たが、納得いかないので病院には行かない」と担任に電話があったケースなどがあった。ほかには 2 日に分けて実施したが、成長曲線のチェックも含めて 100 分近く時間が延びて大変だったという意見もあった。内科検診の結果通知だけで複数項目の受診勧告が出たので、費用がかかって大変だという声もあったという。

結果のまとめだが、健診時間の延長や学校医の負担は高率で予想通りであったが、思ったよりも延長時間は少なく、精密検査数も少ない結果となったのでその点はよかったのではないかと思う。

臨床整形外科学会が運動器検診の目的として、運動器過多障害のチェック、運動しない子ども、子どもロコモのチェックを挙げている。しかし、整形外科の二次検診で運動しない子どもの事後措置については、「運動しましょう」で終わってしまう場合や、しゃがみこめないのは病気ではないから、と帰されてしまうことなどもある。今回の調査では二次検診のクレームはデータに入れてないが、この点が少し問題ではないかと思っている。

臨床整形外科学会では整形外科医ではなく学校医が実施するとの通達を 6 月に出しているため、運動器検診自体は学校医が実施することとなる。今後の課題としては、検診の目的や保健調査票に関して保護者に詳細かつ十分な説明をする機会が必要であることが挙げられる。四肢の状態の検診項目と実施方法についても、整形外科の先生ともう一度検討して、No Use に関する有効な事後指導を考えていかなければならないと思う。

特別講演

1. 学校における運動器検診の意義と実際

島根大学医学部整形外科学教室　内尾　祐司

今年 4 月から、学校保健安全法施行規則の一部

改正で学校における定期健康診断に四肢の状態が必須項目として加わり、検査する際には形態及び発育、運動器の機能の状態に注意することと規定された。運動器とは、体の運動に関わる筋肉･骨･関節・神経などの総称であり、これらのどれか一つでも悪くなると動きが障害される。改正の理由としては、近年における児童・生徒の健康上の問題の変化が挙げられている。運動器における健康上の問題とは何かを踏まえて、学校での運動器検診の意義と実際について 4 つの観点から話をしていく。

(1) 学校での運動器検診の背景

社会構造の変化、成長期の体格・体力の現況、学校保健安全法との関連について説明する。

現在、日本では老年人口が 27% に対して、年少人口が 13% で過去最低、既に少子超高齢化社会が現実のものとなっている。55 年後には年少･生産人口が半減して、老年人口が 4 割となり、いわゆる超少子人口減少社会が到来すると予測されている。40 年後には老年人口が 4 割となる一方、年少人口は 1 割となって超少子“超”超高齢社会が出現する。

一方、子どもたちの心身の発育、発達の面では、未熟なこの時期に障害が生じれば健全な発育が阻害される危険性があり、進行すれば老年期のロコモティブシンドロームや運動器不安定症に繋がる。ロコモティブシンドロームは、骨・関節・筋・神経系が病気で障害されることによって、痛みや可動域制限、筋力低下、バランス低下を引き起こす。これらが相互に関連して移動量が低下すると、生活活動制限や社会参加制限、そして介護が必要な状態となる。関節疾患で年間 68 万人が支援介護サービスを受けている実態がある。また、外傷性 OA の発生率は OA の 12% で、加齢的な変化に伴う変形性関節症より 10 年早く発症する。今後、日本社会を支える次世代がこのような疾患によって運動器不安定症を招かないようしなければならない。

現代の子どもたちの体格や体力、運動能力の現況については、平成 27 年の学校保健統計調査によると、親・祖父母の世代と比べて身長、体重ともに高く、重くなっており、発育のピークも早くなっている。

体力の面では、平成 10 ～ 26 年度の調査を見ると、小・中・高校生ともに向上もしくは横ばいであるものの、一番高かった昭和 60 年のデータと比べると低下している。このような変化は子どもたちが運動していないからだと考えられがちだが、実際は 10 代のスポーツ量は増加しており、3 人に 1 人が週 7 回以上運動している。しかも、週 5 回以上 120 分以上の運動をしている運動強度がレベル 4 の子どもが、男子では 3 人に 1 人、女子では 4 人に 1 人と、スポーツの頻度と強度は増加していることが分かる。一方、体力・運動能力が低下している。これは一見解離しているように見えるが、問題はその分布にある。

小学生の 1 週間の総運動時間と体力の合計点を抽出したデータを見ると、1 日 1 時間運動していない子どもと比べると、圧倒的に運動している子どもの方が運動能力が高い。これは中学生も同様で、女子については運動をしない子どもが多いことで全体的に平均値が低くなっている。実際、運動時間と各種種目の運動能力を比べると、1 週間の運動時間が少ない子どもの方が圧倒的に体力・運動能力が低いということが分かる。1 週間の運動時間が 50 分未満の子どもは、小学生で男子 46%、女子 37%、中学生では男子 73%、女子 68％となっている。全く運動しない子どもの体力、運動能力の低下が懸念される。そのほか、朝食や夕食を食べない子ども、睡眠時間が一定しない子ども、携帯等の使用時間が 3 時間以上ある子どもが男女とも体力が低下する傾向がある。

つまり、子どもたちの体格がよくなる一方で、体力・運動能力の低下が生じており、その背景にはいわゆる運動の二極化がある。運動過多による運動器障害､運動しないことによる運動機能低下、これらはいずれも運動器疾患・障害を引き起こす危険性をはらんでいる。

では実際、成長期の運動器疾患・障害の頻度はどれくらいか。スポーツ障害はけがとしての外傷と慢性疾患による障害の大きく 2 つに分かれる。54,000 人の運動部員に対して行われた平成 8 年当時の文部科学省のアンケート調査を見ると、ス

ポーツ外傷のある生徒は中学生 20%、高校生 33%、スポーツ障害は中学生 13%、高校生 25% というデータが発表された。ただ、これはアンケートなので診断そのものが本当に正しいかは分からない。

学校管理下の災害について、災害給付が行われたものがまとめられている日本スポーツ振興センターのデータを見ると、平成 27 年は約 109 万件発生しており、この 10 年の発生件数推移は横ばいと報告されているが、子どもたちは 10 年前の 2,550 万人から 150 万人減っているため、実質は増加していると推測される。

また、新潟大学の報告では、約 30 年前と比べて骨折は小学生で 3 倍、中学生で 6 倍増加している。骨折は食生活が悪いからだと一般的に言われるが、実際にデータを見ていくと子どもたちの身長は高く、肉類の摂取量も多く、運動能力が優れている。つまり食生活が悪いために骨質が悪くて骨折しているわけではなく、スポーツ活動の強度及び頻度に影響されているとのことだった。

そこで学校検診が重要となってくる。児童生徒及び幼児の健康診断の法的根拠は昭和 33 年に出された学校保健法で、この法律では、子どもの健康は教育における基礎だとして、増進そのものが教育の目的につながるとしている。そして第 4 条、第 6 条に健康診断が挙げられ、施行令の 2 条、規則の 4 条で検診項目が挙げられている。制定時の昭和 33 年には結核によるカリエスの抽出が挙げられていた。昭和 53 年に側弯症の抽出に改正されたが、ここで問題だったのが、それまで四肢、骨、関節の規定がなされていなかったことである。

ここまでの学校保健の流れとしては、昭和 33 年には国民病であった結核、カリエスの抽出、昭和 44 年には筋拘縮症の問題があり注意喚起がなされ、昭和 53 年には側弯症が加わった。四肢については、平成 6 年に体育局長通知の補足事項で「脊柱及び胸郭の検査の際には合わせて骨・関節の異常及び四肢の状態にも注意すること」との文言があるが、この通達があっても具体的な指針が不明で、実効性に乏しいものであった。

日本学校保健会が編集している『学校保健の動向』において、平成 18 年の「骨・脊椎異常等」の項目では「厚生の指標」に基づいて、一応罹患率が出されている。ただ、この「厚生の指標」のもとデータは学校における健康診断のサンプリングデータであるため、胸郭脊柱疾病のデータはあるが、四肢の状態については出されていない。

学校保健法が制定された昭和 33 年当時とは状況が変わっているはずなのに、この脊柱胸郭の異常のみが 1% 未満ということであった。定期の健康診断が小児の運動器疾患の罹患を的確に表しているとは言いがたい。一方、日本スポーツ振興センターのデータはあくまでも学校で起こった災害性のものを対象としているので、それ以外のものが含まれていない。

平成 21 年 4 月から学校保健法が学校保健安全法に改正された。本法では学校保健の安全の充実、食に関する指導、学校設置者の責任規定が加えられ、学校保健は養護教諭を中心として、関係職員と連携した保健指導、地域の医療機関との連携など、法律上は学校保健に対して行政がさらに厳密化を図ったことが伺える。

少子超高齢化社会の到来の中、相反する体格と運動能力、子どもたちの運動不足・運動過多への二極化の中、この現状に即さない学校健診が行われた一方で、行政は学校保健安全法の制定でさらに厳密化しているにもかかわらず、現場ではそれを網羅する体系が整えられていなかったというのがそれまでの状況だった。

（2）成長期の運動器疾患・障害の実態

実態について、運動器の 10 年日本委員会「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」の報告をもとに考えたい。これは、平成 17 年から 5,000 人規模の都市の全児童生徒を対象に 49,000 人の小・中・高校生に 3 年間、整形外科医による運動器検診を行った。学校で問診票、整形外科専門医がそれを見て、要検診者を抽出するという、現行の運動器検診と同じような形である。

平成 17 年は 4,898 人、最終的には運動器疾患の罹患推定率が 6.5%、平成 18 年は 6%、平成 19 年は 12.2% と算出された。学年別発生率を見ていくと小・中・高と学年が高くなるにつれて増

加しており、中学校・高校でのスポーツ活動の量、頻度の増加が影響しているのではないかと考えられる。また、罹患部位内訳としては、脊柱、膝、肘の障害が多くを占めている。その内訳は、側弯症のほかにスポーツ障害があり、オスグッド病、腰痛症、野球肘などがあった。平成 18 年のデータで実際に運動部と非運動部を比べると、圧倒的に運動している子どもの方がスポーツ障害が多く、運動とスポーツ障害は関連性が高いことが分かる。

この調査は 3 年間にわたったが、2 年連続で異常があった子どもは 0.1% で 1,000 人に 1 人程度、前年度は正常で次年度異常があったのが 0.2%、初年度は正常だったが、2 年後に異常があったのが 0.3% ということで、運動器検診は継続的な観察が必要だということと、いわゆる事後措置・支援体制がきちんと確立されていないので、どうしても異常のあった子どもがそのまま次の年も異常のままで推移したということがわかる。

2008 年以降は、学校医、養護教諭と連携して問診票をマークシートにすることで学校医の定期健診の判断材料にしてもらうという方針をとった。運動器疾患の有病率は少し低いが 5% 程度で、小・中・高と学年が上がるにつれて増加傾向にあった。疾患の内訳としてはスポーツ障害が側弯症よりも多く、そのほかオスグッド病、野球肘、関節捻挫などがあり、学校医が実施しても実態そのものは同じであった。

従来の学校健診の統計では、運動器に関しては脊柱、胸郭の異常のみ 1% 以下が挙げられており、統計には骨・関節・四肢の状態に関する状態の項目すら挙がっておらずデータがない。

調査結果から言うと、運動器疾患は齲歯や視力低下に次いで看過できない数である。高学年になるほど有病率が高くなり、学校保健統計調査によると全国に 190 万人となっている。スポーツ振興センターのデータは 109 万人だったので、多く見積っても何十万人が見逃されているのではないか。

一方、疾患とは言えないものでも、前屈して床に指がつかない子どもが 3 割、完全にしゃがめない子どもが 1 割存在するということもわかった。体の固い子どもは、運動機能不全といって、このまま運動を行わなければ運動器に障害を招く可能性がある。また、柔軟性を欠く子どもたちはスポーツ障害の発生が優位に高いということが分かっている。

このように、運動の二極化が、運動過多によるスポーツ障害を起こし、一方では運動不足による運動機能低下を招く。どちらも成長期の運動器疾患、障害を起こす危険性をはらんでいる。

(3) 子どもを取り巻く大人の運動器疾患に対する認識の実態

定期健診時の運動器疾患に対する検診について、県下の学校医 358 名を対象としてアンケート調査を行った。4 分の 3 は内科医・小児科医、年齢構成は 40 ～ 60 代、調査は日本医師会の『学校医の手引き』2004 年版で脊柱の視診法、四肢の検診について、「観察していない」、「なんとなく観察している」、「観察している」、のいずれかを選ぶものだった。肋骨隆起や腰部隆起は観察していない先生が結構おられ、動作を伴う項目が実施されていない状況であった。四肢については、変形に対する視診は行われていたが、触診等の動作を行う項目については未実施で、この原因としては多くの学校医が内科専門医なので運動器検診に不慣れであり、また、時間的制約もあるため、結果として、運動器検診が不十分であるということが分かった。

側弯症の見落とし例については、2008 年に脊柱検診を怠り病状が悪化して大阪の学校医が提訴されるということがあったが、私たちが認識しなければならないのは、学校健診での見落としを法で問われる時代になるということである。同様の事例が川崎市でも起こっており、学校医に現場で厳しい負荷がかかっているが、それに対する柔軟な体制が整えられていない実情がある。

養護教諭に対する認識調査についても説明する。全 422 名のうち 417 名から回答いただいた。小学校が半数以上を占め、勤続年数が 30 年以上のベテランの方が多かった。運動器疾患については 9 割が認識しており、側弯症や野球肘、オスグッド病などを十分理解されている。8 割が学校での

骨折やけがが増えていると認識している一方で、その実態を把握しているのは半数にすぎない。運動器疾患に関する児童生徒からの相談は、8 割が経験しているが、約 4 割が困ったと回答し、運動器疾患について学校医あるいは整形外科医に相談したことがあるのは 1 割で、指導者間での連携が不足している。予防についての啓発活動が行われているのは 3 割にすぎず、9 割は現行の定期健診では運動器疾患に対して不十分であると回答した。実際に困っておられる先生の回答では、「知識・啓発活動が足りない」、「予防教育が不足している」といったものがあり、成長に合わない運動指導や環境、連携が悪いということであった。

次に体育主任・スポーツ指導者・保護者に対する認識調査について説明する。体育主任は 30 ～ 40 代がメインで男性がほとんど、スポーツ指導者は 30 ～ 40 代がメインで男性が 8 割、保護者は 30 ～ 40 代が多く、母親の回答が多かった。

運動器を知っている方は 3 割程度で、RICE 療法は保護者のほとんどが知らなかった。骨や筋トレが大人と異なると思っていない保護者が 2 ～ 3 割で、捻挫で骨折を合併することがあるということは保護者の 4 割しか知らなかった。オスグッドは成長痛だから運動を続けてもよいと思っている保護者は 1 割以上、野球肘は手術をすることもあることについては保護者の約 4 割が知らなかった。けがや障害で接骨院を勧めると回答した保護者は 2 割弱、子どもが希望すれば少々障害があってもスポーツは継続させる保護者は半数、最初の病院でスポーツ禁止の診断書が出たら次の病院に行く、という保護者が 4 割であった。また、勝利のためにはスポーツ障害がでるのはやむを得ないと回答したのが、体育主任、スポーツ指導者では 1 割、保護者では 3 割程度であった。このような成績志向的成果主義が子どもたちに対して高い不安や葛藤を起こしている。

一方、学校医に望むこととしては、運動器障害の実態や、治療・予防について教えてほしい、連携をきっちりしてほしいといったこと、整形外科医に望むこととしては、すぐに試合や練習をやめろと言わないで、違うやり方があれば教えてほしいということが挙げられた。そのほか自由記載では、学校医に望むこととして運動器障害の実態や治療、予防方法が全く分からないので、保護者向けに講習会を行ってほしい、けがへの迅速な対応・最適な治療法を教えてほしいといった啓発教育、相談への対応、専門医を紹介してもらえる体制を作ってほしいといった連携体制の構築を希望しているという実態があった。

