

県医トピック

河村会長が山口大学医学生へ講義



11月21日（火）、河村会長は山口大学医学教育学講座の非常勤講師として、医学科の4年生（臨床実習前）約100名に向けて講義をしました。「地域医療と医師会」と題して、「医師会とは」、「医学生や研修医への支援」、「医師会の取組み（事業）」、「2025年問題とは」、「かかりつけ医を中心としたまちづくり」などについて説明しました。また、「家庭内トラブルの防止策」など、今後の

医師としてのライフスタイルについてもユーモアを交えてアドバイスしました。

県医師会長が医学生へ向けて講義するのは、昨年度に続いて2年目となり、医学生にとっては、普段聞くことのない内容ということもあって、アンケート結果も概ね好評で、医師会に関心を持ってもらう良い機会になったと思います。



指導医に聴く

「私が研修医だった頃」

第2回 済生会山口総合病院副院長
重富 美智男 先生

とき 平成29年10月19日(木)

ところ 済生会山口総合病院

[聞き手：常任理事 今村 孝子]



今村常任理事 県医師会報の新コーナー「指導医に聴く『私が研修医だった頃』」の第2回目として、済生会山口総合病院副院長の重富美智男先生にお話を伺いたと思います。本日はご多忙のところ、インタビューの時間をいただきまして誠にありがとうございます。

先生は自治医科大学を昭和57年に卒業され、2年間の山口県立中央病院（現山口県立総合医療センター）での研修後、町立美和病院（現岩国市立美和病院）で3年間、再度、県立中央病院で麻酔科研修を1年間、その後、萩市見島診療所で2年間、萩市民病院で1年間勤務し、県との奨学金契約期間（9年間）を終了し、山口大学麻酔科での1年間の勤務を経て、平成4年5月から現在まで済生会山口総合病院麻酔科に勤務されていると伺っております。

まず最初に、自治医科大学の仕組みや特徴、へき地医療マインドについてお聞かせ願います。

重富先生 へき地がたくさんあって医師が少ないということから募集が始まって全国で108人、毎年、山口県からは2～3人を県内の試験で選抜して、レベルは県によって全然違いますが、みんなへき地の役に立とうという志をもって集まっており、全寮制の大学です。

今村常任理事 在学中、他の医学部とは違う科目や特徴はありましたか。

重富先生 即戦力を早く作るということで、今は他の大学でもされていると思いますが教養は1年間だけで、2年目からは2～3年で基礎医学をやって、4年からはベッドサイドで臨床を教え込まれ、6年生になると国家試験を落ちたら困るので国家試験対策授業も並行してかなりあったので、長年合格率100%を保っていたのではないかと思います。

今村常任理事 何か心に残る特徴的な授業とかはありましたか。

重富先生 授業自体は他の大学とそんなに変わらないと思うんですが、毎年、夏になると山口県に帰って来て、1～6年生までが全員集まって、例えば萩に行ったりとか、県の方が用意してくれているへき地を廻って、先輩が勤務している所でへき地研修をしたり住民の健診のお手伝いをしたりしていました。これは現在でも行っていると思います。

今村常任理事 自治医大生ならではの特徴的なものですね。卒後の研修についてはいかがでしたか。

重富先生 初期研修の研修指定病院は県立中央病院（県中）しかなかったもので、そこで研修してくれということなんです、そのころは教える方も教わる方も何をどうしてよいかわからないということで、1年目は外科及び内科を3か月ずつ、小児科、産婦人科並びに麻酔科を2か月ずつ廻りなさいということがルールとして敷かれていました。ただし、そこで何を教えてもらえとか何を教えろとかは決まっておらず、手探りの状態でスタートしました。

2年目はどこでも好きな所を廻ってよいということだったので、私はたまたま麻酔科を回った時に、麻酔科の先生が病院を移転する時期で、ICUを立ち上げるから、当直の人数がある程度必要ということで、1年手伝ってくれないかという話があり、ちょうど興味があったので麻酔とICUをやるために、2年目はずっとそこにへばり付いていました。

今村常任理事 ICUはその時にできたのですね。

重富先生 1年目の正月くらいから始まるということだったと思います。

今村常任理事 立ち上げに関与されたのですね。

重富先生 私自身はあまり知識がなかったので、看護師さん達と勉強会をしながら、また、上の先生たちに教えてもらいながら患者の第1号が新しい病院に入るまで万全の態勢を取ろうということで3か月ぐらい、予備期間がありました。

今村常任理事 なかなか経験できない体験をされたわけですね。ところで当直は内科系当直ですか。

重富先生 そうだったと思います。内科系の当直を月4回ぐらいやって、ICUの当直も毎週1回はあるので、月に7～8回ぐらいあったと思います。

今村常任理事 楽しかったですか、それともヘトヘトでしたか。

重富先生 疲れたというよりも、心地よい疲労感ではないですが、急患を診ていると、いろいろな患者がきて、さまざまな科の先生にお世話になり、たくさんの症例を診ることができました。ICUは重症患者が来るので初めてのことばかりでしたが、上級の先生が出て来て、フォローしてくださったので実力はかなりついたと思います。

今村常任理事 ICUと当直のおかげで、へき地に行く準備もできたという感じですね。

重富先生 その時に、いろいろな科の先生と知りあいになり、へき地に行っても、困った時は直接電話をして指示を仰いだり等を簡単に受けていただいて凄く助かりました。

今村常任理事 先生の2年間の研修のことをお聴きしていましたら、今のスーパーローテによく似ていて、先駆けのように感じましたが、今の臨床研修制度について、どのように思われますか。

重富先生 当院は最初は手探りの状態でスタートしましたが、今は到達目標、例えば消化器内科だったら胃カメラを何例させてできるようにする等、当院の研修医は一つの科を一人ずつ廻るので、5～6人来ても同じレベルに達するように、麻酔科であれば挿管を1か月で60～70絶対させるとか、そういう達成目的を作ってやっているの、質が保証してあげられるというのが今の研修だと思います。例えば内科でも今は4つに分かれており、必ず全部廻れるので、私の時代もそうだったらよかったのと思っています。

内科や外科が3か月というのは、少し短いですよね。もっとやりたいことがあったけれど、さわりだけを教えてもらったという感じがします。小児科と産婦人科は比較的時間が長かったので、やりたいことをやらせてもらい、特に産婦人科については私はお産に興味があったので、子宮頸管8割開大時には助産師に電話をしてもらって、当時は車を持っていなかったのに汗を垂らしながら家から病院まで2km弱を走って行って、お産を覚えてもらっていました。取り上げられる際に必

ず先生が来られるわけですが、その先生よりも早く行って、助産師の指導を受けながらやっていると「会陰切開までやってみたら」と言ってくださり、20例ぐらい、取り上げさせてもらいました。

今村常任理事 へき地でそれは役に立ちましたか。

重富先生 町立美和病院に居た時にお産をやっていて助産師が一人居たんですが、岩国の国立病院から産婦人科医が上がりて来るのに約1時間かかり、手術があると、お産に間に合わないということがあるので、以前、たまたま私が助産師さんに付いてて会陰切開をしている姿を先生が見られて、それ以降も取り上げさせてもらいました。高リスクの患者さんは最初から岩国の病院に行かれるんですが、経産婦は町内で産むようになっていたので、少しは役に立ったかなと思っています。

今村常任理事 そのようなことは、なかなか自分で意欲的に取り組まない限り、経験できませんね。他に何か心に残っていることはありますか。

重富先生 県中の旧病院では重症患者が救急車で来られると、麻酔科のトップの先生が官舎に住んでいたため、その都度呼ばれるんですが、その時に私にも電話をかけてこられて「来るか」と言ってくださるので走って行ってました。こちらがそのような態度を示すことで、先生方も一生懸命教えてくださいました。医師になって2か月目ぐらいの時に、トラックにはねられた即死状態の子供が搬送されてきて、全身に激しい外傷があり、当時の形成外科の伊藤部長先生が当直で来られていて、「これだけ傷があるので縫ってきれいにしなさいよ」と言われて、隣で縫い方を丁寧に教えてもらい、1時間近くかけてきれいに縫合するように指導してもらいました。こんな経験は滅多にできないと思いますし、自分の宝と思っています。

今村常任理事 ヤル気があれば、いろいろなチャンスがありますよね。

重富先生 求めれば何でもやらせてもらえたということでしょうか。今はレールが敷かれているので、それに乗っていれば2年間、上手くやっているとと思いますが、私たちの時は自分から貪欲に態度に示さないと、例えば他の先生の仕事・準備等をしておくと、「じゃあこれも教えてあげようか」ということでプラスアルファのことも教えていただけたりました。

今村常任理事 楽しかった思い出はいかがですか。

重富先生 麻酔科の先生は遊びが大好きだったので、すぐにお古のゴルフクラブをくださり、3回ぐらい練習に行くと、次はゴルフ場に連れて行かれ、そのまま夜は雀荘に連れて行かれ、2晩、そこから仕事に行ったこともあります。夜は外食ばかりで、病院の前にあった喫茶店で、毎晩、手術が終わったら医師や看護師たちと一緒にご飯を食べてました。だから酒のつまみと、焼きそばしか食べていなかった気がします。

今村常任理事 先生はなぜ麻酔科を選ばれたのでしょうか。

重富先生 一番最初に廻ったのが麻酔科だったんですが、私は器用ではなかったので腰椎麻酔するのも8~9回連続で入らなかったこともあったりしたのですが、1回入り出すと二度と失敗しないぐらいにまでなりました。技術的な部分だけでなく、同期4人で一緒に自治医大から帰って来たんですが、せめて救急で活かせるテクニックぐらいは身に付けたいとの思いがあって、麻酔というよりは救急・集中治療とかいうことに惹かれて「こういう感じでいきたいな」と思いました。麻酔科のトップの先生が救急に頼られて毎回呼ばれているのをみて、麻酔科になれば役に立つことができると思い、興味を持ちました。

今みたいに当直が外科系・内科系に分かれていて4人ぐらい居るということではなく、当時は1人ぐらいしか居ませんでした。できなければ、すぐに助けを呼べというようなかんじでした。

今村常任理事 研修医時代にやり残したこと、やりたかったことはありますか。

重富先生 私は冒頭に述べた科しか廻っていないので脳外科、整形外科などの先生とも知り合うわけですが、CT等の読影力もないので、これらの科についてももしっかり教えてもらっておけばよかったなと思います。美和病院や萩市民病院は、医師は院長と自分しか居らず、実質一人で行っているのとあまり変わらないようなものでしたから。

今村常任理事 もう少し研修期間が長かったらと思われたことはありますか。

重富先生 もう 1 年あったら、脳外科を廻り、患者の診方を勉強したりしたかったなと思います。今は例えば美和病院だと自治医大の卒業生が 4 人居り、そこで教え込まれるということがあるので、3 年目は総合診療の研修が受けられると思えば十分かなと思い、むしろ今の方が凄く良いなと思います。

今村常任理事 他に何か思い出深いことがありますか。

重富先生 麻酔科は他の病院に行っても年に 2 回ぐらい皆でゴルフ場に集まって、夜は泊まってというようなことがあって、全然知らない人たちが集まり、輪が広がっていき、交流が持てました。「将来的に本当にやりたければ集中治療でも麻酔でもやってみるか」と言ってくれた先生が居て、山大出身ではないのに教授も含めて仲間が、最初から山大の研究生のような扱いをしてくれていたことで凄くスムーズに義務が明けてからの道を選ぶことができました。

今村常任理事 良い出会いがあったんですね。

重富先生 ラッキーでした。他の人たちをみても、自分が憧れる先生に出会っても、その先生が遠くに行ってしまったら自分の行き場がなくなり、そのままへき地に残らざるを得なかったというよう

なこともありましたので。もともとへき地医療を志して自治医大に行ったわけなので、私なんかは麻酔に逃げたと思われるのかもしれませんが、今でもドクターカーに週 2 回乗ってますし、地域連携でも一切、断らないようにしてやっていますので、これも一つのへき地医療の延長かなと思っています。

今村常任理事 先生の意気込みと自治医大の卒業生としての責務を感じます。

重富先生 自治医大の卒業生は大学に戻って教授を目指した人、私のように県に残って麻酔科でありながら病院で勤務する人などさまざまですが、そうしておかないと後輩の選択肢がなくなるかなという思いがありますし、みんな、自分が悩んだ時に選択肢の中にどこかの科に行きたいということであれば、口を利いてあげないといけないと思っています。

今村常任理事 確かにいろいろなロールモデルがあることはとても大切ですね。次に山口県の地域医療について、お話し願いますか。

重富先生 私は出身が萩なんですが、山陰と山陽の格差が凄いです。山陰は怖いほど広いですが、麻酔科医が一人もいません。当院も麻酔科の医師が増えたので、平成 29 年 4 月までは長門に毎週、私ともう一人の者が交互に麻酔をかけに行っていました。その前は萩市民病院に金曜日の午前中に当院で麻酔をかけて、整形の麻酔をかけに 13 時ぐらいから行って 22 時ぐらいまでかけたりしていました。あちらに麻酔科医が居ないことや、いろいろな科がないことは住民にとって凄く不便だと思います。今はヘリコプターがあるので結構近くにはなったんですが、夜に急患が出たら大変なことになりますので山陰側を充実させてあげたいなと思い、私自身、当院を退職したら仲間を連れて少しでも支えられればと思っています。

今村常任理事 医師会や県としては、どうしたら格差が埋められると思われますか。

重富先生 まず数が揃っていないといけないと思いますし、仮に医局にたくさん麻酔科医が増えたとしても、行きたいという人が居なければ仕方ないので、行きたくなるような人を一人配置しておけば、一年ぐらい行ってみようかなというようになるのではないかと思います。私のもとで麻酔科になった研修医が次で 6 人目になるのですが、当院へ帰って来てもらいたくても、人数が足りているのでなかなか一緒に働けないのですが、自分がそういった所に行っていれば「大変でしょう。手伝いましょうか?」と言ってくれる子が出てくるのではないかとということがちょっとした夢です。自分が何歳までできるかはわかりませんが。

今村常任理事 素晴らしいお考えですね。ところで今の研修医気質みたいなものはありますか。

重富先生 今の子は本当に賢くて、よく勉強します。少しずる賢さもありませんが、教えたことは飲み込みも早いし、プレゼンもそつなくこなしています。私は研修医時代に前の晩に大酒を飲まされて、翌日の昼まで寝ていて、みんなから心配され先生に謝ったこともありました。今の研修医はそういったことは絶対ないです。ただ、夜にごちそうするからと食事に誘っても、「プライベートは別なので」と言って、付いて来ない人も中にはいますね。

今村常任理事 研修医の先生に何かメッセージがありますか。

重富先生 せっかく当院に来てもらうからには、最高のテクニックなり知識を与えてあげられるよう頑張っておりますが、ただ技術・知識だけではなく、患者に接する態度や、私たちが診察して不安がっている人たちや家族をどのようにして和ませているか等、内科だったら看取りを含めて、どのように接しているかを将来の模範にしてもらえたらと思います。当院の医師には「研修医のみんなが憧れるような後姿を見せてやってほしい」ということを常々言っています。

今村常任理事 先生ご自身が憧れる、尊敬される先生に出会われたこともあり、そういう出会いを後輩にも持たせたいという思い、また、研修医の「憧れ」になれるような指導医になってほしいという思いがとてもよく分かります。

重富先生 私自身はすごく良い先生に出会ったので、その恩返しではないですが、私を感じたようなものを私自身に感じてくれればと思います。裏表がないように接しているつもりです。そして嫌なこともあるけれども、それ以上に一生懸命にやっていたら報われるし、理解してもらえることもたくさんあることを伝えていきたいです。

今村常任理事 研修の 2 年間は、医師のスタートとして、臨床医としての姿を学ぶ一番大切な時期なので、憧れてもらえるような人に上級医にはなってほしいということですね。

重富先生 そうなることで、自分たちが上になった時に、今度は下にも示してあげられると思うので。よく、鳥が卵から孵って最初に見たものを親と思って付いていくと言いますが、研修医はまだ医者のお卵が孵ったばかりなので、最初に見た親になってあげないといけないと思っています。

今村常任理事 本日は、本当に興味深いお話、心温まるお話をお聞かせいただきまして、誠にありがとうございました。先生の今後ますますのご活躍とご健勝を祈念しております。



2018 年のスギ・ヒノキ花粉数の予測

【記：山口県医師会常任理事／

沖中耳鼻咽喉科クリニック（花粉測定機関）院長 沖中 芳彦】

2016 年のシーズンまで 3 年連続で平年値（直近 10 年間の平均値）を下回り、また同じく 3 年連続して前年を下回るスギ花粉総数となっていました。2017 年は 3 年ぶりに前年並びに平年値を上回り、総数も $3,140$ 個/cm² と、同じく 3 年ぶりに $3,000$ 個/cm² を超えるスギ花粉大量飛散のシーズンとなりました（図 1）。2017 年の夏も暑く、西日本では 8 月に日照時間、平均気温ともに平年以上であったようで、スギ雄花への分化が進むことも考えられましたが、例年のように 11 月上旬にスギの木を観察してみますと、雄花を着けている枝の割合（筆者はこれを便宜上「着花率」と称しております）は、木によってばらつきが大きく、非常に多いものからほとんど雄花のないものまでさまざま（図 2、図 3、図 4、図 5）、観察木全体としては意外に少ない着花状態でした。図 6 は年別のスギ雄花の着花率とスギ花粉数のグラフです。棒グラフは左軸で、県内全測定機関のスギ総数の平均値、折れ線グラフは右軸で、20 数か所のスギの木の着花率です。今シーズンの着花率にばらつきが大きいのはグラフに示す通りですが、2000 年以降の平均着花率と花粉総数の回帰式によりますと、県内測定施設の平均値として、約 $2,200$ 個/cm² というスギ花粉総数の予測値となりました。平年値が $2,600$ 個/cm² のので、平年をやや下回る値となります。

一方、ヒノキですが、図 7、図 8 は同一の木のそれぞれ 2016 年、2017 年秋のものです。一帯の木に関しては両年とも多くの花芽が着いていますが、本年は昨年と同等かそれ以上の着き具合と思われました。2017 年は、当時の平年値 930 個/cm² に対し、 $1,450$ 個/cm² の飛散総数となりました。昨年と同程度の飛散となれば、平年値（ $1,040$ 個/cm²）をやや上回る数となります。

シーズン中、花粉の残存の程度を確認するた

めに、手にとって雄花を確認することのできる木を、スギ花粉総数の予測のためのスギの木とは別に、多数観察しています。しかし近年、花粉対策として、これらの木が枝打ちされることや（図 9）、木そのものが伐採されることも多くなってきました。もちろん、花粉症の方々には、雄花を着けている枝やスギの木自体が少なくなることは良いことですが、雄花や花粉の観察、飛散の予測をすることは、次第に難しい状況になってきています。

