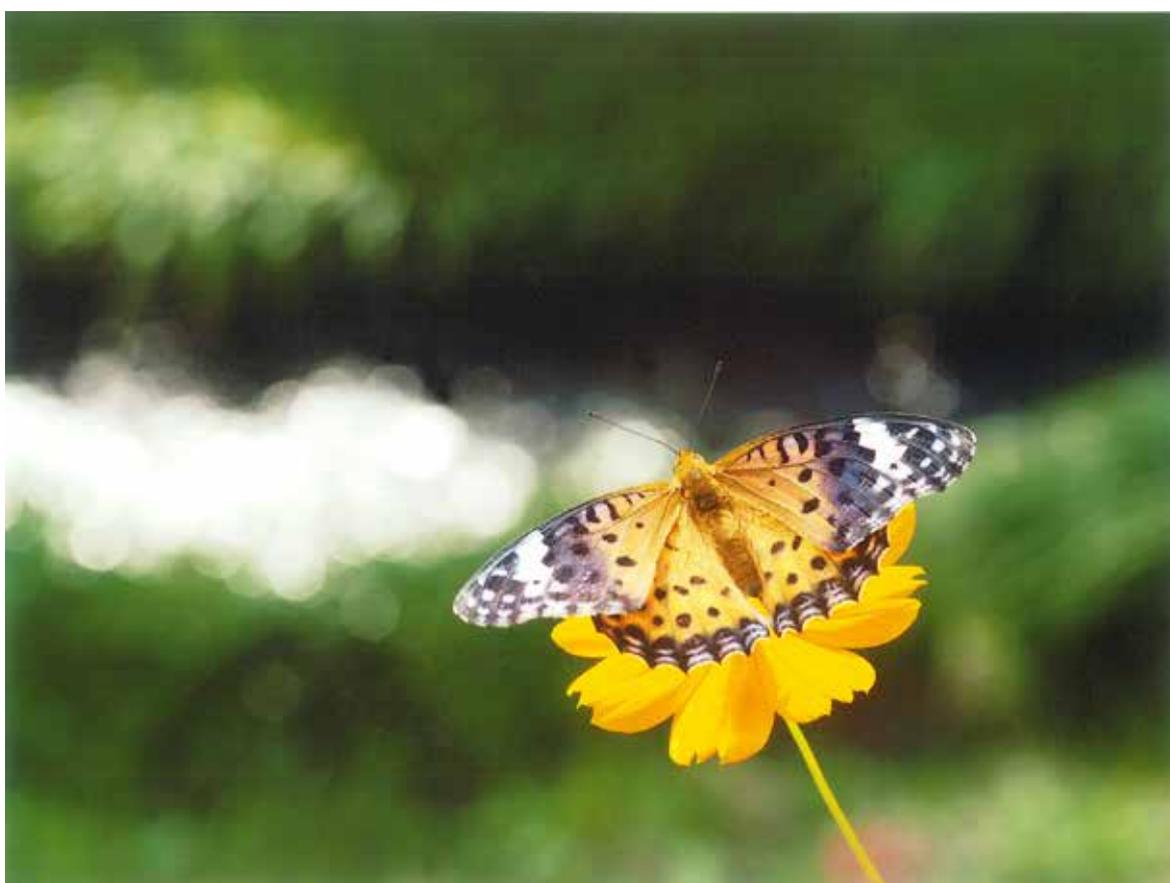


山口県医師会報

平成29年(2017年)

10月号

— No.1886 —



コスモスに遊ぶツマグロヒョウモン（一の坂川にて） 調 恒明 撮

Topics

社保・国保審査委員合同協議会



Contents

- 今月の視点「地域医療構想と第 7 次保健医療計画」……………弘山直滋 807
- フレッシュマンコーナー「茅ヶ崎に背を向けて」……………小早川 節 809
- 山口県医師会警察医会 第 21 回研修会……………天野秀雄 812
- 社保・国保審査委員合同協議会……………萬 忠雄、清水 暢 819
- 都道府県医師会生活習慣病（糖尿病・COPD 等）担当理事連絡協議会…藤本俊文 826
- 第 48 回 中四九地区医師会看護学校協議会……………沖中芳彦 828
- 第 27 回全国医師会共同利用施設総会……………沖中芳彦、船津浩彦、前川恭子 848
- 県医師会の動き……………吉本正博 860
- 理事会報告（第 11 回、第 12 回）…………… 862
- 転載「母校：山口大学医学部での災害医療の講義」
 <防府医師会報 平成 29 年 7 月号>……………豊田秀二 870
- 飄々「如是我聞」……………吉岡達生 872
- 日医 FAX ニュース…………… 873
- お知らせ・ご案内…………… 874
- 編集後記……………中村 洋 880

今月の視点

地域医療構想と第 7 次保健医療計画

常任理事 弘山 直滋

平成 28 年 7 月に山口県地域医療構想が策定され、それ以降、この構想を実現するために各医療圏において地域医療調整会議が開催されている。県医師会では、各地で開催される地域医療調整会議に可能な限り出席して、各地域の実情を把握するように努めているが、各医療圏には、夫々の実情があり、全く同じ基準では語れない現実を感じている。今回は、これまでの地域医療調整会議に出席して得られた現状と私見を述べることにする。

医療圏によっては、高度急性期病床のない医療圏があるが、それはそれで良いことになっている。病床数はあくまで目標値であり、その地域の実情に合った構想なら良い。特定機能病院や三次救急病院などで、病院丸ごと高度急性期にカウントしている例があるが、これはもう少し正確に報告する必要がある。

一方、回復期については、マンパワー不足（確保困難）のため回復期病床を取得できないが、実際には回復期リハビリと同じ医療を実施している病院もあり、このことについては、公式の医療機能報告制度に則った報告の数字と、非公式ではあるが実際に行っている回復期機能の病床数を調整会議に提出して、実際の過不足を検討すべきではないだろうか。

不足している回復期病棟への転換については、一部の都県医師会では、民間の中小病院が担うべきと考えて、公的病院や特定機能病院には自粛を求めているが、本県においては民間病院は慢性期病院が圧倒的に多く、地域でマンパワーの確保が

困難であれば、公的病院の急性期からの転換も仕方ないのではないかと考える。これも、地域の実情に沿った形での転換が望まれる。

現在、第 7 次保健医療計画も策定作業中である。その中で 5 疾病並びに在宅医療の医療連携体制構築の目指すところは、地域における医療機能を満たす医療機関の明確化を図ることである。この 5 疾病並びに在宅医療は、県民にとって最も馴染みの深い疾患並びに状態であるが、意図するところは他の疾患でも同じで、地域の診療所や病院の実情に応じた自主的な医療連携体制の構築といったところでは地域医療構想と表裏一体、相補関係にある。

現在の医療は、細分化された専門分野を診療する体制になっているが、これからは自分の専門領域をベースに患者一人ひとりを全体として捉えて診療していくことも求められている。これと同じように、自医療機関の立ち位置がその地域でどのような位置にあるかを俯瞰的に眺めて、地域での無駄のない連携した医療提供体制（＝地域完結型医療）を構築していくのが地域医療構想だと考える。将来、人口が減少していくことははっきりしており、その中で現状のままで良いはずはない。できれば、自主的に将来に合った姿に変化していかなければならない。

これからの医療提供体制に求められているのは、「病院完結型」から「地域完結型」であり、このことは余分な機能を持たずに如何に地域で連携していくかが求められている。急性期はもちろんであるが、慢性期にも同様のことが求められて

いる。「時々入院、ほぼ在宅」というキャッチコピーは、このことを端的に表している。山口県では、先人達のお陰で入院医療が充実している。このことは裏返しとして、これまで在宅医療が他県に比べて普及していないことの原因でもある。今後、在宅医療等を普及させていくことは簡単なことではない。

在宅医療等とは、患者さんの自宅での訪問診療のみではなく、今後転換されていくであろう介護医療院等を含めた居宅型の介護施設を含めた住まいの場で行われる医療の総称である。これまで、われわれは患者さんの状態が悪化すれば病院へ入院治療を依頼し、改善した後も引き続き慢性期病院にお願いすることが多かった。今後は、ニーズ（患者の希望）があれば、在宅医療の機会は増えると考えられる。一方で、老々世帯や単身世帯が多いことを考えると、必ずしも自宅へ戻る率はそう多くないかもしれない。しかし、これまで診てきた患者さんから退院後の在宅医療を求められれば、無下に断ることも難しいのではないだろうか。そこには、われわれの意識改革も必要となろう。

慢性期医療の内容として、これから増え続ける認知症を含めた高齢者に対してどこまでの医療を行うのか、国からある程度のガイドラインが必要となってくると考える。例としては、経鼻経管栄養や胃瘻造設を実施するのか否か、透析導入の判断はどうするのか、等である。単純に年齢で区切るわけにもいかず、どういった条件が揃えば実施を考慮すべき、等の大枠を示してもらい、最終判断は現場の医師を含めた関係者チームで決めるというような形が必要と考える。私自身、現在、難病のため IVH 管理の在宅医療を 1 例実施しているが、この患者さんは経口摂取が困難なことを除けば、その他の日常生活は全く普通の人と変わらず、介護保険は未だ不要な方なので、今後も長期間在宅医療が続くものと考えている。

これから 10 年後、20 年後の医療提供体制を考える時、まず間違いないことは「人口が減る」ことであり、「患者が減る」ということである。このことを根底に考えれば、現在の入院医療体制

が持つはずがなく、また、外来（入院外）医療体制も変革せざるを得ないのではないだろうか。現在、各医療圏で地域医療構想調整会議が開催されている。意見を聞いているとほとんどが検討中であり、具体的に示されたのは「下関医療圏」で高度急性期、急性期を担っている現行 4 病院を、機能を充実させて 2 病院体制に再編するという例のみである。焦る必要はないが、決して遠くない 8～10 年先の話である。また、地域医療構想で示された病床数は、あくまで入院患者数がこれくらいになるだろうという必要数であって、絶対にこの病床数を達成しなければならないというものでもない。しかし、繰り返しになるが、患者数は減少するので必要病床数も現在より減るのである。在宅医療を含めた慢性期については、今後受け皿となる在宅医療等がどれだけ確保されるかが大きな鍵を握ることになる。そう遠くない将来の話であるが、来年 4 月に診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されており、この改定内容が大きく影響すると思われる。しかし、あまり目先の数字に惑わされることなく、あくまで大局的な観点から判断し行動していただきたい。

<補記>

- ①人口データについては、すべて国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」により知ることができる。
- ②在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

フレッシュマンコーナー

茅ヶ崎に背を向けて

宇部市医師会 波乗りクリニック

小早川 節

「内科」・「在宅医療」・「心療内科」の三本柱を掲げて「波乗りクリニック」を開設し、3年以上が経ちました。

印象的なクリニック名のためか、初診患者のみならず医療関係者の方も「浅黒くて、茶髪だか金髪だかのサーファーっぽい院長像」を思い浮かべているようです。実際にはスタッフの誰よりも色が白く、チョットぽっちゃりしたのが私です。初対面の時に「えっ！想像していたのと違う！」という感想を口にされることもしばしばあります。それでも「先生はサーファーですか？」と食い下がってくる人もいますが「見た目の通り、残念ながらサーファーではありません」とお答えしています。ただ、最近はあまりにも同じことを聞かれ

るので、私の方も飽きてきて、相手によっては「実はこう見えてサーファーなのです！」などと、適当に答えて煙に巻いてしまいます。そんなとき、後ろで笑いをこらえているスタッフがいます。

次によく聞かれるのは「名前の由来」と「なぜこんな場所で開業を？」という2点です。これまた真剣に回答するか、その都度適当な答えではぐらかすか迷うのですが、最近はいいい加減疲れてきたので、フレッシュマンコーナーであるのをいいことに、ここで説明しておこうと思います。

私は平成10年に山口大学を卒業し、総合診療医を目指して、福本陽平教授（当時）の主宰する同大総合診療部に第一期生として入局しました。



波乗りクリニック外観

最初の 2 年間は同大附属病院の全内科でローテート研修しましたが、当時は今のように制度化されておらず、すべてが手探りで、指導する側もされる側も困難が多かったように思います。研修修了後は、同大学公衆衛生学教室で産業衛生、医療統計について学び、途中には島根県立中央病院総合診療科に赴任して、一次～三次ミックスの救急外来で鍛えられ、そこからの代診医として、僻地の診療所に勤務する等の貴重な経験をしました。

今から思うと、まるでピンボールの球のような動きをしていたのですが、その後は母校の総合診療部に戻り、しばらくは腰を落ち着けて助手（助教）として一般内科外来と学生教育を担当してきました。特に終盤は医学教育センターの専任教員として、診療はほとんど行わず、学部教育に専念することになりました。教育プログラムに関わったり、引きこもりの学生に関わったりと、様々な業務があり、医療職ではありませんでしたが、大変良い経験になりました。（この経験が今の心療内科診療に活かされているように思います。）

さて今回、「在宅・訪問診療に軸足を置いた診療所」を開設したわけですが、上記の経歴からは在宅医療との関わりは見えきません。私と「在宅医療」が結びつかないわけですが、実は大学卒業直後、医師免許を取得して実に 2 週目から、岩国市の「いしいケア・クリニック」で非常勤医として毎週欠かさず訪問診療を続けてきています。特に開業直前の一年間は常勤医として毎日、岩国まで新幹線通勤をして、訪問診療のノウハウを勉強しました。

研修医の頃から週に一度の訪問診療が楽しみだったのを思い出します。（当時は今と違い、研修医のネーベンアルバイトは許されていました。）

学生時代から、「いずれは大好きな海辺で自分の診療所を持ち、自分なりのアプローチで医療を展開したい」、そう考えていました。ブラックジャックが岸壁のところに診療所を持っていたの



カニと戯れる

が私の心象風景に残っていたこともあります。一番の後押しになったのは、私の好きなドラマ「波乗りレストラン」の光景でしょうか。

これまた私が好きなサザンオールスターズの結成 30 周年を記念して作られた、知る人ぞ知る名作ドラマです。通常の帯ドラマと違い、10 分前後の計 33 話がバラバラの時間でゲリラ的に放送されたため、サザンファン以外にはあまり知られていません。

主題歌はもちろんサザンオールスターズ。33 話すべてにテーマとなる曲が割り振られています。

レストランを開くべく茅ヶ崎にやってきたワケありの男。「波乗りレストラン」と名づけた浜辺のお店はなぜかいつも休業中。そんな「波乗りレストラン」になぜかワケありの人々が次々と訪れます。ワケありの先輩、ワケありのマドンナ、ワケありの弁護士…。ワケありの人々が集うレストランには時に楽しい、時にしみじみとした時間が流れ、ワケありの人々を癒していき、いつしか休業中のマスターにも変化がおとずれます（最終話のタイトルが「茅ヶ崎に背を向けて」です）。

そんなシチュエーションが私の開業コンセプト、私自身が健康に医業をやっていきたいという希望にマッチして「波乗りクリニック」という名称で決めました。

「ドラマのように浜辺に歩いて下りて行ける立

地で探してほしい」という私のリクエストに、当初は開業コンサルタント、不動産屋、建築士も皆あきれていたのですが、それぞれにドラマの DVD をプレゼントして観てもらったところ、全員に納得してもらえました。

ドラマの通りだと開業は「茅ヶ崎で」ということになるのですが、それではあまりにも現実離れしているため、宇部市の海岸線に沿って土地を見て回る日々が続きました。紆余曲折を経て、宇部市の東部に良い土地が恵まれました。条件通り、砂浜まで直接下りていくことが出来、なんと満潮時には敷地の一部に潮が入ってくるというおまけまでついてきました。

当初は単なる私のわがままや冗談で始まったような土地探しですが、結果的には私の大好きな海を背景に、三方を「宇部興産中央病院」「山口宇部医療センター」「山口県立こころの医療センター」といった強力な後方支援病院に囲まれ、すぐ隣には、いつでも心やすく相談できる「シーサイド病院」という、在宅医療を展開するには絶好の環境になりました。全国的にも医療資源に恵まれていると評価の高い宇部市ですが、その中でもとりわけ良い立地だと、我ながら自分の強運に驚いています。

さて、波乗りクリニックを開設した「丸尾」の歴史は古く、エビの養殖場をはじめとして漁業が

盛んなところですよ。私も地元の郷土史家の先生から教科書をいただいたりして、少しずつ勉強をしているところですが、思えば私の祖父も熊本は天草の離島で、一人しかいない外科医として漁村の開業医をやっていました。今で言うところの在宅・訪問診療のはしりで、エビの養殖場の近くにある診療所で働き、夜中も患者を断らずに往診していたといいますから、私の DNA にもそれが刷り込まれているのかもしれませんが。思いもよらない偶然で、感慨深いものがあります。

開業当初はコンセプト通りにのんびりゆったりしていたのですが、一年も経たないうちに忙しさが加速し、日曜・休日返上で文字通りに訪問に走り回らなくてはならなくなりました。今では非常勤で総合診療専攻医の先生にもお手伝いいただいて、やっとやっと回っていくようになりましたが…。

そんなわけで当面は「茅ヶ崎に背を向けて」、引退後に湘南でサーフィンを始めることを夢見ながら、日々粛々と仕事に取り組んで参ります。

キャッチコピーは「I AM YOUR DOCTOR」

興味をもたれた方は、ぜひ「波乗りレストラン」をご覧ください。



待合室から海を望む

山口県医師会警察医会 第 21 回研修会

と き 平成 29 年 8 月 5 日 (土) 15 : 20 ~

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告 : 山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

平成 29 年 8 月 5 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、県医師会警察医会第 21 回研修会が開催された。

進行は山口県医師会常任理事の弘山直滋 先生が、座長は山口大学医学部法医学教室教授の藤宮龍也 先生が務められた。演者の一杉先生の経歴のご紹介に引き続いて、講演が行われた。

藤宮教授 一杉先生は、平成 6 年に東京慈恵会医科大学を卒業され、川崎病院等に勤務された後、平成 14 年に獨協医科大学の法医学講座の准教授、平成 26 年 4 月から滋賀県立医科大学の教授になられている。専門は外因死の予防医学、交通外傷分析、インパクトバイオメカニクスなどで、交通に関連した研究もされている。私の母校でもある滋賀医科大学の教授に最近就任された先生で、積極的に法医学の活動をされているので、講師として推薦させていただいた。

講演

予防医学としての死体検案

滋賀県立医科大学社会医学講座

法医学部門教授 一杉 正仁

本学の法医学教室は人数が少ないこともあって、非常勤の内科・救急の医師もいる、スタッフ全員が臨床のできるメンバーである。死者を対象とした法医学だけではなく、生存者を対象とした事故・犯罪被害者の診察・鑑定、被虐待者の診察・鑑定、留置人の健康管理、矯正医療、異状死の家族へのグリーフケアにも取り組んでいる。

(1) 予防医学として

死体検案は亡くなった方の尊厳や権利を守るだけでなく、生存する方に対する予防医学への働

きもあり、法医解剖も死因の究明を通じた刑事手続きへ寄与するだけではなく、解剖によって傷病の発生メカニズムを明らかにし、予防対策の推進に寄与する。

○少年院収容者と被虐待児の診察を通して

まずは、社会の現状を把握することが大切であり、被虐待児や少年院収容者を医師として診察をした中での現状から、われわれ医師がどうすべきか、特に予防医学についてお話しする。

われわれの教室から、矯正医療として関西地区の少年院、拘置所へ医師が出務している。ご存知のとおり、現在、矯正施設の透析が非常に大きな問題であり、医師の不足により、慢性腎不全で透析をしている被疑者が必ずしも透析を受けられる環境にないため、微罪の被疑者が収監できないという法の根幹を揺るがす現状にある。

少年院は矯正教育を行うことが目的の施設であり、刑期は非公開にされているが、実際には長くても 2 年くらいで出院する。こうした矯正施設での医療は、法律上、「社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置を講ずるものとする」とされている。しかし、病院での検査等の必要性が考えられる場合でも、付き添いなどの関係からなるべく施設内で完結することが求められている。また、治療費はすべて国費であるため、無駄のない医療でありながら社会一般レベルの薬剤や治療内容とする判断が、非常に難しいところである。矯正医療では、内科治療にプラスして、犯罪学の知識、薬毒物・中毒学の知識が必要となることもあって、私どもの教室が引き受けている。

<事例提示>

19 歳、実の父母から虐待を受け、3 歳で児童

養護施設に入所した子である。実父母が離婚して、父親が引き取ったが、後妻からまた虐待を受け、再度、児童養護施設に入所し、中学校まで自立支援施設で生活している。最終的には、父親がこの子の引取りを拒否するに至った。兄弟も同じような境遇で、万引きなどの逸脱行為もある。このように、少年院に收容されている子は非常に不遇な環境で育っている。この子は、16歳の頃に援助交際をして、相手の影響から覚醒剤を吸引している。覚醒剤は非常に依存性が強く、覚醒剤による痙攣や救急搬送歴もある。そして、17歳で妊娠、子どもは乳児院に引き取られ、覚醒剤の幻覚幻視が表れた状態で警察に保護され、少年院へ入所してきた。

こうした状況を見てみると、少年院に2年入所させただけで物事がすべて解決することはない。今の日本では、表に出ていない見えないところで、どのようなことが起きているのかを、われわれ医師も理解しなくてはいけないと感じた。

私は、特に薬毒物に注目して、入所した時点から入所者からゆっくりと聞き取りをし、さまざまなリスクがある子には、肝炎、梅毒、HIVなどの検査をすることにしていく。すると、約半数は既に何らかの薬物使用の経験があり、例えば大麻、危険ドラッグ、シンナーなど、半数以上の子が3種類以上を経験している。初めに手を付けるのがシンナー・有機溶剤、最近ではライターガスやクリナーのガスである。次に睡眠薬や向精神薬、そして危険ドラッグ、大麻、覚醒剤へと進むパターンである。

こうした流れを見ると、例えば、ヤンチャな若年者がシンナーやライターガスを吸っていた時に厳しく指導し、その子を長く追って、薬物に手を染めることができないようにしないと、最終的に覚醒剤まで進んでしまう。よって、このような子がいた場合には、警察や地域の方で、シンナーの時点でとにかく芽を摘み取ることが必要と考えている。

われわれの想像以上に薬毒物は蔓延しており、若年者が軽い気持ちで薬毒物を使用し、それが覚醒剤等へつながっている。想像以上の人が、何ら

かの触法薬毒物を使用していると思われるので、死体検案あるいは日常診療においても、薬毒物使用を念頭に置くとともに、若年使用者に対する厳しい指導が必要である。

次に、虐待された子から私が感じたことである。
<事例提示>

平成26年3月に起きた事件で、司法解剖している。誕生の時から低出生体重であり、母親が精神上不安定であった。いわゆる未熟児で母親に精神障害があることは、既にリスクファクターが揃い、虐待の最大のリスクになる。母親には、児の退院時に引き取らないという言葉や、退院後すぐに児の顔にアザがあり、イライラして叩いたという状況にあった。この段階で児童相談所は介入していた。徐々にエスカレートしてパンチになり、目の周囲にアザができるようになる。その後、8か月の児に火傷が現れ、この後は命に関わる可能性が出て来るのだが、児童相談所は対応できず、両足を骨折して動けない状態で体重減少は著しく、最終的には亡くなる結果となってしまった。

<事例提示>

この写真では一見、転んだだけのように見えるが、背中に縦の棒状の炎症が見える。これは何かで叩かれていると思い、児童相談所に家を調査してもらったところ、真っ二つに折れた縦笛が見つかり、写真とピッタリと合った。この子は親のことをかばい、最初は何も言わなかったが、引き離して話を聞くと、母親から日常的に暴行を受けていたことが判明した。この段階の打撲程度では、生命の危険には及ばないが、この段階で虐待を見つけてあげることが重要である。

<事例提示>

近くの病院から児童相談所へ連絡があったケースである。中学生で、理由を言わないが、頸に不審な痕があるために通告され、児童相談所から私へ診てほしいとの連絡があった。頸に索条痕があり、顔面がうっ血しており、典型的な頸部圧迫の所見である。頸の痕をよくみると、痕が完全に一周している。これは虐待というレベルではないと判断し、すぐに警察へ連絡して、母親は殺人未遂で逮捕された。こうしたケースは、児童相談所や

子ども家庭相談センターというレベルではない。れっきとした犯罪である。子は決して親がしたとは言わないが、こうした子を見つけて何とかしてあげることも医師の使命ではないかと思う。

警察と連携した効果的な対応システムを確立する必要がある。虐待は予防できないと言われることもあるようだが、虐待死は予防できる。軽微な損傷などを早期に発見することで、徐々にエスカレートするのを止め、虐待者を継続して指導することが重要である。

もう一点は、外表に損傷がないから外傷がないということは大きな誤りである。例えば、素手で頭を叩いても、頭には何も残らない。布団の上へ突き飛ばして頭を打っても痕は残らない。よって、外表に損傷がないから、ダイレクトインパクトがないということは大きな間違いである。揺さぶられ症候群で子どもに硬膜下血腫を負わせたといって逮捕されたという報道がよくあるが、ほとんどは間違いである。揺さぶられ症候群で起きることは、ある一定の首の座っていない、未熟な時だけである。1～3歳の子ではまず考えられないので、叩かれたか、落としたかである。従って、外表に損傷がなくても、直達外力は否定できない。

虐待がエスカレートした場合、警察と医師が手を組んで対応していかないと解決しない。長年、変死等を扱ってきたのと同じように一緒に対応しないと解決できないと考えている。虐待はエスカレートするので、早期に見つけ、その子と親を注意深く見守ることが重要であり、薬物と全く同様である。

現在、犯罪の刑法犯の認知件数は減っており、この理由として警察を中心とした犯罪の抑止とともに、地域が一体となった防犯活動などが挙げられる。このように、しっかりとした手法で取り組みれば減る（効果が現れる）。しかし、児童虐待に関しては、これと全く逆である。減り方（効果）が緩やかである場合には、対策をマイナーチェンジしていくことができるが、そうではなく、今の手続きや対策が間違っているということになる。このまま同じこと繰り返すのではなく、根本的に予防対策をゼロから考え直すなくてはいけない。

私たちは、社会で起きていることを対象としており、目の前にあることが社会で起きている事実である。同様の事故や事件によって人が亡くっているのであれば、今、社会で起きている問題が未解決だということである。その未解決の問題に対して、解決するエビデンスを確立し、その予防策を構築しなければならない。

○交通事故死者数の低減に向けて

次に、予防するためにはある程度の根拠が必要で、エビデンスをもって対策を進めていきたいということで、その一例として、交通死亡事故についてお話しする。

交通事故において、交通事故死者は減ってきているが、刑法犯の認知件数とは異なり、ある時点で少し考え方を変えていかないという状況にある。WHO と国連では、2011～2020年、東京オリンピックまでの間に、交通事故死者を世界的に半減しようということで「交通安全のための行動の10年」とすることが決議され、正式に宣言された当時の麻生総理大臣の内閣談話では、「日本も交通事故死者を2020年までに半減させる」とあり、当時の約5千人を2千5百人にする目標が掲げられた。それに基づいて作られたのが、「第9次交通安全基本計画」であった。この計画では、まず5年を一つの目標として、5年以内に交通事故死者を3千人、死傷者を70万人未満にする計画であった。しかしながら、2015年の死傷者は目標に達成していたが、死者は4,117人で目標には及ばなかった。これは、それまでの減り方が止まり、変わらなくなってきたということで、従来と少し考え方を変えていかなければいけないことを示している。

しかしながら、現在、全国的に高速道路やドクターヘリなど救急医療体制は整備され、車の性能も非常によくなった。理論上は、時速50キロで自動車の真ん中ではねられても助かるようになり、前席にはエアバックが装備されている。更に、道路交通法の改正により法律が整備され、飲酒運転の減少とリンクして事故も減ってきている。

では、次に何をすれば良いか。私が主張しているのが、「運転者の体調管理」である。即ち、わ

れわれ医師が中心に取り組まないといけない部分である。事故を予防することに関する考え方はあって、厚労省がよく使う言葉である生活習慣病の予防や特定健診等による健康増進の「ヘルス・プロモーション」とリンクしているのが「セーフティ・プロモーション」、安全の推進である。一言で言えば、「ヘルス・プロモーション」は病気の予防で、「セーフティ・プロモーション」がケガの予防になる。私たちが一人の患者さんを診る上で、外傷の予防と健康増進の両方をリンクさせていかななくてはいけない。

<事例提示>

大阪梅田で、木曜の白昼に暴走した車が交差点に突っ込み、二人を死亡させた事故である。事故の映像がテレビ等で流れたので、記憶に新しいと思う。運転者は、運転中に意識を失くして事故を起こし、当時のその原因は上行大動脈解離の心タンポナーデであった。それまでの、てんかんなどは全く違い、こうした病気でも意識を失う、ブレーキ痕はない、白昼でも人をはねてしまうという類まれな事故であるかのように報道された。

しかし、このような事故は類まれではなく、典型的な事故である。現に、私が経験したなかでも、運転中に虚血性心疾患が発生した事例(22人)のうち、19人はハンドルの操作や、ブレーキを踏むことはできていなかった。同様に、大動脈解離の心タンポナーデもよくあることで、私が経験した5人のうち4人は全く回避行動が取れていない。よって、運転中に大きな体調の変化が起きて事故を起こすという極めて典型的なパターンである。

