

山口県医師会報

平成29年(2017年)

12月号

— No.1888 —



ラ・デファンス 近代の凱旋門 永井繁敏 撮

Topics

歳末放談会
郡市医師会長会議



Contents

■今月の視点「応召義務について」	林 弘人	993
■歳末放談会「2017 医療は今」		999
■郡市医師会長会議		1016
<傍聴印象記>	石田 健	1022
■平成 29 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議	藤本俊文	1024
■平成 29 年度 山口県医師会有床診療所部会第 3 回役員会	正木康史	1027
■平成 29 年度 山口県医師会有床診療所部会総会	正木康史	1028
■平成 29 年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導 担当理事及び関係者合同会議	藤本俊文	1030
■第 39 回 産業保健活動推進全国会議	藤本俊文	1033
■平成 29 年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会	藤本俊文	1040
■県医師会の動き	吉本正博	1042
■理事会報告（第 15 回、第 16 回）		1045
■お知らせ・ご案内		1051
■飄々「今年の漢字」	津永長門	1052
■日医 FAX ニュース		1053
■編集後記	今村孝子	1056

今月の視点

応召義務について

専務理事 林 弘人

はじめに

政府は平成 29 年 3 月 28 日に「最長で月 100 時間未満」などと定めた罰則付きの残業上限規制を盛り込んだ「働き方改革実行計画」を策定した。この中で、「医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の 5 年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2 年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」とされた。ここにきて、俄かに応召義務に関する議論が巻き起こってきた。そもそも応召義務とはいかなるものか、あらためて考えてみたい。

1. 法律、通知等からみた応召義務

医師法第 19 条 1 項には「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定されており、同条項は応召義務を定めたものと言われている。本条文は 3 つの要件で構成されている。すなわち「診療に従事する医師」、「診察治療の求があった場合」そして「正当な事由がない場合」である。この「正当な事由」に関しては、「昭和 24 年通知」と言われる「病院診療所の診療に関する件」と題する厚生省医務局長通知がある。この中で応召義務、とくに「正当な事由がない場合」について厳しい基準が示されており、以下に

示すように、「診療報酬が不払であっても直ちにこれを理由として診療を拒むことができない」等、5 項目が明記されている。さらには、昭和 30 年 8 月 12 日医収第 755 号厚生省医務局医務課長回答「所謂医師の応召義務について」で「正当な事由」が認められるのは「医師の不在または病気等により、事実上不可能な場合」とされ、これらが裁判実務に影響を与えてきた。また、厚生労働省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」(座長・岩村正彦 東大法学部教授)でも、悪質な未払い患者について、この規定の見直しを求める意見も病院側の委員から上がったが、報告書案では「直ちにこれ(医療費の不払い)を理由として診療を拒むことができない」との解釈を示している。法律上は、医師が第 19 条の義務違反を行った場合には罰則の適用はないが、厚生省医務局医務課長回答にあるように、医師法第 7 条にいう「医師としての品位を損するような行為のあったとき」にあたるから、「義務違反を反覆するが如き場合において同条の規定により医師免許の取消又は停止を命ずる場合もありうる」とされている。参考までに、昭和 24 年 9 月 10 日医発第 752 号厚生省医務局長通知「病院診療所の診療に関する件」、昭和 30 年 8 月 12 日医収第 755 号厚生省医務局医務課長回答「所謂医師の応召義務について」および昭和 49 年 4 月 16 日医発第 412 号厚生省医務局長回答「医師法第 19 条第 1 項の診療に応ずる義務について」、厚生労働省ホームページより引用する。

○病院診療所の診療に関する件

(昭和 24 年 9 月 10 日 医発第 752 号)

(各都道府県知事あて厚生省医務局長通知)

最近東京都内の某病院において、緊急収容治療を要する患者の取扱に当たり、そこに勤務する一医師が空床がないことを理由として、これが収容を拒んだために、治療が手遅れとなり、遂に本人を死亡するに至らしめたとして問題にされた例がある。診療に従事する医師又は歯科医師は、診療のもとめがあった場合には、これに必要にして十分な診療を与えるべきであることは、医師法第 19 条又は歯科医師法第 19 条の規定を俟つまでもなく、当然のことであり、仮りに患者が貧困等の故をもって、十分な治療を与えることを拒む等のことがあってはならないことは勿論である。

病院又は診療所の管理者は自らこの点を戒めるとともに、当該病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師その他の従業者の指導監督に十分留意し、診療をもとめる患者の取扱に当っては、慎重を期し苟も遺憾なことのないようにしなければならないと考えるので、この際貴管内の医師、歯科医師及び医療機関の長に対し左記の点につき特に御留意の上十分右の趣旨を徹底させるよう御配意願いたい。

記

一 患者に与えるべき必要にして十分な診療とは医学的にみて適正なものをいうのであって、入院を必要としないものまでも入院させる必要のないことは勿論である。

二 診療に従事する医師又は歯科医師は医師法第 19 条及び歯科医師法第 19 条に規定してあるように、正当な事由がなければ患者からの診療のもとめを拒んではならない。而して何が正当な事由であるかは、それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきであるが、今ここに一、二例をあげてみると、(一) 医業報酬が不払であっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない。(二) 診療時間を制限している場合であっても、これを理由として急施を要する患者の診療を拒むことは許されない。

(三) 特定人例えば特定の場所に勤務する人々のみの診療に従事する医師又は歯科医師であっても、緊急の治療を要する患者がある場合において、その近辺に他の診療に従事する医師又は歯科医師がいない場合には、やはり診療の求めに応じなければならない。

(四) 天候の不良等も、事実上往診の不可能な場合を除いては「正当の事由」には該当しない。

(五) 医師が自己の標榜する診療科名以外の診療科に属する疾病について診療を求められた場合も、患者がこれを了承する場合は一応正当の理由と認め得るが、了承しないで依然診療を求めるときは、応急の措置その他できるだけの範囲のことをしなければならない。

三 大病院等においては、受付を始めとし、事務系統の手続が不当に遅れたり、或いはこれらのものと医師との連絡が円滑を欠くため、火急を要する場合等において、不慮の事態を惹起する虞があり、今回の例もかくの如きものに外ならないのであるから、この点特に留意する必要がある。

○所謂医師の応招義務について

(昭和 30 年 7 月 26 日 30 医第 908 号)

(厚生省医務課長あて長野県衛生部長照会)

最近県下に別紙(略)のような事件が発生しましたが、このことについて次のとおり疑義がありますので何分の御回答を願いたく報告をかねてお伺いします。

記

1 別紙に掲げた各医師の不応招理由は医師法第 19 条に定める正当な理由と認められるかどうか。
2 正当な理由と認められないときはどんな措置をとられるか。

(昭和 30 年 8 月 12 日 医収第 755 号)

(長野県衛生部長あて厚生省医務局医務課長回答)

昭和 30 年 7 月 26 日 30 医第 908 号をもって照会のあった標記の件について、左記の通り回答する。

記

1 医師法第 19 条にいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られるのであって、患者の再三の求めにもかかわらず、単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは、第 19 条の義務違反を構成する。然しながら、以上の事実認定は慎重に行われるべきであるから、御照会の事例が正当な事由か否かについては、更に具体的な状況をみなければ、判定困難である。

2 医師が第 19 条の義務違反を行った場合には罰則の適用はないが、医師法第 7 条にいう「医師としての品位を損するような行為のあったとき」にあたるから、義務違反を反覆するが如き場合において同条の規定により医師免許の取消又は停止を命ずる場合もありうる。

○医師法第 19 条第 1 項の診療に応ずる義務について

(昭和 49 年 4 月 16 日 医発第 412 号)

(各都道府県知事あて厚生省医務局長通知)

標記についての福岡市長からの照会(別紙 1)に対し、別紙 2 のとおり回答したので貴職においても御了知ありたい。

・・・・・・・・・・・・・・・・

(別紙 1)

(昭和 48 年 9 月 19 日 福衛庶第 830 号)

(厚生省医務局長あて福岡市長照会)

現在本市に於ては、内科、小児科系の休日急患診療事業の実施について、市と市医師会に於て協議検討中ではありますが、その中で医師会側より、休日急患診療体制発足後の医師の応召義務に関する法的解釈をめぐり、疑義が生じ、これが明確且つ、納得いく解釈がなければ、本市の休日急患診療体制の実施が困難な状況に至っておりますので、左記疑義事項についてよろしくご教示下さいますようお願いいたします。

記

医師法第 19 条第 1 項に「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由

がなければ、これを拒んではならない」と規定されているが、本市に於ける内科、小児科系休日急患診療体制が整備発足したあかつきには、休日急患診療所以外の医療機関に患者が来院し、診察治療を求めた場合、医師が在宅しているが、休日急患診療所が設置されているので休日急患診療所に行くように指示することにより、診察治療をしないことは、前記医師法第 19 条第 1 項の正当な理由による診察治療の拒否と解釈してよろしいか。

(別紙 2)

(昭和 49 年 4 月 16 日 医発第 412 号)

(福岡市長あて厚生省医務局長回答)

昭和 48 年 9 月 19 日付け福衛庶第 830 号をもつて照会のあった標記については、左記のとおり回答する。

記

休日夜間診療所、休日夜間当番医制などの方法により地域における急患診療が確保され、かつ、地域住民に十分周知徹底されているような休日夜間診療体制が敷かれている場合において、医師が来院した患者に対し休日夜間診療所、休日夜間当番院などで診療を受けるよう指示することは、医師法第 19 条第 1 項の規定に反しないものと解される。

ただし、症状が重篤である等直ちに必要な応急の措置を施さねば患者の生命、身体に重大な影響が及ぶおそれがある場合においては、医師は診療に応ずる義務がある。

2. 裁判例からみた応召義務

これらの通知や回答が裁判例にどのような影響を与えてきたのであろうか、応召義務に関する代表的な裁判例を紹介する。なお、これまでに最高裁判例はみられない。

○名古屋地裁昭和 58 年 8 月 19 日判決(『判例時報』1104 号 107 頁)

《事案の概要》

心臓疾患等のため A 病院で治療を受け、その後は最寄りの開業医 B 及び C 医師の往診を受けてい

た 83 歳の女性患者が、14:00 ころ高熱を発し、C 医師の往診を受け、入院治療が必要であると診断された。その後、B 医師に連絡して診療を求めたが、B 医師は往診中。容態が悪化しつづけたので、17:00 ころ、A 病院に連絡して入院治療を依頼したが、「かかりつけの医師の診療を受け、その結果を報告するように」と指示された改めて B 医師に連絡し、19:20 ころ、B 医師方に搬送。B 医師は、心筋障害による急性冠不全症状であり、即刻入院治療を要すると診断し、応急処置を施したのち、A 病院に報告。A 病院側は、内科医の不在と重症患者が入院中で人手不足であることを理由に入院を拒否。やむなく他の病院に次々連絡し、23:20 ころ D 病院から受入を承諾され、同病院に向けて搬送したが、翌日症状の改善をみないまま死亡。

《裁判所の判断》

請求棄却。当時、A 病院の当直医師が 1 名であり、当該医師は、同日 17:00 以降翌日 8:30 までの当直時間中に出産 2 名を除く 4 名を入院させ診療しており、そのうち 18:00 ころ入院させた 1 名は交通事故による重傷者で出血が激しく、入院治療の依頼を受けた 20:00 ころ同患者の治療に追われていたこと、当該医師は、B 医師から患者の容態や採った措置についての説明を受けていると認められ、脳外科の専門医である当該医師としては、患者を入院診察したとしても、内科医である B 医師の採った措置以上の適切な措置を採ることは困難であり、他の専門医の診療を受けさせた方が適切であると判断したものと推認されること等の事情を考慮すると、やむを得ざる入院診療の拒否であり、医師法上の義務違反には該当しないと解するのが相当である。

○千葉地裁昭和 61 年 7 月 25 日判決(『判例時報』1220 号 118 頁)

《事案の概要》

感冒気味であった 1 歳の女兒が A 医院で診察を受けたところ、チアノーゼ、喘鳴、軽度の呼吸困難、心臓の頻脈等が認められ、気管支炎か肺炎の疑いで重症と考えられたので、A 医師は小児科

専門医がいて入院設備のある木更津市内の B 病院外来に電話を入れ、救急車による搬送を依頼した。9:45 に救急車が出発し、10:03 に B 病院到着、その間に B 病院から A 医師に満床で入院不可との連絡あり。B 病院前に救急車を待機させたまま、再度入院それが不能のときは診察の依頼をするも、B 病院の医師が「緊急の入院を要する患者であれば、初めから設備のある病院へ搬送して欲しい」として要請を断る。管内の受入先が容易に見つからず、管外への搬送もやむなしと判断し、B 病院に対し、患者が 1 ないし 2 時間の搬送に耐えうるかの診断を依頼し、B 病院医師が救急車で約 2 分間診察し、搬送には耐えられると判断して救急車を送り出す。その後、11:17 に千葉市内の C 病院の受入が確認でき、12:14 に C 病院到着。しかしながら呼吸循環不全症は改善されず、15:00 死亡。

《裁判所の判断》

医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合には、医師に過失があるとの一応の推定がなされ、診療拒否に正当事由がある等の反証がないかぎり医師の民事責任が認められると解すべきである。病院も医師についてと同様の診療義務を負っていると解すべきである。B 病院は、救急告示病院であるが、救急隊によって搬送される傷病者のための救急室があり、そこには病床と応急処置のための医療器具、医薬品が備え付けられていたことが認められ、これを超えて、救急告示病院であることにより、緊急かつ重篤な患者の治療のため各診療科に病床を確保しておかなければならないものとはいえず、救急告示病院であることが、直ちに医師法第 19 条の正当事由の解釈に影響を及ぼすものではないと解すべきである。医師法第 19 条 1 項における診療拒否が認められる「正当な事由」とは、原則として医師の不在または病気等により事実上診療が不可能である場合を指すが、診療を求める患者の病状、診療を求められた医師または病院の人的・物的能力、代替医療施設の存否等の具体的事情によっては、ベッド満床も右正当事由にあたると解せられる。証拠によれば、当時 B 病院にはベッドが一般病棟に 38 床、小児

科病棟に 6 床あったものの、いずれも入院患者がおり、他の診療科にもベッドを借りていた状態であったことが認められる。しかし、証拠によれば当日午前中の B 病院小児科の担当医は 3 名おり、外来患者の受付中であったこと、木更津市近辺には小児科の専門医がいて、しかも小児科の入院設備のある病院は B 病院以外にはなかったこと、B 病院医師は患者を救急車内で診察した際、直ちに処置が必要だと判断し、同時に B 病院が患者の診療を拒否すれば、千葉市もしくはそれ以北、千葉県南部では夷隅郡まで行かないと収容先が見つからないことを認識していたこと、B 病院の小児科病棟のベッド数は現在は 6 床であるが、以前は同じ病室に 12,3 床のベッドを入れて使用していたこと、以上の事実が認められる。B 病院の全診療科を合わせたベッド数及びその使用状況については必ずしも明らかではないが、仮に他の診療科のベッドも全て満床であったとしても、とりあえずは救急室か外来のベッドで診察及び点滴等の応急の治療を行い、その間にも他科を含めて患者の退院によってベッドが空くのを待つという対応を取ることも、少なくとも 300 床を超える入院設備を有する同病院には可能であったといえる。よって、B 病院のベッド満床を理由とする診療拒否には、医師法第 19 条 1 項にいう正当事由がないと言うべきである。従って、B 病院の診療拒否は、民事上の過失がある場合にあたると解すべきである。

《認容額》 2,800 万円

○神戸地裁平成 4 年 6 月 30 日判決（『判例時報』1458 号 127 頁、『判例タイムズ』802 号 196 頁）

《事案の概要》

20 歳男性が、20：10 ころ自動車事故で肺挫傷・気管支破裂の重傷を負う。20：12 ころ、事故の連絡を受けた消防局管制室が救急車の出動を指令。事故現場から 200 メートルほどの S 病院玄関口まで搬送。同病院医師が救急車内で第三次救急患者と診断し、受け入れを拒否。20：34 ころ、管制室が Y 病院に受け入れの可否を問い合わせる

も、受入不可の回答。当時、Y 病院には、11 名の当直医がいたが、脳外科医と整形外科医が宅直。20：39 ころ、管制室が、K 病院に受入を要請するも、手術中を理由に断られる。20：48 ころ、管制室が隣市の N 病院に受入を要請して搬送。21：13 に N 病院に収容。同病院で直ちに応急処置を施し、翌日 1：00 から 5 時間ほどかけて開胸手術を実施するも 6：50 に呼吸不全により死亡。

《裁判所の判断》

客観的にみて、Y 病院の夜間救急医師は受入（診療）を拒否したと言わざるを得ない。病院所属の医師が診療拒否をした場合、当該診療拒否は病院の診療拒否となり、Y 病院の所属医師が診療を拒否して患者に損害を与えた場合には、Y 病院に過失があるという一応の推定がなされ、同病院は、診療拒否についての正当事由を主張・立証しない限り患者の被った損害を賠償すべき責任を負う。市内における第三次救急医療機関が当時 Y 病院と K 病院の 2 院に限られていた医療体制内において、Y 病院が市内における第一次、第二次救急医療機関の存在をもって、診療拒否の正当理由とすることはできない。医師が手術中であることは、診療拒否を正当ならしめる事由の一つになりうると解される。しかし、患者の本件受傷と密接に関連する診療科目である外科の専門医師が当時いかなる診療に従事していたのか、受付担当者が連絡を受理し、これを伝えた医師がどの診療科目担当の医師で、同医師がいかなる診療に従事していたのか等についての具体的な主張・立証がない以上、Y 病院の診療拒否につき正当理由を肯定するに至らない。

《認容額》 150 万円

○弘前簡易裁判所平成 23 年 12 月 16 日判決

《事案の概要》

原告ら（夫婦）は、C 大学付属病院において不妊治療を受けていたが、同大学病院の治療に過失があるとして総額 1,830 万円の損害賠償を請求する訴訟を提起した（第 1 訴訟）。これを受けて

被告 C 大学は、このまま原告らの治療を続けるわけにはいかないと考え、原告らに対し同大学病院医事課長 D 名で「転医及び診療延期のお願いについて」という書面を交付した。原告らは、D の行為が医師法第 19 条 1 項の診療拒絶にあたるとして、D を雇用していた被告 C 大学に 140 万円の慰謝料を求める訴訟を提起した（第 2 訴訟）。

《裁判所の判断》

請求棄却。この第 2 訴訟について、裁判所は、上記文書が実質的に診療拒絶を内容とする書面にあたるとしつつ、医療機関と患者との間の信頼関係が失われ、診療・治療に緊急性がなく代替医療機関が存在する場合には、医師法第 19 条 1 項の正当な事由が認められるとして、原告の請求を棄却した。

3. 訴訟に巻き込まれないための応召義務の考え方

医師法第 19 条 1 項は公法上の義務であり医師が診療を拒否しても直接患者個人に民事上の責任を負うものでない、とされてきたが、千葉地裁昭和 61 年 7 月 25 日判決では、「医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合には、医師に過失があるとの一応の推定がなされ、診療拒否に正当な事由がある等の反証がない限り医師の民事責任が認められると解すべきである」と診療拒否に民事上の過失の一応の推定機能を認めた。さらには、組織体としての医療機関に応召義務を負わせることが患者保護に資するとの観点から、「病院も医師についてと同様の診療義務を負っていると解すべき」と判示している。神戸地裁平成 4 年 6 月 30 日判決も基本的には千葉地裁昭和 61 年 7 月 25 日判決を踏襲したものであるが、「診療拒否の意思表示」と「単なる情報提供」の線引きは一律には困難であると考ええる。また、同判決では「同病院は、診療拒否についての正当な事由を主張・立証しない限り患者の被った損害を賠償すべき責任を負う」とし、正当な事由の立証責任を医療側に求めている。診療拒否事案ではこの正当な事由の存否が中心的争点となることが多い。弘前簡易裁判所平成 23 年 12 月 16 日判決に見るように、「正

当な事由」に関しては、①緊急性がない、②代替医療機関が存在する、③医療機関と患者との間の信頼関係が失われたと認められる事情があること、の 3 要件が明示された。ここで、「医療機関と患者との間の信頼関係が失われた」とは如何なる状態を指すのであろうか。県内であった事案で、刑法上の威力業務妨害罪（刑法 234 条）の構成要件に該当するものがあったが、これは一般的ではない。よく見られる医療従事者への誹謗中傷が著しい患者に対しては、患者のクレーム履歴を残すなど、迷惑行為の記録を残すとともに誓約書の提出を求めるなど、絶えず警告を行うことが必要である。

おわりに

法律、通知あるいは過去の裁判例を繙いて応召義務を考えてみたが、「正当な事由」の有無の判断の統一的な基準を示した最高裁判例はない。近時は、個々の事案における医療側の事情、患者側の事情、あるいはおかれた医療環境（水準）などを総合的に判断して「正当な事由」の存否を決めるとする考え方が多いようである。とくに「正当な事由」に関しては、「医療機関と患者との間の信頼関係が失われたと認められる事情があること」が重要であり、仮に裁判になった場合には事実を証拠として積み重ね、立証できるように備えておくことが肝要である。また、医療メディエーターを養成するなど未然に防止する体制の構築や、病院側から患者に対し、「転医の勧告」や「転医先の紹介」を行い、円滑に転医を実現する努力が必要である。

応召義務に限らず医療紛争となる事案は、医療機関と患者との信頼関係喪失に起因するものがほとんどであり、我々医療者は、患者との信頼関係の構築と維持に最大限の配慮をしなければならないことは論を俟たない。

歳末放談会

2017 医療は今

と き 平成 29 年 11 月 9 日 (木) 16:00 ~ 17:50
ところ 山口県医師会 5 階役員会議室

司会 定刻になりましたので、ただ今から平成 29 年度の歳末放談会を開催させていただきます。はじめに河村会長にご挨拶をいただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

河村会長 皆さん、こんにちは。本日はお忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。歳末放談会の季節になりました。本年度も、医療に関してはなかなか難しい問題がありました。今日の新聞にも出ておりましたけれども、来年度の同時改定はマイナスになるといわれています。医療費の中で、薬剤のパーセンテージが上がって、人件費が下がっているわけです。だから、来年は人件費がアップするという趣旨の報道がなされているのですが、多分そういう方向性だと思います。しかしながら、全体で見ると、やはりマイナスだと。大きなマイナスにはならないと思いますけれども、心してかからなくてはいけません。本日はよろしくお願いいたします。

AI と医療

司会 ありがとうございます。それでは早速、放談会に入らせていただきたいと思います。最初のテーマは「AI と医療」です。近年、急速に進

化していく AI を医療に生かそうとする動きが広がっています。従来、医療とは、医師による検査・診断・治療のことでありましたが、それが大きく変化する可能性があります。まず、現在の状況等についてお願いいたします。

◆ まず私は AI の専門家でも何でもないので、そのところは初めにご了承いただきたいと思います。AI は AI でも、もう一つの Ai (オートプシー・イメージング: 死亡時画像診断) の方がどちらかというと専門です。AI 自体あまり縁がないのですが、少し調べましたので、まず AI の歴史のような話をさせていただきます。

今、AI というのは、第三次 AI ブームといわれています。ずいぶん昔、1956 年のダートマス会議で初めて AI という言葉が出てきました。これは、ゲームとか迷路などを解くようなもので、第一次 AI ブーム、第二次 AI ブームまでは、AI といいいながら、コンピュータのプログラムみたいな感じのものでした。だから、最近のように、いろいろなものを自分で学んだりしていく AI というのとは、ちょっと意味合いが違うと思います。一次ブーム、二次ブームとも、一定の枠組みの中でしか考えられないということから進化していません。

