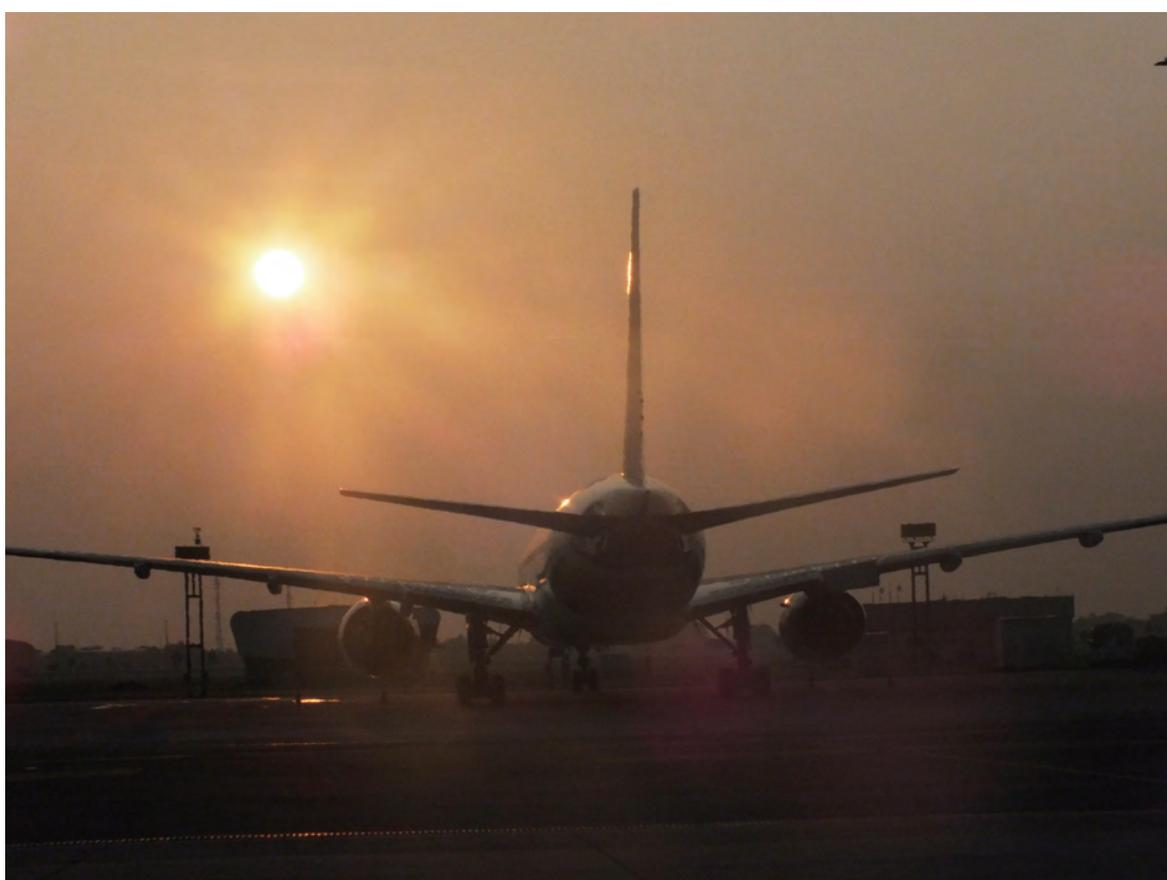


# 山口県医師会報

令和元年(2019年)

12月号

— No.1912 —



空港（ブータン） 林 佳子 撮

Topics

指導医に聴く「私が研修医だった頃」  
歳末放談会  
郡市医師会長会議



# Contents

■ 指導医に聴く「私が研修医だった頃」	…………… <聴き手>吉川功一	975
■ フレッシュマンコーナー「今までとこれから」	…………… 鳥居麻由美	980
■ 今月の視点「難病対策の変遷と県内患者の動向」	…………… 伊藤真一	982
■ 歳末放談会「令和元年、今、気になること」	……………	986
■ 郡市医師会会長会議	……………	1004
<傍聴印象記>	…………… 石田 健	1009
■ 令和元年度 日本医師会医業の第三者承継フォーラム	…………… 沖中芳彦	1010
■ 令和元年度 医療機関経営セミナー・		
郡市医師会税制担当理事協議会	…………… 沖中芳彦	1013
■ 第 2 回外国人医療対策会議	…………… 前川恭子	1017
■ 医療対話シンポジウム（山口県医療事故調査合同協議会）	…………… 林 弘人	1022
■ 令和元年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」	…………… 林 弘人	1026
■ 令和元年度 郡市医師会介護保険担当理事・		
ケアマネ・訪問看護師との合同協議会	…………… 清水 暢	1032
■ 令和元年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会		
…………… 今村孝子、加藤智栄、中村 洋、白澤文吾、郷良秀典、松永一真		1038
■ 第 41 回 産業保健活動推進全国会議	…………… 中村 洋	1044
■ 令和元年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導		
担当理事及び関係者合同会議	…………… 藤本俊文	1054
■ 日医 FAX ニュース	……………	1057
■ 理事会報告（第 14 回、第 15 回）	……………	1058
■ 飄々「それから」	…………… 渡邊恵幸	1066
■ 編集後記	…………… 中村 洋	1072

# 指導医に聴く

## 「私が研修医だった頃」

第 7 回 宇部興産中央病院顧問・  
臨床研修プログラム責任者・研修委員長

福田 進太郎 先生

と き 令和元年 10 月 17 日(木)

ところ 宇部興産中央病院

[聴き手：広報委員 吉川 功一]



吉川委員 「指導医に聴く」の第 7 回目として、宇部興産中央病院の福田進太郎先生にお話を伺いたいと思います。本日はお忙しい中インタビューのお時間を頂きまして誠にありがとうございます。

まず、先生の自己紹介をお願いいたします。

福田先生 私は下関市出身の山口県人で、山口大学医学部を昭和 54 年に卒業しまして、山口大学第二外科に入局しました。まず医員として、当時は日給月給の時代でしたがそこで働いて、半年間は当時全国の最先端を走っていた武下教授率いる麻酔科で研修を 6 か月間いたしました。当時はレスピレーターを使わずに手押しバッグで長時間、12 時間の手術、四肢の切断や脳外科の手術なんかの麻酔をやりました。バッグを止めて急いで血圧計って、またバッグをしばらく押してから輸血をつないだり、ずっと手押しでした。

吉川委員 それは大変ですね。レスピレーターはないことはなかったんですよね？

福田先生 あるにはありました。ただ、まだサーボの 900C が出る前でした。手押しバッグで PEEP をかけるとか、肺のコンプライアンスが高いか低いか、そういうことを感じ取りなさいというのが、当時の教室の指導方針で、研修で回る

若手医師は全員手押しでしたね。手押しの上手下手で本当に SpO<sub>2</sub> が変わってくるので・・・今では考えられないですけどね。今は研修医でもレスピレーターの横で座ってリラックスしてますけど、まあ当時はそういう時代でしたね。でも、そういう経験や確か毎朝 7 時から始まるカンファレンスなども含めて、後々、外科医としての全身管理、術後管理などには非常に役に立ったと感じています。当時の麻酔科教室がすごく優秀で、その武下教授の時代のお弟子さんから確か 7～8 人の教授が輩出されているのではないかと思います。凄いことだと思います。

その後、国立山口病院（現 済生会下関豊浦病院）で半年間の研修を行いました。海辺の綺麗な小さな病院で、外科医は二人しかいませんでしたが、当時の指導医がまた素晴らしい方で、それこそ二人だけで胃全摘、脾臓合併摘出とか、そういうところまで徹底して手術をやらせてもらいました。急患もいろいろ診まして、土地柄か、ふぐ中毒のショックとかも経験しました。

そのあと四国の病院に転勤を申し渡されたんですが直前になって人事の変更で徳山中央病院に転勤となり、そちらで丸 2 年研修を受けました。今でいう後期研修ですね。徳山中央病院は今もそうですが、当時も県でも最多の症例数を誇る病院で、各科ものすごい勢いで頑張っていて、本当に朝から晩まで休みなしという生活を丸 2 年、

年中無休で働いて、それが今の医師生活の基盤になっているといえますね。

そのうち、昭和 58 年の 6 月だったと思いますが、宇部興産中央病院への転勤を命じられまして、そこからずっと現在まで勤務しています。大体は 5～6 年目に大学院に入るか、大学に帰って修練を積むのが普通でしょうから、私のようにその若さからずっと現在までというのは極めて稀だと思います。私の場合、ちょうどその頃、教授が退官になられて、約半年の人事凍結の空白期間にあたり、そうなったのですが。当面この宇部興産中央病院で頑張るということになったので、この病院を盛り立てようということで、決して政治的なものではないんですけど、院内全科の若手医師を集めて若手医師の会というのを結成したりしました。現宇部市医師会長の黒川先生や、磯山先生たちと月 1 回、意見交換会のようなことをしていましたね。

**吉川委員** ありがとうございます。宇部興産中央病院はざっと勤続 34 年になるんですね。次に、宇部興産中央病院の紹介をお願いいたします。

**福田先生** 宇部興産中央病院は、宇部興産という会社が戦後すぐ、当時、日本全体で必要とされていたサナトリウムをこの西岐波の地に開設したことに始まっています。ただ、開設してすぐにストレプトマイシンなど抗結核薬が普及しましてサナトリウム自体が不要となったため、普通の総合病院に転換しようということになりました。当時、山口県立医大の前身でもあった沖の山炭鉱病院には京都大学から多くの医師が赴任していたようです。そこが母体になって、山口医専が山口県立医科大学に移管する時にいろいろな支援・ご縁があったようで、京都大学から初代の磯川院長をお呼びして徐々に地域の総合病院への道を歩み始めたのがはじまりです。渡邊浩策先生、それまで京都大学講師を務めておられた先生で宇部興産創始者の孫にあたる方ですが、その先生がおそらく大学よりも早く中国地方初の脳神経外科を創設されました。当時はものすごい数の患者さんが来られて、それこそ台湾なんかからも患者さんが来ら

れたと聞いています。

現在の病院ですけれども、新病棟建設と耐震工事の影響があり、現在少し制限しているのですが、実質の稼働が約 340 床、おそらく来年にはフル稼働して 360～370 床が常時稼働するようになる見込みです。医師数は現在 61 名ですから、私が赴任した当時の約 30 名からすると倍増しています。患者数もおそらく倍以上になっているでしょう。救急車の受け入れも年間約 2,200 台、宇部・山陽小野田・美祢の二次医療圏の大体 35%前後を受けていまして、たしか救急車数は最多だと思います。

**吉川委員** 私は宇部で開業していますが、本当に頼りになる病院ですよ。宇部興産中央病院の先生方のモチベーションの高さにはいつも感謝しつつ驚いているのですが、何かその秘訣のようなものはあるのでしょうか。

**福田先生** 先ほど名前を出させていただいた渡邊浩策先生という第二代目の院長先生がスローガンとして「いつでもだれでも安心してかかれる中央病院」を打ち出しておられました。私たちは実際どのようにしたらそれを実践できるかと考えまして、現救急委員長である脳外科の西崎先生の前は私が救急委員長だったので、救急当直体制の構築をずっとやってきました。当時は医師の人数が少なくいろいろな不備な面もありました。宇部市は人口 16 万にもかかわらず市立病院がなく、全国的にも珍しい街です。山口大学はありますが全県的な存在で治療体制も違いますし、それならば宇部興産中央病院が市立病院としての役割を果たそうと考え、それが一つのモチベーションになっていると思います。

**吉川委員** 宇部市の“市民病院”の役割を果たし、救急車 2,200 台ですから一次救急、二次救急、一部三次救急まで幅広い症例に対応しているわけですよ。これはまさに研修にはもってこいの環境ですね。

**福田先生** そうですね。研修医は特に first touch

を経験したいというものが全学年を通じて多いので、そういう意味でも当院は研修に適していると思いますね。

**吉川委員** それでは、その初期研修プログラムについて特徴などお聞かせください。

**福田先生** 満遍なく網羅していると思いますが、一番の特徴はやはり今言った救急医療に非常に注力しているので、いろいろ経験できるということと、それからまず麻酔科によるトレーニングで、挿管とか ABC の最初のライフラインの確保、そういうところを非常に丁寧に指導した後で救急現場に出来るだけ回すようにしています。やはりなにか事故等で大きな挫折感を味わわせないように注意していることもあります。

それと現在、大学とタイアップして医療人育成センターから総合診療内科をこちらで作っていますので、そこで非常に視野の広い内科的総論を、カンファレンスを含めて教えてもらっているということが大きな特徴でしょうね。

あと、研修医は各科に一人ずつ回ってもらって、よほどのことがない限り一つの科に複数の研修医が所属しないように心がけています。それも一つの特徴で、各科全体で一人の研修医にみっちりマンツーマンで教えるようにしていますので、アンケートをとるとそこも研修医の満足度が高いポイントのようです。

**吉川委員** 後期研修についてはいかがでしょうか？新専門医制度などもはじまり、何か取り組みはされているのでしょうか？

**福田先生** 山口県においては医師の高齢化と若い医師の就職が少ないこともあり、県全体で医師の養成が急務だと思います。行政も含めて一生懸命対応していますが、当院も主に外科、脳外科、消化器内科、循環器内科で後期研修医を引き受けるようにしていますし、出来るだけ大学での研修も勧めていますが、最近では 2 年連続で脳外科に後期研修医が入っていますし、十分、後期研修にも耐えうる教育力はあると思っています。

**吉川委員** 初期研修においては地域偏在を是正するためにシーリングなどの制度が実施されて、ある程度、都市部と地方の医師偏在は是正されたかもしれませんが、後期研修においてはいかがでしょうか？

**福田先生** その点についてはシーリングの影響が逆にかかっているかもしれません。つまり、都市圏である福岡県にはシーリングがかかっているために、山口の医師が福岡での後期研修を受けにくい例など、そういう不利益もあるような気がしますね。山口県では後期研修が受けられる病院自体が少ないですから、シーリングはいいことだとは思っていますが、もうちょっと細かい配慮が欲しいなというところはありますね。

**吉川委員** シーリングもまだ改善の余地があるわけですね。山口大学医学部入学における地域枠の制度はうまく機能しているとお感じになりますか？

**福田先生** 機能しているとは思いますが、ただ、強制ではないのと、学生もある程度地域を考慮するので、学生全体の偏差値が下がるのではないかと危惧する声もあります。この制度を生かすも殺すも指導陣の情熱次第かなと思っていますし、私を含めて指導医がやはり情熱を持たないと、せっかく地域枠で入ってきた人たちがその地域に恩義というか意気を感じて残ってくれないのではないかなという思いもあります。

**吉川委員** そういう意味では周りから見ても宇部興産中央病院の先生方の指導陣の熱意は感じますし、実際こちらの病院では後期研修で残ってくれている先生も多いですし、うまく熱意が研修医にも伝わっているのかもしれないですね。

**福田先生** 各科の診療科長とスタッフはみんな本当によく頑張ってくれているなど感じます。必ずしも当院に残らなかった先生でも、大学で入局先や就職先から「興産で研修した先生は良く鍛えられてしっかりしていますね」というお褒めの言葉

はよく頂きます。きちんとした研修をしているという自負はありますね。

**吉川委員** それでは少し話を変えて、先生の学生時代なども含めて若い頃の思い出などお聞かせ願えますか？そもそも医学部を目指されたきっかけなどについてお願いいたします。

**福田先生** 高校時代にはそれほど明確な目標というのは持っていなかったのですが、ただ、日進月歩で進む時代の最先端に行ってみたいなという思いはありました。当時は工学も人気があって、石油化学なんかは花形でしたし、文系の商社なんかにも憧れはありました。ただ、シュバイツァーやキュリー夫人、パスツールなどの伝記なんかの影響もあったと思いますが、その時代時代でエポックメイキングな偉人が出てきて時代を劇的に変える分野という意味で、医学に興味を持ったように思います。

医学部に入った当初は「こういう臓器をやりたい」などといった明確な目標を持っていなかったのですが、ちょうど時代の最先端が「移植」でして、当時は肝臓移植が花形でした。医者になった当時も、まだ日本では生体肝移植は行われていませんでしたが、クリーブランドやプリズベンなどの high volume center への留学に憧れました。私は夢は叶いませんでしたけども、当時多くの人がそういったところに渡って勉強をして帰ってきましたが、その当時の世代からもう少し下の世代の先生まで実際にはあまり移植に携わることが出来なくて、一般外科医となったように思います。

**吉川委員** 先生は学生時代からラグビーをされますよね？

**福田先生** よく人に「ラグビー学科」を卒業しましたと言うくらいラグビーに明け暮れましたね。高校からラグビーは初めて、大学、社会人、一時中断はありましたが、現在も親父ラグビーをやっています。オール山口のチームに入れてもらって、60 歳以上の国体である、ねりんピックにもチームで参加して全国行脚しています。

**吉川委員** それはすごいですね、忙しい診療の合間を縫ってラグビー、今年のラグビーワールドカップはさぞ楽しみにされていたでしょうね。

**福田先生** もちろんです。このために 30 年間買い換えていなかったテレビも買い換えました。診療の合間を縫って東京スタジアム、横浜スタジアム、大分スタジアムなど今現在 4 回ほど応援に行きました。あと 2 回ほどベスト 8 の試合を見に行く予定です。

**吉川委員** よくチケット、とれましたね！

**福田先生** インターネットで応募しましたが大変でした。東京オリンピックはさっぱりとれませんでしたが、ラグビーはもう少しコアなファンが買いますから、まだマシです。ただ、日本がベスト 8 に進みましたから、ますます激戦になっているようで残念ながらベスト 8 の日本の試合はとれませんでした。大分で試合がある時は日豊本線のソニックは外国人で埋まっているそうです。

**吉川委員** 話は研修医のことに戻りますが、はじめにも少しお聞きしましたが、先生の研修医時代についてももう一度お聞かせください。今のような研修医システムはなかったわけですが、今では経験できないようなこともあったのでしょうか？

**福田先生** 医者に成り立ての頃はまだ悠長な時代で、3 月頭に国家試験があって、合否発表は 5 月の連休明けでした。それでもみんなは 4 月から働き始めていましたが、私なんかはその間に新婚旅行に出かけたりして 5 月の連休明けに医局に行って、今頃来たのか？と笑われたりしました。それで 1 か月くらい必死に働いた後にいきなり当直に出されたりして、しかも一人当直です。いきなり交通事故の検視やら死亡診断書を書いたりしました。今考えるとすごい時代ですよ。確か山陽中央病院だったと思いますが、そんなに大きくないとはいえ総合病院をいきなり一人当直ですからね。当時は 2 号線なども死亡事故が多くて、悲惨な事故もありました。クリスマスプレゼント

を買って帰る途中のお父さんが車ごと水路に突っ込んでしまい、車が裏返しになり、わずか水深が 50cm 位だったのに水死してしまった事故の検視をしたこともありました。他にもいろいろな経験をしましたが、その事故なんかは不条理な死として、医者になった当時の経験として深く記憶に残っています。朝元気に出て行って、夜には不条理な死ですから・・・。

現在は多くのがん治療に携わっていますが、ゆっくり死に向かうがん患者さんに対して少しは人生観をお話しできる歳になりましたから、そういった不条理な死を目の当たりにした経験も少し役に立っていると思いますね。

**吉川委員** 私も同じくスーパーローテートなどなかった時代の人間ですが、当時は“あたって砕ける”、“習うより慣れよ”、みたいな、今を思うと無茶な研修時代でしたね。ただ、あれはあれで、いい意味でも悪い意味でも今とは違ったいろいろな経験をしたような気がします。先生はそのような時代を通して、現在の研修医制度をどのように捉えておられますか？

**福田先生** そうですね。当時のシステムの方が当初の成熟度は速いでしょうが、今の研修システムのほうが長い目で見たとき、たとえば 10 年目以降にいろいろな意味で伸びる可能性が高いのではないのでしょうか。学生時代は医学を学ぶだけですが、初期研修の 2 年間で改めていろいろと医学について考えたり、医療について考えたりする時間がとれるということはとてもいいことだと思います。昔、アメリカの教科書で読んで驚いたことがあるのですが、「研修医制度において研修医とは守り育てられるべきものである」と、まず最初に書いてあるんですね。私たちは守り育てられるという時代ではなかった、まるで soldier のように鍛えに鍛えられましたよね。それで何とか自立してきましたが、でも、やはり今のシステムの方が合理的ですよ。長い医師人生の中で考えると、きっと今の研修医システムの方がよいと思います。まだ改良はされていくでしょうけど。

**吉川委員** 最後に、若い先生方へのメッセージをお願いします。

**福田先生** 吉田松陰ではないですけども「志を高くしてその道を行け」ということはいつも言っています。医学部は出身大学別の学閥とか、無いわけではないにせよあまりないですし、それこそノーベル賞くらいの高い目標を持っていけば、男女の差別も比較的少ないし、案外と突き抜けられる分野だと思っています。そういう意味では「君たちは恵まれている。より大きなこと出来るポテンシャルを持っている。」と研修医だけではなく、ポリクリやクリクラの学生さんにもそれは伝えていきますね。

**吉川委員** ありがとうございます。すばらしいメッセージですね。少し女性医師の話もでしたが、宇部興産中央病院でも多くの女性医師の方が活躍されていますね。

**福田先生** そうですね。当院は県内でも最も女性医師の比率が高い病院ではないかと思えますね。これからも女性医師の勤務環境向上のためのシステム作りの先端を行きたいと思っています。

**吉川委員** そこもまた宇部興産中央病院の注目ポイントの一つになっていくかもしれませんね。

本日はお忙しい中、大変ありがとうございます。先生の今後のご活躍を祈念しましてインタビューを終わらせていただきます。



# フレッシュマンコーナー

## 今までとこれから

山口市医師会 とりい脳と女性のクリニック

鳥居 麻由美

平成 27 年 4 月に脳神経外科医の夫が山口市に「とりい脳神経外科クリニック」を開院し、2 年後の平成 29 年 6 月に産婦人科を増築開院しました。名称を「とりい脳と女性のクリニック」と変え、早いもので 2 年以上の月日が経ちます。

宇部市で生まれ、大学で同級生だった千葉県出身の夫とともに、山口大学の医局に所属し、まずは大学病院で研修させていただきました。直属の上司が腫瘍専門だったため、初年度から難しい疾患を経験できました。上司が渡米中に同時多発テロがあり、「空港が閉鎖して帰れなくなった」と連絡があったとき何日間も音信不通となったときの記憶は鮮明です。今では当たり前になった抗癌剤なども先駆けて扱っていたので、投薬量などを間違えないよう非常に緊張しました。やたら日焼けして帰国した上司がすごい笑顔だったのも覚えています。大学の医局はお堅いイメージがありますが、当時ののんびりした部分もありました。教授・准教授回診前に、各々のファン（入院患者さん）がお化粧しようとするので注意する、といったことは産婦人科ならではかもしれません。当直中の空いた時間に病棟の食堂で、患者さんの受験勉強をみていたこともあります。癌治療中の患者さんが病室で宅配ピザを頼んだ時は、主治医連帯責任（？）ということで、二人で師長さんに怒られました。

その後、山口県立総合医療センターで研修しました。当時は短期で転動していくのが通例でした

が、手術のいろはを教わるのに数か月では物足りなく、部長に口添えしてもらって延長してもらいました。他科の研修医も多く、当直の合間をぬって皆で防府の町へ繰り出すのも楽しみでした。その時の友人たちとは今も交流が続いています。

次の研修先の山口労災病院では、二人の上司に指導していただきました。女性の部長のもとで働くのは当時も今も他にない経験で、女医であるということを生かした診療スタイルを学ばせてもらいました。3 人でご飯に行く時などは看護師さんたちから「親子水入らず」などと笑われていましたが、若手として知りたいこと、やりたいことはどんどん言いなさいという指導は本当に有難かったです。山口県立総合医療センターと山口労災病院で手術の基礎を学びました。

再び大学に戻った時に結婚し、数少ない産婦人科医より更に少ない脳神経外科医の夫の転勤にあわせて長門市、小野田市、柳井市、山口市、下関市と転々としました。私も転勤すると夫婦生活が破綻するので、山口県立総合医療センター勤務に固定していただき、柳井市から往復 3 時間かけて通勤しました。勤続年数は山口県立総合医療センターが一番長くなりましたが、医局から若い先生が毎年研修に来るのもよい刺激になりました。研修医だった先生方が今は中堅で働いて、紹介状のやり取りなどで頼もしく感じることも多々あります。

開業して手術をすることはなくなりましたが、

毎年ワーストの山口県の子宮・乳癌検診率の向上に、少しでも役立てたらと思いながら日々外来をしています。過去の経験は全て今の私のベースです。幸い、大学病院や県立医療センターには研修医時代から指導して下さった先生方が今もいらっしゃるの、患者さんの紹介や問い合わせなど、医療連携がスムーズなのは非常に有難いことです。

脳外科併設のため MRI まで完備している珍しい産婦人科として、山口県・山口市医師会の諸先生方にご指導いただきながら、疾患の早期発見、診診連携、病診連携に努力したいと存じます。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。

## 「会員の声」原稿募集

### 投稿規程（平成 27 年 5 月から）

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

#### 【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

## 難病対策の変遷と県内患者の動向

理事 伊藤 真一

わが国の希少難病対策のモデルは、昭和 40 年代に大流行したスモンの原因を短期間で解明して制圧した、スモン対策事業とされている。スモン (SMON: subacute myelo-optico-neuropathy) とは視神経を侵し、同時に脊髄炎を合併する疾患であるが、わが国にのみ見られ、昭和 42～43 年頃に患者数が急増した。スモンは特定の地域、病院、家族内に集団発生し、患者数は 1 万人を超えて社会問題化した。マスコミはウイルス性伝染病の可能性をセンセーショナルに報道し、結果的に社会の偏見を助長した結果、自殺者が出るまでの事態に陥った。政府はスモン対策の重要性に鑑み、昭和 44 年 4 月に厚生省に調査研究協議会が組織され研究班形式によるプロジェクト研究が行われた結果、翌年になってスモンと整腸剤キノホルムとの因果関係を突き止めた。同年 9 月に厚生省がキノホルムの発売を中止したところ、翌月から新規患者の発症が激減し、翌年には発生がほぼ終息した。難病の原因として「薬剤」が関与しているのであれば、この「薬剤」を承認した国は救済策を講ずる必要があり、また、難病といわれている疾患でも、集中的にかつ多角的に研究を行えば、その原因が解明されることが示唆された。この成功体験をモデルとして、「原因不明で効果的治療法がなく、長期にわたって心身の機能障害により患者を苦しめる」数多くの原因不明の難病の研究と患者救済を目的として、1972 年に難病対策要綱が策定され、難治性疾患克服事業が始まった。この要綱の中において、難病は 1) 原因不明、治療方針未確定であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病、2) 経過が慢性にわ

たり、単に経済的な問題のみならず、介護等に等しく人手を要するために家族の負担が重く、また、精神的にも負担の大きい疾病、と定義された。難病に対する対策の進め方としては、1) 調査研究の推進、2) 医療施設の整備、3) 医療費の自己負担の解消、の 3 つが挙げられ、難病の病因・病態の解明研究及び診療整備のみならず、難病に対する医療費の公費負担が初めて目指されることとなった。当初の調査研究の対象としては、スモン、ベーチェット病、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、サルコイドーシス、再生不良性貧血、多発性硬化症、難治性肝炎が選ばれ、特に前述の 4 つの病気が医療費助成の対象として開始され、それは国家政策として実施された世界初の希少難治性疾患対策事業であった。

その後、難病研究の進展と同時に研究対象とする病気の数も徐々に増加し、数百の病気について疾患概念の確立や治療法の開発が進められた。医療費助成の対象疾患としては、「診断基準が一応確立し、かつ難治度、重症度が高く、患者数が比較的少ないため、公費負担の方法をとらないと原因の究明、治療法の開発などに困難をきたすおそれのある疾患」として、56 疾患が特定疾患治療研究事業 (医療費助成事業) の対象となり、医療費は公費負担となった。

しかし、その一方で対象疾患数及び患者数も増加の一途を辿り、平成 23 年度末の時点では対象患者数は 78 万人にまで増加、医療財政を圧迫するようになった。

難治性疾患克服研究事業（研究費助成事業）の総予算は 100 億円にまで増額をされたが、特定疾患治療研究事業（医療費助成事業）に要する予算はさらに必要となり、総計で 400 億円を超える状況となった。同事業は都道府県が実施主体であったことから、国の財政悪化に伴って都道府県の超過負担が発生するという事態も発生し、予算事業としての限界を迎えつつあった。さらに公平性の観点より、難病に悩む患者から医療費助成の対象疾患のさらなる拡大と見直しの声も強く上がった。このような状況を克服するため、平成 26 年 5 月 23 日に持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律として「難病の患者に対する医療等に関する法律」（難病法）が成立、平成 27 年 1 月 1 日に施行され、難病の患者に対する医療費助成に消費税などの財源が充てられることとなり、安定的な医療費助成の制度が確立することとなった（医療費の支給に関する費用は都道府県の支弁とし、国はその半分を負担）。このほか、この法律の制定により国は難病の発症の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進し、療養生活環境整備事業の実施なども継続的かつ安定的に可能となった。

難病法により、医療費助成の対象とする疾患は新たに指定難病と呼ばれることとなった。難病は、1) 発症の機構が明らかでなく、2) 治療方法が確立していない、3) 希少な疾患であって、4) 長期の療養を必要とするもの、という 4 つの条件に加えて、指定難病にはさらに 5) 患者数が本邦において一定の人数（人口の約 0.1% 程度）に達しないこと、6) 客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が成立していることと定義された。指定難病の指定にあたっては、厚生労働省の厚生科学審議会指定難病検討委員会において上記の要件を満たし、なおかつ重症度分類のあるものについて討議をし、さらにパブリックコメントを求めた後、

厚生科学審議会疾病対策部会で承認をしたうえで、厚生労働大臣が指定するというプロセスが取られた。第 1 次実施分として 110 疾病が指定され、平成 27 年 1 月 1 日から医療費助成が開始され、さらに 5 月 13 日には第 2 次実施分 196 疾病が決まり、合計 306 疾病が対象となることになった。これに伴って、指定難病患者は平成 27 年度末には約 94 万人となり、医療費助成の事業規模は約 2,221 億円となった。指定難病検討委員会では指定難病の追加を検討し今年 11 月現在の指定難病は 333 疾病となっている（令和元年 7 月 1 日より膠様滴状角膜ジストロフィー、ハッチンソン・ギルフォード症候群が追加）。現状、指定難病の数に制限は設けられていないが、全体で 6,000 ～ 8,000 種類に上るといわれている。

山口県の難病患者の現状を以下に示す。受給者証交付人数は平成 30 年度末で 11,711 名であり、過去 5 年間若干の増減は認めるが、ほぼ横ばいに推移している（図 1）。疾病別の件数では、パーキンソン病 2,340 名、潰瘍性大腸炎 1,386 名、SLE 749 名、クローン病 565 名、後縦靭帯骨化症 521 名となっている（図 2）。

難病法では、難病をより早く正確に診断し治療方針が決定できるよう、診断する医師や診療連携の枠組みを定めている。これにより指定難病の診断は、「指定医」が行うこととされた。指定医とは、

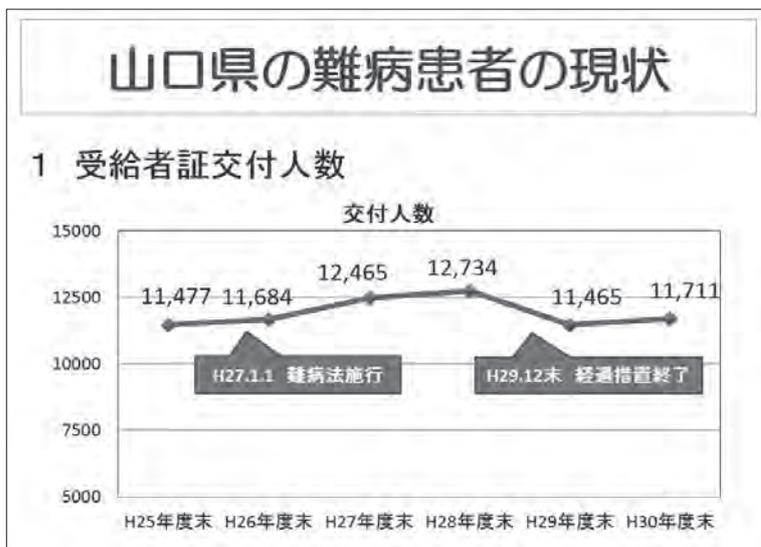


図 1（山口県健康増進課 精神・難病班 資料より）

難病患者が医療費の受給申請をする際に必要な診断書（臨床調査個人票）を作成する医師のことで、「難病指定医」と「協力難病指定医」に分けられる。前者は、新規の受給及び更新時の受給申請に必要な診断書の両方を作成でき、後者は更新時の診断書の作成のみとなる。両者を分けたのは、新規の申請には専門性を有する医師の診断が重要である一方、更新時の診断は主に申請した難病の重症度評価であることから、かかりつけ医が行えると考えられたためだ。いず

れの指定医にも求められる要件は、難病診療の有無にかかわらず 5 年以上の臨床経験（臨床研修期間を含む）があることに加え、難病指定医では、各関連学会と日本専門医機構が認定する専門医資格を有する、又は都道府県知事が行う研修を修了すること。協力難病指定医では、専門医資格の有無にかかわらず、都道府県知事が行う協力難病指定医向けの研修を修了することである。現在までに指定医数は 13 万人を超えたが、その大半が研修を受講する必要がない難病指定医である。そのため、専門医の資格をお持ちでない指定医における難病診療の質のさらなる向上の仕組みとして、e-ラーニング方式の研修等の導入を検討中である。

地域の医療提供体制においては、難病法施行前では重症患者の入院施設の確保に重点が置かれたため、①発症から確定診断までに時間がかかる、②診断できる医療機関が分かりにくい、③確定診断に必要な遺伝子関連検査の説明が不十分である、④患者の居住地と医療機関が離れている、などの課題があった。施行後は、指定難病の基本的な診断・治療を担う医療機関は「指定医療機関」制度に移行し、診療の質を担保するとともに、難病情報センターがその情報を公開、患者のスムーズな医療受診を促す仕組みが設けられた。また、専門的な医療提供体制については、難病全般の早期診断と専門治療を行う「難病診療連携拠点病



図 2（山口県健康増進課 精神・難病班 資料より）

院」（各都道府県に原則 1 か所）、神経・筋、消化器などの専門領域の難病診断と治療を行う「難病診療分野別拠点病院」、主な難病の診断と標準治療を行う「難病医療協力病院」（二次医療圏ごとに約 1 か所とした従来の難病医療協力病院に相当）の 3 つに再編した。しかし、都道府県内では対応が困難な超希少とされる例や特殊な検査が必要な例もあるため、そのようなケースを支援する「難病医療支援ネットワーク」が整備された。

ネットワークは難病研究班、関連学会、IRUD（未診断疾患イニシアチブ）拠点病院、国立高度専門医療研究センターで構成され、各施設からの問い合わせに適宜対応する。

このように難病の知識を習得することで、患者の未診断期間が短縮され、より早く介入できると考えられる。患者が違和感を覚え、まず受診するのはかかりつけ医であることから、山口県医師会は現在、指定医の資格を持たないかかりつけ医に対し、学会や地域の講演会などを通じ、積極的に情報を提供していく予定である。

日本医師会が刊行した『日本医師会雑誌 第 148 巻・特別号（1）「指定難病ペディア 2019」』（2019 年 6 月 15 日発行）もぜひ参照していただきたい。



ホッ！これで安心。

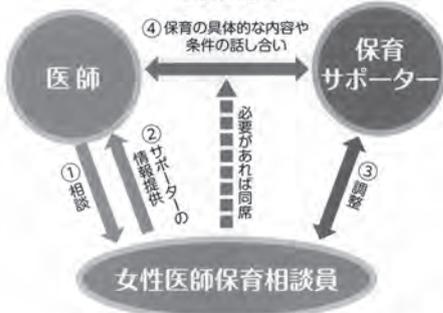
### 保育サポーターバンクとは…

- 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ご利用できます。
- 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。



山口県医師会

保育サポーターバンクをぜひ活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している  
 医師の方々へ

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!

