山口県医師会報

平成29年(2017年)
4月号
－No.1880－

しだれ桜満開（広島県世羅町）
的場直行　撮

Topics

郡市医師会長会議

Contents

■今月の視点「運転免許保有者の『認知症のおそれ』への対応」……山下哲男　263
■フレッシュマンコーナー「はじめまして」……登根慎治郎　270
■郡市医師会長会議……　272
＜傍聴印象記＞……津永長門　278
■平成 28 年度 第 2 回 医師国保通常組合会 ……　280
■平成 28 年度 山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会・
郡市医師会救急医療担当理事合同会議……弘山直滋　288
■平成 28 年度 母子保健講習会……前川恭子　294
■平成 28 年度 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会……林　弘人　300
■第 63 回 山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）……西山光郎、鈴木伸明、藤本浩一　302
■第 64 回 山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）……田辺悦章、淵上泰敬　305
■山口県緩和ケア医師研修会に参加して……岡村康平、賣豆紀晶洋　308
■平成 28 年度 第 2 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議
（市町担当者合同会議）……弘山直滋　310
■山口県医師会警察医会 第 20 回研修会……天野秀雄　316
■平成 28 年度 学校心臓検診精密検査医療機関研修会……砂川博史　319
■第 18 回 都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会……清水　暢　324
■平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会
（兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会） ……中村　洋　330
■山口県医師会 IT フェア ……今村孝子　343
■県医師会の動き……吉本正博　344
■理事会報告（第 24 回、第 25 回） ……　347
■飄々「安心と安全と・・・」……津永長門　354
■お知らせ・ご案内……　355
■日医 FAX ニュース ……　359
■編集後記……中村　洋　362

今月の視点

運転免許保有者の「認知症のおそれ」への対応

理事　山下　哲男

交通事故による死亡者数は減少するも、高齢者による死亡事故は減らず、相対的な増加を来している（**図 1**）。また、逆走など認知機能が低下したことによると思われる事故の報道が社会的に衝撃を与えている。そこで、高齢運転者対策の推進に関する規定の整備を一つの目的とした改正道路交通法が平成 29 年 3 月 12 日から施行された。この法律の施行が医師と社会を巻き込んだ問題を起こしている。施行されてから徐々に解決されてきている点もあるので一旦、整理しておきたい。

ポイント 1：免許取得時や更新時に公安委員会の認知機能検査で「認知症のおそれ」があれば、医師の診断を受けることになった（**図 2**）。改正前は、その検査の後に一定の違反をした場合に医師の診断を受けていたが、改正後は、違反する前に診断を受けることになった。

ポイント 2：上記の機会以外に、75 歳以上の高齢者（運転免許を現に保有している方）が一定の違反行為（**図 3**）を行った場合、公安委員会が臨時に認知機能検査を行う。結果が後述する第 1

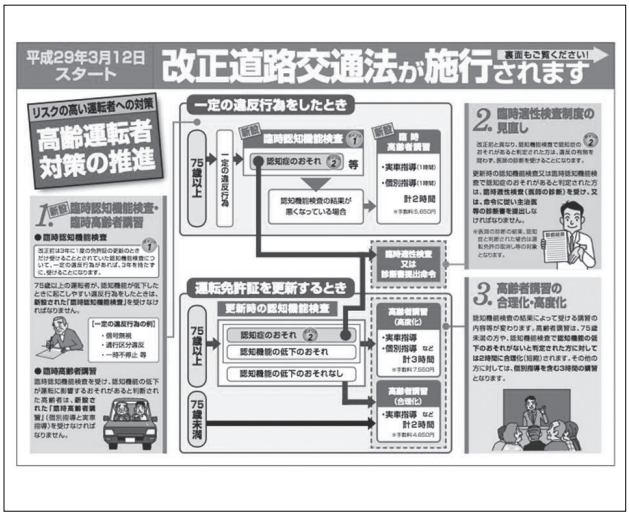
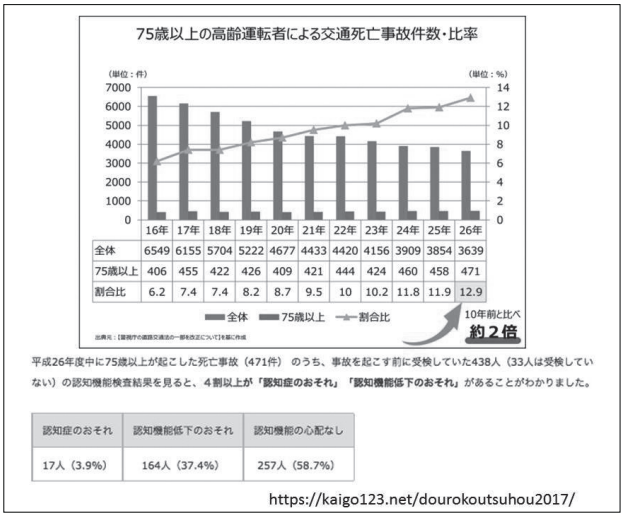


図 2

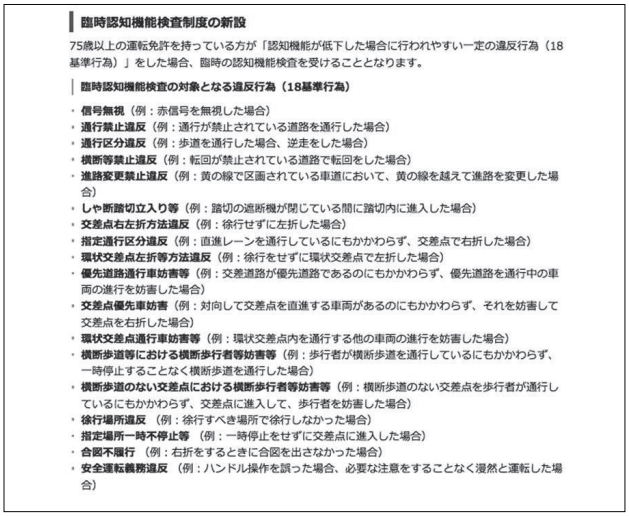


	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年	26年
全体	6549	6155	5704	5222	4677	4433	4420	4156	3909	3854	3639
75歳以上	406	455	422	426	409	421	444	424	460	458	471
割合比	6.2	7.4	7.4	8.2	8.7	9.5	10	10.2	11.8	11.9	12.9

平成26年度中に75歳以上が起こした死亡事故（471件）のうち、事故を起こす前に受検していた438人（33人は受検していない）の認知機能検査結果を見ると、4 割以上が**「認知症のおそれ」「認知機能低下のおそれ」**があることがわかりました。

認知症のおそれ	認知機能低下のおそれ	認知機能の心配なし
17人（3.9%）	164人（37.4%）	257人（58.7%）

図 1



臨時認知機能検査制度の新設

75歳以上の運転免許を持っている方が「認知機能が低下した場合に行われやすい一定の違反行為（18基準行為）」をした場合、臨時の認知機能検査を受けることとなります。

臨時認知機能検査の対象となる違反行為（18基準行為）

- **信号無視**（例：赤信号を無視した場合）
- **通行禁止違反**（例：通行が禁止されている道路を通行した場合）
- **通行区分違反**（例：歩道を通行した場合、逆走をした場合）
- **横断等禁止違反**（例：転回が禁止されている道路で転回をした場合）
- **進路変更禁止違反**（例：黄の線で区画されている車道において、黄の線を越えて進路を変更した場合）
- **しや断踏切立入り等**（例：踏切の遮断機が閉じている間に踏切内に進入した場合）
- **交差点右左折方法違反**（例：徐行せずに左折した場合）
- **指定通行区分違反**（例：直進レーンを通行しているにもかかわらず、交差点で右折した場合）
- **環状交差点左折等方法違反**（例：徐行をせずに環状交差点で左折した場合）
- **優先道路通行車妨害等**（例：交差道路が優先道路であるのにもかかわらず、優先道路を通行中の車両の進行を妨害した場合）
- **交差点優先車妨害**（例：対向して交差点を直進する車両があるのにもかかわらず、それを妨害して交差点を右折した場合）
- **環状交差点通行車妨害等**（例：環状交差点内を通行する他の車両の進行を妨害した場合）
- **横断歩道等における横断歩行者等妨害等**（例：歩行者が横断歩道を通行しているにもかかわらず、一時停止することなく横断歩道を通行した場合）
- **横断歩道のない交差点における横断歩行者等妨害等**（例：横断歩道のない交差点を歩行者が通行しているにもかかわらず、交差点に進入して、歩行者を妨害した場合）
- **徐行場所違反**（例：徐行すべき場所で徐行しなかった場合）
- **指定場所一時不停止等**（例：一時停止をせずに交差点に進入した場合）
- **合図不履行**（例：右折をするときに合図を出さなかった場合）
- **安全運転義務違反**（例：ハンドル操作を誤った場合、必要な注意をすることなく漫然と運転した場合）

図 3

分類（**図 4**）に入り「認知症のおそれ」があると判定されれば、医師の診断を受けることになった。

このことにより対象者が大幅に増え、診断する医師が不足することが予想される。また、診断待ちが長くなり、免許保留の３か月以内に診断できない可能性も心配されている。

認知機能検査の総合得点は以下の計算式を用いて算出されます。

「1.15×【時間の見当識】+1.94×【手がかり再生】+2.97×【時計描画】=総合点」

各検査の合計得点	
時間の見当識	1.15 × 15点 ＝ 17.25点
手がかり再生	1.94 × 32点 ＝ 62.08点
時計描画	2.97 × 7点 ＝ 20.79点
合　計	100.12点満点

分類	内容	総合点
第１分類	記憶力・判断力が低くなっている方	49点未満
第２分類	記憶力・判断力が少し低くなっている方	49点以上76点未満
第３分類	記憶力・判断力に心配がない方	76点以上

https://kaigo123.net/dourokoutsuhou2017/

図 4

別記様式第5号(第7条関係)
(平25公委規則6・全改、平26公委規則8・旧別記様式第3号繰下)

臨時適性検査通知書

第　号

年　月　日

住所

殿

青森県公安委員会　印

あなたは、講習予備検査(認知機能検査)の結果、「記憶力・判断力が低くなっている」との判定を受け、特定の交通違反があることから、道路交通法第　条第　項による臨時適性検査(認知症の専門医による診断)を受けていただくことになりましたので、通知します。

この通知を受け、やむを得ない理由なく臨時適性検査を受けない場合は、運転免許の　拒否／保留／取消し／効力の停止

の処分を受けることとなりますので、御注意ください。

適性検査を行う理由	講習予備検査	
	特定の交通違反	
適性検査を行う期日		年　月　日（午前・後　時　分から）
適性検査を行う場所		
備考		

※　認知症についての診断結果が記載された主治医(かかりつけ医)の診断書を提出した場合には、臨時適性検査(認知症の専門医による診断)を受ける必要はありません。

なお、この場合に提出する主治医の診断書の作成時期は、講習予備検査(認知機能検査)の受検日以降であることが必要です。

診断書を提出する場合の期日	年　月　日まで
診断書の提出先	
本件に関する問い合わせ先	

注　1　適性検査当日は、本人確認のため運転免許証を持参すること。

図 5

ポイント３:「認知症のおそれ」の該当者には、①臨時適性検査通知書（**図 5**）か②診断書提出命令書・医師の皆様へ（**図 6**）・診断書（**図 7、8**）

診断書提出命令書

年　月　日

住所

殿

公安委員会　印

あなたは、認知機能検査の結果、「記憶力・判断力が低くなっている」との判定を受け、認知症のおそれ（疑い）があることから、道路交通法第102条第　項の規定により、下記のとおり、道路交通法施行規則第29条の３第３項に規定する要件を満たす医師の診断書（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を提出していただくようお願いします。

なお、やむを得ない理由なく診断書を提出しない場合は、運転免許　が拒否される／が保留される／が取り消される／の効力が停止される　こととなりますので、御注意ください。

また、提出された診断書が上記の要件（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を満たさない場合、上記運転免許の行政処分を行うか、改めて臨時適性検査又は診断書提出命令を行うこととなりますので、御注意ください。

診断書の提出を命ずる理由となった認知機能検査の結果	
診断書の提出期限	
診断書の提出先	
備考	

※　この通知について、不明な点がある場合には、○○県警察本部運転免許試験場○○係までお問い合わせください。

○○県警察本部運転免許試験場○○係
住所　○○市○○町○丁目○番○号
電話　○○−○○○○−○○○○（内線○○○○）

エ）医師向けの依頼書

医師の皆様へ

認知機能検査（※）の結果、認知症の疑いがありますので、診断をお願いします。

なお、この診断に御不明な点がある場合やトラブルがあった場合には、下記の担当者までお問い合わせください。

○○県警察本部交通部運転免許課

（参照）
※　認知機能検査は、「時間の見当識」（自らおかれている時を正しく認識しているかについての検査）、「手がかり再生」（16の記憶項目を再生することによる記憶力の検査）、「時計描画」（空間把握能力（物の位置を把握する能力）についての検査）からなる検査で、100点満点中49点未満を道路交通法において「認知症のおそれがある」と定めています。
検査内容等は警察庁ＨＰで公表しています。

【担当者】
○○県警察本部運転免許試験場○○係　○○
住所　○○市○○町○丁目○番○号
電話　○○−○○○○−○○○○（内線○○○○）

図 6

（認知症関係）
診断書（熊本県公安委員会提出用）

1　氏名　　男・女
生年月日　M・T・S・H　年　月　日生（　歳）
住所

2．診断
① アルツハイマー型認知症
② レビー小体型認知症
③ 血管性認知症
④ 前頭側頭型認知症
⑤ その他の認知症（　　）
⑥ 認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがある。（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）
⑦ 認知症ではない

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失認、失行、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

3．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）
□ 認知機能検査、神経心理学的検査
□ MMSE　□ HDS-R　□ その他（実施検査名　　）
□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）
□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）
□ 臨床検査（画像検査を含む）
□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）
□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）
□ その他の検査

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）
※前項2⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載
(1) 認知症について6月以内［または6月より短期間（　ヶ月間）］に回復する見込みがある。
(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。
(3) 認知症について回復の見込みがない。

5．その他参考事項

以上のとおり診断します。　平成　年　月　日
病院名または診療所の名称・所在地
担当診療科名
担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※　A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要割印。A3版1枚印刷も可。

図 7

（認知症関係）　［記載例］
診断書記載ガイドライン（熊本県公安委員会提出用）

1　氏名　　男・女
生年月日　M・T・S・H　年　月　日生（　歳）
住所

2．診断
① アルツハイマー型認知症
② レビー小体型認知症
③ 血管性認知症
④ 前頭側頭型認知症
⑤ その他の認知症（　　）
⑥ 認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがある。（軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等）
⑦ 認知症ではない

該当する診断名の番号を○で囲む

・⑥を選択した場合、原則として６か月後に臨時適性検査等を行うこととされている。

所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失認、失行、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。）

・どのような日常生活上の変化がいつ頃から見られたか。
・本診断書作成時の状態
・認知症の重症度（Clinical Dementia Rating(CDR)、Functional Assessment Staging(FAST)など、あるいは、必ずしも重症度の基準ではないが、認知症高齢者の日常生活自立度を記載。
・同居・独居の有無、介護者の有無など
・記憶障害はその内容と程度を記載
・見当識障害はその内容と程度を記載
・注意障害はその内容と程度を記載
・失語があればその内容を記載
・失行があればその内容を記載
・失認があればその内容を記載
・実行機能障害があればその内容と程度を記載
・視空間認知の障害があればその内容と程度を記載
・人格・感情の障害等があればその内容と程度を記載

3．身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）
・認知機能検査・神経心理学的検査、臨床検査（画像検査を含む）は原則として全て行う
□ 認知機能検査、神経心理学的検査
□ MMSE　□ HDS-R　□ その他（実施検査名　　）
□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）
□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）
・診断時に行われた認知機能検査（MMSE,HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）等）の該当するものをチェックし、結果を記載
・未実施・検査不能の場合にはその理由を記載（本人が拒否など）
□ 臨床検査（画像検査を含む）
□ 未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）
□ 検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）
・認知症の診断と関連する臨床検査結果（頭部CT、MRI、SPECT、PET等の画像検査、あるいは特記すべき血液生化学検査、脳脊髄液検査など）を記載
□ その他の検査
・上記以外の検査結果（MIBG心筋シンチグラフィー等）を記載

4．現時点での病状（改善見込み等についての意見）
※前項2⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載
(1) 認知症について6月以内［または6月より短期間（　ヶ月間）］に回復する見込みがある。
・(1)を○で囲んだ場合には、括弧内に当該期間（1月〜5月）を記載する。
(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。
(3) 認知症について回復の見込みがない。

該当する番号を○で囲む

5．その他参考事項
4．再診断の場合で前回(1)と診断し、再度(1)の診断をする場合には、２の診断欄の所見欄に前回の見込みが異なった理由を具体的に記載する。理由の記載がない場合、または合理的な理由がない場合には、(2)または(3)として扱われる可能性がある。

以上のとおり診断します。　平成　年　月　日
病院名または診療所の名称・所在地
認知症疾患医療センターに指定されている機関である場合にはその旨についても記載する。
担当診療科名
担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
日本認知症学会、老年精神医学会等の学会認定専門医である場合にはその旨を記載する。
A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要割印。A3版1枚印刷も可。

図 8

が届けられる。①か②かは、公安委員会が決めて送付される。
ポイント 4：①の場合は公安委員会指定の医師が行い、費用は全額公費負担である。②の場合は主として継続的に診療している主治医が診断して、検査等にかかる費用は原則として保険診療で行い、診断書作成費用は自費負担になる（参考 URL の 1)、2) 参照)。
ポイント 5：②の場合、継続的に診療していても、認知症の診断ができない場合は、診断できる専門医に紹介するか、公安委員会に相談するように伝える。
ポイント 6：②の場合で、当該者が継続的に診療していない医師に受診した時は、医師は自分が診断できると判断できれば診断を行う。診断できない時は該当者に対して公安委員会に相談するように指示することが望ましい。
ポイント 7：②の場合、認知症の人の中には、日常生活の支障を認知していない場合があるので診療する際には必ず、家族等の第三者の同席が必要である。
ポイント 8：②の場合、独居など家族等が同席できない状態では、当該者を認知症と判定することが困難であるので、診療する前に当該者に対して公安委員会に相談して、①に切り替えてもらうように指示することが望ましい。
ポイント 9：①の場合、公安委員会の立会いのもとに診察が行われている。
ポイント 10：道路交通法で対象となる認知症は、介護保険法の第５条の２に規定する認知症である（(3) 介護保険法参照)。すべての認知症ではない。
ポイント 11：免許の取り消し・停止の決定は公安委員会が行うものであって、医師ではない。診断書の提出命令も医師に対して行われているものではなく、運転者本人になされているものである。
ポイント 12：医師の刑事責任については、事実と異なる診断書を書いた場合に問われる（刑法第 160 条、刑法第 156 条)。事故を起こしても、免許を与えたのは公安委員会である。
ポイント 13：医師の民事責任については、問われる場合がある。認知症の人は法的責任能力がないので、保護者に義務が発生する。医師は保護者ではないが、医師は保護者である家族等に、認知症と診断された人は運転が法的に禁止されていること（道路交通法第 103 条）を伝えて、診療録に記載しておく必要がある。記録がない場合、保護者から民事訴訟を起こされた時に敗訴する可能性がある。
ポイント 14：当該者は一般診療と違い、運転免許を更新したいのに、「病院で診断を受けなさい」と言われてきているので、「納得いかない」「納得できない」という心情を持っている場合があることに配慮した対応が必要である。

県医師会として、「継続して診療しているかかりつけ医」が診断書を記載できるように研修を計画するなど、これから対応していくことは多々あるが、医師は認知症に伴う交通事故の減少に協力するとともに、認知症者が社会から隔絶されないように応援していく必要がある。

上記の基となっている法律の原文について下記に紹介しておく。

(1) 道路交通法の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 40 号 平成 27 年 6 月 17 日交付）

第一　一定の病気等に係る運転者対策の推進を図るための規定の整備

（一）　公安委員会は、免許を受けようとする者又は免許証の更新を受けようとする者に対し、自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの（以下「一定の病気」という。）等のいずれかに該当するかどうかの判断に必要な質問をするため、内閣府令で定める様式の質問票を交付することができることとする。

（二）（一）の質問票の交付を受けた者は、必要な事項を記載した当該質問票を公安委員会に提出しなければならないこととする。

（三）　公安委員会は、免許を受けた者等が一定の病気等のいずれかに該当するかどうかを調査するため必要があると認めるときは、内閣府令で定めるところにより、その者に対し、必要な報告を求めることができることとする。

（四）（一）の質問票に虚偽の記載をして提出し、又は（三）の公安委員会の求めがあった場合にお

いて虚偽の報告をした者に対する罰則を整備する。
二　一定の病気等に該当する者を診察した医師による診察結果の届出に関する規定の整備（第百一条の六関係）
（一）医師は、その診察を受けた者が一定の病気等のいずれかに該当すると認めた場合において、その者が免許を受けた者等であることを知ったときは、当該診察の結果を公安委員会に届け出ることができることとする。
（三）刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、（一）の届出をすることを妨げるものと解釈してはならないこととする。
三　一定の病気等に該当する疑いがある者に対する免許の効力の停止に関する規定の整備（第百四条の二の三関係）
公安委員会は、臨時に適性検査を行う場合において、その者が、自動車等の運転により交通事故を起こし、かつ、当該事故の状況から判断して、一定の病気等に該当する疑いがあると認められるときその他これに準ずるものとして政令で定めるときは、三月を超えない範囲内で期間を定めてその者の免許の効力を停止することができることとする。

（2）一定の病気についての法律

■道路交通法 第 90 条 （免許の拒否等）
公安委員会は、…（中略）…次の各号のいずれかに該当する者については、政令で定める基準に従い、免許（仮免許を除く。以下この項から第十二項までにおいて同じ。）を与えず、又は六月を超えない範囲内において免許を保留することができる。
一　次に掲げる病気にかかっている者
イ　幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの
ロ　発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの
ハ　イ又はロに掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの
一の二　介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第五条の二 に規定する認知症（第百三条第一項第一号の二において単に「認知症」という。）である者
二　アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
――以下略――
（注）認知症については政令で定めるものという言葉はなく、介護保険法に規定するという言葉になっている。

■道路交通法第 103 条 （免許の取消し、停止等）
1 項一の二　認知症であることが判明したとき。

■道路交通法施行令第 33 条の 2 の 3
（免許の拒否又は保留の事由となる病気等）
法第 90 条第 1 項第 1 号イの政令で定める精神病は、統合失調症（自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く。）とする。
2　法第 90 条第 1 項第 1 号ロの政令で定める病気は、次に掲げるとおりとする。
一　てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害及び運動障害がもたらされないもの並びに発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）
二　再発性の失神（脳全体の虚血により一過性の意識障害をもたらす病気であって、発作が再発するおそれがあるものをいう。）
三　無自覚性の低血糖症（人為的に血糖を調節することができるものを除く）
3　法第 90 条第 1 項第 1 号ハの政令で定める病気は、次に掲げるとおりとする。
一　そううつ病（そう病及びうつ病を含み、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く。）
二　重度の眠気の症状を呈する睡眠障害
三　前二号に掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する病気。
――以下略――

（3）介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

第五条の二　国及び地方公共団体は、被保険者に対して**認知症（脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態**をいう。以下同じ。）に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（注）以上から免許の拒否や取り消し、保留に関わる認知症は脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態の認知症を言い、それ以外の認知症は対象とはならない。

（4）認知症に関わる刑法と民法

1）刑法

第 160 条　（虚偽診断書等作成）

医師が公務所に提出すべき診断書、検案書又は死亡証書に虚偽の記載をしたときは、3 年以下の禁錮又は 30 万円以下の罰金に処する。

第 156 条（虚偽公文書作成等）

公務員が、その職務に関し、行使の目的で、虚偽の文書若しくは図画を作成し、又は文書若しくは図画を変造したときは、印章又は署名の有無により区別して、前 2 条の例による。

（注）前 2 条は 154 条　詔書偽造等の罪、155 条　公文書偽造等の罪

2）民法

第 709 条

故意又は過失によって、他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

第 710 条

他人の身体、自由若しくは名誉を侵害した場合又は他人の財産権を侵害した場合のいずれであるかを問わず、前条の規定により損害賠償の責任を負う者は、財産以外の損害に対しても、その賠償をしなければならない。

第 712 条

未成年者は、他人に損害を加えた場合において、自己の行為の責任を弁識するに足りる知能を備えていなかったときは、その行為について賠償の責任を負わない。

第 713 条

精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない。ただし、故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない。

第 714 条

前二条の規定により責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかったとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。

（注）前二条とは（民法第 712 条（責任能力）、民法第 713 条）のこと。

ただし書き以下は監督義務者に免責事由の証明責任を転換した中間責任とされている。

監督者が過失のなかったことを証明できない場合は無過失責任を負わされるのと同様の結果となる。中間責任とは過失責任と無過失責任の中間の責任という意味である。

第 752 条

夫婦は同居し、互いに協力し扶助しなければならない。

（注）担当医は患者に対する監督義務者ではないが、配偶者に説明していない場合は、配偶者が受けた損害賠償を民事訴訟で担当医にも請求してくることは考えられるので、説明をして記録に残しておくことが重要である。

最後に、認知症診断について『認知症疾患治療ガイドライン 2010』（日本神経学会）から診断の部分を抜粋して紹介しておく（**図 9**）。

■ DSM-IV では独立した認知症の診断基準がないが，認知症をきたす疾患の診断基準では，記憶障害と，記憶以外の失語，失行，失認，遂行機能の障害が 1 つ以上あることを共通して挙げている．これら認知機能障害が認知症の中核症状と言える．一方，認知症に伴う行動異常および心理症状を周辺症状と呼び，最近では認知症の行動・心理症 状 behavioral and psychological symptoms of dementia（BPSD）と呼んでいる．認知症の中核症状（認知機能障害）と周辺症状を合わせたものが認知症症状である．認知症の行動異常として攻撃性，不穏，焦燥性興奮，脱抑制，収集癖等があり，心理症状としては不安，うつ症状，幻覚，妄想が挙げられる．

■治療可能な認知症の発見に努め，せん妄，うつ病（偽性認知症），妄想性障害，薬剤誘起性障害を除外する

■病歴，現症，身体所見，神経心理検査，血液検査，画像検査等で鑑別診断を行う．単純 CT または MRI による形態画像検査が推奨される．

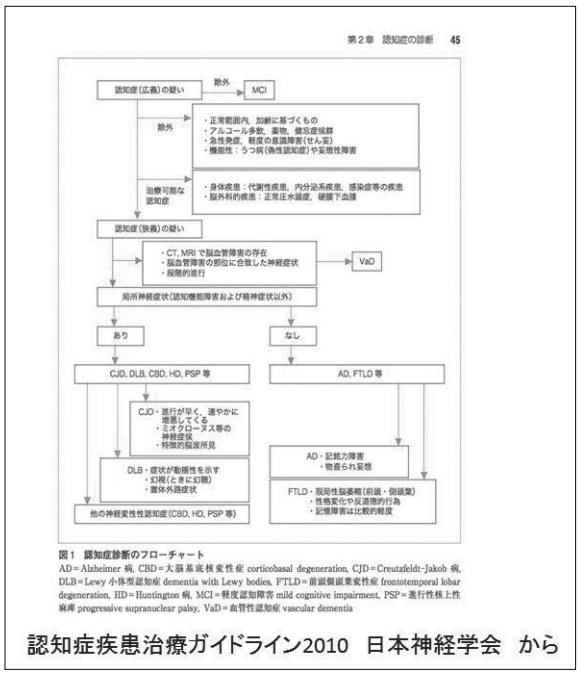


図 1　認知症診断のフローチャート
AD＝Alzheimer 病，CBD＝大脳基底核変性症 corticobasal degeneration，CJD＝Creutzfeldt-Jakob 病，DLB＝Lewy 小体型認知症 dementia with Lewy bodies，FTLD＝前頭側頭葉変性症 frontotemporal lobar degeneration，HD＝Huntington 病，MCI＝軽度認知障害 mild cognitive impairment，PSP＝進行性核上性麻痺 progressive supranuclear palsy，VaD＝血管性認知症 vascular dementia

認知症疾患治療ガイドライン2010　日本神経学会　から

図 9

■ Mini-Mental State Examination（MMSE）は国際的に最も広く用いられており，感度，特異度，簡便さ，これまでのデータの蓄積量から最も推奨されるスクリーニング検査である．しかし認知症の診断には複数の検査を組み合わせることが推奨される．

MMSE は総得点 30 点で，見当識，記銘力，注意・計算，言語機能，口頭命令動作，図形模写など複数の認知機能を簡便に評価でき，一般に 23 点以下を認知症の疑いとする判定が用いられる．

改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）が広く用いられている．21 点以上を正常域，20 点以下を認知症の疑いとみなした場合，感度と特異度はそれぞれ 0.93 と 0.86 と報告されている．

■全般的重症度の評価尺度にはいろいろあるが Clinical Dementia Rating（CDR）は介護者から情報を得た後に被検者に質問を行うもので、アルツハイマー病に採用されている．（**図 10**）

Functional Assessment Staging（FAST）は ADL に重点をおいたものである．

■ 軽 度 認 知 障 害：Mild Cognitive Impairment（MCI）の診断

MCI とは，客観的な記憶障害はあっても全般的な認知機能は正常で，認知症とは言えない状態である．もの忘れの訴えがあり，神経心理検査により，年齢に比して記憶障害が確認され，一般的な認知機能は正常で，日常生活動作 activities of daily living（ADL）は概して正常であって，認知

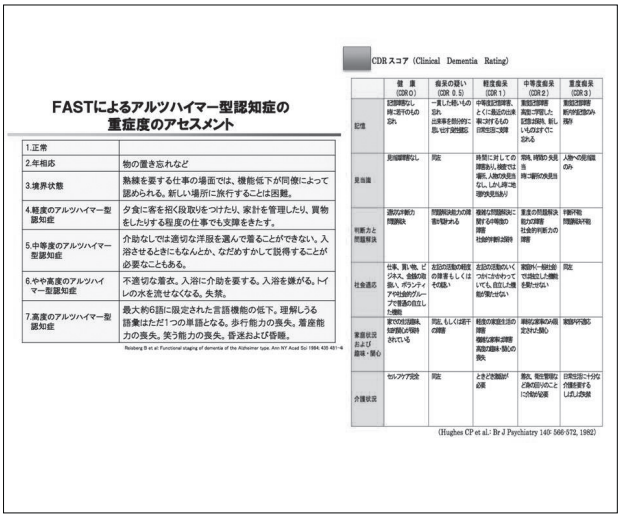


図 10

症ではない．したがって診断はこれらを確認することである．今のところ，診断手順は示されているが定型の MCI 診断法はない．

＜参考 URL ＞

1) 日本認知症学会
http://dementia.umin.jp/index.html
改正道交法に関わる Q&A（認知症高齢者の自動車運転に関する専門医のための Q&A 集）

2) 日本医師会　http://www.med.or.jp/doctor/
かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き
http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/ninmen/20170301kaigo_tebiki.pdf

3) 警視庁のホームページ
http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/menkyo/koshu/koureisha_anzen.html
認知機能検査について
http://www.npa.go.jp/policies/application/license_renewal/ninchi.html
（参考）http://www.npoyhnsn.or.jp/ninchikinoukennsa.pdf

4) 臨時適性検査通知書の様式
（青森県公安委員会）
http://reiki.pref.aomori.lg.jp/reiki_honbun/c0012196001.html#y5

5) 山口県の日本認知症学会認定認知症専門医のいる施設
http://dementia.umin.jp/g2.html#yamaguchi

6) 山口県の日本認知症学会認定認知症専門医のリスト
http://dementia.umin.jp/g1.html#yamaguchi

7)『認知症疾患治療ガイドライン 2010』日本神経学会
https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo.html
https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/sinkei_degl_c_2012_03.pdf
（認知症の診断）

8) CDR スコア（Clinical Dementia Rating）
http://www.pref.toyama.jp/sections/1211/chiho/kakarirukei/sansyo/h6cdrscr.pdf#search=’clinical+dementia+rating’

9) FAST（Functional Assessment Staging）
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_geriatrics_49_419.pdf#search=’fast+ 認知症’

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

フレッシュマンコーナー

はじめまして

下関市医師会　とね眼科クリニック
登根　慎治郎

この度、平成 27 年 9 月に下関市彦島江の浦町（彦島支所前）に「とね眼科クリニック」を開院致しました、登根 慎治郎と申します。

私は下関市彦島本村町に生まれ、本村小学校に入学致しました。中学校・高等学校は久留米の男子校（久留米大学附設）に進学致しましたので幼くして寮生活を経験し、自立心を身に付けました。大学は博多（福岡大学）で過ごし、水泳部に所属し、友好を温め、素晴らしい友人に恵まれ、勉学共に充実した学生時代を送りました。大学卒業後は九州大学病院の臨床研修医として九州大学病院、大分赤十字病院にて研修を修了し、その後、九州大学眼科学教室に入局致しました。入局後は九州大学病院をはじめ、関連病院の別府医療センター、呉医療センター、対馬いづはら病院などにて研鑽を積み、さまざまな疾患・治療を学び経験を重ねて参りました。

その後、下関市立市民病院に眼科医長として赴任し、平成 27 年 8 月まで約 4 年半務めさせて頂きました。中学以来、下関を離れておりましたので、日々の診察の中で患者さんの話される方言に懐かしさを覚え、地元の方々の温かさ、故郷の有難さを感じておりました。縁あって、父親の歯科医院の近くに候補地が見つかり、生まれ育ったこの地に開院させて頂きました。当院は、彦島の入り口に位置し、関彦橋を渡ってすぐの左手にあります。近隣には彦島支所や図書館、保健センター、児童館

などの公共施設や、多くの医療施設の集まった地区です。

小児～高齢者まで幅広い年齢層に対応し、近隣のクリニックや総合病院、大学病院の先生方と連携をとらせて頂きながら専門的治療に努めて参りたいと思います。

開院して約 1 年 7 か月、患者さんに寄り添い、質の高い診療を心掛けております。視覚はとても敏感です。さまざまな症状が治療・手術などにより改善された喜びは、患者さんはもとより私達にも伝わり、元気を頂き日々の活力に繋がっております。

丁寧な対応で患者様一人一人の声に耳を傾け、治療に専念し、重ねて医療レベルの向上にスタッフ一同、努力を致す所存でございます。どうぞ宜しくお願い致します。

開業致しまして日も浅く、まだまだ若輩者です。今後とも諸先輩の諸先生方の御指導・御鞭撻を賜ります様、何卒宜しくお願い致します。

「会員の声」原稿募集

投稿規程（平成 27 年 5 月から）

1）投稿は本会会員に限ります。
2）内容につきましては、医療・医学に関連するものに限定させていただきます。
3）他誌に未発表のものに限ります。
4）同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
5）字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
6）外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
7）学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。（『山口県医学会誌』への投稿をお願いします。）
8）ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
9）送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
10）編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
11）原稿の採用につきましては、原稿をいただいた日の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

山口県医師会事務局　広報・情報課
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

郡市医師会長会議

と　き　平成 29 年 2 月 16 日（木）16：00 ～ 17：05
ところ　山口県医師会 6 階会議室

開会挨拶

河村会長　「平成 28 年度第 2 回医師国保通常組合会」に引き続き、よろしくお願いいたします。

国の平成 29 年度予算の一般会計総額ですが 97 兆 4,500 億円、社会保障費が約 32 兆 4,730 億円で 1.2％増、医療費が約 11 兆 5 千億円ということで、結局はこの財源を確保することが一番大切であると思います。前回、消費税が 8％から 10％に上がらなかったので、このあたりをどのように切り盛りするのかということだと思います。30 年度は診療報酬・介護報酬の同時改定があり、地域医療構想、地域包括ケアシステムの構築という問題もありますが、それに対応してかかりつけ医の機能をどのようにしていくかという問題もあります。一番問題なのは医療機関の費用構造における人件費の割合が、2000 年度は 50.2％あったものが 2012 年度には 46.4％ということで約 5％減っていることであり、全体で減っているというよりは薬剤費は増えているので、中医協等でかなり苦労してやっていかなければいけないと思います。

3 月に改正道路交通法が施行されることに伴い、3 月 1 日に日医で開催されます都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会にて日医のガイドラインが示される予定であり、骨子はできているようであります。

平成 30 年度からは第 7 次保健医療計画の策定があり、病床機能分化とかかりつけ医をどのようにマッチングさせていくか、今回の保健医療計画も介護保険計画等のいろいろな種類の保健計画は 6 年計画、3 年計画ということで同時に始まっておりますのでご協議をよろしくお願いしたいと思います。

本会の予算につきましては、28 年度は医師会立看護学校に対して一生懸命取り組むということで予算を組んでおります。まだまだ足りないとは思いますが、29 年度はさらに工夫してやっていきたいと考えています。

いずれにしましても、医療を取り巻く環境はかなり厳しいわけですが、日医、県医、郡市医師会がうまく情報伝達を行い、連携が取れた環境を作りたいと思いますので、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

議題［報告事項］

1. 都道府県医師会長協議会について

河村会長　1 月 17 日に日医で開催された第 3 回都道府県医師会長協議会に出席したので報告する。

冒頭挨拶で横倉義武 会長は、健康寿命をさらに伸ばしていくことが重要と述べられた。2010 年度の日医の調査では国民がかかりつけ医をもっている割合は 53.7％ということで、70 ～ 80％までもっていったほうがよいと思われる。また、先程も申した人件費の割合は 5％減ということで会員自体もコスト意識をもった対応をしていく必要があるとのことであった。経済財政諮問会議では院内、院外処方のあり方や技術料などを問題にしていたが、このようなことでは困るということで横倉会長は即、安倍首相に面会を求め、首相からは中医協で決定する事項という文言をいただいたと伝え聞いている。日医は戦前の大日本医師会から数えて創立 70 年という節目の年にあたることから、かかりつけ医の機能をさらに確立していきたいとのことであった。

続いて、都道府県医師会から提出された 7 題の質問･要望について日医執行部から回答があり、本県からは「高齢運転者に対する認知症診断検査の医療費について」と題して質問を行った。これについては後程、萬常任理事が説明申し上げる。

他県からは、「『成育基本法』の早期制定に向けて」（鹿児島県）、「転院搬送における救急車の適正利用について」（長野県）、「いわゆる、『終末期医療、決定プロセスガイドライン』及び『尊厳死法制化』に関して」（岡山県）、「在宅医療専門の診療所の現状と課題について」（静岡県）、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会について」（徳島県）、「新専門医制度に対する専門医機構の対応について」（愛知県）、等の質問・要望があった。詳細については『日医ニュース』第 1330 号をご参照願いたい。

2. 医療事故調査制度について

林 専務理事　医療事故調査の相談・報告件数（全国）は、毎月、センターから報告が上がってきており、相談件数は 150 件前後、報告件数は 30 数件で横ばいの状態である。本年 1 月までの報告件数は 517 件で、診療科別にみると、外科 96 件、内科 69 件、産婦人科 30 件となっており、精神科でも 19 件上がっている。病床規模別でみてみると、100 ～ 299 床 97 件、300 ～ 499 床 94 件、500 ～ 699 床 81 件となっている。起因した医療（疑いを含む）の分類別では、圧倒的に処置・手術（分娩を含む）が多く、その他を合わせると 273 件ということで 3 分の 2 ぐらいがこれに入ってくるということである。また、転倒・転落、誤嚥といったものもあるが、これはどこまで報告したらよいのかということが明示されていないので、まだ手探りの部分もあるかと思う。内視鏡を含めてだが、検査等も件数はそれほど多くはないものの全国的にはみられている。

