山口県医師会報

令和元年(2019年)
11月号
― No.1911 ―

秋の夕暮れ　渡邉惠幸　撮

Topics

新病院長に聴く「山口労災病院」
中国四国医師会連合総会

Contents

■新病院長に聴く「山口労災病院長」…… ＜聴き手＞長谷川奈津江　857
■フレッシュマンコーナー「新規開業便り」…… 上田　亨　862
■今月の視点「社会保険支払基金改革への疑問」…… 萬　忠雄　864
■令和元年度 中国四国医師会連合総会 …… 866
■令和元年度 第 1 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議 …… 清水　暢　898
■山口県医師会産業医研修会…… 中村　洋　904
■令和元年度 山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会 …… 正木康史　907
■令和元年度 山口県医師会有床診療所部会総会 …… 正木康史　908
■令和元年度 都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会 …… 中村　洋　910
■令和元年度 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会 …… 前川恭子　918
■第 28 回 全国医師会共同利用施設総会…… 沖中芳彦、前川恭子　923
■第 11 回 臨床研修医交流会 …… 加藤　彰　936
■第 11 回 臨床研修医交流会を終えて …… 河野洋佑　937
■山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会…… 和田崇子　939
■第 153 回 山口県医師会生涯研修セミナー
…… 藤井崇史、清水良一、福田信二　944
■理事会報告（第 12 回、第 13 回）…… 956
■飄々「 令和元年に思うこと 」…… 津永長門　962
■日医 FAX ニュース …… 963
■お知らせ・ご案内…… 964
■編集後記…… 長谷川奈津江　970

新病院長に聴く

第 12 回

独立行政法人労働者安全機構
山口労災病院長
田　口　敏　彦　先生

と　き　令和元年 9 月 26 日（木）
ところ　山口労災病院　院長室

［聴き手：理事　長谷川　奈津江］

長谷川理事　平成 26 年度から始めました県医師会報の「新病院長に聴く」の第 12 回目として、平成 30 年 4 月に山口労災病院の病院長に就任されました田口敏彦 先生にお話を伺いたいと思います。

遅くなりましたが、改めてご就任おめでとうございます。まず、病院の沿革と特徴についてのご紹介からお願いいたします。

田口先生　当院は、戦後の産業復興に伴う労働災害の急増によって被災労働者の治療と社会復帰促進の医療が強く求められ、昭和 30 年に全国 8 番目の労災病院として開設されました。開院当初は内科、外科、整形外科の 3 つの診療科、ベッド数 50 でスタートしています。

平成 7 年の新病院新築を経て現在 19 の診療科、ベッド数 308 で、宇部・小野田医療圏の中核的な総合病院として発展してきました。

急性期の一般病院として、また地域医療支援病院として専門性の高い医療や急性期医療を中心とした地域医療の推進と勤労者の健康福祉に関わる医療を大きな柱としています。「医療を地域にひらく」をモットーに質の高い医療の提供を目指しています。「ひらく」には「開く」：地域に向かってオープンな病院ということ、「啓く」：啓発活動をするということ、「発く」：発するということでいろいろなことの発信地になりたいという意味を込めています。

診療の特徴として、救急告示病院、災害拠点病院、地域医療支援病院としての機能を持っています。地域医療重視の立場から、地域連携室や入退院支援センターを設置して病診連携、病病連携を積極的に行っています。地域連携室の受け入れ患者は年々増加しており、昨年は 4,454 人に達しました。また、地域医療連携カフェという会を立ち上げました。 1 年 4 回の開催で、病院以外で働く訪問看護師やケアマネージャーなどの医療関係者を集めて講演や医療情報を提供しており、地域医療全体を盛り上げていこうと思っています。

長谷川理事　ありがとうございます。「勤労者医療」という言葉について、もう少し詳しく教えていただけますか。

田口先生　勤労者の健康と職業生活を守ることを目的として行う医療及びそれに関連する行為の総称です。しかし、労災病院と言っても、労災関係の疾病や外傷だけを扱っているわけではなく、あらゆる疾患、外傷に対応しており、最近の傾向では高齢の患者さんが増加傾向にあります。

長谷川理事　労災病院の意義を理解できました。次に臨床研修について教えていただけますか。

田口先生　現在 6 名の初期臨床研修医が研修しています。少人数のローテーションという利点はマンツーマンの個人指導が行き届くこと、小さな履修変更などの小回りが利くことが最大の利点です。また、どの診療科をローテートしていても、腰痛、糖尿病、高血圧などの common disease や common symptom についての講義は全員が受けられるようにしています。そして臨床研修が充実するように、1 か月に 1 回は院長室で昼食をとりながら臨床研修医とのミーティングを行っています。

長谷川理事　労災病院の副院長で県医師会専務理事の加藤智栄 先生が、「当院の研修では幅広い症例を経験できるので、さまざまな資格が取ることができるのに」とおっしゃるのを聞いたことがあります。

田口先生　当院の宣伝、広報がまだまだ不十分なんでしょうね。

長谷川理事　女性医師も多く働かれているかと思いますが、働きやすい環境づくり等についてお聞かせ願いますか。

田口先生　女性医師確保対策として、平成 20 年 3 月 27 日付け労健福発第 272 号「医師確保対策としての緊急措置の実施について」が発令され、対象者は労災病院に勤務している職員又は勤務を希望する者で、小学校就学前の子の育児のため 8 時間勤務が困難な医師を対象としています。勤務時間は週 20 時間以上とし、対象医師が希望する勤務時間とします。ただし、始業及び終業時刻は院長が定めるものとします。適用期間は対象者が養育する子の 1 歳の誕生日から小学校就学前（6 歳に達する日の属する年度末）までのうち、対象者が希望し院長が承認する期間とします。ただし、制度利用者の申出により、期間途中での制度適用の変更又は中止ができるものとします。つまり、1 日 4 時間程度働いて常勤扱いとするので凄く良い制度です。

長谷川理事　育児中の女性医師にとって驚くほど魅力的な制度ですね。何か他の制度はあるのでしょうか。

田口先生　その他には院内保育園を設置しており、病児保育もやっています。

長谷川理事　院内に保育園、病児保育があると乳幼児を持つ親は安心して働けます。

田口先生　反対に他院ではどのような良い制度がありますか。

長谷川理事　先ほどお伺いした緊急措置のような素晴らしい制度はなかったと思います。女性医師専用の当直室や更衣室があるという病院はありました。

田口先生　それは大事なことですね。

長谷川理事　こちらの病院には、戒能先生、白澤先生といった錚々たる女性医師が居られますから働きやすいのではないかと思います。

田口先生　現在、女性医師は常勤で 6 人、非常勤で 4 人おられますが、それぞれの診療科で頑張っておられます。

長谷川理事　次に、新院長としての抱負をお願いします。

田口先生　モットーとしては、先にもお話したように「医療を地域にひらく」を掲げて、「働きやすい病院」にすることはもちろんですが、むしろ「働き甲斐のある病院」を目指したいと思っています。

長谷川理事　本当にそうですね。やはり働き甲斐を持った医療スタッフがいる病院が患者さんにとっても良い病院だと思います。

次に、先生ご自身のことについてお伺いします。先生は京都のご出身とお聞きしております。

田口先生　そうです。当時の受験制度は、国立は一期校と二期校に分かれ、毎年 3 月 3 日に一期校、3 月 24 日に二期校の入学試験が行われていました。残念ながら一期校はだめでしたが、二期校の山口大学に拾ってもらいました。

長谷川理事　卒後、なぜ山口に残られたのですか。

田口先生　なぜですかね。特に固い決心があったわけではなくて、自分でもなぜ残ったのかなって思いますが、最終的に残ってよかったと思ってます。「ゼロベース思考」という考え方があります。それは、今までに得た情報、知識が全部なくても、ある過去の時点に戻ってもその当時と同じ決心ができるかという考え方です。やはり整形外科を選んだことも山口に残ったことも正解だったと思っています。私は結婚式の挨拶をする際に「人生の決定事項で正解なんてないよ。正解にするために努力することが重要なんだよ。」と必ず言っています。

長谷川理事　先生はある意味、医師としてのトップである大学教授、大学病院の院長、そして現在の山口労災病院院長を歴任なさっておられますが、それぞれで何か共通すること、異なることはございますか。

田口先生　大学時代も現在も、リーダーとして気をつけていたことは、孤独であっても孤立しないように心がけていました。大学病院の院長から当院の院長になった当初は、もの凄く不自由というかデメリットと言いますか、400 床以上ないと同じことをやっても加算が付かない、それが病院の弱みと思っていました。しかし 1 年経って気が付いたことは、病院に弱みとか強みがあるのではなくて、それは病院の特徴なんだと気づき、その特徴を活かせばよいという考え方に変わりました。そう考えると凄く楽になって、ベッド数が少なくてもそれで頑張ればいいんだと思うようになりました。

長谷川理事　状況に応じて考え方が変わって来られたのですね。

田口先生　そうだと思います。病院の規模は小さくなりました。それに伴い勤務する職員の人数が大学の 3 分の 1 ぐらいになったので、人の名前が覚えやすくなり、院長としての考え方も伝えやすくなりました。

長谷川理事　事務系スタッフのお名前も覚えられましたか。

田口先生　ほとんど覚えていると思います。

長谷川理事　大学病院では困難なことです。次に、趣味について教えていただけますか。

田口先生　趣味はクルージングで船舶 1 級免許を持っています。後はスキーですね。性格が負けず嫌いなので絶対に勝負事はやってはいけないと思っています。もしゴルフなんかしたら毎日練習してしまうような気がします。

長谷川理事　素敵なご趣味ですが、現在クルージングの時間がございますか。

田口先生　天候と休みが合わないと行けないので今年も 3 回ぐらいしか行ってないですね。

長谷川理事　どちらの方に船を出されるのですか。

田口先生　瀬戸内海です。関門海峡より向こうには行きません。

長谷川理事　あんなに船が多く行き交う関門海峡で航海とは凄いことです。

田口先生　大きい船が来たらビクビクしますよ。

長谷川理事　スキーはどこの山に行かれますか。

田口先生　今年は長野の乗鞍に行きました。以

前、よく行っていたのは瑞穂ハイランドです。土曜の昼ぐらいから行くのなら、女鹿平に行ってナイター滑りですかね。

長谷川理事　どちらの趣味もアクティブで季節を感じる魅力的なスポーツですね。

田口先生　怪我をしないようにしています。

長谷川理事　次に、若い医師へのメッセージをお願いします。

田口先生　大学にいたころから、整形外科に入局した連中に最初に必ず伝えることが５つあります。

１つ目は、明確な目標を持つことで５年先の自分を想像できること。目標となる人あるいはペースメーカーになる人をみつけることです。

２つ目は、言葉を選び、礼儀正しく診療すること。これはどんな患者さんに対しても一定の自分の丁寧な言葉で話すことが大切で、相手によって態度を変えているようでは絶対に自分のペースで診療ができません。常に一定のペースで礼儀正しくすることが必要です。

３つ目は、十分な国際性を持つこと。それには英語論文を読む又は書く、国際学会に参加しておいたほうがよいと思います。

４つ目、知識を記録すること。各部位の診察手順は自分なりのものを作って早い時期に定型化し、それを経験に応じて改良すること。そして知識はカード式のデータベースでパソコンに保存するのも大事です。

５つ目は、基礎的あるいは臨床的研究を一生のうちのある時期にやっておくこと、短期間でもいいから本気で取り組んでほしいです。そうすれば論文を批判的に読める思考力がつくと思います。

長谷川理事　非常に具体的で、医師であれば、どれも非常に大切なことです。

最後に座右の銘を教えていただけますか。

田口先生　「一日一生」、とにかく今日を一生懸命に生きるということです。

長谷川理事　本日はお忙しい中、ありがとございました。先生のこれからのご活躍と山口労災病院の発展を願いまして、インタビューを終わらせていただきます。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

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！

フレッシュマンコーナー

新規開業便り

防府医師会　うえだ内科・循環器クリニック
上田　亨

2019 年 5 月 7 日に防府市岸津に新規開業させて頂きました上田（うえだ）亨（とおる）と申します。私は山口県立大津高等学校（長門市）卒業後に医学とは縁の無い東京都内の大学へ進学し、1999 年に卒業しました。その後、一般企業勤務後に再受験を経て 2004 年に 29 歳という年齢で杏林大学医学部へ再入学しました。杏林大学は再受験生には寛容でしたので同学年には約 10 名前後の再受験生がいました。経歴も様々で、前職が大工、バレリーナ、薬剤師、獣医師、歯科医師、商社マン、銀行員、自衛官など多彩でした。年齢も 17 ～ 59 歳と幅広く、二度目の学生生活をそれなりに楽しく過ごしていました。

平成 22 年に 35 歳で医学部を卒業し、そのまま山口県立総合医療センターへ初期研修医として勤務させて頂きました。その後は、山口大学第二内科入局、後期研修も山口県立総合医療センターにて循環器を専攻してしまいました。様々な先生方の御指導もあり循環器専門医を無事に取得することができました。元々、地域密着型の医療に興味がありましたので、自分の年齢・体力などを熟考し開業させて頂く運びとなりました。

開業準備までの 1 年間は予想以上に忙しく、開業地選定・書類手続き・医療機器選定・建物や広告デザイン・スタッフ面接等を通常勤務終了後や休日等に行っていました。初めての事ばかりでしたが、普段とは違う世界を経験できたので、とても新鮮でした。実際に開業してみると、専門外の疾患を診察する事も多く、患者さん呼び出し・レントゲン撮影・エコー検査等も含めてクリニック内を慌ただしく動き回っています。開業前に懸念していた体重増加は今のところは何とか防げています。

患者さんには可能な限り医学用語を使用せずに簡易な言葉と例え話で病態説明を心がけていますが、更に分かりやすい例え話がないかを考えるのも今では楽しみの一つです。現在、看護師 3 名と事務 3 名で運営していますが、経験のある明るいスタッフばかりで

す。患者さんへの対応も感心するばかりで、私自身も非常に助けて頂いています。診察時間終了後には書類の山に忙殺されてしまい、毎晩遅くまで残業する生活にも悪い意味で慣れてしまいました。勤務医時代は近所を通過する救急車のサイレンが聞こえた数分後には携帯電話が鳴っては病院へ呼び出されていた生活が続いていたため、現在も救急車のサイレンが聞こえる度に携帯へ意識が集中してしまいます。

開業前は子供達と一緒に出掛けることが出来ず見送る側でしたが、現在は一緒に出掛けることも多少は出来るようになりました。先日も家族でリンゴ狩りへ出かけようとしたところ、4 歳の息子から「一緒に行けるの？」と不思議そうに言われました。小さい子ながら「父親と一緒に外出はできないんだろうな」と思わせていたようです。

スタッフともども、これからも初心を忘れないように努力してまいりますので、今後ともご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

「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

今月の視点

社会保険支払基金改革への疑問

常任理事　萬　　忠雄

社会保険支払基金では、令和元年 5 月 15 日に成立した支払基金法を含む健康保険法等の一部を改正する法律に基づき、これまでの支部完結型の業務実施体制から本部統一的な業務実施体制に見直すためため、2021 年 4 月に各都道府県の支部を廃止し、職員によるレセプト事務点検業務は 2022 年度以降、順次全国 10 か所程度の審査事務センターに集約していくこととなった。理由は不合理な支部間差異を解消するためとされているが、実態は職員の削減による人件費削減と、審査に対する中央の権限強化と思われる。

保険審査における支部間差異に関しては以前より問題視されており、この検証のため、平成 21 年 8 月診療分のレセプト審査を査定率が低い山口支部と、査定率が高い福岡支部との交換審査（中立的立場として千葉支部が両県のレセプトを審査）が行われた。本会報平成 22 年 9 月号の「今月の視点」で述べたが、レセプト査定箇所は各支部バラバラであり、一支部のみで査定 86.7％、複数支部で査定 13.3％であった。この結果を踏まえ、予定されていた追加の検証はされず、支部間差異検討委員会による差異収斂となって現在に至っていた。今回の支払基金改革は、平成 30 年 6 月 15 日に閣議決定された「規制改革実施計画」により、支部の最大限の集約化・統合化を前提に、集約化の在り方（集約可能な機能の範囲、集約化の方法、集約化に伴う業務の在り方等）を早急に検証し、結論を得た上で公表する。あわせて、その検証結果を踏まえた法案を提出する。」とされたことによる。

これに沿って、実証テストが全国 3 か所で行われた。

第 1 組
　集約支部：宮城
　被集約支部：福島
　実施期間：2018 年 6 月 8 日～ 8 月 9 日

第 2 組
　集約支部：福岡
　被集約支部：佐賀、熊本
　実施期間：2018 年 7 月 10 日～ 9 月 7 日

第 3 組
　集約支部：大阪
　被集約支部：滋賀、京都、奈良
　実施期間：2018 年 10 月 10 日～ 12 月 7 日

実証テストの実施結果は、平成 30 年 12 月 17 日に第 1 組と第 2 組について、そして令和元年 8 月 26 日に第 3 組について報告された。結果は、実証テスト期間中の原審査での査定率の低下、再審査に関しては大きな変動はなかった。原審査での査定率の低下は「職員と審査委員とのコミュニケーションの問題が生じたため」と予想通りの結果であった。

職員へのアンケート調査では、被集約支部職員の悲痛な声が多く寄せられ、医療機関からのアンケートでも返戻レセプトの遅延等 5.1％に障害があった。審査委員長会議（令和元年 10 月 10 日）でも「職員を移動（80％の職員が対象）させるのではなく、IT を利用して業務を効率化すれば良いのでは」、「気象条件の良い時の実証テストだけではなく、冬期で交通の不便なブロック（例えば

冬期の中国ブロック）での再実証テストをする必要がある」等々の意見が出されたが、支払基金本部の理事長の回答は「IT の使用は考えていない」、「再実証テストはしない」であった。「結論ありき」の委員長会議であり、変更はあり得ない状態であった。

全国の審査現場の職員、支部長、審査委員長のほとんどは今回の改定に不満を漏らしている。推進しているのは、保険者、規制改革会議のメンバー、厚労省医政局及び医政局から出向の理事長だけではないかと思う。日本医師会も現状では反対の立場である。

第二次世界大戦のビルマ戦線において、反対の多い無謀なインパール作戦を、ビルマ方面軍司令官と、現地第 15 軍司令官の主張により強行した。その結果、参加した日本軍 10 万人以上のうち、戦死者 3 万人（2 万人餓死）、戦病兵 4 万人の大損害を出して敗退したが、大本営を含め誰も責任を取らなかった。

孟子は作戦を成功させるためには「天の時、地の利、人の和」が必要と説いているが、インパール作戦にはそのすべてがなかった。

今回の支払基金改革作戦には、規制改革会議の声しか聞こえてこない。失敗すれば 70 年に及ぶ支払基金の組織は壊滅状態になると予想される。誰が責任を取るのだろうか？

「山口県の先端医療についての紹介」原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字、6,000 字 以内

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

令和元年度
中国四国医師会連合総会

と　き　令和元年 9 月 28 日（土）、29 日（日）

ところ　ザ クラウンパレス新阪急高知（高知県）

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

第 1 分科会「医療保険・産業保健」

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

各県からの提出議題

1. 診療所に対する、生活保護法による指定医療機関個別指導について（鳥取県）

生活保護法による個別指導について、病院に対しては以前からあったが、診療所に対する個別指導は今年度で 3 年目になる。生活保護法による診療所に対する個別指導について各県に伺いたい。

①選定される診療所の件数について、当県では毎年 4 か所の診療所が指導対象として選定されることとなっているが、各県の選定される診療所の毎年の件数について伺いたい。

②生活保護受給以外の請求点数に比べて生活保護受給者のレセプト 1 件当たりの点数が高い医療機関が選定されることから、当県では在宅医療支援診療所から選定されることがほとんどとなっているが、選定される診療所の診療科に関しても各県に伺いたい。

回答

①各県とも状況は同様であった。山口県では、平成 29 年度 4 件、平成 30 年度 2 件、令和元年度 4 件となっている。

② 選定基準は、「各福祉事務所ごとに委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所 が対象（病院は 15 人以上）。」とのみ示されている。なお、山口県において直近 3 年間に複数回選定された事例は発生していない。

日医からは、特殊な選定状況が窺えれば報告してほしいとの発言があった。

2. 漢方薬の多剤投与について（島根県）

同一処方内における漢方薬の多剤投与について、漢方薬が 3 剤以上処方される事例も多くみられる。特に一般薬と併せて多剤投与となっているケースも多数みられるが、各県の審査会において、

漢方薬を何剤まで認めているか。

なお、当県の国保審査会では、原則２剤までとしている。

回答　各県の報告では２剤までとする県が多かった。山口県では、低薬価薬剤ルールの場合は別として、３剤以上処方された場合は、「同一処方の上限量を合計で２剤用量まで」（１剤を 2/3 量ずつにする等）と社保・国保において合議し、周知していると報告した。

日医からは、各県の取扱いには多少の差異がある旨、報告された。

3. 交通事故医療における後遺症診断書作成の問題点について（岡山県）

交通事故医療においては医療類似行為での治療、同意書、物件事故扱い、新基準採用などさまざまな問題点が取り上げられ論議されている。後遺症診断書についても同様に問題点が多く、以下の点で作成に苦労している医師は多いと思われる。

後遺症診断書は治療開始から６か月以上で申請可能となるが、損保会社が症状固定に納得しない患者に対して治療終了の一手段として患者に申請を促していることが多い。しかし、患者は交通外傷で多い疾患である頚椎捻挫の頭頸部痛、めまい、上肢の痺れ程度では等級が認定されないことを知らないため、治療終了後に患者と損保会社、加害者間あるいは患者と作成医師間でトラブルになることがある。また、弁護士から診断書の内容について、症状を誇張した表現を用いる指導を受けて作成者に要求してくる場合は遺憾である。所見が抜けることも問題であるが、カルテ上にないことを記載することはもっと問題である。経験の少ない若い医師も診断書作成にあたり、トラブルを避けるためにガイドラインを示すことが必要であると考える。

等級認定については、頚椎外傷などで明らかに筋力低下、運動麻痺症状がある場合や強い頭痛、めまいなど低髄圧症の症状があっても画像検査などで所見がない場合は、認定されないか最低等級となることが多い。認定における書面上での判断は公平性という点では意味があるが、診断書の形式上、症状が伝わり難いことも問題である。裁判になる前に再審査の場合だけでも別の医師の直接の診察、診断書を参考にした判断が必要であると考える。

各県における後遺症診断書作成に関する問題点や対策について伺いたい。

回答　同様のトラブルは各県でも頻繁に発生している状況であった。現時点では、患者に対して（なるべく大規模病院への）セカンドオピニオンを促し、再検査の上、判断することが勧められる。なお、「後遺症診断書は治療開始から６か月以上で申請可能」とする規定はない。

日医は、後遺症診断書にはあくまで主治医の医学的所見の記載が必要であるとの見解であった。

4. 地域包括診療加算・地域包括診療料の算定要件の緩和について（広島県）

地域包括診療加算・地域包括診療料は主治医機能を評価したものであり、所定の算定要件や施設基準を満たせば、診療所は加算（加算１：25 点、加算２：18 点）又は診療料（診療料１：1,560 点／月１回、診療料２：1,503 点／月１回）のどちらかを選択し、算定できる（200 床以下の病院は診療料のみ）。

この加算又は診療料を算定するためには、対象疾患として４疾病のうち２つ以上を有する患者に対して在宅医療の提供（24 時間連絡・往診）、服薬管理（原則 24 時間対応）などが必要な上に、担当医となった医師は、研修要件として２年間で 20 単位（時間）の研修を受講し、かつ継続的に厚生局に届出し続ける必要がある。

最近では、この単位取得について、日医の研修会を録画したビデオ研修や e-Learning よる単位取得もできるようになっているが、多くの医師は研修会へ出席することで単位を取得しているものと推測される。働き方改革が叫ばれる中、24 時間対応を迫られる主治医機能を有するかかりつけ医が、さらに日曜の朝から晩まで研修会場に缶詰にされることには些か疑問を感じる。

また、平成 30 年度から日医の研修会を録画し

たビデオ研修も可能となったため、当会では本年度は 8 月 25 日（日）のテレビ会議による研修に加えて、10 月 27 日（日）に県北の三次市でもビデオ研修を企画している。来年度からは各市郡地区医師会主催でもビデオ研修を開催できるように調整する予定であるが、各県ではどのような形で研修会を企画されているか伺いたい。

なお、今後は日本医師会認定産業医制度のような基礎研修・更新研修の導入や取得単位数を減らすことなど、要件の緩和を強く望むものである。

回答　山口県医師会でも、8 月 25 日（日）のテレビ会議による研修会に加えて、10 月 27 日（日）にビデオ研修を開催する。

日医は、県又は郡市区単位の開催でも算定要件を満たすので、検討願いたいとのことであった。

5. 10 連休中の休日加算をめぐる各都道府県の取扱いについて（山口県）

本年 4 月から 5 月に掛けての 10 連休中における休日加算の取扱いについては、算定要件である「地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関」の解釈をめぐり、各都道府県又は市町村間で取扱いが区々になったようである。

このことは患者の自己負担金にも影響することであり、一物二価を容認することは、今後、長期連休がある度に議論が起きかねず、また、これを前例として「都道府県別の診療報酬制度」を是認することにも繋がりかねない。

次の年末年始は 9 連休になるわけであるが、休日加算は全国統一的な取扱いをするべきと考えることから、各県の意見及び日医の方針を伺いたい。

回答　各県の対応は大きく分けて二つあり、本加算は算定要件にもあるとおり、地方自治体と協議の上、救急医療対策事業の一環として「位置づけた」か「位置づけなかった」かの違いである。取扱いの県数もほぼ半々に分かれたが、各県の救急医療体制が異なるため、同位置づけも区々となった。しかし、診療報酬体系として、これでよかったのかは疑問が残るところである。各県とも、次の年末年始を含め、当面、特別措置を行うことはないとのことであった。

日医は、10 連休中の本加算について、厚労省から「算定要件は従来どおり」と通知されたことに伴い、各都道府県の解釈が区々になることを防ぐため、事態の収拾を図る目的から、「休日の医療体制を構築した場合は、休日加算が算定できる」旨の通知（平成 31 年 1 月 31 日）を発出したが、各県の救急医療体制が異なる中では十分に意図が伝わらず、申し訳ないとのことであった。

6. 労災レセプトに係る審査会の画面審査について（香川県）

労災レセプト電算処理システムを利用する医療機関が増えるとともに、審査会での画面審査の機会も増えている。しかし当県では、社保国保の審査に比べて画面操作が煩雑で時間を要し、審査委員の負担となっている。

そこで各県に以下について伺う。

①労災レセプト電算処理システムによる労災診療費請求の割合

②画面審査の問題点等

回答

①各県の状況は 20%～ 30%程度であった。

②ほとんどの県では、PC が 2 台しか導入されておらず、かつ、操作性が悪いことから利用されていない状況にあった。

7. あはき療養費に関して（愛媛県）

2019 年 1 月から、あはき（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）療養費の受領委任払いの導入が開始された。その際に同意書の有効期間が 3 か月から 6 か月に延長され、再同意には施術報告書が必要となった。しかし、このあはき療養費に関しては多くの問題を抱えている。

その一つに「B013 療養費同意書交付料」に関して、診療報酬明細書（レセプト）審査支払機関の国保連合会、社会保険診療報酬支払基金では、ほぼ無審査状態という問題がある。また、この療養費同意書交付料には「マッサージ」と「はり・

きゅう」の区別がない点も問題である。少なくとも療養費の支給条件が異なる点を考慮すると、医師の同意が「マッサージ」なのか「はり・きゅう」なのかが分からなければ審査支払機関では審査はできない。社会保険診療報酬支払基金では「B013 療養費同意書交付料」については原則無審査とされ、すべて保険者に一任されている。

そこで、各県医師会であはき療養費について問題視し、調査をしたことがあるか伺いたい。

回答　調査に及んだ県は少数であったが、「ケアマネ協会へ問題点を指摘する」、「国保連合会において、初診患者で B013 療養費同意書交付料の算定がある場合は、注意文書を通知する」等の措置を講じた県があった。山口県においては、会員へ事務連絡「柔道整復・鍼灸等の施術への同意書交付について」（平成 24 年 4 月）を発出して注意喚起を行っており、また、整形外科を標榜する医療機関へポスター「柔道整復・鍼灸・マッサージ等を受ける場合の注意事項」を作成の上、配布して患者への情報提供も行ったところである。なお、事務連絡発出後は諸団体から何件も抗議を受けたところであるが、それだけ影響があったものと考えている。

日医は、厚労省の関係委員会へ担当理事を出席させており、今後も「柔道整復」の問題と併せて、適切に対応していくとのことであった。

8. 医療機関における産業医の活動状況について（徳島県）

医師の働き方改革が問題となっている。これまで、医療機関では産業医が選任されていても、一般企業のように、産業医による長時間労働やストレスチェックでの高ストレス者の面接、また、職場巡視や安全衛生委員会への出席が確実に行われている状況にはないところもある。当会産業保健委員会でも、これまで医療機関での産業医の活動状況についての調査は行ってこなかった。医師の過重労働対策は、2024 年までに地域医療暫定特例水準対象を除いて、960 時間を超えないようにしていかなくてはならない。勤務間インターバル、連続勤務時間規定は非常に重要である。医療機関も労働現場として、産業医の適切な配置、職務の遂行が重要となる。働き方改革関連法案成立で、産業医・産業保健機能の強化として、産業医に対する情報提供、産業医権限の明確化、産業医勧告の実効性確保などが新たに定められた。これを医療機関にも展開していく必要があるが、県医師会として医療現場での産業医活動状況について、調査された経緯があれば教示いただきたい。また、今後の医療現場における産業医活動に対する取組み支援について、医師会としての見解も伺いたい。

回答　各県とも調査した例はなかった。なお、医療機関における産業医について、院長が産業医を兼務してはいけない点は、難しい問題であるとの共通認識であった。

日医も、医療機関における産業医は院外・院内のどちらがよいのか、今後も検討会で協議するとのことであった。

9. 県医師会における産業医活動の組織化について（香川県）

働き方改革関連法が成立し、今まで以上に産業医に求められる職責は重くなっている。そういった状況の中で、日医は産業医が安心して産業医活動に専念できる環境・体制作りに向け、各都道府県医師会に設置されている産業医（部）会と連携して産業医の組織化に取り組んでいると理解している。

現在、当県の産業保健活動は、県医師会と香川産業保健総合支援センターが連携して行い、産業医研修会などを実施している。さらに小規模事業場に対応するための地域産業保健センターは、県内 5 か所に設置され、それぞれ所属する郡市医師会と連携して運用されている。

しかし、現在のところ産業医が互いに情報交換や業務上の課題の相談をしたり、又は日医からの情報の共有や提言をあげるような県単位の産業医会の活動はない。

産業医の組織的活動に関する県医師会としての取組みについて、各県の状況を伺いたい。

回答　各県とも研修会等が頻繁に開催されている状況であった。山口県医師会産業医部会では、県内の産業保健活動を推進するために、山口産業保健総合支援センター、山口県産業医会等との連携のもと年間 18 回の郡市医師会協力の産業医研修会を開催している。県医師会では部会の総会時等、年 2 回の産業医研修会を開催し、山口労働局による特別講演「最近の労働衛生行政について」等の研修を行っている。

また、各郡市医師会産業保健担当理事を集めた会議を開催し、産業保健活動推進全国会議の報告を行うとともに各郡市医師会における産業保健に関する課題等の意見交換を行っている。

日医は、産業医についてはカンファレンス、事例研究等が難しい分野ではあるが、組織化の道筋が見えてきたので、相談窓口の設置等に取り組んでいきたいとのことであった。

10. 回復期リハビリテーション病棟のリハビリについて（高知県）

会員からの質問で、国保で入院の運動器リハビリテーション料（1）の請求で 7 単位以上算定しているのを 6 単位に査定したり、7 単位以上のレセプトに必要性を記載させる返戻事例があるが、各県の状況を伺いたい。

【国保審査委員会の見解】

疾患別リハビリテーション料については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断された場合には、患者 1 人につき 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できるとなっている。個々の病態、年齢（超高齢者）等を考慮して適切なリハビリの単位数の請求をお願いする。

レセプト内容のみでは判断しにくいケースにおいては、返戻してリハビリの必要性、具体的なリハビリの内容、経過等を確認する場合があるので、協力をお願いする。

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション 9 単位までは 1 日の上限であるが、患者の疾患、状態、年齢等を総合的に判断して実施していただくようにお願いする。

山口県　各県とも同様の事例は多く発生しており、年齢や疾患が影響している様子である。本県においても、社保及び国保において、「高齢者などに対して傾向的又は画一的な多単位請求がある場合は、過剰な保険診療（高額診療）となることから、理由確認のうえ査定もあり得る。」と合議されているところである。

日医は、一律の査定には適切な対応が必要との見解であった。

日医への提言・要望

1. 定額制の導入について（鳥取県）

国は、患者が自らの「かかりつけ医」を登録し、診察料が月単位の「定額制」になる制度の検討を始めたとの新聞報道があった。

一定の診察料を払えば、医者に「かかり放題」。しかしながら、国の本当の狙いは医療費の伸びを抑えることである。

定額制で頻回に来る患者の診察を繰り返しても、その分、診療報酬が増えるわけではなく、医療機関はできるだけ定額制の患者が来ないように誘導し、来院しても手間や費用をかけない診療になってしまうおそれがある。その結果、定額制の患者に対して、医学的に本当に必要な診療が疎かになり病状が悪化したり、重大な疾患が見落とされたりする可能性がある。

厚労大臣は、「定額制の導入は検討していない。」とコメントしているが、国はこの制度を導入して医療費を抑制しようと考えている。日医としては、このような制度を導入しないように国に強く求めるとともに、しっかりと監視していただきたい。

日医　この考え方は、財務省にはあり得るであろう。しっかり反論していく。

2. 職域検診における産業医によるがん検診勧奨について（鳥取県）

当県では、がんによる 75 歳未満年齢調整死亡率が高く推移しており、がん検診受診率向上に向けさまざまな取組みを行っているが、職域で行われているがん検診については現状も十分には把握できていない状況である。保険者、事業所の任意

である検診内容を把握するための統一したフォーマットも検討されているものと思われるが、現状での受診率向上については、特に小規模事業所において産業医の関わりが重要と考えられる。被扶養者を含め職域でがん検診を受ける機会のない者に対しては市町村がん検診の勧奨などが期待されるが、有効な取組みを教示願いたい。

日医　強制力があるものはないが、推進には取り組んでいる。また、産業医の関わり方も改善が必要と考えられる。

3. ニコチン依存症管理料の届け出および減算規定について（島根県）

禁煙外来を行う医療機関は、まず施設基準を満たしている旨を厚生局へ届け出て、受理後にニコチン依存症管理料を算定するが、この事務作業の煩わしさから禁煙外来を敬遠する医療機関もある。

その上、禁煙外来を継続するために毎年 1 年間の実績を届け出る義務があり、1 年間で平均継続回数 2 回以上又は算定実績がなかった場合は届け出直しが必要となり、次年度は所定点数の 100 分の 70 で算定するという減算規定を守らねばならない。

昨今、政府の受動喫煙対策により 2018 年 7 月に健康増進法が一部改正され、2020 年 4 月より飲食店を含むほぼすべての施設で原則、屋内禁煙となる。このような情勢の中、ニコチン管理料の施設基準を毎年の届け出る規定は禁煙外来の推進を圧迫するものと考える。多くの方に禁煙していただき、受動喫煙による害を減らすためにも、できるだけ多くの医療機関が禁煙外来を行って継続していけるよう、届出及び減算規定は廃止していただきたい。

日医　貴見のとおり理不尽な規定であり、改善していく。

4.『医科点数表の解釈』の電子書籍化について（岡山県）

『医科点数表の解釈』（いわゆる「青本」）は各審査機関でも長年使用されている医療関係者必携の書であるが、その情報量の多さゆえに約 2,500 頁に及んでいる。必要な事項を検索する場合にも慣れていなければ時間のかかる作業になってしまうが、これを電子書籍化すると同時に簡素化すれば、検索、閲覧などに費やす時間も短縮され、非常に効率的に参照することが可能となる。また、一般的な出版物に比べて質量、容積ともに大きく郵送等の費用も看過できないため、これらの問題も電子書籍化することによってすべて解決すると思われるので、日医で検討していただきたい。

日医　民間企業（社会保険研究所）の判断となるが、かつての CD 化と同様に要望していきたい。

5. ICT 化における診療報酬評価と医療等分野の相互接続基盤の早期導入（岡山県）

現在、国においては医療の ICT 化を推進しており、オンライン診療はもとより、診療情報提供や退院時カンファレンス等さまざまな領域での使用が認められている。しかし、医療情報という機微な情報（要配慮個人情報）の交換のため、セキュリティー管理をはじめとする設備経費が利用の足かせになっている。これらの負荷を少なくする目的で、被保険者資格確認、オンライン請求、電子紹介状、電子処方せんなど ICT サービスを共通利用する相互接続基盤ネットワーク整備が総務省、日医などの協力で実証されてきたが、一向に方向性が見えてこない。個々のサービスが進む中、その接続には 1 対 1 の固有の回線が必要となるが、これも経費負担の増加につながり、ICT 化の阻害要因となる。今後の ICT の導入は避けられないため、これらの現状を踏まえ会員の負担軽減を見据えた診療報酬上の適正な評価を働きかけていただきたい。

日医　積極的に要請していく。

6. データ提出加算（中小病院）の経過措置について（山口県）

入院基本料の加算である「データ提出加算」において、中小病院（50 床未満）については、経過措置として令和 2 年 3 月 31 日まで当該施設基

準を満たしているものとみなされ算定できる。ただし、経過措置終了後も算定を継続するためには、同施設基準である DPC 請求の体制を有し、また、その届出を（2 か月分の試行データが必要であるため）期限である本年 11 月 20 日までに提出する必要がある。中医協においても、提出項目の簡素化や 200 床以上における検証結果を踏まえた上での導入等、現場の負担を考慮する等の意見が支払側、診療側双方からも出されているが、現状では、中小病院の多くが間に合わない状況と仄聞する。経過措置の対象である入院基本料等については、データ提出加算の届出要件を延長又は緩和されるよう要望する。

日医　現在、交渉は進めている。

7. 支払基金改革について（徳島県）

健康保険法改正案が可決し、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法の一部を改正する法律が施行され、支払基金改革が現実のものとなる。

①支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンス強化〈2021 年 4 月施行〉

②職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国 10 か所程度の審査事務センター（仮称）に順次集約〈2022 年 4 月以降～〉

③審査委員会は、本部の下に設置（現行は支部の下に設置）

・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47 都道府県

・審査委員会の審査補助業務は 47 の審査事務局で実施

となり、かろうじて今まで審査委員会と県医師会等の間の顔の見える関係は残されたが、全国で 10 か所の審査事務センターでの審査が中心となり、支部間差異の解消にはなると思われるものの、各県の医療事情に照らした細やかな審査が難しくなる。支部間差異には、審査以外にも保険者からの再審請求もあり、特に 6 か月を経過しての再審査請求については、当県では「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」（昭和 60 年 4 月 30 日）、厚生省保険局課長通知等による「支払基金に対する再審査の申出は出来る限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則 6 か月以内）を遵守すること。」等を踏まえ、平成 28 年 3 月に県医師会より基金に申し入れを行い、現在 6 か月を超える再審査は激減している。しかしながら、全国的には 30 か月を超える再審査請求がいまだにあるなど、厚生省課長通知を無視している事例が認められ、今後、審査の集約により今までの当県の再審査の取り決めも反故にされるおそれがある。

日医は、再度厚生省通知を徹底するよう、厚生労働省、支払基金、保険者団体に強く働きかけることを要望する。

日医　性急な改革には疑念がある。もう一度、実態に応じた実証テストを実施することが必要であり、10 か所への集約は反対していく。

8. オンライン資格確認等について（愛媛県）

2021 年 5 月から、従来の被保険者番号（世帯単位の番号）に個人単位の 2 桁番号を付してレセプト請求が計画されている。そのため、2020 年 4 月以降、各保険者で個人単位の 2 桁番号が発行開始され、可能な保険者から保険証の順次切替えがはじまる。また、現在発行されている保険証を回収するまでの対応として、さまざまな運用案が検討されている。

・保険者から加入者本人に 2 桁の番号を通知する（通知方法は紙のほかメールも可）。

・通知には、保険証の氏名、生年月日、記号・番号、発行機関名・所在地等も記載。

・本人は受診時に保険証を提示するとともに、通知の紙又はメールの文面（携帯電話のメール画面も可）を提示し、2 桁の番号を申告する（2021 年 4 月診療分から）。

・紙などの通知の提示に代えて、保険証の本人住所の自署欄に 2 桁番号を自署する、保険者が 2 桁番号のシールを貼るなどの方法を選択することも可能とする。いずれにせよ、医療機関の受付では患者本人から 2 桁番号を得るために混乱が生じることが考えられ、保険証の切替えまで本人が 2 桁番号を申告できない高齢者等も出ると思われる。

また、２桁番号を得られなかったレセプトも、社保、国保で受理されるのか不明である。

次に、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認は、正式に法律で定められた制度となったので、これを推進して保険証発行コストを削減しようとする（保険証の発行を止めようとする）保険者も出てくるものと思われ、医療機関の事務ではオンラインでの資格情報取得と現状の被保険者証確認による事務が交錯する状態になるが、日医はどのような対応を考えているか伺いたい。

日医　当分の間、実施は難しいと考えられる。

9. オンライン診療料について（高知県）

2018 年 4 月の診療報酬改定で「オンライン診療料」などが新たに導入されたが、医療は対面診療を原則とし、オンライン診療はあくまでも補完としての位置づけであると理解している。離島僻地などにおいては非常に有益なことであり、今後、医師偏在問題や働き方改革において利用拡大が期待されるものと考える。しかし、離島僻地と都市部におけるオンライン診療は、明確に異なる性質のものであり、別々の算定要件及び診療料を設けるよう働きかけていただきたい。

日医　患者の利便性にのみ注目すべきではなく、不用意な拡大は危険であるため、あくまでエビデンスに基づいて慎重に対応していく。

報告：常任理事　萬　　忠雄
理　　事　伊藤　真一

第２分科会「地域包括ケアシステム」

第２分科会は、日本医師会の江澤和彦 常任理事をコメンテーターとして迎えて、担当県の高知県医師会の進行により開催された。今回の分科会では、「地域包括ケアシステムの構築」に関して各県の取組みや課題をそれぞれが発表し、「認知症関係」「有床診療所と介護医療院転換」「災害避難」については、指名のあった県が回答していった。

各県からの提出議題

(1) 医療、介護、行政等における多職種連携システムの商用又は自前での構築及び活用例について（鳥取県）
(3) 地域包括ケアシステムを地域住民に啓発する活動に関する取組みについて（岡山県）
(4) 高齢者だけでなく障害児者や子ども・子育て家庭など幅広い対象に向けた地域包括ケアシステムの構築への取組みについて（広島県）
(5) 小規模医師会等における中山間地や離島等での地域包括ケア構築への取組みについて（山口県）
(7) 地域包括ケアシステム推進に向けての住民組織や産業界との連携への取組みについて（香川県）

鳥取県

(1) 多職種連携システムについては、本県西部において商用システムの「バイタルリンク」を昨年度より導入して、徐々に活用が始まっている。

(3) 地域包括ケアシステムの住民啓発については、東部地域を中心に行政からの委託の中で、仮想症例の寸劇 DVD、独自の ACP パンフレット、ACP の考えを盛り込んだ終活支援ノートの作成などにより地域住民学習で活用している。参加者からは良い評価をいただいているが、参加者のほとんどが高齢者であるため、介護を支援していく側の若い世代にどのように参加・理解を深めていくかが課題である。

(4) 幅広い対象に向けた地域包括ケアシステムの構築については西部地区で全国に先駆けて鳥取大学医学部小児科を中心に取り組んでおり、今年度、米子市には発達障害の小児や医療的ケアを必要とする小児の在宅医療に取り組む２院が開設された。まだ、始まったばかりであるが、障害を持つ小児を如何に地域で支えていくか、行政とともに医師会も模索していきたいと考えている。

(5) 中山間地域、離島での地域包括ケアシステムの構築については、自治医大卒業医師及び鳥取大学医学部特別養成枠卒業医師を県職員として採用して、指定勤務期間内に不足する自治体立病院や診療所へ派遣することにより地域医療を支えてい

る。しかし、特に特別枠卒業医師の進路については、入学時の厳しい制限が課せられており、学生のキャリアパスの中では不満が生じているようである。入学時と卒業時の社会情勢等の変化により、当初の規制が時代に合わなくなっていることもあり、県行政と医師会とでも協議をして、ある程度は学生の希望通りにできるよう軌道修正を図っているところである。(7) 産業界との連携はほとんどない。

