

山口県医師会報

平成30年(2018年)

10月号

— No.1898 —



秋好日 渡邊恵幸 撮

Topics

哀悼—木下敬介先生
山口大学大学院医学系研究科
新任教授ごあいさつ



Contents

■哀悼—木下敬介先生……………	藤井康宏、河村康明	841
■山口大学大学院医学系研究科新任教授ごあいさつ 「医学専攻眼科学講座」……………	木村和博	844
■今月の視点「地域医療介護連携ネットワークシステムについて」……………	中村 洋	846
■フレッシュマンコーナー「父の思い出～心意気だけは継承 - 開業～」	野原寛章	850
■第 49 回中四九地区医師会看護学校協議会……………	沖中芳彦	852
■山口県医師会警察医会 第 23 回研修会……………	天野秀雄	878
■社保・国保審査委員合同協議会……………	萬 忠雄、清水 暢	885
■平成 30 年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会……………	藤本俊文	892
■平成 30 年度 中国地区学校保健・学校医大会……………	藤本俊文、河村一郎	897
■第 101 回山口県医学会総会……………	松野尚弘、宮本正樹、加藤智栄、山下哲男	902
■第 21 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会……………	沖中芳彦、前川恭子	910
■理事会報告（第 11 回、第 12 回）……………		924
■お知らせ・ご案内……………		931
■会員の声「サマータイムと睡眠負債」……………	篠原淳一	936
■日医 FAX ニュース……………		937
■飄々「ラブストーリーをふたつ。」……………	岸本千種	938
■編集後記……………	長谷川奈津江	942

哀 悼



故 木下 敬介 先生

元 山口県医師会長
山口県医師会顧問

木下敬介先生を偲んで

元山口県医師会長 藤井 康宏

木下敬介先生の悲報に接したのは 8 月 4 日夜、突然の事であった。

先生は医院閉院後も、療養中とはいえ順調に過ごされていると思っていただけに、突然の悲報に最初は耳を疑い、やがて淋しさと悲しみに静かに包まれていった。

木下先生が直接県医師会に係わられたのは、生涯教育委員会に参加された時からである。当時、生涯教育委員会を効率的に運営するため全面的に改組したが、この時、長門市医師会の副会長をしておられた木下先生が委員長を務められ、以後、県医師会生涯教育事業の企画、運営をされた。

これに続き、県医師会役員に就任され、多くの事業に携わられたが、その中で私の印象に強く残っている事業を挙げれば、先生の常任理事時代、医師国保の全国大会開催の引き受けがある。会場や宿泊施設に乏しい山口県での開催を皆危惧していたが、担当責任者であった木下先生が広島市での開催を決め、これを実行し、成功裏に終える事

が出来た。他県での開催には困難を伴う事もあったと思うが、木下先生は無事その役を果たされた。

さらに、先生が苦勞されながら遂行された事業に、予防接種の広域化があった。先生は持ち前の粘り強さで、各郡市医師会や行政との調整を行いながら事業を進められた。

その後、副会長、会長へと就任され、特に会長職は闘病生活の中での職務であったが、決して職責をおろそかにされることは無かった。会長職を辞されてから日もまだ浅く、多くの人々のなかにその時の印象は色濃く残っている事と思うが、その業績は高く評価されている。

木下先生はまた文化人でもあった。自らも随筆集を出版され、当地長門市でも落語会の主催、さらに金子みすゞ顕彰会の御世話をされる等、幅広く文化活動を行っておられた。これらを通じて培われた教養や人間性が先生の言葉や行動に随所に反映されており、穏やかに人々と協調されながら、業務を遂行しておられた。

しかし、自分には厳しく職責の重要性を強く認識しておられ、まさに文字通り献身的に業務に励まれていた。

やはり、先生を語る時に触れておきたいのは、酒をこよなく愛された事である。酔って楽しくカラオケを歌われる姿や、周囲の人々と議論に熱中

される姿は、忘れる事は出来ない。これらの面影を追いながら、ここに筆を進めてきたが、あまりにも突然の別れに思いは尽きぬものがある。しかし、現実を受け止め、今はただ先生の律儀な生き様をしっかりと胸に留め、御霊の安からな永久の眠りを心から御祈り申し上げる。

木下元会長の思い出

山口県医師会長 河村 康明

木下敬介先生、お疲れ様でした。木下先生と言えば、今は県下で施行されている広域予防接種の実現に向けた協議会での座長役としての巧みな運営を思い出します。それ以前は各市町村で個々に行われていた予防接種を県下統一するという試みでしたが、約 2 倍の差のあった接種料金をまとめるとい難事業を、計 6～7 回の協議会でまとめられました。当時は副会長として、この事業に尽力しておられました。

徳山での会合でしたかね。当時、私は光市医師会の会長でしたが、光市から県医師会の役員を過去一度も出したことが無かったので、地域の医

師会の声を小さな声ではあるけれども県医師会に反映させたいと思い、お願いしましたね。その時には実現しませんでした。木下先生が県医師会長に就任された即座に、県医師会理事に採用していただきました。

県医師会での仕事は、一理事ながら比較的自由に活動させていただき、さまざまな分野の仕事をさせていただきました。本当にありがとうございました。

これからも、好きな酒を好きなだけ飲んでくださいね。

経 歴

昭和 17 年 7 月 4 日 長門市にて出生

昭和 42 年 3 月 山口県立医科大学卒業

昭和 42 年 4 月 1 日～昭和 43 年 3 月 31 日 山口大学医学部附属病院にて実地修練

昭和 43 年 4 月 1 日～昭和 53 年 10 月 31 日 山口大学、山口大学医学部附属病院勤務

昭和 53 年 11 月 1 日 木下皮膚科医院 開業

平成 29 年 10 月 31 日 閉院

平成 8 年 4 月 1 日～平成 12 年 3 月 31 日 山口県医師会理事

平成 12 年 4 月 1 日～平成 16 年 3 月 31 日 山口県医師会常任理事

平成 16 年 4 月 1 日～平成 20 年 3 月 31 日 山口県医師会副会長

平成 20 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日 山口県医師会会長

平成 16 年 10 月 13 日 厚生労働大臣表彰（国民健康保険関係功労）

平成 23 年 11 月 18 日 山口県選奨（保健衛生・環境功労）

平成 24 年 11 月 3 日 旭日小綬章（保健衛生功労）

平成 30 年 8 月 4 日 永眠 従五位

冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集

山口県医師会報・平成 30 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

なお、今回から、字数・作品数につきまして、**「一編 5,000 字以内を目安に
お一人 1 作品まで」**と変更しておりますので、ご確認くださいませようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行（写真は 3 枚以内をお願いいたします。）
- ②短歌・川柳・俳句
- ③絵（カラー印刷）
- ④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）

字数・作品数

一編 5,000 字以内を目安に、お一人 1 作品までとさせていただきます。

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。

作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。

※ 締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。

※ 電子メールで送信される場合は、5 メガ以内をお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又は USB / CD-R の郵送	11 月 16 日
②手書き原稿	郵送	11 月 9 日

原稿送付先

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

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますのでご了承願います。
- ③投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。
- ④写真や画像の使用については、必ず著作権や版権に十分ご注意ください。
- ⑤医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。
- ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。
- ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

山口大学大学院医学系研究科 新任教授ごあいさつ

第 2 回 医学専攻眼科学講座教授 木村 和博



平成 28 年 11 月 1 日付で、山口大学大学院医学系研究科眼科学分野教授を拝命いたしました。この 11 月で着任 2 年目を迎えることになります。この度は、山口県医師会報への原稿執筆の機会を賜り誠にありがとうございます。誌面をお借りし、山口県医師会の皆様に謹んでご挨拶を申し上げます。山口大学眼科は過去 6 代の教授により主宰され、前眼部疾患、緑内障疾患、網膜硝子体疾患の三つの柱を中心に幅広く眼科領域に対応してきた伝統ある教室です。

私は平成 7 年に山口大学医学部を卒業後、すぐに大学院に進むことを選択し、大阪大学大学院医学系研究科生理系博士課程に進みました。大阪大学では神経生化学教室に所属し、祖父江憲治教授のご指導のもと平滑筋の分化機構の解明を大きなテーマとし学位を取得いたしました。その後、京都大学大学院医学研究科に移り、神経細胞薬理学教室にて成宮 周 教授のご指導のもと、細胞骨格のリモデリング制御機構に関する基礎研究を行ってきました。この研究期間で、私は生化学、分子生物学的な研究思考並びに創薬の基礎を学ぶ機会に恵まれ、その後の私の山口大学眼科でのキャリアに多大な影響を与えたのは言うまでもありません。平成 15 年に山口大学眼科に戻ってからは、西田輝夫 教授のご指導のもと眼科専門医、指導医の資格を取得し、平成 22 年からは園田康平 教授のもと講師として診療、研究、教育に従事して参りました。診療では、網膜硝子体グルー

プに配属され、網膜剥離や難治性黄斑疾患など、数多くの難治性網膜硝子体疾患の診断・治療を手がけて参りました。研究は、眼表面のホメオスタシスの破綻の分子機序解明並びにその新規治療薬の開発を行ってきました。さらに、前眼部から網膜硝子体疾患にわたって、種々の難治性眼疾患の共通原因の一つである線維性増殖組織形成の治療に焦点をあて臨床・研究を現在も進めております。線維性増殖組織形成の抑制については、すでにいくつかのヒット化合物を同定しており、今後はこれらをさらに発展させ、山口大学眼科発の新規薬剤の開発を進めて行く所存です。これからも、教室員一同力を合わせて、基礎研究から臨床応用に至るまでの一連の研究を包括的に行い、トランスレーショナルリサーチを実践し、山口大学眼科からオリジナリティーのある研究を進めて参りたいと思っております。

どの診療科も同様の悩みをお持ちだと思いますが、眼科においても都市部に医師が集中しがちです。山口県内でも比較的人口が多い県南部と、人口の少ない県北部で眼科常勤医師数の格差が見られます。医師が少ない地域では、必然的に眼科の幅広い領域を診られる医師が求められます。私たちは、そうした地域の医療ニーズに応えるため、専門に加えて眼科の幅広い領域に対応できる医師の養成を目指しています。そのため、大学では、私の専門の網膜硝子体疾患、緑内障さらに白内障・角膜疾患を含めた前眼部疾患を中心にバランスよ

くその診断・治療を研修の初期から積極的に指導しています。各人が、スペシャリティとサブスペシャリティを身につけつつキャリアアップしていけるよう心がけています。

山口大学眼科は、医局の中心として多くの女性医師が活躍しています。結婚、出産および子育てを経験しつつ、仕事と家庭の両立を実践しているロールモデルのような女性医師が多くおり、充実したキャリア形成しています。

山口大学眼科は県内の中核病院ですので、診療では、あらゆる眼疾患に対して幅広く質の高い眼科医療を実践、提供して参ります。同時に最先端の眼科技術、医療を積極的に取り入れつつ、数多くの先生方と連携をとり、地域医療にも積極的に貢献していきたいと考えております。近年では、

大学病院を中心に基幹病院、開業医の先生方と県内各地にネットワークが構築できつつあり、一歩ずつですが地域完結型の眼科医療を遂行できる体制が整ってきていると実感しております。

教室の大きな役割の一つは人材育成です。一人でも多くの優秀な医師、次世代を担う医師を育成し、医療、医学の発展のために貢献していきたいと思っております。山口大学眼科は非常に若い教室で、私を含めまして当科の教室員はまだまだ未熟です。山口県医師会の諸先生方には、今後多大なるご指導・ご鞭撻を頂戴するかと存じますが、何卒よろしくお願い申し上げます。



今月の視点

地域医療介護連携ネットワークシステムについて

常任理事 中村 洋

山口県では平成 24 年 10 月から長門保健医療圏で「医療ネットながと」が情報開示施設 3、情報閲覧施設 23 で整備された。続いて平成 26 年 1 月から下関保健医療圏の「奇兵隊ネット」、同年 4 月からは宇部・小野田保健医療圏の「さんさんネット」、萩保健医療圏の「あんしんネット」、岩国保健医療圏の「いつつばしネット」が整備された。もともとは中核病院の電子カルテや検査情報を、かかりつけ医がリアルタイムに閲覧できるシステムであり、中核病院の電子カルテから診療・検査情報を常時接続でデータセンターに送り、主にかかりつけ医がその情報をみていた。

『日本再興戦略』改定 2015』で 2018 年度までに、地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及を実現する。そして、その目標実現のため、地域医療介護総合確保基金による病床の機能分化・連携のためのネットワーク構築費用の支援策等を講じる。また、次期診療報酬改定時に、診療報酬における ICT を活用した医療情報連携の評価の在り方を検討することが決定された。これを受けて山口県では地域医療介護総合確保基金を活用し、未整備圏域に対してシステム整備の支援をすることが決まり、「地域医療介護連携情報システム整備事業」として、平成 28～29 年度で検討・調査、平成 30 年度にシステム整備ということになった。システムの整備については全額補助、情報閲覧施設の端末導入費用は半額の補助となっており、管理運営費等は実施主体が負担することになっている。

県の医療介護連携情報システムのイメージは、中核病院のデータをかかりつけ医が参照する。か

かりつけ医は訪問看護師や介護支援専門員、訪問介護員等と連携する。共有情報として中核病院の電子カルテ、検査情報（画像等）の診療情報をかかりつけ医が参照する。かかりつけ医と訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員等の間では主治医意見書、訪問看護指示書、訪問看護計画書、訪問看護報告書、訪問看護記録、訪問介護記録を共有、全体で服薬情報、口腔ケア情報、地域連携パス等の連携情報を共有するといったものである。（右図）

山口県内では山口・防府、周南、柳井医療圏の地域医療連携ネットワークシステムの整備がまだ行われていなかったが、今年度中に各医療圏で地域医療介護連携ネットワークシステムの整備が行われ、来年度早々に稼働をはじめめる。これで県内の各医療圏でシステム整備が一応完了することになる。

中国地方では岡山県では「晴れやかネット」、広島県では「HM ネット」、鳥取県では「おしどりネット」、島根県では「まめネット」と山口県以外の 4 県で県内全域を対象としたネットワークが稼働している。山口県でも同様な各医療圏域を超えた県全域を対象としたネットワークの構築が求められる。2005 年に県主導で山口県医療情報ネットワーク（通称「Yamame-Net」）をつくったが、なかなか上手くいなくて駄目になったという経緯があるため、県は県全体のネットワークを作ることに對して及び腰となっている。多職種の連携が進められる中で、なるべく早い時期に県医師会が中心になって全県的なシステムに発展させる必要がある。

「未来投資戦略 2018」によれば

②医療機関等における健康・医療情報の連携・活用

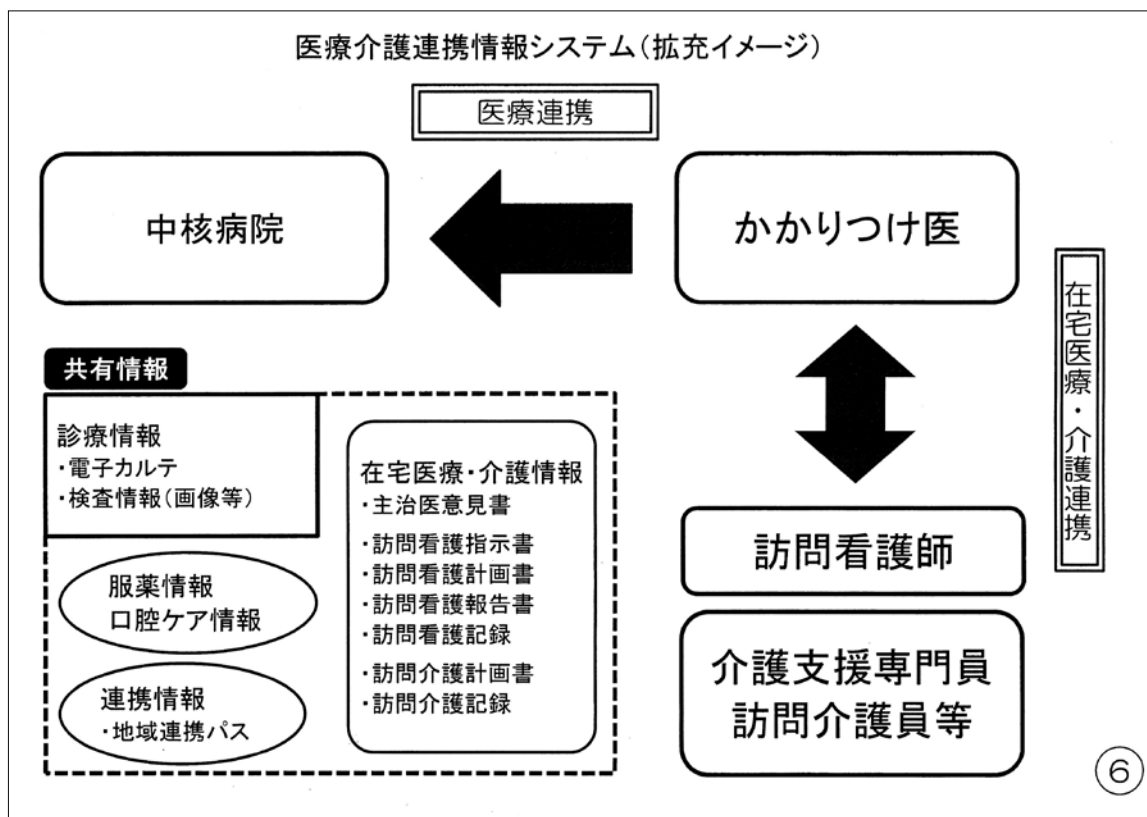
- ・全国的に共有すべきデータとして、レセプト情報やサマリ情報などのミニマムデータセットを定めるとともに、データ共有を行うための標準規格等を策定する。あわせて、レセプト情報の診療等への有効な活用方策を検証する。
- ・新規のネットワーク構築及び既存のネットワーク更改に当たっては、上記の標準規格等に合致するものを支援するなど、適正規模の持続的な地域医療情報連携ネットワークの構築を促す。
- ・上記を含め、費用対効果の観点も踏まえつつ、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の間で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークについて、本年夏を目途に具体的な工程表を策定し、必要な実証を行いつつ、平成 32 年度からの本格稼働を目指す。あわせて、当該工程表に、保健医療情報ネットワークにおける介護情報の提供について盛り込む。

- ・電子処方箋について、実証を踏まえ、全国的な保健医療情報ネットワークの稼働も想定し、国民の利便性等の向上の観点から、現行のガイドラインに限らず円滑な運用ができる仕組みを検討し、本年度中を目途に結論を得る。

と、全国的に共有すべきミニマムデータセットと全国的な保健医療情報ネットワークの 2 段階に分けて検討、2020 年には保健医療情報ネットワークの本格的な稼働を目指すとしている。

現在、PACS の画像 (DICOM)、病名 (ICD 対応)、医薬品 (HOT)、臨床検査 (JLAC) と多くの標準規格が定まっている。これらの大病院の診療データは SS-MIX2 サーバ等で共有できるが高価であり、中小病院、診療所、薬局等にはレセプトコンピュータから必要なデータをアップロードする安価な仕組みが必要である。

県内には退院時サマリ等のサマリを情報公開していない施設も多いが、既存のネットワーク更改や保健医療情報ネットワーク接続に当たって支援が受けられないとされている。サマリ情報にはい



まだ標準規格が決まっていないが、何れの形にしてもサマリの公開は必須と考えられる。

保健医療記録として共有するデータ項目としては現在、以下のように考えられている。

変更時に更新する基本情報には、氏名、性別、生年月日、保険情報として審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報、公費に関する情報として区分・公費・負担割合・課税所得区分など、医療機関・薬局情報としてカルテ番号、調剤録番号、診療・調剤年月、保険医氏名、麻薬免許番号がある。

診療の都度発生する診療行為関連情報には、診療行為に対応する傷病名情報、診療行為の内容に関する情報としては、診療実施年月日、診療内容、検査、処置、処方・調剤、手術、麻酔、輸血、移植、入退院（入院日・退院日）、食事、使用された特定機材、リハビリ情報、DPC 病院入院関連情報として入院情報（病棟移動、予定・緊急入院）、前回退院年月、入院時年齢、出生時体重、JCS（意識障害）、Burn Index、重症度、また、症状に関する情報がある。

レポート等としては、DPC データ、退院時サマリ（検査結果を含む）、診療情報提供書（検査結果を含み、画像を添付できる場合あり）、特定健診情報がある。

非常に多岐にわたる情報が共有される予定であり、情報公開病院はできるだけ多くの医療情報を公開できるように準備していく必要がある。

具体的にどのように地域医療連携ネットワークは使われているのか？昨年の全国医師会勤務医部会連絡協議会のシンポジウムで市立釧路病院の長谷川先生が発表された北海道、道東の広域医療情報ネットワーク「メディネットたんちょう」の例を挙げる。

大腸がんの患者が、近医で内視鏡にて大腸癌を診断、紹介となった。K 総合病院で精査を行い、手術加療を行った。手術が終わった後に、もとの医院に逆紹介をするときに、病理報告、検査、処方、画像等を ID link 経由で公開した。診療情報提供書の簡略化が可能であった。

近医にて胸部異常陰影を指摘され R 病院に紹介された肺がんの患者の例では、K 総合病院受診

前に化学療法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、R 病院が情報公開を先に行って、方針をある程度決めてから K 総合病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。

腹膜炎患者の事例では、N 病院から消化管穿孔の診断により K 総合病院へ紹介があった。遠方の病院で搬送に時間がかかる。画像等の情報があらかじめ提供されたため、本当に腹膜炎なのか、緊急性があるのか等が判断できる。緊急のこともあれば、そうでもないこともあり、その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いうことであれば、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 病院で胸部動脈流破裂の疑いで、K 病院に紹介される。K 病院で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 K 総合病院に搬送してきた。複数の病院のデータを一元化することができて、緊急手術を行うということになった。

ドクターヘリの搬送症例。路上で交通事故にあったということで、N 病院から K 総合病院へドクターヘリにて搬送した。入院して保存的加療で軽快した。N 病院に逆紹介したが、そのときもお互いに情報ツールとして、ネットワークが活用された。

その他いろいろな事例が紹介されたが、「メディネットたんちょう」では圧倒的に病病連携が多いということであった。

全国的に見ても地域医療連携ネットワークのデータトラフィックは圧倒的に病院間が大きい。山口県においても夜間 2 次救急病院への情報提供、救急搬送の際の病院間の情報共有など救急体制の維持のための必須のツールになると思われる。救急医療は行政、市町の仕事でもあり、社会インフラの一つとして責任をもって整備すべきものである。地域医療連携ネットワークシステムの運用費用の一部を補助して頂いても良いのではないかと。

前述した通り、全県的なシステムの構築は必要である。しかし、現時点でも IDLink を利用して情報公開している病院からは、山口大学病院に患者を紹介する際に簡単な設定をすることによって患者情報の公開ができる。実際に北海道では地域医療連携ネットワークを超えて北海道大学病院に情報を公開している施設がある。

同じように、県内の多くの病院は患者紹介の際に山口大学や県立総合医療センター、徳山中央病院等の 3 次救急病院や呼吸器疾患の専門施設である山口宇部医療センターなどに情報を公開しているのではないかな。

医療・看護・介護の多職種の連携では患者の移動はあまりなく、顔の見える地域で完結することがほとんどであるが、患者同意の取り方、「BYOD」(Bring Your Own Device)、個人の所有する、あるいは個人の管理下にある端末を業務利用する、の問題、各職種に対する情報へのアクセス権の問題、検討しなくてはいけないことが山積している。

医療介護情報連携ネットワークはまだ発展途上であり、どこのシステムがベストと決めることはできない。医療者、看護者、介護者、SE、行政等、多くの職種を巻き込んだ議論が大切である。

『若き日 (青春時代) の思い出』原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字程度

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

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

フレッシュマンコーナー

父の思い出 ～ 心意気だけは継承 - 開業 ～

下松医師会 のはら消化器内科

野原 寛章

私が医者になったのは、間違いなく父（清章）の影響です。私が生まれた時には、父はもう小野田で小児科の開業医として働いていました。診療所が家から片道 60 分程度かかる隣町に離れていても、診察希望の電話があれば、夜中でも診療所で患者と待ち合わせて診察をするような患者思いの人で、尊敬していました。

大学病院に勤めていた時はウイルスの研究をしていたそうですが、開業後も研究心は旺盛で、窒素酸化物等を測定する検査機器を買い集めて自宅で家庭内環境汚染の研究を続け、自費出版で本を出したり、研究成果を普段の診療に役立てていました。普通の診察に加えて、換気扇やガスレンジ、ストーブの位置を含めた家の間取り図を患者の家族に書かせて、換気等の指導をした話を、よく夕食時に聞かされました。現代医療の常識から判断すれば、変わり者と思われたかもしれませんが、患者さんには他の病院で治らなかった病気が治って大変喜ばれていたようですし、晩年、東北電力に依頼され、家庭内環境汚染の専門家として東北各地で講演を行う機会を頂き、その努力は報われました。

若い時にはゴルフをしていたようですが、子供と一緒にできる遊びじゃないといけないと言って、何故かラジコン飛行機を飛ばし始め、その後、子供が大きくなってラジコンを止めると、出勤前に朝からテニスコート 3 面分くらいの畑を小分けに耕し野菜は自給自足、土日と半休の日には母と県内外の山に登る健康的な生活をしていました。とにかくじっとしていない人で、倉庫と家の間に基礎から壁、屋根も含めた渡り廊下を一人で作ったり、車が故障したらガレージジャッキで持ち上げて修理をしたりしていました。

そんな鉄人も病には勝てず、多発肝転移で発見された大腸癌の抗癌剤治療を 2 年受けた後に 8 年



前他界しました。当時、私は開業の意思は全くなく、復帰を信じて何の後始末もせずに他界した父を少し恨みつっ、周南市から小野田に何度も通って診療所の後片づけをしたり、複数の業者をあたって廃棄物等の処理をお願いし、診療所の土地も処分しました。

不思議なもので、8年前には全く開業の意思もなく、その後も勤務医として働き続けた私が、末期状態で紹介を受ける癌患者の治療の限界を痛感し、開業する気持ちになりました。開業の一番の動機は、父のように一見元気に見えても、密かに癌が進行していて、治療の甲斐なく命を落とすような、検診を受けない人達に、気軽に検査を受けて頂ける診療所を作り、もっと早く病気を見つけて治療の機会を増やすことです。2番目の動機は土曜日夕方まで平日と同じ診療と検査ができる体制にして、平日受診できない方の癌の拾い上げの機会を増やしたり、炎症性腸疾患等の学生さんが学校を休まずに通院できるようにする事でした。

開業してわずか1年ですが、開業当初の狙い通り、1年間で32名の癌患者さんを新規に見つけ、そのうち10名は大腸の腺腫内癌で、更に7名は当院で治癒切除の治療を施行できました。癌患者のほとんどが検査歴がないか、5年以上検査を受けていない方でした。開業後1年間に大腸内視鏡検査を受けて頂いた455名の患者さんのうち、ほぼ半数が初めての検査だった事に、当院開業の意義

と今後の使命を感じています。

消化器内科の中でも、大腸を専門とした者の拘りとして、上部消化管内視鏡検査については、必要な事例であれば保険で認められているので鎮静をかけますが、大腸内視鏡検査に関しては、公共交通機関が発達していない地域性も考慮し、自動車で受診できる鎮静なしの大腸内視鏡検査を、大した苦情もなく毎日全例にやらせて頂いております。他の地域で鎮静中でも苦痛で目覚めた方、途中で検査を止めたような患者さんを、鎮静無しで検査完遂できて感謝されると、日々の努力と工夫が報われた気がします。

これからも医師会の先生方にご指導いただきながら、専門性を最大限に生かして、ますます地域医療に貢献して参りたいと思いますので、今後どうぞ宜しくお願い致します。



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-ユ-010064

第 49 回 中四九地区医師会看護学校協議会

「ゆとり世代への看護教育 ～地域に根ざす看護師を育てる～」

と き 平成 30 年 8 月 18 日 (土) ～ 19 日 (日)

ところ HOTEL シーサイド島原

担 当 島原市医師会看護学校

[報告 : 常任理事 沖中 芳彦]

第 1 日目

開会挨拶

第 49 回中四九地区医師会看護学校協議会

会長 宮崎 伸一郎

本年 7 月に発生した西日本豪雨災害で、協議会関係施設より直接の被害報告は受けていないが、被災地の早期復興を心から祈っている。第 49 回協議会をここ島原で開催させていただく。おかげさまで、来賓、演者を含め、約 370 名のご参加をいただいた。2 日間、よろしくお願いします。

来賓挨拶

長崎県知事 中村 法道 (代理 : 副知事) 日頃から看護職員の養成・育成にご努力いただいていることに、心から感謝申し上げます。第 49 回中四九医師会看護学校協議会が本県でこのように盛大に開催されることを心からお喜び申し上げます。本県においては全国を上回るスピードで高齢化が進んでおり、人生 100 年時代が間近に迫る中、健康長寿日本一の長崎県づくりを旗印に掲げ、現役時代から健康寿命を伸ばしていくためのさまざまな施策の推進に力を注ぎ、県民運動として取り組んでいくこととしている。さらには県民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていただくことができるよう、地域包括ケアシステムの構築に全力を注いでいるところである。こうした中において、医療、介護あるいは看護の現場で活躍される看護職員の役割は極めて重要になっている。

本日ご出席の皆様には、日々、住民の生命と健康を守り、保健・医療・福祉を支える大切な看護職員の養成にご尽力をいただいていることに対し、改めて感謝申し上げます。看護教育において

は、今年、国の「看護基礎教育検討会」において、保健師・助産師・看護師学校養成所の指定規則が見直され、2022 年度から新たな基準に基づく教育を開始すると伺っている。この看護基礎教育の見直しは、将来を担う優秀な看護職員の養成と確保につながることを期待しながら、議論の行方を注視しているところである。本日からの 2 日間、時代の要請に応じた看護人材の養成のための活発な議論を基に、本協議会で得られた成果を各地域で共有され、看護教育の発展につなげていただくことを期待している。本協議会のますますの発展を祈念して、歓迎とお祝いの挨拶とさせていただきます。

長崎県医師会会長 森崎 正幸 先日、日医が公表した平成 30 年医師会立看護学校養成所調査の結果によると、すべての課程で受験者・入学者の減少が顕著となっている。18 歳人口が減少するなか、高学歴志向により看護師養成所から看護系大学に流れる傾向や、人手不足から各業界が採用を強化しているため、看護職を目指す者が少なくなっている状況にある。医師会立養成所の卒業生は県内就職率が高く、地域の看護職員の確保に大きく貢献しているが、どこも実習施設や教員・学生の問題、あるいは財政面等で厳しい状況にあり、長崎県でも医師会立の准看護学校 1 校が、本年度限りで募集を停止することが決定している。本会としては、今後、地域の看護職員不足に拍車がかからないか、また、県内の他の医師会立養成所に影響が及ばないか懸念している。

皆様方におかれては、学校運営は大変厳しくご苦労も多いことと思うが、国民の期待に応えるため、また、多くの職業の中から看護の道を選択し

た学生たちのためにも、より質の高い看護職員の養成にご尽力いただきたいと思っている。本協議会のテーマである「地域に根ざす看護師を育てる」はまさに医師会立養成所が実践しているところであり、学校が抱える諸問題について十分に討議していただき、今後の学校運営と看護教育の発展向上に生かされることを期待する次第である。

最後に、本協議会の開催に向け周到な準備をしてこられた宮崎協議会会長はじめ島原市医師会看護学校の役職員の皆様に敬意を表するとともに、ご参会の皆様のご健勝と本協議会が盛会裡に終了することを祈念して挨拶とさせていただきます。

特別講演 I

ゆとり世代への看護教育

日本看護学校協議会前会長 荒川 真知子

日本看護学校協議会は、現在 426 施設を会員としてさまざまな事業を行っている。そのうち、医師会立の会員校が 81 施設である。長崎にはそのうち 5 校がある。会員校拡大に向けて日本医師会のお力をいただいたことを契機に、年々会員が増えている。改めて感謝申し上げる。

さて、多くの課題を抱えた 2025 年は間近に迫っている。看護職業人の養成を目的とし、地域医療に貢献してきた看護師等養成所は、これからの社会に求められる「その人らしい暮らしを人生の最期まで支える」役割を担い、また、同時に自らが看護の学びを通して、看護の職業を通して、その時どきの自らの人生を豊かにし、仕事を離れたあとの人生においても生き抜く力を養う基盤を育成する教育機関であると思うし、期待されている。そのためには、看護・看護基礎教育に関連する社会の動向をとらえ、各養成所がミッション・ビジョンを明確にし、未来を展望しつつ、看護師等養成所における人材育成の「今」を充実させることが必要と考える。

ゆとり教育は、詰め込み式の学習といわれる「知識重視型」から、学習時間と内容を減らした「経験重視型」の教育方針へと転換し、「自ら考える力、生きる力」を目指して進められた教育であるが、「学力低下、マニュアル人間、ストレスに弱い、注意をするとすぐに辞める、現実的で夢を見ない」などのマイナス面が強調される傾向にある。しか

し一方で、皆様ご存知の羽生結弦、浅田真央、内村航平 選手など、芸能・スポーツで活躍する人たちに共通するのは、強い精神力と自ら考え行動する主体性・創造性である。私は看護教育を通してその時代時代の「今どきの若者」とともに学びながら、悩み、戸惑い、考え、喜び、「自ら生きる力」を得て人生を歩んできた。

今年は私が看護学校に入学してから 50 年を迎える記念すべき年となるが、そろそろ古希を迎えるにあたり、クラス会を開催した。話題は、「懐かしい看護学生時代のエピソード」「自分の健康問題」「家族の介護や孫の世話」「老人サロンを開いて健康教育や物づくりの場を提供するボランティア活動」などで、皆それぞれの人生を豊かなものにしている。生き活きと人生を歩む基盤は看護学生時代に培われたことを改めて実感した。

人は「生涯、発達し続ける存在であり、死ぬ瞬間まで自己実現を目指し、学び続ける存在」である。「看護師になりたい」と望む若者たちの人生は始まったばかりである。

ゆとり教育の成果を長い目で見守りながら、1) 学生個々に合わせた教育、2) 「教える」から「ともに学ぶ」という教育観の変換、3) 看護の魅力を学ぶ臨地実習の在り方（専任教員・臨床指導者の連携と教育力の充実）、4) 地域の魅力と地域で暮らす人々を支えるための教育内容の充実、5) 学校評価の推進（自己点検・自己評価・結果の活用と公表、関係者評価の実施）などに取り組むことが、地域で働くことに喜びと誇りを感じ、「自ら考え、生き活きと活躍し続ける看護師」の育成につながるのではないかと考える。

1) 学生個々に合わせた教育：それは、学力の不足を補う、高等学校との連携、学生自ら自分に合った学校を選ぶ、保護者との連携を密にすることであると思う。日本看護学校協議会における 2016 年度の看護師等養成所の管理運営に関する実態調査において、ここ 2～3 年の受験生について、全課程数 405 のうち 68% が減少傾向にあるという結果が出ている。学生確保は看護師等養成所における全国共通の課題である。入学させたからには卒業させると覚悟を決めて、さまざまな対策を講じながら、日々教育・指導にあたっているのが現状である。学生の安定した確保のために、

指定校推薦や一般校推薦の推薦枠を設けているが、推薦の条件である評点平均の基準には学校差がある。また、推薦入学者は 11 月頃の早い時期に決定するため、入学が決定した段階で、文章を読んで纏める力をつけるなどの課題を出したり、1 日入学体験を通して看護学校での学習をイメージしてもらう。入学までに自主的に学習してもらう動機付けをし、学力の不足を補う。入学後には授業開始前の朝の短時間に学習時間を設け、学力の不足を補っている学校もある。高校訪問や近隣の学校の進路指導の先生を招いての説明会によって、高校との連携を深める。優しく素直な人柄だけでなく、看護学校に入学してからの学習に必要な最低限の学力も重要であること、高校在学中からどのような準備をすればよいか、看護学校ではどのような教育がなされるのかを理解していただくことで、生徒に合った学校生活のための適切な助言に繋がる。また、在校生が母校の高校を訪問し、後輩に看護学校での学びの体験を紹介する試みも有効である。

休学・退学の理由を日本看護学校協議会が調査した結果、休学の約 40%、退学の約 50%が、成績不振を理由としていた。せっかく入学した学校を、休学・退学することのないように、生徒に合った進路指導をするためにも、今後より一層の連携が必要であると思う。学生自身が自分に合った学校を選ぶことも大切である。

ホームページの充実も重要である。教育、学校生活、修学資金等の経済面でのサポート、在校生や卒業生の声も紹介する。学校自己点検、自己評価の結果をホームページで公表する学校も多くなってきた。在校生のアイデアを取り入れたり、学校説明会の参加時のアンケートなどを参考に、もっと知りたい、実際に学校を見学したいと思う生徒の、オープンキャンパスや説明会の参加に繋がるホームページの工夫も必要である。

最近、学校説明会に保護者同伴で来られる。看護の魅力と仕事の内容、そして人の世話が好きなというやさしい思いを、専門職業としての看護にするためには、多くの学習内容と、これまでとは異なる学校生活になることから、家族の協力と支えが必要であることをお話する。入学後は保護者との連携を密にし、関係性を築くことが大切に

なる。

1 年生の入学時、2 年生の戴帽式の保護者会では、一言話していただく。子供への期待・不安、学校への要望などがわかり、学生個々に合わせた指導に役立つ。面識があることで、その後、お互いの連絡・相談がしやすくなる。高等教育機関ではあるが、その必要性を年々感じている。最近は発達障害やメンタルな問題で進路変更が必要な場合も多くなった。学生も保護者もせっかく入学した学校を辞めたくない、退学してしまうと居場所がなくなるという思いから、なかなか決断できないこともあるが、日頃からの信頼関係と、一人の若者のこれからの人生に関わる大切なことを一緒に考えましょうという学校の姿勢が、新たな道に進むきっかけをつくることに繋がる。就職・進路が決まったことを学生が学校に報告してくれることがある。その時は大変うれしく思い、安心もする。ときには理解が得られず、学生本人が看護師は無理と SOS を発しているのに、何としても看護師にさせたいという保護者の思いが強く、子供の学習成果が上がらないのは指導が悪いからと、教員・学校・実習先に矛先が向けられることもある。あらゆる人脈を活用して圧力をかけられた例もある。結局、休学を繰り返し、6 年間在籍して退学した。その後の学生の人生はどのようなものかと今でも気にかかっている。

何時の時代にも、その時代に行われた教育や社会情勢は若者たちの思考や行動に影響を与える。まずはありのままを受け止め、学生個々に応じた教育を行うことで、ゆとり教育が目指した「自分で考える力、生きる力」の芽を伸ばすことができるようになると思う。

2)「教える」から「ともに学ぶ」という教育観の変換：私は教員になったばかりの頃は、学生からの予期せぬ質問に戸惑って、その場を繕って、自分の欠点を隠すことに一生懸命になっていた時期もあった。経験を重ねるに従って、どんなに準備しても答えられない、わからないこともあり、そのときはわからないということを素直に認め、次までに答えられるようにしようと思うようになったし、重ねれば重ねるほど自分の未熟さに気づき、放送大学で学ぼうとして、7 年かかって卒業した。教材を介して、学生たちと、「わかっ

た」「できた」「楽しかった」という瞬間を共有できたとき、教員としてのやり甲斐を感じる。「わからなかった」「できなかった」「つまらなかった」という学生の評価は、このことも私達教える者の学びとなる。学生による授業評価は授業の改善に役立つ。ただ、課題はある。科目修了ごとに実施するため、回収率が下がったり、無記名であることから倫理観を欠いた表現もあり、教員は自信をなくしてしまう場合もある。そのような場合は、教員自身が自己評価を適切に行うことが大事である。そして学生にも、受け身で学ぶのではなく、授業はともに作り上げることを伝えて理解を求める。授業の改善、教育力の向上には、自己研鑽とそれを支える職場環境・システムが重要である。例えば授業研究を取り入れることによって、学校全体・全教員が学生とともに学ぶ教育観を持つことに繋がる。授業研究により、教員の学びだけでなく、学生は自分たちの講義のために、先生方が学んでいると理解し、授業に臨む姿勢が変わる。

