

山口県医師会報

令和2年(2020年)

4月号

— No.1916 —



春の新川橋梁（宇部市） 鶴田良介 撮

Topics

郡市医師会長会議



Contents

■公示	237
■今月の視点「学校におけるスポーツ眼外傷を防ぐために」…………… 長谷川奈津江	238
■郡市医師会会長会議	242
＜傍聴印象記＞…………… 岸本千種	248
■令和元年度 第2回 医師国保通常組合会	250
■令和元年度 母子保健講習会 …………… 今村孝子、藤本俊文、河村一郎	258
■令和元年度 日本医師会医療情報システム協議会 …………… 中村 洋、郷良秀典	264
■令和元年度「JMAT やまぐち」災害医療研修会…………… 若松隆史、長谷川奈津江	277
■山口県医師会警察医会 第26回研修会…………… 天野秀雄	290
■山口県緩和ケア研修会…………… 福江宣子	302
■理事会報告（第22回、第23回）……………	304
■飄々「いい時間」…………… 岡山智亮	310
■日医FAXニュース……………	311
■お知らせ・ご案内……………	312
■編集後記…………… 長谷川奈津江	318

公 示

本会役員等の選挙の立候補届出について

本会会長以下各役員及び裁定委員は、来る6月18日をもって任期満了となります。

また、日本医師会代議員及び同予備代議員の任期は、来る6月27日の日本医師会定例代議員会の前日までとなっております。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記のとおり選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日 令和2年5月21日（木）

届出締切 令和2年5月6日（水）午後5時

令和2年4月15日

山口県医師会長 河 村 康 明

今月の視点

学校におけるスポーツ眼外傷を防ぐために

理事 長谷川 奈津江

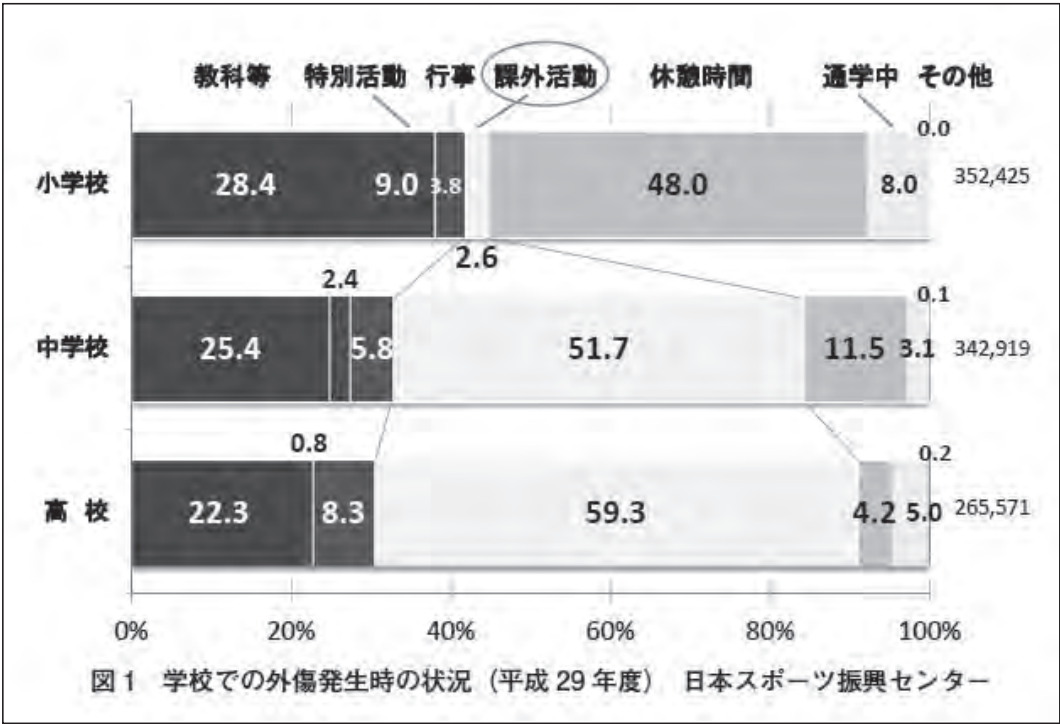
はじめに

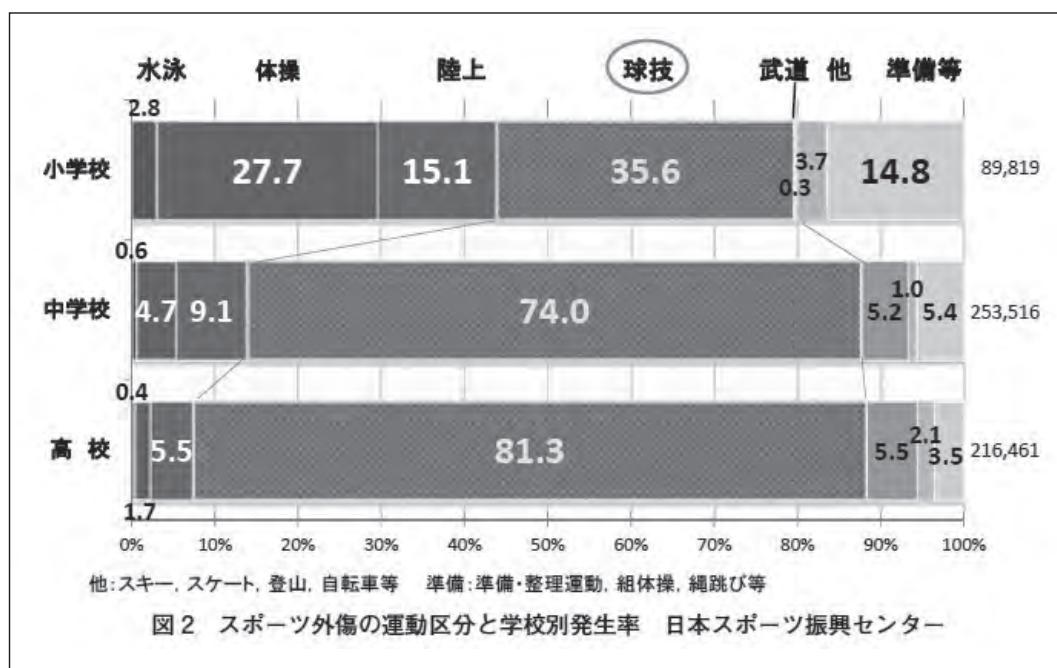
子どもは、活発である反面、危機回避能力が低い
ため、ケガをしやすい。学校生活においても些
細なことでケガをする。小学生では休息時間の、
中高生では部活動中のケガが大半を占める。独立
行政法人日本スポーツ振興センター（JSC）の災
害共済給付によるデータによると、平成29年度
の負傷・疾病の発生件数は103万882件（平成
28年度：105万3,962件）。「死亡見舞金」「障
害見舞金」「供花料」支給は479件となっている。
本稿では、学校での外傷発生の概況、スポーツ眼
外傷の特徴と予防について述べたい。

I. 学校での外傷

1) 小学校

- ①場合別
「休憩時間」の発生が最多で全体の約半数を
占めている。
- ②場所別
「運動・校庭」が最多、次いで「体育館・屋
内運動場」、「教室」が多い。
- ③体育用具・遊具別
「鉄棒」が最多、次いで「雲てい」「ぶらんこ」
が多い。





④部位別

「手・手指部」が最多、次いで「足関節」、「眼部」、「頭部」が多い。

⑤実施種目別

「跳び箱」と「バスケットボール」が他の種目より格段に多い。次いで「マット運動」、「サッカー・フットサル」が多い。

2) 中学校

①場合別

「課外指導」、特に「体育的部活動」が最多。

②場所別

「体育館・屋内運動場」、「運動場・校庭」に多く発生、次いで「運動場・競技場（学校外）」が多いが、小学校に比べ「教室」の割合がかなり少なくなっている。

③部位別

「手・手指部」が最多で、次いで「足関節」、「膝部」、「足・足関節」、「眼部」となっている。

④実施種目

球技中のけがが7割以上を占めている。「バスケットボール」、「サッカー・フットサル」、「バレーボール」、「野球」の順で多い。

3) 高等学校・高等専門学校

①場合別

「課外指導」、特に「体育的部活動」が最多。

②場所別

「体育館・屋内運動場」、「運動場・校庭」で、全体の7割を占めている。

③部位別

「足関節」と「手・手指部」の発生が多い。部位のうち大項目で見ると「下肢部」が全体の4割を超え、最多。

④実施項目

球技中のけがが全体の8割以上を占めている。内訳は、「バスケットボール」が最多、次いで「サッカー・フットサル」、「野球」の順である。

II. 眼外傷の発生状況

学校における外傷全般のうち眼外傷の占める割合は、JSCの平成29年度基本統計によると、幼稚園児14.2%、小学生9.1%、中学生6.3%、高校生4.0%となっており、成長につれ眼外傷の割合が減少している。これは危険を予知、回避する能力が高くなるためと言われている。しかし、眼障害を残すような重症例の割合になると幼稚園児

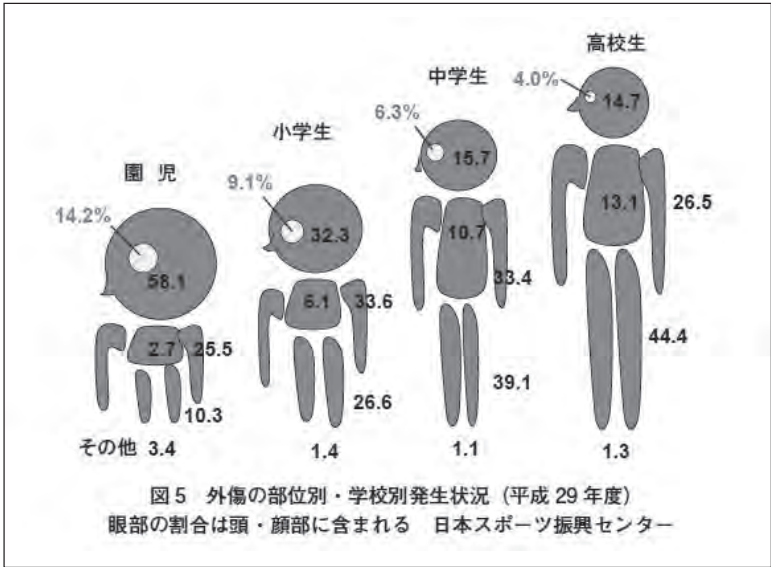


表1 障害の内容別、学校別発生件数 (平成29年度) 日本スポーツ振興センター						
	小学校	中学校	高校	幼稚園 保育園	支援学校	計 (%)
歯牙障害	14	16	42	0	4	76 (19.1)
視力・眼球運動障害	18 (20.0%)	30 (24.2)	47 (29.2)	1 (7.1)	0	96 (24.1)
手指切断・機能障害	6	7	6	1	0	20 (5.0)
上肢切断・機能障害	3	3	4	1	2	13 (3.3)
足指切断・機能障害	0	0	0	0	0	0 (0.0)
下肢切断・機能障害	3	5	2	0	0	10 (2.5)
精神・神経障害	10	19	21	1	1	52 (13.1)
胸腹部臓器障害	0	6	16	0	1	23 (5.8)
外貌・露出部醜状障害	36	33	17	10	1	97 (24.3)
聴力障害	0	1	2	0	0	3 (0.8)
脊柱障害	0	4	4	0	0	8 (2.0)
そしゃく機能障害	0	0	0	0	0	0 (0.0)
計	90	124	161	14	9	398 (100.0)

表2 平成17～29年度に眼障害を残したスポーツ 眼外傷の種目別件数 (上位10種目)				
種 目	小学校	中学校	高 校	合 計
野球 (含軟式)	1	145	237	383
サッカー (含フットサル)	27	73	79	179
バドミントン	0	31	40	71
ソフトボール	4	17	19	40
バスケットボール	8	19	10	37
テニス (含軟式)	0	19	13	32
ラグビー	0	2	18	20
バレーボール	1	11	5	17
ハンドボール	0	7	7	14
柔道	0	3	7	10

(日本スポーツ振興センターの学校事故事例検索データベースより作成)

7.1%、小学生 20.0%、中学生 24.2%、高校生 29.2% となり、幼稚園児以外は外傷全般における眼外傷の割合よりも高くなる。このように眼外傷は、他部位の外傷に比べて後遺症を残しやすく、小中学校と学校が進むほどその傾向が強まることが分かる。眼外傷はスポーツによるものが圧倒的に多いが、スポーツ種目別に、眼外傷発生数を部員数で除した年間の眼外傷発生率で比較すると、ソフトボールと野球が高く、卓球、バレーボールでは低い。

スポーツ眼外傷が最も多い競技の野球では、その多くはバッティングの時の自打球やイレギュラーバウンドによる捕球ミスなど、ボールが選手の近距離から高速度で飛んでくる状況で起こっている。産業技術研究所の調査では、打者が打ったファールチップが本人の眼に当たる時間は 0.05 秒± 0.02 秒で、これは人の視覚刺激による反応速度 0.18 ～ 0.20 秒よりも短いことから、自打球を回避することは不可能であると報告されている。したがって野球における顔面部への外傷は、「アイガード」や「フェイスマスク」などの使用が必要である。米国眼科学会（AAO）は、以前よりスポーツ眼外傷の 9 割はスポーツ用保護眼鏡で予防できると表明している。また、AAO と米国小児学会は子どもがスポーツをするときは参加者全員に目の保護装具をすることを強く推奨している。日本眼科医会では学校保健担当役員がスポーツ眼外傷対策委員会を立ち上げ、保護眼鏡の普及、安全性を担保するためのわが国独自の製品規格作成に取り組んでいる。

本来、子どもたちを育むべき学校において、障害を残すような重度の外傷は避けるべきである。学校現場の指導者は、設備・用具の安全点検、学生の健康管理や練習方法の確認など安全管理に日々努めている。私たち医療者も、専門家の視点を持ち、学校関係者と協力して子どもたちの健康を守ってゆきたい。

文献

1. 宮浦 徹：学校におけるスポーツ眼外傷。
日本の眼科 90：6-10,2019.
2. 日本スポーツ振興センター：
学校管理下の災害（平成 30 年度版）2018.
3. 宮浦 徹、枝川 宏、他：
学校におけるスポーツ眼外傷対策委員会
報告. 日本の眼科 89：66-81,2018.
4. 枝川 宏：
スポーツ用保護眼鏡の必要性について。
日本の眼科 90：12-16,2019.