島根県

(1) ICT について、平成 25 年に全県ネットワーク「まめネット」が稼働しており、平成 27 年から「まめネット」の中で、介護分野への連携を進めている。現在、参加施設は 841 施設、医療機関は病院 41 施設で全病院の 80% を占める。医科診療所は 281 で全体の 40% が参加している。①在宅情報共有サービス、②認定情報共有サービス、③ケアプラン交換サービス、④汎用文書送信サービスを活用しており、情報連携による円滑な情報共有と各職種において課題であった業務負担の軽減効果が実証され、介護分野で 368 施設が参加している。今年 10 月からは、「まめネット」の回線を利用した Web 会議システムを導入する予定である。

(3)・(5) 地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想とが同時進行しているが、特にへき地での医師不足は他県同様に課題である。平成 29 年に在宅医療の供給体制について、全県的に往診件数、訪問診療件数、在宅療養指導管理の患者数、夜間往診、2025 年に予想される往診・訪問診療件数、継承等について調査された。予想どおり開業医の高齢化、継承者不在などにより、在宅医療を実施する医師が不足する見込みで、へき地・山間部において特に夜間の往診が減少するという結果となった。その対策としては、フォーラムなどによる健康づくり・介護予防と一体となった在宅医療・在宅介護への住民への理解促進、通院支援等の移送サービスや居宅介護に対応した小さな拠点づくり、訪問診療設備・機器の支援、訪問看護ステーション及び訪問看護師養成への支援等を行う対策を考えている。

岡山県

地域包括ケアシステムそのものは、基礎自治体と地区医師会が頑張るところだろうと思ってきたが、県医師会として何らかの働きかけができないか、特に、地域住民に対する啓発活動について考えてきたところで、現会長自らが地域に出向き、地域の住民と直接対面して、ACP・人生会議、フレイル対策、受動喫煙防止などについて、健康で生活し続ける意義やそのための方策について議論が展開されている。少人数で対話をしたいということで、毎月 1 ～ 3 回の数をこなしている。同時に、地区医師会の活動をバックアップするために、大きな額ではないが費用の支援をしている。今後、これらの活動を総括・評価して、県医師会としてできることを更に考えていきたい。

広島県

(1) 平成 25 年度から ICT を利用した地域医療連携システム「HM ネット」を運営しており、診療情報開示・参照システムの他にさまざまなグループウェアを構築し、歯科医師会、薬剤師会、看護協会など多職種を含めて稼働させている。26 年度からは自前で構築した在宅医療支援ツールの運用を開始しており、複数医師の協働による在宅診療を支援する共同在宅診療システムと、多職種連携を支援する在宅医療介護支援システムがある。県内の活用状況は、連携施設 133 施設、登録患者数 526 名で、県内全域で活用されているとは言えないが、特定の地域では利用されている。30 年度には、商用の TV 会議システムを導入し、多職種における退院時のカンファレンスや小会議が HM ネットを利用して実施できるようになった。

(3) 啓発活動については、大きく 2 つの取組みを行っている。①県歯科医師会、薬剤師会、看護協会と共同で「県民が安心して暮らせるための四師会協議会」を立ち上げており、健康寿命の延伸をテーマとしたフォーラムを毎年開催している。今年度が高血圧予防、昨年度がメタボ予防といったテーマで取り組んでいる。②医療・介護・福祉の職能団体や老人クラブ連合、県民生委員児童委員協議会など 22 団体で構成する「21 世紀、県民の健康とくらしを考える会」を平成 13 年度か

ら設けており、そこでは在宅医療、がん、健康寿命の延伸、人生会議といった医療・介護・福祉に関わるフォーラムを毎年開催している。その他、ACP に関して、広島県地域保健対策協議会に委員会を設け、広島版の ACP 説明ツールの手引きの作成をしており、現在のものが第三版に至る。本県では、「元気なうちから、もしもの時のことを話し合う文化」を醸成する事業を進めてきている。

(4) 厚労省では、地域共生社会の実現を政策として掲げられているが、現在の地域包括ケアシステムでは、介護を必要とする高齢者が主体である。今後、ネウボラを含めた医療的ケア児や障害者等を対象としていくのならば、人材育成を含むマンパワーや財政的な課題がある。各県の回答によると、取組みが始まっているのは、香川県のモデル事業、高知県での小規模多機能拠点の事業であり、取組みが進んでいるとは言えない現状ではないか。本県も同様で、現在は、それぞれの事業が細切れに取り組まれており、横断的に包括的な取組みが見られないのが現状にある。日医からも、厚労省へ明確な運営方針を示すよう要望していただきたい。

高知県

(4)・(5) 本県は、中核市である高知市に人口の約 47%、中央圏では 76% が集中しており、医療施設も約 80% が中央圏に集中し、人口のみならず医療においても偏在が顕著である。本県で特徴的なものは、県の施策で、国の「ふるさと雇用再生特別交付金」を活用し、既存の福祉制度の枠組みを超えて、子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、誰もが 1 か所で必要なサービスを受けられる小規模多機能支援拠点を整備する「あったかふれあいセンター事業」(実施主体：市町村) を創設している。いわゆる共生型の支援を目指す拠点であるが、10 年が経過し、サテライトを含め全県下 270 ヶ所に広がっている。本県では、地域包括ケアシステムの構築は、中央圏域と中山間地域とでは全く異なるものとなっており、中山間地域では、行政によるインフラ整備では追いつかないところで、やはり人・施設・サービス等の集約が必要となっている。その中で、「あったかふれあいセンター」事業を利用して人を集約し、その上で、地域包括支援センターを中心として外付けし、住民の医療・介護を確保してきた。一方、中山間地域の訪問看護体制を整備することにより医療の幅が出てきている。行政と両輪で地域包括ケアシステムの今後を考えていかなければいけない。

(1) ICT 利用のシステムについて特徴的なものはなく、他県と比べると遅れているのではないかと思われる。

(3) 啓発事業は、高知市医師会がフレイル、地域包括ケア、在宅医療等をテーマに市民フォーラムを毎年開催している。昨年度は「自分が願う人生の終末期」と題して、ACP をテーマに開催して多くの参加者があり、市民の関心の高さが窺えた。

愛媛県

(1) ICT を活用したネットワーク構想は、20 年経過しており、その結果、それぞれ地域の個別のネットワークを支援するための全県対応のネットワーク基盤を構築している。介護のネットワークについては、一部の地域で商用のシステムが導入されているが、県全体のネットワークへつなぐことについて、現状では必要性をそれほど感じておらず、必要があれば運用状況等を把握して今後検討していく。

(3) 地域包括ケアシステムは基本的には 2025 年に向けて考えられたシステムと考えているが、日本はそろそろこのシステムから次の段階を考えていかなければいけないレベルにあると考える。2040 年には、今まで在宅医療を進めていた地域でも、対象の人口が減っていき、最終的には住み慣れたところで最期まで暮らしていくことは難しくなると思われる。地域包括ケアシステムは、県が主導というよりは、それぞれの地域、郡市医師会又は地域包括支援センター単位でそれぞれ考え、それをサポートしていくのが県の役割だと考えている。

(7) 住民組織や産業界との連携について、産業界は利によって動くため、例えば認知症対策による GPS 等の監視に粗利益が出るのであれば、産

業界は動くかもしれない。個人的には、これらとの連携は厳しいのではないかと考えている。
(4) 幅広い対象の地域包括ケアシステムについては、最も立場の弱い子どもや身体障害者について、本県でもその対応が難しいものの、今後検討していきたい。個人的には必ず 2040 年、2050 年を見据えて動かなければいけないため、コンパクトシティ化していかないと将来は成り立たないのではと思っている。

香川県

本会では、主に基金を利用し、多職種による研修会を地区医師会及び本会で実施してきた。また、住民向け講演会も地区医師会の実施を支援する形で行ってきた。さらに、在宅医療については、人材確保の観点から研修会やベテラン医師との同行実習などを行ってきた。このようにして、「在宅医療介護連携推進事業」を県全体では取り組んだことになっているが、その内容には地域で大きな温度差がある。課題としては、熱心な地域はさらに新しい方向性を見つけて進んでいる一方で、他地域の状況についての情報共有ができていないとのことである。
(7) 産業界との連携については、介護保険サービスだけでなく、健康増進・予防といったヘルスケア的な連携が必要と考えている。今後の方向性としては、行政の縦割りがあるので難しいが、医療介護及び障害を一緒に取り組めれば良いと思っている。
(1) ICT に関しては、K-MIX、K-3MIX ＋（かがわ遠隔医療ネットワーク）が運用されており、介護分野でモデル事業を行ったところであるが、コスト、使いやすさ、セキリュティー等の課題や開示情報の内容について整理し、今後検討していくことになっている。
(5) 本県も島が多く、患者サービスが不足している。一部の市町では独自の施策として、訪問介護事業者等に対する船賃等の助成を行って、何とか維持しているところである。

徳島県

平成30年1月の県全体の高齢化率が32.5%で、地域別では 23.9%（藍住町）から 55.5%（上勝町）まで幅広く、それぞれの市町の特徴に合わせた地域包括ケアシステムの構築、まちづくりがされている。また、同じ町の中でも、市街地と山間地で状況が異なっており、地域特性に合わせた社会資源の把握が必要と考える。
(5) 離島、山間地域でのシステムについて、県南部の海部・那賀地域における医師不足の打開に向け、公的医療機関が一体となった医療提供体制「海部・那賀モデル」を構築している。地域全体で医師をはじめとする医療従事者をフォローする体制づくりに取り組むため、平成 27 年に「海部・那賀モデル推進協議会」を立ち上げ、地域の医療関係者や行政関係者と情報共有に努めている。その他、那賀町では認知症対策を核にして、地域包括ケアシステムの構築が取り組まれている。27 年度に認知症サポーター養成、見守りネットワーク、認知症行方不明者捜索訓練を行い、28 年度にはサポーターを若者にも拡大し、認知症 VR 体験等もしている。29 年度には、SOS ネットワーク事業、認知症見守りネットワーク模擬訓練では小・中学生も参加し、世代間交流もなされた。30 年度には、「那賀ライフシフトカレッジ」として、より多くの住民が主体的になれるように人生 100 年時代に向けて、必要な知識を学ぶ目的で、徳島大学が協力して、地域住民と専門職がともに地域づくりを行うことを目指す勉強会が開催され、居場所・つどいの場の立ち上げ支援が行われている。今年度は、ご近所サポーター養成講座を行い、自助・共助・公助のネットワークづくりを展開しているところである。
(7) 産業界との連携については、県西部のみよし市で、高齢者が安心して在宅生活を続けるために役立つ社会資源の活用を目的とし、地域や関係機関を対象としたアンケートを基に、情報共有ツールとなる「まごのて手帳みよし」を作成している。具体的には、高齢者向けサービスを行っているお店の情報をはじめ、物忘れ相談ができる医療機関や訪問診療が可能な医師、歯科医師、薬剤師等の情報をリストアップするなど、在宅で利用できる医療サービスの充実にも繋げている。引き続き、支援者、商店、要支援者をつなぐツールと

して活用されるよう、定期的に更新することが今後の課題である。また、医療や福祉と関係の薄いジャンルの方々も巻き込んだ「住民、商店」プラス医療と介護の連携などの街ぐるみのネットワークや支援体制が構築できないか検討している。

山口県

本県は全国 4 番目の高齢化県で、高齢者 2 人世帯及び高齢者 1 人暮らしの世帯割合もそれぞれ全国 1 位、4 位となっており、人口は急激に減少しつつある。また、地理的特徴として、いわゆる中核都市がなく、中小都市が分散点在している。各郡市医師会の規模もそれほど大きくはなく、医師の偏在も顕著である。加えて、若年医師の県外流出が顕著となっており、県内医師の平均年齢は全国最高齢で医師会員数も減少傾向にある。一方で、従来の介護保険三施設（介護療養、老健、特養）や有料老人ホーム、グループホーム等の総定員数は全国平均程度であるが、人口当たりの療養病床数は高知県についで全国 2 番目で、今後は介護医療院への転換が進んでいくこととなる。そのため、現状でも数的には在宅医療は居宅よりも施設在宅、施設介護が圧倒的に多く、地域包括ケア構想のシェーマである「重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で、可能な限り自分らしい生活を継続することができる」とはかけ離れているのが現状である。

自治体によって医療・介護資源には大きな格差があり、当然、地域包括ケアの取組みも自治体によるばらつきが大きい。それでも、会員数の多い医師会ではさまざまな取組みが行われているのも事実であり、在宅ニーズも少ないせいか、在宅医療に関わる医師が不足しているということもない。

問題は高齢化が進行する中での医療・介護資源の乏しい中山間地や離島での地域包括ケア構築への取組みである。医師会員数も少なく、自治医大出身者中心の県立総合医療センターの地域医療部が主として支えている状態ではあるが、地域の共同体も人口減少で崩れつつあり、人材不足や高齢化によりキーパーソンもいない状況では、高齢になれば早期に施設介護となることも多いのが現状である。

（1）ICT に関して、本県では、以前、県行政主導による全県的な地域医療連携情報システムが破綻しているため、県が熱心ではない。現在、8 医療圏で個別にシステムをつくっており、お互いがリンクしていない。介護についても、医療情報システムに乗っかっているが、それほど活用されていないのが実態である。

地域包括ケアシステムへの本会としての関与はなかなか難しいが、地域包括ケアの啓発活動としては、当初、平成 29・30 年度の 2 年間に限定して、県内の各郡市医師会の実施する、行政からの委託･補助事業の対象とならない事業に対して、県医師会の地域包括ケア推進事業として、上限額を決めて事業費を補助した。2 年間でほぼすべての郡市医師会で地域包括ケアに関する市民公開講座やシンポジウム、医療・介護関係者向けの研究会等が実施されたが、財政基盤の弱い郡市医師会も多いことから、この事業は当初予定の 2 年間に留まらず現在も継続実施中であり、郡市によっては行政とタイアップしての恒例行事となっているところもある。しかし、まだまだ入院や施設介護への依存度が高いため、一般市民には地域包括ケアの概念が浸透しているとは言い難く、意識改革も進んでいない。高齢者対象の地域包括ケア構築に汲々とする状態では、その他の社会的弱者を対象とした具体的な取組みは見られないし、産業界との連携等も無い。

地域包括ケアに完成型はなく、今後も啓発活動の継続が必要であろうし、全般的に在宅看取りも横ばいであることから、特に ACP の普及に関しては、県行政との協議を通して、合同で取り組んでいく予定である。

質疑

広島県　岡山県では ACP や人生会議の普及啓発に取り組まれて中高生にも話しに行かれているものの若い人にとってはあまり関心がないといった印象があるが、その反応は如何か。

岡山県　臓器移植の問題から始めた経緯がある。実際には、岡山大学で臓器移植をされている先生から、その時にご両親がどのように考えて決断さ

れたか等の経験をお話しされたりしている。生徒はそれなりに真剣に考えてくれていると聞いている。

山口県　かなりの頻度で開催されているが、会長がすべて参加されるのか。また、時間はどのくらいか。

岡山県　会長がすべて参加されている。会長のもう一つの想いとして、県医師会の活動内容をぜひ伝えたいという強い気持ちがあるため、ハードスケジュールではあるが、こなされている。時間は約 2 時間で、平日は昼間になる。

認知症関係

(2) 認知症サポート医の活動等に関して、これまでの行政主導の施策から、医師会として、今後どのように事業・支援の計画立案又は関わり合いを持っていくのか（島根県）

(8) 認知症による徘徊者の死亡撲滅についての各県の現状と対策について（愛媛県）

鳥取県

サポート医は、資格というよりも認知症の地域医療の中での役割を表していると言える。県医師会としては、特に、地域の中で連携がスムーズにいくような形で、各地域で多職種の症例検討会を行っている。

島根県

本県では徘徊による死亡例はほとんどないと思うが、住民からの情報は警察へ届けてもらい、連携して対応している。GPS が有効だと思われるが、コスト面などに課題がある。保護した際に、誰か分からないという場合があり、個人を特定するためのツールが望まれる。

広島県

認知症の早期発見や早期診療体制の充実を図るため、所定の研修修了者を物忘れ・認知症相談医、いわゆる「オレンジドクター」として認定している。本会としての関与は、今後も積極的に認知症サポート医の養成に協力していくことをメイン事業としていく。また、県行政と本会が構築している HM ネットを活用して、広島県認知症地域連携パス（ひろしまオレンジパスポート）を普及啓発していく中で、認知症についてより専門的な知識を有するサポート医が地域の医療・介護資源をコーディネートすることができるようにステップアップ研修に協力するとともに、関係各部署と密接に連携しながら取り組んでいきたい。

有床診療所と介護医療院転換

(9) 在宅医療の後方支援としての有床診療所の活用について（在宅患者緊急入院診療加算の算定状況）（愛媛県）

(10) 介護医療院への転換に関する現状と課題について（高知県）

山口県

(9) 2017 年度の NDB を活用した各診療行為（診療報酬の算定回数）の地域差を見える化したデータによると、本県は全国平均よりかなり低い。在宅患者で増悪した場合、救急対応は有床診より病院への入院がかなり多いのが現状である。

(10) 本県では、726 床、12 施設が開設され、定員数は全国 4 番目になる。元々、療養病床の多い県で、これから更に介護医療院へ転換されることが考えられる。介護療養病床からの転換は地域医療介護総合確保基金、医療療養病床からの転換は病床転換助成事業により補助金等の交付があり、積極的な転換が順調に進んでいると考えられる。計画上はまだ余裕があり、転換はこれからも進むものと予想される。

徳島県

(9) 有床診療所の在宅患者緊急入院診療加算の状況は把握していないが、国保連合会及び支払基金へ問い合わせたところ、ほとんど活用されていない状況にあった。在宅医療を行っている診療所や後方支援を行う急性期機能を持つ病院とのネットワーク構築はこれからの課題であり、有床診療所の活用はまだまだこれからである。

(10) 令和元年度 7 月末現在、8 施設（235 床）で医療療養からの転換が 2 施設（98 床）になる。転換が遅れ気味に感じるが、これから計画されて

いる施設もあるので、転換が進んでくるものと考えられる。ただし、医療機関としては、人材確保の問題や医療機関でなくなることを危惧する声がある。また、医療療養からの転換の場合は、介護保険事業に慣れていないために、重要事項説明などの契約関係や処遇改善加算、情報公開など、戸惑うことも多いと思われる。

香川県

(9) 在宅患者緊急入院診療加算の状況については、よく把握できていない。

(10) 制度開始当初、2 施設が転換されたが、それ以後はない状況が続いている。介護保険への移行には心理的なハードルがあるように見える。

愛媛県

(9) 今回、アンケート調査を実施した結果、有床診は在宅療養支援診療所としての施設基準の届出にかかわらず在宅患者の入院が多数あり、そうした意味では重要な役割を果たしていると考えられる。在宅患者緊急入院診療加算は、有床診療所よりも病院での算定が増えている様子である。

(10) 令和元年 6 月末現在、転換施設は 3 施設、141 床であった。転換方法がわからず足踏みしていた施設も、転換した施設の方法を参考に今後は転換が進むと予想している。医療療養病床、転換型老健から介護医療院への転換は多少ハードルが高いように感じられるが、2025 年度で介護療養病床の廃止が決まっているため、介護医療院への転換は確実に進むと考えている。

災害避難

(6) 病院や施設では、地域により洪水・浸水、土砂災害、津波に係る避難確保計画作成や避難訓練等が義務付けられているが、在宅患者の避難に関する対応手順の作成や情報共有方法はどのようにされているか。(徳島県)

岡山県

昨年の西日本豪雨において、避難困難であった在宅患者の方々で残念ながら被害に遭われて亡くなられた方が少なからずあった。これを機に本県では地域防災計画が見直され、避難行動を取ることの難しい避難行動要支援者がいることに留意し、地域において自主的な防災組織の設置・育成によって、要配慮者への安全確保に対する体制を整備することが謳われている。具体的には、①避難行動要支援者名簿の作成、②福祉避難所の確保、③防災知識の普及、④災害広報と情報提供、⑤生活支援に対して県、市町村、住民のなすべき行動目標の設定とその実践に取り組んでいる。これらに郡市医師会も積極的に関与していくことにより、地域住民が要配慮者とともに助け合って避難できる体制づくりに努力している。

山口県

本県では、平成 18 年に「災害時要援護者支援マニュアル策定ガイドライン」が策定され、それ以後の事例や、東日本大震災等から得られた教訓により、対策ガイドラインの改訂が行われている。

市町が個別に決めていくことになるが、避難行動要支援者の例として、

生活の基盤が自宅にある方のうち、以下の要件に該当する方

①要介護 3 ～ 5 を受けている者

②身体障害者手帳 1・2 級（総合等級）の第 1 種を所持する身体障害者

③療育手帳 A を所持する知的障害者

④精神障害者保健福祉手帳 1・2 級を所持する者で単身世帯の者

⑤市の生活支援を受けている難病患者

⑥上記以外で自治会が必要を認めた者

を定めて避難行動要支援者名簿を作成し、氏名や連絡先、避難支援を必要とする事由等を掲載し、情報の管理が行われている。

日医

(1) 医療・介護連携について、介護事業者は小規模事業所が多く、経営体力がそれほど強くはないため、多額の費用をかけて取り組むことは難しい。また、医療現場より介護現場のほうが ICT の導入が遅れているため、ICT に関するリテラシーや意識が必ずしも高くないところもあるので、留意して医療側から手を差し伸べてアプローチす

ることが必要。日医としては、安価又は無料で利用でき、タイムライン等の機能を備えるコミュニケーションツールである SNS は、医療・介護連携には最適なツールとしている。医療・介護関係者が患者の究極の個人情報を扱う重要性と責任についての認識を今一度高めていただき、留意して拡大していく必要がある。ネットワークは構築することが目的でなく活用することが目的であり、費用対効果を充分に勘案していく必要がある。

（2）認知症サポート医の研修については、昨年度末までに 9,950 人が修了され、近年、参加者が増えている。当初の新オレンジプランでは 1 万人が目標であったが、今年度第 1 回の研修会で既に突破している。現在､目標が上方修正され､2025 年に認知症サポート医を 16,000 人以上になっているが、このままで推移するとおそらく目標は達成されるのではないかと思われる。かかりつけ医認知症対応力向上研修についても、29 年度末で受講者が 6 万人近くになっている。現在、地域支援事業における一般介護予防の検討会が行われており、また、日本健康会議に介護予防 WG が設置されており、いろいろな場で介護予防の議論が始まっている。全国各地に相当数設置されてきたが､「住民主体の通いの場」に医師会あるいはかかりつけ医等の専門職が関わっていくことで、より質の高い取組みができると考えている。

（4）厚労省の「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」の中間とりまとめが 7 月にされた。高齢者以外を含めて、住民が地域共生社会の中でいかに生き生きと暮らしていくかということである。高齢者以外の地域包括ケアシステムについては、医療的ケア児以外にも、昨年度から精神障害にも対応したシステムの構築に向けた目標設定が検討されてきた。

（5）現存する社会資源をいかに有効に活用するかが重要と考える。新たに資源を投入して、仕組みをつくって活用することは、なかなか難しい。ここ約 10 年間において、地域枠に 1,795 名の医学部定員が増えている。2018 年度の医学部定員は 9,419 人で、臨時定員増による地域枠・地元枠は 1,010 人に達している。2011 年度でこの臨時定員増は一旦解消されたが、日医としては恒久定員の中に地域枠・地元枠を確保すべきと主張してきた。今年 3 月の医師需給分科会で、そういった方向性が取りまとめられ、昨年の医療法改正においても、地対協の協議を経た上で、地域から大学に対して地域枠・地元枠の設置・増員について要請できるような仕組みができた。

（8）警察庁の公表資料では、平成 30 年の行方不明者 87,962 人のうち認知症患者は 16,927 人と、2 割近くになっている。厚生労働省は各都道府県のサイトへリンクする「行方のわからない認知症高齢者等をお探しの方へ」を掲載している。

（10）介護医療院については、厚労省としては失策は許されない状況にあるので、今後も転換を進めていくものと考える。

日医への提言・要望

1. 過疎地域の地域包括ケアシステムについて（鳥取県）
2. 介護老人保健施設のさらなる「在宅支援と在宅復帰」を目指して（島根県）
3. 介護医療院の普及について（岡山県）
4. 在宅医療を含めた地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の負担軽減について（広島県）
5. 在宅療養後方支援病院の施設要件の緩和を（山口県）
6. 中小医療機関の介護医療院への転換支援策について（徳島県）
7. 介護老人保健施設の地域包括ケア病棟への在宅復帰分子への回復について（愛媛県）
8. 介護人材の育成と確保について（高知県）

［報告：理事　吉水　一郎］

第 3 分科会「地域医療・地域保健」

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

各県からの提出議題

医師会立の看護職員養成施設の状況について（鳥取県）

当県は、3 つある地区医師会がそれぞれ准看護師養成施設（看護高等専修学校）を運営している。

そのうち、米子看護高等専修学校（西部医師会）では、入学者の確保とその質の担保が難しいことより廃校を決議し、本年 4 月入学の生徒募集を停止した。また、鳥取と倉吉の看護高等専修学校では、本年 4 月の入学生が定員を大幅に下回り、運営に支障をきたしている。倉吉では、数年前から入学者数が定員を下回るとともに、退学者もかなりいることから、中部医師会より数百万円を支出している。次年度も入学者数が少なく、今年度並の入学者数として試算すると約 700 万円の支出が必要となり、会費の値上げの必要性が生じることから廃校を決議し、来春の入学生を最後とした。

全国的に准看護科の応募者数がここ 3 年間で急激に減少している。残る鳥取の 1 校も定員 40 名に対し入学者は 7 名である。ここも赤字ではあるが、急患診療所を併設しているため、その利益で学校の運営ができている。

ついては、各県の准看護師養成施設の運営状況並びに持ち出しがどの程度であれば耐えられるのか等、今後の動向をお聞かせ願いたい。

広島県　当県もほぼ同じ状況である。広島市の養成所は全国一のマンモス校である。大きい学校ほど経営が逼迫している。看護科の学校が増えると准看の応募者が減ってくる。また、看護協会の影響で、准看の教員になりたがらない。教員の養成自体も難しくなっている。

山口県　当県には医師会立看護職員養成所が 8 校（准看護師科 7 課程、看護師科 2 年 3 課程、看護師科 3 年 1 課程）ある。近年は応募者の減少により入学者数が定員割れしているが、本年度はすべての課程で大幅な定員割れを来した（定員に対する入学者の充足率は、准看護科 64.4%、看護師 2 年課程 56.4%、看護師 3 年課程 71.4%）。校納金の減少等による運営の困難さから、本年 6 月に 1 校（准看護師課程、看護師課程を有する）が次年度からの学生受け入れの停止を決定した。

当会は本年度、准看護師科 1 課程に 120 万円、看護師科 1 課程に 100 万円を助成している。郡市医師会からの助成金は、1 校（准看護師科＋看護師科）で約 320 万円、3 校（准看護師科）で 10 万円～ 150 万円、助成なしが 4 校である。学生の受け入れ停止を決めた学校では、所管郡市の A 会員全員からの運営のための寄付により本年度の運営は可能となったが、次年度以降も寄付を継続することに対し、会員の約 8 割が反対し、受け入れ停止が決定した。

今後の運営に関して、1 校が養成所の統合再編の必要性を訴えているが、他の学校は、統合再編のメリットを現時点では見出だせない、当該地区には他に学校がないため養成所を廃止できないなどの理由で、経営的には厳しいが運営を続けたいという意向である。

徳島県　県立の学校があるが、経営的には苦労はしていない。県医師会が県からの委託により県立総合看護学校第二看護学科・准看護学科を運営している。県立総合看護学校第二看護学科の定員は 100 名、入学者は 57 名、准看護学科の募集定員は 80 名、入学者は 71 名である。三好市医師会が運営している三好市医師会准看護学院では定員 20 名、入学者は 18 名でいずれも定員を下回っている。もっとも苦労しているのは教員の確保である。教員が足りないために、准看護科の定員を減らしている。平成 30 年度における資金面での補助金額は、県立総合看護学校に約 778 万円、三好市医師会准看護学院に 250 万円となっている。

司会　山口県では赤字を補填してでも准看護師の養成を続けるべきと考えているか。

山口県　当県には他に大学や学校法人の看護学校もあるが、県内就業率が低い。医師会立養成所がなくなると、地元で就職する看護職員がいなくなる。各養成所とも、運営は厳しいが潰すわけにはいかないという気持ちで頑張っている。県にも運営補助金の増額をお願いしているが、なかなか叶わない。

司会　広島県では医療機関の准看のニーズを調査されるということを昨年話されたように思うが、その点は如何か。

広島県　全医療機関に准看護師を雇用したいかと尋ねたところ、34％が「したい」と回答した。「必要があれば検討する」が 43％であった。准看制度を存続すべきかどうかについては、80.9％が「存続すべき」という回答であった。

司会　存続のために経済的な負担が増えてもということか。

広島県　一般会員なので、県医師会・各支部医師会の負担ということはあまり考えていないのではないかと思う。当県は 1,500 万円を上限として、人頭割とベースで補助している。それでも苦しいことは常に訴えているが、会費以外の負担を求めることは難しい。

県内の医師会立養成所は現体制で継続するところが 6 割くらいである。行政に移管してはどうかというところが 13.5％、民間移管希望が 10％である。

鳥取県　廃校というよりも、准看制度そのものをどうするか、本当に必要なのかということも議論していただきたかった。7 対 1 の看護配置が廃止になって、東京の急性期病院では新人看護師の募集を停止したところもあると聞く。そうなると、看護職全体が何年かすると余ってくることが想像されるので、必然的に准看のニーズも減ってくると思われる。無理して准看の養成を続ける必要があるのか、ということをお聞きしたかった。

司会　日医としては准看の養成を堅持していくということでよろしいか。

日医　国の方針としては、2025 年あるいはその後を踏まえて、看護職については准看護師を含めて必要な人材を確保するという方針であり、准看護師が今後必要なくなるという議論は出ていない。しかし一方で、今後の状況の変化も推測しながら考えなければならないが、日医としては、准看護師の養成をやめるという選択は考えていない。しかし、各養成所のご苦労はつぶさに伺っているし、毎年行っている医師会立養成所に対するアンケート調査で、今回初めて医師会からの繰入金に関するお話も伺った。全体として、6 割の施設に医師会からの繰り入れが行われており、金額も 1,000 万円を超える助成をしているところがもっとも多かったという結果からも、それぞれの医師会が大変苦労されて養成を続けておられることも確かである。その中で、准看護師の今後の役割についていろいろと考えているが、看護基礎教育の見直しが、今行われているところである。社会人が医療職に入る一つの道筋として准看護師という仕組みは是非必要であろうということ、准看護師の 2 年課程はこれまで看護師課程とあまり関連がないような印象もあったが、准看護師の 2 年課程の上に、看護師あるいはそれ以外の医療職の養成がしっかりと行えるように、准看護師の 2 年課程はもっとも基礎になる共通の基盤であるということがかなりはっきりしてきた。今後必要な医療職（看護職だけでなく他の医療職も）を養成していく中で、共通の基盤が大事であると考えている。

大変困っている養成所のいくつかが連携したり統合したりということも検討課題としては出ているが、実際には難しい面がたくさんある。その中で、e- ラーニング等の仕組み、あるいは遠隔で幅広く同じ講義を、双方向性を担保しながら、遠隔地でも講義を聴講できるようにするという仕組みを多用することにより、少しでも講義等の負担を減らせる仕組みができないかということを考えている。准看護師課程と、例えば介護福祉士課程の共通セミナーということも議論はされているが、実際には共通している部分は極めてわずかであるため、名案というわけではないが、日医としては准看護師の養成を引き続き前提とした形で、看護職の必要数を確保していくという方針が現時点では適切であると考えている。

［報告：常任理事　沖中　芳彦］

医療過疎地の病院での医師・看護師確保について（島根県）

看護師不足で地方の病院では一部の病棟の閉鎖や人手不足を補うために看護師の勤務を三交代制から二交代制にするなどの努力がなされている。

病院勤務の看護師が介護･福祉施設に流れ､ハローワーク等に公募しても反応がなく、中規模病院の経営を圧迫している。一方､在宅医療に関しては、訪問看護ステーションの数は増加傾向にあり、訪問看護の協力で医師会員にとってありがたい反面、病院勤務の看護師不足は病院の存続・継承をも困難にしている。このような状況の中、地方の医師不足、人手不足を解消するために、当県西部の中核病院で地域の医師会と連携し地域医療連携推進法人（江津メディカルネットワーク）が設立された。中核病院の勤務医と開業医とが互いに協働し治療を兼務し、機器の共同利用を行い、全国から勤務医や地元の開業医の後継者のＵ・Ｉターンを促す効果が期待されている。

各県の構想区域での地域医療連携推進法人の設立、公立・公的病院の再編・統合の状況、看護師などのマンパワー確保のための取組み・状況についてお訊ねしたい。

広島県　当県では、平成 29 年 4 月 2 日に全国に先駆けて県北部、備北医療圏で地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク」が設立された。医師派遣については、地域医療連携推進法人以外にも派遣できる状況である。看護師については相互受け入れを行っている。今、看護配置基準が苦しい。せっかく地域医療連携推進法人を作っても、税法上、医療法上、全くメリットがない。法人のメリットを活かすためにはネットワーク内で医療法上の人的配置基準の緩和や医薬品・医用材料などの融通措置などが必要であり、厚生労働省に要望しているところである。配置基準について見直しをしていただければ、地域医療構想の中でもう少し連携推進法人が進むのではないかと思っている。また､県北部は医療過疎地域である。いくつかの病院が協議会を発足させ、構想区域の中で、病床のやり取りを行った。

司会　山口県は看護職の離職防止・再就業支援として医療勤務環境改善支援センターを作っておられるが、誰がどのようなことをしているのか。

山口県　県の医療政策課の中に、医療勤務環境改善支援センターが設置されている。医療機関が行う勤務環境改善に向けた取組みを支援し、医療従事者の離職防止や医療安全の確保を図るとされている。

高知県　今年度新たに、県行政に地域医療連携推進法人設立に向けた検討を行うための支援制度を設けていただいた。幡多圏域において設立に向けて民間の医療機関を中心とした具体的な検討が行われている。現在、その幡多圏域の土佐清水市では、3 病院 2 診療所で医療提供体制を維持しているが、3 病院とも中小民間病院で、医療スタッフが高齢化、新規スタッフの確保が困難な状況である。医療を継続するため、官民一体となった再構築を考えなければならないが、市政約 60 年にして公的医療機関のない市行政では難しく、官民一体とするには県行政との連携が不可欠となっているので、地域医療連携推進法人設立に向けた支援制度を活用して、今後立ち上げることを考えている。将来的には二次医療圏の中核病院である「県立病院」との連携を視野に入れて進めていければと考えている。設立後は、県行政が進める「地域医療構想」を視野に医療機関の役割を明確にし、市全体で医療スタッフの効率的配置や共同で行う教育体制の構築を進め、それぞれのステージ（急性期から在宅、公的機関との連携）を経験した人材を確保しながら、一次医療圏を再構築し、二次医療圏の医療体制の継続に繋げるべく検討していきたい。公立・公的病院の再編・統合の状況については、平成 11 年度から県西部、平成 17 年度に県中央部、平成 24 年に県東部の、それぞれの県立と市立病院の統合が行われてきている。今後、厚生労働省から各地域における全医療機関の診療実績データなどの分析結果が示される予定となっていることから、これらを活用しながら、それぞれの地域において公立・公的医療機関の担う機能などについて検討しながら、再編を検討していく予定である。

看護師のマンパワー確保のための取組状況については、当県では、人口 10 万人あたりの看護師数は全国 1 位であり、看護師不足というほどではないが、現場によっては不足感はあるとの声が

ある。東西に長く中山間部を多く抱える当県において、郡部にある医療機関では看護師確保は課題である。そのため、新卒の看護師を確保・定着させるために看護師等養成奨学金制度を設けて確保に努めている。看護学生に対しては、各地域の医療機関が就職説明会を開催したり、就職ガイドブックを作成して配布したりしている。新卒者の今後のキャリア形成において、卒後教育は非常に重要であると考え、県内のどこの施設に就職しても、厚生労働省の示す新人看護職員研修ガイドラインに基づいた研修体制が構築できており、また、集合研修として看護協会と連携して研修が受講できる体制ができている。看護職員の確保、離職防止には、ワーク・ライフバランスの体制整備が必要不可欠である。事務長や看護管理者を対象として、多様な勤務形態（働き方・休み方の制度）を導入する方法や、自施設の課題解決のための手法等研修を通じて学ぶ機会を設けている。

広島県　民間医療機関だけで連携推進法人を作っているところもたくさんあるので、公立・公的ということを考えずに、その地域でしっかりとした医療提供体制を作るために、このような方法も利用していただきたい。

司会　マンパワー確保のための、岡山県の高梁医師会の取組みについてご説明いただきたい。

岡山県　高梁医師会は中山間地域にあるが、保健医療従事者の人材確保に向けて「看護の魅力ガイダンス」を平成 29 年度から開催しており、昨年度は吉備国際大学で開催した。吉備国際大学保健医療福祉学部看護学科 2 年生、順正高等看護福祉専門学校看護専門課程看護学科 1 年生とその教職員の計 130 人の参加があった。高梁医師会会長の仲田永造 氏の基調講演「中山間地の医療の現状、看護の役割と魅力」と活動報告「中山間地域の看護の魅力について」が行われた。その結果、高梁市 4 病院での看護師採用状況は、平成 30 年度が 5 名だったのに対し令和元年度には 18 名になった。

［報告：沖中　芳彦］

今後の一次救急について（山口県）

各地域での休日夜間急患センター（以下、「急患センター」）の運営に、今後どのような問題が起こると予想され、それに対し、どのような対応を検討されているのか、各県医師会で把握されている範囲でお教えいただきたい。

地域の一次救急は、在宅当番医かつ／又は急患センターにおいて対応されている。診療時間及び対応診療科は各地域の医療資源により異なり、在宅当番については、医師や職員の高齢化、閉院に伴う医療機関の減少により、当番を回すことが困難な地域も増えている。

急患センターの運営主体、出務医師の所属（地元医師会からの出務、他圏域からの派遣など）、医師以外のセンター職員の所属（出務医師帯同、センター専従など）、カバーする圏域などにも違いがあり、複数の郡市医師会や市町が一つの急患センターを運営する地域もある。医療職の不足の進む地域では、在宅当番医制度だけでなく、急患センターの運営にも再編を含めた対応を考えざるを得ないと認識しており、各地域での対策を参考にさせていただきたい。

岡山県　岡山市を例にお答えする。岡山市医師会が一次救急を市から委託されて行っている。周辺の病院が選定療養費を徴収するようになってから、急患センター受診者数が増えている。急患センターの経営そのものは順調だが、出務医の高齢化と小児科医の減少が問題となってきている。内科医と小児科医がペアで出務し、小児科患者でも内科医が診察できる場合は、小児科医の了承のもと、内科医が対応するようにしている。

広島県　広島市の急患センターは広島市医師会が受託している。開業医だけではなく、病院勤務医も急患センターに出務してもらっている。眼科にも対応しており、眼科医は広島市だけでなく広域で出務している。

呉市は人口 20 万人で、小児科一次救急を 365 日行っている。出務の半分は勤務医がカバーしてくれるが、その勤務医の半分は医師会会員ではない。受診患者は内科と小児科は同程度の数だが、

内科は黒字、小児科は赤字である。赤字なら呉市から補填されるが、収支は相殺されてしまう。小児科医は平日夜は 2 週間に 1 回、日曜日は 2 か月に 1 回は出務となる。

東広島市では小児科医が少なく、週に 1 回以上出務、三原市は人口 10 万人で、小児科は急患センターに 3 日に 1 回出務し、限界をきたしている。

県庁所在地以外は、20 万都市でも 10 万都市でも、特に小児一次救急はうまくまわらなくなっていく。複数自治体で対応する話もでてくるであろう。

内科医が小児に対応する地域もおありであろう。呉市は、以前は小児科医を助けるため内科小児科医（内科医が小児患者を診察）を設定していたが、内科医が小児を診察すると「専門でない」と親が怒るので、内科小児科医が辞めてしまった経緯がある。

広島県小児科医会が小児の親に調査したところ、瀬戸内側と県北との患者意識の差が大きかった。呉や福山などの瀬戸内側の親は、専門医に診てほしい。県北の親は、だれでもいいから診てほしい。行政やより大きな部署が保護者の意識を変えるよう働きかけていただきたい。

徳島県　当県の年間の一次救急受診患者は約 10 万人、徳島市（県東部）の急患センターには年間 1 万 7,000 人が受診する。うち、小児科受診が 1 万人で小児科医が足りない。勤務医出務もお願いしている。

県西部・南部の小児救急は、救命センター（日赤、県立病院、大学病院など）が対応していると認識している。そのうち一つの救命センターで小児救急担当が 2 名産休に入り、24 時間対応が困難となった。一部の患者が徳島市の急患センターに流れる可能性がある。

全県的には #8000 の効果があると考える。2017 年の 1 万件弱の電話相談のうち、本当に救急搬送を要するのは 31 件であった。今後、#7119 も導入の予定である。

働き方改革で、大学からの救急当直派遣を 10 枠引き上げることになる。また、専門医制度に関連し、若い医師は自分の専門領域のみ対応し、他科の一次救急患者を診察できなくなっていると感じる。

県南部・西部の医療過疎地域については、大学の 7 つの寄付講座で海部・那賀モデルを推進しており、医師を派遣するとともに、若い医師にも地域に出てもらうようにしている。

［報告：常任理事　前川　恭子］

診療科の偏在対策（岡山県）

医療の進歩とともに専門分化が進み、医療需要が増大している。こうしたなか東京一極集中と地域格差が拡大し、地域医療における医師の地域偏在だけでなく診療科偏在が問題になっている。厚労省によると平成 6 年～ 28 年の間に医師総数は 1.4 倍に増加した。大きく増えたのは麻酔科約 2 倍、放射線科 1.7 倍、一方外科・産婦人科は一時 0.9 倍台に低下したが今ようやく 1.0 倍に回復した。とくに医師数が増えない診療科では残業時間の比率が高く 50 代の医師が主力であり、若手医師の充足が急務である。

当県（医師偏在指標・全国 5 位）では、外科・産婦人科医が不足している。地域（県北）によっては郡市医師会員数が減少し、（夜間）外科医の不在から二次医療圏外（県南）の医療機関に救急搬送している。地域医療支援センター、自治医大や地域枠の医師だけで解決できる問題ではなく、大学病院からの医師派遣、社会医療法人のへき地医療支援のほか、総合診療医の配置、医療機関の集約が必要との意見もある。県医師会としてどのような対策を打ち出すべきか意見を拝聴したい。

鳥取県　当県は医師多数県とされたが、小児科医が不足していた時期があり、自治医大卒・地域枠卒医師の義務内には、小児科・産婦人科・精神科・救急科を選べるとこととし、医師数は増えてきている。

シーリング及びサブスペシャリティが今後の問題と考える。サブスペシャリティによっては専門医となるまでに時間がかかってしまい、偏在を助長する。地域で総合診療医を育てる必要がある。

島根県　県が公立病院・公立診療所の勤務医の実態調査を行い、各病院のニーズを積算している。各圏域で少しずつだが医師が増えている。

大学からの派遣は医師派遣検討委員会でバランスよく回してもらえるようお願いしているが、地域で足りない科は大学でも足りないのが実情である。

香川県　県内の基幹病院は岡山大学、徳島大学、京都大学からの医師派遣に頼っており、研修関連施設であるため、研修医がそのまま当県に残るわけではない。岡山大学も徳島大学も医師数に余裕はなく、一部引き揚げる可能性もある。ここに香川大学にシーリングをかけられると、非常に厳しい状況となる。地域の状況を考えずに一律にシーリングをかけられると窮地に立たされる。

日医　厚労省の出すシーリングの根拠の計算式はよくわからず、検証できておらず、また賛同も得られていない。

島根県の実態調査は素晴らしいと思うが、必要医師数には客観的な指標がないことが問題である。そのような指標はすぐにはできないので、「この病院のこの科に医師が足りず困っている」ということを示していただく方がよい。

科の偏在があるといって、医師になる人たちにこの科を選べとは言えない。が、この科の医師が足りないという認識を学生時代から、特に地域枠医師や自治医大卒医師には醸成してもらいたい。

［報告：前川　恭子］

医師確保計画における「医師偏在指数」について（広島県）

厚生労働省から三次医療圏（都道府県）と二次医療圏の新たな医師偏在指標が示され、医師多数地域と少数地域に分けられ、この指標により医師偏在対策が具現化されることとなっている。

この指標の算定には、医療需要の地域間移動が盛り込まれ、当県の二次医療圏では、すべての過疎地域が医師多数地域に算定された。患者流出入の調整は各都道府県の裁量に任されており、本県では患者調査における「圏域別の入院患者の流入・流出割合の推計値」の経年平均を用いて厚労省が示した流入出調整係数を調整している。

しかし、面積を勘案しておらず、いずれにせよ実態には即していない印象が拭えない状況である。今回公表された「医師偏在指数」について各県での実情と対応をお知らせ願いたい。