出席者

広報委員

吉岡達生 渡邊恵幸
津永長門 長谷川奈津江
川野豊一 岸本千種
堀哲二 石田健

県医師会役員

会長 河村康明 理事 中村 洋
副会長 吉本正博 理事 山下哲男
副会長 濱本史明
常任理事 今村孝子

ただ、1957 年くらいからニューラルネットワークというものがあり、これは人の頭脳をシミュレートしたらいいんじゃないかということで、第二次 AI ブームの終わりくらいからかなり表に出てきて、それが進んで、現在のディープラーニングの手法につながってきているようです。

ディープラーニングというのは、去年でしたか、AlphaGo（アルファ碁）が人間を破ったので、かなり評判になったと思いますが、どんどん自分で進化していくような感じのものです。このディープラーニングは、画像の認識なんか役に立つ、医学の分野でそれを使っていくことができないかということで、今の状況になっています。

平成 29 年 6 月 27 日に厚労省から出ました「保健医療分野における AI 活用推進懇談会」の報告書では AI をどのようなものに今から使っていくかということで、ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援の 6 つの分野に AI を重点的に使おうというロードマップが出てきています。

画像診断分野では、今、九州大学などを中心に画像のデータベースをつくりまして、それを AI に教えるというようなことが行われています。2020 年には、医療機器メーカーへ教師付きの画像データを提供して、AI を活用した画像診断支援プログラムを開発するということになっていますが、もう現時点でも相当の能力を持つような時代になっています。放談会ですから好きに言いますが、でも多分、放射線科の医者が失業するのは結構近いんじゃないかという気がします。

司会 ありがとうございます。私も最初に失業の恐れがあるのは放射線科の先生ではと思います。眼科も危ないです。順番からいって、画像が



重要な科から AI に職を奪われそうです。アメリカかあるいは日本だったか、骨折や肺がんの画像診断を専門に AI で請け負う会社があるようです。先生は医師に劣らぬと言われましたけれども、トップレベルの医師よりも精密度が高く、24 時間働いて、5 万倍速いそうです。AI の利用については各科により状況が異なると思いますので、そういうことを皆さんにお聞きしたいと思います。

◆ どこの科からつぶれていくかという話ですが、多分、入力系と出力系に関わってきます。放射線科の場合は、放射線画像は今、DICOM という規格で、はじめからデジタルデータになっています。だから、入力はめちゃくちゃ簡単です。眼科とか皮膚科でも、カメラで写真を撮って入力することが出来ます。でも、例えば内科医は、「頭が痛いですか」「どのように痛いですか」などの閉じた問いでどんどんデータが入力できますが、ただ、それだけではなくて、顔色も見ている、においも嗅いでいる、それから、しゃべり方も全部見ている。そのように入力するデータが言葉以外にもたくさんあるところは、なかなか廃れにくいんじゃないかと思っています。

出力系の話ですけども、出力するほうは、放射線科は、レポートを書いて出すわけですが、例えば外科の先生は手術しなきゃいけないわけで、現在もダヴィンチで遠隔手術をしたりとかやっていますが、AI が手術する時代が来るのはかなり先になるんだろうと思います。入力・出力が簡単にできる科ほど早く AI に置き換えられていくのだろうと思います。

◆ 脳の CT や MRI の画像診断における見落としは、AI を活用することによって防げるのではないかと思います。人間の場合は、先に病気を思い付いてから画像を見る場合があり、思い込みで画像を見てしまって、病変が見えていないということが起こっています。AI が登場することによって、そういうことがなくなるというのは、大変良いことではないかと思います。

◆ ちょっと教えていただきたいんですけども、AI というのは学習能力があって、どんどん賢くなっていくんだそうですね。顔の表情や、言葉の使い方あるいは動作などを認識して、それなりの判断を下すことができるようになると思ったのですが、そうすると、内科のほうもちょっと怪しくなってきたような感じがするのですが。

◆ そうですね。確かにそれを総合してすべて診るようなシステムが出てくると、そうなると思います。ただ、多分、患者さんというのは、医者相手に喋る時の表情と、機械相手に喋る時の表情は多分違うと思いますし、その辺りはまだ分かりません。まあ、人間に近いロボット型の AI が出てくると分かりませんが。先程、放射線科は失業すると言いましたが、しばらくは人間 vs AI はなく、AI を使う人間 vs AI を使わない人間の対決になる、早いうちから AI について慣れていきましょうという話も聞いたことがあります。

◆ この間、テレビで警備会社の特集をしていたのですが、コンビニの防犯カメラの画像から、「この人は怪しい」というのをアラームで知らせるシステムが開発中で、ほとんど実用化段階だと言っていました。医療の現場でも、診察室に画像解析のカメラや音声解析のマイクがあって、患者さんのちょっとした僕らが気付かないしぐさや話し方で、病気を見つけることなど、ディープラーニングしていけば、あっという間に医師に追いつくのではないかと思います。

それと、最近、ニュースで大手都市銀行がリストラをかけているというのを知りましたが、興味深かったのは、50 歳以上は AI についていけないから、最初にリストラの対象になるそうですね。30 代、40 代の若手で AI を活用できる人は生き残れるそうです。医師もそういう時代になってくる可能性があり、先程、先生が言われたように、うまく AI を使っていないと、これからの僕らの生存競争は厳しくなっていくと思います。

◆ 消化器内視鏡の画像診断と AI ということでは、YouTube に動画が出ています。国立がん研

究センターと確か NEC だったと思いますけれども、共同でやっている Colonoscopy の支援システムのデモ動画です。現時点では、隆起性の病変は、ほぼ確実に拾って、どれくらいの確率で悪性かを、その場で判断してくれるというものらしいです。

それから、昭和大学横浜市北部病院消化器センターでは、内視鏡で粘膜下の血管などを拡大観察して悪性度を診断して、生検しないでも済むというようなシステムを開発しているようです。

おそらく画像診断に関しては、AI がこれからどんどん入ってくるので、それをうまく使っていないといけないだろうし、追加の経費の話も出てくるのだろーと思います。

◆ 先程、内科医は顔色を見て、においを嗅いで、話し方を聞いて診断をつけるのだという話が出ていました。確かにそうで、診療室に入ってきたときから、僕たちは患者さんを見るよう指導を受けていたんですけども、どうも最近の若い先生方は、そうでなくて、ディスプレイの方ばかり向いて、患者さんの顔を見ない。最近は聴診器も当たらないというドクターが増えたことを不満に思っている患者さんもたくさんいるんですね。私が聴診器を当てると、「えっ」という顔をして、「聴診器で聴いてくれるんですか」みたいな。あるいは、打診をすると、「えっ、直接体に触れてくれるんですか」みたいな反応をする患者さんがいるわけですよね。そうすると、AI で便利になったときに、実際に、患者さんがそれに満足してくれるかどうかということが、これからの大きな課題になるだろうと思いますよね。

◆ AI の有効な使い方は、早期診断と考えます。言い換えれば健康診断だと思います。何らかの症状があって医療機関を受診すれば早期発見に繋がらないことがあります。無症状、無自覚でもコンビニの AI による健診を受けて、問題があれば早期に医療機関を受診することが想像できます。その場合に問題となるのは、健康診断は自費になることです。この辺りの話がどうなっているのかと思っています。

◆ もともと AI というのは人間がつくったものですから、AI に人間が従属的になるというのは、ちょっとおかしいと思います。ただ、今言われたように、診断が主になっている科は、非常に有用だと思います。最終的に決定するのは医師であって患者さんの気持ちをくみとって、その患者さんの希望に合わせて治療を選択しています。治療には診断だけではなくて、患者さんの希望、あるいは社会的要因、経済的要因、環境的要因が重要ですが、一番大事なのは患者さんの意思決定ですから。

人間というのは感情の動物ですから、ときどき、ベストを選ばないでベターを選ぶかもしれません。また、途中で気が変わることもあります。治療全体から考えると、AI は判断するための一つの方法であり医師が上手に使う努力をこれからすべきです。立派な参考書と思って、医師の経験や患者さんの意思に上手に対応することができて初めて医師としての責任感といいますか、医師としての仕事が達成できるのではないかと思います。

◆ 今、医師が診断できているものは、必ず人工知能を使って診断できるようになってしまうと思いますね。医師が診断に迷うものに対して AI がどこまで入って診断をつけてくれるのかということに問題が残っているのではないかと思います。それで、人工知能が、医師が迷っているものを診断したときに、それが合っているかどうかというのは人間が決めないといけないから、最終的に、90%は人工知能がやれても、あとの残り10%の中のある部分は人間が決めて、まだそれでも解決できないものが残っていくのではないかと思います。

◆ 例えば去年の 8 月に出た記事によると、IBM の Watson、— IBM は AI ではないと言っていますが、似たようなものと考えて—は、専門医が診断できなかった特殊な白血病患者の病名を 10 分ほどで見抜き、その結果、治療法が分かったとのこと。

そうすると、まれな病気こそ AI の方が有効と言えます。論文なんかでも、2016 年の末時点で

2,700 万件の医学論文があり、年間 125 万件超の論文が公表されてきています。その論文を全部読むというのは、僕らには到底できない仕事ですが、AI はそれを全部読めるわけで、いろいろな判断の幅が広がっていき、まれな病気も見つかることがあると思います。

司会 あくまでも医師のサポートの道具として AI を使いたいというのは私たちの願望です。自動車の自動運転は確か 4 段階あります。第 1 段階や第 2 段階はブレーキやアクセルなどの操作が自動になる。でも、4 段階になると運転手が全く関与しなくなります。現在の技術でほぼそこまで可能になっているけれども、法律上の問題があるから、まだ出していないだけ。いずれは医療にも同じことが起こってくるのではないのでしょうか。先程、医師が最終的に決めると言われましたが、きれいな表現ですけれども、裏を返せば、責任を取るために医者が必要ではないか。AI を訴えることはできませんが、訴える相手として医師の存在価値があるような事態を恐れております。少なくとも、ほかの職種と同じ方向にいくと、現在の医師の数は要らなくなりますよね。私はすごく悲観的な見方をしておりますが、「いや、そうじゃない」という意見をぜひ。

◆ 昨日の別の会でも話題になりましたが、先程言われていたことは非常に大切だと思います。パフォーマンスというわけではありませんが、実際に聴診器を当てるとか、打診をしてあげるなど、特に一般のクリニックでは、そういうことを求めて来る患者さんもおられることは事実です。だから、昨日も内科の先生に、「実は、僕は聴診器を、もう 30 年ずっと同じものを使っている」と言うと、「循環器内科医は、1 年に 1 本壊れるぞ」と言い返されました。「そのうち AI で、ぱっと当てたら全部自動で診断できる聴診器が開発されるのではないか」と言うと、「いや、当ててあげることに意味があるんだ」と同じことを言っていました。

それと、AI を医療のほうに使ってくれればいいのですが、レセプトの審査に使われると、その

先生の傾向が全部ばれて、「これは傾向的ですから」といって、どんどん切られるのではないかと
いう心配をされる先生がいました。

司会 審査のほうは、何かそういう動きがあるのでしょうか。

◆ 一番極端なのは韓国で、韓国は今、国民皆保険なのですが、コンピュータ審査で半分くらい切ってしまう。結局、心が入っていないから、「この人は、これだけ注意したらよくなるだろう」ということはないんですよ。次に一番起こるのは何かというと、今、韓国では国民皆保険なのに半分は混合診療と自由診療なのです。

だから、韓国の人が、日本の審査を見学したことがあって「こんなに日本はこまめに審査しているのか」というので、すごく感激したという話を聞きましたから。やはり、微に入り細に穿って見ないと、審査はできないですね。ですから、多分コンピュータ審査が入ると、最終的には人間の目で見てやる審査は 1%以下と少なくなるんですよ。だから、そういうところを踏まえながら自分たちも勉強していかないと、国民皆保険さえ危うい状況です。

◆ 支払基金でもそのようになるということで、すごく危惧しています。

今、支払側と診療側の間に医師が関与することで、お互いにうまくいっているというところがあるので、この現在のシステムはできるだけ残していきたい。しかし、審査の数も膨大になっていますから、ある程度は AI に手伝ってもらって、出来高部分は人間の目で審査したほうがいいのではないかとということで、支払基金としても頑張っ



生き残ろうという方向になっていると思います。先程の AI で何でもできるということですが、自動車の運転にも、トロッコ問題といって、どっちにも解決できないことがあります。例えば、機械としては、衝突しなければいいということであれば、ブレーキを踏めば良いのですが、それによって追突されることも起きます。追突されないようにブレーキを踏むというソフトを組むのがまだ難しい。それから、前に人が飛び出して来たときに、その人を避けるために右に逃げたら、反対から自動車が来て、そっちで 5 人死ぬ場面があると思います。1 人殺すのか、左に逃げて自分が死ぬのか、右にハンドルを切って 5 人が死ぬのを選ぶのか、いわゆるトロッコ問題がどうしても残ってしまう。AI がそれを解決してくれればいいですけども、そこまで行くかどうかですね。そういうところを、コンピュータがディープラーニングして身に付けてくれるものでしょうかね。人工知能が、人工という言葉が外れた知能を獲得できるのかというのも、私は大変疑問に思っています。

司会 でも、2030 年くらいに、人工知能が爆発的に賢くなって、急に進化を遂げる年がくると聞いたことがあるような気がします。

◆ シングularity (Singularity)、人を超える時ということで、早ければ 2029 年という話がありますね。

話を医学分野に戻しますが、CT とか MRI とかを AI は今でも結構ちゃんと読影できるのですが、それに他の情報を一緒にくっつけて読むこともあります。遺伝子情報をそこにくっつけてやって、画像を読んだりとか。ラジオジェノミクス (Radiogenomics) と言うみたいです。だから、一人の医師でできなかったような膨大なことを、AI が組み合わせて判断するということも出てくると思います。どんな時代になるのか、ちょっと見当がつかないですね。

◆ 先ほど、愛情を持って患者さんを診

察するというお話がありました。今、aibo が愛情を持って接してくれるということで、人気が出ています。今後、コンピュータ画面しか見ていない医師に代わって、aibo 型の、患者さんの脈をとるとか聴診するようなロボットができるかもしれません。最終的にドラえもんみたいなものを本当に人間がつかれるのかどうか期待したいですね。

司会 余談ですが、私はソニーの新型 aibo を予約開始直後に申し込んだのですが、サイトに全然つながりませんでした。30 分で完売だったらしいです。時々、大病院を受診されている患者さんが言われます。自分が診察室に入っても、先生は私の顔を見てくれない。ずっとパソコンを見ている。マスクをして、ぼそぼそ喋るので説明も聞きづらいと。これまでは、そのような診療でも通っていました。この AI の出現は、パソコンを向いている医師に対する医療からの逆襲という気がします。

◆ 私も AI に関してほとんど無知ではありますがけれども、果たして医師に何を求められているかということを考え直すいい時期だと思います。医学教育において、今後、若い人たちが、どのようなことを学んでいくのか、どのようにして医学というものを捉えていくのかについてしっかり考えてほしいです。確かに便利なものは可能な限り駆使していくというのは、基本的にとっても大事なことでと思いますが、どのようなことが今の医学生に医学マインドとして浸透していくべきかということを、併せて考えていく必要があると思います。

「いろいろなものが便利になりましたよ」というだけではなく、臨床経験を積んだ人が AI を使うのではなく、経験の乏しい中で、AI を使ってどのように治療していくかということがむしろ今後の医学教育として大切であるとの視点で、AI の問題を考えてほしいと思います。

◆ 今から 20 年前はスマートフォンなんて想像もしませんでした。だから、これから 20 年先は、もう想像もでき

ない世界になっているでしょう。今言われたように、個人それぞれの遺伝子情報データなどを入れたら、もう全部 AI で治療可能でしょうね。私は小児科なので、赤ちゃんを触らないとわからないこともありますけど、それも AI が触れば分かるかもしれないし、全部データをインプットしたら、やはり臨床的なこともできるのでしょうか。私たちは長い臨床経験で診断をしますけれど、AI にデータのインプットだけで医療になるのかなあという疑問は残ると思います。

これは余談ですけれども、この前「ブレードランナー 2049」という映画を見ましたけれども、クローンと人間それぞれの生命という話がベースにあって、クローン人間は当然 AI ですけれども、自分たちも、クローンなのか人間なのかも、もう分からなくなっています。過去の記憶も全部インプットされます。子どものときの記憶もインプットされて、クローン人間として宇宙に出て、人間の代わりに働く定めですが、やがて反乱を起こすという話なのです。ひょっとすると、これからはクローン人間を作る世界になると思います。その頃には私は生きていませんが。

◆ 先程、医学教育のことを言われたのですが、専門医試験というのは、われわれは何年か経験し、勉強してからでないと通らないじゃないですか。将来、AI が進化して使ったら、1 年目から専門医に通るということになりますよね。別に自分が記憶しなくても、経験しなくても、患者さんの情報を集めたら AI が診断してくれるという時代になるから、専門医教育の仕方も大変変わっていくのではないですかね。

◆ 今の若い先生方は患者を診たり、話を聞いた



り、触ったりすることをされないそうですね。聞いた話ですが、急性腹症の患者を診られた時、悪心があるとの訴えで、どうもその症状の薬を処方されただけのような感じでした。翌日、二次病院へ入院、その後、三次病院へ転送されたそうですが、不幸な転帰をとられたそうです。将来的には AI が診断名を明確に出すかもしれませんが、私たちの時代は聴いたり、診たり、触ったりすることを欠かすことができないと思っています。

ソニーが aibo を出しましたね。あれは学習能力があって、話したりとか、「今日の具合はどうですか」とか、顔色を見て言えるようなロボットみたいなんですね。前の AIBO は、これこそロボットだというような感じだったけど、今度は小犬なんですね。これはちょっと医療と関係ないけれども、これから先はどうしても高齢化社会になってきて、しかも独居時代がやってくると思うんですね。そうすると、そういうときに aibo があれば、話し相手になる。気持ちが非常に和むと思うんですね。だから、そういう AI を持ったロボットが、癒しの面にも使えるんじゃないかと思っています。

◆ 私も、すぐにでも買おうかと思いました。今、生きた犬がいますが、この犬が亡くなれば、室内犬として飼いたいと思いました。洗わなくていいし、散歩にも行かなくていいし、それに、目の動きが非常にチャーミングでとても愛らしいですね。

◆ 今、猫を 1 匹飼っているのですが、その猫が非常にかわいくて、癒しの対象です。うちの奥さんなんか僕が外から帰っても迎えに出ないことが非常に多いのですが、その代わりに、玄関のドアの鍵をカチャッと開けると、猫が飛んで来て、迎えてくれるんです。仕事に出かけるときも、見送りをしてくれるんですね。感激しますよね。

動物は本当に癒しになります。年からいっても僕はもう、動物を飼うというのは、ちょっと難しいかなと思うんですけども、aibo が手に入るんだったら、僕も 1 つ買っておきたいなあと考えています。

司会 今回は発売開始 30 分で完売。その次の販売予定は未定だそうです。

◆ べらぼうに高くはないですね。

◆ aibo は 19 万円らしいです。

司会 でも、ケアサポートとしてネットワークサービス加入が必要で、結構、維持費はかかります。

◆ 先程の、患者さんを診なかったという問題ですけれども、AI を活用すれば「痛がってるけど、あなたは、おなかを見ましたか」という質問をしてくれるかもしれません。AI がお腹を触ることができるロボットだったらいいですけれども、触らないロボットの場合は、そういう質問を投げかけさせるということになればいいと思います。

◆ それか「危険信号が出ていますよ」とか言ってくれるかもしれませんね。

◆ 腹の症状を言って行ったのに腹を触らなかった医師が悪いです。

◆ だから AI が「触りなさい」と命令する。

◆ それは医師が悪いし、その医師を卒業させた大学が悪いです。

司会 居眠りしていたらブザーが鳴るみたいに、患者さんを触らなければピーピーピーって鳴ったりするかもしれない。

◆ 対応できない医師の場合は、バックアップでできる医師が必要です。

◆ ちょっと aibo のことでお聞きしたいのですが、こっちから問いかけないとか、スイッチを入れなくても、向こうから先に声をかけてきたりするんですかね。

司会 普段からコミュニケーションをとっていると、だんだん aibo の性格が変わってくるらしいですよ。誰が育てるかで違ってくるらしい。

◆ だけど、こちらからアクションしないのに人工知能がアクションしてくることは、ちょっと怖いものがありますけどね。黙っていてもしばらくすれば、話しかけるようにプログラムしておけばいいんですかね。3 時間後に話しかけるようにとか。

◆ 人間にも 3 分間黙ってられない人がいるじゃないですか。犬もそうなんですよ、きっと。

◆ 一人暮らしの人が倒れて、通報できない場合がありますよね。そういうときに、aibo を持っていたら、朝起きてこないから通報してくれることができるようになるでしょう。あとは、機械なので充電という問題がありますよね。

◆ 自分で充電に行く。

◆ お掃除ロボットみたいに。

◆ 今は芝刈り機も自分で充電に行きますよ。

◆ 停電しないことを祈っておかないと。ソーラー電池を取り付けるとか。

司会 医療界で、AI について一番危機感を持たないといけないのは、大学関係者かもしれません。従来と同じ医学教育だけでなく、AI を使える医者に育てるという目的も出てくるかもしれませんね、今まで若い人に人気だった麻酔科、放射線科は、AI の出現で大きく変わりそうです。逆に、外科、産婦人科や小児科などの科が最後まで残るよということが学生への勧誘の売りになるのではないのでしょうか。

◆ 精神科も残るだろうって言われていますね。

◆ でも、精神科も典型的な病気は、AI でやっ

ていくようになると思います。

先程おっしゃっていた、触ってもらうとか、迎えに出てもらうというのは、むしろ、すごくぜいたくなことになっていくと思う。お金に余裕のある人は、保険外でそっち、ない人はローコストになった AI で、自分で入力して使うようになるかも。

生きている犬を飼えるのは、経済的にも体力的にも余裕のある人達で、ない人は、いずれローコストになった aibo。見守り aibo とかで、倒れていたら、ぱっとセンターに通知が行くとか。

司会 遠隔治療についてですが、山口県は、僻地が多く過疎も進むことより切実な医療だと考えます。逆に都会でも使われているという話がありますけれども、これについてはどうでしょう。

◆ この頃よく、遠隔診療しないかというファックスやダイレクトメールが来ます。僕はあまりなじみがないのですが、産婦人科でも、スカイプやメールを利用して、患者さんがホルモン剤とかピルを買うとか、東京を中心に凄く行われています。

でも、結局、対面でやっていないから、服用方法がうまく伝わらなかったみたいで、先日「ピルを飲み始めたけど、生理が来ないです」って来院され、妊娠していたことがありました。

遠隔治療も僻地や離島などは必要性があると思いますが、やはり対面できちんと診てあげる、おなか痛かったら、おなかを触ってあげるとかいことが一番大事なんじゃないかと思います。僕は、遠隔治療には否定的です。

また、ネットで薬を買えるというのも、僕は非常に危ないと思います。本人もそうですが、軽い気持ちで薬を友人などに分けてあげたりして、アレルギーなどの副作用が出たときにどうするか。推し進めようという政府や厚労省の考えが、僕にはちょっと理解できません。

◆ 外科の場合は、ダヴィンチなどは、全部モニターを見ながらやるので、遠くのほうで操作しても、手術はできるということになりますよね。光の速さで情報をやり取りしても、若干タイムラグ

は生じます。このタイムラグによって、出血したときには、処置が間に合わなかったりするかもしれないから、現場に 1 人はいて、あとは上手な先生が遠くで手術するということはあり得ると思います。ダヴィンチのような機械があれば、遠隔手術は可能だと思いますが、遠隔だけでは成り立たない。機械の故障とか停電とか、途中で何かあったときは困りますよね。やっぱり現場プラス遠隔操作の利用という格好になると思います。