平成 28 年 6 月 24 日付で省令が発出されているが、ポイントは 2 点で、病院管理者の責務を明確にすることが一つで、これは確実に把握する体制を施設内で確保するようにということである。もう一つは、支援団体による組織に関する規定が新設されており、支援団体は支援に必要な対策推進のため、共同で協議会をもつようにとのことで、本県ではこの省令が発出される前に行っているところである。

※引き続き、本県における医療事故調査事案についての説明が行われた。

3. 地域医療構想調整会議について

弘山常任理事　昨年 7 月末に山口県の地域医療構想が策定され、1 回目の調整会議が 8 ～ 11 月にかけて各圏域で行われた。また、検討課題を具体的に議論するために、病床を持つ医療機関を中心とした検討部会が設置され、必要に応じて開催されているところであるが、まだ、ごく僅かな圏域

出席者

郡市医師会長

大島郡	嶋元　徹	防　府	神徳　眞也
玖　珂	藤政　篤志	下　松	宮本　正樹
熊毛郡	斉藤　良明	岩国市	小林　元壯
吉　南	西田　一也	小野田	西村　公一
厚狭郡	河村　芳高	光　市	竹中　博昭
美祢郡	坂井　久憲	柳　井	前濱　修爾
下関市	木下　毅	長門市	友近　康明
宇部市	矢野　忠生	美祢市	藤村　寛
山口市	淵上　泰敬		
萩　市	中嶋　薫		
徳　山	津田　廣文		

県医師会

会　長	河村　康明	理　事	香田　和宏
副会長	吉本　正博	理　事	中村　洋
副会長	濱本　史明	理　事	清水　暢
専務理事	林　弘人	理　事	舩津　浩彦
常任理事	弘山　直滋	理　事	前川　恭子
常任理事	萬　忠雄	理　事	山下　哲男
常任理事	加藤　智栄	監　事	藤野　俊夫
常任理事	藤本　俊文	監　事	篠原　照男
常任理事	今村　孝子	監　事	岡田　和好
常任理事	沖中　芳彦		
理　事	白澤　文吾	広報委員	津永　長門

だけである。

県の医療政策課へ確認したところでは、2回目の「全体会議」が 28 年度内に開催される予定で、29 年度の会議の進め方などが検討されることになっている。

本会としては、これまで各圏域の会議にオブザーバーとして参加しているところだが、各圏域における将来の病床数の必要量（必要病床数）が示されて以降、その達成に向けた具体的な議論、又は具体的な取組みが進み、医療現場において混乱等が生じているといった状況は聞いていない。将来の患者数とも言える必要病床数を参考としながら、必要病床数は減ることはあっても増えることのない実情を、地域でどのように役割分担していくか、それぞれの地域で関係者と一緒にご検討いただきたいと思う。

次に、平成 30 年度から 6 年間を計画期間とする「保健医療計画」についてだが、県において、その作成作業が 4 月から始まる。「地域医療構想」についても、当然、この「医療計画」の中に盛り込まれることになる。

「医療計画」に関する国の基本方針は 28 年度末に示されるが、現在の医療計画と同様に、「5 疾病 5 事業及び在宅医療」の機能について、各圏域別の医療提供体制や医療機関リストを記載することになる。各郡市医師会の先生方には、医療機関リストの作成などをお願いすることになると思うので、ご協力のほどよろしくお願いしたい。

その他、若干変更されていることとして、高齢者人口の増加を踏まえ、「ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頚部骨折」などについての対策、関係する他の諸計画との関係性の整理、医療計画の実効性を担保するための評価指標の見直しが作成指針に盛り込まれる予定と聞いている。また、市町介護保険事業計画（県介護保険事業支援計画）と医療計画を一体的に作成し、整合性を確保できるよう県と市町関係者による協議の場を設置することなどが予定されている。

本会としても、県行政及び日医と連絡を密にした情報収集、各調整会議への参加などにより、各郡市医師会へ情報提供すると同時に、県全体としての意見を集約していきたいと思うので、引き続きご協力のほどよろしくお願いしたい。

4. 日医かかりつけ医機能研修制度について

加藤常任理事　日医は、かかりつけ医を「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」と位置づけている。

本制度は、今後のさらなる少子高齢化社会を見据え、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・向上するために、平成 28 年 4 月からスタートした。実施主体は都道府県医師会であり、本県としては、28 年 12 月 11 日に開催した応用研修会をもって実施をスタートさせている。

本制度の研修内容には「基本研修」、「応用研修」、「実地研修」の 3 つがあり、①基本研修は日医生涯教育認定証の取得、②応用研修は必須な応用研修会等を受講して 10 単位以上を取得すること、③実地研修は学校医及び産業医活動、予防接種、休日診療などを複数実施することである。過去 3 年間で上記要件を満たし、申請書類を提出いただいた先生に県医から修了証書又は認定証を発行する（有効期間は交付から 3 年間）。

郡市医師会は、修了要件を満たした会員から申請書類（①日医生涯教育認定証のコピー、②修了申請書、③応用研修受講報告書、④実地研修実施報告書）を受付け、実地研修を受講したかの確認を行う。また、申請者を取りまとめ、郡市医師会長による承認（署名）を行い、県医へ報告・提出する。

県医は、郡市医師会から提出のあった申請書類の確認を行い、平成 29 年 4 月 1 日付の山口県医師会長名で「修了証書」又は「認定証」を交付する予定である。

また、かかりつけ医と総合診療専門医の関係については、今後、新たな専門医制度の一環として総合診療専門医の養成が開始されることもあり、地域医療を担う先生方から、不安の声が上がっていることも事実である。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であり、専門医制度すべてを包含した幅広い概念である。専門医制度は、あくまでも学問的な見地からの評価によるもので、「かかりつけ医」とは異なるため、専門医を取得されている先生方にも、本

本制度による研修の受講をお願いする。

神徳会長（防府）　会員としてとるべきものと考えてよろしいか。また、本研修制度を修了することによって、将来、何かメリットがあるか。

河村会長　日医は本研修制度を修了することによって診療報酬算定要件に直接結びつくものではないと言っているが、本制度の応用研修に「『地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会』等の受講」が入っているので、全く無関係ではない。それを別にしても基本的には、かかりつけ医機能の各種研修は受講いただきたい。

議題［協議事項］

1. 高齢運転者に対する認知症診断検査について

萬 常任理事　社会問題化している高齢者の交通事故対策の一環であるが、平成 29 年 3 月 12 日から施行の改正道路交通法において、75 歳以上に認知症の対策が図られる。

概要としては、信号無視や一時停止違反等の特定の交通違反があった場合に、自動車学校において「臨時認知症機能検査」が実施される。また、運転免許の更新時に、同じく自動車学校において「認知症機能検査」が実施される。それらのデータが公安委員会で分析され、その結果、認知症のおそれがある場合は「臨時適正検査」や「診断書提出命令」に振り分けられる。

医療側として県警から協力を求められているのが、「診断書提出命令」の対象者である。県警の情報では、改正後の対象者は従来（年間 100 人程度）の 10 倍（同 1,000 人程度）と予想されている。これまでも認知症診断検査について、「認知症疾患医療センター」（県内に 6 病院）以外の一般内科医等でも一部対応し、特に問題なく運用されてきたということだが、今後は対象者数の桁も違うし、画像診断を含めて、専門的で煩雑な診断に対応できる医療機関は限られることから、先日、アンケート調査を実施し、何とか県内で 60 弱の医療機関に対応してもらえる状況となった。また、一部の郡市医師会の中には、直接、医療機関に交渉していただき、協力の同意を得られた地域もあり、感謝申し上げる。

問題は他にもあり、毎日新聞に掲載された認知症の特集記事中において、診断書提出命令の医療費について、臨時適性検査については公費となるが、一般内科医等で行う検査の医療費については、画像診断を含めると 5 万円程度になるものが全額患者負担と報じられている。これでは診断書提出者はいなくなる。一方、「認知症疑い」という病名で健保使用する患者も中にはいると思われ、つまり医療費の負担者が決まっていないということである。

これについて、先般、日医で開催された都道府県医師会長協議会で本会から質問を提出したところであるが、日医は警察庁、厚生労働省等の関係機関で調整させ、ガイドラインを 3 月 1 日の都道府県介護保険担当理事協議会で報告するとしている。

もう一点、認知症と診断すると、その時点で運転免許証は取り消される。認知症疑いの場合は免許停止にはならないが、原則、6 か月後に臨時適性検査が必要となる。認知症ではないと判断した患者が事故等を起こした場合には刑事責任は問われないが、先日の勉強会では、カルテには認知症との記載があるものの診断書には認知症ではないとの記載があった場合には問題があるように言っていた。

この件については、勉強会を各地区で行っていただきたいと思う。本会では先日開催した認知症フォローアップ研修会において、この講演をしてもらった。今後どうなるかについては、おって連絡させていただきたいと思うが、認知症ということで自家用車を取り上げると、その人の生活の足がなくなるわけで、それに対する県警の対応を尋ねたところ、公共交通機関を考えているとの回答だった。

木下会長（下関市）　刑事責任は問われないというのは、どの法律に、どのように記載してあるのか。

萬 常任理事　カルテに認知症と記載していて、診断書には認知症ではないと記載したら、これは虚偽の診断となるわけだが、認知症ということで

来た患者を実際に診て、さまざまな検査をした結果、認知症ではないと診断した場合には、その時点では認知症ではなかったということで刑事責任は問われない。

木下会長　かなりリスクのある診断書になるのではないか。

河村会長　認知症サポート医の講演でそのような話があったが、民事に関して問われないこともない。一番問題なのは認知症ではないと診断して、その人が後に事故を起こした際にどうするかということについてだが、「現在は症状はないが、今後はわからない」等のことをカルテに記載しておけば、民事に関しては、それほど問題にはならないのではないかということだった。問題は他にもあって、認知症ではないと言いながらも、アリセプトを使っていることが分かった場合についてはグレーゾーンである。また、患者が他の医療機関に行って､そこで認知症ではないと言われた際に、「あの医療機関に行けば認知症ではないと診断してくれる」というような噂が立つおそれがあるなど、まだまだグレーな部分がかなりある。

西村会長（小野田）　認知症と一言に言っても、アルツハイマーとレビー小体では対応が全く異なると思われるが、それを単に認知症ということで一括りにしてよいのか。この診断書が出た次の日から、高齢者は生活の足が奪われて、正常な生活ができなくなるというケースが出てくると思われるので、その対応を先にきちんと行ってから制度を作るというのが妥当だと思う。

河村会長　各郡市において議論していただくことが非常に大切だと思う。高齢者が車を使う大きな要因は受診と買い物であり、それを解決できるようなシステムとして地域包括ケアがあると思うので、よろしくお願いしたい。

萬 常任理事　他の学会からもかなり異論が出たようだが閣議決定ということで、日医も困っているようである。

2. 県医師会地域包括ケア推進事業について

弘山常任理事　現在、地域包括ケアシステムの構築が進められている中で、本会としては、医療・介護関係者だけでなく市町行政との体制づくりが重要であることから、各地域の実情に沿った取組みを推進することとし、各郡市医師会における取組みを支援する「在宅医療推進事業（事業費助成）」を 28 ～ 29 年度にかけて実施しているところである。

現在いただいている報告では、28 年度に 8 郡市医師会が実施されており、29 年度にはさらに 8 郡市医師会が実施される予定となっている。

そこで、本会としては、こうした郡市医師会の取組みが一時的なものとして終わるのではなく、発展的に事業が展開できるよう、29 ～ 30 年度にかけての新規事業「県医師会 地域包括ケア推進事業」として、事業費を追加増額して、郡市医師会の取組みを支援することとした。対象となる事業は、これまでの取組みを拡大又は新たに取り組む事業、行政の委託・補助事業の対象とならない（事業費が賄えない）事業などとしている。この助成は、行政の委託や補助金等と違って、なるべく郡市医師会で使い勝手が良いように、引き続き本会独自の予算で行うものである。なお、今回は、1 郡市医師会当たり 80 万円を上限としてとしている。

事業の実施予定の調査や申請書類等については、29 年度早々に郡市医師会へご案内する予定なので、ぜひ有効にご活用いただければと思う。

3. 郡市医師会からの意見・要望

神徳会長（防府）　防府看護専門学校の「応募者減少」に歯止めがかからない状態である。

防府医師会では昨年の夏休みにオープンキャンパスを実施、59 名の参加者があり、その結果、看護科第 1 次試験の応募者 22 名のうち 4 名がオープンキャンパスの参加者、また准看護科第 1 次試験応募者 62 名のうち 21 名がオープンキャンパス参加者という結果であった。

もう一つの事業として、准看護師を対象としたスキルアップ研修会を開催した。これは平成 26 年度から 3 年間定員割れの状況が続き、厳しい状況が続いたため、看護科への入学志願者の確保

を目的に、准看護師（潜在准看護師を含む）を対象とした、准看護師の方に「看護師になろうよ」という動機付けをする研修会を開催している。

これらについて、県医師会にぜひとも助成をお願いしたい。従来も定額補助はいただいてはいるが、今後はかかった経費の 2 分の 1 あるいは数字を大きくしていただき、財源に充当させていただければと思う。

もう一点、看護学校、准看護学校ともに受験生の応募者の減少については、オール山口での協力をお願いしたいと考える。特に受験生の募集について、例えば県医師会報や近隣の医師会の会報に各看護学校の募集要綱を一括して掲載していただく等のご協力をお願いしたい。

沖中常任理事　今後の少子高齢社会に向けて、医療・介護・福祉・保健などで大きな役割を担う看護職員を養成することは地域医療に不可欠なものであり、その一翼を担っているのが医師会立看護専門学校である。しかしながら、各学校においては、学校創設から 50 年以上が経過し、社会・経済情勢や医療・看護の現状が大きく変わり、学生のニーズも多様化し、経営は厳しいものとなっている。

本会としては、看護学校の存続は極めて重要であると考えていることから、28 年度、郡市医師会担当理事及び教務主任との合同協議会を 2 回開催し、学校運営の問題点や関係者の意見を集約するとともに、昨年設置した会内「ワーキングチーム」において、今後の運営支援について検討を重ねたところである。この結果、医師会立看護学校の安定運営に向けて「オール山口」で取り組むこととし、28 年度の県医師会助成額を増額した。なお、29 年度はさらに増額することを決定している。

その他の支援策として、29 年度は三つの新規事業を立ち上げることとした。

一つ目は、応募者減少対策として「オープンキャンパス」は効果的であることから助成する。

二つ目は、「准看護師向けのスキルアップ研修会」についても、より多くの准看護師が意識を高めて看護師の資格が得られるきっかけづくりや、潜在者の再就職支援として有効なものであることから助成する。ただし、この二つの新規事業はいずれも費用の 1/2 助成で上限額を 10 万円とさせていただく。

三つ目は、オール山口での取組みとして、近隣医師会及び広報部門等と連携し、生徒募集広告等を実施する。

四つ目は事業ではないが、准看護師の養成制度の存続と、生涯教育研修体制の確立を目的とする「日本准看護師連絡協議会」に対して、本会は賛助会員となり支援することを決定したところである。

その他、解決策の一つとして、例えば医師会員から寄付を募り安定した学校運営に向けて「基金」を設立していくことも考えられる。このためには医師会員やその他多くの方々に地域医療における医師会立看護学校の重要性と、その現状を理解してもらう必要がある。

いずれにしても看護学校問題は、さまざまな課題をオール山口で乗り越えなければならない状況にあるので、今後とも学校・郡市医師会・本会等で一致結束して取り組むよう、さらなる皆様のご理解・ご協力をよろしくお願いしたい。

中嶋会長（萩市）　萩市も准看護師養成学校をもっており、看護職員不足は定着問題も含めて問題になっている。県が「山口県第七次看護職員需給見通し」という資料を出しているが、平成 23 年度の需要数 21,222 人、供給数 20,846 人で不足分が 376 人と非常に少ない。27 年度においても不足分 83 人ということで、現実とかけ離れたデータになっている。これは 23 ～ 27 年の 5 年間で回収率が 70.4％ということで、実際には、この数字は実態と乖離していると思う。県医師会で病院、診療所の看護職員の不足数の実態調査をし、それを山口県に示して協力をお願いしていただきたい。

沖中常任理事　それについては山口県看護職員確保対策協議会でも話が出て、看護職員不足は解消されていく見通しであるという説明であったが、出席した委員から、現状ではそのような認識はなく、募集してもなかなか応募がないという意見が出た。医療機関での調査については、そのような

データを医師会として把握しておくことは、県との協議の際に必要となると思うので、現在準備しているところである。

河村会長　原案はできており、修正して郡市に配付したいと思うので、よろしくお願いしたい。

木下会長　看護職員は医療機関だけでなく、介護保険施設でも結構募集しているので、医療機関だけを調査しても、それ以上の需要があるということで、その点についても調査していただければと思う。

河村会長　一度、案を早急に作成して、それをお見せしたい。

その他

小林会長（岩国市）から岩国市医療センター医師会病院の現状についての報告があった。また、藤政会長（玖珂）からは転院搬送における救急車の利用についてのご意見があった。

傍聴印象記

広報委員　津永長門

平成 28 年度第 2 回目となる郡市医師会長会議を傍聴した。

まず注目したのは、報告事項の都道府県医師会長協議会での山口県医師会からの質問事項で、協議事項にも挙がった、高齢運転者に対する認知症診断検査についてである。高齢ドライバーによる重大な交通死亡事故が連日のように報道されている昨今、対策強化の一環として改正道路交通法が 3 月 12 日に施行されることは聞き及んでいるが、臨時適性検査の費用負担問題や診断医師不足など、多くの問題を抱えてのスタートになりそうである。加えて、診断した医師の責任問題や投薬の問題なども懸念される。山口県は高齢化率が全国でも上位にあり、1,000 人程度が検査対象となると予想されているそうだが、しばらくは現場の混乱が予想され、県医師会としてバックアップが必要であろう。

次に、地域医療構想調整会議について開催状況等報告があったが、現在、各医療圏で病床機能検討部会が設置され、各医療圏内の実情がやっと見えてきたところである。最近、病床の調整方法について都道府県知事の権限云々が漏れ聞こえてくるが、今後の会議の内容･方向性が注視される。

最後に郡市医師会からの意見・要望として、防府医師会より看護学校学生募集事業への助成と受験生募集の「オール山口」での協力のお願いが出された。医師会立看護学校については、最近の郡市医師会長会議で毎回議論されている。これに対し、オープンキャンパスや准看護師のスキルアップ研修会への助成、生徒募集広告の実施、寄付を募っての基金の設立など、県医師会の積極的な取組みが示され、大いに評価できる。

看護師不足についても、山口県の統計資料では県内の看護職員はほぼ均衡した需給状況とされているが、他の医師会から、県のデータと実態との解離が指摘され、県医師会独自の調査が必要との声が挙がっていた。それを受けて、県医師会から先日、各医療機関等における看護職員の需給状況に関する調査のお願いが回ってきた。「等」には介護施設も含まれていると思うが、調査結果をぜひ公表してもらい、活用していただきたい。

河村会長のリーダーシップにより県医師会が動き出したなと感じられた郡市医師会長会議であった。今後に大いに期待したい。

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医業従事者が国民年金に上乗せする「公的な年金」です。
掛金の**全額**が**社会保険料控除の対象**となり、所得税、住民税が軽減され、さらに受取る年金にも**公的年金等控除が適用**されます。

加入資格
- 満20歳以上60歳未満の方。国民年金第1号被保険者
- 医業に従事している医師および従業員（家族従業員も対象）
- 地域型基金等の他の国民年金基金に加入していない方

掛金
- 掛金の払込は60歳まで。掛金（加入時年齢による）の上限は月額68,000円

加入コース
- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取
- 65歳01月支給開始。**終身年金**
- 年金額は加入口数とその掛金の納付期間等により決定

長生きリスクに備える年金です

遺族一時金
- A型（受給前）→ 加入時年齢、死亡時年齢および死亡時までの掛金納付期間に応じた額
  （受給後）→ 80歳までの残りの保証期間の年金原資に相当する額
  ※遺族一時金の額は、払い込み掛金額を下回ることがあります。
- B型 → 遺族一時金なし

中途脱退
- 任意脱退はできない
- 他の公的年金に加入・廃業等の場合、脱退となる
- 中途脱退しても65歳より掛金に応じた年金を支給

税理士のご紹介でご加入されている方が増えております

税制上の優遇措置
- 掛金は**全額社会保険料控除の対象**（最高816,000円が控除）
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用
- 遺族一時金（B型を除く）は全額非課税

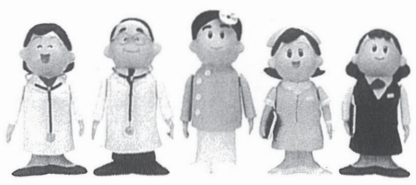
新制度です

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となっています

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

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

- 日本医師会年金（医師年金）に加入している方でも、当基金の年金に加入できます。
- お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。



フリーダイヤル 0120-700650
受付時間（平日）　午前9:30～12:00　午後1:00～5:30
http://www.jmpnpf.or.jp

検索はこちらから
日本医師従業員　検索
0120-700650　検索

2016.10

平成 28 年度
第 2 回 医師国保通常組合会

と　き　平成 29 年 2 月 16 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会 6 階会議室

Ⅰ　開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 32 名、出席議員 26 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

Ⅱ　理事長挨拶

河村理事長　本日は平成 28 年度第 2 回通常組合会で、29 年度事業計画・予算等 4 議案について、ご審議をお願いすることとしております。

28 年度から、国庫補助金の見直しによる補助率の引き下げが実施されており、最終的には 13% まで引き下げられることになっています。日医においては 13% も残ったという意見もありますが、元々、財政が豊かな保険者は 0% にするという話でしたので、それに比べれば確かに 13% も残ったと言えるのかもしれません。しかし、それでも財政的な負担は大きく、また被保険者数が減少しておりますので、予算に関しては厳しい状況となっています。

また、がんや肝炎の高額薬剤が小さな国保組合に大きな影響を与える事態となっています。29 年度は保険料をなんとか改定せずに済んだものの、30 年度以降は、しっかり検討しながら対応していかなければならないと思いますので、よろしくお願いいたします。

マイナンバー制度が始まりまして、各手続きが煩雑になったところもありますが、引き続き、皆様のご協力をお願いしたいと思います。

議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

綾目　秀夫　議員
小林　元壯　議員

Ⅲ　議案審議

承認第 1 号　平成 29 年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について

沖中常務理事　平成 22 年の全国建設工事業国保組合の無資格加入問題により、国から法令遵守の体制整備が求められ、本組合では、23 年 2 月の組合会で規約改正及び基本方針の策定を議決した。

この基本方針の中で、毎年度理事会において、具体的な実践計画を策定し、組合会の承認を得ることと規定しているので、本年 1 月 19 日の理事会で、29 年度の実践計画を策定した。内容については、28 年度分と変更はない。

まず、1「法令遵守マニュアルの策定」では、役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅したマニュアル等を策定すると規定している。本組合のマニュアルは、23 年 9 月 15 日の理事会で策定しており、すべての役職員に配付している。

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

3「法令遵守のための管理」については、担当職員の業務について記載をしているが、本組合では、同一の業務について、主担当と副担当の職員により業務を執行することで、複数の職員による対応としているところである。

4「法令遵守関連情報の組織的な把握等」では、役職員の役割等を掲げている。

5「不祥事故への対応体制」では、報告及び手続きについて定めている。

以上のような実践計画に基づき、役職員ともに、国民健康保険法を始め、番号法などの関係法令に沿って厳正に業務運営を行いたい。

平成29年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守
（コンプライアンス）のための実践計画

平成29年1月19日　理事会議決

山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、平成29年度の実践計画を次のとおり策定する。

1　法令遵守マニュアルの策定
役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅した法令遵守マニュアル等を策定する。
①　法令遵守マニュアルは、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
②　法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。

2　法令遵守に関する指導・研修
不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。
①　法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
②　役職員を対象とした法令遵守を徹底するため研修を実施する。

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

4　法令遵守関連情報の組織的な把握等
役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。
①　役職員が把握した法令遵守関連情報（組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事件に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等）については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
②　法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を与えるもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
③　理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報への対応を決定する。

5　不祥事故への対応体制
役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
①　法令遵守担当理事等は、規約、規程等に則り、理事会に報告する。
②　理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。

6　雑　則
この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

議案第1号　平成28年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算の補正について

沖中常務理事　28年2月の組合会でご承認いただいた28年度予算において、「社会保障・税番号制度システム整備費補助金」は、歳入「第2款 国庫支出金 第2項 国庫補助金 第1目 療養給付費等補助金」中に、特別調整補助金として、1千万円を計上していた。

3月に入り、厚労省から、勘定科目を新設するように通知が発出されたので、「第2項 国庫補助金」の「第4目 社会保障・税番号制度システム整備費補助金」を新設し、「第1目 療養給付費等補助金」の1千万円を減額して、同額を計上している。

また、28年度決算見込において、予算額に対し過不足が生じる款について、あわせて補正を行っている。

歳入の第1款「国民健康保険料」は、予算額10億1,587万円に対し、見込額は9億7,384万円余で、約4,200万円の減となっている。被保険者数の減少に起因するものである。

28年度の人員は、4月から12月までの平均被保険者数で合計4,413人となったが、28年度予算で用いた被保険者数4,616人に対し、約

出席者

組合会議員

大島郡	嶋元　徹	徳山	津田　廣文		
玖珂	山下　秀治	徳山	津永　長門		
熊毛郡	斉藤　良明	徳山	髙木　昭		
吉南	小川　清吾	防府	山本　一成		
厚狭郡	河村　芳高	防府	木村　正統		
美祢郡	坂井　久憲	下松	宮本　正樹		
下関市	赤司　和彦	岩国市	小林　元壯		
下関市	綾目　秀夫	岩国市	保田　浩平		
宇部市	矢野　忠生	小野田	西村　公一		
宇部市	黒川　泰	光市	竹中　博昭		
宇部市	猪熊　哲彦	柳井	前濱　修爾		
山口市	淵上　泰敬	長門市	友近　康明		
萩市	中嶋　薫	美祢市	藤村　寛		

役員

理事長	河村　康明	理事	中村　洋		
副理事長	吉本　正博	理事	舩津　浩彦		
副理事長	濱本　史明	理事	前川　恭子		
常務理事	沖中　芳彦	理事	山下　哲男		
常務理事	清水　暢	監事	藤野　俊夫		
法令遵守（コンプライアンス）担当理事	萬　忠雄	監事	篠原　照男		
理事	林　弘人	監事	岡田　和好		
理事	弘山　直滋				
理事	加藤　智栄				
理事	藤本　俊文				
理事	今村　孝子				
理事	白澤　文吾				
理事	香田　和宏				

200名の減少で、大幅な減収となっている。

歳入の第6款「繰越金」について、決算見込額1億8,377万9千円は、27年度決算の差引残高の確定額であり、約2,474万円余の減となっている。27年度後半に、C型肝炎の高額薬剤を使用された被保険者が3名おられたことなどで、療養給付費が見込額を上回り、繰越金が減少している。

歳出において、第4款「後期高齢者支援金等」の見込額2億5,038万4千円は確定額であり、予算額に対し1万7千円の不足額が生じている。

第8款「共同事業拠出金等」については、299万円の不足額が生じている。

第12款「諸支出金」では、1,785万円を支出する。これは、27年度の療養給付費等補助金について、超過分を国庫に返還する金額で、予算額に対し1,784万7千円の不足となっている。

歳出で大きな割合を占める療養給付費については、第3款「保険給付費」第1項「療養諸費」に療養費と審査手数料の合計見込額5億8,790万円としている。

28年度の療養給付費の見込額は、4月から10月診療分の7か月分の実績額から、27年後半の医療費の伸びを考慮した年間推計値として、合計額5億8,219万1千円、27年度比92.7％としているので、予算額に対し、約3,100万円の残が生じると見込んでいる。

収支差引残高の見込額は1億8,809万5千円で、27年度決算とほぼ同額となり、この額を、29年度予算の繰越金としている。

また、単年度収支は2,216万6千円となり、26年度に保険料の引き上げをしていただいた際の1億2,551万円と比較すると、単年度収支が約1億円減少しており、財政状況の悪化が分かる。

補正予算の事項別明細書等では、予算額に過不足が生じる款について補正を行っており、歳入、歳出それぞれ6,624万3千円を減額し、補正後の予算額は、14億2,903万2千円としている。なお、歳出の第13款「予備費」については、調整した結果、8,709万9千円を減額している。

平成28年度山口県医師国民健康保険組合
歳入歳出補正予算（第1号）事項別明細書

1．総　括

（歳　入）　（単位：千円）

款	既定予算額	補正予算額	計
Ⅰ　国民健康保険料	1,015,870	△42,000	973,870
Ⅱ　国庫支出金	248,320	0	248,320
Ⅲ　共同事業交付金	22,457	0	22,457
Ⅳ　財産収入	101	0	101
Ⅴ　繰入金	1	0	1
Ⅵ　繰越金	208,522	△24,743	183,779
Ⅶ　諸収入	4	500	504
歳入合計	1,495,275	△66,243	1,429,032

（歳　出）　（単位：千円）

款	既定予算額	補正予算額	計
Ⅰ　組合会費	2,581	0	2,581
Ⅱ　総務費	47,739	0	47,739
Ⅲ　保険給付費	689,445	0	689,445
Ⅳ　後期高齢者支援金等	250,367	17	250,384
Ⅴ　前期高齢者納付金等	56,171	0	56,171
Ⅵ　老人保健拠出金	8	0	8
Ⅶ　介護納付金	144,964	0	144,964
Ⅷ　共同事業拠出金	25,422	2,990	28,412
Ⅸ　保健事業費	49,835	0	49,835
Ⅹ　積立金	1,001	0	1,001
Ⅺ　公債費	1	0	1
Ⅻ　諸支出金	3	17,849	17,852
ⅩⅢ　予備費	227,738	△87,099	140,639
歳出合計	1,495,275	△66,243	1,429,032

第1表　歳入歳出予算補正

（歳　入）　（単位：千円）

款	項	既定予算額	補正予算額	計
Ⅰ　国民健康保険料		1,015,870	△42,000	973,870
	(1)　国民健康保険料	1,015,870	△42,000	973,870
Ⅵ　繰越金		208,522	△24,743	183,779
	(1)　繰越金	208,522	△24,743	183,779
Ⅶ　諸収入		4	500	504
	(1)　預金利子	1	0	1
	(2)　雑入	3	500	503
補正をしない款項		270,879	0	270,879
歳入合計		1,495,275	△66,243	1,429,032

（歳　出）　（単位：千円）

款	項	既定予算額	補正予算額	計
Ⅳ　後期高齢者支援金等		250,367	17	250,384
	(1)　後期高齢者支援金等	250,367	17	250,384
Ⅷ　共同事業拠出金等		25,422	2,990	28,412
	(1)　共同事業拠出金	22,482	1,702	24,184
	(2)　共同事業負担金	2,940	1,288	4,228
Ⅻ　諸支出金		3	17,849	17,852
	(1)　償還金及び還付加算金	3	17,849	17,852
ⅩⅢ　予備費		227,738	△87,099	140,639
	(1)　予備費	227,738	△87,099	140,639
補正をしない款項		991,745	0	991,745
歳出合計		1,495,275	△66,243	1,429,032

2．歳　入

Ⅰ款　国民健康保険料

第1項　国民健康保険料　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　国民健康保険料	1,015,870	△42,000	973,870	1医療給付費分現年度分	692,423
				2医療給付費分滞納繰越分	1
				3後期高齢者支援金分現年度分	184,485
				4後期高齢者支援金分滞納繰越分	1
				5介護納付金分現年度分	96,845
				6介護納付金分滞納繰越分	1
				7後期高齢者組合員分現年度分	113
				8後期高齢者組合員分滞納繰越分	1

Ⅱ款　国庫支出金

第2項　国庫補助金　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　療養給付費等補助金	237,882	△10,000	227,882	1療養給付費等補助金	158,559
				2後期高齢者支援金分補助金	38,498
				3介護納付金分補助金	30,824
				4老人保健医療費拠出金補助金	1
2　出産育児一時金等補助金	5,323	0	5,323	1出産育児一時金補助金	4,200
				2高額医療費共同事業補助金	1,123
3　特定健康診査等補助金	1,332	0	1,332	1特定健康診査等補助金	1,332
4　社会保障・税番号制度システム整備費補助金	0	10,000	10,000	1社会保障・税番号制度システム整備費補助金	10,000

Ⅵ款　繰越金

第1項　繰越金　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　繰越金	208,522	△24,743	183,779	1繰越金	183,779

Ⅶ款　諸収入

第2項　雑入　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　雑入	1	2	3	1雑入	3
2　第三者納付金	1	498	499	1第三者納付金	499
3　返納金	1	0	1	1返納金	1

3．歳　出

Ⅳ款　後期高齢者支援金等

第1項　後期高齢者支援金等　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　後期高齢者支援金	250,349	17	250,366	19負担金補助及び交付金	250,366
2　後期高齢者関係事務費拠出金	18	0	18	19負担金補助及び交付金	18

Ⅷ款　共同事業拠出金等

第1項　共同事業拠出金　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　高額医療費共同事業医療費拠出金	22,457	1,706	24,163	19負担金補助及び交付金	24,163
2　高額医療費共同事業事務費拠出金	25	△4	21	19負担金補助及び交付金	21

第2項　共同事業負担金　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　国民健康保険組合共通システム共同事業負担金	1,403	0	1,403	19負担金補助及び交付金	1,403
2　社会保障・税番号システム負担金	1,537	1,288	2,825	19負担金補助及び交付金	2,825

Ⅻ款　諸支出金

第1項　償還金及び還付加算金　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　保険料還付金	1	0	1	19負担金補助及び交付金	1
2　償還金	1	17,849	17,850	23償還金利子及び割引料	17,850
3　高額療養費特別支給金	1	0	1	19負担金補助及び交付金	1

ⅩⅢ款　予備費

第1項　予備費　（単位：千円）

目	既定予算額	補正予算額	計	節 区分	節 金額
1　予備費	227,738	△87,099	140,639	1予備費	140,639

※　平成28年度予算において、「社会保障・税番号制度システム整備費補助金」については、歳入「第Ⅱ款国庫支出金　第2項　国庫補助金　第1目　療養給付費等補助金」中に、特別調整補助金として1千万円を計上していたが、厚労省より勘定科目を新設するように通知が発出されたことに伴い、第2項　国庫補助金に第4目として「社会保障・税番号制度システム整備費補助金」を設置し予算額を計上することにした。

議案第2号　平成29年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

沖中常務理事　本組合の主体的事業である保険給付についてであるが、疾病や負傷に対する療養の給付が大きなウエイトを占めており、療養の給付のほかに療養費、高額療養費等13項目にわたる各種給付事業を実施し、28年度とほぼ同じ内容となっている。

なお、(9)「高額療養費の支給」については、記載に変更はないが、本年8月より見直しがある。70歳以上の被保険者において2段階で見直しがあり、8月からは区分はそのままとするが、現役並み所得者については、外来（個人）が現行の44,400円から57,600円に、一般の区分については、12,000円から14,000円へと限度額が引き上げられる。

なお、一般区分については、外来の自己負担額の合計額に、年間14万4千円の上限が設けられている。

また、限度額（世帯）については、44,400円から57,600円に引き上げられるとともに、多数回該当が新たに設定され、12か月以内に、高額

療養費が支給されている月数が３か月以上ある場合、４回目以降の限度額が、44,400円となっている。

次に、(6)「特定健診・特定保健指導の実施について」であるが、第２期実施計画の最終年度となり、計画に基づき実施する。

29年度の目標値は、特定健診受診率70％、特定保健指導30％としているので、先生方のご協力をどうぞよろしくお願いする。

(8)「医療費通知の実施」については、厚労省が医療費適正化の取組みの一つとして、柔道整復療養費の適正化のため、医療費通知の実施等を講じるように推進をしていることから、23年度以降医療費通知を実施していたが、25年度からは本組合に届く柔道整復師にかかる療養費支給申請書について、全件、患者調査を実施することで、医療費通知に代えている。引き続き、全件調査をすることで、適正受療の周知等に努める。

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

4「被保険者証について」であるが、現在お持ちの被保険者証の有効期限は、28年４月１日付けで更新し、有効期限は、31年３月31日までとなっているので、29年度は更新はしない。

5「社会保障・税番号制度への対応について」は、29年７月の医療保険者等の情報連携開始に向けた対応として、総合運用テスト等を実施するとしている。

6「月別事業計画」は、理事会、組合会の開催及び全医連や全協主催の諸会議等の予定を月ごとに示したものである。

議案第３号　平成29年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算

沖中常務理事　29年度予算は、国から示された予算編成に当たっての留意事項に基づいた予算額を計上している。

29年度歳入歳出予算の総額は13億4,779万9千円で、補正後の28年度予算に対し、8,123万３千円の減、率にして5.7％の減となっている。

平成29年度事業計画

1．保険給付について

(1)　療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

1　診察

2　薬剤又は治療材料の支給

3　処置、手術その他の治療

4　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

5　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

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

(2)　入院時食事療養費の支給

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

(3)　入院時生活療養費の支給

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

(4)　保険外併用療養費の支給

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

(5)　療養費の支給

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

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6)　訪問看護療養費の支給

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

(7)　特別療養費の支給

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

(8)　移送費の支給

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

(9)　高額療養費の支給

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

(10)　高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の２第１項の高額療養費が支給される場合にあっては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第１項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第１項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11)　出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として40万４千円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに１万６千円を加算する。

(12)　葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合

員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

⑬　傷病手当金の支給

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

２．保健事業について

⑴　健康診断事業の実施について

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

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

⑵　健康教育事業の実施について

１．出産した被保険者に対して、月刊誌「赤ちゃんとママ」を１年間配布する。

２．被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

⑶　健康増進事業の実施について

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

⑷　高額医療費資金の貸付けについて

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

⑸　出産費資金の貸付けについて

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

⑹　特定健康診査、特定保健指導の実施について

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

⑺　死亡見舞金の支給について

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

⑻　医療費通知の実施について

療養費のうち、柔道整復師に係る分について患者調査を実施することにより、医療費等の通知を行う。

３．広報活動について

⑴　山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。

⑵　保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

４．被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成31年３月31日までとなっているので、更新はしない。

５．社会保障・税番号制度への対応について

平成29年７月の医療保険者等の情報連携開始に向けた対応として総合運用テスト等を実施する。

６．月別事業計画

月	組合会・理事会	諸会議及び研修会
4	理事会	
5	理事会	全国国保組合協会中国四国支部総会・委託研修会 全国医師国保組合連合会代表者会
6	理事会	全国国保組合協会通常総会 全国国保組合協会保健事業推進担当者研修会
7	理事会 監事会 組合会	全国国保組合協会職員研修会 中国四国医師国保組合連絡協議会 中国地方国保事務担当者研究協議会
8	理事会	
9	理事会	全国国保組合協会事務長研修会 全国国保組合協会理事長・役員研修会
10	理事会	全国医師国保組合連合会第55回全体協議会
11	理事会	全国医師国保組合連合会事務長連絡会 第16回学びながらのウォーキング大会 全国国保組合協会被保険者全国大会
12	理事会	中国四国医師国保組合事務連絡会
1	理事会	全国国保組合協会事務長研修会
2	理事会 組合会	全国国保組合協会理事長・役員研修会
3	理事会	全国国保組合協会通常総会