以上の調査から、保護者、体育主任、スポーツ指導者の運動器疾患に関する認識が必ずしも高くなく、実態への対処に的確性を欠いていると言わざるを得ない。この実態の背景には認識不足や成果主義、情報・連携不足があると考えられる。

（4）運動器検診の実際

成長期の運動器の健康を守る意義は、医学的にこの時期の運動器の健全な発育発達が心肺持久力の向上や脳・精神の発達への寄与、成人期の肥満やメタボリックシンドロームの予防に繋がることなどがある。しかし、運動器疾患・障害の実態は有病率が 1 ～ 2 割で、スポーツ障害や運動機能不全の子どもの出現に対し、それをスクリーニングする検診体制が不十分であるということが浮かび上がった。

平成 20 年に中央教育審議会では「過度な運動・スポーツによる運動器疾患・障害を抱える子どもが見られる状況にある」という答申が出された。これは、次世代の運動器疾患・障害への関心が高まったことを示している。そして、平成 23 年に文部科学省の「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」で、運動器検診の必要性が検討され、平成 24 年に日本医師会学校保健委員会答申でも脊柱側弯症や胸郭部異常を中心とした学校における定期診断を、四肢の骨・関節異常を含めた運動器の検診をする制度に改める必要性が述べられた。

このような経緯で、平成 26 年 4 月に学校保健安全法施行規則の一部改正となった。補足事項では『児童生徒の健康診断マニュアル』を改訂して、追って具体的な検診方法を示すとした。文部科学省の「健康診断の在り方に関する検討会」では、健診の際には保健調査票を活用し、家庭における観察を踏まえた上で、学校がその内容を確認、学

校医が診察するという対応が適当で、異常があった場合は事後措置が求められると提言している。保健調査票は各学校で作成することになっているが、その例を運動器の 10 年日本委員会が作成し、HP からダウンロードできるようになっている。

学校医は、まず側弯症を、四肢の状態については入室の姿勢や歩行に注意を払って、保健調査票のチェックの有無に応じて留意事項を参考に検査をしていく。学業・体育授業に支障があるような疾病・異常がある場合は、結果通知と治療勧告書を渡し、速やかに医療機関で検査を受けるように勧める。保健調査票の 5 項目はそれぞれ大人になっても障害を残してしまう、あるいはその可能性が高い疾患が想定されている。

「背骨が曲がっている」場合は側弯症が疑われる。脊柱側弯症は約 7 割が特発性で原因が分からない。そのうちの 8 割が女子で思春期に起こり、右側の側弯がほとんどである。この側弯の角度によって要検査、要観察、要治療、ひどければ手術を行うこととなる。なぜこの疾患が重要かというと、11 歳以下では痛みがなく 3 倍の速さで進行する危険性があるからで、さらに 50 年以上の長期経過を見ると、背部痛や整容面、心理的問題を抱えている実態がある。ADL 障害が生じる場合は、重度であれば肺性心や心不全をもたらす。よって学校健診で早期発見して早期治療をしなければならない。

側弯症のチェックポイントは①両肩の高さの差、②肩甲骨の高さの差、位置、③ウエストラインの左右差、④前屈テストによる肋骨隆起のチェック 4 点である。

「体を曲げたり反らしたりすると腰に痛みがある」場合は、腰椎分離症を考える。脊椎との連結部が疲労骨折を起こすもので、腰をまわすような運動、野球や柔道などひねり動作を繰り返すことで、痛みを訴える。特に反らして痛いという子どもは分離症を疑う。

また、前屈して痛い、足が痺れるといった場合は、椎間板ヘルニアを疑う。椎間板が飛び出て神経を圧迫するものである。ヘルニアは保存的療法がメインなので、見つかってすぐ手術ということではないが、必ず整形外科医を紹介する。

上肢や膝に痛みや動きの悪いところがある場合、上肢では野球肩・野球肘、膝ではオスグッド病を疑う。野球肩は投球動作を繰り返し行うことによる上腕骨位端線で生じる一種の疲労骨折である。別名リトルリーグ肩とも言い、投球動作の中止によって 2 ～ 3 か月でくっついてくる。野球肘は投球動作で生じる肘の痛みで、10 歳くらいの子どもは軟骨がはがれることが多く、高校生くらいでは内側の靭帯損傷が多い。

体が固いということも多い。肘関節だけでなく、肩や肩甲骨、股関節が固いために肘にストレスが大きくかかりやすい。子どもたちは体が出来上がっておらず、体幹が上手く回せず肘で止めて早くボールを投げようとするため、肘に力が加わる。こういった子どもたちには単に肘だけでなく、股関節や体の固さについてもチェックをする必要がある。

オスグッド病の要因は、膝蓋腱にくっついているところがまだ軟骨なのでひっぱられて痛くなる。比較的早く診断がつきやすいが、問題なのは骨肉腫が 10 万人に 1 人いることである。よく膝が痛いということで、成長痛やオスグッド病だと安易に診断してしまわないようにしなければならない。怪しい場合には整形外科に必ず受診を勧めるべきである。

疲労骨折はよくマラソンランナーに起こるが、本当の疲労骨折はパキンと折れてしまって手術をしなければならないこともある。

片足立ちができない場合は股関節の疾患が主だが、発育性股関節形成不全、脱臼しないまでも受け皿や膝の状態で痛みがでてくる子どもがいる。新生児の場合は装具があるが、幼児期には手術が必要な場合もある。乳児健診、幼児健診で多くがひっかかるが、それをすり抜けた子どもたちも中にはいるので気を付けていただきたい。

事後措置については、運動器の 10 年日本委員会 HP で「親子のための運動器相談サイト」のリーフレットがダウンロードできるので、養護教諭に活用いただきたい。異常があった場合は、結果と保健調査票のコピーを渡して速やかに医療機関を受診するよう勧める。治療勧告書の例も HP に掲載しているのでご活用いただきたい。

側弯症に対する 4 つのチェック項目の中では前屈テストが最も重要である。そして、背骨が曲がっている、ウエストラインに左右差がある場合は受診を勧める。屈曲時に痛い場合はヘルニア、腰椎分離症の疑いがあり、痛みがあって日常生活や運動に支障がある場合も、整形外科の受診を勧める。痛みはあるが支障がない場合は経過観察といった形で分けている。動かすと痛みがあり、運動時に強い痛み、支障ある場合は整形外科へ、軽い痛みの場合は経過観察とする。

それから動きが悪い、わずかな可動域の制限は経過観察、はっきりとした可動域制限がある場合は整形外科を受診、また左右差が 5 度以上ある場合や完全に伸びない場合も整形外科受診を勧める。片足立ちが 5 秒以上できない、痛みがある場合は整形外科受診、痛みがない場合は必ずしも受診する必要はない。しゃがみこみは、しゃがめなくて運動時痛があれば整形外科へ受診を勧め、固くて運動時痛がない場合は経過観察とする。

以上の診断基準や疾患の詳細は、運動器の 10 年日本委員会 HP に掲載されている「学校での運動器検診お役立ちコンテンツ」を参考にしていただきたい。

以前、日本学校保健会が重視していた、学校医、養護教諭向けの『運動器疾患・障害の手引き』は、運動器の 10 年日本委員会 HP から 1 冊 300 円で購入できるので参考にしていただければ幸いである。

また、からだの固い子どもたちをどうするかという問題については、原因が運動不足だけではなく、偏った運動、スポーツによって生じる場合もある。そこで私たちは検診だけでなく、今、島根県内の離島や中山間地域に行って、正しいコンディションの整え方やストレッチの仕方などの運動指導をしている。

子どもたちの心の問題はカウンセラーが対応するが、将来的にはいわゆるスクールトレーナー制度（運動器についても理学療法士など国家資格を持った者が学校に行って運動指導あるいは教育をするようなシステム）の構築を運動器の 10 年日本委員会で少しずつ検討しているところである。

（報告：舩津　浩彦）

2. 学校保健の動向について

日本医師会常任理事　道永　麻里

（1）平成 26・27 年度日本医師会学校保健委員会の答申について

会長諮問は「児童生徒等の健康支援の仕組みの更なる検討」で、諮問の背景には最近の学校保健を取り巻く環境の変化がある。第一に学校保健安全法施行規則の改正により、保健調査票が原則、毎年提出となり、既存の学校医のみでは対処が困難な問題が増加する可能性があること。第二に地方教育行政法の改正により教育行政の仕組みが変わり、行政・学校・学校医のかかわり方が変わる可能性があること。第三に文部科学省の外局としてスポーツ庁が設置され、学校保健の所管が保健分野は文部科学省、体育分野はスポーツ庁に分かれ、学校保健全体の取組みが影響を受けるおそれがあることである。児童生徒の健康を守るため、関係者が学校保健の仕組みを構築する必要がある。

そこで、児童生徒等の健康支援にあたって、文部科学省→都道府県教育委員会→郡市教育委員会→各学校という流れと、日医→都道府県医師会→郡市区医師会→各学校という流れの両方を繋ぐ仕組みを構築すべきというのが学校保健委員会の提言である。

この両方の流れを繋ぐ仕組みを「支援組織」と呼んでいるが、これは新たに作るものではなく、都道府県の学校保健委員会ないしは教育委員会や都道府県医師会が担うなど、地域の実情に合わせて決めるものだと考えている。支援組織に運営協議会設置とあるが、これも現在ある会議に当てはめるなど現在ある仕組みで対応する、というのが根底の考え方で、この支援組織が専門医の登録・活用も担っていただければと思っている。また、支援組織の枠組みは都道府県と郡市区で異なる場合、関係者でよく話し合って連携体制を構築すべきである、と提言されている。

さらに、仕組みを構築した上で、学校医活動の活性化が大切である。学校医は健康診断のときだけでなく、学校訪問し、学校の実態を把握することが必要である。この答申では、学校訪問による養護教諭との情報共有、各学校の学校保健委員会への参画により専門家として助言することが必要

であると提言している。

（2）文部科学省への平成 29 年度概算要求要望、政策要望について

文部科学省には、7 つの項目について繰り返し意見交換、要望をしている。

①学校保健総合支援事業の充実

先日の日医代議員会でも、この予算が少ないとのご意見をいただいているが、1 県あたり 100 万円にも満たず、さまざまな課題が出たときに対応する予算としては少なすぎると考えている。文部科学省にはこの事業の恒久化とともに、大幅な予算増額を要望している。さらに、この事業における協議会を、学校保健委員会の提言にある仕組みの中の運営協議会に位置付けるべきと文部科学省に提言している。

②がんの教育総合支援事業

この事業で重要なことは、自らの健康を適切に管理するとともに、がん予防や早期発見につながる行動変容を促すことにあり、そのためには児童生徒の健康教育の充実を図ることが大切だと思っている。文部科学省の「『がん教育』の在り方に関する検討会」に参画してきたが、検討会を踏まえ、文部科学省から「外部講師を用いたがん教育ガイドライン」が出されている。都道府県医師会にも通知したが、詳しい教材は文科省の HP をご覧いただきたい。学校での健康教育には専門的な解説は必要とされていないので、学校の様子が分かっている学校医の先生に是非とも外部講師をしていただければと思っている。

一方、教育内容ももちろん重要で、がん教育を推進する協議会がきちんと構築される必要がある。文部科学省から仕組みとして 4 つのパターンが例示されており、都道府県医師会においては、各都道府県の実態に合わせて教育委員会と一緒に仕組みを構築いただきたい。

この「協議会」については、8 月はじめに文部科学省主催で行われた「がんの教育総合支援事業」の成果報告会でモデル地域 2 か所の紹介があった。今回報告があったのは、群馬県と茨城県で、それぞれ三師会が協議メンバーに加わっている。教育委員会と連携してがん教育の仕組みを構築するとともに、これを機に健康管理全般に対処できる仕組みの構築を進めていただきたい。

③アレルギー対策の充実

これまでも文部科学省は地区医師会、教育委員会、専門医の連携を推進しているが、引き続き体制強化のための予算を要望している。

最近の動きとしては、昨年 12 月にアレルギー疾患対策基本法が施行されている。医師はアレルギー対策に協力する努力義務があること、学校関係者はアレルギー疾患を有する児童生徒に対し、医療、福祉、教育的配慮の努力義務があることが法律に明記されている。取組み自体が変わるわけではないが、法律施行を機に改めてアレルギー対策に取り組んでいただくようお願いする。

アレルギー疾患関連のツールは、文部科学省のホームページにエピペンの使用等の動画がいくつもあり、わかりやすい内容になっているので参考にしていただければと思う。

④ネット依存といじめ防止対策

ネット依存とそれに伴ういじめの問題は増加している。日医では 7 月に日本小児連絡協議会と共催で「スマホ時代を賢く生きる」というパネルディスカッションを行い、学校医、養護教諭、保護者が集まり情報共有を行うことができた。パネルディスカッションでは、日本小児連絡協議会の提言が紹介されたが、この提言は保護者向け、学校向け、医療関係者向け、子ども向け、事業者向け及び研究者向けに分かれている。提言にあるように、学校医の先生方には学校での情報モラル教育の推進にあたり ICT の使い過ぎによる健康被害の問題を健康教育の場面などで講話していただいたり、健康被害があればしかるべき治療を受けるよう働きかけていただきたいと思う。

⑤学校健診の充実

四肢の状態の検診が追加されたことにより学校医、養護教諭の負担が増えると予測されるため、それを軽減するための財政措置を要望している。

文部科学省も非常に問題意識を持っており、現在各学校に対して四肢の状態の検診や成長曲線に関する調査を実施中である。また、日医も学校医の調査について要請を受けているため、準備ができ次第ご案内するのでご協力をお願いする。２つの調査結果を総合して、四肢の状態を含めた健康診断全体のあり方についての方向性を示したいと考えている。

なお、運動器検診に関しては、日本臨床整形外科学会が運動器検診の動画「運動器検診マニュアルビデオ」を作成している。

⑥特別支援学校への医療的ケアの充実

医療技術の進歩で、これまで学校に通うことができなかった子どもが通学できるようになり、現在、特別支援学校だけで8,000人近くの子どもが医療的ケアを受けながら学校生活を送っている。今後は一般の学校でも医療的ケアが必要な子どもが増えてくることが予想されるが、痰の吸引や経管栄養等の医療的ケアは教職員で行うことができないため、看護師を配置する必要がある。

4月に障害者差別解消法が施行されたことで、障害がある方にできる限り通学してもらう動きが広がることが予想される。看護師のさらなる拡充が必要であるとして予算要望を行っている。

⑦教職員のメンタルヘルス対策の充実

教職員のメンタルヘルスは社会的な問題となっている。学校医が児童生徒と教職員の健康管理の両方を担うより、それぞれに医師を配置して適切なケアを配置することが求められている。特に、ストレスチェック後の面接指導を担当すると、休業の要否や職場環境に関する意見を学校に述べる場面もあるので重い業務となる。

日医は昨年12月のストレスチェック制度施行を踏まえ、教職員のメンタルヘルス充実のために教育委員会に産業医、保健師などを置き、ストレスチェックを実施するよう、体制面、予算面で措置することを提案している。その結果、文科省からは教職員に対するストレスチェック関係経費について新規に県と市に対し、平成28年度から地方財政措置が講じられることになったと説明を受けている。ストレスチェック制度導入を契機に教育委員会が教職員の健康管理をしっかりと行うことが求められている。

（３）産業医・学校医等の医師活動賠償責任保険について

学校医の責任が年々大きくなっており、先生方に安心して学校医活動に取り組んでいただくために医師活動賠償責任保険を作り、この７月から販売を行っている。日本医師会Ａ会員が対象で、日医医賠責特約保険に特約として自動付帯されているので特別な手続きは不要である。学校活動の責任は教育委員会と学校にあるが、たとえば健康教育など医療行為以外の学校医活動に起因して、学校医が直接訴えられる場合の備えとなっている。

（４）第47回全国学校保健・学校医大会について

今年度は北海道札幌市で10月29日に開催するので、ぜひ参加をお願いしたい。

（報告：濱本　史明）

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
ＴＥＬ 0836(34)3424　ＦＡＸ 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 28 年度 第 2 回 郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会