# 歳末放談会 令和元年、今、気になること

と き 令和元年 10 月 31 日 (木) 16:00 ~ 17:35

ところ 山口県医師会 5 階役員会議室

**司会** 定刻になりましたので、ただいまから恒例の歳末放談会を始めたいと思います。はじめに河村会長にご挨拶をお願いしたいと思います。

**河村会長** 本日はお忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。この会の開催日が来ると本当に年末の訪れを感じるような、今日この頃にととうなっていました。

この会の模様が医師会報に掲載するときには、一方的なことしか載らないかもしれませんが、やはり、いろいろな人の意見があって、このような会も成り立っているということで、それらの意見を、われわれはじかに聞くということでもいいと思いますので、よろしくお願いします。

## 子どもの虐待について

**司会** ありがとうございました。それではさっそく放談会に入らせていただきたいと思います。今回、事前に 3 つの話題を準備させていただきました。ちょっと重いテーマのものも多くて申しわけないのですが、普段、なかなか考えることもないテーマであったりもするかと思いますので、皆

さん、積極的な意見をいただければと思います。

では、まず 1 つ目に、子どもの虐待について。最近、子どもへの虐待に関するニュースを耳にすることが多くなりました。内容的にも辛いものが結構多くて、ここ数年で、子どもの虐待問題に対して、社会の人たちの関心は高くなっていると思うのですが、児童虐待の被害者というのは過去最高という結果になっています。

こういったことが起きてしまう原因や、防止していくためにどういった社会づくりをしていけばよいかなどについて話し合えたらと思います。

◆ 1991 年か 1992 年か忘れましたが医療圏の、こういった問題についての会議の委員になっていたときに、虐待の問題が出ていて、「虐待はゼロ」と言われたんです。でも、多分、そんなことはないですよ。だから、隠れていたものが出てきたということで、なかなか難しい問題があるのではないかと思います。いろいろな犯罪を見ていると、だいたい、皆さんもお分かりだと思いますが、父親の就労状況などが一つの突破口になるかなあというような気がしております。



◆ ステレオタイプな言い方になりますが報道なんかを見ていて、女性が前夫の連れ子連れてきていて、再婚した後に再婚相手である旦那がその子をいじめるというパターンがすごく多いような気がします。離婚したときに子どもをどっちが取るかというときに日本の場合は女性のほうに、周りが好むと好まざるとにかかわらず行くパターンが多い。子どもをあまり育てたくないのに、実母ということで受けることになって、再婚したときに、いろいろな原因で虐待が始まるような感じのことがあると思います。

◆ 逆に奥さんが出て行って、父子家庭になったケースのほうが、もっと気の毒です。援助や理解も得にくい。経済的な問題と閉鎖的な環境がかなり影響している。

**司会** 閉鎖的な環境になると、どうしても外に見えないこととかが多くて、内々で、いろいろな問題が起きてしまうのかなあと。

◆ 人の目はすごい抑止力になります。目が届かないところでエスカレートしてしまいやすい。

◆ 今までは、日本の場合はそういうところを見てくれる人がいたけれども、これからはいないので、それこそ新聞配達や宅配便のドライバーの人が原動力とは言わないけれども地域を見守る一つの助力にはなるように思いますけれども。

◆ 虐待の一つの原因になるかもしれませんが子ども、僕たちが子どもの頃は、遊びばかりだったんですよね。年長の人もあるし、同級生もいる

し、下級生もいて、その人たちがみんな一つ一つのゲームをしたりとか、相撲を取ったりとか、いろいろなことをやった記憶があるんです。そういう団体の生活の中で、何かしら人に対する思いやりとか、感謝の念とか、あるいは競争心とか、そういうものが自然に体に付いてきたような気がするんです。

現代の子どもを見てみますと、生まれてから一人の個室をもらって、その中で勉強しているかと思うと、なんかゲームばかりに熱中しているような子どもさんが結構多いと聞きます。そうすると、頭でっかちで、周囲に適応するというか、そういうことができなくなってしまうんじゃないかと思えますね。

その代表的なのが、先日、話題になりました、小学校の教員 4 人による若い教師へのいじめ、それと、反省の色がない校長先生とか。あの人たちは、多分そういう環境で育ってきて、社会に適応する能力がないんじゃないですかね。一人で何もできないから、群れをつくって、さらに弱い人をいじめつけるというか、そういう感じが非常に強くするんです。

あの学校の先生なんか、本当にいじめっ子がそのまま大人になったような感じがするわけなんですよね。いつの世でも、子どもというのは、本当に大事な宝物なので、どうかこの子たちが本当にいい人生を送ってくれるようにアシストするということを考えていかなければならないと僕は思っています。

**司会** 今おっしゃったように、子どもも一人で遊ぶ、一人での時間が多いとか、外部とのつながりが希薄になっているがために、いろいろな弊害が

## 出席者

### 広報委員

津 永 長 門    石 田   健  
川 野 豊 一    吉 川 功 一  
渡 邊 恵 幸    岡 山 智 亮  
岸 本 千 種

### 県医師会役員

会 長 河 村 康 明    専務理事 加 藤 智 栄  
副 会 長 林   弘 人    常任理事 中 村   洋  
副 会 長 今 村 孝 子    理   事 長 谷 川 奈 津 江

生じているのかなど。

虐待というところに戻ると、今年の 6 月ですかね、児童虐待防止法というのが改正されて、例えば、体罰を禁止するということが明文化されたところですが、街なかで手を出している親を見た場合に、そういった光景が全部虐待につながるのかどうかというところで、しつけと体罰の違いの線引きが難しかったりすると思うのですが。

今、民法でもそれなりのことをした子どもに対して、親は懲戒することができるという懲戒権というものがあり、その辺りの法律も、この児童虐待防止法の改正に伴って見直していくようです。ただ、見直していくにしても、体罰としつけの線引きをどう考えていったらいいのかなと思ったりもします。

◆ 今おっしゃったとおり、民法第 822 条ですね。これは「懲戒権」という規定ですが、その前に第 820 条に、「子の利益のために監護及び教育をする権利を有し、義務を負う」という条文があります。親が教育するというのは義務と考えられます。ここで問題なのは、児童虐待防止法や児童福祉法が改正されませんが、何が体罰にあたるのか規定がなく、その線引きに関して全く議論されずに、この法律が通ってしまったことではないでしょうか。

結愛ちゃんの事件もありましたように、これだけ子どもたちが亡くなっているということ自体、異常だと思います。フランスやドイツでは、すでに 60 年前に「懲戒権」を廃止しています。「懲戒権」の規定を盾に自己正当化を図る親もいます。意見のわかる分野ではありますが、子どもたちの命に関わることであることを踏まえ、児童虐待防止法等との整合をはかる意味でも、議論を急ぐ必要があると考えます。

◆ 私はカナダに留学していたときに、文化の違いを目の当たりにしました。街で親が子どもを叩くような場面を見られたら、即通報されることが当たり前の社会でした。しつこく凄く難しい問題なのでしょうが、そこは日本は未成熟なのかな

というのは、その経験を通じて僕も強く感じました。だから、日本人のコミュニティーでもみんな言っていましたけれども、絶対、外で子どもに手を上げたら通報されてもおかしくないぞって脅されていたぐらいです。

ネグレクトとなるとまた話は別ですが、やはり一番多いのは身体的虐待です。これは手を上げるという文化そのものが影響しているのは間違いないかなど。実際、僕らなんて、小学校の頃、けつバットを平気で使っていましたし、そういう環境で育っているので、子どもが悪いことをしたら、つい、叩いちゃうんですね。でもそれは、そういう環境で育ったからそうなるのだと思うので、今からは、しつけは原則、絶対に手をあげてはいけないという文化を少しずつでも育てないといけない。僕らの世代が一番難しいです。そういう世代で育って、子育てしているので、頑張りどころなのだと思いますけれども。だんだん、そういう文化が育てば、少なくとも身体的虐待というのはなくなっていくのかなという印象は持っています。時間はかかると思いますが。

司会 日本には、口で言ってきかないのであればというふうな考えがどうしてもあると思うので、先生がおっしゃるように、時間はかかるかもしれないけれども。

◆ 外来に、お子さんを連れてこられるお母さんの中には、手は出さないけど、しかる言葉がきついお母さんがおられます。心理的虐待になるぐらいに。法律も改正されていますけど、件数は減ってはいきませんよ。だから、実際どうするべきかということ、先ほど言われたように、叩かれたらすぐ通報するなど、厳罰化をしばらくやらないといけないと思います。自動車のあおり運転みたいに、ある程度、集中的に取り締まっていかないと、なくならないと思います。

それと、厳罰化のことですが、虐待で亡くなった結愛ちゃんの父親の裁判を見ても、結局は、殺人罪とかじゃなくて、保護責任者遺棄致死という罪名で、量刑は 3 年以上 20 年以下の懲役です。本当なら、結愛ちゃんはまだ何十年も生きられて

いたかもしれないにもかかわらず、その生命を絶ったのに、十何年ぐらいの量刑では緩いなあと感じます。法律も改正して厳しくしないと、これからも虐待死亡事件は無くならないかなと思いました。



◆ 僕の友達がかつて児童相談所

に勤務してまして、職員は通報を受けたらすぐ行くのだそうですが、昔は親から「しつけです」と言われたら、本当にすごすごと引き揚げてきたそうなんです。今後は、先生がおっしゃったように、法も改正されたし、いろいろな面で、いい方向には向かっていくんだろうと思いますが、ゆっくりと、しかもまた早急にやらざるを得ないのだからと思いますね。今、先生のおっしゃったように、僕はもう、個人的な意見で極論過ぎますけれども、特に、世の中の宝である子ども殺しは、自分の死で償えと言いたくなるような感情を持っています。

◆ 法律や文化などの、家庭の外から攻めていくというのも大事ですし、家庭の密室化も問題です。でもやはり、母親の存在が大きい。

先ほど言われたように、母親は子どもを守るべきだと世の中が決めている。ほとんどの女性はやはり子どもはかわいいのですが、新しい男に食べさせてもらおう立場、経済的に依存していると、相手の連れ子を虐待するような下等な男にでも逆らえない。そんな弱者である女性を救える社会的な支援が必要です。若い人に、女性こそ自分の子どもを養えるぐらいの経済力が必要であると教育してほしいです。そして今困っている母親が助けの声を上げやすい環境が広まってほしいです。

もう 10 年近く前になりますが大阪のマンションで二人の幼児が餓死した事件。風俗店に勤めていたシングルマザーが、自宅の扉に粘着テープを張って子どもを閉じ込め放置し餓死させた。異臭がするという通報で駆け付けた警官が遺体を発見した事件。ずいぶんマスコミで報道されましたが、確か母親は懲役 30 年が確定しました。

「男と遊びまわって子どもを死なせたとんでもない母親」と非難の嵐でした。でもその前に、現在の日本で、20 代の、学歴も職歴もない実家のバックアップもない若い女性が子ども 2 人と生きていく困難さ、悲惨さから目を背けていたのではないかと。

そういう意味で、子どもへの責任を母親に背負わせる風潮を変えるべきです。やっぱりもっと強力な、子どもを持った母親、あるいは親に対する経済を含めた社会的なバックアップが必要です。

たとえば、子どもを持つ女性が再婚して、相手の男が子どもを虐待するような例でも、女性が、前の夫、子どもの実父から相応の額を受け取っていれば、かなり状況は変わっていたのではないのでしょうか。そういう意味で、キャリアデザインを含めた若い女性への教育や養育費を含めたひとり親支援を早急に考える必要があると思います。

◆ 新聞に載っていましたが、日本では最近、養育費が払われないことが多いそうで、年収が 1,000 万円を超えていても払わない人がいるそうです。外国では、行政が一部肩代わりして、養育費を払うほうから徴収するというシステムができていくところもあるようです。日本でも、給料から天引きするなどの方策が必要になるのではないかと。離婚などの場合に、子どもを育てている経済的に弱い人を支援するために、養育費などがちゃんと支払われることが必要でしょう。

◆ 別れるにしても、一緒にいるにしても、やっぱり経済力があるといい。養育費も取る以前に、逆さに振っても何も出ない相手ではどうにもならない。

◆ 最近、明石市が養育費不払い解消のため、悪質なケースには反則金を科す方針を決めました。不払い率は本当に高く、特に男性が再婚すると払わなくなるそうです。防止策として、養育費を払い続けるという誓約がなければ再婚を許可しないぐらいは必要じゃないかと思います。やはり、女の人が子どもを育てるのにお金は大事ですよ。

◆ 今の家庭の生活を維持して、その上で前の家庭に払えばいいんじゃないかなかったですかね。

◆ 再婚して、扶養能力のある新しい父親の養子になったら、養育費は、基本的に払わなくても大丈夫みたいですね。

◆ そこ、おかしいでしょう。

◆ 養子縁組したということになると、扶養する人間が替わったということになるので、養父の収入に応じて負担をするみたいです。

◆ それだと、別れた女性が結婚したら父親の扶養義務が消滅ということですか。

◆ 養育費って子どもに対して払うもので、その女性に対して払うお金じゃないので。女性に対しては慰謝料で。

◆ でも、元妻が再婚したら、元夫の父親としての義務はなくなるみたいな感じじゃないですか。養育費は義務だけではなく、子どもへの愛情の現れでもあります。

◆ 経済的な問題って、やはり一朝一夕にいかないで、取りあえずいろいろな事情があるなら、まずはレスキューだけでも急いでする施設としてあるのが児童養護施設とかですよ。認知症のおばあちゃんが施設に入ると一緒に、どうも児童養護施設に預けられると、なんか悪いイメージみたいな感じがありますけど、もっとそこを人的、組織的に拡充して完全に切り離すわけじゃなくて、学童の延長はショートステイみたいな、そう

いう感覚で、お母さんがもっと利用できるようなればいいんじゃないかなという気はしますけれども。

実際、そういう施設が、僕らも地域のどこにあるのかも知らないし、そういうところに預けている人を見たこともない。そういうレベルですから、そのへんの啓蒙とかをすると、取りあえずは救われる人は多いのかなという気はします。結構、ファミリーサポーターなどを利用されている人が多いみたいです。

◆ 児童相談所の人らが、目が行き届かなかったとか言っている問題になっていますけれども、やはりそういう相談を受ける人が少ないんじゃないですかね。手一杯で目が届かなければ、やっぱり何例かのうちに、ひどい目に遭う子どもが出てきますよね。そのあたり、なかなか市町も予算がないのか、解決されませんよね。どうやって増やしたらいいのか、僕もよく分かりませんが。

◆ それはもう消費税を北欧型にして助けるしかないんじゃないかな。もう、そういうのに慣れきってしまっている人がざらにいるから。仕事も何にもしないというのはありますけど、生きる喜びや働く喜びを持つためには、20%がいいかどうか分かりませんが、一つの方法としてはあってもいいかなと思っていますけどね。

◆ 僕も普段の診療で、籍を入れず、事実上は一緒に生活していても、福祉手当をもらうために、籍を入れずに生活している人もいて、じゃあ、もらえるお金というのが、ちゃんと正しいところに届いているのかなと思ったりする部分もあるかなあとと思います。それをどうしたらいいのか、ちょっと難しい問題ですけど。

◆ 家庭の閉鎖状態がよくないという意味では、やっぱり早期から、例えば保健師さんの訪問とか、家庭に行政が入っていくというのが一番だと思います

アメリカで児童虐待防止プログラムとして効果を上げている家庭訪問支援プログラム（HFA）で

は、もっとも効果的な方法は、新生児の親に介入していくことだとしています。未婚、低所得等支援を必要と要因を把握するため出産した病院でインタビューを行って、家庭訪問サービスの利用を呼び掛けるそうです。また 4～5 年前にベストセラーとなった『学力の経済学』はおもしろい本でした。子どもを納税者に育てるということを教育の成果とした場合、幼児の教育への投資が最も効果的だそうです。

◆ 先生のご指摘ですが、現在は、妊娠届が出たときから、ハイリスクの人は、特定妊婦といって妊娠中からチェックが入ります。妊娠届を出す時に、経済状況、支援の有無、精神疾患の既往歴など、アンケートを取って、ハイリスクの妊婦さんをピックアップして、保健師さんが、最初からフォローしてくれます。健診中でも、ちょっと危ないケースはすぐ保健センターに連絡して、「家庭訪問してくださいよ」と言ったら、直ちに動いてくれます。

虐待に関して言うと、最近、特に、高齢妊娠とか、40 歳過ぎて初めて産む人が増えてきて、産んだ後に理想と現実とのギャップに苦しんで、産後うつになるケースを多く感じています。若い人は、友達もいっぱいいて、何かあったら、SNS とかで、すぐ助け合っているんですけど。産後うつで、虐待による死亡事件というのは、産んだ当日とか、1 か月以内が多いんですよ。実の母親が手に掛けるケースが多く、精神的疾患がある人は、特に注意しています。

現在は、産婦健診が始まり、産後 2 週間とか 4 週間健診時に、エンジンバラの産後うつ質問票でチェックをしています。特に、緊急性がある場合は、精神科の先生に、直接電話で、「今から診てくれませんか」といってお願いすることも結構あります。

◆ さっきの若い子でも、仲間がいる子はいいいんです。それとおばちゃん連中が、かばってやりたい、助けてあげたい気持ちになる子はいいいけど、助けを得るのが下手な場合は、援助も得られず、ますます孤立してしまう。

これは反省点ですけど、私たち、昔のおばちゃんやおばあちゃん連中に比べたら、面倒見が悪いと思います。なんか憎たらしい一言が返った瞬間に「もう知らん」と思いますもんね。

◆ 身体的虐待については、さっきおっしゃったとおりで、強権的にしなきゃいけないでしょうし、そういう文化をつくらなきゃいけない。つくることによって、少し解決の道があると思います。一方、これからかなり問題になってくるのが心理的虐待で、これは、表に出づらいつつも含めて、社会の構造から意外に増えていきそうです。

しかも心理的虐待は世代間での連鎖を起しやすいので、慎重な対応が必要です。やはり心理的虐待に対して、子どもの視点を大切にしながら、精神科医も含めての対応が必須だと思います。子どもの未来のために、ぜひしっかり対応してほしいです。

昨年、成育基本法ができましたが、この法律では、虐待に関してはかなり焦点がおかれています。妊娠前から子どもが産まれて育つまでを保健師さんなどが寄り添っていくという日本版のネウボラが必要とされていますが、虐待の阻止に効果があるのではないのでしょうか。誰かが遠目にでも寄りそう仕組みはとても大事で、社会がひどくささくれ立った感じがある現在では、個人での介入はなかなか危険なので、行政による仕組みのなかで個に関わる必要があります。

行政は法律にのっとってかなりのことができますが、懲戒権がある限り、現状では手が出せないこともありますので、やはり行政以外での共助が大切だと思います。ともあれ、「子どもたちに未来あれ」と心から思っています。

◆ 先日亡くなられた緒方貞子さんが述べられたことが、つい最近の新聞に載っていましたが、それには、彼ら、つまり難民の人には、生きてさえいれば、次のチャンスが与えられるということをお話しておられました。チャンスというのは、やっぱり、生きていくということだと思うんですよ。だから、弱者、いわゆる子どもとか難民の人なんかも含めて、そういう人たちから生きてい

くチャンスを奪ってはいけないという気持ちを、その記事を見て感じたわけです。

◆ まさにこれこそが結論と思います。



**司会** 最初におっしゃったよう

に、ゼロにしないといけないような数字なのではないかと、先程の話も含めて思いました。全体としては、やはり周りとのつながりが大事で、そのためには、どうしてもお金がかかるようなこともあるけど、そういったところが改善されていけばいいのかなと思います。

### 自動車の運転について

**司会** 2つ目のテーマは、自動車運転を挙げさせてもらいました。ドライブレコーダーの普及率が近年高くなっていて、事故の瞬間の映像をニュースで見ることが最近は増えていると思います。交通死亡事故者数は、資料にもあるように過去最少となっているのですが、死亡事故自体の多くは、ルールさえ守っていたら起こる必要のなかったものであることが多くて、各々が安全運転を意識していれば、これもゼロにできるような数字なのかなと思います。

ルールを守らないという部分に関しては、若い人の事故が多いのかもしれないのですが、これから高齢化社会が進む中で、どうしても高齢者が事故に関わるケースも増えてくると思います。高齢者の事故では、どうしても事故自体が大きくなってしまいう傾向にあるようで、こうした中で私たちの仕事を考えると、高齢者に接することも多いかと思うので、私たち医療従事者にできることは何かないかということを含めて、自動車運転のことについて話ができたらと思いますが、何か意見のある先生はいらっしゃいますか。

◆ 興味深いデータがあります。立正大学のある教授の調査で、「事故を起こさない自信があるか」という問いに「ある」と答えた人の割合を年代別にみると、年齢が高くなるほど「自信がある」と

答える割合が高くなるそうです。70代後半では、実に半数以上の方が「自信がある」と答えています。また、内閣府の調査によれば、80歳以上の4人に1人が車を運転しており、このうち6割近くは、ほぼ毎日運転しているそうです。運転を続ける理由は、地域の問題等さまざまであり、継続して運転しているほど自主返納への関心は薄いということは当然だと思われます。自主返還というルールそのものが問題で、個人に任せでは、もう限界に来ているのではないかというのが、このデータを見た私の考えです。

◆ もう高齢者には自動運転車に乗ってもらえないというふうに思っています。高齢者は自動運転車限定の免許しかとれないようにする。自動運転はレベルが1から5まであるんですけども、ぶつかりそうになったらブレーキをかけるとか、前の車に付いて走るとか、車線からはみ出さないというのがレベル1。例えば前の車に車線を変えながら付いていくとか、2つぐらいのことが一緒にできるのがレベル2ですが、高齢者はせめてレベル1の前の車とか人にぶつからないとか、車線をちゃんと守るとかいう機能が付いた車に乗ってもらわないと、高齢者特有の事故は絶対起きると思います。

免許証の自主返納の話もありましたけれども、昨日、旧阿東町のほうに行くことがあったのですが、そこでは80歳をすぎて、農業をしたりとか、まだコイを育てたりしている人がいます。あそこで車の運転ができなかったら、多分暮らせないですよ。

◆ その自動車は、いつ頃できるのですか。

- ◆ 今はレベル 2 までは出ています。
- ◆ そうなのですか。それじゃ、みんな切り替えることができるのですか。
- ◆ お金がかかりますけどね。ブレーキを自動でかけるとかというのはもう、だいたいどの車種にもオプションであると思います。
- ◆ つい数日前、ニュースで、自動運転の車限定の免許をつくろふみたいなのを首相が言っていましたよね。それは、つなぎにはなるのかもしれないですね。

僕、認知症を診ることが多いのですが、先ほどの先生が言われたとおりで、まずアルツハイマー型認知症の最大の特徴は、病識がないことです。だから、「私、大丈夫でしょうか」って病院に来る人で認知症の人なんて、まずいないですね。だから、家の人に連れてこられますが、本人は「どうもない」と取り繕って「私はいかに元気か」というアピールをするのが、その疾患の特徴なので、まさに認知症の人が病識がない「車は絶対運転できる」と主張するのは当然といえば当然で、それは非難はできないのでしょうかけれども、そういう病気であるという認識は、やはり皆さん持っておかないといけないうらうなど。

都会のお金を持った有名人が「返納しました」とニュースに出っていますが、あれはあれで一定の効果があるでしょうけれども、地方のお年寄りから見たら、「そりゃ、おまえはそうだろう。都会に住んで、お金もあって」ですけど、現実には、山口では車がないと生きていけないですね。だから僕も、診断して必ず「認知症の人は運転しちゃいけない」って言うんですけど、ほんとに忍びないのは確かなんですね。AI とかになっただけが一番いいですけども。

とりあえず、つなぎの策としてはコミュニティータクシーやバスみたいなものを、もっともっと拡充させるべきだと思います。今、返納したら確かタクシーが 10% ぐらい割引になるんですけど、多分そのくらいでは、なかなかタクシーだけで足を確保なんて経済的にも難しいので、免許

証を返納したらその人がフリーで乗れるパブリックなタクシーみたいな制度ができると理想なんだろうと僕はいつも思います。でもそんな予算は現状どこにもないでしょうから、そうすると、やはり消費税が 20% になるのかもしれないですけど。

- ◆ 名案なのですけども、泣きどころは、山口県も含めて今、タクシーの運転手さんがいないということです。だから、メカに頼るしかない時期に来ているのかなと思いますね。お金の問題以上に、人の問題のほうが大きくなっているような感じを受けます。

- ◆ 今、言われたように、運送業は、これからすごく減るんです。今でももう、タクシーの運転手さんというのは高齢者が多いんじゃないのかな。時々、タクシーを降りたくなることもある。

老人が車を利用する一番の目的は病院と買い物なんです。ですから、それができるようにするためには、もう 30 分に 1 本くらいは必ず出るようなコミュニティーバスが一番いいんじゃないかなと思います。

- ◆ 阿東町の生雲東分というところは相当広い範囲ですが、タクシーが 1 台しかいないですよ。そこでタクシーうんぬんという話をしても、なかなか難しい。近所のおばさんに乗せて行ってもらったりとか、今まででもあったんですけど、Uber みたいな白タクとか、知らない人にでも乗せて貰うようなやり方をするしかないんじゃないかなと思います。

- ◆ でも渋谷とか大阪駅の前で乗ると、阿東町で乗るのでは、全然違いますよね。基準が一律すぎる。

- ◆ ですね。羽田空港なんかによく 3 ナンバーののでかい車を乗り付けて、それに中国の人がたくさん乗ったりとかよくみます。ちょっとどうかなとも思うんですけど。田舎では事情がちょっと違いますよね。

◆ 自動運転は素敵ですけども、多分、そういう自動車設備の制限が付くと経済的理由で車を諦める高齢者が、かなりいると思います。高齢者が白内障手術を希望する大きな原因は運転免許更新です。私は 10 年前ぐらいに「まだ 80 やけえ、運転したい」と患者さんに言われて驚いたことがあります。しかし今や 80 歳で運転は普通ですよ。

時刻表を見る必要もない、バスや電車が数分おきに来る都会の人間が、「年寄りの運転、けしからん」って言っていますが、この辺りの歩道は、まず人が歩いてないです。おまけに、先程言われたように、おじいちゃんの運転免許があるから、在宅が成り立っている家庭って、普通に山ほどあります。そんな家庭でいきなり運転するなというのは難しいです。最初は「夜は運転しちゃいけんよ」と注意しますが、その次は、「子どもの登下校時間は運転しちゃいけんよ」って言うようになります。田舎では、もう道を人は歩いてないです。登下校の時間を避けた明るい時間、10 時から 3 時までの時間限定の運転免許なんかどうでしょうか。費用もかからないし、通院、買い物可能です。時間制限の運転免許はどうでしょうか。

◆ 周防大島で走っていたときに、僕が走っている同じ車線を、前から車が来て、「これは、どうよけたらいいんだろう」ということがありました。そのときは結局、自分が止まったら向こうも気が付いて止まってくれました。

あと阿東町で対抗車線を走っていた車が、100 メーターぐらい手前で、ひゅっと僕の車線に入って、木の枝から何か、もいでいるんですね。

無謀な運転をするお年寄りは野放しにしてはいけません。だから、どうしても自動車の運転がどうしても必要な人に対しては、国が補助を出すなり何なりして、自動運転車を買って貰うしかないんじゃないですかね。

◆ 自動運転車もいいんですけど、信頼性がどれだけあるか。事故を起こしたら、自動運転車の会社じゃなくて、今のところは本人の責任でしょう。

◆ 今は本人の責任ですよ。ただ、自動運転車もすいぶん進化してきています。事故をゼロにすることは出来ないにしても、高齢者が運転する事故の確率を何十分の一かにすることはできると思います。

◆ 事故は、相手もあるから。こっちが止まっても、向こうがぶつかってきたら。

◆ 確率の問題ですね。

◆ それから、無人運転になってしまったら、誰が責任を取るかという話ですよ。

◆ そうですよ。

◆ 精度の信頼できる自動運転というのがなかなか、すぐじゃないと思うけど。

◆ さっき言われていたようにトラックの運転手とかがいなくて、今やろうとしているのは、隊列走行です。1 台のトラックが走ったら、そのあとを 5～6 台の、無人トラックが追いついていく。

◆ 貨物列車みたいに。

◆ それは高速道路ですけども、指定の場所に行って、そこまでは、何回も行ったたり来たりして運ぶような方法を近々、やろうとしているみたいです。

◆ 実験をやっていましたね。あと、スピードが出ない、柔らかい車をつくって、それに乗る。自分の命が危ないと思ったら、飛ばさないと思います。

◆ エアバッグを外に向けて膨らませる車が以前、出ていたような。「ぶつかっても相手を殺さない車」みたいな感じで。

◆ フロントガラスのところに、ぽんと出るのが

ありますよね。

- ◆ ボルボかなんか、ありました。
- ◆ 今までは乗員を守るほうが主で、外に対しての安全装置が、あまりなかったから。
- ◆ 車に乗ると人格が変わる人、いっぱいいますよ。怖い、怖い。日頃の話が通じないことが、よくあります。
- ◆ さきほど高齢者ほど運転に自信があるというデータを言われていましたが、最近、ニュースで、その原因として、あの世代の人は苦勞して運転免許を取って、憧れの車を月賦で買って、車に対する思いが強いから、なかなか返納できないというのを聞きました。  
自動運転に関しては、今の技術の進歩では、多分 10 年たてば、特に商用ですね、バスとかタクシーは、運転手がいなくてもできるようになると思います。  
都道府県別の交通事故者でいくと、愛知県が一番多いですね。島根県が少ないんですよ。人口の比率もあるかもしれませんが。実際、島根県を走っていて、みんな運転がすごく丁寧なんです。高速道路でもあまり車が走っていないのに制限速度を守られて運転されると、もう少し早く走ってくれないかなって思います。  
あおり運転する人の治療で、アンダーコントロール・マネジメントが効果があると言われていきますよね。反省の意味を込めて、これから学んでいきたいと思います。
- ◆ 出雲は以前、交通事故の多い所でした。市内



の 9 号線は生活道路です。事故を減らすためには、バイパスを作る必要があります。それまでは夜の国道 9 号線は無料高速道路と言われ、長距離トラックが 90km や 100km で疾走し、大事故を起こしていました。時間がかかりましたがバイパスができてから事故が減っています。

- ◆ さっきの自動運転のことですけど、まず高速道路でやって、2020 年まで、つまり来年までには地域限定の無人運転をやるという話です。この辺でも運転手が乗っていないバスが走ったりするのかもしれないですね。
- ◆ その地域限定を、田舎の方からやってもらわないと。
- ◆ そうですよ。多分、田舎からすると思います。都会は怖いですからね。
- ◆ 田舎のあぜ道を、自動運転できるかという問題が。
- ◆ 普通の車を運転しなくても、トラクターが運転できないと困るという方も結構いらっしゃるから。トラクターも自動運転ですか。
- ◆ 大きなトラクターは、GPS 制御の自動運転でしょう。
- ◆ 大きなものは、あぜ道は通れませんよ。
- ◆ トラクターの自動運転は、かなり以前からあると思いますよ。勝手に稲を植えていってくれるとか。

◆ 「納屋から畑に持っていくのに、やっぱり免許がないと困る」って、おじいちゃんが訴えるんです。

◆ だから、土地を買えば解決です。私有地にすれば、免許なんて要らない。

- ◆ 普通免許は要るそうです。
- ◆ トラクターは結構、危ないんですよ。周りに被害はないですけど、あぜとか水路に落ちる死亡事故とか、僕、何人か診たことがあります。意外に危ない。
- ◆ トラクターは平たいところだけじゃなくて、傾いたところも走りますから。
- ◆ 私の周りにも、エンジン音をブイブイいわせる人が居ますが、そういう人たちにとっては、ちょっと寂しいでしょうね。「工事現場か！」みたいなエンジン音を出して喜んでいる人。
- ◆ 先生のところにもいるんですか。
- ◆ 本当に好きなんだ、車。
- ◆ 私も、もみじマークを貼る年代に入っているのですが、やはり視力が本当に落ちました。ヒヤッとすることもあるから、夜の運転はできるだけしないという自衛手段を取っています。

それと、先程おっしゃいましたけれども、S 県では、決してのろのろ運転している人ばかりじゃありません。道が結構良くて車も少ないから、つい、走りやすいので、スピードを出される方がいらっしやると思うんですね。

それと、今まで印象に残っているお年寄りの方のお話が 2 つほどありまして、一つは、この人は、山口県でも本当に有名な人なんです。あるとき、うちに来られたときに、「今日は先生、前をとるところ走る車がおりまして、いらいらしましてね、追い抜いてやりました」って言われるんです。それも相当なスピードなんですね。そういう先生もやっぱり、家族の反対に遭われまして、ついに免許を返納されました。

それともう一人は、僕がずっと診ていた、やっぱり 80 代後半に入るようなお年寄りの女性の方なんですけど、その方は、ちょっと認知症が少し入ってきていました。つい最近なんですけど、なにか免許の更新をするために来られまして、更新

期間が過ぎており、もう駄目だみたいな感じなんです。それで、それをなんとかできないでしょうかって、僕のところに来られたんです。「それは、ちょっと無理でしょう」って、僕が言ったら、その女性の方は、無然として帰っていかれまして、それ以来、顔を見せてもらえないです。病院時代からずっと診ていた人なので、本当に長い間、付き合っていたんですけども。やっぱり認知症って、結構いらっしやるんですよ。

**司会** 免許を持っている人が、返納しろと言われても、なかなか納得されませんよね。調べてみると、他県では、高齢ドライバーを対象にした自動運転外来という専門外来がある病院もあるみたいですね。警察からの依頼がほとんどのようですが、ドライビングシミュレーター等を使った検査も含めて、認知機能や身体機能など総合的に診て、自己返納を促すらしいです。やはり、それだけ検査した上で言われると、納得される方も増えたということです。あとは、グレーゾーンの人に対してリハビリをして、なるべく安全に運転できるようにしていく仕組みもあるようです。そのような取組みも、医療従事者としてはできることなのかなと思ったりしました。

- ◆ 認知症に関して言えば、いろいろ法律も変わって、例えば脳卒中の麻痺の人は、今は公安委員会が判断すれば運転できるように、以前は一律駄目だったのが、運転できるようにはなっているのですが、認知症だけはやっぱり、診断された時点でアウトなんですね。やはり医者側も、なかなか患者さんに言いにくくて、アリセプトを出しているけど、運転して通院しているみたいな人が結構いて、それをもっと啓蒙しないといけないと自分自身は思っています。

まず、本人さんに言って分かってくれば、まだ、それは大したことないのですが。やはり必ず家族の人に話すというのが一番大事で、この前の池袋の事件でも、加害者は認知症でもないのに、あの事故を起こしたばかりに、家族も巻き込んで、もう人生台無しみたいな状態になって。あのような状況になってもおかしくありませんよとい

うのを本人というより家族の人に言って、ある程度の年になったら、空気を読んで、止めていただくような働きかけをしてもらうように、僕らが言わないといけないのかなど。これは医師法第 23 条というのがある。「医師は診察した本人に対して療養の方法等、必要な事項の説明をしなければならない」というのに引っかかるらしいんですね。「運転を止めなさい」というのを徹底して言うとおかないと。

かといって、MCI、軽度認知障害ぐらいで認知症のお薬を出している場合も結構、見かけるんですけど、MCI なんて運転こそ許されるとはいえ、あれは保険医療でいくとそもそも抗認知症薬が適応外ということになるので何かあれば処方自体がアウトで何か問題が起こる可能性があるんですよ。ほんと、気軽に抗認知症薬を出して野放しにしているという現状が、かなり多いので、そこは、医者側としては変えていかないといけないだろうなど常々思っています。

皆さんも注意、まだあまり判例がないのですが、そういったことで事故を起こした場合、誰がどうなるか、保険会社も、払うか払わないかも、はっきりしていない。最悪、保険会社もお金を払わない、本人も重罪になるということもあり得るので、よく、お話をされたほうがいいかなど、僕はいつも思っています。

**司会** 説得される内容を、カルテに結構、記載されているのですか。

◆ もちろんそれは「駄目だよ」というふうには書いています。さらに、その一歩先があって、通報の制度が今できているんですよ。言っても守らないと、警察に言いなさいと。ただ、それは通報する権利があるということであって義務ではないので、そこが難しいところなんですけれども。僕は、そこまではさすがにしたことはないですけれども、一応、守秘義務違反にも当たらないということなので、結構今、制度としては、がちがちに固まってきているので、医者としては少なくとも、そこに追いついていって、キャッチアップして、きちんと明確に判断して、カルテに記載

して、家族に言って、というところまではやっておかないと、認知症に関してはリスクは高いかなと思います。

◆ 認知症以外にも、目のほうでも、少し問題だったりするように思います。

◆ やはり実技検査をやるべきですよ。マニュアル車でシンクロなしのトランスミッション、パワステなしで。それできちんと運転できなければ、オートマチック車を運転させないようにするほうがいいと思いますが。

◆ それ、エイジハラスメントになりますよ。それにそんな実技試験だと私は通らないので反対です。

◆ 先ほど言われたシミュレーターを使ったり、AI を活用して認知症を検査・診断していかないとダメだと思います。医者は、患者さんとの付き合いがあるから、どうしても絶対に運転を止めなさいとは言えないでしょう。だから機械を使って、数値を示して、これだったら駄目ですって、感情を入れないようにして診断していかないと、自動運転の車が出てくるまでは今の状態が絶対に続くと思いますよ。