司会 開腹手術の時は実際の術場に何人が助手がいるのですか。メインの術者だけがダヴィンチで操作するのですか。

◆ 気腹というか、炭酸ガスでおなかを膨らませておいたりしないといけないですから、どうしても近くには人手が要ると思うのですが、そういうことも将来全部遠隔でできますかね。

◆ プローブを突っ込むのに、人手が要るでしょう。

◆ ある程度、現場にいないとできないと思いますけどね。

◆ 若い医師が初めて胆石の手術を腹腔鏡で行う時を見ていたのですが、誰もやったことがない。その時に副院長が「やれ。何かあったら、俺が開けてやる」と言ってモニターを見ていて「わっ」と声を出し、手術台に飛んで行ってすぐに開腹して事なきを得た。その後、若い医師が腹腔鏡手術の経験を積み巧くなると、「先生、もうバックアップは不要です」と副院長に言うようになった。しかし緊急時に開腹できる医師は必要です。

◆ だから、外科はやはりすぐ側に人が要りますね。どうしても AI に、まだ全部取っては代わられない。

司会 東京女子医大の新宿のクリニックで、高血



圧の患者を初診だけは対面診療でやって、2 回目からはネットで全部データを送って、端末の画面で、問診するという試みが開始されているそうです。対象患者は、都心に住んでいる働き盛りの世代で、そういう世代はやはり忙しく、高血圧のため日中受診できないという方はかなりいると推測されます。このような遠隔治療が広まったら、患者さんの掘り起こしにもなるでしょう。でも、高血圧だけだったら、それでも OK なものですか。

◆ やはり、実際はちゃんと測って、その人と話をしながら診断していくのが一番いいんじゃないかと思うんですけどね。

◆ 最近の血圧計、心電計には遠隔で血圧とか心電図を見ることが出来るものがあります。血液検査にしても自己採血して、それを送ると、結果が出るようなシステムもあるようです。確かに対面診療のほうがいいのは当たり前です。しかし北海道などで、冬の間に雪道を何十キロも走って医師のところに行くわけにいかないからと言われると、遠隔医療も仕方ないのかなと思ったりします。

例えば、高血圧でずっと、同じように薬を出して長年診ている人が、遠隔で顔を見ながら、「じゃあ、薬出しとくね」と言って、半年に一回来てもらうくらいならいいんじゃないかなという気もしないではないです。

◆ やはり異常がないときに、ずっとその患者さんを診ているということが大事だと思うんですね。というのは、いざ何か異常があると、「あ、これは」ということが起こってきます。だから、たとえ血圧であっても、時には顔を見てちゃんと

診察したほうがいいと思います。

また、診察の問題ではないと思うのですが、先程言われた大学病院は、週刊誌を読むと、経営が危ない病院の一つとか書いてありました。だから、いろいろなマイナスの要素が重なってきているんじゃないかなと思いますけれども。

医師の働き方―若手医師の確保―

司会 では 2 つ目のテーマ「医師の働き方」についてです。皆さんご存じのとおり、今年の春、政府が残業時間の罰則付き上限規制などを盛り込んだ「働き方改革実行計画」を決定しました。そして、医師も時間外労働規制の対象に加わりました。ただ、医師の場合は、診察に応じなければいけないという義務があることから、制度導入から 5 年の執行猶予を設けることになっています。まず、このあたりからご意見を伺いたいと思います。

ここでやはり問題となるのは、病院の勤務医の先生方のことだと思うのですが。

◆ 当院の会議でも問題として出てくるのですが、先生によっては残業時間が月に 200 時間超えというのも見つかります。いわゆる過労死レベルは 80 時間、2～6 か月だったと思いますが、結構いるなと思います。当院はまじめな病院ですから、残業代はきちんと全部、働いた分は出ます。余分に医師を雇うというのがなかなか難しいし、その医師の給料を出していくとペイするのかどうかというのは、なかなか悩ましい。

◆ 結局、時間外になっているのは、救急医療だと思います。われわれのところも、夕方とか夜に急患が来たら、それから手術するということになって、そして翌日も休めないという状況で、時間外が増えてしまっています。

この間、産婦人科の先生が言われていましたけれども、この労働時間問題を解決するためには、医師の三交代制を取り入れない限りクリアできないと。しかし、三交代制を実現できるように医師を雇えるだけの資金力が今の病院にはない。もし、労働時間を守らせようと思ったら、救急の制限する、あるいは医師の手当てを国が援助するなどを

行わない限り、現状では遵守は難しいのではないかと思います。

◆ これはもう 20 年以上前から問題になっていて、要するに、医師の能力が皆、均等だという前提で言われているんですが、できる人は 5 人いたら 1 人しかいなくて、そこに仕事が集まるんです。だから人数を増やしたって仕方がない。

◆ われわれが若い頃は、例えば夜に手術して「また寝ずにやれた」とか言って過重労働を楽しんでいたと思います。われわれは、医師になりたいからなっているので、夜中に患者さんが来ても、それに対応することが楽しみでした。最近は、多分、偏差値が高く医学部に入れるからといって医師になった人もいるのではないと思われるので、その人たちの中には過重労働が大変苦痛になっているんじゃないかと思うんですね。

それと、私は、働き過ぎと自殺による死亡が結び付くというのが、よく理解できていません。大阪で働いているときには、みんなものすごい過労で、年に一人ずつ糖尿病になったり、肝臓を悪くしたりする人が出てきていました。それで選別されて、過重労働に耐えた元気な人は、例えば都会で循環器病センターなんかでは生き残ってやっているという感じでした。

過重労働は、うつなどが発生して自殺に至るのではないかと思うので、うつなどの段階でもっとケアしたら過労死は少なくなり、自殺は防げるのではないかと考えています。過労死を起こす病院では、パワハラなどを相談しにくい状況になっている可能性もあると思います。医師の働き方については、労働時間だけではなく、もう一つケアが入らないといけないのではないかと思います。

◆ 医師に限らず、働く人たちが過労で倒れたり自殺したりしていますが、単に時間が長いからとか仕事量が多いからだけではなくて、孤独感も大きい。聞いても教えてもらえない、いくら自分が追い詰められてもサポートがない等から絶望的な気持ちになり疲労が増幅していくように思う。少々仕事がきつくても、連帯感があって、達成感

や充実感、それと患者さんに喜んでもらえるとかがあると違います。疲労って、時間だけで測れるものではないと思います。

◆ やはりストレスがかかる分、脳出血とか心筋梗塞って結構多いですね。あと、その人の性格ですね。「そんなに働くと死ぬよ」って言うてもやる人はやりますし、「なんぼ働いても給料一緒やん。ばからしい」って言う人もたくさんいて、そういう人たちは長生きしますよね。

◆ 鋭いところを突いておられますね。20 代、30 代の部下のうつ状態の対応について、50 代の上司の人が相談に来られますが、そっちのほうが、脳血管障害とか心疾患で倒れそうに見えます。

本人はそれほど思っていないなくても、「うつ」という形ではなく体のほうに出る。でも、中高年の男性が、脳血管障害や心筋梗塞になっても目立たないが、若い女性が過労で亡くなられたりすると取り上げられやすいと思います。

司会 今のご時世、口に出せないことですが「われらはみんな若い頃こうやった」って考えている医師もいるでしょう。私は、脳外科や循環器の先生と違い、寝るのは自分の家でしたけれども、やはり若いときは、起きているときは、一日中大学にいました。ですから、時間の長さ以外の問題もあるのでしょうか。

◆ 厚生労働省などが医師のボランティア精神とサービス精神におんぶにだっこしていたツケが来ただけです。思い知らせてやればいいと思っています。医師が普通に勤務したら、救急医療なんか成り立たなくなると。では、救急医療などを成り立たせるようにするには、どうすればいいかということですが、やはり、イギリスみたいにどこか壊さないと駄目だと思います。それから労働時間の制限については応召義務があるから 5 年間猶予するという話でし

たが、では 5 年後に応召義務がなくなるのかと聞きたいです。

◆ 応召義務だけでなく、ノブレス・オブリージュ精神を持って現在の医療体制を維持できてきたのですが、それは、患者さんがよくなって喜んでくれることで、みんな頑張ってきたところがあると思います。苦勞しても報われた感があったのが、今は、ちょっと何かあると訴えられてしまうこともあるので、その緊張感も過労につながるのだと思います。

◆ 先程「われわれの若い頃はと言ったらいけない」と言われましたが、やはり、ある程度若いときは場数を踏まないと。医師というのは経験が必要だと思います。私が入局したときは、2 人しか入局しなくて、1 人は女性だったので、私が多くの患者を担当させられ診ていたため、ほとんど家に帰っていませんでした。でも、若いときに場数、修羅場を踏んでいろいろな症例を経験したことが、今、役立っていると思います。

大学で研修医を教えた時には、「2 年間は 365 日 24 時間働け」と言って指導しました。今、そういうことが通用するかどうか、ちょっとわかりませんが、若いうちは、ある程度の無理はしたほうがよいのではないかと思います。「17 時になったから帰ります」と言われたら、ちょっとガクッとしますよね。

司会 他業種からの学士編入の医師が、5 時になったら電話に出ないという某大学でのエピソードを聞いたことがあります。けれども、先程、先生が言われたように、そのように医師の勤務状況を改善しろと行政が言うのなら、勤務時間の短縮



を補うための予算も考えないと。

今、日産の無資格検査の問題がありますよね。あれは、カルロス・ゴーンさんが、とにかくコスト削減、人件費削減を進めた結果でもあるのでしょう。何かを制限、規制するなら、その部分を補充するための予算を出してくれないと、どこかにしわ寄せが来て、後に大問題になってくると思います。また若い医師が経験不足になり 10 年、20 年経つときと別の問題が生じるでしょう。

◆ 私も自宅に帰らずに、ほとんど病院にいました。ここにある過労死ラインの認定基準というのは、誰がどう決めたのか、よくわかりませんが、これを守っていて、このまま厳格に働けば、結局、困るのは患者さんですね。

ただ、今の皆保険制度で、「誰でも、いつでも、どこでも」というのが、ひずみを大きくしているのでしょう。5 時までというのは極端で、これを厳格に守っていたら、今でもたらい回しの問題が、さらにひどくなり怒られますね。これもいたちごっこで、切りがありません。

過労死という言葉が本当に医師に適しているかどうか、よくわかりません。日教組が昔、「学校の先生だって労働者だ」と言い出して、このような時代になってしまったので、医師も労働者と言いついたらもう、社会主義的になりますので、そうすると本当にもう、医師は決められた時間以外は患者を診なくなりますので、このような世界になったら困るなあと思います。どこで折り合いをつけていくのか、よくわかりません。

司会 やはり医師の働き方改革の中には、医師の偏在という問題があります。特に山口県の場合は、若手医師の確保は喫緊の課題ではあり、これに対



して、お話を伺いたいと思います。

◆ なんともならないんですけども、今年は、過去 10 年間では一番、70 数名だったと思いますが山口大学に残ってくれました。彼らが全員、国家試験に受かることをまず望んで、この状況があと 5 年ぐらい続いてくれればと思っています。だから今までの努力が無にはなっていないんです。一番ひどいときは 50 数%だったものが、今は 70 数%まで上がってきていますから、2～3%ずつでも上がっていけば、全然無にはなっていないので、本来これは大学マターなのですが、医師会として協力できるところはするという姿勢でやっています。

先程、医学教育と言われましたけれども、学生に、医師会そのもの、医師そのものを理解してもらうことが大切なので、私は昨年から年に 1 回、4 年生に講義を行っていますが、そのもっと前の、白紙の段階の 1 年生ぐらいから、医学というものはどのようなものかということを、講義とまでいかないですけども、学生に話をしていくことができたということで、勤務医部会の方でもいろいろ企画を考えてもらっています。

◆ 島根大学医学部では、卒業生は島根に残っても仕事がないからと言って 3 人ぐらいしか残らないと聞いています。開設当初は 30 人ぐらい島根医大に残ってました。しかし 10 年経っても医大に自分たちの場所がないと気づき、毎年 30 人ぐらいが開業するようになりました。数年間で開業の余地もなくなり、他県の都会に出るしかなくなったのです。当時の島根県の人口は 70 万人ぐらいでした。なぜ島根に医学部を作ったのか理解できなかったのですが、行政は島根の都市部では開業しにくいので、卒業生は僻地で開業するだろう、すると僻地医療の問題は解決すると想像していたようです。しかし民間は採算の取れない所での開業はできないのです。心配なことは山口県でも人口減少が起っています。特に日本海側では同じようなことが起こりそうです。

◆ それもあるんですよ。多分、山口県も、人

口が 100 万人を切るまでいくのかな。もう 4～5 年前の話ですけど、徳地で開業した若い先生がいましたが、やはり仕事がなく、東京のほうに戻られましたけれども、そういうことが起こるんですね。

これは、医学部というよりも国の問題ですね。でも、国は地方創生とか言葉でいいことは言うんですが、現実には何もしていないから、そのような状況でしょうね。

◆ 今、先生がおっしゃった通り、山口市はわずかながら人口は増加しておりますが、下松市や和木町を除けば山口県全体では人口は減少しております。特に過疎地域では深刻です。

ここで人口比にすれば同じですが、例えば 1 人の医師が 100 人の患者さんを診るより、100 人の医師が連携して 1 万人の患者さんを診る方がよりよい医療を提供できるのではないのでしょうか。患者さんも高度の医療を期待して、都市部の大病院への受診が多くなっているのではないのでしょうか。

さらに人口減少が著しい地域は、将来性や経済性等を考えると病院管理者や若い先生方がためらうのも、もっともだと思います。そのためには、医師会はもちろんのこと、行政関係のなんらかの対策がぜひとも必要と考えます。

◆ 例えば 10 年前に建て替えた病院が、患者さんが来なくて、なかなか借金を返すことができない。患者さんがいないのではなくて、人そのものがいないから入院患者もそれだけ少なくなりますよね。10 年前には、そこまでは皆さん想像されなかったと思うけれども、建て替えてしまった箱物は残ってしまうから、目先だけでなく、将来的なものを見ながらやっていかないと、ちょっと難しいかもしれません。

司会 今、医師がどの科を選ぶか、どこで働くか、どこで開業するか、完全にフリーですけども、科や地域を行政などがある程度コントロールする必要が出てきたのでしょうか。厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会」で、例えば病院長に

なるためには地域医療の経験が必要というような条件を付けるべきではという案が出たけれども、いつの間にかなくなってしまいました。医師会もコントロールされたくないという意見を出しているそうですが、山口県の 40 歳代以下の医師の減少を考えると複雑です。

◆ 行政、国の拘束力なしに、自分たちはどのように判断をするかというのがプロフェッショナルオートノミーだから、その辺りのところを理解できる医師が育たないと駄目ということですね。でも入学試験ではそれではわからない。面接をしても多分わからないと思います。

司会 もし、行政にコントロールされることに抵抗があるのなら、医師会か医師会に代わる団体がある程度の力を持ってコントロール、例えば専門医制度に絡めるとかいったことが必要になってくるのではないかと思います。

◆ 弁護士は、全員が弁護士会に入らなくてはいけなから、そこでコントロールできているのではないかと思います。医師は医師会に入らなくても医師として働けるので、本当は入っていただければ一番いいんですが、その点が医師会の課題です。

◆ 今、行政の立場から専門医研修制度において、専門医を目指す専攻医で地域医療支援を行うということをプログラムの要求しているというのがあります。短期間でも地域に手伝いに行くというやり方は、無いよりはましだと思います。

◆ やはり働き方改革というのは、基本的には必要だと思います。もともと時間外勤務はボランティア精神でやっていたので、仕組みがつくられなかった経緯があります。科の中でも特に遅かったのが救急だと言われています。救急医がバタバタと倒れる中、やっと仕組みがつくれたと言われています。倒れないとわからないような状況でものごとが進むのは、とてもよくないことだと思います。

働き方の工夫の中で一つのヒントになるのが女性医師対策です。女性医師が増える中、子育て世代の女性医師が辞めずに医療を続けていくための工夫を盛り込んだ対策ですが、今後、勤務医対策としてかなりヒントになると思います。とにかくこれから働き方を少し工夫しないといけないと思います。

また、医療に対する国民の理解が必要で、いつも同じ先生がいて、自分の体をよく知っている先生が毎日診てくれるという感覚に、医療領域は切り込んでいく必要があると思います。また、医療の質を保つことすら難しくなっていく中で、AI の使い方が働き方にとっても関係しているのではないかと思います。

◆ 今、大学の医学生約 4 割が女性になっていますが、卒業されて外科医になる女性は少なく、われわれのマイナーな外科までなかなか回ってきません。女性医師に働いてもらいたいので、女性医師が結婚・出産後も継続して働けるような働き方を考えていかないといけない。今、山口県でわれわれの分野に女医さんが 4 人、そのうち子育て中の方が 2 人おられます。われわれの病院では子育てをされておられる女医さんに時短で働いてもらえるシステムを作っています。今後、女性医師に働いてもらえるいろいろな方法を取り入れていかないと医師不足は解消されないと思います。

◆ 大学の女子医学生は 3 分の 1 ぐらいいますが、彼女たちの多くは男性医師と結婚すると思われますから、3 分の 2 ぐらいは、どちらかに関与しているわけです。それで、次に行う授業でも、その辺りのところを話しながら、仕事を辞めるなということを言いたいと思っています。

高額医療費、高額薬剤

司会 1 つ目と 2 つ目のテーマが、うまい具合に融合しました。では最後、3 つ目のテーマ「高額医療費、高額薬剤」です。診療報酬の見直しで、薬価が下げられたと聞いております。厚労省が 1 年間寿命を延ばすのに 500 万円以上かかる場合

の新薬の薬価を引き下げるというように、高価な薬剤がターゲットになって、国民の注目を浴びているようですが、それについてお願いします。

◆ おっしゃるとおりで、この 10 年間、医療費はずっと伸びていましたが去年、初めて下がりました。それは、特に高額な肝臓の薬が、ある程度患者さんに使われましたが、あれは 99% 以上治るので、それがすごく効果的でした。そういう意味で厚労省は考えているんだと思います。

◆ 私は日本製の高額薬剤であれば、いくら使ってもお金は日本国内で回るので、いいのではないかと思います。現状は外国製がほとんどなので問題です。何とかして日本製のものをアベノミクスで作ってもらって使えるようにしてもらいたいと思います。それと、使ってみないと分からないとかいう、1 割か 2 割の人に効くから使うという、今、そういう薬もありますね。あと 8 割の人に効かないのに、1 年間に莫大なお金を使うというのは、やはり問題だと思います。認可の段階で適応をもう少し厳密にしてもらいたいと思います。

◆ 私がいつも思うのは、やはり新薬を開発するにも莫大な開発費がかかります。今見ていると、医療費の削減をやっていますが、ある程度、企業が国産のものを開発ができるだけの資金力も必要だと思います。このデフレの時代に医療費を削減して、医者も企業も左前になるので、終いには病院がなくなるのではないのでしょうか。

先日、三橋貴明さんという経済学者がラジオで、「来年は医療と介護を財務省が削減しますと言っていますが」との質問に対して、「このデフレの時代に緊縮財政をしてどうするか。もっとデフレになるぞ」と言っておられて、結構厳しいことを言うなと思いながら聞いていました。

今言った、国産のぴかぴかの新薬を、富山化学工業が出しましたね。抗インフルエンザ薬のアビガンを開発しました。米陸軍の研究費も入っているらしいんですが。あのような斬新な新薬をどんどん開発してほしいですね。

◆ 先生が言われたのは、富士フイルムのものではないですか。

◆ そうです。富士フイルムと富山化学の開発だと思います。もともとインフルエンザの薬ですが、今は使わせるようにしていないんです。パンデミック用に国家備蓄です。せっかくあれだけ世界に誇れるような薬をつくって一般には流通していない。報道によると、バイオテロ対策のためか、米陸軍の研究費も入っているようです。マダニの SFTS にも有効と報道されています。あれぐらいいい薬をどんどん日本の企業が開発して、世界で勝負してほしいので、もう少し体力を付けておいたほうがよいのではと思います。

◆ それと今、なぜ開発費を薬価に上乗せするのかという問題があります。国として開発費を援助するなり、税の免除とかで企業を援助したらいいので、開発費を薬価に上乗せしない方法を国には考えてもらいたいです。

◆ 製薬会社が薬価を決める時に適応症を狭くしている。患者数が少ないから年間に必要な金額は薬価ほど高くても、それほどではないと厚労省は判断するのではないだろうか。その後、プロパーさんがあれにも効く、これにも効くが適応は通ってませんと説明する。治療が上手くいっていない医師は効くのなら使おうと考える。効果が今までよりあれば、さらに使用料が増える。この場合には早く適応症を広げ、薬価を下げるべきではないだろうか。

◆ それは、保険診療的には、いけないのでは。

◆ 保険的にはいけないとは思いますが、論文等で効果があれば患者を助けるために使いたくなります。製薬会社は薬効があると判っているのなら経営の問題もあるとは思いますが、できるだけ早期に適応を広げるべきだと思います。

◆ 保険適用のないものに使ったときは、支払基金としては査定です。

司会 でも今回、1,000 億円以上の売り上げのある超高額薬については、薬価の見直しが二年に一度ではなく、もっと柔軟に見直していくことになりました。あまりに海外に比べて高いとか、適応がオプジーボみたいに広がったら、その都度、適切に見直すというように、国も最近は薬剤費に関心を持っているようですね。

◆ また AI の話に戻りますけれども、厚労省のロードマップの中にも、医薬品開発というのが 4 番目に入っていて、やはり創薬 AI を使うと、だいたい業界全体で 1.2 兆円ほど開発費が安くなるということみたいです。そうすると薬代も必然的に安くなってくるのかなと思います。ただ、AI をどのように創薬に使うのか、私にはよくわかりません。

司会 最近思うのはチェーン薬局、特に大手の全国チェーンの薬局というのは、とんでもない利益を上げているというのは聞きますが。

◆ これはちょっと大問題で、今、薬局は、地場の薬局がみんな吸収されています。本社が他県の薬局が県内にすごく進出してきています。ですから、これからは地場の薬局がだんだん少なくなってきました。



司会 大手のチェーン薬局の莫大な保険不正請求、薬のカルテに薬歴を未記載で放置などが報道されています。利益追求のためにはなりふり構わないという組織自体のモラルに問題があるチェーン薬局が増えてきている印象を

受けます。医師の診療自体をどんどん締め上げて、患者負担も増やす一方で、企業負担は変わりませんし、調剤や薬剤費関連はどうなっているのでしょうか。友人が「俺たちが 1 回訪問診療をするより、薬局で 1 回薬を出してもらおうほうが高いんだ」と言って怒っていたような気がします。

◆ 多分、薬局はフランチャイズ化しているのではないですかね。だから、コンビニと同じように、大本の会社は、あまり打撃がなくて、一つのお店がつぶれても別のところでやるみたいな感じになっているから、そこのフランチャイズ化までメスを入れない限りは、なかなか薬局への対策というのは難しいのではないですかね。

司会 今、コンビニは全国で 54,000 軒、薬局は 58,000 軒です。ちょっと多過ぎですよ。

◆ 経営不振になったら買収してくれるので結構、それもいいみたいです。

司会 患者の多い大きな病院の前にありさえすれば、患者さんは来ます。コンビニ以上に内容が画一化されおり、立地さえよければ、収益が見込めるため、資本を持っているところには、魅力的な事業でしょう。

◆ しかも、買い取ってもらったら、自分はそのまま仕事をしていくことも可能らしいです。つまり、そのまま支店になるわけです。

司会 私たちは、患者さんを一人ひとり診て医療を行っています。薬局経営者は、資本があれば医療というインフラを利用して儲かるわけですからね。

◆ 60 代の男性で、僕が診ていたのですが、その方に、肺がんが見つかりまして、ある病院に治療をお願いして紹介したんです。最初、抗がん剤で非常によかったそうで本当に喜んでおられたのですが、主治医の先生が根治を目指してだろうと思いますが、別の抗がん剤を使われたそうです。