ところで、今シーズンのスギ花粉総数を約 $2,200$ 個/cm² と予測しましたが、一点気になることがあります。ご存じの方も多いと思いますが、スギ花粉は少数ではあるものの秋にも飛散します。秋の飛散数が多いとシーズン中のスギ総数も多くなるということも言われておりますが、今シーズンは秋のスギ花粉捕集数が比較的多いのです。当測定点でスライドガラス上の特定の観察範囲に捕集された前年秋（10 月から 12 月）のスギ花粉数の合計とシーズン中のスギ花粉総数との比較データを、今シーズンの着花率からの予測数に近い花粉総数であった過去の数年でみても、2014 年（ $2,530$ 個/cm²）の前年秋が 18 個、2012 年（ $2,110$ 個/cm²）が 9 個、2007 年（ $2,440$ 個/cm²）が 22 個であったのに対し、今シーズンは 10 月 1 日から 11 月 27 日までで既に 47 個と、多くのスギ花粉を捕集しています。ちなみに 2017 年のシーズンのスギ花粉飛散総数 $3,140$ 個/cm² に対し、前年秋の花粉捕集数は 60 個でした。前述のように、観察木の着花率からは平年をやや下回る予測となりましたが、今シーズンは木による着花率の差が大きいため、観察木以外の多くの木の着花状態が良ければ飛散数が予測以上になる可能性も否定できませんので、シーズン中の飛散状況にご注意いただきたいと思います。

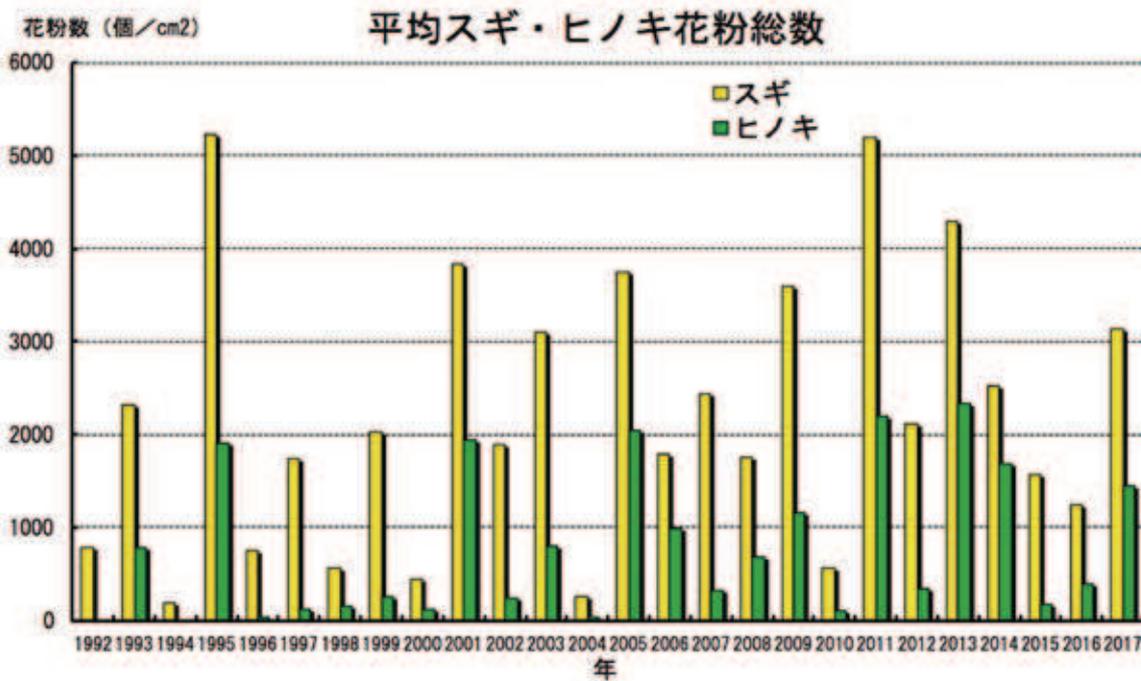


図1 年別スギ・ヒノキ花粉総数



図2 Kg 地点のスギ (2016 年秋)



図3 Kg 地点のスギ (2017 年秋)



図4 ms 地点のスギ (2016 年秋)



図5 ms 地点のスギ (2017 年秋)

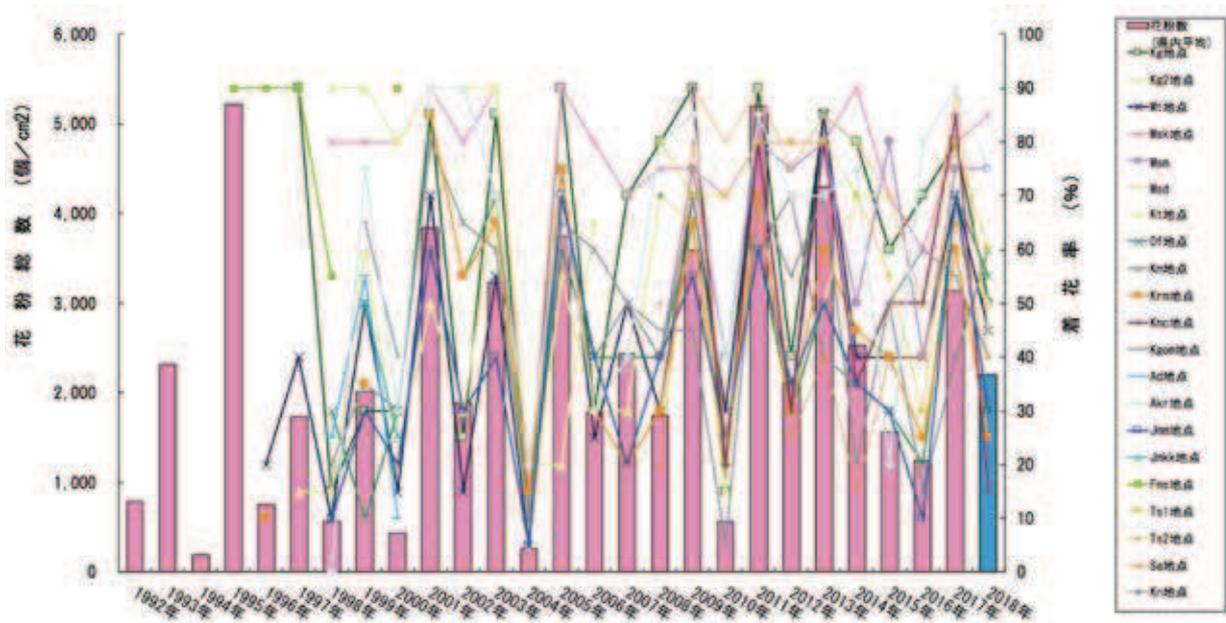


図6 スギ着花率と飛散数



図7 kg地点のヒノキ (2016年秋)



図8 kg地点のヒノキ (2017年秋)



図9 枝打ちされたスギの木



ホッ！これで安心。

保育サポーターバンクとは…

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

仕事と家庭(育児)の両立を目指している 医師の方々へ

支援の例

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

支援の流れ



① 医師 → 女性医師保育相談員 (相談)

② 女性医師保育相談員 → 保育サポーター (依頼)

③ 保育サポーター → 医師 (報酬)

④ 保育の具体的な内容や条件の話し合い

▲ 必要があれば同席

- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!



山口県医師会 保育サポーターバンクをこ活用ください。

今月の視点

警察活動に協力する医師の部会（仮称）について

理事 香田 和宏

総論

平成 27 年 1 月 10 日、日本医師会館において都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会が、全国組織化の第一歩として開催された。長年、警察の検視に立ち会い献身的な取組みをされていた日本警察医会が発展的解散を選択された。

会の冒頭にあたり、横倉会長が「医師は、病気を治し、健康を守ることを目的とし、崇高な理念と職業倫理の裏付けられた職業であることは今更言うまでもない。近年においては、社会や文化の面から特別に認められた資格に基づいて、医療だけではなく社会的な責務が課せられている。公益性に資することにさまざまな役割があるが、中でもお亡くなりになった方の死因を明らかにする検案という仕事は、東日本大震災における検案活動から近年、その重要性が認識されている。生存されている患者さんの治療が大切であることは当然であるが、ご遺体に対して、死亡の原因を正確に調べご遺族の方へ伝える、あるいは何らかの治験を社会へ還元することも亡くなられた方に対する最後の医療という大変公益的な性質を持つ」と挨拶された。

以前より、各方面から大規模災害などが発生した場合の要請に応えるための組織化を進めるべきとの声が上がリ、これに応える形で日医が日本警察医会関係者と協議を重ね、当協議会を開催する運びになった。また、近年、政府は犯罪死見逃しを問題視し、制度の見直しに着手した。日医も警察庁による「犯罪の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する研究会」等の報告を受けて

議論を重ねて平成 24 年 6 月に死因究明二法（死因身元調査法、死因究明等推進法）が成立した。死因究明等推進法は死因究明及び身元確認の理念と基本施策を規定したものである。これに基づき平成 26 年 6 月に政府が閣議決定した死因究明等推進計画は、わが国初の死因究明を体系的に規定した法律であった。同法では、都道府県に「死因究明等推進協議会」（仮称）を設置し、具体的な実施体制は各地方の実情に応じて議論する旨、最終的には各自治体に投げられた。また、同計画には当面の重要施策として 8 項目が挙げられ、その第一が法医学に関する知見を活用して死因究明を行う専門的機関の全国的な整備であった。このため、日医においても検案に係わる研修の充実、人材の確保や大規模災害時の派遣体制を整備するなど全国的な組織化を行い、警察との検視・調査への立会い、検案をする医師のネットワークを強化することが明記された。これも先導役を担うこととなった。

「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」の設置状況について

日医は、警察活動に協力する医師の組織化は重要であるとの再認識から、以下の要点を挙げている。

○各都道府県医師会に警察活動に協力する医師の部会を設置

○日医で警察活動に協力する医師の部会連絡協議会を開催

○日医に警察活動への協力業務について検討する委員会を設置

○医師会が開催する「死体検案研修」による質の担保

日医は、平成 26 年 6 月に全国組織化に向けて現状把握のため都道府県医師会を対象としてアンケート調査を行った。全医師会から回答があり、既に部会を設置しているのは 24 医師会、設置予定が 16 医師会、未定が 7 医師会であった。部会の構成は、実働している医師、医師会員全員、独自の基準などさまざまであった。設置済みと回答した 24 医師会のうち、13 医師会は実働している医師、6 医師会は医師会全員、5 医師会は独自の基準により構成されていた。

日医の松本常任理事は「最も検討しなければならないのが、既存の警察医会と医師会との組織が存続してこれから部会としてまとまっていく地域における対応の問題である。日医としては、各地域の実情を勘案して、すぐに一本化が難しい場合には医師会内に連絡窓口を設けていただき、ここを通じて既存の警察医会との連携がスムーズに取れるよう配慮いただければと考えている。」と述べられた。

当県の経緯

当県では元山口県医師会長 藤原 淳 先生のご英断のもと平成 18 年 6 月に設立し、山口県医師会警察医会長に天野秀雄 先生が指名されて現在に至っている。これまでの道のりは決して平坦なものではなかったことは容易に想像できる。山口大学法医学教室教授の藤宮龍也 先生と山口県医師会で検討を重ねてこられた賜物であると思われる。

その後、技術等の習得やレベルの底上げを図るためにシリーズ化した講習会及び実地での訓練も企画された。実地訓練は、6 年前から警察、医師会、歯科医師会、自衛隊その他関係団体合同により多数の死者を伴う大規模災害時における合同訓練が開催されている。災害時において、まず現場ではトリアージなどにより、助けることができる命を救っていくという最大の任務がある。それとは逆に、助けることができなかつた多数のご遺体に向き合う必要があり、検死は必要不可欠である。救

命に対する訓練も当然必要であることは言わずと知れたことだが、ご遺体に対する尊厳、ご家族のもとにお返しする訓練も重要になると思われる。

まとめ

山口県医師会警察医会前副会長の松井 健 先生が本会報平成 18 年 7 月号に下記の通り考察を述べられている。

1984 年 2 月に日本で最初の試みとして「群馬県警察医会」が内科・外科・歯科の医師 150 名で結成された。これは県警本部が上越新幹線、関越自動車道の開通、温泉地開発などでの大規模災害の発生に対応するため直結された組織が必要と判断されたためであった。その結成 1 年半後の 1985 年 8 月 12 日、お盆の帰省で満席だった日航機が群馬県の御巢鷹山に墜落、500 例を超す死体検案が必要となる事例が起きた。

『墜落の夏―日航 123 便事故全記録―』吉岡 忍 著（新潮文庫）によると、死体検案は困難を極めたとある。きれいであったご遺体は 10 例程度で、その他のご遺体は損傷が激しく、手足、体幹はバラバラで、また、火傷も激しく指紋も取れないような状態の中、1 人の個人にまとめるのは想像をはるかに超えた、とある。御巢鷹山は長野県と群馬県の県境にあり、当時、長野県には警察医会がなかったため、もし長野県内で墜落していれば、その対応はさらに混乱をきたしたことだろう。組織が存在したからこそ、その任務は困難を極めたものの、いち早く対応できたわけであり、このことから体制作りの必要性が良く分かる。

当県の現状において組織作りは、当時の担当常任理事で現在、監事の藤野俊夫 先生から佐々木美典 先生へ引き継がれ設立に至った。その前から警察本部、山口大学法医学教授も警察医会設立に前向きであったが、どういうわけか医師会の決断に時間がかかったようである。

組織作り、検案にあたってのレベルアップは大規模災害に対する大変重要な備えであるが、特に東日本大震災を経て死因究明が非常に重要視されてきた。今後どのような災害が起こるかわからないが、南海トラフ地震に対する計画は必要と思われる。

平成 29 年 6 月、第 100 回山口県医学会総会が開かれ、特別講演として山口大学副学長で山口大学応用衛星リモートセンシング研究センター長の三浦房紀 先生が「大規模災害から命を救いたい～衛星リモートセンシングの可能性～」と題して講演された。この中で、これから起こる南海トラフ地震について触れられたが、2017 年 1 月 1 日時点で 30 年以内に発生する確率は 70% 程度、規模は M8～9 クラスで、津波の高さは高知県黒潮町で 34.4m、山口県山陽小野田市の一部で 5m 以上が襲来し、山口県の被害想定は死者 614 人（うち津波で 582 人）と想定されているとのことだった。しかし、衛星から光学センサー、マイクロセンサーで測定し、地震や津波の大きさと被害状況をビッグデータとして取り扱うことにより、津波の到達時間や大きさをシミュレーションでき、対策を立てることにより多くの命を救うことが可能になるとのことである。

こうした研究や日頃からの災害に対する訓練が、想定死者数を減少させていくことにつながると思うが、ただ、どうしても避けることのできない不慮の死に対しても向き合っていかななくてはならない。

山口県は甚大な被害が予想される高知県と、DMAT 等派遣についての協定を締結しているが、実際に発生すればかなりの混乱が予想される。まず、助けることができる命を救うことが大切であることはいうまでもないが、その後には亡くなられた人の検死も重要になってくるわけで、果たして高知県のみで対応できるものか疑問である。

防府医師会の周防 拓 先生が市の医師会報に書かれているが、県内での死体検案件数は、毎年約 2,500 件あるようで、今後さらなる検案に対応できるだろうか？これに対して警察医会の天野会長にこの件について投げかけたところ「要請があればいつでも行くよ」という心強いお言葉が返ってきて安心した次第である。だからこそ今後の警察医会の活動に厚い信頼を寄せるとともに感謝の意を表したい。

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。

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

フォトコンテスト審査会

と き 平成29年10月5日(木) 16:00～16:50

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告: 常任理事 今村 孝子]

対外広報事業として、「いのち きずな やさしさ」をテーマにしたフォトコンテストを今年度も開催した。8回目となる今回も山口県内にとどまらず全国各地から63名、146作品のご応募をいただいた。

今回も審査委員長として、平成27年3月に写真集『結界』で第34回^{どもんけん}土門拳賞を受賞された萩市在住の写真家・下瀬信雄氏を迎え、審査員を河村康明会長、吉本正博副会長、そして広報委員の堀哲二先生、渡邊恵幸先生、長谷川奈津江先生、岸本千種先生、石田健先生にお願いした。

審査会当日、会議室に並べられたすべての作品を見てみると、見る人を明るくさせ、心を癒してくれる写真ばかりであった。この中から、最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞を各1点と佳作4点、及び今年度から新設したこども賞1点の計8点の選考を開始した。

審査方法は例年同様、まず各審査員に付箋を8枚ずつ配付し、気に入った作品に貼るというものである。各審査員はそれぞれの感性を活かして、真剣な面持ちで次々に付箋を貼り付けていった。第一次審査では、146作品の中から約40作品が選ばれたが、どれも力作揃いで、下瀬審査委員長によると“甲乙つけがたい”とのことである。選ばれた作品を集め、各審査員が今度は付箋を5枚ずつ貼っていき、その後、下瀬審査委員長の進行のもと、審査員の協議により審査が進められた。被写体の表情、構図、光の使い方だけでなく、それらを通して伝わる撮影者の「伝えたいメッセージ」がわ



かる、あるいは「発見」、「感動」がはっきり出ている作品が審査員の心を捉えたようである。審査開始から約40分後、最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞、佳作4点、こども賞1点の各受賞作品が決定した。

なお、受賞作品については11月12日(日)に開催した県民公開講座(次頁)にて表彰式を行い、下瀬審査委員長による講評も行っていただき、応募いただいたすべての作品展示も同時に開催した。

ご応募いただいた皆さま、審査員の皆さまに深く感謝いたします。



県民公開講座 「腸から若返る」

と き 平成 29 年 11 月 12 日 (日) 13:30 ~ 15:15

ところ 山口県総合保健会館 2 階「多目的ホール」

[報告 : 広報委員 渡邊 恵幸]



平成 29 年 11 月 12 日の 13 時 30 分より山口県医師会の主催で県民公開講座が山口県総合保健会館多目的ホールにて開催された。

当日は久しぶりの秋好日であった。この日を逃したら絶好の紅葉狩りの機会を逸すると思い、朝早く起き、霧の中を一路、津和野に向かった。8 時に当地に着くと、静寂の中に白壁の堀庭園と朝日に輝く紅葉が私を迎えてくれた。その時間では、まだ、観光客は見られずゆっくりと撮影に没頭した。去年は時期を逃したため見るができなかったのが今回は秋の素晴らしい風景にひたるこ

とができたのは僥倖であった。後ろ髪をひかれる思いを感じながら 10 時 30 分、帰宅の途についた。途中、長門峡は多くの人であふれていた。自宅で昼食を取り、保健会館に向かった。すると多くの方が会場方面に向かっておられる。他の会場に行かれるのかと思っていたら、私どもの会場に向かっておられた。開演前の早い時間からこのように来られるのは初めてである。