**司会** 免許の更新期間が気になるところではあります。あと日本では、免許の永久剥奪はないみたいですけど、国によっては、危険運転などをすると永久に免許を持たない国もあるようです。

だから明らかに意識的に危険な運転をした人が、数年経てば免許が取れるというのも問題で、厳罰化が必要なのかなと思いました。

◆ 先日の全国医師会勤務医部会連絡協議会で、高齢者の医師の働き方について議論がありました。アルツハイマー型認知症の人は病識がないと言いますが、医師が認知症になった場合に、本人には自覚がない、周囲の人もなかなか言いづらい状況で、一体診療を誰が止めればいいのか？永久のライセンス、しかも厳格なチェックの

ないライセンスの医師に対して、今後、大事な課題だと改めて思いました。

### オリンピック・パラリンピックについて

**司会** ありがとうございました。ちょっと重いテーマが 2 つ続いたので、最後に少し、来年の東京オリンピック・パラリンピックのことについて、明るくなるかどうか分からないですけど、話をできたらなと思います。いよいよ来年の東京でのオリンピックですが、山口県として今回の東京オリンピックに関わりがある部分、もちろんホストタウンになっている市町村もあると思います。そういった中で、今回の東京オリンピックも含めて、今までのオリンピックに何か直接関わったことがあるような方がいらっしゃれば、話をお聞きしたいと思います。

◆ 中学 3 年のときに、東京オリンピックがありまして、学校から聖火ランナーの伴走の選手を 10 名くらい選ばなければいけないということで、先生は凄く苦勞するみたいです。あっちを選べばこっちが立たずで。それで比較的、順当に選ばれましたけれども。

来年は、どう走るか分からないけど、前回のときは、山陽道をずっと走っていったんですね。1.2 キロぐらいだったかな。伴走して行きましたけれども。生まれてこのかた、日の丸を胸に付けて走ったのは、あのときが最後です。でも、いい思い出になりました。

僕は、あのときは、前年が山口国体だったんです。ですから、山口国体も応援に行って、それこそ、平成天皇が結婚直後でしたから、美智子さまに沿道で旗を振っていましたがけれども。

マラソンの開催地については、僕は、どうしていいか分からないですけども、もう、今までに何百億円って、かかっているんじゃないかと思うので東京でやるべきだと思います。オリンピックで夜中に走るのは IOC の考え方では、やはり違うんでしょうね。

◆ ドバイのマラソンを見ていたら、深夜から未明であの暑さだったでしょう。7 月終わりの東京は、あれに負けなと思います。やっぱり IOC がいけません。

◆ 前回のとき、オリンピックは 10 月 10 日だったんですよ。

◆ メジャースポーツの TV 放送にぶつからないようにしている。

◆ そうそう、アメリカのね。

◆ IOC が金を儲けるためにやっているから。IOC にも事情があるんでしょうけど。

◆ 東京と札幌で、8 月の平均気温が 6 度ぐらい違います。

◆ 夕方とか朝とか、全然違うよね。

◆ デイトナみたいに陸上競技場の中をぐるぐる何周もして 42 キロ走るといのは、駄目なんですかね。

◆ それだと面白くないし、どこが先頭か分からない。

◆ 陸上競技場ぐらいの広さなら全体にエアコンをかけられそうな気がします。

◆ 競歩は、わりと限られたところで回るから、なんとか日陰をつくったりしてできるんじゃないかみたいなことを、今朝のテレビで言っていました。



たね。でもマラソンは、そういうわけにはいかない。

◆ 競歩は、何周りかするんですよ。

◆ 競歩は、同じ所を何回も回ります。

◆ 平均気温で判断していますが、札幌でも暑いときは凄く暑いです。昔、体育の日は 10 月 10 日で、東京オリンピックの開会式の日でした。最近、熱中症の対策で、学校の運動会などは、4 月、5 月に実施するでしょう。気温のことをいうなら、最初から春か秋に開催すればいいのに、いまさら札幌に変更しろなんて駄目ですよ。もともとマラソンは、マラトンの戦いでギリシャがペルシャに勝利し、それを伝えるためにマラトンから約 40km 離れたアテナイまで走ったのが起源だそうですが、勝ったという報告をした伝令の兵士は、力尽きて死んだそうです。

◆ 東京オリンピックの札幌の話ですが、IOC が決まってから東京都知事に言ったために都知事は怒っちゃったんですね。道路が熱くなるから、それに対する対策は皆やっているんです。札幌はできているのか。テレビで不満を言っていたのは、禁煙をマラソンのためにしたと。東京は、走っている人が、札幌でたばこの煙を吸ったら大変だとか言っています。もう決まったって言われたら仕方ありませんよね。

あとは、お金の問題だけでしょう。先程も言っていたけれども、アメリカの視聴者が見る時間帯に合わせてマラソンをやれという話でしょう。アスリートファーストとか言ってるけど、変なときに走らされたら選手生命を縮めますからね。やはり最初から、開催日の検討をやっておかないといけないと思いますよ。テレビの放映権が一番収入の多いときに放映すると噂されています。

◆ 今年の秋を見ていたら、9 月、10 月にやっても、台風が来て大ごとになるかもしれませんが。

◆ どこでやっても、今ごろは熱波がありますか

らね。だから、本当に今の時期でいいのかという問題もあるし、地球温暖化が、そもそも問題だという話になるかもわからないし、費用を誰が負担するかという問題もあるでしょうし、これからどうするんですかね。難しいんじゃないですかね、いろんなことが。

◆ オリンピックを持続可能にするのに、どれだけの予算でやったら世界中でできるかという話をしないと、青天井でなんとかするという話にはならないと思います。そのへんも、話してもらわないと。

◆ 都知事が反対していますけれども、もう内々では決まっているんじゃないですかね。築地の魚市場の件でも、最終的には新しいところに決まりましたね。あれも、前もって決まっていたと思うんですね。だから今回も、札幌に持っていくのは決まっていたと思うんですよ。

◆ 先生、医療関係者を代表して、55 年ぶりに走られたらどうですか。

◆ いえいえ。あのときと体重が 50kg ぐらい違います。

◆ このごろは、多くの人に走ってもらうため、聖火ランナーが走る距離は 200m だそうです。

◆ 走る人がお金出すんだよね。一般で選ぶ人以外は、なんか、お金出して走れる人もいないんじゃないですか。

◆ それの一つ、費用になるんでしょうね。

◆ 伴走者の中に、一人ぐらいいは、ペースメーカーじゃないけど、AED を付けて走る医者がいてもいいですよ。

◆ AED を抱えて走るんですか。

◆ 思い出しましたが、中学校のときに、たかだ

か 1.2 キロを走るために、3 回か 4 回ぐらい、高校の 400 メートルのトラックを、何周も何周も走る練習をしました。今だったら、ばらばらに走るんだろうけど、そのときは、ちゃんと足並みをそろえてとか、やらされました。

◆ どれくらいのペースで走られたのですか。

◆ 僕らがついていける普通のペースです。今の僕らじゃないですよ。中学生の僕たちが普通に、20 人がついていけるペース。だから、そんなに早いわけじゃない。先頭の方は陸上の選手だったけど、僕らに合わせてくれたと思います。

◆ 聖火が消えたりしたら大変なんですよ。

◆ 種火があるんじゃないですか。

◆ でも、みんなが見ているところで、ぱっと消えたら、なんか、ああって。

◆ だから運ぶ途中で 3 つぐらいに分けているんじゃないかなと思います。

◆ きっとライターでつけたのもあると思いますよ。

◆ 知らないところでね。

◆ 東京オリンピックの聖火は、雨が降っても台風が来ても大丈夫なそうですね。

◆ 水の中で燃えるやつでしょう。

◆ サーチライトみたいなものですか。

◆ 酸素が出る。火をつけて、熱が上がったら。

◆ すごいですね。

◆ メーカーは絶対消えないって言っていました。

◆ せめてライターじゃなくて虫眼鏡でつけてほしいところです。

◆ 私はスポーツってあんまり思い入れはないんですけども。オリンピックのマラソンを札幌でやるのは、イメージとしては、よくないのでしょうか。個人的には選手の命を守るためにはそんなに悪い案じゃないのかなと思ったりはするんですけど。

◆ 最後は国立競技場に戻ってこないと。

◆ 仮にニューヨークでオリンピックがあって、ボストンを走っていても、分かんないっちゃ分かりませんからね。なんとなくオールジャパンでやるというイメージだったら、そんなに悪くないかなとは思いましたけどね。

◆ 選手からしたら、地元優位で、金メダルを取ろうと思って、ものすごい練習しているんですね。でも、札幌に行ったら、今までの練習が全然役に立たない。暑さ対策もなにもかも、すべて役に立たないだろうから、日本の選手は不満だろうと思いますよ。

◆ 札幌に行ったら、条件がよすぎて、日本人は絶対、メダル取れませんね。あと、心配なのが、オリンピックまで 1 年切っているのに、日本の、今までお家芸と言われていた競技が、全然、成績が振るわないですよ。体操も駄目だし、柔道もあまり金メダルを取れてないし、水泳も 1 人、2 人はいいですけど。すごい伸び悩んでいるなあという感じで、予測通りに金メダルが取れるか心配なんですけど。

◆ きっと油断させているんですよ。

◆ でも、札幌でも東京でも、今年みたいに台風が当たる可能性はありますよね。そうしたら、ざんざん雨が降ったりしたら、交通機関とかどうするのだろう。

◆ あまり酷いと中止でしょう。

◆ 順延でしょうね。聞いたことないですよ、オリンピックでマラソンがなかったなんていうのは。

◆ 逆に、雨が降る日まで待ってたらよかったですね。

◆ 涼しいからね。

◆ 雨で足が滑るし。だから前回は天気が良いからということで 10 月 10 日って決まっていたんですね。

◆ でも分からないですよ。10 月 10 日でも、台風が来るかもしれない。インドアのスポーツはまだいいけど、マラソンは大変。

◆ そもそも、オリンピックにお金と人手をかけすぎなのですよ。以前にもオリンピック分散説を提案して、皆様は無視されました。オリンピックをコマーシャルイズムとナショナリズムから解放する画期的なアイデアだと思いませんか。4 年に 1 回だから競技を 4 分割して、1 年ごと各競技を実施、今年はマラソン、来年はバレーボールとバスケットボールをどこかでやって、とか。

◆ 世界選手権みたいな。

◆ ワールドカップと一緒にするから。

◆ でも、スポーツ好きな人は、それでも毎年応援するでしょう。こんな重装備のオリンピックなんかするから、税金も、建築業の人材資材も、東京に流れて災害復興の足を引っ張るわけです。派手なことばかり、やりすぎるからですよ。もう少し地道なことに、ともすれば大衆に忘れられがちなところにお金と人手をかけてほしいですね。4 分割が無理なら、2 分割して北半球と南半球ぐ



らいで行えばよいのではないのでしょうか。

◆ でも、ラグビーは、企画として成功した。

◆ やはりスポーツは勝たなきゃ駄目ですね。あれだけ盛り上がったのは、日本がベスト 8 まで来たからだと思います。

司会 オリンピックだと競技の数が多いので、聞いたことがあるのは、オリンピックに出たい選手も、他の競技の方と、その期間、接することができるというのが楽しみだっているというのが楽しみだっている、贅沢な話かもしれないですけどね。ただ、平和の祭典と言いますが平和なのかっていうことですよ。ここまでたどり着くのに嫌な話がいっぱいありましたね。そう考えると、先生がおっしゃるように、考え直さないといけないのかもしれない。

◆ オリンピックなんか開催するのに反対意見というのは、経費もかかってという意見が多いですよ。

◆ 母子手当増やせて言いたい。

◆ みんながお金出してもいいって言うから？

◆ まあ、その分、盛り上がるから、いいんじゃないですか。たくさん金メダルが取れるといいですね。

◆ ヨーロッパは、サッカーが秋に盛り上がって、フットボールがアメリカで盛り上がって、それを避けて夏なら、もういっそ、春にすればいいと思うんですけど。春は世界的に何かあるんですかね。

◆ ヨーロッパではサッカーがもう大詰めに近づきますから、誰も見ないのでは？

◆ バスケットボールが 6 月ぐらいまであります。

◆ だいたい 5 月の連休からプレーオフが始まりますから。スーパーボウルは 2 月の初めでしょう。

◆ 全部詰まっていますね。

◆ みんなが避けている時期なんでしょう。ヨーロッパのスポーツは 6 月から 9 月がシーズンオフのことが多いのでは？その間やっているのは野球ぐらいですか。

◆ 気候的に向いていないからシーズンオフなのでしょうね。

◆ 野球があその時期にやれるということは、運動の強度がピッチャー以外はそれほど高くないということですか。

◆ でも、来年また、この場でその話で盛り上がりそうですね。

◆ メダルの数を、みんなで予想しましょう。

◆ 東京オリンピックの反省といたら、小池百合子さんと呼ばないといけない。

**司会** まだまだ、お話ししたいところですが、時間の関係がございますので、ここで閉会とさせていただきますと思います。本日は、大変貴重なお話をたくさんお聞かせいただき、本当にありがとうございました。閉会のご挨拶を、今村副会長、よろしくお願いいたします。

#### 閉会挨拶

**今村副会長** 最初の 2 つのテーマでは、かなり深刻な気持ちになってしまいましたが、本音で話せてよかったと思います。詳細をどこまで掲載できるかわかりませんが、最初から削除覚悟で話すというも、なかなかいいものだなと思いました。本日はどうもありがとうございました。

**司会** ありがとうございました。これをもちまして歳末放談会を終了いたします。



# 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だ、  
 新たな支部組織として移行したものです。



国民年金基金は、  
 国民年金(老齢基礎年金)に上乘せる  
**「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  検索

<https://www.jmpnfpf.or.jp>

## 都市医師会長会議

と き 令和元年 10 月 10 日 (木) 15:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会 6 階会議室

### 開会挨拶

**河村会長** 本日は中央情勢報告として、日本医師会の第 145 回定例代議員会並びに第 2 回都道府県医師会長協議会の報告をさせていただく。また、中国四国医師会連合各種分科会の報告をさせていただいた後、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並びに看護学校課題対策検討会について説明させていただくが、いずれも大変重要な内容を含んでいるので熱いご議論をよろしく願います。

### 議題

#### 1. 中央情勢報告

##### (1) 第 145 回日本医師会定例代議員会

**加藤専務理事** 6 月 23 日に行われた定例代議員会では冒頭、横倉会長から「『第 30 回日本医学学会総会 2019 中部』は 3 万人を超える登録者があり、市民向け展示には 30 万 2 千人の来場があったことに対して、全国の会員の皆さんの支援に感謝する。人生 100 年時代を迎える中で、治療主体の医療から、人々の健康づくりに貢献し、人生に寄り添う医療へと転換する中で、全世代型の社会保障を推進する。医療の本質の一つ目は医療は信頼に基づく医師と患者の共同作業であるということ、二つ目は医療は医学の社会的適応であるということである。社会状況により、医療に求められる役割は多様化しているが、医療が医師と患者の信頼関係に基づいて成り立つことに変わりはない。『医療は医学の社会的適応である』とは武見太郎 元会長の言葉で、ICT や AI、再生医療、ゲノム医療など、医学における技術革新は、これまで以上に多くの人々の健康や生命の保持増進に寄与する。経済学者であった宇沢弘文 氏の言葉である『医療は社会的共通資本である』との認識を多くの国民が共有することが重要であり、医師会が国民に必要な医療政策を提言・実行するため

の団体であることを広く理解してもらう中で、新たな時代に即した医療を国民とともに作り上げていく。」等の挨拶が行われた。

続いて「平成 30 年度日本医師会事業報告」が行われた後、議事に入り「平成 30 年度日本医師会決算の件」「令和 2 年度日本医師会会費賦課徴収の件」が上程され、賛成多数で可決決定された。

次に、各ブロックを代表した代議員から提出された質問に対して日医執行部から回答が行われた。本会から提出した「医師の働き方改革推進と偏在問題解決に向けた提言」と題した質問に対して、日医の長島公之 常任理事は「診療報酬を医師個人のインセンティブに直結させるのは制度上困難であると判断している。日医としては、診療報酬に関して、医師の負担を減らすために必要な対策には、しっかり手当てすることを要望していく。また、医療機関へのさまざまな資金的・人的支援も国に要望する。救急車の有料化は解決すべき問題が多いため、日医としては救急車利用の適正化のための解決法を推進していく。有用性が認められている『こども医療でんわ相談事業』(#8000) や、『救急安心センター事業』(#7119) に関して、さらなる拡充と全国的な質の確保及びその財源を国に強く求める。救急車の利用の仕方も含めた『上手な医療のかかり方』を国民に広めることを厚労省に要望していく。医師の偏在対策は、個人へのインセンティブも含めて総合的な対策を日医として推進したい。」と回答された。

その他の質問等を含む詳細については『日医ニュース』第 1389 号を参照願いたい。

##### (2) 第 2 回都道府県医師会長協議会

**林 副会長** 9 月 17 日に日医会館大講堂で行われた。冒頭、横倉会長から「12 月には来年度予算編成が行われ、年末には 2020 年度診療報酬改定率の決定などを控えている。こうした動きに合わせて、10 月 8 日 (火) に開催する国民医療推進協

議会総会において、国民に必要な医療・介護を提供するための適切な財源確保を政府に求めていく国民運動を展開することを諮り、承認が得られた後には、12月6日（金）に開催する『国民医療を守るための総決起大会』への参加をお願いしたい。日医としては、かかりつけ医が中心となって『防ぎ・治し・支える医療』を国民に提供していく姿こそが、人生100年時代の医療を象徴する姿であると考えている。昨年の日本医師会医療政策講演会で講師をお引き受けいただいた慶應義塾大学教授の権丈善一先生は、ご講演のなかで『日本医師会が“地域医療の再興”という言葉を用いる意味は、かつてこの国にあった、目指すべき医療の姿、理想の医師と患者の関係を再び興そうということであろう』と述べられている。社会状況の変化により、医療に求められる役割はますます広範に多様化しているが、医療が『医師と患者の信頼関係』に基づいて成り立つことに変わりはない。先達への畏敬をもって、“地域医療の再興”という言葉に込めた想いを、全国の医師会員とともに実現していくことができれば、未来を担う後進に対する責任を果たすことにもなると考える。そのため、今後、真に“地域医療の再興”を成し遂げられるよう、先生方のさらなる協働をお願いしたい。」等の挨拶が行われた。

続いて、日医から2件の報告が行われ、その後、本会から提出した2題を含む15都県医師会から提出された協議事項について日医の担当役員が回答された。

まず「地域における薬剤師・薬局の機能強化策

への疑問」について、日医の長島常任理事は「薬局に地域の健康拠点としての役割が果たせるのかは疑問であるのご指摘は、まさにその通りと考えている。日医の見解は、2015年の『本来推進すべきはセルフメディケーションではなくセルフケア』であり、『真の健康拠点は、かかりつけ医機能を持つ医療機関であって、安易に医薬品を用いるようなセルフメディケーションを行わないこと』との内容と現在も変わっておらず、この主張を続けていく。その点から見ると、『骨太の方針2019』の『健康増進に向けた取組み』の部分に、『一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく中で、健康サポート薬局についても、その効果を検証しつつ取組を進める』と記載されたのは、適切ではないと考えている。そこで今後、日医としては、次の3点を中心に取り組んでいく所存である。第一に、一般用医薬品に関してはスイッチOTC化の検討会議にて国民の安全を最優先とし、自覚症状があり、比較的短期間の服用や使用で改善が期待できて自ら服用や使用の中止を判断できる医薬品のみが承認されるように引き続き、しっかりと対応していく。第二に、全国で約1,400件ある健康サポート薬局の多くが簡易血液検査いわゆる検体測定室として届出していると考えられる点について、厚労省に対しては、これらの実態を把握するよう働きかけていく。第三に、健康サポート薬局の評価やリフィル処方、OTC類似薬等を保険から外すことなどさまざまな議論が想定されるが、8月28日の定例記者会見で松本常任理事が述べたように、医療の

## 出席者

### 郡市医師会長

大島郡 野村 壽和	徳山 津田 廣文
玖珂 藤政 篤志	防府 神徳 眞也
熊毛郡 満岡 裕	下松 宮本 正樹
吉南 西田 一也	岩国市 小林 元壯
美祢郡 坂井 久憲	山陽小野田 西村 公一
下関市 木下 毅	光市 竹中 博昭
宇部市 黒川 泰	柳井 弘田 直樹
山口市 淵上 泰敬	長門市 友近 康明
萩市 綿貫 篤志	美祢市 原田 菊夫

### 県医師会

会 長 河村 康明	理 事 伊藤 真一
副会長 林 弘人	理 事 長谷川奈津江
副会長 今村 孝子	監 事 藤野 俊夫
専務理事 加藤 智栄	監 事 篠原 照男
常任理事 藤本 俊文	監 事 岡田 和好
常任理事 沖中 芳彦	
常任理事 清水 暢	広報委員 石田 健
常任理事 前川 恭子	
理 事 白澤 文吾	

質の低下や受診抑制による重症化など、国民の不利益につながるような議論には厳しく対応していく」と回答された。

次に、「電子カルテの標準化」について、長島常任理事は「ご指摘の通り、電子カルテの規格や仕様が多種多様でデータの互換性がないことから、各医療機関の連携だけでなく、医療機関における電子カルテの機種の変更にも大きな障害になっている。日医としては、この問題解決のため、電子カルテの標準化を推進していく。標準化による目的外利用の危険性については、地域医療連携という目的以外、たとえば診療報酬審査のためのデータの閲覧や収集はできない仕組みになっており、標準化された電子カルテがオンライン化された場合でも、医療情報は個人情報保護法などでしっかり保護されている。しかしながら、もし、今後、地域医療連携ネットワークやオンラインの電子カルテのデータを、法令改正や制度の変更で、審査のために利用しようとする動きがあった場合は、断固、反対する。レセプトデータなどを収集したビッグデータである NDB に関しては、個人が特定できないように匿名化した後に収集しており、このデータを 2 次利用する場合は、厚労省の審査会での厳密な審査を経て利用申出者に提供する仕組みとなっており、例え厚労省であっても、勝手にデータを利活用することはできない。今後もデータが悪用されないように、しっかり監視していく。以上のように、電子カルテの標準化は、医療現場にできるだけ大きなメリットをもたらし、一方ではデメリットが生じないように推進していくので、ご理解ご支援をよろしくお願い申し上げます」と回答された。

詳細については『日医ニュース』第 1394 号を参照願いたい。

## 2. 中国四国医師会連合各種分科会

**河村会長** 令和元年 9 月 28 日に高知県医師会の引受けにより高知市にて開催され、今年度は、「医療保険・産業保健」「地域包括ケアシステム」「地域医療・地域保健」の 3 つの分科会が開催された。

※詳細については本会報 11 月号 866 ~ 893 頁を参照願いたい。

## 3. 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

標記の件について、前川常任理事より説明並びに現状報告を行った後、意見交換し、活発な議論が行われた。

## 4. 看護学校課題対策検討会について

**沖中常任理事** 9 月 26 日に標記会議を開催した。**中四九地区医師会看護学校協議会について**

例年どおり厚生労働省医政局看護課長と日本医師会常任理事の釜池先生の講演があった。釜池先生の講演の中では、今年度、所属医師会からの繰入金の有無について調査を行ったところ、「ある」と回答したところは約 60% で、そのうち約 30% が 1,000 万円以上の繰入を行っていると言われた。

運営委員会においては、「従来はなかったことであるが、防府医師会長並びに山口県医師会長の要望書が本協議会に届いた」との報告があり、要望を踏まえて「広島アピール 2019」を作成され、日本医師会、厚生労働省をはじめ各界に提言された。

組織強化として、これまでは、同協議会に出席する学校が参加費として 1 校 8 万円を支払っていたが、今後、加盟校には協議会への出席の有無にかかわらず、年会費として徴収することとなった。なお、生徒数が 100 名以下の小規模校については、従来 8 万円を 3 万円とするので、全校加盟いただきたい。また、同協議会の趣旨に賛同した県医師会を特別会員とし、負担金は 10 万円とすることが説明された。これに関しては、多くの学校に加盟していただきたいので、会費については県医師会でなんとか助成できるように来年度予算に盛り込みたい。

## 医師会立看護学校の統廃合に関する意見交換

厚狭准看護学院の河村学院長から、医師会立看護学院(校)の再編・統合を考えるべきであるのご意見が出され、各学校に意見を伺った。ほとんどの学校は統廃合を考えていないとの回答で、意見として、「統廃合を行った場合のメリットが見出だせない」、「周辺に養成所がないため学校を潰すわけにはいかない」、「経営的には苦しいが存続していく」とのことだった。しかし、防府看護

専門学校は、近隣の学校法人（短大、高校）との統合を考えておられるようで、現在、看護学科をもたない学校法人との統合となるので看護職員数に変更はなく、地域医療は充実するとの回答であった。この場合、医師会立ではなくなる可能性が高いが、あくまでも選択肢の一つであり、そこまで考えないといけなくらい厳しい状況にあるとのことであった。この統合・再編に関しては、今後も状況をみながら協議を行っていききたい。

#### 郡市医師会、看護学院（校）からのご意見・ご要望

防府看護専門学校からは、以前、看護専門学校運営補助金の内示が減額された際に、地元選出国會議員、財務省、厚労省に陳情した結果、完全復元したことがあったので、この例に倣い、補助金の増額について関係機関に陳情していただきたいとの要望があった。

柳井看護学院からは、地元柳井市からの入学者は 22%に過ぎず、周辺の市町からの入学者が多いことから、近隣の郡市医師会には、物心両面のご協力をお願いしたいとの要望があった。

各郡市医師会には、オール山口としてのご協力を是非お願いしたい。

### 5. 山口県健康福祉部との懇話会における協議事項について

加藤専務理事より 9 月 5 日（木）に開催された山口県健康福祉部との懇話会について、本会から提出した 8 題の協議事項とそれに対する県の回答を報告した。

※県の回答についての記載は省略

#### (1) 山口県小児救急医療電話相談事業について

利用者からの問い合わせ窓口の周知と業者委託に当たって①# 8000 の実施結果の報告、②つながらない電話の件数把握、③地域性を考慮した電話対応が実施されるよう措置すること。

#### (2) 山口県の医療体制を維持するための医師確保について

本県にゆかりがある者を中心とした現在の医師確保対策だけでは十分な対策とならず、医師不足はさらに深刻化する。県外からの医師誘致策を早急に立てるべきで、専攻医募集のためのレジナビ

参加など、専攻医を本県に呼び込むことが必要。

#### (3) ACP の住民への普及・啓発について

厚労省の WG 資料では、本県は全医療圏域で ACP の普及・啓発が実施済とされているが、実際は ACP に関する講演等はあまり行われておらず、市民に普及しているとは到底考えられない。郡市の行政が市民公開講座等で“死”をテーマに取り上げることは難しいため、県がリードをして普及・啓発に取り組むことが必要。

#### (4) 在宅医療に対する現状認識について

日医総研のデータによると、本県の在宅医療は進んでいるとは言い難い（偏差値：人口当たり支援診療所数 44、在宅医療利用者数 43、訪問看護利用者数 43）。一方、療養病床数は偏差値 70 と収容先は十分ある。また、各郡市・医療圏によって地域包括ケア構築の進捗状況に大きな差が見られる。本年 1 月、厚労省から第 7 次医療計画の改善にも言及した課長通知が発出されているが、第 7 次医療計画に掲げる在宅医療の数値目標は根拠が不明確である。県は、在宅医療に関する現状をどのように認識し、取組みを進めていくのか。

#### (5) 子宮頸がんワクチン（HPV ワクチン）接種について

日本では毎年 1 万人が子宮頸がんと診断され、約 3 千人が死亡。特に 20～30 代の女性で増加しているが、厚生労働省は副反応問題で、HPV ワクチンの積極的な接種の勧奨を控えるよう通達を出している。この副反応は他のワクチンでも見られるもので、WHO は勧奨中止を憂慮する声明を発表している。岡山県では今年度から県民に自主的に接種を判断するための情報を提供している。本県もそうした取組みを行うべきではないか。

#### (6) 医師会立看護職員養成所の安定経営に向けた取組について

県内では地域によって看護職の需給状況は大きく異なるため、2 次医療圏単位の需給見通しを立てる必要がある。大卒の県内就職率は低く、大学・専門学校の卒業生で県内の看護職は賅えない。県は、医師会立養成所の存在意義をどのように考え

ているのか。また、医師会立養成所の高い県内就職率を踏まえた運営補助金基本額の増額及び看護職の県内就業と医師会立養成所の入学促進対策として、学校・養成所や入学を支援した高校等に対する金銭的なインセンティブの付与を要望する。

#### (7) 拳児希望女性・妊娠初期女性の葉酸配布希望者に対する葉酸の無料配布について

本県の周産期死亡率は低下しているが、死亡原因は、先天異常によるものが胎児で 2 位、新生児で 1 位となっている。葉酸服用は先天異常を減少させることが明らかで、厚労省も推奨している。本県では服用率は 15% と低値だが、市町が配布すれば 83% 以上の妊婦が服用すると答えている。拳児希望女性や妊娠初期女性の葉酸希望者に無料配布（2 か月）をしてはどうか。

#### (8) 高度急性期医療体制の整備に向けた医療情報ネットワークの構築について

医師数の減少や医療の高度化・専門化により、各医療圏で医療を完結させることが困難となってきた。県内には三次救急医療機関を持たない医療圏もあり、他の医療圏との連携を強化した高度急性期医療体制の整備が必要で、現状の各医療圏の地域中核病院の医療情報を三次救急医療機関が参照できるシステムを構築し、その次に全県的に中核病院同士が医療情報の共有ができるシステムを構築する必要がある。

### 6. 郡市医師会からの意見・要望

#### (1) 医療機関におけるキャッシュレス決済について

**小林会長(岩国市)** 消費税率 10% に伴い、キャッシュレス決済が世間の風潮となっている。また、ポイント還元の問題も含めて、医療機関のキャッシュレスの扱いについて、ある程度の合意が必要と思われるが、県医師会はどのようにお考えか。

**藤本常任理事** 本会としては、キャッシュレス化は世の流れであると認識しており、9 月 17 日に開催された都道府県医師会長協議会で、日医から示された「医療機関におけるキャッシュレス決済は決して強制されるべきではないが、導入しやすい

環境を整備することで、さらなる普及が望ましい」という考えと同様である。

日医では、医療機関が一括契約・導入することで、導入費用や手数料の軽減が図れるよう検討していること、また、診療報酬の公定価格制から医療機関に負担が生じないような制度改革を関係省庁に要望していることから、本会としては、その動向を注視しながら、導入しやすい環境の整備に努めていきたいと考えている。

なお、ポイント還元については、医療機関は対象外となっている。

世界的なキャッシュレス決済比率（2015 年）の状況を比較すると、韓国が 89.1% と最も高く、次いで中国の 60.0% となっており、キャッシュレス化が進んでいる国では 40～60% 台であるのに対し、日本は 18.4% となっている。

医療業界に目を向けると、大病院や大学病院、公的病院の多くがクレジットカード払い等に対応しているが、推進協議会によると医科歯科のキャッシュレス決済普及率は約 6% とされており、この傾向は特に地方で顕著である。

課題としては、キャッシュレス化による決済手数料の経営への影響や決済端末の導入費用の発生等、医療機関側にとって導入のインセンティブが高くないためと考えられる。

病院のキャッシュレス決済手数料は診療費の 0.6～1% 程度とされているが、仮に 1,000 万円/月の診療売り上げ、すべての患者さんが 3 割負担で、すべてがキャッシュレスで手数料 3.25% として計算すると、手数料は月 97,500 円で年間 117 万円の負担となる。

キャッシュレス決済のメリットとしては、医療機関では①会計時間が短くなり混雑を緩和できる、②入出金の管理が容易になる、③院内の現金管理リスクを減らせる、④医療費の未払い対策となる、ことなどが挙げられる。患者さんにおいては、高額な医療費の支払い時でも、クレジットカード払いであれば、大金を持ち歩く必要がなく、手元に現金がなくても診療を受けることができ、また、リボ払いや分割払いを利用することで、高額な医療費負担の分散も可能となる。

一方、デメリットとしては①キャッシュレス決済に消極的な高齢患者が多い、②システム利用手

数料がかかる、③入金までに時間を要する、などが挙げられる。また、センシティブな情報にもなりうる通院歴が、匿名化されずに収集されてしまうことも考えられる。

クレジットカード決済を導入する方法は 2 つあり、1 つ目は単一の決済サービスに該当するもので、Visa 等のカードブランドと直接契約する方法である。2 つ目はスマホ決済に該当するもので、いくつかのカード会社との契約をまとめて取り扱っている決済代行会社と契約する方法である。

スマホ決済が、カードブランドとの直接契約よ

り優れている点は主に 2 つあり、1 つ目はカードブランドと直接契終を結ぶより手数料を抑えられること、2 つ目は一社一社のカードブランドと契約を結ぶ手間が省けることである。

スマホ決済には、いろいろな種類があり、また、それぞれにおいて要する費用や決済手数料等が異なっているので、利用される際にはいろいろ調べられることをお勧めする。

小林会長 詳細なご説明、感謝申し上げる。今後の動向をみながら適宜対応していきたい。

## 傍聴印象記

広報委員 石田 健

令和元年 10 月 10 日、郡市医師会長会議が開催された。河村会長の挨拶の後、6 つの議題について報告及び協議が行われた。詳細は報告記事を参照願いたい。

議題 3 「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」、前川常任理事は、構想では山口県の 14 の病院名が挙げられているが、その具体的対応方針再検証の要請に係る診療実績の分析、方法について説明された。また、「各地域でビジョンを持ち、将来問題となるビジョンを語ってほしい」「地域の住民や公立及び公的病院の職員が不安を感じることなく、安心できるような形で再検証を纏めたい」と言われる。

その後、多くの郡市医師会長から意見や発言があり、白熱した会議となった。

郡市医師会長の発言の一部を紹介する。

- ・再検証の要請が出たのはおかしい。地域医療会議でこれまで通り粛々と議論する。
- ・専門領域に特化している病院は、地域の他の病院群とグループとして行動している。これらの病院のどれが欠けても医療が成立しない。
- ・このグループ案の構想は拘束力がない。少子化が一番問題である。今後の熱意と討論が必要である。
- ・郡市医師会長がもっとも対応に苦慮されている

と予想される民間病院の再編・統合については今後、発表される。

- ・医療対策協議会では郡市医師会としての意見はなかなか述べづらい。No と言えない会議には参加・協力できない。
  - ・私立は自分の判断で閉院できるので赤字病院は自然淘汰される。しかし首長は公的病院を閉院することができない。
- といった発言があった。

知事会は「地域医療構想は住民の不安を招きかねず、地域の個別事情を無視するもので公平な視点とは言い難い」と反発する。自治体は地域の反発を恐れ地域医療構想には及び腰である。総務省は 9 月 27 日、地域医療構想に関する地方の意見を反映させる協議の場を設けることを発表した。

再編・統廃合又はダウンサイジングを行うことで、①地域の住民に対する医療サービスは改善されるのか、②公立病院の職員はどうなるのか、③さらに多くの私立病院の将来像をどう描くのか、④公立病院の出費を抑えることで自治体の財政改善にどの程度寄与するのか、⑤構想の最終目的であろう地域の人口減少を、どの程度抑えることができるのか、という議論が構想案にはないことに一抹の不安を感じるのは筆者だけだろうか。

# 令和元年度 日本医師会 医業の第三者承継フォーラム

と き 令和元年 9 月 26 日 (木) 13 時～15 時 45 分

ところ 日本医師会大講堂 (TV 会議参加：於 山口県医師会)

[ 報告：常任理事 沖中 芳彦 ]

## 挨拶

横倉日医会長 (代読：今村日医副会長) 本日は、承継に関する国や医師会の取組み、日医総研の研究発表、会計専門から発表をしていただく。このセミナーが地域医療提供体制の堅持と活力ある医業経営の維持のために、少しでも役立つことを祈念して挨拶とする。

## 国及び都道府県医師会の取組みの紹介

### (1) 厚生労働省の取組 (医政局医療経営支援課長)

医業資源を継続していくことは最重要であるが、承継が困難な場合は、M&A による経営資源や事業の再編統合を図ることで、事業の継続を検討してもらいたい。

医師が少ない地区の医療法人で、一定期間の事業継続を要件として、継続に係る相続税や贈与税の納税猶予等の特例措置を税当局に対して要望しているところである。

※解説後、フロアから「税制優遇措置を講じたとしても、へき地においては、事業引継を希望する医師が少ないのが現状」との意見あり。

### (2) モデル事業の実施状況及び都道府県医師会の取組み

#### ①秋田県医師会 (島田常任理事)

秋田県は高齢化率全国 1 位 (全国平均 28% に対して秋田は 36%)、医師が少ない県でもある。診療所医師では、60 歳以上が 6 割となっている。診療所では、承継困難や承継するか分からないという意見が約 7 割で、承継希望者の斡旋やマッチング制度があれば良い。