＜歳入＞

第Ⅰ款「国民健康保険料」については、26年度に改正した月額保険料に、29年度の被保険者見込み数を乗じて算出している。

この被保険者見込み数は、28年度平均被保険者数に３か年の対前年度比の平均値を乗じて算出しているが、合計で4,225人となっており、28年度よりさらに200名近い被保険者数が減少するとしている。

第１項「国民健康保険料」は、医療給付費分ほか３種類の保険料総額として、９億4,254万4千円で、28年度より、3,132万６千円の減となっている。

第Ⅱ款「国庫支出金」について、第１項 第１目「事業費負担金」は23年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかる。医療分は、厚労省が示した被保険者数に応じた額となるが、被保険者数の減少により、わずかではあるが減収となっている。

第２項「国庫補助金」の療養給付費等補助金について、28年度より補助金の見直しがあった。本組合は、所得水準の高い国保組合として、32％の補助率が28年度から５年をかけて13％に削減されることとなっている。

29年度の補助率24.4％を用い、国が示した算出式で補助金7,969万９千円を見込んでいるが、32％で計算した額よりも、2,482万４千円の減額となっている。

前期高齢者納付金、後期高齢者支援金及び介護納付金にかかる補助金についても同様に算出し、補助金の見直しによる減少分は、全体で4,570万円余となる。２年目ではあるが、大きな影響を受けている。

療養給付費等補助金は、先程の補助金等を合計して１億8,274万４千円となる。28年度と比較して4,513万８千円の減となっているが、これは、補助率の引き下げと補助対象となる療養給付費等を28年度より低く見込んでいるためである。

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

特定健康診査等補助金は、厚労省が示した補助

単価と対象見込み者数から算出し、28年度と同額の133万2千円となる。

また、社会保障・税番号制度システム整備費補助金として、224万円を計上している。

第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であり、2,245万7千円を計上している。

第Ⅳ款「財産収入」は、積立金と貸付基金の利息で10万1千円を、第Ⅴ款「繰入金」は科目存置として、1千円を計上している。

第Ⅵ款「繰越金」は、差し引き残高の1億8,809万5千円とし、28年度より431万6千円増としている。

第Ⅶ款「諸収入」の第1項「預金利子」は、手元の事業運営資金の預金利息で、科目存置として1千円を計上している。

＜歳出＞

第Ⅰ款「組合会費」については、28年度と同額の258万1千円を計上している。

第Ⅱ款「総務費」は、役員報酬等組合運営の事務費等として、28年度より約1千万円減の3,773万1千円を計上している。

減額となった要因は、28年度においては、マイナンバー制度に対応する経費としてシステム改修の経費等に1千万円を計上していたが、29年度では、総合運用テスト等の経費154万円と、ランニングコストとして役務費に約56万円の合わせて約210万円としたことによる。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める6億5,834万3千円を計上している。

過去4か年の伸び率の平均が99.6％であったことから、今回は100％とし、28年度の見込額と同額を29年度の予算額にしている。

療養給付費は、28年度より3,025万3千円減の5億8,219万1千円としている。

審査手数料は、山口県国保連合会に支払う手数料であり、国保連合会が示した単価により算出している。

高額療養費は、5,102万8千円としている。28年度に比べ、約290万円の増となっている。

第4項「出産育児諸費」については、35件分の一時金と手数料を計上している。28年度の支給状況から、28年度より5件分少ない件数としたため、約210万円の減となっている。

第1表　平成29年度歳入歳出予算

（単位：千円）

歳入		歳出	
款　項	金　額	款　項	金　額
Ⅰ 国民健康保険料	942,544	Ⅰ 組合会費	2,581
(1) 国民健康保険料	942,544	(1) 組合会費	2,581
Ⅱ 国庫支出金	194,597	Ⅱ 総務費	37,731
(1) 国庫負担金	3,483	(1) 総務管理費	37,196
(2) 国庫補助金	191,114	(2) 徴収費	535
Ⅲ 共同事業交付金	22,457	Ⅲ 保険給付費	658,343
(1) 共同事業交付金	22,457	(1) 療養諸費	588,006
Ⅳ 財産収入	101	(2) 高額療養費	51,528
(1) 財産運用収入	100	(3) 移送費	100
(2) 基金運用収入	1	(4) 出産育児諸費	14,708
Ⅴ 繰入金	1	(5) 葬祭諸費	2,000
(1) 準備金等繰入金	1	(6) 療養の給付付加金	1
Ⅵ 繰越金	188,095	(7) 傷病手当金	2,000
(1) 繰越金	188,095	Ⅳ 後期高齢者支援金等	238,423
Ⅶ 諸収入	4	(1) 後期高齢者支援金等	238,423
(1) 預金利子	1	Ⅴ 前期高齢者納付金等	59,439
(2) 雑入	3	(1) 前期高齢者納付金等	59,439
		Ⅵ 老人保健拠出金	6
		(1) 老人保健拠出金	6
		Ⅶ 介護納付金	142,815
		(1) 介護納付金	142,815
		Ⅷ 共同事業拠出金等	23,976
		(1) 共同事業拠出金	22,482
		(2) 共同事業負担金	1,494
		Ⅸ 保健事業費	49,766
		(1) 特定健康診査等事業費	6,140
		(2) 保健事業費	42,426
		(3) 死亡見舞金	1,200
		Ⅹ 積立金	1,001
		(1) 積立金	1,001
		Ⅺ 公債費	1
		(1) 一般公債費	1
		Ⅻ 諸支出金	3
		(1) 償還金及び還付加算金	3
		ⅩⅢ 予備費	133,714
		(1) 予備費	133,714
合計	1,347,799	合計	1,347,799

第 5 項「葬祭諸費」については、28 年度と同額の 200 万円としている。

第 6 項「療養の給付付加金」については、26 年 4 月診療分以降は制度を廃止しているが、科目存置として 1 千円を計上している。

第 7 項「傷病手当金」については、100 万円減の 200 万円を予算計上している。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」、第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」、第Ⅵ款「老人保健拠出金」及び第Ⅶ款「介護納付金」については、厚労省から示された算定式により算出した額を予算額として計上している。

第Ⅷ款「共同事業拠出金等」の第 1 項「共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会に支払う額として、2,248 万 2 千円を計上している。

第 2 項「共同事業負担金」の国民健康保険組合共通システム共同事業負担金と社会保障・税番号システム負担金については、全国国保組合協会が被保険者 1 人当たりの単価を決定した上で、各国保組合の負担金が決まるが、負担方法等について協議が継続中のため、1 月時点での協議内容に沿った金額を予算計上している。

第Ⅸ款「保健事業費」第 1 項「特定健康診査等事業費」は、28 年度とほぼ同額の 614 万円を計上している。

委託料において、特定健診の単価は、山口県医師会が示した 29 年度の額で 10,781 円としている。28 年度は 10,727 円だったため、54 円の引き上げとなっている。

第 2 項「保健事業費」は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、4,242 万 4 千円を予算計上している。

第 3 項「死亡見舞金」については、28 年度の支給状況から 2 件増やして 12 件分、120 万円を計上している。

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

第Ⅺ款「公債費」は科目存置である。

第Ⅻ款「諸支出金」は 3 千円を計上している。

最後に、歳入歳出を調整した結果、第ⅩⅢ款「予備費」として、28 年度より 692 万 5 千円減の 1 億 3,371 万 4 千円を計上している。

質疑応答

西村議員（小野田）　理事長の挨拶にあった高額薬剤については、薬価は下がったものの、使用者が増え療養給付費が高額となる可能性がある。今後は予備費で対応されるのか、それとも補正を組むのか。

河村理事長　状況にもよるが、基本的には補正を組んだほうがよいのではないかと考える。

前濱議員（柳井）　保険料収入の減少が大きな問題である。被保険者数の減少が原因であるとのことであったが、医師会員が減ってきたためなのか、それとも他の保険に移行したためか。

河村理事長　両方あると考える。医師会員の死亡による喪失や、本組合は自家診療を認めていないことから、従業員が協会けんぽ等に移行することが主な要因となっている。

前濱議員　医師国保に継続加入するメリットを、広く説明する必要があるのではないか。

河村理事長　協会けんぽと比較してメリットを説明していく。なお、デメリットとなる従業員の自家診療に関しては、これを認めると負担が大きくなるので、今後検討していきたい。

Ⅳ　採決

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

Ⅴ　閉会の挨拶

河村理事長　討論の中でもありましたが、平成 30 年度は運営に関する変更が多々生じると思われますので、それらの変更点を明確にし、早急に皆様に報告できるようにしたいと思います。

本日は、ありがとうございました。

平成 28 年度
山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議

と　き　平成 29 年 1 月 19 日（木）15：00 ～

ところ　山口県医師会 6 階 会議室

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

開会挨拶

河村会長　AED の普及啓発を目的に設置された本協議会は、平成 17 年の発足から 12 年が経過した。県内の病院、診療所等の AED の設置状況調査を平成 20 年度から毎年実施しているが、前年度の設置台数は当時と比べ 2 倍近くに増えている。マラソン大会においても、コースの各ポイントに AED が設置され、消防（救命救急士）の方等が AED を背負って伴走することは日常の光景になってきている。いざという時に一番役に立つのではないだろうか。

議題

(1) 本県の救急搬送の現況について（県消防保安課）

平成 27 年の全国の救急出動件数及び救急搬送人員は、ともに 21 年から 7 年連続して増加し、いずれも前年に引き続き過去最多を更新した。また、山口県の救急出動件数及び救急搬送人員は、ともに前年から増加に転じ、過去最多を記録した。（**表 1**）

事故種別出動件数では、「急病」での搬送が 60.2％と最も多く、以下「一般負傷」、「転院搬送」となっている。これらの割合は、これまでと大きく変わっていない。

救急出動における不搬送の状況は、当人や関係者による「拒否」が 2,204 人と最も多く、以下「緊急性なし」、「死亡」の順となっている。近年の特徴としては、「現場処置」が平成 26 年 546 件、27 年 908 件と大きく増加しており、救命救急士の技術力の向上などが反映されているのではないかと思われる。

傷病程度別搬送人員は、全国的には「軽傷」の割合が最も多くなっているが、本県では「中等症」の割合が最も多くなっており、こうした傾向は、平成 23 年から続いている。

年齢区分別救急搬送人員は、全国的にも本県も、高齢者の割合が最も多くなっているが、全国割合 56.7％に対し本県割合が 65.4％と、全国に比べ高い割合になっている。全国の高齢化率が 26.7％に対し、山口県は 32.1％となっていることも原因の一つではないかと思われる。

次に、平成 27 年の「現場到着時間」は、全国が 8.6 分で前年と同じであった。一方、本県は 8.7 分と前年より 0.1 分の延伸となっている。

表 1　救急出動件数・救急搬送人員

項目	救急出動件数（件）			搬送人員（人）		
年	**平成 27 年**	平成 26 年	増減率	**平成 27 年**	平成 26 年	増減率
全国	**6,054,815**	5,984,921	1.2％	**5,478,370**	5,405,917	1.3％
山口	**67,292**	66,425	1.3％	**60,743**	60,247	0.8％

病院収容時間についても、全国は 39.4 分で前年と同じ。本県は 37.2 分で、全国より短い時間にはなっているが、前年より 0.8 分延伸している。各消防等からの聞き取りによる延伸理由としては、①救急救命士の処置拡大により、高度な救急処置に時間を要するようになっていること、②高層階の建物等の増加等により、救急自動車の搬入に多くの時間を要するようになっていること、などが挙げられている。その他、高齢化の進行などによる救急出動件数の増加といったものも原因に挙げられるのではないか。救急搬送件数が増加して医療機関に対する受入要請が輻輳して、受入を断らざるを得ない状況等があり、他の医療機関への照会回数の増加や、遠方の医療機関へ搬送しなければならないという状況などが増加していることが考えられる。

救急搬送における医療機関の受入状況等について、県内の平成 27 年の「重傷以上傷病者」の受入照会 4 回以上事案は増加したが、現場滞在時間 30 分以上の事案は減少している。「産科・周産期傷病者」については、いずれも微増し、「小児傷病者」については、受入照会 4 回以上事案は減

出席者

郡市医師会救急医療担当理事

大島郡　安本　忠道
玖珂　近藤　栄作
熊毛郡　滿岡　裕
吉南　田邉　亮
厚狭郡　伯野　卓
美祢郡　森岡　秀之
下関市　山下　智省
宇部市　吉永　榮一
萩市　安藤静一郎
徳山　小野　薫
防府　豊田　秀二
下松　河村　裕子
岩国市　兼安　秀人
小野田　村田　和也
光市　多田　良和
柳井　野田　基博
美祢市　松永登喜雄

山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会委員

山本亜希広（周南市消防本部）
青　雅一
井上　健
福田進太郎
藤原　義樹
宮内　善豊
弘本　光幸
吉金　秀樹
若松　隆史

県医師会

会　長　河村　康明
常任理事　弘山　直滋
理　事　香田　和宏
理　事　山下　哲男

山口大学医学部附属病院

金田浩太郎
（先進救急医療センター 講師）

山口県総務部 消防保安課

副課長　手嶋　郁夫
主　査　中村研二郎

山口県健康福祉部 医療政策課

調整監　廣川　隆
主　任　静村　貴文

少したが、現場滞在 30 分以上の事案は逆に増加した。（**表 2、3**）

救命救急士の運用状況について、県内の救急隊は全て救急救命士運用隊となっており、常に救急救命士が乗車している救急隊の割合は同率全国６位となっている。（**表 4**）

本県の救急隊員が応急処置等を実施した傷病者は、搬送者全体の 99.5%（平成 27 年）で、うち、救急救命士による特定行為（医師の具体的指示が必要）の実施状況は、静脈路確保 601 件、薬剤投与 378 件、気道確保 488 件となっている。

本県の救命講習受講者割合は、人口１万人あたり 115 人で全国 18 位に当たり、 全国平均 113 人より高くなっている。応急手当の実施率は、全国平均 48.1％に対し 46.1％と全国平均より低くなっている。

県内の救急ステーション数は、平成 19 年３月末の 276 か所から 28 年 12 月末には 339 か所に増加。そのうち AED ステーションは、135 か所から 221 か所にまで増加している。

心肺停止患者の生存率・社会復帰率については、27 年の１か月後生存率は全国平均 13％に対して

表 2　医療機関への照会回数が４回以上の事案の推移

医療機関への照会回数4回以上		平成25年			平成26年			平成27年		
		該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位
重症以上傷病者	全国	15,132	3.4%		14,114	3.2%		11,754	2.7%	
	山口県	83	1.9%	22位	74	1.7%	22位	78	1.8%	22位
産科･周産期傷病者	全国	678	4.3%		617	3.8%		549	3.7%	
	山口県	5	4.8%	38位	1	0.7%	16位	2	1.4%	19位
小児傷病者	全国	9,528	2.7%		8,708	2.4%		8,570	2.4%	
	山口県	41	1.5%	20位	45	1.6%	21位	39	1.5%	21位
救命救急センター搬送事案	全国	27,528	3.9%		26,740	3.6%		25,411	3.3%	
	山口県	254	2.9%	20位	327	2.7%	20位	371	3.0%	22位

表 3　救急現場での滞在時間が 30 分以上の事案の推移

現場滞在 30分以上		平成25年			平成26年			平成26年		
		該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位
重症以上傷病者	全国	23,950	5.4%		23,500	5.3%		22,379	5.2%	
	山口県	143	3.3%	26位	160	3.7%	27位	151	3.5%	26位
産科･周産期傷病者	全国	1,333	8.4%		1,267	7.8%		1,194	7.9%	
	山口県	5	4.8%	30位	4	2.7%	17位	5	3.4%	24位
小児傷病者	全国	11,986	3.5%		11,423	3.2%		12,039	3.4%	
	山口県	51	1.9%	27位	45	1.6%	20位	51	1.9%	26位
救命救急センター搬送事案	全国	41,777	5.9%		45,208	6.1%		47,030	6.1%	
	山口県	434	4.9%	27位	630	5.2%	26位	660	5.4%	27位

（注）重症以上傷病者搬送事案と、産科周産期傷病者搬送事案及び小児傷病者搬送事案は重複している場合がある。

本県は 8.2％、社会復帰率は全国平均 8.6％に対して 4.8％で、いずれも全国で 43 番目という低い水準になっている。

最後に、一般市民により除細動が実施された件数は、県内実施状況は 24 年 17 件、25 年 20 件、26 年 17 件、27 年 25 件で、23 年以前と比較すると、実施件数が増加しており、救命講習等の効果が現れているように見受けられる。（**表 5**）

藤原委員　救命救急士による特定行為の実施件数の発表があったが、成功率が分かるか？水準は上がっているのか？

県消防保安課　正確な資料を持ち合わせていないので、確認させていただきたい。

（2）AED の普及啓発に係る平成 28 年度の取組について（県医療政策課）

平成 16 年 7 月から、一般市民による AED の使用ができるようになり、以降、県では普及啓発に取り組んでいる。主に医療従事者以外の方に対する AED の普及啓発や実地講習会の実施、AED 設置情報の収集・提供等を行うことによって、心肺停止患者の救命率の向上につながる病院前救護体制の推進を図っている。

具体的な取組内容は、県民を対象とした講習会の支援などの普及啓発を、県医師会に委託して実施している。AED 設置の情報提供については、県医療政策課のホームページ「やまぐち医療情報ネット」を活用して行っている。

AED の設置については、報告義務がないことから任意の情報提供、つまり公的施設に限らず民間施設についても「AED 設置状況届出書」の提出をお願いしている。28 年 12 月現在、2,059 件の AED 設置情報をいただいており、公表について了解が得られた 2,017 件の設置情報を医療政策課のホームページで公開している。

表 4　救命救急士の運用状況

【山口県】		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
救急隊員数		1,136 名	1,153 名	1,162 名	1,054 名	921 名
救急救命士数		394 名	407 名	421 名	435 名	352 名
（救急隊員に占める救急救命士の割合）		34.7%	35.3%	36.2%	41.3%	38.2%
救急隊数		71隊	70隊	69隊	68隊	69隊
	うち救急救命士運用隊数（運用率）	71隊（100%）	70隊（100%）	69隊（100%）	68隊（100%）	69隊（100%）
	うち救急救命士**常時**運用隊数	70隊（98.6%）	69隊（98.6%）	68隊（98.6%）	67隊（98.5%）	68隊（98.6%）
【全国】	運用隊の割合	95．9%	96．8%	97．4%	97．8%	98．4%
	常時運用隊の割合	83．1%	85．1%	86．6%	87．7%	89．3%

表 5　一般市民により除細動が実施された件数

※　一般市民：救急隊到着前に傷病者の側に居合わせた者（バイスタンダー）の意
※　実施：AED が装着されたことをもって「実施」と計上
※　件数：消防機関が救急搬送において把握した事案の件数

年	H21 年	H22 年	H23 年	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年
全　国	1,007 件	1,298 件	1,433 件	1,802 件	1,489 件	1,664 件	1,815 件
山口県	１２件	１０件	３件	１７件	２０件	１７件	２５件
					H25～H27　計　62 件		

弘山　山口県の AED 設置状況に関する資料から病院関係における設置が少ないのではないかとのご指摘があった。県医師会での調査については後ほど報告するが、病院・診療所等については、非公開ということで数字を持っているので、それがここに含まれていない。県に届けられたものがこの数字と理解していただけたらと思う。

弘本委員　小学校、中学校は AED の設置が多く、柳井市ではソロプチミストが 15 台くらいの AED を約 500 万円で購入、寄付した事例がある。ただし、寄付した組織はバッテリーやパッドのメンテナンスには関与していない可能性があり、設置されてもメンテナンスされていない可能性が高いと思う。実際に、学童が心臓震盪を起こして VF を起こす可能性はかなりあるので、明確な公的援助で学校からバッテリーや消耗品の予算要望が出たときには、優先的に予算を通すように、県医師会から要望していただく方が良いのではないかという気がする。

県医療政策課　救急に関して 29 年度以降、優先順位を考慮しながら AED の設置及び普及活動に努めていく。

弘山　寄贈されたものは正確な数字が把握できているかどうか。使おうとした時にバッテリー切れだとか、パッドが使えなかったでは困るので、県の方で教育委員会と連携して寄贈を受けたもののメンテナンスに漏れがないようにしていただきたい。

宮内委員　周南市は、小中学校に全部リースで入れている。メンテナンスは常にリース会社がやっているので、新たに設置する場合はリースを考えられた方が良いのではないか。

(3) 救急医療の実施状況について＜平成 27 年度病床機能報告＞（県医療政策課）

病床機能報告制度の対象となる病院のうち、救急告示病院（62 病院）については、休日に受診した患者延べ数の合計は 79,164 人、そのうち直ちに入院した患者延べ数は 12,069 人であり、その割合は 15.2％。また、夜間・時間外に入院した患者延べ数は 21,110 人で、その割合が 21.2％となっている。この結果から見ると、直ちに入院しなかった患者数の割合は、全体として低くないことが分かる。引き続き、救急医療機関への適正な受診の普及等を進めていきたい。

(4) AED 資器材の貸出状況について（県医師会）

県医師会が保有している AED 資器材は、AED トレーナー 11 台、訓練用人形 10 体、ACLS 人形２体であるが､ACLS 人形は現在､故障中である。

平成 28 年度の 12 月末までの貸出件数は 29 件、参加人数は 930 人で、いずれも昨年と比べて約半数となっている。理由は、昨年の３月に２体とも壊れ、現在、貸出ができない状況にある。外国製のもので部品も手に入らず、修理ができない状況になっているので、事情をご理解いただきたい。なお、訓練用の人形を使った AED の訓練はできるので、利用いただきたい。

なお、救命講習会は、郡市医師会や病院単独で独自に行われているものも多くあり、一般市民向けの講習会は、消防や学校の授業や PTA、あるいは職場などでも多く行われている。

(5) AED 除細動器の設置状況調査結果について（県医師会）

毎年、各郡市医師会を通じて調査しており、AED のバッテリー切れ、電極パッドの期限切れ等に早く気づいていただくよう、注意喚起の意味を含めて行っている。

回答のあった医療機関等は 877 で、そのうち AED を設置している施設は 659、設置台数が 868 台となっている。平成 20 年度の 495 台からすると、かなり増えてきたことがわかる。除細動器を設置している施設は 151 で、設置台数は 304 台。除細動器は減る傾向にあるが、まだまだ多くの施設に設置されている。使用報告事例を書いているのは 118 件。

年度が替われば例年どおり調査をするので、郡市医師会担当理事の先生方にはご協力をお願いしたい。

宮内委員　AED の指導等に関しては、運転免許

証の更新時等でも行われているので、かなり普及していると思うが、実際には、AED で除細動しない、電気ショックは要らないとなった時に、どうしたら良いか迷う人が多い。指導の時に、除細動が要らない場合には心停止なので、その時こそ胸骨圧迫が大事だということを強調するような指導をしていただきたい。

(6) ドクターヘリの運航状況について（山口大学医学部先進救急医療センター）

運航開始は平成 23 年 1 月 21 日で丸 6 年となる。出動実績の累計は、要請件数 1,686 件、出動件数 1,468 件、未出動件数（天候不良、時間外要請、重複要請等）218 件となっており、出動形態別件数は現場出動 564 件、病院間搬送 820 件、途中キャンセル 84 件となっている。28 年度（12 月末まで）の要請件数は 241 件、出動件数 227 件、未出動件数 14 件となっている。

28 年度は、このペースで行けば、おそらく 27 年度より微増となると考えている。消防本部別出動件数で、山口県は基地病院である山口大学病院がやや西よりにあるので、西側地域の下関市や美祢市、山口市、宇部市・山陽小野田市などがかなり多くなっている。山陰側の長門市や萩市などもかなり多くなっており、各地域の事情を反映しているのではないかと考えている。

(7) ドクターヘリの中国地方の広域連携について（県医療政策課）

ドクターヘリの効果的運用の観点から、広域的な連携体制の構築による救急医療体制の充実のほか、災害時における相互協力を目的に、平成 26 年 6 月 17 日から山口県から島根県及び広島県から山口県への出動を開始している。広島県から山口県へドクターヘリが出動する範囲は、岩国地区、柳井地区の 6 つの市町において優先的に要請が可能となっている。また、山口県から島根県へドクターヘリが出動する範囲は益田市、津和野町、吉賀町において優先的に要請が可能となっている。（表 6）

(8)「JMAT やまぐち」事前登録状況（県医師会）

今日現在、26 チーム、156 名の事前登録をいただいている。昨年の熊本地震では、JMAT やまぐちも出動してもらったが、その時点より登録が増えている。次年度も 6 月頃に内容の確認と新たな登録募集を、郡市医師会を通じて行いたい。

また、1 月 21 日（土）に、県医師会館 6 階会議室で、JMAT やまぐちの研修会を開催する。毎年、少しずつ内容を変えながら研修を行っており、今回は、県内で確認されている主要な活断層のうち、大原湖断層系（山口盆地北西縁断層）が原因で、山口市を中心に大規模地震が発生したことをシミュレーションし、グループ討議を通じて知識を深めてもらうこととしている。郡市医師会担当理事の先生方には、出席していただける方も多いと思うが、よろしくお願いしたい。

表 6　広域連携実績（～ H28.12.31）

	要請消防機関	要請件数	出動件数	出動件数内訳			未出動件数	未出動内訳	
				現場出動	病院間搬送	キャンセル		重複要請	その他
山口県ヘリ	益田	55	47	2	33	12	8	1	7
広島県ヘリ	岩国	38	31	31	-	-	7	2	5
	柳井	70	52	30	19	3	18	9	9
	周南	7	7	1	6	-	-	-	-
	山口	2	2	1	-	1	-	-	-

平成 28 年度 母子保健講習会

と　き　平成 29 年 2 月 19 日（日）13：00 ～ 17：00

ところ　日本医師会 1 階大講堂

［報告：理事　前川　恭子］

基調講演

（1）母子保健対策 10 年の歩み

日本医師会常任理事　今村　定臣

○子ども支援日本医師会宣言

日本医師会の母子保健対策事業の 10 年間を、2006 年 5 月の「子ども支援日本医師会宣言」の項目に沿い総括された。

1. 妊娠を望む人たちへの支援

不妊・不育治療の充実、カウンセリング機関の整備

2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実

周産期ネットワークの構築、ハイリスク妊婦への対応システム、母子感染予防

3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備

出産一時金の増額、若年妊婦・就労妊婦への支援

4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実

小児救急医療体制整備、ペリネイタルビジット・乳幼児健診の充実、予防接種の充実、子どもの難治性疾患治療の充実、子ども同士の臓器移植

5. 子育てに関する社会環境の整備

病児保育の充実、子育て世代の就労環境の整備、子育て中の事故防止、虐待予防･早期発見、子どもの権利に関する条約に基づく環境整備

6. 学校保健の充実

性教育、禁煙教育、生活習慣病対策、心の問題への取組み

7. 障害児への支援

医療的ケアの充実、長期入院障害児の後方ベッド確保

8. 政府等関係各方面への協力と働きかけ

医師・助産師不足と偏在の解消、小児保健法（成育基本法）の制定、妊娠・出産・子育てに対する税制優遇

○虐待予防に関連して

・子育てフォーラム

児童相談所への児童虐待に関する相談件数は、この 25 年で 100 倍に増え、約 10 万件となった。子ども虐待による死亡事例で心中以外の数は、この 10 年で大きくは変わらない。が、その中で 0 歳児死亡の割合は増加、特に日齢 0 日児死亡の割合が 1997 年には既に高くなっていた。母親が児を殺すのだが、望まない妊娠ゆえ妊婦健診未受診・母子手帳未発行の母親が多く、児童相談所レベルの問題ではないと認識された。妊娠初期から医療が介入することが重要と考え、子育て支援フォーラムを各地で開催することとなった。

・里親制度

養育機能の破綻した家庭から子どもを保護し、元の家庭の機能が回復するまで一時的に別の家庭での安定した生活を供する、代替家庭養育制度である。要保護児童の中で里親委託される児は全体の 13% である。10 年前は 7% であり確実に増えてはいるが、日本の里親委託件数は OECD 諸国と比較し極端に低い。日本国内でも地域差がある。

里親制度に関連し、子どもの成育には施設よりも家庭が適しており、人間の発育の臨界点は 2 歳程度であると示した「ブカレスト初期養育プロジェクト」が紹介された。

チャウシェスク時代のルーマニアにおいては、人工妊娠中絶が法で禁止された。養育できない子はストリート・チルドレンとなり、1989 年には遺棄児童「チャウシェスクの落とし子」が 17 万人を超えた。保護された遺棄児童たちは施設入所又は里子となった。彼らの発育の様子を 10 年以上追跡したのがこのプロジェクトであった。

施設入所群・里子群・普通群で検討され、2 歳未満で里子に出された児は、脳の活動電位も

8 歳時の social skill も普通群と有意差がなかったのである。

・特別養子縁組

子どもを養育できない親との親子関係を解消し、子どもの養育を望む者と新たな親子関係を作るシステムである。望まぬ妊娠から養育の目途がたたぬまま出生した日齢 0 日児にとって、虐待死以外の選択肢といえる。

2016 年 12 月に「特別養子縁組あっせん法」が成立したが、それ以前から、産婦人科医療機関による特別養子縁組あっせん事業が展開されている。今後、日医はこれを支援する予定である。

○成育基本法

2004 年、医療・保健・福祉を包含した子どものための総合的社会支援制度が必要であると、日本医師会乳幼児保健検討委員会が小児保健法を提案した。2008 年、日医に答申として「小児保健法（仮称）」を提出した。日医が政権与党にロビーイングを開始するも、政権交代により活動継続を断念した。

2013 年、名称を「成育基本法（仮称）」とし横倉会長に答申として提出、改めてロビー活動を展開し、次期国会での法案提出を望んでいる。

（2）思春期女性アスリートの健康管理

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科

能瀬　さやか

○アンチドーピング

・ドーピング検査

ドーピング検査はすべてのアスリートが対象となる。アスリートは世界大会や全国大会に出場する競技者だけではない。いわゆる競技会に参加する競技者すべてがアスリートである。目の前の患者さんが、ドーピング検査の対象となり得る。

ドーピング検査には競技会検査と競技会外検査がある。競技会検査は試合終了後すぐに行われる。競技会外検査は抜き打ちで、いきなり家にやってくることもある。検査実施機関は日本では JADA（日本アンチ・ドーピング機構）である。

・禁止物質・禁止行為

正当な理由がない限りは、薬剤の静脈内投与は禁止行為にあたる。

ステロイドの関節内注射は認められている。ポステリザン軟膏の肛門周囲への塗布も許されているが、肛門内注入は禁止対象である。どうしても必要であれば TUE（治療使用特例）申請が必要である。漢方は体内動態がわからないため、基本的には投与しないこととなっている。

禁止物質を決めているのは WADA（世界アンチ・ドーピング機関）である。禁止表は年 1 回以上改訂される。通常 1 月 1 日に改訂されるが、年途中の変更もある。例え知らずに禁止薬物を処方していても、服用するかどうかは選手の責任と定められ、医師の責任は問われない。が、目の前のアスリートのためのひと手間かけることはできる。 JADA のホームページで、禁止物質や公認スポーツファーマシストの検索が可能である。

○スポーツにおける相対的エネルギー不足（Relative Energy Deficiency in Sports：RED-S）

男性にも女性にも起こり得る。長期間続けば競技パフォーマンスを落とす。

基礎病態は低エネルギー・アベイラビリティ（Low Energy Availability：LEA）である。その状態でホルモン分泌が低下し、女性は無月経となる。エストロゲン分泌が低下することと、相対的エネルギー不足により造骨が落ち骨粗鬆症となる。無月経の出現で女性の RED-S は気づかれやすいが、これを放置すると疲労骨折を起こしやすくなる。

・女性アスリートの三主徴（Female Athlete Triad：FAT）

以前は、摂食障害・無月経・骨粗鬆症を三主徴としていた。現在は LEA・無月経・骨粗鬆症である。

三主徴の中の骨粗鬆症からの疲労骨折は競技レベルに関係なく起こる。好発年齢は 16 ～ 17 歳である。骨折を起こしやすい因子として、トレーニング量の増加、低体重、低骨量が挙げられる。低骨量に至る因子は、20 歳以上の女性アスリートを対象とした調査で、10 歳代に 1 年以上の無月経を経験したことであった。

無月経のアスリートに対し、体重とトレーニング量の変化を確認する。採血で FSH・LH が低下していればエネルギー不足と判断する。治療指標

は LH 値である。

・治療

無月経の原因がエネルギー不足であれば、アスリートの無月経にピルを使用しても意味はない。ピルによりゴナドトロピン分泌が抑制され、LH 値を治療の指標とできなくなる。骨粗鬆症に対するビスフォスフォネートの使用は若年女性への安全性が確立されていない。テストステロンも禁止物質となっている。

治療の基本はエネルギー不足の改善である。食事を増やす、かつ又は運動量を減らすことである。運動量を減らす方がホルモン値は改善するが、トレーニングと並行して行うことが難しい。食事量を増やすことが治療と認識できない対象者も多く、本人と競技指導者の啓発が必要である。

低骨量への治療は体重を増やすことである。が、これも競技中には難しい。ホルモン治療の有効性ははっきりとしていないが、エネルギー不足の改善を行っても骨量に変化がなければ適応となる。

・10 代で失った骨量は戻らない。

女性は 20 歳代に最大骨量を獲得する。その後に三主徴を治療しても間に合わない。予防である。エネルギー不足のスクリーニングとして、思春期には標準体重 85％以下、成人は BMI 17.5％以下のアスリートにアプローチすることが提示された。

講演「思春期の子どものこころとからだを健やかに育むために」

(1) 思春期の子どもたち～子どもを Bio Psycho Social に捉え支援する　米国小児科学会の Bright Futures を参考に～

国立成育医療研究センターこころの診療部
思春期メンタルヘルス科医長　田中　恭子

○心を何にたとえよう

映画「ゲド戦記」の「テルーの唄」に、思春期の相反する心性特徴を見る。放っておいて欲しいが関心は持って欲しい。承認が欲しいが本当にその評価に値するか自信はない。依存と自立の二重拘束に本人も周囲も振り回される。自分の感情を表現し得る言葉を見つけきれず、伝わらぬ言葉など誰が口にするものか、と頑なに見える。しかし繊細。だからこそ変化を期待できる時期でもある。

○小児心身症

心身の関係が未熟であるため、精神・社会的ストレスが身体症状化しやすい。心理防衛機制で心理の問題が身体で SOS を出す。心の問題が行動の問題として出現する。

その中でも、解離性障害は心理的関与の強い心身症である。

過去の自分との継続性、現在の自分の意識と身体の同一性・統合感覚が失われるような状態である。しかもその自分をコントロールしている感覚が時間・日単位で損なわれていく。統合失調症とは異なり内因性ではない。心因性で、その発症は外傷的な出来事と時間的に関連する。感覚症状（見えない、聞こえない）、運動症状（麻痺）、内臓症状が出現する。成人の解離性障害は、症状があっても困った表情は少ない（上機嫌な無関心）。子どもは「自分が自分でない。」「いろいろな人格が出てくる。」と訴える。

○子どもの抑うつ

成人の抑うつは動きが少ない。子どもは動く。沈んでいたのに急に壁をぶち破る。家庭内で暴力や暴言が見られることがある。

対応としてまず、ケアが必要な気持ちのつらさがあるかどうかを見る。気持ちのつらさや希死念慮があればコンサルテーションを考慮する。ケアの第一選択は環境調整と心理カウンセリングである。叱咤激励はしない。

○自傷・自殺

自傷は自殺と同じスペクトラムと考える。そして、リストカットには目的がある。自分の耐え難いつらさを、自分を傷つける痛みで緩和する。自傷で解離性麻痺を軽くする。だから簡単に自傷行為をやめろとは言えない。言えないが、「自傷しなくてもよくなるよう、自分のつらさをコントロールできる方法を一緒に考えよう。」と言って欲しい。

希死念慮はストレートに問う。死ぬ手段を自分で調べていたら、危機的介入が必要である。「あ

なたの存在が大切なのだ。」と伝えながら専門機関に繋げて欲しい。

○ Bright Futures

米国小児科学会が出している子どもの健康管理のためのガイドラインで、エビデンスに基づいて作られている。すべての子どもは健康であるべきことを理念とし、出生前から 21 歳を対象とする。

・カウンセリングの流れ

予防接種、通常の診察などの後、医師と子ども・医師と親でカウンセリングを行う。生活習慣や親子関係、学校・学校外生活を問いながら、発達に影響するリスクをアセスメントする。

5 ～ 6 歳ごろから心の問題に関係する質問を入れる。思春期の子どもは親と別に面接する。悲しい時はどんな時か、どんな風にコントロールできるか、何かあれば信頼できる大人に相談できるか、などを問う。心理社会的アセスメントを行い、予想されることへのガイダンスを行う。

子どもともディカッションすることで、子ども自身が自分の健康に向き合う意識を生み出すことも目的の一つである。

○プラスひと言・プラスひと観察・プラスひと評価

子どもが心身症を発症する前に何とかしたい。予防できることを予防したい。そのために Bright Futures から応用できることである。これらの「プラス」で子どもや親の行動が変わる可能性があり、その積み重ねが子どもの心身の健康に繋がる。

心の問題でも、子どもたちが最初に訪れるのはかかりつけ小児科医である。かかりつけ医がカウンセラーとして相応であるとする研究もある。短期解決焦点づけ療法が効果的であり、解決志向ブリーフセラピーを薦めたい。

○「誰も聞いてくれなかった」

講演の冒頭、虐待の患者さんの言葉として紹介された。

日本では 1994 年に「子どもの権利条約」が批准された。子どもの権利条約の中には子どもの意思表明権がある。子どもに影響を与えるあらゆる事柄について、子どもの意見が聴かれ、子どもの意見が正当に重視される権利が、子どもにはある。

(2) 思春期の子どもに必要な性の健康教育

富山県医師会常任理事
女性クリニック We!TOYAMA 院長
種部　恭子

○愛があれば性交しても良いか？

年間 40 ～ 50 校の性教育の話の前に、子どもたちのニーズを調べるために必ずアンケートを取る。この質問は子どもの性的発達をみるためである。年齢が上がるにつれ yes が増える。女子の方が性的発達が早く、中学生では女子に yes が多い。高校生になると男子がキャッチアップする。これが正常の発達と考える。

性交経験率は高校生に関しては減少している（高校 3 年：2008 年 5 割弱、2014 年 2 ～ 3 割）。中学 1 年生では 1% 弱である。中学 1 年生で性交経験があるということは、相手は大人で性的に搾取されている可能性を示す。

10 代の人工妊娠中絶件数も減少している。18 ～ 19 歳の中絶件数が大きく減少しているが、14 歳以下はあまり減っていない。10 代の母からの出生数も減少している。これも 15 ～ 19 歳の出産が減少しているのだが、14 歳以下の出産数は変わらない。

リスクの高い性行動や依存の行為から起きている、14 歳以下の妊娠・出産・中絶は減っていないということである。

○性犯罪

強姦被害者の 40％が 19 歳以下である。強姦の被害届を出しているのは、実際の件数の 1 ～ 2 割といわれている中で、である。内閣府の調査では、性暴力の加害者の約 77％は被害者の面識者であり、その 1 割以上が性虐待である。

年少児の児童ポルノのほとんども性虐待である。昔の児童ポルノの動画は人身売買によるもので、東ヨーロッパやアジアのケースが多かった。が、最近の動画は日本のものが多い。これが世界中に拡散している状況は先進国として恥ずかしい。親権者によると思われるものが多く、本人が