そうしたら、1 回目、2 回目はよかったのに 3 回目を使ったら、高熱が出てきたそうです。それで、そのあと亡くなられたんですね。調子がよく、元気で喜んでおられたんですが、たまたま奥さまの誕生日に亡くなられたそうです。奥さんが今日、受診に来られたんですが、「私のことをずっと覚えてとってくれという意味で誕生日に死んじゃったんでしょう」と言われました。

それはそれとして、その奥さまが「こういう状態になるんだったら、別の抗がん剤を使わなくて、今までの薬で経過を見たほうがよかったんでしょうか」と言われたんですね。今は盛んに人生の生き方についてのいろいろな本や意見がありますよね。これからはやはり尊厳死も含めて、死に方というものを十分、医療側も患者さん側も考えていかないといけないのかなという気がしました。

◆ 私の従兄弟も肺がんで、そして脳転移し、オプジーボを半年か 1 年ぐらい使用しましたが、結局は効かなくなりました。それで、また元の抗がん剤に戻って、なんとか生きていますけれども。

話は変わりますが、90 歳の人に TAVI という治療をやって、この患者さんが治療後半年で亡くなってしまったことが書いてあります。確かに高額な医療費はかかっていますが、これがまた医療の進歩につながっていくので、もったいないなどは思いますが、致し方がない、無駄なことだとは思いません。

それとは逆に、胃瘻などの延命治療は、本人の意思もあるかもしれませんが、今言われたような生き方の問題もあるし、これから先、考えていかないといけないと思います。

ただ、やはり薬剤の費用というのは凄いですね。製薬会社は株式会社なので、利益を上げようとするですよ。木下元会長のときに、予防接種のワクチン代が外国より高いので、安くならないかと日医を含め多くの方々に私たちは言いましたが全く下がりません。何とかならないかなとは考えています。

一方、ヒルドイドっていう保湿剤はアトピーがある子には凄くいい保湿剤ですが、それを「安いからお母さんが高い化粧品代わりに使っているか

ら保険から外さなきゃいけない」なんて記事が新聞に掲載されていました。一回の保険処方量は何グラムまでと決まっていますので、数が多くなれば問題ですが、高額医療に比べれば、皮膚科、小児科で使うような安い薬なので、あんまりメディアで叩かないでほしいという気はします。

◆ でも、100 億円になっているでしょう。

◆ それはまあ、確かに。

司会 女性誌などに「病院で処方してもらえ」等の安易な記事が出たのがいけなかったのでしょうね。本日は大変貴重なお話をたくさんお聞かせいただき、本当にありがとうございました。閉会のご挨拶を吉本副会長、よろしくお願いいたします。

閉会挨拶

吉本副会長 今日は「AI と医療」ということで、半分くらいの時間を使いました。川崎医科大学が全国の医科大学に先駆けて総合診療部を立ち上げたのですが、そのときに私は参加させてもらって、プライマリ・ケアの勉強をさせていただきました。プライマリ・ケアは何を重視するかというと、病気を診るのではなくて、病気を持った患者を診ることを重視するのだということを、その

ときに勉強させてもらいました。

確かに AI を使うと診断・治療はできるだろうと思います。ただ、患者を人間として診ることができるかなという疑問を持っていたのですが、最近の進歩を見てみますと、先程の aibo の話じゃないですけども、飼い主に寄り添うロボットが作られるのであれば、今度は患者に寄り添ってくれるロボットも、将来的にはできてくるのかなあと思いました。そうすると、診断・治療だけでなく、患者を、病気を持った人間として診ていく AI も、将来的には出てくる可能性があるのかなということを、本日のお話を聞いていて思いました。

内科医もそのうち要らなくなり、私たちの次の世代では、内科も、放射線科も、病理も、眼科も、耳鼻科の医師も、みんな要らなくなり、ひょっとしたら精神科医も要らなくなるかもしれません。そうしたら、先程言われていたように、責任を取るだけの医師が必要になってくるのかなという気がしました。本日はありがとうございました。

司会 ありがとうございました。これをもちまして歳末放談会を終了いたします。



郡市医師会長会議

と き 平成 29 年 10 月 12 日（木）15：00～16：24

ところ 山口県医師会 6 階会議室

開会挨拶

河村会長 本日はお集まりいただき、ありがとうございます。先日開催された都道府県医師会長協議会については後程報告させていただきますが、ここでは 4 点お話ししたいと思います。

一つは予算関連で、来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定について、社会保障費の自然増が 6,300 億円ありますが、その中で財務省の縛りが 5,000 億円なので、1,300 億円が宙に浮いた状態となっており、これを医療費の財源などで削っていくものと思われます。水面下での方向性では特別大きな変化はないと聞いていますが、12 月ぐらいから議論が本格化すると思われるので、注視しておかなければならないと考えています。

次に消費税について、再来年の 10 月に上がることであり、特別大きな変化がなければ 10% になると変わると考えられます。

次に地域医療構想調整会議ですが、各会長におかれては地域でご苦労されていることと存じますが、新公立病院改革プランというのがあり、これも地域構想調整会議の中で齟齬のないように数値の組み合わせができるものと思われるので、医師会がリーダーシップを取ってやっていただければと思います。

最後に、会内委員会について、この 10 年ぐらい、委員がほとんど変わっていない委員会が多数あることから、来年度はリニューアルできればよいかなと考えているので、先生方のご配慮をお願いしたいと思います。

議題 [報告事項]

1. 中央情勢報告

(1) 日本医師会第 140 回定例代議員会

林専務理事 まず 6 月 25 日（土）に開催された第 140 回日本医師会定例代議員会について報告

する。

冒頭の挨拶で横倉会長は、「地域医療構想調整会議での議論においては、都道府県医師会の果たす役割は大きく、日医も政府への提言を通じ、環境整備に努める。医師自らが安心安全な医療の提供に責任を負う自覚が必要であり、この自覚をもつ医師を育てることが将来の地域医療を担う『人づくり』の基本である。また、政府の働き方改革で、医師は応召義務等の特殊性を踏まえ、規制の具体的な在り方や、労働時間の短縮策等は検討の場を設け 2 年後に結論を得るとされた。最も重要なエビデンスは、医療現場を担う医師一人ひとりの声であり、医療政策をリードする『組織づくり』には組織率向上の取組みが不可欠である。また、医療を取り巻く環境は今後も変化を続ける、地域医療を守るには地域の声に基づいた『偏りのない政策』の提言、地域医療を守るための『新たな取組みに挑戦』し続けながら、医師会会務を推進していく」と述べられた。

続いて、報告事項「平成 28 年度日本医師会事業報告」が行われ、冒頭、28 年度中の物故者 1,452 名に対する黙祷が捧げられた。

次に、議事に入り、第 1 号議案「平成 28 年度日本医師会決算の件」並びに第 2 号議案「平成 30 年度日本医師会会費賦課徴収の件」について、それぞれ今村副会長が説明され、挙手多数により承認可決された。

続いて質問に移り、代表質問の中で中国四国ブロックからは本県の加藤常任理事が「日本の医療が健全に発展するための提言について」質問した。これについて日医の松原副会長が「診療報酬のあり方では、前回の診療報酬改定で『対物業務』から『対人業務』に転換する方向性が示され、院内と院外との整合性も含め、次回改定に向けて中医協で議論している。特許期間の切れた先発医薬品

の薬価を下げることを含め、薬価制度の抜本的な見直しは中医協で継続して議論しているが、『医療の質の向上』を実現するためにも、次回同時改定に向けた議論をしっかりと進めていく」と回答された。

その他の代表質問として、「地域医療構想における急性期指標について」（北海道ブロック）、「医師需給、偏在に関して、日医主導による意見集約を」（関東甲信越ブロック）、「老人保健施設の機能活用並びに医師会との連携について」（東京ブロック）、「日本医師会の組織強化策について」（中部ブロック）等 8 題が、また、個人質問として「新専門医制度による更なる地域医療崩壊への危惧について」（新潟県）等 13 題が提出され、それぞれ日医執行部が回答された。

詳細については、『日医ニュース』第 1341 号を参照願いたい。

(2) 第 2 回都道府県医師会長協議会

河村会長 9 月 19 日（火）に開催された第 2 回都道府県医師会長協議会について報告する。

冒頭、横倉会長は「①先日、アジア太平洋医師会連合（CMAAO：Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania）の中で、後日、シカゴで世界医師会長に選出されることになっているが、命題が「終末期の倫理観」ということで、

これに関するさまざまな言葉が流れているが、もう少し整理した方がよいのではとの意見がアジア太平洋地域から出ており、1 年間、この問題に取り組まれるとの趣旨であった。日本では生命倫理懇談会の場で議論がなされると思う。②労働人口減少ということで、働き方改革として、問題は長生きすることではなく、引退が早すぎることであるという感覚を持っていこうとのことであった。③予算編成と同時改定。④高額薬剤を含めて医療費の伸びが昨年度、この 10 年間で初めて減少し、特に肝炎の薬剤が結構使われたということで使用が減ってきたためにマイナスになった。⑤再来年の消費税 10% への引上げにあたり、財源を国民皆保険に利するための働きかけ。⑥ 11 月 22 日に『国民医療を守るための総決起大会』が東京の憲政記念会館で行われるので参加をお願いしたい。⑦新生日本医師会が誕生して 70 年ということで、11 月 1 日が『いい医療の日』として公認された」と挨拶された。

次に協議に入り、本県から「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」との質問を行った。拡大解釈すると遠隔診療は医療保険からどんどん離れていくことが懸念されるので注意しておかないといけない。医療は対面診療が大原則ということを踏まえていくということで、私は僻地や離島の遠隔診療と都

出席者

郡市医師会長

大島郡 嶋元 徹	下松 宮本 正樹
玖珂 藤政 篤志	岩国市 小林 元壯
熊毛郡 齊藤 良明	小野田 西村 公一
吉南 西田 一也	光市 竹中 博昭
厚狭郡 河村 芳高	柳井 前濱 修爾
美祢郡 坂井 久憲	長門市 友近 康明
下関市 木下 毅	美祢市 藤村 寛
宇部市 矢野 忠生	
山口市 淵上 泰敬	
萩市 中嶋 薫	
徳山 津田 廣文	
防府 山本 一成（代理）	

県医師会

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

市部での遠隔診療とを同列に扱わないでほしいと述べた。それに対して日医の回答は、スマートフォンは電話機であり、電話機では診療できないと感覚でいるとのことであった。

その他、「教育現場における養護教諭の活動実態と今後の支援対策について」（茨城県）、「医師の適正配置のためのデータベース化について」（大阪府）、「『地域包括診療加算：地域包括診療料』に関する研修について」（広島県）、「病院薬剤師のワークシェアリングに係る増員対策に関して」（岡山県）等、11 題の質問並びに要望が提出され、それぞれ日医執行部が回答された。

詳細については、『日医ニュース』第 1346 号を参照願いたい。

2. 中国四国医師会連合各種分科会

河村会長 平成 29 年 9 月 30 日、10 月 1 日に徳島県医師会の引受けにより徳島市にて開催され、今年度は、「医療保険」「介護保険」「地域医療」の 3 つの分科会が開催された。

（詳細については本会報 11 月号 890 ～ 916 頁を参照願いたい。）

3. 第 7 次山口県保健医療計画の策定について

弘山常任理事 今年度、現行の第 6 次山口県保健医療計画が終了することから、平成 30 ～ 35 年を計画期間とする「第 7 次山口県保健医療計画」が、県において策定されることになっており、3 年ごとに改定される介護保険事業計画との整合性を確保するため、これまでの 5 年間から 6 年間の計画となっている。この医療計画は、医療法に基づいて、医療提供体制の確保を図るために都道府県が策定する計画であり、県の保健医療施策推進の基本となるものである。基本的には第 6 次計画を踏襲し、「5 疾病 5 事業及び在宅医療の医療連携体制構築」、「医療従事者の確保等」、「多様な保健医療対策の推進等」の 3 つが柱とされている。

計画のポイントであるが、まず「二次医療圏の設定」については、基本的には第 6 次の考え方から変更はなく、厚労省から示されている見直し基準に該当するのは、岩国及び萩医療圏にな

るが、岩国医療圏は広島へ、萩医療圏は山口・防府医療圏へ患者が流出している状況で、都市部と中山間地域、医療圏の面積や交通アクセス、生活圏・文化圏などさまざまな要因・実情を踏まえて、効果的な医療提供体制を構築するために、引き続き現在の 8 つの医療圏の枠組みを維持する方向で検討・整理されているところである。「基準病床数の算定」についても、第 6 次から大きな変更はなく、国の告示に基づいて、病床区分ごとに数値を算出して設定される予定である。本県ではすべての医療圏で既存病床数が基準病床数をオーバーしている状況であり、国からは、各県の病院報告等の病床利用率を活用して基準病床数を設定できるなどの通知が出されているが、最も大きな数字が設定できる、国告示の数値で算出することになっている。「5 疾病 5 事業及び在宅医療」の医療提供体制については、平成 18 年の医療法改正により（当時は“4 疾病 5 事業”であったが）、第 5 次の計画から医療計画の中に位置付けられるようになった。医療機能の項目の作成には、本会に各疾病ごとのワーキンググループを設置して検討いただいたところで、委員の選出や医療機関リストの作成にあたっては、各郡市医師会の先生方にも大変ご協力いただいているところであり、お礼申し上げますとともに引き続きよろしくお願いしたい。

今回の第 7 次計画での大きな変更点は、1 つ目に「急性心筋梗塞」が「心筋梗塞等の心血管疾患」となり、慢性心不全や大動脈瘤離離等を含めた心血管疾患全般になったこと、2 つ目に「精神疾患」では多様な疾患ごとに医療機関の明確化、拠点機能を強化するという一方で、いくつかの疾患等が追加されている。「介護保険事業計画との整合性」については、“介護の整備量”と医療計画の“在宅医療の整備目標”について、市町と県で協議して整合性を図るようになっており、また、その協議の場には、地域医師会等の有識者を加えることとされているので、会議へ出席される郡市医師会の先生方には、地域の実情を反映させていくよう、積極的なご意見等をお願いしたい。

最後に、今後のスケジュール（予定）であるが医療計画（自体）については、11 月頃には素案

が作成され、医療審議会、県議会環境福祉委員会で報告・審議され、パブリックコメントが実施される。年明けに市町・保険者等からの意見聴取がされ、2 月の医療審議会で諮問答申、3 月末に計画の策定・公示が予定されている。5 疾病及び在宅医療の医療機関リストについては、年末頃に各郡市医師会へ取りまとめを依頼して、来年の2 月中に本会へ提出いただき、3 月に県へ提出する予定にしている。

繰り返しになるが、現在、いろいろな計画の見直し（改定）が行われており、医療計画、介護保険事業計画、地域医療構想など、それぞれとの「整合性の確保」ということが言われているが、医療圏単位での計画と、市町単位での計画、そして医療に関する計画と介護保険の計画、これらに横断的に関与されている郡市医師会の先生方には、ぜひそうした観点でも、ご意見・お考えを計画等に反映させていただければと思うのでよろしくお願いしたい。

4. 地域医療構想調整会議について

弘山常任理事 ご案内のとおり、「山口県地域医療構想」が昨年 7 月に策定され、先ほど説明した保健医療計画の一部として位置付けられている。

また同時に、地域に必要な医療提供体制を構築していくための方向性を共有し、各医療機関の担うべき役割の明確化と医療機能の分化・連携を推進するため、各医療圏に「地域医療構想調整会議」が設置され、地域全体の合意形成を行う「全体会議」と、個別課題の検討を行う「検討部会」がそれぞれ開催されているところである。それぞれの会議には、郡市医師会長をはじめ、地域の基幹病院の院長や事務長等も参加されていることと思う。地域医療構想には、国が定めた全国一律の算定式で算出した「2025 年（平成 37 年）の医療需要と病床の必要量」、「その目指すべき医療提供体制を実現するための施策」が示されたが、日医又は本会としては、これはあくまでも一律に算出された数値であり、将来の一つの目安にはなるものの、現在の病床をこの示された病床数に合わせしていくものではないことを主張しているところである。

しかしながら、国では、調整会議での議論による、ある程度のスピード感を持った結果を出したいこともあり、本年 8 月に、厚労省から公的医療機関等に対して、2025 年プランを策定して調整会議に提示し、調整会議の具体的な議論の促進に資するよう通知された。公立病院は、「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月）により、28 年度中に既に改革プランを策定済みであり、今後の調整会議では、地域の基幹病院の今後の方針が示され、議論されることになっている。

医師会病院を持たれている郡市医師会では、公的医療機関等として「2025 年プラン」を策定されているところと思う。また、郡市医師会においても今後、地域の各基幹病院の改革プランが示されていくので、地域の診療所・中小病院においても、紹介先等の病診連携、病病連携など、多かれ少なかれ、影響は出てくるのは必至である。

各圏域の会議に参加させていただくと、病床云々よりも、まずは医師確保が問題とのご意見、また、医療機関の経営的には、次の診療報酬・介護報酬の改定内容は今年度末に示されるために判断はできない状況にあることをお聞きしている。現行の介護療養病床については、今年度末の廃止の経過措置が 6 年間延長され、その転換先の選択肢として、「介護医療院」が創設されたが、具体的な施設基準等は今後年度末にかけて示されることになっており、こうしたそれぞれの情報提供については、本会としても迅速に対応したいと思う。

本会としても、今後の動向を注視していくので、郡市医師会におかれても、今後の調整会議の進行・内容等については、地域の医療を提供する代表者としてリードしていただくようお願いしたい。また、地域の病院等の再編や統廃合等の情報については、なかなか入手しづらいので、各地域で何か動きがあったら、本会に情報提供いただくようお願いする。

5. 専門医制度の現状について

加藤常任理事 専門医制度は各学会が独自に専門医の養成を行っていたため、専門医の質の担保が課題であり、また、専門医・認定医などが乱立し

たため、制度の標準化を図ること、さらに国民にわかりやすい仕組みを確立する必要があったことから制度の見直しが行われ、日本専門医機構が設立された。本年 4 月から新たな専門医制度がスタートする予定であったが、地域医療への影響等を考慮して 1 年延期となり、平成 30 年 4 月にスタートすることになった。

この間、日本専門医機構、厚生労働省、学会等においてさまざまな議論が行われ、日医からも要望が出された結果、専攻医の多い診療科は大学病院以外の基幹施設を置くこと、海外留学・妊娠・出産・育児など特定の理由で専門研修が困難な場合は中断を認めること等が「専門医制度新整備指針」に盛り込まれた。

本県においても、昨年度は専門医制度を協議する場として「山口県専門医制度連絡会」があったが、今年度は運営体制を明確にし、継続的な運営を行うために「山口県専門医制度協議会」に変更された。本会から私が委員として参加し、山口大学をはじめとした県内基幹病院、各医療圏の連携病院、病院協会、市町の代表などが構成員となっており、県内の専門研修プログラムの内容確認・検討、専攻医の確保対策などを協議した。県内には総合診療専門医を加えた 19 領域で 29 プログラムがあり、170 名の募集が行われる。

専攻医の採用までの流れについては下記のとおりである。

○専攻医一次登録

平成 29 年 10 月 10 日～11 月 15 日

一次登録期間

平成 29 年 11 月 16 日～11 月 30 日

一次登録確認期間

平成 29 年 12 月 1 日～12 月 14 日

一次採用期間

平成 29 年 12 月 15 日 一次採否結果通知

○専攻医二次登録

平成 29 年 12 月 16 日～30 年 1 月 15 日

二次登録期間

平成 30 年 1 月 16 日～1 月 31 日

二次登録確認期間

平成 30 年 2 月 1 日～2 月 14 日

二次採用期間

平成 30 年 2 月 15 日 二次採否結果通知

本県に多くの医師の残すためには、医師確保の観点から専門医制度が非常に重要な役割になってくるため、本会としても精一杯努力するので、ご支援のほどよろしくお願いしたい。

6. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

藤本常任理事 まず本プログラム策定のきっかけとなった国の取組みだが、地域で行われていた重症化予防の先行的取組みを全国に広げるため、日医・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者が「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。このプログラムの目的は、重症化リスクの高い未受診者等に対して受診勧奨等を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することとされている。

国の動きを受けて、本県でも本会・山口県糖尿病対策推進委員会・県の三者で、山口県版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しているところである。概要としては、市町保険者が前年度の特定健診データから対象者を抽出し、未受診者・受診中断者に受診勧奨を行うこととなっている。また、重症化リスクの高い者については、市町保険者がかかりつけ医の医療機関別に対象者リストを提示し、保健指導を要すると判断した者の推薦を依頼、参加することとなった者は保健指導を受けることとなる。

本事業における都市医師会の役割としては、市町村が取組みを行う場合には、会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努めることが求められている。

本プログラムは、地域で新たに重症化予防事業に取り組む場合に活用されること、また、既に独自で事業に取り組んでいる場合は見直しの参考となるように策定しているものである。本事業の実施にあたっては、市町と医師会の協力が不可欠と考えられるため、地域の実情に沿ったプログラムを策定し、実施にあたって市町から相談があった

際には、郡市医師会においてもご協力のほどお願いしたい。

7. 月初に患者が死亡した場合の医療扶助の自己負担について

清水理事 障害年金等の一定の収入がある生活保護受給者の医療において、法的に年金等の支給は「月割り」となっているが、生活保護費は「日割り」支給であることから、同受給者が月初に死亡した場合は、(当月の)収入と生活保護費の差額が発生し、収入が生活保護費を超えている場合は、その超えている額を限度に医療扶助の自己負担が発生する。また、この自己負担は死亡後に発生するため、当然、医療券に自己負担額が記載されている訳ではなく、医療機関が医療扶助のレセプトを請求した後に初めて発覚するものである。

問題となるのは、患者死亡後に発生した医療費の自己負担額について、医療機関側が患者遺族へ請求するよう、行政から求められていたことである。

このことについて、昨年から県厚政課と協議を続けてきたが、この場合の医療費自己負担額については、行政側が受給者の遺留財産から精算するとして合意した。

今後、更なる生活保護受給者の高齢化により、同様の事例が各所で発生する可能性があるため、各福祉事務所が適切に対応するよう注視願いたい。

8. その他

(1)「山口ゆめ花博」募金活動の実施について

林 専務理事 山口県、山口市及び都市緑化機構の主催で、平成 30 年 9 月 14 日～11 月 4 日の 52 日間、山口きらら博記念公園で開催される。特に来年は、明治維新 150 年の節目の年であり、山口ゆめ花博は本県の魅力を全国に発信する大きな舞台となることから、県を挙げて取り組まれようとしている。県から諸団体に対して協賛金の要請があり、本会に対しては 1,500 万円以上の要請があったこと、さらには盛り上げ、成功に導くためには県民の一層の支援が必要なことから、本会からの協賛金並びに会員の寄附(一口 5 千円)

により対応したいと考えている。趣旨にご賛同いただき、平成 30 年 1 月末までに募金の依頼及び取りまとめにご協力いただきたい。

(2) 医師会立看護学院(校) 対抗バレーボール大会に関するアンケート調査結果について

沖中常任理事 本会では看護学校対抗バレーボール大会を昭和 51 年から開催しているが、本年 6 月の郡市看護学校(院)担当理事・教務主任合同協議会で、教務主任から準備・運営・参加が負担になるので大会を中止(終了)してほしいとの要望があった。そのため、各学校と運営医師会に対して、それぞれアンケート調査を今年の夏に行った。