日医から、株式会社エムスリーを事業者とした、

「第三者承継トライアル事業」の提案があった。事業内容は承継仲介とセミナー開催である。

秋田県では、医療需要は入院・外来ともにピークを過ぎて減少傾向にあり、事業承継における不安の声がある。

#### ②エムスリー株式会社

秋田県医師会、日本医師会及び地元銀行で包括連携協定を結び、承継希望医師の紹介や後継者探索支援、セミナー開催を行っている。エムスリー会員は 28 万人のネットワークがあり有力である。後継者不足は全国的な課題である (60 歳以上で後継者がいない割合は、全国では約 7 割、中国地区は約 66%)。後継者がいない、あるいは未確定の医師のうち 7 割が、地域医療やスタッフ、廃院コストを意識して、承継を希望している。承継希望医師の 7 割が、医師会が関与する相談窓口を望んでいる。マッチング率は 77%、平均成約期間は半年 (最短 3 か月) という実績もある。

#### ③東京都医師会 (蓮沼理事)

平成 16 年に診療所開業支援を開始、平成 30・31 年度に承継セミナーを開催、総合メディカル株式会社に協力依頼をしている。平成 30 年度セミナーは 36 名参加、個別相談 11 組、承継成立は 2 件 (内科系開業医) で、半年で合意している。平成 31 年度セミナーは 57 名参加、個別相談 12 組、現在稼働中である。セミナーの内容は総論と承継経験談であり、承継に関するニーズは大きいと思われる。

#### ④岡山県医師会 (神崎専務理事)

岡山県地域医療介護総合確保基金の補助事業と

して「医院継承バンク」事業を実施、主な内容は事業の周知、セミナー開催、コンサルタントによる個別相談、継承バンクへの登録、マッチングである。これまで計 8 回セミナーを開催してきた。

コンサルタント（外部専門）は無料でアドバイスや個別相談を行っている。継承バンクは登録票方式であり、内容自体は県医師会内でのみ保有している。

譲渡希望者・譲受希望者ともに情報が特定されないようにしている。なお、医師会員以外も受付けている。マッチングにおいては、本格的な段階になるまで、相手には情報公開はしない。実務は専門コンサルタントが行う。8 月末時点で、承継希望医療機関は 7 件、希望医師は 4 件。まだマッチングと成立はない状態。

第三者への承継（M&A）も実施、会員へはセミナー等で知らせている。M&A で準備すべきは、承継条件（権利）の明確化と事業譲渡価格の計算があり、個々に条件が違うので専門コンサルタントと相談することになる。

### ⑤福島県医師会

医師数は東日本大震災を契機に減少傾向にあり、診療所や法人代表者は 60 歳以上が半数以上を占める。背景を踏まえて医業承継を促進させ、安定した地域医療の確保と今後見込まれる医療、介護及び保健の推進を図っている。事業内容はバンク設置、セミナー開催、個別相談であり、医業承継に関しては 75% が関心を持っていることがわかった。特に、手続きや制度、後継者の確保に関心が高い。

バンク事業の現状は、譲渡希望 8 件、開業希望 9 人である。実際の交渉においては専門家が対応している。

その他、地区ごとにセミナーを開催している（今年 2 月 2 件、3 月 2 件）。

個別相談の最初の受け付けは県医師会、その後は専門家へ移行。相談件数は計 15 件であり、取組みには市町村との連携が必要と考える。

### ⑥指定発言

（宝住 元日医副会長 / 元栃木県医師会会長）

昭和 54 年に開業、平成 29 年 3 月に閉院したが、周りの意識や変化を感じ、閉院前に承継に積極的に取り組んでおくべきであった。周囲に医療機関が数件あった環境ではあるが、それでも大変であった。

閉院の 10 か月前に取り組んだが、医師会に相談窓口があれば、従業員の身の振り方（再就職）など迷惑をかけることはなかったのではないかと思う。

患者側にとっても、身近に開業医がいなくなると紹介状がもらいにくいし、大病院受診は一日がかりであり、相当の負担である。

医師数が増えても、偏在は解消されないと思う。子が医師になっていても、後継者とならない場合も多い。

### (3) 日医総研の研究発表

最初に、事業は現在、研究作業中であることが説明された。

承継に関して、全国レベルでどのような課題があり、また、どのような問題が発生しているのか、その解決のためにできることは何かをもとに調査している。

医業承継に関わる専門家や業者にインタビューを行ったところ、第三者承継案件は増えているが、親子・親族間承継は減っていることと、譲渡・譲受希望者ともに、相談先や手続き等どのようにすればいいかわからない実態がある。

そのため、都道府県医師会や郡市区医師会で承継を支援する仕組の立上げが必要と考える。本年 7～8 月に都道府県医師会や郡市区医師会に実態調査を行った（回答率：都道府県医師会 100%、郡市区医師会 70%）が、都道府県医師会では、窓口設置が約 13% であった。マッチング業務に関しては約 6 割が対応していない。郡市区医師会との情報連携については、87% が連携していないと回答した。

また、医業承継に関して行政から支援があると答えた医師会は 10%。具体的な支援内容は、医療介護総合確保基金を活用した県からの委託事業

(あるいは主体事業)、都道府県医療勤務環境改善支援センターでの相談受付、経済産業省の「事業引き継ぎ支援センター」からの情報提供と共有等であった。

医療機関の開設者においては、約 15% が閉院を将来的に考えているとのことであった。やはり、相談先や後継候補者が自力で探せるかといった課題を持っている。承継の相談先としては、4割は顧問税理士、3割が郡市区医師会、それ以外は民間の医業コンサルタントであった。

**(4) 医業承継上の諸問題について (税理士法人社員/日医有床診療所委員の青木先生)**

開業よりも廃業することが難しいと言える。個人立医療機関の第三者承継では、病床の承継も含めて検討をしてもらいたい。

医療機関における債権債務の精算は必須で、特に従業員退職金などにも留意しておく。営業権(のれん)は雑所得が課税される場合もある。

個人版事業承継税制の創設とは相続税・贈与税の納税猶予制度のことである。

医療法人の第三者承継では、開設者はそのまま管理者、社員、役員を変更する手続きが必要になる。債権債務はすべて医療法人に帰属する。

役員退職金においては半額課税部分や非課税枠もある。

**(5) 質疑応答**

特にフロアから質問はなく、小玉常任理事が解説者全員に対して追加の意見を求められた。

## 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](mailto:kaihou@yamaguchi.med.or.jp)



医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

### 後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

**0120-337-613**  
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

**総合メディカル株式会社**  
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本社 / 福岡市中央区天神  
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-コ-010064

# 令和元年度 医療機関経営セミナー・ 都市医師会税制担当理事協議会

と き 令和元年 10 月 5 日 (土) 15 時～17 時 10 分

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告: 常任理事 沖中 芳彦]

標記セミナーを、日本医師会及び TKC 医業・会計システム研究会とともに開催した。今回のセミナーの開催をもって、都市医師会税制担当理事協議会の開催とし、都市担当理事含め 34 人の医師会員及び医療従事者等にご出席いただいた。

なお、平成 31 年 4 月 11 日に日本医師会で都道府県医師会税制担当理事連絡協議会が開催されており、こちらの記事も当会報の令和元年 6 月号 (No.1906) に掲載しているのので、参考にしていただきたい。

また、事業承継に関しては、それぞれの医療機関の事情や環境もあるので、所属の税理士等にご相談いただくことをお勧めする。

## 講演

### 1. 医療と消費税、事業承継税制について

日本医師会常任理事 小玉 弘之

#### I. 控除対象外消費税について

##### 薬価・特定保険医療材料と消費税

医療機関は卸業者からの仕入れ時に消費税を支払い、一方、患者からは消費税を受け取らないため、「損」をしているという誤解がある。しかし、薬価及び特定保険医療材料の価格には、仕入れ時に支払う消費税に相当する金額が予め含まれている。医薬品・特定保健医療材料の仕入れに際して、仕組みを理解したうえで適切な価格交渉を行えば、「損」が発生することはない。

##### 診療報酬の課税転換

まず、国民の理解を得ることは困難であろう。そして、これまでの診療報酬に上乘せしてきた補てん分「引きはがし」の議論が起こることが考えられる。そのほか、所得税の概算経費率、いわゆ

る四段階制への影響、現行の免税事業者あるいは簡易課税事業者になっている小規模医療機関への影響や、事業税非課措置の存続に否定的な議論が及ぶ可能性もある。

#### II. 個人版事業承継税制について

##### 個人版事業承継税制の創設 (2019 年度)

今年度、事業承継税制が抜本的に拡充されたことにより、個人事業者についても円滑な世代交代を通じた事業の持続的な発展の確保が喫緊の課題となっていることを踏まえ、個人事業者の事業承継を促進するため、10 年間限定で、多様な事業用資産の承継に係る相続税・贈与税を 100% 納税猶予する「個人版事業承継税制」が創設された。

##### 個人立医療機関の事業承継について

個人版事業承継税制を活用するためには、①平成 31 年度から 5 年以内に承継計画を提出することと、②承継計画に記載された後継者が経営承継円滑化法に基づき認定を受けることが必要である。

そして、あくまで納税を猶予する特例であり、単純な減免措置とは異なること、また、医療法人成りの際には、個人事業の廃止となることに注意が必要である。

既存の事業用小規模宅地特例は宅地 400m<sup>2</sup> まで 80% の減額を認める相続税の特例であり、相続の際には、どちらを選択するか検討が可能である。

#### III. 医療法人の事業承継税制について

##### 持分あり医療法人の事業承継問題

医療法人は剰余金の配当ができないことなどか

ら、長年の経営により積み上げられた剰余金が多額となる傾向がある。そのため、出資持分のある医療法人の出資社員が死亡し、相続人に対して当該出資持分に係る相続税が課税される場合は、医療法人の財産状態などによっては、その納税額が巨額に上ることもある。また、出資持分の払戻請求があった場合、払戻額が高額になり、医療法人の存続が脅かされる事態が生じることが指摘されている。

#### 「持分なし」とは

持分がないということは、「出資払戻請求権や残余財産分配請求権がない」ということ。解散した場合、残余財産は国等に帰属する。

移行後の事業承継に際し、持分がないことから、持分に係る贈与税や相続税を負担しなくて済む。ただし、移行時については、税制上の課題が残されている。

#### 医療法人の事業承継についてのまとめ

「持分あり」のまま承継する場合は、相続・承継について中長期的な対策・準備が必要である。また、「持分なし」に移行し承継する場合は、出資者間の合意を形成する必要がある。その他、放棄するか基金にするかの検討もしなければならない。剰余金を基金にすると、個人へのみなし配当課税の問題が発生することにも注意が必要である。

#### 認定医療法人制度の活用についての検討

新制度は、平成 29 年度改正により、法人贈与税の非課税要件が大幅に緩和され、認定医療法人については移行の際の法人への贈与税を課税しない。

認定医療法人では、①一定の事項が定款等に定められていること（理事 6 人以上、監事 2 人以上、等）、②同族役員 1/3 以下、③医療機関名の医療計画への記載、④法人関係者に利益供与しないこと、等の要件が緩和され、贈与税の非課税対象が大幅に拡大する。従来の認定要件である、①社員総会の議決があること、②移行計画が有効かつ適正であること、③移行計画期間が 3 年以内であることに、「運営の適正性要件（法人関係者に利益供与しないこと、役員報酬について不当に高額にならないよう定めていること、社会保険診療等（予防接種を含む）に係る収入が全体の 80%超、

等）」を追加し、移行後 6 年間、当該要件を維持していることを確認することとされた。

#### 日本医師会 令和 2 年度税制改正要望

医業を承継する際の相続・贈与に係る税制をさらに改善すること。

①医療法人の出資に係る相続税及び贈与税の納税猶予制度の創設。②医療法人の出資の評価方法の改善。③認定医療法人制度の延長及び拡充。④個人版事業承継税制の改善。⑤出資額限度法人の持分の相続税・贈与税課税の改善。⑥基金拠出型医療法人の基金の評価方法の改善。

#### 2. クリニックの事業承継について

TKC 全国会医業・会計システム研究会会員／

税理士 高崎 満幸

#### 個人版事業承継税制

相続税や贈与税を 100% 猶予できる、この個人版事業承継税制は画期的なもので、10 年の区切りでこの税制ができあがっている。診療所そのものの土地と建物、減価償却資産が納税猶予の対象となる。

相続税の負担（相続税の総額）は、資産 1 億円で 630 万円、2 億円で 2,700 万円、3 億円で 5,720 万円、4 億円で 9,220 万円、5 億円で 1 億 3,110 万円となる。相続した割合で、相続人がこの税金を負担することになるので、半分もらえば半分負担することになる。もちろん、相続人が配偶者であれば、配偶者の特別な措置があり、障害者控除もあるが、いったんは相続税が割り振られることになっている。演者の実務経験では、実際の相続では事業用資産が相続分のおよそ 7 割を占める。これらの税金を払わなければならないが、基本的に税金はキャッシュ（現金）である。しかも亡くなってから 10 か月の間に払わなければならないわけで、相続資産が不動産であれば事業にも影響が出るし、すぐには換金が難しい。そのため、相続財産のうち半分くらいはすぐにお金に換えられるものにしておくほうがよい。医業の世界でも同じことがいえる。この税制は、土地と建物、減価償却資産については、特別に相続税をかけずにおこうというものである。ただし、さまざまな条件があり、しかも、10 年以内の時限立法（一

時的な事態を避けるための、期間を定めた法律)であるので、10年以内に相続が起こらないといけないのかということになるが、それは必要ない。10年以内に土地、建物、減価償却資産等の事業に関するものをすべて後継者に贈与しなさいということである。その時は贈与税が課されるので、これをしっかりと猶予する制度である。

### 贈与税と相続時精算課税制度

贈与税では、暦年課税の「年間110万円までなら贈与税は非課税」というルールがある。基本的に1,000万円贈与で贈与税が231万円、5,000万円では贈与税が2,289万円である。仮に控除申告をしたとすると、多額な贈与税が課されるが、それを納税猶予できる。

「相続時精算課税制度」は、2,500万円までは贈与税は不要で、それを超える部分は20%の贈与税が課されるというものである。例えば5,000万円を贈与した場合、この制度を使うと2,500万円は非課税、それ以外の2,500万円の20%、つまり500万円の贈与税で済む。

もし、財産を贈与してくれた先代の経営者が亡くなった際には相続が発生するが、いただいたこの財産を改めて相続財産として組み入れてほしい。このようにすれば、当然、相続税が課されて、この事業にまつわる相続税に振り替わった時に、この相続税も猶予してもらおうか、あるいは、このくらいの相続税ならそのまま払おうといった判断をしてもらうことになる。

この画期的な制度は、橋本内閣のときに創設された。当時、60歳代はお金を持っており、かつ、長寿であった。この人たちが90歳になって死亡した際(つまり現在)は、子供も60歳前後で、お金を使う年齢ではないため、親が60歳代、子供は20歳以上のお金を使う世代のときに、2,500万円までは無税で生前贈与ができるという制度である。ただし、この相続時精算課税制度は条件として直系でなければならない(自分に対して、両親、祖父母の4人)。個人版事業承継に限り、誰でもよいということになっている。この制度を活用するためには、県知事の認定申請が必要で、診療所の所在地の県庁へ届け出る。届出内容は簡単であるが、青色申告が条件で、貸借対照表がついている決算書が必要である。

また、5年以内に後継者名を記載した「承継計画」も併せて提出することになる(令和6年3月31日が期限)。これまでに事業承継をするという計画と認定申請を提出しておらず、令和7年になり特定資産を後継者に移したいと思っても、この特例は使えないので注意が必要である。ただし、令和6年3月31日までに届け出ずに亡くなった場合は、即座に特例適用ができる。

### 猶予税額

全額免除、全額納付及び一部免除の3種類がある。全額免除については3パターンある。1つ目は後継者が事業をしっかり頑張った挙句に亡くなった場合で、納税猶予した相続税は全額免除となる。2つ目は、バトンタッチした後継者が5年間続けたあとに3代目に渡した場合の2代目は免除されて、3代目に移る。3つ目は、財務省令で定めるやむを得ない理由があった場合である。

逆に全額納付の場合は、引き継いだものの、特段の理由もなく事業をやめた場合や、その年の事業所得の総収入金額がゼロになった場合、特例事業用資産のすべてを売って譲渡してしまった場合等があり、猶予税額の全額に利子税を併せて納付することになる。

猶予税額の一部免除は、事業継続困難な一定の理由が発生した場合に、特例事業用資産等の全部の譲渡等をしたとき又はその事業を廃止したときに適用となる。例えば、特例事業用資産等に係る事業について、直前3年間のうちの2年間の事業所得が赤字やゼロであれば、事業継続困難なものとなる。納税猶予を受けた物件を、その時の価格で再計算し、一部を納めることになる。

### 法人の事業承継

法人の場合は個人に比べて比較的簡単である。理事長の登記の後継者への変更や、管理者の変更がある。ただし、問題は持ち分の承継である。持ち分とはその法人の正味財産(資産から負債を引いたもの)である。相続では父の持ち分は、当然、相続財産としてカウントされる。一人医師医療法人制度が昭和61年にスタートした。その法人が83.1%を占めており、このころに一人医師医療法人を設立した人が、今後10年のうちにほとんど世代交代を迎えることになる。医療法人は配当が禁止されているので、持ち分つまり正味財産が

貯まる一方である。相続が起こった時は死亡退職金で払う方法もあるが、それぞれの事情や環境もあるので、実際の手続きは所属税理士に相談していただきたい。

持分なしに移行するには一つの難関がある。それは、役員数の制限、つまり親族が 3 分の 1 以下でなければならないことである。持分なしでは、相続が起きて、残余財産は国に帰属するので、財産としての価値はない。

**相続が争族とならないように**

争いがないように、公正証書での遺言書の作成や、他の相続人の同意（公正証書があれば、他の相続人の同意は不要）が必要である。

**質疑応答**

玖珂医師会より、「医療費に係る消費税の内税方式から外税方式への変更を検討しておられるか」という質問に対し、小玉日医常任理事は「日医は内税方式を支持する」と回答された。

加藤専務理事の挨拶をもって、当セミナーを閉会した。

**参考：税と事業承継への関心について**

今回、講演終了後にアンケートを実施し、出席者に回答していただいた(32 人が回答、下表参照)。

**自由意見欄に記載されたご意見**

・生前贈与と退職金が重要。話が分かりやすかった。

- ・法人の持分有無の移行のところを詳しく知りたかった。
- ・相続のところをもう少し深く聞きたい。
- ・医薬品は課税の対象で、院外処方と院内処方では大きな差となると思われる。補填はどうなっているのだろう。
- ・引き続き、このテーマをお願いしたい。実例が知りたい。
- ・消費税増における診療報酬の補填の仕組みが理解できた。
- ・相続／贈与の 100% 納税猶予、特定事業用資産の優遇対象の仕組が理解できた。

**出席者**

医師会員及び医療機関の関係者：計 34 人。うち、出席の郡市税制担当理事は以下の通り。

郡 市	氏 名
大 島 郡	川 口 寛
玖 珂	藤 政 篤 志
熊 毛 郡	満 岡 裕 (代理出席)
吉 南	岡 村 均
防 府	木 村 正 統
下 松	木 村 豊 彦
岩 国 市	稲 田 進
山陽小野田	伯 野 卓
柳 井	吉 田 一 典
長 門 市	吉 村 晃

**講演終了後のアンケート結果**

内容について	よく理解できた	理解できた	あまり理解できなかった
医療と消費税	7	18	7
医療法人の事業承継税制	5	24	2
クリニックの事業承継	7	19	5

今回のセミナーで一番関心の高い内容は？ (複数回答可)	
医療と消費税	10
医療法人の事業承継税制	12
事業承継(税制除く)	12

## 第 2 回外国人医療対策会議

と き 令和元年 10 月 11 日（金）14：00～16：30

ところ 日本医師会小講堂

[ 報告：常任理事 前川 恭子 ]

台風 19 号が接近する中、松本吉郎 日本医師会常任理事の司会により開会、横倉義武 日本医師会会長が挨拶された。

自見はなこ 参議院議員も挨拶の予定であったが、都道府県医師会の報告の途中からの出席であった。実際の順序とは前後するが、挨拶の内容を記載する。

### 1. 挨拶

**参議院議員 自見 はなこ** 外国人医療対策のきっかけは、訪日外国人の医療対応の必要性の高まりである。その対応は、現在、今後増える在留外国人医療との共通の基盤を作っている状況と認識している。

外国人医療の未収金の問題を契機に、医療機関でのキャッシュレス化も進むであろうが、病院と診療所では状況が異なり、国やカード会社の事情もあるため一筋縄ではいかない。EU は民間の医療保険に入っていないと入国ビザがおりない。未収金に関連し、日本もこの方向で進められればと考える。

また、イギリスでは入国税の一部を社会保障に使っている。海外からの労働者から入るお金で彼らの医療を賄うのである。今回、日本の出国税の約 1% の 5 億円を、訪日外国人医療体制を整えるための予算とすることができた。これを大切に利用したい。

### 2. 国からの情報提供

**厚生省医政局総務課長 佐々木 裕介**

#### ○外国人患者の医療機関への受診状況

平成 30 年度 1 年間の訪日外国人は 3,119 万人、そのうち 1.5% が医療機関を受診すると言われていた。東京オリンピックの年には 4,000 万人の

外国人観光客の訪日を目指している。

病院へのアンケートでは、回答の 50% の医療機関が外国人を受け入れている。外国人患者数が月 10 人に満たない医療機関が多いが、7 つの医療機関で月 1,000 人以上診療していた。訪日外国人旅行者に対する診療価格として、アンケートに回答した病院の 9 割が 1 点 10 円で請求していた。受け入れが多い病院に限ると、3 割近くが 1 点 20 円以上で請求していた。

#### ○政府の取組

訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループを設置し、適切な費用負担について検討している。また、入国前の旅行保険加入を旅行者に勧めている。

#### ○厚生労働省の取組

検討会において議論を重ね、実態調査やモデル構築事業を行い、医療機関向けマニュアルを作成した。拠点医療機関を整備、多言語対応に助成している。

都道府県単位のワンストップ対応には医療と観光を組み合わせよう進めているが、アンケートでは、都道府県での協議会設置は 6 割、ワンストップ窓口設置は 1/4 に留まっている。

また、医療通訳について主要通訳会社 4 社にヒヤリングしたところ、誤訳によるトラブルはないとのことであった。

今後は、都道府県で連絡協議会設置とワンストップ窓口設置が進むよう働きかけ、希少言語については遠隔通訳などで支援できるよう準備していく。

### 3. 都道府県医師会の報告

#### (1) 広島県医師会

##### 「外国人医療対策委員会 訪日外国人 WG」

広島県医師会副会長 豊田 秀三

#### ○日本入国まで

不払いの履歴のある者には厳しく入国時審査し、不払いを繰り返さないようにするため、この履歴のある外国人観光客の情報を集約し、法務省に通知する体制を検討する予定である。

#### ○日本入国後

##### ・支払い支援

受診時、多額の現金を持ち合わせていないことが多いので、キャッシュレス化は、日本人も含め支払い支援に有効である。

##### ・価格帯

訪日外国人は医療費の相場を知らないことが多い。治療前に医療費を提示する必要があるが、われわれはそれに慣れていない。

通訳費用は患者本人に請求できるもので、旅行保険の対象に含まれていることもある。保険診療においても本人に別途請求できる。したがって、通訳費用についても事前に説明が必要である。

#### ○出国後

##### ・訴訟リスク

外国人旅行者が出国後、日本での治療結果に対し訴訟提起した場合、事前に契約していなければ、裁判籍は外国人の本国の法律によることとなる。外国で下された判決は、民事訴訟法第 118 条に規定する要件を満たせば、日本の裁判所は細かく調べることなく自動的に判決結果を承認する。

よって、あらかじめ診療の際に、裁判籍を日本とする契約条項を入れることが有効と考えられる。

##### ・誤訳

誤訳を原因とした訴訟の場合、責任の所在は医療機関と通訳者（通訳業者）との契約内容による。

患者の友人の通訳やスマホ翻訳ツールでの誤訳は、証明することが難しい。重要な説明は専門の医療通訳やコーディネーターを通じて行うことを勧める。

##### ・未収金

成田の病院では 1,200 万円の未収金がある。特に旅行保険適応外疾患や償還払で未収が多くなる。事前の医療の内容、費用の説明が必須だが、それだけでは足りず国の支援も要る。外国人だけでなく、対象に日本人も含めた未収医療保険が望ましい。

#### ○広島状況

平成 30 年度に広島県を訪れた外国人観光客は約 275 万人、在留外国人は約 5 万人、いずれもアジア人が多い。

医療通訳については、広島県の外郭団体である公益財団法人ひろしま国際センターがボランティアを派遣する事業を行っている。派遣費用はセンターが賄う。

歯科・薬局でもトラブルがあり、医療関係団体として医歯薬での連絡会議を設置し協議を開始、広島県に対策への要望書を提出し、広島県外国人医療対策協議会が設置された。

#### (2) 東京都医師会

##### 「東京都の外国人対応医療 現状と課題～東京オリンピック・パラリンピックに向けて～」

東京都医師会理事 島崎 美奈子

#### ○現状

平成 28 年に都内医療機関に外国人医療に関するアンケートを行った。夜間に受診する軽症者が多く、未収金や機関連携に支援が必要であることがわかった。

東京都に宿泊する外国人は年間 1,612 万人、8 割がアジアからの旅行者である。医療が必要な場合は救急車で大学病院に行ってしまう、現場の負担となっている。東京オリンピックの年の訪日外国人は 2,500 万人になると予想されている。

全国の訪日外国人旅行者は、自分で旅程を調整するリピーターが多く、その半数が東京を訪れる。

東京都の在留外国人は約 55 万人、中国人・韓国人が多く、最近ではベトナムからの労働者が増えている。総数としては新宿区在住が多いが、人種による地域性があり、江戸川区では中国人、豊島区はミャンマー人が多い。1 枚の保険証を複数人

が使い回す問題が見られている。

### ○都の医療情報提供

東京都の医療機関・薬局案内サービス「ひまわり web サイト」を多言語化し、外国人も利用できるようにしている。

医療機関受診のための多言語ガイドブックは 7 か国語対応、医療機関のリストを掲載し、受診の仕方を説明している。

外国語で相談員が医療情報を提供する電話相談サービスも行っている。

### ○自院受診者

眼科開業であるが、2 か月に 35 名の外国人（訪日 3 件）が受診した。診療には、日本人の倍の時間がかかる。

訪日外国人ではパスポートでの本人確認と旅行保険の確認、在留の場合もきちんとした本人確認が必要と感じている。

### ○厚労省モデル構築事業

都の受けた事業では、「宿泊施設等向け外国人患者対応マニュアル」を作成し、新宿区・渋谷区の宿泊施設に配布した。

メディフォンの電話医療通訳は 17 言語に対応しており、都内医療機関に利用を勧めた。事前登録が基本だが、医療通訳が必要となった時に登録しても良いこととし、今年度はタブレット端末でのアプリ利用も行っている。フォローアップとして行ったアンケートでは、平成 30 年度に 169 件の利用、4 割が中国語だったが多言語での利用が確認された。事前アンケートでは、「電話が繋がらないのでは」、「通訳者に医療専門用語がわかるのか」といった不安が述べられていたが、事後には満足との回答が多数を占めた。

### ○オリンピックに向け

期間中の観客動員数は 1,000 万人と見込まれている。競技場では 1 万人に対し 1 医療ブースを設置する。

希少言語患者への応召義務は負担と考えられる。医事紛争に関し、東京都では在留外国人のケー

スが数件みられた。翻訳ツールから電子カルテに自動入力できれば、現場負担を軽減できる。

課題は、通訳・翻訳、キャッシュレス、医事紛争、応召義務である。

### (3) 福岡県医師会

#### 「福岡県における外国人患者

#### 受入体制整備について」

福岡県医師会副会長 堤 康博

### ○現状

福岡県に入国した外国人は平成 28 年 170 万人余、韓国からが最も多く、中国・台湾と続く。県内在留外国人は中国人が多いが、近年ベトナム人が増えている。

医療に関する対策協議会や検討会議はまだ充実しておらず、やっと人材受入対策協議会が県に設置された状態である。受入拠点は 13 医療圏に 36 医療機関選定されているが、既に各医療機関が独自で取り組んでいる状況である。

### ○医療通訳：福岡アジア医療サポートセンター

(通称：「アジサポ」)

福岡県内には医療通訳団体が 2 つあるが、北九州国際交流協会は北九州市に在住する外国人市民のみ対象としており、全域に対応できるのはアジサポとなる。

アジサポは主に医療通訳ボランティア派遣とコールセンター運営の 2 つの事業を行っている。

事前登録した医療機関が 3 日前までに派遣依頼を行えば、1 回 3 時間を上限に無料で医療通訳ボランティアを利用できる。(5 言語に対応)

外国語コールセンターは、24 時間 365 日、事前登録を要さず、無料で電話通訳と医療案内の利用が可能である。17 言語に対応している。

先述したが、各医療機関が外国人対応をある意味ばらばらに進めてきたためか、アジサポの利用は決して多くはない。

### ○日本医師会 外国人医療対策委員会 中間答申

訪日外国人、在留外国人及び共通部分に分け答申しており、本日は特に在留外国人についての概要を述べる。

特定技能の在留資格に係る制度の中の、受入機関を支援する登録支援機関が、日本の医療制度を在留者に説明することを期待している。

国民健康保険の適正使用については、外国人だけの問題ではない。日本の医療保険制度の抜本的な見直しが必要と考える。

在留外国人は通称名を保険証に記載できるため、在留カードやパスポート突合での本人確認が難しい。適切に本人確認できる方策を国が講じることを望む。

また、予防接種の問診票が市町村ごとに異なるために外国人が利用しにくいので、様式を統一することを提案する。

#### (4) 大阪府医師会

##### 「大阪府における外国人医療対策」

大阪府医師会理事 宮川 松剛

##### ○厚労省モデル構築事業

##### ・外国人患者の実態把握

大阪府を訪れる外国人は、直近 5 年で 4 倍、平成 29 年度は 1,110 万人となった。外国人患者の受入体制整備に向け、平成 30 年 8 月に病院、診療所及び宿泊施設を対象にアンケート調査を行った。

回答のあったうち、219 病院で平成 29 年度には 1.5 万人の外国人患者を受け入れていた。多くはないが、外国人患者対応マニュアルを整備し、医療コーディネーターや通訳を配置している病院もあった。平成 30 年 10 月単月での未収金は約 600 万円にのぼっていた。問題として外国人患者受付時のコミュニケーショントラブルが多く挙げられ、医療通訳サービス情報のニーズが高かった。

診療所で回答のあったうち、平成 29 年度に外国人患者を受け入れたのは 15 診療所、患者数 261 人であった。平成 30 年 10 月の未収金はなかったが、受付時・診療時のコミュニケーショントラブルが問題として挙げられ、多言語問診票のニーズが多かった。

宿泊施設は、その 1/4 が外国人宿泊者救急対応マニュアルを作成していた。外国人宿泊者からは有症状時の医療機関の紹介の求めが多く、症状

としては発熱が最も多かった。

##### ・ホームページ等を利用した周知

大阪府としては、「医療機関情報システム」を用い、外国人旅行者への情報提供を提案している。が、当システムに医療機関が入力する情報は、外国語対応に関してさえ機関ごとに大きな差がある。情報の内容が極めて不完全であると考え、府に再考を求めている。

##### ○拠点医療機関の選定

大阪府全域で拠点医療機関を 4 病院選定している。最も外国人患者の多い大阪市付近で JMIP（外国人患者受け入れ医療機関認証制度）認証病院がないため、2 病院の認証取得を支援し、令和 2 年に追加選定される予定である。

地域拠点医療機関としては、府全体で 22 箇所を選定している。

##### ○意見

外国人医療は未収金問題も含め、医療機関には大きな負担である。未収金が生じた場合、債権回収会社を紹介されるという流れは甚だ疑問である。

本来、国民に使われるべき病床やマンパワーが医療ツーリズムを含めた外国人医療に使われるのには国民の了解が必要で、観光立国を提唱する国・行政の外国人医療に対する責務は大きいと考える。

#### 4. 医療通訳団体等からの情報提供

##### 「医療通訳について」

AMDA 国際医療情報センター 小林 米幸

##### ○医療通訳の問題

医療通訳には、電話通訳・対面（派遣）通訳・雇用通訳・機械的通訳（IT 等）があり、それぞれにメリット・デメリットがある。

医療通訳の資格として統一されたものは未だ無く、いくつかの団体が独自の認定方法を持っている。

希少言語の医療通訳は地域での対応は難しく、全国レベルでの対応が必要と考える。

医療通訳は医療コーディネーターではないが、

現場で混同されることある。

### ○中小病院にとってのワンストップ窓口

外国人患者受け入れ実績のある大病院は、医療通訳やコーディネーターを既に雇用、また、電話通訳業者とも契約しており、自力で対応できる所が多い。

中小病院や診療所には、通訳やコーディネーター確保の段階から負担が大きく、電話通訳業者の選定などの情報も乏しい。厚労省の医療通訳配置支援事業は、拠点医療機関が対象であり、申請書類も複雑で大変応募しにくい。

理想は、通訳もコーディネートも外国人からの相談も受けられるワンストップ窓口の設置である。

### ○財源

最大のポイントは財源である。

改正国際観光振興法によって、国際観光旅客税（出国税）が徴収されることとなった。その一部を訪日外国人受け入れ整備事業に使用する。これを在留外国人対策にも拡大すること、そして数年で外れてしまう予算でなく、継続して使われていくことを望む。

## 5. 日本医師会からの情報提供

日本医師会常任理事 松本 吉郎

### ○ワンストップ窓口

先に小林先生がおっしゃったように、都道府県がワンストップ窓口の本当の役割を理解していない可能性がある。窓口機能が低下してしまうことは避けたい。

### ○拠点病院

外国人を患者として受け入れることは、通常診療に上乘せされる業務であり、医療機関はあまりメリットを感じていない。拠点病院の選定は押し付けの感が否めず、受け入れが現場の負担にならないような体制を望む。

### ○保険付帯医療通訳サービス

#### ・日本医師会医師賠償責任保険

従来通りの保険料で、2020年4月から医療通訳サービスを付帯する。A①会員一人につき年間20回利用でき、超過した場合は追加費用の負担を願う。メディフォンが対応し、事前登録が必要である。

#### ・都道府県医師会医師賠償責任保険

2019年4月から電話医療通訳サービスを開始している。これも事前登録が必要である。

## 6. 意見

### 佐賀県

外国人看護労働者(EPA看護師)・介護労働者(技能実習生)の存在は、外国人入院患者への対応に役立つと考える。

### 千葉県

実績のある外国人受け入れ拠点病院の一つが、負担ばかりでメリットがないと撤退してしまった。外国人患者を受け入れることに負担のないよう予算化してほしい。

### 秋田県

外国人への医療としては、薬剤承認量の違いや感染症など考慮すべき点がある。昨今、都市部だけでなく地方でも外国人が医療機関を受診する可能性があるため、学生時代から卒前教育として外国人医療の知識が必要と考える。

### 沖縄県

島にできたホテルに宿泊する外国人が、島唯一の診療所に受診し診療の負担となっている。同様の事案が複数の島嶼で起こっており、地域医療の問題となってしまっている。

# 医療対話シンポジウム (山口県医療事故調査合同協議会)

と き 令和元年 10 月 26 日 (土) 15:00 ~

ところ 山口グランドホテル 鳳凰の間

[報告:副会長 林 弘人]

当協議会は、山口県医療事故調査委員、郡市医療事故調査担当理事及び山口県医療事故調査支援団体に参集していただき、情報交換を行うことを目的に合同協議会として開催している。

## 会長挨拶

**河村会長** 医療機関と患者間で発生する紛争については多くの場合で、ボタンの掛け違いによる誤解や説明不足が要因となっている。本会においては、昨今、医療メディエーターの養成に取り組んできたが、より裾野を広げて、多くの医療関係者に医療対話力のスキルアップを促すことで、不要な医療紛争の減少を図ろうと考えており、今回のようなシンポジウムを企画し、今後も複数回開催したいと考えている。