被害を受けていると認識できていない。教師や保育士など指導者的立場の者が盗撮していることもある。

○三次元に堪えられる子を育てられるか？

若年者の性交経験率が減っていることは望ましいが、未婚率が増加していることに危機感を抱く。性教育に訪れた中学校の生徒から、「二次元と結婚できないのか？」と質問された。ゲーム内の二次元の彼女で十分なのである。失敗が怖く、人間関係の修復力がない。勉強優先で痛みを伴う友達とのやりとりが十分でない。コミュニケーション力が不足している。中学生以降の性教育では遅いと感じる。

○シアワセな性を享受できるように

性の健康教育の目的は、まず、性のトラブルを回避することである。そのため、望まない妊娠・性感染症の予防、性暴力・性虐待被害の予防と対応、性産業・ネットの性に関する正確な情報を伝える。

そして、DV、デート DV、ストーカーを防ぐ。性暴力加害者にもならないようにする。健康に人を愛することができるようになるためである。

○ UNESCO International Technical Guidance On Sexuality Education

ユネスコは、2009 年にエビデンスに基づいた性教育ガイダンスを提示した。多くの国が、このガイダンスを取り入れたプログラムを進めている。

このガイダンスには、4 つの発達段階に応じた健康教育の到達目標が設定されている。対象は 5 歳からである。

キーコンセプトとして 6 つのカテゴリーがあり（**下表**）、日本で一般的に考えられている性教育は、ガイダンスのキーコンセプト 4 から始まる。その前のキーコンセプト 1 ～ 3 で関係性や価値観、コミュニケーションスキル、文化、人権について自分たちで考えさせる。これらすべてのコンセプトに裏づけがある。

例えば、家族の関係性について、5 ～ 8 歳には多様な家族形態があること、9 ～ 12 歳には性による役割分担はあるが性による優劣はないことを教え、15 ～ 18 歳では自分が望まない妊娠をしたり、同性愛者だった場合、家族にどう伝えるかを考えさせる。

スキルとして、12 ～ 15 歳は、嫌な行為に対し上手に「嫌だ。」と伝える方法を学ぶ。

人権のコンセプトの中では性虐待を避けるた

Key Concept 1: Relationships	Key Concept 2: Values, Attitudes and Skills	Key Concept 3: Culture, Society and Human Rights
Topics:	*Topics:*	*Topics:*
1.1 Families	2.1 Values, Attitudes and Sources of Sexual Learning	3.1 Sexuality, Culture and Human Rights
1.2 Friendship, Love and Romantic Relationships	2.2 Norms and Peer Influence on Sexual Behaviour	3.2 Sexuality and the Media
1.3 Tolerance and Respect	2.3 Decision-making	3.3 The Social Construction of Gender
1.4 Long-term Commitment, Marriage and Parenting	2.4 Communication, Refusal and Negotiation Skills	3.4 Gender-Based Violence including Sexual Abuse, Exploitation and Harmful Practices
	2.5 Finding Help and Support	
Key Concept 4: Human Development	**Key Concept 5: Sexual Behaviour**	**Key Concept 6: Sexual and Reproductive Health**
Topics:	*Topics:*	*Topics:*
4.1 Sexual and Reproductive Anatomy and Physiology	5.1 Sex, Sexuality and the Sexual Life Cycle	6.1 Pregnancy Prevention
4.2 Reproduction	5.2 Sexual Behaviour and Sexual Response	6.2 Understanding, Recognising and Reducing the Risk of STIs, including HIV
4.3 Puberty		6.3 HIV and AIDS Stigma, Care, Treatment and Support
4.4 Body Image		
4.5 Privacy and Bodily Integrity		

UNESCO International Technical Guidance On Sexuality Education p.73

め、どのような行為が性虐待なのかを 5 ～ 8 歳に教える。

性教育として、5 ～ 8 歳にはカップルすべてが子どもを作るわけではないこと、12 ～ 15 歳にはデート DV は古典的な性役割の刷り込みで起こりやすいこと、15 ～ 18 歳には安全な性行動のためにコミュニケーションがうまくとれることや意思決定が大切であることを教える。

具体的にコンドームの使い方を教えても、ピルの服用の仕方を教えても、それ以前の人間性にアプローチできていなければ意味がない。

○日本の性教育に切り込む

日本での性の健康教育には制限が多い。

小学校で「性交」は教えてはならず、中学校では「性的接触」と表現する。精子は射精した後の状態からしか教科書に現れない。性感染症予防は扱うが避妊は扱わない。そして、高校を卒業した途端、手のひらを返したように彼らは婚活・妊活の対象となる。

性交・避妊を教えられない日本でも、ユネスコのガイダンスのキーコンセプト 1 ～ 3 を、義務教育の中で教えることができる。が、本音は学習指導要領を変えて欲しい。

婚活・妊活で出生数は増えない。 日本の性の健康教育のパラダイムシフトが必要である。

(3) 思春期の心に向き合うプライマリケア

東京大学医学部附属病院小児科科長　岡　　明

○こじれる前のプライマリケア

いじめは世界的な問題となっている。ソーシャルメディアによるいじめ（Cyberbullying）は、24 時間 365 日いつでも起こり得る。どこまでも拡散し、いつまでも消えない。メディアだけでなく従来の方法でもいじめられるため、深刻な様相を呈する。10 歳代の自殺率も増加している。

思春期の心理背景は「狭間」だ。小児と成人の狭間、自立と依存の狭間、自分と他人との狭間、である。疾患は少なく医療機関との縁が薄くなるが、小児期から解決されていない課題が存在すればそれが噴き出す。こじれて引きこもってしまうと、医療機関に結びつけるのに大変苦労する。早めに環境調整に介入できる場・手段が大切である。

プライマリケアは、これから気をつけたら良いことを保健教育として伝える Anticipatory Guidance、病気のスクリーニング、病気の初期対応、日常生活の支援ができる場である（米国では Bright Futures の枠組みの中で、年に 1 回はプライマリケア医の診察を受けることができる）。

○診療で意識して欲しいこと

・面接

親は同席せず、子どもとだけの面接の時間を持つ。

面接内容で親に知らせたくないことは秘密として守る約束をする。しかし、本人又は周囲の深刻な状況を認知した場合、先の約束を反故にし親などに知らせる、という契約もする。

面接情報を整理し、本当の問題がどこにあるのかを探る。子どもが問題なのか、子どもにとって問題なのか、親にとって問題なのか。

本人の発達段階を考慮し、本人の表現しない隠された意図を汲み取る。

社会歴を聴き、身体診察をし、まとめを本人と共有する。フィードバックの中から本人の心配事に応え、親に話して良いことは親とも共有する。

・態度

説教はしない。決めつけない。ステレオタイプを押しつけない。行動を批判しても本人を批判しない。

面接者である自分が、相手の話を聞くことのできる精神的な状態である客観視する。

○プライマリケア医の立ち位置

医師は親の代理ではない。本人の仲間でもない。が、本人がいじめを受け動けない状態であれば、代弁者になれる。

診察では、広い視野で子どもの身体と心理を評価して欲しい。特徴的な精神症状を知った上で、精神科的疾患は専門医に紹介する。そして、そこで終わりにせず、環境調整に繋げるのである。

時間がかかっても、本人が自分で考え、自分で結論を出せるよう支援して欲しい。

平成 28 年度
郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会

と　き　平成 29 年 3 月 2 日（木）15：00 ～ 16：00
ところ　山口県医師会 6 階 第 1 会議室

[報告：専務理事　林　　弘人]

開会挨拶

河村会長より、平素から医療安全等にご尽力いただいている郡市担当理事へのお礼と近年の状況をふまえたご挨拶がなされた。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告

中村理事より報告。平成 28 年 12 月 1 日に日本医師会で開催。当会報 29 年 2 月号に報告記事を掲載しているので、ぜひ読んでいただきたい。

2. 平成 28 年度受付の報告と未然防止について

報告事案においては委員会審議での議論のポイントと結論、事案から学ぶこと及びそれに関連する法規や判例をスライドにて提示した（**表 1** 参照）。

3. 平成 28 年受付の相談窓口事例について

平成 28 年に当会で受け付けた窓口相談事例について報告した（**表 2** 参照）。

4. 事例研究資料について

医療機関が抱えている事例について協議した。

5. その他

平成 29 年度の当事業に関する行事予定等及び報告時の留意点を連絡した。

閉会

吉本副会長の挨拶をもって、協議会を閉会した。

出席者

郡市担当理事

大島郡	野村　壽和	徳山	柏木　史郎
玖珂	吉居　俊朗	防府	山本　一成
熊毛郡	曽田　貴子	下松	松野　尚弘
吉南	小川　清吾	岩国市	小野　良策
厚狭郡	田中　俊朗	小野田	長谷川　靖
美祢郡	中邑　義継	光市	藤田　敏明
下関市	髙崎　彰久	柳井	野田　基博
宇部市	西垣内一哉	長門市	宮尾　雅之
山口市	田村　　朗	美祢市	野間　史仁
萩市	河野　通裕	山口大学	松本美志也

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
理事	中村　　洋
理事	清水　　暢

表 1

	H28	H27	H26		H28	H27	H26		H28	H27	H26
外科	7	3	1	脳神経外科	1	0	0	消化器科	0	2	2
産婦人科	4	2	0	形成外科	0	0	1	循環器科	1	1	0
整形外科	3	4	8	救急外来	1	0	0	精神科	1	0	0
内科	3	5	3	泌尿器科	1	1	1	皮膚科	2	0	0
眼科	1	2	0	耳鼻咽喉科	0	3	0	施設	4	1	0

表 2

山口県医師会相談窓口受付状況について

平成 28 年 1 月～ 12 月　　(単位：件)

	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
相談	40	31	24	28	33
苦情	22	23	11	17	17
その他	2	0	0	0	0
合計	64	54	35	45	50

注　平成 16 年度から県に同様の相談窓口が設置された。

受　付　内　容（平成 28 年）

項目	(前年)	相談	苦情	合計
①医療内容、薬品、病気	6	3	7	10
②医療機関の紹介、案内	2	10	0	10
③医療機関の接遇　ア　医師	7	2	2	4
イ　その他	0	0	0	0
④医療機関の施設、体制	9	5	3	8
⑤カルテ開示	2	3	0	3
⑥医療費関係	1	4	2	6
⑦セカンドオピニオン	2	1	0	1
⑧その他（医療制度関係等）	16	5	3	8
合計	45	33	17	50

年　別　受　付　状　況

分類	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
男性	35	27	23	19	30
女性	29	23	11	21	19
不明（メール等）	0	4	1	5	1

電話	60	47	30	39	47
文書	2	3	0	0	1
来訪	0	1	4	0	1
メール	2	3	1	6	1
FAX	0	0	0	0	0

第 63 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）

「症例からひもとく最新の消化器癌、乳癌治療 ～安心して紹介できる大学病院をめざして～」

と　き　平成 29 年 1 月 29 日（日）9：30 ～ 12：25

ところ　講義　山口大学医学部附属病院
第 2 中央診療棟 3 階 多目的室 1・2
実習　山口大学医学部実習棟 A2 階 チュートリアル室

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科
消化器・腫瘍外科学講座　西山　光郎
鈴木　伸明

平成 29 年 1 月 29 日、山口大学医学部附属病院内の第 2 中央診療棟 3 階多目的室において、山口大学大学院医学系研究科 消化器・腫瘍外科学教室の担当により「第 63 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）」を開催させて頂きました。

今回はメインテーマを「症例からひもとく最新の消化器癌、乳癌治療」、サブタイトルを「安心して紹介できる大学病院をめざして」と題して、前半は当教室が附属病院で診療を担当している“消化器癌”、“乳癌”についての講義を行い、後半は実際の手術や創傷治療の手技についての体験学習を行いました。

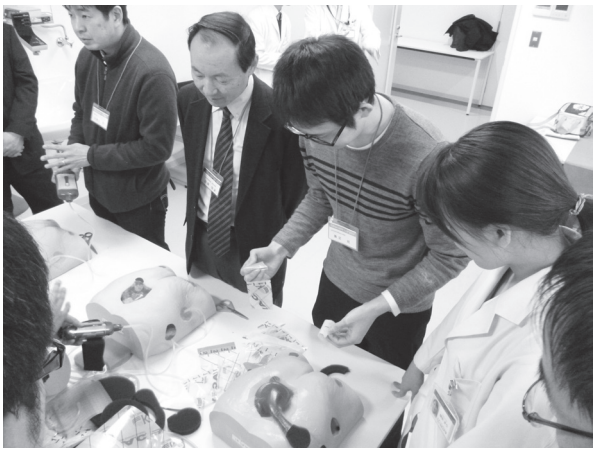
冒頭に、永野浩昭 教授が開会の挨拶を行い、引き続き上部消化管（食道、胃）は武田講師、下部消化管（結腸、直腸）は鈴木講師、肝胆膵領域は坂本講師、乳腺は山本講師が症例報告という形式をとりながら、一般的な治療方法や治療成績、初診から術後経過までの流れなどについて解説を行いました。

上部、下部消化管の特色としては、鏡視下手術の進歩発展が著しく、当教室では 7 ～ 9 割の症例で鏡視下手術を行っており、手技的に難易度の高い食道癌に対しても鏡視下手術を標準としていることや、肛門に近い直腸癌であっても究極の肛門温存手術を行っていることについて、説明をいたしました。また、肝胆膵領域の特色としては肝切除に対しての腹腔鏡手術の導入発展と、胆膵領域の難治性の癌に対する術前化学療法を交えた集学的治療の取り組みについて、乳癌に関しては近年ますます複雑になる化学療法や乳癌術後の再建についての説明を行いました。参加された先生方も熱心に聴講され、たくさんの質問を頂戴し、活発な質疑応答と併せて熱のこもった時間となりました。

その後、実習 A 棟 2 階のチュートリアル室に移動し、体験実習を行いました。体験実習は、鏡視下縫合結紮、自動縫合器を用いた鏡視下体腔内吻合、開放創に対する陰圧閉鎖療法の 3 つのブースに対して 3 名ずつのグループに分かれてローテーションしながら実習して頂きました。

参加された先生方は内科の先生が多かったため、興味を持たれるかどうかについて主催する側としては少し心配ではありましたが、鏡視下縫合結紮、体腔内吻合ともに熱心に取り組まれ、関心を持って頂けたことは非常に嬉しい限りでした。参加された先生方にとっては、直接日常の診療に役立つ実習ではなかったかもしれませんが、手術を受けた患者さんのお腹の中の状態の理解に少しでも役立つことができればと思っております。

また、陰圧閉鎖療法は、術後の感染に伴う創離開に対して用いることが多く、難治性の潰瘍や褥創などにも非常に有効な治療法であり、こちらも大盛況で処置に必要な物品や機械の説明書を持って帰られる先生方も多くいらっしゃいました。



体験学習終了後に、永野教授より受講証の授与が行われ、閉会となりました。

参加頂きました先生方には講義、実習ともに、前向きに取り組んで頂きまして、大変ありがとうございました。少しでもお役に立つことができれば幸いです。

最後になりましたが、消化器癌、乳癌診療の啓発を行う点で、非常によい機会を頂きました山口県医師会の関係者の皆様にこの場を借りて深く御礼を申し上げます。

受講印象記

岩国市医師会　藤本　浩一

「症例からひもとく最新の消化器癌、乳癌治療～安心して紹介できる大学病院をめざして～」と題された、第 63 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）が、平成 29 年 1 月 29 日（日）に山口大学医学部附属病院第 2 中央診療棟 3 階多目的室 1・2 で開催されたので、出席させていただきました。前半の 1 時間半を多目的室で講義 1「消化器（上部）」、講義 2「消化器（下部）」、講義 3「消化器（肝胆膵）」、講義 4「乳癌」、後半の 1 時間で体験実習が行われ、3 班に分かれたのち「腹腔鏡下縫合結紮」「自動縫合器による体腔内吻合」「創傷治療における陰圧閉鎖療法（VAC システム）」につき実際に経験いたしました。

はじめに永野浩昭 教授から開会のご挨拶があり、癌の病態の理解とその治療は日々進化しており、大学は常に新しい知見をわれわれ実地医家に情報発信していく責務があると述べられ、この会を設けられたとおっしゃていました。

講義 1 では武田 茂 講師から、食道癌手術の 9 割が胸腹腔鏡で行われ、術中反回神経モニタリングを施行し麻痺を予防していること、胃癌手術の 8 割が腹腔鏡で行われ、縫合不全率も発生率も 4.6％と全国に比べ少なく、現在、完全腹腔鏡下手術治療へと昇華されていること、また、食道癌胃癌ともに鏡視下手術成績は従来開腹手術と遜色ないことを教えていただきました。

講義 2 では鈴木伸明 講師から、大腸癌につき、昨年度は直腸 66 例、結腸 31 例の手術が行われ、その 93％が腹腔鏡下で施行され、その結果、過去には直腸切断術となった症例が肛門温存術式へと変遷していったことを教えていただきました。その治療を完璧にするためのエッセンス、遺伝子変異ごとの術後抗癌剤治療につき解説いただきました。

講義 3 では坂本和彦 講師から、原発性肝臓癌、胆道癌・胆嚢癌、下部胆道癌・膵臓癌につき、それぞれの疾患につき丁寧にご説明いただきました。肝臓癌に関しては、永野教授赴任後よりミラノ基準に合致する症例には肝移植という治療選択肢が増えたことをご説明いただきました。ハイリスク症例管理の注意点、癌だけでなく発生母地となる C 型肝炎ウイルス治療にまで言及いただきました。

講義 4 では山本 滋 講師から、今や 11 人に 1

人の女性が乳癌に罹患し、診断方法から免疫染色によるサブタイプ分類と腫瘍径やリンパ節転移の有無による治療方針の違いにつき教えていただき、山口県内では唯一の乳腺専門医と形成外科専門医からなる乳房再建可能施設だということ、乳房再建予定患者には初回治療の時よりティシューエキスパンダーを挿入し準備していることを講義いただきました。

いずれの講師の方々におきましても、簡潔明瞭でありながらポイントを押さえた内容を実際の症例を提示しながら、開業医がどのように対応したらよいかをご指導くださいました。

体験実習では、医療機器メーカーの協力により高価な医療材料を提供いただき、講師の方々の指導のもと、自らの手で腹腔鏡下縫合・吻合、陰圧閉鎖療法を行うという貴重な経験ができました。

今回の講習会におきまして、永野教授、山口大学消化器・腫瘍外科の皆様が、大学病院で行われている癌診療を、講義という形で、消化器癌・乳癌について、初期症状・検査・診断・外科治療・治療成績・抗がん剤治療・術後フォローアップと多岐にわたり、丁寧で分かりやすく、興味深く、

教えてくださり、さらには実習という形で、実際の最新外科治療の要点を経験させてくださり、講義内容の理解をより深めることができました。

3 時間の講習会はあっという間に時間がたち、非常に有意義な時間を過ごさせていただきました。

最後に、お忙しい中、このような素晴らしい講習会を開催してくださり、本当に感謝申し上げます。

第 64 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）

「放射線治療の実際」

と　き　平成 29 年 2 月 5 日（日）9：00 ～ 12：30
ところ　講義　山口大学医学部附属病院 多目的室 1
　　実習　　同　　放射線治療棟

指導印象記

山口大学医学部附属病院
副診療放射線技師長　田辺　悦章

平成 29 年 2 月 5 日、山口大学医学部附属病院で「第 64 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）」を開催させていただきました。国内では、がん患者のなかで放射線治療を受ける割合は欧米（欧米 6 割以上、国内 2 割程度）に比べ、依然として非常に少ない状況にあります。今回の講座は放射線治療の現状を、最新の治療方法、治療技術を通じて体感していただく、講義と実習の 2 部構成としました。前半の講義では、放射線治療の概要と放射線治療装置について解説いたしました。後半の実習では、本院で特徴的な肺癌と前立腺癌の放射線治療を、治療計画から照射までファントム等を用いて体験いただきました。

始めに、澁谷景子 教授からの開会挨拶に引き続き、放射線治療専門医の高橋昌太郎 助教が「放射線治療の実際」として、実際の診療の流れや放射線治療医がどのように考えながら日々の診療を行っているかなど解説いたしました。治療計画

の解説ではターゲットの描出（コンツーリング）の基本的な話や線量体積ヒストグラム（DVH：Dose Volume Histogram）などの説明がありました。また、強度変調放射線治療（以下、「IMRT」）や画像誘導放射線治療（以下、「IGRT」）などの最近広く行われてきている新しい放射線治療についても紹介がありました。最後には担当医をはじめ医療関係者同士の連携が重要となる対症 / 姑息的放射線治療についての解説が、実際の症例を提示して行われました。 次に田辺より「放射線治療装置について」として実習内容を中心に、治療計画装置の計算アルゴリズムや画像照合装置などの最新の照射技術を解説いたしました。放射線治療技術は 2 次元から 3 次元、時間軸を含めた 4 次元の治療法となってきており、コンピュータの計算能力を活用した計画手法（例：強度変調放射線治療など）や複雑な装置制御（動体追跡や IGRT など）が増えつつあります。しかし、複雑な放射線の挙動の計算や装置制御には限界もあり、治療期間を考慮しながら治療計画と装置の整合性を保つ医師、技術者の役割は重要となっています。

後半の実習では放射線治療医の朴 成哲 医師が肺定位放射線治療の治療計画を解説しながら、ご

参加の先生に実際に肺癌をコンツーリングして頂きました。この実習では、コンツーリングから定位放射線照射のビーム配置、線量分布を体験していただきました。次に放射線治療専門医の花澤豪樹 医師が前立腺の放射線治療計画を解説し、IMRT のコンピュータによる最適化計算の指示方法を体験していただきました。実際に作成した IMRT と通常照射（4 門照射）で直腸の線量分布を比較し、IMRT の有用性を確認いたしました。

治療装置の実習では、動体ファントムと明室で取り扱いできるガフクロミックフィルムを使用して定位放射線治療を見学していただきました。金

マーカの動きに同期して照射する動体追跡システムを使用し、フィルムが動きながらリアルタイムに黒化する様子を体験いただきました。前立腺の実習では赤外線マーカによる自動の患者ポジショニングや IGRT の画像照合方法、Robotic Couch による 6 軸補正を体験いただきました。その後に VMAT（Volumetric Modulated Arc Therapy：強度変調回転照射）が短時間で治療できることを実際の照射で確認いたしました。

最後に澁谷教授からの閉会の挨拶がありました。放射線治療科は創設５年とまだまだ日が浅く、特に IMRT や動体追跡照射などの特殊治療については保険上の人的用件から、県内では大学病院しか実施できていないことが述べられるとともに、今後も地域の皆様に、ご理解とご協力をいただけるようお願いし、閉会いたしました。このたびは大変貴重な機会をいただき、山口県医師会の皆様に深く感謝申し上げます。

受講印象記

山口市医師会　淵上　泰敬

２月５日、山口大学で放射線腫瘍学講座の体験学習に参加しました。同教室は 2011 年に開講され、澁谷景子 教授が主催されています。私が大学にいたころも、germinoma の症例や、骨転移の除痛のため放射線治療でお世話になった患者さんがおられ、最新の放射線治療を見学しようと思い、今回参加しました。澁谷教授は開会のご挨拶で、放射線治療は患部を外科医のメスのように切り取るイメージであり、そのために精密な治療計画を立てるということを言われていました。

まず、高橋昌太郎 先生の臨床面を中心にした放射線治療の講義を受けました。教授の言われていた放射線治療計画のエッセンスでしたが、知らない用語の連続で、ふと気を緩めると、ついて行けなくなるような内容でした。放射線治療に関わるのは放射線腫瘍医と診療放射線技師、看護師だけと思い込んでいましたが、医学物理士という職種を初めて知りました。昨年導入された新しい「TrueBeam STx」も設置後 4 か月の研修を受けてから運用を開始したようです。大きく、複雑な機械なので、その管理のため物理学の知識をもっ

た専門家が必要なのでしょう。強度変調放射線治療（IMRT）の保険点数を請求できる要件として、放射線治療医が 2 名以上となっており、県内では山口大学のみ算定ができるそうです。県内では放射線治療医より放射線治療装置のほうが多いとのことで、どこの領域も医師不足が問題になっていることを痛感しました。二人に一人が罹患し、三人に一人が死亡する「がん」への対策で放射線治療はきわめて重要な役割を担っていますが、米国の 66％、ドイツの 60％と比べると日本での「がん」治療における放射線治療の割合は低いようです。この分野はまだまだ伸びしろがあると高橋先生は言われていました。放射線治療には根治的治療、救済的治療、予防的治療、緩和的治療などがあり、実際の症例を提示して、教えていただきました。中でも、乳癌術後で胸骨前面に再発し出血を伴う大きな転位がんが、放射線治療によって出血もなく縮小した症例がとくに印象に残りました。また、右尺骨遠位端に転位した腫瘍の術後、術者の「取り切った」という意見により、予防的照射をせず、局所再発した症例を悔いておられ、整形外科同門として申し訳なく思いました。

つづいて、田辺悦章 先生による放射線治療装置の説明を受けました。照射する際には、患者の positioning が重要になります。「がん」にしっかり放射線があたり、正常組織をできるだけ避けるようにするために、頭部の固定シェルや、挙上した両上肢を保持するアームサポートを利用すること、また、肺や前立腺などにあらかじめ留置していた金マーカーを利用した動体追跡システム、腹部につけるような赤外線マーカーなどの説明を受けました。20 分の休憩後の実習にうつりました。実習では右下葉にできた肺がんの CT を使い、どの領域に放射線を当てるかという治療計画の一端の説明をうけ、実際に私が各スライスで、どの領域を照射するか、色付けを行いました。肺がんの部分をマウスでなぞるだけですが、根治を目指すと思うと慎重にならざるをえません。取り残しがないように大きめに色付けすれば良いようなものですが、正常組織も障害をうけるので、そこの兼ね合いが難しいように思いました。次の実習は前立腺がんに対する強度変調放射線治療（IMRT）

で、直腸への照射を少なくするように DVH（dose volume histogram）に入力するものでした。入力と言っても、直腸への線量が少なくなるように 3 つのカーソルを動かすだけですが、直腸への照射を減らしすぎると前立腺への照射が鈍るとのことで、精密な照射にはかなり気を遣う印象でした。

その後、放射線治療装置を見学しました。放射線治療装置は 3 台で、それらを制御するような大きな部屋が中央にあり、何かの基地の司令室のようでした。治療室の中にも入らせていただき、照射するアームの大きさに圧倒されました。

今回、最新の放射線治療に触れることができ、非常に印象に残る研修でした。最後になりますが、このような有意義な内容の研修を組んでいただきました澁谷教授をはじめ、講師の先生方、また、スタッフの方々に感謝申し上げます。また、私が大学在職中にお世話になった放射線技師の方ともお会いでき、非常に楽しく過ごさせていただきました。誠にありがとうございました。

山口県緩和ケア医師研修会に参加して

印象記：山口県立総合医療センター研修医　岡村　康平（1 日目）
賣豆紀晶洋（2 日目）

平成 29 年 2 月 11・12 日の 2 日間にわたり、山口県総合保健会館にて山口県緩和ケア医師研修会が開催された。

この研修会は、がん対策推進基本計画で 2012 年に定められた「関係機関などと協力し、3 年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5 年以内にがん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする」に則り、山口県、山口県医師会の共催で開催されている。参加者は、PEACE（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education）というプログラムに従って、7 名のファシリテータのもとで研修を受けた。

第 1 日目は、緩和ケアの定義や歴史といった総論の講義の後、「つらさの包括的評価と症状緩和」の講義があった。open-ended question と closed question を使い分けるコツや、苦痛のスクリーニング、定量的評価の方法について教えていただいた。また、患者の抱える全人的苦痛に対するアプローチの方法についても学んだ。途中、患者やその家族のインタビューを見ることもできた。身体的苦痛以外にも精神的苦痛・社会的苦痛やスピリチュアルな苦痛があるということは学生時代にも聞いていたことではあったが、働き出してからは身体的症状ばかりに目が行ってしまい、他の苦痛について考えることが少なくなってしまっているのではないかと振り返る機会となった。

午後は、初めに「がん疼痛の評価と治療」の講義があった。WHO の Cancer pain relief では、1) がん疼痛は治療可能であり治療されるべき、2) がん疼痛の評価と治療はチームアプローチによって最善の結果が得られる、3) がん疼痛治療の主軸は薬物療法である、4) 非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を、痛みの機序に応じて適切に組み合わせることで、おおむね良好な鎮痛が得られる、とされている。それに則り、痛みの分類（内臓痛・体性痛・神経障害性疼痛）とその性状、パターンの説明があった。また、鎮痛薬の使い方の 5 原則（by mouth、by the clock、by the ladder、for the individual、with attention to detail）に沿い、WHO の三段階除痛ラダーに従った各種鎮痛薬の使い方や特徴、実際の処方例などの紹介があった。また、骨転移に対する放射線治療など非薬物療法についても説明があった。

その後、3 ～ 6 人のグループに分かれてのワークショップがあった。アイス・ブレイキングの後に症例提示があり、その患者の疼痛に対してどのような評価とマネジメントを進めていくかについて議論した。がんの多発転移を有する症例の苦痛についての議論であったが、自分よりも経験が豊富な先輩方の様々な意見を聞いているだけで非常に良い勉強になったと思う。その後、3 人のグループに分かれてロールプレイを行った。テーマは「オピオイドを開始するとき」で、オピオイド導入や副作用について説明し、患者・家族の不安や気がかりに適切に対処できるようになることが目標であった。初めは緊張もあったが、医師・患者・観察者のそれぞれの役割で行い、依存の心配や麻薬を使うと寿命が短くなるのではないかといった質問に対して答えられるように練習できたと思う。

第 2 日目は、午前中に「呼吸困難」、「消化器症状」、「精神症状（気持ちのつらさ、せん妄）」の講義を受けた。

呼吸困難とは「呼吸に関連した不快な感覚」と定義され、客観的な病態である呼吸不全（PaO2 ≦ 60Torr）とは異なる。呼吸困難は多くのがん患者に認められるが、心臓や肺に異常がないことが多い。まず呼吸困難について緊急性の評価をした後に、患者の希望や主観的評価を尊重することが重要である。また、実際に呼吸困難を治療する

ために原疾患の治療を行っていくとともに、モルヒネを基本としたステロイドや抗不安薬などの薬物療法が有効であると学んだ。

消化器症状として悪心・嘔吐が高頻度に見られる。悪心とは「吐きたくなるような切迫した不快な自覚症状」であり、嘔吐とは「消化管内容物を反射的に口から出すこと」である。悪心・嘔吐と一言で言っても頭蓋内圧亢進、オピオイドや抗がん剤など薬物の影響、消化管蠕動低下などその原因は様々であり、当然のことだが原因に応じた制吐剤の選択が必要となる。また消化器系腫瘍の増大やオピオイド内服などによる腸管蠕動低下に伴う消化管閉塞も、患者の QOL を著しく低下させるため注意が必要である。消化管閉塞が見られた場合は手術・ステント・内視鏡検査による整復あるいは胃管やイレウス管挿入による消化管ドレナージなどが必要となる。

精神症状の中で、気持ちのつらさは最も評価困難で治療が難しい症状の一つである。気持ちのつらさとは抑うつ・不安を主とした感情面における不快な体験であり、患者の QOL を著しく低下させ治療意欲を奪うなどの悪影響を及ぼす。患者の声に耳を傾け、つらさの原因に対処するとともに、抗不安薬や SSRI など内服や、場合によっては精神科や心療内科による精神的サポートが必要となることがある。その際には患者の心理状態に配慮し、患者の意見を尊重することが重要である。一方、せん妄は終末期がん患者で高頻度にみられる「大人の寝ぼけ」のような症状である。せん妄には「準備因子（脳機能の脆弱性）」「促進因子（せん妄を重篤化、遷延化させる要因）」「直接因子（せん妄の原因）」が関連しており、治療には直接因子の是正と抗精神病薬の投与が必要となる。さらに症状に合わせて家族に説明することも重要である。

上記のいずれの症状に対しても、環境調整などの非薬物療法が症状緩和に重要な役割を果たすことが多いこと学んだ。

午後からは「コミュニケーション（Bad news の伝え方）」に関するロールプレイ、「療養場所の選択と地域連携」に関するグループワークを行った。

ロールプレイでは 1 日目と異なり、自分たちでシナリオを設定し、医師役が患者役に手術不能の進行がんであることを伝えるというものだった。研修医の私にとって外来診療の経験はなく、もちろんがんと宣告されたこともないため、医師として患者の気持ちを汲み取りながら伝えることの難しさや、がんを伝えられた時の患者が受けるつらさや衝撃を体験することができ、大変勉強になった。

療養場所の選択と地域連携に関するグループワークでは、患者と患者家族の希望に応じたケアを行うための支援と地域リソースについて話し合った。普段病院では MSW に任せきりになっていた地域連携業務について考え、問題点に応じた資源の選択を考えることの大変さを実感した。患者や患者家族だけでなく、医療従事者や介護者など十分にコミュニケーションをとり、綿密に計画を立てた上で在宅に移行することが重要だと学んだ。

2 日間の研修を終えて、緩和ケアに必要な基本的知識を学び、コミュニケーションの大切さを実感することができた。今後日常診療を行うなかで、今回の経験を活かし、病気で苦しむ患者や患者家族に寄り添う医療を行っていきたい。

最後になりますが、ファシリテータの先生方ならびに本研修会を企画、運営してくださった関係者の方々に心より感謝を申し上げます。

平成 28 年度
第 2 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議
（市町担当者合同会議）

と　き　平成 29 年 2 月 9 日（木）15：00 ～

ところ　山口県医師会 6 階 第 2 会議室

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

開会挨拶

河村会長　本日は地域包括ケア担当理事と市町担当者の合同会議ということで、市町の担当者にも出席いただき、3 市から現状報告をしていただくことになっているので、よろしくお願いする。

平成 30 年度には医療計画や介護保険事業計画などのシステムが策定され、診療報酬・介護報酬の同時改定もある。最終的には、来年スタートする計画の 6 年後の同時改定の時期までに、さまざまなシステムが完成されていくのではないかと思っている。

山口県では、既に高齢者は増加しており、これが減るのではなく暫くそのまま横ばい状態で、高齢者を担う人が激減していくことが大きな課題である。地域包括ケアの中の医療分野、特に在宅医療・介護の連携事業、認知症対策について、われわれが十分に取り組まなければいけないものだと思う。しかし、現在こうした取組みを一生懸命行っているのは 60 歳以上の医師で、この取組みを担う医師も少なくなることが問題であり、次の世代に繋いでいくシステムをつくっていくことが重要である。本日は、活発な意見をお願いする。

議題

（1）県医師会在宅医療推進事業について

県医　本会では平成 28 ～ 29 年度において、各郡市医師会が実施する在宅医療等の整備を進める取組みについて費用を助成する。28 ～ 29 年度のいずれかの年度で 1 郡市医師会当たり 20 万円が上限である。この助成は県医師会独自で予算化しているもので、行政の補助金・委託費ではないため、ぜひご活用いただきたい。

事前の調査では、28 年度に 8 郡市医師会が実施予定、29 年度にもう 8 郡市医師会が実施予定との報告をいただいている。

（2）「在宅医療・介護連携推進事業」について

県長寿社会課　西田課長　医療と介護を必要とする高齢者が増加する中で、地域包括ケアシステムの構築、とりわけ要となる在宅医療と介護の連携を進めていくためには、県と県医師会、地域では市町と郡市医師会が緊密に連携して顔の見える関係を構築して取組みを進めていくことが重要と考えている。本日、地域包括ケア担当理事会議の場をお借りして、関係者合同の会議を開催していただいたことに対し感謝申し上げるとともに、在宅医療と介護の連携に向けて、引き続きご協力を賜るよう宜しくお願いする。

【取組事例（相談窓口）の報告】

県長寿社会課　3 市（周南市、柳井市、山陽小野田市）から取組状況を報告いただくが、いずれも行政と医師会が協力した取組みで、「在宅医療・介護連携推進事業」の中でも、なかなか取組みが進んでいない「相談窓口の設置による支援」について、情報交換を図っていきたい。

3 市では、それぞれ医師会との協力の仕方等が多少異なる。周南市は医師会病院、柳井市は医師会（事務局）、山陽小野田市は訪問看護ステーションに窓口が置かれている。各々の相談窓口の設置にいたる過程、相談の状況、今後の展開等について参考になる事例と考えている。

周南市在宅医療介護連携支援センター　周南市では、平成 25 年に「在宅医療を考える会」という有志の会が、医師や徳山医師会在宅支援部職員を中心に立ち上がっていた。26 年には、地域でキーマンとして活躍している医療・介護専門職や行政職員もメンバーに含め、阿吽の呼吸でつながるという意味を込めて、「あ・うんネット周南」と名称変更し、医療・介護の連携を目的とした研修会の企画・運営を行っていた。その後、地域包括ケアシステムの構築と施策が打ち出され、行政と医師会とが密接に協力しながら連携を推進するという国の方針など、具体的に動き始める流れの中で、「あ・うんネット周南」の事務局として活動している徳山医師会が相談支援窓口の委託を受け、28 年 4 月から運営することとなった。

相談対象者は医療・介護に関わる専門職であるため、対応者はより幅広い相談に応じることができるよう、ある程度の経験を有し複数の資格を持つ各事業所の管理者とした。（資格：介護支援専門員、看護師、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士）

業務内容は次の 4 つである。

①周南市の医療・介護に関わる専門職への広報活動

各会議等でのチラシ配付、市内病院の連携室への挨拶回りを行い、一連の活動は市広報や地域新聞への掲載などにより、一定の関心・注目を集めることができた。

②医療介護の情報収集・実態把握

相談支援業務をより円滑に行うため、市内医療機関・介護施設を対象に医療介護の情報収集、実態把握のためのアンケート調査を行い、基礎資料を作成することができた。

③医療介護専門職からの相談支援

相談件数は、平成 28 年 4 月から 29 年 1 月までで延べ 50 件、月平均 5 件である。相談者はケアマネジャーが最も多く 15 件で、専門職からの相談窓口だが市民からの相談も 12 件あった。市

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡　嶋元　徹
玖珂　河郷　忍
熊毛郡　吉村伸一郎
吉南　嘉村　哲郎
厚狭郡　村上　紘一
美祢郡　坂井　久憲
下関市　飴山　晶
宇部市　土屋　智
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　藤村　嘉彦（代理）
光市　藤田　敏明
柳井　松井　則親
長門市　戸嶋　良博
美祢市　藤村　寛（代理）

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　前川　恭子

市町（地域包括支援センター）

在宅医療・介護連携推進事業担当者、
相談窓口・連携業務担当者

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　中園　圭太
主査　金本　圭一

県健康福祉部 医療政策課

医療企画班

調整監　廣川　隆
主幹　金田　丈夫

県健康福祉センター

保健福祉企画室担当者

内には相談対象者・内容別に各種相談窓口があるため、適切な窓口を紹介するなど、各窓口と協力しながら対応していきたいと考えている。

相談内容は、「在宅療養に関する相談」が最も多く、提供した情報は「往診・訪問診療に関する情報」が最も多かった。

④担当者間・行政との情報共有

月 1 回はセンター内で定例会議を開催、相談事例や支援内容の共有を行い、必要な情報の整理・収集をしている。また、内容が複雑で複数回の相談が予想されるものは、相談受付票を回覧し、適宜臨時会議を開いて対応策を検討している。行政担当者とは、2 か月に 1 回の定例会議を行い、相談内容を共有し、地域資源の情報提供を受け、相談から得られた地域課題についても共有している。また、行政の福祉総合相談窓口「もやいネットセンター」の方にも参加していただき、役割の確認や連携についての話し合いを行っている。