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



損保ジャパン日本興亜

郡市医師会長会議

と き 令和2年2月20日(木) 15:55～17:20

ところ 山口県医師会6階会議室

開会挨拶

河村会長 本日の最初の議題である新型コロナウイルス感染症の対応等については、当初は議題に入れていなかったが、このような状況なので急遽、議題に入れさせていただいたところである。これについては後ほど、県の方から詳細な説明があると思うので、ご協議をよろしくをお願いしたい。

議題

1. 新型コロナウイルス感染症の対応等について

山口県健康増進課 石丸課長 「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について(一般向け)」について、県民の方々が帰国者・接触者相談センターにご相談いただく目安としては、37.5度以上の発熱が4日以上続く方、強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある方であり、また、高齢者、合併症(糖尿病、心不全、呼吸器疾患等)をお持ちの方、妊婦の方は早めに相談していただくようPRしている。なお、帰国者・接触者相談センターについては、各保健所(健康福祉センター)及び県健康増進課に相談窓口として県内10か所に設置している。また、かかりつけ医がいる場合は、その医師から適切なアドバイスがあるものと考えているが、相談・受診の前に心がけていただきたいことは、不要不急の外出を控えること、体調が悪い場合は体温を測定することとしている。

現在(2月20日)は蔓延期ではなく、全国的に散発的に発生している状況で、県内では患者の発生は見られていない。しかし、今後、いつ発生してもおかしくないという認識であり、相談から検査までの体制を構築している。まず、帰国者・接触者外来については、各保健所(健康福祉センター)や郡市医師会、医療機関が協議を行い、設置したと聞いている。なお、一般の医療機関における診療については、患者が本来「帰国者・接触者外来」を受診すべき疑い例であることが受付等

で判明した場合は、「帰国者・接触者相談センター」へ連絡した上での受診をお願いしているが、医療機関で対応可能なら一律にこのようにする必要はない。

帰国者・接触者外来で新型コロナウイルスが強く疑われる場合は疑似症発生届を出していただき、管轄保健所が連携して行政検査(PCR検査)を実施する。本県内は環境保健センターで検査を行う。検査結果までに6時間かかる。

現在は帰国者・接触者外来、感染症指定医療機関には、地域の感染症対策に協力いただいており、一般の医療機関の負荷を小さくする仕組みとして初動役割を構築しているが、近い将来、どの医療機関においても新型コロナの院内感染対策に取り組むことが必要になると考える。

※その後、郡市医師会長より出された多数のご意見・ご質問等に対し、石丸課長が各々回答された後に意見交換し、活発な議論が行われた。

2. 都道府県医師会長協議会について

今村副会長 1月21日(火)に日医会館大講堂で開催された令和元年度第3回都道府県医師会長協議会について報告する。

冒頭の横倉義武 会長のご挨拶の中には6つのポイントがあった。1つ目は災害支援についてしっかり対応していけるよう「防災業務計画」及び「JMAT要綱」の見直し等に適宜取り組んでいくこと、2つ目は昨年、出生数が初めて90万人を下回ったことに関して、成育基本法に則り安心して産み育てられる社会の実現を目指し今後も必要な施策を総合的に推進していくこと、3つ目は診療報酬の改定率がプラス0.55%に決定したが、特に働き方改革への対応分プラス0.08%について感謝の意を示されたこと、4つ目は全世代型社会保障検討会議が取りまとめた「中間報告」について、一定の評価をしたいとした上で国民の安心

につながる社会保障制度が構築されるよう引き続き日医の考えを主張していくこと、5つ目はかかりつけ医機能の定着に一層力を入れていく意向を表明されたこと、6つ目は東京オリンピック・パラリンピックについて医療面からのサポート体制の準備をより一層推進していくとともに、その成果を医療界におけるレガシーとして継承していきたいと述べられたことであった。

続いて協議に入り、本県から「地域包括ケアでの薬剤師による訪問服薬指導について」と題して、在宅患者訪問薬剤管理指導料（介護保険被保険者であれば居宅療養管理指導費）における“通院困難なもの”が恣意的に拡大解釈されているため、通院中の患者にも算定可能となっている現行の扱いに対し、日医の見解について質問を行った。これに対して日医の江澤和彦 常任理事は、「算定に当たっては、いずれも『医師の指示があること』が要件であるものの、対象患者は『在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの』とされ、医師が訪問診療又は往診を行っているか否かは厳密には問われていないと前置きした上で、『在宅患者訪問診療料（I）では、“独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者”は対象となっておらず、本件の趣旨からも対象となる患者・利用者については同様の取扱いとすることが適切であると考えており、厚労省に見直しを申し入れた』と述べられた。また、本件に関して、適切な対応を求めることを目的として広報を行っ

ている日本薬剤師会に対し、更なる協力を要望していく考えを示すとともに、不適切な事案があれば日医へ情報提供するように」と呼び掛けられた。

その他、「医師の偏在対策」「専門医制度」等に関する8題の質問・要望に対して日医執行部から回答がなされた後、日医から「医師の副業・兼業と地域医療に関する日本医師会緊急調査」の結果や国の検討状況についての説明が行われた。

詳細については『日医ニュース』第1403号を参照願いたい。

3. 地域保健対策の充実に関する市町への要望について

藤本常任理事 県医師会では毎年、県に対し予算施策に関する要望を行っている。しかし、地域保健対策は実施主体が市町であるため、県に要望しても動きが鈍い状況にある。一方、各市町の首長が地域保健対策の取組み状況を必ずしも把握していないこともあり、令和元年度は各市町に対して地域保健対策に関する要望書を送り、同時に各郡市医師会にも同様の内容を送って県医師会と協働して実施いただくようお願いした。なお、市町のこれまでの取組みには差があるため、一律の要望書ではなく、市町ごとに内容を変えてお送りしている。本日までの反応の結果では、令和2年度から、岩国市と萩市では産婦健診を実施、防府市は新生児聴覚スクリーニング検査と葉酸の無償配布を実施、萩市と長門市ではおたふくかぜワク

出席者

郡市医師会長

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

県医師会

会長	河村 康明	理事	伊藤 真一
副会長	林 弘人	理事	吉水 一郎
副会長	今村 孝子	理事	郷良 秀典
専務理事	加藤 智栄	理事	河村 一郎
常任理事	萬 忠雄	理事	長谷川奈津江
常任理事	藤本 俊文	監事	藤野 俊夫
常任理事	沖中 芳彦	監事	篠原 照男
常任理事	清水 暢	監事	岡田 和好
常任理事	前川 恭子		
理事	白澤 文吾	広報委員	岸本 千種
理事	山下 哲男		

チンの補助を実施する。少なくとも、産婦健診については全市町で実施することになったという改善点が認められた。今後もこういった市町に対する直接の要望もしていきたいと考えている。

4. 地域医療構想調整会議について

前川常任理事 本日は主に3つのことについて説明する。

(1) 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について

地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施し、このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む）が9領域すべて（以下、「A9病院」という）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む）が6領域すべて（人口100万人以上の構想区域を除く。以下、「B6病院」という）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の

上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得よう求められている。

再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証について、以下の①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議することとなっている。令和元年度中に開催された調整会議では言及されていないが、B6病院が所在する構想区域（山口県では周南、山口・防府、宇部・小野田、下関が該当）の調整会議では、④についても協議することが国の通知には示されている。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動
- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に

具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

1. 基本的な考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）において「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行う」とされたことを踏まえ、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得よう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の実情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

2. 再検証要請等の内容

（1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。

B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。
A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動

【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

（2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応

調整会議において、A1～8・B1～5病院（人口100万人以上の構想区域を除く。）の具体的対応方針について改めて議論すること。（※）

具体的対応方針の見直しが必要と調整会議が判断した場合、当該医療機関は具体的対応方針の見直しを行い、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

※ 2019年3月までに合意された具体的対応方針における役割及び病床数が現状から変更がないもの等については、将来の医療需要等を踏まえてその妥当性を確認することに留意。

（3）H29病床機能報告未報告医療機関等への対応

調整会議において、H29病床機能報告未報告等医療機関等は、具体的対応方針の妥当性について、直近の自医療機関の実績等を踏まえて説明すること。調整会議において合意が得られなければ、具体的対応方針を見直し、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

4. 今後の進め方及び議論の状況把握

当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。

今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

応じて病床数や医療機能を含む)

今後の進め方であるが、当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めることとなっている。

(2) 重点支援区域について

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)において、地域医療構想の実現に向け、すべての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、その方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。

スケジュールについて、重点支援区域申請は随時募集することとなっており、1月31日に1回目の重点支援区域(3県5区域、次のとおり)の選定が実施された。

・宮城県(仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域)

・滋賀県(湖北区域)

・山口県(柳井区域、萩区域)

令和2年度については地域医療構想の実現を図る観点から、病床ダウンサイジングや、統廃合により病床を廃止する際の財政支援補助スキームが国10/10の定額補助されることになっているが、当該補助制度は令和2年度限りとし、令和3年度以降においては、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正が行われる予定となっている。これは、地域医療介護総合確保基金からダウンサイジング支援が行われるということであり、現時点で既に硬直化している山口県の基金運用が、病床ダウンサイジングに効果的に使われるのか憂慮している。

(3) 外来医療機能計画について

対象区域における外来医療提供体制については、平成30年に改正された医療法に基づき、二次医療圏単位での医師数に関する指標「外来医師偏在指標」を踏まえ検討することとされており、外来医療機能の偏在・不足等を客観的に把握でき

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。**

3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし**、以下①②の事例も対象となり得る。

- ①再検証対象医療機関(※)が対象となっていない再編統合事例
- ②複数区域にまたがる再編統合事例

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」(診療実績がない場合も含む。)が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」(診療実績がない場合も含む。)が6領域(人口100万人以上の構想区域を除く。)全てとなっている公立・公的医療機関等

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、**選定の優先順位に影響しない。**

- ①複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ②できる限り多数(少なくとも関係病院の総病床数10%以上)の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】

- ・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
- ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

5 スケジュール等

重点支援区域申請は**随時募集**することとしており、**1月31日に1回目の重点支援区域(3県5区域)の選定を実施。**

【1回目に選定した重点支援区域】

- ・宮城県(仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域)
- ・滋賀県(湖北区域)
- ・山口県(柳井区域、萩区域)

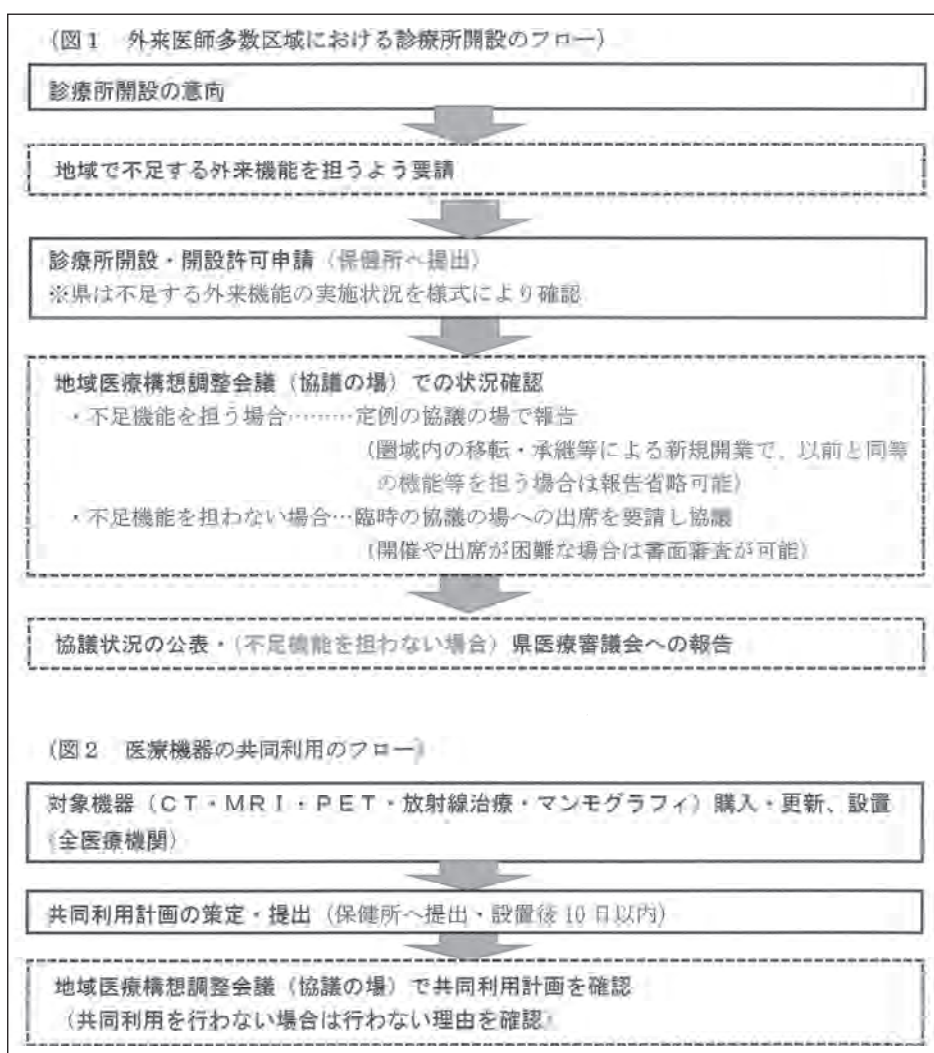
るように、外来医療の提供主体である診療所の医師数を基に、医師の性別・年齢分布や地域の医療ニーズ及び人口構成とその変化などの要素を勘案して算出しているが、地域の外来医療ニーズに対して、診療所の医師が相対的に多い「外来医師多数区域」においては、必要な外来医療機能を確保する観点から、新規開業を希望する方に対し、「当該区域で不足する医療機能」を担うことを求め、求めに応じない場合は協議の場への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとされている。

計画については2020年度から2023年度までが運用期間となっており、一度、外来医師多数区域と定められれば、途中で指標が見直されたとしても、運用期間終了までは多数区域のままであることを県が厚労省に確認しており、これに不満を感じている。計画を柔軟に運用するため、運用要

綱は地域の実情に合わせて作成し、運用を始めて支障があれば途中で見直すことも確認している。運用面で何か問題等があれば調整会議を通じて意見を言っていただきたいし、また、本会にもお知らせいただきたいと思っている。

西村会長（山陽小野田） この制度には強制力がなく、あくまでもプレッシャーをかけるという意味合いに過ぎないと思う。弁護士が必ず弁護士会に所属しなければいけないのと同様に、医師も全員、日本医師会に加入しなければならないとして、医師会の中でこのような取決まりを行い、医師として当然やるべきこととして全員で考えるべきであると思うがいかかがか。

神徳会長（防府） 私もそのように思うが、今の若い先生たちはそのようなことは思っていない。



弁護士の場合は法律で定められているが、医師の場合はそれが無いので解決策にはならないと考える。

河村会長 全員加入が理想的ではあるが、現状では不可能と思われる。

津田会長（徳山） ダウンサイジング支援について、統合と再編に伴う重点支援区域が対象になると認識したが、例えば1病院の中で病床数を再編、10%以上で削減するという場合においても重点支援区域の支援に含まれるのか。

前川常任理事 令和2年度に予定される国のダウンサイジング支援には大きく分け2種類ある。一つは単一医療機関が「病床削減」を行う場合の財政支援、もう一つが複数医療機関の「統廃合」に伴う財政支援である。重点支援区域に該当しない圏域の病床削減についても、条件が合えば支援の対象となる。先生のおっしゃる一つの病院の病床削減は「病床削減」に伴う財政支援にあたり、周南圏域が重点支援区域に該当していなくても対象となり得る。重点支援区域であることのメリットは、「統廃合」に伴う支援に上乗せがあることである。

5. 令和2年度県医師会新規事業（案）について

加藤専務理事より令和2年度の県医師会の新規事業（案）について報告した。

（1）山口県医師会地域懇談会開催事業

県医師会が地域に出向いて郡市医師会と共催する、県民との対話を重視した取組み（医師会活動報告、講演、意見交換）を行い、県民自らの健康行動を促すとともに、医師会活動に対する県民理解の促進を図る。参加者は県民30～50名程度とし、年間2か所で開催予定。

（2）郡市医師会勤務医部会設立支援事業

働き方改革の推進、医師偏在問題の解決及び地域医療構想の実現のために勤務医の積極的な医師会活動への参加を促進し、医師会の組織力の維持・向上を図る。なお、助成対象は令和2年度まで

に勤務医部会を設立し、事業計画を策定した郡市医師会とする。

（3）医業承継支援事業

本県は医師の平均年齢が52.5歳と全国一高く、今後、高齢により引退される方の急増が見込まれることから、後継者不在に伴う閉院による医療資源の散逸と地域医療体制の崩壊を防ぐため、医業承継が円滑に進むよう支援（医業経営セミナー、医業承継個別相談会等の開催）する。

（4）その他事業

①在宅医療ガイダンスの開催

在宅医療は仕組みが複雑なため踏み込めないとの意見があることから、「在宅医療初心者向けガイダンス」（医療・介護の給付調整、在宅点数の算定の仕方、厚生局への届出の有無、算定できる医療材料等）を実施し、在宅医療の推進を図る。

②JMATやまぐち活動マニュアルの改定

平成26年に策定した「JMATやまぐち活動マニュアル」について、日医の防災業務計画、JMAT要綱改正を踏まえ、改定する。

③県民公開講座「子育てハッピーセミナー」の開催

成育基本法の施行を踏まえ、令和元年度に実施した医療スタッフを対象としたセミナーに続き、子どもを持つ保護者を対象として、医療機関受診の判断基準や子育て中の悩みの解決法などを指導する県民公開講座を開催する。

④医療メディエーター養成研修会の開催

医療機関と患者間で発生する紛争の仲介役として重要度が増している医療メディエーターについて、日本医療機能評価機構が運営する研修会を本会において開催し、資格取得を支援する。

⑤TV・SNSを活用した看護学校のPR

医師会立看護学校は近年、応募者・入学者の減少により厳しい運営を強いられており、各校はオープンキャンパスの開催など学生確保対策を実施しているが、個別の学校での取組みだけでは限界があるため、本会が郡市医師会と連携し、TVやSNSを活用した看護学校のPRを実施する。

説明後、山陽小野田医師会の西村会長より、厚狭看護学院は財政的にも生徒数も逼迫した状況

であるとの報告があった。その後、他の運営都市からも各学校の状況等について報告していただいた。

6. その他

弘田会長（柳井） 中国四国厚生局及び県が実施する「個別指導」において、「診療情報提供書には相手先の施設名だけでなく、医師名も記載するように」と指摘されたということだが、通常、相手先医師名は分からないことが多く、記載することは少ない。この件で、返還金は求められなかつ

たとのことであるが、医師名の記載は必須なのか伺いたい。

県医師会 算定要件上は、紹介先の施設名までを明らかにする必要はあるが、医師名を記載することまでは規定されていない。しかし、厚労省の示す診療情報提供書（別紙様式11）には「医師名欄」が存在することで、そのような指摘がされたものと考えられる。現時点では、返還金の対象とはなっていない。

傍聴印象記

広報委員 岸本千種

令和元年度第2回郡市医師会長会議を傍聴した。

前日の2月19日に、隣の福岡県でも新型コロナウイルス感染者が初めて確認され、山口県でもこれからかというタイミングで開かれた会議であった。会議室内は開始前から緊張感に満ちていた。