13 時 30 分、河村康明 会長のご挨拶で開演となった。その中で山口県は健診の受診率が全国で最低であることを述べられたことが心に残った。

特別講演の前に「いのち きずな やさしさ」をテーマにしたフォトコンテストの表彰式があった。審査委員長は土門拳賞を受賞された萩市在住の写真家 下瀬信雄 先生で県医師会の会長、副会長、広報委員数名により先月に審査された。このコンテストに年々応募者が増加していることは嬉しいことである。表彰式の後に、下瀬先生の講評が入賞作品のスライドを使用して行われた。先生のソフトで優しい語り口での講評は、聞く者の耳に心地よい。講評を聞くと、写真を撮る上でのアドバイスがちりばめられている。私は 20 数年前、



表彰式

山口市であった下瀬先生の写真教室に入門した。形式は今回と同じように各人の写真を講評するスタイルで各自が身につけていくものであった。受講した約 5 年間は私にとって大切な宝物である。

講評が終わってよいよ特別講演である。今回の演者は順天堂大学の小林弘幸 教授である。テレビに多く出演しておられる有名な先生で、そのためか県民公開講座が始まって以来の多くの観衆（約 530 名）であった。会場（総合保健会館多目的ホール）の 2 階まで観衆で埋まったのを初めて見た。題名は「腸から若返る」であった。会員の先生方には生理学講義の復習であった。観衆の皆さんにはわかりやすくリズムに乗り、笑いを交えて人間は自律神経（交感神経と副交感神経）のバランスを保つことが大事であると講演された。つまり交感神経と副交感神経のどちらかだけが優位になることを避けるべきで、両神経ともに高いレベルでバランスよく保たれていることが大事であると講演された。

高いレベルで自律神経を保つために役に立つのが音楽であると、先生はいろいろな著書に書いておられる。そのなかで私は「ぐっすり眠れるための CD ブック」を持っている。枕頭の CD ラジカセに入れっぱなしである。いざ寝ようと思えば



イッチを入れると、全曲が終わる頃には睡眠の世界である。それでも寝れない時は、もう 1 回聞きなおすと α 波の世界で夢の中である。CD ラジカセの電源は翌朝まで ON の状態で、目覚めた時に OFF にする。

不眠の患者さんに紹介しているが、私たちの世代は「もったいない」の時代に育ったためか、かけっぱなしというのに抵抗があるようだ。

その他に、自律神経のバランスを保つために役に立つのが「3 行日記」だと説明された。これは 1) 今日いちばん失敗したこと、2) 今日いちばん感動したこと、3) 明日の目標、をそれぞれ 1 行の簡潔な文で書いていくことである。当日の私の 3 行日記は次のようにしたためた。

- 1) 司会の山下先生、長谷川先生が壇上で司会をされなかったので写真を撮れなかった。
- 2) 小林先生の素晴らしい講演を聴くことができた。
- 3) スクワットを明日から実行しようということになった。

今回の成功から、次回の演者選考に私だけでなく広報委員の先生方は大きなヒントを得られたと思っている。

帰るときに眺めた会館の横にある紅葉が一段と輝いて見えた。



フォトコンテスト応募作品展示会場



平成 29 年度 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

と き 平成 29 年 10 月 19 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 理事 清水 暢]

協議事項

1. 第六次やまぐち高齢者プランの策定について

県長寿社会課 策定の趣旨は、現行の「第五次やまぐち高齢者プラン」(H27 ~ H29)を見直し、「第六次やまぐち高齢者プラン」(H30 ~ H32)を策定することとしている。作成にあたっては、国の介護保険事業支援計画指針(案)及び老人福祉計画の見直し(国通知)に基づき策定を行うこととなっている。指針案のポイントは、介護保険事業等の実態把握や課題分析の実施、施策の達成状況の調査、分析、評価及び公表(PDCA サイクルの確立)、市町が行う自立支援・介護予防・重度化防止及び介護給付等に要する費用の適正化への取組みへの支援に関する県の取組み及び目標設定、地域包括ケアシステム構築のための重点的取組事項である。構築にあたっての重点項目として、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の促進、④地域ケア会議の推進、⑤介護予防の推進、⑥高齢者の居住安定に係る施策との連携、であり今回新しい項目として、④地域ケア会議の推進については、力を入れて実施を検討している。

現行プランの進捗状況については、数値目標は 20 項目のうち 8 項目で目標を達成しており、概ね順調に推移している。本県の高齢者を取り巻く現状に鑑み、高齢化の進行や認知症高齢者の増加等を踏まえ作成していくこととしている。また、介護保険制度改正のポイントとして自立支援・重度化防止に向けた取組みの推進、医療・介護連携の推進(新たな介護保険施設としての介護医療院の創設)、地域共生社会の実現に向けた取組みの推

進等を含めて計画を策定する。このたび、医療計画の計画期間が 5 年から 6 年に変わり、次期計画では高齢者プランの開始年度が一致することから、そのあたりを踏まえ在宅医療の整備目標、介護サービスの整備目標との整合性を確保しながら策定することとしている。

現在、骨子まで固まっており、今後は、平成 29 年 11 月に素案の審議をいただき、最終的には平成 30 年 3 月までに新プランを作成し、公表していく予定としている。

2. 介護保険制度の施行状況について

県長寿社会課 山口県では、全国に比べ約 10 年早く高齢化が進んでおり、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年に向け、全国でも有数の超高齢社会となっている。県内の要介護(支援)認定者数は平成 29 年 6 月現在 89,505 人と、制度創設当初(平成 12 年)に比べると 2.3 倍となっている。今後も介護が必要な方の増加が予測されるものの、その一方で、要支援を受けなくても介護予防事業は利用できることから、要支援認定者は減少傾向にある。

平成 29 年 5 月に介護保険法の改正があり、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「制度の持続可能性の確保」の観点から、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、利用者負担の見直しを実施された。

①自立支援・重篤化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進

保険者が自立支援と重篤化防止に積極的に取

り組むために、市町が取組み内容と目標を設定するとともに、その結果に対し、国が財政的なインセンティブを付与する。県としてはそれに支援をすることになる。

②医療・介護の連携の推進等

日常的な医学管理が必要な方や重度介護者、看取りやターミナル、それらに加えて生活施設としての機能を兼ね備えた介護医療院が新たにスタートする。また、介護療養病床廃止の経過措置が 6 年延長され、平成 36 年 3 月末までとなった。

③地域共生社会の実現に向けた取組の推進等

高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、障害福祉サービス事業所等が介護保険事業所の指定を受けやすくする特例が設定される。

④一定以上所得のある利用者の自己負担引き上げ (2 割→3 割)

平成 27 年 8 月から、280 万円以上の所得が

ある方は 2 割であったが、平成 30 年 8 月には 340 万円以上の年金収入等がある方は 3 割負担となる。

実際に負担が増える方は約 3% 程度と推定している。

⑤総報酬割 (報酬額に比例した負担) の導入

今までは加入者数に応じて保険料を徴収されていたが、新しく所得に比例して負担を変えるようになった。この制度は平成 29 年 8 月からすでに 1/2 導入されている。

厚生労働省では、負担が増加する方は全国で 1,300 万人、減少する方は 1,700 万人と試算されている。

なお、保険者機能の指定権限が強化され、悪質な有料老人ホームに対する事業所停止命令創設等が今のところ改正内容として挙がっている。

出席者

郡市医師会

大島郡 嶋元 徹 (代理)
熊毛郡 新谷 清
吉南 嘉村 哲郎
厚狭郡 土屋 直隆
美祢郡 坂井 久憲
宇部市 西村 滋生
山口市 重本 和弘
萩市 篠田 陽健
徳山 香津美知子
防府 松村 康博
下松 和崎雄一郎
岩国市 寺園 崇
小野田 萩田 勝彦
光市 守友 康則
柳井 弘田 直樹
長門市 桑原宏太郎
美祢市 札場 博義

介護保険対策委員会

委員 西村 敏郎
委員 河郷 忍
委員 矢野 秀

山口県訪問看護ステーション協会

会長 柴崎 恵子
副会長 渡辺 朱美

山口県介護支援専門員協会

副会長 橘 康彦
副会長 二井 隆一

県健康福祉部長寿社会課

地域包括ケア推進班主査 服部 勇
介護保険班主査 釘物 達文
介護保険班主任 端田 哲朗

県医師会

会長 河村 康明
常任理事 弘山 直滋
理事 香田 和宏
理事 清水 暢

3. 介護保険事業所等の指定状況について

県長寿社会課 居宅サービス、居宅介護支援、介護予防支援、地域密着型サービスは増加傾向にあるが、介護予防サービス、施設サービスは減少傾向にある。

4. 療養病床転換意向等調査の結果について

県長寿社会課 療養病床転換意向調査については、県・市町が策定する次期介護保険事業（支援）計画の基本資料とするため、療養病床の状況について調査を行っている。今回の調査では、医師会及び関係医療機関にご協力をいただき感謝申し上げます。

調査概要については、対象を県内の療養病床を有する医療機関とし、内容は①入院患者の状況（平成 29 年 7 月 1 日時点）、②平成 29 年度から 32 年度末までの転換意向である。まず入院患者の状況は、病床数全体では 8,410 床、入院患者が 7,417 人、内訳は医療療養が 6,785 床（81%）に対して 5,913 人の入院患者、介護療養が 1,625 床（19%）に対して 1,504 人の入院状況である。介護療養病床に入院されている要介護者のうち、もっとも多いのは要介護 4 で全体の平均は 4.60 である。次に、転換意向の状況は今回の調査時点では医療・介護ともに次年度以降の報酬改定とこのたび創設された介護医療院といった基準について現在検討中でもあり、回答された医療機関の中では現時点では判断保留も多いと思われる。医療療養病床は 6,785 床のうち現状維持 92%、介護医療院へ転換をする 4%、その他 4%で、そのうちの約 6 割程度が介護医療院に転換見込みとなっている。介護療養病床 1,625 床のうち引き続き現状維持 39%、介護医療院へ転換する 54%、医療療養病床へ転換する 6%、その他 1%で、そのうちの約 9 割程度が介護医療院への転換を検討している。全体の病床数では療養病床が 414 床減少、介護療養病床が 985 床減少すると見込まれている。転換時期については、医療療養病床は平成 30 年度が 35%と最も多く、介護療養病床は 31 年度が 48%と最も多くなる見込みである。

5. 介護給付費審査支払状況について

県長寿社会課 居宅介護サービスと地域密着型サービスの合計は増加傾向にあるが、施設サービスは減少傾向にある。

6. 看護・介護職員（常勤換算）1人当たり給与について

県長寿社会課 本件については、県独自で把握した数値ではないが、国において 3 年ごとに各事業所に対して経営概況を調査されたものの中に給与費の記載があったので報告する。サービスによっては減少しているが、全体的にみると平成 16 年調査結果から概ね増加傾向にある。特に平成 28 年の通所リハ専門職は若干減少しているがそれ以外の各サービスの平均給与は 3 年前に比べて増加した。

7. 訪問看護師の確保等について

山口県訪問看護ステーション協議会（柴崎会長）

訪問看護事業所は、県内 141 か所となっており、圏域でみると岩国圏域 8 か所、柳井圏域 8 か所、周南圏域 17 か所、防府圏域 17 か所、山口圏域 20 か所、宇部圏域 32 か所、下関圏域 31 か所、萩圏域 4 か所、長門圏域 4 か所である。

訪問看護師の数と質の確保について、訪問看護師の確保については、山口県看護協会と協力して訪問看護師入門研修を平成 28 年より開催している。29 年度は 2 回開催予定としており、第 1 回を 9 月に開催し 11 名の受講者があった。第 2 回は平成 30 年 3 月を予定している。内容は、座学及び訪問看護ステーションにおける実習（1 日）をしていただくことになっている。また、質の確保については、県の委託事業として訪問看護研修ステップ 1、初任者研修（3 年未満の方を対象）、中堅や管理者の研修として、訪問看護スキルアップ研修（3 年以上の方を対象）を年 5 回程度開催している。内容については、訪問看護師に調査を行い決定しているが、受講者が少ないことが課題である。

県医 24 時間対応の訪問看護ステーションの数については如何か。

訪問看護ステーション 新しい事業所は 24 時間対応をされないところが多い。

県医 24 時間を実施しようとすると、マンパワーがないと難しい。

県医 平均の訪問看護師数は。

訪問看護ステーション 例年、県医療政策課において訪問看護師の人数等を調査されているが、概ね 3～4 人の事業所が多い。

県医 新卒の看護師の就業が少ないのでは。

訪問看護ステーション 全国的に新卒を育てる動きはあるが難しい状況である。

県医 離職率が高いと聞くがいかがか。

訪問看護ステーション それほど多くはない気がする。医療政策課の調査項目には離職率や離職の理由も入っている。

県医 将来的な需給見通しはいかがか。

訪問看護ステーション 平均年齢が 40～50 代に突入しており、全国的に検討課題となっている。

8. 山口県介護支援専門員協会の活動状況について

山口県介護支援専門員協会（橘 副会長） 当協会は平成 28 年より一般社団法人化された。会員数は 1,433 名で約 17%の組織率である。現在、求められているものは、地域包括ケアシステムの強化のための中核的役割を担うこと及びケアマネジメントの質を高めることであり、国からもご審議いただいている。当協会としては、質の強化に重点的に力を入れており、介護支援専門員のスキルアップの支援として、生涯研修体系確立のための、資質向上につながる独自研修会の開催と 28 年度から法定研修（実務研修）主任更新要件研修を山口県より受託して実施している。その他、広報事業部、公益事業部、調査研究部会を作り介護支援専門員の質の強化に努めている。

県医 組織率の強化の対策については如何か。

介護支援専門員協会 当協会は日本介護支援専門員会の支部組織であり、法定研修はすべての介

護支援専門員が受講しないといけないが、そこを e-ランニングや会員であれば優先的に受けられるような仕組み作りを検討している。また、入会促進の取組みも行っている。各地域に事務局があるので、お問い合わせいただきたい。

郡市 地域包括ケアシステムのチームを作るにあたっては、すべてのケアマネに参加いただきたいが、医師や行政より呼びかけたほうがよいか。

介護支援専門員協会 主任介護支援専門員の更新研修では地域包括ケアシステムを担うことは今の更新研修を受けている方には伝わっているので、これから少しずつ土壌が広がってくると思われる。引き続き呼びかけていただきたい。

郡市 ケアマネの能力差がありすぎる。少しでもレベルアップをしてほしい。

介護支援専門員協会 国からも質の担保がなかなかできていないことから、能力の底上げをすることが必要と言われており、全国的にも研修の標準化、平準化がなされている。また、29 年度から始まった実務研修では、特定の事業所における実務体験や更新研修の見直し等されたので、少しずつ底上げができると思われる。

9. 認知症初期集中支援チーム並びに在宅医療・介護連携支援センター（相談窓口）に関する調査結果について

清水 認知症初期集中支援チームは、19 市町中、12 市町で既に設置しており、現在 13 チームが稼働中であり、平成 30 年 4 月から 2 チームが設置予定である。活動状況は、2 か月に 1 件～毎月 1 件程度、多いところでは月 4 件となっている。1 事例の最大活動期間は大半が半月程度、訪問回数は 5 回程度がもっとも多く、多くても 10 回未満である。活動する上での問題点で多いのは、本人が介入を拒否する場合、キーパーソンがいない場合である。一方、情報が上がってこない、一般相談等の介入の判断が難しい等があった。実際には、初期集中支援チームの認知度が関係機関や行政や一般市民の間で低く、現実にはあまり活用されていないように思われる。次に、在宅医療・介護連携支援センター（相談窓口）については、

19 市町のうち 7 市町で既に設置されており、そのうち郡市医師会への委託が 4 郡市医師会、検討中も多い状況であった。問題点としては、相談件数が少ない、一般的な相談と個別の相談をどう分けるのか、どのような立場の人を相談窓口にくるか等であった。

10. 中国四国医師会連合総会の報告について

清水 平成 29 年 9 月 30 日（土）に徳島市で開催された中国四国医師会連合総会における第 2 分科会（介護・認知症関係）について報告する。（詳細は本会報平成 29 年 11 月号を参照されたい。）

11. 県医師会在宅医療推進事業について

12. 県医師会地域包括ケア推進事業について

弘山常任理事 地域包括ケアシステムの構築、特に在宅医療の推進及び介護との連携については、医療・介護関係者だけでなく市町行政との体制づくりが重要であることから、県医師会では、各地域の実情に沿った取組みの推進を目的に、「在宅医療推進事業」を平成 28、29 年度に実施している。さらに、29、30 年度にかけては、助成額を増額した「地域包括ケア推進事業」を実施することとしているので、是非ご活用いただきたい。

『若き目（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

平成 29 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 29 年 10 月 21 日 (土) 10:00 ~ 17:30

ところ 札幌グランドホテル

主 催 日本医師会

担 当 北海道医師会

日本医師会の主催、北海道医師会の担当により標記協議会が札幌市にて開催された。本会部会からは前川部会長、本会から加藤、白澤、中村が出席した。

特別講演

I. 世界に羽ばたく日本の医療

日本医師会長 横倉 義武

演題は「世界に羽ばたく日本の医療」になっているが、日本の医療が世界に羽ばたくためには、日本の医療がしっかりしないといけない。今の日本の医療、今後の医療がどうなるかということを中心に、社会保障と経済成長という話と、目の前に迫った平成 30 年度の同時改定、今後の高齢社会を乗り切るための、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの推進・構築と世界医師会長就任を受けての 4 点についてが本日の講演内容である。

人口構成について、団塊の世代が 2025 年には 75 歳以上になり、その後もまだ高齢社会は続いていくが、どのような高齢社会にするかということが大きな課題である。これは実は日本だけの問題ではなくて、アジアを中心にして、高齢社会が一気に進みつつある。すべての国が、日本がこれをどう乗り切るのだろうか、非常に注目している。高齢社会を乗り切るための一つのキーポイントは、やはりユニバーサル・ヘルス・カバレッジがきちんと構築できているかどうかである。

日本では、昭和 36 年に国民皆保険の体制ができ、安心して仕事のできる、いわゆる生活の基盤がしっかりでき上がり、それが急速な経済成長につながってききた。しかしながら、高齢社会を支える若い人口が非常に減っていくわけで、そのよ

うな時代にどのような社会保障を考えていくか。やはり時代に即した改革は、われわれサイドからも主張していかなければならない。

財政主導という言葉で言われるように、財務省や厚労省を中心として医療費削減の要求・要請が出るが、国民が必要とする医療・介護を維持するためには、われわれもコスト意識を持った医療提供に臨んでいかなければならない。

私が医師になった昭和 44 年当時は、日本経済は右肩上がり、どんどん医療保険を使い得る状態で、昭和 45 ~ 47 年にかけて循環動態を診るためにスワングアンツカテーテルというものが開発されたときであり、どんどん使っても保険請求ができるからいいよという話であった。すべての患者にスワングアンツを入れて、循環動態をチェック、管理をしようというようなことをしていたが、本当に必要な患者だけにそのような物を使うというのが本来の姿であった。