<事例提示>

2011年4月、栃木県で小学生が集団登校している列にクレーン車が突っ込んだ事故である。運転手はてんかん発作を起こし、意識を失っていた。小学生6人が即死し、非常に悲惨な亡くなりかたであった。一部のご家族は、いまだにPTSDで精神科へ通院されている。そうした、大きな問題を残した事故であった。

この事故の背景には、いろいろな問題があつて

警察だけを責める訳にはいかない。このてんかんのアドヒアランスが非常に不良であり、かかりつけの医師も薬だけを処方していたようで、たまには本人を診て血中濃度など測ればよかった。これはわれわれ医師も反省しなくてはいけない。また、てんかんの持病がありながら、職業運転士として就業させていたという問題もある。

その中でも、運転者が過去にも十数件の事故を起こし、その事故はすべて前方不注意で処理されていたことに大きな問題がある。運転者の体調変化による事故を、運転者のヒューマンエラー、運転ミスと決めつけている。これは、事故の調査が曖昧で、科学的に検証していない、更に死因究明が疎かだったということである。このように適当に処理していると、間違った事故原因により、運転者には「法律をしっかりと守りなさい、しっかりと集中して運転しなさい」という指導となり、体調変化が原因である人には意味のない指導になる。

付け加えると、自動車会社がレーンを外れた際に警告音を出すシステム開発がされているが、意識がない人に警告しても意味がない。原因を間違えて開発しても、現状に対応できないシステムになり、同じような事故は起こり続ける。

このように、最初の出発点である死因究明や事故の原因究明が疎かであると、事故の効果的な予防策が講じられず、同様の原因による事故が繰り返されることになる。しかし、交通事故による関連死での剖検率は非常に低い。1997年～2003年の栃木県内での交通事故に関連した法医解剖は130例で、この期間の交通事故死者総数1,446人の約9%である。この130例には病死が22例もあり、これまで事故の原因を安易に運転ミスと処理されてきたことは否めない。

栃木県のタクシー運転手を対象とした調査では、運転中に体調が悪化したことがある人は約3割、その体調変化が原因で事故を起こしたことがある人は、ある地区では3%であった。驚くのは、体調変化が原因でヒヤリハット(事故にはならなかったが、あやうく事故になりそうになった)したことがある人が約15%もいた。さらに、外来に通院する糖尿病患者を対象とした調査で

は、「運転中に低血糖の経験がある人」がⅠ型で 35.6%、Ⅱ型のインスリンを使用している人で 13.8%、Ⅱ型内服の患者で 2.7%であった。「運転する糖尿病患者さんには、長時間、何も食べずに運転するのはやめましょう」、「Ⅰ型の方は運転前に SMBG（血糖自己測定）でチェックしましょう」といった呼びかけは重要である。患者の体調を管理し、あまりに悪い場合には運転しないほうが良いことを、本人のために提案することも大切である。一方、事故の調査を行う警察の方々には、事故の原因として運転者の体調変化があるということ念頭に、調査・捜査をしていただきたい。

しかし、こうした低血糖などの体調変化は予防できるが、急性心筋梗塞や脳卒中には対応できないため、そうした事故をどう予防するかが次の課題になる。私が考えたのは、前を見ていない、前かがみにダラッとした状態になった時には、車を自動的に止める仕組みができないかということである。自動車会社へ提言はしているが、聞き入れてもらえる企業は今のところない。

1994 年の調査に、妊婦運転者のシートベルト着用率は 32.7%というものがある。その頃の雑誌等では、妊娠したらシートベルトをしなくてもよい、警察に捕まったら妊娠していると言えばよいといった下衆な話も出ていたが、シートベルトは妊婦にも必要である。

残念なことに、わが国では妊婦もシートベルトをした方がよいという根拠となる論文がなく、また警察や国交省でも妊婦ダミーを使用した実験はなかった。そこで、世界に 4 体しかなかった人形を手に入れ、実験し、科学的に証明することができた。この仕事をした時には、警察庁のヒアリングや与党内閣部会、予算委員会などにも呼ばれて説明した。その後、免許更新時に配付される「交通の教則」には、妊婦さんも正しくシートベルトを着用することが必要だということが書かれた。いずれにしても、山口県においても、警察の方が中心となって、交通事故死傷者が低減することを願う。

(2) 死因究明制度

滋賀県において医師会の先生方と行ってきた取り組みについて述べる。

わが国では死因究明及び身元確認（以下、「死因究明等」）に関する体制の強化及び充実が喫緊の課題になっていることを踏まえて、政府は平成 26 年 6 月に死因究明等推進計画（内閣府）を策定した。この中で、まず、死因究明等は高い公共性を有するものであり、政府及び地方公共団体を始め社会全体が追求していくべき重要な公益性を有すると位置づけられた。そして、地方において、知事部局を始めとした関係機関・団体等が協議する場（死因究明等推進協議会）を設置するなどし、関係機関・団体等の連携体制を構築することを求めるとともに、死因究明等に係る専門的機能を有する体制の整備に向けて努力することが求められた。

さらには、「医師が実施する検案の質に差があったことを踏まえ、検案する医師の質の向上を始めとした死因究明等に係る人材の育成及び資質の向上を図る」と、大変厳しいことが書かれている。

これを受け、滋賀県では平成 27 年度に知事部局、検察、警察、医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院協会、保健所長会、大学の代表者から構成される滋賀県死因究明等推進協議会が設置された。これは全国で 4 番目の立ち上げであり、近畿地方では初となった。議論を重ねることで県内における問題点を分析し、速やかに取り組むべき 20 項目を明らかにした「第一次提言」を知事に提出した。主な内容は次のとおりである。

- ・解剖率が非常に低かったので、解剖率の向上
- ・ご家族への相談窓口の設置
- ・死亡診断を行う一般医師の資質向上
- ・死体検案、身元確認等に従事する医師・歯科医師の資質向上
- ・検案医の確保

現在はこの提言に基づいて関係者が死因究明等の推進に積極的に取り組んでおり、全国における先進県として注目されている。滋賀県医師会では、郡市医師会単位で、年 1 回以上の死体検案・死亡診断の講習会を開催することにしている。地域ごとにさまざまな事情があるが、都道府県ごとに死

因究明等の施策の自主的な取組みが推進されることを期待している。

(3) グリーフケア

法医解剖の対象となる異状死は予期せぬ病死、事件・事故による死、自死であるために、遺族は突然の悲しみに襲われる。さらに、その悲嘆反応が長期化し、外傷後ストレス症候群（PTSD）に至る例も多い。異状死では、警察官が事件性を調べ、医師が死体検案を行い、必要に応じて法医解剖される。家族の死について詳細を知りたいという気持ちは当然のことであるが、十分な説明が行われないことで悩みが払拭されず、また、悲しみが癒えないことがある。

法医解剖された異状死遺族を対象に行った調査では、73.1%の遺族が死体検案を行った医師からの説明を受けていなかった。したがって、諸手続きを行った関係者は、遺族へ十分な説明を行わなければならない。さらに、「悲しみは大きいが、説明を聞くことで死を受け入れることができた」と話した遺族は 34.6%にのぼった。このように、十分な説明は遺族へのグリーフケアにつながる。さらに、事故死者の遺族は長期間、「ふとした時に事故のことを思い出す」、「同様の事故が起こる度に心を痛める」ことが分かった。すなわち、外因死者の遺族に対しては、死亡直後から関係者が遺族感情に十分配慮した対応を行い、必要に応じた心のケアが長期的に必要である。

滋賀県では、平成 28 年度より「外因死遺族に対する心のケア推進事業(厚労科研)」を開始した。これは、「何かあったら電話してください」という窓口であり、遺族の精神的健康の維持につながり、予防医学の一環ともいえる。

突然家族を亡くすということは、災害も同様である。災害時には DMAT 等で活躍されると思うが、医師には、黒タッグが付いた後の死体検案、身元確認、家族への引渡しといった仕事がある。滋賀県でも警察、医師会が合同で訓練をしており、災害死への家族支援も必要であることがわかった。

犯罪や事故の被害者に接することは、被害者の心身の健康を保つこと、同様の事案発生を予防す

る目的がある。死因究明を正確に行うことは、同様の死亡例を予防する、あるいは遺された家族の心身の障害を予防する上で重要である。安心・安全に生活できるよう、地域医師会、司法当局、行政と連携していく必要があり、切磋琢磨しているところである。

Q 検案時に採血を依頼されてトロポニンを検査しているが、死後の経過時間にもよると思うが、死因にどれだけ役に立っているのか。

A 心筋トロポニン T は診断の根拠はなく、役に立たない。トロポニンは死後経過によっても変わるし、不整脈者は上がらないし、トロポニン T が高いから心臓死とは言えない。生前は別として、死体血に関してトロポニンを取る意味はない。

Q 人口の少ない島で、認知症や独居で孤立死、孤独死が多いが、こうした方々の検案等をしていく中で、地域で上手く関わっていかなくてはいけないのではないかと思うが、何かお考えはあるか。

A 現在、孤独死を早期に発見することは、滋賀県でも課題である。早く発見してあげるには、やはり介護の部分になる。そこで、誰かとつながっていると、遅くとも 3 日以内に見つけることができる。昔は新聞がたまっていることで見つかることもあったが、最近はない。とにかく、介護者あるいは地域の誰かとつながっている状態が大事だと思う。

Q 最近、看護師が携帯電話で写真を撮って、それをもとに死亡診断書を書くという話があるが、どのように思われるか。

A そのことは、遠隔診断の問題と、もう一つは在宅などで将来的に看護師に診断書を書かせてはどうかという問題になる。滋賀県では医師会長と県保健医療福祉部とで話し合い、質が担保できないこと、一刻を要するものでないため、県内の医師で何とか対応できるということから、2 点とも一切受入れないことになり、従来どおりの対応をしている。これは、各県で決めていけば良いと思う。

県民公開講座

腸から若返る

日時 平成29年**11月12日** 13:30~15:00(開場13時)

場所 **山口県総合保健会館** 2F多目的ホール
(山口市吉敷下東三丁目1番1号)

プログラム

第8回「いのち きずな やさしさ」フォトコンテスト表彰式

特別講演

「腸から若返る」

自律神経研究の第一人者として
テレビ番組「世界一受けたい授業」「金スマ」等、多数出演
順天堂大学医学部総合診療科・病院管理学 教授

小林 弘幸 氏



主催 **一般社団法人山口県医師会**

お問い合わせ先

山口県医師会広報・情報課

電話: **083-922-2510**

・手話通訳、要約筆記を用意しております。



**入場無料
申込不要**
(定員800名)

・満席の際は入場をお断りすることもあります。
・駐車場につきましては、数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 29 年 8 月 31 日 (木)

ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事 萬 忠雄
理 事 清水 暢

開会挨拶

河村会長 日本の高齢化問題について説明する必要もないが、こうした社会変化の中において、国民皆保険制度を維持しながら、国民の健康寿命を延ばすことが政府や医師会に課せられた責務である。その状況の中で、平成 30 年度の診療報酬、介護報酬の同時改定は大きな注目を浴びることになる。前回（平成 28 年度）の改定では、医師会からの要求項目の多くが実現される改定となったが、今回も日医診療報酬検討委員会の中国四国医師会連合の代表である萬常任理事にしっかり働いてもらうことになる。

ところで、厚生労働省は、審査支払機関（支払基金及び国保連合会）を改革し、ビッグデータのプラットフォームを構築させて、世界で初めてとなる大規模な健康、医療、介護を連結したインフラを、2020 年度から本格稼働させると公表した。7 月 28 日には「第 2 回データヘルス改革推進本

部会議」が開催され、厚生労働省内に専任の事務局が設置される状況となっており、厚生労働省、支払基金、国保連合会の合同プロジェクトとして本格稼働することが合意されている。数年内には各審査委員会も大きな変化の中に巻き込まれる状況にある。

本日は、審査委員間の情報交換をしていただき、中身の濃い協議会になるようお願い、挨拶とする。

続いて、藤原 社保審査委員長・土井 国保審査会会長から、ICT 化の急速な進化によるレセプト審査にあって、政府の規制改革会議（健康医療 WG）は、2022 年を目途に「審査の見える化」を図る中で、8000 項目に及ぶ審査取扱いの事前協議（社保と国保を含む）を行うとしているが、韓国の医療保険制度（HIRA）のようにコンピュータがほとんどの審査をするのではなく、医師である審査委員が医学的な判断に基づく審査を行うこ

出席者

社会保険診療報酬支払基金

審査委員 31 名

国民健康保険診療報酬

審査委員 26 名

県医師会

会 長 河村 康明
副 会 長 吉本 正博 濱本 史明
常任理事 萬 忠雄 加藤 智栄
藤本 俊文 今村 孝子
沖中 芳彦
理 事 香田 和宏 中村 洋
清水 暢 船津 浩彦
前川 恭子 山下 哲男
監 事 藤野 俊夫 篠原 照男
岡田 和好

とが重要であり、全国レベルでの社保国保審査委員合同協議会が必要な状況となっている等の挨拶が行われた。

協議

1 社保・国保審査委員連絡委員会（7月6日） 報告

本会報9月号（No.1885）に掲載のため省略。

2 ロコアテープの適応について

[山口県医師会]

ロコアテープの添付文書には「変形性関節症における鎮痛・消炎」とあるが、「変形性腰椎症」、「変形性脊椎症」等の病名で保険請求された事例に査定が発生している。当該適応については、変形性関節症であるか否かの判断を行うにあたって、X線検査の実施を必要とするのか協議願いたい。

根拠に基づく具体的な病名が必要である。事例によってはX線検査の実施状況を（審査委員会から）問い合わせることがある。

3 エリスロポエチン製剤等の適応病名について [国保連合会]

ネスプ注射液、ミルセラ注等の効能・効果に「腎性貧血」と記載されているため、「腎性貧血」のみの傷病名で請求されているレセプトが多く見受けられる。用法には「血液透析患者」「腹膜透析患者・保存期慢性腎臓病患者」と記載があることから、適応病名として「腎性貧血」に加え「慢性腎不全」、「慢性腎臓病」又は「糖尿病性腎症」の病名の記載が必要と考える。

また、「慢性腎臓病」及び「糖尿病性腎症」は、重症度がわかるようにeGFR又はステージの記載を必要とするか協議願いたい。

「慢性腎不全」、「慢性腎臓病」又は「糖尿病性腎症」の病名が必要。「慢性腎不全」以外ではeGFR又はステージの注記が必要である。

4 体外式連続心拍出量測定用センサー（フロー トラックセンサー）の審査取扱いについて

[支払基金]

手術に使用の当該医療材料について、心疾患がある場合や大量出血が予測される場合は認める取扱いとしてよいか協議願いたい。

心疾患（麻酔困難例等）、ショック、透析患者、大量出血の予測される場合及びハイリスクの長時間手術等が対象となる。

5 タコシール組織接着用シートの適応及び使用 量について [支払基金]

タコシールについては、適応が「肝臓外科、肺外科、心臓血管外科、産婦人科及び泌尿器外科領域における手術時の組織の接着・閉鎖。（ただし、縫合あるいは接合した組織から血液、体液又は体内ガスの漏出をきたし、他に適切な処置法のない場合に限る。）」となっている。

適応にない、「胆」、「膵」、「脾」及び「腸」等についての取扱い及び使用量について制限を設けるべきか協議願いたい。

適応にない使用例についても、詳記内容により他に適切な処置法がないと判断できる場合は認める。

6 保険医療機関等からの意見・要望

<再診料>

No.1 認知症地域包括診療加算について

算定要件に5種類以内の薬剤の処方と定められているが、感冒薬等の臨時処方時に査定されるので改善していただきたい。また、月の途中より5種類を超える場合にも、その月すべての認知症地域包括診療加算が査定されることは理解できない。（国保）【吉 南】

投与期間が2週間以内のものは種類数から除外される。また、月の途中より5種類を超えた日から査定対象となる。再審査請求願いたい。

〈管理料〉**No.2 悪性腫瘍特異物質治療管理料**

悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は、「腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合」に算定するとされているため、腫瘍マーカー検査を行った後日の診療日に算定するよう指導されているが、初診時に悪性腫瘍が確認できている場合は、初日に当該管理料を算定できるのではないかと伺いたい。

【下関市】

(郡市医師会保険担当理事協議会からの提出)

悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、算定要件を満たす場合は、初日からの算定もあり得る。

〈投 薬〉**No.3 H2 ブロッカー (PPI と併用) の査定**

「難治性逆流性食道炎」でランソプラゾール (15mg) 2cap とフェモチジン (20mg) 1錠を併用し、「PPI 製剤のみでは効果不十分で夜間の胃酸分泌を抑えるため H2 ブロッカーを併用」と注記を付したにもかかわらずフェモチジンが査定された。過去の協議会でこの取扱いは認められているため、査定は理解できない。【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 15 年 7 月 21 日号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 29 年 9 月号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 29 年 7 月の社保国保審査委員連絡委員会の「協議 2」において協議済み。

No.4 タチオン錠とポララミン錠の併用

難治性蕁麻疹に対して、タチオン錠とポララミン錠を併用投与したところ査定された。理由が理解できない。【山口市】

タチオン注射には蕁麻疹の適応があるが、タチオン錠には適応がないので確認願いたい。

No.5 DPP4 阻害薬の査定 (緩徐進行 1 型糖尿病に対して)

2 型糖尿病の経過中に緩徐進行 1 型糖尿病を併発した患者に DPP4 阻害薬を処方したが、「適応と認められない」として査定された。理由を問い合わせると、「1 型糖尿病には、インスリンを併用しない限り、内服薬の単独投与を認めない」というものであったが、初診時より 2 型糖尿病の病名を併記していることが考慮されていない。

この判断は、緩徐進行 1 型糖尿病を急性発症 1 型糖尿病と同一視しており問題である。緩徐進行 1 型糖尿病は臨床的には 2 型糖尿病から移行することが多く、インスリン依存状態に陥るまでには数か月から数年を要する。その間、「直ちにインスリン療法を必要としない」と、日本糖尿病学会は「糖尿病治療ガイド」に明記している。すなわち緩徐進行 1 型糖尿病は、1 型・2 型の両方の性質を持った疾患であり、内因性インスリン分泌が保たれている段階においては糖尿病内服薬が処方される。したがって、保険審査において、緩徐進行 1 型糖尿病を 1 型糖尿病と画一的に分類し、インスリン治療を必須とすることには問題が多いと思われるため、検討願いたい。(国保)【宇部市】

保険請求における病名については、適応病名に留意願いたい。

No.6 複数医療機関での湿布薬投与

1 処方につき 70 枚を超えて湿布薬を投与することは原則として認められないが、他の医療機関で 70 枚を超えた湿布薬投与があることにより、薬局から湿布薬を投与しないよう連絡があったが、医療保険上の問題があるのか。【萩 市】

「1 処方における湿布薬の合計枚数は 70 枚まで」とされているため、医療保険上の問題はない。

No.7 注射器、注射針のみの処方せん

処方せん料の算定ルールでは、「注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない」とあるが、インスリンはなくても経口糖尿病薬の処方と同時に処方されている

事例の処方せん料の算定は認められるか。

【山口県薬剤師会】

他の薬剤が処方されていれば処方せん料の保険請求は可能である。しかし、注射器、注射針は対象となる注射薬の処方がなければ保険請求が認められない。なお、この場合の査定処理は（調剤審査のルールにより）医科レセプト分から減額されることになる。

〈処置・手術〉

No.8 整形外科領域の処置等

漫然投与事例は別として、以下の項目について伺いたい。

- ①頸部や腰部にネオビタカインの局注（トリガーポイント）を週 3 回していたが、慢性期では週 1 回に減らすように通知がきた。通知の妥当性を協議願いたい。
- ②頸部脊椎症、変形性腰痛症で疼痛、痺れが激しい人に点滴（ソルデム 3A200ml ナイロジン 1A ノイロトロピン 1A）を週 3 回投与していたが、週 1 回に減点された。疼痛を訴えている患者に対して週 1 回に減らすことができないため、いままで通り週 3 回点滴しているが、審査の再考を願いたい。
- ③病態に関係なく点滴注射を月 8 回まで、重曹（メイロン）の注射を月 4 回までに制限されている。病態による考慮をお願いしたい。（国保）

【防 府・厚狭郡】

（郡市医師会保険担当理事協議会からの提出）

ケースバイケースとなるため、（レセプト写し等の提示による）個別対応としたい。

No.9 動脈塞栓術に用いるコイル

カテーテルを用いた動脈塞栓術に使用するコイルには、単価が高く塞栓効果が強いものや単価が安く塞栓に個数が多く必要なものなどさまざまな種類があるが、コイルが査定される事例において、総金額や個数に制限があれば教示いただきたい。【山口大学】

保険請求点数が 40 万点を超えるレセプトであるため、特別審査（中央の審査委員会）の対象となり、県の審査委員会に審査権がない事例となる。本協議会で協議できないことを理解願いたい。

No.10 体外式連続心拍出量測定用センサー

心臓疾患等の既往歴がある患者の手術や、大量出血及び大量輸血が予想されるようなハイリスク手術の周術期及び循環動態の大きな変動が予想される症例等での血行動態の管理に体外式連続心拍出量測定用センサーを用いるが、社保と国保で審査基準が異なるため協議願いたい。【山口大学】

協議 4 と同様。

No.11 内視鏡的胆道ステント留置術

内視鏡的胆道ステント留置術について、症状詳細を添付しているにもかかわらず、術式の変更（減額査定）あるいは同一月内で複数回実施した場合の 1 回分査定など、査定の根拠を伺いたい。

【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 28 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

昨年の本協議会の協議結果と同様。算定ルール上の制限はない。

〈検査・画像診断〉

No.12 CRP の査定

S 状結腸の多発憩室のために頻回に強い腹痛をきたし入院歴もある患者で、このときも強い腹痛（腸炎）で炎症の程度を図る目的で CRP を測定したところ、（頻回の測定ではないのに）「適応と認められない」として査定されたが理解できない。

（後期高齢者）【下関市】

No.13 CRP の査定（慢性膵炎）

慢性膵炎の病名に対して、1 年 1 回の超音波検査の 3 か月後に CRP 検査を施行し請求したが査定となった。理由を伺いたい。（国保）【吉 南】

現在活動性の炎症病名が必要となる。

No.14 ミオグロビン (Mb) の査定

統合失調症の患者で、意識障害・亜昏睡状態で平成 29 年 5 月 30 日に入院され、悪性症候群を疑い、CPK (659IU/ 1)、Mb 定量 (548.4Ng/ 1) を施行し、31 日に悪性症候群と診断した(参考値: 6 月 2 日・CPK10770IU/ 1・Mb 定量 695.8Ng/ 1)。しかし、「適応と認められない」として査定された。Mb 定量は腎不全などの予後を判定するため必要だが、査定理由が理解できない。【吉 南】

具体例 (レセプト写し) の提示がないため審査判断は困難であるが、一般的には請求に問題はない。

No.15 術前検査 (肺気量分画測定等) の査定

従来、「術前検査」必要性の注記をすることで認められていた検査 (肺気量分画測定、フローボリューム) について、平成 29 年 3 月診療分において多く (7 件) 査定されたが、ほとんどが全身麻酔の症例であり、術前検査として必須の項目である。査定理由を伺いたい。(国保)【山口市】

全身麻酔の症例では認められる。

No.16 CT 検査 (異なる部位)

同一月、異なる日において、初回頭部 CT (病名: 脳出血疑い、脳梗塞)、2 回目躯幹 CT (病名: 急性胆のう症、腹膜炎疑い) を算定したが、躯幹 CT については査定となった。施行日時も部位も異なるにもかかわらず査定される根拠を伺いたい。(国保・後期高齢者)【玖珂郡】(郡市医師会保険担当理事協議会からの提出)

算定ルール上の問題はないが、傾向的請求医療機関が散見されることから、その場合は査定もあり得るので留意願いたい。

No.17 RI 検査 (骨シンチグラム)

RI 検査の骨シンチの際に、「TC ジェネレーター＋クリアボーンキット」は「TC ジェネレーター」に適用がないとの理由で「クリアボーン注射液」しか使えないことになっているが、他県の審査で

はそのような取扱いはないため協議願いたい。

【山口県病院協会】

保険請求上の問題はないと解せるが、引き続き他県の状況を注視していく。

〈リハビリテーション〉**No.18 リハビリテーション料の多単位算定**

6 単位を超えるリハビリテーション料の算定については、平成 25 年 7 月の社保国保審査委員連絡員会でも協議されたところであるが、回復期リハビリテーション病棟については、平成 28 年度診療報酬改定において、実績指数とリハビリテーション提供単位数の平均値によるアウトカム評価が始まったため、同単位数の要否については、この評価に委ねるべきではないか検討願いたい。

【岩国市】

【関連記事】「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

過去のリハビリテーション料 (多単位) の協議と同様であり、医学的判断により審査判断される。

〈その他〉**No.19 再審査請求時の添付資料**

再審査請求時にエビデンスを示す資料を添付するが「原審どおり」となることがある。添付資料が参考とされていない状況であるが、どのような資料を添付することが適当か。【山口市】

ガイドライン等が、そのまま保険請求可能とはならないので留意願いたい。

〈要 望〉**No.20 維持期リハビリテーション**

「治療継続により状態の改善が期待できる」という基準について、医療における集中的なリハビリテーションの介入を行うことで現状を維持できているが、減算や算定制限があり、十分な対応ができていないため、改善をお願いする。

【山口県病院協会】

No.18 と同様。

No.21 福祉医療費請求書の電子化

福祉医療費、いわゆる^①（重度身障者・乳幼児・ひとり親）の請求事務は、国保連合会が一手に契約しているため、社保分の^②も国保連合会へ提出することになっている。そのため、現在でも紙ベースの手書き請求を強いられ、特に対象者の多い小児科では事務作業が煩雑である。早急にすべて電子請求できるよう、県医師会でしかるべき対応をお願いしたい。【山口市】
(郡市医師会保険担当理事協議会からの提出)

請求方法の改善については、三師会会長の連名で県知事へ要望書を提出（平成 26 年）しているが、市町ごとの判断に委ねられているため事態は硬直している。支払基金では市町の担当者を一堂に集めた説明会の開催が（10 月に）予定されている。

※ 以上の新たに合意されたものについては、平成 29 年 11 月診療分から適用する。

「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）をお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報・情報課

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

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集

山口県医師会報・平成 29 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認
 いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

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

字数

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

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又は USB/CD-R の郵送	11 月 17 日
②手書き原稿	郵送	11 月 10 日

原稿送付先

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

備考

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

都道府県医師会生活習慣病（糖尿病・COPD 等） 担当理事連絡協議会

と き 平成 29 年 8 月 2 日（水）13：30～16：00

ところ 日本医師会館 3 階小講堂

[報告：常任理事 藤本 俊文]

挨拶

日本医師会長 横倉義武 受動喫煙防止の署名が 250 万人を超えたことに対して感謝申し上げる。国民の健康増進の観点からも生活習慣病は喫緊の課題であり、平成 27 年 7 月に発足した日本健康会議においても生活習慣病対策を健康寿命延伸のための重要な課題と位置付けて活動を展開している。生活習慣病対策は地域差が大きく、地域医師会が主導的に動く必要がある。

講演

1) COPD 対策推進の現状と課題

日本医師会常任理事 羽鳥 裕

COPD は世界の死因第 3 位である。実際に治療を受けている患者は 22 万人だが、推定患者数は 530 万人以上とされている。平成 22 年、日本医師会・日本呼吸器学会・結核予防会・呼吸ケアリハビリテーション学会の 4 者で「日本 COPD 対策推進会議」を設立し、『COPD 診療のエッセンス』を発行した。平成 24 年には「COPD 啓発プロジェクト」を発足させ、認知率を 80%（平成 23 年：25%）に引き上げることを目標とし、発症予防・早期発見・早期治療・合併症予防等に取り組んでいる。ただ、都道府県医師会での COPD 対策推進会議等の設置は 4 県にとどまるので、何らかの対策会議を設置していただきたい。

今後の課題は、かかりつけ医の知識の向上と早期発見に繋げる医療体制の連携である。オリンピック控え、日本医師会として医療機関の敷地内禁煙を支持し、すべての飲食店等で受動喫煙から従業員を守るためにも建物内禁煙の徹底を図り、受動喫煙は国民全体の医療的・経済的問題と考えるべきである。

2) 糖尿病重症化予防等に関する対策の現状と課題

厚生労働省保険局国民健康保険課

課長 鳥井 陽一

平成 27 年 7 月に民間主導で「日本健康会議」が発足した。「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の中でかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村（27 年度末 118 市町村）、広域連合を 24 団体以上とすることを目標にしており、その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図るとしている。しかし、取組みの現状としては、2016 年末時点であり進んでおらず、調べたところ、かかりつけ医や医師会との連携について、3～4 割程度が連携できていないことがわかった。また、糖尿病対策推進会議についても、市町村で知らないという回答が多かった。