「新型コロナウイルス感染症の対応等について」が最初の議題となった。まだ先が全く見えてこない中、明日からどのようにするかというストレートで実践的な質問や意見が次々と出され、県健康増進課長から丁寧かつ簡潔明瞭な回答があった。

白熱した40分間が過ぎたところで、1月21日に開催された「令和元年度第3回都道府県医師会長協議会」についての報告に移り、今村副会長が『日医ニュース』（2020.2.20）を資料として、重要なポイントをわかりやすく約7分間で説明された。

続いて「母子保健など地域保健対策の充実が少子化問題の解決に向けて有効であり、県医師会から市町へ令和2年度予算編成に関しての要望書を出した」との報告があった。

「地域医療構想調整会議について」では、外来医師偏在指標に基づく外来医師多数地域に関する説明があった。外来医師偏在指標は、二次医療圏単位での医師の数に関する指標である。人

口10万対診療所医師数に近い数字という印象を受けたが、全く同じではなく、医師の性別・年齢分布や地域の医療ニーズなどの要素を勘案して算出している。全国順位が上位33.3%、つまり335医療圏のうち112位までに入ると、外来医師多数地域に該当する。明快なルールだが、例えば指数120.3で48位の宇部・小野田と、指数102.8で140位の山口・防府の差が私には実感しにくい。

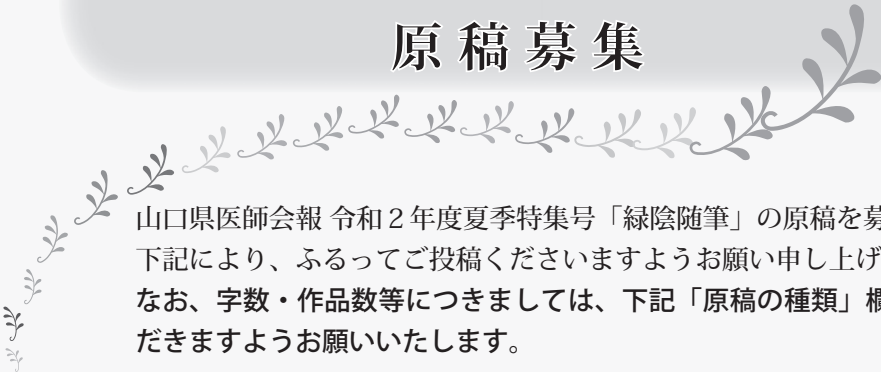
「令和2年度県医師会新規事業案」では地域懇談会開催事業が興味深い。県医師会が地域に出向いて県民と意見交換する機会を作るとするのは地道で積極的だと思った。また、「TV・SNSを活用した看護学校のPR」について、県内各看護学校の現状も併せて報告された。

翌日の2月21日から勉強会や会議が次々と中止や延期になった。2週間経った今のところ、伝達事項や報告事項はメールやFAXでかなり補えている。会議等の頻度の見直しの良い機会になるかもしれない。

自粛ムードで家に籠る時間が増えた。運動不足で、ロコモやメタボが心配である。ウイルスも怖いが風評も怖い。不安は誤った行動の基になる。できるだけ普段の医療を持続できることを願いながら日々過ごしている。

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集



山口県医師会報 令和2年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」欄にてご確認ください
だきますようお願いいたします。

原稿の種類	①随筆、紀行（一編5,000字以内を目安に、お一人1作品まで（写真は3枚以内） ②短歌・川柳・俳句（3句以内） ③絵（3枚以内、コメントもお願いいたします。） ④写真（3枚以内、コメントもお願いいたします。）		
提出・締切	できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。 作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。 ※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて10メガ以内でお願いいたします。		
	作成方法	提出方法	締切
	①パソコン	電子メール又はUSB/CD-Rの郵送	7月1日
	②手書き原稿	郵送	6月24日
原稿送付先	〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県医師会事務局総務課内 会報編集係 E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp		
備考	①未発表の原稿に限ります。 ②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。 ③投稿された方には掲載号を3部謹呈します。 ④写真や画像の使用については、必ず著作権や版權等にご注意ください。 ⑤医師会報は本会ホームページにもPDF版として掲載いたします。 ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。 ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。		

令和元年度

第2回 医師国保通常組合会

と き 令和2年2月20日（木）15：00～15：40

ところ 山口県医師会 6階会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数31名、出席議員25名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

河村理事長 本日は、お集まりいただき、誠にありがとうございます。

さて、現在、本組合は運営において、大きな分岐点に立たされております。まずは、被保険者数が年々減少してきていること。また、国庫補助の見直しとして、平成27年度まで32%だった従来分の補助率が、28年度から令和2年度までの5年間で13%に引き下げられること。そして、高額医療費の増加です。

この3つの問題により、令和2年度の予算編成は大変厳しい状況となっております。

また、これらは現在だけのことではなく、数年後、さらに大きな問題となるかもしれません。

その詳細は後程、詳しくご説明いたしますが、こういった厳しい状況を踏まえて、本日の各議題をご審議いただければと思います。

III 議事録署名議員指名

矢野議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

西村 滋生 議員

弘田 直樹 議員

IV 議案審議

承認第1号 令和2年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について

沖中常務理事 平成22年の全国建設工事業国保組合の無資格加入問題により、国から法令遵守の

出席者

組合会議員			
大島郡	野村 壽和	萩 市	綿貫 篤志
玖 珂	山下 秀治	徳 山	津田 廣文
熊毛郡	満岡 裕	徳 山	津永 長門
吉 南	小川 清吾	防 府	木村 正統
美 祢郡	坂井 久憲	下 松	宮本 正樹
下 関市	赤司 和彦	岩 国市	小林 元壯
下 関市	上野 雄史	岩 国市	西岡 義幸
下 関市	綾目 秀夫	山陽小野田	西村 公一
宇 部市	黒川 泰	光 市	竹中 博昭
宇 部市	西村 滋生	柳 井	弘田 直樹
宇 部市	矢野 忠生	長 門市	友近 康明
山 口市	淵上 泰敬	美 祢市	原田 菊夫
山 口市	成重 隆博		

役員			
理 事 長	河村 康明	理 事	郷良 秀典
副理事長	林 弘人	理 事	河村 一郎
副理事長	今村 孝子	理 事	長谷川奈津江
常務理事	沖中 芳彦	監 事	藤野 俊夫
常務理事	清水 暢	監 事	篠原 照男
法令遵守（コンプライアンス） 担当理事	萬 忠雄	監 事	岡田 和好
理 事	加藤 智栄		
理 事	藤本 俊文		
理 事	前川 恭子		
理 事	白澤 文吾		
理 事	山下 哲男		
理 事	伊藤 真一		
理 事	吉水 一郎		

体制整備が求められ、本組合では平成23年2月の組合会で、規約改正及び基本方針の策定を議決した。

この基本方針の中で、毎年度理事会において具体的な実践計画を策定し、組合会の承認を得ることと規定しており、本年1月23日開催の第15回理事会で令和2年度の実践計画を策定した。

内容については、令和元年度分と変更はない。まず、「1 法令遵守マニュアルの策定」では、役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅したマニュアル等を策定すると規定している。本組合のマニュアルは、平成23年9月15日の理事会で策定しており、すべての役職員に配付している。

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

「3 法令遵守のための管理」については、担当職員の業務について記載しているが、同一の業

務について、主担当と副担当の職員により業務を執行することで、複数職員による対応としている。

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

5として「不祥事故への対応体制」について定めている。

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

議案第1号 山口県医師国民健康保険組合規約の一部改正について

沖中常務理事 お諮りする規約の一部改定は、保険料の改定と傷病手当金の見直しについてである。

<保険料の改定>

本組合は、平成26年度に収支均衡を図るため保険料の改定を行ったが、その後も被保険者数は減少の一途をたどり、歳入「第Ⅰ款 国民健康保険料」では、26年度の10億6,900万円から、30年度は9億4,600万円、率にして11.5%減少している。また、28年度から始まった国庫補助金の見直しにより、「第Ⅱ款 第2項 国庫補助金」は、26年度の3億500万円から、30年度には1億7,500万円と半減、補助金の通減は令和2年度が5年目の最終年度となるが、収入財源は年々減少している。

また、歳出では、「第Ⅲ款 保険給付費」について、平成28年1月から高額医療費の発生が継続しており、被保険者数は減少しているにもかかわらず、6億5千万円を超える高い水準で推移している。

令和元年度は、歳入「第Ⅵ款 繰越金」が2億5,800万円あったことから、保険料の改定や法定積立金の取崩しを行うことなく予算編成できた。しかしながら、令和元年度の決算見込みでは、単年度収支が1億2,100万円の赤字となり、令和2年度に計上できる繰越金が1億2,900万円に半減する見込みとなった。

このような財政状況から、令和2年度予算編成は困難な状況にあり、現行の保険料で予算を

令和2年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画	
令和2年1月23日 理事会議決	
山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、令和2年度の実践計画を次のとおり策定する。	
1. 法令遵守マニュアルの策定	役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを網羅した法令遵守マニュアル等を策定する。
	① 法令遵守マニュアルは、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
	② 法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。
2. 法令遵守に関する指導・研修	不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。
	① 法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
	② 役職員を対象とした法令遵守を徹底するための研修を実施する。
3. 法令遵守のための管理	事故防止の観点から、特定の職員を長期間にわたり同一部署同一業務に従事させないように入事ローテーションを実施し、又はやむを得ない理由により長期間にわたり同一部署の同一業務に従事している場合には、事故防止等のため、同一業務について複数の職員により執行することとする。
4. 法令遵守関連情報の組織的な把握等	役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。
	① 役職員が把握した法令遵守関連情報（組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事件に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等）については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
	② 法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を及ぼすもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
	③ 理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報への対応を決定する。
5. 不祥事故への対応体制	役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
	① 法令遵守担当理事等は、規約、規程等に照り、理事会に報告する。
	② 理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。
Ⅱ 附 則	この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

試算したところ、単年度収支は2億3千万円の赤字となる見込みとなった。このため、令和元年12月19日に開催された定款等検討委員会に保険料の改定等について諮問した。

改定にあたっては、令和4年度以降、団塊の世代が75歳以上となり、本組合の被保険者資格を喪失される甲種組合員が、これまでの年10名程度から30名程度と急激な増加で保険料のさらなる減収が見込まれることから、改定額は当面、令和2、3年度の2年間の収支均衡を見込んだ額とした。

まず、医療給付費分保険料は、後期高齢者支援金と介護納付金を除く保険給付費等の支出額を賄う額（該当の補助金を控除した額）が必要となり、甲種組合員は、全国医師国保組合の令和元年度保険料の平均並みの31,000円に、また、組合員の家族及び乙種組合員は、医療給付費分での収支が均衡するよう、それぞれ1,000円を引き上げ、組合員の家族は10,000円に、乙種組合員は12,000円に改定しようとするものである。

後期高齢者支援金分保険料の算出については、社会保険診療報酬支払基金に納付する後期高齢者支援金見込額から補助金見込額を差し引いた額を保険料必要額とし、組合員の家族及び乙種組合員は、全国の最高額の5,000円まで引き上げ、後期高齢者支援金分での収支均衡を図るため、甲種組合員は2,500円引き上げて6,000円としている。

また、介護納付金分保険料についても、同様に介護納付金から補助金収入額を差し引いて保険料必要額を算出し、組合員の家族及び乙種組合員は、全国の最高額の5,500円まで引き上げ、介護納付金での収支均衡を図るため、甲種組合員は4,000円引き上げて8,500円としている。

この改定により、保険料全体で2億3,500万円増が見込まれることから、単年度収支2億3,000万円の赤字が、535万円の黒字に改善することとなる。

なお、甲種組合員については、改定後は市町国保より若干まだ低い保険料が維持できている。乙種組合員については、年間賞与がある場合を加味すると、まだ市町国保・協会けんぽより低い保険料だが、その差はほぼない状況となっている。

以上のように、非常に厳しい財政状況から、令和2、3年度の収支均衡を考慮した保険料に改定することが、健全な財政運営の体制づくりに必要不可欠であり、保険料の引き上げはやむを得ない、という定款等検討委員会の答申をいただいたので、この答申に基づき保険料の改定をさせていただこうとするものである。

<傷病手当金の見直し>

本組合の傷病手当金制度は、平成13年に乙種組合員を対象に創設し、支給開始日は、当時の県医師互助会の傷病見舞金に合わせ21日目からとし、平成24年の県医師互助会の事業廃止にともない、甲種組合員も対象に加え現在に至っている。

今回の保険料の引き上げにともない、医師国保離れも懸念されることから、給付内容の充実を図ることで、被保険者の確保につなげていくため、支給開始日の繰り上げについて、定款等検討委員会に諮問した。

見直し内容は、現在、休業・休職21日目から支給しているが、これを11日目からの支給とし、支給開始日を繰り上げるものである。全国の支給状況を見ると、11日目からの支給は未実施の組合を含めれば、サービス内容としては中ほどの状況となる。

現在、年間10名程度に約200万円を支給しているが、今回の見直しで約190万円の支給増が見込まれる。

この見直しについて、定款等検討委員会の答申では、平成13年4月の制度創設時から支給開始日を変更しておらず、本組合の乙種組合員の支給開始日は、本制度を実施している全国の医師国保組合のなかでもっとも遅いことと、今回の保険料の改定で組合員の負担が増すことから、より充実した制度とするためにも支給開始日を11日目に繰り上げることが適当である、という答申をいただいた。

以上のように、2つの諮問事項に対する答申を受けて、規約の一部改正についてお諮りする。

新旧対照表では、傷病手当金の支給について規定している規約第16条中、「20日」を「10日」に、

「21日目」を「11日目」に改正している。

施行日は令和2年4月1日とし、休職開始日が令和2年4月1日以降の休業・休職に適用することとする。

次に、保険料の賦課額を規定している第21条では、「一 医療給付費分」の月額保険料の甲種組合員「25,500円」を「31,000円」に、乙種組合員の「11,000円」を「12,000円」に、組合員の家族「9,000円」を「10,000円」に改定している。

「二 後期高齢者支援金」の月額保険料は、甲

種組合員「3,500円」を「6,000円」に、乙種組合員及び組合員の家族「3,500円」を「5,000円」に改定している。

「三 介護納付金分」の月額保険料については、甲種組合員「4,500円」を「8,500円」に、乙種組合員と組合員の家族「3,500円」を「5,500円」に改定している。

なお、「四 後期高齢者組合員分」保険料は、75歳以上の被保険者でない組合員に賦課する保険料であるが、月額1,000円の保険料については、変更していない。

新 旧 対 照 表

現 行	改 正 案
(傷病手当金) 第19条 組合は、被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休業・休職したときは、21日目から起算して最高180日間1日につき、甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。 2 この規約に定める事項のほか、必要な事項は別に定める。	(傷病手当金) 第16条 組合は、被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き10日を超えて休業・休職したときは、11日目から起算して最高180日間1日につき、甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。 2 (略)
(保険料の賦課額) 第21条 組合員は、保険料として、次の区分による額の合算額を、別に定める納付方法により、毎月組合に納付しなければならない。 一 国民健康保険事業に要する費用(高齢者医療確保法の規定による後期高齢者支援金及び病床転換支援金(以下「後期高齢者支援金等」という。))並びに介護保険法の規定による納付金(以下「介護納付金」という。))の納付に要する費用並びに第4号に規定する費用を除く。)に充てるため、組合員(高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者である組合員(以下「後期高齢者の組合員」という。))を除く。)及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した基礎賦課額 ア 甲種組合員 25,500円 イ 乙種組合員 11,000円 ウ 組合員の家族1人につき 9,000円 二 後期高齢者支援金等の納付に要する費用に充てるため、組合員(後期高齢者の組合員を除く。)及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した後期高齢者支援金等賦課額 ア 甲種組合員 3,500円 イ 乙種組合員 3,500円 ウ 組合員の家族1人につき 3,500円 三 介護納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員又は組合員の世帯に属する被保険者のうち介護保険法第9条第2号に規定する被保険者につき算定した介護納付金賦課額 ア 甲種組合員 4,500円 イ 乙種組合員 3,500円 ウ 組合員の家族1人につき 3,500円 四 保健事業のうち、後期高齢者の組合員に係るものに要する費用に充てるため、後期高齢者の組合員につき算定した後期高齢者賦課額 ア 甲種組合員 1,000円 イ 乙種組合員 1,000円	(保険料の賦課額) 第21条 組合員は、保険料として、次の区分による額の合算額を、別に定める納付方法により、毎月組合に納付しなければならない。 一 国民健康保険事業に要する費用(高齢者医療確保法の規定による後期高齢者支援金及び病床転換支援金(以下「後期高齢者支援金等」という。))並びに介護保険法の規定による納付金(以下「介護納付金」という。))の納付に要する費用並びに第4号に規定する費用を除く。)に充てるため、組合員(高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者である組合員(以下「後期高齢者の組合員」という。))を除く。)及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した基礎賦課額 ア 甲種組合員 31,000円 イ 乙種組合員 12,000円 ウ 組合員の家族1人につき 10,000円 二 後期高齢者支援金等の納付に要する費用に充てるため、組合員(後期高齢者の組合員を除く。)及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した後期高齢者支援金等賦課額 ア 甲種組合員 6,000円 イ 乙種組合員 5,000円 ウ 組合員の家族1人につき 5,000円 三 介護納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員又は組合員の世帯に属する被保険者のうち介護保険法第9条第2号に規定する被保険者につき算定した介護納付金賦課額 ア 甲種組合員 8,500円 イ 乙種組合員 5,500円 ウ 組合員の家族1人につき 5,500円 四 (略)