と　き　平成 28 年 9 月 29 日（木）17：30 ～ 19：00

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事　沖中　芳彦]

平成 28 年度第 1 回の郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会が 6 月 2 日に開催され、その際、看護学校側より、現在の深刻な課題を改善するには県下すべての医師会が「オール山口」で問題を共有すべきとのご意見をいただいた。その後、県医理事会で今後の協議会の運営方法を協議し、9 月 29 日に看護学院（校）を運営していない郡市医師会にもご出席いただいて、第 2 回の同会議を開催した。

開会挨拶

河村会長　看護学校の問題は、昨年暮頃から頭にあり、いろいろと考えているが、なかなか進まない。今年度の助成金の件で県から来られ、最初の話では 20％カットであったが、それでは大変なことになるので、持ち帰っていただき、現在は昨年度並になっていると思う。さらにショックであったのは、9 月 24 日（土）に開催された中国四国医師会連合総会で、香川県から、医療介護総合確保基金を利用してのことと思うが、看護学校を 2 つ新築し、1 つを改築したという発言があった。これは国の予算が 3 分の 2 で、県の予算が 3 分の 1 であるが、その 3 分の 1 がないと、この計画は成り立たない。山口県でも何とかそのような方向にもっていっていただけるように、9 月に医師会内にワーキングチームを作り検討している。この問題は現在のことではなく、将来の山口県の医療をどう考えるかという問題であり、遠い未来ではなく、2 ～ 3 年先には医師会としての方向性をきちんと確立して行動しなければならない状況であると思っている。

本協議会開催に至った経緯について

加藤常任理事　看護学校の経営に関しては財政基盤が強くない。さらに教員不足、学生の応募者の減少、実習施設の確保困難、実習費の高騰など、問題が山積している。本年 2 月の郡市医師会長会議で、厚狭郡医師会の河村会長から、助成を十分に行ってほしいとの要望があったが、看護学校を有している郡市だけではこれらの問題に対応できないのではないかとの意見も出た。6 月の第 1 回の本協議会で、防府医師会から、看護学校のない郡市医師会の方々にも山口県全体の看護学校が置かれている状況を知っていただいて対応してほしいとの要望があった。看護学校の卒業生がその郡市外で勤務している実態もあるため、県内の医師会全体で対応していこうということで、協議会でそのような要請があったことを理事会で説明したところ、早く解決する必要があるため、来年度まで持ち越すのではなく、本日、第 2 回を開催する運びとなった。

報告事項

1. 日本医師会医療関係者検討委員会について

前 日医医療関係者検討委員会委員
防府看護専門学校参与　内平　信子

山本一成 看護学校長の前に 9 年間学校長を務めていたが、看護学校の存続には非常に危機感をもっていた。最近は看護職員の需要が増えてきて、それに供給が追いつかない状況であり、山口県の医療・看護の課題に対して医師会がもっと対策を講じなければならないのではないかということを心配していたため、本日このような会が開催されたことを嬉しく思う。

平成 26・27 年度医療関係者検討委員会報告書

について報告する。平成 26 年に横倉日医会長から、「地域包括ケアシステムにおける多職種連携について～多職種の役割をいかに引き出すか～」について諮問を受けた。これに対し 2 年間にわたり検討を重ね、報告書を取りまとめた。報告書は大きく 2 つの部分から成っている。まず「地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進について」、次いで「2025 年に向けた看護職員の確保について」である。本日は、看護職員の確保の部分について説明する。

(1) 看護職員養成の現状

平成 26 年現在、看護師は約 108.7 万人、准看護師は約 34 万人が就業している。看護師の就業者数は増えている一方で、准看護師の就業者数は減少している。平成 10 年ごろから、准看護師養成停止運動が起こり、それを背景に准看護師課程の専任教員の増員やカリキュラム時間数の増加など、指定規則の改正が行われ、准看護師養成所は著しく減少した。その後も補助金の減額、専任教員や実習施設の確保困難などにより閉校が続き、26 年度の卒業生は 9,843 人で、平成元年に比べ 2 万人以上も減少している。また、准看護師養成所の減少に伴い看護師 2 年課程も減少している。一方、看護大学は急増しているが、その卒業生の県内就業率は 4 ～ 6 割にとどまっている。このような状況の中で、2025 年に向けて約 200 万人程度の看護職員（保健師、助産師を含む）が必要になると推計されており、十数万人が不足する見込みである。

(2) 医師会立看護師・准看護師養成所が果たしている役割

1）地域に密着した看護職員の養成

山口県では、平成 26 年 3 月の大学卒業の看護師の県内就業率は 41.4％である。県医師会の資料によると、同年 4 月現在で医師会立看護師養成所の卒業生のうち 78.1％が県内に就業している。准看護師に関しては、准看護師として県内に就業、あるいは県内に就業しながらの進学者を併せると、卒業生の 89.3％が何らかのかたちで県内で就業していることになる。

2）看護師等養成所運営費補助金について

平成 26 年度の山口県からの「養成所 1 か所あたり」の補助基準額は、通信制看護師 2 年課程に最も手厚く、以下、全日制看護師 3 年課程、全日制看護師 2 年課程、定時制看護師 2 年課程、准看護師課程の順であり、医師会立看護学校は冷

出席者

郡市

熊毛郡	会長	斉藤　良明	萩市	担当理事	村田洋一郎
吉南	担当理事	岡村　均	萩市	教務主任	中村登志子
吉南	教務主任	永堀ひろ子	徳山	副会長	香田　和宏
厚狭郡	担当理事	長谷川朋美	徳山	教務部長	西岡　茂子
厚狭郡	教務主任	前田　和子	防府	学校長	山本　一成
下関市	学校長	宮﨑　誠	防府	学校参与	内平　信子
下関市	教務部長	西村　容子	防府	教務主任	安光　延枝
下関市	教務主任	城後　幸恵	防府	教務主任	清水　三幸
下関市	教務主任	中司　冷子	下松	副会長	山下　弘巳
宇部市	担当理事	横山　一雄	小野田	会長	西村　公一
宇部市	教務主任	奥　由美	光市	理事	井上　祐介
宇部市	教務主任	山田佐智子	柳井	担当理事	吉浦　宏治
山口市	副会長	近藤　修	長門市	会長	友近　康明

山口県健康福祉部

医療政策課看護指導班

主幹	酒井　恵子	
主任	坂田　浩明	

山口県医師会

会長	河村　康明	
副会長	吉本　正博	
専務理事	林　弘人	
常任理事	加藤　智栄	
常任理事	今村　孝子	
常任理事	沖中　芳彦	
理事	舩津　浩彦	
理事	前川　恭子	

遇されている。各都道府県においては、養成所に対する補助金（基準額）の格差を是正するとともに、地元定着率の高い養成所に対する加算を設けるなど、地域の看護職員の確保に貢献している養成所に対する支援を強化すべきである。

3）社会人等の受け入れと看護師・准看護師課程の多様性

少子化が進む中で、高校新卒者だけに頼っていては超高齢社会を支える看護・介護人材の確保は望めない。社会人経験者等で、経済的な理由で働きながら資格取得を希望する者にとっては、准看護師課程の存在が資格取得への後押しとなっている。准看護師課程は看護師への第一歩としての役割も果たしており、今後も看護職への門戸は広く開いておくべきである。

（3）地域包括ケアにおける准看護師の活用について

看護師のみならず約 34 万人を占める准看護師も、今日の地域医療、特に診療所や中小病院、精神科病院等を支える重要な担い手である。しかしながら適正な評価がなされないまま、診療報酬体系の見直しや准看護師養成所に対する補助金の減額等が行われ、准看護師を巡る情勢は厳しくなってきている。准看護師がもっと活用されなければ、2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していくことは困難と考えられる。

「さらなる在宅医療等の推進」のため、ある条件下では准看護師が自分の判断で実施できる行為が定められることが必須ではないだろうか。そのためには、看護行為の範囲において准看護師が担う業務を明確に示し、看護師の業務との整合性をとることが一つの具体策と思われるということを提議した。保健師助産師看護師法第 5 条で、准看護師は、「医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」とされているが、実際の医療現場では、看護師も准看護師も同じ仕事をしている場面が多い。現在、准看護師が現場で行っている業務範囲を限定・縮小することではなく、新たな時代に向け、准看護師の位置付けを高め、活躍の場を広げてはどうかとの提言である。

（4）医師会立看護師・准看護師養成所の課題と対策

1）専任教員の確保

専任教員の確保は学校の運営を左右する大きな問題の一つであるため、専任教員養成講習会開催についての改善を是非お願いしたい。同講習会を受講人数が集まらないことなどを理由に、なかなか開催していただけないため、その解決策として、受講期間の短縮を検討すべきではないか。現行、8 か月間以上の長期間受講になっているが、受講する教員のために他の教員が仕事をカバーしなければならないなど、学校に多大な負担がかかっている。また、ｅラーニングの活用も進めていただきたい。これも再三、県にはお願いしているが、ｅラーニングの活用とともに、単位制を導入し、8 か月間連続ではなく、分割受講できるような制度も検討していただきたい。それにより看護教員の養成が容易になる。行政においては、現場で働く看護師に対して看護教員への道を紹介し、同講習会の受講者を増やす努力をしていただきたい。現状ではほとんどの学校で、教員として採用された後に同講習会を受講しているが、現場の看護師が事前に受講を済ませていると、看護学校における教員の採用や運営がより改善されると思われる。

2）実習施設の確保

①実習指導者講習会の改善

実習には実習指導者の配置が必要であるため、実習施設を増やすには、病院側で実習指導者講習会を受講した看護師の確保が必要である。したがって、カリキュラムの内容を精査し、病院側が受講しやすい形にすべきである。実習指導者達は、既に看護師であるため、講習を受けなくてもスキルは身につけているので、ｅラーニングを導入し、1 ～ 2 日のスクリーニングを受けることにすれば、講習会は大幅に改善されると思われる。

②実習施設の謝金の問題

近年、山口県でも、実習施設から実習謝金の値上げを要請されるケースが増えている。看護系大学や私立全日制看護学校が支払う実習謝金が高額であるため、医師会立養成所への謝金値上げ要求につながっていると思われる。実習施設側の言

い分は、多数の看護学校からの実習を受けている中で医師会立の看護学校の実習謝金のみを低くする理由はないため、どの学校にも一律の実習費を支払ってほしいというものである。学校側は弱い立場であり、実習施設の要求を受け入れなければ大切な総合病院での実習を失うのではないかという不安を常に抱えている。しかし、医師会立養成所は、地域の看護職員を確保するため、医師会本体からの繰り入れを行い、講師もほとんどボランティアのような形で協力している状況である。看護大学や私立全日制看護学校のように高額な学費を取っているわけでもない。医師会立養成所が果たしている公益性は考慮されるべきである。国・都道府県は医師会が看護職員を養成していることに対して感謝し、もっと支援すべきではないか。

(5) 看護師 2 年課程通信制の入学要件の見直しについて

本県にも看護師 2 年課程通信制が 1 校ある。現状では准看護師としての「業務経験年数 10 年以上」が通信制の入学要件であるが、平成 30 年 4 月 1 日から「7 年以上」に短縮されることとなった。しかも、その後、入学要件における業務経験年数を「5 年以上」とすることを含めて検討するという一文も追加され、施行後 3 年を目途に必要な見直しを行うとされている。この点は注視し、「5 年以上」となることを阻止すべく情報を収集し準備をしておかなければならない。

おわりに

地域の看護職員確保のために、地域に根ざした医師会立看護師・准看護師養成所が果たす役割は大きく、改めて医師会立看護師・准看護師養成所の地域医療への貢献度を評価し、財政その他を含めた支援が行われるべきである。また、今期委員会では、地域包括ケアシステムにおける准看護師の活用として、准看護師の業務について一歩踏み込んだ提言をした。すなわち、看護師と准看護師の業務分担を明確化し、准看護師が医師や看護師の監督下又は包括的指示の下に自分の判断で実施できる行為を明らかにすることで、地域包括ケアシステムにおいて、より准看護師が活躍できる環境を整えることができると考える。

関連記事として当会報 7 月号の 588 ページを参照されたい。また、この報告書は日本医師会 HP より PDF 形式でダウンロードできる。

2. 第 47 回中四九地区看護学校協議会について

沖中　本年 8 月 20 日（土）、21 日（日）に、徳島県立総合看護学校の担当により、徳島市で開催された。同協議会の報告記事は当会報 10 月号 849 ～ 866 頁に掲載している。

協議事項

1. 県内の看護職員養成について

(1) 平成 28 年度看護学院（校）に関する基本調査の報告

沖中　当会が毎年 4 月に行っている調査であるが、平成 28 年 4 月 20 日現在の状況について説明する。

各学校の定員に対して、それを上回る受験者数があるが、入学者は合格者を下回り、定員に対する入学者は、准看護科では約 6.5％減、看護師 2 年課程、3 年課程でもそれぞれ約 3.5％、13％減となっており、いずれも定員を満たしておらず、応募者自体も年々減少傾向にある。

27 年度の卒業生の状況は、准看護師科では約 40％が就業し、そのほとんどが県内で就業している。進学は約 50％である。卒業したが就業していない人や看護職以外に就職した人が 20 名以上存在する。看護師科では、卒業生の約 93％が就業し、そのうち約 89％が県内で就業している。

その他、生徒数、生徒の所属状況、28 年度校納金、国家試験・准看護師試験の合格状況、実習謝金、講師謝金、国・県以外からの補助金・助成金等のデータが纏められている。

(2) 平成 28 年度山口県看護職員確保対策事業の説明

山口県健康福祉部医療政策課看護指導班　坂田浩明 主任　県の政策の運営指針としている「元気創出やまぐち！未来開拓チャレンジプラン」の「安心・安全確保戦略 安心の保健・医療・介護充実プロジェクト」の中で、重点施策として、「医師や看護師等の確保・育成」に位置づけて実施して

いる。

看護職員確保対策関連事業は大きく 3 つの分野（①養成支援、②確保促進、③資質向上）に分けて実施している。

1. 養成支援対策

（1）看護師等養成事業：看護教育の内容を充実させ、看護師等の資質の向上を図るため、養成所に対して、教員経費、生徒経費、実習施設謝金等の運営費の補助を行う。

（2）准看護師試験実施事業：准看護師免許を受けるための資格試験を、厚生労働大臣の基準により実施する。

（3）経済連携協定に基づく外国人看護師候補者就労支援事業：経済連携協定（EPA）に基づき、インドネシア又はフィリピンから看護師候補者を受け入れている施設に対して、研修指導経費や日本語研修に関わる経費を支援し、資格取得及び就労を支援する。

2. 確保促進対策

（1）看護師等修学資金貸与事業：県内の診療所等において、看護業務に従事しようとする看護師等養成施設に在学する者に対し、修学上必要な資金を貸与する。県内の対象施設（200 床未満の病院又は診療所等）で 5 年間看護業務に従事した場合、返還が免除される。

（2）看護職員確保促進事業：看護職員の確保を図るため、潜在看護職員の再就業支援や、次世代の看護の担い手への啓発、認定看護師等専門性の高い看護師の育成支援等を実施する。

ア　やまぐちナースネット事業：看護に係る総合情報サイトにより、看護の魅力、県政情報、県内病院等の情報をホームページ及びメールマガジンにより発信することで、看護職・県内病院等への興味や関心を高め、県内就業の促進を図る。

イ　プレナース発掘事業：中高校生など若年層を対象に看護の普及啓発を行うことで、看護についての興味や関心を高め、次世代の看護職員を掘り起こす。

（ア）看護 PR リーフレットの作成・配付（配付先：県内中学、高等学校及び関係団体）

（イ）病院での看護体験、看護職員との交流等の 1 日ナース体験の実施

（ウ）進路ガイダンス、看護技術演習等の看護フェアの実施（2 回開催）

ウ　認定看護師課程派遣助成事業：対象となる分野に係る認定看護師養成課程の費用を助成する。対象分野は①がん分野、②感染管理、③在宅関連、④認知症。

エ　訪問看護師育成支援事業：職位に応じた研修の実施等により、訪問看護師を育成し、以て訪問看護師の確保を図る。

オ　看護職員就労定着支援事業：勤務環境や教育体制の改善に関する研修や相談支援等を実施し、看護職員が働きやすい勤務環境を整備することにより、看護職員の資質向上及び確保定着を図る。

