

山口県医師会報

平成30年(2018年)

11月号

— No.1899 —



燃える 渡邊恵幸 撮

Topics

新都市医師会長インタビュー「熊毛郡」
中国四国医師会連合総会



Contents

■新都市医師会長インタビュー「熊毛郡医師会長」……………	＜聴き手＞岸本千種	947
■フレッシュマンコーナー「新たなスタートラインに立って」……………	真方浩行	952
■今月の視点「今後の有床診療所の役割」……………	伊藤真一	954
■平成 30 年度 中国四国医師会連合総会……………		958
■第 10 回 臨床研修医交流会……………	須賀昭信	988
■第 10 回 臨床研修医交流会を終えて……………	清家崇史	989
■山口県医師会産業医研修会……………	中村 洋	991
■山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会……………	吉金秀樹、小野 薫	994
■第 62 回社会保険指導者講習会「わかりやすい感覚器疾患」……………	伊藤真一	998
■理事会報告（第 13 回、第 14 回）……………		1000
■日医 FAX ニュース……………		1007
■飄々「平成 30 年間の社会変遷—今後の課題—」……………	堀 哲二	1008
■お知らせ・ご案内……………		1009
■編集後記……………	中村 洋	1016

新 熊毛郡医師会 長 インタビュー

第 1 回 熊毛郡医師会 長 満岡 裕 先生

と き 平成 30 年 9 月 27 日 (木)

ところ みつおかクリニック

[聞き手：広報委員 岸本 千種]



岸本委員 本日は、平成 30 年 5 月から熊毛郡医師会会長になられました満岡 裕 先生にお話をお伺いします。お忙しい中ありがとうございます。よろしく願いいたします。まず、熊毛郡医師会についてご紹介いただけますか。

満岡会長 熊毛郡医師会は少人数で頑張っており、会員は全体で 21 名で A 会員 12 名、B 会員 8 名、C 会員 1 名となっています。年齢構成としては 80 代の先生が 1 名、70 代 7 名、60 代 3 名、50 代 4 名、40 代 5 名、30 代 1 名で平均年齢は 61 歳です。12 の診療所があり、そのうち有床診療所が 2 となっています。病院は 1 つで計 13 医療機関となっています。

岸本委員 医師会長は輪番制とお聞きしていますが。

満岡会長 2 年ごとにどんどん廻してっております。

岸本委員 次に会長になる先生が副会長をされているようで、スムーズに交代されていくわけですね。

満岡会長 今のところはそうですね。

岸本委員 小さい医師会と仰いましたが、まとまりが良いですね。輪番と言えども、中には「やりたくない」と思う先生も居られるのではないのでしょうか。

満岡会長 皆さんやっぺらっぺらすることなので。

岸本委員 会長の仕事内容について、マニュアルみたいなのはありますか。

満岡会長 代々の先生が作成されたものがあり、それにプラスアルファしてっており、わからない所は直接聞いたりしています。

岸本委員 聞ける雰囲気があるのが良いですね。

満岡会長 過去にやっておられる先生は協力してくれますし、まだ会長になられていない先生もいづれ廻って来るということで積極的に協力してくれます。

岸本委員 他人事ではないということですね。

満岡会長 特に A 会員の人数が少ないので、多い人では県医師会の担当業務が 4 つぐらいあります。

岸本委員 行政との関係の話になるかと思いますが、介護保険の認定審査会への出務など大変ではありませんか。

満岡会長 B・C 会員を除いて、A 会員は一部の高齢の方以外は全員出席で、月に 1～2 回ぐらいあります。

岸本委員 田布施町、平生町、上関町の 3 つの地域でまとまっておられますが、皆さんが集まれる場所はどちらになるのですか。

満岡会長 研修会の場所は平生まち・むら地域交流センターが多いですね。そこが使えない時は平生町の保健センターを借りたりしています。

岸本委員 平成 28 年に熊毛郡医師会の主催で開催されました第 122 回周南医学会の公開講演「チャレンジすることで越えられる」を拝聴しました。片腕のゴルファー小山田雅人さんの話、良かったです。前列の方で Cutter シャツの高校生の一群が、熱心に聞いていたのが印象的でした。ご準備が大変だったと思います。

満岡会長 ありがとうございます。斉藤前会長が非常に頑張っておられました。

岸本委員 たくさんの方が来られていて非常に良い会だったと思います。次に救急医療についてお伺いしたいのですが、熊毛郡医師会だけではなく成立し難いものがあるかと思いますが、どのように対応されているのですか。

満岡会長 休日夜間診療所を柳井市が行っており、柳井医師会と熊毛郡医師会が協力して廻しております。

岸本委員 柳井まで出務されているのですね。平日夜間もされているのですか。

満岡会長 月曜から金曜までの夜間と日曜祝日です。

岸本委員 外来診療が終わってから行かれるのは大変ですよ。

満岡会長 1 か月半ぐらいで 1 回廻ってくるぐらいなのでなんとかやっています。

岸本委員 病診連携については、病院は柳井の周東総合病院ですね。

満岡会長 そうです。地元の柳井医師会にだけではなく、熊毛郡医師会にも気を遣っていただいております、うまくいっていると思います。

岸本委員 柳井医師会が一番協力体制にある医師会になりますか。

満岡会長 二次医療圏は、柳井広域で柳井市、大島郡、熊毛郡となりますが柳井が一番近いので、そうなるかと思っています。

岸本委員 エリアが広いということは、連絡するのに新しい機器を使うとずいぶん合理化できますね。

満岡会長 今後、周東総合病院を中心に、委員会を立ち上げる予定になっています。

岸本委員 熊毛郡医師会は事務局も持ち回りと伺っておりますが。

満岡会長 今は当院が事務局となっており、事務局を構えるにあたり、新たに事務員を 1 名雇用いたしました。

岸本委員 慣れた事務スタッフが居られると助かりますね。連絡は FAX がメインですか。

満岡会長 メールが使えない環境にある先生もいらっしゃると思います。そのため、基本的には FAX で連絡しています。

岸本委員 行政とのかかわりについては、いかがですか。

満岡会長 介護保険に関しては 3 町合同でやっています。

岸本委員 熊毛郡は広島広域都市圏に入っていますが、広島県との結びつきに関してはいかがですか。

満岡会長 不便はほとんど感じておりません。確かにドクターヘリに関しては柳井、平生、上関までは広島のドクターヘリが優先となっておりますが、田布施になると山口になり、ちょうど分かれ目となっております。

岸本委員 女性医師はどのぐらい居られますか。

満岡会長 人数的には少ないです。

岸本委員 曾田貴子 先生が前々期の会長を務めておられましたね。次に先生ご自身についてのお話を伺わせてください。まずは会長になられてからのご心境と、お気付きの点などありましたら、教えてください。

満岡会長 非常に大変な仕事を仰せつかったというのが正直な気持ちで、荷が重いです。

岸本委員 普段の診療へのご負担などはいかがですか。

満岡会長 それはないようにしております。会長になったからには 2 年間頑張ろうと思っています。

岸本委員 県医師会へ行かれることも多いかと思いますが、時間もかかり大変ではないですか。

満岡会長 1 時間半ぐらいかかります。平均すると月に 1 回は行っていると思います。

岸本委員 私も広報委員として月に 1 回行っています。他のエリアの先生とお話できるので楽しみでもあります。時間的には広島に行くよりも遠いです。ちなみに今日、下松からここまで 40 分で来ることができて意外に近いということがわかりました。次に満岡先生のご略歴を教えてくださいませんか。

満岡会長 出身大学は愛知医科大学で、その後、広島大学の第一内科に入局し、消化器内科を専門としています。いろいろ大学病院等を転々としましたが、ほとんどが救急病院でした。平成 22 年に当院を開業しました。

岸本委員 お生まれはどちらですか。

満岡会長 広島県ですが、妻が平生町の出身なので、こちらに居ります。

岸本委員 それは素敵な話です。山口県のドクターが一人増えて奥様に感謝です。住みやすいですね。

満岡会長 結構気に入ってます。

岸本委員 ご趣味とかスポーツはいかがですか。

満岡会長 野球はカープファンです。大学時代はラグビーをやっていました。ただし、スクラムの方ではなく、後ろで走る役でした。体型は今とは違っていました。好きなものはワインです。もっぱら安物ですが。後は温泉も好きで、岩国の雙津峡温泉などは好きですね。

岸本委員 あの錦町の温泉は風情があって良いですね。ご旅行はされますか。

満岡会長 最近は学会等で年に何回か行くぐらいですね。家族とは連休などに近場にキャンプに行

きます。

岸本委員 結構幅広い趣味をお持ちで、上手に息抜きをされていることがわかりました。音楽は聴かれますか。

満岡会長 学生の頃は洋楽、ポップスからロック、ヘヴィメタルも好きでしたが最近は聴いていません。小学生の頃まではピアノを習っていましたが、先日、弾こうと思ったら、楽譜は読めるんですが手が動かず、全く弾けませんでした。

岸本委員 将来、高齢になってから脳トレを兼ねてピアノに再チャレンジされるとよいかもしれませんね。次に、座右の銘、あるいは好きな言葉はありますか。

満岡会長 座右の銘というほどのものはありませんが、「今できることを一生懸命する」ということですかね。

岸本委員 さりげなくて良い言葉ですね。最後に県医師会へのご意見や要望はありますか。

満岡会長 熊毛郡医師会は少人数のため、学校医等も一人で複数やっており、スケジュール調整が結構大変なので、行事予定について早い段階で教えていただけると幸いです。

岸本委員 早く分かれば、その分、動きやすいですし、仕事量は同じでもやり易さが違ってきますね。本日は貴重なお話をお聞かせいただきましてありがとうございました。先生の今後ますますのご活躍を祈念しております。

若さと落ち着きが両立している満岡会長は、質問をしっかりと受け止めてから、穏やかな口調でわかりやすく答えを返される。途中、言うべきことは力強く端的におっしゃる。ご指摘いただいたように、情報伝達の工夫や改善で負担を減らし、しかもより正確に迅速に伝えることが可能である。コンパクトな医師会の仕事の流儀に以前から関心があったが、今後の参考になるお話を伺うことができた。



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。



お問い合わせ先

0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp ■東証一部(4775)

山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階

TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社／福岡市中央区天神

■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-コ-010064



山口県医師会県民公開講座 花粉症対策セミナー



**入場
無料**

通年化する花粉症と子どもの発達障害

日時 **平成30年 12/16日**
13:00~15:30

場所 **山口県総合保健会館2階
「第1研修室」**
(山口市吉敷下東三丁目1番1号)

定員 **定員180名**
(申込制)

ご来場者には
粗品をプレゼント

問い合わせ **山口県医師会広報・情報課**
TEL:083-922-2510

- 手話通訳、要約筆記を用意しております。
- 駐車場につきましては、数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用願います。

主催 **山口県医師会**
共催 **山口県・山口県薬剤師会**

プログラム

- 講演 1** 山口県の花粉情報システムと
平成31年のスギ花粉飛散予測
沖中耳鼻咽喉科クリニック院長／山口県医師会常任理事 沖中 芳彦
- 講演 2** 子どもの花粉症と
鼻の発達障害
ひよクリニック院長／山口県医師会花粉情報委員長 日吉 正明 先生
- 特別講演** 鼻呼吸の障害と
子供の発達・発達障害
川崎医科大学耳鼻咽喉科学主任教授 原 浩貴 先生
- シンポジウム形式の質疑応答



参加のお申し込みについて

インターネットもしくはハガキによりお申し込みください。応募は先着順です。なお、定員になり次第、締め切ります。
(※定員に達した場合は本会ホームページにその旨掲載します。http://www.yamaguchi.med.or.jp)

①インターネットの場合

下記の申込みフォームよりお申し込みください。
<http://abcloud.jp/yamamed-form/form2/index.php>

②ハガキの場合

往復はがきにてお申し込みください。(12月5日必着)
発表は入場券の発送をもってかえさせていただきます。

【往信のおモテ】

往信 **753-0814**

山口市吉敷下東3-1-1
山口県医師会
広報・情報課 宛

【返信のウラ】

● 当会で入場券を印刷しますので、白紙をお願いします。
※いただいた個人情報は当講座のご案内や連絡事項にのみ使用させていただきます。

【返信のおモテ】

返信 **000-0000**

● お申込者様の郵便番号と住所、氏名

【往信のウラ】

- 「12月16日の花粉症セミナー参加希望」
- お申込者様の郵便番号、住所、氏名、電話番号
- 複数でお申し込みの場合は、その人数(ご本人様含)。ただし1枚につきご本人様含めて5名様までとさせていただきます。
- 託児希望の有無(※有の方につきましては、後日、改めて連絡させていただきます。)

フレッシュマンコーナー

新たなスタートラインに立って

山口市医師会 まかたこどもアレルギークリニック

真方 浩行

6月1日、山口市赤妻町に「まかたこどもアレルギークリニック」を開院させていただきました真方浩行と申します。開業の準備期間中は大量の事務仕事に忙殺され、開院から約4か月、勤務医時代とは違った緊張感で日々の診療をなんとかこなしてきました。その中で、これまでに世話になった多くの先生方からいただいた励ましのお言葉やお祝いが心の支えになりました。ありがとうございました。

簡単に自己紹介いたします。宇部市出身、宇部高校卒、平成13年に山口大学を卒業しました。当時は臨床研修の義務化前でしたが、同級生4人と山口大学医学部附属病院でスーパーローテーション研修をしました。2年間で内科、放射線科、麻酔科、小児科の各科を研修し魅力あるメンターに出会い、多様な経験をしたことは私の医師として

の基盤となっていると思います。研修する中で、患者さんに一番近いところで働きたい、子どもたちのために仕事をしたいという気持ちが強くなり、研修修了後、山口大学小児科に入局、大学病院、鼓ヶ浦こども医療福祉センター、同愛記念病院(東京都)、山口労災病院、山口県立総合医療センター、萩市民病院で経験を積ませていただきました。

一般小児科医として小児科全般の診療をしています。少しでもアレルギー疾患で悩んでいる子どもや保護者の方々の力になれるよう、エビデンスに基づいた医療を、子どもの目線でとらえることを大切にしながら診療をしていきたいと思っています。

近年、乳幼児のアレルギー疾患予防のための様々な知見が明らかになってきていますが、1歳



クリニック外観

ぐらいまでのお子さんのケアが鍵をにぎっているようです。湿疹をコントロールして経皮的なアレルギー感受を防ぎ、適切な時期にいろいろな食物を摂取して経口免疫寛容を誘導していくことが重要です。新しい知見に基づいたアレルギー疾患予防のための診療を、より多くのお子さんにプライマリケアの場で実践していきたいという思いと、地域に根ざして一人ひとりのお子さんとは 5 年 10 年と関係を築いていき、その成長を見届けたいという思いから開業を志しました。

開業後は、勤務医の時のように広い病院内を慌ただしく動き回ることもなくなり、診療時間前後もどんだんたまっていく事務仕事を片付けるため、これまで以上に運動不足になってしまいました。学生時代は水泳部に所属していましたので、近所のスポーツクラブに入会し、夜や休日に時間を見つけてプールでのんびりと泳いでいます。

水泳以外に趣味といえるようなものはあまり思いつかず、月並みではありますが旅行してのんびりと街歩きをし、美味しいものを食べるのが好きです。旅先で温泉につかるのも楽しみの一つで、学生時代は刺激を求めて全国各地の温泉をめぐり、pH1.2 の強酸性温泉に浸かったり、クマに襲われるのを警戒しながら道なき道をすすんで温泉に浸かったりしていました。家族で落ち着いた温



感染患者用個室

泉旅館に宿泊してゆっくり過ごすのも楽しいですが、地元の人が毎日通っているような公衆浴場に一人でおじゃまさせてもらうのが一番落ち着くようです。クリニック近くの湯田温泉は山陽路随一の温泉と言われるだけあって、そのなめらかな泉質は毎日のように入っても飽きることがなく、一日の終わりに浴場に浸かると、慣れない仕事で疲れた身が癒されていきます。

小児科医になってしばらくは、興味の大半を小児アレルギー診療に注いでいましたが、最近は同じぐらい小児の成長発達を丁寧に診療していくことに喜びを見出しています。個人的な考えですが、様々な情報に容易にアクセスすることができるこの時代は、子育ての悩みを大きくしている側面もあると思います。また、社会も多様な子どもたち

をそのまま受け入れることが難しくなっているように感じています。保護者の負担を少しでも和らげるような診療をしたい、子どもたちが自分らしく過ごしていけるように、私にできることをしていきたいと思っています。まだまだ修行中の身ですし、ひとりよがりの診療にならないように気を付けていきたいとも思っています。医師会の先生方には今後ともご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



非感染患者（アレルギー疾患定期通院、育児相談、予防接種など）待合

今月の視点

今後の有床診療所の役割

理事 伊藤 真一

日本独自の医療文化である有床診療所（19 床以下の入院可能診療所）は、1722 年 12 月 4 日（有床診療所の日）に開設された小石川養生所を起源とし、1948 年に施行された医師法第 1 条により設置され、終戦直後、入院病床の絶対的不足に対して GHQ により新設された。有床診療所は多くの場合、一人のドクター、少人数のスタッフにより運営され、入院機能とかかりつけ医機能の両方を有する、地域に密着する施設である。近隣の方々と診て、必要があれば入院治療を施し、患者家族三世代が通院するような、医療者と患者との「顔の見える関係」を長年続けてきた。このように先進的な医療機器を先んじて導入し、患者を病院よりも短い在院日数で退院させ、病院と遜色ない高度な医療レベルだった有床診療所だが、行政は大病院に入院治療を集約した。その結果、病院との「入院基本料」の差の拡大（病院最低額の半分以上）とともに経営が厳しくなり、この 20 年間で有床診療所施設数は 40% 減少している（1996 年 20,452 床→2018 年 7,000 床）。また、厚生労働省官僚から「有床診療所の使命は終わった」という趣旨の発言があったとも聞いている。このように、これまで医療政策からは「置き去り」にされてきた感が強く、経営難や後継者不足を理由に減少が続いている有床診療所だが、地域包括ケアシステム構築が進む中、あらためてその存在価値に注目が集まっている。

厚生労働省より本年 8 月 20 日に公表された「医療施設動態調査」によると、本年 5 月末の状況

は、全国の医療施設は計 17 万 9,209 施設（歯科を含む）で、病院数は 8,378 施設であった。一方、内科診療所は 10 万 2,057 施設で、このうち有床診療所は 7,074 施設となっている。

有床診療所は、2 年前（2016 年 5 月末）には 7,716 施設、1 年前（2017 年 5 月末）には 7,397 施設であったことから、2016 年 5 月末から 2017 年 5 月末までの 1 年間で 319 施設、さらに今年 5 月末までの 1 年間で 323 施設減少している。有床診療所の施設数は、この 1 年間、1 か月当たり 27 施設弱のペースで減少が続いており、このペースが続くと仮定すると、本年 8 月末には 7,000 施設を切ることになり、現時点ですでに 7,000 施設を割っている可能性が高い状況である。このままいくと、2030 年には 2,500 施設になってしまうという非常に危機的な状況である。

次に医療施設の病床数を見てみると、医療施設全体の病床数は本年 5 月末には 164 万 8,657 床で、うち病院の病床数は 155 万 2,016 床、有床診療所の病床数は 9 万 6,580 床となっている。2 年前には 10 万 4,652 床、1 年前には 10 万 466 床であったことから、2016 年 5 月末から 2017 年 5 月末までの 1 年間で 4,186 床、本年 5 月末までの 1 年間で 3,886 床減少しており、1 か月当たり 324 床弱のペースで減少が続いている。本年 10 月には 9 万 5,000 床を切り、2020 年 2 月には 9 万床を割られる。

2017 年 8 月に全国有床診療所連絡協議会の会員 2,646 施設を対象に実施した現状調査では、976 施設（36.9%）から回答を得た。医療・介護提供の現状や経営の実態、病床維持の意向などを精査しており、現状調査の結果では、2 年前と比較して経営の厳しさが浮き彫りになった（定点比較では、入院収入の減少（▲ 2,690,000 円）、給与費比率の増加（49.4% → 50.8%）、経常利益率の低下（4.3% → 4.0%））。わが国は今後、65 歳以上の高齢者が 2025 年に 3,657 万人、2042 年にピークを迎え 3,878 万人、75 歳以上高齢者の割合は 2055 年には 25% を超える見込みである超高齢社会を迎えることになる。また、これらの高齢者は多くの慢性疾患を抱えていることから、有床診療所は、地域で急変した患者の受け入れに加え、他病院（急性期一般入院料 1 算定病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟）からの転院先、在宅・介護施設への受け渡し、看護・介護で家族が疲れたときに患者を一時的に預かるレスパイト、看取りや在宅医療の提供などの多様な機能を担うことが可能であり、今後、有床診療所は地域包括ケアシステムの中心を担う存在になると考えられる。

地域包括ケアシステムの中で、有床診療所の役割は専門医療の担い手、病院の後方支援、看取り、救急対応など多岐にわたっているが、看護職員や介護職員を含む人員確保が最も大きな課題となっている。また、業務量の多さから医師の負担は大きく、前述の現状調査では「病床はそのまま維持する」が 50.0%、「病床は維持したいが無床化するかもしれない」が 26.5% と報告された。特に内科系は「病床はそのまま維持する」が 43.7% と低く、今後の病床維持の厳しい状況が浮き彫りになる中、インパクトがあったのは「入院患者満足度」の調査結果である。医師による診療・治療内容に「非常に満足」「満足」と回答した患者が 86.7%、医師以外のスタッフの対応に対しては 83.7%、また、施設、食事などの満足度もいずれも高い水準であった。この結果より、有床診療所と地域住民の間には強い信頼関係があり、地域医療においてはなくてはならない重要な存在であ

ることが明らかとなった。

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、「住み慣れた場所で最期まで暮らすことを目指すもの」として地域包括ケアシステムの構築を推進しており、そのために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。

今後の超高齢社会に向け、有床診療所が在宅医療、介護との連携、専門医療の提供など、地域の「かかりつけ医」として地域医療の中心を担う存在となるためには、在宅医療体制とリハビリ入院を活用したシステムを作り上げ、地域包括ケアシステムを意識した組織づくりが肝要となる。2017 年 8 月時点で、有床診療所の 33.6%（内科 51.5%、外科 44.4%、整形外科 44.4%、眼・皮・耳鼻科 2.9%）が介護事業を実施しており、最も多いのが通所リハビリ（デイケア）で 22.2%。続いて居宅介護支援事業所が 19.4%、通所介護（デイサービス）が 11.0%、訪問リハが 8.8% であった。その反面、「実施しておらず今後も予定なし」と回答した診療所は 4 割強を占めた。その理由は、対象外、医療に専念したいを除くと、介護職員確保困難と申請手続きの手間であった。

昨年 11 月の診療報酬医改定 中医協総会にて厚生労働省は、地域医療を担う有床診療所は入院医療と介護サービスを組み合わせた「地域包括ケアモデル」への転換を推進する必要があるとし、介護サービスを提供する有床診療所の評価の見直しを提案した。日医は経営基盤が弱いために介護サービスに参入できない有床診療所も多いとし、「経営基盤そのものを評価する方向性も併せて考えなければならない」と発言した。2018 年 4 月の診療報酬改定では、有床診療を「地域包括ケアモデル」と「専門医療モデル」のカテゴリーに分類し、とりわけ前者への評価が特徴的なものとなった（次頁図参照）。すなわち地域包括ケアの推進に有床診療を活用・重視したい意向の表れであり、一定の評価と考えたい。

まず、有床診療入院基本料 1～3 の算定要件として従来の条件（地域包括ケア要件）に加えて通所

リハ・居宅療養管理指導等の介護事業を手掛けていれば算定できることとした。また、中長期入院の対象患者が多いと考えられる一定期間（15 日以降 30 日まで）に 65 歳以上の患者と特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の患者に算定する介護連携加算（加算 1：192 点、加算 2：38 点）も新設された。

さらに、在宅復帰機能強化加算においては加算点数の大幅なアップ（5 点から 20 点）と平均在院日数の要件の緩和（60 日から 90 日）や、介護事業を展開している有床診も含めて一部の病院病棟からの転院に際して「在宅復帰扱い」となるなど病院との連携も評価されるようになった。

介護報酬改定では、短期入所療養介護の食堂設置要件の緩和や、看護小規模多機能型居宅介護においても病床の有効活用につながる等の改定となった。

ただ、多くは加算の新設や算定要件・施設基準の緩和であり、入院基本料本体の引き上げはなく、また、人員基準に係わる加算の引き上げや一般的

な入院基本料等加算の有床診における算定要件緩和もない。加えて、急性期医療の負担軽減となるであろう「専門医療モデル」に相当する有床診に関する評価もない等、有床診全体への評価としては決して満足できるものではない。

今後、有床診療所が地域医療を積極的に担うためにも、地域の医療介護施設と連携し、その機能の果たすための安定した運営体制の整備が望まれる。

対策として、①強固な経営基盤の構築（業界をあげた人材確保策、看護職員や医療クランクなどの人の評価など含め、入院部門だけで収支をまかなう体制を整える）、②有床診療所を継続させる（後継者のマッチング、若手医師への働きかけ）、③地域包括ケアの中での中核をめざす（介護サービスを行う、増加する地域の高齢患者のニーズに応える、他診療科との連携を強化、かかりつけ医機能の強化）などを積極的に講じなければならない。

有床診療所のモデル分析（未定稿）

		主に地域医療を担う有床診療所 ⇒ 地域包括ケアモデル (医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒ 専門医療提供モデル
モデルの位置づけ		医療と介護を提供	専門的な医療サービスを効率的に提供
モデルの分析	入院患者の年齢	相対的に高い	相対的に若い患者 (ADLが自立している患者が多い)
	入院患者の特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者
	在院日数	相対的に長い	短期滞在（高回転型）
	総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
	主な入院診療報酬	入院料等	手術料
	病床稼働率	（休眠していない病床の）稼働率は高い	必ずしも高くない
	典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