現在は、経済は縮小傾向にあり、医療提供側から国民の皆さんに、将来にわたり必要な医療を継続して受けられるためには、ある程度、我慢することが重要だということも言っていかなければならない。健康な高齢者をつくっていくということが一番重要だ。

社会保障の分野から考えると、社会保障が充実すると国民の不安が解消されていく。そのためには経済が好循環に回るようにしないといけない。この点については日医もいろいろ考えており、一億総活躍、働き方改革、人づくり改革、そのようなものを使ってできるだけ多くの人が社会参加できるようにしていく。従来からわれわれは主張しているが、被用者保険の保険料率を一定にする。

企業の内部留保が 406 兆円余りあるわけで、

この 1%でもいいから賃金に回してほしい。賃金が増えれば、保険料率は一定なので、保険の金額は増える。また、所得税が増え社会保障の充実に回せる。そうなれば、医療は事業や雇用拡大に非常に有効であり、経済成長や地方創生に回って、好循環に回っていく。

ところが『日本経済新聞』が、これはどちらかというと財界の代弁をされる新聞であるが、9月ぐらいから「砂上の安心網」というシリーズを組んだ。私もインタビューを受けているが、今のような社会保障のあり方では、日本の社会保障は壊れるということを彼らは主張しており、給付を制限し、自己負担を増加させるべきであるということだ。当然のことながら給付の制限ということになると、新薬や技術が開発されたときに、それを制限する、もしくは低度医療といわれるような風邪の場合は、自費で受診するということにもなる。

そのような給付の制限をすることになれば、何らかの形で経済的なカバーが要するということになり、民間医療保険を導入しなければならない。それが一番『日本経済新聞』の言いたいことであろう。新聞やテレビのコマーシャルで、たくさん民間医療保険の宣伝をしているが、現在の日本の民間医療保険は病気をしたときの現金給付だ。病気をしたときの収入が減るから「これに入ってあげればカバーしますよ」もしくは「公的医療保険の足しになるような部分を現金給付でカバーしましょう」ということなら良いが、この民間医療保険が拡大をして現物給付をとると、公的医療保険の給付が抑制されて、民間医療保険に入っている人だけが該当する医療を受けられるようになると思われる。当然のことながら、加入者の選別をするし、所得や資産の多寡によって、国民の間に医療の格差が出てくることになる。その結果、国民の中には経済格差による医療格差が生じることに對する不満が出てくる。そうすると、国民不安が増大するということになる。このような社会保障のあり方だけは避けなければならない、好循環、明るい高齢社会をつくっていく必要がある。

そのために重要なことは、健康寿命を延ばして、高齢者になっても社会参加ができるような仕組みづくりが必要だ。国の借金が 1,200 兆円弱になっ

ており、放置しておけば国家の財政破綻を生むことが避けられない。国は金融資産もたくさん持っているのですが、実際の差額としては 520 兆円程度だが、それでも国債の発行残高が大きい。

一方で、先ほどお話ししたように、企業の利益剰余金は急速に増えており、国民の間でも将来不安があるから家計の金融資産は 180 兆円ぐらいある。企業の利益剰余金はこれほどたくさん要らないわけで、できるだけ賃金に回していくということが重要ではないか。

社会格差を、できるだけ小さくしないといけませんが、継続的に見ると格差が徐々に増大しており、何とかは正しくないといけぬ。そのために、特に医師会の役割というのは重要であろうと思う。子どもの貧困ということがマスコミでよくいわれる。特に一人親家庭の子どもたちの生活が非常に厳しい。われわれはすべての小中学校に学校医を派遣しているわけだが、子どもの貧困の早期発見、またそれに対する適切な助言、解決への問題提起なども学校医としての役割の一つではないか。

また、産業医も医師会から多く参加をさせていただいているが、産業医の助言による職場の環境の改善ができる。

われわれは地域で、かかりつけ医として活動しているわけで、自分の患者の家庭状況を把握して、どのような改善策があるということの問題提起していく。非常に医師会の役割は今後重要になってくるのではないかと考える。

こういうものを通じて、市長、知事、行政に対してもさまざまな提言、住宅政策であれば健康住宅とか、健康都市をどう造り上げていくとかいうことの提言ができるのではないかと思います。

来年 4 月から同時改定になる。本来であれば、この 9 月からはさまざまな与党の党内調整に私どもも参画をして、何とか財源を医療費として確保する努力をしているところだが、総選挙になった。結果がどのようになるにせよ、われわれとしては年末に医療費の財源をしっかりと確保していかなければいけない。その配分について、中央社会保険医療協議会でさまざまな課題についての検討をしている。今回は同時改定ということで、両者のあり方についてさまざまな議論が行われてい

る。

診療報酬の基本方針は、社会保障審議会の中の医療保険部会と医療部会で議論し、ほぼ固まりつつある。そして 11 月頃に医療経済実態調査の結果が報告されるが、従来からこの医療経済実態調査では医療が崩壊しているという指摘がされている。今年の報告がどうなるか、まだ分からないが、実感としては各医療機関、特に急性期病院の経営状況が悪化しているというような結果が出るのではないか。

そのような中で、診療報酬の基本方針を 12 月の社会保障審議会で策定する。同時に薬価調査の内容、価格調査の結果報告が出る。これにより、天皇誕生日前後に予算の方針が決まって、本体をプラスにするか、マイナスにするかということが決定されるということである。

改定にあたっての基本認識としては、人生 100 年時代を見据えた社会の実現、また、どこに住んでいても、適切な医療が安心して受けられる社会の実現、さらに制度の安定性・持続可能性の確保と、医療・介護現場の新たな働き方の推進ということである。

今後の日本の大きな課題は、国民皆保険を中心とする社会保障制度の継続である。改革の基本的な視点としては、地域包括ケアシステム構築と、医療機能の分化・強化・連携の推進ということで、さまざま地域医療計画が立てられつつあるが、各病院の病棟単位の機能分担ということで、急性期から療養期に至るそれぞれのものに対して、どのように評価していくか。そして、それがどのような機能を選択し、運営ができるような報酬をどう付けていくかということがポイントになってくる。さらには、新しいニーズに対応できる安心・安全で質の高い医療の実現、また、医療従事者の負担低減、働き方改革の推進、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上ということになる。

2015 年の年頭方針で、過去 3 年間の社会保障費の伸びが 5,000 億円程度あったので、今後も 3 年間の社会保障関係費の伸びを、高齢化のために伴う 5,000 億円程度を目安とするということが決められた。そこで 2016 年の予算では、さまざま

な制度変更をしながら、ほぼ 5,000 億円前後に医療費の伸びを抑えてきた。最終年度の 3 年目においても、自然増が 6,300 億円程度と予想が出されているので、5,000 億円とのギャップが 1,300 億円あるわけだが、それをどうするかということと同時に、改定で特に私どもが主張しているのは、過去 2 年間で最低賃金がずっと引き上げられたことによる人件費の 2%の伸びを、診療報酬で確保してもらわないと困るということを主張している。

平成 30 年度の社会保障関係費の伸びは、医療 2,800 億円、介護 1,000 億円、年金 1,500 億円、福祉 1,200 億円等ということで、6,300 億円が自然増として見込まれている。そして、財務省が認めた自然増は 5,000 億円だが、同時に高額医療費の見直しや介護納付金の総報酬割ということで、29 年度に決められて当年度中に導入されている分があり、その分が上乗せにできる。さらには薬価・材料価格改定が行われるので、何とか本体をプラスに持っていこうとしている。このようなことが、実は皆保険を維持していけるということへつながってくる。

そのような主張をしているさなかに、安倍総理が 2019 年 10 月に消費税を 8%から 10%に引き上げる、そして財政再建に充てる、当初予定であった、4 兆円のうちの半分、2 兆円規模を子ども・子育て支援や教育へ使途を変更するという話をされた。

この子ども・子育て支援や教育だけでなく、医療をはじめとする社会保障の充実に、われわれとしては充ててほしいということが一番の希望だが、たとえこの 2 兆円が子ども・子育て支援や教育ということであっても、子どもの医療ということにも使えるのではないか。この使途変更ということが、ある意味では社会保障の充実につなげてこられるものであろう。

しかしながら、問題はもう一つある。北朝鮮問題だ。わが国の防衛費は、予算総額にするとそう多くない。しかしながら、周辺の状況が不安定になってくると、やはり増額という話にならざるを得ず、そうなった場合に、その財源をどこから持ってくるかということ、社会保障を切り込まざるを得

ないという議論が当然出てくる。ということは、やはり平和というものがいかに大事かということだ。平和であるからこそ、十分な社会保障ができるということを、常に申し上げているわけだが、この防衛費の増大が社会保障に影響を及ぼさないかということも、しっかりと今後注視していく必要があるかと思っている。

医療費の本体部分は常に増やしていくということを考えておかなければいけない。医療に携わる人が全国で 300 万人を超えた。ということは、家族を含めると 1,000 万人を超えている。その人たちの給料というのが十分に手当てされておらず、常用労働者の現金給与総額の伸びが足を引っ張っているという状態である。

なお、全就業者のうち医療・福祉にする女性従事者は 20% を占めており、地方に行くほどその割合が高くなる。地方の中小都市では医療・福祉が非常に大きな産業になっている。女性の活躍という面からでも重要である。

かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムについては、資源がそれぞれの地域によって違うので、地域に応じた医療提供体制を組んでいく必要がある。特に、かかりつけ医による地域密着型の診療所に期待するところが大きい。

そのために、昨年度から、かかりつけ医機能研修制度がスタートした。毎年 7,000 ～ 8,000 人が研修を受けている。国民もかかりつけ医を持つという意識がかなり上がってきている。そのようなものを通じて、医療のあり方を改革していく。

最後に、世界医師会長就任について、1947 年に世界医師会がスタートした当時に、ヒポクラテスの誓いを現代版に直したジュネーブ宣言が規定されたが、このたび初めてそれに大幅な改定を行った。「私は、最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、安寧および能力に専心する」という働き方改革につながるような文言が入った。やはり、良い医療を行うためには、医師自身が健康でないといけないということで、このような文言が入ったということだ。

世界医師会の使命というのは、さまざまな世界の医療形態がある中で、それぞれの国の国民が適切な医療を受けられるように、また、医療を提供

する医師がしっかり仕事ができるような体制を作ることであり、いろいろな国が、日本の支援を望んでおられる。先生方にもご協力いただきながら進めていきたいと思うので、よろしく願います。

11 月 1 日、日本医師会の創立記念日でもあるが、語呂合わせで“いい医療”ということで、国民の皆さんと医療について考える日にしたらどうかということで、「いい医療の日」として登録をしたので、ぜひ先生方も患者さんと医療のあり方について一緒に考えていただければと思う。また、今年が創立 70 周年の節目に当たる。特に大きなセレモニーはないが、日本医師会医学賞受賞者の素晴らしい講演があるので、ぜひ聴講いただければと思っている。

[報告：山口県医師会理事 中村 洋]

II . 人口減少時代の医療提供

内閣官房健康・医療戦略室次長 大島 一博

もともと厚労省の人間で、社会保障に関わってきた。本日は、人口減少時代における医療提供というテーマで、簡単な答えはないけれども、乗り切れる方法がないか、ということで、いくつかお話しする。医療政策の目標は、これは原点なので、常に思い返さないといけないが、いい医療をあまねく、公平に提供することと思う。時代の背景として、人口が高齢化・少子化し減少してきた。財政面では経済成長が鈍化し、赤字が増えてきた。一言で言えば、厳しいということができ、これを乗り切れるか、というのは別の問題で、プラス面もあり、工夫もある。皆が課題を認識し、力を合わせれば乗り切れない課題ではないと思う。この議論は明確になっていないが、来年もしくは再来年にははっきりしてくると思われる。

長い期間の人口で見ると、2004 年にピークを迎え 1 億 2 千 8 百万人になり、2100 年には 5 千万人ぐらいになるだろう。これほど大規模な減り方は世界初かもしれないことから、どのように対処するかが世界的に注目されている。20 年前までは、仕事を増やさなければならぬという時代であった。団塊の世代が 65 歳を過ぎて定年し、社会的に働き手が少なくなってきたという実感を持った最初の変化と思われる。もう少し詳

しく見ると、2010 年時を 100 として、0～14 歳、15～64 歳、65 歳以上の層を見ていくと、どの層の人口も 2060 年には減り始める。2060 年を過ぎると、人口はバランスが取れ、2040～2060 年もバランスに近い状態である。2010～2040 年は人口の若い方は減るが、65 歳以上は増え続ける、最も難しい時期である。医療介護の需要が増える一方で、牽引世代が減ってくる。2040 年が最終目標地に近く、この時期に日本の高齢化率が 40% ぐらいになり、この時点をどのように乗り切ることが天井の議論になる。2019 年 10 月に消費税が 10% に上がると、その次の議論が始まる。2007～2008 年から消費税の議論が活発化した、その時は 2025 年がターゲットであった。

これから、消費税であるかどうかは別にして、中長期の次の議論は 2040 年をターゲットイヤーとしてどうするか、になる。2025 年は 75 歳以上が 2,200 万人になり、団塊の世代の全員が 75 歳に到達するが、2040 年は 65 歳以上が 40% になり、介護で言えば、85 歳以上がピークになる。この 2 つの年をどのように乗り切っていくかということになる。今 2025 年に向けて胸突き八丁でかなりきつい第一の坂を登っている。さらにその坂を登ったら 2040 年があることになるが、これをあまり悲観的に見ることはない。例えば、年金は 2004 年に大きな改正を行い、長い期間を設定し、安定化させるための方策を講じ、毎年徐々に上げ、年率、保険料率を上げていって、今年 9 月にあげる時期が終わっている。来年以降、年金・保険料は上がらない。社会保障の問題は医療と介護である。医療は 2035 年か 40 年にピークが来る。介護は少し遅れて 2060 年ごろにピークが来るので、それに向けて良い対策を立て、長い目でどのようなことをやっていくかを考えていく。

財政面で言えば、医療も介護も公的なものなので、本人負担はごく一部で、公費と保険料が 9 割であり、税収や保険料収入によってかなりの影響を受ける。このように、経済力との関係が密接である。経済が親亀、医療・介護は子亀の関係になり、親亀が安定していれば子亀も安定するが親亀が転げれば子亀も転げる。この 20 年間は、

親亀が転げていた。GDP が 1997 年は 533 兆円であり、その後それを下回ったが、去年初めて 537 兆円となり上回った。この 20 年間にはリーマンショックもあり、大震災もあった。親亀が転けた 20 年の間に、医療は 30 兆円規模が 40 兆円規模になった。介護はなかったが、10 兆円規模になった。親亀が転けたにもかかわらず、この厳しい 20 年間で医療も介護もなんとか生き延びた。経済が惨憺たる状況であったにもかかわらず、医療は 30 兆円が 40 兆円になり、ギリギリの線を保てた。医療・介護は生活の基盤であり、この間、いろんな人手を吸収する重要な分野であった。保険料率を上げたり、税金を上げたりして、なんとか医療・介護を賄ってきた。

これからの 20 年を考えた時に、できれば親亀がしっかりし、政府目標、年間 GDP 実質 2%、名目 3% の成長を達成してほしい。これが実現するとギスギスした議論をしなくても医療・介護が通常の安定的な運営が可能になる。ここまでの成長が可能なのか、ということもあるので、親亀があまり元気でなくても、子亀がしっかりやっていく方策も考えなければならない。

国民医療費と GDP の比較であるが、国民医療費が GDP の伸びを上回る状態が続くと、保険料率のアップ、増税、赤字国債の発行をしなければならなくなる。リーマンショックや大震災があったので、やむを得ない面もあるが、この差を同じくらいの水準にしなければならない。今後、2040 年まで、どうやってやっていくかという時に、国民医療費が伸びた原因を要因分析しなければならない。要因には高齢化、人口減少がある。以前は、医療費が 3% 伸びたら、高齢化が 1.5% ぐらいを占めていた。今は人口減少があるので、1% ぐらいの伸びになっている。その他の要因が 2% ぐらいあり、これは医療の高度化が要因と言われている。内訳をみると、診療報酬の改定がない年に 1% ぐらいの伸びがあり、診療報酬改定年には 0.1% ぐらいの伸びになっている。診療報酬の改定があるときには薬価が抑えられていることがあると思われる。改定がない年は、高い新薬などの影響があるのではないかと、薬価が潜在的に 1% ぐらいの伸びがあると考えている。入院はほ

とんど横ばいになっている。受療率を見ると、どの年齢層も下がってきている。外来も 2000 年以降、受療率が横ばいから減ってきている。高齢化にもかかわらず、入院・外来とも利用者が減ってきている。入院の方は総量規制や平均在院日数が短縮してきているので、理解できるが、この現象の原因を学者に分析してほしいが、はっきりしていない。原因の一つは若返りだと思っている。新体力テストの結果を見ると、この 15 年の間に、5 歳以上体力が若返っている。歯の方で 8020 運動があったが、75 歳から 84 歳の 20 歯以上の保有者割合は平成 5 年は 10.6% だったが、平成 28 年は 51.2% に増えている。平均歯数も 6.2 から 16.9 まで増えている。80 歳以上の人も若返っており、このようところが受療率に影響している。高齢化と言われている割には医療費は増えていない。地域差がものすごくあり、0 歳から 64 歳を見てみると全国平均で 25.7% 減少するが、40% 以上減少する地域もかなりある。75 歳以上の人口は佐渡島や能登半島などを除いてほとんどの地域で増えており、2 倍以上増えることになる。全国的に見たものと地域で見た場合は違い、医療需要が増える地域と減る地域がある。増える地域も 20 年、30 年経つと医療需要は減ってくる。厚木、相模原、八王子、川崎、所沢、埼玉、成田、船橋、千葉といったドーナツ状の地域はどんどん 75 歳以上人口が増加する。首都圏では医療介護の需要が増えてきている。医療介護難民を防ぐ意味で重要な課題となる。

財政的な持続可能性、あるいは医療保険を持続させる方法を検討すると 3 つある。A は患者負担を増やす、保険給付範囲を狭くする、診療報酬単価を引き下げるといった強力なやり方である。即効性があるが確実に効く。しかし辛さがあり、患者の負担が増える、医療従事者の給料が減るといったことで即効性はあるが厳しい。これは昭和 50 年から平成 18 年ごろまで厚労省がやってきたやり方であり、18 年以降は大きなものは行われていない。A の手法は限定的である。国民にも大きな影響があり、政治的にも難しく、役所レベルで単独でできなくなった。B の方法としては、提供方法や提供内容の見直しである。これは即効性や