カ　ナースセンター事業：山口県看護協会内にあるナースセンターに委託している事業。離職者・未就業者への届出サポートや、再就業コーディネーターの配置、「再チャレンジ研修」開催等により、再就業支援の強化を図る。

（ア）ナースセンター運営協議会の設置

（イ）就業支援サポーターの配置

（ウ）演習器材の貸出

（エ）離職者や未就業者への届出サポート

（オ）「再チャレンジ研修」の開催：復職に必要な看護の知識・技術習得のための研修を実施

（カ）再就業コーディネーターの配置

（キ）無料職業紹介

（3）医療勤務環境改善支援事業：医療機関における勤務環境改善への支援の拠点となる「医療勤務環境改善支援センター」の設置等により、医師・看護師等の離職防止や医療安全の確保を図る。

ア　医療勤務環境改善支援センターの設置：労務管理や医業分野の専門家による助言を行う。勤務環境改善に関する研修を実施する、等。

イ　病院職員の子育てサポート：病院内保育所の設置者に対して、運営費（保育師等人件費）及び施設整備費を補助することにより、職員の離職防止及び再就職を促進する。

（4）病院内保育所共同利用促進事業（平成 28 年

度新規事業）：中小病院に勤務する職員の離職防止及び再就職の促進を図るため、（自施設ではなく他施設の病院に勤務する職員の子どもを預かる）共同利用型の病院内保育所設置に係る施設・設備整備費や運営費を補助する。
（5）看護職員確保定着施設整備事業：看護職員等の勤務環境を改善し、看護職員の確保・定着を図るため、その施設整備に要する工事費を助成する。

3. 資質向上対策

（1）新人看護職員研修事業：新人看護職員が臨床研修を受けられる体制を構築するための支援を行い、看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止等を図る。新人看護職員研修、医療機関受入研修、研修責任者研修、教育担当者研修、実地指導者研修、新人助産師合同研修の 6 研修に対する支援。
（2）助産実践能力向上事業：正常分娩・正常妊娠について、医師との連携のもと自己の責任と判断で独自に扱うことができる助産師の専門性を高めるため、新任期から中堅期における助産師の助産実践能力の向上を図ることを目的とした研修を行う。
（3）看護教員養成講習会：看護職員の養成に携わる者に対して、必要な知識及び技術を習得させるための研修を開催することにより、看護教員の充実を図る。
（4）実習指導強化推進事業：看護師等学校養成所の実習病院の実習指導者と養成施設の看護教員との連携を強化し、実習指導の充実を推進することにより、看護学生の県内就業･定着を促進する。実習指導者養成講習会、実習指導者と看護教員の相互研修、臨地実習に関するアドバイザーの派遣を行う。

内平参与（防府看護専門学校）　プレナース発掘事業について、看護学校においてオープンキャンパスとして中高生に対して進路ガイダンスや 1 日ナース体験等を行った場合、予算補助の対象となるか。
酒井主幹（山口県医療政策課）　補助の対象にはならない。この事業は山口県看護協会に委託しており、ブロックごとの持ち回りで看護フェアを開催するものである。
内平参与　補助の対象を拡大する予定はないか。当校では潜在看護職員に対する研修や現役看護職員に対するスキルアップ研修を行っていたが、費用がかかりすぎるため 27 年度はできなかった。看護職員を増やさなければならないという危機感をお持ちであれば、看護学校で実施するそのような事業に対して、県から補助をしていただけないものか。
酒井主幹　予算に反映できるかどうか、持ち帰って検討したい。
内平参与　看護教員養成講習会について、今年は実施されているが、受講者は何名か。
酒井主幹　18 名である。
内平参与　県としては、受講者数にかかわらず、隔年等、定期的に開催するよう予算立てする予定はないか。
酒井主幹　受講希望を確認し、定員に満たない場合、委託先に受けていただけない。今のところ、受講希望者数により開催するかどうかを決定するという方針にしている。定員は 30 名である。
内平参与　以前は定員が 40 名で、それ以上集まらないと国から予算が下りないという説明であったが、現在は県で、医療介護総合確保基金を用いて行われているので、県の裁量で開催できるのではないか。講習会を定期的に開催していただけると各校としても予定が立てやすいため、定期的かつ受講希望者数が少なくても開催していただくことを是非ともお願いしたい。
加藤常任理事　受講者数が少ないと受入側も難しいと思うが、3 年に 1 回くらいの目途であれば、予定が立てられて､応募者も増えるのではないか。定期的な開催をお願いしたい。

2. 郡市医師会、看護学院（校）からの意見・要望

3 校及び 1 医師会から事前に意見・要望をいただいた。
①宇部看護専門学校　講師派遣や実習施設の確保について、近隣医師会のご協力をお願いしたい。実習施設に突然断られることもあり､困っている。

②防府看護専門学校　医師会立看護学校の問題は、「応募者数の減少、休学・退学者の増加」、「補助金の確保の問題」、「専任教員確保の問題」、「講師・実習施設確保の問題」に集約できる。山口県に対しては、准看護師制度を維持していただくことを前提として要望したい。というのは、神奈川県では准看護師制度を維持しないという県知事の意向で准看護師養成所が今年度に 3 校廃止されたからである。県民の健康と医療を守るために医師会立の看護師養成所は必要であり、補助金なしでは学校が運営できないため、確保と増額を希望する。また、専任教員の確保や講師・実習施設の確保も深刻な問題で、今まで以上にご理解とご支援をお願いしたい。県医師会に対しては、現状で県内の看護職員が充足しているとは思えず、当校が養成を停止すれば、看護職員不足に拍車がかかり、地域医療を守ることもできなくなると考えているが、防府医師会のみでの看護学校の運営に限界を感じているので、県医師会主導の「オール山口」で臨むべく、さらなるバックアップをお願いしたい。

沖中　地域医療を守る立場として具体的かつ効果的な取組みを検討することを目的とした「医師会立看護学校問題ワーキングチーム」を本年 9 月に県医師会内に設置した。運営状況や諸問題を勘案し、県内全医師会を挙げて対応すべき事項などを検討することにしており、今後も、郡市医師会長会議など全郡市医師会で協議できる場にて、看護師養成問題を取り上げる。郡市医師会及び看護師養成所においてもご検討の上、課題・ご要望を引き続き当会にあげていただきたい。

酒井主幹　看護師養成所運営費補助金については、県も厳しい財政状況の中で確保に向けて最大限の努力をしているので、増額は困難と考える。専任教員、講師、実習施設の確保については、医師会立に限らず他の養成所にも共通の課題である。そのため、さまざまな機会をとらえ、看護部長をはじめ病院関係者に学生の受け入れの働きかけを行っていく。

山本校長（防府看護専門学校）　増額は難しくても現状確保を約束してほしい。神奈川県のように准看護師制度廃止になるのではないかという危機感がある。防府医師会の診療所において准看護師の占める割合はほぼ 5 割であることが、先日の調査でわかった。准看護師養成所がなくなると危機的な状況になることは明らかである。

内平参与　補助金に関して、28 年度の養成所 1 か所当たりの補助金額は、通信制看護師 2 年課程 1,700 万円、全日制看護師 3 年課程 1,617 万円、全日制看護師 2 年課程 1,389 万円、定時制看護師 3 年課程 1,213 万円、定時制看護師 2 年課程 1,041 万円、そして准看護師課程は 800 万円となっているが、どのように決めるのか。国庫補助ではなく、基金にて県に権限移譲された事業ではないのか。

坂田主任（県医療政策課）　権限移譲されても、国から、旧国庫補助基準を参考にして単価基準を決めるように文書で示されている。

内平参与　補助金については著しい差別感を抱かなくて済むようにご検討をお願いしたい。

③柳井准看護学院　本年度、養成講習会に 1 名参加し、その代替教員の給与について、県より「地域医療介護総合確保基金」の活用を勧められて申請したところ、認められなかった。また、休学者や退学者が多く、授業料の増額も行っているものの学校の収入源に困っているので、補助金確保をお願いしたい。

酒井主幹　ご要望いただいた件については、現行の看護師等養成所運営費補助金の対象経費になっていて、すべて運営費の中で支援することが可能になっているが、財政難のため補助金増額が困難な状況である。施設整備の補助の要求については、改築にあたるものであれば、看護師等養成所施設整備事業の補助金の対象になるが、施設の維持・修繕・補修になれば、運営費補助の対象経費となる。設備整備事業の対象外となるので、個々にご相談いただければと思う。

④萩市医師会　看護教員の報酬は看護学校によって違いがあるが、統一することはできないものか。

沖中　看護学院（校）は、各郡市医師会が運営しているので、県医師会として統一することは難しいと考える。

村田理事（萩市医師会）　受験者数は減っているのか。また、その原因は何か。減少している（人気がない）ところには補助金は出しにくいのではないか。

内平参与　看護学校の応募者が減少していることについて、当校では准看護師課程の応募者は、いまのところ定員の 2 倍くらいであるが、看護師 2 年課程定時制は非常に少なくなり、40 名の定員に対して 50 名を切る状況である。看護職になりたいという人が減少しており、その理由の一つは少子化である。看護職になりたい人の全体の中でのパーセンテージは以前と比べて変わらないと思うが、少子化で実人数が減っているわけである。また、経済の影響も受ける。経済状況が良いと看護職を選ぶ人が少なくなる。経済が悪くなって企業が人を雇用しなくなれば、准看護師課程で資格が得られるため、とりあえず准看護師を目指そうということになる。実際、リーマンショック時に応募者は増えたが、今は経済が若干よくなってきているので応募者は減少している。看護職は辛く、報われないので、なかなか応募者が増えないということもある。准看護師課程の応募者が増えないと、看護師課程も減少してくる。特に、最近の准看護師課程の入学者はひとり親で子供を抱えた方が多く、准看護師免許だけで子供が養えるため、看護師免許までは不要、つまり進学しないという人が増えている。

山本校長　また、看護師養成が大学教育に移っている。20 年前は大学の定員が数百人だったが、今は大学が 200 校もできて定員が 1 万数千人となったため、新卒者は大学から埋まっていく状態であり、准看護師養成所の受験者が減っている。その上でシングルマザーなど准看護師資格だけ取ればいいという人が来るので、2 年課程の運営はますます厳しくなる。

3. フリーディスカッション

今回の協議会を開催するに当たり、県内の医師会立看護学校 8 校及びそれらを運営する医師会に事前アンケートを行った。質問内容は、収支状況から応募者・入学者について、近隣医師会や医療圏との関係について、医師会からの助成について、教員養成講習会の開催や代替教員について、実習施設について等であり、対象の全校・全医師会より回答をいただいた。抱えている課題は共通しており、次の項目が主なものであった。

- 応募者と入学者の減少、休学者や退学者の増加
- 補助金 / 助成金の確保
- 看護教員養成講習会のあり方と、受講の際の代替教員の確保
- 実習施設や謝金、講師の確保

沖中　本日、第 2 回の協議会を開催した目的の一つは、看護学校を運営していない郡市医師会の方々にも参加していただき、現状のご理解と「オール山口」としての協力をお願いしたいということであるが、この点については如何か。

西村会長（小野田医師会）　この問題は十数年前からあり、要望も行ってきたが、いまだに改善されていない。小野田医師会は准看護師養成をやめている。同じ山陽小野田市に厚狭郡医師会があるが、運営は厳しい状態であるとのことで、そのため、講師の依頼が小野田医師会にあり、脳外科、小児科、内科について講師派遣の協力をしている。運営費をお互いにやりくりできないかという話があったが、検討課題としている。「オール山口」で人的・財政的に一緒になって看護師養成問題を考えていくべきと感じた。

内平参与　「山口県内の保健師・助産師及び看護師学校養成所の概要」の中に、「山口県内の看護師等学校養成所所在図」があり、准看護師養成所と看護師養成所 2 年課程の所在地が分かりやすく示されている。どの地域にどのような養成施設があるかを知っていただき、近隣での協力を議論する上での参考にしていただきたい。各郡市医師会・看護学校のアンケート調査結果を見て「オール山口」としてできることを考えると、財政的なことは最も難しいと思うが、講師や専任教員、実習施設を近隣郡市で協力し合うこと、また、学生募集の際にポスターやチラシの配布などで協力するなど、比較的行いやすいところから始めたらい

いと思う。

西村教務部長（下関看護専門学校）　看護師はやりがいのある素晴らしい仕事であり、さまざまな問題を抱えてはいるが、学校や医師会を挙げて取り組めることが何かあるのではないか。山口県は人口あたりの看護師養成数が全国で２番か３番に多いにもかかわらず、県内定着率がワースト３に入っている。学校と病院の連携を強固にする対策を考えるべきではないか。

河村会長　看護師の流出は全国的な問題である。例えば九州の看護師はほとんど福岡に流れていくそうである。その意味では准看護師は県内就業率が高いため、養成が必要である。一つのことを行うのに二制度あり、看護師は国家資格であるが、准看護師は県の検定であり、その点は気の毒に思う。県内の看護学校で循環器の講師をしていたが、県医師会の仕事が忙しくなって講師が続けられなくなった時、私の空いた穴を埋めるのは看護教員とのことであった。講義など医師ができるところは近隣の医師で助け合うのが、われわれ医師会のできることかと思う。

閉会挨拶

吉本副会長　医師会立看護学校が抱えている問題に関しては、毎年開催されている郡市医師会看護学校（院）担当理事・教務主任合同協議会で協議されているが、本日は、看護学校を有していない郡市医師会の代表者にも参加していただき、まず医師会立の看護学校が抱えている問題を理解していただくことと、医師会立看護学院（校）をもっていない郡市医師会も、医師会立看護学院（校）が養成した准看護師や看護師の恩恵を受けているわけだから、何かその手助けができないかを考えていただけたらということで、この会を開催した次第である。またこのような機会をもって取組みを続けていきたい。近隣の郡市医師会で医師会立看護学校に対してどのような協力ができるかを是非考えていただければと思う。

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をご活用ください。

ホッ！これで安心。

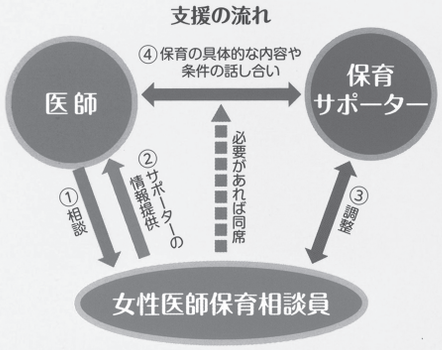
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



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

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

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

山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します！

第 60 回社会保険指導者講習会

「アレルギー疾患のすべて」

と　き　平成 28 年 10 月 5 日・6 日（水・木）　10：00 ～

ところ　日本医師会大講堂

[印象記 : 理事　前川　恭子]

自分の勉強不足は棚に上げ、改めて免疫は面白いと思った。

初日、国立成育医療センター研究所副所長の斎藤博久 先生が、標題の枠を超え、IgE を発見された石坂公成 先生の業績を紹介された。

石坂先生は 1960 年代にアメリカ、デンバーで新しい免疫グロブリンを発見された。スウェーデンで見つかった骨髄腫タンパクと反応し IgE と認められた。世界が IgE を研究するためには、この患者さんの骨髄腫タンパクが必要であった。が、スウェーデンはこれを外に出さず RAST の開発に力を注いだ。後日、アメリカで診断された IgE 骨

