山口県医師会報

令和元年(2019年)
9月号
― No.1909 ―

初秋の海（角島）　渡邉惠幸　撮

Topics　指導医に聴く「私が研修医だった頃」

Contents

■指導医に聴く「私が研修医だった頃」……＜聴き手＞石田　健　669

■今月の視点「やまぐちオレンジドクター制度の創設」……清水　暢　674

■令和元年度 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会 ……藤本俊文　678

■平成 30 年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会……加藤智栄　684

■令和元年度 郡市医師会小児救急医療担当理事協議会 ……前川恭子　686

■令和元年度 都道府県医師会医師偏在対策
・働き方改革担当理事連絡協議会……　加藤智栄、沖中芳彦、中村　洋　690

■マスギャザリング災害（CBRNE テロ含む）対策セミナー
（令和元年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会）……　吉水一郎　710

■第 50 回 中四九地区医師会看護学校協議会……沖中芳彦、前川恭子　716

■令和元年度 山口県医師会有床診療所部会 第 1 回役員会 ……正木康史　736

■第 32 回全国有床診療所連絡協議会総会 群馬大会……正木康史、伊藤真一　738

■第 15 回 男女共同参画フォーラム……今村孝子、中村　洋、長谷川奈津江　748

■第 77 回山口県医謡大会 ……野瀬橘子　752

■令和元年度 第 1 回医師国保通常組合会 ……　754

■理事会報告（第 8 回、第 9 回）……　767

■飄々「 親となり感じたこと 」……岡山智亮　772

■日医 FAX ニュース ……　773

■お知らせ・ご案内……　774

■編集後記……　長谷川奈津江　782

指導医に聴く

『私が研修医だった頃』

第６回

済生会下関総合病院臨床研修プログラム責任者
平　野　能　文　先生

と　き　令和元年７月22日（月）
ところ　済生会下関総合病院
［聴き手：広報委員　石田　　健］

石田委員　「指導医に聴く」の第６回目として、済生会下関総合病院の平野能文（よしふみ）先生にお話を伺いたいと思います。本日はお忙しい中、インタビューのお時間をいただきまして誠にありがとうございます。

まず、自己紹介をお願いします。

平野先生　山口県済生会下関総合病院循環器科の平野能文と申します。出身は下関市です。1994年（平成６年）に島根医科大学（現 島根大学医学部）を卒業後、同大学第四内科（循環器内科・腎臓内科）に入局、２年間大学病院及び島根県内、鳥取県内、山口県の病院をローテートする医局が規定する初期臨床研修を修了した後、大学病院で臨床、研究に従事し、1997年から2001年まで島根県済生会江津総合病院循環器内科に勤務しました。同院は地域の中核病院で急患も多く、この４年間で診療科を超越した多彩な疾患を経験することができました。その後、再び島根大学医学部第四内科に勤務した後、2007年５月より2008年５月末まで東京都府中市の榊原記念病院に専修医として勤務し、全国から集まった多くの先生方とともに、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）、心エコー図検査を中心に循環器内科全般の研修をさせていただきました。榊原記念病院は、心臓血管外科手術件数が（当時）年間1,500例を超え、国内では最多の症例数を経験できる循環器病センターです。東京という立地条件もあってか、北海道から沖縄まで全国から患者さんが集まっていました。この13か月間は、毎日２～３時間睡眠の生活でしたが、膨大かつ多彩な循環器疾患の症例を経験することができました。また、循環器学会でもご高名な先生方と寝食を共にして勤務したことで、現在もなお交流を続けさせていただいており、自分のかけがえのない財産となりました。その後、ご縁あって、2008年６月より故郷の下関市にある当院の循環器科に着任し、現在に至ります。

石田委員　ありがとうございました。次に済生会下関の紹介をお願いします。

平野先生　当院は、山口県の西の端にある下関市の日本海（響灘）を一望する海のそばに立地する総合病院です。1924年（大正13年）恩賜財団済生会委嘱による下関診療所に始まり、1959年（昭和34年）に貴船町に移転、病床数を119床から373床とした後、建物の老朽化と狭隘化のため2005年（平成17年）４月、安岡町に新築移転しました。地域の二次救急医療を担っており、全30科を標榜しています。心臓血管センター、健診センターを備え、小児救急拠点病院、地域周

産期母子センター、地域医療支援病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院に指定されており、地域医療に少しでも貢献できればと、職員一丸となって日々の業務に専心しております。

石田委員　済生会下関は、下関市の急性期医療の中心として活躍されていることは周知の事実です。その結果、市民の間でも難しい病気は済生会でと言われています。先生は循環器を専門にしておられますが、新専門医制度に関してどのようにお考えですか。また、初期臨床研修医は平均何名おられ、後期研修はどのようにしておられますか。山口大学でも行っているのですか。

平野先生　ご指摘の如く、新専門医制度が始まり、2018年４月より基本領域学会の研修が開始されました。「専門医」とは、「それぞれの専門領域で、その領域の専門研修を受け、患者さんから信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義されました。また、「一定の専門性を担保しつつ、あくまでそれぞれの専門領域で標準的な医療を提供できる医師」とされました。これまでの学会主導の専門医制度では、各学会が独自に専門医制度を運用してきたため、領域間の統一性が十分でなく、専門医の質が一定でないこと、多種多様な専門医が乱立して、患者さん、国民から見て分かりにくいなどの問題点がありました。今回の専門医制度は専門医の質の向上を目指す教育制度であり、専門医の実力を質の差なく維持、向上させ、わかりやすくするという意味で大変重要だと思います。ただ、新専門医制度の導入に際し、施設基準が変更された結果、今まで初期臨床研修の基幹病院であっても後期研修の基幹病院になれない事例が発生したり、初期臨床研修医が専門医資格取得を念頭に初期臨床研修病院を選択すると、結果的に初期臨床研修医の地域偏在を招く懸念が生じています。山口県はまさに若手医師の地域偏在の影響を受けており、医師偏在を回避するための十分な対策を講じる必要があると考えます。

当院では毎年、基幹型８名、山口大学との協力型２名、合計10名の初期臨床研修医を定員としております。おかげさまで、2018年度は基幹型８名の研修医がフルマッチとなりました。当院で初期臨床研修を終えた医師のほとんどは、山口大学の各診療科の医局に入局し、山口大学で後期研修を受けています。現在、当院の基幹型の後期研修医はおりません。

石田委員　東京の専攻医が全国に占める割合は21.7％ということで、これは新専門医制度の最大の歪みと考えています。できる限り早期にこの問題を解決し、各地の地域医療の充実を図りたいものです。済生会下関は、下関市内では高度急性期及び急性期医療を担う病院の代表と思いますが、どのような特徴がありますか。

平野先生　当院の最大の特徴は、救急車搬送症例数が大変多いことです。2018年は、月平均720名、年間約9,600件の急患、約3,500台の救急車を受け入れました。ドクターヘリも積極的に活用しております。初期臨床研修の経験すべき目標には、救急の現場での初療をすることが多々含まれますが、特に下関市の救急輪番制の当番日には、初期臨床研修医が指導医や上級医の指導・監督の下、さまざまな急患の初療に従事し、内科系に入院後は退院まで主治医とともに診療し、疾患の一連の経過を学ぶようにしております。また、週１回、初期臨床研修医主導で救急カンファレンス、内科カンファレンスを開催し、指導医、上級医とともに症例を振り返りディスカッションしています。この症例検討会により、疾患への理解が深まることはもとより、プレゼンテーションの基本を習得することができると考えます。当院では各診療科間の隔たりが少なく、気軽にコンサルトできる環境にあり、円滑な診療ができていると感じます。また、院内で主催のBLS、ACLSコースを開催しており、初期臨床研修医はもちろん、メディカルスタッフも多数参加して自己研鑽に励んでおります。外来患者さんが1,000人を超える日もあり、メディカルスタッフは膨大な業務に携わっていますが、みな向学心旺盛で、頻回に院内の勉強会、講習会を開催し、また、自学としてパソコンを用いたe-ラーニングを活用しています。みな礼儀正しく、すれ違うとき「おはようございます」、

「お疲れ様です」と挨拶し、とてもすがすがしい気持ちで業務に当たることができる病院です。

石田委員　信頼されている先生方が激務のために倒れられると、一番困るのは患者さんなので体調を壊されないように対応してください。

さて、下関市では地域医療構想の議論が活発に行われています。私も何度か公聴会に出席し拝聴していますが、なかなか議論が進まないようです。お聞かせいただける範囲でいいのですが、先生には何か良いお考えがありますか。

平野先生　とても重要でかつ繊細な問題と考えております。ご存じの通り、団塊の世代が75才以上になる2025年が迫って参りました。医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者さんが状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが急務とされ、全国で地域医療構想に関して盛んに議論されております。この問題に関して意見を申し上げる立場にはありませんが、特に高度急性期及び急性期医療に関しては、下関市の救急医療の特徴である輪番制を堅持する上で、現状を考慮すると困難な問題が多数あると感じています。当然それぞれの病院の機能や診療体制は一様ではありませんので、輪番病院同士で適切な役割分担を議論することは一筋縄ではいかないと思います。ただし、分野別、疾患別にある程度特定の医療機関をセンター化し、診療機能を統合・集約することで、下関市の高度急性期医療、急性期医療の質の向上、医療業務の効率化につながる可能性があり、検討の余地があると考えております。

石田委員　山口県の将来の医療構想である病院の機能、診療体制を総合的に集約し、少子高齢化、人口減少、新専門医制度の下、今後30年間は安定していけるような地域医療構想に対して、下関の四大病院の院長先生方も「自分の病院経営だけでなく、その実現のためのアイディアを出し合って推進していきたい」と仰っています。しかし、各論となると、現場を預かっておられる先生方のご苦労は大変と思います。くれぐれも体調を崩されないようにお願いします。

話は変わりますが、先生の個人的なことを伺います。座右の銘はありますか。また、尊敬する人物はおられますか。

平野先生　座右の銘は「温故知新」です。孔子が師となる条件として、先人の思想や学問を研究するよう述べた言葉で、まさに日常臨床のみならず、人生の基本理念と思います。臨床研修プログラム責任者を拝命してからよく思い出しますのは、第26、27代連合艦隊司令長官 山本五十六の「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、ほめてやらねば、人は動かじ」という言葉です。これは、まさに現代の医学教育の理念ととても合致していると思います。臨床研修、医学教育関連の講習会などでよく指摘されるのが、現代の若い医師とベテラン医師との意識・考え方の違いです。年齢の高い人は、若い人をみると「今の若い者は・・・」とか、「自分たちが若かった頃は・・・」と言いたくなることが多いと思います。しかし、よく振り返ってみると、自分自身も若かった頃は、多少の状況の違いこそあれ、その当時の先輩たちからみれば、同様に「今の若い者は・・・」と思われていたはずです。特に昨今は、医学教育のみならず、日常生活でも「怒ってはいけない」、「褒めて育てる」と強調されます。この山本五十六の言葉はとても心に沁みます。

石田委員　趣味については、いかがですか。

平野先生　自動車の運転（ドライブ）、音楽鑑賞と、下手の横好きのギターを弾くことです。

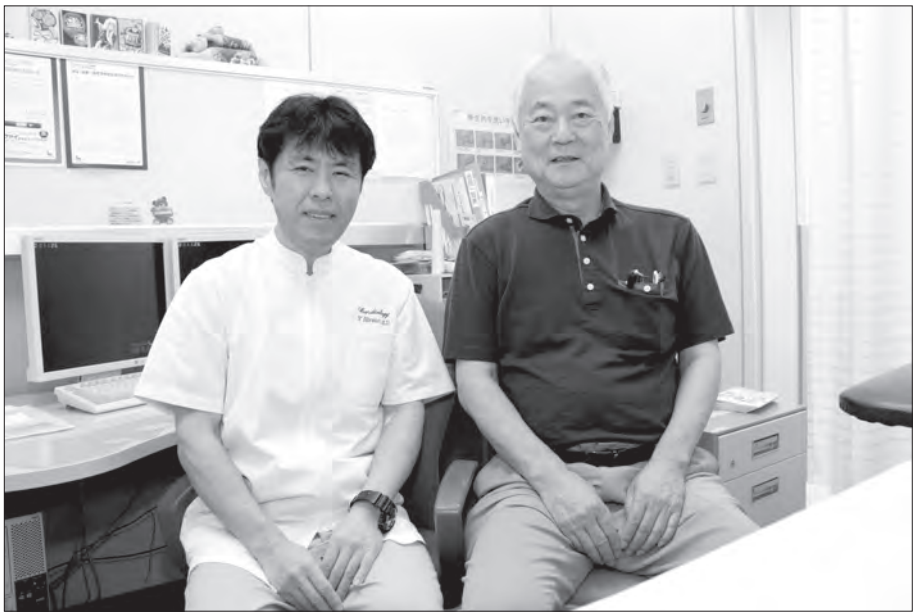
石田委員　診療に時間がかかることはやむを得ませんが、何とか時間のやりくりをして、余暇を楽しんでください。

最後に、研修医へのメッセージをお願いします。

平野先生　臨床研修は、果てしなく続く医師人生のまさにスタート地点であり、今直面する疾患、事象に対する知識、経験、思考過程は、その後

の自身の医療における姿勢の基礎を作り上げる最も大切な時期と考えます。現在の臨床研修制度では、膨大なノルマをこなさなければならず、多忙な毎日をフル回転で過ごし、あっという間に研修期間が終わってしまったと感じる先生も多いことでしょう。しかし、この時期こそ、無駄なことなど一つもなく、必ずや先生方の血となり肉となり、今後あらゆる場面で先生方を助けてくれる力となるはずです。進路も含め、困ったこと、悩みがあれば、何でも遠慮なく私たち指導医、上級医に相談してください。指導医、上級医は、先生方の初期臨床研修が充実したものになるよう、協力を惜しみません。なぜならば、自分たちもそうやってきた結果、現在の自分があるからです。一緒に頑張りましょう。

石田委員　本日は大変貴重なお話を聞かせていただきまして、誠にありがとうございました。先生の今後のご活躍を祈念しましてインタビューを終わらせていただきます。



冬季特集号「炉辺談話」
原稿募集

山口県医師会報2019年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」欄にてご確認いた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、コメントもお願いいたします。）
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**10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	**電子メールまたはUSB/CD-Rの郵送**	**11月18日**
②手書き原稿	郵送	11月11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総務課内 会報編集係
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、必ず著作権や版権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。

今月の視点

やまぐちオレンジドクター制度の創設

常任理事　清水　　暢

紆余曲折はあったが、令和元年８月１日を以って「やまぐちオレンジドクター」制度がスタートした。制度ができても、これが一般に広く周知され活用されなければ意味をなさない。高齢化が急速に進行する当県においては、認知症に対する市民の関心は高く、認知症に関する市民対象の講演会は、他のどの疾患の講演会より集客力が高い。その一方で、患者さんやその家族が認知症に関してどの診療科を受診すれば良いのか？かかりつけの医師に相談しても良いものか？等で、実は戸惑われていることも日常的によく経験する。

1. 高齢化社会の現状

すでに言い尽くされているように、わが国は今後急激な人口減少社会を迎え、未だどの国も経験したことがない超高齢社会を迎える。特に85歳以上の人口は令和22年まで一貫して増加し、令和13年以降の数年間は85歳以上の人口が年率5%を超えて増加する。

県内では高齢者人口のピークは令和２年の46万２千人で、その際の高齢化率は34.5%であるが、その後、高齢者人口の実数は漸次減少するも総人口の減少により高齢化率は上昇し、令和22年には38.3%となり、その際の総人口は107万人と推計されている。ただ、75歳以上の後期高齢者人口のピークは令和12年の28万３千人で、その際の総人口は120万人で県民の1/4近くが75歳以上ということになる。山口県の高齢化は、全国に比して約10年早く進行していると考えられるが、今後の10年間は85歳以上の人口は実数としても増加し続けることとなる。

認知症に関して言えば、特に女性では80歳代後半から認知症の有病率が急増して50%を超えるようになり、その後、直線的に有病率は上昇、90歳代後半では７割～８割となる。男性も同様に年齢とともに上昇するが、女性よりは若干低めで80歳代の後半でも４割程度、90歳代で50%程度と頭打ちとなる。これは平均寿命が女性より短いためと考えられるが、何れにせよ85歳以上の高齢者の認知症有病率は高く、85歳以上の高齢者人口が実数として増加すれば、当然、認知症患者数も増加することとなる。

わが国全体では、認知症高齢者の年齢階級別構成比は、推計では令和２年で高齢認知症患者602万人のうち、85歳以上が53%を占めるが、85歳以上の人口の急増により20年後には高齢認知症患者797万人のうち、85歳以上の患者数が67%と全体の2/3を占めるようになると推計される。現在、県内の認知症患者数は８万人と推定されるが、2025年問題の年、令和７年には８万６千人から９万３千人に増加すると言われている。

2. 認知症の諸施策の開始

平成16年12月を以って、それまでの「痴呆」の呼称が「認知症」へと変更され、「尊厳を持って最後まで自分らしくありたい」とする、人間としての切実な願いの最大の障壁となっていた認知症への取組みが本格的に開始された。急速に超高齢社会を迎えるわが国にとっては、認知症対策は最重要課題の一つと言っても過言ではない。

従来、negativeなイメージで捉えられていた「痴呆」という言葉を「認知症」に呼称変更し、認知症の患者さん及び患者さんを支える家族を、地域全体で支えることにより、誰もが暮らしやすい地域を創造する運動、「認知症を知り地域をつくる

10カ年」キャンペーンが、平成16年からスタートした。平成17年から「認知症サポーター」の養成事業とともに、「認知症サポート医養成研修」が開始され、1年遅れて「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も導入された。また、平成20年からは認知症疾患医療センターの運営事業が始まり、認知症対策が加速度的に進められるようになった。

当県においては、制度開始当初は「認知症サポート医養成研修」修了者数は年間1桁台であったが、平成24年頃から30人台となり、以後、年とともに修了者数は増加し平成29年からは100人の大台を超えて、現在は142名である。また、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者も、年とともに増加し、制度開始以来の延べ人数は昨年度末までに800人を超えている。

3. オレンジドクター制度の概要

認知症対策としては、全国的に郡市レベルや都道府県レベルで以前からさまざまな取組が実施されてきているが、やはり、その名前が最も浸透しているのが「もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）」制度であろう。近県においても広島県や高知県、大分県等で導入されており、特に広島県では、約10年前の平成22年から制度が開始されている。

県によって内容に若干の相違はあるが、多くの場合、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、その他、県知事の認める認知症の研修修了者でオレンジドクターとしての登録に同意した医師にオレンジドクターのプレートを交付し、その氏名を公表し、認知症の早期発見及び早期対応の促進や、認知症患者及び家族の相談・支援、地域における支援体制の構築等の役割を担ってもらうというものである。

オレンジドクターの名称は、前述した「認知症サポーター養成研修」修了者に対して、以前から国が「オレンジリング」（ブレスレット）を配布しており、オレンジ色が認知症患者さんやその家族への応援カラーとして定着していることに由来し、この色自体が「手助けします」の意味を持つといわれている。

4. 当県での制度創設の経緯

認知症サポート医の増加とともに、年間1回ほど「認知症サポート医フォローアップ研修」が開催されるようになり、当県では、サポート医の活動実態を明らかにするためのアンケート調査がその都度、実施されるようになった。アンケートとは言え、回収率が毎回50%を切っていたため必ずしも実態が明らかになったとは言い難いが、総じて「サポート医として活動の場が無い」、「サポート医として活動の場さえあれば、積極的に関わっていく意思がある」との回答が多かった。また、回答者の70%程度が「オレンジドクターは必要」との認識を持っているものと理解された。

山口県のホームページには「認知症施策の総合的な推進」として、サポート医（認知症サポート医養成研修修了者）や、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者の名簿や認知症疾患医療センター等の情報がアップロードはされているが、これらは認知症施策のハード面での情報でしかなく、現実には「サポート医として活動の場が無い」状況は、サポート医の数が増加しても一向に変化は無かった。

確かに、認知症対応力向上研修を修了したかかりつけ医、サポート医ともに増加している現状に、オレンジドクター制度を創設することは「屋上屋を重ねる」に等しいとの意見もある。しかし、制度としてのオレンジドクターの意味する処は全く違うものであり、認知症施策のソフト面と考えるべきであろう。

当県の高齢化に特徴的なのは、全世帯に対する高齢者単身世帯の割合が高く（全国4位）、高齢夫婦のみ世帯の割合に至っては全国1位で、今後10年間にわたってこの状態が継続することである。そのため、医療機関へは介助者のいない高齢者単独の受診が多く、他疾患で受診中の高齢者に認知症の症状が現れた場合に、しかも、その患者さんが独居であったり、家族にキーパーソンがいない場合には、患者さんへのインフォメーションの仕方に困難を感じることも多い。その時、オレンジドクターのプレートと自らがオレンジドクターであることを相手に知らせれば、治療的介入が大いに容易となる可能性がある。また、認知症を心配した家族が、患者さんとともに受診した場

合でも、オレンジドクターであることが分かれば、はるかに容易に相談や支援に当たることも可能となり、家族からの日常生活での様子等の情報も得られ易く、治療の開始も早まる可能性がある。

認知症という病名が一般化し、かなり敷居が低くなった認知症疾患医療センターではあるが、認知症の特性として家族が受診させようとしても患者さん本人の拒否等から、受診が難しい場合がある。専門的診療科でもない一般の医療機関で、認知症の相談等に対応できることが分かれば、発症早期からの医療へのアクセスが十分に容易になるものと思われる。また、県内各医療圏に設置済みの認知症疾患医療センターへのオレンジドクターというワンクッションを介してのアクセス、連携ももっと活発になるものと思われる。

5.「やまぐちオレンジドクター」制度の内容

「やまぐちオレンジドクター」の要件としては、

(1) かかりつけ医認知症対応力向上研修

(2) 認知症サポート医養成研修

(3) その他前各号に類似する研修で知事が特に認めたもの

となっており、(1) ～ (3) の研修の修了者であって氏名等の公表に同意し、県の名簿に登録した医師となっている。

また、オレンジドクターによる認知症診断・治療に関して相談できる体制を整備するために、「やまぐちPREMIUMオレンジドクター」を設置している。その要件としては、

(1) 日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医、又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症サポート医である者もしくは今後５年以内に認知症サポート医養成研修を受講する予定のある者

(2) 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に５年以上従事した経験を有する者（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る）

(3) その他前各号に掲げる者と同等以上であると知事が認める者

となっており、認定審査を経て氏名等の公表に同意し、県の名簿に登録した医師となっている。

オレンジドクター・PREMIUMオレンジドクターには、それぞれ「ちょるる」をモチーフにしたプレート（**下図**）が交付され、オレンジドクター・PREMIUMオレンジドクターの証としてプレートを院内に掲示して、認知症に関する相談や認知症患者さんや家族への支援等に当たることとなる。

6. オレンジドクターへの期待

認知症の診療は医療のみで完結するものではなく、むしろ介護が関わる部分の方がはるかに大きい。しかも、対象となる患者さん本人の診断・治療のみならず、その家族への相談対応や支援も重きをなす。オレンジドクター制度によって患者さんの医療へのアクセスが良くなり、さらにはオレンジドクターがゲートウェイとして機能して、認知症疾患医療センターとの連携や、医療から介護の領域にも連携が大きく拡がっていくことが期待される。そのためにはアクセスポイントが多ければ多い程良いわけで、オレンジドクター・PREMIUMオレンジドクター合わせて260数名で始まったこの制度が、登録医数がさらに増加して、今後の山口県の認知症対策の“切り札”として機能していくことを念願している。

「オレンジドクター」・「PREMIUMオレンジドクター」のプレート

県民公開講座
入場無料
申込不要
日時 2019年11月10日(日) 13:00～15:00(開場 12:30)
場所 山口県総合保健会館 2階「多目的ホール」
(山口市吉敷下東三丁目1番1号)
プログラム
13:05～13:30
第10回「いのち きずな やさしさ」フォトコンテスト表彰式
審査委員長で写真家の下瀬信雄氏(第34回土門拳賞受賞)による表彰作品の講評あり。
当日、会場にコンテストに応募があったすべての作品を展示。
13:30～15:00
特別講演
100歳まで
元気に過ごすための運動処方
NHKみんなで筋肉体操の筋トレ指導者
近畿大学生物理工学部准教授 谷本 道哉 先生
主催 一般社団法人山口県医師会
お問い合わせ先
山口県医師会 TEL:083-922-2510
・手話通訳、要約筆記を用意しております。
・託児を希望される方につきましては、参加者氏名(フリガナ)、住所、電話番号、お子さんの氏名(フリガナ)、生年月日、性別を記載したものを10月15日(火)までにFAX(083-922-2527)又はメール(info@yamaguchi.med.or.jp)にて山口県医師会までご連絡願います。(※託児は無料です。)
・駐車場につきましては、数に限りがありますので、出来るだけ公共交通機関をご利用願います。
カメラのキタムラ
至小郡
至県庁
洋服の青山
コープ
歯科医師会
山口県総合保健会館
維新百年記念公園
湯田自動車学校
温泉の森
マンガ倉庫
ENEOS
西京銀行
山口銀行
常盤
ダイハツ
いずゞ
ダイソー
ホテルニュータナカ

令和元年度
郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

と　き　令和元年５月９日（木）15：00～16：30
ところ　山口県医師会６階会議室

［報告：常任理事　藤本　俊文］

挨拶

河村会長　本日の会議に参加されている先生方は地域医療を兼任でされていることが多いかと思う。本日は県からも多数の方に参加いただいている。県の協力なくして本事業は推進できないのでご協力をよろしくお願いする。

報告・協議事項

1. 風しんに関する事業について

県健康増進課　先天性風しん症候群の発生を予防するため、妊娠を希望する女性等の中で風しんの免疫がない方に風しんワクチン接種を促進することを目的として、医療機関及び健康福祉センターで抗体検査（1回）を実施し、「抗体価が低い」方に対し、風しん予防接種の勧奨を行う。対象者は検査日時点で県内に居住し（下関市居住の場合は市の事業があるため対象外）、①妊娠を希望する女性、②妊娠を希望する女性又は妊娠中の女性の配偶者、③妊娠中の女性の同居者（妊婦が十分な免疫を保有していない場合に限る）で、風しんのワクチン接種歴・既往歴・抗体検査歴がない人である。ただし、市町が実施する第５期定期接

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡　野村　壽和
玖　珂　山下　秀治
熊毛郡　曽田　貴子
吉　南　嘉村　哲郎
美祢郡　坂井　久憲
下関市　綾目　秀夫
宇部市　内田　悦慈
山口市　山縣　俊彦
萩　市　宮内　嘉明
徳　山　椎木　俊明
防　府　松村　康博
下　松　野原　寛章
山陽小野田　大塚　祥司
光　市　井上　祐介
柳　井　松井　則親
長門市　桑原宏太朗
美祢市　札場　博義

山口県医師会

会　長　河村　康明
常任理事　藤本　俊文
常任理事　前川　恭子
理　事　吉水　一郎

山口県健康福祉部

健康増進課

課　長　石丸　泰隆

健康づくり班

主　査　古谷　正洋

感染症班

班　長　中村　寿夫
主　任　野村　洋子
主　任　川﨑加奈子

精神・難病班

主　任　植田　達也

医療政策課　医療対策班

主　幹　松本　哲也

医務保険課　保険指導班

主　査　山田　和弘
主　任　木村　俊雄

種となる昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までに生まれた男性は除く。検査は原則 HI 法で、抗体価の判定は市町検査と異なり、**表 1** を使用する。

風しんの追加対策について

藤本　全国知事会と日本医師会が集合契約を結び、今年度から 3 年間、昭和 37 年（1962 年）4 月 2 日から昭和 54 年（1979 年）4 月 1 日までの間に生まれた男性が風しんに係る定期の予防接種の対象者であり、市町が実施する。対象者はまず、風しんの抗体検査を受け、抗体価が十分にない方について、定期の予防接種を行う。対象者の利便性の向上を図るため、居住地以外でも抗体検査や予防接種を受けることができる。抗体検査と予防接種については、国が医療機関・健診機関向けの手引きを作成しており、必ずご確認いただきたい。抗体検査は医療機関で実施する抗体検査の他に、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である。接種費用は各市町村

表 1

風しんの感染予防に十分な抗体を持っていないとされる抗体価の基準

測定キット名（製造販売元）	検査方法	風しん第５期定期予防接種に係る基準（市町事業）	妊娠を希望する女性等を対象とする基準（県事業）
風疹ウイルスＨＩ試薬「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法（HI 法）	８倍以下（希釈倍率）	１６倍以下（希釈倍率）
Ｒ－ＨＩ「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法（HI 法）	８倍以下（希釈倍率）	１６倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ IgG（デンカ生研株式会社）	酵素免疫法（EIA 法）	６．０未満（EIA 価）	８．０未満（EIA 価）
エンザイグノスト B 風疹/IgG（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）	酵素免疫法（EIA 法）	１５未満（国際単位（IU）/ml）	３０未満（国際単位（IU）/ml）
バイダスアッセイキット RUB IgG（シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法（ELFA 法）	２５未満（国際単位（IU）/ml）	４５未満（国際単位（IU）/ml）
ランピアラテックス RUBELLA（極東製薬工業株式会社）	ラテックス免役比濁法（LTI 法）	１５未満（国際単位（IU）/ml）	３０未満（国際単位（IU）/ml）
アクセスルベラ IgG（ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法（CLEIA 法）	２０未満（国際単位（IU）/ml）	４５未満（国際単位（IU）/ml）
i-アッセイ CL 風疹 IgG（株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法（CLEIA 法）	１１未満（抗体価）	１４未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG（バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法（FIA 法）	１．５未満（抗体価 AI*）	３．０未満（抗体価 AI*）
BioPlex ToRC IgG（バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法（FIA 法）	１５未満（国際単位（IU）/ml）	３０未満（国際単位（IU）/ml）

＊製造企業が独自に調整した抗体価単位

※風しん第５期予防接種は集団免疫の獲得を目的としたものであり、妊娠を希望する女性等を対象とする個人予防における抗体価の基準が異なります。

※個人予防を希望する方へは、より確実な予防が推奨されます。

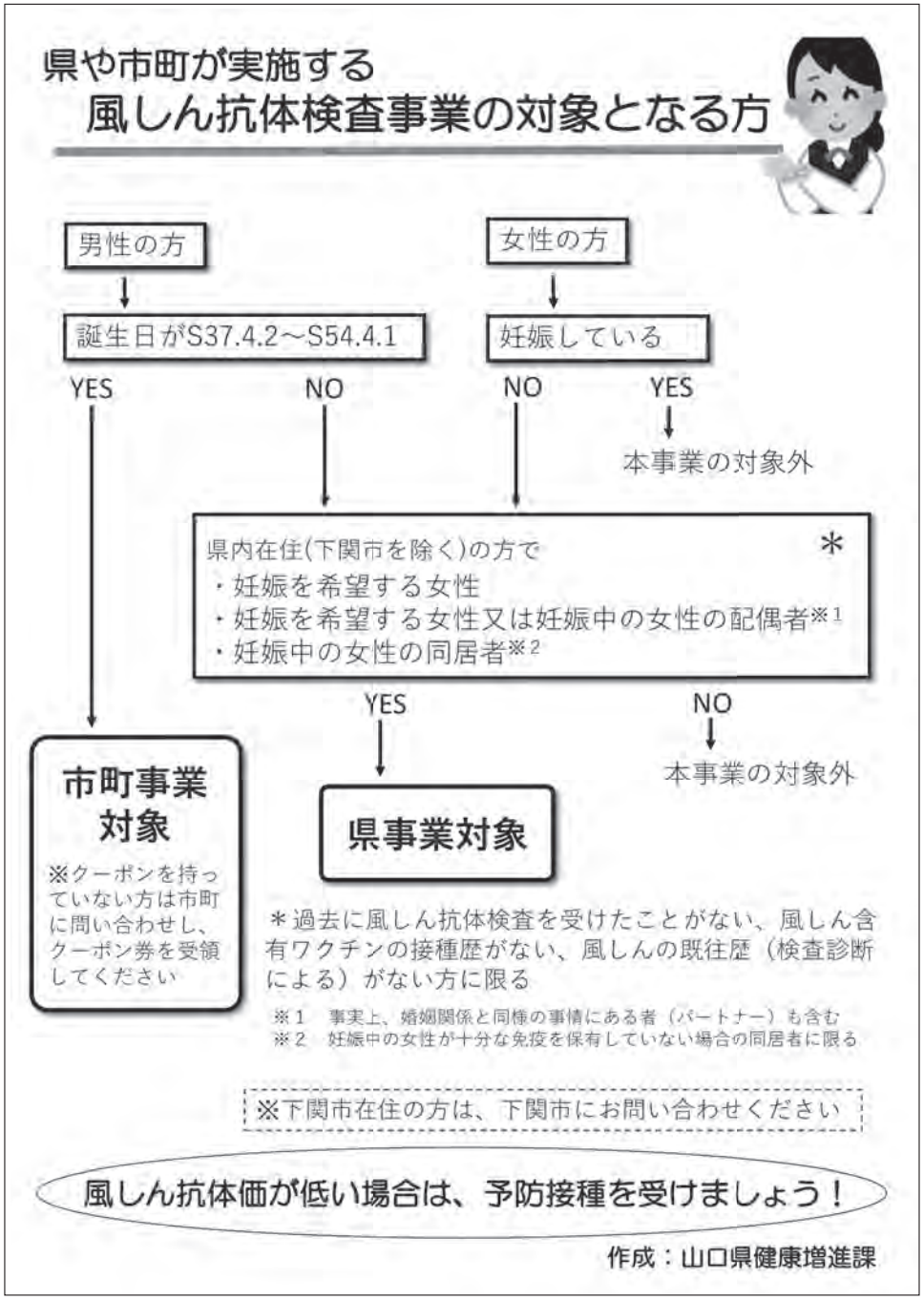
作成　山口県健康増進課

にて異なるが、クーポン券に記載してあり、山口県は県内統一料金で、11,188 円（消費税 8％時）、11,396 円（消費税 10％時）である。国保連への請求方法は日医のホームページ（http://www.med.or.jp/doctor/kansen/rubella/008503.html）にも記載されている。県事業と市町事業の区別はフローチャートに示すとおりである（**表 2**）。

2. 難病指定医研修会について

県医療政策課　以前は難病患者が医療費の助成を受ける際に必要な診断書は、医師であれば誰でも作成できたが、平成 27 年より始まった難病指定医制度により、県が指定する医師のみが作成できることとなった。難病指定医の新規申請及び更新にあたっては、専門医資格の証明を添付することとなっており、同資格を有しない医師は要件

表 2



となる研修を修了する必要がある。制度開始にあたって、平成27年、28年に県の委託を受けて県医師会が研修会を開催したが、以前の指定より約5年が経過し、更新の時期となる指定医が県内に多くいることから第1回：5月26日（日）、第2回：10月20日（日）に研修会を開催する。

3. 肝炎対策について

（1）肝がん・重度肝硬変特別促進事業について

県健康増進課　B型及びC型肝炎ウイルスにより肝がんや重度肝硬変に対する助成であり、年収370万未満の患者さんが27の指定医療機関において高額療養費が4か月以上ある時に対象となる。

（2）肝炎治療特別促進事業について

県健康増進課　本年4月以降の主な制度変更は、治療薬としてソホスブビル／ベルパタスビル配合剤（エプクルーサ配合剤）が追加された。また、診断書作成に関して、B型慢性肝炎の核酸アナログ製剤の新規申請診断書は日本肝臓学会専門医又は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会専門医に限定。さらに、C型慢性肝炎のインターフェロンフリー療法の診断書作成医を日本肝臓学会専門医に限定していたが、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変の再治療の場合を除き、山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会専門医も作成可能とする。

（3）肝炎ウイルス検査事業について

県健康増進課　肝炎ウイルス検査は保健所以外では平成20年から開始され、これまで約13万人が受診されている。肝炎ウイルス検査により把握した肝炎ウイルス陽性者等の早期治療につなげ、患者の重症化予防を図るため、陽性者等に対し初回精密検査や定期検査の受診を個別に勧奨するとともに検査費用の助成を行う。また、陽性者フォローアップ事業については、平成31年度から医療機関実施の受診票に結果が陽性であった場合の対応状況を追加し、陽性者のフォローアップを推進している。

4. がん対策について

（1）休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業について

県医療政策課　県民が受診しやすい環境作りを支援するため県内各圏域で、休日や夜間に検診できるよう支援するのが目的である。休日は子宮がん・乳がん・大腸がん検診で人件費補助として1回当たり最大10万円、平日夜間は子宮がん・乳がんで最大5万円の助成を行う。毎年、約500人が受診している。

藤本　県からも説明があったが、実績の詳細については、実績報告記載のとおりである。また、今年度はこれから各郡市医師会に協力依頼を送付する予定であるので、ご高配のほどよろしくお願いする。

（2）胃内視鏡検診研修会について

県医療政策課　「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月）において、平成28年4月から胃内視鏡検診が加わった。本事業は、国の指針を踏まえ市町における実施医師を対象に留意点や偶発症対策に係わる研修を実施して、適切な体制を構築することを目的としている。これまで毎年約90名の参加者がある。

藤本　この講習会は平成28年度から県の委託事業として実施している。研修会の企画にあたっては、山口県消化器がん検診研究会の三浦 修 会長にご協力いただいており、今年度は令和2年1月26日（日）開催予定で、詳細が決定後に開催案内を送付するので、市町の胃内視鏡検診を実施される医療機関の方々にご参加いただくようお願いする。

（3）緩和ケア医師研修会について

県医療政策課　身体症状の緩和・精神心理的問題への援助など、がん患者のみならず、家族に対しての心のケアを行う医療従事者の育成を目的としている。平成21年度からは、がん診療連携拠点病院でも当該研修を実施することとなった。本事業は拠点病院のない地域や拠点病院での研修に参

加できなかった医師を対象としており、これまでに1,358名が受講修了した。

藤本　県医では県の委託を受けて、平成20年度から山口市のすえなが在宅診療所の末永和之 先生を中心に当該研修会を企画していただき開催している。昨年度より受講者が個別で受講するe-learningと1日の集合研修（5.5時間）の形式で実施されている。今年度は令和２年２月11日（火・祝）に開催する予定であり、ぜひ会員の先生方へ周知をお願いする。

5. 糖尿病対策について

（1）糖尿病性腎症重症化予防の取組について

県医務保険課　重症化リスクの高い医療機関未受診者に対する受診勧奨・保健指導を行い治療に繋げるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。実施方法は山口県糖尿病対策推進委員会を中心に策定した山口県版重症化予防プログラム他で行う。今後は保健指導対象者につき事業評価を行い、プログラムの見直し等を検討する。

（2）糖尿病対策事業について

藤本　今年度の糖尿病対策関係は、例年どおり山口県糖尿病対策推進委員会を中心に行う。委員会では平成19年からやまぐち糖尿病療養指導士を養成しており、認定のための講習会を開催する。講習会は６月16日から９月15日までの日曜日に４回行う。他には、やまぐち糖尿病ウォークラリー大会の共催、世界糖尿病デーのブルーライトイベントアップ、歯科医師向けの講習会を開催する。

6. 禁煙推進について

藤本　今年度の禁煙推進事業としては引き続き禁煙推進委員会の開催、禁煙スライドの県医師会ホームページでの公開を行う。現在、改訂版スライドを準備中である。

7. 健康教育テキストの活用について

藤本　会内の健康教育委員会では、毎年度、健康教育テキストを作成しており、昨年度のテキスト「関節リウマチ」は防府整形・リウマチクリニックの藤森十郎 先生にご執筆いただいた。今年度は、「アルコール依存症」をテーマに作成予定で、執筆者は高嶺病院の橋本 隆 先生である。過去の資料はホームページからダウンロードもできるが、残部があるものに関しては、希望の部数等を県医師会へご連絡いただければお送りするので、ぜひ活用のほどお願いする。

8. その他

（1）特定健診の受診率向上について

県医務保険課　特定健診の受診率は、平成29年度は26.7％と横ばいで、３年連続全国最下位である。受診率向上は医師会の協力なしには達成できない。

藤本　今年度、県医師会新規事業としてポスター、チラシ、ミニのぼりなどを作成し配付するので、ぜひご協力をお願いする。

（2）その他

県医療政策課　新規事業として「誘ってがん検診キャンペーン推進事業」を受診率の向上を目指して行う。２人１組でがん検診を受診し、抽選で特産品を贈呈するものである。また、アピアランス推進事業として、がん治療の際のカツラなどに助成金を支給する。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 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。

医師年金

＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格　**64歳6カ月未満の日本医師会会員**（会員区分は問いません）

☑年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

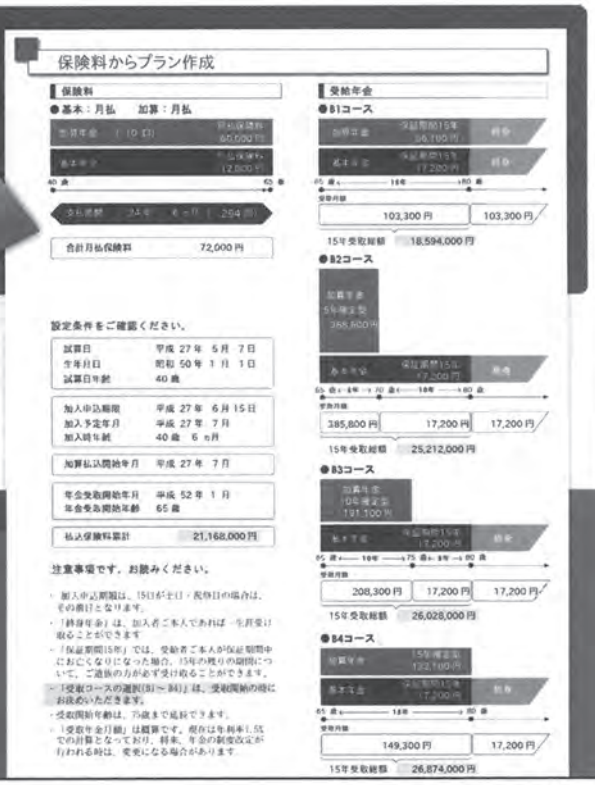
医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、簡単シミュレーション！

医師年金　検索

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

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



個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら

公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL：03-3946-2121（代表）／03-3942-6487（直通）
FAX：03-3942-6503
受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）
E-mail：nenkin@po.med.or.jp