中止してほしい、継続すべき、自由参加など多数のご意見をいただいたが、本会の理事会にて今後の方針を協議し、「中止の希望もあるが、大会の開催趣旨及び学生の学校生活・教育の視点から大会は続けてほしいとの意見もあるので、開催は継続する。ただし、今回の改善策を踏まえ、今後 5 年間の各学院(校)の状況や意見も参考にして再検討する」とした。

アンケートにおいては、小規模校であるため準備に負担を感じるとの意見もあった。準備については、県医師会も人的な援助を行うので、大会当番校となって準備に負担を感じた場合は、本会まで相談していただきたい。球技参加だけでなく、大会運営にも教育的要素があるため、本会は準備の手伝いはするが、運営の主体はあくまで学校・学生に置くこととする。

※ 以上の内容を、アンケート調査結果の一覧表を提示して説明した。

(3) その他

木下会長(下関市) 地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について、9 月 29 日付の医政局地域医療計画課の事務連絡で、各医療圏で回復期病床が大幅に不足している状況にはないとの通知が出ているが、本県の地域医療介護総合確保基金は回復期病床に転換する場合のみ補助するというのは矛盾しているのではないかと。もっといろいろな目的に使えるような対策をとってほしい。

河村会長 基金や回復期病床については、厚労省と財務省とのやりとりの中で暗黙の了解があるようである。自分たちのやりたいことを直接的に言葉ではなく、オブラートに包んで対応する方法もあると考えている。

弘山常任理事 基金を使って改修あるいは設備を整えるということだが、医療機能が不足している所に使うのは良いが、病床機能報告ではどうしても高度急性期、急性期、慢性期が過剰となってしまうために、そちらを整備するには使えないことになっている。地域医療構想自体は、不足している所を重点的に確保していこうということから回復期となっていると思う。現時点では、急性期等の設備投資は対象にならないと考えられた方がよいと思う。

木下会長 以前は各医療圏で回復期病床が大幅に少ないとのことだったが、先日の事務連絡では“そのようなことはない”という認識を示してきているので、回復期病床が医療圏で大幅に少ないという認識を改めていくような方向で検討した方がよいのではと思っている。

河村会長 再検討しながらやっていくしかないと思っており、数字の確認をしながら方向性を見出していきたい。

傍聴印象記

広報委員 石田 健

平成 29 年 10 月 12 日、林専務理事の司会で第 1 回郡市医師会長会議が開催された。河村会長の挨拶の後、7 つの議題について協議及び報告が行われた。詳細は報告記事を参照願いたい。

明日の地域医療において、持続可能な体制を構築していくには、医師会主導で提供する質の高い生活を人生の最期まで送れる地域包括ケアシステムに対して、納税者である一人ひとりの国民の理解と賛同を得られるように、謙虚で誠実な説明努力を継続することで、国民皆保険を守ることが医師会に求められている。

大切なことは、かかりつけ医が中心となり、国民一人ひとりの生と死に寄り添い続けていくことであり、人生 100 年時代に必要な医療のあり方と考える。そのためには、安心・安全な医療の提供に責任を持つ医師を育てていくことが基本となる。

また、医療政策をリードし続けるには組織率の向上を目指す必要があり、さらに限りある財源と人材の有効活用の視点が必要である。

しかし 2025 年問題を控え、財務省は社会保障費の当然増の抑制を打ち出している。今後明らかになるであろう社会保障費の抑制に伴う国民負担増に対して、タバコ税の増税や医療費の応能負担等の推進により不足分の社会保障費を捻出し、国民の不安を和らげる必要がある。

最後に、政・財・官・学の一極集中が人口の偏在を来しているが、その結果、医師の偏在も生じさせている。均等な国土の発展のために人口の偏在を解消することが必要と考える。

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

- ☐ 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- ☐ コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- ☐ 一生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

●基本：月給 加算：月給
 加算月給 1 (1月 1日)
 月給 40,000円
 月給 12,000円
 合計月給保険料 72,000円

※条件をご確認ください。

加入日 平成 27 年 5 月 1 日
 生年月日 昭和 50 年 1 月 1 日
 加入日齢 40 歳
 加入申込期間 平成 27 年 6 月 15 日
 加入予定月 平成 27 年 7 月
 加入時年齢 40 歳 6 ヶ月
 加算支払開始年月 平成 27 年 7 月
 年金受取開始年月 平成 52 年 1 月
 年金受取開始年齢 65 歳
 月給保険料累計 21,166,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期間は、15日以上1ヶ月以内の場合、その限りとなります。
- ・「終身年金」は、加入者本人でなければ一生受け取ることができません。
- ・「保証期間15年」では、受給者本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の使用期間に達して、ご遺族の方から受け取ることができません。
- ・「受取コースの選択(1割)」は、受取開始の時に決められます。
- ・受取開始年齢は、70歳まで延びます。
- ・「受取年金月額」は標準です。現在は年額1.5倍の計算となっており、将来、年金が削減されたら、受給額は、受給額に減額されます。

●受給年金
 ●81コース
 加算年金 15年 月給 40,000円 標準
 加算年金 5年 月給 12,000円 標準
 15年受取総額 18,584,000円
 ●82コース
 加算年金 15年 月給 40,000円 標準
 加算年金 5年 月給 12,000円 標準
 15年受取総額 25,212,000円
 ●83コース
 加算年金 15年 月給 40,000円 標準
 加算年金 5年 月給 12,000円 標準
 15年受取総額 26,028,000円
 ●84コース
 加算年金 15年 月給 40,000円 標準
 加算年金 5年 月給 12,000円 標準
 15年受取総額 26,874,000円

20150601S8

平成 29 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議

と き 平成 29 年 9 月 7 日 (木) 15:00 ~ 15:45

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事 藤本 俊文]

開会挨拶

河村会長 予防接種が広域化される当時、郡市担当理事として出席していたが、2か月に1回程度、広域化のための会議をしたことを覚えている。それから始まり、現在では予防接種だけではなく、乳幼児、妊産婦の健診も含めての合同協議会となっている。妊産婦の大きな課題は健診で、乳幼児はワクチンである。昨年の10月からB型肝炎の定期予防接種が実施されるようになり、少しずつワクチンギャップが埋まってきた。本日はよろしくお願いします。

協議事項

1. 健康増進課からの情報提供

健康増進課 平成 28 年度の麻しん予防接種実施率は第 1 期・2 期ともに 97% 程度で、全国でも上位 (27 年度は 9 位) と思われる。イタリアとルーマニアにおいて麻しんの流行があり、渡航者には注意が必要である。

東京都の同一医療機関で MR・水痘・おたふくかぜの 3 種を混合した接種や、四種混合にヒブワクチンを混合した接種を 358 人に行った接種方法の誤りがあり、副反応の報告はないものの注意していただきたい。

2. 平成 30 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価 (案) について

藤本 平成 30 年度の妊婦・乳幼児健康診査における参考単価 (案) を本会で作成し、山口県産婦人科医会及び山口県小児科医会にも検討いただいた上で、事前に郡市医師会及び市町に提示した。ともに診療報酬の改定はないことから、参考単価

について変更はなく、各郡市医師会・行政からも特に意見や質問は出ず、了承いただいた。

3. 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について

藤本 本会から市町へ文書にて、高齢者インフルエンザ予防接種の料金、期間等を調査した。接種期間はほとんどの市町が 10 月 1 日から 2 月 28 日まで、周防大島町のみ 10 月 1 日から 3 月 31 日まで (10 月 1 日が日曜日のため、10 月 2 日から実施という市町が 4 つあり)。接種料金は全市町が 4,860 円、自己負担額は 1,460 円となっている。

また、9 月 5 日付けで日医から、今期のインフルエンザワクチンに関する通知があり、昨シーズンと同等の接種者数を確保するため、国は 13 歳以上の者は原則 1 回とする (医師が特に 2 回接種が必要と認める場合を除く) とのことである。当初予定の A 型株のうち A / 香港 / 103 / 2014 (CEXP002) の増殖が悪く、A / 香港 / 4801・2014 (x-263) へ変更したことにより、昨年よりワクチンの生産量が少ないことが予測されることがである。そのため返品があった医療機関名は公表することがあるとしている。

4. 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

藤本 平成 30 年度の広域予防接種における個別接種標準料金 (案) を事前に本会から郡市医師会・市町に提示したところ、特に異論なく了承いただいた。

なお、任意接種については、岩国市・宇部市・

出席者

郡市担当理事

玖 珂 松井 晶子	宇 部 市 金子 淳子	岩 国 市 藤本 誠
熊 毛 郡 廣島 淳	山 口 市 奥田 道有	小 野 田 伊藤 忍
吉 南 鈴木千衣子	萩 市 岩谷 一	光 市 北川 博之
厚 狭 郡 吉武 和夫	徳 山 大城 研二	柳 井 近藤 穂積
美 祢 郡 竹尾 善文	防 府 村田 敦	長 門 市 須田 博喜
下 関 市 神田 岳	下 松 井上 保	美 祢 市 横山 幸代

市町

下関市 主任保健師	岡崎 本子	柳井市 主査	廣中 美幸
主任保健師	吉本有美子		田中 恵利
宇部市 地域医療推進係長	塚本加勺里	美祢市 係長	谷 和明
母子保健係長	盛重 利恵	係長	末永 直美
山口市 主幹	重富 基至	周南市 主査	林 容子
主幹	末岡 昭子	係長	宮崎 優子
萩 市 主任保健師	藤井 紀子	山陽小野田市 係長	大海 弘美
防府市 予防係長	松田 聡子	周防大島町 主査	吉富 和成
保健係長	原田 陽子	主査（保健師）	石原 憲子
下松市 主査	古田 真也	和木町 保健師	三國真莉菜
課長補佐	鬼武 美香	上関町 係長	上杉 美和
岩国市 管理班長	富岡 聰	平生町 主任主事	関永 幸枝
母子保健班長	岡崎 由紀	阿武町 主任	亀山梨恵子
光 市 係長	佐伯 愛子		
長門市 主査	桑原 紀聖		
主任	中田あゆみ		

山口県健康福祉部健康増進課

感染症班長	中村 寿夫
感染症班主査	宮下 洋一

山口県健康福祉部こども・子育て

応援局こども政策課

主任	藤井 久美子
----	--------

山口県産婦人科医会

会長	藤野 俊夫
----	-------

山口県小児科医会

会長	田原 卓浩
理事	藤原 元紀

オブザーバー

岡田 和好
山縣 三紀

県医師会

会 長	河村 康明
副 会 長	濱本 史明
常任理事	藤本 俊文
理 事	前川 恭子

長門市・周防大島町などでは定額補助があることが紹介された。また、宇部市ではふるさと納税を財源にしてほしいとお願いしているとのことであった。

5. その他

①平成 29 年度児童虐待の発生予防等に関する研修会

藤本 今年度は平成 29 年 9 月 10 日（日）開催。周産期はメンタルヘルスに問題があることが多く、児童虐待に繋がることもある。特に周産期に関わる保健指導等をされている市町におかれては、ぜひご参加いただきたい。

②平成 29 年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会

藤本 今年度は平成 29 年 12 月 3 日（日）開催。

プログラムが確定したら郡市医師会へご案内をさせていただきます。

③子育て支援フォーラム in 山口

藤本 平成 30 年 1 月 27 日（土）にホテルかめ福で、日医と本会及び SBI 子ども希望財団の三者の共催により開催する。日医では、次世代の健全な育成という観点から、一般市民を対象としたフォーラムを開催し、児童虐待防止に向けた啓発活動、情報提供を行っている。ぜひご参加いただきたい。開催が近づいたら改めて周知をさせていただきます。

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 東京一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本社 / 福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

平成 29 年度 山口県医師会有床診療所部会第 3 回役員会

と き 平成 29 年 10 月 26 日（木） 15：00～15：45

ところ 山口県医師会 6 階会議室

〔報告：山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史〕

10 月 26 日（木）15 時から山口県医師会 6 階会議室で開催、県医師会から河村会長、濱本副会長、弘山常任理事、香田、前川各理事、有床診療所部会から佐々木副会長、堀地、吉永、樫田、阿部各理事と部会長の正木、そして来年度全国総会山口大会のシンポジストの伊藤真一 部会員と松永尚治 部会員が出席した。

まず、香田県医師会理事より当日の役員会及び総会のスケジュールについて説明があり、その後、部会長の正木が役員会の進行役を務めた。

議題

(1) 総会の議事進行について

総会は本日 16 時より別会議室で開催、河村県医師会長の挨拶をいただき、議事としては①平成 28 年度事業報告について、②平成 29 年度事業計画（案）について、③その他、などについて協議いただくこととした。

(2) 第 31 回全国有床診療所連絡協議会総会「山口大会」について

まず、全体プログラム（案）の検討を行った。平成 30 年 7 月 28 日（土）の大会 1 日目は、ホテルかめ福にて 12 時より全国協議会常任理事会、13 時より同役員会、14 時より全国総会、15 時より講演会を 3 題「①仮題 平成 30 年度医療・介護報酬の同時改定について（厚労省保険局医療課に講演依頼）、②仮題 平成 30 年度診療報酬・介護報酬同時改定の解説・対応（株式会社 M&C パートナーコンサルティング取締役・酒井麻由美氏）、③仮題 平成 29 年度税制改正・認定医療法人制度について（日本医師会担当役員に講演

依頼）」を予定、その後、会場を移して、18 時よりホテルニュータナカにて懇親会を開催する。演題②は医療・介護報酬同時改定後の間もない時期でもあり、会員にとって有益な講演になるはずである。医療事務の方の参加も促していきたい。大会 2 日目の 7 月 29 日（日）はホテルニュータナカにて、9 時より日本医師会長の特別講演（演題名未定）、その後シンポジウム「有床診療所に明るい未来を！～国策に呼応する有床診療所の必要性～」を予定し、それぞれの講演者、座長、コメンテーター、シンポジストなどの依頼状況等の確認を行った。シンポジストは「継承事例」について伊藤真一 部会員、「在宅、医療介護の連携」について松永尚治 部会員、「緩和ケア」について阿部政則 部会理事に決定した。なお、2 日目の総会終了後、全国協議会主催による「若手医師の会」も開催される予定である。

懇親会のアトラクションについては、予定していたアトラクションの一つが予算等の関係で難しいことが判明し、一部再検討することとなった。

次いで、広告募集申込状況の報告があり、現在のところ目標額の 1/3 程度に留まっており、今後は部会員等にも働きかけを行っていくこととなった。

最後に、今後のスケジュール（案）の検討、確認をし、役員会を終了した。

平成 29 年度 山口県医師会有床診療所部会総会

と き 平成 29 年 10 月 26 日 (木) 16:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

第 3 回役員会 (前頁参照) に引き続いて、山口県医師会 6 階会議室で総会を開催した。

開会

香田県医師会理事の進行で開催され、まず出席者の確認が行われた。部会員数 75 名の内、出席者 14 名、委任状提出 50 名、合計 64 名で過半数に達しており、総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

河村康明 山口県医師会長 ようやく過ごしやすい季節となってきましたが、本日はご出席ありがとうございます。来年度には医療・介護報酬の同時改定が予定されている。上がる要素はないが、少なくとも現状維持はしていただかなければならないと考える。正木部会長は日医の診療報酬検討委員会等にも出ておられるので、後ほど同時改定等の情報も聞かせていただけるのではないかと考える。また、来年度には全国有床診療所連絡協議会総会・山口大会という大きなイベントも控えており、本日はご協議のほどよろしく願いたい。

正木 本日はお忙しい中、総会にご出席いただきありがとうございます。平成 28 年度医療費の動向調査の発表があったが、医療費は 41.3 兆円で、

前年度比 0.2 兆円の減であった。これは 28 年度の診療報酬改定の影響もあるが、C 型肝炎治療薬、ソバルディやハーボニーなどの抗ウイルス薬の大幅減少によるものであり、医療費に占める薬剤費の大きさを考えさせられる現象だと考える。

中央情勢報告であるが、この 9 月には厚労省より全国有床診療所連絡協議会との協議の場を持ちたいとの要請があり、会長を含めて 3 名が厚労省に赴き、私も医療保険担当として出席し、懇談、要望等を行った。来年度の医療・介護報酬の同時改定に向けて、厚労省も当然力を入れており、今回の懇談もこれまではない医政局総務課、保険局医療課及び老健局老人保健課との合同会議で、それぞれの担当課長が出席し、厚労省の本気度が窺える会合であった。

社会保障審議会医療部会より示された次期診療報酬改定の最終基本方針は、

視点 1 : 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

視点 2 : 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点 3 : 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点 4 : 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

であり、視点 1 が重点項目であるが、先の厚労

出席者

部会

部会長 正木 康史
副部会長 佐々木義浩
理事 堀地 義広
理事 吉永 榮一
理事 樫田 史郎

理事 阿部 政則
部会員 伊藤 真一
部会員 林田 英嗣
部会員 松永 尚治

県医師会

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

省との懇談の席でも、厚労省は視点 1 に関して、有床診療所に看取りも含めた在宅医療の充実、介護保険との連携の推進を期待しているようで、この点に関しては点数をつけてくれそうである。診療報酬改定の決定機関である中医協では、この基本方針に沿った内容が協議、検討され、その結果、点数に結び付くことになる。よって、われわれもこの基本方針に関連した要望を上げていく必要がある、私からも視点 3 に関して、病院勤務医の負担軽減には、産科医療をはじめとして有床診療所の専門医療の確保も重要である旨主張し、有床診療所の経営基盤の強化を要望した。

ただ、10 月 25 日（開催）の財政制度等審議会財政制度分科会では診療報酬の 2% 以上の引下げ、さらに診療報酬本体も引下げるべきとの方向性が示されるなど、厳しい財源下での改定を覚悟する必要がある。日医には是非とも頑張って押し戻してほしいと考える。

来年度には全国有床診療所連絡協議会総会・山口大会も控えておりますので、本日はご協議よろしくをお願いいたします。

議長選出

会則 13 条の規定により、部会長が議長となり議事に入る。

議事

(1) 平成 28 年度事業報告について

県医師会関係

- ・平成 28 年度総会（H28.10.20）
- ・第 1 回役員会（H28.6.30）
- ・第 2 回役員会（H28.10.20）
- ・第 3 回役員会（H29.1.26）

全国有床診療所連絡協議会関係

- ・第 1 回役員会「東京」（H28.6.12）〔正木〕
- ・第 2 回役員会「静岡」（H28.7.30）〔正木〕
- ・第 3 回役員会「東京」（H28.12.4）〔正木〕
- ・常任理事会「静岡」（H28.7.30）〔正木〕
- ・第 29 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会「静岡大会」（H28.7.30～31）

〔河村県医師会長、阿部部会理事、正木〕

- ・平成 28 年度全国有床診療所連絡協議会九州

ブロック会講演会「博多」（H29.2.26）〔正木〕

- ・厚労省保険局医療課筆頭課長補佐との懇談「博多」（H29.2.26）〔正木〕

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会関係

- ・役員会「岡山」（H29.1.22）〔正木〕
- ・第 8 回総会「岡山」（H29.1.22）
〔河村県医師会長、香田県医師会理事、阿部部会理事、正木〕

(2) 平成 29 年度事業計画（案）について

県医師会関係では、平成 29 年度総会を 10 月 26 日（木）、第 1 回役員会を 4 月 27 日（木）、第 2 回役員会を 7 月 27 日（木）、第 3 回役員会を 10 月 26 日（木）に開催。第 30 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会「メインテーマ：今なぜ有床診療所が必要か？～地域に根ざす有床診療所の役割～」を大分県・別府湾ロイヤルホテルにおいて 7 月 1 日（土）・2 日（日）に開催。第 10 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会（岡山県医師会）は平成 30 年 1 月 28 日（日）に開催予定。また、11 月 19 日（日）には日医と全国協議会の共催で、「有床診療所の日」記念講演会「Dr コトーの真実！離島の有床診療所での 39 年間」が東京・日医会館大講堂で開催される。その他、正木が全国有床診療所連絡協議会役員会、日医診療報酬検討委員会や自民党議連の会議などに出席し、全国の情報を部会員に伝達する。

なお、上記（1）平成 28 年度事業報告、（2）平成 29 年度事業計画（案）について、それぞれ協議いただき、承認された。

(3) その他

フリートーキングで、現在、各医療圏で地域医療構想調整会議が進められており、また、新専門医制度が開始されるなど、今般の医療情勢を考えると、有床診療所の経営も厳しいが、中小病院の経営も厳しくなるのではないかとの意見が出され、今後は病院協会と問題意識を共有する場を持つことも考えてみてはとの意見があった。

平成 29 年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導 担当理事及び関係者合同会議

と き 平成 29 年 10 月 5 日（木）15：00～16：15

ところ 山口県医師会 6 階会議室

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

開会挨拶

河村会長 特定健診が始まったのが約 10 年前であるが、国は 5 年ごとに実施計画を定めており、平成 30 年度は制度の見直しがある。

世界に誇る日本の国民皆保険制度であるが、予防等になると日本は世界で良い順位ではない。山口県は日本の中でも良い実績ではなかったと思われる。健診は「予防」という意味でも大切になってくる。本日はよろしく願いたい。

協議事項

1. 平成 28 年度の実施結果について

2. 平成 29 年度の実施状況について

国保連合会 28 年度の県内国保保険者の受診率は 26.3 % で、27 年度の 25.6 %（制度開始後、初めて全国最下位）よりわずかに上昇した。特定保健指導の積極的支援については、県内国保保険者の終了率は 11.2 %（前年度比－0.6 %）、動機付け支援の終了率は 19.5 %（同＋0.3 %）。国保連合会としては、受診率向上に寄与できるように、保険者ニーズに応じた支援のため、横断幕、マグネットシート、ポスター及び健康祭り等で配布できる啓発品を作成し、国保保険者に配付した。

支払基金 28 年度は特定健診が 3,825 機関から 17,496 件の請求があり、特定保健指導は 134 機関から 280 件の請求があった。27 年度と比較すると、請求機関数は 95.9 %、請求件数は 90.6 % となっている。29 年 7 月受付までの数字で、請求機関数は 710 機関（前年度 734 機関）、請求件数は 2,134 件（同 2,082 件）となっており、

ほぼ前年度と同様である。

協会けんぽ 28 年度の実施率は被保険者が 57.1 % で 1.6 % 増加したが、被扶養者の実施率は 22.4 % となり、2.7 % の減少であった。被扶養者に対しては、これまでも各市町のがん検診と同時実施を行っていたが、今年度新たに下関市も加わり、10 市町で共同実施する。

広域連合 28 年度の健康診査受診率は 18.2 % と、27 年度より 1.1 % 減少した。今年度もやや減少傾向である。今年度新たに、被保険者の健康づくりを応援する取組みとして、「やまぐち長寿健康チャレンジ」を実施している。応募要件の一つに健康診査の受診を定め、年度末に応募要件を満たした被保険者を対象に抽選会を行い、景品をお渡しするという取組みである。

健保連山口 参考値で特定健診受診率は全国が 74 % に対し 79.2 % であった。山口連合会の特徴としては、20 年度から直接雇用の共同設置保健師という制度を実施し、8 名の保健師を各企業に派遣し、特定保健指導を実施している。

市町国保 27 年度から特定健診の受診率が上昇したのは 7 市 3 町であった。29 年度において市町が取り組んでいる特徴をまとめると、

- ① 集団健診とがん検診を同時に行う
- ② サンデー健診、土日連続健診
- ③ 目立つように年齢に合わせたはがきの工夫
- ④ 40 歳には無料の人間ドック

⑤前年度保険診療なしの世帯には自己負担無料
化、節目年齢は無料化など

⑥ポイントや記念品贈呈

⑦ FM 放送などの広告

⑧集団健診時に骨密度・肌年齢・血管年齢など
の測定

⑨かかりつけ医からの情報提供
などが報告された。

出席者

郡市担当理事

大島郡 嶋元 徹
玖 珂 山下 秀治
熊毛郡 曾田 貴子
吉 南 嘉村 哲郎
厚狭郡 吉武 正男
美祢郡 吉崎 美樹
下関市 伊藤 真一
宇部市 内田 悦慈
山口市 奥田 道有
萩 市 宮内 嘉明
徳 山 藤嶋 浩
防 府 岡澤 正
下 松 澤 公成
岩国市 松浦 晃
小野田 白澤 宏幸
光 市 井上 祐介
柳 井 松井 則親
長門市 吉村 晃
美祢市 白井 文夫