10 月 5 日（水）		CC 単位	10 月 6 日（木）		CC 単位
10:00	開会 挨拶 日 本 医 師 会 長 厚生労働省保険局長		10:00	アレルギー性鼻炎・花粉症の診断と治療 大久保公裕（日医大頭頸部感覚器科学 分野教授） 総合討論（10 分）	CC39 1単位
10:10	アレルギー疾患発症のメカニズム （概念・基礎） 斎藤　博久（国立成育医療センター 研究所副所長） 総合討論（10 分）	CC26 1単位			
11:10	薬物アレルギーの診断と治療 山口　正雄（帝京大呼吸器･アレルギー教授） 総合討論（10 分）	CC26 1単位	11:00	口腔アレルギー症候群，ラテックス アレルギーの診断と治療 松永佳世子（藤田保健衛生大アレルギー 疾患対策医療学教授） 総合討論（10 分）	CC26 1単位
	12:10 ～ 12:50　休憩（昼食）			12:00 ～ 12:50　休憩（昼食）	
12:50	アナフィラキシーの診断と治療 中村　陽一（横浜市立みなと赤十字病院 アレルギーセンター長） 総合討論（10 分）	CC16 1単位	12:50	アレルギー性皮膚疾患（アトピー性皮膚炎， 接触性皮膚炎，じんましん）の診断と治療 片山　一朗（阪大皮膚科教授） 総合討論（10 分）	CC26 1単位
13:50	食物アレルギーの診断と治療 海老澤元宏（国立病院機構相模原病院臨床 研究センターアレルギー性 疾患研究部部長） 総合討論（10 分）	CC26 1単位	13:50	アレルギー疾患治療の現状と将来展望 ―対症療法から予防と治癒をめざして 大田　　健（国立病院機構東京病院院長） 総合討論（10 分）	CC26 1単位
	14:50 ～ 15:00　休憩（10 分）			14:50 ～ 15:00　休憩（10 分）	
15:00	小児気管支喘息の診断と治療 荒川　浩一（群馬大小児科教授） 総合討論（10 分）	CC79 1単位	15:00	厚生労働省関係講演	CC6 1単位
16:00	成人気管支喘息の診断と治療 足立　　満（国際医療福祉大臨床医学研究 センター教授／山王病院 アレルギー内科） 総合討論（10 分）	CC79 1単位	16:00	総　括 日本医師会	CC6 0.5単位
17:00	終　了		16:30	終　了	

髄腫の患者さんが血漿 30-40L を提供し、石坂先生はこれを精製し世界の研究者に送った。

RAST を開発した先のスウェーデンの会社は、特許を申請し受理されたのだが、10 年後これを取り下げた。特許申請時に石坂先生の論文を意図的に含めなかったことをアメリカが指摘した故という。この会社はノーベル賞にも関係するといわれる。斎藤先生は、数日前にノーベル賞受賞が決定した大隅先生にも言及されながら、「石坂先生にノーベル賞が授与されなくても、私たちは悲しまない。」とにこやかにおっしゃった。石坂先生ご夫妻の成されたことがノーベル賞級であるのは明白、石坂先生の他の研究者への行動も含め誇りに思われている。胸がスッとした。

さて、今回の講習会の個人的なキーワードは、IL-5、IL-13、IL-33、TSLP、グループ 2 自然リンパ球、好酸球、フェノタイプ、プリックテスト、アニサキス、ラテックスであった。

二日目、藤田保健衛生大アレルギー疾患対策医療学教授の松永佳世子 先生が、天然ゴム製品によるアレルギー反応として、ラテックスアレルギー、ラテックス - フルーツ症候群、ゴム手袋によるアレルギー性接触皮膚炎についてお話された。

ゴムの木の幹につけた傷から流れ出る樹液を、採取・加工し天然ゴムの製品を作る。ゴムの木は、傷つけられたストレスから生体防御タンパク質を大量に出す。製造の過程で、その水溶性タンパク質が丁寧に洗い流されればまだ良いが、安かろう悪かろうで安価なゴム手袋ほどアレルゲンとなるタンパク質が多く残る。

私たち医療者はラテックスアレルギーのハイリスクグループに属する。頻回に処置を受ける患者さんも、手荒れをおこしている介護職員もそうである。

ラテックスアレルゲンに感作されると、類似構造を有する果物のタンパク質に交差反応をおこすことがある。アボカド・バナナ・キウイ・栗などにこのタンパク質があり、モンブランなどでアナフィラキシーをおこした複数の看護師さんの症例が示された。

一緒に働く人たちが、患者さんが、感作されないこと、感作されている場合は増悪させないことがリスク管理につながる。すなわち、可能な限り医療現場でラテックスのないものを使用することである。講演中に紹介された『ラテックスアレルギー安全ガイドライン』を入手し、職員と勉強することとした。

厚生労働省の地域医療構想と診療報酬に関する講演で講習会は終了した。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
お問い合わせ先
0120-337-613
受付時間 9:00～18:00(平日)
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)
山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

平成 28 年度
第 1 回 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議

と　き　平成 28 年 6 月 23 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会 6 階第 2 会議室

[報告 : 理事　香田　和宏]

開会挨拶

河村会長　地域包括ケアに関して、2025 年問題は既に山口県では到達していると言え、2025 年問題も重要であるが、団塊世代ジュニアが 75 歳になる 2040 年、2050 年に、山口県で地域包括ケアシステムが成り立っていくのかどうか、不安があるところである。本会でも自分たちだけの勉強会の立ち上げを企画している。その際に、郡市医師会の先生方にも参加をお願いすることがあるかもしれないので、よろしくお願いする。

県長寿社会課　西田課長　本県では全国に比べ約 10 年早く高齢化が進んでおり、平成 32 年には 65 歳以上の高齢者がピーク、そして平成 42 年には 75 歳以上の後期高齢者がピークになると推測されている。これに伴い、医療・介護を必要とする高齢者が一層増加することが見込まれている。このため、県では高齢者プランに基づいて、高齢者が要介護の状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町や関係団体と連携しながら取組みを進めているところである。この地域包括ケアシステムは保険者である市町が主体となって、地域の実情を踏まえながら医療・介護の関係者はもとより、住民や社会福祉協議会など多様な主体の参加のもとに、地域全体で取り組んでいくものである。

そして、このシステムが円滑に機能するためには、要となる在宅医療と介護との連携や、今後さらに増加が見込まれる認知症の方々への対応などが重要になってくる。これらの推進にあたっては、県医師会や郡市医師会の皆様のお力添えが不可欠であるので、引き続きご協力をお願い申し上げる。

議題

1. 地域医療介護総合確保基金（介護分）について

県長寿社会課　地域医療介護総合確保基金は、地域における医療と介護の総合的な確保を推進するため、消費税増収分を財源として各都道府県に造成されている。国 2、県 1 の割合で、26 年度は医療分のみが対象であったが、昨年度（27 年度）から介護分も対象として基金を造成している。

全国及び山口県での基金造成の状況は次のとおりである。

平成 27 年度当初予算：　724 億円
（うち山口県　832 百万円）
介護施設等整備：　634 億円
（　同　749 百万円）
介護従事者確保：　90 億円
（　同　83 百万円）
平成 27 年度補正予算：1,561 億円
（　同　1,638 百万円）
介護施設等整備：1,407 億円
（　同　1,425 百万円）
介護従事者確保：　154 億円
（　同　213 百万円）
平成 28 年度当初予算：　724 億円
（　同　365 百万円）
介護施設等整備：　634 億円
（　同　310 百万円）
介護従事者確保：　90 億円
（　同　55 百万円）

27 年度の当初予算として、全国ベースでソフト・ハード合わせて 724 億円、山口県として 8.3 億円の基金を造成している。また、昨年度、一億総活躍社会の実現に向けた「新 3 本の矢」の中の「介護離職ゼロに直結する緊急対策」というこ

とで、必要な介護サービスをハード・ソフト両面で確保するために、27 年度補正予算として、国で 1,561 億円の積み増しがあり、山口県としても 16.4 億円の基金積み増しをしている。また、28 年度当初予算では、27 年度同様に 724 億円が確保されており、現段階で県には未内示の状況である。

28 年度の基金（介護分）の関連事業は、ハード事業が 12 億円、ソフト事業が 1.2 億円、合わせて 13.4 億円の事業を予定している。ハード事業は、各市町が平成 27 ～ 29 年の 3 年間を期間とする第 6 次介護保険事業計画に基づき、計画的に整備する各介護施設について、必要な補助を行う。28 年度当初分が未内示のため、市町によってはまだ未内示の部分もある。ソフト（人材確保）事業については、27 年度事業を引き続き実施し、新たに取り組む事業は主に次のとおりである。

○人材育成に取り組む事業所への支援

国の方針でもあるが、個々の事業者の人材育成の取組状況を求職者側から見えるようにすることで、各介護事業者の主体的な取組みを促し、人材育成を事業者が自主的に進めることを支援していこうとするものである。こうした「認証評価制度」導入にあたっての調査や試行、取組みを実施する介護事業者に対し、その取り掛かりとなるような社会保険労務士によるコンサルティングの実施や制度・方策を勉強していただくセミナーの実施を考えている。

○医療介護連携のための介護支援専門員への支援

ケアマネが果たす役割が大きい中で、ケアマネの中でも福祉職が増えてきているため、医療的知識を習得していただき、医療介護連携をスムーズにすすめていくための研修等を行う事業を新たに実施することにしている。

○新しい総合事業に向けた生活支援サービスの担い手の養成

地域包括ケアの構築を考えると、医療と介護の連携が重要であるが、在宅生活を支える上での生活支援サービスの担い手を養成していく必要がある。そのために、従来ではホームヘルパー 3 級程度としていたが、50 時間程度の研修を受けていただいて、新たな訪問型サービス事業の従事者を各地域に増やしていくための研修を実施することとしている。

○認知症施策

従来から認知症サポート医、かかりつけ医の研修をしていただいているが、いろいろな段階で認知症の兆候を捉えて、早い段階で医療や介護へつなげていくことが求められる中、歯科医師、薬剤師、看護職員等にも知識をつけていただいて、早目に医療・介護につなげていくための研修を実施

出席者

郡市担当理事

大島郡	嶋元　徹
玖珂	河郷　忍
熊毛郡	吉村伸一郎
吉南	岡村　均
厚狭郡	村上　紘一
美祢郡	坂井　久憲
下関市	飴山　晶
宇部市	末冨洋一郎
山口市	重本　和弘
萩市	篠田　陽健
徳山	小野　薫
防府	山縣　三紀
下松	澤　公成
岩国市	大島　眞理
小野田	萩田　勝彦
光市	藤田　敏明
柳井	松井　則親
長門市	戸嶋　良博
美祢市	中元　起力

県健康福祉部長寿社会課

課長	西田　秀行

地域包括ケア推進班

主幹	兼清　宏之
主査	金本　圭一

県医師会

会長	河村　康明
副会長	濱本　史明
常任理事	弘山　直滋
理事	香田　和宏
理事	清水　暢
理事	前川　恭子

したいと考えている。また､そうした研修会後に、情報交換をする場を設けたり、多職種の連携会議や研修会（岩国市を想定）、ネットワークづくりに取り組むこととしている。

○介護の魅力発信事業

介護職に対するイメージがあまり良くないと言われているため、その魅力を発信するための必要な情報発信ということで、TV やイベント等を利用して介護職の魅力を発信していく取組みを拡充していくことにしている。また、新卒者など若い人に入り口を広げることだけでなく、ボランティア等の社会活動を行っている中高年齢者を対象に、介護の入門的な研修（10 ～ 15 時間程度）を実施し､多様な人材の確保することにしている。

こうした取組みを通じて、昨年度と比べて事業規模を積み増して、ハード・ソフト両面における介護基盤の整備を進めることにしている。

2. 地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）について

県長寿社会課　新たに介護保険の地域医療支援事業に位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」の 8 項目については、昨年度の会議で説明させていただいたところである。

これらの事業については、平成 29 年度末までに体制を整え、30 年 4 月までに全市町が実施することになっている。

市町での取組みが難しいと言われる相談支援については、5 市で実施されている。

これらの事業は、市町はもとより、地域包括支援センターなどの介護側の取組みも重要であるが、医師会の協力なしには進まないところもあるため、引き続きご理解をいただきたい。さらに、この地域支援事業は、市町が中心となって企画立案する部分があるため、従来の地域医療再生基金等を活用した会議等を継続実施する場合には、早目に市町の担当者と協議していただき、予算化など進めていただきたい。

3. 認知症施策の取組状況について

県長寿社会課　県としては、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症の状態に応じた支援が必要であると考えている。こうした中、国では、認知症施策総合推進総合戦略（新オレンジプラン）が新たに策定され、これまでの取組みを拡充するとともに、認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりや認知症の容態に応じた適時適切な医療介護の提供等を推進していくことになっている。

厚労省の有病率を基にした試算であるが、認知症の人は、山口県では平成 24 年で 7 万人、37 年には約 9 万人程度に増加すると見込まれている。県としては、認知症の原因とその予防、適切な介護等に関する県民の正しい理解の促進､また、認知症対策を担う医療・介護人材の養成、そして市町や認知症疾患医療センター等と連携した地域づくりを推進する人材の養成、広域的な専門家派遣や相談などの支援体制の構築、認知症疾患医療センターを中心とした医療機関等の連携強化が必要であることを認識しているところである。

平成 30 年度から認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員を全市町に設置するために、現在、順次取組みが進んでいる。設置状況は以下の表のとおりである。28 年度には、認知症初期集中支援チームが 8 市町、認知症地域支援推進員は 2 市が新たに取組みを予定している。

28 年度の新たな取組みについては、あらゆる場面で早期に医療へつなぐ人材を育成するために、新たに歯科医師、薬剤師、看護職員等も対象とした研修を実施することとしている。また、地域ごとの多職種連携や研修会等の開催も予定している。さらに、広域的な支援・相談体制の構築として、認知症高齢者と違って支援体制が整ってい

設置状況	H26年度以前設置	H27年度設置	設置数
認知症初期集中支援チーム	1市（宇部市）	2市（山口市、萩市）	3市町
認知症地域支援推進員	6市町 （宇部市、山口市、防府市、周南市、長門市、阿武町）	8市町 （下関市、萩市、岩国市、光市、下松市、山陽小野田市、和木町、周防大島町）	14市町

るとは言い難い若年性認知症の方々に対する広域的な支援・相談体制を整えるために、県立こころの医療センターに若年性認知症の支援コーディネーターを配置して、関係者のネットワーク会議、研修会等の開催や PR 等を通じて、効果的な支援体制の構築を進めていくこととしている。認知症疾患医療センターについては、運営費の補助を行うことにしている。

認知症の初期段階からの対応について、医師、医師会の先生方にご協力をいただくことが多々あると思うので、引き続きよろしくお願いする。

4. 県医師会在宅医療推進事業について

県医師会　本会では、今年度と来年度で、各郡市医師会で在宅医療の整備を進めるための事業の費用を助成する事業を新たに実施することにした。対象事業としては、在宅医療に取り組む医療機関の拡大を図り、訪問診療等を行う医療機関の連携体制構築に向けた事業及び地域住民への啓発事業としている。ぜひ有効に活用していただきたい。

当面、29 年度までとしているが、取組状況や実績額等から、継続や拡大などを検討していきたい。

5. 在宅医療に関するアンケート調査（結果報告）について

この調査は、①在宅医療を行える医師の状況、②主治医・副主治医制について、③ IT 化の必要性について、今年 4 月末に各郡市医師会を対象に調査した。

①在宅医療を行える医師について

今回のアンケートを機会に調査していただいた郡市医師会や、地域の医療・介護資源の把握のために市町行政からの委託で調査された医師会もあった。在宅医療をしている施設が意外にも多いと感じられる医師会もあったが、主治医としてかかりつけ患者の看取りを行っているだけでなく、退院された患者等の在宅医療を新たに引き受ける医療機関がどのくらいあるか、マッピングして実情を把握していくことから、地域包括ケアへの取組みを始めたいとの発言もあった。

会員数の少ない医師会では、すべての在宅の対応は難しい、かかりつけ患者は基本的に在宅まで対応しているが 24 時間対応は難しいといった意見があった。また、新たな開業医が少ない地域では、さらに在宅を担うことまで課していくことは難しいため、介護保険の地域密着型サービスや新しい総合事業で補っていけるよう市町行政と調整していきたいとの意見もあった。