20150601S8

平成 30 年度
郡市医師会生涯教育担当理事協議会

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

［報告：専務理事　加藤　智栄］

開会挨拶

河村会長　県医師会には生涯研修セミナーなどの講演会があるが、悩みは参加者が減少していることである。現在、医師会の研修会等で参加者が多いのは、産業医の単位が取得できる研修会や診療報酬の加点がされるような研修会や説明会があるときで、いつもは参加者が少ない講演会でも 70 ～ 80 人になることがある。それは一つのメリットでもあるが、診療報酬上だけではない勉強の場として役立ち、いろいろな人が来てくれるような研修会にしたい。

協議

1. 日本医師会生涯教育制度について

平成 29 年度の単位取得者総数は 124,042 人（山口県 1,783 人）であった。また、取得単位＋カリキュラムコード合計平均は全国 25.6（同 22.0）であった。日医生涯教育認定証は全国 6,917 人（同 95 人）に発行された。

日医への単位申請方法については、会員から郡市医師会への提出期限は例年 4 月 30 日である。郡市医師会から都道府県医師会への申告には、日医の研修管理システムによる申告をお願いしたい。郡市医師会・都道府県医師会が研修管理システムに入力する期限は 6 月 30 日である。なお、日医の研修管理システムを利用することで、2 年間などの研修期間を設定できるため、地域包括診療加算・診療料などに利用可能な「受講証明書」が郡市医師会でも発行できる。

2. 2019 年度山口県医師会生涯教育事業計画について

1. 生涯研修セミナー

平成 30 年度の生涯研修セミナーの参加者は第

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡　松本　直晃
熊毛郡　吉村伸一郎
吉　南　鈴木千衣子
厚狭郡　中根比呂志
美祢郡　竹尾　善文
下関市　大谷　望
宇部市　内田　悦慈
山口市　亀岡　宣久
萩　市　藤原　真一
防　府　大西　徹
下　松　河村　裕子
岩国市　福本　雅和
小野田　河野　和明
光　市　谷川　幸治
柳　井　濵田　敬史
長門市　須田　博喜
美祢市　髙橋　睦夫

山口県医師会

会　長　河村　康明
専務理事　加藤　智栄
理　事　白澤　文吾

148回116名、第149回76名、第150回69名、第151回84名であった。専門医共通講習の単位が取得できるようなセミナーは参加者が多い印象である。2019年度も4回開催し、産業医の単位や専門医共通講習の単位などを取り入れて、多くの方に聴講いただけるような企画にしていきたい。

2019年度は生涯研修セミナーを4回開催し、昨年に引き続き専門医共通講習の単位を取得できるように企画している。

２. 山口県医学会総会

宇部市医師会の内田先生から、2019年度は宇部市医師会の引き受けで6月16日に開催されることが報告された。午前は特別講演として「肺癌治療の最近の知見」を山口宇部医療センター院長の亀井治人 先生に、「糖尿病の最新医療」を順天堂大学代謝内分泌内科学講座教授の綿田裕孝先生に講演いただく。午後からの市民公開講座は「認知症の最新情報～今からできる効果的な予防法～」と題して鳥取大学医学部保健学科生体制御学教授の浦上克哉 先生が講演される。

また、同日の午前中に、過去2回開催し、参加者から大変好評であった中学生・高校生を対象とした「将来のドクター養成に向けた中高生の職業体験」を引き続き開催する。内容は医師による講演と①採血、②心肺蘇生、③血圧測定、④縫合・結紮、をグループに分かれて体験できるように企画している。

なお、2020年度は長門市医師会にお引き受けいただき開催する。

３. 指導医のための教育ワークショップ

医療機関で研修医を指導するには本ワークショップをはじめとする指導医講習会を修了しなければならない。本会では平成16年から毎年開催し、平成30年度で15回目を迎え、平成30年10月6日（土）・7日（日）に開催予定だったが、台風の接近により延期とし、平成31年3月9日（土）・10日（日）の2日間で開催した。朝から夕方まで講義やグループワークがあり、指導医になるためのテクニックや心構えなどを習得していただく。受講する前と後で指導に対する考え方が変わったと言われる方もいた。

基幹型・協力型臨床研修病院の医師はもちろん、地域医療を学ぶために診療所にも研修医が行く場合があるので、ぜひ開業医の先生方にも参加していただきたい。

なお、1人の指導医が指導できる研修医は5人と定められている。

４. 体験学習

昭和60年から山口大学医師会、山口大学医学部にお願いし、山口大学で毎年各2教室にお引き受けいただき、講義や大学で使用されている医療機器を用いた実技研修を企画していただいている。平成30年度は平成31年1月27日に放射線医学講座が「日常診療に役立つ胸部・腹部領域の画像診断のポイント」と題して胸部CT読影や腹部の読影を、3月3日に消化器内科学講座には「癌の早期発見を目指した消化管内視鏡診療」と題してトレーニング機を用いた実習を行っていただいた。2019年度は小児科学講座、皮膚科学講座にお引き受けいただく予定である。

５. 日医生涯教育協力講座セミナー

日本医師会、都道府県医師会、製薬会社の三者共催で開催している。平成30年度は7月21日（土）に「これからの高尿酸血症・痛風治療戦略」を生涯教育委員長の福田信二 先生にコーディネーターを務めていただき開催し、「高尿酸血症・痛風の病態と治療」東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センターの山中 寿 教授、「高尿酸血症と心血管疾患」鳥取大学再生医療学分野の久留一郎 教授、「高尿酸血症とCKD～最新知見から～」帝京大学医学部の内田俊也 名誉教授に講演いただいた。2019年度については、現時点で日医から同セミナーに関する通知はないが、開催が決まり次第、ご案内する。

令和元年度
郡市医師会小児救急医療担当理事協議会

と　き　令和元年７月11日（木）15：00～16：30
ところ　山口県医師会６階会議室

［報告：常任理事　前川　恭子］

開会挨拶

今村副会長　今年度から#8000事業は全面的に業者委託となった。本日の協議会には、山口県小児科医会並びに電話相談受託業者にもご出席いただいた。今後さらに工夫できる点などにつき、ご協議いただくためである。

昨年、成育基本法が成立したことで、今後の子ども関連施策が充実することを期待している。新たな取組みに向け、皆さんのご意見をしっかり伺いたい。

協議

1. 平成30年度小児救急関係事業報告について

前川　小児救急医療啓発事業及び小児救急医療地域医師研修事業は、山口県の委託事業であり、郡市医師会で実施された研修会に県医師会から開催費用を助成した。

山口県小児救急医療啓発事業では、９郡市で14回の開催があり、約96万円を助成した。

山口県小児救急医療地域医師研修事業については、６郡市で６回開催されており、全体で約77万円を助成した。

2. 令和元年度小児救急関係事業について

県医療政策課　平素より小児救急医療については大変お世話になり、感謝申し上げる。今年度も継続して５つの小児救急関係事業を行っている。本日は、変更のあった部分を中心にご説明する。

1）小児救急医療地域医師研修事業（継続）
：県予算額　1,594千円

小児科医の地域偏在及び大規模病院への集中が進む中、小児初期医療提供体制の確保のため、小児科を専門としない医師が小児のプライマリケアを行えるよう、圏域ごとに研修するもので、引き続き県医師会に委託する。

2）小児救急医療啓発事業（継続）
：県予算額　985千円

乳幼児を持つ保護者に対し、小児の病気の知識等に関する講習会を開催し、保護者が小児の病気に対する理解を深めることにより、適切な受療行動を促し、不要不急の受診を軽減する。病院勤務医の負担軽減や、真に急を要する患者への医療の充実を図ることを目的とする。昨年度に引き続き県医師会に委託する。

3）小児救急医療拠点病院運営事業（継続）
：県予算額　138,681千円

複数圏域での、休日・夜間における入院治療を要する小児の重症救急患者の医療の確保を目的とする。複数の二次医療圏を対象に、24時間365日体制で小児科の診療を確保できる病院の運営費を補助する。実施医療機関は、済生会下関総合病院、綜合病院山口赤十字病院、徳山中央病院、岩国医療センターである。

4）小児救急医療確保対策事業（継続）
：県予算額　2,780千円

国の補助事業による体制整備が困難な医療圏に、休日・夜間の一部について小児二次救急医療が提供できる体制を整備する。実施機関は、周東総合病院、長門総合病院で、県から各市に補助し、各市から実施機関に同額が補助される。

5）小児救急医療電話相談事業（継続）

：県予算額 19,622 千円

小児患者の保護者からの電話相談に相談員が応対し、保護者の不安解消や適切な受診促進に寄与することを目的とする。

今年度より民間業者に委託を一本化し、一般競争入札の結果、昨年度に引き続きティーペック（株）が受託した。

3. 山口県小児救急医療電話相談事業（# 8000）

1）平成 30 年度実績報告（業者分）

民間業者　当方では 15 の県の小児救急電話相談を行い、5 か所のコールセンターを自社運営している。山口県の #8000 については、主に名古屋のコールセンターで電話を受けている。相談は保健師・看護師が受け、24 時間医師常駐としている。

平成 30 年度の山口県 #8000 では、23 時～翌 8 時において 3,754 件の相談があった。

相談内容について、病態として感冒・胃腸炎のような感染症関連や頭部打撲が、症状としては発熱、腹痛を含めた痛み、嘔気・嘔吐・下痢が多く、熱性けいれんなどもあった。

令和元年度は 19 時から電話相談に対応しており、6 月までに既に 2,000 件を受けている。

2）平成 30 年度実績報告（県医師会分）

藤原先生　昨年度までは、小児救急医療電話相談研修会で実績報告していたが、今年度からその場がないため、本協議会でご報告する。

○担当日

下関市：日・金曜日、周南市：月・木曜日、宇部市：火・水曜日、山口市：土曜日にて 19 ～ 23 時、23 ～翌朝 8 時はティーペック（株）で対応した。

○相談件数

平成 30 年度は 10,781 件（準夜帯 7,027 件、深夜帯 3,754 件）で過去最多であった。19 時からの早い時間帯の相談件数が多く、夜半から減少し、朝再び増える傾向は例年通りであった。

月別相談件数としては、7 月が 1,063 件で最も多かった。

曜日別では土日が多かった。金曜日が若干少ないが、この理由はわからない。平成 16 年には 1 日数件の相談であったものが、近年は準夜帯だけ

出席者

郡市担当理事

大島郡　川口　寛
玖珂　川田　礼治
熊毛郡　滿岡　裕
吉南　小川　清吾（代理）
美祢郡　竹尾　善文
下関市　神田　岳
宇部市　川上　初美
山口市　郭　泰植
萩市　岩谷　一
徳山　大城　研二
防府　村田　敦
下松　井上　保
岩国市　藤本　誠
山陽小野田　砂川　新平
光市　廣田　修
柳井　志熊　徹也
長門市　清水　達朗
美祢市　横山　幸代

山口県小児科医会

会長　田原　卓浩
理事　藤原　元紀

県健康福祉部医療政策課

主幹　松本　哲也
主査　福田　昭子

県医師会

副会長　今村　孝子
常任理事　前川　恭子
理事　河村　一郎

ティーペック株式会社

でも１日20件近くを受ける。

相談者住所別では、件数の多い順に山口市、下関市、周南市となる。

対象者は０歳児の相談が最も多く、年齢が上がるにつれ減少する（３歳未満が60％弱）。山口県だけではなく、全国調査でも同様の傾向がみられる。小児科の外来受診児の年齢構成と異なる印象で、育児に不慣れな保護者が心配をして電話で相談すると考えている。

○対応

１件あたりの相談時間は、６分以内が８割近くを占め、従来と同様の傾向がみられる。

看護師のみで対応できることがほとんどであり、助言のみや翌日受診を勧めるなどで対応できることが多いが、すぐに受診できる機関の照会が少しずつ増えている。相談員からも同様の傾向を確認した。

○相談内容

疾病に関する相談が８割近くあり、その内訳として多い順に、発熱、消化器症状（下痢、腹痛）、発疹であった。ここ数年同様の傾向がみられる。

事故に関する相談では、頭部打撲が最も多く、それに誤飲が続く。

疾病、事故いずれについても、１人１主訴で集計している。

○相談者の納得度

相談を受けた側へのアンケートでは、相談者は納得できていたとの回答が多いが、この評価は一方向であるため、相談者側の意見をすくい上げる方法がないかと考える。

3）協議

○実績報告

田原先生　業者からの年度単位の実績報告は、口頭でなく、きちんとしたレポートで示してほしい。また、実際のクレームもオープンにしていただき、素のデータで評価を行い、他県との比較もしたい。

また、日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会などが協力し、小児電話相談について検討を行っている。利用者の満足度を上げる目的で、業者も連携することをすすめる。

県医療政策課　本日の資料は、業者から県に提出されたデータを簡単にまとめたものとした。今年度実績に関しては、もっとわかりやすくまとめたものを提出したいと考える。

田原先生　データ評価の継続性という観点から、小児科医会提出のものと同程度のレベルのレポートをお願いしたい。

○クレーム窓口

県医療政策課　#8000のポスターに、苦情受付窓口として、県医療政策課の番号を掲載することを検討したい。

○利用者満足度調査

河村理事　約10年前に県内で３歳児健診を利用して#8000の満足度調査を行ったところ、５点満点で平均４点という状況であった。今年度、周南市では３歳児健診で#8000の満足度及び電話がつながりにくいことに対するアンケート調査を行う予定としている。

宇部市　利用者にアンケートするためのひな型やノウハウを業者はお持ちではないか。

民間業者　現時点では持っていない。

○つながりにくさへの対策

県医療政策課　NTTでの通常サービスでは、つながらない相談電話の実数把握は困難であり、付帯サービスで対応できないか検討している。

宇部市　電話を受け付け問診する時点で、何回かけなおしたかを聞くことはできないか。

民間業者　急いでいる状態では聞くことが難しく、コスト削減のため、スクリプトをほぼ同じようにしているので、対応は困難と思う。

田原先生　問診時にかけなおし回数を確認するパイロットスタディを行ってほしい。

下松　電話相談件数に応じた適正な回線数の情報はないのか。

県医療政策課　以前、国が電話相談事業について回線使用率の調査を行い、それが50％を超えると回線増設をすすめていた。山口県は当時、その

対象には入らなかった。その調査時よりも、電話相談件数は増えているため、現時点では判断できない。また、この調査の実施時期については、持ち帰り調べる。

○使用感

大島郡　大島在住の保護者が、#8000に受診できる小児科を問い合わせると、岩国や徳山の医療機関を教えられるため、役に立たない。

防府　地域ごとの医療機関の距離や、どの機関が小児患者を受け入れられるか、といった地域の医療情報を把握しながら対応されているのか。

民間業者　山口県に関しては、相談を受けた時点で地図を表示し、山口県の医療情報ネットワークなど県からの情報を基に対応している。特定の相談員が特定の地域を担当している状態ではない。

萩市　萩市は初期救急が24時間対応しているため、#8000の利用は少ない。まず、#8000にコールしてから受診することを勧める意見が出ている。

下松　15年前は、自院の転送電話で1か月に100件の相談があり、そのうち20～30件は診察する状態であった。#8000が開始され、負担は大幅に減少し、恩恵を受けているといえる。

防府　#8000は相談そのものもだが、それがある安心感が受診患者の減少に寄与している。

今村副会長　予算を増やすことになるであろうが、報告書の作成や満足度調査なども電話相談事業の委託条件に含め、より良い#8000にすることを県にはご検討いただきたい。

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　山口県医師会総務課内 会報編集係
E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

令和元年度 都道府県医師会 医師偏在対策・働き方改革担当理事連絡協議会

と　き　令和元年６月12日（水）13：30～16：30
ところ　日本医師会館小講堂・ホール

報告：専務理事　加藤　智栄
常任理事　沖中　芳彦
常任理事　中村　　洋

1. 医師の偏在対策について

1）医師偏在対策にかかる基本的考え方について

日本医師会副会長　今村　　聡

1. これまでの経緯

（1）医学部定員増と日本医師会の対応

2000年12月６日に成立した「医療法等の一部を改正する法律」により、2004年度より新医師臨床研修が開始され、医師不足が顕在化した。

2006年８月、厚生労働省「医師の需給に関する検討会」において地域における医療体制の確保は喫緊の課題であるとされ、2008年度から医学部の定員の暫定的な増員が行われ、2010年度以降は地域枠を中心に引き上げられた。この結果、2007年度に7,625人であった医学部入学定員は、2017年度には9,420人となり1,795人の増加となった。これは、医学部のおよそ18校の新設に相当する。医師養成数の増加に加え、少子化による人口減により、人口当たりの医師数は、OECD加重平均を超えて増え続ける見込みである。医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそ喫緊の課題である。

日本医師会は日医総研による２つの調査を実施した。2008年12月に「医師確保のための実態調査」を発表した。さらに、2015年７月には「病院における必要医師数調査」結果を取りまとめた。

また、2015年12月20日、全国医学部長病院長会議とともに設置した「医師偏在解消策検討合同委員会」より、医師のキャリア支援センターの設置など５つの提言からなる「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言－求められているのは医学部の新設ではない」を取りまとめた。

（2）厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」

厚労省は2015年12月、「医療従事者の需給に関する検討会」を立ち上げ、その下に「医師需給分科会」等の３分科会を設置した。日医は、親検討会及び医師需給分科会に２名の副会長（今村、松原）、２名の常任理事（釜萢、羽鳥）が委員として参画し、組織を挙げて議論に臨んだ。医師需給分科会は、2019年６月までに計30回の会議を重ね、４回の中間取りまとめを報告した。親検討会については、７回開催された。

積み重ねられた議論の成果は、医学部定員の見直し、医師の需給に対する考え方、さらには医療法・医師法改正を含む種々の制度改革につながった。

2. 医師確保策の今後のあるべき姿

（1）医師の養成数

2016年から2036年にかけて、日本の推計総人口は12%減少（－14,909,242人）するのに対し、医療施設勤務医師数は21%増加（＋63,834人）し、人口10万あたりの医師数は37%増加する。男性医師は7%増、女性医師は76%増、病院医師数は25%増、診療所医師は7%減と推計している。

（2）人口動態と医師の養成数

医療の需要は2030年頃をピークに減少する。ただし、東京など大都市圏は上昇し、地方は大きく減少する。

(3) 少子化の進展と医師の養成数

1975年には同年齢のうち医師になる割合は512人に1人、2015年には162人に1人、2030年には132人に1人となる。有能な人材を医療に集中させるべきか、医療の質を下げる可能性の問題がある。

(4) 短期的な視点、中長期的な視点に立った医師確保策

医師の養成には10年かかるという中長期的視点に立てば、医学部の定員をこれ以上増やす必要はなく、偏在対策に舵を切る必要がある。医学部「恒久定員枠」において「地元枠」を含む地域枠を設定していくべき。

３.今回の医師確保策

日医は、医師確保策の根幹をなす医療法・医師法改正（2018年７月）にあたり、参議院厚生労働委員会において参考人として小職が出席し、次のような意見陳述を行った。

・医師少数区域の設定などは、一律に当てはめるのでなく、地域の実情が十分反映される必要がある。

・医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携とともに、医師のキャリア形成支援が今回の偏在対策に盛り込まれたことは極めて重要である。

・将来人口推計等に鑑み、医学部入学定員がマクロで縮小されることがあっても、恒久定員枠のなかで、地域枠や地元枠医師が確保できる仕組みを検討することが必要である。

・地域の医療需要の「見える化」について、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」では、さらに、地域ごとの需給予測に関するデータを医学生や若い医師に提供すべきである。

・患者数など医療需要のデータをもとに、あるべき医師配置に自主的に収れんされるようにすべきである。また、地域医療構想と同様に、不足する外来機能が、自主的に、次第に充足されるような視点で進めるべきである。

・これからの医療には、地域に密着しながら、地域包括ケアに携わる人材が求められる。さらに、医学・医療の発展にはICT、AI、バイオテクノロジーなど、さまざまな高度技術が不可欠であり、それらを担う人材の育成も重要である。

・少子化で人口が減少し、働き手が減っていく中、優秀な人材が、医学だけではなく、さまざまな分野で活躍していくよう、国としてバランスを考えていかなければならない。

・働き方改革については、一つの仕組みを急激に変えることで、全体に大きな影響を与えかねない。医師の偏在に悪影響が出ないような配慮が必要である。

(1) 医師の需給推計

これまで、公の検討の場における医師の需給推計は、人口あたりの医師数で捉えられてきた。しかし、厚労省の医師需給分科会による推計では、まず2016年６月の第一次取りまとめにおいて、地域医療構想を踏まえた病床機能区分ごとに必要な医師数や、臨床以外に従事する医師数も見込んだ。さらに、2018年５月の第３次中間取りまとめでは、女性医師や高齢医師等の仕事量について、一律の数値を乗じて積算するのではなく、就業率や勤務時間について、性年齢階級別データを踏まえて算定された。需要推計についても、推計方法の見直しを行い、性年齢階級別の詳細なデータを用いて医師の仕事量を算定し、医師の働き方改革を踏まえて、３ケースの労働時間の制限を見込んでいる。

医師の労働時間を週60時間（月平均約80時間の時間外労働相当）として、医師の需給は2020年医学部入学者が臨床研修を修了する2028年頃に医師数35万人で均衡すると見込んでおり、2030年前後にはマクロで医師の需給は一致するとしている。

(2) 医師確保計画

人口10万人対医師数に変わる指標として、人口動態、医師の性・年齢構成、人口の流出入、医師の労働時間制限などを加味した三次医療圏と二次医療圏で「医師偏在指標」が提示された。しかし、この推計結果は一定の仮定を置いた上で機械的に算出されたもので、各地域に混乱が生じた。地域の実情を反映させる実効的な医師確保対策は「地域医療対策協議会」がその鍵を握っている。

(3) 外来医療提供体制

無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、既に当該地域で充足していると思われる診療科や機能と重複した開設が見られること、診療所における診療科の専門化が進んでいること、医業経営コンサルタントや医療モール等によって診療所の開業が誘導されているケースが多く、医師側も、その地域の医療の状況が十分に分からないまま開業している現状がある。

そこで、医師需給分科会では、まず開業しようとする勤務医等が、自主的に経営判断できるように「見える化」することが重要であるとされた。外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置が必要とし、2018年の医療法・医師法改正に繋がった。日医は終始一貫、強制的手法の導入に反対し、医師の自主的判断による選択を求めてきた。その結果、外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して当該地域で不足する外来医療機能を求めることとなった。ここでいう地域で不足する機能とは、在宅医療や初期救急医療、学校医・産業医・予防接種等々であり、かかりつけ医機能の社会的機能に属するものである。

外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場は、地域医療構想調整会議、又はその下に設ける作業部会の活用も想定している。従って、最も地域の実情を的確に把握し、会長が調整会議の議長を務める郡市区医師会の役割がさらに重要になると考えている。

4. 医師偏在対策・働き方改革担当理事連絡協議会の意義

日医では、医師の偏在対策と働き方改革は相互に関連するものと認識している。医師の需給推計、医師偏在指標等は、あくまでも現在置かれた状況を基に検討されたものである。地域からのボトムアップにより、医療政策を転換していくことが不可欠であり、そのためには都道府県医師会及び郡市区医師会の役割が一層重要になると考えている。

2）医療法・医師法改正に基づく医師偏在対策について

日本医師会常任理事　釜萢　　敏

医師の地域・診療科偏在に対する対策、あるいは医師の働き方について、日本医師会は厚生労働省と日々協議を重ねている。

厚労省は当然、国民に対する責任ある行政の立場から、さまざまな政策を打ち出しているが、実際に地域の医療を担う医師会が、国民にとって必要な医療体制についてしっかり厚労省に伝えて、最もよい形の体制を整えることが必要だと強く感じている。

日医の役割として、これからの日本の医療を担ってくれる医師の方々が、なるべく働きやすい環境の中で仕事ができるように、強制的な施行を避けるとともに、それぞれの医師が自分の周りの状況をよく理解しながら、いろいろな選択を行っていただくための役立つ情報を発信したい。

国からのいろいろな施策が都道府県を通じて出されても、地域からのさまざまな懸念が払拭できなければ、国の方針は決して地域に浸透しない。

今回の医療法・医師法の改正は多岐にわたり、公布が昨年の７月25日であったが、公布日すぐに施行されたもの、本年４月１日施行のもの、来年の４月１日施行のものがある。

労働時間を週60時間に制限（月平均80時間、年間960時間）し、時間外労働をそこまでにとどめた場合、それ以上勤務している方もおられるが、その場合に、必要な医師数の推計を考えても、マクロのある時点において需要と供給が一致する。

1. 医師確保対策（医師偏在指標等）

(1) 医師偏在指標

地域ごとの医師数の多寡を全国ベースで客観的に比較･評価可能な指標として、５要素（医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化、患者の流出入、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢別分布、医師の偏在の単位）を踏まえて算出している。この指標を使って、下位1/3、上位1/3及びそれらの中間という区分をして、今後の議論を深めていく。

（2）医師偏在是正の目標年

すべての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されている状態と定義、都道府県知事が2022年度に地域枠・地元枠を要請することが可能になり、2028年度に医師となり、その後９年間の義務年限の履行を考えると地域枠の効果が最大になるのは2036年度であり、そこを根拠に同年を医師偏在是正の目標年とすることとしている。

（3）医師少数区域等 / 医師多数区域等

三次医療圏、二次医療圏（335ある）ともに、上位1/3が多数区域、下位1/3が少数区域である。2019年度に医師確保計画が都道府県によって策定され、2020年から４年間、その医師確保計画に基づいて諸施策が講じられる。その後は３年ごとに目標を立てて見直して、PDCAを回していくという作業になる。

医師確保計画は、医療法上、都道府県における医師の確保方針、医師の偏在の度合いに応じた医師確保の目標、目標の達成に向けた施策の内容の３つを定めることになっているが、医師確保計画については、医師数についての検討であって、診療科の医師については、都道府県の実情に合わせて、積み上げていただくということである。計画上は、まず数が前面に出るけれども、その数の根拠になる基の部分が非常に重要である。

最終的には、医師数の目標が示されるが、その目標を達成するためには、具体的に、細かいイメージが湧かないといけないわけで、なかなか困難を極めることではあるが、どの病院に、どの診療科の医師が何名不足しているという所が見えてくると、これは目標に近づく、あるいは実現の可能性がより高まると考える。

それぞれの地域での利害が絡むし、公立病院と私立病院の関係性もあるが、ある程度具体的に、どの病院に何科の医師が不足しているというイメージが出てこないと、都道府県が医師を手当てする場合に、例えば地域枠の医師をどのように考えるか、あるいは、他県の医師が転入する場合にも、具体性が必要であるので、そのあたりまで踏み込んだ検討がなされることが求められる。

医師確保計画には、都道府県における医師の確保方針が記載されてあるが、あくまでも都道府県の施策としての方針であって、個々の医師や医療機関を拘束するものではない。医師の強制配置というようなイメージをお持ちの方もおられるかと思うが、わが国の現状でできることではないし、法改正をして、そのような方向へ持っていこうとしても、なかなか合意が得られないだろうと考える。あくまでも強制的、条件的な手法を排除しながら、必要なところにどのように到達するかという、大変難しい舵取りが求められているとの認識である。

具体的に、施策の内容として、都道府県での医師の配置調整があり、この場合に、地域枠の医師に大きな役割を担ってもらうことについては申すまでもなく、このキャリア形成プログラムが、いかにしっかり策定できるかに懸かってくる。その議論が都道府県間の偏在是正である。

現在、これから診療科を選択するという卒後２年の段階で、専攻医として研修を始める段階で概ね診療科の選択がなされるので、その部分の議論が進んでいる。一度選択した診療科は、そう簡単に変えることはないので、その入り口の議論だけで全体の問題を解決できないので、そのあたりが重要な視点だろうと考える。

２.地域における外来機能の不足・偏在等への対応

外来医療機能の不足については、外来医療機能に関する情報の可視化が大きな課題として挙がっている。その背景は、無床診療所の開設が都市部に集中していることによって、いろいろな問題が起こっているため、地域ごとのデータを可視化して、開業に当たって有益な情報として提供することで、行動変容を促すことを考えている。行動変容まではできるわけがないという意見もあるが、正確なデータの可視化は意味があると考えている。

外来医師偏在指標については、診療所の医師数をベースにしている。先ほどの医師偏在指標と同様に、外来医師偏在指標も上位1/3、下位1/3というところで段階を設けている。医師偏在の単位は二次医療圏単位で算出する。国から、市町村単位にマッピングを行ったデータ等を出すという

ことだが、基本的には二次医療圏単位で、この外来医師偏在指標を出すことになっている。

この外来医療機能に関する協議の段階で、外来医師多数区域において新規開業する場合に、これは新たな規制ではないかという指摘もあるが、ここはあくまでも地域における協議の場を作って、そこで、地域で考えていただくというのが今回の大きな特徴である。

地域において不足しているのはどのような外来機能なのかという議論の中で、例えば学校医や産業医、その他の話が出てくるけれども、地域医療全体に貢献するという医師が求められているのだというメッセージを出すことは非常に重要と考える。

外来医療機能に関する協議の場が新たに設けられるということで、これは二次医療圏を基本単位として行われるので、地域医療構想の調整会議と同じ単位ということになる。その上に、地域医療対策協議会もあり、それらをうまく利用していこうという考え方である。

３.診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

各診療科における医師の需要積算は困難な作業である。医療需要がある程度はっきりしている、例えば分娩数と産科医の数、18歳未満の人口と小児科医の数は、必要な医療需要と供給を検討するということが行われてきた。しかし、主にDPCのデータを基に精査・検討することによって、都道府県ごとに、どの診療科の医師が、現状でどのくらいいて、それが今後、どのぐらい必要になっていくかという厚労省が出した試算を基に、それぞれの地域や都道府県における必要な診療科の医師数についての検討が現在始まっている。

これは、先ほどの医師偏在指標よりも、さらに難しい計算になるので、その計算過程を追跡していくだけの時間が私どもにはなかった。今後、やっていかなければならないと思う。

この数字をご覧になった先生方からは、ご自身の地域における感覚とは随分と違うというご指摘がたくさん寄せられた。この新たな、診療科ごとの将来必要な医師数については、しっかりと考えて、これが妥当、適切なものかどうかを今後、継続して検証していかなければならない。

診療科については、厚労省は基本18診療領域としているが、日本専門医機構の基本領域は、総合診療を含めて19ある。それぞれについて、今後どのように考えていくかというのが検討課題である。

期待される点は、そのような指標が妥当、適切なものであれば、いろいろなエビデンスとして役立つけれども、現状の各診療科の対象となる疾患等が、将来維持されることを前提としたもので、総合診療や救急科等の総合的な診療領域の役割については別途検討を行う必要があるし、今後、将来必要な医師数の見通しの算出方法等を適宜見直しながら、実際の診療科偏在の是正の状況や専門医制度を取り巻く状況等を踏まえ、必要な検証を行って、十分な効果が生じていない場合には、早急に検討を加えていくべきであるというのが、現時点での日医の考えである。

シーリングの考え方については、2018年の日本専門医機構による専攻医採用のシーリングが、5都府県に掛けられたが、領域については、過去の実績を正確に把握するデータが十分なかったこともあり、医師偏在指標を出してみると、神奈川県と愛知県に関しては、医師多数区域でなかったということもあり、2019年度の募集に当たっては、検討が必要である。次に募集するのは2020年からの研修の人たちであるが、そこに当たっては検討課題があるということ、そして現状では、大まかな方向が今出されているところである。

［文責：加藤　智栄］

（2）働き方改革について

1）働き方改革関連法の概要と今後するべきことについて

日本医師会常任理事　松本　吉郎

現在、医師の働き方が議論になっており、働き方改革関連法の時間外労働の上限規制から医師だけが外されたが、それ以外の部分は、医師についてもすべて適用される。

働き方改革関連法の目玉になっているのは労働

時間に関する制度の見直し、勤務間インターバル制度の普及促進等、産業医・産業保健機能の強化である。また、雇用形態にかかわらない公正な待遇の確保として、不合理な待遇差を解消するための規定の整備、労働者に対する待遇に関する説明義務の強化、それから、行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続き等がある。

見直された内容は、労働時間に関する制度の見直しとして、長時間労働の是正、時間外労働の上限規制の導入、労働時間の状況の把握の実効性確保の他に、年次有給休暇の取得義務付けである。さらに、月60時間を超える残業の割増賃金率の引き上げ、産業医・産業保健機能の強化がある。今回は、労働者全般に関しては努力義務になったが、勤務間インターバル制度の導入促進もある。

今回の法改正前では36協定を結んでも、6か月に限っては、いわゆる青天井で労働することができた。これでは困るということで、今回の法改正により上限規制が掛けられた（1か月45時間、年360時間を基本とすることになっているが、6か月の間は45時間を超えても働ける）。

ただし、法律による上限は年に720時間であり、これは休日労働を含んでいない。医師の働き方で“960時間”という言葉が出てくるが、この医師の960時間と、一般の方々の720時間は全く同じ時間である。この点は結構、誤解されているところであり、この年720時間というのは休日労働を含んでいないが、医師の場合の960時間は休日労働を含んでいる。従って、この複数月平均80時間というところに着目していただければ、ここは休日労働を含む、80 × 12 ＝ 960時間が医師の働き方の上限となっているのでご注意いただきたい。

年次有給休暇については、ご存じのとおり労働者が自ら申し出て休暇を取得していたが、今後は希望を踏まえて年5日は取得していただくことになる。これによって職員の働き方が変わってくるので、管理者としてはなかなか厳しい面も出てきて、経営的に影響する懸念もある。

月60時間を超える残業の割増賃金率の引き上げであるが、中小企業の場合でも、改正後は、60時間を超えた部分に関しては50％になる。つまり、60時間未満は25％だが、60時間を超えた部分は現行の25％が50％割り増しになる。医療法人の場合には、従業員が100人以下、もしくは資本金、出資金等が5,000万円以下が中小企業ということになる。

産業医・産業保健機能の強化として、産業医への情報提供が事業者に義務付けられた。これにより健康診断や面接指導実施後の就業上の措置の内容等、あるいは長時間労働者の氏名や超過時間等について、きちんと情報提供しなさいということである。

産業医の権限の明確化としては、事業者又は総括安全衛生管理者に対して意見を述べること、労働者から情報収集すること、緊急時に労働者に対して必要な措置を指示すること、衛生委員会に対して調査審議を求めることとなっている。

産業医の勧告の実効性の確保として、産業医が勧告をしようとするときは、あらかじめ事業者の意見を求めるものとする。産業医の勧告については、衛生委員会への報告を事業者に義務付け、衛生委員会の意見及び当該意見を踏まえて講じた措置の内容等の記録・保存を事業者に義務付けた。

勤務間インターバルは、一般的には概ね11時間と言われており、これも決められた時間ではないが、やはり十分な睡眠時間や生活時間が取れるということであり、医師については一応9時間が原則になっている。ただ、24時間勤務あるいは当直して、さらに4時間、すなわち28時間まで連続時間勤務を認められたので、そのあとについては、医師は18時間のインターバルを取るということで、一般の方とは違っている。

時間外労働の上限規制については、本年4月1日から適用されており、医師を除いた中小企業規模の医療機関においては来年から適用されるので、就業規則等をしっかりと改正していかなければならない。

なお、ツール集が厚生労働省から出されている。

https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000394430.pdf

さらに詳しいものでは、日医と社会保険労務士連合会で作成した働き方改革関連法リーフレット

がある。

http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/hatarakikata_leaflet1.pdf

この中には「『管理監督者』とは？」というコラムもある。あくまで実態を見ていくということで、管理監督者といっても役職名で決めるわけではなく、労働者の職務内容、勤務体系、待遇を踏まえて実態により判断する。院長であれば、まず管理監督者と言えると思うが、副院長では果たしてどうなのか、その下の部長では、かなりグレーゾーンという判断である。

なお、都道府県医師会の会員及び医療機関の管理者向けの労働法令研修を全国社会保険労務士会連合会との共催で行っていただいている。

今、取り組むべき健康管理としては、労働時間をきちんと把握するということで、例えば５時で所定労働時間は終わったけれども、それ以降在院している時間についても労働時間とするかどうかということが問題となってくるので出退管理は非常に重要であり、タイムカード等で管理することが重要である。

また、適切な産業医の配置と職務遂行、衛生委員会の活用の徹底、健康診断に関する事項の取組み徹底、各医療関連団体による医師の健康管理の取組み推進も重要である。

長時間労働者の健康確保の強化として、事業者から長時間労働者の情報を産業医に提供することや、産業医による面接指導についての申し出の勧奨等も重要となる。

医療機関における医師の労務管理については、現行であっても、36協定を締結せずに時間外労働をさせると法違反となる。

長時間労働に関しては、960時間を超えて1,860時間までの労働についても、きちんと36協定を結ばないとできないので、この点は確実に押さえていただきたい。

現行でも、長時間労働の医師から申し出があった場合には、使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるような体制整備が必要である。

平成30年２月に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みの概要」が出された。タスク・シフティングの推進、女性医師等の支援等にも、しっかりと取り組んでいただきたい。

休日の確保についても非常に重要なことで、法定休日は月４日ということになっているが、それぞれの医療機関の職員の休日は、各医療機関の就業規則によるもので、法定休日以上に取る分については、あくまで医療機関の規定であるので、例えば今回の10連休中も就業規則によるわけで、「国民の休日を当院の休日とする」という規定がなければ、病院にとっては休日ではなく、それによって、休日手当が発生するかしないかが決まってくる。

就業規則をよく精査して、国民の休日をすべて職員の休日とするという場合には、少し検討されたほうがいいと思う。

地域医療支援センターが医師の派遣計画を医療勤務環境改善支援センターに通知し、これに基づき、医療勤務環境改善支援センターが派遣先となる医療機関に連絡の上、勤務環境改善支援を実施することや、医療勤務環境改善支援センターが相談支援等を通じて医師の確保に関する求めを医療機関から受けた場合に、その勤務実態等と併せて地域医療支援センターと情報の共有等により、両センターが連携することが、新たに医療法に書き込まれている。これは非常に大きな進歩だったと思うが、まだなかなかうまくいっていないということは、常々ご指摘いただいたとおりである。

応召義務については、医師法第19条に、診療に従事する医師は、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないということが書いてある。これは、医療の公共性、医師による医業の業務独占、生命・身体の救護という医師の職業倫理などを背景に訓示的規定として書かれたものである。

応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務ではあるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない。この応召義務が規定としてあるのは韓国と日本だけと言われており、その他の国では、救命に当たらなければならないような患者さんが目の前にいたときには、医師はそれを拒んではならないという形で書かれているのがほとんどである。

応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患

者に対して直接民事上負担する義務ではない。

具体的に正当化される事例の整理として、病状が深刻な救急患者などでは、診療時間内や勤務時間内であれば、事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診察しないことが正当化されるが、診療時間外、例えばプライベートな場所にいるようなときは、医の倫理上、必要な応急処置をとるべきとされるが、処置をとらなくても、公法上・私法上の責任を問われることはない。

必要な処置をとった場合においても、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。新幹線や飛行機の中などを想定している。

緊急対応が不要なケースや症状が安定している場合でも、原則として、患者の求めに応じて医療を提供する必要があるが、緊急対応の必要があるケースに比べて緩やかに解釈される。診療時間外であれば、即座に対応する必要はなく、診療しなくても問題はない。

医師としては、例えばプライベートな時間であっても､目の前にそういった患者さんがいれば、もちろん診るという倫理的な問題はあるが、法的に言えば、このようにはなっている。

また、患者さんの迷惑行為などであるが、信頼関係が喪失している場合には新たな診療を行わないことが正当化される場合や、医療費の不払いも支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には診療拒否が正当化される。

入院患者の退院や他の医療機関への紹介・転院では、医学的に入院の継続が必要ない場合には、退院させることは正当化される。

差別的な取扱いでは、患者の年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されない。ただし、言語が通じない、宗教上の理由などにより結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

日本医師会では地域医療の継続性と医師の健康への配慮のバランスがとれているか常に振り返ることを、これまでもずっと議論してきたし、今後もこの視点に変わりはない。

［文責：中村　　洋］

2)「医師の働き方改革に関する検討会報告書」の概要について

日本医師会常任理事　城守　国斗

医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

(1) 医師の働き方改革を進める基本認識

わが国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある。昼夜を問わず患者への対応を求められうる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。

医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在及び養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等、さまざまな課題が存在する。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきである。

(2) 医師の診療業務の特殊性

応召義務については、医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師個人の民刑事法上の責任や医療機関と医師の労働契約等に法的に直接的な影響を及ぼすものではなく、医療機関としては労働基準法等の関連法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できるよう必要な体制・環境整備を行う必要があり、違法な診療指示等に勤務医が従わなかったとしても、それは労働関係法令上の問題であって応召義務上の問題は生じないと解される。こうしたことから、応召義務があるからといって、医師は際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

医師の診療業務の特殊性には、以下の４点があると考えられる。

・公共性：国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質（医療安全を含む)、継続性、利便性等を確保する必要があること。

・不確実性：疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること。治療の個別性、治療効果の不確実性があること。

・高度の専門性：医師の業務は独占とされていること。医師の養成には約10年以上の長期を要し、

需給調整に時間がかかること。

・技術革新と水準向上：常に新しい診断及び治療法の追求と、その活用並びに普及（均てん化）の両方が必要であること。このために必要となる知識の習得や手技の向上は医師個人の努力に大きく依存していること。

これらを踏まえると、医師に係る時間外労働規制については、以下の点を考慮する必要がある。

・医師についても、一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指して労働時間の短縮に取り組むこと。

・医療の公共性及び不確実性を考慮し、医療現場が萎縮し必要な医療提供体制が確保できなくなることのないような規制とする必要があること。その場合であっても、医療安全の観点からも、医師が健康状態を維持できることは重要であること。

・具体的な取組みとして、１日６時間程度の睡眠を確保できるようにすること。継続的に労働時間のモニタリングを行い、一定以上の長時間労働の医師がいる医療機関に対して、重点的な支援を行うこと。

・医師の知識の習得や技能の向上のための研鑽を図る時間が労働時間に該当する場合があるが、医師の使命感からくる研鑽の意欲を削がず、医療の質の維持、向上を図ることができるようにすることが重要であること。