## 報告

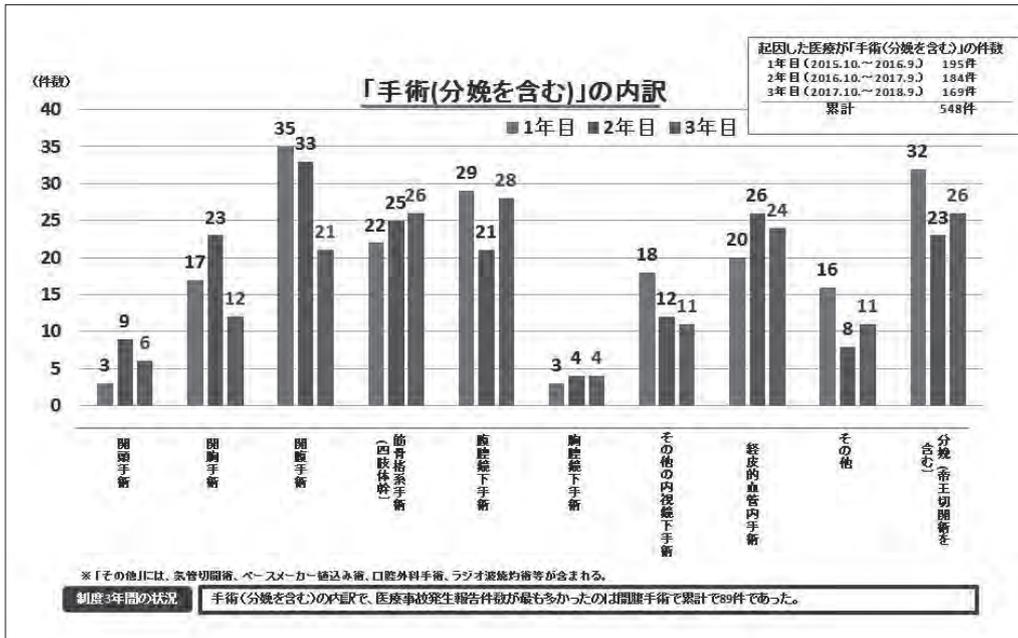
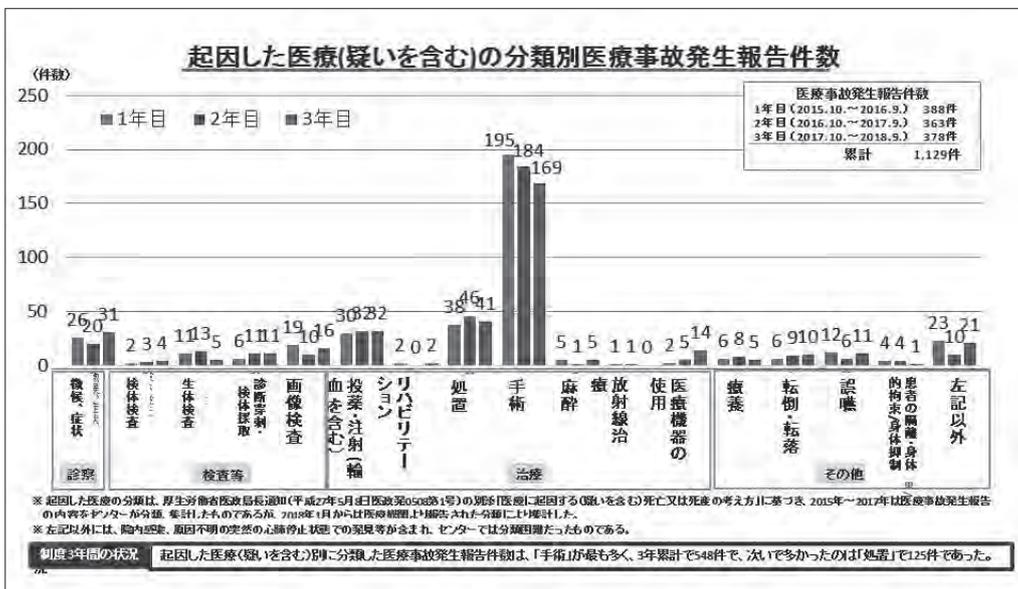
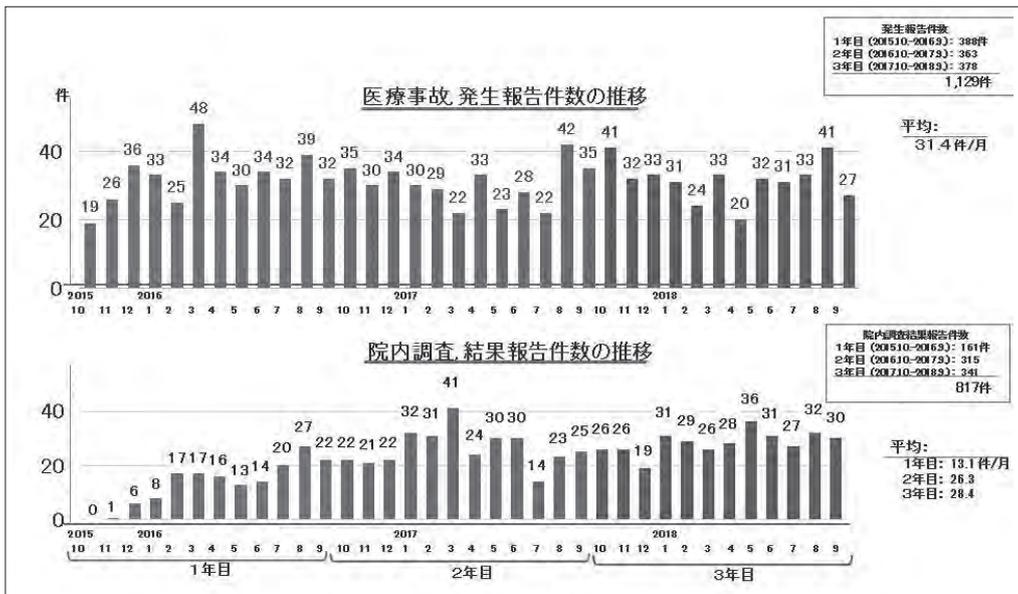
### 山口県の医療紛争及び医療事故調査の現状について

山口県医師会副会長 林 弘人

「全国及び県内の医療事故調査の状況」並びに「起因した医療の分類別医療事故発生報告件数」等について説明(次頁参照)するとともに、県内において実施された 8 施設における「医療事故調査委員会」の調査結果について説明した。

※調査事案資料については個別事案であるため割愛する





## 講演 I

## 今求められる ことばの力 聴く力

アナウンサー (元 NHK アナウンス室長)

山根 基世

医師にとって「ことば」とは特別に大切なものとなる。その「ことば」によって弱者(患者)は意気消沈したり、逆に力が湧いてきたり、その人の人生そのものが係わってくる。身近な話としては、がんを患っていた(NHKの)先輩の女性理事が「先生(医師)は私をがん患者としてしか見ていない。診察中もPCの画面を見たまま話をされるので、とても悲しい」と言っていたのを聞いたことがある。確かに現在はカルテも電子化され便利になったが、紙カルテの時代は、汚れたシミを見るだけで患者の辿ってきた病状が分かったと聞いたこともある。今、日本の「ことば」は大きな転換期を迎えている。その昔は、話ことばから文字の時代へ移行し、ヨハネス・グーテンベルクの時代の活版印刷により、文字は記録される時代となった。近代は、その記録文字によって物事に係わる生活をし、面倒ではあるがその中でいろいろなことを深く考え、検討したりしてきた。しかし、現在はネットことばが世の中を席卷し、スピードが第一となり、特に推考することもなく底の浅いことばで瞬間的に人と繋がる。芥川賞作家の藤原智美のエッセイ『ネットで「つながる」ことの耐えられない軽さ』を繰り返し読んでみたが、その中にはネットが人間を変えつつある不安や不自由さが描かれており、大変共感した。私自身も最近、深く考えずにコピーペを使う場面などがあり、自分がなくなっていくような軽さを感じたり、電車に乗れば人々はそれぞれのスマホで、その奥を覗いているだけというように、ネットに思考を曲げられている。「いいね」だけで人と人とが繋がる軽さは耐えられないものである。

時代の変化により、医師と患者もフラットな関係が求められることもあり、対話力は重要なコンテンツとなってきた。デール・カーネギーの「人



に好かれる六つの条件」に「①誠実な関心、②笑顔絶やさない、③名前を覚える、④聴き手にまわる、⑤興味のありかを探る、⑥心から褒める」とある。「名前を覚える」については田中角栄元首相は抜きん出ており、相手の奥さんや子どもの名前を憶えて、話の中でタイミングよくそれを口に出すことで人心掌握していたと聞く。また、森鷗外の孫である小堀鷗一郎は優秀な(東京大学附属病院の)外科医であったが、自身の医療が職人的になり過ぎた医師生活を顧みて、晩年は在宅医療に傾注し、患部だけを診るのではなく、家族を含めて患者と向き合い、がんの末期患者等と心からのことばを交わしながら医療に取り組み、『死をきたたびと 訪問診療医と 355 人の患者』等を執筆されている。

私も長い間「ことば」に係わってきたが、人の自尊心を傷つけると厄介なものである。3歳の子どもでも自尊心はあるという。これは自分が人間であるという原点なのであろう。最近の子どもの虐待事件の報道をみていると、加害者の親が社会で不当な扱いを受けた挙句、自尊心を傷つけられ、人を大切にすることができなくなっているように思われる。では今、何が必要かと言えば“聴く力”ではないかと思う。1970年代、カラオケが普及したことが原因だろうか、人はマイクを持って自説を唱えることが普通になった。皆が「言いたい」「発信したい」、人の話を聴くことは後回しとなった。アナウンサーの仕事は話もするが、その3倍以上は聴く仕事である。人の話は本当に面白く、細胞を揺さぶられ、とてもクリエイティブで自分が成長することができる。聴く力がなくなると心が荒み、孤独になる。すぐにキレて人を攻撃したりして、周りに話を聴いてくれる人もいなくなるのであろう。医師の仕事でも「黙って患者の話を聴け」と言われても時間に追われて大変だと思うが、一度、「よし、聴こう」としてみたら、自分の漂う気配が変わり、患者は一人の人間として見られていることに喜びが感じられるものだと思うが如何だろうか。

## 講演Ⅱ

## 方言と人間関係

中原中也記念館名誉館長

(元山口女子大学(現:山口県立大学)文学部教授)

福田 百合子

大江健三郎 先生がノーベル賞を受賞された後に、現在の県立大学に招き講演をお願いしたことがある。大江先生は四国育ちで、やがて中央(東京)に出て行くことになるが、一番のコンプレックスは「ことば」であったと言われ、おそらくは本州の西端で育った中原中也も同じコンプレックスがあった中で、あのような作品が生まれたのではないかと述べられていた。確かに中也の詩「山羊の歌」にある「汚れっちまった悲しみに」のことばには促音が2か所もあるが、このときの背景、人間関係、女性をめぐるライバルとの関係などから、東京弁をマスターしようとした様子が窺える。

「ことば」には、“話ことば”と“書きことば”とがあるが、書きことばは改まった気持ちになる。書きことばも明治の前期には文語体が使われ、それが当時の常識的な文学者の在り方であり、樋口一葉も文語体を使っていた。中也の時代は口語体となるが、作品は標準語を用い、故郷への手紙は



方言を用いた。それが中也にとって現状を正確に伝える一番の方法であり、気を許したときに人と気持ちを共有できる方法だと考えていたと思われる。

明治維新において吉田松陰、高杉晋作などは文語体を使っていた。余談であるが高杉は本妻と愛人で文語体と方言を使い分けていたとされる。この時代のことばは、NHKでもドラマ化された井上ひさしの小説「国語元年」によると、方言は通行手形のようなもので、鹿児島と東北では意図的にことばが通じないようになっていたという。明治以降は共通語が必要になったことから、薩摩、長州、四国、関東の人間が家族ともども一か所に集められて、一緒に生活をさせ、共通言語を作ったことである。時代の変化により日本全体の意思統一の道具が必要になったのである。

## パネルディスカッション

進行：山口県医師会副会長 林 弘人

以下の質問について意見交換を行った。

- ①人の興味を引き付ける話し方・聴き方について
- ②医療メディエーションでいう「深層の思い」を引き出す話し方・聴き方について

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

# 令和元年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」

と き 令和元年 11 月 10 日（日）15:00～16:52

ところ ホテルグランヴィア岡山 3F クリスタル A

当番県 高知県医師会

[報告:副会長 林 弘人]

日本医師会より畔柳参与と城守常任理事をコメンテーターとしてお迎えし、高知県医師会の司会進行のもと開催された。

最初に、中国四国医師会連合委員長代理の野並副会長より、「この研究会に顧問弁護士も含めて協議しているところは中国四国ブロックだけであること、万が一起きてしまった紛争にも円滑に対応して、当事者の先生が安心して医療がすすめられるようにすべきである」とのご挨拶をいただいた。引き続き、城守日医常任理事が開催や日頃の業務運営のお礼とともに、「この研究会での提出議題には、医療界と法曹界が連携する必要があるものが多く、その意義も大きいものである」と述べられた。

## I 各県からの提出議題

### 1. 在宅看取りにおける、患者と家族の意思確認について<島根県>

今年の春、東京都福生市の公立福生病院で、人工透析治療の中止を希望した女性患者が、死の前日、苦痛から透析の再開を訴えたものの、透析が行われず死亡したことが大きな問題として報じられた。在宅での看取りにおいても、患者及びその家族が積極的な治療を望まない意思表示したものの、その後の状況変化により、その意思に変化が起こることはありうると考えられる。「人生会議」の視点から、患者、家族の意思確認を繰り返す必要があるかもしれないが、本人の判断能力の問題もあり容易ではないと思われる。各県の在宅看取りにおいて、患者、家族の意思変化によるトラブルがあればご教示いただきたい。

### 当県の回答

これまで在宅看取りに関するトラブルの報告は

ないが、今後このようなトラブルの発生は容易に想定できる。主な紛争類型としては、①積極的延命措置（人工呼吸器の装着や気管切開等による酸素吸入）をとるか否か、②例えば維持血液透析療法等の措置をとるか否か、③血液透析等の治療措置を中止するか否か、④積極的安楽死をするか否かの 4 類型が考えられる。

実際の医療現場においても、①については本人や家族からの意向聴取を行い、本人や家族からその旨の書面を徴求する運用が広く行われている。ただし、この場合であっても本人の意思表示が困難な場合には問題が残ることは言うまでもない。

②については、日本透析医学会の「維持血液透析療法の開始と見合わせに関する意思決定プロセスに関する提言」が参考となる。本人の意思決定が重要であることはいうまでもないが、意思決定が時の変化に応じて変化することにも十分に注意する必要がある。また、本人の意思表示が困難な場合には、特に慎重な対応が必要となる。

具体的には、その家族におけるキーパーソンとその他の家族の意向が異なる可能性がある場合を十分に理解しておく必要がある。

③と④については、そもそも、現行法令下で許容されるかという問題もあることから、さらに慎重な検討が必要であると思われる。

### 他県の回答

同様の具体的な事例は、他県でも報告がないようである。

「人生会議」については高知県では県行政とともにその普及に向けて準備を進めている。「人生の最終段階における医療・ケア検討会議」が立ち上がり、次年度から専門職（医療・介護）の育成と住民啓発に取り組む予定とのことである。

## 日医の意見

患者本人が判断できる場合とそうでない場合があるが、判断できる場合においては患者本人と医療者で話し合いができる場を設けることが必要であり、その内容を文書にして保存しておくことが大事である。

判断できない場合は、同じように医療者やケアの人間が話し合いをして、キーパーソンを決めておくことが基本になる。

「人生会議」の普及について、開催に関する情報提供も願います。

## 2. 院内事故調査実施中の弁護士の介入について

＜岡山県＞

医療法に基づいて、院内事故調査を実施中の事例であるが、すでに遺族側には弁護士が加わっており、その指示の下に、遺族側が医療機関に質問状を送っている。医療機関からは、医療機関でも対応するが院内事故調査報告書の説明の際にも対応してほしいとの要望があった。直接、弁護士からの質問ではないが、遺族が弁護士の指示の下に次々と質問することにどのように対処するか苦慮している。院内事故調査は訴訟発生を想定しているものではなく、独立した調査として進めるべきものではあるが、最終的な報告書は訴訟の資料とされる可能性が高い。

各県では、このような場合、どのように対処されているか、お尋ねしたい。

## 当県の回答

当会における基本的な対応としては、報告書の文言には特に注意を払い、提出前にチェックすることである。

## 他県の回答

他県でも同様の経験はないところが多く、仮にあったとしても、調査中に遺族側からの質問等に対応する必要はないと考えているところもある。

一方、調査の目的は原因究明と再発防止である。遺族側の質問は責任を問うものが多いとはいえ、事故の原因を究明するという点においては共通しており、診療経過等の事実関係についてはオープンに回答すべきという意見もある。ただし、責任

の有無に直結する評価に関する質問については、原則として回答を控えるべきであろうし、法律家の関与は、制度そのものの目的である再発防止の範囲を超えない程度であることが必要である。

## 日医の意見

基本的には医療事故調査制度と賠償問題は切り離して考えるべきものである。それでも訴訟を前提とした質問状が送られてくる場合は、その対応はやはり弁護士によるものを基本とし、その後の対応もしていただく形がよいと思う。

## 3. 前医の診療内容に対する後医の批判について

＜広島県＞

患者が複数の医療機関を受診した場合、前医の診断や治療に対する後医の批判や非難が、医事紛争のきっかけになることがある。本会でも後医が患者に対し、「前医は誤診をしている」「前医の医師賠償責任保険で補償してもらえ」などの発言をしたことにより、前医に対し患者から損害賠償請求された事案があった。

各県医師会では、同様の事案を経験されたことがあるか。経験された場合は、後医に対し、注意や指導等を行ったか教えていただきたい。

また、当会では苦情相談事例集の作成を予定しており、その中で前医の診療内容に対する後医の批判について取り上げることとしているが、全会員に対し、この問題について普及啓発・注意喚起などをされているかも併せて教えていただきたい。

## 当県の回答

患者側が「後医で得た情報」を起因として、前医との紛争につながる事案も複数見受けられる。しかし、その場合、後医に対して直接の指導は行っていない。

当県では、昨年、冊子『医療事故を起こさないために 第4版』を作成し、その中で紛争を防止するための医療側としての心構えを記しており、また、県内の病院を対象に「医療紛争防止研修会」を行っていて、その中でも後医の発言に気を付ける点に触れている。

後医としても批判しているつもりではないが、

その発言を患者自身が批判的に捉えることもあるので、それを踏まえた表現をする必要があると考える。

#### 他県の回答

他県では、同様な事案は確認されていないところがあり、また、指導や普及啓発を行っていないところもある。研修医オリエンテーションにて指導するところもあった。

日医発行の『医師の職業倫理指針 第3版』の“医師相互の関係”において、「医師は、それぞれ異なる学識や経験をもつ医師に対して相互に敬意を払うべきであり、医師相互間に存在すべき尊敬と協力の関係は、患者からの信頼の基礎ともなるものである」こと、また「不用意な他の医師への批判は、医師としての品性を貶め医師に対する信頼を傷つける行為であるばかりか、患者に無用な不安を与えるなど、思いもかけぬ大きな影響を与えかねないため慎むべきである」と記されている。この冊子は、日医 HP からダウンロードできる。

前医と後医とでは、そもそもその患者に関する情報量が異なってくるので、後医はその点を意識しておくことが大切である。

#### 日医の意見

山口県医師会発行の冊子を参考にしてみたい。

#### 4. 私的意見書に係る協力医の依頼について

##### <山口県>

事案において、対応弁護士より「専門科の医師による意見書が必要なので、県医師会から紹介をしてほしい」という依頼を受けた場合、専門性はともかく、当県のように一つの県に一つの医学部しかないところでは、当事者医師との関係性（第三者性）が問題となり、協力医の選定に難渋する場合が考えられる。

他県では、①紛争解決上、必要に応じて専門医を紹介するシステムをもっているところはあるか、②このような場合の各県の対応等ご教示いただきたい。

#### 他県の回答

専門医紹介の具体的なシステムを構築している

ところはないが、既存の医療事故調査専門委員会で選任したり、その委員が対応したり、県医師会役員の所属する診療科の部会に依頼するところもある。

こういった依頼は他県でも受けることが多いようで、当事者との関連性を避けるために、当事者が直接、該当の学会へ依頼するケースもある。

そのほか、裁判実務に沿って考えると、裁判所が採用した鑑定人の結果がすべてであるが、出ていた私的意見書・鑑定書は、裁判所はほぼ採用されず、それで裁判鑑定がくつがえされたことはないということであった。医療側に優位になるような意見書を作成することではなく、鑑定人にどのような鑑定をさせるかが最も重要な点である。

#### 日医の意見

もともと私的鑑定意見書は患者側が利用していたものである。かつて、商売のように患者さんに私的鑑定意見書を作っていた医師もいた。私的鑑定意見書は裁判でない段階で、すでに使われていることが多い。近年、東京の医療専門の裁判官は、事件処理のノウハウをもつようになり、鑑定しなくても裁判官自身が積極的に判断できるようになっているため、従来に比べ鑑定が減っているとのことであった。裁判の中で、どの程度の鑑定—私的鑑定も含めて—が必要であるかについても、こういった場で議論していただきたい。

#### 5. 医療側として、受診時の検査をどの程度まで求められるのか<徳島県>

小児が前夜発熱し、翌午前受診（熱は続く）、身体所見は意識清明で比較的元気であった。咽頭発赤、全身に淡い粟粒疹を認めた。インフルエンザの流行はなく、溶連菌感染症が流行していたため、同疾患を疑い検査したが陰性であった。川崎病、自己免疫疾患疑いにて血液検査を追加したが、異常は認めなかった。ウイルス感染による咽頭炎と診断し、抗生剤と解熱剤を処方した。翌朝も元気に食事を摂ったということであったが、正午前に自宅にて痙攣を起こし再度来院。体温 41℃、意識なくインフルエンザ検査で A 型陽性であった。意識回復せず高次医療機関へ救急搬送、その後急速に状態が悪化し、劇症インフルエンザ脳症

にて死亡となった。遺族より「なぜ初診時、インフルエンザの検査を行わなかったのか」との訴えがなされたが、検査がどこまで求められることになるのか、各県で同様の事案があれば、その詳細や顛末などについてご教示いただきたい。

#### 当県の回答

医療紛争において、患者側から後方視的にさらなる検査をすべきであったという主張がなされることがしばしばある。

例えば、膀胱がんが発見された患者について、従来、尿検査の潜血はマイナスであった場合に、さらに尿細胞診検査を実施すべきである（仮に実施していた場合には発見できたはずである）などという主張である。

しかしながら、国民皆保険制度の日本においては、保険ルールを無視するわけにもいかず、具体的な所見がないにもかかわらず検査をすれば、厚生局等から過剰検査の指摘を受けることは公知の事実である。

他方、特に侵襲性の高い精密検査を進めたところ、結果的に異常なしとなり、精密検査を進めた医療機関に苦情が寄せられるというケースもある。

どのような検査を実施するかは、基本的に医師の裁量に属すると考えるが、ガイドライン等を踏まえ適切な検査を行うとともに、検査の必要性やさらなる検査をする必要性の有無等については、患者と十分なコミュニケーションをとることが肝要であるとする。

#### 他県の回答

検査がどこまで求められるかについては、診察時点での身体所見や社会的環境から総合的に判断し、医師の裁量の下に検査を選択すべきである。本事例においては、診察時点でインフルエンザの検査を行うべき必然的な所見があったか否かが論点になるが、時期的にも環境的にもインフルエンザの流行がみられなければ、検査を行わないのが一般的と考える。

インフルエンザ検査は流行期でない場合は施行されないことが多く、発症後 12 時間は陽性とならないことも多い。インフルエンザの診断確定、タミフルなどによる治療開始と脳症の発症抑制に

関しては明らかな関連性はなく、直ちに検査非施行が予後に直結するとは言えない。他の検査や理学的所見を十分にとった上で、「インフルエンザは未だ流行していないので行いません」「前記理由によりインフルエンザ検査が最も重要な検査ではありません」「ウイルス性咽頭炎に対する治療を開始します」ということを患者側に丁寧に説明することが重要である。

#### 日医の意見

医療現場では療担規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）に基づいて、必要最小限の検査から段階を踏んで行き、しっかりとした診察をして、カルテ記載をすることが大事である。

#### 6. 中国四国医事紛争研究会 医療事故等調査支援団体連絡協議会の活動の一環として、ピアサポートプログラムの構築を提案する〈愛媛県〉

2018 年度の当研究会で概ねすべての医師会に了承され、この研究会内で支援団体連絡協議会を開催していくこととなった。事例の収集・分析を行うことは、個人情報保護の観点から直ちに実現しないまでも、各県のさまざまな取組みを共有していくことから開始すべきであるとされた。

予期しない医療事故による死亡事例が発生した場合、医療者は遺族とともに傷ついている。この傷ついた医療者は Second Victim と呼ばれ、ピアサポートが必要である。各県医師会医事紛争処理委員会は、提出された紛争事例に関して、医学的観点から標準的医療の範囲内にあるか、各種ガイドラインの傾向から逸脱していないか等を検証し、顧問弁護士の意見を踏まえて有責・無責の判断を下している。医学的観点以外でも、各委員は、常に当事者の心理的ストレスに配慮しながら、共感的に接し信頼関係を構築しながら対応している。ご遺族の不信・不安に対しても傾聴と共感の姿勢を持って接しているが、予期しない医療事故により深く傷ついた医療者へのピアサポートプログラムを提供していくことも必要と考える。

中国四国医師会連合医事紛争研究会として、このプログラム構築の取組みを開始したいと考えているが如何か。各県医師会の現在の取組み状況とご意見をお伺いしたい。

**当県の回答**

中国四国医師会連合医事紛争研究会として、プログラム構築に取り組むことに賛同する。Heals<sup>※</sup>という組織があるが、一病院単位でピアサポートシステムを構築するには、相当程度、費用が掛かるようである。

※ Heals (Healthcare Empowerment and Liaison Support)：医療事故に直面し傷ついた患者・遺族と医療者双方をケアし、支援していくシステムの普及を目指し設立された一般社団法人。

**他県の回答**

たとえ過失はないにしても、紛争の当事者・関係者となってしまった医療従事者の精神的・身体的負担は大きく、こういった医療従事者を救うことも、医療提供側として重要な責務と考える。

ピアサポートに関するシンポジウムに参加し、その内容を会員に会報等で周知したり電話によるピアサポートの案内や、さらには直接当事者にも案内するようにしているとのことであった。ピアサポーターを地域で養成することを検討している県もあった。

**7. 中国四国ブロック医療事故等調査支援団体連絡協議会について<高知県>**

昨年度開催された当研究会において、愛媛県から「中国四国ブロック医療事故等調査支援団体連絡協議会の設置について、その活動はその後どうなっているのか」との議題が提出され、継続事案となっていた。各県のセンター調査事例の収集・分析は、現状では困難との見解であったが、今後の活動に関して、各県のご意見をいただきたい。

**当県の回答**

各県の情報（相談数、調査報告数及び事案の概略等）を共有すること、また、調査上の問題点等について協議を行いたいと考える。

**他県の回答**

センター調査事例の収集・分析は困難、あるいは必要性がないという県がある一方、以下の意見もあった。

- ・事故直後の危うさに対応するため、初期対応時から信頼関係の構築が重要であり、院内医療メディエーターを活用し、医療者間と遺族間で誠意ある対話を行っていくことが重要。
- ・支援団体である県医師会が本制度に対する共通の理解に基づいて、個々の院内調査の支援に当たることが、医療事故の原因究明と再発防止を通じて、制度本来の目的を達成するために不可欠の要素と考える。
- ・事例の収集・分析を行うことは個人情報保護の観点から直ちに実現しないまでも、各県の取組みを共有していくことから開始すべきである。

**日医の意見**

まず、ブロック単位で設置するかどうか、昨年度のこの研究会でも上がっている。基本的にブロック単位に関しては、異論はないが目的を明確にすべきである。①各県の支援団体が抱えている問題点の情報共有から支援団体の活動の活性化、②それに付随したセンター調査事例の収集分析による再発防止、この二つが目的として考えられる。①は現在も国から各県に支援補助金が出ており、補助金を使うことで、運営は可能と思う。②は医療者中心の研究会を開催することになるので、非公開になるだろうし、活動資金として国の資金は使えないだろう。

**その他の意見**

- ・もともとは岡山県が提案した。実現したいが、どこに事務局を置くか、どこが中心になるかを具体的に決めないといけない。
- ・ブロック単位での協議会を有効に使って、制度の普及もはかるとよい。
- ・岡山県を中心に設立を考えてもらいたい。

**II 日本医師会への要望・提言****1. Ai の公費助成の拡充<岡山県>**

『医療事故調査・支援センター 2018 年 年報』によると、院内調査結果報告数と解剖・Ai の実施件数は 2016 年報告数 219 件・実施件数 127 件 (58.0%)、2017 年同 321 件・同 191 件 (59.5%)、2018 年同 361 件・同 204 件 (56.5%) となっ

いる。報告数が年ごとに増えており、医療事故調査の重要性の認識は深まっていると考えられる。

一方で、調査上必要と思われる解剖・Ai の実施件数の比率は横ばいであり、この比率を高めていくことが必要ではないだろうか。病理解剖においては、病理医の常勤医がいない施設では制約があり、常時病理解剖できるわけではない。どうしても画像診断に頼らざるをえないのではないかと思う。

Ai において、警察から要請があった場合には警察が費用を負担、そうではない場合には保険診療の延長として費用が支払われている。独居老人や高齢者世帯で認知症が増加していることや親族でも Ai に消極的な場合があり、Ai の同意を得ることは容易ではない。病気の経過が必ずしも明確ではない事例（DNR 以外の場合）に対し、公費で Ai を行うよう適応拡大してもらえないか。

#### 日医の意見

事故調査の精度を高めるために病理解剖や Ai は必要と考える。この 6 月の推進基本法成立に基づき、来年 4 月から本部が設置されて、法医病理医の養成もなされると聞いている。Ai は警察が要請してくることはほぼない。Ai にかかる費用は、医療事故調査費用保険がある。本来、原則として当該医療機関が外部に支払うことのみ保険の給付があるが、解剖と Ai に関しては、件の保険で支払い可能である。ご要望の「公費で」というのは医療事故調査だけでなく、一般的な制度にもつながる問題になる。まずは、基本的には、件の保険に基づいた活用を考えてもらいたい。

### 2. 医療事故調査制度の今後について<広島県>

日本医療安全調査機構の「医療事故調査・支援事業運営委員会」において、「この制度は事故の発生を報告した後が大変」、特に負担が大きい小規模医療機関に対して「調査内容の簡素化を考えることも必要かと思う」との発言があったとのことである。現在の制度における調査及び報告書の作成が、小規模医療機関にとって大きな負担となることは事実であると考え、医療機関の負担を軽くするために支援団体が存在している。

日医は日本医療安全調査機構に参画されている

が、現在の検討状況について教えていただきたい。

#### 日医の意見

基本的に調査期間が長いと患者団体から指摘はある。その現実を踏まえ、少しでも期間を短縮化し、件数を多くチェックする体制を作りたいという趣旨から、この考えが出たのではないかと思う。院内調査も一定程度の充実もあるので、必ずしもこの通りとは私は思っていない。日医の医療安全対策委員会で、院内調査の手法の確立と普及についての会長諮問があり、院内調査の手順書を検討し、現在作業を進めているところである。

### 3. 医師賠償責任保険の初期対応について

#### <愛媛県>

医療側に明らかな過失があると判断されたときに、どのように対処すべきであるかはまだ明白ではない。

患者に過失について謝意を述べ、「十分に治療してください」と説明すると、どうしても治療費の話になるのは仕方なく、「医療側の方で持たせてもらいます」と回答すると、その支払いは医師賠償責任保険の対象となるか、ならないかは、その時点ではまだ判然としていない。医師賠償責任保険の初期対応の仕方をご教示願いたい。

#### 日医の意見

基本的に、日医の承認なく立替は適用にならない。立替払いをしてしまったら、①その後の紛争発展の際に、相手側に支払ったという事実で過失を認める印象を与えかねないこと、②支払った後に審議をして無責であれば、その額は保険の対象とはならないという問題が出てくる。基本的に、トラブルが起きた時には、まずは郡市区医師会と都道府県医師会に報告し、場合により日医へも報告（付託）という手順をとっていただきたい。

#### 情報提供

研究会の終わりに、当会顧問弁護士である末永汎本先生より、医療事故により死亡した高齢者に対する慰謝料の考え方についての解説が行われた。

# 令和元年度 郡市医師会介護保険担当理事・ ケアマネ・訪問看護師との合同協議会

と き 令和元年 10 月 17 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[ 報告 : 常任理事 清水 暢 ]

## 協議事項

### 1. 介護医療院の転換状況について

**県長寿社会課** 介護医療院は介護保険法の改正に伴い、日常的な医学管理や看取りターミナル等の機能と生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として平成 30 年 4 月に創設された。施設類型は利用者の状態や地域の実情等に応じた柔軟な対応を可能とする観点から介護療養病床として、機能強化型介護療養型医療施設のⅠ型と老人保健施設並みのⅡ型の 2 類型がある。また、平成 22 年度末で設置期限を迎えることになっていた介護療養型病床の経過措置期間が 6 年間延長され、その間に順次、介護医療院等の転換を行っていく。このような中、本県では平成 30 年 4 月から 3 年間の第 6 次介護事業計画において、介護医療院は介護保険施設の一つであることから、総量規制の対象となっているものの、医療療養病床や介護療養病床（介護療養型医療施設）又は転換型老健については、介護医療院の転換を促進するため総量規制の対象外とする例外が設けられている。なお、令和元年 10 月 1 日現在の介護医療院の開設許可状況については 12 施設、定員 726 人である。

次に、療養病床転換意向等調査の結果について報告する。この調査は、療養病床を有する 84 の

医療機関にご協力いただき、平成 31 年 3 月末時点で調査を行った。介護医療院の転換を中心に見ると、平成 30 年度末で医療療養病床は 6,067 床あり、そのうち令和 3 年度末までに 242 床が介護医療院に転換予定である。また、同じように介護療養病床は 1,120 床あり、そのうち令和 3 年度末までに 981 床が介護医療院に転換予定である。転換時期については、令和 2 年 4 月 1 日の転換予定が医療介護療養病床合計で 64% と一番多く、令和元年 10 月 1 日の転換予定も 22% あったが、結果的には転換はなかった。実際の転換予定の施設数をあげていないが、調査結果上では、令和 3 年 4 月 1 日までに 16 施設にある医療又は介護療養病床が介護医療院の転換が予定されている状況にある。

### 2. 介護人材の需給状況について

**県長寿社会課** 平成 27 年は需要と供給ともに 25,336 人とバランスがとれていたが、令和 2 年及び令和 7 年の推計は表 1 のとおり不足している。

その対策の一環として介護ロボットの導入支援がある。県では、事業者がどのくらい導入しているかは把握していないが、平成 27 年度に国が初めて全国の介護施設に一気に介護ロボットを導入

表 1 山口県における介護人材の需給状況

区分	①需要推計	②供給推計	介護職員の不足数 (①-②)
令和 2 年 (2020 年)	30,343 人	27,891 人	2,452 人
令和 7 年 (2025 年)	33,196 人	29,487 人	3,709 人

表 2 介護ロボットの導入台数

分野	台数	主な機能
見守り支援	82 台	ベッド内蔵カメラ・センサーにより利用者の動きを知らせる
移乗支援	23 台	ベッドから車椅子等へ装着又はリフト機能により移乗させる
移動支援	7 台	歩行を電動でアシストする

させる目的で、全国で 52 億円、約 5 千台の介護ロボットの補助を行った。この時は、1 法人あたりの補助上限額は 927,000 円であった。県内の補助総額は 43,561,000 円で 52 事業所に 112 台を導入された。内訳は表 2 のとおりである。

その後、本県ではなかったが、今年度から地域医療介護総合確保基金を使って再び補助制度を導入した。ただし、今回は国の事業であったが、単県の事業となり、1 台あたり 30 万円で県内全体の補助総額が 600 万円となっている。また事業の内容は確定していないが、交付決定が終わっており、16 事業所に 48 台が導入される。内訳は見守り支援 41 台、移乗支援 6 台、入浴支援機器 1 台となっている。主に夜間の職員不足に対応す

るといことで見守り機器に人気が出ている。

**県医** 若年者の県外流出の問題について何か対策はあるか。

**県長寿社会課** 供給推計は離職率や離職者の介護分野の再就職率と新規の入所数を推計している。最初に推計したのが平成 27 年で、平成 29 年度には平成 30 年から令和 2 年度までの後期介護保険事業計画の中で見直しを行っているが、この数字は平成 27 年度のものを使っている。都市圏の景気回復に伴って人材を取られるのではとの予測はあるが、離職率が想定している数字よりも過大になればこの想定を超えることもあり得る。これほどにはならないように施策を打っているが、