②主治医・副主治医制について

基本的に賛成の意見が多かったが、制度にするのであればボランティア精神でするのではなく、報酬体系（診療報酬）を確保したものにすべきという意見があった。グループ化については、各人（施設）が懇意の先生方と連携して対応している地域がほとんどであり、医師会等でグループ化していけると良いという意見が多かった。

市町行政の対応が難しいと言われる「相談支援（相談窓口の設置）について、郡市医師会で対応しているところでは、医師会長が調整、医師会病院の在宅支援部や訪問看護ステーションが対応、地域ごとに担当開業医が対応しているなど、さまざまであったが、相談件数が非常に少ないのが実情であるとの報告があった。

③ IT 化の必要性

利便性があり理想ではあるが、必須ではないとの意見が多く、ケアマネや看護師と顔の見える関係ができているので電話でのやり取りがもっとも解決しやすいとの意見もあった。

既に「地域医療情報連携システム」が構築されている医療圏では、基金（医療分）事業として、介護施設や市町行政も加えて介護情報を載せたシステムとする検討が進められている。しかし、運営費用の問題以外にも、セキュリティーや閲覧する職種制限等の問題、情報を扱う人間への教育などの課題が多く挙げられ、県行政からは、「地域包括ケアシステムの構築の中で情報共有をする仕組みは、市町行政を含めて十分に検討していただきたい。ICT を活用してもしなくてもよい」との説明があった。

県医師会の動き

副会長　吉本　正博

この原稿を書いている 10 月中旬は朝晩は気温が下がり、寝やすくなりなりましたが、昼は最高気温 25 度以上の夏日と暑さが続いています。2016 年 11 月 8 日に予定されているアメリカ合衆国大統領選挙も、共和党ドナルド・トランプ候補と民主党ヒラリー・クリントン候補の間で熱い戦いが続いていますが、揚げ足の取り合いばかりで前向きな政策論争がほとんど行われていないと、さんざんの評価のようですが、さて勝利するのはどちらの候補でしょうか。プロ野球日本シリーズは広島東洋カープと北海道日本ハムファイターズが激突することになりました。カープファンにとっては 25 年ぶりの日本シリーズ、さぞ嬉しいでしょうね。

9 月 20 日（火）に日本医師会館において**平成 28 年度第 1 回都道府県医師会長協議会**が開催されました。本会からは河村会長が出席し、「かかりつけ医以外を受診した場合の受診時定額負担について」の質問を行いました。経済再生計画改革工程表では、かかりつけ医以外を受診した場合の外来時の定額負担について今年末までに結論を出し、来年の通常国会に法案提出する予定となっています。「日医では 8 月 3 日の定例記者会見において、外来受診時の定額負担の導入に反対表明をし、また 8 月 25 日の自民党医療政策研究会においても横倉会長が反対の旨を表明した。『わが国の医療の特徴であるフリーアクセスによる外来へのアクセスの良さは、病気の早期発見・早期治療に寄与している』。また、かかりつけ医の受診により、適切な受療行動、重複受診の是正、薬の重複投与の防止等により医療費を適正化することも期待できる。しかし、医療が必要な患者に対して自己負担を上げることで受診抑制につながることはあってはならない。」と石川日医常任理事から回答があったそうです。河村会長はさらに「診療報酬上のかかりつけ医機能と日医の研修制度のかかりつけ医機能との区別が明確でない」ことが、会員に混乱を引き起こしているとして、早急に明確化することを日医に要望しています。

9 月 24 日（土）と 25 日（日）の 2 日間にわたり、**中国四国医師会連合総会**が本会引受けにより山口市で開催されました。1 日目は常任委員会、その後、3 つの分科会（医療保険・介護保険、地域医療、医療政策）が開催されました。2 日目は総会の後、横倉義武 日医会長による「日本医師会の直面する課題」と桜井博志 旭酒造株式会社代表取締役による「ピンチはチャンス！～山口の山奥の小さな酒蔵だからこそできたもの～」の 2 つの特別講演が行われました。詳細については本号の記事をご参照ください。

9 月 29 日（木）に**郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会**が開催されました。6 月 4 日の第 1 回に引き続き、今年度第 2 回目の開催です。今回の協議会には看護学院（校）を運営していない郡市医師会の役員にも参加していただきました。これは同協議会では初の試みです。今、医師会立看護学院（校）は経営の危機に瀕しています。このまま廃校に追い込まれるようなことになりますと、中小病院、診療所 、介護施設の看護職員の確保は極めて困難となり、現在、政府が進めようとしている地域包括ケアシステムの構築は砂上の楼閣になってしまいます。そのような現状に対して共通認識を持っていただいて、オー

ル山口で、医師会立看護学院（校）の経営が立ち行くよう支援を行っていただきたいとの趣旨での開催でした。今年度、県医師会内に設置された看護学校問題プロジェクトチームにおいても協議を続けていく予定です。

10 月 13 日（木）には河村新執行部が発足して初めての**郡市医師会長会議**が開催されました。３題の報告事項の後、１. 地域医療介護総合確保基金について、２. 地域医療構想について、３. 医師会立看護学校問題について、４. 郡市医師会からの意見・要望の４協議事項についての協議が行われました。詳細については本会報 12 月号に掲載予定となっておりますので、そちらを参照いただきたいと思います。郡市医師会からの意見・要望としては、厚狭郡医師会と防府医師会から医師会立看護学校に関するものが提出されました。厚狭郡医師会では地域医療を守り、充実させるためには准看護師養成事業は必要不可欠であり、今後も医師会立看護学校を存続させることを総会で決議したとのことで、そのためにも近隣の医師会との共同運営という形態がとれないかとの質問でした。防府医師会からは同じく医療圏域が運営主体となった看護学校、あるいは山口県医師会立の看護学校に組織替えを行い、今ある看護学校をその分校という形態にしてほしいとの要望が提出されました。

10 月 14 日（金）、**全国医師国民健康保険組合連合会 第 54 回全体協議会**が甲府市で開催され、国庫補助率削減の見直し、従業員５名以上の個人事業所に加入の途を開くことを要望する決議文が採択されました。この度、参議院厚生労働委員会委員長に就任された羽生田 俊 参議院議員は、全国の 47 医師国保組合を全国一本化して全国医師国保組合にする、あるいは総合型医業健保組合という形で設立することを提唱しています。いずれ医師国保への国庫補助金がなくなることを踏まえると、思い切って健保組合にするという選択肢もあるのではないかという考えです。傾聴に値する提言であると考えますが、いかがでしょうか。

９月 24 日（土）に開催された中国四国医師会総会の懇親会では、フルーティストの山形由美さんによるミニコンサートを企画しました。今年で演奏生活 30 周年を迎えるとのことですが、幼少期からバレエを習っていた彼女は、今なおスタイル抜群で、演奏する姿もとても美しい方でした。会場の音響システムがひどくて、持参されたピアノ伴奏 CD の音が割れ気味で、ご本人には本当に気の毒でしたが、出席された先生方にはとても喜んでいただきました。そこで今月はフルート演奏の大家、ジャン＝ピエール・ランパルを紹介したいと思います。両親が希望し、また、ランパル自身もそれに同意して 18 歳の時、医科大学に進学しています。しかし、学業の途中で第二次世界大戦が勃発、軍隊に召集されましたが、ほどなく敗戦したフランス軍兵士を待ち受けていたドイツ国内での労役を避けるため、彼はパリ音楽院に入学しました。そこで巨匠モイーズに師事しますが、わずか５か月でプルミエ・プリを獲得して卒業するという天才ぶりを発揮します。Erato と EMI に残された録音が第 1 集から第 4 集まで計 67 枚の CD として発売されています。ほかの会社にも多数の録音がありますので、そのディスコグラフィーは膨大な数になります。もちろん一人のフルーティストが残したディスコグラフィーとしては最多となります。それだけで彼の実力と人気のほどがわかっていただけると思います。黄金のフルートといわれた美しい音色、優れた技巧。まだランパルを聴いたことがないといわれる方は、一度聴いてみられてはいかがでしょうか。

理　事　会

―第 14 回―

10 月 6 日　午後 5 時～ 7 時 18 分

河村会長、吉本副会長、弘山･加藤･藤本･今村･沖中各常任理事、白澤・香田・中村・舩津・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1　第 2 回都道府県医師会長協議会の議題について

次回理事会で協議することとなった。

2　平成 29 年度施策・予算に関する要望について

医療・介護の適切な財源確保、地域医療介護総合確保基金の充実強化、地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の実現に向けた取組み、予防接種対策、災害時救急医療体制の整備等の 5 項目について要望することが決定した。

3　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 1 題について協議を行った。

4　B 型肝炎予防接種の公費助成に関する要望書について

B 型肝炎予防接種については、本年 10 月から 1 歳未満の小児が対象となったが、免疫を持たないすべての小児に接種することが望ましいとして山口県小児科医会が、対象外である年齢の小児を全国に先駆けて公費助成導入を検討するよう、山口県知事に対して要望書を提出するに当たり、本会と連名にしたい旨の申し出があったが、既に本会独自で要望することが決定していることなどを総合的に判断し、それぞれ単独で要望することを決定した。

5　日医かかりつけ医機能研修制度 平成 28 年度応用研修会の開催について

5 月 22 日に開催した標記研修会の第 2 回目を 12 月 11 日（日）に前回と同内容で開催することが決定した。

6　第 25 回日本小児心身医学会中国四国地方会の名義後援及び助成について

平成 29 年 6 月 4 日（日）に下関市内で開催される標記地方会の名義後援及び助成金申請が金原洋治 会長より提出され、名義後援と助成金の交付が決定した。

7「平成 28 年度市民公開講座（COPD）」の名義後援について

世界 COPD（慢性閉塞性肺疾患）デーに合わせて、本年 11 月 19 日に開催予定の「市民公開講座」について主催者から後援申請があり、承認された。

8　家庭医療べんきょう会が実施する「YUME カフェ」の名義後援について

山口大学医学生・看護学生と山口県立大学看護学生を構成メンバーとする「家庭医療べんきょう会」より、地域住民、医療従事者、医学生・看護学生が一堂に会し、認知症について議論する交流会･意見交換会を目的とする事業「YUME カフェ」への名義後援の依頼があり、承認された。

報告事項

1 郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議（9 月 15 日）

山口県健康増進課から、B 型肝炎ワクチンの概要、麻疹の予防接種状況と最近の発生についての報告後、「B 型肝炎定期予防接種の委託料」、「平成 29 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）」、「妊婦健康診査」、「乳幼児健康診査」、「平成 28 年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種」、「平成 29 年度広域予防接種に

理　事　会

おける個別接種標準料金（案）」等について協議を行った。（藤本）

2　医療対話推進者養成セミナー「導入編」（9 月 15 日）

日本医師会と日本医療機能評価機構との共催により開催された。「医療安全概論」（日本医療機能評価機構 橋本廸生 執行理事）、「医療メディエーション総論Ａ」（早稲田大学大学院法務研究科 和田仁孝 教授）等の講義及び患者家族から医療者へのメッセージ及び病院の取り組み事例等が報告された。（中村）

3　山口県福祉サービス運営適正化委員会 本会議（9 月 16 日）

地域福祉権利擁護事業の適正な運営を確保することなどを目的に、社会福祉法人山口県社会福祉協議会が設置している標記委員会の正・副委員長選出、同委員会「運営監視部会」、「苦情解決部会」委員の指名及び正・副部会長の選出が行われた。（今村）

4　第 1 回都道府県医師会長協議会（9 月 20 日）

本会提出議題「かかりつけ医以外を受診した場合の受診時定額負担について」ほか各県から提出された 10 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。（河村）

5　都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会（9 月 21 日）

本年 4 月に発生した「平成 28 年熊本地震」の活動報告・検証を行うため、標記会議が開催された。日本医師会から活動全般についての報告の後、被災県の熊本県医師会、九州医師会連合会幹事県の長崎県医師会、現地で活動した東京都医師会、静岡県医師会、兵庫県医師会からそれぞれ活動報告が行われた。また、事前に各都道府県から提出されていた質問・要望に対する回答・説明が行われた。（弘山）

6　中国四国医師会連合常任委員会（9 月 24 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 27 年度事業・会計報告の後、有床診療所連絡協議会、警察医会等の関係団体業務のあり方、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、次期当番県等について協議を行った。（河村）

7　第 48 回山口大学学長選考会議（9 月 27 日）

次期学長選考へ向けての申し送り事項、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）

8　第 74 回山口大学経営協議会（9 月 27 日）

国立大学法人山口大学学則の一部改正、就業規則の一部改正、国立大学法人山口大学 YU 国際シェアハウス規則の制定等について審議を行った。（今村）

9　病院勤務医懇談会「山口県立総合医療センター」（9 月 28 日）

医師の県内定着、医師の負担軽減、救急医療等について協議を行った。病院側からは、新専門医制度に向けた取組みについて、山口県の地域医療を維持していくため、新専門医制度構築に関する諸課題に対し県医師会と山口大学とが一体となって取り組んでいただきたい旨の要望が出された。（加藤）

10　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 98 回苦情解決部会（9 月 28 日）

平成 28 年 4 ～ 8 月までの苦情相談等の受付状況及び 7 月（12 件）、8 月（11 件）の苦情解決事案について審議が行われた。（今村）

11　第 2 回学校心臓検診検討委員会（9 月 29 日）

毎年度作成している『学校心臓検診報告書』の

理　事　会

作成状況について報告が行われた。「学校心臓検診生活管理指導表の診断（状態）から見たリスク早見表」については、現在実施しているアンケートをもとに、次回委員会で修正を行うこととした。また、「平成 28 年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会」の講師を、鹿児島医療センター小児科の吉永正夫 先生に決定したことが報告された。（舩津）

12　郡市特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議（9 月 29 日）

平成 27 年度実施結果及び平成 28 年度実施状況について報告の後、協議を行った。また、平成 29 年度の実施に向けて、標準単価が変わったことが報告された。（藤本）

13　花粉情報委員会（9 月 29 日）

平成 29 年花粉情報システム事業及び平成 29 年 1 月 22 日（日）に開催する花粉測定講習会、県民公開講座とする「花粉症対策セミナー 2017：これでバッチリ花粉症対策」について協議を行った。（今村）

14　第 2 回郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会（9 月 29 日）

日本医師会医療関係者検討委員会、平成 28 年度中四九地区看護学校協議会の報告後、各郡市医師会・看護学院（校）の抱える諸問題、「講師派遣や実習施設の確保」、「補助金の増額」、「実習施設や講師の確保」、「看護学校を運営しない郡市医師会の協力」等について協議を行った。（沖中）

15　第 2 回糖尿病対策推進委員会（9 月 29 日）

山口県糖尿病療養指導士講習会 4 回の終了（合格発表：11 月 14 日）、やまぐち糖尿病療養指導士レベルアップ講習会の開催（11 月 20 日）、「やまぐち元気フェア」への参加（11 月 5 日）、世界糖尿病デー（11 月 14 日）に合わせたライトアップイベント、やまぐち糖尿病ウォークラリー大会の開催（10 月 16 日）、歯科医師向け講習会の開催（2 月 2 日予定）が報告された。また、県が策定予定の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」については、松谷委員が窓口となり検討を進めることとなった。（藤本）

16　山口県小児救急医療電話相談事業研修会（10 月 2 日）

電話相談を委託されている本会及び（株）法研から平成 27 年度実績報告の後、「小児救急電話相談スキルアップ研修会」の参加者 2 名から参加報告が行われた。続いて、「実例から学ぶ相談員の応対力」と題した電話相談研修が行われ、実際にかかってきた電話の録音をもとに、問題点、課題などのグループワークを行った。（弘山）

17　第 8 回山口県肝疾患診療連携協議会（10 月 4 日）

県、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会及び山口大学医学部附属病院等の県内病院長で構成された標記会議が開催され、「山口県肝疾患コーディネーター協議会の設置について」、「肝疾患センターの活動報告」、「山口県健康福祉部からの報告」の後、意見交換を行った。（河村）