島根県　二次医療圏の広さや隣接する医療圏との兼ね合いなどは勘案されておらず、地域や科によっては不足感がある。

山口県　外来医師偏在指標も医師偏在指標も、外来医療計画や医師確保計画に使われるもので、参考数値と認識している。医師の必要数という点では、現場での「足りている・足りていない」の皮膚感覚を大切にしたい。

愛媛県　偏在指数を根拠に多数地域から少数地域に医師を無理に動かすことはできない。偏在について地域で解決するには限界があり、大学の段階から学生に働きかけるような、全国的な体制を整える必要があると考える。

日医　医師確保計画で、医師数だけ設定しても本当に地域の状況が改善するかはわからない。

都道府県や二次医療圏で本当に困っている地域・機関に対し、解決策を検討するのが医師確保計画だと、日医は考えている。

同計画に対しては、地域から国にボトムアップで方向性を示し、医師偏在指標に惑わされず、数はあくまで参考としてとらえていただきたい。

医師偏在指標は三師調査の不十分なデータを基にしており、計算に使用された受療率は平成 25 年の全国データを地域に当てはめただけであり、数値そのものが現場感覚と大きく乖離している。

指標の計算式が明らかになることは大切であるが、診療科偏在指標もシーリングについても、根拠が明らかにされていない。

［報告：前川　恭子］

シーリングに対する各県の取組について（徳島県）

専攻医のシーリングは 2018 年度には、専攻医

が多く集まる 5 都府県が対象だが、2019 年度より突然に 3 次医療圏単位の医師偏在指数が導入され、診療科別必要医師数に基づく年間医師養成数が、3 月 22 日の「医道審議会医師専門研修部会」において提示された。当初案より、日本専門医機構による激変緩和策が盛り込まれたが(参考資料：2020 年度専攻医の募集におけるシーリングについて (第 2 報))、2024 年度の必要医師数を達成するための年間養成数は内科専攻医が徳島県 9 名と記載されるなど、今後の研修医の専門科の自由な選択に多大な影響があると思われ、それが研修医の地元離れにつながることを懸念している。この将来時点の必要医師数を達成する計算式もブラックボックスとなっており、性年齢階級別勤務時間にも疑問がある（参考資料：仕事量の推計について）。研修医の採用人数も 2003 年（新医師臨床研修制度前）と 2018 年度と比較しても鳥取県、広島県、山口県、徳島県では減少したままであり（参考資料：各都道府県の研修医採用人数の変化）、また、2018 年度より開始された新専門医制度と医師の地域偏在の検証も終わっていない。

厚生労働省医政局医事課は、頑なにシーリングの見直しを拒んでおり、2020 年は激変緩和策がとられているとはいえ、それ以降はさらに専攻医の人数制限が強化されると思われる。各県の取組みと日医のご見解をお伺いする。

山口県　当県では、精神科、泌尿器科、放射線科、リハ科が、2016 年の充足率が 1 を超え、シーリング対象となり、最低シーリング数の 5 人の設定になっている。これらのいずれの科も 5 人を超える専攻医採用がなかったので、実質的にシーリングは働いていない。その他の科では、シーリング対象とはなっていない。

2016 年度の充足率が 1 を超えていると指摘された診療科も、急性期病院に勤務する医師数は全く足りていないとの実感であり、各診療科に従事する医師数の数え方に問題があるとの声が山口県医療対策協議会専門医制度部会であった。

司会　西日本、特に中四国はシーリングのかかった県が多く、特に岡山県は、中四国の県外の医療機関に多数の医師を派遣しているが、9 診療科でシーリングがかかったということで、国に対しての要望書を提出したようだ。

岡山県　9 月 25 日に第 2 回目のシーリングが、専門医機構から厚生労働省に報告された。厚生労働省からの要請に対して、日本専門医機構が 9 月 25 日にシーリングの案を出している。それを見ると、ほとんど変わらないが、やはり 20 人ぐらい、当県としてシーリングがかかっている。特に内科は 8 人減というような厳しい状況だ。

当県は、大学が 2 つあり、当初の医師数はかなり多いが、県北と県南はだいぶ違う。岡山大学や川崎医大から近隣の県にたくさんの医師を派遣するという役もある。そのようなことを考えると、20 名近いシーリングは、当県にとっては憂慮される状況で、この 6 月に当会は、国に対する提案書を提出した。県知事名で、厚生労働省に、このシーリングをしばらく実情がはっきりするまで見直してくれ、見直しがつくまで延期してくれというような提案を出したが、9 月 25 日には次のシーリング案が出て、10 月 15 日からそれで募集を進めるということが決まっている。要望は通らなかったわけだが、現在の対応としては、次の次の年度の先を見越して、いろいろ策を練っていかなければならない。特に先ほど言ったように、医師の派遣の役割を持っているので、周辺の県や地域との連携プランをたくさん作って、その中で、このシーリングの数を全体として増やすような形を考えなければならないと思っている。

司会　続いて、香川県は、逆に県外の大学の専攻医を受け入れる立場で、県外の大学病院の研修プログラムが組み込まれていることが多いという実情があるようだが、9 科にシーリングをかけられたとのことだ。

香川県　岡大、徳大、京大からの派遣で各研修病院自体が大学の研修プログラムの中に入ってしまっているという問題があり、シーリングが出た時点では 9 科にかかることになった。その後、医師会のお力添えによって、最少 5 名という話

が出て、小児科以外は、だいたいそれで助かったという感じだけれども、小児科に関しては、5 名では、香川大学の小児科の医師を育てるには足りない。例えば県中とか日赤とか、いわゆるほかの大学の研修プログラムが入っているところで枠を取られると、香川大学のプログラムが取れないというような状況になっている。最終的に、いろいろしてもらい、来年度は 7 名までということにしてもらった。

今後どうなるのかという、地対協でもそういう話があり、当県としては非常に困惑している状況なので、周辺の県とも話し合いたいという気もするし、地元の大学を今後育てるという意味では、特別枠みたいなことも考えてもらわないといけないと思っている。

司会　高知県でも 10 診療科がシーリングの対象となり、現状と矛盾するところがあるようだ。

高知県　シーリングの対象になった 13 診療科のうち、小児科、皮膚科、眼科を除く 10 診療科がシーリングの対象となっている。特に内科では、シーリング数が 15 人で、これまでの定員 38 人の半数以下となったが、2024 年の必要医師数を達成するための年間養成数 15 人が、過去 2 年の専攻医採用数 10 人より多いにもかかわらず、シーリングの対象とされた。

先ほど徳島県のほうから医師法の第 16 条の 8 に規定された手続きを踏んでいないということでお話もあったので、これは国にも提出しているが、香川県の久米川会長が言われたように、専攻医が、将来もその県でずっと診療をするとは限らないので、このシーリング自体、中四国のような地方でシーリングをかけること自体に反対という意見も当県の方ではあって、この前の会長会議の時にお話した。

司会　そもそもシーリングというのは、診療科偏在対策の一つとして掲げられたわけだけれども、それが全く機能していなかったり、実情と合っていなかったり、激変緩和策とか人口少数県への配慮は一定見られるものの、まだまだ課題の多いテーマだと思う。

日医　今、既にお話があったとおりで、先ほど岡山もあったが、各県、また全国の知事会を通して、国に対するいろいろな要望を出してもらった。岡山県からのご要望が全面的に通ったわけではないというお話だったが、岡山からのご要望は非常にインパクトが強くて、あれが、その後の動きに大きな影響を与えたと私は感じている。日医も、そのことについては強く厚生労働省に働きかけてきたが、2020 年度の採用に関して、まだ不十分な点が多々あることはご指摘のとおりだ。

2021 年度の募集に関する検討を、今年の 12 月までに専門医機構の方でシーリングに対して考えて、また、それを厚労省に報告する。専門研修部会という所で、またそれを議論することになるので、しっかりと日医としても対応したいと思っている。

診療科の問題に関して、フランスのように、卒業時の成績で自分の専攻する診療科を選べるという仕組みをとっている国もあるが、わが国では、それぞれの医師が自分のやりたい診療科を自由に選べるという環境の中で、なんとかバランスがうまく取れてやってきたわけだが、それが今後もそのようにできるのか。あるいは必要な診療科に医師が行かなくなるのか。例えば外科系、特に外科を希望される方がどうしても少ないという中で、今後大丈夫なのか。それから、2 ～ 3 の診療科に人気が高まって、その希望者が増え、診療実態と合わないというふうなことも出てくるということもあるので、そのあたりもしっかり踏まえながら、検討しなければいけないと思う。

先ほど高知県からもお話があったが、都道府県ごとのシーリングを仮にかけたとしても、先々、その方がまた動いてしまうというのは、指摘のとおりで、ここは難しいところだが、過去にシーリングをかけられた、2018 年、2019 年のシーリングをかけられたところの方と話をすると、これまで先輩方には全然規制がなかったのに、自分たちから大きな縛りをかけられて大変悩ましいという不満は、たくさん寄せられているので、それらも踏まえ、日医として今後、対応していきたいと

思っている。

司会　先ほどの問題以外にも、女性医師のキャリア形成や近隣の関連病院での研修など、いろいろな要素がこれには含まれていると思うので、きめ細かい対応が必要かなと思う。

［報告：専務理事　加藤　智栄］

障害児を社会全体で見守り育てる地域づくりについて（高知県）

平成 17 年に施行された発達障害者支援法は、発達障害の早期発見、支援を行うことに国・地方自治体などの責務であることを明示し、発達障害者の自立・社会参加に資することを目的としている。そして、この法律は従来の障害者の枠組みでは対応が不十分な広汎性発達障害者と特別支援教育の対象となる障害者も支援する意図もある。

各県における発達障害者支援センターの設置・活動状況、並びに今後の課題についてお聞かせいただきたい。

鳥取県　県中部に「『エール』発達障がい者支援センター」を設置し、障害児･者と家族への相談･指導・助言を行っている。

鳥取市では精神保健福祉センターで調査、相談指導、関係機関への技術指導･援助を行っている。

平成 20 年度から鳥取大学医学部附属病院を診療拠点とし、「子どもの心の診療ネットワーク整備事業」を行っている。発達障害児や児童虐待、引きこもりなどの問題に対する支援ネットワークの構築が主な仕事だが、県内各圏域に子どもの心の診療やケアのできる医師・スタッフ育成のための研修会なども開催している。県民への啓蒙、受診ツールの作成なども行っている。

岡山県　当県としては、平成 17 年から支援センター機能を社会福祉法人旭川荘に委託、平成 20 年度からは県北にも設置している。岡山市は別に独自事業を行っている。

県の支援センターはスタッフ 9 名で運用しており､相談支援及び人材育成が大きな活動である。現場の気づきから初診までに数か月も要することが現在の問題であり、かかりつけ医の発達障害対応力向上のため､研修を年 4 回行っている。また、学齢期の支援、自立のための就労支援のための研修も行っている。

今後は医療的ケア児・者への支援も含めた内容の充実が課題と考える。

愛媛県　愛媛県立子ども療育センター内に平成 19 年から「発達障がい者支援センターあい♡ゆう」が併設されている。スタッフ 3 名で開始したが、医師として療育センター長が兼任、職員は増員され、専任職員 6 名、非常勤 1 名となっている。

相談・連携・人材育成を事業内容としているが、年間の相談件数が 4,000 件と、相談や診断の体制が整っていない地域からの相談が多く、本来の機能である人材育成や連携強化が十分進められていない。

身近な地域での小児発達障害の診断・治療を行う医師は増えてきたが、成人対応できる機関がまだまだ少ない。また、小児できちんと関わられていても、成人になって小児科から精神科への移行（トランジション）が、特に地方では円滑に進みにくい。当会としては県と共催し、かかりつけ医発達障がい者対応力向上研修事業を行っている。

乳幼児については、1 歳半健診や 3 歳健診で保健師が発達障害を疑う児をピックアップし、診断につなげられるようなってきている。が、グレーゾーンの児の保護者の困り感の軽減や本人の発達のために､診断を待たずに早めに療育につなげる、療育の裾野を広げる、地域で療育活動できることが必要と考える。

［報告：前川　恭子］

日医への提言・要望

健康食品について（島根県）

生活習慣病においては食事、運動、必要に応じて薬物治療を継続することが重要と考えます。一方、いわゆる健康食品は多種多様のものが存在し、消費者庁の許可を得た特定保健用食品（トクホ）や栄養機能食品、根拠の不明な健康食品が混在しています。中にはあたかも疾患が軽快するかのような誤解を与える表現がなされているものが

あり、またマスコミではさまざまな民間療法の情報が毎日のように流されています。患者さんの中には誤解のもとに、生活習慣の改善や健診受診から遠ざかり、場合によっては医療機関での治療を中断する例も見られます。

行政、各学会はもちろんですが、医師会としても世の中に氾濫する健康情報について何らかのチェックを行い、患者さんが誤解することのないように正しい情報を発信することはできないでしょうか。

日医　全くご指摘のとおりです。トクホの話も出ましたが、最近よく耳にします機能性表示食品は、個別にしっかり審査をしたわけではなく、届け出制であり、その届け出要件も不十分と思われます。ましてや全く根拠のない民間の伝承のようなものまでいろいろあり、日医としては、健康被害の情報収集、国民への啓発、情報の発信ということが非常に大事であると認識し、日医の中に健康食品安全対策委員会を立ち上げ、具体的な活動を行っております。

情報収集の観点からは、会員の先生から健康食品による被害情報を提供いただく健康食品安全情報システム事業を実施しております。情報発信の観点からは、委員会で検討した国民・患者さん向けの啓発ポスターを会員に配布し、健康食品は薬の代わりとはならず健康被害リスクもあること、気軽に健康の相談ができるかかりつけ医を持つこと、医師に健康食品を摂っていることを伝えていただくことを要点とした情報を、定期的に発信しております。委員会では、国民のヘルスリテラシー向上もテーマとして、医療に関する情報をより正しく受け止めるにはどうすべきかということについて、学校教育や産業医などさまざまな視点から具体的な検討をいただいております。

引き続き、国民の安全、そして不利益にならないように、しっかりと役割を担ってまいりたいと考えております。

［報告：副会長　林　　弘人］

医師偏在対策について（広島県）

厚生労働省は都道府県、二次保健医療圏での新たな医師偏在指数を算定し、医師確保対策における医師の偏在解消を目指している。

面積等を勘案せず全国の二次医療圏を一律の算定方式で評価・昇順表示し、医師多数地域や少数地域とするのは地域の実情を反映しておらず、医師偏在指数のみを重視した計画の策定は現実味がないように思われる。

医師多数地域と算定された二次医療圏にも医師少数地域が多く含まれておりスポット対応が検討されているが、医師偏在指数にとらわれず各県、地域での実情にあった対策ができるよう要望する。

加えて、公立・公的医療機関で医療機能の再検証を要請される公立・公的医療機関名があがったことは、あまりよくないことだと考えている。

日医　偏在対策については繰り返すが、医師確保計画について、下位 1/3 から脱出することや、偏在指標という数ではなく、各地域の困っている点を改善できる計画にしていただきたいと考える。

地域医療構想については、調整会議が活性化され、地域に役立つ議論が進むことを願っている。が、今回の再検証の報道は、自身も予想していなかった。医療機関名が出たことで不利益にならぬよう、地域に必要な機関をしっかり支えていただきたい。この件に関し、日医にはご意見・ご指摘を多く頂戴しており、対応に不行き届きがあったとすれば、反省してしっかり対応したい。

［報告：前川　恭子］

学校医と学校産業医（健康管理医）の契約個別化について（山口県）

以前は学校医の契約のみであり、しかも理事会などで頼まれ、口約束が多かったと思われる。その後、産業医制度が開始され、学校医が学校産業医（健康管理医）を兼務することが慣行となっている。近年、学校医の業務増加のみならず、ストレスチェックの開始など学校産業医（健康管理医）の業務強化も求められている。

しかしながら、その契約については、曖昧な部分も多く、学校医と学校産業医（健康管理医）の契約を明文化し、別々に契約することが求められ

る。この財源について文科省は地方交付金で手当てしているというが、実態は不明である。そこで、今後は 2 年ごとの契約にするなど明文化し、小児科の先生で産業医資格のない場合などは教育委員会が有資格者と産業医契約を行うなどの対応を求める。これら契約が全国的に進められるよう、日医より関係機関への働きかけを要望する。

日医　日医としても関係機関に働きかけを行いたいと考える。

［報告：常任理事　藤本　俊文］

医師の地域偏在解消に向けた日本医師会の重点的取組について（徳島県）

医師の都道府県偏在のみならず、三次医療圏単位での偏在解消に向けて、厚生労働省は医師需給分科会において、医師偏在指標が明示された。またこのデータに基づいて、都道府県は医師確保計画の策定を 2019 年度中に行い、今後 3 年ごとに医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成することを長期的目標とした。

都道府県は地域医療対策協議会と計画案の共有をしつつ、医師少数区域・医師多数区域の指標の差を埋めることをアウトカムとして、3 年ごとに改善・悪化を示されるわけである。移動対象となる医師は当然勤務医がほとんどであり、地域の医療需要を把握して、診療科ごとの医師数の目標を立てる必要があるが、医師の年齢によって、専門医取得の問題、教育環境の問題、家族の反対、望まれる医療内容とのギャップなど、さまざまな障害を克服する必要がある。

医師少数区域の病院・診療所で望まれているのは、いわゆる総合診療医であり、家庭医である。各科専門医をずらりとそろえる総合病院を医師少数区域で運営していくことは、人口減少と相容れない。総合診療医を核として、現在医師多数地域の地域医療支援病院と緊密なネットワークを形成していくことが、数だけではない地域偏在改善につながると思われる。

日医として、① 総合診療医と総合診療専門医の育成、並びに② 医師少数区域配属のインセンティブ、さらに③ AI も取り入れた医療ネットワークを推進するために、紙カルテ ver.2.0 のような現在の電子カルテの良好なデータ化への取組推進に注力していただきたいと思うがいかがか。

日医　一部既にお答えしたので、①～③につきご回答申し上げる。

総合診療医について、全人的な診療能力は医学部のカリキュラムの CBT や OSCE、及び臨床実習・臨床研修で養われることを、全国医学部長病院長会議などの場を含め、日医は強く訴えている。

総合診療専門医は、地域においても学問的にも指導的な立場に立っていただくことが望ましい。2018 年の 8,410 名の専攻医の中で、総合診療専門医は 184 名、2% 程度である。より多くの総合診療専門医を養成すべきというご意見もあるが、現実的には難しい。かかりつけ医機能研修での対応を考える。

医師少数区域配属にインセンティブをつけることは、現在の認定だけでは難しい。継続して議論し実効性のあるものを考えていく。

電子カルテについては、ベンダーの違いをそのまま乗り越えることは難しいので、カルテ内容が共通コードで抽出できるよう、SS-MIX2 などで検討がすすんでいる。

［報告：前川　恭子］

医師の働き方改革における財源・人材の確保と医師の事務作業の軽減について（香川県）

現在、医師の働き方改革の議論はまだ中途であるが、この働き方改革の達成には、医師数の増加やタスクシフティングのための医師事務作業補助者等の増員など、人件費のかかる問題である。

また、タスクシフティングなどで検討されている多職種の人材についても、事務作業補助者など、すでに人材不足の声が上がっている。さらに、病院薬剤師や一部の職種においては地域で確保するのも困難になっており、特定の能力を持った看護師の養成にも、研修機関が少なく、遠方へ長期間研修に送り出す余裕のある病院は少ない。タスクシフティングを行う職種の人材確保と教育が課題である。

その上、現在の診療報酬では、事務作業補助者、看護師や MSW など、何をするにしても必ず「専従」項目がある。このために病院は多くの職員を抱えなければならず、人件費が病院経営を圧迫し、また大規模病院に人材が集中し、中小規模病院は人材不足に陥っている。加えて、いろいろな診療報酬で、「医師が説明して、必ずカルテの記載が必要」な項目が多く、医師の労働時間の多くがこうした説明やカルテ記載・文書作成に費やされている。

１）医師の働き方改革には財源が必要である。財源の確保をお願いしたい。

２）タスクシフティングを行うための人材確保をお願いしたい。

３）事務作業が医師に集中しているが、効率的な医師の働き方ができるような診療報酬体系にしていただきたい。

日医　医師事務作業者の確保ができるような診療報酬体系をこれまでも求めてきたが、進んでいない。タスクシフティングや働き方改革が叫ばれているので、中医協での議論もこのことに踏み込んでいかなければならないと思っている。病院薬剤師の役割が大事であるが、わが国では薬剤師の養成数が他国に比べて多いにもかかわらず、ほとんどが調剤薬局に就職し、病院薬剤師の確保が難しい。病院内で薬剤師が活躍することにより、タスクも変わると思っている。看護補助者の確保も大変なので、これも何とかしなければならない。香川県医師会では昨年度から日医認定医療秘書の養成を始めていただいている。中国四国では、岡山県、広島県医師会にも取り組んでいただいている。日医認定医療秘書は他の医療秘書に比べてレベルが高いため、この仕組みを普及させるとともに、資格取得者にきちんと報いることができるようにと思っている。

［報告：沖中　芳彦］

地域医療介護総合確保基金について（愛媛県）

平成 31 年 4 月 11 日に開催された平成 31 年度都道府県医師会税制担当理事連絡協議会において、中川副会長は、協議Ⅱ．今後のさらなる消費税率引き上げに向けて、の、①消費税収と社会保障費、の中で、「消費税率 8％以降、消費税収（国分）の使途が社会保障 4 経費（年金、医療、介護、子ども・子育て）に広がり、『社会保障目的税化』になった。これは、社会保障費が不足した場合に税収や国債に依存できず、消費税率の引き上げで対応しなければならないという意味である。」と述べられている。

この説明を聞くと、将来的に医療費の増加分はすべて消費税で賄うことになるが、自然増の部分も含めて消費税で賄うとすれば、地域医療介護総合確保基金は将来的に先細りとなると考える。

実際、最近は、行政は、「地域医療介護確保基金は、2025 年に向けて地域医療構想の実現のための基金である」との説明をしており、2025 年以降の存続に関して不透明な状況である。

現在、地域医療介護総合確保基金を利用して行っている事業や看護学校の補助金など、将来にわたって継続が必要と考えるが、今後の見込み等について情報や日医のお考えがあればご教示いただきたい。同時に、継続について、強く要望させていただく。

日医　地域医療構想の実現が基金の大きな目的ではあるが、地域包括ケアシステム維持・運営も目的の一つである。いずれも 2025 年ではなく 2040 年をターゲットとしているので、2025 年で基金が終わるとは日医は認識していない。

看護学校の国庫補助の付け替えについては、基金対応になってから大変扱いにくくなっている。財務省は付け替え部分に踏み込み削減まで考えると言うが、とんでもない話である。そうならぬよう、しっかり注視し頑張るつもりである。

［報告：前川　恭子］

医療・介護施設においてのプラスチックごみの逓減について（高知県）

医療・介護施設で使用されるプラスチックは飛躍的に増えている現状がある。プラスチックごみは世界的に大きな問題となっている。地球環境を守る観点から、日医もこの問題に関心をもち、今から対策をしていくことが必要だと考える。

日医　ご指摘の通りである。日医も関心をもっているが、目に見えた成果が出ていない。横倉会長が参画している会議でも大きく取り上げられる方向にあるので、日医として意見を述べなければならないと思うが、患者の利便性、安全性（無菌的な環境で提供しなければならない）を高めつつ、如何にプラスチックのゴミを減らすかの両方の視点を持たなければならない。このことについてこれまで情報発信が十分でなかったことが反省点である。本日のご指摘を踏まえて、しっかりと対応していきたい。

［報告：沖中　芳彦］

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2 日目は、総会並びに特別講演 2 題が行われた。

総会

まず、本会委員長である岡林弘毅 高知県医師会長のご挨拶があり、続いて来賓祝辞として横倉義武 日本医師会長のご挨拶があった。その後、前年度開催の島根県医師会より平成 30 年度事業及び会計報告があり、承認された。最後に次期開催県医師会として渡辺 憲 鳥取県医師会長よりご挨拶と令和 2 年 10 月 3 日（土）、4 日（日）の両日にホテルニューオータニ鳥取で開催を予定している由のご紹介があった。

［報告：副会長　今村　孝子］

特別講演

1. 日本医師会の医療政策

日本医師会長　横倉　義武

1. 医師会の歩み

明治初年の西洋医学の本格的な導入以来、都市部を中心に開業医が少しずつ増え、地域の開業医が互いの医術の向上などを目的として研究親睦団体を結成した。 中国四国地区では最初に山口県で明治 15 年（1882 年）頃に好生社が結成され、日々新しくなっていく技術について討論し、医術を講究、皆勤のものに賞金を授与していた。

明治 39 年（1906 年）5 月に医師法成立、医師は医師会を設立できることとし、医師会の機能が規定された。

明治 39 年（1906 年）11 月に「医師会規則」制定、医師会を郡市区医師会と道府県医師会に分けた。各地域における医師会の設立は任意だが、医師会が設立された場合は、その所在地の官公立病院以外の医師は医師会に強制加入することになった。

医師法と医師会規則が制定されたことによって、郡市区医師会と道府県医師会が続々と誕生した。

地域的連合組織としてのブロック医師会が結成（明治 43 年：関西医師大会、関東東北医師大会、大正 2 年：九州医師会）され、全国組織の医師会を作ろうという動きがでてきた。

1915 ～ 1916 年にかけて、日本薬剤師会が医薬分業の運動を活発に推進したが、日本連合医師会は組織が不完全で、会を推進するリーダーが不在だった。そこで、医薬分業阻止のために全国的な医師組織を新たに結成することになり、日本連合医師会を発展的に解消、大正 5 年（1916 年）11 月に大日本医師会が設立された（会長：北里柴三郎）。

このたび、北里先生が新千円札の肖像に決まり、2024 年度から新紙幣が発行されるが、現千円札は野口英世 先生となっており、2 代続けて医師が肖像となったことは医療が社会に欠かせないという裏付けであり、医師が社会に果たす責任の重さを感じる。

2.「医師会の役割」と「医の倫理」

医療の根本は信頼であり、医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持し高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行うことが必要。同時に、医療は医学の社会的適用であり、医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的にとりまとめ、社会や政府に対し積極的に提案することで、社会的責任を果たすことが重要である。医師自らが国民に対して医師と医療の質保証に責任を負う体制を構築する、これが医師の学術団体・専門職能団体である「医師会」の存在意義・目的である。

日本には 891 の郡市区等医師会、47 の都道府

県医師会、そして日本医師会があり、20 万人強の会員がいる。日本医師会には 2012 年ノーベル賞受賞の山中伸弥 先生、2018 年同賞受賞の本庶佑 先生も会員としておられ、世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体である。

専門職能団体に対し、①倫理の確立、規律の保持、品性・誠実性の確保、②研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩、③医業及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応、④監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保、⑤専門領域内での自主的な課題解決に向けた積極的関与、等を社会は期待する。私は会長になってすぐに日医の基本理念を明確化するために、日本医師会綱領を策定し、組織としての目的、目標、理想を、会員のみならず国民の皆様に示したいということで、日本医師会綱領（仮称）検討委員会を立ち上げ、議論を積み重ねて 2013 年 6 月 23 日の第 129 回定例代議員会にて「日本医師会綱領」が採択された。最近では代議員会の冒頭に出席者全員で唱和している。

日本の医療を守るために、われわれは理念をどのように共有するかということで、全国の郡市区医師会長が一年に一度、一堂に会する全国郡市区医師会長協議会を設置し、平成 30 年に初開催した。第 2 回目となる大会を本年 11 月 24 日（日）に全国医師会・医師連盟 医療政策研究大会として開催を決定した。

3. 明るい健康長寿社会に向けて

高齢化、高齢者の増加により社会保障費は増加しているとはいえ、「国による医療・介護に対する支出の抑制による質の低下」は国民の理解を得られない。急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前、後期高齢者医療制度導入の際に見られたように国民の反発を招きかねない。国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、その実現のために協力して取り組んでいかなければならない。

成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取組みを進めていかなくてはならず、そのためには健康寿命の延伸が必要である。

1990 年が 15 ～ 64 歳人口比率のピーク（69.7％）であり、2025 ～ 2040 年は労働人口を 74 歳まで延伸できればピーク時の 1990 年の労働人口の比率と同じになり、それ以降も 2005 年の 64 歳までの労働人口比率と同じレベルで収束可能となる。実際、2009 年から 2018 年の 10 年間で、生産年齢人口は 660 万人減少したが、就業者数は 350 万人増加した。

高齢者の体力・運動能力をみると、6 分間歩行テストの結果では、「65 歳～ 69 歳」と「75 歳～ 79 歳」の歩行距離が年々伸びている。1998 年の 65 歳～ 69 歳と 2017 年の 75 歳～ 79 歳がほぼ同じ距離を歩いており、現在の 75 歳～ 79 歳の体力・運動能力は約 20 年間で 10 歳も若返っている。

人生 100 年時代に向け、妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障が必要になる。このため、かかりつけ医、学校医、産業医の役割はますます重要であり、地域の医師会側から行政、関係機関へ働きかけることにより効果的な施策につながる。医療＝予防・教育＋診断・治療＋再発重症化予防・見守り・看取りであり、「病を防ぐ」は医療の大きな役割である。

医師の役割は診断治療だけではない。「人生 100 年時代」において生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。日医では、①健（検）診データの一元化による生涯を通じた健康管理、②経済団体・医療団体・保険者・自治体等からなる日本健康会議の取組みなどにより健康寿命を延伸していく。

経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議」（事務局長：渡辺俊介）を 2015 年 7 月に発足した。自治体や企業・保険者における先進的な取組みを横展開するため、2020 年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を採択、この目標を着実に達

成するため、① 取組みごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。全国で地域版日本健康会議を立ち上げていただき、地域住民の健康増進の取組みをさらに進めていただきたい。

4. かかりつけ医機能のさらなる定着

日医では今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施している。かかりつけ医機能として、患者中心の医療の実践、継続性を重視した医療の実践、チーム医療、多職種連携の実践、社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践がある。

2016 年度から開催している「日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会」には多くの参加をいただいており、今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会の開催をお願いしたい。

5. 超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

現在、国においては、①地域医療の確立のため、かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供ができるような地域医療構想の実現、②医師の健康への配慮、地域医療の継続性をともに満たすようにバランスのとれた医師の働き方改革の推進、③医師の地域及び診療科偏在対策として新たな専門医の仕組み等が検討されているが、都道府県において地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、地域の実情に応じて医療資源を活用することが第一である。

外来医療計画については、「外来医師偏在指標」が出ただけで、地域を支える自由開業医制に制限が加えられるのではないかという声が地域から寄せられているが、このままでは間違った議論になる懸念がある。急激に制度を変更すると混乱が起きるので、徐々に変えていくことが重要である。都道府県が医療計画の一部として本年度中に策定する「医師確保計画」と「外来医療計画」については、厚労省の「医師偏在指標」に基づいて偏在の是正を行うのではなく、まずは、大病院、中小病院、診療所の外来機能について、検討を進めるべきだと考えており、その上で、地域の外来機能のあり方を医師確保計画の策定に反映すべきである。

都道府県が地域医療構想（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画に策定している。高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて病床は減少していく。病床を急激に減少させると、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していく必要がある。

専門研修における専攻医採用のあり方については地域の実情に応じた都道府県からのボトムアップと、オートノミーに基づく適切な調整が必要であり、都道府県医師会の積極的な関与が求められる。日医も厚労省や医道審議会へ、日本専門医機構には副理事長、理事、監事として参画しており、オートノミーに基づく検討と適切な調整を求めている。

平成 20 年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

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。両者のバランスが取れているかを常に振り返ることが必要と考える。

タスクシフティングについては、国民にとって安全な医療を守るため、医師による“メディカルコントロール”（医療統括）の下で業務を行うことが原則である。新たな職種の創設ではなく、既に認められている業務の周知の徹底、並びに、それらが実践されていない場合の着実な検証を実行

するべきであり、法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを経て行うべきである。また、タスクシフティング先の医療関係職種への支援が必要である。AI 等の ICT の活用は、医師のタスクをサポートするものとして推進していくべきである。

医師の応召義務については、医師が国に対して負う公法上の義務であるが、刑事罰はなく、行政処分の実例も確認されていない。診療に応じなかったことに伴う医師の責任は、民法上の過失の問題として議論されるべきであり、医師法上の「応召義務」の概念を過大に取り扱うことは適切ではない。ただし、医師の働き方改革との関係において、地域の医療提供体制を確保しつつ、他方、医師法上の応召義務の存在により、医師個人に過剰な労働を強いることのないような整理を個別のケースごとに示すことが必要である。最も重要な考慮要素は「緊急対応が必要か否か」（病状の深刻度）である。これに加えて「診療時間内・勤務時間内」か時間外かも重要な要素であり、さらに、患者と医療機関・医師の信頼関係の観点も重要である。個別事例ごとの整理として、「患者の迷惑行為」「医療費不払い」「入院患者の退院、他医療機関の紹介、転院」「差別的な取扱い」等、事例ごとに考え方を整理するとした「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」報告書に基づいた厚労省から応召義務の解釈を整理した通達が発出される予定である。

「経済財政運営と改革の基本方針 2019」（「骨太の方針 2019」）が閣議決定されたが、高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬、地域医療介護総合確保基金創設前から存在している事業も含めた大幅なメリハリ付け、は日医として容認できない。病床の機能分化・連携が進まない場合の都道府県知事の権限の在り方、国保の法定外繰入の解消、については慎重に検討する必要がある。予防・健康づくり、成育基本法に基づく取組みの推進、生活習慣病対策における地域の医師会等との連携、日本健康会議や全国知事会の取組みとも連携し、戦略的に全国展開、については推進すべき項目と考える。

「1 億総活躍」「働き方改革」「人づくり革命」（年間約 5,500 億円の効果）、被用者保険の保険料率を 10%（協会けんぽ）に合わせることにより、共助（保険料）の増額を計り、消費税増収分を社会保障財源へ回す。たばこ税を増税し、社会保障財源にすることによって、公助（税金）の増額を計る。賃上げや設備投資が行われない場合の、いわゆる内部留保（463.1 兆円）への課税を行い、給与に還元させることによって保険料並びに税金の増額を計る。それにより、社会保障は充実し、需要創出・雇用拡大することによって国民の不安は解消される。

日医の設立記念日である 11 月 1 日を「いい医療の日」として、日本記念日協会に申請、審査に合格し、記念日として登録された。広く国民に認知されるよう、今後もさまざまな活動に取り組んでいきたい。

［報告：常任理事　中村　　洋］

2. 森田正馬の人となり・その業績

東京慈恵会医科大学名誉教授　中山　和彦

不安障害に対する精神療法である森田療法の創始者の森田正馬は土佐出身。土佐には「犬神憑き」という、狐憑きとともに西日本に広く分布する犬霊の憑き物という土俗信仰があり、この風土が森田正馬の神経症性格の形成に大きな影響を与えたのではないかという中山先生の説から講演が始まった（横溝正史の「犬神家の一族」の舞台は那須湖畔、念のため）。

森田正馬が好きすぎてたまらないとおっしゃる中山先生は、東京慈恵会医科大学・精神医学講座初代教授の森田正馬の生涯、研究、周囲の人々、そして森田療法へと話を進める。

森田療法は、「症状」を取り去ろうとせず、「症状」となってしまった違和感をもとの自然な違和感に戻していくことを目指し、現実に目を向けて、身の回りのことから実践・行動していく。行動認知療法と共通点が多いが、「症状」にフォーカスしない点が異なるそう。

私には、限られた誌面でこの療法を伝える技量がないが、東洋的な印象を受けた。

後半は森田療法の実践。

集中すること：行動の目的だけを考えることを意識する。

さっさとやること：やるべきこと、日常の家事も含め自分でできることは、後回しにしないですぐやること。

できることの質を高めること：今できることは少なくても、できることを丁寧に、集中して行う。

そして、常に楽しかったことをイメージして積極的に生活していくこと。それが「幸せな人生」に導かれるコツ、不安をこじらせないコツ。

中山先生の具体的な実践法は、受け入れやすく、この森田療法がぐっと身近に感じられた。百年近く前に編み出された治療法だが、現代社会においては、医療の場だけにとどまらず、より広い場面で多くの人の助けになるものと考えた。

［報告：理事　長谷川奈津江］

「会員の声」原稿募集

投稿規程（平成 27 年 5 月から）

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

【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

令和元年度
第 1 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会議

と　き　令和元年 8 月 22 日（木）15：00 ～ 16：15

ところ　山口県医師会 6 階 第 2 会議室

[報告 : 常任理事　清水　　暢]

開会挨拶

河村会長　本県でも 8 月からオレンジドクター制度が始まっている。制度をつくるのは簡単だが、以後の運用が重要である。在宅医療も同様であるが、今の高齢の医師は徐々に減少するため、若い医師へどのようにバトンタッチしていくかが一つの課題だと思う。また、ACP については、これからみなさん方と議論しながら進めていきたい。

議題

1. オレンジドクター制度について（県医師会）

山口県の高齢化の実態

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。その後、高齢者人口の実数は漸次減少するものの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。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、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 年間で 85 歳以上の人口は実数としても増加する。

認知症に関しては、特に女性は 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 ～ 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に起こる現象であるが、総じて 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。現在、県内の認知症患者数は 8 万人と推定されるが、2025 年問題の年である令和 7 年にはほぼ 9 万人に増加すると言われている。

認知症対策

平成 17 年に開始された「認知症サポート医養成研修」も、制度開始当初は修了者数が年間 1 桁台であったが、平成 24 年頃から 30 人台となり、以後は年々修了者数が増加し、平成 29 年からは 100 人の大台を超えて現在 142 人となっている。また、平成 18 年から開始された「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者も年々増加し、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。

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ったが、サポート医を対象に実施したアンケート結果によれば、総じて「サポート医として活動の場がない」、「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」との回答が多く、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解された。

オレンジドクター制度

認知症サポート医の活動が低調と言わざるを得ない現状では、認知症の早期発見・早期対応を図るため、地域の身近な医師が、もの忘れや認知症に関する相談支援等を行う制度をつくり、活性化を図る必要があるものと思われた。オレンジドクター制度は、近県では広島県（H22）、大分県（H24）、高知県（H25）、宮崎県（H28）がすで

に発足させていたが、県民への周知を図るのにはオレンジドクター制度は最も手っ取り早い手法であり、この８月１日から運用を開始した。今後も、出来るだけ広く県民への周知を図り、十分に制度が活用されることを期待している。

また、当県ではオレンジドクターの認知症診療を支援するため、条件を満たした専門医を中心とした「PREMIUM オレンジドクター」を設け、認知症診療に関わる医師間の連携を活性化する制度としている。

「オレンジドクター」「PREMIUM オレンジドクター」として登録した医師は、氏名・医療機関名・所在地等を山口県のホームページに公表し、また、院内にオレンジドクターのプレート及びポスターを掲示していただくこととなる（次頁「山口県もの忘れ・認知症相談医設置要綱」を参照）。

現時点では社会的な認知も低く、オレンジドクターへの相談件数は少ないところであるが、周知を広げていきたい。

※８月 10 日現在の登録人数

オレンジドクター	225 人
PREMIUM オレンジドクター	45 人

２. 在宅医療アンケート調査（結果）について（県医師会）

本会議で、過日実施した「在宅医療アンケート」の集計結果を基にディスカッションをしていただこうと考えていたが、回答者の解釈の不統一ため、現時点では、データとして使用することは難しい状況にある。今後の再調査を含めて検討することにしている。

３. 在宅医療推進フォーラムについて（県医師会）

在宅医療推進フォーラムについては、公益財団法人の勇美記念財団が助成し、各種の医療関係団体が、全国在宅療養支援診療所連絡会を主催者として開催するものである。共催として、勇美記念財団、訪問看護ステーション協議会等が入ることになっている。この取組みは、毎年 11 月 23 日に開催されている在宅医療推進フォーラムの全国大会で、全国 11 ブロックに分かれて、活動報告をすることになっている。中国ブロックでは、広島県医師会の発議により、平成 28 年に広島で開催され、その後は中国地方の医師会が順番に開催することになっている。

4. その他

ACP の啓発・普及への取組（県医師会）

ACP に関しては、近年急速に関心が高まっており、全国的にもいくつかの自治体で講演会などが行われているようである。しかし、講演会等の実施については「健康教育は実施しやすいが、死に関するテーマは実施しにくい」という意見も聞く。地域ケア会議と絡めて話をすることはあるとは思う。昨年度の会議で、下関は講演会をされたと聞いている。ACP そのものが、海外から入っ

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡	野村　壽和
玖　珂	河郷　　忍
熊毛郡	吉村伸一郎
吉　南	嘉村　哲郎
宇部市	末冨洋一郎（代理）
山口市	神徳　　済
萩　市	佐久間暢夫
徳　山	髙木　　昭（代理）
防　府	山縣　三紀
下　松	後　　賢
岩国市	西岡　義幸
山陽小野田	萩田　勝彦
光　市	廣田　　修
柳　井	松井　則親
長門市	戸嶋　良博
美祢市	札場　博義

県医師会

会　長	河村　康明
副会長	今村　孝子
常任理事	清水　　暢
理　事	伊藤　真一
理　事	吉水　一郎

山口県もの忘れ・認知症相談医設置要綱

（目的）

第１条　県は、高齢者等が日頃から受診する主治医（かかりつけ医）に対し、もの忘れや認知症に関して気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備するため、山口県もの忘れ・認知症相談医を設置し、地域における認知症の早期発見と容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供を促進する。

（呼称）

第２条　前条の山口県もの忘れ・認知症相談医の呼称は、やまぐちオレンジドクターとする。

（役割）

第３条　やまぐちオレンジドクターの役割は、次のとおりとする。

（１）もの忘れ及び認知症に関する相談対応

（２）認知症患者及び家族への支援

（３）地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

（４）認知症疾患医療センター及び認知症初期集中支援チーム等との連携

（認定）

第４条　やまぐちオレンジドクターは、次のいずれかの研修を修了した医師であって、様式第１号により第７条第１項の公表に同意し、県の名簿に登録した医師とする。

（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

（支援）

第５条　県は、認知症の診断・治療方法等に関する相談体制を整備するため、やまぐちPREMIUMオレンジドクターを設置する。

２　やまぐちPREMIUMオレンジドクターは、第３条に規定する役割のほか、やまぐちオレンジドクターによる認知症の診療を支援する。

３　やまぐちPREMIUMオレンジドクターは、次の要件のいずれかに該当し、様式第２号により申請して、第６条の認定審査会において認定された医師であって、第７条第１項の公表に同意し、県の名簿に登録した医師とする。

（１）日本老年精神医学会若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若しくは今後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）前各号に掲げる者と同等以上であると知事が認める者

（認定審査会）
第６条　県は、やまぐちPREMIUMオレンジドクターを認定するため、認定審査会を設置する。
２　県は、やまぐちPREMIUMオレンジドクターの認定審査を山口県医師会に委託することができる。

（公表）
第７条　県は、山口県ホームページ等において、やまぐちオレンジドクター及びやまぐちPREMIUMオレンジドクターの名簿を公表する。
２　県は、やまぐちオレンジドクターに対し、別記１のデザイン入りプレートを交付し、やまぐちPREMIUMオレンジドクターに対し、別記２のデザイン入りプレート及び別記３の認定証を交付する。
３　やまぐちオレンジドクター及びやまぐちPREMIUMオレンジドクターは、前項のプレートを院内に掲示するものとする。

（異動）
第８条　やまぐちオレンジドクター及びやまぐちPREMIUMオレンジドクターは、第７条第１項の名簿の登載情報に変更があった場合は、様式第３号により山口県に届け出るものとする。
２　やまぐちオレンジドクター及びやまぐちPREMIUMオレンジドクターは、県外の医療機関に異動する場合等は、様式第４号により山口県に届け出るとともに、第７条第２項のプレートを返却するものとする。

（情報の提供）
第９条　県は、第７条第１項の名簿を、市町及び地域包括支援センターに提供する。
２　県は、認知症の早期発見・早期対応を啓発するポスター等を作成し、やまぐちオレンジドクター及びやまぐちPREMIUMオレンジドクターのいる医療機関へ配布する。

（その他）
第10条　この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は別にこれを定める。

附則
（施行期日）
この要綱は、令和元年６月２４日から施行する。

てきた概念であり、日本の宗教観、死生観とは合わないところもあるので、取り掛かりが難しいところがあるが、各地域における行政との取組みは如何か。

防府医師会　防府市はエンディングノートを昨年作っているので、それを普及啓発してもらいたいところだが、健康増進に関するテーマではないので、講演会等では進めにくいとのことであり、医師会で進めてほしいという段階ではあるが、誰がどのように進めていくかは決まっていない。

徳山医師会　基幹病院の徳山中央病院救急部の先生が、ACP の導入について取り組まれている。今年 3 月に市民公開講座を開催されて、多くの市民も参加され、興味が持たれているようであった。