山口県医師会

会 長 河村 康明
常任理事 藤本 俊文
理 事 香田 和宏

山口県国民健康保険団体連合会

保健事業課 課長 岡本 篤志
同 主事 原内 由佳

社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課 課長 岡部 英子
同 係長 縄田 義明

健康保険組合連合会山口連合会

事務局長 重永 敏夫

全国健康保険協会山口支部

保健グループ グループ長 真島 邦明

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課 保健事業推進係 係長 須子幸一郎
同 主任 白石ひろ美

市町

宇部市	保険年金課 課長	山下 浩二
山口市	保険年金課 主任主事	福永 美香
防府市	保険年金課 国保医療係長	安村 良輔
下松市	保険年金課 主査	村上 直子
岩国市	健康推進課 健診班長	西本 嘉彦
山陽小野田市	国保年金課 特定健診係係長	岡崎さゆり
光 市	市民課 主査	竹尾 和朗
柳井市	市民生活課 課長補佐	石岡 雅朗
美祢市	市民課 主査	徳重 信
周南市	保険年金課 管理給付担当主査	福田 剛士
萩 市	市民課 保険年金係長	野村 理
長門市	保険課	磯部 江利
周防大島町	健康増進課 主事	宮本 恭兵
和木町	保健福祉課 係長	田尾 恵
田布施町	健康保険課 主事	中西 景子
阿武町	民生課 国保係長	柴田 奈美
同	保健衛生係長	斉藤三智子

藤本 県医師会が行っている請求事務代行の延べ件数は年間 2 万件程度で推移していたが、昨年度は 1 万 9 千件を割った。なお、請求事務代行の入力票は 30 年度から変更することが予想される。詳細は請求事務代行実施医療機関に改めて連絡する予定である。

3. 平成 30 年度の実施に向けて

○第 3 期の特定健診・特定保健指導について

藤本 30 年度からの第 3 期では、特定健診と特定保健指導が見直される。厚生労働省のホームページに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（案）（第 3 版）」が公表されている（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172866.html>）。3 期からの変更に関する概略は 8 月 2 日に日本医師会で開催された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にて、「特定健診・保健指導第 3 期見直しについて」として説明された内容（本会報 10 月号 829 頁掲載）をご確認いただきたい。

なお、今後、関係通知等の発出が予定されており、それらを反映させた手引きの確定版は平成 30 年 1 月頃に公表される予定である。

要点としては、

- ①中性脂肪が 400mg/dl 以上のとき、LDL の代わりに non-HDL コレステロールも認める。
- ②空腹でないときも食後 3.5 時間以上経過していれば随時血糖として認める。
- ③心電図検査は血圧が 140/90 以上、又は不整脈が疑われる者に行う。
- ④眼底検査は血圧が 140/90 以上、あるいは血糖値が 126mg/dl 以上か HbA1c 6.5 以上の者。
- ⑤血清クレアチニン（eGFR も同時必須）を詳細

な検査項目に追加し、対象者は血圧 130/85 以上、又は血糖 100mg/dl 以上、HbA1c 5.6 以上の者。

- ⑥特定保健指導の初回面接を健診日に行うことができる（分割実施）。

4. その他

○広域連合の健診項目追加について

広域連合 生活習慣病の重症化予防に重点を置いた保健事業の実施に向けて、健診項目の追加を行う。追加する項目は①血糖検査（これまで「空腹時血糖又は HbA1c」であったが、「空腹時血糖及び HbA1c」とする）、②血清クレアチニン、③血清アルブミン、の 3 項目である。

藤本 これにより健診料金も値上げされる。

○次年度の標準単価について

藤本 平成 30 年度の標準単価案については、今年度は診療報酬の改定が行われていないので大きく変わっていないが、上記のように血清クレアチニン等を追加の項目から詳細な項目に変更している。

○広域連合の「糖尿病治療中断者等受診勧奨事業」について

広域連合 国ですすすめられている糖尿病性腎症重症化予防の取組みを、本広域連合としても取組みたいと考えている。過去 5 年間で糖尿病の治療を受けていた、あるいは健診結果から HbA1c が基準値以上で、かつ現在治療を受けておられない方へ受診勧奨を行う。対象者としては県下で 85 名を考えている。

**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

YMFG | **山口銀行**
Yamaguchi Financial Group | YAMAGUCHI BANK

第 39 回 産業保健活動推進全国会議

と き 平成 29 年 9 月 28 日（木）13：00～17：00

ところ 日本医師会館大講堂

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

I 開会挨拶

厚生労働大臣 加藤勝信（代読：厚生労働省労働基準局安全衛生部長 田中誠二） わが国の労働災害の発生状況については、平成 28 年に労働災害で亡くなられた方は 928 人で、戦後、統計を取り始めて以来、最少となった。皆様方をはじめ、産業界の労働災害防止に向けた継続的な取組みが実を結んだものと考えられる。一方で、仕事による強いストレス等を原因とする精神障害の労災認定件数は高水準で推移しており、働き方のメンタルヘルス不調の問題は引き続き重要な課題となっている。また、仕事を持ちながら、がんで通院している方が 30 万人に上るなど、治療を要する疾病を抱えている方々が業務によって疾病を増悪させることがないように配慮していくことも企業には求められている。このように近年、働き方の健康を取り巻く職場環境や社会状況が大きく変化している。このような中で、心身の健康を確保し一人ひとりが生きがいをもって能力を発揮できるようにすることが重要であり、それが企業や社会の生産性の向上にも繋がるものと考えている。現在、安倍内閣では、一億総活躍社会の実現を目指し、女性も男性も、高齢者も若者も障害や難病のある方も一人ひとりのニーズにあった納得のいく働き方ができるよう、働き方改革に取り組んでいる。厚労省としては健康で安心して働くことができる職場作りの実現を目指し、「治療と仕事の両立支援」に係る産業医の能力向上や産業保健機能の強化の効果的な推進を図っているが、そのためには皆様方のご理解とご協力が不可欠であり、引き続きご支援を賜りたくお願い申し上げます。

日本医師会長 横倉義武 生産人口減少社会においては、社会の活力の基盤である労働者の健康管理は非常に重要な課題であり、産業保健活動の推

進は、労働者の健康の保持増進を通じて、わが国の持続可能な社会の構築に大きく貢献するものと確信しており、産業医の先生方や産業保健活動総合支援事業に期待される役割はますます増大している。

本年 3 月に閣議決定された「働き方改革実行計画」において、検討テーマの一つに「病気の治療と仕事の両立」が挙げられている。現在、病気の治療をしながら仕事をされている方は、労働人口の 3 人に 1 人であり、かなり多いと言われている。こうした方々が安心して働くためには、主治医と産業医との連携など産業保健の機能をどのように強化していけば良いのかという議論を深めていただきたいと考えている。当計画においては、長時間労働の是正についても検討が進んでおり、現行法では上限のない時間外労働時間を年間 720 時間、月平均 60 時間を上限とする労働基準法の改正及び長時間労働者の面接指導の強化といった産業保健機能の充実が検討されている。当規制は、改正法成立後、周知期間を経て、段階的に実行される見通しであるが、私たち医師については、応召義務などの特殊性に鑑み、そのあり方を国の検討会で 2 年間議論をし、7 年後を目途に規制を適応することになっている。こうした中、日医では本年 3 月に会内にある産業保健委員会で各病院長宛に医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査を実施した。6 月には、医師の働き方検討委員会を設置し、勤務医のワークライフバランスの実現、勤務医の労働安全衛生の強化、地域医療提供体制の維持といった観点で議論を進めている。

労働者健康安全機構理事長 有賀 徹 当機構は勤労者医療の充実、勤労者安全の向上、産業保健の強化の 3 つを理念としており、産業保健の分

野については、3 事業が一体化されて産業保健活動総合支援事業として再出発して 3 年半が経過した。一方、産業保健における課題は、産業構造、働き方の変化とともに医療は常に進化している。特に今年度においては、治療と仕事の両立支援を最重点に取り組んでいるところである。近年のわが国においては、少子高齢化を迎えて従前にも増して労働者が健康で安全に働き続けることができるように支援していくことが喫緊の課題となっており、治療と職業生活の両立支援の流れの中で捉えることができると思う。これにより労働者が働くことができ、わが国が持続的に発展することになれば、これがまさに一億総活躍が実現することであり、労働者が健康で安全に働き続けることができるように支援をしていかなければならない。

当機構においては平成 21 年度以降、両立支援に関する調査研究を実施し、これを踏まえたモデル事業として「治療と就労の両立支援」事業を行い、26 年度から全国の労災病院に治療就労両立支援センター又は両立支援グループを設置して、両立支援事業による医療を推進しており、27 年度から主に両立支援コーディネーター養成研修を行っている。そのような中、各産業保健総合支援センターにおいては、昨年度半ばから両立支援に関する取組みを全国的に発信した。治療と仕事の両立支援の意義などを社会全体に周知・啓発するとともに相談窓口を広げて個別の患者の支援にあたることを目標としており、引き続きご協力申し上げたい。また、労働者のメンタルヘルス対策も重要な課題となっている。平成 27 年 12 月にストレスチェック制度についても一定の理解が得られたと考えるが、今後はこの該制度に基づく集団的分析、職場環境の改善が課題となると考える。

産業医学振興財団理事長 櫻井治彦 産業保健を取り巻く状況は大変激しく変化している中、本年は働き方改革という新しい目標が設定され、長時間労働の是正、正規・非正規労働者の格差是正、治療と職業生活の両立支援、高年齢労働者への支援等が触れられている。このうち、医学的、規律的な課題については、皆様には既に取り組んでい

ただいているが、今後、更に制度としてこれらを遂行するという新たな負担が加わると考える。取り組む課題が多いにもかかわらず、産業保健の担う人材の層は十分ではない現状である。しかし、今後、この道を歩む仲間を増やし、知恵を集めて、業種を問わず、すべての労働者が安心して健康で生きいきと働けるような環境を実現するという、産業保健の究極の目標に向かって進んでいきたいという思いを改めて強く感じている。

Ⅱ 活動事例報告

(1) 新しい産業保健事業への取組について

(岡山県)

岡山県産業保健総合支援センター

所長 石川 紘

当県は総人口 1,922,181 人（全国第 20 位）で医師数は人口 10 万人あたり 287.8 人（全国第 7 位）であるが、なんといっても災害が少ない県である。当センターは、メンタルヘルス対策促進員として産業カウンセラー 9 名、両立支援促進員として社会保険労務士 5 名及び医療ソーシャルワーカー 3 名で構成されている。当県の産業医 854 人のうち、実際に産業医活動をしている産業医の割合は 74% である。

ストレスチェック制度の実施率（平成 29 年 7 月 26 日公表）は、83.1%（全国平均 82.9%）、受検者数 78.6%（同 78.0%）、集団分析 70.1%（同 78.3%）、面接指導を受けた労働者数 0.51%（同 0.6%）であった。

29 年度の新規事業として、面接指導の事例検討の研修、ストレスチェック未実施及び報告書未提出の事業者に対する研修を労働基準監督署との共催で実施した。

その他、平成 28 年 2 月に『治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』が公表されたことから昨年より岡山労災病院に両立支援相談窓口を開設し、両立支援促進員 4 名で相談活動を行っている。28 年度は 97 事業所を個別訪問し、今年度は岡山労働局との共催セミナーを開催している。更には啓発強化、両立支援を行うための環境整備に向けた会議の開催、関心がある事業所に対する管理監督者教育や体制整備の支援をしている

が、産業医を含む産業保健スタッフの負担増大に懸念がある。

(2) 八幡浜地域産業保健センターの活動について（愛媛県）

八幡浜地域産業保健センター

コーディネーター 井上 千恵香

当センターは、九州にもっとも近い四国最南端の愛媛県下 9 市 12 町のうち 3 市 2 町を対象区域として、地域の産業医の積極的な協力により、個別訪問による産業保健指導に最も力を入れた活動を行っている。当県は 50 人未満の事業所数の割合が 97.2% と小規模事業所の割合が非常に多い中、センターの利用状況は年々増加している。

現在の登録産業医は 12 名（精神科医 1 名、内科医 10 名、整形外科医 1 名）で、今年度中、更に精神科医 1 名、内科医 1 名を増員する予定である。運営協議会は年 1 回開催している。

定期健康診断有所見率は、全国平均より低いが、2 人に 1 人は有所見率があることから当センターが果たすべき役割は大きい。利用事業場を増やすための広報活動として、労働基準監督署を毎月訪問することで信頼関係を構築する、監督署の事業場向け説明会に出席し、後日、そこに参加した事業所を個別訪問し新規利用につなげる、商工会などの事業者団体へのアプローチをして、事業主の意識を変えていくための活動、産業医・保健師・コーディネーターが事業場訪問を行い、健康相談、保健指導を実施している。両立支援に関して今後、産業医を含む産業保健スタッフの負担増大を懸念している。

Ⅲ 説明・報告

(1) ストレスチェック制度の円滑な実施を目指してアンケート調査を中心にー

日医産業保健委員会副委員長／

産業医科大学教授 堀江 正知

2014 年 6 月に改正された労働安全衛生法に基づいて 2016 年 11 月までにストレスチェックを実施することが義務化されたが、これにより産業医の契約や活動に対する影響について把握することを目的に日医認定産業医 63,879 人から無作為

に抽出した 5,000 人（抽出率 7.8%）にアンケートを行ったところ、2,040 人（回答率 40.8%）の回答を得た。回答率は、一般開業医が 4 割を占め、勤務医、病院管理者の順に多かった。特徴は以下のとおりである。

1. 若年代ほど女性の割合が高い。
2. 若年代ほど病院勤務医の割合が高い。一般開業医が高年齢になるほど活動している割合が高い。
3. 産業医活動を行っている産業医は 1,322 名（64.8%）。活動したことがない人は全体の 20% であり、その主な理由は、時間に余裕がない、資格はあるが事業場が見つからない、ストレスチェックの面談方法などのやり方がわからない等が挙げられる。
4. 若年者ほど産業医活動の未経験が多く、高年代ほど活動中の割合が高い。
5. 一般開業医は病院勤務医より活動中の割合が高い。近年は、産業医事務所を自身で開業する医師が増加している。
6. 東京では、事業場が足りないのか、勤務医で多忙なのか産業医未経験者の割合が多い。
7. 産業医活動歴について、産業医経験者の約半数は 10 年以上活動をしており、産業医経験者の 2/3 は嘱託産業医である。

産業医の活動に関するまとめ（N=1,322）

1. 産業医活動の時間平均 3.0 時間／月。
2. 高ストレス者の面接指導を担当している産業医 67.5%。
3. 嘱託産業医の報酬 3 ～ 4 万円。
4. 嘱託産業医の事業場訪問は月 1 回。
5. 嘱託産業医の事務所滞在時間は 1 回に 1 ～ 2 時間。

ストレスチェックの導入に関するまとめ

1. 導入で交代した産業医 3.6%（報酬面で折り合いがつかない）。
2. 契約を変更した産業医 18.0%。
3. 導入に伴う医師会の関与 8.9%（ほとんど関与していない）。
4. 導入に伴う報酬額の変更 15.5%。

5. ストレスチェックに関与している認定産業医 65.4%。
6. 非関与の産業医のうち負担増を理由とする認定産業医 17.6%。
7. 高ストレス者の面接指導をしている産業医 69.2%。
8. 面接指導の外部委託率 28.0%。
9. ストレスチェックの事業所内実施約 1/3。
10. ストレスチェック 57 項目版調査票の使用約 6 割。
11. 全受検者の高ストレス者の割合 9.2%。
12. 高ストレス者中の面接希望者の割合 20.0%。
13. 全受検者中の面接希望者割合 1.4%。
14. 高ストレス者一人あたりの面接指導の時間は 30 分以内が多い。
15. 集団分析の実施率 55.6%。
16. 産業医活動をしている過半数はストレスチェックに関与している。

(2) 医療機関における産業保健活動の推進

ーアンケート調査結果並びに医師の働き方 検討委員会の取り組みを踏まえてー

日医産業保健委員会委員・日医医師の働き方
検討委員会委員／

三井記念病院精神科部長

中嶋 義文

産業保健委員会では「現在の医療機関における産業保健活動推進の具体的方策～医療の質と安全の向上を目指して～」について検討するため、現状の医療機関における産業保健活動の実態把握を目的として日医会員医療機関施設長（施設管理者又は施設担当産業医、事務担当者）5,000 名に対し、平成 29 年 3 月 1 日～4 月 24 日の間にアンケートを実施した。回収率は 38.4%（1,920 名）。

回答者属性は 35.3%が施設管理者、8.1%が施設担当産業医、52.7%が事務担当者であった。医療機関の病床数、職員数、所属団体は既知の日本の医療機関の属性と一致しており、状況を反映していると考えられた。産業医は 92.3%の機関で選任されており、届出は 73%で行われていた。産業医の内訳は施設外の医師が 17.1%、施設内の施設管理者以外の医師が 64.7%であったが、未だ施設管理者の医師が産業医を兼任して

いる施設が 19.3%あった。産業保健総合支援センター、地域窓口（地産保センター）の活用は低かった（それぞれ 9.8%、5.6%）。長時間労働の面接指導は 1/4 で行われており、そのうち 100 時間以上の長時間労働者全員に実施している施設は 31.7%、100 時間以上で申し出たものに実施している施設は 36.3%であった。ストレスチェックは 91%で行われている。高ストレス者の面接指導は 60.6%で実施されており、自施設の産業医が 55.5%、自施設の産業医以外の医師が 14.2%、外部の医師に委託している施設が 22.3%であった。

1 年間の私傷病による一か月以上の休職者数は 1～4 名が 49.0%で最も多いが、20 名以上も 0.7%あった。メンタルヘルス対策として産業医を含んだ復職判定制度を実施している施設は 33.3%、リハビリ勤務制度（休職のまま試験的出勤）を実施している施設は 26.6%であった。産業医によるメンタルヘルス主治医との連携は 42.4%で行われており、メンタルヘルス担当産業医は 49.9%であるが、なくとも相談先をもっている施設が 22.1%あった。

治療と職業の両立支援は 65%で行われており、実施率の高いものは柔軟な勤務体制（83.4%）、治療・通院目的の休暇・休業制度（47.1%）、休暇制度を利用しやすい風土の醸成（38.1%）であった。産業保健活動への産業医の関与の高いものは、健康診断結果の判定（69.1%）、衛生委員会への出席（62.2%）、健康相談（46.9%）、安全衛生方針作成への助言（40.3%）であったが、一方、年間目標設定や計画作成等への助言（19.6%）や復職面談（22.6%）、労働衛生・健康教育（24.4%）は相対的に低かった。職場巡視（33.4%）の一年あたりの平均巡視回数は 9.1 回であった。都道府県医療勤務環境改善支援センターの周知は未だに低く（48.5%が知らない）、知っていても活用経験は 6.5%にとどまった。「いきいき働く医療機関サポート Web」（いきサポ）の周知率も 31.9%と低く、活用経験も 4.7%にとどまっていた。

横倉会長より、「医師の勤務環境改善のための具体的方策～地域医療体制を踏まえた勤務医の健

健康確保対策を中心に～」の諮問を受けて「医師の働き方検討委員会」が組織され、現在までに 2 回の委員会を開催しており、Ⅰ.勤務医のワークバランス実現、Ⅱ.労働安全衛生法の充実、Ⅲ.地域を守る（労働基準法、医師法、地域医療構想との関わり）、Ⅳ.日本医師会の役割～医師への啓発、の 4 点について討論を重ねているところである。医療機関においては、高度な医療安全の保証が求められ、医療従事者、医師の疲弊は医療安全上リスクファクターとなる。包括的管理による医療従事者の健康確保を推進し、同時に医療従事者、医師自身の勤務時間管理（タイムマネジメント）意識と技能、自己保健義務の意識と技能を涵養する必要がある。

（3）病気の治療と仕事の両立

～働き方改革実行計画から～

1) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 神ノ田 昌博

日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060 年には総人口が 9,000 万人を割り込み、構成についても高齢化率は 40% 近い水準になると推計されている。生産年齢人口割合 50.9% と予想されることから、今から社会のあり方についてしっかりと考えなければならない状況にきている。現在の政権では、老若男女、病気を抱えても障害をもっていてもそれぞれの意欲に基づいて、最大限活躍できるような社会を築いていくとして、「一億総活躍社会」の旗を掲げて取り組んでいる。

労働力需給推計によると、2014 年の就業者は 6,351 万人であるが、このまま何もしない状況でいくと 2030 年には労働力は 5,561 万人で 790 万人の減少と推計されることから、しっかりと対策を講じなければならない。経済成長と労働参加が適切に進むことで、就業者は 6,169 万人となり、182 万人の減少で労働力を確保することができる。

雇用情勢は、昨年 10 月の有効求人倍率は 1.4 倍で、かつてないほど上昇している。完全失業率

3.0% で低い水準であるので、働き方改革を進めていく上では、雇用情勢が安定していないと大きな改革はできない。安定した雇用情勢の下、改革をする上では絶好のチャンスであることから働き方改革を進めていく。

年間総実労働時間は減少しているが、これは平成 8 年頃からパートタイム労働者比率が高まったこと等がその要因と考えられ、平成 21 年に金融危機の影響で大幅に減少したが、その後、1,700 時間台半ばで推移している。

また、日本は欧州諸国と比較して、年平均労働時間が長く、週 49 時間以上働いている労働者の割合が高い。そうした中、政府の取組みとして、一億総活躍社会の実現に向け「働き方改革実行計画」が平成 29 年 3 月 28 日に「働き方改革実現会議」において決定された。その主なものは以下の 2 つである。

①罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正

職場のパワーハラスメント防止の強化、過労死等防止対策推進法に基づく大綱において、メンタルヘルス対策等の新たな目標を掲げることを検討。

②病気の治療と仕事の両立

（1）会社の意識改革と受け入れ体制の整備

疾病を抱える労働者の治療継続や職場の理解が乏しいために仕事の両立が困難な状況に直面している労働者の問題解決のためには、会社の意識改革と受け入れ体制の整備が必要である。具体的に会社別の疾患別サポートマニュアルを作成し、会社の人事労務担当者に対する研修の実施等により、その普及を図る。企業トップ自らリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づける。

（2）トライアングル型支援などの推進

病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会を目指すために、主治医・会社・産業医が患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築する。両立支援コーディネーターは、主治医と患者の連携の中核になり、患者に寄り添いながら

継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療、仕事の両立に向けたプラン作成支援等を担う役割でコミュニケーションのハブとしての機能が期待される。2020 年度までに 2,000 人養成し、治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。

(3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

治療と仕事の両立支援にかかる産業医の能力向上や相談支援機能の強化など、産業医・産業保健機能の強化を図る。また、過重な長時間労働やメンタル不調などにより過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようにし、企業における労働者の管理を強化する。

加えて、産業医の独立性・中立性を高めるなど産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から、労働者一人ひとりの健康確保のためにより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備する。

厚生労働大臣の諮問機関にあたる労働政策審議会は平成 29 年 9 月 15 日、「働き方改革を推進するための関連法案」の要綱は概ね妥当という結論で厚生労働大臣に答申した。