18　広報委員会（10 月 6 日）

会報主要記事掲載予定（11 ～ 1 月号）、歳末放談会、炉辺談話、県民公開講座及びフォトコンテスト、tys「暮らしのハテナ」のテーマ等について協議した。（今村）

19　会員の入退会異動

入会 4 件、退会 7 件、異動 7 件。（10 月 1 日現在会員数：1 号 1,302 名、2 号 869 名、3 号 412 名、合計 2,583 名）

理　事　会

20　その他（情報提供）

病院訪問を行った萩市民病院及び山口県立総合医療センターの勤務医を対象に行った「医師会に関するアンケート調査」の報告が行われた。

医師国保理事会　－第 11 回－

1　傷病手当金支給申請について（再協議）

1 件について就業時期の調査結果を報告の上、再協議し、支給を決定した。（沖中）

－第 15 回－

10 月 20 日　午後 5 時～ 6 時 56 分

河村会長、吉本・濱本副会長、林専務理事、弘山・萬・加藤・藤本・今村・沖中各常任理事、白澤・香田・中村・清水・舩津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1　第 2 回都道府県医師会長協議会の議題について

今回は、提出しないことが決定した。

2　第 49 回山口県学校保健研究大会の特別講演者の推薦について

山口県学校保健連合会長から、平成 29 年 1 月 12 日（木）に開催する標記研究大会の特別講演の講師の推薦依頼があり、山口赤十字病院の門屋 亮 先生を推薦することが決定した。

3　平成 28 年度学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会長から標記候補者 1 名の推薦依頼があり、2 郡市医師会から推薦があった候補者について協議し、1 名を決定した。

4　第 14 回日本癌治療学会市民公開講座の後援について

山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学の永野浩昭 教授より、がんの診断・治療に関する最新の医療情報を一般市民に提供し、「がん治療の最新情報」に対する理解を深めてもらうことを目的に開催する標記公開講座の名義後援の依頼があり、承諾することが決定した。

5　「介護の日」記念イベントの後援について

（一社）山口県介護福祉士会から標記イベントへの名義後援の依頼があり、承諾することが決定した。

6　山口県報道懇話会との懇談会について

11 月 8 日に山口市において開催することが決定し、本会から、「医業類似行為に関する報道」及び「高額な医薬品への対応」等について情報提供することが決定した。

報告事項

1　社会保険医療担当者集団指導（9 月 1 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、本会が実施する全医療機関を対象とする集団指導（隔年出席制）を山口市で開催した。今回で県内 3 か所（周南市、下関市、山口市）の開催のすべてが終了した。（萬）

2　社保・国保審査委員合同協議会（9 月 8 日）

審査機関等からの議題 6 題、会員からの意見要望 26 項目について協議を行った。協議結果は本会報 10 月号（No.1874）841 ～ 847 頁（ブルーページ）に掲載。（萬）

理　事　会

3　医事案件調査専門委員会（9 月 15 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

4　個別指導「病院」（9 月 15 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。

（萬、清水、山下）

5　母体保護法指定医師研修会（9 月 22 日）

「母体保護法指定医師の指定基準」に則ったカリキュラムにおいての研修会を開催した。受講者 49 名（県内 46 名、県外 3 名)。（藤野）

6　第 60 回社会保険指導者講習会

（10 月 5・6 日）

日医と厚生労働省の共催により「アレルギー疾患のすべて」をテーマに開催され、本会から 4 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、厚生労働省の講演 2 題が行われた。（萬）

7　第 2 回学校医部会役員会（10 月 6 日）

平成 28 年 12 月 4 日に開催する「学校医研修会」については、九州医療センターの佐藤和夫 先生に「児童生徒とスマホなどメディアとの関係」をテーマに講演いただくこととなった。運動器検診に関するアンケートについては、養護教諭は実施済み、今後、学校医も行う予定。現在作成中の「新任学校医の手引き」については、引き続き協議することになった。（藤本）

8　郡市学校保健担当理事・学校医部会合同会議

（10 月 6 日）

8 月 21 日（日）に鳥取県で開催された「中国四国学校保健担当理事連絡会議」及び「中国地区学校保健・学校医大会」について報告が行われた。運動器検診に関するアンケートについては、周南 3 市の調査結果と本会が小学校、中学校、高等学校の内科担当の学校医及び特別総合支援学校の整形外科担当の学校医を対象に行うことを報告した。（藤本）

9　郡市介護保険担当理事協議会（10 月 6 日）

介護保険制度の施行状況、地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」の取組状況等の報告、地域医療介護総合確保基金（介護分）及び認知症施策等について協議を行った。（舩津）

10　第 1 回山口県准看護師試験委員会（10 月 6 日）

平成 28 年度の准看護師試験の実施及び実施要項（案）についての協議及び平成 27 年度の試験結果についての報告が行われた。（沖中）

11　第 19 回山口救急初療研究会（10 月 8 日）

山口県立総合医療センターにおいて、「医師・薬剤師部門」、「救急隊部門」、「看護師部門」の一般演題に続き、体外循環式心肺蘇生に関する特別発表等が行われた。（弘山）

12　e- レジフェア 2016 in 福岡（10 月 10 日）

本県からは、14 病院と山口県医師臨床研修推進センターが出展を行い、訪問学生は 323 名であった。（加藤）

13　医療事故調査制度に係る院内調査委員会

（10 月 12 日）

日本医療安全調査機構へ報告となった事案について、該当医療機関の調査委員会に支援団体として出席した。（中村）

14　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

（10 月 12 日）

平成 28 年度支部監事監査の結果、他県支部管理職のハラスメント及び暴力行為に対する懲戒免職等について報告が行われた。（河村）

理　事　会

15　第 38 回産業保健活動推進全国会議
（10 月 13 日）

厚生労働省、日本医師会、労働者健康安全機構、産業医学振興財団の共催により日本医師会館で開催された。「活動事例報告」2 題、「説明・報告」1 題、「医療機関における産業保健の推進」をテーマとしたシンポジウムに続き、あらかじめ各県医師会等から提出されていた質問・要望事項への回答が行われた。（藤本）

16　個別指導「病院」（10 月 13 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。
（清水）

17　男女共同参画部会第 2 回理事会（10 月 15 日）

今年度の総会を平成 29 年 3 月 5 日（日）に開催し、終了後に特別講演 2 題を行うこと、介護支援検討ワーキングは「介護支援ワーキング」として引き続き活動すること等が決定した。（前川）

18　西部医学会（10 月 15 日）

会員講演 13 題、九州大学大学院医学研究院脳神経外科の飯原弘二 教授の特別講演「脳血管障害の複合治療」等が行われた。（河村）

19　日医医療安全推進者養成講座講習会
（10 月 16 日）

日本病院薬剤師会の土屋文人 副会長による「薬剤師の視点からみた医療安全」、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の俵木登美子 組織運営マネジメント役による「PMDA における医療安全の取り組み」、千葉大学医学部附属病院医療安全管理部の相馬孝博 教授による「多職種で取り組む医療安全」の講演 3 題が行われた。（中村）

20　東京都医師会新会館内覧会・竣工記念祝賀会（10 月 16 日）

新会館内覧会、竣工祝賀会に出席した。平成 26 年 8 月より建設が開始され、地上 8 階・地下 1 階建、建設事業費は約 39 億円。（河村）

21　県民の健康と医療を考える会第 2 回世話人会（10 月 18 日）

平成 28 年 12 月 18 日（日）に県民公開講座「学ぼう、自ら守ることを！～大地震・大災害の現場から～」を開催することが決定した。（今村）

医師国保理事会　－第 12 回－

1　山口県国保連合会第 3 回理事会について
（10 月 11 日）

事務局職員の勤務条件等調査の結果報告等が行われた。（河村）

2　全医連第 54 回全体協議会について
（10 月 14 日）

山梨県医師国保組合の担当で甲府市において開催。代表者会では、平成 27 年度事業報告及び決算等について報告があり、承認された。全体協議会では、代表者会で承認された平成 27 年度事業報告等の報告があり、国庫補助率削減を早急に見直すこと等を要望する決議を行った。また、「川中島合戦の真実～足下から考え直す戦争の実態～」（長野県立歴史館館長 笹本正治）の講演と「やまなしワインの魅力について」（ワインアドバイザー 新田正明）の特別講演が行われた。
（沖中、清水）

女性医師エッセイ

ドタバタ奮闘記
～女医として、母として～

光市　手嶋　咲子

「女性医師エッセイ」の原稿依頼を受けた。折角なので、大学卒後10年を振り返ろうと思う。

研修先の鹿児島の病院では、産婦人科医が新生児を管理するため、産科、婦人科、新生児科、麻酔科をローテーションした。鹿児島の病院での研修は忙しく、当直週２回、バイト週２回、麻酔当直週１回、宴会部長週２回と充実していた。沖縄出身なのでお酒が大好き。沖縄ではオリオンビールと泡盛を楽しんでいたが、鹿児島では芋焼酎を学び、さらにお酒を楽しめるようになった。様々な人との出会いもあった。目指す恩師との出会い。産婦人科医を志すきっかけを与えてくださった恩師を目標に、今も日々勤務している。そして人生の伴侶との出会い。きっかけを作ってくれたのが居酒屋のママ、というのも私らしい。

結婚を機に山口へ。主人の地元には獺祭というおいしい日本酒の酒蔵があり、日本酒にもはまった。お酒が大好きな二人の新婚生活は、美味しい料理とお酒を探求する日々だった。

山口に来てからも出会いに恵まれた。結婚のため山口に引っ越すので…、と飛び込みで働かせてほしいとの急なお願いにすぐ対応してくださったのは、現在勤めている病院の理事長と秘書のYさん。即日OKのお返事を頂けたことは、奇跡だ。現在こうして仕事に育児に充実した毎日を過ごせているのも、この出会いがあってこそ。感謝の想いを持ち続けて勤務している。

光市に引っ越して、初めての居酒屋で出会ったおじさまは、山口では有名な和菓子店の社長さん。気さくな社長さんは、よく私たち夫婦を誘ってくださり、結婚式にも足を運んでくださった。結婚式のウェルカムボードを書いてくださった画家のKさんも社長さんの紹介。現在も交流を続けさせていただいている。

カープ好きからつながる友人にも恵まれ、山口での生活にあっという間に慣れていった。

結婚２年目。妊娠、出産を意識し始めるもなかなか授からず。産婦人科医として働いているにも関わらず、悩む毎日。不妊症の治療へ踏み切るべきか迷う日々。この時の心の葛藤は、現在の診療にも生きている。

結婚４年目。やっと授かった命。周りの医師、スタッフに支えていただいたからこそ、妊娠中も仕事を続けられた。胎児は常に標準よりも２週間ほど大きい状態。妊娠糖尿病の検査を受けるも異常なし。とにかく自身の体重コントロールに努めた。いつもは妊婦に指導する立場ゆえ、私の体重が増えすぎてはいかぬと、毎日２時間の散歩。愛犬の豆柴が大喜びしたのは言うまでもない。

色々あって帝王切開術にて分娩となった。硬膜外・脊椎麻酔がとにかくよく効いていて、術中は何をしているかもわからない。ハイテンションのまま手術終了。麻酔が切れてからの激痛とのギャップに、声も出ず…。今までの診療で、術後の患者さんに「肺塞栓症予防のために、早めに歩行を開始しましょう！」と平気で言っていたことを反省した。

里帰りしなかったため、主人と二人での育児ス

タート。世界で一番幸せな仕事であり、24 時間休みのない仕事、それが育児。産後うつならぬ産後ヒステリーで、主人にイライラ怒ってばかりの日々。今思い返すと、主人は本当によく耐えてくれたと申し訳ない気持ちでいっぱいだ。子供の成長はあっという間。夜泣きのひどい時期も、今ではいい思い出。

産後ヒステリーから脱するきっかけは、仕事復帰だった。産後半年での復帰は子供にとって可哀想なのか…、と悩んだがそんなことはなく、院内託児所のおかげで授乳時間には子供に会えたし、何より私が育児に対してより前向きに、積極的になれたと思う。仕事という私の時間があることで、メリハリができた。患者さんと話すこと、スタッフと共に仕事をすることがこんなに楽しく有り難いことだなんて、育児を経験してみないとわからなかっただろう。

こうして振り返ってみると、妻として、母としての経験が、これからの診療に大きく役立つだろうと思った。女性医師として働くとき、色々なスタイルがあるだろう。ワークライフバランスは様々だ。私には私のバランスがある。これからも女医として、母として生きていく。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒753-0814　山口市吉敷下東3-1-1　山口県医師会広報情報課
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

ベートーヴェン　もう一つの交響曲

飄々

広報委員

堀　哲二

秋も深まり、読書や音楽鑑賞に最適な時期が訪れた。音楽好きの間では、もう年末の「第九」の練習が始まっているらしい。私は音楽には全くの素人であるが先日、年末の第九コンサートのチケットを購入した。ベートーヴェンの交響曲といえば第 1 ～ 9 番までが有名であるが、私にはもう一つ気になる曲として「戦争交響曲」（作品 91.1813）別名「ウェリントンの勝利」という曲がある。この作品は過去と現代では全く異なった評価がある。私は日常生活で正しい判断が求められる時、先入観や偏見に満ちた結果に陥らないよう、いつもこの曲を心にとどめている。

この曲は、ベートーヴェンの作曲活動が盛んだった 1814 年に初演され、彼の生存中で最も興業成功を収めた曲の一つであったという。当時はナポレオンの出現などヨーロッパ各地で市民革命が勃発していた時代であり、おそらく当時の人々が求めていた共通する価値観をこの曲の中に見い出したからであろう。ところが現在では演奏される機会は滅多にない。何故だろうか。

ベートーヴェンの作品は、熟慮を重ね完璧なまでに慎重に描かれたという先入観が定着している。ところが、現在のある音楽評論家によれば、この作品は「音楽の集中性、その発展性がなく、作曲に熟慮したあとが見られず、単純で各章のまとまりもなく楽器の各パートが自分勝手に演奏し一喜一憂して音楽性に乏しい。とてもベートーヴェンの作曲とは考えづらい。」と酷評している全く厳しい批評である。

ベートーヴェン憎しと思って、この評論家が悪評を述べているのではないと思う。一度聴いてみれば評論家の指摘も納得できる。とにかく私たちが今まで先入観として描いていたベートーヴェンへの印象を全く否定する作品である。ベートーヴェンも人間であるから、すべての聴衆を納得させる完璧な作品ばかりとは限らない。評論家も、他の作曲家の作品だとこれほどの悪評は述べなかっただろう。ベートーヴェンへの先入観が否定された苛立ちからだろうか。人は自己の先入観が否定された時、自己の非力を認めるよりも、その矛先を他への非難へ向けるものである。

ただ、ここまでこき下ろすまでではないと思う。この曲を数回聴くと、その本質が見えてくる。個人的には表現方法に乏しい作品と考えるが、平和への期待や戦争への警告という思想や哲学的主張を含蓄した作品である。改めて作曲者の聖人ではない人間性に深く感銘する。

ベートーヴェン以外の偉人たちの伝記を読んでも、あたかも聖人君子であったかのような記述が多い。しかし、彼らがすべての面でそうであったと言ってしまえば誤りである。功績を讃えることによってその名声にあやかりたい人が多いので、伝記はそう描かれてしまうのだろう。

それは偉人への礼儀であるかもしれないが、赤裸々な伝記が必ずしも一般読者に歓迎されるもの

でもないからである。

そうして偉人は立派な人格者だという先入観が読者に定着する。読者は偶像を信じ続けたいものであり、崩されることを好まない。

そう言っている私も「固定観念や古い見解に捉われている」と最近周囲から指摘されることが多くなった。早くいえば融通のきかない頑固親父になったということであろう。自分では最もなりたくなかった人物像である。それは老いのせいなのか？いや、私の努力不足だろう！