今から 24 ～ 25 年前、1990 年代の初めに態度教育の重要性や教育方法が取り上げられるようになった時代がある。ある日、教室に入ったところ、学生の机の脇に大きいゴミが落ちていた。当然拾ってくれるものと思い、指さしたところ、「私のゴミではありません」と言われて大変ショックを受けた。今までは、落ちていたら言われなくても拾うのが当たり前で、このような学生が看護師になれるのだろうかと思った。さらに、これまでの常識が覆される出来事が増え、気になることが多くなった。教員と学生の認識にはズレがあるのではない。これまでの学生とは違う。看護師として求められる態度とはいったい何か、それを明らかにして指導のあり方を考えようと、態度教育に関する研究に取り組んだ。

これまでの時代と違うことは何時の時代にも起こる。ピアス、茶髪、ピンクの髪、モヒカンなどがあった。今ではピアスもヘアカラーも普通のことであるが、当時は本当に驚いた。自分の価値観と異なることは受け入れ難いことであった。しかし、美的感覚が異なるだけで、普段の生活の自由まで束縛することはできないと思いながら、学生世代が高齢者になるころには髪が赤くても誰も何も言わないし、看護で勝負する時代が来る。で

も今の高齢者の方々の看護師に対するイメージは「清楚さ」である。未熟な知識と技術でも実習させていただくには、あらゆる年代に受け入れられる外見や態度を整えることだと指導してきた。学生は実習がないときは短時間でもおしゃれを楽しみ、そこで自分らしさを維持している。最近はタトゥーが問題になっている。見えないところならよいのか、見えなくても入れ墨を入れていたら看護を学ぶ資格がないのか、看護師になれるのか。これからより一層多様な価値観を持つ若者に会うことになる。規則だから、これまで駄目だったからではなく、なぜ駄目なのか、何を大切にしなければならないかを、人生の先輩として、看護職の先輩としての考えを伝え、学生とともに考えることが必要だと思う。

3) 看護の魅力を学ぶ臨地実習のあり方：臨地実習は予測のできないことが多く、主体的に行動を起こさないと学べない授業であり、講義では実感できなかった看護の魅力を学ぶことができる授業である。そのため、打たれ弱い、注意されることを嫌う、すぐに落ち込みめげる、言われたこと以上のことをしない、失敗を恐れ自ら行動しようとし、褒められること・認められることを強く望むなどの特徴を持つゆとり世代の学生にとっては、ハードルの高い学習方法となる。基礎看護学実習のときの学生の生き生きとした表情は、学問が進むにつれて失われていく。「習ってきたでしょ」「学内実習でやったでしょ」「看護の必要性は」「どのようにアセスメントして今日の計画に結びつけたの」「科学的な根拠がないと実践できないでしょ」、これが日々臨床で繰り返される出来事である。今は少し変わってきたかもしれないが、このような体験をたくさんしてきた。計画を見直して患者さんのケアができるころには、屋近くなっている。看護の魅力を感じるゆとりもない。原則はあっても、看護の対象者一人ひとり個別であり、10 人いれば 10 通りの看護があり、同じ看護は一つもない、大変だけどだからやり甲斐がある。多くの人との出会いの中で、自分の生き方にも影響を与えてくれる。私は看護の魅力をこのようにとらえている。

ここに至るには多くの経験と時が必要であったが、その基盤は看護学生時代に培われた。学生の

看護職を目指した動機はさまざまであるが、共通していることは「人の役に立ちたい」という思いである。汗を流しながら清拭を終えた学生に対する、「さっぱりした。あなたがいてくれてよかった。明日も待ってるから。」という患者さんからの一言が、学生の力になる。知識・技術が未熟でも何とか役に立ちたいという一生懸命さは、患者に伝わる。「短い時間でも、患者さんの人生の一時に影響を与えることができる存在になった」と感じることができたとき、「看護ってすばらしい。患者さんに寄り添った看護ができるようにもっと学びたい」という意欲に繋がる。

認められ褒められることを強く望む学生にとって、ありがとうや感謝の言葉の反応がない場合には、なかなか達成感が得られない。そのような時は、きれいになった身体と患者さんの気持ちよさそうな表情を学生とともに見ながら、これが清拭に対する患者さんの反応であることを知らせる。学生が自分で行ったこと、見たこと、感じたことの意味を見出す。臨地実習は看護実践能力育成に欠かすことのできない学習課程である。

医療現場の高度化と在院日数の短縮化、重症化で、受け持ち患者さんを選ぶのが困難な時代になっている。また、複数の学校養成所の異なる課程の実習を受け入れている施設では、少なからず負担を伴う。しかし、地域に根ざす看護師の育成のためには、これまでの実習指導を学校主導から協働へ、学校は援助から自律へ、「実習させていただく」から「教育倫理に基づく技術的な教育の実践」へと、パラダイムの転換が必要である。指導者だけでなく、スタッフ、さらには職員全体に看護基礎教育の現状、学生の状況を理解していただくことが必要である。

4) 地域の魅力と地域で暮らす人々を支えるための教育内容の充実：地域に根ざし地域の人々に寄り添った看護を実践するためには、保健医療福祉の政策、人口動態や疾病構造、教育、文化、観光や特産物などの地域の特徴、その地域の看護師の充足状況や期待していることなどについて知ることでもある。

長崎県のホームページを開き、知事からのメッセージを拝見した。「私の使命は、元気な長崎県をつくることであり、幅広い県民の皆様の参画の

もと、『人に生きがいを』、『産業に活力を』、『暮らしに潤いを』与えられるような施策の推進に力を注ぎ、県民の皆様方の夢や思いをかたちにして、具体的な成果としてお示しできるよう、全力を尽くしてまいります。」「具体的には、安心して子供を産み育てられる環境づくり、健康長寿日本一の県づくり、地域や産業を支える人材づくりなど、誰もが生きがいを持って活躍できる地域社会の実現を目指し」、「住心地の良いまちづくりを推進し、長崎に生まれてよかった、長崎に暮らしてよかったと実感していただけるよう」とあった。各県のホームページには、健康支援や社会保障制度、専門分野の各領域に活用できる教材がたくさんある。学生の苦手とする社会保障制度や法的根拠などについても、地域に暮らす者として身近に捉えることができれば、興味も湧く。「健康長崎 21」のように、それぞれの県で目標を掲げ、その結果を評価し、見直しを行うことで、県民一人ひとりの健康づくりの軸となる。健康のあらゆる状況に関わる看護師として、「健康日本 21」についての理解は必要であり、国家試験出題基準にも指定されている。地域で行われていることを教材とすることで、看護師として、県民の一人として、地域住民として、健康づくりにどう取り組んでいけばよいのかまで考えることができ、生きた学習になると考える。

現在、厚生労働省において、看護基礎教育検討会が開催されている。カリキュラムが改正された折にも、国の示す基準カリキュラムを行いながら、学ぶ学生たちの特徴、教育機関のある地域の特徴を反映させた教育課程の編成によって、地域に根ざした看護師の育成につながるのではないかと考える。

5) 学校評価の推進：日本看護学校協議会の重点事業の一つに、学校自己点検・自己評価の実施率 100%を目指した支援を行うことを掲げている。私も学校評価の実施について手伝いをしている。昨年は埼玉、大阪、今年は 6 月の埼玉准看護学校教務主任会主催の研修会にお招きいただいた。なかなか進まないというアンケート結果を見ると、「どのようにすればよいかわからない」、「時間が確保できない」、「他に優先すべき業務がある」、「教員内の協力が得られない」などがその理

由であった。また、「実施した結果が活用できない」という課題もあった。

以上、「ゆとり世代への看護教育～地域に根ざす看護師を育てる～」というテーマを私なりに解釈して述べさせていただいた。最近、新人看護師のことで聞いた話であるが、「点滴を落として」と指示したら床の上に置いた、「ナースコールを切って」と言ったら本当にハサミで切った、ということを知って驚いた。予測しない出来事は何時の時代にも起こるが、先生方の悩み・ご苦労は更に増していくと思う。しかし、何事も前向きにとらえて、看護教育を通して生きる力、生き抜く力をともに育てていくことを目指していただきたい。49 回を迎えた中四九地区医師会看護学校協議会が皆様を力強く支えて下さると思う。そして、日本看護学校協議会も全力を尽くして質の高い看護教育、看護師の育成に力を尽くしたいと思う。

特別講演Ⅱ

地域に必要な看護職をどう確保するか

公益社団法人日本医師会常任理事 釜 范 敏

平成 26 年に日本医師会の常任理事に就任し、以後、毎日本協議会に参加させていただいている。毎年大事なご指摘・ご要望をたくさんいただき、日本医師会はさらに頑張らなくてはならないと応援をしていただくのであるが、進捗が十分でないという先生方からのご指摘をいただくものと思っている。引き続き、十分に取組みたいと思う。

日本の将来人口推計等と看護・介護人材の確保

将来人口推計

1960 年にはピラミッドの形の人口構成であった。1947 年から 1949 年のいわゆる団塊の世代の人口が非常に増えたことが特徴である。1950 年（昭和 25 年）には逆に人口がかなり減っている。このあたりについてはこれまで十分な背景の分析がなされていなかったように思う。2010 年には団塊の世代が大きな人口を構成しており、コマのような形になっている。2030 年には寸胴のような形になり、2060 年にはロウソクのような形になると予測されている。人口については、社会保障の人口問題に関連して推計をするわけであ

るが、この人口推計の予測はかなり正確である。

日本人口の歴史的推移

日本の人口は、江戸時代から明治まではほとんど増えない時期があったが、明治 5 年（3,481 万人）以降、急激に増えてきた。2010 年には 1 億 2,806 万人となり、以後ほぼ対症的に人口減少の局面に入っている。

今後の人口構造の急速な変化

2015 年から 2060 年にかけて、65 歳以上はやや減少し、15～64 歳の生産年齢人口が急激に落ちることと、14 歳以下もかなり減ってしまうと予測される。年間の出生数は、最近 100 万人を割ったということが大きく取り上げられたが、2015 年の 100.6 万人に対し、2030 年には 74.9 万人、2060 年には 48.2 万人になると予測される。

将来人口動向「3つの減少段階」

今後のわが国の人口は、3つの減少過程を経て、全体として人口減少に至る。人口の総数は一貫して減少するが、第 1 段階として、老年（65 歳以上）人口は増加し、生産人口（15～64 歳）・年少（0～14 歳）人口は減少する。第 2 段階は、老年人口は維持・減少、生産・年少人口は減少する。第 3 段階は、老年人口・生産・年少人口いずれも減少する。東京都区部や中核市などの都市部は第 1 段階にあるのに対し、人口 5 万人以下の地方都市は第 2 段階、うち過疎地域は第 3 段階に突入している。

これからの人口減少率

人口減少は地域によって、大きく差が出る。すでに高齢化が進んでいるところでは、これ以上高齢化は進まず、全体として人口が減ってしまう。

2015 年と 2045 年における 15～64 歳人口割合別市区町村数と割合

15～64 歳人口割合が 50%未満の市区町村は、2015 年には約 12%であったが、2045 年には 70%以上となる。

出生数と死亡数の推移

1900 年代には出生数が死亡数を上回っていたが、2010 年には出生数 1,071,804、死亡数 1,197,012 と、死亡数が出生数を上回った。死亡数のピークとされる 2039 年には年間 166 万人が死亡すると推定されている。

日本が抱える課題

65 歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者が増加する、あるいは、独居、夫婦のみの世帯が増加すると考えられている。生産年齢人口は 1995 年から減少し、総人口は 2008 年から減少している。高齢化のピークは 2042 年と言われているが、地方都市は、すでに高齢者も減少の時期に入っている。2060 年には、1 人の高齢者を 1.2 人で支える社会構造になる。死亡者のピークは、2039 年で 166 万人が死亡する。高齢者の独居世帯、老老世帯の割合が半数以上となる。認知症高齢者が増加する（2025 年には約 700 万人の有病者があり、高齢者では 5 人に 1 人が認知症となる）。これらの予測は予測として受け止めなければならないが、どのように社会のあり方をこれから作っていかなければならないかというところが、私共の課題になる。

超高齢者、人口減少社会に向けて

高齢者が非常に増えて、人口が減少していく社会の中でも、国民ができるだけ快適で元気に暮らしていけるためにどうするか、ということで、国の方でもいろいろな施策がなされている。われわれはそのことも踏まえて、自分たちでできることをどのように実現していくかということが求められている。効率的で効果的な医療提供体制ということにおいては、これまでの医療のあり方だけではうまくいかない。地域包括ケアシステムは、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを包括的に確保できるようにするというものであり、このことが地域の活性化やまちづくりに繋がる。

今後求められる看護職員

かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供のためには、かかりつけ医を支える看護職の役割は非常に重要である。高度医療や急性期医療を担う看護職員も必要であるが、地域包括ケアシステムを担う看護職員の確保は、今後の超高齢社会を左右する喫緊の課題である。これから看護職を目指す人たちをどのようにしっかりと養成し、その人達が医療現場でどのように力を発揮してくれるかということのために、さらに力を尽くさなければならない。

看護職員の養成状況～医師会立養成所を中心に～ 看護職員就業者数の推移

平成 28 年度で、看護職全体としては 1,660,071 人が従事している。准看護師は 347,675 人、看護師 1,210,665 人で、助産師は 39,613 人、保健師は 62,118 人である。2025 年には看護職全体として 200 万人の人材が必要であるという推計がある。

看護師・准看護師学校養成所（大学を含む）卒業 者数の推移

平成元年から 10 年にかけては、卒業生の総数は増加し、平成 10 年で養成者数はピークを迎えていた。平成元年には准看護師の養成数も約 3 万人あったわけであるが、当時の准看護師養成停止運動を背景に、平成 11 年に准看護師課程のカリキュラム改正が行われ（施行は平成 14 年）、准看護師養成所は著しく減少した（平成元年に比べ 2 万人以上も減少）。それに伴い、看護師 2 年課程も減少した。平成 22 年ころから全体の卒業者数は増えている。大学の卒業生が増えていることが増加の原因であるが、それでも全体で最多の人数を記録した平成 10 年には及ばない。今後は看護職員を目指す人々の確保がさらに難しくなると思われる。

看護系大学の推移（学校数・1 学年定員）

平成 29 年には、看護系大学の数は 267 校に達した。それに伴い、養成数が増えているわけであるが、一方で定員はあるものの入学者が確保できない大学が散見される。都道府県ごとにみると、青森、茨城、山梨、山口、愛媛、鹿児島で、充足率が 100%を割っている。看護系大学が附属病院を持たないところでは、実習施設の確保において、看護師養成所や准看護師養成所とのバッチینگが問題となっていることは言うまでもない。

看護職員不足・偏在と医師会立看護師等養成所の 役割

へき地・離島・山間部などには、都市部から看護職員が来ることはほとんどない。地域の人材を看護職にすることで、地域の雇用、地元経済の活性化にもつながる。医療機関では、中小病院や有床診療所での看護職不足が問題となっている。看護職の大病院や急性期病院志向（キャリア形成、勤務環境等）があり、中小病院や有床診療所も、

勤務環境の改善の努力はしているが、もともと人員も少なく、なかなか集まらない。これらの地域に供給するという意味においては、医師会立看護師・准看護師養成所の役割は非常に大きい。

医師会立看護師・准看護師養成所の役割

1) 地域の看護職は地域で養成・確保しなければならない。郡部・へき地等での看護職の確保は、地元出身者を看護職として養成することが必須。医師会立養成所が閉校すれば、その地域の看護職員不足はなお一層深刻となることは明らか。

2) 社会人等の受入れが必要である。少子化が進展する中で、新卒者だけに頼っている、超高齢社会を支える看護職員を確保することはできない。社会人経験者等が看護職に進むための道として、准看護師養成所が果たす役割は大きい。さらに、看護師資格の取得希望者のために、進学コースの維持は不可欠である。

3) 「養成所」が果たす役割は、地元定着という点で非常に大事である。看護職を志す者がすべて大学に進学できるわけではない。看護系大学新卒者は、地域の中小病院・有床診療所には就業しない。「地域密着型の中小病院・有床診療所」に期待されるもの

入院機能とかかりつけ医機能を持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが期待される。これからの医療は、急性期・高度急性期の医療の体制があればうまくいくというものでは決していない。

平成 30 年度医師会立助産師・看護師・准看護師学校養成所調査

1. 学校数の推移

准看護師課程、看護師 2 年課程では減少傾向にあり、5 年前と比べ准看護師課程は 16 校減、それに伴って看護師 2 年課程も 12 校減となっている。

2-1. 入学状況（准看護師課程）

定員は、学校数の減少に伴い、5 年前に比べ約 1,200 名減となっている。応募者の減少が顕著となっており、平成 30 年度は約 11,500 人と、5 年前に比べ半数以下となった。入学者の定員割れも全国各地で起こっており、合格者数に対する入学者数も減少している。30 年度入学者は 6,941

人であった（定員は 8,083 人、合格者数は 7,819 人）。

2-2. 入学状況（看護師 2 年課程）

定員、応募者ともに減少が続いているが、30 年度は前年度に比し応募者が大きく（約 600 人）減少し、入学者は 2,661 人であった。学校数の減少（2 校、120 人）を上回る大幅な減少であり、減少の背景を分析すべきである。30 年 4 月より看護師 2 年課程通信制の入学要件が緩和されたことの影響も注視する必要がある。

2-3. 入学状況（看護師 3 年課程）

応募者は年々減少しており、30 年度は約 9,900 人で、5 年前の 7 割の水準まで低下した。入学者は 3,657 人で、前年度並みであった。

3. 倍率の推移

倍率（応募者／定員）は、看護師 3 年課程では平成 25 年度まで 4 倍を超えていたが、その後低下傾向にあり、30 年度は 2.6 倍であった。准看護師課程も以前は 3 倍程度であったが、30 年度は 1.4 倍にまで低下した。看護師 2 年課程はここ数年は横ばいが続いていたが、30 年度は 1.1 倍に低下した。助産師課程については、3.0 倍と若干上昇した。

4. 定員充足率の推移

定員充足率（入学者／定員）は、看護師 3 年課程は概ね 100% で推移しているが、その他の課程については、今年度はいずれも 90% を下回り、前年度に比べても低下が激しく、定員割れが目立つ結果となった。

5. 卒業後の進路

准看護師課程は課程の性格上、進学率が他の課程と比較して高く 46% にのぼる。ただし、進学者の半数以上（全体の 26.7%）は医療機関に就業しながらの進学であり、全体で 7 割以上が就業していることになる。看護師 2 年課程、看護師 3 年課程の就業先は、養成所を設置運営している医師会管内が 5 割を超え、次いで医師会管外、県外の順となっている。いずれも 8 割以上が県内就業となっており、地元定着率が高い。

看護系大学、看護師 3 年課程養成所、准看護師養成所の入学状況の推移

大学は、応募者が 2017 年は 2011 年に比し、

39,232 人増加している。一方で、3 年課程養成所では 31,307 人減少している。准看護師課程では、17,197 人減少し、入学者の定員割れも起きている。

都道府県別准看護師学校養成所数（高等学校衛生看護科を含む）

養成所数がゼロの県もある（福井県、沖縄県）。最多は埼玉県の 17 校、次いで福岡県の 16 校で、1～3 校が 1 府 19 県である。ちなみに、山口県には 10 校存在する。

調査のまとめ

准看護師課程は今年度に 6 校が募集を停止し、入学者は 7 千人を割り、定員を大きく下回る結果となった。また、看護師 3 年課程においても応募者の減少が続いている。看護系大学が 2011 年から 2017 年までの間に 67 校（定員 6,597 名）増加し、3 年課程養成所も 42 校（定員 3,543 名）増加していることが影響していると考えられる。これらの影響により、医師会立養成所は実習施設や教員の確保が困難となっており、経営面でも非常に厳しい運営を強いられている。医師会立の養成所は県内就業率も高く、地域の看護職員確保に多大な役割を果たしている。もし医師会立の養成所が閉校すれば、地域の看護職員不足は一層深刻なものとなる。厚生労働省や都道府県・市区町村行政による、補助金（地域医療介護総合確保基金）の増額や各種規則の柔軟な運用等、養成の支援が必要である。

全体として看護職を目指す者は増えておらず、高学歴志向により養成所から看護系大学に流れているに過ぎない状況である。また、各業界とも人手不足から採用を強化していることも、看護職希望者の減少につながっていると考えられる。少子高齢化に伴う労働力不足はわが国全体の大きな問題であるが、厚生労働省や都道府県行政においては、看護職希望者の増加に向けて、さらなる施策の実施をお願いしたい。

また、看護師 2 年課程は、今年度は応募者が大きく減少し、定員充足率も下がった。今年 4 月より、看護師 2 年課程通信制の入学要件である業務経験年数が 7 年に短縮されており、これによる影響も大きいのではないかとと思われる。全

日制・定時制に通学して学ぶのが本来あるべき姿であり、通信制の影響によって、准看護師が卒業後にすぐに進学できる道が閉ざされては本末転倒である。さらなる業務経験年数の短縮を求める声もあるが、慎重な対応が必要である。

求人、求職、求人倍率の推移

応募者が減少した原因の一つとして、日本全体の求人・求職の推移をみると、平成 21 年度には求職が求人の倍以上あったが、26 年度に逆転し、29 年度は求人が求職をかなり上回っていることが挙げられる。有効求人倍率も 21 年度の約 0.4 から 19 年度は 1.6 に上がり、平成 30 年 6 月には 1.62 で、これはバブル期（平成 2 年 7 月）の 1.46 を上回っている。

産業別新規求人数の推移

サービス業（広義）のうち、医療・福祉関連の求人が大きく増加しているため、看護職を確保することが難しい状況になっている。

地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金の分野別配分

厚生労働省の発表によると、2016 年度基金（医療分）904 億円のうち、「病床の機能分化・連携」が 458 億円（51%）である。「在宅医療の推進」は 47 億円、「医療従事者の確保」は 399 億円である。2018 年度は「骨太の方針 2017」が地域医療構想の実現に向けた計画に重点配分することを求めていることを踏まえ、934 億円のうち、「病床の機能分化・連携」に 500 億円以上（54%以上）を配分することとなっている。もともと看護学校の運営・建設等の費用は国から補助が出ていたものが、基金に移ってきた。そのことによって、従来の補助に比べて基金が確保しにくくなったというわけではないが、現状は厳しい状況である。

看護師等養成所運営事業・施設整備事業

看護師等養成所運営事業・施設整備事業に対する基金は、2014 年には運営費が 116.3 億円、施設整備費が 52 億円（合計 168.3 億円）であったが、2017 年には、前者 91.6 億円、後者 14.3 億円と、ともに減少しており、特に施設整備費に関しては厳しい状況にある。

それに対して、どのような方法が考えられるか

という事例を挙げる。各都道府県が工夫をされて、地元定着率がよいところではできるだけ補助率を上げようという試みがいろいろとある。これらには、県と医師会との相談が必要である（スライド番号41、42）。スライド番号43は、施設整備に実際にどのように取り組まれて、基金からの拠出がどのくらい行われたかという事例である。スライド

番号44～46は、その他の事業事例である。これらも参考にさせていただきたい。

医療・介護は、人が人に対して行うサービスである。人口減少社会の中で、地域に必要な医療・介護人材をどう確保していくのか、国や医療界が一緒になって考え、できる施策は早急に取り組まなければ、将来の地域医療体制は確保できない。

平成29年1月27日付「地域医療介護総合確保基金(医療分)に係る標準事業例及び標準単価の設定について」(厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)により、従来の国庫補助事業時代の基準額が示された。

一方、地域の看護職定着率等を勘案した加算は可能である。

＜栃木県 平成29年度計画＞

補助基準額に県内定着率に応じた乗率を乗じた額を補助

県内定着率	乗率	備考
90%以上	1.3	
85%以上90%未満	1.2	国庫補助基準額に県単加算
80%以上85%未満	1.1	
75%以上80%未満	1.0	国庫補助基準額どおり
70%以上75%未満	0.9	
70%未満	0.8	国庫補助基準額を減額

＜兵庫県 平成29年度計画＞

県内定着率に応じた加算

県内定着率	加算額
+5%未満	50万円
+5%以上15%未満	100万円
+15%以上	150万円

41

その他の事業事例(一部/各事業計画より)

都道府県	学校	内容	基金充当額(国) 千円	基金充当額(県) 千円
福島県	県看護学校協議会	専任教員等教育研修会経費 ・専任教員研修 ・臨床実習指導者研修	324 (H28)	162 (H28)
福島県	県看護学校協議会	看護教育・研究支援事業 ・看護学生の研究発表や看護教育研究にかかる経費を支援	1,000 (H28)	500 (H28)
千葉県	医療機関	新たに看護学生の実習を受け入れる病院等に対し、経費の一部を助成する	1,483 (H29)	742 (H29)
新潟県	新潟県	実習施設や養成施設と連携の上、実習施設拡大に向けた取り組みを実施 実習未受入病院:40病院	699 (H29)	350 (H29)
石川県	石川県	再就業を希望する看護職員に対して、病院等での研修機会を提供 対象:経験年数1年以上で離職中の看護職員 研修期間:7～14日	5,334 (H29)	2,666 (H29)
石川県	県立看護大学	新任・中堅看護職員に対する研修を実施し、看護職員の経験に応じた継続研修の充実を図る	79 (H29)	40 (H29)
静岡県	静岡県	研修機会が少ない小規模病院・診療所に勤務する看護職を対象とした研修会の開催。県内4か所×3テーマ×2回	1,151 (H29)	756 (H29)

44

＜福岡県 平成29年度計画＞

県内就職にかかる取り組みへの加算
※各養成所において県内医療機関を集めた就職ガイダンスの開催等

＜熊本県 平成29年度計画＞

県内定着率による調整

県内就職率	調整率
85%以上	1.12
80%以上85%未満	1.09
75%以上80%未満	1.06
70%以上75%未満	1.03
70%未満または卒業生未輩出	1.00

＜鹿児島県 平成29年度計画＞

基準額の「生徒1人あたり」にかかる部分について、県内定着率による調整

県内定着率	乗率
95%以上	1.10
85%以上95%未満	1.05
65%以上85%未満	1.00
50%以上65%未満	0.95
50%未満	0.90

42

その他の事業事例(一部/各事業計画より)

都道府県	学校	内容	基金充当額(国) 千円	基金充当額(県) 千円
岐阜県	医療機関、看護協会	①専任教員や実習指導者講習会修了者を対象に、より専門的な教育実践力を高める研修会の開催 ②准看護士を対象に、医療環境の変化に対応した業務能力向上のための研修会を開催	55 (H29)	27 (H29)
愛知県	県医師会	県医師会が、診療所の看護師募集や診療所への就職者が多い看護師等養成所への生徒募集事業を支援する。	2,400 (H29)	1,200 (H29)
三重県	県内医療機関	母性看護及び小児看護、助産の実習病院及び診療所において、県立看護大学等養成所からの実習を受け入れ、かつ専任の臨床実習指導者を配置する経費に対して補助。 実績:母性小児8か所、助産4か所	4,490 (H29)	2,245 (H29)
兵庫県	医療機関、看護師等養成所	復職支援研修を身近な施設で受けられるようにする。	3,603 (H29)	1,802 (H29)
岡山県	岡山県	看護進路・就職ガイド事業 ・中高生・保護者を対象に看護職への進路ガイダンス実施 ・県内医療機関情報を掲載した看護職就職ガイドブック作成 ・中学校・高校への出前講座	7,503 (H29)	3,751 (H29)

45

医師会立養成所に関する施設整備事例(一部/各事業計画より)

都道府県	学校	内容	基金充当額(国) 千円	基金充当額(県) 千円
秋田県	秋田市医師会立秋田看護学校	大規模改修	13,333 (H27)	6,667 (H27)
茨城県	水戸市医師会看護専門学校	移転新築	405 (H26) 95,292 (H27) 39,469 (H28)	203 (H26) 47,646 (H27) 19,735 (H28)
富山県	①富山市医師会 ②高岡市内の看護学校を統合(医師会立含む)	移転新築 統合新築	2校併せて 280,399 (H27) 272,513 (H28)	2校併せて 140,200 (H27) 136,257 (H28)
佐賀県	佐賀市医師会立看護専門学校	移転新築	35,345 (H28) 171,957 (H29)	17,673 (H28) 85,978 (H29)
栃木県	足利市医師会付属看護学校	移転新築	38,899 (H29)	19,450 (H29)
大分県	豊後大野市竹田市医師会 共立豊後看護学院	旧県立施設を改修し、学習教室・実習室を整備	22,961 (H29)	11,481 (H29)
宮崎県	都城市北諸県医師会立 都城看護専門学校	改築	66,667 (H29) ※実際にはH30年度	33,333 (H29) ※実際にはH30年度

43

その他の事業事例(一部/各事業計画より)

都道府県	学校	内容	基金充当額(国) 千円	基金充当額(県) 千円
広島県	福山市医師会、福山市、看護師等養成所	①看護職員確保のための仕組みづくり検討 ②外部講師及び実習引受病院確保のための説明会・講演会 ③看護学生向け就職セミナー及び看護職員再就職支援セミナー ④実習室の設備整備及び実習用具等の設備整備	25,203 (H29)	12,602 (H29)
鳥取県	鳥取看護高等専門学校他2校	看護師等養成所の教育環境の改善にかかる設備整備	12,704 (H29)	6,353 (H29)
福岡県	各看護師等養成所	看護職員を専任教員養成講習会に参加させている期間、代替教員を確保するための費用を補助 補助施設数:40校	22,320 (H29)	11,160 (H29)
熊本県	看護師等学校養成所	看護学生の県内定着促進のため学校養成所が取り組む事業に対し助成 補助対象数:20校	2,000 (H29)	1,000 (H29)

46

厚生労働省「看護職員需給見通し」の楽観的な推計は不可。これまでと同様の施策を継続するだけでは、確保は無理である。マクロではなく、ミクロ（各地域）でのマンパワーの確保が第一。外国人看護師に頼る前に、日本での養成体制の維持・強化を図るべきである。地域に密着した医師会立看護師・准看護師養成所への財政面、運用面での支援を是非ともお願いしたい。

准看護師試験事務の委託について

これまで都道府県が実施してきた准看護師の資格試験は、全国を 6 つのブロックに分けて問題を作成しているのが現状である。この都道府県が実施している試験の事務を外部の指定試験機関に委託してもよいという法律が通り、2019 年 4 月から施行される。これによって事務負担が減るため、多くの都道府県が委託することが予想されるが、この指定試験機関として、日本医師会と四病院団体協議会が新たな一般財団法人を設立して、試験問題の作成を行うように準備を進めている。

この件に関しては、医師会等の設立した指定試験機関に委託していただけるよう、都道府県の医師会から都道府県にしっかりと情報を伝えて、働きかけをしていただくようご協力をお願いしたい。

特別講演Ⅲ

看護職員の養成と確保について

厚生労働省医政局看護課課長 島田 陽子

1. 看護職員を取り巻く現状の変化

今後の人口構造の急速な変化

私共は、看護職員の量と質を高めていくという 2 つの側面からの施策を推進している。その上で重要なのが、人口構造の変化である。2016 年から 2030 年にかけて、65 歳以上人口は増加し、15～64 歳人口は減少する。2030 年から 2065 年にかけては、65 歳以上人口は減少するが、15～64 歳人口はより急速に減少すると予測される。これは、人々への看護を提供するための、どのような人材をどのくらい確保するのかを考える上でも重要な情報となっている。

日本の人口ピラミッドの変化

団塊の世代がすべて 75 歳となる 2025 年には、75 歳以上が全人口の 18% となる。2065 年には、人口は 8,808 万人にまで減少するが、一方で、65 歳以上は全人口の約 38% となる。

わが国における疾病構造

わが国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。平成 27 年には、生活習慣病は死亡割合の約 6 割を占めている。生活習慣病関連疾患に係る医療費は、内科診療医療費（29.3 兆円）の約 3 割（9.0 兆円）を占める。疾病構造の変化により、看護の提供すべき内容と発揮すべき力も変わってきている。

地域医療構想について

医療・介護を持続可能なものとするため、「医療介護総合確保推進法」により、平成 27 年 4 月より、都道府県が「地域医療構想」を策定し、28 年度中に全都道府県で策定が済んでいる。「地域医療構想」は、2025 年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 つの医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計するものである。

どのような人をどのくらい必要とするのか、在宅などさまざまな療養の場で生活する人々を支えられる人をどう確保していくのか等を考えていかなければならない。

地域包括ケアシステムの構築について

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現する。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要である。人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかであるが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の

特性に応じて作り上げていくことが必要である。地域包括ケアシステムは、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定する。地域包括ケアシステムにおいては、さまざまな拠点で看護職員が力を発揮する場ができてきている。

2. 看護職員の確保対策

看護職員就業者数の推移

平成 28 年現在、1,660,071 人の方々が、看護職員（保健師 62,118 人、助産師 39,613 人、看護師 1,210,665 人、准看護師 347,675 人）として、資格や免許を使って働くことができる。幸いなことに全体の人数は毎年増加しているが、人口構造が変化する中でどの程度まで確保できるのかを考えていかなければならない。

看護職員の就業場所の推移（平成 18 年→平成 28 年）

全体の人数は増えており（1,333,045 人→1,660,071 人）、保健師（47,088 人→62,118 人）、助産師（27,352 人→39,613 人）、看護師（848,185 人→1,210,665 人）は増えているが、准看護師（410,420 人→347,675 人）は減少している。訪問看護ステーションで働く人の割合が、わずかではあるが増加している。准看護師は介護施設等で働く人の割合が増加している。

看護師・准看護師就業者数（県内・県外）及び県内就業率（平成 29 年 3 月）

看護師合計の県内就業率は 73.1 %（大学 61.6 %、短大 72.3 %、養成所 3 年課程 83.1 %、養成所 2 年課程 73.2 %、高等学校・5 年一貫 59.5 %）で、准看護師養成所では 88.9 %の県内就業率である。

看護職員確保に向けた施策の柱

1) 看護職員の復職支援の強化（看護師等人材確保促進法改正、平成 27 年 10 月 1 日施行）：看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。都道府県ナースセンターが、離職後も一定のつながりを確保し、ライフサイクル等を踏まえて適切なタイミングで復職研修等の必要な支援を実施。

2) 勤務環境の改善を通じた定着・離職防止（医療法改正、平成 26 年 10 月 1 日施行）：看護職員を含めた医療従事者全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善の取組を促進し、都道府県医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取組を支援。ワークライフバランス等にも配慮した取組を促進し、看護職員の定着・離職防止を推進。

3) 社会人経験者の看護職員への取り込み促進：看護関係資格の取得を目指す社会人経験者が、厚生労働大臣が専門的・実践的な教育訓練として指定した講座（専門実践教育訓練）を受講した場合に給付を行う。18 歳人口が減少する中での対応策となる。

ナースセンターによる看護職員の復職支援の強化

医療介護総合確保推進法の中で、看護師等人材確保促進法を改正（平成 27 年 10 月 1 日施行）して、看護職員が離職する機会などに、都道府県のナースセンターに本人の状況を登録することが努力義務となった。離職後も必要な情報の提供や、復職希望時に研修の案内等をナースセンターから行うことで、より早く復職できるようにすることや、復帰の際の技術に対する不安等を払拭して復職へのハードルを下げることを目的として、届出制度を推進している。

看護師等の届出サイト「とどけるん」

届出制度については、WEB 上でも届け出ができるようになっている。もし、さまざまな事情により離職される方がおられたら、この届出制度を活用するよう、案内していただきたい。

看護師等免許保持者の届出制度による届出の状況（平成 30 年 5 月末現在）

平成 27 年 10 月 1 日の施行日からの 2 年 8 か月で、計 75,581 人が届出をしている。離職届出者の中から、6,331 人が再就職している。

看護職員の多様なキャリアパスの周知

地域包括ケアの推進や地域医療構想の実現に向けては、看護職員の数の確保とともに、活躍する場の多様化に対応することが求められている。看護職員の多くは女性であり、出産・育児等のライフイベントにかかる負担の軽減を含めた環境整備を進めるとともに、ライフスタイルに合わせた柔

軟な働き方の拡大など、ライフステージに応じて活躍できる環境整備をすすめていく必要がある。また、今後、ニーズの増大が見込まれる訪問看護等の在宅医療を支えるサービスや、教育の質の確保等において基盤となる看護師等養成所などに必要な人材の確保が課題となっている。

平成 29 年度「看護職員の多様なキャリアパス周知事業」により、新たなキャリアと働き方を提案する「看護職のキャリアと働き方支援サイト」を作成し、これから看護を目指そうとする方や、すでに保健師・助産師・看護師・准看護師の資格をお持ちの方に、多様なキャリアと働き方を周知する。

看護職の資格によるこれまでの経験を活用して、さらに経験を積み重ねていく場（看護教員等）があるということを PR していきたい。厚生労働省のホームページ上でも情報提供している。

看護師等養成所に対する支援

看護師等養成所に対する財政支援については、看護職員確保対策の一環として、各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」における医療従事者の確保に関する事業として実施している（地域医療介護総合確保基金の国と都道府県の負担割合は、国 2/3、都道府県 1/3）。地域医療介護総合確保基金は、都道府県の実情に応じて補助基準（基準額や対象経費等の追加・拡充等）の設定が可能である。いろいろな事業がある中で、地域医療構想、地域包括ケアシステムの推進も必要なため、都道府県の知恵を絞りながらすすめておられると思うが、厚労省としても基金の予算をしっかりと確保し、看護師等養成所への必要な支援を行っていただけるよう力を入れてやっていきたい。

3. 看護職員の養成

看護教育制度の概念（平成 29 年）

看護師養成の学校は、4 年制大学は 267 校（1 学年定員 22,656 人、全体の 34%）、養成期間 3 年以上の養成所・短大は 576 校（30,207 人、45%）、高校・高校専攻科 5 年一貫教育校は 78 校（4,199 人、6%）、養成期間 2 年の養成所・短大等は 152 校（6,210 人、9%）、2 年通信制は

17 校（3,780 人、6%）である。准看護師養成所（2 年）・高校（3 年）は 231 校（1 学年定員 10,163 人）である。平成 30 年資格試験合格者数は、保健師 6,666 人、助産師 2,201 人、看護師 58,682 人、准看護師 17,302 人（うち准看護師学校養成所卒業者は 9,856 人）である。看護師等養成所の教育の見直しも進めている。

看護師等学校養成所の施設数の推移

看護師（3 年課程、大学・短大を含む）は増加、看護師（2 年課程）と准看護師は減少、看護師（5 年一貫）は横ばいである。

平成 29 年度看護師・准看護師養成所の設置主体別課程数

3 年課程（843 課程）は、学校法人が 344（41%）、医師会 59（7%）、医療法人 55（7%）である。2 年課程（169）は、医師会が 68（40%）、学校法人 39（23%）、都道府県 20（12%）である。准看護師課程（231）は、医師会が 180（78%）、学校法人 18（8%）医療法人 9（4%）である。

看護師 3 年課程の教育内容の変遷

必要な教育内容を身につけて看護師として社会に出ていただくよう、教育の見直しを行っている。昭和 26 年（規定規則改正）は、講義 1,150 時間＋実習 102 週以上であった。平成 8 年（第 3 次改正）には、教育科目から教育内容による規定に変更された。単位制が導入され、専任教員の専門領域担当への変更、実習施設の充実と拡大が行われた。合計で 93 単位（2,895 時間以上）。平成 20 年（第 4 次改正）には、統合分野の創設、各分野での教育内容の充実、看護基礎教育の技術項目について卒業時の到達度の明確化が行われた。合計で 97 単位（3,000 時間以上）。

准看護師課程の教育内容の変遷

昭和 26 年には、准看護婦制度が新設され、講義 555 時間＋臨床実習 67 週以上で、平成元年には総時間数を 1,500 時間に規定し、看護婦課程との連携を考慮し授業科目名・体系を改正し、実習は臨地実習のみに変更した。平成 11 年には教育内容の充実のため、総時間数を増加（1,890 時間）し、精神看護を新設し、老人看護を老年看護に改め成人看護と統合した。