議案第2号 令和2年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

沖中常務理事 「1. 保険給付について」は、本組合の主体的事業であり、疾病や負傷に対する療養の給付のほかに、療養費、高額療養費等の13項目にわたる各種給付事業を実施する。(13) 傷病手当金については、支給開始日を繰り上げる内容に変更しているが、その他は、令和元年度と同じ給付内容としている。

「2. 保健事業について」は、平成30年度からジェネリック差額通知や医療費通知の事業を実施しているが、これらを含めた7事業は、すべて継続事業である。

「4. 社会保障・税番号制度への対応」については、オンライン資格確認等の実施に向け、システム改修を行うこととしている。令和元年度に、全国国保組合協会が開発した「新国保組合共通システム」を導入したため、引き続き対応に向けた作業を進める。

「5. 月別事業計画」は、理事会、組合会の開催及び全医連や全協主催の諸会議等の予定を月ごとに示したものである。

議案第3号 令和2年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

沖中常務理事 令和2年度予算については、差引残高1億3,033万円を令和2年度繰越金として計上し、予算編成を行っている。

また、補助金や後期高齢者支援金等の算出については、昨年末に厚労省から示された予算編成に当たっての留意事項に基づいた予算額を計上している。

<歳入>

「第1款 国民健康保険料」において、医療給付費分保険料、後期高齢者支援金分保険料及び介護納付金分保険料は、改定後の月額保険料に、令和2年度の被保険者見込み数を乗じて算出している。

被保険者数の年次別推移において、平成29～30年度では減少幅はゆるやかになっていたが、令和元年度では142名減としている。これは、4

月以降、自家診療を認めていない等の理由で、従業員とその家族が協会けんぽに加入されるなど脱退者が多くみられたためである。令和2年度の被保険者数の見込み者数は全体で3,982人となり、4千人台を割り込むと見込んでいるが、財政基盤を揺るがす要因となっている。

国民健康保険料総額は11億2,853万8千円で、元年度予算額に対し1億8,703万2千円、率にして約20%増となっている。

「第Ⅱ款 国庫支出金」であるが、第1項内の事務費負担金では、平成23年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかることになり、厚労省が示した被保険者数に応じた額に0.8の支給調整率を乗じて算出し、351万3千円を計上している。

「第2項 国庫補助金」内の療養給付費等補助金の1億2,327万1千円を、厚労省が示した算出式による補助金額を計上している。国庫補助の見直しについては、平成27年度まで32%であった従来分の補助率が、平成28年度から令和2年度までの5年間で13%に引き下げられ、令和2年度は最終年度となることから、従来分の補助率は新規分の補助率と同じ13%となり、補助金は約4割まで削減されている。

なお、新規分とは、平成9年9月1日以降に健保の適用除外をして加入された者に係る分となり、補助率は社会保険並みとなる。

前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・介護納付金にかかる分についても、厚労省が示した算出方法による補助金額を記載しているが、補助率の見直しによる減少分は全体で約1億545万円余となり、保険料改定の大きな要因となったところである。

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

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

また、出産育児一時金等補助金では、1件42

令和2年度事業計画

1. 保険給付について

Ⅱ. 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

1. 診療

2. 薬剤又は治療材料の支給

3. 処置、手術その他の治療

4. 居室における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

5. 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の1を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の2、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者）を除く。）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第30条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第30条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

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

(5) 療養費の支給

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

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

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

(7) 特別療養費の支給

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

(8) 移送費の支給

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

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第58条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の2第1項の高額療養費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第81条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

Ⅲ. 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として40万円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正13年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに1万円を加算する。

Ⅳ. 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

(2) 傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き10日を超えて休業・休職をしたときは、11日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は8,000円、乙種組合員は5,000円を傷病手当金として支給する。

2. 保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

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

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

(2) 健康啓蒙事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

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

(4) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

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

(5) 死亡見舞金の支給について

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

(6) 医療費通知の実施について

該当組合員に「医療費通知」を送付する（年1回）。

(7) ジェネリック差額通知の実施について

該当被保険者に「ジェネリック差額通知書」を送付する（年1回）。

3. 広報活動について

(1) 山口県医師会報に「困保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。

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

4. 社会保障・税番号制度への対応について

ペンイン資格確認等の実施に向けた対応としてシステム改修等を行う。

5. 互別事業計画

月	組合会・理事会	諸会議及び研修会
4	理事会	
5	理事会	全国国保組合協会中国四国支部総会・委託研修会 全国国保組合協会連合会代表者会
6	理事会	全国国保組合協会運営総会
7	理事会 监事会 組合会	全国国保組合協会職員研修会 中国四国国保組合連合会連絡協議会 中国地方国保事務担当者研究協議会
8	理事会	
9	理事会	全国国保組合協会事務長研修会
10	理事会	全国国保組合協会理事長・役員研修会 全国国保組合連合会第58回全体協議会
11	理事会	全国国保組合協会保健事業推進担当者研修会 全国国保組合連合会事務局長連絡会 第18回学びながらのウォーキング大会 全国国保組合協会被保険者全国大会
12	理事会	全国国保組合協会事務長研修会
1	理事会	全国国保組合協会事務長研修会
2	理事会 組合会	全国国保組合協会理事長・役員研修会
3	理事会	全国国保組合協会連合会

万円の一時金支給に対し、平成24年度以降、10万5千円の補助となっている。

特定健康診査等補助金は、令和元年度と同額の補助単価と実施見込み者数から算出して133万2千円、社会保障・税番号制度システム整備費補助金として100万円を計上している。

「第Ⅲ款 共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であり、全国国保組合協会が示した高額医療費共同事業医療費拠出金と同額の6,041万3千円を計上している。令和元年度より、1,137万5千円の増となっている。

「第Ⅳ款 財産収入」の「第1項 財産運用収入」は、特別積立金等の利息3万円を計上している。

「第Ⅴ款 繰入金」は、科目存置としている。

「第Ⅵ款 繰越金」は、差し引き残高の1億3,033万円とし、令和元年度予算額より約9,600万円減となっている。

「第Ⅶ款 諸収入」は、令和元年度と同額の4千円を計上している。

歳入合計は、令和元年度より6%、8,216万7千円増の14億5,468万1千円となっている。

＜歳出＞

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

「第Ⅱ款 総務費」は、役員報酬等組合運営の事務費等として、令和元年度より42万5千円減の4,023万8千円を計上している。

令和元年度は、「第11節 需用費」で、被保険者証更新による作成費用として62万円を計上していたが、2年度は更新しないことからこの費用が不要となったため、総務費全体で減額となっている。

「第Ⅲ款 保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める6億7,666万3千円を計上している。令和元年度に対し約320万円の増となっている。所要見

込額の算出では、元年度と同額の5億9,382万5千円としている。なお、この額は、元年度予算額を下回ることから、2年度の予算額は、安全度を考慮して元年度予算額と同額を計上している。

なお、療養費及び高額療養費については、平成31年4月から令和元年12月までの9か月分の支給実績をもとに令和元年度年間推計額を算出し、2年度所要見込額は元年度と同額としている。

「第Ⅲ款 保険給付費」の「第1項 療養諸費」においては、療養給付費5億9,604万1千円とし、審査手数料は山口県国保連合会が示した手数料から算出した額で298万1千円となっている。

「第4項 出産育児諸費」については、25件分の一時金と手数料を計上し、「第5項 葬祭諸費」は令和元年12月までの支給状況から50万円増の150万円としている。

また、「第6項 傷病手当金」については、見

令和2年度歳入歳出予算

（単位：千円）			
歳 入		歳 出	
款 項	金 額	款 項	金 額
I 国民健康保険料	1,128,538	I 組 合 会 費	2,581
(I) 国民健康保険料	1,128,538	(I) 組 合 会 費	2,581
II 国庫支出金	135,365	II 総 務 費	40,238
(I) 国庫負担金	3,518	(I) 総務管理費	39,728
(2) 国庫補助金	131,852	(2) 徴 収 費	510
III 共同事業交付金	60,413	III 保 険 給 付 費	676,665
(I) 共同事業交付金	60,413	(I) 療 養 諸 費	602,022
IV 財 産 収 入	30	(2) 高 額 療 養 費	57,535
(I) 財産運用収入	30	(3) 葬 祭 費	100
V 繰 入 金	1	(4) 出 産 育 児 諸 費	10,596
(I) 準備金等繰入金	1	(5) 葬 祭 諸 費	1,500
VI 繰 越 金	130,330	(6) 傷 病 手 当 金	5,000
(I) 繰 越 金	130,330	IV 後期高齢者支援金等	253,046
VII 諸 収 入	4	(I) 後期高齢者支援金等	253,046
(I) 預 金 利 子	4	V 前期高齢者納付金等	68,147
(2) 雑 収 入	0	(I) 前期高齢者納付金等	68,147
		VI 合 議 納 付 金	153,731
		(I) 市 議 納 付 金	153,731
		VII 共同事業拠出金等	68,850
		(I) 共同事業拠出金	60,444
		(2) 共同事業負担金	8,406
		VIII 保 険 奉 還 費	47,575
		(I) 特定健康診査等事業費	5,230
		(2) 保 健 事 業 費	38,845
		(3) 死 亡 見 舞 金	1,000
		IX 積 立 金	1,000
		(I) 積 立 金	1,000
		X 其 他 諸 費	1
		(I) 一 般 公 債 費	1
		XI 繰 出 金	8
		(I) 償還金及び還付加算金	8
		XII 予 算 外 費	144,845
		(I) 予 算 外 費	144,845
計	1,454,681	計	1,454,681

直しによる増加分を増額し500万円を計上している。

「第Ⅳ款 後期高齢者支援金等」、「第Ⅴ款 前期高齢者納付金等」、「第Ⅵ款 介護納付金」については、社会保険診療報酬支払基金に納付する額で、3款あわせて4億7,492万4千円となる。厚労省が示した算定式により算出した額を予算額としている。

いずれも令和元年度予算額を上回り、3款合計で約4,379万円の増となっている。

なお、「第Ⅵ款 介護納付金」では、平成30・31年度追加納付額として6万7,805円をあげている。これは、支払基金のシステムプログラムの修正誤り等による不足額を追加分として、令和2年度に上乗せして納付するものである。

「第Ⅶ款 共同事業拠出金等」の「第1項 共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会（全協）に支払う額であり、全協から示された6,044万4千円を計上している。

また、「第2項 共同事業負担金」では全協に納付する負担金として、国民健康保険組合共通システム共同事業負担金660万8千円、社会保障・税番号システム負担金約172万円を計上している。また、中間サーバー運営負担金として、社会保障・税番号制度における医療保険者等向け中間サーバーのランニングコスト等、厚労省が示した単価から算出した額を計上している。

「第Ⅷ款 保健事業費」では、「第1項 特定健康診査等事業費」で、令和元年度とほぼ同額の573万円を計上している。特定健診・特定保健指導共同処理手数料は、山口県国保連合会が示した手数料単価から算出した額とし、特定健診及び特定保健指導の単価は、山口県医師会が示した2年度の額としている。

「第2項 保健事業費」は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、3,884万5千円としている。

「第Ⅸ款 積立金」において、特別積立金では、平成30年度に3千万円を取り崩し繰入金としたので、現在の保有額が1億7千万円となっている。また、給付費等支払準備金の保有額は1億600

万円で、2つの積立金ともに法定積立額を上回っているが、取崩し可能額は合計約9,300万円という状況にある。

特別積立金では、法定積立額以上を保有しているので、新たな積立は行わず、職員退職給与金積立金のみ100万円を積み立てる。

「第Ⅹ款 公債費」は、科目存置である。

「第Ⅺ款 諸支出金」については、3千円を計上している。

歳入歳出を調整した結果、「第Ⅻ款 予備費」として、令和元年度より2,485万8千円増の1億4,484万5千円を計上している。

V 採決

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

VI 閉会の挨拶

河村理事長 皆様、ご審議ありがとうございました。

国保の運営に関する問題が大きくなったのは5年ほど前になるかと思いますが、被保険者数の少ない組合で高額医療が数件発生し、大幅な保険料の増額を迫られたことがあった頃だと思います。

都会の被保険者数が多い国保組合では、このような問題はあまり起こっていないためか、危機感を感じられていないことがあります。しかしながら、地方の国保組合では、以前よりこういった問題を抱えており、どのように対処するかが常々課題となっております。

今後の大きな流れとしましては、高額医療への対応として、全国の多くの国保組合が参加している全協で取りまとめができないか、又は全国の医師国保を一つにまとめることができないか、等の議論になろうかと思われます。

数年のうちには、全国的に更に深刻な問題が増えてくるのは必至ですので、多角的な情報を踏まえて、慎重な検討を行ってまいりたいと思います。

本日は、ご多忙の中、誠にありがとうございました。

令和元年度 母子保健講習会

と き 令和2年2月16日（日）13:00～17:00

ところ 日本医師会大講堂

講演

1) 健やか親子21の目的と活動

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長

小林 秀幸

日本の妊産婦死亡率・乳児死亡率は戦後急速に改善し、世界有数の低率国となっている。一方で出生数は90万人程度となり、静かなる国難を迎えている。そこで、2000年に「健やか親子21」の策定が行われ、2001～2014年を第一次とし、その結果を踏まえて2015年から第二次が開始された。「健やか親子21」は関係者が一体となって推進する母子保健の国民運動計画であり、21世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したものである。まずは親子(住民)を中心として国・地方公共団体・医療機関・研究機関・学校・健やか親子21推進協議会が一体となって、基盤課題であるA:切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策、B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策、C:子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりなどを踏まえて、重点課題である①育てにくさを感じる親に寄り添う支援、②妊娠期からの児童虐待対策を行って、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を実現することが「健やか親子21」の目標である。この課題に向けては、保健、医療、福祉、教育、労働等、幅広い分野から取組に参加してもらうことが重要で、各団体が情報を共有し、有機的につながる体制を構築することが求められる。また、参加する企業にとっては、企業の広報活動や社会貢献にもつながるといった、双方にとってメリットのある仕組みとなるよう工夫が求められる。

第一次「健やか親子21」の最終評価では、新生児死亡・十代の喫煙率・妊産婦死亡率・不慮の事故による死亡率など81%で改善が認められた。しかし、産婦人科医師数・児童虐待による死亡数・

低出生体重児・十代の自殺率・朝食を欠食する子どもの割合など改善していないものもあり、この結果を基に第二次が計画された。その第二次「健やか親子21」(2015～2024)の中間評価では52指標のうち65%が改善していた。一方で、妊産婦の自殺数が産科的合併症による母胎死亡数を上回っているなど、妊産婦へのメンタルヘルスケアも大きな課題であり、十代の自殺数・児童虐待による死亡数などは改善していない。また、十代の性に関する正しい知識を教育することも求められている。

昨年制定された「成育基本法」と「健やか親子21」は同じ方向を目指す、「健やか親子21」はこの法の定めるものの一部を担うものである。

3年前に母子保健法の中で制定された子育て世代包括支援センターは昨年4月現在1,717か所設置され、2020年度末までに全国展開する予定である。妊産婦を支える地域の包括支援体制の構築を目指し、保健師・助産師・看護師・ソーシャルワーカーが切れ目のない支援を行うものである。

昨年末に母子保健法の一部を改正する法律がなされ、産後ケア事業が法制化された。これは産後ケアを必要とする出産後1年を経過しない女性及び乳児に対して、心身のケアやサポート等(産後ケア)を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保するものである。これにはデイサービス型や宿泊型もあり、主に病院や助産所・診療所が中心になって行っている。産婦健診は産後2週間と1か月に行うもので、産後うつや新生児への虐待を予防する観点から行っている。似たような名前で産前・産後サポート事業があるが、これはこの時期の悩みについて、専門家又は経験者など地域ボランティアが「話し相手」等による

相談支援を行い、孤立感解消を図ることを目的とする。

2) 健やか親子 21 推進協議会の目的と役割

帝京大学医学部小児科教授／

健やか親子 21 推進協議会幹事団体代表

三牧 正和

健やか親子 21 推進協議会は①情報発信、②育児支援、③虐待防止、④調査研究の4つのグループに分かれて活動する。グループ①（日本産科婦人科学会など57団体）では国民への普及啓発・情報発信に取組み、ホームページの閲覧数も増加した。グループ②（日本小児保健協会など39団体）の育児支援等は出前講座研修会等の講師調査、グループ③（日本小児科学会など32団体）の児童虐待防止・対応強化については、平成30年度児童相談所において16万件弱の相談があり、死亡者数も減少しないことから各種団体から意見を聴取、グループ④（日本小児科学会など32団体）は調査研究やカウンセリング体制の充実・ガイドラインの作成などを担い、十代の自殺が多いことから参加団体に対してリーフレットを配付した。