・出産並びに育児期の女性など、時間的制約のある医師が働きやすい環境を整える必要があること。

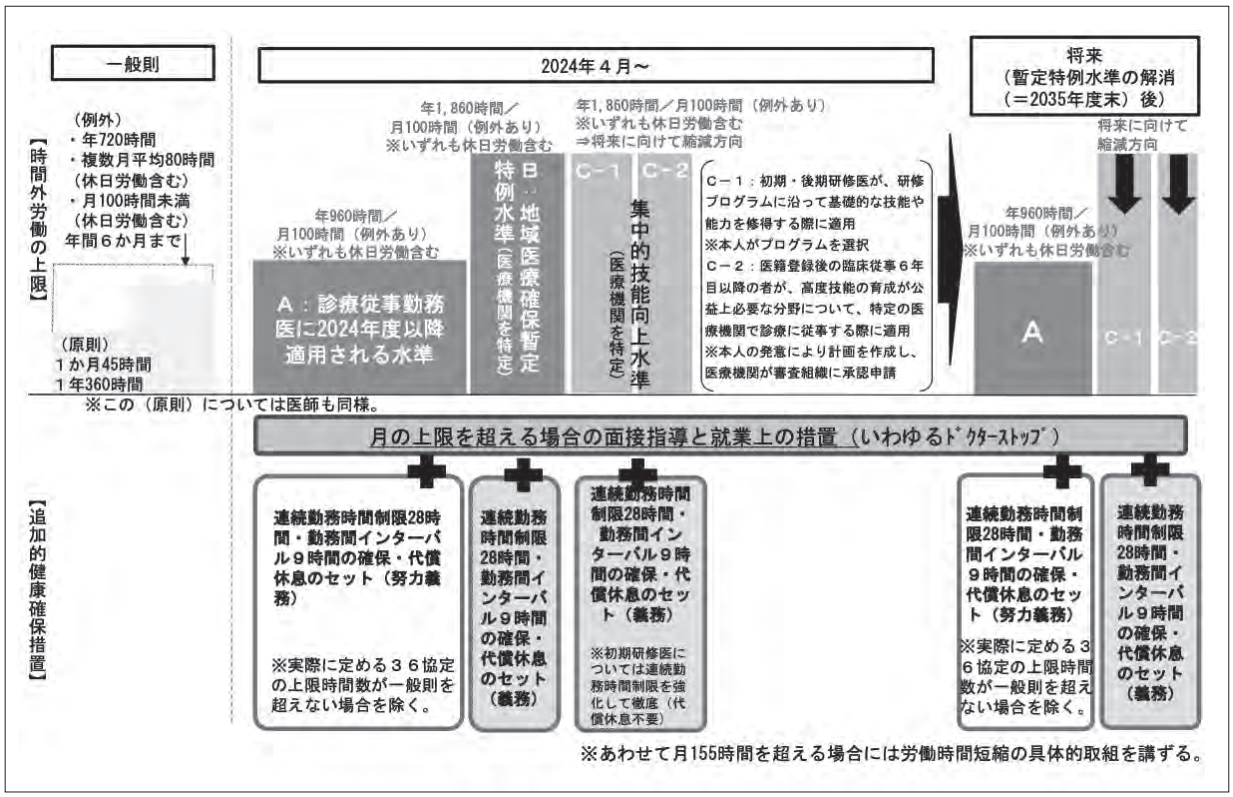
病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

現状で、時間外労働が月 80 時間・年 960 時間（休日労働を含む）を超える医師は約 40％、年 1,920 時間を超える医師は約 1 割存在する。

医師の働き方に関する制度上の論点（下図）

一般則としての残業時間の上限は、原則として月 45 時間・年 360 時間とし、臨時的な特別の事情がなければこれを超えることはできない（月 45 時間は、1 日当たり 2 時間程度の残業に相当）。臨時的な特別な事情があって労使が合意する場合でも、年 720 時間以内、複数月平均 80 時間以内（休日労働を含む）、月 100 時間未満（休日労働を含む）を超えることはできない（月 80 時間

図　医師の時間外労働の上限



は、１日当たり４時間程度の残業に相当)。また、原則である月45時間を超えることができるのは、年間６か月までである。

ただし、医師の場合は、改正法施行５年後(2024年４月）に上限規制を適用するとされた。

(1) 2024年４月から適用する時間外労働の上限

○診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医(以下、「診療従事勤務医」）の時間外労働の上限水準（以下、「(A）水準」）を以下のとおりとする。

・通常予見される時間外労働につき、延長することができる時間数として36協定で協定する時間数の上限は、医師についても一般労働者と同様の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第36条第４項の限度時間と同じ時間数（月45時間、年360時間）とする。

・「臨床的に必要がある場合」の１か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳、心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準（単月100時間未満）を考慮し、原則100時間未満（後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり）とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。

・「臨時的な必要がある場合」の１年あたりの延長することができる時間数の上限については、脳、心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準（複数月平均80時間以下、休日労働込み）を考慮し、12か月分として年960時間とする。これは、毎月平均的に働くとした場合には月80時間以下の労働となり、一般労働者の休日労働込み時間外労働についての上限である「複数月平均80時間以下」と同様の水準である。この場合、後述の追加的健康確保措置①を努力義務として課す。

・「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時期や頻度が予見不能であることから、その適用を年６か月に限らないこととする。

○地域医療確保暫定特例水準の内容

地域での医療提供体制を確保するための経過措置として暫定的な特例水準（「地域医療確保暫定特例水準」、以下「(B）水準」）を設けることとする。

医師限度時間は、医師についても一般労働者と同様の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第36条第４項の限度時間と同じ時間数(月45時間・年360時間）とする。（(A) 水準に同じ。）

「臨時的な必要がある場合」につき延長することができる時間数として36協定で締結する時間数の上限は、医療は24時間365日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込の時間数として設定する。（(A) 水準に同じ。）

「臨時的な必要がある場合」の１か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準（単月100時間未満）を考慮し、原則100時間未満（追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり）とする。これは、患者数が多い、あるいは緊急手術が重なった際に対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。（(A) 水準に同じ。）

「臨時的な必要がある場合」の延長することができる１年あたりの時間数の上限については、医師の勤務時間（「指示なし」時間を除く）の分布において、まずは上位１割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することとし、1,860時間とする。この水準は、現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、その労働時間を週に20時間分削減して初めて実現できるものである。

「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時期や頻度が予見不能であることから、その適用を年６か月に限らないこととする（(A) 水準に同じ)。

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、複数月平均による規制は設けず、月100時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時

間外労働時間数が月80時間以上となった段階で、後述の追加健康確保措置②を講ずることとし、単月の規制のみとする（(A) 水準に同じ）。さらに、(B) 水準では後述の追加的健康確保措置①が義務化される。

ちなみに、年間の時間外労働時間が1,860時間を超えると推定される医師がいる医療機関は、病院全体の約27％、大学病院の約88％、救命救急機能を有する病院の約84％、救急機能を有する病院の約34％であるなど、広く存在している。

なお、「臨時的な必要がある場合」の１年あたりの延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声が挙がっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとする意見があった。

○地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関

（B）水準については、必要な地域医療の適切な確保の観点から止むを得ず設定するものであることから、以下の３つの観点から要件を設定し、対象医療機関を特定して適用する。

①地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること。当該医療機関に所属するすべての医師の業務が該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定された事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における同水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の公共性、不確実性、高度の専門性等の観点から、以下を基本とする。

（ア）救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの

（イ）政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」

（ウ）特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師（例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度の手術・病棟管理、児童精神科等）

②当該医療機関に（B）水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること。

③以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

・管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること。

・実際に医師の時間外労働が短縮していること。

・労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。

当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

○集中的技能向上水準の必要性

今後、2024年４月の（A）水準適用に向けた医師の労働時間の短縮を図っていくが、短縮の仕方によっては、

・臨床研修医、専門研修中の医師が一定の知識、手技を身につけるために必要な診療経験を得る期間が長期化し、学習、研鑽に積極的な医師の意欲に応えられない上、医師養成の遅れにつながるおそれがある。

・わが国の医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要な分野においては、高度に専門的な知識、手技の修練に一定の期間集中的に取り組むことを可能としなければ、新しい診断、治療法の活用、普及等が滞るおそれがあり、ひいては医療の質及び医療提供体制への影響が断念される。

このため、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準（以下、「集中的技能向上水準」、「(C) 水準」と略称）を設けることとし、以下のとおりとする。

○集中的技能向上水準の内容

（C）水準を以下の２類型に整理する。

・初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加す

る後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、さまざまな症例を経験することが（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の習得に必要不可欠である場合（(C)－1）

・医籍登録後の臨床に従事した期間が６年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合（(C)－2）

（C）－1、2の上限時間については、2024年4月の規制適用段階においては、その段階で医師に適用される時間外労働の上限のうち高いものと同じ水準、すなわち（B）水準と同様のものを定める。

（C）－1水準の適用に当たっては、当該時間数が（A）水準を超える医療機関について、（B）水準と同様に都道府県が特定する。

（C）－2水準の適用に当たっては、当該医師を育成するために必要な設備・体制を整備している医療機関を（B）水準と同様に都道府県が特定する。特定に伴い、当該医療機関にB水準と同等の追加的健康確保措置が義務付けられるが、初期研修医については、連続勤務時間は28時間ではなく15時間、そして代償休息は認めないという厳しい条件になっている。

(2) 時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的健康確保措置

○追加的健康確保措置：総論

人命を預かるという医療の特性から、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するために、一般労働者について限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置に加えた措置（追加的健康確保措置）を講ずることとし、追加的健康確保措置①（連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット）、追加的健康確保措置②（医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等）等を設ける。

(3) 2024年4月までの労働時間短縮

2024年4月までの5年間において、医療機関は自らの状況を適切に分析し、計画的に労働時間短縮に取り組んでいく必要があり、（C）水準の対象となる業務を除き、なるべく多くの医療機関が（A）水準の適用となることを目指す。

特に、2024年4月までの間においては、当該実績（時間数）において年1,860時間超過がみられる場合に、その解消に向けて取り組むことが最重要である。

(4) 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方

○地域医療確保暫定特例水準の終了時期

時間外労働上限規制に関しては、2024年までに実態調査を行い、医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準（B水準）の対象をなるべく少なくするよう努力する。また、必要に応じて追加的支援策の検討を行う。2024年に法が施行され、2036年3月が暫定特例水準（B水準）の適用終了目標とされる。

○集中的技能向上水準の将来の在り方

（C）水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、その水準については将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。

(A)・(B) の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

（A）時間外労働年960時間程度（週20時間）の働き方（例）：概ね週1回の当直を含む週6日勤務。当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働（早出又は残業）。当直明けは昼まで勤務。年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）。

（B）時間外労働年1,860時間程度（週38時間）の働き方（例）：概ね週1回の当直を含む週6日勤務。当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務。当直明けは昼まで勤務。年間80日程度の休日（概ね4週6休）。

現状では、(B) 水準程度の労働は多く行われている。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い（宿日直）

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことを言い、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

原則の考え方：指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間と見なす。

特例：労働時間がまばらであり、労働時間規則を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働については、労働基準監督署長の許可を受けた場合に、労働時間規制が適用除外される。

医師の労働時間にかかる論点の取扱（研鑽）

医師の研鑽については、医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強：一般的に、診療の準備行為等として労働時間に該当。ただし、自由な意見に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。

学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得、更新等、又は当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと：こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。ただし、見学中に診療（手伝いを含む）を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化（常態化）している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。

時間外労働規制の施行について（中長期の見通し）

地域医療構想に関しては、2024年を目途ということになっている。さらに医師の偏在も2036年目標達成ということになっているが、これは、基本的に法で規定されているというものではない。しかし、働き方改革に関しては、2019年から2023年までの間にしっかりと体制を整えて、2024年からこの法が施行される。2036年度が一応終了目標という形になってはいるが、かなり制約もある。この法は違反すると罰則規定があるということで、おそらく前二者の施策に、この働き方改革がかなり大きな影響を及ぼすと思われる。

医師の働き方改革の基本理念

医師の働き方改革では、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の２つを両立することが重要である。地域医療構想、医師需給・医師偏在対策、医師の働き方改革は三位一体で考えていく必要がある。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、病院・診療所にかかるすべての国民と、国民の健康を守るために日夜、力を尽くす医師・医療従事者のために、「『いのちをまもり、医療をまもる』ための５つの方策」の実施を提案し、これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト５つの方策

①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること。

②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること。

③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること。
④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること。
⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること。

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、この５つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、すべての関係者の取組が前進するよう、来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」という現実を知ってください。また、日本の医師の「3.6％が自殺や死を毎週または毎日考える」こと、「6.5％が抑うつ中等度以上」であること、「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと、そして、「76.9％がヒヤリ・ハットを体験している」ことなども知ってください。こういう現実を放っておくと、確実に医療の現場は崩壊します。

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！ ～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民アクションの例：患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」を活用し、まずは状態を把握する。夜間・休日に受診を迷ったら＃8000や＃7119の電話相談を利用する。夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する。日中であれば院内の患者･家族支援窓口（相談窓口）も活用できる。夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある。抗生物質をもらうための受診は控える。抗生剤はかぜには効かない。上手に「チーム医療」のサポートを受ける。日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない。

医師／医療提供者のアクションの例：あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する（待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座）。電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ。「かかりつけ医」として必要な能力を維持･向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める。タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する。医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる。どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制を整える。管理者は働き方に真摯に取組み、地域医療の継続にも貢献する。医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる。

行政のアクションの例：「『いのちをまもり、医療を守る』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく。医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく。「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする。＃8000や＃7119の体制整備を進め、周知を徹底する。上手な医療のかかり方を直接伝えていく。保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す。「高齢者／高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける。学校教育等で若いうちに理解を促す。医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師／医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む。看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える。働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める。フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する。企業独自の休暇制度を横展開により普及させる。行政提出書類の簡素化／簡略化に取り組む。

民間企業のアクションの例：従業員の健康を守ることを経営の柱とする。柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす。業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする。それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる。体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする。インフルエンザなどの診断書を強制しない。AIを活用した相談アプリの開発を進める。ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める。

4. 総合討論（都道府県からの質問・意見・要望）

Ⅰ. 医師偏在対策

(1) 医師偏在指標

大阪府　①人口10万人あたり医師数が平均値以上であっても「医師不足」を訴える多くの県がある中で、平均値より多いところから少ないところへ医師を配置するというような話になっているが、そもそも平均値がどのような意味を持っているのか。②国の資料の中の「各医療圏で確保しておくべき医師の総数」の定義を示していただきたい。③国の資料の中の「将来時点（2036年）で確保が必要な医師数」の定義を示していただきたい。④「医師確保計画」「外来医療計画」を作成するにあたり、定義や基準とは到底言えない代物しか国からは示されておらず、2020年4月に「数字」を出すことなど到底できない。

回答（釜萢常任理事）　①あくまでも偏在対策を実施し、状況を改善させるために何らかの客観的な数値が必要であるということで、今回はこの指標が示された。②計画期間の終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数ということで、計画開始時点で下位3分の1に相当する医師偏在の指標に達するために必要な医師の総数が定義となる。③将来時点（2036年）において全国の医師の総数が医師需要に一致することを目標としている。④3年ごとの計画期間ごとに、しっかりと見直していく。これらの指標が地域における現実の認識とずれている場合に、その背景を分析し、どのように改めるべきかを考えていなかければならない。

広島県　①医師偏在指標に基づく評価について、上位33％を「医師多数区域」として各都道府県が指定することとされているが、実態に合致しない場合は指定を見送ることができるなどの柔軟性を認めること。②医師の確保を図るべき局所的な地域として「医師少数スポット」を設定することができるとされているが、各都道府県の実情に応じて設定できる柔軟性を認めること、を求める。

回答（釜萢常任理事）　①全国を「医師多数区域」と「医師少数区域」に分けた上で、少数区域の医師を如何に確保するか集中的に検討する必要がある。何らかの指標を設定せざるを得ない。「医師多数区域」に指定されたがそれには当たらないとされた場合については、その根拠を次の検討の段階で考える。②「医師少数スポット」とは、二次医療圏全体としては医師数は充足しているが、ある地域においては医師が不足しているということである。二次医療圏の中のことであるので、例えば巡回診療を行うなど、地域全体で補う対策がまずは求められる。

長崎県　①例えば、離島の「医師少数区域」出身の医師が、東京都内の病院に勤務後、出身県に帰り地域医療に貢献したいと考えても、出身県が「医師多数県」であれば帰ることはできないことになるのか。三次医療圏ごとに制限をかけることにどのような意味があるのか。②二次医療圏の「医師多数区域」の医師数の内訳が、開業医が多いことが理由であった場合、同じ三次医療圏内に存在する「医師少数区域」の中核病院の勤務医不足の手当が困難になることも予想される。勤務医と開業医は分けて扱うべきではないか。

回答（釜萢常任理事）　①このような形で個人として地域医療に貢献してくださることを阻害するような思いは全く無い。②勤務医・開業医を含めて、医師偏在指標を出している。さらに外来の医師偏在指標も出している。その整合性を考えて、すり合わせが必要ではないかと考える。

(2) 地域枠、診療科偏在

栃木県　医師の偏在に対しては、各地域の大学入学者の地域枠をさらに増員し、十分な医師に地元に残ってもらうことが必要と考える。このためには、大学・行政・医師会・地域の医療機関等が協力し、地域枠での入学志願者を増大させるように広報活動を充実されることが不可欠と思われる。

回答（釜萢常任理事）　全くその通りである。地域枠についてはこれまで恒常定員に上乗せしていたが、恒常的な定員の中に地域枠を組み込んでいくことも必要になると思う。

埼玉県　若い医師が一人前の医師に成長するまでの数年間は、医師偏在・科目偏在にどのように対処すべきか。科目の選択については、希望者が少ない科目への誘導について、日医で対策があれば具体的に示していただきたい。国が示した医師偏

在指標と外来医師偏在指数は、それぞれの二次医療圏ごとの順位付けがされているが、双方の順位には乖離があり、これだけで偏在の評価をするには無理がある。何を以って偏在解消とするのか。

回答（釜萢常任理事）　どの診療科を選択してほしいということは強く言えない。外国で行われているような、例えば国試の成績上位者が優先的に希望科を選択できるというシステムも、わが国には向かない。学生の教育の中で、どの地域のどの診療科に医師が求められているかの情報を共有してほしい。

愛知県　医師偏在は、最終的には診療科の地域偏在を意味する。そのためには、サブスペシャリティの議論を進めなければ基本診療科医師数も規定されないのではないか。

回答（釜萢常任理事）　現状では、基本領域の上のサブスペシャリティの養成を学会が行っている。日本専門医機構が新たにサブスペシャリティをどのように認定するかについては、直近の医師専門研修部会で事務局からの考え方が示されたが、まだ合意が得られたとは認識していない。現状ではそれぞれの学会の研修を活かしていただいて、将来的にはそれが日本専門医機構の認定とつながるようにするということが、現時点での考え方である。

(3) その他

岩手県　県として提案している地域医療基本法（仮称）は、県をまたいで国単位での偏在対策を立てる必要があるとしている。医師の計画的育成だけでなく、計画的適正配置を法制化しようとするものであるが、医師会としてはこのような法案に対し、どのようなスタンスをとっていくのか。

回答（釜萢常任理事）　現状では、医師養成の初めの段階での偏在をどうするかという検討が盛んに行われている。一つの県で頑張ってもなかなか医師を確保できない場合に、日本全体でどのように対応するかという議論が今後しっかり行われて、実効性のある対策が打ち出されなければならない。医師少数区域での勤務経験を評価する仕組みが導入されたが、それだけではまだ不十分であり、厚労省ともしっかり協議をして、次の段階の検討に入らなければならない。

三重県　地方の病院では「指導医」不足により、十分な専攻医の受け入れが困難な事例が発生している。NPO法人「全世代」では、退職予定や転職希望の医師のセカンドキャリアを活かすため、医師不足地域などの医療機関に向けた人材紹介や派遣システムの構築が検討されている。また、先日の日本医学会総会でも、シニア医師の活躍が医師の働き方や地域偏在などの課題解決につながるとの議論がなされた。日医の考えを教えてほしい。

回答（釜萢常任理事）　キャリア形成プログラムをしっかり作っていただくようお願いしているが、現状では難しいところもあり、さらに検討しなければならない。シニア医師の活躍の施策は四病院団体協議会も含めて考えていきたい。

追加発言（厚労省）　地域偏在・診療科偏在に関しては、地域の実情はさまざまであるので、国が一律に示すものでもないが、全体の動きとしてはトータルの医師数の議論と直結している。ぜひ地域での議論をよろしくお願いしたい。

質問（広島県）　医師偏在指標は、２月のものと直近のものでは結果が変わっている。県内の二次医療圏の実情は地域の医療機関がよくわかっているので、考慮してもらいたい。

回答（厚労省）　２月に一度データを示し、その後４月に改めて都道府県にアップデートしたデータを出した。現在、地域の実情（流出入等）を加味したデータを国に戻していただくよう、都道府県に依頼しており、それを基に再検討させていただきたい。最終的な結論が出ているわけではない。

意見（北海道／全国自治体病院協会副会長）　自治体病院協議会としては、この指標はまだ暫定的なものであるので、最終的な数値をしっかりと見極めさせていただきたい。ただ、われわれとしては以前から、各地域における需要と医師の必要数に基づいた配置をしてほしいということを訴えてきたので、その第一歩だと考えて、非常に評価している。われわれは、例えば若手の医師が納得できる範囲であれば、ある程度話し合った上で循環できるようなシステムを作っていただきたいと思っている。プロフェッショナル・オートノミーだけでは、地方に医師は充足されない。

質問（大阪府）　医師偏在指標は実態とかけ離れている。地方の実情に沿ったものをといわれても、都道府県で検討することも難しい。

回答（厚労省）　要望があれば、われわれが都道府県に説明させていただく。医師偏在指標は医師数の偏りを提示したものであって、将来や現在の医師需要を満たしているかを示したものではない。医師多数区域の医師に直ちに辞めていただくということを考えているわけではない。

回答（釜萢常任理事）　日医は厚労省と協議を重ねて来たが、先生方に指標をお示しする方法がかなり唐突になっていると感じている。地域の実情と指標との乖離に関する先生方からのご意見を、日医で取りまとめて国と協議するという手続きが必要であったが、そこがうまくいっていなかった。まずは意見のずれの原因を踏まえた上で、より地域の実情に沿ったものにできるよう、日医としてお役に立ちたい。

追加発言（今村副会長）　2024年からの働き方改革関連法には罰則がついている。地域医療を守っていくためには、働き方改革は最優先で進めなければならない。働き方改革と医師の偏在は密接に関わっているため、会員の先生方には早めに計画を作っていただくことが大事である。その際に、完全ではない指標を基に計画をたてることが非常に難しいことはわれわれも理解している。日医では、各地域の実情については都道府県医師会から伺わないとわからないので、今後も連携を密にしたい。

質問（大阪府）　地域医療構想は、病床機能の分化・連携ということで、医療機関の再編・統合、すなわち集約化の方向に向かっていると思われる。働き方改革では医療機関に医師を集約することも考えなければならない。医師偏在対策は、身近な医療機関で患者が適切な医療を受けられるにはどのようにすればよいかという考えで進んでいると思う。地域医療構想や働き方改革の集約と医師偏在対策とは違う方向に進むように思えるが如何か。

回答（中川副会長）　地域医療構想、偏在対策及び働き方改革の３つを同時に行うことによって先生方の不安が増幅されたのではないかと思われる。医師偏在指標のご意見を聞いていると、全国一律の計算式や指標は、現場では到底役立たないことが明確になっていると思う。地域医療構想で医療機関の再編・統合の方向に舵を切ったのではないかというご意見であるが、これは公立・公的医療機関の再編・統合であり、公立・公的医療機関と民間医療機関が競合している場合に限る。その際、公立が最初で、次いで公的医療機関である。民間医療機関を含めて再編・統合しようということでは全くない。公立医療機関には8,000億円の補助金が毎年投入されている。公的医療機関にも税制優遇や補助金など、県ごとに多額の税金が投入されている。民間と公立・公的医療機関が全く違う土俵において地域医療構想区域の中で競合して医療を提供しているという状態は早急に解消しなければならない。

質問（奈良県）　地域医療計画・地域医療構想で、第７次医療計画が2023年度に終了する形となっている。病院としての病床機能の届け出を来年の３月もしくは９月までに提出しなければならない。医師偏在対策の目標達成はずいぶん先のことになるが、この見通しが立たないと、病床の計画が立てられない。今の状態であれば、病床の削減をせざるを得ない。

回答（中川副会長）　地域医療構想の目的は、不足する機能を手当することが第一であり、病床削減ではない。今後、ほとんどの構想区域で病床が余り、それをどうするかであるが、公立・公的が先である。ただし、それは民間医療機関と競合しているところに限ってであり、公立・公的医療機関しかないところは、それらに引き続き頑張ってもらわなければならない。公立・公的のダウンサイジングや統合・再編が進むと、医師が余ってくるが、それに伴い、働き方改革や偏在解消が進む可能性がある。三者が一体的になるということは、その意味でも流動的であり、全国一律の指標では通用しない。

回答（厚労省）　地域医療構想では、2025年を目処に、医療需要や人口の変化等を見据えて、地域の中でしっかり話し合い、適切なものにしていただくことを大目標にしている。それ以降の病床機能については、まだ議論になっていないのが現状である。医師の養成については長い目で見てい

ただき、将来の医療需要と供給とのバランスをどのように取るかというところに話を持っていかざるを得ない。

Ⅱ．働き方改革関係

(1) 医療勤務環境改善支援センター関係

神奈川県　「医療勤務環境改善支援センター」は重要な役割を課せられている。本県においては、主体は県であるが、実態は全く機能していない。医師会に委託され、うまく機能している都道府県もあると聞く。何かいい試みがあればご教示いただきたい。

回答（松本常任理事）　運営主体は都道府県であるが、県医師会への委託の働きかけをされても問題ないことを厚労省に確認している。

(2) 救急医療関係

栃木県　医師の時間外労働上限規制が行われると、救急医療機関においては、交代制の時間外勤務で対応することになり、雇用人数面でも支払い単価の面でも人件費が大幅に増大することが想定されている。早急に診療報酬上の十分な手当てを要望し、医療機関の経営状況を健全にすることが必要である。

愛知県　現在の救急体制への評価があまりにも低く、救急医療に対して十分な手当てがなされていない。二次・三次救急医療の採算が取れるべく、妥当な診療報酬をしかるべき医療機関に手当することが必要である。

回答（松本常任理事）　より質の高い救急医療提供体制への取組みの評価が適切に行わなければならない。救急医療管理加算等の引上げも必要であると主張している。働き方改革の中で、救急医療の人員がしっかりと確保できるように、人件費の支援は必要であると考えている。中医協では、支払い側からは、働き方改革の費用を患者側が負担することには違和感を覚えるという意見も出ていたが、日医としては、医師の働き方改革は医療を受ける国民の医療安全に資する話であり、それを支えるには一定の財源が必要であることや保険者としても国民に適切な受療行動を働きかける責務もあるのではないかと反論している。

山口県　増え続ける救急患者への対応として、＃7119の活用、救急車の有料化を提案する。有料化を財源として、働き方改革を推進していくことも可能になると考える。

回答（松本常任理事）　消防庁の検討委員会でも2年前に救急車の有料化の議論がされている。有料化すれば救急車の利用は減少すると思われるが、有料・無料の判断が難しいこと、料金の徴収方法、また、徴収することは搬送の対価を求めることになるため、これが負の方向に働くことへの懸念、さらに何よりも救急隊員が一刻を争う現場で料金を徴収することは負担が大きい等で救急隊員からは反対が強い、などの意見が出た。救急車の利用制限は、高齢者や生活困窮者の症状の増悪にも繋がりかねないということもあり、委員会では有料化を見送るべきという結論になった。他方、医師の働き方改革の議論を通じて、＃8000、＃7119の有効性が国民に再認識されている。電話相談事業の拡充と全国的な質の確保、地域医師会による病院救急車の活用、かかりつけ機能と身近な入院医療を担う中小病院や有床診療所の支援等について、今後も強く求めていきたい。

福岡県　医師多数県である本県でも、中小の民間二次救急医療機関から、大学派遣医師の引き揚げにより救急医療に深刻な支障が出ているとの窮状が訴えられている。派遣医師の引き揚げの一因である医師の副業・兼業については、緩和策が是非とも必要である。

回答（松本常任理事）　厚労省では、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」を設置、これまで7回の検討会が開催されている。第7回では、健康管理、上限規制、割増賃金の3つの論点整理の資料が提出された。今後、報告書が取りまとめられて、労働政策審議会に諮られることになっている。兼業・副業については非常に問題が大きく、派遣元あるいは派遣先の医療機関が、救急現場、特に宿当直に関わってくるので、経営的にも非常に困る。ほとんど眠れないような当直の場合、28時間連続勤務の問題も生じる。

(3) その他

大阪府　時間外労働の上限が定められたことで、

厳格な勤怠管理や労働と自己研鑽との明確な線引きが必要となる。世代間の労働に対する考え方の違いも顕著であり、多様な働き方を選択できるシステムが求められている。一方で、国民に向けた適切な受療行動への周知が必要不可欠である。日医を通じて、医療現場の実情を広く国民に伝え、医師の負担軽減につなげていただきたい。

回答（松本常任理事）　ご指摘の通りである。限られた医療資源を最大限に活用するために、医療界としてさまざまな対策が必要であり、医療に対する理解と協力を国民に求めていくことも大事である。“上手な医療のかかり方”を啓発していきたい。必要な方の受診抑制にならないように留意しながら、各地域の実情を絡めた対応が求められる。

追加発言（厚労省）　さまざまな問題を最大限考慮した上で、上限1,860時間の制度設定をしたつもりである。今後もいろいろとご意見をいただいて、できるものは反映していきたい。

要望（三重県）　医師が東京に一極集中している。働き方改革では、有給休暇をたくさん与えなければならず、スタッフが少ないところでは場合によっては休診しなければならない。“小さいところは潰れていけ”ということになりかねないので厚労省はこの点をよく考えていただきたい。

質問（宮城県）　働き方改革は、医療の供給量を減らすことになる。需要が今まで通りであれば、医療が成り立たない。不要不急の受診は控えてほしい。日医は国民にそのようなことを訴えかける必要があるのではないかということを以前の代議員会で訴えたが、今のところ、行動に移されていない。厚労省も日本の厚生行政を考えていく上で、国民にそのことを呼びかけるべきではないか。例えば「いわき市地域医療を守り育てる基本条例」、兵庫県の「県立柏原病院の小児科を守る会」など、あのようなことをやって初めて受療というのは抑制されていくのだろうと思う。

回答（今村副会長）　まさにその内容は、国の検討会の中で私どもが申し上げた。既に医療提供者側だけの努力ではどうしようもないところに来ている。これは医師会や厚労省だけが行うことではない。保険者も、被保険者に医療の受療の仕方を啓発しないで入院日数の短縮や医療費のことばかりを被保険者に言うのは間違っている。すべてのステークホルダーが国民に向かって訴えるべきであるということを強く訴えたことにより、厚労省の中に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」ができた。すべての関係者に協力をお願いしたい。

質問（山口県）　自分の所属する二次医療圏は、地域偏在指標で全国25位、337.2人の医師多数区域となっているが、それは大学病院があるからであり、二次救急を行っているのは大学病院を除いた中小病院である。本県は医師の高齢化が進み、平均年齢は全国1位である。早く対策を取らないと医療が持たない。救急車の有料化を提案した理由は、重症患者の搬送件数も増えてはいるが、半数は軽症患者であるからである。救急車は救命のために使用すべきである。徴収方法は、救急車を受け入れた病院に支払うことにすれば、最もシンプルなシステムになると思う。実際に困ったときの相談窓口として、＃7119をセットにして行っていただきたい。医師偏在指標も参考にはなるが、地域の実情を考慮していただきたい。

回答（松本常任理事）　同様の質問を代議員会にも提出しておられるので、その場で議論させていただきたい。

意見（神奈川県）　三次救急の場で、医師が疲弊して辞めてしまうということが、人口40万人の市でも起こっている。三次救急にウォークイン（軽症）がたくさんおり、そのことで疲弊している。また、二次救急が制度疲労を起こしている。二次救急を受け持っている病院が、一般急性期、回復期、慢性期の３つの病床でやっている。一般急性期であればかなりのものは受けられるが、回復期、慢性期の病院では、現状ではほとんど救急を受けられないので、それが三次救急に回ってくることも疲弊の原因である。地域医療構想が始まった時に、この点も見直すべであったと思っている。また、診療報酬面でも全く違っており、1週間入院でも二次救急と三次救急とでは10倍違う。この点も輪番制、ないしは二次救急の制度疲労につながっていると思っている。

質問（岩手県）　2024年に向けてかなり整理さ

れてきたと思う。論点も宿日直や自己研鑽の問題など曖昧な部分もあるが、これから整理されていくと思う。現場の病院としては現在、取組みを始めているが、このような質問を労働基準監督署に持っていくと、逆に取締りを受けるように思う。県には、医療勤務環境改善支援センター及び地域医療支援センターがあるが、それらが、われわれの取組みの相談窓口になり得るか。気楽に相談できる第三者機関としての機能を持たせてほしい。

回答（松本常任理事）　この問題も代議員会に提出されているので、そちらで議論させていただきたい。

質問（茨城県）　働き方改革の影響は、民間中小病院に大きいのではないかと思う。その偏在是正も含めて、確かに地域医療構想では、公立・公的が優先的に統廃合の対象になるということになっているが、働き方改革や偏在是正については、公立・公的を優先して是正するという都道府県の方針は変わっておらず、そこが是正されないと、実際には民間が不利になる。そのようなことにならない働きかけについてご教示いただきたい。

回答（厚労省）　構想については、現在いろいろな方針を示している。働き方改革は、これから具体策を進めていくところであるし、医師需給、医師偏在に関しても、今後、地域でご議論いただいて、民間が不利になるというようなことがあれば、具体的な協議の状況などは医師会を通じてでも、われわれに教えていただければ、都道府県に対して行政的な面での指導や助言をしていきたい。

5. 総括・閉会

中川日医副会長　患者の受療行動に関する啓発活動が必要であるとの意見が出たが、これは救急体制も含めて、医師の地域間偏在や診療科偏在が影響している。また、地域医療構想という面から見ると、むしろ患者数は減り続けており、働き方改革の労働時間の面から見ると受診をある程度整理してほしいというのはその通りであるが、地域医療構想の面から見ると逆であり、この辺りのバランスが非常に難しい。われわれが最も心配しているのは医師あるいは医療機関が過剰になることで、私はこちらの方がずっと懸念されると思っている。将来的にそのようにならないよう、今から如何に調整していくかということを、われわれと一緒に考えていただきたい。この度の医療法改正により、もともとある都道府県の医療審議会、地域医療対策協議会（地対協）の権限が明確になった。さらには地域医療構想調整会議の機能を活性化する策を厚労省から出していただいている。この都道府県の審議会に積極的に参加することが法律で決められているので、是非これを活用していただいて、地域の実情をどんどん訴えていただきたい。医師偏在指標に関する先生方のご不満は非常によくわかった。全国一律の指標はほとんど役立たないということを本日出席された厚労省の方々も実感されたと思うので、諦めずに継続的に問題点を指摘していただければ日医は精力的に支援申し上げる。

［文責：沖中　芳彦］

多くの先生方にご加入頂いております！
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　損害保険ジャパン日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005
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
損保ジャパン日本興亜

マスギャザリング災害（CBRNE テロ含む）対策セミナー

～ラグビーワールドカップ 2019 に向けて～
（令和元年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会）

と　き　令和元年７月25日（木）13～17時

ところ　日本医師会小講堂 ホール

［報告：理事　吉水　一郎］

開会挨拶

日本医師会長　横倉義武　マレーシア空港でのVXガスによる殺害事件、イギリスでのノビチョクによる毒殺未遂事件など、近年、さまざまな所でマスギャザリングの事故が起きている。日本でも1995年に地下鉄サリン事件があり、テロリズムは決してわれわれと無縁ではない。

また、日本では本年９月にラグビーワールドカップ､来年には東京オリンピック･パラリンピックの開催を控えている。万が一、競技会場やその周辺地域において、将棋倒しやテロリズムによるマスギャザリング災害が発生した場合、一般の医療機関が対応しなければならない事態も生じる可能性があるため、CBRNEテロを含むマスギャザリング災害の基礎知識や止血法などを学ぶことを目的とした本セミナーを開講したので、有意義な研修としていただき、地元に帰って広めていただくようお願いする。

ラグビーワールドカップ2019組織委員会事務総長代行　河野一郎　９月20日にラグビーワールドカップが開催されるが、12会場、58のキャンプ地のすべてにおいて先生方にご協力いただき、医療体制も含めて、最後の詰めに入っているところである。何より地元医師会や自治体も含めていろいろなご協力をいただいて、ここまで来ることができた。

ただ、マスギャザリングについてはわれわれもなかなか対応がしっかりできていないこともあり、報告書も拝読したが、まだまだ課題も残された中でいろいろ詰めていくことが必要だと感じている。

医療体制こそ、まさに医師会の皆様にお世話になって出来上がっていくと認識している。オリンピック・パラリンピックも開催１年前を迎えたので、こちらも併せて引き続きよろしくお願いする。

各地域におけるマスギャザリング対策の実情報告と本セミナーの狙いについて

日本医師会常任理事　石川　広己

日本では地震、台風、水害、火山噴火などの自然災害が非常に多く、増幅因子として地球温暖化による異常気象がある。一方、マスギャザリングは、人間のさまざまな生活や活動から発生する可能性があるもので、それに乗じたテロ災害等の対策を練っていかなければならない。自然災害、マスギャザリング災害ともに、想定内の部分と想定外の部分があるが、いずれも私たちが知恵を絞って想定の枠を最大限に広げて対応すべきである。

マスギャザリングとは、同じ目的で1,000名以上が同一時間、同一地域に集合するもので、祭り・催し物・コンサート等いろいろなものがある。

CBRNEとは、Chemical：化学、Biological：生物、Radiological：放射性物質、Nuclear：核、Explosive：爆発の頭文字をとったものである。

世界医師会は2018年４月にWHOと「国内及び国際レベルでの緊急災害対策準備システムを強化し発展させること」とする覚書を交わしている。また、災害医療研修の実施については、2009年に「災害対策と医療に関するWMAモンテヴィデオ宣言」を採択しており、「すべての専門分野を通じて、医師に対する災害訓練プログラムにおける一貫性を確保するための『標準能力』を推進すること。」としている。また、日本医師会生涯教育カリキュラムでも2016年に「災害医療」が独

立し、中にはCBRNE災害も含まれている。

医師会がCBRNE災害に関わる意義として、CBRNE災害時は一般の医療機関でも救急外来患者への処置や避難対応が求められるが、一般の医療機関は必ずしもCBRNE災害への対応力が高くない。患者が来院したとき、医療機関は汚染を疑い、隔離・除染、専門機関へ通報する必要がある。また、CBRNE災害時は、実際には被害を受けていなくても不安や恐怖で住民が来院する。医師会による災害対策は、一般の医師・医療関係者を対象とすることが基本であり、一般の医療機関の対応力の向上によって、専門機関（消防・警察など）は本来の使命・役割に専念できる。

ラグビーワールドカップに向けて懸念されることとしては、観客、選手の熱中症などの発症、テロ、将棋倒しなどの集団災害、外国人の急病への対処などがある。日本医師会としては、熱中症対策、心肺蘇生法の普及、シンポジウムの開催、日本人・外国人を問わず適切な医療提供に向けた協議開催県の医師会との連携、関係省庁との協力、CBRNE災害対応の一般化を行っていく。

医師会の立ち位置としては、大規模イベントの際は、なおさら最適な組織体制を構築しなければならない。指揮（Command）と連携・調整（Control）が大切で、組織委員会と十分に話し合わなければならない。運営本部、現場指揮所、医療班をどのように構築していくかを事前によく相談する。ラグビーワールドカップの事例では、組織委員会からチーム後方支援病院、会場直近の救急病院又は開催自治体の指定する病院、搬送する救急車の台数も含めて要求されている。

「ラグビーワールドカップ2019開催地におけるCBRNEテロ災害対策の現状把握調査」で実情を調査したので、簡単に説明する。調査対象は開催地12都道府県の「医師会」及び「自治体」で、調査方法はヒアリングによる。

医師会の調査結果では、開催準備にあたって、会議体を設置して対応しているところが58.3%と半数以上で、医師会の参画状況についても、郡市区医師会又は県医師会の双方が参画している地域が多い。救護所への医師の派遣予定としては、「派遣予定あり」・「検討中」が約８割である。ただし、災害時派遣協定のテロ発生時の適用の有無については、協定に明記されているのは１医師会のみで、３医師会は明記はないが自然災害に準じて適用と回答している。また、CBRNEテロに関する研修会は半数が実施済みであった。

自治体の調査結果では、災害拠点病院について、除染設備は「一定数あり」83.3%、防護措置（防護服）「一定数あり」75％だが、医薬品の備蓄状況については「備蓄あり」66.7％、保護訓練の実施状況は「実施あり」75％である。

大規模イベントのリスク

日本医師会救急災害医療対策委員会委員長／
マスギャザリングワーキンググループ座長／
杏林大学高度救命救急センター長　山口　芳裕

大規模イベントは、悪意のない人々が単に集まることによって生じるマスギャザリングというリスクと、悪意のあるテロという２つの側面でリスクを考える必要がある。

マスギャザリングとは、「一定期間に、限定された地域に、同じ目的で集合した大人数の集団」のことで、ある程度の人数が集まったときに、一定程度の具合が悪くなる人が出るということを想定しておかなければならない、というのがマスギャザリングの考え方である。一つの目安として、1,000人以上を基準とする定義が多いが、医療対応基準は２万5,000人以上というのが世界的な考え方である。規模感としては、1,000人以上が最小単位だが、オリンピックの場合は100万人以上で、メガマスギャザリングの範疇となる。

従来のオリンピックでは、群衆1,000人あたり傷病者1.5～2.0人というのがこれまでの大まかな一つの目安である。ここでの傷病者は、アスピリン＆バンドエイドの軽症者が圧倒的多数と言われている。実際にオリンピック期間中に救護所・医務室を訪れる人数はトータルして２万人程度、救急車の出動はおよそ1,000件を上回るというのが過去データから出されている数字である。救護所等を訪れる人は、オリンピックの場合、観客以外にもメディア、ボランティアなどの関係者が多数含まれ、パラリンピックの場合、救急車利用が観客よりも選手の方が多いことがある。