労働安全衛生法及びじん肺法の一部改正案の概要

1. 面接指導等

(1) 新技術・新商品等の研究開発業務に従事する労働者及び特定高度専門業務・成果型労働制の対象労働者の 1 か月当たり 100 時間超えの時間外・休日労働は、申出がなくても面接指導することを罰則付きで事業者には義務付ける（労働者にも受診義務がある）。

(2) 面接指導の結果に基づき、医師の意見聴取、必要があると認める場合の就業上の措置等を事業者には義務付ける。

※その他の面接指導事項に関して、労働時間を把握すること、申出があった場合の医師による面接指導の対象を現行の「1 月当たり 100 時間超」から「1 月当たり 80 時間超」へ見直しすることを省令改正に盛り込む予定。

2. 産業医・産業保健機能の強化

(1) 産業医の活動環境の整備

①産業医は、必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならないものとする（理念規定の創設）。

②産業医の勧告について、衛生委員会への報告を事業者には義務付け。

③産業医の業務の内容等を、労働者に周知することを事業者には義務付け。

④産業医等が労働者からの健康相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備等を、事業者の努力義務として規定。

※ その他、以下の省令改正を行う予定。

○産業医が勧告をしようとするときは、あらかじめ事業者の意見を求めなければならない。

○産業医の解任等について衛生委員会への報告を事業者へ義務付ける。

○事業者が産業医に与えなければならない具体的な権限を厚生労働省令で例示（調査審議の発議権等）。

(2) 産業医に対する情報提供等

①労働時間に関する情報等（健康診断等実施後の就業上の措置の内容等、長時間労働者（80 時間超の時間外・休日労働）の氏名及び超過時間等、労働者の業務に関する情報（産業医等が健康管理等を行うために必要と認めるもの））の産業医への提供を事業者には義務付ける。

②事業者は、労働者の健康情報を取り扱うに当たっては、労働者の健康の確保に必要な範囲内で取り扱う（本人の同意がある場合等を除く）。

③労働者の健康情報を適正に管理するために必要な措置を事業者には義務付ける。

④厚生労働大臣は、事業者による健康情報の取扱いの適切かつ有効な実施を図るために必要な指針を公表する（必要に応じて指導等ができる）。

※②～④については、じん肺法においても同様の規定を設ける。

今後、早急に国会で成立させ、平成 31 年 4 月施行予定。

2) トライアングル型支援などの推進

独立行政法人労働者健康安全機構

理事 大西 洋英

当機構は全国 34 の労災病院、各都道府県に産

業保健総合支援センターなどを設置しており、理念はとして「勤労者医療の充実」「勤労者の安全向上」「産業保健の強化」のもと「治療と就労の両立支援」に取り組んでいる。

平成 21 ～ 25 年度までは、がん分野をはじめ各種疾病分野で治療と就労の両立支援に関する研究を行ってきた。

職場と主治医との情報共有は、患者自身が行うことが理想であるが、複雑な医療情報を的確に職場に伝えることは困難であり、主治医・看護師・医療ソーシャルワーカーなど、知識をもったコーディネーター又はそれに類するチームが医療側に必要である。企業側は病気罹患者の採用や雇用に消極的であることが多いが、その原因は上司、周囲の病気への理解不足が考えられることから、病気に関する正しい理解の普及のために医療現場と企業の橋渡しとなる人材の確保と育成が課題であることが考察された。

平成 26 年度は、「治療就労両立支援モデル事業」（がん、脳卒中、糖尿病、メンタルヘルス）を実施し、両立支援コーディネーターの養成及びスキルアップ研修会を実施した。また、コーディネーターを中心とした支援チームによる職場復帰や治療と就労の両立支援の事例収集し、その分析・評価を行い、医療機関向けのマニュアルを作成し、労災指定医療機関等への普及を行った。

平成 28 年度はモデル事業として 4 分野で 532 件の両立支援を行い、支援事例の分析・評価を行い、医療機関向けのマニュアルを作成、労災指定医療機関等へ普及させた。産業保健スタッフによ

る相談・支援に活用できるよう機構ホームページからダウンロードが可能である。

その他、全国の産業保健総合支援センターに両立支援促進員を配置し、両立支援に係る支援を本格的に開始しており（平成 29 年 6 月現在、全国に 204 名）、今後は、相談窓口の拡充、事業者等への更なる啓発の強化、個別調整支援の実施を図っていききたい。

労災病院は、医療側からの両立支援、産業保健総合支援センターは、地域事業所を中心とした両立支援、地域産業保健センターは、50 人以下事業者に対する両立支援を広めていく。

今後の展望として、本年 6 月に両立支援コーディネーターの養成に関する委員会が設置され、これまでの機構が行ってきた取組みを踏まえた、両立支援コーディネーターに求められる役割・能力の明確化、養成に必要十分なカリキュラムの設定、養成研修の実施方法などを検討している。

今後は、両立支援の普及促進に向け、①事業者の取組促進に資するよう事例集を作成、②事業者、労働者、両立支援コーディネーターなどの関係者が情報共有を行えるサイトの開設、③両立支援コーディネーターを 2020 年までに 2,000 人養成し全国に配置する、④産業保健総合支援センターにて研修やセミナー及び事業場訪問による意識啓発を一層推進し企業における治療と仕事の両立支援の普及を促進する。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

平成 29 年度

郡市医師会産業保健担当理事協議会

と き 平成 29 年 10 月 19 日（木）15：00～15：30

と ころ 山口県医師会 6 階会議室

[報告：常任理事 藤本 俊文]

挨拶

河村会長 本年 3 月に閣議決定された「働き方改革実行計画」をうけて、日本医師会の「医師の働き方検討委員会」が設置され検討を重ねているが、今後、時間外労働の規制適応を 5 年間見送り、2 年間を目途に結論を得ることとなっている。また、治療と職業の両立支援については、疾病を抱える労働者を中心として、産業医とかかりつけ医等の円滑な連携、会社の意識改革が必要である。今後、人口減少による労働力が低下すると推測されていることから、それぞれが最大限に活躍できる社会を築いていかなければならないと考えている。

協議事項

1. 第 39 回産業保健活動推進全国会議について

(報告)

本号 1033～1039 頁に報告記事を掲載。

2. 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について

藤本 平成 28 年度は 18 回の研修会を開催した。29 年度も 18 回の研修会を企画しており、これまでに 9 回開催している。研修内容は、実地研修 8 回、基礎研修の後期又は生涯研修の更新あるいは専門研修を 10 回予定している。

なお、実地研修は体験参加型の研修であるが、日医の「実地研修ガイドライン」の中には、「講師 1 人あたりの受講者数が 50 名を超えない範囲で、できるだけ少人数で実施されることが必要である」と規定されている。30 年度においても、郡市医師会協力による産業医研修会では、実地研修を積極的に取り入れていきたいと考えている。実施にあたっては、30 年 1 月中に産業医部会の各支部に対し研修希望の調査を行う予定である。なお、今年度から日医産業医制度実施要領に「治療と職業の両立支援」に関する研修カリキュラム

出席者

郡市担当理事						県医師会		
大島郡	岡本	潔	萩市	宮内	嘉明	会 長	河村	康明
玖珂	川田	礼治	徳山	石田	高康	常任理事	藤本	俊文
熊毛郡	満岡	裕	防府	山縣	三紀	理 事	船津	浩彦
吉南	弘中	克己	下松	野田	寛			
厚狭郡	吉武	和夫	小野田	川端	章弘			
美祢郡	吉崎	美樹	光市	多田	良和			
下関市	吉水	一郎	柳井	増本	茂樹			
宇部市	吉永	榮一	長門市	村田	高茂			
山口市	林	大資	美祢市	中元	起力			

が追加されたことをうけ、本会でも今後、実施していきたいと考えている。

3. その他

29 年度より独立行政法人労働者健康安全機構が実施している産業保健関係助成金が拡充された。

①ストレスチェック助成金

- 1) 小規模事業場届出登録の必要がなくなった。
- 2) 実施対象期間が 1 年単位となり、申請期間が翌年度 6 月 30 日までに延長された。
- 3) 助成金の対象となる医師による活動が、「ストレスチェック実施後に面接指導を実施するこ

と」及び「面接指導の結果について、事業主に意見陳述すること」の 2 点のみとなった。

②小規模事業場産業医活動助成金

50 人未満の事業場が対象で、一事業につき将来にわたり 2 回支給。

③職場環境改善計画助成金

労働者数の制限はなく、A コース及び B コースがあり、将来にわたり 1 回限り。

④心の健康づくり計画助成金

労働者数の制限はなく、一企業につき将来にわたって 1 回支給。

『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

県医師会の動き

副会長 吉本 正博

来年 4 月の診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、財務省が「2%半ば以上のマイナス改定が必要」とジャブを出してきました。そのためには「薬価」部分だけでなく、医師の人件費などの「本体」部分も引き下げたい考えであるとメディアは伝えています。すべてのメディアが「本体」部分を医師の人件費や技術料としていうのは、おそらく財務省の発表がそうになっているからで、そこに意図的なものを感じ、違和感を覚えます。国民所得は上昇していないのに、医師の所得である診療報酬「本体」を引き上げるのはおかしいのではと国民に思わせようという意図を感じます。

10月7日(土)に平成29年度日医総研セミナーが日本医師会館で開催され、本会からは中村 洋理事が参加しています。今回は「生命倫理についてー終末期を迎えるにあたってー」という非常に重いテーマについて、3つの講演がありました。安楽死についてはオランダ、スイス、ルクセンプブルブ、そして米国の数州で法制化されていますが、日本ではまだ整備されておらず、終末期について家族と話し合っている人は4割、また事前指示書を持っている人はわずか3%というのが現状だそうです。厚労省も「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を立ち上げ、本年8月3日に第1回の会合を開催するなど、本腰を入れ始めました。ただ、その議論が終末期医療費の抑制とリンクしないことを望みたいと思います。

10月7日(土)と8日(日)の2日間にわたり、**指導医のための教育ワークショップ**を開催しました。今回の参加者は14名と例年に比べ少なく、その分内容の濃い、参加者にとっては厳しい

2日間になったと思います。しかし2グループに分かれて、2日間とはいえ、同じ釜の飯を食べて議論を続けることで、他の病院の先生方と親密になれたことは、今後の大きな財産になると思います。

10月8日(日)には**勤務医部会座談会**が開催されています。今回のテーマは「研修指導医の本音と課題の対応」でした。『勤務医ニュース』に掲載されますので、詳細はそちらをご覧ください。

10月14日(土)に**男女共同参画・女性医師部会地域連携会議**を開催しました。本会の男女共同参画部会の各ワーキンググループの最近の活動を紹介した後、各都市医師会の活動状況、問題点等について協議を行いました。各都市とも企画協力者・参加者が固定し参加者が増えない、若い医師の参加が少ない等の問題を抱えているようです。

全国医師国民健康保険組合連合会 第55回全体協議会が、10月20日(金)に近畿ブロックの引き受けで奈良市で開催されました。この会は毎年金曜日に開催されます。その後の土・日曜日には、希望者に対して5つの観光コースが用意されています。小田悦郎 前理事長の代理として代表者会議に出席した際、観光を取りやめること、開催日を土曜日とすることを提言したのですが、情報交換の場として有意義であることや観光を楽しむにしている人が多い等の理由で、廃止されず、旅行代理店が企画・実施する観光に変更し実施されています。

しかし、国からの補助金が年々減少するなど医師国保組合が置かれている厳しい状況を考慮すれ

ば、業者一任の一般募集型旅行とはいえ、協議会後の観光については、取りやめるべきと現在も考えています。

山口県医師臨床研修推進センターは、県からの委託で山口県医師会が運営しています。その平成 29 年度第 1 回運営会議が 11 月 2 日（木）に開催されました。29 年度の医師臨床研修マッチング数は県全体で 89 人と過去最高でした。これは全国で 26 番目です。しかしながら 29 年 3 月末の研修修了者 67 名のうち、24 名が県外に転出しているという現状もあり、手放しでは喜べません。山口大学に残った者は 27 名（全修了者の 40%）でした。これに対して杉野法広 山口大学医学部附属病院長から、臨床研修改善プロジェクトチームを設置し、検討を行っているとの報告がありました。具体的には、1 次 2 次の救急医療とプライマリケア研修を希望する研修医が多いので、学外の病院と提携して臨床教育センターを設置することとし、現在、宇部興産中央病院と連携のための協議を行っているとのこと。ポリクリ、クリクラにもこのセンターを活用する予定になっており、学生の段階から臨床研修プログラムの充実をアピールする狙いもあるようです。

日本医師会女性医師支援センター事業 中国四国ブロック会議が、11 月 4 日（土）に岡山コンベンションセンターで開催されました。会議の中で鹿島直子 日本医師会男女共同参画委員会副委員長から、「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告」が行われ、女性医師が仕事を継続していくためには、宿直日直時間外免除、医師増員、主治医制の見直し、病児保育、保育施設が必要との回答が多かったとのこと。女性医師の割合が高くなっている現状及び将来を考えると、医療の質を担保するためにも勤務環境の改善は、さらにスピードアップして実現する必要があると思われます。

11 月 5 日（日）、ホテルグランヴィア岡山で中国四国医師会連合医事紛争研究会が開催されました。この会は中国四国医師会連合の中の分科会

の一つで、医師会役員だけでなく顧問弁護士も参加して協議を行うのが特色です。このような形の研究会は国内では他にありません。今回の研究会では 2 医療機関が同時に訴えられた事案、介護施設で起きた事故への対応、患者の診療拒否への対応について等の協議が行われるとともに、医療メディエーターの養成とその活用及び派遣等について情報交換が行われました。医療メディエーター養成先進県である愛媛県では、県内の基幹病院には各 40 名、合計 800 名のメディエーターが所属しているそうです。

11 月 9 日（木）開催の広報委員会終了後、歳末放談会が開催されました。12 月号に掲載する関係上、毎年この時期に開催されます。今年のテーマは「2017 医療は今」で、AI と医療、医師の働き方―若手医師の確保―、高額医療費・高額薬剤について思うところを話していただきました。内容については本号に掲載していますので、ぜひご覧ください。

11 月 12 日（日）は県民公開講座「腸から若返る」を開催しました。恒例となったフォトコンテスト（今回で 8 回目）の表彰式、受賞作品の紹介の後、小林弘幸 順天堂大学医学部総合診療科・病院管理学教授による講演が行われました。小林教授は一般向けの健康読本を多数執筆されていますし、「世界一受けたい授業」等のテレビ出演も多く、山口県総合保健会館の多目的ホール（客席 800 席）がほぼ満席に見えるぐらいの来場者（約 530 名）があり、しかも例年より若年層の参加が目立つ盛況ぶりでした。

今年、没後 250 年を迎えたゲオルク・フィリップ・テレマンですが、日本ではあまり話題になっていないようです。テレマンの曲は、常に当時のヨーロッパの流行の先端を行く作風であり、18 世紀前半のヨーロッパにおいては随一と言われる人気と名声を誇っていました。生存中はバッハより人気があったそうです。また、クラシック音楽史上もっとも多くの曲（確認されているだけで 3,600 曲以上）を作った作曲家でもあります。ク

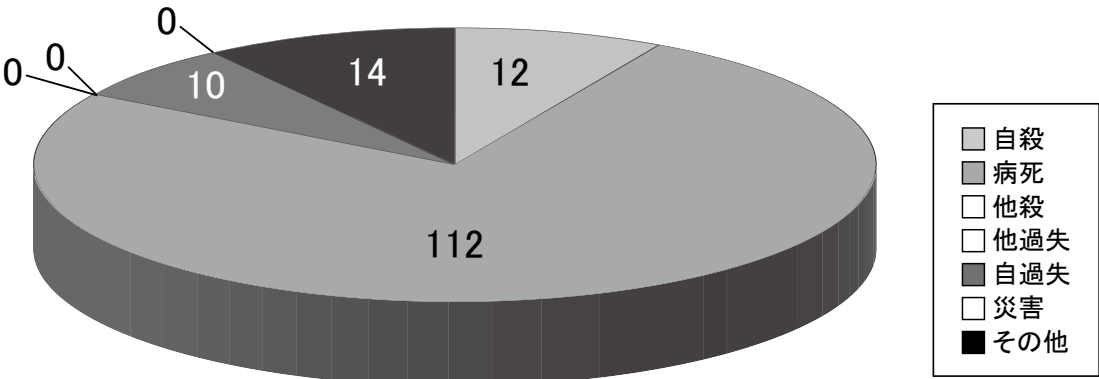
ラシック音楽を教養として捉え、深刻な顔をして聞き入る日本人の多くのクラシック愛好家にとっては、あまりにも洒落で軽すぎる彼の音楽は、バッハやベートーヴェンに比べると一段下の音楽と見なされているようです。今回はテレマンの数多くの作品の中から「ターフェルムジーク」（食卓の音楽）を紹介したいと思います。食卓の音楽とは、王侯貴族や富裕階級の食事、宴会の際に食卓のかたわらで演奏される一種の社交音楽です。全3巻からなるテレマンの「ターフェルムジーク」は管弦楽組曲、四重奏曲、協奏曲、トリオ・ソナ

タ等の6種類の形式で18曲と多彩な組み合わせで構成されています。バッハの場合では、祝典用の作品でも何となく堅苦しく、襟を正さなければならぬ雰囲気を醸し出すのに比べると、比較的平明な主題から繰り出される洗練さと優雅さを併せ持ったテレマンのこの作品集は、まるでBGMのようにすんなりと馴染みやすく、最高の癒しの音楽と言って良いと思います。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 の 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-17	12	112	0	0	10	0	14	148

死体検案数と死亡種別（平成 29 年 10 月分）



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

理 事 会

— 第 15 回 —

11 月 2 日 午後 5 時～6 時 52 分

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

協議事項

1 第 13 回医療関係団体新年互礼会について

平成 30 年 1 月 6 日（土）にホテルニュータナカにおいて開催する、標記互礼会の次第等について協議を行った。

2 第 62 回日本生殖医学会学術講演会・総会の名義後援及び助成金について

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座の杉野法広 教授より、11 月 16～17 日に下関市において開催する標記学会に対する名義後援及び助成金交付の依頼があり、承認された。

3 「山口ゆめ花博」の募金活動の一部変更について

第 13 回理事会において決定した標記募金活動について、当初、県との協議で了承されていた個人の寄付金控除が認められなくなったことから対応を協議した。本会各会員には、寄付金控除は認められないものの、従前通りの内容で寄付の依頼を行うことが決定した。

4 山口県報道懇話会との懇談会について

11 月 29 日に山口市において開催することが決定し、本会から「AI と医療」及び「医師の労働時間の制限と地域医療への影響」について情報提供することが決定した。

5 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

山口県、山口県医師会、山口県糖尿病対策推進委員会が策定を進めていた標記プログラムの最終案について協議し、承認された。

6 小田悦郎 前県医師会長の叙勲受章記念祝賀会について

河村会長他 2 名の発起人より、12 月 9 日に祝賀会を開催することが決定した。

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（10 月 19 日）

病院 1 件の事案について再審議を行った。（林）

2 郡市医師会介護保険担当理事・介護保険対策委員・ケアマネ・訪問看護師との合同協議会

（10 月 19 日）

第六次山口高齢者プランの策定、介護給付費支払状況、訪問看護師の確保等についての協議及び中国四国医師会連合総会の報告等を行った。

（清水）

3 郡市医師会産業保健担当理事協議会

（10 月 19 日）

9 月 28 日（木）に日本医師会館で開催された「第 39 回産業保健活動推進全国会議」における協議内容について報告を行った。また、本会主催・郡市医師会協力による産業医研修会の平成 28 年度の実施結果及び平成 29 年度の実施状況の報告を行った。なお、平成 30 年度の産業医研修会については、日本医師会認定産業医制度の実施要領が改定され、新たに「治療と職業の両立支援」等のプログラムを追加して、実施していくことを報告した。（藤本）

4 薬事功労者・献血運動推進協力者表彰式

（10 月 19 日）

薬事功労者山口県知事表彰 4 名、献血運動推

理 事 会

進協力者表彰 21 団体の表彰式が行われ、山口県献血推進協議会長として、8 団体に献血推進協議会長感謝状の贈呈を行った。(河村)

5 第 1 回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議 (10 月 19 日)

各関係団体から要保護児童対策の現状と取組みについて報告が行われた。その後、初めて実施された「児童虐待に至る背景分析」等について協議が行われた。(濱本、藤野)

6 個別指導「山口市」(10 月 19 日)

診療所 4 機関について実施され立ち会った。
(萬、前川)

7 全国医師会勤務医部会連絡協議会

(10 月 21 日)

北海道医師会の担当により「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると次世代を担う勤務医の未来創成のために～」をメインテーマに開催された。午前中は、横倉義武 日本医師会長及び大島一博 内閣府大臣官房審議官による 2 題の特別講演、日医勤務医委員会委員長による委員会報告が行われた。午後からは、シンポジウムⅠ「地域の現状とその対応」、シンポジウムⅡ「地域社会をつなぐ新たな挑戦」、シンポジウムⅢ「次世代を担う若手医師の意識」が行われ、最後に「ほっかいどう宣言」を採択した。次期担当医師会は長崎県医師会。(加藤、中村、白澤)

8 第 26 回山口県西部医学会 (10 月 21 日)

一般演題 12 題、産業医科大学医学部第 2 外科学の田中文啓 教授の特別講演「肺がん診療の最前線」が行われた。(河村)

9 第 71 回長北医学会 (10 月 22 日)

会員・医療従事者等による講演 28 題、東京都健康長寿医療センターの荒木 厚 内科医総括部長

の特別講演「認知症を考慮した高齢者糖尿病の治療」等が行われた。(河村)

10 第 95 回山口県医療審議会医療法人部会

(10 月 24 日)

医療法人の設立認可 4 件、解散認可 2 件について審議が行われ、承認された。また、医療法人設立登記等完了状況について報告が行われた。
(河村)

11 第 9 回山口県肝疾患診療連携協議会

(10 月 24 日)

県、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会及び山口大学医学部附属病院等の県内病院の長で構成された標記協議会が開催された。当日は、「肝疾患相談支援室の活動について」、「平成 29 年度肝臓病教室の開催について」、「肝疾患研修会について」等の報告後、意見交換を行った。
(河村)

12 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(10 月 25 日)

医科では、新規 3 件が承認された。(河村)

13 第 2 回健康教育委員会 (10 月 26 日)

平成 29 年度健康教育テキスト「食物アレルギー」について協議するとともに、平成 30 年度健康教育テキストのテーマについて検討を行った。(藤本)

14 有床診療所部会第 3 回役員会・総会

(10 月 26 日)

役員会では、同日開催の総会の議事進行及び第 31 回全国有床診療所連絡協議会「山口大会」について協議した。また、総会では、平成 28 年度事業報告及び平成 29 年度事業計画(案)について審議した。(香田)

理 事 会

15 個別指導「岩国市」(10 月 26 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。
(萬、清水)

16 第 1 回周産期医療協議会 (10 月 26 日)

会長、副会長選任後、第 7 次山口県保健医療計画「周産期医療」の策定及び山口県の新児医療の実情と今後の課題について協議した。(藤野)

17 第 3 回生涯教育委員会 (10 月 28 日)

来年度 (3 回) の生涯研修セミナーの企画及び「山口県医学会誌投稿規程」の改定について協議を行った。(加藤)

18 地域医療構想調整会議全体会議「下関」

(10 月 31 日)

県医療政策課より「第 7 次山口県保健医療計画の改定のポイント」及び「平成 28 年度病床機能報告の結果」、県長寿社会課より「在宅医療・介護連携推進事業」、下関市医師会より「回復期・慢性期専門部会の概要」の報告の後、意見交換を行った。(弘山)

19 日本医師会設立 70 周年記念式典並びに医学大会 (11 月 1 日)

