

山口県医師会報

平成31年(2019年)

4月号

— No.1904 —



春（山口市 一の坂川） 渡邊恵幸 撮

Topics

郡市医師会長会議



Contents

■今月の視点「医師の偏在問題 ー 一刻も早く茹でガエル状態からの脱却をー」	加藤智栄	233
■郡市医師会長会議		236
＜傍聴印象記＞	吉川功一	245
■平成 30 年度 第 2 回 医師国保通常組合会		246
■平成 30 年度 母子保健講習会	今村孝子、藤本俊文、河村一郎	253
■平成 30 年度 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会	林 弘人	256
■平成 30 年度 第 4 回全国有床診療所連絡協議会役員会	正木康史	258
■平成 30 年度 山口県医師会予防接種医研修会	門屋 亮	262
■山口県緩和ケア医師研修会	伊藤真一	268
■第 15 回 指導医のための教育ワークショップ	篠田崇平	270
■日本医師会 JMAT 研修＜基本編＞	前川恭子	272
■平成 30 年度日本医師会医療情報システム協議会	中村 洋、藤本俊文	282
■第 67 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）	田辺昌寛、瀧田敬史	294
■平成 30 年度 山口県医師会囲碁大会	高田洋美	298
■理事会報告（第 23 回、第 24 回）		300
■日医 FAX ニュース		309
■飄々「平成最後の〇〇〇」	津永長門	310
■お知らせ・ご案内		311
■編集後記	長谷川奈津江	316

今月の視点

医師の偏在問題

— 一刻も早く茹でガエル状態からの脱却を —

専務理事 加藤 智栄

医師の働き方改革の議論の中で、「地域医療を担う医師の残業上限は年 2000 時間、一般の医療機関で働く医師の残業上限は年 960 時間」と報じられ、大変ショックを受けた。身を粉にして地域で働いている医師に 2000 時間の時間外勤務を命じてもいい、とも解釈できる取り決めは、医師を人間扱いしていないのではないか、とも思える。ただでさえ医師不足の地方に医師が来なくなる傾向を助長するのではないかと、多くの勤務医の反発を受けるのではないかととも危惧される。

いま現在、1920 時間以上の時間外勤務をしている医師が約 2 万人いる（本当にそんなにいるのかという疑問や、宿直をすべて時間外に計算しているのではないかとこの疑問も残るが）、という現実には法律を合わせれば、働き方改革のための環境整備の進捗が鈍くなる。医師に関しては、法律の施行は 5 年後なのであるから、それまでに、できる限りの環境整備をするのが筋である。2000 時間（月 167 時間の時間外勤務）が、実際に地方で働く医療現場に配慮する案と説明されているが、この案が採択されれば、医療安全上からも過労死防止の観点からも大きな問題である。

長時間労働による安全性の低下は科学的に証明されており、激務の夜間コール後の判断力低下は血中アルコール濃度 0.04 ～ 0.05% に相当する（JAMA2005；294：1025-1033）とされ、酒気帯び運転の血中アルコール濃度下限 0.03% より高い値である。酒気帯びでの医療が許容されないのであれば、激務の当直明けの勤務も許容されないという結論にならなければ、論理的矛盾に陥る。

過労が原因で医療事故が起これば、患者やその家族はもちろん、医師も不幸になる。医療安全・過労死防止のために、5 年かけて、少なくとも一般労働者と同じ時間外勤務時間になるように医療界の工夫と努力が必要である。厳密に考えれば、手術や ICU 管理など厳しい現場に働く医師は、パイロット並みの勤務時間管理が必要であると考え

一部の医師が長時間労働をしなければならなくなった主な原因は、医師の地域における偏在、診療科による偏在の問題を解決せず、むしろ助長するような政策を採ってきたために生じたと考える。医学部の定員は 1984 年までは 8,280 人だったが医療費亡国論による医学部定員削減政策により、1985 年から斬減し、2007 年は 7,625 人となった。その結果、医師数が 2 年間で約 8,000 人ずつ増えているにもかかわらず、45 歳未満の医師数は 1998 年と 2016 年ではわずか 242 人しか増えていない。以前にも書いたが、山口県では同期間に 441 人の減少（1,574 人から 1,133 人に減、28% 減）である。1985 年から実施した医師削減政策の結果と解釈される。医療崩壊が問題となり、2008 年以降、医学部の定員数は徐々に増加し、2017 年には 9,420 人まで増加した。全体としての医療施設従事者の医師数は 1998 年には 236,933 人で、2016 年には 304,759 人（28.6% 増）、東京は 29,648 人から 41,445 人（39.8% 増）、山口県は 3,218 人から 3,436 人に増加したが、平成 26 年と平成 28 年を比べる

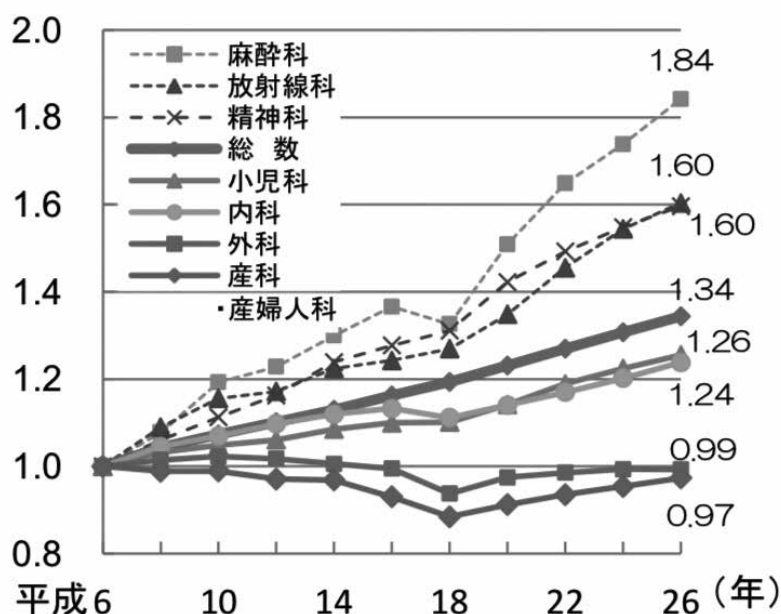
と 11 人減であった。医師総数増加にもかかわらず、2004 年に導入された新医師臨床研修制度により、地方から都会への医師の流出が加速されたままの状態、地方にとっては、医師数削減政策と新臨床研修制度のダブルパンチによる影響が今出ており、しばらく厳しい状況が続くと分析される。山口県は高齢化率が全国第 4 位で、全体の人口が減り、若者も減っているのだから仕方がないという意見もある。山口県の平成 10 年の 45 歳未満人口は 763,132 人であったが、平成 28 年のそれは 588,633 人で、22.87% の減であった。上述のように 45 歳未満の医師の人口が 28% 減なので、同じ 45 歳未満人口の減少と比較しても 5% 以上、医師数の減少が大きい。医師の最少年齢が 24 ～ 25 歳であることを考慮すると、少子化の影響は少なく出ている可能性があり、実状はより厳しい可能性が高い。

時間外労働の多さや医療裁判のリスクの影響があり、診療科の偏在も進んでいる。

下記のグラフは平成 30 年 1 月 22 日に厚生労働省で開催された第 12 回医療計画の見直し等に関する検討会資料 4-2 に掲載されたものである。始点が平成 6 年（1994 年）であるが、この時の

外科医総数は 28,233 人である。1998 年の外科医総数は 28,871 人で、2016 年には 28,012 人に減少した（外科の総数は平成 18 年までは外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、肛門科、小児外科をいい、平成 20 年以降は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道科、消化器外科、肛門外科、小児外科をいう）。一見、外科医の数はそんなに減っていないとも見て取れるが、それぞれに専門分化した外科医が救急医療に従事しているか疑問である。外科総数ではなく上述の（）内の外科を専門として選択した外科医の数を見てみると 1998 年は 24,861 人で、2016 年には 14,423 人に減少している。専門分化した外科医が、二次輪番の当直を担っているのか、いないのかは統計からは見えてこず、不明である。理想的には救急専門医が救急患者を診るのが良いと考えるが、救命救急医は 2008 年には 1,698 人となっており、2016 年の救急科医は 3,226 人で増加しているものの非常に少ない。この人数では増え続けている全国の救急搬送者 5,621,218 人（2016 年）に対応できるはずもなく、総合診療医も少ない。専門分化の進んだ今の医療体制で、地域の救急医療を主に支えているのは、二次救急を担っている急性期輪番病院である。

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



急性期輪番病院の医師の時間外の多くの部分は、二次救急への対応であるが、統計では、実情が見えてこない。一人当直体制であれば、自分の専門と関係なく、全科の対応を迫られているのが現状である。対応を迫られても、対応できないことが多くなり、受け入れ困難症例も増え、時には不幸なケースも出てくる。産科・産婦人科は 1998 年の 11,269 人から 11,349 人で微増ではあるが、1994 年と比較すれば減少している。産科はお産のための宿直が必須であるが、日本産婦人科医会が調査した「施設情報調査 2018」によると 1 か月あたりの宿直回数は 5.6 回で、労働基準法が定める週一回の宿直数を超えており、実態として産科医は不足している。

一方、同期間(1998～2016)に、麻酔科は 5,751 人から 9,162 人に増加(図では 1.84 倍に増加)し、精神科は 10,586 人から 15,609 人に、放射線科は 4,445 人から 6,587 人に、眼科、小児科、皮膚科なども 12% から 28% 増加した。平成 31 年 2 月 18 日の厚労省「医療従事者の需給に関する検討会」の第 28 回医師需給分科会で、新専門医制度での総合診療を除く 18 の基本領域について、2036 年の必要医師数と 2016 年の医師数などを比較した「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて」が示された。内科で 1 万 4,189 人、外科で 4,363 人増員が必要とされ、精神科 1,688 人、皮膚科 1,414 人が過剰になるとのことであるが、「絵に描いた餅」のような話で、今でも急性期病院に従事する精神科医はほとんどいない状況など分かっていないと思われる。現場感覚で言うなら、必要なところに誘導してくれないから、今のような状態になっているのだと考える。

平成 31 年 1 月 30 日付で二次医療圏における医師偏在指標が発表された(「医療従事者の需給に関する検討会第 27 回医療受給分科会」資料 1)。全国平均が 238.3 で、1 位は東京都区中央部で 759.7 であったが、なんと、宇部・小野田医療圏は 337.2 で第 25 位であった。しかし、宇部・小野田医療圏の実情は、二次輪番体制が、この地域の中小の急性期病院のほぼすべての医療資源(平成 29 年度までは 9 病院が二次救急の輪番と輪番

病院のサポートを担い、平成 30 年度からは新たに 3 病院が輪番病院のサポートに加わった体制)を動員して辛うじて保たれているに過ぎない。大学病院が比較的人口の少ない宇部市にあることに統計が引っ張られており、実情を反映していない。実際に一次救急、二次救急、及び三次救急に携わっている各々の医師数を把握しないことには有効な対策にはならないと考える。医師の高齢化が進んでいる病院では、すべての医師が当直業務に関わっているわけではなく、若手医師にかかっている負担が大きくなっているのが現状である。下関医療圏における医師偏在指標は 217.8 で 82 位、山口・防府は 197.0 で 103 位、岩国は 189.4 で 120 位、周南は 172.4 で 154 位、柳井は 136.5 で 248 位、萩は 126.9 で 274 位、長門は 126.2 で 278 位であった。秋田県の北秋田の偏在指標は 69.6、335 位で、334 位、333 位がそれぞれ北海道の宗谷、日高であった。都道府県別の偏在指標では 1 位が東京 329.0、2 位は京都 314.9、3 位は福岡 300.5、山口は 33 位 210.3 であった(2 月 18 日医師受給分科会資料)。上位 33.3% (1 位から 112 位まで)が医師多数区域、下位 33.3% (224 位から 335 位)が医師少数区域に指定されるとのことである。医師少数区域で 6 か月以上勤務すると、厚生労働大臣が評価認定し、地域支援病院などの管理者になる資格が得られるとの案が出ているが、全く魅力的ではない。

随分以前から、医師の総数は足りつつあるが、地域による偏在、診療科による偏在があると指摘されていた。実効性の少ない政策を論じているだけで、事態が好転する兆しはなく、むしろ、じわりじわりと悪化をたどっている。厚労省はデータを出してきて、それを基に対策を協議している。データは、少しは実態に近づいたが、未だ現状を把握するに至らず、時間ばかりが過ぎていく。

今こそ、茹でガエル状態を脱却して、ミクロの視点から見た医師の偏在問題の解決を急ぐ必要がある。何度も言っているが、偏在の解消には、地方で働く医師や、時間外労働やリスクの高い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつけることが、解決への最短距離であると考えます。

都市医師会長会議

と き 平成 31 年 2 月 21 日 (木) 16:00 ~ 17:15

ところ 山口県医師会 6 階会議室

冒頭、1 月 24 日に大島郡医師会長の嶋元 徹先生がご逝去されたことに対して全員起立し、黙祷を捧げた。

開会挨拶

河村会長 本年 10 月の消費税率 10% への引上げに向けて診療報酬、介護報酬の具体的な数字が出てきているが、今後、中身を検証しなければならないと考えている。また、4 月下旬からの 10 連休の救急医療体制についてはアンケート調査を行っているが、しっかり対応していかななくてはならず、これについて皆様のご協力をお願いする。

議題

1. 都道府県医師会長協議会について

林 副会長 1 月 15 日 (火) に日医会館大講堂で開催された平成 30 年度第 3 回都道府県医師会長協議会について報告する。

冒頭の挨拶で横倉義武 会長は、「ご案内のとおり、日医が長年にわたり取り組んできた 2 つの課題に大きな進展が見られた。1 つ目の課題は消費税問題で、平成 31 年度税制改正大綱、政府予算案が閣議決定され、税制面では診療報酬の基本診療料の配点の精緻化、補填状況の継続的な検証・見直しにより、控除対象外消費税への対応が課されることになる。また、医療機関に対し、新たな仕組みを含めた特別償却の拡充・見直しによる設備投資への支援措置が講じられる。予算面からは 31 年度、地域医療介護総合確保基金の医療分が 100 億円積み増しされるとともに、医療 ICT 化促進基金が約 300 億円で創設され、これらを総合すると非課税制度の下では全体で医療にかかる消費税問題は解決すると考える。成育基本法については、2008 年に日医の会内委員会で提

言があって以降、日医、日本小児科医会及び日本産婦人科医会で妊娠期から出産後の成長過程における、切れ目のない支援が保障される社会づくりを目指し、約 10 年の歳月をかけて法の成立に至った。同時に『健康寿命の延伸などを図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法』も成立し、医療に係る大きな法案が成立した。少子高齢化の進展著しいわが国が目指すべき社会のため、社会保障制度の給付と負担のあり方も含めて国民的な議論として関与していくことが重要である。3 月には日医総研が『グランドデザイン 2035』をとりまとめる。今後もご支援とご理解をよろしくお願いする。」と述べられた。

続いて協議に入り、本県から「なし崩し的なオンライン診療拡大に歯止めを！」並びに「公的医療機関における控除対象外消費税の問題」の 2 題について質問した。最初の質問の「なし崩し的なオンライン診療拡大に歯止めを！」に対して日医の松本常任理事は、「オンライン診療について中医協の審議の結果、情報通信機器の条件、対象疾病、どのように使用し得るか等、7 項目の基本的考え方をまとめ、不適切な受診防止のための算定回数制限等を設けるとともに、対面診療との報酬上の差をつけることによって限定的に保険適用することとなり、算定要件や施設基準についても大変厳しいものにしている。今般、厚労省に設置された『オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会』に今村副会長が参画し、日医として厳しい姿勢で臨む方針である。また、あくまで、かかりつけ医が対面診療の補完として用いる一つの手段であり、通院困難な難病疾患などニーズのある一部患者に適切に用いられるべきものとする。オンライン診療は今後も慎重に進めるべきで、中医協で時間をかけてしっか

り検討した上で対応していく。なお、12 月に厚労省から『オンライン診療の適切な実施に関する指針』に関する Q&A が発出され、安易にオンライン診療を推進することになってはいないので、ぜひご一読いただきたい。」と回答された。2 題目の「公的医療機関における控除対象外消費税の問題については日医の小玉常任理事が「控除対象外消費税問題の解決に向けて、日医は昨年 8 月、日歯、日薬、四病協議会と合同で、診療報酬への補てんを維持した上で、新たな税制上の仕組みの創設を提案した。平成 31 年度税制改正では、①控除対象外消費税への対応として、診療報酬の基本診療料の配点を精緻化し、実際の補てん状況を継続的に検証し必要に応じて見直すとされ、②設備投資への支援措置については、医師及び医療従事者の働き方改革の推進のための器具備品、ソフトウェアの特別償却、地域医療構想の実現のための病院用等建物及び附属設備の特別償却が新たな仕組みとして導入され、また、高額な医療用機器の特別償却制度の延長が決定された。なお、当制度は、法人税非課税の医療機関は対象ではない。医療界が法人税非課税の医療機関等について、実効性ある施策を要望したところ、医療 ICT 化促進基金が設立され、地域医療介護総合確保基金も

大幅に増額された。基金は平成 30 年度から固定資産除却損、早期退職の退職金の割増部分にも活用でき、事業見直しを検討する公立・公的医療機関等には有効に活用いただける。」と回答された。これに対し、本県を含め複数の県から「抜本的解決を目指すというのが大前提であったはず」との意見が出され、これに対して横倉会長が「抜本的解決は課税転換となるが、国民の理解が得られるかは疑問である。課税転換試算では約 2 兆 5 千億円の医療費を崩し、税金、保険料及び患者負担とで賄うこととなる。今回が一番よい解決法と思う。」と回答された。これについて、さらに他県から「控除対象外消費税の対応は、診療所はわかりやすいが病院は難しい。一般の病院では特別償却は相当有利で消費税問題が解消されるが、赤字病院では特別償却されても全く意味がない。」との意見が出た。

その他、提出された 6 題の質問並びに要望に対して日医執行部からが回答がなされた後、日医から「医師の働き方改革」「風しんの抗体検査と予防接種」等について報告が行われた。

詳細については『日医ニュース』第 1378 号を参照願いたい。

出席者

郡市医師会長

大 島 郡 野村 壽和 (代理)	下 松 宮本 正樹
玖 珂 藤政 篤志	岩 国 市 小林 元壯
熊 毛 郡 満岡 裕	小 野 田 西村 公一
吉 南 西田 一也	光 市 竹中 博昭
厚 狭 郡 河村 芳高	柳 井 弘田 直樹
美 祢 郡 坂井 久憲	長 門 市 友近 康明
下 関 市 木下 毅	美 祢 市 原田 菊夫
宇 部 市 黒川 泰	
山 口 市 成重 隆博 (代理)	
萩 市 綿貫 篤志	
徳 山 津田 廣文	
防 府 神徳 眞也	

県医師会

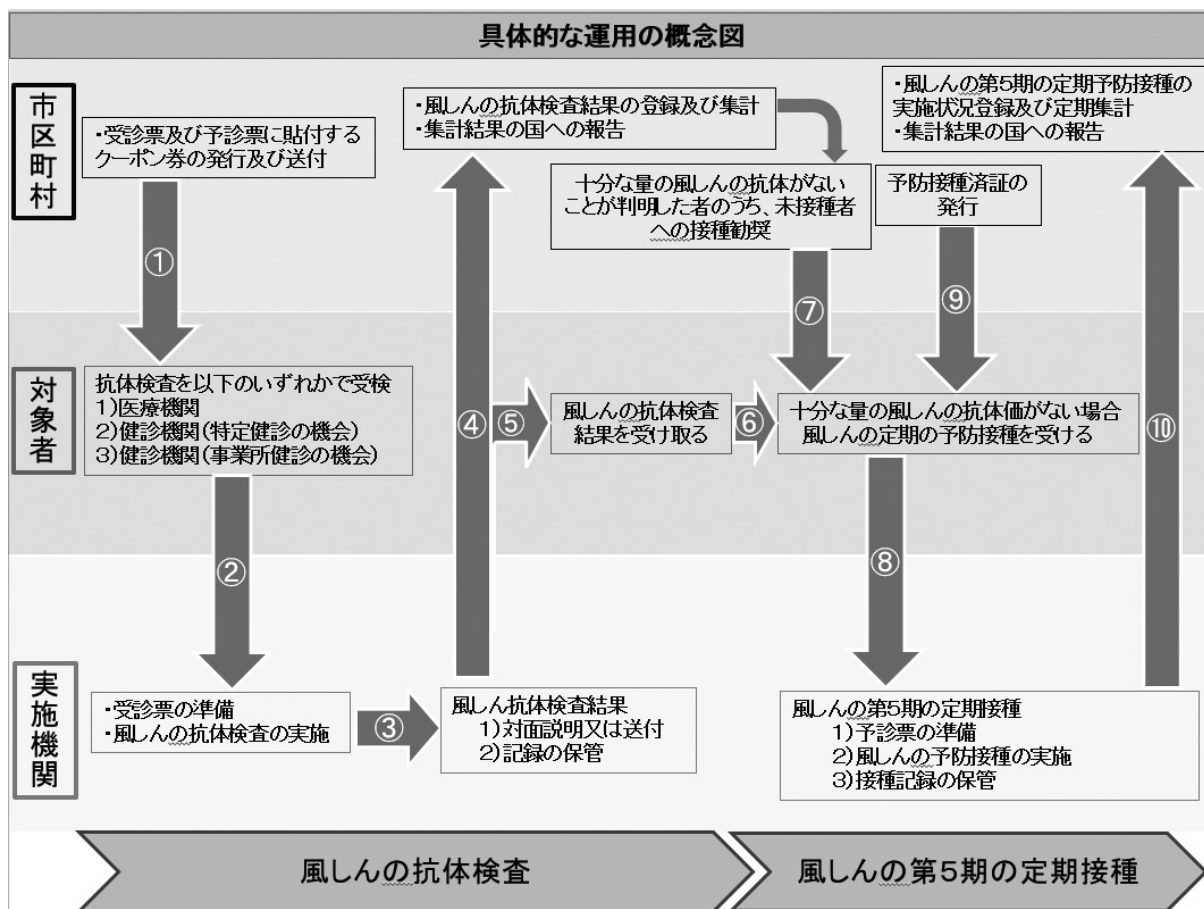
会 長 河村 康明	理 事 伊藤 真一
副 会 長 林 弘人	理 事 吉水 一郎
副 会 長 今村 孝子	理 事 郷良 秀典
専務理事 加藤 智栄	理 事 河村 一郎
常任理事 萬 忠雄	理 事 長谷川奈津江
常任理事 藤本 俊文	監 事 藤野 俊夫
常任理事 沖中 芳彦	監 事 篠原 照男
常任理事 中村 洋	監 事 岡田 和好
常任理事 清水 暢	
常任理事 前川 恭子	広報委員 吉川 功一
理 事 白澤 文吾	
理 事 山下 哲男	

2. 風しん対策について

藤本常任理事 都市部、あるいは県内でも感染事例がある風しんについては、2月1日に「予防接種法施行令の一部を改正する政令」等が施行され、2022年3月31日までに限り、昭和37年（1962年）4月2日から昭和54年（1979年）4月1日までに生まれた男性を対象に実施される。対象者には、まず、風しんの抗体検査を受けていただき、風しんの抗体価が十分でない方に定期の予防接種を行う。今回の風しん対策では、全国の市区

町村と全国の医療機関等との間で全国統一の集合契約を結ぶ。具体的には、全国知事会と日医との間で締結される。今後、日医を通じて実施医療機関の取りまとめ依頼があると思われるが、その際はご協力いただきたい。この集合契約により、今回の風しんの抗体検査と定期予防接種は国保連合会に請求することになり、最終的には国保連合会を通じて支払われる。

検査費用は全国一律料金で実施することが決められている。具体的な実施内容については、医



（全国的な集合契約の締結後）

- （1）市区町村において、風しんの抗体検査のクーポン券及び風しんの第5期の定期接種のクーポン券を作成し、対象者に送付する
- （2）対象者が実施機関で風しんの抗体検査を受検する
- （3）実施機関から対象者に風しんの抗体検査の結果を報告する
- （4）風しんの抗体検査の結果が陰性の場合、実施機関において風しんの第5期の定期接種を受ける
- （5）市区町村及び実施機関の間で代行機関（国保連合会）を介して請求支払事務を行う

療機関は風しんの抗体検査の受検希望者が持参するクーポン券の内容を確認したうえで抗体検査を実施、結果が分かり次第、受診票に抗体検査結果を記入し、その受診票を 2 部複写して医療機関提出用、国保連提出用、本人控えとして、対象者が持参したクーポン券（3 枚つづり）をそれぞれに貼り付ける。そのうち、抗体検査の結果が記載された本人用の受診票を対面又は郵送にて返却する。なお、抗体検査は医療機関で実施するもの以外に、特定健診や事業所健診の機会を活用して実施することも可能となる。

予防接種は抗体検査の結果、十分な抗体価がない方に対し実施する。使用するワクチンは「乾燥弱毒性麻しん風しん混合ワクチン」となる。具体的には、希望者から申し込みがあった時は、居住（住民登録）している市町村と交付されたクーポン券の市町村名が一致していることを確認して予約を受ける。窓口においては、接種当日にクーポン券、抗体検査の結果及び本人確認書類の提示を求める等の方法により、対象者であることを慎重に確認する。医師は予診票に記載されている質問事項の回答に関する本人への問診を通じ、抗体検査の結果により接種対象者であることを確認するとともに、診察等を実施した上で接種を行う。接種終了後、予診票に必要事項を記入した上で、2 部複写を行い、被接種者が持参した 3 枚のクーポン券をそれぞれに添付し、1 部を接種済証として被接種者に交付する。今後、郡市医師会において、集合契約における実施医療機関の取りまとめや本予防接種の周知についてご協力いただくこととなるので、よろしく願いたい。

宮本会長（下松） ワクチンの供給体制は如何か。

藤本常任理事 これまでに子どもの定期予防接種が実施されており、増産しているという話だが、医療機関は注文数を抑えてほしいという通知が厚労省から出されている。

河村会長 不足した場合は小児が優先されるのか。

藤本常任理事 小児の定期接種が優先されると思われる。

3. オレンジドクター制度について

清水常任理事 超高齢社会の到来とともに認知症高齢者が増加し、県内でも平成 24 年に 6 万 3 千人と推定された認知症高齢者数はさらに増加し、平成 32 年には 8 万～8 万 3 千人、平成 37 年には 9 万人に達すると見られる。その対策として、平成 18 年より「認知症サポート医養成研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」等の認知症の研修が開始されており、専門医のみならず臨床各科の医師が認知症に関心を寄せるようになってきている。現在のところ、認知症サポート医研修修了者（「認知症サポート医」）は県内で 134 名、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者は 445 名に上る。しかし、専門医等を除いて大半の認知症サポート医は活動の場がなく、認知症対応力向上研修修了者においても、研修を通じて得られた知識をもって社会に貢献することができる状況とはなっていないのが現状である。

広島県をはじめとする近隣県でも、認知症患者の早期発見・早期診断、及び早期からの適切な医療と介護サービスの提供を可能とするため、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修等の修了者で氏名等の公表に同意した医師については、オレンジドクター（もの忘れ・認知症相談医）として登録し、高齢者やその家族が認知症に関して気軽に相談できる体制づくりに取り組んでいる。オレンジドクターには認定プレートが交付され、それを院内に掲示することにより患者への周知も容易となる。また、オレンジドクターの氏名等は県のホームページ上で公表される。過去、数度実施された認知症サポート医に対するアンケート調査によっても、オレンジドクター制度の導入を支持する意見が大半であったことから昨年の夏から検討を行い、ようやく本年 6 月から、山口県との共同の事業「やまぐちオレンジドクター」としてスタートする予定である。

山口県ではオレンジドクターによる認知症診療を支援するために、条件を満たす医師は「やまぐち PREMIUM（専門）オレンジドクター」とし

て、通常の認知症診療に加えてオレンジドクターからの相談等を受ける体制を構築することとしている。現在、有資格者に意向確認書を送付して人数の把握に努めているが、最終的には同意書を受領して確定となり、「やまぐちオレンジドクター」と「やまぐち PREMIUM(専門)オレンジドクター」を合わせて約 280 名の体制でスタートすることになると思われる。

この制度は必ず山口県の認知症施策にインパクトを与えるものと考えており、制度の趣旨をご理解いただき、今後ますますオレンジドクターが増加するよう、ぜひともご理解とご協力をお願いする。

津田会長（徳山） オレンジドクター制度に関する資格を維持するために、例えば年 1 回は研修を受講しなければならない等の条件が付くのか。

清水常任理事 オレンジドクター制度の導入にあたっては、研修会の受講等の取り決めは考えていない。運用面については今後検討予定である。

西村会長（小野田） 登録後に取り下げることが可能か。

清水常任理事 同意書以外にも、登録されている記載事項に変更があった場合の登録変更届や登録を取りやめる場合の登録抹消届についても検討している。

4. 2019 年 10 連休対策について

前川常任理事 日医は昨年(2018)の 12 月に各都道府県医師会に対して「2019 年 10 連休対策に関するアンケート」を実施した結果、多くの地域で通常のゴールデンウィークと同様の体制の予定を取っていることを受け、厚労省や関係省庁との間で情報共有し、都道府県・市区町村行政が地区医師会と連携を強化することを厚労省へ要望した。その後、国は「本年 4 月 27 日から 5 月 6 日までの 10 連休における医療連携体制の確保に関する対応について」(本年 1 月 15 日付厚労省通知)により、各都道府県に対し連休中の医療提供体制を

2 月中旬を目途に把握し、医療関係者や卸売販売業関係者及び住民らに十分に周知するよう求めた。それを受け、県は県内医療機関及び薬局へ連休中の体制を調査する文書を 1 月 22 日に発出し、調査結果は 3 月末に公表予定である。

本会としては、2 月 15 日～ 19 日にかけて、地域での対応状況を確認するため、各郡市医師会に対して、①病院群輪番制、②在宅当番医制、③休日・夜間急患センター（診療所）、④開院状況（予定）の把握、⑤薬局・卸・検査センターの情報把握・共有についての聞き取り調査を行った。

萬 常任理事 10 連休における保険診療の取扱いについては以下のとおりである。

(1) 10 連休中に診療する場合又は休診する場合の届出について

どちらの場合も、改めて（地方厚生局へ）届出をする必要はない。

※平日を休診とする場合のお盆の取扱いとは規定が異なるため

(2) 10 連休中に診療する場合に算定できる加算について

1) 休日加算

①地域医療支援病院及び救急病院等を定める省令に基づき認定された病院又は診療所

②地域医師会等による輪番制の当番日に診療する病院又は診療所

なお、今回の 10 連休に際して、医療提供体制の確保に万全を期すために、普段は輪番制に参加していない医療機関が輪番に参加した場合の当該当番日であれば、休日加算を算定できる。

2) 夜間・早朝等加算（診療所に限る）

輪番制以外で、地域に周知（県健康福祉部長から依頼のあった「連休中体制調査票」に診療日を回答した場合の診療日（診療時間内）等）している場合は、算定要件を満たすこととなり、初診料又は再診料に加算（50 点）を算定できる。

西村会長 10 連休における調査は診療所だけなのか。病院の開院状況についても調査するべきではないのか。

前川常任理事 県はすべての医療機関に調査を依頼しており、ホームページ上で公表するのは同意を得られた機関のみである。本会は、具体的にどの医療機関が開院するか等の情報は持ち合わせていないが、県のホームページに掲載されることでカバーできると考えている。