「健やか親子 21」の認知度はこの4年間で増加しておらず、シンボルマーク「すこりん」の認知度も低かった。各団体の取組み数は児童虐待による死亡数、十代の性感染症、育てにくさを感じたときの対処等のテーマが多く、残っているものでは解決困難な心理的・社会的課題が少なくない。そのため、各団体内でのさらなる啓発・周知が必要であり、団体同士の情報共有や有機的につながる体制づくりが求められる。（前講演と重複する内容は割愛しました）

健やか親子 21（第二次）とは

母子の健康水準向上のための国民運動計画である。未来を担う子どもたちを健やかに育てるための、さまざまな取組みを提示し、国民みんなで推進していくものである。ご協力をお願いします。

〔報告：常任理事 藤本 俊文〕

シンポジウム「健やか親子 21（第二次）の中間評価結果から見えてきた課題」

座長：

熊本県医師会会長／

日医母子保健検討委員会副委員長 福田 桐

日本小児科医会会長／

日医母子保健検討委員会委員 神川 晃

1) 産婦人科領域における課題

日本医師会常任理事／

健やか親子 21（第二次）中間評価委員会委員

平川 俊夫

第一次「健やか親子 21」は2001年度から2014年度まで行われたが、第二次は2015年度から2024年度まで下記の課題で行われている。

基盤課題A：切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策

基盤課題B：学童期・思春期から成人期に向けた保健対策

基盤課題C：子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり

重点課題①：育てにくさを感じる親に寄り添う支援

重点課題②：妊娠期からの児童虐待防止対策

2019年6月から8月に中間評価が行われ、52指標のうち34指標が改善している。

妊産婦のメンタルヘルスの面では、妊産婦死亡率は平成24年が4.0%だったものが平成29年3.4%に減少。ただし、目標は達成されているものの妊産婦の自殺数が産科的合併症による母体死亡数を上回っており、死亡原因を明らかにすることで妊産婦の死亡への対応を考えていく必要がある。妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合は平成25年が92.8%だったのが平成29年は98.0%に改善している。子育て支援包括支援センターの設置により、妊娠届出時に保健師等により全数面接を行うように体制を変更するなど、妊婦の把握を意識的に行うことが促進された。産後のメンタルヘルスについて妊婦とその家族に伝える期間を設けている市区町村の割合は平成25年が43%だったのが平成29年は49%に改善、一般的に産後うつ、

EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）による産後うつスクリーニングという言葉の認識が広まっていると考えられる。妊娠中からの発症予防、悪化防止の取組を強化することが課題である。

児童虐待による死亡数は年度や地域によりばらつきがあり評価することができないが、把握できていないケースもあると考えられ、改善しているとは言えず、引き続き対策が求められる。

十代の性感染症罹患率は、現行の指標であるクラミジア、淋菌、尖圭コンジローマ、性器ヘルペスは減少しており目標を達成しているが、平成25年度以降、梅毒の報告数が急増しており、現行の指標に追加することになった。十代の性に関する課題については、正しい知識を身につけることの重要性が強く指摘されており、産婦人科医や助産師等の専門家を講師として活用するなど、効果的な性教育に取り組むことが求められている。

父親の育児支援については、積極的に育児をしている父親の割合は平成25年が50%だったのが平成29年は60%に上がっており、国を始め企業が育児への父親参加を促している効果が出ている。ただし、父親の育児休業取得率は平成29年で5.1%とまだ低く、低い要因として「育児休業を取得しづらい雰囲気職場にある」、「個人にとってキャリアへの影響を不安に思う」などが推測される。産後の父親の約1割が産後うつの傾向にあり、乳幼児健診等において父親も含めて相談支援の対象にするなど、母親に限らず父親も含めて養育者の孤立を防ぐ対策が急務である。

指標の設定の趣旨が都道府県に十分周知されておらず、地域間での健康格差がある。今回の中間評価を機に、都道府県には本計画策定時の背景等を踏まえ、市町村間の格差の是正や母子保健サービスの質の向上に向け、積極的な支援を求めている。市町村では動きづらいことも多く、都道府県の役割が重要である。

2) 小児科領域における諸課題

国立成育医療研究センター理事長／

日医母子保健検討委員会委員長／

健やか親子21（第二次）中間評価委員会委員

五十嵐 隆

わが国の乳児死亡率、新生児死亡率は年々低下しており、平成29年の乳児死亡率は1,000出生に対して1.9と世界トップクラスである。また、子どもの育ちを見る指標のCDI（The Child Developmental Index）も世界トップで、日本は「健康、教育、栄養状態のいずれも最高」と評価されている。しかし、評価された項目のほとんどが生物学的な面からの評価で、心理・社会面からの評価ではない。小児保健・医学の課題としては、小児がんなど難治性疾患の治療（遺伝子治療、ゲノム編集など現在は大人のがんが主流になっている）、未診断疾患イニシアチブ（原因がわかるものは3割ぐらい、新しいものは5%）、慢性疾患（障害）を持つ子どもと青年、子どものこころや社会性を評価するしくみ、貧困・虐待、世界的に広がっている出生前診断にどのように対応するかなどがある。

「健やか親子21（第一次）」の最終評価で悪くなったのは、全出生数中の低出生体重児の割合、10代の子どもの自殺であった。

第二次は2015年度から始まっており、今回5年後に中間評価が行われた。基盤課題Aについては低出生体重児の割合などが指標となっており、中間評価では9.6%から9.4%にやや減少してきている。基盤課題Bについては10代の自殺死亡率などが指標になっているが、中間評価では15～19歳は減少しているものの、10～14歳は増加しており、依然として深刻な状態にある。10代の人工妊娠中絶率も減ってきているが、15歳未満の女性が出産する数は減少せず、高止まりの傾向にある。妊娠に関する基本的知識がなく、妊娠の発見が遅くなるケースが少なくない。また、背景に学校や家庭での孤立、困難を抱えた家庭、家庭での居場所がないなどの要因がある。10代の性感染症は減少しているが、平成25年以降、梅毒患者数のみ急増している。齲歯の割合は減っているが、歯肉に炎症がある十代の割合が平成

28年に26%と増えてきており、今後デンタルフロス使用の指導などが必要と思われる。米国では10代の子ども・青年は年1回健康診査を受けることが義務付けられているが、わが国では学校検診は行われているものの、この世代の子どもや青年への心理社会面での対応が不十分である。基盤課題Cについては、「この地域で子育てをしたいと思う親の割合」は91.1%から94.5%に増加しているが、「妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思う就労妊婦の割合」は91.9%から90.2%と横ばいであった。重点課題①については、「育てにくさを感じた時に対処できる親の割合」は83.4%から81.3%に減少、「発達障害を知っている国民の割合」はなぜか67.2%から53.2%に減少していた。重点課題②については、「児童虐待の通告義務を知っている国民の割合」が61.7%から52.7%に減少、「特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対してグループ活動による支援体制がある県型保健所の割合」は30.3%から14.1%に減少していた。第二次のトータルでは52指標中34項目(65%)が改善されているが、難しい課題が取り残されている。

1982年施行の「老人保健法」により、高齢者の生活全般にわたる広範な保健・医療・福祉サービスが展開され、2007年施行の「がん対策基本法」により、主として成人領域におけるがん予防と早期発見、がん医療の均てん化、がん研究が大いに進展し、治療法の開発にも寄与している。「成育基本法」にも同様の成果が期待されている。「成育基本法」が目指すものは「健やか親子21」の目的と同じものを多く含んでいる。

[報告：理事 河村 一郎]

3) 精神科領域における課題：

妊産婦のメンタルヘルスを中心に

順天堂大学大学院医学研究科教授／

日本周産期メンタルヘルス学会理事長

鈴木 利人

周産期患者の診療について、精神科医として継続するうえで苦慮した点は、周産期の薬物調整と産科医との連携である。周産期メンタルヘルスの

危機としては、向精神薬を服用する患者が増加しているものの、対応する精神科医がいないことにより、母児のさまざまなリスクが増えることになる。母児のさまざまなリスクとしては、妊娠中は先天異常、妊婦の自殺、胎児虐待、産科合併症、胎児発育不全があり、産後は産後うつ病、母親の自殺、母児心中、愛着障害、乳児虐待・嬰兒殺し、精神神経発達障害がある。

対策が求められる領域としては、①早期発見、②精神科医の参画、③地域ネットワークである。①早期発見については、EPDS、Whooleyの有効性と限界の認識とともに、産後うつ病の女性の心が男性化するのか、自殺の手段として男性に多い致死率の高い手段を選ぶ傾向があり、産後うつ病は自殺未遂には終わらないことに注意が必要である。かつ産後対応のためには産前教育が重要である。②精神科医の参画については、周産期対応可能な精神科医の養成が必要であり、「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017」(日本周産期メンタルヘルス学会)をはじめ、妊産婦対応のガイドラインを作成中(日本精神神経学会、日本神経精神薬理学会、日本うつ病学会)であるが、ガイドラインの限界にも考慮する必要がある。③地域ネットワークとして、宮城県、福島県、千葉県好事例を紹介。

周産期メンタルヘルス活動の活性化としては、精神科医全般に対する周産期メンタルヘルスの継続的な啓蒙と研修、周産期に精通した精神科医の養成、多職種活動のモデル作成(都市型、地域型)、地域の多職種周産期メンタルヘルスに求められる活動項目の整理を提言する。

4) 中間評価結果を踏まえた目標値の変更と新たな目標の樹立

山梨大学大学院総合研究部

医学域社会医学講座教授／

健やか親子21(第二次)中間評価委員会委員

山縣 然太郎

中間評価実施により、まず、子ども医療電話相談(#8000)を小児救急電話相談(#8000)に修正などの名称変更と、積極的に育児をしている父親の割合を55.0%から70.0%に引き上げるな

ど目標値の変更をした。

新たな指標としては、梅毒の罹患率が加わり、参考指標としては、子どものスポーツ機会の充実・体力向上と虐待とDVに関する指標が追加された。

今後、検討が必要な項目として①産後メンタルヘルス対策についてのポピュレーションアプローチの指標、②父親の育児参加への心身の健康に関する指標（父親の約10%が産後うつを発症）、

③口腔機能の発達に関する指標、④ICTが子どもの健康や子育てに及ぼす影響に関する指標が挙げられる。

「健やか親子21」では、関係団体が協同できる保健、医療、福祉の包括的、継続的な総合施策を示した基本方針の策定を期待する。また、成育基本法が健やか親子21及び母子保健計画の法的根拠として位置づけられることを希望する。

[報告：副会長 今村 孝子]

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カ月までにお願いします。)

医師年金

検索

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)

医師年金HP画面

お問合わせ先
 日医 年金・税制課 ☎ 03-3942-6487(直) (平日9時半～17時)

**かなえない
未来がある。**



応援してください。
 やまぎんも、私も。
石川 佳純




原稿を募集しています！！

- 県医師会報に投稿してみませんか？ -

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の5つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがありましたら、ふるってご投稿ください。

募集するコーナーとその内容等

■「ニューフェイス」コーナー(現:フレッシュマンコーナー)

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。
現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

■女性医師エッセイ

現在の心境や医療、医師会に対する思い、趣味、思い出等

■会員の声

医療・医学に関連するものに限定します。

■若き日(青春時代)の思い出

若き日(青春時代)の思い出ばなしなど・・・

■山口県の先端医療は今・・・

自院の先端医療のご紹介

字数制限、原稿の採否等

- 1.「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。
- 2.原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただきます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。
※公序良俗に反するもの、特定の個人を誹謗中傷するもの、政治・宗教に関するものは掲載できません。

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

令和元年度 日本医師会医療情報システム協議会 メインテーマ「進化する医療 ICT」

と き 令和2年2月1日（土）14:00～19:00

2日（日）10:00～15:30

ところ 日本医師会大講堂

報告：常任理事 中村 洋
理 事 郷良 秀典

日本医師会の石川広己 常任理事を総司会とし、「進化する医療 ICT」をメインテーマとした標記協議会が開催された。令和元年度は香川県医師会が担当で、本会からは中村と郷良が出務し、2日間の出席者は講師等関係者を含んで469名（日医発表）であった。

1日目（2月1日）

開会挨拶

横倉日医会長（代読：今村日医副会長） 大正9年に初めて行われた国勢調査によると、当時のわが国の平均寿命は男性で約42歳、女性は約43歳であったが、それからおよそ一世紀の歳月を経て、約2倍にまで伸びており、いよいよ人生100年時代を迎える。こうした超長寿社会において、国民が生涯に亘り健やかでいきいきと活躍し続けるためには、かかりつけ医の先生方が、家族や地域、社会との繋がりを大切にし、予防や健康づくりに寄与していくことが重要である。日医は、住み慣れた地域で生涯を終えたいという想いに寄り添い、かかりつけ医が地域包括ケアシステムの要として生活を支える体制づくりを推進している。このように「予防・治療・支える医療」を、かかりつけ医が中心となって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だと考えている。そのような中でAIやICTの発展は、この人生100年時代の医療の実現に向けたツールとして必要不可欠となっていくと思われる。

今回の協議会では、昨年に引き続き「オンライン診療」のセッションを設け、日医として「めざすべき『オンライン診療』」を明らかにするとともに、現行のオンライン診療に潜む危険性やセキュリティについてもご議論いただきたいと思っている。次に、「AIの光と影」のセッションでは、第3次AIブームを牽引しているディープラーニング技術により、医療分野におけるAIの開発・導入が急速に進んでいることから、AIのブラックボックスの問題や市販後の性能変化、AIが診断を下す際の責任の所在、AIが進化した場合の今後の医師のあり方といった“影”についても取り上げる予定である。「災害時のICT」のセッションでは、地球温暖化に伴う気候変動により、過去に例のない災害が今後も日本列島を襲うリスクが高まっていることから、激甚災害時におけるICTの活用について報告する場を設けた。「EHR・PHRの実現に向けて」では、厚労省がデータヘルス改革として、保健医療記録共有サービスや国民自身のデータを活用するためのPHRの推進を掲げているが、日医は患者さんの究極の個人情報である医療情報を確実に守ることが最も重要であると考えている。現代社会では、一旦、ネット上に流通した情報を完全に削除することは不可能である。ゲノム解析の進歩を見れば、現時点では些細と思える情報が将来、その方の子孫の人生まで左右するような重要な情報になってしまう可能性も否定できないことから、このような時代の個人

情報保護についてもご議論いただきたいと思います。

当協議会が、先生方にとって有意義なものとなることを祈念している。

I. めざすべき「オンライン診療」

(1)「オンライン診療」に対する日本医師会の立場

日本医師会副会長 今村 聡

オンライン診療は対面診療と同等のものとはいえず、対面診療を補完するものとして活用することが基本となる。また、超高齢化・人口減少社会が進むわが国においては、患者の受療動向が変化するとともに、提供者側である医師の高齢化も同時に進行することから、地域の医療を守るために対面診療の体制を堅持すると同時に、これを補完するツールとしてオンライン診療を考えていく必要がある。

遠隔医療とは情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為のことであり、オンライン診療とは遠隔医療のうち、医師—患者間において情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムにより行う行為のことである。ガイドラインの適用範囲としては、オンライン診療はすべて（保険診療・自由診療ともに）対象となっている。これからの社会において、一部の大都市を除き、多くの地域では人口減少が進行しており、医療需要は一部の大都市では緩やかな右肩上がりだが、ほとんどの地域は減少していく。一方、供給は医師の高齢化も進行しており、医療の供給体制（患者さんの医療へのアクセス）も現状のままでの維持は難しい。

国民皆保険とオンライン診療については、国民医療費は年々増加する傾向にあることから、課題として、①限りある保険財源の中で国民皆保険制度を守るためには急激な増加とならないよう財政中立な視点を持つ必要がある、②無条件に対象疾患を広げ過ぎると一部の者により算定が繰り返されるなどモラルハザードを引き起こすおそれがある、等があるので適切にバランスを取りながら進めていく必要がある。

オンライン診療の適用場面については、離島・

へき地などで医師の急病時等やむを得ない場合に限り、患者の同意を得て事前の医療情報の共有を行った上で、二次医療圏内の他の医療機関の医師が初診からオンライン診療を行うことが可能とされた。離島・へき地以外で、患者さんの受診が困難な場面として、下記の2例を挙げる。

事例1：小児の難病

- ・地方に住む難病のお子さん
- ・診察可能な医療機関は大都市にだけある
- ・診察のための長時間の移動
- ・家族の時間の確保等、人的及び時間的な負担が大きい
- ・家族を伴う移動や宿泊等、経済的な負担も大きい
- ・医師からの希望もある