看護基礎教育検討会

2018 年 4 月に立ち上げられた。2019 年夏頃に結論を出す予定である。

趣旨：少子高齢化が一層進む中で、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの推進に向け、人口及び疾病構造の変化に応じた適切な医療提供体制の整備が必要である。患者のケアを担う看護職員の就業場所は、医療機関に限らず在宅や施設等へ拡がっており、多様な場において、多職種と連携して適切な保健・医療・福祉を提供することが期待されており、患者の多様性・複雑性に対応した看護を創造する能力が求められている。保健師においては、保健・医療・福祉・介護等の各分野及び関係機関、住民等との連携及び協働を支え、持続可能で且つ地域特性を活かした健康なまちづくり、災害対策等を推進することが求められ、助産師においては、周産期医療の高度化がさらに加速する中で、女性の生涯における性と生殖について、家族や地域社会に広く貢献することが期待されている。看護師については、共通して求められる知識や能力が培われるよう教育カリキュラムを拡充し、准看護師については、プライマリ・ケアや介護の現場でより活躍できるよう教育カリキュラムを見直す必要がある。また、「医師の働き方改革に関する検討会」が平成 29 年 8 月に設置され議論が開始されており、医師—多職種間等で行うタスク・シフティング（業務の移管）の有効活用についても指摘されている。本検討会においては、看護職員を取り巻く状況の変化及び現在の教育実態を踏まえ、将来を担う看護職員を養成するための看護基礎教育の内容と方法について、具体的な検討を行うことを目的とする。

検討事項：看護基礎教育を取り巻く現状と課題、将来を担う看護職員に求められる能力、免許取得前に習得すべき能力を養うために必要な教育内容と方法、教育の多様性への対応（教育方法、教育体制等）、今後の教員や実習指導者等のあり方。

医療を提供される側の方々、看護教育を担っておられるの方々、地域で看護職員を確保する計画を立てる立場の方々、医療を受ける側の方々など、さまざまな方々にご参加いただき、保健師、助産師、看護師、准看護師それぞれの身につけるべき

能力は何か、免許を取得するまでにどのような力を身につけていただくことが必要なのか、そのために必要な教育内容・方法、といったことを検討していただくことにしている。また、多様な場での実習を実施するにはどうしたらよいかということも検討していきたい。現行の体制の中で教育の充実を図ることを前提としている。たとえば、看護師の教育期間を 4 年にするという動きがあると思っている方もいるかもしれないが、現時点でこの検討会では、年限の延長ということは議題になっていない。修業年限が 3 年以上となっているため、その 3 年の年限の中でどうやって充実を図るかということを検討していく。准看護師の教育についても 20 年くらい見直しが行われていなかったという状況もあるため、教育の議論も今後具体的に行っていきたいと思っている。保健師・助産師・看護師には卒業時の到達目標が提示されているが、准看護師には示されていない。准看護師教育に携わっている先生方から、何を目標に教育していけばよいかという意見を聞くことがある。この点も検討課題ということで議論していただくことになる。本検討会の結果は、2022 年 4 月の入学者から適用されることになる。

看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン～看護師教育の基本的考え方、留意点（抜粋）～

1) 人間を身体的・精神的・社会的に統合された存在として幅広く理解し、看護師としての人間関係を形成する能力を養う。2) 看護師としての責務を自覚し、倫理に基づいた看護を実践する基礎的能力を養う。3) 科学的根拠に基づき、看護を計画的に実践する基礎的能力を養う。4) 健康の保持・増進、疾病の予防及び健康の回復に関わる看護を、健康の状態やその変化に応じて実践する基礎的能力を養う。5) 保健・医療・福祉システムにおける自らの役割及び他職種と連携・協働する基礎的能力を養う。6) 専門職業として、最新知識・技術を自ら学び続ける基礎的能力を養う。

教員養成講習会の実施について

中四九地区では、専任教員養成講習会は広島、福岡、鹿児島で実施している。教務主任の講習会は、愛知県、日本看護大学大学院、東京慈恵会医大で行っていただいている。

実習指導者講習会について

多くの都道府県で行われている。中四九地区では鳥取、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、沖縄でも開催されている。

これらの講習会をより多くのところで実施していただける方法なども、検討会で議論していきたい。

4. 看護師国家試験、准看護師試験について

「保健師助産師看護師国家試験出題基準平成 30 年版」の改定概要について（平成 29 年 3 月 30 日公表）

必要な力をいかに身につけていただくかということで、出題基準の改定を定期的に行っている。人口・疾病構造や社会背景などを踏まえつつ、近年の保健・医療・福祉の実情など看護を取り巻く状況の変化に伴い、より重要となる教育内容に関する項目の精選と充実をはかった。各職種に求められる専門性の高度化とニーズの多様化や、免許取得時に求められる実践能力を問うために各職種の特徴を反映して出題するよう、各職種に求められる実践能力と卒業時の到達目標との整合性について留意しながら、改めて体系や項目の見直しを図った。

看護師に関しては、健康課題を持つ人々を生活者として捉え、身体的・精神的・社会的に統合された存在として幅広く理解した上で、個人や家族及び療養の場の多様性にあわせて、必要な看護サービスを提供するための知識や能力についての出題内容の充実を図るよう改定を行った。

保健師助産師看護師国家試験における Web 公募システムについて

国家試験では必要な力を問うということになっており、現場で求められている力を反映しながら、試験委員の先生方に問題作成をしていただいているが、Web 上での公募という仕組みも設けている。いろいろな立場の方々に協力していただきながら、より良い試験問題を作成していきたいと考えている。試験問題や視覚教材、状況設定問題のもととなるような情報（匿名化された事例やデータ、状況等）に関して、広くご協力をいただきました

い。（URL: : <http://www.newpass.mhlw.jp>）

准看護師試験の事務委託について

2019 年 4 月から、都道府県が実施している准看護師試験の一部又は全部を、指定試験機関に委託することが可能となる。都道府県の準備状況を確認しながら、必要な情報提供を行い、うまく試験事務を委託したいと考えている。

指定試験機関について：指定試験機関の役員や試験委員の選任及び解任は、都道府県知事の認可を受けなくてはならない。指定試験機関は、試験事務の実施に関する規定を定め、都道府県知事の認可を受けなくてはならない。都道府県知事は、試験事務の適正かつ確実な実施を確保するために、指定試験機関に対して必要な命令をすることができる。

第 2 日目

運営委員会

1. 学校運営

受験者・入学者

入学者は、18 歳人口の減少もあり、各課程ともに減少している。そのため倍率が下がって入学のしやすい状況になっていたが、定員の充足率は、准看護師課程（30 校中 17 校が定員割れ）、看護師 2 年課程（30 校中 16 校が定員割れ）は減少し、看護師 3 年課程（10 校）は平均 101.0% の充足率であるが、2 校で定員割れをきたしていた。

出身高等学校の状況としては（2018 年 4 月入学者について）、県内（市内＋市外）が 8 割以上を占めている。

通学時間（平成 30 年 4 月入学者）

准看護師課程、看護師 2 年課程の通学時間は 30 分以内が圧倒的に多く、3 年課程は分散しているとのことであった。

通学手段（平成 30 年 4 月入学者）

准看護師課程、看護師 2 年課程では、自家用車利用者が圧倒的に多く、看護師 3 年課程は、公共交通機関、自転車・バイク、自家用車の順である。

入学者の基礎学歴

昨年と同様であるが、准看護師課程では、新卒

は高校卒がほとんどで、既卒者も高卒が多いが、大学卒や短大卒もあり、さらに中卒も約 15%みられる。看護師 2 年課程は、新卒は高校卒がほとんどで、既卒では高校、次いで大学卒が多く、専門学校卒、短大卒と続く。看護師 3 年課程では、新卒は高校卒が 100%近くを占めており、既卒では高校卒が最も多く、大学卒、短大卒と続いた。

卒業生の状況（平成 29 年度卒業）

卒業生の割合（卒業時の人数／入学時の人数）は准看護師課程（31 校）が 80.0%（1,733／2,166）、看護師 2 年課程（32 校）が 92.3%（1,253／1,358）、看護師 3 年課程（8 校）は 86.5%（416／481 人）であった。卒業後には、看護師 3 年課程の 96.4%、同 2 年課程の 95.5%が就職しているが、准看護師課程では進学 45.3%、就職 47.6%であった。

卒業生の就職先

就職者に占める県内就職者の割合は、准看護師課程（31 校）で 93.9%、看護師 2 年課程（32 校）で 86.4%、看護師 3 年課程（8 校）では 82.9%であった。県内就職者に占める管内就職者の割合は、准看護師課程で 82.6%、看護師 2 年課程で 67.5%、看護師 3 年課程で 60.8%であった。

地元定着促進について

学校の取組みとして、医師会員（医療機関）による学生への説明会の開催、専任教員による医師会管内への就職についての意識付けが行われている。ある学校では、「就職支援室」を設置し、医師会員と学生の「求人と雇用」の目的で、学生への情報提供、就職サポートを行うとともに、医師会員への支援も行っている。

休学者とその理由（平成 29 年度）

いずれの課程も、学力や健康問題（身体・精神）が多く、看護師 2 年課程では結婚・妊娠も多かった。

退学者とその理由（平成 29 年度）

准看護師課程の人数が多く、理由としては進路変更が最多で、学力、適性、健康問題（身体・精神）、家庭の事情と続いた。看護師 2 年課程では、学力、家庭の事情、健康問題（身体）、経済的問題の順であった。看護師 3 年課程では、進路変更が最多であった。

休学・退学を減少させるための取組み

1. 学習支援：1) 授業時間以外の学習指導や特別補講、2) 休学者には月 1 回登校させ状況把握、3) 教員間で情報を共有し一貫した関わり、4) 学生担当教員を決めている。
2. カウンセリング：1) 学生相談室の設置、2) カウンセラーの紹介
3. 保護者との連携
4. 経済面への支援（奨学金、修学金等の紹介）など

教員数について（平成 30 年 6 月現在）

教員数に占める有資格者の割合は、いずれの課程も 8 割に満たないが、未充足校数が前年よりも少し減少していた。

教員の経験年数

いずれの課程も、経験年数「10 年以上」が約 45%で、次いで「1 年以上 5 年未満」が多かった。

各領域における担当教員数の充足

充足が 17 校（48.6%）、未充足が 18 校（51.4%）であった。領域別では（複数回答）、「母性」の担当者がかなり不足しており、次いで「精神」、「小児」であった。

離職者について

離職者ありは 35 校中 29 校で、人数は計 52 名であった。昨年度よりわずかに減少していた。主な退職理由は、健康問題、定年退職、出産・育児・結婚、両親等の介護、臨床への復帰、人間関係、他校への転職などであった。

課程・定員の変更について

課程変更が 35 校中 1 校あった。平成 30 年度准看護師課程の募集停止である。定員変更の学校はなかった。

学生の納入金の変更について

納入金を変更した学校が 16 校（35 校中）あり、昨年度よりも 4 校増えていた。内訳は、授業料の値上げが 7 校、教科書代金増が 1 校、入学金の値上げが 1 校、施設整備費の変更が 5 校である。

年間納入金額について（平均）

平成 29 年度と 30 年度の年間納入金額は、准看護師課程はそれぞれ 540,000 円、561,000 円、看護師 2 年課程は 699,000 円、710,700 円、看護師 3 年課程は、942,000 円、956,000 円であった。

2. 協議会運営に関する事項（事前のアンケート調査）

協議会への要望事項について

1) 運営委員会の協議時間について（今回は 50 分）

35 校中、「50 分程度でよい」が 21 校、「90 ～ 120 分」が 12 校、「時間を長くとり意見交換したい」が 2 校であった。

議題の内容によっては十分な時間があつた方がよい、質疑応答の時間も多い方がよい、運営委員会の協議時間を充分取り、結論を導き出し、それに従って協議会会員全体で一致協力して行動することが必要である、等の意見があつた。

2) 中四九地区医師会看護学校協議会の規模について

協議会の規模は「現状維持でよい」が 35 校中 23 校であった。

全国規模にする努力を続けるべきである、日医の協力が必要である、多くの学校に参加してほしい、原則として医師会立看護学校（准看護師養成所を含む）は全校参加していただきたいが懇親会は縮小し参加費の減額が必要、等の意見があつた。

3) 本協議会の事務局について

事務局の設置を希望する意見が多かった。

4) 協議会の会費について

a. 学校負担金（8 万円）の額について：35 校中、「高い」が 10 校、「適正」が 24 校、「安い」が 1 校であった。

b. 個人負担金（1 万 6 千円、懇親会費を含む）の額について：「高い」が 12 校、「適正」が 23 校、「安い」はなかった。

3. 事前の要望・意見に対する回答

厚生労働省への要望

・文科省と厚労省の補助金の格差が大きい。実習謝金について、大学では学生 1 人 1 日 2,000 ～ 3,000 円が可能であるが、専門学校では 300 ～ 1,000 円の程度しか支払うことができない。それにより実習病院は看護大学の実習受け入れを優先する傾向にあり、専門学校では、これから先の実習病院確保について不安を強く抱いている。

・准看護師養成所の到達目標を明確に設定し、カリキュラム改正を進める。

・看護師養成所のカリキュラム改正を進めてほしい。すべての実習領域の緩和を検討してほしい（母性・小児のみでなく）。「病院以外の実習単位は指定規則に定める単位数の 1 ～ 3 割程度」の縛りの緩和を検討してほしい。男性の母性・小児看護学実習の免除。基礎教育 4 年の構想はあるのか。カリキュラムの改正時期、方向性を早く打ち出してほしい。

・各県で看護教員養成講習会を実施してほしい。また、補助金の支給もお願いしたい。

・看護教員資格取得方法として、単位制にして、年数をかけて資格取得が可能になる方法を検討してほしい。

・准看護師・看護師の二層性を広く周知徹底し、それぞれの業務内容を明確にしてほしい。

・教員定数を増員してほしい。

・専門実践教育給付金制度の基準を見直してほしい。

・実習指導者の専任体制、実習指導者養成講習会受講者の確保に対する支援。

・看護師の卒後研修の義務化（医師と同様に）。

・学校運営補助金の増額を希望する。医師会がいかに看護学校を守り、地域医療に貢献しているか再度ご理解いただきたい。地元に定着する人材確保は必須であるが、近年、受験生の減少、補助金の削減による減収、人件費増に伴い運営がますます厳しい状況にある。

・公的病院に対しては、看護学生の実習受け入れを義務付けてほしい。

・通信制も 10 年から 7 年となり、進学しやすくなっている。そうすると、2 年課程の存続事態が危ぶまれる。

回答 島田陽子（厚生労働省医政局看護課長）

養成所の運営費の補助金については、現在、医療介護総合確保基金の中で、都道府県が地域の実情に応じて必要な補助を看護師・准看護師養成所に対して行っている。厚生労働省としては、引き続き、医療介護総合確保基金を都道府県においてしっかり確保していただけるよう、財源の確保に努めたいことと、都道府県の看護行政の担当者と教育担当者との会議を年に数回行っているのも、その中でも看護師等養成所の状況などをお伝えし

ながら、必要な財源を都道府県に確保していただけるよう努めていきたい。県の行政に対しても、養成所の実情などを情報提供していただきたい。

准看護師養成所のカリキュラムについては、看護基礎教育検討会という検討の場を本年 4 月に立ち上げた。医師会・看護学校の代表に参画いただきながら議論をすすめていただいている。検討会では、保健師、助産師、看護師、准看護師の免許取得前の教育内容について議論していただいている。准看護師の教育内容の細かな見直しについては、これから議論を進めていくことになっている。これまで検討会で出ている議論としては、准看護師についての卒業までの到達目標が示されていない中で教育していくのは非常に難しいという声をいただいているので、卒業時の到達目標を検討会で検討していただき、お示ししたい。准看護師の養成について、厚生労働省としては、准看護師を含めた看護職員の確保に今後も努めていきたいという立場であるので、准看護師が果たす役割などを見据えながら、どのような力を免許取得前までにつけていただくことが必要なのかということを検討会で検討していただきたいと思っている。来年の夏を目途に検討会のまとめをしたいと考えている。その後、必要な厚生労働省令や通知などの改正の手続きを行い、各学校でカリキュラム改正等の準備をしていただく期間が必要と考えているので、2022 年度の入学生から、検討会での検討内容を反映させた教育内容での養成をスタートする。

教員養成講習会、実習指導者養成について、看護基礎教育検討会の中では、基本的な内容を充実させるというよりは、教育体制、中でも教員のあり方、実習指導者のあり方が重要だと思っているので、今後もしっかりと教員を確保できるような養成のあり方、実習の充実に向けた実習指導者のあり方も検討課題と考えている。そのような検討の中で、専任教員、教務主任を養成できるような体制や養成プログラムの在り方を検討していきたい。

看護師の卒後研修の義務化については、平成 21 年度から看護職員の免許取得後の臨床研修の努力義務化制度がスタートしている。それに伴い、

厚生労働省では新人看護職員研修ガイドラインを示している。ガイドラインに沿った研修に必要な補助を、医療介護総合確保基金の中で、各都道府県が地域の実情に応じて行いながら、各医療機関での卒後研修をしっかりと行っていただくような取組みが進んでいる。研修の実績をしっかりと見ていきたい。

日本医師会への要望

・「日医は准看護師制度を堅持する方針」だが、この数年の状況は何ら有効な手立てがないまま悪化の一途をたどっている。このことについてご意見と対策をお聞きしたい。

・実習病院の実習指導に対して、診療報酬（点数）がつくようにしてほしい。

・実習指導者を専任できるよう人材確保のための支援体制を希望する。

・日医は看護職養成に積極的行動を起こすべきだ。そうしないと有床診療所や民間病院の維持ができなくなる。

・都道府県医師会関係者・連絡協議会も定期的に開催されておらず、日医は全国医師会看護学校協議会を開催する必要がある。

・准看護師養成所 1 校あたり、毎年 500 万～1,000 万円の補助をしてほしい。

・補助金の増額を働きかけてほしい。

・厚生労働省などに要望事項の働きかけをしてほしい。

・看護教員養成への協力。

・医師会看護学校の意義、必要性について宣伝してほしい。

・校舎の改修、改築費用へ基金の確保と助成の増額（耐震診断など）を希望する。

・医師会立看護学校の実習施設の確保。

・母性領域や小児領域の実習施設で困っている。実習施設での実習時間数の削減や国として実習施設を指定してほしい。

回答 釜 范 敏（日本医師会常任理事）

日医は准看護師制度を堅守する方針であるが、成果があがっていないのでは、というご指摘をいただいている。准看護師を含めて必要な看護職を地域でしっかりと確保することは、先

程、島田課長からお話しがあった通り、国も同様の方針であり、厚生労働大臣、総理大臣もそのように仰っている。日医もその方向でこれまでやってきたし、今後も続けて行くが、そのことについて、今検討が始まっている看護基礎教育の検討の中で、准看護師の卒業時の到達目標という話が出ており、これを明らかにしていく必要があると考えているが、准看護師の職務の範囲は、医師又は看護師の指示のもとに行うということであれば、看護師と准看護師の特に処遇の対応に差異がないというのが現状でやってきたので、そのことをすぐに変更するということは混乱を招くと感じている。一方で、修業年限が、准看護師の場合は 2 年間である。看護師は 3 年以上ということで、年数の差があるので、そのあたりのことも踏まえて、到達目標が新たに明らかになることによって、准看護師としての業務が明確になることは今後必要ではないかと感じている。このことについてはいろいろとご意見があると思うので、ご指導を賜りたい。准看護師制度を今後も守っていくという強い思いの中で、都道府県が行われている准看護師の資格試験の実務について、都道府県が外部の指定試験機関に委託するという選択をした場合の受け皿をしっかりと作っておくということで今、準備している。それは准看護師制度が今後もしっかりと維持されて、受験も適切に行われることを担保しなければならないという強い思いで、取り組んでいる。

実習施設、教員等について、診療報酬における対応という指摘もあった。実習を受け入れる医療機関の負担が大きいこともよくわかっているが、そのことに対してもっと手当ができないかというご意見である。実習施設に受け入れていただくにあたって、補助金の中で、生徒一人あたりにいくらかという枠があるが、これは実習指導も踏まえた考えであるので、不足しているという指摘もあるが、地域に定着する率の高い養成所については補助金を増額するという仕組みが取り入れられてきているので、さらに工夫をしていただきたいと思います。

財政支援について、准看護師養成所 1 校あたりに対する日医からの補助金の増額という要望が

ある。このことについてはこれまでも考えてきているが、日医全体の事業の中での制約ということもあり、なかなかご期待に沿うという状況ではないが、さらに検討していきたい。

中国四国九州ブロックで医師会立看護学校協議会としてこのような盛大な会が開催され、いろいろな問題点が共有されている状況である。これを何とか全国に広げようということで、毎回ご要望をいただいております。横倉会長の指示で取組みを進めている。なかなかこの地域のようにはいかないが、ブロック単位で、看護職の養成、特に医師会立の看護師等養成所の運営に関するテーマについてしっかりと協議の場を設けてほしいということをお願いしている。直近では関東甲信越ブロックで、この問題だけに関わる協議会が開催された。これは医師会員のみの構成であるが、それぞれの都道府県では、学校の専任教員、医師会、県行政を交えての協議会が開かれていると思うので、それらの情報をしっかり持ち寄って、問題点の共通認識を高めるという取組みを引き続き行っていきたい。この問題に関しては、全国的に各人の思いを一つに集約して、実際の政策に反映していただくような働きかけをすることが日医の役目であるので、さらに力を尽くしていきたい。

教員の意見・要望

- ・基礎学力の低下、社会性、メンタル面の弱さ、コミュニケーション能力の低下などから学習指導より生活態度面の指導に時間を費やしている。
- ・休学者・退学者への対応。
- ・教員間のコミュニケーション不足で連携が取りにくく、意識の差が業務に影響を及ぼしている。
- ・国家試験全員合格を言われるとかなりのプレッシャーを感じる。
- ・臨地実習体制を整えてほしい。
- ・待遇の改善・福利厚生の実、
- ・高校教諭は生徒の意思や適性等をふまえて進学させてほしい。

回答 荒川真知子（日本看護学校協議会前会長）

地元定着促進について、地域の実習病院は卒後就職したいと思えるような体制を整えてほしいという意見がある。実習をさせていただいていると

ということと、実習病院としては受け入れているということが、お互いにメリットがあるという感覚を持たないといけない。実習するということは看護の質を上げるということであり、学校にはさまざまな機材があるので、学校で実習病院の方々を招いて一緒になって研修会等を開くと、基礎教育の現状もわかるし、病院の新人看護師に求められることやベテランになって新たに看護で求められていること、基礎教育で教えていることなどが相互に理解できるので、そのような取り組みも必要と思う。

臨地実習体制を整えてほしいということに関しては、学校が増えて、今まで実習させてもらっていたところから断られてしまうことも経験している。特に准看護師養成所が大変な思いをしている。看護師 3 年課程の実習病院を新たに開拓したところ、准看護師の学校に止めてもらうのと言われて驚いたことがある。そのようなことがないようにやっていかなければならない。地域に根ざすという意味では、病院の規模ではなく、小規模の病院で実習させていただいたこともある。その時は準備がかなり大変であった。実習病院もさまざまな対策を取らなければならず、経済的にも負担が生じた。ただ卒業生がその病院に就職してくれることを考えて、受け入れてくれた。クリニックも含めて実習施設を開拓しなければならないが、問題となるのは指導者がいるかどうかである。今の基準では、指導者がいないと実習ができないことになっている。支援をしながらクリニックから実習指導者研修に出ていくという形にしていくことも必要と思われる。

高校教諭に学生の意思や適性を、ということであるが、学校を訪問して、進路指導の教諭にこのような人を推薦してほしいということを十分に説明されていると思うが、自分は、近隣の高校教諭に看護学校に来ていただいて説明した。いろいろな学校から同時に集まっていただいてディスカッションすると、より高校教諭の理解が深まる。教諭の目には優しくて問題ないと映る人を推薦されるが、そうではなくて、しっかり自分の意見が言えて、少々やんちゃでも意欲がある人を薦めてほしいということを理解していただいたことは、効

果的であった。

国家試験全員合格を期待されるのはかなりのプレッシャーである。特に設置母体は教員が毎日努力していることがあまりわからないで、なぜ 100% でないのかと言われるし、一人でも不合格であれば、せっかくここに来て数年間学んだのに合格できなかったことを、言われなくても担当の教員たちは辛く感じている。たくさん応募者がいて倍率が高い時に入学した人たちは合格率が高い。応募者が少なくて定員ギリギリになるようなときには、合格率が下がる。それをデータ化して、休学・退学させないためには、入る時に制しなければならない。入ってからの休学・退学は多いが、そこにかかるエネルギーは大変なので、例えば定員 40 人で 38 人しか入らなくても、この 38 人はギリギリの段階でいるということを決断して、その 38 人が全員卒業していくような体制を取らなければならない。どうせ辞めるからと割増で入れると、本当にそのようになる。

コミュニケーション不足で連携が取りにくいということにはさまざまな理由がある。忙しくて会議を開く時間がないのが現状と思うが、本来は週に 1 回でも会議を開くことが望ましい。できれば集まって、連絡と授業案の検討をすること、自分の授業内容が学校の理念に合致しているかを確認することで、同じ方向に向かって教育していることがわかる。

休学・退学希望者については、納得いく形で正していくことが必要であるが、モンスターペアレントが多くなっているため、保護者への対応もあり、なかなか難しいと思う。

メンタルの問題ではいろいろな試みをされていると思うが、教員だけでなく教職員全員、たとえば、事務所に学生が来ていろいろな申請をしたときに、事務の人も意識して学生を教育する、学校が丸丸となって対応すると、学生も少しずつ変わってくると思う。

関係行政機関への要望

- ・運営補助金の増額を希望する。
- ・専任教員養成講習会に参加しやすいように、助成金の確保、代替教員の斡旋等、ぜひ検討してほ

しい。小規模の学校では、1 人講習会に出すためには、行政の理解と支援が不可欠である。

- ・看護教員の再教育研修会の開催。
- ・どこも困っているのかどうか、実態調査をしてほしい。
- ・看護師・准看護師養成所を停止した後の各医師会、それぞれの地域の看護職員の充足状況と今後の見通しを教示してほしい。
- ・県外流出防止策を検討していく必要がある。
- ・准看護師養成を停止して 10 年以上経過した地域での様子を知りたい。
- ・早いカリキュラム改正を望む。母性・小児看護学実習受け入れに対する支援、実習施設での実習時間数の削減、実習指導教員の増員・斡旋など早急に対策を講じてほしい。
- ・准看護師課程について：各県が准看護師養成所を推進するよう支援しなければ、地域包括ケアシステムは樹立されないと思う。少子化により高等課程の受験生が減少している。准看護師減について理解していただけるような活動（広報活動等）をしていただきたい。准看護学校の定員割れは今後も続く予想される。このままの状況が続けば、財政的に多くの准看護学校が運営できなくなるのではないかと危惧する。緊急に准看護学校への財政支援（補助金の増額）をお願いしたい。

（回答はなし）

協議会に対する議題

福岡市医師会看護専門学校、藤原 繁 学校長からの提案

1) 事務局設置について

福岡市医師会がまず 3 年間、事務局として活動する。

2) 世話人会設置について

世話人会を、5 群の筆頭 5 校プラス希望校で構成し、年に数回開催する。

3) 事務局、世話人会の設置により費用がかかるが、組織強化の意味も含め、入会校を増やす努力が必要である。中四九強化の本意は、できるだけ多くの学校の集結により、医師会立看護学校存亡の危機を脱し、永続させることにある。さらに、主催にあたって、母体の医師会からの援助なく、経済的自立性をもって、会費、参加費のみで運営

できるような体制を整えたい。

以上の提案がなされ、運営委員会で可決された。

特別講演Ⅳ

地域医療を支える看護教育 ～看取り一筋、いま卒寿 そして明日を生きる～

公益社団法人長崎県看護協会名誉会長

山口 ミユキ

終戦直後の昭和 21 年、長崎医科大学医院厚生女学部に入學し、3 年間教育を受けた。その後、約 7 年間、病院勤務で臨床看護に携わった。その頃は大変であった。子育ての問題もあったが、何とかして全うしなければならない。夜勤が続く中で子育てはできない。そのような時に、県医師会からの要請により、長崎県医師会看護専門学校に就職させていただいた。以来、34 年 9 か月の間、あらゆる辛酸を嘗めながら後輩を育成していった。一所懸命学生とともに歩み、育てて、約 4,000 名の卒業生を輩出した。

敗戦国としての引揚者（ロシア、満州、支那、朝鮮からの引揚船で）があり、引揚船の中での労苦を先輩から聞いた。眼の前でロシア人に銃を突きつけられて、女性は暴行を加えられた。夫はそばにいなが黙っていなければならなかった。命からがら引き揚げた。その後、女性も強くならなければならないということで、婦人会という組織を立ち上げた。

当時は亡国病といわれた肺結核が蔓延していたが、医療、看護ともすべて人手不足であった。これは何とかしなければならないということで、本来はお国の事業であったはずであるが、その医療を医師会が引き受けようとして医師会立看護学校が始まったと聞いているし、見てきた。その中で、本当にいろいろなことがあった。働きながら学ぶ学生とともに過ごしたが、最も困ったのは、その当時、中卒の高校進学は 20 数%で、郡部では 100 人中 1 桁以内の成績でないと、医師会立看護学校に入學できなかった。その中で養成してきて、10 年経ち、20 年経った先に、長崎県長崎市に、進学する 2 年課程がほしいという学生生徒、卒業生の要望により、先生方との相談の上、苦肉の策で、2 年課程を立ち上げた。学生たちは本当

に真面目で、昼間働いて夜学ぶため 2 年課程が 3 年を要する。

その中で最も困ったのは、実習病院のことであった。医師会立の附属の実習病院はなかった。自治体、企業の病院も、自分たちの学校をもっており、その中にわれわれが割り込むことはなかなかできなかった。病院の玄関に入る時に頭を下げ、すれ違う人に頭を下げ、看護部長室で看護部長に会い、総婦長室に入っているいろいろと力を尽くして人間関係をつくるのに 3 年を要した。

しかし、人手不足の病院で、医師会立の学生が病院で実習を受けることは、余分なものが来たという扱いであった。市立の病院であったため、市長のもとに日参し、2 年、3 年かかってやっと理解していただき、医師会立の学校に臨床指導するために、市民病院に 1 人増員の形で受け入れていただいた。

財源の問題もあった。月謝だけでは賄えなかった。個人単位では対応できないため、就職して 5 年目に長崎県に県下准看護教育協議会を立ち上げた。目的は准看護の資格試験に合格させることで、お互いに足らないところを助け合う協力・協働の精神で看護教員は力を合わせてきた。これにより、長崎県を軸として、九州一円の准看護学校の協議会ができ、これが全国教育学会に発展した。教育の元祖は長崎県准看護師養成所であることを自負している。

給料の格差はひどく、医師会立の給与と官公立の給与には大きな差があった。県立病院の院長から、病院に戻ってくるようにという誘いを受けた。給与面でも迷ったが、生徒たちを見捨てるわけにはいかない、後輩を育てることは給料の問題ではないということで、34 年余の勤務を続けた。

財源の問題だが、補助金を得るには政治力が必要である。学生と一緒に、医師会とともに選挙に協力した。医師会と看護協会が両輪となって進んでいかなければならないということで、選挙区は医師会、比例区は看護協会の候補を支援するために、医師会の先生方と心を一つにして戦った。補助金の問題を改善するためには、数の力が大事である。医師会との協力にも限度があることはわかっている。ある時、日本医師会の理事の先

生に、看護協会の立場から、准看護の問題を相談することにした。普段はにこやかな笑顔で接して下さる先生である。「今日は准看護の問題で訪問しました」と言ったところ、「准看護の問題なら帰れ！」と言われた。「准看護廃止のことか。看護協会が看護婦の一人でも養成したことがあるか。准看護の問題なら、一人でも養成してから来い！」という言葉もいただいた。振り返ってみると、日本看護協会は一人の看護婦も養成していなかった。人材を医師会に提供してもらったことが本当に悔しくて、悲しくて、寂しくて、何とも言えない気持ちになった。准看護問題は医師会と看護協会の対立の原因となっている。なぜ、看護協会は医師会と話し合いができないのか。

今も胸に溜まっているものがある。看護師は今でも中卒らしい、と言われる。准看護師の基礎学力は中卒以上となっているが、これをなんとか高卒以上にできないか。准看護制度問題は、いつもいつも看護協会と医師会とで、存続、廃止、存続、廃止という言い合いを何十年繰り返していくのか。温かい広い気持ちで、お互いに胸襟を開いて反省はできないものか。卒業生は臨床の現場で、仕事は看護師と同じように行っている。中卒だから、准看護だから、高看護だからという問題ではない。同じように夜勤もしているのに、なぜ給料に差をつけなければならないのか。それが人間間に壁を作っている。存続の必要性があるのであれば、看護協会と医師会が話し合って、業務内容の区分・整理をしっかり行っていただいて、明日の地域医療に貢献できる医療・看護・介護の制度にしていだきたいというのが私の持論である。看護教員にも考えていただきたいが如何か。医師会の方々、学校長の方々、如何か。本当に考えると、准看護も必要なことがわかる。私の教え子は准看護ばかりである。最初の島原市医師会長の挨拶の中で、准看護を廃止してレギュラーコースにしたと仰った。痛かったと仰った。島原市医師会は結束が強く、准看護の廃止など夢にも思っておられなかった。それなのに、地域住民の要請により決断された。

看護とは、時局に即した人間の命をよりよく支える職業として昼夜問わず、すべての人々が「より豊かな暮らしができる」ための仕事で、申すま

でもなく戦時・平時問わず、而も敵味方の区別なく、その人らしく穏やかな最期を支える看取りの文化である。よって、社会の動向を把握し、時局に即した看護が提供できるための専門性が必須である。

人間の命は人間が救う、この標語を礎にこれまでを振り返る今、看護職を選んだ動機が浮上してくる。小学 3 年生の時、フローレンス・ナイチンゲールの著書の、敵味方の区別なく命を救うページが脳裏から離れない。その中で、支那事変から大東亜戦争へと・・・、戦争の悲惨さ「勝つまでは欲しがりません」。男性は戦地へ、祖国に残るのは女性と幼い子供、警戒警報、空襲警報のサイレンのあわただしい響き、今なお聞こえてくる。

昭和のひとけた、戦前、戦中、戦後を生き抜いた尊い命、フローレンス・ナイチンゲールのページをしっかりと心に刻み、看護の職業をいま、終わろうとする時、これまでの道のりは険しく、自分の職業を「看護婦です」と云えなかった自分を自問自答しつつ、先輩諸姉の業績をたたえ、引き継いだ「看護の心」、人々に、社会に見えなかった仕事が、日夜の積み重ねた努力によって、「私の職業は看護師です・・・」と云える自分に誇りを抱きながら明日に向けて社会に、見える、聞こえる、輝く看護を提供し、そして看護職の前に人間であることを忘れず、人間としての倫理を踏み外すことなく、戦争の辛さを乗り越え守り続けた祖国日本。国家行事に「日の丸の旗」、国家「君が代」を唱えながら、祖国を敬おう。

お互いに日々重ねる年齢「自力」を礎に「自立」、自分のことは自分でできる日が続きますように。

超高齢少子社会の今、看護職をとおして「すべての人々が人間らしく、その人らしく、穏やかな最期を支える看取り」が、それぞれの場で届くように、更なる活躍を期待しつつ、先輩の偉大なる業績をたたえ、支えていただいた関係各位に対して深甚なる感謝の誠を捧げるとともに、中四九地区医師会看護学校協議会の、次年度 50 回という記念すべき年に向けてのますますの活躍、発展を祈念して結びとする。

特別講演 V

ゆとり世代とのコミュニケーション力向上 & すぐ実践できるコーチング研修 ～地域に根ざす看護師を育てる～

三井住友海上火災保険株式会社

経営サポートセンター特定社会保険労務士・
運行管理者（貨物）・CFP 横山 智之

自分自身は中小企業の経営のサポートを行っている。いろいろな会社の社長さんの話を聞くと、最近では採用定着で悩まれている企業が多い。あるデータによると、3 割の人が入社して 3 年で辞めてしまう。経営者からみると、3 年間はまだ学習期間であり、3 年経過してからやっと一人前になろうとする時に辞められてしまう。これは非常に残念なことであり、定着率を上げるという企業ニーズに応えるべく、われわれはいろいろな研修メニューを用意している。管理職向けあるいは労働者向けのメニューは持っているが、本日は学生さんとの間の問題ということで、若干違和感を感じられるかもしれないが、コーチングという技術、相手方のやる気スイッチを入れる、モチベーションを高めるというお話をさせていただく。

コミュニケーションのスキル

学生さんとのコミュニケーションをイメージしていただきたい。「話し方」は、相手に合わせる「ペーシング」が信頼関係を生む。話すスピード、声のトーン、抑揚の付け方、あいづちの打ち方、沈黙の取り方が大事と言われている。意識しないと、なかなかペーシングはできない。とかく立場の上の人は自分のペースで話してしまう。先生と生徒の間もそうではないか。学生に対してペーシングをしていただくことは一つの技法として使えるのではないか。意識的にペーシングすることは「ミラーリング」と言われている。鏡に映っているように相手に思わせることである。

コミュニケーションを取るときの「視線」は、一対多数で話す時は気持ちをそらさないために、ジグザグに視線を送るとよいと言われている。相手に顔を向けずに、下を向いたまま声を発することはあまりよろしくない。対面の際は、相手の眉間や顎の辺りを見ながら声を出すとよい。

ポジティブな考え方（肯定的な思考）で相手に

接するとよい。積極的、肯定的な言葉が、相手を活かす。例えば、ありがとう、面白い、やってみよう、元気だ、何とかなる、頑張ってみよう、など。組織に入って上から下にこのような言葉を使うことはなかなか難しい。消極的、否定的な言葉は、相手を潰すあるいは萎えさせてしまう。ダメだ、つまらない、苦痛だ、無理に決まっている、大変だ、まいった、などである。

「威圧感を与えない接し方」は、知っておくと使える場面がある。これについては、保険会社や民間企業でセールスをするときにも、人の心理を考えて意識しましょう、と言われている。腕組み足組みは心理的に防御を意味する姿勢であるので、控えたほうがよい。テーブルを挟んで対面するとき、真正面だと相手に威圧感を与える。伝わる情報量は、真正面を 100% とすると、斜めで 200%、横で 300% といわれている。横や斜めを少し意識していただくとよいと思う。叱る場面や指導する場面では是非使ってほしい。

コーチング

コーチングとは、具体的なコミュニケーションのスキルで、アメリカで 30 年くらい前に始まり、日本には 20 年前に入ってきた手法と言われている。相手へ質問を投げかけて考えるきっかけを与え、相手自身の答え・アイデア・本音を引き出していく方法である。コーチングには、1) 相手のやる気を引き出す、2) 相手の自発的行動を促す、3) 相手を自立型人間に育成する、という 3 つの効果が期待できると言われている。

コーチングは「内部モチベーション」を高めるスキルである。外部的モチベーションは、例えば、いい仕事をすれば昇進するが、成績が悪ければ叱責されるというようなものである。これに対し、内部的モチベーションは、本人の中から湧いてくるやる気、アイデア、精神的充足感で、強い持続性や、創造力を生み出すと言われている。自分の経験上も、内部的にやるぞと思った時はパワーが出るし、持続力もあると感じる。

コーチングの 3 原則

1) 双方向のコミュニケーションであること。お互いがただ話していればよいというものではなく、相手が話したことを聞き、相手に質問を投げ

かけ、そして自分も話す。相手と問答を繰り返すことである。どうしても身分に上下があると一方的になりがちであるが、コーチングの考え方は双方向である。

2) 継続的コミュニケーションであること。何回も繰り返す。双方向のコミュニケーションを継続することで、相手の本音を引き出し、本音ベースの対話となり、互いの信頼関係が強固なものになる。

3) 個別対応のコミュニケーションであること。人間はそれぞれ違う。自分の傾向を知り、相手の傾向を分析することで、その違いを認識することにより、効果的なコミュニケーションができる。とにかく一人が大勢に一方的に話しがちである。メールを送ったから伝わっているだろうと思っても、伝わっていないこともある。

コーチングのスキル

1) 「聴く」。聴かれることで自分のアイデア、知識、情報が確認できる。自由に話すことができる環境をつくることが必要。途中で口を挟まず最後まで聴く。これはなかなか実行できない。やみくもに否定しない。途中で上司に否定されると、それ以上話ができなくなってしまう。相槌やうなずき、表情や視線で、聞いているということを示してあげる。これも相手の頭の中を引き出すための手法である。相槌にはいろんなバリエーションがある。相手の表情やしぐさ、声の調子などからも情報を受け取る。本音ではないことを話されることもある。本当は何を考えているのかと、心の耳をこちらが澄ます。沈黙を怖がらない。沈黙は相手に考える時間を与える。