確実性は A の方法よりは劣るが、ジェネリックの普及のように即効性や確実性のあるものもある。その他には、入院期間の短縮、在宅医療の推進、多剤服用対策などが含まれる。患者自身や医療者の辛さの少ない B の方法が今は主流である。C の方法として、予防・健康管理、医療の質の向上がある。やり方によって、医療費の伸びを抑制できるように思われる。良い医療の原点とも思われ、やり遂げなければならない課題である。

政府としては、骨太方針 2015 の中で、2020 年にプライマリーバランスを黒字化するというところで、最初の 3 年で社会保障費の伸びを 1.5 兆円、1 年間で 5,000 億円にしていく計画である。具体的な計画の中で、先ほどの A の方法もあり、外来時定額負担、高額療養費制度の見直し、参照価格制度といった記述がある。これは検討事項であって決定事項ではないが、これを追求するのは手詰まり感がある。薬価に関しては、4 大臣合意があって、毎年改定、新薬の価格のつけ方、費用対効果のあり方など、かなり抜本的な見直しの答えを出さなければならぬになっている。

解決方法として、よりよい医療と財政維持の両立に向けて、もっと国民の合意が得られる方法として、一つ目は予防・健康づくりである。国民のためになる、いい医療の原点になるものであるが、財政的な効果はわからなくてもするべきテーマで、ターゲットとしては中高年の糖尿病の予防、糖尿病併発症の重症化予防、高齢者にはフレイルの対策である。医療保険者、企業、市町村それぞれが、こういった取り組みについて、やる気になっている。医療保険者は保険者機能やデータヘルス、企業は健康経営、市町村は「健幸都市」と言っており、みんなで健康に必死になって進めていこうとしている。医療保険者にとっては来年度から実施すれば保険財政にも影響が出てくる。評価指標や点数も決まっている。健保組合、共済組合であれば、1. 特定健診・特定保健指導の実施、2. 要医療者への受診勧奨・糖尿病などの重症化予防、3. 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診データの保険者間の連携・分析、4. 後発医薬品の使用促進、5. がん検診・歯科健診など、6. 加入者に向けた健康づくりの働きかけ、個人へのインセンティブ

の提供、7. 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ、は点数化がなされている。これを実施するかどうかで評価をし加算減算をする。国保の場合は、加算減算ではなく、国から都道府県に 800 億円規模の交付金が来年度から配分される。この配分の有無がこの点数で、1 から 6 までは同じである。7～11 は国保特有のもので、保険料の収納率、医療費等の分析、医療費通知、地域包括ケアへの参加、第三者求償によって評価を行い交付金の配分が行われるようになる。

フレイルに関しては、認知症・高齢者の増加を見越しての対策で、食事と身体活動と社会参加、食事は低栄養防止、バランスのとれた食事、口腔ケア、身体活動はたっぷり歩こう、ちょっと頑張っ て筋トレを行おう、社会活動は働ける人は就労、出かけて行ってお友達と話をする、生涯現役ということになる。この 3 本柱を行うことによって、高齢者がより一層健康を保ち、認知症の予防にもなる。これに関しては、市町村の行政の役割が大変重要である。市町村だけではなかなか動かないので、都道府県の方から市町村の背中を押していただくことが必要である。高齢者の存在する場所を作ることになる。

介護の方でも、従来の方法から自立支援を充実した介護に切り変えていくことになる。家族が楽になるとか、いうのは細くなるので、家族として受け入れられるかがポイントになるが、介護の世界も介護保険の中に自立支援ということが法律に書いてあるので、本来の目標に向かっての意識改革が必要である。

二つ目は、地域包括ケアである。縦軸と横軸があり、横軸の地域包括ケアは、医療・介護があっても高齢者は生活が完結できないので見守りをしてもらったり、住まいや地域の中で支え合いがいる。縦軸の地域包括ケアは医療機関間と介護指導者を含めた機能分化と連携、都心部では在宅医療推進、ほぼ在宅・時々入院といった、なるべく自分の家での暮らしを中心にする。このサポートはかなりの部分をかかりつけ医が行うことになる。縦の系列では急性期病院から在宅を目指した取り組みが必要になる。

三つ目は、ICT・データの活用である。オンラ

イン診療で、バイタルデータを日常的に管理できる可能性があり、これは医療の質を高める。ケアプランを AI を使って作ることも可能になる。データを適切に管理すれば、質の向上につながる。なお、データは 2 種類に分けて考える必要がある。レセプトや健診など様式が統一化されているもので行政や保険者が集めやすいデータと、各病院の電子カルテの血液検査、CT、MRI のデータがある。レセプトや特定健診、介護情報などは様式が統一されているので、この情報を診療報酬などに使うことができる。匿名化情報として使うことができる。レセプトを個人名を明らかにして使う場合、本人の同意があるが、どの医療機関や薬局でどのような薬品が使われているかを診療情報として使うことができる。診療情報は各病院で様式がバラバラなので、統一化して統計処理することは難しいが、平成 29 年 5 月にそれを促進する法律ができ、一定の加工業者を国が認定して統一しようという動きもある。個人情報として診療情報を使うシステムとして地域医療情報連携がある。全国約 250 の地域で中核病院と診療所をつなぐシステムがあるが、課題は運営費や地域間の連携などである。それを解決するためには、クラウドの活用や情報を匿名化して研究利用料を確保する等である。情報のマトリックスは世界的にも、正しい情報を多量に集めて、AI とゲノムを結びつけて活用しようという動きがある。この分野では日本は遅れているが、日本はレセプトや特定健診、介護情報が皆保険の中であるので、これをうまく使えば、追いつけると思われる。

四つ目は科学技術である。オプジーボのような効く高額な薬もあるが、これからはそこそこの価格で効く薬の開発である。可能性はある。一滴の血液でがんの早期発見ができる。これで、スクリーニングができるので、がんの早期発見ができる。そんなに、高くない画期的な医薬品は出てくる可能性があり、医薬品の開発は進めなければならない。

最後は地域づくりである。本格的な高齢化社会における地域での暮らしの重要性が増す。人生 100 年時代の可能性があり、60 歳で定年となり、その後の 30～40 年後の地域の中での暮らしの

重要性が増す。生活支援、予防、健康づくり支援は必須である。市町村の責任は大で、社会資源を活かしたり、盛り上げたり、外出先を作ったりと生涯現役の場所を作ることが大事である。市町村の実力に差があるので、都道府県の後押し、医療介護の専門職団体としての医師会が市町村と連携して、地域づくりをしていただきたい。

まとめとして、

- ・高齢化、人口減少、財政赤字など、日本の医療をとりまく状況は厳しい。
- ・一つの鍵は、経済成長、政府の目標どおり成長すれば、医療も大丈夫である。
- ・もう一つの鍵は、経済成長が不調になることも想定した、持続可能性を高める医療改革である。痛みを伴う見直しもあるが、三方良し型の見直しもある。①予防・健康づくり、②地域包括ケア、③ICT・データの活用、④科学技術、⑤地域づくり、などを行い、地域型・科学型の健康長寿社会を目指すことによって、2040年をどうにか乗り切れると考える。

[報告：山口県医師会常任理事 加藤 智栄]

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平

日本医師会勤務医委員会委員長の泉 先生より以下の5項目について報告があった。

1. 平成 28 年 11 月より、28～29 年度日本医師会勤務医委員会への横倉日本医師会長からの諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」を受け、委員会活動を開始し、10 月までに勤務医委員会を 5 回開催した。また、平成 26～27 年度の諮問「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」の答申に沿う形で大都市圏からの委員が加わり、同委員会は 14 名の委員による構成に再編された。

2. 平成 29 年 5 月 10 日、日本医師会館にて「平成 29 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」を開催した。協議会のテーマは「医療事故調査制度」及び「新たな専門医の仕組み」とした。

議論の概要は、

○「新たな専門医の仕組み」

- (1) 女性医師ライフイベントや留学時の対応等への専門医制度新整備指針公表
- (2) ダブルボードの認定
- (3) 医師会で実施する専門医「共通講習」(感染症・医療安全・倫理) など

○「医療事故調査制度」

- (1) 日本医師会による医療事故調査制度における都道府県医師会の支援団体活動に関する実態調査報告
 - 1) 支援団体等連絡協議会はすべての都道府県で設置済
 - 2) 代表者や事務局はごく一部を除いて医師会の役員と事務局
 - 3) 運営経費の問題、「事故調査制度」というネーミングについての意見
 - 4) 支援団体等連絡協議会の運営等に必要な経費の支援（日本医師会が受託）
- (2) 日本医師会による支援団体向け研修会
 - 1) 全国での事例の共有の必要性
 - 2) 日本医師会としての取り組みの紹介であった。

3. 勤務医座談会

『日医ニュース』の「勤務医のページ」の企画として、隔年で開催している。平成 29 年 8 月 4 日に開催、全国より 5 名の勤務医が出席し、「医師の働き方」「新たな専門医の仕組み」「医療事故調査制度」「医師会への期待」などについて、意見交換等を行った。内容については『日医ニュース』に平成 29 年 9 月より 3 回にわたり掲載。

4. 勤務医委員会内での協議の概要

日本医師会「医師の働き方検討委員会」への委員会としての積極的な関わりとして、以下の 5 つについて調査を行った。

- (1) 時間外労働の定義（研修や教育など）
- (2) 労働者としての医師
- (3) 時間外労働を規制されることによる医療への影響
- (4) 地域医療への影響と軽減のために必要な対策

(5) 医師の働き方を変革するために必要な取組み

5. 諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」にかかる答申について意見集約を行った。

最後に、「勇気と志」で医師会活動へ参加をお願いしたい、と述べられた。

[報告：山口県医師会理事 白澤 文吾]

シンポジウム I 「地域の現状とその対応」

1. 人口減少時代の地域と医療

～若者と女性活躍の可能性

一般社団法人北海道総合研究調査会

理事長 五十嵐 智嘉子

私は 2 年間、内閣官房まち・ひと・しごと創成本部事務局に出向し、人口減少についての調査研究を行っていた。本日は、人口減少時代をどう捉えるか、どう乗り切るかについてお話したい。

もう一つ、私は医療機関や医師の働き方そのものの調査研究を深くはしていないが、この人口減少時代を乗り越えるための働き方、女性の活躍をどう進めていくかは、全産業的な課題であり、そうした意味では少し一般論になるかもしれないが、ぜひ、医師や医療機関を超えて、産業界連携をしていくつもりでお話を聞いていただければと思っている。

人口減少社会は、出生率・出生数が低下していることと、地方から大都市へ人口が流出していることが大きな要因であり、その対応策として、出生率・出生数を上昇させる、あるいは地方圏の人口転入を促進させることが、まずダイレクトな方法である。そのためにも、共生の社会を構築し、男女とも働ける、子育てをしながら女性も働ける社会を作る時代に差し掛かったのだと理解している。地方創生の観点からの、働き方改革の女性活躍という点でお話をする。

古くからの日本の人口の推移をみると、仮に出生や死亡が今のままであれば、急降下で人口が減少していく。よく日本の減少人口はジェットコースターに例えられる。実際にはないと思うが、このままでは計算上では 3000 年には約 2,000 人になる。

人口減少がなぜ進んでいるかは、理屈としては単純な話で、亡くなる方と生まれる子供の数の差で人口の増減が決まる。近年では年間 130 万人の方が亡くなって、100 万人弱しか生まれていない。そうすると 30 万人が毎年減る。この差が 50 万人になり 100 万人にもなる。合計特殊出生率が 2.07 ないと人口が維持できない。人口の再生産ラインが約 2.1 ということになるが、現在 1.44 ということでかなり下回っている。これは日本全体もそうだが、北海道の市町村ベースで見ると昭和 30 年ぐらいに人口のピークを迎え、それ以降人口が減少している。特に農村・漁村部で圧倒的で、その大きな要因は、冒頭申し上げた人口の転出であり、プラスマイナスを圏域別に見ると、地方圏から東京、大阪、名古屋の三大都市圏に人が出て行くが、近年は東京の独り勝ちで大阪、名古屋はマイナスに転じている。約 12 万人が東京に行くが、この多くが若者で、年代別に見ると 15～29 歳、大学入学時と就職時が圧倒的だ。50 歳、55 歳、60 歳ぐらいを超え始めると地方にまた戻ってくる方々もいる。一度東京に出たけれども、50 代のまだ若いうちに地方に戻って、もう一度地方で何かをしてみよう、あるいは親の介護等いろいろな理由があると思うが、戻ってくる方もおられる状況だ。

人口減少は日本ではどう進んでいるのかを見ると、北海道は東京に次いでワースト 2 の少子化、合計特殊出生率である。大体は、東京や大阪等が出生率が低い。一番高くても沖縄の 1.94 だ。都道府県ベースで見ると、人口維持できる所がない。特に東京圏を中心とした大都市圏に若者を中心に人口が流出していて、一方で地方では少子化が進んでいる。その若者が転入している大都市圏だが、東京は 1.17 という超低出生率なので、人口減少に歯止めがかからない。こういうメカニズムで、地方も都市圏も人口減少に拍車をかけるというような要因が働いている。

出生率が低い要因として、結婚されない方が増えていることと結婚しても産む子どもの数が減っていることがある。現在の未婚の若者に聞くと、9 割は、いずれは結婚したい、結婚した後 2 人の子供がほしいと答えている。今、結婚していない

方々の希望が叶うとすれば、あるいは将来 2.07 程度に出生率が戻るとすれば、かなり人口が押し上げられるという推計である。出生率、出生数が回復しても、急には効果が出てこないわけだが、2060 年を超えると徐々にその効果が出てくる。この対策を今打たないと大変である。

ちなみに、このままていくと 40% 台で高齢化率は推移し安定的になっていくわけだが、今の若者の希望が叶うとするならば高齢化率は 2090 年頃には 27% になる。また、高齢化という定義を 70 歳にすると、その頃には 21% まで下がる。元気な高齢者が増え若者の希望が叶えば、高齢化社会も少し風景が変わってくるだろう。

北海道については、市町村ごとに人口減少の進み方が相当違ってきている。市町村別の 2010 年を基準にすると、2040 年には実に 47% の自治体で今の人口の 6 割以下になる。特に日本海側は厳しい状況だ。

また、中山間地、特に真ん中辺りの林業を中心としていた所が非常に厳しい状況になっている。

もう一つ考えていく必要があるのは、中心都市として人口の流出に歯止めをかけられているかということであり、実は函館と釧路は厳しい状況にある。通常だと中心都市は周辺から人口が流入してきて、札幌や東京に人口が出て行くというパターンだが、函館と釧路は周辺からの人口の流入が減ってきている。一方で、札幌はご承知のとおり一極集中で、全道から人口が流入してきていて、東京に人口流出をしている。特に若者だ。もう一つ気になるのが女性の動きである。実際の移動人数は男性が多いが、純移動で見ると女性が多い。おそらく女性が就く仕事は、医療・福祉・小売り卸の仕事が主であるが、その他の職業に就こうとすると札幌に出てくるか東京に行くかということになってしまう。女性の移動が非常に大きくなっていることが注目される。もう一つの課題には都市部における高齢化である。

地方創生における働き方改革の位置付けについては、冒頭に申し上げた出生に着目してみると、結婚して子供を産むことが、日本の出生の基本的なパターンであり、今ここに対する非常に大きなストレスがある。経済的な問題や仕事と家庭の両

立の難しさや育児負担の重さ等を踏まえると、働き方改革は重要な意味を持つ。このような枠組みで地方創生、働き方改革、経済的な問題や仕事と家庭の両立ということが位置付けられる。この因果関係が必ずしも明確ではないが、枠組みとしては考えていく必要がある。

働き方改革の背景には、産業構造が変化して、特にサービス労働では時間が測りづらいため、その生産性が見えづらいたことが出てくる。また、人口構造やライフサイクルの変化が進んでおり、働き改革の全体の方向性としては、夫婦共働き社会を形成していくことが望ましい。女性の社会進出が進んだと言われているが、それは、男性型社会の中に女性が進出してきたのであり、現在、さまざまな課題に直面しているので、今回の働き方改革で是正していこうということがあるかと思う。

長時間労働の状況については、男性で 25～39 歳で週 60 時間以上働いている方の割合は、全国平均は 18% だが、札幌では 30%。京都も高い。この背景には、作業のサービス化があると考えられる。平成 24 年度就業構造基本調査によると札幌が 30% で高いが、医師は 41% ということで非常に高い状況である。特に、高度な技術提供をしている職業を持っている方々の特徴として、供給と消費が同時に行われるというサービス産業の特性がより濃く出ているので、単純に長時間労働の是正というわけにはいかないという背景がある。勤務医の男性医師と女性医師の労働時間の分布を見ると、やはり男性が 60 時間で 41%、女性も 28% で非常に高い。ただし、他の職業との分担ができる割合を見てみると、全体では 20% 弱だが、特に医療事務や物品の搬入、あるいはバイタルチェック等は看護師や医療事務との連携が考えられる。

私どもが、ある公立病院においてさせていただいたケーススタディーだが、18 名なので少し数字にばらつきがあるかと思うが、結果として医師の労働時間に占める中で、医療クラークが対応可能な時間はほぼ半分との実態もある。

女性の活躍支援については、男性と女性では就職後の意識の持ち方が変わっている。女性は最初

は昇進意欲があったものの、途中からなくなった割合が高く、もともとなかったが昇進意欲が出た男性は 35%だが、女性は 18%に留まっている。

女性の働く意欲をそぐ要因を追究することが大事ということがよく言われるが、正規男性社員の雇用を前提とした雇用制度に女性を合わせる、結婚したり子育てをしたりしている女性も同じように働けなければいけないという雇用制度の中に、何か課題があるのではないかと考えざるを得ない。

若者のチャレンジについては、北海道は比較的若い人たちが移住をしたいという希望がある地域で、ネット調査の結果、全体的に見ると北海道への移住は 14%ぐらいで、若い男性の約 25%が北海道に移住してもいいと考えており、住んだことのある人ほど高い。

厚労省の調査では「大都市以外で勤務してもいい」と言っているのは全体の 44%、20代では 60%、30代では 52%である。そういうことを考えていくと、全体としては女性の雇用や若者、特に研修医のような人材の活用、それから ICT の活用や役割分担等、さまざまなことが考えられる。そこが個々の医療機関にどのようにフィットさせていくのかというのは、それぞれの医療機関の風土やそれまでのやり方等によってさまざまな方法がある。

政策の全体としての方向性とそれを具体化するためには、個々の医療機関、女性や若者へのアウトリーチの支援が重要になるのではないかな。

2. 地域医療の現況調査から～医師の高齢化と偏在

函館中央病院臨床顧問 山田 豊

北海道医師会勤務医部会は 1986 年 6 月に発足して 31 年となる。北海道の勤務医の率は 70%で全国一高く、勤務医が非常に大事な地域。医師不足や過重労働が悪化しているという実感があるので、実態を調べることになった。

全国と同じく、全道の 10 万人当たりの医師数は右肩上がりになっている。病院勤務医と診療所の医師や医育機関に従事する医師すべてが全体的に右肩上がりだ。全国の医師数は東京だけは別だが西高東低である。