- 「専門医療提供モデル」については、入院診療報酬に占める手術料の割合が高く、専門的な医療サービスのニーズのある地域において、少ない人員体制で手術等の専門医療を効率的に提供するモデルとして今後とも役割が期待される。
- 「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」では、入院診療報酬に占める入院料の割合が高く、稼働する病床においては安定的な運営が可能である。一方で、施設として収益を確保するためには、施設全体の病床稼働率を上げることが必要だが、有床診療所の病床規模では、地域によっては病床稼働率を高く維持することは困難である。

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

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

●基本：月給	加算：月給
加算月給：11月1日	月給：40,000円
基本月給	月給：12,000円
合計月給	52,000円
合計月給保険料	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
加入予定年月	平成 27 年 7 月
加入時年齢	40 歳 6 ヵ月
加算支払開始年月	平成 27 年 7 月
年金受取開始年月	平成 52 年 1 月
年金受取開始年齢	65 歳
支払保険料累計	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（土・日・祝日の場合は、その前日）となります。
- ・「終身年金」は、加入者本人であれば一生受け取ることができます。
- ・「仮払期間15年」では、受給者本人が仮払期間中にお亡くなりになった場合、15年の満期に達して、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受取コースの選択（1～4）」は、受取開始の時に決めなければなりません。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延ばせます。
- ・「受取年金月額」は概算です。現在は年額表示での計算となっており、将来、年金の額が決定される時は、変更になる場合があります。

●受給年金	●81コース
加算月給	加算月給12年
基本月給	基本月給12年
合計月給	合計月給12年
15年受取額	103,300円
●82コース	●83コース
加算月給	加算月給15年
基本月給	基本月給15年
合計月給	合計月給15年
15年受取額	103,300円
●84コース	●85コース
加算月給	加算月給18年
基本月給	基本月給18年
合計月給	合計月給18年
15年受取額	103,300円
●86コース	●87コース
加算月給	加算月給21年
基本月給	基本月給21年
合計月給	合計月給21年
15年受取額	103,300円
●88コース	●89コース
加算月給	加算月給24年
基本月給	基本月給24年
合計月給	合計月給24年
15年受取額	103,300円

20150601S8

平成 30 年度 中国四国医師会連合総会

と き 平成 30 年 9 月 29 日 (土)

ところ ホテル一畑 (島根県)



今年度の総会は、島根県医師会の担当により開催された。まず、中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、分科会・総会の運営、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、次期開催県等についての協議が行われた。その後、3つの分科会が行われた。

なお、9月30日に開催の予定であった中国四国医師会連合総会は、台風24号による悪天候のため急遽、29日の開催となり、中国四国医師会連合の平成29年度事業・会計報告及び平成31年度は高知県の担当で開催することが承認された。また、予定されていた特別講演2題は中止となった。

第1分科会「医療保険・医療政策」

(診療報酬、地域医療構想、在宅医療・基金(医療)、消費税問題、労災・自賠責保険等)

日本医師会の松本吉郎 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言・要望について討議した。

各県からの提出議題

1. 地域包括ケア病棟の在宅復帰率について

(鳥取県)

今年度の診療報酬改定により、地域包括ケア病

棟における在宅復帰率の「分子」から療養病棟と介護老人保健施設が削除された。これにより、一部の病院からは地域包括ケア病棟の在宅復帰率7割を継続していくのが困難になる可能性があるとの指摘がある。

また、「分子」には介護医療院も含まれているが、本県では介護医療院への移行が全く進んでおらず、予定も含めて現在のところ皆無である。

そこで各県にお聞きしたい。

- ①地域包括ケア病棟を有する病院において、在宅復帰率7割を維持していくことが困難となるような病院が存在するか。
- ②介護医療院への移行はどのような状況となっているか。

①各県とも「在宅復帰率7割の維持が困難」でそれなりに苦勞をしているという状況であった。特に療養病床、介護老人保健施設を併設している医療機関では苦慮されている。

②県によっては「移行なし」もあったが、ほとんどの県では緩やかに移行が進捗している。(山口県では6施設369床が移行：9月1日現在)

日医 地域包括ケア病棟の算定要件に導入された

「在宅復帰率 7 割の維持」について、具体的な困難理由を報告してほしい。

2. 診療報酬請求における審査支払機関（基金、国保連合会）との合意形成について（岡山県）

近年、診療報酬請求審査にコンピューターシステムの導入が進められ縦覧・横覧でより厳しい査定が行われている。

一方、診療報酬に関する疑義に関して一般的な解釈説明は疑義解釈で公表されているが、細かな運用ルールは都道府県の審査支払機関の裁量に任されているのが現状である。このような状況の中で社保と国保による審査判断基準が異なることがしばしば問題視されているため、本会では年 2 回、審査支払機関との合同会議を開催し、これらの審査判断基準について現状の説明と摺合せの会議を設定している。

各県においてはどのような対応をされているか。また、それらの情報の会員へのフィードバック方法などについても伺いたい。

山口県では昭和 55 年から同様の協議会を開催し、協議した項目は既に 1,300 を超える状況であるが、各県においても社保と国保の審査較差は正策は積極的に行われている状況であった。

日医 都道府県ごとにローカルルールが存在していることは承知しているが、実際にはやむを得ないところがあると認識している。ただし、同一県内での社保と国保の較差は望ましくない。

3. 地域医療構想調整会議における都道府県医師会の役割について（広島県）

現在、各構想区域において調整会議が開催され、病床の機能分化・連携等について議論が進んでいるかと思う。

先般、厚労省が開催した都道府県医療政策研修会でも、各県の先進的な検討事例が示されたが、実際に議論に携わる立場である地区医師会からは、調整会議の進め方等に対する懸念の声が届いている。

各県医師会におかれては、どのように地区医師会や会員への支援を行っているかご教示いただき

たい。

高知県からは、現在、具体的な病床転換・削減の議論は進んでおらず、会内委員会で県行政と密に連携を取り、情報共有及び提言を行っているとの報告があった。また、病床の休床及び再開に関し、県からの情報提供が遅れたため会員が不利益を被った事例があり、県医師会が窓口となるようにされている。愛媛県は全域が病床過剰地域とされているが、過剰とされている病床にもそれぞれ使い道があるとの認識で、会員の意見を聞きながら、県医師会として病床を減少させない方向でいると発言された。岡山県からは、地域住民の視点で、意見交換・情報共有していくことが肝要であるとの指摘があり、司会の島根県から、いずれにしても、地域住民が安心して医療が受けられなくなれば、“何のための地域医療構想か”ということになるので、その点を踏まえて、医師会が中心になって調整していくことになるだろうとまとめられた。

日医 医療資源が限られた区域では、なくてはならない公立・公的医療機関等にダウンサイジングを求めていくことは難しい。あくまでも、都市部などで民間と競合している場合に、三次救急等そこでしか担えない機能に重点を置いていただき、それができない場合には、ダウンサイジングや撤退等を求めることになる。日医では、新公立病院改革プランにおいて、国立病院を含む公的医療機関等においてもプランを策定して、それが地域医療構想に齟齬を来すのであれば、プランを修正させる仕組みを要求してきた。また、公立病院や公的医療機関等はプランを作成したら調整会議に提出、協議いただき、修正すべきところは修正することになっている。国立病院機構や JCHO、あるいは厚生連など全国的、全県的な公的機関の場合も、本部の方針と地域で担うべき機能の異なる場合には、当然地域のほうを優先していただく必要がある。厚労省通知でも、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえて、公立病院・公的医療機関でなくては担えない機能に重点を置くことを確認することが明記されているし、骨太の方針においても、

そのような記載がある。

普段から連携している病院に対して、なかなか言い出しづらいところもあると思うが、担当副会長の中川先生がいつも言われているとおり、「心を鬼にして発言してほしい」ので、言うべきことは言っていたきたい。

4. 地域医療構想調整会議について（徳島県）

平成 30 年度は、2025 年までに目指す医療機関機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定を行う重要な年となっている。地域医療構想の進捗状況については各県、各医療圏で異なっていると思われるが、本県では、昨年の調整会議が 2 回開催され、県内公的病院の「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」について説明された状態で止まっており、調整会議がうまく機能しているとは決して言えない状態である。厚労省は本年度中に地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けて、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置、都道府県主催の研修会の開催、地元に密着した「地域医療構想アドバイザー」の育成を行うと言っている。

そこで、各県の地域医療構想調整会議の状況について、

- ①調整会議の開催回数（昨年度の回数と本年度の予定）
- ②調整会議の議長（都市会長、保健所長等）
- ③調整会議の事務局の体制（都道府県、保健所、市町村等）
- ④調整会議以外の県当局からの説明会・意見交換会等の有無
- ⑤都道府県単位の地域医療構想調整会議の議長
- ⑥地域医療構想アドバイザーの人選
- ⑦議論を活性化するために特に取り組まれていること

以上について、ご教示願いたい。

- ①調整会議の開催回数は年 2 回、専門・検討部会を設置している県では計 4 回／年開催している県が多かった。
- ②調整会議の議長は各地区の医師会長であり、一部保健所長が務めている地域もあった。香川県では、県内が 3 圏域だけであることもあり、す

べて県医師会長が議長を務めている。

- ③事務局は全県で保健所及び県行政が担っている。
- ④調整会議以外での説明会や意見交換会については、徳島県では 29 年度に各地区医師会を回って説明会が実施されていた。広島県では、地区医師会長が協議や意見交換を行う場を設けるほか、地域医療構想に特化した会ではないが、関係団体が行う会議や講演会で県行政からの説明や講演が行われているとの報告があった。
- ⑤都道府県単位の調整会議については、今年度 6 月の厚労省通知により示されたところだが、その設置や議長については、県行政で検討・調整中の県が多く、岡山県と徳島県は県医師会長が議長となる予定との報告があった。
- ⑥アドバイザーについては、全県において、県医師会から役員等が推薦されており、本県では大学病院長、県立病院理事長、県医師会担当役員が選任されている。
- ⑦議論の活性化については、各県でも課題となっており、なかなか妙案がないとの回答が多かった。

日医 日医としても地域医療構想調整会議の活性化は大きな課題だと思っている。厚労省の担当課とも協議を重ねてきたが、県単位の調整会議を提案した。佐賀県のように、都道府県医師会が行政としっかり連携している事例を基に、各区域の調整会議の議論が円滑に進むように支援することが役割だと思う。各地域の協議事項や年間スケジュール、議論の進捗状況、データ分析、高度急性期の医療提供体制などは、構想区域を越えた広域での調整が必要になる。日頃から、非常に近い・親しい区域の中の会議だけでは、逆に言いにくい面があることも想像して、少し大きな会議を別に設けて、意見が出れば良いと思っている。アドバイザーについては、各県の回答を聞くと、医師会役員の先生方や大学病院、病院団体の役員などが推薦されている。いずれにしても、現場の状況をよく知った方に務めていただければ良い。都道府県主催の研修会等で、地域医療構想の進め方について、事例紹介やグループワークを交えながら、多くの方々の理解を進めていただきたい。

この地域医療構想については、実際には、なか

なか進みにくいことは重々承知している。性急に進めることではないと認識しているので、地域の実情に鑑みながら、じっくりと慎重に進めていただきたい。

5. 地域医療構想調整会議における公立・公的病院等の医療機能についての協議について（高知県）

各構想区域においては、公立・公的病院等の医療機能がその地域の民間病院と競合しないよう、不採算医療などに特化するなどの調整が地域医療構想調整会議に求められているが、経営母体（NHO、JCHO、JA 厚生連など）の経営方針や政治的な背景があり、必ずしも病院長の考えが反映されない等、調整には困難を極めることが予測され、座長を務める郡市医師会への負担は大きい。また、調整会議の決定事項は努力目標であり法的な拘束力はない。国や県レベルで公的病院の機能縮小、病床削減などの方針を明確に打ち出すべきと考えるが、各県のお考えをお聞きしたい。

岡山県から「OUMC」構想について、6 病院の統合を目指して検討されていたが、経営母体が全て異なり、経営方針は本部の意向が重視されたために頓挫したことが報告された。また、空床からは医療費は発生しないので 2025 年、2040 年と自然に収束していくため、慌てることなく進めるべきとの意見があった。

愛媛県からは、公立病院・公的病院には救急・災害・感染症等の不採算部門を地域の中で担ってもらっていることもあり、今、敢えて積極的に言及するのではなく、必要最低限の現在の機能を維持してもらうということが概ねの総意であるとの報告があった。

6. 審査事務の集約に向けた実証テストについて（社会保険）（山口県）

社会保険診療報酬支払基金では、規制改革会議の医療 WG において指摘された事項について厚労省の回答に沿って進められている審査事務の集約に向けた実証テストが、本年度において全国 3 か所で、周辺県のレセプトや職員等を集約して審査を行い、事務の効率化について調査が行われる。中国四国ブロックにおいては実証テストの該当県

がないことから情報を得難い状況にあるが、本テストの結果により審査委員会はブロックごとに集約される方向にあり、それでは公的医療保険の審査が医療現場から乖離していくものとなる。また、同様のことは国民健康保険でも起こり得ると考えられる。

この施策に対する各県の意見及び日医のスタンスを伺いたい。

各県とも審査委員会が集約されることには反対であった。

日医 本実証テストは事務組織におけるものであり、審査委員会の集約は前提とされておらず、それを認める訳にはいかない。国は韓国型の HIRA を参考として制度改革を計画していたが、社会保障の制度が違うことから、日本には適合しないことが認識されてきた状況にある。

7. 警察用診断書の提出のない自賠責診療に対する対応について（香川県）

警察用診断書の提出のない（いわゆる物損扱い）自賠責診療が全国で 5 割を超えているという報告もある。各県の現状と県三者協議会での対応について伺いたい。

各県とも同様（5 割程度）の状況であったが、物損扱いの中には柔整案件が含まれているのではないかと推察される。

日医 警察内及び損保内での取扱い上の問題が影響しているようであるが、患者及び医療機関側に不利益が生じないように、日医の労災・自賠責委員会で引き続き対応する。

8. 機能強化加算と算定要件について（愛媛県）

今回の診療報酬改定で、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算 80 点が新設された。算定要件で、地域包括加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料などを届け出ている診療所又は 200 床未満の保険医療機関において、

初診を行った場合に、対象疾患、対象患者に限定されることなく、初診料を算定する患者すべてに加算が可能とされたことは大いに評価され、本加算は算定要件の緩和もあり、今後、全国的に届け出医療機関が多くなっていくものと推測する。

一方で、医師に対して 24 時間対応を求めている、働き方改革が云々されている中で、一人の医師の対応では長期的に見て負担増になる可能性があり、かかりつけ医として地域で活躍される高齢の開業医にとっては、体力勝負の側面がある本加算の取得に躊躇されている医師も少なからずいると推察する。

かかりつけ医機能評価の充実という国の在宅医療への誘導が目的としても、初診料を算定するすべての患者に算定可能であるとする事は、毎年の感染症の発生動向や生活習慣病での初診患者数増から考えても、かなりの医療費の増加が予想されるが、次回の改定で、本加算の大幅な見直しが行われ、24 時間対応要件のまま減算されるのではないかと危惧される。

そこで、各県における機能強化加算届け出医療機関数の現状確認及び評価について伺いたい。

機能強化加算の算定状況（施設数）

鳥取県	73	島根県	107	岡山県	351
広島県	535	山口県	165	徳島県	163
香川県	152	愛媛県	223	高知県	56

各県とも本加算については一定の評価をされていたが、かかりつけ医とそれ以外の医療機関との格差が広がることへの懸念も聞かれた。

日医 算定要件は緩く設定されているため、基本診療料の増額が見込めない中では、本加算をすべての医療機関が算定できるように引き続き対応していく。

9. かかりつけ医機能評価の充実に向けた各県医師会での取り組み状況について（高知県）

今回の診療報酬改定では、地域包括ケアシステム構築の推進でかかりつけ医機能評価の充実が推し進められている。これは郡市医師会が中心になると思うが、各県医師会で取り組んでいること、また、その中で 24 時間の連絡体制が求められて

いることについて、これを推進するよい方法があれば伺いたい。

各県とも県医師会には関与しておらず、郡市医師会からの要請があれば行政等との交渉にあたるという状況にあった。

日医 24 時間連携体制の構築は医師会が中心になってほしい。ただし、これを制度化することには反対の立場である。

10. 地域包括ケアシステムの進捗状況と医療連携推進コーディネーター配置について（島根県）

現在、圏域ごとに地域包括ケアシステムの構築に向けて協議・話し合いが進められているが、進捗状況は圏域・地域によって大きなバラツキがある。医療資源に恵まれない地域にあっては危機意識が強く、医師会病院あるいは民間病院を中心に行政をはじめ多職種が参加した取り組みが進められている。

一方、都市部では、医療資源に恵まれているため、あるいは病院経営の観点から病院間の連携・役割分担が進んでいないのが現状である。

そこで、県では郡市医師会等に在宅医療の供給についての検討や病院・行政等との各種調整を行う人材（医療連携推進コーディネーター）を配置し、

- 1) 地域の医療・介護資源の機能等の把握
- 2) 訪問看護ステーションの活用推進
- 3) 在宅医療に取り組む医師による連携に向けた情報交換会の開催
- 4) 効率的で質の高い在宅医療提供体制の構築
- 5) 病床の機能分化・連携に向けた調整への参加等を行うセンター連携拠点を郡市医師会等に設置し、委託する案を示した。コーディネーターは医師、ベテランの保健師等を想定している。

医師会に連携拠点を置きコーディネーターを配置して多職種が参加した取り組みを行っている医師会があるか、あれば、コーディネーター配置がうまく機能しているかご教示願いたい。

医師をコーディネーターとして配置する事業を医師会が受託しているという県はなかった。しか

し、ケアマネや看護師等がコーディネート機能を持ったものとして、現在、市町村が介護保険事業である「在宅医療・介護連携推進事業」で進めている「在宅医療・介護連携に関する相談支援」があり、郡市医師会が受託している地域もあった。

日医 地域包括ケアシステムは、保険者である市区町村や都道府県が地域の独自性、主体性に基づいて、特性に応じて作り上げていくものになる。各地域の取組みの情報をいただいたので、持ち帰って参考にさせていただく。

日医への提言・要望

1. 医療や介護の財源について（鳥取県）

「日本は 1,000 兆円の借金があり、社会保障に無尽蔵にお金を使うことはできない。社会保障を充実させるためには消費税を上げざるを得ない。」という財務省の嘘に国民はだまされている。また、「医療や介護にお金を使うことでますます、国の借金が増える。」という嘘も国民は信じさせられている。

政府は消費税はすべて社会保障に充てるということで消費税を 3% 増税し、その増税分は約 5 兆円もある。ところが、社会保障に充てたのは約 5,000 億円にすぎない。医療や介護に十分にお金を使うことで、日本の GDP を押し上げる効果があることは事実が証明している。

日医としては、財務省や政府の嘘に騙されることなく、医療や介護にしっかりと財源を手当することを政府に求めてほしい。少なくとも増税分の 5 兆円はすべて社会保障に回すことを申し入れてもらいたい。

日医 日医は、これまでも「社会保障の充実」によって国民不安を解消することが、景気・経済の好循環につながるということを主張してきた。受益と負担との関係を明確にしつつ、増税の結果として、安心して社会保障を受けられるようになったという成功体験をもてることが重要である。そのためには、ご指摘のとおり、消費税収の用途を「債務の増の軽減」から、「社会保障の充実」へ変更するということは一つの良い方法である。他の財源に活用できるのであれば、教育だけではなく、

医療を始めとする社会保障の充実に充てる考えは当然であって、そうなることが望ましい。

ただし、政府全体の支出が増加することによって、今後、骨太の方針等で支出にシーリングがかけられることにも懸念を抱いている。こうした政局を注視しながら対応し、あくまでも国民皆保険を堅持していくとともに、国民の間で医療と介護の享受に格差が生じないように、医療・介護の更なる充実・強化を図るように政府に対して強く求めていく。

2. 控除対象外消費税の問題（岡山県）

消費税が導入された際、医療は無税としたために医療機関が消費税を負担する損税が生じている。消費税は現在 8% で、来年 10 月には 10% への引き上げが予定されている。諸外国では先進諸国の消費税は平均 19% とされ、IMF（国際通貨基金）や OECD（経済開発協力機構）は日本に対し消費税 19% を勧告している。

消費税を 8% に引き上げた際には基本診療料・調剤基本料等への上乗せによる対応が行われたが、診療科により薬剤費や医材料費の較差が大きく不十分な対応となっている。すなわち診療報酬改定のなかで、消費税分として 2.89% が充当されたものの、5.11% が医療機関の損税となっており、日医はこの 5.11% 分の還付を求めている。

一方、自民党幹部（三役）は消費税 10% までは軽減税率に消極的とされ、税制の改正を發議する自民党税制調査会でこうした控除対象外消費税の議論さえ進んでいない。消費税 10% のシナリオが出来上がる前・適切な段階できちんと働きかけを行わなければ控除対象外消費税の問題が解決されることなく、一方的に消費税が引き上げられることになりかねない。

平成 29 年の病院運営実態分析調査では、赤字病院の比率は 69.0% と、2/3 を超える医療機関が赤字となっている。今後、人口減少社会を迎え、地域医療構想調整会議でさらに病床削減が進められようとしている。低侵襲治療の普及が進む急性期医療の現場では材料費率が 40% にも及び、院外薬局のない地域の開業医においても、控除対象外消費税の問題は切実であり、問題解決に向けた働きかけが急務である。

日医 日医の方針は、現状の制度を維持し、補填の過不足を確定申告で対応する方向であり、厚労省と協議を行っている。各県においても地元選出国會議員への説明を続けていただきたい。

3. 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について（広島県）

日本医師会地域医療課より、各都道府県における地域医療構想に関する議論を一層活性化する 4 つの方策が厚生労働省医政局地域医療計画課長より各都道府県衛生主管部（局）長宛に通知にて示されたとの情報提供があった。

4 つの方策の具体的な内容としては、

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について
2. 都道府県主催研修会について
3. 「地域医療構想アドバイザー」について
4. 各医療機関の具体的な対応方針に関する協議の進め方について

特に、「地域医療構想アドバイザー」についてどのように考えているのか教示願いたい。

日医 提出議題 3～5 でのコメントのとおり。（省略）

4. 老健施設と介護医療院の関係について（山口県）

本年 4 月に新設された介護医療院については、診療報酬上は自宅や老健施設等入所者と同様の取扱いとなる。今後、医療機関が介護療養病床から介護医療院への転換の判断に際し、老健施設と介護医療院の二つの制度はいずれ一つの制度となり、統合された介護施設として運営していくことになるのかと医師会が質問を受けることがある。このことについて、日医の見解を伺いたい。

日医 介護保険法第 8 条において、（居住施設である）老健施設と（医療必要度が前提である）介

護医療院は法的に異なった施設であり、当面は同一制度になり得ないと判断している。

5. 全国保健医療情報ネットワークに対する日医の見解について（徳島県）

「全国保健医療情報ネットワーク」は、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」からなり、2020 年度からの本格稼働に向け、2018 年度より実証事業が開始される。

中国四国地区では、島根・鳥取・広島・岡山・香川・愛媛の各県において、全県単位の医療情報連携ネットワークが既に構築され、地域医療構想に盛り込まれている先進県もあり、本県でも現在「阿波あいネット」による県内ネットワークの構築が進んでいるが、このネットワーク構築時にも特に問題になったのは、医療機関が負担する費用の問題と参加する患者の同意の問題であった。今後、これらのネットワークを繋ぐのか新たに全国ネットを立ち上げるのかは分からないが、更なる医療機関の費用負担の発生や、初診時に患者の同意を得るための説明に費やす苦労が予想される。これらについて現在の進捗状況と日医の見解を伺いたい。

日医 ご指摘のとおり、昨年 6 月に閣議決定された「未来投資戦略 2017」において、国の施策としての「全国保健医療情報ネットワーク」の構築が、2020 年度内の本格稼働を目指して推進されることになっている。この戦略においては、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等から

構成され、自らの生涯にわたる医療等の情報を本人が経年的に把握できる仕組みである PHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指すと言われている。



一方で、日医では 2016 年 6 月に公表した「日医 IT 化宣言 2016」において、安全なネットワークの構築を謳っている。従来、医療分野のネットワークは、レセプトオンライン請求用や各地の地域医療連携ネットワークなど、目的別・地域別に構築されてきた経緯があり、多職種連携や電子紹介状のやり取り、治療・検査データベースとの接続など、機微な情報を扱うさまざまな医療等のサービスを共通利用することができる、高度なセキュリティが確保されたネットワークというものとは存在していない。そのため日医では、①厳格な機関認証を受けた医療機関等並びに接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続するセキュリティが確保された医療等分野に閉じたネットワーク、②医療等分野におけるサービスの共通利用が可能な全体最適化されたネットワーク、③公益性を担保し、全国をカバーするユニバーサルサービスとしての医療等分野のネットワーク構築を目指している。

日医が考えるネットワークの構築に向けた働きかけを今後とも進めていくとともに、あくまでも医療機関の負担増へつながらないようにコストの問題も今後議論を深めていきたい。

6. オンライン資格確認について（愛媛県）

厚労省が計画しているオンライン資格確認については、医療機関で対応するためには資格確認用回線と IC カードリーダーが必要となる。また、医療機関内の既設の電子カルテシステムと連携しようとするならば、大幅なシステム改修の必要性もでてくる。医療現場の混乱を最小限に抑えるために、あくまでも従来どおりの健康保険証の券面の確認が基本であり、オンライン資格確認が義務化されるようなことがないことを要望する。