相談事例を紹介する。（一部省略）

○相談者：ケアマネジャー

内容・対応：加齢により全身状態が悪化し、通院困難になっている利用者があり、入院したくないという本人の希望と、自宅でこのまま穏やかに最期を迎えさせてやりたいという家族の希望があり、看取りができる主治医を紹介してほしいとの依頼があった。地域の対応可能な医師を紹介し、1 か月後、自宅で看取ることができ、感謝の言葉をいただいた。

○相談者：病院ケースワーカー

内容・対応：入院患者の家族への対応の相談で、最新治療を受けるために他院の外来へ通院したいという訴えがある。入院中のため受診は困難であると伝えるが納得されないということで、市への相談を助言した。すると、各相談窓口へ頻回に同様の相談を繰り返されていることが判明した。受診を希望されるのであれば、退院しなくてはならないが、自宅で介護しながら通院することは困難で、一度退院してしまうと受入先がなくなることが予想されるため、各相談窓口で同じ対応ができるように情報と対応方法を共有した。情報を共有することで、ご家族を混乱させることなく共通の対応ができ、制度的に困難だということを伝えることで結果的にご理解いただける支援につながった。

○相談者：包括支援センター職員

入院中の患者家族からの相談。短期間に 4 病院への転院を繰り返し、その都度、入退院の手続きが必要で患者・家族に負担が大きく、「一か所で面倒を看てもらえないのか。法律で決まっているのか」と言われている。事情を聞くと、病状変化に伴う病院の機能に則った転院であり、心身の病状変化により、もっとも良い治療を行うための転院と判明したため、各病院の機能分化について説明した。

徳山医師会病院は、開業医が主治医となって入院加療ができるという完全オープンシステムの病院であり、在宅療養を行っている開業医が入院対応もできるという特殊性があるため、このような相談にも応じることができている。相談担当者は、全員が他業務との兼務であり、相談支援業務に支障のない仕組みづくりの必要性を感じる。また、相談内容をよく見極め、ただ単に情報を提供するだけで良いのか、事例によってはどこまで介入することが必要か即座に判断して対応しなければならないスキルとスピードが求められる。

連携に対して苦手意識をもっている専門職に、まずは方法を知ってつながることへの不安感を払拭し、背中を押す役割もあると思っているので、各専門職の力を借りながら継続していきたい。

柳井市地域包括支援センター　柳井市では平成 27 年に課内で検討を始め、介護保険の「総合支援事業」を 29 年 4 月から開始することになり、当時の包括支援センター（以下、「包括」）の体制を考えて、28 年度中にできる事業から実施していく必要があった。さらに、8 項目の中の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の相談窓口設置は、事前に体制づくりや予算面での検討や協議が必要となるため、27 年の予算編成時期（10 月頃）までに具体的な方法の大枠を決める必要があった。

柳井市としても、介護サービスの対象者を中心とした医療・介護連携は比較的できていたが、対象者でない住民に対する連携体制の構築は必要であると感じていた。包括の現場レベルでは、個別の先生への相談や連携は随時行っていたが、対応していただく先生方の偏り感は否めず、今後、相談件数が増加していくと、一部の先生方への負担が増えるという懸念もあった。

そうした中で、設置場所として、“地域包括支援センター”、“市内総合病院”、“医師会”という選択肢を挙げ、それぞれのメリット・デメリット等の検討を行った。包括に窓口を設置すると、現状とあまり変らない状況で、一部の先生方への負担につながる可能性があり、最終手段として保留とした。市内総合病院への設置は、病院自体の連携室があり、相談窓口のすみ分けという面でも難しいのではないか、また、総合病院の医師へつなぐというよりも開業医の先生方との連携が主になることを考慮すると、総合病院の設置のメリットはあまり大きくないのではないかという考えに至った。医師会へ設置することで、相談内容に合った在宅の専門医の紹介など、医師へのつなぎがスムーズになるものの相談員の確保という面で難しいのではないかとの結論となった。

そして、まず柳井医師会長へ包括の現場レベルの職員から相談させていただいた。このように組織としてお願いする前の段階で、先生方に相談できる関係が築けていたことが今回の窓口設置につながったと感じている。また、包括に所属する保健師は、柳井医師会の理事の先生方に保健センター業務等でもお世話になっており、介護保険業務の中でも対応の難しい方々への支援や研修会などでの関わりも多く、さまざまな相談ができる関係であり、お互い医療・介護連携の必要性の認識も高いという土台があった。

医師会への窓口設置を考えた時に、相談員の選定が肝になると考え、包括から相談員の人選について提案させていただいた。相談窓口の設置場所は、医師会内の看護学校の先生方が更衣室に使用していた部屋を相談スペースとして確保し、補助金という形で改修することとなった。

平成 28 年 4 月に委託契約、相談室の整備は 8 月の看護学校夏季休暇の期間に行い、28 年 10 月 1 日に相談室開設となった。28 年度の相談実績は 1 件に留まっている。相談員には、地域の医療・介護資源の把握や相談窓口の PR に取り組んでいただいているところで、次年度には医療・介護情報のマップ作成、在宅医療に取り組んでいる先生方と市内の介護支援専門員との研修会を実施することになっている。

今回、窓口設置に向けて、柳井医師会の役員の先生方とさまざまな意見交換をさせていただき、そのプロセス自体が地域包括ケアシステムの構築へつながっていると感じている。また、先生方から地域包括ケアシステム構築に向けて、「自分たちもやるよ」と言っていただいたことが最も心強く、モチベーションにつながっている。

山陽小野田市地域包括支援センター　この事業は、平成 26 年 12 月頃に小野田医師会及び厚狭郡医師会へ説明する機会をつくっていただき、理事会へ参加し、具体的に進み出した。ここでは、国から示されている「在宅医療・介護連携推進事業」全般を 30 年度までにどのように進めていくかの相談と、医療相談室についての打診をさせていただいた。当初は、月に 1 回の先生方による相談対応を考えていたが、主治医がいる患者さんの相談には応じにくいということから他の方法を検討すると同時に、その必要性についてケアマネの方へアンケート調査を実施した。

アンケートの結果、“かかりつけ医との連携や入院先の病院と概ね連携が取れる”というケアマネが 80％であったにもかかわらず、“医師との連携の取りにくさを感じる”という方が 85％、“相談窓口がほしい”という方が 88％あったため、試験的にも設置する方向性を考えた。そして、小野田医師会には訪問看護ステーションがあり、医師にものが言える、連絡・調整能力が非常に高い看護師さんが数名いらっしゃるところに目をつけた。まず、訪問看護ステーションへ相談窓口の機能を持っていただけるか打診し、それから医師会の先生方と複数回協議を行った。最終的に医師会へ委託、相談室は医師会訪問看護ステーション内に設置した。費用については月額と 3,000 円 ×

件数で委託契約させていただいた。

相談対象者は、ケアマネや福祉サービス事業所職員に限定し、窓口業務のみを委託している。相談件数は、月平均 2 件程度で、簡単な医療的な相談や主治医へ聞きにくい内容についての相談がある。利用件数が伸びないことが課題であり、ケアマネ以外の福祉関係者へも周知していきたい。

ケアマネの医療的なアセスメント能力自体が弱いのではないかと言われているため、現在、ケアマネに対してアンケート調査をしている。アンケートを集計していく中で、この問題が明らかになれば、医療相談室の充実と並行して、在宅医療をカバーしていくためのケアマネのスキルアップの取組みが必要と考えている。

この医療相談室は当初から試験的な開設としているので、在宅医療・介護連携推進事業全体を進めていく上で、どのような機能・体制を取っていくか今後も検討していく。

郡市医師会担当理事　主治医がいる患者に関する相談内容やその対応は、主治医にも伝えられているのか。主治医が知らないところで、ケアマネや相談員で解決して物事が進んでいることは問題ないか。医療に関しては、主治医がいるのであれば、主治医に聞くべきであると思うが。

山陽小野田市　主治医へ提供すべき情報に関しては、提供していただいている。多いのは、主治医の先生方への聞き方などの助言である。

徳山医師会　他の市町が苦労されている実情を聞くと、徳山では上手くいっていると感じる。徳山医師会が医師会病院をもち、在宅医療と入院治療をしている特殊性からだと思う。また、徳山医師会の在宅支援部が、多職種連携の研修会など（あ・うんねっと周南）の窓口をしていたこともある。いかに地域でシームレスにつながっていく関係を構築していくかが課題だろうと思う。

市町　柳井市では、費用の中に交通費が入っているが、相談業務における訪問など、どのように想定されているのか伺いたい。

柳井市　基本的には包括支援センターやケアマネからの相談であるが、相談員から先生方へ話をつなぐ際に状況の確認をしないといけない場面も生じるのではないかということで費用を計上している。積極的にすべての相談に対して訪問するわけではない。特に、車等の移動手段が窓口である医師会にあるわけではないので、相談の対応ではなく、研修や包括支援センターや市役所等への交通費で、相談窓口にずっと座っているだけでなく積極的に外へ出ていただくというスタンスである。また、固定電話でなく、携帯電話にすることにしている。さらに、平郡という離島もあるため、その費用も予算を確保する意味で取っている。

【その他の取組状況】

宇部市

（ア）地域の医療・介護資源の把握について、連携においては特に病院の連携室の相談員がパイプ役と思っているので、近隣病院の地域連携室（医療相談室）の担当者名・職種・連絡先・内容の一覧表を作成し、関係者へ配付している。認知症施策としては、宇部市医師会の協力により、医療機関の一覧表を作成し、市内の高齢者向け施設の一覧表も作成している。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策としては、平成 8 年頃から行政と医師会の先生方で事例検討等をしていた会議の名称を変更し、歯科医師会、薬剤師会を加えた「地域支援システム戦略会議」を月 1 回開催している。宇部市は 5 圏域の日常生活圏域があるので、ブロックごとに医師会の先生方にも参画いただいて、月 1 回地域ケア会議を開催している。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援については、「退院情報連絡システム」を平成 9 年から稼働させている。主治医照会システムもあり、患者の状況に応じて、自宅近くで往診や訪問診療する開業医を医師会で紹介するものである。ケアマネが主治医へ連絡する主治医連絡 FAX 送付書の書式も用意している。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、月 1 回のブロック会議に参画いただいている開業医の先生方による在宅医療相談窓口を平成 12 年から設置している。相談者は、包括支援センター

の職員やケアマネとしている。内容として多いのは、医療拒否（受診拒否）の方へのアプローチの方法、主治医がいない方が介護保険を利用する際に主治医意見書を書いていただくための相談などである。以前から、各ブロックで医師会の担当の先生がケアマネ会議に出席されているため、何かあればその先生に相談するといった体制はできていたが、ケアマネも新任や異動もあるので、窓口という形で明確化した。地域ケア会議に出席いただいている先生方であるので、顔の見える関係でいつでも相談できるところが心強いのではないかと思っている。
（カ）医療・介護関係者の研修では、26 年度から市・医師会・歯科医師会・薬剤師会の主催で多職種連携研修会を開催し、参加者は毎回 100 人を超えている。また、主に病院や病棟の退院調整をする看護師を対象として、実際に訪問看護の現場を知ってもらうための訪問看護実地研修会を実施している。さらに、ケアマネの医療のアセスメントの不足といった課題や、医療職でなく介護・福祉職出身のケアマネが多いこともあるため、ケアマネのための医療勉強会を開催している。
（キ）地域住民への普及啓発では、市、医師会、歯科医師会、薬剤師会四者の主催で在宅医療に関する市民向けの講演会を実施している。

下関市　下関市では、在宅医療・介護連携の推進に特化したものではなく、連携のモデルとなる認知症高齢者の対応についても下関市医師会への業務委託を考えている。（オ）相談窓口支援の拠点として専門職の職員を配置して、29 年 4 月から相談窓口を開始していただくが、実際には 28 年度から相談開始に向けて、開業医の在宅医療の現状などをヒアリングして、顔の見える関係作りと実情の把握をしていただいている。

山口市　山口市は、山口市医師会と吉南医師会の 2 医師会があるが、平成 5 年に「山口・吉南地域ケア連絡会議」という医療・介護及び行政による組織が立ち上げられており、関係職種が一堂に会して諸事業を進めている。この会議が上手く動いているのは、事務局が山口市医師会に置かれ、両医師会それぞれに担当理事を設けて運営されていることが大きいと思っている。

山口市在宅緩和ケア支援センター　山口赤十字病院は山口市から委託を受けて、平成 16 年より山口市在宅緩和ケア支援センターが開設された。がんになって最期を住み慣れたわが家で過ごしたいという方を幅広く支援しようということで協力している。窓口設置に関しては、医師会や関係者の方々が議論を重ねられた結果、当院がもともと緩和ケア病棟をもっており、そのリソースを上手に地域において展開してほしいとの考えがあり、受託に至った。

徳山医師会　周南市では、「周南市版退院支援ルール」（仮称）を作成中である。まず、在宅医療・介護連携のイメージの中に「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」の 4 つの支援があるのではないかということで、すべての職種の方へアンケートをし、行政が集約してくださり、全体会議で協議した。最も問題が多かった「退院支援」、「認知症の方の関わり」について、28 年度グループワークをしながら、退院支援の情報共有シートの作成を行い、認知症安心ガイドも作成してきたところである。

光市　現在、8 項目中 7 項目を取り組んでいる。各市町の状況を伺っていると、行政の立場で進めるのを急ぎすぎた部分があるのかなと感じている。

主治医・副主治医制として、中学校区を単位としたグループ診療の取組みを導入しているが、窓口を医師会に置いているため、行政では現状を把握できていない。次年度は実態調査をしていきたいと考えており、第 7 期の介護保険事業計画にも反映させたい。医療介護情報連携シートについては活用の実績がほとんどないため、見直しが必要と考えている。

山口県医師会警察医会 第 20 回研修会

と　き　平成 29 年 2 月 4 日（土）15：00 ～

ところ　ホテルニュータナカ 2F「平安の間」

講演・本文監修：山口県警察本部刑事部捜査第一課

検視官　石田　良介　氏

報告 : 山口県医師会警察医会会長　天野　秀雄

平成 29 年 2 月 4 日（土）、ホテルニュータナカにおいて、県医師会警察医会第 20 回研修会が開催された。進行は、県医師会の香田理事、座長は警察医会会長の天野が務めた。

開会挨拶

河村会長　本県の警察医会は県医師会に事務局を置き、大学・県警等との連携や研修会の開催など活発に活動していただいている。全国的には各県で取組みが大きく異なり、組織としても多種多様であるが、最終的には日本医師会の中に警察医の部会として集約される流れだと思う。それまでには相当な時間が掛かるかもしれないが、こうした方向性を踏まえながら、本会も取り組んでいきたい。

昨年、自分が行った検死を省みても、月曜の朝や休日の出務依頼が多かった。そうした中で最も気になるのが、山口県は独居老人が多い全国有数の地域であり、独居でかかりつけ医をもっていない方が亡くなられた際には、必ずわれわれ警察医が出務することになるだろう。

この会は、警察医にとって研修して意見交換ができる唯一とも言える場だと思う。これからもそれぞれの警察医が安心して活動できるよう、警察医会が十分に機能し、その活動をさらに推進させる会であってほしいと思っている。本日はよろしくお願いする。

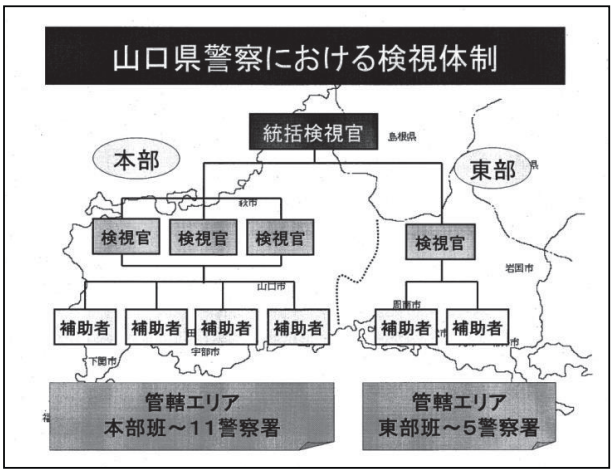
報告

県警察本部からの報告、症例提示

山口県警察本部刑事部捜査第一課

検視官　石田　良介

平素から異状死体の検視、解剖、各種鑑定等、検視業務全般にわたりご協力･ご指導をいただき、この場を借りてお礼を申し上げる。



山口県警察本部捜査第一課の検視業務体制は、検視係が刑事部捜査第一課に属しており、山口市に本部班、岩国市に東部班の拠点を構えている。本部には統括検視官警視の下、警部の検視官 3 名、補助者 4 名で中・西部の 11 警察署を担当し、東部地区は、警部の検視官 1 名、補助者 2 名で東部の

5 署を担当している。統括検視官以下 5 名の検視官は補助者とペアを組んで、24 時間体制で県内各地の検視へ対応している。

死因別死者数

区分	病死	不慮の外因死							その他及び不詳の外因死			不詳の死	合計
		交通事故	転倒転落	溺水	煙・火焔	窒息	中毒	その他	自殺	他殺	不詳外因		
H28	1574	4	63	8	4	45	2	22	219	1	126	37	2105
H27	1601	6	33	18	5	48	3	18	287	5	85	23	2128
対比	−23	−2	30	−10	−1	1	−1	4	−68	−4	41	14	−23

平成 28 年の死体取扱い状況は総数 2,105 体、前年比マイナス 23 体であった。死因別では、病死が全体の 75％、次いで自殺が 10％、前年とほぼ同じ割合であった。他殺死体は 1 体で、現在も捜査中の殺人死体遺棄事件となる。

過去10年間の取扱い状況

年別	総数	性別		病死	自殺	他殺	高齢者	解剖
		男性	女性					
H19	2002	1233	769	1340	411	11	1295	153
H20	2061	1280	781	1487	371	8	1378	142
H21	2100	1268	832	1405	416	9	1394	121
H22	2097	1305	792	1471	369	3	1388	114
H23	2226	1357	867	1581	366	9	1542	109
H24	2241	1360	879	1620	346	6	1571	165
H25	2209	1361	848	1632	292	9	1602	164
H26	2075	1270	805	1541	271	5	1510	158
H27	2128	1224	902	1601	287	5	1587	168
H28	2105	1258	847	1574	219	1	1612	164

※ H23、24、27は性別不詳が2体ずつあり

過去 10 年間の取扱い状況を比較すると、総数に多少の増減はあるが、ほぼ同水準で推移しており、現在は高止まり状態と言える。特に高齢者の取扱いの増加が大きく、平成 19 年は総取扱い数の 65％であったが、28 年には 77％を占めている。県内自殺者数は 219 人、男性 148 人、女性 71 人である。動機・原因別では、健康問題が 121 人と最も多く全て男性である。手段は首吊りが多く、全体の 76％を占める。なお、少数ではあるが、依然として硫化水素ガスやヘリウムガスによる自殺も発生している。

解剖実施状況

解剖区分	H27	H28
司法	130	134
死因・身元調査法	25	21
承諾	13	9
合計	168	164

解剖の実施状況は、総解剖数が前年に比べてマイナス 4 体の 164 体である。区分別では、司法解剖が微増しているが、死因・身元調査法や承諾解剖は減少している。年齢別にみた解剖実施率では、60 歳代以上が非常に多い。これは海や川への転倒・転落、火災現場からの逃げ遅れ等が多いためと思われる。

＜事例紹介＞

昨年取り扱った事案で、3 事例紹介する。

(1) 明らかな索溝が認められない縊頚死体

死因が不明で、Ai（画像診断）の結果からも溺死か縊頚による窒息死なのか不明であった事例である。死者の生前の行動から自殺の可能性は高かったが、目撃者や他者の介在も完全に否定できなかったため、山口大学で司法解剖をお願いすることとなった。

その結果、直接の死因は海水等を吸引したことによる肺水腫であり、そこに至る影響を与えたのがアルコールを摂取した状態においての頚部圧迫があった。また、明らかに第三者が関与したと考えられる重篤な損傷の痕跡は認められなかった。

これらから、死者はアルコールを摂取した上で、自宅近くの船溜まりにつながれていたロープを使って首を吊ったが、高さ的に非定型であったことや海水があったことから、縊頚では死に至らなかったことが推測された。その際に、意識消失の有無は断定できなかったが、その状態で潮が満ち、海水を吸引するに至ったことから死亡したも

のと推察された。

この事例は難しい検視であったが、徹底した現場観察、死体観察、環境捜査、Ai、解剖により、結果を導き出せた事例となる。

(2) 海中で発見された 10 年以上前の白骨死体

湾内から車が発見され、車内からはほぼ人間一体分の白骨が発見された。所持品から氏名等が判明し、司法解剖、DNA 型鑑定を経て、約 10 年前の行方不明者と特定できた。

この事例を通じて、骨は海中に長期間あったとしてもほぼ変質しないことが改めて認識された。

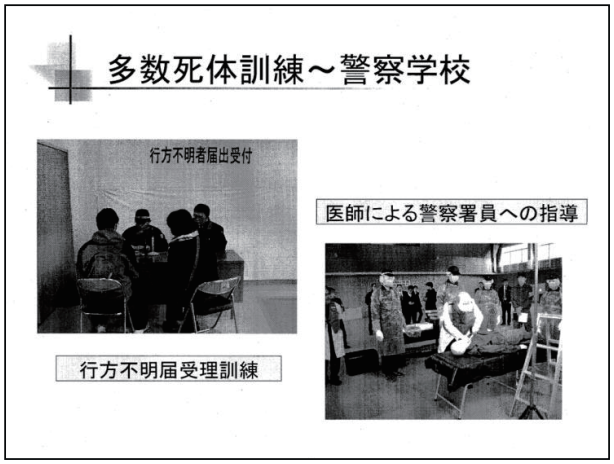
(3) 薬物使用（犯罪防止策の一つとして紹介）

寝室の床に横たわる死者の鼻腔及び口腔内から、青色の吐物が漏出しており、当初は農薬や殺虫剤による中毒死を疑ったが、屋内に関連する薬剤は存在しなかった。死者の生前調査の結果、睡眠剤の自殺企図歴があり、睡眠剤等の薬剤が多く処方されていることが判明した。

科捜研へ問合せたところ、睡眠薬等の医薬品が犯罪等へ悪用されるのを防止するため、平成 27 年から睡眠薬を飲料等へ入れた際に色調が変化するように青色の着色剤が添加されているとの回答を得た。鑑定の結果、青色吐物の原因は、死者に処方されていた睡眠薬の影響と判明し、中毒死の疑いを払拭することができた。

続いて、捜査一課検視係が行っている研修等を紹介する。毎年 8 月に県警察学校で「検視実務専科」を開催しており、山口大学法医学教室の藤宮教授、高瀬准教授や済生会山口総合病院放射線科の中村先生から講義をしていただいている。また、解剖実習にも山口大学の高瀬准教授に丁寧なご指導をいただき、参加者全員感謝している。

5 回目となった、多数死者を伴う大規模災害発生時の訓練には､多くの先生方に参加いただいた。昨年の訓練はより実践的に、停電や携帯電話の不感地帯、水不足を想定して行った。そのため、情報伝達手段は無線のみであり、情報伝達不足が露呈した。また、死者を発見した自衛隊員から如何にして現場情報を引き継ぎ、先生方と共有するかについても課題が残った。今後もより実践的な訓練を計画していきたいので、引き続きご協力をお願いする。



最後に、われわれ検視係は、24 時間体制で現場臨場し、警察署と連携して、犯罪死の見逃し防止に努めている。そのためには、先生方のご協力がどうしても不可欠となるので、今後ともわれわれへのご支援を重ねてお願いして、報告とさせていただく。

講演

死体検案特論－事例を中心に－（7）
「中毒・環境異常 2」

山口大学大学院医学系研究科法医学講座
教授　藤宮　龍也 先生

※ 講演の内容は、後日、本会報に掲載予定。

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
学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と　き　平成 28 年 12 月 4 日（日）15：50 ～ 16：50

ところ　山口県医師会 6 階大会議室

［報告：山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長　砂川　博史］

講演

日本の学校心臓検診の意義
―QT 延長症候群と心筋症―

国立病院機構鹿児島医療センター小児科
吉永　正夫

学校心臓検診の歴史は長く、1954 年に大阪で心臓検診が開始、1968 年に第 1 回若年者心疾患対策協議会が開催された。1994 年には学校保健法施行規則が一部改正、1995 年から小学 1 年生・中学 1 年生・高校 1 年生全員の心電図検査が開始されたという歴史がある。

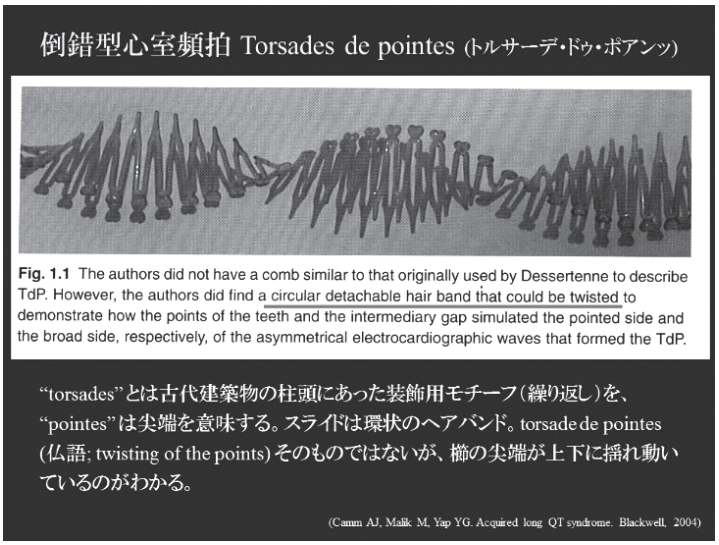
QT 延長症候群の心電図所見は QT 時間の延長と、偶発する倒錯型心室頻拍である。症状としては失神、けいれん、突然死がある。欧米で突然死の頻度は 5,000 人に 1 人と言われている。

心電図の小さな波を P 波、大きな波を QRS 波、中位の波を T 波と言う。QRS 波の始まりから T 波の終わりまでの時間を QT 時間と呼ぶ。

心室は成人が 8 ～ 10mm、小中学生は 6 ～ 7mm 程度の厚さになる。この容積のある心室を一気に収縮させるために刺激伝導路がある。第二の司令塔はこれを使い、0.06 ～ 0.08 秒くらいのうちに全部の心筋に伝わるように刺激を出している。この際の電気現象が QRS 波である。それに続く T 波は、一旦収縮した心筋が元に戻る、リラックスする過程に生じる電位変化を記録したものである。

QT 時間は、収縮の始まりからリラックスが完了するまでの時間となるが、QT 間隔は先行する RR 間隔に影響される。厳密には、その前だけでなくその数拍前も関係しているが、通常は先行する RR 時間だけを使う。QT 間隔延長の臨床的意義が明らかになり、それを判断する際に心拍数（RR 間隔）による補正が必要になった。歴史的には RR 間隔の平方根で補正（バゼット：Bazett）して行われてきたが精度に問題があり、近年では研究の進歩によってより特異度の高い立方根補正（フリデリシア：Fridericia）の方が徐々に浸透してきている。

私の患者さんで記録された例では、12 歳時の学校心臓検診でのスクリーニングや年 1 回の定期健診で、安静時と運動負荷時、ホルター心電図では問題がなかったものの、18 歳時の 24 時間心電図でたまたま倒錯型心室頻拍が記録された。心電図所見は典型的な QT 延長症候群の T 波で、その QT 時間は 0.707 であった。T 波の上に期外収縮がのって揺れると倒錯型心室頻拍になる。もし、これが続くとけいれん、失神、突然死が起こっ



スライド①

てしまうので、このときから治療を始めた。

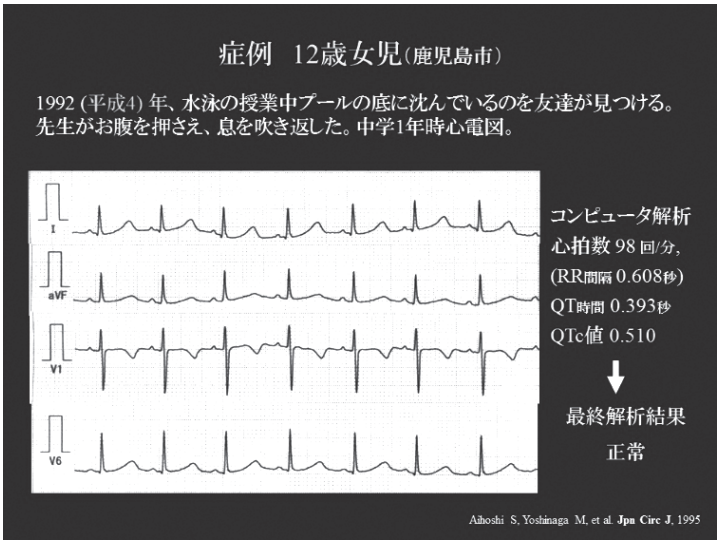
倒錯型心室頻拍は Torsades de pointes（トルサーデ・ドゥ・ポアンッ）というが、“torsades”とは古代建築物の柱頭にあった装飾用モチーフの繰り返しで、“pointes”とは尖端を意味する（**スライド①**）。

QT 延長症候群が世界的に最初に見つかるのは 1957 年だが、日本での最初の報告は 1971 年の長崎大学の橋場先生のもので、世界と比べて十数年遅れている。QT 延長は見つかってからあまり長く経っていない疾患で、1995 年に QT 延長の遺伝子が見つかった。

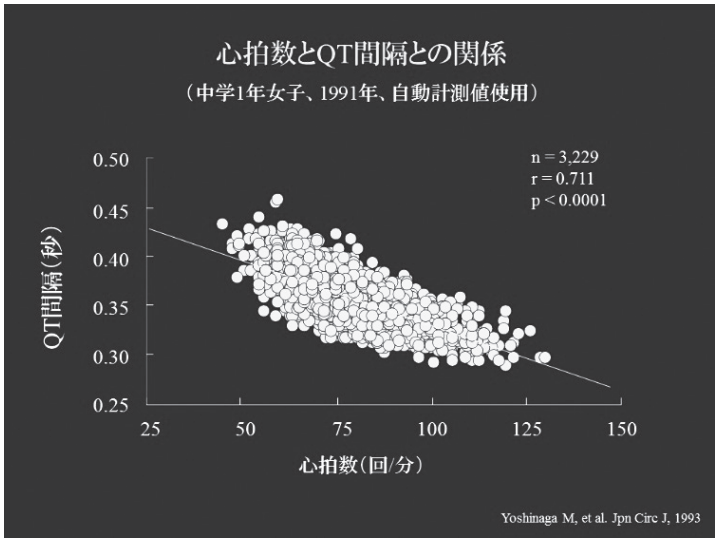
私が QT 延長を研究するきっかけとなったのが、1992 年に 12 歳女児が水泳の授業中にプールで溺れた後に息を吹き返した症例である（**スライド②**）。QT 延長だと分かって心電図を見直し、コンピューターで解析してみると QTc 値が 0.510 となっていた。これは異常な値だが、機械は正常と判断していた。当時、私たちは機械が正常と判断したものは見ておらず、異常となったものだけ見ていた。

事故の 1 年前、1991 年の鹿児島市の中学 1 年女子の心拍数と QT 間隔との関係に関するデータを見ると、当然、心拍数が早くなれば QT 時間が短く、遅くなると QT 時間が長くなる（**スライド③**）。

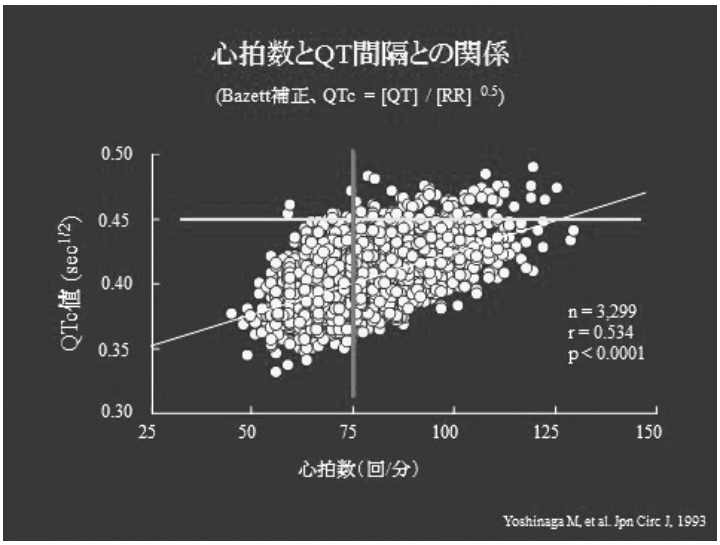
これをバゼットで補正すると心拍数が高いほど QT 時間が長くなる。もし QTc 値 0.45 をカットオフ値とすると、多くの人がひっかかる（**スライド④**）。そこで、当時のコンピュータープログラムでは、心拍数 75 以上は判定しなかった。鹿児島だけでなく日本全国で心拍数 75 未



スライド②



スライド③



スライド④

満でのみ QT 延長を判定していたということである。

小学 4 年の児童が体育の授業でリレー中に失神、学校で心肺蘇生を受けた例があるが、そのときの心電図を見ると、T 波に異常を認める。QTc 値 0.497 で 0.50 に近いくらいだが、学校心臓検診委員会の判断は小学 1 年時の心拍数 75 以上だったため QT 延長の診断基準を満たさず管理不要となっていた。心拍数が 75 以上がどのくらいいるかというと、1990 年頃では小学生 8 割、中学生 5 割、高校生 2 割程度であり、この児童生徒らは QT 延長と診断されていないということである。

私たちが参考に使っているのは欧米のデータで、これは症状があって病院を受診した QT 延長の患者から得たデータである。しかし、日本に住んでいる私たちは一生症状が出ないかもしれない子どもたちも一緒に診ているわけで、そのデータが全く入っていない。実際、母集団として考える場合は日本のデータでなければ正確であるはずがないと私は考えている。そうは言っても日本は 10 ～ 20 年遅れており、欧米の蓄積されたデータに及ぶはずがなかった。実際的には米国､欧州､環太平洋の 3 つの不整脈学会が合同で作った診断基準及び管理基準というものがある。特定の集団に対して、小学・中学・高校 1 年生だけとはいえ、全員を検査しているのは日本だけである。だが、外国に行くと日本で学校心臓検診があるということをまず知らない。一般的に症状が出てきた方を母集団で考えると、有症状の頻度は 5,000 ～ 10,000 人に 1 人程度という値が出ている。実測値では中学 1 年生は 1,200 人に 1 人、新生児は 2,000 人に 1 人であった。

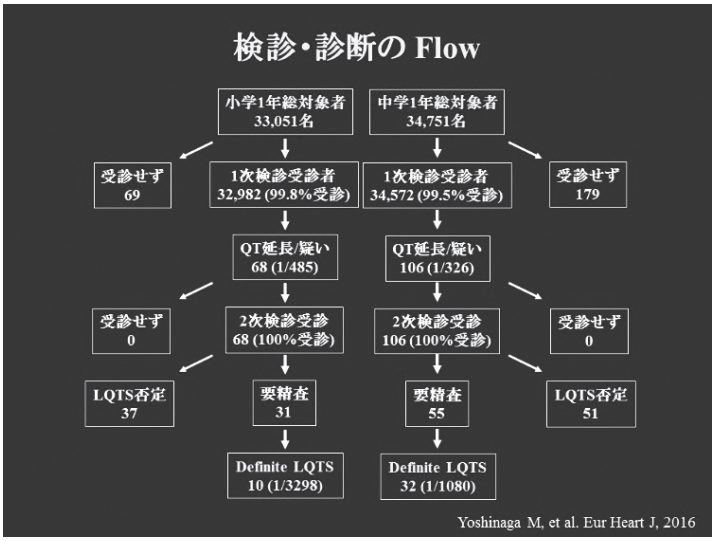
私たちが保管している 2008 ～ 2013 年の鹿児島市の小学 1 年生、中学 1 年生の心電図を対象として調査をした。鹿児島市の心臓検診のシステムは、一次検診では安静時 12 誘導 ECG と問診票で抽出し、小児循環器医が判読する。そして、鹿児島市は二次検診で全員、鹿児島市医師会病院を受診する。三次検診は病状別に 4 つの病院から選ぶ形にしているため、誰がどの病院に行ったのかが分かり、あとからフォローしやすい。

QT 延長の診断には 3 つのポイントがある。Schwartz のリスクスコアが 3.5 点以上、優位な遺伝子変異の存在、12 誘導心電図で 1 回でも QTC が 500ms 以上のうち、1 つでも満たせば QT 延長としてよいこととなっている。鹿児島市の体制と、この診断基準を用いて心臓検診受診者を対象に調べてみた（**スライド⑤**）。

QT 延長は日本にどれくらいいるかというと、小学 1 年生 33,051 人のうち、99.8% が 1 次検診を受診、QT 延長疑いの人は全員 2 次検診を受診した調査では、実際に学校心臓検診で最終的に QT 延長と診断されたのが、約 3,300 人に 1 人程度であった。中学生では約 1,100 人に 1 人程度で、これよりもかなり少なければ見逃しているし、かなり多いのであれば過剰診断だろうということを示したかった。これは、日本で行うときの基準だと思う。

1 次検診のときは長く、2 次検診で正常だったからといって、正常としてはならない。どちらかだけでも長く、それが QT 延長として基準を満たしていれば診ていかなければならない。

3 大陸の不整脈学会が QT 延長症候群の治療に関する勧告を出している。クラス 1 は評価法、



スライド⑤

治療が有用・有効であることについて証明されているか、あるいは見解がひどく一致している。そこには生活スタイルを変更ということで、QT 時間を延長させる薬を避ける、嘔吐下痢・代謝性疾患での電解質異常の検出と治療をするとある。次に β 遮断剤が勧奨される患者としては、QTc がバゼット 4.47 であれば治療を開始しなさいとあるが、この基準だと 8 ～ 9 割はひっかかることになる。ただ、彼らは有症状者だけ診ているためそうかもしれないが、一般集団に当てはめることは難しい。

日本小児循環器学会で、20 歳未満で QT 延長の方 483 名を対象として、心臓検診、症状による受診、家族検診等で分類し、関連症状等を見てみると、日本では症状が出た人の 5 ～ 6 倍が心臓検診で抽出された人たちであった。心臓検診を受診した者の中で、将来何 % に症状が出現するかについては、最大限見積もって 26% しかいない。その中で実際に死亡するのは、心臓検診受診群約 300 名のうち亡くなっている方は 1 人しかいない。これは運動中でなく睡眠中であったが、こういった症状の出現も予測しなければならない。

運動制限について、私自身は QT 延長がある場合に部活をしてよいか聞かれたとき、よいとは言わない。ただ、救急救命蘇生のできる指導者のもとで行うこと、AED のあるところで行うことの 2 つの条件が整えば禁止はしない。そうすると、たいてい学校以外のスポーツ少年団等でも AED を必ず用意してくださり、指導者や保護者も講習会を受けてくれる。

なぜ条件が整えば禁止しないのかというと、診断前後に水泳、運動が誘引となって症状を起こす頻度を見たときに、水泳では診断前に症状を起こした人が 3 割程度で、診断後は水泳で症状を起こす人は皆無に近くなる。ところが、運動については、いくら医師が運動制限をしても、彼らは外来に来ないだけで、運動をやめずに続けて症状を起こしている。よって、私は外来に来てもらうのが先決であり、そのためには禁止しない方がよいかもしれないと考えている。禁止しないためには最初の事故で亡くなる方がいないわけではないことから、最初の事故を絶対に防ぐためにも指導者は救命処置ができなければならないし、AED を用意しなければならない。