出席者

郡市医師会

大島郡 山本 徹  
 玖 珂 吉居 俊朗  
 熊毛郡 新谷 清  
 美 祢 郡 坂井 久憲  
 下 関 市 伊藤 裕  
 宇 部 市 末富洋一郎  
 山 口 市 神徳 濟  
 萩 市 佐久間暢夫  
 徳 山 年光 宏明  
 防 府 原 伸一  
 下 松 和崎雄一郎  
 岩 国 市 藤本 啓志  
 小 野 田 萩田 勝彦  
 光 市 守友 康則

柳 井 濱田 敬史  
 長 門 市 桑原宏太郎  
 美 祢 市 札場 博義

県健康福祉部長寿社会課

施設班主幹 山本 昌克  
 介護保険班主査 田中 寛  
 介護保険班主査 末永 典世  
 地域包括ケア推進班主査 西村 俊

山口県介護支援専門員協会

会 長 二井 隆一  
 副 会 長 橘 康彦  
 副 会 長 松谷 法史

山口県訪問看護ステーション協議会

会 長 柴崎 恵子

県医師会

会 長 河村 康明  
 副 会 長 今村 孝子  
 専務理事 加藤 智栄  
 常任理事 清水 暢  
 理 事 吉水 一郎

ゼロにするのは難しい。国においても外国人材の導入の方向に舵を切ったが、これからどの程度の人材が確保できるかは未知数である。

県医 介護施設等における介護ロボットの活用状況は如何か。

県医 見守り支援の介護ロボットを活用しており、介護職員の負担軽減にはなっている。

県医 介護は拘束ができないので人気が高いのか。

県長寿社会課 身体抑制にかかわることでゼロを目標としている施設は該当すると思う。

### 3. 介護保険制度の施行状況について

県長寿社会課 山口県の高齢者を取り巻く現状として、高齢化率は 2016 年 32.8% で全国 4 位である。高齢者の人口は、2020 年 462 万人をピークに減少に転じる見込みである。

要介護（支援）認定者数については、平成 31 年 4 月末現在で約 9 万人であり、制度創設当初（平成 12 年度）に比べて 2.3 倍になっている。要介護度別認定者数については、2019 年 4 月現在で要支援 28%、要介護 72% と、2016 年 4 月と比較すると要支援 + 0.6%、要介護 - 0.6% となっている。サービス区分別利用者数及び給付費は、平成 31 年 4 月は約 7 万 5 千人で給付費は 98.9 億円、前年度と比べると利用者は 1,200 人の増加、給付費も 2.1 億円増加している。

平成 27 年 4 月～平成 30 年 4 月の間で居宅サービスのうち要支援と地域密着型サービスの数値の変動が大きいのが見受けられるが、これは予防訪問介護、予防通所介護が地域支援事業に移行されたことによる。また、小規模通所介護が地域密着型に移行されたことから大きく増減した。要介護度別特養入所サービス利用者数は、平成 27 年 4 月から原則要介護 3 以上となる法改正があり、要介護度 1・2 と全体に占める割合が約 4% と、平成 26 年と比べて約 8 ポイント減少している。

県医 総人口は減少し、高齢者は増加してくるが、要介護認定者数は今後も増える傾向にあるのか。

県長寿社会課 全国的にみれば増える状況にあるが、山口県は高齢者数が来年度ピークを迎え、75 歳以上の高齢者が増えていくので、今後も伸びていくことが見込まれる。

県医 介護度別認定者数については、以前から全国的には要支援 1・2 及び要介護 1 で全体の約半数を占めているが、この傾向はこれからも続くのか。

県長寿社会課 全国的には、制度発足から要支援 1・2 及び要介護 1 は 3.64 倍増えており、山口県においては、要支援についてはほぼ横ばいだが、要介護 1 が少しずつ増え、全体的にも少しずつ増えてくる。

### 4. 介護保険事業所の指定状況について

県長寿社会課 居宅サービス及び介護予防サービスについては、訪問入浴介護、訪問リハ、居宅療養管理指導の増減が大きい。施設サービスは、介護老人保健施設は 1 施設減、介護療養型医療施設は 9 施設減、介護医療院は 12 施設（726 床）増である。地域密着型サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護の増減が比較的大きく、在宅通所による医療・介護ニーズの高まりに応じてサービスの導入が進んでいくことが考えられる。

### 5. 介護給付費審査支払状況について

県長寿社会課 居宅介護サービスは、平成 28 年度と比べて 0.9% 減。訪問サービスは、訪問看護や訪問リハビリテーションなどが増加傾向で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、引き続き高い伸び率であり、これは在宅での医療介護のニーズの高まりによるものでないかと推測される。施設サービスは平成 28 年度と比べて 0.2% 減でほぼ横ばいである。

県医 居宅で在宅医療を受けられている人が増えているのか。

県長寿社会課 居宅で医療サービスを受けたい方が増加傾向に見受けられる。

県医 郡市医師会において、多職種との連携による居宅での在宅医療が増えてきているのか。

郡市 下関市は盛んに行われている。どちらかと言えば行政を巻き込んで下から体制を作っていく状況である。

郡市 宇部市は居宅も施設も両方増えている。

## 6. 山口県訪問看護ステーション協議会の活動状況について

### 山口県訪問看護ステーション協議会（柴崎会長）

本協議会では、管理者の能力の向上、訪問看護師に対するハラスメント対策、働き方改革に対応できるステーション作り、看看連携の推進を目的として掲げ、さまざまな活動を行っている。管理者の能力の向上については、研修が大切であり、本協議会では従事者研修を年 1 回開催し、その他の支部においても各地域のニーズに応じて研修を開催している。また、山口県看護協会の協力を受け、訪問看護師の育成事業として、企画等に加えさせていただいている。訪問看護師を増やすために、看護協会の協力を受け、入門研修を年 1 回開催している。訪問看護師になって 1 年未満で辞めてしまう方が多く、今年度より 3 年未満の訪問看護師を対象に訪問看護師新人研修会を開催、終了後に意見交換会の場を設け、辞められないように対策を講じている。

県としても活動は行っているが、地域差が大きいので、支部において多職種との交流や研修を行っていただいている。

県医 先程ハラスメントの話があったが、医療保険では複数での訪問看護は条件で認められているが、介護保険の要件はどのようになっているのか。

訪問看護ステーション協議会 介護保険でも認められており、むしろ医療保険より介護保険のほうが緩和されている。医療の場合は、訪問看護師は週 1 回だが、介護保険の場合は限度額内で何回でも認められている。精神科の訪問看護については、対策としては医師より指示があれば複数名（医師より指示があれば必ず 2 名）とされているが、実態としてはまだまだステーションの規模が

小さいと複数での訪問看護は不可能という現状がある。

県医 施設内のみを対象とする訪問看護ステーションも含まれているようだが、訪問看護師としての人数が増加したものの実際の訪問看護にはなっていないのか。

訪問看護ステーション協議会 なっていないわけではないが、人数の差は大変大きく、大規模なステーションは十数名抱えているが、少ないところは平均 2.5 名で、正職員は 1 名のところもある。

県医 県内の訪問看護師数は 1,960 名で、事業所数の 143 で単純に割り算してみると一つの事業所の人数は充足しているようにみえるが、居宅だけを行っている事業所の人数はかなり少ないのか。

訪問看護ステーション協議会 小さい事業所で一番困るのは 24 時間対応体制であり、このストレスが大きくて訪問看護師になる人が少ない。訪問看護師数がせめて 6～7 名いれば運営しやすい。

県医 近隣の事業所が合併するというのではないのか。

訪問看護ステーション協議会 母体がさまざまなので難しい。高知県では、へき地に訪問看護が不足しているので、訪問看護師を行かせようと県で対策されているようである。しかし、そこにできたステーションは小規模で、できてもすぐ潰れるという状況にある。どのような母体でどのようにされたかは分からないが、いくつかのステーションが一つの企業体として助け合いながら事業を行っているとは聞いたことはあるが、その後については把握をしていない。

県医 在宅支援診療所（以下、「支援診」）において、一人で 24 時間 365 日対応するのが難しいようであれば、最初の電話対応を訪問看護ステーションに任せ、訪問看護で対応してもらい支援診として届け出るとの話があったが、現実に対応できる場所は少ないと思うが如何か。

訪問看護ステーション協議会 地域性があると思うが、管理者一人が対応されているところもあり、

そのような施設は次の管理者が育たない。しかし、利用者のために 24 時間対応を行っているのが現状である。

#### 7. 山口県介護支援専門員協会の活動状況について

**山口県看護支援専門員協会（二井会長）** 本協会の会員数は 1,511 名である。われわれケアマネも研修、特に教育の部分に力を入れている。ケアマネは、資格を維持するために法定研修を所定の時間受けなくてはならず、試験合格後の実務研修については県の指定を受け実施している。それ以外にも講師派遣、調査研究、情報発信、他団体との協働・連携、会議等への積極的な参加をしている。

昨年度から山口県薬剤師会と協働で「お薬スカット解消プロジェクト」として、薬の管理ができない高齢者や認知症の方に対し、ケアマネが訪問のうえ調剤した薬局に薬を持っていき、処方された先生と連携をとりながら残薬を解消していく事業を行っている。

また、昨年度の当協議会でご説明させていただいたが、ケアプラン点検事業を行っている。本協会ではケアプランを点検するアドバイザーを養成、30 年度は下関市のケアマネに対しケアプラン点検を 28 事業所、100 件行った。今年度は、山口市からも委託を受け、山口市のケアマネが作成したケアプランを点検する予定である。受けられた事業所からは、今までは行政が実施していたため少し身構えていたが、同職種から同じ視点で受け入れられたと好評をいただいている。

**県医** ケアプラン点検事業は件数が増えているのか。

**介護支援専門員協会** 昨年は下関市のみであったが、今年度は山口市から委託を受けており、次年度も下関市と山口市からお願いしたいとの意向をいただいている。

**県医** 第三者の目で客観的にケアプランを評価できれば、レベルアップにつながると思うが如何か。

**介護支援専門員協会** 事業者の管理者を含めて、大規模事業所と小規模事業所があるが、小規模事業所はスーパービジョンの効果が出にくく、問

題点に気づきにくいこともあり、そういった面でも小規模事業所からは客観的意見がいただけて良かったとの意見をいただいている。点検の指標は赤本及び青本に基づき、主観を交えずに客観的に、また、ケアマネのサポート視点で行っていて、大変好評とのことで、次年度も山口市、下関市から依頼をいただいている。

**県医** 連携については、本会でもケアマネタイムを作成しているが、あまり活用されていないようである。先程の説明の中でケアマネも医療に関する知識の習得に力を入れているとの話があったが如何か。

**介護支援専門協会** 医師との連携として、ケアマネタイムを活用したり、入院時はケアマネが情報提供を行ったり、入院中も退院前カンファレンスに参加し、自宅訪問や調査等によりスムーズに退院につなげるようにしている。平成 30 年度の診療報酬改定で点数的に評価されたことから、少しずつケアマネも敷居の高さを感じないように研修等で伝えている。

**県医** ケアマネタイムの活用状況について会員に確認したところ、あまり活用されていないという声も聴くが、これから超高齢化が進んでくるので、きちんと連携できるように些細なことでもよいので相談していただきたい。

#### 8. 中国四国医師会連合総会（第 2 分科会）の報告について

令和元年 9 月 28 日（土）に高知市で開催された中国四国医師会連合総会について、第 2 分科会（地域包括ケアシステム）の報告をした。

※本会報 11 月号参照

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門  
看護学書 **井上書店**

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090

【ホームページアドレス】 <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

## 「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

「若き日（青春時代）の思い出」をご紹介いただける投稿を募集いたします。

### 投稿規程

字数：1,500 字程度

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

### 【原稿提出先】

山口県医師会事務局総務課内 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](mailto:kaihou@yamaguchi.med.or.jp)

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは  
随時  
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

# 令和元年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

## メインテーマ

### 「待ったなしの働き方改革～勤務医の立場から～」

と き 令和元年 10 月 26 日（土）10：00～17：05

ところ ホテルメトロポリタン山形

主 催 日本医師会

担 当 山形県医師会

日本医師会の主催、山形県医師会の担当により標記協議会が山形市にて開催された。本会からは今村、加藤、中村、白澤、郷良、勤務医部会からは松永企画委員が出席した。

#### 特別講演Ⅰ「日本医師会の医療政策」

座長：山形県医師会副会長 中條 明夫

日本医師会副会長 今村 聡

日本医師会は、医師自らが国民に対して医師と医療の質の保証に責任を負う体制を構築すべく、作られた組織である。日本医師会綱領を掲げ、医師として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している。

新しい時代を迎えたわが国は、高齢化や高齢者の増加による社会保障費の増加という問題に直面している。2008 年をピークに総人口は減少傾向となり、生産年齢人口もそれに比例して減少の一途を辿っている。社会保障費を減らすために行われる改革が医療・介護に対する支出の抑制、ひいてはそれらの質の低下をもたらすようでは国民の健康を守ることはできない。日本医師会は、単に社会保障費を減らすのではなく、健康寿命を延伸することで必要となる社会保障費を減らす取組みを行っている。その一つが健康寿命の延伸である。

医療の役割は診断と治療だけではない。生涯を通じ国民が健やかに過ごすためには予防医学が重要である。具体的には健（検）診データの一元化による生涯を通じた健康管理、加えて経済団体・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って健康寿命の延伸を目指している。

新たな時代の中で、医療の世界にも情報化の流れがやってきている。日本医師会は高いセキュリティを確保したネットワークを実現することで、各医療機関が電子紹介状などを安心してやりとりできる環境づくりにすでに取り組んでいる。

以上のように、日本医師会は国民にとっても、そしてわれわれ医師にとってもよりよい医療環境を実現すべく活動を行っている。私も、山口の医療に少しでも貢献できるよう、改めて努力せねばならないと身の引き締まる思いがした。

[報告：山口県医師会勤務医部会企画委員、

済生会山口総合病院研修医 松永 一真]

#### 特別講演Ⅱ「複眼的にものをみる」

座長：山形県医師会副会長 清治 邦夫

山形大学医学部参与、国立がん研究センター

名誉総長、東京脳神経センター所長

嘉山 孝正

嘉山先生は、1975 年に東北大学医学部を卒業し、東北大学脳神経外科に入局、94 年に東北大学医学部の講師から、山形大学の助教授として赴任、96 年に教授に就任、2002 年には病院長、03 年には医学部長に就任。さまざまな斬新な改革で有名であり、2010 年に就任した国立がんセンター理事長としても、新しい風を吹き込まれた人という印象が残っている。どのような話になるのか、タイトルからは今ひとつ分からなかった。

講演内容を私の理解した範囲内で紹介する。

「日本人は流れに乗ってしまう。物事の決定過程：研究業務の決定過程、医療業務の決定過程、政策の決定などがあるが、それらの決定が何故、時に適切ではないのか、考える必要がある。

演繹的推論には、理念や前提があり、抽出が行われ、結論が出される。この結論には、論証が必要で、結果には、光の部分と影の部分がある。したがって、複眼的にみることが大事になってくる。

赤福餅で偽装があり、余った商品を冷凍保存して解凍したものをその日の製造として販売するという問題が大きく取り上げられた。食中毒の観点からは、あってはならないことではあるが、環境保全という観点から考え直すと余ったものは処分するという事は正しくなくなる。持続可能な社会を考えた時に、どちらが正しいかを決定するのは困難な問題でもある。

医療政策の問題点として、闇雲な検診率向上は正解か。早期発見は癌死亡率の減少をもたらす。5 大がん検診率 50% 以上を検証する。乳がんに関してはエビデンスがある。他のがんでは不明で、日本では検診率は低くても、成績がいい。フリーアクセスがあり、外来受診が容易で、このことが早期治療を可能にしている。検診数が増えると外来診療に支障が起り、フリーアクセスが制限され、がんの早期発見ができなくなる。現在、乳がん以外では日本のがん治療成績は世界で一流である。複眼的にものをみず、一つの理念だけで物事を決定すると現場と乖離する。

日本ではがんの制圧に力点をおいているが、がんは 20 年経つとコントロールできる病気になる。米国はニューロサイエンス、神経ネットワークの研究に軸足をシフトしている。」

複雑なシステムをいじると、予期しない結果が生じるということを、「The low of unintended consequences」とシステム論では言うそうである。厚労省の政策に当てはめてみると、医療は複雑系なので、意味深い講演であったと感じた。

[報告：山口県医師会専務理事 加藤 智栄]

## 日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平

### 1. 勤務医委員会諮問と検討概要

会長諮問「勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について一特に、若手勤務医を対象に一」を受け、①若手勤務医の身分と会費、②入会促進に向けた取組み、③臨床研修修了後(会費減免終了後)の対応、④三層構造に起因する異動手続きの簡素化、⑤日本医師会「医師の働き方検討委員会」に勤務医委員会委員の参画等について協議した。先進的事例として、京都府医師会の「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」における里親的精神で良医を育てて全国へ輩出する活動と、北海道医師会の「若手医師専門医委員会」という 50 歳未満の医師で構成された委員会の活動について聞き取りをした。

### 2. 令和元年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

日医ジュニアドクターズネットワーク活動に参画した医師から「若手医師が医師会活動を行っていくには、Passion、Support、Ability の 3 要素が必要である」との意見等があった。

### 3. 全国医師会勤務医部会連絡協議会

令和元年度の本協議会のプログラムや宣言(案)についての意見交換をした。

### 4. 勤務医座談会

全国より 5 名の勤務医が出席し、その内容は『日医ニュース』令和元年 9 月 20 日号から 3 回にわたり掲載中である。

泉 委員長は任期最後の報告として、「日本の医療を持続可能にするために勤務医も医師会活動に参画を！」と締め括られた。

[報告：山口県医師会副会長 今村 孝子]

## ランチョンセミナー

「慶應鶴岡発バイオテクノロジーが創る健康長寿社会」

座長：山形県医師会会長 中目 千之  
慶應義塾大学先端生命科学研究所所長、

慶應義塾大学環境情報学部教授 富田 勝  
2001 年に、山形県及び庄内地域市町村との連

携のもと、山形県鶴岡市に慶應義塾大学鶴岡タウンキャンパスが設置された。鶴岡タウンキャンパスは、鶴岡市の公園として整備され、慶應義塾大学先端生命科学研究所のほか、「東北公益文科大学大学院」、「致道ライブラリー」が設置されている。先端生命科学研究所の研究は、先端的な分野の研究開発を行い、研究教育活動を進展させ、産官学の連携を促進しながら、創出した諸技術を自治体、企業等に積極的に移転し、わが国における科学技術水準の向上と地域振興に貢献することを目的としている。そのような経緯から、「サイエンスで地方再生を」、「世界から注目される地方都市」、「人づくり革命で地方再生」、「最先端技術が地方の消滅を防ぐ」を念頭に活動を行っている。当初は、「一軍は東京にいる」という固有概念から研究者集めに苦労したし、研究成果も「人は失敗し学ぶ」と言い聞かせて頑張ってきた。現在では世界中から優秀な若手留学研究者 27 名も集まり、活発に研究活動を行っている。

#### 研究に関して

・生命現象を包括的に理解しようとするとき、DNA 塩基配列の網羅的解析（ゲノム解析）や、たんぱく質の網羅的解析（プロテオーム解析）に加えて、代謝物物質の網羅的解析（メタボローム解析）や細菌叢の網羅的解析（メタゲノム解析）はきわめて重要である。先端生命科学研究所は、キャピラリー電気泳動（CE）と質量分析計（TOFMS）を組み合わせたメタボローム解析装置を開発した。この CE-TOFMS は生体サンプル内の数百種類のイオン性代謝物資を一斉に定量することを可能とする。

・医療分野では、特定の疾病患者の血液と正常者の血液をメタボローム比較することによって、その疾病待有に増減する代謝物質（バイオマーカー）を発見することが可能となる。現在までに各種がんやアルツハイマー、うつ病などの精神疾患、肝炎、腎炎などを血液分析で診断する方法を開発している。うつ病はバイオマーカーとしてエタノールアミンリン酸（EPA 濃度）が低いことが特徴である。EPA 濃度の高低で処方薬の増減も可能となる。また、唾液で、口腔がん、乳がん、膵臓がん

を発見する手法も開発し、唾液 1 滴でがん 5 種類のスクリーニング検査（約 2 万円）が可能となった。  
・spiber（スパイバー）という会社を設立し、アニマルフリー、低価格、脱石油のカシミアを凌ぐ新素材の原毛を開発した。これを利用して、新素材 T シャツ、人工タンパク質素材の高機能ウェア（ムーンパーカー）の販売も行っている。

#### 地域協働に関して

・庄内地方の高校生を対象に、研究助手・研究生として 15 名を公募している。高い競争率で希望者も多い。出願条件は、受験勉強せずに研究所での研究成果で AO 入試を受け合格する覚悟のある受験生というユニークなものである。  
・庄内地方の健診で 3 年ごとに 1 万人の血液を集め、25 年追跡してメタボローム解析を行っている。30ml の追加採血が必要であるが、受諾率は 89% と高い。

最後に、「大学発ベンチャー企業のためには、基礎研究振興が非常に重要で、大学強化を疎かにできない」、「本当のブレイクスルーというのは、最初はホラに聞こえる」、「人と違う挑戦を愚直に」と述べられて講演を締めくくられた。

付記：録画録音撮影禁止という事が強調されたため、少々記憶が曖昧な部分もありますが、ご容赦ください。

【報告：山口県医師会理事 白澤 文吾】

#### シンポジウム I

##### 「勤務医の働き方改革」

座長：山形県医師会常任理事 佐藤 慎哉

山形県医師会理事 多田 敏彦

##### 「山形県における勤務環境に関する調査報告」

山形県医師会常任理事 間中 英夫

##### 「医師の働き方改革の方向性」

厚生労働省医政局医事課医師養成等

企画調整室長 加藤 琢真

##### 「病院運営と働き方改革～現場の懸念」

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

理事長 栗谷 義樹

## 「チームで支え合う働き方を目指して

～誰もが活躍できるために～

## 日本赤十字社医療センター

第一産婦人科部長 木戸 道子

間中常任理事 勤務の実態の把握、改正法施行後の対策の資料とするために実施された山形県内 67 病院に対してのアンケートの結果について報告する。時間外労働の多くが 10～40 時間であったが、100 時間超えも 5% 程度であった。医師も労働者と考えている医師が約半分であった。また、応召義務があるから医師の勤務を労働基準法で縛ることはおかしいと考える医師が 20% 程度。労働環境における満足度は 60%。35 歳未満では年休消化 0 日が 30% 以上あった。自己研鑽と時間外労働は区別している医師が多かった。宿日直回数は 35 歳未満、以上でありあまり差がないが、中堅では院外オンコールが多かった。

加藤室長 診療業務の特殊性を考慮しても、医師の過労死をいかに防ぐか、地域医療をどう保つかが一番の肝。B、C 水準は一般でいえば過労死水準であり、いかに健康を確保するかが問題となる。勤務間インターバルをとる、連続勤務時間を制限することが必要。最終的な目標は A 水準である。応召義務は医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない。看護師特定行為研修もあり、今後は外科術後管理、術中麻酔管理、在宅慢性期管理などはタスクシフティングすべき。

栗谷理事長 2008 年の県立日本海病院と市立酒田病院の統合後、ベッドは減らしたが医師が増えた。大学以外に元の病院にいた開業医の応援も得て運営している。タスクシフティングでは医師事務作業補助者を利用、また、AI 問診システムの Ubie を導入した。これは事前問診をデジタル化するもので、その結果、考えられる病名リストが呈示される。また、お薬手帳をスキャンすると類似薬が出てくる。おかげで患者退出後のカルテ記載時間が減った。心電図伝送システムを導入、スマホ、タブレットで来院前にも確認することがで

きる。働き方改革では、行き過ぎた行為の是正は必要だが過度の反応は弊害になる。真の働き方改革は時代と状況変化に適応できる人材の育成と考える。

木戸産婦人科部長 平日の昼間のお産は全体の 2 割程度。圧倒的に休日、夜間のお産が多い。休日、夜間は大きな病院でもマンパワーとして 1/10 程度となる。そこで変則 2 交代勤務をはじめた。夜勤は夜だけで、夜に来て翌朝に帰る。日勤者は夕方に夜勤に任せて帰る。連続勤務は 13 時間までとしている。しかし、日中の人員が不足することがある。日中の人員減への対応として、看護師や医師事務作業補助者と有機的なタスクシェアリングを行っている。また、IT 活用で診療情報を共有することによって病診連携を進めている。他にも交代勤務のデメリットとして、勤務医の収入が減ること、自己研鑽が中途半端になることがある。いずれも住民の理解が必要である。経営改善と働き方改革は相反している。まずは地域の医療の未来像を描くべきと考える。

ディスカッションでは「病院同士を統合すれば働き方改革がうまくいくのか、それとも統合せずに乗り切るべきか」という質問があったが、加藤課長は、「まずは病院がどのような機能を果たすべきかを検討する、そして統合が最善か、そうでないのかを地域地域で考えるべき」と答えた。

栗谷理事長は、「大学が支持してくれないとうまくいかない、やる気があって能力のないリーダーは最悪」と発言した。

「大学の勤務医は、給料が少ないので土日に当直している、それをどうやって管理するのか？一番研究をしなければならない時期に当直等に忙殺されている。これが正しいのか？」という意見に加藤室長は、「研究をするのは医師だけには留まらない。他学部も含め大学院生がどうあるべきか？文科省と話し合わなければならない。無給医に関してはあってはならないこと。」と応じた。

特別講演 II の嘉山孝正 山形大学参与から「プロフェッショナルな職業に制限をかけるとは何事か？ OECD で 30 年間トップの日本の医療のレベ

ルの高さがガタガタになる」という意見に対し、加藤室長は、「労働者保護が医療界には全くなかった、少しかもしれないが過労死に追い込まれた者もいる」と応じた。

「働き方改革は暗い、明るさがない、鞭しかない。努力した人には飴を与えよ」という意見もあった。

[報告：山口県医師会常任理事 中村 洋]

## シンポジウム II

### 「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」

座長：山形県医師会副会長 神村 裕子

山形県医師会常任理事 間中 英夫

講演 1 「山形県内病院医師の定年退職後の働き方に関する調査報告」

山形県医師会常任理事 吉岡 信弥

講演 2 「地域医療に必須なシニア世代医師の活躍」  
八幡平市病院事業管理者、岩手県立病院名誉院長、

岩手県医師会参与 望月 泉

講演 3 「二度の公務員定年退職（米沢市立病院診療部長・山形県立米沢栄養大学教授）後、慢性期病院での勤務医師」

山形ロイヤル病院内科医師 八幡 芳和

講演 4 「輝けるシニア医師 定年後の未来像」

愛知県医師会副会長 市川 朝洋

講演 5 「山形大学医学部が提供する『リフレッシュ医学教育』」

山形大学医学部附属病院副病院長、

山形県医師会常任理事 佐藤 慎哉

シンポジウム II では、「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」と題して、勤務医の定年退職後の働き方について焦点を当て、5 題の講演とディスカッションが行われた。定年後の働き方に焦点を当てた企画は、全国医師会勤務医部会連絡協議会としては初の試みである。

日本では人生 100 年時代を迎えると言われていいる。仮に 65 歳で定年したとして、その後の 30 年以上をどのように過ごすかは重要な問題であり、生き甲斐の面からも経済的な面からも高齢者の就労は緊急の課題となっている。政府は 2018 年 6 月の「人づくり改革 基本構想」で、「年齢による画一的な考え方を見直し、すべての世代

の人々が希望に応じて意欲、能力を活かして活躍できるエイジフリー社会を目指す」と宣言し、同年 10 月の未来投資会議で「70 歳までの就労機会の確保」との方針を掲げた。

講演 1 の定年退職後の働き方改革に関する調査報告では、多数の医師が再就職を希望しており、同じ地域（病院）で同じ診療科を継続する希望が多いことが示された。定年後に住み慣れた場所あるいは働き慣れた病院で仕事内容を縮小して働くことは、知的、身体的負荷が少なく精神的負担も小さい、望ましいモデルの一つと思われる。一方で、講演 2 で示された県立病院では、希望すれば 3 年間の退職延長制度があり、それまでと同等の仕事を維持し、65 歳時の給与も維持される。個人的やりがい、生き甲斐という面でも経済面でも望ましい雇用形態であろうと思われる。講演 3 の八幡芳和先生は、勤務施設、勤務形態が変遷しても一貫して糖尿病治療を軸に活躍されてきた。エネルギーで今なお期待される以上のパフォーマンスを発揮されているように感じられ、幸せな、しかしある意味例外的なモデルの一つと思われた。

また、講演 2 では、シニア医師が、豊富な診療経験があること、地域の事情に精通し広い人脈もあることから、専門医から総合医になる、あるいは縦割りの診療科の隙間を埋めるような活躍が期待されると述べられた。講演 4 でも同様に、65 歳を過ぎたシルバー医師は、医療全般の総合的知識、技術を持っており、かつ知的、身体的にもいまだ医療に係る能力をもつことから、総合的に医療の偏在に資するとの意見が述べられた。それは、医療の世代ごとの役割分担であり、年齢に応じて役割が変化していくナチュラルコースと思われる。

しかし、医師として患者に対する以上、一定の知的、技術的水準が求められることは定年前と変わらない。定年前と同じ診療科を継続する場合は問題は少ないが、診療科を変更する場合や、専門医として特定の疾患のみに関わってきた医師や基礎医学、社会医学を専門としてきた医師が総合診療を指向する場合、それに対応できるべく研修を行える場が必要である。講演 5 の「リフレッシュ

医学教育」はその取組みの一つである。このような教育システムは、医師のためにも患者のためにも非常に重要であり、国や県など公的レベルを中心に構造的に制度設計されるべきと思われた。

ディスカッションで、医師が認知症になった(と思われる)とき、どのような回路で引退していただくことが可能か、との問題が提起された。本人が納得しない引退は困難という点で、いま社会問題となっている自動車運転免許の返納問題と類比的である。自己判断による自制不能が問題の本質である以上、行政などによるある程度強制力を持った勧告制度が必要かもしれない。

[報告：山口県医師会理事 郷良 秀典]

### 山形県医師会勤務医交流会

と き 令和元年 10 月 27 日 (日)

9:00 ~ 11:00

ところ ホテルメトロポリタン山形

10 月 26 日に山形県で開催された、令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会に引き続き、27 日に開催された山形県医師会勤務医交流会に参加させていただいた。

「勤務医の働き方を考える」をメインテーマとし、「専門医取得後のサブスペシャル専門医取得や学位取得」「現在勤務中の病院で勤務医をいつまで続けたいか」「時間外勤務上限 年 1,860 時間をどう考えるか」をサブテーマとして、グループディスカッションが開催された。

医学部学生、研修医、若手医師を中心としてディスカッションが行われるとのことであったが、実際には名誉院長や准教授の先生方などの参加が多

く、研修医や若手医師の参加はごく限られていた。しかしながら、いずれのグループにおいても世代を超えて積極的な討論がなされていた。

ディスカッションの中でも、働き方改革をテーマとした討論では特に活発な議論が交わされた。働き方改革は、主に過労死を防ぐことを目標とした改革である。そうであるにもかかわらず、時間外勤務上限ばかりに焦点が当てられ、それ以外に過労死を防ぐ手段についてはあまり語られていない感がある。具体的には医師の健康確保や医師偏在対策、労働環境整備などである。偏った働き方改革が行われてしまうことで、地域医療の崩壊がもたらされるのではないかといった懸念は、全国共通の話題のようである。上限の中で今までと同じ量の仕事をこなすことは現実的ではなく、結局のところ時間外労働を申告せずに仕事が行われる可能性がある。国は医師の労働を減らすべくタスクシフトを推し進めようとしているが、新たな職種を創設してそれに対応しようとするれば、実際にその役職が機能するまでにあまりにも時間がかかりすぎる。すで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べきである。働き方改革は医師だけでなく、さまざまな職種の医療スタッフとの協力の中でなされるべきである。

今後の医療をめぐる課題は山積している。これからの医療を背負って行かねばならないわれわれ若手医師こそ、積極的にこれらの課題に関心を向け、改革を迎える責任があるのだと痛感した。

[報告：松永 一真]

かなえたい  
未来がある。

応援してください。  
やまぎんも、私も。  
石川 佳純

YMFG  
Yamaguchi  
Financial Group

山口銀行  
YAMAGUCHI BANK

# 第 41 回 産業保健活動推進全国会議

と き 令和元年 10 月 10 日 (木) 13:00 ~ 17:30

ところ 日本医師会館大講堂

[ 報告 : 常任理事 中村 洋 ]

## I 開会挨拶

厚生労働大臣 加藤勝信 (代読: 厚生労働省労働基準局安全衛生部長 村山 誠) 産業保健活動に期待される役割は、働く現場における健康管理、作業管理、作業環境管理に集約されるが、近年は政府が取りまとめた働き方改革実行計画にも盛り込まれている通り、産業医・産業保健機能の強化、治療と仕事の両立支援を確実に推進していくことが特に求められている。産業医・産業保健機能の強化については健康リスクが高い労働者を見逃さないために、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実行される仕組みを構築するとともに、産業医の独立性や中立性を高め、産業医学の専門的立場から一層効果的な活動を行いやすい環境を整備することを内容とする改正労働安全衛生法が本年 4 月より施行されている。また、近年、社会的な注目を集めている過労自殺等の課題がある。このような事案を二度と繰り返さないためにメンタルヘルス対策の強化も求められている。治療と仕事の両立支援については、脳心臓疾患のリスクにつながる血圧、血糖、脂質等の有所見率が年々上昇し、疾病リスクを抱える労働者は増加傾向にある。労働者の高齢化が進んでいく中で、職場においては疾病を抱えた労働者の治療と仕事の両立への対応が必要となる場面が増えることが予想される。このようなことから支援の方法や医療機関等との連携に悩む事業場の担当者もおり、治療と仕事の両立支援に取り組む企業に対する支援を推進することが求められている。働き方改革の重要な柱の一つとして、多様な働き方ができる社会の実現が挙げられているが、このような働き方を選択する方々のセーフティネットとして、こうした対策の実効を上げることが不可欠だと考えている。皆様には引き続きの協力をお願い申し上げます。

日本医師会長 横倉義武 人口減少社会において、人生 100 年時代を見据えた取組みがさまざま行われており、社会の活力の基盤である労働者の健康管理は非常に重要な課題である。産業保健活動の推進は、労働者の健康の保持増進を通じて、わが国の持続可能な社会の構築に大きく貢献するものと確信している。今年 4 月より働き方改革関連法が順次施行されており、労働者各々の事情に応じた多様な働き方を実現する働き方改革を総合的に実現するため、時間外労働時間の上限については新たな制度に加え、産業医・産業保健機能の拡大、有給休暇 5 日間の取得義務付け、勤務間インターバルの普及・促進など健康確保措置の充実などが抱えられている。働き方改革を機に、産業医の先生方や産業保健活動総合支援事業に期待される役割はますます増大しているが、日医で昨年 1 月に実施した産業医に関する組織活動の実態調査では、職務の多様化と負担増、産業医の地位向上について多くのご意見をいただいている。日医はこれまでに認定産業医を 10 万人以上養成しているが、こうした背景から産業医活動を支援する体制の整備が急務となっており、そのためには、産業保健活動に取り組んでいるさまざまな組織が一致団結して活動を行うこと、地域のかかりつけ医と連携することが重要である。

労働者健康安全機構理事長 有賀 徹 当機構としては事業場における産業保健活動への積極的な支援、充実したサービス等、引き続き機能の充実及び強化を図っていきたいと考えている。今般、産業医、産業保健機能の強化については、働き方改革関連法、労働者の健康管理をするための産業医の環境整備、労働者に対する健康相談の体制整備においても重要視されている。こうした点を踏まえ、産業医の資質向上に向けて、産業保健総合

支援センターにおける産業医研修を各地域のニーズに踏まえて行っていくので引き続き地域医師会の先生、多くの関係者からご支援を賜るようお願いする。治療と仕事の両立については、平成 30 年度より診療報酬に療養就労両立支援指導料が新たに新設され、働き方改革といった背景もあり、両立支援コーディネーターの研修技術が大変高まっている。そこで、今年度は本部が主催する研修会、産業保健総合支援センターと労災病院による研修会の開催など 28 回の研修会に加え、現状の参加制限枠の拡大を図り、研修を追加する考えである。

**産業医学振興財団理事長 清水英佑** 産業保健関係を取り巻く状況の変化には目まぐるしいものがある中、昨年の働き方改革関連法の成立に伴い、産業医の職務、権限や責任はさらに拡大している。産業医を中心とした産業保健のチームとしての対応により課題解決に向けて共同することの重要性が高まっている。現在、職場の健康問題に対する社会の一般的な認識は以前にも増して確実に高まっており、これは産業医、産業保健活動を大きく前進させる絶好のチャンスであり、産業医、産業保健活動を担う人々を育成し、活動を支援する幅広い取組みが重要となっている。当財団としても、産業医学研修事業、講習会実施事業、産業医学調査研究事業、産業医科大学助成事業等を通じて知恵を集め、企業規模や業種の如何を問わず、すべての労働者が健康で生き生きと働けるような環境を実現するという、産業保健の究極の目標に向けて進んでいかなければならない。