救急サービスの需要量を推測するための参考として、競技会・スポーツでは、２万5,000人を超

えるような集客がある施設については、必ず医療の手立てをしなければならず、５万人を超える場合は複数の救急車が必要となることも想定しなければならない。

そのほか、感染症の蔓延や、自然災害の中で避難民が出ることなどは大規模イベントではなくても日常生活の中でも対策されていることが多い。

一方、大規模イベントで医療を考えたときに、悪意のないマスギャザリングとは180度違ったリスクを考えないといけないのがテロである。

実際、オリンピックは世界同時中継されることから、テロを起こしたらそれがリアルタイムで世界に広まるという意味合いにおいて、テロリストにとってはこの上ない舞台となる。オリンピックがテロのターゲットになることは明確に意識しなければならない。

いつ、どこで起こるかについては、必ずしも開催している都市で起こっているわけではないことが特徴である。ターゲットとなるのは、競技施設よりは公共施設、商業施設、駅、空港といった場所が大部分であり、開催期間中だけではなく、1年前、聖火が出る日などイベンチュアルな日が狙われるというデータがある。

悪意がないマスギャザリングは通常経験している診療行為の延長上で扱えることが多いが、テロに対して日常の医療はむしろ無力である。これは単に発生した傷病者の治療にとってという意味だけでなく、医師自身が身を守るためにも通常医療の延長上で活動してよいと思わないでほしい。

ここ数年、テロの総数自体は大きな変化をしておらず、概ね１万1,000件～２万件で推移、手段も傾向としてはほとんど変わっていない。2016年に世界で発生したテロの分析では、全体の54%が爆弾テロ、次いで銃を用いたテロ（21％）、刃物（10％）と続く。これ以外の手段としてはCBRNEもある。

マスギャザリング（CBRNEテロ含む）災害の基礎知識（講義）

化学・生物・爆弾テロへの医療対応

医療法人社団元気会横浜病院院長／
元自衛隊中央病院第一内科部長　箱崎　幸也

以前はNBC災害と言われていたが、近年は放射線物質（radiological）と、爆弾テロ（explosive）を加えたCBRNEと言われている。放射線源に爆弾を入れるダーティー爆弾が一番の脅威である。

東京オリンピック・パラリンピックに向けて、化学剤に関してはノビチョク（第４世代の神経剤）対処への啓発・訓練の実施、化学兵器をリアルタイムで診断できるソフトCHEMM-ISTの操作、生物剤に対しては微生物検査室と連動した医師の診断能力の向上、爆弾テロに対しては実地医家や市民のターニケット使用、市民への退避教育の実施が緊要である。

英国ソールズベリーで2018年３月４日に起こったノビチョクによる元ロシアスパイ暗殺事件では、亡命中のセルゲイ・スクリバリ氏と娘がショッピングセンターで意識不明で発見、重体となったが、救援に向かった警察官のうち21人が治療を受け、１人がICUに収容された。英国の調査機関は後日、ノビチョクを住居のドアノブに塗りつけた犯行と断定、３時間以上前の微量曝露で意識障害を起こしており、２人が立ち寄ったパブやレストランでも500人以上に神経剤の痕跡があった。被害者が助かったのは、医師がきちんと早期に診断・治療を行ったからである。

ノビチョクは二次汚染の危険性が高く、毒性はVX又はそれを上回る。環境中に数日から数か月も残存する。基本的に液体だが、ゆっくり揮発し蒸気としても影響を与える。水溶性であるため水除染は基本的に避け、乾いたタオルや紙タオルでふき取る。診断が難しく、診断根拠は患者の症状、検知紙が手掛かりとなる。治療としては、長時間・大量のアトロピン／PAM投与が必要（サリン治療の３倍）、アルコール消毒は皮膚汚染拡大のため避ける。除染にはRSDLRというふき取りスポンジが推奨され、約２分でVX、ノビチョクを無力化できると言われているが、日本では販売されていない。ちなみにノビチョクはロシア語で「新参者」の意味である。

化学テロ・災害の兆候としては、異常な臭気、目の痛み、涙、急に目の前が暗くなる、鼻・喉の灼熱感、くしゃみ・鼻水、呼吸困難、皮膚の刺激感・皮膚紅斑、そのほか樹木の異常な枯れや、小動物の異常行動や死骸などである。

化学剤をいかに早くチェックするかが重要とな

るが、「Toxidrome」といって、中毒物質を大まかにグループ分けし、症状や兆候、及び身体所見から診断する化学剤自己チェックリストがある。拮抗薬があるものをきちんと診断して治療すれば救命率が上がる。

米国NIHとHHS、その他NLMなども関わって作成された「CHEMM」（Chemical Hazards Emergency Medical Management）は、化学剤の推定／診断・対処ツールで、「chemm.nlm」と検索すると誰でも無料で利用できる。最も特徴的なのが「CHEMM-IST」で、17項目の身体兆候・症状の入力で７つの化学剤の症候群の推定診断ができる。開発途中だが、治療には慎重に使用すべきという注意事項がある。

CHEMMの中には、PRISM（Primary Response Incident Scene Management）による除染の10ルールを作っている。これは、服を脱げば90%、ついたものを乾いたタオルで拭き取ればさらに9%、ポンプ車の水をかければ99.9%除染となり、汚染レベルを10分の1に低下させることができるというものである。

PRISMによる除染の初期活動時の要点・重大な側面としては、①安全な場所への非難（シェルター避難も考慮）、②脱衣（脱ぐときにはさみで切る、ないときは呼吸を止めて脱ぐ）、③簡易（即時）除染、④集団除染（はしご車で水をまく、低体温に留意）、⑤積極的な乾燥、専門除染がある。

生物テロにおいては、通常パターンでない感染症患者の増加から疾患の可能性を考慮する（A High index of suspicion）、症状・兆候からの疑い診断からの検査室との連携が重要である。生物テロの特徴としては、地域特有の疾病の地域外での発症、複数人の稀な疾病の発症等があるので見逃さないようにし、バイオテロはまず実地医家において患者として出てくる可能性が高い。

バイオテロの疾病として代表的なものを以下に示す。

・炭疽：黒色の壊死が特徴的。注射部位は壊死性筋膜炎などを呈する。米国ではワクチン、毒素中和剤が備蓄されているが、日本では準備されていない。

・天然痘：WHOが1980年に世界根絶宣言。致死率20～50%。45歳以下の人たちでは爆発的に広がっている。曝露4日以内であれば、曝露後種痘を受ければかなりの確率で助かるので記憶にとどめてほしい。

・ペスト：2010～2015年マダガスカル島を中心に世界全体で3,000名近くが報告され、そのうち500名以上が亡くなった。ペスト菌はエアゾル化しやすい。

・ツラレミア：米国では年間300例程度だが、日本では少ない。ダニに咬まれて黒色痂皮があった場合には常に疑う。診断を疑うまで２週間必要。

・ボツリヌス：自然界にある毒素で最も強力、1gで150万人を殺傷する。身体所見としては、上腕の筋力低下、筋緊張低下があるが、感覚神経や協調運動は障害されない。CBCでは第4経路のボツリヌス毒素のエアゾルによる感染があれば、1例でもアウトブレイクを疑い、複数症例ではバイオテロを疑う。

アメリカでは、自家製爆弾や即席爆弾に遭遇した場合、「RAIN対応」（Recognize：認識、Avoid：回避、Identify：識別、Notify：通知）を推奨している。具体的な安全ルールとしては、爆弾が視界にある場合には爆発の被害を受けかねないという意識で行動すること、触らない、避ける、人々を遠ざける、予備装置があると常に予想する、などである。

一般市民の退避行動としては、閃光や爆発音に遭遇したら瞬時に背を向け身を伏せる。耳と目を防御し、物陰や窪地に身を隠す、再度爆発する可能性が高いので決して救助に向かってはいけない、ガラスから離れる、建物の中の場合は角に一番圧がかかるので避ける、コンクリートが近い場合は壁に触れずに壁との距離をとる、といったことが挙げられる。具体的な距離として、安全境界線は火災・爆発・煙霧の場合、300ｍは離れることで、そういった意識が一般市民にも必要である。

マスギャザリング（CBRNEテロ含む）災害の基本対処法

日本医師会救急災害医療対策委員会委員／救急振興財団救急救命東京研修所教授

田邉　晴山

CBRNEテロは日本でも起こるという認識が必

要で、1995年の松本サリン事件（C災害）は、化学兵器クラスの毒物が無差別に市民に使用された世界初の事例、福島第一原発事故は世界でも稀なN災害である。

実習

1）CRBNREを疑う３つのステップについて、２人１組で説明しあう。

CBRNEを疑う３つのステップ（同一場所、同一時期）

Step1：原因不明の患者１人なら、通常の対応

Step2：原因不明の患者２人なら、“もしかしてCBRNE？”と思いつつ、まずは通常の対応

Step3：原因不明の患者３人以上ならCBRNEを疑い、安全確保を考慮

CBRNEを疑うサインとしては、人以外の異常（動物の不審死など）や植物の異常な枯れ、得体のしれない装置などもある。疑念や推定の段階でも周りと情報を共有することが重要。

2）“３つの離せ”について２人１組で説明しあう。

CBRNEを疑った場合は、安全確保のための“3つの離せ”を実行する。

＜避難＞汚染源からみんなを離せ

＜脱衣＞汚染された着衣を脱がせ

＜除染＞毒物を身体から拭き取れ

空気より軽いものは舞い上がり、空気より重いものは下がっていくことから、できるだけ風上の高いところに移動する。お互いに接触を避けながら、できるだけ自分で移動する。

除染は、ティッシュペーパー、布などで、露出した皮膚表面をふき取る乾式除染が基本で、できるだけ本人が行うようにする。脱衣に加えて除染を行えばほとんどの毒物は除去できる。

安全確保のための“3つの離せ”を行いつつ、消防・警察などの到着を待つ。

3）脱衣の方法を実際に行う。

脱衣の方法は、①手袋をつける、②ティッシュペーパーや布で顔をぬぐう、③別のティッシュペーパーや布などで鼻をかむ、④使ったティッシュペーパーなどは大きなビニール袋に入れる、⑤マスク（あればN95マスクがよい）をつける、⑥脱衣する（上衣は頭から脱ぐと毒物が目や気道を汚染する可能性があるので、上衣は切って脱ぐのがよい）、⑦脱いだ服は大きなビニール袋に入れる、⑧ビニール袋を縛って密閉する、である。

4）除染の方法を実際に行う。

除染の方法は、①脱衣のあと露出した皮膚表面を、まず顔から頭→首→体と、上から順番に下に向かって拭き取る、②必要に応じてこすりとる、③除染で生じる廃棄物はすべてビニール袋などに入れて密閉し保管する、である。

止血法

日本医師会救急災害医療対策委員会委員長
山口　芳裕

<u>爆傷・銃創と止血</u>

爆発や銃撃に遭遇したら、すぐに背中を向けて身を伏せるのを習慣にするべき。爆発は１回とは限らず、爆弾テロでは必ず２発以上あるので、不用意に近づかない。逃げる（RUN）→隠れる（HIDE）→通報する（TELL）。

爆弾テロは全体の約70％、銃器によるテロは全体の25％である。

日常の外傷は鈍的外傷であり、死因の90%は出血性ショック（体腔内）で、患者を救うためのゴールデンタイムは30～45分。一方、爆傷などは鋭的外傷で、死因の90%は出血性ショックだが、体腔外への出血で速度が速いため、ゴールデンタイムは２～７分。東京では通報してから救急車が到着するまで平均８分かかる。よって、止血の切迫性が高い。

もっとも救命に繋がる止血部位は四肢であり、ベトナム戦争やアフガン、イラク戦争でも60～70％が救命に繋がっている。

ターニケットは、縛ると必ず腐るとしてこれまでは悪魔の資器材と呼ばれていたが、2005年には米国軍で標準装備し、翌年には死亡率が減少した。あくまで戦場の資器材だったが、2015年の米国の小学校銃乱射事件の後、“ターニケットがあれば救えた命があった”と公表されたことをきっかけに、2016年からは一般市民を対象とした普及啓発キャンペーンが実施され、現在、米国ではAEDとセットでターニケットも配置されて

いることが多い。

日本でも、2018年４月以降、全国の消防でターニケットの研修が行われた。2019年春からは、日赤が一般市民向けの講習を実施している。

実習：ターニケットによる止血法

ターニケットは、他の止血法によって制御できない出血のときに使用する。

＜ターニケットの使用方法＞

①出血部から５～８㎝中枢側にバンドを巻く（素肌に巻くと皮膚の損傷が避けられないので、薄手であれば衣服の上から巻く）、②バンドを強くしっかりと引きヴェルクロで固定する、③出血が止まるまでロッドを回す、④ロッドグリップでロックする、⑤ロッドとバンドをタイムストラップで固定し時間を記録する。

完全に血が出なくなるまで止めるのは困難なため、少しでも出血速度を遅くすることが大切である。

ターニケットの合併症として、装着中の圧迫に伴う疼痛（ターニケット・ペイン）が必ず起こる。

消防職員等がターニケットを使用するにあたって、医師法に抵触しないための要件として、①医療従事者が周囲にいないこと、②標準的な止血方法では制御が困難であること、③ターニケットの仕様に必要な教育・訓練を受けていること、の３つがある。

SMSによる一斉同報システムの案内

日本医師会常任理事　石川　広己

問題が起こったとき、ワンストップ相談窓口へ連絡し、そこから開催地の郡市区医師会災害担当理事に連絡、SMSで情報を共有するといった流れになる。別途専門機関への相談や、ワンストップ相談窓口の設置によって、より確度の高い情報を発信する。

ラグビーワールドカップに向けて、開催都道府県医師会役職員及び郡市区医師会の役職員、日本医師会の役職員が登録しており、各医師会の登録メンバーのうち一斉送信の権限があるのは２名で、送信先はその都度選択可能で、７月25日～12月24日まで運用する予定である。

ワンストップ窓口の案内

日本医師会救急災害医療対策委員会委員長

山口　芳裕

ラグビーワールドカップの12競技会場の医務室において、出務する医師会員をサポートする体制を構築するべく、日常的な方法で対応できないような場合が起こったとき、初期対応（処置、除染、拮抗薬など）を相談する窓口「ワンストップ窓口」を開設する。

一次相談は救命センターが担当し、場合によっては情報を整理した上で、必要に応じて二次施設に支持を仰ぐ。

二次相談施設（予定）は以下の通りである。

○核・放射線：量子科学技術研究開発機構放射線医学総合研究所

○生物・感染症：国立感染症研究所

○食品・食中毒：感染症疫学センター

○化学・毒物：日本中毒情報センター

○爆発物：国立研究開発法人産業技術総合研究所

総括

日本医師会副会長　中川俊男　９月にはラグビーワールドカップ、来年は東京オリンピック・パラリンピック、2025年には大阪万博が開催されるが、日本医師会は各都道府県医師会と協力しながら、マスギャザリング災害対策を進化させていきたい。

第50回 中四九地区医師会看護学校協議会

「新たな未来を拓く看護職をめざして ～学生の能力を最大限に引きだす関わり～」

と　き　令和元年７月27日（土）～28日（日）
ところ　リーガロイヤルホテル広島
担　当　広島市医師会看護専門学校

報告：常任理事　沖中　芳彦
常任理事　前川　恭子

第１日目

開会挨拶

第50回中四九地区医師会看護学校協議会
会長　松村　　誠

記念すべき第50回中四九地区医師会看護学校協議会にご出席を賜り、心より歓迎申し上げる。今回は特にオブザーバー参加として、仙台市医師会と神戸市医師会の看護学校にご参加いただいた。これを機に本協議会が全国展開することを祈っている。

看護教育の母といわれているフローレンス・ナイチンゲールが、「進歩がない組織で持ちこたえたものはない」と言っているように、私たちも進歩を目指していきたいと思う。

さて、国際平和文化都市である広島市は、この夏、平和への祈りの季節を迎えている。74年前の８月６日、人類史上初めて残虐極まりない原子爆弾が投下され、一瞬にして広島は廃墟と化し、十数万人の尊い命が奪われた。その中に、医師225名、看護師187名が含まれている。広島の医師と看護師は、自ら被爆し、傷付いたわが身を顧みず、ひたすら被爆者の救護に当たった。これが広島市医師会の原点である。まさに平和なくして看護教育もないと思う。

そして戦後、昭和26年に准看護婦制度が新設された。広島市医師会では翌年の昭和27年に、１学年定員100名の准看護婦養成所を開校した。そして昭和39年には、全国に先駆けて医師会立の夜間の定時制看護学校も開設し、一時は学生数1,000名を誇る全国一の規模の専門学校であったが、現在の社会情勢、特に少子化と人口減により応募者が激減しており、定員割れもしている。また、経営も困難となりつつある。

そうした中、本協議会では初めての試みであるが、看護科と准看護科のそれぞれの２つの分科会を設けた。それぞれ、参加校から持ち寄っていただいた提出課題に対して意見交換を行い、協議をしていただきたいと思う。

そこで、わが国が現在進めている地域包括ケアシステムの確立に向けて、私たち医師会立看護学校が、准看護師、看護師の養成を通じて、いかに協力できるかを模索していきたい。その上で、今後の准看護師、看護師の養成と医師会立看護学校の在り方について、「広島アピール2019」をまとめていただければと思う。

来賓挨拶

1. 広島県知事　湯崎英彦（代理：広島県副知事田邉昌彦）　中国、四国、九州地区の医師会立看護学校関係者の皆さまには、日頃から看護職員の養成にご尽力を賜り、厚くお礼を申し上げる。

超高齢社会を迎え、今後ますます医療や介護を必要とする方々が増加することが見込まれている。本県では、質が高く安心できる保健医療提供体制を、地域包括ケアシステムと一体的に構築することを目指して、取組みを進めているところである。

こうしたことを背景に、看護職員の重要性はますます高まってきていると認識をしている。このため、本県においては、看護職員の確保に向け、看護学校の運営を支援させていただいているほか、今月には福山市にナースセンター・サテライト福山を新たに開設し、看護職員の皆さまの再就職支援を強化したところである。

看護職員は、社会の担い手として、これまで以上に、より長く活躍していただくことが求められている。看護職員を目指す方々に対して、国家資

格、その持つ重みを踏まえていただくとともに、生涯のキャリアパスを、ライフイベントも考えながら設計するための教育を、ぜひとも進めていただくようお願い申し上げる。

また、「新たな未来を拓く看護職をめざして」をテーマに開催される本協議会で得られた成果を、ぜひとも各地域で共有していただき、看護教育の発展につなげていただくことを心から期待する。

2. 広島県医師会会長　平松恵一（代理：副会長 桑原正雄）　本協議会は昭和45年から毎年、中国、四国、九州の担当校が主催し開催されており、今回で記念すべき50回目となる節目を迎えられた。新たな元号の令和となって最初の協議会が広島県で開催されることを大変喜ばしく思っている。

まず、ちょうど１年前になるが、平成30年７月の豪雨災害における本県の被害について、日本医師会をはじめ全国都道府県医師会並びに郡市区医師会の皆さまより、心温まるお見舞いやご支援、ご協力をいただいたことに、あらためて深く感謝申し上げる。

本日より２日間、教員研修会をはじめ特別講演会、また、初めての試みとして看護科、准看護科に分かれた分科会形式での盛りだくさんの発表、意見交換が予定されている。この２日間の協議が、それぞれの看護学校が抱えている問題を解決する手掛かりとなるよう念願している。

さて、医療機関において、看護職員不足は慢性的かつ深刻な問題であり、特に当会員医療機関の多くを占める無床診療所においては、喫緊かつ切実な問題である。そのような状況の中、准看護師は比較的養成しやすく、医師会立の准看護師養成は、地元への就職率も高いため、地域の看護職員不足の解消にもつながると考えて、本会としても准看護師制度の堅持と看護職員養成施設への補助金の増額を主張し、機会あるごとに広島県行政をはじめ関係機関に働きかけている。

広島県内には８地区14課程の医師会立看護学校があり、そのうち８校が准看護師養成施設である。近年は、受験者数の減少による定員割れ、教職員と実習施設の不足問題、さらに深刻な赤字経営など、その運営は年々非常に厳しくなる一方である。

昨年12月に本会では准看護師の雇用に関する調査を、医療機関の長あるいは管理者が会員となる2,432施設を対象に実施したところ、53.3％に当たる1,297施設より回答があった。医療機関における看護職のうち、准看護師の雇用は5,129人と全体の４分の１近くを占め、会員にとって、診療、運営に必要不可欠な状況であることが明らかとなった。また、今後も８割近くの施設が、准看護師を雇用する、又は前向きに雇用を検討したいと回答しているとともに、准看護師制度の堅持と養成施設存続も８割が希望していた。

これらの結果を踏まえて、本会としても今後も引き続き、医師会立の准看護師養成施設の存続に向けて協力するとともに、准看護師制度存続を、日本医師会や厚生労働省及び広島県等の行政に、積極的に働きかけていく所存である。

最後に、本協議会の開催にご尽力賜った広島市医師会看護専門学校の松村 誠 校長をはじめ、役職員の皆さまに厚くお礼を申し上げるとともに、地域医療を支える医師会立看護学校のますますのご発展と、ご参席の皆さまのご健勝、ご活躍を祈念申し上げて挨拶とさせていただく。

［文責：沖中　芳彦］

特別講演Ⅰ
看護職員の養成等の行政の動向について

厚生労働省医政局看護課課長　島田　陽子

1. 看護職員を取り巻く現状の変化

今後、人口は減少していく。人口ピラミッドは変化し、高齢化が進むとともに高齢者のケアの担い手不足が問題となる。疾病構造も変化し、それに合わせた看護職養成も重要になってくる。地域でのケアは、世代を超えた横断的なシステム構築が必要となり、看護師・助産師・保健師の役割が重要となる。

2. 看護職員の就業状況

平成28年、免許を取得し働いている看護職員は166万人、これに加え潜在看護師は70万人いると推計される。年々、看護職員は増えてはいるが、今後の人口減少を考えると、引き続き看護師の増加が見込めるかは予測できていない。

平成18年と比較し、平成28年には訪問看護

ステーションで働く看護師が微増、准看護師については介護施設等での就業が増えている。

平成30年３月の県内就業率は看護職全体で73%、准看護師96%となっている。

3. 看護職員の確保対策

2025年（令和７年）に必要とされる看護職員は200万人と試算され、10万人の不足が予測される。対応策として、①復職支援強化、②離職防止、③社会人の取り込み、の３つを掲げる。

復職支援強化については、平成27年に看護師等人材確保促進法を改正し、看護師等免許保持者の届出制度を創った。都道府県ナースセンターが離職者を把握し、復職時に必要な支援を行う。この届出は努力義務であり、離職時に医療機関が代行で届出することも可能である。原則として、インターネット上の届出サイト「とどけるん」を利用いただく。令和元年５月までに約10万人の届出があり、復職支援対象は約５万人である。

4. 看護職員の養成

平成31年の看護職の試験合格者は、保健師6,852人、助産師2,096人、看護師58,767人、准看護師16,910人であった。

医師会が設置主体である看護師・准看護師養成所の割合（平成30年度）は、３年課程７%、２年課程40%、准看課程78%であった。

教育内容の見直しを重ね、平成８年には「在宅看護論」、平成22年には「看護の統合と実践」が加わった。新カリキュラムの令和４年度開始に向け、平成30年から看護基礎教育検討会を開催し、意見を取りまとめてきた。今後、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正を行い、各養成所へ周知する。

専任教員・教務主任養成講習会、特定分野も含めた実習指導者講習会も開催される。

5. 看護師国家試験、准看護師試験について

例年８月に官報に看護師等国家試験が公示され、11月半ばから受験に必要な書類を提出いただく。この時点で養成所を卒業していない者は、修業見込証明書又は卒業見込証明書を提出する。２月半ばに国家試験を受験し、最終的に期日までに修業証明書又は卒業証明書を提出しなければ、国家試験受験者として登録されない、つまり国家試験を受験してもそれが無効となってしまう。間違いのないよう期日を守っていただきたい。

国家試験の問題として、試験問題・問題のもととなる情報・視覚素材などをWeb上で公募している。登録時にパスワード配布などの手間があるが、ぜひ素材を提供いただきたい。

平成31年４月から、都道府県は准看護師試験の事務を指定試験機関に委託することが可能となった。各都道府県が日本医師会に委託する可能性もあるのでよろしくお願いしたい。

［文責：前川　恭子］

特別講演Ⅱ
今後求められる看護職と現状について

日本医師会常任理事　釜萢　　敏

1. ナースセンターについて

看護職不足が各地で生じている。有料の職業紹介業者を利用して非常に高額な紹介料を取られるという事例もある。さらに適切なルートがないかということで、厚労省でも検討いただいた結果、都道府県の看護協会がナースセンターを運営、日本看護協会が中央ナースセンターという全体を統括する組織を作ったことにより都道府県ごとのナースセンターの機能が拡充されつつある。

ナースセンターによる看護職員の復職支援の強化

看護師等免許保持者による届出制度が創設され、医療機関が離職された看護職に代わって本人の同意を得て登録することができる仕組み（代行届出）ができたので、ご活用いただきたい。養成所の段階で学生たちにこの制度の情報を伝えることは難しいと思うが、一時的に離職せざるを得なくなった場合に、すぐに再就職の意向がなくても届けておくことが大事であるということをご指導いただきたい。

離職者数（推計）に占める届出者数の割合

（平成28年度）

全国平均は14.9%である。都道府県間で較差が大きい。

届出者の就業状況

平成31年３月の中央ナースセンターの調査によると、全体で92,474人の統計であるが、「就

業していないが求職中」が24,217人、「就業していない」が23,666人で、この両者が復職支援対象者となる。ちなみに「看護師等以外として就業中等」が4,284人、「看護師等として就業中等」が29,577人である。

届出者の年齢分布

30代が最も多く、20代、40代と続く。60代、70代にも是非引き続き就業していただきたいので、情報提供したい。

都道府県ナースセンターによる届出した看護職の就業を推進する取組

届出した看護職の状況に応じた多様な働き方が選択できるよう、都道府県ナースセンターと都道府県医療勤務環境改善支援センターが連携し、施設の労働環境の整備を推進する。看護職の確保定着に関する研修会の開催も行う。離職したらナースセンターへ届出をして、セカンドキャリアを考えていただきたい。

e ナースセンター（インターネット）

ナースセンターが運営する無料の求職・求人サイトに登録すると仕事及び人材探しが可能になるほか、就業相談会などのイベントの案内や看護に関する情報が無料で受けられる。ナースセンターはハローワークとの連携がしっかりしてきたので、両者の情報連携により効果が現れると思われる。

2. 令和元年度　助産師・看護師・准看護師学校養成所調査結果について

学校数の推移

看護師２年課程、准看護師課程では減少傾向にあり、５年前に比べ准看護師課程は18校減の170校、看護師２年課程は10校減の70校となっている。看護師３年課程は６校増の71校であった。

入学状況

1）准看護師課程

応募者の減少が続いている。令和元年度は9,557人と、５年前に比べ約13,000人減で半数以下となった。定員は５年前に比べ約900人の減となり、8,000人を下回った。入学者も大きく減少し、本年度は6,226人で定員（7,967人）を大きく下回った。

2）看護師２年課程

定員、応募者ともに減少が続いている。令和元年度も減少が大きく（約500人）、入学者は2,450人であった。特に平成30年度から応募者の減少が著しく、看護師２年課程通信制の入学要件緩和の影響を注視する必要がある。

3）看護師３年課程

応募者は年々減少しており、令和元年度は約8,900人で、５年前の７割の水準まで低下した。一方で、昨年度より学校数は２校増えている。これは看護師２年課程からの変更によるものである。入学者は3,599人で定員を下回っている。

倍率（応募者 / 定員）の推移

看護師３年課程の倍率は平成25年度までは４倍を超えていたが、26年度以降は低下傾向にあり、令和元年度は2.3倍であった。准看護師課程も以前は３倍程度であったが、今年度は1.2倍にまで低下した。看護師２年課程はここ数年横ばいが続いていたが、今年度は1.0倍に低下した。

定員充足率（入学者 / 定員）の推移

看護師３年課程（96.0％）以外はいずれも90％を下回り、前年度に比べても低下が激しく、特に看護師２年課程（82.6％）、准看護師課程（78.8％）は定員割れが目立つ。

卒業後の進路

県内の就業割合は、准看護師課程42.8％、看護師２年課程82.6％、看護師３年課程81％であった。特に准看護師課程については、医療機関に就業しながらの進学者（26.8％）を含めると全体で７割以上が就業していることになる。看護師２年課程、看護師３年課程の就業先は、養成所を設置運営している医師会管内が５割を超え、次いで医師会管外、県外の順となっている。

最終学歴

准看護師課程は高校既卒が49.2％と最も多く、短大・大卒は14.9％であった。看護師２年課程は高校既卒が約８割を占めており、看護師３年課程は高校新卒（74.9％）と高校既卒（17.2％）の両者で９割を超える。

看護系大学、看護師３年課程養成所の入学状況の推移

2012年から2018年の間に、大学の応募者は４万人以上増えている。これに対し、医師会立のみでなく、すべての看護師３年課程では、この間に約３万８千人減少した。

准看護師養成所の入学状況の推移

医師会立に限らず、2012年から2018年の間に応募者は1万7千人以上減少した。

都道府県別准看護師学校養成所数（高等学校衛生看護科を含む、平成31年4月現在）

都道府県により差があり、埼玉県は最多で17校、福岡県は16校、福井県は0で、1校のところは8県である。

調査のまとめ

1）准看護師課程

・今年度は7校が募集を停止し、5校が閉校した。入学者は7千人を割り、6千人弱と定員を大きく下回った。

・応募者は5年前の半数以下となり、昨年度よりも約1,900人減少した。定員充足率は昨年度の85.8%から78.8%と大きく低下し、定員割れが目立つ。

・入学者の最終学歴の割合は、高校既卒が49.2%と最も多く、短大・大卒は合計14.9%であった。看護師3年課程は高校新卒の割合が7割を超える一方で、准看護師課程は、高校既卒や短大・大卒の方が約7割と多く、社会人の学び直しの教育機関としての役割も担っていると言える。

2）看護師2年課程

・応募者も昨年度に比べ約400名の減となっている。平成30年4月より、2年課程通信制の入学要件の緩和（業務経験7年以上）の影響を注視する必要がある。

3）看護師3年課程

・2年課程から3年課程へ改編した新規2校があったため、定員数が昨年より増加しているが、応募者数は減少している。今年度の倍率は2.3倍であった。

・最終学歴の割合は、高校新卒が7割を超え、続いて高校既卒が2割弱となっている。高校新卒が増加傾向にある一方で、短大・大卒者の割合は減少しており、今年度は合計7.9%であった。

・助産師課程は、応募者がやや減少傾向にある。県外就職率が他課程と比べると高い。

3. 令和元年度　助産師・看護師・准看護師学校養成所の運営状況について

今回は養成所の運営状況に関する調査も行った。

医師会からの繰入金の有無

医師会からの繰入金があると回答した課程は、准看護師課程65.4％（119/182課程）、看護師2年課程56.8％（42/74）、看護師3年課程54.2％（39/72）であった。

医師会からの繰入金の額

繰入金のある学校の中で、医師会からの繰入金額は、助産師課程は100万円未満の割合が最多であったが、他の3課程においては1,000万円以上の割合が最多であった（准看護師課程32.8％、看護師2年課程26.2％、看護師3年課程43.6％）。

運営上の課題

1）准看護師課程

現状の運営課題は、すべての項目（学生・生徒の確保、実習施設の確保、専任教員・講師の確保、収支の不均衡、他）において課題を抱えている学校が多く、中でも学生・生徒の確保が難しい。今後の運営見通しは、現状の課題が多くあるものの現状を維持すると回答したところが7割であった。

2）看護師2年課程

現状の運営課題は、すべての項目に課題があると回答したところが多く、中でも学生・生徒の確保に関する割合が高い。今後の運営見通しについては、6割が現状維持と回答している。

3）看護師3年課程

現状の運営課題は、学生・生徒の確保が一番で、次いで専任教員・講師の確保、実習施設の確保となっている。今後の運営見通しは、8割が現状維持と回答した。

まとめ

・現状の運営課題について准看護師、看護師2年、看護師3年課程は、学生・生徒の確保が最も大きな課題であると回答した。

・全課程において今後の応募者確保と実習施設の確保について運営上の不安があることがわかった。

・現状にさまざまな課題があると回答はしているが、現状維持と回答したところが、どの課程も6割以上あった。

・学校独自で現状を変えていくことは容易ではなく、今後、医師会や国、行政がいかに支援をし、地域医療を支える看護系人材を一緒になって養成していくかが重要である。

医師会立の養成所が、所管の医師会単独では維持・運営が難しいという中で、連携できないかを検討する動きがある。複数の養成所を組織的に統合するということではなく、互いに連携してはどうか。遠隔授業等で、できるだけ効率よく講義を行い、それにより講師の人数を減らすことができないか、という動きである。広島市医師会からは、連携・統合の中で、公設民営の検討も必要であるとのご指摘もいただいた。厚労省とも相談をしながら進めなければならないが、養成所の規則で、現在決められていることを少し運用を改めることによって新たな運用形態が使えないかということについては、早急に検討しなければならない。

日医としては、医師会立養成所を是非とも存続していただきたいとお願いしているが、運営が厳しい中で、そう言われても現実は難しいとのご意見もいただいている。何か新たな手法がないかを考えているところである。

4. 准看護師試験事務の委託について

一般財団法人　日本准看護師推進センター

日本医師会及び四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）が中心となって設立した法人で、准看護師に係る試験事務等を行うことにより、准看護師の資質向上を図り、国民の健康な生活の確保に寄与することを目的とする。厳格かつ公正な准看護師試験事務の実施に向け準備を整えていく。しっかりした試験問題が作成できて、都道府県が試験問題を作成する負担を軽減できればと考えている。

試験希望日が日曜日のみというところもあるので、看護師国家試験の試験日とは別の日の日曜日に１日と平日に１日の２回の統一試験日ということで、都道府県と調整していきたい。一方で、看護師国家試験と同一日の日曜日に試験を実施したいというところもあり、最終的には試験日が３日となる可能性もある。

受託業務について

実施は2020年度であるので、2021年の２月頃の試験日を考えている。センターが受託する基本業務は、「試験問題及びマークシートの作成・印刷・輸送、採点、採点結果の報告」である。まずは基本業務である問題作成等に専念し、願書の受付業務（資格確認を除く）や当日の試験実施にかかる業務は、今後実施予定の各都道府県へのアンケート結果、要望を踏まえ、検討する。

質疑応答

福岡市医師会　看護大学ができすぎており、1990年頃には11校しかなかったが今は280校もあるのは異常である。われわれの課題である受験生の減少、実習施設の確保の困難さ、講師の不足等は、すべてそこに繋がる。補助金も違いすぎる。学生一人あたりの実習単価を上げたり、実習時に生徒数に応じた教員の同伴など、過大な要求が行われる。昔のように、病院を有する大学が看護学部を創るのではなく、学生募集のために文科系の大学が看護学部を創るという状況が続いている。これまで潤滑に行われてきた看護師の養成が歪められている。このような状況は文科省の大学の認可に問題があると思っている。

厚労省　島田課長　大学が全国に660～670校ある中で、看護系学部が280ある。看護職員の養成の場が増えていることは、看護職員の確保という点ではありがたいことではあるが、実習の場などでさまざまな問題が起きているというご指摘である。全体として定員の上限があるわけではないので、個別に制限することは難しい。実習の場の確保ということに関しては、文科省から大学向けにしっかりとした実習ができるような措置を取るようにという通達が出されている。養成所の実習も含めしっかりと行えるよう、文科省と厚労省とで課題を共有していきたい。

呉市医師会　学生や教員確保の難しさ等、運営上大変な状態は以前から続いており改善されたことはない。一つの方策として、学校の連携で講義・実習をARを通して行うということを釜萢常任理事が仰った。よい案だと思うが、国のカリキュラム的に問題はないのか。日医からは医師会立養成所を継続してほしいといつも言われるが、運営が本当に大変である。開業医からは准看護師養成の継続を強く要望される。そのためには医師会からの資金の持ち出しが必要であるが、限度がある。

日医　釜萢常任理事　仰る通り、医師会からの繰入金には限度があり、会員に同意してもらわなければならない。医師会立養成所卒業生の地元定着

率は非常に高く、大学卒の人は診療所に就職しない。存続の対策に関する意見を先生方からいただきながら、日医としても可能な方法を提示できるようにしたい。

島田課長　養成所間の連携に関して、授業の連携、実習の連携、運営の連携など、さまざまなやり方があると思うが、その中で今の規則・通知で解釈できるものと、通知や省令も見直しが必要なものもあるので、必要な見直しはさせていただきたい。また、よい連携の方法があれば周知できるよう、これから検討したい。

福岡県医師会　所管医師会からの繰入金のない看護学校が意外と多い。このような学校の特徴を分析することで、経営改善へのアプローチができるように思うが、如何か。

釜萢常任理事　繰入金に関するアンケートは今回が初めてである。現状でわかっていることは、自治体からの助成金が地域によって異なる。そのあたりの差が大きいと思う。

［文責：沖中　芳彦］

分科会Ⅰ（看護科）

テーマ１　母子実習の受け入れ減少について

母性看護学実習２単位（90時間）は、平成元年より男子学生にも実習が義務化された。分娩を取り扱う医療機関の減少、分娩件数そのものの減少、看護師養成所の増加から、いずれの地域でも母性看護学実習の施設確保が難しい。その上、男子学生の実習は断られることが多く、受け入れ機関でも、女子学生と行動をともにする条件を課すことがほとんどである。

①別府市医師会看護専門学校

別府市保健センターで２日間（15時間）の講義、病院で10日間（75時間）の実習を行っているが、実習の施設確保が難しい状況は同じである。

現在、男子生徒を受け入れる施設は三次施設で、正常分娩よりもハイリスク分娩数が多い。また、三次施設は教員滞在による指導が条件となり、学校のマンパワー不足となってしまう。男子学生が患者さんの受け持ちできないことが多く、ペアとなった女子学生から情報を得て実習記録を作成することになる。

②熊本市医師会看護専門学校

男子学生の母性看護学実習は女子学生とのペア必須など条件付きで何とか受け入れてもらっている。施設の長が実習受け入れに前向きでも、現場の看護師長から許可してもらえなければ進まない。

熊本市外の基幹病院を実習施設とし、交通費・宿泊費を補助することで対応している。

③あさくら看護学校

男子学生が各学年１～２割を占める中、母性看護学実習の施設確保が困難な状況は他地域と同様である。他校の実習受け入れを優先し、あさくら看護学校の実習中止を申し入れる施設もある。

遠方での実習は、学習よりも単位認定のための実習となる問題があり、学内授業で事例提示など補足学習を行い対応している。

④意見

長崎市医師会看護学校、福岡市医師会看護専門学校　母性看護学の実習の必要性、e-learningやビデオ学習での単位認定を検討してほしい。

島田看護課課長　産科での実習が望ましいが、中学校での性教育や母親学級での指導経験など他の選択肢も提示している。最終的に学習目標に到達できれば良いと認識している。シミュレータの活用など教育方法の工夫もいただきたい。

テーマ２　受験者数の減少について

出生数減少、高学歴志向、看護大学の増加、好景気により受験者数はどの養成所でも減少している。准看課程からの進学を増やしたいが、経済的理由から進学しない者が多い。

以前は妊娠・出産が中途退学の理由のトップであったが、近年は経済的理由、学力、精神的理由が多い。学習については養成コースの切り替えやマンツーマンでの指導、精神的理由にはカウンセリングなどで対応している。

①今治看護専門学校

学生募集広告掲載や業者の進路説明会出席など、年間50万円を広報に費やしている。ハローワークと提携し、リカレント教育訓練委託を受け

ている。入学納入金を軽減し、応募者募集増を図っている。

②伊万里看護学校看護科

平成19年から他校からの受験者が減少、合格しても入学辞退する者がいる。学内推薦を増やす対策をとっている。

③佐賀市医師会立看護専門学校

就学支援として奨学金・貸付制度の創設を考えている。

④意見

熊本市医師会看護専門学校　手に職をつけるために准看に通うシングルマザーはよく勉強する印象だが、経済的理由から働くことを優先し、推薦でも看護科には進学しないことが多い。

防府看護専門学校　受験者を増やす工夫をしても、実数が減っているので結局受験者は増えない。補助金を数年前の状況に戻していただければ、学生が少なくても数年間は何とか持ちこたえることができる。地域で一緒に働いてくれる看護師は地域で育てたい。学生が少なくても運営していけるよう、医療介護総合確保基金をもっと柔軟に運用できる方法を考えてほしい。

島田看護課課長　医療介護総合確保基金は、地域で必要な人材を地域で考え確保するためのものであり、都道府県も必要な財源確保と予算配分を検討していると思う。引き続き各県にしっかり確保することをお願いする。

基金の柔軟な運用は、他の項目についても要望が多いので、基金担当と共有する。

［文責：前川　恭子］

分科会Ⅱ（准看護科）

テーマ１　実習施設の受け入れ減少について

①福岡市医師会看護専門学校

福岡県には来春開設予定の１校を含めて14の看護学校があり年々増加しているが、それにより実習施設の確保が困難となっている。平成20年から令和２年までに開業予定を含め６校が新設された。開設母体は、文科系の大学が２校、その他は医療系と言いながら、歯科・薬科・臨床検査科・理学療法科などであり、いずれも少子化の中での学生確保を動機としたものである。自らの施設に関連の医療実習施設を全く持たない大学が５校ある。

病院が准看護科を受け入れない理由は、表向きは准看のカリキュラムが異なるためということであったが、本音は准看護師は不要であって、新卒の看護師を入職させるために、看護大学との密接な関係を維持したいという思いがある。

今後の対策として、最近開学した又は開学予定の２大学では、医師会長と開設主体の学校法人の理事長と覚書を交わし、本校の既存の実習施設に対し、強引な実習施設依頼を控えるとした。理事長は同意しても、実際の現場では進出してきているが、少しは牽制になるのでは、と思っている。実習施設は不可欠であるが、大きい病院では准看護師は眼中にないため、代替の実習施設として医師会の中小病院にお願いすることにした。

②大分市医師会立大分准看護専門学院

人口約70万人の大分都市圏の中心に存在する大分市は、大分市医師会、大分郡医師会、大分東医師会と３つの医師会が存在する。当学院は創立68周年を迎え、卒業生は6,500名以上で、同一敷地内に大分市医師会立アルメイダ病院がある。実習に関してはアルメイダ病院、市内の各施設の協力により実施している。

課題：各実習施設に受け入れ人数、条件の変化など不安定要素があり、体制変化で次年度からの受け入れ不可となる場合もある。最大の実習先であるアルメイダ病院は、急性期病院であり、重症患者受け入れ増加、在院日数の短縮・効率化・安全の確保が急務のため、准看護学生の実習の受け入れが厳しくなっている。実習の在り方の再考と新たな実習先の開拓、新規実習先での実習方法を更新する必要がある。