QT 延長症候群の概念は欧米諸国の受診群データに基づいて作られたので、日本に当てはめるのは難しいと思う。将来的には QT 延長症候群のガイドラインをつくるときには日本のデータに基づいて作成するべきである。

現在、十数人の肥大型心筋症の方を診ているが、一番厚い方は 46 ㎜ある。診断基準として、成人は左心室壁の最大厚 15mm 以上だが、小児の基準は実を言うとない。では、小児循環器ではどうしてきたかというと、13mm 以上を HCM としてきた。だが、ガイドラインは 2014 年でも小児はその年齢の平均値プラス標準偏差（SD）の 2 倍にしなさい、とある。彼らは有症状者だけを診ているから言えるが、統計学的に言えば日本の場合は 2SD だから上に 2.5%、下に 2.5% だから、厚さでは厚い方が 2.5% なので 40 人に 1 人となり、これでは日本全国で毎年 1 学年 100 万人いるので、2 万 5 千人も HCM も疑いで再検査しなければならなくなる。

日本での頻度は厚生労働省の研究班のデータでは 10 万人に 17.3 人である。これを論文にできない理由としては、最後まで疑いのあった人を全てエコーまで実施しているところが少ないからである。最後まで実施している地域を 6 ～ 7 か所集めると数万人に 1 人程度である。

16 歳男子の症例では、小学 1 年の心臓検診で心室肥大により抽出されたが、二次検診で先天疾患等が否定され、中学 1 年の検診では異常があると抽出されたものの二次検診が行われず、高校 1 年での心臓検診受診の有無は不明であったが、高校 2 年のときにサッカー中に突然倒れて心停止となった例がある。その方の小学 1 年時の心電図を見ると、キャリブレーションが半分で V1 の R 波高は 5.2mv であり、異常でないはずがない。ところが、16 歳で救急外来に来た時のエコーでは心室中隔厚が 10 ～ 11mm。鹿児島県は心電図を保存しているので家族の了解を得て全て比べるが、全く同じである。ということは、小学 1

年時点でも診断できたはずで、二次検診で正常とされているが、フォローはできたはずである。

もう 1 つの 15 歳男子の症例では、小学 1 年の心臓検診で二次検診受診するも正常、中学 1 年の心臓検診では経過観察となった。初診の 1 年 8 か月後に再精査をしたところ、心電図に大きな変化があった。定期的に心電図をとらなければならない。

やはり、13mm 未満でも肥大型心筋症かもしれないし、その方々は 13mm 未満でも心停止を起こす。先に見た症例のように心電図所見は年齢により変化するが､異常は小学生から出ているし､だとすれば生活指導が重要になってくる。診断がつく前にどのような生活指導をすればよいかは難しいところだが、要するに心電図の基準を作らなければならない。私は心筋症の専門家ではなかったが、平成 27 年から診療ガイドラインの作成に関する研究を行っている。

2006 ～ 2009 年の鹿児島市の小中高校生 6 万人を対象に、心電図を小児循環器医がダブルチェックし、実際は 8 割程度、4 万 8000 人のデータで正常値を作り、想定頻度をもとに、最終的に V2、V3、V4 の基準を作った。それに従うと、正常者から見た分布では小学生は 8 万人に 1 人程度が該当する。そこで、中学 1 年で肥大型心筋症が見つかった方の小学 1 年の心電図を集めて､この基準に照らしてみると 3 人が該当した。彼らの予後を見ると 1 人は突然死で亡くなっており、1 人は心停止を起こしている。その方の生活指導については自信がないが、少なくともサドンデスは起きないかもしれないし、院外心停止は予防できるかもしれないという思いがある。これらの 2 例を含めて、生活指導・薬物治療等のためには早期診断が重要な例が多くある。また、心電図の抽出基準や心エコー上の抽出基準を確立できれば、突然死予防の新しいストラテジーができるはずである。

学校心臓検診は日本にしかない世界に類を見ないシステムであるため、学童期に診断される心疾患の診断基準を全て日本が作ってよいはずである。

鹿児島県では 8.6 水害以降、継続して心電図データを保存しているが、他県でもその地域で記録した心電図をストック、サーバーしていくシステムができれば、過去に遡って確認することもデータの集積もできるので、日本だけでなく世界中の小児の突然死予防に役立つのではないかと思う。このようなことが実際にできるか分からないが、肥大型心筋症についてはたくさんの方に手伝っていただいており、心電図の基準は作れそうである。また、エコーも全国で 1,500 人集めて正常な方の心室中隔の厚さの分布をとって、肥大型心筋症の分布を作れるのではないかということでボランティアを集めているところである。

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

第 18 回 都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会

「平成 29 年度介護報酬改定および地域支援事業の推進について」

と　き　平成 29 年 3 月 1 日（水）13：30 ～ 16：30

ところ　日本医師会 1 階大講堂

［報告：理事　清水　　暢］

開会挨拶

横倉日医会長　今回の連絡協議会では、介護職員処遇改善のため臨時に行われる平成 29 年度介護報酬改定および地域支援事業の推進をテーマに開催することとした。制度改正により見直しが行われる中、地域支援事業については、30 年度よりすべての市区町村において実施されることになっている。当該事業については、郡市区医師会の積極的な関与と都道府県医師会による支援が必要不可欠と考えている。

また、認知症施策については、新オレンジプランとして症状の枠を越えて推進をされているが、喫緊の課題として 3 月 12 日から施行される「改正道路交通法」について、認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成が課題になった。この件については、大変多くの問い合わせが寄せられており、本日の議題として取り上げさせていただいた。

日医としては、地域で暮らす誰もが必要な医療・介護が受けられるようにかかりつけ医や都道府県医師会、郡市区医師会が行政とともに車の両輪となって、積極的にまちづくりに関わっていただきたいと考えているので、ご出席の先生方には、本日の内容を参考にしていただき、都道府県、郡市区医師会における取組みの推進をお願い申し上げて挨拶とさせていただく。

議題

(1) 平成 29 年度介護報酬改定等について

厚生労働省老健局老人保健課長　鈴木　健彦

①平成 29 年度介護報酬改定について

29 年度改定については、介護職員処遇改善の関係の改定のみ行っている。そもそも人材確保が困難な理由の一つとして、介護人材の賃金が他の対人サービス産業と比較して低く、調べてみると介護職員は 262,000 円、他の対人サービス業は 273,000 円と 1 万円程度の差があることがわかった。そこで、競合他産業との賃金差がなくなるよう、29 年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均 1 万円相当の処遇改善を実施するため、臨時に 1.14％（在宅分 0.72％、施設分 0.42％）の介護報酬改定を行うものである。今回は事業者による、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築について、手厚い評価を行うための区分を新設するものである。新設する区分の具体的な内容については、現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の加算に必要な要件に加えて、新たに「経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること（就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む）」とのキャリアパス要件を設け、これらをすべて満たすことを要することで、プラス 1 万円の加算を取ることができる。これまでは、職位・職責・職務内容等に応じた賃金体系で、どのような場合に昇給するのかが必ずしも明確ではなかったが、今回、事業者において経験・資格・評価のいずれかに応じた昇給の仕組みを設けることで明確になった。また、就業規則等の明確な書面での整備・すべての介護職員への周知を行うことで加算がとれる。

②在宅医療・介護連携推進事業と地域リハビリテーションの推進

平成 26 年度の法改正によって、新たに地域支援事業として位置付けられ、市区町村が主体となって実施する事業である。本事業は（ア）か

ら（ク）の 8 つの事業項目すべてについて、平成 30 年 4 月にはすべての市区町村が実施されることを目指している。また、8 つの事業項目は、郡市区医師会等に委託することも可能となっており、引き続き自治体が行う事業にご協力いただきたい。地域における介護予防の取組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。一方、ご存知のとおりリハ職は病院勤務が大半であるため、医療機関の協力がないと成り立たないので、ぜひ派遣体制を作っていただきたい。なお、都道府県の派遣体制は平成 12 年に地域リハビリテーション支援事業、いわゆる脳卒中リハの観点から行われていたが、その後、国の補助金ではなく、一般財源化され、都道府県の単独事業として行っているところもあれば、国からの補助金がなくなったことによって実施を止めてしまったところもある。過去に行っていたところは、過去のノウハウを活用して新たに体制を作っていただきたい。また、今後、介護保険制度を推進していくなかで重要と思われるので、県医師会を含め、関係者の皆様方にはご協力・ご理解をいただきたい。

（2）地域支援事業の推進について

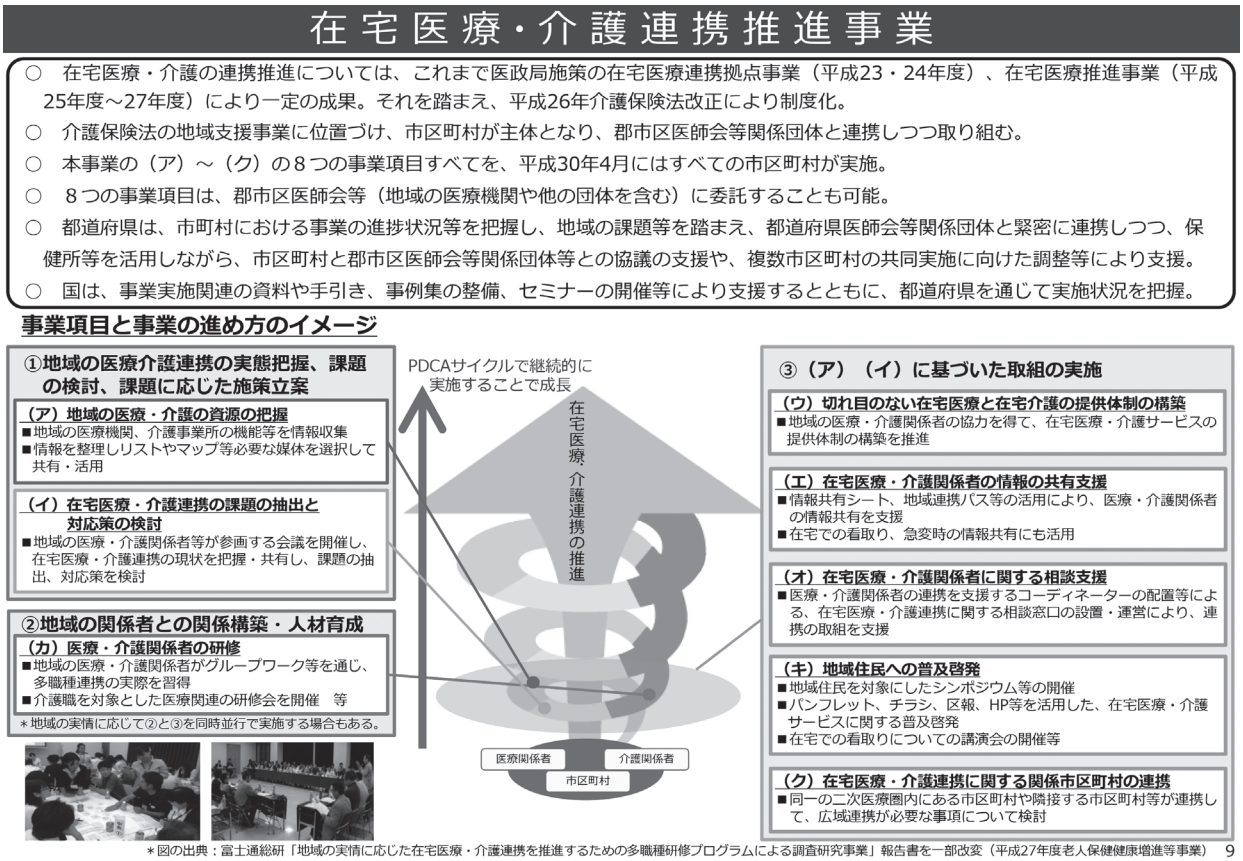
（2-1）認知症施策の取り組み

①高齢者の自動車運転と認知症をもつ人を地域で支える取り組み

～改正道路交通法への対応を中心に～

鳥取県医師会副会長　渡辺　　憲

高齢者が多くなるにつれ交通事故が増え、ご自身が怪我をされたり、どなたかを傷つけてしまったりと、社会生活の上で困難を生じていることはご承知のとおりである。高齢化社会のなか、かかりつけの先生方が地域で高齢者をしっかり診ていただき、特に認知機能が衰えた方に対して地域で安心・安全に生活を送っていただくため、運転が難しくなっている方への指導もかかりつけの先生方の重要な役割と考える。これに関連して運転免許制度の改正が 3 月 12 日に施行されるが、かかりつけの先生方にも診断書を求められるケースが増えてくると思われる。具体的には、認知症がご



＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）　9

専門ではないものの普段の生活を把握しているかかりつけの先生方が十分に対応していただけるような制度が反映され、地域の中でかかりつけの先生方が中心に地域包括ケアの要のような役割で高齢者を支えていただく。運転免許証を取り消された方に対してもひきこもることなく、地域の中で健康な生活を送っていただくような市町村のさまざまな事業と連動した形での先生方のご指導は非常に重要と考えている。認知症は診断が難しいケースも確かにあるので、専門医との連携は、重要な課題であると思う。地域において、専門医の先生とかかりつけの先生が連携しながら患者さんへの診断・治療について十分に質の高い方法、あるいは安全で安心できる暮らしが提供できるかたちで関わっていただきたい。

さて、認知症の検査方法として、HDS-R と MMSE があり、HDS-R も MMSE も 30 点満点中 20 点以下が認知症の可能性が高いとされている。日頃の認知機能の変化を、ご本人及びご家族に様子をみていただきながら総合的に診断していただくことが必要となる。また、画像をお持ちでない先生も、病状経過をしっかり把握していただき、神経外科的な運動の症状等を総合的に診断していただくと、必ずしも画像がなくても 8 ～ 9 割は診断ができるのではないと考える。

次に診断書の作成についてであるが、ぜひ積極的にかかりつけ医の先生方にも対応いただきたい。難しいケースの場合は専門医との連携をしっかり取っていただきたいが、なかなか患者さんが協力してくれない場合には警察の免許担当者に相談いただき、臨時適正検査を受けていただく方法もあるが、とりあえず医療の連携の中で、診断書を書いていただきたい。もし、かかりつけの患者さんが診断書を持って来られた場合は、HDS-R、MMSE の検査を実施しながら一定の認知機能の低下が認められて認知症の診断をしてあげることが、その人にとって地域における安全な生活につながるのであれば、ただ診断書を渡すのではなく、認知機能が低下していることを丁寧に説明することが重要である。また、認知症と診断せざるを得ない場合は、診断書を提出することによって公安委員会の審査を受け、免許取消しになる可能性が高いこともお伝えいただきたい。しかし、中には軽度（MCI）と認知機能低下があってもそれほど日常生活に支障がない方については、軽度認知障害という項目があるので、そちらを診断していただくと半年後に再検査が求められるが免許は可能である。民事の場合は、根拠を求められることがある診療録上に根拠なしに認知症ではないと記載した場合は、かなり難しい場面もあり得るので、医学的に根拠なく認知症ではないとの診断書を作成することは止めていただきたい。今後の障害等を十分に精査いただいて専門医をご紹介いただくようなかたちで、認知症の疑いでも専門医に診断書の作成を依頼するなど、CT 等の情報等をもとにかかりつけ医の先生が診断される場合でも診療情報の提供を求められる場合、地域で専門医との連携をぜひ図っていただきたい。最終的に運転免許を返上する方が多くなると予想されるが、運転を止めても社会参加が継続できるような地域社会にするためにも、かかりつけ医の先生方にご支援いただきたい。また、返上へのメリットが得られるように、警察あるいは自治体も考慮しているので、ご本人並びにご家族にメリットを提示しながら考えていくことが重要と思う。かかりつけの先生方は高齢者が社会活動が継続できるように支援する重要な役割を担っているし、高齢者にやさしいまちづくりにおいては、先生方が要の位置にある。

（2-2）都道府県医師会における先進的な取り組み
①熊本県における地域リハの取り組み

熊本県医師会理事　林　　邦男

熊本県地域リハビリテーションの支援体制については県医師会に事務局があり、その下に 17 箇所の地域リハビリテーション広域支援センターがある。このたび新たに地域密着リハビリテーションセンターを作り、通常及び災害時のリハ活動に協力いただけることを条件に募集したところ、85 か所（病院 35、診療所 17、老健 29、その他事業所 4）の手挙げがあった。通常のリハ活動は、①熊本県地域リハビリテーションセンターとして広域リハセンターへの技術的支援、関係機関との連絡調整、及びその後の調査・研究を行う。②地域リハビリテーション広域支援センターとして市町村や圏域のリハビリテーション関係者及び介護予防関係者等を対象とした技術的な支援（研

修会、相談支援及び連絡会議の実施)、リハビリテーション専門職の派遣もする。③地域密着リハビリテーションセンターとして通常の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の派遣、広域リハセンターが実施する研修会や連絡会議への協力。④熊本県復興リハビリテーションセンターを県医師会に置いて従業員 2 名、コーディネーター 5 名に来ていただき、派遣調整をしている。

ソーシャル・インクルージョンの実態をよく理解しておくこと、また、高齢者、被災者、犯罪者などに対するリハビリテーション体制の構築をすることが必要である。機能分化し重層的に生活自立を支える医療･介護･地域サービスのネットワークを構築し、地域包括ケアシステムが確立している。また、地域おこし、まちづくりとして 24 時間総合ケアの確立が図られる。

②埼玉県における地域リハビリテーション支援体制

埼玉県医師会地域包括ケアシステム
推進委員会地域リハビリテーション担当
副委員長　斉藤　正身

埼玉県医師会には地域包括ケアシステム推進委員会があり、その中には在宅医療、認知症、介護保険、地域リハビリテーションと 4 つの部会に分かれている。平成 12 年に介護保険と回復リハビリテーション病棟がはじまった年に地域リハビリテーション支援体制が国で始まった。その時に埼玉県リハ協議会、埼玉県リハ支援センターのもと県内 10 か所の「地域リハ広域支援センター」が活動を実施していた。特徴としては、地域リハ広域センターは福祉保健総合センターが受け持ち、民間病院は役割を担えなかった。民間病院は中核的協力医療機関としてリハ機能のある医療機関を 1 か所指定していた。県医師会との連携は存在せず、10 圏域の取組みは個々によって違っており、この状態は平成 17 年まで続いていた。事業内容としては、会議と研修会がほとんどで、実際の現場では介護予防は行われていなかった。国からの補助もなくなり平成 18 年度以降は地域リハ広域支援センターが終了し、結果的にはすべて各市町の地域包括支援センターが役割を担うことになった。

そんな中で、埼玉県地域リハの新しい体制を作るきっかけとなったのは、平成 23 年の東日本大震災であった。この時に多くの福島県双葉町等の方々がさいたまスーパーアリーナに避難されており､医療として関わりはあったが､リハビリも行ったほうがよいのではないかとのお話を県医師会長からいただき、3 月 22 日からボランティア活動に参加した。活動してみてわかったことは、一番運動量が確保できていた人は喫煙者で、高齢者の方や体の不自由の方は動かないため、運動量が減ったということであった。

平成 25 年 2 月に県議会で「埼玉県のリハビリテーション体制がなっていないのではないか」との発言があり、それを受け地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制の相談が始まった。25 年 9 月から地域リハビリテーション・ケアサポートセンター（県内 3 モデル事業）として始めた。その結果、役割としていいものがあるのではないかということで、26 年 4 月から県内 5 地域で事業を開始した。埼玉県の地域リハ支援体制の特徴は、地域リハビリテーション推進協議会と県総合リハビリテーションセンターとの連携である。地域リハビリテーション・ケアサポートセンターに協力医療機関が連携し、市町村の地域包括支援センターに派遣をする（ケアサポートセンターから支援に直接入ることはなく、協力医療機関の方が対応するシステム)。また、高齢者だけではなく、障害者相談支援センターも交えて話を進めていった。

今後の支援のあり方については、リハビリテーション・ケアサポートセンターでの連絡会議を中心に行う。支援体制のブラッシュアップをするために事業の評価、事業スキームの検討、事業化への調整を行うことが決定した。

しかし、セラピストの派遣については 1 つ課題があった。このシステムは、震災の時に県医師会長から協力医療機関にセラピストの派遣依頼を行った経緯があるため、毎年、協力依頼を送付することとした。

③在宅医療・介護連携推進事業に関する福井県医師会等の取り組み

福井県医師会副会長　池端　幸彦

地域包括ケア推進の鍵は、地域医師会と地域包

括支援センターではないかと思う。なぜなら、認知症は医師だけでは治しきれないし、支えきれない。また、介護だけでも支えきれず、お互い協力しあえる関係がよいモデルになる。福井県では、認知症高齢者の増加が懸念される中、発症を遅らせたり防止することが何よりも重要であることから、認知症検診の定着と認知症予防施策の推進及び認知症を発症した場合も、症状に応じた適切な診断・治療が受けられるよう、医師等の人材養成と医療機関等の連携体制の確立を推進している。研修に関しては、かかりつけ医認知症実践研修と認知症サポート医フォローアップ研修がある。また、本県では、専門医を持ったサポート医とかかりつけ医のサポート医と２つある。認知症サポート医養成研修を修了した県内の認知症サポート医には福井県認知症サポート医連絡協議会に加入していただく。

坂井市、あわら市をモデル地区として包括ケア体制を整備し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる社会の実現のためにこの事業を行った。特長は①地域内の医療機関の連携による 24 時間対応の在宅医療（26 医療機関 (地区内 6 割) が参加し、在宅患者一人ひとりに主治医・副主治医を配置）、②多職種・機関とのスムーズな連携を図るための患者情報（医療機関・介護サービス事業所などが参加し 114 機関 (地区内の関係機関の約半分) が ICT により患者情報を共有）。在宅医療・介護連携促進の秘訣は、地域包括ケアと地域医療構想が車の両輪となり、県と県医師会、県医師会と郡市区医師会、郡市区医師会と市町村の三つが連携することによって、地域包括ケアを進め、多職種連携、情報の一元化、先進的取組事例の利用、地域特性を活かすことである。

(3) 地域支援事業を活用した「まちづくり」への期待

日本医師会常任理事　鈴木　邦彦

わが国の最大の課題は、全体をみれば少子化が止まらないことである。そのため、今後ますます労働人口が減少し、ますます深刻になる。一方、高齢者は増え、給与水準が低下、保険料負担が増加し、若年世代の負担がますます重くなる。その中でいかに社会保障制度を守っていくかをわれわれは考えていかないといけない。そのために、健康寿命を延伸し、元気な高齢者が活躍できる社会を作っていかないといけないと考えている。

在宅医療・介護連携推進事業は少しずつ進んでいる状況である。県行政課と県医師会が車の両輪になることが重要ではないかと考える。

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業をもう一度、活性化あるいは復活していただきたい。これは万が一の災害時に非常に有効になる。県医師会がしっかり関わって、医療機関と自治体が契約の上、業務の一環として仕組みを作っていただくことが基本的に重要と考えている。また、地域連携室や広域支援センターの下にいかに協力医療機関を作るかが重要である。

認知症診断については、かかりつけ医の先生に手引きを参考に書いていただきたい。診察、検査等費用は通常の保険診療と同様の扱いであるが、診断書作成費用は自費となる。また、医師の責任については、認知症でないと診断した方が、その後、事故を起こし、認知症であったことが判明した場合であっても、通常、医師の刑事責任が問われることはない。また、民事の場合、通常は問われることはないであろうとのことである。しかし、万が一の場合は、都道府県医師会にご相談いただきたい。

新オレンジプランがあるが、わが国は他国に先駆けて超高齢社会となった。認知症の方を支えることを一つのきっかけに、国のレベルでも地域においても、これまであまり接点のなかった方々が繋がっていき「誰にでもやさしいまちづくり」が進むことが期待する。

これからは高齢者医療と介護は一体化していくが、これが地域包括ケアだと思う。担い手はかかりつけ医であり、それを育成するのが日医かかりつけ医機能研修制度だと思う。それを担当する医療機関はかかりつけ機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所と考えている。最近では、障害者福祉制度と介護保険制度が近づいているので、障害者、子供の貧困の問題などを考えた上、福祉、健康寿命等、幅広く考える必要がある。われわれかかりつけ医はもっと地域や社会に目を向けて、そして元気高齢者の就労・社会参加、さらに子育て支援、次世代の育成までを考えるべきである。

今までは、急性期大病院を頂点として、下のほうにかかりつけ医がいる垂直連携が中心だったが、これからは、かかりつけ医にリーダーになっていただき、地域のさまざまな業界の支援と連携した水平連携が治療の中心になってくる。急性期大病院に外側で地域の最後の砦になっていただきたい。

就業者のうち医療・福祉業の割合の高い県は出生率も高いというデータがでている。医療・介護施設には地方では若い人材が集まり易い。有資格者は男女平等で働きやすい職場もあり、産休、育休を取りやすい環境であるため、われわれは少子化に貢献できる。くるみ認定が厚生省から出ているが、電通問題で 4 月から要件が厳しくなるようである。地域包括ケアは進化しており、このままいくと少子化が進んで人口減少が止まらない状況にあるが、われわれの市町の取組みで人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくりを作る必要がある。

総括

中川日医副会長　平成 30 年度は診療報酬と介護報酬の同時改定となる。先ほど鈴木常任理事がご説明申し上げたように、地域支援事業を活用したまちづくりが進み医療と介護が全国的に過不足なく提供できる改正整備ができるよう都道府県医師会のご支援、地域医師会にご協力いただきたく、本日ご出席いただいた先生方のお力添えをよろしくお願い申し上げる。

「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字程度

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

【原稿提出先】

山口県医師会事務局　広報・情報課
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会
（兼 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会）

メインテーマ

「日医 IT 化宣言 2016　さらなる医療 IT 基盤をつくる」

と　き　平成 29 年 2 月 11 日（土）13：00 ～ 19：10
12 日（日）　9：30 ～ 12：30

ところ　日本医師会 1 階大講堂

［報告：理事　中村　　洋］

日本医師会の石川広己 常任理事を総合司会とし、「日医 IT 化宣言 2016　さらなる医療 IT 基盤をつくる」をメインテーマとした標記協議会が開催された。長崎県医師会が担当で、本会からは今村常任理事と中村が出席した。出席者は講師等関係者を含んで 550 名（日医発表）であった。

1 日目（2 月 11 日）

開会挨拶

横倉日医会長（代読：松原日医副会長）　平成 28 年 4 月の診療報酬改定で、検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料が新設された。これは、IT に対する診療報酬上の評価がされたということであり、日医が本協議会を通じて活動してきた成果であると考えている。

検査・画像情報提供加算を算定するためには、技術的に保護され、外部からの攻撃や侵入、盗聴、改ざんなどの危険がないセキュアなネットワーク回線が必要不可欠である。

日医は医療分野の IT 化の新たな指針「日医 IT 化宣言 2016」を公表し、安全なネットワークを構築していくことを宣言した。これは、従来の「ORCA プロジェクト」の推進のみではなく、医療分野の IT 政策全体を包括する内容となっている。

日医は医療等 ID や HPKI 利用の普及拡大に向けて、すべての医療機関等が接続できる公的な全国ネットワークとして「医療等分野専用ネットワーク構想」を提唱している。本ネットワークは、厳格な機関認証を受けた医療機関等や接続要件を満たした AP 事業者のみを接続可能とし、公益性を担保するとともに、コスト効果に優れた最適化されたネットワークとなるよう現在、会内委員会を設置し、検討している。

さらに、内閣官房の次世代医療 ICT 基盤協議会においては、改正個人情報保護法施行後に、病歴情報等、配慮が必要な個人情報は本人の許可なく第三者に提供ができなくなるため、「医療情報匿名加工・提供機関（仮称）」を創設、研究等に必要な情報を提供できるようにする予定であるが、日医も積極的に関与していく所存である。

今後も従来以上に力を入れて、患者の医療情報を厳格なセキュリティで守りつつ、医療分野の IT 化に取り組んでまいる所存である。

Ⅰ. 日医 IT 戦略セッション

座長：運営委員　川出　靖彦
富田　雄二

(1) 日本医師会の IT 戦略について「日医 IT 化宣言 2016」

日本医師会常任理事　石川　広己

日医では 28 年 6 月に「日医 IT 化宣言 2016」を公表し、この宣言を基に医療・介護 ICT 化に取り組んでいくことを述べた。

日医 IT 化宣言 2016（概略）

・安全なネットワークを構築し、プライバシーを守る
・医療の質向上と安全の確保を IT で支える
・国民皆保険を IT で支える
・地域医療連携、多職種連携を IT で支える
・電子化された医療情報を電子認証技術で守る

今回、医療・介護情報連携と医療情報 ICT 化

の共通基盤の構築ということでやってきた中に HPKI 認証局がある。その他にも、お薬手帳の電子化、電子処方箋についても話を進めている。さらにアナログでの PHR ということで、かかりつけ連携手帳を三師会で世に出してきたが、アナログの PHR から電子化された PHR と連動するような形でいろいろ話が進んでいる。

改正個人情報保護法では病歴等を大変機密性が高い情報として扱っている。

また、同時に数々の実証実験からマイナンバーカードをなるべく医療の現場では使わないようにしていただきたいということを主張してきた。その延長で、医療等分野における専用番号、医療等 ID を作るということを議論してきた。国を挙げて医療・介護分野のビッグデータの構築が課題とされており、その構築と利活用についても深くかかわってきている。とくに LDP、BPC といった大きなデータの利活用について、その延長上で個人情報が新しくなったということで、さらにこのビッグデータを安心して利活用するために設けられる医療情報匿名加工・提供機関（仮称）にも日医は関与していく。

それらすべての事業の大元に、医療等分野専用ネットワークの構築を目指している。そして日本の医療介護の ICT 化の発展を目指すというのが大きな目標である。

日医標準レセプトソフト（日レセ）は現在 16,000 施設で導入されており、西日本、特に九州で多く、熊本県が全国 1 位となっている。現在、レセコンの市場価格が全体的に下がってきているが、ORCA に対抗するためにはどうしてもそうせざるを得なかったようである。ORCA の連携型電子カルテの開発が活発になり、既に 30 社を超えており、普及してきている一方で、相互互換性の問題が出て来ており、新たな仕事があるかと考えている。

また、ORCA サーベイランスも考えており、例えば日医のホームページにインフルエンザの流行地区のリアルタイムの状況を掲載している。

さらに発展させていくために 27 年 12 月 4 日に日本医師会 ORCA 管理機構（株）を設立した。横倉会長が顧問、私が代表取締役会長、羽鳥常任理事が取締役であるが 3 名とも無報酬でやっている。この組織は日医から委託を受けてやっており、従来どおり医療機関の先生方には小さい施設であれば無償でサービスを行っていき、電子カルテメーカにはレセプトエンジンとして有償で提供することにより成り立っている会社である。

全国の医療機関に共通して存在する日医のインフラストラクチャーとして今後、発展させていきたい。レセコン市場に参入し、ORCA を使っていただくことでこれだけのコストダウンをしてきたわけだが、さらにこれからは電子カルテ部分についてもコストダウンをしていく形で 2nd Stage を考えている。認証局と一緒に SignedPDF Client ORCA として PDF に認証カードを使って電子署名をするソフトを開発した。また、電子カルテがなくても ORCA のレセコンから患者の必要な情報を紹介状に流し込んで簡単に紹介状が作成できるソフトを希望したところ、紹介状作成プログラム「MI_CAN」を作成してくれ、今後、さまざまな所で役立てていくことになる。さらに普通のインターネット環境の中でも医師資格証を使いながらセキュリティ高く情報交換ができる文書交換サービスソフト「MEDPost」（メドポスト）を作成した。医師資格証（HPKI カード）に対応した重要なファイルを送受できるクラウドサービスで、セキュアで安全に通信できる。

28 年度の診療報酬改定で、地域医療連携システムの中に退院時の紹介状、通常はアナログでも診療所から病院へ紹介状を書いたら 250 点取れるわけだが、医師資格証で印鑑を押したうえで紹介状を書いていただければ電子的に算定できる。

次に個人番号カードについてだが、カードの裏には 12 桁の番号が記載されており、当初、この番号を保険証代わりに使いたいという申し出があったが、唯一無二の悉皆性のある一生変わらない 12 桁の番号を医療の現場で利用するべきではないと主張し、日医として反対した。マイナンバー法ではその券面に「個人番号」を記載し明示しているが、法で券面の「個人番号」を安易に利用することは禁止されているものの、個人名と顔写真、そして番号が明示されているために、漏洩や他への利用を確実に阻止することは難しい。現在では個人番号カードの IC チップの中の情報でオンライン資格確認ができるということが政府の一つの

方策としてされている。

複数の施設、多職種が関わる地域医療・介護連携などで共通の番号があれば効率的であることは間違いないが、変更できない番号では遺伝子情報なども含む機微性の高い医療記録が名寄せできる可能性があり、漏洩した場合は取り返しがつかないばかりか「人権侵害」「差別」などにつながるだけでなく、単に誰にも知られたくない等プライバシー保護の観点も必要であることから、国民が必要とした時に番号の変更等が担保されたマイナンバーとは異なる医療等分野専用の番号（医療等 ID）が必要であると考えた。そのような議論の中で、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野における番号制度の導入が 27 年 6 月 30 日に出された「『日本再興戦略』改訂 2015」に盛り込まれ、公的個人認証や個人番号カードなどマイナンバー制度のインフラを活用して、医療等分野における番号制度を導入することとし、これを基盤として医療等分野の情報連携を強力に推進するとされた。

そのような中で乳幼児健診、学校健診、事業所健診、特定健診、後期高齢者健診等、さまざまな年齢での健診データを健診用 ID で繋げることもでき、生涯保健事業として体系化することができる。子供たちの健診の場では成長の問題として身長・体重、予防接種の記録があり、子供の時の尿検査の結果が CKD の発症とどのような関係があるのか等について調べられる。これに加えて新しく出てきたのが代理機関（仮）という考え方であり、患者から医療情報をいただいて、それをきちんと匿名化して利活用できる仕組みを作るということで、近々この法案が次世代医療 ICT 基盤の中で出てくる。私どもが診療所及び健診施設等の臨床データを集めてそれを匿名化して国民に安心して利活用していただきたい。

医師資格証をさらに普及させるために日医は JAL 登録制度の機内運用や、スマートフォンを用いた資格確認、電子印鑑、ログイン認証、主治医意見書のデジタル伝送、電子処方箋システム、そして出欠管理アプリケーションソフトの開発を行っている。

医療・介護連携の必要性が非常に高まってきており、かかりつけ連携手帳を開発したりしているが一方で医療情報連携に SNS を利用することが進んできている。これについて私どもは、「クローズド SNS を利用してもらいたい」、「セキュリティをきちんとやってもらいたい（VPN を用いない場合は TLS1.2 を用いて利用者認証を確実に行う）」、「原則として BYOD（従業員が私物の情報端末などを持ち込んで業務で利用すること）は利用しない」ということを主張している。

SNS の種類にはパブリック SNS（公開型）とプライベート SNS（非公開型）があるが、「誰の何の情報か」「情報の管理は適切か」「経路の安全性確保」「持ち出し端末の管理・安全性」等をきちんと考える必要がある。

BYOD のリスクは、①個人の持ち物なので端末の管理が難しい、②プライベートで使うアプリ（ゲーム等も含む）からのウイルス感染、情報漏えいのリスクを排除できない、③使う場合は最低限、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインへの準拠を「管理者」が責任を持って確認の上、実行する必要がある。

日医は全国にネットワークを張り、先生方に医療情報介護連携を進めていただきたいと考えているので今後ともご協力をお願いしたい。

（2）日本医師会 ORCA 管理機構（株）の今後について

日本医師会 ORCA 管理機構（株）
代表取締役社長　上野　智明

昨年設立した当機構では、日医総研で推進してきた ORCA プロジェクトを引き継ぎ、安全で安心して誰もが活用できる医療介護情報の基盤づくりに向け、利用者へのサービス向上はもちろん、時代の潮流にあわせた地域医療・介護の戦略的開発を行っている。当プロジェクトは 2000 年に発足、日レセのユーザ数は現在、レセコン市場で国内第 3 位のシェアとなっており、導入の全国平均（シェア）は 17.7％で毎月 0.1％ずつ増えている。最近は一体型電子カルテと比較すると「ORCA＋電子カルテ」の場合は価格優位性がなくなりつつある。

ORCA の次の 10 年（戦略）として、ORCA を医事／介護の会計処理エンジンとして組込みが可能なものに発展させていくことから全国の医療／

介護施設に共通して存在する保険請求の基盤とすることがある。

電子カルテの一体型、昨今は API という形で接続するのが主流になってきており、われわれも ORCA の API を多数開発する方針であったが、最大の目的は一体型電子カルテの効果的開発を支援することである。API は低度な連携機能で、命令に対するレスポンスが返されるのみであり、電子カルテ側がそのレスポンスに応じて API ごとに命令しなければならない。一方、拡張 API（HAORI）は高度な連携機能となっており、API からのレスポンスに応じて次の命令を判断し、それを繰り返して最終結果のみを電子カルテに返すため、電子カルテ側による指示は一回で済む。

遠隔医療、在宅医療、多職種連携、医療介護現場の ICT 化、地域医療介護連携、AI を含めたさまざまな診療支援等は日本が皆保険である以上、ユーザの保険請求は必須である。ただし、診療報酬改定対応はデスマーチであるため、電子カルテ等のメーカには ORCA を使用してコストを抑えるように言っている。ORCA 2nd Stage は医療機関の IT 化とコスト削減をさらに支援し価格破壊と市場拡大を目指す。

なお、新規開業の先生方のほとんどは電子カルテを使用されているが、ORCA 以外を使用される方が多いので ORCA の使用を促進したいと考えている。

28 年 11 月 18 ～ 22 日にかけて、稼働中の電子カルテの数を各メーカに問い合わせたところ、回答なしの電子カルテメーカのユーザ数 400 ～ 500 を含めると、ORCA ユーザにおける無床診療所の電子カルテ導入率は概ね 30％と推定され、市場調査と同じレベルであった。なお、接続方法はさまざまであり、予想以上にバラエティに富んでいた。

介護請求についても同様にレセプトエンジン化を進めているが、中でも「給管鳥」が一番進んでおり、「医見書」、「訪看鳥」と続いている。また、「MEDPost」は、地域の医師会でさまざまな連携を気軽に小さく安全に始めてもらえる仕組みであり、医師資格証があれば電子加算も付く。

最後に、ORCA のデータ収集はどうなったのかとの問いについては、ORCA 後にレセプトの電子化が法制化され、レセプトデータだけでは全国民のレセプトを集積する国の NDB とは勝負にならないため、今後は医療―健診―介護―死亡の生涯の保健情報を扱う事業に取り組んでいく考えである。

（3）日本医師会文書交換システム（MEDPost）について

日本医師会 ORCA 管理機構（株）開発部
部長　西川　好信

28 年度診療報酬改定において、診療情報提供書等の電子化の評価として「検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料」が新設されたが 28 年 11 月現在の届出状況は、全国で 2,465 施設にとどまっている。そこで日医が発行する医師資格証を用いて、安全性を確保した回線で全国の医療機関と医療機関を結び、医療文書や電子ファイル等の送受ができるシステム「文書交換サービス『MEDPost』（メドポスト）」を作成した。これを ORCA 管理機構が発行する施設認証用の PKI カードを使用すれば、医師会・介護事業者・自治体窓口等との連携も可能になり、地域包括ケアの推進における多職種連携の情報連携ツールとしても使用可能になる。

前述の加算を算定するための施設基準等については以下のとおりである。

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合には HPKI による電子署名を施すこととされており、「医師資格証」、「MI_CAN」並びに「SignedPDF Client ORCA」で作成可能
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（25 年 10 月）を遵守し、安全な通信環境を確保すること
- 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること
- 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること
- 情報の電子的な送受に関する記録を残していること（ネットワーク運営事務管理している