津田会長 例えば病院が 5 月 1 日のみ開院する場合、休日加算は取れないのか。

萬 常任理事 地域支援病院は休日加算の算定となる。

5. 外国人医療対策について

前川常任理事 本日は、主に訪日外国人旅行者に対する医療についてお話しする。日医及び国の取組み、県の対応は以下のとおりである。

(1) 日医の取組み

- ・「第 1 回外国人医療対策会議」開催
(2018 年 7 月 4 日)
- ・「外国人医療対策委員会」設置、第 1 回委員会開催 (2018 年 10 月 17 日)

訪日外国人と在留外国人に対する医療を峻別するために 2 つの WG 設置

- ・「医療通訳団体等連絡協議会」開催
(2019 年 1 月 22 日)

医療通訳に関する団体、行政とともに、それぞれが持つ情報を総合的・横断的に共有

(2) 厚労省の取組み

- ・「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」(2018 年 9 月 3 日)
- ・「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」開催 (2018 年 11 月 14 日)

→ 次の 6 点を検討し、30 年度内に方向性を示す予定

- ①医療機関の整備方針
- ②医療機関向け及び都道府県向けマニュアル
- ③自由診療における診療価格
- ④医療通訳者の要請・確保・配置
- ⑤医療通訳・ICT ツールの役割分担
- ⑥医療コーディネーター

(3) 県医務保険課・医療政策課

- ・厚労省の依頼通知 (予定) により、地域で拠点となる医療機関を選出 (見込み)

選出されない医療機関においても、外国人旅行者の増加を考えると、今後、開業医の先生の所を受診することも予想されるので、次のようなことを検討されておいた方がよいと考える。

○多言語対応

- ①医療電話通訳：メディフォン、AMDA 通訳ライン
- ②翻訳 ICT：翻訳サイト、Apple・Android アプリ (VoiceTra)
- ③医療通訳派遣

○支払い

- ①医療費設定：全国的に 1 点 20 ～ 40 円に設定している所が多い
- ②医療費事前提示：未収金対策を含めて
- ③海外旅行保険への加入の有無の確認：アシスタンスサービス附帯保険に加入していればそちらでの対応が可能

なお、今後の課題は以下の通りと考える。

(1) 外来・入院医療の対応の問題

受付、診療対応
→マニュアル、対応研修、通訳・翻訳等の体制、相談窓口

(2) 公的医療保険制度の問題

国保の悪用、医療費未払い、医療事故対応
→制度改正、対応マニュアル、旅行者保険の活用、日本医師会医師賠償責任保険加入

今後、マニュアルなどが出来ればお知らせすることができると思うが、実際の現場において訪日の外国人の医療だけでなく、在留の外国人の医療についても、お困りのことや情報があればご教示願いたい。

藤本常任理事 現場で外国人を診る際、一つはクレジットカードの問題があると思う。日本の医療機関において大病院を除いては、取り扱っている医療機関はあまりないと思う。円をたくさん持つ

ていないためにキャッシュで払えないので、カードでの支払いということになる。薬局に行って薬を貰うよう伝え、「カードが使える薬局を教えてください」と言われることもある。今後、カードを使うとポイントが付くなどの話も出てくるかと思うが、医療においても今後、検討していく必要があるかと思う。以前、ポイントを使うということが値引きにあたるのではということで一時、問題になったことがあったかと思うが、そのあたりも勘案しながら検討する必要があると思う。

6. 「郡市医師会からの意見・要望」

(1) 肺炎球菌ワクチン接種の公費負担事業について（小野田医師会）

西村会長 この度、肺炎球菌ワクチン接種の公費負担事業が今後 5 年間延長されるとの通知があった。これについては評価に値するが、次年度からの接種にあたり、接種希望者が新規接種者なのか、5 年前に公費で接種した既接種者なのか確認をすることが必要となる。本人への聞き取りで確認することとされているようだが、記憶の確かでない高齢者等では、不確かな情報しか得られかねず、もし、本人へ確認し「初回」として接種した後に既接種が発覚した場合には、公費の支払いが拒否される。そこで、既接種者かどうかの確認は市町に行わなければならない。このような確認作業について、すべての市町の担当者が対応してくれるような体制ができているのか。もしそうでなければ、トラブルが生じない方法をご教示いただきたい。

藤本常任理事 ご承知の通り、予防接種法施行令の一部改正により、肺炎球菌ワクチン予防接種の経過措置が 2023 年度まで延長される。1 月 15 日付厚労省事務連絡では、①これまでに予防接種を受けたことがある者は定期接種として受けることはできない、②接種を行う際は予診票により接種歴について確認を行うこと、③市町が周知を行う際は予防接種台帳等を確認し既接種者を除いて送付する、となっている。お尋ねの「既接種者かどうかの確認」については、各市町担当課へ電話で確認した結果、①対象者にハ

ガキでの通知後、対象者にのみ予診票が発行され予診票により接種者を確認できる：1 町、②対象者に送付したハガキにより接種者を確認でき、ハガキがない場合は医療機関等からの問い合わせに対応する：9 市町、③対象者に送付したハガキにより接種者を確認でき、ハガキがない場合は本人やケアマネ等からの問い合わせに対応する：2 市、④対象者に送付したハガキにより接種者を確認できるが問い合わせには対応しない：2 市、⑤対象者にハガキを送付しない（もしくは未定）が医療機関等からの問い合わせに対応する：2 市、⑥対応について未定：3 市だった。このため医療機関においては、対象者から接種希望があった場合は、市町の対応状況を参考に、①市町からの通知ハガキ等で実施の可否を確認していただき、②通知ハガキ等がない場合は接種前に市町へ定期接種での実施の可否について確認をしていただくことが得策と思われる。本会としては、前述の実施確認の 2 点について、今後、実施医療機関等への周知を図るとともに、対応未定の市町には早期の決定と、各市町に対し一層の適切な対応をお願いするところであるので、郡市医師会のご理解とご協力をお願いしたい。

西村会長 通知の確認が基本だが、トラブルが生じられると思われる。なお、問い合わせ等への対応は迅速にお願いしたい。

藤政会長（玖珂） 5 年間延長される対象者とは、新たに 65 歳になる人のみを 5 年間延長するのか。対象年度に何らかの理由で受けなかった人も含まれるのか。

藤本常任理事 これまでと同様に、65 歳以上で 70、75、80、85、90、95、100 歳の年齢になる年度に行うことから、過去に 65 歳で実施していなかった方が 70 歳になる時は対象者となる。

(2) 医師会立看護専門学校の健全運営について

（防府医師会）

神徳会長 防府医師会は准看護師及び看護師の養成事業を医師会の中核的事業として位置づけ、看

護職に就く人材の育成に尽力してきたが、近年、少子化や学校法人の台頭、そして経済の好況等により看護学生の応募者が減少、さらに休学・退学者の増加に起因して校納金が減少し、運営が厳しくなっている。看護科（1 学年定員 40 名、3 学年で 120 名）の平成 29 年度決算を例にとると、看護科の収入の主なものは、自主財源である授業料等の校納金 65%と依存財源である補助金 34%で、その補助金の内訳は国・県補助金が 24.5%、市補助金が 4.1%、県医師会負担分 1.9%、防府医師会補助金 3.5%である。

支出の主なものは人件費である職員給与、講師謝金、費用弁償という義務的経費が 78%を占める支出構造だが、講師謝金、職員給与等を低く抑え、また、会議費、需用費等の経常的経費も経費削減を徹底しているところである。

こうした中、運営改善の施策としては、一つ目に授業料等の校納金の値上げ、二つ目に国県補助金の増額が考えられる。

一つ目の授業料等の校納金の値上げについては、授業料の安さが売りである医師会立の看護専門学校にとって、これ以上の値上げは学校法人の看護学校に対抗できなくなるが、背に腹は代えられず現在、値上げを検討中である。

二つ目の収入の 24.5%を占める国県補助金の増額だが、医師会立の看護専門学校の補助基本額は長年、低く据え置かれている（※ 補助基本額：看護師養成所 定時制 養成所 1 か所あたり 10,417 千円、准看護師養成所 1 か所あたり 8,080 千円、通信制の養成所 1 か所あたり 17,081 千円）。

調べたところ、平成 9 年度の 1 千 7 百万円台をピークにカットされ、ここ 20 年間近くは現在の基準額となっている。

ご承知のように日医は、「国（厚生労働省）は、准看護師を含めた看護職の養成をしっかりと行っていくことを明言しており、准看護師の養成も今後継続して行わなければならないし、そうされないと地域医療は成り立っていかない。また、准看護師養成所の運営環境の改善のため厚生労働省に財政支援等について要望する。」とされている。

厚生労働省の担当課長も、「看護師等養成所に対する対する財政支援については、看護職員確

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

しかしながら、当該基金は現実的にはカテゴリー 1 の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業と比較して、カテゴリー 3 の医療従事者の確保に関する事業には、厳しい査定であると思われる。

郡市医師会、県医師会は挙げて現状をつぶさに県・国に説明し理解を求める時期に来ていると思われる。

以前、平成 27 年度看護専門学校運営補助金（医療介護提供体制改革推進交付金）の内示が 4 割程度に減額されたので、その復元のため県医師会を中心に地元選出国會議員、財務省、厚生労働省に陳情していただき、完全復元を果たした事例もあり、なんとかこうした事例に倣い「オール山口」の力をもって補助率の嵩上げ等について改めてお願いするところである。

防府医師会の 2019 年度の准看護科の募集は困難をきたしており、一次試験で定員（50 名）の半数に達しておらず、防府看護専門学校始まって以来の出来事である。少子化対策等は待ったなしの喫緊の課題であるので、一刻も早い対応をお願いしたい。

沖中常任理事 お示しの「国・県補助金の基本額」は、「山口県看護職員確保対策事業補助金交付要綱」に、さまざまな形態の看護師養成所ごとに基準額が定められている。例えば、医師会立看護学校「定時制看護師 2 年課程」では養成所 1 か所あたり 10,417 千円、総定員が 120 人を超える

場合は定員 30 人増すごとに 1,381 千円、事務職員分として 402 千円、生徒数一人につき 17,600 円などが規定されている。「定時制准看護師課程」は、養成所 1 か所あたり 8,080 千円、総定員が 80 人を超える場合に定員 30 人増すごとに 1,842 千円、事務職員分として 536 千円、生徒一人当たり 13,100 円などが決められている。

県に確認したところ、この規定は平成 23 年度以降、補助率や基準に変更はないことから、現在の看護学校を取巻く環境下では、厳しい状況にある。各都市医師会からの要望も受けて、本会では少しでも改善できるよう、毎年、知事、自民党県連、国会議員、県議等へ「看護職員の確保及び養成所への支援」を重点項目として要望しており、31 年度要望は、①運営費の助成金について卒業生の県内定着率等を考慮した県独自の助成基準を設けて大幅に増額、②看護学校を卒業して県内就職あるいは進学をした者及び当該養成所に対する支援、③校舎の建て替えや改修の支援、④実習協力費軽減のための支援、⑤准看護師が活躍できる場の周知の強化、などを行った。

今回ご提案の「国・県補助金の基本額」の補助率嵩上げの政府等への要望についてであるが、この事業は当初の国庫補助事業から現在は基金へとの変遷はあるものの、旧国庫補助事業の単価(ルール)を逸脱しないことと決められているため、本県だけの問題ではなく全国的な課題である。このため本会としては、より圧力をかけるため全国都道府県医師会長協議会等に提案し、全国的な要望活動として厚生労働省や政府、国会議員等へ強く働きかけていくことが極めて重要と思われる。

さらに各看護学校におかれても、毎年開催される「中四九地区医師会看護学校協議会」に積極的に参加され、日医や厚労省に対して直接、現場の意見・要望を出していただくようお願いする。

加えて「山口県看護職員確保対策事業補助金」については、山口県に対して国の補助に上乘せする独自の助成基準等を設けるよう、粘り強く要望を行っていく。

今後も「オール山口」として情報を共有し、直面する課題に対応していくので、引き続き都市医師会の皆様のご理解とご協力をお願いしたい。

河村会長 下関や柳井は准看護学院があるので現状を教えていただきたい。

木下会長(下関市) 大幅な定員割れで、いつまで存続できるか危惧している。

弘田会長(柳井) 定員(20 名)は確保できたが、受験者の減少により、受験料が減っているので厳しいのは間違いない。

河村会長 全国的に、社会の流れからいくと転換点にあるのかなと思う。県内についても本当は減らしたくないが集約化等の論議が必要な段階になって来ているかと思うので、検討していきたい。助成金のパーセンテージについてはルールがあるため、日医から発信してもらわなければならないので今後検討していきたい。

7. その他

木下会長 福が電子請求に変わるということだが、実際の対応について、例えば二重請求になってしまう可能性があるのではないか等、その辺りがよくわからない。

河村会長 国保により、電子媒体での請求へ変更される予定となっており、二重請求になるということではない。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 看護学書 **井上書店**

〒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。

傍聴印象記

広報委員 吉川 功一

今年の冬は比較的暖かい日が多く、2月21日も冬晴れの穏やかな日差しのなか、平成30年度第2回郡市医師会長会議が開催され、傍聴者として参加した。広報委員として初めての傍聴であったが、私なりの印象を書かせていただく。なお、詳細は報告記事を参照いただきたい。

まず、会の冒頭、訃報の届いた大島郡医師会長の嶋元 徹 先生に対して全員での黙祷が捧げられた。改めてご冥福をお祈りいたします。引き続き河村会長より、今年の2大テーマ、すなわち消費税10%への税率アップ、及び改元に伴う10連休への医師会としての対策につき言及があったのち、各議題の審議へと移った。

続いて、平成30年度第3回都道府県医師会長協議会の報告があったが、全国の都道府県医師会から挙げられた協議事項11項目のうち2項目が我が山口県医師会より提起された問題で、とても印象的であった。一つは「なし崩し的なオンライン診療拡大が、特定企業の利益につながるだけでなく偏った受療行動を助長しかねない」という懸念。もう一つは河村会長も冒頭述べられたとおり「公的医療機関における控除対象外消費税の問題」である。これらに対する日本医師会担当役員の回答は報告記事を参照いただきたいが、山口県医師会員からの意見・要望が郡市医師会及び県医師会を通じて日本医師会にスムーズに伝わっている現状に、当然のこととはいえ少し感動を覚えた。

次に、昨今の風しんの発生状況を踏まえた対策について。予防接種を受ける公的機会がなく抗体保有率が低い昭和37～54年度生まれの男性に対する抗体検査及び定期予防接種が予定されているとのことだが、恥ずかしながら私自身が対象群に含まれているのにもかかわらず全く認識していなかった。医学部時代に接種させられたような記憶もあるが定かではない。予防接種にはほとんど縁のない脳神経外科医とはいえ、医療者として反省である。

引き続き、認知症のオレンジドクター制度につ

いて。これは私の得意分野である。認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の7つの柱の1つである「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中の主な政策として「認知症サポート医」がある。しかし私自身、日常診療を通じて感じていたことだが、まだまだ十分に機能しているとはいえないようだ。その対策として山口県は「やまぐちオレンジドクター制度」を新たに準備している。現行のサポート医（オレンジドクター）に加えて、認知症専門医によるPREMIUM（専門）オレンジドクターを設置し、現状を打破する計画である。オレンジドクターとPREMIUM オレンジドクターを合わせて280人ほどを目標に今年6月より制度をスタートさせる段取りとなっているようだ。年々増える認知症患者に対応すべく、今度こそシステムがうまく運用されることを願ってやまない。

続いて「10連休」対策。連休中の医療体制について県医師会及び各郡市医師会が確認作業中であるが、各医療機関が診療を行った場合の休日加算の扱いをどうするのか、法律上、微妙な点があるらしい。地域医療支援病院、救急病院・救急診療所、休日当番医（輪番制）の場合はよいが、一般診療所で加算がとれるのか、夜間・早朝等加算との兼ね合いを含め、今後も最新の情報を得ておく必要がありそうだ。

他にも外国人医療対策について、各郡市医師会からの要望（肺炎球菌接種既往の確認についての要望、どの地区でも厳しい経営環境に置かれている看護学校への援助の要望など）といった議題もあり、会議は1時間15分ほどで終了した。

県医師会のトップ会議の一つである本会議を初めて目の当たりにして、傍聴者といえども緊張のひとつきであった。しかし、出席されている郡市医師会長及び県医師会役員の先生方のなかに、懐かしい方も含め今までお世話になった多くの諸先輩方の姿が見られたのは、個人的にとっても嬉しかった。

平成 30 年度

第 2 回 医師国保通常組合会

と き 平成 31 年 2 月 21 日（木）15：00～15：35

と ころ 山口県医師会 6 階会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 31 名、出席議員 26 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

河村理事長 ご多忙の中ご参集いただきまして、ありがとうございました。

本日は春のような暖かさとなりました。インフルエンザが落ち着いてきましたが、今後は花粉症が活発になりますので、皆様におかれましては体調を崩されませんよう、ご留意願います。

さて、平成 28 年度から 5 年にわたる国庫補助見直しにおいて、31 年度はその 4 年目となります。31 年度の保険料に変更はありませんが、単年度収支では厳しい状況にあります。

他の国保組合でも状況は似通っているかと思いますが、全国的にはさほど強い危機感はないようで、国保組合合併や統一化の話は進んでおらず、現状のままで続くこととなりそうです。

本日は、平成 31 年度事業計画・予算等の説明を行いますので、ご審議いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

III 議事録署名議員指名

矢野議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

満岡 裕 議員

竹中 博昭 議員

出席者

組合会議員						役員					
大 島 郡	野村 壽和	(代理)	萩 市	綿貫 篤志		理 事 長	河村 康明	理 事	吉水 一郎		
玖 珂 河郷	忍 (代理)		徳 山	津田 廣文		副理事長	林 弘人	理 事	郷良 秀典		
熊 毛 郡	満岡 裕		徳 山	津永 長門		副理事長	今村 孝子	理 事	河村 一郎		
吉 南	小川 清吾		防 府	高木 昭		常務理事	沖中 芳彦	理 事	長谷川奈津江		
厚 狭 郡	河村 芳高		防 府	木村 正統		常務理事	清水 暢	監 事	藤野 俊夫		
美 祢 郡	坂井 久憲		下 松	宮本 正樹		法令遵守 (コプラ) 担当理事	萬 忠雄	監 事	篠原 照男		
下 関 市	赤司 和彦		岩 国 市	小林 元壯			理 事 加藤 智栄	監 事	岡田 和好		
下 関 市	宮崎 誠		岩 国 市	西岡 義幸		理 事	藤本 俊文				
宇 部 市	綾目 秀夫		小 野 田	西村 公一		理 事	中村 洋				
宇 部 市	黒川 泰		光 市	竹中 博昭		理 事	前川 恭子				
宇 部 市	西村 滋生		柳 井	弘田 直樹		理 事	白澤 文吾				
宇 部 市	矢野 忠生		長 門 市	友近 康明		理 事	山下 哲男				
山 口 市	成重 隆博		美 祢 市	原田 菊夫		理 事	伊藤 真一				

IV 議案審議

承認第 1 号 平成 31 (2019) 年度山口県医師
国民健康保険組合法令遵守 (コンプライアンス)
のための実践計画について

沖中常務理事 平成 22 年の全国建設工事業国保組合の無資格加入問題により、国から法令遵守の体制整備が求められ、本組合では、平成 23 年 2 月の組合会で規約改正及び基本方針の策定を議決した。

この基本方針の中で、毎年度理事会において、具体的な実践計画を策定し、組合会の承認を得ることと規定しており、本年 1 月 31 日開催の第 16 回理事会で平成 31 (2019) 年度の実践計画を策定した。

内容については、平成 30 年度分と変更はない。まず、「1 法令遵守マニュアルの策定」では、役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守 (コンプライアンス) のための組織体制などを網羅したマニュアル等を策定すると規定して

いる。

本組合のマニュアルは、平成 23 年 9 月 15 日の理事会で策定しており、②にあるように、すべての役職員に配付している。

「2 法令遵守に関する指導・研修」では、役職員を対象とした研修を実施すると規定しているので、理事会の際にマニュアル等の確認を行うなどして研修をしている。

「3 法令遵守のための管理」については、担当職員の業務について記載をしているが、本組合では、同一の業務について、主担当と副担当の職員により業務を執行することで、複数の職員による対応としているところである。

4 には「法令遵守関連情報の組織的な把握等」について規定し、役職員の役割等を掲げている。

また、5 として「不祥事故への対応体制」について定めている。

以上、実践計画に基づき、役職員ともに、国民健康保険法を始め、番号法などの関係法令に沿って厳正に業務運営を行う。

平成31(2019)年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守
(コンプライアンス) のための実践計画

平成31年1月31日 理事会議決

山口県医師国民健康保険組合法令遵守 (コンプライアンス) 体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、平成31(2019)年度の実践計画を次のとおり策定する。

1 法令遵守マニュアルの策定

役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守 (コンプライアンス) のための組織体制などを網羅した法令遵守マニュアル等を策定する。

- ① 法令遵守マニュアルは、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
- ② 法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。

2 法令遵守に関する指導・研修

不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。

- ① 法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
- ② 役職員を対象とした法令遵守を徹底するため研修を実施する。

3 法令遵守のための管理

事故防止の観点から、特定の職員を長期間にわたり同一部署同一業務に従事させないよう人事ローテーションを実施し、又はやむを得ない理由により長期間にわたり同一部署の同一業務に従事している場合には、事故防止等のため、同一業務について複数の職員により執行することとする。

4 法令遵守関連情報の組織的な把握等

役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。

- ① 役職員が把握した法令遵守関連情報 (組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等) については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
- ② 法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を与えるもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
- ③ 理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報への対応を決定する。

5 不祥事故への対応体制

役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。

- ① 法令遵守担当理事等は、規約、規程等に則り、理事会に報告する。
- ② 理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。

6 雑則

この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

議案第 1 号 平成 31 (2019) 年度山口県医師
国民健康保険組合事業計画について

沖中常務理事 「1. 保険給付について」は、本組合の主体的事業であり、疾病や負傷に対する療養の給付のほかに、療養費、高額療養費等の 13 項目にわたる各種給付事業を実施するが、給付内容は平成 30 年度と同じ内容としている。

30 年度では、「2. 保健事業について」で、ジェネリック差額通知、及び医療費通知の新規事業の実施や高額医療費等貸付制度の廃止等、大幅な見直しを行ったが、31 年度は見直しを行わず、7 事業すべてを継続事業としている。

「4. 被保険者証について」は、本組合では 3 年ごとに更新している。現在の被保険者証の有効期限は平成 31 年 3 月 31 日までとなっているので、4 月 1 日付けで更新する。新しい被保険者証は、3 月 22 日以降、各郡市医師会事務局に送付する。

「5. 社会保障・税番号制度への対応について」は、国が 2020 年度の本格稼働を目指しているオンライン資格確認等の実施に向け、システム改修を行うこととしている。

平成31(2019)年度事業計画

1. 保険給付について

(1) 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

- 1 診察
 - 2 薬剤又は治療材料の支給
 - 3 処置、手術その他の治療
 - 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
 - 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の2（ただし、平成26年3月までに70歳に到達した前期高齢者については、10分の1）、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）を除く）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

(5) 療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

(7) 特別療養費の支給

組合員がその世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

(8) 移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第50条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の2第1項の高額療養費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11) 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として40万4千円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに1万6千円を加算する。

(12) 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合

員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

(13) 傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休業・休職をしたときは、21日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。

2. 保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

(2) 健康教育事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養面を加えたウォーキング大会を実施する。

(4) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について第3期実施計画に基づき実施する。

(5) 死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

(6) 医療費通知の実施について

該当組合員に「医療費通知」を送付する（年1回）。

(7) ジェネリック差額通知の実施について

該当被保険者に「ジェネリック差額通知書」を送付する（年1回）。

3. 広報活動について

(1) 山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。

(2) 保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4. 被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成31年3月31日までとなっているので、平成31年4月1日付けで被保険者証を更新する。

5. 社会保障・税番号制度への対応について

オンライン資格確認等の実施に向けた対応としてシステム改修等を行う。

6. 月別事業計画

月	組合会・理事会	諸 会 議 及 び 研 修 会
4	理事会	
5	理事会	全国国保組合協会中国四国支部総会・委託研修会
6	理事会	全国医師国保組合連合会代表者会 全国国保組合協会通常総会
7	理事会 監事会 組合会	全国国保組合協会職員研修会 中国四国医師国保組合連絡協議会 中国地方国保事務担当者研究協議会
8	理事会	
9	理事会	全国国保組合協会事務長研修会 全国医師国保組合連合会第57回全体協議会
10	理事会	全国国保組合協会理事長・役員研修会
11	理事会	全国国保組合協会保健事業推進担当者研修会 全国医師国保組合連合会事務長連絡会 第18回学びながらのウォーキング大会 全国国保組合協会被保険者全国大会
12	理事会	中国四国医師国保組合事務連絡会
1	理事会	全国国保組合協会事務長研修会
2	理事会 組合会	全国国保組合協会理事長・役員研修会
3	理事会	全国国保組合協会通常総会

本組合では、31 年度に全国国保組合協会が開発する「新国保組合共通システム」を導入し、対応する。

議案第 2 号 平成 31 (2019) 年度山口県医師 国民健康保険組合歳入歳出予算

沖中常務理事 平成 30 年度決算見込みについて歳入の第Ⅰ款「国民健康保険料」は、予算額 9 億 3,007 万円に対し、9 億 4,917 万円余の約 1,900 万円増を見込んでいる。被保険者数は近年、減少傾向にあるが、平成 30 年度予算で見込んだ人数を上回っていることから増額となっている。

第Ⅱ款「国庫支出金」については、補助対象となる療養給付費や高額療養費が予算額より減少していることから、補助金は予算額を約 1 千万円下回る 1 億 6,692 万 8 千円を見込んでいる。

第Ⅴ款「繰入金」の 4,100 万円は、特別積立金の取り崩し 3 千万円と高額医療費及び出産費資金貸付制度の廃止による 2 つの基金の取り崩し額 1,100 万円の合計額である。

第Ⅵ款「繰越金」は、予算額より約 6 千万円増の 2 億 2,605 万 5 千円で、歳入合計見込み額は 14 億 2,986 万 6 千円となっている。

歳出において、第Ⅺ款「諸支出金」以外は、予算額内で収まると見込んでいる。

第Ⅲ款「保険給付費」については、30 年度 7 か月分の実績から推計して、予算額に対し約 3,600 万円の残額を見込んでおり、第Ⅲ款全体では約 5 千万円の不用額が生じるとしている。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」から第Ⅶ款「共同事業拠出金」については、確定額となっている。

第Ⅺ款「諸支出金」の 2,923 万 6 千円は、29 年度に交付された療養給付費等補助金について、実績による精算をした結果、超過交付となったため、国庫に返還する補助金の額である。

支出合計は 12 億 343 万 4 千円で、差引残高は 2 億 2,643 万 2 千円となり、この額を 31 年度予算案の歳入の第Ⅵ款「繰越金」に計上している。なお、単年度収支では、1,138 万 7 千円の赤字を見込んでいる。

26 年度の保険料引き上げ以降、29 年度決算

まで、単年度収支は黒字で推移してきたものの、30 年度では単年度収支が赤字に転じる見込みである。28 年度からの国庫補助率の削減等による補助金減や高額医療費の継続支給などの影響を受けたためである。

なお、赤字幅が小さく、決算見込み全体で見ると、29 年度決算とほぼ同額の 2 億円超の繰越金が見込めることから、31 年度予算においては、保険料の引き上げはせずに予算編成をしている。

また、31 年度予算は、厚労省から示された予算編成に当たっての留意事項に基づいた予算額を計上している。

<歳入>

第Ⅰ款「国民健康保険料」については、現行の月額保険料に、平成 31 年度の被保険者見込み数を乗じて算出している。

28 年度では、1 医療機関で、乙種組合員と乙種組合員の家族をあわせて約 100 人の被保険者が社会保険に加入されたことが影響し、年間平均では対前年度増減で 322 人の大幅な減少となっている。

なお、それ以降、減少幅はゆるやかになっていることから、29・30 年度の 2 か年の対前年度比の平均値を用い、31 年度（見込み）人数を算出している。

国民健康保険料は、医療給付費分ほか 3 種類の保険料があるが、保険料総額は 9 億 4,150 万 6 千円で、前年度より 1,143 万 6 千円の増としている。

第Ⅱ款「国庫支出金」では、事務費負担金として、23 年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかることになり、厚労省が示した被保険者数に応じた額に 0.8 の支給調整率を乗じて算出し、350 万 9 千円を計上している。

28 年度から国庫補助の見直しがあり、27 年度まで 32%であった従来分の補助率は、32 年度までの 5 年間で 13%に引き下げられる。4 年目となる 31 年度は補助率 16.8%となり、補助金がほぼ半減している。

また、平成 9 年 9 月 1 日以降、健保の適用除外をして加入された者に係る分の補助率は、社会

保険並みとなる。補助率の見直しによる減少分は、全体で約 8,700 万円余となり、大きな影響を受けている。

特別調整補助金として 900 万円を計上しているが、保険者機能強化分等として、ウォーキング大会の経費等、医療費通知やジェネリック差額通知等にかかる経費に対する補助金となっている。

また、全国国保組合協会に納付する、社会保障・税番号システムや国保共通システムの負担金については、補助対象分について申請することで、負担増を抑えている。

第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であり、全国国保組合協会が示した高額医療費共同事業医療費拠出金（歳出の第Ⅶ款）と同額の 4,903 万 8 千円を計上し、前年度より 1,056 万 4 千円の増となっている。

第Ⅳ款「財産収入」の第 1 項「財産運用収入」は、特別積立金等の利息で 10 万円を計上している。

第Ⅴ款「繰入金」は、科目存置としている。

第Ⅵ款「繰越金」は 2 億 2,643 万 2 千円とし、前年度予算額より約 6 千万円増としている。

第Ⅶ款「諸収入」は、前年度同額の 4 千円を計上している。

歳入合計は、前年度より 1.5%、2,021 万 6 千円増の 13 億 7,251 万 4 千円となっている。

<歳出>

第Ⅰ款「組合会費」については、前年度と同額の 258 万 1 千円を計上している。

第Ⅱ款「総務費」は、役員報酬等組合運営の事務費等として、前年度より 574 万円増の 4,066 万 3 千円を計上している。新シ

ステムに係る経費 200 万円を計上したことなどが増加の要因となっている。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める 6 億 7,346 万 4 千円を計上している。前年度に対し約 7%、4,920 万 8 千円の減となっている。

療養給付費の 30 年度の額の 5 億 9,131 万 1 千円は、平成 30 年 4 月から 10 月診療分までの 7 か月分実績からの推計値である。この額に過去 4 か年の平均伸び率 0.8% を乗じ、31 年度の額は 5 億 9,604 万 1 千円としている。

療養費及び高額療養費については、平成 30 年

第 1 表 平成31(2019)年度歳入歳出予算

(単位：千円)