課題への対応１：新規実習先の開拓、実習先の受け入れ人数の拡大。2016年からだけでも、新規２、老健３、病院４、小児科クリニック５、保育園３、幼稚園１を新たに開拓することに成功した。

課題への対応２：指導の充実と実習指導者の負担

減。教務による巡視回数の増加。より安全面が優先される施設では教務主任が常駐し、きめ細かな指導を行う。生徒がその場で困っていることに臨機応変に対応する。実習生の態度など倫理面の指導をする。実習生の問題点を多角的に把握する。これらにより、実習先の負担が軽減されるばかりでなく、実習指導者との情報共有が図れ、教務主任と同じ方向性で指導が可能となった。

課題への対応３：実習先の負担減と効率化。これまで中間カンファレンスは実習先の病院で行っていたが、当学院の教務主任により実施することに変更し、カンファレンス時に実習指導者から助言をいただく形にした。実習指導者による毎日の記録物点検、添削指導を原則廃止し、当学院教務が代行することにより、実習指導者の負担を軽減した。最終日に実習指導者にまとめて提出することにより効率化を図った。実習評価の比重を、実習先５、当学院教務主任５とし、実習先の負担を減らしている。

総括：さまざまな課題はあるものの、当学院の自助努力のみならず、周辺施設の協力を積極的に得ることにより、「豊かな人間性を備え社会に貢献できる准看護師の育成」に努め、地域医療に貢献していきたい。

③呉市医師会看護専門学校

本校には看護師３年課程と准看護師課程があり、いずれも昼間定時制で定員はそれぞれ40名である。昭和29年に准看護婦養成所として定員50名で開始し、昭和51年に定員を100名に拡大した。昭和54年に看護科２年課程を併設し、そこから平成13年までは准看護課程の定員充足率は９割、看護課程は定員を割ることなく順調に運営されていたが、平成14年に准看護課程はカリキュラムの改正があり、専門基礎分野、専門分野の時間が大幅に増やされ、時間数に対応できるだけの実習施設の確保ができなくなったため、受験者数は150名前後いるにもかかわらず、入学者数は70名前後に抑えなければならなくなった。

呉地域の看護師養成施設定員数の推移：平成９年までは３校だけだったが、平成10年から２校増え、１学年定員は2.6倍の405名となった。呉地域の実習施設はどこも実習生でいっぱいの状況になっている。

実習施設減の影響：平成20年の産科集約の影響や実習施設不足の影響で、准看護科の枠について縮小の要望があった。数年間は他施設で実習をしていただけたが、その後、どこも引き受け困難となったため、閉校も視野に入れた検討を始めなければならなくなった。准看護科の定員を減らした場合、２年課程の入学者も減少するが、教員は指導要領で７名を切ることができないため、学費の値上げをしなければ年間数千万円の赤字が出ることが予想された。執行部としては、現在の両課程を順次閉校させ、新たに全国的に需要の高い３年課程を創設する案を提示したが、会員の医療機関から、准看護師の養成を堅持してほしいという意見が多かったため、准看護課程を存続する形で考えざるを得なくなった。准看護課程は実習可能な人数に合わせ、平成25年度から定員を100名から40名に変更し、看護課程は28年度末に閉校し、29年度より新たに３年課程昼間定時制（4年就業）を創設した。３年課程は現在３回生を迎えているが、見込んだほどの受験者数を確保できず、今の学年も定員割れの状況であるが、学費を２年課程よりも高くしているため、来年度には黒字化する予定である。

今後について：地域医療構想が進み、病床数が減った場合、成人・老年などの実習にも影響が出る可能性がある。母性・小児領域のさらなる実習施設の減少があった場合、さらなる定員の縮小や閉校を検討せざるを得ない。

④質疑応答

長崎市医師会　看護大学が増えているが、長崎の場合、同じ実習施設でも、看護大学と医師会立養成所の一人あたりの実習費用の単価が大学の方が高い。厚労省と文科省とで話し合って同じ価格にしてほしいという要望を中四九地区医師会看護学校協議会から出してほしい。

司会　実習委託料が安いために実習を断られた経験のある方はおられるか。

福岡市医師会　われわれのところも実習費がかなり異なっているが、医師会会員の施設にお願いしてその金額で実習をさせていただいている。

座長　広島市医師会でも公的病院の先生方に医師

会の役員を務めていただいている。福岡市医師会では民間病院の院長等が医師会の役員になるシステムになっているのか。

福岡県医師会　５～６年前から副会長のポストを一つ増やして、勤務医部会から一人入れ、国公立の病院をまとめていただいている。そして常任理事にも勤務医部会から３名くらい国公立の院長、副院長クラスを入れ、医師会活動の宣伝をしていただいている。

司会　実習受け入れの減少に対し、どのような対応をしているか。

徳島県立総合看護学校　私どもの学校も大学病院、県立病院、市民病院等の大きな病院の院長を学校の運営委員にして、学校を応援していただく体制を作っている。

座長　大分市医師会では実習病院の新たな獲得ができ、実習先で教員を増やして対応し、うまくいったとお聞きしたが、教員を増やすことで人件費が増えて、医師会の負担が増えると思うが如何か。

大分准看護専門学院　教員を増やしたわけではなく、現在の教員で、時間を割いてできるだけ病院に常駐して、実習指導にあたっている。

武雄看護学校　佐賀県では実習病院の看護配置が15対１以上でなければならない。他県では実習病棟の制限はあるか。

福岡市医師会　受けていただいている病院はほとんど200床くらいで、急性期、慢性期等さまざまな病床があるが、看護配置基準には抵触していないと思う。

大分市医師会　新たに獲得した病院で、看護配置による問題は起こっていない。

大分市医師会　県立看護科学大学に県から数億円の資金が出ている。県内には７つの准看護学校があるが、これらの運営費用を足しても、その金額にはならない。なおかつ県立大学の卒業生は診療所には就職しないし、県内の就職率も37％しかない。このような大学に県が多額の費用を投じることが果たして有益なのか。公立の大学との間でこのような軋轢があれば教えていただきたい。

福岡市医師会　福岡県には県立大学が１校ある。看護師一人を養成するのにかかる費用の試算があると思うが、教えてくれない。財務諸表の補助金（運営寄付金）から計算すると医師会立と比べて８～10倍の差がある。福岡県では県立大学の県内就業率が66％程度あるが、予算的にみて一人の看護職を養成するコストパフォーマンスは非常に低い。しかもわれわれのようにソフトとハード面で確立できている学校に対して圧迫を加え、その結果養成所が減っていくのを厚労省は何もしないで見ているのかと言いたい。

呉市医師会　呉市医師会も補助金をいただいている。隣市に県立大学があるが、それにより圧迫を受けたということはない。

福岡市医師会　釜萢常任理事の特別講演で、小規模養成所が連携するというお話があったが、私共の学校は准看120名、第２看護40名、第１看護（レギュラー）が80名と合計600名近い学生がいるので、専任教員が40名必要である。大学に対抗するために、実習病院にこれまで以上に人数を割かれる。学生５人に教員を１人つけるよう要望される。例えば准看では午前中は教員に時間的余裕があるので、その分を他科の応援に回すことも考えたが、各科ごとに教員が決まっているとのことで、県には認められなかった。ITを利用して別の学校の講義に参加するというようなことが果たして認められるのか。

テーマ２　受験者数の減少について

①武雄看護学校

本校の定員は看護科40名、准看護科35名である。佐賀県には看護師等養成所が19校（准看護師養成所６校、看護師２年課程５校、同３年課程５校、５年一貫校１校、看護大学２校）ある。准看護師養成所のうち４校は看護科を併設している。２年前に看護大学の一つが開校し、さらに本校から500ｍ圏内に全日制の看護師養成所３年課程もあるため、本校の学生確保は非常に厳しい状況となっている。

准看護科受験者数の推移：平成25年度には143名の受験者があったが、31年度は52名で約５年間で３分の１に減少した。

受験者数の内訳：高校の新卒者、社会人受験者ともに平成25年度をピークに減少傾向にある。新卒者はピーク時の３分の１、社会人はピーク時の４分の１にまで減少した。

現在実施している学生確保のための取組み：１）地

方局（佐賀TV）のCMの枠を利用した学生募集の放送、２）ポスター掲示（管内の駅構内、学生の勤務先である病院や施設、実習先の施設等）、３）広報、4）ホームページ、5）学校訪問、6）マイナビへの掲示、7）進路ガイダンス、8）オープンキャンパス、9）募集要項と学校パンフレットの送付等。最近の学生の傾向としてインターネットを活用した情報収集が多い。

今後の取組み：1）オープンキャンパスを２回、日曜日に開催し、社会人の参加を期待する。2）社会人受験者の確保のため、経済的負担の軽減策として、受験料の減額や受験科目の見直しを検討する。3）本校は看護科を併設しているため、看護科への進学メリットをPRする。4）高校生を対象とした学校訪問だけでなく、既に医療施設に勤務している介護職や看護助手を対象とした施設訪問を積極的に取り入れていきたい。

②大牟田医師会看護専門学校

沿革：昭和27年に大牟田准看護婦養成所として開設（1学年50名、修業年限２年）。昭和41年に１学年100名（２クラス編成）に増員。昭和50年に看護婦科（２年課程、夜間定時制、修業年限３年、50名）を併設。昭和53年に准看護科を80名に定員減。平成18年、同70名に定員減。平成26年に看護科40名に定員減。平成31年４月現在、准看護科卒業生4,423名、看護科卒業生1,860名。

2019年度入学者の最終学歴：高校新卒と高校既卒が同率で最も多く（43.2％）、次いで中卒、短大卒、大卒が同率（4.5％）である。

2019年入学者の年齢構成：19歳未満がもっとも多く、次いで20代、30代である。平均年齢は25.1歳で、この10年で徐々に上がってきている。

2019年度入学者の出身地：地元の大牟田市(68.2％)が最も多く、次いで荒尾市(15.9％)である。

2018年度卒業生の就業状況：就業地は医師会管内（70.4％）が最も多く、福岡県内他地区（13.0％）、熊本県（7.4％）と続く。

受験者数の推移：2015年度をピークに減少している。

入学者数の推移：年々減少し、2016年度からは定員割れしている。

受験者減少の要因：少子化、高校求人倍率の上昇(2.37)、大学志向、大学・養成所の増加等が考えられる。

生徒募集対策：1）募集要項の送付、2）ポスター配布、3）オープンキャンパスの開催、4）高校での進学ガイダンス参加、5）合同ガイダンス参加、6）学校訪問、7）広告（新聞、月刊誌、リクルート他）、８）その他（進学アプリ掲載、コミュニティーFMへの出演等）

今後の対策：1）地域に根ざした活動（地元の高校とのつながりを大事にする、行政との連携、同窓会・卒業生との連携）、2）社会人受験者の掘り起こし

③広島市医師会看護専門学校

沿革：昭和27年、広島市医師会准看護婦養成所として開校（各学年定員100名）。昭和34年、定員を120名に増員。昭和53年、各学年定員を400名に増員。平成６年、350名に減員。平成27年、240名に減員。卒業生は17,000名を超える。

入学者数の推移：応募者数は年々減少し、ここ数年は激減している。教員不足のため実習病院を増やすことができず、入学者数を制限せざるを得なかった時期もある。入学者数は合格者数を下回っており、毎年定員割れしている。入学者では既卒者が新卒者よりも多く、毎年７割を占めている。18歳年齢が減少している中、今後は既卒者を如何に多く集めるかが検討課題である。

学生募集活動：1）学校説明会（年１回）、2）入学説明会（年３回）、3）社会人向け入学相談（不定期）、4）入試対策講座（しばらく数学から離れている社会人を対象に、入学試験科目の数学の講座を行った。昨年は２回で計40名の参加があり、大変好評であった。）、5）学年祭で入学案内、6）ホームページ（タイムリーに更新し、何度でも見たくなるように努めている。）、7）機関紙の発行、8）学生募集ポスター（会員医療機関に配布し掲示依頼）、9）募集要項の配布、10）進路相談会

今後の課題：1）効率の良い広報活動の方法を再検討する。例えば、区民祭り等の地域活動に参加し広くPRする。2）社会人誘致につながる制度

を国に要望する。例えば、単位制の導入、専門実践教育訓練給付制度の指定緩和、等。3）外国人誘致。現在の本校の入学資格審査の基準を下げて、外国人入学の門戸を広げることができるよう検討していきたい。

最後に：本校の医療高等課程は毎年９割が広島県内に就職している。他の医師会立看護学校と同様に地域の看護職員の確保に多大な役割を果たしている。しかし、入学者は減少の一途をたどり、財政面で非常に厳しい運営に追い込まれている。経費節減はもとより、入学者確保に向けてのできるだけの努力をし、また、収支バランスの取れるスリム化した体制に変換する必要があると考え、定員数の削減についての検討を始めた。しかし、これらの取組みだけでは赤字分を補填することは困難である。行政からの運営補助金増額などの支援策に頼るしか方法がない状況にある。全国的には閉校を余儀なくされる学校も増えている。医師会が単独で看護学校を運営することはもはや限界に来ており、今後の学校運営の在り方について抜本的に考え直さなければならない時期にきている。

④質疑応答

大牟田医師会　われわれのところは外国人に特化したコースはないが、外国人のことで考えておられることがあるか。

広島市医師会　外国人に対して特別に行っていることはない。学校によっては２～３人入っているところもある。皆さん日本語が上手である。語学やビザの問題があるので、限られた学生を入れているという状況にある。

呉市医師会　武雄看護学校の行っておられるテレビのCMや駅構内のポスター掲示には費用がかかると思うが、どのような対策をとられているか。

武雄看護学校　佐賀県医師会で取りまとめをしていただき、何秒当たりということで不定期に流れるスポット放送である。社会人でCMを見て来られる方が結構いる。准看から看護科に進むと5年間を要するということで進学率は減少している。駅の掲示は数万円である。マイナビは10数万円かかっている。

長崎県医師会　私の地域は人口９万人の街で、開校45年の准看があったが、本年３月で閉校した。原因はいろいろあるが、会長以下、役員が疲れ果ててやる気がなくなった。会員自体もメリットがないと判断した。私の地域は学生が医師会の医療機関に雇ってもらえなかった。カリキュラムの問題で十分に働けないということもあったが、学校の話では学生自身が働きたくないとのことであった。しかし准看なので、働きながら准看になれるというメリットを伝えることが一番と思う。また、A会員が72名いるが、1人一月1万円出せば、年間700万円になる。それらを訴えたが一蹴された。准看護学校には、寄付という形での減税対策は取れないのか。

釜萢常任理事　学校法人に対する寄付には要件があったと思う。准看護師養成所に対する寄付は税控除の対象にならない。どのような仕組みを作れば控除されるのかということについては正確には把握していない。

北九州市医師会　北九州市は各区で看護学校を持っており、4校6コースあるが、門司区の准看護学校は来年春に閉校する。応募者数が徐々に減って定年割れしている。社会人入学者を増やそうとして、入試の科目から数学を外したり、小論文と面接だけにしたりしているが、それでも入学者はどんどん減っている。われわれの学校の反省点を述べる。ハードルを下げて入学し易くすると、入学者の基本的な学力レベルが下がる。読み書きができない。社会常識がない。教員が頑張って養成しようとすると、今度は教員が疲れ果ててしまう。学生同士のいざこざもあり、教員と学生の関係もうまくいかない。このようなことが続くと、養成はもう止めようという気持ちになる。これから先、入学者を増やそうとしてレベルの低い学生を多く入れると、学校崩壊のような状況になる。今後の運営の参考にしてほしい。

司会　現在の国家資格を目指す学校の入学規定は基本的に高卒以上となっているが、准看護師課程だけは中卒を容認している。数回前の本協議会で、受験資格を高卒以上にした方がよいのではないかという提言をしたことがあった。大牟田医師会看護専門学校では4.5％の中卒入学者も貴重であると述べられたが、今のご意見を聞いてどのように思われるか。

大牟田医師会　会員のアンケートでは、准看の供

給源として中卒も残してほしいという意見が８～９割あった。閉校した場合、職員はどうなるのか。

北九州市医師会　スタッフは医師会の別の部署に異動する。教務の問題で疲弊し、辞めてしまう教員もいる。

長崎県医師会　われわれの場合は、定年になる教務主任の補充ができなかったことも閉校するきっかけとなった。他の教員にも辞めたい人が多かったが、続けたい教員には県内の他の学校を紹介した。事務方は医師会の職員なので、そのまま雇用する。閉校時には逆に多額の経費がかかる。

福岡市医師会　本会で数年前にレギュラーコースを立ち上げた。レギュラーを稼ぎ頭にして准看を維持していこうと考えた。准看は３年前から２次募集をしなければならなくなった。定員を割らないようにすると、レベルの低い生徒が入学し、授業についていけなくなって辞めてしまい、結局は経営に響いてくる。ただ、レギュラーをしっかり持っていると、教員のモチベーションが上がる。基金を作ったり寄付を募ったりということも考えたが、ハードルが高い。

その他　日本准看護師連絡協議会について

日本准看護師連絡協議会事務局長　木葉　三奈

本会は、日本医師会と四病院団体協議会の協力のもとに設立した団体で、現在４年目を迎えている。本会の活動の三本柱は、1）生涯教育体制の構築、2）准看護師養成の支援、3）復職支援である。当会が設立された当時は准看護師廃止の波が押し寄せており、准看護師の教育をする場はなかったことから、准看護師にもこれからは卒後教育が必要ということで、教育の場を設けるために立ち上がった団体であるが、その後、看護協会も考え直されたのか、准看護師を対象とした研修会なども各県で開催していただける傾向にある。本協議会主催の研修会は、受講料が看護協会開催よりも高いこともあり、受講生を集めるのに苦慮しているが、日医の協力をいただきながら何とか開催を続けており、令和元年度は４県で開催する予定である。

准看護師の人数が減っていることは切実に感じているので、仲間を増やしていきたいという思いは強い。本協議会のホームページ（ http://www.junkankyo.com/ ）に全国の看護学校の一覧を掲載し、各学校にリンクを張っている。令和２年度の募集要項が決まれば、それも見れる形にする。また、病院が行う看護学生への支援も掲載している。

准看護師の人数は減っているが、准看護師になりたいという、資格取得に関する問い合わせは急増している。特に、中学卒の最終学歴で准看護師になりたいという相談が増えている。中学校卒業の要件も残していただきたい。

また、外国人留学生からの問い合わせも多い。われわれのところには外国人を受け入れている准看護師学校の情報が全くないため、現状では回答できない。そのような学校の情報をお持ちであれば、ご紹介いただきたい。稀ではあるが、日本人で、外国で准看護師の資格を取った方が、日本で働けるかどうかという問い合わせもあった。厚労省に確認したところ、外国の准看護師ライセンスは日本では使用できないということであった。外国の看護師ライセンスであれば、日本で准看護師をしたい場合、都道府県知事に申請し、要件を満たした上で、日本語能力検定１（M1）を持っていれば、准看護師試験に合格することで准看護師として働くことができる。准看護師の外国ライセンスは論外であると言われたため、外国で取得した准看護師ライセンスも「都道府県知事試験の受験資格認定」となるように要望したい。

准看護師課程の養成所がない４県（秋田県、神奈川県、福井県、沖縄県）からも、准看護師になりたいという問い合わせがある。他県で寮のある学校はないか、寮のある病院はないかという問い合わせもある。この件に関しても情報があればいただきたい。

本協議会は発足して４年目を迎えたが、会員数はまだ7,000人に満たない。会員数１万人超えを目指しているので、入会にご協力をお願いしたい。准看護師、准看護師から看護師になった方は正会員になれる（年会費は1,000円）。医師、薬剤師、看護師、事務職員は賛助会員・個人に加入できる（年会費は１口1,000円）。病院、診療所、看護学校、企業等は賛助会員・団体に加入できる（年会費は１口10,000円）。また、准看護師課程・看護師課程に通学中の方は、学生会員に加入できる（年会費は無料）。さまざまな情報を提供することで、学生にもメリットがあると思う。

第２日目

運営委員会

Ⅰ．学校運営アンケート結果の報告

（1）学校運営

1. 過去５年間のデータ

受験者・入学者は、准看護師課程、看護師２年課程ともに減少を続けている。看護師３年課程では受験者は減少しているものの、平成31年度の入学者は増加している。

2. 令和元年度の集計結果

本年度の倍率（受験者/定員）は、昨年、一昨年と比べても低下しており、入学しやすい状況になっている。定員充足率の平均は、どの課程も昨年を下回っており、定員割れも昨年より増えている。合格ラインを下げて学生を確保しなければならない状況が窺える。

3. 平成30年度の集計結果

入学時の学生がどのくらい卒業したかについては、准看護師課程（78.1％）、看護師２年課程（87.9％）では昨年より減少しており、看護師３年課程（86.8％）では､昨年とほぼ同じ結果となっている。併せて、休学の理由は、どの課程も「学力問題」が多く、退学者の理由は、准看護師課程における「進路変更」が極端に多い。

4. 運営費等

課程変更が35校中１校（２年課程から３年課程への変更並びに准看護師課程の閉課程)あった。定員の変更は35校中４校で、看護師３年課程１校が増員となっている他は定員が減少している。

学生納入金の変更は、35校中９校で、すべて値上げとなっている（授業料４校、実習費４校、施設費２校、教育充実費２校、入学金３校、入学受験料２校)。

総事業費に占める割合は、どの課程も人件費が昨年より増えていた。

（2）協議会運営について

1. 運営委員会時間について

現状の「90分程度でよい」が最も多かった。

2. 要望事項

①日本医師会への要望

「補助金等への支援を求める」、「准看護師制度の堅持」､「本協議会を全国規模にしてほしい」､「実習施設の確保」、「教員並びに講師の確保に対する支援を求める」、「准看護師教育の内容を明確にするよう申し入れてほしい」という内容が目立っている。

②厚生労働省への要望

准看護師課程に関することとして、「卒業時の到達目標を早急に明確にしてほしい」、「入学資格を高卒又は同等以上にしてほしい」、「単位制を導入してほしい」、「専門実践教育訓練給付制度の指定を緩和してほしい」、また、補助金に関しては、増額を求めるという内容が多く、文部科学省の大学に対する補助金との差が大きすぎるという意見もあった。実習に関しては、「実習指導に対し診療報酬がつくようにしてほしい」、「実習に専任できるよう人材確保の支援体制を要望する」、「男子学生の母性実習のあり方について抜本的施策を早急に講じてほしい」という内容が多かった。

③関係行政機関への要望

ほとんどが財政支援を求める内容であった。

（3）その他

今までにはなかったことであるが、防府医師会長並びに山口県医師会長の要望書が本協議会に届いている。

Ⅱ．分科会の報告

（1）分科会Ⅰ（看護科）

広島市医師会常任理事

（2）分科会Ⅱ（准看護科）

広島市医師会理事

※内容については、いずれも前述の通り。

Ⅲ．質疑応答

唐津看護専門学校　厚労省への要望の中に「実習を受け入れる病院の実習指導に対して診療報酬点数がつくようにしてほしい」との意見があったが、素晴らしい提案であると思う。実習指導者が日勤中は必ず１人病棟にいることが理想である。看護師は交代勤務しているため、一つの病棟に最低３人の実習指導者が必要であり、看護師の確保が必要になる。本校は中規模の病院や個人病院に実習をお願いしているが、診療報酬点数がつけば人員の確保を考慮していただけると思う。

釜萢常任理事　臨地実習施設において実習指導者

を確保するためには診療報酬上の手当が付けばよいという指摘は大事であるが、一方で、その医療機関を受診する方にとって、臨地実習を引き受けていることが、患者が受ける診療についてどのような意味（受診者にとっての利点）があるのかを考えると、中医協での議論は簡単ではないと感じる。昨日の分科会でも、実習施設の指導者も業務が忙しいため養成所の方から専任教員を実習場所に手配して頑張っているとの発言があった。養成所の現状の厳しさは重々承知しているので、意見を踏まえて事態の改善に取組みたい。

島田課長　看護学生の場合、他の職種と比べると1学年の養成数が多い中で、どのような環境で実習を行うかということも検討する必要がある。実習施設に対する報酬、謝金の考え方も併せて検討したい。

松山看護専門学校　学校が採用する実習指導教員に関する取扱いについての要望である。専任教員数は報告するが、実習指導教員数は表面化しない報告形式になっている。教員の確保は大変な問題であるが現在、シニア層が働きたいとの要望が増えており、50～60代でかつて学生教育に関わっていた方は多数存在する。その方々で実習指導教員なら頑張ってできるという方がおられる。求人数が多くなっている中で、シニア層は増える傾向にあるので、厳しい財政の中で実習指導教員を採用できるよう、補助について考えていただきたい。

島田課長　実習指導教員は「実習指導」という名称であるが、実習指導者と異なり、平成20年のカリキュラム改定のときに、実習の場で指導していただく方を専任教員とは別に、養成所に確保していただくことが望ましいという形で導入した。実習指導教員の在り方については、看護基礎検討会やワーキングでも議論していただいている。実習指導教員の要件自体も専任教員や教務主任とは異なり、明確に示していない状況にあるため、実情を十分に把握できていない中で、方向性を示すことは難しい。実習や教育の充実に向けて、一旦、臨床の場を離れた方であっても、実習指導教員がどのような形で活躍できるか併せて検討したい。

釜萢常任理事　臨地実習を引き受ける医療機関にとって、養成所の実習指導教員がついてきてくれることは心強いことであり、有難いが、どのように補助金を確保するかが課題となるので、実際に養成所を運営していく上での位置づけについて早急に考えたい。

佐賀市医師会立看護専門学校　佐賀県では、実習指導教員は既に補助金の対象となっている。ただ、上限の枠があるため雇用人数の全額にはならないが、枠内の額は数年前から頂いている。本校では専任教員の人数が足りないときのみ、実習指導教員で補う形の人件費は確保している。

松山看護専門学校　愛媛県では愛媛県病院看護部長教務責任者協議会で看護部会が発足したため、先生方と意見交換し、実習指導教員の位置づけについて検討したい。本校では実習指導者講習会の受講を条件にしているが、シニア層に関してはあと何年活躍できるかということもある。しかし、専任教員は非常に助かっている。授業に専念できるということは大きなメリットである。先生のご意見を参考にして、行政の力も借りながら検討したい。

釜萢常任理事　医療介護総合確保基金の利用については県によって対応が異なると理解している。専任教員は授業を中心に役割を担っていただく体制が望ましいが、実習指導教員の確保も困難なので、両方の役割を担わなければならない場面も実際には見られていることも承知している。さらなる改善が必要であると強く感じる。

長崎市医師会　文科省管轄の大学と厚労省管轄の医師会立養成所とで補助金が異なるため、実習委託料に一人あたり500円以上の差がある。同じ施設で同じ内容の実習をして委託料が異なるのはおかしいので、文科省と厚労省とで意見交換して、金額を同一にしてほしい。

島田課長　文科省と情報共有して、大学の状況を把握した上で協議したい。

Ⅳ．世話人会の報告

協議会会長（広島市医師会看護専門学校長）　福岡市医師会看護専門学校の藤原校長に世話人会として代表をお願いし、全会一致で承認された。

代表世話人（福岡市看護専門学校長）　本協議会が全国展開され、特に存亡の危機にある准看護師養成所を救えるように尽力したい。

1）中四九地区医師会看護学校協議会事務局

福岡市医師会看護専門学校に置く。

2）世話人校

参加校を５群に分け、各群から原則２校以内の世話人校を選出した。

3）世話人会

世話人校に、前期・当期・次期当番の３校が加わって構成される。

4）入会促進

学校負担金については、総定員100人以下の学校を30,000円とする（現行は80,000円）。

協議会開催当番校については、総定員100人以下並びに地理的条件等の理由により開催が困難な学校は、各群内において協議し世話人会決議で協議会開催当番校を免除することができる。

新規に６校が加盟を予定している。

5）各県医師会の負担金について

本協議会により強い関わりを持ち中央への意見を強固にすることを目的に、本協議会の趣旨に賛同した県医師会を特別会員とする。負担金を100,000円とする。参加会費は従来どおり、一人16,000円とする。

6）規約改定について

事務局、世話人会設置や負担金等の変更に伴い、規約の改定を行った。

7）「広島アピール2019」について

事前のアンケート、分科会の意見、防府医師会・山口県医師会の要望等を踏まえ、「2016とくしま宣言」を発展すべく「広島アピール2019」を作成した。日本医師会、厚生労働省をはじめ各界に提言する。

「広島アピール2019」

令和の歴史的課題の一つに、人口減少・少子高齢化があり、目下、国を挙げて地域包括ケアシステムの確立に向けた取組みが推し進められている。しかし、地域医療を支える看護職員の不足は深刻であり、このままでは早急に整備することは困難となりかねない。看護職員の確保なくして、地域包括ケアシステムの確立は不可能である。

われわれ医師会立看護学校は、戦後一貫して看護職員、特に、准看護師の養成に尽力してきたが、近年、景気動向と少子化の深刻化と相俟って入学者数が激減しており、もはや医師会が看護学校を経営し、准看護師・看護師を養成し続けるのは限界である。

この危機的状況の今こそ、地域包括ケアシステムを確立するためには、地域において必要不可欠な人材である准看護師・看護師の養成について、民である医師会任せとするのではなく、官、すなわち行政が責任を持って主導すべきである。

こうした考えに立ち、中四九地区医師会看護学校協議会は、厚生労働省、文部科学省、日本医師会及び関係自治体に対し、以下の事項の実現を強く訴える。

一、准看護師制度を堅持し、准看護師の地位を確立することを厚生労働省及び文部科学省に求める。

一、医師会立看護学校の存続を図るべく、運営補助金の増額をはじめとする支援策を厚生労働省と関係自治体に求める。

一、公設民営化をはじめとする医師会立看護学校の運営のあり方について協議できる場の設置を関係自治体に求める。

一、本協議会を発展させ、全国組織にすることを日本医師会に求める。

（令和元年７月28日）

Ⅴ．質疑応答

佐世保医師会看護専門学校　高校を訪問すると、「どうせ准看護学校はなくなるから行っても仕方がない」という言い方をされることがある。厚労省だけでなく、文科省の管轄の学校の先生方にも、准看護科はまだまだ続くことを周知していただいて、学生を准看護学校に送り出す体制を作っていただきたい。准看護師が安い労働力であるというイメージも払拭する必要がある。

佐賀市医師会看護学校　３年課程と准看護科のカリキュラム改定が2022年に行われると聞いている。２年課程の改正時期については現時点ではわかっていないので説明をお願いしたい。

島田課長　まだ詳細は決まっていない。おおむね2022年度の入学生からの適用を目指している。今年の９月末ころまでに検討会のまとめを行うので、正確な内容が決まってから準備に着手していただきたい。

山口県医師会　私共の要望の内容を広島アピール

に取り入れていただき感謝申し上げる。各県医師会の特別会員としての参加について、目的と負担金等に関する趣意書をいただけると理事会で協議しやすいので、お願いしたい。

代表世話人　そのつもりである。

福岡県医師会　県医師会の特別会員としての役割はどのようなことを考えておられるのか。

代表世話人　各県医師会には本協議会に強く関わっていただきたい。また、これまで以上に関心を強く持っていただきたい。中央に意見を述べる際に郡市医師会だけでは弱い。日医に要望する際、また、日医を通して行政に要望する際にも県医師会を通す方がスムーズに進むと思われ、県医師会が協議会のメンバーであることが大事である。

福岡県医師会　趣旨は理解できるが、規約では会員は学校ということになっているので、看護学校を持たない県が特別会員ということがひっかかる。やはり、趣旨や会費等を明記したものをいただきたい。

代表世話人　そのつもりで行いたい。

長崎市医師会看護専門学校　広島アピールで公設民営の件をアピールしていただいた。看護師の養成を医師会がいつまで続けられるかは大きな問題である。会員の中にも医師会立看護学校の不要論を唱える人もおり、どうして自分たちが負担を強いられなければならないのかという意見もある。医師会立学校は地域医療を支えるために看護職を養成しているが、いつまで医師会だけでやっていけるのか、先が見えているように思う。国はいつまで医師会に看護職養成の役目を負わせるのかをしっかりと考える時期に来ていると思う。

釜萢常任理事　広島アピールは新たな内容が加えられたと感じる。毎年、「本協議会を発展させ、全国組織にすることを日本医師会に求める」との宿題を持ち帰っている。中四九地区においては今回50回という歴史があるが、他の地区ではなかなか真似ができない。関東地区では、担当理事の協議会で看護職の養成の問題を扱っている。今回、仙台と神戸からオブザーバーとしての参加があった。北海道・東北ブロック、近畿ブロックで検討いただきたい。中四九地区の協議会と同じ規模のものを全国展開するとなるとハードルが高いので、まずはブロックごとの検討会の開催を日医からお願いしているのが現状である。都道府県単位では、行政、医師会、養成所で問題を協議する場はあると考えるので、それをブロックまで広げていただければと思う。その協議の場を作っていけるようさらに尽力したい。

公設民営化も大切な視点である。養成所が公立で運営されているところとそうでないところがあると思うが、それによって行政の認識にも差があると思う。補助金の増額は必要であるが、財源の確保が難しい。診療報酬との関係についても更に検討を要する。

昨日の懇親会でも、「毎年同じ話が出るが進展がない」とのご指摘があり誠に申しわけないが、全力で前に進めて行きたい。医師会立養成所の事業は、本来は行政が行うべきであることは日医も強く主張しているが、現実はそのような形にならずに今日に至っている。

一方で、財政的にこれ以上運営を続けられないという中での対応で、具体的には福島県での検討例がある。県内のいくつかの養成所の連携を図るために新たに組織を作り直すことにはハードルが高いが、従来の運営主体は残しながら連携して経費の節減等を図ることは可能ではないかと思い、検討いただいており、県にコーディネーターとして動いていただいている。具体的には、講義を遠隔で行うということが可能になれば、講師の負担が減り、実習等の連携も臨地の前の準備段階では工夫が可能と思う。それらを実現するために、現在の指定規則で可能か、見直しが必要かについては厚労省と相談しながら進めたい。

さらに、養成所の閉鎖が起こっている中で、そのために地域医療が崩壊したという実例があれば示してほしいという意見があった。日医が把握しているところでは、そのような実例があるところには至っていないが、このまま手をこまねいて閉校がどんどん進むと、その影響は必ず出てくるので、そうならないようにしなければならない。今回のアンケートの中で、養成所の経営状態を申告していただくという項目を追加したが、その結果、予想通りの厳しい状況が明らかとなったため、対策が遅れないよう全力を尽くしたい。

島田課長　昨日からの協議で、先生方が教育や実習に工夫と苦労を重ねながら行っておられるこ

とについての理解が進んだ。「広島アピール」として採択された最初の項目について、厚労省としては、保健師、助産師、看護師、准看護師の養成を国として推進していくという立場に変わりはない。文科省としても高等学校の中で准看護師の養成も行っているため、准看護師制度への理解も一定程度していただいていると思うが、改めてこのような要請を共有していきたい。運営費の補助について、いろいろな観点での補助が重要であるという指摘をいただいた。地域医療介護総合確保基金の中で各養成機関への補助を都道府県の実情に合わせて実施いただいているが、平成25年までの国の補助要項なども都道府県で参照しながら補助金をつけていただいている実情と思う。必要な財源を確保していただけるよう、都道府県と協議をしていきたい。養成所が1校なくなると、地域医療への影響は大きいので、都道府県も地域医療計画の中で把握していると思うが、看護人材の確保を計画に基づいてしっかりと行っていただけるよう併せてお願いしていきたい。

［文責：沖中　芳彦］

教育研修Ⅰ
自他相互尊重のコミュニケーション「アサーション」：その基礎的理解と練習
教育研修Ⅱ
課題解決場面での「アサーション」：その理解と応用練習

創価大学教育学部ならびに
大学院臨床心理専修課程教授／
日本臨床心理士／公認心理師　園田　雅代

1. アサーション：Assertionとは

英語のAssertionは、辞書の訳では「主張」と書かれているが、本日のテーマであるアサーションには当てはまる日本語がないので、そのまま「アサーション」という言葉を使う。

相手に言いたいことがあるのに、言えない状況が続くと、自己評価が下がり、当の相手に苦手意識を持ってしまう。I'm not OK、You're not OKは、大きなストレスをためる状況である。

それならば、言いたいこと、伝えたいことをわかりやすく、しかし、言いたい放題ではなく、その人に合った表現で適切に伝え、自分も相手も大切にする相互尊重のコミュニケーションを行うことができればよい。それがアサーションである。

欧米では、1960年代の基本的人権の回復運動の流れから始まった。日本では、子どもや若者のコミュニケーション力育成や、対人援助職従事者のために導入されてきた。

2. コミュニケーション３パターン

誰もが以下のスタイルを持っているといわれる。

1）Non Assertive：ノン・アサーティブ

受身で主張しないスタイルで、自分より相手を大切にする。生まれつき持っているスタイルではなく、抑え込むような家庭・職場環境が影響する。口数が多くてもおどおどし、重要な話の口火を切れないタイプもある。

2）Aggressive：アグレッシブ

攻撃的で、相手より自分の優位を重んじる。人の上に立つことや負けないことを重要視される環境が影響する。上司がこのタイプであると優秀な部下が職場から逃げ出してしまう。欧米では上司が行動変容のため研修会参加を指示されるが、本人に自覚がないため変わることが難しい。参加者の2/3が、自分に研修は必要ないとドロップアウトする。口数が少ない陰険な冷笑タイプもある。

3）Assertive：アサーティブ

I'm OK、You're OK、基本は「自分を大切に」でき、その上で「相手も大切に」ができる。

自分の中に欲求があるから人間関係で葛藤が生じるのは当然で、自分の中の葛藤を否定しない。また、怒りなどの否定的な感情も表現して良い。ただし、怒りを攻撃の手段にしない。アサーションは義務ではないので、アサーションしないことを選んでもよい。

3. 対人援助職に大切なアサーション

他者をケアする人だからこそ、セルフケアでバーンアウトを予防する。

誰かに助けを求めることは強さでもあり、対人援助要請力と自尊感情は並行するという研究結果もある。

多職種・他職種と協働するためのコミュニケーションにアサーションは役立つ。職種は異なっても、人間としては平等であるという意識がコミュ

ニケーションの基礎となる。

4. 教師のアサーションのポイント

1）叱る時

○わかりやすく伝える

○全否定しない

○一緒に考える

○学生に語らせる

○言う内容と表情を一致させる

○エンパワーする

2）叱った後

○改善したらほめる

○改善しなければ問いかける

5. 課題解決場面で有効なアサーション：DESC法

DESC法はセリフづくりのステップである。自分にとって気持ちがいい話し言葉で考えることがポイントである。最初は紙に書いてみるとよい。

1）Describe：描写する

共有できる「事実」を客観的に述べる。推測や気持ちや意見は含まない。客観的に述べることで、相手に共通の場に上がってもらい、相手に心の準備をしてもらう。

2）Express/Empathize：表現する / 共感する

Describeとしっかり区別し、自分の気持ち・考え・意見などをアサーティブに、わかりやすく表現する。I（自分）メッセージである。

3）Specify：提案する

ここが「肝（きも）」である。相手に取ってほしい行動、現実的で小さな変化ですむ行動を、なるべく具体的に提案する。イメージのみでは伝わりにくい。決して命令ではない。「言わなくてもわかる」ことでもない。

4）Choose：選択する

自分も選択できるが、相手も「イエス」「ノー」の選択ができる。自分の提案に対し、相手が必ず「イエス」と言うべきと思わない。

自分の提案に対し、相手が「イエス」と言ってくれればそれでよいが、相手が「ノー」と返したときに、自分がどうするか考えておく。

アサーションは相手に怒りを伝えたいが、攻撃的でなく落ち着いて伝えたい時に使うことができる。練習できる場面は日々存在し、うまくいかなければ途中で止めてもよい。気長に練習を重ね、練習しようとする自分を自分が励まし、自分が自分の味方になる。

特別講演Ⅱ

お菓子は喜びをつくる食べ物

株式会社にしき堂代表取締役社長　大谷　博国

1. エンゲル係数に占めるお菓子のパーセンテージ

第二次世界大戦10年後、エンゲル係数は46.9%、そのうち、お菓子は6.3%であった。2014年のエンゲル係数は24％だが、お菓子がそこに占める割合は7.1%。結局、時代に関係なく、お菓子は一定の割合で必要とされている。

2. 甘いものの歴史

○あんこ（あずき）

小豆と大豆は縄文時代から食べられていた。クッキーのように焼いたものが主食となっており、小豆は米より古い歴史を持っている。

小豆はアジアで自生する。日本は雨が多いからか、小豆の質がとてもよい。だから餡子もおいしい。江戸時代、小豆は健康食品で脚気に効くといわれた。当時は中国地方が小豆の産地であった。

○ようかん（羊羹）

「羊」の字にはいわれがある。羊羹は中国の汁物で、羊の肉が具であった。日本のお坊さんが羊ではなく、雑穀を具にして日本の羊羹となった。奈良時代は蒸し羊羹、元禄時代に和歌山の駿河屋が寒天の原料を使い、煉り羊羹を開発した。

広島は和菓子の町だったが、戦前の軍事都市化で和菓子が消え、軍事用の菓子を生産するようになった。日持ちがしてカロリーの高い羊羹である。

○長崎カステラ

500年以上前にカスティーリャから入ってきたお菓子を日本で発展させた。現地にその菓子はもう残っていない。カステラは羊羹よりも古い歴史を持つ。

○さくらもち

元禄時代、向島の長命寺近くの店で作られた。関西風桜餅はつぶつぶ、関東風桜餅は焼き皮であるが、長命寺の桜餅はそのどちらでもない。是非、行って召し上がっていただきたい。

○まんじゅう

由来は三国志である。大嵐で増水した川の氾濫を鎮めるため、人身御供の首が川に沈められていた。通りかかった諸葛孔明がその土地の団子を作らせ、川に投げ入れたという。

日本では塩瀬饅頭が元祖である。

3. にしき堂のお菓子

○もみじ饅頭

明治半ばの宮島、伊藤博文が立ち寄った店で、ある娘の手を見て、「もみじのような可愛い手を食べてみたい」と言ったという。それを聞いた旅館の女将がもみじ饅頭を作らせた。

戦後の昭和26年、江田島出身のパイロットの父が、腰掛のつもりでもみじ饅頭を焼き始めた。炭焼きで効率が悪かったので、チューブに穴を開け、ガスで焼いてみたところ、安定して焼きあがるようになった。