## II 産業保健総合支援事業に関する活動事例報告

### (1) 神奈川産業保健総合支援センターの両立支援に係る取組について

#### 神奈川産業保健総合支援センター

#### 産業保健専門職 西尾 泉

当センターの支援体制は、常勤スタッフである 2 名の専門職、登録されている産業医相談員の先生及び両立支援促進員である。促進員は 19 名のうち 17 名が社会保険労務士、2 名は保健師となっている。まず、2 名の専門職が相談を受け、継続

的な支援や事業場への訪問が必要となった際には、専門職と促進員がペアをとって対応している。両立支援は、本人の体調から社内制度のことまで多岐にわたる場合が多いため、異なる専門職がペアになって対応する体制をとっており、相談の内容によっては産業医の先生にご協力いただいている。こうしたセンター内での連携のほか、他機関との連携による支援体制もある。

神奈川両立支援モデル（4 大学モデル）と題して、県内の大学医学部と連携し、各大学の相談室で受けた相談のうち、職場との調整、職場への支援が必要と思われるものは当センターに繋げてもらっている。また、連携をスムーズに行うために担当者連絡会議を年 2 回開催して事例検討を行っている。

当センターでは平成 29 年度に両立支援カードを作成した。これは両立支援制度の普及とともに、患者（労働者）の方に、病気になっても仕事を続けられる支援があることを広く知っていただくためのものであり、先の 4 大学、医療機関、薬局に 17,000 枚配付している。配付に際しては、病院協会や薬剤師協会、行政や商工会議所といった窓口にも配布しており、計 30,000 枚以上の配付実績がある。

治療と仕事の両立支援の取組みについては、当センターで 4 つの支援を行っている。1 つ目は産業保健に従事されている方を対象とした啓発セミナーである。両立支援をテーマとしたセミナーは 2017 年度より開催しているが、2018 年度は産業医研修、産業保健セミナー、その他セミナーを合わせ延べ 600 人以上の方に受講いただいた。2019 年度は昨年度より回数を増やして実施する予定である。また、両立支援コーディネーター希望者を対象に養成研修を行っている。この研修会は 2015 年から機構で実施されてきたが、2018 年から一部の産保センターでも実施している。両立支援コーディネーターは医療機関と事業所の情報共有を図り、患者労働者の復職がスムーズなることを支援する。当センターの研修会では、昨年度 110 名、今年度 60 名が受講されている。2 つ目は相談対応である。患者からの相談内容としては抱えている不安や不満が多く、事業場から

の相談としては復職サポートのやり方がわからないという傾向がある。3つ目は個別訪問支援である。これは両立支援に関係する社内制度を整えたり、社員教育などを考えたいという事業所に対するサポートである。この支援を広げるために、個別訪問指導の専用リーフレットを作成したり、ビジネスサイトに産保センターの情報を載せたり、ダイレクトメールなどで研修受講者へお知らせしている。また、事業所の集まる場に出向き、直接会う取組みもしている。労働安全衛生週間では県内 12 か所に出向き、産保センターの取組みを PR している。また、相談コーナーも設けている。4つ目としては個別調整支援である。

目指していることを 3つ挙げる。1つ目としては主治医からのカードを通じた情報提供である。両立支援の取組みを知らずに仕事を辞める人がいるため、診断後の早い段階で主治医から両立支援の情報提供ができる取組みを考えている。2つ目としては両立支援の活用促進である。両立支援の取組みは十分に理解されているとは言えない。今後も患者労働者や事業者に対して PR を強化して広く活用されることを目指している。3つ目としては支援のクオリティーの向上である。まだ始まったばかりのため、連絡会議を通じて成功事例を積み上げていきたい。

## (2) 福岡産業保健総合支援センターの両立支援に係る取組について

### 福岡産業保健総合支援センター

#### 労働衛生専門職 三谷 梨紗

当センターの実施体制の特徴としては、産業保健専門職のほか 2 名の労働衛生専門職にも保健師が採用されている。日々の業務の中での意見交換や、両立支援事業開始による医療機関や事業場との連携の危機場面の増加も、保健師が複数名いることで業務を円滑に進めることができている。現在、両立支援促進員として 14 名の先生方を委嘱しており、企業からの相談に応じて多職種で連携ができる体制となっている。

関連機関との連携については、本県では大企業の支店や下請けが多いという特徴があるが、そのような事業場では産業保健体制が整っておらず、

両立支援も含め地域産業保健センターを利用していることが多い。今後も地産保との連携が重要であり、診療や企業訪問などで労働者と係わっている医師会の先生方にご協力いただきながら事業を進めていきたい。両立支援相談窓口の体制については、県内 2 か所の労災病院に両立支援相談窓口を、福岡大学病院、久留米大学病院、九州大学病院の 3 か所に出張相談窓口を設置している。

両立支援事業実績については、平成 30 年度の当センターで受けた相談数 69 件のうち労働者・家族への支援 16 件、事業場への支援 53 件である。相談内容としては、両立支援の進め方や関係者との連携も含めた事業場内体制の整備が多い。両立支援相談窓口で受けた相談 31 件のうち 30 件が労働者への支援である。相談内容としては、社労士が対応していることもあり、社会保障制度に関する相談が多い。2019 年 4 月 1 日～7 月 31 日までの実績は、当センターで受けた相談 27 件で、相談内容としては事業場内体制の整備が多く、治療中の働き方や就業上の措置などの労働者個人への対応も増えている。また、両立支援出張相談窓口で受けた相談は 30 件で、今年度より九州大学病院に窓口が追加され件数が大幅に増えている。

今後、運用上の課題としては、対象となる疾患や事業場が限られていることである。メンタルヘルス疾患に関するものや他県に勤めている方からの相談も多く、対象疾患の拡大や情報共有のあり方について検討していく必要がある。また、産業医を選任していない事業場からの相談が多いことも挙げられる。当センターの調査では、地産保の利用状況は県内の小規模事業所の約 1%であった。地産保と連携し、産業保健全般の支援をする必要がある。継続性の課題としては、相談者が支援の必要がなくなれば連絡が途絶え、その後の経過がわからないケースもあり、事例収集についても検討の必要性がある。

## (3) 西脇地域産業保健センターの活動について

### 西脇地域産業保健センター

#### コーディネーター 二宮 利春

当センターは南北約 60 km、東西約 25 km を管轄としており、事業場状況は 50 人未満が 97%

である。運営協議会は 13 名の委員で構成されており、管轄地域の各医師会から 2 名、労働基準監督署から 2 名、労働基準協会から 1 名、登録産業医は 75 名である。

健康相談実施件数については、平成 30 年度が 239 件、そのうち産業医の事業場訪問件数は 219 件であり、訪問率は 92% と高い。新規事業場の産業医派遣までの流れとしては、医師会と事業場の調整が終了した段階で、産業医の事業場訪問月を来年度の年間健康相談予定表（事業計画）に計上することで、毎年の健診後の事後措置が定期的に実施できる。年間健康相談予定表を作成する際は、前年度の担当産業医を参考にして医師会で産業医を決定している。既存事業場の産業医派遣までの流れとしては、産業医の事業場訪問予定月の 2 か月前に、電話にて事業場の状況確認をすることで健康相談・面接指導を促している。

健康相談については、各事業場年 2 回までの利用としている。なお、労働基準監督署の要請があった場合は別であり、3 回以上の健康相談を希望される事業場は近隣の医療機関で有料の面接・面談指導を受けてもらっている。健康相談意見聴取については年々増加傾向にあり、産業医の意見記録書を事前に作成するにあたり、健康診断結果で総合所見が異常なし以外の方の名簿を作成することを事業場に徹底している。コーディネーター相談対応実績では、事後措置が最も多い。

今後の課題としては、産業医不足、健康相談事業場の削減、業務の効率化がある。健康相談事業場の削減についてはグループ本社に専属の産業医が在籍している場合、グループ本社の産業医に健康相談を実施していただくよう事業場に依頼する。

#### (4) 徳山地域産業保健センターの活動について

##### 山口産業保健総合支援センター

産業保健専門職 岸野 朝子

平成 30 年度の産業別・事業場数並びに従事者数の割合に県との大きな隔たりはない。本センターの登録産業医は 11 名、個別訪問件数 7 件、相談件数 92 件であり、相談人数は 803 名であった。

産業保健専門職配置の経緯としては、センターの調査研究で明らかになった各地域窓口の実情に鑑み、大手製造業を中心とした地域の中小企業も多いため、地域窓口の活性化、事業場の健康確保対策の強化を目的に配置された。50 名未満の事業場の健康診断実施率は向上しており、事業場の義務としての医師の意見聴取についても徐々に実施件数が増えている。しかし、当センターを知らない事業場も多数あり、医師の意見聴取の位置づけ、保健指導についても十分な理解を得られておらず、当センター、地域窓口の存在を広く周知していただくために、各種協議会に参加し、当センターの事業紹介や保健指導の申込等を説明している。

問題点として、産業保健総合支援センター・地域産業保健センターの認知度が低いのと同時に、医師の意見聴取・保健指導の法的な位置づけや必要性の理解も低いことがある。製造現場や建設現場では安全への意識は非常に高いが、衛生方面についての産業保健活動に対する関心は低い。また、小さな運送業や建設業では従業員が不在のため、面談が難しいケースもある。

活動を促進するためには、医師の意見聴取に同行する際は積極的に保健指導に結び付けるとともに、担当者と話をして時間の調整をすることも必要である。また、地域産業保健センターに産業保健専門職を常駐することで地域の労働基準監督署、労働基準協会、商工会議所、健康福祉センター、市町の保健師と連携を取りやすい。

### Ⅲ シンポジウム

#### 「産業医が安心して活動に取り組める環境の整備」

##### (1) 産業医組織化への期待

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 井内 努

労働災害による死亡者数の推移については、過去最多は 6,712 人であったが、労働安全衛生法の施行により減少している。しかし、近年は業務上疾病者数の推移と同様に横ばいの状況にある。有所見率の割合は上昇しており、高齢化を踏まえると今後も増えていくものと考えられる。事業所での健康確保・産業衛生の重要性から、今までよりさ

らに、労働衛生分野が機能していかなければならない社会情勢にある。

働き方改革関連法の概要としては、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現が問われ、①労働時間に関する制度の見直し、②勤務間インターバル制度の普及促進、③産業医・産業保健機能の強化が進められた。これにより、時間外労働については法律による上限が年 720 時間、複数月平均 80 時間（休日労働含む）、月 100 時間未満（休日労働含む）と定められた。また、勤務時間インターバル制度の普及促進も図られ、一日の勤務終了後、翌日の出社までの間に、一定時間以上の休息時間（インターバル）を確保することが努力義務とされている。

改正労働安全衛生法の面接指導等については、①研究開発業務に従事する労働者及び高度プロフェッショナル制度の対象労働者が長時間労働（1 か月当たり 100 時間超）を行った場合、申出なしで医師による面接指導を実施する、②一般労働者に対する面接指導の対象を、現行の 1 か月当たり 100 時間超から 1 か月当たり 80 時間へ見直す、③客観的な方法その他適切な方法により労働時間の状況を把握することを事業者が義務付ける、④長時間労働者（1 か月当たり 80 時間超）に対し、労働時間の状況に関する情報を通知することが事業者が義務付けられた。

産業医の独立性・中立性の強化については、①産業医は、必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならない、②産業医に知識及び能力の維持向上の努力義務、③産業医の解任等について衛生委員会への報告が事業者が義務付けられた。

産業医に対する情報提供としては、①健康診断、面接指導実施後の就業上の措置の内容等が産業医に情報提供されるようになる、②事業所が労働者の労働時間を把握することと同時に、長時間労働者（80 時間超の時間外・休日労働）の氏名・超過時間について情報提供しなければならない。

産業医の勧告の実効性の確保としては、①勧告の内容を衛生委員会に報告すること、②衛生委員会の意見を踏まえて講じた措置の内容等の記録・保存をすることが事業者が義務付けられた。

事業所内での健康確保は最も重要であり、法改正により産業医の機能が強化する中で、働き方改革を進めるような流れになっている。産業医を中心とした産業保健スタッフの能力はますます問われ、事業所の健康確保に関する可能な範囲が大きいかかわってくると考えている。今後の日医による産業医の組織化により、産業医同士の情報交換や研修会の開催により、技能が磨かれることを期待している。

## （2）産業医の組織化による支援体制の確立

### —産業保健委員会中間答申を受けて—

日本医師会常任理事 松本 吉郎

産業医・産業保健機能の強化を含む改正労働安全衛生法により、今まで以上に産業医に求められる職責は高まっている。そのような中で産業医の地位向上やその職責に見合った報酬や地域偏在や需給問題も出ている。また、中立性を保つために産業医を支援する体制作りが重要であり、他職種との連携や情報交換の場など、「組織」としての対応が急務である。そのため、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、産業医会、産業保健委員会と連携し、日医主導で産業医の全国的なネットワークづくりを進めたい。

7～9 月にかけて 47 都道府県医師会・812 郡市区医師会へ組織活動実態調査を行った。①都道府県医師会において産業医（部）会の設置は 38.3%、産業保健委員会は 51.1%、連絡協議会は 29.8%である。郡市区医師会では、産業医（部）会は 27.1%、産業保健委員会は 18.9%、連絡協議会は 17.1%である。設置していない理由としては、「必要性がない」、「会議体を運営する人材がない」等があるが、担当理事を中心として助言ができていく医師会も多数ある。②③会議体に参加している構成員並びに主な業務については、委員会では担当役員や産保センター等が構成員になっており、課題の検討・協議、アンケート調査の実施、研修会の企画・開催、関係団体との連携、産業医の事業場斡旋等を行っている。都道府県医師会と郡市区医師会では委員会の役割が若干異なり、郡市区医師会では事業場斡旋の割合が高い。

協議会では産保センター等の関連団体、学識経験者、労働局の参加が多く、関係団体との連携を図っている。④産業医の組織化に向けて必要性を感じる施策については、「産業医経験のない認定産業医を対象とした実践研修」、「産業医からの相談対応」、「事業場との契約や報酬交渉等の事務作業等代行サポート」が多くを占めている。⑤産業医の紹介の実施については、都道府県医師会で 8 医師会(n=45)、郡市区医師会で 441 医師会(n=554)が行っている。また、「事業所」「産業医」からの問合せでは「産業医の報酬について」が多い。産業医の主な紹介方法では、産業医名簿を基に医師会単位で行っている医師会が多く、今後の紹介の在り方としては、「郡市医師会で取り組んだ方がいい」という回答が半数近くある。また、委託業者との連携、第三者機関等が全国的に取り組む等の意見も多いため今後の課題である。⑥直面している課題としては、産業医の不足・高齢化といった問題もあり、郡市区医師会固有の問題としては、産業医の事業場斡旋、ストレスチェック事業等の協力について多く挙げられた。スキルアップ、情報提供・活動支援、事業場斡旋、相談対応を柱として取り組んでいきたい。

全国組織化に向け、産業医組織における段階別事業内容では、委員会・医部会の設置や名簿の作成等があるが、取組みについては各都道府県医師会の実情に合わせて実施していただきたい。今後、日医としては現存する都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会を発展的に解消し、全国医師会産業医部会連絡協議会（仮称）を設置したいと考えている。目的は、全国の産業医部会とのネットワーク化と産業医支援事業の充実・強化である。日医としては、これまで嘱託産業医を視野に入れた活動をしてきたが、今後は産業医科大学、日本産業衛生学会の先生方とも手を組み、専属産業医と連携をとる全体的な組織作りを進めていく必要があると考える。構成員は、①都道府県医師会産業保健担当役員、②産業医（部）会・委員会の長、③日本医師会役員、④日本産業衛生学会役員である。事業内容としては、①スキルアップ、②情報提供、③相談対応、④事業場斡旋、⑤活動支援がある。スキルアップでは、セミナーやワークショップ

プ、ICT を活用した研修方式の検討、生涯教育の充実など、日本産業衛生学会、産業医大、産業医学振興財団、中災防、産業保健総合支援センター等の力を結集して取り組んでいくとともに、情報提供や相談対応も行っていきたい。産業医の研修会のさらなる充実も重要であり、ベテランの講師を派遣したいと考えている。また、日医は全国から産業医研修会の申請が集まるため、最近のテーマや研修会を示すことも可能である。

産業医を取り巻く情勢の変化等に迅速に対応できる産業医の全国組織の構築について、引き続き議論を深め、産業保健関係団体と連携しながら、真に役立つ産業医活動支援策を講じていきたい。

### (3) 産業保健総合支援事業の充実強化

#### 労働者健康安全機構理事長 有賀 徹

本機構の基本的なメソッドは勤労者個々のキャリアをサポートすること、総労働力を維持・発展することである。医療パラダイムシフトの観点からみると、明治維新での西洋医学から始まり、GHQ の基本的人権をベースにした医療の展開・公衆衛生へと続く。現在は、少子高齢化に伴い、「治す」が「支える」「生活をみる」に変わり、円滑な連携が重要である。現在は 8 人に 1 人、2025 年には 7 人に 1 人が 65 歳以上になることから、非正規で働く人の増加が予想されており、過去には非正規雇用の約 8 割は高齢者が占めていたこともある。これらより、家事・育児・介護等との両立も増えると考えられる一方、都市部においては単身高齢者が増加しており、地域包括ケアを強化しなければならない。現在の 75 歳は 9 年前よりも歩く速度が早く、運動能力は 18 年で 5 歳も若くなるという結果もあり、高齢労働者は社会参加を生きがいと感じる人も多い。本機構としては総労働力を維持し、社会保障並びに国の繁栄を支え、国民一人ひとりのキャリアパスを支援していく。

地域包括ケアの要は地域密着型病院であるが、その下支えは地域社会であり、産業保健が関係している。労働者数 50 人未満の事業場割合は 96.4% を占めており、そのうち労働者は全体の 59.4% を占める。本機構としてはこの労働者を支えることが重要であり、地域産業保健センター、

登録産業医、郡市区医師会の関与が大事である。これらの産業医の選任義務がない事業場の労働者は労災での休職期間が長いため、地域産業保健センターが大きな力となる。小規模事業場の健康管理を支援するには、地域産業保健センター等の産業医の活用や、当該地域の医療機関（かかりつけ医）との連携が必要である。小規模事業場は財政基盤が弱く、産業保健意識が低いところが多いが、この度の法改正により、産業医に課せられる職務が更に充実してくると、規模 50 人以上の事業場と規模 50 人未満の事業場の産業保健レベルの格差は拡大すると考えられ、そのためにも地域産業保健センターの登録産業医の活動の活性化が必要となる。

病気をした場合は治療・就労の両立支援が必要になり、未病に対しては産業保健の充実が必要となる。高齢労働者の働く環境を考えると、治療と就労の両立支援と働き方改革は密接に関係している。両立支援コーディネーターの養成研修については平成 27 年度からの合計で 2,316 人の受講がある。平成 30 年度は 1,700 人の受講があり、この半数近くは事業場の担当者等である。今後も急速な高齢化が進む日本において産業保健総合支援事業の充実強化を図っていきたい。

#### (4) 産業医のスキルアップ

##### —産業医の全国組織化を見据えて—

#### ①産業医学に関する教育機関の立場から

##### 産業医科大学学長 東 敏昭

専門職の教育研修について説明する。WHO が示す技能として、健康リスクの同定と評価、健康状態のサーベイランス、作業環境と作業のサーベイランス、アドバイス、救命処置等があり、これらが産業保健サービスのコアである。近年では、生活習慣病、企業のマネジメント、旅行医学、感染症、災害に対することも含まれる。

日本の産業医の役割として、就業に関する判断、健康障害リスクの評価、健康障害要因への予防的アプローチ、労働・健康へのポジティブなアプローチ等がある。また、今回の安衛法に伴う面接指導の義務付け、産業医の独立性・中立性、更に技能向上の努力義務を含む理念の創設、産業医の業務

内容の労働者への周知、情報提供の義務がある。また、本学では、特定のスキル分野における要素として、産業医マネジメント、リスクアセスメントと管理、人間工学、疫学、救急医療、公衆衛生及び国際保健、製品の安全等を含め教育研修をしている。

本学は学部学生から将来の保健師を育成することを目的としており、近年は、大学卒業後に臨床研修、企業外労働衛生機関等で経験を積み、最後は公的産業保健機関独立コンサルタントファームとなる者が多い。独立（開業）産業医は 3 ケタを超え、地域活動に対して貢献したいという意識も高い。本学における産業医学・産業保健教育としては、①医学部における産業医学教育、②産業医学基礎研修会（夏期・冬期）、③産業医学基本講座、④産業医学実務講座、⑤産業医学実践研修、⑥過重労働対策指導者講座、⑦プレミアム講座がある。申込者数が非常に多く、近年は年齢の若い受講者もいることから関心は高くなっていることがわかる。

#### ②産業保健に関する学術団体（学会）の立場から 日本産業衛生学会副理事長 森 晃爾

本学会は設立 90 年を迎え、会員数は 2019 年 7 月現在で 8,275 人おり、毎年 200 ~ 300 人増加している。会員の半数は医師、その他は医師以外であるが、どのように産業保健を多職種連携で行っていくかを大きなテーマとして捉えている。学会の組織としては理事会のほかに 9 つの常設委員会と 1 つの非常設委員会、9 地方会、職種ごとに分かれた 4 部会、30 研究会となる。また、年に 2 回全国集会を行っており、春に学会、秋に協議会を開催している。

活動の基盤となるのが地方会活動である。学会員になると住所地の地方会に自動的に入会し、地方会の中で集会を行ったり、持ち回りで学会を主催したり活動をしている。学会では高度専門家を育成していくことが大きな役割であるため、専門医制度を 1993 年度から行っており、産業衛生専門医、産業衛生指導医の資格認定を行っている。また、産業看護専門家制度を設け、産業看護職、保健師、看護師が体験的な研修を受けながら専門

性を上げていくための研修会、資格試験を行っている。これまでの本学会専門医制度では、臨床研修を終え、産業医選任資格を持っていると、専攻医資格認定試験が受講できる。合格すると指導医契約を行い、3年間の研修と学会発表等の要件を満たすと専門医試験、合格すると産業衛生指導医となっていた。この度、臨床が新しい専門医制度に移行するため、社会医学系専門医協会を設立し、社会医学系専門医の育成を行っており、今後は上記専門医を取得したうえで、産業衛生専門医を取得していただく基盤とする。また、産業医の仕事は幅広い分野であるため、社会医学、臨床系それぞれの分野から入れるように運営していく。本学会は学術基盤と人材基盤を持っており、どのように産業医の全国組織化に貢献できるかを議論している。一つは学会の都道府県医師会との連携に関する調査を昨年行い、地方会の中に都道府県単位の窓口の設置を検討している。本学会の専門医は最終的にコンピテンシーが一定レベルに達しているかの試験を行うが、61項目のコンピテンシーリストのうち「日々の産業医経験の積み重ね」35項目、「特定の事例や施策の経験や深い検討」28項目、「講義や書籍等による知識の習得」6項目であった。産業医の活動レベルに焦点を当て、実地形式の研修効果について復職面談の映像教材を利用し、復職可否の判断及びその後の職場で必要な配慮についてグループディスカッションを交えながら検討する研修を90分行った場合、ルール化して何が必要か手順を踏んで研修をすると、実習前と実習後で業務に取り組む自信が向上した。実践的な研修を提供し、一人ひとりのスキル・自信を向上させることが本学会の貢献できることだと考えている。

本学会としては産業保健に携わる先生方には日医だけでなく本学会にも加わっていただき、ともに学術・実践活動を考えていきたい。

#### IV 協議

司 会：相澤好治

(日本医師会産業保健委員会委員長)

発言者：井内 努 (厚生労働省労働基準局

安全衛生部労働衛生課長)

大西洋英 (労働者健康安全機構理事)

松本吉郎 (日本医師会常任理事)

及川 桂 (産業医学振興財団事務局長)

#### 事前に提出のあった質問

常総地域産業保健センター (茨城県) 個別事業場で見ると、サービス残業や申告できない残業時間など、超過勤務が実際には行われているかと思う。例えば、超過勤務が月 80 時間を超えているのに、会社に申告した超過勤務時間は月 60 時間と抑えられ、労働者が面接指導を希望しても、長時間労働にかかる面接指導の対象とならないことがある。労働安全衛生法では、面接指導は事業場が認めた労働時間に基づき実施することとなっている。事業者の責務として行う面接指導のほかに、事業者を通さず労働者の意向だけで面接指導を受けられるシステム (例えば産業保健総合支援センターの利用) の構築をしていただけるよう労働安全衛生法の改正を検討いただけないか。

井内課長 事業者は労働時間の把握を客観的な方法で行わなければならない、把握ができない場合は労働者による自己申告であるが、事業者はこれを阻害してはならない。また、事業者は休日労働が 80 時間を超えた場合には、労働者本人に超過時間を通知しなければならない。労働基準監督署はこの点についての指導等に努めており、今回のような事案を把握した場合は、管轄の労働基準監督署にご連絡いただきたい。

栃木県医師会 事業者が労働基準監督署へ提出する産業医選任報告の添付書類について、産業医の選任報告を提出するのは事業者だけであるため、選任された産業医は事業者に医師免許証の写しを渡さなければならない。昨今の医師免許証の偽造問題や医師資格証の普及等に鑑み、産業医選任報告への添付書類に日医認定産業医は認定証の写しを添付すれば医師免許証の写しは省略できるよう改善をお願いしたい。

井内課長 産業医認定の要件として、日医の産業医学基礎研修を修了した者のほか、産業医大の産業医学基本講座修了者、労働衛生コンサルタント、

大学の労働衛生に関する教授・准教授となっているため、当該資格の証明書のみでは医師資格が確認できないものもある。

**埼玉県医師会** 埼玉産業保健総合支援センターでは、がん診療連携拠点病院・指定病院で「両立支援セミナー」と称する主治医を対象とした研修会を企画・開催している。その中で、主治医から以下のような意見が挙げられた。

①診療報酬「療養・就労両立支援指導料」について、がんと診断された患者のうち産業医が選任されている事業場に限定されているが、両立支援が難しいのは産業医が居ないような小規模事業場であり、本指導料の算定が可能となるような議論が必要であると思うがいかがか。

②がんの主治医の先生方が産業医制度に精通しているとは限らないため、事業場（産業医）との連携に不安を抱いているのが現状である。今後、両立支援を円滑に進めていくためには、新たに地域における主治医・産業医間の連携体制の構築が必要であると思うが如何か。

#### 井内課長

①本分野については、これからも発展していく中で試行錯誤・検討がされるものとする。

②主治医と産業医が連携することが治療と仕事の両立支援には重要と認識しており、両立支援コーディネーターを養成するとともに、都道府県労働局に対して、地域両立支援推進チームを設置している。治療と仕事の両立支援が推進されるような方策も発展途上であり、今後も検討されていくと考える。

#### 松本常任理事

① 50 人未満の事業場が 97% という現状にある中で、産業医が選任されていない職場でも算定できるよう検討している。また、仕組みの手続きの煩雑さを改善するとともに対象疾患の拡大も重要な課題と捉えており、脳卒中、肝疾患、難病についても算定可能となるようにしていきたい。

②主治医が産業保健の知識を習得することが大切であり、ガイドライン・研修会を通して習得して

いただきたい。また、がん診療連携拠点病院や指定病院内で両立支援セミナーを開催するなどの取り組みをしていただきたい。

#### 大西理事

②当機構としては、本年 7 月に当機構理事長と厚生労働省安全衛生部長名により日本医学会連合に対して、文書により両立支援制度に係るシンポジウム・教育講演など主治医向けの研修会開催の協力依頼をした。今後も、全国で両立支援コーディネーターの養成を行い、主治医と産業医の連携促進を図る。

**滋賀県医師会** 法改正で産業医の能力向上が規定されたが、日医・都道府県医師会としてどのような方法で取り組むかご教示いただきたい。

**京都府医師会** 労働安全衛生法が改正され、事業場に産業医の勧告の尊重、衛生委員会への報告など、産業医の権限が強化された。このように産業医の責任が強まり、高い資質が求められる情勢のなか、従来と変わらない産業医研修でよいのかと危惧している。日医の産業医研修のあり方についてお考えを伺いたい。

**松本常任理事** 嘱託産業医の質を効率よく高めていくことが課題だと考えている。全国医師会産業医部会連絡協議会を立ち上げ、産業医のスキルアップ・技能向上に向け、関係団体において実施されている研修の技術強化をさらに図り、産業医の支援を関係団体と連携して順次展開していく。産業医経験のない認定産業医に対する能力向上研修やストレスチェック、仕事と治療の両立支援などは認定産業医や事業者からもニーズが高い研修だと理解している。研修会の企画にあたっては講師の資質が重要であり、関係団体には経験豊富な人材がいるため、都道府県医師会が行う産業医研修会への講師派遣や推薦をお願いしたい。郡市区医師会においては事例検討会やワークショップなど少人数の現地研修の取り組みも行い、産業医同士の連携強化も図っていただきたい。地理的に研修が困難な産業医への配慮も必要であり、テレビ会

議を活用した研修事業の推奨を図っていくとともに ICT を利用した研修方式についても調査・研究を始めていきたいと考えている。また、経験豊富な産業医への相談体制の構築にも取り組んでいきたいと考えている。

**岡山県医師会** 近年、学校医の職務が多様化し増加傾向にあるなか、学校医の職務として学校保健安全法第 15 条には教職員の定期健康診断にも従事とある。一方、学校も労働安全衛生法に基づく労働安全衛生管理が求められている。産業医の選任義務のない職員 50 人以下の学校において、教職員の健康管理を学校医がするべきなのか、教育委員会が選任した産業医が行うべきなのかについてお尋ねしたい。

**井内課長** 職員 50 人未満の学校については、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する

知識を有する医師にその全部又は一部を行わせることが事業者の努力義務となっている。この医師については産業医又は学校医とすることもできるが、指定するのは市町村の教育委員会・学校が主体である。これに沿って、労働安全衛生法上の職員の健康管理を行っていただきたい。

**松本常任理事** 学校保健安全法では、学校の設置者に対し、毎年の教職員への健康診断の実施や結果に基づき治療指示や勤務制限を義務付けている。労働安全衛生法では、職員数に限らず事業者の責務として、職場における労働者の安全と健康を確保しなければならないとされている。二つの法律から言えるのは、学校の設置者に教職員の健康管理を行う責任があるということである。教育委員会と話し合いをもって方法を決めていただきたい。

## 「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）をお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

#### 【原稿提出先】

山口県医師会事務局総務課内 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 郡市医師会特定健診・特定保健指導 担当理事及び関係者合同会議

と き 令和元年 10 月 24 日（木）15:00～16:10

ところ 山口県医師会 6 階会議室

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

## 開会挨拶

**河村会長** 特定健診の受診率は頭の痛い問題で、皆様ご存知のように、数年前から市町国保の特定健診受診率は山口県が全国最下位である。また、がん検診も全国で下位の状況にある。これらを総合的に判断した国からの交付金が山口県は全国最下位で、健康事業がなかなか前に進まない要因かと思う。本日お集まりの皆様方の忌憚のないご意見をいただきたい。

## 協議事項

1. 平成 30 年度の実施結果について
2. 令和元年度の実施状況について

（同時報告）

**国保連合会** 平成 30 年度の県内国保保険者の受診率は 28.2% で、29 年度の 26.9% より上昇した。特定保健指導の積極的支援については、県内国保保険者の終了率 10.1%（前年度比 - 0.6%）、動機付け支援の終了率 19%（同 + 0.2%）であり、県内市町の 5 年間の伸び率では光市・美祢市・防府市・田布施町でマイナスとなっているが、宇部市・山口市で大きく伸びている。なお、特定の市で特定健診の受診率向上のために電話勧奨を行っている。

**支払基金** 平成 30 年度は特定健診が合計で 3,735 機関から 17,363 件の請求があり、特定保健指導は 114 機関から 361 件の請求があった。今年度は 8 月までで昨年比 2.8% の健診率増加となっている。

**全国健康保険協会山口支部** 平成 30 年度の実施

率は被保険者が 59.7% で 0.4% 増加、被扶養者は 23.6% と 0.3% の減少であった。被扶養者に対しては、これまでも市町の一部でがん検診と同時実施を行っていたが、今年度は 16 市町で実施している。また、被扶養者で過去 3 年未受診者へ 250 名限定で自己採血キットによる簡易検査を提供した。

**広域連合** 平成 30 年度の健康診査受診率は 36.2% と著明に増加したが、これは 2 年以上連続未受診の 14 万人以上を除外して分母を減少させたことによるものである。今年度は受診券の紛失等により、受診券をなくされた方から電話連絡があれば受診券を再発行することとした。

**公立学校共済組合山口支部** 平成 30 年度の健康診査受診率は 84.6% であった。特定保健指導の積極的支援は 24.4%、動機付け支援は 49.2% と増加した。取組みとして保健指導を医療機関での実施と職場訪問型との併用で利便性を図った。

**市町国保** 令和元年度の市町の取組みについての特徴をまとめると、従来と比較して新しいものは、光市・宇部市・下松市で業者による AI 受診者分析で行動特性に合わせた受診勧奨葉書を送ることが効果を上げているとのことである。また、多くの市町で自己負担の無料化を行っている。電話での受診勧奨が有効で、3 年連続受診者・職場健診結果提供者などにクオカード（500～1,000 円）の配付、骨密度や血管年齢の同時測定、検診率の高い医療機関に対する未受診者への受診勧奨の依頼、柳井市・長門市が既に行っている医療機関か

## 出席者

### 郡市担当理事

大島郡 野村 壽和  
 玖珂市 山下 秀治  
 熊毛郡 曾田 貴子  
 吉南郡 嘉村 哲郎  
 美祢郡 吉崎 美樹  
 下関市 綾目 秀夫  
 宇部市 内田 悦慈  
 山口市 山縣 俊彦  
 萩市 宮内 嘉明  
 徳山 椎木 俊明  
 防府 岡澤 正  
 下松 野原 寛章  
 岩国市 松浦 晃  
 山陽小野田 大塚 祥司  
 光市 井上 祐介  
 柳井市 松井 則親  
 長門市 吉村 晃  
 美祢市 藤村 寛

### 山口県医師会

会 長 河村 康明  
 副 会 長 今村 孝子  
 常任理事 藤本 俊文  
 理 事 河村 一郎

### 山口県国民健康保険団体連合会

保健事業課 課長補佐 重富 知巳  
 同 健康増進班 主任主事 神寶 拓児

### 社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課 課長 西村 明彦  
 同 管理班長 吉田 豊

### 県健康福祉部

医務保険課 主幹 小林 弘枝  
 同 主査 山田 和弘

### 全国健康保険協会山口支部

保健グループ グループ長 新里 秀輝

### 公立学校共済組合山口支部

厚生班 主任 表田 直人

### 山口県後期高齢者医療広域連合

業務課 課長 森本 崇史  
 同 保健事業推進係 係長 白石ひろ美  
 同 主任 岡本雄一郎

### 市町

下関市 保険年金課 主査 和田 健一  
 宇部市 保険年金課 課長 山下 浩二  
 山口市 保険年金課 主任主事 奈古屋雄基  
 萩市 市民課 保健年金係 主任 後藤 泰裕  
 防府市 保険年金課 係長 三宅 健司  
 下松市 保険年金課 大嶋 健介  
 岩国市 健康推進課 健診班長 西本 嘉彦  
 光市 市民課 国民健康保険係 主任 浜本健太郎  
 長門市 総合窓口課 磯部 江利  
 柳井市 市民生活課 課長補佐 坪野 兼行  
 美祢市 市民課 係長 山本 明子  
 周南市 保険年金課 医療費適正化担当主査 倉重 始子  
 山陽小野田市 国保年金課 主査 石井 尚子  
 和木町 保健福祉課 主事 岡 修平  
 田布施町 健康保険課 保険年金係長 岩本 聖  
 平生町 健康保険課 主任主事 藤田 智典  
 阿武町 健康福祉課 主幹 近藤 進

らの検査データ提供などがある。

**県医師会** 集合契約の変更点については、消費税が変更となったことで、8%及び10%の単価を併記している。県医師会請求事務代行の件数は減少傾向にあり、これは県医師会へ事務代行を依頼される医療機関数の減少によるものである。

### 3. 令和 2 年度の実施に向けて

#### (受診率の向上について)

**藤本** 特定健診受診率は市町国保で平成 27 年度から全国最下位になっており、27 年度が 25.4%、28 年度が平成 26.3%、29 年度が 26.7%、30 年度が 28.0% とわずかに増加傾向にあるものの低い水準にある。このような状況の中、各市町でも受診率向上に取り組んでいただいているが、さらなる受診率向上及び市町国保最下位脱出を目指して山口県予防保険協会と協力して啓発資料（ポスター、パンフレット、ミニのぼり旗）を作成し、県内の医療機関・市町担当課に配付した。