歳 入		歳 出	
款 項	金 額	款 項	金 額
I 国民健康保険料	941,506	I 組 合 会 費	2,581
(1) 国民健康保険料	941,506	(1) 組 合 会 費	2,581
II 国庫支出金	155,433	II 総 務 費	40,663
(1) 国庫負担金	3,509	(1) 総 務 管 理 費	40,138
(2) 国庫補助金	151,924	(2) 徴 収 費	525
III 共同事業交付金	49,038	III 保 険 給 付 費	673,464
(1) 共同事業交付金	49,038	(1) 療 養 諸 費	601,978
IV 財 産 収 入	100	(2) 高 額 療 養 費	56,880
(1) 財産運用収入	100	(3) 移 送 費	100
V 繰 入 金	1	(4) 出 産 育 児 諸 費	10,506
(1) 準備金等繰入金	1	(5) 葬 祭 諸 費	1,000
VI 繰 越 金	226,432	(6) 傷 病 手 当 金	3,000
(1) 繰 越 金	226,432	IV 後期高齢者支援金等	234,547
VII 諸 収 入	4	(1) 後期高齢者支援金等	234,547
(1) 預 金 利 子	1	V 前期高齢者納付金等	55,694
(2) 雑 入	3	(1) 前期高齢者納付金等	55,694
		VI 介 護 納 付 金	140,886
		(1) 介 護 納 付 金	140,886
		VII 共同事業拠出金等	57,833
		(1) 共同事業拠出金	49,071
		(2) 共同事業負担金	8,762
		VIII 保 健 事 業 費	45,854
		(1) 特定健康診査等事業費	5,673
		(2) 保 健 事 業 費	39,181
		(3) 死 亡 見 舞 金	1,000
		IX 積 立 金	1,001
		(1) 積 立 金	1,001
		X 公 債 費	1
		(1) 一 般 公 債 費	1
		XI 諸 支 出 金	3
		(1) 償還金及び還付加算金	3
		XII 予 備 費	119,987
		(1) 予 備 費	119,987
合 計	1,372,514	合 計	1,372,514

4 月から 12 月までの 9 か月分の支給実績をもとに推計した額から算出している。療養給付費は前年度より 3,756 万 5 千円の減としている。

山口県国保連合会の審査手数料において、診療報酬審査支払手数料 52 円は消費税が 8% の場合、52.96 円は 10% の場合の単価となっている。

出産育児諸費については、25 件分の一時金と手数料を計上している。30 年度の支給状況から、前年度より 5 件分少ない件数としたため、約 210 万円の減となっている。

葬祭諸費についても、30 年度の状況から 50 万円減の 100 万円としている。

なお、療養の給付付加金については、26 年 3 月診療分までのレセプトを対象とし、それ以降は廃止している。30 年度までは科目存置として 1 千円を計上していたが、月遅れのレセプトが出る可能性がないことから、予算額を 0 とした。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」、第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」、第Ⅵ款「介護納付金」については、厚労省が示した算出額を予算額としている。いずれも前年度を上回り、3 款合計で約 3,375 万円の増となっている。

第Ⅶ「共同事業拠出金等」内の高額医療費共同事業に対する拠出金では、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会（全協）に支払う額で、全協が示した 4,907 万 1 千円を計上している。また、オンライン資格確認に対応するシステムとして、全協が開発の新共通システムを導入するため、負担金として 612 万 7 千円を計上している。

なお、27 年度に全協の税番号関連システムを導入しているが、負担金として約 247 万円を計上している。

この 2 つの負担金については概算額とされており、今後、厚労省からシステム開発に必要な仕様書が示された時点で全協が見直しを行い、負担金に変更が生じる場合もある。

また、社会保障・税番号制度における医療保険者等向け中間サーバーのランニングコストとして厚労省から示された被保険者 1 人当たりの単価（月額 2.96 円）で算出した額 16 万円を、国保中央会に支払うこととしている。

第Ⅷ款「保健事業費」の第 1 項「特定健康診

査等事業費」では、前年度とほぼ同額の 567 万 3 千円を計上している。特定健診の単価については、山口県医師会が示した 31 年度額で、消費税 8% では 10,835 円、10% では 11,042 円となっており、例年の実施者数から、9 月までと 10 月以降の実施見込み者数を乗じて算出している。

第 2 項「保健事業費」は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、3,918 万 1 千円としている。

第Ⅸ款「積立金」内の職員退職給与金積立金では 100 万円を積み立てる。

第Ⅹ款「公債費」は科目存置である。

第Ⅺ款「諸支出金」については、3 千円を計上している。

最後に、歳入歳出を調整した結果、第Ⅻ款「予備費」として、1 億 1,998 万 7 千円を計上している。

V 質疑

赤司議員（下関市） 社会保障・税番号制度におけるオンライン資格確認の実施について、関連システムの改修等が必要とのことであった。今後の状況によって一部費用が変動するようであるが、ある程度の見通しは立っているのだろうか。

また、平成 31 年 4 月 1 日で保険証更新時期となるが、国はマイナンバーカードに健康保険証の機能を持たせようと検討している旨の報道がなされている。

被保険者としてもその取扱いに関わる上、経営者としても設備の構築等準備が必要になるが、この点について、理事長はどのようなお考えかお聞きしたい。

河村理事長 オンライン資格確認においては、2 月 6 日に開催された全協の研修会でも、この件について触れられたものの、詳細が出ていないという説明であった。

全協開発の関連するシステムにおいても、すでに有名大学・企業及び日医が導入しているデータベースシステムを基盤として、極力費用を抑え、また、制度変更にも柔軟に対応できるよう準備を進めている。

制度自体において先行きの見えない部分があるため、その対策に関わる費用も不明な部分もあるが、現在分かりうる範囲で、状況を加味し、新年度予算を計上しているので、ご了承いただきたい。

赤司議員（下関市） 健康保険証更新について要望がある。一部報道によると、保険者によっては被保険者証を発行せず、オンライン資格機能で対応する可能性があるが、この制度自体に疑念を持っておられる方も多いので、可能な限り、現行の被保険者証は残していただきたい。

河村理事長 現行の被保険者証のままとするので、ご安心いただきたい。

西村議員（小野田） 本日、新聞等で報道された遺伝子治療・白血病の治療薬については、厚労省でも承認されそうという段階で、その費用は 5 千万強とのことであった。今後、このような高額医療が増えた場合、われわれのような小さな国保組合ではすぐに財政危機に陥ると思われる。

理事長挨拶では、まだ国保組合の統合は話が進んでいないとのことであったが、安定した運営・財政基盤強化のためにも、できるだけ早急に話を進めていかなければいけない状況だと考える。どのようにお考えか、伺いたい。

河村理事長 おっしゃるとおりである。早急に合併等の検討を進めるべきと考える。問題となるのが各保険者の規模の違いであり、資産が倍近く違うところもある。しかしながら、意見の調整を行い、統一された組合にすべきと考える。

VI 採決

議長、全議案について順次採決を行い、議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

VII 閉会の挨拶

河村理事長 現在、山口県において単体の国保組合は本組合しかない。薬剤師国保は中四国ブロックで運営がなされているが、将来、医師国保が統合する際は、全国規模で行うべきと考える。

今後も中央の情勢報告は随時行っていくので、皆様におかれましては、各地域に持ち帰られ議論していただきたい。

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

平成 30 年度 母子保健講習会

と き 平成 31 年 2 月 17 日（日）13：00～17：00

ところ 日本医師会大講堂

講演

子ども政策の今日的課題

～成育基本法の成立と今後について～

参議院議員 自見 はなこ

成立成育基本法の成立までには紆余曲折があったが、平成 30 年 12 月 8 日未明に参議院本会議において、衆議院厚生労働委員会委員長提案として提出され、全会一致で可決成立した。理念法であることから今後の施策展開がポイントである。中でも CDR（child death review：子どもの死因究明）については、事故を防ぐこと、隠れた虐待を見抜くことの 2 点で進めている。子どもは個人としての権利（利益）が重んじられなくてはならないが、今回の 120 年ぶりの民法改正においても懲戒権（民法第 820 条、第 822 条）の削除がなされなかった。54 か国が懲戒権を削除している現状があり、削除に向けての活動が必要である。さらに虐待に関連しては、要保護児童を巡る厳しい環境を打開するために、自民党では「児童の擁護と未来を考える議員連盟」として活動を行っている。また、予防接種記録を確実なものにするための住民基本台帳への記載など、今後のさまざまな施策展開が不可欠である。現状では施策が内閣府、厚生労働省、文部科学省に分かれていることから将来的には家庭庁の創設を視野に入れた活動をしていきたい。

液体ミルクについては、東日本大震災、その後の熊本地震をきっかけに注目され、厚労省が 2018 年 8 月に乳児用液体ミルクの規格基準を定めたので、国内メーカーでも製造・販売が可能となった。日本栄養士会災害支援チームが「赤ちゃん防災プロジェクト」を昨年立ち上げ、災害時の母乳代替食品として粉ミルク、液体ミルクの備蓄推奨を行っている。今後も液体ミルク知識の普及啓発を行い、液体ミルクについて地域防災計画へ

の記述が必要であることを伝えていきたい。

[報告：副会長 今村 孝子]

シンポジウム「成育医療の現代的課題と対策」

座長：熊本県医師会会長／

日医母子保健検討委員会副委員長 福田 棚

1) 産科領域における諸課題

日本産婦人科医会副会長／

日医母子保健検討委員会委員 石渡 勇

総務省の人口推計から 0～14 歳、15～59 歳の人は年々減ってきており、人口減少は止まらないと思われる。人口減少社会に対する国の施策は、高齢者の活用、女性の活用、外国人の雇用、IT 革命などあるが、産業界が目指す方向は IT 革命である。IT 革命により、人間同士のつながりがなくなるスマホ、ネット社会、AI がヒトに代わり支配、IoT（Internet of Things）や M2M（Machine to Machine）が進み、ヒト、モノ、機械をインターネットに接続することで離れたモノの情報を知ったり、操作が可能な時代になる。科学技術の進歩は本来の人間のあり方を変える危機的変化をもたらしている。特に子どもの健全な育成を保障するための社会的施策が立ち遅れており、母子保健医療体制の充実や子育て支援のための社会環境の整備が必要である。そこで、このたび成育基本法が成立された。

日本産婦人科医会が行う事業としては、先天異常部会では新生児聴覚スクリーニングの普及促進など、女性保健部会ではプレコンセプションケア（妊娠前のケア）の啓発などを行い、10 代の妊娠など思春期の性の問題、性暴力への対応を行っている。母子保健部では妊産婦のメンタルヘルスを妊産婦の自殺予防や乳幼児虐待予防に結びけたりしている。

児童虐待は年々増え続けており、虐待により児

の前頭前野が小さくなると言われており、2～3 歳前までに修正していかないといけない。周産期メンタルヘルスプロジェクトとしてすべての医療機関で、すべての妊産婦を対象にメンタルヘルスのスクリーニングとケアを行うとしており、そのためスタッフ研修会、指導者講習会を行っている。行政や精神科など多職種の連携が必要である。

10 代、特に 14 歳以下の出産が増えてきており、妊娠に気づかない、気づいても相談するところがなく、相談しづらいということが問題になっている。

HPV ワクチン接種が日本で現在ほとんど行われていないことは問題であり、本庶 佑 先生も「マスコミの責任は大きく、マスコミにはきちんとした報道をしていただきたい」と警告されている。

2) 小児科領域における諸課題

日本小児科医会会長／

日医母子保健検討委員会委員 神川 晃

子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第 14 次報告）では、死亡した子どもの年齢は 0 歳が 49 人中 32 人と最多であり、3 歳未満は 40 人で 8 割を占める。乳幼児健診の未受診者が多く、養育者（実母）の育児不安、養育能力の低さが問題である。子どもの不慮の事故死は病気を含む死因の中で上位であり、窒息死は 0～1 歳、溺死は 1 歳、転落事故死は 3～4 歳が多い。虐待死の疑いもあるが、継続的な年齢に応じた事故防止への働きかけが重要である。

子どもの相対的貧困率は日本は世界でも高く 16.3%、特にひとり世帯、母子世帯では就業率が低く問題である。貧困だと、親が低所得→親からの働きかけが少なくなり、非認知スキルが育たない→学習意欲が低下し成績不良→低学歴・高校中退→高所得が得にくい・非正規労働者が多い→低所得という悪循環、世代間連鎖していく。経済的な援助が必要であり、世代間連鎖を切る必要がある。

いじめも増えてきており、不登校の児童生徒も増えている。日本の若者は、諸外国の若者に比べて自分の将来に明るい希望を持つことができないが、自己肯定感の高い子どもは家族、職場

環境、学校生活に満足している子が多く、親子の信頼関係が成り立っている子どもに自信がある子が多い。親子の信頼関係を築き、成功体験を積み重ねていけば、将来に明るい希望を感じることができるかもしれない。

また、育児不安を感じる保護者が多く、子育ての環境が十分整備されていない状況に対してかかりつけ医がどう関わっていくかが重要である。成育基本法成立を機にポピュレーションアプローチで、継続的な子どもへの biopsychosocial な健診の導入、子どもの医療・保健情報の管理、小児診療報酬のあり方などにも取り組むべきである。

〔報告：理事 河村 一郎〕

3) 成長過程におけるメンタルヘルス

～精神科の役割について～

東京医科歯科大学医学部附属病院精神科

竹内 崇

国内には約 2 万人の精神科医がいるが、周産期にかかわる医師は 1% 程度と少ない。産科領域では妊産婦の自殺・妊婦の心の状態と子どもの発達・児童虐待・虐待が子どもの脳に及ぼす影響などがメンタルヘルスの問題点として挙がってきている。妊産婦の自殺は 8.7/ 出生 10 万と先進国としては多く、妊娠初期と産後 3～4 か月にピークがある。これら事例の精神疾患ではうつ病が多いが、基礎疾患なしとされる人でも医療に繋がっていなかっただけで、9 割は精神疾患があったといわれる。児童虐待は平成 28 年度は 12 万件を超え徐々に増加している。このうち心理的虐待が最も多い。強い体罰を受けた子どもの脳の変化を調べると、成長後に前頭皮質の容積が 19% 以上減少していたとの報告があり、また、DV を目撃することで視覚野が 6.1% 減少するといわれる。このように虐待により器質的な変化が起こることは看過できない。

周産期メンタルヘルスの問題は、自殺などのみならず、養育機能の低下や愛情形成の障害から虐待へと繋がり、子どもの成長発達へと影響し、これが世代間連鎖に繋がることもある。周産期の精神疾患は妊娠前から持っていた精神疾患合併妊娠と産褥期の精神障害に分けられる。前者にはう

うつ病・パニック障害・統合失調症、不安・発達障害等があり、悪化防止と支援体制づくりが重要である。後者には早期発見・重症度評価を行い、症例により早期に精神科へ紹介することが必要である。そのためには産婦人科と精神科の連携が重要となる。最近、各種ガイドライン・マニュアル(「産婦人科診療ガイドラインー産科編 2017」,「周産期メンタルヘルスマニュアル」,「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド」)が発表されているので利用していただきたい。スクリーニングではエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)が一般的で、妊娠中に関しては Whooley の 2 項目質問票で十分である。スクリーニングで大事なことはやりっぱなしにしない、あくまでもツールであると認識し、話を深める材料とし、適切なマネージメントに繋げることが大事で、“陽性だからすぐ精神科”ということではない。

4) 母子保健行政の最近の動向

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

課長 平子 哲夫

2040 年までの人口構成の変化をみると生産年齢人口の減少が著しく、成育基本法の重要性が高まってくる。妊娠・出産等に係わる支援体制として、子育て世代包括支援センターが総合相談窓口として 761 市区町村で 1,436 か所開設された。役割としては妊産婦・乳幼児の実情把握、各種相談対応・助言、関係機関との連絡調整などがある。第 1 次「健やか親子 21」の評価では 8 割が改善しているが、低出生体重児と十代の自殺の 2

つが悪化しており課題となる。健康長寿延伸に向けたデータヘルスについては、学童期から自治体の情報も統一様式により、市町村間でのマイナンバーを用いた最低限の情報の共有が必要である。

新生児スクリーニングでは先天性代謝異常等検査と聴覚検査が必要で、聴覚検査についても人工内耳などの発達で障害を軽くすることも可能であることから、すでに市町に財源化していることを活用してほしい。

産婦健康診査事業については平成 29 年度から開始し、産後 2 週間と 1 か月で行っている。家族等から十分なサポートが受けられない産婦・新生児には産後ケア事業として支援体制を確保している。具体的な事例が浦安市・山梨県・文京区で報告されている。

全国 67 か所に不妊専門相談センターを配置し、体外受精・顕微受精での出生は 54,000 人/年(全出生の 5.54%)に及ぶ。また、不妊に悩む方への特定治療支援事業として、医療費(回数制限はあるが初回 30 万円、2 回目以降 15 万円)を助成している。

人工妊娠中絶は昭和 30 年の 117 万件から 29 年度は 17 万件と減少しているが、最小の奈良県と最大の鳥取・熊本県では 2 倍以上の開きがある。望まない妊娠の相談窓口として女性健康支援センターが開設されている。

[報告：常任理事 藤本 俊文]

かなえたい 未来がある。

応援してください。
やまぎんも、私も。

石川 佳純

山口銀行

YAMAGUCHI BANK

平成 30 年度 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会

と き 平成 31 年 3 月 14 日（木）15：00～16：10
ところ 山口県医師会 6 階 第 1 会議室

〔報告：副会長 林 弘人〕

開会挨拶

河村会長より、日ごろから医療安全等にご尽力
いただいている郡市担当理事の先生方へのお礼と
近年の状況等をふまえた挨拶がなされた。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会 の報告

平成 30 年 12 月 14 日に日本医師会で開催。
当会報の平成 31 年 2 月号に報告記事を掲載して
いるので、ご一読いただくことをお願いした。

2. 平成 30 年度受付事案の報告と未然防止につ いて

報告事案においては委員会審議で議論されたポ
イントと結論、事案から学ぶこと及びそれらに関
連する法規や判例を提示、スライドにて紹介した
（表 1 参照）。

3. 平成 30 年受付の窓口相談事例について

平成 30 年に当会で受け付けた窓口相談事例に
ついて報告した（表 2 参照）。
また、受付事例に関連して、今年 2 月の厚労
省医政局からの通達「医師による異状死体の届出
の徹底」を説明した。

→医師が死体を検案するに当たっては、死体外
表面に異常所見を認めない場合であっても、死
体が発見されるに至ったいきさつ、死体発見場
所、状況等諸般の事情を考慮し、異状を認める
場合には、医師法第 21 条に基づき、所轄警察
署に届け出ること。

4. その他

平成 31 年度の当事業に関する行事予定等及び
報告時の留意点を連絡した。質問として、予防接
種時の事故（誤接種や期限切れ）の有無、対応が
あった。

出席者

郡市担当理事

大島郡	野村 寿和
玖珂	吉居 俊朗
熊毛郡	曾田 浩子（代理）
吉南	小川 清吾
厚狭郡	河村 芳高（代理）
美祢郡	中邑 義継
下関市	嶋村 勝典
宇部市	西村 滋生
山口市	重本 和弘
萩市	玉木 英樹

徳山	長田 正夫
防府	山本 一成
下松	和崎雄一郎
岩国市	桑原 直昭
小野田	村田 和也
光市	前田 一彦
柳井	野田 基博
長門市	宮尾 雅之
美祢市	野間 史仁

山口県医師会

会 長	河村 康明
副 会 長	林 弘人
常任理事	中村 洋
理 事	山下 哲男
理 事	郷良 秀典

平成 30 年度 第 4 回全国有床診療所連絡協議会役員会

と き 平成 31 年 3 月 3 日（日）11：30～12：15

ところ TKP 品川港南口会議室「ホール A」

〔報告：山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史〕

標記協議会の平成 30 年度第 4 回役員会が 3 月 3 日（日）に TKP 品川港南口会議室で開催された。

最初に鹿子生会長が「本日は多くの議題が用意されているので、よろしくご協議いただきたい。また、本日は羽生田参議院議員も出席されているが、7 月には参議院選挙が予定されており、是非とも上位当選できるよう応援をよろしくお願いしたい」と挨拶された。

次いで、羽生田参議院議員が「7 月 28 日には群馬県での全国有床診療所連絡協議会総会の開催が予定されているが、その一週間前の 7 月 21 日が参議院議員選挙の投票日であり、7 月 28 日の全国総会は祝賀会として皆様を群馬県にお迎えできるようご支援をお願いしたい。地域包括ケアシステムの中で有床診療所の役割が見直されてきており、予算獲得に向けての活動をしっかりやっていきたい」と挨拶された。

議題

1. 社会保険診療報酬検討委員会について

（正木常任理事）

医療に係る消費税問題（中川日医副会長）

消費税 5% から 8% へ 3% 引上げの診療報酬への補填は、診療所では約 600 億円が基本診療料に上乗せされ（初診料 12 点 UP、再診料 3 点 UP）、病院へも約 1,600 億円（診療所と同様に初診料 12 点 UP、再診料 3 点 UP、残った財源は入院基本料への上乗せ）配分されたが、病院への補填状況は平成 26 年度で 82.9%、28 年度で 85.0% と低く、厚労省の集計ミスが明らかになった。これについては新たな配分方法の見直しのシミュレーションがなされ、適正に配分し直される

ことになる。

本年 10 月の消費税増税に向けて、昨年 8 月 29 日には三師会・四病協総意の「新たな税制上の仕組みの提言」を公表、11 月 22 日には三師会・四病協で「地域医療を支えるための税制改正要望」を決定し、要望活動を行い、12 月 14 日に自民党・公明党での「平成 31 年度税制改正大綱」が決定・公表され、12 月 21 日には医療に係る消費税問題についての閣議決定がなされた。

現状では、今回のように「非課税のまま診療報酬への配点を精緻化してソフトランディング」するか、あるいは「国民・社会の反対を押し切って社会保険診療を課税に転換するハードリセット」を行うかの二つしか選択肢がなく、「配点の精緻化と定期的な検証による控除対象外消費税への対応」と、「新たな仕組みを含めた設備投資への特別償却の拡充・見直しによる支援措置」はそれぞれ別ながら、この二つによって非課税制度における解決と位置づけられると考える。

妊婦加算について（松本日医常任理事）

十分な説明がないまま妊婦加算が算定された事例や、コンタクトレンズの処方など妊婦でない患者と同様の診察を行う場合に妊婦加算が算定された事例など、加算の趣旨に反するような事例が SNS や新聞、ニュース等で頻繁に取り上げられるようになり、また、与党においても議論があり、昨年 12 月 13 日に速やかに必要な措置を取るよう厚労省への要望がなされ、12 月 19 日の中医協でも協議され、本年 1 月 1 日より妊婦加算算定の停止（凍結）が決まった。

今後の対応として、次回改定に向け、妊婦加算

を創設した際の趣旨を診察に反映するためにはどういった対応が望ましいのか、中医協において、妊婦さん、医療機関双方にとって有益な対応をしっかりと議論していくべきと考える。

控除対象外消費税の診療報酬による補填について
(松本日医常任理事)
(下表参照)

平成 30 年度診療報酬改定の評価 (正木)

日医診療報酬検討委員会に提出した平成 30 年度の委員会の諮問事項①「平成 30 年度診療報酬改定の評価」の総論部分のみを記載する。

今回の診療報酬改定率に関しては、全体で－ 1.19%の中でも医科の診療報酬本体＋ 0.63%が確保でき、消費税増税が先送りされ厳しい改定財源が予想された中では評価できる。しかし、今回も薬価等引下げ財源を技術料として診療報酬本体へ戻すことが十分でなく残念である。

有床診療所は現在構築中の地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって、小回りの効く入院施設として重要な役割が期待されている。今改定の基本的視点の重点項目が「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」

であり、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）」での運用の支援がなされたことは評価できる。

しかし、医師の働き方改革の推進が叫ばれている中、有床診療所の「専門医療提供モデル」の確保も重要で、有床診療所と病院とで今改定の重点項目であった「医療機能の分化・強化、連携の推進」ができれば、病院勤務医師等、医療従事者の負担軽減に資することになるが、今回「専門医療提供モデル」への支援がなかったことは残念である。

また、複数の機能を担って地域包括ケアシステムの中で貢献するためには、有床診療所も複数医師体制が望ましいが、今改定で複数医師体制への十分な評価がなかったこと、さらに、手厚い医療を提供するために必要な夜間看護配置や看護補助配置への十分な評価がなかったことも残念であった。

2. 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループについて (猿木常任理事)

厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」の中で、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」に委員として参加している。「在宅医療の充実に向けた議論の整理」がなさ

・ 改定率（消費税率 8→10%への 2%分）		
全体改定率		+0.88%（約 4.100 億円）
診療報酬本体改定率		+0.41%（約 1.900 億円）
各科改定率	医科	+0.48%（約 1.600 億円）
	歯科	+0.57%（約 200 億円）
	調剤	+0.12%（約 100 億円）
薬価・材料価格改定率		+0.47%（約 2.200 億円）
薬価		+0.42%（約 1.900 億円）
材料		+0.06%（約 300 億円）
・ 消費税率 5→8%への 3%分の見直しを含めた今回の改定財源（本体のみ）		
診療報酬本体改定財源（5→10%へ）		約 4.700 億円
医科		約 4.000 億円
歯科		約 400 億円
調剤		約 300 億円
医科 4.000 億円の内、病院約 3.000 億円、診療所約 1.000 億円		

れ、今後、在宅医療を進めるために①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り等の課題に取り組んでいく予定である。

在宅医療の充実に向けて、都道府県が速やかに行っていく必要があることについて議論され、今後、都道府県が取り組んでいくべき事項として①第 7 次医療計画の改善、②都道府県全体の体制整備、③在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）、④在宅医療に関する各種ルールの整備（入退院ルールの策定支援・後方支援病院等との連携ルールの策定支援・急変時の患者情報共有ルールの策定支援）、⑤在宅医療に関する人材の確保・育成、⑥住民への普及・啓発（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議など）が挙げられている。

3. 地域包括ケア推進委員会について

（長島常任理事）

介護保険委員会から名称変更された委員会であるが、今般の諮問事項は「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて」となっている。

第 1 回委員会（平成 30 年 12 月 5 日）では「介護行政の最新動向と医師会・かかりつけ医の役割」について議論され、「短期入所療養介護で食堂が必須でなくなったこと」、「看護小規模多機能型居宅介護の場合、病床が宿泊室として使える」、「平成 30 年 9 月 30 日時点で介護医療院は 63 施設、4,583 床」などの報告があった。

第 2 回委員会（平成 31 年 2 月 7 日）では「介護保険制度の将来展望について～創設以来の経緯と今後の課題を踏まえて～」について議論され、「平成 31 年度介護報酬改定 + 0.39%、介護人材処遇改善 + 1.67%（国費ベース 210 億円）」、「平成 31 年 12 月 31 日時点で介護医療院は 113 施設、7,414 床」などの報告があった。

4. 有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた調査研究事業について（木村常任理事）

平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の中で「有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた調査研究事業」を行っている。

有床診療所の開設者・管理者を対象に、自院における医療・介護サービスの実施状況や今後のご意向、介護支援専門員との連携状況、連携上の課題等を伺う「有床診療所における介護事業の展開と連携に関する調査」を実施し、取りまとめを行っているところである。

5. 有床診療所委員会について（松本専務理事）

平成 31 年 2 月 6 日（水）に第 2 回委員会が開かれ、「諮問『中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について』」の短期的施策、中長期的施策についての今後の進め方が審議された。

働き方改革関連として、①宿日直に関する資料（医師の働き方改革に関する検討会）、②リーフレット「医療機関の管理者の皆様へ『働き方』が変わります!」、③リーフレット「働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～」、平成 30 年度老人保健健康増進等事業の「有床診療所と介護支援専門員と円滑な連携に向けた調査研究事業」として、①「有床診療所における介護事業展開に関する調査」案（有床診療所向け）、②「有床診療所の利用と連携に関するアンケート調査」案（介護支援専門員向け）などの説明、報告があった。

6. アンケート結果報告（松原常任理事）

平成 30 年度診療報酬改定後の経営実態のアンケート調査を行った。

2018 年入院診療報酬改定で、在宅復帰機能強化加算の増額（1 日 5 ⇒ 20 点）、介護連携加算の新設（15 日以降、介護連携加算 1：1 日 192 点、加算 2：1 日 38 点）が行われている。

アンケート調査のまとめ：

- ① 1 か月当たりの入院患者数が 270 名程度と極めて少なく、同様のアンケートの整形外科の延べ入院患者数の 330 名程度と比べると、入院ニーズが低い
- ② 9 月、10 月の入院報酬は対前年度比 95.6%に留まっており、収入の増加は得られていない
- ③ 介護連携加算の算定施設は約 21%と低値であった
- ④ 介護連携加算を算定している施設の方が対前

年度比では平均値で上昇しているが（102%程度）、未算定施設（97%程度）との有意差はない

7. 特殊建物、建築設備及び防火設備の定期報告について（仮屋理事、原 広報担当理事）

平成 26 年 6 月に建築基準法が改正され、有床診療所も報告を要する特殊建築物（3 年に 1 回）となり、また、建築設備及び防火設備に関しては毎年 1 回の定期報告が課せられている。

この報告書の作成にはかなり高額のコストを要し、また、縦割り行政（建築は国土交通省、消火設備は消防庁）の弊害による手続きの煩雑さもあるため、全国協議会としても議連等を通して改善要望をしていくこととなった。

8. その他

第 32 回全国有床診療所連絡協議会総会「群馬大会」が、2019 年 7 月 27 日（土）・28 日（日）に群馬県高崎市のホテルメトロポリタン高崎で開催することが決まっております、多くの参加のお願いがあった。

医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進事業（正木）

役員会当日の午後（13:30～17:00）に同じ会場で、上記普及促進事業の一環として「有床診療所セミナー」が開催され出席してきた。

2019 年 4 月 1 日から働き方改革関連法「①年次有給休暇の確実な取得（毎年 5 日）2019 年 4 月 1 日より、②時間外労働の上限規制（月 45 時間、年 360 時間）2019 年 4 月 1 日より（中小企業は 2020 年 4 月 1 日より）、③正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差の禁止（2020 年 4 月 1 日より、中小企業は 2021 年 4 月 1 日より）」が順次施行されてくるので注意を要する。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会広報・情報課

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

平成 30 年度 山口県医師会予防接種医研修会

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～

と き 平成 30 年 12 月 9 日（日）14：40～15：40

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告：山口赤十字病院第 2 小児科部長 門屋 亮]

I. はじめに

2018 年 12 月 9 日に機会をいただいた講演の要旨に、その後の情報を加え報告する。

2018 年は風しんの多発が全国で話題になった。講演時点では予防接種制度の大きな変更はなかったが、2019 年 2 月 1 日付で風しん 5 期（原則として麻疹風しん混合ワクチン：MR で実施）の実施が発表された。これは、定期接種として風しんワクチンを受ける機会がなかった 1962/4/2～1979/4/1 生まれの男性を対象に、抗体検査と結果陰性の場合のワクチン接種を行うものである。のちほど風しんの項で述べる。

II. 総論：予防接種の成果と疫学の変化

予防接種が実施されると、患者数減少（流行規模縮小）が起こる。定期接種など広範に実施されるほど効果は著明である。その結果、接種対象となったコホートの発症が減少し、好発年齢、性別などが接種対象となっていない群中心に変わっていく（図 1）。

さらに進むと、流行暴露によるブースター効果の機会がなくなるため、免疫の減衰、再罹患のリスク増の状況となり、ワクチンの複数回接種が必要な時代になっていく（図 2）。