萩市医師会　市の主催により、10 月に一般向けの会が開催される。地域包括ケアネットワークの会議を萩市､阿武町及び医師会が共催しているが、その中では、啓発や多職種の研修で ACP を取り上げる計画になっている。

一般市民の抵抗感は特にないと思う。大きな手術をした際にエンディングノートを書き、その内容を見返してみると、そのまま遺書ができていると喜ばれている様子もあった。

県医師会　ACP の場合は、リビング・ウィルではなく、常に相談をしながら積み上げていくものになる。超高齢社会になり、終末期でトラブルが起こることもあり、介護施設等で急変した際に主治医と連絡を取れないために救急車を呼んで、大病院が看取りをしないといけないことも非常に問題になっている。県及び県医師会で、何らかの形で ACP の協議会のような形のものを立ち上げることができればと考えている。

多職種連携システム（県医師会）

県内で未整備だった地域（柳井、山口・防府、周南）も昨年度末に地域医療情報ネットワークのシステムができている。実際には、山口・防府はまだ稼働していないが、医療・介護の連携システムが載っている多職種連携のツールとして、役立っているかどうか、山口県内での稼働状況については如何か。

宇部市医師会　あまり活用されていない。「さんさんネット」については、今年度からすべて郡市医師会が費用負担し、開業医は使用料なしで普及させる方向で進めることになっているが、これからのことである。

県医師会　使うのが面倒くさいので、携帯電話での連絡になってしまい、あまり使われていないという話も聞いている。

萩市医師会　医師資格証の認証カードを利用したもので、介護保険の主治医意見書の作成時に市担当課と医療機関間で活用されている。また、入院時の紹介状についても使用している。今後、薬剤師会や介護施設にもつなげていく動きがある。その他に、離島で県立総合医療センターから週一回来てもらっているケースの遠隔医療としての構想もあるが、看護師や保健師がいなければ難しいということで、実際には動いていない。

岩国市医師会　「いつつばし連絡帳」があり、一部分ではあるが、医師と介護職員等が SNS を介して連携を取っている。幅広く普及はされていない。

長門市医師会　従来から病診連携システム「医療ネットながと」があり、それに介護が加わったものが昨年から動いている。個人的には参加していないので、利用状況や評判はよくわからない。

県医師会　医療介護の連携となると、情報システムのことになりがちになる。現在のところ、相対的にはあまり活用されていないのではないかと思われる。

高齢者以外を対象とする地域包括ケアへの取組み（県医師会）

地域包括ケアというものは、非常に守備範囲

が広く、高齢者に限られたものに留まらない。まちづくりとも言われており、社会的弱者と言われる方々も含めて何か取組みをされている地域があるだろうか。防府では、長い間引きこもっていた 50 歳の子どもを 80 歳の親が面倒をみているという 8050 問題の話があったがどうか。

防府医師会　在宅医療の連携推進協議会で、ケアマネージャーや包括支援センターから挙がってくる一番多い悩みは、高齢者問題ではなく、8050 問題であるが、医師会としての取組みは難しい。

地域包括ケアにおける住民組織や産業界との連携
（県医師会）

地域ケア会議には、民生委員なども参加されていると思うが、ボランティア団体や市民団体との地域連携等の試みをされている地域はあるか。産業界で企業イメージをよくするために、認知症サポーターを育てている企業もあり、サポーターをボランティアとして活動させたり、器具を寄付しているところもある。特定の企業や市民団体との連携のようなことをしている地域はあるか。

※この質問の件については、地域で他団体と連携を取っておられる郡市医師会はなかった。

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

山口県医師会産業医研修会

と　き　令和元年 9 月 7 日（土）15：00 ～ 17：15

ところ　山口県総合保健会館 2 階「第一研修室」

［報告：常任理事　中村　　洋］

特別講演

1. 最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部

健康安全課長　末廣　高明

労働災害の現状について

県内の労働災害では過去 15 年の発生状況は緩やかに減少している。労働災害が最も多かった昭和 40 年代前半では死亡者数が 100 名を超えていたが、昨年 14 名、一昨年 12 名、今年は 7 名（9 月 7 日現在）である。交通災害については第三次産業での発生が 7 割以上を占めており、主な原因としてはバイクを用いた新聞や郵便等の配達である。通勤災害についてもバイクによる事故が多い。転倒災害については、特に高齢者に集中して発生しており、4 年前より転倒災害防止プロジェクトに取り組んでいる。また、体操を安全衛生活動に取り入れるよう企業に指導することで体力低下を防止している。

労働衛生の概況（健康診断）について

県内並びに全国の一般健康診断の有所見率は年々上昇している。この背景には労働者の雇用年数が延びたこと以上に、生活習慣病関係の所見の増加があると考えている。法令による特殊健康診断では有機溶剤、特定化学物質、電離放射線、鉛、石綿等が該当となる。また、診断後に監督署への結果報告書の提出が義務付けられており、新規の有所見者があった場合や有所見者数が多い場合は、監督署が事業所に訪問して作業現場の実態把握をしている。行政指導による特殊健康診断については努力義務であり、紫･赤外線、騒音、チェーンソー等の振動工具、VDT 等が該当する。受診者については、県内では有機溶剤、特定化学物質の割合が多く、有機溶剤については製造業・建設業の現場、特定化学物質についてはコンビナート関係の受診者が多い。有所見率並びに新規有所見者数は減少しているが、労働局でのじん肺認定者数を踏まえると大きく減少しているとは言えない。

近年の労働衛生について

国内では、平成 10 年代ごろから ISO 労働安全衛生マネジメントシステム（ISO45001）に力を入れている。簡単な内容としては PDCA を回しながら職場の安全衛生を向上するシステムであり、リスクアセスメントが重要となる。労働局としてはリスクアセスメントを知らない中小企業等に対して、安全データシート（SDS）と容器のラベルを見比べ有害性に注意する「ラベルでアクション」を指導している。

全国で危険物・有害物（主に化学物質）に起因する労働災害は年間 500 件程度発生している。また、県内での労働災害が約 1,200 件、全国では約 12 万件発生している。この件数は休業 4 日以上の労働災害であり、実際の労働災害はさらにこの 4 倍程度と言われている。事業場における有害業務の有無･割合については建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業が高い。

化学物質による健康障害では、平成 26 年ごろ、橋梁の古い塗装をはがす作業従事労働者に集中して血中の鉛、クロム、PCB が高濃度で検出された。原因としては、マスクの装着を怠っていたことである。石綿については、新規の輸入・製造は原則として禁止されているが、石綿含有建材を使用した建築物の解体は 2030 年頃がピークになる。石綿の付有がはっきりと分かっている建物の解体については県､監督署が現場を確認している。また、新たな化学物質による健康障害としては、1,2- ジ

クロロプロパンが原因の胆管がん事案、オルトトルイジン（OT）が原因の膀胱がん事案が発生した。オルトトルイジンの事案を受けた全国的な調査により、MOCA にも発がん性があることがわかった。MOCA は現在も防水工事に使用されているため、今後、退職後に発症する事案も危惧されている。

2. 感染症の動向と職場における対策

山口県環境保健センター所長　調　恒明

免疫と感染症

感染症はウイルス細菌で起こるが、感染の様式として最も多いのは飛沫感染（インフルエンザ、風疹等）と思われる。患者の 2 メートル以内の距離にいると感染が起き、これが乾燥して飛沫核となり空気中を漂うと空気感染（結核等）を起こす。また、ノロウイルスは乾燥状態を 2 か月以上発生を保ち続け、パソコンのキーボードやスマートフォンからでも感染することがわかっている。一人の患者が何人に感染させるかという基本再生産数 R_0（アールノート）では、麻しん 20 人、風しん 8 人、インフルエンザ 1.8 人に感染する強さを持っている。麻しんの場合は空気感染のため、医療機関の中で同じ空間を共有していなくても、外来受診患者が感染経路となる場合もある。また、麻しんのように一人の患者が 20 人に感染させた場合、2 次感染を起こすことが考えられる。感染の連鎖を阻止するには、ワクチン接種率が 95％以上必要であるが、県内のように車の利用が中心の場合と都心部のような超過密都市ではワクチンの接種率の割合も異なると考えられる。

麻しんについて

麻疹ウイルスは人から人に感染し、潜伏期は 10 日前後である。最初は風邪症状を起こし、コプリック斑、高熱が特徴的である。途上国での死亡率は 20 ～ 30％と言われており、肺炎や中耳炎等の合併症を起こす。SSPE は 10 万人に 1 人と言われており、国内での発症は昨年 1 人報告されている。また、WHO が 2012 年までに日本を含む地域での麻疹排除の目標を掲げたことを踏まえ、国内でも「麻しんに関する特定感染症予防指針」において、2012 年までに日本から麻疹を排除する目標を掲げた。日本でも 60 年前は 1 万人近い死者が出ることもあったが、その後、ワクチンの導入・定期接種開始により麻疹の患者は減少した。WHO の麻しん排除計画に沿うように南北アメリカ大陸は 2000 年、韓国は 2006 年に麻しんを排除を達成したが、日本は 2007 年に大流行し、麻しん輸出国として国際的に非難を受ける結果となった。

麻しん対策としてはワクチン接種率 95% 以上が重要であり、1 期、2 期のワクチン接種が行われている。また、PCR 法による検査、麻しんが発生した場合は輸入例の証明を行っており、麻しんと診断した医師は直ちに、患者住所、氏名、年齢について保健所に届出をするようになっているほか、麻しん患者が 1 例でも発生した場合、保健所は積極的に疫学調査を実施し、接触者に対して詳しい行動調査を行うとともに 72 時間以内の緊急ワクチン接種の対応を強化している。特に基準は定められていないが、患者の感染可能な期間における行動も公表されている。

2006 ～ 2014 年の間に日本で検出された麻しん遺伝子型調査から、2011 年以降、日本で流行していた遺伝子型 D5 の発生がないことがわかり、現在発生している麻しんはすべて輸入例となったことから、2015 年 3 月に WHO による麻しん排除の認定を受けた。また、近年の国内の麻しん発生事例においても 2 回のワクチン接種者が初発患者になっていることは少なく、このことからもワクチン接種を 2 回受けることの重要性がわかる。

風しんについて

風しんについては、令和 2 年度までに排除を達成することを目標としている。症状としては発熱、発疹、リンパ節腫脹がある。風しん対策で難しいのは、発疹出現の 1 週間前から感染源になることである。そのため、初診までに多くの者に感染させている場合であり、緊急の調査・対策が個別に難しく、そのためにもワクチン接種が重要となる。

風しん発生をなくす最も大きな目的は、先天性風疹症候群（CRS）をなくすことである。妊娠 20 週までの感染で CRS を引き起こし、不顕性感

染でも発症する場合がある。また、先天性心疾患、難聴、白内障を胎児が発症する。国内では、2013 年に 14,000 人を超える風しん患者が発生し、45 例の CRS 患者が出ている。そのうち、11 例が 1 年以内に死亡しており、死亡率 24% となっている。

最近の風しん流行については、感染症流行予測調査から、40 ～ 60 代の男性の約 2 割近くの免疫が十分ではないことが分かっている。この抗体価の者は 2013 年の流行時とほとんど変わってないため、再び流行が発生する可能性は大きい。WHO が公表している患者数では、昨年後半から西太平洋地域を中心に急増しており、世界の患者数では中国が最も多く、インド、日本の順となる。また、国内の現状では、40 代を中心に患者が多く、女性については 20 代後半がピークになっている。過去に一度も定期接種の機会がなかったことを踏まえ、今年から 3 年間、39 ～ 56 歳を対象に 5 期のワクチン定期接種が行われている。集団免疫を向上させることにより、東京オリンピック・パラリンピックまでに抗体保有率 85%、その後 1 年半で 90% にすることを目指している。

髄膜炎菌性髄膜炎感染症について

2015 年に山口市で世界スカウトジャンボリーが開催され、162 か国から 33,000 人が参加し、12 日間、中高生が集まったが、この際、髄膜炎菌性髄膜炎感染症が発生した。アフリカを中心に散発性又は流行性に発症し、髄膜炎では治療を行わないと致死率はほぼ 100% である。発生源としては、学生や軍隊等 10 代の集団生活でアウトブレイクが起きるといわれている。世界では年間 50 万人を超える患者と 5 万人もの死者が出ている。一方、日本では国内 20 例にも満たない稀な感染症であるが、重要なことはアウトブレイクに対する予防投薬である。2015 年の世界スカウトジャンボリーでは、終了日に初発患者が発生し、スコットランドで 4 名、スウェーデンで 2 名発症している。その際、スコットランドでは接触者に予防投薬、スウェーデンでは参加者すべてに予防投薬、日本では健康観察を行っている。現在、国がガイドラインを作成しており、事案が発生した場合には学校医を中心に予防投薬をお願いしたい。

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

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

令和元年度
山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会

と　き　令和元年 9 月 19 日（木）　15：00 ～ 15：25

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]

9 月 19 日（木）15 時から山口県医師会 6 階会議室で開催、県医師会からは河村会長、清水・前川各常任理事、伊藤理事、有床診療所部会からは阿部副部会長、山本・吉永・樫田・林田各理事と部会長の正木が出席した。

まず、伊藤県医師会理事より当日の役員会及び総会のスケジュールについての説明があり、その後、部会長の正木が役員会の進行役を務めた。

議題

(1) 総会の議事進行について

総会は同日 15 時 30 分より同会議室で開催、司会は伊藤県医師会理事が担当、河村県医師会長並びに正木が挨拶し、議事については正木から報告、説明することとした。

(2) 全国有床診療所連絡協議会総会「群馬大会」について

第 32 回全国有床診療所連絡協議会総会「群馬大会」が令和元年 7 月 27 日（土）・28 日（日）に群馬県の高崎市で、「個性あふれる有床診～今こそ、“かかりつけ医”の活躍を！～」をメインテーマとして開催された。総会前の役員会では、①次年度執行部（案）について、②自民党議連会議について、③日医有床診療所委員会について、④日医社会保険診療報酬検討委員会について、⑤在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループについて、⑥若手医師の会開催について、⑦全国有床診協議会の次回開催地についての報告があった。

総会 1 日目は、最初に須藤群馬県医師会長及び鹿子生全国有床診療所連絡協議会長の挨拶があり、さらに横倉日医会長（代読：中川日医副会長）から祝辞をいただいた。

その後、議事に入り、①平成 30 年度全国有床診療所連絡協議会庶務事業報告、②平成 30 年度全国有床診療所連絡協議会収支決算書、③令和元年度全国有床診療所連絡協議会事業計画（案）、④令和元年度全国有床診療所連絡協議会要望書（案）などについて協議され、承認された。

続いて、3 題の講演、①「地域の医療介護ニーズと有床診療所」（江口成美 日本医師会総合政策研究機構研究部専門部長）、②「遠隔医療と有床診療所」（富岡 勉 自民党「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）、③「地域包括ケアと有床診療所」（宇都宮 啓 前厚生労働省健康局局長）があった。

総会 2 日目には、特別講演「日本医師会の医療政策～健康な社会を作ろう～」（横倉義武 日医会長 ）、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！～」があり、最後に鹿子生全国有床診療所連絡協議会会長並びに小玉日医常任理事の総括があった。

※詳細については本会報 9 月号（No.1909）を参照のこと

令和元年度
山口県医師会有床診療所部会総会

と　き　令和元年 9 月 19 日（木）15：30 ～ 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］

第 2 回役員会（前頁参照）に引き続いて、山口県医師会 6 階会議室で総会を開催した。

開会

伊藤県医師会理事の進行で開催された。まず出席者の確認が行われ、部会員数 62 名の内、出席者 8 名、委任状提出 45 名、合計 53 名で過半数に達しており、総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

河村康明 山口県医師会長　残念ながら有床診の施設数は減り続けている現状がある。その原因としては厳しい経営状況や事業継承の難しさ等が考えられ、「親は子どもに継がせたくない」「子どもは親の大変さを見ているので継ぎたくない」といった声もある。介護医療院にはかなりの高点数が設定されているが、これには介護医療院に積極的に参加してほしいという国の意向が反映されているようである。ただ、病院では介護医療院への移行がかなり進んでいるが、有床診では施設基準等の問題もあって、まだ全国で 10 施設程度しか移行できていない状況である。有床診は地域包括ケアシステムの中で使い勝手のよい施設と認識されており、今後も有床診が地域医療の現場で活躍できるよう皆様と一緒に考えていきたい。本日のご協議よろしくお願いする。

正木　本日はお忙しい中、総会にご出席いただきありがとうございます。10 月からの消費税引上げに伴い、診療報酬の改定も実施されるが、今回も消費税引き当て分が消えることのないように診療報酬の加算部分ではなく、基本診療料である初・再診料、入院基本料に上乗せされる。前回の消費税 5％から 8％への引上げの際、一般病院や有床診の入院基本料への上乗せが不十分だったこともあり、今回の改定ではその不足分も含めた上乗せが実施されることになっている。

来春にも診療報酬改定が実施されるが、改定財源の確保面からみると、この 2 年間は端境期で自然増が 5,000 億円を超えない見込みであるが、薬価引下げ分がこの 10 月の消費税引上げに伴う改定でも使用されること等もあり、改定財源確保困難も予想されている。次期診療報酬改定対策としては、全国協議会としても日医役員との懇談会開催、厚労省訪問・懇談、自民党議連会議の開催・要望等、精力的な活動を行っているので報告する。

本日は、令和元年度の事業計画等のご協議をよろしくお願いする。

議長選出

会則第 13 条の規定により、部会長が議長となり議事に入る。

出席者

部会

部会長　正木　康史
副部会長　阿部　政則
理　事　山本　一成
理　事　吉永　榮一
理　事　樫田　史郎
理　事　林田　英嗣

県医師会

会　長　河村　康明
常任理事　清水　暢
常任理事　前川　恭子
理　事　伊藤　真一

議事

(1) 平成 30 年度事業報告について

県医師会関係

○平成 30 年度総会（H30.10.25）
○第 1 回役員会（H30.7.12）
○第 2 回役員会（H30.10.25）
○第 31 回全国有床診療所連絡協議会総会「山口大会」（H30.7.28・29）

全国有床診療所連絡協議会関係

○第 1 回役員会「東京」（H30.5.27）〔正木〕
○第 2 回役員会「山口」（H30.7.28）〔正木〕
○第 3 回役員会「東京」（H30.12.2）〔正木〕
○第 4 回役員会「東京」（H31.3.3）〔正木〕
○第 1 回常任理事会「東京」（H30.5.27）〔正木〕
○第 2 回常任理事会「山口」（H30.7.28）〔正木〕
○第 3 回常任理事会「東京」（H30.10.31）〔正木〕
○日医執行部との懇談会「東京」（H30.10.31）〔正木〕
○日医「社会保険診療報酬検討委員会」「東京」（H30.12.26、H31.2.6）〔正木〕
○「有床診療所の日」記念講演会「東京」（H30.12.2）〔河村県医会長、正木〕
○自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」会議「東京」（H30.4.12）〔正木〕

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会関係

○役員会・臨時ブロック会「山口」（H30.7.28）〔正木〕
○役員会・総会「岡山」（H31.1.27）〔阿部副部会長、伊藤県医理事、正木〕

(2) 令和元年度事業計画（案）について

県医師会関係では、令和元年度総会を 9 月 19 日（木）、第 1 回役員会を 7 月 7 日（木）、第 2 回役員会を 9 月 19 日（木）に開催。第 32 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会「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！～」が群馬県・高崎市において 7 月 27 日（土）・28 日（日）に開催。第 12 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会（岡山県医師会）は令和 2 年 1 月 26 日（日）に開催予定。また、令和元年 9 月 29 日（日）には「若手医師の会」が福岡市で開催される。その他、正木が全国有床診療所連絡協議会役員会、日医社会保険診療報酬検討委員会や自民党議連の会議などに出席し、全国の情報を部会員に伝達する。

なお、上記（1）平成 30 年度事業報告、（2）令和元年度事業計画（案）について、それぞれ協議いただき、承認された。

(3) その他

（第 5 回日医社会保険診療報酬検討委員会報告）

①医療における ICT の利活用について

オンライン診療は、対面診療と補完的に組み合わせることで、医療の質の向上に資するものである。利便性のみが重要視されることは問題があり、現在、オンライン診療の適切な実施に関する指針の改定について検討が行われている。

②医療機器の効率的かつ有効・安全な使用について

日本の CT や MRI の人口あたり設置台数は海外と比較して多い傾向にあり、一台あたりの検査件数は少ない。共同利用による医療機器の効率的な利用促進が検討されているが、日医としては、共同利用は重粒子治療等に絞るべきと考えている。

③介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について

理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションが増加しており、このようなステーションでは 24 時間対応体制加算の届出割合が少なく、問題がある。平成 31 年 3 月末時点での介護医療院数は、150 施設・10,028 療養床に留まり、開設 0 件も 6 県あり、介護費増となる地方行政の負担増の影響も考えられる。

④診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について

地域単位での医療提供体制や医療の地域差に係る分析・評価等のための、レセプトへの郵便番号（患者住所情報）記載が有用であり、厚労省はこれを進めたいと考えているが、住所変更が多いために保険証の頻回変更を要することから、保険者の負担増も指摘されている。また、日医としても慎重に対応する方針である。

令和元年度 都道府県医師会 情報システム担当理事連絡協議会

と　き　令和元年 9 月 19 日（木）14：00 ～ 16：40
ところ　日本医師会館

[報告 : 常任理事　中村　　洋]

開会挨拶

横倉日医会長　ご案内の通り、日医は 2016 年 6 月に「日医 IT 化宣言 2016」を公表し、医療等分野に関する ICT 化について、これまで以上に主導的かつ強力に推進していくことを宣言した。一昨年 5 月に全面施行された改正個人情報保護法により、医療情報は取扱いに特に配慮を要する個人情報、すなわち「要配慮個人情報」と位置付けられるようになった。私たちは IT 化宣言の中で「安全なネットワーク構築」と「個人のプライバシー保護」を主な項目として掲げている。

一方、厚労省はデータヘルス改革として「ゲノム医療や AI の活用」、「医療・介護現場の情報利活用」、「NDB や介護 DB などのビッグデータの連結解析などの利活用」及び「国民が自身のデータを活用するための PHR」等の推進を掲げており、2020 年度内にさまざまなサービスを提供開始することを目指して、現在、急ピッチで検討が進められているところである。

こうした国の動きに対して、日医としては利活用ありきではなく、患者さんの究極の個人情報である医療情報を確実に守ることが最も重要と考えている。現代社会では一旦、ネット上に流出した情報を完全に削除することは不可能であるが、ゲノム解析の進歩を見れば、現時点では些細と思える情報が、将来、その方の子孫の人生まで左右するような重要な情報になってしまう可能性も否定できず、そのような懸念や不安を限りなくゼロに近づけるためには、関係者のリテラシー醸成に加え、安心・安全に利用できる医療等分野専用のネットワークや医療等 ID の整備、HPKI の普及が不可欠であるとして、担当理事を中心に国の検討会の場で繰り返し主張し、積極的に活動しているところである。

本日の協議会では、とりわけ非常に重要な 2 つの事業方針について報告させていただく。

一つ目は「ORCA プロジェクトの今後」として、日本医師会 ORCA 管理機構株式会社の今後の事業運営、並びにその核となる日医標準レセプトソフト（以下、「日レセ」）の有償化に関する報告である。ORCA プロジェクトでは、開発プログラムを無償で公開するオープンソースの理念で活動を展開してきたが、この度、株式会社としての経営基盤を堅固なものとすべく、オープンソースの考え方は維持したまま、周辺部分のサービスに関して有償化する方向に舵を切らせていただくこととした。本件については日医執行部として理事会において承認したところであるが、ORCA 事業を保険請求基盤として今後も維持発展させていくため、持続可能な体制づくりを行うための措置として、会員やユーザの先生方のご理解を賜りたいと考えている。

2 つ目は「医師資格証の普及について」である。普及数は 8 月末現在で 13,800 枚を突破した。今春、関連役員による「医師資格証普及推進プロジェクト」を会内に設置し、従来以上に普及促進に注力しているところだが、昨年 10 月の当協議会以来 10 か月で 1,800 枚程度の伸びでしかなく、電子的、アナログ的な利用場面の拡大を図っていくことが急務である。また、現状の打開策の一つとして、現在の紙の医師免許証を「HPKI 機能付きカード型免許証」に切り替えることの実現性について厚労省との協議を開始したところである。ただし、この方向性で進めるためには「カード型免

許証取得の義務化はしない」、「医師免許更新制につながる不安を払拭すること」、「発行団体における自主的活用の確保」など、さまざまな課題の解決が絶対条件であると考えている。

事前に質問並びに要望を頂戴しているが、フロアからも積極的にご意見をお聞かせいただき、今後も日医が適切な方向に施策を進めていけるよう、ご協議をお願いするとともに、重ねて医療分野の情報化推進に対するご理解とご協力をお願い申し上げる。

議事

1. ORCA プロジェクトの今後について

日本医師会常任理事　石川　広己

日レセは、当会の ORCA プロジェクトとしての立ち上げから 20 年弱という年月を経て、現在、各種レセプトコンピュータの中でも代表的な存在（2019 年 8 月現在 17,853 ユーザで業界 2 位、シェア率 20.0％、山口県は医療機関数 1,113 に対して日レセ稼働数 229、シェア率 20.6％）として認知されるようになった。

電子カルテとの連携については、日医 IT 化宣言（2001 年）のもとオープンソースで無償であることから、日レセを会計処理に利用する電子カルテも 40 社を超えて増え続けており、近年の日レセの新規ユーザの 7 割は電子カルテの導入とのセットである。

ORCA 管理機構では新たな事業展開として、日レセクラウド版リリースに伴い、クラウド版に電子カルテ等を接続した場合に課金を行うこととして事業を進めてきた。しかしながら、クラウド版の普及の遅れや、日レセに接続する電子カルテは増加しているものの、その多くが無償提供されている院内設置型の日レセを利用している等の理由により、現在の延長線上で事業を進めても今後の ORCA 事業の運営への貢献が極めて厳しい状況が明らかとなった。

このような状況に鑑み、2019 年 6 月 18 日に開催された日医の第 3 回理事会において、「院内設置型の日レセについては、オープンソースの考え方を崩さずに周辺部分のサービスに関する有償化」の措置の実施についての協議を行い、決定した。具体的には、日医 IT 化宣言（2001 年）に基づき無償提供されている日レセのプログラムコード以外の周辺部分（地域公費／各種帳票／他社製マスタ類／動作検証／セキュリティ対応／ ORCA サポートセンタ／マニュアル類、等々）をパッケージ化して商用版として提供することとした。

なお、今後、機能が新たに追加された場合など、料金の見直しを行う可能性はある。

今後は、医療介護連携のみならず、医療保険のオンライン資格確認やキャッシュレス化の進展、AI を活用した診療支援など、多岐に亘る施策への対応が急務となっていることから、日医は ORCA 管理機構に対し、以下の施策並びにサービスの強化への取組みの展開を求めていく。

①日レセユーザへの丁寧な説明
②日レセクラウド版利用者の増加
③ ORCA 事業と親和性の高い新たな付加価値サービスの提供
④各種サービスを統合的に利用できる医療機関向け ICT ポータルの構築

日本医師会 ORCA 管理機構代表取締役社長

上野　智明

日レセのユーザ数は会員の先生方の支持を得て着実に増加を続け、各種レセコンの中でも代表的な存在として認知されるに至った。平成 22、23 年度の医療 IT 委員会では、「ORCA の評価と今後」という諮問を受け、日レセ開発及び現在までの改良の費用に関して検証し、これまでの取組みを総括した上で、今後の目指すべき方向性について答申が行われ、次の 10 年を見据えた日医の医療 IT 戦略の布石として ORCA 事業の「クラウド化」を進めること、また、費用に関しては「受益者負担」との提案も行われた。

平成 24 年に開催された第 30 回常任理事会では、「ORCA 事業運営費（サポート費用）徴収」について協議されたが、慎重を期す意見が多勢を占めた。その後、検討を継続し「外部に事業体を設立し、日医管理の下で継続・発展させていく」という方策を考えるに至った。また、電子カルテメーカーなどから収益を確保する方法により、当会の負担を少なくする方向で、かつ会員の負担も

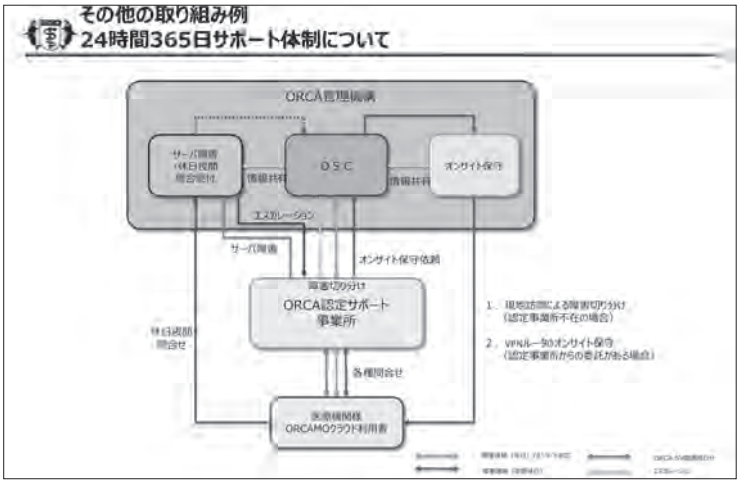
これまでどおり少なくて済むとの計画も盛り込んだ。

しかし、現状では、クラウド版の普及が遅く、当初の計画のままでは維持が困難であり、また、Web 型が時流の ORCA 対応電子カルテは増えているが、その多くが課金対象外であることから、ORCA を皆保険の保険請求基盤として維持発展させていくため、持続可能な体制づくり、オンプレミスユーザのクラウド版へのシフト、オープンソースの理念は崩さず、何らかの形で費用を徴収することへのご理解・ご協力をお願いしたい。

商用版パッケージ利用料

金額は税抜き価格です。

		診療所（無床・有床）		病院	
		日医会員	非会員	日医会員	非会員
商用ライセンス利用料		2，500円／月	3，500円／月	5，500円／月	10，500円／月
回収方法		管理機構直接回収（月額回収）			
契約手続き期限	既存ユーザー	2019年12月末まで（医療機関ID申請時の稼働年月が2019年12月分までのユーザー含む）			
	新規ユーザー	医療機関ID申請時の稼働年月が2020年1月分より順次契約			
利用開始	既存ユーザー	2020年1月より開始			
	新規ユーザー	医療機関ID申請時の稼働年月が2020年1月分より			
その他		途中解約可能（契約解除） 2020年3月末までに日レセクラウドへ切り替える場合には，利用料は不要			



その他の取組み例として、電子カルテ検討タスクフォースがある。ORCA に連携可能な電子カルテは多数存在するが、保険診療における指導時に機能的な不備を指摘されることがある。また、信頼性・安全性に差異があり、機能以前の課題も多数見受けられる。これらは、電子カルテが守らなければならない三原則の解釈及びクラウドサービスに求められる医療情報関連の三省ガイドランの解釈が不明確なことが原因の一つと考えられ、これらを明確にすることで「ガイドライン準拠電子カルテ」であるかどうか判断するための基準を作成することが必要であり、そうすることで、当機構は上記を判定することができるようにする。また、基準の明確化により、ガイドライン準拠の電子カルテにおいては、機能的な指導ではなく、カルテ記載内容の指導に絞ることができ、結果的に指導時間の短縮、指導員、被指導対象である医療機関や電子カルテメーカの負担が軽減される。検討会のメンバーは、当機構より 7 社を指名、自社のノウハウ、情報提供を義務付けており、活発に会を運営している。

さらに、24 時間 365 日サポート体制を敷いている。

そのほか、e- ラーニング、医療事務の方が休職された場合に人員を派遣するサービス等を行っていく予定である。

2. 医師資格証の今後について

日本医師会常任理事　長島　公之

厚労省はデータヘルス改革として、「ゲノム医療や AI の活用」、「医療・介護現場の情報利活用」、「NDB や介護 DB などのビッグデータの連結解析などの利活用」、「国民が自身のデータを活用するための PHR」などの推進を掲げ、2020 年度内にさまざまなサービスの提供を開始すべく検討が進められている。それに対して、日医は利活用ありきではなく、患者さんの究極の個人情報である医療情報を確実に保護することが最も重要であり、そのためには、医師資格を電子的に証明する HPKI の普及が不可欠であると考えている。

日医では HPKI 機能を持つ医師資格証を発行し、

その普及に努めてきたが、発行枚数は 13,842 枚（日医会員数の約 7.6％、2019 年 8 月末現在）と普及率は極めて低い。普及が進まない状況を踏まえ、平成 28・29 年度医療 IT 委員会は「従来の手法には限界もある。仮に医師国家試験の受験料あるいは医師免許の申請手数料に医師資格証発行費用を含めてしまい、医師免許証の発行対象者全員に自動的に発行してしまうことができれば、新たに医師になった人に確実に普及させることができる。ただし、使い道がなければ更新してもらえず、失効カードが増えるだけになる。並行して、電子的利用拡大、アナログ利用での有効性拡大、広報活動の強化の取組みが必要である」と答申された。

国会では、賞状サイズである紙の免許証を持ち歩く等の不便さから、日医の医師資格証を例に携帯可能な免許証を検討してはとの議論があった一方で、マイナンバー推進派からはマイナンバーカードと医師資格の一体化を図る（マイナンバーカードを医師免許証とする）との議論があった。

日医としては、HPKI 機能の迅速かつ確実な普及（電子的・アナログ的活用場面の拡大）を図ること、マイナンバーカードと医師資格一体化の阻止（スピード感を持って進める）を基本姿勢とし、現在の紙の免許証を「HPKI 機能付きカード型」免許証に切り替えるよう厚労省と協議を進めていく。

HPKI は電子署名法に則り 5 年ごと（以内）の更新が必須になるが、医師の資格（身分）は医師法で定められており別々の法律であるため、資格更新と結びつくことはないが、将来的な不安を払拭するために、以下の条件を満たさない限りカード化には協力しない。

- 医師免許証と HPKI 機能を分離する（HPKI 機能付きカード型免許証と位置付けて機能を利用しなくても医師免許証として有効とする。また、HPKI を更新しなくても引き続き医師免許証として有効とする。例えば、表面は医師免許証の記載事項のみ、裏面に HPKI に係る事項を記載して券面の分離を行う）。
- 既に取得した免許証はカードへの切り替えの義務なしとする。
- 資格更新制への不安及び心理的抵抗を払拭する厚労省の対応を求めて協議する。

日医では医師資格証普及推進プロジェクトとして、茨城県医師会にてパイロット事業として、県医師会所属の日医会員を対象に「医師資格証発行申請書」記入時における負担軽減を行うべく、日医入会時の情報の一部をあらかじめ記載（プレ印刷）した「医師資格証発行申請書」を利用した。また、本事業におけるプレ印刷版の申請書による普及の効果や、直接的に申請者である医師にアプローチすることによる普及の効果等の検証もアンケート等を通じて行うことにより、本事業の有効性についても調査を行っているところである。

3. 次世代医療基盤法への対応について

(1) 次世代医療基盤法について

内閣官房健康・医療戦略室次長　城　　克文

平成 29 年 5 月 12 日に公布された「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」（以下、「次世代医療基盤法」）は、医療分野の研究開発に資するための同情報に関し、作成事業を行う者の認定、医療情報及び同情報等の取扱いに関する規制等を定めることにより、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資することを目的とするものである。法律の内容は以下のとおりである。

1）基本方針を策定する。

2）認定匿名加工医療情報作成事業者（以下、「認定事業者」）

主務大臣は、申請に基づき、匿名加工医療情報作成事業の適正かつ確実な実施に関する基準に適合する者を認定する。

①認定事業者の責務

- 医療情報の取扱いを認定事業の目的の達成に必要な範囲に制限する。
- 医療情報等の漏えい等の防止のための安全管理措置を講じる。
- 従業者に守秘義務（罰則付き）を課す。
- 医療情報等の取扱いの委託は主務大臣の認定を受けた者に対してのみ可能とする。

②認定事業者の監督

・主務大臣は、認定事業者に対して必要な報告徴収、是正命令、認定の取消し等を行うことができる。

3）医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供することができる（医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意）。

4）主務大臣は、内閣総理大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣とする（認定事業者の認定等については、個人情報保護委員会に協議する）。

なお、生存する個人に関する情報に加え、死亡した個人に関する情報も保護の対象とする。

制定の背景には、医療分野の研究開発に資するよう、レセプトなどインプット（診療行為の実施に関する情報）のみならずカルテなどアウトカムを含む医療情報の利活用のための仕組みを整備すること、また、分散して保有されている医療情報を「集めて」「つなぐ」仕組みを整備することが求められたこと、そして改正個人情報保護法の施行（平成 29 年 5 月）があった。

オプトインのほか、丁寧なオプトアウト（最初の受診時における書面での通知を基本とすること）により、医療機関等から認定事業者へ要配慮個人情報である医療情報を提供すること、また、認定事業者から利活用者へ匿名加工医療情報を提供することができるものとされた。

個人情報保護法で可能な匿名加工情報の提供の仕組みについて、匿名加工情報とは、特定の個人を識別することができないように加工して得られる個人情報であって、復元することができないようにしたものであり、本人の同意なく第三者に対する提供が可能であるため、個別医療機関は保有する医療情報（個人情報）の匿名加工を自ら又は事業者に委託して行い、利活用者に本人の同意なく提供することは可能である。

医療機関等の方には、自らの医療情報の提供という一人ひとりの参加は、匿名加工医療情報の利活用による医療分野の研究開発の成果が現場に還元されることを通じ、国民・患者に提供される医療の進歩という皆の恩恵に結び付くので、このような制度の趣旨をご理解の上、認定事業者に対する医療情報の提供について、ご協力をお願いしたい。なお、医療情報の提供に当たっては、最初の受診時に書面で通知することを基本として、オプトインによらなくても、オプトアウトによることも可能であり、これは医療機関の設置主体（公立、私立等）を問わないほか、介護事業所や地方公共団体に関しても同様である。

（2）次世代医療基盤法への協力のお願いについて

日本医師会常任理事　石川　広己

AMED（日本医療研究開発機構）の研究事業を進める傍ら、日医内では次世代医療基盤法への対応を検討し、平成 30 年 4 月 17 日の第 1 回理事会において次世代医療基盤法を患者及び医療関係者にとって実りあるものとするため、個々人の「生涯保健情報統合基盤」を構築・運用する一般財団法人を日医並びに本事業に賛同する医療関連団体等で設立すること、そして、同法人が「認定事業者」として認定を受けるべく申請するという方向性が機関決定され、平成 31 年 3 月 7 日に「一般財団法人日本医師会医療情報管理機構」の設立登記申請を行った。現在、次世代医療基盤法に基づく認定匿名加工医療情報作成事業者としての認定を受けるべく申請準備中（令和元年中に申請予定）である。

認定事業者は地域との共存が前提で、地域の皆様のご協力が不可欠であり、地域の医療情報取扱事業者が住民を支え、医療情報集約主体が地域の医療情報取扱事業者を支え、認定事業者は医療情報集約主体を支える。金銭的な対価では事業を継続できないため、各種勉強会や事業管理、IT マネジメント、連携ツール提供、匿名加工・解析、コンサルティング等のサービス提供を通じて地域を支援し、地域と共存していくのでご協力をお願いしたい。

4. 医療 IT 委員会の検討経過報告について

医療 IT 委員会委員長　塚田　篤郎

日医は、ORCA プロジェクト推進をメインとした日医 IT 化宣言（2001 年 11 月）に代わり、前々期の医療 IT 委員会答申（2016 年 5 月）に

おける提案を基に、今後の日医の医療分野の IT 化における取組みの指針として「日医 IT 化宣言 2016」を公表（2016 年 6 月）、前期の医療 IT 委員会答申（2018 年 6 月）において①日医 IT 化宣言 2016 実現に向けた日本医師会の取組み、②地域医療連携、多職種連携のあるべき姿について提言した。

今期の会長諮問は「そもそも医療の IT 化とは何か―原点から考え、そして未来へつなぐ―」である。検討中の答申骨子案は、

Ⅰ. 原点から考える
　―わが国の医療の IT 化はどのように進展してきたのか
　　・委員の講演などを基に、医療の IT 化の歴史についてまとめる。

Ⅱ. 現在の取組み
　―医療の IT 化の現状と今後の課題
　　・各委員のプレゼン内容などを基に、地域医療連携 NW を活用することで、どのように医療の質が向上したのか、今後の課題を提示。
　　・日医が取り組んでいる ORCA プロジェクト、電子認証局、次世代医療基盤法における認定事業の現況と課題を提示。
　　・国が取り組んでいる「全国保健医療情報ネットワーク」、「医療等分野における識別子（医療等 ID）」、「医療・介護データ等の解析基盤の構築（DB 連結解析）」などの施策と課題を提示。

Ⅲ. 未来へつなぐ
　―医療の IT 化はどこに向かうべきなのか
　　・委員会としての提言を行う。

であり、2020 年 5 月頃の答申提出に向けて検討を継続している。

5. その他（令和元年度日本医師会医療情報システム協議会プログラムについて）

日医情報システム課　日医の主催で香川県医師会を当番県とした標記協議会（メインテーマ「進化する医療 ICT」）を令和 2 年 2 月 1 日（土）、2 日（日）に日医会館にて開催予定であるので、多くの先生方の参加をお願いする。

6. 質疑応答

(1) 大阪府医師会

1）7 月 26 日付で横倉会長から都道府県医師会長宛に「日本医師会 ORCA 管理機構株式会社における日医標準レセプトソフト（日レセ）の今後の対応について」が通知された。今後も日レセの継続・発展をさらに維持していかれることを期待したいが、前提として、収支を含め今後の技術的・経済的見通しを明らかにしていただきたい。一方、7 月 9 日の日医常任理事会速報では、地域ヘルスケア産業支援ファンド投資事業有限責任組合（REVIC）より、同社が保有する日医 ORCA 管理機構（株）の株式の一部を譲渡することについて、同意を求める申請書が届いたことについて、譲渡予定先企業に対して REVIC を通じて聞き取りを行った結果、特に問題は見られないと考え、同意したとあったが、今後、株式の循環や増資に伴い、日レセの普及・発展、技術的側面に対する管理機構のコントロールの相対的な低下も危惧される。

2）医師資格証の普及について、本会では本年 6 月に医師資格証に関するアンケート調査を郡市区等医師会事務局宛に実施したところ、「利用シーンが少なくメリットがないため会員へ啓発し難い」との厳しい意見を頂戴している。日医認定産業医制度をはじめ、各種学会等の単位管理にも活用されるよう検討いただきたい。また、医師資格証の氏名の表記について、旧字や異体字の場合、JIS2004 文字に置き換えられ、医師免許証等と異なるケースがあると会員から指摘があり、運用の改善に努めていただきたい。

3）次世代医療基盤法への対応について、6 月 10 日付で石川常任理事から各都道府県情報システム担当理事宛に通知された「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律等の施行に伴う学校における取扱いについて」では、健診結果を可能な範囲で情報提供するよう呼びかけているが、①具体的にどの健診項目を報告するのか、②健診を担当した学校医の名前は報告されるのか、③誰が主体となって、どのような形で本人や保護者に説明し同意を取るのか、の 3 点についてご教示賜りたい。

日医　1）について、REVIC は 2020 年度末を目途に株式から抜ける予定である。その時に半分の株式を持っているが株式の売却については日医の同意を求めるとなっており、REVIC が勝手に ORCA の株式を譲渡することはできない。今後、譲渡先も含めてきちんと検討していく。2）について、電子的、アナログ的の利用拡大を行っていく。ご指摘の漢字については個別対応を実施している。3）について、①身体計測、視力及び聴力の検査、問診、胸部エックス線検査、尿の検査等である。②当然削除する。③外部委託も含めて認定事業者からリーフレットを学校に送付して案内する予定である。

（2）広島県医師会

令和元年 8 月 8 日付けで厚生労働省医政局地域医療計画課長及び研究開発振興課長から各都道府県衛生主管部（局）長宛に通知があった「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る適切な予算執行の徹底について」において、普及啓発のための経費（宣伝費）、需用費（消耗品費、印刷製本費、会議費等）、諸謝金並びに旅費が基金の対象とは認められない「地域医療情報連携ネットワーク（地連 NW）の維持費」として例示された（**下表**）。これらについては今年度に限り、激変緩和措置が設けられるものの、令和 2 年度には完全に基金の対象から外されることとなる。これは、新規参加医療機関に対する操作説明の実施や新機能のリリースに伴う普及活動などに係る経費が該当し、単なる維持費ではなく、ネットワークの構築・拡大に係る不可欠な費用と認識している。また、安定的な運営を維持するために新規参加医療機関の拡大や参加患者及びアクセス数の増加などに大変苦労している現状があるが、ハードのみの補助では構築したものの利用されないネットワークが増える一方ではないかと考える。各県では、病床機能の分化と連携、働き方改革など国の目指す施策の方向性を示し、そのツールとしてネットワークの構築を推進しているところであり、ネットワークの構築・拡充に資するこれらの費用について、一律で基金の対象外とするのではなく、目的に応じて基金が利用できるよう厚労省への働きかけをお願いする。