日医 オンライン資格確認は、マイナンバーを使用するものと（被保険者証の）IC カードによるものがあるが、想定されているのは支払基金及び国保連合会の使用する回線を用いた資格確認であり、医療機関の窓口業務は従来どおりと考えられている。

7. 夜間看護体制特定日減算について（高知県）

本制度は、かかりつけ医が患者に「いつでもいらっしゃい」と言えなくなり、地域包括ケアシステムに逆行する内容である。地方厚生支局は当初、これが通知された以上は規定どおり対応すると言っていたが、少しトーンダウンしているようにも感じる。日医の指導力に期待する。

日医 医療機関の負担軽減が目的であり、看護師の病棟間の往来は自由であるとするものだが、運用には注視していく。

8. 地域別診療報酬について、日医として反対の意思表示を鮮明にして頂きたい（島根県）

地域別診療報酬の復活が財政制度諮問会議等で議論となっている。もし具体化されると都道府県間に地域差が生じ、大混乱は必至となる。過去に地域差解消に向け先人が大変な苦労の下に全国一律を勝ち取り、現在の診療報酬体系ができ、全国の地域医療の発展に大きく貢献したことは間違いのない事実である。都道府県の医療費適正化の名の下にこのような先祖返りを許してはいけなく考える。もちろん日医として反対を表明されているが、一般会員に浸透していないため、あらゆる機会をとらえて全国にアピールしていただきたい。

日医 日医の姿勢に変更はなく、地域別診療報酬の復活には断固反対していく。

9. 自賠責保険診療費算定基準の制度化（島根県）

交通事故の患者及び医療費適正化のために、保険者を国土交通省や金融庁とした自賠責保険診療費算定基準の早期の制度化を積極的に進めていただきたい。

日医 長年の課題であり、アンケートの結果では 37 都道府県が制度化に賛成となっているが、反対も含めて意見に差異があることも事実であり、引き続き調整していく。

報告：常任理事 萬 忠雄
常任理事 前川 恭子

第 2 分科会「介護保険」

(介護報酬、地域包括ケア、基金(介護)、在宅医療、認知症関連等)

日本医師会の江澤和彦 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言・要望について討議した。

1. 各県における認知症サポート医の養成状況ならびに認知症に関わる地域医療連携体制について(鳥取県)

従来、認知症サポート医は研修を受けてサポート医として登録されても、あまりメリット(活躍の場)がないと言われていた。その後、今年度までにすべての市町村において設置が義務付けられている「認知症初期集中支援チーム」においては、サポート医が重要な役割を果たすこととなり、今回の診療報酬改定においても、サポート医の地域における認知症医療連携が評価されることになった。

以上をふまえ、各県における認知症サポート医の養成状況並びに地域における認知症の医療連携体制(かかりつけ医・サポート医・専門医・認知症疾患医療センター等)について伺いたい。

鳥根県 認知症サポート医は 75 名で、新オレンジプランの数値目標にはほぼ達している。圏域によっては、医師会や認知症疾患医療センター、保健所をはじめ医療・介護関係団体や行政、家族の会等で構成する「認知症ネットワーク会議」を設置しているところもある。

広島県 本年 5 月 8 日時点でサポート医が 236 人養成され、各市町で活発に活動している。加えて「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講も促進されており、いずれかの研修を受講した医師は、県から「オレンジドクター」に認定され(970 人)、地域の患者が気軽に認知症について相談できる窓口としての役割を担っていただいている。また、本県では認知症疾患医療センターが各二次医療圏に設置が完了しており(平成 26 年度: 県 7 機関、広島市 2 機関)、地域で開業している認知症サポート医やかかりつけ医とも連携し、認知症の鑑別診断や相談対応に関して大きな役割を担っている。

岡山県 本県の児島医師会では、専門医や認知症疾患医療センター、多職種とも連携し認知症連携パス「健康パスポート事業」を展開している。この事業は、「相談し合え、協力でき、支え合える地域作り」を目指し、認知症の連携パス(健康パスポート)を作成し、患者・家族を含め多職種連携のために、①より具体的に連携する、②関係者は誰でも全員参加できる、③簡単に連携できる(低コスト)、④内容は最後まで残せる(流れは途切れない)、の 4 つを連携のカギとして展開している。

日医 地域づくりと認知症の支援体制を構築する役割、かかりつけ医のアドバイザーとして役割を担うことを目的に平成 17 年度に認知症サポート医養成研修が始まり、現在 8,217 名が受講している。

昨日、認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業委員会の議論の中で「サポート医が認知症の診断能力をもう少し高める必要があるのではないか」とのご意見があったが、サポート医は診断能力よりも地域のかかりつけ医との連携や地域の認知症支援体制を構築するコーディネーターという位置付けで考え、必ずしも専門的な診断をする必要はないのではないかと助言した。一方で今、サポート医の活躍の場がないという意見がある中で、医師会においてフォローアップ研修を開催しているところもあるが、サポート医が活躍しやすい(時間帯も含めて)物理的な条件も含めて、日医としてはサポート医を取得された先生方には地域でのリーダーシップを発揮していただくことを期待している。なお、本年 4 月にできた「認知症サポート指導料」は日医が要望し、地域で活躍している認知症サポート医を算定要件に入れていただいている。

2. 認知症初期集中支援チームの活動状況について(山口県)

本県では、本年 4 月までに全市町において認知症初期集中支援チームが設置された。各々の設置時期も異なるため、その活動実績にはばらつきもあるが、総じてやや低調といえる。各チームへのアンケートによれば、1) その存在が市民に認

知されていない、2) 情報が上がって来にくい
ため対象者の選定・把握が困難、3) 独居でキ
ーパーソンがいない場合や本人が介入を拒否
する場合等は支援が困難、等の意見が挙げら
れている。また、認知症疾患医療センターや
他のサポート医との連携の在り方等にも課題
があるものと思われる。各県における状況や
問題点をお伺いしたい。

徳島県 徳島市では市内を 4 地域に分け、現
状は北部・西部チームと南西部・南東部チ
ーム構成している。チーム員サポート医は 11
名おり、2～3 か月ごとの交代制による参加
としている。チーム員会議はサポート医の医
療機関での開催等も行っている。かかりつけ
医との連携のため専用の情報提供書も使用し
ている。平成 29 年度受付事例 80 件、チ
ーム員会議開催 44 回、鳴門市ではチ
ームは一つで 3 名のサポート
医が交代制で担当、29 年度チ
ーム活動実績 10 件、うちサ
ポート医同行訪問 3 件。オレ
ンジ連携シートを使用し、か
かりつけ医との双方向の情報
交換をしている。そのほか、
市町村ごとに取組み具合は
まちまちであるが、対象者の
把握として 60～74 歳の全
住民に郵送でスクリーニング
テストを行っている自治体も
ある。29 年度末の徳島県認
知症対策連携推進会議で示さ
れた、認知症初期集中支援チ
ームについての市町村アンケ
ートで出てきた「取組上の課
題」は、①認知度が低く実績
が少ない、②対象者の把握が
難しい、③かかりつけ医への
周知が不十分、④インフォー
マルなサービスや重度化しな
いための介護予防サービスの
充実、⑤家族や本人が支援を
拒否した際の介入の仕方、⑥
支援対象・支援終了の判断、
⑦事務作業の効率化、⑧マン
パワー不足、⑨若手のサポー
ト医養成希望、⑩主治医とサ
ポート医との連携強化である。
新オレンジプランにより、一
般診療所 10 か所に対して一
人のサポート医配置と養成の
目標が引き上げられ、身近な
サポート医が増えるものと思
われる。サポート医養成推薦
時に地元医師会に初期集中支
援チーム等での地域での活動
意思があり、かかりつけ医と
の連携も取れる医師の推薦
をお願いしている。

香川県 地域包括支援センターは、ほとんどが直

営となっており、いろいろな
情報が集まりやすいことから、
初期集中支援チームを設置さ
れているところが多い。全市
町設置はされているが、会
議については毎週開催してい
るところから年数回というこ
所もある。今回、サポート医
フォローアップ研修会のグル
ープワークにおいて、地域ご
とに具体的な情報交換を行
った。グループワークの時
間が短かったという意見が多
く、今後もこのような機会
を作りたい。

日医 平成 29 年度の事例報告書では 715 チ
ームで、チーム概要は地域包
括支援センター 56%、行政
18.6%、医療機関 13.9%で、
直営のところもある。情報
の把握経路は、家族 40.2%、
民生委員 6.2%、近隣住民
4.6%、ケアマネ 9.7%、困
難事例取扱：該当する 37.9%、
訪問・支援回数が平均 4.6
だが、1～2 回が 41%とな
っており、これで支援ができて
いるかという声をお聞きす
る。初回訪問が 60 分程度で、
一般的にはコメディカル 2 名
が多い。把握から初回訪問日
数は平均 12.7 日、初回訪問
から引継日数は約 2 か月、医
療・介護に繋がるまでの日数
は医療 70 日、介護 84 日であ
る。支援開始時に認知症によ
る受診をしていなかった者の
うち 52.5%は認知症の診断
又は通院につながっている。
介護サービスを利用していな
かった者のうち 60.3%は介
護保険サービスの利用につ
ながっている。

施設基準を満たすためだけに
受講される方もおられるが、
地域で活躍していただくと
ありがたい。日医としても、
その点をどうするか議論し
ている。

3. 改正道路交通法施行後の現状について(愛媛県)

平成 29 年 3 月 12 日に施行
された改正道路交通法により、
75 歳以上の高齢者が一定の
違反等をした場合や、運転免
許更新時の認知機能検査で
認知症の恐れがあると判断
された場合、専門医による
臨時適性検査を受けるか、
かかりつけ医の診断書の提
出が必要になった。認知症
と診断された場合には、公
安委員会の審査を経て運
転免許は取消処分となる。

この制度は、医師がその良
心と見識にもとづき

作成した診断書について、診断書作成医師に刑事上の責任が生じることはないが、民法上の責任はこの限りではなく、診断書作成に不安を抱えることとなった。そのため、かかりつけの患者であれば、かかりつけ医に日医の手引きに従って対応をお願いし、かかりつけ医がいない患者の初診対応は認知症サポート医に協力要請し、診断困難例は認知症疾患医療センターに依頼することとした。

また、認知症と診断され生活の足を奪われた高齢者に対する生活支援に対して、行政に依頼し、愛媛県知事より各市町村行政に対して支援サポートの充実要請の通知を出していただいた。ただ、支援サポートは不十分で今後の課題と思われた。

愛媛県では大きなトラブルなく経過しているようだが、各県の現状は如何か？

鳥取県 全体的にはスムーズにいつている。第 1 分類になっても医師の診断までくる人は意外と少ない。警察庁の発表によると、改正道路交通法の施行（平成 29 年 3 月 12 日）から平成 30 年 3 月末までの 1 年余りの間に 210 万 5,000 人が運転免許証の更新のための認知症機能検査を受検し、うち 5 万 7,000 人（全受検者の 2.7%）が第 1 分類と判定された。このうち医師の診断を受けた人は 1 万 6,470 人で、約 4 万人は免許証の自主返納ないし更新手続きを中止したケース等と考える。このうち、医師の診断書により運転免許取消となった人は 1,836 人（診断を受けた人の 11.1%、第 1 分類とされた人の 3.2%）にとどまっている。本県においても免許証の取り消し、更新が拒否されたケースは今のところない。実際に免許センターで第 1 分類になった方が自主返納を勧められた事例はある。一方では、自主返納を勧めすぎている弊害も感じられ、今後の課題と思われる。

高知県 インフォーマルの面はまだまだ発達していないが、「あったかふれあいセンター」など、人を集約する場所を確保しながら行っていこうという行政側の努力が一つあげられる。

山口県 本県でも人口が減ってきて、公共交通機関が少なくなっており、あまり進んでいない。

岡山県 平成 21 年 11 月から 65 歳以上の運転免許を自主返納された方及び運転免許取消となった方に「おかやま愛カード」が申請により発行されている。このカードを提示すると商品の割引が受けられ、主要バス路線や鉄道の運賃（JR 以外）が半額となり、タクシー運賃も 1 割引になる。平成 29 年 3 月時点で協賛事業所は約 2,000 で、バス 17 社、鉄道 3 社、タクシー 171 事業所（2,000 台）が参加している。また、吉備中央町では住民互助による通所付添活動が、昨年 9 月より県の通所付添活動促進事業のモデル事業として施行されている。これは、養成講習を受けた通所付添サポーター 2 人が、片道 100 円の負担で利用者が自宅と「通いの場」の移動するのをお手伝いするというものである。通所付添サポーターは 50 ～ 70 代までの前期高齢者世代を中心に 17 人が誕生しており、特養の車両 1 台と町契約リース車両 2 台でスタートしている。町は 1 組につき 2,000 円を付添活動の対価として補助している。30 年度は備前市、奈義町、欠掛町でも施行されている。また、一部の地域では予約型乗合方式のワンボックスカーが運行されており、1 人 300 円で戸口から目的地までの送迎を行っている。これを利用できない要介護や要支援者、身体障害者などに対しては、介護タクシー、福祉有償運送、福祉タクシー運賃の支払いに使える年間 5,000 円までのチケットを交付している。本会は、本県長寿社会課、本県警察署、認知症疾患医療センター等の医療機関との定例協議会を設置し、年 1 回議論を重ねている。

日医 平成 29 年における 75 歳以上の高齢運転者による死亡事故は、前年と比較して死亡事故件数・構成比ともに若干、減少しているものの、75 歳以上の免許保有者数は増加している。免許人口当たり死亡事故件数は減少傾向にある。死亡事故を起こした運転者は第 1 分類、第 2 分類の割合が高いので認知機能の影響があるのではない。また、多くのかかりつけ医の先生方が診断書を作成されているが大きなトラブルは生じていない。なお、診断書命令があったときは、かかりつけ医が診断のために行う診察、検査等については保険診療となる。

4. 地域包括ケア推進へのテレビ会議システムの活用を（岡山県）

地域包括ケアはまだ確立していないが、まず連携の手段としてテレビ会議システムの活用を提案したい。

地域包括ケアでは多職種連携が重要視されており、その連携のケースも医師とコメディカル、コメディカル同士とさまざまな場合が想定される。また、各地域でさまざまな事情があるため、すぐに同じシステムを構築するのは難しいと思われる。

本県の新見地域のモデル事業で下記のような実証実験を行ったところ、コメディカル同士や多職種連携会議の利用でも有効であった。

そうしたことを踏まえ、まず地域で活用できるテレビ会議システムあるいは Web 会議システムを構築していきたいと考えているが、各県の状況をお伺いしたい。

（参考）

テレビ会議システムの実証実験例

- ・新見地域内での利用

- ①退院前担当学会議
- ②通所リハビリ担当学会議
- ③在宅患者の多職種連携相談
- ④新見地区 4 病院の定期地域連携室会議（月 1 回開催）

- ・新見地区と他地域との利用

- ①他地域の病院との担当学会議
- ②認知症患者への他地域専門医の担当学会議参加
- ③メディカルコントロール症例検討会への川崎医大検証医の参加（年 2 ～ 3 回定期開催）

香川県 かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）に加入している施設があれば、（株）ブイキューブのテレビ会議システム（V-CUBE ミーティング）を無料で利用できる。現在、認知症初期集中支援チームのチーム員会議や、医療機関同士でのミーティングなど、参加者が一堂に会することが難しい会議などに活用されている。課題としては、会議の際、他からパソコンで参加するときに、全体を把握するためのカメラ等が必要で現在、取組みをすすめているところである。

愛媛県 本会地域医療連携ネットワークの中で、全県を対象とした VPN 接続環境下で Web 会議システムを用意している。現在までの使用事例は、郡市医師会で開催している在宅緩和ケア症例検討会への松山市内からの遠隔参加、がん診療連携拠点病院間の勉強会などである。現場への普及はこれからだが、技術的な問題はなく、医療機関・訪問看護事業所からは希望すれば利用できる状態にある。介護事業所が使うことを想定したアクセスの経路も用意しており、関係団体との協議が整えば、介護支援専門員等にもオープンにすることが可能である。本会はインフラとしてこの仕組みを用意しているが、使用することを強制はしないし用途も限定しない。多地点のカンファレンスや訪問看護師立会のもとでの居宅の患者との遠隔診療など、どのようなシチュエーションで使うかは、ユーザーの自由な発想で関係者の合意を得て柔軟に対応してもらえば良い。今のところ、このシステムの利点としては無料で提供できることである。

島根県 しまね医療情報ネットワーク（まめネット）のインフラを利用して、TV 会議システムの導入に向けて実証事業を行っている。実証事業に参加していただいている施設が約 40 あり、安来、松江、出雲、隠岐の各所で実証されている。タブレット端末（iPad）au の専用回線を使っており、より安全なネットワークになっている。山間地をカバーするには au の回線は弱い点が難点である。アンケートによると概ね、それぞれ病院、訪問介護施設、診療所、介護施設等での評判は上々で、本年 11 月までの実証実験だったのが、来年 3 月末まで延長された。

5. 地域包括ケアシステムの構築について（広島県）

本県では、各日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築状況を判断するために評価指標を定め、各市町や地域包括支援センターが自己評価を行っている。評価指標は広島県地域包括ケア推進センター（医療・介護関係団体や行政等で構成）で作成しており、達成状況を点数化している。昨年度、全 125 圏域で 7 割以上の点数を達成し一定の成果を得たが、今後は評価指標をより明確化し、定量評価で客観性を持たせ、判断基準の統

一化することで今後の推進に活かしていく予定である。

各県では地域包括ケアシステムの構築状況について、どのように評価しているか、また、評価した状況をどのように各圏域や市町間、県などで共有・活用しているかお聞かせいただきたい。

その他、県など行政が主導して実施している地域包括ケア推進事業に対する評価指標、方法等があればご教示いただきたい。

島根県 広島県のツールを利用させていただいて「地域包括ケアロードマップ作成支援事業」を平成 30 年 4 月に策定し、モデル事業 3 か所でいずれも好評である。

山口県 広島県のようなきめ細かな対応は行っていない。確かに県において数値目標を設定しているが、現状の医療・介護のサービス、連携等に関しては、各都市で比較するような指標をもっていない。今回、アンケート調査を実施してみたが、なかなか回答いただけないのが現状で、市町によって進捗状況も異なっている。

日医 国が国費 200 億円投じて、今年度から実施しており、次年度も 200 億円で要望する予定であるが、そのうち 10 億円が都道府県に関するもので、残りの 190 億円は市町村に関するものである。評価指標を作り 190 億円を投じて、評価をつけて全国の市町村のランキングによるインセンティブをつけるという取組みが今年度から始まる予定である。市町村の保険者機能の強化、地域包括支援センターの事業評価が始まっており、近々、全国の市町村や支援センターに全国平均値をお示しする予定である。

6. 地域包括ケアシステム推進に向けての行政、関係団体等との連携について（香川県）

国全体で地域包括ケアが推進され、市町村、郡市地区医師会単位で在宅医療介護連携を始め、幅広い事業が行われている。また、各職能団体も地域医療総合確保基金などを用いて多様な事業を実施している。それら関係者などと情報交換・共有することにより相互理解が深まり、さらに各地域

の地域包括ケアシステムの質の向上を図ることができると期待される。しかし、それとともに県全体、医療・保健福祉圏域などの広域において、統一化すべき検討課題も多いと考えられる。県医師会としての取組みについて、ご教示いただきたい。

島根県 地域包括ケアシステム関係者連絡会議を年 3 回開催しており、今年度も 124 名の参加であった。

岡山県 地域包括ケア部会を設置し、「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」を設立した。地区医師会の医療・介護連携体制整備を今年からバックアップしようということで進めている。また、必ず医療と介護の行政担当者をディスカッションの場に巻き込んで、プレゼンテーションを行ったりしている。在宅介護連携推進事業では地区医師会と市町村の連携が不可欠なので、行政関係者、保健所の所長、地域包括支援センター職員、地区医師会の会長、地域包括ケア担当理事の講演を行い、そのあと同じ地域でテーマを決めてグループワークで話し合っている。

7. 在宅診療における他科訪問診療コーディネート事業について（徳島県）

今年度より「在宅患者訪問診療料」が新設され、かかりつけ医からの依頼で他の医療機関（現実的には他科医師による）訪問診療が政策として推進されるようになった。在宅療養患者は慢性疾患、ADL 低下以外にも臨床的に尿路感染、摂食嚥下に起因する誤嚥性肺炎、褥瘡などのハイリスクを有し、かかりつけ医の専門外の疾病に対応せざるを得ないと考えられる。在宅医療支援の一環として、かかりつけ医と他科医師の訪問診療をコーディネートする需要が高まっていると思う。

本県では、平成 27 年から「地域医療介護総合確保基金（在宅医療同行訪問診療事業）」なるものを立ち上げた。過去 3 年間の実績は数名の医師が参加してきたが、現在はほぼ活動していない状況である。かかりつけ医と他科（泌尿器科、耳鼻科、皮膚科など）医師の連携を促進するコーディネート事業に関し、他県での計画や現況はどうか。

愛媛県 松山市医師会では在宅医療支援センターを設立し、「主治医・副主治医制」とともに「他科往診依頼制」を運用している。在宅医療連絡会を松山市内 5 地区に分けて、合同開催を含めて年 12 回開催して顔の見える連携を推進するほか、在宅医療連絡会のメーリングリストを立ち上げ、情報交換を行っている。依頼先は各主治医の判断で決定できるが、依頼先が見つからない場合は、在宅医療支援センターで紹介を行っている。

島根県 今年度から医療連携推進コーディネーターを配置しているが、実際には動いていない。松江市では、在宅医療システムを構築して、看取りを代行できるような取組みをしようと検討している。

日医 日医では、小児を診ることに苦手意識を持つ会員がいることから、2 年前から「小児在宅ケア検討委員会」を立ち上げている。日医と厚労省との議論においては、地域包括ケアは各地域の人口推移等がまちまちであるため、これを地域単位で、都道府県や地域に見合った枠組みにしたいと強く申し上げている。

8. 介護人材の確保とスキルアップの各県の取り組み状況について（高知県）

昨年、県と高知市に介護従業者の充足状況の調査を依頼した。県からは介護職員の充足率は 95% 程度と報告された。高知市からはアンケート調査による施設の整備状況と職員の充足率状況が報告され、施設数は増加するも職員数は変わらない実態が見えてきた。特に入所系では職員数の減少が見られた。

以上を踏まえ、介護人材の確保とスキルアップについて各県の取り組み状況について伺いたい。

鳥取県 介護人材の確保のため「介護に携わる人への感謝の手紙を募集し、それを活用した広報」、「とっとり介護フェアの開催」等、介護の仕事への理解とイメージアップを図る取組み、介護福祉士等の養成確保を図る「介護福祉修学資金等貸付事業」、介護報酬上の処遇改善加算の取得を支援

する「介護職員処遇改善加算取得対策研修の開催」等に取り組んでいる。介護職員のスキルアップのため、介護の基礎知識や技術等の習得を図る「介護専門職研修の開催」、介護福祉士資格取得に向けた「介護職員実務者研修の受講支援」介護職員による医療的ケアを推進する「喀痰吸引等研修の開催」等に取り組んでいる。また、「介護サービス情報の公表制度」、「介護人材育成事業者認証評価制度」（平成 30 年度～）の運用等を通じて、事業者による自発的な取組みも後押ししていきたい。

広島県 「広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会」（国・県、福祉・施設関連団体、職能団体、養成校等 26 団体で構成）を中心として、①人材のマッチング、②職場改善・資質向上、③イメージ改善・理解促進、の 3 点を施策の柱として、総合的に人材の確保・定着、育成事業に取り組んでいる。このたび、アンケートを行い、課題を抽出して、それを検討したところ離職率が高いという課題が見つかった。このため今後は「採用してもすぐ辞めてしまう」組織ではなく、「人が育ち質の高いサービスを継続的に提供できる」組織への転換を業界全体で目指すこととし、経営者・管理者向けのセミナーの開催や、「魅力ある職場宣言ひろしま」の登録を促進、他法人のロールモデルとなる優良事業所認証制度の創設、ICT や介護ロボットの活用等による職場の負担軽減や業務の効率化の促進等を、重点的に事業に取り組むこととしている。

島根県 介護福祉士養成校への入学も減少し、医師会立准看学校もなかなか入学者が増えないため、人材確保が難しくなっている。いろいろな取組みはされているが、改善の兆しが見えないのが現状である。

徳島県 介護人材の確保のために「まんじゅう型」から「富士山型」と言われているが、介護現場の業務から周辺業務を切り分けて、これを元気なシニアに担っていただく徳島県版介護助手制度を昨年度創設した。介助助手として働くシニアの方や、受け入れた介護施設からも大変好評であった。

9. 地域での介護医療院の役割と設置状況について（島根県）

地域医療構想の中で、今後、慢性期医療を必要とする患者さんが増大することが予想されている。すべての患者さんを在宅で支えることは困難で、医療が必要な患者を支える仕組みとして、特に医療区分 2, 3 の重度の方、医療区分 1 の方で、がん末期で食事が十分に摂れない、点滴が必要、喀痰吸引が頻回に必要な方など、何らかの医療が必要だが、急性期病院にも入院できず、医療療養病床にも入院できない。そういう方を受け入れる病床を廃止すれば、多くの患者さんが行き場を失うことになる。その対応として「介護医療院」が新しく創設されると認識している。

本年度以降、介護医療院は、介護保険法の本則に定められる新しい施設となるが、介護老人保健施設、介護福祉施設、介護医療院の三つの施設がそれぞれ役割・機能を果たしていくことが期待される。例えば、昨年の介護保険法の一部改定で、老健施設は「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と改正が行われた。居宅における生活への復帰を目指すものでなければならないとされた。超高齢社会の状況で、在宅を含め全体の 8 割の患者さんは慢性期医療を必要としている。特養は終の療養施設として、介護医療院は医療ニーズの高い方の受け入れ先として、今後ますます期待されるであろう。平成 30 年度からの第 7 期介護保険事業計画には、「介護医療院」のベッド数なども盛り込まれる必要がある。市町村の財政面の負担にならないよう、それぞれの地域で協議が必要と考えられる。本県では、本年 4 月から、介護療養病床からの転換先として、1 施設 52 床が認可された。各県での開設状況や今後の課題などについて伺いたい。