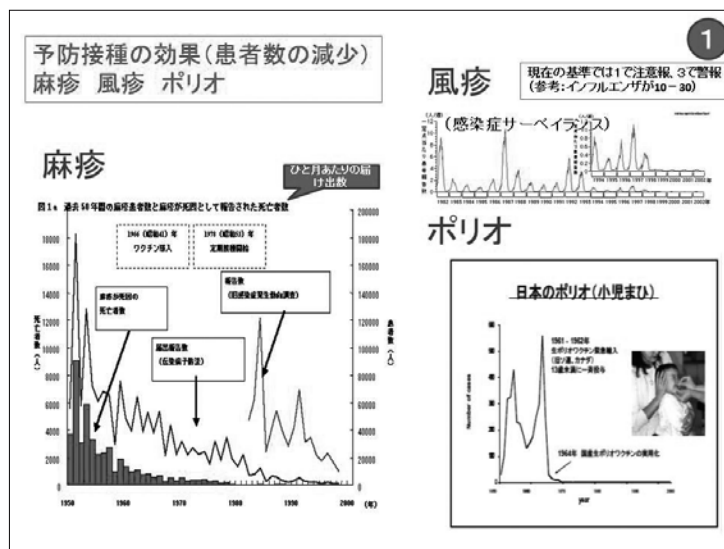


図 1

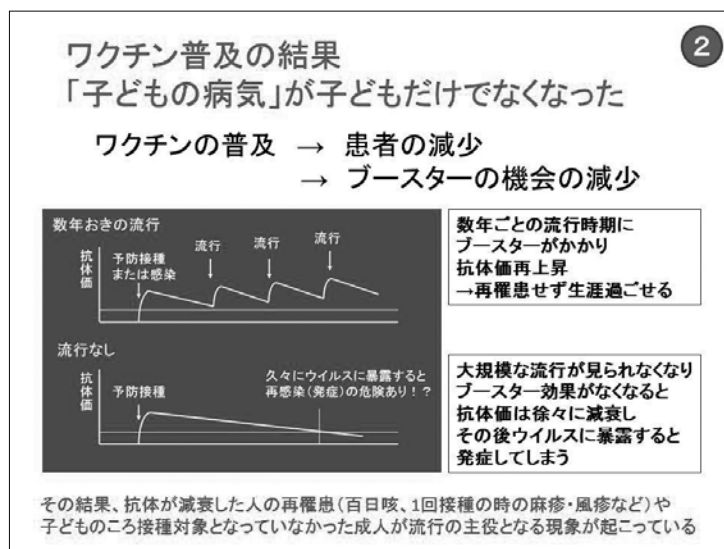


図 2

その国に土着のウイルス株による流行がなくなった状態を「排除」状態という。麻疹については 2015 年 3 月、WHO により日本は麻疹の排除状態と認定された。しかし、その後もしばしば国内での流行が起こっている。矛盾するように思われるが、これは海外から持ち込まれたウイルスによる流行であり、国内に抗体を持たない人が存在する限り、今後も随時起こりうる現象である（図 3）。地域流行と異なり、入国者とともに突然ウイルスが持ち込まれるので予測が困難である。2010 年代は日本から海外への旅行者より海外から訪日する旅行者の方が多くなり、今後はますます注意が必要である（図 4）。

細菌感染症のワクチンも大きな成果をもたらしてきた。特に、インフルエンザ桿菌 b 型（Hib）感染症はワクチン導入により 2014 年には発生ゼロとなった（図 5）。一方、肺炎球菌については、発生減少は確認されているものの血清型置換が起こり、ワクチンがカバーしていない血清型の発生が続いている（図 6）。

また、災害時の破傷風は発生の増加が懸念される感染症の一つであるが、わが国（東日本大震災）では海外（スマトラ沖地震）に比し増加がみられなかったことが報告されており、これも予防接種の大きな成果の一つである（図 7）。

Ⅲ. 予防接種戦略：2018 年の変化

1. 百日咳・ポリオの追加接種—小児科学会からのコメント

後述する風しん 5 期を除き、2018 年は定期接種の変更はなかった。しかし、日本小児科学会は学童期以降の百日咳・ポリオ対策として 5～7

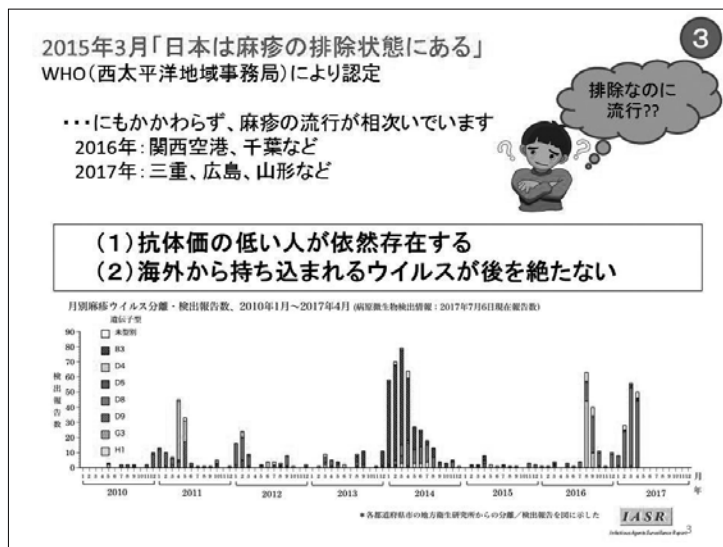


図 3

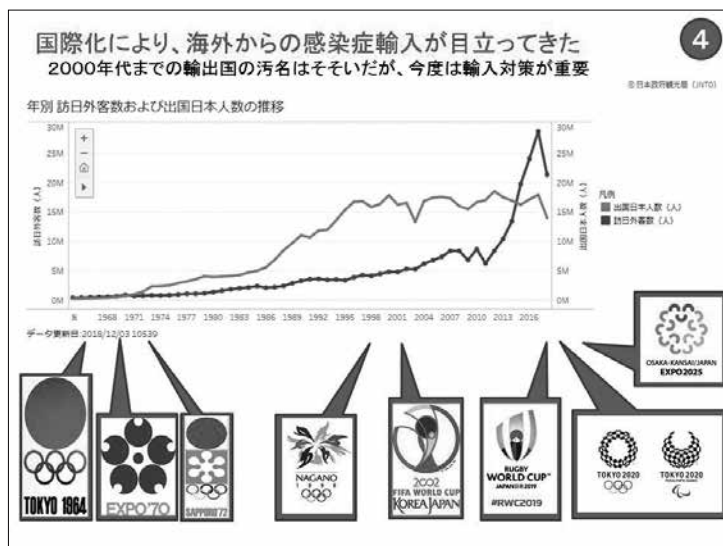


図 4



図 5

歳での追加接種と 12 歳のジフテリア・破傷風 (DT) をジフテリア・百日咳・破傷風 (DPT: 以前の三種混合ワクチン) による実施の推奨を発表した。これに呼応して DPT ワクチンが再市販となった。

百日咳は 2018 年 1 月 1 日から 5 歳の全数把握疾患になった。最初の半年で 2,517 例が百日咳患者として報告されたが、このうち 4 回のワクチン歴がある人は 53% (5 ~ 15 歳の小児に限定すると 75%) に上り、規定通りにワクチンを接種していても罹患するということが改めて確認された (図 8)。これはワクチン未接種の乳児に周囲の年長者から伝播している事実 (図 9)、さらに 5 歳から 15 歳にかけての百日咳抗体保有率の上昇は、再度百日咳に暴露してブースターがかかっていることを意味すること (図 10) などと併せ、現在の百日咳の疫学状況を物語っている。

百日咳・ポリオの双方をカバーするためには、三種混合ではなく DPT に不活化ポリオを加えた四種混合ワクチン (DPT-IPV) を使いたい、というのが当然の発想となるが、現時点では DPT-IPV を 5 回以上使うことは認められておらず、追加接種時には DPT と IPV を別々に注射するしかない状況となっている。科学的には問題ないと思われるだけに、今後解決されるべき問題である。

なお、日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュールは同会 HP にて誰でも閲覧できる。

(URL:https://www.jpeds.or.jp/modules/news/index.php?content_id=84)

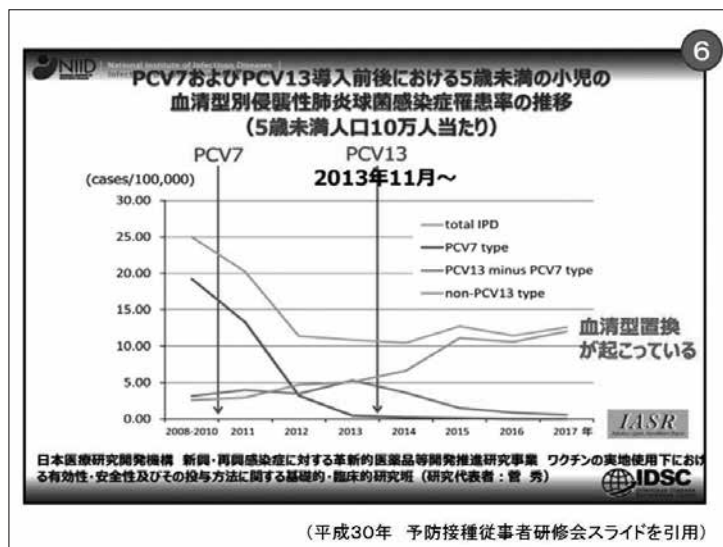


図 6

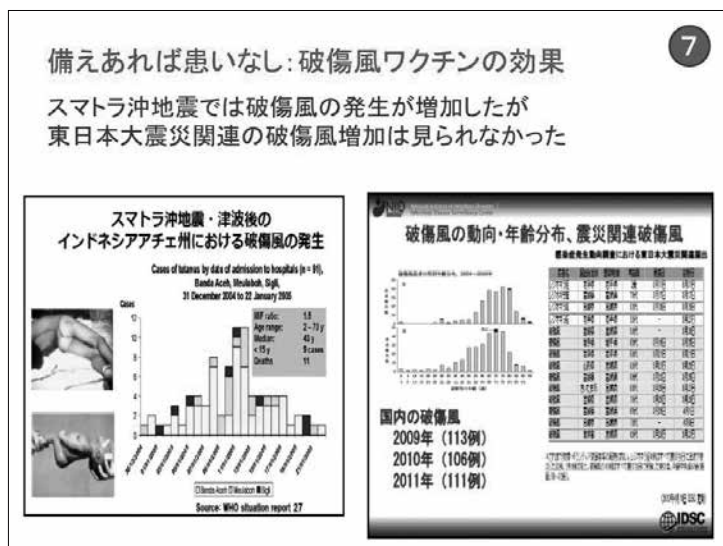


図 7

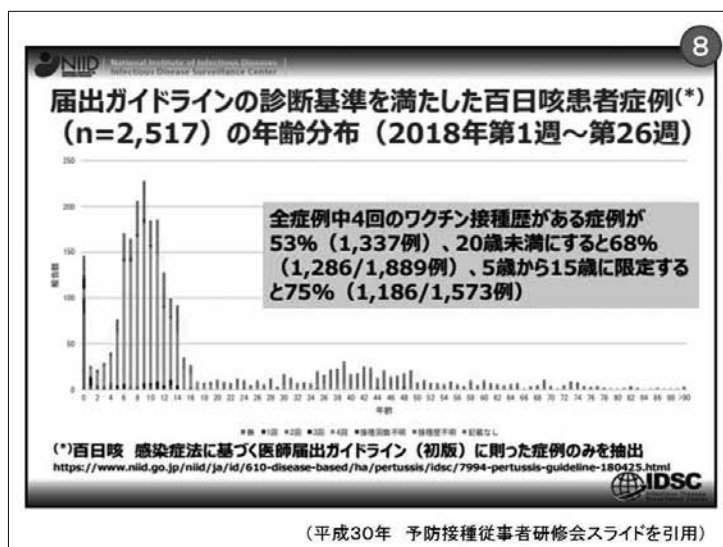


図 8

2. 風しん

2012～13年に計16,730名の風しん患者、それに伴って2012～14年に45例の先天性風しん症候群(Congenital Rubella Syndrome: CRS)出生が確認されている(図11)。CRSは風しんの最大の問題点であり、妊娠第1三半期の妊婦が風しんに罹患すると、児に白内障、心疾患、難聴などが発生してしまう。罹患時期が妊娠初期であるほど発生率は高く、症状は多彩である(図12)。

2018年、5年ぶりに風しん流行が起こり、現在も流行が続いている。2018年度の患者数は2,917人、2019年は3月3日までに768人(暫定値)が報告されており、CRSの報告はまだ1例であるが、今後の増加が懸念されている(国立感染症疫学センター：3月13日発表)。山口県では2018年25名、2019年3月13日までに9名で、CRSは発生していない(山口県感染症情報センター)。抗体保有率が低い年齢群がある限り(図13)対策をしなければ流行は今後も繰り返すと予想され、この度ようやく「5期」と称してのワクチン戦略が決定した。これは1962/4/2～1979/4/1生まれの男性を対象とし、各市町から本人宛に抗体検査の無料クーポンを配付、結果陰性者にはワクチン接種の流れとなり、何度か医療機関にアクセスする必要があり、実際の制度利用率が懸念される。施策としては2月1日付となっているが、現在、各自治体が準備しているところである。2019年度はまず1972/4/2～1979/4/1生まれの人にクーポンが送付される。国からは未送付の場合も申請すれば受けられる、と発表されており、居住地の自治体のお知らせ・HPなどを

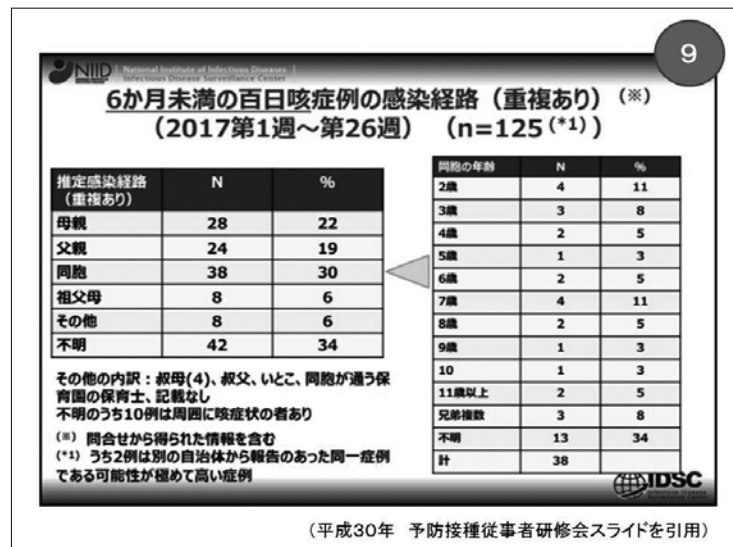


図9

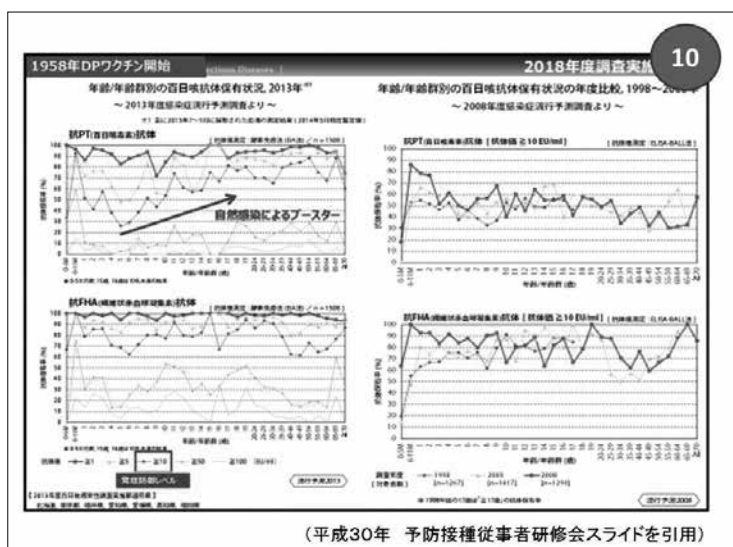


図10

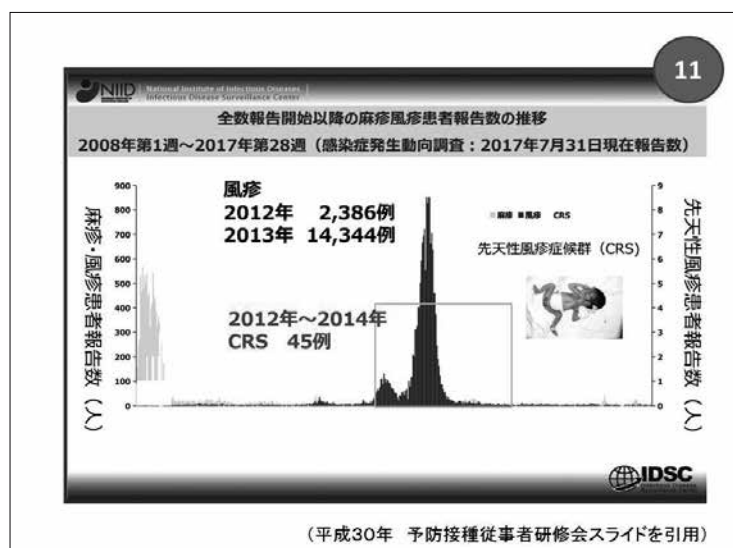


図11

参照して早めに行動することが勧められる。

2013年、罹患者について調べ得た感染源としては、男性は職場が多いのに対し女性は家族（配偶者、子ども）が多く、5期ワクチンの意義を裏付ける状況である（国立感染症研究所調べ 図14、15）。

なお、今回の5期対象とならない人についても、抗体を持たない人に予防接種が推奨されることは言うまでもなく、併せて啓発していく必要がある。

IV. 今年（2018/19シーズン）のインフルエンザの状況（2月までのまとめ）

1月に流行ピークがあり、全国ではこの10年間で最大規模となった。県内では2015、2018年に次ぐピークであり、2019年3月10日までの状況ではA型のH1pdm09とH3が両方流行しており、いまのところB型流行はない。2018年3月に市販された新薬「バロキサビル マルボキシル（商品名ゾフルーザ）」について、2019年2月、A型インフルエンザH3N2（香港型）の10.9%に耐性が認められたと国立感染症疫学センターが発表しており、今後の状況に注意が必要である。使用薬の選択にあたってはタミフル、イナビル、リレンザ、ラピアクタなど従来の薬も含めた適切な使用が必要と考えている。

V. ムンプス

ムンプスウイルス（おたふくかぜ）は2016～2017年に県内で大流行したが、難聴、髄膜炎、精巣炎などの合併症があり、定期接種化が待たれる。2014年から定期接種となり患者数が激減した水痘に比し依然流行

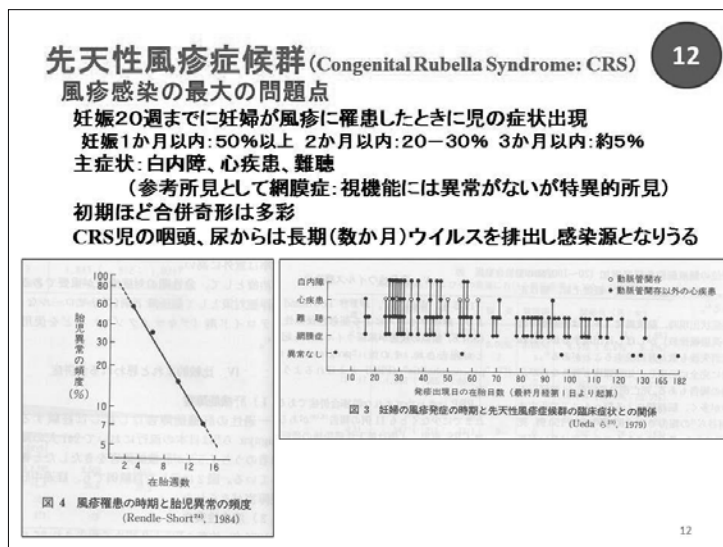


図12

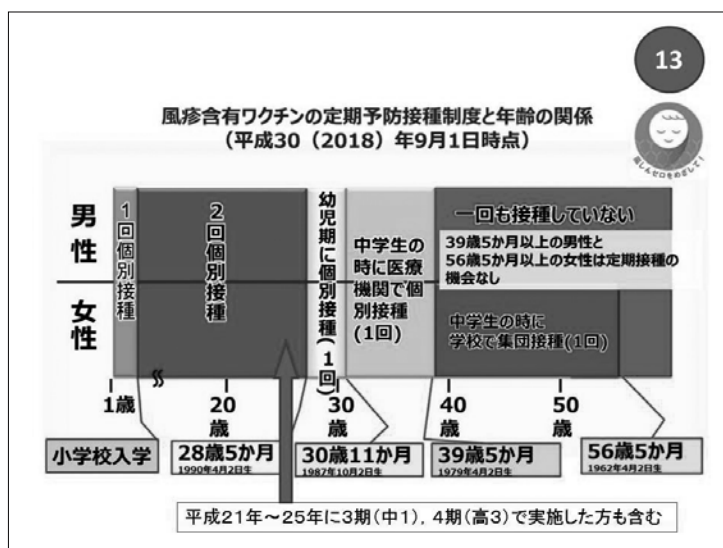


図13

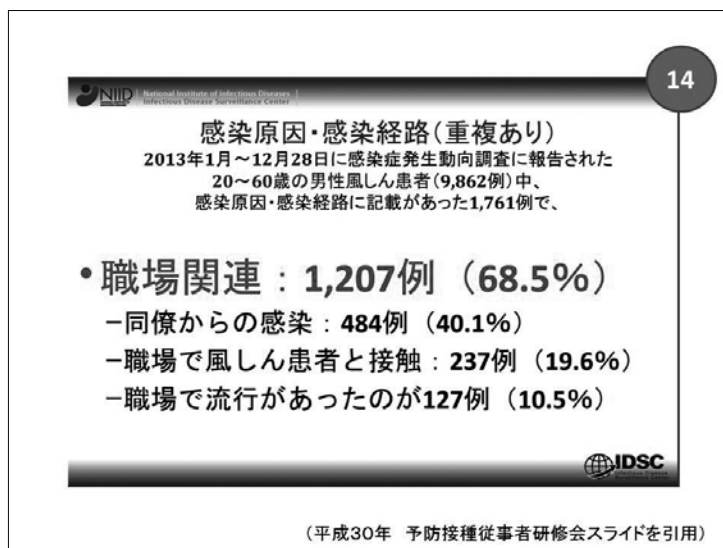


図14

が続いており、明暗を分けた形となっている（図16）。とくに難聴は非可逆的な後遺症であり、日本耳鼻咽喉科学会の全国調査（2015～16年）では238人のムンプス難聴が確認され、その発症率は患者1,000人に一人と概算されている。

VI. おわりに

感染症は時代が変わっても、常に人類とともにあり、その都度、適切な対応が必要である。ワクチンが使える疾患においては、予防接種は罹患しないための最大の予防策であり、今後も情報をUP DATEしつつ有効に運用していくことが大切である。

※本稿の図は研修会当日に使用したスライドファイルから抜粋・引用した。

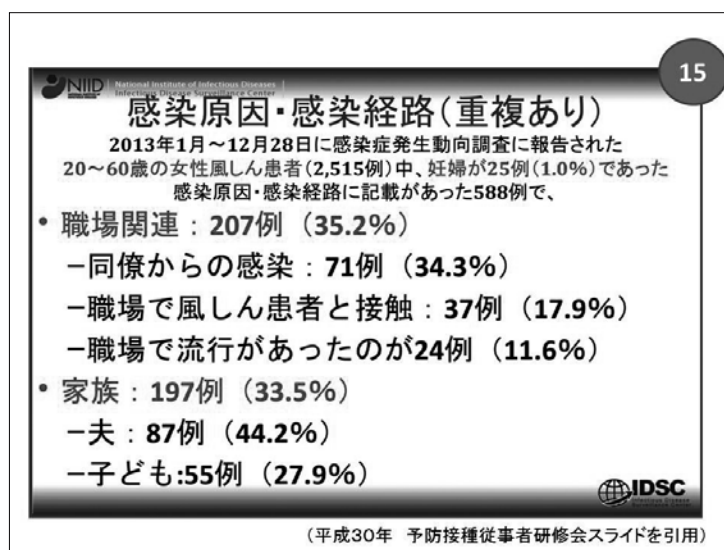


図15

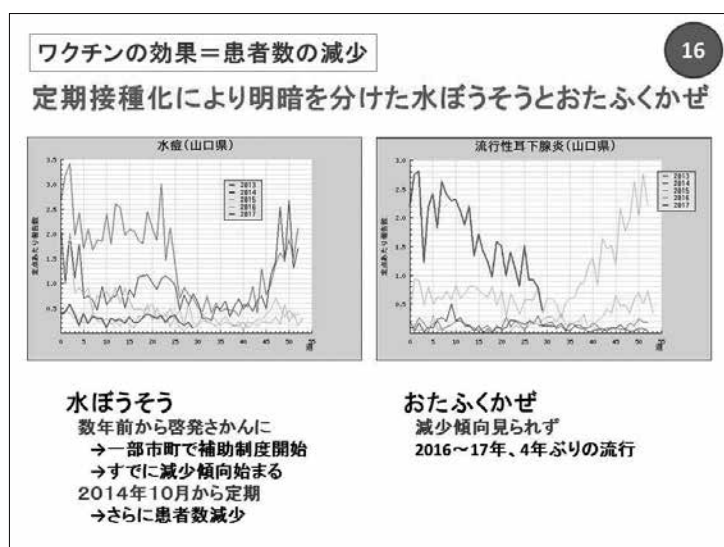


図16

山口県緩和ケア医師研修会

と き 平成 31 年 2 月 24 日（日）9：30～17：30

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

〔報告：理事 伊藤 真一〕

2019 年 2 月 24 日、山口県医師会 6 階大会議室にて山口県緩和ケア医師研修会が、山口県主催、山口県医師会の共催で開催され、県内から医師 16 名が参加した。

2007 年、厚生労働省は、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画において、「すべてのがん診療に携わる医師が、研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことを目標とした。これを受けて、がん診療に携わるすべての医師が、緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がん治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的に定期的に研修会が実施されている。本研修会は日本緩和医療学会による「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」、PEACE（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education）に沿って行われ、昨年末までに全国で修了者が 10 万人を突破している。

また、2017 年に改訂された、がん対策基本計画の中の取り組むべき施策の中に「国は、チーム医療の観点から、看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を検討する。」「国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負担や、受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入すること、1 日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを行う。」との指示があった。その指標に従い、平成 30 年度より e-learning が導入され、事前に

PC にて講習（必修 10 科目、選択科目 2 科目以上）を受講することにより、研修会は従来の 2 日間から 1 日へ短縮された。

本研修会の目標として、痛みをはじめとした、がんなどに伴って生じる苦痛に対して、緩和ケアの基本的な知識・技術・態度を習得し実践できること、また、解決が困難な問題を抱え込まず、緩和ケアチームなど多職種チームに相談する必要性を理解することが掲げられており、事前に e-learning を履修することにより、緩和ケアの概論から、疼痛、呼吸困難、消化器症状、せん妄の評価と治療などの実践的な内容、つらさや精神症状の評価とケア、コミュニケーションなどを学ぶことができた。WHO の Cancer pain relief では、1) がん疼痛は治療可能であり治療されるべき、2) がん疼痛の評価と治療はチームアプローチによって最善の結果が得られる、3) がん疼痛治療の軸は薬物療法である、4) 非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を、痛みの機序に応じて適切に組み合わせることで、おおむね良好な鎮痛が得られる、とされている。私自身が特に参考になったのは、痛みの分類（内臓痛・体性痛・神経障害性疼痛）とその性状、パターンの説明、及び鎮痛薬の使い方の 5 原則



(by mouth、by the clock、by the ladder、for the individual、with attention to detail) に沿い、WHO の三段階除痛ラダーに従った各種鎮痛薬の使い方の講習であった。日常診療において、今までの疼痛管理の知識のなさ、認識の甘さを反省するいい機会になった。

e-learning を導入することにより、集合研修にかかる参加者の時間的負担、開催者の経済的、時間的負担を軽減させることが期待される一方で、学習効果がこれまでよりも低下してしまう懸念があるが、研修の冒頭に e-learning での受講内容を振り返ることができるセッションを用意し、質疑応答をしながら、システムでの学習内容を想起できる構造になっていた。また、e-learning の履修内容は、サイトにログインすれば閲覧可能であり、教科書として活用可能である。

e-learning の復習の後、3 人・6 人グループに分かれてのワークショップが行われた。最初のロールプレイでは 3 人 1 組になり、それぞれ医師役、患者役、観察者役を順にローテートし、医師役が患者役に手術不能の進行がん（余命 6 か月）であることを伝えるというものだった。このロールプレイの目的は、がん医療における患者・医師間のコミュニケーションスキルの重要性に気づくこと、患者役を体験することにより、患者のおかれる状況や気持ちを理解すること、がん医療において悪い知らせを知らせる際のコミュニケーションスキルに関する知識を得ることである。医師として患者の気持ちを汲み取りながら伝えることの難しさや、がんを伝えられた時の患者が受け

るつらさを疑似体験することができ、大変有意義であった。ロールプレイ後に、医師役はうまく説明ができたかどうかの感想を述べ、患者役は医師の説明の感想と患者として感じた思いを述べ、観察者役を含む皆でどのように説明すればより有用であるかのフィードバックを行った。

続いて行われた療養場所の選択と地域連携に関するグループワークでは、余命 2 ～ 3 か月の患者と患者家族の希望に応じたケアを行うための支援と地域リソースについて話し合った。患者や患者家族だけでなく、医療福祉従事者間の十分なコミュニケーション、顔の見える関係の重要性を学んだ。

今回の研修を終え、早速ポストテストで復習してみた。緩和ケアに対する知識のなさを痛感したプレテスト時と比べ、基本的な内容の理解はできるようになったと思う。今後の日常診療にも有用な知識を得ることができ、大変有意義な研修会であった。

最後になりますが、本研修会企画責任者の末永和之 先生（すえなが内科在宅診療所）をはじめ、ファシリテーターの立石彰男 先生（宇部協立病院）、松原敏郎 先生（山口大学保健管理センター）、中村久美子 先生（山口県立総合医療センター）、篠原正博 先生（しのはらクリニック）、上田宏隆 先生（山口赤十字病院）、亀井治人 先生（山口宇部医療センター）に心より感謝申し上げます。



第 15 回 指導医のための教育ワークショップ

と き 平成 31 年 3 月 9 日 (土)・10 日 (日)

ところ 山口県医師会

〔印象記：山口大学医学部消化器内科学 篠田 崇平〕

3 月 9～10 日に「第 15 回指導医のための教育ワークショップ」が開催されました。参加者の一人として感じたこと、考えたことなどを印象記として書かせていただきます。

今回のワークショップは、元々 2018 年の秋に開催が予定されていましたが、台風による日程の延期があり、この平成最後の春に行われることとなりました。私自身は、一体どのようなことを学ぶのかなど、さほど事前の情報収集は行わずに参加しましたので、ドキドキしながら初日の開会式を迎えました。参加者は合計 25 名で、さまざまな病院、診療科、年齢層から構成されていました。まずは他己紹介でお互いに情報開示をしながらコミュニケーションを図った後に、3 グループに分かれてワークショップを行いました。

研修日程は、初日は朝の 9 時から 19 時 30 分まで、2 日目も朝の 8 時 30 分から 16 時 50 分までと、非常に濃密なスケジュールとなっていました。まず始めに「社会が求める医師の基本的臨床能力とは」を議論し、各グループがそれぞれ「医師としての社会貢献」、「患者安全のマネジメント」、「チーム医療」というキーワードの抽出を行



いました。各グループが、それぞれのキーワードに基づいて研修目標、研修方略、研修評価をどのように行うのか、実際にそれぞれのグループで話し合い、書き出し、発表し、再度修正、書き出し、発表し、作成を繰り返す、というのが主な内容でした。具体的には、General Instruction Objective (GIO：一般目標)として期待される成果を明示した後に、Specific Behavioral Objectives (SBOs：行動目標)を設定します。各 SBOs を知識、態度、技能に分類し、それぞれに適した方略（目標に到達するための方法）を準備し、さらに効果的に遂行するため、形成的評価、総括的評価の時期、方