現在、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しているが、さらに支援するために、保険者に対するインセンティブとして「保険者努力支援制度」（平成 30 年度施行、700～800 億円規模）を創設した。結果として医療費適正化を目指すとしている。都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組み状況に応じて支給するもので、データヘルス計画の策定状況と連携体制などを含めた評価点数が決められており、その点数に応じて配分される（都道府県 500 億円、市町村 300 億円）。この中にはかかりつけ医や糖尿病対策委員会との連携なども含まれている。

日本医師会副会長 今村 聡

近年、慢性透析患者数の増加は 4,000～6,000

人／年にとどまっているものの、増加の一途を辿っている。最大の原疾患が糖尿病性腎症であり、平成 17 年に日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会の 3 団体で「日本糖尿病対策推進会議」を設立、かかりつけ医機能の充実と病診連携、受診勧奨・事後指導、治療成績の向上を柱とした。都道府県糖尿病対策推進会議と行政との連携は 64% 程度で、未だ十分とは言えない。平成 28 年 3 月、厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者で連携協力協定を締結し、速やかに重症化予防プログラムを定めることとした。県医師会は郡市医師会に対して動向を周知し、会員に対する周知・かかりつけ医と専門医との連携強化などに協力、自治体への協力、また、住民への啓発や医療従事者への研修に努めることとしている。本年 7 月 10 日の国保・後期広域の糖尿病性腎症重症化予防 WG で、市町村は医師会・かかりつけ医との連携不足解消のためには、企画段階から協議し合意形成が必要であり、実施方法も含めて糖尿病対策推進会議と直接相談することが重要とされた。日本医師会としては、今後、都道府県の糖尿病対策推進会議の活動状況調査を行い、関係団体との相談窓口の明確化を行う。また、日本糖尿病対策推進会議総会を定期開催する予定である。

また、第 3 期特定健診・特定保健指導の見直しに向けた検討が行われ、重症化予防を国が強く言っているので、透析移行を防ぐためには検査項目にクレアチニン及び eGFR がなければ意味がないということで、今回、本体の特定健診によりやることができ、国保の財政により市町により差のあった Cr (eGFR) が平成 30 年度から詳細な項目に追加された。

3) 特定健診・保健指導第 3 期見直しについて

日本医師会総合政策研究機構研究部

統括部長補佐 吉田 澄人

第 3 期（平成 35 年度まで）の目標としては、特定健診実施率 70% 以上、特定保健指導実施率 45% 以上としている。平成 29 年度から全保険者の実施率を公表することにした。

制度の見直しでは、検診当日に検査結果が出て

いなくても腹囲・体重・血圧・喫煙等の状況から初回面接・計画策定の分割実施を可能とし、すべての結果が判明したときに 2 回目面接を実施する。さらに、保健指導の実績評価は 3 か月後でも可能とする。特定健診を受けた当日には検査結果が全部出ていないが、一定の要件を満たせば「初回面接①」という名称で暫定的に行動計画を策定、その後、検査結果がすべて整ってから、総合的判定をして、行動計画が出来たときには、「初回面接②」を行う。このように初回面接を 2 つにわけると集合契約にも関係する。したがって、これまでの集合契約の契約形態だとなかなか難しいということがあるため、平成 30 年度については集合契約 A、集合契約 B のそれぞれに A①、A②、B①、B②と、新たに初回面接を①②として実施できる契約として、A②、B②が新たに設けられる。なお、集合契約 A②、B②を実施する場合は、健診部分と保健指導部分とのセット券が保険者から発行されるのが前提条件となり、セット券が発行されない場合は、通常の保健指導の位置づけになると考えていただければよい。

基本的な項目の中の脂質検査で、中性脂肪 400mg/dl 以上や食後採血のため LDL コレステロールの代わりに non-HDL コレステロールを用いた場合も検査したと見なす。血糖検査も食直後を除き随時血糖検査（食後 3.5 時間以上 10 時間未満）も利用可とする。

詳細な検査項目では血圧、又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、医師が必要と判断した者に Cr 検査を追加する。69% が対象と推定されることから、すべての検査結果が出てからではなく、採血時にまとめて検査するか、追加検査が可能にようにするか市町村国保等と相談していただくこととなる。結果は Cr 値及び eGFR（必須）で表示する。心電図検査は血圧が受診勧奨値以上の者、又は不整脈が疑われる者とする。眼底検査は血圧又は血糖が受診勧奨値以上の者に行う。ただし、当該年度の結果が不明のときは、検査実施理由欄に前年度結果と記載することで可能とする。当該年の場合は結果から 1 か月以内に行うこと。

第 48 回 中四九地区医師会看護学校協議会

～人を育てる、自分を育てる～

と き 平成 29 年 8 月 19 日 (土) ～ 20 日 (日)

と ころ ホテル日航熊本

担 当 八代看護学校

[報告 : 常任理事 沖中 芳彦]

開会式

来賓挨拶

日本医師会長 横倉義武 昨年の 4 月、熊本で大きな地震があった。八代と熊本の間が特に大きな被害があり、交通も遮断された。南部は鹿児島県医師会の JMAT が八代を中心としてサポートした。その他の地域も全国から JMAT が駆けつけ、支援を行った。今回の担当を返上しようかと考えられたという岡村会長のお言葉は本音だと思う。また、今年になって、北部九州の水害が起きた。特に朝倉、日田の被害が大きかったが、それぞれの地域の医師会や看護学校が現状の回復に尽力されたものと思う。そのような状況の中で、当協議会が開催されることに対してお祝いを申し上げる。実はこの会には私自身深い思い入れがある。平成 8 年に私の地元の大牟田医師会で当協議会を主催させていただいた。当時、担当理事であり、懇親会をどのようにして盛り上げようかと考え、炭坑節を踊っていただいた。

さて、本日お集まりの方々をはじめ、医師会立看護学校の関係者の皆様には、長年に亘り地域医療を支える看護職員の養成にご尽力いただいていることに心から敬意を表する次第である。また、開催の準備に当たられた八代市医師会長の田淵先生、八代看護学校長の岡村先生、関係者の皆様方のご尽力にお礼を申し上げる。昨年の徳島の協議会において、平成 28 年度から 29 年度にかけて、厚生労働省においてカリキュラムの見直しが行われる予定であり、実習についても内容を精査してより良いカリキュラムを検討していきたいということを挨拶で申し上げた。しかしながら、その後さまざまな状況の中で、この検討会がまだ設置さ

れていない。本日は大変お忙しい中、厚生労働省の島田陽子 看護課長においでいただいた。看護基礎教育における課題に関して検討できる場を、本年度こそ設けていただければと期待している。また、島田課長には、ぜひ現場の学校関係者の声を聞いていただいて、看護師、准看護師の養成に関する課題の解決に力を貸していただきたい。

今回のシンポジウムのテーマは「医師会立看護学校の現状と展望 ～とくに准看護師課程の存在意義について～」である。私の地元の福岡でも、准看護師の養成校を閉校したところがあり、その地域は看護職員の確保が非常に困難になっている。医師会立看護学校の運営は大変厳しく、会員の先生方のご負担も大きいことは承知しているが、地域医療を守るためには、看護職員の確保は必須であり、現状では医師会として取り組まなければならない事業であると考えている。先生方にも各地でご尽力いただき、看護職員養成に力を発揮していただければと思う次第である。

熊本県医師会長 福田 綱 当大会が熊本の地で、八代看護学校の担当で行われることを大変喜んでいる。震度 7 の地震に 2 度襲われるという未曾有の大震災であったが、いよいよ本格的な復旧・復興のステージに入ってきた。かかる時にこの協議会がここで開催されるということにわれわれは大変勇気づけられる。皆様方のご参加に心から感謝している。

さて、医療を取り巻く環境には大変厳しいものがある。医療は日々高度化・先進化している。わが国の高齢化の進展にはすざましいものがあり、人口の約 3 割が高齢者となる超高齢社会、すな

わち 2025 年が間近に迫っている。このような中で、国ではさまざまな政策を展開している。例えば、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域医療構想の策定も行われた。いまでは運用の時期に入っている。ご存知のように、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、さらには在宅、介護と、それぞれのステージに医療を機能分化し、その連携を進めつつ、医療を効率的に提供しようという取組みである。その際に、それぞれのステージで、看護職員の確保、適切な配置が求められている。2025 年に推定では約 200 万人の看護職員が必要であると言われているが、今のペースで養成を続けても 20 万人の不足が生じるということである。熊本県でも看護職員を養成しているが、その半分程度しか地元には残らず、その中で如何に適切に配置するかということは私にとって大変な課題である。看護師の偏在については、大都市に集中するという傾向があり、大都市の医療機関では充足は可能であろうが、過疎地域における看護職員の提供は大変難しく、大きな課題である。そのような中で、熊本で当協議会が開催されることは大変意義のあることである。地元に残る看護職員のほとんどが医師会立養成所の出身者であり、准看護師についてはほぼ 100%が地元に残ってくれるわけで、大変頼りになる存在である。看護職員不足は国家的な課題であるが、その議論をここでできることを大変喜んでいる。看護職員養成には大きな問題を抱えているが、このようなときこそ関係者が一堂に会して情報を共有し、議論を深め、知恵を絞ることが大切である。当協議会がそのよい機会になることを祈念する。

シンポジウム

医師会立看護学校の現状と展望

～とくに准看護師課程の存在意義について～

I 基調講演

1. 看護職員の養成と確保について

厚生労働省医政局看護課長 島田 陽子

1) 背景

少子高齢化が進んでおり、ケアが必要になる人の割合も増えている。看護職員確保の観点から大きな問題になると思われることは、1 年間の出

生数がどんどん減っていることである。2013 年は 103.0 万人（出生率 1.43）であるが、その後 100 万人を割っている。18 歳人口も減ってくるため、看護職員として働く人の確保が難しくなってくる。ケアの中身を考えても、高齢化が進むと亡くなる方も多くなるため、多死社会の中でこれらの方々をどのように支えていくかが大きな課題となってくる。その中で、地域医療構想が始まってきた。長く地域の中で医療のみならず介護、予防、住まい、生活支援などを一体的に提供しながら支えていく体制を作っていくことを、地域地域で進めなければならない。地域医療構想にしても地域包括ケアシステムにしても、住民の方々、療養しておられる方々を第一線で支えるのは看護職員であり、役割を十分に果たせるような資質・量をしっかりと確保していくことが重要である。

最近の動きとして、厚生労働省で「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」のまとめが本年 4 月に出されている。この検討会では、新たな時代にふさわしい医療を提供する側が、疲弊することなくプロフェッショナリズムを高め、住民・患者と協働しながら対応するためのビジョンを構築しようという考えのもと、医療従事者が将来展望を持ち、新たな時代に即応した働き方をするための指針を出そうと検討を行っている。

先述のまとめの、看護師のキャリアの複線化・多様性の中に記載されているが、看護師は、「多様かつ複雑な患者の医療・生活ニーズに寄り添い、多職種と連携しながら患者のケアを中心に担い」、「今後のわが国の医療で極めて大きな役割を担う職種」とされている。患者・住民のニーズの多様化の流れに即応し、さらに多様で幅広い活躍ができるよう、看護師確保の観点からも育成課程の多様性は確保しつつ、各看護師のキャリア選択に応じた複数の養成システムを維持・発展することが必要である。卒前教育では、看護師として共通して求められる知識や能力が培われるよう教育カリキュラムを拡充する必要があり、早急に見直しを開始すべきであり、また、准看護師がスキル向上とキャリア形成を行えるよう卒前教育カリキュラムを見直す、ということが方向性と

して出されている。

2) 看護職員の就業状況と確保対策について

看護職員の就業者数は、看護職員全体（看護師、准看護師、保健師、助産師）として、1,634,119 人という数が直近のデータとして挙がっている。今のところ幸いにも看護職員は右肩上がりで確保されているが、出生数、人口自体が減少している中で、今後どのように確保していくかということが重要な課題となる。看護職員の就業場所は、最近 10 年の推移でみると、訪問看護ステーションや居宅サービスで働く人が、実数は少ないものの増えている。

看護職員に関しては、新たに免許を取って働く方を養成することも大切であるが、一度免許を取得された方に長く仕事をしていただくことも施策としては重要と思われる。看護職員は女性が多い職種であるため、さまざまなライフイベント（妊娠、出産、子育て、介護休暇等）で、どうしても一時期離職することがあると思われるが、その際も復職しようと思っただけのように、しかもより自信を持って、よりさまざまな情報を持って復職していただけるように、平成 27 年 10 月に届出制度を創設した。これは退職などをする際に、看護職員の方々にナースセンターに届出をしていただき、ナースセンターでは個々の状況に合わせて必要な研修等を受けていただけるように情報提供をしながら、自信を持って復職していただくという制度を設けている。本人の了承を得て、代行で届出をすることもできる。是非、看護職員の養成に携わっておられる方々には、将来のキャリアパスを考える上でも、このような仕組みをしっかりと学生さんに理解して活用していただけるよう情報提供をお願いしたい。WEB 上でも届出ができるようになっている（看護師等届出サイト「とどけるん」）。

また、医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組み（現状分析、改善計画の策定等）を支援するシステムも進めている。

3) 看護職員の養成について

看護師等学校養成所施設数は、平成 28 年には看護師 3 年課程が 827、同 2 年課程が 178、同 5 年一貫が 76、准看護師が 234 となっている。

設置主体別にみると、3 年課程（548）では医師会立は 57（10%）、2 年課程（170）では医師会立は 73（43%）、准看護師課程（219）では医師会立は 183（83%）と、医師会立の尽力が大きいことがわかる。

高校卒業者に対する看護師・准看護師学校養成所の新卒入学者の割合をみると、平成 27 年には 4.1%で、少子化で高校卒業者数が減っている中で、看護学校の入学者割合は増えている。定員の充足率は、平成 28 年で 3 年課程は 97.9%、2 年課程（全日制・定時制）は 89.6%、准看護師課程は 91.5%であった。

入学者の年齢構成は、3 年課程では 20 歳未満が多くを占めているが、准看護師課程では 25 歳以上の割合が高く、最近では 50%前後で推移している。このような方々が免許を取得しようと思った時に養成課程として機能しているということである。

養成課程の充実という点においては、教育内容の見直しを行っている。看護師学校養成所 2 年課程（通信制）の入学要件の見直しも行っており、平成 30 年 4 月から、激変緩和措置として、就業経験年数を現行の 10 年から 7 年以上に短縮することになっており、教育の充実に関する見直しとして、専任教員の定数を現行の 7 人から 10 人に増員することとしている（ただし、学生総数が 300 人以下の場合は、8 人とする）。

看護職員確保対策の一環として、地域医療介護総合確保基金により民間立の看護師等養成所に対する財政支援を実施している。平成 28 年度には、運営事業には 95.6 億円、施設整備等事業には 18.9 億円を計上している。

専任教員養成講習会は、29 年度は都道府県レベルで 14 か所（定員 493 人）、準ずる団体では 3 か所（定員 195 人）で開催される。また、教務主任養成講習会は 3 か所（定員 53 人）で開催される予定である。実習指導者講習会は 43 都道府県（定員 3,167 人）で、準ずる団体では 21 か所（定員 1,070 人）で開催されることになっている。

県内の就業率（平成 26 年 3 月卒業者）は、准看護師は 90.0%、看護師（大学、短大、3 年課程、5 年一貫、2 年課程すべての合計）は 72.7%となっ

ている。地元で重要な役割を果たしている准看護師を含め、看護職員の確保をしっかりと進めたいと考えている。

2. 准看護師制度の意義と日本医師会の活動方針について

日本医師会常任理事 釜 范 敏

国も准看護師を含めた看護職の養成をしっかりと行っていくことを明言している。したがって、准看護師の養成も今後継続して行われなければならないし、そうされないと地域医療は成り立っていない。

昭和 25 年から平成 72 年までの実測値並びに推計の人口構成をみると、75 歳以上の高齢者の割合が増加する。0～14 歳は昭和 25 年には 2,979 万人いたが、平成 72 年には 791 万人に減少してしまう。生産年齢人口と言われる 15～64 歳の割合は今後減少していく。総人口は平成 22 年の 12,806 万人を最高に、平成 27 年の時点でもわずかに減少しているが、その後も減少し続けるとされる。高齢化率は上がってくるが、そのような人口の変化を踏まえて、地域医療をどのように確保していくかということが大きな課題となる。

2025 年には「団塊世代」がすべて 75 歳以上になるため、効率的で効果的な医療提供体制を作らなければならない。また、地域包括ケア体制をしっかりと構築していかなければならない。生涯現役社会も構築しなければならず、健康寿命を延伸して、できるだけ現役の方を増やしていかなければならない。政官民挙げての推進（日本健康会議、次世代ヘルスケア産業協議会）も重要であり、それぞれが皆同じ方向を見て、それぞれの役割を担っていかなければならない。

日医はかかりつけ医を中心に地域医療をしっかりと構築し、街づくりを推進するという方針である。まず、医師会と行政がしっかりと連携が取れることが重要である。

かかりつけ医の役割は、日常の診療・疾病の早期発見、重症化予防、適切な初期対応、専門医への紹介、症状改善後の受け入れであり、気軽に相談に乗れること、患者さんの家族や生活環境も踏まえてしっかりと対応できることが、かかりつけ医

に求められている。適切な受療行動、重複受診の是正、薬の重複投与の防止等により医療費も適正化させ、いろいろな医療関係職種が連携して、チーム医療をしっかりと行っていかなければ、とても医療の提供はできない。必要に応じて専門医への紹介も求められている。

厚生労働省の推計では、2025 年には 10 万人程度の看護職員が不足する見込みである。高度医療や急性期医療を担う看護職員ももちろん必要だが、地域包括ケアシステムを担う看護職員の確保は、今後の超高齢社会を左右する喫緊の課題である。

看護師・准看護師学校養成所（大学を含む）卒業者は平成 10 年が約 75,000 人と最多であった。しかし、それ以前からの准看護師養成停止運動を背景に、平成 11 年には准看護師課程のカリキュラム変更が行われ（施行は 14 年）、准看護師の養成は著しく減少した。すなわち、平成元年には 3 万人養成されていたが、カリキュラムの変更後平成 20 年まで急に減少し、その後も減少しているが減り方は緩やかになっているものの、平成 28 年には約 9,000 人となっている。それに伴い、看護師 2 年課程も減少した。看護系大学は増加しているものの、看護師と准看護師の養成数を合計しても、まだ平成 10 年当時の水準には至っていない。平成 10～20 年までの急激な減少が回復できないままとなっているのが現状である。今後、准看護師養成数を増やして必要な医療を守っていくことが重要である。

看護系大学は看護学の研究と教育のできる指導者の養成に限った役割を担うということで始まったにもかかわらず、看護師の資格を取られる方が増えてきた。昭和 27 年に最初の看護系大学が誕生してから、約 40 年間は 11 校しかなかったが、平成 4 年の人材確保法の制定や財政措置を契機に、年平均 10 校程度ずつ増加し、平成 27 年度では 250 校にまで達している。近年増えているのは私立大学で、附属病院を持たない看護系大学の影響により、看護師養成所や准看護師養成所の実習施設の確保が困難となっている。

熊本県の状況は全国と大差ない。大学が 3 校あり、定員 270 人に対し入学者は 311 人である。

准看護師は養成所が 7 校あり、定員 376 人に対し入学者は 357 人であり、定員を満たしていない。平成 28 年 3 月の大学卒業者のうち看護師として就業した者の県内就業率は 45.7%である(卒業生全体に占める割合は 35.6%)。県外の就職先は福岡県が多い。一方、看護職として就業した准看護師の県内就職率は 87.9%であった。

看護職員の医療機関間の偏在という問題もある。看護系大学は増えているが、大病院や急性期病院志向があり、地域の中小病院や有床診療所への就業はほとんどない。

4 年制大学での看護基礎教育が法制化されると、経済的理由等により看護師志望者が大きく減少する可能性が高い。社会人の志望者も減ると考えられる。また、教室や専任教員の増加が必要になるが、物理的にも人材確保の点でも対応が困難であり、養成所の閉校により、養成数の大幅な減少を招くため、看護職不足に拍車をかけ、超高齢社会を支えられない。日医としては看護師基礎教育の 4 年制化は容認できないことをいろいろな機会に訴えていきたい。

医師会立助産師・看護師・准看護師学校養成所調査によると、准看護師課程、看護師 2 年課程の学校数は減少傾向にあり、5 年前に比べ准看護師課程は 14 校減、看護師 2 年課程は 10 校減となっている。看護師 3 年課程は、平成 24 年度の 63 校から 29 年度の 70 校と増加しているが、医師会立全体の学校数は減少している。准看護師課程の応募者は、24 年度の 27,392 人から 29 年度には 14,095 人にまで減少している。入学者も大きく減少し、29 年度は 7,692 人と、定員 8,316 人を大きく下回った。看護師 2 年課程は 5 年前と比べて 10 校減、定員は約 550 人減となっている。29 年度の入学者は 2,933 人と、24 年度の 3,571 人から減少している。看護師 3 年課程は、応募者は 26 年度から減少傾向にあったが、29 年度は 2 校増えたこともあり、前年度より約 300 人増加した。入学者は 3,700 人と 24 年度(3,172 人)に比し増加している。29 年度の定員充足率は、准看護師課程 92.2%、看護師 2 年課程 92.5%、看護師 3 年課程 100.3%であった。

卒業後の進路を課程別にみると、准看護師課程は課程の性格上、進学率が他の課程と比較して高

い(45.7%)。ただし、進学者の半数以上(全体の 25.3%)は医療機関に就業しながらの進学であり、全体で 7 割以上が就業していることになる。看護師 2 年課程、3 年課程の就業先は、養成所を運営している医師会立管内が 5 割を超え、次いで医師会管外、県外の順となっている。

医師会立看護師・准看護師養成所が抱える課題としては、応募者の減少、実習施設の不足、教員の不足、財政面の問題が挙げられる。これらへの対策を厚労省に繰り返しお願いしているところであるが、多面的に准看護師の養成をバックアップしていくことが必要である。カリキュラムの改定に関しては、現場の実情に即して、視覚教材などをもっと積極的に取り入れて、実習が効率的に行われるような仕組みを考えなければならない。

日医の方針：1) 今後も地域の医療・介護を守るため、准看護師養成制度を堅持していきます。今後のカリキュラム改正に際しては、准看護師が在宅医療や地域包括ケアを支える人材として活躍できるようなカリキュラムを検討していきます。2) 准看護師の生涯教育の推進のため、日本准看護師連絡協議会を、四病院団体協議会とともに支援していきます。3) 准看護師養成所の運営環境の改善のため、厚生労働省に次の事項について要望いたします。①財政支援、②実習病院の確保、③教員の確保、④指定規制の緩和(例えば、「授業科目について、同時に授業を行う学生の数は 40 名以下であること」とされているが、教員(講師を含む)の確保が困難な中で、複数クラス合同で実施できるようにすることで、教員の負担軽減が可能。)

最後に、11 月 1 日が「いい医療の日」として、日本記念日協会に認定されたことを報告する。

3. 地域に於ける准看護師育成機関の現状と今後の准看護師制度の意義について

藤川病院理事長 藤川 謙二

医療機関、看護学校がどのくらい困っているのかという現場の声をお聞かせしたい。

1) 看護師・准看護師就業者数

保健師、助産師以外の看護職は 140 万～150 万人で、現在は毎年 6 万人程度養成されているが、毎年 2 万人ずつ辞めており、差し引きすると、

毎年 4 万人前後増で推移している。看護職員不足は今後 30～40 年続くと思われる。看護師・准看護師ともに病院、診療所はもちろんのこと、福祉施設、介護施設にも就業しているが、カリキュラムの改定によって准看護師養成所が閉鎖されるようになり、准看護師の養成が減ってきたことによって、中小病院や有床診療所も閉鎖されるところがでてきている。これは地域医療の崩壊につながる要素である。

2) 看護師・准看護師学校養成所入学状況

准看護師課程の 1 学年の定員は、平成 28 年は平成 19 年に比べ、3,000 人程度減少している。これは養成所の減少によるところが大きい。

准看護師養成所に入学した人の経歴は、高卒が 8 割を占めており、中卒も 28 年度で 510 人存在する。これらの方々は 5 年一貫教育で卒後は看護師になれるため、これも准看護師数の減少の一つと思われる。

中四九地区の 28 年度の県別学校養成所入学状況は、准看護師課程では、福岡県での入学者が最も多く、1 学年定員は 893 人（16 校）に対し入学者は 871 人（充足率 97.5%）で、次いで、広島県の定員 530 人（8 校）に対し入学者 487 人（充足率 91.9%）、さらに山口県の定員 410 人（10 校）に対し入学者 375 人（充足率 91.5%）となっており、以下、熊本、佐賀、長崎、大分、宮崎、香川、鹿児島、徳島、高知、鳥取、愛媛、島根、岡山の順で入学者数が多く、沖縄県は准看護師の養成は行われていない。西日本は病院も多く、ベッド数も多いため、多くの看護師、准看護師を必要としているが、充足率が 100%を超えるのは岡山、佐賀、高知の 3 県だけで、鹿児島、鳥取、島根、香川の 4 県は 80%を切っている。

3) 佐賀県内医師会立看護学校（准看護科）アンケート調査

平成 29 年度入学生の学校別入学状況は、佐賀市医師会立看護専門学校では定員 80 人に対し充足率 105%であり、その他 5 校の充足率は 103%（定員 40 人）、100%（同 35 人）、111%（同 35 人）、98%（同 50 人）、60%（同 40 人）であった。

在校生の就業状況（29 年度入学）は、佐賀市医師会立看護専門学校では 88 人中 66 人が医療機関に勤務しているが、学校によっては 4 割近

くが医療機関に就業せず、中には他の職種にパートタイムで勤務している人もいる。

卒業生の進路は、准看護師の資格で就業される人もいるが、多くは定時制の 2 年課程に進学している。自校に看護師課程がない学校でも、他校の 2 年課程や全日制へ進学する人もいる。

29 年度入学者の 1 年次の校納金については、学校により多少の差はあるが約 70 万円である。県育英資金の利用者は学校により 0～8.7%である。28 年度の補助金（県・市町・所属医師会・県医師会・日医）は、生徒数によるが、1,560 万～2,390 万円であった。

28 年度のデータであるが、佐賀市医師会立看護専門学校では、収入の 59%を校納金が占めている。支出の人件費率は、最も少ない佐賀市医師会看護専門学校で 55%であるが、他の学校では 70%前後となっている。50%台に人件費率を抑えなければ、経営は難しいと思われる。

医師会立看護学校の准看護科の存在意義：勤労学生として看護職を目指し、学ぶ機会を得ることができ、地域医療を担う人材育成に貢献している。経済的、学力的諸事情を抱えながらも看護職に就きたいという意欲のある若者を、地域に貢献する人材に育てるための必要不可欠な存在である。地域に密着した看護師、准看護師の育成を主に行っているのは地区医師会であり、卒業生についても毎年 7～8 割以上は地元の医療・介護の現場に就職し、地域医療に貢献している実績がある。今後ますます地域での看護師、准看護師のニーズは高まることが予測されるため、地区医師会立看護学校の存在意義は大きい。

看護科併設校の現在の問題点と将来の展望について：高校の衛生看護科の廃止や全日制の 2 年課程の学校設立により、ここ数年受験生が減少している。このままでは 2 年課程定時制の必要がなくなる時が来るのではないかと危惧するが、働きながら看護師を目指す人材がいなくなって地域の医療機関が成り立つのか疑問である。

4) 看護師教育・規制の各国の動向

イギリスでは、2013 年 9 月以降、看護基礎教育は学士課程のみで提供することを決定し、教育カリキュラムを新しくした。保険医療供給体制の変化に伴い、無資格の保険医療従事者が増加した

ため、これを規制する目的により、育成を中止していた准看護師相当の看護師育成の再導入を検討中である。ニュージーランドも育成を中止していた准看護師相当の看護師育成の再導入を検討している。

世界的に、Second level nurse や Assistant nurse が存在しているのが実態である。日本でも准看護師は検定試験であり県で合否を決定するが、実態としては国家資格である。すなわち、どの県で資格を取得しても全国で通用する。准看護師を国家資格として誇りを持って頑張っていただけのようにしていただきたい。

5) アメリカの看護師資格

日本に准看護師と看護師があるように、アメリカにも LVN (Licensed Vocational Nurses) と RN (Registered Nurses) がある。日本では准看護師養成数は減少傾向であるが、アメリカでは増加傾向にあり、LVN の需要は高いと言える。LVN は静脈採血や皮下注射、末梢静脈内持続点滴をすることができる。また、輸液の種類は電解質、栄養素、ビタミンの輸液に限られており、中心静脈ライン輸血に関しては、輸液内容が何であれ、行うことが禁じられている。また、アセスメントは RN の職務であり、LVN の職務内容には含まれない。ベッドメイキング、患者の搬送、食事の介助などは主に Nursing Assistant (看護助手) が行う。

RN は、患者ケアを提供、コーディネートする。また、患者指導及び地域における保健指導を行い、その家族に対しても助言や精神的援助を行う。静脈血採血だけでなく、動脈血採血を行うことも認められている。投薬前の血液データの確認及び医師への報告も RN の仕事である。