山口県 6 施設で 369 名収容。一つが医療療養であとは介護療養からの転換である。

高知県 現在のところない。

愛媛県 介護療養型医療施設 746 床、医療療養型病床 4,548 床あり、6 年後には介護療養型医療施設の廃止が決まっている。本年、1 医療機関が転換支援を受けて、医療療養病床 31 床を介護医療院に転換する。その他、別の 1 医療機関が介護療養型医療施設 94 床をすべて介護医療院への移行を検討している。また、介護医療院への転換支援策として移行定着支援加算（1 日 93 単位 / 床）が新設された。転換の届け出から 1 年間算定できるが、ただし 2021 年 3 月 31 日までしか算定できない。2018 年 4 月 1 日～2020 年 4 月 1 日までの 2 年間のうちに転換しなければ 1 年分の支援は算定できず、今後、医療・介護療養病床から介護医療院への転換は急速にすすむと予想される。

日医 昨年の 8 月 10 日に総量規制の対象外ということで医療療養と介護療養と転換老健については、市町村が事業計画を 0 と見込んでも拒むことができないと通知を提出されている。実際問題、介護→介護に移行は問題ないが、医療→介護に転換の場合は市町村にとっては大きな問題である。そのような事例があれば、日医に挙げていただきたい。

日医への提言・要望

1. 介護施設での医療に関して（鳥取県）

介護施設における医療費に関しては、さまざまな矛盾が存在する。特に老健施設における医療のマルメの問題と特養における厳しい算定制限はその最たるものである。

老健は介護保険発足以前に医療の一部として制度設計されたため、医療費がマルメのまま放置され入所者が入院、外来などで受けていた医療、特に比較的高価の薬剤の使用が困難となる問題を抱えている。特養においては初診、再診料、各種管理料などほとんどのコストが医療費としては算定できず施設が受け取る介護報酬に含まれるとされるため、これらは施設と配置医との間の契約に任されている。また、実際にどの程度の医療的コストが介護報酬に内包されているのかも不透明

である。これらの矛盾を解決するためには介護報酬と診療報酬を明確に分ける必要があると考える。このことを実現するには両報酬が同時改定される機会を除いて困難である。残念ながら今回の同時改定では全く議論されなかったが、次の同時改定まで時間がある今こそ長期的視野でこれらの矛盾を解消するために検討を始めていただきたい。

日医 抗がん剤の強力な化学療法等は老健では行わないが、関節リウマチのバイオ製剤やパーキンソンの薬剤等については要望していきたい。老健の場合は、前立腺がんの注射製剤は 3 か月に 1 回投与するが、残念ながらホルモン療法に入っている。施設によっては、そのために一日退所する手続きを取っているところや施設が負担しているところもあり、今後検討していきたい。特養において、看取りの推進や不要な救急搬送は抑制していこうという中で、配置医師や協力医療機関による 24 時間対応の体制がない施設の場合、特養は看取り介護加算を算定している場合であっても在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算ができるように改定された。配置医師や協力医療機関による緊急時 24 時間対応の体制にする施設や特養で看取った場合、看取り加算は算定できないが、在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア算定が改定されたので、ご検討いただきたい。

2. 患者の意思を尊重した医療及びケアを実現していくために、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の研修体系の充実について（岡山県）

高齢・多死社会を迎え、人生の最終段階における医療やケアの在り方が、これまで以上に大きな課題となっており、患者の意思を尊重した医療及びケアを実現していくための ACP の重要性が指摘されている。

現在、厚労省から委託を受けた神戸大学が「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」を開催しているところである。しかしながら、指導者研修は 2 年に 1 回東京で、1 年に 1 回ブロック研修が開催されているが、受講希望に比して募

集枠が限られ、抽選漏れが半数近くになっているのが現実である。

そこで、日医としても ACP 等に関する体系的な研修会を企画実施していただけるように要望するものである。

日医 遅くとも次年度には研修会を開催したい。ご存知のとおり、在宅医療や訪問看護の要件となり、療養病床やケア病床においても「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿ったターミナルケアの指針を用意しておくことが算定要件になっている。今後、具体的事例についての研修会ができればと思っている。

3. 働き盛り世代の認知症対策について（広島県）

働き盛り世代の認知症の特徴は、就労の継続が妨げられることにより、家族を含めた生活基盤が崩壊することにある。本県では県行政により若年性認知症対策ネットワーク会議が設置されたが、働く職場への浸透が課題のように感じる。そのため、民間企業も含め、厚労省（ハローワークなど労働部門）への働きかけをお願いしたい。

日医 新オレンジプランの 7 つの柱の 3 番に「若年性認知症施策の強化」があり、若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等の強化、若年性認知症の人への支援として、各県で若年性認知症支援コーディネーターが任命されている。医療・介護の支援だけではなく、就労支援が入っている。支援コーディネーターと検討いただき、ぜひ、連携していただきたい。働き方改革については、日医としても働きかけを行っていきたい。

4. 混合介護の更なる拡大に十分な注意を（山口県）

先般、厚労省は介護保険適用サービスと適用外サービスをニーズに合わせて提供する混合介護について、そのルールの明確化のために今後発出予定の通知内容を明らかにした。しかし、さらなる規制緩和を求める意見も根強い。介護を必要とする高齢者には貧困層も多数存在し、社会保障費削減の流れから混合介護が拡大されると、大きい介護格差を生じる懸念がある。介護は生存権・生活

圏を保障するための社会保障制度であり、市場原理を前提とする混合介護の拡大には歯止めをかけるべきであり、日医としても今後の方向性に十分な注意を払っていただきたい。

日医 通知を出すにあたって、厚労省と協議させていただいた中で、「介護保険制度は、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供することを目標とするものであり、介護支援専門員は、区分支給限度額を超過する居宅サービス計画を作成しようとする場合には、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じた適切なサービスであるかどうか、アセスメント等を通じ十分に検討しなければならない。」を追記させていただいた。介護保険はもともと尊厳の保持と自立支援が大前提であり、ケアマネが保険外サービスでもその人に適切で、ふさわしいものであるということ担保する意味で追記していただいた。もし不適切なサービスがあるようであれば、日医に情報を上げていただきたい。

5. 介護職員処遇改善加算を医療機関にも(徳島県)

平成 29 年 12 月 8 日に政府与党政策懇談会にて安倍総理が、「介護離職ゼロに向けた介護人材確保のため、介護職員の更なる処遇改善を進め、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について、月額平均 8 万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、2019 年 10 月から処遇改善を行う」と発言された。介護福祉士が評価されたことは大変ありがたいが、現状、同じ介護福祉士でも介護保険適応事業所では処遇改善加算が付くが、福祉施設や医療保険の医療機関では付かない。医療機関でも高齢患者が多く、介護の専門職の働きなしには入院医療が成り立たないことを考えると、2019 年 10 月の時点では医療機関の介護職員にも加算が付く仕組みとなるよう、日医から働きかけていただきたい。

6. 適切な介護職員(看護補助者)への処遇改善手当の設定、マンパワーの確保のために(島根県)

施設の過剰整備に加え、本県においても、全産

業的に労働力の確保が困難になりつつある。とりわけ介護人材の確保については、本県の推計では 2019 年に 3,500 人の人材不足が予測され、更に介護福祉士養成校への入学者の減少にみられるように、高卒者の介護職への希望が大幅に減少し、同時に景気の動向から、介護職の離職率も増加し、人材確保が年々厳しさを増している。住民のセーフティーネットの基盤である介護・医療サービス事業の将来にわたる安定的な経営と、それを支える介護人材の安定的確保が強く求められる。そのためには、介護職員の努力によるキャリア・アップなどによりモチベーションを上げ離職を防止しながら、介護職の処遇を改善し魅力ある職場とする必要がある。

現状は、平成 25 年度賃金構造基本統計調査(厚労省)によれば、全産業平均賃金が月額 324.0 千円に対して、介護職は 218.9 千円と 10 万円を超える差が生じている。少なくとも全産業平均並みの賃金の水準となるように日医としても国に提案していただきたい。更に、介護報酬では介護職員に対しては、処遇改善に対する加算が設けられているが、診療報酬では病院勤務の介護職員(医療保険では「看護補助者」と呼ばれている)には、処遇改善手当は設けられていない。疾病構造が変化する中で、ケアからケアへの比重が増す中で、介護職の役割は増大すると考えられる。同一労働同一賃金の国の方向からも外れた処遇が行われている。処遇改善手当の加算の対象に病院介護職員(看護補助者)も追加していただきたい。現状では、人件費の高騰は医療・介護事業所の経営を圧迫し、昇給などの賃金の改善を困難にしており、医療介護総合確保基金を利用し、賃金・処遇の改善を目的とした助成制度を設けるなどの提案もお願いしたい。

日医 2017 年の介護離職は 9 万 9,000 人となっており、5 年前の 2012 年も 10 万 1,000 人でわずかに 2,000 人しか減っていない。2040 年には労働者人口が 5,650 万人にまで落ち込む中で、そのうち 19%、5 人に 1 人は医療福祉職についていないといけない。2025 年には約 55 万人の介護職員処遇改善は、これまでの数回の積み重ねで、月額平均 5.7 万円相当が改善されているが、

新しい経済施策パッケージとして、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について月額平均 8 万円相当の処遇改善を算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、処遇改善を行う。実施時期は、消費税率の引き上げに伴う報酬改定において対応し、2019 年から実施するとされており、先般から国の審議会で議論が始まった。一定割合は勤続 10 年以上の介護福祉士に配分されるべきだが、残りの一定割合については、介護事業所の裁量に任せていただきたい。保険料を 1,000 億円使うのであれば、保険者と被保険者のコンセンサスが必要であるし、今後、こういったことを介護職員処遇加算でいくのか、当初は交付金として公費だけで行っていたが、少し公費に戻すのか、加算を継続するかについての議論をお願いしたい。今回の要望にある 5 万 7,000 円に加えて 8 万円相当の差額がでると医療現場で働かれる介護職員がいなくなるので、医療現場の介護職員処遇改善を併せてセットで行っていただきたい。日医としても検討していく予定である。

7. 今後の療養病床の再編について（愛媛県）

平成 30 年 4 月より、介護療養型医療施設・医療療養病床・介護療養型老人保健施設からの転換を目的に、新たな居住系介護施設として介護医療院が創設された。

本県では、愛媛県介護保険施設等の整備方針において、新規参入を制約するとともに、まずは、現存する療養病床等から転換による対応を優先することとなった。平成 29 年 12 月 1 日現在で、本県には、介護療養型医療施設 746 床、医療療養型病床 4,548 床あり、6 年後には介護療養型医療施設の廃止が決まっている。

医療療養病床から介護施設へ転換することを支援する目的で、愛媛県療養病床転換助成事業費補助金交付要綱が公布された。助成の対象となる病床は、医療療養病床転換助成申請時において使用許可を得ている療養病床（介護療養病床を除く）である。

これに続いて、地域医療介護総合確保基金（介護分）により、介護療養病床に対しても同様な助成が検討されており、今後、医療・介護療養病床から介護医療院への転換が急速に進むことが予想

される。

今後の介護医療院も含めての療養病床の展望について、日医の見解を伺いたい。

日医 介護医療院は、住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設され、長期療養と生活施設が大きな役割である。また、今回特例として、すでに療養型から老健に転換された施設は認められている。看取りの役割もあり、介護医療院は通所リハ、訪問リハ及びショートステイが提供できる在宅療養支援も可能で、地域に開かれた交流施設として地域に貢献することが大事と考えている。

〔報告：常任理事 清水 暢〕

第 3 分科会「地域医療・医療環境」

（勤務医、新専門医制度、働き方改革、感染症、救急災害、看護師対策、医療廃棄物等）

日本医師会の釜范 敏 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言について討議した。

各県からの提出議題

今後の准看護師養成への新たな方策について
（鳥取県）

現在、本県では准看護師養成校が 3 校あるが、うち 1 校は受験者数・入学者数の減少、教員の確保困難などを理由に、平成 30 年 4 月の入学生を最後とし、平成 32 年 3 月をもって閉校が決まっている。

本県では、平成 27 年に鳥取看護大学と鳥取市医療看護専門学校が新たに開設され、看護師養成の定員が 160 名増加した。今年度、鳥取市医療看護専門学校では、初めての卒業生が就職等をし、来年度には鳥取看護大学の卒業生が就職等をする予定である。

一般的に、准看護師養成校の卒業生に関しては県内への就職率が 80%といわれているが、各県における新規看護大学設置の状況と、看護大学卒業後の進路について、どのような状況かお伺いしたい。

また、准看護師養成に関しては、日医としても継続の意思が固いと聞いている。准看護師資格

を国家資格にする方策を考えるなり、あるいは在宅医療、地域包括ケアシステムの中で准看護師に中心的な役割を与えるなど、今後、さまざまな業務に准看護師を登用していくことが必要と考えるが、各県の意見を聞かせていただきたい。

司会 准看護師資格に関しては、後ほど釜沼常任理事からお話を伺いたい。准看護師養成校は各県で定員割れを起こしているようである。山口県には看護関係の学校が多くあるので状況をお話したい。

山口県（沖中常任理事） 4 年制の看護学部は 3 校あるが、最近開設されたものはない。3 校合計の平成 29 年 3 月卒業生の県内就業率は 41% と高くはない。総合カリキュラムの保健看護学科の県内就業率は 32% とさらに低率である。一方、医師会立看護職員養成所の卒業生のうち看護職員として就業した者の県内就業率はいずれの課程も 80% 以上と高いが、応募者も減少し、合格しても入学しない者もあり、定員割れをしている。

司会 岡山県の准看護学校は 1 校と人口を考えると少ないようだが、状況をお話したい。

岡山県 人口に比べて少ないかは分からないが、定員 20 名が定員割れを起こしたことはない。卒業生の半数は県内の診療所などに就職し 9 名は進学した。

「特定行為に係る看護師」の研修制度について (愛媛県)

医師の働き方改革にはタスクシフティングが欠かせないことから、医師法、医療法の見直しを含め、医師事務作業補助者のさらなる活用と特定行為研修を修了した看護師の養成や救急救命士等、他の医療従事者の業務拡大、PA (physician Assistant) 制度、NP (Nurse practitioner) 制度等の整備を行うことを要望していく必要がある。この中で特定行為研修を修了した看護師は、昨年までに全国で 585 名が誕生し、中四国においても 26 名が各医療機関で活躍中とのことである。さらに、看護師の特定行為研修を行う指定医療機

関数も全国で 69 医療機関と増加し、中四国にもすでに 6 箇所誕生している。

この看護師を雇用する医療機関側が積極的にならない理由の一つは、診療報酬上の評価を含めたインセンティブがついていないことである。医師事務作業補助体制加算は今回の改定でもさらに点数はアップした。将来的に特定行為に係る研修修了看護師の数が揃い、その臨床レベルが上がり、早期発見・早期対応によって患者の病状悪化を食い止められるようなことになれば、医師の過重労働の抑制とともに在院日数の低下等の臨床指標の改善にもつながる。一般国民がこの制度を認知して、修了者を揃えることで病院の評判が上がれば職員数、患者数が増えるなどの効果が出てくる可能性もある。

看護師の特定行為研修制度については、主に日本看護協会と厚労省が推進している。日医は、この特定行為研修修了看護師の養成に関して、医師の働き方改革には必須事項として盛り込んでいるが、現時点であまり積極的ではないと思われる。中国四国各県医師会の今後の方針をお聞きしたい。

司会 この制度については積極的な県と慎重な県があると思う。島根県のご意見を伺いたい。

島根県 この制度は 2015 年 10 月から始まり、救急医療あるいは在宅医療に必要だと考えるが、本県には十分に浸透していない。その理由として、本県には研修する場所がなく、ほとんどの人は東京の自治医科大学又は地域医療振興協会で研修されていることが挙げられる。この資格を取るのに少なくとも 1 年はかかると聞いている。県は 2025 年までに 100 名を予定しているが難しい。研修費用の 3 分の 2 を県、3 分の 1 を勤務先が負担しているのが実態である。

医師の指示がないとできない行為が 21 区分あるが、トラブルが起きた場合、医師の責任が問われる可能性があるので、県は 100 名と言っているが、これからの研修予定者などを考えると 2025 年までに多くても 35 名程度とみている。

日医 全国の医師会立の看護職員養成所へのアン

ケートによると、どこの地域においても准看護師を目指す人の数が減っており、定員を満たせていないところが非常に多い。若年人口の減少があり、どの職種も人手不足で募集がうまくいかないが、准看護師の魅力が十分に伝わっていないと思われるので、日医としてしっかり取り組む必要がある。2 年間で看護職の入口部分に立てることは大きなことである。社会人の希望者が増えているが、先々の経済的な基盤を確保しようと 2 年間頑張っている准看護師資格を取るという需要は今後も見込まれるので、さらに准看護師の魅力を高めるよう工夫をしなければならない。准看護師の養成所がなくなってしまうと地域の看護職が足りなくなることは目に見えているので、各医師会立の養成所には引き続き養成に力を尽くしていただきたい。

看護師の特定行為研修については、日医はあまり積極的にこれを推進していないのではないかという指摘があったが、決してそのようなことはなく、当初から積極的にこの仕組みが必要であると考えている。名称については、「特定行為研修修了者」として厚労省に届けられる。医師の場合は、国家試験に合格した段階で医籍に登録されて、2 年の臨床研修が修了すると医籍が上書きされるが、看護師の場合は、特定行為研修が修了したことによって看護師籍が上書きされることはない。厚労省で修了者の名簿が管理できるようになっている。

特定行為研修について、平成 25 年にこの仕組みが決まった段階では、新たな職種は設けないという合意がなされている。フィジシャンアシスタントなどの名称が必要であるとの意見があるので今後検討が行われると思うが、少なくとも特定行為研修の仕組みができた段階では新たな職種は設けていない。特定看護師という名称を使われる方もいるが特定看護師という資格や定義があるわけではない。

平成 30 年 3 月の時点でようやく特定行為研修修了者が 1,000 人に届く。厚労省は 2025 年には 10 万人の特定行為研修修了者を見込んでいるが、とても目標には届かないと思われる。この仕組みが広がっていくことは必要だが、そのためには医師と特定行為研修修了者の間のしっかりした信頼関係が何より大切である。急性期に関しては、

すでに一緒に仕事をしている中で看護師に十分な信頼がおける場面は多いと思うが、在宅の分野においても特定行為研修修了者は非常に大事な役割を担うことになるので、指示書を出す医師と看護師の信頼関係をしっかりと構築することが今後の課題と思われる。

医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携について（岡山県）

改正医療法において、医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携が義務化されることになっている。本県においても医療勤務環境改善支援センターの設置以来、講習会やアンケート調査などを行ってきた。今年度はさらに地域医療支援センターとも連携して、働き方改革などもすすめられる中で医療勤務環境改善支援センターの更なる活用が求められるものと思う。そのツールとしての医療勤務環境改善マネジメントシステムの医療機関への導入はなかなか進まないのが実情である。本センター事業に対する各県の取組み状況と今後の方策などについてお聞きたい。

司会 医療勤務環境改善支援センターが医師会に委託されているのは、中四国では岡山県と鳥取県だけのようである。また、多くの県が両センターの連携について課題があるようである。高知県では両センターの連携はないが、多くの取組みを行っているのでお話をしたい。

高知県 専門アドバイザーによる相談支援やアンケート調査をしているが、勤務環境改善支援マネジメントシステムの認知度があまり高くない。日本病院機能評価機構の認定を受けているような大きな病院はセンターからのアドバイスを受ける必要はないが、それ以外の病院にはシステムを使っていたきたいと広報している。なかなか手を挙げていただけないのでモデル医療機関を二つ募集し、好事例として提示している。

香川県 医師の働き方改革について、来年の春には一つの提言が出されると聞いている。今後、法制化されるにあたり各病院が揺らぐと思われるの

で、マネジメントシステムの売り込みどころと考えている。

日医 確かに医療勤務環境改善支援センターの仕組みはできたが、中国四国ブロックだけを見ても医師会に委託されているところとそうでないところがある。まだ医師に対する役割が十分に果たされていないが、医療法の改正により地域医療支援センターの機能の強化及び地域医療対策協議会との関連について明確に示されたので、両センターが連携して動くよう日医としても都道府県医師会から情報を収集し、好事例を発信していきたい。現状ではまだ十分機能していないと評価しており、努力が必要と考えている。

専攻医と地域枠卒業生について（広島県）

専攻医の 2018 年の採用状況が明らかになり、本県は初期研修が県内 178 人から専攻医 144 人と 34 人の減少となっている。岡山県では 176 名から 215 人と 39 人の増と明暗がわかれた状況であり地対協「医師確保対策協議会」で対策を検討の予定である。

また、広島大学「地域枠」の卒業生は、奨学金の貸与を受けて義務年限を果たす必要があり、初期研修は全員が県内で、今回の研修プログラムで専攻医となった。地域枠の扱いについては各県によりさまざまで要件が異なっており、今回の新専門医制度の影響や中山間地域への派遣状況についてご教示願いたい。

司会 新専門医制度が始まってから人数が減少している県はあるが、まだ始まったばかりの制度で今後どのような影響が出るのかわからない。地域枠制度はそれなりの効果があり、特に岡山県では地域医療支援センターが大きな役割を果たしているようである。

岡山県 地域医療支援センターが地域枠卒業医師の勤務病院を決定している。平成 29・30 年度は県北の病院に配置する、地域医療支援センターの作成した勤務病院選定方法に基づき地域枠卒業医師数の 2 倍程度の数の候補病院を選定し、マッチングを行うという基本方針を岡山県医療対策協

議会で決定している。選定方法は厳しく、医師不足状況、教育指導体制等、いろいろなファクターを点数化し病院をランキングしており、このランキングをもとにマッチングを行っている。

また、それぞれの病院で随分と給与のばらつきがあった。平均化をしないと地域枠の学生の中でいろいろな噂が流れ、卒業時に貸与額を返済する学生が出るのではないかと憂慮して地域医療支援センターで活動している。

広島県 本来、地域枠の学生には地方においてジェネラリストとして活動することが求められている。新専門医制度を受けて 3 年目に特定の専門分野・科を選ぶとなると、本来の主旨と異なったことになるのではないかと危惧している。

岡山県 学生にはいわゆるジェネラリストをしていただく地域枠卒業生として残ってもらっている。卒後の進路について制約を設けていないので、地域医療支援センターを始めとした岡山大学の関係者が徹底的に教え込み、そのような道を選んでもらうようにしているが、中には特定の科に進みたいと地域枠を返上された方もいる。

各県の初期研修医のマッチング定数、採用数、後期研修医採用数の推移と医師確保対策について（山口県）

本県の 45 歳未満の医師数は平成 10 年と 28 年を比較すると 441 人減少しており、人口減少を上回るスピードで若手医師が減少し、救急医療の維持等に苦慮している。

若手医師数の減少は、1985 年から 2007 年まで続いた医学部入学定員数削減と、2004 年からスタートした新医師臨床研修制度によると考えられる。医学部入学定員数は増加したものの、本県の若手医師の増加につながらず、新医師臨床研修制度のマッチング制度が変わらない限り、地域による医師の偏在は解決できないと考えている。

過去 5 年間、本県のマッチング定数の推移は 114、124、121、121、121 である。この定数に対し、初期臨床研修医の採用数の推移は、69、66、75、79、88 である。後期研修医の採用数は 46、47、46、43、44（県外で研修

したものを含まない) である。

最近 5 年間の各県のマッチング定数、初期臨床研修医の採用数、後期研修医 1 年目の採用数（平成 30 年度は専攻医 1 年目の医師数）の推移はいかがか？

本県では、レジナビや e レジでの病院説明会への参加、初期臨床研修医交流会の開催、臨床研修から専門医取得まで一貫したキャリア形成プランを提示する県内病院合同説明会の開催、医師修学資金の貸付事業などを行っているが、大きな成果となっていない。各県の有効な医師確保対策を教示いただきたい。

新医師臨床研修のマッチング制度の変更（シーリングの強化など）が、医師数の地域格差是正に有効と考えるか否か、を問いたい。

司会 どの県においても臨床研修医の確保に向けていろいろと工夫されているが、マッチング定数に対する採用率は、良好な岡山県と広島県以外の県は 50 ～ 60 % 程度のようなのである。広島県では公益財団法人広島県地域保健医療推進機構を設立して活動している。

広島県 各学会によって専門医研修プログラムは大幅に違うが、特に内科の研修が一番問題になっていると思う。平成 30 年度は県内で臨床研修を修了した 178 名のうち 131 名が県内で専攻医となり、県外で臨床研修を修了した者を加えると 144 名である。広島県東部地区は岡山県のプログラムとの兼ね合いもあり、本県としてはあまり変わっていないとの意見もあるが、現状は随分と少なくなっている。

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構の活動は、後期研修医対策だけではなく、本県に帰ってきたいという医師から電話があれば、担当の医師は相手が北海道でも面談に行き、病院紹介などを行っているが、5 年以上経過しても採用者は 1 ～ 2 名である。

新専門医制度や医師偏在対策への県医師会としての取り組みについて（香川県）

新専門医制度が始まる前から新制度になってどのように研修医が動くか注目されていたこともあ

り、一層クローズアップされている。

専門医機構からの資料により、各県における研修医から専攻医登録をする段階での人数の推移が明らかになったが、随分と地方差を感じた。本県も数的には減少している。

県内の専攻医数を増加するための施策は、県単位の行政と協調しての取り組みが必要であるが、有効な施策の試みがあればご教示いただきたい。また、地域の医師偏在対策について行っている施策についてもご教示いただきたい。