法を設定する、といった内容です。私自身、これまで研修医の指導に関わる上で、何となく研修目標があることは把握していましたが、その言葉一つ一つに指導医の先生からのさまざまな願い（「こういうことができるようになってほしい」、「こういうことに気をつけてほしい」、など）が込められていること、研修の設定にこれだけの時間と労力が割かれていることに改めて驚かされました。また、私たち参加者が実際に手と頭を動かすことで、社会や厚生労働省から求められている研修の仕組みと成り立ちを、具体的かつ体系的に理解することができました。それ以外にも研修指導医のあり方や、メディカルサポートコーチング、Significant Event Analysis (SEA) とフィードバックの仕方、医学教育変革の流れ、臨床研修充実に向けたディスカッションなど、非常に充実した研修内容となっていました。とても濃密で、慣れない頭の使い方(?)をしましたので、思った以上に頭も体もクタクタとなる2日間でした。また、1日目の夜には情報交換会もあり、日頃なかなかお話を伺うことができない方々から、日常診療や研修指導の悲喜こもごもなど、さまざまなお話も伺うことができて、とても有意義な時間でした。

社会が医師に求めるものは多岐にわたり、それに比例して研修医とその研修システムに求められるものも膨大なものとなっています。さらには、山口県の医師不足が叫ばれ、日々の診療に追われており、なかなか穏やかな心で、研修医指導に取り組むのが難しい、というのが私も含めた皆様の



現状だと思います。そういった難しい状況にはありますが、本ワークショップ同様に、病院、診療科、年齢にかかわらず、“オール山口”で一丸となって研修医指導に取り組み、少しずつでも研修医が山口に定着することが現状の打破に繋がり、そしてより良い研修指導を行う。なかなか即効性はないかもしれませんが、そういった良好なサイクルを生み出していければ、中長期的な医師不足の現状改善に結びつくのかもしれませんが。今回のワークショップで学んだことを、微力ではありますが、明日からの診療と研修指導に早速役立てて参りたいと思います。

最後になりましたが、この場をお借りしてタスクフォースの先生方にお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。



日本医師会 JMAT 研修＜基本編＞

と き 平成 30 年 10 月 14 日（日）9：00～18：00

ところ 日本医師会小講堂

〔報告：常任理事 前川 恭子〕

はじめに

日本医師会が初めて行う JMAT 研修であった。研修参加者が被災地 JMAT としても、被災地外から支援に入る JMAT としても、適切な災害医療活動が行えるよう基本的な知識・知見を身につける、そして各都道府県医師会での今後の JMAT 研修の参考とすることが本研修の目的であった。

事前学習

研修当日の限られた時間をグループワークや実習に使うため、講義の一部は Google Classroom を使用した事前学習となっており、以下の 3 つのテーマに関するスライドが事前にアップされ、それぞれ自己学習の上、確認テストを受けることとなっていた。

「災害医療概論」では、阪神淡路大震災後の災害医療体制の整備、大規模災害時のコーディネート機能下での活動、DMAT の役割、被災地での安全確保について、「情報の共有と実際」では、クロノロジーの実際、EMIS 入力、衛星携帯電話・トランシーバーの使用方法、災害診療記録・J-SPEED の入力について、「熱傷と止血の処置」では、気道熱傷への対応、トリアージ、止血方法について学習した。

研修

以下、研修の流れに沿い、講義・実習の内容を報告する。

講義 1 JMAT 総論

阪神・淡路大震災では建物倒壊による圧死と火災による焼死が、東日本大震災では津波による溺死が多かった。南海トラフ巨大地震ではその両方を合わせた被害が想定される。

南関東地方では、関東大震災（マグニチュー

ド 8）クラスの地震が数百年ごと、マグニチュード 7 クラスの地震が約 100 年ごとに起こる可能性があり、大都市直下地震が想定されている。

今まで被災現場でバラバラであったコーディネート機能を集約し、今後の大規模災害に対応するため、2017 年に厚生労働省は発災時に都道府県で保健医療調整本部を立ち上げることを通知した。JMAT はその中の災害医療コーディネーターの下、あるいは被災地域の保健所単位の地域保健医療調整本部の下で医療支援活動することが講義・実習内で繰り返し強調された。自分たちが好き勝手に動いていいのではないということである。

また、今回の研修では、統括 JMAT・先遣 JMAT についても言及された。

統括 JMAT は、DMAT 関係者との連携などのスキルを保有し、被災時は迅速に出動し、地域のコーディネート機能に早期から参画し、JMAT 活動の統括に基本的に専念するチームである。統括 JMAT のうち、発災直後に出動し、被災地で求められる機能などを把握、発信するのが先遣 JMAT である。原則は、被災地の都道府県医師会から要請があって初めて JMAT は派遣されるのだが、被災医師会との連絡がとれない場合や被災地の状況把握が困難な場合は、日医の判断により統括 JMAT が派遣される可能性がある。

○ JMAT 派遣の手順

- ・日医が発災後すぐに対策本部を立ち上げる。
- ・日医が JMAT 派遣を決定すれば、被災地内外の都道府県医師会に対し JMAT 結成（被災地 JMAT、支援 JMAT）を要請する。
- ・実際に派遣するかどうかを日医が決定し各医師会に通知し、各医師会は JMAT を結成し日医へ申請する。

- ・被災地医師会、派遣元医師会及び日医の調整により具体的な派遣内容を決定し実際の派遣となる。

○派遣前の準備

派遣される JMAT の安全確保として、本部はチームメンバーとして登録された本人が実際に派遣されるかどうかを確認する。登録された者が日医の傷害保険の対象となるからである。

派遣される支援 JMAT は携行医薬品・資器材を確認する。医薬品リストは日医 HP に掲載されている (Ver.1)。

○JMAT の役割

(1) 医療支援・健康管理

被災地救護所・避難所での医療や健康管理、医療施設への支援、巡回診療

(2) 公衆衛生支援

避難所の公衆衛生支援・管理、水や食事などの栄養状態の把握、要援護者の把握、感染症対策

(3) 被災地医師会支援

被災地医師会災害対策本部への支援・情報収集、派遣先地域の医療ニーズの把握・評価

(4) 被災地行政支援

被災地災害医療コーディネーターへの支援・情報連携、被災地保健所など行政関係者との連携

(5) 被災地での検視・検案支援

(6) 情報収集、派遣元医師会への連絡

○被災地への出勤

具体的な派遣場所について、事前の指示がない場合は被災地の都道府県医師会館を目指す。その後、被災地医師会が指定する地域の、派遣調整を行う本部（保健所などが拠点となる地域保健医療調整本部）に向かい、どのような医療支援を行うかの調整を受けるとともに、必要な情報収集を行う。

○地域の保健医療調整本部で確認すること (図 1)

○派遣先に患者がいなかったとき

仕事がないといって怒らず、本当に医療ニーズがないのか、見出されていないだけではないのか、保健指導や予防が必要なのではないか、避難所以外にニーズはないのか、時間帯によりニーズが違うのではないか（避難所の昼夜間の人口変化）を考え情報収集する。

図 1

地域の保健医療調整本部で確認すること チェックリスト (試案)		
✓	確認事項	備 考
	本部の組織体制	だれがコーディネーター、キーパーソンか
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (1)	性別、年齢層、妊産婦、乳幼児、障害者、その他避難者の状況・・・
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (2)	水道、電気、ガス等のライフライン、冷暖房・・・
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (3)	公衆衛生上のリスク (トイレ、水道、土足禁止、炊き出しの衛生、食生活等)
	避難所等へのアクセス事情	ルート、移動手段、危険地域、給油可能なスタンド、建物の目印
	避難所等のキーパーソン	リーダー、自治会長、行政職員、保健師、教職員・・・
	避難所外の被災者の状況	在宅要配慮者、車中泊・・・
	被災地の調剤機能	薬剤師会の支援、調剤機能の回復
	通信環境	wifi、携帯キャリアの支援、充電
	その他、事前に得た情報の確認	相違点、情報の更新

63

○撤収

被災地での今後の医療ニーズの見極め、引継ぎ時の情報とする。

撤収は計画的に行い、派遣元帰還前には必ず地域の調整本部に報告する。(撤収計画を伝えずに黙って帰還し問題になったことがある。)

○ JMAT の情報共有の役割

(1) 全国医師会との共有

現地の情報、被災地の医療・健康管理ニーズ、予想されるニーズを発信する。日医 JMAT サイト(現在、テスト運用中)なども利用する。

(2) 被災地関係者との共有

朝夕のミーティングに参加する。災害診療記録・避難所アセスメントシートで共有する。

講義 2 救護所の運営

○災害フェーズにより異なる機能

(1) 災害初期

被災地 JMAT が頑張る時期で、DMAT は 12 時間来ない。DMAT が来れたとしても、災害拠点病院が優先される。

支援 JMAT が到着したら引継ぎ、自院の復旧に切り替える。

(2) 急性期以降

支援 JMAT が中心となり運営する。外傷が減り、感染症や慢性疾患が増え、DVT 予防も必要となる。なお、7 月豪雨災害では、石灰による接触性皮膚炎などがみられた。診察内容は一般診療の延長となるが、日中、復旧に向かう避難者に対しては夜間対応を要する場合もある。処方量や処方の種類も増える。

○医療救護所の業務フロー

(1) 緊急医療救護所開設まで

- ・開設するかどうかの判断は市町村が行う。
- ・資機材を配置する。
- ・役割分担(指揮者決定)する。
- ・安全確認は現場でも判断する
- ・運営開始を宣言する。
- ・地区コーディネーターと連携する。

(2) 救護所の簡単な流れ

- ・受付
- ・トリアージ
- ・処置 重症者に安定化処置の上、搬送
軽症者に処置、調剤、処方(災害時処方箋)
死亡者は所定の場所に安置

○救護所運営の構成員

組織図を作成し、特に指揮者の氏名を含め明示する。

(1) 医師

一人以上いなければ開設できない。逆に医師が一人でもいれば開設できる。市区町村との協定のもと医師会が任ずる医師を指揮者とする。

(2) 業務調整員(ロジ係)

必須である。

(3) その他

通信、トリアージ、調剤、搬送など必要だが、被災初期は臨機応変に対応する。

○医療救護所に必要なもの

・資機材

発電機、冷暖房、ホワイトボード、クロノロ記録用紙、災害時カルテ

・受付エリア

誘導のためのコーン・テープ・旗
車椅子、記入用机・椅子・筆記用具

・トリアージエリア

診察台、ターニケット、トランシーバ

・応急処置エリア

軽症：照明
重症：点滴台、モニター、バイタル記録用紙

・調剤エリア

調剤棚(薬品の整理)

・指揮、ロジエリア

地図、トランシーバ、記録用カメラ(動画録画)

○引継ぎ

- ・一人で 24 時間以上継続勤務しない。
- ・指揮者、ロジ係の交代要員をあらかじめ決めておく。
- ・支援チームが到着したら、リーダーが指揮者の

下に入り、統括として指揮を代行する。

○東京都医師会では

市区町村行政と地区医師会が協定を締結し、緊急医療救護所は病院の前に作ることにした。重症者は病院内に運び入れ、軽症者は処置をして帰すフローとなる。

実習

すべての実習は、6～7 名を 1 グループとして行われた。実習 1・2 については災害医療対応の原則「CSCATTT」の「CSCA」を意識して進められた。(図 2)

実習 1 本部機能

「自分は、都道府県医師会の JMAT 本部担当要員である。ある日の昼、軽微な地震を感じ、S 県を震源とする震度 7 の地震の情報がいった。」という設定で、

①何から始めるか。

②日医 JMAT 本部から医療支援活動の要請が出た場合、県医師会の災害対策支援本部として JMAT を派遣するために何が必要か。

③派遣される JMAT に何が必要か。どのように

送り出すか。

について、グループでディスカッションを行った。ディスカッションの内容とファシリテーターのフィードバックを含め、いわゆる模範解答を羅列する。

①何から始めるか

C：指揮と連携

県医師会災害対策本部立ち上げ、日医本部・行政と連携

S：安全性の確認

自分や自県の状況の確認、安否確認、被災地の安全性

C：情報収集

日医・被災地医師会・行政・マスコミから

A：評価

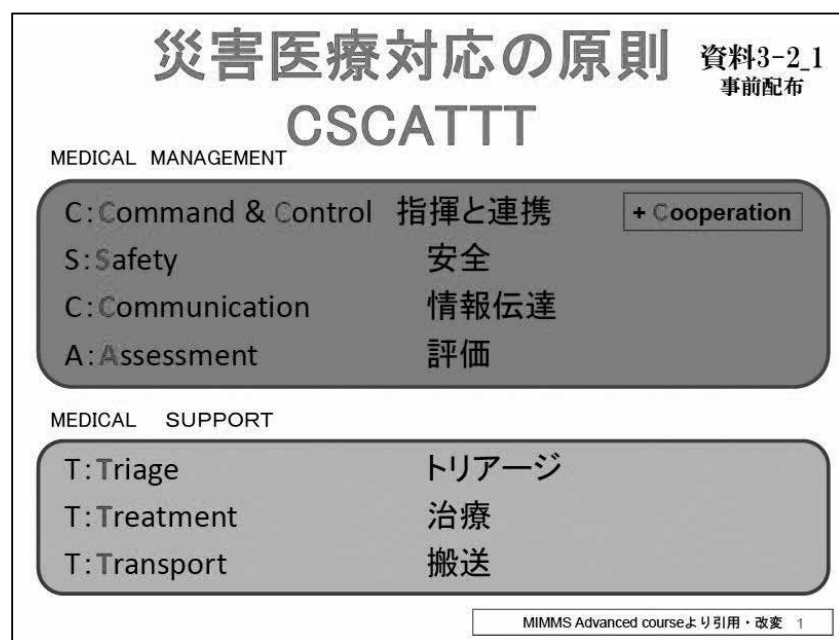
先遣 JMAT 報告から派遣の必要性、日医本部評価による派遣要請

②県医師会災害対策支援本部として

C：指揮と連携

県医災害対策支援本部での指揮命令系統確認（災害対策本部長、連携調整部門、情報管理・記録部門、ロジ部門、派遣部門、メディア対応部門）

図 2



派遣チーム編成の上、チームの指揮命令系統の確立

出発チームのブリーフィング

S：安全性の確認

派遣ルート・被災地滞在場所など安全に関する情報の集約、予想される危険性の認識、待避安全策の確認

C：情報伝達

派遣元との調整、被災地との通信手段の確立、通信機器の準備

A：評価

活動フェーズごとの再評価、派遣チームのクロノロ・活動報告書からも評価

③派遣される JMAT へ

・派遣メンバー

医師、看護師、薬剤師、ロジスティクス、その他

・日医への JMAT 登録

都道府県知事要請の派遣であっても差し支えない。登録者には日医契約災害保険が適応されるが、メンバー変更時は登録し直さなければ反映されない。

・資材

自分たちのライフライン（水、食料、お金）

身分証（医師資格証）、名刺

安全防具、安全靴

医療資機材（薬品）、電源、通信機器（衛星携帯電話、トランシーバー）、記録用品

移動用車輛（レンタカーなど）、証明書

・現地までの交通ルート、安全性の確認

・EMIS、先遣隊情報を確認

・交通手段、燃料の確保・予約、宿泊先確保

実習 2 被災地における活動

支援 JMAT 又は被災地 JMAT として何を考え、どのように行動するかがテーマであった。

(1) 大規模地震の被災地に、支援 JMAT として被災地外から地域保健医療調整本部に到着した設定で、

①最初に何を行うか。

②被災地で活動する際の最低限必要なマナーとは？

についてディスカッションした。実習 1 と同様に模範解答を羅列する。

①支援 JMAT として

- ・災害対策本部に挨拶の上、身元を明らかにする。
- ・災害医療コーディネート機能担当部署で救護班に登録する（EMIS でも可能）。
- ・ブリーフィングを受け、情報収集にかかる。

現地指揮系統、ミーティング、被災状況、医療状況（病院・避難所、負傷者）、危険状況（リスク及び対応）、安否確認方法、ロジスティクス関連（地図、道路状況、ライフライン、通信）、活動方針並びに支援状況

②被災地でのマナー

- ・勝手に行動しない。

- ・被災地に迷惑をかけない。

コンビニなどの食料品の買占め、支援物資の受け取り、写真撮影や SNS への投稿などが現場で実際に起こっていた。

- ・余った資材や薬品を勝手に置いて帰らない。

被災地で必要なものを確認してから置いていく。

(2) 被災地 JMAT として

①「緊急医療救護所を開設された」と宣言するために最低限必要なことは？

②緊急医療救護所開設宣言をどこにどのように伝えるか。

③発災から 6 時間後、トリアージ赤数名、黄色数名、緑多数の状況で、今後起きるであろう問題は？

④③の問題はどうすれば解決に近づけられるかをディスカッションした。

①緊急医療救護所に必要なこと（講義 2 の内容参照）

開設宣言の条件として、最低限 1 名の医師が必要で、その医師が診療可能と判断すれば開設宣言できる。

②伝える対象

病院前救護所の場合は近接する医療機関、他自治体・各医師会、住民に、無線や衛星携帯電話、

掲示などを使い伝達する。(図 3)

③今後の問題

診療上の問題としてスペース不足、重症者搬送の手間、資機材や薬品の枯渇、傷病者の増加が、運営上の問題として余震などに対する安全管理、感染増加などの衛生管理、インフラ復旧遅延、スタッフの疲弊などが考えられる。

④対応

隣接医療機関、域内他機関、域外組織との連携・受援が必要である。指揮者が「手伝ってください、お願いします」と頭を下げることで上手くいくことも多い。

(3) 支援 JMAT として

①在宅患者情報をどこから入手するか

②支援 JMAT の医師が、在宅医の代わりにがん患者の麻薬処方をするにはどのようにすれば良いか。

③在宅酸素療法患者に対応する場合、どのようなことを注意するか。

についてディスカッションした。

①在宅患者情報

保健師、ケアマネ、社会福祉協議会などから入手する方法があるが、災害対策基本法の改正により、市町村長は「災害発生時避難に特に支援を要する者の名簿の作成」が義務付けられ、災害発生

時で特に必要がある時は、要支援者本人の同意を得ずに名簿情報を外部提供できるようになった。事前に、災害時個別支援計画を市町村担当部署、主治医、訪看、介護事業所など関係者で保管し、何かあれば、誰が誰の安否確認をし、関係者に共有するかを確認しておく。

②麻薬処方

県外からの DMAT・JMAT の医療行為は「往診」に該当し、県外から医療用麻薬を持参し投与することは可能である。

被災県内で新たに麻薬を処方する場合は、同県内で麻薬診療施設として届け出ている医療機関で、麻薬施用者番号を持った医師の名前で処方される形式を取る。

③在宅酸素療法の患者に対応する場合

事前準備が最も大切である。

- ・人工呼吸器が停止した場合、移動に最低 4 名を要するので、災害時の協力者を平時に準備しておく。

- ・自治体が作成する「災害時要援護者リスト」に患者さんを登録しておいてもらう。

- ・HOT センターの開設、利用を検討する。

(4) 支援 JMAT として、約 700 名が避難している小学校体育館の巡回診療の指示を受けた設定で

①円滑に活動できるための留意事項と具体的な行動は？

②活動最終日の引継ぎでの留意事項と撤収後にす

図 3

緊急医療救護所から発すべき情報 (METHANEに沿って)	
☐ M:	名前＝開設者、責任者…
☐ E:	開設された救護所の場所
☐ T:	災害の種類、規模
	・周囲の地域の被害状況
☐ H:	二次的災害の有無や可能性
☐ A:	緊急医療救護所(隣接医療機関を含む)への進入経路
	・通行不能な経路の有無
☐ N:	傷病者数(現在および今後の予想)、傷病の様子と重症度
☐ E:	被災地域の医療機関情報
	・緊急医療救護所の状況(診療、ライフラインなど)
	・隣接医療機関の状況
	・必要な医療資源(ひと、もの、薬、車輛…)

ることは？

につきディスカッションした。

①巡回診療での留意事項

EMIS で避難所の情報を得て巡回に行くが、避難所の実際が EMIS に反映されているかの確認が大切である。避難所担当の保健師がコンタクトパーソンであり、日報記載をしているため、多くの情報を持っている。

情報を収集しながら、避難所の実際を見て、避難所での医療ニーズ(流行性疾患など)と保健ニーズ(トイレの清掃状況、スペース分、ライフラインなど)に分けて評価し、継続した巡回診療が必要か、救護所の設置が必要でないかを判断する。

収集した情報を評価し、本部のニーズを考え報告事項に落とし込む。

②引継ぎ時の留意事項

まず、撤収することを本部に確実に伝えることが大切である。撤収することを伝えずに消え去り心配されたチームもあったとのことである。

アセスメントを本部機能、リソースの配分、医療内容、記録、避難所環境、アクセス、救護者ストレスなどに対して行い、引継ぎ情報とする。

撤収後は、災害対策支援本部に必要な事項を報告し、チームスタッフの疲労なども評価する。費用精算も大切な仕事である。

実習 3 情報の共有・記録

(1) 広域災害救急医療情報システム (EMIS)

医療機関にとっては、行政や関係機関との情報共有ツールであり、災害時に外に SOS を発信できるシステムでもある。

発災後 1 ～ 2 時間以内に自施設の損壊の状況、インフラの不足などを緊急入力項目として入力することで、対外的に需要を表明できる。職員や患者さんの動き、支援の状況やインフラの不足をより細かく、詳細入力項目として改めて入力し、医療機関として対応できることも表明できる。

ただし、事前に登録し、平時の情報を入力した上で、運用に慣れておくことが必要である。

実習では、持ち込んだそれぞれの PC やタブレットから、訓練用 EMIS 入力画面にアクセスし、自県の特定の施設を選び、緊急入力・詳細入力を実

際に行った。

(2) 災害診療記録・J-SPEED

(J-SPEED 情報サイト

<https://www.j-speed.org/> よりダウンロード可能)

①災害診療記録

災害医療チームの使用する災害カルテで、フォーマットを統一している。避難所等で特定の患者さんに対して継続的に診療できることが目的の一つである。

災害医療チームはこれを印刷して持参する。避難所や救護所で使用し、調整本部に持ち帰り保管し、翌日、担当チームが災害診療録を受け取り、避難所などに向かう運用が一般的である。医療チームが持ち帰ってしまうと診療情報が継続できない。

② J-SPEED

災害診療記録とセットで利用する、診療活動日報である。災害診療記録の一般診療ページの下段に J-SPEED 用チェックボックスがあり、医師が記入したものを、1 日の終わりに避難所・救護所ごとにログが集計し、調整本部に提出する。本部は一括して電子化・集計し、地域ごとの医療需要や感染症集団発生の評価に使うことができる。

紙媒体での入力が調整本部の負担でもあるため、J-SPEED 電子アプリが開発されている。現場で各チームがスマホから入力すると、自動集計され、また、画像や地図情報も添付できる。(J-SPEED ポータルサイト <https://www.jspeedplus.net/ma/> よりアプリ入手可能)



紙媒体についても、調整本部から被災地外のオフサイト解析支援支援チームに FAX などで転送し日報を作成してもらい、調整本部の負担を極力減らす方法が考えられている。

(3) 経時的活動記録 (クロノロジー)

調整本部のクロノロジーは、本部のホワイト

ボードに記録係が記入する。本部に入ってくる情報を時刻、発信元、受信者、内容の順に経時的にすべて記入していく。この内容から、本部だけでなく現場の指揮系統図、コンタクトリスト、To Do リストを書き起こすことができる。

各医療チームにもクロノロジーが必要で、チームのログが自分のメモ帳に記入する。チームのクロノロジーには、チームに入ってきた情報だけでなく、活動状況も時刻と共に記載する。これは、報告書としても引継ぎ資料としても利用できる。

本部に入ってきた具体的な情報を聞き取り、実際にクロノロジーを作成する実習を行った。

実習 4 情報発信

JMAT 活動報告を提出することにより日医へ、また、日医を通じて全国の医師会へ情報を発信することを意識し、報告書（いわゆる日報）に入れ込む情報について、グループでディカッションした。

実際の活動報告書には、燃料・食料等物資の調達状況、ミーティングの時間帯、熱中症のリスク、避難所のキーパーソン、車輛の駐車など、さまざまな情報が提供されていた。

情報の入手先を複線化することで情報の正確度を上げ、次の意思決定や活動に役立つ情報を発信することが大切であることが確認された。

実習 5 トリアージ

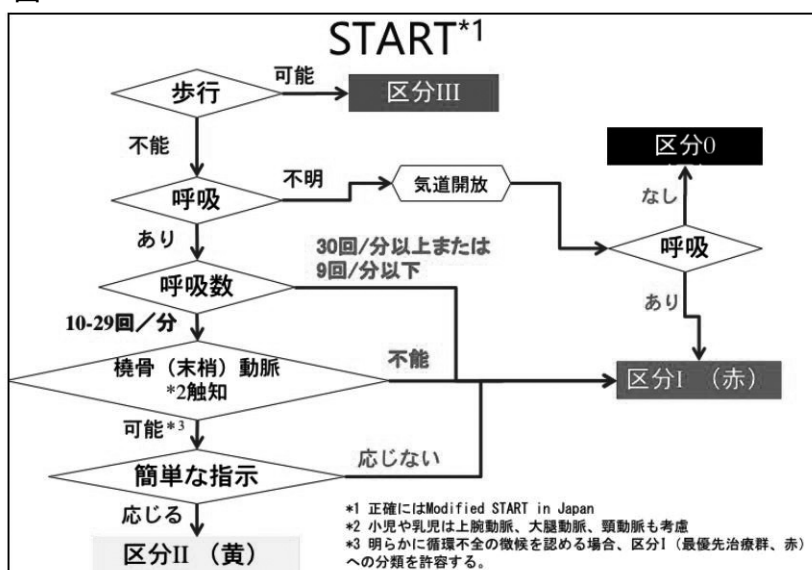
トリアージは災害医療の中で最初に行う作業である。

判定者と記録者の 2 名 1 組が原則で、タグにはトリアージ区分は当然のことながら、患者情報やトリアージ実施者、トリアージの根拠を記入する。3 枚複写となっており、1 枚目は現場、2 枚目は搬送機関、3 枚目は収容医療機関が保管する。タグは右手首装着が原則だが、切断されている場合は、左手首→右足首→左足首→首の順に装着位置を変え、衣服などへは装着してはいけない。

実習では、START (Simple Triage and Rapid Treatment) で提示される患者さんの所見からトリアージを行った。START は呼吸、循環、意識の生理学的評価を用い、30 秒程度で迅速に評価する方法である。トリアージ中に原則として医療処置は行わないが、気道確保と活動性出血への圧迫止血は行って良いことになっている。(図 4)

再度のトリアージで区分が重症化した場合は、旧区分に × をつけ新区分に ○ をつけ訂正し、変更者の氏名と時刻を記載し、タグのもぎりを追加する。軽症化の場合は旧区分及びタグ全体に × をし、新しい区分に ○ をつけ、変更者の氏名と時刻も記載し、新しいタグを装着する。旧タグを捨ててはいけない。

図 4



実習 6 熱傷・止血

(1) 熱傷

事前学習の対象にて、研修当日は重要な点を確認する講義のみであった。熱傷面積・深度の評価と並行し、気道熱傷の所見（鼻毛の焦げ、口腔内のスス、特に嗄声）を見逃さず、気道熱傷の可能性があれば、すぐに気道確保する。でなければ気道の浮腫が進み、挿管困難となってしまう。

(2) 止血

活動性動脈出血は 2 分で死ぬ。ターニケット（止血帯）の効用はベトナム戦争で見直され、ボストンマラソンテロ事件で評価された。爆発物による爆風では、体幹損傷よりも四肢がもげることによる動脈出血が死因となるからである。ボストンマラソンテロ事件では、ベルトなどを使った即席ターニケットでは救命率は上がらなかったため、必要時に一般人がターニケットを使用できるよう、Stop The Bleed キャンペーンを開始している。

実習では CAT (Combat Application Tourniquet) を使用し、出席者の大腿に装着した。CAT は皮膚損傷を起こしにくく、米軍の first aid kit にも採用されており、兵士は受傷した場合、medic を待たずに暗闇でも自分でターニケットを巻けるよう訓練をされている。ターニケットペイン対策にフェンタニルを舐めながら行うということである。

ターニケットの使用の基本は high and tight である。出血部位から 5 ～ 8cm 中枢側にバンドを巻くが、緊急時は下肢は大腿中枢、上肢は上腕中枢に巻き、ベルクロを固定し、出血が止まるまで巻き上げロッドを回し、ロッドをロックする。タイムストラップが付いているので、ロッドとバンドを固定し装着時間を記録する。基本的に搬送中はバンドを緩めず、必要があればターニケットを追加して装着する。

エマージェンシー・バンテージ（イスラエル・バンテージ）の紹介もされた。

講義 3 検視・検案

検視は犯罪性の有無を検分するもので、司法検察官か監察医が、裁判官の許可なく行うことがで

きる。検案は医学的判断を医師が行う。大規模災害での死者は、異状死となるので、検視の上、検案を行うこととなる。

阪神淡路大震災では約 3,600 体の検案を行った。圧死が多く、腹部圧迫による圧迫水疱や、腐敗が進行するとともに、うっ血した顔の舌や眼球が突出する巨人様顔貌が見られた。焼損死体も多かったが、中には圧死が直接死因の場合もあった。高度焼損死体で骨だけ残った状態で一人の遺体とされたものが、よく見ると複数の遺体の骨が混ざっていることもあった。これが、灰になるほど焼損していれば判断できない。

東北大震災では津波で泥にまみれた遺体が多く、乾いた土を除くための刷毛を大量に必要とした。身元確認の DNA 採取も多かったが、採取サンプルは時期により血液・爪・骨や歯と異なり、必要となる道具も異なった。

都心の大規模災害を想定し、東京都では検視・検案活動に関するマニュアルを作成した。監察医務院が中心となり検案班の派遣を行い、東京都医師会の医療救護班にも協力を依頼する。阪神大震災では検案を行った被災地外の医師の名前で死体検案書を作成された故、その後の手続きに支障を来した遺族もいたため、本マニュアルでは検案書は東京都監察医務院が発行することとしている。大規模災害時の死体検案調書は 5 枚つづりとし、遺族交付用の死亡届も含み、1 回検案書として記入すれば済むようにしている。また、関係者と連携し、大規模災害での多数死体取り扱い訓練も行っている。

災害時の死体検案書の記入では、特に「死因の種類」についてご注意いただきたい。天災の場合は、地震後の焼死でも津波による溺死でも、「不慮の外因死 8 その他」となる。「自然の力への曝露」を死因とする場合、国際疾病分類では「不慮の損傷のその他の外因」に該当するからである。

大規模災害や事故での死体検案業務は、死亡者の身元確認だけでなく、死因を究明することで災害対策や事故防止につながる統計データの資料となり得る。

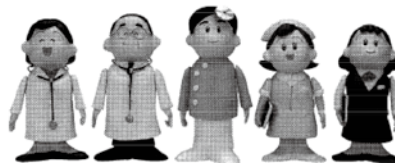
日本医師・従業員 国民年金基金

のご案内

◆お知らせ◆

当基金は平成31年(2019年)4月1日に合併により「全国国民年金基金」となります。
当基金では、「全国国民年金基金 日本医師・従業員支部」としてこれまでと同様のサービスを提供いたします。
住所、電話番号もそのまま業務を継続いたします。

「豊かな老後」へのプレゼント



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

加入資格

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

掛金

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

加入コース

- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取

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

遺族一時金

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

中途脱退

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

税制上の優待措置

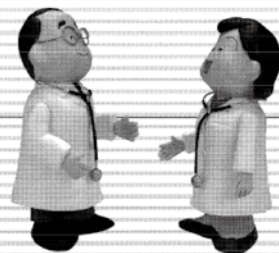
- 掛金は全額社会保険料控除の対象(最高816,000円が控除)
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

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

60歳以上の方も加入可能です!