### 4. その他

#### (1) 令和 2 年度標準単価案

令和 2 年度の標準単価案として、令和元年 10 月の診療報酬改定で「初診料」が 282 点から 288 点に変更され、また、結果通知の郵送料が

82 円から 84 円に変更されたことを踏まえた単価を示した。

#### (2) 後期高齢者の健康診査に係る健診項目について（再周知）

後期高齢者の健康診査は平成 29 年度までは「基本的な健診項目」と「貧血検査」を実施してきたが、平成 30 年度から血清クレアチニン（及び eGFR）と血清アルブミン、血糖検査（空腹時血糖及び HbA1c）を新たに加えて実施しているが、一部の医療機関ではこれらの健診項目を実施せずに請求されている旨の連絡が広域連合からあった。そのため、後期高齢者の健康診査においては記載されている健診項目を実施するよう、再度周知をお願いする。なお、実施されていない場合は、その金額を差し引いて支払うこととなる。

#### (3) 後期高齢者健診質問票の変更と電子的標準様式の仕様変更について

後期高齢者の問診については、これまでの標準様式ではフレイルなどの問題点把握が困難であったことから、今回、問診票を変更した。また、2022 年度からの電子化に対応するため、今後、特定健診のシステム改修も予定されている。なお、日医ではシステム改修に係る負担を考慮し、令和 2 年度については紙媒体での報告も可能としている。

## 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



# 日医 FAX ニュース

**2019 年（令和元年）11 月 1 日 2826 号**

- 重要なのは調整会議の活性化
- 調剤料「院内・院外の比較は困難」
- 日医「予防や働き方改革に予算を」
- 産業医の全国組織、来年 6 月までに設置
- 「いい医療の日」のロゴマークを決定

**2019 年（令和元年）11 月 8 日 2827 号**

- 賃金上昇「医療従事者にも手当てを」
- 往診医 24 時間体制「オンコールも可」
- 救命士法改正で「救急外来も処置可能」

**2019 年（令和元年）11 月 12 日 2828 号**

- 三師会「財政論に偏るべきでない」
- オンライン診療、算定要件などで平行線
- 給付と負担、「議論を踏まえて検討」
- 保険調剤の利益、株主配当は「大変心外」

**2019 年（令和元年）11 月 15 日 2829 号**

- 損益率 0.3 ポイント改善も依然赤字
- 平均給料、病院長は減少も医師は増加
- 「医療現場の現実を認識すべき」
- 「デメリット説明」の重要性に言及

**2019 年（令和元年）11 月 19 日 2830 号**

- 200 床以上は看護必要度の選択制維持を
- 外来時の重複投薬防止、連携対応を評価
- 医師・看護職以外の解毒剤注射で解釈
- インフル「流行シーズン入り」

**2019 年（令和元年）11 月 22 日 2831 号**

- 基金医療分の柔軟な運用求める
- 機能強化型訪看療養費の要件見直しへ
- 民間データの指標分析で意見割れる
- ロタワクチンの定期接種化でパブコメ

**2019 年（令和元年）11 月 26 日 2832 号**

- 生活習慣病管理料、薬剤費説明化は賛否
- 2020 年度改定の基本方針、重点項目で賛否
- HPV ワクチン勧奨再開は、議論すべき
- インフル、定点当たり報告 1.84 に増加

**2019 年（令和元年）11 月 29 日 2833 号**

- 「前回上回る本体プラス改定を」
- 外来受診時定額負担「容認できない」
- 「わずかなプラスを黒字と強調」
- 有床診医師配置加算など「引き上げを」
- HPV ワクチン勧奨再開へ、議連発足

**理 事 会****— 第 14 回 —****10 月 17 日 午後 4 時 56 分～7 時 23 分**

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

**議決事項****1 令和 2 年度山口県医師会代議員会について**

令和 2 年度の臨時代議員会を令和 2 年 5 月 21 日に、定例代議員会を令和 2 年 6 月 18 日に開催することを決定した。

**協議事項****1 令和 2 年度山口県医師会代議員会の日程について**

来年度は、本会及び郡市医師会における役員等の改選期となるため、本会の選挙代議員会開催が郡市医師会の運営に大きな影響を与えることから、代議員会開催に向けての日程について協議を行った。

**2 令和元年度上半期事業実施報告について**

各常任理事から、担当事業の上半期進捗状況と今後の予定について報告を行い、概ね順調に事業が実施されていることが確認された。

**3 HPV ワクチン接種の理解向上への積極的な取り組みのお願いについて**

山口県小児科医会及び山口県産婦人科医会から依頼のあった標記の件について、本会としても賛同し、三者連名で県への要望やポスターの作成・配付等の普及啓発活動に取り組むこととした。

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

本年 10 月からの診療報酬改定を反映した初診料及び消費税率の改定後の郵便料金を用いた単価に変更することが承認された。

**5 第 15 回医療関係団体新年互礼会について**

令和 2 年 1 月 4 日（土）にホテルニュータナカにおいて開催する、標記互礼会の次第等について協議を行った。

**6 IT フェアの開催について**

令和 2 年 2 月 22 日（土）に当会館において、標記フェアを開催することを決定した。

**7 SFTS 市民公開シンポジウムの共催について**

本会として、標記シンポジウムの企画に参画はしていないものの、今後 SFTS に関する取組みに参画する予定であることから、特例的に共催者となることを決定した。

**8 地域医療構想に関する地方ブロック別説明会の開催について**

10 月 30 日（水）に岡山市で開催される標記説明会に、本会からも参加することを決定した。

**9 山口県後期高齢者医療広域連合の追加健診項目の過誤調整について**

後期高齢者の健康診査に係る追加健診項目について未実施の医療機関があることから、該当機関に対し、再度周知することとした。

**報告事項****1 個別指導「下関市」（9 月 26 日）**

病院 1 機関について実施され、立ち会った。

（伊藤）

# 理 事 会

## 2 第 63 回社会保険指導者講習会

(10 月 2・3 日)

日医と厚生労働省の共催により「指定難病 update」をテーマに開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。1 日目は横倉会長の挨拶に続き講演 6 題、2 日目は講演 4 題の後、厚生労働省から講演 2 題が行われた。(清水)

## 3 日医第 6 回学校保健委員会 (10 月 3 日)

文部科学省からの中央情勢報告の後、日本医師会学校医宣言(仮称)の正式名称等の決定・公表、会長諮問に対する答申案、令和元年度学校保健講習会等について協議を行った。(藤本)

## 4 病院勤務医懇談会「岩国医療センター」

(10 月 4 日)

岩国医療センターにおいて、「働き方改革」、「在宅での看取り」、「病院の役割分担」、「勤務医の負担軽減」等について意見交換を行った。(中村)

## 5 医療機関経営セミナー(郡市医師会税制担当理事協議会)(10 月 5 日)

日本医師会の小玉弘之 常任理事による「医療と消費税、事業承継税制について」、TKC 全国会医業・会計システム研究会会員の高崎満幸 税理士による「クリニックの事業承継について」の講演 2 題が行われた。受講者 34 名。(沖中)

## 6 男女共同参画部会・女性医師部会地域連携会議 (10 月 5 日)

本会男女共同参画部会の各ワーキンググループの活動報告、各郡市女性医師部会の現状報告を行い、その後、男女共同参画推進事業助成金の利用促進等について意見交換を行った。(長谷川)

## 7 男女共同参画部会第 2 回理事会 (10 月 5 日)

今年度の総会を令和 2 年 3 月 15 日(日)に開催し、終了後に西川医院副院長の西川浩子 先生

による特別講演及び「新専門医制度に対する期待と不安～女性専攻医・女性研修医・女子医学生の立場から」をテーマにシンポジウムを行うことを決定した。その後、保育サポーターバンク等の活動状況の報告が行われた。(長谷川)

## 8 第 56 回九州首市医師会連絡協議会

(10 月 5 日)

来賓として懇親会に出席し、祝辞を述べた。

(河村会長)

## 9 児童虐待の発生予防等に関する研修会

(10 月 6 日)

山口県産婦人科医会と共催で開催し、千葉県社会福祉法人児童愛護会一宮学園の山口修平 副施設長による「児童虐待の影響からみる予防的支援～こどものみ・か・た(背景への理解とケア)～」、周南市のカウンセリング・オフィス HORIE の堀江秀紀 代表による「児童虐待防止のための支援を考える～妊産婦・母親支援を中心に～」の 2 講演を行った。参加者は、医師、助産師、看護師等の医療関係者、心理士、社会福祉士等の行政関係者ほか 39 名。(藤野)

## 10 中国ブロック・在宅医療推進フォーラム

(10 月 6 日)

全国在宅医療支援診療所連絡会教育局長・理事の和田忠志 先生による特別講演「みんなで取り組む在宅医療」の後、「在宅医療に関わる多職種

の取り組み」と題したシンポジウムが行われた。

(清水)

## 11 第 73 回長北医学会 (10 月 6 日)

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～健康な社会を作ろう～」、会員・医療従事者等による講演 34 題の後、学会挙式が行われた。(前川)

# 理 事 会

## 12 日医医療安全推進者養成講座講習会

(10月6日)

日本医師会において、「我が国における医療安全対策の動向」(厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 渡邊顕一郎 室長)、「医療機関における安心・安全な電波利用について」(滋慶医療科学大学院大学 加納 隆 教授)、「医薬品をめぐる医療安全対策について～『医薬品の安全使用のための業務手順書』作成マニュアルを中心に～」(国際医療福祉大学薬学部 土屋文人 特任教授)の講習が行われた。(山下)

## 13 地域医療構想調整会議・全体会議

「下関」(10月7日)

全体会議「柳井」(10月16日)

いずれの地域においても、今年度の主な協議事項、急性期病床を持つ公立・公的医療機関の再検証のためのデータ分析方法の説明が県から行われた。その後、「下関」においては現時点で不足している医療機能等の協議が、「柳井」においては医療機関ごとの対応方針等の協議が行われた。

(前川)

## 14 COC + 事業 外部評価委員会 (10月8日)

委員長及び副委員長選任の後、平成30年度の実績に対する評価を行った。(今村)

## 15 中国地方社会保険医療協議会第23回総会

(10月8日)

会長及び会長代行の選出、委員等の承認後、保険医療機関等に係る管内の状況報告があった。

(河村会長)

## 16 日医第6回社会保険診療報酬検討委員会

(10月9日)

諮問①「平成30年度診療報酬改定の評価」に対する答申及び次期(令和2年度)診療報酬改定に対する要望事項について成案を得た。また、

諮問②「現在の診療報酬における問題点とその対応」の答申案について協議を行った。(萬)

## 17 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(10月9日)

公益代表監事の再公募、第21次審査情報提供(医科)、資格関係誤りレセプト発生防止への取り組み等の報告が行われた。(河村会長)

## 18 第41回産業保健活動推進全国会議

(10月10日)

(1) 神奈川産業保健総合支援センターの両立支援に係る取組、(2) 福岡産業保健総合支援センターの両立支援に関する取組、(3) 西脇地域産業保健センターの活動、(4) 徳山地域産業保健センターの活動について活動事例報告が行われ、その後「一産業医が安心して活動に取り組める環境の整備」と題して産業医の組織化等に関するシンポジウムが行われた。(中村)

## 19 個別指導「山口市」(10月10日)

診療所7機関について実施され、立ち会った。

(郷良、吉水)

## 20 日医第6回母子保健検討委員会(10月11日)

会長諮問「次世代を見据えた母子保健の充実強化に向けて(妊産婦健診の在り方、乳幼児健診の標準化等)」に対する答申のとりまとめ、成育基本法に関する日本医師会の論点整理、子宮頸がんワクチンの積極的接種再開に向けた活動等について協議を行った。(今村)

## 21 第2回外国人医療対策会議(都道府県医師会外国人医療対策担当理事連絡協議会)

(10月11日)

国、医療通訳団体等及び日本医師会からの情報提供、都道府県医師会による取組状況の報告の後、意見交換を行った。(前川)

## 理 事 会

### 22 医師事務作業補助者研修会（10月12日）

山口県立総合医療センター小児科診療部長兼医師事務支援室室次長の長谷川真成先生による講演「医師事務作業補助者のためのカルテ記載」及び医師事務作業補助者による事例発表を行った。受講者 76 名。（中村）

### 23 e - レジフェア 2019 西日本（10月13日）

本県からは、13 病院と山口県医師臨床研修推進センターが出展を行い、訪問学生は延べ 292 名（うち、山口大学生 29.1%）であった。（中村）

### 24 第 52 回日本薬剤師会学術大会（山口大会） （10月13日）

開会式典に出席し、祝辞を述べた。（河村会長）

### 25 日本医師会監事会（10月15日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。  
（河村会長）

### 26 日本医師会第 7 回理事会（10月15日）

「国民医療を守るための国民運動」展開に係る活動経費補助、「医師資格証の今後について」等について協議を行った。（河村会長）

## 医師国保理事会 — 第 11 回 —

#### 1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

## — 第 15 回 —

11月6日 午後7時～9時40分

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

### 協議事項

#### 1 定款等検討委員会への諮問について

令和 3 年度山口県医師会会費の賦課方法及び役員等の報酬について、12 月 19 日に開催する標記委員会に諮問することを決定した。

#### 2 母体保護法による指定医師の申請について

済生会下関総合病院からの母体保護法指定医師 1 名の申請について、本会会長の諮問を受けた「母体保護法指定医師審査委員会」により、指定医師として適格である旨の答申を得たことから、承認を決定した。

#### 3 「国民医療を守るための国民運動」の展開について

標記運動に対応した取組み、県民公開講座の今後の対応について、11 月 12 日開催の県民の医療と健康を考える会において協議することを決定した。

#### 4 『山口県医学会誌』投稿規程の改定について

掲載論文等の著作権の帰属先を明確にするため、標記規程の一部を改定し、令和 2 年 4 月 1 日から施行することとした。

#### 5 山口県報道懇話会との懇談会について

12 月 3 日に山口市において開催すること及び本会から「子宮頸がんワクチン接種の勧奨」並び

## 理 事 会

に「地域医療構想」について情報提供することを決定した。

### 6 「小瀬川水防災タイムライン検討会」への参画について

国土交通省中国整備局太田川河川事務所から依頼があり、標記検討会に参画することを決定した。

### 7 天皇陛下御即位奉祝山口県民大会について

本会から 11 月 28 日に開催される標記大会に 10 名参加すること及び協賛金 5 万円を寄付することを決定した。

### 8 第 41 回日本エンドメトリオーシス学会学術講演会の後援・助成について

標記学会から依頼のあった名義後援を承諾するとともに、10 万円の助成を行うことを決定した。

### 9 第 21 回日本内分泌学会中国支部学術集会の助成について

標記学会に対し、5 万円の助成を行うことを決定した。

#### 人事事項

### 1 第 65 回中国地区学校保健研究協議大会実行委員会の委員について

山口県教育委員会から推薦依頼のあった標記委員会の委員として、河村理事を推薦することを決定した。

#### 報告事項

### 1 第 83 回全国学校歯科保健研究大会開会式 (10 月 17 日)

来賓として開会式に出席した。(河村会長)

### 2 第 2 回禁煙推進委員会 (10 月 17 日)

禁煙教育スライド (大人用) の完成を確認し、改訂済みのスライドを含め、今後の各種行事での

活用等について協議した。(河村)

### 3 医事案件調査専門委員会 (10 月 17 日)

診療所 1 件の事案について審議を行った。(林)

### 4 郡市医師会介護保険担当理事・ケアマネ・訪問看護師との合同協議会 (10 月 17 日)

介護医療院の転換状況、介護人材の需給状況、介護保険制度の施行状況等について協議し、山口県訪問看護ステーション協議会及び山口県介護支援専門員協会の活動報告、中国四国医師会連合 (第 2 分科会) の報告等を行った。(清水)

### 5 第 28 回山口県西部医学会 (10 月 19 日)

一般演題 11 題、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 教授の特別講演「山口県における癌治療の現状と展望」が行われた。(河村会長)

### 6 第 3 回生涯教育委員会 (10 月 19 日)

令和 2 年度の生涯研修セミナーの企画、『山口県医学会誌』投稿規程の改定等について協議を行った。(加藤)

### 7 日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度応用研修会 (10 月 20 日)

①かかりつけ医の感染対策、②医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築、③かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際、④終末期医療、褥瘡と排泄、⑤多疾患合併症例、⑥かかりつけ医の社会的処方 の 6 講義が本会会議室において DVD により行われた。受講者 39 名。  
(萬)

### 8 第 2 回難病指定医研修会 (10 月 20 日)

山口県健康増進課による難病医療費助成制度等の説明の後、①心筋症の診断と治療、②自己免疫による神経難病、③血管に関する指定難病 高安

## 理 事 会

動脈炎とバージャー病の 3 題の講演が行われた。  
受講者 130 名。(伊藤)

### 9 医療事故調査制度に係る管理者・実務者セミナー (10 月 21 日)

①医療事故調査制度の概況、②医療事故報告における判断、③当該医療機関における対応、④支援団体・外部委員の役割、⑤報告書の作成についての講義の後、質疑応答及び総括が行われた。

(中村)

### 10 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(10 月 23 日)

医科では、新規 4 件が承認された。(河村会長)

### 11 薬事功労者・献血運動推進協力者表彰式

(10 月 24 日)

薬事功労者山口県知事表彰 5 名、献血運動推進協力者 20 団体の表彰式が行われ、山口県献血推進協議会長として 8 団体に感謝状の贈呈を行った。(河村会長)

### 12 地域医療構想調整会議全体会議

「宇部・小野田」(10 月 24 日)

今年度の主な協議事項、急性期病床を持つ公立・公的医療機関の再検証のためのデータ分析方法の説明が県から行われた。その後、医療機関ごとの対応方針等の協議が行われた。(前川)

### 13 個別指導 (10 月 24 日)

病院 1 機関について実施され、立ち会った。

(伊藤)

### 14 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同協議会 (10 月 24 日)

関係団体から平成 30 年度の実施結果及び令和元年度の実施状況について報告の後、令和 2 年度の実施(受診率の向上)に向けて協議を行った。

また、後期高齢者の健康診査に係る健診項目の再周知等を行った。(藤本)

### 15 第 1 回山口県准看護師試験委員会

(10 月 24 日)

昨年度の試験実施状況及び試験事務の委託についての報告の後、令和元年度の准看護師試験の実施について協議を行った。(沖中)

### 16 山口県医療審議会医療法人部会持回審議

(10 月 24 日)

医療法人の設立認可 4 件について持回審議が行われ、承認された。また、医療法人の設立等登記完了状況について報告が行われた。(河村会長)

### 17 医療対話シンポジウム (10 月 26 日)

元 NHK アナウンス室長の山根基世 先生による「今求められることばの力 聴く力」及び中中原也記念館名誉館長の福田百合子 先生による「方言と人間関係」の講演 2 題の後、パネルディスカッションを行った。(林)

### 18 中国地区 DMAT 連絡協議会実働訓練

(10 月 26 日)

山口県内での大規模地震の発生を想定した、中国地方 5 県の災害派遣医療チーム (DMAT) 及び関係機関による合同訓練が県庁ほか 5 訓練会場で行われた。(前川)

### 19 全国医師会勤務医部会連絡協議会・勤務医交流会 (10 月 26・27 日)

山形県医師会の担当により「待ったなしの働き方改革～勤務医の立場から～」をメインテーマに開催された。午前中は、日本医師会の今村 聡 副会長による「日本医師会の医療政策」、山形大学医学部の嘉山孝正 参与による「複眼的にものを見る」の特別講演 2 題、日本医師会勤務医委員会の泉 良平 委員長による委員会報告等が行われ

## 理 事 会

た。ランチョンセミナー「慶應鶴岡発バイオテクノロジーが創る健康長寿社会」の終了後、午後は、「勤務医の働き方改革」及び「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」のシンポジウムが行われた。最後に「やまがた宣言」を採択し終了した。次期担当は京都府医師会。(中村)

### 20 地域包括診療加算・地域包括診療科に係るかかりつけ医研修会 (10月27日)

糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、服薬管理等の9講義からなるプログラムによる標記研修会を、本会会議室においてDVDにより実施した。受講者41名。(萬)

### 21 第5回家庭看護力醸成セミナー(10月27日)

北九州市立八幡病院小児救急センター部長の西山和孝先生及び日本小児科医会小児救急医療委員会の渡部誠一先生による2題の基調講演の後、「あっ!あぶない!!～家庭でのきづき～」をテーマとしてシンポジウムが行われた。(河村)

### 22 第1回山口県医療対策協議会 (10月28日)

会長を選任した後、医師確保計画の策定、外来医療計画の策定等について協議を行った。(今村)

### 23 地域医療構想に関する自治体等との意見交換会 [中国四国会場] (10月30日)

厚生労働省の迫井正深大臣官房審議官による当面の地域医療構想の推進に向けた取組に関する説明の後、再検証要請医療機関の公表の手順、データ分析、今後の進め方等について意見交換が行われた。(林、前川)

### 24 山口県学校保健連合会表彰審査委員会

(10月31日)

被表彰者の審査が行われ、本会推薦の1名を含む個人10名の表彰が決定した。(河村会長)

### 25 個別指導「山口市」(10月31日)

診療所10機関について実施され、立ち会った。  
(萬、清水、伊藤、郷良)

### 26 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議 (10月31日)

山口県健康増進課から、平成29・30年度の麻疹予防接種の実施率及び県独自の風しん検査事業の注意点についての説明があった。引き続き本会から、令和2年度妊産婦・乳幼児健康診査における参考単価(案)、令和元年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種、令和2年度広域予防接種における個別接種標準料金(案)、風しんの追加的対策について説明の後、協議を行った。(藤本)

### 27 歳末放談会 (10月31日)

岡山委員の司会により、「令和元年、今、気になること」と題し、①子どもの虐待、②自動車の運転、③オリンピック・パラリンピックをテーマに放談会を行った。(今村)

### 28 第2回看護職員確保対策協議会(10月31日)

山口県医療政策課から山口県第8次看護職員需給見通しについて説明の後、看護学生の県内就業促進対策、Uターン対策など来年度の看護職員確保対策の方向性について協議を行った。(沖中)

### 29 山口県緩和ケア研修会連絡会議(10月31日)

山口県医療政策課から山口県緩和ケア研修の実施状況について説明の後、令和2年2月11日に開催する研修会のプログラムについての協議及び女性がん患者会からの要望についての意見交換を行った。(河村)

### 30 日本医師会設立72周年記念式典並びに医学大会 (11月1日)

日本医師会最高優功賞20名、日本医師会優功

# 理 事 会

賞 9 名、日本医師会医学賞 3 名、日本医師会医学研究奨励賞 15 名に対する表彰並びに長寿会員慶祝者紹介が行われた。その後、医学賞受賞者（高橋雅英 名古屋大学大学院医学系研究科教授、辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科教授、戸田達史 東京大学大学院医学系研究科教授）による講演及び 2015 年ノーベル賞受賞者の大村 智 北里大学特別荣誉教授による特別講演が行われた。

(林)

### 31 医事案件調査専門委員会「事例研究会」

(11月2日)

本会での初めての試みとして、今後の参考とすべき事例 4 例を取り上げ、研究会を開催した。(林)

### 32 会員の入退会異動

入会 5 件、退会 2 件、異動 10 件。(11月1日  
現在会員数：1号 1,259名、2号 872名、3号 473名、合計 2,604名)

## 医師国保理事会 - 第 12 回 -

### 1 令和 2 年度予算編成方針について

標記について協議し、保険料の改定及び傷病手当金の見直しについて 12 月 19 日開催の定款等検討委員会に諮問することを決定した。

### 2 第 18 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 24 日に萩市で開催する標記ウォーキング大会について、役員の業務分担を決定した。

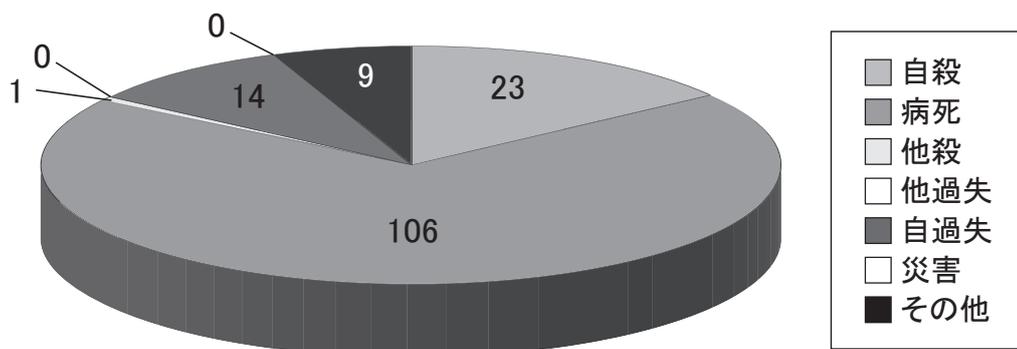
### 3 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

## 死体検案数掲載について

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-19	23	106	1	0	14	0	9	153

死体検案数と死亡種別 (令和元年 10 月分)



## それから

空と雲を見ていると心が癒される。晩秋の空には、どんよりとした厚い雲が多くなった。それぞれの季節にあった雲が心にしみ込んでくる。現在の雲を見ていると澄んだ秋の空に浮かぶ筋状の雲が懐かしい。

わが家のアメリカン・ショートヘアーの愛猫「ショコラ」、通称「ショコ」が、昨年 11 月 2 日に 16 年の生涯を全うした。病気もせずに私の家族の癒しになってくれた。亡くなる 1 年前頃より左耳下に小さな腫瘍が発生した。月日とともにだんだん大きくなり、最後には自壊した。肉眼的には不規則な腫瘍であった。その後、病状は悪化の一途をたどり、致し方ないことだが見るたびに涙の毎日であった。

犬猫病院へ連れて行き、獣医さんが水分補給の注射をしてくださるのを見て、わが家で注射を続けた。最後は歩行もできず寝たきり状態であった。そして、最後の夜は私のベッドサイドの下に置いて過ごした。私が起きて名前を呼ぶと最後の力を振り絞ってひと声「ニャー」と鳴いて旅立って行った。涙と共に多くの思い出がよみがえった。忘れることが出来ないのは朝夕のお見送りとお迎えである。出勤の際には、二階へ上がる踊り場に座り、見送ってくれた。帰宅の場合は、私が玄関の鍵を開けるとその際の音を聞いて飛んでくる。本当に可愛かった。忘れることが出来ない思い出である。本当に長い間、奥さんの代わりをしてくれた。現在、ショコは私の田舎の畑に、2 代目「キコ」の墓の横に葬っている。月 1 回、家の風通しに行き、わが家の墓参りをする。最後に 2 匹の愛猫

飄

々

広報委員

渡邊 惠幸

の墓に花を手向け、お祈りをする。「ショコ」にはキャットフードを、「キコ」には蒲鉾を供える。

新しい猫を飼いたいと思うも、私たち夫婦の年齢を考えると猫を置いたままにする可能性が高い。残念だがあきらめている。

最近、不思議な夢を見た。それは、ある土曜日の診察中に玄関で黒い子猫が鳴いていた。生後 1～2 か月だろうか。かまってもやれないので安全な隣の庭に離し、診察終了後に職員とともに探しに行った。しかし発見できない。私はフェンスの傍を見て回っている。雑木の所に来たところ、突然、スズメバチが私を目がけて飛来した。この時ほど蜂の目がこんなにも大きいのかと知らされた。体幹部、手、足を中心に 15 か所、刺された。その後に頭痛と悪心がやってきた。血圧を診ると 210 - 110 であった。軽度の息苦しさをみたがショックではなかった。救急処置をして救急車を呼んだ。人生において初めて救急車に乗車した夢である。隊員の方に、紹介状は後で書くから当日の二次病院に頼んでいただくようお願いした。これで一安心とベッドに横たわっていた。病院から返事がきた。隊員の方が申し訳なさそうに、今日は急患が多くて対処できないので他をあたってくれとのことであった。それを聞いた時、刺された痛みより心の痛みが大きかったことを夢の中で感じた。もしも、私がショック状態でも病院は対処できませんと答えるのだろうか。夢はまだ続いた。隊員の方が市内の病院に次々と電話して下さり、市内のある病院が引き受けてくださったと

喜びの顔で伝えてくださった。救急車は猛スピードでその病院へ到着した。院長先生が温かく迎えてくださり点滴を施行、経過観察となった。点滴終了時、バイタルサインも安定し帰宅の途についた。それからさらに夢は続いた。私の当直時代に feedback した。私も数多くの二次当直をした。そのうち何回かは他院で診てもらえないかと思ったことがある。しかし、そんな時、「お前は何のために医者になったのか」と自問自答しながら処置室に向かっているところで夢は覚めた。目が覚めてしばらくは頭痛がして、しっかり汗をかいていた。疲れた夢であったが私にとっては医師とは何かを考えさせてくれた。

今、山々は錦秋の候である。最も嬉しい季節である。人生では実りの時期である。幸いにも山口は海にも山にも近い。そして道路も素晴らしい。中国地方や九州地方の名所にもすぐに行くことができる。

私がよく行く秋の名所は島根県では津和野町の堀庭園、益田市の秦 佐八郎 先生の生家、匹見峠である。山口県では山口市の龍福寺、野田神社、パークロード、そして長門峠である。美祢市の南原寺も良い。これらの名所は手軽に行けるのが良い。広島県では県立もみのき森林公園へよく行く。ここは自分の足で自然を感じることができる。これらの自然に触れ、息吹を感じると癒しとリフレッシュになる。

医師は一生勉強だと言われる。しかしながら記憶したことも、最近では猛スピードで消え去る。そうであっても本は読み続けたい。

日暮れて道なお遠し

**日本医師会**  
**医師年金**

**スマホ・パソコンで簡単手続き**

**加入資格は日本医師会会員で64歳6カ月未満の方です**  
 (申込みは、満64歳3カ月までをお願いします。)

医師年金HP画面

**アニメーションで仕組みを確認**

**シミュレーションで保険料を試算**

**一括払専用加入申込書プリントアウトで申込み**  
 (保険料のお支払いは後日ご案内します)

※重要事項説明書をよくお読み下さい(申込書の3、4ページに記載)

お問い合わせ先

日医 年金・税制課 ☎ 03-3942-6487(直) (平日 9時半～17時)

# 医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate



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

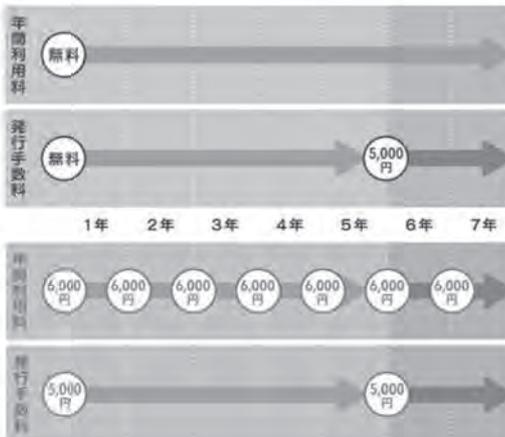
### 費用

#### 日医会員

- ・初回発行手数料無料。
- ・年間利用料無料。
- ・5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円(税別)が必要です。

#### 日医非会員

- ・初回発行手数料5,000円(税別)。
- ・取得後1年目から5年目までの年間利用料6,000円(税別)
- ・5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円(税別)が必要です。(発行・更新1年目は合計11,000円(税別)となります)



### 各種手続き

#### 連絡先変更手続き

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

#### 暗証番号(パスワード)開示手続き

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

#### 医師資格証 利用中止届

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

#### 医師資格証 紛失届

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

#### 医師資格証 再発行申請書

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

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



日本医師会 電子認証センター  
apan medical association certificate authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階

ホームページ | <http://www.jmca.med.or.jp/>

お問合せ | [toiawase@jmca.med.or.jp](mailto:toiawase@jmca.med.or.jp)

掲載内容2018年2月現在



# 医師資格証

## 身分証としての利用シーン



### 採用時の 医師資格確認

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

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



### 緊急時の身分証

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



### JAL DOCTOR 登録制度

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

(登録および現場対応は任意となります)

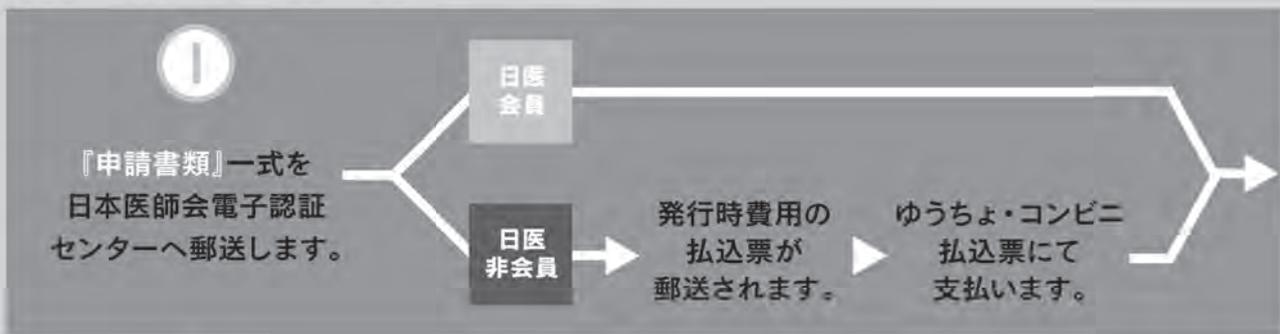


### 講習会受付

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

## 医師資格証申請方法

申請書類一式郵送先 ▶



### 申請書類

#### 1 医師資格証 発行申請書

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

#### 2 医師免許証 コピー

(裏書がある場合、裏面コピーも必要です。)

#### 3 住民票

発行から6ヶ月以内

#### 4 身分証のコピー(下記のいずれか1点) (有効期間内のもの)

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

# ご利用シーン

## ITでの利用シーン



### ログイン認証

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



### HPKI電子署名

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



### 研修会受講履歴 単位管理

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



### MEDPost (文書交換サービス) の利用

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

日本医師会 電子認証センター 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階

2

医師資格証が  
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了  
通知(ハガキ)が連絡  
先住所に到着します。

4

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

### 対面受取時の書類

※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

#### 1 医師資格証 発行完了通知 (ハガキ)

申請時に記入した  
連絡先住所にハガキが  
郵送されます。

2

#### 医師免許証(原本)提示

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

3

#### 身分証の提示 (下記のいずれか1点) (有効期限内のもの)

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

## 謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

三 池 勝 見 氏	柳井医師会	10 月 31 日	享 年 91
伊 藤 経 亮 氏	山陽小野田医師会	11 月 6 日	享 年 98
五 嶋 武 氏	光市医師会	11 月 12 日	享 年 74

## 編 集 後 記

小学校高学年の頃から、いわゆるレギュラーコーヒーを飲んでいました。中学校に入った頃、叔母がグラインド式コーヒーミルを買ってくれた。当時はコロンビアとか、時にモカ・マタリとかの豆を手でゴリゴリ挽いて、ハンドドリップでコーヒーを抽出していた。サイフォンとかパーコレータにハマったこともあったが、手入れが面倒ですぐに使わなくなった。大学生になってコーヒーメーカーを買った。後始末も比較的楽で結婚しても使い続けた。10 年くらい前からは、しばらくカプセル式のコーヒーメーカーにはまったが、気に入った味のカプセルがなく、やめてしまった。それからはずっとハンドドリップ。いろいろと調節ができて面白い。

私の好きなコーヒーの淹れ方。豆は中深煎りのマンデリン。店によって焙煎加減が違う。少し表面にうっすら油が浮いているようなのが好み。デジタル測りで 30g を計って電動式のミルで中細挽きにする。プロペラ式のミルは挽き具合がむらになるので使わない。ドリッパーは V60 で生成りの紙フィルター。一式をはかりの上において作業を行う。温度調整ができる電気ケトルで 90℃ に沸かしたお湯を細い注ぎ口から少し注ぎ 30 秒蒸らす。その後 500 円玉の大きさの範囲に計 440g のお湯を注ぐ。抽出されたら 40g のお湯をできあがったコーヒーに追加する。これがすっきりと美味しいカップ約 3 杯のマンデリンを淹れるコツだ。

最近は美味しいコーヒー豆が通販で送ってもらえる。山口市の井筒屋前にはいわゆるプレミアムコーヒー豆を焙煎している店もできた。他にも自家焙煎で質の良い豆を販売しているところがあるようだ。みなさんも朝のひととき、優雅な香りと味を楽しまれてはいかがだろうか。

(常任理事 中村 洋)



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](mailto: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）