2 次医療圏間の人口・面積だが、人口に関しては大阪市が一番多く 266 万人、次に札幌で 234 万人、次に名古屋。2 次医療圏の面積に関しては、一番目は十勝で 1 万 828 平方キロメートル、次が釧路、次が北網、次が遠紋、8 番目まで全部北海道で占めている。

まず高齢化について、総常勤医数の比較だが 20～60 代の各年齢層及び総数でみている。総数では 3,527 人が 4,116 人になって、1.2 倍に増えている。20 代も平成 26 年、28 年でそれぞれ 1.1 倍、1.4 倍に増えているが、特に増えているのが 50 代、60 代。40 代以下がほとんど変わっていないが、50 代以上では 1.7 倍に増えている。

研修指定病院と研修指定病院ではないグループとでは、差が出るのではないかと考えデータを取って見たところ、研修指定病院は、この 3 年間で 1.6 倍に増えているが、30 代は少し減少、40 代は 1.1 倍で微増、50 代は 1.8 倍、60 代は 2.1 倍まで増えている。20 代も少しは増えているが、メインは 50 代以上で 1.8 倍増えている。

研修指定病院外だが、これは悲惨な状況である。20 代は平成 14 年に 58 人しかいなかったのが、26 年、28 年には 25 人、22 人と 0.4 倍に減っている。30 代も 0.6 倍になっている。40 代も微減。50 代、60 代が 1.8 倍まで増えている。40 代以下は 0.7 倍に減っていて、50 代は 1.7 倍に増えており、高齢化がより進んでいる。

次に偏在の問題について、平成 26 年度の地域別診療科別の医師数では、札幌市と旭川市が多く、2 つの土地に勤務する医師の総医師数に占める割合では、小児科は 41%から 42%に 1%増えただけだが、後はかなり増えており、5 割か 5 割以上が札幌プラス旭川という形になっている。人口の割合は旭川市 6%、札幌市 35%で合わせて 41%。勤務医は旭川市 12%、札幌市 43%で合わせて 55%であり、14%の乖離がある。やはり都市部に偏在している。

地域別診療科別の医師数では、平成 14 年度と 26 年度を比べると減っており、特に釧路、根室で激減している。この釧路、根室地域の医師数がどのぐらい減っているかを見ると、小児科医は 30 人から 18 人で 12 人で 3 割ぐらい、外科医

が 57 人から 31 人で半減している。整形外科医も 3 分の 2 ぐらい、脳神経外科医は半減、産婦人科医は 70% ぐらいに、麻酔科も半減している。もともとの人数が少ない中でこれだけ減っているということは、釧路・根室がかなりひどい状況だと思う。

平成 29 年の北海道の 2 次医療圏別の医師数のデータでは、札幌、旭川が全道平均よりも多い。道内の卒後臨床研修医の状況で、医育大学に残った人、臨床研修病院に行った人についてだが、臨床研修制度が始まった平成 16 年当時は、まだ札幌医科大学、旭川医科大学、北海道大学にある程度は残った。それがどんどん減少し、特に旭川医科大学はわずかしかなかった。旭川医大は特に道東、道北に医師を派遣していることが多いことから、それらの地域が悲惨な状況になってきている。

WHO は 2010 年に、地方出身の人、そのまま診療医を続けている、キャリア早期での地域医療を経験する、地域医療の実情を反映したプログラムを卒業した人たちが地域に行きやすいと言っている。

慶應義塾大学の権丈先生によると、エビデンスベースでは偏在対策として打つべき政策は 3 つで、地元出身の学生を医学部に入学させること、総合診療医（家庭医）を育てること、若いうちに僻地の医療現場に留学させることであり、この 3 つを、医学教育、保険医登録、管理者要件の各段階にどのように組み込んでいくかが制度設計の問題であるとのことである。

おそらく、もっとも良い僻地対策は地域枠の拡充と思う。札幌医科大学は定員が 100 人から 110 人に増え、その中で地域枠もだんだん増えて、最終的には 90 人になる。貸付枠が 15 人。旭川医科大学は、122 人まで増えて、地域枠は 55 人、貸付枠が 17 人まで増えている。全道でいくと、入学定員が 344 名で、地域枠が 145 人、貸付枠が 32 人である。

道内の勤務医の高齢化及び偏在は明らかである。上記の二つの現象に加えて、北海道の広域性、気象条件の厳しさが、医療へのアクセスの困難さをもたらしている。地域枠の中でも、やはり地元

枠を中心とした偏在対策がもっとも効果的ではないかと考えている。

3. 広域医療情報ネットワーク

～メディネットたんちょうの取り組み

市立釧路総合病院副院長 長谷川 直人

非常に悲惨だという釧路のほうから現状を訴えに来た。その少ない医療資源を何とか利用しようということで取り組んでいるネットワークについてお話ししたい。

根室はわれわれの医療圏だが悲惨な状態だ。ご存じのように、この医療連携システムは、各病院の情報を一元化しようというシステムであり、さまざまな会社から出ているが、道内の医療連携システムで一番多いのが NEC の ID Link で、道内、函館周辺で普及している。あとは、ファーストブレスの Area Connect、富士通の Human Bridge 等のシステムが採用されている。北海道大学では、全道の各病院とネットワークでつないで、お産システムを構築しようという動きもでている。

当院の状況だが、病床数は 600 床余りで、一般病棟約 535 床。診療科は循環器内科、呼吸器内科、救急科については医療圏の中では当院のみしかないということで、手術等の合併症を持った患者さんにどうしても循環器の処置が必要ということになると、われわれの病院で受ける、3 次救急はほとんどわれわれの病院で行っている状況であるが、その割には常勤医が 80 名と過酷な状況である。

釧路・根室地域医療情報ネットワークでは釧路市内には 5 病院あるが、500 床超えの 3 病院を中心にやっている。あと、周辺はすべて公開病院になっている。この情報を地域医療機関、歯科医院、調剤薬局などでみる。札幌の北海道がんセンター、溪仁会病院、それから北海道大学と、同じネットワークのシステムを採用しているので、そこも接続してもらっている。

稼働実績だが、登録件数が 1 万 2,000 件、患者数にして 6,000 件弱。平均月 130 人程度の登録があり、堅調に進んでいる。圧倒的に病病連携が主体になっている地域なので、公開病院の患者登録が圧倒的に多い。

接続件数は順調に伸びているが、500 床超えの市立釧路総合病院、釧路労災病院、釧路赤十字病院の 3 つの病院の接続、業績が主というのが現状だ。

当院からの紹介と他院からの紹介で診療情報提供書の補助ツールとして、ネットワークにデータを書き載せるという形で使っている。ところが閲覧施設のほうからは、データを公開してほしいという要請が来る。開示施設からは救急搬送等での案件で接続をすることが少しある。

共有画面にエクセルファイルを追加してアップロードしていく形で連携部分の内容を書き載せるという仕組みでやっている。

数は少ないが大きな病院間で連携を組んで行っている。一般的な処方、注射、画像等が公開対象になっている。サマリ、情報提供書、もしくは医師の診療録の開示を目指しているが、なかなか同意が得られないので、進まない状況だ。

日医総研のワーキングペーパー 2015 での全国のデータと比較しても、医師記録の公開の比率が少し少ないようだ。わがネットワークでも、ぜひとも医師記録の公開を進めていきたいと思っている。

ここで、実際の使用例についてお話しする。

大腸がんの患者さんで、近医で内視鏡にて大腸がんが診断され、紹介となった。当院で精査を行い、手術加療を行った。手術後に逆紹介するとき、病理報告、検査、処方、画像等を ID link 経由で公開している。診療情報提供書の簡略化も可能である。

近医にて胸部異常陰影を指摘され情報公開病院 R 病院に紹介された肺がんの患者の例。当院受診前に化学療法の治療になるのか手術の治療になるのか、おおよその治療方針を決定するために、情報公開を先に行って、方針をある程度決めてから当院の内科を受診するのか外科を受診するのかが決定できた。

救急に対しては迅速性が大事。腹膜炎患者の事例である。情報公開病院の N 病院から消化管穿孔の診断により当院へ紹介があった。

羅臼の病院から、搬送に 2 時間以上かかるが、この間にある程度、情報をいただいていると、本

当に腹膜炎なのか、緊急性があるのか等、画像とデータから判断できることがある。情報があらかじめこちらに来ているということは非常に重要であり、もし手術になりそうだとすることであれば、手術場から何から全部準備して迎え入れることができる。

複数施設のデータの集約化について。N 病院で動脈瘤破裂の疑いで K 病院に紹介され胸腔ドレナージを行ったら、食道穿孔の診断となった。2 病院のデータを踏まえて、救急車で当院に搬送してきた。複数の病院のデータを一元化することができ、緊急手術ということになった。

ドクターヘリの搬送症例。交通事故で N 病院から当院へドクターヘリにて搬送され、当院に入院、保存的加療で軽快した。N 病院に逆紹介したが、その際にも情報ツールとしてお互いにネットワークを活用している。

今後の問題点として、できるだけ多くの情報の開示をしたいものの、費用がかかるためになかなか情報を増やせない。

また、同意の取り方について、必ず個別に同意を取っているが、できれば掲示板や入院案内に提示して、包括同意にできないかということも検討している。

他施設のデータでそのまま診療、手術しても良いかということだが、匿名化されて画像に名前がない状況なので、取り違える可能性があるという問題があり、実際取り違えがあった。時間的余裕があれば、自施設で再検を行うようにしたほうがよいのではないかと。

さらに、院外処方のための薬局への情報提供については、ようやく開始した段階で、まだ情報内容は血液検査等だが、提出いただいている。

介護施設への情報提供を行えるのだが、このシステムにはメール機能があって、双方向の連絡機能があるが、実際には介護施設との連携までは難しい。

<総合討論のまとめ>

- ・地域に限らず大都市も含め、もっとも大きな課題は人口減少である。
- ・地域医療をどう守っていくかという話に加えて、

そもそも地域を維持できるのかという話にもなってくる。

- ・タスクシフティングについては、少し時間がかかるのかもしれないが、取りあえずクラークの方にもお願いできることは、どんどんお願いしていく。
- ・外国人を起用して効率化を図っていくことも大事。
- ・効率よく働いてもらうために、できるだけ効率的な医療を提供していく必要がある。
- ・30 代医師がいなくなった理由についても、きちんとデータで追跡調査等をして分析することが重要。
- ・専門医制度については、どのような専門医を何人ぐらい配置すれば、この国の医療としてはいいデザインになるのかというのは国が分かっているべきではない。単に専門医制度で突っ走っているという状況であり、地方のことを無視しているのは無責任。
- ・地域枠が随分たくさんあるが、地域枠の方が果たして専門医制度のカリキュラムの中に乗れるように行けるかどうかという問題があるなどの討論が行われた。

[報告：中村 洋]

シンポジウム II 「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

1. 広域での医療格差を解消するために

～ Medical Wings の運用

医療法人 溪仁会 手稲 溪仁会 病院

救命救急センター長・救急科主任部長

奈良 理

2017 年 7 月 30 日から北海道で本格運用された医療専用小型飛行機導入の経過を説明したい。北海道は広く、韓国ぐらいの広さで、医療の集約化・平準化が求められている。現在 4 機のドクターヘリが活動しており、それぞれ年間 400～500 件の緊急搬送を行っている。

古くは 1964 年に最初の搬送があったと言われているが、1996 年から北海道防災ヘリの運航が行われ、緊急搬送が行われている。年間 100 件の患者搬送がなされていた。従来のシステムの問題点として、患者搬送専用の機体ではなく、医療

機器などの持ち込みが必要となる。搬送機体の選択ができないし、緊急性が重視されるが、その定義は明確でなく、搬送をコーディネートする専任医師がいないことが挙げられる。唯一、医療専用の搬送が可能なのは、自衛隊機動衛生ユニットであり、災害派遣に位置付けられており、都道府県知事からの要請で、公共性や緊急性あるいは非代替性があれば搬送可能で、現在まで 31 例の運送実績があり、小児の補助循環症例、ECMO 下の搬送が行われた。

そこで、医療優先固定翼機でメディカルウィングを開始した。酸素、ストレッチャー、吸引、電源が取れる。機体としては、ジェット機とプロペラ機がある。それぞれに、このユニットが搭載され、モニター、除細動器も搭載されている。この機体を使って、北海道にある 12 の空港を使って運航を開始した。依頼に関しては、ドクターヘリと同様で、運航管理者の方が依頼を受けて、運航会社の方が運航についてのコーディネートをし、われわれが要請をかけてきた医師と連絡を取り、どのような資材があるかをお話して、病院から病院までをわれわれがコーディネートしている。実際にフライトするのは、ドクヘリでは機長が一人であるが航空機は機長と副機長、整備士、必要に応じてわれわれが搬送に加わるシステムを取っている。

第一回の研究運航は 2010 年 9 月 6 日～10 月 2 日まで行い、この間の搬送は 16 件であった。この時は医師の搬送や臓器搬送もあった。その後の第 2 回の研究運航は、新たな北海道地域医療再生計画による 2011～2013 年まで運航を行った。ここで問題となったのは、ヘリコプターと違い冬季の運航も可能と考えていたが、日本中でビジネスジェットの実績がなく、かなり厳しい航空規制となり、一般の旅客機が飛んでいる気象条件や滑走路の状態でも、運航が出来なかった。長期間の研究運航と航空会社が滑走路の制動距離を測定したりして、かなり規制は緩められた。実際には、延べ 12 か月の研究運航期間で、要請件数 134 件、未出動 48 件であり、このほとんどが冬季間の運航（運航率 64%）であった。出動は 86 件であったが、搬送できなかった症例が 1 例あり、

実際には 85 件の搬送であった。成人 60%、小児 31%、周産期 6%であった。疾患は多岐にわたり、70%は札幌への搬送で、道外の搬送もあった。緊急、準緊急、計画搬送があった。

国内で、航空機による搬送が行われているのは、北海道、東京、沖縄であった。東京は離島があるからで、これらの地域では、固定翼機による搬送が同じくらい行われている。2014 年度に「本邦における固定翼機による救急医療活動の実態調査」のアンケートを行ったところ、全国の救急科専門施設 83 施設から回答があり、「固定翼機による傷病者搬送は必要と思いますか」との問いに対し、64%が必要であるとの回答であった。問題は費用、航空機を確保すること、スタッフの問題や調整などであった。

研究運航後 3 年間の道内における長距離搬送の実態を調べた。367 件の搬送があり、固定翼機による道外搬送は 10 件、道内の搬送の中で固定翼機を使ってもいいという搬送は 241 件あった。

実証運航、有償運航を行った。27 件の問い合わせがあったが、実際の患者搬送は 4 件であった。最大の問題は費用負担であった。チャーターすると 300 万～500 万円かかる。頸部損傷の患者を人工呼吸しながら搬送した。

また、本格運航に向けた要望活動を各方面に行った。われわれも、各省庁にお願いに行った。いろいろな方々のご協力で、本年 7 月 30 日からの運航開始となった。予算は、「へき地保健医療対策実施要項」の中にメディカル・ジェットという言葉が書きこまれた結果である。運航に関しては、研究運航の体制と一緒に、統括医療機関は札幌医大で、運航管理病院が手稲溪仁会病院となっている。対象は計画運航で、緊急運航は対象外になっている。最近の運航は、要請件数は 13 件で、計画搬送は 10 件である。緊急搬送 3 件は予算の関係で実施していない。未出動は 4 件で実際の出動は 6 件であった。新生児 1 例、乳児 1 例、成人 4 例で、すべての搬送時間は 2 時間ぐらいで飛行時間は 50 分前後であった。地域の医師の負担を軽減するため、われわれだけで搬送したケースもある。

固定翼機をどんでんではなく、ドクターヘリ 4 機、中型ヘリ、固定翼機メディカルウィングを統括するシステムが必要と考えている。日本には 51 機のドクターヘリが運航されており、1 機 2 億円かかっている。メディカルウィングは、その倍の運航経費がかかると言われているが、2～3 機で十分活用できるのではないかと考えられ、国民一人当たり 150 円ぐらいの経費で実現できると考えられる。

2. ゲノム情報が拓く新たな医療

社会医療法人 榎心会札幌榎心会病院 総長／

東京大学客員教授 今井 浩三

文科省が現在行っているプロジェクトであるが、10 年後の社会を見据えたビジョンを出しなさいということで、テーマはヘルスビッグデータを用いた健康長寿イノベーションである。2つの機械、ゲノムを解析する次世代シーケンサーとスーパーコンピューター(東京大学の医科研にある)を使った仕事である。例えば、がんの場合だと、がんだけに存在する遺伝子の変異を見つける仕事である。

例として、胆管がんの変異は 4 つのクラスターに分けられるが、クラスター 4 は予後がよく、クラスター 1 は予後がよくない。

肺がんでは、EGFR 変異のあるものが半分ぐらいあり、ゲフェニチブを使うと従来の化学療法よりも効く、変異がないものに投与すると逆に悪いということがわかってきた。ALK 融合蛋白が見つけれ、4%内外ある。これに効く薬も開発された。これも日本人の活躍であるが ROS1 陽性肺がんには 7 割は効くということがわかってきた。

がんの免疫療法であるが、がんは遺伝子変異による抗原を持っている。これをマクロファージが見て、T リンパ球を育てて、CTL というものを持って、がんをやっつけている、というように言われてきた。また、昔からがん細胞の周りに免疫細胞が多い例は長期間生存するということがわかってきたが、これが、なぜかということが最近わかってきた。T 細胞は組織適合抗原に新しいものがあることを見つけ、がんを攻撃していたが、がん細胞も PDL1 を用いて攻撃にブレーキをかけ

ていた。PD1 の抗体を切ってやると、T 細胞が活性化し、がん細胞を殺す。この前半部分の発見で Doherty と Zinkernagel が 1996 年にノーベル賞を取っている。T-cell には抑制のマーカがあり、PD1 は本庶先生が、CTLA4 は Allison が発見した。どのくらい効くかという、悪性黒色腫に抗 CTLA4 抗体を使用すると 10 年間で 20% の症例は再発がない。さらに、PDL1 抗体と併用すると、3 年で 58% の人が治ってくる。

肺がんに戻ると、PD1 の抗体が日本でも承認されている。がん細胞は変異を起こすが、変異を起こせば起こすほど、T 細胞に攻撃されやすいことがわかってきた。変異があればあるほど、ニボルマブやペンブロリズマブは効きやすく、そのようながん種に保険収載されるようになってきている。

アメリカの FDA は、特殊な遺伝子異常を持った癌には、どんな癌であっても治療を認めるという通達を出した。

Liquid Biopsy で血液を使って遺伝子異常を見つけられる。薬を使うと遺伝子変異が変わってくる。治療すると治っていくのがわかってきた。遺伝子変異に対応した薬を使っていく時代になってきた。Circulating tumor DNA と言われ、こういうものも見られる時代になった。