アメリカの人口は日本の 2.5 倍であるが、看護師の数は RN の数だけでも日本の 3 倍である。看護協会としては大学卒で 100% を占めたいという願いがあるようであるが、現場ではそうはいかない。大学を卒業して開業医や民間の医療機関にはなかなか就職しない。地域医療を守るためには、厚生労働省の管轄の医師会立看護学校を、定時制も含めて死守していかなければならない。

6) 医師会立看護師・准看護師養成所の課題と対策

平成 26・27 年度医療関係者検討委員会の報告

によると、次の 4 つになる。すなわち、①専任教員の確保 (専任教員の養成講習会を改善して、各県で行えるようにする等)。②実習施設の確保 (実習施設を持たない看護学校が増えていくと、周囲の国公立大学も含めて取り合いになる。国公立大学の謝金が高いため、医師会立看護学校の経営が厳しくなる)。③入学定員の超過 (看護大学は文科省の管轄であり、定員を 1 割や 2 割オーバーしてもペナルティーはない。しかし、厚生労働省の管轄の医師会立看護学校には非常に厳しい指導が来る。定員ギリギリで入学させても、卒業時には 2～3 割程度が留年や退学等で減少するため、現場の医療機関としてとても困っている)。④医師会立養成所を魅力あるものとする努力もしなければならない。

准看護師養成所の存続の意義と医師会の義命：
①診療所や中小病院、精神病院の存続には、全日制のみならず定時制の准看護師、看護師制度が不可欠である。②地域包括ケアシステムによる地域医療介護システム確立・存続のためにも、准看護師の存在は絶対的に必要なものである。③看護師資格の国際的な現状、未来を見通しても准看護師制度は進化させ、レベルアップさせることにより、少子高齢化社会の国民のためになるものと確信する。④地域医師会の義命として、医師会員による医療機関のための看護師・准看護師養成は、絶対的に第一義的な業務として堅持すべきである。⑤厚生労働省と日医には、地域包括ケアシステム確立のために、地域医師会の看護師・准看護師養成所の存続のために更なる支援を期待するものである。

全日制ばかりを作ってもなかなか地域に定着しないため、定時制の准看護師・看護師養成所を守ることが大原則である。

4. 日本准看護師連絡協議会設立の経緯と今後の准看護師制度維持の意義

日本准看護師連絡協議会会長 滝田 浩一

まず、日本准看護師連絡協議会設立の経緯を説明する。平成 23 年 3 月から 24 年 3 月にかけて、「准看護師の生涯教育研修体制の在り方に関する連絡協議会」を日医と四病院団体協議会が中心となって開催したことが始まりである。この

会議の主な内容は、准看護師の現状と問題点の把握、准看護師の生涯教育体制のあり方、准看護師養成制度の推進等が中心である。平成 26 年 6 月には、来るべき 2025 年に向けて地域で働く看護職を如何に増やしていくか、その方策を検討する目的で、自民党国会議員による「地域を支える看護職員養成促進議員連盟」が設立された。その後、平成 25 年 10 月、第 187 回国会厚生労働委員会の会期内に、ある議員が前厚生労働大臣に質問したところ、「厚生労働省としては今後とも准看護師を含めて看護職員のしっかりとした確保に取り組んでいかなければならないと思っている。」との答弁があった。ようやく准看護師の必要性を認めていただいた瞬間であった。その流れから、平成 27 年 4 月に准看護師連絡協議会に関する打ち合わせ会を発足し、都内で働く准看護師 10 名程度と日医や四病協が中心になって話し合いを行った。准看護師から出た問題点としては、准看護師がチーム医療で意見を言いづらい、准看護師の研修機会が少ない、病院から准看護師が研修に参加しづらい等の意見が出された。そして、日医と四病協が支援団体となり、平成 27 年 11 月 6 日に「日本准看護師連絡協議会」が設立された。

平成 28 年 3 月に設立総会を開催した。詳細はホームページに記載している。平成 29 年 5 月 19 日に第 1 回定期総会を開催した。准看協は、准看護師がさまざまな分野における教育と研鑽に根差した看護の質の向上を図るとともに、安心して働き続けられる環境作りを推進し、地域の人々の健康づくりに貢献することを目的とする。

准看協は設立から 2 年目に入って、漸く具体的な活動を実施できるようになってきた。その内容を紹介する。1) ホームページを設置し、会員専用ページと一般ページでさまざまな情報提供を行っている。特にマイページは充実したものになるよう努力している。2) 各地で研修会を開催している。本年度は 7 地域で 9 つの研修会を予定している。3) 会報誌となる『准看協ニュース』を年 3 回、会員にメールで配信している。4) これから准看護師を目指す人への情報提供として、准看護師制度の説明、全国の准看護師養成校の一覧、体験談を掲載したページを設置している。5) 進学や就職を考える准看護師のために、求人

情報、進学方法等の記載ページを設置している。6) 当協議会のことを多くの方々に知っていただくという思いで、ツイッターを開設したので、是非フォローをお願いしたい。7) 当協議会設立のきっかけともなっている「地域を支える看護職員促進議員連盟」の自民党国会議員との准看護師養成に関する話し合いを、今後とも継続していく。

当協議会の活動方針に掲げている通り、准看護師制度の維持は必要であると考えている。しかし准看護師養成校は減少してきており、准看護師免許取得者も年々減少傾向にある。そもそも准看護師制度の誕生は昭和の時代に遡る。

看護師と准看護師の就業の年次推移であるが、就業の看護師が年々増加傾向にあるのに対し、就業准看護師は年々減少傾向にある。看護師の就業数は増加傾向といっても、増加率は横ばい状態で、平成 28 年度は 26 年度に比べて下がっている。准看護師の増加率は年々減少しており、28 年度は 26 年度と同様に 5% の減少となっている。これは准看護師の年齢構成とも関連していると思われる。准看護師の年齢層は 50 歳以上の就業者が 50% を占めるという報告がなされている。准看護師を目指す人に社会人経験者が多いことが年齢層の高くなる一因であると考えられているが、看護職員の人員確保が急務である今、社会人はキーパーソンになると考えられる。

厚生労働省の報告によると、わが国の 28 年度の完全失業者は 210 万人いるそうであるが、転職や就業の人達にもっと働きかけて、准看護師を目指していただくきっかけを作るべきではないか。働きながら収入を得て、2 年間で資格取得ができる。そして、働きながらなので社会保障面でも安心でき、正規雇用も可能という多くのメリットがある。准看護師の資格取得の方法をご存じない方も多いと思うので、もっと広報が必要である。当協議会もその思いから、これから准看護師を目指す人のための WEB ページを開設している。より多くの社会人が看護職を目指していただければ、人員増加で期待ができ、2025 年問題の解消に繋がるものと思う。そのためにも准看護師養成所は必要である。看護師の知識や技術が高度化するにつれて、准看護師養成課程や看護師 2 年課程、3 年課程の応募者が減少してきている。それに反

比例するように、看護系大学は増加しており、看護師養成校や准看護師養成校から大学にシフトする傾向が見受けられる。准看護師養成所は年々減り続けており、4 年前と比べると 17 校減少している。また、平成 26 年から学校数は 188 校と変わらないにもかかわらず、准看護師の定員数は、118 人も減っている。准看護師養成所を卒業した人では地元の就職者が多いのも事実である。准看護師養成所が地方での深刻な看護職員不足の解消に繋がるのではないかと考えている。

2025 年に向けて地域で働く看護職を如何に増やすか、これが私達に与えられた急務の課題である。准看護師への期待とニーズが高まっている中、やはり准看護師制度の維持は必要である。准看護師養成校の存続・維持のためにも、全国の医師会そして准看護師課程をもつ学校が一丸となって頑張る時ではないだろうか。当協議会でできることは限られているが、准看護師学校関係者の力になれるよう、養成等を全力で支援する。そのためにも情報共有ができればと考えている。

II 総合討議

座長(岡村健二 第 48 回協議会会長) 本邦の看護師養成教育全般について基調講演で説明していただいた。准看護師課程、2 年課程の減少、3 年課程、看護系大学の増加という流れがある。まず、准看護師課程の存続は今後是非とも必要か否かについてお伺いしたい。その前に、今回の加盟校のアンケート調査の中に、「准看護師養成の今後について、厚生労働省と看護協会の方針が異なっているが、今後どのような方向に進むのか知りたい」という意見があったが、いかがか。

島田課長 看護職員養成課程のカリキュラムの内容の検討をこれから行っていく。これからの医療を担う重要な人材として准看護師を含めて看護職員確保は重要と考えている。

福岡市 釜范常任理事から准看護師課程を死守するという頼もしいお言葉をいただいた。しかし、現実には准看護師課程の志願者が減少している。福岡県医師会では、これまでは 1 回の試験で定員を満たすくらいであったが、今年の入学生から 2 次試験が必要になるようになった。他の 14 ~ 15 の学校のうち 12 の学校でも、2 ~ 6 回

の試験を行った。それでもそのうち 9 校は定員を満たさなかったという、非常に厳しい状況である。当協議会で日医は「死守」と仰るが、進学の説明のために高校に行くと、「今はもう准看護師制度はないのではないかと」言われるし、看護系大学がたくさんできてきたので、学生の希望はそちらに向かっている。看護協会のホームページには、准看護師制度廃止と記載されているが、厚生労働省と話し合っ、その点を何とかしていただきたい。また、高齢化の中で、介護の領域で准看護師のニーズは高まると思われ、介護現場に適した新しい形のカリキュラムを准看護師課程に作っていただきたい。准看護師がどのような場面で活躍できるかというアイデンティティがしっかりすれば、准看護師の希望者が増えると思う。准看護師という名称を地域包括看護師、介護看護師等の名称にまで変更する勢いで改革すると、准看護師の魅力が増えると思う。

釜范常任理事 准看護師は今後も養成しないと、地域に必要な看護職を確保できない。一方で、准看護師の希望者が減ってきている。それは准看護師についての理解が一般の国民に広まっていないこと、今後廃止されるのではないかと誤った情報が拡散されていないことなど、進学指導を行う高校の教師に正しい情報が行き渡っていないというご指摘はその通りであると思う。一方で、有効求人倍率が高くなっており、しかも若年人口が減少する中で、いかにして必要な人材を確保するかというのは難しい問題である。看護協会とも水面下ではいろいろと協議をしているが、相手の都合もあり、なかなかうまくいかない。しかし、准看護師連絡協議会ができてから、看護協会の態度も変わってきた。看護協会も准看護師の研修に力を入れなければならない、准看護師の資格のままでもしっかりと働けるし、看護師にもなれるということで、かなり扱いが変わってきた。准看護師連絡協議会のホームページにより、しっかりと情報発信をしていることが大事なことと思われる。介護とどのように連携するかは実はとても難しいことである。まず、准看護師としての資格を 2 年間でしっかり取っていただくことが必要であるが、2 年間で教えるべきことは大変多く、さらに介護や在宅の部分を加えると、どこを削るか

いうことも今後議論をしなければならない。まず准看護師の資格を取って、その後でさらに介護やそれぞれの医療現場で役立つ研鑽を積むという形が、まずは現実的であると思う。ご指摘の件も、今後検討していかなければならない。

座長 日本看護協会のホームページには、看護基礎教育制度改革の中に、「看護基礎教育の4年制化」、「准看護師制度の課題解決に向けた取組み」とあり、後者の中に、「准看護師養成所の新設阻止、看護師養成所への転換促進」、さらに「現在就業する准看護師の支援（看護師課程への進学の意味か）」という記載がある。本日は、熊本県看護協会の副会長さんに来ていただいているので、これまでの議論に関するご意見をお願いしたい。

熊本県看護協会副会長 以前、熊本県の看護班で看護行政にも少し関わっていた。熊本県の看護職員の就業者数は3万人強であり、3分の1が准看護師である。熊本市に半分くらいが就業しているが、郡部の医療を支えているのは准看護師であると言っても過言ではない。准看護師の研修にも関わってきたが、キャリアアップしたい、もっと学びたいという方が多い。個人的には、看護師に一本化してほしいという希望をもっているが、現状でそのようにすることは地域医療の崩壊につながるので、少しずつ進めることが大事と思う。熊本県の場合、看護師の就業人数は右肩上がり、准看護師は横ばいである。これは、医療の進歩や医療を受ける側の意識の変化という背景のもとに、ニーズが変わってきた部分も大きいと思っている。今後、地域包括ケアを進めるにあたり、開業医、中小病院の役割が大きくなると思うが、その際に看護する上で、知識や技術が今まで以上に求められてくるということで、4年制ということが打ち出されていると思う。現場の住民がどのような看護を望むか、それを実現するためにどのような教育が必要かということを考えると、どのような教育が求められるかということが自ずと出てくると思う。

座長 看護師への「一本化」という言葉が出てきたが、海外の状況を考えると、一本化することが必要なのか。

藤川病院理事長 医療のレベルは高度先進医療から在宅（介護施設も含めて）まで患者のレベルに

よってランキングがある。がんや老衰などの種類の違いもある。看護師に一本化したとしても、現在、看護協会が行っているように、専門看護師を作らざるをえない。外科、麻酔科などそれぞれ専門の医師がいるように、看護師も何種類も必要である。どの国もランキングを有している。

熊本県看護協会副会長 認定看護師や専門看護師の一本化ではなくて、准看護師と看護師が一つの制度になればよいと思っている。

藤川病院理事長 財務省、厚労省は有床診療所を廃止するもりであったが、日医の努力により覆された。そこでカリキュラムを増やすことによって准看護師養成所を潰すことにより、有床診療所のマンパワーである准看護師を減らし、最終的に有床診療所が潰れて病院か無床診療所になると、それだけでも医療費削減になると考えた。どの国でも社会保障費を削ることが最大のテーマである。結局、有床診療所は残ることになったが、准看護師がいなくなった時に大学卒や全日制の看護師が有床診療所に来るかということ、まず来ないし、中小病院にも来ない。大学卒の看護師が増えても、大病院の7対1看護の看護師が増えて、その看護師の労働環境がどんどん改善されるだけである。

座長 私も有床診療所の開業医であるが確かに有床診療所は減っている。その理由が今の説明でわかった。次に、准看護師教育のどの部分を目標にするのか明確にしてほしい、さらに看護師と准看護師の役割分担を明確にしてほしいとの意見があったがいかがか。

都城市看護専門学校 別のテーマになるが、入学させる受験者が減っており、これは不合格にせざるを得ない受験者がいるからである。今の高等教育は一つの科目で30点取れば合格で進級するらしく、それなりの点数を獲得して看護学校試験に合格するが、看護学校では1科目60点取らないと合格にならないということ、みんな驚く。従って、教務教官は入学の少し前から基礎的なこと、分数計算や漢字の書き取りなど、できないことを勉強させ、その後改めて看護教育に進んでいく。文科省にはもう少し高校の教育レベルを上げていただきたい。

座長 同感である。受験倍率は1.5～2倍あるが、入学者は定員割れになることもある。

釜池常任理事 そうありたいと思うが、人口あたりの医師数は 500 人に 1 人の割合であったものが間もなく 120 人に 1 人になり、医療職全体のレベルの維持が問題になる。人口減少の中で優秀な人ばかりを確保できるわけではない。

福岡市 少子化が進んでおり、2010 年までは毎年 120 万人の出生があったが、去年は 99 万人になっている。20 万人減ったということは、大学の定員が 2,000 人とすると 100 校が消滅したことになる。少子化対策が重要ではないか。育児支援を厚労省に是非ともお願いしたい。

島田課長 看護職員対策は養成をしっかり行うこと、看護師として就業した人に辞めないようにしていただくこと、一度辞めた人に再就業していただくことの三本柱で行っている。看護職員は女性が多いため、結婚、子育てをきっかけに辞めてしまわれることがないように院内保育所の整備等を行っている。また、長く働いてもらえるよう、多様な働き方の事例を集めて参考にさせていただくような取り組みも行っている。また、初等教育の充実という点では、基礎学力の低下に対し、看護学校の教員が苦勞しているということも聞いている。基礎教育での課題を専門課程の中に吸収しつつも、看護職員としてのクオリティを下げずにしっかり人材として育成していくことも考えたい。

藤川病院理事長 少子化はすべての産業で労働者が減ってくるという問題がある。人工知能 (AI) が発達してくると、さまざまな分野で仕事がなくなってきたり失業が増える可能性があるが、このような人を医療・介護の分野に取り込むことができる可能性がある。また、AI の活用によって、看護業務の簡素化 (例えば病室にセンサーをつけて監視し、巡視の回数を減らす等) が期待できる。

座長 AI の発達により、残る仕事と消えていく仕事があると思うが、医療・介護の領域はなくなると思われないと思われる。

徳島総合看護学校 准看護師から看護師に進む道があるということを知らない人がたくさんいると思う。優秀だが家庭の都合で大学に行けない人もたくさんいる。当校では、県や県医師会と協力して、学校訪問をして説明しているが、もっと社会に語りかける必要があると思う。

釜池常任理事 私自身も看護学校の校長をして

いるときに、学校訪問をいろいろと行った。しかし進学指導の先生がこの点を十分に理解しておられないところがある。この仕組みを一般の人々に広めて、准看護師を経て看護師になれる、あるいは社会人になってから看護職に就けるということ、さらに PR していかなければならない。

藤川病院理事長 われわれも看護師、准看護師を雇っているが、給料に差がほとんどない。看護師長には看護師を優先するが、卒業したばかりの看護師はベテランの准看護師からも教育を受けている。准看護師であれ看護師であれ、ベテランになると素晴らしい仕事をする。お互いが足を引っ張るのではなく、協力して成長してくれることを期待している。

熊本市 男子生徒の受験者が増えているが、産婦人科の母性の実習の枠が限られているため、男子学生を多く入学させられない。助産師を目指す男子学生は多くはないため、准看のレベルではこの分野の教育を e-ラーニングで行い、実習を免除していただければ、より多くの男子生徒を入学させることができるので導入を検討していただきたい。

座長 この点に関する希望は大変多い。

島田課長 何年か前に厚労省で看護教育指導官をしていたが、当時から現場でのそのような苦勞の話は耳にしていた。これまでもさまざまな視覚教材や実習も、病院に限らずいろいろなところで学ぶことができるということは案内しているが、技術も進んできているので、そのようなものを活用することがどの程度可能かということと、一方で質を落とさないように教育効果も考えながら、どのような方法を取り入れていくことができるかを、検討の場を設けて考えていきたい。

釜池常任理事 厚労省の認識が都道府県に同じように伝わっているかということ、必ずしもそうではない。厚労省は教育効果を落とさなければ幅広くできるような通知を出しておられるが、都道府県の運用がとても厳しいという現実がある。日医としてもさらに働きかけを強めて役割を担わなければならないと思っている。

島田課長 年に 1～2 回、47 都道府県の看護協会の担当者に集まっていただいて厚労省で会議を行っている。都道府県でも理解していただき、学

校の運営についても適切に指導していただけるよう努めていきたい。

愛媛県 医師の偏在に関しては、ようやく地域枠等、医師が地方に戻ってくるような仕組みを国が考えてくれている。医師の偏在は今から 10 年後には解消すると思っている。看護師にも偏在があり、地方に残ってくれない。医師がいても、コメディカルの人がいないと仕事ができない。地元の今治市でも救急病院が一つ廃止すると言っている。理由は医師ではなく、看護師が集まらないからである。将来の地域医療構想を考えると、看護師の地域枠のようなものも考えないといけないのではないか。

釜谷常任理事 ご指摘の通りである。看護師の地域枠をどのように制度設計するかについては、まだ良い案が思い浮かばないが、医師会立看護学校の卒業生で地元や県内に就職する人を如何にしっかり確保するかは当面の課題である。地域偏在の実態をふまえて、厚労省ともきちんと相談していかなければならないと思っている。

藤川病院理事長 開業医でも 70 歳前後が一つの山になってくる。後継者がいてスタッフもしっかり確保できているところはもっと長くできると思うが、有床診療所で一人でやっていると大変厳しい。中小病院や有床診療所は 15 対 1 看護の最も少ない診療報酬であり、それも厳しい。しかし、地域には十分貢献しているし、医療費削減にも貢献している。地域医療の現場で救急医療を行っている病院は大変苦しいということを理解していただき、准看護師がいないとほとんどの地域の中小病院はやっていけないため、よろしく願いたい。

座長 看護師の地域枠はどのような形が考えられるか。

愛媛県 高校卒業後に准看護師課程定時制から看護師課程定時制に進んだ場合には、ほとんどがそのまま残ってくれる。3 年課程や看護大学では半分は他府県に出ていく。看護大学にも地域枠を作って地方に看護師が残ることを考えていかないと、医師がいても看護師がいなければ仕事ができない。看護協会も、看護師の就業場所がなくなると失業するということを考えなければならない。

福岡市 大きな問題の一つは、専任教員の確保で

ある。そのためには今は 8 か月の研修を受けなければならないので、給料を支払いながら受講してもらっても、戻ってきてすぐに辞められたりと、苦勞しておられるところもある。看護協会の卒後教育のカリキュラムは充実しており、それを利用して単位制にして、ポイントをためていくと教育者になれるというシステムを作っていただけないものか。厚労省としてはいかがか。

島田課長 いろいろな場で看護職員向けの研修会を行っているが、そのような場で学んでいただいたことが教育に活かされるということもあると思うので、是非参考にさせていただきたい。

広島市 看護専門学校の校長もしている。本日のテーマの「准看護師課程の存在意義」であるが、何年間も続いている議論がいまだに続いているわけで、その理由は「准看護師」の存在意義がはっきりしていないからである。藤川先生のご講演のように、米国では准看護師の業務が明確になっている。准看護師制度が確立しない限りは、養成校にとっても准看護師の存在意義が明らかにならないと思う。厚労省にお願いしたいのは、カリキュラムの整備も急ぐが、准看護師が今後の地域包括ケアの中でどのような仕事をするのかという業務を明確にすることと、准看護師の位置付けをきちんとすることが大事と思う。地域包括ケアを進める上で障害になるのは、ケアマネージャーに医療の知識が乏しいためにうまくリードできないことである。極論をいえば、ケアマネージャーに准看護師の資格を取っていただくことも必要である。これは一つの例であるが、准看護師の制度上の位置付けを明確にすればより魅力のあるものになるし、准看護師の存在意義が出てくれば、養成校としてもより頑張れる。

運営委員会

1. 第 48 回中四九地区医師会看護学校協議会 学校運営アンケート結果

I 学校運営

看護師 3 年課程の受験者・入学者が前年より増加しているが、本年度、2 校新設された結果と考える。

受験者・入学者における男性割合は、准看護師課程、看護師 2 年課程では日医による全国の医

師会立養成所の調査結果よりも高く、男性を多く受け入れないと経営が難しい現実があるためと思われる。

休学者・退学者について、人数、理由については例年と大きい変化はない。休学・退学を減少させるための取組みについて、学力不足に関しては、個別での学習指導等が行われている。基礎学力への支援も増えていると思われる。その場合、2～3年という短い修学期間内に理解するという段階まで引き上げるのは、看護教員では困難を極め、そのようなことが看護教員の負担増にもつながっている。ただ、スクールカウンセラー等の導入も増えており、心理面でのサポートを専門家に任せられることで、教員の負担を若干減らすことができていると思う。

生徒・学生募集の広報活動については、各校さまざまな活動を行っているが、決定的なものではなく、あらゆる広報活動を行い、努力を続けていることがうかがえる。

教員数については、准看護師課程、看護師2年課程、看護師3年課程いずれも平均では教員の数は充足できている。しかし、未充足校が准看護師課程、看護師2年課程では1割弱、3年課程では2割存在する。また各課程とも、8割前後という多くの学校で資格を有する教員が不足している状況である。資格を持つ教員の確保はなかなか難しく、まずは確保への努力をしている学校が多いと思われる。行政からは資格取得への講習を受けるよう指導があるが、多くの学校では教員数と財政面での余力はないと思われる。最近では通信制での資格取得も可能となったが、資格取得を目指し頑張っている教員、それ以外の教員と、それぞれの負担も大きく、経済的支援による学校負担も大きくなっている。

離職者は、前年は56名であったが、本年は80名(36校中)に増えている。

年間納入金額については、納入金を変更した学校は増額ばかりであったが、准看護師課程、看護師2年課程では、昨年度よりも減少している。各学校の納入金合計の最高額が、両課程ともに前年度よりも下がっていた。

補助金の推移では、増額が昨年よりも4校減り、減額が2校増えている。

総事業費に占める割合は、学生納入金が収入の7割を占めているが、学生数が減れば収入も減り、より学校運営が困難になるので、補助金増額の希望は増えていると思われる。授業料等を値上げして学生納入金を増やせばよいのであるが、受験生が減少している今日では、簡単には値上げに踏み切れないと思われる。

II 協議会運営

運営委員会の協議時間に関しては、6割弱が60分程度でよいと答えているが、残りはそれ以上の時間を希望している。協議会の規模に関しては、7割強が現状維持と答えている。

事務局については、半数以上が現在の形式(毎年当番校が担当する)を選んでいるが、学校の規模によっては担当するのが困難と答えている。未加盟校へのアンケートでも、当番校になることへの不安から加盟したくないと答えている学校がある。学校負担金(8万円)については36校中23校が適正と答えているが、未加盟校へのアンケートでは妥当と思う金額は13校が1万円から5万円の間で答えている。個人の参加費(1万6千円、懇親会費を含む)は、19校が適正と答え、17校が高いと答えている。個人負担金については、懇親会の規模の縮小や簡素化を望む声も聞かれている。

要望事項では、各学校の厳しい現状がうかがえるようなものが多くあった。

III 協議会未加盟校アンケート結果

中四九地区に医師会立養成所は92校あるが、当協議会への加盟校は36校で、非加盟校は56校である。非加盟校のうち35校から回答があった。当協議会の加盟について、「条件が整えば加盟したい」が6校(17%)であった。条件とは主として参加費の額と当番校の負担である。加盟したくない理由として、学校負担金と個人参加費が重荷、当協議会の当番校が負担、准看護師課程のみのためマンパワーが不足、既に日本看護学校協議会や准看護師連絡協議会に参加している、当協議会に加盟するメリットが不明、准看護師課程を閉鎖する予定である、などの意見が出された。小規模校には参加費を半額(4万円)にして欲しいという意見もあった。

座長 熊本県には医師会立看護職員養成所が7

校あり、2校は准看護師課程と看護師2年課程を有しているが、5校は准看護師課程のみである。今回、その方々を特別に招待したが、このような地道な活動を各県で行われたらよいのではないか。

2. 審議事項

昨年の徳島での協議会が終了した後の10月に、山口県の徳山看護専門学校から当協議会を退会したいという文書が届いた。退会の理由は、当協議会の強い要望が「准看護師養成所の存続」で、運営委員会の討議内容が完全に准看護師を中心としたものとなっているため、3年課程としては参加費や出張旅費をかけて参加するメリットが得られないという意見があり、徳山看護専門学校運営委員会での検討の結果、残念ながら再度退会させていただきたいという結論に至ったからとのことである。当協議会の規約第3条に、「入会・退会については事務局に届出をし、運営委員会で審議する」となっている。同校は3年課程のみであるが、当協議会の参加校には3年課程のみのところがたくさんある。

本件に関して反対意見はなく、協議会の総意として同校の退会を承認することとなった。

徳山看護専門学校の退会が承認されたことにより、担当校を決定する学校のグループ編成の変更が行われた。

3. 協議

(1) 事務局の常設について

座長(岡村健二 第48回協議会会長) アンケート調査でも、協議会の継続性を維持するために事務局を固定した方がよいという意見があり、日医に事務局を置いてほしいという意見もあった。個人的な意見では、事務局を置くなら大規模校がよいのではないか。

釜范常任理事 まず、この協議会は、中四九のこの会しかない。しかし、看護職員の養成は全国的な問題であるため、ブロック単位で設立できないであろうかということは、強く働きかけているが、まだ良い報告ができない状況にある。しかし、この件に関しては引き続き取り組まなければならない。全国すべてというわけではなく、まずどこかの

ブロックで先鞭をつけて次第に広げていくことを考えている。それから、事務局機能を日医が担うという要望については、今すぐということはこの場で約束できないが、全国組織という形が整う場合には、日医として役割を担わなければならないと現時点では考えている。

福岡市 協議会の負担金の件で工夫できないか。生徒数等の規模に応じて負担金を決めれば、負担金が高いから入会しないというところは減るのではないか。准看護師だけを養成している学校も加入していただく方が力になると思う。当会の看護学校は看護学校協議会にも加入しているが、そちらの論議は3年課程の話が多く、しかも大学化の方向というような内容が多いので、医師会立養成所にとっては、当協議会の方が論点が適している。未加入の学校については、負担金を軽減してでも入会していただく方がよい。事務局は決めた方がまとまることができると思う。いくつかの学校で負担をシェアするような仕組みができればよいのではないか。日医に設置していただくことも良い考えであるが、何時できるかわからない。

都城市 今回、熊本県で参加勸奨された学校はすべて出席されたのか。—すべてではないという回答を座長がされた— 規模の小さい学校では旅費や宿泊費の捻出が大変と思う。やはり参加勸奨することから始めて、まずは協議会での話を聞いてもらうことが重要と思う。事務局に関しては、誰が担当するのか、事務局を運営するためにどれくらいの費用が必要かということが問題となる。まずその点を検討してから話を進めるのがよいのではないか。