日医　上手な使い方、表現の仕方を考えていただきたい。

（3）熊本県医師会

①日レセオンプレミス商用版パッケージ利用料について、病院の日医会員・非会員の利用料差額が 5,000 円であるように、診療所についても同程度の差額をつけていただきたい。②商用版パッケージ利用料は「クラウド版では免除」とのことだが、「日医クラウド版では免除」と説明すべき。③オンプレ商用版の利用範囲について、ソースのみ利用の場合でも日医提供マスタは利用可能とのことだが、日医で独自に変換等を行ったマスタ等については一部限定にしてもよいのではないか。

日医　①さまざまなケースが考えられるので今後検討したい。②紛らわしい表現についてご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げる。③現在のところ一部限定にする方向で考えている。

基金の充当対象に係る適否について

適否	使　途	例
○	地連 NW 構築費	サーバー、回線等の構築費、セキュリティ対策費等
○	地連 NW 更新費用	機能の追加や見直しを実現する場合の更新費用
×	医療機関設置の電子カルテ等	電子カルテ導入・更新費用、保守料等
×	地連 NW 維持費 （激変緩和措置あり）	保守料、運営設置主体の人件費、事務局経費、 普及啓発費、消耗品費、印刷製本費、会議費、 諸謝金、旅費

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

令和元年度 都道府県医師会 小児在宅ケア担当理事連絡協議会

と　き　令和元年 9 月 25 日（水）14：00 ～ 16：50
ところ　日本医師会館

［報告：常任理事　前川　恭子］

松本吉郎 日本医師会常任理事の司会にて開会された。中川俊男 日本医師会副会長が横倉日本医師会長の挨拶を代読され、地域包括ケアシステムの中での小児在宅医療の遅れを指摘、協議の場をつくり、多職種が連携する重要性を述べられた。

議事

1. 小児在宅ケアを巡る現状と課題

(1) 小児在宅ケア検討委員会の検討状況について

日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員長／埼玉医科大学総合医療センター小児科特任教授　田村　正徳

動向と課題

人工呼吸器を装着したまま退院する児は、2008 年の墨東事件以降、10 倍に増えた。

小児在宅医療につき、国内の在宅療養支援診療所を対象に行ったアンケート結果について 2009 年と 2016 年で比較したところ、同診療所が小児（0 ～ 19 歳）の患者の訪問診療の相談を受けた件数は 3 倍となっており、小児科領域の患者を在宅で診療できる条件として、緊急時の紹介元の病院の受入保証や小児科医とのグループ診療が挙げられた。

各都道府県において、在宅療養支援診療所と小児科診療所が連携すること、短期入所が充実すること、大人の在宅療養支援診療所の医師向け研修会が開催されることを希望する。

診療報酬改定に向けた中間答申

在宅時医学総合管理料の小児加算の新設、入退院支援加算の施設基準は専従看護師だけでなく研修を修了した専任看護師でも可能とすること、加温加湿器加算の新設、在宅患者訪問診療料に小児ターミナルケア加算新設、注入ポンプ加算を 2 台以上に設定できること、機能強化型在宅療養支援診療所・機能強化型在宅支援病院の施設基準に看取りだけでなく超・準超重症児の医学管理も対象とすることを要望している。

災害対策

災害ブラックアウト時の在宅人工呼吸器の電源確保が重要となっており、自助･共助だけでなく、病院・行政の公助の充実が望まれる。避難所の電源状況の把握や、在宅医療避難所（仮称）の指定、在宅医療協議会などに災害対策委員会の設置を進める。

教育問題

医療的ケア児の 8 割は学校へ通学するが、レスピレータ児は 4 割しか通学していない。レスピレータ児の通学は全例が自家用車を使用、学校内では保護者の付き添いを必要とし、保護者の負担が大きいことに対し、学校でのケアに訪問看護師が関与することについて介入研究を行った。

2 年間の研究期間に 43 例において安全に介入研究を実施できた。保護者の負担軽減、児の自立、他の児童への教育的効果、児と教師の関係性の構築が利点として明らかとなった。課題として、医療的トラブルが起こった場合の責任の所在が挙げられた。

文科省の有識者による検討では、学校での医療的ケアについて、学校医・医療的ケア指導医・主治医の役割分担が示されており、全国の都道府県・指定都市の半数以上で、医療的ケア指導医が委嘱されている。

動く医療的ケア児

移動可能な医療的ケア児は、常時の見守りが必要でケアの負担が大きいにもかかわらず、通所などのサービスを受けにくい状況にある。

障害児への支給判定基準に実態調査による研究成果を活用し、サービス支給量に反映することを提案している。

追い風

平成 28 年に障害者総合支援法が改正され、さらに平成 30 年末には「成育医療等基本法」が成立した。これらを活用した医療的ケア児に対する介護保険制度の創設を目指している。

(2) 在宅医の立場から

日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員／
医療法人財団はるたか会理事長　　前田　浩利

血液腫瘍を専門にしており、緩和ケアが必要と考え、在宅医療の世界に入ったが、現在は医療的ケア児に関与している。

課題

医療的ケア児はこの 10 年で約 2 倍に増加、そのうち 40％が人工呼吸器を装着している。

医療的ケア児の在宅医療は、教科書には記載されていない分野で、しかも、子どもたちの成長とともにケアの内容やニーズが変化していく。保護者の負担や、必要な支援の種類や量を示すデータがない。医療的ケアに対応できる通所サービスやレスパイト施設も不足している。学校に行きたくても行けない、行けたとしても保護者が送迎するので、保護者の体調不良で通学できないこともある。

動ける医療的ケア児

障害者総合支援法の改正とともに、身体･知的･精神の障害概念に発達障害が加わり、また、医療的ケア児へのケアは地域で行われることが前提となった。

医療的ケア児の 30 ～ 50％が動くことができ知的障害もない。彼らは従来の重症心身障害児の定義から外れる児である。現時点で 19 歳未満の小児が主体であり、医療技術の進歩によって生まれたといっても過言ではない。障害として低く評価されてしまい、現在の障害児支援ではカバーしきれないが、実際のケアの負担は重い。

地域における支援

2016 年、3 省庁 5 部局連名で各地方公共団体に通知が出された。医療的ケア児の支援に関し、保健・医療・福祉・教育等の連携体制構築の取組みを推進することが示され、行政の縦割りを超えた協議の場を持つ契機となっている。

2017 年には日本医師会が小児在宅医療検討委員会を設置し、小児在宅医療推進を呼びかけている。

しかし、現在の支援は自治体により供給量に大きな差があり、通所施設への看護職員加配加算はあるものの十分ではない。

緩和ケアについて、自施設で診た子どもの在宅患者死亡者の 8 割は在宅で看取りができた。在宅対応困難な場合は、成育医療研究センターのバックアップを得ている。

NICU 満床問題

2008 年の都立墨東事件がきっかけである。NICU が満床であったため、脳出血の妊婦を 7 医療機関が受け入れできず、患者は死亡した。その後、NICU の長期入院を解決するために、レスピレータ児を在宅に移行したことで明らかに NICU 長期入院児は減少したが、小児の在宅医療が課題となった。

医療的ケア者

医療的ケア児を診療していた医師が退官、保護者は高齢となり、がんなどの疾病に罹患する頃、30 ～ 40 歳となった多くの医療的ケア者が置きざりにされる。

2. 医療的ケア児に関する施策について（行政の立場から）

(1) 医療的ケア児に関する施策について

厚生労働省障害福祉部障害福祉課
障害児・発達障害者支援室長　本後　　健

現状

2016 年の児童福祉法改正により、医療的ケア児支援の体制整備を推進することとなり、並行して在宅の医療的ケア児の状態像の把握や概念整理がなされた。

在宅で実施されている医療的ケアには、経管栄養の管理、吸引、気管切開部の管理が多く、寝たきりの児が 6 割以上だが、理解力や介助の内容は幅広い。

協議の場

障害児のサービス提供体制の確保のため、都道府県及び市町村にて障害児福祉計画を策定することとなり、関係者が連携を図るための協議の場を設けることが基本的な指針に盛り込まれている。

2019 年 9 月の調査では、7 ～ 8 割の都道府県で医師会や医療機関が協議の場の構成員となっているが、圏域の協議の場では、医師会は 16％しか参画しておらず、8 割の圏域で福祉事務所・保健所が構成員となっている。

医療的ケア児等総合支援事業

コーディネーターの研修・配置、地方自治体での協議の場の設置を事業として進めている。新規に、医療的ケア児等に対応する看護職員の研修や就業先のマッチングを行うため、2020 年度予算として要求している。

障害福祉サービス等報酬改定

2018 年度の改定で、障害児向けサービスでの看護職員加配加算を創設しているが、効果は実感されていない。

通所のための外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問し発達支援を行う「居宅訪問型児童発達支援」も創設した。他に障害者向けサービスとして、生活介護事業の常勤看護職員等配置加算も拡充している。

(2) 学校における医療的ケアの実施について

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課
特別支援教育企画官　佐々木　邦彦

現状

学校での医療的ケアは教育そのものである。教育と医療、双方の専門性により、児童生徒の発達を最大限に促すこととなる。

公立の特別支援学校での医療的ケアを要する児童生徒は、2017 年度 8,218 名で、その 3/4 が通学生であった。同年度の同校の看護師は 1,807 名であった。公立小・中学校でも医療的ケアを要する児童生徒は増加している。

検討会議

2017 年より学校における医療的ケアの実施に関する検討会議を行い、2019 年にとりまとめを行った。

基本的な考え方として、主治医との連携は不可欠であること、保護者の付き添いは本当に必要と考えられる場合に限るよう努めることが確認された。

特定行為以外の医療的ケアを学校で実施する場合、従来は学校に任せていたが、慎重になりすぎていたため、個々の児童生徒の状態を考慮し、従来よりも柔軟な対応を検討することを留意事項とした。配置看護師の専門性向上を目的に、研修機会の確保も挙げられた。

学校医・医師会の役割

教育委員会の委嘱した学校医や医療的ケア指導医には、管理職に助言をしながら、医療的ケアの実施要領や個別マニュアル等の確認の支援をお願いしたい。

地域の医師会には、医療的ケア運営協議会への参画、看護師等の研修への協力を願いたい。

通学

スクールバスなど専用通学車両での容体急変への対応は、個別マニュアル等に盛り込み、職員が理解し共有できることが必要である。看護師配置を拡充し、送迎車両に看護師が同乗、また、それらを指導できる看護師の配置に対する予算を要求している。

3. 医師会の取組み

(1) 群馬県医師会

群馬県医師会副会長　川島　　崇

個人としては内科医として在宅療養支援診療所で ALS 患者など訪問診療している。

2013 年から 2 年間、群馬県で国モデル事業として小児等在宅医療連携拠点事業を受託した。小児等在宅医療を担う医療機関の拡充が主な目的で、地域で包括的な在宅医療を提供する体制を構築した。主体は群馬県だが、医師会・看護協会・大学・小児科医会・教育委員会・市町村保健センターなどが関わり、他県や他県医師会が行っている効果的な取組みを、徐々に取り入れていった。

関係者による会議を開催、実態調査を行い、資源を把握しマップを作成した。人材育成として訪問看護師や医師対象の研修会を開催、小児在宅医療マニュアルも作成した。特別支援学校への支援、

コーディネーター育成、一般住民への普及啓発なども行った。県 HP には、小児等在宅医療に対応可能な医療機関の一覧をアップした。

2013 年度に小児等の在宅医療を考えるシンポジウムを、2015 年には連携を考える研修会を、2018 年には医師向け、訪問看護師向け、保健師向けといった職種により異なる研修会、講演会、連携を目的とした担当者会議を開催した（何れも県医務課主催）。

県障害政策課はコーディネーター養成研修を開催、保健予防課は慢性特定疾病児童等自立支援事業として関係機関の連携協議を行っている。

(2) 福井県医師会

福井県医師会会長　池端　幸彦

経過

2017 年に小児在宅医療推進協議会を県障害福祉課に設置した。小児科医が在宅対応していなかったので、内科医の医療審議会在宅医療体制検討部会長が代表兼務となった。

実態調査

2018 年度に医療的ケア児の実態調査を行った。県内には約 120 名の医療的ケア児がおり、そのうち 5 名に地域医療機関が対応している。医療的ケアの内容は酸素療法・経管栄養・吸引が多く、病態の原疾患は脳神経系が 1/3 を占める。

訪問看護ステーションからの医療的ケアを受けている児童は 32 名で、複数名の看護職員の訪問を要するケースもある。

保護者からは、レスパイトや緊急時の受け入れ拡充、地域の病院での児への対応、本人のニーズにあった支援や移動支援の充実を望む声が多かった。18 歳以上でケアを要する者への福祉・医療、保護者亡き後の生活への不安も挙げられた。

実態調査から得た課題に対し、県は、人材育成、協議体設置、レスパイトの充実、移動・入浴支援の見直し、18 歳以上の受け入れ先の検討などに取り組むこととしている。

福井県医師会の取組み

当会の在宅医療サポートセンターでは、小児をテーマとした多職種の研修を 2017 年より行っている。

事業として取組みを進めているが、関係する制度は複雑であり、成人の在宅患者と異なり、児だけでなく保護者にも対応することも負担である。

病診連携とコーディネーター育成が今後の鍵となるだろうが、熱心な小児科医又は在宅医を見つけ、小児科医と在宅医の間を取り持つことが大切と考える。

(3) 三重県医師会

三重県医師会理事　野村　豊樹

経過

2011 年、三重大学医学部小児科が小児在宅研究会を開始し、その後、小児トータルケアセンターを大学内に作るとともに、県庁内に課をまたぐ小児在宅医療推進ワーキンググループも組織し、2016 年から当会も参画するようになった。

取組

当初、在宅医療的ケア児の地域別実数把握ができておらず、レスパイト施設の不足も指摘されていたため、その対策として、実数把握調査、県小児科医会に小児在宅検討委員会を設置、地域支援ネットワークを設立した。

県小児科医会小児在宅検討委員会は当会と実技講習会や講演会を共催、また、小児在宅医療的ケア児災害時対応マニュアルを作成した。マニュアルは災害時対応ノートとともに当会・小児科医会 HP よりダウンロード可能である。

現状

在宅医療的ケア児実数は、この数年、確実に増えている。が、小児在宅に係る小児科医が不足しており、医療的ケア児の成人期移行にも円滑に対応できない状況である。

対応

各郡市医師会の地域包括ケアシステム内に小児在宅医療検討部（仮称）を設置してもらい、医療的ケア児に対応可能な「往診医」を紹介する窓口機能を作ってもらった。 小児科医又は産婦人科医と成人科医師をペアで窓口医師とし、児の退院時に、依頼文を基に窓口の医師同士が相談して在宅担当医を決める制度である。窓口医師は症例を通して地域の課題を抽出し、県医師会は小児在宅医療連絡協議会で全体をまとめ、課題を整理する。

今後は同協議会で看護協会・歯科医師会・薬剤師会などとも連携を強化し、多職種での課題共有を図る。

(4) 大阪府医師会

大阪府医師会副会長　中尾　正俊

経過

1990 年に人工呼吸器を導入された小児が府内の病院から退院後、医療のために転居し、予備も含め人工呼吸器を 2 台購入した。翌年、診療報酬で在宅人工呼吸算定ができるようになった。

1992 年、当会勤務医部会に小児在宅医療システム検討委員会を設置し、実態調査を行った。2009 年、NICU 長期入院者対策の必要性を緊急提言し、その後、大阪府は基金などを活用し、長期入院児退院促進等支援事業や高度専門 5 病院における小児在宅移行支援体制整備事業の取組みに伴い、小児在宅医療連携協議会を設立し、在宅移行連携パスを作成した。

この在宅移行連携パスには、教育機関である学校とかかりつけ医が外れていたため、当会は小児科医会と内科医会と協働し、小児在宅医療研修会や小児在宅医療同行訪問研修を行った。

取組

大阪府立支援学校では、2019 年度新規に、通学バス利用が適当でないと判断された医療的ケアを要する児童生徒に対し、看護師がタクシーに同乗し登下校を支援する「医療的ケア通学支援モデル事業」が実施されている。

大阪府では、2016 年に設置した協議会の協議の場から、医療的ケア児に関しては 2019 年に支援部会に移行した。支援学校での医療的ケアの指針やマニュアルの作成を行い、何れにも当会が参画している。

大阪市でも医療的ケア児に関する検討会議を開催、医療コーディネート事業として研修会の実施、緊急時の受入調整やかかりつけ医の紹介を行っている。

医療の三本柱

医療的ケア児の在宅支援は、医療・福祉・教育を柱とする。その中で医療の三本柱として、①医療的ケア児に対応可能な訪問看護 ST を増やす、②医師向けの研修会等を開催し、対応できるかかりつけ医を増やす、③基幹病院などに緊急時受け入れ病床を確保する、を掲げている。

連携

専門医療機関、小児科医会・内科医会、行政、福祉関係団体と連携し、今後は、縦割りの機関の間を取り持つ横糸の役割を当会が担うことを考えている。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか
あなたにしあわせをつなぐ
損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

第 28 回 全国医師会共同利用施設総会

「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

と　き　令和元年 9 月 7 日（土）・8 日（日）

ところ　Hotel&Resorts ISE-SHIMA（三重県志摩市）

報告：山口県医師会常任理事　沖中　芳彦
同　前川　恭子

本総会は 2 年ごとに日本医師会主催、各県医師会担当で開催されるもので、今回は三重県医師会の担当により開催された。

1 日目（9 月 7 日）

総会

二井 栄 三重県医師会副会長の開会宣言の後、インドから帰国された横倉義武 日本医師会長が挨拶され、多職種連携に加え、地域における医師会と行政との連携及びかかりつけ医のバックアップ機関としての共同利用施設の重要性を述べられた。

次に、松本純一 三重県医師会長は挨拶の中で、地域医療構想と地域包括ケアシステムにおける共同利用施設の役割に言及された。

続いて、来賓の鈴木英敬 三重県知事は三重県で開催された地域版日本健康会議について、竹内千尋 志摩市長は糖尿病重症化予防について述べられ、挨拶とされた。

特別講演

日本医師会の医療政策

日本医師会長　横倉　義武

アジア大洋州医師会連合での武見太郎記念講演、特別講演並びにシンポジウムのため、インドのゴアに渡っていたが本総会のため昨日帰国した。

○日本医師会の歩み（歴史）

西洋医学

安政 4 年（1857 年）、オランダの医師ポンペが、長崎の小島養生所で松本良順らを育てた。これが西洋医学教育の始まりである。小島養生所の遺構は数年前に発見された。

安政 5 年（1858 年）、東大医学部の前身となる種痘所が神田に開設された。初代種痘医頭取は大槻俊斎、2 代目は緒方洪庵であった。種痘所が医学所と改称された後、3 代目頭取となったのが、ポンペの弟子の松本良順であった。

三重県では、国学で有名な本居宣長が医師として現在の松阪市で開業していた。

地域の医師団体

記録としては、明治 5 年（1872 年）に長野県で設立されている。三重県では現松阪市に明治 7 年（1874 年）に設立、日曜日に集まって勉強していたとのことである。三重県内の郡医師会としては、飯高飯野郡医師会が明治 20 年（1887 年）にできている。

日本医師会

明治 39 年（1903 年）に医師法施行、その後医師会規則が規定された。当時、公立病院以外の医療機関に属する医師は、医師会強制加入であった。当初、道府県医師会と郡市区医師会のみであったが、明治 43 年（1903 年）にブロック医師会結成の動きが現れ、全国に広がった。

実は、全国組織としては薬剤師会の方が早くに設立され、医薬分業を進めようとしていた。

大正 3 年（1914 年）にできた日本連合医師会は発展的解消させ、大正 5 年（1916 年）に大日本医師会が設立された。初代会長は北里柴三郎先生である。

2 代続けて医師が千円札の顔になるということは、国民にとって医療は欠くことができないと政府も思っているからではないだろうか。

○医師会の役割

医療は進歩する医学の社会的応用である。専門職としての技術を高め、自己規律を行いながら、患者の利益を自らの利益の上に置き、国民に信頼される医療を確立することが必要である。

また、実際に医療を行う者として、医療政策に関する意見をとりまとめ、制度設計にかかわり、医師の社会的役割に厚みを増すことも大切である。

医師自らが国民に対して医療の質を保証し責任を負う、そのために医師会の役割は重要である。

医師会は、医師国家資格という個人資格で加入できる日本で唯一の団体である。郡市区医師会の会員は約 20 万人、全国の医師の 2/3 がその会員である。

弁護士や医師などの専門職への社会的期待としては、倫理の確立、品質の改善、多様化への対応、信頼確保、課題解決が挙げられる。

日本医師会綱領

日本医師会長に擁立いただき、平成 25 年（2013 年）に「日本医師会綱領」を作った。医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指す、という前文と、1. 国民の健康で文化的な明るい生活を支える、2. 安全・安心な医療提供体制を築く、3. 医学・医療の発展と質の向上に寄与する、4. 国民皆保険制度を守る、という四本柱を定めていただき、これを国民に対する約束とした。昨年から、代議員会の冒頭に綱領を唱和するようにしている。

全国医師会・医師連盟医療政策研究大会

医師会将来ビジョン委員会では、若い先生方に、医師会の将来をどのようにしたらよいか考えてもらっている。平成 30 年の同委員会の答申書に、全国郡市区医師会長協議会を開催し、医師会の役割を共通認識として持っていただきたいとあり、年に一度、一堂に会する場を作った。平成 30 年 11 月に 800 人の先生方にお集りいただいた。今年も 11 月 24 日に、医師会や国の医療政策、医師連盟の医政活動、今後の社会保障について講演の予定である。

○健康長寿社会にむけて

高齢化で社会保障費は増加する予測で、財務省や経済界は医療費や介護費を抑制したがるが、単に抑制するだけでは国民の理解は得られず、無理な抑制政策は反発を招く。国民の生活に直結することは、よく議論することが重要である。

高齢化の進行とともに社会格差が広がらぬよう、経済を成長させながら、健康寿命を延ばすことに、国を挙げて取り組むことが必要である。

労働人口

日本の人口は 2008 年にピークを迎え、そこから減少に転じた。15 歳未満はどんどん減少、労働人口である 15 ～ 64 歳の割合は 1990 年のピーク時に人口の 7 割弱で、その後やはり減少している。

2009 年から 2018 年の間に、15 ～ 64 歳の労働人口は 660 万人減少したが、実際の就業者数は 350 万人増加している。74 歳までの就業者が多いためと考えられる。

高齢者の体力は向上している。平成 29 年のスポーツ庁の調査では、2017 年の 75 ～ 79 歳は 1998 年の 65 ～ 69 歳に相当する運動能力を持つと示された（労働力 10 歳若返り）。

前期高齢者である 65 ～ 74 歳の方々が元気で社会参加でき、労働人口の一部と考えられれば、2040 年の労働人口の割合は、1990 年の 7 割とほとんど変わらない。

かかりつけ医

生涯を通じ、ライフステージに合わせ、国民にかかわることで健康寿命を延伸するには、地域のかかりつけ医、学校医、産業医が重要となる。診断・治療に加え、予防教育も必要である。

地域により医療資源も介護資源も異なるため、システムを一律に決めることはできない。地域で考え、地域で作り上げていくものである。

日医総研の行った国民の意識調査では、かかりつけ医をお持ちの方は直近の医療への満足度が高く、がん検診受診率も高い。かかりつけ医を持つメリットだと思われる。

医師会共同利用施設はかかりつけ医の診療支援という役割があり、健康寿命延伸のためどのような機能を担うか、日本健康会議などで議論されている。

日本医師会として

日本医師会としては、生涯保健事業の体系化、

健診データの一元化を進めている。

2015 年に発足した日本健康会議では、健康に関する数値目標を設定した。地域版日本健康会議も静岡、宮城でスタートし、三重、大阪と続く。

健康経営優良法人認定制度では、相当数の医療機関が認定されている。医療関係団体としては、徳島県医師会、宮城県医師国保組合、大阪府医師協同組合などがある。医療従事者自らが健康に働くことが国民の健康につながる。医療機関が率先して働きやすい場となってもらいたい。日本医師会も 2018 年にいち早くチャレンジしたが見事に落選した。2019 年に再チャレンジする。

○超高齢化・人口減少社会での医療のあり方

高齢化率

現在、日本が高齢化のトップランナーであるが、2040 年には韓国が、2060 年には台湾が日本の高齢化率を抜く。韓国は出生率が 1 を割るため、高齢化が進む。日本の取組みは、アジアの会議でも注目を浴びる。

地域医療構想

かかりつけ医を中心とした地域の医療体制の構築、地域医療構想で病院医療の再編、医師の健康への配慮と地域医療の継続の二つの観点からの働き方改革、診療科偏在及び地域偏在、専門医制度を考えるが、基本はボトムアップである。大きな方向性は国が決める。が、地域の現状に応じ医療資源を活用する方向性は都道府県で作り上げる。

外来医療計画は開業制限ではないかという声が上がった。厚労省の出す偏在指標に基づき外来医療の是正を行うのではなく、まずは大中小病院及び診療所の外来機能がどうあるべきかを地域で考えていく。その上で、地域の外来医療のあり方を医師確保計画に反映すべきではないか、と考える。

今後の人口構成は地域により大きく異なる。それは、病院・病床のあり方、介護施設のあり方に直結する。地域のニーズや人口の変化によって、病床も減少していく認識を持つが、病床を急激に減らすことは地域医療に大きな影響を及ぼす。いかにソフトランディングさせるかが重要である。

専攻医の採用は、各都道府県の地域医療対策協議会でよく議論いただきたい。研修病院は地域にある。地域でどれだけの研修医・専攻医に対応できるのか、国のトップダウンではなく、地域のボトムアップで、地域の医師会が支援しながら決めていただきたい。地域枠の医師は今後増え続け、2024 年には 1 万人となる。また、医師の需給推計を見ながらの調整が必要である。

働き方改革に関連し、初期救急体制は現行の地区医師会単位でカバーできるのか、隣接医師会と協力し範囲を広げるか、議論を始めていただきたい。病診連携としては、病院の勤務医にいきなり受診するのではなく、身近なかかりつけ医を住民に持ってもらう。地域医師会の大きな役割の一つに予防医療があり、健康教育にも積極的にかかわっていただきたい。

タスク・シェア

タスク・シフトという言葉に私は違和感を持つ。医師が直接指示すれば、看護師はある程度の医療行為ができる。あくまでも医師によるメディカル・コントロールのもとで、安全な医療を行うことが重要と考え、タスク・シェアと呼びたい。

骨太方針 2019

来年度の予算編成が始まった。

地域独自の診療報酬や、看護学校の運営補助など基金創設前からの事業に大幅なメリハリをつけることは受け入れがたい。

病床機能分化への知事権限が強化され過ぎることには慎重でありたく、地域医療対策協議会の答申のもとに権限を行使されたい。医療費抑制目的の国保法定外繰入解消も慎重に対応したい。

疾病・介護予防、成育基本法に基づく取組、生活習慣病予防は推進する。

11 月 1 日の日本医師会創立記念日には、以前は表彰だけであったが、昨年から特別講演をお願いし、多くの方にご参加いただいている。各地域においても医療のことを考える日にしていただきたい。

平成 30・令和元年度全国医師会共同利用施設施設長検査健診管理者連絡協議会報告

同連絡協議会会長／大分市医師会副会長
山本　貴弘

○平成 30 年度連絡協議会

同年 7 月に富山にて開催、45 施設 106 名が参

加した。

パネルディスカッション

富山市医師会健康管理センターで行うドックは、医師が自院の診療に支障をきたさぬよう、早朝コースや日曜ドックを実施、歯科医師会の協力を得て歯科・口腔（がん）検診をオプションで設定している。

岡崎市医師会公衆衛生センターでは、骨除去画像と前回検査画像の差分から精密な読影をする胸部 X 線読影支援を行っている。

半田市医師会健康管理センターでは、在宅医療介護連携システム「だし丸くんネット」で ipad を利用した情報共有を行っている。

講演

1 日目には、厚労省から特定保健指導の見直し、臨床心理分野よりメンタルヘルスチェックの対応、滋賀医大から共同利用施設のかかわる地域医療システムの連携、在宅医療での検体採取への検査技師のかかわりの 4 題について講演された。

2 日目には松本吉郎 日本医師会常任理事が、臨床検査の高度化、かかりつけ医の診療支援、健診を通じた住民の疾病予防などについて、「共同利用施設の将来展望」と題して講演された。

○令和元年度連絡協議会

同年 7 月に東京にて開催、51 施設 102 名が参加した。

講演

1 日目は、厚労省から医療法一部改正に伴う検体検査の精度確保について、また、税理士から消費税・法人税・確定申告・節税対策について、の２題の講演が行われた。

2 日目の特別講演では、松本日医常任理事が医師会共同利用施設の今後について講演された。

グループディスカッション

1 日目の講演の後、初の試みとして「集荷」「検査受託」「人事」「人材育成」の 4 テーマについて、班に分かれグループディスカッションを行い、大変熱心な討議が行われた。

分科会

第 1 分科会（医師会病院関係）

シンポジウム

1. 郡山市医療介護病院（福島県）

「医師会共同利用施設の意義と これからの方向性」

福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院長　原　寿夫

○県中医療圏

福島県中央に位置する人口約 55 万の圏域である。生活圏域と医療圏は微妙に異なり、県北圏域との境に曖昧な部分がある。

○郡山市医療介護病院

県中医療圏は急性期医療と介護をつなげる部分の機能が抜けており、そこを埋めるため、郡山市医療介護病院を平成 18 年に開院した（介護医療院ではない）。郡山市が建設し、指定管理者制度で郡山医師会が指定された。医療療養病床 40、介護療養病床 80、開放型病床も持つが、地域医療支援病院ではないので特定の病床となり運用しにくい。

認知症患者への対応は、医療に加えカフェや認知症サポーター養成、ユマニチュードも行っている。

現在の介護療養病床は、次年度に介護医療院への移行を検討中である。

○全国の医師会病院にアンケート

今後の医師会病院の方向性を考えるべく、全国の医師会病院対象に実施したアンケート結果をまとめる。

会員との関係

医師会員との連携は良好だが、医師会病院での日々の診療が大変である。

在宅医療のサポート

200 床未満の病院が主となり、急変時の対応・レスパイト・看取りなどに対応している。

訪問診療

実施している医療機関は少ない。

地域医療機関との競合

診療科・診療時間が主だが、特に職員確保が競合する。

地域に対して行う研修

会員に求められる内容を基本とし、医療安全、感染対策、災害医療等の研修を行っている。

○考察：200 床の壁

200 床以上の後方支援病院は、救急対応などの業務があり、ここで看取りまで行うのは負担である。かといって 200 床未満の病院は職員数が少なく、在宅療養支援病院として機能させるのが大変である。また、地域医療支援病院以外は開放型ベッドが運用しにくい。

今後、医師会病院が後方支援病院としての役割を果たすためにも、開放型ベッドを使いやすくしてほしい。

○質疑より

医療療養病床を地域包括ケア病床への転換も検討したが、60 日のしばりがクリアできないと考え、転換していない。

2. 東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」（東京都）

「東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開」

東京都医師会理事　目々澤　肇

○事業内容

東京都の 500 床以上の医療機関の 8 割が Human Bridge 又は ID-Link を装備しており、これらを繋げることを目的に、IHE（Integrating the Healthcare Enterprise）を策定し、平成 30 年 7 月から実証実験を行った。同年 11 月より本格運用を開始、開示 8 病院で 423 例データを共有した。

○今後の展開

現在、データ閲覧の方向も含め開示・閲覧希望施設を募集しており、今後、他ベンダー（Care Mill、Prime Arch）もネットワークに入れるようにする。NTT に働きかけたところ、上位 PIX（患者 ID 相互参照機能）となる MPI（Master Patient Index）を作成してくれたので、名寄せが完成したといえる。患者情報が県境を越えられる状態となった。

他に、汎用画像診断装置用プログラム Join で、若い病院の医師が脳卒中のコンサルトができるように、また、MCS（メディカルケアステーション）を代表とする医療 SNS もベンダーがバラバラなので、連携ポータル開発を考えている。

○質疑より

事業 1 年目の予算はたった 2,000 万円、2 年目は 1,600 万円である。サーバを立て、ソフト開発もすると億単位が必要になるので、サーバを立てずにつなげる、費用をかけない方法を考えた。が、次のベンダーに入ってもらうために別の費用を要する状態である。

3. 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

「宮崎市郡医師会病院の意義とこれからの方向性」

宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長

川名　隆司

○東諸県医療圏

人口約 43 万だが 2045 年には 37 万人に減少する予測である。高齢者人口は増加するため、医療需要として療養入院患者の増加が見込まれている。

本医療圏には県内病床の 3 割となる約 6,000 床があり、高度救急から在宅を含め周辺地域から患者が流入する。地域医療構想では 1/3 のベッドが過剰とされ、医師多数地域でもあるが、2025 年には看護職や介護職の不足が予想される。

○宮崎市郡医師会病院

1984 年開院、2002 年に 150 床から 284 床に増床、年間約 7,000 件の入院を受ける。職員 556 名、医師約 50 名、そのうち循環器医師 19 名である。

医師会関連施設として看護専門学校、検査センターなどを持つが、医師会病院と離れた場所にあるため、利用しにくいと評されていた。

○医師会病院のビジョン

病院は老朽化、南海トラフ地震で浸水すれば、災害拠点病院として機能しない可能性があるため、2020 年 8 月のオープンを予定とし、新病院を圏域の西側、高速道路のインターチェンジ近く

に建設中である。

医師会病院として、広域重症型の急性期医療、循環器系領域の最新医療、医療防災ゾーンとしての機能を求められていると考え、新病院は、強みをより強く（循環器・整形外科）、現在シェアが低くてもニーズがある分野（消化器・呼吸器）を増やしていく。

建て替えのために、年 5 億円を積み立ててきたが、さらに経営戦略として、BSC（バランススコアカード）を導入した。人材・業務・顧客・財務の 4 つの視点から戦略を立て、職員すべてがビジョンを共有し、各診療科で KPI（重要業績評価指標）を設定し目標達成を目指している。

2013 年に 180 億円の予算で建替整備事業が承認され、ECI 方式及び VE 提案にて 20 億円工費を下げることができた。が、医療機器に費用がかかり、当初予算と同程度となる。自己資金 50 億円、基金 15 億円、借入 115 億円だが、実質返済は 35 年で 85 億円である。

新病院には 6 階建て、ヘリポートも設置、敷地内に歯科医師会、看護学校を併設する。

○質疑より

地域包括ケア病床への一部転換も検討したが、調整会議では回復期は民間に任せ、公的は引く、という方針であり、それに賛同している。

医師会病院の急性期医療の役割は大きく分け、地域密着型と広域重症型の二種類と考え、当院は後者の役割を担う。

4. 鹿児島市医師会病院（鹿児島県）

「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

鹿児島市医師会長　上ノ町　仁

○鹿児島市医師会

会員数 1,522 人、施設数 534、鹿児島県医師会員の約 4 割を占める。

○会員へのアンケート

平成 30 年、医師会病院の経営改善に向け、会員のニーズに関するアンケートを行った。

会員にとって医師会病院は役に立っているとの回答が 7 割に達した。

病床機能として、急性期・回復期ともに現状維持との意見が多かったが、回復期については利用率が悪いので減床した方がよいという会員も 2 割あった。緩和ケア病床については現状維持、又は増床を望む意見が主であった。

経営改善に向けては、呼吸器疾患への対応、医師増員、患者受け入れを断らない、などの意見が出された。

○鹿児島市医師会病院

医師会病院は昭和 59 年に 255 床で開院、現在、許可病床数は 199 床である。

平成 20 年から鹿児島大学からの医師派遣が減り、消化器科・小児科・呼吸器科を徐々に縮小した。平成 26 年に経営損益 4 億円の赤字となり、「医師会病院あり方委員会」を設置した。緩和ケア病床、地域包括ケア病床に転換、経常損益で改善傾向にあった。が、正味財産が減少しているため、平成 30 年に「あり方委員会」を再設置、SWOT 分析を行い、強み・弱みを明らかにするとともに会員へのアンケート結果も踏まえ、ベッド運用について試算した。

地域包括ケア病床を縮小し、急性期病床の回転率を上げ、全体を 177 床で運用することが最も効率が良いという結果から、2019 年の運営方針をとりまとめた。実際の運用では 10 連休などもあり 4 ～ 6 月は低迷したが、7 月から試算通りの収益となっている。

規模が小さいからこそできることを大きく、“Small is Big”としてやっていく。

○質疑より

自院の急性期からの患者は地域医療包括ケア病床に移るが、地域の会員の施設が地域包括ケア病床を持っているので、他院からの転院はあまりない。医師会の会員が医師会病院運営に興味がないと言われるが、時代で変わるニーズに合わせ、会員にとってかゆいところに手が届くように病院の機能を変化させ、共存することを考える。

地域医療支援病院の指定継続は医療審議会の結果待ちである。

［文責：前川　恭子］

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

シンポジウム

1. 山形市医師会健診センター（山形県）

「山形市医師会健診センターの取り組み」

山形市医師会健診センター所長　有川　　卓

山形市医師会は昭和 48 年に医師会館の建設にあたり「市民保健センター」を併設し、休日診療、准看護婦養成、成人病健診及び臨床検査業務を開始した。昭和62年に胃・胸部併用検診車を導入し、山形市住民健診を受託した。健診受診者数の増加に対応すべく平成 7 年 4 月に市内深町に、さらに平成 30 年 5 月に市内南館に新築移転した。

業務内容は、受託検査業務（利用医療機関 133、利用率 61%）、健診業務（職域健診、住民健診、各種がん検診、学童検診、その他）、公衆衛生活動として特定保健指導や健診の事後指導を行っている。利用者数は施設内健診が 1 日平均 160 人、年間でおおよそ 4 万人であり、施設外健診の約 1 万人と合わせて年間約 5 万人の健診を行っている。

新健診センターは（1）プライバシーに配慮した快適な健診環境の提供、（2）健診・検査内容の充実、（3）保健指導の充実、（4）ストレスのない健診現場環境、（5）駐車スペースの確保、をコンセプトに計画された。（1）については健診フロアを男女別とし、更衣室に一部個室を設け LGBT に配慮した。また、問診室や診察室の遮音性を高めた。滞在時間の短縮のために誘導支援システムの導入を図った。（2）は CT による肺がん検診、高濃度乳腺に対応出来るよう乳房超音波検査を開始した。（3）は一般検査を迅速化し健診終了時に結果を渡せるようにするとともに、健診当日に特定保健指導を行えるよう指導用個室を 8 室、栄養指導室やエクササイズルームを備えた。（4）についてはバーコード認証を導入し受診者の誤認防止に要したストレスを軽減するとともに検体管理の効率化を達成できた。また、ダムウェイや BC/ROBO（全自動採血管準備装置）を設備した。（5）駐車可能台数は 180 台から 311 台に増やした。

新健診センターは移転初年度で受診者数が 53,559 人から 54,082 人となり 523 人増加した。特に、特定保健指導を健診当日に行えるようになり、指導人数は 406 人から 2,022 人と約 5 倍、指導収入も約 5.5 倍に増加した。現在も当日指導を求める健康保険組合からの問い合わせが増えている。

一方で課題も多い。第一に臨時職員及びパート職員も含め職員数は 20 名、人件費は約 1.13 倍に増加し、収益率が悪化しており経費圧縮は喫緊に取り組むべき課題である。第二に、少子高齢化で受診者数の減少が見込まれる中で他の健診事業者との価格競争にさらされている。第三に、保健指導分野では収益も確保されたが、対象者の今後の大幅な増加は見込めないことなど、経営環境は極めて厳しい。

山形市医師会が経営する健診センターの役割はあくまで「地域住民の健康を守る」ことにあり、地域と行政のニーズに応えるという立場で事業を展開していくためにも経営努力を積み重ねていきたい。

質疑応答

大阪市医師会　事業内容をみると、行政からの補助金がないと運営が困難と思われるが、如何か。

回答　事業収益は年間約 10 億円である。人件費は約 2 億円。外部からの資金援助はない。収支の内訳をチェックし、支出の圧縮を図らないと、この先大変であると思う。自己資金は 20 億円くらいである。

佐賀県健康づくり財団　当方のアンケートでは、女性の受検者の場合、女性医師を望まれる方が多いが、そのような傾向があるか。LGBT の方の個室利用の実績はあるか。また、利用者は増えているか。

回答　女性医師の希望はあるが、人数が少ないため十分に対応できていない。LGBT に関しては従来から希望があったため対応したが、今のところ利用者は 1 名のみである。

2. 高岡市医師会臨床検査センター（富山県）

「高岡市医師会が開発した検査オーダリングシステム」

高岡市医師会臨床検査センター担当副会長　白崎　文朗

高岡市医師会は、共同利用施設として臨床検査

センター（臨床検査技師 9 名、事務 3 名、SE 1 名、非常勤集配係 20 名）と訪問看護ステーション（常勤看護師 6 名、非常勤看護師 5 名、事務 2 名）を運営している。

訪問看護ステーションの業務成績は順調に伸びている。一方、臨床検査センターの平成 30 年度事業収入 2 億 6 千万円のうち、一般検体と健診検体の比率は 4：6 と、大きく健診に依存している。健康診査の柱である特定健診は人口 34 万人の高岡医療圏全施設分を扱っているが、近年、受診者数が減ってきている。その対策を高岡市と協議した結果、6 ～ 7 月に行う通常健診の未受診者に手紙を送り、10 月に再度健診の機会を設ける変更を昨年度より行うことになった。その結果、高岡市以外の 3 市が受診者数を減らす中、高岡市は 10 月に 1,123 名（7% 分に相当）の受診者を増やすことができた。

一方、一般検体を増やす方法として、検査料の値下げだけでは大手検査センターに負けてしまうため、主に会員へのサービス向上を主眼に検討している。その一つとして、SE を雇用し、IT に関する無料サポートを開始し会員とのつながりを強化している。PC 不調や PC の更新などの相談をはじめ、PC とプリンターとの接続など簡単な問題も含めて幅広く行っている。さらに検査オーダリングシステム「TAK SYSTEM（タックシステム）」を地元のシステム開発会社と共同開発した。

この「TAK SYSTEM」の開発目的は、会員医療機関の検査オーダーの手間やミスを減らし利便性を向上させることである。そのため、1）電子カルテはもちろん、約 7 割を占める紙カルテユーザーでも使用可能、2）電子媒体使用で集配時や依頼伝票入力時のミスをなくすこと、を前提とした。設計や導入及びメンテナンスを自前で行い開発コストの低減を行った。これに合わせて以前からある WEB 検査結果参照システムを活用して十分なセキュリティを確保したうえで、オンラインによる依頼及び検査結果の返送ツールも別に用意した。現在、この「TAK SYSTEM」は 7 診療所と 1 病院で順調に稼働中であり、さらに数施設に導入を予定している。

同じような検査オーダリングシステムは電子カルテと連動した形で民間の検査センターでも開発され、新規開発時などに通常無償で提供されている。一般検査を会員施設から確保することが今後難しくなる可能性があるが、このような悩みを持つ医師会立の検査センターにおいては当医師会が開発したこのシステムを利用していただけるのではないかと考えている。有償にはなるが、今から開発するより開発費や開発時間を減らすメリットがある。ただし、当医師会もマンパワーが不足しているため、メインテナンスや導入などは自前で行っていただく必要がある。

質疑応答

座長　開発資金はどのくらいか。

回答　200 万円程度である。

愛知県医師会　設定には時間がかかると思うが、センターのスタッフが行っておられるのか。

回答　その通りで、1 名、検査技師で卓越した知識を有する者がいる。

座長　特定健診を 6 ～ 7 月と 10 月の 2 回行って受診者が増えたということであるが、特定健診は毎月行うところが多いのではないか。

回答　高岡市では最初から 2 回で重点的に行っている。

岡山県医師会　紙カルテの場合、ラベルのプリントアウトのパソコンに患者情報を入力する専任のスタッフがいるのか。入力ミスが生じた場合に修正の方法等の対策は取っているか。紙カルテの場合のデータの返却方法については如何か。

回答　各医療機関の看護師等のスタッフが入力している。入力ミスは修正するように対策を取っている。紙カルテの場合は、紙で結果を返している。このシステムの使用の有無にかかわらず、一定の割合でヒューマンエラーは起こるものと考えている。

宮城県医師会　新規開業の先生に利用してもらえなければ、徐々に経営が悪化すると思われる。工夫されている点はあるか。

回答　新規開業医の獲得は難しい。開業時には既にコンサルタントに囲い込まれていることが多いので、われわれも早い段階から新規開業の先生にコンタクトを取って、開業支援を行うようにしている。

3. 岡山市医師会総合メディカルセンター（岡山県）
「医師会共同利用施設としての取り組みと今後の機能強化について」

岡山市医師会事務局次長／
総合メディカルセンター管理者
川邉　一徳

岡山市医師会の事業部門には、在宅ケア・サービスセンターとメディカルセンターがあり、岡山市の指定管理事業として、休日夜間急患診療所（小児科、内科）の運営も行っている。