最後に、65 歳の急性骨髄性白血病の症例である。化学療法からの血球回復が遅れた。その原因として、この症例が通常の急性白血病ではなく、二次性の AML で骨髄異形性から進展した二次性の急性白血病であると推測した。ゲノム解析をすると、STAG2 という遺伝子が見つかった。これを突き止めるのに何週間もかかったが、人工知能のワトソンを使うと 10 分で解析した。治療法もわかり、メチル化阻害薬を使うと造血機能は回復した。ここに至るには、臨床医の何か変だぞという目が大事であり、AI を有効に使うことができる。医科研の血液科で解析した 113 例で治療薬が新たに提案されたのは 27 例で、実際に介入できたのは 8 例であった（日本に薬がないなどの理由で他の症例では介入できなかった）。

3. IBM Watson Health と医療の世界

日本 IBM (株) ワトソン事業部

ヘルスケア事業開発部長 溝上 敏文

Watson Health 事業の成り立ちと Watson solution の話をしたい。Watson Health は 2003 年から、Life science の問題はコンピューターの問題ということになって、こぞって研究者が研究を始めた。コンピューターが人間に勝ったというのは単なる通過点に過ぎない。循環器病やがん研究を、病院の医師と一緒に切磋琢磨して、事業化を図っている。がん、Oncology、ゲノム異常、AI solution、世界の Hospital system の開発、医療画像を使った診断システムの開発を進めている。

また、各地の医療機関、医療機器メーカー、製薬企業と協力して、開発を進めている。がん関係のパートナーの数が多く、ニューヨーク癌センターとは Watson for Genomics を共同して作り、東大医科研でも使っていただいている。スローンケタリン癌センターと共同して作ったのが Watson for Oncology である。MD アンダーソンとの共同で作っている solution もあるが、技術的問題以外のところでストップしている。

Watson for Genomics では、厚労省が進めている、癌医療推進のコンソーシアムの動きもある。2 年前から、医科研にも導入されている。臨床シーケンス、がん患者から資料をもらってシーケンサーで遺伝情報を読み取って、スーパーコンピューターで変異解析する。がん細胞の場合、変異は千、万、十万といった単位である。その変異の一つひとつのどれが、Driver mutation であるかを見出だす。そして、それに効く薬があるかどうか、マトリックスされているのか、臨床試験の phase1,2,3 のどこかでやっているのかを、手作業でやっていたところを解析するのが Watson for Genomics である。

Watson for Oncology は、電子カルテの情報を読み取り、ガイドラインやエビデンスから、診断、治療の決定を支援させるシステムである。昨年、Breast cancer symposium がサンアントニオで開かれ、実際の結果が発表された。ダブルブラインドで、転移のない初期の乳がん治療では、

Watson の選択と Dr. の選択とほぼ一致するが、転移のある進行がんでは、一致率はまだ 46% にとどまっている。最終判断は医師がすることになる。多様な情報を、患者さんに役立つ情報として提供し、医療業務を助けるというスタンスである。

Watson for Imaging は、FDA で認可が下りている。CT の読影はほぼできる。Deep learning という方法で読影力をつけており、98.8% の精度で判別できる。胸部動脈瘤は診断可能。大動脈解離、肺塞栓、冠動脈の石灰化部分を取り出してスコア化できる。医師の助けになるツールとして開発を進めていきたい。

[報告：加藤 智栄]

シンポジウムⅢ

「次世代を担う若手医師の意識」

座長を北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員長の藤根美穂 先生と同副委員長の村山友規 先生、コメンテーターは北海道医師会副会長の小熊 豊 先生が務められた。

1. 世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと

札幌徳洲会病院プライマリセンター

センター長 中川 麗

日本における卒後臨床教育は、めまぐるしく変化してきた。1947 年から 1968 年までは、インターン制度が敷かれ、医師国家試験受験資格を得るための条件として、大学医学部卒業後、1 年以上の診療及び公衆衛生に関する実地研修が義務化された。身分的・経済的保障がなく、研修期間が短いこと等が問題とされ廃止されて以降は、医学部卒業と同時に医師免許を取得し、研修医も一人の医師として医局制度のもとで働くようになった。新米医師の大部分は医局に所属し、医局員として医局の統制下で臨床経験を蓄積し、研究や留学をしながら生活費を得てきた。しかし、研修医の処遇は不十分でアルバイトをせざるを得ず、出身大学やその関連施設での研修が中心で研修内容や研究成果の評価が十分行われていないのではないかと指摘もされる時代が来た。このような環境下、「臨床研修は医師が、医師としての人格を

涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割と認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診察能力を身につけることのできるものでなければならない」(医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医師臨床研修に関する政令) ことが強調され、2004 年度より、新医師臨床研修制度が導入されることになった。それを受け、2006 年の厚労省の調査結果によると初期臨床研修修了後に大学に入局を希望する医師は 60% にとどまった。しかし、2018 年度より新専門医研修制度に則って教育がなされるようになる中、再び、入局する医師たちは増えてきている。このように、若手医師が所属する教育機関にゆさぶりがかかり、また、新しい制度が導入されるに伴って、研修医に対する労働者としての保障を充実させようとしてきた。そして、若手医師は、労働者としてより学習者として守られる存在になってきているとも言える。では、この変化の先に、医師の技能とその文化はどのように伝承されるようになってゆくのだろうか。その予測をする上で、各世代間にどのような意識の違いがあるかを理解することは重要と考える。その違いをお互いに理解することは、世代を超えた伝承の一助となると期待し、「世代間ギャップアンケート」を行った。アンケートの主な結果は以下のとおりである。

(1) 「週の勤務時間は、どの世代でも 50 時間以上が普通」であるが、研修医が休暇を申し出る理由は多様化しており、レジャー等も気後れすること無くその理由としてあげるようになってきている。また週 60 時間以上の時間外勤務を 30 % 以上の医師が行っている。

(2) 研修医が指導医に求める能力は「指導力」「質問しやすい雰囲気」が最も多かった。指導医が研修医に求める能力は「自発性」であった。また、医師に求められる重要な資質は、研修医は「医療スキル」が最も多く、30 代の医師は「思いやりと優しさ」、40 代以上の医師は「プロフェッショナルリズム」が最も多かった。

2. 世代間ギャップの現況調査の結果から～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い

旭川医科大学病院産科婦人科助教 上田 寛人

背景として、「女性が輝く社会」が国の最重要課題の一つと位置付けられているのは昨今広く知られるところである。少子高齢化社会の到来に伴う労働人口の減少は、女性の職業生活における活躍の推進なくしては対応できない。近年の医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%以上で経過しており、診療科によっては若い世代で男女比の逆転が起きている。男女間におけるジェンダーイクオリティに対する意識の違いを認識し、相互理解を深めることで勤務医の労働環境改善を図る一助として、北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会による「世代間ギャップアンケート」のうち男女共同参画に関連する設問について検討した。その結果概要は以下の通りであった。

調査対象4,676件のうち回答は663件であった(回答率14.2%)。男女比は男性75.3%、女性22.9%であった。年代別の女性比率は20～30代では32.0～34.0%であるのに対し、40代以上では8.4～18.7%であった。既婚者(離婚・死別含む)の割合は男性86.0%、女性61.2%であった。診療科のうち女性比率が30%を超えていたのは産婦人科(46.3%)、皮膚科(50.0%)、麻酔科(41.7%)、眼科(42.1%)、病理科(43.8%)、臨床検査科(50.0%)、リハビリテーション科(60.0%)であった。勤務地、勤務する病院の規模は男女間で傾向に違いを認めなかった。勤務形態において「常勤の割合」に男女間で差を認めた(男性93.4%、女性74.3%、 $P < 0.001$)。男女の地位に関する意識では「職場」、「社会通念・慣習」において「男性優遇」が「平等」よりも多かったが、男女間で意識の違いが特に顕著であったのは「家庭生活」、「法律や制度」、「社会通念・慣習」であった。職場での男女共同参画に必要なものとして男性は「休暇の際の代替医師の確保」と「給与面の優遇」を、女性は「男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間」と「男性も家事育児をするのは当たり前といった考え」を異性よりも希望する傾向があった。「子育てに協力的な職場環境」は男女とも必要と考えている者の割合が多かった

が、特に女性においてより重要と考えられている傾向があった。

以上のアンケート結果の考察として、「診療科によって差はあるが、女性医師の割合は若い世代ほど増加しつつある」、「勤務医の労働環境改善のためには女性医師がモチベーションを持って継続的に働くことができる環境整備が必要と考えられる」、さらに「女性医師は夫の多くが同職者であることを考えると、男性医師が家庭生活に関われるように職場全体が配慮することで、結果的に男女とも仕事とプライベート双方に対する満足度を向上させ得るものと推察される」と述べられた。

最後に、「世代間ギャップの現況調査の結果からジェンダーイクオリティに対する男女間の意識の違いが明らかとなった。本邦における男性優遇の社会通念や慣習を早急に変化させていくことは容易ではないが、われわれ勤務医のワークライフバランス問題は既に待ったなしの状態であり、全国医師会主導の先進的な取組みが求められる」と結ばれた。

3. 地域で働く明日のために～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と当事者たちの不安を見据えて～

NTT東日本札幌病院泌尿器科 西田 幸代

広大な北海道において地域医療に従事する十分な人材を確保するのは言うまでもなく極めて重要な課題である。北海道では、地域の医師不足解消を目的として平成20年度から医学生に道が奨学金を貸与し、卒後9年間の義務年限により返還免除となる「地域枠制度」が設けられている。地域枠医師の義務年限においては、4年間の研修(初期研修2年間、選択研修2年間)と5年間の地域勤務が求められている。一方、札幌医大では北海道が設ける地域枠を特別枠と呼称し、それとは別に「地方枠制度」「北海道地域枠制度」(卒後2年間の研修(札幌医大+研修指定機関)、その後7年間は札幌医大の診療科に所属し、道内の医療機関に勤務)を設け、行政・大学ともに地域で働く医師の確保に奔走し将来の地域医療の中核を担う「地域枠医師」(本日は「地域枠制度」「北海道医療枠制度」にかかわる医師をまとめて「地域枠

医師」と呼称)が順調にキャリアを積み重ねていくことを期待している。しかしながら、20 歳前後でいずれかの制度を選択した者たちが、実際に医師になる現実を前にして、来年度から始まる新専門医制度が地域で長期に働く彼らにとって不利益とならずに済むのかどうか、限られた情報の中で当事者たちは大きな不安にさいなまれている可能性がある。また、私自身が地域医療に従事していた頃には、そのメリットは十分な症例数・経験を積めることであった。一方、医師の職務として、地域では 24 時間の拘束が当たり前であり、十分な休養も取れず、心身ともに疲弊していたことも事実であり、現在地域で働く者たちが同様に疲弊していないか心配になる。また、中小規模の医療施設では勤務する同僚や上司との密接な人間関係が彼らの日常において極めて重要なポイントになることは容易に想像でき、人間関係の構築がうまくいっているのかどうかも懸念される。そのようななかで、日本泌尿器科学会男女共同参画委員会が学会員を対象に平成 29 年 2 月に行ったアンケート調査では、他の世代の男性医師と比較して 30 代男性医師の QOL・ワークライフバランス志向が顕著に認められた。かつてのような単なる高報酬や野戦病院的に経験を積めるといっただけでは医師が定着するとは言えない可能性を示唆して

いる。一方で、モチベーションの高い若手医師にとって、200 床以下の病院で勤務することが複数年義務付けられるような場合、十分なキャリアが積めるのか、将来を漠然と不安視している可能性もある。また、この度北海道医師会が道内で勤務する医師を対象に行ったアンケート調査では、長年地域医療施設にて勤務するベテラン医師には若手医師からの刺激を、ある意味楽しみにしているような気風も感じられた。若手医師が家族・友人からも離れ、誰も知らない土地で勤務するような場合、心身ともに追いつめられる可能性があるが、実は周りにはしっかりとサポートしてくれる同僚・上司がいるということかもしれない。かつての私がそうだったように、一人でも多くの若手医師が地域医療に明るさを見出し、自身の明日からのキャリアアップに前向きになっていただければ、またそのような環境のなかでこそ「若手医師とベテラン医師の相乗効果で、地域医療に変化が生まれる可能性もありうる」と結ばれた。

[報告：白澤 文吾]

かなえたい 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

平成 29 年度 山口県産業保健連絡協議会・ 山口県医師会産業医部会合同協議会

と き 平成 29 年 11 月 9 日 (木) 15:00 ~ 15:35

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 11 月は過労死等防止啓発月間であり、「過重労働解消キャンペーン」が実施されている。

われわれ医師のサービス残業対策に関しては難しいものがある。県内に医師のタイムカードがある病院は一つもない。残業時間の罰則付き上限規制において、医師については猶予期間を設け、改正労働基準法施行後 5 年を目途に規制を適用し、2 年間を目処に検討して、何らかの結論が出てきている。

平成 29 年 3 月に閣議決定された「働き方改革実行計画」実現のために、長時間労働の是正に向けた取組みが強化されていくことが確実であるが、産業保健の中心的課題は、長時間労働者の面接指導を含めた過重労働対策や、治療と仕事の両立支援をはじめとしたメンタルヘルス対策であり、労働者の健康障害防止対策や事業者の安全配慮義務がより重要視される中で、産業医の役割が増していくことは必至である。

本日は、本協議会の廃止について提案しているが、発言の場がなくなるわけではなく、今後はもっとシンプルに行っていきたいので、よろしく願い申し上げます。

協議事項

1. 労働衛生行政の動向について

山口労働局健康安全課長 藤村祐彦 県内の平成 29 年 10 月末現在の災害発生状況(休業 4 日以上)は、平成 28 年より 4.8%減少している。全災害の 2 割は転倒災害であり、増加傾向にある。

平成 29 年 6 月 1 日施行の改正労働安全衛生法では、「健康診断の結果に基づく医師等からの意見聴取に必要となる情報の医師等への提供」及

び「長時間労働者に関する情報の産業医への提供」がなされている場合で、事業者の同意を得ている場合は、産業医の巡視の頻度を、現行の毎月 1 回から 2 か月に 1 回に変更できる。

厚生労働省の発表によると、平成 29 年 6 月末時点で、ストレスチェック制度の実施義務対象事業場のうち、82.9%の事業場が実施しており、山口県での実施率は 88.9%であった。

働き方改革実行計画に基づいた「治療と職業生活の両立支援」の取組みの推進を図るため、平成 29 年 9 月に山口県地域両立支援推進チームを設置し、県内の自治体等関係者とネットワークを構築する。

2. 産業保健総合支援事業について

山口産業保健総合支援センター所長 赤川悦夫

治療と職業生活の両立支援について、平成 29 年 8 月から山口労災病院に両立支援促進員を配置し、相談対応にあたっている。

独立行政法人労働者健康安全機構が行っている産業保健関係助成金について、29 年度からストレスチェック助成金に加えて「小規模事業場産業医活動助成金」、「職場環境改善計画助成金」、「心の健康づくり計画助成金」が拡充された。

3. 勤労者健康教育の取組みについて

山口県労働基準協会は、衛生管理者協議会において、化学物質の取扱いに関する講習会を開催している。山口県経営者協会では、メンタルヘルス対策のセミナーを開催し、労働局のメールマガジンによる周知を行っている。予防保健協会においては、年に一度、職員全員研修会を開催している。

4. 山口県産業保健連絡協議会の廃止について

昭和 58 年 3 月、旧労働省より「事業場における産業医活動を円滑に遂行するための環境を整えるため、関係行政、事業者団体、都道府県医師会が協力し、産業医を中心とした産業保健活動を推進するための連絡協議組織を設置・運営すること」の通達を受け、昭和 59 年 9 月に本協議会が設置され 33 年が経過した。更には、各労働基準監督署を基本とした、地元商工会、地区医師会による産業医部会などで構成する地区ごとの産業保健連絡協議会も設置され、県内の労働者数 50 人以下の中小企業における産業保健活動の活性化や健康確保対策について取組みを行ってきたことから、産業保健連絡協議会が果たしてきた役割は大きいといえる。

この数十年間で、産業構造の多様化による職業性疾患からメンタルヘルスや過重労働など心理的社会的な健康リスクへ変化しており、近年は、勤労者の健康確保対策について協議を重ねてきたが、事業者団体からの新しい意見が出ていないの

が現状である。

よって、規約第 10 条 2 項「この規約の改廃は、協議会の合議により行う」により、本協議会を廃止することを提案した。

各事業者団体からは、他主催の同様の協議会委員として参画し、労働衛生対策の推進について議論しており、協議内容が本協議会と重複しているため、この協議会が廃止されたとしても、今後、労働局からの通達等から新しい情報を入手することは可能なことから異議なく了承された。

本協議会の廃止にあたり河村会長から、「これまで長きにわたり協議会を支援いただき、お礼を申し上げる。さまざまな会議に出席すると重複していることが多い。本会としては、他の会合への参画、また、産業医研修会等を受講し、議論を深めることができる。この廃止は、発展的解消であり、時間の短縮を図るものと考えている。」との挨拶が行われ、閉会した。

出席者

山口労働局

健康安全課長 藤村 祐彦

(一社) 山口県労働基準協会

専務理事 篠原千代樹

山口県経営者協会

事務局長 荒瀬慎太郎

山口県商工会連合会

専務理事 賀屋 哲也

山口産業保健総合支援センター

所 長 赤川 悦夫

(公財) 山口県予防保健協会

専務理事 若林 芳典

県医師会産業医部会

部会長・防府支部長 山縣 三紀

下松支部長 野田 寛

山口支部長 林 大資

宇部支部長 若松 隆史

小野田支部長 川端 章弘

下関支部長 吉水 一郎

萩支部長 村田 高茂

県医師会

会 長 河村 康明

常任理事 藤本 俊文

理 事 船津 浩彦

理 事 会

— 第 17 回 —

11 月 30 日 午後 6 時 45 分～ 7 時

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

協議事項

1 定款等検討委員会への諮問について

平成 30 年 1 月 11 日に開催する標記委員会において、平成 31 年度山口県医師会会費の賦課方法及び役員等の報酬について諮問することを決定した。

2 第 3 回都道府県医師会長協議会の議題について

平成 30 年 1 月 16 日開催の標記協議会の議題について、次回理事会までに議題案を提出することが決定した。

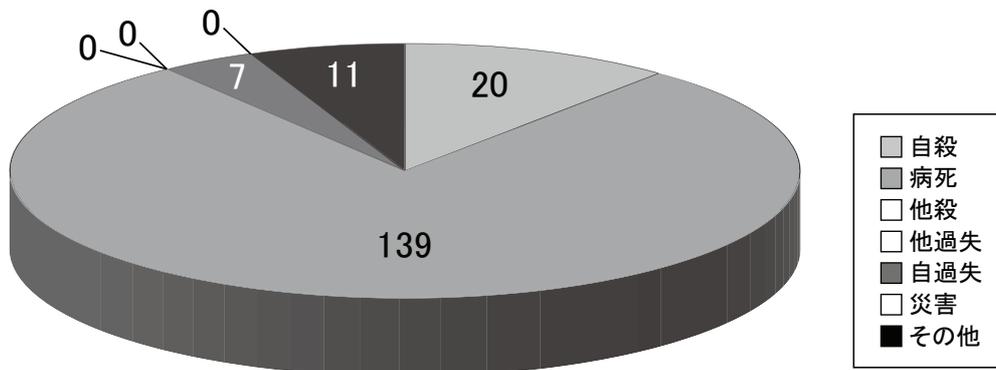
3 山口ゆめ花博における救護所の設置について

山口県の山口ゆめ花博推進室より、平成 30 年 9 月 14 日から 11 月 4 日までの 52 日間、山口きらら博記念公園で開催される標記博覧会の会場内に、医師及び看護師が常駐する救護所の設置について協力依頼があり、了承された。