座長 事務局設置に関して、まず運営費を試算してみたい。各加盟校及び日医にどのくらい負担をお願いするかなどを試算したい。

釜范常任理事 日医の負担額に関しては、要望が出された段階でしっかりと検討させていただきたい。

藤川病院理事長 全国組織ではなくブロックの協議会であれば、日医の出席というのは筋が通らないのではないか。日医では、全国の担当理事連絡協議会を2年に1回は開催しようというところまでは決定していた。各ブロックの担当理事と委員会で詳細を詰めて答申を出して全国的に情報公

開していこうとしている。日医としては医療関係職種の委員会を通じて医師会立看護学校の諸問題を把握している段階である。全国から集まると会場の確保も大変なため、ブロック単位で議論し、各ブロックの代表者が集まって日医で会議を開催することが、具体的に物事を決めていくためにはよいと思う。

釜范常任理事 医療関係者の検討委員会という、実務に精通した方に集まっていた日医の会内委員会で検討している。全国の担当理事の連絡協議会は予算の関係で 2 年に 1 回の開催である。中四九地区の当協議会は活発に活動しているため、すぐには同じようにできないが、ブロックごとにこのような検討の場を設置できるようにしなければならないということは横倉会長からも強く指示を受けているため、引き続きその方向で働きかけを行っていきたい。

広島市 中四九地区といっても、全国から見ると西日本の一部である。全国で動かさないと、准看護師制度をどうするかという要望も通らない。やはり全国組織として日医がこの問題を厚労省に申し入れた場合には対応が違ってくると思われるため、全国組織を目指すという基本路線は堅持しなければならない。有床診療所の問題とよく似ており、西高東低で西日本、特に九州に多いが、いくら九州に集まって西日本で有床診療所の議論をしても全国には届かない。准看護師の問題も全国を目指さなければならない。

(2) 「2016 とくしま宣言」について

1) 「実習施設への実習受諾の働きかけと実習病院支援の実施を求める。」

座長 今回のアンケートでも、「実習を受け入れる病院の実習指導に対して診療報酬の点数が付くようにしてほしい」、また、厚労省に対しては「実習施設を持たない大学の看護学科新設を認めないよう文科省に働きかけてほしい」という意見があった。実習施設の確保には各校とも苦労している。

島田課長 しっかりと実習施設を確保することが大学にも求められている。文科省が大学や看護学科の新設に対してどのように指導しているかはわからないが、実習施設を新たに確保する場合には

既存の養成所等への影響がないようにということは文科省からも通知を出しているの、その点は再度確認していきたい。

藤川病院理事長 佐賀では一度、国立病院の実習から医師会立看護学校が外されたことがある。大変問題となって、1～2年後に戻ったが、看護大学からの実習を受け入れたほうが正看護師を確保できるという考えがあったようである。文科省の問題であるが、福岡県で柔道整復師の学校の新設を文科省が認可しないと行った時に裁判になって、福岡県が敗訴し、その後、柔道整復師の学校がたくさんできるようになったが、その影響で、看護学校の新設許認可を、書類上で基準を満たせば文科省としては認可せざるを得なくなった。実習施設も列挙してあるが、それらの病院が既にどのような養成所の実習を受け入れているかということは、その書類には記載されていない。長く実習を受け入れている医師会立看護学校をその実習施設が排除することがないようにしっかりと監視してほしいということを文科省にお願いしたことがあるが、実際は書類審査のみで認可されるため、私立で附属病院を持たない大学の看護学部が右肩上がりで設立されている状況である。

島田課長 診療報酬については中医協で議論がなされるので、厚労省で具体的に何かを行うことは難しい。

福岡市 福岡県には大学が 13 校あるため、実習病院の確保が難しいが、診療報酬加算をするより、地域医療支援病院の条件に、地域医療を支援するという意味で、医師会立看護学校の実習を無条件で受け入れることを加えるほうが効果的ではないか。

釜范常任理事 地域医療支援病院の要件は既に決まっており、それにご提案の件を加えることは今後の検討課題である。その地域にとって看護職員の養成が是非必要であるという観点からすれば、先生のご指摘は説得力があると思われる。実習を受け入れた病院には負担がかかるので、診療報酬で補填をするという観点でのご提案と思うが、日医としては他に診療報酬を付けなければならないことがたくさんあるため、これは優先順位を上げるのが難しいと思っている。一方で実習を受け入れるに当たっての委託料が高騰してしまうことが

あり、大学は学費をしっかりと取るということもあって、実習委託料を高く設定し易い。医師会立看護職養成所は実習委託料が上がってしまうと払えないところも出てくるが、実習委託料を抑えることには現実的な手段が現時点ではないと感じている。

福岡県 県医師会で地域医療支援病院の協議会を年 2 回開催しており、なるべく実習を受けていただきたいという要望を常に出している。少しずつ動いていただいている病院もあるので、根気強くやっていきたい。

2) 「母性・小児看護学実習の指定要件の早急な緩和を求める。」

座長 アンケート調査では、男子学生に対する母性看護学実習の単位取得廃止の要望に対して迅速な対応を求めるといった意見もあったが、いかがか。

島田課長 さまざまな場での実習を行うこととし、母子保健センターや保育所での実習も教育効果を確認してもらって、行っていただくことができるのではないかと考えている。模擬患者さんによる実習も効果があると思うので、これらの積極的な活用も考えている。都道府県の担当者との教育に関する会議を設けるので、そこで確認していく必要があると思っている。また、基礎教育について、有識者に入っていただく検討の場を設けることになると思うので、効果的な実習の在り方も検討したい。

3) 「看護師養成所への運営費補助金の増額と調整率の撤廃を求める。」

座長 アンケート調査では、文科省から大学の看護学生に対する補助金と厚労省から学生に対する補助金の較差について、同じ国家試験を受けようとする学生に対して不平等が生じているので、専門学校に対する補助金の増額をお願いしたいとの意見があった。

島田課長 大学だけでなく私学全体に対する助成ということで基準が決まっていると思うので、厚労省では判りかねる。看護職員養成所に対する運営費や施設整備費については医療介護総合確保基金の中で補助することになっているので、都道府県と調整していただきたい。

座長 医療介護総合確保基金が国から都道府県に任されることになったが、その後、補助金は増えたか。

藤川病院理事長 各県の裁量で行われることになったが、財源は厚労省の予算を増やさない限り増えてこない。実際は国公立病院など公益性の高い病院の整備にたくさん使われたが、個人病院には回らない。本来は行政が看護職員の養成を行わなければならないが、それが不十分で看護職員が足りないから民間のわれわれが医師会立で頑張っている。政治的に努力をして 800 億の基金を毎年増やしていかない限り、補助金は増えないと思う。

釜范常任理事 内示された予算では、病院の機能を転換する部分に 504 億円で、残り 400 億円のうちのもとの国庫補助事業は日医も頑張って 340 億円を何とか確保したが、確保した分が減らされると補助金が減らされることになるので、そこは必死で頑張っている。

佐賀市 新基金に期待して看護学校の建設計画を立てたが、予算が付かず、3 年課程の新設を止めて現状のまま移転することにした。建築資金の 12 億円のうち 3 億 5 千万円しか国から補助がなかった。結局、会費を値上げして、医師会の積立金もすべて使い、20 年返済の借金をして建設を始めたところである。学校を建て替えようとしても費用の出处がない。

座長 国から県に基金を移しても、われわれには何のメリットもなかったということである。

延岡市 今回の総合確保基金が 3 つに分類されている。ハードの部分にお金を回すようにということになり、ソフトの部分、特に看護師養成には予算を回すなという厚労省の意見があったため、各県が反対し、日医からも言っていただいて、何とか使えることになった。総額的には県の医療関係の予算が確保基金で決まっているため、新しい事業がなかなかできない。看護師養成にとっても回せる状況ではないが、他の部分を削って看護師養成の部分は確保できた。会員の病院から看護学校が設立され、看護学校が 1 校増えたが、その分今後、学校の配分が減ることになる。国に働きかけをしない限り、看護師養成の基金の枠は増えていかないと思われる。

特別講演「言葉の力」**熊本県立大学学長 半藤 英明**

世の中にはさまざまな「力」がある。「経済力」、「軍事力」、あるいは「若者の力」という言い方もするし、「音楽の力」というようなものもある。この「力」というものは有効に使いたいものである。無駄に、あるいは悪い方向に使うものではない。それは、「言葉の力」も同じである。

本日は「言葉の力」と題し、言葉をめぐる私の体験や考えについてお話したい。

ごあいさつ

大学では文学部の所属で、専門は日本語学、とくに日本語の文法で、助詞の研究が学位論文であった。古典文学や夏目漱石、徳富蘆花などの作品や歴史についても研究の視野としている。日本文学の記述を正確に、深く理解するためには、日本語の文法の知識、理解が役立つ。文法の研究は、自ら表現する上でも、さまざまな文章の創造に役立つ。もしも日本語の達人になりたいのであれば、日本語の文法をしっかりと学ぶことをお薦めする。言葉は人間を理解するための大変重要な手がかりである。言葉と人間とは切り離せず、言葉を大切に思える人生こそ幸せな人生である、ということをお伝えしたい。

医療・看護の仕事と防滅災

現在は学長を務めているが、以前には本務のほかに熊本大学や福岡の女子大で非常勤講師を務め、八代看護学校でも 2 年間ほど「科学的思考の方法」という文章表現の授業を担当した。看護師を目指す方々が仕事の疲れも見せず、熱心に学習してくださり、反応もよく、質疑応答も活発で、やりがいのある時間であった。授業を通して実感したのは、看護師という使命の大きい仕事に向かう方々の立派な向上心である。常日頃、大学生からは未来を担う若者として大いなる希望を感じているが、八代看護学校では先生方や学生さんたちの、命を大切に思う高い意識に接し、心強い期待を覚えた。医療や看護の仕事は、人類の幸福を追求する高徳な価値を有する職業と確信できる。

昨年 4 月の熊本地震では、被災者をはじめ、多くの方々が苦勞と困難を強いられた。復興には多くの時間がかかるが、官民一体の「創造的復興」に向け、各方面の努力が続いている。震災の当

初、熊本県立大学にも 2,000 人ほどの避難者が押し寄せる事態となった。駆けつけた教職員と学生たちの少人数で可能な限りのサポートに当たったが、不測の事態も多く、一方的なサポートに限界を感じながらの懸命な支援活動であった。県道 138 号線（国体道路）を挟んで真向かいの熊本赤十字病院とは大規模災害発生時の施設利用に関する覚書を交わしており、臨時救護所を設置するよう要請があったため、武道場を開放して軽傷の患者たちを受け入れた。専門的な看護の手が足りず、大学関係者が病院に出向いて指示を仰ぐなど、難儀する場面もあった。結果として受け入れた患者たちが無事であったことは何よりであった。あらためて震災直後には医師、看護師の存在が大変重要であることを教訓とした。ただ、緊急事態だと、地域的、個別的に医師、看護師が確保できないことも多々あるかと思うので、震災の発生時には医療・看護の実質的な知見や経験を有する方々の申し出と協力を得ながら、できるだけ「共助」の体制を作り上げることが肝要と考えている。その点では、教育の世界で初等、中等、高等の各段階に応じ、昨今の震災事例を踏まえた医療・看護にかかる最低限の常識や心構えを広め、習得させる諸活動、課外活動があってもよいと考える。如何なる常識も心構えも、備えとしておくに越したことはない。避難訓練や防災訓練が必須の教育活動であるように、包帯の巻き方、軽傷の処置法、痛みの和らげ方など、習得しておきたい初歩的技術は数々ある。防滅災にかかる幅広い安定的な教育の実現に向けてはマンパワーの問題が想定されるが、戦力になり得る方々は医師や看護師の方々ばかりではない。いわゆる潜在看護師の方々、更には看護学校で学ばれている方々も、それぞれの立場で知見・経験を有しており、一般市民からすれば、頼りになる存在かと思う。社会総がかりで防滅災の体制を築くことは地震国である日本の重要課題である。

成熟社会のボランティア精神

熊本県立大学ではさまざまな社会のフィールドを借りながら、実践的な諸活動を通し、社会に奉仕する意志を確固とする人材の養成に向けて努力している。地域その他の多様なコミュニティのリーダーとなれる社会人として成長してくれるこ

とを期待している。人の可能性は、意思と関連する。人ひとりが自分の活動範囲を限定せず、一人分を超える活動に心がけ、努めることで、昨今の社会問題にも解決の糸口となるものがあると考えられる。

心ある者たちがそれぞれの立場で社会的な弱者を支え、不都合な課題の解決を考える、それが成熟社会のボランティア精神というものであろう。近年、看護師が公民館と連携し、健康相談をしたり訪問看護や学童保育に参加したりして町づくりに関わる「コミュニティーナース」というあり方が提唱されている。専門的職業人の多面的な活躍は、現代の成熟社会にとって重要な視点と考える。一握りの決意で、どのような職業の人でも社会づくりのリーダーになれると信じている。

感動できる言葉を探して

社会が成熟しているとは如何なることであろうか。物質的な豊かさがあり、科学的な技術やシステムが整っていること、また、普遍的価値として的人道的な精神があり、規範意識の高い社会を形成していることなど、総じていえば、平和で安定的な社会で暮らせる様子をイメージする。そのような社会に欠かせないものが「文化」の存在である。「文化」とは、「風土に育まれた心の形」である。この「心の形」が文学になったり、民芸品になったり、いろいろな品物や建物になったりして形を表す。文化は破壊的混乱の中では決して育たない。人間の心豊かな社会には「文化」が必要である。

私は血液が苦手です。正視ができず、杉田玄白の『解体新書』の絵図すら目を背けたくなるから、全く医療・看護の関係者には不向きである。しかし、人には誰も得意分野があるもので、小学生のころから作文を書くとき先生に褒められ、賞もよく貰った。読書が趣味で、当時は宮沢賢治が好きであった。「雨ニモマケズ風ニモマケズ」を誇らしく暗唱したものである。心の中では「ミンナニデクノボートヨバレ ホメラレモセズ クニモサレズ サウイフモノニ ワタシハナリタイ」とまで達観することはできなかったが、さまざまな言葉の力に惹かれ、感動できる言葉を探し、感動できる言葉に出会いたいと思いながら過ごしていた。子供心にはテレビアニメ「巨人の星」の印象が強烈で、

主人公の父「星一徹」の、「苦しい時こそ回り道をせよ」とか、「男が死ぬときは前のめりで死ぬ」などのセリフを真に受ける従順さ、単純さであった。何の言葉でも、誰の言葉でも、どんな言葉でも、よいものはよい。よい言葉に貴賤なし、である。

ただし、何事も曲解はいけない。時には不幸を招く。江戸時代の国学者である本居宣長の歌「しき嶋のやまところを 人とはば 朝日にほふ山ざくら花（敷島の大和心を人間はば 朝日に匂ふ 山桜花）」は、新渡戸稲造の『武士道』や昭和 17 年の「愛国百人一首」60 番歌に取り上げられたことで、日本精神の象徴となり、「咲いた花なら散るのは覚悟（「同期の桜」）」といったメッセージを含んでいるかのような解釈の技が生じる。歌の真意は、ずっと変わらずに山桜を愛でる心を持ち続けていることを詠んだ、実に穏やかなものであった。言葉の理解は人次第であり、だからこそ、表現を正確に、また深く理解する文法の知識、理解が重要と思えるのである。

言葉は面白い

中学・高校では英語も得意であったが、日本語や日本文学の研究であれば世界の No.1 にもなれるかもしれないと思い、大学の進路を決めた。自ら選んだ学問の道という誇りにかけ、古典とか現代とかの選り好みはせず、ジャンルも選ばず、よく勉強した。文学という人間の創造物には、動機や思考などに、いずれ通底する普遍性が存在する。専門を限定し過ぎると、文学の本質が見えなくなる。ものごとの本質を見極めることが学問であると信じ、研究に励んだ。高校の教師になろうと思いつめたが、研究の醍醐味に囚われ、大学院へと進学した。就職してからも論文の発表を重ねた。高校の勤務を経て大学へと転身したが、それは大学院以後の継続的な研究が多くの論文として結実した結果であった。日本語や日本文学のどこが面白いのか。近代文学の表現から少しだけ例示をしたい。

現在、最も多く読まれている小説は『人間失格』と『こころ』であると言われる。太宰 治の『人間失格』は、主人公が「恥の多い生涯を送ってきました。」と告白するところから始まる。恥は他人には言えず、ぜひとも隠したいものである。口に出せる程度ならば、真の恥ではない。そのようなも

のを文学では告白していくのである。この刺激は文学ならではのものと思う。如何なる境遇になれば、人間は自らの恥を口にするのであろうか。夏目漱石の『こころ』では、主人公が親友の K を自死に追いやり、遺体のそばに遺書を見つける。遺書に主人公への恨みは綴られておらず、主人公は人生の破滅を免れる。遺書の内容については、小説の文章に「もっと早く死ぬべきだのになぜ今まで生きていたのだらう」という意味の文句でした。」とある。「という意味の文句」に注目しよう。実際は如何に書かれていたのかと想像したくはならないか。絶望の淵で長々とした遺書は書かないと仮定すれば「君のおかげで死ぬる」といった短い文句が考えられる。更に、それに続く「私は K の死顔が一目見たかったのです。」という文章にも興味を惹かれる。そんなことを考える主人公は、一体どんな人間なのかと。物事の本質を見極めることが学問であり研究である。人付き合いに困らない方はないであろう。案外、私たちは人間のことを分かってはいないかもしれない。表現や文章を通して人間の心理をたどり、人間のあり方を考えることは、誰にも興味深いことではないか。

「おもしろき こともなき世を おもしろく すみなすものは 心なりけり」これは幕末期に、ときの閉塞感を打破せんと活躍した志士の一人、長州は高杉晋作の辞世の歌とされるものである。史実の細部は置くとしても、大望を遂げずに若くして逝った青年の心は、世のすべては自分の心次第であると説いている。なるほど私たちの向上心も無気力も、自分次第の、心一つで決まる。日本語や日本文学は、興味のない人には無用の長物であろうが、誰もが興味を持つはずの、人生に役立つ思考のシーズであると、大学生には教えている。すなわち言葉の宝庫である文学は、人間のことを縦横無尽に考える手がかりとなるのである。

人間は素晴らしい

唐突であるが、私は幸せな人間だと自覚している。研究者として一生の仕事を得たことも要因であるが、何よりも人間は素晴らしいと思える人生を送ってきた。とくに教員生活のなかで、そのことを強く感じてきた。

私は、スポーツで勝つ喜びは人生の向上心に繋がると、自分の体験から信じている。苦しい練習

を乗り越えて獲得した勝利は大切な記憶となり、自信ともなり、人生を豊かにする。かつて高校の担任をしながら男子バスケットボール部の顧問として常に生徒たちに囲まれた生活をしていた時分、東京大学に合格できる学力の生徒 2 人が練習にばかり打ち込んで困ると、彼らの担任教師からクレームがあった。練習に多くの時間を割いたので、もっともなクレームであった。それを本人たちに伝えると「担任は誤解しています。僕たちはちゃんと勉強もしています。東大に入れなかったら学力が足りないからで、バスケのせいではありません」と意に介さぬ回答であった。きっぱりと答えた彼らの姿が忘れられない。彼らは定められた期限まで部活動に留まり、拳句に世間の評価が高い大学へと進学し、立派な青年となった。卒業時には「先生に感謝しています。バスケをやめていたら目標をなくし、大学なんか受からなかったと思います」という言葉を残してくれた。それが本心だったのか、私への慮りだったのか確かめてはいないが、私は運動部の顧問として、学生たちからたくさんの言葉の花束を貰ったと思っている。

思い返せば、生徒たちから貰った言葉が次々と蘇る。心に残る言葉をたくさん貰い、私は幸せである。とくに部活動の生徒たちが私の人生を豊かなものにしてくれた。彼らの残した言葉が私の記憶をしっかりと支えてくれているし、彼らの言葉が明日への支えとなることもある。語り尽くせぬ 10 年間の高校勤務である。その 10 年で、私は既に自らの一生分を過ごした気がしている。今は余生と、手を抜いて毎日を生きているわけではないが。

言葉と共に生きる

人を感動させようと思う欲も下心もないが、言葉は吟味して使いたいと考えている。言葉を大切に使いたいと思っている。言葉を単なるコミュニケーション・ツールなどと倭小化してはならない。概して人間は言葉の世界で生きている。言葉の一つ一つはものごとの区別を表すとも言われるが、世にある、ありとあらゆるほとんどすべてのものを言葉に置き換え、それを意思伝達のための表現として取り込んで私たちは生活をしている。人間は言葉によって認識し思考し、知識とし学力とし、

経験とし思い出とし、励まされ慰められ、傷ついては怒り、憎んでは愛し、いたわり、慈しみ、感動する。言葉によって、私たちはすべてを理解するのである。言葉は人の世に不可欠であり、人生は言葉の彩りに満ちている。一切の言葉を失くした世界を想像してみれば、言葉を使いこなせることの有難さに気づくはずである。大げさに聞こえるかもしれないが、「言葉」を人類の宝だと認識すれば、それこそは共有の財産であり、世界中の人々は誰も、価値ある宝を持ち得ているのだと思える。私は、言葉を大切に思える人生は、幸せな人生だと思っている。

大岡 信「言葉の力」

2017 年 4 月 5 日に 86 歳で亡くなった詩人の大岡 信氏が、本日の私の話と同じタイトルの「言葉の力」という文章を書いている。中学国語の教科書（光村図書）に採用されたものである。

「ある人があるとき発した言葉がどんなに美しくかったとしても、別の人それが用いたとき同じように美しいとは限らない。それは、言葉というものの本質が、口先だけのもの、語彙だけのものではなくて、それを発している人間全体の世界をいやおうなしに背負ってしまうところにあるからである。」

言葉と人間とは切り離せず、つまり、言葉とはその人自身であることを述べたものである。自らの言葉を自分自身であると強く意識すれば、私たちの言葉は次第に洗練される。格好悪いと思われるのも感じ悪いと蔑まれるのも、通常は嫌であるから。両親のように、我が子のように、大切な方々や思い出の品々のように、自分の言葉を大切

にしよう。

そして、言葉は力を持つ。映画「ハリーポッター」のセリフでは「言葉は魔法（Magic）」である。言葉には可能性があるということである。人を励ますこともでき、絶望を与えることも簡単である。心にゆとりがあれば、他人思いの温かい言葉を使えるし、怒りや憎しみに支配されれば、あらぬ言葉を投げつけるのが人間である。心と言葉は結びついている。であるから、逆に、言葉をコントロールすることが心を誘導することにも繋がると考える。言葉の力を、なるべく人に喜ばれるように、人の幸せとなるように、効果的に使いたいものである。それは心構え一つで誰にも可能なことである。自分の言葉を大切に思うことは、人を大切にすることであり、しかも、おそらく確実に、自分の心を大切にすることに繋がる。言葉を大切にす思いとともに、心豊かな人生を送っていただきたいと願う。

最後に

どのような言葉でお別れしようかと考えたが、この言葉で講演を締めくくりたい。「また、お会いしましょう。」

閉会式

次年度の当協議会は、平成 30 年 8 月 18 日（土）、19 日（日）に島原市で開催される。担当される島原市医師会看護学校長が次年度担当校としての挨拶をされた。

かなえない 未来がある。



応援してください。
やまぎんも、私も。

石川 佳純



山口銀行
YAMAGUCHI BANK

第 27 回全国医師会共同利用施設総会

「健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の役割について」

と き 平成 29 年 9 月 2 日 (土)・3 日 (日)

ところ 大分オアシスタワーホテル (大分県)

報告：常任理事 沖中 芳彦
理 事 船津 浩彦
理 事 前川 恭子

本総会は 2 年ごとに日本医師会主催、各県医師会担当で開催されるもので、今回は大分県医師会の担当により開催された。

横倉義武 日本医師会会長、近藤 稔 大分県医師会会長、広瀬勝貞 大分県知事、佐藤樹一郎 大分市長の挨拶の後、特別講演となった。

第 1 日目 (9 月 2 日)

特別講演

日本医師会の医療政策

日本医師会会長 横倉 義武

社会福祉と経済成長

経済は社会保障の支えとなる。今、その経済は日本も含め世界で変動している。日本の社会保障費は今後も増加する。経済という支えが動揺する中で、国は社会保障費を一層抑制すると思われる。

医療費に占める医療機関の人件費の割合は、2000 年の 50% から 2012 年には 46% に低下した。診療報酬は物価と比較し 2002 年から伸びていない。製造業では給与は増えているのに、医療従事者の給与は減っている。

医療に関わる人の数は 2 割増加している。雇用誘発という観点から、医療分野の貢献度は高い。医療の国内生産額も大きく、医療は雇用の創出に寄与している。が、費用として評価されていない。

社会保障の揺らぎは、国民にとっての将来の不安となる。不安は消費行動を抑え、所得を貯蓄にまわす。社会保障の充実による安定した医療の供給は、社会の安定につながる。そのためにも国民

皆保険を堅持することが必要である。また、医療分野の雇用創出は経済成長にもつながる。

社会の安定につながるための提言を、国策決定などさまざまな場で日医は行っていく。

診療報酬改定財源

社会保障費の自然増を年間 5,000 億円に抑えることが国の方針となっている。が、平成 30 年度は 6,300 億円の自然増が見込まれ、その差 1,300 億円をどうするかが問題である。

日医は以下を主張していく。

雇用誘発への医療の寄与を訴える。

政府の借金は多いが、企業剰余金や貯蓄など国としての資産はそれを上回る。企業内部留保を賃金にまわし、それを根拠とし、保険料を協会けんぽ並みに上げれば 1 兆円確保できる。

現在の新薬創出・適応外薬解消等促進加算は国外企業に流れている。これを国内製薬会社の税制優遇にまわせば国内企業の益となる。

また、たばこ税増税を社会保障費にまわすこともできる。これらが財源となり得る。

かかりつけ医機能

切れ目の無い医療介護連携の像は、地域により異なる。かかりつけ医がフロントラインとなり、医師会と行政がバックアップする。かかりつけ医を支える身近な入院施設として、中小病院や有床診療所など地域に密着した機関も必要である。大病院に集中している外来機能を、かかりつけ医の診療所へ移行分散することも可能である。

財務省には、かかりつけ医を医療費抑制に利用

しようとする動きもある。法制化により、国民一人ひとりのかかりつけ医を、イギリスのように強制的に決めてしまうというものである。日医はこれに反対し、国民自らがかかりつけ医を選べる形を主張していく。

健康寿命延伸

同一人の健診データは、年代によりばらばらに保存されている。これを一元化し利用することで、健康寿命延伸に役立てる。

糖尿病性腎症重症化予防で透析導入患者を減らし、COPD 対策推進を国レベルから都道府県に広げ、在宅酸素療法導入を減らすことで、健康寿命延伸にも医療費削減にもつなげる。このような提言を医療側から積極的に行っていく。

組織強化

日医の創立記念日である 11 月 1 日を、「いい医療の日」として日本記念日協会に申請し認定された。

若手の先生方に医師会を知っていただくために、研修医の会費を無料化し、若手医師の医賠責保険料の減額を行った。勤務医の先生方の公的年金への不安には、日医の医師年金を役立てていただきたい。医師会加入のメリットを病院のトップからお伝えいただき、日医会員を増やし、組織強化につなげたい。

(報告：前川 恭子)

分科会 シンポジウム

第 1 分科会 (医師会病院関係)

(1) さいたま市民医療センター (埼玉県)

「地域包括ケアシステムにおける医師会病院の役割」

さいたま市民医療センター 副院長 /

大宮医師会理事 石田 岳史

地域包括ケアシステムにおける医師会病院の役割について、当院の病院総合医のシステム、開業医との連携方法、地域医療連携室の役割、医師会病院が果たすハブ機能を中心に説明する。

埼玉県における 75 歳以上の人口は、2010 年時点では 58.9 万人と他県と比較して多くはないが、2025 年には 117.7 万人へと倍増する。高齢化の速さは全国最速であり、それに伴う救急医療需要の増加への対応が急務である。当院では内科

を細分化せず、救急総合診療内科が主軸となり、各臓器別専門内科がそれをサポートする体制で運営している。臓器別専門内科の科長は全員総合診療経験者で、毎朝、全科の専門医が新入院患者の治療方針を議論し決定している。当院における病院総合医のシステムは、複雑な疾患を抱えた老年医療には、理想的な臨床決定プロセスであると自負している。

当院は、さいたま市が土地や建物を整備し、さいたま市の 4 医師会が運営する公設民営の病院である。高齢者の入院患者は医療のみならず介護に関する問題でも多く、退院調整が困難である。当院の PFM (Patient Flow Management) は、NSW が軸となり、かかりつけ医、地域包括支援センターや NPO 法人と連携し初診から入院、退院後の施設や在宅系サービスへの引き継ぎを行っている。その結果、空きベッドを確保することができ、新たな紹介・救急患者の受け入れが可能になり、紹介率は 88%、逆紹介率は 98% であった。また、CT/MRI や内視鏡などの施設共同利用を充実させて、かかりつけ医と中核病院との役割分担を明確化し、二次医療に特化していることや回復期リハビリテーション病棟を併設しているため、急性期から回復期までシームレスなリハビリテーションが可能となっていることも特徴である。