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



お問い合わせは下記の基金事務所へどうぞ

日本医師・従業員国民年金基金

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

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

こちらから検索いただけます

日本医師従業員 検索 0120-700650 検索
ホームページ <http://www.jmpnpf.or.jp>

設立母体 日本医師会

平成 30 年度日本医師会医療情報システム協議会 メインテーマ「明日の医療を彩る ICT」

と き 平成 31 年 3 月 2 日 (土) 14:00 ~ 19:10

3 日 (日) 10:00 ~ 15:30

ところ 文京シビックセンター「大ホール」「スカイホール」

報告：常任理事 中村 洋
常任理事 藤本 俊文

日本医師会の石川広己 常任理事を総合司会とし、「明日の医療を彩る ICT」をメインテーマとした標記協議会が開催された。30 年度は茨城県医師会が担当で、会場を 2 つに分け、同時時間帯にそれぞれの会場で異なるセッションが行われた。本会からは中村と藤本が出務し、2 日間の出席者は講師等関係者を含んで 864 名（日医発表）であった。

1 日目 (2 月 3 日)

開会挨拶

横倉日医会長 昨年は記録的な豪雨や超大型台風、さらには北海道胆振東部地震など、さまざまな災害が相次ぎ、日医は会員の皆様のご協力のもと JMAT を派遣するなど活動してきたが、災害対策には平時からのかかりつけ医機能の定着が重要と考えており、災害時に要配慮者の生命や健康を守るためには、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアによるまちづくりが最大の災害対策であるが、それには ICT を活用した地域医療連携や医療と介護の多職種連携は必要不可欠である。

日医では、平成 28 年 6 月に医療分野の IT 化における今後の取組みの指針である「日医 IT 化宣言 2016」を策定し、この宣言に基づき、地域医療連携、多職種連携をはじめとする医療等分野の情報化や ICT 化について、これまで以上に主導的かつ適切に推進するために、国のデータヘルス改革などの動きに積極的に関与しているところである。

IT 化宣言で大きな目標として掲げた医療等分

野専用ネットワークについては、その構築に向けて総務省の実証事業にも協力しており、本協議会では、「全国保健医療情報ネットワーク」についてのセッションを設け、報告の場を設けた。

一方、平成 28 年 5 月に全面施行された改正個人情報保護法により、医療情報は「要配慮個人情報」となった。さらに昨年 5 月に施行された次世代医療基盤法では、丁寧なオプトアウトで医療機関などから医療情報を収集し、匿名加工を行った上で、利活用を望む第三者に提供する認定匿名加工医療情報作成事業者の認定制度が規定された。日医は新たな財団法人を設立して、認定事業者となる方向で準備しているが、詳細については改めて報告させていただく。

昨年は、診療報酬改定においてもオンライン診療料・オンライン医学管理料・オンライン在宅管理料が新設され、医療と ICT を取り巻く環境は大きな変革期を迎えているので、患者さんの安全と治療の有効性を常に第一に考えているわれわれ医師が中心となって、今後のオンライン診療の展望について議論を深めていきたいと考えている。

また、既に AI による画像診断や問診などを医療の中に取り入れる試みが各方面でなされているが、本日はその一部について紹介していただけることになっており、これは今後の医師や医療関係者の役割、将来の医療提供体制や医療保険制度のあり方にまで影響が及びうる非常に重要なテーマだと考えている。

その他、救急医療や災害医療にも備えたシステムや ICT を活用した医療・介護連携などの紹介、

医師資格証を利用した地域医療ネットワークの利用事例や文書交換サービス「MEDPost（メドポスト）」を利用した取組みなどを報告するセッションを設けており、多くの先生方が参考にしていただける多彩なプログラムを用意しているので、この 2 日間が有意義なものとなることを祈念している。

I. オンライン診療の現状と将来展望

(1) オンライン診療の現状と将来展望

京都府医師会長 松井 道宣

情報通信機器の進歩は目覚ましく、私たちはさまざまな情報を通信機器を通じて瞬時に手に入れることができる時代になっており、その進歩は今後ますます加速していくことが予想されるが、医療の現場においても診療を行う上で、対面診療に加えて情報通信機器で得られる情報を有効に活用することによって治療効果を上げることや医師不足地域での医療の質の向上など、補完的位置づけとして活用が期待される。一方で、その便利さゆえに対面診療が疎かになり、医療の安全性が損なわれてはならず、あくまでも対面で行われることが原則である。その上で情報通信機器を用いた診療が対面診療の補完的手段であることを前提として、医療の安全性、有効性を守るために必要なルールとして 2018 年 3 月 31 日に発出された厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」は遵守されなければならない。オンライン診療に関する懸念は、患者情報の保護の問題とともに、時間と場所を選ぶ必要のない手段であることから、十分な診療が行われることなく、投薬などの医療行為が進められていくのではないかということであり、結果として本来、不必要な投薬が行われ、患者の健康を害する可能性や、患者本人でない人が薬を受けとること等も懸念される。医師はオンライン診療を行う際には、患者との信頼関係が不可欠であり、自らの利便性に左右されことなく、患者の安全と治療の有効性を第一に、患者の個人情報のセキュリティについて、特にその重要性を認識しなければならない。技術が進歩するたびに立ち戻らなければならないのは医の倫理であり、安全である。

(2) オンライン診療について

厚生労働省医政局医事課長 佐々木 健

厚生労働省は情報通信技術の進展に伴い、情報通信技術を用いた診療の普及が進んでいるため、平成 30 年 3 月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を作成し、医師法第 20 条の無診察診療に該当しない範囲を明確化した。情報通信技術を用いた診療は、医師の不足する地域などにおけるオンライン診療や遠隔モニタリングの有用性や生活習慣病におけるアドヒアランス向上が望める一方で、通信環境のセキュリティリスクやオンラインによる診療の限界など留意すべき課題も多い。規制官庁として、情報通信技術の発展に伴う革新を後押しする一方で、適切な医療提供体制の発展を支持していく。

オンライン診療の適切な推進に向けて、①オンライン診療の一層の充実を図るため関係学会や事業者等とも協力しオンライン診療の安全性・有効性にかかわるデータや事例の収集並びに実態の把握を進める、②オンライン診療の普及状況及び技術の発展やデータ等の収集結果に基づき「オンライン診療の適切な実施に関する指針」について定期的に内容を見直す、③診療報酬においては「オンライン診療料」等の普及状況を調査・検証し、その結果等を踏まえて次期以降の診療報酬改定に向けて必要な検討を行う、等が必要と考える。

(3) 総務省実証事業報告 福岡フィールド

たろうクリニック院長 内田 直樹

2018 年度の診療報酬改定においてオンライン診療料・オンライン医学管理料・オンライン在宅管理料が新設され、オンライン診療元年となった。これに関連した事業として、ICT を活用した「かかりつけ医」機能強化事業がある。この事業は、福岡市が推進する超高齢社会への対応「福岡 100」プロジェクトの一つで、福岡市、福岡市医師会に加えて株式会社インテグリティ・ヘルスケアがシステム協力を行い、2017 年 4 月より約 20 の福岡市内の医療機関の協力のもと、段階的なオンライン診療の導入と有用性の検証を実施しており、実際に訪問診療と外来診療において数例のケースにオンライン診療の実証を行った。また、

現在も認知症診療において行っており、前述の株式会社と NTT データ経営研究所が主導する福岡フィールドの総務省実証事業にも参加している。この二つの実証事業から得られたオンライン診療のメリットは、①移動の時間がかからない、②臨時往診に行くかどうかの判断がしやすかった、③皮膚の状態や痙攣などオンラインで診ることで判断ができた、④顔を見ながら話せるので患者・家族の安心につながった、等である。一方、デメリットは、①基本的な信頼関係が必要、②対面診療を完全に代替することはできない、③コストの問題、④スマートフォンを使い慣れていないと難しい、等である。

最後に、オンライン診療が有用なケースとしては、在宅医療、通院が困難になってきた外来高齢者、仕事で通院が困難な勤労世代という 3 ケースと考えている。

(4) 遠隔在宅医療を支えるインターネット技術 “Hospital in the home”の実証

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科

特任准教授 佐藤 雅明

わが国において、高齢化の進展や医師の遍在などは既に顕在化している課題である。医療サービスの質の維持・向上のため、訪問に要する時間や費用の削減が期待される遠隔医療は、インターネットを前提とした新しい情報社会の進化と普及によって新しい展開が期待されている。

遠隔医療では、患者の状態を把握するためのカメラやセンサーといった機器の品質や、ネットワーク環境の信頼性によって実現できる医療サービスが異なる。高精細映像を遠隔医療の現場で用いることで、患者の表情はもちろん、皮膚や眼球、口腔内の様子や質感などを捉えて再現し得る。また、高精度映像は、ズームをしても高い画質を維持できるため、ケースによっては対面での診察よりも細部の状態を把握できる可能性がある。そこで、必要な情報技術や将来的な適用領域を見定めるため、“Hospital in the home”というコンセプトのもとに高精度映像技術とテレビを活用した遠隔在宅医療システムの実証実験を行った。遠隔医療は、医師・患者双方の負担を低減するだけでな

く、従来では不可能であった医療サービスを実現する可能性がある。インターネットは、人と社会が直面するあらゆる課題の解決や理想の追求を急速に加速させるプラットフォームであり、この分野においてインターネット技術が果たすべき役割は大きい。

II. シンポジウム「医療分野の AI と IoT」

(1) AI+IoT で変わる社会と医療

INIAD（東洋大学情報連携学部）学部長

坂村 健

AI+IoT が社会を大きく変えるための鍵は「オープン性」にある。インターネットは「誰でも、何にでも」使えるオープンなネットワークだったから社会を変えたといえる。このオープン性において日本は出遅れており、要素技術もあり、先行研究も盛んだのに、いつのまにか IoT や AI において他国の後塵を拝しているのはそれが理由である。

医療においても優秀と言われる日本の現場だが、現場が優秀なために逆に電子カルテシステムなど革新すべき古いインフラを使い続けるなど、結果として現状を変えない中での局所最適に陥っている。また、メーカーなどもオープンにするとギャランティが得られないなどといって、クローズドシステムを堅持し顧客を囲い込む傾向があり、未だに医療機器のリードアウトをカメラで再撮しないと遠隔地に送れないといったことも一般的である。インターネットによりコミュニケーションコストが極端に低下した現在、今までの枠組みを超えて体制を大胆に変革することで全体最適を実現し、大きな効率化とサービス向上を可能にすることは、世界的に多くの分野で実践され、それがデジタルトランスフォーメーションの本質である。しかし、日本は依然としてその波に残されているし、その中でも医療分野の課題は多い。AI+IoT においてもオープン性は重要性である。

AI に人工知能が対応できるように整えるのにはプログラミングが必要であり、AI はデータハングリーだから IoT が必要となる。オープンでないと IoT からビッグデータ、オープンデータが活かせない。なぜ日本の医療分野で ICT の利用は

遅れているのか、それはクローズなシステムであるからだ。日本では昔から「阿吽の呼吸」とか、コミュニケーション負担の儉約をしてきた。優秀な現場が運用で現場で解決していた。電子カルテはレセプト処理のために最適化されており、現場の運用でなんとか動いている。

ETC は日本で開発されたが、シンガポールでは ERP として全車に強制的につけた。そのために運用コストは日本の 1000 分の一になっている。日本は社会のコストを下げるという考えがない。技術よりも制度の問題である。

ネット時代の新しい標準化が必要であるが、弱い標準化で各社の囲い込みをすることが重要である。インターネットに繋がる程度で良い。

いまなら電子カルテも弱い標準化はできるが、DNS サーバのようなものが必要であろう。オープン医療連携プラットフォームとしては、米国の My DATA Initiative が参考になる。これはクラウド上にあるデータを個人が許可すれば医療機関に提供するものである。いまから日本では何が drive になるのであろうか。

(2) ゲノム医療分野の AI と IoT

東京大学医科学研究所国際先端医療社会連携

研究部門特任准教授 湯地 晃一郎

ゲノム研究とその医療応用・産業利活用は近年最も進展した分野であり、精密医療の中核を担っている。2007 年頃から開発・実用された次世代シーケンサー機器により、短時間に安価に大量の DNA 配列を電子情報化することが可能となった。かつて、ヒト全ゲノムシーケンスの決定には 13 年 /27 億ドルを要したが、現在は 1 日以内 /1000 ドル以下でシーケンスを得ることが可能となった。期間短縮と費用低減化により、シーケンスデータの量は爆発的に増加している。2025 年には 10 億人分を遥かに超えたデータが産生され蓄積されると予想され、そのデータ量は、 10^{21} (1 Zetta、10 垓) 塩基対を超える。

膨大な人智を超えたデータの解析・解釈と翻訳には、AI (人工知能) やスーパーコンピュータの利用が必須である。東京大学医科学研究所は、AI やスーパーコンピュータの活用により、ゲノムか

ら環境・生体時空間的に全身を捉えることで、統合計算生命科学の研究成果を個別化・予防医療へ返す支援基盤構築を目指している。ゲノム情報だけでなく、他の情報 (家族歴、画像情報、etc) を組み合わせて薬剤を決めることが大事である。

(3) 画像診断分野の AI と IoT

東京大学医学部附属病院

22 世紀医療センターコンピュータ画像診断学 /

予防医学講座特任准教授 吉川 健啓

CAD (computer aided/assisted detection/diagnosis: コンピュータ支援検出 / 診断) は一言で言うと画像診断の弱い AI であり、単純写真、CT、MRI などの医用画像をコンピュータで解析し、病変候補の検出や病変の質的診断を行うものである。

市販の CAD としてはマンモグラフィの結節等を検出するものがある。胸部 CT で肺結節を検出する CAD では、3 次元形状解析で病変候補領域抽出 (球状に近い形状を抽出) し、各病変候補の特徴量を計算、陽性と偽陽性を識別する。

肝臓領域抽出では、ディープラーニング (FC-ResNet) を使用した。胸部 X 線画像の肺腫瘍検出では U-Net を使用し、敵対的生成ネットワーク (GAN) を用いた不適切画像の検知、病変の有無が検知可能か検討中である。CAD 利用者の実感としては、全員が使い続けたいということで、CAD への人間の依存度は高い。しかし、CAD の研究と利用は広まっているとは言えない。データがない、薬機法とお金、ソフト本体以外の準備が必要なこと等が原因と思われる。これは共通プラットフォームを整備すれば 解決 / 緩和できるということで、問題点の解決・緩和のために、われわれは CIRCUS (<http://www.ut-radiology.umin.jp/ical/CIRCUS>) を開発した。

CIRCUS は CAD の開発、臨床応用の促進を目指すプラットフォームであり、フリーソフトとして公開しており、継続的に開発、改良を行っている。

(4) AI の消化器内視鏡現場への応用について

ただともひろ胃腸科肛門科院長 多田 智裕

AI の画像認識能力は人間を超えるとされてお

り、画像診断補助 AI から医療現場での AI 活用は始まると見込まれている。消化器内視鏡分野においては、2017 年 10 月に大阪国際がんセンターの七條らが、ピロリ菌胃炎について AI 診断能力が人間医師 23 人中 4 位であり、人間医師の平均を上回っていることを『EbioMedicine』誌に発表したのを皮切りに、2018 年 1 月にがん研有明病院の平澤らが、6mm 以上の胃がんの拾い上げが 98.6% で可能であることを『Gastric Cancer』誌に発表した。

また、2018 年 8 月にはがん研有明病院の堀江らが、感度 98% で食道がんの拾い上げが可能であることを『Gastrointestinal Endoscopy』誌に発表するなど、日本の内視鏡医師が世界初の成果を次々と挙げている。

2018 年 12 月には超拡大内視鏡を用いて、大腸内視鏡検査における腫瘍性ポリープと非腫瘍性ポリープを推測するソフトウェア「EndoBRAIN」が薬事承認された。ディープラーニングを用いた特化型 AI である、消化器内視鏡 AI システムの臨床現場導入は遠い未来の話ではなく、すでに現実のものとなっている。

[報告：中村 洋]

2 日目 (3 月 3 日)

Ⅲ. 日医 ICT 戦略セッション

(1) 日本医師会における医療・介護分野の ICT 化の取り組み

日本医師会常任理事 石川 広己

日医では平成 28 年 6 月、医療分野の IT 化における今後の取組みの指針である「日医 IT 化宣言 2016」を策定した。この宣言に基づき、地域医療連携、多職種連携をはじめとする医療等分野の情報化や ICT 化について、日医はこれまで以上に主導的かつ適切に推進するために、国のデータヘルス改革などの動きに積極的に関与している。

また、一方で平成 28 年 5 月に全面施行された改正個人情報保護法により、医療情報は「要配慮個人情報」となった。さらに、昨年 5 月に施行された次世代医療基盤法では、丁寧なオプトアウトで医療機関などから医療情報を収集し、匿名加

工を行った上で、利活用を望む第三者に提供する認定匿名加工医療情報作成事業者の制度が規定された。日医は、新たな財団法人を設立して、認定事業者となる方向で準備しているところである。

マイナンバーカードは 1,600 万枚 (12%) とまだ取得は少ないが、この IC チップを利用し、保険証の確認を行おうとしている。マスコミは保険証と言っているが、これは間違いで、IC チップを読み込んで、インターネットで保険証の確認をするというのが正しい。いずれにしても、個人単位化した新保険者番号を支払基金・国保連合が一元的に管理し、保険証を確認することが望ましい。技術革新が進む中で、医療・介護分野においても ICT を積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に向けて今後も取り組んでいく。

(2) 医師資格証について

日本医師会常任理事 長島 公之

日医は電子署名・認証の機能を持つ HPKI カードである医師資格証の発行を 2014 年 2 月に始め、現在までに約 12,000 人が所有するに至った (日医会員の 6.9%、全医師の 3.9%。山口県は 164 人で全国第 10 位) が、まだ少数であるため、2 月から推進プロジェクトを立ち上げ、5 年間で 100% を目指す。今後、医療分野での不正アクセス・電子文書の改ざん・なりすましや情報漏洩等の危険性も増大し、医師資格証の必要性はますます大きくなる。

医師資格証は身分証としての利用が可能である。電子世界では、IC チップ内の HPKI 電子証明書を利用することにより、「電子文書への署名」や、地域医療連携ネットワーク等への「ログイン認証」、日医の生涯教育制度などの各種研修会での「出欠管理システム」を利用した講習会受付、「医師資格証ポータルサイト」における出席した研修会や取得した単位情報の確認などが可能になっている。一方、現実世界では、券面を提示することにより、医療機関等の採用時において医師免許証と同様の資格確認が可能となったほか、災害時における身分証明や、「JAL DOCTOR 登録制度」などで利用することができる。今後は、医師資格証

の利用価値と活用の場面をさらに増やしていくことで、普及を促進する方針である。例えば、電子世界では、出欠管理システムを産業医研修、スポーツ医研修、かかりつけ医研修などへ、その他学会との連携強化を進め、現実世界では、行政・自治体等に働きかけ、医療行為に係るさまざまな申請・登録等の手続きの代替を可能とする証明書を目指したいと考えている。また、資格証の申請を簡略化できるように検討中である。

(3) 医療セプターについて

日本医師会情報システム課長 増田 威

2014 年にサイバーセキュリティ基本法が成立し、内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）が設置され、この組織の下に体制が作られている。医療機関においては、マルウェアの感染などによる個人情報や診療に係わる情報の流失や診療業務に係わるさまざまなシステムが利用できなくなるという状況が昨今、発生している。このような状況に鑑み、日医は平成 30 年度にサイバーセキュリティ重要インフラの一つである「医療セプター」（重要インフラ事業者等の情報共有・分析等の機能する組織）の事務局を担うこととなった。これは IT 障害の未然防止、拡大防止・迅速な復旧、IT 障害の要因等の分析・検証による再発防止を図ることが医療分野においても大変重要な視点であり、医療機関のサービスの維持・復旧能力の向上に資するため政府等から提供される情報を適切に医療機関等の間で共有・分析することを目的としている。今後は医療セプター 17 構成団体（日医・日歯・日薬・日看・四病協など）との連絡を密にするとともに、各医療機関向けに情報発信を行っていく。一方、医療現場においては、他分野のインフラの影響にかかわる点が多くあり、例えば電力、ガス、水道、物流などこれらの業態がダウンすることによって通常診療に支障が出るケースもあり得るため、医療セプターの事務局を担うことによって、他の重要インフラとの連携の可能性も模索し訓練も開始したところである。

IV. 全国保健医療情報ネットワークについて

(1) 全国保健医療ネットワークの構築に向けた取り組み状況について

厚生労働省医政局研究開発振興課

医療技術情報推進室長 南川 一夫

厚生労働省ではデータヘルス改革において提供されるサービスの一つとして、全国的な保健医療情報ネットワークを構築し、保健医療記録共有サービス等の保健医療従事者向けサービスの 2020 年度からの本格稼働を目指している。

平成 30 年 3 月に設置された「医療等分野情報連携基盤検討会」及びその下にある 2 つの WG において、「サービス（共有されるデータ項目等）・ネットワーク（セキュリティ等）」、「管理・運営主体（全国ネットワークの管理・運営主体の在り方、地域医療情報連携ネットワークの運営主体との関係）」、「コスト（全国ネットワーク整備の初期・更新コストと運営コスト及びその負担者の決定、地域医療情報連携ネットワークの更新コスト・運営コストとの関係、初期コスト・運営コスト等の低コスト化・平準化）」、「運用ルール（医療機関、薬局等のネットワークへ参加促進、患者の同意取得や本人確認の在り方）」等の検討課題の整理が行われており、現在、厚生労働省においてネットワーク基盤や提供するサービスについて、これらの課題解決に向けて必要な実証事業等が行われているところである。これらの検証及び有識者による検討を踏まえて、プロトタイプの開発等を進めるとともに、運営主体やコスト負担のあり方、各種ガイドラインの策定などを今後、進めていく必要がある。

(2) 保健医療記録共有サービスの基盤整備に関わる調査事業について

日本医師会 ORCA 管理機構事業推進部

部長 伊藤 伸昭

未来投資戦略やデータヘルス改革推進本部での検討を踏まえ、2020 年度からの稼働を目指す全国的な保健医療ネットワークが整備されることを前提に、初診時等に本人の同意の下で、患者基本情報や過去の診療情報・処方情報等を共有できる「保健医療記録共有サービス」の提供が予定さ

れており、日本医師会 ORCA 管理機構は平成 30 年度に本事業を厚生労働省より受託した。厚生労働省の工程表によると、2020 年度のクラウドサービス基盤を活用したサービス稼働に向けた実証第 1 期に位置付けられるものであり、2019 年度には実証第 2 期として、複数の医療情報連携ネットワーク間等で基本機能のプロトタイプについて本格的な技術検証を行うとともに、既存の医療情報連携ネットワークの連携支援が予定されている。また、全国の医療機関から診療上において必要なミニマムの情報が簡易かつ低廉な方法で共有可能とする基盤を構築することを想定し、医療情報連携ネットワークを構築済みで医療情報連携が行われている福岡県と佐賀県をフィールドとして、本サービスを通じた医療情報の双方向活用に関する運用面、技術面、制度面の基礎的な検証を実施している。

(3) 医療・介護連携モデル

鶴岡地区医師会理事 三原 一郎

Net4U は運用歴 18 年という日本で最も長い歴史を誇る地域電子カルテである。2009 年には医療と介護を繋ぐヘルスケアソーシャルネットワークとして、主に在宅医療における多職種連携を支援する ICT ツールとして全面改定された。また、Net4U と連動し、患者・家族が参加できるシステムとして Note4U も開発され、活用事例が蓄積されている。現在、Net4U のユーザ内訳ではケアマネジャーがトップであり、次いで訪問看護師、医師と続くが、ケアマネジャーからの情報発信は少なく、フェースシート、ケアプランなど介護側の情報が十分に共有されていないという現状がある。また、介護と病院との連携においては、Net4U は活用されておらず、FAX や紙媒体での運用が主で効率的でないという課題もある。さらに、居宅介護支援システムと Net4U 間での情報連携が図られていないことから二重入力も課題である。

これらの課題を踏まえ、今回の調査研究事業においては、介護と医療（病院）との間で共有すべき書式を標準化したうえで、介護施設に導入されている居宅介護支援システムへの入力が Net4U

へ反映される仕組みを開発し、これを利用して居宅や施設で療養中の患者が病院へ入院、あるいは病院から地域へ退院するポイントを起点に、患者に関わる多職種、多施設が標準化した書式を Net4U で共有し、その効果を検証する。

(4) レセプトデータを活用した保険者・医療機関連携モデル

高松市医師会理事 松本 義人

患者の既往歴、現病歴の正確な把握は、医師が臨床の場で日々直面している課題の一つである。これまでも、患者情報の共有と活用については、医療機関連携を始めとする先駆的・実験的取組がなされてきているが、情報の網羅性やデータの標準化、個人情報保護の手続、システム構築・運用のコストなど、クリアすべきさまざまな障害が認識されているところである。

こうした中、今回、高松地域では平成 30 年度総務省「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究」において、患者情報を収集・共有する一つのアプローチとして、現行の健康保険制度で運用されているレセプト情報を活用する実証を行った。レセプトは、ほぼすべてが標準の様式により電子化されており、また、患者網羅性が高い特性を有する。診療報酬請求データとしての内容・性質やカルテ情報等との違いを十分に踏まえて活用することで、医師による客観的な患者情報の効率的収集に資する効果が期待される。

本実証では、医師による患者情報収集を効率化・合理化するための手法として、高松市保有の国保レセプト情報を患者自身の同意の下、医師に開示する仕組みとともに、その患者の同意や医師確認のための手法として、マイナンバーカード（患者側アクセスキー）と HPKI カード（医師認証キー）を活用する仕組みを構築し、これらの機能性・有用性について検証を行った。

(5) 調剤情報を活用した薬局連携モデル

酒田地区医師会理事 / 日本海総合病院院長

島貫 隆夫

保険薬局等において、重複調剤等（重複調剤や

併用禁忌薬の調剤)やポリファーマシーの課題に対処するため、保険薬局間で調剤情報を電子的に共有し、効果的に調剤等に活用する仕組みが期待されている。こうした課題への対処として、酒田地域では患者同意の取得を前提に、地域の保険薬局や病院の間で調剤情報共有を実現する仕組みを整備した。

一方、重複調剤等の課題に対処する仕組みの全国的な普及に向けては、各保険薬局から調剤情報を一元的に管理するサーバへ、セキュアかつ効率的に接続するネットワークの検討、各保険薬局で管理している患者調剤情報を確実かつ迅速に、紐付け・同意する手段の検討が必要であった。

今回、酒田地域では平成 30 年度総務省事業「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究」の地域実証にて、①今後整備される計画の全国保健医療情報ネットワークを活用した場合の有効性に関する検証、②マイナンバーカードの公的個人認証(JPKI)を利用した紐付け及び同意の手段の検証、③調剤情報を電子的に共有し、重複調剤等の課題に対処する仕組みの検証等を行い、こうした地域実証を通じ、全国的なモデルの普及に向けて技術面・運用面・効果面の課題や対応策の整理・検討を行った。

(6) EHR PHR 連携モデル

沖縄県医師会理事 比嘉 靖

現在、わが国ではさまざまな公的及び民間事業者が PHR(Personal Health Record) サービスを提供している。患者本人が生涯にわたる自分自身の医療・健康情報を時系列で管理し、本人の判断のもとで多目的に活用する PHR の仕組みを整備することで、健康寿命の延伸や臨床、救急、災害時にいかに役立てるか検討が求められている。本事業では国内外の事例を踏まえ、医療機関や地域医療連携ネットワークが蓄積している医療情報等を患者本人へ連携するための技術的仕組みや、同意取得方法等の運用面に関する検討、マイナポータルを活用した情報連携について検討するとともに、HER(Electronic Health Record)と PHR 間のセキュアで効率的な接続について技術検討を行ってきた。

当会は県民の健康寿命の延伸と診療の質の向上を目的として、平成 25 年から「おきなわ津梁ネットワーク」を運営している。医療情報に加え、特定健診情報も集積し、地域包括ケア、重症化予防対策、医薬連携等に応用を始めており、当ネットワークに集積したさまざまな情報を PHR サービスとして県民へ提供することを検討している。これらの状況を踏まえ、本事業における沖縄地域 WG では、当ネットワークが PHR サービスを提供するための技術面や運用面の検討を通じて、PHR サービス提供の検討プロセスを見える化し、検討時の留意点や全国普及に向けての今後の展望について明らかにしている。

(7) 全国保健医療情報ネットワークと Master Patient Index(MPI)

MEDIS-DC 理事長／自治医科大学客員教授

山本 隆一

医療情報や介護情報を交換・共有する場合、患者・利用者の確実な識別が重要なことは論を俟たないが、多くの地域医療連携ネットワークや介護連携システムでは比較的狭いドメインの中で運用されており、問題としては目立たない。IHE の地域連携モデルである XDS でよく用いられるプロトコルである PIX-PDQ も、氏名や生年月日、カルテ番号などを組み合わせることで識別を行っている。しかし、連携が広域に及ぶ場合やドメインが複雑に入り組んでいる都市型の地域医療連携ネットワークの場合は、確実な識別は困難な課題となる。

これを実現するためには全患者・全国民を一意に識別可能な MPI が必要で、医療等 ID の重要なアプリケーションと言える。医療や介護がプライバシーに機微な情報を日常的に扱うことは共通の理解であり、また、医療や介護の特質から、ある程度は緊急性への対応も確保する必要がある。このような MPI の整備は全国保健医療情報ネットワークの整備の、少なくとも医療介護情報の一次利用にとって中心課題と言ってよい。医療等 ID は 2021 年から一人一番号化される被保険者番号の活用は一応の結論になっているが、緊急性に対応可能で、安全に運用可能な MPI については十

分に検討されているとは言えない。

(8) 全国保健医療情報ネットワークの実運用に向けて～情報の管理責任とセキュリティ技術～

東京工業大学科学技術創成研究院

社会情報流通基盤研究センター教授

大山 永昭

平成 29 年度に構築された IX (Inter-network eXchange) は、既存の 200 を超える医療用のネットワークを相互に接続できることが実験的に確認され、現在も総務省の予算により各種のユースケースを通して、その有効性の確認が行われている。実証実験が行われているフィールドにおいては、医療介護連携や在宅治療等も議論されており、必然的にモバイルデバイスの利用等の利用が望まれている。このような背景から本発表では、機微な情報である保健医療情報を安全に共有するにあたり、デバイスやネットワーク、さらには管理サーバ等における医療等情報の管理責任の所在を、具体的な情報の流れを例にして明らかにする。そして、セキュリティ技術は、この管理責任を果たすための一助であること、さらに全国版の保健医療ネットワークでは、金融機関の専用ネットワークと同じような安全性を確保するとともに、責任分界面を明らかにすることが必要になる。

V. 医師資格証の利用について

(1) 医師資格証の利用と HPKI の未来

日本医師会電子認証センター

システム開発研究部門長 矢野 一博

医師資格証は現在、1 万 2 千人以上の医師が保有するカードとなった。平成 25 年の日本医師会電子認証センターの設置を契機に、翌年 2 月の当協議会から「医師資格証」の発行を始めた。しかし、日本の医師約 32 万人、また、日医会員約 17 万人と比すれば 1 万 2 千人という数は多い数ではない。