2) 「質問」。質問の仕方も大事である。「特定質問（失敗の原因は〇〇じゃないの?）」は、結論を言ってしまうものである。正しいこともあるが、コーチングの分野では、「拡大質問（失敗の原因は何だと思う?）」がよい。そうすると、本人は考え、説明しなければならない。「否定質問（なぜ失敗したんだ?）」はされると萎縮してしまう。本音を引き出せず、本当の原因にたどり着けないかもしれない。「肯定質問（どこがうまくいったんだろうね?）」に置き換えるとよい。「過去質問（どうしてやらなかったの?）」というよりは、

「未来質問（次回成功するには何が必要か?）」がよい。

3)「ペーシング」。ペーシングとは、相手の話し方に自分の話し方を合わせることである。相手の考え方、感情、態度に自分のペースをあわせることで、相手の防御本能を緩め信頼関係を築くことができる。言語（バーバル）によるものは、同じ言葉を繰り返す（オウム返し、確認をする）、相槌（なるほど、うんうんなど）、接続詞（それで?、もう少し聞かせて、など）がある。非言語（ノンバーバル）によるものは、声の調子・話す速さ、顔の表情・視線・服装、はなしかけられたら聞く姿勢をとる、などがある。パソコンのキーボードを叩きながら部下の話を聞くということは良くない。話を聞いてあげる態勢をとることが必要である。

4)「承認」。自分が協力関係の輪の中に入っているという安心感を与える。挨拶をする（「おはよう」、「いってらっしゃい」、「お帰りなさい」、「ご苦労さま」、「お疲れさま」など）。結果や成長を指摘する（「最近、成果がでてきているね」、「机がきれいに片付いているね」、「わかりやすい論文が書けるようになったね」など）。ちょっとした成長を褒めてあげるとよい。成長の変化を見届ける。これも相手にとっては「承認」となる。意識して名前を呼ぶ、こちらから声をかける。自分の感じていることを伝える（「〇〇さんがうまくやってくれたおかげで成功したよ」、「〇〇さんがいるとクラスがあかるくなるとみんなが言っているよ」、「ありがとう、助かったよ」）。このような言葉をかけてあげることが、「承認」、すなわち仲間に加えること、認めてあげていることを表明することになる。任せる、相談する、教えてもらう、メール等に必ずレスポンスする、なども「承認」となる。

5)「叱り方」。これは大事であるが、難しい。相手に伝わる叱り方の3原則は、①相手への思いやりがある、②意識して冷静にする（感情を表に出さない）、③相手が直せることを指摘する。ヒトではなく、コト（事象）を叱る。人格を否定することや過去の過ちに触れることは、パワーハラスメントである。しつこいのもよくない。過度のプレッシャーを与えることもよくない。相手に「ここから逃げ出したい」と思われたら意味がない。

同じ目線で冷静な態度で接する。相手を萎縮させないように舌打ちやイライラした態度も禁物。性格や能力は生徒によって違うので、相手をよく知った上で心に響く言葉を選ぶ努力が必要。感情的に怒るのではなく、思いやりを持って助言するつもりでコミュニケーションを図っていこう。人前で怒ることもよくない。「叱るは愛情、怒るは感情」。

某スポーツ競技の監督が、選手を叱る際に心がけていることと聞かれたときの言葉。「叱る裏には責任がある。それをしっかり自覚しなければならない。私もできることなら褒めて勝たせたい。でも残念ながら難しい。褒めたらその子はこれくらいでいいんだと思ってしまう。NGを出してももっともっとさらに上を求めるのは、その子の可能性を信じているから。この子たち一人ひとりにもものすごい可能性があるとは私は信じている。叱るコツは3つある。1つ目は現行犯で叱ること、2つ目は直す方法を教えること、3つ目はそれでOKかNGかはっきり伝えること。すべてが終わったあとに、この先生に付いてきて良かったと言わせた。頑張って報われた経験がない選手たちなので、何でもいから勝たせてやりたい」。すごく愛情が感じられる。だから、厳しい言葉が許されるのである。

6)「あなたを戦国武将にたとえたら」。研修では受講者に、「信長型」、「秀吉型」、「家康型」、「光秀型」のどれに該当するかを問う。該当する型によって、どのような質問・褒め方、仕事への要望・指示が、本人にとってふさわしいかを説明する。これは学生への接し方にも応用できる。

最後に

本日お話ししたコーチングのスキルが役に立つようであれば使っていただければ光栄であり、何らかの変化が起こることを期待している。

閉会式

次回当番校挨拶

第50回を担当される広島市医師会看護専門学校の松村 誠 学校長が挨拶された。次回は、2019年7月27日（土）、28日（日）の両日、リーガロイヤルホテル広島で開催される。



ホッ！これで安心。

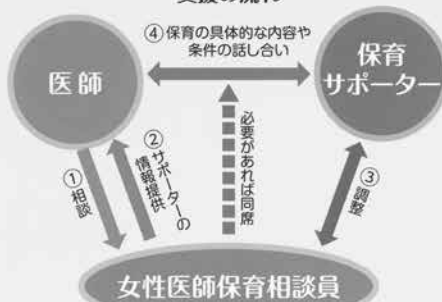
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



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



仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ
山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

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！

山口県医師会警察医会 第 23 回研修会

と き 平成 30 年 8 月 4 日 (土) 15:30 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告 : 山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

平成 30 年 8 月 4 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、県医師会警察医会第 23 回研修会が開催された。座長は山口大学医学部法医学教室教授の藤宮龍也 先生が務められた。演者の上村先生のご経歴の紹介に引き続き、講演が行われた。

藤宮教授 上村先生と自分は京都府立医科大学で同じ研究室の仲である。上村先生は変わったご経歴をお持ちで、京都大学工業化学科卒業、修士課程修了後、高校教師に、その後、医学部に入学して卒業すぐに法医学教室助手になられた。当時、一緒に研究したアルコールについての論文は今でも使わせてもらっており、大変感謝している。1999 年当時、山口大学から異動された吉澤先生の空席を埋める形で約 1 年間、山口大学に在籍された。同年 9 月の下関無差別殺人事件で殺害された 5 人の司法解剖を担当され、短い期間に大事件を体験された。2000 年から東京大学、2007 年 9 月に東京医科歯科大学に着任されている。ご専門はアルコール医学・中毒学で、犯罪学もされている。

最近、テレビドラマ「アンナチュラル」の監修をされた。講演の最後で監修についてお話しくださるとのことである。

講演

最近の薬物事例、死後の生化学検査

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

医学分野教授 上村 公一

1. 経歴

私は研究者になりたかったので、京都大学工学部工業化学科に入学した。ここは化学分野では非常に有名ところで、ノーベル化学賞を受賞した

福井謙一 先生、野依良治 先生を輩出している。野依先生は理化学研究所の初代所長でもある。

卒業すれば、普通は企業の研究所に行くのだが、私はひねくれていた。民間企業に行かず公務員になり、そこそこの進学校である千里高校に配属された。オウム真理教の村井秀夫が千里高校出身だが、面識はない。

教えることが面白く、3 年間の教員生活は楽しかったが、自分で研究をしたくなった。この年齢で研究を始めるには医学部と考え、京都府立医科大学に入学した。オウムの中川智正がアマチュア無線部の先輩だった。

医学部を無事に 6 年で卒業したが 33 歳、結婚もしていたので就職を考えた。学生時代、大阪監察医事務所に行ったことがあり、社会医学にも興味があった。臨床研修はせずに府立医大の法医学教室に入り、アルコールの研究を始めた。山口大学の藤宮教授が当時、講師で在籍されていた。大阪監察医事務所でも山口大学の吉澤先生が監察医、私が監察医助手であった縁から、1999 年に山口大学に行くこととなった。

山口大学では、薬毒物による細胞死や毒素による虚血性障害の研究を始めた。1 年 3 ヶ月の在任中に、5 人が死亡した下関無差別殺人事件を経験した。その際、台風 18 号による水害で山口宇部空港は冠水、山大も非常電源が落ち、法医解剖室が使えなかった。

2000 年に東京大学、現在は東京医科歯科大学で研究を続け、週 1 回は大学以外の監察医の仕事 (東京・大阪で月に各 2 回) をしている。

2. 東京医科歯科大学

東京医科歯科大学は、元国立大で私立ではない。お茶の水駅の目の前、敷地がないので建物が上に

伸びる。通りを隔て順天堂大学、歩いて 10 分で東京大学、少し離れ日本医科大学と、文京区は大学病院が 4 つ存在する、臨床医にとっての激戦地である。順天堂大学にはスーパードクターがいて勝ち目がない。東京医科歯科は国際化を謳い、外国人医療に舵を切ろうとしている。

東京医科歯科大学はもとは歯科大学で、戦後に医科ができた。1952 年（昭和 27 年）に法医学講座が開設され、初代教授は血液型の大家、古畑種基先生であった。

東大と慶応が東京都の司法解剖の二大勢力の中、1992 年から東京医科歯科大学の司法解剖が始まった。新規参入は日曜日の担当であった。2007 年、私が教授となり、その後、東京都の司法解剖の月曜・火曜担当も加わった。茨城県の司法解剖、2013 年からの新法解剖も引き受けている。地域により異なるのだが、東京は新法解剖が多い。教室の法医学解剖は、多いときは年間 190 件、2017 年は約 160 件であった。

法歯学分野は大学の特徴の一つである。以前、法歯学教室はあったのだが活動停止となった。大規模災害でのニーズから 2015 年に再び教室化された。新法解剖の身元不明のご遺体には、歯の所見をとってもらう。また、以前、総合法医研究所にあった犯罪精神医学部門が難治疾患研究所で復活し、精神鑑定など依頼し協力してもらっている。

3. 最近の薬物事例

お示しするデータの多くは、東京医科歯科大学法医学教室の解剖例である。東京では、危険ドラッグのような流行りものが多く、農薬による例はほとんどない。茨城では農薬によるものもあり、地域性があることに留意いただきたい。

○死因究明のために

解剖だけで薬物を判定することはほぼ不可能である。薬毒物検査では、検体である血液・尿・臓器から薬物の同定を行い、必要があれば定量を行う。加えて生化学検査、病理学検査、DNA 検査、個人識別のための歯科検査を行う。最近は画像検査が増え、CT を持つ法医学教室も増えている。東京医科歯科大学では、CT が必要な場合は東大に依頼している。

○薬毒物分析の意義

法医学において、薬毒物検査は避けて通れない。血液と尿が採取できればルーチンで行うことができる。中毒や薬毒物による死かどうかは疑うしかない。生きている患者であれば、バイタルサインなどから類推できるが、薬毒物の特有の死体所見はほとんどない。

○死体から読み取れる中毒所見

死体から読み取れる中毒所見

臨床現場では…
中毒患者のバイタルサイン、身体所見、症状などから
中毒の原因物質を推定する（トキシドローム）

- ✓ 肺水腫 → 薬毒物中毒
- ✓ 高体温（直腸温） → 覚せい剤、コカイン…（交感神経興奮作用）
- ✓ 死斑・臓器が鮮紅色調 → 一酸化炭素（凍死でも）
- ✓ 死斑・臓器が緑色調 → 硫化水素
- ✓ 臭い → アルコール臭、アーモンド臭（青酸化合物）…
- ✓ 口腔・消化管びらん → 腐食性物質（酸・アルカリ・塩化第二水銀）
- ✓ 注射痕 → 違法薬物（覚せい剤、麻薬…）医療行為と区別！



薬物乱用者の注射痕

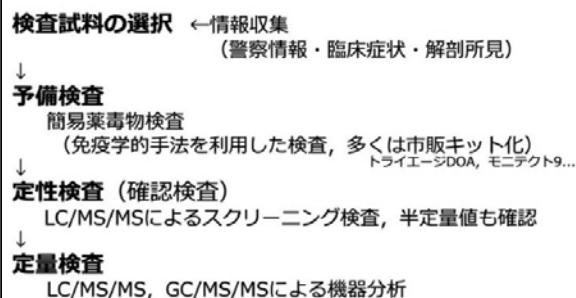
特有の死体所見がほとんどない中での所見をお示しする。

溺死でなくても口から泡沫液が出る場合は肺水腫を疑う。高体温では覚せい剤を疑うが、今の時期は熱中症もある。一酸化炭素中毒の鮮紅色死斑、硫化水素による緑色調死斑が一般的にいわれている。青酸のアーモンド臭は法医の教科書に書かれているが、実際は経験したことがない。口腔びらん腐食性の物質でみられ、農薬などでは口腔内に着色がみられる。

覚せい剤常習者では新旧の注射痕が混在してみられる。医療行為による注射痕との区別が必要である。

○薬毒物検査の流れ

薬毒物検査の流れ



解剖の前に警察から情報を得る。投与されていた薬剤も診療情報から確認するが、解剖後にそれが判明することもある。

簡易薬物検査として、当教室はモニテクトを使うことが多い。尿を使用し 10 分程度で結果が出るが、擬陽性またはあってはいけないう偽陰性が出ることもある。

簡易薬物検査だけで全てが分かるわけではない。当教室では、血液採取できれば全例定性検査 LC/MS/MS（液体クロマトグラフィータンデム質量分析）スクリーニングを行う。検視で使われる簡易薬物検査トライエージで何も出なくても、定性検査で陽性になることがかなり多い。

薬剤が検出されたとしても、それが死に直結したかどうかは、定量しなければ判断できない。

○検査試料

検査試料の選択 薬毒物分析で用いる試料

- ✓ **血液（心臓血、大腿静脈血）：**
中毒を評価するのに適した試料であるが、半減期の早い薬物に注意が必要
揮発性毒物（アルコール、有機溶剤、青酸など）やガス中毒（CO など）
の検査に必須
- ✓ **尿：** 血液より長期間検出可能（摂取後 1 時間程度～数日）
一般に血液中よりも高濃度の未変化体や代謝物（抱合体を含む）が
含まれる
- ✓ **消化管内容物（胃、腸）：**
経口摂取された薬毒物に有効な試料
摂取後比較的早く死に至った場合、胃内容物中に未消化の錠剤が
残っていることがある
- ✓ **肝臓、腸腰筋：** 腐敗などにより血液が得られないときの代替試料
- ✓ **その他：** 硝子体液、胆汁、脂肪…
検査目的に適した試料を選んで分析をおこなう！

検体としては、心臓血よりも大腿静脈血の方がコンタミネーションが少なく、解剖では、死後薬物が分解されるなどの影響を受けにくい大腿静脈血を扱うことが多い。

尿中の薬物は安定しており、少々腐敗体でも検査で検出できる。ただし、失禁や導尿で採取できないというデメリットもある。

腐敗が進んでいて液体成分を採取できない場合は、肝臓や腸腰筋など固体サンプルから抽出する。ただ、臓器の薬物致死濃度は報告が少なく、心臓血または大腿静脈血の薬物濃度で致死レベルを判断することが多いので、臓器から薬物が検出されたからといって、そこから死因を判断することは難しい。経験上、肝臓の薬物濃度は血液より高い。筋肉は血液と同じレベルの濃度で薬物が検出される。その他、硝子体など、使えるものは何でも使う。

○警視庁での薬物検査

実際の薬物検査につき、警視庁に問い合わせたところ、尿についてはルーチンでトライエージ（尿中薬物簡易スクリーニングキット）、他に妊娠検査薬を使用している。警察庁からの通達で、青酸中毒の否定のために、検視全例に唾液を検体としてシアンの検査をテストで行っている。一定の pH で反応が出る半定量検査で、ネットで入手可能な廃液中のシアン濃度を測るためのキットである。シアンが検出されれば意味があるが、陽性に出ないからといってシアン中毒を否定できるかはわからない。

法医学解剖の場合は、胃内容や血液を使い、昔ながらのシェーンバイン検査でシアンを特定する。

○簡易薬毒物検査キットの問題点

検視で施行されたトライエージの結果は、あくまでも参考と考え過信はしない。

擬陽性で有名なものは、腐敗によるアンフェタミン陽性である。市販の風邪薬のメチルエフェドリン服用でアンフェタミンが陽性となる。咳止めのジヒドロコデインは綺麗にオピオイド陽性で検出され頻度も高い。時に本当のモルヒネが出ることもある。

まだ一般的には言われていないが、覚せい剤が偽陰性の例が当教室で複数例あった。トライエージで覚せい剤陰性だったが、LC/MS/MS 検査では高濃度で検出された。濃度が高すぎて飽和し、トライエージで陰性に出たと思われる。見逃しにつながってしまうので問題と考える。

○定性検査

薬毒物は、最終的にクロマトグラフィーできちんと見つけることになる。以前は試料の前処理が大変であった。今はキットがあり、試料を分注し溶媒などを混ぜ遠心分離し、上清を分析する。前処理が 1 時間、分析が 1 ～ 2 時間、解剖中でも結果を出せないことはない。当教室では、当初 100 成分のスクリーニングであったが、現在は 250 成分検出できる。機械の性能が向上し、対象成分に当てはまるものを順番に検査する。新しい薬物が出ればデータベースに追加、危険ドラッグなどは必要時にデータを加える。

普通は液体クロマトグラフィー検査で十分だ

が、それで検出できない薬物が考えられる場合はガスクロマトグラフィでスクリーニングの範囲を広げる。

以前は一酸化炭素ヘモグロビンの一つ一つ分光光度計で測っていたが、現在は機械を使用し、10 分程度で数値が出る。

○ 2014 年～ 2016 年の法医解剖例

薬毒物検査の実施率は 80%、その 7 割に薬毒物が検出された。カフェインやニコチンを除いた数である。高度腐敗例や白骨に近い状態では、腸腰筋のような検体も採取できないので、検査は施行できない。

・ 年齢別

どの年代にも薬毒物は検出される。赤ちゃんでも検出され得るので、疑ってかかるしかない。

・ 検出薬毒物

鎮痛薬のアセトアミノフェン、抗ヒスタミン薬のジフェニルヒダントインが検出されることが多いが、致死的原因となることは少なく、定量検査をしなければ死因かどうかわからない。睡眠薬のフルニトラゼパムの代謝物も検出される。

地域性のあることだが、東京では違法薬物のメタアンフェタミン・アンフェタミンの検出も多い。以下、精神科系薬剤としてデパスの代謝物エチゾラムが続く。

・ 男女別

全体として男女の検出薬毒物種類に大きな差はないが、男性の上位に覚せい剤が入っている。

・ 年齢別

中高年では各種薬物や違法薬物が検出される。子どもで覚せい剤のメタアンフェタミンが検出されたこともある。高齢者ではジアゼパム、エチゾラムが検出される。

・ 年代別

2014 年にはプロメタジン・クロルプロマジン・フェノバルビタールの検出が死亡例としてあった。この 3 剤は精神科でベゲタミンとして合剤処方されていた。強力な鎮静作用があり、統合失調症でも使用され、大学の解剖でも監察医でも、ベゲタミンによる死亡例を経験することが多くあった。東京都監察医務院などから報告され、ベゲタミンが発売中止となり、その後、ベゲタミン

での死亡例が激減した。この薬剤による死亡は、自殺が多かったが、事故のこともあった。

2016 年はアミノフルニトラゼパムの検出が増えた。自殺、事件・事故に関わる状態での検出である。

・ フルニトラゼパム

胃内容を提示する。最近のフルニトラゼパムは着色されており、胃に入ると鮮やかな青緑になる。救急外来で胃洗浄をすれば見られるかもしれない。

口腔内所見として、舌が綺麗な青色となっていることや、腹膜が青く着色されていることもある。

フルニトラゼパムは作用が速い。睡眠導入剤として使われるが、アルコールに混ぜてデートレイプドラッグに使われることがあり、溶かせば色が出るようにしたということである。

・ 茨城県の症例

夏場の山林で発見された高度腐敗例で、胃内容が緑色であった。もともと着色されているメソミルという殺虫剤による。

○ 違法薬物

全体としてそれほど数は多くはないが、覚せい剤の割合が多く、コンスタントに検出される。

危険ドラッグは 2014 年頃流行っていたが、最近経験しない。国が販売店を取り締まり、ネット販売を除き一般販売店はゼロとなったためであろう。2014 年までに当教室では 10 例に危険ドラッグ検出剖検があった。報告例が少ないので致死濃度がわからず、死因判断時にもややもやしていた。ほぼ確実に危険ドラッグで死亡している例で、血中から若干検出されるのだが、情報量不足でそれが致死濃度かどうか判断できない。1～2 回危険ドラッグを吸入しただけで意識を失う例も存在するため、濃度が高いから死に至るかは疑わしい。薬物による別の作用が起こっているのかもしれない。

危険ドラッグが減った反動か、大麻検出が増えている。大麻も死亡との因果関係がわからない。安全な薬物ともいわれており、単独高濃度で致死となるのか判明していない。大麻と他の疾患、例えば脳卒中が関係しているという報告もあ

り、大麻を常習していると心血管系異常が起き、突然死のように亡くなるのかもしれない。今後研究がすすむであろう。大麻はトリエージで尿中 THC-COOH 検出を使用するが、擬陽性が多いので LC/MS/MS 検査が必要である。

○直接死因

当教室では練炭自殺などによる一酸化炭素中毒が多い。次いで覚せい剤、精神科系多剤薬物中毒が挙げられる。一般的にも一酸化炭素中毒が最も多く、医薬品、農薬が原因として続く。

○乳幼児にも検査すれば思いがけないものが出てくる

症例 1：2 歳女児、熱発あり、痙攣で救急搬送されたが心肺停止であった。解剖で肺水腫、薬物物スクリーニングで降圧薬検出され、警察が調べたところ、父親への処方薬であった。捜査上は誤飲と判断、新法解剖で事件化はされていない。

症例 2：3 ヶ月男児、布団の上で死んでいた。解剖では特に所見なく、虐待を疑う要素もなく、SIDS か窒息かというところであったが、メタアンフェタミンが検出された。高濃度ではなく、覚せい剤が死因ではないかと思われた。家族が覚せい剤を使用し、何らかの形で口に入ったか、母乳移行を疑った。新法解剖である。

症例 3：2 ヶ月女児、降圧剤と血糖降下剤が検出された。ミルクに混ぜられたかもしれない、と捜査となった。新法解剖としての解剖後に警察に伝え、鑑定嘱託書を検事から出してもらい、司法解剖に切り替えてもらった。

○直接死因ではない中毒関連死

覚せい剤で血圧が上がり、脳出血や大動脈解離が起これば病死ではある。が、引き金は覚せい剤である。

アルコール酩酊や薬物の影響下での転倒転落には、自殺も事故もあり得る。

○中毒薬物分析時の留意点

代謝により、死後、薬物濃度が低下することもある。逆に腐敗によりアルコールが生産され濃度が高くなることもある。胃内薬物が死後血液中に拡散し、濃度が上がることもある。

薬物は検査しなければわからない。スクリーニングも大切だが、可能であれば全例定性検査をす

ることが望ましい。また、薬毒物が検出されても直ちに中毒死とはいえない。それでも、薬物の影響下で死を引き起こしている可能性があり、いろいろな状況をみて死因を判断する。

4. 死後の生化学検査

肉眼診断、病理診断、薬物検査に加え、死因を判断する材料がないか考えていた。臨床では一般の生化学検査がルーチンにある。以前から法医学でも生化学検査は重要とわかっていたが、死後変化や臓器から逸脱する酵素がある。死体は正常でないのに基準値としての死体の正常値は自己矛盾である。それでも法医学で使えないかと、東大在籍中の 3 年間に、死後 3 日以内の司法解剖例ほぼ全てに血液生化学検査を行った。

○主な一般的生化学マーカー

右心血、左心血、大腿静脈血を採取し、血清 (HbA1c は全血) で一般的な項目を検査した。以前からわかっていたことではあるが、最も安定していたのは HbA1c であった。生前の数値が死体血から検出されるので、糖尿病の評価ができる。

TG、TP もあまり変動しないが、脱水があると死後数値が若干上がる。

BUN、Cre は死後数値が上昇するので、生前正常値を基準とすると全て腎不全となり利用できない。死体血での基準値を設定すれば使えると考えている。T-chol は多少低下する。

CRP は数値としてばらつきがあるが、生前の状況を反映しているためで、個体としてみれば死後も安定している。解剖例のデータを集め、死因と関連させ評価すれば、ある程度のメルクマールは作れると考える。全体で同意された基準は現在ないが、実際の臨床法医学では個々のデータの設定は利用している。

症例：司法解剖の 75 歳女性。寝たきりで体調不良であったが、受診歴はなし。朝は生きていたが、その後、冷たくなっている状態で発見。直腸温 31℃。解剖で大きな肉眼的所見はなく、大腿骨頭壊死がみられた。BUN は 10 倍以上上昇、死後血でもここまで上がることはないの、生前から上昇していたと類推した。HbA1c 9.4% だった

ので、明らかに糖尿病があり、糖尿病性腎症の進行で亡くなったのかと考えた。生化学検査で死因にたどりつけた例である。

○その他の生化学マーカー

・肝機能

T-bil は安定しており死後も使えるが、AST・ALT は上昇する。ChE は死後低値となるが、有機リン中毒で異常低値となる。

・腎機能

BUN は高度上昇していれば意義があるが、若干高値では判断は難しい。

・炎症

CRP は死後変化が少ない。亡くなる直前に肺炎が進行した場合、上昇していることがある。

・脂質

TG は死後大きくは変化しない。

・心不全

NT-proBNP は少しの上昇では評価できず、正常値から二桁以上上昇すれば意義がある。

・虚血性心疾患

一番マーカーが欲しいのだが、トロポニンは死後あっという間に血液では上昇するので使えない。髄液・硝子体液のトロポニン値が使えないか試みられている。

・アナフィラキシーショック

トリプターゼは安定しているので使うことができる。

・ウイルス抗体

死後ほとんど変化しない。

・ホルモン

死後あまり変化しない。甲状腺ホルモンなどは使用できる。

・末梢血

脱水が影響するが、Hb は参考になる。

○頸部圧迫の生化学マーカー

研究的領域である。サイログロブリンが逸脱し増加している場合は、頸部圧迫を疑う。国内外で報告されているが、このデータだけで窒息としてよい訳ではなく、他の所見と併せて判断する。

○敗血症の生化学マーカー

今まで敗血症のマーカーはなかった。最近、プロカルシトニンが利用できると報告されており、

実際データとして使用している。臨床で使われているプレセプシンも法医学で利用できる。血液培養や病理所見と併せて判断する。

○尿のマーカー

ミオグロビンは熱中症や外傷で増加する。症例が多く解剖できず、状況から熱中症を疑う場合は、膀胱穿刺などで採尿し、褐色尿がみられれば熱中症が死因と判断することもある。

血液のマーカー

<有用>

HbA1c、CRP、T-Bil、ウイルス抗体
BUN、Cre、トリプターゼ、プロカルシトニン(プレセプシン)
T-Protein、T-Chol、Triglyceride、NT-proBNP
ChE、Na、Cl、Mg、Ca、血算
γ-GT

<有用でない>

AST、ALT、トロポニン、K、NH₃、ミオグロビン

尿のマーカー

ミオグロビン

5. 法医学監修

○ドラマ監修

古いものでは名取裕子 主演の「法医学教室の事件ファイル」、直接関わっていないが「voice」、「誤差」、「ヒポクラテスの誓い」などがある。

「アンナチュラル」の監修は、法医学を知ってもらうためである。誰かが監修しなければ、テレビで適当なことを流されてしまう。監修するのであればきちんと関わろうと、台本の段階から相談に乗った。脚本家に法医学制度や死因究明、解剖率の上がない状況、解剖学者の待遇の悪さなどいろいろな話をした。その際、「法医学は何のため」の問いに、犯罪や事故を防止する「未来のため」と答え、「不条理（不自然）な死は許さない」のキャッチフレーズが生まれた。

ドラマには、現実にはない理想的な死因究明センター UDI (unnatural death investigation) が存在する。半官半民、公的補助金と受益者負担としての遺族負担で運営、警察直属でないが協力関係にある独立した組織である。法医学者が複数、臨床検査技師などもおり、行政解剖・司法解剖を受け入れる。敷地内にラボがあり関連検査もできる。

これまでの法医学ドラマは犯罪捜査がテーマで、法医学者の視点で描かれたものはなかった。「アンナチュラル」は完全に法医学関連の人間が中心となっている。本来は研究が目的のはずの大学で、法医は解剖数が増え実務優先となってしまった。UDI ラボのような組織が実務を行えば、大学はもっと研究に力を注げると思う。

2017 年 2 月に監修の話を聞き、5 月の連休明けに講義が終わるのでそこから関わり始めた。プロデューサー・監督に一話ごと来てもらい話を詰めていった。感染症、薬物、病死などがテーマで、最後には連続殺人となった。

2017 年 12 月まで撮影がかかり、翌年 1 月から放送開始された。普通は、放送と次の撮影が並行するのだが、「アンナチュラル」は放送時には全ての撮影が終了していた。

ドラマ内のセットは、大学の解剖室を参考に丹念に作られた。現場では、自分と講師の二人が撮影に立ちあった。解剖シーンには全て立ちあい、メインの俳優以外の役者の動きも正確にするため、普通の台本以外に解剖用台本を作成した。井浦 新 の縫合シーンは自分が吹き替えている。撮影は朝から晩までかかり、その間ずっと付き合うので、大変ではあった。

ドラマで法廷シーンは出しにくいそうだが、法医学者は解剖だけでなく法廷で証言もするので、「アンナチュラル」では必ず法廷シーンを入れて欲しいと伝え、それが叶った。

視聴率は 11%、もう少し上がっても良かったと思うが、テレビ関係の賞を多く受け、評価は高かった。

原作はなく、脚本全てオリジナルで、一話一話作っていった。是非続編を作っていただきたいが、脚本家も大変、こちらも大変で、またあの苦勞をするのかとも思ってしまう。

○小説監修

ヒポクラテスシリーズの監修をしている。著者は医学専門家ではない推理作家である。出版は雑誌連載→単行本→文庫本の流れであるが、単行本の 1 巻目の時点で病名や内容にかなり間違いが多く、文庫化する際に修正してもらった。単行本と文庫本を読み比べていただければ面白いかもしれ

ない。2 巻以降は雑誌連載時からチェックさせてもらっている。

○ネタばれ「法医学教室の事件ファイル」

8 月 12 日（日）放送の第 44 作は遷延性溺死である。一度水を吸い込み危うくなったが、すんでのところで息を吹き返す。実際の遷延性溺死は、すぐに再び意識を失うのだが、ドラマでは、その人が逃げ出し、主人公の車に乗り込み、会話した後に意識を失い死んでしまう。水の中で死んだわけではないのに、解剖すると死因は溺死であったため、溺死の原因を探るため捜査が進む。状況としては有り得ない。が、テレビドラマ上、仕方がない展開である。

遷延性溺死は二次溺死ともいう。

Q 開業医は糖尿病の患者さんを多く診ている。死後の血糖の変化は如何か？

A 生体侵襲が加わっているので、死体血で血糖が 200 ～ 300mg/dl 程度に上昇していることはかなり常識となっている。故に、血糖上昇で糖尿病の判断はできない。逆に、血糖低値であれば低血糖が疑われる。

Q 食事摂取ができない状態で経口血糖降下薬を服用していた方が突然亡くなり、死後 1 時間半の血糖が 30mg/dl であれば、低血糖を原因として良いだろうか？そんなに突然亡くなるものだろうか考えたのだが。

A 死後 1 時間半であれば通常血糖がそこまで下がることはないと思われる。

Q 死後の生化学検査値の変動が激しいものをいくつか組み合わせ、死斑・死後硬直・直腸温に加え、死後の経過時間を判断できる材料にならないか考えたが、如何か？

A 一つのご遺体で経時的に採血できればデータを集められるだろうが、日本では難しい。CRP に関しては、個体の変化を追った論文がいくつか出されており、炎症反応の判断としては評価されている。

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 30 年 8 月 30 日 (木)

ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事 萬 忠雄
常任理事 清水 暢

開会挨拶

河村会長 本年度は医療保険と介護保険の同時改定の年であった。診療報酬全体での改定率はマイナス 1.19% (医科本体についてはプラス 0.63%) という厳しい改定が実施されたが、社会保障費の自然増としてプラス 0.56% は本来必要な医療財源であり、消費税導入時 (3%) の検証もされていない中で、来年度の増税分の使われ方には注視していきたい。

また、2020 年の東京オリンピックに備えて、訪日外国人の医療費対策について協議が始まっているが、一方で在留外国人による国民健康保険制度の不適正使用問題がクローズアップされてきた。正確な実態把握にはもう少し時間が掛かるようであるが、日本医師会も立ち上げたばかりの「外国人医療対策検討委員会」で対応を協議する予定である。

本日は、審査委員間の情報交換をしていただき、

中身の濃い協議会になるようお願い、挨拶とする。

続いて、藤原 社保審査委員長及び土井 国保審査会会長から、ICT 化を含めた医療保険の審査支払制度改革が進む中で、審査委員会は法的に医療費審査を付託された調停機能を有する唯一の機関であるため、医学的な立場で医療側、支払側のコンセンサスを得ることが重要となる。国保の審査委員会においては都道府県の一部に会計検査院が (審査基準の統一化を図るよう) 指導に乗り出しており、ますますエビデンスに基づいた審査改革が求められている等の挨拶が行われた。

協議

1 社保・国保審査委員連絡委員会 (7 月 5 日) 報告

本会報 9 月号 (No.1897) に掲載のため省略。

出席者

社会保険診療報酬支払基金

審査委員 32 名

国民健康保険診療報酬

審査委員 31 名

県医師会

会 長	河村 康明	
副 会 長	今村 孝子	
専務理事	加藤 智栄	
常任理事	萬 忠雄	藤本 俊文
	沖中 芳彦	清水 暢
	前川 恭子	
理 事	山下 哲男	白澤 文吾
	郷良 秀典	長谷川奈津江
	伊藤 真一	
監 事	藤野 俊夫	篠原 照男
	岡田 和好	

2 癌フォロー中等の初診料算定について

癌の術後、数年が経過しフォロー目的で悪性腫瘍特異物質管理料を算定したところ、初診料がすべて再診料に減算される事例が発生した。自院、他院を問わず癌の確定診断がついている場合や、検査中に明らかに癌と診断される場合は、初診でも悪性腫瘍の管理を行い同管理料を算定するが、算定ルール上は初診料を算定できないという規定は存在しないため、以下について協議願いたい。

①初診料と悪性腫瘍特異物質管理料の同一日算定について。

②自院を継続診療中の悪性腫瘍既往がある患者に腫瘍マーカーを検査する場合は、どれだけの未受診期間がある場合に初診料の算定が認められるか。

③慢性疾患等の患者で初診料の算定を認める未受診期間については、以下の協議会において「6 か月程度を目安とする」旨が合意されているが、前回合意から年月が経過しているため、改めて協議願いたい。

(郡市医師会保険担当理事協議会からの出題)

[関連記事]「山口県医師会報」

平成 7 年 12 月 11 日号・社保国保再審査部会合同協議会

平成 11 年 3 月 21 日号・社保国保審査委員連絡委員会

①初診料と悪性腫瘍特異物質管理料の同一日算定については算定ルール上の制限はない。

②癌フォロー中の初診料は認められない。

③従来どおり原則 6 か月程度の未受診期間を目安として初診料の算定を認める。

3 境界型糖尿病に対する外来栄養食事指導料等の取扱いについて [支払基金]

平成 26 年 9 月開催の社保・国保審査委員合同協議会において、「当該指導の必要性は高く、算定を認める。」と協議されている。

このたび、支払基金本部より、次のとおり厚生労働省保険局医療課（以下、「医療課」）の回答が得られた旨の事務連絡が出されたことから、再度協議願いたい。

○医療課への照会内容

「境界型糖尿病」に対して、次の指導料の算定は認められるか。

① B 001 「9」 外来栄養食事指導料

② B 001 「10」 入院栄養食事指導料

③ B 001 「11」 集団栄養食事指導料

④ C 009 在宅患者訪問栄養食事指導料

○医療課からの回答内容

「境界型糖尿病」を主病とする患者については、特掲診療料の施設基準等第三の二の(6)の2等に規定する患者には該当せず、いずれの指導料も算定できない。

審査の平準化に鑑み、認めないこととする（審査取扱いの変更は平成 30 年 11 月診療分から）。

4 ANCA 関連検査の取扱いについて[支払基金]

平成 22 年 1 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、「抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）については、「顕微鏡的多発血管炎」、「アレルギー性肉芽腫性血管炎」等の ANCA 関連血管炎では、診断及び経過観察で認めるが、「ウェジナー肉芽腫症」では認めない。」と協議されている。

また、抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性及び抗好中球細胞質プロテイナーゼ 3 抗体（PR3-ANCA）については、原則、「ウェジナー肉芽腫症」で認めている。

それぞれの検査の適応疾患について、再度、整理していただきたい旨の意見があることから、協議願いたい。

[関連記事]「山口県医師会報」

平成 22 年 3 月号・社保国保審査委員連絡委員会

ANCA 関連血管炎の診断で間接蛍光抗体法による抗体測定（ANCA 定性）と ELISA による PR3-ANCA、MPO-ANCA の測定を認める。

ANCA 関連血管炎の診断後は、いずれか一方（診断時に陽性となった項目）の測定を経過観察として認める。

5 小児科外来診療料と在宅療養指導管理料の併算定について〔山口県医師会〕

小児科外来診療料は、算定要件に「在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む）は小児科外来診療料の算定対象とならない」と通知されているが、他の医療機関の算定状況を確認する術がないため各々の医療機関から各々の項目が請求される事例は多く、また、1 次審査で対応できる事例ではないため、保険者の判断で再審査が提出されているが、そのレセプトを医療機関へ返戻されても、やはり、他の医療機関の算定状況を確認する術はない。以前の複数医療機関で算定された「外来総合診療料」の審査取扱いのように、紙の被保険者証の時代であれば、先に診療した医療機関を判断することも可能であったが、（IC 機能のない）カード型被保険者証の場合は、患者からの申し出がなければ他の医療機関の算定状況など窺い知れない。

このような事例は、（厚労省に確認するなどして）審査処理の手順が示されるまでは、審査取扱いを保留していただきたいがいかにか。あるいは、保険者側の判断により、以下のような事例は再審査申出を見合わせていただきたい。

- ①他の医療機関で在宅療養指導管理料が算定されている患者（小児）が、同月に自院の休日当番日に初診された事例
 - ②自院で小児科外来診療料算定中の患者が、同月に他の医療機関で在宅療養指導管理料を算定された事例
- （郡市医師会保険担当理事協議会からの出題）

他院での在宅療養指導管理料算定が確認できた事例は、小児科外来診療料ではなく出来高算定となる。

6 保険医療機関等からの意見・要望

〈投 薬〉

No.1 リクシアナ錠の査定

「腹部膨満・腹水症の増悪」にて入院し、精査の結果「門脈血栓症」と診断できた。この「門脈血栓症」の治療として入院時にはヘパリンナトリ

ウム注を投与し、血栓が少し縮小してからリクシアナ錠の内服へと続けたが、適応外の理由で査定された。「門脈血栓症」の適応がある薬剤はないため、リクシアナ錠の投与は妥当と考えるがいかにか。（国保）【山口市】

現時点では適応外使用は認められないため、別の選択肢を検討願いたい。

No.2 降圧剤、高脂血症治療剤の併用数

過去の協議会において、糖尿病治療薬の併用数等は詳しく協議されているが、降圧剤、高脂血症治療剤について併用数に上限があるか伺いたい。

【山口市】

降圧剤：併用数に制限はないが、同種同効の上限量以上の算定は認められない。ただし、慢性腎不全時等重症高血圧症例での Ca 拮抗薬の併用はこの限りではない。

高脂血症治療剤：重症例は医学的判断による。

〈注 射〉

No.3 ジーラスタ皮下注の適応病名

ジーラスタ皮下注投与について「発熱性好中球減少症について記載がない」と照会があり、ジーラスタ皮下注は「がん化学療法に対して好中球の減少を抑制するための薬剤であり、実際に好中球の減少が認められれば使用できないため病名は付けられない」と文献を添付して回答するも、復元されない。再審査請求するも同様であったため審査委員合同協議会で再協議願いたい。（国保）