超高齢社会においては、医師会が運営する地域医療支援病院がハブ機能を果たし、高度急性期病院とかかりつけ医の双方と連携を密にし、地域包括ケアシステムの司令塔になることが求められている。

(2) 呉市医師会病院 (広島県)

「大腸肛門病センターの取り組み」

呉市医師会病院長 /

呉市医師会理事 中塚 博文

健康寿命を延伸するためには調和のとれた食事、適切な運動、十分な睡眠などを実践する生活を送ることが推奨されている。しかし、排泄トラブルを抱えている人にとっては、これらの実践は容易ではない。便秘や便失禁などの排便障害そのものは疾病ではないが、QOL を保つための切実な問題にもかかわらず、排尿障害に比べ研究や対

応が遅れている。当院では、平成 26 年から大腸肛門病センターを開設し、高齢者の多くが悩みを抱えている排便障害の診断治療に取り組んでいるので報告する。

呉市は、人口約 23 万人で高齢者の占める割合が約 34%と、人口 15 万以上の都市においては高齢化率が全国一位になっている。公的病院が 5 施設あり、3 施設は病床数 400 床以上の総合病院で医療資源に比較的恵まれた地域である。当院は、昭和 36 年 1 月に開設され、現存する全国の医師会病院の中では最も歴史のある病院である。病床数は 207 床の紹介型開放型病院で、平成 11 年に地域医療支援病院に認定されており、平成 26 年から大腸肛門病センターを開設している。

高齢者の便秘や失禁などの排便障害は、がんなどと併存し、運動量の低下や食事内容など生活環境の変化、認知機能の低下、ポリファーマシーによる薬剤の有害作用など複数の要因が関与していることが多い。平成 25 年の厚生労働省の国民生活基礎調査では、便秘人口は全国で 477 万人と報告されている。排便障害の種類は、蠕動が弱くなる弛緩性、腫瘍で狭くなる器質性、痙攣で狭くなる痙攣性（過敏性腸症候群）、便が直腸に溜まる直腸性に分かれる。便失禁は、漏出性便失禁（便意を感じることなく、気づかないうちに便がもれている）と切迫性便失禁（便意を感じるがトイレまで我慢できずに漏れる）に分類され、20 歳から 65 歳までの人口の 4%、65 歳以上で 7.5%（男性 8.7%、女性 6.6%）、日本全国で約 500 万人とも言われている。

当院は開設後 55 年が経過し、新医師臨床研修制度に端を発した常勤医不足が続き、病床利用率が低下して、地域医療支援病院の維持が困難となっているが、必要とされる専門性と、医師会員と協同しながら医療・介護を支えることに取り組んでいる。がんや痔疾患の診断・治療を通して、健康寿命の維持に大切な排便障害に力を注いでいる。

(3) 大分市医師会立アルメイダ病院（大分県） 「健康寿命延伸に向けた医師会共同利用施設の役割」 大分市医師会副会長 山本 貴弘

当会は、大分県の人口 116 万人の 4 割が集中する行政区に位置する医師会の一つであり、アルメイダ病院のほか、看護専門学校、准看護師専門学校、訪問看護ステーション、在宅支援センター、介護保険支援センター、地域包括支援センターを運営している。

アルメイダ病院は、昭和 53 年 3 月に開放型病院として承認、10 月には救命救急センターが認定され、平成 3 年 8 月には病床数が 385 床となっている。大分県は、県民の健康寿命日本一を目指しているが、現状の大分県の健康寿命は、男性 71.56 歳（全国 16 位）、女性 75.01 歳（全国 10 位）である。県は、健康寿命を延伸するために自らの心身の状態等に応じた健康づくりに取り組むように県民の役割を定めている。各種検診等による健康状態の把握、適切な栄養情報の取得及び食生活の改善、身体活動より運動の実施、適切な休養の取得及び心の健康づくり、喫煙及び飲酒による健康被害の防止、歯及び口腔の健康づくり、生活習慣病の発症予防及び重症化予防などである。

地域医療の機能分担と連携のため、アルメイダ病院は地域住民に対する医療は無論、かかりつけ医からの引き受けも担っている。また、地域の教育研修も積極的に行い、医療保険介護従事者に対して 114 回の研修を行い 6,928 人が参加している。消防行政との連携も派遣型ワークステーションが組織され、救急隊のレベル向上のための病院実習を引き受けている。

大分県地域成人病検診センターは、健康増進、検診、健康教育を三本柱として、昭和 53 年に医師会、行政及び地域住民から構成される大分市地域保健委員会の総意のもと設立された。血液検体検査は、当院施設ですべて行い、健診後の二次検診はかかりつけ医や地域の医療機関を受診し、より専門的な検査や治療が必要な場合には当院への紹介となる。医師会共同利用施設として人間愛の精神に基づいた高度な医療を提供し、地域の医療機関と役割分担することで、高齢化社会において健康寿命の延伸に寄与できるような医療を提供し

ていきたい。

(4) 都城市郡医師会病院（宮崎県）

「医師会と行政が協力して支える救急医療体制Ⅱ」 —都城地域健康医療ゾーン整備事業の活動状況—

都城市北諸県郡医師会長 飯田 正幸

宮崎県の医療圏は 4 つに分かれ、当院は県西部地区の基幹病院である。都城市を中心とした医療圏人口は約 26 万人である。行政との協力による医師会病院整備の経緯は、平成 16 年に 3 施設移転の提案が医師会より都城市になされ、平成 21 年に 3 市 1 町による都城広域定住自立圏（総務省）を形成し、広域救急医療体制の整備拡充が可能となり、同年に宮崎県医療計画で中核的医療機関として評価され、新築移転に地域医療再生基金による支援が決定された。平成 25 年 9 月に医師会病院、夜間急病センター、健康サービスセンターが着工、平成 27 年 4 月に移転開業となった。現事業のあり方は、都城市が所有する土地に医師会所有の当院が設立され、その施設内に都城夜間救急センターと都城健康サービスセンターが内在する共同整備・区分所有になっている。救急医療体制のフォローシステムであるが、当院、都城夜間急病センターが中心となり、三次救急医療施設として宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院とが連携し、当院には宮崎大学、熊本大学、福岡大学より医師が派遣されている。平成 28 年度入院患者総数 6 万 7,347 人（1 日平均 184.52 人）、病床稼働率 82.4%、外来患者総数 2 万 3,804 人（同 65.22 人）、救急車受け入れ件数 2,448 件、手術件数 1,057 件、ドクターヘリ 53 件、ドクターカー 357 件であった。都城夜間急病センターは内科、外科、小児科を標榜し、医師 6 名が勤務している。28 年度を受診者数は内科 5,380 人、小児科 5,395 人、外科 2,804 人であった。

医療ゾーン整備事業については 26 年度に終了したが、事業評価については今後も継続して行い、行政との協力関係も維持していく必要がある。この事業は、医師会が長く行政との関係を重視してきた成果であり、また、医師会の先生方の熱意と行政の救急医療に対する見識と医師会の期待があって実現したものである。本事業の具体化は、

今後の共同利用施設のあり方を考える材料となりうるのではないかと考えている。

（報告：船津 浩彦）

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

(1) 函館市医師会健診検査センター（北海道）

函館市医師会理事／函館市医師会健診

検査センター運営委員長 平山 繁樹

北海道の南西部、渡島半島に位置する道南医療圏は、東に太平洋、西に日本海、南に津軽海峡を望み、総面積は 6,566 平方キロメートル、大阪府と神奈川県が収まる面積を有している。

函館市が中心となる南渡島医療圏（二次医療圏）は 2 市 7 町、医療圏人口は、2015 年の統計で約 38 万人、しかし過疎化が急激に進んでおり、2040 年には約 26 万人に減少することが見込まれている。函館市においても、2017 年 5 月末での人口は約 26 万人で、1980 年の約 34 万人をピークに減少を続け、2014 年には全国の中核都市のなかで初めて地域全体が過疎地域に指定され、人口減少が著しい。一方で、65 歳以上の老年人口は 2006 年と 2016 年の 10 年間の比較で約 1 万 6000 人増加し、老年人口割合が 33% となり、市民の 3 人に 1 人が高齢者となっている。

このような状況の中、当センターでは行政との連携を強化するとともに、各種健診データと市内の医療機関から受託した検査データを蓄積し、近い将来には両方のデータを結び付け、地域の検査と健診データの統一化を図ることを目標にする等、地域住民の健康寿命の延伸に向け、さまざまな取組みを行っている。

函館市医師会は、地域の保健・医療・福祉に貢献するため、医師会病院をはじめ健診検査センター、夜間急病センター、看護学校などの公益目的事業を行っている。

その一つである当センターは、昭和 47 年に会員への診療支援と地域住民の健康保持増進を図ることを目的に設立され、昭和 51 年に現在地に新築移転し、南北海道保健センターとして業務を開始した。平成 16 年に現名称の函館市医師会健診検査センターに改称し、会員の中央検査室として、また、道南地域住民の健康増進の拠点として活動

し、平成 22 年には地域医療への功労が認められて北海道社会貢献賞を受賞、翌 23 年には、函館市医師会が北海道知事より公益法人として認定されるなど、北海道内の医師会共同利用施設として唯一、健診事業と臨床検査事業を行う複合施設として、今日に至っている。

健康寿命の延伸に向けた当センターの取組みであるが、平成 20 年より開始された特定健康診査では、函館市医師会が実施医療機関を集約し、函館市や北海道医師会と集合契約を結び、個別健診と集団健診の併用で実施し、個別健診は医師会が集約した市内の医療機関で、集団健診は共同利用施設の医師会健診検査センターで行っている。特定健診と併せ「がん検診」「骨粗鬆症検診」「結核検診」「肝炎検診」などの市の健康増進事業等も同時実施するなど、受診者の利便性を図り健診率を上げている。

また、特定健診では函館市と協議し、国保加入者を対象に、特定健診の基本項目のほか、糖尿病性腎症に有用な函館市独自の追加項目や受診者の自己負担によるオプション検査も行っている。尿潜血も入れたが陽性に出すぎるので近々止める予定である。平成 23 年から心電図も制限なく医師の判断でできるようになった。さらに受診率を増やす対策として、健診カレンダーを市が配布している。未受診者の電話勧奨も市が積極的に行っている。各医療機関に特定健診を勧めるポスターを貼っていただいている。受診券を持参しなくても検査が受けられるようにしている。問診票を医療機関で記載するのが大変なため、市内の公共施設やスーパーなどで問診票を入手できるようにし、事前に記載してもらえるようにしている。受診率は平成 20 年度の 20%から始まって、現在は 30%弱まで増加している。

この他、28 年度からは、「函館市若い世代のピロリ菌検査事業」として中学 2 年生を対象にしたピロリ菌検査を実施しており、行政と連携し、市民の健康寿命の延伸に寄与している。

当センターでは、22 年度から健康診断事業報告書を作成し、蓄積されている特定健診や各種健康診断のデータを分析している。また、市内の医療機関から受託した検査データも蓄積しており、

近く両方のデータを連動させたデータベースを構築、健診を行った平時の検査結果を、急変時に医療機関へ提供可能にするシステムを整備する予定である。

函館市医師会では、市内に点在している医師会病院・健診検査センター・夜間急病センター・看護学校の 4 事業の拠点集約と、地域の医療・介護の連携と在宅医療への人材確保のため、理学療法士・作業療法士を育成するリハビリテーション専門学校（仮称）の開設を決定し、少子化により統廃合され閉校となった中学校跡地（約 5,000 坪）を函館市から購入した。

専門学校は 2020 年春の開校を予定しているが、これに先立ち、築 40 年を経過し老朽化が著しい健診検査センターの新築移転を決定し工事を進めている。また、この新築移転にあわせ、民間検査センターとの連携を含めた新たな事業を展開する。新築移転により市内中心部へ位置することで、利用者の利便性の一層の向上が期待できる。

今後も、地域住民の健康寿命の延伸と健康格差の解消に向け、地域に定着する人材の育成と多岐にわたる情報提供を行い、地域に貢献する医師会共同利用施設として活動を続けていきたい。

(2) 松阪地区医師会保健医療センター・臨床検査センター（三重県）

「医師会検査センター、健診センターの役割

～今までとこれから～

松阪地区医師会検診医療部門

担当キャップ理事 矢津 卓宏

当会は、三重県松阪市を中心に多気郡の明和町、多気町、大台町の 1 市 3 町を含む地区をカバーしており、合計約 21 万人の人口に対し、医師会会員は 439 人である。昭和 44 年に臨床検査センターを設立、平成 7 年に健診を開始し、平成 20 年に松阪市健診センターの指定管理者となって以降、さらに健診収益を伸ばしている。一方、検査センターでは、松阪市民病院の検査も請け負っていることで、何とか収入を確保しているが、会員の検査センター利用率は徐々に低下傾向であり、平成 26 年に公益社団法人に移行したこともあり、当面の課題となっている。

1 市 3 町の特定健診は、平成 20 年以降、健診結果作成や返戻対策、行政への請求作業などを肩代わりすることで、ほぼ 100%、当検査センターが行っている。平成 3 年に当時の老健法による住民健診が始まり、管内の全実施医療機関から健診検体を回収し、当検査センターが測定し、報告書を発行することとした。法改正以降もシステムができていたため、特定健診でも継続できている。測定方法が統一されており、地区内どこで受けた特定健診でも前回、前々回の結果を結果用紙に印刷することで、一目で経年変化を比較できるメリットがあり、その後の指導、診療に非常に役立っていると考えられる。また、会員の手間、行政の手間をかなり省くことができているともいえる。

また、行政からの強い要望により、特定健診を受ける機会がない 20～39 歳を対象に、特定健診と同等の内容を、若年者健診として低額で松阪市健診センターにて実施している。

がん検診においては、検査センターが子宮がん検診、大腸がん検診の検体の集配を行っている。肺がん検診に関しては、行政より精度向上のために肺がん検診二重読影の実施を強く求められていたが、平成 27 年に行政と医師会が二重読影委託契約を交わし、医師会検査センターが会員診療所の X 線画像を回収、専門医による読影、報告、行政への二重読影費用の請求を行う体制を構築した。

数年前から中高生に対するヘリコバクターピロリ除菌による胃がんの予防の試みが全国各所で始まってきており、当会でも数年前より行政に働きかけてきた。熱心な会員からの提案が始まりであったが、地区内の中学校の健診はすべて請け負うことができていることから、新たな検体回収の必要がないことが好都合である。松阪地区胃がん撲滅委員会なるものを平成 28 年度に発足させ、29 年度は松阪市内の私立中学 3 年生 138 名についてピロリ菌検査を行い、8 名の陽性者を検出した。陽性率 5.8% は他の国内の報告例と同等の結果であった。まず、便中抗原を確認してから除菌薬を投与する。2 次検査や除菌は委員会に属する医療機関で行うこととしている。松阪市において

も 30 年度からの市内全校の検査について前向きに動き出していだいており、今後も医師会として協力していく予定である。ただ、問題もあり、教職員や保護者への啓発がまだ不十分と思っている。結果の報告方法も問題で、いじめの対象にならないかとの心配もあり、本年度は自宅に郵送する方法を取った。

冒頭で、会員検査の検査率が低迷していることに触れたが、最近では民間業者の台頭が激しくなっており、検査料金ではなかなか勝負が難しく、市内の病院などとも検査の標準化を行っていることで検査結果には絶対の自信があっても、なかなかそれだけでは利用してもらえないのが実情である。そこで、普段からお世話になっている愛知県の半田市医師会が開発された「Dr. Web」という医療ネットワークシステムを昨年度に導入した。まだ試験運用が始まったばかりで、会員への普及は今年度後半になりそうであるが、「Dr. Web」を導入するとオーダーリングシステムが利用でき、検査センターで検査結果が出た瞬間から結果を見ることも可能である。また、医師会と各診療所や各診療所間の通信ツールとしても利用できると聞いている。今後は市内の総合病院(2 次救急病院)にも参加してもらえれば、病診連携、病病連携の向上にもなりうると期待される。このような連携システムを作ることによって、検査センター利用を推進していきたいと考えている。

医師会検査センター、健診センターの役割として重要なことは、行政とできる限り協力して物事を進めることであると思う。今後、住民の個人データが蓄積できるようにもなるかと思う。これらは民間業者には難しいことであり、医師会立の存在意義になり得ると考える。そのためにも、医師会が行政と良い関係を保っていくことの重要性は言うまでもない。

(3) 西宮市医師会診療所臨床検査部(兵庫県) 「Web 検査結果照会システム (MInCS for Lab) の現状と将来像について」

西宮市医師会副会長 伊賀 俊行

近年、医療費抑制のあおりを受けて医師会立の検査センターも苦境に立たされている。会員の検

査を増やせばよいが、それも容易ではない。経営健全化には顧客の確保とコストの削減が必要であることは言うまでもない。これには電子カルテの普及もあり、その対応が不可欠となる。ただ、現実には電子カルテはメーカー間で統一されたものがなく、個々のメーカーへの対応には多くのコストを必要とする。今回、われわれは Web 検査結果照会システム「MInCS for Lab」(Medical Information Cloud Service for Laboratory) を導入することでこの問題を軽減したので、システムを使用した現状並びに将来の種々の可能性について紹介する。

西宮市は大阪と神戸の間にあり、人口は約 48 万人であり、人口構成は 40 代が最多である。高齢化率は本年 7 月の時点で 23.3% であり全国平均よりも低い。当会の健康開発センターの職員数は 146 名であり、医師会自体は A 会員の医療機関が 447、B 会員と C 会員も含めて会員数は 768 名である。

共同利用施設は昭和 61 年 2 月に西宮健康開発センターとして開設した。当臨床検査部は、平成 23 年 10 月に経済産業省「東北復興支援医療情報化実証事業」へ参画して、標準化された臨床検査データがクラウド上に蓄積される“情報基盤システム”の構築評価を実施した。その後、この基盤は独自に改良が加えられ、地域医療連携や地域包括ケアに対応できる同照会システムが活用されている。このシステムの大きな特徴は、1) 検査データの厚生労働省標準化コードへの変換、2) 安全な Web 回線、である。

本来、コンピューター同士でのコミュニケーションには共通なルールが必要である。しかしながら、各臨床検査会社は独自のコードで検査データを蓄積しており、臨床検査情報基盤構築には適さない。厚生労働省は医療情報共有のために標準化コードを決めており、検査データに関しても厚生労働省標準化コードの使用を推進している。この標準化コードへの変換が可能になったことにより、検査データの移送が可能になった。各地域の医療連携システム(当地では h-Anshin むこねっ)や医療介護連携システムへのデータ移送は容易であり、さらにビッグデータ事業へも対応でき

る。また、クラウドに保存しているデータは、標準化していることで災害時にも容易に取り出すことができる。

次に、各種電子カルテへの対応であるが、電子カルテは異なるデータ形式、コードのために、データを提供するにはそれぞれに対してデータの変換プログラムが必要になる。われわれは現在 32 社の電子カルテに対してデータ変換プログラムを作成し、データの移送、オーダリングに対応することで、地域医療連携のシステムに直接データを提供することが可能となった。同じシステムを利用すれば、電子カルテに安価で対応できる。すなわち、各地の医師会共同利用施設で共有することができるということになる。

次に、安全な回線についてであるが、厚生労働省・総務省・経済産業省が掲げる医療セキュリティに関するガイドラインに準拠した回線を用いており、さらなるセキュリティ対策として、個々のパソコンにはクライアント証明書による認証を与え、パスワードはマトリックス認証方式を使用している。将来的にも種々の医療情報に対応可能と思われる。

「MInCS for Lab」の概要として、1) 電子カルテシステムの取込み、2) 地域医療連携へのデータ提供、3) タブレットによる検査結果データの参照、ができる。4) 検査結果を時系列でグラフ表示でき、紹介状に貼り付けることができる。5) オーダリングも Web 画面からでき、検体に貼るバーコードを出力できる。6) セキュリティが高いことを利用し、医師会からの情報発信、会員同士の情報交換等も可能になる。紙ベースの情報発信をウェブ利用することで、コストや労力の削減が期待できる。さらに、グループ化機能を用いれば、特定のグループのみという選別も可能である。将来的には医療情報、介護情報などの共有も視野に入ってくる。

さらに、現在、日本医療研究開発機構 (AMED) によるデジタル生活習慣病手帳 (Personal Health Record) 利活用事業に参画している。これは、従来の紙媒体の健康手帳やお薬手帳を電子化してスマートフォンに取込み、生活習慣病の悪化を予防しようという試みである。標準化されている検

査データを本人のスマートフォンに転送することで、本人はいつでも自分で見ることや診療所で見せることも可能になり、また、クラウド保存の故に、もし紛失してもすぐに取り出すことができる。これも標準化コード変換による移送で可能となる。

以上のように、「MInCS for Lab」システムは標準化と高度なセキュリティを備えており、今後、各地域の医療連携システムや医療介護連携システムなどのさまざまな分野に活用できる将来性を持っている。

(4) 別府市医師会地域保健センター（大分県） 「健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の 取り組み ～ICTを活用した次世代の健診と共同 利用施設の横の連携～」

別府市医師会 ICT・地域医療連携室長 /

地域保健センター管理者 田能村 祐一

当会では、昭和 39 年より会員への検体検査を一般医療支援の目的で運営してきた臨床検査センターに地域住民の健康増進の機能を加えた形で、「地域保健センター」が平成元年に設立された。

健診業務は、基幹病院に隣接する大規模な健診センターと、会員が運営する健診センターが既に 2 施設もあり、同地域でできるだけ競合しないような運営を基本に、会員の協力のもと特定健診・特定保健指導や各種がん検診をはじめ事業所健診、日帰り人間ドックなどを行っている。学童健診については腎臓・心臓検診、小児生活習慣病検診（小 4・中 2）などを自治体と契約して行っている。平成 28 年には、中学 2 年生の小児生活習慣病検診の希望者からピロリ菌検査の希望者を対象に、小児生活習慣病検診の血液検査と同時にピロリ抗体価を測定し、大分大学医学部の監修のもと、抗体陽性者には尿素呼気検査を実施し、さらに陽性が出た場合は、希望者には 20 歳までに除菌を援助するピロリ菌検査事業を始めた。20 名の陽性者があり、10 名が既に除菌を受けた。

また、平成 23 年に地域医療の質の向上を目的に、セキュリティレベルの高い ICT ネットワーク網「ゆけむり医療ネット」を整備し、4 つの基幹病院と会員（現在 68 施設）の間で、患者の同意

の下に、診療情報の参照可能な地域医療連携システムを構築している。医師会立の検査・健診センターからもデータの提供を行っており、診療所から依頼された検体検査や健診センターで受診した特定健診、事業所健診、人間ドック、各種がん検診（肺がん、胃がん、前立腺がん、大腸がん等）、学童健診（心臓検診、腎臓検診、小児生活習慣病検診等）のデータが、同意書を基に閲覧できる。健診を受けて精密検査が必要となり、かかりつけ医へ相談後、基幹病院へ精密検査のために紹介受診するという一連の医療情報が時系列に閲覧できる。

別府市の医療費は、113 億円を国保で使用しており、年間 100 万円を超える医療費の人が 56% いる。特定健診の受診率は、全国の 36% に対し 44.3% であり、65 歳以上の人の受診率が高いが、40 代、50 代は 20% を切っており、これらの受診率を上げることができなければ健康寿命の延伸はできない。

「健康寿命の延伸」という言葉をいつ頃から耳にしているか。2013 年から「日本再興戦略」が毎年決定されており、2015 年に「国民の健康寿命の延伸」というテーマが掲げられ、2016 年には「世界最先端の健康立国」という言葉になった。本年 6 月 9 日に第 10 回未来投資会議が総理官邸で開かれ、「未来投資戦略 2017 Society 5.0 の実現に向けた改革」と分野別の戦略が示された。その中の医療分野のテーマの 1 番に「国民の健康寿命の延伸」が計画され、国民の健康寿命を 2020 年までに 1 歳以上延伸し、2025 年までに 2 歳以上延伸することが掲げられている。

新たに講ずべき具体的施策として、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる「2025 年問題」に間に合うよう、技術革新を最大限活用し、個人・患者本位で、最適な健康管理と診療、自立支援に軸足を置いた介護など、新しい健康・医療・介護システムを構築する。データ利活用基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備し、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成

し、これら自らの生涯にわたる医療等の情報を、本人が経年的に把握できる仕組みとして、自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。

また、保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化においては、予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組みを推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。各制度共通の評価指標は、特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診、歯科健診の実施状況や ICT 等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等を追加することで、予防・健康づくりなど医療費適正化に資する多様な取組みをバランス良く評価するものとする。このように、費用対効果も勘案しつつ、基盤構築・制度改革・民間投資促進を一体的に進め、2020 年には新しいシステムを構築し、国民が安心できる医療・介護が 2025 年に国民生活に定着していることを目指す、と書かれている。

これからの共同利用施設の役割は、まず、地域の健診・検査データを蓄積している医師会立共同利用施設がリーダーシップを取って、その地域のデータを利活用することが重要である。また、予防・健康づくりなどの医療費の適正化については医師会という中間的な立場のところバランス良く評価して、ICT 等を活用して新たな予防・健康増進の仕組みを作ることが必要と思っている。さらに、医師会立共同利用施設同士のヒューマンネットワーク作りと横の連携による活性化が地域にあったノウハウを導き出し、効率的な運用と効果的な結果に繋がると考える。

(5)「健診標準フォーマットの運用拡大について」

日本医師会総合政策研究機構研究部

統括部長補佐 吉田 澄人

国や保険者等では、これまで蓄積された NDB (ナショナルデータベース) 等を用いて、特定健診等の実施による医療費適正化効果等の検証が行われているが、特定健診等は保険者に実施義務が課せられたことで、保険者が被保険者に対する保健事業の一環として行われることから、国民一人ひとりが自身の生涯にわたる健康管理を行うため

の長期にわたる健康支援という概念に乏しく、また、生活習慣病に直接影響する検査項目のみに限定されていることもあり、制度開始以降、実施率の大幅な向上は見られていない。

今後は、特定健診等制度においては生活習慣病有病者の減少を目指すことを一つの理念としながらも、乳幼児から高齢者に至るまで、国民に対する健康維持増進や重症化予防の啓発を促すという視点を持った健診体制の構築が必要であり、現状のさまざまな健診事業の実態を把握することが求められている。

このことから、日医総研では、健診データの地域分析や大規模集積データの分析はもとより、国際的に流通することが可能となるデータモデルの検討を行い、CSV 形式で格納された健診標準フォーマットから再変換するための変換ツール策定に取り組んでいる。

来年度の特定健診・特定保健指導の電子化費用に関する調査を行い、都道府県医師会 29、郡市区医師会 487 から回答をいただいた。共同利用施設を有している医師会は、68.7%が電子化しており、有していない医師会は約 40%が電子化しているという結果であった。XML ソフトを購入している医師会の費用は 50 万円未満が多いが、600 万円以上という医師会もあった。民間事業者に委託した代行入力料金の (1 枚当たり) は 400 円～600 円、ついで 200 円～400 円という医師会が多かった。市町村国保へは、ほぼそのままの金額を電子化の費用として請求しているところが多かった。

本題の健診標準フォーマットであるが、乳幼児期から高齢期に至るまでの各種健診の健診項目を一つのデータベースで管理できる。健診標準フォーマットにより一元管理できる健診は、特定健康診査、一般定期健康診断、特殊健康診断、対策型がん検診、任意型がん検診、人間ドック、乳幼児健診、児童生徒の健診であるが、一部特殊健康診断については対応できていないため、必要に応じて拡張していく。

健診関係団体の集まりである日本医学健康管理評価協議会の事務局を日医が務めており、平成 28 年 10 月に共同宣言を出した。1) 国民の生涯を通

じた健康情報の一元管理を目指して、健診実施機関等が有する健診データ仕様の一元化を図ること。2) 医療機関、健診実施機関、健診関係団体等が取り組む国民の生涯を通じた健康増進や健康管理に関わる事業活動に資する、健診のデータベース構築に協力して取り組むこと。3) 健診データにおける仕様の標準化のために策定された「健診標準フォーマット」の普及を目的とした、仕様の更新や改善の検討について協力して取り組むこと。

健診標準フォーマットは、平成 27 年に医師会共同利用施設の先生方の協力をいただきながら、150 万件程度の第 1 次の健診データについて、一元化のための変換を行った。健診データの中には、特定健診だけでなく、20 歳台のデータも含まれている。HbA1c を例にとると、世代によりその値が異なる。

がん検診部門のデータの中から、1 次健診の部分を抽出して、がん検診に係るデータを出してみると、腫瘍マーカーを含む幅広い検査項目の検査が各施設で実施されている。この中の個人情報を排除したビッグデータのためのデータベースができてきた。

総合判定や所見に関しては、医師会のセンターの協力をいただいて、所見を表示するための語句をすべて抽出し、標準用語への集約を行った。

健診標準フォーマットの普及の現状については、27 年度には約 150 万件（17 施設）の変換を行った。29 年度は共同利用施設の中の 70 の医療機関から変換の許可を得ており、目標は本年中に 500 万～700 万件のデータ変換を完了させることである。地域の若年層から高齢者の健診データまでをすべて変換して、一つのデータベースとしていくことを目指している。