交通の便が良くなり販路が拡大すると、もみじ饅頭を包むよう望まれ、包装も機械化するようになった。

現在、1日10万～30万個を生産する。厚み1㎝、積み上げると富士山に近づく。

B&Bの漫才でもみじ饅頭の知名度が上がり、全国展開につながった。父がにしき堂の職員を連れ、島田洋七の母が働く店に食事に行っていたと聞く。

○新・平家物語

広島発祥のバームクーヘンと和菓子の折衷を考えた。最初は誰からも怒られたが、結局、売れた。

名前も考えた。「平家物語」は源氏の視点の戦いの文学であり、平和な菓子には似合わない。「新・平家物語」は平家の視点の平和の物語である。名前を使わせてもらうため、吉川英治のお宅にお願いに伺ったところ、奥さんから「主人の小説をお菓子にするのですか」とこれまた怒られた。が、使わせてもらえることとなった。実は、吉川家は青梅に菓子処を持つ。

NHKの大河ドラマになったから、この名前にしたと言われるが、菓子の方が先である。

○あたらしもみじ

ベーカリーのアンデルセンとのコラボ商品である。この商品の開発で、和洋の菓子の違いがわかったように思う。「洋」は素材をミックスさせ新しいものを作る。「和」は原材料の風味を大切にする。

他にもドラえもんやキティちゃんとコラボしているが、コラボしすぎて工場から怒られる。

○せとこまち

広島大学が25種類の柑橘類を研究し、はっさく（八朔）を使った菓子の開発を依頼してきた。はっさくのジュレを牛皮で包み、たまご煎餅で挟んだものだ。条件は、はっさくの皮をヘタ以外すべて使うこと。はっさくの皮は苦いので、その苦みを取ろうとしたら、大学からダメ出しされた。製品化に3年かかった。

○すこやかもみじ

修学旅行生がお土産にもみじ饅頭を買って帰る。が、家にはアレルギーで折角のお土産を食べられない子がいる。2年かけ、小麦粉・卵・牛乳を使わないもみじ饅頭を開発した。生産ラインはすべて別だ。ニーズは決して多くはない。が、アレルギーがあっても一緒にもみじ饅頭を食べることができると喜ばれている。

○お客さんからのアイディア

昔、もみじ饅頭を焼く時、最初の一巡は餡を入れずに焼き、焼いた皮を原価で売っていた。毎回大量に買うお客さんがいたので、どうやって食べるのか聞くと、チーズを間に入れて温めて食べると。確かにおいしい。それで、もみじ饅頭にチーズクリームを入れてみた。

生もみじもお客さんからのアイディアである。八つ橋には生があるのに、どうしてもみじ饅頭にはないのか？と問われた。

4. 和菓子の日：6月16日

平安中期の飢饉で陰陽師がお祓いをして菓子を食べた日、とも、江戸時代に江戸城で菓子が配られた日、とも言われる。この日に、にしき堂の店に寄るとよいことがあるかもしれない。

［文責：前川　恭子］

閉会式

次回当番校挨拶

次年度本協議会を担当される大牟田医師会看護専門学校長が挨拶された。次回は2020年8月29日（土）、30日（日）にホテルニューガイアオームタガーデン（大牟田市）で開催される。

令和元年度
山口県医師会有床診療所部会 第１回役員会

と　き　令和元年７月４日（木）　15：00～16：00
ところ　山口県医師会６階会議室
［報告：山口県医師会有床診療所部会会長　正木　康史］

伊藤県医師会理事の司会により開会した。

挨拶

正木　来年度は診療報酬改定の年であるが、この５月に次年度診療報酬改定要望の取り纏めを行ったところである。次年度診療報酬改定の重点項目は「①地域包括ケアシステムの構築」と「②働き方改革」であり、要望内容もそれに沿った項目、かつ有床診療所に大きく関わる項目を取り上げた。また、この10月には消費税引上げも予定されており、今回も消えてなくなる可能性のある加算項目への上乗せではなく、基本診療料（初･再診料、入院基本料）に加算されるが、前回引上げ（5→8％）の際、有床診療所入院基本料への上乗せが十分でなかったことが判明しており、今回の引上げ（8→10％）では前回不足分の上乗せもなされることになっている。現在、働き方改革の推進が叫ばれていて、その関連法も順次施行されてきており、この４月より「5日間の有給休暇の強制取得」､「時間外労働の制限」が施行されているが、さらに来年４月から「正規労働者と非正規労働者の不当な待遇格差の解消」も施行される（100人未満の中小企業は再来年の４月より）。本日は平成30年度の事業報告（案）、令和元年度の事業計画（案）についてのご協議をよろしくお願いする。

議題

1. 平成30年度事業報告（案）について

この秋開催予定の部会総会に諮った後に詳しく報告するが、主な事業として、県医師会関係では、年１回の総会（平成30年10月25日）、年２回の役員会（平成30年７月12日、10月25日）、第31回全国有床診療所連絡協議会総会「山口大会」の引受け（平成30年７月28～29日）、全国有床診療所連絡協議会関係では、４回の役員会、３回の常任理事会、日医執行部との懇談会、自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」会議、「有床診療所の日」記念講演会への出席など行った。全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会関係では、岡山での役員会・総会（平成31年１月27日）に出席した。また、全国有床診療所連絡協議会の推薦により正木が日医社会保険診療報酬検討委員会委員及び全国有床診療所連絡協議会常任理事に就任した。

出席者

部会

部会長　正木　康史
副部会長　阿部　政則
理　事　樫田　史郎
理　事　林田　英嗣

県医師会

常任理事　前川　恭子
理　事　伊藤　真一
理　事　吉水　一郎

2. 令和元年度事業計画（案）について

事業計画（案）として、部会の総会と年２回の役員会の開催、第32回全国有床診療所連絡協議会「群馬大会」、中国四国ブロック会総会や全国有床診療所連絡協議会役員会への参加などを予定している。また、正木が日医社会保険診療報酬検討委員会へ出席し、必要な情報はいち早く部会員に伝達する。

3. 令和元年度総会について

令和元年度総会は令和元年９月19日（木）に県医師会において15時30分から開催することを決定した。平成30年度事業報告、令和元年度事業計画などの協議を行う予定である。

4. 2020年度診療報酬改定について

次年度（2020年度）の診療報酬改定の要望に対して、11の全国協議会より60項目の要望を上げていただき、全国有床診療所連絡協議会としての取り纏めをこの５月に行い、日医へ提出した。次回診療報酬改定の重点項目は「地域包括ケアシステムの構築」と「働き方改革」であり、それに呼応し、かつ有床診療所に関連した要望項目としている。

①重点：有床診療所入院初期加算の名称変更と点数・日数の引上げ
②重点：有床診療所入院基本料の点数の引上げ
③重点：医師配置加算の点数の引上げ
④夜間看護配置加算の点数の引上げ
⑤看護配置加算の点数の引上げ
⑥看護補助配置加算の点数の引上げ
⑦有床診療所医師事務作業補助体制加算の新設
⑧診療情報提供料の要件の見直し
⑨入院中の患者の他医療機関への受診についての取扱い（減算）の見直し
⑩入院時食事療養費・生活療養費の引上げ

5. その他

本年度の４月11日（木）と６月20日（木）には自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」総会が開催され、診療報酬改定要望、働き方改革に伴う諸問題や火災対策の合理化に向けた提案等のご協議をいただき、関係各省庁への働きかけを行っている。また、６月26日（水）には自民党議員連盟より厚生労働大臣へ提言書「①診療報酬上の対応、②病床機能強化、③医業承継税制、④看護、介護職員（外国人人材を含む）の確保支援」を手交していただいた。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。

お問い合わせ先
0120-337-613
受付時間 9:00～18:00(平日)
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)
山口支店／山口市小郡高砂町１番８号 MY小郡ビル６階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

第32回全国有床診療所連絡協議会総会
群 馬 大 会

メインテーマ
「個性あふれる有床診～今こそ、“かかりつけ医”の活躍を！～」

と　き　　令和元年7月27日（土）・28日（日）
ところ　　ホテルメトロポリタン高崎（高崎市）

報告：山口県医師会有床診療所部会会長　正木　康史
同　理事（有床診療所部会理事）　伊藤　真一

役員会

第32回全国有床診療所連絡協議会総会に先立ち、7月27日（土）の12時より令和元年度の第2回常任理事会が、13時より令和元年度の第2回役員会が開催され、正木が出席した。

議題

1. 次年度執行部（案）について（松本専務理事）

今年度と同じ体制の執行部案が示され、了承された。

2. 自民党有床診議連について
（葉梨最高顧問・松本専務理事・木村常任理事）

4月11日（木）の自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」会議では全国協議会より、①働き方改革に伴う諸問題（非常勤医師の働き方を柔軟に、医師・看護師の宿直の考え方を柔軟に、働き方改革を実現するための人材確保など）、②診療報酬の改定についての要望（「医師配置加算」・「看護配置加算」・「夜間看護配置加算」・「看護補助配置加算」・「有床診療所入院基本料」・「有床診療所療養病床入院基本料」の点数の引上げ、「有床診療所医師事務作業補助体制加算」の新設、「有床診療所一般病床初期加算」・「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の名称変更と点数・日数の引上げ）、③有床診療所における火災対策の合理化に向けた提案などの要望を行った。

6月20日（木）の自民党議連会議では、4月11日に全国協議会より要望した項目に対して関係各省庁からの回答をいただき、それをもとに「有床診療所の活性化を目指す議員連盟・提言書」（①診療報酬上の対応、②病床機能強化、③医業承継税制、④看護・介護職員の確保支援、⑤有床診療所運営における様々な要件の緩和）を取り纏め、6月26日に自民党議連より19名の所属議員の参加をいただき、野田 毅 議連会長より根本厚生労働大臣に提言書を手交していただいた。

3. 有床診療所委員会について（松本専務理事）

令和元年度第2回有床診療所委員会が7月18日（木）に開催された。来年度には診療報酬改定もあることから、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」に対する診療報酬に関連する中間答申を取り纏め、すでに横倉日医会長に提出した。

4. 社会保険診療報酬検討委員会について（正木）

2018・2019年度第4回日医社会保険診療報酬検討委員会が6月5日（水）に開催された。

中医協報告の「働き方改革と医療の在り方について」では、今後、医療機関の労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムの在り方について、また、これまで診療報酬で対応している勤務環境改善に資する取組みや、算定の要

件として求めている業務内容について、働き方改革の方向性や医療の質を確保する観点等を踏まえながら議論していくこととなっている。

中央情勢報告として中川日医副会長より、「医療費自然増の抑制（5,000 億～ 6,000 億円）の問題もあり（2020 年度の自然増は少ない見込み）、また、薬価改定財源が 10 月の消費税引上げに伴う診療報酬改定財源として使われるため、来年度の診療報酬改定財源の確保が難しい面もある。少しでも医科の改定財源を確保するため、医科：歯科：調剤＝ 1：1.1：0.3 の暗黙の了解で固定化された比率を崩すべく、院内調剤、院内薬剤師に対する評価財源を医科からではなく、調剤財源より手当できるよう強く主張している」との報告があった。

5. 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）

不定期に開催されているが、今後議論が必要な事項として、①在宅医療の充実に向けた取組みの確認、②第 7 次医療計画の中間見直しに向けた整理、③災害時の対策、が挙げられている。

6. 若手医師の会開催について（原 広報担当常任理事）

本年度は 9 月 29 日（日）13 時～ 15 時に、オリエンタルホテル福岡（福岡市）での開催を予定している。有意義な会となるよう企画を考えているので、多くの会員の参加をお願いしたい。

7. 全国有床診協議会の次回開催地について（鹿子生会長）

第 33 回を令和 2 年 9 月 12 日（土）・13 日（日）に徳島市において開催することが決定された。

第 1 日目（総会・講演）

挨拶・祝辞

須藤英仁 群馬県医師会長より「令和と改元されてから初めての総会開催となり身の引き締まる思いであります。令和には『人々が美しく心を寄せ合う中で文化が生まれ育つ』という意味が込められており、まさに有床診療所が求められている、“いざという時には入院もできる近所の気軽なかかりつけ医”、“地域の住民に頼りにされ心を寄せ合うことができる身近な医療機関”を表現しているような素晴らしい元号なのではないかと思います。ご存じのとおり、有床診療所は、厳しい医療経済環境、後継者不足、人手不足、その他のさまざまな理由により年々その数を減らしているのが現状です。地域に密着した身近な入院施設として地域住民に愛されてきた有床診療所が一つ一つ消えてゆく様はとても寂しいものがあります。さて、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、医療・介護・福祉サービスの準備が急務となっております。各地域において地域包括ケアシステムを確立していく中で、国としても有床診療所の重要性を認識しその活躍が大いに期待されています。本総会では、1 日目に有床診療所に精通している 3 名の方を講師として迎え、有床診療所が抱える課題やその対策などについてご講演いただきます。2 日目には日本医師会の横倉会長に『日本医師会の医療政策』と題しご講演いただき、有床診療所のみならず多くの医療関係者が強く関心を持っている、日本の医療の舵取りを担う日本医師会のお考えを拝聴する機会を設けました。そしてシンポジウムは、『個性あふれる有床診～今こそ、“かかりつけ医”の活躍を～！』をテーマに、かかりつけ医として地域の中で活躍されている先生方にシンポジストとして発表していただきます。最後になりますが、全国有床診療所連絡協議会のますますのご発展とご参加いただきました

先生方、ご家族、従業員他皆様方のご健勝とご活躍を祈念します」との挨拶をいただいた。

続いて鹿子生健一 全国有床診療所連絡協議会会長より挨拶があり、さらに横倉義武 日医会長（中川俊男 日医副会長代読）から祝辞をいただいた。

議事

1. 平成30年度全国有床診療所連絡協議会庶務事業報告

松本専務理事より総会（山口大会）、年２回の常任理事会や年４回の役員会開催、また、日医や厚労省との懇談、自民党議連総会の開催や医療勤務環境改善普及促進有床診療所セミナー開催など精力的な活動や刊行物（総会報告書、有診協ニュース）発行などの平成30年度庶務事業報告があった。

2. 平成30年度全国有床診療所連絡協議会収支決算書

松本専務理事より平成30年度の収支決算書の説明、吉賀監事より会計監査報告があり、挙手多数で承認された。

3. 令和元年度全国有床診療所連絡協議会事業計画（案）

鹿子生会長より令和元年度の事業計画（案）の説明があり、挙手多数で承認された。

4. 令和元年度全国有床診療所連絡協議会予算（案）

松本専務理事より令和元年度の予算（案）の説明があり、挙手多数で承認された。

5. 令和元年度の全国有床診療所連絡協議会要望書（案）

要望書についての説明があり、承認された後、鹿子生会長より横倉日医会長（代理・中川日医副会長）に手交された。（次頁掲載）

6. 次期開催県会長挨拶

次期開催県の齊藤義郎 徳島県医師会長が「来年度は９月12日（土）・13日（日）に徳島市で、『地域に寄り添い共に暮らす有床診療所～事業継承への取組み～』をメインテーマに開催するので、多くの会員の参加をお願いしたい」と挨拶された。

令和元年度 全国有床診療所連絡協議会 事業計画

全国の有床診療所を活性化し、少子高齢社会における地域の医療を守るべく、在宅医療や地域包括ケア体制の実現に努力し、国民の健康と生命を守る地域医療の中核として活動する。医師の専門団体である日本医師会・都道府県医師会と連携して組織の強化を図る。その為に以下の事業を行う。

1. 地域住民のニーズに応えるべく、医学・医療の研鑽に努めると同時に、「かかりつけ医」として総合的な初期医療を実践し、医療の質の向上と内容の充実を図る。
2. 有床診療所の経営安定化のための対策を講じる。
3. 有床診療所・地域包括ケアモデルのかかりつけ医機能を推進すべく、介護事業（ショートステイ、介護医療院等）へ参入し、他職種との連携に努める。有床診療所・専門医療提供モデルの活性化を図るため、各専門医会との連携を進める。
4. 有床診療所における働き方改革を進め、医療勤務環境を改善する。
5. 有床診療所における災害の発生防止と対応に十分な対策を講じる。
（スプリンクラー補助金の活用促進を図る）
6. 次世代を担う“若手医師の会”の活動を活発化し、支援する。
7. 広く全国の地域住民への理解を深めるため、「有床診療所の日」記念事業を継続し、積極的な広報活動を行う。

令和元年度 全国有床診療所連絡協議会
要望書

平成30年度診療報酬改定では、有床診療所関係の点数の引上げに際して日本医師会のご支援をいただき、誠にありがとうございました。また、平成30年度より届出による診療所の病床設置が可能となり、新規開設の要件が緩和されました。

有床診療所は、

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. 医療と介護を一体的に提供する機能

等々、重要な機能を担う貴重な地域医療資源であり、今後、地域包括ケアシステムの体制を構築・強化していく中でその機能を存分に発揮していくことが期待されています。

しかし、医師の高齢化・後継者不足、職員の人件費高騰、求められる医療レベルの高度化などにより、有床診療所を取り巻く環境は厳しくなっており、平成31年2月時点で有床診療所の施設数は6,806施設、病床数は93,069床（平成31年2月厚労省医療施設動態調査より）であり、20年前と比較して半減しています。今後、若い医師が有床診療所開設の意欲が得られるような状況を作り出すことが不可欠と考えます。

全国有床診療所連絡協議会としては、これまでと同様、かかりつけ医として地域医療に貢献するのはもとより、地域包括ケアシステムの軸となるべく努力していく所存であります。引き続き日本医師会のご支援をお願いし、以下の事項を要望いたします。

要望事項

1. 有床診療所の機能強化のための診療報酬引上げ
2. 有床診療所に於ける働き方改革推進への支援
3. 施設継承時の相続問題の解消

講演

Ⅰ　地域の医療介護ニーズと有床診療所

日本医師会総合政策研究機構研究部
専門部長　江口　成美

有床診療所の数は減少し続けているが、有床診療所のある地域では、緊急的な入院が必要な時、急性期病院からの早期退院時、骨折や分娩など、身近な有床診が患者さんやその家族にどれだけ大きな安心感を与えているか計り知れない。小規模の入院施設をいかに持続させ、将来につなげるかの検討が急がれる。地域の人口構造と今後の変化を念頭に入れ、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築において、有床診療所であればこそ担える機能の発揮に期待したい。

従来より、有床診療所の病床機能は、病院と在宅・介護施設の間の受け渡し、専門医療、緊急時対応、在宅医療及び終末期医療の5つに大きく分けられてきた。そして、多くの有床診療所が一つ以上の機能を担っている。これらに加えて、ショートステイ（短期入所療養介護）として、医療介護を一体的に提供する病床機能が地域で必要とされている。要介護の6割（認知症を除く）は脳卒中や関節疾患などの疾患が原因であり、有床診療所ではかかりつけ医が、療養病床と一般病床の両方をショートステイとして柔軟に活用し、患者さんやその家族のニーズに対応できる。10年後には、一人住まいの高齢者が全国で800万人にのぼると推計されており、在宅医療だけでなく、有床診療所の病床の重要性が改めて認識されるべきである。

平成30年度診療報酬改定では、地域包括ケアモデルの有床診療所の評価が行われたが、有床診療所が新たに介護事業を行うには課題が多い。「働き方改革」がわが国で広く推し進められる中、最大の課題の一つである人材確保がますます困難になると予想される。将来に向けて、それぞれの地域事情とニーズに応じた対策を検討するとともに、複数医師、夜間を含めた看護職員、看護補助者、医療クラークなどの人材を確保できる安定した運営体制と、それらの人材が集まる職場としての魅力を高めることが必要である。特に、ケアの必要度が高い患者さんへの対応や地域の医療連携、他

職種連携、医療介護連携を丁寧に行うには多くの人材が必要であり、医療安全や医師の過重労働の観点からは複数医師体制が必須である。国そして地方行政が、有床診療所の機能への理解を深め、安定した有床診療所が地域に存在できるようにさらなる支援が行われることを望む。

Ⅱ　遠隔医療と有床診療所

有床診療所の活性化を目指す議員連盟

事務局長・衆議院議員　富岡　　勉

「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」が平成18年10月11日に設立されて、早くも13年が経過した。

初代会長は山崎 拓 先生が務められ、当時の全国有床診療所連絡協議会会長の内藤哲夫 先生等とともに減少していく有床診療所に歯止めをかけ、安定した診療報酬と地域における小規模・多機能医療介護施設の役割を担うべく活動を続けてきた。

しかしながら、火災用のスプリンクラー設置の補助や診療報酬の引上げにもかかわらず、平成6年に22,000余りあった有床診療所も、平成29年には7,202にまで減少するに至った。

この間、厚生労働省においても種々の対策を講じてきたにもかかわらず、減少に歯止めがかかっていない現実には議員連盟の力不足とも言えるが、有床診療所の存在価値については医療法の改正による法的根拠を確立することができており、これからの地方創生においても欠くことのできない医療施設であるといえる。

このような経過の中、地域においては医師のみならず看護師等、種々の医療関係スタッフの人手不足が顕在化しており、中でも離島や僻地では、医師一人で内科・外科・小児科等すべての科における患者さんの診察・治療をしなければならない地域が増加している。これらの問題を解決する一つの手段として、遠隔医療を導入すべき地域が増えている。

このような時代において遠隔医療の保険収載等の施策が行われているにもかかわらず、その普及に進展がみられない現象が起こっていることは残念でならない。

今回、有床診療所で起こっている遠隔医療導入に向けての問題点について、あらためて検討するとともに、遠隔医療の普及に向けた方策等について述べる。

Ⅲ　地域包括ケアと有床診療所

前厚生労働省健康局局長　宇都宮　　啓

①保健・医療・福祉等を取り巻く状況（日本の人口推移、わが国の少子高齢化の課題等）、②地域包括ケアシステム（自分自身が介護を受けたい場所、死亡場所の推移、2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿等）、③社会保障改革と診療報酬・介護報酬改定（社会保障改革の流れ、平成30年度診療報酬改定の概要、かかりつけ医機能評価の充実等）、④医療の担い手としての役割（医師の任務、専門医のあるべき姿、臨床研修制度の概要等）、⑤今後の方向としては、社会保障と税の一体改革以後、基本的な方向性は変わっておらず、病院（施設・事業所）完結型から地域完結型になり、その中で有床診療所は幅広く柔軟な機能（主治医機能）を発揮すべきであり、まさに地域包括ケアの担い手としての役割が期待されている。

［文責：正木　康史］

第２日目

特別講演

日本医師会の医療政策～健康な社会を作ろう～

日本医師会会長　横倉　義武

５月１日から令和の時代を迎え、人々が健康で心豊かに生活できる社会の構築はまさに国民の望みである。医療は人が人に行うもので、医師と患者さんとの信頼関係に基づいて成り立つものであることに変わりはない。令和の時代には予防と健康づくりがこれまで以上に重要であり、これらにかかりつけ医が積極的に関わっていく必要がある。

1. 健康長寿社会に向けて

日本の年齢層別人口割合の推移を見ていくと、労働人口と言われる15～64歳の人口が減少しており、支えられる側の特に高齢者が増えていくため、“社会保障が大変だ”とよく言われる。

2009年から2018年の10年間で、生産年齢人口は660万人減少しているが、就業者数は350万人増加しており、女性の社会参加によるものと同時に、74歳まで元気に健康で働き続けることができれば労働者の減少率は下げられるということになる。われわれ医療に携わる者は特に75歳未満の高齢者の健康維持が大きな課題であり、上手に人口減少社会へバトンタッチしていくことが重要である。

そこで、こうした超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方として、現在検討されているのが、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供と、主に入院医療に関する地域医療構想の実現である「地域医療の確立」、医師の健康への配慮によって地域医療の継続性を担保していくための「医師の働き方改革」、「医師の偏在対策」である。これらを三位一体の改革として慎重かつ丁寧に検討して進めていかなければいけない。国によるトップダウンでするものではなく、あくまでも地域の実情に応じた形と計画を作るべきだと強く主張している。

日医として健康寿命延伸に向けて、健（検）診データの一元化による生涯を通じた健康管理を主張し、経済団体・健康団体・保険者・自治体等からなる日本健康会議での取組みを進めており、昨今成立した成育基本法や健康寿命の延伸等を図るための「脳卒中・循環器病対策基本法」により、さらなる取組みを進めていく。このように健康寿命の延伸が、社会生活の活性化や持続可能な社会保障へとつながっていくことになる。そのためには、地域によっては既に医師会でないと不可能となっている初期救急･休日夜間診療体制の再構築、かかりつけ医と病診連携の普及促進、予防・健康増進の活動、地域住民への啓発などを行うことが必須となる。

２.国民皆保険を守るための時代に即した改革

わが国は国民皆保険という世界で最も優れているシステムを作り上げてきた。しかしながら、財政面は厳しく、安倍政権でやや税収が増えてきてはいるが、収入と支出との間にはまだまだ大きなギャップがあり、40兆円近いギャップを国債発行により賄っている状況にある。また、政府予算における社会保障費の割合を見ても、20年前の20％から33.6％を占めるまでになり、さらに増やしていくのは難しくなってきている。高齢化によって医療・介護等を中心とした社会保障費は今後も増加が見込まれるため、国は財政健全化の立場から、その抑制策を骨太の方針、規制改革実施計画、未来投資戦略などによって打ち出してきている。これらに対して、日医は、「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は維持できる政策か」という二つの政策判断基準により、さまざまな場で発言をしている。持続可能な社会保障のために、財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会の進展や人口減少の中にあって国民皆保険を堅持していくため、われわれ医療側から、過不足なく提供できる適切な医療を提言している。そして、国民の不安が高まる時こそ、社会保障を充実することで、将来の安心が社会を安定させ、経済成長に繋がっていくと主張している。

３.地域医療の充実と医師の働き方改革

2025年に向けて、医療機関が病床の医療機能を報告し、都道府県がそれらを基に地域医療構想を医療計画に策定している。これはあくまでも地域で決めていくことだということを国にも度々提言している。高齢者人口の増加には地域差があり、地域の人口減少に応じて病床は減少していくので、病床を急激に減少させることは、地域医療に混乱をもたらす可能性があり、ソフトランディングを模索する必要がある。

医師の偏在対策については、外来医療計画の策定による開業規制、専門研修における専攻医採用のあり方など提案されているが、地域の実情に応じた都道府県からのボトムアップとオートノミーによって地域の医療対策協議会等で適切に調整するべきと提言している。

医師の働き方改革は、「医師の健康への配慮」と「地域医療の継続性」を両立することが重要であり、地域の実情に柔軟に対応できる制度設計を要望していく。さらに新専門医制度については、国民から信頼される医師の育成がその目的で、丁

寧な議論を行って引き続き日本専門医機構を支援していく。

４.かかりつけ医機能強化と有床診療所への期待

従来は診断・治療が大きなウエイトを占めていたが、人生100年時代のこれからは、生涯を通じ健やかに過ごすための予防が重要になってくる。医師には、かかりつけ医、学校医、産業医などさまざまな役割があり、すべての地域にかかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」を提供していくことがわれわれの任務である。

日医は2016年から「日医かかりつけ医機能研修制度」をスタートさせた。かかりつけ医として6つの機能を担っていただこうということで、毎年約1万人の先生方に受講していただいている。本年4月に第2期を迎え、応用研修の講義内容を刷新し、かかりつけ医のさらなる機能強化と質の向上を図っている。その際、長足の進歩を遂げるAIやICTを、如何に安全性を担保しながら医療に取り込んでいくか、その基本となるルールを医師が主導した形で構築することにより、人間中心の、人に優しい医療の確立に繋げられると考える。

地域包括ケアシステムの整備が進められているが、そこに医療はなくてはならない重要なもので、まちづくりの中心的な役割が期待されている。そうした中で地域密着型の有床診療所の役割は非常に大きく、地域医療構想においては、それぞれの立場で、急性期・回復期・慢性期の機能を担い、救急医療や地域の医療機関との連携など、有床診療所が入院機能とかかりつけ医機能の両方を持っている。

しかしながら、人手不足などによる施設数減少が顕著であり、有床診療所の存続に向けた施策が急務になっている。有床診の開設者・院長の70歳以上の割合は無床診療所の約2倍であり、継承者も少なくなっている。勤務負担を軽減する複数医師の配置が可能な運営と、魅力ある施設であるための取組みが必要であり、それに耐え得る診療報酬体系を作り上げていくことも必要である。

それに対応するために、税制対応、会内委員会、有床診療所の活性化を目指す議員連盟などの関係団体を通じて、日医も有床診療所を後押ししているところである。地域医療を担い、昼夜を問わず地域住民を支えておられる有床診療所のご協力を引き続きお願いする。

シンポジウム

個性あふれる有床診
～今こそ、“かかりつけ医”の活躍を！～

座長：群馬県有床診療所協議会常務理事／
群馬県医師会理事　猿木　和久
日本医師会総合政策研究機構
研究部専門部長　江口　成美

①内科系有床診療所のこれから
～地域包括ケアシステムの中核拠点として～

医療法人健英会うしいけ内科クリニック
理事長　小中　俊太郎

前橋市で平成11年に内科系有床診療所を開設後、無床診療所、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、訪問看護ステーション、訪問ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を順次開設し、ケアミックス型医療を小規模で実践すべく、地域高齢者への医療・介護サービス提供に積極的に携わっている診療所である。

当クリニックのコンセプトとして①中間施設的機能として入院中リハビリステーションプログラムも含め、急性期病院から在宅復帰・介護施設入所へのスムーズな橋渡しを実践する、②在宅医療の拠点かつ後方支援機関となる、③介護施設等の後方支援機関となる、④在宅では困難と考えられる終末期医療を提供する、⑤地域の街づくりを支える拠点となる、などが挙げられる。平成29年4月から31年3月までの入院の実績は、平均在院日数20.7日、平均年齢85.4歳であり、95%が70歳以上であった。高齢者が多いため、入院の原疾患は心不全、感染症、食欲不振に伴う脱水症などが多いが、最近の傾向としてレスパイト入院が2割を占めるようになっている。

入院元は4割が法人内の介護施設、3割が自宅、残りが近隣の診療所、病院であり、退院先として4割の患者が在宅復帰可能であった。また、在宅医療にも積極的に取り組んでおり、現在約100

名の患者に対して訪問診療を行っている。

厚生労働省は2025年を目途に、「住み慣れた場所で最期まで暮らすことを目指すもの」として地域包括ケアシステムの構築を推進している。医療従事者側・患者側双方にとり敷居が低くアクセスのしやすい、いわば使い勝手の良さを持つことが有床診療所の特徴の一つである。今後、人生100年時代を迎える中、元来より多機能な役割を備える内科系有床診療所は、医療介護併用モデルを施行することにより、シームレスな在宅医療、介護との連携、専門医療の提供など地域の「かかりつけ医」として地域包括ケアシステムの中核拠点となりうる可能性が期待されている。

②分娩・入院料のあり方について
－分娩・入院に係る原価より－

医療法人愛生会セントラルレディース
クリニック院長　角田　　隆

日本産婦人科医会の医療推進委員会で活動されており、根拠に基づいた分娩料の詳細な算定方法を提示された。

分娩料は全国平均値505,579円だが、地域により較差が大きい（東京都621,814円、鳥取県396,338円）。日本産婦人科医会の調査を踏まえ、分娩料の算定方法を提案する（分娩料は分娩原価：人件費＋人件費外経費に施設維持費を加えたものである）。

今回、分娩、入院に係るすべての職種（医師、看護師、助産婦、看護助手等）にストップウォッチを携帯させ、業務に係るごとに労務に要した時間すべてを測定し、正確な人件費を算出したところ、分娩一件当たりの人件費は214,122円であった。これに人件費外経費（医療器具、消耗品、光熱費、家賃、保険料等）165,376円を加えると、分娩原価は379,498円と算出された。

妊産婦の医療機関への要望は大きく膨らみ、医療従事者の負担は年々増加しつつある。肉体的サポートのみならず、栄養管理、乳房ケア、育児指導、メンタルヘルスケア等、多職種によるきめ細かな対応が必要となる。一方、産科医の減少に伴う医師の労務環境の悪化や、分娩収益の低下が原因となり分娩取扱施設の閉鎖が続いている。妊産婦の利便性や安全性確保の観点より、この流れに歯止めをかけることが周産期医療の喫緊の課題である。分娩は分娩取扱施設の収益の根幹をなしているが、民間施設では利益を抑え、分娩数を確保することで経営の安定を図ってきた。分娩数の減少は分娩取扱施設の経営を大きく圧迫し、閉鎖に追い込まれることになる。民間施設の減少は、公的施設の医師に過重労働を強いることになり、二次、三次施設の機能は低下する。妊産婦が分娩に対し安全・安心を求めることは当然だが、これらを満たすには人的資源のみならず、多くの経費を要することを社会に説明する必要がある。

分娩料に対して、

1. 公的施設の分娩料は、地域の分娩料に大きく影響するため、民間施設に配慮して設定する。
2. 民間施設の分娩料は、分娩数に依存することなく利益率を考慮して設定する。
3. 各医療機関は地域の周産期医療の役割分担を維持できる分娩料の設定を行う。
4. 分娩料の引き上げは回避できないが、産婦人科医会は妊産婦に対しさらなる支援に努めること。

を提言していく。

③眼科有床診療所の変遷－そして展望

医療法人秀緑会高山眼科緑町医院
院長　高山　秀男

平成３年より、高崎市で眼科有床診療所を開設され、白内障、緑内障、硝子体疾患、角膜疾患などの手術を積極的に行われている。

眼科の有床診療所はこの10年で全国的に激減している。A会員数を平成21年と平成28年で比較すると、群馬県で8%、関東ブロック９県では10%増加しているにもかかわらず、眼科有床診療所は群馬県では22施設から10施設へ41%減少し、９県の合計では、それぞれ174施設から93施設へと52%減少している。原因として眼科手術法の進歩が挙げられ、小切開創並びに低侵襲化により必ずしも入院を要せず、日帰りあるいは外来手術が可能となった。講演では白内障（水晶体再建術として嚢外摘出術、超音波乳化吸引

術）、緑内障、硝子体疾患、角膜疾患（全層角膜移植、角膜内皮移植）の手術法の詳細な動画による説明がなされた。

日帰り外来手術は入院設備を整える必要がないことや、当直要員が不要など、医療機関側に大きなメリットがあるが、患者側にはかなりの負担を強いている面がある。

当院で水晶体再建術を受けた患者さんにアンケートを取ったところ、日帰り手術を希望される患者がいる一方、術後の合併症や眼痛などの懸念から入院を希望される人が多数存在した。特に硝子体手術や角膜移植手術では、眼内に空気やガスを注入する場合には数日間の腹臥位が必要であり、角膜移植後は数日間の仰臥位が必要となるなど、術後数日はかなり患者さんに苦痛を強いるため、患者の入院希望が大きいが、現在、硝子体手術に関しては日帰り手術をしている施設が多い。

当院の取組みとして、頻度は小さいが術後早期の合併症の可能性があることや、不安を感じ入院を希望される患者に対応するため、当直要員を確保し手術枠の拡充を行っている。

現在、群馬大学や大規模病院に眼科手術患者が集中し、深刻な状況にある。診断や手術法の確立された通常疾患は、原則的に有床診療所で手術を行うことにより、結果的に大学等の負担を軽減することが可能となる。有床診療所は地域に密着し、地域住民の要望を細やかに対応して、その地域の中で解決することにより利便性を高めることができると考えられる。今後も地域医療の中核として、さまざまな手術や治療を積極的に行い、眼科診療の中でその役割を果していきたい。

④透析医療における診診連携

望星第一クリニック院長　若林　正則

透析患者の維持透析管理のみならず、バスキュラーアクセス診療を中心とした血管アクセスセンターを開設し、最先端の血管内治療を行っている診療所である。

当院は19床の入院ベッド、60床の透析ベッドを有する有床診療所であり、現在299名の維持透析患者の管理を行っている他、透析導入、バスキュラーアクセスの造設及びトラブルの対応に専門性を絞り対処している。また、1,700人のグループ内維持透析患者の他、近隣医療機関の患者の透析導入、維持管理においても深く連携している。当院の昨年の実績では、近隣12施設より末期腎不全患者の紹介があり、72名の患者の透析導入を行った。また、約40施設からバスキュラーアクセストラブルに対する治療依頼の紹介があり、バスキュラーアクセス関連手術276件、血管内治療3,100件を行った。

バスキュラーアクセスの維持の質は、透析患者の生活の質、生命予後に大きく関与している。バスキュラーアクセス関連の診療は血管外科、血管内治療が中心となるが、極めて特殊な病態を呈しているため、特化した専門的対応が求められる。また、緊急での対応を要することも多く、救急対応及び入院治療を行うには有床診療所がそのシステム構築に適した分野だと考えられる。

専門性を高めた結果、近隣中核病院からの紹介も年々増加している。また、超音波ガイド下PTA、生検鉗子による器質化血栓摘出術、ICG蛍光ナビゲーション、大伏在静脈―皮膚瘻孔の開発（国際特許取得）など、専門分野における新たな治療法の開発にも積極的に取り組んでいる。

現在、全国で年間３万人の腎不全患者が血液透析導入されているが透析患者の高齢化が進み、合併症も多様化している。特に重篤化のリスクが高い、心・血管系合併症の管理の重要性が広く認識され、重要な課題となってきている。透析医療、合併症管理の進歩は目覚ましいが、透析導入時に既に複数、かつ重篤な合併症を有する症例も多く、その管理は複雑な様相を呈している。また、合併症の管理には、より高度な内容、状況変化に対する柔軟な対応が要求されるようになった。患者の病態に応じて専門性も細分化されるようになり、従来、重篤な合併症診療の主体は病院であったが、診療所においても多岐にわたる合併症の管理の一端を担う必要が生じている。このように病院、診療所がそれぞれ役割を担うことで、結果的に透析患者に対する診療の質を向上させると考えられる。

鹿子生全国有床診療所連絡協議会会長、小玉弘之 日医常任理事の総括の後、閉会した。

［文責：伊藤　真一］

国民年金基金
のご案内
日本医師・従業員支部

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部は、
「日本医師会」を設立母体とする
日本医師・従業員国民年金基金が、
2019年4月の全国国民年金基金への統合に伴い、
事務所所在地等はそのままに、
新たな支部組織として移行したものです。

「豊かな老後」へのプレゼント

国民年金基金は、
国民年金（老齢基礎年金）に上乗せする
「公的な年金制度」です。

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

加入資格
- 年齢が満20歳以上60歳未満の方。
- 国民年金の第1号被保険者の方。
  厚生年金の被保険者（一人医師医療法人や病院等に勤務の方等）は申込できません。
- 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

税制面のメリット
- 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**
- 遺族一時金は**全額非課税**

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」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自動的に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。

お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部
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 https://www.jmpnpf.or.jp

第15回男女共同参画フォーラム

男女共同参画のこれまでとこれから
―さらなるステージへ―

と　き　令和元年７月27日（土）13：30～
ところ　宮城県仙台市 仙台勝山館

報告：副 会 長　今村　孝子
常任理事　中村　　洋
理　　事　長谷川奈津江

開会にあたり、横倉義武 日本医師会長、佐藤和宏 宮城県医師会長、村井嘉浩 宮城県知事より挨拶が行われた。

基調講演
酸化ストレス応答と健康長寿と介護

東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野
教授　本橋　ほづみ

私は1966年鹿児島生まれで、２歳の時から仙台に来た。幼稚園から東北大学医学部までずっと自宅から学校に通った。平成２年卒業、耳鼻咽喉科に入局した。

結婚するまで、家事をしたことがなく、結婚して主人に洗濯機の使い方を習った。

子供を産むのは暇な大学時代が一番よいと言われていたが、相手がいなかったので産むことができなかった。でも結婚してから子供は３人できた。

入局後、電顕で内耳の観察をしていたが、分子生物学の山本雅之 先生に、「女性なら臨床より基礎がいいよ。耳鼻咽喉科であまり期待されていないならおいで」と言われ、先生から指導を受けて転写制御の研究を開始した。

健康長寿の実現のための重要な柱が、環境からのストレスに対する応答・適応機構の強化である。私たちは常に環境との関わりの中で生命を維持しており、多種多様な環境因子は、われわれの寿命や疾患感受性などに大きく影響している。特に、生命体が進化の過程で、分子状酸素の利用能力を獲得しエネルギー代謝の効率を飛躍的に向上させた背後では、生体分子の酸化障害をいかに回避するかという重要な課題が生じることになった。すなわち、酸素呼吸を行うすべての生物にとって、酸化ストレス応答は生体防御の重要な柱である。私たちの生体におけるKEAP1-NRF2制御系は重要な生体防御機構であり、転写因子NRF2が鍵となっている。

NRF2はDNA結合タンパク質として、生体防御に重要な数多くの遺伝子を制御している。NRF2の働きがわれわれヒトを含む多くの生物の健康に極めて重要であることは、NRF2欠損マウスを用いた解析や、ヒトにおけるNRF2遺伝子の一塩基多型の報告から明らかにされている。NRF2の機能が低下すると、薬剤や環境汚染物質などに対して毒性が発生しやすくなり、心筋梗塞や脳梗塞などでは組織障害が重篤化しやすくなる。

最近、われわれは、騒音曝露による内耳障害がもたらす騒音性難聴が、NRF2欠損マウスで重篤化し、NRF2の誘導剤前投与により軽減すること、さらに、NRF2の発現が低い人では騒音性難聴のリスクが高まることを明らかにした。

一方、早老症（ハッチンソン・ギルフォード症候群）の患者においてはNRF2の機能不全があることが分かった。げっ歯類の平均寿命はNRF2活性化レベルと正の相関を示すことなどから、NRF2が抗老化作用を有することも明らかになりつつある。

私の母は老化が進み、骨粗鬆症そして認知症と

なった。父は高血圧からAF、心不全となり下腿浮腫がひどくなってきた。2018年12月に介護付き高齢者住宅に入居させたが、上げ膳、据え膳の上、テレビを見るだけで、かえってぼけが酷くなり、2か月で自宅に戻した。両親の自宅は私と同じマンション内にあり、朝回診のつもりで部屋を訪れている。恩を忘れないこと、親にできることはやらせること、スキンシップを持つことが重要だ。また、何よりも大切なのが、介護のために自分を犠牲にしないことであり、家政婦の助けを借りることによって、心に余裕が持てた。