メディカルセンターでは、臨床検査のほか、特定健診電磁化一括請求代行、会員及び従業員健診の事務処理代行を行っている。SRL との FMS 事業協力をはじめ、渉外担当者の専任化、ICT 部門に関連システム会社の派遣職員の配置、集荷部門の外部委託化とともに、組織を健診検査複合体から臨床検査センターへ経営形態を変えるなどの改革を実行することで、経営の強化、健全化に取り組んできた。

2015 年、新医師会館への移転に伴い健診部門を廃止して健診検査複合体から臨床検査センターとなったが、会員サービスの維持を考えて健診事業は JA 岡山厚生連と連携し、岡山県医師国保健診・従業員健診を医師の診療に支障が出ないように休日に医師会館で行っている。また、健診結果通知書作成、疾病管理・統計表作成などのデータ管理代行事業は、特定健診電磁化一括請求代行システムを利用し継続して行っている。

検査情報システムでは迅速な検査結果報告と検査受付の精度向上を目的に 2010 年にメディカルリンク（クラウド型検査データ連携システム）を構築し、150 医療機関に導入している。電子カルテとの接続により、血液検査だけではなく、細胞診・病理、細菌検査の報告書を表示させることが可能である。また、メディカルセンターが保有する診療所の検査データを医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）に出力することで、地域で連携している診療所間で情報を共有することが可能である。

岡山市行政健診では、国の方針に従って 2018 年に前立腺がん検診が廃止となった。日本泌尿器科学会では前立腺がんの死亡率を低下させる前立腺特異抗原（PSA）を用いた前立腺がん検診を強く推奨しており、生存期間の延長という利益が得られる住民が多いと考える。検診受診者に検診受診の利益と不利益を正しく啓発した上で、最適な前立腺がん検診システムの構築を目指した論議を継続し、共同利用施設としても情報提供していく必要があると考える。

また、今年度、岡山市行政が設置した岡山市フレイル対策事業検討会議に、四師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）からメンバーを出して連携協力している。国はフレイル対策に関して、「介護予防、フレイル対策、生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みを検討する」と示しており、医学的立場からの成果について、生化学的指標など共同利用施設が持つデータなども活用していきたい。

民間センターとの競争から検査情報連携システムを独自に構築してきたが、今後は事務局機能として、災害時の会員安否確認のツールの一つとして活用することも検討する。

民間センターとの激しい競合により収益は低下しているが、会員支援を根本に SRL との共同運営により地域医療ネットワークや PHR（Personal Health Record）など ICT 技術を活用し、将来を見据えた運営基盤の強化を図っていきたい。

質疑応答

座長　FMS 事業とは何か。

回答　ファシリティー・マネジメント・システム（サービス）のことである。検査会社からは機器や試薬の提供を受け、使用料の支払いをする。医師会は検査会社に場所を提供する。従事者は医師会の所属で、人事管理も医師会が行う。会計上、機器が資産にならずに経費になるため、経費が多くなることに注意が必要である。

司会　フレイルに対し、薬局はどのような取組みをしているのか。

回答　医療機関と薬局で、手挙げ方式で、フレイルチェックを行う。

4. 小倉医師会健診センター（福岡県）
「ストレスチェック解析システム導入による会員支援について」

小倉医師会健診センター所長　本多　直美

小倉医師会健診センターではストレスチェック

解析システムを導入し、回答シートから個人用レポート、グループ集計レポート（職場のストレス判定図）を作成、会員の施設従業員への検査実施とともに産業医活動支援を行っている。

契約内容は従業員本人宛の結果票作成を行う「A」と、これに加え従業員の同意を得て結果を事業主に報告する「B」の 2 種類とし、費用は、A 契約は 1 人あたり 500 円、B 契約は 600 円に設定した。これを医師会報で周知するとともに、当センターで職域健診を行っている事業所やセンター常勤医が嘱託産業医をしている事業所にも情報提供し、契約を募った。

初年度（平成 28 年度）は 39 事業所 4,367 人という実績で、依頼の経緯別に見ると、「健診を依頼しているから」が 22 社（このうちセンター常勤医が嘱託産業医の事業所 7 社）、「会報の案内を見て」が 6 社、「問い合わせ」があり契約に至ったのが 11 社である。

厚生労働省が発表した研究成果に基づくマニュアルでは、組織全体の 10% が高ストレス者になるように設計されている。当センターではハイリスク者抽出には素点換算法を用いているが、初回は全受検者の 10.6% がハイリスクとなった。男女別にハイリスク率を比較すると、男性 11.4%、女性 10.0% で性別の有意差は見られなかった（p=0.147）。さらに業種別に見ると、福祉関係の男性のハイリスク率は 17.7% と高かった。

次年度（平成 29 年度）実績は 40 事業所 4,473 人と伸び悩んでいため、顧客満足度を上げ、さらなる依頼を受けるヒントを得るために事業所と小倉医師会産業医会所属の医師に対してアンケート調査を行った。

事業所からは、価格や返却までの期間はほぼ妥当ととらえられているが、結果票がわかりにくい、見方がよくわからないという意見があった。また、メンタルヘルスに関する情報提供・集団分析結果の詳細や制度運用に関する説明を望む声もあった。

医師からは解析・報告以外に望むサービスとして、面談代行、集団分析結果の説明、制度そのものの説明、メンタルヘルスに関する情報提供という回答を得たが、当健診センターが解析システムを導入していることを知らないという回答が 6 割弱あり、PR そのものが十分でなかったことを痛感した。

これらの要望に応えるために、結果票の見方を示した資料（個人票、集団分析）やメンタルヘルスに関する読み物を作成し、希望する事業所や医師には提供することにした。

PR 不足への対策については、健診利用者の目に触れるように健診会場にポスターを掲示し、医師会員に対しては会報にチラシを同封することやホームページを活用して認知度を上げたいと考えている。

質疑応答

座長　面談希望があった場合、どちらの産業医が対応するのか。

回答　事業所の産業医が対応することが原則である。

座長　センターの職員だけでなく、他の多くの事業所のストレスチェックを行っているということか。

回答　大規模な病院の職員のストレスチェックを行うということが、最初のきっかけである。

2 日目（9 月 8 日）

分科会報告

第 1 分科会

日本医師会常任理事　松本　吉郎

（前述の通り）

第 2 分科会

佐賀県医師会長／日本医師会共同利用施設検討委員会委員長　池田　秀夫

（前述の通り）

第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

埼玉県医師会副会長／
日本医師会共同利用施設検討委員会副委員長
利根川　洋二

1. 埼玉県内郡市 30 医師会在宅医療支援センター（埼玉県）

埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長／
医療法人社団満寿会鶴ヶ島耳鼻咽喉科診療所
院長　小川　郁男

埼玉県では、団塊の世代のすべての方々が 75

歳を迎え、高齢化が一段と進行する 2025 年を見据え、国が設けた財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を用い、平成 27 年度から「在宅医療提供体制充実支援事業（金井プラン）」を展開している。平成 30 年度から、在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業・包括的支援事業に位置付けられ、市町村が主体となり地区医師会と連携しつつ取り組まねばならないことを踏まえ、早い段階で県と県医師会が強いタッグを組み、よりスムーズにかつスピーディーに、平成 27 年度から金井プランを展開し、全県下への基盤整備を図った。在宅医療支援センターの設置状況は、郡市医師会に設置（8 地区）、市町村から場所の提供を受けて医師会が設置（7 地区）、共同利用施設（医師会立訪問看護ステーションあるいは居宅介護支援事業所）に併設（8 地区）、病院等に設置（7 地区）である。30 拠点（在宅医療支援センター）は、現在それぞれの地域で医師会と行政・地域住民との接点をより強固にし、地域づくりの最前線で活躍している。

2. 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

「松阪地区医師会居宅介護部門の取り組み
～地域包括ケアシステムの構築に向けて～」

松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長
平岡　直人

松阪地区医師会では、1994 年に管内で唯一の老人訪問看護ステーションを開設し、呼吸リハビリや訪問リハビリに取り組んでいる。2000 年に居宅介護支援事業所とホームヘルパーステーションを開設、翌年には在宅介護支援センター設置を受諾した（2007 年 3 月に閉鎖）。2006 年 4 月に委託方式で地域包括支援センターが設置され、三重県内で唯一の医師会立地域包括支援センターとして運営を開始した。2008 年からはネットワーク作りを目的に、「地域けあネット」を隔月で開催している。2017 年には新しい医師会館が竣工し、居宅介護部門（松阪市第一地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・ヘルパーステーション）が会館内に事務所を構えることとなった。さらに、「松阪地区在宅医療・介護連携拠点」が設置され、「松阪市認知症初期集中支援チーム」も松阪市が医師会館内に設置した。地域住民の健康増進と公衆衛生の向上に寄与する拠点となっている。

3. 東成区医師会（大阪府）

「東成区医師会における在宅医療事業の取り組み
～区役所（行政）との連携の変化と取り組み～」

東成区医師会長　長田　栄一

東成区医師会は、「すべての区民がかかりつけ医を持とう」をスローガンに、平成 23 年「在宅地域医療連携室」を医師会内に設置し、平成 24 年に厚労省の「在宅医療連携拠点事業」を受託。平成 26 年には、大阪府在宅医療連携拠点支援事業、平成 27 年から「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」が大阪市のモデル事業として実施された。地域包括ケアの要となる地域包括支援センターは 2 か所、総合相談窓口ブランチは 2 か所で運営している。平成 28 年には東成区在宅医療・介護連携推進会議、推進実務者会議、包括的支援事業連絡会が開催された。平成 29 年には東成区認知症等支援検討チームを立ち上げた。また、医師会主催の健康展においても区長が出席され、区の取組み等を話される。障害者や高齢者を地域とつなぐ「お守りネット事業」、緊急時に安否確認する「鍵預かり事業」、各自の健康管理を目的とする「いきいき百歳体操」を実施している。東成区医師会では、医療介護専門職間の相違点の背景を明らかにし、互いの隙間を埋める橋渡し役のコーディネーターを育成している。しかし、「在宅医療推進コーディネーター事業」で育成された人材は、地域包括ケアシステムの推進には不可欠な存在となったものの、事業終了後は医師会だけでは予算が組めず、大きな問題となっている。

4. 安来市医師会（島根県）

「医師会病院から介護医療院へ
～転換の経緯と課題～」

安来市医師会診療所院長／
介護医療院みずかぜ施設長　　入江　秀樹

安来市医師会病院は昭和 60 年 1 月に開設、全 52 床の小規模病院（介護療養 16 床、医療療養 36 床）であった。介護療養病床は平成 29 年度末の廃止が決定し、医療療養病床も 25 対 1 では

存続困難と判断した。平成 30 年 4 月の介護保険改定により生活・介護・医療・看取りを包括する施設として介護医療院が創設された。この改定で介護医療院は居宅扱いとされ、老健施設は施設扱いに変更。これにより、病院からの退院先としては、介護療養型老人保健施設より介護医療院が優先されると考え、平成 30 年 10 月 1 日に、介護医療院 40 床、有床診療所 8 床に再編した。介護医療院としたことで、既存の老人保健施設との機能分担が明瞭になった。

全体討議

第 1 分科会（医師会病院関係）

原 寿夫（「シンポジウム 1」演者）　この度、全国の 74 医師会病院にアンケート調査を行い、80％近い施設から回答をいただいた。地域ごとに求められている機能はさまざまであるが、地域のかかりつけ医をどのようにサポートできるかが重要である。施設基準よりも機能としての在宅後方支援病院、会員の先生方のかかりつけ医が継続できるような仕組みがあれば、地域に合わせたさまざまな議論ができると思う。

座長（松本吉郎 日医常任理事）　200 床以上／未満かによって機能が分かれるということで、200 床未満であっても両方選択できる形になることが望ましいと思う。今後の参考にさせていただきたい。

川名隆司（「シンポジウム 3」演者）　医師会病院の求められる役割が地域によって異なる。民間の医療機関ではなし得ない役割が求められると思う。われわれの施設では、医療防災ゾーンとしての機能、循環器系領域の最新医療、広域重症型の急性期医療の 3 つが、会員の医療機関ではなし得ない機能と思っている。

上ノ町 仁（「シンポジウム 4」演者）　長年に亘る経営不振からの脱却をテーマに知恵を絞った。「在り方委員会」を設置し、会員へのアンケート、自院の強み／弱みの分析、現状の評価の結果、204 床を 177 床に縮小（適正化）することにより会員のニーズを把握して、それに合わせた医師会病院づくり・経営に携わっていきたい。すべては会員のニーズのためにとの発想から行っている。

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

奈良市医師会　奈良市も共同利用施設の検査センターを有しているが、利用者が少なく経営が厳しい。健康寿命の延伸が課題とされているため、糖尿病の重症化予防に取り組んでおり、市の事業を請け負っているが、競争入札で収入が半減し、赤字となった。日医には、随意契約となるよう進めていただきたい。また、サルコペニアやロコモへの取組みの必要性を全国の自治体に広めていただきたい。

羽鳥 裕 日医常任理事　日医は健康寿命の延伸に関してさまざまな事業に取り組んでいる。糖尿病の重症化予防に関しても、J-DOME という事業を行っている。すなわち、糖尿病専門医の先生方の J-DREAMS に対して、糖尿病非専門医の先生方のレベルを上げる取組みである。また、ハーバードのジョスリン糖尿病センターと提携しながら、各地で講習を行うことも予定しているのでご協力をお願いしたい。かかりつけ医にできるだけ分かりやすい仕組みを作ることが日医の責務であると思っている。来年度の日医のかかりつけ医講習会では、サルコペニアについても重点的に取り上げていきたい。

今村 聡 日医副会長　昨日の横倉会長の講演でも述べられたが、健康寿命の延伸は日医の政策の大きな柱であり、国策にもなっている。保険者や自治体も全力を挙げて生活習慣病対策に取り組もうとしている。行政や保険者が政策を行おうとするときに、まず医師会に相談してほしいということを、常に申し上げている。行政が政策を決定してから医師会に協力を求められても、決してうまくいかない。まずは地域のかかりつけ医の声、医師会の声を聞いて、相談しながら進め、結果をきちんと検証しながら次に繋げることが大事である。

松阪地区医師会　生化学的検査の基準値と臨床判断値を分けて考えなければならない。現場では、新しい基準値を導入しつつ、専門学会のガイドラインを参考にして、誤った臨床判断を下さないようにしているが、基準値と臨床判断値をどのように捉えておられるか。

川邉一徳（「シンポジウム 3」演者）　脂質や尿酸値は臨床判断値を使わなければならないのではな

いかと考えている。岡山県医師会は共用基準範囲を推奨している。岡山市では、正確ではないかもしれないが、およそ 6 割以上が共用基準範囲を採用しており、われわれの施設では、臨床判断値を用いている。

羽鳥日医常任理事　最近の臨床検査のデータは揃うようになってきており、今後の共通のデータ使用についての議論を持ちかけている。臨床の現場で、患者を目の前にして、JCLS の基準値をそのまま患者に与えてしまい、「私は治療しなくてよいのですね。このまま 1 年間経過を見ていいですね」ということになると、それは明らかに間違いであると思うので、場合によっては臨床判断値を患者に伝えていくべきと思う。たとえ 1 万人の正常者の 95％の範囲に入っているといっても、例えば LDL が 139 を超えている人については、一定の割合で病気になる人がいる。日本高血圧学会では、収縮期最高血圧 130 を守ってほしいとしている。あくまでも、臨床判断と、患者に伝えるべきデータと、検査所の精度管理がうまくいっているかという判断は、分けて考えるべきと思う。

第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

小川郁男（「シンポジウム 1」演者）　県内にある 30 郡市において、地域医療の拠点がすべて整い、在宅医療の橋渡しができた。往診医の指導も行っているが、世代交代の時期であるのか、若い往診医が少なく、山間部は特に少ない。さらに、看護専門学校の問題もある。われわれの地区では、卒業生の 80％以上が、われわれと一緒に働いているが、大学志向のためか、応募者は少なくなっている。早急に手を打たなければならない問題であると認識している。

入江秀樹（「シンポジウム 4」演者）　介護医療院への転換については、小規模の医師会のため意思決定が早くできたのではないかと思う。人口も多くないため、行政との連携もよく、迅速に転換できた。職員が高齢化しており、世代交代が大事であると思う。

総括

日本医師会副会長　今村　聡　2 日間にわたり、多くの先生にご参加いただいたことに感謝申し上げる。今回の医師会共同利用施設総会が成功裏に運営されたのも、担当された三重県医師会の松本純一 会長はじめ役職員の方々、池田秀夫 委員長をはじめとする日医医師会共同利用施設検討委員会の皆様のご尽力によるものであり、改めて心よりお礼を申し上げる。この度のメインテーマは、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」であり、各分科会においてさまざまなご報告をいただいた。

一例を取り上げさせていただくと、医師会病院を創られて、そして診療所、さらには介護医療院へと転換された安来市医師会から、医師会共同利用施設であることの意義と、刻々と変わる地域の事情や社会情勢を再認識しながら新たな方向性を見いだされた事例報告をいただいた。地域で抱えている課題と、その解決方法のさらなる発展に向けての緒が見出されたのではないかと思う。重要なことは、今回共有された情報・成果を地域に持ち帰っていただいて、それぞれの医師会共同利用施設のさらなる発展、地域の医療介護に寄与されることを期待したい。

2 年後に開催される第 29 回は、北海道医師会が担当される。昭和 63 年に担当されて以来 2 回目となる。長瀬会長はじめ役職員の方々には大変なご苦労をお掛けするが、よろしくお願い申し上げる。

結びとして、本日ご参集の皆様のなお一層のご発展、ご健勝ご活躍を祈念して、総括とさせていただく。

次期（令和 3 年度）担当医師会長挨拶

北海道医師会の長瀬 清 会長が挨拶された。次回（第 29 回）は令和 3 年 9 月 11 日（土）、12 日（日）に開催される。

［文責：沖中　芳彦］

第 11 回 臨床研修医交流会

と　き　令和元年 8 月 24 日（土）15：00 ～
8 月 25 日（日）　9：00 ～
ところ　ユウベルホテル松政

［報告：代表世話人／ JCHO 下関医療センター副院長　加藤　　彰］

令和元年 8 月 24 日（土）、25 日（日）の 2 日間にわたって、第 11 回臨床研修医交流会が山口市湯田温泉のユウベルホテル松政で開催されました。参加者は研修医 91 名、指導医等 44 名、計 135 名でした。本年は JCHO 下関医療センターが当番幹事を引き受け、研修医 2 年目の河野洋佑 先生が代表幹事、小生が代表世話人を務めました。山口県内の臨床研修病院から 10 名の研修医に幹事として参加していただき、4 月、5 月、6 月と計 3 回の幹事打合会を開催し、準備を進めました。幹事の面々からは昨年の参加経験などに基づいたアイデアが活発に出され、会の構成は順調に出来上がっていきました。

当日は河野先生の総合司会により、県医師会長の河村康明 先生、県健康福祉部長の中野 恵 様の挨拶で始まり、県医師会専務理事の加藤智栄 先生が医師会と山口県医師臨床研修推進センターの事業紹介をされました。

続いて、特別講演 1 として、静岡県立静岡がんセンター・感染症内科部長の倉井華子 先生から「初期研修医が知っておきたい感染症診療のロジック」と題してご講演をいただきました。つかみの自己紹介では、自ら蚊や蛭に吸血させる体験など、感染症オタクさを披露されました。また、感染症診療においては、患者背景、感染臓器、原因微生物、抗菌剤の選択、経過観察の 5 点に留意することが重要であることを繰り返し強調されました。

その後、休憩をはさんで、グループワーク「内科救急テンプレートを作ろう！」が、岩国医療センターの井上陽平 先生の司会進行のもと行われました。救急の場でよく遭遇する 12 症状（意識障害、頭痛、胸痛、腹痛など）が各班（7 ～ 8 名）に割り振られ、各班は約 1 時間で「診察前準備、診察項目・順序、鑑別疾患、検査項目」をパワーポイントで作成し、発表 4 分、質疑応答 1 分のプレゼンテーションにのぞみました。経験の浅い 1 年目研修医が大半でしたが、2 年目研修医のリードにより、短時間で充実した内容のテンプレート（ひな形）を完成させており、臨床レベルの高さを実感しました。

さて、19 時からは会場をかえて、もう一つのメインイベントである懇親会が開催されました。関門医療センター 2 年目研修医の鈴木有十夢 先生の司会で、県医師会長の河村康明 先生、山口県知事の村岡嗣政 様、山口大学医学部附属病院長の杉野法広 先生からご挨拶をいただいた後、小生の乾杯で開会いたしました。村岡知事は研修医一人ひとりと熱心に歓談して巡られ、県としての医師獲得にかける熱意を示されました。恒例のビンゴ大会では、各参加病院からの豪華景品に大いに盛り上がりました。県医師会副会長の林 弘人 先生から中締めのご挨拶があり、初日の予定を終了しましたが、ビンゴ大会の興奮冷めや

らぬまま、湯田温泉の街に繰出した人たちも多々見られました。

翌 25 日は山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田敏彦 先生の開会挨拶に続いて、特別講演 2 として、洛和会丸太町病院救急・総合診療科部長の上田剛士 先生から「救急でこんなに役立つ高齢者の身体診察」と題してご講演をいただきました。高齢者の尿路感染症診断の難しさ、膀胱サイズや大腿骨頸部骨折の聴性打診法など、明日からの診療にすぐ役立つ、エビデンスに基づいた知見を多く伝授され、研修医のみならず小生も大変勉強になりました。

その後は休憩をはさんで、症例検討会が開催されました。2 年目の研修医 3 名が実際に経験した症例を提示し、皆で活発な討議がなされました。一同の知識の共有が図られたものと思います。

最後に、前日のグループワークにおけるベストプレゼンテーション賞が発表されました。獲得したのは「胸痛」を担当した C 班で、県医師会常任理事の中村 洋 先生がプレゼンターを務められ、記念品の特製スクラブを着用披露しながら、賞状を授与されました。

最後に、県医師会副会長の今村孝子 先生より閉会のご挨拶をいただき、すべてのプログラムを終了いたしました。

終わりに、今回の交流会の開催にあたり準備段階からご尽力いただいた幹事の研修医の先生方、県医師会の担当理事の先生方や事務局の皆さま、並びに山口大学医学部附属病院医療人育成センターの前田敏彦 先生には大変お世話になりました。誌面をかりて厚くお礼申し上げます。また、本交流会のますますのご発展をお祈り申し上げます。

第 11 回 臨床研修医交流会を終えて

[報告 : 代表幹事／ JCHO 下関医療センター研修医　河野　洋佑]

8 月 24 日及び 25 日の 2 日間の日程で令和初めての臨床研修医交流会が山口市のユウベルホテル松政で開催されました。本交流会の主幹病院は JCHO 下関医療センターであり、代表世話人を加藤 彰 先生、代表幹事を私が務めさせていただきました。準備段階から当日の会終了まで、多くの方々にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

まず、事前準備に関しては各病院の幹事及び世話人の先生方、医師会の方々とともに 3 回にわたって幹事打合会が行われました。私の拙い進行の中、徐々に活発な話し合いが進んでいきました。各役割分担をそれぞれが全うし、時には県医師会の先生方のアドバイスもいただきながら納得のいくまで自分たちのプログラムを考えることができました。

交流会初日ですが、まずは静岡県立静岡がん

センター感染症内科部長の倉井華子 先生に「初期研修医が知っておきたい感染症診療のロジック」という題目で講演いただきました。私たち初期研修医が躓くであろう感染症の領域について、非常にわかりやすく教えていただきました。

講演終了後は会場より質問が殺到し、初期研修医にとって非常に勉強になる場となりました。その後は私たち幹事主催で「内科救急テンプレートを作ろう！」という題目でグループワークを行いました。初期研修医にとって共通の話題である当直症例について他病院の研修医と活発な討論が行われ、今後の当直業務に少しでも役に立つのではないかと期待しています。

初日のプログラム終了後は会場を移し、懇親会が開催されました。懇親会では山口県知事の村岡嗣政 様にもご臨席いただき、山口県の医療状況について初期研修医と懇談の機会が設けられ、非常に貴重な経験となりました。また、例年開催されている恒例のビンゴ大会で盛り上がりは最高潮になり、お酒が進む中、気が付けば閉会を迎えておりました。景品を提供していただいた各病院の先生方、ご尽力いただいた関係者の皆様、本当にありがとうございました。

交流会２日目ですが、まずは洛和会丸太町病院救急・総合診療科部長の上田剛士 先生の特別講演で幕を開けました。「救急でこんなに役立つ高齢者の身体診察」という題目で講演いただき、これまた私たち初期研修医にとって非常に興味深い内容で、聞き入っている様子が印象的でした。続いて、私たち幹事主催の症例検討会を行いました。上田先生の講演後で非常に恐れ多いですが、救急症例について今まで学んだ内容を後輩に伝える目的で行い、最後のプログラムとさせていただきました。

最後の閉会式では、初日のグループワークの最優秀賞としてオリジナルのスクラブを景品として渡して閉会とさせていただきました。２日間に及ぶ交流会でご高名な先生方の私たち研修医だけに向けての講演、研修医同士での知識や経験の共有を通して非常に充実した交流会となりました。本交流会の開催にあたって尽力していただいた山口県医師会の皆様方、各病院の関係者の方々に重ねてお礼申し上げます。これから山口県の医療を支えていくことができるようさらに精進していきたいと思います。今後とも引き続き温かいご指導・ご鞭撻を賜りますよう宜しくお願い致します。

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

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と　き　令和元年 9 月 7 日（土）15：00 ～ 17：30

ところ　山口県医師会 6 階 大会議室

[報告 : 健康スポーツ医学委員会委員　和田　崇子]

本年度の研修会は「スポーツにおける脳振盪」をテーマに、前半では特別講演、後半では実地研修という 2 部構成で行われ、講師は 2 部とも流通経済大学スポーツ健康科学部／大学院スポーツ科学研究科教授の山田睦雄 先生にお願いした。開会の挨拶は、藤本俊文 常任理事が務められ、その後、特別講演に移った。

特別講演

スポーツにおける脳振盪のマネジメント
ーアスリートからコミュニティレベルまでー

流通経済大学スポーツ健康科学部／
大学院スポーツ科学研究科 教授　山田　睦雄

講師の先生は、スポーツ医学・整形外科・リハビリテーション科を専門とされ、今年度はアジア初開催となるラグビーワールドカップの medical advisory Group Medical officer を務められ、来年度は東京オリンピックでも Supervisor として対応される先生である。このたびはスポーツにおける脳振盪についてご講演いただいた。

スポーツにおける脳振盪（Sports-related concussion：SRC）は、近年あらゆるスポーツでも問題になっている病態である。コンタクトスポーツはもちろんであるが、相手選手との直接接触がなくともボールなどの道具によって、もしくはプレー中の姿勢など、間接的に頭にインパクトが伝わることによって起こりうることがある。脳振盪は競技人生だけでなく、致命的な転帰となりうることがあるため、ラグビー、サッカー、アイスホッケーなどの競技だけでなく、オリンピック連盟（IOC）も脳振盪の対応については、国際スポーツ脳振盪会議で取り決められた方針に従う形をとっている。後に記述する、現在使用している脳振盪ツールについては、上記各スポーツ団体・連盟が承認して使用を推奨している。また、脳振盪そのものだけでなく、受傷後の復帰について段階的対応を求められるため、脳振盪に対する内容・対応は、トップアスリートでのレベルのみの対応が重要なのではなく、競技レベルに関係なく、すべてのプレーヤーにとって重要なことであり、選手のケアに携わっている医師や医療従事者すべてに知っておいていただきたい事柄である。これらの脳振盪に関する考え方の変遷・システム作りは、ひとえにすべてのスポーツを行う人の安全を確保し、コンディションを改善すること、将来を守るためにある。

講演の中では、脳振盪の定義づけとして、次の 6 項目について説明されていた。まず、①脳の外傷（traumatic brain injury：TBI）であること。以前は外傷という範疇には位置づけられていなかった。それは、神経病理学的変化をもたしうるが、急性の臨床症状は主に機能的障害を反映しているため、一般的画像検査、すなわち CT、MRI などにおいて、解剖学的障害、器質的変化を認めないため、なかなか評価されにくいものであったためである。しかし現在は、2001 年からほぼ 4 年ごとに行われている国際スポーツ脳振盪会議におけるベルリン声明の中でも、脳外傷という位置付けがなされている。次に、②頭部、顔面、頸部への直接的な打撃が加わることにより発症するか、または体のどこか他の部位に衝撃が加わり、それが頭部へ伝わることで発症する、③加速や減速、側方または回旋方向からの力が脳に加わることにより発症する、④一時的な神経学的な損傷をもたらすのが典型例であり、損傷したエリアによりその徴候や症状が決定されるため、多角的な評価が求められる、⑤神経代謝と神経化学反応の連鎖を賦活する病理学的・生物学的反応に影響を与える、⑥長時間の神経認知学的かつ精神医学的な問題を引き起こし得る可能性がある、とされる。

2016 年 10 月ベルリンで開催された国際スポーツ脳振盪会議において、スポーツによる脳振盪においては、11 の「R」(Recognize、Remove、Re-evaluate、Rest、Rehabilitation、Refer、Recover、Return to sport、Reconsider、Residual effects and sequelae、Risk reduction) が重要であるとしており、それぞれに対して systematic review の結果について報告されている。

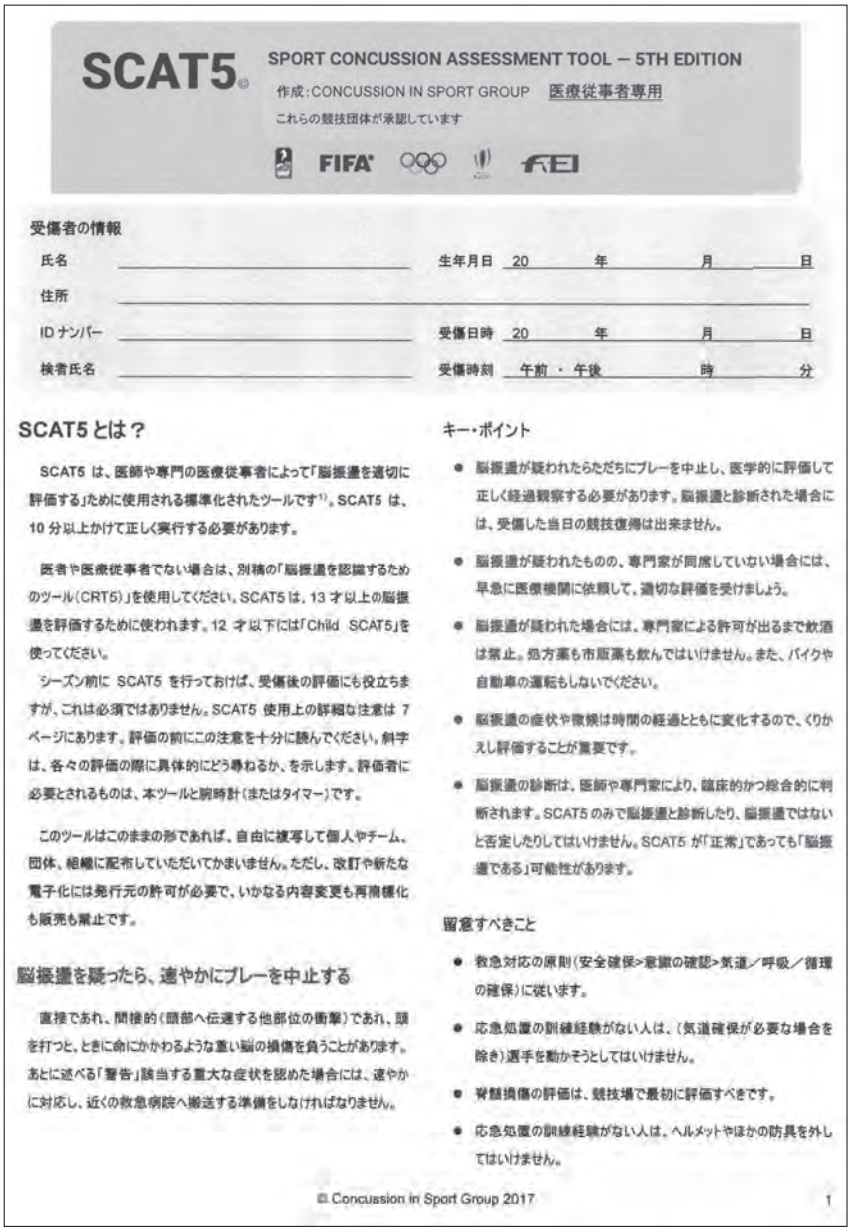
脳振盪時の症状は、認知機能、目の症状、前庭機能など多彩に出現する可能性があることなどから、多角的かつ多面的な評価ツールが推奨され、Video Review システムが利用可能であることも推奨されている。9 月 20 日～ 11 月 2 日に、ラグビーワールドカップが日本で開催されるが（この記事が出る頃には終了していると思われるが)、ラグビーにおいては、今回のようなワールドカップ、国代表レベルの大会、国際連盟の認めた国内トップレベルの試合において画像を用いた評価を行った上で、脳振盪が疑わしい状態において迅速に洗い出し、評価（head injury assessment：HIA）を行い、プレーに戻れるかどうかの判断を平行して行っているため、競技途中でプレーヤーが一旦退場してまた戻るといった状況をご覧になられた先生もおられるかもしれない。HIA については、3 つの時期で確認しており、HIA1 については、受傷後すぐの状態でそのまま試合続行不能になる場合と評価の結果、続行不能と判断される場合とがある。その後、これらの状態にある選手は試合終了後 3 時間（HIA2)、試合終了後 36 ～ 48 時間（HIA3）で確認をしている。

Video Review Process については、5 段階あり、①頭部のぶつかったシーン、直接強打もしくは鞭打ちのような状態にある場面を探し、②負傷選手の受傷直後に頸部や四肢の弛緩の有無、ボディコントロールができているかどうか、などを確認、③最初の 5 秒間で負傷選手の続発する反応、例えば 5 秒以上動かない、強直姿勢や痙攣などがないかをみる、④遅発性の反応の監視、⑤プレーに戻った状態が普通かどうか、変な方向に走り出したり膝をついたりしていないかを確認し、あれば HIA 対象として、ある一定時間かけて評価にかかる。その際に使用するツールの一つが Sport Concussion Assessment Tool（以下、「SCAT」）であり、トップレベル選手においては、通常の状態でのデータと照らし合わせて受傷後の評価判断を行う。もちろんそれ以外のカテゴリーの選手にも評価を行うために使用されており、ラグビーだけではなくいろいろな競技においても使用が推奨されている。現在は会議を経て、何度か改定されて、2017 年以降、SCAT5 の使用が推奨されている。SCAT は、現時点でサイドライン評価に利用するために最も確立・開発されたツールの一つであり、症状の評価、認知機能の検査として見当識、即時記憶、集中力の確認、神経学的評価、遅延再生の可否などの項目が含まれている。13 歳以上で使用する SCAT5（**941 頁掲載の図**参照）と、5 歳から 12 歳で使用する Child SCAT5（**942 頁掲載の図**参照）がある。（※ SCAT5 及び Child SCAT5 の日本語版のリンク先：https://www.jstage.jst.go.jp/article/neurotraumatology/42/1/42_1/_article/-char/ja）

この HIA システムを使用して脳振盪の検出をするのは、World Rugby が認めた国際的な試合や国内のトップレベルの試合のみであるが、それ以外のカテゴリーにおける脳振盪の判断は、誰でも実施できる普遍的な方法をとっている。いわゆる R&R（Recognize & Remove）といって、現場にいる医師・トレーナー、レフリー、コーチなどが、受傷機転における状態、その後の選手の状態によって脳振盪だと判断、もしくは頭部への影響があり危険と思えるような状態を確認したら、即座にその状態(試合・練習など)から遠ざける、といったシステムであり、現場では SCAT に変わるものとしてより簡便なツールを使用する（Concussion Recognition Tool：CRT)。残念ながら、スポーツ現場における脳振盪の即時診断に使用できる完璧な診断検査またはバイオマーカーはない。だからこそ選手の安全を第一に考えるためにどうするか、ということに対する関係者のより広い理解が必要である。そして、疑いのある症例については、競技から取り除かれ、どういった状態か、という評価が必要である。そして複数回にわたって評価を行う。

脳振盪と診断された後は、ある一定期間の休養

のもと、段階的な復帰が必要である。脳振盪による症状は、数日から数週間のうちに消失する場合がほとんどであるが、中には症状が遷延する場合もあり（post concussion syndrome）、また、十分に脳を安静にさせる時間帯をもたずに、ごく短期間に繰り返し脳振盪受傷することによって、致命的転機をもたらす（セカンドインパクト症候群）ことが知られている。脳振盪による影響はその症状だけでなく、他の外傷を受傷するリスクが高くなることも報告されているため、脳振盪からの復帰にはそれぞれの症状に応じたリハビリテーションが求められる。ただ、上述の会議においても、この復帰に関する rest や rehabilitation においても、その重要性については述べられているが結論は出ておらず、今後も研究が必要である。休息は確かに有効だが、どのくらいの期間休息することが適切であるかはまだ明確なものはなく、リハビリテーションについても必要性は認められているが、コンセンサスは得られていない。2016 年の会議で発表された SCAT5 ではスポーツ復帰に関する rest と rehabilitation の指針として、段階的に競技復帰する graduate return to play（GRTP）



SCAT5©　SPORT CONCUSSION ASSESSMENT TOOL – 5TH EDITION

作成：CONCUSSION IN SPORT GROUP　医療従事者専用

これらの競技団体が承認しています

FIFA

受傷者の情報

氏名 ＿＿＿＿　生年月日 20　年　月　日

住所 ＿＿＿＿

ID ナンバー ＿＿＿＿　受傷日時 20　年　月　日

検者氏名 ＿＿＿＿　受傷時刻 午前・午後　時　分

SCAT5 とは？

SCAT5 は、医師や専門の医療従事者によって「脳振盪を適切に評価する」ために使用される標準化されたツールです[1]。SCAT5 は、10 分以上かけて正しく実行する必要があります。

医者や医療従事者でない場合は、別稿の「脳振盪を認識するためのツール（CRT5）」を使用してください。SCAT5 は、13 才以上の脳振盪を評価するために使われます。12 才以下には「Child SCAT5」を使ってください。

シーズン前に SCAT5 を行っておけば、受傷後の評価にも役立ちますが、これは必須ではありません。SCAT5 使用上の詳細な注意は 7 ページにあります。評価の前にこの注意を十分に読んでください。斜字は、各々の評価の際に具体的にどう尋ねるか、を示します。評価者に必要とされるものは、本ツールと腕時計（またはタイマー）です。

このツールはこのままの形であれば、自由に複写して個人やチーム、団体、組織に配布していただいてかまいません。ただし、改訂や新たな電子化には発行元の許可が必要で、いかなる内容変更も再商標化も販売も禁止です。

脳振盪を疑ったら、速やかにプレーを中止する

直接であれ、間接的（頭部へ伝達する他部位の衝撃）であれ、頭を打つと、ときに命にかかわるような重い脳の損傷を負うことがあります。あとに述べる「警告」該当する重大な症状を認めた場合には、速やかに対応し、近くの救急病院へ搬送する準備をしなければなりません。

キー・ポイント

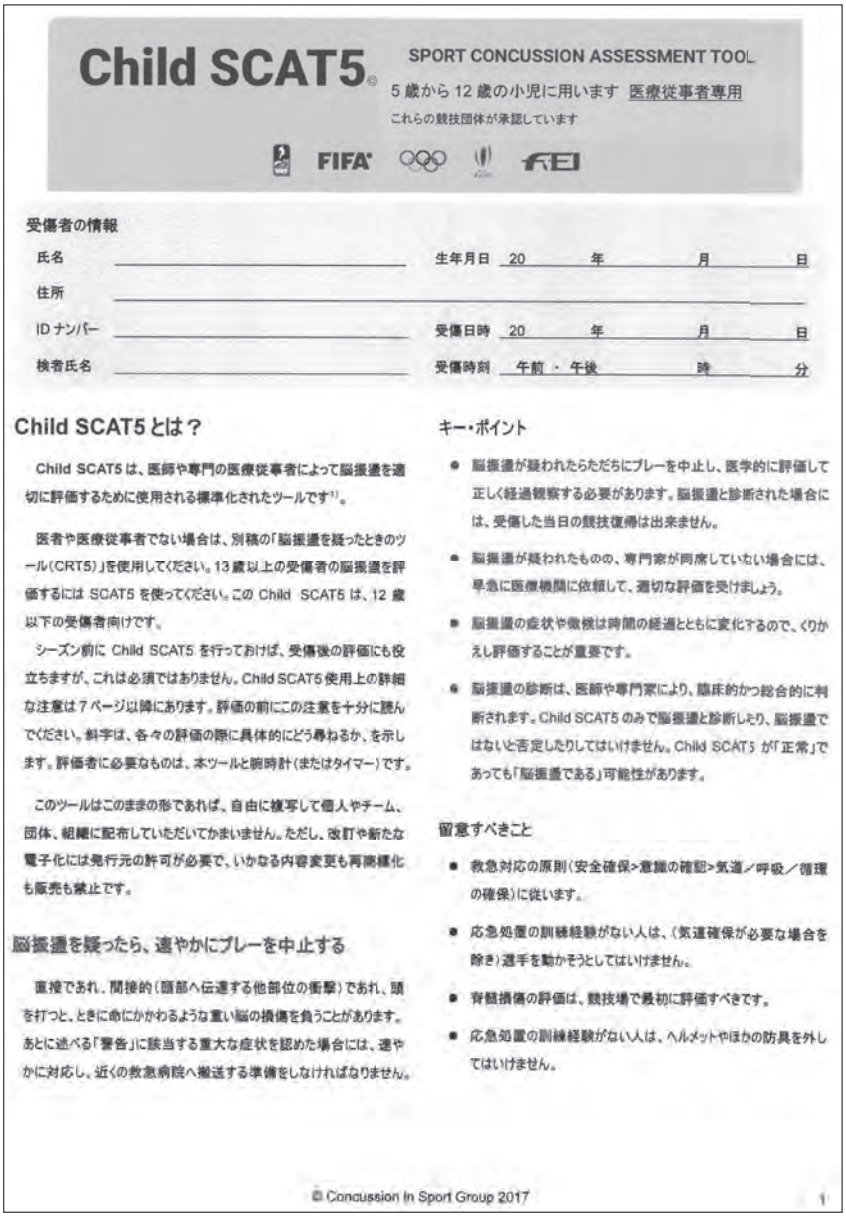
- 脳振盪が疑われたらただちにプレーを中止し、医学的に評価して正しく経過観察する必要があります。脳振盪と診断された場合には、受傷した当日の競技復帰は出来ません。
- 脳振盪が疑われたものの、専門家が同席していない場合には、早急に医療機関に依頼して、適切な評価を受けましょう。
- 脳振盪が疑われた場合には、専門家による許可が出るまで飲酒は禁止。処方薬も市販薬も飲んではいけません。また、バイクや自動車の運転もしないでください。
- 脳振盪の症状や徴候は時間の経過とともに変化するので、くりかえし評価することが重要です。
- 脳振盪の診断は、医師や専門家により、臨床的かつ総合的に判断されます。SCAT5 のみで脳振盪と診断したり、脳振盪ではないと否定したりしてはいけません。SCAT5 が「正常」であっても「脳振盪である」可能性があります。

留意すべきこと

- 救急対応の原則（安全確保>意識の確認>気道／呼吸／循環の確保）に従います。
- 応急処置の訓練経験がない人は、（気道確保が必要な場合を除き）選手を動かそうとしてはいけません。
- 脊髄損傷の評価は、競技場で最初に評価すべきです。
- 応急処置の訓練経験がない人は、ヘルメットやほかの防具を外してはいけません。

© Concussion in Sport Group 2017　1

も提唱、使用されているが、指針として完全なものではないので、個々に対応したリハビリテーションが必要である。そのため、講師である先生の所属部門では、神経学的評価、神経認知的評価、前庭機能的評価、眼球運動的評価を含めた多面的アプローチを採用されており、受傷していない健康な状態でのベースライン評価を用いて、負傷した選手がどの部分に問題が生じているかが比較・確認されている。その中には前述の SCAT5 を使用して自覚症状の有無と程度、見当識、短期記憶、集中力、神経学的検査、バランス、遅延想起の確認をすることや、コンピューターソフトによる認知機能評価（脳内バランサー）、目の症状及び前庭機能評価（vestibular ocular motor screening：VOMS）について説明いただいた。脳振盪後は、段階的復帰が必須であるが、以前は症状消失まで絶対安静と言われていたものの、現段階では、心理的アプローチも含めると、症状が軽快してきている段階で積極的リハビリテーションを薦め、ある一定範囲での（その時点での最大負荷以下）運動を行うことがよいとされる。あくまで症状を悪化させない程度の運動はよいわけで、その運動に