司会 島根県は特に具体的なことはしていない。鳥取県は面談を重要視されており、岡山県や広島県は地域医療支援センターを中心として取り組んでいる。徳島県では専攻医は増加しているようである。

徳島県 増加というには、おこがましい状況である。臨床研修医 51 名に対して専攻医は 60 名であった。流出する初期臨床研修医数を上回る隣県などからの流入があり、結果的に専攻医数は微増していた。

新医師臨床研修制度が始まる以前は、本県に残る医師数は平均 70 名であったが、同制度の開始に伴い随分減少した。以前より 10 名以上少ない状態が続いていたが、他県から戻ってくるケースが目立った結果、今回初めて増加した。

本県の取り組みが奏功しているのかどうか全くわからないが、臨床研修医定員の決定権限の都道府県への移譲が行われることもあり、県とタイアップして医師会が関与し、力を強めていくよい機会になると考えている。

有効と思われる行政と協調した取り組みを三点挙げる。一番目は地域を愛し、地域に貢献したいという、若者へのさらなる意識教育で、これは重要と考えている。二番目は地域枠制度の維持だが、度を超えると、大学の競争力、国際競争力低下に繋がる。地域枠医師をマッチングから別枠にする動きもあり、学生時代の離脱に拍車をかける懸念がある。三番目は新専門医制度の基幹病院認定要件のハードルを少し下げることである。特に地方では大学以外の病院が基幹病院となることが困難であるので、ハードルを少し下げて地方の大学以

外の病院で新専門医制度のプログラムを作る機会をたくさん与えることが必要と考える。ただし、専門医制度の根幹にも係わるためハードルを下げるのは難しいと考えている。

香川県 香川大学は新設後発であるため、本県の大きな病院は他の県の関連施設となっている。新専門医制度の中で多くの症例数を求められるようになると、大きな基幹病院に行くようになる。行ったところでやはり本県に残らない、関連施設である（他県の）大学のほうに専攻医としてあがるという構造が明らかになっている。新専門医制度の中で問題になっていると感じている。

愛媛県 県が中心となって地域枠医師の派遣先を決めている。地域枠の方々は地域で活躍したいと思われている一方で、専門医になるための研修をきちんと受けたいとも思われているが、県が指定している勤務先だけでは不十分である。医師を確保したい医療機関との間を医師会が取り持つような活動をしていきたい。

広島県 本県でも地域保健対策協議会において行政及び大学と一緒に対応している。初期研修については研修病院の多くが募集を頑張っている。はっきりとは言いにくいが後期研修の問題として大学の影響がある。先程、基幹施設の要件が厳しいから緩和するようだという意見があったが、本県ではすでに多くの病院が認定されている。ところが、大学に集中させたいという大学の意向があるので、正直なところ、基幹施設や医師会としては動きが取りづらいという現状がある。他県も同様と聞いている。

日医 平成 16 年に導入された新医師臨床研修制度に対する評価はさまざまだが、医師の動きが変わってしまい混乱をきたしており、14 年の経過をみると大きな反省点である。少しずつ手直しが加えられ、現在までにマッチングの募集定員は参加学生の 1.1 倍になるよう少しずつ減少させてきた。このことはある程度は効果を上げている。日医はこの件について長年関与してきているが、マッチングの仕組み自体が、地域に医師を定着さ

せることとは反対に作用しているのは明らかである。一方で、これまで大学に集中していた研修が、大学以外の病院にも広がってきたこともいえる。初期研修の在り様については今後も引き続き注視し、改めるべき点は改めなければならないと考えている。

地域枠の方々については、本来、ジェネラルな領域についてほしいという希望をもって採用したが、必ずしもそうっていないとのご指摘があった。この点は、大学入学時点あるいはその前の時点からしっかりと地域に根差した医師を育てるという姿勢を一貫して取っていただくことが大事と考える。高知県では AO 入試を行うことにより、入学時点で人物像を把握し適性をしっかり判断していると伺ったことがある。地域枠の学生は学力が低く問題であると懸念する動きが一部にあったが、地域枠の学生は入学後もよく頑張っており、それ以外の学生と比べて遜色ないと全国医学部長病院長会議から発表されている。選ぶべき専攻科については、科を強制することはできないので、本人の意向を尊重しつつ、入学時点からのきめ細やかな対応の中でよい方向に導いていくことが必要と考えている。

専攻医の問題については、医療資源が不足しているところにとって専攻医が来てくれることは非常に大事であることは言うまでもないが、医療体制をしっかりと構築するという視点では、できれば専攻医研修を修了して一人前になった医師、少なくとも卒後 5 年程度の研修が修了した医師を配置するということが理想だと思うが、なかなかそうはいかない。専攻医の研修施設は症例数が多く専攻研修の実があがるところが望ましいが、それでは都市部に専攻医が集まってしまい、そのまま居ついてしまう。そのバランスが非常に難しいと感じている。

今後の医師需給のあり方として、医師不足地域の線引きをしっかりと行い、そこに重点的に医師を配置するという試みが進む見通しである。診療科の偏在については対応が難しいが、最初の対応段階で可能と思われるのは産科と小児科である。これらの科は疾病の分布とそれを担当する医師の関係が一对一に近い関係であることから診療科の必要人数を出せる。しかし、例えば脳卒中の治療

をどの診療科で行うかを考えるとこれはさまざまであり、脳卒中の治療に必要な診療科としてどこを増やすか決めづらい。このようなことも踏まえ今後の検討が進んでいく。

基幹研修施設として、大学病院以外の病院も幅広く認められるべきというご指摘はその通りだと思う。医療法の改正において、地域医療対策協議会で取り組むべき大きな課題とされているので、地域の実情を一番わかっている都道府県でしっかりと協議され、その地域に即した運営が行われることが必要になると感じている。

専攻医の分布については、日医からもいろいろと意見を申し述べている。広島県東部は岡山県の関連であることなど、都道府県からの生の情報を専門医機構が吸い上げる努力が足りていない。都道府県の生の情報を機構がしっかりと把握したうえで考えるという体制がまだ十分できていない。シーリングとして、東京をはじめとする 5 都府県において募集のキャップをかけ、その次年度においては 5%削減と言われているが、その根拠となる数値自体が実はしっかり固まったものではないということがわかってきた。それぞれの都道府県が持っている必死に把握されたデータが集約されて国全体の分布が明確になることが必要であり、専門医機構は早急に取り組むと思う。例えば、東京で研修した医師の一定割合は北関東に分散しているので問題ではないとの指摘があるが、現状にそぐわないことについては精査をしていくことが必要である。一方で、専攻医研修を受ける医師の意向、どのような研修を受けたいかという視点も日医としてはよく受けとめて、意見を発信していかなければいけないと考えている。

山口県（加藤専務理事） 臨床研修マッチング制度への日医の係わり方がよくわからないので、ご説明いただきたい。

日医 日医が参画する検討会において、全体の募集定員枠を下げていくことが合意された。1.1 倍が妥当かどうかについては今後の検証が必要であるが、専攻医の場合は枠のほうがはるかに多く今後どうなるのかと考えている。平成 16 年に制度が始まり、平成 22 年に枠を絞るよう変更したが、

急に絞ることはできないので少しずつ絞ってきた。このことに日医はしっかりと関わっている。

山口県（加藤専務理事） われわれの要望としては、1.1 倍よりももう少し厳しくしていただきたい。

後期研修医の医師会定着に向けた各県の取組みについて（高知県）

日医（医賠償保険料部分を除く）・県・都市医師会が前期研修医の会費が無料となったこと、初期臨床研修医共通オリエンテーションにおいて担当理事が医師会活動や賠償保険制度もアピールした結果、以前は会員数 0 であった初期研修医が 2 年前から入会するようになった。彼らが後期研修医になった今年度からは勤務医の医賠償保険料は減額され、特に 30 歳以下であれば下げ幅も大きく、会費面で入会継続がしやすくなったと思われる。それを受けて本県医師会及び都市医師会は今年度から 30 歳以下の勤務医の会費は無料とした。しかし、退会者が出てきており若手勤務医会員の定着は難しい現状がある。初期研修医が 33 名入会したが、17 名が退会した。各県の現状と定着を促進するための取組みがあればお教えいただきたい。

司会 後期研修医の医師会定着とのことだが、初期研修医ですら入会は難しく、入会した初期研修医をいかに定着させるかということと思われる。各県でさまざまな取組みが行われている。

香川県 本県でも大変苦労している。会費を無料にしてある程度の入会はあったが、後期研修医として会費が賦課されると退会される。医師会に入会する魅力を感じてもらえないことを反省しているが、妙案はない。

司会 山口県では県医師会長が大学で講義をされている。このことについてご説明いただきたい。

山口県（中村常任理事） 大学所属の県医師会理事と協議して、授業として県医師会長から医師会についての講義ができるように話を進めた。対象は 4 年生である。評判もよく出席率も高いと聞

いている。

組織強化関連（島根県）

平成 30 年 6 月 8 日に都道府県医師会組織強化担当役員連絡協議会が開催され、今村日本医師会副会長の講演において都道府県内の医師数に対して都市医師会加入割合が極めて高い医師会と都市医師会加入者数に対して日医加入割合が極めて高い医師会が示された。都道府県内の医師数に対して都市医師会加入割合の全国平均は 63%で、本県は全国平均を下回る 60%弱であるが、広島県は約 94%と極めて高く、勤務医の加入率が高い。医師会への入会について、特に勤務医に対して各県ごとに何か特別な働きかけをされているかお聞きしたい。

広島県 94%という数字が高すぎるという印象は私にもある。私は現在の病院に勤務して 24 年になるが、新しく来た医師にはまず医師会に入るよう言われている。全県的なことは分からないが、自分が見える範囲では病院が医師会への入会を勧める風土があると思う。医師会から勤務医や研修医に対してダイレクトな勧誘は行っていない。主だった病院の医師が県医師会の理事となっていることが影響しているかもしれない。

司会 愛媛県は中国四国内で 2 番目に高い 82%となっているが、どのような対応をされているか。

愛媛県 以前から組織率が高く誇りに思っているが、何か対策を立てているわけではない。都市の医師会の先生方は、組織率を上げるためにあらゆる努力をされていると思うが特別なことはしていない。毎年 4 月に新研修医を対象にオリエンテーションを集団指導という形で厚生局と一緒に開催しており、医師会の活動について説明している。半年後の秋に、再度、研修医を全員集め医賠責等の話をしている。その中で医事紛争に対しては、愛媛県として君たちを守っていくと伝えている。

香川県 昨今話題になっている働き方改革、冤罪、専門医制度等の問題はまさしく勤務医の問題であるが、勤務医が置き去りになっているような印象

を受ける。県医師会として勤務医を取り込むことは重要な課題と認識している。内科医会や外科医会等から事務局を県医師会に委託したいとの要望があるので、それを勤務医への医師会活動の窓口とすることを考えている。

司会 この問題は医師会にとって永遠のテーマと思う。今回を機会に勤務医の加入促進、組織強化についていろいろと考えていきたい。

日医 各県が積極的に組織強化へ取り組まれていることについて敬意と感謝を申し上げる。戦後の GHQ の方針に従い医師会は任意加入となっている。横倉執行部では「医師の団体の在り方検討委員会」（本庶 佑 委員長）を設けており、医師全員が加入できる組織を目指すべきとの提言をいただいたが、皆さんもそのようにお考えいただいていると思う。医師会は都市区医師会、都道府県医師会、日医の三層構造であることから、都道府県医師会、都市区医師会の加入促進がなされて、はじめて日医の会員が増加する。本日お示しいただいたさまざまな取組みを全国に広めていきたい。

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（医師会と教育委員会との連携）（徳島県）

平成 29 年度より本会と県教育委員会が良好な関係を構築し、アレルギー疾患対応検討委員会を開催するに至った。平成 30 年 9 月 3 日には本会と県教育委員会が協定書の締結をした。協定書には、学校保健推進のために両者が連携協力することを明記し、また、協定に基づき両者が知り得た秘密事項については、守秘することを厳守とした。他県の取組みは如何か。

愛媛県は、県レベルの検討委員会は設置していない。都市医師会と市町教育委員会が協力して、食物アレルギーやアレルギー性皮膚炎の検討委員会を設置している例があるが、アレルギー疾患全般を一元的には扱っていない。

香川県からは、事故事例を医師会がきちんと入って詳しく対応できるためには協定書があるとういように考えるとの意見があった。

山口県は、県教委が県内統一様式を示して「アレルギー疾患緊急時対応事案」と「ヒヤリハット事例」報告を求めている。報告事案は「アレルギー疾患対応委員会」にて集約・検討し、市町教委や学校にフィードバックしている。

他県から、守秘義務を厳格に守って対応すると、必要な情報が出てこないため検討・対応が困難となりがちである、個別事例を検討してもフィードバックが難しい、フィードバックは県教委から行うようにしている等の発言があった。

日医から、協定の締結は大事なことで先見性がある。今まで医師会として医学的な意見を述べる機会がなかなか無かったので、県教委の了解を得ながら医師会として対応すべきことに取り組むことは素晴らしい。アレルギーに限らず、喫煙の課題である喫煙、がん、性教育についても教育委員会としっかり意見交換をして、子どもの健康を守るために教える必要があることなどについて医学的な見地からしっかり意見を述べる必要があるとされた。

各県の高齢者肺炎球菌ワクチンの接種率について（高知県）

高齢化と相まって肺炎の死亡率が第 3 位であり、今後の増加も見込まれるが、高齢者肺炎球菌ワクチンの接種率は低迷している。その原因は如何に。

9 県の接種率に大差なく 40 % 台でここ数年も微増程度である。

山口県の接種率は平成 27 年度 38.1%、28 年度 42.2%、29 年度 42.6% であった。

全体的な意見として、広報不足、一部負担の金額、接種医療機関の努力不足、県民の健康意識（自分は健康という過信？）、「健康リテラシーが高いと推定される教育年数が長い集団ほど接種率は低い」等、共通していた。

日医から、高齢者の肺炎球菌ワクチンの接種率については母数の把握が問題となっているが、接種率は全国でおおむね 40 % 台と厚労省は判断している。日医はワクチン接種を支援していきたい。今のところ、再接種を必要とするエビデンスが揃っていないことから、国は再接種を積極的に

推奨し、費用負担をすることにはなっていない。現在の仕組みは平成 31 年 3 月までになっており、今後のことはいまだ決まっていないとの発言があった。

日医への提言・要望

※医師偏在問題に関する広島県、山口県、徳島県からの提言・要望について、日医から一括してコメントがあった。

専攻医の東京集中について（広島県）

2018 年度の専攻医の採用数は、5 都府県（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）の 14 の基本領域については、「過去 5 年間の専攻医の採用実績を超えない」という上限が設定された。専攻医の採用状況は初期研修の都道府県（又は住所地）からみると、東京都で初期研修 1,350 人から専攻医 1,825 人、神奈川県 569 人から 497 人、愛知県 446 人から 449 人、大阪府 602 人から 650 人、福岡県 380 人から 451 人と東京、大阪、福岡県で専攻医数が増加しており東京が突出している。

今回、上限設定が見直されるのか、日医としては専門医機構の中でどのような対策を考えているのかご教示願いたい。

医師の偏在問題解消策について（山口県）

地域における医師数の偏在、診療科における医師数の偏在が言われて久しいが、一向に改善されず、具体策も乏しいようである。これらの問題を解消するために、経済的インセンティブの導入を検討していただきたい。

現在の診療報酬の体系において、DPC 参加病院（2003 年スタート）では機能係数でインセンティブがつけられている。さらに、本年度から保険者においても、検診の受診率やジェネリック医薬品の使用度などに応じてインセンティブがつけられるようになった。DPC 参加病院は、現在、一般病院の 3 割ぐらいであるが、中小病院で増える傾向にある。機能係数の中に、へき地の医療係数があるが、へき地を医師少数区域などによって、地域の病院に対する経済的インセンティブとすることが可能と考えられる。また、出来高部分である手術や高額処置などに対して、

ドクターフィーをつけるようにすることによって診療科に対する経済的インセンティブとすることが可能と考えられる。米国では spent time、skill、mental effort、stress の観点から各科の選ばれた医師が点数をつけ、Relative Value Unit (RVU) として算出されるとのことであるが、わが国においては手術や処置に対して外保連や内保連の評価が役立つと考えられる。

新専門医制度の議論の中で再浮上した、医師の地域偏在と診療科偏在に対する日本医師会の今後の取組について（徳島県）

新専門医制度がさらなる医師の地域偏在を助長するのではとの懸念から、多くの医師団体・学会・行政機関などは日本専門医機構に強い要望を行ってきた。日医は加えて機構に松原副会長を副理事長として送り込み、種々の難題対応に尽力した結果、新専門医制度初年度は、数字上、都市集中や都道府県偏在を助長するものではないことが示されたことは評価に値すると思われる。今後も機構にはプログラム制の利点を活かして追跡分析を行い、制度の改善さらには偏在の是正への貢献にも期待する。

しかし、医師の医療圏間偏在は深刻で、年齢人口構成の変化から今後はますます増幅することが予測される。都道府県要件であるとはいえ、日医は各都道府県医師会に地域医療構想調整会議においてイニシアティブをとるよう一層の権限を持たせるよう要請するとともに、会員医療機関・公的医療機関の病床機能配置案を提議するなど、より積極的な関与を推進してはどうか。

また、新専門医制度のもう一つの問題点がメジャー科志望者の減少と総合診療専門医志望者数の少なさである。特に後者は機構の対応の遅れが目立ち研修医に与えた不安が大きな要因と考えられるものの、日医としてもかかりつけ医の養成・教育に影響は大きく、会員医療機関のプログラムへの参入など、積極的関与の余地はあると思われる。

いずれの問題も改善には、医療機関・医師・診療科などの正確な医療圏内分布と分析、そしてその推移の把握が必要である。それに加えてレセプトデータの出現数を組み合わせることで、医療圏ご

との医療機能の傾斜・医師配置案など多くのデータ情報を、都道府県や各地域医療支援センターと医療機関が共有できて相互協力が可能となる。日医には、総合政策研究機構などで情報分析し、不足データに関しては国に収集要望を出すなどの積極的関与を行い、医師の地域偏在と診療科偏在の解消にむけて貢献し続けていただきたい。

日医 専攻医の東京集中については、その実態をしっかりと評価し、それを共通認識としたうえで、どのような対策を講ずるべきか検討する必要がある。東京の基幹研修施設で研修をする医師は、近隣地域の協力施設等でも研修をしているので、その地域にも貢献しているという意見があるが、現実とのギャップは大きいと思う。それぞれの県の現状はそれぞれの県が一番よく把握しているので、専門医機構がその情報を収集し全体像を把握したうえで、今後の検討を行う必要がある。臨床研修を修了した時点でその地域から離れてしまう医師が一定数いる問題については、専攻医研修を受ける医師側の希望と上手く擦り合わせていく必要があり、日医としてしっかりと役割を担わなければならないと考えている。専攻医の分布を調整すれば医師の偏在がすべて解決するわけではないが、専攻医に関する新たな仕組みの導入によって、医師の偏在が一層ひどくなることは避けたい。東京に予想以上に専攻医が集まっていることは、深刻に受け止めて考えなければならないと感じている。平成 30 年から既に動き出している制度をゼロに戻してやり直すことはできないので、適切な手直し及び調整を図っていく。最終的には都道府県の医療審議会あるいは地域医療対策協議会等で知事が意見を集約するので、各県医師会には認識のすり合わせをよろしく願いたい。

広島県 東京集中をなんとか現実的なことで対応していただきたい。

山口県（加藤専務理事） 何らかのインセンティブを設けない限りは医師の偏在は解決できないと考えている。保険者のインセンティブは増えてきており、DPC 病院に対しては基本の 1.4 倍程度の診療報酬加算がある。アメリカのように診療科

によって医師のサラリーが大幅に違うような制度は求めているが、ほんの少しであってもインセンティブをつけることが偏在の解消にもっとも効果的だと思う。

日医 ご指摘のとおりである。医療法の改善の中で第一段階に手をつけたが、現状の施策だけではうまくいかないと認識しており、インセンティブの視点は非常に大事だと考えている。

今回の医療法の改正で医師不足地域に勤務した医師に対しての国全体の感謝の気持ちと管理者要件との結び付けが謳われているが、それは入口にすぎず、それだけで何かが解決するとは思えない。医師不足地域に勤務した医師へのインセンティブを考える一方で、その医師がそれまで勤めていた、送り出す側の医療機関へのインセンティブも検討されるべきと考える。まだ十分な議論が深まっていないのであまり踏み込んだ発言はできないが、ご指摘のとおり診療報酬上で DPC の評価を変えることは、送り出す医療機関へのインセンティブとしては大いに有り得ると思う。一方で、診療報酬の総枠には厳しい枠がはめられており、なかなか弄るところはないが、偏在解消は待たないで早急に前に進めていかなければならない。日医は大変強い危機感を持っており早く形にしたい。

徳島県 地域偏在、診療科偏在については、医師個人に与えられている選択する自由を弄ってよいのか。医師会としてどのような立場で早急に偏在を解消する方法を望むのか、いろいろな項目を進めていくことで偏在解消に仕向けて行くのかをお聞きたい。

日医 データを収集して公表していくことが必要である。診療科ごとの医師の必要数を出すのが難しいが、そこを示して合意を形成する必要がある。その全体像が出てから、この診療科の医師がこれほど多く毎年出てよいかどうかを、これから医師になる人にしっかり示して、適正なところをもっていく。必要な診療科を優先して養成するためには、どのようにしなければならぬのかを早急に考えなければならない。

医療計画のなかで医師確保計画を出すことは決

まっているので、今後お示しいただくことになる。人口あたりの医師数や人口あたりの診療科の全国平均をもとに、その県や地域はどの診療科が多いか少ないかを出していく。それを基に確保計画を作ることはできるが、それをどのようにして実現するのかとなるとなかなか難しい。

最近の事例であるが、茨城県では病院と診療科を指定して医師何人増という目標の実現を最重点で掲げられた。いろいろな調整が難しくなってきたので群馬県庁とは頻りに情報交換しているが、群馬ではなかなかそこまでは踏み込めない。それぞれの県において、どの病院のどの診療科に医師を何名増員させたらその地域の医療は大きく改善するというイメージは、根拠はなくても皮膚の感覚で示せると思っている。最重点の目標はそのくらい具体的に示さなければ実現に近づかないと強く感じた。基本的にその目標の実現に向けては、それぞれ県が最大限の努力を払うことになるが、県の努力だけでうまくいかない場面は必ず出てくる。全国でそこを支援するように話を持っていくことができれば、それほど多くの医師を異動させなくても状況は改善すると感じている。今後は、医師確保計画がより具体的なイメージの基に作成され、早く実現を目指されることが望ましいと考えている。

※医師の働き方改革に関する香川県、島根県からの提言・要望について、一括して日医からコメントがあった。

医師の働き方改革に伴う財源の確保について

(香川県)

医師の働き方改革の具体的施策については現在議論されているところだと認識している。この施策の実施には人が必要であり、それに見合う賃金が必要である。現在、多くの病院で人件費が経営の課題となっているが、この施策の実施に向けての財源の議論がなされていないように思う。日医には、診療報酬などでの財源の確保をお願いしたいが、いかがか。

医師の働き方改革について(島根県)

国民皆保険は世界に誇る医療制度であり、これはひとえに先達医師による献身的努力のおかげで

あると思われる。しかしながら、最近このシステムを根本から揺るがす議論がなされている。「医師の働き方改革」である。

働き方改革は安倍政権による経済対策の一つで、働き方の抜本的な改革を行い、企業文化や社会風土も含めて変えようとするものであるが、医療界においては種々の課題がある。医師も一般労働者という考えに立ち、医師の働き方改革では「地域医療の継続」と「医師の健康への配慮」という両方を考慮する必要がある、医師については 5 年後を目途に適用することになった。

日医が現在把握している進捗状況についてご教示いただきたい。

日医 医師の働き方の検討は現在盛んに行われており、来年 3 月末に提言を出すことになっている。

最新の状況として、医師の応召義務に対する考え方がもう一度整理されてきている。どのような場面でも医師は患者さんの求めに応じなければならないという考え方を整理して、医師としてはそうありたいと思っているが、現実的にどのようにすべきか徐々に合意形成に至ってきている。

また、宿直・当直に関しては、ほぼ通常の業務をしなくて済む働き方と、日中の通常業務と全く同じ働き方の二つの分け方しかないが、この中間的な働き方に対する報酬体系を新たに作る必要があるとの合意が得られてきている。どこで線引きをすべきかについては議論が必要だと思われる。

労働時間の上限については、医師の特殊性についてある程度理解が得られてきているが、一方で医師の健康被害を出さないためには、上限をどのようにするべきか議論が進んできた。

タスクシフティングについては、声高に言われているが、経済財政諮問会議等の返答を考えると、どれだけ財源をつぎ込めるかにかかっている。医師の負担軽減に一番役立つのは医師事務作業補助者を大幅に増やすことで、だれも疑問がないところである。これに対する莫大な財政的な裏付けが大きな課題となるが、まだそこまでの話にはなっていない。新たに医療職をどれだけ養成できるのかについては、若年人口が減少する中では限りがあることは明らかである。医師や看護師を一人養成するのに必要な費用も考えながら探っていかなければ

ならない。財源を考えずに医師の働き方を変えて負担を軽減するのは無理である。財源を確保できる範囲で改革していくしか方法はないと感じている。

准看護師資格の国家資格化について（鳥取県）

医療ニーズの増大していく社会状況の中、准看護師養成の必要性は引き続き高いものとする。資格試験についてもおおむねブロックごとに委員会を組織して試験問題を作成しているが、試験日を同日にできればブロックごとに別の試験問題を作成する必要性もないものとする。准看護師の国家資格化を含め日医からの働きかけをお願いしたい。