【下関市】

発熱性好中球減少症の予防又は発症抑制の病名を、傷病名欄（DPC コード病名は予防のみ）あるいは摘要欄最上部へ記載が必要。

No.4 化学療法施行時の材料の査定

外来化学療法（FOLFOX 療法）で使用する材料：携帯型ディスポーザブル注入ポンプ（3,490 円 / 個）は、5-Fu 注の持続投与を円滑、確実に行うための必須材料であり、1 個 / 回使用してい

るが、査定傾向にある。社保と国保で審査基準が異なるため協議願いたい。【宇部市】

外来化学療法の中でも、当該事例の「抗悪性腫瘍剤局所持続注入」(G003)の場合は、算定ルール上「ポンプの費用は所定点数に含まれる」と通知されているため算定できない(請求方法の検証必要)。

〈処 置〉

No.5 消炎鎮痛等処置等の上限日数による査定

月に 16 日以上 of 通院加療がある例に対して、15 日を限度に消炎鎮痛等処置、介達牽引が一律に査定されるが、来院する患者に対しては医師法上の応召義務があり断ることはできない。また、行った医療については割引(保険請求をしない)をしてはいけないという療養担当規則がある。この場合の医療費請求方法について伺いたい。

【徳 山】

傾向的に算定がある場合の審査取扱いであり個別対応事例となるが、漫然と同処置が繰り返されることなく、他の治療法を考慮されたい。

〈検 査〉

No.6 血管超音波検査ドップラー加算

透析シャント狭窄の血管超音波検査において、ドップラー加算が認められないので協議願いたい。(社保)【柳 井】

一律に算定することは認められないが、必要な事例(手術の前後等)は注記のうえ、審査委員会の判断となる。

No.7 ECG 検査の査定

昨年(平成 29 年 12 月)、発作性心房細動で来院した患者に、同日 2 回(リスモダン静注の前後)の ECG を実施した。同日、サンリズムの投与を開始し、4 日後に副作用チェックのため ECG を再検したところ査定となった。不整脈発作治療中の患者は、3～4 回/月の ECG は必要なのではないか。(国保)【山口市】

一律に認められるものではなく、必要性の注記が必要。

No.8 リウマトイド因子(RF)定量の査定

「関節リウマチ」にて RF は 3 か月に 1 回が目安になっているが、RF は疾患活動性の強さにより変化することが知られており、投薬治療の評価に用いることができるため、症状が不安定なときには頻回検査が必要であることから、再協議願いたい。【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 30 年 3 月号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 30 年 2 月の社保国保審査委員連絡委員会の協議どおり。

No.9 KL- 6 の査定

SP-D と KL- 6 は同時査定できないが、レセプトに「抗がん剤に伴う薬剤性間質性肺炎で、短期評価のため SP-D を測定し、ベースの線維化評価のため KL- 6 を測定した。」と注記し、再審査においては「薬剤性間質性肺炎で肺障害の評価をする際、SP-D と KL- 6 を同時に測定することがガイドラインにも推奨されている。」という旨の注記をしたが、「復元はない」と回答された。医学的に必要と考えるのかがいかがか。(国保)【山口市】

医療保険を請求する上では算定ルールどおりである。

No.10 特定医療費(指定難病)助成制度による検査

特定医療費(指定難病)の対象病名である ANCA 関連血管炎の患者に、「抗糸球体基底膜抗体検査」を実施し、保険請求したところ A(適応外)査定された。

- ①抗糸球体基底膜抗体検査は対象病名(抗糸球体基底膜抗体腎炎等)が通知されているが、ANCA 関連血管炎も保険対象となるか。
- ②特定医療費(指定難病)助成制度の更新手続き(1 年ごと)に必要な検査の実施料は、保険請求できるのか。【光 市】

- ①対象外。
- ②療養担当規則では「診療上必要がある」場合に検査料の保険請求が認められる。よって、行政手続きのみのために実施される検査は保険請求対象外となるため、保険請求と区別して診療する必要がある。

〈リハビリテーション〉

No.11 呼吸器リハビリテーション料の算定

現在、1 日あたり 4 単位以上算定したケースについては、3 単位までしか認められずに査定されることがある。当院では呼吸器疾患を中心に治療している患者が多く、患者の容態によっては、1 日あたり 4 単位以上を行うこともある。ここ半年（平成 29 年 11 月～30 年 4 月）の呼吸器リハビリテーション料の実施件数を確認したところ、総数 362 件のうち、4 単位以上の実施が 46 件あり、そのうち 25 件が査定を受けている。4 単位以上施行した症例における算定について、再考をお願いする。【山口県病院協会】

画一的査定ではないとのことであり、個別の症状詳記で対応願いたい。

〈入院料〉

No.12 入院中の他科受診についての過誤調整通知

入院患者側の医療機関に減点通知が届く理由について伺いたい。

- ①そもそも他医療機関（外来）側ではなく、なぜ入院側にだけ減点通知が届くのか。他医療機関（外来）側は他科受診そのものを知らない事務員が多く、状況や手続きなどを指南しなくてはならないが、入院側にその役目を想定されているのか。
- ②請求方法について協議が必要なので、両方の医療機関に返戻等の通知をするべきではないか。外来側のレセプトにも入院側の入院基本料を入力する必要がある。
- ③他医療機関（外来）側は、診療時には必ず請求方法等を入院側と協議するべきである。

【山口県病院協会】

算定ルールに則り、査定も返戻も両医療機関を対象に行われる。このルールは本年度の改定により大幅に緩和されたが、それでも医療機関同士の無用なトラブルの原因となるので、引き続きルール撤廃に向けて日医診療報酬検討委員会へ要請する。

No.13 ハイケアユニット入院医療管理料の査定

特定入院料（ハイケアユニット入院医療管理料）について、算定日数のうちの何日間か査定となる場合がある。疾病などで日数制限が設けられているのなら教えていただきたい。また、社保と国保で審査基準が異なるため協議願いたい。【宇部市】

疾病による日数制限は行われていないが、例えば手術内容や疾患別リハビリテーションが多単位の患者等について、特定入院料の必要性が審査される。

画一的な審査ではなく、ケースバイケースでの審査となる。

No.14 療養病棟入院料の医療区分

療養病棟入院料における医療区分の評価のなかに「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱または嘔吐を伴う状態」があるが、脳出血等による寝たきり状態では、短期間の発熱を繰り返すケースが多い。これについて、その都度「発熱」等の傷病名が必要か伺いたい。「脳出血」等の主病名だけでは不可なのか。【長門市】

「発熱」等の病名記載が必要となる。

〈その他〉

No.15 査定理由の教示

国保の再審査結果において、「原審どおり」と記載してあるが、1 次審査の査定理由が不明であるため再審査請求することも多く、結果が「原審どおり」だけでは査定理由がわからない。詳細な理由・説明とまでは言わないが、できるだけ理由を記載していただきたい。（国保）【宇部市】

社保のシステムについては 96%程度の査定理

由記載が実現しているが、今後、国保もシステム改修を検討する。

※ 以上の新たに合意されたものについては、平成 30 年 11 月診療分から適用する。

お知らせ

(郡市医師会保険担当理事協議会(5月31日)の保留議題に関する日医の回答)

○生活習慣病管理料の算定要件について

本年度改定により、生活習慣病管理料の算定要件(10)に「糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理

由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録している。」と通知が追加されたが、「定期的に記録」とはどの程度の記録を意味するのか伺いたい。

生活習慣病管理料(10)にある「治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更」することは、それぞれの医療機関の担当医師により決定される事項である。したがって、生活習慣病管理料(10)の「定期的な記録」についても、同(11)にある「学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて参考にする」を踏まえつつ、当該医療機関の方針に従って、担当医師の判断によって記録することが適当である。

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

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション！

医師年金 検索

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

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

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	
●基本：月私 30算：月私	
加算年金：170円	月私保険料：60,000円
基本年金：17,200円	月私年金：12,000円
合計月私保険料	72,000円

設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27 年 5 月 7 日
生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日
試算日年齢	40 歳
加入申込期限	平成 27 年 6 月 15 日
加入予定年	平成 27 年 7 月
加入時年齢	40 歳 6 ヵ月
加算私保険料年	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
估計保険料累計	21,168,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期限は、15日超えは、遅延日の場合は、その日となります。
- ・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。
- ・「仮返戻金15年」では、受給者ご本人が仮返戻金中にお亡くなりになった場合、15年の経りの翌期に於いて、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受給コースの選択（1～4）」は、受取開始の時に決めさせていただきます。
- ・受取開始年齢は、75歳まで選択できます。
- ・「受給年金額」は概算です。現在は年額表示法での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる場合は、変更になる場合があります。

受給年金	
●11コース	
加算年金	年額年間15年 60,000円
基本年金	年額年間15年 17,200円
合計月額	103,300円
15年受取総額	18,594,000円
●12コース	
加算年金	5年満了受給 30A 600円
基本年金	仮返戻金15年 17,200円
合計月額	385,800円
15年受取総額	25,212,000円
●13コース	
加算年金	10年満了受給 13A 100円
基本年金	仮返戻金15年 17,200円
合計月額	208,300円
15年受取総額	26,028,000円
●14コース	
加算年金	15年満了受給 13A 100円
基本年金	仮返戻金15年 17,200円
合計月額	149,300円
15年受取総額	26,874,000円

20150601S8

平成 30 年度 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会

と き 平成 30 年 8 月 19 日（日）10:00～12:00

ところ 松江市・サンラポーむらくも 2 階「彩雲の間」

担 当 島根県医師会

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

挨拶

島根県医師会会長 森本 紀彦 各県より学校保健に関する重要な課題を提出いただいているので、活発な議論、意見交換をしていただいて今後の学校保健に関する取組みに生かしていただきたい。

日本医師会常任理事 道永 麻里 7 月上旬に西日本を中心とした記録的豪雨による災害で被害に遭われた皆様に心よりお見舞いと、亡くなられた方に心よりお悔やみを申し上げます。ご出席の先生方の間で活発な議論が交わされると思うが、日本医師会として本日いただく貴重な情報を今後の学校保健事業の改善に役立てていきたい。

議事

各県からの提出議題

1. 県内学校管理下における事故事例を検討する、アレルギー疾患対応検討委員会の設置について（徳島県）

本県では、今年度「アレルギー疾患対応委員会」を初めて開催した。県内公立学校での学校管理下のアレルギーに関する事故事例を、学校名・個人名など特定できる情報は隠した状態で、医師会、教育委員会、専門医で 1 例ずつ検討し、フィードバックできるような形にまとめることができた。他県の状況を伺いたい。

鳥取県 本県の事業として医師会が請け負い、行政、県教育委員会など関係者も含めて「アレルギー疾患対応検討委員会」を設置し、誤食・ヒヤリハット事例に関して検討している。

2. 学校におけるアレルギー緊急時対応マニュアルの活用状況について（香川県）

「学校における食物アレルギー対応検討会」があるが、事故の責任追及になるため、事故事例に特化しておらず、緊急時マニュアルを重要視している。他県の状況を伺いたい。

島根県 県では作成していないが、各市町村で作成したマニュアルで対応している。

愛媛県 県内での統一マニュアルはないが、本県小児科医会内の小児アレルギー対策委員会で作成しているマニュアルが参考にされている。

岡山県 マニュアルは県、市町によっても作成している。ヒヤリハット事例を集めて「岡山県食物アレルギー対応委員会」にて、抽出した事例を現場へ還元している。「事故」という表現は裁判のこともあり使用していない。

日医 教育委員会がメインで医師会が協力といった形にしてもらえばよい。なお、平成 19 年発行の『学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン』を改訂する予定。

3. 学校等における AED の設置・運用状況について（愛媛県）

特に松山市では、各学校で複数台の設置を進めている。複数台設置することで、救命救急士による学校への指導や、学校の中でも、どの場所で倒れたときにどの AED を使用するかなどが検討される中で、救命された例もある。また、職員室に

施錠し保管していて実際には使いにくいということもあるので、設置場所も重要である。他県状況を伺いたい。

香川県 設置数が多いわけではないが、アクセス等を考慮し使えるようにしている。

島根県 施錠されておらず誰でも使えるようにしてある。

愛媛県 今年度、小児循環器学会のマニュアルができると聞いている。

高知県 ランニングコストは誰が負担しているのか。

愛媛県 県が購入しているのではなく、リースである。

日医 部活時の使用が多いが、実際は使えないところに置いてある学校が多い。スポーツ振興センター作成の AED の DVD を活用してほしい。

4. 各県の「がん教育」の取り組みについて、県教育委員会、県医師会、がん拠点病院の現状を教えてください。(高知県)

がん拠点病院では地域への学校訪問や資料作成、県教委では副読本を作成している。養護教諭への研修も行っている。他県の状況を伺いたい。

島根県 教育委員会が研修会を開催している。

徳島県 医師会は直接関わっていないが、教育委員会が文部科学省の「がん総合支援事業」を 26 年度から実施している。県医師会としては、認定学校医制度にがん教育の項目も加えていきたいと考えている。

5. がん教育に対する各県の取り組みと医師会の対応について(岡山県)

本県では外部講師リストを作成、授業実施は小学校 30%、中学校 60%、高校 60～70% 程度で、

講師は保健体育教師や養護教諭など内部の方が多く、外部講師の授業は年間数回程度である。教材は文部科学省の教材を利用しているが、がん拠点病院の講師は独自のものを作成されている。他県の状況を伺いたい。

山口県 県教育委員会が主体で、主にがん拠点病院の先生方にご協力いただいている。そのほか個人的に学校に頼まれることも多い。また、本県では県健康福祉部が平成 26 年独自に小学生用・中高生用の教本を作成、配付済みである。

香川県 ほとんど内部講師で実施されている。予算の問題が大きい。また、講師によって授業に差がある。

日医 医師会に相談なく進めているところが多い。がん拠点病院の指定要件にがん教育に関する項目が盛り込まれるかもしれない。日医としては、学校医にがん教育をしていただきたい。文部科学省のがん教育教材ができたため、対がん協会では改めて資料の作成はしないとのこと。

6. 学校感染症における登校許可証(治癒証明書)の取扱いについて(鳥取県)

「学校において予防すべき感染症の解説」等では一律に求める必要はないと記載されている。各県、各地域でも対応が異なることが多く、本県でも地域によって異なる。他県の状況を伺いたい。

広島県 平成 28 年に学校医部会でひな形を作成して提示しているが、県内で統一はしておらず、利用率は不明である。文書料については定めていない。

鳥取県 文書料については、本県の場合、署名捺印がなくても医師が記載したことが証明されれば法的には医師としての責任が伴う文書になると聞いており、これら責任を伴う文書については無料である必要はないという考え方をしている。料金の徴収は医療機関の裁量としているが、無料のところが多い。

山口県 県下で統一された登校許可証（治癒証明書）の様式はなく、県教育委員会では、平成 30 年 3 月日本学校保健会発行『学校において予防すべき感染症の解説』（P16）において、「なお、診断は、診察に当たった医師が身体症状及びその他の検査結果等を総合して、医学的知見に基づいて行われるものであり、学校から特定の検査等の実施（例えば、インフルエンザ迅速診断検査やノロウイルス検査）を全てに一律に求める必要はない。治癒の判断（治癒証明書等）も同様である。」と記載されたことを受け、教育委員会も同様の考えであることを、県養護教諭理事会において伝えている。

日医 治癒証明書については昔からある問題で、文書料はとれるものであるものの、保護者に要求するのも辛い部分がある。東京では今、窓口負担がないので、証明書も再診料でとれるので問題はない。管理指導表など教育委員会が負担しているところもある。教育委員会とご協議の上、体制を整えるなどしていただければと思う。

7. 特別支援学級や普通校における医療的ケアの普及啓発について（広島県）

医療の進歩などにより特別支援学校だけでなく、一般の小中学校においても医療的ケアを必要とする子どもが通学するようになっている。特別支援学校では医療的ケアの体制が整備できているが、一般校においても医療的ケアが増えてくることが予想される。各県での現状を伺いたい。

本県では、広島県学校保健会に「医療的ケア検討会議」を設置しており、学校医と学校現場の情報共有をメインに、学校現場における課題への医師会としての対応を検討する場を作った。

愛媛県 本県では、県小児科医会内の小児在宅検討委員会で毎年、研修会を行っている。

島根県 会員が直接関与するにはハードルが高いという現実があり、基幹病院が対応している例が多いように思う。医師会として、どのような会にしていけるかは各県の実情に合わせてご検討いただ

きたい。

日医 中間報告に続いて今後、最終報告がまとめられる予定である。平成 30 年 3 月 11 日開催の学校保健講習会で本件に関する講義を行った。日医のホームページに動画があるので参考にさせていただきたい。

8. 学校医として、いじめ問題にどのように取り組んでいるか。（山口県）

本県では県、市町にはいじめ対策協議会などが設置されていて、医師会役員が参画しているが、医師会内にいじめ問題に関する取組みを協議する場があるか、また、具体的な取組みがあれば伺いたい。

島根県 いじめ問題に学校医が関わるのは難しいケースが多い。

高知県 本県では問題行動やいじめが年々増えている。いじめの問題は学校保健委員会でもあまり表に出てきておらず、学校医があまり認識していないことが多い。養護教諭に情報提供していただいてどのように対応しているか把握すべきではないかと思う。

日医 学校ではいじめ防止基本方針を作成しなければならない。普段から学校医を含めて協議をして、連携することが大切である。

9. ピロリ菌検査の実施について（山口県）

ピロリ菌検査については効果があるとの報告はあるが、各県における取組みについて伺いたい。

島根県 出雲市の一地区で小学 4 年生、中学 1 年生の貧血脂質検査実施時の血液を利用して、地区の消化器内科専門医が研究助成費をもとに無料で実施している。

香川県 学会、研究会でも推進とは言うておらず、慎重派の意見が多い。

徳島県 平成 28 年から市町レベル 5 か所で健診を実施している。主体は市町教育委員会を対象は市町による。実態としては、陽性者もすぐに治療には進まず、家族に検査を勧める。

日医 研究レベルならよいが、すべての検診事案に入れるのはエビデンスがないので、先走りはよくない。

10. 成長曲線の評価に関する取組みについて (島根県)

出雲医師会では、平成 28 年度に混乱があり、29 年度から成長曲線判定委員会を設置した。成長曲線判定ソフトを使用すると異常者が 20 ～ 30% 出ることや、中にはソフトによって重大な病気の見落としなどの問題もあったため、先進的な取組みをされている県があれば伺いたい。

広島県 医師会で成長曲線に関する取組みについてアンケートを行った。県医師会としては、マニュアル等は提示していない。広島市では低身長などのデータに学校医が目を通すが、かかりつけ医、専門医がデータを数値で見る流れを作っている。呉市では「小児生活習慣病予防検診マニュアル」を作成して対応しているなど、各市町でそれぞれ取り組んでいる。

徳島県 異常者については、経年的な数値をグラフで家族に示している。本県では、肥満健診も同時に行っているので、高度肥満等はこちらの検診でも拾い上げできる。

日医 日本学校保健会で『成長曲線活用の実際』を出したので、活用していただきたい。

日本医師会への要望

1. 学校保健と母子保健との切れ目のない繋がりについて (徳島県)

日医 中央教育審議会にて、健診項目など科学的エビデンスの構築ができるような統計にするよう要望している。妊産婦・乳幼児健診の電子化を含め、予防接種などの情報の一元的管理を検討中。

2. 養護教諭を疲弊させず、学校全体として学校保健への積極的な関わり・学校医との密なる連携の構築 (香川県)

日医 保健主事等との連携に甘い部分がある。中央教育審議会にて、養護教諭の複数配置等について要望し、6 月に閣議決定された第 3 期教育振興基本計画にも一部内容が盛り込まれた。また、学校医との連携が重要である。

3. 学校等に AED の複数台設置を要望する。 (愛媛県)

日医 児童生徒の心臓突然死防止には AED での対応が大切だとして、今後も国に対して要望する。国の予算確保に際してはエビデンスを伴った内容の説明に効果があるため、今後とも現場の皆様のご協力をお願いする。

4. 医療的ケアの必要な児童・生徒への対応について (高知県)

日医 2019 年概算要求にて、50 億円の予算で看護師の拡充、通学支援などを要望している。

愛媛県 特別支援学校以外では取組みが進んでいない。県教育委員会に訪問看護師を配置しているところもある。

広島県 訪問看護師が学校に行けるような制度になるよう希望する。

5. 学校医の負担軽減や学校医の資質の向上について、対応と長期的展望についてご教示願いたい。 (鳥取県)

日医 平成 28 年度のアンケート調査で改めて学校医負担が認識された。勤務医が参加しやすい環境づくりも大切。今後、答申を検討していく。

鳥取県 医師数が少なく、確保が難しいため、問診票だけで行っている地域もある。

6. 学校医に求めるものに関する日医の見解について (広島県)

日医 2019 年度予算概算要求の要望として、学

校保健推進のための都道府県教育委員会を核にした連携構築について予算規模総額 9,400 万円を挙げている。

学校産業医については、平成 28 年のアンケート調査では、内科・小児科の学校医の 61.6% が教職員の健康管理も行っている。日医としては、学校医は子どもの健康管理に集中すべきと考えており、2019 年度の概算要求の要望として教職員の健康管理の更なる充実のために、すべての都道府県、市町村教育委員会に産業医・保健師等を配置するための予算として 17 億 5,000 万円を概算要求している。

7. 学校における部活動の適切な運営について

(島根県)

日医 教職員疲弊の大きな要因であり、平成 28 年度調査で運動部の土日の活動は 1 日 3 時間以

上と 10 年前より 1 時間増加していることから部活動指導員制度が開始された。今後も中央教育審議会での働き方改革について発言していく。

その他

次回と同協議会は 2019 年 8 月 18 日（日）に広島で開催予定。

午前：中国四国医師会連合学校保健担当理事
連絡協議会（高知県医師会担当）

午後：中国地区学校保健・学校医大会
（広島県医師会担当）

山口県ドクターバンク

医師に関する求人の申込を受理します。

なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取り扱います。最新情報は当会 HP にてご確認ください。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527 E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

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
Yamaguchi
Financial Group



山口銀行
YAMAGUCHI BANK

平成 30 年度 中国地区学校保健・学校医大会

と き 平成 30 年 8 月 19 日（日）13:00～16:35

ところ 松江市・サンラポーむらくも 2 階「瑞雲の間」

担 当 島根県医師会

報告：常任理事 藤本 俊文
理 事 河村 一郎

研究発表

1. 鳥取県東部医師会で実施した食後尿糖測定 の試み（鳥取県）

鳥取県立中央病院糖尿病・内分泌・代謝内科

部長 檜崎 晃史

鳥取県東部医療圏の学校検尿事業は、鳥取県東部医師会学校検尿委員会を中心に整備が進み、鳥取県東部医療圏のすべての義務教育校で統一した検診体制とフォローアップ体制が構築されている。鳥取県東部医師会ではモデル事業として平成 25～29 年度の 5 年間、鳥取市内の公立中学校 2 年生の希望者を対象に、就寝前尿を用いた尿糖検査を実施し、尿糖陽性者に経口ブドウ糖負荷試験を行った。その結果、5 年間で境界型 3 名、糖尿病型 1 名が検出された。早朝尿では耐糖能異常陽性率 0.012%であったが食後尿での陽性率は 0.069%に上昇し、食後尿糖検査により耐糖能異常が早期に検出される可能性が示唆された。

2. 色覚検査再開へ向けた取り組み（岡山県）

岡山県眼科医会理事 井口 俊太郎

平成 14 年の学校保健安全法施行規則の一部改正により、色覚検査は定期健康診断の必須項目から削除され、任意検査へ移行となった。色覚検査そのものが廃止されたわけではないが、平成 15 年度以降、全国の多くの学校で色覚検査はほとんど実施されなくなった。そして、色覚検査を受ける機会のなかった子どもたちが自身の色覚特性を知らないまま卒業を迎え、進学や就職にあたって初めて色覚による制限に直面するという実態が明ら

かになってきた。

このような状況下、平成 26 年 4 月に文部科学省から学校保健安全法施行規則の一部改正等についての通知が発出され、①色覚検査について適切な対応ができる体制を整えること、②教職員が色覚異常に関する正確な知識を持ち、学習指導、生徒指導、進路指導等において配慮を行うこと、③積極的に保護者等への周知を図る必要があること、などが明記されている。この通知により学校における色覚検査の再開が期待されたが、通知の発出以降の検査が再開されない学校が多数見られる。

岡山県眼科医会では、この現状を改善すべく、岡山市教育委員会と協力し、養護教諭等学校関係者を対象とした色覚研修会、アンケート調査等を実施している。検査再開となった 1 校では 168 名中 68 名が検査を希望し、うち 6 名の男子生徒に異常の疑いがあった。実施経験のない養護教諭も多く、再開に向けては学校・学校医・行政が協力して取り組むことが重要である。

3. 周南地区の小児ピロリ菌感染の実態（山口県）

医療法人たにむら小児科理事長 谷村 聡

小児を対象にしたピロリ菌感染のスクリーニングと陽性者に対する除菌治療が開始されている地域が増えており、話題となっている。しかしながら、小児のピロリ菌感染に対して簡便かつ侵襲性が少ない正確な診断方法や小児期の介入の是非も議論となっている。私が所属している徳山医師会ではピロリ菌に特異性がある血清中抗 Cag 抗体

に注目し、m8 と m28 抗原に特異的な血清中の抗体を高感度に検出する技術の研究・開発に協力し、その技術を利用して周南地区のピロリ菌感染の実態を調査した。結果は 997 例中 14 例(1.4%)で陽性であった。2011 年に兵庫医科大学での報告例では 0 ～ 11 才児 835 例の感染率は 1.8% となっているので、ほぼ同様である。ピロリ菌感染の陽性率は低年齢層ほど低い報告が相次いでおり、また、小児期の陽性率の経年的低下傾向も指摘されていて、徳山医師会の結果もそれを裏付けている。今後は、この低下傾向にある陽性率のまま小児を対象としたピロリ菌感染のマス・スクリーニングを実施することに意義があるかどうか、専門家の見解を待ちたい。除菌について、日本小児科学会では無症状の小児感染者に対する test and treat は推奨していない。除菌に成功したとしても、その後の問題点として、腸内細菌叢の変化やアレルギー疾患、肥満、高脂血症、逆流性食道炎が増加する可能性なども検討されていることから「除菌によるメリットやデメリットに加え、小児に対する Hp 除菌薬は現時点では適応外使用であることを、小児患者本人と保護者に十分な説明をし、同意を得て行う」ことが重要である。

4. 福山市における成長曲線を用いた発育評価の取り組み (広島県)

松永沼隈地区医師会理事 村上 純一

学校保健安全法施行規則の一部改正により 2016 年 4 月から座高の項目が削除され、それに伴い児童生徒の発育を評価するうえで身長曲線・体重曲線等を積極的に活用することが文部科学省より通知され、全国の学校には発育評価ソフト「子供の健康管理プログラム(平成 27 年度版)」(以下、「ソフト」)が配付された。福山市における取組みを報告する。

福山市では 2015 年度から検討を開始し、養護教諭を対象にソフトの使用法の研修会を実施、福山市学校保健会の児童生徒の健康課題に関する調査委員会(以下、「調査委員会」)でモデル校を決定した。

2016 年度にはモデル校でソフトを用いた発育の評価を実施、調査委員会で成長曲線の利用に

ついでの検討を重ね、福山市独自の受診勧奨の基準を定めた。さらに複数の学校の協力を得て小学校 5 校：児童総数 2,491 名、中学校 5 校：生徒総数 2,307 名の評価を行った。ソフトを用いて 9 つの異常群いずれかに分類された児童、生徒は各々 20.1%、40.8% と多数であった。しかし、福山市の定めた基準により受診勧奨の対象者を絞り込むと、各々 3.71%、4.39% と要受診が適度に減少した。

この結果を基に 2017 年度は福山市立の小中学校全校で成長曲線・肥満度曲線を活用した発育評価を実施した。事後措置として受診勧奨となった児童生徒は、かかりつけ医あるいは協力医療機関を受診することとした。小学校では全児童のうち 2.0%、501 名に受診勧奨を行った。2018 年 2 月 27 日の時点で受診者は 184 名、受診率 36.7% であり、184 名中、異常なしは 53 名(28.8%)、経過観察 100 名(54.3%)、要治療 20 名(10.9%)、その他 11 名(6.0%)であった。中学校では全生徒のうち 2.8%、320 名が受診勧奨となり、そのうち 81 名が受診、受診率は 25.3% であった。81 名のうち異常なしは 19 名(23.5%)、経過観察は 45 名(55.6%)、要治療は 14 名(17.3%)、その他は 3 名(3.7%)であった。今後、丁寧な説明を保護者に行うなど受診率の向上に取り組む予定である。

5. 成長曲線への対応(出雲市方式 2017)(島根県)

いのうえ小児科医院理事長 井上 真
判定委員会の発足

平成 28 年 4 月から成長曲線の利用が開始されたが、20% の子供たちが精密検査対象者として選別されたものの診療の結果、大半が異常なしとなるなど、学校としての対応に苦慮する結果となった。出雲市では専門医を含めた「成長曲線判定委員会」を組織し、2 次判定基準を作成して対応した。公立小中学校の在籍総数は 14,452 名(平成 29 年 4 月現在)で、このうち、「子供の健康管理プログラム」によって抽出され、学校での経過観察とした「20 ～ 30% 肥満群」を除いた 2,539 名(在籍者の 17.6%)を 2 次判定対象者として、成長曲線判定委員会のメンバー全員で成長曲線を

1 枚ずつ検討する方式で審査した。

2 次判定の結果

小学生では全児童の 10% に相当する 954 名の「成長異常群」の中から医療機関紹介対象者 320 名を選別した。中学生では 1,585 名 (32.2%) の「成長異常群」から紹介対象者 274 名を選別した。小学生・中学生ともに「肥満」「低身長」の順で紹介率が高かった。

考察

1) 医療機関受診勧奨者が当初の 2,539 名から 594 名に絞り込まれ、専門医療機関のみならず養護教諭や学校医の負担が軽減されるとともに学校間格差のない成長評価が実施できた。

2) 計測データがワンポイントの場合 (小学 1 年と転入例) の判定に難渋した。

3) 身長判定のキーワードは「変化率」であるが、思春期以前の年令と思春期年令での評価の違いや、思春期年令であっても、成長のスパート前、スパートの最中、スパート後と 3 つのタイミングで成長曲線の見方が変わってくるので、見落としの少ない、しかも理解しやすい統一基準を作ることについて努力していく必要がある。

講演の最後に事後の対応に利用できる資料として下記等の紹介があった。

富山県医師会・教育委員会「学校保健における
“子供の健康管理プログラム” 一校医・かかりつけ医の事後対応について」

http://www.toyama.med.or.jp/pdf/2017/2017002_jidou_seityoukyokusen_iryokikan.pdf

奈良県医師会「成長曲線自動作成プログラム」

<http://nara.med.or.jp/>

[文責：藤本 俊文]

性ホルモンから判断される)、性自認 (自分が男、又は女だと思う心の性)、性的指向 (恋愛や性交の対象になる性)、社会的性として性別表現 (服装や髪形など)、割り当てられた性 (戸籍など)、性役割などある。これらの要素のうち一つでも少数派に属する人々は、性的マイノリティと呼ばれる。また、レズビアン (L)、ゲイ (G)、バイセクシュアル (B)、トランスジェンダー (T) の頭文字から LGBT と呼ばれる。最近はマイノリティの人ではなく、属性として SOGI (Sexual Orientation & Gender Identity: 性的指向と性自認) とも呼ばれたりする。

「心の性」と「身体の性」が一致しない人をトランスジェンダーと言い、自分の身体に嫌悪感を持ち、反対の性の身体に惹かれる「性別違和感」を持つ。このうち、医療的対応を行う時の診断名が「性同一性障害」であり、心の性は男性、身体の性は女性である FTM (female to male) と、心の性は女性、身体の性は男性である MTF (male to female) に分類される。トランスジェンダーは性自認を見ているのに対して、同性愛は性的指向を見ている。

学校において、トランスジェンダーの子どもには制服やトイレなどの対応が必要であるが、同性愛の子どもには必要ない。ただし、いじめや自殺未遂、うつ病の発症などへの対応は一致する。ノースカロライナ州で 2016 年に制定されたトイレ法 (身体の性別と同じトイレを使う) に対しては反対運動が強く起こり撤回された。日本の高校でも LGBT の受験者に対して受験票に自分の希望する性別や名前を記入可としたり、大阪大では男性用、女性用とは別に All Gender という性別を問わず利用できるトイレを設置するなどの対応をしている所もある。戸籍の性別は変更可となっており、現在、日本では約 8,000 人が変更している。

ジェンダークリニックは性同一性障害の診療を行う医療チームであるが、治療として性転換手術を行ったり、ホルモン療法を行ったりしている。性転換手術は最近、保険適応されることになったが、ホルモン療法はまだ保険適応されていないので自費診療となっている。思春期の性同一性障害の子どもは、二次性徴による身体の変化により、

特別講演

1. LGBT の基礎と学校における子どもへの対応

岡山大学大学院保健学研究科教授 中塚 幹也

LGBT の第一人者である中塚先生の、多くの経験を踏まえた、リアリティあふれる講演でした。以下、講演の要旨について説明します。

性に関連する要素には、身体の性 (性器、染色体、

焦燥感や絶望感を持ち、不登校、自殺念慮、自傷行為などに至ったりする。ホルモン療法を行うかどうかは、まず二次性徴抑制療法を行って本当に LGBT がどうかを判断した上で始めるようにしている。

「一番大事なことは普通であること、家族を持ったり普通の生活が送れるようにすること」という言葉で講演を締めくくられました。

〔文責：河村 一郎〕

2. 学校保健の現状と課題

日本医師会常任理事 道永 麻里

わが国では少子高齢化の進展や子育て環境の変化など、子どもたちが成長していく環境は複雑多様化し、併せて心身の健康課題は、アレルギー、いじめ・自殺、不登校などのメンタルヘルスの問題、生活習慣病の若年化、感染症、性の問題行動、薬物乱用、運動器障害など多様化、そして深刻化している。20 年前と比較し不登校は 2.3 倍に、小学生の暴力行為は 12 倍に、特別支援学校の生徒数は 2 倍以上に増加している。従って、これらの問題は、子ども、保護者、学校、学校医だけで対応することは到底困難であり、従前の枠組みでは解決できないものである。そのため、家庭や学校を中心に地域保健の枠組みの中で、医師会や医療機関などとの連携を強化した組織・体制で、学校保健を考えることが不可欠である。その際、多様化する課題に対処するために、各科の診療科の専門医師の参画が必要である。また、虐待の件数は 16 年間で 9 倍に増加しており、最初に相談を受けたのは警察 37%、近隣知人 17%、学校等 8% であり、背景には保護者の共働きが 1.5 倍増加していること、親子の会話の減少などが考えられる。

複雑・多様化する健康課題に対して、日本医師会学校保健委員会では各専門診療科医師の協力体制構築及び学校における健康診断のあり方や健康教育について検討し、その都度最善と考えた提言を行ってきた。それらの結果は、学校保健総合支援事業へと発展してきた一連の文部科学省の学校保健施策に活かされてきた。また、「児童生徒等

の健康支援の仕組み」という、学校保健を担うすべての組織及び関係者が有機的に連携し、その任を果たすための実効性ある仕組みづくりについて提言した。そのため、平成 31 年度文科省への概算要求要望として次の 8 つを挙げた。

- ①学校保健の推進のため都道府県教育委員会を核に連携の仕組みを構築
 - ②健康診断など児童生徒等の健康管理体制の充実
 - ③教職員の健康管理の更なる充実
 - ④がんの教育総合支援事業
 - ⑤ネットによるいじめやネット依存による生活習慣病防止
 - ⑥学校保健総合支援事業の充実
 - ⑦特別支援学校等における医療的ケアの充実
 - ⑧アレルギー疾患の医療提供体制の整備事業の創設
- 前期の日本医師会学校保健委員会の会長諮問は「学校医活動のあり方～児童生徒等の健康支援の仕組みを含めて～」であり、新しい健診制度での学校医活動の実態を把握するために日医が行った「学校医の現状に関するアンケート調査」を解析することによって、学校医活動の現状と課題を明らかにし、学校医活動におけるすべての医師や関係者に望まれる姿、及びあるべき学校医活動実践のための方策について検討され、「児童生徒等の健康支援の仕組み」を深化させた内容の答申が提出された。

この「児童生徒等の健康支援の仕組み」づくりについては、昨年 3 月、横倉会長が文部科学省の中央教育審議会委員に就任し、その中で検討されてきた「第 3 期教育振興基本計画」の中に、学校保健を進めるために教育と医療の関係者が連携する仕組みという形で盛り込まれた。これは、日医の提言した仕組みが実行に移されることを意味している。また、データヘルス時代の母子保健情報として、子ども時代に受ける健診・予防接種等の情報が、引越しまりや進学しても引き継げるようなサービスが 2020 年には開始できるよう検討することとなった。

教職員の健康管理についても、精神疾患で休職する者が平成に入ってから 5 倍も増加しており、学校における働き方改革は重要な問題である。部活動を指導する先生の勤務時間も 10 年前

より土日で 1 時間長くなっており、平成 29 年度に部活動指導員の導入も制度化されている。しかしながら、現状では学校医に産業医を併任することを求めており、日医から学校医と別に産業医・健康管理医を要望していたが、28 年度からストレスチェック導入関係経費に関しては新規に地方財政措置がとられた。30 年度はすべての都道府県、市町村の教育委員会に産業医・保健師等を配置することを要望する。文科省中央教育審議会で、学校医が産業医資格を持っているとは限らず、労働安全衛生法による管理を兼ねるには限界があり、また、労働者である教職員の事後措置対応を学校医が行うのか、産業医が行うのか、責任の所在が曖昧であることから、これまで学校医が

行くと規定していた学校保健安全法と労働安全衛生法の整合性について検討が必要ではないかと考える。

最後に、平成 29 年度改訂の『就学時の健康診断マニュアル』について、変更点として乳幼児健診等との連携、発達障害の特性を踏まえた視点が紹介された。その上で学校における健康課題が多岐にわたることから学校、養護教員、担任、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、スクールカウンセラー、教育委員会などの連携した取組みにより心身の健康問題に取り組む必要性があると述べられた。

[文責：藤本 俊文]

『会員の声』原稿募集

投稿規程（平成 27 年 5 月から）

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

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

第 101 回山口県医学会総会

と き 平成 30 年 6 月 17 日 (日)

ところ ほしらんどくだまつ

特別講演

I. こしの痛みと病気について

—職場における腰痛対策—

JA 広島総合病院整形外科主任部長 田中 信弘

今回の講演は整形外科医ではない産業医の方々を対象とした職場・作業環境による腰痛の発症についてのお話をお願いした。私たちのリクエストに対して先生のお話は大変わかりやすく、すぐにでもためになるような素晴らしい内容であった。



まず、先生が今回の会場となった下松市のご出身で、徳山高校卒業までは当地で過ごされたという自己紹介から話を始められた。

最初は疫学的なこと、一般的なこととして、日本の腰痛人口が統計学的には 2,800 万人という報告があり、国民の 4.5 人に 1 人が自覚していること、全身的な症状の有訴者数中でも 1 位、2 位を争う数であることをお話された。次に腰痛発症の病態を少しでもわかりやすくするために、腰椎の基礎解剖と簡単なバイオメカニズムの説明があった。最近には特に椎間板に様々な腰痛発症の focus が当たっており、現在勤務されている広島総合病院では先端的な椎間板セメント治療を行っている事を紹介された。

次に、主題である職場における腰痛発症因子についてのお話となった。2005 年に行われた 42 事業所 9,307 人を対象とした mass study の結果を示され、実に勤労者の 51% が腰痛を有訴しており、1% の人が休職したと紹介された。職場での腰痛発症危険因子には大きく分けて、人間工学的要因、作業環境要因、心理社会的要因が挙げられ、特に心理社会的因子は腰痛発症と予後に強く影響を与えており、認知行動療法が高い効果を上げる事をお話された。さらに実際の腰痛を