Child SCAT5 ©

SPORT CONCUSSION ASSESSMENT TOOL

5 歳から 12 歳の小児に用います　医療従事者専用

これらの競技団体が承認しています

FIFA

受傷者の情報

氏名 ＿＿＿＿＿＿　生年月日 20　年　月　日

住所 ＿＿＿＿＿＿

ID ナンバー ＿＿＿＿＿＿　受傷日時 20　年　月　日

検者氏名 ＿＿＿＿＿＿　受傷時刻 午前・午後　時　分

Child SCAT5 とは？

Child SCAT5 は、医師や専門の医療従事者によって脳振盪を適切に評価するために使用される標準化されたツールです[1]。

医者や医療従事者でない場合は、別稿の「脳振盪を疑ったときのツール（CRT5）」を使用してください。13 歳以上の受傷者の脳振盪を評価するには SCAT5 を使ってください。この Child SCAT5 は、12 歳以下の受傷者向けです。

シーズン前に Child SCAT5 を行っておけば、受傷後の評価にも役立ちますが、これは必須ではありません。Child SCAT5 使用上の詳細な注意は 7 ページ以降にあります。評価の前にこの注意を十分に読んでください。斜字は、各々の評価の際に具体的にどう尋ねるか、を示します。評価者に必要なものは、本ツールと腕時計（またはタイマー）です。

このツールはこのままの形であれば、自由に複写して個人やチーム、団体、組織に配布していただいてかまいません。ただし、改訂や新たな電子化には発行元の許可が必要で、いかなる内容変更も再商標化も販売も禁止です。

脳振盪を疑ったら、速やかにプレーを中止する

直接であれ、間接的（頭部へ伝達する他部位の衝撃）であれ、頭を打つと、ときに命にかかわるような重い脳の損傷を負うことがあります。あとに述べる「警告」に該当する重大な症状を認めた場合には、速やかに対応し、近くの救急病院へ搬送する準備をしなければなりません。

キー・ポイント

- 脳振盪が疑われたらただちにプレーを中止し、医学的に評価して正しく経過観察する必要があります。脳振盪と診断された場合には、受傷した当日の競技復帰は出来ません。
- 脳振盪が疑われたものの、専門家が同席していない場合には、早急に医療機関に依頼して、適切な評価を受けましょう。
- 脳振盪の症状や徴候は時間の経過とともに変化するので、くりかえし評価することが重要です。
- 脳振盪の診断は、医師や専門家により、臨床的かつ総合的に判断されます。Child SCAT5 のみで脳振盪と診断したり、脳振盪ではないと否定したりしてはいけません。Child SCAT5 が「正常」であっても「脳振盪である」可能性があります。

留意すべきこと

- 救急対応の原則（安全確保>意識の確認>気道／呼吸／循環の確保）に従います。
- 応急処置の訓練経験がない人は、（気道確保が必要な場合を除き）選手を動かそうとしてはいけません。
- 脊髄損傷の評価は、競技場で最初に評価すべきです。
- 応急処置の訓練経験がない人は、ヘルメットやほかの防具を外してはいけません。

© Concussion in Sport Group 2017　1

よって症状が悪化するようであればレベルダウンをさせて対応し、再度評価を行うことを繰り返す。また、眩暈や頚部痛、頭痛の症状に対しては、頚椎や前庭機能のリハビリテーションが有効であるとのお話もあった。

脳振盪は、成人より未成年の方が症状の回復に時間がかかることがわかっているが、子ども（8 ～ 12 歳）より青少年（13 ～ 18 歳）の方がより回復が遅いということもエビデンスでわかっている。そのため、文部科学省から学校宛に、脳振盪受傷者は慎重に扱うようにとの通達も出ている。

アメリカでは、アメリカンフットボール選手の脳振盪、脳振盪後症候群について社会問題となったことを題材にした「Concussion」という映画も発表されたが、脳振盪と慢性外傷性脳症（chronic traumatic encephalopathy：CTE）については、脳振盪経験のない選手にも CTE 発症例があるため、現時点では討議されている途中段階であり、因果関係については中立的な論文が多いようである。

脳振盪の重症化予防という観点においては、各競技において競技規則に関するポリシーを変えることが最も強く矛盾のないエビデンスが認められる。現時点でも、年齢によってプレー幅の制限をかける、規則そのものを変える等が行われ、選手をより安全に守ろうという方向である。

スポーツを行う限り、どの競技、どのレベル、どのカテゴリーでも脳振盪は起こりうるわけで、その被害を最小限にとどめるように、また遷延化・重症化させないために段階的に復帰することも含めて、医療者がサポートすべきで、かつ、その重要性を指導者にもその都度伝えていかなければならないと考える。

実地研修

スポーツにおける脳振盪の評価
ー Sport Concussion Assessment Tool version5（SCAT5）と映像分析ー

流通経済大学スポーツ健康科学部／
大学院スポーツ科学研究科教授　山田　睦雄

Sport Concussion Assessment Tool（SCAT）は、スポーツ分野で生じた脳振盪を疑う競技者を診察する医療関係者に推奨されているツールであり、上述のように症状の評価、認知機能の検査として見当識、即時記憶、集中力の確認、神経学的評価、遅延再生の可否などの項目が含まれている。今回の実技研修では、実際に、13 歳以上で使用する SCAT5 を使用してこれらの項目検査について、2 人 1 組で受傷者役、医師役に分かれて評価を行った。認知機能の検査については、通常の外来でも使えるような内容もあるが、即時記憶としては 5 つの単語リストを質問者が読み上げ、それを思い出して答える、といったことを行う。難易度を上げて 5 つの語群 2 つの合計 10 単語で行うこともあるとのことで、それを 3 回繰り返す。後にこの単語は遅延再生として、即時記憶のセクション終了後 5 分程度経過して 、再度問うといったことも行う。集中力の部分については、数字の逆唱や曜日の逆唱を行わせる。お互いに行い合う中でなかなかうまく発言できないといったような場面もあった。神経学的評価の部分では、指－鼻テストの他に、バランステストとして、①両足をそろえて気をつけの姿勢で閉眼のまま立っている状態を確認する両足立ちテスト、②非利き足で片足立ちをして、姿勢の乱れを確認するという片足立ちテスト、③利き足を前にして、かかととつま先をつけて立ち姿勢を保つという、つぎ足（タンデム）立ちテストを 20 秒間かけて評価を行い、その後 38mm 幅× 3m のラインに沿ってできるだけ早く正確に往復するという、つぎ足歩行（タンデムテスト）を行った。慣れないと難しいという声があったり、普段の評価でも使えるといった声もあったり、概ね評価の仕方をご理解いただけたようである。

脳振盪について、より広く深く知っていただけた研修になったのではと感じた。

第 153 回 山口県医師会生涯研修セミナー
令和元年度第 2 回日本医師会生涯教育講座

と　き　令和元年 9 月 1 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口県医師会 6 階 大会議室

特別講演 1

「健康寿命延伸をめざした生活習慣病対策 ～メタボからフレイルへ～」

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長　荒井　秀典

［印象記：防　府　　藤 井 崇 史］

現在、わが国では 75 歳以上の高齢者人口が 25％を超え、2025 年には 75 歳以上の後期高齢者が 2,000 万人を超えることが予想され、世界一の超高齢社会となる。平均寿命が延伸し、元気な高齢者が増えているといわれているが、健康寿命は男性で約 9 年、女性では約 13 年であり、平均寿命より短い状態にある。これは、男性は死を前にして平均 9 年間、女性は 13 年間要介護状態にあることを示している。また、75 歳以上の後期高齢者における要介護の原因の 1 位は老衰（フレイル）である。したがって、健康寿命を延伸し、要介護状態でいる期間をいかに減らすかが世界一の長寿国である日本における喫緊の課題であり、高齢者の増加に合わせて、保健、医療、介護政策の見直しが必要である。本講演では高齢者の要介護の重要な要因となるフレイルやサルコペニアをいかにして予防し、治療するかの戦略を詳細に示された。

高齢者診療の基本的な方針

60 歳代から 80 歳代における高齢者の診療スタンスは年齢により異なる。60 歳ではガイドラインに沿ったメタボ対策が必要であるが、70 歳代になるとガイドラインだけではなく、高齢者総合的機能評価（CGA）を行い、個別対応が必要となる。中にはフレイルやサルコペニアの予防も念頭に入れた対応が必要である。80 歳代では CGA を行う以外にもフレイルやサルコペニアの評価と適正な介入が必要であり、低栄養や老年症候群の予防対策を行う必要がある。一方で、急速な高齢化と糖尿病の管理が向上したことにより、糖尿病をもつ高齢者が増加している。高齢者糖尿病において、合併症の予防のために血糖、血圧、脂質、肥満の管理が重要であるのは言うまでもないが、同時に加齢とともに増加するさまざまな老年症候群への対応も必要となる。この老年症候群の中で認知症とともに注目を集めている病態が、フレイルとサルコペニアである。高齢者の糖尿病は食後高血糖や低血糖を起こしやすく、患者の特徴や健康状態により、3 つのカテゴリーに分けられている。その中で中等度以上に認知症が進行し、基本的 ADL が低下しているカテゴリー 3 では安全を期し HbA1c を 8.0% 未満にコントロールすることが推奨されている。

“フレイル”とは

フレイルは Frailty の日本語訳であり、これまでは「虚弱」が使われてきたが、「老衰」や「衰弱」、「脆弱」といった日本語訳も使われることがあり、“加齢に伴って不可逆的に老い衰えた状態”

といった印象を与えていた。しかし、Frailty には、しかるべき介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が包含されているため、Frailty に陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることができると考えられる。また、「虚弱」では Frailty の持つ多面的な要素、すなわち身体的、精神心理的、社会的側面のニュアンスを十分に表現できているとは言いがたい。したがって、日本老年医学会は Frailty の認知度を高め、予防の重要性を広く啓発するため、Frailty のより適切な日本語訳の検討を行った。広く意見を募って検討した結果、「虚弱」に代わって「フレイル」と表すこととなった。

65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者と 75 歳以上の後期高齢者を比較すると、後期高齢者においては加齢による様々な生理的予備能の衰えにより、外的なストレスに対する脆弱性が高まり、感染症、手術、事故を契機として元の生活機能を維持することができなくなることが多くなってくる。要介護高齢者の割合も前期高齢者では 5％未満であるが、後期高齢者では約 30％となり、大きな差を認めている。また、外来で高齢者の診療をしていると、特別な食事療法を行っていないにもかかわらず、1 年くらいでゆっくり体重が減ってきたり、疲れやすさ・体力の衰えを訴えたりする患者を経験することが多い。体重減少や易疲労感の原因精査のためには、まずは薬物による副作用の有無を確認すべきであるが、がん、甲状腺機能低下症、リウマチ性多発筋痛症（PMR）などの炎症性疾患、膠原病、貧血、心不全、冠動脈疾患、腎不全、気管支喘息、COPD、認知症、うつ状態の有無につき精査を行っても全く異常を認められず、結果的にフレイルと診断されることがある。

フレイルの概念

フレイルとは、加齢に伴う様々な機能変化や予備能力低下によって生じる健康障害に対する脆弱性が増加した状態と理解される。実際、フレイル高齢者では日常生活機能障害、施設入所、転倒、入院をはじめとする健康障害を認めやすく、死亡割合も高くなることが知られている。フレイルは、高齢者の生命・機能予後の推定ならびに包括的高齢者医療を行う上でも重要な概念であることがわかる。フレイルにおいては後に述べるサルコペニアや生活機能障害、免疫異常、神経内分泌異常などの異常が複合的に関与している。多くの要因がフレイルに関わることが知られているが、543 名の 70 歳から 79 歳の女性のデータを解析した Women's Health Study においては、高血糖がフレイルと関連することが示された。さらに高血糖だけではなく、インスリン抵抗性、慢性炎症、低筋肉量との関連も指摘されている。また、疾患との関連で言えば、脳卒中、心不全などの心疾患、COPD などもフレイルに関係すると考えられている。

フレイルの疫学

Weiss らによれば、地域在住高齢者におけるフレイルの頻度は 7 ～ 10％とされているが、別の報告によれば、75 歳以上の高齢者におけるフレイルの頻度は 20 ～ 30％であり、年齢とともにその頻度は増加することが示されている。したがって、加齢はフレイルの極めて重要な要因であり、社会の高齢化とともにフレイルの頻度が増加することが予想される。なお、わが国においては Shimada らが、地域在住高齢者における Fried の定義を用いたフレイルの頻度は 11.3％であった（平均年齢 71 歳）。

フレイルの診断基準

急性期病院だけではなく、地域在住の高齢者においてもフレイルを評価し、適切な介入を行うことが重要である。フレイルのスクリーニング法として簡易フレイル・インデックスがある。6 か月で 2 ～ 3 kgの体重減少、歩行速度の低下、ウォーキングの有無、5 分前の記憶の有無、易疲労感の有無等を点数化する方法である。また、フレイルの評価法（J-CHS 基準）では体重減少、筋力低下、疲労感、歩行速度、身体活動の状態を評価して、ひとつでも当てはまればプレフレイルとして介入の対象となる。

本邦においては 2006 年より基本チェックリストを用いた介護予防が行われている。基本チェックリストは、介護保険の認定を受けていない高齢者を対象とした、要介護状態に陥るリスクの高い高齢者をスクリーニングするための方法であり、

自己記入式の総合機能評価である。1 ～ 3 は手段的 ADL、4、5 は社会的 ADL、6 ～ 10 は運動・転倒、11、12 は栄養、13 ～ 15 は口腔機能、16、17 は閉じこもり、18 ～ 20 は認知症、21 ～ 25 はうつに関する質問事項である。一定の基準を超えた場合「二次予防事業対象者」と判定され、各地域包括支援センターで介護予防プログラム（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援）が実施される。この基本チェックリストを用いて、要介護認定などをアウトカムとした調査がいくつか行われているが、我々の調査結果からすると 25 項目中 7 項目以上チェックがついた場合に、6 項目以下と比べて有意に要介護認定を受けやすくなり、カットオフを 6 と 7 の間とすることが、要介護認定の予測に関して最も感度、特異度に優れることが明らかとなっている。この基本チェックリストはフレイルの身体的、精神心理的、社会的側面を含む優れたツールであると思われるが、日本独自のものであり、そのままの形では国際的に比較することはできない。基本チェックリストには客観的指標やバイオマーカーが含まれておらず、身体的、精神心理的、社会的側面を含みつつ、客観的指標やバイオマーカーを含めたフレイルの評価指標がより有用かもしれない。

フレイルに対する介入法

このようにフレイルの概念は比較的新しく、しかも一般の医療専門職における認知度が低いために、適切かつ必要な介入が行われていないのが現状である。すでに述べたようにフレイルは加齢に加え、多面的な要因により発症する。したがって、多面的な介入が必要である。フレイルの予防・介入には、運動介入、栄養介入、適切な疾患管理、社会参加の促進、口腔機能の維持、感染予防対策、易疲労感の原因検索、医原性原因の排除（Polypharmacy：過度に厳格な栄養指導）等の対応が必要である。しかし、これまでの介入研究の結果は芳しくないが、運動と栄養療法のフレイルに対する効果を検証した 2,964 名のコホートで 5 年間の追跡調査をした結果、運動、栄養によりフレイルの予防ができることが明らかとなった。すなわち、サルコペニアへの介入と同様、蛋白質とビタミン D の摂取を十分に行い、適切な運動を行うことが重要と考えられる。さらに、社会参加を積極的に行うとともに、ワクチンなどによる感染予防に留意し、Polypharmacy に注意する。特に、抗精神病薬、ベンジアゼピン系睡眠薬、抗うつ薬、パーキンソン病治療薬、オキシブチニン、H1 受容体拮抗薬、H2 受容体拮抗薬などの長期投与は認知症やフレイルのリスクを明らかに増加させる。ただし、これらの介入法に関するエビデンスは十分とはいえず、病態、疫学、介入法などについて、さらに研究データを蓄積する必要がある。

身体的フレイルにおけるサルコペニアの意義

フレイルの 3 要素のうち、身体的フレイルの原因としてサルコペニアの関与が注目されている。ヒトの筋肉量は 30 歳代から年間 1 ～ 2％ずつ減少し、80 歳頃までに約 30％の筋肉が失われる。このような筋肉量の減少は骨密度のように加齢とともに減少傾向を示すものの個人差が大きい。筋肉量の低下は歩行速度や握力の低下に繋がる。サルコペニアという概念を提唱したのは、Rosenberg であるが、彼は 1980 年代後半にギリシャ語の sarco、penia というそれぞれ筋肉、減少を意味する語を組み合わせることによりサルコペニアという概念を提唱した。高齢者においては筋肉量の減少がある一定レベル以上に進行すると身体機能が低下し、ADL 低下、転倒、入院、死亡などのリスクが高まることが明らかになっている。筋肉量の減少だけでなく、それに伴う歩行速度の低下や握力などの筋力低下が重要であり、欧米の研究グループにより、歩行速度、握力及び筋肉量を指標としたサルコペニアの診断基準が提唱された。サルコペニアの定義は、「筋量と筋力の進行性かつ全身性の減少に特徴づけられる症候群で、身体機能障害、QOL 低下、死のリスクを伴うもの」と定められている。ここでは、筋量低下、筋力低下（握力：男性 30kg 未満、女性 20kg 未満）、身体機能低下（歩行速度 0.8m/ 秒以下）から構成される臨床的な診断手順が示された。そこでは 65 歳以上の高齢者を対象とし、筋肉量低下が必須条件とされ、それに筋力低下（握力）、ま

たは身体機能低下（歩行速度）のどちらかが加われば、サルコペニアの診断に至る。

なお、筋肉量の評価には DXA（Dual-energy X-ray Absorptiometry）法が推奨され、DXA により求めた四肢筋肉量を身長の 2 乗で除した値を SMI（skeletal muscle index）として用いられている。そして、低筋肉量の定義は若年者（おおむね 20 ～ 40 歳、男女別）の平均値－ 2SD 未満とされている。さらに、サルコペニアの病期分類として、筋量低下のみを前サルコペニア、筋量低下、筋力低下、身体機能低下の全てを伴う場合を重度サルコペニアと定義した。しかし、欧米人の基準がアジア人にそのまま適用できるかどうかについても明らかではないため、アジア人のための診断基準が提唱された。我々の診断基準においては、ヨーロッパの基準同様に握力と歩行速度のいずれかの低下を有し、筋肉量の減少が認められる場合にサルコペニアと診断することとした。しかし、欧米人とは体格や生活習慣も異なるため、アジア人独自の基準として、握力は男性 26kg 未満、女性 18kg 未満を握力低下とし、筋肉量については DXA で、男性 7.0 kg/m^2 未満、女性 5.4 kg/m^2 未満、BIA では、男性 7.0 kg/m^2 未満、女性 5.7 kg/m^2 未満を筋肉量低下と定義した。今後はこの診断基準を用いたアウトカム研究が行われる予定である。

サルコペニアの治療

サルコペニアに対して、現時点で推奨される治療法は栄養及び運動療法である。栄養に関してはビタミン D の補充（800IU 以上）、及び高タンパク食が推奨される。日本人高齢者の平均蛋白質摂取量は 0.8 g/kg/ 日程度とされているが、サルコペニアがある場合には 1.0 ～ 1.2 g/kg/ 日程度の蛋白摂取が必要とされる。高齢者の場合、歯科的な問題や味覚の問題により通常の食事のみでは高蛋白の摂取が困難なケースもある。そのようなケースでは、栄養補助食品の使用を検討すべきである。運動に関しては有酸素運動（歩行量は 8000 歩を目標）もレジスタンス運動も筋肉量増加に効果があることが知られている。しかし、レジスタンス運動は筋疲労をもたらすため、高齢者においては週２～３回程度が望ましい。すなわち、歩行などの有酸素運動に加えて、レジスタンス運動を週 2 ～ 3 回組み合わせ、さらに栄養療法も組み合わせれば、3 カ月程度で筋肉量の増加が期待できると言われている。

最後に、フレイルは高齢者の生命・機能予後の推定や包括的医療を行う上でも重要な概念であり、介入可能な病態であることを意識し、早期診断と早期の介入治療を行うことが望ましいことを強調された。これからの高齢化時代を迎える中で、高齢者の健康増進をこれまで以上に意識すべきであり、そのためには、すべての医療専門職がフレイルとサルコペニアの概念を充分に理解することが重要であると述べられ、講演を締めくくられた。

特別講演 2

「膵がん早期診断のための検診と最新の抗がん剤治療」

大阪国際がんセンター検診部消化器検診科副部長　井岡 達也

［印象記：山陽小野田　清 水 良 一］

令和元年 9 月 1 日（日）に山口県医師会 6 階会議室で開催された第 153 回山口県医師会生涯研修セミナーにおいて、「特別講演 2：膵がん早期診断のための検診と最新の抗がん剤治療」を聴講する機会を得た。井岡先生は現在、大阪国際がんセンター（移転前の旧名称：大阪府立成人病

センター）の膵がんセンター内科系部門長の要職に就いておられ、JCOG 肝胆膵グループ代表委員ならびに日本膵臓学会、2019 年版膵癌診療ガイドライン委員を務められる等、日本の膵がん治療を牽引するリーダーの一人としてご活躍中である。当日はご講演の前半で膵がん早期診断のための検診の工夫を解説され、後半で膵がんに対する最新の抗がん剤治療を解説された。

講演の要旨

まず、ご講演の前半で、「膵がん早期診断のための検診」について解説された。

死亡者数の多い「がん」のランキングで、肺がん、胃がん、結腸がんはよく耳にする。では、膵がんはというと、男女ともに 5 位以内に入っており、そう珍しいがんではなく、事実、多くの著名人が 60 歳代前後で膵がんにより命を落とされている。「がん」による死亡者数のランキングで膵がんが上位に入る理由として、次に述べるような背景がある。膵がんの 5 年生存率は 10％を大きく下回り、Ⅳ期では 1 ～ 2％である。3 年生存率でやっと 10％に届くものの、Ⅳ期では 3％と、難治性がんに位置付けられている。Ⅰ～Ⅱ期の膵がんでは 3 年生存率が 60％と比較的高く、早期に発見すれば根治も夢ではないが、がん検診に適し、すべてのタイプの膵がんに有効な早期発見の決め手となる手段が確立されていないことが、膵がんの予後を悪くしている最大の要因である。

症状が出てから見つかる膵がんは既に局所進行がんとなっていることが多く、治癒切除が困難な場合が多い。比較的進行した膵がんの症状も特別なものはなく、ほかの病気と間違えられやすい腹痛・背部痛・腰痛等のため、確定診断が遅れがちになる。さらに、鈍い痛みで我慢できなくもないので放置されることが多い。膵がんが進行するにつれて、食べると痛みが強くなるので食べられなくなることによる体重減少や糖尿病の悪化等が認められ、黄疸の出現や、腹水が溜まると治療がいよいよ難しくなる。

では、「どんな人が膵がんになりやすいか」については、以前から「過去に膵炎といわれた」、「家族が膵がんと診断された」、「糖尿病といわれている」、「喫煙している（過去に喫煙していた）」といった問診でのリスク因子が挙げられているが、膵がん発見率の向上には 2 ～ 3 倍までの貢献度に留まる。ちなみに、家族に膵がんが 3 人居れば、リスクは 30 倍になるとは言われているが、3 人もの膵がんが発見されるケースの頻度はそんなには高くない。

一方、肝炎ウイルス陽性者からの肝細胞癌の早期発見や、ピロリ菌陽性者から胃がんを見つけるように、膵がんの場合にもハイリスクグループの囲い込みができれば、重点的な検診を実施することで予後改善に貢献できるはずである。そこで、演者らの施設では、検診で「主膵管拡張がある」、「膵のう胞がある」等の「膵臓の形態異常を指摘された人」に着目し、ハイリスクグループとして囲い込みを行い、膵がんの早期発見に繋げる成果を挙げつつある。その際、同時に「急に血糖値が高くなった」、「血清アミラーゼ値が高くなった」、「脂肪が浮くような下痢を認める」といった所見も見逃さないようにしつつ追跡が行われている。

具体的には、膵がんの検診を受けるのであれば、膵がんの診断が得意な専門の施設でハイリスクか否かの危険度を判定してもらうことが、膵がんの早期発見に繋がる第一歩である。ハイリスクと判定されたら、被曝の心配のない定期的な腹部超音波検査で経過観察を行い、必要に応じて精査を追加し、早期診断に繋げることになる。真の早期膵がんの段階で見つかれば、膵がんの完全治癒も可能である。

膵臓の形態変化を超音波検査で見逃さないための工夫は、①ベッドの角度を調節し、上半身を 60 度ぐらい起こし、腹筋の緊張を取り除くとともに、肝下縁の下垂を促し、肝臓を音響窓として利用する、②検査前にスチール缶入りのミルクティーを一本飲んでいただき、胃内を液体で満たして音響窓として利用できるようにし、膵頭部や膵尾部の描出を容易にする。仮に、スチール缶入りミルクティーの代わりに水道水を用いてしまうと、胃内で気泡がたくさん発生して、音響窓としては役立たなくなるので注意を要する。

演者の施設では、過去の臨床試験で「径 2.5mm 以上の主膵管拡張がある」または「膵のう胞がある」等の「膵臓に形態異常のある 555 例」と「形態異常のない 503 例」の計 1,058 例の検診登録

者（平均年齢 61.8 歳、36 ～ 80 歳）を対象に 6 年以上の観察を行い、12 例の膵がんを発見した。この時、「主膵管拡張」と「膵のう胞」の両方を有する者の膵がん発症率は「両所見とも認めない者」の約 30 倍弱に達し、膵がんの高リスク因子となることを確認した。

最近の 10 年弱の間に、前述の「主膵管拡張」と「膵のう胞」の両方を有する検診登録者（＝ハイリスクグループ）を新たに設定し、超音波検査を 3 か月毎に実施する群と 6 か月毎に実施する群とに無作為に割り付けし、両群ともに 1 年に 1 回は造影 CT 検査を実施する臨床試験を実施してきた。今年中に最終結果が出る見込みであり、約 300 例の検診登録者を対象とした 10 年弱の追跡で、19 名の膵がんが発見された。しかも、全員Ⅰ～Ⅱ期の早期膵がんで、手術が実施できている。

早期膵がんを発見するための膵がん検診の真髄は、①適切なハイリスクグループの設定、②専門的な超音波技師の育成 、③高性能の超音波機器の使用、④所見に変化が見られた時の適切な追加検査体制の充実（超音波内視鏡検査や ERP による膵液細胞診）の 4 点に尽きると考えている。そのためには、一般的ながん検診の逐年検診は適さず、地域のがん診療拠点施設等に膵がんのハイリスクグループを集約し、少なくとも半年単位での比較読影による僅かな形態異常を捉えて精査する体制の構築が望まれる。これによって、膵がん全体の 10 ～ 20％を占める膵管拡張や膵のう胞経由で発症する膵がんについては、外科治療による治癒が望める早期膵がんの段階で拾い上げる目途がついた。

ご講演の後半では、早期発見が困難な膵がんの予後改善に繋げる「膵がん治療の四本柱の一つとしての最新の抗がん剤治療」を中心に解説された。膵がん治療は「外科治療」および「放射線治療」の局所療法と、「抗がん剤治療」および「緩和治療」の全身療法を組み合わせた四本柱からなる「集学的治療」によって成り立っている。この際、根治術が望めない段階で、いきなり「外科手術」を行うのは得策ではないことが過去の成績で示されている。

根治を目指す上で最も重要なのは、いかにして「外科治療での治癒切除」の可能な病期まで周術期にダウンステージできるかにかかっている。放射線治療は担当医による上手・下手が極端であり、日常生活を送りながらの抗がん剤治療には充実した外来化学療法が欠かせないため、施設の選択肢は自ずと限られるものである。また、術前化学放射線療法を完遂する上では、栄養状態の指標等を含めたパフォーマンス・ステータス（PS）を緩和治療により改善させておくことも極めて大事である。これらの諸条件を兼ね備え、外科治療での膵がんの治癒切除を目指せる施設としては、結局のところ「がん診療連携拠点病院もしくはそれに準じた施設」での治療が基本となる。ちなみに、演者の所属する大阪国際がんセンターは膵がん治療症例数が国内トップとなり、本邦における膵がんの治療成績向上に大きく貢献できるよう集学的治療の各領域の専門家の育成に努めている。

目下のところ、周術期で重要な役割を担うのは「抗がん剤治療」である。2001 年に承認されたゲムシタビンが、それまでの 5-FU に対して膵がんの痛みを緩和しつつ、生存期間の中央値でも 1 か月以上の改善が認められたことで当時の膵がん治療の標準療法になった。現在では、ゲムシタビン単剤では、術前化学療法としての役割を果たせるほどの腫瘍縮小効果には乏しく、多剤併用による抗がん剤治療の key drug として位置付けられている。

分子標的治療薬で経口剤のタルセバ（上皮成長因子受容体チロシンキナーゼ阻害剤）が登場し、切除不能進行膵がんにゲムシタビンと併用することで僅かに上乗せ効果が確認されたが、ニキビ様皮疹と間質性肺炎の有害事象があり、何より、治療効果を予測するためのバイオマーカーがなく、本邦では人気がなかった。

次に、日本の経口剤 S-1 をゲムシタビンと比較する臨床試験を台湾との共同で実施したが、統計学的には S-1 単独でも、S-1 とゲムシタビンとの併用のいずれの治療成績でも、ゲムシタビン単独の治療成績との比較で、いずれも優越性を証明できなかった。演者の印象では、S-1 単独群を放棄し、ゲムシタビンとの併用療法のみに患者割り付けを限定して症例数を増やして実施していれば、少なくとも S-1 の上乗せ効果は証明できたのではないかとの想いがあり、悔やまれる結果となって

しまった。

現時点で、膵がんに対する化学療法として推奨されているのはフランスでの第Ⅲ相試験でゲムシタビンを凌駕する成績が証明された多剤併用療法の FOLFIRINOX（ロイコボリン +5-FU+ イリノテカン + オキサリプラチン）もしくは GEM+nab-PTX（ゲムシタビン + アルブミン懸濁型パクリタキセルの 2 剤併用療法）のいずれかである。演者の施設では GEM+nab-PTX を用いることで膵がんの治療成績向上に貢献できている。

質疑応答と筆者の理解

具体的な膵がんの治療については、質疑応答の中で次のような回答があった。

膵がんを 4 つに分類し、「①遠隔転移のあるⅣ期の膵がん、②局所進行切除不能膵がん、③切除可能境界（Borderline resectable:：BR）膵がん、④切除可能膵がん」の各々に対する治療方針が明確になっている施設に膵がん症例が集まる時代となっている。

一例を挙げると、門脈の半周以上に浸潤がある等の BR 膵がんに対する治療では、術前化学放射線療法は必須の要件である。手順は、緩和医療でオピオイドを投与して食後の痛みを抑え、夜間の十分な睡眠を確保し PS を良好に保ちつつ、GEM+nab-PTX を 2 か月間で完遂する。次に、術後の後腹膜再発を予防する目的で局所放射線療法を 2 か月実施する。この際、重粒子線は効果が乏しいので、通常の放射線治療を行う。この一連の 4 か月に及ぶ術前化学放射線療法の期間中に遠隔転移が起こらなければ、根治的手術を実施し、その後は腫瘍内科医のもとで化学療法を病期に応じて継続することになる。

日本では肺がん治療に携わる腫瘍内科医は多いが、消化器がん専門の腫瘍内科医は少ない。要は、ハイボリュームセンターで腫瘍内科医と患者とのかかわり方を学ぶ機会を持つことで、専門の知識さえ身につけば、がん治療認定医の資格を有する外科医が化学療法を担っても差し支えはない。その際の留意点は、安易に化学療法薬の減量投与を行わないことに尽きる。減量投与すると再発率が高くなることを患者が悟れるようにうまく説明できれば、一人前の腫瘍内科医といえる。ただし、とことんの延命治療を希望するか否かについては、個々の患者との人生会議の中で十分に確認しておくことも肝要である。

筆者の印象に残ったこと

かかりつけ医のみならず、患者の居住区内にある一般病院からも大阪国際がんセンターに膵がん患者が紹介される背景に、難治性がんに位置付けられている膵がん患者の治療経過を紹介元の主治医に頻繁に手紙を書くことで通知し、最後まで井岡先生が責任をもって診る姿勢を繰り返し伝える努力をされていることが分かり、納得できた。井岡先生と患者との信頼関係が構築されることは、井岡先生に患者を紹介した紹介元の医師にとっても、地域医療を行う上で、地域住民からの厚い信頼を得ることにも繋がることは想像に難くない。言うまでもなく、膵がんの治療は病期に応じて複雑な手順を踏まなくてはならず、よほどの役割分担に関する連携が構築されていない限りは、一連の集学的治療の一部分のみを 1 施設で請け負うような治療は許されない時代となっていることが理解できた。少なくとも BR 膵がんの治療を中心に、この領域でのオール山口での取り組みが一層重要になると確信できるご講演であった。

稿を終えるに当たり、井岡先生の今後益々のご活躍をお祈りいたします。ご講演有り難うございました。

特別講演 3

「山口県における癌治療と内視鏡外科の現状と展望」

山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学講座教授　永野 浩昭

［印象記：山陽小野田　清 水 良 一］

令和元年 9 月 1 日（日）に山口県医師会 6 階会議室で開催された第 153 回山口県医師会生涯研修セミナーにおいて、「特別講演 3：山口県における癌治療と内視鏡外科の現状と展望」を聴講する機会を得た。講師は本研修セミナーには 3 回目の登壇となる山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学講座の永野浩昭 教授が務められ、山口県のがん診療レベル全体の向上を図る上で、がんの集学的治療における各領域の専門医養成と人員の確保が喫緊の課題であることを解説された。資料としては本年春に、山口県消化管内視鏡外科研究会が実施したアンケート調査に基づく数値データを読み解くことで、山口県の内視鏡外科の現状を提示し、もって、外科医が担うがん診療全般に共通する山口県が県を挙げて取り組むべき課題と目標を浮き彫りにしていただいた。

講演要旨

冒頭で、今回のご講演の目的について、2 点ほど解説された。

1 つは県医師会員の方々に、昨年度から従来の山口大学医学部第 1 外科・第 2 外科の枠組みを超えた共通の「山口大学外科専門研修プログラム」を通じて、山口県の将来の外科医療を担う外科専門医の養成が始まっていることを周知することである。国内の医師偏在の影響を受け、危機的状況にある山口県の医師不足を解消するという共通目標のために、大学内部のみならず、医師会や行政も共に最大限の協力体制を構築し、県内出身者の山口大学医学部入学定員の地域枠拡充等、ある意味、全県を挙げて一丸となって背水の陣を敷いたところである。

2 つ目は、山口県の外科医療を担っている現役の指導医および外科研修医（専攻医等）の意識改革を促し、大学の 2 つの講座とも協力して臓器別の外科専門医を適材適所に配置し、山口県のがん診療における外科治療体制（外科連携施設群）を全国に誇れる盤石なものにすることである。その背景には、大阪大学から山口大学に着任されて 4 年半が経過した永野教授の目に、前述のアンケート調査の結果を客観的に見て、がん診療における「山口県の外科医の常識」は、諸般の事情を考慮しても「日本の非常識」にほかならないと映ったことが挙げられる。

そもそも、がん医療における集学的治療を支える各分野（診断・内視鏡下の処置・外科治療・放射線治療・がん薬物療法・緩和医療・病理診断等）の診療体制の維持には、その道の専門家が適切に配置されて初めて機能するものである。外科医の本分は外科治療の専門家としての技術を習得し、安全で精度の高い外科治療を提供することにある。働き方改革が施行され、医師の勤務時間に大きな制限がかかる中で、少なくとも全国平均を超えるところまで治療成績を上げるためには、外科治療の技術を担保する専門医資格の取得に専念することがこれからの外科医には求められる。

さて、前述のアンケート調査の結果を同時期の全国調査の結果と比較すると、鏡視下手術の実施率は平均で胃がん（42%）も大腸がん（64%）も共に全国平均より 10%程度低く、さらに鏡視下手術の技術認定医の総数は全国の 47 都道府県中 45 位で、外科医に占める同技術認定医の比率では断トツで全国最下位であった。それに呼応するように、胃がん、大腸がん共に 5 年生存率も全国平均から 13%程度劣っていたことは偶然ではないと考えるのが普通である。

現在、県内で開催されるあらゆる研究会を通じて、第 1 外科の濱野教授をはじめ内科系診療科

とも連携しつつ、山口大学では複数の講座が共同でその運営に当たっている。人口の少ない山口県で、外に向かって臨床成績を発表するにも、また、県内で臓器ごとの専門医を育成するにも、まずは大学内が一体となって研究会を主催することで連携施設群の意識改革を促し、施設間での情報交換や技術交流に結び付くことを願って、永野教授は着任以来、継続して実務を熟しておられる（これに関しては筆者も実体験させていただいており、よく承知している）。

県内の外科系の研究会は、臓器ごとの専門医資格取得を意識したものへと既に再構築が済んでいる。消化器外科領域を例に取ると、外科医として歩み始めた後、卒後 5 年で外科専門医を取得し、卒後 8 年で消化器外科専門医を取得する。その後、卒後 15 年での臓器別の専門医の取得に向けて、手術実績を積むことになる。具体的には、「肝胆膵外科高度技能医」取得のための情報交換の場として「山口膵・胆道疾患研究会」が発足しており、「食道専門医」の取得に向けては「山口食道癌研究会」がその役割を果たし、「内視鏡外科技術認定医」の取得に向けては昨年 5 月に発足した「山口消化管内視鏡外科研究会」が意識改革の場を提供している。

ちなみに、「乳腺専門医」の取得に向けては「山口乳癌研究会」を新たに発足させ、山口大学消化器・腫瘍外科学講座を乳腺専門医取得の研修の場として広く開放し、大学内での講座間の相互交流の場となる等、乳腺専門医の養成にも貢献し始めている。その背景には、中・四国地区の 9 県で山口県の乳腺専門医が最も数が少なかったことが挙げられる。永野教授着任当初は山口県のみが人口 10 万人当たりの乳腺専門医数が 1 人で、他の県が同 2 ～ 3 人であったことが危機感を募らせる要因となった。現在は乳腺専門医の総数が 7 名から 10 名に増え、人口 10 万人当たりの乳腺専門医数は 1.3 人へと着実に増えつつある。

最後に、9 月 19 日～ 20 日に開催予定の第 94 回中四国外科学会総会と第 24 回中四国内視鏡外科研究会との併開催を山口大学消化器・腫瘍外科学講座（第 2 外科）と器官病態外科学講座（第 1 外科）で共催する旨を案内され、ご講演を締めくくられた。座長の県医師会の林 副会長からも 1 外科と 2 外科の共催に賛辞が贈られた。

質疑応答と筆者の感想

県医師会の加藤専務理事から講評が述べられた。医師の偏在、医師不足、医師の高齢化、若者が都会へ出て行きやすい卒後臨床研修制度、県内公共交通機関網の未発達・・・等々、現実的にがん治療における各分野の専門医を充実させるには、あまりにも悪条件が揃いすぎていることを念頭に、山口県の医療水準を永野教授が目指す日本の常識に近づけることの困難さについて私見を述べられた。その中で、ご自身を例に挙げて、外科は結果がすべてで、やる気のある外科医が自己研鑽を積んで、どの分野でも標準以上の成績が残せるように努力してきたことは認めてもらいたいとも述べられた。そうは言いつつも、まとめでは、山口県の胃がんおよび大腸がんの治療成績が現状では全国平均より 13％も劣っている事実を考えると、現状を打破するためにオール山口での取り組みを今後も山口大学が中心になって推し進めていただきたいと結ばれた。

筆者の感想を述べると、山口県には高齢となった外科医が現役で働かなくてはならない現実がある。しかし、その一方で、たとえ担当医ごとの個別の治療成績では全国水準に達している者がいても、施設単位で未達であれば、大学病院を拠点とした若い外科医の確保と専門医の養成を急がなければならない事態であることも真摯に受け止めるべきだと思った。

外科医であれば誰でも手術の執刀が許された時代では、技術的に及第点に達していなくても外科医を続けることが叶う時代であったかもしれないが、内視鏡外科技術認定医の資格という篩にかけることで、技術を客観的に担保できれば、自ずと施設全体の成績が全国レベルに達することは想像に難くない。実際、筆者は数名の若い技術認定医と一緒に仕事をした経験からも、彼らは解剖をよく熟知しており、指を使っての深部結紮の技術を除けば先輩の目から見ても短い修練期間で及第点を与えられる外科基本手技をマスターできている。

そこで、提案したいのは、山口県で内視鏡外科の技術認定医を育てるには中核となる養成施設を

決めて患者を集約すべきことは理解できるが、同時に、専門医資格が外科手術の診療報酬に反映されるような仕組みを整えることである。裏を返せば、診療報酬の請求欄に鏡視下手術を実施したことを記載するだけで高額の診療報酬の請求ができる現状では、一般施設で「なんちゃって専門医」が増えるだけで、技術認定医を増やすことには繋がらず、いつまで経っても山口県の治療成績向上には結びつかないのではと憂慮している。

消化器外科学会と内視鏡外科学会には外科基本手技の実技試験を課すなど、真の外科専門医の認定と共に、国に対しては鏡視下手術の診療報酬請求要件の厳格化を要望することで、がん診療における専門性の担保された役割分担が発揮できるよう、一日も早く環境を整えていただきたい。

最後に、永野教授が山口大学と県の行政からの命を受け、今年の春、文部科学省に掛け合うことで山口大学医学部入学定員の地域枠拡大の実務を担当され、見事にその任を果たされたことに敬意を表するとともに、今後も山口県の外科治療の水準を引き上げるためにご尽力頂くことを心より願っております。ご講演ありがとうございました。

特別講演 4

「関節リウマチの生物学的製剤による合併症」

産業医科大学医学部第一内科学講座教授　田中 良哉

［印象記：宇部市　福田信二］

日本のリウマチ学の先頭を走っておられる田中教授に関節リウマチにおける生物学的製剤のお話をいただきました。

リウマチの治療は 21 世紀になって大きく変わった。2010 年に関節リウマチの分類基準、診断基準が出され、将来破壊性となり、慢性化する関節炎を関節リウマチと呼ぶことになった。1 つ以上の関節腫脹を認める他の病気を鑑別した上で、スコアリングシステムを使う。5 点が関節病変、3 点が血清学的反応、症状が 6 週間以上続いているか、炎症反応が陽性か、これらで 6 点を超えれば関節リウマチと分類され、総合的にレントゲンなどを見て診断する。もっとも重要な点は腫れがあるかどうかを、医師が関節に触れて診断する点にある。診断したら速やかに治療を開始する。ただ、関節リウマチはドライアイやドライマウス、間質性肺炎や肺線維症、神経障害、皮膚障害、造血系の障害を伴う全身の病気であることに注意が必要。

関節リウマチの治療は昔からあり、紀元前 500 年（2,500 年前）にはウィローバーク（西洋ヤナギ）を煎じて飲ませた。19 世紀になってウィローバークの中に入っているサリチンをアセチル化したアセチルサリチル酸がアスピリンとして世に出てきた。次がステロイドホルモンであり、フィリップ・ヘンチがメイヨークリニックで、29 歳の寝たきりの関節リウマチの患者に点滴投与し、4 日後から歩けるようになった。これを 1949 年に発表し、翌年（1950 年）にはノーベル賞を受賞した。5 年後にはプレドニゾロンとして発売された。その後、関節リウマチは自己免疫疾患であることが分かり、免疫抑制剤が使われるようになった。現在、抗リウマチ薬はメソトレキサート（MTX）に代表される内服薬である合成抗リウマチ薬と、生物学的製剤で作ったバイオ抗リウマチ薬に分けられる。日本、米国、欧州のリウマチ学会は治療のアルゴリズムでは、まず分類基準を用いて診断し、MTX に対する禁忌がなければ MTX で治療を開始