日医 従来、准看護師の資格試験は都道府県が行っており、六つのブロックに分けて実施していたが、2019 年 4 月から、外部の指定試験機関に委託してもよいことになった。その受け皿を日医が中心になって作ろうと進めており、私が 10 月中に六つのブロックの幹事県に行って協議する予定である。統一試験に向けて進めていこうと思っており、看護師の国家試験とは別の日に試験を実施したい。これまでブロックを跨いで受験する人がいたので、可能であれば二種類の問題を作成し、試験日を変えて二回の受験機会が得られるように考えている。今後、47 都道府県と個別の契約を指定試験機関として結ばなければならないが、それには都道府県医師会の協力が不可欠であるのでよろしくお願いしたい。その仕組みができた段階で国家資格への議論が考えやすくなると感じている。

梅毒のアウトブレイクへの対策について（岡山県）

全国的な梅毒の増加が止まっていない。特に瀬戸内海沿岸での増加傾向は加速している。日医は感染症法改定の際に梅毒を第 3 類感染症とする、あるいはベンジルペニシリンベンザチン水和物筋注剤の早期の承認など厚生労働省に対しスピーディーな対応を求めてくださっている。

しかし、行政の対応は感染拡大のスピードに追いついていない。行政の動きを待つことなく活動でき、個人保護法と臨床研究法に抵触しないデー

タ収集方法の確立にご協力いただきたい。また、感染拡大の要素の一つである Web ルートの対策に関して、サイトの追跡等は医師の裁量を超えている。追跡する権限を持つ行政組織への協力依頼を是非ともお願いしたい。

日医 ご指摘のとおり、近年、梅毒感染者の著しい増加を認める。性行為感染症は梅毒以外にも多数存在するが、クラミジアや淋病は増加を認めておらず、なぜ梅毒だけ突出して増加しているのかはまだ解明できていない。いわゆる性風俗の産業形態の多様化が影響している可能性も否定できない。第一類のエボラ出血熱やペストについて、個人情報保護と公衆衛生上の観点からどのように整理すべきか議論が始まったところだが、梅毒についても感染症法のどの分類に指定され、どの情報まで開示するのかについて早急に整備するよう検討する。

また、岡山県より、患者の Web による追跡調査などは医師の範囲を超えており、日医から関係団体へ働きかけるよう要望があった。

日本健康会議の都道府県版の設置について

(広島県)

先般開催された都道府県医師会予防・健康づくり(公衆衛生)担当理事連絡協議会や第 143 回日本医師会臨時代議員会などで、横倉会長より日本健康会議の都道府県版を全国に設置し、地域性に配慮した予防・健康づくりの推進について言及されている。

今後、推進にあたり、各都道府県医師会レベルでの受け皿をどのようにお考えか、また、健康増進法に基づき設置している健康日本 21 や各都道府県での健康増進計画等との棲み分けについてはどのようにお考えか、お示しいただきたい。

日医 日本健康会議については、横倉会長と日本商工会議所会頭の間の話が起点となり、企業の健康経営を促進するという視点から、日本健康会議を主体として活動している。都道府県単位で健康会議を組織し、各々の地域の実情に合った形で、医療従事者だけでなく他のいろいろな業種を盛り込んだ形で、将来の健康について考えることが必

要であり、日本健康会議の都道府県版を要望している。

日本医師会テレビ会議システムの更なる利便性の向上について(愛媛県)

日本医師会テレビ会議システムの運用が開始されて以来、日医が開催される各種協議会等については、われわれ地方医師会の役員は東京へ赴く負担の解消が図れており、大変ありがたく感じている。

現在のところ、各都道府県医師会で 1 アクセスが基本となっているため、関係役員が県医師会館へ赴いて視聴しているが、各都道府県医師会で複数アクセスが可能といただければ、県医師会館へ赴かずとも役員の医療機関あるいは郡市医師会からの視聴・録画が可能となり、県内移動の負担も軽減される。

また、そのことで、より多くの関係者に同時に情報を共有していただくことが可能になる。

必要であれば機能を拡張していただいて、テレビ会議システムのさらなる利便性の向上を図っていただければと考える。

日医 機器等の進歩により、音声や画像が良好な状況で利用できるようになった。アクセス数を増やしてほしいとのご要望はよく分かったが、今のところ費用の問題がクリアできていない。強い要望をいただいたことを理事会等で報告し、努力してまいりたい。

報告：副会長	今村 孝子
専務理事	加藤 智栄
常任理事	沖中 芳彦
常任理事	中村 洋
理事	伊藤 真一

第 10 回臨床研修医交流会

と き 平成 30 年 8 月 25 日 (土) 15:00 ~

8 月 26 日 (日) 9:00 ~

ところ ユウベルホテル松政 3 階「芙蓉」

[報告:代表世話人/山口赤十字病院 須賀 昭信]

平成 30 年 8 月 25 日から 26 日の 2 日間、山口市湯田温泉のユウベルホテル松政において第 10 回臨床研修医交流会が開催されました。参加者は研修医 86 名、指導医等 41 名、計 127 名でした。本年は山口赤十字病院が当番幹事を引き受け、当院研修医の清家崇史 先生が代表幹事を務めました。また、山口県内の臨床研修病院から 11 名の研修医に幹事として参加していただき、4 月、5 月、6 月に計 3 回の幹事打合会を開催して準備を進めました。清家先生の胸襟を開いた屈託のない司会のおかげで皆さんすぐに打ち解け、積極的な意見や提案が次々と出され活発な討議が行われました。また、打合会の間には幹事同士でメールによる打ち合わせも行い、次第に連帯意識が熟成されていくのが傍からもよくわかり、安心して議事の進行をみることができました。

当日は清家先生の総合司会により、県医師会長の河村康明 先生、山口県健康福祉部長の中野 恵様のご挨拶で始まり、県医師会専務理事の加藤智栄 先生が医師会と山口県医師臨床研修推進センターの事業について説明されました。医師会の構成から医師会が携わっている広範な事業を分りやすく丁寧に説明していただき、研修医にはまだ身近に感じにくい医師会の重要性について再認識したのではないかと思います。

続いて、特別講演 1 として山口大学大学院医

学系研究科小児科学講座の教授に昨年度着任された長谷川俊史 先生から「小児科学の魅力～すべてのこどものために～」と題してご講演いただきました。アレルギーの話題では基礎から臨床にわたり幅広い内容を分りやすくお話しされ、研修医にとっては明日から直ぐに役立つ知識を多く得ることができたのではないかと思います。また、留学の大切さについてご自身の留学先であったサンディエゴの写真を多数示されながら情熱的にお話しされました。私のような門外漢が聞いていてもとても面白く興味深い内容で、参加された指導医陣からも「勉強になった」という声が聞こえてきました。

その後、アイスブレイクとして幹事の説明の後、「他己紹介」が行われました。これは隣の人にまず自己紹介を行い、次に隣の人がその内容をグループ内で発表するというユニークなもので、グループ内が和やかな雰囲気となりました。そしてグループワーク「行列のできる研修医相談所」が行われました。A から K まで 11 班にグループを分け、それぞれで研修中に経験したヒヤリハットや失敗談をスライドにまとめて発表するものです。演技を交えながら発表するグループや、ウィットに富んだ発表をするグループなどがあり、大変興味深く拝聴させていただきました。

部屋を変えて 19 時から、もう一つのメインイ



長谷川俊史 先生



小山雄太 先生

ベントである懇親会が開催されました。済生会山口総合病院研修医で幹事の須藤優太郎 先生の司会の下、開会にあたり村岡嗣政 山口県知事（代読）、山口大学医学部附属病院教授の木村和博 先生からご挨拶をいただいた後、小生の乾杯で開会いたしました。食事やお酒が進むにつれて打ち解けた雰囲気となり、久しぶりの再会や近況の情報交換などで座の雰囲気は一気に和んでいきました。恒例のビンゴ大会で盛り上がりは最高潮になり、気がつけば閉会予定の 21 時になっているという状態でした。県医師会副会長の林 弘人 先生から中締めのご挨拶があり、第 1 日目のプログラムはすべて終了いたしました。会の終了後は気のあった仲間たちと連れだって湯田温泉の夜の街並みに繰り出していきました。

翌 26 日は、前夜の疲れをものともせず、ほぼ全員が定時前に集合し 9 時に開始しました。山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田敏彦 先生の開会挨拶に続き、特別講演 2 として日本海総合病院腎臓膠原病内科診療部長（兼）内科部長（兼）人工透析室長（兼）救命救急センター診療部長の小山雄太 先生から「体液・電解質管理をみんなで考える」と題してご講演いただきました。Q&A 形式での進行で、普段取っ付きにくいと感じる水、Na の管理を図と症例を交えながら大変わかりやすく解説されました。最後には熱心な質疑応答があり、傍聴していた関係者にも高評価でした。

休憩の後に、幹事の研修医の発表による症例検討会が行われました。異所性妊娠とメトホルミンによるビタミン B12 欠乏が原因で発生した貧血の 2 症例で、質疑応答には小山先生も加わり、大変盛り上がりました。最後に、へき地医療での研修について実際に経験した幹事からの報告が



グループワークディスカッション

ありました。長門総合病院、見島診療所、大島診療所などでの研修についての話題で、仕事の内容以外に生活面の状況などを詳しく説明していただき、1 年目の研修医にとっては大変興味のある話題であったと思います。

充実した時間が過ぎ、予定の内容を終了した後に、県医師会常任理事の中村 洋 先生より前日のグループワークに対するベストプレゼンテーション賞の発表が行われました。この賞は参加研修医相互の投票によるもので、皆が納得の受賞でした。

最後に、県医師会副会長の今村孝子 先生の閉会の挨拶が行われました。「初期研修修了後一旦県外に出てまた戻ってきてください」とのコメントが印象的でした。来年度以降もこの会がさらに継続発展されることを期待いたします。

終わりに、今回の交流会の開催にあたりご尽力いただいた病院幹事の先生方、県医師会の加藤専務理事、中村常任理事や事務局の方々及び山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田先生には大変お世話になりました。また、ご多忙中、ご出席いただいた関係者の方々にも誌面を借りて厚くお礼申し上げます。

第 10 回臨床研修医交流会を終えて

【報告：代表幹事／山口赤十字病院研修医 清家 崇史】

8 月 25 日及び 26 日の 2 日間の日程で平成 30 年度臨床研修医交流会が山口市のユウベルホテル松政にて開催されました。本年度の主幹病院は山

口赤十字病院であり、代表世話人を須賀昭信 先生、代表幹事を私が務めさせていただきました。準備段階から当日まで、多くの方々にご協力を賜

り、厚くお礼申し上げます。

事前準備では、山口市で幹事打合会が3回にわたって行われました。各病院の幹事が皆、積極的に意見を出し合い、よりよい交流会になるように話し合いました。昨年の交流会に参加した幹事が多くおり、昨年のよかったところは残しつつ、参加者が楽しめるようなプログラムになるように尽力しました。

今年度の特別講演は、山口大学大学院医学系研究科小児科学講座教授の長谷川俊史先生に「小児科学の魅力～すべてのこどものために～」という演題でご講演いただきました。研修中に救急外来でよく経験する食物アレルギーの話から、先生の海外留学でのご経験と魅力についてなど非常に興味のある話題で多くの研修医が聞き入っていました。

その後、アイスブレイクとして他己紹介を行いました。趣味や最近の出来事についてなど、同じ班の隣席の人を班員に紹介することで他県から来た研修医を含め、打ち解けるきっかけになっていました。

その後は、「行列のできる研修医相談所」という演目でグループワークを行いました。研修生活の悩みや失敗談などについて各班で話し合い、ためになる話や面白い話などさまざまありました。他人の失敗談を聞いて今後気を付けようと考えたり、失敗談を話すことで気分が晴れたりした研修医が多かったのではないかと思います。

1日目の最後には懇親会が開催されました。済生会山口総合病院研修医の須藤先生の軽快なアナウンスのもと、大いに盛り上がりました。特に懇

親会の目玉でもあるBINGOでは各病院の豪華賞品を目指し皆熱中していました。景品を提供していただいた各病院の先生方、関係者の方、大変ありがとうございました。各テーブルで先生方と研修医で楽しく交流されており、皆さん満足されたのではないかと思います。

2日目は日本海総合病院腎臓膠原病内科診療部長（兼）内科部長（兼）人工透析室長（兼）救命救急センター診療部長の小山雄太先生に「体液・電解質管理をみんなで考える」という演題でご講演いただきました。研修期間中にどの輸液をどのぐらいのスピードで投与すればいいかというのはだれもが悩む問題だと思いますが、基本から丁寧に説明いただき大変勉強になりました。また、質問形式であることで楽しみながら考えることができました。

その後、症例検討会を行いました。1症例目は私が子宮外妊娠についての症例検討を行いました。皆さんに楽しんでもらえるようにクイズ形式にしましたが、ある程度は楽しんでもらえたのではないかと思います。2症例目は山口労災病院研修医の大輝祐一先生がメトホルミン長期投与による貧血の症例を分かりやすく熱心に説明されていました。その後、山口県の地域医療について説明しました。皆さんに楽しんで学んでいただければ幸いです。

最後に、1日目のグループワークで優勝した班の発表と豪華景品の贈呈を行いました。優勝した班は、臨床研修医交流会の刻印入りのペンライトを貰い喜んでいました。

今回の交流会を通じて、山口県で研修を行っている研修医と指導してくださっている先生方との繋がりが深まり、楽しく医療について学び、今後の研修生活がよりよくなるような有意義な会であったと思います。この交流会を開催できたのも、山口県医師会の皆様方と世話人を引き受けてくださった須賀先生、また、各病院の関係者の方々、幹事の先生方のお陰です。この誌面を借りてお礼を申し上げます。今後もこの交流会で得たことを活かし、日々研修に励んで参りたいと思います。今後ともよろしくお願いいたします。



グループワーク発表

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 30 年 9 月 22 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県総合保健会館 2 階 第 1 研修室

[報告 : 常任理事 中村 洋]

特別講演

1. 最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部

健康安全課長 末廣 高明

働き方改革関連法案について

働き方改革関連法案で国会審議の争点となる部分は本来ならば裁量労働制の拡充であったが、労働基準監督署の調査により、これが働き方改革関連法案から外され、それ以外の部分で 7 月 6 日に公布された。働き方改革関連法案の全体的な説明については、10 ~ 12 月までの間に県内で説明会を行う。

長時間労働の是正について

現在の法規制は一日 8 時間、週 40 時間である。残業については、労働基準法第 36 条に基づく労使協定（三六協定）を締結し監督署に届け出ること、協定の中で決められた時間までは残業が可能である。これまでは月 45 時間、年 360 時間の規制があったが強制力はなく、特別規制により長時間の残業が認められる部分もあった。しかし、2019 年 4 月 1 日から大企業で、2020 年 4 月 1 日より中小企業で、法律による三六協定の上限が導入され、長時間の三六協定を監督署が受け付けないようになり、1 か月 100 時間未満、複数月平均 80 時間と規定されることとなる。医師については、上限規制について今後検討され、施行 5 年後に適用される。

労働安全衛生法と産業医についての関連について

産業医の権限の強化、産業関係保健機能の強化を目的とした改正である。労働基準法との関係では月 100 時間を超える長時間労働をした場合は面接指導が必要であるが、今後は月 80 時間を超えた場合、労働者の申し出により面接指導を行う。労働基準法の改正により、研究職者の規制が一部

変わり、面接指導の対象になる。労働安全衛生法第 13 条が産業医の職務、第 66 条関係が健康診断についての規定であり、これらが労働安全衛生法の主たる改正となる。労働安全衛生規則の改正における産業医の関係は第 14 条 2 の作成、第 15 条、第 23 条、第 52 条の改正が細かく行われている。2019 年 4 月 1 日以降、産業医が事業主に提言するだけでなく、事業主は直ちに衛生委員会に産業医の提言を報告しなければならない。また、産業医が変わった場合は衛生委員会に報告しなければならない。

労働災害防止計画について

現在、第 13 次労働災害防止計画が進められている（計画期間：2018 年度から 2022 年度までの 5 か年）。昭和 30 年代、40 年代の高度成長時代に労働災害が頻発し、昭和 36 年は全国では 6,000 人以上、山口県においても 100 人以上が亡くなる状況にあったので、5 年という中期的な防止計画を進めることで労働災害を減少する活動を始めた。労働災害における県内の死亡者数は 9 月 21 日現在で 7 人、8 月末の休業 4 回以上の災害件数は 700 件超となっており、昨年度と比べ死亡者が 1 名、休業 4 回以上の災害件数は 10 件多い。災害件数については増減で一喜一憂はできないが、死亡災害については 0 件にすることが最大の目標である。計画の内容については、2017 年に比べ死亡災害を 15%、休業 4 回以上の死傷災害を 5% 減らすとしている。県内の 9 次防 ~ 12 次防の労働災害発生状況は、長期的には死亡者数、死傷者数どちらも減少傾向といえる。しかし、12 次防については、29 年度は死亡災害が 12 件と 12 次防の中では最小だが、休業 4 日以上死傷災害については 1,277 件と、12 次防の中で 2 番目に多い件数である。5 年という中期

的な期間では、労働災害件数は横ばい状態である。死亡災害については建設業関係、製造業関係の第 3 次産業で増加しており、従来の対応では難しいが力を入れて対応している。建設業における墜落・転落災害の防止については、フルハーネス型安全帯の着用義務化など、2019 年 2 月から法規制が始まり、3 年をかけて切り替わる。業種別については製造業、建設業は減少傾向であるが、第 3 次産業においては転倒災害の件数が多い結果となっている。3 次産業の中でも、医療・福祉関係では腰痛予防が課題である。

定期健康診断・特殊健康診断の所見率の推移について

定期健康診断の有所見率は昨年度 54.1% であり、年々増加傾向である。特殊健康診断の有所見率については横ばいの状態である。その中でも、じん肺健康診断有所見率については粉じん対策等により顕著に下がっている。しかし、石綿については、じん肺の陰影が出るのは 20 年、30 年後であり、現役労働者を対象としている特殊健康診断には含まれていない。石綿関連については昭和 50～60 年代まで輸入され利用されてきたことから、障害は今後も出てくると考える。また、建設に用いられた石綿に関しては解体時に発塵する関係から、解体のピークである今後 10 年、20 年先の対応が重要であり、50 年かけて対応していく課題だと考えている。

2. 勤労者の睡眠呼吸障害について

山口労災病院循環器内科部長 関 耕三郎 生活習慣病と合併症について

不適切な生活習慣が続くとメタボリックシンドローム予備群、メタボリックシンドローム該当者になり、さらに進むと虚血性心疾患、脳卒中、糖尿病の合併症、半身麻痺等の要介護となる。これらは各ステージで断ち切ることができる。特に、不適切な食生活、運動不足、ストレス、睡眠不足、飲酒等の生活習慣が引き金となり悪化させる。

睡眠に関する知識について

眠りの悩みを抱えている人は 5 人に 1 人、睡眠薬を飲んでいる人は 20 人に 1 人とされている。1960 年代では約 60% が 10 時までには寝て

いたが、現在は、平日と土曜日で睡眠時間に約 30 分の差があり、平日と日曜日に約 40 分の差がある。その 40 分の睡眠を取り返すには 8 時間程度の睡眠を 2～3 週間とる必要がある。男女とも 40～50 代が最も睡眠時間が短い。睡眠時間は 7 時間を基準に、長くても短くても BMI 値は上がり肥満になりやすい。また、高血圧、糖尿病、うつも 7 時間を基準に長くても短くてもなりやすい。

睡眠時の呼吸障害について

症状としては主にいびきがある。鼾は「単純性いびき」と「睡眠時無呼吸を伴ういびき」がある。単純性いびきとは、風邪をひいたり疲労が溜まったりすると、一時的に起きる。睡眠時無呼吸は常時いびきがあり、他人から指摘されるようないびきである。睡眠時無呼吸症候群の症状は 9 割がいびきである。睡眠時呼吸障害による身体への影響は、いびきを伴う無呼吸・低呼吸が間欠低酸素による循環器系疾患を引き起こし、胸腔内圧の低下による睡眠の質の低下、分断が過眠症やうつ病状につながる。心血管疾患や冠動脈疾患も睡眠時間が 7 時間を基準に、長くても短くても増加する。不眠による交感神経亢進は、血圧・血糖・中性脂肪の上昇、摂食ホルモンの上昇、昼間の QOL の低下を引き起こし、メタボリック症候群増悪や代謝異常・心血管疾患につながる。

睡眠時無呼吸症候群（SAS）の危険性について

健常者と SAS を比較し、生活習慣病の有病率と交通事故発症頻度をみると、SAS は糖尿病が健常者の 1.5 倍、高血圧が 2 倍、冠動脈疾患 3 倍、脳血管障害 4 倍、交通事故 7 倍になる。SAS 患者への 10 年間のアンケート調査により、健常者より仕事での眠気は 37 倍、単純な作業の実行困難は 20 倍という結果が出ている。CPAP（持続陽圧呼吸療法）治療導入前後の事故とニアミスについての研究では、治療後に事故を起こした患者数が半数近く減少したという結果があるため、適切な治療をすることで労働災害の減少につながると考える。睡眠障害が人身事故につながることや地域住民へ被害を及ぼす産業事故の 50% 以上に係わっていることもわかっている。交代勤務者と日中勤務者を比べると、交代勤務の方が収縮期

血圧、拡張期血圧ともに高い。また、AHI（無呼吸低呼吸指数）の数値が 5 ～ 15 は軽症、15 ～ 30 は中等度、30 以上は重症という診断になり、未治療の重症 SAS は CPAP による治療で単純いびき症の人たちと同様の心血管系イベント回数になる。また、20 歳からの体重の変化が AHI と関係しているという研究結果もあり、体重の 10kg 以上の増加で 50 ～ 90% の確率で無呼吸になると発表している。このことから職域における睡眠時無呼吸症候群の間診項目で① OSA（閉塞性睡眠時無呼吸）の症状、② ESS10 点以上、③ 20 歳より体重が 10kg 以上増加、④眠気による事故の経験、⑤高血圧を取り入れる提案もしている。

内科治療の指導としては、減量指導、口腔内装置、CPAP 治療がある。生活習慣の改善としては、減量、飲酒の制限、禁煙、睡眠薬（主治医に相談）が考えられる。体重増減の効果としては、1% の体重増加で 3% の AHI 増加、10% の体重増加で 32% の AHI 増加、10% の体重減少で 26% の AHI 減少という研究結果があり、AHI が重症の人ほど減量の効果が大いといわっている。CPAP の治療効果としては①無呼吸・低呼吸・いびきの消失、

②血液ガスの改善、③睡眠の質の向上、④日中の眠気など ADL（日常生活動作）の改善、⑤認知能力、気分障害の改善、⑥心血管合併症、糖尿病、脂質異常症の治療と生命予後の改善、⑦ SAS に関する労働災害等の社会的影響、交通事故のリスク軽減がある。

CPAP の使用時間と効果について

4 時間以上利用をしないと効果はみられず、生活パフォーマンスを改善するには 7.5 時間以上の利用が必要である。拡張期血圧、収縮期血圧、24 時間血圧についても、4 時間以上利用をしないと効果はみられない。また、眠気が強い人または若者でマスクが耐えられる人でないと続けることは難しい。CPAP 使用臨床指針としては、CPAP 使用状況を客観的にモニタリングすること、導入初期のサポート、患者教育、治療効果、睡眠の評価、長期間の支援がある。

睡眠時無呼吸症候群（SAS）は見逃されている部分が多い。早期発見・早期治療が健康増進、労働災害予防につながる。

Epworth Sleepiness Scale (ESS; エプワース眠気尺度)

あなたの最近の生活の中で、次のような状況になると、眠くとうとうしたり、眠ってしまうことがありますか？質問のような状況になったことがなくても、その状況になればどうなるかを想像してください。		眠くならない	眠くなる まれに	時々眠くなる	眠くなること が多い
①	座って何かを読んでいるとき（新聞・雑誌・本など）	0	1	2	3
②	座ってテレビをみているとき	0	1	2	3
③	会議・映画館・劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
④	乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
⑤	状況が許せば、午後横になって休息するとき	0	1	2	3
⑥	座って人と話をしているとき	0	1	2	3
⑦	昼食をとった後（お酒を飲まずに）、静かに座しているとき	0	1	2	3
⑧	(ア) 車中で、交通渋滞で2～3分止まっているとき (イ) 座って手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と き 平成 30 年 9 月 1 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

報告：健康スポーツ医学委員会副委員長 吉金 秀樹
同 委 員 小野 薫

本年度の研修会は、「フレイル・サルコペニア」をテーマで前半に特別講演、後半に実地研修という 2 部構成で、県内各地から多数の先生方やコメディカルの方々の参加があった。総合司会は藤本俊文 常任理事が務められ、まず、河村康明 会長による開会の挨拶があり、その後、特別講演に移った。

特別講演

超高齢社会におけるフレイルの意義と対策

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

医長 佐竹 昭介

佐竹先生は、「フレイル」に関する第一人者であり、大変わかりやすく、非常に興味深いご講演であった。

老いとともに低下する数々の心身機能は、手入をせずに放置すると、やがて不可逆な機能障害へと加速して移行することが懸念される。そのような状態に至る前段階は、近年「フレイル」と呼ばれ、介入のための重要な時期と捉えられるようになっている。このような「フレイル」に関して、老年医学的な見地から、その意義と対策について述べられた。

加齢に伴う身体機能の変化は、必ずしも直線的ではないが、その身体機能の低下には、基礎疾患を認めず、意図しない体重減少を伴うことが多いことが注目される。ヒトが獲得した高次機能（移動機能、認知機能）が、加齢により低下し「フレイル」状態になると、ストレスに対する脆弱性が亢進し、ちょっとしたことからドミノ倒しのようにならぬ。このような障害が出現する「加齢・フレイル・老年症候群の統一モデル」が提唱されている。