呈する疾患の分類を急性発症の疾患と慢性発症の疾患と例示された。その中で見落としとしてはいけない、注意すべき腰痛原因として悪性腫瘍の脊椎転移と胸腹部大動脈瘤や膵臓疾患、十二指腸潰瘍などの内臓疾患からの関連痛を挙げられた。特に悪性腫瘍の脊椎転移については、最近では脊椎圧壊による ADL の低下を防ぐ為、生命予後がある程度の期間、期待できるような症例では積極的に手術治療を行う考え方が主流になってきている。よって単純 X 線撮影でも診断可能な椎弓根が侵食された際にフクロウが片目を閉じたように見える Winking owl sign の説明をされた。そして、それを踏まえ重篤な疾患の可能性のある腰痛を見落とさないための注意事項＝レッドフラッグの考え方についてお話された。すなわち腫瘍・感染を疑うレッドフラッグとは① 50 歳以上（癌）または 20 歳未満（骨髄腫、白血病、リンパ腫など）、② 癌の既往、③ 発熱・悪寒、④ 説明のつかない体重減少、⑤ 最近の細菌感染（尿路感染・静注歴）、⑥ HIV・移植・ステロイド使用（免疫低下）、⑦ 安静臥床で悪化する腰痛（腫瘍、炎症）の 7 点のいずれかが当てはまる患者さん。さらには外傷の既往や馬尾神経症状（① 尿閉、頻尿、尿失禁 (Overflow Incontinence)、② 重度または進行する下肢神経症状、③ 会陰部知覚障害 (Saddle Anesthesia)、肛門括約筋弛緩) を呈する症例は、なるべく早く MRI 検査、血液検査などを行う事を強調された。

ここでお話が変わって、現在、来るべき超高齢社会に向け日本整形外科学会が行っている要介護者を減少させるための取り組みやロコモティブシンドローム（運動器症候群）について紹介された。その中でも歩行困難を引き起こす可能性がある腰部脊柱管狭窄症についての診断と治療についてお話された。一般内科医やプライマリケア医による腰部脊柱管狭窄症の初期診断を支援するツールとして腰部脊柱管狭窄症診断サポートツールが

ある事を提示された。また、坐骨神経痛を呈する症例には、その原因が腰部脊柱管狭窄症である場合はケンブ兆候（立位の状態で、背中を支え、上体を少し後ろに反らせ、側方に傾ける。左右について行い、傾けた側の下肢に痛みが誘発される）という疼痛誘発テストが有効であることも説明された。

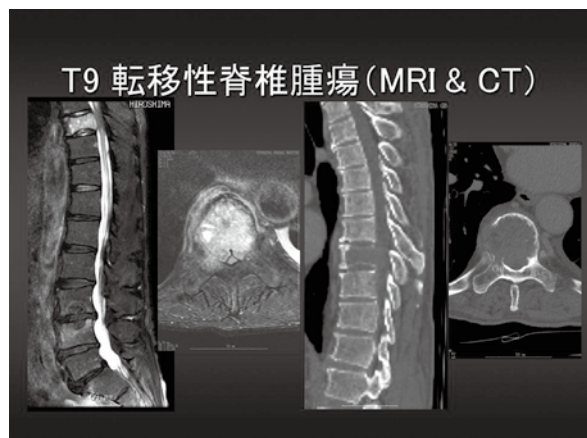
それから、実際の腰痛予防のための日常生活上の注意を述べられた。まずは物を持ち上げたり、運転をしたりなどの動作の姿勢のポイントの説明があった。さらには腰痛予防には規則正しい生活が大切とお話された。また、前述のように職業性腰痛には心因性腰痛が含まれており、その対策には身体的負荷に加えて心理社会的因子が関与する事を念頭に置いて運動療法、装具療法、早期職場復帰、仕事内容の変更などを行い、必要であればカウンセリングや心療内科の早期介入も行うべきとも。

最後に、腰痛予防のための体操の紹介があった。1992 年に Panjabi の提唱した脊椎安定システム、

つまり体幹の表層筋と脊柱近傍などの深層筋の相互作用による体幹全体の安定性を獲得する理論に基づいた訓練の説明があった。特に背部では多裂筋、腹部では腹横筋の実際のトレーニングの様子が写真を使って説明された。

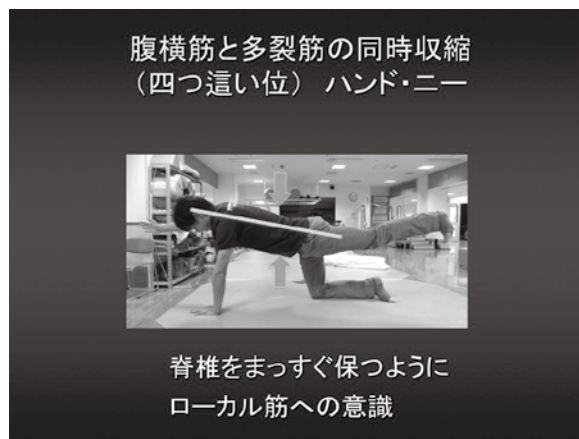
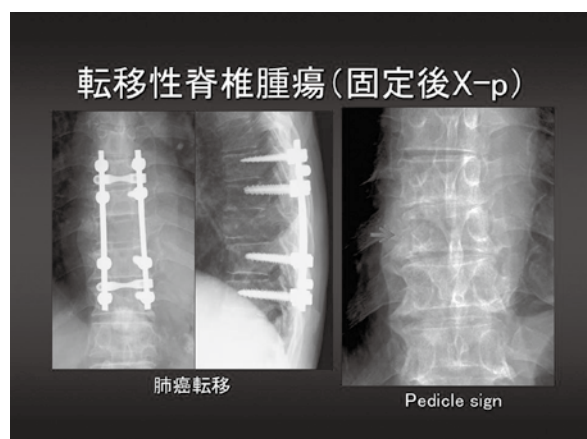
以上、私なりに先生のご講演をまとめて印象記とさせていただきます。田中先生、お忙しい中、すばらしいご講演をありがとうございました。

〔印象記：下松医師会 松野 尚弘〕



評価項目	判定 (スコア)
・ 病歴	
年齢	☐ 60 歳未満 ☐ 60 ~ 70 歳 (1) ☐ 71 歳以上 (2)
糖尿病の既往	☐ あり ☐ なし (1)
・ 問診	
間欠跛行	☐ あり (3) ☐ なし
立位で下肢症状が悪化	☐ あり (2) ☐ なし
前屈で下肢症状が軽快	☐ あり (3) ☐ なし
・ 身体所見	
前屈による症状出現	☐ あり (-1) ☐ なし
後屈による症状出現	☐ あり (1) ☐ なし
ABI 0.9	☐ 以上 (3) ☐ 未満
ATR 低下・消失	☐ あり (1) ☐ 正常
SLR テスト	☐ 陽性 (-2) ☐ 陰性

7 点以上の場合、腰部脊柱管狭窄症である可能性が高い
専門医へ紹介し、診断を確定してください。



Ⅱ．心臓血管外科の最近の進歩

山口大学大学院医学系研究科

器官病態外科学講座教授 濱野 公一

山口大学器官病態外科学

(第一外科) 教授の濱野公一

先生の県医学会総会での講

演は、前回、下松医師会が

引き受けた際に続いて 2 度

目である。医学の世界は日

進月歩であり、教授就任後間も無かった当時か

ら 14 年の間、山口大学第一外科が臨床・研究と

もに最前線を走って来た様を今回の講演で示して

もらった。演題名も正に心臓血管外科の最近の進

歩であった。講演の内容は、①心臓外科 (TAVR、

MICS)、②血管外科 (ステントグラフト)、③最

新の研究の 3 部からなった。

①心臓外科

transcatheter aortic valve replacement (TAVR)

は 2002 年に世界で初めて臨床応用された大動脈

弁狭窄症に対する経カテーテル人工弁植え込みで

ある。2013 年に本邦で初めて認可され、山口大

学病院は厳しい基準をクリアして 2014 年に国内

で 23 施設目に施設認定を受け、既に 96 例に治

療を行ってきた。重症大動脈弁狭窄症の生存率は

非手術例と比べて弁置換術施行例で明らかに良

好 (100 月で 27% 対 85%) であるが、高齢者

などリスクが高く通常の外科手術の適応となら

ない患者数が 3 割以上に及ぶ。TAVR はこれらの従

来救えなかった患者を救える画期的な治療法とい

える。山口大学で治療を行った 96 例の在院死亡

は 0%、術後在院日数は平均 15 日、自宅退院は

90%、3 年生存率は 88.5% と、成績は極めて良

好であることが示された。

Minimally invasive cardiac surgery (MICS)

心臓外科手術では胸骨正中切開によるアプロ

ーチで体外循環操作のスペースと術野を確保する方

法が標準であるが、小切開で低侵襲な術式を用い

ることは患者にとって大きな利益につながる。山

口大学では、2012 年より右第 4 肋間小開胸下の

内視鏡を用いた開心術を取り入れている。施行

した 70 例の MICS の内訳は、僧帽弁膜症 58 例、

ASD 9 例、その他 3 例であった。僧帽弁膜症例で、



在院死はなく、術後入院期間は平均 12 日であつた。胸骨正中切開と比較して操作が繁雑となるため手術時間・人工心肺時間が長くなったが、手術の成績に差はなく、早期離床・早期退院が可能で満足できる結果であることが示された。

②血管外科

腹部大動脈瘤に対する stent graft 留置術、す

なわち endovascular aortic repair (EVAR) につ

いて述べられた。山口大学では 2007 年に EVAR

を始め、2016 年度は 91 例、全国で第 6 位の件

数であった。最近の腹部大動脈瘤手術の 95% は

EVAR である。

EVAR を標準治療法とするために行われた山口

大学での取り組みの主なものに、炭酸ガス造影を

用いて CKD や腎不全及びヨード系造影剤アレルギー

に対する安全性を確立することがある。炭酸

ガス造影を用いた 28 例では従来の造影剤に劣ら

ぬ画像が得られ、急性腎障害発症や新規透析導入

はなく、高度腎機能障害や造影剤アレルギーを有

する場合も EVAR は安全に遂行可能であった。

破裂性腹部大動脈瘤に対する EVAR は、もう 1

つの大きな取り組みである。破裂性腹部大動脈瘤

で搬送された 70 例 (開腹手術: 33 例、EVAR:

37 例) の内、手術完遂率は開腹手術の 84% 対

して EVAR では 97% と有意に高かった。術前死

亡を含めた全症例の転機を見ると、自宅退院で

きたのは開腹手術の 36% に対して EVAR は 65%

と有意に多かった。破裂性腹部大動脈瘤患者は

EVAR で質の高い救命が得られ、EVAR を第一選

択とすることの有用性が示された。

③最近の研究

山口大学第一外科の主な基礎研究のテーマに、

重症心不全に対する細胞移植療法の開発、単核球

による重症虚血肢に対する治療、細胞混合シート

による難治性皮膚潰瘍治療、腹部大動脈瘤の病因

解明と治療法の開発などがある。このうち、臨床

応用されている細胞混合シート移植について今回

述べられた。

褥瘡・閉塞性動脈硬化・糖尿病等が原因の難治

性皮膚潰瘍患者は全国に 130 万人いる。発症か

ら 10 か月経過しても治癒しない難治性皮膚潰瘍

の患者に細胞シートを移植し、治療効果が示され

た。自己細胞混合シートは、口腔内から採取・培養された線維芽細胞と末梢血単核球を合わせて作成される。線維芽細胞はコラーゲンを分泌し細胞シートの基礎となる。また、末梢血単核球は成長因子を分泌する。今後、難治性皮膚潰瘍に対する治療法として自己細胞混合シートが大いに期待される。

最後に、山口大学第一外科では外科治療レベルを高く維持するために日々研鑽していること、外科治療の低侵襲化を推進し患者の負担を軽減するよう努めていること、新しい治療法を開発して患者に貢献していくことが強調された。

〔印象記：下松医師会 宮本 正樹〕

市民公開講座

人が映画を創り、映画が人を作る

映画監督 佐々部 清

下関出身の佐々部監督の映画を見たことはなく、どんな人であるかも知らずに、ご講演を拝聴した。講演後の印象は、根っからの映画好きで、とても人情を大事にする人であることがわかった。たとえ、世間受けしなくても、自分の描きたい人生の機微や人情を作品にしてきた映画監督である。機会があったら、ぜひ一度、佐々部監督の作った映画を見てみたいとも思った。



小学校で疎外感を味わっていた自分を救ってくれたのはテレビで放映された映画であった。中学生になって、映画館に行って洋画の 2 本立てを見た。その中で、「卒業」と「ウエストサイド物語」を見たが、「ウエストサイド物語」が気に入り、10 数回見た。高校に入って、バイトをしながら、下関で上映された成人映画以外の映画はすべて見た（当時、下関には 7 つの映画館があった）。

淀川長治に弟子入りしたくて手紙を書いたら、返事がきた。たくさんの映画を見ること、勉強をすること、大学を出ることなどが書かれていた。明治大学に入って演劇の仲間から、「見るだけではつまらない。自分たちの映画を作ろう」という話になった。8 ミリカメラを買って、3 分間の映

画を編集して作るのが楽しみになった。映画の道に進みたくて、バイトをして 100 万円を貯め、映画専門学校に 2 年間通った。その学校で脚本を作り、優れたものが映画化されたが、その映画に主役として出てもらった人が妻になった。

「スパルタの海」という映画で初めて助監督になった。この映画は、戸塚ヨットスクールがモデルであったが、封切り前に校長が逮捕され、お蔵入りとなった。7～8 年、助監督をしていた時に、V シネマの監督にならないかという話があった。「土農工商、犬、猫、助監督」という言葉があり、助監督というのは犬、猫以下の身分なので、早く監督になりたくはあったが、断った。

「北の国から」というドラマの 95 話、98 話の監督補をした。この仕事で、家族の大切さ、準備の大切さを学んだ。殺人や謎解き、ミステリーのない作品に感動した。何人かの殺人事件があり、断崖絶壁で種明かしの解説が入り、パトカーがくるような作品は作りたくなかった。「人間のドラマ」「家族のドラマ」を撮りたかった。

降旗康男 監督、高倉 健 主演「ぼっぼや」「ホテル」の助監督をした。この時、監督が、スタッフを必ず名前で呼んでいたこと、名前を呼ばれたスタッフは目の色を変えて仕事をしていることに感動した。また、ここでも準備の大切さを学んだ。70 歳を超えた高倉 健 に負担をかけないように、下準備を入念にした。

スタッフを必ず名前で呼ぶことは、「陽はまた昇る」を監督として製作した時に、「トップが部下の名前を手帳に控えて、部下を呼ぶ時に名前で呼ぶようにしている」ことを倍賞美津子 演じる飲み屋のカミさんが伝えるシーンとして使った。倍賞美津子とは「ユキコ」という映画で知り合った。監督就任祝いをももらったが、その時、倍賞美津子は深々と頭を下げて涙を流して喜んでくれたことに感激した。高倉 健 から「監督就任おめでとう」の手紙をもらい、今でも大切に保管している。助監督は 17～18 年したことになる。

「チルソクの夏」（チルソク＝七夕）は、昔、家があった下関が舞台で、陸上競技をしている女子が主人公なので、日本女子体育大学で 50 人のオーディションを行って配役を決めた。その中で、

上野樹里が俳優として育った。2 時間の嘘話を作るには小さいくつもの真実が必要なので、実際に走ってもらって配役を決めた。このオーディションで、今売れっ子になっている俳優の何人かは選ばれず、落ちている。

映画のいいところは 10 年経っても見れる事で、流行り物を作らない理由は、「ホタル」を作っている時に、高倉 健に「何のために映画を撮るかが大事である」と言われた事があり、その事を考えるからである。「ホタル」がきっかけで、「出口のない海」を製作し、戦争を起こしてはならない事を伝えたかった。田中麗奈 主演の「夕風の街桜の国」では、戦時中の映画なのに戦闘シーンがほとんどない映画になっている。脚本を作って 4 年かかって世に出した。「出口のない海」の中で、特攻隊志願兵となっていく息子に、父親役の三浦友和が「敵の姿を見たことがあるのか。自分の知っているスミスという英語の先生はいい人だった」というセリフを入れている。自分の周りですつになる人が多く、「ツレがうつになりまして。」という映画を作った。布団から出られない様子を「布団をかぶってカメ蒲団」というような漫画風なセリフがはいっている。「この世の片隅に」も脚本を作って製作しようとしたが、制作会社が乗ってこなかった。しかし、マンガとして大流行した。

「八重子のハミング」もアルツハイマーが主題なので、制作が困難であったが、山口県の人たちや、いい関係を培ってきた俳優さんたちの協力があつた。また、作業療法士協会の協力があつて完成させることができた。なお、梅沢富美男の奥さんに会う機会があり、奥さんが医療関係者であったことから梅沢富美男が出ている。また、井上 順が出ている。映画を通して、いろいろな人と出会うことができ、いろいろな人から学ぶことで成長し、映画で活かすことができた。

以上が、講演の概略であるが、まとめてみて、さらに思ったことがある。人の名前を手帳に書いて覚える努力をしてみよう（スタッ

フを名前で呼びたいが、いつ頃からか、人の名前を覚えるのが苦手になっている）。しなければならないことは諦めずに継続しよう。

〔印象記：山口県医師会専務理事 加藤 智栄〕

医師の職業体験コーナー

午前中（10～12 時）に中学生・高校生を対象とした「医師の職業体験コーナー」をほしらんどくだまつ 工作・工芸室などで開催し、39 名の学生の参加があつた。

当日は、白澤文吾 教授、桂 春作 准教授をはじめとした山口大学医学教育学講座の医師、小野田 赤十字病院の清水良一 先生、徳山中央病院の研修医にご協力いただき、本会からは今村副会長、清水・前川両常任理事がサポートした。

はじめに清水良一 先生から救急蘇生の実技に繋がる内容で、生命を維持するためのエネルギー代謝について講義をしていただき、その後、参加者は 4 グループに分かれて、採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮をそれぞれ体験した。

昼食時には白澤教授から山口県の医療の現状、山口大学の取組みについて講演いただいた。

今回の体験を通じて参加された学生が、一人でも多く医師やコメディカルとなり、山口県内で従事されることを願うばかりである。

最後に、当日使用した機器等をご準備いただいた医学教育学講座にこの場をお借りして感謝申し上げる。

〔文責：山口県医師会理事 山下 哲男〕



医師の職業体験コーナー（講義）

参 加 者 の 感 想

面白かったこと、勉強になったこと

- ・採血は終わった後に達成感が出てきた。
- ・採血がとても面白かった。
- ・採血の仕方（位置や角度）。(5)
- ・注射の際、血液のボトル入れるとき、血が入ってくるのが面白かった。
- ・何で採決時にゴムを付けるのかがわかった。
- ・採血は意外と難しかったけど、血をうまくとれたら楽しかった。
- ・心肺蘇生の 30：2。
- ・心肺蘇生のやり方と、声掛けの仕方など実際にやってみてよくわかった。(3)
- ・心肺蘇生をすることで、私たちでも人を助けることができるとわかった。(3)
- ・胸骨圧迫の仕方などが勉強になった。
- ・血圧を測るときの心音が良かった。
- ・血圧の正確な測り方を知って「なるほどな」と思った。
- ・縫合や結紮の難しさにより、医師の難しさを知ることができた。
- ・採血や縫合などは実際に針などを使ってできたのが面白かった。(3)
- ・清水先生の結紮がとても速かったこと。
- ・縫合で褒められて嬉しかった。
- ・縫合で清潔面に気をつけながらするのが結構大変だった。
- ・食事は必要であること。
- ・医学部で学ぶことはいっぱいあると知った。



採血



血圧測定



心肺蘇生



縫合・結紮

- ・すべてやったことがなかったので落ち着いて手当てをすることが大切だと思った。
- ・すべて。(2)
- ・今、勉強している生物がそのまま医療知識として役立つことが分かった。
- ・医療には的確な判断力と手際がとても重要だということを実感した。
- ・受ける側から、する側となり、やり方や仕組みがよくわかった。
- ・見聞きすることと体験することでは違って、さらに実際には本当の人間が相手になるので、医療行為がどういうものなのか少しわかったような気がした。
- ・先生方のお話がとてもわかりやすく勉強になった。(3)
- ・人間の体の中にある ATP について
- ・具体的に医師の仕事内容を知ることができたこと、山口県の医療の現状を知れたこと。
- ・清潔でいることに細心の注意を払わなければならないこと。
- ・人が 30 秒くらいで死んでしまうのは少し知っていたけど、さらにわかったと思う。
- ・縫合の仕方、採血、酸素濃度の測定。

難しかったこと、あまり理解できなかったこと

- ・脈を見つけるのが大変だった。
- ・採血の際、血管内に空気が入っていたが、人間の血管ではその心配がないと言われた。それがなぜなのかということ。
- ・採血で針を刺しすぎてしまった。
- ・血圧測定が難しかった。(5)
- ・血圧について詳しく理解できなかった。
- ・血圧測定で心拍数がわかりにくかった。
- ・血圧測定で 120 以上と 60 以下で心臓の音が聞こえない理由がわからなかった。
- ・縫合、結紮が難しかった。(11)
- ・縫合の際、針を持つのが難しかった。
- ・縫合の針の 1 本目は器具を扱うのが初めてだったこともあり、少し難しかったが、3 本目はスムーズにできて良かった。
- ・いろいろな名前。
- ・一番最初の話が難しかった。(3)

- ・最初の体内のエネルギーの話は難しかったけれど、とても面白く、興味を持てた。もっと詳しく知りたいので調べてみようと思った。
- ・道具の仕組み。

その他の意見

- ・とても勉強になった。やはり医師はカッコイイと思った。医師になるためにはいろんなことを学ぶ必要があると思った。
- ・福祉についての体験があればやってみたかった。
- ・なかなかできない体験ができて面白かった。(6)
- ・先生方の説明がとても分かりやすく、イメージがしやすかった。「やっぱりこういう仕事をしたいな」と改めて思った。
- ・医学部を目指して勉強も部活もがんばろうと思う。
- ・各コーナーについて、もう少しずつ時間がほしかったことと、もう少し体験コーナーを増やしてほしかった。(2)
- ・先生方はみんな優しくしてくださって、質問にも答えていただけて嬉しかった。今日来たおかげで勉強を頑張ろうと思えたと、貴重な体験をできたので本当に良かった。
- ・もっと早くにこの体験をしたかった。勉強がうまくいってなくて将来の夢を考え直そうとしていたけれど、絶対医師になろうと思う。死ぬ気で勉強して部活も頑張る。
- ・病院に通うことが多くて、看護師や医師がしてしてくれたことができて良かった。
- ・薬などの調合をしてみたいと思いました。

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.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

日本医師・従業員 国民年金基金

のご案内

◆ 終身年金が基本 ◆
長生きリスクに備える年金です



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

加入資格

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

掛金

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

加入コース

- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取

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

遺族一時金

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

中途脱退

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

税制上の 優待措置

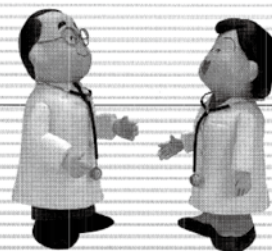
- 掛金は全額社会保険料控除の対象(最高816,000円が控除)
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

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

60歳以上の方も加入可能です!

60歳以上の国民年金の「任意加入者」で医療に従事している医師および従業員(家族従業員含む)の方が対象となります。掛金の払込は最長65歳まで。
新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。
(現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません)



お問い合わせは下記の基金事務所へどうぞ

日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル ☎ 0120-700650
FAX 03-5976-2210

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

こちらから検索いただけます

日本医師従業員 検索 0120-700650 検索

ホームページ <http://www.jmpnpf.or.jp>

設立母体 日本医師会

第 21 回 中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会

と き 平成 30 年 8 月 25 日 (土) 14:00 ~ 17:30

ところ 広島県医師会館

報告：常任理事 沖中 芳彦
同 前川 恭子

第 1 分科「医師会病院」

座長：広島県医師会常任理事 中西 敏夫

コメンテーター：日本医師会常任理事

松本 吉郎

広島県医師会会長 平松 恵一 まずは、豪雨災害へのご支援に感謝するとともに、亡くなられた方々のご冥福をお祈りし、被災された方々にお見舞い申し上げます。

現在、地域では切れ目のない医療が望まれている。地域医療構想調整会議では、医療機関の地域における役割が論じられ、医師会病院も地域の一員としての決断を迫られている。この分科会で論じられることを、地域での課題解決の参考としていただきたい。

1. 広島県

1) 広島市医師会運営・安芸市民病院

○医師確保 医師は広島大学からの派遣で充足しているが、今後の在宅医療でのリハビリの必要性を考えると、整形外科医のニーズがある。

○経営 地域包括ケア病床を 12 から 20 に増やし、交付金を加え、まずまずの経営状態といえる。築 40 年の病院であり、建て替えが今後の問題となる。

2) 三原市医師会病院

○医師等確保 医師派遣は広島大学からなされているが、他のメディカルスタッフの募集への応募がない。

○経営 黒字経営だが、派遣職員の給与費が 1.5 倍となり、人件費率が上昇している。医療機器が高額化しており、耐用年数を迎える機器の更新が負担となる。

3) 三次地区医療センター（三次地区医師会）

○医師確保 市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院・庄原赤十字病院の 4 病院で地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク」を形成している。目的の一つに医師確保があり、広島大学から市立三次中央病院への医師派遣枠を増やしてもらい、ここをハブとして医師が不足する病院に派遣している。医師確保に常に頭を悩ませている。

○経営 黒字だが人件費率が少しずつ上がっている。介護老人保健施設・訪問看護ステーションを持っているが、新たに訪問リハビリを開始している。

4) 呉市医師会病院

○医師等確保 平成 16 年に 8 人いた内科医が 4 人に減少、広島大学に派遣依頼したが、現在、非常勤での派遣である。ふるさとドクターネット広島や女性医師バンクに登録するが、ほとんど応募がない。薬剤師も減り、大変困っている。

○経営 昨年度は何とか黒字だが、過去に 2 回赤字の年があった。大腸肛門センターを開設、一般病床の一部を地域包括病床に転換している。地域医療支援病院の機能を基幹病院にとられてしまった感が否めない。

○地域医療構想 市内に 4 病院あり、再編が必要だと認識しているが、具体的にどのように機能分化を進めたらよいかかわからない。

5) 因島医師会病院

○医師確保 常に医師不足に脅かされながら、7 人の医師で 199 ベッドを回している。内科外来は非常勤医師で対応している。

○経営 平成 29 年度は入院患者数の減少から赤字となった。また、人件費率も高くなっている。介護老人保健施設・地域包括支援センターなどと連携して運営している。

6) 安佐医師会

○地域医療構想 広島市立病院機構の安佐市民病院の建て替えを機に、新病院を急性期対応、旧病院を安佐医師会が運営し回復期対応とする計画である。

2. 島根県

1) 益田地域医療センター医師会病院

○医師確保 医師が 11 名から 7 名に減り、島根大学からの派遣もない。赤ひげバンクの応募はなく、「親父の背中プログラム」として合同会社ゲネプロと益田市医師会がへき地医療研修プロジェクトを開始した。知名度がなければプロジェクトも進まないため、日医にも協力いただき記者会見なども行った。ゲネプロでプールしている医師を当院に派遣してもらい、その派遣医師は希望の開業医の専門性を学ぶ。16 名の応募があり、平成 28 年から年 2 名、31 年度はさらに 1 名採用予定である。島根県や益田市も興味を持っている。

○経営 看護師・介護士不足で地域包括ケア病棟を充分回転できない状況である。病院単独では赤字だが補助金で何とか黒字にしている。人間ドック収入が増えているが十分とはいえず、市内に介護老人保健施設が稼働し始め影響を心配している。

3. 鳥取県

1) 三朝温泉病院（鳥取県中部医師会）

○医師確保 平成 27 年、岡山大学病院三朝医療センターが閉院予定となり、500 人の外来患者をどうするかが問題となった。鳥取県中部医師会による寄附講座で、岡山大学から三朝温泉病院に教授・助教を 3 年間（平成 28～31 年）派遣されることとなった。平成 31 年からも 3 年間継続予定である。

4. 岡山県

1) 赤磐医師会病院

○医師確保 県内唯一の医師会病院である。13

名の医師のうち 12 名が岡山大学から派遣されている。ケアミックスにてリハビリを考え、整形外科の増員を望んでいる。

5. 愛媛県

1) 喜多医師会病院

○医師確保 循環器急性期に対応する病院として機能し、他医療機関とは診療科の住み分けができている。愛媛大学と連携を取り、循環器領域のスタッフは充実している。外科医のニーズが出てきているが、確保が難しい。

2) 今治市医師会市民病院

○医師確保 今治市の 2 次救急輪番担当病院の減少により、残る担当病院の負担が増え、2 次救急を回せなくなる恐れが出てきた。そこで、市の予算で、愛媛大学から医師・看護師各 1 名のチームが 12 時間ごと 2 チーム派遣される協定を締結した。今治市医師会病院の土日の 2 次救急を 3 年間担当する。研修医と一緒にやってきて喜んで研修している。

○地域医療構想 愛媛県立今治病院の 5 年後の建て替えで、病床機能分化の様相が変化しないか憂慮している。

6. 山口県

1) 地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院

○医師等確保 全床完全オープンシステムを継続している。山口大学からの派遣ではない 10 名の常勤医が所属する。開業医が患者さんを入院させ、日中は常勤医が病棟医として診療、退院後は再び開業医に患者さんが戻る。多い医師では 20 名の患者さんを入院としている。看護師不足で一部病床を回せないが、所属の看護学校卒業生の就職でまかなっている。

○経営 開業医が入院病院として利用しなければ回転しない。数年前に建て替え、病棟が新しくなり人間ドック部門も充実させ、患者さんが増えた。現在、黒字である。

コメンテーター

○医師確保 医療法・医師法の一部改正により、

医師の偏在問題に国もやっと腰をあげたように見えるが、主には地域卒卒業医師の活用に関しての改正である。地域卒卒業医師は、6 年後には全国で 1 万人となり、公立病院優先で派遣されることになる。医師会病院や地域の中小病院にもこれらの医師が派遣されるよう働きかけをしたい。

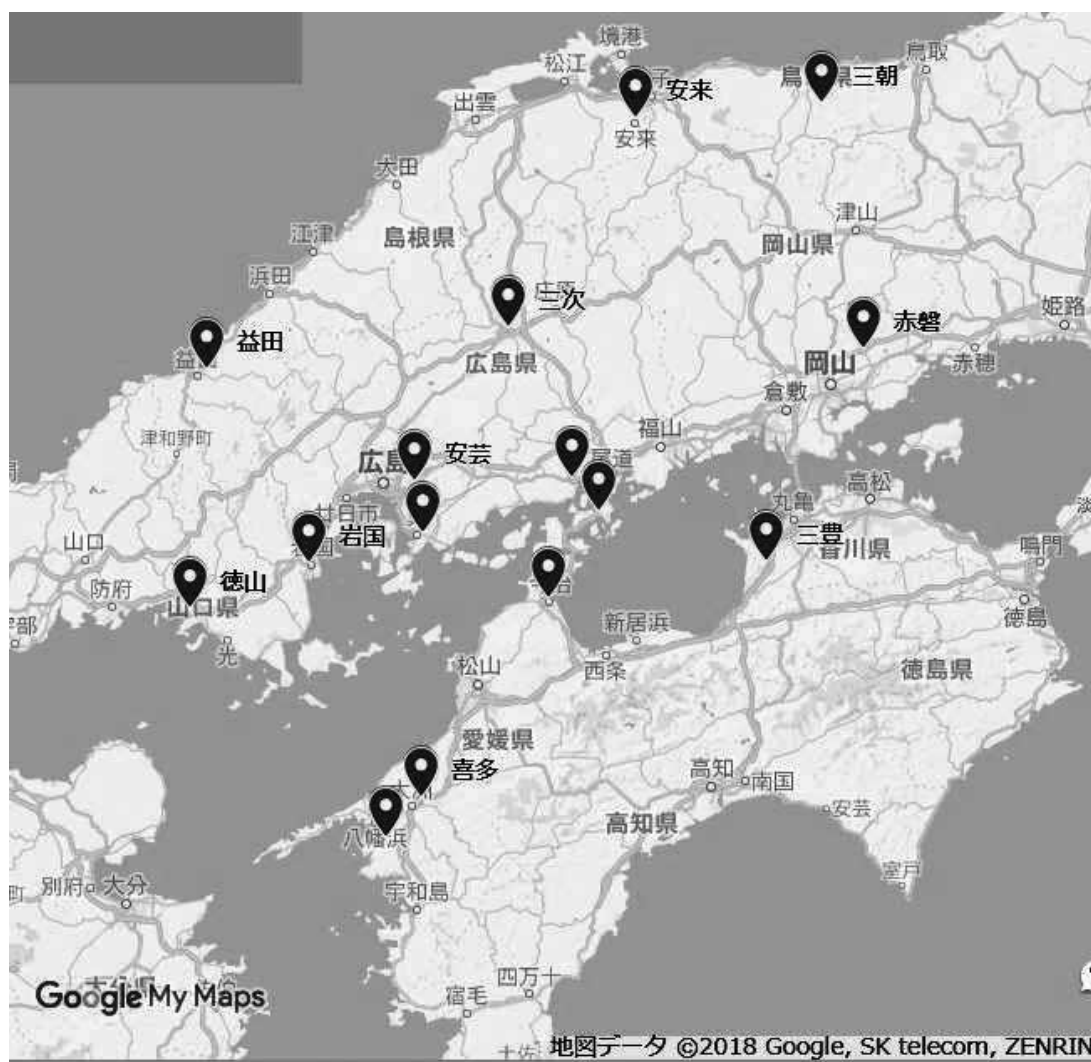
○経営 医師会病院は機能的には公的な性質を持つが、公的病院のような税制優遇措置は受けられない。公益社団法人やオープンシステムの非課税枠を利用すること、また、200 床未満の病院は、地域包括ケア病棟への転換や在宅医療への進出で加算をとることをお考えいただきたい。県や県医師会との協議が必要であるが、地域医療介護総合確保基金を病院の機能強化などに使うことも可能と考える。

〔報告：前川 恭子〕

第 2 分科会「医師会立検査センター（医療連携ネットワーク等を含む）」

座 長：広島県医師会常任理事 藤井 康史
コメンテーター：日本医師会副会長 今村 聡
広島県医師会副会長 桑原 正雄 本日は検査センターのデータの有効活用ということで、医療情報ネットワークについてお知恵をいただきたい。ネットワークは広島県もかなり苦労しながら行っている。いろいろな観点からのご意見をいただき、また、最後に日医の今村副会長からのご意見をいただきたい。

コメンテーター 7 月の西日本豪雨災害で亡くなられた多くの方々のご冥福をお祈りする。広島県、岡山県、愛媛県をはじめとして多くの地域の医療機関が被害を受けておられ、1 日も早い復興を



中国四国医師会病院分布

願っている。各県におかれては、JMAT を派遣していただいたことに改めてお礼申し上げる。日本医師会も 7 月 21 日に、加藤厚生労働大臣に対して、被災された医療機関の支援をお願いした。また、菅官房長官をはじめ多くの国会議員にも引き続きの支援をお願いした。非常に厳しい状況の中で、広島県医師会の役職員の皆様には本協議会の開催にあたりご尽力いただいたことに敬意を表する。本日の協議が医師会共同利用施設の有効な活用に繋がることを祈念する。

座長 日医の調査によると、中国四国医師会の共同利用施設は、4 の健診センター、13 の検査センター、3 の健診・検査複合体のセンターが存在する。検査センターの抱える課題としては、民間の検査センターとの価格競争、集配の人材の確保、人材の育成、施設の老朽化などが挙げられている。検査センターの今後の発展や存在意義を考えると、検査センターが持つ検査データを如何に活用するかが大きな鍵となる。検査センターの活用が健康寿命の延伸に有用であることが示唆されている。また地域医療連携において、患者情報をどのように共有するかが問題となっており、患者データの中でも検査データは重要な項目である。災害の際には患者のデータを活用するシステムがあれば有用である。日医の共同利用施設検討委員会の答申でも、臨床検査や健診センターが蓄積している検査・健診データを積極的に活用し、重症化予防事業や地域の医療連携のため、効果的にデータを共有することが重要視されており、有効活用する手段としては ICT の活用としてネットワークの構築が有用であるが、個々の検査センターが自前で構築すると、多額の予算が必要となり、現実的には困難である。

既存のネットワークと接続することができれば、低コストで導入でき、現実的と思われる。このような点により、今回の分科会にあたり協議内容を検討した結果、第一に「各県における医療連携ネットワークの構築・運営の現状」を把握していただき、「検査センターとの現時点での接続状況」について報告していただく。そして第二に「検査センターと医療連携ネットワークの接続の将来像」について意見交換させていただく。さらに第

三に、「検査センターが利用できる医療連携ネットワークの構築」について、日本医師会への希望を纏めたいと思う。

一点目の「各県における医療連携ネットワークの構築・運営の現状」について、まず、広島県の現状について報告する。広島県医師会が構築し運営する「ひろしま医療情報ネットワーク」(Hiroshima Medical Network: HM ネット) の運用開始から 5 年が経過する。HM ネットは、病診連携機能を柱としたシステムで、現在 43 の診療情報開示病院と 711 の参加施設があり、開示病院の診療情報の参照・閲覧が可能となっている。さらにその他にいろいろなグループウェアを運用しており、その一つに健診・検査共有システムがある。このシステムは検査センターで受けた検査結果を、近隣の診療所が参照して日々の診療に役立てる仕組みで、福山市と三次市の検査センターが参加している。現時点では県内すべての検査センターが HM ネットに参加しているわけではないので、今後、参加勧奨に努める。その他にも、薬局の調剤情報を共有する仕組みや、地域連携パスとして、認知症、脳卒中、胃がん、肝疾患のシステムがある。また、患者が自分のスマートフォンを使って利用できる「ひろしま健康手帳」という機能があり、今後も機能の拡張を予定しており、健康管理に有用なシステムになると確信している。

岡山県医師会 「医療ネットワーク岡山(晴れやかネット)」で全県的に接続されており、今、開示病院が 51 施設あるが、「双方向」を実現してきており、現在 8 施設ある。したがって、開業医のデータも共有できるような形を構築している段階で、開業医、中小医療機関の参加も期待している。その他、新見医師会が独自に構築したものもあり、県医師会が積極的に絡んでいる「晴れやかネット」を全県的に広めるということで、広島県福山市と HM ネットで繋っており、基本的には広島県と岡山県との間で相互共有ができる状況にある。介護の分野にも「ケアキャビネット」を作って、介護のデータも連携できるように調整中である。検査データに関しては、診療所のレセコンから上がってくるデータを共有すること

ができる。将来的には診療所の検査データを「晴れやかネット」にアップしてもらって、相互に見ることができるような形にしていきたい。なお、SS-MIX2 というプロトコルがあるが、それはうまく活用できていない。

島根県医師会 全県対応の「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）」で連携を図っている。県東部の出雲部が中心になっているが、益田等県西部では普及はまだ進んでいないところもある。県下のカード発行枚数は 46,000 強であるが、接続施設数は 804 件である。接続サービスとしては、カルテ、診療予約、画像中継サービス等を中心にやっている。医師会検査センターはあるが、そちらとの接続は行っていない。カルテを通じて検査結果を見ることはできる。県の東部と西部は距離があるため、なかなか活用には至っておらず、今後の課題である。

山口県医師会 5つの圏域で、それぞれ独自に医療連携ネットワークを構築しており、未整備の3つの医療圏に関しても準備を進めていると聞いている。県内共通のネットワークとするのが理想と思うが、以前に県のシステムがあったがうまくいかなかったため、現時点では実現しそうにない。それぞれの地域の中核病院、基幹病院の検査結果、処方内容、アレルギーの有無や治療内容等を、開業医が患者の承諾のもとに見ることができるというシステムとなっている。

徳島県医師会 5つのネットワークは、個々の地域の病院を中心とした、その近郊の医療機関との間の小さな連携である。現在、徳島大学病院が中心となって、総務省の「クラウド型 HER 高度化事業」の補助金で、「阿波あいネット」という県内の統一したネットワークを構築中である。実際に運用が始まるのはこの秋からとなっている。当県には医師会立検査センターがない。「阿波あいネット」では病院と診療所の双方向性にデータを見ることができる。ただし、一部には参照型の医療機関もある。県内には ID-Link（NEC）と HumanBridge（富士通）のグループがあり、この両者を「阿波あいネット」の SS-MIX2 で結合