場合は、随時取り寄せることができること）
情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを 1 年間記録。

医療文書はクリティカルな個人情報の塊であり、取扱いには十分な配慮が必要であるが MEDPost は安心安全にファイルの送受が可能である。「実行ファイル」に位置付けられる拡張子のファイルは取り扱えないし、許可しないファイルの拡張子もある。

次に主な事例を紹介する。

○碧南市医師会（愛知県）
・自治体や介護連携を視野に入れた市民病院と医療機関との文書連携

○萩市医師会（山口県）
・同医師会を中心として医科、歯科、調剤、介護、自治体を網羅する文書ファイル連携
・100 施設（45 医療機関、20 調剤薬局、20 歯科、ほか介護事業所、自治体等）が参加予定
・本年 4 月より運用開始予定で、医療圏越えを目指している。

○沖縄県医師会
・損保協会が作成した診断書作成ソフトを用いて診断書を電子的に作成し、「医師資格証」を用いて電子署名。電子診断書に日レセから PDF 出力した自賠責レセプトを添付して、損保協会へオンライン提出

MEDPost は本年 4 月 1 日サービスイン、受付開始は 3 月 1 日からとなっており、契約形態は個別契約と団体契約がある。また、病院や自治体で書類を受け取る量が多い施設において、届いた書類を一つひとつダウンロードするのは手間がかかり大変であることからオプションサービス（有償）として自動一括ダウンロードサービスを提供する予定である。これは組織ユーザに対し、受信した文書を人手を介さずに「自動ダウンロード」する仕組みを設け、これにより既存の業務システムとの連携性向上も期待できる（※ 価格や申込み方法等については当機構にお問い合わせ願いたい）。

「MI_CAN」については今後、検査結果の時系列・グラフ表示、投薬情報の表示、連携コマンド（評価用）を追加する予定である。

（4）なぜ HPKI をやったのか、医師資格証の今後について

日本医師会電子認証センター
システム開発研究部門長　矢野　一博

「なぜ HPKI をやったのか」というと、先生方が「お医者さんでしょうか？」という疑問を投げかけられた際に、「医師です」と回答する際の証拠となるようにするためである。

当時は、「日医でやる必要があるのか、厚労省（国）がやるべきものではないのか、非会員はどうするのか、費用負担はどうするのか、そもそも署名や認証は必要なのか」等さまざまな議論があったが、22・23 年度の日医医療 IT 委員会での諮問「日医認証局の稼働」を受けて検討することになった。

日医がやるべき最大の理由は、国に管理されるのではなく、医師会（医師自ら）が医師の資格を管理し、主導権・コントロール権を持つことであった。Professional autonomy をきちんと働かせていく、会員のみだけでなくすべての医師をカバーする、徹底的な予算削減・見直し・PDCA、国費の投入を検討してもらうということである。電子紹介状に対する加算等の登場も追い風となった。

医師資格証の申請数は本年 1 月末時点で 7,790 件となっている。特に、昨年 4 月の診療報酬改定で電子化された診療情報提供書等の算定要件に HPKI が明記されたことに加えて、「検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料」が新設された。同時に日医会員に関しては、初回発行手数料の無料化及び年間利用料の廃止を行い、それからの伸びは著しいものがあるが、会員数約 17 万人から考えると未だに少ないという意見も聞かれる。都道府県別でみると発行枚数は福岡県、取得率は茨城県が第 1 位である（※ 山口県：発行件数 第 17 位、取得率 第 10 位）。そのため、医師資格証を利用する機会を増やすことを目的に、医師会の講習会等において出欠及び単位管理ができる仕組みを構築した。また、JAL との連携による事前登録制度の構築も進めてきた。

今後、医師資格証ポータルでの受講履歴のリアルタイム確認、証明書印刷、地域包括加算届出用証明書の印刷等が可能となるよう、また、学会との連携等の将来的な拡充が図れるよう、現在取り

組んでいる。

医師資格証の発行については、現在は紙の申請書及び住民票・運転免許証・医師免許証のコピーをいただき、カードができたら都道府県医師会に届出をして、改めて医師免許証と身分証の原本を拝見して受け渡しをするといったアナログな方法をとっている。マイナンバーカードの JPKI の電子署名は住民票並びに印鑑登録証明書に相当するということで、国を挙げて JPKI の活用が検討されているが、新たな試みとして JPKI を用いて先生方がご自宅から電子申請できるような仕組みを考えている。

Ⅱ . 事例報告セッション

座長：運営委員　牟田　幹久　　小室　保尚
服部　徳昭　　吉田　貴

日医認証局・日レセを利用した事例

(1) セキュリティーをコントロールする～「ゆけむり医療ネット」におけるコンテキスト･スイッチの応用～

別府市医師会　　会長　矢田　公裕
同　　ICT・地域医療連携室
室長　田能村祐一

当ネットは当会を中心とした医療・保健・福祉を連携し、地域医療の質の向上に資することを目標とした医療連携ネットワークであり、主に二次医療圏で完結する医療連携を中心に、基幹病院と病院・診療所を閉鎖されたネットワークによって結び、紹介された患者の同意の下にリアルタイムに病院・診療所へ診療情報（画像・検査・薬剤情報・入院経過表など）を参照可能なシステムとして構築している。在宅医療・介護については医療と介護を繋ぐことを目標に多職種連携をテーマに人との連携構築を重要視し、主治医との一般診療を妨げない ICT を用いた連携ツールの導入に関しては地域医療連携システムと同期できる仕組みを利用している。

利用を躊躇している医療機関の意見の中で最も多い「ID・パスワード等に関する煩雑さ」をテーマにコンテキスト・スイッチ（利用者のコンテキスト：いる場所、時間、資格、人やモノが合致すればアプリが起動し、合致しなければ使えなくすることができる仕組み）技術を利用し、医師が診察室へ入る、あるいは IC カードを差し込むと自動でログイン（マウス・キーに触れずに自動でログインし、電子カルテ等の画面を表示）し、退室、IC カードを抜くとマウス・キーに触れずに自動でログアウト（画面ロックにも対応できる）するようにした。また、これによってセキュリティーを向上させつつ、利便性と汎用性を向上できる。さらに、システムと利用者と運用をスイッチで管理できる仕組みのため、あらゆる業務（シーン）への活用及びシステムの業務と運用の効率化ができ、HPKI カードと併用すれば処方せんの電子化等にも対応できるため、利便性をさらに向上させることができると考える。

(2) あじさいネットにおける検査・画像情報提供加算の実際

長崎県医師会常任理事
・あじさいネット理事　牟田　幹久

28 年 4 月の診療報酬改定にて検査・画像情報提供加算並びに電子的診療情報評価料が新たな項目として加わったが、この 2 つの項目を算定するには情報漏洩を防ぐための厳しいハードルが課せられている。当ネット会員においては日医認証カードを取得することでこのハードルを越えることが可能であるが、実際に本項目を算定している会員はほとんどいないのが現状である。その理由は、①作成から電子署名、送信まで手間がかかること、②日常診療において診療情報提供書を作成すれば以後の処理は事務が行ってくれるが、事務員に医師資格証が与えられない現状では、すべての処理を医師が行わなければならないこと、③通常のインターネットと VPN 通信は併存しないこと、等がある。問題点解決のために、文章作成から PDF 化し電子署名を行うまでの作業の簡略化、資格証を事務員に与え施設認証を認める、VPN 通信上で電子認証が行えるシステム作り、院内 LAN 用 PC と VPN 通信用 PC が同一の PC であること、等が考えられる。

今後取り組むべき課題は、医療のために特化した IT 網の整備、個人情報とセキュリティの問題解決、個人の IT リテラシー向上に向けての組織としての対応と考える。

(3) 日本医師会文書交換ソフトを利用した医療連携の模索

碧南市医師会顧問・碧南市健康を守る会
会長　山中　寛紀

当市は中核をなす市民病院以外に 3 つの民間病院と 28 の医療機関により構成されている。これまで約 15 年、ICT を利用した医療・介護・福祉の連携やネットワークづくりが検討されてきたが、いまだ確立されたものはない。しかし、3 年ほど前に施策された地域包括ケアプランの観点から、介護現場における多職種連携の必要性が高まり、29 年度には「電子連絡帳」と称した ICT を利用した連携が始まろうとしている。

そのような中、日医の文書交換ソフトが本年 9 月から本格稼働し、これを利用した医療連携について本格的に検討されており、当会でもこのソフトを利用した連携について、① ORCA 認定事業所のサポートが必要、②ソフト導入費用と回線利用についての費用の捻出、③会員への周知（説明会・勉強会などの開催を繰り返し実施）、④市民病院との連携ツールとなるのか、⑤市民病院との連携での利用、⑥行政の協力は得られるのか、⑦在宅医療に関係ない会員へのメリット、あるいは将来的な発展性、等の取組みを検討しており、今後さらなる発展を目指していきたい。

(4) ORCA 連携自動健診システム「健診オートボーイ」

佐世保市医師会顧問・医療法人光省会
福田外科病院院長　福田　俊郎

当院では 10 数年前に健康診断を行うシステム「健診オートボーイ」を開発し、特許も取っている。特徴は、①データの自動取込み、病名も自動表示（一部）できる、②短時間での結果説明と各種帳票への出力可（日本語、英語、中国語に対応）、③多人数に対応でき電子カルテとの連携も可、④費用請求は CSV、Excel で集計、管理作業もでき、業務の省力化が可能、⑤ ORCA との連携が可能、等である。また、このシステムをバージョンアップさせ、医療機関にシステム端末を設置し、特定健診の健診データを電子媒体で医師会のシステムに取込み、一括して医師会から請求できるシステム「健診オートボーイⅡ」も開発した。特徴は、①電子カルテのデータを利用、特定健診ボタンを新設し、特定健診結果票として出せる、②ダブルチェックのため、各項目のボタンを固定し、矢印キーで各受診者のデータ、XP、ECG、胃カメラ、エコー等の画像、コメント等を連続でチェック可能、③産業医としての「就労可」等コメントをオート出力、④長谷川式、握力などのデータをオート取込、⑤骨年齢、血管年齢、肺年齢のオート取込、等である。

なお、現在、日医の介護報酬請求支援ソフトウェア「給管鳥」と連携可能な各種サービスを IT 化した介護管理システムを開発中である。

(5)「まめネット」における日医認証局活用事例報告

島根県医師会常任理事　児玉　和夫

当県では 25 年 1 月より通称「まめネット」の本運用を開始しており、地域医療再生基金を活用してすべての医療機関に繋がるネットワーク基盤システムを構築し、ネットワークのインターフェイスを公開することにより、ベンダーフリーでさまざまな機能を有する連携アプリケーションを地域のニーズに合わせて構築、活用している。

その中で標準装備として掲示板、紹介状システムを当初より運用し、約半年遅れて、まめネットのリアルタイム入力による感染症サーベイランス及び 25 年 7 月に電子紹介状に日医認証局を利用した電子署名付加を導入した。これには、まめネット独自の紹介状システムに電子署名を付加する以外に「日レセ＋ MI_CAN」、さらに任意の電子紹介状でも PDF 変換されれば正式な電子署名として付与可能にするなど、今まで慣れ親しんだ紹介状ソフトが利用できるのも特徴の一つといえる。

今後の取組みは、まめネット参加機関（医療機関、介護事業所）の拡大及び署名対象文書の検討を図ること、健診情報管理サービスの構築、健診情報の共有、他県連携の検討、医療等 ID を活用した連携等を図ることである。

(6) 日医標準レセプトソフト（ORCA）を利用した点眼薬の表示システムの試作

坂出市医師会広報・情報担当理事　久保　賢倫

眼科へ来られる患者は視力の悪い方が多く、点

眼薬をキャップの色や瓶の形で判断しているためか思い込みが入り、使用目的や回数を間違えることがあるため、点眼薬をテレビ画面に大きく表示できれば間違いが減るのではないかと考え検討し、ORCA を動かす OS もタブレットパソコンを動かす OS のアンドロイドも共通のリナックスであるため、タブレットの方から ORCA を見にいくシステムを試作した。

その結果、キーボードを使わずにアンドロイド端末の画面だけで操作するのでパソコン嫌いの人でも簡単容易、視力の悪い高齢者には大変好評で、テレビ画面を見ながら看護師が話をお聞きするので患者とのコミュニケーションが取りやすく、患者の立場に立った治療を進めやすくなる等があった。また、アンドロイド端末だけでなく、マックやウインドウズなどのパソコンも利用することで、患者とのコミュニケーションの向上やアドヒアランスの向上、経営のサポート等があり、ORCA にはレセプトの業務だけでなく、診療所の ICT 環境のコアとしての大きな将来性が感じられた。

(7) いばらき安心ネットー医師資格証を用いた運用及び ORCA の役割ー

茨城県医師会副会長　松﨑　信夫

当ネット（iSN）は、当会が地域医療再生特例臨時交付金で整備した医療情報共有システムであり、医療機関同士がそれぞれ電子署名された診療情報提供書を交換し、標準規格（SS-MIX2）で提供された患者の①氏名等基本情報、②診断名、③投薬内容、④アレルギー情報、⑤血液検査結果、⑥入退院履歴の情報を共有することが可能である。課題としては、①持続形態等の見直し、②災害時対策の検討、③在宅医療の機能検討、④運営費、等がある。

iSN を利用した在宅医療連携として在宅患者のみを登録した iSN 上の仮想病院「在宅いきいきネット病院」を構築しており、同ネット参加医師をその仮想病院の医師として紐付ており、ログイン、在宅患者の診療情報を共有できる。また、現在、電子連絡帳とのシステム並びにデータ連携を検討している。

将来の展望として、その他サービス（特定疾患等）の機能（3 疾病アプリの併用と評価 (肝炎、糖尿病、透析))、県境越え医療機関の参加並びに利用について、検査会社との連携機能、特定健診・健診データとの連携機能、患者が参加する PHR や電子お薬手帳等の機能、等について検討していく必要があると考えている。

地域での取組み事例

(8) 患者・家族参加型システム「Note4U」の運用と課題

鶴岡地区医師会理事　三原　一郎

当会では 15 年以上にわたり地域電子カルテ「Net4U」の運用を継続し、現在、全国 6 地域に導入されており、計 793 施設にて利用されている。とくに在宅医療の分野で多くの実績をあげてきた一方で在宅医療においては、家族支援という視点も重要なことから医療・介護などのサービス提供側の連携のみならず、主体者である本人あるいは家族などのネットワークへの参加が望まれている。そこで、当地区では 2013 年に患者・家族支援ツールとして「Note4U」を開発し、「Net4U」と連動することで検査結果や処方内容など患者サイドを提供でき、また、患者サイドからはバイタルなどの見守り情報や医療側へ伝えたい情報を医療サイドとの連絡ツールである「連絡ノート」で伝えることを可能としており、患者・家族にとって、安心して在宅医療を継続できる信頼関係にも繋がっている。

(9) 診療支援ツールの新たな展開：ICT 化糖尿病連携手帳による地域包括ケア体制構築と広域運用への課題

独立行政法人国立病院機構
大阪南医療センター医長　幸原　晴彦

電子カルテの診療支援ツールとしてチーム医療で作成した糖尿病サマリーシートは、必要な医療情報が 1 画面の Dashboard 上に一括表示される。クリックに従うデジタル思考と比較して、俯瞰によるアナログ思考は外来診察時の診断速度と理解度を大幅に向上した。表示データは糖尿病連携手帳（以下、「糖手帳」）形式と、一目で分かるイラストに変換し、患者へ説明後、紙媒体で手渡す。その後、「みんなで創ろう地域の医療」構想を紹

介し、糖手帳配信への患者同意を得る。患者は自己の診療環境向上のため、隅々の受診施設に糖手帳を配信する。これにより患者が結ぶ医療と介護施設群を一体化した地域包括ケア病院モデルを構築した。しかし、各社電子カルテの現状は、当院から他医療機関へプログラム譲渡ができず、支援ツール作成依頼費も高額なため、情報共有が不可能である。診療支援ツール作動環境の確保は、糖尿病サマリーシートの共有ばかりでなく、現場ニーズにあった新規支援ツールの開発環境を提供し、各社電子カルテに共通データ端子（SS-Mix2 等）の設置と、電子カルテと連動して独立起動する、自由デザイン可能な汎用診療支援ツールの開発を提唱する。

（10）「A ケアカードシステム」浪速区での挑戦

浪速区医師会副会長　久保田　泰弘

当会ではブルーカード（患者急変時対応カード）システムを構築しており、近隣の 15 病院が連携病院として地域住民の在宅医療、救急医療を支えている。また、新たな取組みとして、医療・介護連携において多職種との情報共有、共通認識について検討し、A ケアカード（多職種連携カード）システムを構築することとなった。これは各職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護事業者）の立場から患者の基本情報をそれぞれが入力し、クラウドにアップされ、各職種が必要な情報を入力することで情報が付加されていく仕組みである。アップされる情報は患者の医療情報、検査情報、歯科情報、薬剤情報、訪問看護情報、介護情報である。当システムに参加するには、PC、モバイルなどの端末機器が必要となる。医療関係は端末機器に VPN 設定をし、同回線を通じてクラウドへアクセスし、情報を閲覧しアップする。なお、PC が苦手な先生方のために、事務方の代行入力サービスを行い、紙カルテの先生方の参加を促している。介護情報はケアプランだけでなく、ADL 等の評価なども一覧でわかる仕組みを取り入れて、医師がケアマネに対してサービス変更などを検討しやすくなるツールとなっており、患者状態急変時のチャット機能も備えているため投稿があった場合には登録先のアドレスにメールが届くようにしている。

医師会員全員の参加が可能なシステムであり、アナログ部分を残しつつ、ICT をより使いやすくするシステムを目指している。

（11）かかりつけ医における外来診療要約

－「年刊サマリー」の様式考案と実践－

医療法人明輪会荒川医院副理事長　荒川　迪生

パソコンや電子カルテが普及し、診療情報の収集、記録、保管は著しく向上しているが、診療情報は依然として冗長、欠落、断片化し、主要情報の整理不足が指摘されている。診療情報は単なる自動収録ではなく、医師が能動的に要約収録すること、とりわけ外来診療の全経過概括の作成が重要視されている。「外来診療要約」の様式を標準化し、年 1 回程度の実施可能性、実施による利点と課題を分析することである。外来通院患者を対象に、初診時からの診療の全経過を網羅し、1 年に 1 回程度、外来診療要約（以下、「年刊サマリー」）を作成しており、労力と時間のかかる作業ではあるが、かかりつけ医は自身の診療補強や修正ができ、診療の質が向上する。

対診医等には診療情報の伝達を著明に改善でき、医療機関内スタッフは診療内容を容易に確認でき、分担業務を的確に遂行できる。患者は自身の診療内容を医師と一緒に PC 画面で確認でき、かかりつけ医の信頼が増す。「年刊サマリー」は 1 ～ 2 年に 1 回更新し、診療情報を適切に区分した一定の様式を定め、A4 判 1 ～ 2 ページ以内が妥当と考えられる。作成、更新は時間を費やす作業であるので、年初に全例を作成するのではなく、随時作成するのが実用的であると考えられる。

（12）医師会プライベートネットワークと画像公開システム

岡崎市医師会システム担当理事

・日名南おおはまクリニック院長　大浜　仁也

当会員施設及び各施設間にはプライベートネットワークが構築されており、医師会から会員への情報発信や依頼診療予約、検査のオーダリングなどさまざまなシステムが稼働している。今回、その仕組みに健診画像の閲覧機能（DICOM ビューワ）を追加した。これまで人間ドック・健診で撮影された画像を医療機関に提供する場合、フィル

ムもしくは CD に複製し対応しているが、梱包作業や配送などに手間がかかり、患者は複数回受診になるなどが課題であった。

今回のシステムでは、施設内の本体 PACS に原本運用・保存された健診画像を最終結果報告が確定されるタイミングで公開用画像サーバに圧縮画像（参照用画像）として転送する。受診者がかかりつけ医を受診するにあたり、持参する報告書内に印字されたバーコードを読み取ることで受診者情報を特定し、画像を閲覧することで受診者やかかりつけ医の利便性を向上させることができた。

(13)「うすき石仏ねっと」でもっと地域を元気に！

臼杵市医師会医療福祉統合センター長

舛友　一洋

「うすき石仏ねっと」は当市の医療・介護機関を結ぶ小さな情報ネットワークだが、既に 10,000 枚以上の「石仏カード（フェリカカード）」を発行しており、同意者（カード保持者）がカードを提示することで、さまざまな機関のデータを共有でき、病院、医科診療所、歯科診療所、調剤薬局、訪問看護ステーションなどの医療機関、居宅事業所、介護老人施設、介護福祉施設などの介護系機関さらには地域包括支援センター、臼杵消防署､臼杵市役所などの公的機関も参加しており、28 年 8 月からは念願であった健診データの共有も始まった。

当ネットは①多職種が参加する医療・介護 ICT ネットワークはできる、②データ利活用により医療費削減の可能性がある、③救急医療や災害対策に活用可能、等の点で評価されており、小さな町の大きな挑戦はローカルも突き抜ければグローバルになると信じて、市民のほとんどの方が参加するネットワークを目指していきたい。

(14) なごや地域における医療連携ネットワークの活用事例

名古屋市医師会理事　若松　建一

1985 年より、電話・FAX・郵送を用いた診療予約や診療情報提供等、中核病院と診療所の連携を円滑に行うためのシステムとして「名古屋市医師会病診連携システム」を発足した。近年では中核病院の診療情報を診療所に居ながらにして閲覧可能とした 1 対 N 地域医療連携ネットワークが名古屋市内の各中核病院によって展開されており、これまで紙による連携であった当システムは ICT による連携も可能としたが、便利になった反面、診療所は各中核病院が運用する当ネットワークごとに異なる VPN 接続が求められることになり、また、中核病院は利用するすべての診療所に対し VPN 設定を行う必要があった。これらを解消するため各中核病院が運用する当ネットワークを紡ぐ広域的なネットワーク「なごや病診連携ネット」を 2014 年より運用開始し、診療所はどこか一つの中核病院が展開する VPN に接続することでポータルサイトに接続し、シングルサインオンにより他の中核病院が運用する当ネットワークへ接続可能となった。

今後の課題は、診療所からの情報提供機能の充実、病病連携での活用、診療情報提供書等の電子的送付を可能とする基盤整備等である。

2 日目（2 月 12 日）

開会挨拶

横倉日医会長　日医は昨年、「日医 IT 化宣言 2016」を公表した。これは医療の専門家集団として、日医が自ら先頭に立って医療分野の IT 化を推進する土台となるネットワーク作りのイニシアチブをとるとの決意を宣言したのがこれまでの日医の IT 化宣言であったが、現在の医療分野の IT 化を取り巻く環境が急速に変化を見せている中で、それに対応するためのアップデートを行ったものである。また、大きな災害をもたらした東日本大震災から 6 年が経過し、加えて昨年の熊本地震のような大規模な自然災害もあって、日常診療についても患者の医療・介護情報をどのように取り扱っていくかという視点が重要となってくる。そのためには医療や介護情報連携と医療情報の IT 化の共通基盤の構築が重要であり、電子化された情報を安全に安心して交換できる仕組みを作っていき、そのネットワークの構築、整備が重要であると考えている。その中では、当然ではあるが個人情報保護への取組みが重要であることは言うまでもない。本日は「医療等分野専門ネットワーク構想について」と題して、さまざまな視点

から、本会、各学会及び行政の視点からご報告いただくことになっている。

日医では、「日医 IT 化宣言 2016」の宣言をもとに、患者が安心して医療にかかることができる環境を IT の世界でも構築できるよう、今後、さまざまな提案、議論を行っていく所存である。当協議会が各地での課題、問題を解決できる場となるようお願いする。

Ⅱ . シンポジウム「医療等分野専用ネットワーク構想について」

座長：運営委員　藤原　秀俊
目々澤　肇
若林　久男

(1)「医療等分野専用ネットワーク」の実現に向けて

日本医師会電子認証センター
システム開発研究部門長　矢野　一博

現在、日医では医療等 ID を含めた情報を安全に連携、流通させるためのネットワーク、すなわち医療等分野専用のネットワークの実現に向けて検討を開始している。医療等分野においては従来より目的別・地域別にネットワークが構築されてきた。今後見込まれるさまざまなサービスの普及に向けては、共通利用可能な、かつ高度にセキュリティが確保された公的広域ネットワークが必要である。

現状では地域医療連携、医療介護連携、電子紹介状、電子処方箋、治療・検査 DB 等、機微な情報を扱うさまざまな医療等のサービスを共通利用するための高度なセキュリティが確保されたネットワークが存在しないが、医療等 ID 、被保険者資格確認、HPKI の普及に向け悉皆性のある公的全国ネットワークが必要である。厳格な機関認証を受けた医療機関等並びに接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続できるセキュリティが確保された医療等分野に閉じたネットワーク、医療等分野におけるサービスの共通利用が可能な全体最適化されたネットワーク、公益性を担保し全国をカバーするユニバーサルサービスがあれば解決の糸口となる。

実用化に向けては地域医療連携ネットワーク間の相互接続、機関認証方式、多拠点収容方式、さまざまなアクセス方式への対応、等の技術的な検討や実証が必要である。また、審査･監査ルール、セキュリティ運用、開通・運用オペレーション等の検討や実証も必要である。

当ネットワークでは、例えば以下の 3 つの利用シーンを同時に実現することを目指している。

①地域連携ネットワーク間の相互接続

地域医療連携ネットワーク間を相互接続し、地域を跨いだ情報の連携を行う。

②医療等分野のサービス利用

許可された医療機関等が医療等分野のさまざまなサービスを共通利用する。

③用途別 VPN 構成

任意の医療機関間で用途別の VPN を構成し、拠点間・グループ間通信を行う。

提供形態（事業主体）について社会インフラとしての公益性や全体最適性を担保するため、公的組織を事業主体とした提供形態を想定している。ポイントは、①公的組織が単一の事業主体となることで公益性を担保できる、②ガバナンスを発揮できる（三師会や関係団体の意向を反映できる組織であること）、③ 国内唯一の医療等分野のナショナルネットワーク基盤として全体最適化が可能になる（リソースの効率的運用と医療機関の利便性確保）ことである。

当ネットワークが目指す姿は新しくネットワークを作るという話ではない。オンラインレセプト請求や地域医療連携をされたりしていると思うが、現状では一つの医療機関に目的別にオンライン請求、地域医療連携等、それぞれに契約をされ、それぞれに対してお金がかかっているが、オンライン請求の回線一つ、あるいは地域医療連携の回線一つの、どれか一つを繋げれば、当ネットワークを通じてセキュリティが確保されたうえでいろいろなサービスが使っていただけるというものである。それにあたっては、さまざまな技術面や運用面等の問題もある。無料で使えるわけではないが、現状 2 ～ 3 本回線を引いて、各々費用を払われているのを、どれか一つにしていただければすべてのサービスが使える。もちろん、きちんと認証なり、審査を受けたうえでサービスを使うことになる。

安全なものには、どうしてもお金がかかるが、

それを目的別に複数払うのではなく、一つ安全なものを選んでいただければあらゆるサービスが使えるようなネットワークの構築を目指している。

(2) 医療用 IX、HPKI、JPKI を用いた「医療等分野専用ネットワーク」構築について

東京工業大学科学技術創成研究院社会情報流通基盤研究センター教授　大山　永昭

現在、地域医療連携やレセプトオンライン請求用のネットワークさらには HPKI や JPKI 等の約 200 以上のシステムが実稼働している。これらのインフラを活用して医療等分野の情報化をさらに推進するには、ネットワークを相互に接続し、全国レベルの安全な医療等分野専用のネットワークの構築が必要である。その際には、既存のネットワークを単に接続するだけでなく、ステークホルダー間の責任分解点、同意取得や情報連携のトリガーから完了までの監査証跡のあり方、HPKI や JPKI の役割分担等に十分配慮すべきである。この目的達成のための現実的なソリューションとなる IX と、医師及び患者の確実な本人確認を可能とする HPKI と JPKI の連携及びそれらの具体的な利用例としては、転居等による地域を跨ぐ医療機関間での情報提供で、保険資格確認に JPKI の PIN 無し認証を用いればよい。

全国版医療ネットワークを実現するため、医療用 IX の構築プロジェクトの実施を準備中であり、HPKI の普及促進プロジェクトを厚労省・総務省の協力により実施準備中で、JPKI と HPKI の役割分担と発行申請の簡素化が行えればと考えている。また、本人が希望すれば JPKI（マイナンバーカード等）で資格確認、決済等が可能になる。これらの要求に応えるには、マイナンバーカードの読み書き可能な R/W 機能を有する専用端末（モバイル端末を含む）の利用が必要となる。 People（Person centered open platform for well-being）の実現には、JPKI の利用が有効であると考える。

(3) 医療等ネットワークのあるべき姿

一般財団法人医療情報システム開発センター理事長　山本　隆一

医療や介護のような社会保障基盤に専用のネットワークを整備している国はエストニアのような小国を除くとほとんどなく、基盤として整備しているわが国と比較しうる規模の国としては英国がほとんど唯一であると思われる。

昔考えていたユースケースとして次のことがある。

・健康情報データベース：国民一人ひとりが生涯を通じた健康情報データベースをもつことができる

・医薬品トレーサビリティシステム：医薬品が製造されてから患者が服用するまで追跡できるシステム

・格差解消のための通信医療：医師、熟練医の偏在に起因する医療格差を解消

・医療の質向上のための通信医療：在宅療養の充実、医師の就労環境向上等により医療の質を向上

わが国で、医療等ネットワークのような、単なる誘導ではなく、公的支援による基盤の整備を進めるにあたっては、必ずしも成功したとは言えない英国を他山の石として、社会的な、あるいは医療現場のコンセンサスを得なければならない。一方、少子高齢化社会が間近に迫っていることを考えると、大胆かつ慎重に進める必要がある。

(4) 医療等分野の ICT に関する取組について

厚生労働省政策統括官付情報化担当参事官　佐々木　裕介

厚労省においては、医療等分野における ICT 化の推進について、患者へのサービスの質の向上として医療機関等の連携の推進、研究開発の推進、医療の効率化の推進を掲げている。現行の取組みとしては、「日本再興戦略改訂 2015」「日本再興戦略 2016」に沿って医療等分野の ICT 化の取組みを着実に推進している。

①医療データのデジタル化・標準化

医療情報の共有・連携・収集・分析に向け、医療データの利活用の基盤整備として電子カルテの普及と医療機関の医療データの標準化を図る

②患者・現場をつなぐネットワーク化

地域での医療介護連携や、医学研究を推進等するため、医療保険のオンライン資格確認、医療等分野の ID の導入を図るとともに、地域医療情報連携ネットワークの普及を推進

③イノベーションを生み出すビッグデータ化

医療に関するさまざまなデータの集積や多様な分析により、医療の質の向上、医療機関のコスト・経営の効率化、研究開発の推進等を図るため、データベースの整備・拡充を推進

さらに、平成 27 年 11 月に厚生労働大臣の下に「保健医療分野の ICT 活用推進懇談会」を設置し、患者・国民本位の医療等サービスの提供・持続可能な医療等システムの実現・産官学が一体となった研究開発や新規サービスの創出に向けた次世代型の医療情報の共通インフラやプラットフォームのあり方等について議論し、同懇談会提言（28 年 10 月 19 日）を踏まえ、厚労省においてその内容の実現について検討を進めていく。

（5）日本の IT 戦略の中での医療等 IT の取組について

内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室
社会保障改革担当室内閣参事官　上村　昌博

近年、スマートフォンや IoT の普及により、さまざまなデータがビッグデータとして蓄積されつつあり、その流通を促進しデータの積極活用を社会全体に拡げることで、社会の課題の解決が図られる可能性が高まっている。今後、社会基盤として活用が期待される AI の推進に当たって、AI に投入するデータを質・量ともに向上・増大させて流通させることが必要である。さらに、超少子高齢社会を迎え、さまざまな課題を抱えるわが国では、勘と経験ではなく、さまざまなデータに基づき政策を進めることが必要である。 このようなデータの重要性の高まりを踏まえ、「官民データ活用推進基本法」が制定された。

治療や検査等の大量のデータを収集し、安全に管理･匿名化し利活用に資する「代理機関（仮称）」に関する法制度の構築、個人の医療や健康等の情報を管理・活用する PHR のユースケース、課題解決に向けた検討、医療等 ID 制度、医療保険のオンライン資格確認の導入、IT 利活用による診療報酬の審査業務の一層の効率化等について検討し、データヘルス時代の質の高い医療の実現、介護サービスの質と生産性の向上を図るための方法について検討、8K 等高精細映像や保険者の有する健診・レセプトデータ等の大規模収集、解析によるインテリジェント化を進め、診療やデータヘルス推進の支援のための研究等が重点取組み項目となる。

パネルディスカッション

6 名のパネリスト（石川常任理事、矢野部門長、大山教授、山本教授、佐々木参事官、上村参事官）により、パネルディスカッションが行われ、「医療等 ID」、「医療等分野専用ネットワーク構想」等について活発な意見交換が行われた。「医療等 ID」については石川常任理事が政府の目指すマイナンバーカードに搭載された IC チップの公的個人認証を利用した「オンライン資格確認」については現実との乖離を指摘、医療を行う立場として現場での連携がうまくいくように適切に ICT を利用したいとのことであった。「医療等分野専用ネットワーク構想」については、あらゆる ICT 戦略の中で根本的な基盤でハブとして働くものであり、今後は各地区でネットワークを整えておくことが大事であり、医師会はそれを支援するとのことであった。フロアからは、多くの地域連携ネットワークではサーバリプレースの時期に来ており多額の費用が必要となっているため、これに対する支援をお願いしたいとの意見があったが、 佐々木参事官から中医協での議論とはなるが、次期改定では診療報酬上の手当が今以上になされるのではないかとのことであった。

― ディスカッション終了後、次期担当の北海道医師会の長瀬 清 会長より挨拶がなされ、長崎県医師会の牟田幹久 常任理事の閉会挨拶にて 2 日間にわたる本協議会のすべてのプログラムが終了した。なお、29 年度の同協議会は平成 30 年 2 月 3 日（土）、4 日（日）に開催される予定。

山口県医師会 IT フェア

と　き　平成 29 年 2 月 25 日（土）15：00 ～ 17：00

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告：常任理事　今村　孝子]

山口県医師会 IT フェアは、平成 20 年から適宜開催され、今回で 4 回目となる。今回の開催目的は、昨年 12 月に設立された日本医師会 ORCA 管理機構株式会社、医師資格証の取得状況、医療等 ID など、新しい動きを会員に情報提供するためである。

講演 1 は、日医総研で ORCA プロジェクトを推進しておられた**上野智明** 日本医師会 ORCA 管理機構代表取締役社長による「**ORCA プロジェクトの現状と今後について**」、講演 2 は、各省庁の IT 関連の委員もされている**矢野一博** 日医総研主任研究員による「**医師資格証、医療等 ID 等について**」で、講演内容は、前項の「平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会」の報告内容と大筋では同様なので詳細は割愛する。

講演 1 は、ORCA の現状、ORCA のセカンドステージ、特に次の 10 年戦略、さらに次世代医療 ICT 基盤での日医 ORCA 管理機構の役割について話された。

現状としては、日レセ導入医療機関は全国で 16,122 施設（2017 年 2 月現在）、山口県での導入率は 18.5%（全国平均 17.7%）であり、オープンソースである日レセの市場投入によりメーカー製レセコンの市場価格の下落に貢献したことを力説された。ORCA、次の 10 年戦略としては、医事 / 介護の会計処理エンジンとして組み込み可能なものに発展させ、全国の医療 / 介護施設に共通して存在する保険請求の基盤を作ること、加えて次世代医療 ICT 基盤と「医療情報匿名加工・提供機関（仮称）」、身近なインターネットを安全に使用できる MEDPost についても言及された。

講演 2 では、医師資格証、医療等 ID、医療等分野専用ネットワーク構想の 3 項目について話された。医師資格証は、全国での発行数は 7,726 件、山口県は 121 件（2017 年 1 月 31 日現在）で全国第 10 位とのことである。医療等 ID を導入することにより、step1 として行政機関における医療分野での利用拡大、step2 として医療保険システムの効率化・基盤整備、step3 として医療連携や研究分野に ID を活用することが期待される。医療等分野専用ネットワーク構想とは、すべての医療機関等が接続できる悉皆性のある公的な全国ネット構想で、具体的には一つの回線を利用して安全にさまざまなサービスを利用できる仕組みとなるとのことである。

昨今、国策として 2020 年を目標年にマイナンバー法を始めとする IT 化が急速に進んでいる一方、改正個人情報保護法（平成 27 年 5 月 30 日全面施行）では病歴は要配慮情報の位置づけとなる等、情報の慎重な取扱いの整備がなされてきている。このような流れの中、個人の医療情報は、医療 ID など厳格なセキュリティで守りながら推進することが重要であると再認識した講演であった。

県医師会の動き

副会長　吉本　正博

今年に入りマスコミを賑わせていたトランプ米国大統領も、2 月 13 日にクアラルンプール国際空港で起きた北朝鮮の金 正男 氏殺害事件、3 月に入ってからの北朝鮮によるミサイル発射、森友学園騒動、韓国の朴 槿恵 大統領の罷免といった話題に関心が移ったため、取り上げられる機会が少なくなったように思われます。医療界では来年 4 月の診療報酬・介護報酬同時改定に向けての議論が活発になってきました。今度こそ「サクラ咲く」「春爛漫」となることを祈りましょう。

2 月 20 日（月）、岡山市で**医療事故調査制度「トップセミナー」**が開催されました。これは日本医療安全調査機構の委託を受けて日医が開催したセミナーで、医療事故報告における判断についてグループで検討する演習や、医療事故調査に関する要点や医療機関管理者の役割等についての講演があったようです。県医師会からは林 弘人 専務理事と中村 洋 理事が参加しました。

2 月 23 日（木）に県庁で開催された**山口県医療勤務環境改善支援センター運営協議会**に沖中芳彦 常任理事が出席しました。このセンターは 27 年 9 月 1 日に、県健康福祉部医療政策課内に設置されましたが、現在までの相談件数は 14 件、支援を実施している医療機関は 3 施設（診療所 1 、病院 2）にとどまっています。今後さらに周知、啓発を行っていくとのことです。

山口県医師会 IT フェアを 2 月 25 日（土）に開催しました。日医総研が管理運営していた ORCA プロジェクトは、27 年 11 月から日医と地域経済活性化支援機構が共同出資して設立された日本医師会 ORCA 管理機構（株）に移管されました。今回の IT フェアは、その新会社の上野 智明 代表取締役社長による「ORCA プロジェクトの現状と今後について」、日医総研の矢野一博 主任研究員による「医師資格証、医療等 ID について」の 2 講演が行われました。講演の中で、日医の医師資格証を用いて電子紹介状に電子署名ができるソフト、電子文書をセキュアで安全な通信環境でやりとりできる文書交換システム（MED Post）を新たに構築したとの話がありました。このシステムを用いると、地域医療ネットワークがない市・町でも検査・画像情報提供加算や電子的診療情報評価料が算定できることになります。