→医師対患者の場合だけでなく、かかりつけ医の同席のもと、患者さんと高度医療機関がオンライン診療でつながることができれば負担軽減になる

事例2：精神障害の患者さん

- ・国は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を推進
- ・入院医療中心から地域生活中心へ：精神障害の方が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをするための基盤作りが進められている
- ・症状にゆらぎがあることが精神障害の特徴
- ・どうしても患者さんが来院できない場合がある

→オンライン診療を活用して、精神障害に対する医療の適切な関与や継続的な関わりを持つことができる

→家族、精神障害の方が安心して住み慣れたところでの暮らしを継続できる

オンライン診療に関する日医の考えは、どうしても医療にアクセスできない患者さんを助けるためのツールとして検討されるべきであり、適切な要件を設定して、これらの必要性に添えていく。真に必要とされている場面、すなわち患者さんにとって本当に不可欠とされていることに対して、モラルハザードを起こさないように徐々に普及することが必要である。

なお、令和元年改訂の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」により、医師に対する研修、「オンライン診療による緊急避妊」に関する研修が義務化された（これからオンライン診療を始める者は開始するまでに受講、既にオンライン診療を実施している者は令和2年10月までに受講）。厚労省は本研修を委託事業とし、日医が受託した。研修・調査事業の概要は以下のとおりである。

- ①オンライン診療の実施に向けた研修、及びオンライン診療による緊急避妊薬の処方に向けた研修（内容及びコンテンツのあり方については有識者からなる会議で作成。テキスト及び講義の視聴、各科目のテスト及び修了証の発行はe-learningシステムで実施）
- ②受講者対象アンケート（オンライン診療着手の背景、想定する対象患者などの調査並びに研修の効果等の検証、研修内容及び運営方法等の評価）

当研修については、本年3月上旬から受講生の募集を開始し、同月中旬からシステムの運用を開始する予定なので、利用されたい。

(2)「オンライン診療の適切な実施に関する指針」について

厚生労働省医政局医事課長 佐々木 健

情報通信機器を用いた診療については、無診察治療等を禁じている医師法（昭和23年法律第201号）第20条との関係について、平成9年の厚生省健康政策局長通知で解釈を示し、その後、二度に亘って当該通知の改正を行っている。また、電子的に医療情報を扱う際の情報セキュリティ等の観点から、平成17年に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を公表し、累次の改正を行ってきている。情報通信機器を用いた診療は医師不足の地域において有用なものと考えられ、今後一層普及していくと考えられるが、その安全で適切な普及を推進していくためにも、この診療にかかるこれまでの考え方を整理・統合し、適切なルール整備を行うことが求められている。

このような背景もあり、厚労省は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を平成30年3月に策定し、内容を定期的に見直しており、令

和元年7月の改訂では、地方の過疎地域等における緊急時のオンライン診療や患者が医師という場合のオンライン診療等を新たに位置づけたところであり、今後も年1回以上、同指針の内容やQ&Aの見直しを行っていく。

(3) めざすべき「オンライン診療」～産科診療におけるオンライン診療の将来像に関して～

日本遠隔医療学会名誉会長／

香川大学瀬戸内圏研究センター特任教授

原 量宏

オンライン診療は平成30年4月に正式に認められ、医療関係者はもちろん、国民からも遠隔での診療に大変関心が持たれている。しかしながら条件はかなり厳しく、6か月以上続けて対面診療を行っており、しかも高血圧や糖尿病等、状態の安定している慢性疾患が対象であり、産婦人科医にとって関心の高い、遠隔での妊娠管理は含まれていない。処方された薬に関しては、調剤薬局で薬剤師からの服薬指導が必要となっており、遠隔医療が最も必要な離島・へき地での利用が困難である。

オンライン診療の問題点として、対面診療と比較し、血圧、体温などのバイタル情報が得られないことが挙げられているが、最近は電子体温計や家庭用血圧計が普及し、心電図、酸素飽和度等に関してもネット経由で医療機関に送ることが出来る小型の機器が普及しつつあり、今後はオンライン診療に取り入れられると思われる。

妊娠管理においては胎児心拍数の正確な情報が最も重要であるが、遠隔での検出が大変困難であった。幸い、最近になって超小型のモバイル胎児モニターが実用化され、妊婦の遠隔健診は医学的な面からはもちろん、医療制度的にみても十分信頼できるシステムになると思われる。日本産婦人科医会においては、産科診療における遠隔医療の導入を目指してオンライン診療による妊婦検診の安全性と優位性の科学的検証に取り組んでいるところである。

(4) めざすべき「オンライン診療」

外房こどもクリニック理事長 黒木 春郎

自院に2016年6月にオンライン診療を導入し、2019年10月31日までに636例、月間10～20例をオンラインにより診療している。医師・患者関係が安定しており、児の状態も視診と問診で診断・治療が可能な状態であれば、この方法での診療は十分可能である。その適応は疾患別に考えるのではなく、あくまでも児の状態に即して考慮する。現在のオンライン診療に関する議論は大きく錯綜しているように思われ、これまでとは異なる新しい手技であり、入院・外来・在宅に続く第四の医療概念と考えられ、外来診療の代替・補完としてではなく、適応を議論するべきと考える。保険診療における現状は、診療報酬での疾患制限により抑制が強く、オンライン診療料はほとんど算定されていないのが現状である。オンライン診療は本来、患者志向・個別医療として行うことができるものであり、地域医療改革・医療資源偏在の解決・医師の働き方改革にもつながると考える。保険診療の中で普及させてこそ、その本来の目的を生かせると考えている。

(5) めざすべき「オンライン診療」の未来

京都府立医科大学／

デジタルハリウッド大学大学院客員教授

加藤 浩晃

オンライン診療については、現状では対面診療と同等のものとはいえないが、メリットとしては、まず、アクセシビリティの改善による治療継続率の向上が挙げられる。現状の制度では、優れた診療であっても患者が医療機関に来院し続けないと提供できない。次に、患者の診察を診察時だけの「点」でなく、帰宅後など日常も含めた一連の診療として「線」にできる。これにより患者個人の医療データが集積されるため、医師と共有して診療に役立てたり、データに基づいた高度な医療を提供したりすることができる。

現在、社会は第4次産業革命と言われる時代の大きな転換点に差し掛かっており、人工知能(AI)やIoT(Internet of Things)などのテクノロジーや、VR(仮想現実)、AR(拡張現実)、次

世代通信規格5Gなどが日常となっている未来は、医療現場でも第4次産業革命時代のテクノロジーの活用が当たり前になる。このような「医療4.0(第4次産業革命時代の医療)」に向けて、現在さまざまなテクノロジーを適切な形で医療業界に導入する取組みが行われている。オンライン診療においては、2020年に導入が進むとされる5Gや、IoT、VRを活用した診療並びにソフトウェア医療機器としてスマートフォンのアプリを治療に活用するデジタル療法の開発が進んでいる。

[報告：中村 洋]

Ⅱ . AIの「光」と「影」

(1) 政府のAI戦略について

内閣府政策統括官

(科学技術・イノベーション担当) 付

上席政策調査員 杉山 武志

近年、加速度的に発展するAI技術は、世界の至る所でその応用が進み、広範な産業領域や社会インフラなどに大きな影響を与えている。わが国においても、AIを含めた新たなテクノロジーの導入と、それに連動した社会システム変革により、成熟社会が直面する高齢化、人口減少、インフラの老朽化などの社会課題を解決し、「多様性を内包した持続可能な社会」を実現することが必要である。

政府は、AIの適切で積極的な社会実装を推進するための3つの基本理念(人間の尊厳の尊重、多様性:多様な人々の多様な幸せの追求、持続可能性)と7つの原則を定めた「人間中心のAI社会原則」(2019年3月)を取りまとめ、さらに、わが国が直面する課題を克服しつつ、わが国の強みを活かし、将来を切り拓いていくために、国が主体的に直ちに実行すべき施策に焦点を当て「AI戦略2019」(2019年6月)を取りまとめた。

(2) AIとデータのタンデム走行

国立情報学研究所所長 / 東京大学教授

喜連川 優

コンピューターは画像認識や言語処理は苦手であったが、近年、深層学習の展開により進歩を遂げつつある。当該領域に対する貢献を称え、

Yoshua Bengio、Geoffrey Hinton、Yann LeCunの三氏にコンピューターサイエンス分野において革新的な功績を残した人物に贈られるチューリング賞（2018年）が贈られた。医療関係ではとりわけ、医療画像への適用が盛んである。2016年にHinton氏は5年以内に放射線画像の読影はすべてAIに置き換わるだろうと述べたが、2019年に英国ではその人材育成を訴える等、思惑と現実の間には未だ乖離がある。国立情報学研究所はAMEDからの支援を受け「臨床研究等ICT基盤構築・人工知能実装研究事業」を推進し、日本消化器内視鏡学会、日本病理学会、日本医学放射線学会、日本眼科学会、日本皮膚科学会、日本超音波学会とともに医療画像ビッグデータ基盤を構築してきた。膨大な画像データはAIの燃料として大きな役割を果たす。深層学習の発展とビッグデータの展開は同時期であり、まさにタンデム走行であったと言える。

過去のテクノロジーのすべてがそうであるように、AIも常に明と暗がある。人間に弁別不能な程度の質の高い文章生成器は、国家の不安定性との関連性も言及される等、課題も多い。現在のAIの性能限界は学習するデータに依存し、希少疾患への適用は容易ではない。膨大なデータが必須となり、その循環が肝となる。独禁法、著作権法、不正競争防止法等のルール整備は未成熟である。

(3) 人間の認知限界に挑む医療AI

株式会社ソニーコンピュータサイエンス研究所

代表取締役社長 北野 宏明

生命科学の困難さは、対象の複雑さと多様性が大きな要因とも言える。また、われわれの知的活動は、現象の記述とそれに関する推論について言語を介して行うために、言語化に際しての不正確性や線形性、さらには文脈依存性などの影響から逃れることはできない。これは人間の知識をルールなどの形式で機械に実装しようとした知識工学の人工知能の限界でもあった。同時に、われわれの研究活動も同様な限界にさらされている。特にシステムバイオロジーのように複雑なシステムの設計原理や挙動予測を行おうとすると、この限界が如実に現れてくる。

深層学習などにより著しく進展している近年のAIは、これらの課題の一部に大きな進展が見られ、特に認識や分類に関して人間と同等かそれ以上の正確性を実現している事例もあるが、複雑な推論など今後さらにチャレンジが必要な領域もある。

AIの進歩は、われわれ自身の認知的限界を克服する道具を実現させる可能性があり、それによって正確な現象の表現と大規模な仮説生成や推論をもたらすと期待される。これらの能力をAIとして実現すると、われわれの複雑なシステム理解へのアプローチを劇的に変化させ、システム医科学や臨床診断のあり方を激変させる可能性がある。

(4) AIを利用した医用画像診断システムの開発と評価

岐阜大学特任教授／名誉教授 藤田 広志

R2 Technology 社が開発した世界初の商用の計算機支援診断システム（CAD）が「マンモグラフィにおける乳がんの検出支援装置」として米国食品医薬品局（FDA）の認可を得たのは1998年であり、この年はCAD元年と位置づけられ、すでに20年以上が経過している。医用画像の自動診断や支援診断を目指した研究が始まって半世紀余が過ぎ、これらの開発にはAIの技術も用いられていたが、昨今の第3次AIブームを牽引するディープラーニング（深層学習）技術により、従来型CADは新生AI-CADとして大きく飛躍しようとしている。特にディープラーニング型CADでは、学習用の質のよい大量のデータさえ用意できれば、支援システムの開発時間の大幅な短縮が可能となっており、開発に5年、10年かかったものが、1年以内で可能となっており、利用形態にも大きな変化が見られる。2018年4月にはFDAの認可を得て、ついに糖尿病網膜症をスクリーニングする眼底写真のための、専門医でなくても利用可能なAIソフトウェア（しばしば“AIドクター”とも呼称される）の商用化も始まり、“市販後学習型CAD”（システム導入後、事後学習により、さらに性能が向上・進化する）の出現も間近となっている。

2日目（2月2日）**Ⅲ．災害時のICT****(1) 災害時のICTイントロ****日本医師会常任理事 石川 広己**

近年の大地震や北海道全域のブラックアウト並びに千葉県の大規模停電において、広範囲な停電時の通信障害等から、大規模災害時の状況の中で、正確で迅速な情報共有が最も重要な課題であることは改めて認識されているところである。以下、医療の事業継続計画：BCPを念頭に、大規模災害時における現況、問題点・課題点、ICT利用などについて述べる。

自然災害の多い国：日本

日本は地震、台風、水害、火山噴火などの自然災害が多く、地球温暖化による異常気象がその増幅因子として作用する。それを確実に予想・予知することはできないが、過去の災害からの情報、適切な科学的情報を基に国民に伝えることは重要である。

災害時にはEMIS、J-SPEEDなどを利用して短時間で可能な限り情報を共有し、災害後は共有された情報を基に適切な支援を行うことがBCP、復興につながる。

医療・介護の地域連携と災害対応

平素から医療・介護の連携をとることで、災害時も在宅要援護者や避難所でのニーズの把握が容易になり、スムーズな対応が可能となりうる。また、被災地外からの医療チーム、介護支援チームと地元の医療・介護関係者との連携の助けになる。

最近の災害から

東日本大震災では、病院の機能停止による初期治療の遅れ、病院の機能停止（転院含む）による既往症の増悪、交通事情による初期治療の遅れ、避難所等における生活の肉体及び精神的疲労などが前景化した。

台風19号では、短時間で「ハザードマップ」への検索が集中し閲覧が困難となり、混乱を招いた。

災害に対する対応、事業継続のためのカードをできるだけ増やしておくことは、喫緊の課題である。

(2) 災害時のICT—東日本大震災の教訓から—**岩手県立大船渡病院統括副院長 小笠原敏浩**

激甚災害時には、ライフラインがダメージを受けるため、必要なライフラインの確保が最優先される。特に電力・ボイラー・水・医療ガス・通信系・搬送路の確保が重要である。東日本大震災において、当院は最低限の病院機能は保たれたが、電話も含めた通信系は病院に1台ある衛星電話以外は利用できなかった。被災の程度や災害の種類にもよるが、通信系が大きなダメージを受けることを想定して対応を考えなければならない。また、紙カルテやプリントされた書類はもちろん、データを蓄積したサーバーコンピューターが失われることも想定して情報管理する必要がある。

陸前高田市は東日本大震災発生から約40分で街が大津波にのみ尽くされ、市役所にあるすべての住民情報や妊婦情報も一瞬で失ってしまった。しかし、当院の助産師・医療クラーク・陸前高田市の保健師が協力して岩手県周産期医療情報システム“いーはとーぶ”に入力してきた妊婦情報のデータは内陸の盛岡市にあるサーバーに残っていたため、このデータをプリントアウトして陸前高田市に提供できた。また、これにより大津波で失われた妊婦情報を得ることができ、妊婦の安否状況・避難状況の把握や保健指導にも貢献できた。このような仕組みで貴重な妊婦データは守られた。

(3) 災害に備えた医療情報のバックアップ**宮城県医師会常任理事／****宮城県災害医療コーディネーター 登米 祐也**

2011年の東日本大震災では本県は大きな被害を受け、沿岸の一部地域ではすべての医療機関が被災し、医療情報のほとんどを失った。津波による被害のため、紙カルテは流出もしくは濡れて泥が付着し判読不能な状態となった。また、電子カルテについても、ほとんどの医療機関がサーバーを1階の床に設置していたため、機体が流出もしくは浸水してしまい、データを読み出せない状態になってしまった。

こうした状況の中でも、治験に参加していた一部患者の診療録が外部保存されていたことから、

無事に化学療法を継続することができたとの事例があり、診療情報の遠隔保存の重要性を認識するに至った。当初は医師会の事業として、すでに電子カルテもしくは診療支援ソフトを導入済みの医療機関のサーバーのデータについて、夜間のバッチ処理によりコピーを取得する計画だった。各電子カルテ固有のデータ形式のために被災前日分までしか再現できない不完全なものだったが、コストは抑えられると思われた。

その後、県と国の折衝の結果、データ形式はSS-MIX2となり、VPN（Virtual Private Network：インターネットなどに接続している利用者の間に仮想的なトンネルを構築してプライベートなネットワークを拡張する技術）による常時接続でリアルタイムにバックアップを行う計画となった。しかしながら、実現までにはいくつかのハードルがあり、計画が大きく遅れる原因となった。特に、各電子カルテデータをSS-MIX2出力するために、多くの時間と費用を要した。

(4) 災害時の情報共有 EMIS、J-SPEED、そのメリットと課題点

国立病院機構大阪医療センター／

厚生労働省 DMAT 事務局次長 若井 聡智

防ぎ得た災害死を最小限にすることが、災害医療活動の最大目標である。そのためには、被災地内医療機関の機能を維持又は拡大して、入院患者、さらには被災傷病者を救命することが最も重要だと考えており、被災地の医療体制を確立し、医療機関の被災状況を正確に把握して、それに対して適切な資源を投入しなければならない。しかし、災害が起こると平時の医療体制では対応できなくなる。