秋深まり、芸術の時期であると同時に、改めて自己を見直すには最適の時期でもある。

参考文献

1.「ベートーヴェンと変革の時代」
フリーダ・ナイト　深沢　俊 訳
（2007.11.29）

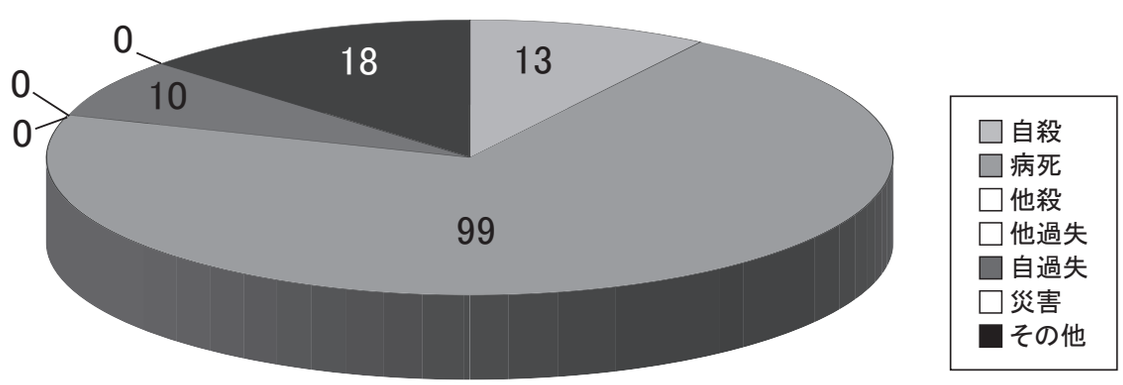
2.「名曲悪口事典」
ニコラス・スロニムスキー
法政大学出版局（2002.6.10）

3.「クラシック音楽意外史」石井　宏
音楽之友社（1990.6.11）

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-16	13	99	0	0	10	0	18	140

死体検案数と死亡種別（平成 28 年 9 月分）



会員の声

「いのちのうた」～メディカルソング大全集

玖珂医師会　河郷　　忍

平成 15 年に、河郷診療所開設 20 周年記念として、シンガーソングライターのリピート山中さんに CD を制作していただきました。往診を題材にした「往診ハラショー」が、インターネットのお陰で全国の先生に聞いていただき、各地の先生からメディカルソングの依頼がありました。糖尿病の歌、メタボの歌、ロコモの歌、花粉症の歌、訪問看護ステーションの歌、等々ができ、今回フルアルバム CD「『いのちのうた』～メディカルソング大全集～」が完成しました。河郷診療所の歌を作るため取材され、過疎の町の医療の現実（特に往診風景）に出会って以来、命の現場の物語はリピートさんの歌作りの大きなテーマになりました。様々な医療従事者の方との出会いの中で心をこめて作られた CD です。

☆収録曲

1. Welcome to my クリニック
【予防受診推奨ソング】
2. 往診ハラショウ【往診・在宅医療応援歌】
3. 頑張れ！スイゾウちゃん
【糖尿病予防ソング】
4. 脱！メタボリックロックンロール
【メタボ検査キャンペーン】
5. ロコモかしこもサビないで
【ロコモ予防体操ソング】
6. 哀しみのチョイモレニョ
【尿モレ失禁啓蒙ソング】
7. ひだまりの駅【訪問看護応援歌】
8. 花粉でチャチャチャ【花粉症ぼやきソング】
9. 愛と真実の物語【歯医者さん待合室の情景】
10. 頑張り屋さんの歌【頑張る人に贈る歌】
11. なんとかなる どうにかなる なるようになる
【人事を尽くして天命を待つ】
12. 父さんの宝物
【お世話になった故、川内先生に捧ぐ】
13. ゴッツウマウマ（母ちゃんの弁当は世界一）
【人は体も夢も食べた物で出来る】
14. スマイル【無理矢理でも笑えば万病予防】
15. よろこびのうた
【よろこばれることを、よろこぶ生き方】
16. ありがとうのうた
【産み、生まれ、出会い、育みに感謝】

リピート山中さんとご縁ができ、毎年、周東町でコンサートを開催しています。また、往診に同行して、寝たきりの患者さんに歌って喜ばれたり、病院の病室やデイサービスにお邪魔してミニコンサートをして喜ばれています。

平成 17 年に往診コンサート風景を玖珂医師会報に掲載しました。

80 歳の胃癌末期の男性で、麻薬を使いながら緩和医療を行っている患者さん。予定した朝、調子が悪くなり早めに往診、点滴などして症状が軽快し、予定通り往診コンサートをしていただきました。まず、「北国の春」をリピートさんが歌い始めると、一緒に歌い始めました。次に「祭り」を歌い始めると、寝たまま踊りを始めました。これを見たご家族は大喜び。朝まで苦悶状の顔だったお爺さんの変貌ぶりには驚きだったようです。

そして、最後に「野に咲く花のように」を歌うと、感謝を表現されたのか患者さんは手を合わせました。リピートさんも思わず涙声に・・。最後に記念写真を撮るときは、起き上がり座って撮影しました。涙と笑いの往診コンサートになり、音楽の力には驚かされました。

お孫さんからいただいたメールです。

「今日はありがとうございました！あの後、相撲見ながら、落ち着いて眠っていました。あんなにノリノリなおじいちゃん久しぶりに見ました。昔はいつも親戚の集まりで、歌ったり踊ったりしていたなあと思いだしました。いい日になりました。リピートさんに感謝！！！」この後にできた曲が「15. よろこびのうた」です。

歌声を聞いた人に喜んでもらえる事がリピートさんの喜びであると言われます。

我々医療者も、患者さんやご家族の喜びが我々の喜びだと思います。たとえ、患者さんが亡くなっても、ご家族の納得にいく医療を心掛けたいと思います。

この CD に興味を持たれた先生は河郷までご連絡ください。

岩国市周東町祖生 5719 － 2
河郷診療所　河郷　忍
電話　0827-85-0010
Fax　0827-85-0904
メール　kawasato@bronze.ocn.ne.jp

お知らせ・ご案内

山口県社会保険労務士会から「院長のための労務相談 110 番」事業のご案内

山口県社会保険労務士会では、比較的小規模な医療機関の労務環境改善を支援するため「院長のための労務相談 110 番」を立ち上げました。

院長（又は事務長）からの電話でのご相談に対し、医療労務に関する研修を受けた社会保険労務士（医療労務コンサルタント）が相談に応じますので、お困りのことがありましたらお問い合わせください。

なお、一事業につき、一回限りとさせていただきます。

お問い合わせ先
山口県社会保険労務士会
TEL：083-923-1720（受付時間：平日 9 時～ 17 時）

お知らせ・ご案内

第 108 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　　平成 28 年 12 月 1 日（木）
ところ　　山口グランドホテル 3 階「末広の間」
　　山口市小郡黄金町 1-1　　TEL：083-972-7777

特別講演Ⅰ　18：30 ～ 19：30
座長：医療法人社団小野整形外科院長　小野　直司
最近の患者トラブルへの対処法を掘り下げる
－医療安全からみた「応召義務」の新しい理解とは－
大阪府保険医協会 事務局参与　**尾内　康彦**

特別講演Ⅱ　19：30 ～ 20：30
座長：医療法人社団中村整形外科院長　中村　克巳
変形性膝関節症の疼痛の原因と治療
順天堂大学大学院医学研究科整形外科・運動器医学准教授　**石島　旨章**

単　位
・日本整形外科学会教育研修 2 単位（各 1 単位）
1 単位につき 1,000 円。
日本整形外科学会の会員カードをご持参ください。
特別講演Ⅰ　14-1：医療安全
特別講演Ⅱ　12：膝・足関節・足疾患、S：スポーツ医資格継続単位のうち、いずれか 1 つ

・日本運動器科学会セラピスト資格継続 1 単位（特別講演Ⅱのみ）
1 単位につき 1,000 円

・日本医師会生涯教育制度 2 単位
特別講演Ⅰ　CC 4：医師－患者関係とコミュニケーション（1 単位）
特別講演Ⅱ　CC61：関節痛（1 単位）

主　催　山口県臨床整形外科医会　ほか

日医 FAX ニュース

2016 年（平成 28 年）10 月 28 日　2558 号
- 受診時定額負担、反対意見が多数
- 介護療養の転換、経過期間「３年」軸に
- HTA「日本はフランス型で」
- 医療情報の安全管理、SNS など厳格化

2016 年（平成 28 年）10 月 25 日　2557 号
- かかりつけ医以外受診の定額負担反対
- 医療介護制度改革「検討の加速を」
- 横倉会長が世界医師会次期会長に就任
- 「働き方ビジョン検討会」への批判噴出
- 羽生田委員長「公正かつ円満な運営を」

2016 年（平成 28 年) 10 月 21 日　2556 号
- 年末に向けて政策提言取りまとめへ
- 患者申出療養・第 1 例目に懸念
- 高額介護サービス限度額増に理解も
- 厚労省、エイズ・性感染症小委を設置
- 流行性耳下腺炎が再び増加に転じる

2016 年（平成 28 年）10 月 18 日　2555 号
- 塩崎厚労相「今後も皆保険は堅持」
- 医療費差「検証・評価できる仕組みを」
- 敷地内禁煙で日医などからヒアリング
- 「スモークフリー社会への一歩を」
- 公取委「介護報告書」の撤回要求も
- 定点報告数 0.23 で増加、沖縄は 6.22

2016 年（平成 28 年）10 月 14 日　2554 号
- 入院時の居住費負担拡大、賛否割れる
- 処遇改善策で議論開始、17 年度期中改定
- 高額療養費などの見直しで財源捻出も
- 調剤料伸びの差「次期改定で問題視」
- 受診時定額負担には反対

2016 年（平成 28 年）10 月 7 日　2553 号
- オプジーボ、再算定特例で引き下げへ
- 最適使用推進 GL、留意事項通知発出へ
- 投薬期間の在り方「考える必要がある」
- 認定・更新、研修 PG 審査の枠組み決定

2016 年（平成 28 年）10 月 4 日　2552 号
- 高齢者の高額療養費見直しなどで賛否
- 「保険財政に問題ないよう配慮」
- 医療ニーズ・看取りへ「さらに評価を」
- 被害想定の新調査手法を了承、実施へ
- 糖尿病をテーマに課題を討論

医師資格証を持ちましょう

『医師資格証』はHPKI（保健医療福祉分野公開鍵基盤）の枠組みを使った日本医師会認証局が発行する医師資格を証明するカードです

医師資格証は5年ごとの更新になりました

申請方法と受け取り方法が変更になりました

年間利用料が廃止されました

2年ごとのオンライン更新が不要になりました

診療情報提供書等へのHPKI電子署名に対応しています

医師資格証 ご利用シーン

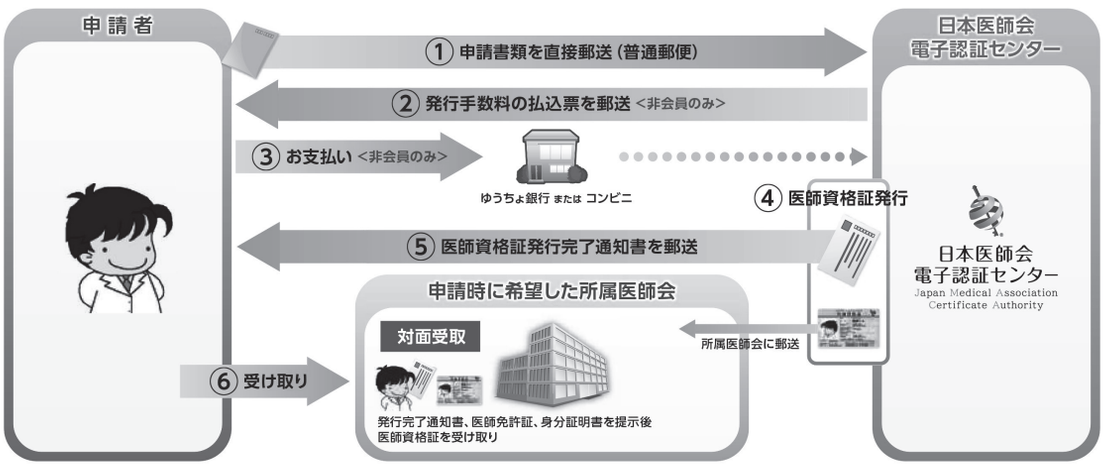
- 地域医療連携内での診療情報提供書への**HPKI電子署名**（平成28年診療報酬改定において加算を算定することが可能）
- 電子処方せん発行時の**HPKI電子署名**に使用
- 日医生涯教育制度、認定医、かかりつけ医など各種研修時の**受講履歴、取得単位管理**に使用
- 地域医療連携システムへの**ログイン認証**
- **医師資格証ポータルサイト**の利用
- 治験データへの**HPKI電子署名**
- **文書交換サービス**の利用
- **身分証**としての活用 JAL DOCTOR登録制度などへの任意登録に使用する
  ※医師資格証を身分証として活用できるように各企業、行政機関に働きかけを行なっています

日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8　文京グリーンコートセンターオフィス17階

詳しくは日本医師会電子認証センターホームページをご覧ください。　http://www.jmaca.med.or.jp/

医師資格証申請方法



新しい発行方法

①『申請書類』一式を
日本医師会電子認証センターへ郵送します。

②発行手数料の払込票が郵送されます。<非会員のみ>

③ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。<非会員のみ>

④医師資格証が発行されます。<非会員は払込確認後>

⑤医師資格証 発行完了通知書が郵送にて
到着します。

⑥『対面受取時の書類』を持ち、
申請時に希望した所属医師会に医師資格証を
受け取りに行きます。
※郡市区等医師会で受取り可能な都道府県もあります。

申請書類一式郵送先
日本医師会 電子認証センター
〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8
文京グリーンコートセンターオフィス17階
E-mail：toiawase@jmaca.med.or.jp

『申請書類』

1 医師資格証発行申請書
電子認証センターホームページよりダウンロード出来ます。
※顔写真を貼付ください。（撮影から6ヶ月以内）
2 医師免許証コピー
3 住民票の写し（原本）
4 身分証のコピー（下記のいずれか1点）
・運転免許証　・住民基本台帳カード　・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成24年4月1日以降発行の運転経歴証明書　・マイナンバーカード（裏面不要）

『対面受取時の書類』

※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証発行完了通知書
2 医師免許証原本提示
または
医師免許証原本のコピーに実印を押印したものと印鑑登録証明書を提出
（裏書がある場合は裏面コピーにも実印を押印して提出）
3 身分証原本提示（下記のいずれか1点）
・運転免許証　・住民基本台帳カード　・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成24年4月1日以降発行の運転経歴証明書　・マイナンバーカード

費 用

日医会員	初回発行手数料は無料。年間利用料は廃止となりました。 5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円（税別）が必要です。
日医非会員	初回発行手数料5,000円（税別）。取得後1年目から5年目までの年間利用料6,000円（税別）。 5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円（税別）が必要です。 （発行・更新1年目は合計11,000円（税別）となります）

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP にて

問い合わせ先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1
山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

編集後記

羽田空港第 2 ターミナルの天ぷら屋で「子持ち稚鮎」の天ぷらを勧められた。稚鮎なのに子持ち？？訊ねると稚鮎は大きくならない鮎だという。稚鮎って若鮎の前の子供の鮎と思っていたのだが・・。

毎年 10 月中旬、阿東町の某店に気の置けないメンバーで集まって、鮎とまつたけすき焼きを食べる。そこでまつたけと稚鮎の天ぷらが出た。4 月ごろに獲れたものを冷凍していたという。「子持ち稚鮎」の話をすると、みんなから「そんなバカな」と言われる。その時、食通誉れ高い S 弁護士が「琵琶湖の鮎は大きくならないからそれじゃないか」と宣われた。調べると琵琶湖では成魚でも大きくならないようで、この鮎を「小鮎」と呼ぶそうである。「小鮎」は湖中に浮遊している小さなプランクトンしか餌がないため栄養が足らず、大きくなれないそうだ。羽田で食べた「子持ち稚鮎」は琵琶湖産「小鮎の成魚」だったのか。

夏には名古屋の某ビストロでローヌ川でとれた鮎を食べて、内臓の香りのあまりの違いにびっくりした。鮎もなかなか奥深い。

（理事　中村　　洋）

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか
あなたにしあわせをつなぐ
損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

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：株式会社マルニ　　定価：1,000 円（会員は会費に含む）