翌 26 日（日）には**第 143 回山口県医師会生涯研修セミナー及び平成 28 年度山口県医師会勤務医部会総会・シンポジウム**が開催されました。勤務医部会のシンポジウムのテーマは「医療事故調査制度－医療安全のために－」で、林 専務理事の基調講演の後、岩国医療センター、山口県立総合医療センター、山口労災病院、下関医療センターから医療安全への取組み、医療事故調査制度への対応についての発表が行われました。死亡事案について、事前に患者や家族に、死亡あるいは死産が予期されていることを説明しているかどうか、そしてそのことがカルテに記載されているかどうかをチェックすることは大変な時間と労力を要します。今回発表を行ったすべての病院には、専任のリスクマネージャーはいるものの、人員的には不足しているように思われます。このあたりも診療報酬でしっかりと手当てしていただく必要があると思われます。

3 月 1 日（水）に開催された**都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会**において、かかりつけ医向け「認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」が公表されました。日医の HP（http://www.med.or.jp/doctor/report/004984.html）にも掲載されましたので、ぜひご覧いただきたいと思います。手引きによると、少なくとも 1 年以上定期的に診察を行っており、患者の心身の状態、生活状況を、可能であれば家族からの情報も含め、よく把握できている患者（かかりつけの患者）から、免許更新の際に診断書を求められた場合には、これまでの診療を踏まえて対応することとなっています。その場合、画像検査は必須ではありませんが、認知機能検査（HDS-R 又は MMSE）は必ず実施しなければならないとのことです。認知機能検査が 20 点以下であれば、認知症の可能性が高いと考えられ、患者には診断書の提出によって、公安委員会の審査で免許証の更新が認められない可能性が高いことを説明する必要があります。レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症等では、検査得点が高くても認知症として診断すべきケースがあるので、人格変化、行動障害がみられるケースや、躁うつの感情障害、幻覚妄想症状がみられるケース、意識レベルの変動ないし一過性の意識障害がみられるケース等は、専門医療機関の診断が望ましいとされています。本会ではこれまで、診断書作成には画像検査が必須と考え、手挙げ方式で対応医療機関の募集を行ってきましたが、見直しが必要ということで、河村会長と担当役員で検討を行うことになっています。

3 月 2 日（木）に開催された**郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会**では、林 専務理事が、医事案件調査専門委員会で協議された中から選んだ事案について、委員会で協議された内容と、その事案から学ぶことについての説明を行いました。現在係争中の事案もありますので、取り扱いには注意していただきたいと思いますが、担当理事の先生方には、ぜひ郡市医師会の会員の先生方にも、そのエッセンスをお伝えしていただければと思います。

3 月 5 日（日）は、午前中に**保育サポーター研修会**、午後に**男女共同参画部会総会**が開催されました。総会では武蔵大学社会学部社会学科の田中 俊之 助教の特別講演「男性学の視点から　男性の仕事中心の生き方を見直す」と熊本大学医学部附属病院地域医療支援センターの後藤理英子 特任助教の特別企画「熊本地震による学びとこれから」の 2 つの講演が行われました。

3 月 9 日（木）の**平成 28 年度山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「乳がん部会」**には林 専務理事と加藤智栄 常任理事が、3 月 10 日（金）の**同「子宮がん部会」**には藤野俊夫 監事が、また 3 月 14 日（火）の**同「肺がん部会」**には中村 理事と私が出席しました。山口県のがん検診受診率は年々緩やかな上昇傾向にありますが、全国平均に比べるとまだまだ低い状況にあります。市町の積極的な個別勧奨が求められます。

3 月 12 日（日）に日本医師会館で**都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会並びに学術大会**が開催され、河村会長と香田和宏 理事、天野秀雄 警察医部会長らが出席しています。部会設置状況のアンケート調査結果が公表されましたが、部会を設置しているのは 20 都県、設置準備中 2 県、未定 4 県とのことです。アンケートの回答をしなかった道府県はおそらく設置予定がないものと思われ、まだ半数近くを占めています。

学生時代にルドルフ・ケンペ指揮のブラームスの交響曲第 1 番（ベルリン・フィルハーモニー、1959 年録音）を聴き感動しました。その当時、このドイツ生まれの指揮者については全く知識がなかったのですが、この LP がきっかけでその名前が頭に刻まれていました。1972 年、ミュンヘン・オリンピックでのテロ事件による犠牲者を悼む集会が会期中にスタジアムで行われ、ケンペが指揮するベートーヴェンの交響曲第 3 番「英雄」第 2 楽章（葬送行進曲）が演奏されました。通常よりかなり遅いテンポで、悲しみに浸っている感じがにじみ出るような演奏でした。ただ、この

前後に録音された交響曲全集（ミュンヘン・フィル）は 1975 年の日本レコード・アカデミー賞を受賞し、非常に高い評価を得ていますが、私にはしっくりきませんでした。ケンペは死の直前に各社から相次いで新録音レコードが発売されてブーム状態となり、その頂点で急死したこともあって、死後 1 年ほどは過熱気味ともいえる人気ぶりでした。しかし、その後次第にブームの反動で忘れ去られているように思われます。しかし私にとって、ドレスデン・シュターツカペレを指揮して完成させたリヒャルト・シュトラウスの管弦楽作品全集は宝物（LP と CD の両方を持っています）の一つですし、以前はあまり良いとは思わなかったベートーヴェンの交響曲全集も聞き直してみると、華麗さや派手さはありませんが、まさにこれがドイツ的と言っていいベートーヴェンを聴かせてくれているように思います。

山口県ドクターバンク

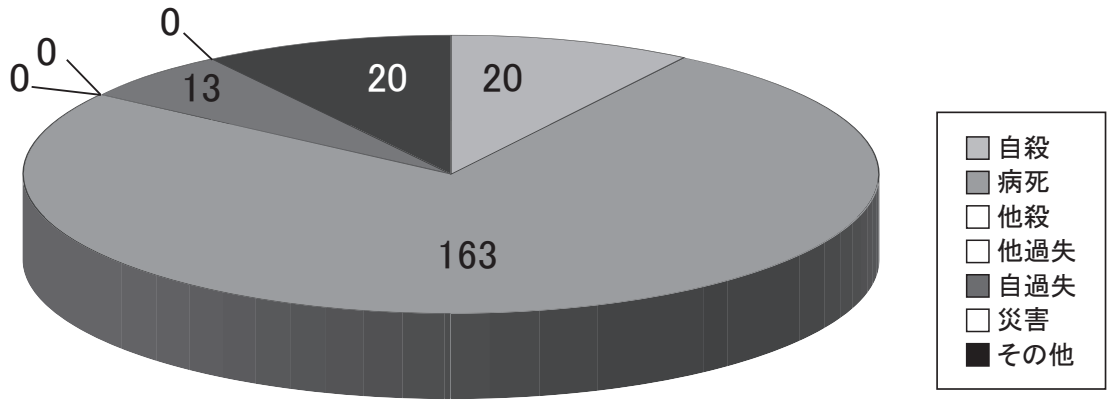
最新情報は当会 HP にて

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

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
Feb-17	20	163	0	0	13	0	20	216

死体検案数と死亡種別（平成 29 年 2 月分）



理　事　会

―第 24 回―

3 月 2 日　午後 5 時～ 8 時 8 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

議決事項

1　平成 29 年度事業計画について

事業計画の最終協議を行い、決定した。

2　平成 29 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成の最終協議を行い決定した。

協議事項

1　第 139 回日本医師会臨時代議員会における質問について

本会が中国四国ブロックの当番県であることから、日本医師会代議員会「議事運営委員会決定事項」に則って、ブロック内の代表・個人質問を決定した。

2　平成 29 年度山口県事業予算（県医師会委託分）について

平成 29 年度山口県事業予算のうち、本会の受託事業に係る予算について、2 月 22 日に県議会に上程され、要望どおりの予算額との説明が行われた。

3　母体保護法による指定医師研修機関の認定について

光市の（医）三生会みちがみ病院より、母体保護法による指定医師研修機関の認定申請があった。「母体保護法指定医師審査委員会」は、本会会長より諮問を受け審査にあたり、指定医師研修機関として認定する旨の審査結果を答申し、承認された。

4　平成 29 年度山口県医師会表彰について

本会表彰規程により、生涯教育委員会及び警察医会において選考した被表彰者について協議を行った。

人事事項

1　労災保険医療委員について

労災保険指定医部会が 28 年度末をもって解散し、新たに労災保険医療委員会を設置することから、4 名を委員として委嘱することが決定した。

報告事項

1　山口県がん対策協議会「がん登録部会」（2 月 16 日）

平成 27・28 年度の「全国がん登録」の主な取組状況及び平成 29 年度の取組みについて、平成 27・28 年度の「山口県地域がん登録」の取組状況及び平成 27 年度のがん登録の届出状況等について協議した。（藤本）

2　全国高等学校総合体育大会山口県実行委員会第 5 回実行委員会総会（2 月 16 日）

標記大会が平成 28 年 7 月 28 日～ 8 月 20 日に開催されたことから事業報告、収支決算見込み、山口県実行委員会の解散等が審議された。

（事務局）

3　日医女性医師支援事業連絡協議会（2 月 17 日）

女性医師支援センター事業ブロック別会議の開催報告では、6 ブロック（北海道・東北、関東甲信越・東京、中部、近畿、中国四国、九州）6 府県医師会（秋田、千葉、静岡、京都、山口、沖縄）から各ブロック会議の総括や特徴的、先進

理　事　会

的な取組みが紹介された後、各医師会の取組みに対する質疑応答と総合討論が行われた。女性医師バンクの新たな取組みについては、専任コーディネーターからホームページの刷新等、同バンクの 4 つの新たな取組みが説明された。（今村、前川）

4　緑の募金運営協議会（2 月 17 日）

平成 28 年度緑の募金事業決算見込み、平成 29 年度緑の募金推進方法（案）及び事業計画（案）について協議し、承認された。（事務局長）

5　顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会（2 月 18 日）

28 年度に発生した事案及び過去に発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告と今後の検討を行った。（中村）

6　第 2 回山口県難病指定医及び小児慢性特定疾病指定医研修会（2 月 19 日）

専門医資格を有しない医師を対象に、難病指定医及び小児慢性特定疾病指定医の申請に際して、受講要件となる標記研修会の第 2 回目を開催した。当日は、県内外から 104 名の出席があった。（藤本）

7　日医母子保健講習会（2 月 19 日）

日本医師会の今村定臣 常任理事による「母子保健対策 10 年の歩み」、東京大学医学部附属病院女性診療科・産科の能瀬さやか先生による「思春期女性アスリートの健康管理」と題した基調講演 2 題が行われ、引き続き、「思春期の子どものこころとからだを健やかに育むために」をテーマとして、3 名の講師による講演が行われた。（前川）

8　福岡県医師会との懇談会（2 月 19 日）

医師会立看護学校の現状と課題等について意見交換を行った。（沖中）

9　日医医療事故調査制度トップセミナー（2 月 20 日）

各医療機関の管理者が医療事故調査制度の理念と基本的事項を正しく理解し、院内事故調査を適切に遂行するための基本的事項の習得を目的にセミナーが開催され、「医療事故報告における判断」の演習及び「調査実務担当者の視点」の報告等が行われた。（中村）

10　県民の健康と医療を考える会第 3 回世話人会（2 月 20 日）

平成 28 年度事業である県民公開講座の報告及び平成 29 年度事業計画について協議を行った。（今村）

11　山口県肝炎対策協議会（2 月 21 日）

肝炎対策基本指針の改正、肝炎ウイルス検査事業、陽性者フォローアップ事業、肝炎治療特別促進事業、肝疾患コーディネーター養成事業等の報告及び平成 29 年度山口県肝疾患専門医療機関の指定について協議が行われた。（河村）

12　山口大学第 50 回学長選考会議（2 月 22 日）

学長の業務執行状況の評価の実施等について協議を行った。（今村）

13　山口大学第 77 回経営協議会（2 月 22 日）

学長選考会議委員の選考、平成 29 年度予算編成方針等について審議された。（今村）

14　中国地方社会保険医療協議会山口部会（2 月 22 日）

医科では、新規 1 件（交代 1 件）が承認された。（河村）

15　第 3 回禁煙推進委員会（2 月 23 日）

県内の禁煙推進の取組状況を把握するため、昨年 12 月に郡市医師会を対象に実施したアンケー

理　事　会

ト調査結果の報告が行われた。また、平成 29 年 12 月 17 日（日）に県総合保健会館で開催予定の「第 1 回山口県禁煙フォーラム」の企画内容について協議した。（藤本）

16　自賠責医療委員会・山口県自動車保険医療連絡協議会（2 月 23 日）

交通事故医療における医師死亡後の保険請求等の問題について、損保会社 10 社及び料率算出機構と協議を行った。（清水）

17　新規個別指導「山口市」（2 月 23 日）

11 機関について実施され立ち会った。

（萬、舩津、前川、山下）

18　医療事故調査制度支援団体統括者セミナー（2 月 23 日）

日本医師会が日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）から委託を受け、各都道府県の支援団体統括者を対象に標記セミナー（後期）が開催され、研究事例についての発表・まとめ、論点整理等が行われた。受講者 141 名。（中村）

19　日医第 2 回医療政策会議（2 月 23 日）

大阪大学社会経済研究所の小野善康 特任教授による講演「成熟社会の経済と処方箋」の後、意見交換を行った。（河村）

20　山口県医療勤務環境改善支援センター運営協議会（2 月 23 日）

医療勤務環境改善支援センターの平成 28 年度活動報告及び 29 年度活動計画について協議を行った。（沖中）

21　都道府県医師会事務局長連絡会（2 月 24 日）

平成 28 年度に退職又は退職を予定している、秋田、埼玉、長野、静岡、三重、大阪、徳島、福岡、佐賀、長崎の各府県医師会事務局長に対して、感謝状と記念品が贈呈された。その後、「医師年金のさらなる活用に向けて」「日本医師会女性医師バンクと都道府県医師会との連携について」の説明が行われた。（事務局長）

22　介護職員等医療的ケア研修事業実施委員会（2 月 24 日）

平成 28 年度研修実施状況報告後、29 年度研修実施予定等について協議を行った。（河村）

23　山口県医師会 IT フェア（2 月 25 日）

日本医師会 ORCA 管理機構の上野智明 代表取締役社長による「ORCA プロジェクトの現状と今後について」、日本医師会総合政策研究機構の矢野一博 主任研究員による「医師資格証、医療等 ID 等について」の講演 2 題が行われた。

（今村、中村）

24　第 4 回生涯教育委員会（2 月 25 日）

医学功労賞及び平成 31 年度の山口県医学会総会開催地の選考、29 年度開催の第 100 回山口県医学会総会の企画等について協議を行った。

（加藤）

25　第 143 回生涯研修セミナー（2 月 26 日）

九州大学大学院医学研究院成長発達医学の大賀正一 教授による「こどもの発熱～自己炎症疾患から川崎病まで～」、徳島大学大学院医歯薬学研究部運動機能外科学の西良浩一 教授による「発育期腰部疾患の確定診断と低侵襲治療～非特異的腰痛の病態～」の特別講演 2 題が行われた。（加藤）

26　勤務医部会総会・シンポジウム（2 月 26 日）

総会では、平成 28 年度事業報告及び平成 29 年度事業に対する要望について審議した。

その後、「医療事故調査制度－医療安全のために－」をテーマに本会の林 弘人 専務理事の基調講演、岩国医療センター、山口県立総合医療セン

理　事　会

ター、山口労災病院、下関医療センターからのシンポジストによりシンポジウムを開催した。

（加藤）

27　山口県看護教員養成講習会閉講式

（2 月 28 日）

平成 28 年度標記講習会の閉講式が開催され、会長代理で祝辞を述べた。修了生 18 名に修了証書の授与が行われた。（沖中）

28　地域医療構想調整会議「下関」（2 月 28 日）

28 年度 2 回目となる会議では、これまでの「高度急性期・急性期専門部会」の検討内容の報告が行われた。（弘山）

29　都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会（3 月 1 日）

「平成 29 年度介護報酬改定等について」（厚生労働省老健局 鈴木健彦 老人保健課長）、「高齢者の自動車運転と認知症を持つ人を地域で支える取り組み～改正道路交通法への対応を中心に～」（鳥取県医師会 渡辺 憲 副会長）の講演等が行われた。

（清水）

30　広報委員会（3 月 2 日）

会報主要記事掲載予定（4 ～ 6 月号）、新郡市医師会長インタビュー、県民公開講座等について協議した。（今村）

31　会員の入退会異動

入会 4 件、退会 4 件、異動 5 件。（3 月 1 日現在会員数：1 号 1,287 名、2 号 869 名、3 号 416 名、合計 2,572 名）

医師国保理事会　－第 18 回－

1　山口県国民健康保険団体連合会第 6 回理事会について（2 月 20 日）

3 月 9 日開催の通常総会に付議する、平成 28 年度補正予算及び平成 29 年度予算等の議案について協議した。（河村）

－第 25 回－

3 月 16 日　午後 5 時～ 7 時 3 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・前川各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1　第 179 回山口県医師会臨時代議員会日程について

4 月 20 日開催の標記臨時代議員会の審議事項の時間割・担当役員等を決定した。

2　平成 28 年度事業報告（案）について

事業別による事業報告について協議を行った。

3　日医かかりつけ医機能研修制度の修了・認定について

今後の更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・向上するため平成 28 年 4 月 1 日より実施された標記制度の研修修了者 25 名より承認申請があった。この内 24 名を承認、認定証を発行することが決定した。

理　事　会

4　安全衛生に係る功労者に対する厚生労働大臣及び山口労働局長表彰の推薦について

山口労働局長から推薦依頼のあった標記表彰について、郡市医師会から推薦があった 1 名を厚生労働大臣賞（功績賞）に、同じく 2 名を山口労働局長賞（功績賞）に推薦することが決定した。

5　平成 29 年度事務局体制について

平成 28 年度末で嘱託職員 1 名が退職するが、29 年度は新規採用を行わず運営することが決定した。

6　山口県ユニセフ協会（仮称）設立への賛同・協力について

山口県生活協同組合連合会では、山口県内でのユニセフ活動の更なる広がりを願い、標記協会の設立を目指し、呼びかけ団体として準備を進めている。現在、全国では 25 県で団体が設立され、その内 11 県で県医師会から役員を選出している。中国四国地方では鳥取県、岡山県、広島県、香川県、愛媛県で既に設置されていることから、本会へ発起人として参加し、設立後は理事への就任、併せて賛助団体として財政的支援をお願いしたい旨の依頼があった。協議の結果、賛助団体としては加盟するが（年会費 10 万円）、役員には就任しないことが決定した。

人事事項

1　国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会の委員について

山口大学医学部附属病院では、平成 28 年 6 月 10 日に施行された医療法施行規則の一部改正に対する対応として、医療安全に係る業務施行の状況を監督する「監査委員会」を設置することとなった。学外者 3 名で組織されることから、河村会長宛に「医療に係る安全管理に関する専門的知識を有する者」として就任依頼があり、承諾することが決定した。

報告事項

1　郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会（3 月 2 日）

平成 28 年度受付事案、医事案件調査専門委員会での争点・結論、その後の経過等の報告を行った。また、医師会の窓口相談事例及び各医療機関の窓口等で発生している患者とのトラブル事例の研究報告を行った。（林）

2　小児救急医療対策協議会（3 月 2 日）

平成 28 年度の小児救急医療電話相談事業の実施状況（12 月まで）について、県小児科医会、県医療政策課、（株）法研から報告があった。続いて、29 年度の同事業実施体制、電話相談員研修会、普及啓発等について協議した。また、県内の小児救急医療体制の現状と今後の取組みについて、各地域の実状報告等が行われた。（弘山）

3　第 2 回山口産業保健総合支援センター運営協議会（3 月 2 日）

平成 28 年度事業の実施状況及び平成 29 年度の産業保健活動総合支援事業における事業計画について協議した。（藤本）

4　第 2 回山口県准看護師試験委員会（3 月 2 日）

平成 28 年度准看護師試験の実施報告及び実施上の問題点等について協議が行われた。（沖中）

5　日医臨床検査精度管理調査報告会（3 月 3 日）

標記委員会委員による第 50 回臨床検査精度管理調査の各項目に関する報告並びに総合討論が行われた。（沖中）

6　山口県社会福祉協議会第 3 回地域福祉推進委員会（3 月 3 日）

「第 5 次福祉の輪づくり運動推進県域活動計画」に基づく各団体の活動報告及び地域福祉課題提言部会からの提言等について協議した。（今村）

理　事　会

7　保育サポーター研修会（3 月 5 日）

保育サポーターバンクの説明後、鼓ヶ浦こども医療福祉センターの伊住浩史 小児科部長による講演「発達障害を初めて学ぶ方へ」を行い、その後地区別昼食懇談会を行った。（前川）

8　男女共同参画部会総会（3 月 5 日）

平成 28 年度事業報告、平成 29 年度事業計画が承認された。その後、武蔵大学社会学部社会学科の田中俊之 助教による特別講演「男性学の視点から 男性の仕事中心の生き方を見直す」、熊本大学医学部附属病院地域医療支援センターの後藤理英子 特任助教による講演「熊本地震による学びとこれから」が行われた。（前川）

9　レジナビフェア 2017 福岡（3 月 5 日）

15 病院及び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 238 名であった。

（加藤）

10　山口県衛生検査所精度管理研修会（3 月 5 日）

平成 28 年度立入検査結果の報告及び山口大学大学院医学系研究科保健学系学域病態検査学の山本 健 教授による講演「検査精度管理とその理解に必要な統計学」が行われた。（沖中）

11　医療事故調査委員会（3 月 6 日）

日本医療安全調査機構へ報告となった事案について調査委員会を開催した。（林）

12　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（3 月 8 日）

理事長特任補佐の選任、アドバイザーの設置、平成 29 事業年度一般会計事業計画等について報告が行われた。（河村）

13　下松市在宅医療・介護連携研修会（3 月 8 日）

下松市主催により、医療・介護関係者を対象にした標記研修会が開催された。第 1 部では、本会の河村会長による「医療と介護の狭間で」と題した講演が、第 2 部では、「在宅医療を支えていくために私たちに何ができるか」についてシンポジウムが行われた。（河村）

14　第 2 回保険委員会（3 月 9 日）

平成 28 年度個別指導の結果報告及び問題点等について協議が行われた。（萬）

15　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（3 月 9 日）

平成 28 年度に立入検査を行った 7 検査所の結果及び平成 28 年度山口県臨床検査精度管理調査の結果等の報告が行われた。（沖中）

16　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「乳がん部会」(3 月 9 日)

山口県のがんの状況、平成 27 年度の市町乳がん検診の実施状況、「診断症例調査票」について協議した。（林）

17　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 101 回苦情解決部会（3 月 10 日）

平成 28 年度 2 月までの苦情相談等受付状況の報告、苦情解決事案について協議した。（今村）

18　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」(3 月 10 日)

山口県のがんの状況、平成 27 年度の市町子宮がん検診の実施状況、「診断症例調査票」について協議した。（藤野）

19　健康スポーツ医学実地研修会（3 月 12 日）

山口大学医学部附属病院リハビリテーション部診療教授の小笠博義 先生による特別講演「市民ランナーの傷害と注意点～ランニングするドクターたちへ～」及び（株）ATHER の米澤和洋 氏による実地研修「本当のコアトレーニングの意味～コアはコアだけトレーニングしても強くなら

理　事　会

ない～」を行った。受講者 47 名。（藤本）

20　都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会（3 月 12 日）

午前に行われた連絡協議会では、内閣府死因究明等施策推進室の中澤参事官から「死因究明等推進協議会の設置・活動状況について」、警察庁刑事局捜査第一課検視指導室の中西室長から「死因身元調査法の運用について」の報告があった。また、「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」の設置状況等に関するアンケート調査結果の速報の紹介や、都道府県医師会からの提出議題等について、日本医師会から回答があった。午後からの学術大会第 1 部では、特別講演「我が国の死因究明制度の現状と課題－安心・安全な社会をめざす我々専門医の役割－」について、聖マリアンナ医科大学法医学教室の向井敏二 教授による講演が、第 2 部では一般演題として 5 つの講演が行われた。（香田）

21　山口県医療保険関係団体連絡協議会（3 月 14 日）

山口県国民健康保険団体連合会の引受けで開催。各団体（機関）の現状、懸案事項等の報告及び「高齢運転者の改正道路交通法による認知症診断検査等について」等 2 議題の協議を行った。（萬、清水）

22　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」(3 月 14 日)

山口県のがんの状況、平成 27 年度の市町肺がん検診の実施状況、「診断症例調査票」について協議した。（吉本）

医師国保理事会　－第 19 回－

1　「医師国保組合の将来」に関するアンケート調査について

全国医師国民健康保険組合連合会から、国保問題検討委員会において、医師国保組合の将来の方向性について答申を作成するに当たり、各国保組合の意見を把握するためのアンケート調査依頼があり、回答案について協議を行った。（沖中）

山福株式会社取締役会

出席者　取締役 8 名　監査役 3 名

1　期末決算の日程等について

原案のとおり、配当金を 1 株につき 2,000 円とすることが了承、決定された。

2　取締役任期満了に伴う選任について

原案のとおり承認された。

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

安心と安全と…

飄々

広報委員

津永　長門

例年になく雪が降ったなあと思っていましたが、全体的には暖冬だったそうで、すでに桜の開花の便りも聞かれます。今年も 3 か月が過ぎましたが、世界は米国トランプ大統領と北朝鮮の金正恩に振り回されています。国内では、連日、豊洲市場移転問題と森友学園についての報道がワイドショーを賑わしていて、よく話題が尽きないなあと感心しますが、そろそろ大詰めが近づいているようで、先日、石原元都知事が百条委員会に参考人招致されました。石原元都知事はいつもの調子で、「地下水を市場で使用するわけではなく安全で、移転しないのは小池知事の不作為だ」と主張しました。専門委員会でも「建物の 1 階以上の部分は安全」としましたが、市場関係者から「安全と安心は違う」と問い詰められると、座長が「私たちができるのは、サイエンスとして見たときに安全なのかどうかということ。移転できるかどうかの判断は政治的な課題」と答えに窮していました。

振り返って、医療の現場でも安心と安全の問題は常に付きまといます。子宮頸がんワクチンの副反応問題も、われわれ産婦人科医を悩ませています。昨年末に子宮頸がんワクチン副反応に関する厚生労働省研究班（大阪大学・祖父江班）が行った全国疫学調査結果が報じられました。結論はワクチン非接種者でも疼痛、運動障害、学習障害などの症状を呈する者が存在し、有症状率に差は無いというものでした。子宮頸がんワクチンは、現在、世界 130 か国余りで承認され、半数の国で定期接種となっていますが、日本では副反応がマスコミで大々的に報道されると、政府は早々に積極的接種勧奨の停止を決定したため、以来、事実上の接種禁止状態が続いています。これに対し、WHO の諮問機関である GACVS（ワクチンの安全性に関する諮問委員会）が再三にわたり「日本の薄弱なエビデンスに基づく政治判断は、真の被害をもたらす可能性がある」と指摘し、日本産科婦人科学会、日本小児科学会などもワクチン接種再開を求める声明を出しています。

子宮頸がんは検診を受ければ見逃されることはない疾患ですが、わが国の検診受診率は 40％弱で、欧米の 90％前後に比べて著しく低く、子宮頸がんワクチンの登場は、産婦人科医にとっては検診を補完できるものとして大いに期待していただけに大変残念に思っています。今、子宮頸がんワクチン接種後の健康被害を訴える方々が、国と製薬会社を相手取り集団訴訟を起こされていますが、司法の判断を待ちたいと思います。

大辞林によると、安全とは「危害又は損傷損害を受けるおそれのないこと。危険がなく安心なさま。」、安心とは「心が安らかに落ち着いていること。不安や心配がないこと。また、そのさま。」とされています。安全は科学的検証・データにより評価できますが、安心は心理的な要素であり、客観的な評価は困難です。安全と安心を繋ぐもの、それは互いに信頼し信頼されること、信頼関係の構築と思います。専門家が安全だと言っているからと権力のある者が振りかざしても、信頼されな

ければ、人々に安心を与えることはできません。

石原元都知事が百条委員会へ向かう際に、記者団から現在の心境を聞かれ、「天気晴朗なれど波高し。君ら教養ないから分からんだろ」と、私の目からは不遜な態度に思えました。その後の委員会でのかつての部下に責任を押しつける姿勢を見ても、都民から信頼を得られるとは到底考えられません。逆に、小池百合子率いるバルチック艦隊に撃破されそうで、引用された秋山真之中佐の苦笑いが目に浮かぶようです。

お知らせ・ご案内

第 34 回糖尿病 Up・Date　賢島セミナー

テーマ　糖尿病合併症へのシームレスな対応
－血管合併症の早期診断と予防－

日　時　平成 29 年 8 月 26 日（土）、27 日（日）

会　場　志摩観光ホテルクラシック
〒 517-0502　三重県志摩市阿児町神明 731

参加費　50,000 円（proceedings 代を含みます。なお、宿泊費は含まれておりません。）
また、8 月 26 日の懇親会をかねた夕食、及び 27 日の昼食を事務局にてご用意させていただきます。

申　込　官製ハガキに氏名、所属、住所、TEL を明記の上、中部ろうさい病院事務局までお申込みください。（参加人数は 100 名にて締切らせていただきます。）

世話人　堀田　饒（中部労災病院）、清野　裕（関西電力病院）、
門脇　孝（東京大学）、羽田勝計（旭川医科大学）、中村二郎（愛知医科大学）

後　援　日本糖尿病学会、日本医師会、愛知県医師会、岐阜県医師会、三重県医師会

事務局　中部労災病院　堀田　饒
〒 455-8530　名古屋市港区港明 1-10-6
TEL：052-652-5511（内線 7174）　FAX：052-652-5623

お知らせ・ご案内

臨床研修病院合同説明会（レジナビ・ｅレジ）のご案内

山口県医師会では、臨床研修の円滑な推進及び研修医の県内定着に関する事業を行い、山口県内の医療人材の確保・育成と地域医療の充実に寄与することを目的として、山口県、山口大学を含む県内 15 の臨床研修病院と協力して「山口県医師臨床研修推進センター」を設立して医学生や研修医をサポートするさまざまな活動をしています。

その一環として、平成 29 年度は下記 4 会場の臨床研修病院合同説明会に研修病院と一緒に山口県ブースを設置し、山口県の臨床研修体制をご紹介いたしますので、会員のご子息、ご息女又はお知り合いの中に、山口県に興味のある医学生がおられましたら、説明会への参加について、お声掛けいただきますようお願いいたします。

1. ｅ－レジフェア 2017 **福岡**

と　き：平成 29 年 6 月 18 日（日）
ところ：西日本総合展示場
（福岡県北九州市小倉北区）

2. レジナビフェア 2017 **大阪**

と　き：平成 29 年 7 月 2 日（日）
ところ：インテックス大阪
（大阪府大阪市住之江区）

3. レジナビフェア 2018 **福岡**

と　き：平成 30 年 3 月頃
ところ：福岡県福岡市（予定）

4. レジナビフェアスプリング 2018 **東京**

と　き：平成 30 年 3 月頃
ところ：東京都内（予定）

○ 出展病院（順不同）
岩国医療センター、周東総合病院、徳山中央病院、山口県立総合医療センター、済生会山口総合病院、山口赤十字病院、小郡第一総合病院、山口大学医学部附属病院、宇部興産中央病院、宇部協立病院、山口労災病院、下関医療センター、関門医療センター、済生会下関総合病院、下関市立市民病院

○フェアの詳細はホームページに掲載しております。また、ホームページには臨床研修医交流会などのイベントや各種助成金の情報も掲載していますので、ご覧ください。

URL　http://www.yamaguchi.med.or.jp/rk/index.htm

お知らせ・ご案内

第 100 回山口県医学会総会

日　時　　平成 29 年 6 月 11 日（日）
場　所　　山口市民会館 大ホール
（山口市中央 2 丁目 5 番 1 号　TEL：083-923-1000）

プログラム

9：50 ～ 9：55　開会の辞
9：55 ～ 10：00　山口県医学会長挨拶

10：00 ～ 11：00　**特別講演 1**
大規模災害から命を救いたい　～衛星リモートセンシングの可能性～
山口大学副学長
山口大学応用衛星リモートセンシング研究センター長　**三浦　房紀**

11：00 ～ 12：00　**特別講演 2**
デメンチア患者の診療
東京女子医科大学名誉教授
メディカルクリニック柿の木坂院長　**岩田　　誠**

12：00 ～ 12：05　次回引受会長挨拶
12：05 ～ 13：00　昼食

13：00 ～ 15：00　**県民公開講座**
・オープニングセレモニー　**防府西高等学校吹奏楽部**
・県民公開講座
この時代の医師としての役割
順天堂大学医学部附属順天堂医院院長
順天堂大学医学部心臓血管外科教授　**天野　　篤**

15：00 ～ 15：05　謝辞
15：05 ～ 15：10　閉会の辞

単位
・日医生涯教育制度：3.5 単位
特別講演 1　CC14（災害医療）：1 単位、
特別講演 2　CC29（認知能の障害）：1 単位、
県民公開講座　CC01（医師のプロフェッショナリズム）：1.5 単位
・日本内科学会認定総合内科専門医の更新：２単位（全日）（申請中）

お知らせ・ご案内

第 144 回山口県医師会生涯研修セミナー

と　き　　平成 29 年 5 月 14 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　　山口県総合保健会館 2 階 第一研修室

10：00 ～ 11：00　特別講演 1
糖尿病眼合併症とその治療
山口大学大学院医学系研究科眼科学講座教授　**木村　和博**

11：00 ～ 12：00　特別講演 2
毛髪疾患の基礎研究と臨床
山口大学大学院医学系研究科皮膚科学講座教授　**下村　　裕**

12：00 ～ 13：00　昼食

13：00 ～ 14：00　特別講演 3
消化管再生医療―これまでの成果と今後の展望―
川崎医科大学消化器外科学教授　**上野　富雄**

14：00 ～ 15：00　特別講演 4
糖尿病・肥満症における個別化・精確医療のアプローチ
琉球大学大学院医学研究科
内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座（第二内科）教授　**益崎　裕章**

主　催　　山口県医師会
参加費　　無料
対　象　　医師及び医療従事者

【取得できる単位・カリキュラムコード】
・日本医師会生涯教育制度：4 単位
・日本内科学会認定総合内科専門医の更新：2 単位（全日）（申請中）

※ 医師資格証をお持ちの方はご持参ください。

日医 FAX ニュース

2017 年（平成 29 年）3 月 31 日　2596 号
- 「働き方改革実行計画」に対する見解
- 医療介護基金「事業区分Ⅱ・Ⅲも充実を」
- かかりつけ薬剤師の役割を議論
- 「アビガン」、備蓄方針など了承
- 「有効期限」を検定合格日の上に

2017 年（平成 29 年）3 月 28 日　2595 号
- 同時改定「政治への働き掛けに協力を」
- 地域枠の情報共有体制を強化
- 事故調「中央協議会」運営委が初会合
- 大学は 17 年度中にカリキュラム策定へ
- 22 年ぶりに 2 万 2000 人を下回る

2017 年（平成 29 年）3 月 24 日　2594 号
- 患者混在「調査だけで判断できない」
- 新整備指針運用細則案を了承
- 意思に基づく看取り実現で一致
- 合格率は 2.8 ポイント減の 88.7％

2017 年（平成 29 年）3 月 17 日　2593 号
- ７対１、次期改定での厳格化巡り応酬
- 予定症例数は「目安の位置付け」
- 「かかりつけ医」の重要性高まる

2017 年（平成 29 年）3 月 14 日　2592 号
- 遠隔診療の普及に慎重姿勢
- 海外の刑事医療過誤踏まえた研究へ
- 急性期から回復・維持期まで一貫体制を
- 「医師の特性を明記したい」
- 医療用医薬品流通「制度の改変は必要」
- 「望まない受動喫煙を防ぐことが大事」
- 高濃度乳房超音波、検診項目追加困難

2017 年（平成 29 年）3 月 10 日　2591 号
- 認知症疑い高齢者の検査、保険請求可
- 医療・介護連携推進事業手引き改訂へ
- 「医療行為と刑事責任」、17 年度研究へ
- 検診受診率、胃がん 6.3％、肺がん 11.2％
- 「受け皿となる入院施設の確保必須」

2017 年（平成 29 年）3 月 7 日　2590 号
- 医療法等改正案を了承、閣議決定へ
- 医師の偏在対策「早急に具体的議論を」
- 継続算定は 4 月 10 日までに届け出を
- 「肝疾患診療体制の整備」を改正
- 病児保育の「好事例」取りまとめへ

2017 年（平成 29 年）3 月 3 日　2589 号
- 「医学部での倫理教育の充実を」
- 自立支援、介護予防・重度化防止目標を
- 在宅医療の「重点分野案」を了承
- 病院等「敷地内禁煙」原則
- 「メドポスト」の申込受付開始

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

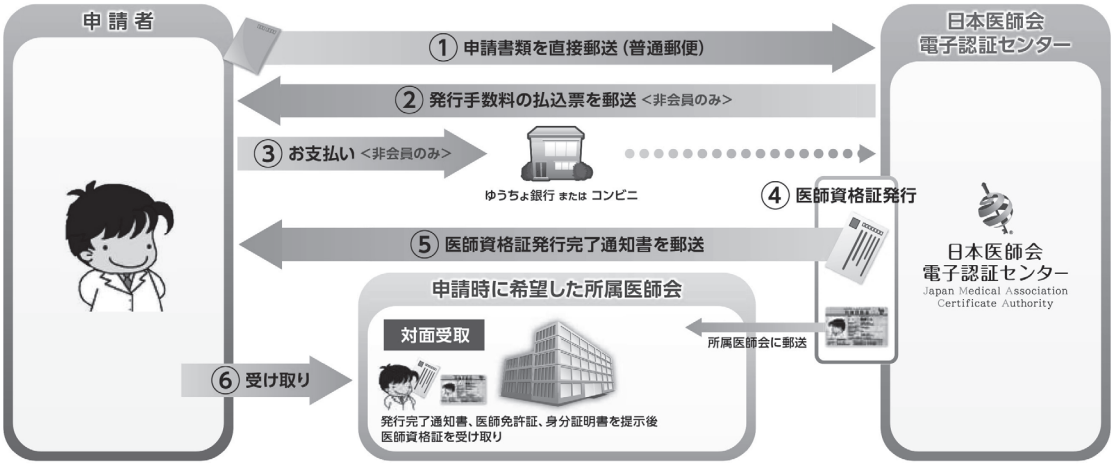
※医師資格証を身分証として活用できるように各企業、行政機関に働きかけを行なっています

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）

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

森　山　　禮　氏	下関市医師会	3 月	1 日	享　年　88
藤　田　良　樹　氏	宇部市医師会	3 月	21 日	享　年　85
中　島　明　雄　氏	下関市医師会	3 月	28 日	享　年　68

編集後記

2 月 11 日（土）、12 日（日）と日本医師会大講堂で行われた平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会に出席してきた。初日には医療分野の IT 政策全体を包括する内容となった日医 IT 化宣言 2016 や新たな ORCA の展開等についての講演があったが、今年のハイライトは 2 日目のシンポジウム「医療等分野専用ネットワーク構想について」だった。2020 年を目途として共通利用可能で高度なセキュリティが確保された医療分野専用の公的広域ネットワークを構築する。そして医療機関から 1 本の回線を繋ぐだけでこのネットワークに接続することができるようになる。このネットワークでは、地域医療連携ネットワーク間の相互接続やレセプトのオンライン請求等の医療等分野のサービス利用、任意の医療機関間での VPN を使った通信等ができるようだ。専用ネットワーク経由で治療や検査等の大量のデータを収集し、AI や言語処理などの技術を用いてエビデンスを集めていけば、質の高い医療や健康管理を行えるようになるかもしれない。患者の個人情報保護、医師の裁量権等いろいろな問題もある。一つひとつ確実に解決していかなければならない。

（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）