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
Nov-17	20	139	0	0	7	0	11	177

死体検案数と死亡種別 (平成 29 年 11 月分)



日医 FAX ニュース

2017 年（平成 29 年）12 月 12 日 2660 号

- 偏在是正、管理者評価拡大は将来の課題
- 紹介状なし定額負担拡大に「異論なし」
- 調剤への財源配分見直しを要請
- 遠隔画像診断で論点、運用上の指摘も
- レセプトへの氏名カタカナ記載、要請へ

2017 年（平成 29 年）12 月 8 日 2659 号

- 入院医療評価体系、抜本的再編案を提示
- 「中間的評価」の報酬区分など焦点に
- 薬価本調査、平均乖離率は約 9.1%
- 医療部会、改定基本方針案で議論

2017 年（平成 29 年）12 月 5 日 2658 号

- 地域包括診療料、訪問実績を別建てで評価
- 管理者選考会議は「5人以上」
- 介護報酬改定、運営基準案を大筋で了承
- インフルが流行シーズン入り

2017 年（平成 29 年）12 月 1 日 2657 号

- 「3%の賃上げに必要な財源を」
- 医療機関「経営状態は危機的」
- 広告規制、省令案と GL 案でパブコメ
- 長期品撤退、円滑移行に行政も関与
- ワクチン供給「全力で取り組む」
- インフルエンザ罹患時の行動に注意を
- インフル報告数、定点当たり 0.77 に増加

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

祈り V

中国山地を錦秋に彩った木々は今、静かに幕を下ろし、次の場面が変わろうとしている。平成 29 年の紅葉・黄葉は鮮やかで、平成 28 年より素晴らしかった。静かに紅葉を眺め季節の移ろいを感じていると、心のスクリーンに今までの出来事がソフトフォーカスやセピア色に映し出される。次から次へと高速に低速に映し出される。たまらなく懐かしい画面ばかりである。現実の光景と思い出の画面が混ざり合い、時には涙腺が緩んでしまう。

今までに幾度も書いたが私は大田舎の育ちである。冬は大雪で炬燵育ちである。よくもあんな環境の中で育ったものである。炬燵も電気ではなく炭火である。寝る時は湯たんぽを母が入れてくれた。温かい思い出である。しかも私は 8 月生まれで夏は好きであるが、冬は大の苦手である。夜に降り続く雪の中に、隣家のほのかに浮かぶ橙色の火影を忘れることが出来ない。これもまた私の原風景である。

秋や冬の朝の腹部の触診は手が冷たく、患者さんに申しわけないという思いをしている。電気ストーブで手を温めて触るようにしているが間に合わない。数人の方を診察していると、患者さんの体温をいただき次第に手が温かくなり、支障がなくなる。これも患者さんと医師のおもいやりの交換の場であると思っている。患者さんは「冷たいけれど我慢するからしっかり診て下さい」と応える。それに対して私は申し訳ないと思いながら一生懸命に指先に神経を集中して診察させてもらうのだと勝手に思っている。

最近の若い先生方は聴診や触診をされないとい

飄

々

広報委員

渡邊 恵幸

うことをよく聞く。患者さんの顔を見ないで PC の画面とだけ向き合っておられるとのこと。何かすっきりとしないのである。私たちの時代は恩師や上級医員の先生方から「医師とは」「医師としてのあり方」「患者さんに対応する方法」「診療・検査の技法」などを厳しく、そして優しく教えていただいたものである。患者さんから「このように聴診器を当ててもらったり、触ってもらったりしたのは本当に久しぶりです」という言葉を幾度も聞く。今、米国や英国ではどんな診察スタイルなのであるか。PC 一辺倒なのだろうか。教えてもらいたいものである。

このような診察方法で誤診をしたら医師免許を取り消されることもあるのではないかと思うことがある。

人間として医師としてご指導いただいた北里大学医学部名誉教授の岡部治弥 先生が、平成 29 年 8 月に 93 歳の生涯を閉じられた。本当に恩師という名に相応しい先生であった。親分肌で面倒見がよく、時には激しく怒られたこともある。思い出は尽きない。

私が開業した年の 5 月に、先生ご夫妻が山口に立ち寄ってくださった。その時、私がレジデント、研究員時代に先生が使用しておられた聴診器を持って来て下さった。形見になってしまったが桐の箱の中に収め、私を温かく見守ってくださっている。「人生とは人との出会いである」ことを痛感する。今は先生のご冥福をお祈りすることと素晴らしい恩師に出会えたことに、ただ感謝するばかりである。

内視鏡を始めて43年が過ぎた。ご指導をいただいた先生方の顔を思い出しながら、今も頑張っている。市健診に胃カメラ検査が取り入れられ需要が多くなった。診察の合間に検査をするから、どうしても日に1～2名になってしまう。それに加え読影の先生にも分かるような写真を撮らなければならないというプレッシャーが覆いかぶさる。しかし、読影会で他の先生方の写真を見ることは、自分の撮影の欠点を知ることができ、また、刺激にもなる。

いつからだろうか、検査台の前にスコープを持って向かうとき「どうか患者さんに苦痛なくスムーズに検査が終わりますように」と祈っている。円滑に終わった時は誰にともなく感謝する。そうでなかった時は反省をする。これは小林弘幸先生が今年度の県民公開講座の時に述べられた自律

神経のバランスを保つことに役立っていると思っている。

平成29年11月26日に島根県益田市にある秦佐八郎先生(1873～1938)の生家に向かった。先生は細菌学者でドイツのワッセルマンの研究室で、当時、治療薬がなかった梅毒に対してパウル・エールリヒとともにサルヴァルサンを開発された。先生の生家の裏山を彩る紅葉を見たかったからである。益田市の隠れた紅葉の名所である。いつものように戸河内ICから益田に向かったのであるが、広島側には雪が薄く積もっていた。雪の白さと紅葉の彩りが鮮やかに脳裏に刻まれた。

間もなく、この地方は白銀の世界に変わっていく。

お知らせのご案内



平成29年度 山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

日時 平成30年3月11日(日) 14:00～
場所 山口県医師会 会議室(山口県総合保健会館 6F)

14:00 平成29年度総会

14:30 特別講演

まだまだ知られていない臨床法医学の仕事

山口大学大学院医学系研究科法医学講座 准教授 高瀬 泉

15:50 特別企画

子どもをみまもる現場より

山口少年鑑別所 所長 内田 桂子

下関市こども発達センター診療所 所長 大賀 由紀

※ 託児室あり(要予約)



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～

- と き 平成 30 年 1 月 27 日 (土) 14:00～17:00
 と ころ 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 (〇歳〇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



山口県臨床整形外科医会 総会及び第 114 回教育研修会

と き 平成 30 年 2 月 17 日 (土) 18:30 ~

ところ 山口グランドホテル 2 階「鳳凰」

山口市小郡黄金町 1-1 (新山口駅新幹線口)

TEL: 083-972-7777

18:30 ~ 19:30 定例総会

19:30 ~ 20:40 特別講演

座長: 山口県臨床整形外科医会 会長 丘 茂樹
脊椎外科 - この四半世紀の進歩と今後の展望 -
山口大学大学院医学系研究科整形外科学
教授 田口 敏彦

単 位

○日本整形外科学会教育研修単位 1 単位

必須分野 1: 整形外科基礎科学

7: 脊椎・脊髄疾患

もしくは、脊椎脊髄病単位 (SS)

(専門医受講者は受講料として 1,000 円を徴収させていただきます)

○日本医師会生涯教育制度 1 単位

カリキュラムコード: 60 (腰痛)

主 催 山口県臨床整形外科医会

お問い合わせ先 石田整形外科

電話 0834-28-0250



平成29年度 主治医意見書記載のための主治医研修会

と き 平成30年3月10日(土) 15:00～17:00

ところ 山口県医師会6階 大会議室

司会：山口県医師会常任理事 清水 暢

開 会 15:00

講 演 15:00～16:00

介護保険制度について

山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班主任主事 岩本 浩子

特別講演 16:00～17:00

認知症を適切に評価・記載するために

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

閉 会 17:00

取得単位

日本医師会生涯教育制度 2単位

講 演 CC 6 (医療制度と法律) : 1単位

特別講演 CC 29 (認知能の障害) : 1単位



第147回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成30年2月18日(日) 10:00～

ところ 山口県総合保健会館2階

特別講演1 10:00～11:00

演題未定

山口大学大学院医学系研究科小児科学講座教授 長谷川俊史

特別講演2 11:00～12:00

環境・産業中毒の歴史と生物学的モニタリング

産業医科大学医学部産業衛生学教授 川本 俊弘

※ 午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウム等が開催されます。



平成 29 年度山口県医師会勤務医部会 総会・基調講演・シンポジウム

と き 平成 30 年 2 月 18 日 (日) 13:00 ~ 15:30
と ころ 山口県総合保健会館 2 階

1 総会 13:00 ~ 13:15

- (1) 開会のことば
- (2) 山口県医師会長あいさつ
- (3) 勤務医部会長あいさつ
- (4) 議事
 - ・平成 29 年度事業報告
 - ・平成 30 年度事業に対する要望
 - ・その他

2 シンポジウム 13:15 ~ 15:30

テーマ「感染対策について」

- (1) 基調講演 13:15 ~ 14:15
演題未定

国立国際医療研究センター病院副院長 大曲 貴夫

- (2) シンポジウム 14:15 ~ 15:30

テーマ「病院の行っている感染対策について」

シンポジスト 4 病院の感染症対策の医師と看護師 (各 2 名)

※「専門医共通講習②感染対策 (必修)」: 2 単位 (基調講演・シンポジウムのみ)
※ 午前中は生涯研修セミナーが開催されます。

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

お知らせのご案内

第 78 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 30 年 3 月 3 日 (土) 15:00 ~ 17:00

と ころ 山口県医師会 6 階 大会議室

次 第

司会 山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

開 会 15:00

特別講演 I 15:00 ~ 16:00

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

早期胃癌の内視鏡的診断と治療

独立行政法人国立病院機構関門医療センター

臨床研究部長 柳井 秀雄

特別講演 II 16:00 ~ 17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会会長 三浦 修

大腸がんスクリーニング・サーベイランスの現況と今後の展開

国立がん研究センター中央病院検診センター長 松田 尚久

閉 会 17:00

受 講 料 山口県消化器がん検診研究会員は無料
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
特別講演 I CC49 (嚥下困難)：1 単位
特別講演 II CC53 (腹痛)：1 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

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)
TEL：083-922-2510

※ 参加申込は不要です。



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



山口県医師会 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

と き 平成 30 年 3 月 4 日 (日) 10:00 ~ 15:00

と ころ 山口県医師会 6 階 大会議室

プログラム

10:00 (5分) 開会

10:05 (40分) 「かかりつけ医の役割編」(DVD 13分)

山口県医師会理事 清水 暢

10:45 (60分) 「診断編」(DVD 8分・8分・6分)

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

11:45 (30分) 「症例検討」(ワークショップ形式)

山口県立こころの医療センター院長 兼行 浩史

12:15 (40分) 昼食

12:55 (60分) 「治療編」(DVD 6分)

(医) 和栄会原田医院院長 原田 和佳

13:55 (60分) 「連携と制度編」(DVD 7分)

山口県医師会理事 前川 恭子

14:55 (5分) 閉会

○取得単位

日本医師会生涯教育制度 4 単位

「かかりつけ医の役割編」 CC 4 (医師-患者関係とコミュニケーション): 0.5 単位

「診 断 編」 CC15 (臨床問題解決のプロセス): 1 単位

「症 例 検 討」 CC12 (地域医療): 0.5 単位

「治 療 編」 CC29 (認知能の障害): 1 単位

「連 携 と 制 度 編」 CC13 (医療と介護および福祉の連携): 1 単位

日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 8:1 単位

※ 受講修了者については氏名等を公表する場合がありますので、ご了承ください。

※ 全日程を受講された方のみ修了証書が交付されます。



毎月勤労統計調査（第二種事業所）について

労働者の雇用、賃金及び労働時間の変動を明らかにする目的で、厚生労働省により「毎月勤労統計調査」（統計法に基づく基幹統計調査）が実施されます。今般は無作為に選んだ常用労働者を 5～29 人雇用している事業所が対象です。統計調査員による事業所への訪問時期は平成 30 年 1 月から 2 月にかけて、調査の対象となる地区は下関市、宇部市、山口市、萩市、防府市、下松市、長門市、美祢市となっております。

お問い合わせは山口県総合企画部統計分析課 商工労働統計班まで。

(TEL : 083-933-2654)

厚生省 HP <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/30-1.html>



公益財団法人産業医学振興財団からのお知らせ ～産業医学調査研究助成事業助成希望者募集について～

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、平成 30 年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集します。

詳細は財団ホームページ (<http://www.zsisz.or.jp/>) をご覧ください。

連絡先 公益財団法人産業医学振興財団 振興課（産業医学調査研究助成担当）

〒101-0048 東京都千代田区神田司町 2-2-11 新倉ビル 3F

TEL : 03-3525-8294 (直通)

FAX : 03-5209-1020

E-mail : fukyu@zsisz.or.jp

税務署からのお知らせ

申告と納税は期限内に！

所得税及び復興特別所得税・贈与税の申告・納税は

3月15日（木）まで

個人事業者の消費税及び地方消費税の申告・納税は

4月2日（月）まで

便利な 申告書の作成は
「確定申告書等作成コーナー」で!!



画面の案内に従って金額等を入力すれば、税額などが自動計算され、所得税、消費税、贈与税等の申告書や青色決算書などを作成できます。



おうちで作成
ネットで申告



詳しくは 国税庁 で 検索

国税分野における
ポイント

社会保障・税番号制度
～マイナンバー制度～



マイナンバーキャラクター
マイナちゃん



税務関係書類（申告書・申請書など）にマイナンバーを記載してください

▶ マイナンバーの記載が必要となる時期（例）

	記載対象	一般的な場合の提出時期
所得税	平成 29 年分以降の申告書	（平成 29 年分の場合） ⇒ 平成 30 年 2 月 16 日から 3 月 15 日まで
消費税	平成 29 年 1 月 1 日以降に開始する課税期間に係る申告書	（平成 29 年分の場合） ⇒ 平成 30 年 4 月 2 日まで
法定調書 ※1	平成 29 年 1 月 1 日以降の金銭等の支払等に係る法定調書	（例）平成 29 年分給与所得の源泉徴収票、平成 29 年分報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書 ⇒ 平成 30 年 1 月 31 日まで
申請書・届出書 ※2	平成 29 年 1 月 1 日以降に提出するマイナンバーの記載が必要となる申請書	各税法に規定する提出時期

- ※1 法定調書の対象となる金銭の支払を受ける方等の番号も記載する必要があります。
なお、本人へ交付する給与所得の源泉徴収票や特定口座年間取引報告書などへのマイナンバーの記載は不要です。
- ※2 平成 28 年度税制改正により、一部の申請書・届出書について、マイナンバーの記載が不要になりました。
詳しくは、国税庁ホームページをご覧ください。



税務関係書類を提出される際に、本人確認が必要になります

税務署ではなりすましを防止するための本人確認（番号確認及び身元確認）を行いますので、マイナンバーを記載した申告書等の税務関係書類を提出する際には、申告されるご本人の本人確認書類の提示又は写しの添付が必要です。

《本人確認を行うときに使用する書類の例》

- 例1 マイナンバーカード（個人番号カード）のみ 【番号確認及び身元確認書類】
- 例2 通知カード【番号確認書類】 + 運転免許証、公的医療保険の被保険者証など【身元確認書類】

例1 マイナンバーカード

例2 通知カード



（表面）



（裏面）

又は



+
身元確認書類

※ マイナンバーカードの写しで本人確認を行う場合は、表面及び裏面の写しが必要となりますのでご注意ください。

山口県ドクターバンク

医師に関する求人の申込を受け付けています。

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

平成 29 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会に出席のため妻を帯同し久々に札幌を訪れた。協議会の次の日から、遅い夏休みをとって札幌からレンタカーでオロロンラインを通過して稚内に向かい宗谷岬を見に行く予定であったが、季節外れの超大型の台風 21 号のため、1 日早く帰ることとなった。千歳からの福岡空港行きは午後ということで、午前は観光することにする。「洞爺湖は行ったけど支笏湖は行ったことないね」ということで観光タクシーで支笏湖に向かう。個人タクシーだったが途中でモアイ像とか知らないところにも案内してくれた。支笏湖は水中遊覧船とかがあり、意外に楽しめた。観光も終わって支笏湖から千歳空港に向かう。その時、私の iPhone が鳴った。泊まっていたホテルからだ。「部屋に荷物をお忘れみたいなのですが。多分パソコンだと思います」、「えっ・・・」思わず絶句。「ご自宅にお送りしましょうか?」、「お願いできますか」と言ったところでパソコンのバッグの中に株主優待券を入れていたことに気づいた。優待券がないと運賃が倍になる! 観光タクシーの運転手さんに札幌まで荷物を取りに行ってもらって、千歳まで向かえばどのくらいかかるかを聞くと、2 時間以上とのこと。飛行機の出発までギリギリだ。うーん、千歳からエアポート快速に乗っても往復してもギリギリか……。そこで突然閃いた! 「運転手さん、ホテルに行って荷物を受け取って千歳まで来てくれるタクシーはいませんかね」、「そうか、知り合いのタクシーに頼んであげよう」ということで、パソコンの入ったモレスキンのバッグが、主なしでタクシーにご乗車なさって、札幌のホテルから千歳空港までいらっしゃる、ことになった。運賃は高速を使ったこともあり、チップ込みで 1 万 5 千円。高い授業料だったが空港でゆっくり「松尾のジンギスカン」が食べられたのでよしとする。皆さんも駅とか空港に行く途中で忘れ物に気づいたら、タクシーに荷物だけ乗せて持って来て貰うという手がありますぞ。

(理事 中村 洋)



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）