ICT を用いた地域医療連携が数多く誕生しており、また、NDB 等のデータベースが整備され、次世代医療基盤法も施行されている。このような時代を見据えて、セキュリティや電子情報への信頼性の確保、それが安全・安心に繋がる最

も基盤となる仕組みとして日本の HPKI は誕生した。しかし、現時点で電子世界での利用が爆発的に進んでいるという状況にはない。そのため、日医独自の取組みとして、日医認証局が発行する HPKI カードの券面を「医師資格証」とすることによって、現実世界でも身分証明書として利用できるような工夫をしている。HPKI の歴史は古いが、医師資格証は誕生から約 5 年となる。この間、電子紹介状にみられるように、診療報酬上でも HPKI が必要とされており、地域医療連携の中でも医師資格証の利用が徐々に広まってきている。

さらに、現実世界では厚生労働省の通知によって、採用時の医師資格の証明として免許証に加えて医師資格証の提示が可能となった。徐々にではあるが HPKI、医師資格証の利用シーンと利用価値は出てきている。

(2) 茨城県医師会の取り組み

茨城県医師会理事 伊藤 金一

当会の平成 30 年 12 月時点での医師資格証発行枚数は 952 枚 (会員 2,799 人)、日医会員数に占める医師資格証の取得者割合は全国一位である (同年 11 月現在)。導入直後より、発行にかかる費用は無料 (当会が負担、非会員については iSN 参加者は無料) とし、積極的に使用を促すためにも、理事会出席登録に利用した。県内で“なりすまし事件”があったことから、新規入会の際には医師資格証の発行を必須要件としている。また、医療情報、交換・共有システムの“いばらき安心ネット (iSN)” のログインにも医師資格証を用いている。

平成 29 年 4 月 1 日から当会が主催する産業医研修会については、事務員による“なりすまし登録”があり、不正予防・本人確認を含め、原則、医師資格証を用いて受付を行い、会員情報システムにて取得単位の管理を行っており、日医生涯教育講座についても導入を検討中である。

(3) 徳島県医師会の取り組み

徳島県医師会副会長 木下 成三

医師資格証の取得により ICT 化へのきっかけを促すことを目的として、「医療情報システム説明

会」、「IT フェア」を開催し、両日とも「医師資格証申請特設ブース」を設置し、広く周知を図った（各会 40 ～ 50 人が新規登録）。本会役員会・各種委員会開催時の出欠管理を「医師資格証出席管理システム」で行い、本会主催の講演会等では、「医師資格証出席管理システム」での出欠管理に併せ「医師資格証申請特設ブース」を設置し、普及促進に努めている。

平成 30 年度は医師資格証の普及と併せ、文書交換サービス「MEDPost」の導入支援を開始し、徳島県立 4 病院、大学病院、赤十字病院、徳島市民病院を含む基幹病院の参加も受け、初回グループが実稼働した。会員医療機関への導入についての個別説明と平行し、会員への需要の場を広げるため、各市町村へ主治医意見書等の送受のツールとしての「MEDPost」活用についての個別説明を行う等、医師資格証と併せ「MEDPost」の普及へ事務局の強化、「MEDPost」・署名ソフトインストール・IC リーダー設定などにかかる費用を県で負担した。

(4) 医師資格証を用いたミニマム地域医療連携

萩市医師会長 綿貫 篤志

萩市では、かつて「あんしんネット」を運用していたが、市民の医療情報の収集が手書きで寄せられるため、データの電子化が医師や事務局の負担になっていた。そこで、「あんしんネット」に変わる仕組みとして、日医が公開した「かかりつけ連携手帳」をシステム化し、「MEDPost」をインフラとして使用することにした。新たな枠組みでは、主治医意見書の電子化と診療報酬改定で加算が新設された紹介状の電子化から始めることとした。データ送受信のセキュリティを確保する必要があるが、通信インフラを「MEDPost」にしたことで、行政への導入も簡単に行うことができ、現在、28 施設が利用している。

主治医意見書や紹介状を電子化するためには、タイムスタンプ付き電子署名を付与することが不可欠である。医師資格証は「MEDPost」を利用するための鍵として、また、主治医意見書や紹介状へタイムスタンプ付き電子署名を付与するために使用できるため、非常に有用である。

「MEDPost」はクラウドサービスのため利用料のみで利用でき、サーバーの維持費等は不要である。また、「医師資格証」のみならず、「薬剤師資格証」や施設認証用のカードが使用できるため、自治体や介護施設・薬局等も参加でき、多職種連携に有効なツールといえる。

導入機材としては「医師資格証」「IC カード・リーダー・ライター」「電子署名ソフト」が必要だが、ネットワークにインターネットを使用するため、新たな設備の導入にかかるコストを最低限に抑えることができた。主治医意見書の電子化は、ORCA プロジェクトが公開している「医見書」と「電子署名ソフト」を組み合わせて作成しており、これであればワンタッチで電子署名付きの主治医意見書が作成できる。かかりつけ連携手帳アプリによる介護情報も少しずつではあるが電子化されてきており、データ関係が取れる日も近い。

自治体との連携は、主治医意見書の作成依頼が自治体から医療機関へ「MEDPost」で送られ、医師資格証を用いて電子署名を付与した主治医意見書を「MEDPost」で自治体窓口へ送付するという流れとなっている。自治体からは「通信費や事務作業の低減に貢献していることに加え、依頼から受け取りまでの期間も 3 ～ 7 日に短縮できたため、申請から介護認定までの期間が短縮できた」との評価を得ており、電子的に作成できる医療機関の増加と、「MEDPost」のさらなる普及を希望されている。

当地域では手書き文書を電子化するところから始めたが、現在、安定稼働の目処はつき、電子化も進みつつあり、行政の評価も高く、効果は十分に出ている。

(5) 「医師資格証」を活用したかかりつけ連携手帳（PHR）のデータ読み取り

山梨県医師会理事 佐藤 弥

昨年度の当協議会で報告した、個人のスマートフォンを利用した医療・介護・生活情報の共有化ができる「かかりつけ連携手帳（PHR）」内のデータを、医師の診察（患者承諾有り）あるいは緊急時（患者承諾なし）に医師資格証で参照可能とするものであり、ここにはバイタル・処方・検査結

果・予防接種記録・マタニティダイアリー・育児
日誌～介護記録等まで保存可能である。

われわれの提案した PHR システムはパスワード
で保護されており、個人がパスワードを解除す
ることにより参照でき、通常診療時（在宅を含む）
及び緊急時（患者承諾なし）に以下の手順で安全
に読み取ることができる。

- ①医師タブレットでデータ連携サイトにアクセ
スする。
- ②医師がログインボタンを押して医師認証カー
ドのパスワードを入れる。
- ③IC リーダのボタンを押して、点滅中にカー
ドをかざす。（医師認証される）
- ④医師認証が完了すると連携 QR コードが医師
タブレットに表示される。
- ⑤患者がスマートフォンで表示されたこの連携
QR コードを読み取る。（この行為で患者の
データ転送承認とみなす）
- ⑥データが医師タブレットにデータとして転送
され表示される。（1 か月分）

かかりつけ連携手帳システム（PHR）は、
GooglePlay（ios でも利用可能）でダウンロード
できる無料で安全性が高いシステムであり、医師
側が患者のスマートフォンの提示を受けて参照す
るものだが、タブレット等に拡大されて参照でき
れば、より利便性が高まると考えられる。なお、
スマートフォンは、Andoroid、iOS 両者に対応
している。かかりつけ連携手帳の拡大が図れば、
医師資格証も活用範囲が日常的に必要なものと考
えられる。

閉会

次期担当である香川県医師会の久米川 啓 会長
より引受けの挨拶がなされ、茨城県医師会の塚田
篤郎 常任理事の閉会挨拶にて 2 日間にわたる本
協議会のすべてのプログラムが終了した。なお、
2019 年度の同協議会は 2020 年 2 月 1 日（土）、
2 日（日）に開催される予定。

[報告：藤本 俊文]

山口県ドクターバンク

医師に関する求人の申込を受理します。

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

最新情報は当会 HP にてご確認ください。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報・2019 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。

下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」欄にてご確認ください
 だきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行（**一編 5,000 字以内**を目安に、**お一人 1 作品まで**（写真は 3 枚以内）
- ②短歌・川柳・俳句（3 句以内）
- ③絵（3 枚以内）
- ④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。

作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。

※ 締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。

※ 電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて 5 メガ以内でお願い
 いたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又は USB/CD-R の郵送	7 月 1 日
②手書き原稿	郵送	6 月 24 日

原稿送付先

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内

山口県医師会事務局 広報・情報課

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

備考

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

第 67 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習） 「日常診療に役立つ胸部・腹部領域の画像診断のポイント」

と き 平成 31 年 1 月 27 日（日）9:00～12:10

ところ 山口大学医学部 霜仁会館 3 階

指導印象記

山口大学医学部附属病院放射線科 田辺 昌寛

平成 31 年 1 月 27 日、山口大学医学部霜仁会館において、山口大学大学院医学系研究科放射線医学講座の担当により「第 67 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）」を開催させていただきました。今回のテーマは「日常診療に役立つ胸部・腹部領域の画像診断のポイント」として、胸部・腹部領域の画像診断を common disease に絞って解説し、体験学習で得た経験を日常診療に役立てていただくことを目標としました。

冒頭に伊東克能 教授より開会の挨拶があり、前半に講義形式、後半に体験学習という流れで行いました。講義は胸部と腹部の 2 つに分けました。

胸部は小林大河 医師が担当し、「肺結節の CT」と題して、まずは肺癌診療の総論から始まりました。肺癌の疫学、組織診断における WHO 分類の変遷、TNM 分類でのポイント、最近の肺癌治療

の動向について講演されました。肺癌のステージングでは特に手術ができるかどうかの境界が重要であり、① T3 以上はⅢ期以上、② N2 以上はⅢ期以上、例外として③ T3N0M0 はⅡ期という内容を強調していました。途中で CT ガイド下肺生検のアニメーション画像を交えて、どのように肺生検を行っているか、どのような肺結節が生検しにくいかを視覚的に説明していました。治療においては、多岐にわたる近年の肺癌治療トピックスを、①殺細胞性抗癌剤を「ハンマー」、②分子標的薬を「鍵」、③免疫チェックポイント阻害剤を「呼び鈴」に例えて分かりやすく解説しました。患者の個人レベルで最適な治療方法を選択する、いわゆる Precision Medicine に対する基本的な考え方をうまくまとめていました。胸部講義の後半では、肺癌が疑われる結節のフォローアップについて解説していました。すりガラス状結節や充実性結節など多様な画像所見を呈する肺癌について、①癌である可能性、②浸潤癌である可能性の 2 つの観点から、肺癌取り扱い規約やガイドラインに取り上げられているフォローアップのフローチャートを解説していました。

腹部の講義は、「基礎から学ぶ急性腹症の画像診断」と題して、私が担当しました。まずは腸閉塞を取り上げ、腸間膜の血管に着目することの重要性を解説しました。腸閉塞の閉塞起点を見つけるには特徴的なサイン（beak sign, whirl sign, small bowel feces sign, dirty fat sign）が有用であることを紹介し、うまく活用



することにより素早く閉塞起点を同定できるコツを示しました。次に、腸管虚血を引き起こす closed loop を見逃さないことも強調し、読影のポイントやピットフォールを提示しました。胆・膵領域における急性腹症の代表として胆道結石や急性膵炎を取り上げ、結石の CT・MR 画像におけるピットフォール、活動性炎症を評価できる動脈相の有用性、急性膵炎での CT grade 分類についてお話ししました。

体験学習は山口大学医学部附属病院の読影室に場所を移動して行いました。参加者 1 人に放射線科医 1 人が担当するマンツーマン形式で行いました。講演の内容をもとに、事前に準備しておいた症例の CT や MR の DICOM 画像をモニターで見ていただき、クイズ形式などで診断していただきました。参加される先生方の専門や経験年数がさまざまであったため、どのような症例を用意すべきか迷いましたが、マンツーマン形式であったため、幅広いジャンルを用意して臨機応変に対応することといたしました。期待に沿うことができたかは分かりませんが、肺癌の診断やフォローアップに興味を示される参加者が多く、積極的に質問されている場面が数多く見られた点は良かったと感じています。

体験終了後には伊東教授より閉会の挨拶があり、無事に終了することができました。ご参加いただいた先生方におかれましては、積極的に取り組んでいただき誠にありがとうございました。CT や MRI の画像診断は日常診療において必要不可欠となっています。しかし、県内の放射線科医の人数も十分とは言えず、ご不便されてい

ることもあるかと存じます。今後も若手の人材確保や教育に尽力したいと考えておりますので、変わらぬご指導を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、このような教育講座を通じて放射線科をアピールする機会を作っていただきました県医師会の関係者の皆様にお礼を申し上げます。

受講印象記

柳井医師会 濱田 敬史

平成 31 年 1 月 27 日に、第 67 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）が開催されました。今回は山口大学大学院医学系研究科放射線医学講座が担当で、テーマは「日常診療に役立つ胸部・腹部領域の画像診断のポイント」でした。

私は医師になってから循環器内科を専門とし、その中でも不整脈を専攻したため、診療の武器は専ら心電図であり、画像診断は胸部 X 線検査と心臓超音波検査、心臓カテーテル検査・電気生理検査で事足りていたため、CT や MRI などは得意ではありませんでした。しかし、最近は診療情報提供書に画像診断レポートだけではなく画像のディスクが添付されるため、実際の画像を見せながら患者様に説明する機会も増えました。しかも、1 回の CT 検査、MRI 検査でもさまざまな撮像方法があり情報量は膨大で、とても独学で対応できるレベルではありません。そこで、六十の手習いならぬ五十の手習いのため、今回、教育講座の門を叩かせていただきました。

今回の教育講座は、前半に 2 つの講義、後半に体験学習を行う構成でした。まず、はじめに伊東克能 教授から開会のご挨拶がありました。

次いで、小林大河 先生による講義「肺結節の CT：経過観察のポイントとは？」がありました。講義の前半は「肺癌診療の総論」についてでした。WHO 分類では肺癌は組織診断により、腺癌、扁平上皮癌、神経内分泌腫瘍（小細胞癌など）、大細胞癌の 4 型に分類され、およその



頻度は腺癌が肺癌全体の半分（50%）、扁平上皮癌が 25%（腺癌の半分）、小細胞癌が 12-3%（扁平上皮癌の半分）と、それぞれ半分になるそうです。この 4 型のうちのどの組織型かによって治療が異なるため組織診断が重要となり、そのために針生検が行われます。針生検の方法には、気管支鏡下、CT ガイド下、エコーガイド下、胸腔鏡・縦隔鏡下で行う方法があり、それぞれの手技、メリット・デメリット、合併症などについて説明していただきました。組織診断の次に行われるのが、TNM 分類による staging となります。Stage III 期以降が進行癌となり、stage II 期までが手術適応となります。このため staging のポイントは III 期以上となる条件を覚えればよいとのことでした。T3 以上、N2 以上で III 期以上となり、M1 は IV 期となるので、具体的には、T3：①サイズ 5cm 以上、②心臓・胸膜・胸壁への浸潤、③同一肺葉内転移、N2：縦隔リンパ節転移、を覚えればよいとのことでした。次いで、治療について説明がありました。外科治療により 5 年生存率は I 期で約 80%、II 期で約 40%あるのに対し、III 期に対する放射線化学療法では 5 年生存率は約 20%となり予後は厳しいとのことでした。総論の最後は化学療法について、各薬剤の作用機序をわかりやすくイメージで説明していただきました。家の扉を開けて中に入ることを目的とした場合、①ハンマーで扉を壊して入る方法が殺細胞性抗癌剤に相当し、②鍵を開けて入る方法が分子標的薬、③壊れた呼び鈴を修理して家の中の人に開けてもらうのが免疫チェックポイント阻害剤に相当するそうです。優先度としては②分子標的薬、③免疫チェックポイント阻害剤、最後に①殺細胞性抗癌剤となるそうです。②が無効な場合は③と①を併用した治療となるそうです。

総論の後には、「肺癌疑い結節のフォローアップ」についての講義でした。これは CT で結節影を認めた場合、どのような結節が良性でフォローアップが不要となり、逆にどのような結節が悪性あるいは悪性になる可能性が高くフォローアップが必要かということ、症例を提示しながら説明していただきました。フォローアップを考えるうえで大切なことは、その結節が肺癌なのか、肺癌以外の

病変なのか（限局性肺炎、肺内リンパ節、Focal fibrosis など）を見極めることとなります。さらに、肺癌であれば、低悪性度なのか（異型腺腫様過形成 AAH、上皮内腺腫 AIS、微小浸潤癌 MIA）、高悪性度なのか（浸潤癌）、を識別する必要があります。このために、一時点の形態診断だけで判断せず、経時的変化を追って確診度を上げる必要があります。経時的変化を追って消失する結節は肺癌ではなくフォローアップも不要となります。一方、縮小しても残存する結節は肺癌を除外できません。この場合、①結節のタイプ（pure GGO、mixed GGO、solid）、② solid 部分が 5mm 以下かどうか、③結節のサイズ（病変全体径）が、悪性度を考えるうえで重要となるそうです。具体的には、フォローアップ CT 時に solid 部分のない pure GGO でサイズが 5mm 以下、単発であれば、その後の CT での経過観察は不要となり、そうでなければ引き続きフォローアップが必要になるそうです。フォローアップの詳細に関しては、Fleischner Society からの recommendation に従って行えばよいそうです（長くなるので詳細は割愛させていただきます）。

小林先生の講義は、成書で学習すれば気が遠くなるような肺癌の総論と、肺癌が疑われる結節影を見たときのフォローアップの考え方について、実臨床や患者様への説明にすぐに応用できるようポイントを押さえて教えていただき、専門外の私にとっては非常に有意義な講義でした。

2 つ目の講義は田辺昌寛 先生による「基礎から学ぶ急性腹症の画像診断」でした。この講義では、まず急性腹症の定義について説明され、急性腹症の原因となる疾患のうちから、イレウス・腸閉塞、肝・胆道系の結石、急性胆嚢炎、急性膵炎について個別に説明していただきました。各疾患の説明においては、病態や診断基準を説明していただいた後に、実際の画像を提示していただきながら画像所見のポイントや読影上の注意についてご指導いただきました。イレウス・腸閉塞の講義では、海外ではイレウスと言えば機能性イレウス（腸管麻痺）のみを示し、機械性イレウスは腸閉塞と呼称されることを教えていただきました。読影においては、まず全体像を見て拡張腸管を同定

し、次いで閉塞部の有無と性状、Closed loop の有無、腸管壁の造影効果を評価して絞扼性か否かを識別することを教えていただきました。肝・胆道系の結石に関しては X 線陰性結石があるため、CT だけでなく超音波や MRI でも確認する必要があること、MRI では撮影条件によっては結石が見えなくなることもあるため、さまざまな撮影条件で評価する必要があることを学びました。胆嚢炎、胆管炎、膵炎など炎症性疾患では造影検査の動脈相が血行動態の評価に有用であること、急性膵炎では診断をつけるのみではなく、原因や重症度の評価も併せて行う必要があることをご説明いただきました。

一言でいえば急性腹症ですが、その中には多数の疾患があります。その中から腹痛の原因となる疾患を正確に診断するためには、それぞれの疾患の診断基準や病態を理解したうえで画像診断上の見るべきポイント、特徴的なサインを見逃さず、正確な診断につなげていく必要があることを、今回の田辺先生の講義により再認識させていただきました。プライマリ・ケアに携わる開業医としてさらに一層の幅広い知識の習得に励みたいと思います。

2 つの講義の後には、読影室に移動して画像ビューワーを用いた読影実習を行いました。今回の教育講座は参加者が 6 名と少なかったため、参加者 1 名に対し放射線科医師が 1 名、マンツーマンで指導に当たっていただけるという贅沢な実習となりました。2 つの講義で提示された症例を

含め、複数の実際の画像を提示していただき、読影のみならずビューワーの操作方法までご指導いただきました。講義で提示された画像は、あらかじめ所見があるところをスライドにされているため異常所見は比較的見つけやすいですが、実際の画像は下手をすれば頭部から下肢に至るまで全身が撮像されています。しかも疾患や病変は一つとは限りません。実習では病変がいくつあるか数えなさいと言う設問があり、講義で示されたような肺野の結節影、スリガラス影を複数指摘することはできましたが、椎体に隣接した軟部腫瘍は全く気が付かず見逃してしまいました。木を見て森を見ず、講義でならった全体像を見ると言うことが全く実践できていませんでした。

専門領域だけを診るのではなくその人全体を診る、cardiologist である前に general physician であれという大学時代の恩師の言葉を思い出させていただきました。今回の教育講座では、知識の習得のみならず医師としての在り方で再認識させていただき、参加して本当によかったと思います。

最後になりましたが、日々の診療・研究業務でお忙しいにもかかわらず、このような素晴らしい教育講座を開催していただきました、伊東教授をはじめ放射線医学講座の諸先生方ならびに関係者の皆様に深く感謝を申し上げ受講印象記を閉じさせていただきます。



医療継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

0120-337-613
受付時間 9:00~18:00 (平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階

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

本社 / 福岡市中央区天神

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

平成 30 年度 山口県医師会囲碁大会

と き 平成 31 年 2 月 17 日 (日)

ところ 山口グランドホテル

[報告 : 岩国市医師会 高田 洋美]

平成 30 年度の山口県医師会囲碁大会が平成 31 年 2 月 17 日、岩国市医師会の引き受けて、新山口駅前の山口グランドホテルで開催されました。昨年暮れに県下の医師会に大会参加を呼びかけ、最後まで参加者が 5 名に達しない医師会もありましたが、大会当日には、昨年度と同じ 8 チーム、総勢 40 名(右頁表)の参加がありました。

審判長は、日本棋院山口支部の栗屋鴻二 6 段にお願いして午前 10 時から対局を開始いたしました。

午前 2 対戦、昼食を挟んで午後 2 対戦の計 4 対戦が行われました。

時間の関係で全チームの総当たり戦はできないため、組み合わせと順位決定はスイス方式を採用しました。

各チームの参加者は、持ち時間 40 分の中で熱戦を繰り広げました。3 勝した方が対戦勝利となります。

表彰式は対局が終わった 4 時過ぎから行いました。

30 年度は下関市医師会が 4 戦全勝で優勝、2 位は 3 勝 1 敗で宇部市医師会、3 位は 2 勝が 4 チーム出ましたが、個人の勝ち数上位の下松医師会でした。

個人の全勝賞は下関市医師会の吉津宏樹 先生と山野達郎 先生、宇部市医師会の吉永榮一 先生と小嶋英幸 先生の 4 名でした。

昼食時に開催された代表者会議では、参加資格の再確認、すなわち、医師以外の医療従事者を含め、医師会員と退会された先生の家族も含めることなどが再確認されました。

会員の高齢化による大会参加者の減少が各医師会の懸案事項となっている昨今、参加資格の拡大は親睦の意味からも良き対策の一つではないでしょうか。

元号が変わる次年度の大会は徳山医師会の引き受けて、2020 年 2 月 9 日 (日) に同じ会場で開催の予定です。多数の参加をお願い致します。

「いい医療の日」ロゴマーク募集!

日医では、より良い医療のあり方について国民と医師とが共に考えることで、更なる国民医療の向上に寄与していくことを目的として、日医の設立記念日である 11 月 1 日を、「いい医療の日」として制定しています。

このたび、会員に限らず広く一般の方々(プロ・アマ不問)を対象に、この「いい医療の日」のロゴマークを募集することになりました。奮って、ご応募願います。

詳しくは、日医ホームページ (<http://www.med.or.jp/people/008388.html>) をご覧下さい。

応募・
問い合わせ先

日医広報課
〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
☎ 03-3942-6483 (直)

締切

2019.
6/28 (金)



平成30年度山口県医師会囲碁大会対戦成績表

			1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	スイス方式		
	段級位	氏名	美祢	宇部	徳山	吉南	全勝賞	勝数	順位
下関市医師会	七段	吉 津 宏 樹	○	○	○	○	☆	4	優勝
	七段	山 野 達 郎	○	○	○	○	☆	4	
	五段	瀬 谷 直 明	○	○	×	○		3	
	五段	藤 川 佳 範	×	×	○	○		2	
	初段	高 橋 徹 郎	○	×	○	×		2	
	段級位	氏名	小野田	下関	岩国	徳山	全勝賞	勝数	順位
宇部市医師会	四段	原 田 善 雄	○	×	×	○		2	2
	二段	篠 山 哲 郎	○	×	×	○		2	
	初段	佐々井 一 彦	○	×	○	×		2	
	初段	吉 永 榮 一	○	○	○	○	☆	4	
	4級	小 嶋 英 幸	○	○	○	○	☆	4	
	段級位	氏名	吉南	岩国	小野田	美祢	全勝賞	勝数	順位
下松医師会	五段	池 田 昭 彦	×	○	○	○		3	3
	六段	板 垣 達 則	○	×	○	○		3	
	三段	藤 田 敏 明	×	○	○	×		2	
	初段	森 本 雄 一	○	×	○	×		2	
	初段	岸 田 健 伸	×	×	○	○		2	
	段級位	氏名	徳山	下松	宇部	小野田	全勝賞	勝数	順位
岩国市医師会	四段	高 田 皓 二	○	×	○	×		2	4
	四段	庄 司 一 晟	×	○	○	○		3	
	三段	高 田 洋 美	×	×	×	○		1	
	二段	佐々木 輝 昌	×	○	×	×		1	
	初段	国 重 吉 義	○	○	×	○		3	
	段級位	氏名	岩国	吉南	下関	宇部	全勝賞	勝数	順位
徳山医師会	五段	上 田 勝	×	○	×	×		1	5
	四段	高 岡 浩	○	○	×	×		2	
	三段	野 間 慎 朗	○	×	○	○		3	
	1級	堀 家 英 敏	○	○	×	×		2	
	2級	白 石 賢 司	×	○	×	×		1	
	段級位	氏名	下松	徳山	美祢	下関	全勝賞	勝数	順位
吉南医師会	四段	村 田 文 雄	○	×	○	×		2	6
	四段	横 田 伸 策	×	×	○	×		1	
	三段	内 田 敏 夫	○	○	×	×		2	
	二段	内 義 輝	×	×	○	×		1	
	4級	田 村 勝 博	○	×	○	×		2	
	段級位	氏名	下関	小野田	吉南	下松	全勝賞	勝数	順位
美祢市医師会	四段	高 橋 睦 夫	×	×	×	×		0	7
	二段	藤 村 寛	×	×	×	×		0	
	二段	西 村 秀 男	×	○	○	○		3	
	初段	原 好 弘	○	○	×	○		3	
	初段	松 重 武 志	×	○	×	×		1	
	段級位	氏名	宇部	美祢	下松	岩国	全勝賞	勝数	順位
小野田医師会	七段	村 上 紘 一	×	○	×	○		2	8
	三段	富 永 俊 克	○	×	×	×		1	
	二段	早 川 幹 夫	×	×	×	×		0	
	4級	矢 賀 健	×	×	×	○		1	
	10級	池 田 裕 暁	×	×	×	×		0	

理 事 会

－第 23 回－

2 月 21 日 午後 5 時 35 分～8 時 17 分

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

議決事項

- 1 第 183 回山口県医師会臨時代議員会について
4 月 18 日（木）に開催、報告事項 2 件を審議
することが決定した。

協議事項

- 1 平成 31 年度事業計画（案）・行事予定（案）
について

前回提案分以降、再協議及び新たに提案された
新規事業により修正した事業計画（案）及びそれ
に伴う行事予定（案）について協議を行った。

- 2 平成 31 年度新規事業・予算（案）について

事業計画変更に伴う修正部分を含め、全事業予
算について再協議を行った。

- 3 風しんの追加的対策について

厚生労働省では、風しんの抗体保有率が特に低
い現在 39 ～ 56 歳の男性に対して、全国で抗体
検査・定期予防接種が受けられるよう体制を整備
することとなった。山口県では、これまで定期予
防接種に定められたものは広域化して実施してい
るが、今回の風しん（第 5 期）定期予防接種に
ついては、国の手引きを踏まえた対応にすること
が決定した。①国の手引きに準じ、全国統一内容
により実施する。②全国知事会と日本医師会との
集合契約締結に協力する。③個別接種標準料金：
税抜 10,360 円、予診のみ：税抜 720 円とする。

- 4 平成 31 年度特定健診等の標準単価について

厚生労働省より、消費税率変更に伴う特定健康
診査及び特定保健指導の費用に係る留意事項の通
知が出され、新消費税率対応への計算式が示され
た。現在、本会が適用する計算方式で新消費税率
に対応すると若干の誤差が生じることから、平成
31 年度分については、厚生労働省の示した計算
式で対応することが決定した。

※ 2019 年 10 月 1 日以降の特定健康診査の
対価＝特定健康診査の単価 × 110/108

- 5 後発医薬品の差額通知の対象の見直しによる
効果について

前回理事会において、標記差額通知を送付する
対象年齢の範囲拡大については了承されたが、ど
の程度の対象者の増加が見込まれ、どの程度の効
果が見込まれるのかとの質問があった。県医務保
険課より、県内 2 市を抽出した試算状況が報告
された。

人事事項

- 1 地方独立行政法人山口県立病院機構評価委員
会の委員について

現委員の任期満了により、今村副会長を推薦す
ることが決定した。

報告事項

- 1 社保・国保審査委員連絡委員会（2 月 7 日）

6 項目の議題について協議を行った。協議結果
は本会報 3 月号（ブルーページ）に掲載。（萬）

- 2 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

（2 月 7 日）

平成 30 年度に立入検査を行った 7 検査所の結
果及び平成 30 年度山口県臨床検査精度管理調査
結果の報告等が行われた。（沖中）

理 事 会

3 日医第 3 回学校保健委員会

学校保健に関する中央情勢報告の後、「日本医師会学校医宣言（仮称）」、諮問に対する答申案について協議を行った。（藤本）

4 第 2 回山口県高齢者医療懇話会（2 月 8 日）

データヘルス計画に基づく保健事業の実施及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等について意見交換を行った。（萬）

5 地域医療構想調整会議

「下関」（2 月 8 日）、「柳井」（2 月 13 日）、
「宇部・小野田」（2 月 14 日）

地域医療構想調整会議の取組促進に係る対応、地域医療構想の達成に向けた個別医療機関ごとの具体的対応方針等についての協議、介護医療院への転換に係る支援についての情報提供が行われた。（前川）

6 医療対話推進者養成セミナー「導入編・基礎編」（2 月 9 日～11 日）

導入編では、「医療安全概論」（日本医療機能評価機構 橋本廸生 常務理事）、「医療メディエーション総論」（山梨大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 荒神裕之 特任教授）、「病院取り組み事例」（尼崎医療生活協同組合 尼崎医療生協病院 医療の質安全管理室 遊道桂子 室長）、「院内体制整備」（山口県医師会副会長・国立病院機構関門医療センター 林 弘人 病院長）等のセミナーが行われ、基礎編では、「医師のカルテ事案」、「薬の副作用事案」、「がん告知事案」等をテーマとして、繰り返しロールプレイが実施された。参加者：導入編 57 名、基礎編 36 名。（林）