最近の研究で、NRF2活性化は12か月齢マウスの難聴を抑制することが分かった。蝸牛の神経細胞の脱落が予防でき、加齢性難聴が遅延する。また、NRF2活性化によるアルツハイマー病の病態改善ができる可能性が出てきている。活性化してもアミロイドβの蓄積には差がないが、グルタチオンが増え、アルツハイマー病における神経炎症を抑制、ミクログリアの抑制が起こる。実際にNRF2活性化によりAppマウス（アルツハイマー病のモデルマウス）の受動回避試験（暗室に進入した際に電気刺激を与えることにより、暗室への進入と痛みである恐怖を関連付けて記憶させる試験）の成績が改善する。

既にお気付きのようにKEAP1-NRF2制御系は創薬にも利用できる。特に糖尿病性腎症、多発性硬化症に対しては既に使われ始めてきている。食べ物ではブロッコリースプラウトなどに含まれており、われわれの健康に貢献できる。薬もよいが、その前にアブラナ科の野菜やシソ科のハーブ類をたくさん摂取し、老化を遅らせましょう。

［文責：中村　　洋］

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会

日本医師会男女共同参画委員会

委員長　小笠原真澄

2018年・2019年度の男女共同参画委員会の活動報告

1　会長諮問「男女共同参画の推進と医師の働き方改革」

2　委員会が実施した具体的な取組み

1）男女共同参画フォーラムに対する意見具申
　第14回（高知）、第15回（宮城）

2）ドクタラーゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画・取材担当
　第29号～第36号を担当予定

3）都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取組み状況調査
　2年ごとに女性役員比率、女性医師に関わる委員会や部会の設置状況、今後の課題、必要な取組み等を調査（2019年内に調査予定）

＜参考＞平成30/31年度

日本医師会常任理事の女性の割合：10.0%（1/10）

同　理事・監事の女性の割合：5.6%（1/18）

同　代議員の女性の割合：3.8%（14/368）

同　女性医師が在籍する会内委員会の割合：62.0%（31/50）

同　女性医師委員の割合（重複なし）：10.1%（61/602）

都道府県医師会女性医師役員の割合 6.3%（71/1124）

4）女性医師支援センター事業への協力

＜紹介＞

「女性医師の勤務環境の現状に関する調査」（2017年8月）を補完するため、個別インタビューを実施（女性医師20人、管理・支援者10人）

医師本人も管理者も労働法制を十分理解していない。労働法制が医師の勤務の流動性に対応していない。

医師の職場には、「ガラスの天井」がある。（ハラスメント、性別役割分担意識）

組織対応や小さな配慮や身近な機会が効果的な支援となっている。

女性医師に限らず医師の働き方、勤務環境の問題として考え直す時期に来ている。

2. 日本医師会女性医師支援センター事業

日本医師会常任理事　小玉　弘之

事業の中核である女性医師バンクは、広報活動の強化を行うとともに、都道府県医師会等との連携推進に力を注ぐ。また、ブロック別会議は開催方法を転換し、テーマを特定して実施予定である。今年度の共通テーマは「病児・病後児保育について」である。

大学医学部・医学会・都道府県医師会との合同による女性医師支援担当者連絡会は相乗効果が期待できるため、今後もこの形態で実施予定である。

「女性医師支援に関するアンケート調査」（大学医学部、医学会対象に2014年実施）をベースに、その後５年間の女性医師を取り巻く環境の変化を把握するため、82大学医学部、133医学会分科会を対象にアンケートを実施した（2019年４月～５月）。

＜日本医師会女性医師バンク＞

求職登録者：301人（関東甲信越・東京55%）、
就業成立件数：204件（非常勤57%）
ドクターバンク・女性医師支援担当役職員連絡協議会（新規）
課題：全国的な連携体制の構築、マッチングのノウハウのさらなる向上
展開：医師全体の就業斡旋事業へ（女性医師、シニア医師、医業承継支援）

［文責：今村　孝子］

シンポジウム

1.“新専門医制度”に対していだく期待と不安 ～女性研修医と女子医学生の立場から～

宮城県医師会常任理事　福與なおみ
東北大学病院初期研修医２年目　横山日南子
東北大学医学部６年生　岩田　彩加

壇上に上がったのは、従来のカリキュラム制で専門医を修得したベテラン医師、初期研修医、医学生の三人の女性。それぞれの立場から新専門医制度に対する期待と不安を発表した。

プログラム制により、基幹病院となる医療機関が限られ、研修病院があらかじめ決まってしまう。募集定員の上限がある都道府県もあり、ライフイベントによる勤務の中断や変更による研修の継続の困難さも予想される。

この新専門医制度がまだ過渡期にあり、先の見通しがはっきりしない状態でありながら、専門医修得まで考えて初期臨床研修病院を卒業までに決めなくてはならない。

先輩女性医師をそのままロールモデルにできな不安。

若い人が抱えるこれらの不安点に対し、コメンテーターとして日本医師会副会長の今村 聡 先生は、新専門医制度の問題点を日医は把握しており、今後も厚労省と協議を重ねていく方針であると答えた。

ちなみに現在、日本専門医機構のホームページからその運営委員会の委員のお名前を確認すると、全員が男性ではないだろうか。この機構には各種委員会があるが、委員の男女比を座長を務められた宮城県医師会女性医師支援センター長の高橋克子 先生に調査していただきたい。

2. 医療界における男女共同参画は進んだか

宮城県医師会女性医師支援センター長
高橋　克子

医学会、大学医学部、医師会の女性役職者数を５年前と比較した結果は、微増、ビ！ビ？微増である。

女性医師の割合を2014年、2019年の順に挙げると、学会役員：2.7％から4.4％、大学教授：2.5%から4.3%、都道府県医師会役員：4.9%から6.3%、日本医師会役員：3.4％から6.3%。日暮れて道遠し。

詳しくは「女性医師支援に関するアンケート調査速報版2019年７月 日本医師会女性医師支援センター」を検索すれば、多くのカラフルなグラフを見ることができる。

余談だが、以前より私は「男女共同参画」という“二階から目薬”的用語に違和感を持っていたので、高橋先生のスライドに「gender equality=男女平等」の１行を見つけ非常に嬉しかった。誰が共同参画などとわかりにくい訳語・用語を持ち出してきたのだろうか。

3. 女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス

自治医科大学附属さいたま医療センター
副センター長／
一般・消化器外科教授　力山　敏樹

消化器外科学会における女性医師の割合は5.4％であるが、さいたま医療センターの一般・消化器外科では所属医師39名中、女性が10名25.6%。子育てに取り組む女性医師がキャリアを継続するための科としての取組みを紹介された。ただ、決して立派なことだけではなく、「これ以上、子育て女性医師が増えると診療科として崩壊してしまう」、「当直免除の女性医師にはいつも周囲の医師への感謝を表すように言っている」、「配偶者が医師の場合、その勤務先の上司に電話をして、（夫を）早く帰宅させるように説得することもある」、「妻の同僚の協力が夫の出世を助けることはあってはならない」、と非常に率直なお話であり、医療界の中でも厳しい状況にある外科の現実的な奮闘は各方面の参考になったのではないだろうか。

日本医師会
第15回男女共同参画フォーラム宣言

一、多様な働き方を認め、男女を問わず豊かな医療人を育む
一、指導的立場の女性医師を増やし、2020.30運動の理念を医師会・大学・学会ともに連携して推し進め結果を出す
一、医師を目指す全ての人に対する、医育機関での公平で公正な対応を求める

上記宣言の採択後、次期担当である大分県医師会の近藤 稔 会長が挨拶をされ、板橋隆三 宮城県医師会副会長の閉会の挨拶により、閉会した。

第16回男女共同参画フォーラム：
令和２年５月23日（土）

［文責：長谷川奈津江］

「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

「若き日（青春時代）の思い出」をご紹介いただける投稿を募集いたします。

投稿規程

字数：1,500字程度
1）タイトルをお付けください。
2）他誌に未発表のものに限ります。
3）同一会員の掲載は、原則、年３回以内とさせていただきます。
4）編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
5）ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
6）送付方法は電子メール又はCD-R、USBメモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
7）原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】
山口県医師会事務局総務課内 会報編集係
〒753-0814　山口市吉敷下東3-1-1　山口県総合保健会館５階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

第77回山口県医謡大会

と　き　令和元年７月７日（日）

ところ　野瀬舞台（山口市）

［報告：山口市医師会　野瀬　橘子］

今年の梅雨は空梅雨？猛暑梅雨？

７月７日の暑い梅雨の日、着物袴姿で77回目の謡会を開催いたしました。最高年齢者は徳山医師会の村田雄三郎 先生（91才）で、舞台に正座でしっかりした響きの声で重習の「卒都婆小町」を朗々と独吟されました。７が４つ揃った縁起の良い日に最高の舞台を披露され、百歳の小野小町もさぞや御満足ではなかったかと、参加した方々は感無量でした。村田先生に負けじと我々一同も、１年間の成果を超真面目に集中して、年を忘れ若

番組表

一管

三様乱曲　三戸　和子（下関）

素謡

実盛　シテ浅山　琢也　ワキ西村　健治（山口・宇部）

ワキツレ田原　幹雄

仕舞

敦盛　野瀬　貴子（山口・宇部）

高砂　西村　健治　鼓　田原　幹雄（山口・宇部）

遊行柳　クセ　松本　正（防府）

一管

三番三鈴之段　三戸　和子（下関）

素謡

熊野　ツレ野瀬　橘子（山口・宇部）

シテ田原　幹雄　ワキ浅山　琢也

ワキツレ西村　健治

仕舞

杜若　村田　圃（周南）

独吟

卒都婆小町　村田雄三郎（周南）

舞囃子

熊野　村雨留　野瀬　橘子（山口・宇部）

素謡

子方野瀬　貴子

船弁慶　シテ三戸　和子　ワキ西村　健治（下関・山口・宇部）

ワキツレ田原　幹雄

附祝言

返って力強い声で曲を謡い上げ舞を楽しみ、日本の伝統芸能の奥深さを味わいました。年齢のせいか同じ曲でも繰り返すごとに味わいがよくなり、シテ（主人公）の魂と心の奥へ引き込まれるようで、経験豊富な方も未熟者も、老いも若きもそれぞれの思いを抱きながら、古典芸能の鑑賞に耽り楽しい半日を送りました。

さて、令和２年のこの会はさらに１歳年を重ねますが、しかし皆さん益々芸術性を高め、観客にすばらしい共感を与えることでしょう。願わくは若手の会ができるほどに、会員の平均年齢が若返ることを夢見ながら、この会の行く末長い存続を願っております。

最後は、参加者９人で和やかな懇親会を19時過ぎまで行い、勿論再会を約束し、お互いを励ましあって、別れを惜しみながら解散いたしました。猛暑梅雨の七夕の夕べ時、足取りもしっかりと三々五々にわが家へと、皆さん謡も良し舞も良しと納得された謡会と納会でした。

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にてご確認願います。

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

令和元年度
第１回 医師国保通常組合会

と　き　令和元年７月18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25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　本日は、お足元が悪い中、お集まりいただきありがとうございます。

さて、本日は本年度第１回の組合会であり、主に平成30年度決算関係等について、ご審議いただきたいと思います。

本組合の平成30年度事業におきまして、決算状況については、単年度収支が黒字となっております。しかしながら、被保険者数の減少にともなう保険料の減収や国庫補助率の引き下げによる補助金の減収など、収入財源の確保が困難な状況にあり、組合財政は非常に厳しい状況と言えます。来年度予算については、保険料の見直しと併せて検討する必要があると考えております。

また、3,000万円を超える高額薬剤に続き、12月には、これを遥かに上回る高額薬剤も予定されております。難病指定のため、全額補助になるかと思われますが、このような状況にあることを踏まえ、今後の情勢を見極めながら、さらに組合自体のあり方も検討する必要があるのではないかと考えております。

国保組合にとりまして大変厳しい状況が続きますが、引き続き、先生方のご指導ご協力をよろしくお願い申し上げます。

出席者

組合会議員

大島郡	野村　壽和	徳　山	髙木　昭
玖　珂	山下　秀治	防　府	山本　一成
熊毛郡	滿岡　裕	防　府	木村　正統
吉　南	小川　清吾	下　松	宮本　正樹
美祢郡	坂井　久憲	岩国市	小林　元壯
下関市	上野　雄史	岩国市	西岡　義幸
下関市	宮﨑　誠	山陽小野田	西村　公一
下関市	綾目　秀夫	山陽小野田	河村　芳高
宇部市	西村　滋生	光　市	竹中　博昭
宇部市	矢野　忠生	柳　井	弘田　直樹
山口市	成重　隆博	長門市	友近　康明
萩　市	綿貫　篤志	美祢市	原田　菊夫
徳　山	津田　廣文		

役員

理事長	河村　康明	理　事	郷良　秀典
副理事長	林　弘人	理　事	河村　一郎
副理事長	今村　孝子	理　事	長谷川奈津江
常務理事	沖中　芳彦	監　事	藤野　俊夫
常務理事	清水　暢	監　事	岡田　和好
法令遵守（ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ）担当理事	萬　忠雄		
理　事	加藤　智栄		
理　事	藤本　俊文		
理　事	中村　洋		
理　事	白澤　文吾		
理　事	山下　哲男		
理　事	伊藤　真一		
理　事	吉水　一郎		

議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

野村　壽和　議員

山本　一成　議員

Ⅲ　議案審議

承認第１号　選挙規程の一部改正について

（清水常務理事）

本組合の組合会議員の選挙については、選挙規程第２条の２で、「選挙区は、各郡市医師会の地区とする」とし、また、選挙区ごとの議員の数については、第３条中の表で規定している。

本年４月１日付けで、厚狭郡医師会と小野田医師会が合併され、山陽小野田医師会になったため選挙区名等を変更する必要が生じたことから、４月４日開催の第１回理事会において、選挙規程の一部改正について協議、議決した。

新旧対照表のとおり、「厚狭郡医師会」と「小野田医師会」及び各議員数欄「1」を削除し、選挙区欄に「山陽小野田医師会」、議員数欄に「2」を加え、平成31年４月５日から施行とする。

なお、施行後に、山陽小野田医師会に組合会議員２名の選出依頼を行ったところ、西村公一 先生及び河村芳高 先生の選出報告をいただいている。

ご承認いただくよう、お願いする。

新旧対照表

現行				改正			
選挙区	議員数	選挙区	議員数	選挙区	議員数	選挙区	議員数
大島郡医師会	1	徳山医師会	3	大島郡医師会	1	徳山医師会	3
玖珂医師会	1	防府医師会	2	玖珂医師会	1	防府医師会	2
熊毛郡医師会	1	下松医師会	1	熊毛郡医師会	1	下松医師会	1
吉南医師会	1	岩国市医師会	2	吉南医師会	1	岩国市医師会	2
厚狭郡医師会	1	小野田医師会	1	削除	削除	削除	削除
美祢郡医師会	1	光市医師会	1	美祢郡医師会	1	山陽小野田医師会	2
下関市医師会	5	柳井医師会	1	下関市医師会	5	光市医師会	1
宇部市医師会	4	長門市医師会	1	宇部市医師会	4	柳井医師会	1
山口市医師会	2	美祢市医師会	1	山口市医師会	2	長門市医師会	1
萩市医師会	1	計	31	萩市医師会	1	美祢市医師会	1
						計	31

承認第２号　平成30年度事業報告について

（清水常務理事）

１　被保険者

１「被保険者の状況」について、合計欄を見ていただくと、29年度末の4,274人に対し、30年度末は4,190人となり84人、率にして約２％の減少となった。甲種組合員を始め、全種別で減少している。

減少の要因は、75歳に到達した被保険者が広域連合の被保険者となること、甲種組合員の死亡や子女の独立等が挙げられる。

なお、被保険者数は、平成19年度末の5,809人を最高に年々減少し、11年間で約1,600人が減少したことになり、現在の被保険者数は、ピーク時の約72％となっている。

被保険者数の減少は、全国保組合に共通する課題であり、全国医師国保組合連合会（全医連）の要請を受けて、本年１月には、日医から各郡市医師会に「地区医師会入会手続時における医師国保組合への加入促進について」の協力依頼の文書

１　被保険者

１、被保険者の状況

種別＼内訳	29年度末現在数	30年度中加入者数	30年度中脱退者数	30年度末現在数	構成比
甲種組合員	(299) 893 人	(11) 38 人	(5) 59 人	(295) 872 人	20.8 %
甲種組合員の家族	(558) 1,388	(31) 81	(30) 107	(559) 1,362	32.5
乙種組合員	(1,214) 1,618	(217) 232	(209) 268	(1,222) 1,582	37.8
乙種組合員の家族	(288) 375	(78) 98	(77) 99	(289) 374	8.9
合計	(2,349) 4,274	(337) 449	(321) 533	(2,365) 4,190	100.0

注　（　）は、平成９年９月１日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

２、被保険者数の推移

年月＼種別	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計	70歳以上（再掲）現役並み	70歳以上（再掲）一般 1割	70歳以上（再掲）一般 2割	75～74歳（再掲）	未就学児（再掲）
30年４月	(292) 894 人	(553) 1,388 人	(1,226) 1,634 人	(288) 379 人	(2,359) 4,273 人	(21) 176 人	(1) 13 人	(9) 45 人	(108) 564 人	(63) 91 人
５月	(293) 891	(555) 1,367	(1,243) 1,644	(287) 370	(2,378) 4,278	(22) 172	(0) 12	(9) 46	(109) 562	(68) 96
６月	(294) 894	(556) 1,365	(1,246) 1,646	(287) 380	(2,383) 4,285	(22) 174	(0) 11	(9) 45	(110) 562	(68) 99
７月	(295) 896	(560) 1,370	(1,240) 1,641	(291) 380	(2,386) 4,293	(22) 172	(0) 11	(10) 45	(110) 560	(72) 103
８月	(295) 892	(557) 1,371	(1,239) 1,637	(290) 384	(2,381) 4,284	(22) 166	(0) 12	(11) 50	(113) 561	(72) 105
９月	(296) 888	(559) 1,369	(1,236) 1,632	(290) 384	(2,381) 4,273	(22) 165	(0) 8	(11) 50	(113) 553	(74) 106
10月	(296) 886	(559) 1,368	(1,244) 1,637	(290) 383	(2,389) 4,274	(22) 163	(0) 6	(13) 54	(113) 551	(74) 106
11月	(296) 883	(559) 1,361	(1,240) 1,628	(298) 389	(2,393) 4,261	(23) 164	(0) 5	(14) 55	(113) 548	(74) 105
12月	(295) 877	(559) 1,360	(1,235) 1,613	(298) 387	(2,387) 4,242	(24) 166	(0) 2	(14) 56	(116) 548	(75) 107
31年１月	(295) 874	(560) 1,362	(1,235) 1,610	(298) 382	(2,388) 4,228	(26) 169	(0) 1	(14) 55	(119) 549	(72) 105
２月	(296) 873	(560) 1,365	(1,231) 1,604	(295) 379	(2,382) 4,221	(26) 170	(0) 1	(14) 58	(119) 553	(75) 109
３月	(295) 872	(559) 1,362	(1,222) 1,582	(289) 374	(2,365) 4,190	(26) 172	(0) 0	(15) 57	(121) 561	(74) 109
年度平均	(295) 885	(558) 1,366	(1,236) 1,626	(292) 382	(2,381) 4,259	(23) 169	(0) 7	(13) 51	(114) 556	(72) 103

注　（　）は、平成９年９月１日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

3．介護保険第２号保険者数の推移

種別／年月	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計
30年４月	(249) 564 人	(157) 421 人	(796) 1,072 人	(53) 70 人	(1,255) 2,127 人
５月	(250) 563	(159) 424	(805) 1,080	(52) 68	(1,266) 2,135
６月	(250) 561	(161) 425	(805) 1,081	(49) 66	(1,265) 2,133
７月	(250) 561	(161) 425	(804) 1,082	(49) 67	(1,264) 2,135
８月	(249) 561	(162) 427	(802) 1,082	(49) 67	(1,262) 2,137
９月	(250) 560	(162) 426	(801) 1,081	(49) 68	(1,262) 2,135
10月	(250) 559	(162) 427	(811) 1,090	(49) 68	(1,272) 2,144
11月	(250) 555	(161) 426	(811) 1,087	(49) 69	(1,271) 2,137
12月	(250) 551	(161) 424	(812) 1,086	(52) 72	(1,275) 2,133
31年１月	(250) 548	(160) 422	(821) 1,089	(50) 68	(1,281) 2,127
２月	(250) 545	(160) 420	(818) 1,088	(50) 68	(1,278) 2,121
３月	(249) 545	(157) 414	(815) 1,077	(48) 66	(1,269) 2,102
年度平均	(250) 556	(160) 423	(808) 1,083	(50) 68	(1,268) 2,131

注　（　）は、平成９年９月１日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

参考　後期高齢者組合員（被保険者でない組合員）の状況

種別＼内訳	29年度末現在数	30年度中加入者数	30年度中脱退者数	30年度末現在数
甲種組合員	158 人	25 人	23 人	160 人
乙種組合員	28 人	4 人	5 人	27 人
合計	186 人	29 人	28 人	187 人

4．甲種組合員の年齢構成（平成30年５月１日現在）

年齢区分	甲種組合員数	（再掲　女性）	備考
25歳未満	－人	（　－人）	
25歳～29歳	8人	（　6人）	
30歳～34歳	16人	（　5人）	
35歳～39歳	16人	（　4人）	
40歳～44歳	42人	（　6人）	
45歳～49歳	76人	（　16人）	
50歳～54歳	113人	（　11人）	
55歳～59歳	156人	（　21人）	
60歳～64歳	178人	（　20人）	
65歳～69歳	172人	（　17人）	
70歳～74歳	119人	（　12人）	
75歳～79歳	66人	（　3人）	
80歳～84歳	49人	（　1人）	
85歳～89歳	25人	（　－人）	
90歳以上	17人	（　－人）	
合計	1,053人	（　122人）	
平均年齢	62.2歳	（　55.9歳）	

が送付されている。

30年度中に県医師会に入会された開業医の先生については、ほぼ全員が本組合に加入されている。各郡市医師会で、既に本組合への加入促進をしていただいており、感謝申し上げるとともに、引き続き、ご協力いただくようお願いする。

なお、表下に記載しているが、平成９年９月１日以降に健康保険適用除外承認を受けて加入した者の人数を括弧書きで再掲している。これに該当する被保険者の医療費に係る国庫補助率は、社会保険並みの補助率で13％となる。その他の被保険者の医療費に対する国庫補助率は、27年度までは32％だったが、28年度から補助率の見直しが行われたことにより、28年度から５年間で13％まで引き下げられ、令和２年度には、全被保険者の医療費に対する補助率が13%となる。補助金減収により組合財政は大きな影響を受けている。

２「被保険者数の推移」については、平成30年４月から31年３月までの各月末の被保険者数と年度平均の被保険者数を示している。合計欄の人数は減少しているが、65～74歳（再掲）の人数は、大きな変動がみられないことから、64歳以下の若い世代の被保険者が減少していることがわかる。

３「介護保険第２号被保険者数の推移」では、本組合の40歳以上65歳未満の該当被保険者数の推移を掲げているが、減少傾向にある。

参考として、「後期高齢者組合員（被保険者でない組合員）の状況」を掲載しているが、30年度末で、75歳以上の被保険者でない甲種組合員の先生が160人、乙種組合員が27人いる。広域連合の被保険者であるので、組合員資格のみを継続されることとなるが、本組合の健康診断を受診されるなど、保健事業の対象者となり、また、75歳未満の甲種組合員の家族や乙種組合員などが引き続き本組合の被保険者として加入していただいている。

甲種組合員の年齢構成を、平成30年５月１日現在で示しているが平均年齢は62.2歳となっている。

2　保険給付

1「医療給付の状況」の (1) 全体分では、療養の給付等と療養費等を合計して 49,373 件で、欄外の 29 年度と比較すると 1,288 件の増となっているが、費用額計は 8 億 2,853 万 4,055 円で、29 年度と比較すると約 1,000 万円の減となっている。

年間費用額が 1 千万円を超えた被保険者が、29年度は３名だったが、30年度は１名のみであったことが、費用額減少の大きな要因と考えられる。

(1) 全体分の療養費については、件数は 571 件、費用額は約 400 万円となっている。コルセット等の補装具や柔道整復師等による施術に対する給付であるが、前年度に比べ、費用額は約 58 万円の減となっている。補装具の費用減少によるものである。

(2) 前期高齢者については、65 歳から 74 歳までの被保険者分を再掲したものであるが、費用額をみると、29 年度より約 4,765 万円の減となっている。29 年度は長期入院の被保険者が数名おられたが、30 年度は長期入院の被保険者数が減少したことが要因として挙げられる。なお、前期高齢者の費用額は全体の約 30％を占めており、被保険者数では全体の約 13％が前期高齢者であることから、前期高齢者の 1 人当たりの医療費が高いことがわかった。

次に、2「療養の給付等内訳」では、診療費、調剤、食事療養・生活療養、訪問看護ごとに件数と費用額を記載し、また、診療費については 3「診療費内訳」として、入院、入院外、歯科に区分して、それぞれ件数、日数、費用額等を記載している。

4「高額療養費負担分」については、所得により自己負担限度額が区分され、自己負担限度額を超えた額を高額療養費としている。30 年度の支給件数は 482 件で、29 年度より 64 件減少、支給額は約 1,034 万円減の約 5,616 万円となっている。

5「傷病手当金」については、疾病又は傷病のため引き続き 20 日を超えて休業・休職をされたとき、20 日を超えて 21 日目から甲種組合員は 1 日につき 6 千円、乙種組合員は 3 千円を支給している。30 年度は 10 人に支給し、総額 206

2　保　険　給　付

1．医療給付の状況

(1) 全　体　分

		件　数	費　用　額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等		48,802件	824,510,456円	579,328,620円	223,393,197円	21,808,639円
	食事療養・生活療養（再掲）	353	6,372,696	2,310,006	4,062,690	—
療養費等	食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
	療　養　費	571	4,003,599	2,885,536	1,088,937	49,126
	移　送　費	—	—	—	—	—
計		49,373	828,514,055	582,194,156	224,482,134	21,857,765
参考　29年度		48,085	833,493,259	591,026,312	220,782,541	17,684,406

(2) 前期高齢者分再掲

		件　数	費　用　額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等		9,383件	243,758,464円	172,629,902円	69,435,418円	1,693,144円
	食事療養・生活療養（再掲）	127	2,090,524	595,324	1,495,200	—
療養費等	食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
	療　養　費	92	991,429	751,724	233,141	6,564
	移　送　費	—	—	—	—	—
計		9,475	244,749,893	173,381,626	69,668,559	1,699,708
参考　29年度		9,845	252,401,141	208,096,128	81,886,689	2,418,324

(3) 70歳以上一般分再掲

		件　数	費　用　額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等		1,511件	29,078,680円	23,050,412円	5,605,388円	422,880円
	食事療養・生活療養（再掲）	13	399,330	106,940	292,390	—
療養費等	食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
	療　養　費	60	501,305	408,641	89,256	3,408
	移　送　費	—	—	—	—	—
計		1,571	29,579,985	23,459,053	5,694,644	426,288
参考　29年度		1,647	42,466,302	33,699,708	7,515,363	1,251,231

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

		件　数	費　用　額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等		2,705件	89,021,746円	61,970,375円	26,520,341円	531,130円
	食事療養・生活療養（再掲）	45	801,760	217,190	584,570	—
療養費等	食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
	療　養　費	6	214,363	150,053	64,310	—
	移　送　費	—	—	—	—	—
計		2,711	89,236,109	62,120,328	26,584,651	531,130
参考　29年度		2,550	84,202,871	58,769,018	25,088,108	345,745

(5) 未就学児分再掲

		件　数	費　用　額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等		1,620件	14,484,614円	11,556,942円	752,278円	2,155,394円
	食事療養・生活療養（再掲）	7	27,454	7,214	20,240	—
療養費等	食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
	療　養　費	2	53,461	42,768	10,693	—
	移　送　費	—	—	—	—	—
計		1,622	14,518,075	11,599,710	762,971	2,155,394
参考　29年度		1,737	14,766,734	11,794,184	1,065,686	1,906,864

2．療養の給付等内訳

(1) 全　体　分

種　別		件　数	費　用　額
療養の給付等	診　療　費	33,721件	647,014,510円
	調　剤	15,063	169,516,470
	食事療養・生活療養	(353)	6,372,696
	訪　問　看　護	18	716,780
	計	48,802	824,510,456
参考　29年度		47,510	833,944,859

(2) 前期高齢者分再掲

種　別		件　数	費　用　額
療養の給付等	診　療　費	6,420件	190,749,810円
	調　剤	2,960	50,611,850
	食事療養・生活療養	(127)	2,090,524
	訪　問　看　護	3	286,280
	計	9,383	243,758,464
参考　29年度		9,748	291,228,966

(3) 70歳以上一般分再掲

種別		件数	費用額
療養の給付等	診療費	999 件	22,694,880 円
	調剤	511	5,999,220
	食事療養・生活療養	(13)	399,330
	訪問看護	1	15,450
	計	1,511	29,078,680
参考 29年度		1,592	41,816,540

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

種別		件数	費用額
療養の給付等	診療費	1,914 件	71,032,650 円
	調剤	791	17,137,330
	食事療養・生活療養	(45)	891,766
	訪問看護	—	—
	計	2,705	89,021,746
参考 29年度		2,534	84,349,604

(5) 未就学児分再掲

種別		件数	費用額
療養の給付等	診療費	1,057 件	11,621,790 円
	調剤	563	2,755,370
	食事療養・生活療養	(7)	27,454
	訪問看護	—	—
	計	1,620	14,404,614
参考 29年度		1,734	14,741,644

3．診療費内訳

(1) 全体分

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	385 件	3,999 日	210,569,940 円	0.09 ‰	10.39 日	546,935 円	49,441 円
入院外	24,846	54,180	345,022,820	5.83	1.38	13,886	81,010
歯科	8,490	13,744	92,331,750	1.99	1.62	10,875	21,679
合計	33,721	51,923	647,924,510	7.91	1.54	19,214	152,130
参考 29年度	32,886	51,436	663,074,780	7.64	1.56	20,163	154,131

(2) 前期高齢者分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	133 件	1,308 日	86,470,710 円	0.24 ‰	9.83 日	650,157 円	155,523 円
入院外	4,792	7,245	87,261,160	8.82	1.51	18,210	156,945
歯科	1,495	2,447	17,037,940	2.69	1.64	11,397	30,644
合計	6,420	11,000	190,769,810	11.55	1.71	29,715	343,112
参考 29年度	6,670	12,193	234,919,320	11.64	1.83	35,220	409,982

(3) 70歳以上一般分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	17 件	233 日	11,543,620 円	0.29 ‰	13.71 日	679,037 円	199,028 円
入院外	798	1,174	8,734,270	13.76	1.47	10,945	150,591
歯科	184	317	2,416,780	3.17	1.72	13,135	41,669
合計	999	1,724	22,694,680	17.22	1.73	22,717	391,288
参考 29年度	1,049	2,018	31,112,130	17.48	1.92	29,659	518,536

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	45 件	474 日	27,478,320 円	0.27 ‰	10.53 日	610,629 円	162,594 円
入院外	1,433	2,410	38,551,190	8.48	1.68	26,902	228,114
歯科	436	712	5,003,140	2.58	1.63	11,475	29,604
合計	1,914	3,596	71,032,650	11.33	1.88	37,112	420,312
参考 29年度	1,798	3,448	69,629,830	11.46	1.92	38,726	443,502

(5) 未就学児分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	10 件	44 日	2,981,770 円	0.10 ‰	4.40 日	298,177 円	28,949 円
入院外	873	1,312	7,293,600	8.48	1.50	8,360	70,850
歯科	174	185	1,401,420	1.69	1.06	8,054	13,606
合計	1,057	1,541	11,681,790	10.27	1.46	11,052	113,415
参考 29年度	1,103	1,651	11,680,210	9.68	1.50	10,589	102,459

4．高額療養費負担分

件数	費用額	保険者負担分	高額療養費	被保険者負担分	他法負担分
482	272,494,490 円	192,815,391 円	58,163,855 円	21,057,359 円	2,857,885 円
参考 29年度 540	321,013,950	227,269,761	66,503,439	24,816,630	2,424,118

5．傷病手当金

種別	支給者数	日数	傷病手当金
甲種組合員	3 人	231 日	1,386,000 円
乙種組合員	7	226	678,000
計	10	457	2,064,000
参考29年度	7	526	1,692,000

6．その他の保険給付

種別	件数	支給額
出産育児一時金	27	11,324,000 円
葬祭費	7	1,100,000
参考 29年度 出産育児一時金	24	10,064,000
葬祭費	6	700,000

3　保健事業

1．健康診断の実施

実施郡市医師会	実施者 甲種組合員	甲種組合員の配偶者	乙種組合員	乙種組合員の配偶者	計	費用額	助成金
18	241 人	141 人	888 人	17 人	1,287 人	28,347,737 円	28,042,205 円
参考 29年度 16	249	137	887	20	1,293	29,061,366	28,566,958

2．保健事業費の助成

甲種組合員	保健事業費
1,036 人	725,200 円
参考 29年度 1,058	740,600

3．特定健康診査・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査

	実施者 特定健診受診者	特定健診受診者と見なした者 健康診断受診者	事業者健診受診者	計
甲種組合員	24	220	—	244
甲種組合員の家族	39	133	—	172
乙種組合員	233	605	102	940
乙種組合員の家族	30	11	—	41
計	326	969	102	1,397
参考 29年度	301	980	79	1,360

(2) 特定保健指導

	動機付け支援 対象者	利用者	積極的支援 対象者	利用者
甲種組合員	15	1	20	—
甲種組合員の家族	6	—	—	—
乙種組合員	25	8	20	—
乙種組合員の家族	1	—	2	—
計	47	9	42	—
参考 29年度	66	1	38	1

4．死亡見舞金の支給

甲種組合員	5件	500,000円
乙種組合員	1件	100,000円
合計	6件	600,000円
参考 29年度	9件	900,000円

5．第17回「学びながらのウォーキング大会」の実施

開催日	平成30年11月23日(金・祝)
開催場所	下関市彦島公民館
参加者数	81名
特別講演	下関市立歴史博物館学芸員　稲益あゆみ
ウォーキングコース	老の山公園→彦島南公園→弟子待大師堂→関門海峡展望所

6．甲種組合員（後期高齢者組合員を除く）疾病分類（平成30年５月診療分）

番号	疾病別大分類	45歳未満	45～69歳	70～74歳	計
1	感染症及び寄生虫症	1 件	3 件	1 件	5 件
2	新生物	－	16	10	26
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	－	1	－	1
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	1	40	4	45
5	精神及び行動の障害	1	7	－	8
6	神経系の疾患	2	14	7	23
7	眼及び付属器の疾患	5	23	13	41
8	耳及び乳様突起の疾患	－	3	－	3
9	循環器系の疾患	2	48	21	71
10	呼吸器系の疾患	3	16	3	22
11	消化器系の疾患	1	20	2	23
12	皮膚及び皮下組織の疾患	－	3	3	6
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	3	13	3	19
14	腎尿路生殖器系の疾患	1	8	9	18
15	妊娠、分娩及び産じょく	－	－	－	－
16	周産期に発生した病態	－	－	－	－
17	先天奇形、変形及び染色体異常	－	－	－	－
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	－	3	－	3
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	－	7	1	8
合計		20	225	77	322

7．死没甲種組合員（後期高齢者組合員を含む）疾病分類（平成30年度）

番号	疾病別大分類	人数
1	感染症及び寄生虫症	－ 人
2	新生物	4
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	－
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	－
5	精神及び行動の障害	－
6	神経系の疾患	－
7	眼及び付属器の疾患	－
8	耳及び乳様突起の疾患	－
9	循環器系の疾患	2
10	呼吸器系の疾患	2
11	消化器系の疾患	－
12	皮膚及び皮下組織の疾患	－
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	－
14	腎尿路生殖器系の疾患	－
15	妊娠、分娩及び産じょく	－
16	周産期に発生した病態	－
17	先天奇形、変形及び染色体異常	－
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	－
合計		9
死亡者の平均年齢		76.9 歳

万４千円で、前年度に比べ件数、支給額ともに増加している。

６「その他の保険給付」で、「出産育児一時金」は27件分、1,132万４千円、「葬祭費」は甲種組合員分として１件20万円を４名分、その他の被保険者について１件10万円を３名分支給し、合計で７名分110万円を支給している。

3　保健事業

１「健康診断の実施」において、実施郡市医師会は前年度より２郡市増えて18郡市となり、実施者の合計は1,287人、助成金は2,804万2,205円で、実施者数、助成金ともに前年度と比較してわずかではあるが減少している。

２「保健事業費の助成」は、甲種組合員１人当たり700円を１月末日の人数に基づいて各郡市医師会に助成し、72万5,200円を支出している。

3「特定健康診査・特定保健指導の実施」において、(1) 特定健康診査では、特定健診受診者は326名、特定健診対象者で、健康診断の受診者は969名となっている。また、平成23年度から、事業者健診の結果データを提供していただいているが、30年度においては102人のデータをご提供いただいている。結果として受診率は52.1%となり、第３期特定健診実施計画で定めた30年度の目標値54％には到達することができなかった。なお、いずれの郡市医師会も乙種組合員の受診率と比較して甲種組合員の先生方とそのご家族の受診率が低い結果となっている。特定健診については、自家健診を認めているので、ご家族の健診について、ご協力いただくようお願いする。

(2) 特定保健指導については、1,397人の特定健診受診者のうち、動機付け支援対象者47人、積極的支援対象者42人に「特定保健指導利用券」を送付したが、利用者は動機付け支援の９人のみだった。未利用者に対し、郵送による利用勧奨を行っているが、特定保健指導については、利用者の増加が見られない状況にある。

次に、4「死亡見舞金の支給」は、75歳以上の被保険者でない組合員がお亡くなりになった際に10万円を支給するが、６人分を支出している。

5「第17回『学びながらのウォーキング大会』」

4　組　合　会

開催月日	提　出　議　案
7月10日	第１回通常組合会 1．承認事項 承認第１号　平成29年度事業報告について 2．議決事項 議案第１号　平成29年度歳入歳出決算について 議案第２号　平成29年度歳計剰余金の処分について
2月21日	第２回通常組合会 1．承認事項 承認第１号　平成31(2019)年度法令遵守(コンプライアンス)のための実践計画について 2．議決事項 議案第１号　平成31(2019)年度事業計画について 議案第２号　平成31(2019)年度歳入歳出予算について

5　理　事　会

回	開催月日	審　議　事　項
第１回	4月5日	1．傷病手当金支給申請について
第２回	5月10日	1．組合会議員について
第３回	5月24日	1．保険料減額免除について 2．傷病手当金支給申請について 3．全協中国・四国支部役員会について 4．全協中国・四国支部総会・委託研修会について 5．全医連代表者会について
第４回	6月7日	1．平成30年度保険料賦課状況について
第５回	6月21日	1．理事長，副理事長，常務理事及び法令遵守担当理事の互選について
第６回	7月5日	1．第１回通常組合会について 2．第17回「学びながらのウォーキング大会」について 3．山口県保険者協議会委員について
第７回	7月19日	1．山口県国民健康保険団体連合会第１回理事会について
第８回	8月9日	1．中国四国医師国保組合連絡協議会代表者会議について 2．中国四国医師国保組合連絡協議会全体会議について
第９回	8月23日	1．傷病手当金支給申請について
第10回	9月6日	1．第17回「学びながらのウォーキング大会」について
第11回	11月2日	1．傷病手当金支給申請について
第12回	10月18日	1．傷病手当金支給申請について
第13回	10月31日	1．第17回「学びながらのウォーキング大会」について 2．全医連代表者会について 3．全医連第56回全体協議会について
第14回	12月6日	1．傷病手当金支給申請について 2．第17回「学びながらのウォーキング大会」について
第15回	12月20日	1．傷病手当金支給申請について
第16回	1月31日	1．平成31年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について
第17回	2月7日	1．第２回通常組合会について 2．全協理事長・役員研修会について
第18回	2月21日	1．傷病手当金支給申請について
第19回	3月7日	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
第20回	3月20日	1．第２回山口県保険者協議会について

6　監　事　会

7月5日、平成29年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について、詳細に監査を行った。

7　平成30年度全協中国・四国支部役員会・総会・委託研修会

5月19日、岡山市（岡山県医師国保組合担当）において開催され、河村理事長、吉本・濱本両副理事長、沖中・清水両常務理事が出席。

役員会では、総会並びに委託研修会の運営や会費，支部役員改選等について協議した。

総会では、平成29年度事業・決算報告や平成30年度事業計画・予算等について協議した。

続いて，委託研修会では、「国民健康保険組合を巡る情勢」（厚労省国民健康保険課　立石孝志課長補佐）と「教育遺産の至宝　旧閑谷学校」（岡山県教育庁文化財課槇山定参事）の講演があった。

8　全医連代表者会

5月23日、東京において開催され、河村理事長が出席。

平成30年度会費及び徴収方法等について協議、平成30年度事業計画・予算について報告があった。

続いて、「社会保障改革の動向とこれからの医療・介護」（医療介護福祉政策研究会フォーラム中村秀一理事長）の講演があった。

9　平成30年度中国四国医師国保組合連絡協議会

7月21日、徳島市（徳島県医師国保組合担当）において開催され、河村理事長、今村副理事長、沖中・清水両常務理事が出席。

代表者会議で全体会議の運営等について、全体会議では、「国庫補助金削減への対応及び医師国保組合の将来について」（全医連近藤邦夫副会長）の基調講演や各県から提出された議題について協議した。

10　全医連第56回全体協議会

10月19日　佐賀市（佐賀県医師国保組合担当）において開催。河村理事長，林・今村両副理事長，沖中・清水両常務理事が出席。

代表者会では、平成29年度事業及び決算報告、全体会議の運営等について協議、承認された。また，国庫補助率削減を早急に見直すこと等を決議した。

全体協議会では、代表者会の結果報告や承認事項について報告があった。また，「国保問題検討委員会中間報告」（全医連国保問題検討委員会篠原　彰委員長）と「近代医学の形成と佐賀藩」（佐賀大学地域学歴史文化研究センター青木歳幸特命教授）の特別講演が行われた。

11　全協理事長・役員研修会

2月6日、東京において開催され、河村理事長が出席。

「地域包括ケアシステム時代における保険者の役割」（公立大学法人埼玉県立大学田中滋理事長）と「国民健康保険組合を巡る情勢について」（厚労省保険局国民健康保険課野村知司課長）の講演が行われた。

は、昨年11月23日に下関市彦島で開催したウォーキング大会について、参加者数等の実施状況を記載している。

6「甲種組合員疾病分類」は、平成30年5月診療分について、45歳未満、45～69歳、70～74歳の3区分に分けて示している。合計をみると、9の循環器系がもっとも多く、その次は4の内分泌、栄養及び代謝疾患となっている。