フレイル管理のための診療ガイドラインでは、

妥当性のある測定法を用いて評価することが強く推奨されている。現在、フレイルの統一された身体機能評価法はないものの、3 つの有用な測定法を紹介された。第一は、Fried らの評価基準（CHS 基準）である。一般的によく知られていて、体重減少（6 か月で 2 ~ 3Kg 以上）、筋力低下、疲労感、歩行速度（1.0m/ 秒未満）、身体活動の 5 項目を評価基準として、3 項目以上該当するとフレイル、1 ~ 2 項目はプレフレイル、0 項目は健常とする。第二に、介護予防健診で使った「基本チェックリスト」（厚生労働省作成）を利用するもので、国立長寿医療研究センターでは、基本チェックリスト合計点で、8 個以上の該当でフレイル、4 ~ 7 個の該当でプレフレイル、0 ~ 3 個の該当でフレイルなしとしている。基本チェックリストの総合点と 3 年間の自立率と生存率は相関するという。基本チェックリストの活用は、日々の高齢者の診療に役に立つかもしれない。第三は、SPPB（Short Physical Performance Battery）で、バランステスト、歩行テスト、腕組み起立テストの 3 項目で評価するが、転倒発症の予測に有用であるという。

自立障害に至る悪循環として「フレイルサイクル」が提唱されている。フレイルサイクルとは、食欲低下や嚥下機能低の低下で食事摂取量が減ると「低栄養」になり、「体重減少」、「筋肉量減少」をきたし、サルコペニアに至る。サルコペニアになると歩行速度の低下、筋力低下をきたし、身体機能の低下につながり活動量が減る。このため、転倒、骨折したりして、要介護状態になり悪循環を形成する。

フレイルの介入方法として、運動療法や栄養療法がある。運動療法として、フレイル高齢者には、

レジスタンス運動の要素を含む、漸増的で個性の高い身体活動を適応することが強く推奨されている。運動療法のみでも身体機能にある程度改善するが、運動療法と栄養療法をセットで行うとより効果がある。低栄養状態で運動しても筋肉量は増加しないからである。筋肉をつくるための栄養素である高蛋白質の摂取が必要であることを強調された。また、アミノ酸の中でも特にロイシンは、筋タンパク合成刺激が強く、十分量の摂取が望まれる。

また、フレイル状態と多剤服用が問題になっており、フレイル状態や転倒発症と多剤服用は密接に関連する。フレイル管理のための診療ガイドラインでは、多剤併用に対しては、不適切な薬剤、余分な薬剤の減薬や中止を検討することが強く推奨されている。多病患者は多剤服用の傾向であり、これからの重要な問題である。

フレイル評価を取り入れた高齢者診療においては、単に身体面だけを見るのではなく、生活環境、社会的背景など総合的に把握することが大切である。高齢者総合機能評価（CGA）を実施し、現状把握と今後の方針を立て、必要に応じて多職種との連携を取り、予防を意識した包括的なケアを行うことが重要である。

最後に、老年医学の先達である Nathan W. Shock 博士の「老年学の目的は、必ずしも寿命を延ばすことではなく、高齢者における身体障害、要介護状態をいかに最小限にしていけるかである」という言葉を引用されて講演を終えられた。

高齢化が進む現代の日本社会において、高齢者フレイルは、今後ますます重要な問題となるが、単に老いのせいと対応するのではなく、前向きに取り組まなければならないことを改めて痛感させられ、大変有意義な講演であった。

〔文責：吉金 秀樹〕

実地研修

サルコペニアに対する運動療法の効果と実際

筑波大学大学院人間総合科学研究科

准教授 山田 実

サルコペニアの定義

サルコペニアとは、加齢に伴う骨格筋量の減少

ならびに筋力の低下をきたす状況。サルコペニアの筋肉では、見かけの筋肉の減少もあるが、筋線維自体にも脂肪浸潤をきたし、筋肉自体の質低下もきたしている。

加齢による筋力（筋肉の機能）低下

筋肉は合成分解を繰り返す組織。加齢に伴って、そのバランスが崩れ、筋肉を合成するホルモンが減少し（IGF-1、DHEA）、筋肉を壊すサイトカイン増加により、筋肉が作られにくく、壊されやすい状況となる。

運動の効果

運動は IGF-1 や DHEA などのホルモンを増やす。また、抗炎症、抗酸化ホルモンを増やすことで筋肉の合成を促し、分解を抑制すると考えられ、サルコペニアには理想的な役割を果たしている。運動によって筋肉からマイオカイン（筋肉で作られる物質の総称）が放出され、様々な器官に影響を及ぼしていると考えられており、運動の多面的な効果も考えられている。

筋肉すべてが同じように加齢の影響を受けるのか？

上肢と下肢では、下肢の方が加齢によって萎縮しやすい。特に姿勢を保持する筋肉（抗重力筋）の筋力低下が著しい。高齢者では円背傾向が強くなるが、骨が変形する前に、これらの筋肉委縮が起こっているのではないかと考えられており、それらをいかに維持するかが要介護予防に重要となる。歩行には多くの筋肉（抗重力筋）が動員されるので、今の機能を維持するためには日々のウォーキングが理想的。

加齢による筋線維の変化

加齢によって筋線維の横断面積、線維数は共に減少するが、加齢によらない一般的な廃用性萎縮では、横断面積は減っても筋線維は減らないと言われている。

筋線維には遅筋線維（type1）と速筋線維（type2）があるが、type2 は加齢による影響を受けやすい。また、筋線維の修復、肥大に深く関わ

るサテライト細胞も、type2 線維の方が加齢により減少しやすい。

見かけの筋肉サイズの差はなくても、筋肉の断面は、若年者では type2 線維が多く、高齢者では type1 線維が多くなり、細胞間隙が目立つ（脂肪組織）。高齢者の筋力低下は見た目だけでなく、質の低下もきたしていることがわかる。

骨格筋内脂肪（IMAT）を減らすことができるのか？

IMAT（筋内脂肪）は、運動効果が出やすく、運動によって IMAT は減り、止めると増える。特に有酸素運動により減少する。

運動単独ではなく、栄養も併用したほうがよい

一般的に、若年者の方が筋蛋白合成反応がよく、同じ運動、同じ蛋白摂取量なら、若年者の方が筋肉が作られやすい。しかし、高齢者でも蛋白摂取量を増やせば、同じ運動量でも筋蛋白合成反応が若年者に近くなることがわかっており、高齢者ではより蛋白摂取が重要となる。

摂取された蛋白質はアミノ酸に分解・吸収されるが、アミノ酸濃度が低くなると、サルコペニアが多くなり、サルコペニアでは、ロイシン血中濃度が低いことがわかっている。高齢者には蛋白質、特にロイシンを多く含む食品が必要である。

蛋白摂取量が少ない状況では、運動してもしなくても筋肉量の変化に差はないが、蛋白摂取量が多いと差が出やすい。

「運動＋栄養」、「運動のみ」、「栄養のみ」での筋力改善率を比較すると、「運動＋栄養」がよい。運動と栄養のバランスが重要。

運動するとほぼ全例に筋力が増すが、1/3 で骨格筋量が減少した。運動をすることで、筋力が増えても筋肉が減る人が存在し、サルコペニアでは、運動だけでは筋肉が減ってしまう人がいる。サルコペニアでは、より栄養介入が重要となる。

蛋白質とアミノ酸摂取のタイミング

アミノ酸摂取のタイミングは運動直後がいいと言われるが、運動後 1 ～ 2 時間で筋蛋白合成反応が高まるため、運動直後に固執せずとも運動前

や最中でもよいと思われる。

しかし、蛋白質はアミノ酸に分解・合成する時間が必要となり、高齢者では若年者より時間を要するため蛋白質摂取のタイミングが難しい。高齢者ではタイミングより、3 食のバランスを整えることが大切と指導している。

一般的に蛋白摂取量は、朝食＜昼食＜夕食の傾向がある。朝、昼、夕の食間を 6 時間とすると、夕食から朝食までは 12 時間空き、朝食での蛋白摂取量が少ないと、午前中のアミノ酸濃度が低くなる。したがって、午前中に運動する場合、朝食の蛋白摂取量を増やす工夫が必要である。

3 食安定して蛋白質を摂った場合の方が、バラバラ（ばらつきが多い）で摂る場合より、筋蛋白合成量が多いこともわかっており、3 食のバランスが大切である。

どのくらいの負荷量が必要か？

通常は 1RM（最大反復回数）の 70 ～ 80% の負荷で、10 回の反復運動が理想的とされるが、高齢者では高負荷と低負荷で差はなく、低負荷でも回数を増やし、仕事量を一緒にすれば、同等の効果が得られるとされている。1RM20% 程度の運動でも十分な回数を実施すれば筋力増強効果は得られ、蛋白合成反応は促進する。低負荷の運動でも効果が証明されており、介護予防の現場には適している。

やっぱり継続は力なり

運動の問題のひとつは“継続”である。3 か月やった効果は 3 か月で半減、6 か月で消失する。止めると戻るので、低負荷でもよいので、できるだけ継続することが大切となる。

運動はレベルに合わせて、無理なく楽しく

高齢者では機能レベルがバラバラなので、一斉に同じことをやることは難しい。主要なトレーニングには数種類のメニューを作っている（右図）。運動時間は 1 分からでもよく、好きな曲の一番だけなど、楽しみながら無理なくすることが大切。

INE study（伊根町における遠隔監視型郵送式サルコペニア予防介入）

歩数、食事（量）、睡眠などを記録用紙に記入し、一か月分をまとめて郵送し、それらの結果をフィードバック用紙にまとめて返却する方法で施行。多くの方がきちんと記録してくれた。高齢者には「運動しなさい」と言うだけではなく、運動をやった成果を目に見える形で記録に残し、提示させると続きやすくなる。フィードバック用紙のコメントも喜ばれ、ラジオ体操の印鑑と同様、承認欲求が満たされると続きやすい。

研究結果としては、運動したグループで IGF-1 や筋肉量は増加。フレイルでは蛋白摂取の併用が効果あったが、元気な高齢者では蛋白摂取の効果は見えにくかった。その理由は、元気な高齢者はそもそもしっかり食べているからと思われた。

会場にて大腿四頭筋を強化するレジスタンストレーニングの「ロバスト」（いわゆる空気椅子）とエアロビクトレーニングの要支援・介護レベルの座位にて行う足踏み運動を行った（下図）。座位運動と侮っていたが負荷もそれなりに感じ、1分、2分と次第に汗ばんできた。これなら安全に無理なく行えると実感。外来の高齢患者に勧めやすく、我々も診療の合間に行うには最適と思った。

〔文責：小野 薫〕

加齢により萎縮しやすい筋

・ Vitasalo JT, Pääkkönen JT, Heikkinen E. Muscular strength profiles and anthropometry in random samples of men aged 31–35, 51–55 and 71–75 years. Ergonomics. 1984; 28(11):1563-1574.
・ Israel S. Human muscle strength and power in sport, pp128-162, Blackwell, Oxford, 1994.

レジスタンストレーニング（大腿四頭筋）

ロバスト 	フレイル
要支援・介護 	要支援・介護

エアロビクトレーニング

ロバスト 	フレイル
要支援・介護 	要支援・介護

機能レベル別のサルコペニア予防

ロバスト高齢者 栄養状態は比較的良好 日々のタンパク質摂取も良好 	サルコペニア・フレイル高齢者 栄養状態は比較的不良 日々のタンパク質摂取量が不足しがち
レジスタンス運動だけでも効果が期待できる 	レジスタンス運動だけでは効果が期待しにくく、タンパク質の補充を併用することが重要

第 62 回社会保険指導者講習会

「わかりやすい感覚器疾患」

と き 平成 30 年 10 月 3 日・4 日（水・木） 10：00～

ところ 日本医師会大講堂

[印象記：理事 伊藤 真一]

平成 30 年 10 月 3 日・4 日の両日、日本医師会大講堂で「わかりやすい感覚器疾患」をテーマに標記講習会が開催された。全国から厚生労働省・支払基金・国保連合会・医師会などの関係者延

べ 286 名が参加し、本会からは萬 忠雄・清水 暢 両常任理事、吉水一郎・長谷川奈津江 両理事、伊藤が参加した。

10 月 3 日（水）	CC 単位	10 月 4 日（木）	CC 単位
10:00 開会・挨拶／日本医師会長、厚生労働大臣			
10:10 感覚器障害の分類と疫学 小川 郁 （慶應大耳鼻咽喉科教授）	CC 0 1 単位	10:00 触覚障害とその診かた 室田浩之 （長崎大皮膚科教授）	CC63 1 単位
11:00 質疑応答（10 分）		10:50 質疑応答（10 分）	
11:10 視覚障害とその診かた 前田直之 （湖崎眼科副院長）	CC36 1 単位	11:00 触覚障害の最新治療 片山一朗 （大阪大名誉教授）	CC63 1 単位
12:00 質疑応答（10 分）		11:50 質疑応答（10 分）	
12:10～12:50 休憩（昼食）		12:00～12:50 休憩（昼食）	
12:50 嗅覚・味覚障害の診かたと最新治療 三輪高喜 （金沢大耳鼻咽喉科教授）	CC 0 1 単位	12:50 視覚障害の最新治療 寺崎浩子 （名古屋大眼科教授）	CC36 1 単位
13:40 質疑応答（10 分）		13:40 質疑応答（10 分）	
13:50 めまい・平衡障害の診かたと最新治療 武田憲昭 （徳島大耳鼻咽喉科教授）	CC31 1 単位	13:50 感覚障害の再生医療 高橋政代 （理化学研究所プロジェクトリーダー）	CC36 1 単位
14:40 質疑応答（10 分）		14:40 質疑応答（10 分）	
14:50～15:00 休憩（10 分）		14:50～15:00 休憩（10 分）	
15:00 聴覚障害の最新治療と人工聴覚器の進歩 佐藤宏昭 （岩手大耳鼻咽喉科教授）	CC38 1 単位	15:00 厚生労働省関係講演	CC 6 1 単位
15:50 質疑応答（10 分）			
16:00 感覚障害の遺伝子診断 －視覚障害－ 堀田喜裕（浜松大眼科教授）	CC36 0.5 単位	16:00 総括：日本医師会	CC 6 0.5 単位
－聴覚障害－ 野口佳裕（国際医療福祉大耳鼻咽喉科教授）	CC38 0.5 単位		
16:50 質疑応答（10 分）			
17:00 終了		16:30 終了	

本講習会は、医学・医術のたえざる進歩に対応して常にその基礎的知識を体系的に吸収し、社会保険診療内容の向上を図り、国民医療の要請に応えることを目的に日本医師会並びに厚生労働省共催のもとに催し、生涯教育活動の一環として実施されている。

わが国は、世界に類を見ない超高齢社会を迎えており、高齢者にとって避けられない障害の一つであるのが感覚器疾患である。WHO の発表によれば、高齢者の QOL に影響する 10 疾患に白内障、視覚障害、聴覚障害の 3 つの感覚器疾患が含まれている。そのため感覚器疾患の理解を深めることが、今後われわれが健康長寿社会の実現を目指すうえで非常に重要であると言える。

感覚器とは古来の分類による 5 種類「視覚」、「聴覚」、「嗅覚」、「味覚」、「触覚」に加え、「平衡覚」も感覚の一つに加わり、現在では 6 感として考えられている。

今回の講習では、一般診療において遭遇する機会の多い感覚器疾患をピックアップし、各領域（眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科）のスペシャリストの先生方の講演を拝聴した。

講義は、それぞれの感覚器の解剖学的特徴、生理学的機能などの基礎的な説明から始まり、症候

の診かた、診断の手順と必要な検査・治療についてまで、最新の情報と知見を詳細且つ簡潔に解説された。検査においては、各々疾患について必要な画像診断の講義があり、特に眼科領域の光干渉断層計（OCT）から得られる高解像な組織断層像には驚かされた。治療においても、一般診療医でも対応可能なスタンダードな治療から、聴覚障害に対する人工内耳術や、黄斑浮腫に対して行われる血管内皮増殖因子（VEGF）阻害剤薬の硝子体注射等の講義がなされた。特に印象的だったのは再生医療の講義で、理化学研究所の高橋政代 プロジェクトリーダーと京都大学 iPS 細胞研究所の山中伸弥 所長との共同研究グループによる、滲出型加齢黄斑変性の患者を対象とした、世界初の iPS 細胞を用いた臨床研究の講演であった。iPS 細胞由来網膜色素上皮細胞を用いた細胞治療が安全に施行できることを支持する結果を得ており、日常診療からはかけ離れていると考えていた再生医療が身近に感じられ、大変刺激になった。

なお、本講習会は、『日本医師会雑誌』第 147 巻・特別号（1）生涯学習シリーズ 94「わかりやすい感覚器疾患」が内容となっており、詳しくはそちらを参照いただきたい。

かなえない 未来がある。



応援してください。
やまぎんも、私も。

石川 佳純



山口銀行

YAMAGUCHI BANK

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551

理 事 会

－第 13 回－

9 月 20 日 午後 5 時～7 時 3 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 平成 31 年度施策・予算に関する要望について

医療・介護の適切な財源確保、地域医療介護総合確保基金の充実強化、地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の実現に向けた取組み、地域保健対策等、災害時救急医療体制の整備等の 5 項目について要望することが決定し、「医療従事者の確保対策の推進」及び「看護職員等の確保及び養成施設への支援・拡充」を重点項目とすることが決定した。詳細内容及び追加事項について再確認し、次回理事会にて最終決定することとした。

2 国民健康保険の財政調整等のための交付金の特定健康診査に関連した交付基準の新設について

都道府県は、市町村の国保財政の状況に応じて保険給付費の 9% 相当を負担し、その一部を特別交付金として交付している。これまで、医療費通知・レセプト点検・特定健診受診率・保健指導の終了率・保険料収納率等を評価し交付基準としてきたが、山口県医務保険課より、特定健康診査に関連した交付基準の新設として、①特定健診の自己負担の無料化：一人につき 1,000 円を県が交付、②患者さんが保険で行った検査項目が特定健診の項目すべてを充たしている場合のみ医療機関が検査結果を市町村に情報提供を行えば文書料として 1 件につき最大 2,500 円を県が交付する、の 2 点が要望された。本会としては、①については承諾、②については特定健診制度の問題点などもあるが、現在、既にこの制度を実施している市があ

ることから、郡市医師会に対し推奨はしないが拒否する指導を行うものでもないとして、市町と郡市医師会の協議に委ねることが決定した。

3 萩市医師会との懇談会における意見・要望について

9 月 26 日開催の標記懇談会へ提出された要望 2 件に対する本会の見解について協議を行った。

4 第 20 回中国四国脳卒中研究会の助成について

山口大学大学院医学系研究科神経内科学講座が今年度担当する標記研究会に対して助成金の申請があり、5 万円の助成を行うことが決定した。

人事事項

1 山口県社会的養育推進計画策定委員会の委員について

国は、平成 28 年改正児童福祉法の理念を具体化するために、今後の社会的養育の在り方とそこに至る工程を示した「新しい社会的養育ビジョン」を策定した。これを受け山口県は、「子どもの権利保障」と「子どもの家庭養育優先原則」を実現するために「山口県社会的養育推進計画」を策定、標記委員会を設置して内容を検討することとなった。医療分野での委員の推薦依頼があり、山口県立総合医療センターの長谷川真成 先生を推薦することが決定した。

報告事項

1 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議（9 月 6 日）

山口県健康増進課より、平成 28・29 年度麻疹予防接種実施状況、及び関東地方での風疹流行が全国に広まる恐れがある旨の報告があった。引き続き本会から、平成 31 年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）、平成 30 年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種、平成 31 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について説明の後、協議した。（河村）

理 事 会

2 学校課題対策検討会（9月6日）

予め各学校から提出された意見・要望から、課題となる①看護教員養成講習会の運営と受講、②応募者・学生、③国からの補助金、④県内の医師会立看護学校が閉校した際の看護職員数のシミュレーション、⑤教員と学生の医療圏ごとの集約化等について協議を行った。（沖中）

3 第1回山口産業保健総合支援センター運営協議会（9月6日）

平成 29 年度産業保健活動総合支援事業実施結果、平成 30 年度事業計画及び 7 月末までの進捗状況等の説明後、意見交換を行った。（中村）

4 第1回山口県特別支援学校医療的ケア運営協議会（9月6日）

山口県教育庁より、本県の医療的ケアの現状の報告後、特別支援学校における医療的ケアの実施体制について協議を行った。（河村）

5 日本医師会第 130 回年金委員会（9月7日）

四半期の運用及び運用環境の報告後、医師年金脱退一時金の適用利率及び普及推進活動について協議を行った。（河村会長）

6 第1回山口県社会福祉審議会（9月10日）

平成 30 年度社会福祉分野計画新規策定予定の山口県再犯防止推進計画（仮称）、第四次山口県地域福祉支援計画の改定、第 2 期やまぐち子ども・若者プランの改定等について協議を行った。

（前川）

7 山口県立病院機構第 27 回評価委員会

（9月11日）

第 3 期中期目標（素案）の報告が行われた。

（河村会長）

8 第2回山口県共同募金会評議員会（9月12日）

平成 30 年度募金計画、役員の選任、配分委員

の選任について審議を行った。また、平成 30 年 7 月豪雨災害に対する義援金及び災害ボランティアセンター設置等に対する助成、アサヒ飲料から全国の子ども食堂に対して行われた助成等について報告が行われた。（事務局長）

9 山口県福祉サービス運営適正化委員会本会議（9月12日）

委員長・副委員長の選出、運営監視部会・苦情解決部会の委員の指名及び部会長・副部会長の選出が行われた。（今村）

10 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

（9月12日）

幹事会幹事の委嘱、役員選任の認可、第 14 次審査情報提供（歯科）等の報告が行われた。

（河村会長）

11 第1回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議（9月13日）

山口県長寿社会課より地域医療介護総合確保基金（介護分）、地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）及び認知症施策の取組状況等の報告が行われ、その後、下関市医師会の飴山 晶 理事による下関市地区の活動報告として「地域包括ケア構築のための下関市医師会の取り組み」の講演が行われた。（清水）

12 新規個別指導・個別指導「診療所」（9月13日）

新規個別指導 5 機関、個別指導 5 機関について実施され立ち会った。（萬、伊藤、吉水、郷良）

13 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

（9月13日）

平成 29 年度に実施した立入検査の改善報告及び平成 30 年度外部精度管理調査（オープン調査）の実施等について協議を行った。（沖中）

理 事 会

14 医療事故調査委員会（9 月 13 日）

支援団体として、病院 1 件について標記調査委員会を実施した。（中村）

15 日本医師会監事会（9 月 18 日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。
（河村会長）

16 日本医師会第 7 回理事会（9 月 18 日）

第 2 回都道府県医師会長協議会及び平成 30 年度家族計画・母体保護法指導者講習会の開催、平成 30 年度日本医師会医学賞・医学研究奨励賞の選考等について協議を行った。（河村会長）

17 第 1 回都道府県医師会長協議会（9 月 18 日）

本会提出の議題『『医師の働き方改革』とともに進めるべきこと』ほか各県から提出された 12 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。（林）

18 山口大学第 86 回経営協議会（9 月 18 日）

山口大学連携講座規則の制定等について審議後、山口大学医学部附属病院長選考規則の一部改正、平成 31 年度概算要求等について報告が行われた。（今村）

19 山口大学第 57 回学長選考会議（9 月 18 日）

議長及び副議長の選出が行われた。（今村）

医師国保理事会 — 第 11 回 —

1 傷病手当金支給申請について

2 件について協議、承認。

— 第 14 回 —

10 月 4 日 午後 5 時～7 時 11 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・前川各常任理事、白澤・山下・河村各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第 1 回郡市医師会長会議の意見・要望について

郡市医師会から予告された 2 題について協議を行った。

2 平成 31 年度施策・予算に関する要望について

前回理事会で協議された一部修正箇所の確認を行い、最終決定とした。また、平成 30 年度要望事項に対する自由民主党山口県連の取組み・反映の状況について再度の情報提供を行った。

3 平成 30 年度学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会長から標記被表彰候補者 1 名の推薦依頼があり、3 郡市医師会から推薦があった候補者について協議し、1 名を候補者として推薦することを決定した。

4 平成 30 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の内示について

9 月 14 日付けで国から県へ標記基金の内示があった。山口県要望額 1,141,730 千円、内示額 981,886 千円。本県では、基金残高からの充当により、当初予算（1,896,998 千円）で計上しているすべての事業が実施可能となる。

5 第 2 回都道府県医師会長協議会の議題について

11 月 20 日に開催される標記協議会では、日医から提案の①地域医療対策協議会の現状と問題

理 事 会

点、②地域医療構想調整会議のあり方、の 2 つのテーマに絞って協議が行われることから、議題内容について協議を行った。

報告事項

1 山口県いじめ問題調査委員会 (9 月 6 日)

委員長及び副委員長を選出後、山口県のいじめ問題とその取組み等についての意見交換等を行った。(藤本)

2 第 2 回花粉情報委員会 (9 月 20 日)

平成 31 年花粉情報システム事業及び平成 30 年 12 月 16 日(日)に開催する花粉測定講習会及び県民公開講座：花粉症対策セミナー「通年化する花粉症と子どもの発育障害」について協議を行った。(今村)

3 第 2 回健康教育委員会 (9 月 20 日)

今年度の健康教育テキストの素案について協議・修正を行い、来年度のテキストのテーマについて協議を行った。(河村)

4 日医第 1 回学校保健委員会 (9 月 20 日)

委員長及び副委員長指名後、会長諮問「児童生徒の健康支援の仕組みを核とした実践的な生涯にわたる健康教育を推進するために学校医はどうあるべきか」が示され、フリートーキングが行われた。(藤本)