7 山口県地域災害医療コーディネート研修

（2 月 9・10 日）

災害医療コーディネーターが機能的に活動するためにどのような役割が期待され、保健医療調整

本部内でどのように位置づけて活動するか等についての講義、机上演習等が行われた。（前川）

8 日医死亡時画像診断（Ai）研修会

（2 月 10・11 日）

「死亡時画像診断（Ai）における基本事項」（Ai 情報センター 山本正二 代表理事）、「死亡時画像診断（Ai）に係る病理学」（Ai 学会 桂 義久 理事）等、21 項目の講演が行われた。（中村）

9 山口県国民健康保険審査会（2 月 12 日）

市町村の行った行政処分に対する不服申立て 1 件について審査を行った。（清水）

10 日医医療政策シンポジウム 2019

（2 月 13 日）

「医師の地域偏在」をテーマとして、講演 3 題「Physician-led Primary Care in the light of global Primary Health Care Policy And the Astana Declaration of 2018」、「人口減少日本で医療に起きること」、「わが国の医療が直面する課題—医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療—」が行われた。その後、演者 3 名と横倉会長の 4 名でのパネルディスカッションが行われた。（中村）

11 医事案件調査専門委員会（2 月 14 日）

病院 4 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

12 第 2 回郡市地域包括ケア担当理事会議

（2 月 14 日）

予め行っていたアンケート調査をもとに、各郡市医師会における地域包括ケアの取組みについて意見交換を行った。なお、本会が行っている「地域包括ケア推進事業助成制度」の継続実施が要望され、検討することとなった。（清水）

理 事 会

13 第 2 回自賠責医療委員会・第 88 回山口県自動車保険医療連絡協議会（2 月 14 日）

交通事故医療における医療費に関する個々のトラブル事例及び患者からの診断書・診療報酬明細書取付け用の同意書等の問題について、損保 10 社、JA 共済及び料率算出機構と協議を行った。

（萬）

14 健康・省エネシンポジウム in やまぐち（2 月 14 日）

慶應義塾大学理工学部システムデザイン工学科の伊香賀俊治 教授による「健康寿命を延ばす暖かな木の住まい」、日本医師会の今村 聡 副会長による「医療と建築業界の連携による健康長寿社会の実現」の講演後、「山口型健康・省エネ住宅による健康長寿社会推進と地域活性化について」をテーマにパネルディスカッションが行われた。

（加藤）

15 山口県たばこ対策会議（2 月 14 日）

山口県のたばこ対策、「健康増進法」の改正、「受動喫煙防止の取組の推進に関する条例」の制定等について協議を行った。（中村）

16 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第 2 回会合（2 月 14 日）

腸管出血性大腸菌感染症、レプトスピラ感染症、オウム病等の平成 30 年度調査結果及び事業報告（案）、啓発資料（案）について協議を行った。（今村）

17 新規個別指導・個別指導「山口市」（2 月 14 日）

診療所 9 機関について実施され立ち会った。

（伊藤、郷良）

18 健康やまぐち 21 推進協議会（2 月 14 日）

健康やまぐち 21 推進協議会設置要綱の改正、2022 年度までの計画、県民会議の取組み等について協議を行った。（藤本）

19 山口県警察官友の会創立 50 周年記念式典・祝賀会（2 月 15 日）

本会が、創立以来 50 年にわたり法人会員であることから表彰を受けた。（河村会長）

20 第 3 回医療政策研修会・第 2 回地域医療構想アドバイザー会議（2 月 15 日）

厚生労働省医政局地域医療計画課より、①地域医療構想、②医師確保計画・外来医療計画、③医師の働き方改革、④臨床研修事務の都道府県移管について研修後、山形県・福岡県・奈良県等の事例発表及びグループディスカッションが行われた。（前川）

21 第 2 回育児支援ワーキング・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会（2 月 16 日）

3 月 17 日開催予定の保育サポーター研修会の内容を決定し、その後、現況報告に対する問題点と対策について協議を行った。（今村）

22 男女共同参画部会第 3 回理事会（2 月 16 日）

3 月 17 日開催予定の平成 30 年度総会及び特別講演、平成 31 年度事業計画、部会事業の一つである「女子医学生インターンシップ」について協議を行った。その後、保育サポーターバンクの運営状況、女性勤務医ネットワーク連絡系の更新結果、男女共同参画ホームページ等の現況報告を行った。（前川）

23 山口県医師会顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会（2 月 16 日）

平成 30 年度に発生した事案及び過去に発生し係争中の事案について各弁護士からの経過報告後、今後の検討を行った。（林）

24 勤務医部会市民公開講座「下関市」

（2 月 16 日）

下関市民会館において、「学ぼう !! ウイルス感

理 事 会

染対策とワクチン接種」をテーマに開催され、福岡赤十字病院感染症内科の石丸敏之 部長による特別講演「思っていたほど単純ではない、ワクチンによるウイルス感染予防」が行われた。参加者 80 名（郷良）

25 第 151 回生涯研修セミナー・山口県特定疾患専門医師研修会（2 月 17 日）

杏林大学医学部遺伝性腎疾患研究講座の東原英二 特任教授による「多発性嚢胞腎の臨床と病因：進展抑制の試み」、山口大学大学院医学系研究科整形外科学講座の坂井孝司 教授による「特発性大腿骨頭壊死症の診断と治療」の講演 2 題が行われた。（加藤）

26 勤務医部会総会・シンポジウム（2 月 17 日）

総会では、平成 30 年度事業報告及び平成 31 年度事業に対する要望を審議した。その後、「AI で医療はどう変わるか」をテーマに山口大学大学院医学系研究科システムバイオインフォマティクス講座の浅井義之 教授の基調講演、京都大学医学部附属病院放射線部の上田克彦 診療放射線技師長、山口大学大学院医学系研究科の田邊 剛 公衆衛生学・予防医学講座教授及び清木 誠 システムズ再生・病態医化学講座教授によるシンポジウムを開催した。（加藤）

27 日医母子保健講習会（2 月 17 日）

自見はなこ参議院議員による講演「子ども政策の今日的課題～成育基本法の成立と今後について～」が行われた。その後、「成育医療の現代的課題と対策」をテーマとしたシンポジウムが行われた。（今村、藤本、河村）

28 第 2 回山口県医療対策協議会（2 月 18 日）

平成 31 年度医師修学資金貸与者の勤務医療機関、平成 31 年度県予算の概要、医療法及び医師法の一部を改正する法律にかかる対応等について

協議を行った。（今村）

29 日本医師会監事会（2 月 19 日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。
（河村会長）

30 日本医師会第 12 回理事会（2 月 19 日）

平成 31 年度事業計画（案）・予算（案）、一般財団法人日本准看護師推進センターの設立、風しんの追加的対策等について協議を行った。
（河村会長）

31 山口大学第 88 回経営協議会（2 月 20 日）

国立大学法人を取り巻く最近の動向について協議後、平成 31 年度予算編成方針（案）、国立大学法人山口大学学則及び山口大学大学院学則の一部改正について審議を行った。また、平成 31 年度運営費交付金等の予定額、一般入試志願状況、女性比率向上のための取組みの報告が行われた。
（今村）

32 山口大学第 59 回学長選考会議（2 月 20 日）

学長の業務執行状況の評価結果等について協議を行った。（今村）

医師国保理事会 ー 第 18 回 ー

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理 事 会

－第 24 回－

3 月 7 日 午後 5 時～7 時 5 分

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

議決事項

1 平成 31 年度事業計画について

事業計画の最終協議を行い、決定した。

2 平成 31 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成の最終協議を行い決定した。

協議事項

1 平成 31 年度新規事業の予算について

前回、一部見直しとなった事業について再協議を行い、承認された。

2 山口県人事委員会勧告に伴う本会職員給与等の改定について

本会の職員給与体系は山口県職員に準じており、平成 30 年 10 月 17 日に山口県職員の給与等に関する勧告がなされたことから、次の通り対応することが決定した。①平成 30 年 4 月 1 日に遡及して給与表の改定及び賞与の支給割合の引き上げを行う。②平成 31 年 4 月 1 日より 6 月期及び 12 月期の賞与の支給割合を均等に配分する。③平成 31 年 4 月 1 日より国家公務員の給与水準との均衡を考慮したマイナス改定の給与表へ改定する。

人事事項

1 山口県いじめ調査検証委員会の委員について

現委員の任期満了により、河村理事を推薦することが決定した。

報告事項

1 第 2 回山口県障害者施策推進協議会

(2 月 21 日)

「やまぐち維新プラン」における障害者施策、「やまぐち障害者いきいきプラン」に係る平成 30 年度の主な取り組み等について協議後、平成 31 年度障害者支援課関連予算（案）の概要説明が行われた。（今村）

2 医療事故調査委員会 (2 月 23 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。（林）

3 医師事務作業補助者研修会 (2 月 23 日)

「体制」と「業務」のテーマに分かれてグループワークを行った。27 施設、68 名の参加があった。（加藤）

4 第 4 回生涯教育委員会 (2 月 23 日)

医学功労賞及び 2021 年度の山口県医学会総会開催地の選考、平成 31 年度の生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。（加藤）

5 山口県緩和ケア医師研修会 (2 月 24 日)

平成 30 年度から e ラーニングでの研修が導入され、その復習と質疑を中心とした講義終了後、グループ演習、ロールプレイングが行われた。受講修了者 16 名。（伊藤）

6 認知症疾患医療センター合同研修会

(2 月 24 日)

山口県総合保健会館において、横浜市立脳卒中・神経脊椎センター臨床研究部の秋山治彦 部

理 事 会

長による「認知症医療の今後の在り方を考える」、東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センターの栗田主一センター長による「認知症とともに暮らせる社会に向けて：Dementia Friendly Communities と Rights-Based Approach」の講演 2 題が行われた。(清水)

7 日本医師会 JMAT 研修 統括 JMAT 編

(2 月 24 日)

講義 4 題：①災害関係制度、②災害医療概論（統括 JMAT 編）、③統括 JMAT 総論、④情報の共有と実際、実習 3 題：①被災地における活動（統括 JMAT 編）、②情報の共有・記録、③日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有等、実習を中心に行われた。(前川)

8 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」

(2 月 25 日)

「医療事故調査制度の概況」（日本医療安全調査機構 木村壯介 常務理事）、「当該医療機関における対応」（日本医師会医療安全対策委員会 宮原保之 委員）等のセミナー及び質疑応答等が行われた。(林)

9 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(2 月 27 日)

医科では、新規 1 件（移転）が承認された。

(河村会長)

10 山口県看護協会との懇談会 (2 月 28 日)

看護教員の養成、看護師の再就業支援、医師の働き方改革、地域での認定看護師の活用等を議題に懇談を行った。(沖中)

11 個別指導「下関市」(2 月 28 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。

(伊藤)

12 第 2 回山口県准看護師試験委員会

(2 月 28 日)

平成 30 年度の准看護師試験の実施状況及び実施上の問題点等について協議が行われた。(沖中)

13 第 2 回国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会 (3 月 1 日)

医療の質・安全管理部の活動状況、医薬品及び医療機器の安全使用のための取組み等について協議を行った。(河村会長)

14 日本医師会女性医師支援シンポジウム in 広島～女性活躍時代～ (3 月 2 日)

広島テレビ放送の馬場のぶえアナウンサーによる特別講演「ママウンサー馬場のぶえの『捨てて得る』のススメ」の後、日本医師会の今村 聡 副会長による基調講演「医師の働き方改革」及び「女性医師と働き方改革」をテーマにシンポジウムが行われた。(長谷川)

15 日本医師会医療情報システム協議会

(3 月 2・3 日)

1 日目は、「オンライン診療の現状と将来展望」に関する講演 4 題及び「医療分野の AI と IoT」をテーマとし、4 名のパネリストによるパネルディスカッションが行われた。

2 日目は、「日医 ICT 戦略セッション」として講演 3 題及び「全国保健医療情報ネットワーク」に関する講演 4 題と 4 件の実証フィールドの中間報告が行われた。別会場では事務局、事例報告、サイボーグ型ロボット「HAL」、医師資格証の利用に関する各セッション等が開催された。参加者 864 名。次期担当県は香川県医師会。(中村、藤本)

16 第 68 回体験学習「消化器内科学」(3 月 3 日)

山口大学大学院医学系研究科消化器内科学講座の協力により、「癌の早期発見を目指した消化管内視鏡診療」をテーマに、2 講義及び実習等のプ

理 事 会

ログラムにより行われた。受講者 8 名。(沖中)

17 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(3 月 3 日)

かかりつけ医の役割・診断・治療・連携と制度の講習及び症例検討(ワークショップ)を開催し、受講修了者に修了証を授与し閉会した。受講者 67 名。(清水)

18 福岡県医師会との懇談会 (3 月 3 日)

「福岡県における訪問診療の現況」、「山口県における女性医師に対する支援」を議題に意見交換を行った。(加藤)

19 臨床研修病院合同説明会 (レジナビフェア 2019 福岡) (3 月 3 日)

15 病院及び山口県医師臨床研修推進センターが出展を行い、訪問学生は 222 名であった。

(白澤)

20 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 113 回苦情解決部会 (3 月 5 日)

苦情相談の受付状況及び苦情解決事案について審議した。(今村)

21 広報委員会 (3 月 7 日)

会報主要記事(4～6 月号)及び新コーナーの掲載予定、緑陰随筆、県民公開講座の内容等について協議した。(長谷川)

22 会員の入退会異動

入会 7 件、退会 13 件、異動 15 件。(3 月 1 日現在会員数: 1 号 1,266 名、2 号 864 名、3 号 456 名、合計 2,586 名)

医師国保理事会 ー 第 19 回 ー

1 特定個人情報保護評価計画管理書及び基礎項目評価書の見直しについて

マイナンバー制度における情報連携において所得情報の取得が可能であることから、「高齢受給者証」に記載する一部負担金割合を判定するため、情報連携一括照会システムを用いて 70 歳以上の被保険者の所得情報を照会することが承認され、2019 年度から実施することが決定した。

また、所得情報の照会の実施や様式改正に伴う特定個人情報保護評価計画管理書及び基礎項目評価書の見直しを行い、平成 31 年 3 月 8 日付けで変更後の基礎項目評価書を個人情報保護委員会に提出・公表することが決定した。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜



2 月 21 日開催の第 23 回理事会は、15 時から医師国保組合会、郡市医師会長会議、医師連盟執行委員会を終えて、17 時半を既に過ぎた時刻からスタートし、議題も多く終了は 20 時半近くとなった。山口市内の役員でも少し気合いを入れての帰路となったが、遠路から出務している役員にとっては、“もう一仕事”という気分の帰路であったと思われる。

3 月 7 日開催の第 24 回理事会は、俳句の季語で例えれば「冴返る」の日で、仕舞い込みそうになったジャケットを羽織っての出席となった。本回で平成 31 年度の事業計画・予算（案）もほぼ決定し、新年度への準備も一先ず整った。

1 「日医医療政策シンポジウム 2019」について

テーマは「医師の地域偏在」で、短期的な施策すら即効性は期待できそうにない課題ではあるが、厚労省の試算で中国四国地方では唯一、医師少数区域とされた山口県としては改めて危機感を感じた。WMA 事務総長 Otmar Kloiber 氏は、短期的には地方で働くことが医師にとって魅力的であることが必要であり、長期的には人口政策が必須で、reproduction にもっと重点をおく仕組みが必要であると話された。ジャーナリストの河合雅司氏は、「不足→増やす」ではなく、集約により社会としての機能を保つことが大切であり、このままだと医師が医師として機能しなくなると警鐘を鳴らされた。福井次矢 聖路加国際大学長は、地域のニーズに最少数で対応できる総合診療医の普及を力説された。

2 月に開催された山口県医療対策協議会で、「医師修学資金がついていなくても県内出身者の 8 割が県内に残り、他県出身の学生の 8 割が県外に出る」との情報があり、自己完結型が強まる現状に別の意味で気にはなったが、そんな贅沢は言っておれない状況である。

2 その他

1) 山口県看護協会との懇談会について

- ①看護師確保の要でもある専任教員の養成については、当面の解決策としては県外での養成講習参加者への助成（県医師会新規事業予定）、今後は山口県立大学の中・長期計画に専任教員養成の役割を明記できる方法の模索が必要
- ②認定看護師については 21 分野が特定されており、山口県では乳がん看護を除く 20 分野において 233 名が資格を有している。特に行政主導で始めた感染管理は 61 名（全国：2,560 名）と多く、病院や診療所で認定看護師の更なる活用が望まれる

2) 福岡県医師会との懇談会について

訪問診療と女性医師支援について情報交換を行ったが、「隣県でありながら斯くも違うのか」と、改めて都会と地方の事情の違いを感じた。（人口：福岡県 約 513 万人、山口県 約 136 万人）

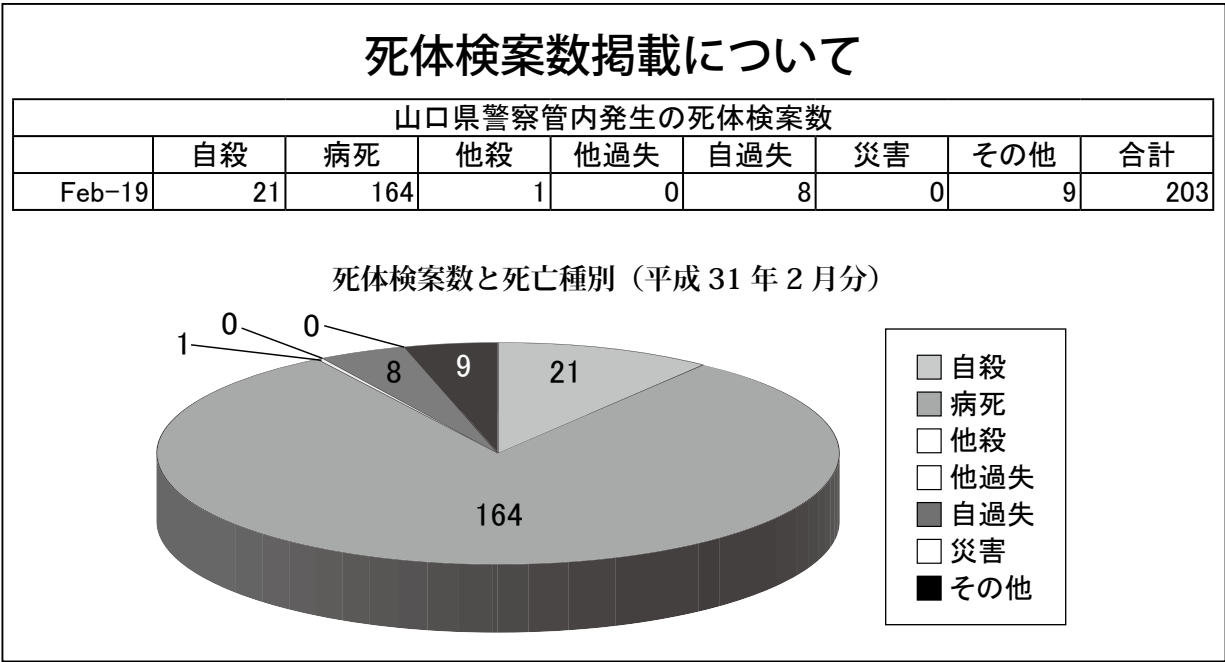
① 訪問診療

- ・訪問診療実施件数（平成 26 年）
 - 福岡県：45,601 件（全国 10 位）
 - 山口県： 9,984 件（全国 35 位）

- ・訪問診療（1 か月）患者数
福岡県（平成 30 年度推計）：33,217 人 人口 10 万対 647
自宅 27%、高齢者住宅 70%、介護保険施設 3%
山口県（平成 28 年度） ： 6,260 人 人口 10 万対 437
 - ・山口県の特徴は、高い療養病床の受療率（全国 2 位）、低調な在宅医療（訪問診療実施件数：全国 35 位、在宅療養支援診療所数：全国 28 位）
 - ・福岡県は高齢者住宅の利用者が多く、在宅医療の対象の 7 割が高齢者住宅である。地域による違いはあるものの介護医療院への転換は少ない。
 - ・山口県の介護医療院が全国的にも多い理由の一つとして、療養病床数が多い（全国 2 位）ことが影響しているであろう。
- ②女性医師支援（県医師会での育児支援について）
- 福岡県：ネット上での情報支援が主
- 山口県：対面での顔の見える支援が主

日本の春は、物事のスタートを象徴する植物の芽吹きや動物の誕生がここ彼処でみられる。医療を取り巻く環境は複雑かつ問題の多様化という方向に向かい、「芽吹き、誕生」という言葉には馴染まない方向のようである。新しい試みと守るべき伝統とのバランスをどのように取るかが新元号時代の宿題となるであろう。「変えねばならないものを変える勇気を、変えることのできないものを受け入れる冷静さを、そして、変えるべきか変えざるべきかを見分ける叡智を」という神学者ラインホルド・ニーバーの言葉をあらためて噛み締めたい。叡智！

[文責：副会長 今村 孝子]





日医 FAX ニュース

**2019 年（平成 31 年）3 月 1 日 2766 号**

- 第 4 次中間まとめ案を了承
- 21 年度制度改正へ議論開始
- ワクチン不足情報収集システム運用へ
- 児相への医師配置「義務化を」

2019 年（平成 31 年）3 月 5 日 2767 号

- 受け入れ条件が整えば退院可能 12.9%
- 対策活用した定期接種の拡大「必要ない」
- 学校での医ケア「チーム体制構築が重要」
- サブスぺ「連動研修」、慎重な運用を
- 前週から減少も、伝染性紅斑は依然「多い」

2019 年（平成 31 年）3 月 8 日 2768 号

- 働き方改革支援、20 年度改定の課題に
- 維持期・生活期リハの算定終了を確認
- 新処遇改善、配分ルールなどを了承
- 横倉会長に肝炎対策への協力要請

2019 年（平成 31 年）3 月 12 日 2769 号

- 根本厚労相が所信、提出法案を説明
- 新指針に基づく地域がん拠点病院は 339
- がん戦略中間評価案を了承
- 生活保護の医療扶助、頻回受診の適正化を
- 伝染性紅斑が 6 週ぶりに増加

2019 年（平成 31 年）3 月 15 日 2770 号

- 最終報告書案の議論開始
- 宿日直取り扱いの解釈を説明
- 外国人受け入れマニュアルを議論
- 2017 年度がん検診、5 種類全て受診率減
- 麻疹の累積報告数、昨年超え 285 例に

2019 年（平成 31 年）3 月 19 日 2771 号

- 暫定特例、終了年限巡り応酬
- 医師法第 21 条の解釈「従来と変わらず」
- 自殺総合対策の実施状況を共有
- 他科と連携で産婦人科医の負担軽減を
- 「日本医師会 赤ひげ大賞」表彰式

2019 年（平成 31 年）3 月 26 日 2772 号

- サブスぺ専門医の連動研修、開始見送り
- 第 4 次中間取りまとめを了承
- 疾病予防促進へ、支援制度強化など議論
- 「エパデール T」の OTC 化、差し戻し

2019 年（平成 31 年）3 月 29 日 2773 号

- 「年代別に 5 段階」で課題整理
- 高齢患者の治療計画担う「司令塔」に
- 「社会保障費とは別に確保を」
- 働き方改革、着実な実行へ啓発を強化

平成最後の〇〇〇

飄

々

広報委員

津永 長門

いよいよ平成時代の終わりが近づこうとしています。ここ半年は「平成最後の〇〇〇」というフレーズを聞かない日はないくらいです。平成最後の紅白歌合戦はサザンオールスターズの「勝手にシンドバッド」で盛り上がり良かったのですが、最近では「平成最後のバレンタインデー」や「平成最後のホワイトデー」など、商魂たくましく、昨年と何が変わったか分からないものまで、玉石混淆の感があります。

元号と言えば、最初に用いられた大化から平成まで 231 個あるとのことですが、覚えているのは、「大化の改新」の大化と慶応、明治、大正、昭和、平成くらいでしょうか。大化の改新は「虫殺(645)された蘇我入鹿」と語呂合わせで 645 年と覚えていましたが、調べてみると、今では 645 年はこの年の干支から「乙巳の変」と呼ばれ、その後、大化 2 年(646 年)1 月に改新の詔が發布されてからの一連の改革を大化の改新と呼ぶそうです。

歴史が変わると言えば、鎌倉幕府の成立も、私は「いい国(1192)つくろう鎌倉幕府」と覚えていましたが、これも子供たちに聞くと、「古いよ、今は朝廷から文治の勅許を得た 1185 年が鎌倉幕府の成立の年。」だそうです。また、日本最大の前方後円墳と言えば仁徳天皇陵古墳ですが、最近、百舌鳥・古市古墳群として今年のユネスコ世界文化遺産候補に決定したニュースが流れていましたが、これも現在は仁徳天皇陵古墳ではなく、大仙陵古墳と呼称されていました。昭和 63 年、昭和最後の卒業生にとっては、昭和は遠くなりにはけり、ですね。

振り返ってみると、平成元年は出生率が 1.57 と昭和 41 年の丙午の 1.58 を下回る戦後最低を記録した、産婦人科医にとっては忘れられない

年でした。さらに、平成 17 年には過去最低である 1.26 まで落ち込み、近年は微増傾向が続いていましたが、平成 29 年は 1.43 と 2 年連続の低下です。出生数は、1971 年から 1974 年までの出生数 200 万人を超える第二次ベビーブームからずっと減少傾向で、それでも平成元年は 124 万 6,802 人の出生数でしたが、平成 28 年は統計の残る明治 32 年以降、初めて出生数が 100 万人を下回る結果(97 万 6,978 人)となり、平成 29 年の出生数も 2 年連続 100 万人割れ(94 万 6,065 人)で過去最少を更新しました。

出生率がほぼ横ばいなのに出生数が大きく減っているのは、母親となる女性の人口そのものが減っているためです。それが顕著なのは中国で、1979 年から 2015 年まで続いた一人っ子政策の弊害として、2016 年に政策が撤廃されても人口減に歯止めがかからず、急速な高齢化社会が進行しています。

人口を維持するには出生率 2.07 が必要ですが、政府は、独身女性が結婚して出産したいという希望が叶った場合の出生率を希望出生率と定義し、1.8 という具体的な目標を掲げています。これとて、人口減少を遅らすだけの目標でしかなく、早急に、働き方改革で、大胆な出産・育児と仕事を両立させる施策を打ち出さないと、出生率がたとえ 2 を超えても、母親となる女性の人口が減っているのは、手遅れになります。

救いなのは、最近、患者さんの中で、「元号が新しくなるので、これを機に入籍・出産する予定です。」と言われる人が増えていることです。第三次ベビーブームとまではいかないでしょうが、少し期待して、平成最後の飄々を終わりたいと思います。



第 78 回山口県臨床外科学会

と き 2019 年 6 月 2 日 (日) 8:55 ~ 17:05

ところ 光商工会館 (光市島田 4 丁目 14-15)

TEL: 0833-72-2234

プログラム

一般演題発表討論 25 題程度と下記の 3 講演を予定しています。

特別講演 1

心臓血管外科治療の県内での現況と最近の話題

山口大学大学院医学系研究科器官病態外科学教授 濱野 公一

ランチョンセミナー

当科と腹腔鏡手術の過去・現在・未来

山口大学大学院医学系研究科器官病態外科学講師 原田栄二郎

特別講演 2

「劇的救命」めざして

病院前からはじまる救急医療～疾病から労災・災害医療まで～

久留米大学医学部救急医学講座主任教授／

久留米大学病院高度救命救急センターセンター長／

久留米大学病院副院長

高須 修

参加費 1,000 円

学会長 医療法人社団平岡医院 平岡 博

学会準備委員長 光市立光総合病院 折田 雅彦

問合せ先 一般社団法人光市医師会内

〒 743-0063 山口県光市島田 4 丁目 14-15

TEL: 0833-72-2234 FAX: 0833-72-6882

E-mail: yamaringe78@sun.email.ne.jp

医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate

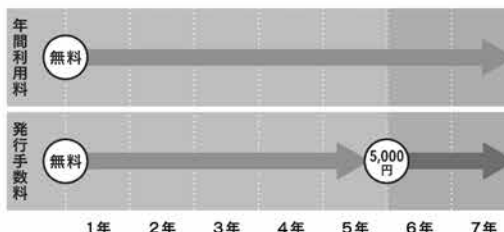


日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

費用

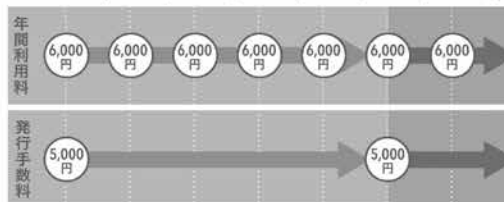
日医会員

- ・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

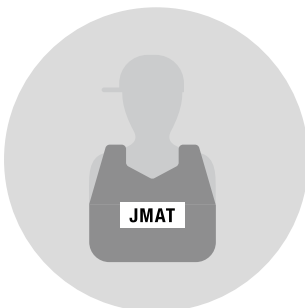
身分証としての利用シーン



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

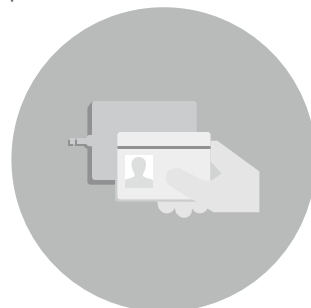
災害時等緊急時に券面の提示によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医療チーム派遣時にも医師資格証の携帯を推奨しています。



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。

原 田 勇 氏 宇部市医師会 3 月 3 日 享 年 81

柴 田 眼 治 氏 山口市医師会 3 月 18 日 享 年 78

編 集 後 記

昨年からの大ヒット映画「ボヘミアン・ラブソディ」を遅まきながら観た。高校卒業を間近に控えた末の子との久々の映画。ロックバンド「クイーン」がスーパースターへの階段を上ってゆく映画前半は、明るくテンポよく進行するのだが、じわじわともの悲しいきもちになってくる。決して映画後半で主人公を待ち受ける悲劇のためだけではない。隣にいる子と観る最後の映画になるかもしれないからだ。この子とは、春休み、夏休みと必ず映画館に足を運んだな。定番のクレヨンしんちゃん、ドラえもんから始まって、ハリー・ポッター、パイレーツ・オブ・カリビアン、トイ・ストーリー、ついこの前は女王陛下のお気に入り、そして今日のフレディ・マーキュリーに至る。これからは誰と行くのだろう。私、一人になっても映画行くかしら。

「この味がいいねと君が言ったから七月六日はサラダ記念日」俵万智
若かった万智ちゃんは、彼氏との記念日を歌ったが、こちらは子どもとのお別れ記念日だ。

「これが君とみる最後の映画だから 2 月 28 日はシネマ記念日」奈津江
それ以来、毎日が記念日となる。最後のココア、最後のアヒージョ、最後のときわ公園。汲めども尽きぬ歌心。あっ、もう拙作の披講はしませんのでご安心ください。

「人の親の心は闇にあらねども子を思ふ道にまどひぬるかな」藤原兼輔
「やまと歌は、人の心を種として、よろづの言の葉とぞなりける」古今和歌集仮名序
春は、若者には旅立ちの季節であるが、残されたものにはただ祈りの日々である。

「さよならを言うのは、わずかの間死ぬことだ。」レイモンド・チャンドラー
「花発多風雨 人生足別離」于武陵
「花に嵐のたとえもあるぞ さよならだけが人生だ」井伏鱒二 訳

さて、8 月号の緑陰随筆、散文だけでなく俳句、短歌、現代詩、川柳、漢詩、書道、絵画、携帯で撮ったスナップショットもお待ちしております。迷句シネマ記念日をご覧になって、お気軽にご投稿いただければ望外の喜びです。

(理事 長谷川 奈津江)



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）