7「死没甲種組合員」では、死亡原因を分類したものだが、75歳以上の後期高齢者組合員5名を含めて9名の甲種組合員の先生について記載している。

議案第1号　平成30年度歳入歳出決算について
（清水常務理事）

歳入歳出ともに予算額13億5,229万8千円に対し、歳入決算額は14億4,377万3,444円、歳出決算額は11億8,484万8,172円で、歳入歳出差引額は2億5,892万5,272円となっている。

単年度収支では、平成26年4月に保険料を引き上げて以降、額は減少傾向にあるが、5年連続の黒字となっている。

なお、歳入の第Ⅰ款「国民健康保険料」では、被保険者数の減少にともない、保険料収入も減少しており、30年度保険料は、26年度と比較すると、約1億2千万円の減収となっている。

国庫支出金は、各年度で補助対象となる療養給付費や後期高齢者支援金等の額が異なるが、28年度以降の補助率の見直し等の影響により、補助金収入は大幅に減少している。補助率の引き下げは来年度が最終年度の5年目となり、さらに厳しい状況となる。

また、令和元年度の収支状況は、今後の医療費の支出状況にもよるが収支差引残額が大幅に減少し、次年度への繰越金が底をつくことが懸念され、また、単年度収支で1億円を超える赤字に転じることも予想されることから、令和2年度予算に向けて、保険料の引き上げを視野に入れた予算編成が必要と考えている。

＜歳入の部＞

第Ⅰ款「国民健康保険料」は、医療給付費分保険料等4種類の保険料の合計で9億4,647万4,500円の収入があり、収入総額の約66％を占めている。

被保険者数の減少を見込んだ予算額としていたが、予算で用いた被保険者数を上回ったことから、保険料収入は予算額に対し1,640万4,500円の増となっている。

第Ⅱ款第1項「国庫負担金」は、本組合の人件費等に対する事務費負担金で、被保険者数によって算定され、414万3,890円の収入があった。

第2項「国庫補助金」では、本組合が支出した療養給付費等、後期高齢者支援金、介護納付金等に対する補助であり、合計して1億7,542万8,337円の補助があった。

補助対象となる療養給付費等の額が前年度と異なるが、前年度比約19％の減、額にすると約3,956万円の減となり、国庫補助率の引き下げ等により大幅な減額となっている。

療養給付費等補助金では、特別調整補助金（保険者機能強化分）として、ウォーキング大会の経費の一部や本組合が健康診断の任意の検査項目と実施している胃がん検診等についても補助申請を行い、237万円の交付を受けている。

なお、30年度から始まった保険者インセンティブについては、国が示した後発医薬品の使用割合や特定健診受診率等の評価指標について、項目ごとの配点を集計した結果に基づき、各国保組合に補助金が配分され、初年度は41万4千円の収入があった。

また、出産育児一時金等補助金のうち、出産育児一時金補助金は42万円の支給に対して10万5千円の補助金が交付され、交付額は230万5千円となっている。

高額医療費共同事業補助金は、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会に高額医療費共同事業拠出金として、30年度に3,262万円を支払ったが、これに対し231万8千円の補助金があった。

特定健康診査等補助金は、30年度の特定健診・特定保健指導の実施見込み件数に対し、概算払い

として82万２千円の補助金があった。

社会保障･税番号制度システム整備費補助金は、100万円を予算計上していたが、30年度は社会保障・税番号制度に対応するための新たなシステム改修や備品購入をしてないので、補助金収入はなかった。

第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業で、各国保組合が拠出金を出し合い、１件が

平成30年度歳入歳出決算書

歳入の部		歳出の部	
予算額	1,352,298,000円	予算額	1,352,298,000円
決算額	1,443,773,444円	決算額	1,184,848,172円

歳入歳出差引額　258,925,272円

歳　入

（単位　円）

款　項	予算額	調定額	収入額	未収入額	予算額に対し増減（△）
Ⅰ　国民健康保険料	930,070,000	946,474,500	946,474,500	－	16,404,500
(1)　国民健康保険料	930,070,000	946,474,500	946,474,500	－	16,404,500
Ⅱ　国庫支出金	177,052,000	179,572,227	179,572,227	－	2,520,227
(1)　国庫負担金	3,501,000	4,143,890	4,143,890	－	642,890
(2)　国庫補助金	173,551,000	175,428,337	175,428,337	－	1,877,337
Ⅲ　共同事業交付金	38,474,000	50,472,000	50,472,000	－	11,998,000
(1)　共同事業交付金	38,474,000	50,472,000	50,472,000	－	11,998,000
Ⅳ　財産収入	101,000	14,000	14,000	－	△87,000
(1)　財産運用収入	100,000	14,000	14,000	－	△86,000
(2)　基金運用収入	1,000	－	－	－	△1,000
Ⅴ　繰入金	41,000,000	41,000,000	41,000,000	－	－
(1)　準備金繰入金	41,000,000	41,000,000	41,000,000	－	－
Ⅵ　繰越金	165,597,000	226,055,046	226,055,046	－	60,458,046
(1)　繰越金	165,597,000	226,055,046	226,055,046	－	60,458,046
Ⅶ　諸収入	4,000	185,671	185,671	－	181,671
(1)　預金利子	1,000	－	－	－	△1,000
(2)　雑入	3,000	185,671	185,671	－	182,671
合計	1,352,298,000	1,443,773,444	1,443,773,444	－	91,475,444

100万円を超えるレセプトについて、その100万円を超える額に応じて、全国国保組合協会から交付金が支給され、30年度の交付額は5,047万2千円であった。共同事業拠出金として3,262万円を支出しているので、交付額（収入額）が1,785万2千円多くなり、共同事業の恩恵を受けている。

第Ⅳ款「財産収入」は、第1項「財産運用収入」で、予算額10万円に対し、1万4千円の利息収入となっている。

第Ⅴ款の「繰入金」は、4,100万円となっている。このうち3千万円は、平成30年2月の組合会においてご承認いただいたとおり、30年度予算における財源不足について、法定積立金の一つである特別積立金2億円から取り崩した額である。また、保健事業の見直しにより、高額医療費及び出産費資金貸付制度を廃止したので、基金として保有していた1,100万円の全額を取り崩し、合算して4,100万円を運営資金に繰り入れている。

第Ⅵ款の「繰越金」は、29年度剰余金を繰り越した額であり、予算額を約6,045万円上回る2億2,605万5,046円となっている。

第Ⅶ款「諸収入」第1項「預金利子」は、平素、組合の運用に充てている資金の利息であるが、利息のつかない決済性預金にしており、利息はない。第2項「雑入」は、山口県国保連合会から、70歳以上の一般に該当する被保険者の療養費の1割分について交付されたもので、3,550円となっている。また、第三者納付金として、交通事故による給付に対し求償した額、1名分の18万2,051円及び診療報酬の返還金として70円の請求額も含む。

収入合計額は、14億4,377万3,444円で、前年度比100％となっている。

＜歳出の部＞

第Ⅰ款「組合会費」は、組合会開催に要した旅費等の経費で、209万1,980円を支出している。

第Ⅱ款第1項「総務管理費」は、役員報酬等の人件費や旅費、消耗品費など事務経費として、3,002万9,677円を支出している。第2項「徴収費」は、各郡市医師会へ保険料徴収事務費として甲種組合員1人あたり500円を交付し、51万8千円を支出している。

第Ⅲ款「保険給付費」第1項「療養諸費」ではすべての目で予算額内で収まったことから、予備費の充当及び款内流用は行っていない。療養給付費は、支出額は5億7,951万741円で、予算額に対し5,409万5,259円の不用額が、療養費についても予算額357万6千円に対し、支出額は286万8,944円となり、約70万円の不用額が生じている。審査手数料については、山口県国保連合会に292万6,534円を支払っている。第2項の「高額療養費」については、予算額6,535万5千円に対し、919万円余の残額が生じている。第4項内の支払手数料は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された場合に、手数料として山口県国保連合会に1件あたり210円を支払っており、30年度は26件分5,460円を支出している。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」から第Ⅵ款「介護納付金」は、厚労省が示した算出式により予算額を計上しており、30年度はいずれも予算内での支出となり、3款合計して約3億9,670万円を社会保険診療報酬支払基金に納付している。

第Ⅶ款第1項「共同事業拠出金」は、全国国保組合協会に支払った額で、3,264万4千円となっている。

また、第2項「共同事業負担金」では、社会保障・税番号システム負担金（全国国保組合協会が開発したマイナンバー運用システムに対する負担金）だが、導入している国保組合の被保険者数により負担額が算出され、支出額は125万7千円となっている。

第Ⅷ款「保健事業費」では、特定健診・特定保健指導、健康診断やウォーキング大会の経費等約3,489万円を支出している。特定健康診査等事業費として、特定健診及び保健指導ともに、実施者が予算計上した人数を下回ったため、予算額559万4千円に対し、支出額は452万5,928円で、約107万円の不用額が出ている。また、第2項「保健事業費」内の負担金補助及び交付金として、健康診断の助成額等についても、約923万円の不用額が出たことから、第Ⅷ款「保健事業費」全体で、約1,070万円の残額が生じている。

歳　　出

（単位　円）

款　項	予算額	予算決定後増減額（△）予備費充当増減額（△）	予算決定後増減額（△）款内流用増減額（△）	予算現額	支出額	不用額
Ⅰ 組合会費	2,581,000	－	－	2,581,000	2,091,980	489,020
(1) 組合会費	2,581,000	－	－	2,581,000	2,091,980	489,020
Ⅱ 総務費	34,923,000	－	－	34,923,000	30,547,677	4,375,323
(1) 総務管理費	34,388,000	－	－	34,388,000	30,029,677	4,358,323
(2) 徴収費	535,000	－	－	535,000	518,000	17,000
Ⅲ 保険給付費	722,672,000	－	－	722,672,000	655,963,534	66,708,466
(1) 療養諸費	640,109,000	－	－	640,109,000	585,306,219	54,802,781
(2) 高額療養費	65,355,000	－	－	65,355,000	56,163,855	9,191,145
(3) 移送費	100,000	－	－	100,000	－	100,000
(4) 出産育児諸費	12,607,000	－	－	12,607,000	11,329,460	1,277,540
(5) 葬祭諸費	1,500,000	－	－	1,500,000	1,100,000	400,000
(6) 療養の給付付加金	1,000	－	－	1,000	－	1,000
(7) 傷病手当金	3,000,000	－	－	3,000,000	2,064,000	936,000
Ⅳ 後期高齢者支援金等	216,398,000	－	－	216,398,000	216,031,945	366,055
(1) 後期高齢者支援金等	216,398,000	－	－	216,398,000	216,031,945	366,055
Ⅴ 前期高齢者納付金等	51,388,000	－	－	51,388,000	51,196,619	191,381
(1) 前期高齢者納付金等	51,388,000	－	－	51,388,000	51,196,619	191,381
Ⅵ 介護納付金	129,589,000	－	－	129,589,000	129,477,522	111,478
(1) 介護納付金	129,589,000	－	－	129,589,000	129,477,522	111,478
Ⅶ 共同事業拠出金	42,209,000	－	－	42,209,000	34,209,250	7,999,750
(1) 共同事業拠出金	38,508,000	－	－	38,508,000	32,644,000	5,864,000
(2) 共同事業負担金	3,701,000	－	－	3,701,000	1,565,250	2,135,750
Ⅷ 保健事業費	45,588,000	－	－	45,588,000	34,889,345	10,698,655
(1) 特定健康診査等事業費	5,594,000	－	－	5,594,000	4,525,928	1,068,072
(2) 保健事業費	38,994,000	－	－	38,994,000	29,763,417	9,230,583
(3) 死亡見舞金	1,000,000	－	－	1,000,000	600,000	400,000
Ⅸ 積立金	1,001,000	－	－	1,001,000	1,000,000	1,000
(1) 積立金	1,001,000	－	－	1,001,000	1,000,000	1,000
Ⅹ 公債費	1,000	－	－	1,000	－	1,000
(1) 一般公債費	1,000	－	－	1,000	－	1,000
Ⅺ 諸支出金	3,000	29,438,300	－	29,441,300	29,440,300	1,000
(1) 償還金及び還付加算金	3,000	29,438,300	－	29,441,300	29,440,300	1,000
Ⅻ 予備費	105,945,000	△29,438,300	－	76,506,700	－	76,506,700
(1) 予備費	105,945,000	△29,438,300	－	76,506,700	－	76,506,700
合計	1,352,298,000	－	－	1,352,298,000	1,184,848,172	167,449,828

財　産　目　録

A 積　立　金

区分 / 種別	29年度末現在積立金	30年度積立金	30年度支出金	30年度末現在積立金
	円	円	円	円
特別積立金	200,000,000	－	30,000,000	170,000,000
給付費等支払準備金	106,000,000	－	－	106,000,000
職員退職給与金積立金	25,308,700	1,000,000	－	26,308,700

B 基　金

区分 / 種別	29年度末保有額	30年度取崩額	30年度末保有額
	円	円	円
高額医療費資金貸付基金	10,000,000	10,000,000	0
出産費資金貸付基金	1,000,000	1,000,000	0

C 什器備品

細目（構造又は用途） 取得資産名及び取得員数		異動年月日 取得年月日	償却可能限度控除後取得価額			㋐期首現在高			㋑期中増減（減は△印を付す）			償却方法	耐用年数	償却率	㋒減価償却額又は評価額			㋓期末現在高			備考
			百万	千	円	百万	千	円	百万	千	円				百万	千	円	百万	千	円	
裁断機	1	・・ S45・3・31		178	000			1				旧定率	15	0.142			0			1	均等
基盤	15	・・ S42・6・26		88	000			1				旧定率	8	0.250			0			1	均等
金庫	1	・・ S51・4・20		125	000			1				旧定率	5	0.369			0			1	均等
穿孔機	1	・・ H11・2・15		121	800			1				旧定率	5	0.369			0			1	均等
パーソナルコンピューター	2	・・ H14・3・6		315	000			1				旧定率	4	0.438			0			1	均等
基盤（卓上用）	25	・・ H14・4・5		328	100			25				旧定率	5	0.369			0			25	均等
カードプリンター	1	・・ H15・4・1		454	650			1				旧定率	5	0.369			0			1	均等
レーザープリンター	1	・・ H17・4・19		110	900			1				旧定率	5	0.369			0			1	均等
パーソナルコンピューター	2	・・ H17・10・24		279	930			2				旧定率	4	0.438			0			2	均等
パーソナルコンピューター	1	・・ H20・3・3		120	650			1				定率	4	0.625			0			1	
パーソナルコンピューター	1	・・ H20・3・17		112	350			1				定率	4	0.625			0			1	
パーソナルコンピューター	1	・・ H23・5・11		128	730			1				定率	4	0.625			0			1	
カードプリンター	1	・・ H25・5・8		261	450			1				定率	5	0.400			0			1	
パーソナルコンピューター	1	・・ H26・1・17		113	190			1				定率	4	0.500			0			1	
パーソナルコンピューター	1	・・ H26・2・12		102	690			1				定率	4	0.500			0			1	
マイナンバーシステムサーバー	1	・・ H29・3・31	2	670	662	1	548	984				定率	5	0.400		619	593		929	391	
マイナンバーシステムクライアントシステム	1	・・ H29・3・31	1	240	174		719	301				定率	5	0.400		287	720		431	581	
医療保険者向け統合端末一式	1	・・ H29・3・31		315	480		182	979				定率	5	0.400		73	191		109	788	
計			7	044	756	2	451	304								980	504	1	470	800	

平成31年３月31日

第Ⅸ款「積立金」の特別積立金は、法定積立金の一つであるが、30年度中に新たな積立は行わず、職員退職給与金積立金のみ、100万円を積み立てている。

第Ⅺ款「諸支出金」の保険料還付金は、30年度に、資格喪失年月が29年度中として資格喪失届の提出があった場合の保険料返金額となるが、甲種組合員８名で120万６千円となっている。予算額に不足額が生じたので、予備費から120万５千円の充当を行っている。

また、29年度に交付された国庫補助金について、30年度に精算をした結果、超過交付分となった療養給付等補助金2,812万9,300円と出産育児一時金等補助金105,000円を償還金として国庫に返還したもので、不足額については予備費から2,823万3,300円を充当している。

第Ⅻ款「予備費」については、第Ⅺ款「諸支出金」への充当額2,943万8,300円を減額し、予算現額及び不用額は、7,650万6,700円となった。支出合計額は11億8,484万8,172円となり、対前年度比98％となっている。

議案第２号　平成30年度歳入歳計剰余金の処分について（清水常任理事）

２億5,892万5,272円の剰余金が生じたので、全額を翌年度繰越金にしようとするものである。なお、令和元年度予算における繰越金は、２億2,643万２千円を計上しているので、予算額に対し約3,249万円の増額となる。

以上で剰余金処分についての説明を終わる。

何卒慎重ご審議の上、ご承認の程お願い申し上げる。

Ⅳ　監査報告

議長、監事の監査報告を求める。

藤野監事　山口県医師国民健康保険組合の平成30年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

令和元年７月４日

山口県医師国民健康保険組合
監事　藤野　俊夫
監事　篠原　照男
監事　岡田　和好

Ⅴ　採決

議長、全議案について順次採決を行い、議員の挙手多数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。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか
あなたにしあわせをつなぐ
損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

理　事　会

ー第８回ー

７月18日　午後４時～５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・岡田両監事

協議事項

１　医療対話シンポジウムの開催について

本年10月26日（土）に山口市において、標記シンポジウムを開催することを決定した。

２　中国四国医師会連合各種分科会について

各分科会（①医療保険、②地域包括ケア、③地域医療・地域保健）の出席者及び主担当を決定した。

３「認知症ケア特別講演会」の後援依頼について

山口県認知症ケア専門士会から標記講演会の後援依頼があり、承諾することを決定した。

人事事項

１　山口県アレルギー疾患医療連絡協議会の委員について

山口県健康福祉部長から、標記協議会委員の推薦依頼があり、河村一郎 理事及び真方浩行 まかたこどもアレルギークリニック院長を推薦することを決定した。

２　地域で活躍する薬剤師・薬局の機能強化及び検討事業におけるワーキンググループ委員について

山口県薬剤師会会長から標記ワーキンググループ委員の推薦依頼があり、清水常任理事を推薦することを決定した。

報告事項

１　山口県公衆衛生協会総会（７月４日）

平成30年度事業報告及び収支決算、令和元年度事業計画及び収支予算等について報告があり、いずれも承認された。（沖中）

２　有床診療所部会役員会（７月４日）

平成30年度事業報告（案）、令和元年度事業計画（案）、令和元年度総会及び2020年度診療報酬改定について協議を行った。（伊藤）

３　第１回社保・国保審査委員連絡委員会（７月４日）

３項目の議題について協議を行った。（萬）

４　第２回生涯教育委員会（７月６日）

令和２年度の生涯研修セミナーの企画について協議を行った。（加藤）

５　レジナビフェア2019大阪（７月７日）

本県からは、５病院と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131名（うち、山口大学生：13％）であった。（中村）

６　山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第１回会合（７月８日）

令和元年度事業計画（案）及びAMED（日本医療研究開発機構）の研究事業について協議を行った。（今村）

７　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（７月10日）

平成30年度の診療報酬等確定状況、審査状況、特別審査委員会の取扱状況等について報告が行われた。（河村会長）

８　オレンジドクター制度に関する検討会（７月10日）

県長寿社会課からオレンジドクターの登録に係

理　事　会

る同意書及びPREMIUMオレンジドクターの認定申請書の提出状況を報告の後、広報の手法・内容、今後のスケジュール及び新規対象者への意向調査について協議を行った。（清水）

9　日医第３回学術推進会議（X）（７月11日）

講演が２題行われた。（河村会長）

10　個別指導「山口市」（７月11日）

診療所４機関について実施され、立ち会った。（萬、伊藤）

11　医事案件調査専門委員会（７月11日）

病院１件の事案について審議を行った。（林）

12　郡市医師会小児救急医療担当理事協議会（７月11日）

平成30年度小児救急関係事業報告及び令和元年度事業について説明を行った後、小児救急医療電話相談事業の改善提案について協議を行った。（河村）

13　山口県看護職員確保対策協議会（７月11日）

平成31年度看護職員確保対策事業の報告後、山口県第８次看護職員需給見通し及び看護部門調査の調査内容について協議を行った。（沖中）

14　日本医師会監事会（７月16日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。（河村会長）

15　日本医師会第４回理事会（７月16日）

令和元年度第２回都道府県医師会長協議会の開催、外部審議会委員等の推薦等について協議した。（河村会長）

医師国保理事会　ー第７回ー

1　傷病手当金支給申請について

２件について協議、承認。

2　第１回山口県保険者協議会について（７月10日）

令和元年度事業計画・予算等の報告、平成30年度事業実績・決算及び「健康なまち・職場づくり宣言2020」宣言３の達成状況の調査等について協議した。（今村副理事長）

ー第９回ー

８月８日　午後５時～６時40分

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

協議事項

1　山口県健康福祉部との懇話会における協議項目について

小児救急、医師確保対策等７件の協議項目を決定した。

2　児童虐待の発生予防等に関する研修会について

例年、山口県産婦人科医会と共催で実施している標記研修会を10月６日（日）に本会において、千葉県の社会福祉法人児童愛護会一宮学園の山口修平 副施設長及び周南市のカウンセリング・オフィスHORIEの堀江秀紀 代表による講演２題で開催することを決定した。

理　事　会

３　第63回社会保険指導者講習会の受講申込みについて

10月２日（水）・３日（木）に日本医師会において開催される標記講習会の受講者として５名を推薦することを決定した。

報告事項

１　第３回山口県へき地遠隔医療推進協議会（７月17日）

協議会のメンバーから取組の現状や今後の予定の紹介がされた後、厚生労働省医政局医事課の加藤琢真 企画調整室専門官による特別講演「オンライン診療の現状と課題、そしてこれから～へき地医療にオンライン診療をどう活かすか～」及び３名のシンポジストによるシンポジウム「へき地遠隔医療（オンライン診療）のモデル事例を企画する」が行われた。（前川）

２　第１回山口県がん教育推進協議会（７月18日）

学校におけるがん教育の動向、がん教育推進事業の推進計画等について説明が行われた。

（河村会長）

３　山口県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会（７月18日）

山口東京理科大学の参画に伴う協議会設置要綱の改正、平成30年度のジェネリック医薬品の使用状況、令和元年度の事業計画等について協議を行った。（林）

４　第１回山口県障害者施策推進協議会（７月18日）

「やまぐち障害者いきいきプラン（2018～2023）」に係る今年度の主な取組等について協議を行った。（今村）

５　全国健康保険協会第19回山口県支部健康づくり推進協議会（７月18日）

平成29年度の支部別医療費の分析結果報告が行われた後、平成30年度事業報告及び令和元年度の事業実施状況について協議を行った。（藤本）

６　地域医療構想調整会議・検討部会

「周南」（７月18日）
「岩国」（７月23日）
「萩　」（７月31日）

各地域の病床機能検討部会が開催され、今年度の主な協議事項の説明が県から行われた後、医療機関ごとの対応方針の協議等が行われた。（前川）

７　山口県男女共同参画推進連携会議（７月19日）

会長の選出後、労働力率を用いた女性の活躍推進状況、本会議の主な事業内容等について報告が行われた。（今村）

８　第２回山口県糖尿病療養指導士講習会（７月21日）

食事療法、薬物療法等４題の講義が行われ、最後に確認テストが行われた。受講者172名。

（吉水）

９　第100回山口県医療審議会医療法人部会

（７月23日）

医療法人の設立認可６件、解散認可５件の審議後、医療法人設立登記等完了状況について報告が行われた。（河村会長）

10　第130回中国地方社会保険医療協議会山口部会（７月24日）

医科、歯科及び薬局のいずれも指定案件なしであった。（河村会長）

11　都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会（７月25日）

ラグビーワールドカップ2019に向けた、マスギャザリング災害（CBRNEテロ含む）対策セミナーが開催された。（吉水）

理　事　会

12　第30回県立病院機構評価委員会（7月25日）

法人の平成30年度における業務の実績に関する評価、第２期中期目標期間における業務の実績に関する評価等について審議した。（今村）

13　個別指導「下関市」（7月25日）

病院１機関について実施され、立ち会った。

（伊藤）

14　日医第5回学校保健委員会（7月25日）

文部科学省からの中央情勢報告の後、日本医師会学校医宣言（仮称）の正式名称、会長諮問に対する答申案等について協議を行った。（藤本）

15　第1回山口県乳幼児健康診査マニュアル改訂委員会（7月25日）

県内市町の乳幼児健診の実施状況等に係る説明の後、標記マニュアルの改訂２版の素案を基に協議を行った。（河村）

16　やまぐち子育て連盟総会（7月26日）

子育てサークル６団体の表彰及び県立大津緑洋高校ほか２団体による事例発表が行われた。

（事務局長）

17　第15回日医男女共同参画フォーラム「宮城県」（7月27日）

「男女共同参画のこれまでとこれから－さらなるステージへ－」をテーマに、宮城県医師会の担当により開催された。東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野の本橋ほづみ教授による基調講演「酸化ストレス応答と健康長寿」が行われた後、①日医男女共同参画委員会、②日医女性医師支援センター事業についての報告が行われた。シンポジウムは、女性の医学生及び初期研修医を含む５名のシンポジストにより行われた。（長谷川）

18　第32回全国有床診療所連絡協議会総会「群馬県」（7月27･28日）

「個性あふれる有床診～今こそ、“かかりつけ医”の活躍を！～」をメインテーマに群馬県医師会の担当で開催された。第１日目は、総会の後、「地域の医療介護ニーズと有床診療所」ほか２題の講演、第２日目は、横倉義武 日本医師会長による特別講演「日本医師会の医療政策～健康な社会を作ろう～」及びメインテーマによるシンポジウムが行われた。（伊藤）

19　第50回中四九地区医師会看護学校協議会「広島県」（7月27･28日）

「新たな未来を拓く看護職をめざして～学生の能力を最大限に引きだす関わり～」をテーマに開催された。「看護職員の養成等の行政の動向について」（厚生労働省医政局看護科 島田陽子 課長）、「新たな未来を拓く看護職をめざして」（日本医師会 釜萢 敏 常任理事）等３つの講演、分科会等が行われた。（沖中、前川）

20　山口県地域両立支援推進チーム第3回会議（7月30日）

「治療と仕事の両立支援連絡帳」の活用及び両立支援セミナーの開催について協議を行ったほか、両立支援チームの各構成員における両立支援の取組状況及び計画について報告が行われた。

（中村）

21　オレンジドクター制度運用開始に向けた知事面会（7月30日）

標記制度の運用開始に当たってのPRのため、知事に面会するとともに、マスコミの取材に対応した。（清水）

22　平岡 望 県議会議員：山口県議会環境福祉委員長就任祝賀会（7月31日）

来賓として出席した。（河村会長）

理　事　会

23　広報委員会（8 月 1 日）

会報主要記事掲載予定（9 ～ 11 月号）、炉辺談話の年頭所感、県民公開講座等について協議を行った。（長谷川）

24　会員の入退会異動

入会 2 件、退会 6 件、異動 11 件。（8 月 1 日現在会員数：1 号 1,260 名、2 号 874 名、3 号 460 名、合計 2,594 名）

医師国保理事会　－第 8 回－

1　傷病手当金支給申請について

2 件について協議、承認。

2　中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会について（7 月 27 日）

鳥取県医師国保組合の担当で開催され、代表者会議では全体会議の運営等について、全体会議では平成 30 年度事業報告・決算報告等の承認後、各県から提出された議題について協議を行った。全医連国保問題検討委員会の諮問答申書の説明後、各県から提出された意見・要望について、全医連の宮城信雄 会長及び近藤邦夫 副会長から回答があった。（林、清水）

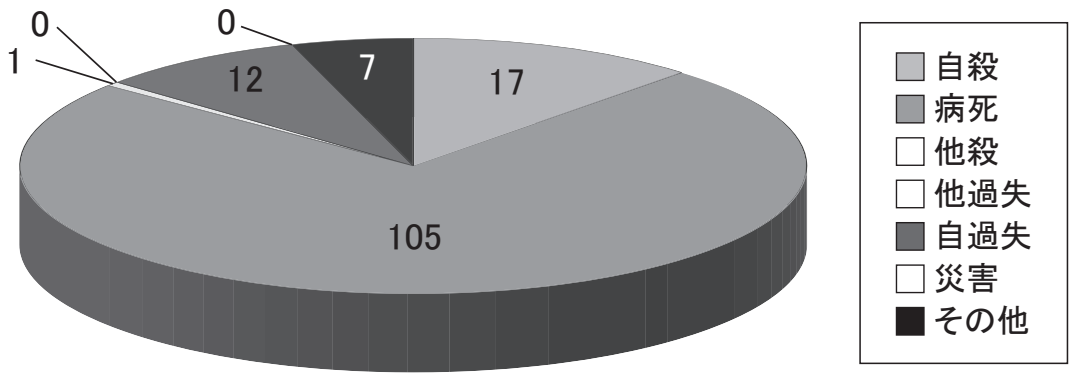
3　山口県国民健康保険団体連合会第 1 回通常総会について（7 月 29 日）

平成 30 年度事業報告・決算及び役員の選任等について議決された。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-19	17	105	1	0	12	0	7	142

死体検案数と死亡種別（令和元年 7 月分）



親となり感じたこと

飄々

広報委員

岡山　智亮

私事ですが、昨年の11月に第一子となる娘が誕生しました。そろそろ１年が経ちますが、日々娘の成長に喜びを感じる生活を送っています。

私は普段、子供を診療することもあり、周りの人からは「子育ても安心ですね」と言われることが多いのですが、なかなかそうも言っていられないのです。なんといっても子育て自体は初めての経験で、“病気の子を診る”ことと“子育てをすること”とはわけが違うことをこの度、痛感することとなりました。勤務医の頃は小児科を中心に診療をしており、上司や医学書から乳児健診のポイントを学んできたつもりでした。しかし娘が産まれ、この１年子育てを実践していく中で、今まで学んできたことが通用しない場面に何度も遭遇しました。

娘は産まれてからなかなか母乳がスムーズに飲めない傾向にありました。なぜ飲めないのか、医師として診ても明らかな身体的な異常は見当たらず、生後２～３か月くらいまでは悩ましい生活を送っていました。その後少しずつ娘の哺乳ができるタイミングがつかめてきて、一時は体重の増加も緩かったのがしっかり増えてくるようになりました。では、哺乳できるタイミングがいつだったかというと、うとうと眠り始めたときだったのです。起きた状態では乳首も哺乳瓶も大泣きして嫌がり全く飲めないのが、寝かしつけると飲めるのです。乳児であれば、おなかがすいて泣けば授乳をするといった繰り返しだと思いますが、その傾向は娘には全く通じなかったのです。妻も泣いた子を授乳しておなかを満たしてあげるといった授乳をすることの醍醐味を味わいたかったと思います。ただ、わが家の場合は何とか寝かしつけて落ち着いたところで授乳するといった流れになっているため、授乳までこぎつけるのに毎回１～２時間くらい要します。そのため生活は、授乳に追われる感じで過ごしています。ペースをつかんでからは体重の増加は順調なため、誰が見ても「大きくなったね」と声をかけてくれたり、「おなかが空けば飲めるはずだし足りているから飲まないのよ」とアドバイスを受けたりすることも多々ありました。私も、もし娘と同じような子が健診に来たとすると「体重も増えているし順調ですね」で終わってしまうかもしれません。それでもペースがつかめるまではいろいろな可能性を考え、悩み、試行錯誤しながら子育てをしてきました。それでも娘にはこのパターンでしかまともに飲ませることができませんでした。一日中娘と一緒にいる妻は辛いことも多かったと思います。このようなことは実際に毎日子育てをしなければなかなかわからなかったと思います。

最近はインターネットにも子育てに関するサイトはたくさんあるようですが、それを見ることで逆に不安が増してしまうような内容もこの度、確認することができました。今までも親の訴えに耳を傾けるということを意識して診療をしてきたつもりでしたが、もう一度本当に親の心配が解決できるような説明を心がけるようにしたいと思います。また、せっかく子供の成長過程に関わることのできる仕事をしているので、特別な訴えがなかったとしても現時点に至ったその子の成長の過程まで意識した診療ができればなと思うようになりました。今回、１年ばかり子育てを経験しましたが娘からはいろいろなことを学ばせてもらっています。

日医 FAX ニュース

2019 年（令和元年）7 月 30 日　2804 号

■　社会保障費の自然増は「5,300 億円」
■　外来医療計画について
■　応招義務に係る厚労科研報告書を概説
■　「新薬の社会的価値」に慎重意見
■　手足口病、10 週連続増で報告数 12.64

2019 年（令和元年）8 月 2 日　2805 号

■　有床診は「究極のかかりつけ医」
■　社会保障費の自然増は「5,300 億円」
■　20 年度改定「働き方改革に対応を」
■　がんの相談支援体制の整備などで議論
■　オンライン診療の指針を通知
■　薬価制度改革と適正処方推進の継続を

2019 年（令和元年）8 月 6 日　2806 号

■　「 評価機能 」、勤改センターが有力選択肢
■　医療政策人材の養成・確保で議論を整理
■　「OSCE」の公的化でおおむね一致
■　介護医療院の療養床数 1 万 4,000 床超

2019 年（令和元年）8 月 9 日　2807 号

■　都道府県の医療行政を支援
■　病院の災害対策支援や EMIS の改善求める
■　准看護師課程の応募者、1 万人を割る
■　医師の働き方改革、「あらためて議論を」

2019 年（令和元年）8 月 20 日　2808 号

■　あるべき医療の実現へ、モデル地域支援
■　薬剤師の卒後臨床研修必須化を主張
■　院内マネジメント前提に評価検討へ
■　手足口病、定点当たり 13.42 に増

2019 年（令和元年）8 月 23 日　2809 号

■　「一般病院の機能強化」に焦点
■　外国人の医療機関 、課題は「 メリット 」
■　がん登録、食道がんと飲酒率に正の相関
■　「適切に使用すれば不足せず」

2019 年（令和元年）8 月 27 日　2810 号

■　生活習慣病重症化予防自治体が拡大
■　地域医療支援病院など見直し案を了承
■　少数区域医療機関に「税制優遇」創設を
■　RS ウイルス感染症、9 週連続で増加

2019 年（令和元年）8 月 30 日　2811 号

■　健保連提言、「 医療費削減ありきの分析 」
■　OTC 類似薬保険除外は「受診抑制に」
■　湿布などの保険外し報道で事実確認
■　20 年度予算概算要求、32 兆 6,234 億円
■　野口英世・来墨 100 周年記念式典に出席

お知らせ・ご案内

第121回 山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　　令和元年10月５日（土）18：00～
ところ　　山口グランドホテル３階「末広の間」
　　山口市小郡黄金町1-1　　TEL：083-972-7777

特別講演Ⅰ　　18：00～19：00
座長：石田整形外科院長　石田　高康
こどもの関節炎と骨髄炎　－リウマチ性疾患も含めて
千葉県こども病院整形外科部長　**西須　　孝**

特別講演Ⅱ　　19：00～20：00
座長：医療法人緑山会周南高原病院理事長　齋藤　　淳
骨粗鬆症の薬物療法に関する最新の話題
そうえん整形外科骨粗しょう症・リウマチクリニック院長　**宗圓　　聰**

単　位
・日本整形系外科学会教育研修単位：２単位（１単位　1,000円）
　特別講演Ⅰ：「3：小児整形外科疾患（先天異常、骨系統疾患を含む、ただし外傷を除く）」、「6：リウマチ性疾患、感染症」又は「R：リウマチ単位」
　特別講演Ⅱ：「1：整形外科基礎科学」又は「4：代謝性骨疾患（骨粗鬆症を含む）」
・特別講演Ⅰと特別講演Ⅱで日本運動器科学会セラピスト資格継続２単位が取得可能（１単位　1,000円）
・日本医師会教育研修制度２単位
　特別講演Ⅰ　CC61（関節痛）　：１単位
　特別講演Ⅱ　CC77（骨粗鬆症）：１単位

主　催　山口県臨床整形外科医会

お問い合わせ先　〒745-0824　周南市大内町10-15
石田整形外科　石田高康
TEL：0834-28-0250

お知らせ・ご案内

令和元年秋季山口県医師テニス大会のご案内

と　　き　　令和元年11月24日（日）９：00～14：00
　　（コートは８時15分から使用できます）
と こ ろ　　宇部マテ“フレッセラ”テニスコート
　　インドアコート　４面（オムニコート）

試合形式　　ダブルス（組み合わせは当日決定）
会　　費　　8,000円／人（懇親会費を含む）
　　テニスのみの場合3,000円／人

総　　会　　12：00～12：10　＊試合間に開催
懇 親 会　　14：30～16：00　ANAクラウンプラザ宇部２階「弥生の間」

参加資格　　県内に居住又は勤務する医師及びその家族

申込方法　　11月９日（土）までに当番理事又は各地区理事へ申し込んでください

当番理事　　鈴木克佳（鈴木眼科）
　　TEL：0836-51-3181

主　　催　　山口県医師テニス協会
会　　長　　宇野愼一

地区理事
　山口地区：野村耕三
　下関地区：水町宗治
　周南地区：小野　薫
　宇部・山陽小野田地区：鈴木克佳

後　　援　　（公財）宇部市体育協会

お知らせ・ご案内

第32回山口県国保地域医療学会

メインテーマ：**新時代「令和」を迎え地域医療を未来につなげる**

と　　き　令和元年11月２日（土）　9：30～15：30
と　こ　ろ　国保会館（山口県国民健康保険団体連合会）４階 大会議室
　山口市朝田1980番地７

学　会　長　吉富　崇浩（下関市立豊田中央病院院長）
実行委員長　板垣　達則（光市立大和総合病院院長）

プログラム
　9：40～11：40　研究発表
　11：40～12：40　昼食・休憩
　12：40～13：40　特別講演
　つなげる・つながる地域医療
　―ネットワークで地域医療を支える：
　県北西部地域医療センターの取り組み―
　岐阜県 県北西部地域医療センター
　国保白鳥病院院長　**後藤　忠雄**
　13：50～15：20　パネルディスカッション
　地域包括ケアシステムの推進
　司会者　光市立大和総合病院院長　板垣　達則
　下関市立豊田中央病院事務局長　倉本　隆司
　助言者　岐阜県 県北西部地域医療センター
　国保白鳥病院院長　後藤　忠雄
　山口県健康福祉部長寿社会課課長　山﨑　晶子
　発言者　４名

主　　催　山口県国民健康保険診療施設協議会
　山口県国民健康保険団体連合会
後　　援　山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか
単　　位　日本医師会生涯教育制度：４単位
　研究発表　CC10（チーム医療）：1.5単位
　特別講演　CC12（地域医療）：１単位
　パネルディスカッション
　CC13（医療と介護および福祉の連携）：1.5単位
学会事務局　山口県国民健康保険団体連合会（保健事業課 保険者支援班）
　TEL：083-925-2033

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

ホッ！これで安心。

保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ

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

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

山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

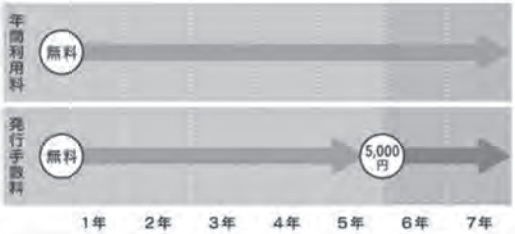
山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します！

医師資格証
Medical Doctor Qualification Certificate
Medical Doctor Qualification Certificate
医師資格証
HPKI
Name
氏名
Taro Nichii
日医 太郎
Date of birth
生年月日
01 Aug 1955
昭和30年08月01日
JMA Membership ID No.
999999999
Medical License No.
99999
Date of expiry
31 Jan 2023
平成35年01月31日
JAPAN MEDICAL ASSOCIATION
JAPAN MEDICAL ASSOCIATION
公益社団法人 日本医師会
カード ID
JMA180200000
Date of issue
01 Feb 2018
平成30年02月01日
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ご一緒に)、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・姓名変更、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
apan edical ssociation ertificate uthority
〒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第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。

（登録および現場応対は任意となります）

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 ▶

1. 『申請書類』一式を日本医師会電子認証センターへ郵送します。

- 日医会員 → ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。
- 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 ※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。

横田友文氏	下関市医師会	7月29日	享年 49
渡邉秀夫氏	防府医師会	8月 7日	享年 88
岡村進介氏	熊毛郡医師会	8月 9日	享年 84
髙橋泰昭氏	徳山医師会	8月24日	享年 83

編集後記

「ドアノブ・クエスチョン」って、ご存知ですか。通常の診療では、初診患者の訴えから、医師はある程度の疾患を想定し、必要な検査によりそれらを絞り込んでゆく。順調に最初の診療が終わり、患者は立ち上がる。ところが、診察室を出ていく間際にドアの取手に手をかけた患者が、振り向いて「先生、・・・ってことはないですよね。」「先生、・・・は大丈夫でしょうか。」と、それまでの対話では全く触れなかった質問や心配を投げかけてくる。医師は、「あっ、この患者さんはこの心配のために受診されたんだ」と気づいて、その対応をするために再び座ってもらい、対話を再開することになる。これを「ドアノブ・クエスチョン」といい、家庭内の問題、セックスにまつわる心配、精神疾患に関する事柄が多いと言われている。

ドアノブで質問してくれるのはまだありがたいこと。患者さんが不安や疑問を抱えたままにして、一方的に自分のペースで診療を進めていたことに医師はヒヤッとする。

逆もある。治療を進めていく上での重要事項をかなり念入りに繰り返して説明し承諾をいただいたつもりでも、それは“医師のつもり”であって、後日、患者さん側からそんなこと聞いていないと言われ驚き、自分の伝達能力の貧しさを思い知る。

集英社新書『話を聞かない医師 思いが言えない患者』の筆者である磯部光章※ 先生は、医師と患者がより良いコミュニケーションを取るためには、両者の世界が全く違うという前提に立つしかないと結論する。文化が違う、ものの考え方が違う、価値基準が違う、医療の目標や目的も違うのかもしれないと。患者さんと分かり合えないことを前提にするとは、どこか冷たい風に吹かれる気がするが、それは医師側の甘えなのかもしれない。

※磯部光章　東京大学医学部卒業。2001年：東京医科歯科大学大学院循環器内科教授。2012年～2016年10月8日：日本心不全学会理事長、2017年：榊原記念病院院長。

（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）