5 地域医療構想調整会議「宇部・小野田」「周南」(9 月 20 日)、「山口・防府」「長門」(9 月 27 日)、「下関」(10 月 2 日)

宇部・小野田、周南、山口・防府では全体会議、長門では病床機能等医療のあり方検討部会、下関では高度急性期・急性期専門部会が開催された。平成 29 年度病床機能報告から平成 30 年度の各医療機関の動向、今後の調整会議の取組促進に係る対応、病床転換予定の報告、「公的医療機関等 2025 プラン」の具体的対応方針等について協議

した。(前川)

6 第 34 回日本診療放射線技師学術大会

(9 月 21 日)

来賓として挨拶を行った。(河村会長)

7 山口県医師会産業医研修会 (9 月 22 日)

山口労働局労働基準部健康安全課の末廣高明課長による「最近の労働衛生行政について」、山口労災病院循環器内科の関 耕三郎 部長による「勤労者の睡眠呼吸障害について」の特別講演 2 題が行われ、受講者は 131 名であった。(中村)

8 男女共同参画・女性医師部会地域連携会議

(9 月 22 日)

本会男女共同参画部会のワーキンググループの活動報告、各郡市女性医師部会の現状報告を行い、その後、意見交換を行った。また、男女共同参画部会のない郡市医師会に対して部会設置の依頼を行うこととなった。(前川)

9 男女共同参画部会第 2 回理事会 (9 月 22 日)

今年度の総会を平成 31 年 3 月 17 日(日)に開催し、終了後に特別講演及び特別企画として「医学部受験者の点数調整からみえてくるもの」をテーマに討論を行うことが決定した。その後、ワーキンググループの活動状況の報告が行われた。

(前川)

10 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 110 回苦情解決部会 (9 月 25 日)

平成 30 年 4 ～ 8 月の苦情相談の現状及び苦情解決事案について審議を行った。(今村)

11 萩市医師会との懇談会 (9 月 26 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)制度について説明を行い、萩市医師会より提出された議題である平成 30 年度在宅医療提供体制充

理 事 会

実事業、医療従事者の確保に関して意見交換を行った。(加藤)

12 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(9 月 26 日)

医科の新規指定はなかった。(河村会長)

13 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議 (9 月 27 日)

関係団体から平成 29 年度実施結果及び平成 30 年度実施状況について報告の後、平成 31 年度の実施(受診率の向上)に向けて協議を行った。また、国民健康保険の財政調整等のための交付金の特定健康診査に関連した交付基準の新設として、①特定健康診査の自己負担額の無料化、②医療機関から検査結果の提供を受けた場合のその費用(1 件につき最大 2,500 円)の交付が行われること、平成 31 年度の標準単価等の報告が行われた。(藤本)

14 新規個別指導・個別指導「診療所」(9 月 27 日)

新規個別指導 2 機関、個別指導 6 機関について実施され立ち会った。(萬)

15 山口県小児保健研究会役員会 (9 月 29 日)

平成 29 年度決算報告、平成 30 年度事業計画及び予算(案)、教育講演の講師等について協議を行った。(河村)

16 中国四国医師会連合常任委員会 (9 月 29 日)

ブロック選出の日本医師会役員からの中央情勢報告、平成 29 年度事業・会計報告の後、分科会・総会の運営、中国四国医師会連合医事紛争研究会及び常任委員会(会長会議)の開催、次期当番県等について協議を行った。(加藤)

17 中国四国医師会連合各種分科会 (9 月 29 日)

第 1 分科会：医療保険・医療政策では、地域医療構想調整会議における都道府県医師会の役

割、審査事務の集約に向けた実証テストについて等の 10 議題 9 提言、第 2 分科会：介護保険では、認知症初期集中支援チームの活動状況、地域での介護医療院の役割と設置状況等の 9 議題 7 提言、第 3 分科会：地域医療・医療環境では、今後の准看護師養成への新たな方策、各県の初期研修医のマッチング定数、採用数、後期研修医採用数の推移と医師確保対策等の 10 議題 9 提言について意見交換を行った。(萬、藤本、沖中、前川)

18 中国四国医師会連合総会 (9 月 29 日)

9 月 30 日に開催の予定であったが、台風 24 号による悪天候のため急遽前日開催となった。中国四国医師会連合の平成 29 年度事業・会計報告及び平成 31 年度は高知県の担当で開催することが承認された。予定されていた特別講演 2 題は中止となった。(加藤)

19 平成 30 年度全国都市緑化祭記念祝賀会

(10 月 2 日)

都市緑化の推進を図り、緑豊かな潤いのあるまちづくりを目的に「第 35 回全国都市緑化やまぐちフェア」の中心的行事として、平成 30 年 10 月 3 日に「平成 30 年度全国都市緑化祭」が行われることから秋篠宮同妃両殿下のご臨席の下、祝賀会が開催され来賓として出席した。(河村会長)

20 広報委員会 (10 月 4 日)

会報主要記事掲載予定(11・12・1 月号)、炉辺談話、県民公開講座、歳末放談会等について協議した。その後、第 9 回フォトコンテストの審査会を行い、169 作品の応募の中から 8 作品を表彰作品に決定した。(今村)

21 会員の入退会異動

入会 5 件、退会 6 件、異動 14 件。(10 月 1 日現在会員数：1 号 1,276 名、2 号 877 名、3 号 449 名、合計 2,602 名)

理 事 会

22 「やまぐち県民一斉健康宣言」について

山口県では、県民、行政、関係団体等が一体となった健康づくり運動の普及定着を目指し、その推進母体となる「健康やまぐち 21 推進県民会議」を設立しているが、更なる取組みを進めるため、県民会議構成団体に対して「やまぐち県民一斉健

康宣言」の提出依頼があった。本会として、特定健診受診率の向上を成果目標に「医療で献身、その前にまず健診」をスローガンとして提出することが決定した。



第 13、14 回理事会では、平成 31 年度施策・予算措置についての自民党への要望内容を協議し、戦略的かつ重点的に要望することを確認した。医師会立看護学校課題対策検討会は、医師会立看護学院(校)について“オール山口”で取り組むために発足したもので、詳細は次号に掲載予定である郡市医師会長会議の報告事項を参照願いたい。

1 山口県特別支援学校医療的ケア運営協議会について

特別支援学校において日常的に医療的ケアを必要とする幼児児童生徒に対して医療的ケアを行い、かつ医療的配慮の必要な幼児児童生徒の健康管理等を行うにあたり、安全で円滑な実施を行うために設置。

＊医療的ケアは特別非常勤講師として配置された医療的ケア支援要員（看護師）が主治医の指示に従って実施。

山口県の特別支援学校における医療的ケアの現状（平成 30 年 5 月 1 日現在）

- ・学校看護師による医療的ケアを必要とする児童生徒数：52 人
- ・医療的ケア支援要員（学校看護師）数：32 人

教員による医療的ケア実施：下関総合支援学校、周南総合支援学校

- ・医療的ケアの内訳（平成 29 年度）

口腔・鼻腔内吸引（38.7%）、気管切開部からの吸引（20.3%）や衛生管理（13.4%）、ネブライザー等の薬液の吸入（10.1%）、人工呼吸器の使用（9.2%）、酸素療法（8.3%）

2 地域医療構想について

現在、二次医療圏ごとに調整会議が開催され、各医療圏の課題などの議論が進みつつある。

全国規模の有識者で構成された委員による「下関市地域医療の確保に関する外部有識者検討会」における“下関医療圏に求められる医療提供体制について”の意見は、山口県全体にも当てはまることがあるので一部を紹介する。

- ・若い医師が集まらない点や医師の年齢が高い点から 10 年後かなり厳しい状況になる
- ・臨床研修のマッチングや専攻医の採用が非常に弱い

- ・在宅医療関係のデータや医師以外の職種のデータを整理すべき
- ・医療における人口減少対策の明確なビジョンが必要
- ・高度先進医療は、地域完結型を強く出す必要はない
- ・生き残り競争では、競争に負けるところがあるので、医療崩壊する前に検討を
- ・長崎の離島では、最初に開業医が減り、有床診療所がなくなり、それから病院がなくなって、最後に公立病院が一つだけ残った。継続性や持続性からすると公立病院が最後の守りなのか

3 その他

日医学校保健委員会は、「児童生徒の健康支援の仕組みを核とした実践的な生涯にわたる健康教育を推進するために学校医はどうあるべきか」という諮問を受け、今後 2 年間で答申に向けた協議をすることになった。「実践的な生涯にわたる健康教育」の実施のためにも成育基本法の成立を望む。

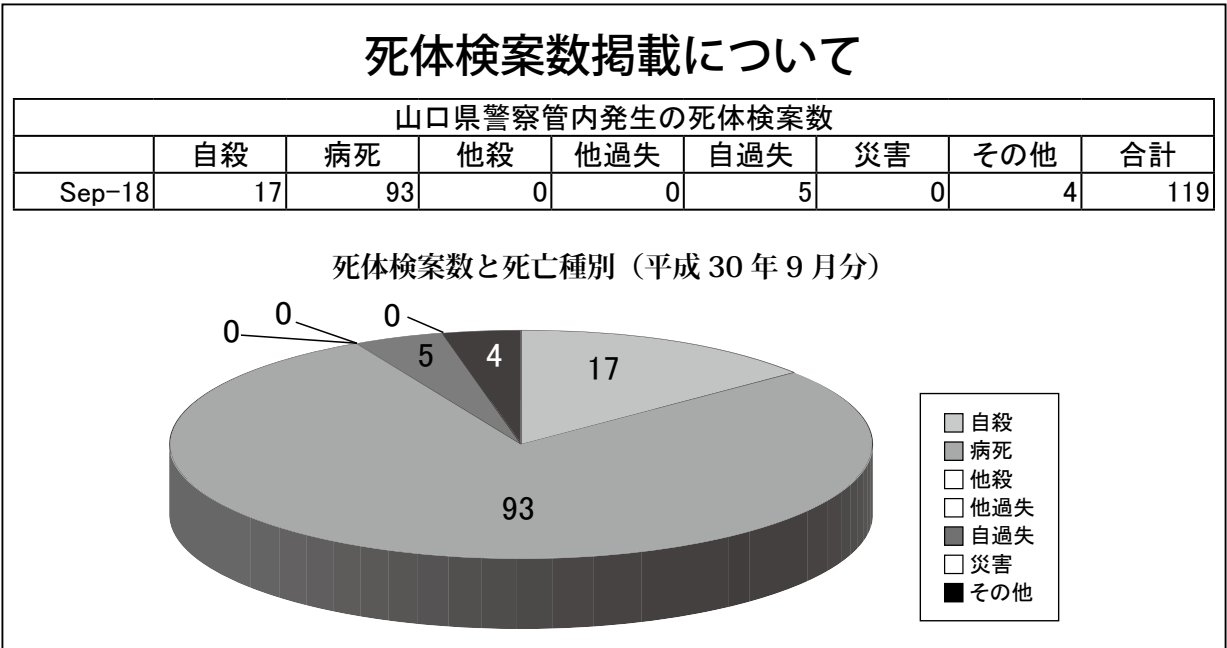
第 13 回は秋雨前線が居座った足元の悪い日だったが、理事会前に会長が丹精込めて作られたメロンが振る舞われた。水害を免れたメロンの甘さと香りに役員室が華やいだ。第 14 回は台風 24 号と 25 号の合間の少し蒸し暑い秋日和で、半袖の役員が目立った。

間もなく紅葉を求めての山歩きに絶好の季節が到来する。

登山靴脱ぎて蹠を取り戻す 末兼友子

平成 29 年度 NHK 全国俳句大会大賞を受賞された末兼友子さんは、山口市医師会ふしの句会の会員で、夫君は同句会員の末兼浩史 先生である。同句会の劣等生である私も、我が榮譽の如く事あるごとに自慢している。説得力のあるこの句は、約 10 年前の弥山（宮島）登山を思い出させてくれた。山自体の高さは 500 m くらいだが海拔 0 m からの登山は思ったよりハードで、麓の温泉に浸かった時の蹠の開放感が何とも言えなかった。今はロープウェイで登るしかなさそうな体力となってしまう、すっかり縁遠くなった登山靴を久しぶりに出してみた。少し傷ついた登山靴がなぜか懐かしい。感慨！

[文責：副会長 今村 孝子]



 日医 FAX ニュース **2018 年（平成 30 年）10 月 30 日 2738 号**

- 6 年後に介護医療院は約 1 万 6,000 床
- 第 1 回外国人医療対策委員会を開催
- 医療広告 GL の Q&A 改訂
- インフル報告、定点当たり 0.19 に増加

2018 年（平成 30 年）10 月 26 日 2737 号

- 地域枠入試「別枠方式に限定」へ
- 社会保障・働き方改革本部を設置
- 「医療は医療者・患者の信頼を基に」
- 風疹の追加対策案を年内にも提示へ

2018 年（平成 30 年）10 月 23 日 2736 号

- 「世界医師会の存在感を高めた」
- 中川副会長「院内処方へ回帰の議論を」
- 国庫補助率削減見直しなど 3 項目を決議
- 初のアレルギー情報サイトを開設

2018 年（平成 30 年）10 月 19 日 2735 号

- 消費税率 10% 引き上げ表明「支持」
- 三師会と四病協の提言は「揺るがず」
- 費用対効果評価、本格実施へ体制強化を
- 処遇改善で「職場環境の整備」推進を

2018 年（平成 30 年）10 月 16 日 2734 号

- 世界医師会長の退任を報告
- 働き方改革などへの理解求める
- 後期高齢者負担増、「丁寧な検討が必要」
- 国連総会ハイレベル会合での演説報告
- 住民とのネットワーク「重要な視点」
- 厚労部会長に小泉氏が内定

2018 年（平成 30 年）10 月 12 日 2733 号

- 財政審議論「健康づくり活動に水差す」
- 「JMA ジャーナル」の第 1 号を発行
- 改革工程表・骨太 2018 記載の課題を確認
- 予防接種 DB 整備など盛り込む
- 風疹患者数、累計 952 人で昨年の 10 倍超

2018 年（平成 30 年）10 月 5 日 2732 号

- 厚労行政に「全身全霊で取り組む」
- 本庶氏のノーベル賞受賞讃える
- 人材育成を通じ活動強化
- 5 都県に CRS 防止対策を通知
- 市町村国保医療費、地域差は 1.34 倍

2018 年（平成 30 年）10 月 2 日 2731 号

- 医師偏在指標で計算式提示
- 医療計画の中間見直しに向け議論開始
- 薬機法改正へ論点提示、意見集約へ
- 風疹流行で、CRS 防止への対策了承

2018 年（平成 30 年）9 月 28 日 2730 号

- 総合確保基金の柔軟な運用を要望
- 20 年度改定に向け医療実調の議論開始
- 働き方改革、需給問題と併せて議論を
- 対 GDP、「G7 各国と乖離せず」

平成 30 年間の社会変遷 —今後の課題—

あと数か月で今上天皇は護位され、新元号へ改元となる。

この 30 年間には、さまざまな社会変化が続いた。外国ではソビエト連邦の解体、EU 統合、リーマンショック、テロの多発、中国の台頭、国内では市町村の大合併、政権交代、雇用制度の変化、消費税導入、バブル崩壊、ノーベル賞受賞、電子機器類の驚異の進歩、人口減少問題、地球温暖化、多発する自然災害、エネルギー問題、医療関係では介護保険の導入、社会保障費の肥大、医療費抑制など列挙にいとまがない。

そこで将来への課題となる電子機器の発達と人口問題をとりあげてみた。

電子機器の驚異の発達で、近年の情報、記録、コミュニケーション環境は激変した。

パソコン、携帯電話・スマホ、種々のカードは今や日常生活の必需品となっている。驚異的な技術の進歩で、AI はその速さ、精確さで、今や人間の能力以上の領域に達した。他方、人間関係、いわゆる“人間臭さ”が感じられた生活が懐かしい。

いったん便利な機器使用体制が構築されれば、そのリスクに目をつぶり、依存から抜け出せない。それぞれの利益とリスクを見据えた上で技術を使いこなす人間の知恵を磨きたい。

人口問題も、高度成長期の昭和時代には想像もなかった新しい問題である。すなわち人口減少、少子高齢化、地域人口格差の増大である。日本の総人口は、平成 18 年をピークに減少し始めた。山口県でも山間部より都市部へ、山陰側より山陽

飄

々

広報委員

堀 哲二

側へ、全国レベルでは三大都市圏へと若者の向都離村志向の波は加速している。残された過疎地域の老人の生活環境は日々増悪している。人口減少は、地方の経済活動の低迷だけではなく、生活全般に影響している。

社会保障制度を支える現役世代の負担は増加するばかりである。統計予測によれば、人口減少が今のままで推移すると、将来、現在の医療等の社会保障制度の維持は難しいと言われている。

文字通り、“待ったなし”の課題である。敏速で柔軟に対応できる組織の構築が、ぜひ必要である。

振り返ってみると平成時代は想像もできない速さで変遷し、昭和期の価値観を超えた将来への新しいあり方を模索し、未来への発展へつながる貴重なヒントを与えた。

改元の時期は、若い次世代の人々に日本の将来を託すよい機会でもある。

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。



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。



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 にてお申し込みください。（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/>



平成 30 年度

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

日 時 平成 30 年 12 月 9 日（日）13：00～16：40
会 場 山口県医師会 6 階 会議室
対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者等
参加費 無料

開 会
挨 拶

■学校医研修会 13：00～14：30

何が起こっているコンタクトレンズ問題

ウエダ眼科院長 植田 喜一

■山口県医師会学校医部会総会 14：30～14：40

■予防接種医研修会 14：40～15：40

予防接種をされるすべての先生方へ

～輸入が続く麻疹風疹：国際的視野からの予防対策を～

総合病院山口赤十字病院第 2 小児科部長 門屋 亮

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15：40～16：40

不整脈を持つ児童生徒の管理

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉 会

単 位

・日本医師会生涯教育講座：3.5 単位

学校医研修会 CC36（1.5 単位）

予防接種医研修会 CC11（1 単位）

学校心臓検診精密検査医療機関研修会 CC43（1 単位）

医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate

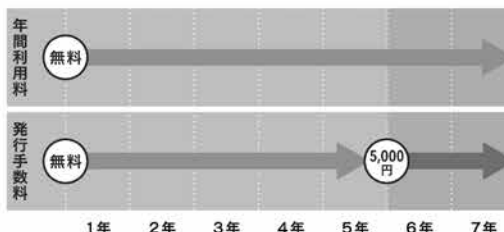


日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

費用

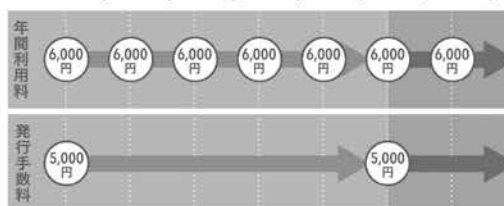
日医会員

- ・初回発行手数料無料。
- ・年間利用料無料。
- ・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)



各種手続き

連絡先変更手続き

医師資格証に関わる連絡先等の情報に変更がある場合は、【連絡先等変更申請書】と医師資格証のコピー(住民票住所変更の場合は住民票の写しの原本も)を日本医師会電子認証センターにご郵送ください。

暗証番号(パスワード)開示手続き

暗証番号を忘れてしまった場合、必要事項を記入の上、【暗証番号(パスワード)開示申請書】をご郵送ください。

医師資格証 利用中止届

医師資格証の利用中止をご希望の場合、必要事項を記入し、医師資格証を同封の上、【利用中止届】をご郵送ください。

医師資格証 紛失届

カードを紛失した場合、【紛失届】に必要事項を記入の上(再発行を希望する場合は再発行手続きも一緒に)、電子認証センターにご郵送ください。カードが不正利用されるのを防ぐため、ご本人確認完了後、カードを緊急失効致します。

医師資格証 再発行申請書

諸事由(カード紛失・破損・姓変更、会員/非会員変更等)により再発行を希望される場合、【発行申請書(再発行)】に必要事項を記載し(写真も貼付してください)、住民票の写し、医師免許証のコピー、身分証のコピーを同封の上、電子認証センターに郵送し、再発行申請を行ってください。(申請書の種類が異なる以外は新規発行と同様の申請手続きとなります。)

※各種手続き書類は、日医電子認証センターホームページよりダウンロードできます。



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17階

ホームページ | <http://www.jmaca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2018年2月現在



医師資格証

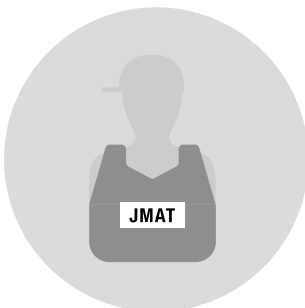
身分証としての利用シーン



採用時の 医師資格確認

医療機関等の採用時に医師免許証と同様に医師資格証の提示による資格確認も新たに認められました。

(公益社団法人日本医師会が発行する医師資格証の提示による医師の資格確認について 医政医発1218号1号 平成29年12月18日) 今回は医師の採用時という内容になっていますが、今後、医師資格証による資格確認を、より広く様々な場面でできるように、各方面へ働きかけを進めていく予定です。



緊急時の身分証

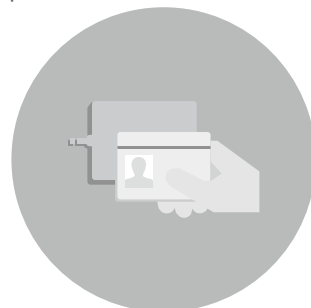
災害時等緊急時に券面の提示によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医療チーム派遣時にも医師資格証の携帯を推奨しています。



JAL DOCTOR 登録制度

JALグループ便機内で急病人や怪我人が発生し、医療援助が必要となった場合、登録いただいた医師の方へ客室乗務員が直接お声掛けをさせていただきます。この制度に申し込む際、医師資格証が必要になります。

(登録および現場対応は任意となります)



講習会受付

生涯教育制度、認定医制度、かかりつけ医機能研修制度等、各種研修会で「医師資格証向け出欠管理システム」が導入されている医師会では、カードをかざすだけで受付を行うことができます。

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送先 ▶

『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。

日医
会員

日医
非会員

発行時費用の
払込票が
郵送されます。

ゆうちょ・コンビニ
払込票にて
支払います。

申請書類

1 医師資格証 発行申請書

ホームページから
ダウンロード出来ます。
撮影から6ヶ月以内の
証明写真が必要です。

2 医師免許証 コピー

(裏書がある場合、
裏面コピーも必要です。)

3 住民票

発行から6ヶ月以内

4 身分証のコピー (下記のいずれか1点) (有効期間内のもの)

- ・日本国旅券
- ・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書 (平成24年4月1日以降発行のもの)
- ・マイナンバーカード ※表面のみ ※通知カード不可
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身分証明書

ご利用シーン

ITでの利用シーン



ログイン認証

地域医療連携ネットワーク・ASP電子署名システム・医師資格証ポータル・プロフィール表示サービス・HPKIカードドライバダウンロード等へのログイン認証に用いることができます。



HPKI電子署名

電子化された医療情報文書に対して、診療情報提供加算の要件の一つであるHPKI署名を付与することができます。電子認証センターで提供している「医師資格証 電子署名システム」と他社ベンダー様で提供しているHPKI電子署名ソフトでご利用いただけます。



研修会受講履歴 単位管理

「医師資格証ポータル」にログインすることで、受講した研修会の履歴や単位管理を行うことができます。
※ 所属の都道府県医師会が「全国医師会研修管理システム」を導入しており、そこで受講実績が確定されたものが表示されます。



MEDPost (文書交換サービス) の利用

MEDPost(文書交換サービス)のログイン時、医師資格証が必要となります。
MEDPostは日本医師会ORCA管理機構が提供しているサービスです。

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17階

2

医師資格証が
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了
通知(ハガキ)が連絡
先住所に到着します。

4

申請者本人が
『対面受取時の書類』
を持参し、発行完了通知に
記載された医師会まで医師
資格証を受け取りに行きます。
※代理人不可

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 (ハガキ)

申請時に記入した
連絡先住所にハガキが
郵送されます。

2

医師免許証(原本)提示 または

医師免許証のコピーの余白に実印を
押印したものと印鑑登録証明書
(発行から6ヶ月以内)を提出

3

身分証の提示(下記のいずれか1点) (有効期限内のもの)

- ・日本国旅券
- ・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
- ・マイナンバーカード ※通知カード不可
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身分証明書

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

森 信 昭 二 氏 下関市医師会 10 月 9 日 享 年 89

大 谷 学 氏 下関市医師会 10 月 23 日 享 年 82

編 集 後 記

やたら台風が多い年だった。

9 月 29 日（土）、松江で中国四国医師会連合総会があった。分科会の真っ最中に、台風 24 号の影響で翌日の山口線の列車がすべて止まるとの情報が入る。伯備線も止まりそうということで、チェックインしたばかりのホテルに荷物を取りに戻り、急いで松江～広島の高速バスに乗る。無事その夜のうちに山口に帰ることが出来たが、1 日 8 時間近く乗り物に乗ると腰の調子が悪い。

10 月 5 日（金）は博多の学会へ。夕方に宿に帰るが台風 25 号の接近でどんどん風が強くなって来る。次の日の朝は私でさえ飛ばされそうな強い風。ともかく専門医の必修講習を受けに国際会議場に向かう。タクシーが風に吹かれてすごく揺れる。後で知ったことだが、近くでトラックがひっくり返ったそう。

帰りの新幹線は運行を見合わせている。取りあえず一番初めに出發しそうなぞみ号に乗る。30 分くらいで動き始めてやれやれと思ったら、小倉の手前で停止、架線にものがひっかかったようだ。結局 1 時間以上遅れて新山口駅に着いた。

7 月の終わりにも逆走台風 12 号に巻き込まれ、飛行機が飛ぶ、飛ばないでやきもきさせられた。来年も台風は多いのだろうか？

（常任理事 中村 洋）

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜



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）