して、双方の情報を一つの病院で見ることができるようになる。介護施設の参加も予定はしているが、まだ対応施設の募集は始まっていない。

愛媛県医師会 連携 EMA ネットワークを構築中であるが、まだ進んでいないのが現状であり、地域の中核病院のネットワークとの連携を目指している。県内医療機関の共通の通信インフラと位置づけているものの、まだ開始したばかりで、数十件の接続状況である。将来的には、介護支援システム、医療介護連携システム等、いろいろな病院や団体が構築しているが、現在、中心的に使っているのは WEB 会議システムである。

座長 報告していただいたように、各県とも医療連携ネットワークがあり、基金等を利用して構築されているが、運用目的等は異なっているように思われる。今回、検査センターとの接続ということをもまず考えてみると、広島県の福山市と三次市で利用されているということであるが、福山市の現状について教えていただきたい。

福山市医師会 HM カード（地域共通 ID カード）を現在 1 万枚作っている。どこの医療機関にかかっているかまで書いていただくため、カードを作った瞬間に、検査と健診のデータを全部リンクして表示している。現在、70 の医療機関で使用していただいております。検査結果の閲覧よりも健診のデータを見てほしいということで、胸部レントゲンと内視鏡も全部画像をみられるようにしていて、その結果をみてほしいという受診者が医療機関を訪れることが多くなってきている。

座長 徳島県や愛媛県のように 2 次医療圏のネットワークがあって、それから県単位のネットワークに接続するときにはいろいろな問題点もあるように伺った。広島県の HM ネットワークも県全体を対象として運用しているが、既に二次医療圏単位、病院で利用しているネットワークがあった。既存のネットワークに HM ネットワークに参加していただくには、セキュリティの問題、患者同意の取得方法など、接続における検討が必要であるが、各県ではどのように対処しておられるか。

徳島県医師会 基本的に個々のネットワークを全県的な「阿波あいネットワーク」に接続する時点で、個々の患者さんの同意が必要と思われる。徳島大学病院の中に、「阿波あいネット」枠があり、その中にバックヤードセキュリティも含めている。いろいろな部門があるが、その中で規約を設けている。基本的には同意がないと中に入れないという形を取っている。

座長 愛媛県は接続を検討中とのことであるが、努力されている点等について教えていただきたい。

愛媛県医師会 医師会立の共同利用施設は当県にはないため、検査センターとネットワークとの連携については全く進んでいない。医療機関との連携に関してどの程度のセキュリティを確保するかが課題で、患者の同意と各医療機関にカードを配付することについては、HM ネットと同じようなことを考えている。医療機関の連携といってもなかなか参加してもらえないことなどいろいろな問題があり、画像や検査データを全部見られるようにしようとしているため、時間がかかっているという状況である。

岡山県医師会 本県では「HM ネット」と「晴れやかネット」の接続において、双方の話し合いで、各々のポリシーに従うことにしている。最終的には一つのポリシーでできればよいが、まだ温度差があるため、そのような形で了解を得て使用している。

座長 いろいろな問題が出てくると思うが、今後アイデアを出し合いながら検討していきたい。ネットワークの対象地域の広さも問題となる。広島県の「HM ネット」は県全域を対象としている。県単位がよいのか、二次医療圏単位がよいのかという問題もあり、広島県も東部は岡山県との連携、北は島根県、西は山口県との連携が有用となるかもしれない。医療資源や地区によっては医療情報の開示・参照が重要であるし、資源の少ない地区では、在宅医療システムが重要になるかもしれない。地域ごとに求められるシステムが異なると思

われるが、どのような地域を対象として運用するのがよいかという点でいうと、山口県は二次医療圏単位で運用しているが、今後の方向は如何か。

山口県医師会 理想的には県下全域を対象とするのがよいが、うまくいかなかった前例があるため、現時点では難しいと思われる。また、各圏域で独自に運用されており、お互いの連携は全くない状況である。

座長 整備にはコストの問題が絡んでくる。広島県では、平成 23～25 年度は地域医療再生基金を用いてシステムが構築され、26 年度以降は地域医療介護総合確保基金の補助を受けて機能の拡充を行っている。基金の費用は新規参加施設の導入の補助、新規のコンテンツの配付などの初期費用には利用できるが、ネットワークの維持費や事務局の費用などの運営費には利用できないため、運営費は参加施設から利用料を徴収している。

岡山県医師会 維持費についてはネットワークの利用料を徴収している。リプレースの時期などに厳しい状況となる。

島根県医師会 本県でも初期費用は基金を活用した。それ以後の運営については、利用料という形で支出になっている。今後は、リプレースの際の費用の確保が重要となってくる。

山口県医師会 「さんさんネット」（宇部市医師会）は、医師会員全員から利用の有無にかかわらず、年額 2 万円を徴収している。「奇兵隊ネット」（下関市医師会）は、年額でアダプター利用料 38,880 円、接続料 6,480 円、クラウドシステム利用料 51,840 円を利用者が負担している。

徳島県医師会 二次医療圏の金額は調べていない。全県の「阿波あいネット」では、初期費用は総務省の「クラウド型 HER 高度化事業」の補助金を活用した。運営費は、診療所では 1 か月 1 万円程度を見込んでいる。病院はベッド数に応じた費用負担の予定である。

愛媛県医師会 当初は第 2 期地域医療再生基金を活用した。その後は料金の設定はまだない。次の基金の活用の目途も立っていない。

座長 ネットワークの運営には、やはりかなりのコストがかかる。ネットワークは病診連携の他にいろいろな機能を利用することができる。HM ネットでは薬局の調剤情報を共有するシステムや、地域連携パス（脳卒中、認知症、胃がん、肝疾患）、患者がスマートフォンで利用する「ひろしま健康手帳」（電子お薬手帳、健診結果、健康管理記録等）もある。各県に特徴のあるシステムがあるか。

山口県医師会 圏域により、クリティカルパス、医師会の通知文書等のペーパーレス化等があるが、個々の詳細については確認していない。

島根県医師会 健診情報管理サービスや紹介状送信サービスなど、機能としては備わっているが、あまり活用できていない。

座長 岡山県は特定健診のデータの活用ということだが。

岡山県医師会 現在、検討中である。いわゆるマルチテナントサーバという形で、それぞれの医療機関がサーバを持つことはロスが大きいし高くつくため、「晴れやかネット」のセンターサーバにあるスペースを貸し金庫のような形でストレージし、アクセスできるような方法を考えている。

徳島県医師会 「阿波あいネット」には紹介状の送信サービスが入っていない。現在、当県医師会主導で県内全域での運用を予定している「MEDpost」と「阿波あいネット」を共用して、活用することを考えている。

愛媛県医師会 特に進んでいるものはない。それぞれの中核病院、たとえば市立宇和島病院が行っている全県診療連携サービスの中で、すべての画像も含めたものを転送し双方向性に受け取ることができるようにすると聞いている。松山市民病院

の地域連携ネットワークシステムでは、介護支援システムと医療介護支援システム、あるいは在宅診療をしている先生方からの要望が強いため、在宅医療連携システムとの連携構築が進んでいるところである。

座長 今年 7 月の西日本豪雨災害は、広域的に甚大な被害をもたらし、全国でも毎年大きな災害が起きている。東日本大震災のときにも指摘されたが、患者情報や服薬情報などがわからないという問題もあった。当然、患者情報は厳格に閲覧制限が設定されるものであるが、震災などの有事の際には制限を解除し、患者の最低限の情報を確認できれば有用である。ネットワークの運営にあたり、このような災害や救急時の対応は、現状では行われていないようであるが、ネットワークの規模が大きくなって患者情報が多くなれば、当然、有用な情報となり得る。

コメンテーター まず、ICT を活用した医療連携のネットワークについては、お話を聞く限りでは、従来からの課題はそのまま残っていて、このような地域のネットワークは補助金等を活用して構築されているが、惨憺たる状況になっており、これは財源の問題が大きい。運用やバージョンアップのコストの問題もある。全部現場に任せることはなかなか難しく、国が財政的にしっかりと支援すべきであるということを以前から申し上げている。ただ、利用の中身、すなわちサービス内容の活用方法について、理念としてはわかるが、実態としてのアウトカムが明確でないこともあって、結果として財政的支援がしにくいという話になる。逆に先生方からすると、かなりの負担がある中で、従来からの紙ベースでの連携と比べてどのようなメリットがあるのかがわかりにくいという状況にある。本日のお話では、体制としてはきちんとした連携を取られていると感じたので、このような運用をしたらこのように有用であったというようなデータが何かあると、われわれも国への要望をし易い。是非とも会員の利用率を上げていただいて、どのように医療の現場が変わったかを示していただけると有難い。

座長 2 点目の検査センターと医療連携ネットワークの接続の将来像について検討してみたい。広島県の「HM ネット」では、自分のパソコンやスマートフォンで薬の情報を参照することができる「ひろしま健康手帳」という機能を有しているが、将来的には検査結果を「ひろしま健康手帳」に表示して、患者さんの健康促進に役立てたいと考えている。また、広島県行政が行っている「ひろしまヘルスケアポイント」制度があり、「HM ネット」と連携しており、健診やがん検診を受けた時やスポーツジムの利用など健康づくり活動に対してポイントが加算され、買い物などの際に割引の特典が受けられる仕組みである。将来的には患者の基本情報や投薬、検査データをセンターに集約して、地域医療連携や災害対策や救急医療の患者の情報源として利用できるネットワークにしたいと考えている。広島県行政は ICT を使った医療連携については、「HM ネット」と連携しないと補助金を出さないという方針のようである。県行政と広島県医師会が協力して、全県ネットワークを構築・展開することが必要と思われる。

岡山県医師会 要望しているものの未だに構築できておらず、非常に残念に思っているが、疾患データベース（それぞれの疾患に関するデータを 1 箇所を集めて、それを吟味しながら利用する）の利用を、既に長崎県で行っているような形でできることが必要である。そのためには効率のよい検査データの集約が必要である。胃がん登録のようなことは十分にできると思われる。介護ステーションのデータをうまく利用して、高齢者の救急搬送に関する資料にならないかと考えている。

島根県医師会 ネットワーク自体はアプリも含めてある程度整っているのに、如何に広げていくかということと、医療・介護の連携の部分、すなわち在宅医療に向けての活用を進めていく必要があると思う。

山口県医師会 検査センターのデータを医療連携ネットワークに接続するには、まずデータの集約が必要なので、その点が問題である。

徳島県医師会 基本的には広島県と同じように、患者自身が自分のデータを見ることができるようになりたい。いずれは介護施設にも広げたいし、大学にも利用ができればと思っている。個人的な意見であるが、「阿波あいネット」では、電子カルテを導入していない診療所の場合は、カード型電子カルテを使用するシステムを考えているが、なかなか県内の医療機関がそのようにならないため、地域ごとの特性を活かしたネットワークづくりをして、それを全国的なものにしたい。他の医療機関のデータを参照することができるようになるやかな結合は、ある程度全国レベルで統一したものを上から作ってもらって配付してもらいたい。

愛媛県医師会 ほとんどの構築がまだ進んでいない状況である。したがって、将来像については模索中であるが、最も力を入れるべきは介護療養と在宅医療の部門の連携で、これを早く進めないといけない。IT 化が進んでいない診療所も多く、これらには当会が中心となって IT 化を進めなければならないが、全県的というよりも全国的にシステム作りをやっていただくと、早く進むように思う。基幹病院の医師は病院全体の患者のデータを出張中でもどこでも閲覧できる。それを開業医にまで配信することや、セキュリティの問題もあるが、患者への配信もどのように進めていくのかは、まだ五里霧中の状態であり、前に進まないのではないかと懸念も持っている。

座長 本日のテーマである医師会立検査センターと医療連携ネットワークとの関連については、事前の調査資料によると、なかなか連携は取れていないのが現状と思うが、検査センターからみると、ネットワークはどのようなものか。

広島市医師会臨床検査センターシステム管理課
検査センターから見て、「HM ネット」等のネットワークにデータを上げることについて、それ自体は問題ないと思っているが、診療所の医師の了解を得ることが難しく、内部で検討しても二転三転する。最終的なところでは、電子健康手帳に患者からデータをアップすることは可能ではないか。

座長 現在の機能を発展させようとするれば、検査センター自体のネットワーク機能が必要になる。その意味では、既にあるネットワークに参加するのが良いように思う。福山市医師会健康支援センターでは既に「HM ネット」に入っておられるが、検査センターからみたネットワークの問題点等について教えていただきたい。

福山市医師会健康支援センター 当センターは当初からすべて行う前提で、医師会内で職員を雇って行っているため、それに対する問題はない。臨床検査はどうしても基準値がセンターによって違うということがあり、これらを統一することが難しいため、全県下でということは難しいと思う。今回、三次地区医師会臨床検査センターと連携し、三次地区医師会が当方のサーバを間借りして、三次地区医師会なりのものをつくるということでやられているが、最終的には検査結果を共有することで、JCCLS の臨床診断基準値に沿った形で検査結果を統一することができれば、「晴れやかネット」と「HM ネット」もつながっているため、双方向でみてもらうができると思う。

座長 データが集積できるという方法があれば、有用と思われる。その意味では、民間の検査センターとの接続も一部では考えられている。民間の検査センターに参加してもらう意義については如何か。

岡山県医師会 患者の同意が重要である。個々の患者のデータの一つずつ上げるのは手間がかかるため、全員のデータを上げてもらう。登録した人の結果しか見ることができないように、セキュリティのしっかりしたシステムの構築が必要である。民間のデータの集積も当然必要になる。

島根県医師会 基本的には民間の検査データをネットワークにあげることは可能と思うが一部の検査データだけというわけにはいかない。検査センターの立場でいうと、個別の先生にデータ配信をすることがあるが、今は特別対応となっている。診療所の電子カルテによって当県のシステムとの接続に個別に費用が発生するが、このような

システムを使うことによって、経費的には有益と思う。あとはセキュリティの問題と、患者の同意を得ることが課題になると思う。

山口県医師会 萩市医師会の検査センターには民間の検査センターが入っている。これ以外の民間の検査センターも可能であれば接続してもらう方が広くデータを集めるという点においては良いと思う。

徳島県医師会 医師会立の検査センターがないため、この問題については考慮していないが、責任の所在を明確にした上で、最終的には患者の同意にたどり着くと思う。

愛媛県医師会 医師会立の検査センターはない。民間の検査センターは 6 箇所あるが、すべての精度管理は最近非常に良くなって、患者に信頼感を持っていたいていいることはまず間違いない。今後、連携してわれわれのネットワークに入っていくということに関してはまず問題ないと思うが、患者の同意という点が問われるかもしれない。

座長 広島も県行政としては、医師会立だけではなく、民間の健診・検査センターも参加してもらって、多くの情報を集めることを希望している。

最後に、日本医師会への要望について検討したい。これまでのお話では、医療連携ネットワークは各県で運用されており、いろいろと問題はあるにしても、検査センターがネットワークに参加する布石はできていると思う。検査センターのデータはあくまでも患者本人のもので、個々の医療機関がそれを管理するものではあるが、本人の承諾のもとにネットワーク上に集約して管理できれば、災害・地域医療現場・地域医療連携の現場で有用な情報になることは間違いない。医療連携ネットワークでは、システム維持には多額の資金が必要であり、今後も補助金の確保を日医にお願いするとともに、先程のお話のように、われわれもアウトカムを述べる力をつけておかねばならない。2 点目は、いろいろな情報が入ると災害等の現場で役に立つが、個人情報という大きな問

題がある。検査センターのデータは個人のデータでもあるので、それをネットワークに繋ぐことは、公的・社会的な意味を持ってくるわけであるから、公的な資金援助があって当然と思う。それなりのシステム、ルール作りを公開する基準が必要となる。「基準」については、われわれではなかなか判断しにくいことがあるが、医師会としての指針、国の指針をお願いできればと思っている。

コメンテーター 2 点目については、医師会の臨床検査センターを中心として地域のネットワークをどうするかという視点からのお話と伺った。これは、医師会の検査センターを地域の医師会の先生方がどのくらい利用されているかに大きく影響される。そのシェアが大きければ大きいほど、地域での医療機関がそれだけたくさん検査センターに参加していただければ、地域連携の中で大きな役割を果たすことになる。今回のアンケート結果を拝見すると、医師会検査センターとのネットワークはあまりないが、有事となると紙媒体による検査データのやり取りが事実上不可能となってしまう、会員の方々も自分が見ていた患者情報がなくなってしまうので、そのようなデータベースの構築は重要と思っている。まずは会員の先生方に、医師会立検査センターにできるだけ検体を出していただくことでシェアを広げることが地域の中では重要と思っているが、これ自体も大きな課題である。民間の検査センターの情報も、医師会がしっかりと詰めていただくこと、さらに先程指摘があったように、患者の同意の問題やセキュリティの問題は当然あって、それぞれの地域でどうするかはなかなか難しい話であり、これこそが日医がどのようなルールで情報共有するかということをしかりと言っていかなければならない。

先程、福山市医師会から検査センターの基準値についてのご指摘があったが、後程、日医の取組みの中で、そのことについて少し触れさせていたいただきたいが、データの標準化ということについては、日医がしっかりとした仕組みを作っているため、是非とも活用していただきたい。

座長 現在、2025 年を見据えた健康寿命の延伸に向けた取組みがなされているとのことである。

日本医師会共同利用施設検討委員会の答申では、医師会共同利用施設は臨床検査の高度化、精度向上等を通じたかかりつけ医の診療機能の支援、各種健診を通じた疾患の予防、健康増進等に関与する責務を負っている。生涯保健事業の体系化を目指すためには、蓄積された臨床検査、健診データを活用することが望まれており、その手法としてネットワークが有用とされている。日医では生涯保健事業の体系化を推奨されているが、今回の要望を踏まえ、その取組みについて今村副会長に紹介していただければと思う。また、その後、今回のテーマ全体についてコメントもいただきたい。

コメンテーター 日本医師会が推進する健診標準フォーマットについて説明する。横倉会長が主張される大きな事業の一つに「生涯保健事業」がある。日本では、乳幼児期（0～6 歳）、就学期（～18 歳）、青年期（～39 歳）、壮年・中年期（～64 歳）、老齢期①（～74 歳）、老齢期②（75 歳以上）と、さまざまな健診が行われているが、根拠となる法律も所管する省庁もさまざまである。このような国民一人ひとりの生涯を通じた健康管理のための一貫した保健事業がないことが課題である。個人が自分の健診データを一生涯見ていくにあたって、健診の数値の標準化がなされていないと意味がない。最近、さまざまな会議等で「ビッグデータ」といわれるが、全く基準が違うものを集めて分析しても、何の意味もない結果になってしまう。従って、そのようなデータの標準化が重要であるということを日医が提案して、具体的にどうすればよいかを検討している。標準化された健診データの蓄積によって、①かかりつけ医による閲覧等を通じて、診断補助や保健指導に活用できる。②地域による一元管理により、地域保健と職域保健の連携強化がより図られる。③全国的な健診データ収集により、幼少期から老齢期に至る、国民の健康状態の把握と健康増進対策の検討に寄与する。

現在実施されている健診データの取扱いに関する課題の一つとして、臨床検査等の値のバラツキがある。すなわち、同じ試料（血液）を測定しても、測定機器や試薬の違いによって異なる検査結果になることがあり、日医が毎年行っている精度

管理調査においても、一定程度のバラツキがあることが確認されている。地域医師会でも、検査の標準化を図るために測定方法を統一するなどの努力をされていると思う。しかし、健診データとして管理されているデータは、測定結果と単位のみという場合が多く、個人の長期にわたる経年の健診データとしては不適當である。

日医が作成した「健診標準フォーマット」は、特定健診、定期健康診断、がん検診、人間ドック等のすべての健診・検診を網羅する約 800 項目のフォーマットであるとともに、検査施設の「基準範囲」や「測定機器 × 試薬」等の情報を紐付けすることで、長期に亘る経年データの蓄積や収集した健診データの高い精度での分析が既に可能となっている。

現在、日医では、健診をしていただいている共同利用施設に対して「健診標準フォーマット」を使っていただけるように、データ提供先である保険者にも情報提供とご理解を求めているところである。保険者は規模が大きくなればなるほど、定期健診や人間ドックなど、さまざまな健診データをさまざまな契約医療機関や契約健診機関から集めている。保険者からみると、受診結果を把握する範囲が限られており定期健診しか収集できない、入力作業に時間がかかる、受診結果を把握する時期が遅くなり適切な医療機関への受診勧奨ができない、などの問題がある。そのために加入者である企業の従業員や家族の健康情報を活用して、健康経営へのさらなる取組みを図っていただくために、健診フォーマットにより一元化されたデータの収集の意義を保険者に説明しているところである。

経団連の会長を輩出している日本の製造業で最大の健康保険組合（55 万人を擁する）に、日医の取組みを理解していただき、保険者としてすべての健診データの標準フォーマットでの収集を決定している。また、全国でこれまで、健診団体からさまざまなデータをいただき、100 万人を超える健診データも「健診標準フォーマット」で標準化しているという実績もある。

健診に関わる多くの団体で組織された日本医学健康管理評価協議会が共同宣言を出している。すなわち、「健診標準フォーマット」を活用したデー

タの標準化に合意をいただいております、共同利用施設のデータについても、このような標準化をお願いしたい。日医として、健診・検診データの標準化と普及をさらに図っていくことを、生涯保健事業の大きな柱として実施していきたい。

また、今回は現場の貴重な情報をいただき、感謝申し上げます。直接的な日医への要望はなかったが、日医が行うべきことははっきりしたと思っており、特に ICT の活用については医療情報担当と引き続き取組みができるように対応したい。なお、来年の 9 月 7 日（土）、8 日（日）に三重県志摩市で第 28 回全国医師会共同利用施設総会を開催する予定である。本日ご参加の先生方をはじめ、多数のご参加をお願いしたい。

閉会挨拶

広島県医師会副会長 津谷 隆史 医療連携ネットワークについては、ぜひ国が動くよう、日医には働きかけをお願いしたい。国が動かなければ、これ以上進まない。特に近年の大規模災害が頻回に起こる状況をみると、データはクラウド化しなければならず、そのためのネットワークはぜひとも必要であり、今後の肝になる。今村副会長にはこのことを切にお願いさせていただきたい。

〔報告：沖中 芳彦〕

特別講演

「日本医師会の考えるこれからの医療政策」

日本医師会副会長 今村 聡

1. 日本の医療の現状

日本の国民の寿命やヘルスケアシステムが世界トップであることはよく言われている。OECD（経済協力開発機構）が各国の医療のアウトカムを評価したもの（A～D ランク）では、がん死亡率や乳児死亡率の低さは日本はほぼ A ランク、呼吸器疾患による死亡率は喫煙率の高さ故 C ランクである。

一般の日本人は、アメリカは先進的な医療を行っていると思っているようだが、OECD の評価では C ランクが多い。実際の医療がそのレベルでも、アメリカ人は自分たちの健康状態をポジティブにとらえ、健康自己評価を A ランクとしている。OECD 加盟国国民ほとんどが「自分たち

は健康」とA評価をしている中、日本人は健康自己評価をDランクと低く評価している。何年も同じ結果を示しており、日本人の健康への後ろ向きのマインドを何とかしなくてはいけない。

日本のがん5年生存率は世界トップクラスで医療費は安い。急性虫垂炎の入院に、アメリカでは3日で150～450万円、日本は1週間で30万円かかる。それなのに日本国民は窓口負担が高い、と惑わされている。

国民皆保険ができ50年が経過した2011年、『ランセット』で日本特集が組まれた。そこでは、日本の優れた医療システムが紹介されつつも、そのシステムは限界にきていると指摘された。短期間で長寿社会を実現し、質が良く低コストの医療を提供しているが、今後増大する介護問題にどのように対応するか、また、保健外交に優位なポジションにいるのにそれを生かしきれていない、と記されていた。

2015年には、安倍総理が『ランセット』に寄稿し、「日本は国民皆保険により医療格差をなくし、医療費を抑えることもできている。universal health coverageへの投資は大きなリターンをもたらし、所得再分配機能を発揮し、これが社会の安定に寄与している。」と総理自らが表現した。医療費は抑制すればそれで良いのではないことを総理が理解しているということである。

2. 日本の医療費

当たり前のことだが、高齢になれば医療費がかかるようになる。85歳以上の一人当たりの医療費は約107万円、この年齢層が今後増加するので、国は医療費や介護費を抑制したい。税収が少しずつ上がり、かつ、医療費の抑制効果ができているからか、税収と国庫支出の差は、徐々に縮小してきているのだが、経済財政諮問会議や未来投資会議からは、医療費抑制への意見が何かしら出てくる。これに対抗するため日医では、国の施策が国民の安全な医療に資するものかを常に問いかけている。

入院医療の課題としては、中小病院と大病院の機能分化、公立病院・公的医療機関の非稼働病床の削減、高額薬剤の適正使用、医療材料の適切な選択が挙げられる。

外来医療の課題は、かかりつけ医による適切な受療行動、地域包括ケアの推進、コスト意識を持った処方薬を挙げている。

地域医療構想の中で、公立・公的病院は新公立病院改革プラン・公的医療機関2025プランをしっかりと実行してもらう。

コストを反映した診療ガイドラインが日本にはない。高額薬剤に関連し、中医協の中で薬剤の適正使用ガイドラインを作成している。

国民に医療の実態を理解いただき、大病院への受療行動を改善してもらう。

3. 社会保障の充実による国民不安の解消

日医は保険料を協会けんぽに合わせることを主張している。また、企業の内部留保が年々増えているので、そのごく一部でも給料に還元すれば、税や保険料の増収を見込むことができる。消費税増税分及びたばこ税や砂糖税、炭素税の中で、健康にかかわるものを社会保障財源とする。このように社会保障を充実させることで、需要創出・雇用拡大・経済成長・地方創生につなげる。賃金が上昇すれば良い循環が生まれ、国民不安を解消できると提言している。

日本では、医療財源の11～12%が患者の一部負担、40%弱が税金、保険料が50%弱の構成だが、それぞれに課題がある。他先進国と比較すると、日本の患者一部負担率は高い。カナダ・ドイツ・イタリアには薬剤以外の患者負担はなく、フランスは一部負担があるものの保険制度によりその負担が補助される。

先進国内の対GDP比医療費への税金投入は、日本では低い水準にあるが、バブル崩壊後の20年間、医療費の対GDP比の数値は上がってしまった。医療費は変化しないのに、経済成長が鈍化したためである。決して日本の医療費への税金比率が高いわけではない。

被用者保険の保険料率には格差があり、大企業や公務員の保険料は大変低く、仕事の内容により保険料率に差があるのはおかしい。一律に協会けんぽの10%に合わせれば約1兆円の増収となる。国家公務員の保険料率を地方公務員の保険料率に合わせるだけでも、1千億円弱の保険料増が見込める。

4. 健康寿命の延伸

健康の維持は個人にとって大切だが、社会保障の維持も重要である。

今後、高齢化率は上がり続ける。一般の方は、高齢者が増え続けると思われるようだが、十数年後、高齢者の数は減る。若い人たちが減り続けるからである。

これからは、少子化による労働力人口の減少が強いインパクトを持つであろう。高齢者の医療費を、若い人たちのお金で支えることがいつまで可能なのか。支える若い人たちの所得を増やすことも大切であるが、まずは高齢期の医療費増加を抑え、若い人たちの負担を減らす。健康寿命を延ばし、元気な高齢者が活躍できる社会とし、働ける間は働いていただき、税金も保険料も払っていただき、医療費や介護給付費は使わない方向性をつくりたい。世界的に日本人の健康寿命は長い方に入るが、それでも平均寿命と健康寿命は差は大きい。

若い世代から、予防・健康づくりを意識してもらうため、一つは健康づくり産業をつくっていく。もう一つは若い世代の雇用拡大と元気な高齢者が働くことで、社会保障費の財源を確保する。これらが国の方向性となっている。

5. 保健事業へのインセンティブ

国が進めるデータヘルス計画では、国民健康保険と職域保険それぞれのレセプト・健診データが活用される。保険者は、加入者の健康課題を抽出し取り組むのだが、行動を起こすメリットがある方が取り組みが進むので、ここにインセンティブをつけていく。

都道府県単位で運用することとなった国民健康保険には、「保険者努力支援制度」があり、被保険者に対する取り組みの中でしっかり行われているものに対し資金援助される。補助金は 1,000 億円、国レベルで 500 億円、市町村レベルで 500 億円が拠出されるので、保険者はきっと努力されると思う。特定健診の実施率、保健指導実施率など項目をポイント化する。

職域保険についても同様にポイント化し、それに応じて後期高齢者支援金を加減算する。今までは小数点台の加減算しか行っていなかったところ

を、法律上可能なプラスマイナス 10% 上下限まで加減算を行うよう国が圧力をかけている。

健康に関する顕彰制度を企業に対して設け、メリットを付加することとなっている。例えば地銀が健康優良企業への融資で金利を下げる、自治体からの事業受託は健康経営優良法人を優先する、など、47 都道府県が独自に進めようとしている。相当の経済的インセンティブをかけ、国が取り組もうとしている。

6. 生涯保健事業の一元化

健診事業は、乳児健診、学校健診、事業所健診、特定健診、後期高齢者健診、がん検診などバラバラに行われ、所管している省庁も予算も異なる。また、個人の健診データを生涯活用できる形にもなっていない。

そこで日医では、健診データの一元化をすすめている。データの基準の標準化がベースであり、現時点で 100 万～200 万人のデータを扱えるようになっている。経団連会長の日立取締役会長と横倉日医会長との話し合いで、企業も積極的に関与しようと、55 万人が属する日立健康保険の健診データを、日本医師会健診標準フォーマットで取り扱うこととなっている。国の仕組みでも医師会立施設でも、日医健診標準フォーマットを活用していただきたい。

7. 日本健康会議

保険者・企業・医療・自治体・アカデミー・メディアなどのすべての stakeholders が、国民が健康になるために同じ方に向こうと組織された。日医会長、日本商工会議所会頭、読売新聞取締役最高顧問 3 名が共同代表となり、8 つの宣言をつくった。それぞれの宣言に相応する厚労省や経産省の委員会で、各地域の取り組みをデータ化し、結果を検証し、PDCA サイクルをまわしていく。

都道府県版健康会議は宮城県と静岡県では既に立ち上がっている。このような活動を通し、把握することが難しい国や保険者の施策を共有できる。行政と連携しながら、医師会が中心となり各都道府県で構築していきたい。

8. 糖尿病性腎症重症化予防

「1 人の糖尿病の患者さんの透析導入を 1 年先に延ばすことで、500 万円の医療費を減らせる」と示せるので、糖尿病重症化予防は保険者を説得しやすいテーマである。今まで健診項目に入っていなかった血清 Cr 値とそれから導かれる eGFR を、第 3 次特定健診見直しの際に導入するよう日医から提言した。特定健診項目追加に連動し、事業主健診の項目にも追加された。

平成 26 年、埼玉県では県全体で糖尿病性腎症重症化予防体制をつくり、県下すべての市町村国保がレセプトデータを分析、受診・保健指導を要する人を抽出し、県医師会と糖尿病対策推進会議が作成した糖尿病性腎症重症化予防プログラムを適応させた。これを国が評価し、都道府県版糖尿病重症化予防プログラムを策定するよう発信、平成 30 年度にはすべての県で策定されることとなった。

平成 27 年に OECD の調査団が日本の医療の調査のため、日医も訪問した。9 人の構成員のうち 8 人が女性、人種もさまざまで日本の医療をよく研究されていた。病院の医療のアウトカムデータは出てくるようになったが、診療所レベルの個別の医療データが集められていないことが調査団から指摘された。

糖尿病患者の透析導入を減らすためだけではなく、血糖コントロールへのアプローチや具体的な投薬について、かかりつけ医のデータを集める J-DOME（日本医師会かかりつけ医糖尿病データベース研究事業）を日医総研で始めている。厚生省からの資金援助も受け、診療所レベルのデータ収集を行っている。

9. 健康経営優良法人

東証一部上場企業の中には、一業種で一社しか認定されない「健康経営銘柄」があり、東証の中で最も反応の良い銘柄らしい。就職活動中の学生及び親へのアンケートで、彼らは従業員の健康を考える企業を重要視していることが示された。そのため、企業は「健康経営銘柄」に選ばれるための努力をしている。認定のためのさまざまな項目は、業種全体の結果も含め企業にフィードバックされ、業種の中での企業の位置が示されるので、

次に取り組む課題がわかる仕組みとなっている。

「健康経営銘柄」の次のレベルが「健康経営優良法人」である。これが、日本健康会議の宣言 4「健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を 500 社以上とする。」に関連する。800 万人の医療従事者で、医療法人で働く者は多い。「健康経営優良法人」に関し、医療法人は従業員数 100 人で大規模法人か中小規模法人か分かれ、医師会も対象となり得る。経産省 HP に「健康経営優良法人 2019」の認定基準が掲載されており、9 月から申請が受付される。

認定の項目には、定期健診受診、受診勧奨、ストレスチェック施行、過重労働防止の具体的対策、ヘルスリテラシー向上のための教育、ワークライフバランス推進、コミュニケーション促進、女性の健康保持・増進、ワクチン接種など感染症予防、受動喫煙対策などがあり、ポイントの多寡により認定が決まる。

国民の健康に関与する日医が不健康な働き方をしてはいけないと、申請の準備をすすめている。各医師会にも認定をご検討いただきたい。

10. かかりつけ医と共同利用施設

かかりつけ医の役割は今後一層重要となってくる。医師会共同利用施設は、検査センターとしては臨床検査の高度化、健診を通じた疾病予防、健診データ蓄積などでかかりつけ医を支えている。医師会病院や介護・訪問系施設も含め、共同利用施設をとりまとめ、地域のかかりつけ医への支援をお願いしたい。

なお、第 28 回全国医師会共同利用施設総会は 2019 年 9 月 7～8 日に三重県志摩市で開催されるので、ぜひご参加いただきたい。

〔報告：前川 恭子〕

理 事 会

－第 11 回－

8 月 23 日 午後 5 時～6 時 27 分

河村会長、林・今村両副会長、加藤専務理事、
萬・沖中・中村・清水・前川各常任理事、白澤・
山下・伊藤・吉水・郷良・河村・長谷川各理事、
藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 1 回都道府県医師会長協議会の議題について

「『医師の働き方改革』とともに進めるべきこと」を議題として提出することが決定した。

2 郡市医師会との懇談会の議題について

宇部市医師会から提出された質問に対する本会の見解について協議を行った。

3 母体保護法による指定医師の申請について

済生会下関総合病院より 1 名の母体保護法指定医師の申請があった。「母体保護法指定医師審査委員会」は、本会会長より諮問を受け審査にあたり、指定医師として承認する旨の審査結果を答申し、承認された。

4 社会保険指導者講習会の受講申込みについて

10 月 3 日（水）・4 日（木）に日本医師会において開催される標記講習会の受講者として 5 名を推薦することが決定した。

5 児童虐待の発生予防等に関する研修会について

例年、山口県産婦人科医会と共催で実施している標記研修会を 10 月 21 日（日）に本会において、周南市の田中病院の田中泰雅 院長及び大分県産婦人科医会の岩永成晃 副会長による講演 2 題で

開催することが決定した。

6 日本医師会 平成 30 年 7 月豪雨による被災医療機関等に対する支援金について

郡市医師会を経由して各会員に協力依頼した標記支援金の集計状況について報告が行われた。なお、本会から 50 万円、本会役員から 20 万円を支援することが決定した。

7 平成 30 年 7 月豪雨災害による被災医療機関に対する見舞金について

7 月 5～6 日の豪雨による会員の被災状況が岩国市及び光市医師会より報告された。会員の災害見舞金については、平成 23 年度までは「山口県医師互助会」の事業として見舞金の支給を行っていたが、新公益法人移行に伴い互助会が廃止されたことから、新たに設置した「災害見舞金の基準」に基づき対応してきた。

この度、交付基準の一部見直しを行い、新基準に基づき 2 医療機関に各 10 万円の見舞金を贈呈することが決定した。

＜新・災害見舞金の交付基準＞

1. 交付基準

(1) 「災害救助法が適用された市（町）区域」
又は「激甚災害の指定を受けた地域」の災害であること。

(2) 医療機器、医療施設の被害額及び復旧費用の合算額が 50 万円以上であること。

(3) (2) の概算額は郡市医師会長の副申とする。

2. 見舞金額

被害額等 50 万円～200 万円未満：

見舞金 5 万円

同 200 万円以上： 同 10 万円

8 平成 30 年 7 月豪雨災害に対する島原市医師会からの義援金の活用について

島原市医師会より、平成 30 年 7 月豪雨災害による被災者に対しての義援金 30 万円が被災状況

理 事 会

等が不明であるとの理由から本会宛に送られてきた。この義援金は、平成 3 年に起こった雲仙普賢岳噴火災害に対し、本会より長崎県医師会を経由して島原市医師会へ見舞金を送ったことに対するものであり、協議 7 で決定した、災害見舞金新基準に合わせて被害額の多かった 2 医療機関に対して活用することが決定した。

9 日医 2018 年度「第 2 回医師主導による医療機器開発のためのニーズ創出・事業化支援セミナー」の後援について

日本医師会より、全国 6 か所で開催される標記セミナー（平成 30 年度経済産業省委託事業）に対する名義後援の依頼があり、承認された。近隣では、中国・四国地域セミナーとして、10 月 13 日（土）に広島市で開催される。

10 山口朝日放送株式会社主催の市民公開講座健康セミナーの名義後援について

柳井市において「肝臓について勉強しよう！～健康は肝臓から。早期発見、早期治療が肝要～」をテーマに開催される標記セミナーの名義後援の依頼があり、承認された。

11 多職種で考える！防災の意識醸成研修会の名義後援について

（名）スタンダードケア及び周南つなぎびとの会の主催により開催される標記研修会の名義後援の依頼があった。開催の目的等に問題はないが、県内あらゆる団体への後援は対応できないことから、本件に関しては後援しないことが決定した。

報告事項

1 勤務医部会第 2 回企画委員会（8 月 18 日）

第 1 回企画委員会で決定した今年度事業の詳細について協議を行い、座談会のテーマは「山口県の専攻医を増やすには」、部会主催のシンポジウムは「AI について」等が決定した。（中村）

2 第 49 回中四九地区医師会看護学校協議会

（8 月 18 ～ 19 日）

島原市医師会看護学校の引受けにより「ゆとり世代への看護教育～地域に根ざす看護師を育てる～」をテーマに開催された。「看護職員の養成と確保について」（厚生労働省医政局看護課 島田陽子 課長）、「地域に必要な看護職をどう確保するか」（日本医師会 釜范 敏 常任理事）等、5 つの講演が行われた。（沖中）

3 第 3 回山口県糖尿病療養指導士講習会

（8 月 19 日）

「療養指導の基本（患者教育）」「ライフステージ別の課題と療養指導」「急性合併症」「慢性合併症 1（細小血管症）」の講義が行われ、最後に確認テストが行われた。受講者 174 名。（吉水）

4 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

（8 月 19 日）

平成 29 年度標記事業の実績報告及び # 8000 対応者研修の報告後、NPO 法人小児救急医療サポートネットワークの 2 名の理事による研修『音声だけの会話』を意識して～電話相談にできることとできないこと～を行った。参加者 34 名。

（前川）

5 中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会（8 月 19 日）

島根県医師会の担当で開催され、本県提出の議題「学校医としていじめ問題にどのように取り組んでいるか」「ピロリ菌検査の実施について」等、各県から提出のあった 10 題について意見交換を行った。また、日本医師会への要望については、道永常任理事より回答が行われた。（河村）

6 中国地区学校保健・学校医大会（8 月 19 日）

岡山大学大学院保健学研究科の中塚幹也 教授による「LGBT の基礎と学校における子どもへの

理 事 会

対応」、日本医師会の道永麻里 常任理事による「学校保健の現状と課題」の特別講演 2 題及び研究発表 5 題が行われた。山口県からは、(医) たにむら小児科の谷村 聡 理事長による「周南地区の小児ピロリ菌感染の実態」が発表された。(河村)

7 日本医師会監事会 (8 月 20 日)

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。
(河村会長)

8 日本医師会第 6 回理事会 (8 月 21 日)