個人情報の取扱いについて、医療機関で得られた情報については、まず本人の同意を得た上で第三者に提供することが考えられ、これにより個別化したサービスの提供が可能となる。また、信頼できる認定機関が医療情報から匿名情報を作成し研究機関等へ提供することが考えられる。この場合は本人の同意を必要としないが、匿名化のために削除された個人識別符号の照合は禁止される。

本年度は、平成 28 年 10 月に公表された「共

同宣言」に基づき、「健診標準フォーマット」を用いて、健診関係団体自身が健診機関より収集している健診データを健診標準フォーマットに変換し一元管理できるようなパイロット事業を実施する（実施期間：平成 29 年 9 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日）。

最後に、先生方の医療機器の開発の支援も日医総研で進めているので、ご入用の際にはご連絡いただければと思う。

（報告：沖中 芳彦）

第 3 分科会「介護保険関連施設関係」

(1) 八王子市医師会（東京都）

「病院救急車は動く医師会共同利用施設」

南多摩病院長 益子 邦洋

東京都全体でも、八王子市内でも救急搬送は増加しており、特に高齢者施設からの搬送が増えている。二次救急医療機関は減少しているので、受け入れ機関選定に難渋し、搬送時間も延長していた。

平成 23 年に八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連^{ほちこうれん}）を設立（現在 20 団体で構成）、八王子市の救急医療の入口（搬送時）・出口（退院時）の問題を検討した。そこで、病院救急車を利用した患者搬送の方法が考えられた。文字通り、病院救急車を医師会で共同利用するのである。

○八王子在宅療養救急搬送支援事業

在宅療養生活をおくる市民で利用登録同意書を記載した者が対象となる。患者搬送が必要とわかりつけ医が判断し、登録医療機関が患者受け入れを了承した時に、かかりつけ医が救急車の出動を要請をする。対応するのは南多摩病院の救急車である。運用は平日日勤帯、乗員は看護師・救急救命士・運転手の 3 名である。

平成 26 年 12 月から運用開始、地域医療再生基金が活用され市が予算化、病院が医師会に費用請求する。

○老人施設からの救急要請

前述の事業は在宅患者が対象である。高齢者施設からの救急搬送には対応していなかった。そこで、平成 27 年 4 月から施設入所者搬送事業を開始した。

高齢者施設の担当医が搬送要否を判断、その担当医又は看護師が出動を要請する。これも南多摩病院の救急車が活用され、平日日勤帯の運用である。病院間の搬送にも対応する。

これは補助事業ではない。東京都が予算化する話があるが、まだ、費用は病院の持ち出しである。

○ときどき入院、ほぼ在宅

当初の月 2～3 件の搬送利用が 30 件前後に増加した。慢性期・精神病院の患者受け入れも増え、消防の負担も軽減された。以前は、2 次救急医療機関の受け入れを探し、圏域を越えての搬送もあったが、市内で医療が完結するようになった。地域完結型医療体制へのパラダイムシフトを起こしている。

(2) 横浜市緑区医師会訪問看護ステーション

(神奈川県)

「健康寿命延伸に向けて一在宅医療相談室の役割」

横浜市緑区医師会訪問看護ステーション

統括責任者 大迫 可奈子

横浜市 18 区のすべてで在宅医療・介護連携に関する相談支援事業が行われている。市から委託される業務は①相談・支援、②在宅医支援、③緊急一次入院への協力体制の構築、④多職種連携・事例検討会、⑤市民啓発業務である。市からは④、⑤について件数・回数を多く行う旨、言われている。特に、「看取りまで在宅」を市民に啓発するとのことであったが、当初の参加者へのアンケートでは「自分が死ぬ場所は施設か病院」の回答が多く、在宅医療の啓発は時期尚早と判断した。

平成 27 年にまず、介護予防・疾病予防をテーマに啓発活動を始めた。翌年、参加者が増え、一人暮らし・妻を介護・妻が入院中の男性住民に「おひとり様、男塾」を開始した。「在宅ケアに関わる人のための医療講座」では、医師会新規入会医師や若手医師を講師に呼び、医師会活動に触れてもらう機会も作った。

相談支援により人をつなげ、年代や環境に合わせた啓発を行い、予防推進にてなるべく長く自立した生活を行えるよう取り組んでいる。

(3) 宗像医師会（福岡県）

「宗像医師会共同利用施設の取り組み」

一在宅医療連携拠点事業室むーみんネット、

介護老人保健施設よつづかー

宗像医師会理事 小島 武士

○よつづかの取組み

宗像市には離島、宗像大島があり、フェリーで約 25 分、人口 684 人の島である。

「介護老人保健施設よつづか」は平成 21 年から宗像大島への訪問リハビリを始め、平成 27 年からは受託介護予防事業として、宗像大島の介護予防サロンを開始した。男性 5 名を含む 30 人がサロン利用者であり、カラオケをしながら職員の到着を待つ。職員は 3 人、25 分の乗船に船酔いの職員もいる。サロンは 1 回 2 時間程度、貯筋体操や専門職の講義を行うこともあり、年 6 回、隔月の開催である。

現在、よつづかのサロン開催は宗像大島だけである。今後、拡大及びサロンの効果評価を行いたい。

○むーみんネット

平成 24 年度、厚労省の採択を受けた拠点事業である。28 年度からは、宗像市・福津市の委託を受け、在宅医療・介護連携支援事業の全項目を実施している。

・資源の把握

在宅医療・介護資源情報をまとめたガイドマップを作成し、CD にて配布している。

・切れ目のない体制

「宗像在宅医療支援ネットワークマニュアル」は、在宅医療と介護を切れ目なくつなぐさまざまなシステムをマニュアル化したものである。

「宗薬ネット」は、医療材料を小分けして提供したり、24 時間麻薬や注射薬の供給を行う。薬剤師会が全面協力、材料・薬剤を項目別に分けたパンフレットを作成し、利用しやすい工夫がなされている。材料・薬剤の共同購入である。

主治医が不在時にどのように対応するかを集約した情報提供システム、宗像医師会病院へのバックベッド・レスパイト入院登録システム、在宅医療機器貸し出しシステムもある。

・情報共有支援

「むーみんネットシステム」では、スマートフォンを利用し、医療・介護の情報共有を行う。平成 26 年から、医師・訪問看護師・居宅介護支援専門員・薬剤師の利用で開始した。対象者は癌末期や神経難病などの医療依存度の高い在宅療養患者である。29 年度の登録患者は 200 名であるが、重症者が多いので在宅からの出入りが多く、アクティブな患者数は 30 前後である。在宅関連の医師が 7～8 名登録している。

訪問日や処方、医療処置などを入力し、緊急度に応じ関係者にメールなどで通知できる。情報が確実に伝わるため、口頭伝達によるミスが減り、特に終末期対応が行いやすくなった。

(4) 臼杵市医師会 (大分県)

「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

臼杵市医師会立コスモス病院副院長

舩友 一洋

人口 4 万人弱の臼杵市で、「石仏ねっと」に接続できる「石仏カード」(フェリカカード)を約 3 分の 1 の市民が持っている。カード保持者は、自分の情報を閲覧して良いと判断した対象施設で、このカードを提示する。するとその施設では、60 日の間、該当カード保持者の情報を閲覧できる。なお、施設外では閲覧できない。施設 ID とカード保持者の地域共通 ID がひも付けされると、施設や医療機関のデータをサーバにアップロードできる。

「石仏ねっと」で共有され得るのは、医療情報や医療介護連携に関する情報である。検査結果も登録した複数の医療機関のデータを時系列で閲覧することができる。

参加機関は、医療機関の 8 割、歯科医院・調剤薬局・居宅事業所・訪問看護ステーションのほとんどで、消防署・市役所・保健所ともつないでいる。開業医が病院データを利用したり、ケアマネが薬歴を確認する。患者の緊急時連携シートには、急変時の連絡先などが記入され、消防署の通信司令室からは、低血糖や出血傾向のある患者をチェックできる。

糖尿病や心疾患連携パスの利用もあり、「石仏ねっと」の活用だけが理由ではないと思われるが、透析導入患者数は減少、年間医療費は維持、要介護認定を受けた者の数は減少している。

費用の半分は税金で主にシステムに、残り半分は医師会の負担で主に人件費に使われている。

医療機関の基本ネットワークは白杵ケーブルネットを使用、薬局との連携には専用線でオンラインストレージ(Prime Drive)を使用し、インターネットに出ないネットワークを作りセキュリティの確保に努めている。

問題は、登録市民・登録施設が増えている割に、情報更新が増えていないことである。定期的に施設にインストラクターを巡回させ、「石仏ねっと」の活用方法をより深く知ってもらうようにしている。

今後、総務省のクラウド型 EHR 高度化事業を活用し、県内病院との連携を図る予定である。また、母子手帳の電子化により、予防接種データの集約などにも取組みたい。

第 2 日目 (9 月 3 日)**大分県内共同利用施設紹介**

大分県医師会常任理事 伊藤 彰

大分市医師会立アルメイダ病院、臼杵市医師会立コスモス病院、竹田医師会病院、宇佐高田医師会病院、津久見市医師会立津久見中央病院、別府市医師会地域保健センターが紹介された。

分科会報告・全体討議

松本吉郎 日本医師会常任理事、池田秀夫 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長、利根川洋二 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長から、各分科会の報告がなされた。

続く全体討議では、テーマに関連した質疑応答に加え、医師の働き方改革に関する討議があり、各医師会病院での対応につき情報共有された。

今村 聡 日本医師会副会長が総括された後、会を閉じた。

(報告：前川 恭子)

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

今年の夏は、「50年に一度の記録的な大雨」というニュースが何度となく流れました。東日本では長雨と日照不足で夏野菜の価格が高騰しました。また、秋の味覚であるサンマが極端な不漁で、今年6年目を迎えるはずだった気仙沼のサンマフェスティバルも中止になりました。さらに、北海道の胆振地方沿岸の秋サケの定置網漁で、これまでにないほど大量のブリが水揚げされ、漁民も戸惑っているとのニュースもありました。これらは地球温暖化の影響と考えられていますが、某国の大統領は、それでも地球温暖化は科学者の「でっち上げ」だと言うのでしょうか。弾道ミサイルや核兵器を、まるで「おもちゃ」のように考えているとしか思えない某国の指導者もいます。当分、不安な日々が続きそうです。

8月19日（土）と20日（日）の2日間にわたり、ホテル日航熊本で**第48回中四九地区医師会看護学校協議会**が開催され、県医師会からはオブザーバーとして沖中芳彦 常任理事が参加しました。今回のシンポジウムのテーマは「医師会立看護学校の現状と展望～とくに准看護師課程の存在意義について～」であり、シンポジストの一人である釜蒔 敏 日医常任理事は、看護協会が看護師養成の4年制を政府に対して要望していることに触れ、「4年制の大学での看護基礎教育が法制化されると、経済的理由等により看護師希望者が大きく減少する可能性が高い」「教室の確保と専任教員等の人材確保も困難となり、養成所の閉鎖を招く」として反対の立場を明確にしています。総合討議の中で「准看護師の業務を明確にし、准看護師の位置付けをきちんとしてほしい」との要望が出されたそうです。

8月20日（日）には岡山県医師会館で「**中国地区学校保健・学校医大会**」が開催され、濱本史明 副会長と藤本俊文 常任理事が出席しています。

8月24日（木）には山口県総合保健会館で**集団指導**が実施され、約500名の出席がありました。また、それに先立ち山口県医師会で**新規第1号会員研修会**も開催されています。ただ、対象者38名中18名しか参加がありませんでした。研修会では医師会の概要説明、保険診療上の注意点、医療安全・医療事故防止についての説明が行われるのですが、新規会員にはぜひ聞いておいてほしい内容ですので、参加していただきたかったと思います。

臨床研修医交流会が8月26日（土）と27日（日）の2日間にわたり開催されました。今回が第9回目です。すっかり恒例の行事となりました。この会は臨床研修医の「他の研修病院の臨床研修医と情報交換できる場を用意してほしい」との要望を受けて、県医師会と山口県医師臨床研修推進センターの共催で開催することになったものです。内容は研修医から選ばれた世話人が企画しています。今年は講演2題のほかに、1日目にはグループワークと懇親会、2日目には症例検討会が行われました。グループワーク「研修医駆け込み寺」は、研修医自身が経験したヒヤリハット事例や失敗談についてグループ内で話し合い発表するという内容で、活発にグループ討議が行われていました。十分に親睦が図れたのではないのでしょうか。懇親会ではこれも恒例のビンゴ大会が開催され、各研修病院から提供された豪華賞品を前にして大変盛

り上がりました。参加した研修医は 79 名、懇親会には研修病院の院長、副院長、多数の研修指導医、また、県健康福祉部からも出席をいただきました。

8 月 31 日（木）に**社保・国保審査委員合同協議会**を開催しました。詳細については本号の記事をご覧ください。「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」の議論の中で、支払基金の支部を集約化すべきとの意見が出されていますが、藤原 淳 社保審査委員長が全国審査委員長会議で確認を取ったところ、支部の集約化は考えていないとの厚労省関係者の回答を得たと、冒頭の挨拶の中で述べておられました。一方、土井一輝 国保審査会長は、診療報酬の審査の効率化と統一性の確保を名目に、全国統一のかつ明確な判断基準を策定し、その判断基準に基づく精度の高いコンピューターチェックの実施を可能とするための作業が着々と進められていると、挨拶の中で触れておられました。

9 月 2 日（土）と 3 日（日）の 2 日間にわたり、大分オアシスタワーホテルで**第 27 回全国医師会共同利用施設総会**が開催され、沖中常任理事、船津浩彦 理事、前川恭子 理事が参加しています。医師会病院関係、検査・健診センター関係、介護保険関連施設関係の 3 つの分科会に分かれ、各々シンポジウムが行われたそうです。

9 月 3 日（日）、**第 145 回山口県医師会生涯研修セミナー**が開催されました。午前中に沢田泰之 東京都立墨東病院皮膚科部長による特別講演「デルマドローム 内科疾患に関わる皮膚症状」と、木浦勝行 岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科教授による特別講演「肺癌診療 30 年を振り返って」が行われた後、午後には瀧本禎之 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学准教授の「臨床倫理の実践～診療現場の医療倫理」と長谷川 学 内閣官房企画官の「地域医療構想・地域包括ケアと地域社会の未来」の 2 題の特別講演が行われました。午後の講演では、それぞれ専門医共通講習の「医療倫理」（必修）と「地域医療」（任意）の

単位を取得できることもあってか、120 名の参加者がありました。

台風 18 号が 9 月 17 日（日）に山口県に最接近し、県内に被害を及ぼす可能性があるとの予報を受け、県医師会では 9 月 15 日（金）に、台風 18 号に関しての防災対策の周知と医療機関に被害が発生した場合の連絡対応について、郡市医師会宛に FAX で事務連絡を行うとともに、17 日には災害担当の事務局職員が県医師会館に出務し、緊急時に備えた体制を取りました。

フランスのアベ・プレヴォーの小説「マノン・レスコー」を振付家ケネス・マクミランがバレエ化した「マノン」は、道徳観念のないマノンを、可憐に、妖艶にそして退廃した姿で演じるといふ、バレリーナにとっては、踊りだけでなく演技力でも観客を引きつけなければならない難しい役です。このバレエを 2005 年 7 月の英国ロイヤル・バレエ来日公演で見ました。16 日（土）はシルヴィ・ギエムが、17 日（日）はタマラ・ロホがマノンを演じました。ロホはまだ年齢が若かったせいもあり、可憐さはありましたが、マノン役としては物足りなさがありました。ギエムは最高としか言いようがありませんでした。踊りのすごさですが、表現力が半端ではありません。彼女がその後クラシック・バレエから次第にコンテンポラリー・ダンスに重心を移していったのも頷けます。2012 年 5 月 2 日（水）にはパリ・オペラ座ガルニエ宮で、オーレリー・デュポンのマノンを見えています。デュポンはバレリーナとして華があります。第 3 幕 流刑地の場では、第 1 幕、第 2 幕とは打って変わってみずばらしい衣装で登場するのですが、それでも無垢で可憐な少女と思わせる輝きがありました。彼女は 2015 年 5 月にパリ・オペラ座ガルニエ宮でのさよなら公演を最後に現役を引退しました。そのさよなら公演の演目が「マノン」でした。NHK の BS プレミアムでも放映されたのでご覧になった方もおられると思います。

理 事 会

— 第 11 回 —

9 月 7 日 午後 5 時～7 時 17 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・船津・前川・山下各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 1 回郡市医師会長会議の議題について

10 月 12 日開催の標記会議の日程及び議題について協議を行った。

2 平成 30 年度特定健診の標準単価及び後期高齢者の健康診査における検査項目の追加について

今年度は診療報酬の改定がないため、平成 30 年度の特定健診標準単価及び後期高齢者健康診査の単価を変更しないことが了承された。また、特定健診においては血清クレアチニンが詳細な健診項目に追加され、後期高齢者健康診査においては血清クレアチニンと血清アルブミンが検査項目に追加されるとともに、これまで選択とされていた「空腹時血糖」と「HbA1c」が必須となることが報告され、了承された。

3 次期（第 7 次）保健医療計画の「5 疾病及び在宅医療」の医療機能案について

第 7 次山口県保健医療計画の策定にあたり、現在、ワーキンググループで検討している医療連携体制（5 疾病・在宅医療）における医療機能案について、次回理事会（9 月 21 日）で協議することが決定した。

4 県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会に関する調査について

先般、教務主任会からバレーボール大会中止の

要望が提出されたことから、今後の運営方針等について、郡市医師会及び看護学院（校）にアンケート調査を実施した。その結果、開催に前向き：5 医師会 3 学院、自由参加等の条件付き：2 医師会 1 学院、中止を希望：1 医師会 4 学院であった。大会の開催趣旨及び学生の学校生活・教育の視点から存続を希望する意見もあることから、運営の細部について改善を行った上で、開催は継続することが決定した。ただし、今後 5 年間の学院の状況や意見に鑑み、再検討を行う予定である。

5 矯正医官の募集について

山口刑務所長より、山口刑務所に勤務する「矯正医官」の募集について協力依頼があり、郡市医師会を通じて会員等へ周知することが決定した。

6 第 35 回全国都市緑化やまぐちフェア（愛称：山口ゆめ花博）協賛金への協力依頼について

平成 30 年 9 月 14 日～11 月 4 日に山口県・山口市・公益財団法人都市緑化機構の主催で標記フェアが開催される。本フェアは国内最大級の花と緑の祭典であり、山口県が平成 30 年の明治維新 150 年記念事業の一環として実施することから、1,500 万円の協賛金の協力依頼があった。本会が実行委員会の委員であり、県医師会・山福株式会社・本会会員で 1,000 万円を目標に寄付を募ることが決定した。

7 日医代議員会「委員会」委員の交代について

6 月末で中国四国医師会連合の担当県の任期が終了したことから、日本医師会代議員会の「議事運営委員会委員」及び「財務委員会委員」が交代することが了承された。

人事事項

1 山口県専門医制度協議会委員について

厚生労働省からの通知に基づき、昨年度山口県が立ち上げた「山口県専門医制度連絡会」を見直

理 事 会

し、標記協議会が設置されることとなった。山口県健康福祉部長より委員推薦の依頼があり、加藤常任理事を推薦することが決定した。

報告事項

1 山口県自殺対策連絡協議会（8月3日）

国及び県の自殺の状況について報告の後、自殺対策の取組状況、改正自殺対策基本法及び自殺総合対策大綱、山口県自殺総合対策計画の改定について協議した。（濱本）

2 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第1回会合（8月4日）

平成 29 年度事業実施計画（案）及び重症熱性血小板減少症候群（SFTS）について協議した。（今村）

3 医事案件調査専門委員会（8月17日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

4 山口産業保健総合支援センター連絡会議（8月17日）

平成 28 年度事業実施状況、平成 29 年度事業計画及び 4 月～6 月の進捗状況、平成 29 年度産業保健関係助成金、治療と職業生活の両立支援について説明の後、意見交換を行った。（藤本）

5 山口県衛生検査所精度管理専門委員会（8月17日）

平成 28 年度に立入検査を行った 6 検査所の改善状況の報告及び平成 29 年度外部精度管理調査の実施等について協議を行った。（沖中）

6 第 48 回中四九地区医師会看護学校協議会（8月19・20日）

熊本県の八代看護学校の引受けで開催された。横倉義武 日本医師会長及び福田 稔 熊本県医師会

長の挨拶の後、「看護職員の養成と確保について」（厚生労働省医政局看護課 島田陽子 課長）、「准看護師制度の意義と日本医師会の活動方針について」（日本医師会 釜菟 敏 常任理事）等の講演及び総合討論が行われた。なお、徳山看護専門学校より、本協議会の要望が「准看護師養成所の存続」が中心であり、3 年課程としては参加のメリットがないとの理由から協議会退会の申出があり、承認された。（沖中）

7 中国地区学校保健・学校医大会（8月20日）

島根、広島、鳥取、岡山の各県医師会から研究発表の後、「スマホに関する県教委の取組」と題する岡山県教育庁保健体育課の山本圭司 課長の講演と、「学校保健の現状と課題」と題する日本医師会の道永麻里 常任理事の講演が行われた。（藤本）

8 山口県小児救急医療電話相談事業研修会（8月20日）

平成 28 年度実績報告及び昨年 11 月に実施した「繋がりにくさ」調査結果の報告の後、「小児救急電話相談対応者研修会」の参加者 1 名から参加報告が行われた。続いて、「小児救急電話における医療従事者の陥りやすいポイント～録音を聴いて、考える～」と題して、大阪小児科医会理事・NPO 法人小児救急医療サポートネットワーク代表理事の福井聖子 先生を講師に、電話相談研修が行われた。（弘山）

9 「山口県警察官友の会」理事会・総会・講演会・懇親会（8月23日）

理事会において、平成 28 年度事業報告・決算報告、平成 29 年度事業計画・予算、役員改選の（案）について決定し、その後開催された総会において審議、承認された。講演会では、「最近の国際テロ情勢と対策について」と題して、県警本部警備部外事課国際テロリズム対策室の藤田健治

理 事 会

室長による講演が行われた。(河村)

10 医事紛争防止研修会 (8 月 23 日)

防府消化器病センター防府胃腸病院において開催。「当院における情報の周知徹底手順について」(防府胃腸病院医療安全管理者 中村章子 看護部長)、「医療訴訟について」(吉元徹也 本会顧問弁護士)、「医療紛争の現状と問題点」(林 弘人 専務理事)の講演及び質疑応答を実施した。参加者は診療部・薬剤部・検査部・事務部等 75 名。(林)

11 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(8 月 23 日)

医科では、新規 1 件(交代 1 件)が承認された。
(河村)

12 新規第 1 号会員研修会 (8 月 24 日)

本会の組織・事業・会員福祉、医事紛争対策及び医療保険等について説明を行った。出席者 18 名。(林)

13 個別指導「宇部市」(8 月 24 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。
(清水)

14 社会保険医療担当者集団指導 (8 月 24 日)

中国四国厚生局及び山口県の共同による各種集団指導と併せて、本会が実施する全医療機関を対象とする集団指導(隔年出席制)を山口市で開催し、立会を行った。(萬)

15 第 1 回山口大学医学部附属病院監査委員会

(8 月 24 日)

委員長の選出後、医療・医薬品・医療機器に係る安全管理体制について審議を行った(河村)

16 臨床研修医交流会 (8 月 26・27 日)

1 日目は、山口県医師臨床研修推進センターの事業紹介、山口大学大学院医学系研究科皮膚科学

講座の下村 裕 教授による特別講演「私の自己紹介と臨床研修医の皆さんに伝えたいこと」、グループワーク「研修医駆け込み寺」、懇親会を開催した。2 日目は、飯塚病院 特任副院長・総合診療科部長の井村 洋 先生による特別講演「一生使える感度・特異度と尤度比(LR)」、症例検討会及びグループワークのベストプレゼンテーション賞の発表が行われた。(加藤)

17 勤務医部会第 2 回企画委員会 (8 月 27 日)

座談会、総会・シンポジウムにおけるテーマ、講師、シンポジスト等を決定した。(加藤)

18 地域医療構想調整会議検討部会「長門」

(8 月 28 日)

第 1 回「病床機能等医療のあり方検討部会」が開催された。会議では、①平成 29 年度検討部会について、②平成 28 年度病床機能報告結果及び報告に係る課題並びに回復期機能の確保について、③慢性期機能からの転換について等が協議された。(弘山)

19 「精神疾患」及び「心筋梗塞等の心血管疾患」ワーキンググループ第 2 回会合 (8 月 29 日)

「精神疾患」ワーキンググループでは、医療機能の作成が必要な 14 の精神疾患等のうち、①「統合失調症」、②「うつ病・躁うつ病」、③「認知症」、④「児童・思春期精神疾患」、⑩「てんかん」について意見交換した。「心筋梗塞等の心血管疾患」ワーキンググループでは、前回からの変更点について報告・意見交換した。今後は微修正の上、各委員へメールで確認し、最終案とすることが決定した。(弘山)

20 社保・国保審査委員合同協議会 (8 月 31 日)

協議題 5 題、会員からの意見要望 22 項目について協議を行った。協議結果は本号(ブルーページ)に掲載。(萬、清水)

理 事 会

21 地域医療構想調整会議全体会議「萩」

(8月31日)

①萩医療圏病床機能等医療のあり方検討部会設置要綱の改正、②第7次山口県保健医療計画について説明の後、萩医療圏病床機能等（医療のあり方）検討部会のテーマについて協議した。福祉関係者、受療者などからも活発に意見が出された。

(弘山)

22 第 27 回全国医師会共同利用施設総会

(9月2・3日)

大分県医師会の担当により、「健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の役割について」をメインテーマに開催された。2日は、日本医師会横倉義武 会長による特別講演「日本医師会の医療政策」、医師会病院関係、検査・健診センター関係及び介護保険関連施設関係の3つの分科会でのシンポジウムがあり、それぞれ4施設から現状報告や課題等の発表が行われた。3日は、大分県内共同利用施設紹介、分科会報告及び全体討議が行われた。(沖中、船津、前川)

23 第 145 回生涯研修セミナー (9月3日)

午前中は、東京都立墨東病院皮膚科の沢田泰之 部長による「内科疾患に関わる皮膚症状」及び岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科の木浦勝行 教授による「肺癌診療 30 年を振り返って」の特別講演、午後は専門医共通講習「①医療倫理」として「臨床倫理の実践～診療現場の医療倫理」、 「⑤地域医療」として「地域医療構想・地域包括ケアと地域社会の未来」が行われた。出席者 120 名。(加藤)

24 「JMAT やまぐち」災害医療研修会事前打合せ (9月6日)

平成 29 年度研修会の内容について、プロジェクトチームのメンバーで協議した。いくつか出されたテーマ(案)をもとに、今後、代表者で組立等を検討することとした。(弘山)

25 広報委員会 (9月7日)

会報主要記事掲載予定(10～12月号)、炉辺談話、県民公開講座及びフォトコンテスト、ホームページのリニューアル等について協議した。

(今村)

26 会員の入退会異動

入会 8 件、退会 3 件、異動 10 件。(9月1日現在会員数：1号 1,290 名、2号 867 名、3号 444 名、合計 2,601 名)

医師国保理事会 — 第 10 回 —

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。(河村)

— 第 12 回 —

9月21日 午後4時55分～6時55分

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

協議事項

1 平成 30 年度施策・予算に関する要望について

医療・介護の適切な財源確保、地域医療介護総合確保基金の充実強化、地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の実現に向けた取組み、予防接種等の対策、災害時救急医療体制の整備等の5項目について要望することが決定し、「医療従事者の確保対策の推進」及び「看護職員等の確保及び養成施設への支援・拡充」を重点項目とするこ

理 事 会

とが決定した。詳細内容及び追加事項について再確認し、次回理事会にて最終決定することとした。

2 第 7 次保健医療計画の「5 疾病及び在宅医療」の医療機能（案）について

第 7 次山口県保健医療計画（H30 年度～H35 年度）の医療連携体制（5 疾病・在宅医療）における医療機能について、ワーキンググループ及び郡市医師会からの意見等を踏まえた最終案について協議した。本理事会での意見を加えたものを県医師会案とし、県に提出することが承認された。

3 療養病床転換意向等調査（平成 29 年度第 2 回）について

本年 7 月、県が療養病床の転換意向等に係る調査（H29 年度～H32 年度）を実施したが、地域医療構想の最終年度である平成 37 年度までの中長期的な転換意向等を把握する必要があるとして、さらに第 2 回調査を実施することについて協力依頼があり、協議の上承認された。

4 ホームページのリニューアル（案）について

今年度の広報・情報の新規事業であるホームページのリニューアルについて、レイアウト案を示し変更点について協議した。10 月中に最終決定し、12 月に公開する予定。

5 「JATEC 山口コース」開催に係る後援について

山口大学大学院医学系研究科救急・総合診療医学講座の小田泰崇 准教授が代表を務める「山口県 JATEC コース開催委員会」により標記トレーニングコースが開催される。名義後援並びに助成金の依頼があり、承認された。