する。6 か月以内に寛解に入ればそれを継続する。効果がないときにはフェーズ 2 にいく。疾患活動性が極めて高い場合にはグルココルチコイドを一時的に組み合わせる。MTX が標準薬として使われる理由は、葉酸代謝拮抗作用、アデノシン代謝阻害作用でリンパ球活性化やサイトカイン産生を抑えるし、葉酸を補うことによって副作用を軽減できる、活性型葉酸を使うことによって重篤な副作用を救済できる、すなわちセイフティーネットが明確な点である。MTX で効果不十分な場合、生物学的製剤を用いる。現在では 9 種類の生物学的製剤や JAK 阻害薬という内服薬が出てきた。これを用いて 6 か月以内の寛解達成を目指す。効果がないときはフェーズ 3 に進む。フェーズ 3 では様々な生物学的製剤、JAK 阻害薬から一番患者さんにフィットした薬剤を選び出す。生物学的製剤には、TNF を標的としたもの、IL-6 受容体を標的としたもの、T 細胞を標的としたものなど全部で 8 種類ある。さらに共同性が担保されたバイオシミラが出て、価格が少し安くなった。バイオ製剤は分子量が 9 万～ 15 万ダルトンあるので、点滴または注射でしか使用ができない。7 年前に、小さな分子の JAK というシグナルを阻害する薬剤が出てきた。これは JAK の ATP リン酸化の部分に入り込んで選択的に阻害する。サイトカインに誘導されてサイトカインを作り出す、悪循環の中心に存在するのが JAK-STAT 系のシグナルである。実際は、様々なサイトカインがレセプターに結合すると JAK がリン酸化され、次に STAT がリン酸化されて核内に入り、遺伝子の転写を誘導する。この JAK には JAK1,2,3,TYK2 という様々な細胞内成分があり、この組み合わせによって異なるサイトカインを誘導する。特に、このうち IL-6、IL-12、GM-CSF、IFN のシグナルを伝達する JAK1/2 阻害薬（バリシチニブ）が作られ、日本と海外で同時に治験が行われ、「NEJM」（2017 年 2 月号）に発表された。アダリムマブにも勝った。次のウパダシチニブではモノセラピーで勝ち、「LANCET」（7 月号）に載った。そして先日、日本で 3 つ目の JAK 阻害薬ペフィシチニブが発売された。流れはバイオ製剤製剤から JAK 阻害薬の内服に移っている。

リウマチの治療の考え方も大きく変わってきている。最初に十分量の MTX とバイオ又は JAK 阻害薬で一気に叩き、いったん寛解に入ればステロイド、抗炎症薬を止め、MTX を減らす、バイオを止める、最終的には薬をゼロにというのがトレンドとなっている。ステロイドについて、生体内からでてきたコルチゾールはプレドニンあたり 2 ～ 2.5mg くらい出ている。身体の中では様々な糖質コルチコイドレセプター（GR）結合すると、糖代謝、脂質代謝、骨代謝などの重要なホメオスターシスを誘導する遺伝子の転写を誘導する（トランスアクション）。一方、薬として服むと、やはり GR に結合し、核内までいって、AP-1、NFkB といった重要な転写因子と競合的に結合して AP-1、NFkB を介する様々な炎症、あるいは免疫に関する遺伝子の転写を抑えるが、これが薬理作用（トランスレプレッション）。しかし、薬理作用のみならず、糖代謝、脂質代謝及び骨代謝の異常をもたらす。プレドニゾロンで 5mg だと安全だと言われていたが、現在は 0.071mg で安全と言われている。中等量の副作用としては筋肉萎縮、白内障、緑内障、血栓症、重症なものとしては精神障害、胃十二指腸潰瘍、糖尿病、感染症などがある。実際に結核などの重篤な日和見感染症、骨粗鬆症、糖尿病、高脂血症、脳血管障害、心血管障害の明確な危険因子でもある。MTX 単独に対して、ステロイドを使うと心筋梗塞の割合が 1.37 倍に上がり、逆に TNF 阻害薬で治療すると 0.20 と、心筋梗塞の発症が 1/5 に減る。

患者の多くは女性であり、妊娠が問題になる。妊娠は、妊娠前、妊娠中、妊娠後の三期に分かれるが、妊娠前にリウマチの疾患活動性が高いと、妊娠できなかった患者の割合は 3 割から 7 割に増える。したがって、疾患を制御することが重要となる。妊娠中の疾患活動性が高いと早産、低出生体重が起こる。そのため、妊娠中も疾患活動性をしっかり制御しなければならない。妊娠中も疾患活動性は全く改善しない。妊娠中にステロイドを飲むと、早産の確率が 3 倍になる。生物学的製剤だと、早産や低出生体重のリスクは少ない。現在ではセルトリズマブ含め、いくつかの生物学的製剤は妊娠中、授乳中の使用ができる。加齢による身体能力低下の一つにサルコペニア、関節破壊の進行及び腎臓機能低下がある。使用される薬

剤の多くは腎臓から排泄されるが、その最たるものが MTX である。1993 年から 2010 年頃までの 17 年間で 666 例の MTX 関連死亡が報告されているが、そのうち 201 人は血液障害、160 人が肺障害、感染症が 134 人で、亡くなった方の 1/3 に腎障害があった。薬を使う前に腎機能障害がないかを診る必要がある。

生物学的製剤も必ずしも安全とは限らない。日本で全例使用後調査を行い、インフリキシマブが発売された時、厚労省は日本リウマチ学会、田辺製薬、使用する先生並びに使用患者に 1 番から 5,000 番まで番号をつけ、安全性に関しては 28 週間、有効性に関しては 22 週間のレポートを全例出すように命じた。副作用が出たのは 1,408 人（28%）、重篤な副作用は 308 人（6.2%）、細菌性肺炎は 108 人（2.2%）、結核は 14 人（0.3%）だった。細菌性肺炎 108 人を統計解析すると、男性が 1.8 倍、70 歳以上だと 2.5 倍、呼吸器疾患があると 4 倍なりやすいことが分かった。そこで 70 歳以上の人、呼吸器疾患のある人には肺炎球菌ワクチンの接種をすることにした。ワクチンを接種すると、100 患者あたり細菌性肺炎の発症は 7.27 から 3.88 まで減った。エタネルセプトは 14,000 人のうち、180 人に肺炎が起こった。女性の方が肺炎になりにくく、年齢が 10 歳増えると 1.4 倍肺炎になりやすい、肺疾患の既往があると 2.2 倍なりやすい、ステロイドホルモンを服むと 2.9 倍なりやすくなる。重要なのが間質性肺炎である。関節リウマチそのもので、CT 検査より半分の方が間質性肺炎を持っていることが判明する。リウマチそのものによるもの、薬剤性のもの、感染症、たとえばニューモシスチス肺炎のようなもの、及び悪性腫瘍など、少なくとも 4 つを鑑別診断を行わなければならない。ニューモシスチス肺炎の危険因子は、「副腎皮質ホルモンの使用」、「65 歳以上」、「肺疾患の合併」のうち 2 項目以上あれば ST 合剤で一次予防をし、ニューモシスチス肺炎の発症をなくした。

FIRST レジストリというレジストリに登録している。これはバイオ製剤、JAK 阻害薬を使用する患者は全員入院してもらい、スクリーニングをしている。特に眼窩から肛門まで、造影剤なしの CT を撮っている。CT を撮った 2,240 例中、24 人に悪性腫瘍が見つかった。11 人が肺がん、4 人がリンパ腫で、11 人のうち 10 人は stage Ⅰ A、全員外科で手術を受け、Ⅲ A の方は他院で手術を受けた。2,240 人中 12 人で結核が、13 人で非結核性抗酸菌症が見つかった。1 年後には必ず産業医科大学に戻ってきていただき、疾患活動性を評価している。治療 1 年後には 6 割、7 割の方が低疾患活動性になっていたが、逆に言うと 1/3 はまだ疾患制御できていない。

薬をいつまでも使うかという問題については、MTX とインフリキシマブを使って寛解に導入したら、まずはインフリキシマブを止め、止めても寛解を維持できたら MTX を止める。どれくらい休薬できるかを RRR 試験で検討したところ、半分くらいで止める。疾患活動性をしっかり制御した方が止められる。発症 2 年以内で、寛解に達成させられたら休薬可能、2 年以上経ったら寛解に達成しなければ難しい。寛解基準を満たす人、寛解を半年以上維持している人、薬を半年以上変えていない人、ステロイドを使っていない人では休薬することができるかもしれない。きっちりと疾患を制御すれば、最後は薬を止めていく。最初に強力な寛解導入療法をすることが重要で、薬剤フリー寛解を目指すためには、まずバイオをインしなくてはならない。

以上、現在の最先端の情報を全て話していただきました。

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。

理　事　会

ー第 12 回ー

9 月 19 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・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　山口県医師会認知症疾患専門委員会設置規程について

やまぐち PREMIUM オレンジドクターの認定審査等を行う専門委員会を本会に設置するため、標記規程を制定することを決定した。

2　令和 2 年度広域予防接種における個別接種の標準料金（案）について

来年度の標準料金は、① 2019 年 10 月からの診療報酬改定分の反映、② B 型肝炎のワクチン単価について変更する案を承認し、各市町へ提案することを決定した。

3　令和 2 年度の風しんの定期予防接種（第 5 期）の標準料金（案）について

来年度の標準料金は、初診料について変更する案を承認し、各市町へ提案することを決定した。

4　令和 2 年度妊婦・乳幼児健康診査の参考単価（案）について

妊婦健康診査、乳幼児健康診査ともに来年度の参考単価は、診療報酬改定分を反映する案を承認し、各市町へ提案することを決定した。

人事事項

1　認知症疾患専門委員会の委員について

標記委員会の委員として、山口県立こころの医療センターの兼行浩史 院長、独立行政法人国立病院機構柳井医療センターの宮地隆史 副院長、山口大学大学院医学系研究科臨床神経学講座の川井元晴 准教授、本会の今村副会長、清水常任理事及び伊藤理事を指名することを決定した。

報告事項

1　第 1 回山口産業保健総合支援センター運営協議会（9 月 5 日）

平成 30 年度産業保健活動総合支援事業実施結果、第 4 期中期目標・中期計画、平成 31 年度事業計画及び 7 月末までの進捗状況等の説明後、意見交換を行った。（加藤）

2　地域医療構想調整会議・全体会議

「萩」「長門」（9 月 5 日）
検討部会「柳井」（9 月 11 日）
専門部会「下関」（9 月 18 日）

「萩」及び「長門」の全体会議並びに「柳井」の病床機能検討部会においては、医療機関ごとの対応方針の協議等が行われた。「下関」の高度急性期・急性期専門部会においては、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する計画」の策定に当たり、調整会議を「不足する外来医療機能」と「医療機器共同利用」についての協議の場とすることが承認されたほか、現時点で不足している医療機能について協議が行われた。（前川）

3　第 2 回学校心臓検診検討委員会（9 月 5 日）

平成 30 年度学校心臓検診受診票の集計結果、学校心臓検診精密検査医療機関研修会のテーマ及び講師、学校心臓精密検査応諾機関募集時のガイドライン添付等について協議した。（藤本）

4　第 3 回山口県たばこ対策会議（9 月 5 日）

「山口県たばこ対策ガイドライン（第 3 次）」の素案についてのパブリック・コメントの実施結果等を踏まえた受動喫煙防止対策に係る施設基準、表記等の修正・追加について協議を行った。（加藤）

理　事　会

5　天皇陛下御即位奉祝山口県民大会奉祝委員会発会式（9 月 7 日）

11 月 28 日（木）に山口市において開催予定の標記大会の事業計画案、予算案等について協議を行った。（事務局長）

6　山口県小児保健研究会理事会（9 月 7 日）

2018 年度決算報告、2019 年度事業計画及び予算（案）、教育講演の講師等について協議を行った。（河村）

7　産業医研修会・産業医部会総会（9 月 7 日）

特別講演として山口労働局労働基準部健康安全課の末廣高明 課長による「最近の労働衛生行政について」、産業医部会総会をはさみ、山口県環境保健センターの調 恒明 所長による「感染症の動向と職場における対策」の 2 題が行われた。受講者 136 名。（伊藤）

8　健康スポーツ医学実地研修会（9 月 7 日）

本会会議室において、流通経済大学スポーツ健康科学部大学院スポーツ健康科学研究科の山田睦雄 教授による「スポーツにおける脳振盪のマネジメントーアスリートからコミュニティレベルまでー」と題した特別講演及び「スポーツにおける脳振盪の評価―Sport Concussion Assessment Tool Version5（SCAT5）と映像分析ー」と題した実地研修が行われた。受講者 28 名。（藤本）

9　第 28 回全国医師会共同利用施設総会（9 月 7･8 日）

三重県医師会の担当により、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」をメインテーマに開催された。7 日は、日本医師会の横倉義武会長による特別講演「日本医師会の医療政策」、医師会病院関係、検査・健診センター関係及び介護保険関連施設関係の 3 分科会でのシンポジウムがあり、それぞれ 4 施設から現状報告や課題等の発表が行われた。8 日は、三重県内共同利用施設紹介、分科会報告及び全体討議が行われた。（沖中、前川）

10　母体保護法指定医師研修会（9 月 8 日）

「母体保護法指定医師の指定基準」に則ったカリキュラムにより研修会を開催した。受講者 36 名（県内 35 名、県外 1 名）。（藤野）

11　江里健輔 先生瑞宝重光章受章記念祝賀会（9 月 8 日）

来賓として出席し、祝辞を述べた。（河村会長）

12　山口大学医学部附属病院監査委員会（9 月 9 日）

医療の質・安全管理部の活動状況、医薬品の安全使用のための取組、高難度新規医療技術の実績、各種監査等の結果等について協議を行った。（河村会長）

13　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（9 月 11 日）

審査事務の集約化に向けた実証テストの実施結果、第 16 次審査情報提供（歯科）等の報告が行われた。（河村会長）

14　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 116 回苦情解決部会（9 月 11 日）

平成 31 年 4 月から令和元年 8 月までの苦情相談の受付状況等及び苦情解決事案について審議を行った。（今村）

15　日本スポーツ振興センター学校安全業務運営会議（9 月 12 日）

平成 30 年度学校安全事業報告等の後、災害共済給付業務に係る文書の見直しによる医療機関及び学校の負担軽減策、事故発生の未然防止に向けた事故情報の活用促進について協議を行った。（藤本）

理　事　会

16　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（9 月 12 日）

平成 30 年度に立入検査を行った 7 検査所の指摘事項と改善状況の報告並びに令和元年度外部精度管理調査の実施等について協議を行った。

（沖中）

17　集団指導「山口」（9 月 12 日）

中国四国厚生局及び山口県の共同による各種集団指導と併せて、本会が実施する全医療機関を対象とする集団指導（隔年出席制）を山口市で開催し、立会した。（清水）

18　第 2 回地域医療計画委員会（9 月 12 日）

県医療政策課から外来医療計画及び医師確保計画について、本会から国の方向性について説明した後、協議を行った。（前川）

19　新規第 1 号会員研修会（9 月 12 日）

①本会の組織・事業概要・会員福祉事業、②地域保健、③医療紛争対策及び医療事故調査制度、④医療保険について説明を行った。（加藤）

20　山口大学第 91 回経営協議会（9 月 13 日）

附属病院の平成 30 年度経営実績及び令和元年度経営計画について審議した後、国立大学法人山口大学における戦略的教授昇任制度に関する要項、山口大学教授及び准教授の名称付与に関する要項等について報告が行われた。（今村）

21　第 4 回山口県糖尿病療養指導士講習会（9 月 15 日）

「慢性合併症 2（大血管症、メタボリックシンドローム、その他）」、「糖尿病足病変とフットケア」、「特殊な状況・病態時の療養指導」の講義が行われ、最後に修了認定試験が行われた。受講者 163 名。（伊藤）

22　日本医師会監事会（9 月 17 日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。

（河村会長）

23　日本医師会第 6 回理事会（9 月 17 日）

2019 年度日本医師会医学賞・医学研究奨励賞の選考、外部審議会委員等の推薦、第 50 回全国学校保健・学校医大会における日本医師会長表彰受賞候補者の追加等について協議を行った。

（河村会長）

24　第 2 回都道府県医師会長協議会（9 月 17 日）

本会提出の議題「電子カルテの標準化について」ほか各県から提出された 16 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。（林）

ー第 13 回ー

10 月 3 日　午後 5 時～ 7 時 31 分

河村会長、林・今村両副会長、加藤専務理事、萬・沖中・中村・前川各常任理事、白澤・河村各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1　令和 2 年度施策・予算に関する要望について

医療・介護の適切な財源確保、地域医療構想の推進に向けた地域医療介護総合確保基金の充実強化、地域包括ケア構築の実現に向けた取組み、地域保健対策等、救急医療体制等の整備の 5 項目について要望することを決定し、「医療従事者の確保対策の推進」及び「看護職員等の確保及び養成施設への支援・拡充」を重点項目とすることを決定した。

理　事　会

2　第 1 回郡市医師会長会議の意見・要望について

郡市医師会から提出のあった 1 題について協議を行った。

3　医師会組織強化に向けた取組み等について

本会の組織率の向上に向けた課題及び具体的な取組み等に係る日本医師会からのアンケートに対する回答を決定した。

4　地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証の要請等について

郡市医師会長会議における説明の内容及び基調について打合せを行った。

5　山口県医師会産業医部会規則の一部改正について

厚狭郡医師会と小野田医師会の合併に伴う支部名の変更等を内容とする一部改正を行った。

6　令和元年度学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会長から標記被表彰候補者 1 名の推薦依頼があり、2 郡市医師会から推薦があった候補者について協議し、1 名を候補者として推薦することを決定した。

人事事項

1　産業医部会の役員について

厚狭郡医師会と小野田医師会の合併及び役員の退任に伴い、佐々木映子 山口支部長を副部会長兼監事に、中根比呂志 小野田支部長を理事とすることを決定した。

報告事項

1　都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会（9 月 19 日）

（1）ORCA プロジェクトの今後、（2）医師資格証の今後、（3）次世代医療基盤法への対応、（4）医療 IT 委員会の検討経過、（5）オンライン資格確認等に関する報告・説明があり、その後、質疑応答を行った。（中村）

2　特別支援学校における医療的ケア運営協議会（9 月 19 日）

山口県教育庁から本県の特別支援学校における医療的ケアの現状、学校における医療的ケア実施体制構築事業の取組状況等について報告がされた後、人工呼吸器の使用等の高度な医療的ケアに対応するための実施マニュアルの作成について協議を行った。（河村）

3　労災診療費算定実務研修会（9 月 19 日）

開会行事に出席し、挨拶をした。（萬）

4　有床診療所部会第 2 回役員会・総会（9 月 19 日）

役員会では、総会の議事進行についての協議及び第 32 回全国有床診療所連絡協議会「群馬大会」の報告を行った。また、総会では、平成 30 年度事業報告及び令和元年度事業計画（案）について審議した。（前川）

5　医事案件調査専門委員会（9 月 19 日）

病院 2 件の事案について審議を行った。（林）

6　地域医療構想調整会議・検討部会

「下関」（9 月 20 日）

全体会議「山口・防府」（9 月 26 日）

「下関」においては、回復期・慢性期専門部会が開催され、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。

「山口・防府」の全体会議においては、医療機関ごとの対応方針の協議のほか、公的医療機関等の機能の再検証の要請に係る情報提供、意見交換が行われた。（前川）

理　事　会

7　都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会（9 月 25 日）

日本医師会小児在宅ケア検討委員会の検討状況、医療的ケア児に関する行政の施策等の説明の後、都道府県医師会による取組事例の紹介が行われた。（前川）

8　中国地方社会保険医療協議会山口部会（9 月 25 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）

9　日本医師会 医業の第三者承継フォーラム「TV 会議 」（9 月 26 日）

日本医師会で開催された標記フォーラムに、本会会議室においてテレビ会議により参加した。医業の承継に係る厚生労働省、都道府県医師会及び日医総研の取組の紹介及び質疑応答が行われた。

（沖中、河村）

10　山口産業保健総合支援センター地域窓口全体会議（9 月 26 日）

平成 30 年度事業結果、第 4 期中期目標・中期計画、令和元年度事業実施計画及び進捗状況の報告の後、活動報告書の添付書類に係る注意事項、石綿関連疾患診断技術研修の開催等の諸連絡が行われた。（中村）

11　第 2 回健康教育委員会（9 月 26 日）

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

12　看護学校課題対策検討会（9 月 26 日）

7 月 27･28 日に開催された中四九地区医師会看護学校協議会の報告の後、医師会立看護学校の統廃合について意見交換を行った。（沖中）

13　勤務医部会第 2 回企画委員会（9 月 26 日）

郡市医師会勤務医理事との懇談会の打合せの後、今年度事業の詳細について協議を行い、部会主催のシンポジウムは「再生医療と倫理について」、座談会のテーマは「医師の働き方改革」とすること等を決定した。（中村）

14　第 2 回山口県糖尿病対策推進委員会（9 月 26 日）

今年度事業の進捗状況、実施予定を確認後、「世界糖尿病デー」ブルーライトアップイベントの企画、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、糖尿病性腎症重症化予防モデル事業等について協議を行った。（前川）

15　中国四国医師会連合常任委員会（9 月 28 日）

ブロック選出の日本医師会役員からの中央情勢報告、平成 30 年度事業・会計報告の後、中国四国医師会連合連絡会のあり方、分科会・総会の運営、中国四国医師会連合勤務医委員会、中国四国医師会連合医事紛争研究会及び令和元年度中国四国医師会事務局長会議の開催、次期開催県等について協議を行った。（加藤）

16　中国四国医師会連合分科会・総会（9 月 28･29 日）

第 1 分科会：医療保険・産業保健では、診療所に対する生活保護法による指定医療機関個別指導、漢方薬の多剤投与等の 10 議題 9 提言、第 2 分科会：地域包括ケアシステムでは、多職種連携システムの導入、認知症サポート医の活動等の 10 議題 8 提言、第 3 分科会：地域医療・地域保健では、医師会立看護職員養成施設の状況、医療過疎地の病院での医師・看護師確保等の 7 議題 7 提言について意見交換を行った。

総会では、中国四国医師会連合の平成 30 年度事業・会計報告及び令和 2 年度は鳥取県担当で開催することが承認された。

（加藤、萬、沖中、前川）

理　事　会

17　中国四国医師会連合勤務医委員会（9月28日）

標記委員会については、来年度以降、中国四国医師会連合分科会の当日に、分科会の開催前に開催することを決定した。また、標記委員会の委員長として、岡山県医師会の清水信義 副会長を選出した。（中村）

18　郡市医師会勤務医理事との懇談会（10月1日）

郡市医師会勤務医部会の設置について、理事就任の経緯や担当業務等に係る事前アンケートの結果及び県医師会に対する医師確保、医事紛争等に係る意見・要望について意見交換を行った。（中村）

19　広報委員会（10 月 3 日）

会報主要記事掲載予定（11・12・1 月号）、炉辺談話、県民公開講座、歳末放談会等について協議した。その後、第 10 回フォトコンテストの審査会を行い、139 作品の応募の中から 8 作品を表彰することを決定した。（今村）

20　会員の入退会異動

入会 17 件、退会 6 件、異動 5 件。（10 月 1 日現在会員数：1 号 1,259 名、2 号 871 名、3 号 471 名、合計 2,601 名）

医師国保理事会　－第 10 回－

1　全国医師国民健康保険組合連合会代表者会について（9 月 21 日）

岐阜県医師国保組合の担当で岐阜市において開催。平成 30 年度事業及び決算報告、役員の選任等について協議、承認された。また、消費税は導入時の目的どおり社会保障充実のために使うこと等を採択し要望することを決定した。

（河村理事長）

2　全国医師国民健康保険組合連合会第 57 回全体協議会について（9 月 21 日）

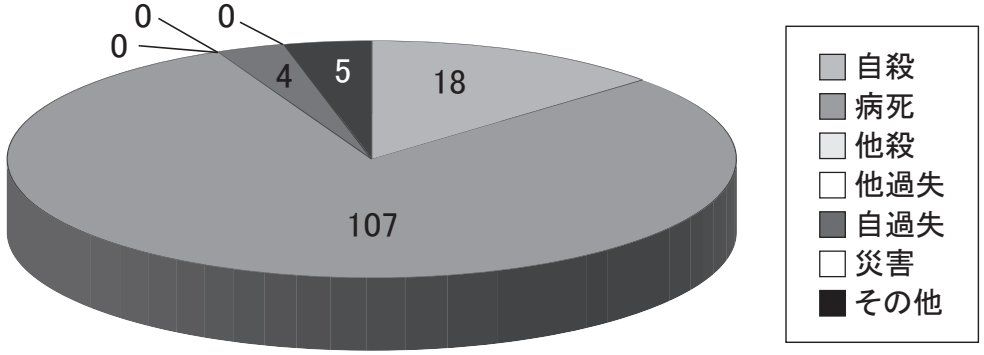
代表者会の報告及び「国保問題検討委員会諮問答申」（全医連国保問題検討委員会 篠原 彰 委員長）、「籔内佐斗司の作品とその世界」（東京藝術大学大学院保存修復研究室 籔内佐斗司 教授）の講演が行われた。（沖中）

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
Sep-19	18	107	0	0	4	0	5	134

死体検案数と死亡種別（令和元年 9 月分）



令和元年に思うこと

飄々

広報委員

津永　長門

令和の時代が始まり、はや 5 か月が経った。令和の出典は、万葉集巻五の「梅花謌卅二首并序」にある一文「于時、初春令月、氣淑風和、梅披鏡前之粉、蘭薫珮後之香」であり、安倍首相が談話で「人々が美しく心を寄せ合う中で文化が生まれ育つ」という意味を込めたと説明していたが、現実は真逆だ。あおり運転や虐待は相変わらずワイドショーを賑わせているし、いじめも子どもの問題と思っていたら、指導する立場の教師の間でもあるのには驚いた。加害者の言い訳も教師とは思えない子供じみた言い訳には呆れかえる。国外に目を向けると、北朝鮮からは弾道ミサイルが発射され続けているし、日韓関係は改善の兆しすら見いだせない。香港のデモは収まる気配さえ見せていない。中でも、この 5 か月で気になったことが二つある。

一つ目は、スウェーデンの若き環境活動家、グレタ・トゥーンベリさん（16 歳）の存在だ。主に地球温暖化に対し警鐘を鳴らしているが、自身も二酸化炭素排出量を下げるため、飛行機に乗らない、肉を食べない、などを実践している。9 月に開催された国連の気候行動サミットでは、若者代表として演説し、「失敗したら我々は許さない」と各国の指導者たちに警告したのは記憶に新しい。彼女の活動に対しては、一部ネガティブな報道もあるが、行動力には目を見張るものがあり、私はその若さを羨ましく思う。

関東・東北を襲った台風 19 号は、気象庁などが再三警報を出したにもかかわらず、各地で河川の氾濫をもたらし、80 名の犠牲を出した。亡くなられた方々・被災された方々には、お悔やみとお見舞い申し上げます。台風は、海水面の温度が高いと水蒸気の供給を受けて発達する。地球温暖化は海水面温度の上昇をもたらし、大規模台風の発生が近年増加していることに関係しているのは間違いない。地球温暖化対策としていろいろ議論されているが、対話や交渉でなく、今すぐに行動することだ。

二つ目は、10 月 7 日の日本経済新聞に「出生数 90 万人割れへ　19 年、推計より 2 年早く」との見出しが掲載されたことだ。平成 28 年に初めて出生数が 100 万人を下回り、わずか 3 年で 90 万人を割るとは衝撃だ。平成元年の出生数が 124 万人なので、30 年間で 34 万人減ったことになる。山口県の人口も、平成元年が 158 万人だったものが、平成 30 年には 136 万人と 22 万人も減っている。子どもたちが通った小学校も、当時は 1 学年 3 クラスあったのが、今年は 1 クラスしかない学年も出てきて、空き教室が目立つとのことを耳にした。日本は予測よりも速く超高齢化・少子化社会へと向かっている。

少子化対策の要は、女性が結婚して子どもを安心して産める環境を整えることだ。『未来の年表 人口減少日本でこれから起きること』（河合雅司 著、講談社現代新書）の中で少子化対策として第 3 子以降に 1,000 万円給付というインパクトのある提言がされている。計算してみると、1 万人に増やすために 1 千億円が必要だが、将来の労働力の確保や年金制度の維持などを考えると、むしろ安いと思う。何より子どもがいないと社会に活気が出てこない。政府は、幼児教育の無償化や待機児童解消に向けた対策を子育て支援の

柱にしてるが、肝心の子どもが日本からいなくなれば、意味をなさない。今すぐに行動することだ。

暗い話ばかりになったが、明るい話題としては、「ラグビーワールドカップ 2019 日本大会」で、日本代表 BRAVE BLOSSOMS が予選リーグ 4 戦全勝で初の 8 強に駒を進めた快進撃には胸躍らされた。また、今年のノーベル化学賞がリチウムイオン電池を開発した吉野 彰 氏に贈られたことは誇らしい。氏は、会見で台風 19 号についても触れられ、「災害が起きた場合、リチウムイオン電池で何ができるかを考えると、例えば、電気自動車が 1 台あれば、停電でも家庭で 2 日分の電気を使える。今後、研究者として、環境問題への寄与も考えていかなければと思う」と話されていた。

令和の英訳は「Beautiful Harmony ＝美しい調和」。実現しますように。

日医 FAX ニュース

2019 年（令和元年）10 月 1 日　2818 号

- 病院名公表目的は「調整会議の活性化」
- 再検証、「機械的な対応せず」
- 18 年度調剤医療費、7 兆 4,279 億円
- 自立支援・重度化防止へ保険者機能議論
- ロタワクチン、来年 10 月定期接種化へ

2019 年（令和元年）10 月 4 日　2819 号

- 地域の実情を加味しながら議論を
- 機能競合の公立・公的は「引くべき」
- 特例施設、指定の枠組み案を提示
- ロタワクチン定期接種化など了承
- 「日医君」の LINE スタンプを発売

2019 年（令和元年）10 月 8 日　2820 号

- 424 病院、公表趣旨を厚労省が説明へ
- 地域医療構想の実現、「思いは同じ」
- HPV ワクチンの積極的接種で、声明へ
- 再検証要請の病院「議論のきっかけに」

2019 年（令和元年）10 月 11 日　2821 号

- 持続可能な社会保障確立へ財源確保を
- 受診時定額負担「容認できない」
- 新規腎性貧血治療薬、新評価体系を検討
- B 水準病院でも「全医師対象ではない」

2019 年（令和元年）10 月 18 日　2822 号

- 台風 19 号、各県医が JMAT の派遣継続
- 産業医の全国組織を設置へ
- 過疎地域への優遇策検討を提言
- セファゾリンなど供給不安
- 伝染性紅斑、過去 5 年比「かなり多い」

2019 年（令和元年）10 月 22 日　2823 号

- 「基本診療料等の評価」で各側対立
- 療養経過措置の対応で意見割れる
- 424 病院公表、構成員から評価と慎重論

2019 年（令和元年）10 月 25 日　2824 号

- CT・MRI 保守、算定要件化に慎重論
- 医療提供体制は「三位一体」で推進
- タスク・シフト／シェア推進で議論開始
- サブスペ領域の在り方で議論スタート
- 伝染性紅斑、過去 5 年比「かなり多い」

2019 年（令和元年）10 月 29 日　2825 号

- 救急医療管理加算、見直しで一致
- 療養・就労両立支援指導料の見直しへ
- セファゾリン供給、段階的に再開へ
- 「日医君」カレンダーの先行予約を開始
- インフル、定点当たり報告数は減少

お知らせ・ご案内

山口県緩和ケア研修会

本研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に基づいて開催するもので、すべてのプログラムを修了した医師には、主催者及び厚生労働省健康局長名の修了証が交付されます。

日　　時　令和 2 年 2 月 11 日（火・祝）9：30 ～ 17：30
場　　所　山口県医師会 会議室
（山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号　山口県総合保健会館 6 階）
対 象 者　県内のがん診療に携わるすべての医師・歯科医師（定員 24 名）
参 加 費　受講料は無料。ただし、弁当代（1,000 円）を当日徴収します。
参加条件　申込時に e-learning※を受講修了しており、「e-learning 修了証書」を事前に提出すること

※ e-learning の受講について

- e-learning は、研修会の開催指針改定により新たに設けられたもので、各個人がインターネット上で講義を受講するものです。
- 「厚生労働省　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」（https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html）にて、「新規登録」を行った後、「受講者ログイン」よりログインして、e-learning を受講してください。
- すべての講義を修了した方には、「e-learning 修了証書」が発行されますので、印刷して申込書と併せて本会に FAX でお送りください。

研修内容　講義、ワークショップ、ロールプレイ等
申込締切　令和元年 12 月 20 日（金）必着
申込方法　申込書に必要事項をご記入のうえ、「e-learning 修了証書」と併せて事務局まで FAX にてお申込みください。（受付確認のため折返し FAX を送信しますのでご確認ください。）
備　　考　定員を超える場合は、地域性や医療機関等を考慮して選考を行います。また、受講希望者が定員に達した場合は、締切前でも募集を終了することがあります。
なお、受講者には申込締切後に受講確定通知をお送りします。

※申込書や、講義内容等の詳細につきましては、本会ホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。
山口県医師会ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp/

お知らせ・ご案内

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

日　時　　令和元年 12 月 8 日（日）13 時～ 16 時 40 分
会　場　　山口県医師会 6 階 大会議室
対　象　　医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者等
参加費　　無料
その他　　例年と研修会の順番が異なりますのでご留意ください。

開　会

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会　13：00 ～ 14：00（60 分）

座長：山口県医師会常任理事　藤本　俊文

一次の所見から何を精査する？
～一次検診の要点と精査機関で求められるもの～

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長　**砂川　博史**

■予防接種医研修会　14：00 ～ 15：00（60 分）

座長：山口県医師会理事　河村　一郎

予防接種をされるすべての先生方へ
―令和元年に知っておきたい事―

下関市立市民病院小児科部長　**河野　祥二**

■山口県医師会学校医部会総会　15：00 ～ 15：10

■学校医研修会

座長：山口県医師会理事　河村　一郎

15：10 ～ 15：40（30 分）
（1）**通級指導からみた不登校支援**

光市立光井小学校教諭　**植田　恵子**

15：40 ～ 16：40（60 分）
（2）**発達障害と不登校支援**

（医）テレサ会西川医院発達診療部部長
発達障害研究センターセンター長　**林　　隆**

閉　会

単　位　　日本医師会生涯教育講座：3.5 単位
学校心臓検診精密検査医療機関研修会　CC43（1 単位）
予防接種医研修会　CC11（1 単位）
学校医研修会　CC72（1.5 単位）

お知らせ・ご案内

令和元年度 山口県消化器がん検診研究会総会
令和元年度 第 83 回山口県消化器がん検診講習会

日　時　　令和元年 12 月 21 日（土）　14：30 ～ 17：00
場　所　　山口県医師会 6 階　会議室 1・2（山口市吉敷下東 3-1-1）
次　第
　令和元年度山口県消化器がん検診研究会総会　14：30 ～ 15：00
　第 83 回山口県消化器がん検診講習会　15：00 ～ 17：00
　　教育講演Ⅰ　15：00 ～ 15：10
　　座長　山口県消化器がん検診研究会副会長　檜垣　真吾
　　平成 29 年度地域胃がん検診報告
　　山口県消化器がん検診研究会副会長　**清水　建策**
　　教育講演Ⅱ　15：10 ～ 15：20
　　座長　山口県消化器がん検診研究会副会長　清水　建策
　　平成 29 年度地域大腸がん検診報告
　　山口県消化器がん検診研究会副会長　**檜垣　真吾**
　　ミニレクチャー①　15：20 ～ 15：35
　　座長　済生会山口総合病院消化器内科部長　原田　稔也
　　内視鏡観察のワンポイントアドバイス　－食道－
　　（一財）防府消化器病センター防府胃腸病院 消化器内科部長　**藤原　純子**
　　ミニレクチャー②　15：35 ～ 15：50
　　座長　済生会山口総合病院消化器内科部長　原田　稔也
　　内視鏡観察のワンポイントアドバイス　－胃－
　　JA 山口厚生連周東総合病院　**清時　　秀**
　　特別講演　16：00 ～ 17：00
　　座長　山口県消化器がん検診研究会会長　三浦　　修
　　早期胃癌の客観的判断を目指した取り組み
　　鳥取大学医学部機能病態内科学教授　**磯本　　一**
　　閉　　会　　17：00
受 講 料　　山口県消化器がん検診研究会員は無料
　　非会員は医師：2,000 円　　医師以外：1,000 円
取得単位　　日本医師会生涯教育制度　2 単位
　　教育講演　CC 53（腹痛）：1 単位
　　特別講演　CC 12（地域医療）：1 単位
　　日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点
　　日本医学放射線学会　学会認定参加単位　1 単位
　　日本専門医機構認定参加単位　1 単位
お問い合わせ先　山口県消化器がん検診研究会（山口県医師会内）
　　電話　083-922-2510　※参加申込は不要です。

お知らせ・ご案内

第 122 回 山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　　令和元年 12 月 14 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
高齢者の運動器疼痛に対する薬物療法
～セルフマネジメント支援と期待される新規薬物～
仙台ペインクリニック石巻分院院長　**川井　康嗣**

特別講演Ⅱ　　19：00 ～ 20：00
日常診療で遭遇する軟骨下脆弱性骨折の診断と治療
～信頼される医療を目指して～
福岡大学医学部整形外科学教室主任教授　**山本　卓明**

単　位
・日本整形外科学会教育研修単位：2 単位（1 単位　1,000 円）
　特別講演Ⅰ：必須分野「1：整形外科基礎科学」、「8：神経・筋疾患」
　特別講演Ⅱ：必須分野「2：外傷性疾患」、「11：骨盤・股関節疾患」
・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）
・日本医師会生涯教育研修制度 2 単位
　特別講演Ⅰ　CC60（腰痛）：1 単位
　特別講演Ⅱ　CC57（外傷）：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

第 62 回日本呼吸器学会中国・四国地方会
第 28 回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
第 70 回日本結核病学会中国四国支部会
3 学会合同開催

と　　き　　令和元年 11 月 23 日（土・祝）・24 日（日）
と こ ろ　　山口県総合保健会館
　　山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号　　TEL：083-934-2200

会　　長　　亀井　治人（国立病院機構山口宇部医療センター呼吸器内科）
　　青江　啓介（　　同　　腫瘍内科）
　　國近　尚美（山口赤十字病院内科）

学会ホームページ：https://ww2.med-gakkai.org/jrs-jsre-jst2019/

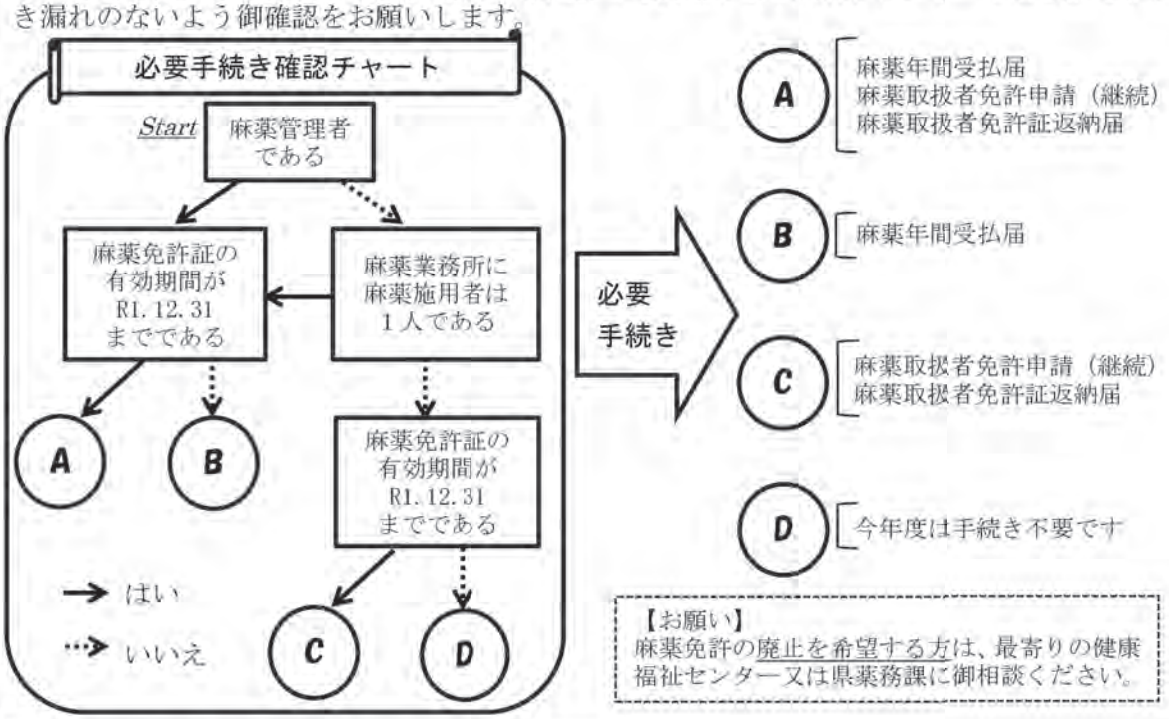
学会内容
- 一般演題
- 研修医・学生セッション
- 結核病学会教育講演
- スポンサードシンポジウム
- ランチョンセミナー
- イブニングセミナー
- 気管支鏡実技セミナー
- 寺子屋セミナー

学会事務局
山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座
宇部市南小串 1-1-1　　TEL：0836-85-3123　　FAX：0836-85-3124

【重要】麻薬免許証をお持ちの方へ～手続きの御案内（山口県薬務課）～

麻薬取扱者は、10月から1月にかけて所定の手続きが必要となります。以前は、郵送等にて御案内しておりましたが、**現在は郵送での御案内はしておりません。**

必要な手続きは免許種別や免許取得年等によって異なります。以下のチャートを参照し、手続き漏れのないよう御確認をお願いします。



【お願い】
麻薬免許の廃止を希望する方は、最寄りの健康福祉センター又は県薬務課に御相談ください。

【各手続き詳細】

麻薬年間受払届

◆対象者
チャート中 Ⓐ、Ⓑ該当者

◆提出物
・麻薬年間受払届　2部
（正本1部、副本1部）

◆提出期限
令和元年11月29日

麻薬取扱者免許申請（継続）

◆対象者
チャート中 Ⓐ、Ⓒ該当者

◆提出物
・麻薬取扱者免許申請書　1部※
・診断書　1部※
・（変更時のみ）麻薬保管設備等図面　1部※
・手数料（県証紙）　4,300円分
※下関保健所に提出時は2部（正副1部ずつ）

◆提出目安時期
令和元年11月29日まで

麻薬取扱者免許証返納届

◆対象者
チャート中 Ⓐ、Ⓒ該当者

◆提出物
・麻薬取扱者免許証返納届　1部※
・有効期間が満了した麻薬免許証　1部※
※下関保健所に提出時は2部（正副1部ずつ）

◆提出期間
令和2年1月1日～15日
（年始は1月6日から開庁します）

【留意事項】
・各様式は、山口県薬務課のＨＰ又は最寄りの健康福祉センターで入手してください。山口県薬務課のＨＰ内「麻薬関係手続きについて（既免許者向け）」のページには、記載例も掲載しています。（http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15400/mayaku/keizoku.html）
・提出窓口及び新免許証受け取り窓口は、管轄の健康福祉センター又は下関市立下関保健所です。開庁時間（平日8：30～17：15（12月29日から1月3日までを除く））にお越しください。提出は郵送も可。
・新免許証は**12月13日（金）以降**に受け取りにお越しください。ただし、御提出の遅れや不備事項があった場合には、新免許証のお渡しが遅くなることがあります。

※麻薬業務所が防府市内にある方へ
12月19日（木）13時～17時のみ、防府支所での新免許証受け取りが可能です。防府支所での受け取りを希望する場合は、麻薬取扱者免許申請書（継続）の余白部分にその旨を記載してください。

★お問い合わせ窓口★
山口県薬務課　麻薬毒劇物班　083-933-3018
各健康福祉センター（岩国、柳井、周南、山口、宇部、長門、萩）
※下関市内の事業者の方は県薬務課へお問い合わせください

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。

古谷浩昭氏	宇部市医師会	9 月 25 日	享年 92
岡　壽士氏	下関市医師会	9 月 26 日	享年 76
黒田　豊氏	防府医師会	10 月 18 日	享年 72

編集後記

「ケアレス・マン」をご存知ですか。

他人のケアに責任を持つことなど想定外であるような労働者、つまり家庭を顧みず長時間働く男性モデルのことです。「ケアレス・マン」は、本人が誰かのケアをしてないだけではなく、自分のケアを誰かにしてもらっている存在です。妻が育児や介護を担い、日常の家事をこなしてくれれば、夫である男性は、自らの時間を最大限、仕事のために捧げることができます。

しかし「ケアレス・マン」を職場の労働者モデルとしてしまうと、働き方が「ケアレス・マン」レベルに達していない労働者を排除してしまう。女性に限らず、病気や障害のある労働者、妊娠・出産する労働者、家族のケア責任を抱える労働者、そういった労働者が「二流労働者」と評価されてしまう。自分自身を振り返っても、これまで多くの時間を育児に費やしてきたことが、医師として肩身の狭い理由の一つとなっているように感じます。

その反面、子育てによって仕事以外の時間や同業者以外の知人を持つことになり、単調であった自分の人生に濃淡ができました。「ケア時間」は人間にとって必要な時間なのでしょう。妻にケアされている男性医師にも離婚、家族の病気、親の介護という問題に直面する可能性があります。そのような事態を許容でき、対応できる職場なら、だれもが楽に働き生きることができます。

医療現場でそれを実現するのは、他の業種より一層困難ではありますが、さまざまな事態に直面した人を孤立させないように、現在の医療界に変革が起きていると信じています。

参考：『呪いの言葉の解きかた』上西充子　晶文社

（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）