日本医師会設立 71 周年記念式典並びに医学大会被表彰者の選考、全国医師会・医師連盟 医療政策研究大会、各種委員会委員の委嘱等について協議を行った。(河村会長)

9 山口県警察官友の会理事会・総会 (8 月 22 日)

理事会において、平成 29 年度事業報告・決算報告、平成 30 年度事業計画・予算、役員改選の(案)について決定し、その後開催された総会において審議、承認された。講演会では、県警本部交通部交通企画課の伊勢嶋満良 課長による講演「高齢ドライバーによる事故の現状と対策について」が行われた。(河村会長)

医師国保理事会 — 第 9 回 —

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

— 第 12 回 —

9 月 6 日 午後 5 時～6 時 15 分

河村会長、林・今村両副会長、加藤専務理事、萬・藤本・沖中・中村・清水・前川各常任理事、白澤・山下・伊藤・吉水・郷良・河村・長谷川各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 1 回郡市医師会長会議について

10 月 11 日開催の標記会議の日程及び議題について協議を行った。

2 平成 31 年度特定健診の標準単価及び後期高齢者健康診査の単価 (案) について

今年度行われた診療報酬改定による血液採取(静脈)の 25 点→30 点、及び平成 31 年 10 月からの消費税増税分の対応を行った単価に変更することが承認された。

3 特別支援学校における「医療的ケアマニュアル」の作成について

河村理事より、9 月 6 日に開催された山口県教育庁主催の「特別支援学校における医療的ケア運営協議会」に出席した際、標記マニュアルの作成を依頼された旨の報告及び検討の提案がされた。河村会長より、昨年度から検討課題の一つにしていた事案であることから、1 年限定の作成委員会を設置して本会において作成することが提案され、承認された。

4 山口県医療審議会の委員の構成について

山口県医療政策課より、標記審議会委員の任期満了に伴い、委員の構成を変更したい旨の提案があり、現在本会推薦の委員 2 名を 1 名にすることが承認された。

理 事 会

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（8 月 23 日）

病院 1 件の事案について審議を行った。（林）

2 山口県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会（8 月 23 日）

ジェネリック医薬品の使用状況及び平成 30 年度事業計画案等について協議を行った。（林）

3 第 1 回山口県助産師出向支援導入事業協議会（8 月 23 日）

平成 30 年度助産師出向に関する調査結果及び事業計画の進捗状況が報告され、その後、助産師出向を推進する上での課題と対策等について協議を行った。（沖中）

4 地域医療構想調整会議：検討部会

「山口・防府」「宇部・小野田」（8 月 23 日）

山口・防府地区では、高度急性期・急性期部会及び回復期・慢性期部会の合同検討部会が開催され、宇部・小野田地区では、急性期医療連携検討部会が開催された。平成 30 年度の検討部会、調整会議の取組促進に係る対応、地域医療構想の実現に向けた医療機関の対応方針等について、山口県より説明が行われた。（前川）

5 第 21 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会（8 月 25 日）

広島県医師会の担当で開催された。第 1 分科会「医師会病院」及び第 2 分科会「医師会立検査センター（医療連携ネットワーク等を含む）」では、各県からの状況報告や意見交換が行われ、その後、日本医師会の今村 聡 副会長による特別講演「日本医師会の考えるこれからの医療政策」が行われた。（沖中、前川）

6 臨床研修医交流会（8 月 25・26 日）

1 日目は、山口県医師臨床研修推進センターの

事業紹介、山口大学大学院医学系研究科小児科学講座の長谷川俊史 教授による特別講演「小児科学の魅力～すべてのこどものために～」、グループワーク「行列のできる研修医相談所」及び懇親会を開催した。2 日目は、日本海総合病院の小山雄太 先生による特別講演「体液・電解質管理をみんなで考える」、症例検討会及びグループワークのベストプレゼンテーション賞の発表が行われた。（中村）

7 日医地域包括診療加算・地域包括診療科に係るかかりつけ医研修会（8 月 26 日）

地域包括診療加算・地域包括診療料の診療報酬上の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の必須要件を網羅した内容で、施設基準の届出に特化した研修会として行った。糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、禁煙指導等の 9 講義により、日本医師会で開催の研修会をテレビ会議により実施した。全国で 7,600 名の申込みがあり、本会では 95 名が受講した。（萬）

8 中国地方社会保険医療協議会山口部会

（8 月 29 日）

医科の新規指定はなかった。（河村会長）

9 健康福祉月間標語審査会（8 月 29 日）

審査委員として厳正なる審査を行った。

（事務局長）

10 社保・国保審査委員合同協議会（8 月 30 日）

協議題 5 題、会員からの意見要望 16 項目について協議を行った。協議結果は本号（ブルーページ）に掲載。（萬、清水）

11 宇部市医師会・美祢市医師会との懇談会

（8 月 31 日）

本会から、組織強化（医師会員の加入促進）及びオレンジドクター（もの忘れ・認知症相談医）

理 事 会

制度について説明を行い、宇部市医師会より提出された議題では、地域医療情報ネットワークに関して意見交換を行った。(加藤)

12 第 2 回都道府県医療政策研修会・第 1 回地域医療構想アドバイザー会議 (8 月 31 日)

研修会では、厚生労働省医政局地域医療計画課による「地域医療構想の進め方等について」の説明が行われ、その後、大阪府及び長野県より事例紹介が行われた。アドバイザー会議では、厚生労働省医政局より、地域医療構想の現状及びアドバイザーに期待されることについての説明及び浜松医科大学の小林利彦 先生による活動状況報告が行われた。(前川)

13 山口大学医学部附属病院情報システム監査 (8 月 31 日)

電子カルテの監査を行った。概ね適正に運用されていた。(中村)

14 健康スポーツ医学実地研修会 (9 月 1 日)

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの佐竹昭介 医長による講演「超高齢社会におけるフレイルの意義と対策」及び筑波大学大学院人間総合科学研究科の山田 実 准教授による実地研修「サルコペニアに対する運動療法の効果と実際」が行われた。(藤本)

15 第 149 回生涯研修セミナー (9 月 2 日)

午前中は、山口大学大学院医学系研究科歯科口腔外科学講座の三島克章 教授による「医科歯科連携に関わる最近の話題」及び東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻医療情報学分野の大江和彦 教授による「AI 時代の医療の可能性と課題」の講演 2 題、午後は専門医共通講習「②感染対策 (必修)」として、昭和大学医学部産婦人科学講座の松本光司 教授による「子宮頸がん予防のための検診とワクチン：もはや日本は後進国 !?」

及び山口大学大学院医学系研究科システムバイオインフォマティクス講座の浅井義之 教授による「AI とシステムバイオロジーによる医科学の展開」の講演 2 題が行われた。参加者 75 名。(加藤)

16 第 1 回山口県障害者施策推進協議会 (9 月 3 日)

「やまぐち障害者いきいきプラン (2018 ～ 2023)」に係る今年度の主な取組等について協議を行った。(今村)

17 第 1 回山口大学医学部附属病院監査委員会 (9 月 3 日)

医療の質・安全管理部の活動状況、特定機能病院のガバナンスに関する改正事項の対応状況、前回委員会の指摘事項の対応等について協議を行った。(河村会長)

18 医療紛争防止研修会 (9 月 5 日)

JA 山口厚生連周東総合病院において、「当院の医事案件について」(周東総合病院：馬場良和 院長、同医療安全管理室 丸田綾子 看護師長)、「医療紛争の現状と問題点」(本会：林 副会長)、「高齢者を扱う医療機関・介護施設に関連する裁判例」(末永久大 弁護士)の講演 3 題による研修会を行った。参加者は医師・看護師等医療関係者 80 名。(林)

19 広報委員会 (9 月 6 日)

会報主要記事掲載予定 (10 ～ 12 月号)、炉辺談話、歳末放談会、県民公開講座等について協議した。(今村)

20 会員の入退会異動

入会 5 件、退会 3 件、異動 4 件。(9 月 1 日現在会員数：1 号 1,280 名、2 号 874 名、3 号 449 名、合計 2,603 名)

理 事 会

医師国保理事会　－第 10 回－

1 第 17 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日（金・祝）に下関市立彦島公民館で開催する標記ウォーキング大会の特別講演講師、ウォーキングコース等について協議、決定した。



第 11 回理事会では、第 49 回中四九地区医師会看護学校協議会の報告の中に、山口県医師会がなすべきさまざまなヒントがあった。中国地区学校保健・学校医大会では、「学校医は子ども、産業医は教職員」という役割分担のフレーズが妙に印象的であった。第 12 回理事会では、全国的にも山口県医師会の独自性が際立つ社保・国保審査委員合同協議会の白熱した協議の模様や、中国地方社会保険医療協議会山口部会の「新規開業無しが 3 か月間」の報告から、医療環境の変化を改めて感じた。

1 子宮頸がん予防のための検診と HPV ワクチンについて

日本では若年層の子宮頸がんが増加傾向にあり、年間死亡数は約 3,000 人である。HPV ウイルスが発生に関連していることは明確であり、HPV をターゲットにした予防戦略は重要かつ必須である。専門家による検診とワクチンの有効な組合せによる予防戦略が早く決定されることを望む。

(1) 海外では子宮頸がん検診のパラダイムシフトが起きている

1950 年代：細胞診 → 2003 年：細胞診＋ HPV 検査併用検診（米国）

→ 2017 年：HPV 検査単独検診（オランダ、豪州）

(2) 新しい HPV ワクチンの登場

9 価 HPV ワクチン（日本では申請中・未承認）

9 価（16,18,6,11,31,33,45,52,58）、4 価（16,18,6,11）、2 価（16,18）

（第 149 回山口県医師会生涯研修セミナーでの

昭和大学医学部産婦人科学講座 松本光司 教授の講演より）

2 障害者雇用について

省庁などの障害者雇用増しは由々しき問題である。一方、除外率制度（現在は廃止、経過措置中）の適応があった医療業の障害者雇用率は全産業平均を下回る状況にあるとされている。

＊除外率制度：雇用率を計算する際の例外ルールで、安全性等の面で障害者が働くことが難しいと考えられた業務が多い産業に対して、従業員の一部割合を分母から控除することで、雇用すべき障害者数を少なくできる制度

①山口県の障害者雇用率（平成 29 年度）

知事部局 2.94%、県警察本部 2.70%、県教育委員会 2.21%、民間企業 2.56%

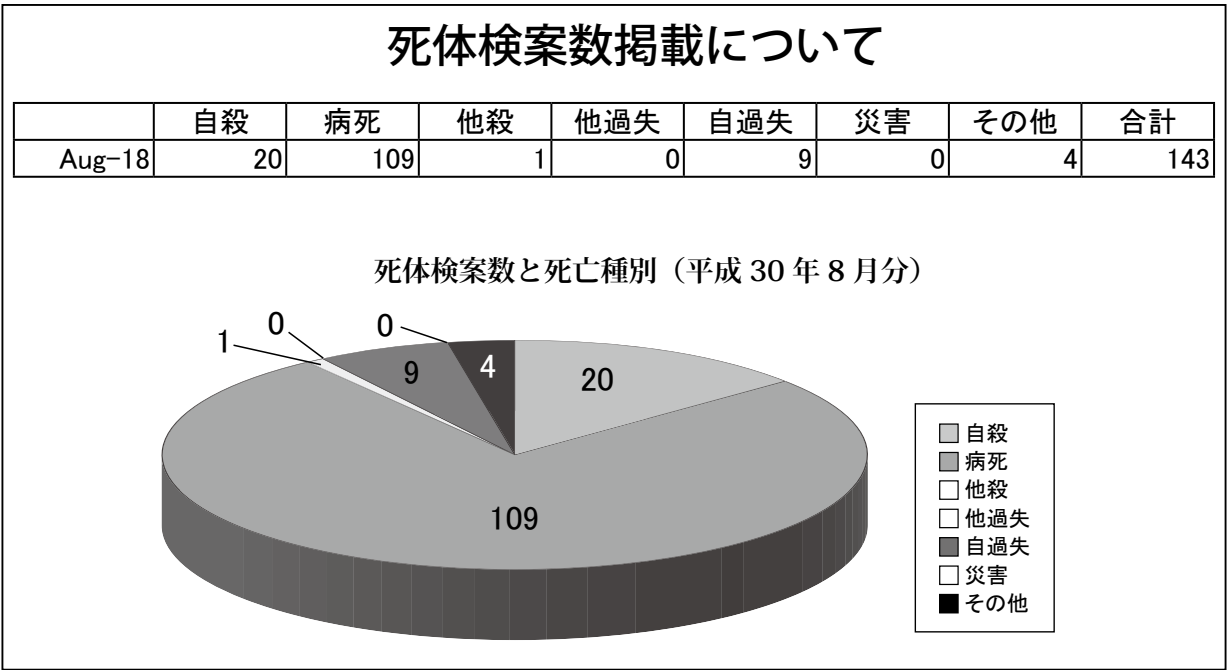
②障害者雇用率引き上げ（現行→平成 30 年度）

国・地方公共団体等（2.3 → 2.5）、都道府県等の教育委員会（2.2 → 2.4）、民間企業（2.0 → 2.2）

第 11 回と第 12 回理事会とでは、山口市の最高温度が 10 度近い差があった。9 月に入り朝夕の涼しさは確実となり、山口市郊外（＝田舎）の勤務先から県医師会までの風景もいつの間にか実りの秋が始まっていた。頭を垂れ始めた稲穂は強い日差しを受け更に色を増し、辺り一面の黄金の田園風景に神々しささえ感じる。

8 月 25、26 日に開催された臨床研修医交流会は、恒例の、研修医自らの企画による進行も軌道に乗ってきて活発な会であった。個人的には懇親会で若い医師達と久しぶりに楽しい時間を過ごすことができた。年を経て私が寛容になったのか、若者が年齢の離れた先輩に対し博愛精神（？）で接してくれたためかは定かではない。ともあれ、山口県で研修している医師には今後、山口を起点に国内外でしっかり研鑽を積み、山口県の医療に貢献してほしい。それまでは、全国一の高齢医師県としては、高齢パワーも上乗せしてみんなで力を合わせ渡すバトンを日々磨いておくことにしたい。10 月号ということでもあり、今回は体育祭の応援団長気取りで締めることにする。「フレー、フレー、研修医！はいっ、フレー、フレー研修医！フレー、フレー研修医！」。期待！

[文責：副会長 今村 孝子]





平成 30 年度山口県消化器がん検診研究会総会 第 80 回山口県消化器がん検診講習会

日 時 平成 30 年 12 月 15 日 (土) 14:30 ~ 17:00
場 所 山口県医師会 6 階 大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

次 第

平成 30 年度山口県消化器がん検診研究会総会 14:30 ~ 15:00

第 80 回山口県消化器がん検診講習会 15:00 ~ 17:00

教育講演 I 15:00 ~ 15:10

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

平成 28 年度地域胃がん検診報告

山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

教育講演 II 15:10 ~ 15:20

座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

平成 28 年度地域大腸がん検診報告

山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

教育講演 III 15:20 ~ 16:00

座長 山口県消化器がん検診研究会幹事 末兼 浩史

山口市医師会の消化器疾患 (がん) への取り組み

(医) 社団のむら内科胃腸科医院理事長 野村 幸治

特別講演 16:00 ~ 17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会会長 三浦 修

ピロリ菌除菌時代の胃がん診療

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓内科学教授 岡田 裕之

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
教育講演 CC 12 (地域医療):1 単位
特別講演 CC 21 (食欲不振):1 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

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

※ 参加申込は不要です。



平成 30 年秋季山口県医師テニス大会のご案内

- と き 平成 30 年 11 月 25 日（日） 9：00～14：00
（コートは 8 時 15 分から使用できます）
- と こ ろ 宇部マテ“フレッセラ”テニスコート
インドアコート 4 面（オムニコート）
- 試合形式 ダブルス（組み合わせは当日決定）
会 費 8,000 円／人（懇親会費を含む）
テニスのみの場合 3,000 円／人
- 総 会 12：00～12：10 ＊試合間に開催
懇 親 会 14：30～16：00 ANA クラウンプラザ宇部 2 階「弥生の間」
- 申込方法 11 月 10 日（土）までに各地区理事へ申し込んでください
- 当番理事 水町宗治（水町内科消化器科医院）
TEL：083-251-6116
- 主 催 山口県医師テニス協会
会 長 宇野愼一
地区理事
山口地区：野村耕三
下関地区：水町宗治
周南地区：小野 薫
宇部・山陽小野田地区：鈴木克佳（敬称略）
- 後 援 （公財）宇部市体育協会



山口県緩和ケア医師研修会

本研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に基づいて開催についてするもので、すべてのプログラムを修了した医師には、主催者及び厚生労働省健康局長名の修了証が交付されます。

日 時 平成 31 年 2 月 24 日（日）9：30～17：30
場 所 山口県総合保健会館 6 階 会議室（山口市吉敷下東 3-1-1）
対 象 者 県内のがん診療に携わるすべての医師・歯科医師（定員 24 名）
参 加 費 受講料は無料。ただし、弁当代（1,000 円）を徴収します。
参加条件 申込時に e-learning を受講修了していること

e-learning の受講について

- ・ e-learning は、緩和ケア研修会の開催指針改定により新たに設けられたもので、各個人がインターネット上で講義を受講するものです。
- ・ 「厚生労働省 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」（<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>）にて、「新規登録」を行った後、「受講者ログイン」よりログインして、e-learning を受講してください。
- ・ すべての e-learning を修了した方には、e-learning 修了証が交付されますので、修了証の ID を申込書にご記入の上、お申し込みください。

研修内容 講義、ワークショップ、ロールプレイ等
申込締切 平成 30 年 12 月 21 日（金）必着
申込方法 申込書に必要事項をご記入のうえ、県医師会事務局まで FAX にてお申込みください。（受付確認のため折返し FAX を送信しますので、ご確認ください。）
備 考 定員を超えた場合は、地域性や医療機関等を配慮して選考を行います。申込締切後、受講者には受講確定通知をお送りします。なお、受講者の決定は先着順とし、定員に達した場合は募集を締め切ることがあります。

※申込書や、講義内容等の詳細につきましては、本会ホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。

山口県医師会ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp/>

税務署からのお知らせ

税を考える週間 テーマ「くらしを支える税」

国税庁では、国民の皆様には租税の意義や役割、税務行政に対する知識と理解を深めていただくために、毎年 11 月 11 日から 17 日を「税を考える週間」として、ホームページ等で様々な情報を提供しています。

国税庁の取組紹介

「税を考える週間」について
「税を考える週間」は、毎年 11 月 11 日から 17 日を「税を考える週間」として、ホームページ等で様々な情報を提供しています。

国税の現場を動画で見る

ドラマは立ての動画で国税の仕事を紹介します。

学習コーナー

税の学習コーナー

■ 国税庁の各種取組を紹介しています。YouTube による動画も配信中。

■ 「Web-TAX-TV」ではインターネット番組（税に関する動画）を掲載。

■ 児童や生徒が税について楽しく学習ができるようクイズやゲームを掲載。

詳しくは国税庁ホームページをご覧ください。 国 税 庁 で 検 索



申告書や申請書等には マイナンバーの記載が必要です!!

社会保障・税番号制度
(マイナンバー制度)の導入に伴い、

申告書等には

マイナンバーの記載
+
本人確認書類の
提示又は写しの添付
が必要です

国税に関する マイナンバー制度の 最新情報

国税庁ホームページ「社会保障・税番号制度＜マイナンバー＞」をご覧ください。

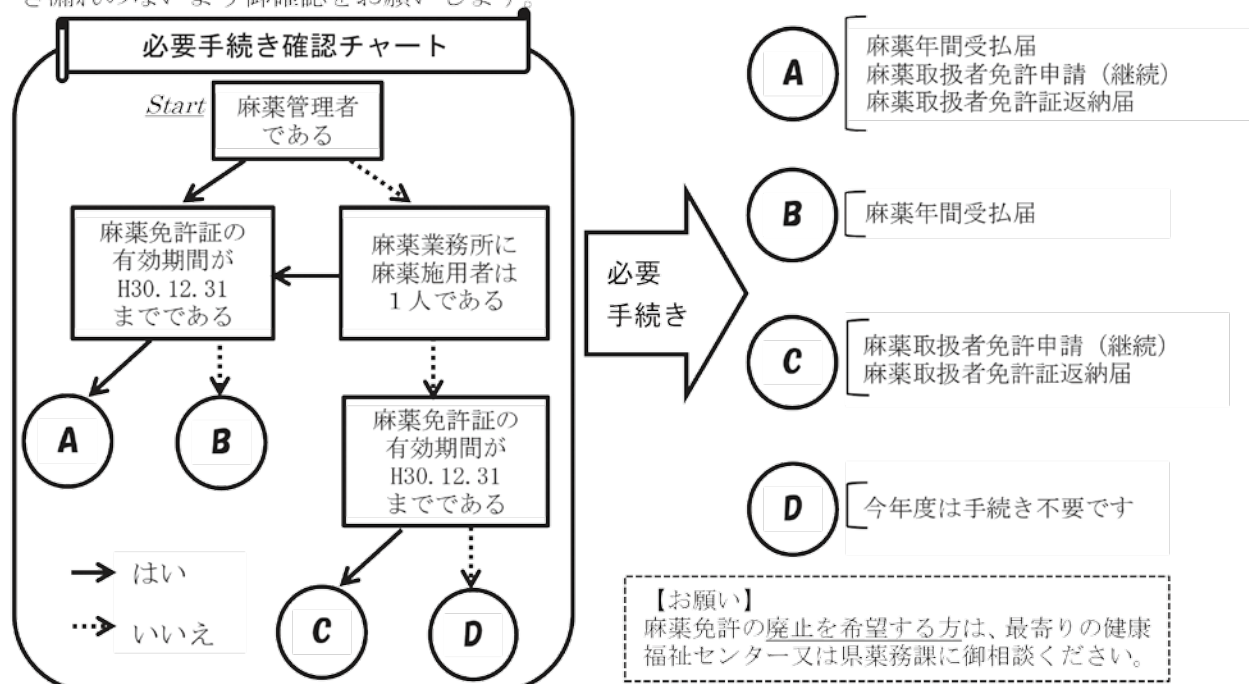
検 索



【重要】麻薬免許証をお持ちの方へ～手続きの御案内（山口県薬務課）～

麻薬取扱者は、10 月から 1 月にかけて所定の手続きが必要となります。以前は、郵送等にて御案内しておりましたが、**昨年度から郵送での御案内はしていません。**

必要な手続きは免許種別や免許取得年等によって異なります。以下のチャートを参照し、手続き漏れののないよう御確認をお願いします。



【各手続き詳細】

麻薬年間受払届	麻薬取扱者免許申請（継続）	麻薬取扱者免許証返納届
◆対象者 チャート中 ①、② 該当者 ◆提出物 ・麻薬年間受払届 2 部 （正本 1 部、副本 1 部） ◆提出期限 平成 30 年 11 月 30 日	◆対象者 チャート中 ①、③ 該当者 ◆提出物 ・麻薬取扱者免許申請書 1 部※ ・診断書 1 部※ ・（変更時のみ）麻薬保管設備等図面 1 部※ ・手数料（県証紙） 4,300 円分 ※下関保健所に提出時は 2 部（正副 1 部ずつ） ◆提出目安時期 平成 30 年 11 月 30 日まで	◆対象者 チャート中 ①、③ 該当者 ◆提出物 ・麻薬取扱者免許証返納届 1 部※ ・有効期間が満了した麻薬免許証 1 部※ ※下関保健所に提出時は 2 部（正副 1 部ずつ） ◆提出期間 平成 31 年 1 月 1 日～15 日 （年始は 1 月 4 日から開庁します）

【留意事項】

- ・各様式は、山口県薬務課の HP 又は最寄りの健康福祉センターで入手してください。山口県薬務課の HP 内「麻薬関係手続きについて（既免許者向け）」のページには、記載例も掲載しています。（<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15400/mayaku/keizoku.html>）
- ・提出窓口及び新免許証受け取り窓口は、管轄の健康福祉センター又は下関市立下関保健所です。開庁時間（平日 8：30～17：15（12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く））にお越しください。提出は郵送も可。
- ・新免許証は **12 月 13 日（木）以降**に受け取りにお越しください。ただし、御提出の遅れや不備事項があった場合には、新免許証のお渡しが遅くなることがあります。

※麻薬業務所が防府市内にある方へ
12 月 13 日（木）13 時～17 時のみ、防府支所での新免許証受け取りが可能です。防府支所での受け取りを希望する場合は、麻薬取扱者免許申請書（継続）の余白部分にその旨を記載してください。

★お問い合わせ窓口★

山口県薬務課 麻薬毒劇物班 083-933-3018
各健康福祉センター（岩国、柳井、周南、山口、宇部、長門、萩）
※下関市内の事業者の方は県薬務課へお問い合わせください

会員の声

サマータイムと睡眠負債

徳山医師会 篠原 淳一

最近のマスコミでは睡眠枕や安眠布団などの宣伝がよく見受けられます。

「毎晩ぐっすり眠って毎日元気に生活したい」といったところでしょうか。

マスコミでサマータイムといった制度が最近取りざたされています。始業時間を朝一時間早めて早い時間に仕事を終わらせ、帰宅後、家族団欒など楽しもうといった内容のようです。同時に社内の省エネ効果も狙っているようですが・・・。

このサマータイムはアメリカ内での発想で、以前も日本で取り入れられて失敗したいきさつがあります。この失敗の背景には国情の違いがあると私は考えています。

日本睡眠学会では「始業時間の一律の前倒しは会社員全体の慢性的睡眠不足を招き不健康に至る恐れが大きい」と以前から警告しています。ヒトには夜型や朝型といった生活パターンがあるのもひとつの理由ですが、要するに眠りは人それぞれだからです。

睡眠負債という考えがここ十年来スタンフォード大学で提唱されていますが、毎日の寝不足が蓄積していつの間にか巨額の「眠りの借金」を背負った状態を指します。これは一時的な寝不足と違い深刻なもので、睡眠負債を原因とした免疫機能低下による発癌や生活習慣病の危険性などがアメリカですでに指摘されています。

かくれ不眠や慢性睡眠不足症候群といった診断名も最近提唱されていますが、ほぼ同義語と私は考えています。

気づかないうちに寝不足がいつの間にか蓄積し

大事故や体調不良にいたることが日常よく見られます。かくれ不眠と呼ばれる所以です。

睡眠負債を防ぐには普段から睡眠時間をより長めに取って日々の寝不足を早めに解消してゆくことが重要ですが、サマータイムの発想はこれに逆行すると考えます。

マスコミではぐっすり眠るといった「眠りの質」がよく強調されていますが、最近はこのように睡眠時間の重要性が指摘されています。

最近、学校や会社で「昼寝タイム」を設けているところをよく見かけます。日本版シエスタといったところでしょうか。

寝不足解消法にまず昼休みに 20 分程の午睡を取ることが一番手軽な方法と私は考えます。厚生労働省でも「日々の寝不足解消に午後 3 時までの 20 分ほどの午睡が望ましい」とすでに報告しています。

こういった昼寝効果は大学などの研究ですでに立証済みです。

どうも「昼寝はみっともない」という風潮もあるようですが、仕事の能率をあげるために昼休みの午睡で心身をすっきりさせるほうが理にかなっていると私は考えます。

実はこれには作業事故を防ぐ目的があるからです。

短時間の昼寝で頭をすっきりさせれば仕事の能率が上り同時に事故も防げるわけです。

私の睡眠外来に 20 代の若い交代勤務の患者様がよく相談にきます。「深夜の勤務が多いのでどうしたらよいのでしょうか？」といった内容です。

こういった方は慢性的な寝不足に陥りやすいのです。慢性的な寝不足は重大事故につながるのです。どの時間帯に睡眠を落とし込むか」のアドバイスを毎回すすめてゆきます。睡眠負債を呈しやすい例とも考えられるので、私は睡眠日誌を使って御本人にあった睡眠の説明を逐一いたします。これは日常診療でのほんの一例ですが、こういった類の悩みを持った患者様が aumentando ののが最近の医療現場の実情です。

日本人の睡眠時間は 6 時間から 8 時間とされていますが、自分にあった睡眠時間を十分に知っ

た上で日々生活することがまずは重要と思います。睡眠負債を防ぐ一番の方法は十二分の睡眠時間で日々生活する事に尽きます。

「良い一日は良い眠りから」という名言があります。ぐっすり眠って日々の英気を養いたいものです。

参考文献

西野精二 著『スタンフォード式 最高の睡眠』など

日医 FAX ニュース

2018 年（平成 30 年）9 月 21 日 2729 号

- 消費税補填、個別項目への配点で賛否
- データの相互確認など対応策を提示
- 糖尿病重症化予防推進へ協定締結
- HPV ワクチン勧奨再開でフォーラム

2018 年（平成 30 年）9 月 14 日 2728 号

- 医療機能情報提供制度を改正へ
- 北海道地震に対する日医の対応を報告
- 肺炎球菌ワクチン、再接種は非定期化へ
- がんの 3 年生存率を初公表

2018 年（平成 30 年）9 月 11 日 2727 号

- 「先遣 JMAT」派遣、被災状況把握
- 診断書の簡素化などで研究会
- 在留外国人の医療保険、制度改正も検討
- 外国人の医療保険適用で対応進める
- 17 年人口動態統計、出生数過去最少

2018 年（平成 30 年）9 月 7 日 2726 号

- 自己研鑽と宿日直で議論、年末に骨子案
- 「職場環境の改善」求める声も
- 消費税問題解決「年末の最大ポイント」
- 18 年度臨床研修医の採用実績は 8,996 人

2018 年（平成 30 年）9 月 4 日 2725 号

- 消費税補てんミスで厚労省に嚴重抗議
- 障害者の雇用問題で見解
- 16 年度社会保障給付費 116 兆 9,027 億円
- 終末期医療「話し合いたい」66%
- RS ウイルス報告数、減少に転じる

2018 年（平成 30 年）8 月 31 日 2724 号

- 消費税問題「申告で補填過不足に対応」
- 19 年度概算要求、厚労省は 31 兆 8,956 億円
- 7 月豪雨への対応を踏まえ、対策協議
- 17 年の新登録結核患者数 1 万 6,789 人

ラブストーリーをふたつ。

飄

々

広報委員

岸本 千種

今年の 6 月 17 日に開催した県医学会総会で、映画監督の佐々部 清 氏にご講演いただいた。会場の下松市「ほしらんど くだまつ」は、梅雨の合間の晴天に恵まれ、集まった人達の和やかな笑顔があふれた。

佐々部監督と言えば、映画「八重子のハミング」である。

萩市在住の陽 信孝さんが、ご自身も癌と闘いながら、若年性認知症の奥さんを 2002 年まで 12 年間、在宅介護した実話を基にしている。原作の著書『八重子のハミング』には、介護保険なしで新オレンジプランを実施した体験談が、短歌を交えながら、ありありと正確に、かつ穏やかな文章で書かれている。

著者の隣には長女一家が住んでいて、事実上の二世帯住宅で関係も良好であった。地域における連携もできていた。長年の付き合いの「かかりつけ医」の存在も大きい。映画では、梅沢富美男さんが、テレビでの毒舌ぶりとは大違いの、おおらかで頼りになる懐の深いかかりつけ医役を演じていた。

最初は、重そうな話だけど、仕事柄一度は見ないといけないと思い、映画館へ行った。

萩市の景色が美しく趣があった。周南市も徳山医師会病院を筆頭に生き活きと描かれていて嬉しい気持ちになった。

音楽療法、認知症サポーターや認知症カフェに当てはまる場面もあり、支援体制の作り方に感心した。トイレで会津磐梯山を歌って、しゃがませ

る場面には、つい笑ってしまった。深刻な場面だからこそ、重くなり過ぎず良かった。

主演の升 毅さんの端正で誠実な佇まいと語り良かったが、八重子さん役の高橋洋子さんの表情・姿勢・歩き方は真に迫っていた。今の高橋さんが、本当にこんなに老いてしまったのかと不安になるくらいの名演技だった。

若いころの高橋さんは、NHK 朝ドラ「北の家族」（1973 年）のヒロインであり、作家としても輝いていた。

ブルーレイディスクを買って自宅でも見た。特典映像の「メイキング」に、今の高橋さんが登場している。オレンジ色の花柄ワンピース姿が素敵で、健康的で知的で安心した。

ブルーレイディスクの音声で「日本語 2」を選ぶと、本編の映像を流しながら「升 毅、佐々部監督によるオーディオ・コメンタリー」が聞けた。裏話や雑学が満載で、予想以上に面白かった。映画作りも、医療と同じく多職種連携である。監督には、チームをまとめ機能させるリーダーシップが必要で医師の仕事と似ている。

佐々部監督の医療関連の映画で、もう一本。2011 年の「ツレがうつになりまして。」。

うつ病の夫（ツレ）と暮らす漫画家の話である。2008 年の NHK 大河ドラマ「篤姫」でも共演していた、宮崎あおい & 堺 雅人が夫婦役を演じている。

ももとは正社員（ハードウェアメーカーのサ

ポート係)の夫と、扶養家族で漫画家の妻と息子みたいなイグ(グリーンイグアナ)という組み合わせだった。

ツレは、専門学校在学中に不景気になり卒業時には就職が決まらず、長時間の深夜バイト等々を続けた後、途中入社でやっと掴んだ正社員の立場であった。ところが人員削減の結果、社員が 30 人から 5 人に減った。残れて張り切ったが、苦情電話の処理に加えて、慣れない苦手な仕事が増え、負担が重くなり過労になっていく。人員削減の半年後、ツレはうつ病になり、妻の勧めで退職したが、ほどなく会社自体もなくなってしまふ。

妻も漫画家とは言え、売れてはいなかった。三食昼寝付きながら、マイナス思考だらけで不完全燃焼の日々を送っていた。ツレがうつになって切羽詰まったことで、仕事への意気込みも全く違ってくる。覚醒して才能を開花させる。あたふたしながらも乗り越えて成長していく。

彼女は、大雑把なようで本質をつかむ能力が高い。しかもそれを一旦自分の中にとどめてから軽やかに相手に負担のない方法で表現できる。

もともと彼女の才能を評価して、黙々と応援していたのがツレである。結婚後、5 年間は生活を支えた。うつ病になったことで、結果的には彼女が売れるきっかけを作った。専業主夫兼マネージャーとして裏方を引き受け、漫画家としての彼女を支え成長させた。役割にこだわらず柔軟に、漫画家&専業主夫というのもアリなのだ。

ツレと彼女の行動パターンや性格傾向には、それぞれかなり特徴があるが、お互い補完できる組

み合わせだったのが良かった。ツレは、本来の自分のパターンを活かして生きることができるようになった。

原作者の細川貂々さんの『ツレがうつになりました。』『その後のツレがうつになりました。』を読んだ。

普通の文庫本サイズで、しかも 8mm の薄さである。中身は漫画であり、劇画ではなく、コミックエッセイでギャグ漫画である。一瞬、意外に思ったが中身は濃く深い。コミックだからこそ複雑で微妙な事もスッキリ頭に入る。温かみがあるし、正確でバランスが良い内容である。美談やきれいごとにはせず、失敗談も反省点も記しているので参考になる。

映画の後日談が気になった。一旦ハッピーエンドでも、再発の可能性もあるし、人気漫画家になった妻と専業主夫では、二人のチームワークも揺らいでいるかもしれない、と意地悪目線で読み進めた。

その答えは、著書『7 年目のツレがうつになりました。』にあった。原作者は 38 歳で出産し、マタニティブルーを乗り越えて親子 3 人で成長している。何があってもツレと共に人生を続けていくという原作者の筋が一本通っており、安定感と力強さが伝わって来る。

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

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



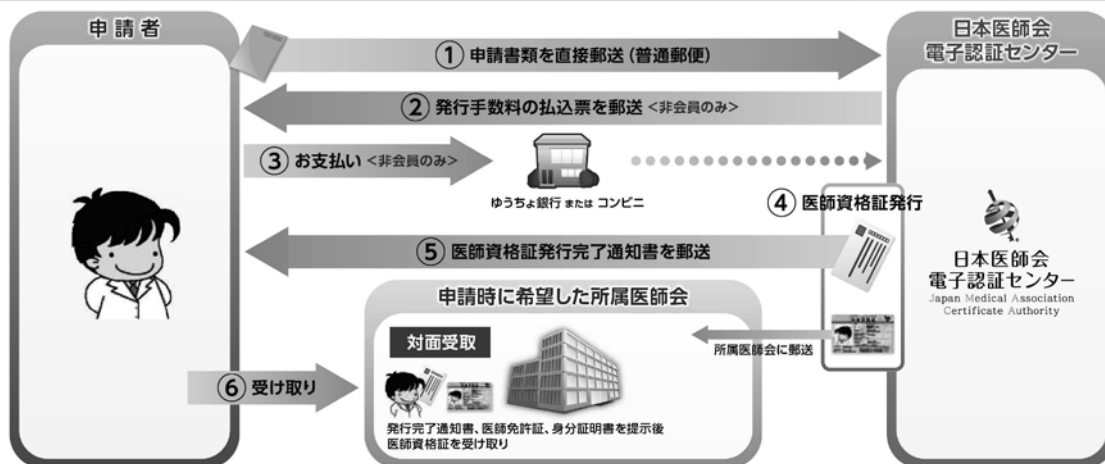
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒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
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

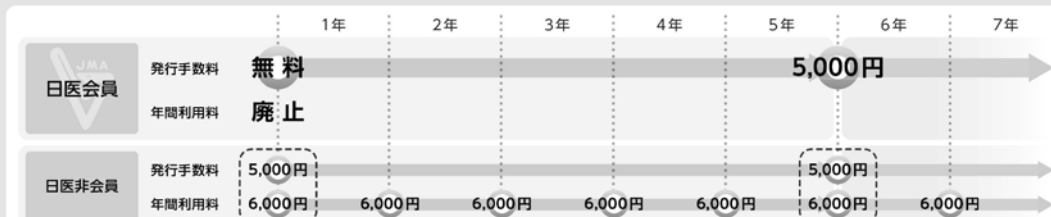
費用

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。

安 村 寿 嘉 氏	宇部市医師会	8 月 21 日	享 年 91
藤 嶋 吉 郎 氏	徳 山医師会	8 月 28 日	享 年 91
白 石 碩 雄 氏	防 府医師会	9 月 4 日	享 年 96
野 瀬 善 光 氏	山口市医師会	9 月 8 日	享 年 77
都志見 格 氏	岩国市医師会	9 月 26 日	享 年 60

編 集 後 記

この夏以降、医学部合格率の男女格差についての社会の関心はかなり高く、さまざまな報道があった。真っ向から男女差別だ、許せないという正論から、医療現場の疲弊を考えると仕方ないという懐の広いご意見までさまざまである。どの報道も正しい点を含むが、どこか違和感を覚えることも多かった。

単純に大学入試の不正だといわれると、「いや、医学部を文学部や経済学部と同じに論じられても困る。社会のために税金で医師を養成するという特殊性があるのだ」と注釈をつけたくなる。また一方で、女性医師は、出産育児でうんぬんところされると、「それは長い医師人生の一時期のことでしょう？じゃあ、男性医師でも健康に関わらない方面や医師免許が必要でない職業に就いている人はどうなのですか？」と不穏な気持ちになる。若手外科医減少の原因が女性医師の増加であるような報道には、いや、高い志をもった頑健な男性が専業主婦に家庭を任せて病院に住み込むしかない働き方が問題だ。そもそも、お国は、医師が余ってくるといっているが、「じゃあ、なぜ女性医師の出産育児が周囲に負担ととらえられるのか、そこまでしっかり踏み込んで分析報道しろよ」と、定見のない身は、自分のことは棚に上げ文句ばかりつけている。

ただ一つ、すっきりとした思いにしてくれたのは朝日新聞のコラム。8月の天声人語「秘密の減点」は近代医学の学校を卒業した最初の女性、エリザベス・ブラックウェルを取り上げたものだ。女性は医師に向かないといわれた時代に、さまざまな差別苦難を乗り越え医師となった彼女が、貧しい地区に女性と子供のための診療所を開いたことを紹介している。

そう、歴史的視点を持たなくては。現実には複雑で、明快な解決法はないが自分たちの立つところが先人のどんな努力により獲得できたものであるかを認識できれば自ずと方向は定まる。

そして、医師免許はライセンスではない、社会に対する責務であると肝に銘じようと自分に言聞かせる。

(理事 長谷川 奈津江)



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）