そのため、日ごろ独立している医療機関が情報を共有することで組織化され、新たな体制を確立しなければならず、その情報共有ツールが広域災害救急医療情報システム「EMIS」であり、これによって医療資源と需要情報を共有することが可能であるが、われわれが災害医療活動を行うにあたって、現時点で情報内容が充分であるとは言えない。

また、災害時診療概況報告システム「J-SPEED」

は、被災地内の診療状況を標準化された診療日報様式で報告するシステムであり、これにより診療状況を公衆衛生学的に捉えることができ、さまざまな側面からデータを可視化することが可能で、災害医療支援を即時、中長期的に計画・実行するのに非常に役立つと考える。

(5) 防災から広がる SNS を利用した多職種ネットワーク

つるかめ診療所所長 鶴岡 優子

栃木県では「どこでも連絡帳」と呼ばれる医療介護専用 SNS が普及し、防災においても情報の集約と共有に活用されている。2011 年の東日本大震災を契機に始めた勉強会「つるかめ」では在宅ケアに関わる医療・介護・福祉・行政・市民が協働して継続し、その運営にも SNS を利用している。学びのテーマは、専門職としての互いの職務の理解から始まり、2016 年 9 月からは「防災」に取り組んだ。「災害」という市民の共通の危機感から、一緒に対策を考え、ともに備えることで地域包括ケアの基盤を作る目的があった。医療依存度の高い患者が避難所に逃げることは困難も多く、日頃から“もしもの備え”を専門職と一緒に考えることが重要である。この「つるかめでんこ」シリーズは、のべ 580 人の参加者を得て、日頃の防災への備えと災害時の行動について学びを深めた。市役所各課、地域の自治会、保健所、DMAT、社会福祉協議会、訪問看護ステーションなど多様な立場の講師を招いて横のつながりをつくり、グループワークで学びを深め、SNS で情報をメンテナンスし、その集大成を「つるかめ市民講座」で共有することで、防災への取組みは地域包括ケアの道に通じ、まちづくりに拓くことを実感した。今後も防災を意識し、日頃の在宅ケアを多職種連携で継続しながら“もしもの備えをいつも”考えていきたい。

[報告：郷良 秀典]

IV. EHR・PHRの実現に向けて

(1) EHR・PHRの実現における医師資格証（HPKI）の重要性

日本医師会常任理事 長島 公之

今後「人生100年時代」を迎えるにあたり、“防ぐ”、“治す”、“支える”ということが重要になってくる。“防ぐ”においてはPHR、“治す”についてはEHRの中でも医療連携ネットワーク、“支える”については多職種連携ネットワークが大きな働きをなすと考えられる。これらは別々に動かすものではなく、たとえば早期治療・重症化予防という二次予防に関してはPHRと医療連携ネットワークの組み合わせが、三次予防の機能維持・回復に関してはPHRと多職種連携の組み合わせが、そして入退院というところでは医療と多職種連携ネットワークの組み合わせが必要になってくるが、ここで重要なのは、中心にいるのはあくまでも国民・患者であって、そこに、かかりつけ医が寄り添って活動することだ。この連携の仕方としては、たとえばPHRをご本人のスマホ等に入れていただいて、それを持って、かかりつけ医と他の医療機関の間を移動して連携する方法もあると思うし、EHRを介して他の医療機関と連携する方法、あるいはPHRとEHRがネットワークでつながるなど、さまざまな連携の仕方が今後進んでいくと思っているが、そこでは標準化及びセキュリティが極めて重要になる。国民の健康を支えるために、PHRとEHRが車の両輪として機能する必要がある、かかりつけ医がこの2つをしっかりつないで、多職種と医療機関をつなぐハブとしての役割を果たすことが重要であるが、この車がしっかり走るためには路面が安定していなければ、また、安心・安全でないとうまくいかない。

HPKI（Healthcare Public Key Infrastructure）は、医師あるいは医療者であることを電子的に証明するものであるが、日医で発行している医師資格証の裏面のICチップの中に電子証明書を格納し、そこで電子署名や認証が可能となっている。「日医IT化宣言2016」の中では電子化された医療情報を電子認証技術で守るということを掲げており、①すべての医師に医師資格証を普及させる、②安定した運用を行う、③医師資格証のユ-

ースケース拡大を図るとともに医師の資格を証明するものとしての認知度も向上させることを目的としている。EHRの今後については、広域化ということで、都道府県の境を越える患者の移動についての医療連携は必須となっており、たとえば隣県同士で連携していくことによって、それが数珠つなぎになり、やがて日本全国がつながることになる。ただし、全国ネットワークの課題として、①ネットワークの仕様の標準化、②管理運営主体のあり方、③低コスト化、④運用ルールの整理、がある。もう一つの問題としては運営費がある。これは受益者が国民・地域住民であることを考えると、費用負担は国・自治体が行うべきと考えている。現在問題になっているのが、地域医療介護総合確保基金が運営費の対象にならないことであり、日医から厚生労働大臣に対して2017年3月にはICTの活用が継続性をもって行えるようにすること、また、2019年11月には地域における情報連携ネットワークの持続的で安定した発展を支援すること、真に地域連携に資するネットワークについては運用費用に対する支援が不可欠との要望を出している。また、自治体にも負担してもらい必要があるかと思うが、地域によっては公的な予算化の例がある。そのような好事例に関しては日医から情報提供し、他の地域でもそうにしていただければと思っている。ただし、そのためには自治体が納得する必要がある、地域医療連携ネットワークの有用性・効果を自治体にわかりやすく提示し、たとえば救急・災害、連携パス、地域包括ケアシステム、医師・医療機能の偏在に対する医師の働き方改革に対してなど、対外的に示していくことが重要である。

「次世代医療ICT基盤協議会」の「標準的医療情報システムに関する検討会」において、技術面からみた今後の標準的医療情報システムの在り方についての報告書が出たが、その中でセキュリティ・個人情報保護への対応として、保健医療従事者のなりすまし等を防止する観点から、資格確認や本人認証にはHPKIを基本とした仕組みを普及していくとともに、現場での具体的な利用のあり方を前提とした検討が必要と明記されている。また、PHRの検討も進んでおり、その中で

も HPKI の必要性が認識されている。このように HPKI の重要性はますます増していく。PHR の課題は、①情報の電子化・標準化、②マイナポータル以外の提供方法、③データの保存期間、④医療従事者の関わり方、⑤民間事業者のあり方、等である。

2019 年 12 月時点での医師資格証の普及状況については、日医会員の取得率は約 8%、全医師では約 4.5% となっており、このままのペースではなかなか普及していかないことから、日医は 2019 年 2 月に「医師資格証普及推進プロジェクト」を立ち上げており、その中で身分証としての利用シーン及び IT での利用シーンをしっかり広めていくことが重要であると考えている。平成 28・29 年度の医療 IT 委員会の答申は、仮に医師国家試験の受験料あるいは医師免許の申請手数料に医師資格証発行費用を含めて、医師免許証の発行対象者全員に医師資格証も自動的に発行することができれば、新たに医師になった人に確実に普及させることができるとの提言をいただいた。現在の方針として、厚労省と協議している案としては、現在の紙の免許証を「HPKI 機能付きカード型」免許証に切り替えることを考えており、表面を医師免許証として、裏面を医師資格 HPKI 電子証明書とし、この 2 つをしっかりと分離することによって、たとえば裏面の HPKI を更新しなくても、引き続き医師免許証として有効とする。なお、既に医師免許証を持っている方については、強制することなく、あくまでも希望者のみとすることで、現場の負担がない形で普及させていくことを考えている。以上のことから、PHR と EHR がかかりつけ医にしっかりつなぎ合わさって国民を支えていくためには、HPKI は今後必ず必要なインフラとなっていくと考えている。

(2) 保健医療情報を医療機関等で確認できる仕組みと医療等分野の識別子 (ID)

厚生労働省政策統括官付情報化担当参事官室
政策企画官 (併)

医政局総務課医療情報化推進室 笹子宗一郎

世界に先駆けて超高齢社会に直面するわが国において、一人ひとりの健康寿命を延ばすとともに

に、人口減少を伴う少子高齢社会の中で社会保障制度の持続可能性の確保を図っていくことが課題となっている。こうした課題に対応するため厚労省では、医療情報のデジタル化・標準化、医療情報等の共有・連携のネットワーク化、イノベーションを生み出すビッグデータ化を進めてきた。2019 年 9 月には、データヘルス改革が目指す未来と 2025 年度までの工程表を策定し、その歩みを強化している。医療等分野の識別子 (ID) についても、「研究用データベース」での名寄せ、連結解析等のユースケースに関して、有識者会議で具体的なスキームや活用主体、管理・運営主体等の具体化に向けて整理していただいたところであり、2021 年度からの運用開始を目指して作業を加速しているところである。

保健医療情報の情報連携については、費用対効果、医療情報システムの標準化、地域医療連携ネットワークの支援のあり方を含めた課題が存在する。今後、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みについて、その必要性、技術動向、費用対効果等を踏まえて、運営主体や費用負担のあり方を検討し、2020 年夏に工程表を策定する予定である。

(3) 匿名化情報提供の重要性、NDB、NDB オープンデータの現状と将来

一般財団法人医療情報システム開発センター

理事長／自治医科大学客員教授 山本 隆一

疾患のほとんどは個人的な事象で、極めてプライバシーに機微な情報の集合である。その一方で日本の医療は国民皆保険制度の下、社会保障として運営されているが、社会保障は先進諸国では等しく財政的な課題を抱えており、その合理化は国民的課題と言える。

データ指向時代においては医療にかかわる情報の公益的利活用は避けられないし、積極的に利用されるべきである。その際、もっとも重要な点はプライバシーの保護であり、差別につながるようなことがあってはならず、次世代医療基盤法や医療等 ID の議論はそのためにあると言える。NDB は厚労省が運用する診療報酬請求明細情報の網羅的なデータベースで既に 10 年を超える運用実績

がある。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき運用されており、法に規定された医療費適正化計画の策定だけではなく、広く公益的利用が進められている。

ただし、個別の研究計画に沿った提供では利用目的や方法は厳しく審査され、厳しいセキュリティ要件が課せられている。そのため、安全性を確保した上で、より簡易な手続きで利用できるためのサンプリングデータセットやオープンデータが用意されている。

(4) ゲノム時代の個人情報について

—個人情報はいずれのもの

日本医師会常任理事 石川 広己

サイバー空間（仮想空間）とフィジカル空間（現実空間）を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会である Society5.0 において、AI が医療界にもかなり入ってくるが、ビッグデータを餌にした AI ということで進められている。Society5.0 が医療・介護分野に入ってきたらどのようなことになるかについては下図のとおりである。

医療への AI 導入については、ビッグデータの構築と利活用を加速的に進めており、論理のブラックボックスをホワイトボックス化することで、より医療活用に適応させることができる。いずれにしても、ビッグデータの時代ということで必ず個人情報がかわってくる。

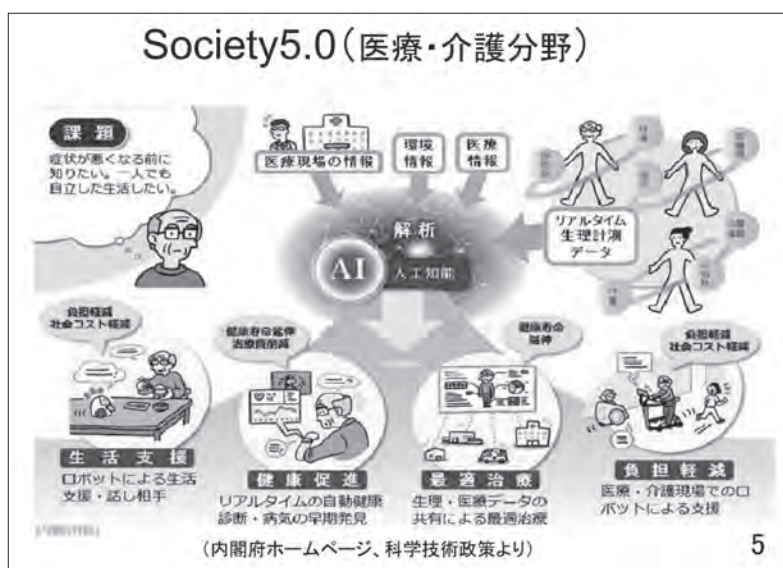
現在は「なんでもプロファイリングの時代」であり、今やウェブ検索は日常に欠かせなくなっており、プロテクトしなければ利用した際の情報（個人情報を含む）は他にどんどん蓄積され、これらの個人のデータを収集・分析し、傾向を突き詰め、その情報を基にさまざまな角度から情報主の個人に接近、ターゲットにすることができる。データは多くなるほど鮮明にその個人に迫ることが可能で、精度が向上するとプライバシーへのリスクもより一層高まる。

最近の遺伝子がかかわる医療情報の話題として、循環器分野では Molecular Biopsy：突然死患者などから血液を採取し、遺伝子の特徴から遺伝的不整脈等を割り出すというものがある。また、腫瘍分野ではパネル遺伝子検査：採取した腫瘍細胞から複数の遺伝子変化を見つけ治療に役立てる、Liquid Biopsy：血液標本などで腫瘍細胞の遺伝子変化などを探る、というものがある。遺伝子検査をした血液等のサンプルの保存方法、二次利用の有無が問題となり、遺伝子検査ができることが本当に信用できるか否かということが非常に重要になってくる。

「次世代遺伝子解析装置を用いた難病の原因究明、治療法開発プロジェクト」は、30 年来の難治性疾患克服研究事業研究班の研究成果及び研究班が把握している難病患者の臨床データ（臨床調査個人票など）を有効に活用することにより、難病の原因究明を飛躍的に発展させる。特に、次

世代遺伝子解析装置の技術によって、これまでよりも大幅に遺伝子解析期間の短縮を図ることが可能で、それらの臨床データと遺伝子データを組み合わせることにより迅速な研究開発が期待されている。これは特に一般公募型で神経系難病、遺伝性難病、循環器系難病、内科系難病、小児系難病の 5 疾患で行われている。

医療・介護分野の個人情報保護の小括であるが、取り巻く環境としては、①IoT や AI の



進歩と導入は医療・介護分野へも起こってきている、②医療・介護分野における他職種間、他地域への情報連携の必要性が増大している、③医療・介護情報のビッグデータの構築と利活用が挙げられる。これまでの到達点は、どのような議論になってきたかという、医療等 ID を早く作って、ビッグデータ構築と利活用を行い、医療介護分野の専用ネットワークを作らなければならないということだと考えている。

個人のプライバシー（個人情報）を守るのは大変困難な作業であり、①患者、家族にとって守りたいものの多様性を理解、②医療者・介護者の価値観で考えたものではなく患者・家族の他者に知られたくないもの、知られたら困るもの、不快なものが外に漏れないようにすることがプライバシーや人権を守ることであり、基本的な医療者・介護者の意識として重要、③医療情報、介護情報、その他患者家族の生活情報などはすべて個人情報であることを認識、④欧州の個人情報保護「GDPR」や最近の米国カリフォルニア州のガイドライン「CCPA」に学ぶことが大切である。

医療介護分野の情報セキュリティについては、日医は日本の14の重要インフラの一つである医療分野におけるセプター（セキュリティ情報の伝達等の拠点）を担っている。他の重要インフラとは異なり、重要なのは個人情報の漏洩で、金銭的な問題よりは漏洩により人権、プライバシーなどの侵害が重要な問題となり、医療情報には遺伝的な問題もかかわることにより、その個人のみでなく子孫や家族の問題ともなる。

マイナンバーは医療等 ID にならないのかということについて、①複数の施設及び多職種がかかわる地域医療・介護連携などで共通の番号があれば効率的ではあるが、②唯一無二で明示されている番号では遺伝子情報なども含む機微性の高い医療記録が名寄せできる可能性があり、漏洩した場合は取り返しがつかない、③医療等分野の情報漏洩は「人権侵害」「差別」「優生医療」などにつながるだけでなく、単に誰にも知られたくない等プライバシー保護の観点も必要、であり、券面に明示されたマイナンバーは医療・介護の番号としては使えず、全く異なる医療等分野専用の番号（医

療等 ID）が必要と考える。

日医は安全なネットワークを構築するとともに個人のプライバシーを守ること、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等 ID 制度を確立させ、それと同時に医療専用ネットワークの構築を目指している。