報告事項

1 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議（9 月 7 日）

郡市医師会担当理事、県、市町担当者及び本会

による合同会議を開催。始めに、県健康増進課から、平成 27・28 年度麻しん予防接種実施状況、ヨーロッパ地域における麻しん患者報告数の増加等について報告があった。引き続き、本会から平成 30 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）、妊婦健康診査、乳幼児健康診査、平成 29 年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種、平成 30 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について説明の後、協議した。（藤本）

2 「精神疾患」ワーキンググループ第 3 回会合（9 月 8 日）

第 7 次山口県保健医療計画の策定にあたっての、標記第 3 回会合を開催。最終案は、理事会で承認を得た後、医師会案として県へ提出することが決定した。（弘山）

3 第 1 回山口県国民健康保険運営協議会（9 月 8 日）

協議会傍聴要領、事業費納付金・標準保険料率の算定方法、山口県国民健康保険運営方針等について協議を行った。（沖中）

4 産業医研修会（9 月 9 日）

山口労働局健康安全課長の藤村祐彦 氏から「最近の労働衛生行政について」、山口大学大学院医学系研究科眼科学助教の守田裕希子 先生から「産業現場における眼障害、眼疾患」についての講演が行われた。参加者 130 名。（船津）

5 第 2 回認知症サポート医養成研修会

（9 月 9・10 日）

福岡市において開催され、「診断・治療の知識」等の講演、グループ討議及び質疑応答が行われた。

（吉本）

理 事 会

6 児童虐待の発生予防等に関する研修会

(9月10日)

山口県産婦人科医会と共催で開催し、東京都：広尾レディースの宗田 聡 院長による「これからはじめる周産期メンタルヘルス」の講演を行った。参加者は医師、助産師、看護師等医療関係者及び行政等 56 名であった。(藤野)

7 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 104 回苦情解決部会 (9月12日)

本年 4 月から 8 月までの苦情相談の現況及び苦情解決事案について審議した。(今村)

8 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(9月13日)

総報酬割導入に伴う介護給付費・地域支援事業支援納付金の決定状況、第 12 次審査情報提供、関係団体との打合会の開催予定等について報告が行われた。(河村)

9 第 2 回地域医療計画委員会 (9月14日)

県医療政策課から、平成 29 年度地域医療介護総合確保基金の内示の状況及び第 7 次山口県保健医療計画の策定について説明。本会から、ワーキンググループが中心となって検討している第 7 次山口県保健医療計画の「5 疾病及び在宅医療」の医療機能(案)について説明の後、意見交換を行った。(弘山)

10 山口大学第 80 回経営協議会 (9月14日)

就業規則の改正、山口大学基金と山口大学後援財団の統合後の支援事業等について協議が行われた。(今村)

11 山口県地域両立支援推進チーム第 1 回会議

(9月14日)

治療と職業生活の両立支援を効果的に進めるため、山口県における関係者のネットワークを構築し、その取組みの連携を図ることを目的に設置さ

れた「山口県地域両立支援チーム(事務局：山口労働局)の第 1 回会議が開催され、推進チーム設置要綱、推進チームの取組み等について協議が行われた。(藤本)

12 2017 CMAAO 東京総会 (9月14日)

9月13～15日の3日間、東京都内で開催され、加盟 18 か国医師会のうち 14 か国医師会から約 220 名が参加した。本会出席の 14 日は「End of Life Questions」終末期医療」をテーマとしたシンポジウムで、17 か国からの講演が行われ、武見太郎 記念講演では、横倉会長の座長の下、高久史磨 前日本医学会会長が日本の「終末期医療」について講演された。(河村)

13 第 1 回山口県専門医制度協議会 (9月14日)

昨年度山口県が立ち上げた「山口県専門医制度連絡会」が見直され、標記協議会が設置された。専門研修プログラムの確認・検討、専攻医の確保対策等について協議を行った。(山下)

14 特定共同指導 (9月14・15日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。

(萬、清水、前川)

15 第 2 回都道府県医師会長協議会 (9月19日)

本会提出の議題「次期診療報酬改定での『遠隔診療』に対する拙速な評価の導入は阻止すべき」ほか各県から提出された 11 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。(河村)

16 地域医療構想調整会議：検討部会「岩国」

(9月19日)

岩国医療圏地域医療構想病床機能検討部会の第 1 回会議が開催され、平成 28 年度病床機能報告の結果報告の後、病床機能報告に係る課題、回復期機能の確保、慢性期からの転換について協議した。(弘山)

理 事 会

17 日医第 5 回母子保健検討委員会 (9 月 20 日)

会長諮問「新しい子育て支援のあり方についてー日本医師会の立場からー」に関するフリートーキング等を行った。(濱本)

18 日医第 2 回地域医療対策委員会 (9 月 20 日)

地域医療対策委員会報告書の骨子案及び、今後のスケジュールについて協議した。(弘山)

医師国保理事会 ー第 11 回ー

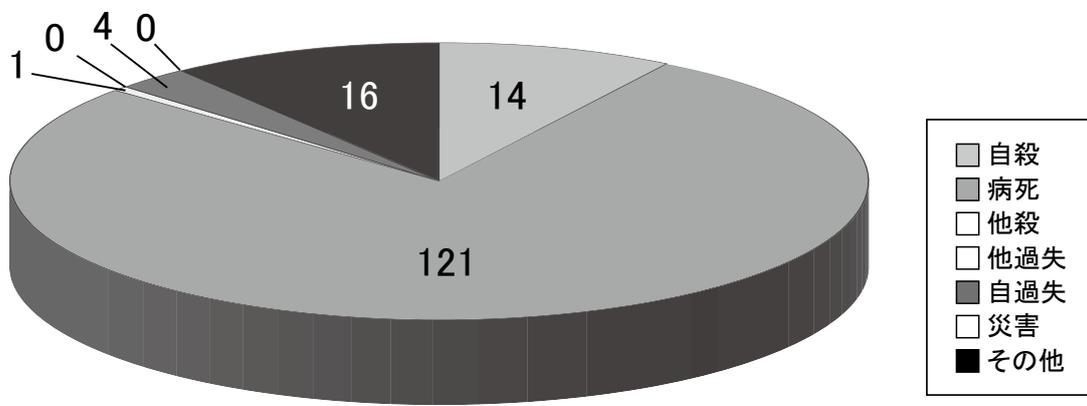
1 第 16 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日 (木・祝) に秋吉台国際芸術村で開催する標記ウォーキング大会の特別講演講師、ウォーキングコース等について協議、決定した。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Aug-17	14	121	1	0	4	0	16	156

死体検案数と死亡種別 (平成 29 年 8 月分)



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-コ-010064

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、 簡単シミュレーション!

医師年金 検索

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

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額
のシミュレーションができます。
ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



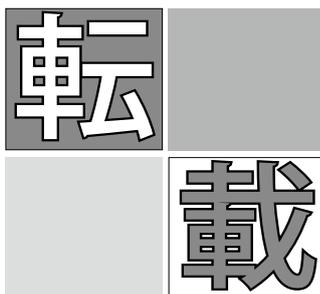
公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121 (代表) / 03-3942-6487 (直通)
FAX : 03-3942-6503
受付時間 : 午前9時30分~午後5時 (平日)
E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	受給年金
● 基本 : 月私 加入 : 月私	● 81コース
初年度保険料 11,170円 (11,170円)	加入年金 15年受給開始15年 36,160円
5年目年費 11,600円 (11,600円)	5年受給開始15年 37,200円
65歳年費 12,600円 (12,600円)	65歳年費 37,200円
合計月私保険料 72,000円	15年受取総額 18,594,000円
既定条件をご確認ください。	● 82コース
加入日 平成 27年 5月 7日	加入年金 5年受給開始 36,850円
生年月日 昭和 50年 1月 1日	55歳年費 37,200円
退職日年数 40歳	65歳年費 37,200円
加入申込期日 平成 27年 6月 15日	15年受取総額 25,212,000円
加入予定年費 平成 27年 7月	● 83コース
加入月年費 40歳 6ヵ月	加入年金 10年受給開始 39,100円
加入月私保険料 平成 27年 7月	65歳年費 37,200円
年会費取開始年月 平成 52年 1月	65歳年費 37,200円
年会費取開始年数 65歳	15年受取総額 26,028,000円
月私保険料累計 21,166,000円	● 84コース
注意事項です。お読みください。	加入年金 15年受給開始 37,200円
・加入申込期日は、55歳以上・65歳以上の場合は、その前日となります。	65歳年費 37,200円
・「終身年金」は、加入者が本人であれば一生受取可能となります。	15年受取総額 26,874,000円
・「仮払期間(5年)」では、受給者が本人が仮払期間中において死亡した場合、15年分だけの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。	
・「受取コースの選択(1~84)」は、受取開始の時に決定いたします。	
・受取開始年齢は、70歳まで設定できます。	
・「受取年金月額」は標準です。個別は年額または月での計算となり、終身、年金の制度決定が行われる時は、変更になる場合があります。	

20150601S8



母校：山口大学医学部での災害医療の講義

三田尻病院 豊田 秀二

(防府医師会報 平成 29 年 7 月号より)

今年 3 月 3 日に、母校である山口大学医学部で公衆衛生学のユニットの一つとして、災害医療の講義をさせていただきました。

そもそも私が災害医療に興味を持ったのは、2004 年 10 月 23 日の新潟県中越地震からです。意外と思われるかもしれませんが、阪神淡路大震災ではありませんでした。発災より少し遅れて 11 月 17 日に長岡に入り、自分の眼で被災した病院や避難所、被災された方々の生活、崖崩れの現場などを目の当たりにし、あまりにも報道とは違うことを感じたものでした。その後 5 年にわたり、毎年秋に新潟を訪れ、復興を見届けてきました。

そして 2009 年 7 月 21 日に防府市で土砂災害が起きました。あの時、初動に遅れ（災害覚知出来なかったため、最初の消防からの受入要請に対して、明らかに少ない通常モードでの受入可能人数を返事してしまった）を生じたこと、さらに夜に多数の施設からの避難者を受け入れたものの、2 名の災害関連死を経験。これがずっと心にモヤモヤ感を生んでいましたが、その年の暮れに山口県から DMAT 隊員養成講習を受けるよう指示が出て、飛びつきました。（実は、そのときには三田尻病院が災害拠点病院に指定されていたことは全く知りませんでした。）

2010 年 1 月 23 日に DMAT 隊員となりましたが、その際の 4 日間にわたる講習は毎日が目から鱗が落ちる経験ばかりでした。もっと早くにこの知識・経験があればという思いと、災害医療は簡単では無いとの思いが強くなりました。それで、その後は訓練があると聞けば積極的に参加を

し、練度がかなり上がってきたと感じてきたところで、あの 2011 年 3 月 11 日の東日本大震災が発生。出動待機のまま 1 週間が過ぎ、DMAT としての出動はできず、その後 JMAT として 3 月下旬から 4 月下旬にかけ 3 回にわたり宮城県南三陸町の亜急性期から慢性期の災害医療に関わらせていただきました。

このときの経験・活動を評価していただき、2015 年 4 月山口県災害医療コーディネーターに委嘱していただきました。さらにステップアップさせていただき、2016 年 1 月に統括 DMAT 隊員になることができました。そして昨年 2016 年 4 月 14 日に前震、16 日に本震のあった熊本地震が発生。DMAT として急性期の災害医療を経験しました。こうして超急性期から慢性期まで幅広い災害医療の実戦経験を積ませていただいたことを大事にまとめて若い世代へ伝える必要性を感じていました。

さて、このたび医学生に対し、2 時間弱という短い時間で災害医療について講義するに当たり、どのように伝えていくべきか少し迷いました。

まず、災害という言葉の定義について話をしました。災害対策基本法での定義、災害医学用語辞典での定義を提示。災害の種類としての自然災害、人為災害、昨今世界規模で増加している人道的緊急事態（Complex Humanitarian Emergencies）について説明しました。

ついで、災害時に医療に関与する団体として DMAT、JMAT、DPAT、日赤救護班、自衛隊医療班を始め非常に多数存在することを提示。まずは私の関わっている DMAT 及び JMAT がいか

にして発生し、発達してきたかについて講義をしました。その中で阪神淡路大震災の初期医療体制の遅れのために約 500 名の「避けられた災害死」の発生があったことを強調し、その反省点から厚生労働省より DMAT が誕生し、さらに日本医師会より JMAT が策定されたことを説明しました。

さらに忘れられていることが多いのですが、同年には世界的にもほとんど経験の無い、サリンによるテロ災害を我が国は経験していることも提示。徐々に災害医療に対する準備ができていたところでの東日本大震災発災。このときは全国から一斉に非常に多数の DMAT が投入されたものの、阪神淡路とは大きく異なり、経験したことも無く、訓練にも想定されていなかった大規模津波災害であったため、数々の失敗もあったこと、DMAT が想定していなかったミッション（病院避難、原子力災害など）があり、対処が遅れてしまったこと、JMAT 等の救護班の投入が遅れたため、DMAT の撤収とともに医療の供給不足が一時的に起こってしまったこと、それらに起因する「避けられた災害関連死」が多数発生してしまったことなどを提示しました。これらの反省点に立って、DMAT、JMAT、DPAT など積極的に次の災害に向け改革、訓練が行われたことも提示しました。

そして、昨年 4 月に発生した熊本地震。そこではさらに、今までに経験したことの無い災害医療提供を求められました。前震、本震と 2 度に渡る大きな地震が発生したこと、長期にわたる強い余震があり、超急性期から急性期、亜急性期、慢性期へのフェーズの進行が早い上に、各期が

混在していたこと。さらに非常に多くの医療団体が一斉に熊本に駆けつけたために、指揮命令系統に大きな混乱を来したことなどを提示し、まとめ役として私も拝命している災害医療コーディネーターの存在が重要であることを説明しました。

終盤にはこれからの災害医療として南海トラフ地震への備えはもちろんのこと、最近毎年のようにどこかで発生するゲリラ豪雨による水害、土砂災害への備え、東南アジアで増えている巨大台風、そして世界規模で増えているテロリズム、特に東京オリンピックを控え、警戒を強める必要性があることを提示。CBRNE（化学、生物、放射性物質、核、爆発物）テロの危険性が高まっており、全国的に講習・訓練が始まっていることを説明しました。

災害医療に対する私の想いとして、災害医療はやりたいことをする医療では無く、求められていることを行う医療であり、施す医療では無く、支える医療であること、そして災害医療こそ医療の原点であるとの強い思いを持っていることを話し、医学生への初めての災害医療講義を終えました。

日本ではこれから沢山の災害が発生する時期に入ったと考えられていますが、若い世代の先生達が、私の講義から少しでも刺激を受けていただき、まだまだ発展途中である日本の災害医療を、さらに良いものへ発展させてくれれば幸いです。

○推薦者のコメント○

新潟、防府、東日本、熊本と、超急性期から慢性期までの災害医療の幅広い実践経験を積んだ豊田先生のお話です。日本の災害医療が、これらの苦渋の経験により発展してきたことがよく理解できました。先生の、災害医療こそが医療の原点であるとの信念、被災地を毎年訪れるその姿勢が若い医療者に伝わることを願っております。

[広報委員 長谷川 奈津江]

によぜがもん
如是我聞

「如是我聞」は、多くの漢訳の仏教教典において冒頭の語句である。原則として仏典は、サンスクリット語（梵語）の原典がある。「如是我聞」に対応するサンスクリット語原文は「エーヴァム・マヤー・シュルタム」(evam mayā śrutam) である。逐語訳すると、エーヴァムが「このように」、マヤーが「私によって」、シュルタムが「聞かれた」であり、意識すると「私はこのように聞いた」という意味である。

伝説によれば、仏典の第一結集^{けつじゅう}のとき、仏弟子のアーナンダ（阿難）が釈尊の言葉をそらんじた形式であり、以後それに倣ったものという。したがって「私」とはもともとアーナンダのことである。原始教典も大乘教典も同様の形式である。後世に教典を創作した人々は、この言葉に、釈尊の真意はこうであったはずだという思いを込めた。

サンスクリット語原文の漢訳は「如是我聞」（かくの如く我聞けり）あるいは「我聞如是」（我聞くことかくの如し）が多い。だいたい7割くらいが「如是我聞」であり、たとえば『法華経』『観無量寿経』『阿弥陀経』などの冒頭である。

仏典の漢訳の歴史からみると、鳩摩羅什（クマラジーバ、344 年頃～413 年頃）より前の古訳では「聞如是」（聞くことかくの如し）と訳したが、鳩摩羅什は「如是我聞」と改訳し、その後は「如是我聞」が定着した。一般に、多くの訳経僧たちの漢訳仏典の中で、中国・日本に最も影響したのは鳩摩羅什の訳である。漢訳仏典には普通、鳩摩羅什訳、玄奘訳など翻訳者の個人名を冠している。しかし実際の翻訳作業は、個人ではなく、集団の分業で行われた。

飄

々

広報委員

吉岡 達生

翻訳の技術からみると「如是我聞」はサンスクリット語の直訳であり、漢文の正しい語順では「我聞如是」である。たとえば康僧鎧^{こうそうがい}訳『無量寿経』の冒頭は「我聞如是」である（実際の翻訳は421 年頃成立）。

また、漢訳の語句そのものは独り歩きしやすい。たとえば、ある仏典の解説書によると、「如」は真理をあらわす言葉であり、「是」は正しいということを示すとしている。サンスクリット語原文と対比すれば、漢訳のみで考えた「こじつけ」以外の何物でもない。

主要参考文献：

1. 「漢文と東アジア」金 文京
岩波新書 1262 岩波書店 2010 年
2. 「仏教の言説戦略」橋爪大三郎
サンガ新書 株式会社サンガ 2013 年
3. 「仏教、本当の教え」植木雅俊
中公新書 2135 中央公論新社 2011 年
4. 「ほんとうの法華経」橋爪大三郎・植木雅俊
ちくま新書 1145 筑摩書房 2015 年

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

日医 FAX ニュース

2017 年（平成 29 年）9 月 26 日 2641 号

- プラス改定に向け財源上積み
- 勤務環境改善など論点を提示
- 「勤務医は労基法上、間違いなく労働者」

2017 年（平成 29 年）9 月 22 日 2640 号

- 経営への配慮や従事者の働き方改革
- 働き方改革、地域医療への影響危惧
- アジア各国、積極的安楽死に否定的
- 専門医研修登録の留意事項を公表
- 医療事故調「管理者・実務者セミナー」

2017 年（平成 29 年）9 月 15 日 2639 号

- 維持期リハの介護保険移行巡り対立
- 新薬創出加算、財務省試算「2530 億円」
- 地域の医師、多寡の指標を検討へ
- 15 年度国民医療費、42 兆 3644 億円

2017 年（平成 29 年）9 月 12 日 2638 号

- 「薬価制度抜本改革」を例示
- 基金評価の指標、硬直的な運用に懸念も
- 職域がん検診 GL、策定目的で再度議論
- 介護事業・上場 16 社、前年度比 7.6%増
- 妊婦健診公費負担、全国平均は 10.2 万円
- RS ウイルス感染症、過去 5 年間で最多

2017 年（平成 29 年）9 月 8 日 2637 号

- 18 年度改定の基本方針策定へ議論開始
- 病院と診療所、機能分化の一層の強化を
- 医師の働き方、「検討委で考え方示す」
- 放射性薬投与患者の退出基準緩和へ
- HIV 感染者救済「引き続き努力」

2017 年（平成 29 年）9 月 5 日 2636 号

- 専攻医の登録日程を了承
- へき地スキーム応用し環境改善へ
- 保険証、性同一性障害は通称名も可
- 小慢患者の移行期ガイド案を了承
- 高齢者医薬品適正使用 GL 作成へ

2017 年（平成 29 年）9 月 1 日 2635 号

- 「法的規制含め監督・監視体制の整備を」
- 再生医療安全性確保法「周知徹底を図る」
- サ高住と医療・介護サービスの連携を
- 報告増えない背景「報告の判断基準」
- 「メディカル会計力リーダー養成講座」
- 16 年の結核新規患者 1 万 8000 人弱
- 新規 HIV 感染、17 年上半期で約 500 件

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損保ジャパン
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



第 112 回 山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 29 年 10 月 21 日 (土)

ところ 山口グランドホテル 3 階「未広の間」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL : 083-972-7777

特別講演 1 18 : 30 ~ 19 : 30

座長 : 医療法人緑山会理事長 齋藤 淳

脊柱変形に対するコンピューター支援手術

～小児から高齢者まで～

信州大学医学部運動機能学教室准教授 高橋 淳

特別講演 2 19 : 30 ~ 20 : 30

座長 : 石田整形外科院長 石田 高康

肩関節疾患の治療戦略

－注射・運動療法から人工関節置換術まで－

福岡大学医学部整形外科学教室准教授 伊崎 輝昌

単 位

・日本整形外科学会教育研修 2 単位 (1 単位 1,000 円)

特別講演 1 「7 : 脊椎・脊髄疾患」

「8 : 神経・筋疾患 (末梢神経麻痺を含む)」

「SS : 脊椎脊髄病」

特別講演 2 「2 : 外傷性疾患 (スポーツ障害を含む)」

「9 : 肩甲帯・肩・肘関節疾患」

「S : スポーツ」

・日本運動器科学会セラピスト資格継続 2 単位

・日本医師会生涯教育制度 2 単位

カリキュラムコード : 申請中

主 催 山口県臨床整形外科医会 ほか

お問い合わせ先 石田整形外科

電話 0834-28-0250



平成 29 年度山口県消化器がん検診研究会総会 第 77 回山口県消化器がん検診講習会

日 時 平成 29 年 11 月 4 日 (土) 14:30 ~ 17:00
場 所 山口県医師会 6 階 大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

次 第

平成 29 年度山口県消化器がん検診研究会総会 14:30 ~ 15:00

第 77 回山口県消化器がん検診講習会 15:00 ~ 17:00

教育講演 I 15:00 ~ 15:15

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

平成 27 年度地域胃がん検診報告

山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

教育講演 II 15:15 ~ 15:30

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

平成 27 年度地域大腸がん検診報告

山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

教育講演 III 15:30 ~ 16:00

座長 山口県消化器がん検診研究会幹事 岡崎 幸紀

「食道癌の内視鏡診断 (仮)」

一般財団法人平成紫川会小倉記念病院消化器内科副部長 白井 保之

特別講演 16:00 ~ 17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会会長 三浦 修

早期発見および予防のための胃がん内視鏡検診

川崎医科大学内科学消化管科教授 塩谷 昭子

閉 会 17:00

受 講 料 山口県消化器がん検診研究会会員は無料
非会員は医師：2,000 円 医師以外：1,000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2 単位
教育講演 CC 82 (生活習慣)：1 単位
特別講演 CC 73 (慢性疾患・複合疾患の管理)：1 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

お問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会 (山口県医師会内)
電話 083-922-2510

※ 参加申込は不要です。



『山口県医学会誌』第 52 号の原稿募集について

標記医学会誌につきましては、今年度も第 52 号の発行を予定しておりますが、毎年「会員研究」として会員個人あるいはグループによる各種医学論文を募集しており、会員の先生方の多数のご投稿をお待ちしております。

募集要領

1. 内容

会員個人・グループによる各種医学論文

- 他の雑誌等に発表ないし発表予定のないものであること。
- 著者が山口県医師会会員であること。なお、共同研究者に会員以外の方が含まれるのは構いません。

2. 執筆上のお願い

- (1) パソコン等で原稿を作成される場合は、原稿に UBS メモリあるいは CD-R を添付の上送付ください。また、メールで原稿を送信される場合は、原稿を別途郵送ください。
- (2) 筆記の場合は、A4 判の用紙を使用の上、横書きとしてください。
- (3) 写真・図はオリジナルを添付、またはデータを送付ください。
- (4) 図表や写真のカラー印刷を希望される場合は、印刷費の一部を著者負担とします。
- (5) 著者校正をお願いします。

3. 締切り

平成 29 年 10 月 27 日（金）

4. お問い合わせ並びにご送付先

山口県医師会事務局 広報・情報課（TEL 083-922-2510）
〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1-1
E-mail ; hamasaki@yamaguchi.med.or.jp



平成 29 年秋季山口県医師テニス大会のご案内

- と き 平成 29 年 11 月 26 日 (日) 9:00 ~ 14:00
(コートは 8 時から使用できます)
- と ころ 宇部マテ “フレッセラ” テニスコート
インドアコート 4 面 (オムニコート)
- 試合形式 ダブルス (組み合わせは当日決定)
- 会 費 8,000 円/人 (懇親会費を含む)
テニスのみの場合 3,000 円/人
- 懇 親 会 ANA クラウンプラザホテル宇部 2 階「弥生の間」
- 申込方法 11 月 11 日 (土) までに各地区世話人へ申し込んでください
- 当番世話人 鈴木克佳 (鈴木眼科)
TEL: 0836-51-3181 FAX: 0836-51-7618
- 主 催 山口県医師テニス協会
会 長 宇野慎一
地区世話人
山口地区: 野村耕三
下関地区: 水町宗治
周南地区: 小野 薫
宇部・山陽小野田地区: 鈴木克佳
- 後 援 (公財) 宇部市体育協会

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

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



<p>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)</p>	<p>電子処方せん発行時の HPKI 電子署名に使用</p> 	<p>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</p>	<p>地域医療連携システムへの ログイン認証</p> 
<p>医師資格証ポータルサイトの利用</p> 	<p>治験データへの HPKI 電子署名</p> 	<p>文書交換サービスの利用</p> 	<p>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</p>

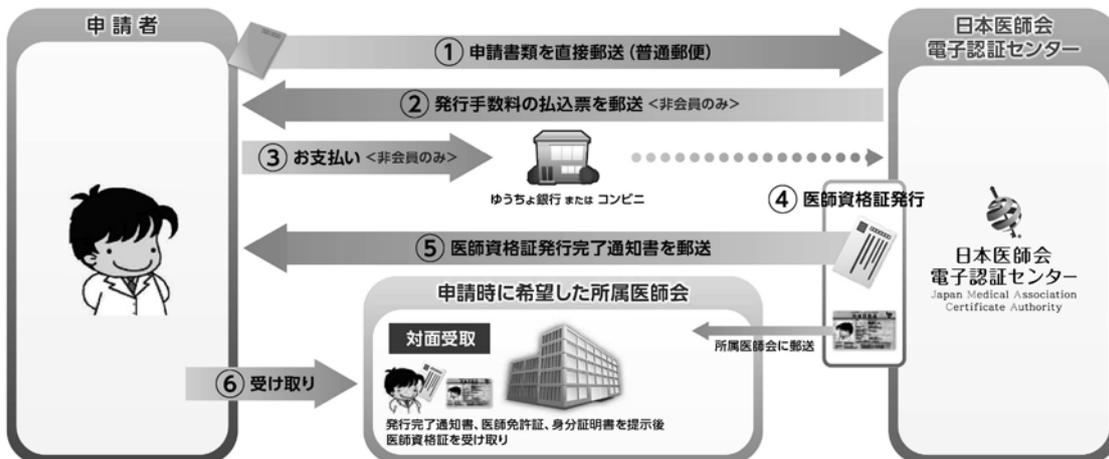

日本医師会 電子認証センター
 Japan Medical Association Certificate Authority

〒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。
※都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: toiwase@jmaca.med.or.jp

「申請書類」

- 1 医師資格証発行申請書
- 2 医師免許証コピー
- 3 住民票の写し(原本)
- 4 身分証コピー

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)

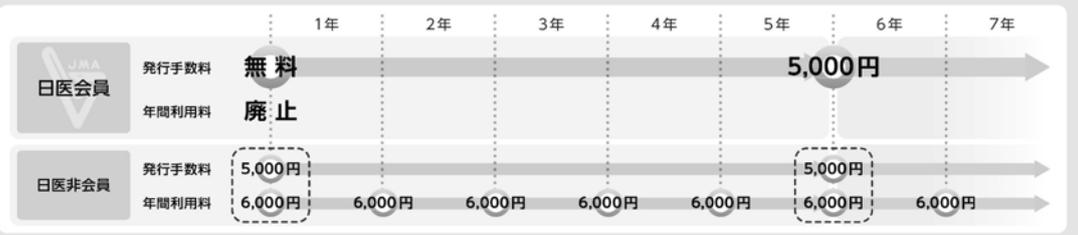
4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード(裏面不要)

「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章登録証明書を提出
(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。

松 岡 彰 氏 小野田医師会 9 月 3 日 享 年 66

山口県ドクターバンク

医師に関する求人の申込を受理します。

なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取り扱います。

最新情報は当会 HP にてご確認ください。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

編 集 後 記

最近、買い物に出かけることがなくなった。パソコンを立ち上げ、多くても 5 回くらいクリックしたら世界中から何でも届く。時々大きな段ボール箱が突然届く。ワイン 12 本とか、ミネラルウォーター 48 本とか、T ボーンステーキ 3Kg とか。えー、なんだこれってメールを見返すと、酔っ払って注文していたみたい。どんどん段ボール箱が増えていく。妻の機嫌が悪い。段ボール離婚した堺 正章、岡田美里の話もあったし、たまにはキッチンと段ボールをたたもう。

(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）