日本医師会最高優功賞 1 団体と 24 名、日本医師会優功賞 52 名、日本医師会医学賞 3 名、日本医師会医学研究奨励賞 15 名に対する表彰並びに長寿会員慶祝者紹介が行われた。その後、東京大学大学院医学系研究科免疫学の高柳 広 教授、京都大学大学院医学研究科・医学部環境衛生学の小泉昭夫 教授、熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学の荒木栄一 教授による講演が行われた。なお、濱本副会長が、在任 10 年日本医師会代議員として、日本医師会優功賞を受賞した。(河村)

20 会員の入退会異動

入会 7 件、退会 3 件、異動 8 件。(11 月 1 日)

現在会員数：1 号 1,287 名、2 号 870 名、3 号 447 名、合計 2,604 名)

医師国保理事会 ー第 12 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) に秋吉台で開催する標記ウォーキング大会について、講師の変更、役員の業務分担を決定した。

2 全国医師国民健康保険組合連合会代表者会

(10 月 20 日)

奈良県医師国保組合の担当で奈良市において開催。平成 28 年度事業及び決算報告、役員の選任等について協議、承認された。また、国庫補助率削減を早急に見直すこと等を採択し要望することが決定した。(河村)

3 全国医師国民健康保険組合連合会 第 55 回全体協議会 (10 月 20 日)

代表者会に続いて全体協議会が開催され、代表者会の報告等があった。また、「国庫補助金削減への対応及び医師国保組合の将来について」(全医連国保問題検討委員会 近藤邦夫 委員長)の基調講演と「大仏さまに込められた思い」(華嚴宗大本山東大寺長老 北河原公敬 師)の特別講演が行われた。(清水)

理 事 会

—第 16 回—

11 月 16 日 午後 5 時～6 時 32 分

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

協議事項

1 山口県医学会誌投稿規程及び内規の改定について

原稿提出方法の変更、個人情報保護法に関する項目の追加等、生涯教育委員会において検討された標記規程及び内規の改定案について協議した。一部追加変更し、平成 30 年 4 月 1 日から施行することが決定した。

2 医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査について

今年 3 月に「働き方改革実行計画」が閣議決定された。日医は「医師の働き方検討委員会」を設置し、会長諮問「医師の勤務環境改善のための具体的方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」の下、議論が進められており、各都道府県医師会の意見を集約するため標記アンケートの依頼があった。本会では、臨床研修病院及び勤務医部会メーリングリスト加入者を対象にアンケート調査を行い、その結果について協議を行った。アンケートの回答は、できる限り生の声を日医へ報告するため、集約せず提出することが決定した。

(アンケート対象施設等)

臨床研修病院 15 施設 (回答 9 施設)

山口県医師会勤務医部会のメーリングリスト

44 名 (回答 6 名)

3 療養病床転換意向等調査 (平成 29 年度第 2 回) の結果について

県が、療養病床を有する 92 の医療機関を対象に、平成 37 年度までの転換意向を把握するために実施した標記調査結果について情報提供があり、協議した。また、調査結果は、今後、地域医療構想調整会議における協議資料等として活用されることが報告された。

4 介護医療院の開設許可等に係る手数料の徴収(案)について

介護保険法の改正に伴い、介護保険施設に介護医療院が追加され、平成 30 年 4 月 1 日から施行見込みである。介護医療院の開設には、知事の許可が必要で、施行に合わせて審査事務等が発生し経費を要することから、開設許可等に係る手数料額 (介護老人保健施設と同等程度) が県から示され、協議を行った。

報告事項

1 郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会・労災保険医療委員会合同会議 (11 月 2 日)

山口労働局から、労災レセプト電算処理システム普及促進、石綿関連疾患に対する労災補償制度の取組み等について説明があった。また、自賠責保険での「交通事故医療における医師死亡後の保険請求 (診断書作成)」等について協議を行った。
(清水)

2 第 2 回禁煙推進委員会 (11 月 2 日)

本会及び禁煙推進委員会の主催で、12 月 17 日(日)に開催する「第 1 回山口県禁煙フォーラム」及び、来年度事業計画について協議した。(藤本)

3 第 1 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議 (11 月 2 日)

平成 29 年度上半期の事業報告後、平成 29 年度医師臨床研修マッチング、山口県 (行政) の医

理 事 会

師確保対策、山口大学医学部附属病院の取組みについて協議した。また、マッチング登録前の内定等について意見交換を行った。(加藤)

4 産業廃棄物排出事業者レベルアップセミナー (医療廃棄物適正処理講習会) (11 月 2 日)

山口県廃棄物・リサイクル対策課による講演「廃棄物処理法の改正の概要について」、佐藤 泉 弁護士による特別講演「排出事業者責任と法令順守～最近の違反事例及び刑事罰・行政処分について～」、ワークショップ等が行われた。(沖中)

5 日医女性医師支援センター事業中国四国ブロック会議 (11 月 4 日)

徳島県医師会の担当で岡山市で開催された。(1) 日本医師会女性医師支援センター事業の報告、(2) アンケート～改正育児休業法実施を機に～「医師会員の係わる介護問題への県医師会の取り組み」の結果報告、(3) 今年度の男女共同参画委員会としての活動、女性医師支援活動に対する意見交換、(4) 質疑応答並びに日医への要望等が行われた。(前川)

6 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会 (11 月 5 日)

診療報酬上(地域包括診療加算及び地域包括診療料)の算定要件となる、脂質異常症、糖尿病、高血圧症、認知症等に関する研修(9 講義)を実施した。受講者 42 名。(萬)

7 中国四国医師会連合医事紛争研究会

(11 月 5 日)

岡山市において、診療所と病院を同時に訴えた事例等の協議題 9 項目、日医への要望・提言 2 項目について協議を行った。(林)

8 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(11 月 8 日)

幹事の委解嘱、平成 29 年度上半期の内部監査結果報告、地方単独医療費助成事業説明会の開催状況等について報告が行われた。(河村)

9 広報委員会・歳末放談会 (11 月 9 日)

会報主要記事掲載予定(12～2 月号)、炉辺談話、県民公開講座等について協議した。その後、長谷川委員の司会により「① AI と医療、② 医師の働き方ー若手医師の確保ー、③ 高額医療費・高額薬剤」をテーマに放談会を行った。(今村)

10 山口県産業保健連絡会議・産業医部会合同会議 (11 月 9 日)

山口労働局から「労働衛生行政の動向」について、山口県産業保健総合支援センターから「支援事業」について説明の後、各事業者団体から「勤労者健康教育の取組み」について報告が行われた。山口県産業保健連絡協議会については、設置から 33 年が経過し、事業者団体から新しい意見が出ないことなどから、協議会規約に基づき廃止の提案をしたところ、①他の同様の会議で情報が共有できること、②山口労働局等からさまざまな情報収集が可能であることから、異議なく了承された。(藤本)

11 個別指導「宇部市」(11 月 9 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。

(萬、清水)

12 衛生検査所立入検査「萩」「山口」(11 月 9 日)

2 施設において、集配状況や検査業務に関する事項等の立入検査を実施した。(沖中)

13 山口県学校保健連合会表彰審査委員会

(11 月 9 日)

被表彰者の審査が行われ、本会推薦の 1 名を

理 事 会

含む個人 11 名の表彰が決定した。(河村)

14 山口県地域・職域連携推進委員会(11 月 9 日)

健康づくり対策等について、県及び関係機関の取組状況について報告の後、「働く世代の健康増進に向けた取組み」について協議した。(藤本)

15 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 105 回苦情解決部会 (11 月 10 日)

平成 29 年 4 月から 10 月までの 7 か月間の相談件数は 85 件であった。このうち、苦情・相談件数は 48 件で、当日は、苦情解決事案 23 件について検討を行った。(今村)

16 認知症サポート医フォローアップ研修会

(11 月 11 日)

本会の清水理事による報告「認知症サポート医の活動について」(山口県内のサポート医へのアンケート調査結果報告)、山口県健康福祉部長寿社会課地域包括ケア班の小林聖子 主査による講演「山口県の認知症施策について」、山口大学大学院医学系研究科神経内科学の川井元晴 准教授による特別講演「運転免許返納への対応について」が行われた。受講者 22 名。(清水)

17 いい医師の日：県民公開講座 (11 月 12 日)

「いのち きずな やさしさ」をテーマに募集した第 8 回フォトコンテストの表彰式、順天堂大学医学部総合診療科・病院管理学の小林弘幸 教授による特別講演「腸から若返る」等が行われ、参加者は 531 名であった。(今村)

18 病院勤務医懇談会「山口宇部医療センター」

(11 月 14 日)

「医師の勤務環境に向けて」をテーマに意見交換を行った。また、病院機能の充実・向上に向けて、①病院のブランディングへの対策、②病院機能の発信についての対策、③専門医療機関である

が故の他医療機関との連携強化策について要望が出された。(加藤)

19 第 1 回山口県医療対策協議会 (11 月 15 日)

第 7 次山口県保健医療計画(素案)の概要報告がされたあと、①地域の保健・医療を担う人材の確保と資質の向上、②へき地医療、について協議が行われた。(今村)

医師国保理事会 ー第 13 回ー

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

山福株式会社取締役会

出席者 取締役 8 名 監査役 3 名

1 上半期の決算報告について

原案どおり、承認された。

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.mmm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。



子育て支援フォーラム in 山口 ～子育ての応援とゼロ歳児からの虐待防止を目指して～

日 時 平成 30 年 1 月 27 日 (土) 14:00 ～ 17:00
場 所 ホテルかめ福「ロイヤルホール」
山口市湯田温泉 4-5 TEL: 083-922-7000

開 会 14:00

基調講演 14:10 ～ 15:00

すべての子どもに愛ある家庭を

(特非) SOS 子どもの村 JAPAN 常務理事 坂本 雅子

シンポジウム 15:00 ～ 16:20

(1) 超具体的子育て支援「こんなとき、どう言えば？」

～親子関係も心模様も、すべては言葉から始まる～

広島市児童相談所嘱託医 岡田 隆介

(2) 「育てにくさ」に寄り添う支援

～児童虐待死亡事例等検証報告書から～

あきやま子どもクリニック院長 秋山千枝子

(3) 取り組もう！保健・医療・福祉による効果的な虐待予防

～妊娠期からの切れ目ない支援を目指して～

医療法人井上小児科医院（大分県中津市）院長／

日本小児精神神経学会代議員 井上 登生

(4) 今日の子ども家庭と新たな社会的養育の現状・課題

社会福祉法人山梨立正光生園理事長／

山梨県立大学人間福祉学部特任教授 加賀美尤祥

討 議 16:30 ～ 16:55

閉 会 17:00

参加者 一般市民、医療関係者、行政担当者、児童福祉施設などの関係者 他

定 員 300 名（先着順・定員になり次第締切）

参加費 無料

託児所 事前予約制

申込方法 はがき、メール、FAX のいずれかに郵便番号、住所、氏名、TEL・FAX 番号、託児所利用の有無（利用を希望される場合は託児人数、託児者の性別及び年齢（○歳○か月まで記載ください）を記載のうえ、平成 30 年 1 月 19 日（金）までに申し込んでください。

申 込 先 はがき：山口県医師会 医療課（〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1-1）

メール：gyakutai@po.med.or.jp

F A X：083-922-2527

問合せ先 山口県医師会事務局 医療課 TEL：083-922-2510

今年の漢字

飄

々

広報委員

津永 長門

年の瀬を迎え、今年も残すところあとわずかとなりました。12月12日は「漢字の日」で、「1(いい) 2(字) 1(一) 2(字)」の語呂合わせになるのだそうで、毎年、この日にあわせ、今年を象徴する漢字1字を全国から募集し、京都の清水寺で発表するのが年末の風物詩になっています。私も当たったことはありませんが、今年を振り返り、予想してみましょう。

今年の主役の一人は間違いなく1月に就任したトランプ大統領でしょう。よくこれだけ無茶苦茶をして大統領にとどまれているのか理解不能です。アメリカは不思議な国ですね。北朝鮮とのチキンレースでレッドラインを越えないか、日本も対岸の火事とは言っていない状況で心配です。

昨年に引き続き、男女の不適切な関係も話題になりました。芸能人ならまだしも、政治家の先生も、国会ではなく某所で政策論議をされるそうで、「一線を越えてない」と言われても、信じる有権者はいるのでしょうか。

総選挙は、希望の党の敵失で、自民党の圧勝で終わりました。自分の主張と相容れない人を線引きするための「排除します」の一言で流れが変わったのには、言葉の怖さを教えさせられました。

明るい話題としては、将棋の藤井聡太 四段がプロ入り後、一直線に 29 連勝したことですね。このまま勝ち続けてほしいという国民の気持ちを忖度しないプロの世界での記録は素晴らしいですね。

医療界では、医師の働き方改革と残業時間が大

きな問題になりました。労災認定の目安といわれる月 100 時間の過労死ラインを大きく上回る医師の時間外労働の実態が報道されるようになりました。国立循環器病研究センターが時間外労働を月 300 時間まで可能とする労使協定(36 協定)を結んでいたなど、全国の病院で月 100 時間を超える 36 協定を結んでいることが明らかになっています。ほとんどの勤務医の先生方は、36 協定の存在を知らずに働いているのではないのでしょうか?私も、開業して、職員に時間外労働をさせるため労使協定を結ばなければならず、それが労働基準法第 36 条に基づくので、36 協定と呼ばれていることを初めて知りました。政府は、医師には正当な理由なしに診療を拒めない「応召義務」があるとして働き方改革実行計画の規制適用を 5 年間猶与するとしていますが、過労死ラインを超える労働の実態そのものが正当な理由であり、「応召義務」についても議論が必要ではないでしょうか。でも、開業してからの方が、24 時間待機状態という意味では、時間外労働は増えているし、時間外手当も出ないし、労災認定もされないしなあ…

個人的に今年一番印象深かったことは、ハンガリー国立歌劇場の来日公演 ドニゼッティ「ランメルモールのルチア」で、エディタ・グルベローヴァのルチアを聴けたことでしょうか。高校生の頃、ウィーンで凄いいコロラチュラ・ソプラノが現れたと耳にし、彼女にルチアを歌わせる会が結成され実現したウィーン国立歌劇場での 1978 年のライブ盤 LP を取り寄せ、その声のすごさに衝

撃を受けて以来、虜になりました。1987 年の初来日公演でのルチアの「狂乱の場」の aria に、さらに度肝を抜かれ、あの時のサントリーホール
の熱狂といつ終わるか分からない拍手を今でも鮮明に覚えています。第一線で 40 年ルチアを歌い
続けてきた彼女も 70 歳を超え、さすがに高音の

不安定さはありましたが、心に残る歌唱でした。

ということで、原稿執筆時点（11 月下旬）での私の予想する今年の漢字は「線」です。当たるかな。皆様、よいお年をお迎えください。

日医 FAX ニュース

2017 年（平成 29 年）11 月 28 日 2656 号

- 18 年度同時改定の財源確保へ気勢
- 7 対 1 等の新評価体系に各側大筋了承
- 「医療機関は総じて経営悪化」と総括
- 介護医療院の報酬・基準案を概ね了承

2017 年（平成 29 年）11 月 21 日 2655 号

- 有床診の「地域包括ケアモデル」評価へ
- 慢性期病棟データ提出、200 床以上大勢
- 入院時食事療養費、5 円増の 460 円に
- 専攻医の 1 次登録「都市部へ集中ない」

2017 年（平成 29 年）10 月 24 日 2654 号

- 医療と介護の「すみ分け」整理を
- 特養配置医師の早朝・夜間対応に新評価
- MR の情報提供、「規制強化が必要」
- オンジ製剤、暗示広告は撲滅を
- インフル総合対策を HP に掲載

2017 年（平成 29 年）11 月 14 日 2653 号

- 財務省の主張に「強い憤り」
- 安倍首相と面会、18 年度プラス改定要望
- 複数医療機関の訪問診療、評価対象拡大
- 財政審指摘に厚労省「実調は適切」

2017 年（平成 29 年）11 月 10 日 2652 号

- 「プラス改定必要なのは明白」
- 一般病院の損益率マイナス 4.2%に悪化
- 医師など常勤要件の見直しを提案
- 管理者要件、開業規制で白熱

2017 年（平成 29 年）11 月 3 日 2651 号

- 加藤厚労相に適切な財源確保を要望
- 遠隔診療への評価、議論は平行線
- 生活習慣病管理料の要件見直しで合意
- 医療提供施設との連携も可に

2017 年（平成 29 年）10 月 31 日 2650 号

- 「医療機関の経営状況など踏まえ議論」
- マイナス改定に強い危機感
- 病床機能報告の基準に「在院期間」
- 基礎的医薬品の対象拡大を審議

医師資格証を持ちましょう

「医師資格証」は HPKI (保健医療福祉分野公開鍵基盤) の枠組みを使った日本医師会認証局が発行する医師資格を証明するカードです

医師資格証は
5年ごとの
更新になりました

申請方法と
受け取り方法が
変更になりました

年間利用料が
廃止されました

2年ごとの
オンライン更新が
不要になりました

診療情報提供書等への HPKI 電子署名に対応しています

医師資格証 ご利用シーン



地域医療連携内での
診療情報提供書への
HPKI 電子署名
(平成 28 年診療報酬改定におい
て加算を算定することが可能)

電子処方せん発行時の
HPKI 電子署名に使用



日医生涯教育制度、認定
医、かかりつけ医など各
種研修時の受講履歴、
取得単位管理に使用

地域医療連携システムへ
のログイン認証



医師資格証ポータル
サイトの利用



治験データへの
HPKI 電子署名



文書交換サービス
の利用



身分証としての活用
JAL DOCTOR 登録制度
などへの任意登録に使用
する
※医師資格証を身分証として活用で
きるように各企業、行政機関に働き
かけを行なっています



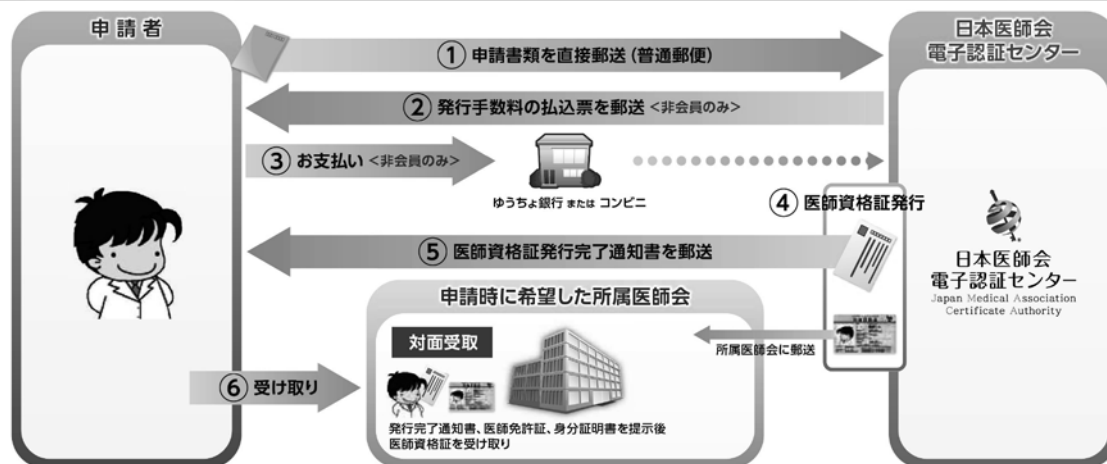
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込 2-28-8 文京グリーンコートセンターオフィス17階

詳しくは日本医師会電子認証センターホームページをご覧ください。 <http://www.jmaca.med.or.jp/>



医師資格証申請方法



新しい発行方法

- ①「申請書類」一式を.....日本医師会電子認証センターへ郵送します。
- ②発行手数料の払込票が郵送されます。<非会員のみ>
- ③ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。<非会員のみ>
- ④医師資格証が発行されます。<非会員は払込確認後>
- ⑤医師資格証 発行完了通知書が郵送にて到着します。
- ⑥「対面受取時の書類」を持ち、.....申請時に希望した所属医師会に医師資格証を受け取りに行きます。
※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
- ⑤ 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)
- ⑥ 医師免許証コピー
- ⑦ 住民票の写し (原本)
- ⑧ 身分証のコピー (下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード (裏面不要)

「対面受取時の書類」 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認を してください。

- ① 医師資格証 発行完了通知書
- ② 医師免許証原本提示
または
医師免許証原本のコピーに実印を押印したものと印鑑登録証明書を提出
(裏書がある場合は裏面コピーにも実印を押印して提出)
- ③ 身分証原本提示 (下記のいずれか1点)
・運転免許証 ・住民基本台帳カード ・パスポート
・官公庁職員身分証明書の顔写真の貼付された身分証明書
・平成 24 年 4 月 1 日以降発行の運転経歴証明書 ・マイナンバーカード

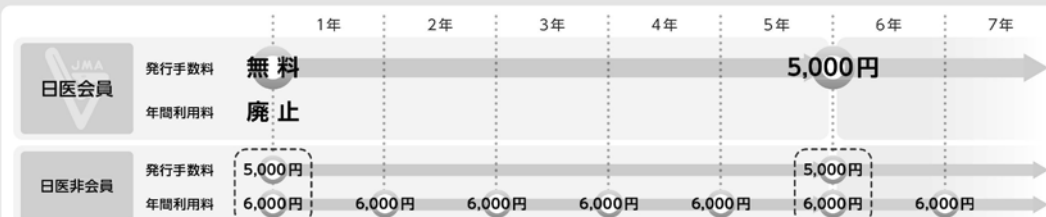
費用

日医会員

初回発行手数料は無料。年間利用料は廃止となりました。
5 年経過後の医師資格証更新時には発行手数料 5,000 円 (税別) が必要です。

日医非会員

初回発行手数料 5,000 円 (税別)。取得後 1 年目から 5 年目までの年間利用料 6,000 円 (税別)。
5 年経過後の医師資格証更新時には発行手数料 5,000 円 (税別) が必要です。
(発行・更新 1 年目は合計 11,000 円 (税別) となります)



謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

帆 足 鉄 雄	氏	下関市医師会	10 月 30 日	享 年	88
植 野 卓 也	氏	厚狭郡医師会	11 月 11 日	享 年	56
河 谷 高 士	氏	柳 井医師会	11 月 18 日	享 年	90
吉 村 宏 明	氏	熊毛郡医師会	11 月 18 日	享 年	85
柳 陽 二	氏	防 府医師会	11 月 24 日	享 年	81

編 集 後 記

今年も地震や豪雨により DMAT や JMAT が活動するような大きな災害があった。そして医療領域では、来年度の医療と介護の報酬の同時改定について、その成り行きに目の離せない年の瀬になるであろう。本号に掲載の歳末放談会においても、「2017 医療は今」と題して「AI と医療」、「医師の働き方」、「高額医療費・高額薬剤」という直近の医療課題について活発な意見交換が行われた。

最近、マイケル・マーモット著『健康格差—不平等な世界への挑戦—』を読んでいるが、私の知力、体力、経験ではなかなかサクサクとは読み進められない。因みに訳者代表の野田浩夫 先生は大学の同級生である。マーモット氏は、「トップ 1 % の健康でも、最下位の健康でもなく、『健康の社会的勾配』（国家間、国内の集団間、個人間の）に目を凝らすなら、回避できるはずの健康の不平等が見えてくる」とし、文中には「何かやろう。もっとやろう。もっとうまくやろう」というフレーズが幾度も出てくる。横倉義武 日医会長は、「世界に誇る国民皆保険のわが国でも健康格差の拡大が懸念されている。病気を治すという医療の枠に留まらず、何が問題なのか、何をすべきなのかについて考え、行動する上で、本書は極めて示唆に富んでいる」と推薦者のことばを書かれている。簡単なことすら行動に移すことができている自分を不甲斐なく思う。来年こそは、「何かをやろう」。

（常任理事 今村 孝子）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：<http://www.yamaguchi.med.or.jp> E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）