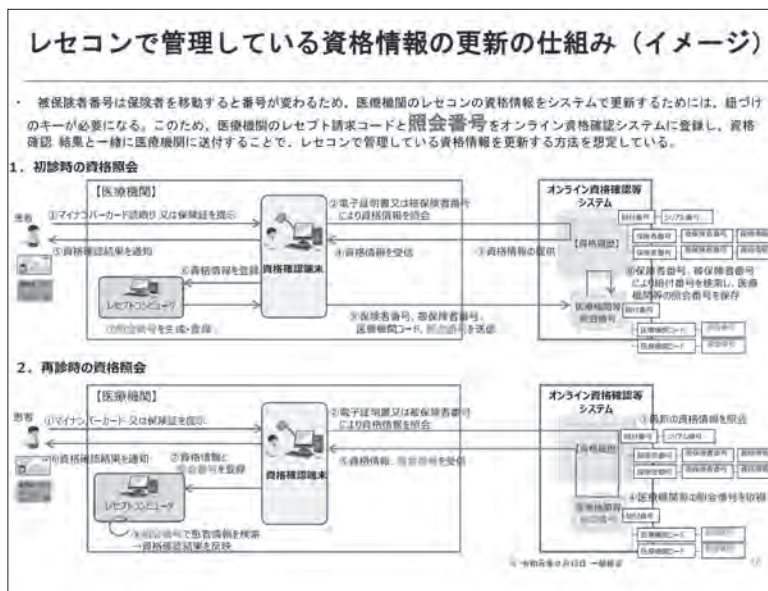
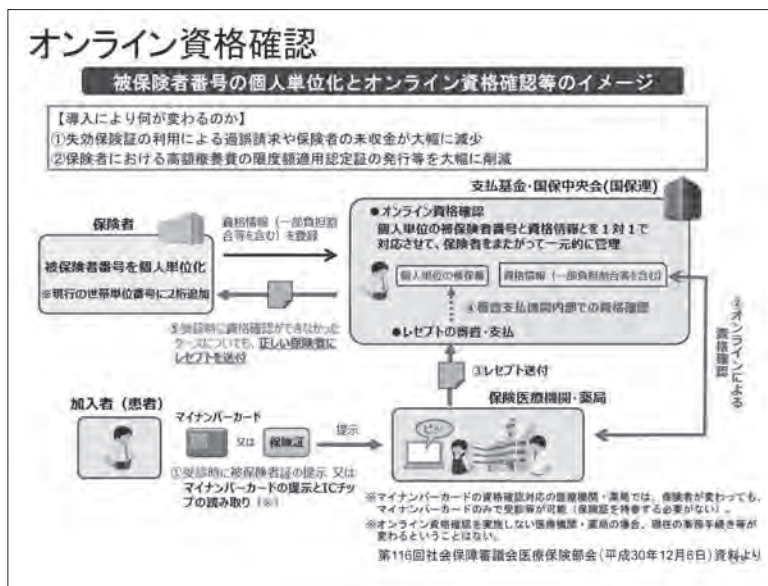
2018年1月24日に開催された「次世代医療 ICT 基盤協議会」において、日医は2018年の ICT の課題として、① HPKI の発展、②医療等 ID の実現、③医療・介護の専用ネットワーク構築、④医療・介護情報ビッグデータの構築と連結及び利活用、⑤次世代医療基盤法への対応について述べた。

医療等分野の情報連携基盤に関する閣議決定では、「未来投資戦略2017」には全国保健医療情報ネットワークを整備し2020年度から本格稼働すると記載されていた。また、「未来投資戦略2018」（平成30年6月15日閣議決定）では、全国的な保健医療情報ネットワークについて、平成30年夏を目途に具体的な工程表を策定し、2020年度からの本格稼働を目指すとしていた。医療等 ID 導入に向けた検討経過と同時並行的に議論し、議決事項は被保険者番号の個人単位化と新被保険者番号を利用したオンライン資格確認であった。

新被保険者番号の活用に関する課題は、健康保険に未加入の生活保護受給者への対応及び介護保険や各種健診などの情報との突合であり、医療連携や公的 DB（ビッグデータ）については新被保険者番号で概ね対応可能かもしれないが、日医が目指す生涯保健事業における健診データの突合、次世代医療基盤法における認定事業者による医療情報と介護等の関連情報との突合のためには、「健診用 ID」や「研究用 ID」が必要ではないかと考える。

医療等分野における識別子の仕組みのイメージは、個人単位化した被保険者番号の履歴を一元的に管理する基盤を構築・活用し、被保険者番号履歴が不適切に用いられないよう、一定の措置を講じるものである。

オンライン資格確認における被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージは **右上図**のとおりである。



また、レセコンで管理している資格情報の更新の仕組みのイメージは上図のとおりである。

医療等分野専用ネットワークとして、共通利用可能な、かつ高度なセキュリティが確保された公的広域ネットワークが求められており、サービスの例としては、医療等 ID、被保険者資格確認、オンライン請求、HPKI、地域医療連携、医療介護連携、電子紹介状、電子処方箋、高精細映像伝送、治療・検査 DB 等がある。これらを踏まえ、医療等サービスの充実と社会保障費の適正化を目指す上で、「医療等分野専用ネットワーク」の構築が必要であり、基本コンセプトとしては、①

厳格な機関認証を受けた医療機関等並びに接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続するセキュリティが確保された医療等分野に閉じたネットワーク、②医療等分野におけるサービスの共通利用が可能な全体最適化されたネットワーク、③公益性を担保し全国をカバーするユニバーサルサービスがある。

地域医療連携ネットワークの相互接続モデル案は、さまざまな方式のネットワーク間で通信するためのネットワーク相互接続、共通ルールに基づき患者情報を流通させるための標準規約によるデータ交換、及び安全な通信を実現するためのセキュリティ確保があり、それぞれの観点から検討が必要である。

平成 29 年 5 月 30 日に施行された改正個人情報保護法については、①情報時代の発展を捉え、さらにその先を考えて個人の権利を守る。特に、医療・介護情報では遺伝情報、プライバシー保護の点に配慮、②情報は「誰のものか」を明確にする（特に医療情報利用の個益と公益に留意）、③情報流通、売買による

利益追求などを厳しく監視、など、社会の進歩や変化に合わせて今後も発展的に改正していくことが必要である。

(5) 総務省実証実験 HPKI、JPKI を用いた「レセプトデータを活用した患者情報収集の仕組みに関する調査」

香川県医師会常任理事 濱本 勲

地域医療情報システムはデータの様式がさまざまに網羅性に欠け、構築・維持には多額の費用を要する。一方、保険者が保有するレセプトは、ほぼすべてが標準的な様式により電子化されている

など網羅性が高く、地域医療情報ネットワークを補完する仕組みとして期待されている。昨年度、高松市でレセプトデータを活用した患者情報収集に関する実証実験が行われ、良好な結果が得られたため、年度内に対象地域を拡大し、2期目の実証実験が行われることになった。

本システムは、患者のマイナンバーカード（JPKI、患者側アクセスキー）と医師資格証（HPKI、医師認証キー）を用いて、患者同意の下、患者の前でレセプト内容を参照するものである。実験では過去3年間のレセプト参照が可能である。前回の実証実験では高松市国保のみを対象としたが、今回は高松市国保、三木町国保並びに広域連合を保険者とし、高松市医師会、木田地区医師会、香川大学医学部附属病院と高松市薬剤師会が参加し、患者が保険者を移行した場合の問題点や救急の現場での有用性について検討することとなった。

第1期目の結果は、3か月間、12医療機関の21名の医師により、延べ186名の患者のレセプト参照を行った。実験に参加した医師からは、い

くつかの問題点の指摘があったが、概ね良好な感想が寄せられ、これらを踏まえ年度内の実験を計画した。

従来、レセプトデータは極めて厳重に匿名化した上で、統計学的な利用しかできなかった。患者個人のレセプトデータを臨床の現場で利活用できる道を拓いた今回の実証実験は日本初の試みで、大きなブレイクスルーと言える。臨床現場でのレセプトデータの利活用は、平時以外にも災害時や救急現場などさまざまな活用が期待される。

開会挨拶

次期担当県である群馬県医師会の須藤英仁 会長より引受けの挨拶がなされ、香川県医師会の若林久男 副会長の閉会挨拶にて2日間に亘る本協議会のすべてのプログラムが終了した。なお、令和2年度の同協議会は令和3年3月6日（土）、7日（日）に開催される予定。

【報告：中村 洋】

ドクターバンク (山口県医師会医師等無料職業紹介所)

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



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 「JMAT やまぐち」災害医療研修会

と き 令和元年12月1日（日）9：00～17：30

ところ 山口県医師会6階大会議室

報告：JMAT やまぐちプロジェクトチーム 若松 隆史
山口県医師会理事 長谷川奈津江

はじめに

JMAT（Japan Medical Association Team）は日本医師会災害医療チームの略称で、JMAT やまぐちはその県医師会版である。

JMAT やまぐちの立ち上げやその研修については、平成26年以降、年1回の災害医療研修会として、その概念や総論の他、平成23年の東日本大震災、平成28年の熊本地震、平成29年の九州北部豪雨に派遣されて実際に活動した医師、看護師、薬剤師、ロジスティクスの方々の報告や提案、県行政の方による防災対策の概要、そしてJMAT やまぐちの活動シミュレーション等の内容が実施された。加えて、災害医療の必須アイテムであるJ-SPEED（Japan-Surveillance in post Extreme Emergencies and Disaster：日本版災害診療概況報告システム）とEMIS（Emergency Medical Information System：広域災害救急医療情報システム）の講習も行われてきた。

今回の研修では日本医師会JMAT研修要綱に沿って「JMAT 総論」と「災害医療概論」についての講義、引き続き「本部機能」と「被災地における活動」に関する実習、次に「トリアージ」と「熱傷と止血の処置」の実習を行い、同時並行で事務系の方々に対する「ロジスティクスの基本」についての講義、及び最後の実習としてEMIS、J-SPEED、クロノロジーの内容を含む「情報の共有・記録」、そして「日本医師会への情報発信、全国医師会との情報共有」の項目等について、県医師会としては初めての系統的な実習・研修会となった。

一方、実習の参加者は、医師、看護師以外に薬

剤師、放射線技師、事務部門の方々と、そのチーム構成上、「病院単位」での参加者が目立った。なお、今回の実習・研修にあたっては、兵庫県医師会の災害医療コーディネーターの4人の先生方と事務方の1人の計5人と、山口県内からは県の災害医療コーディネーターの3人の先生方、日本赤十字社の病院・大学から2人のDMATインストラクターの先生、そして県内病院の事務担当の方でロジスティクスを担うDMATインストラクターの方1人を含む計11人の熱心かつ親切な講師の先生方によって開催・進行された。

さて、本研修会の目的は、研修参加者が被災地へ派遣されるJMATとしては勿論、被災地JMATとしても現場で適切な災害医療活動が実施できるように、基本的な知識・知見を身につけ、研修における間接体験を通して今後に備えることである。そして一方では、現JMATやまぐちのメンバー及び本研修の参加者だけでなく、これらの概念や活動は今後、県医師会全員の先生方にも周知・ご参加していただくことを念頭に継続的に引き継がれていくべきものであるため、本研修会には、各郡市医師会の救急医療担当理事の先生方にも実習を含む研修会への参加、又はオブザーバーとしての参加をお願いした。このような取り組みを続けていくことにより、われわれ医療関係者がそれぞれの立場で災害医療活動への実際に、継続的に繋がっていきうるものとする。

事前学習

今回の研修会は、日本医師会が定めた「日本医師会JMAT研修要綱」の基本編（他に、実質的

に都道府県代表となる統括 JMAT 編及び地域医師会 JMAT コーディネーター編、及びロジスティクス編の計4編がある）に沿って実施され、主に「実習」を重点に置いたため、各自に事前学習資料が渡されて、各自が以下の4つの項目について学習し、かつこれらの確認テストを行った。

①情報の共有と実際

これらの内容としては EMIS（広域災害・救急医療情報システム）、クロノロジー（経時的活動記録）、衛星携帯電話、トランシーバーについて学習し、災害時の Management：6 R's…つまり Right Information（適切な情報）、Right Coordination and Cooperation（適切な調整・協力）、Right Person（適切な人）、Right Materials（適

切な機材）、Right Time（適切な時）、Right Place（適切な場所）等の重要性を学習した。

②救護所の運営

この学習到達目標としては、JMAT 隊員が医療救護所の指揮者又は業務調整員（ロジスティシャン、ロジ係）になれるとし、1. 災害の Phase により異なる医療救護所の機能と位置づけを理解する。2. 医療救護所内の業務フローを理解する。3. 医療救護所の組織作りができ、設置運営ができる。4. 継続性をもって引き継げる。5. 地域災害医療計画の最近の動向を知り、自地域の医療計画の強み弱みを知る…等について学習した（図1, 2, 3, 4, 5, 6参照）。

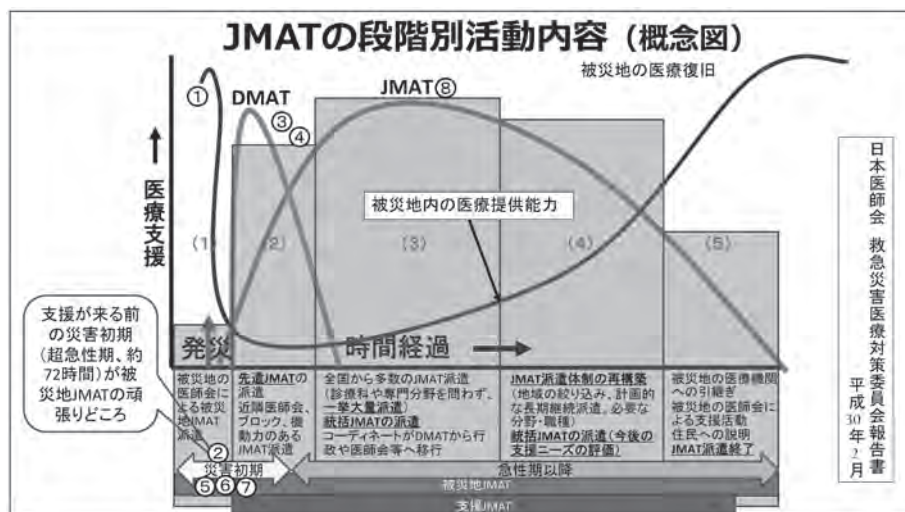


図1



図2

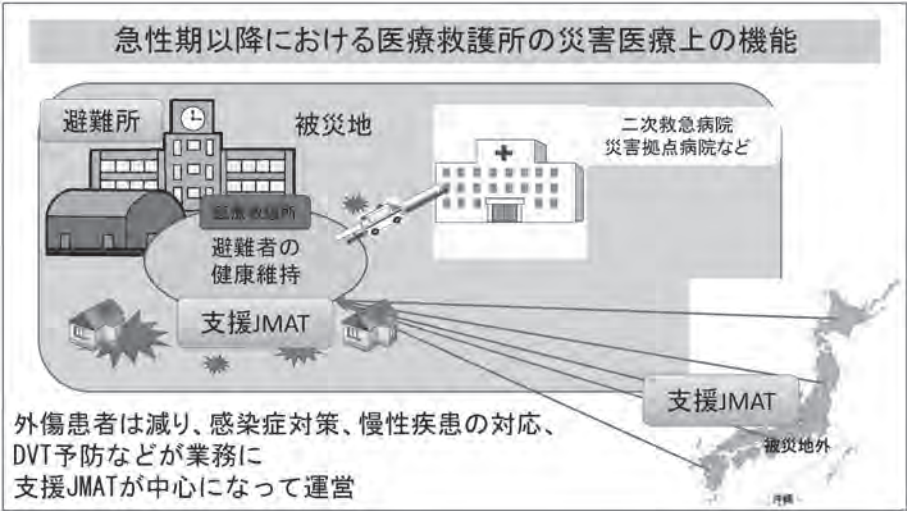


図3

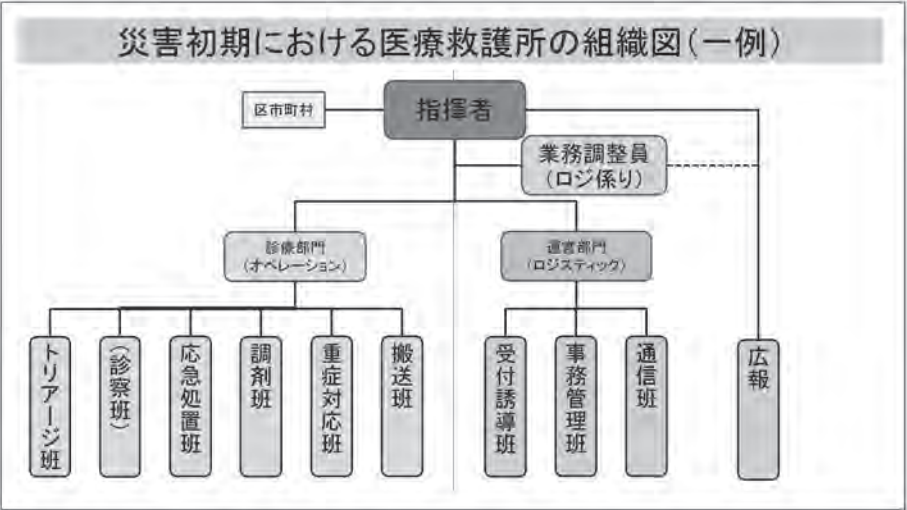


図4

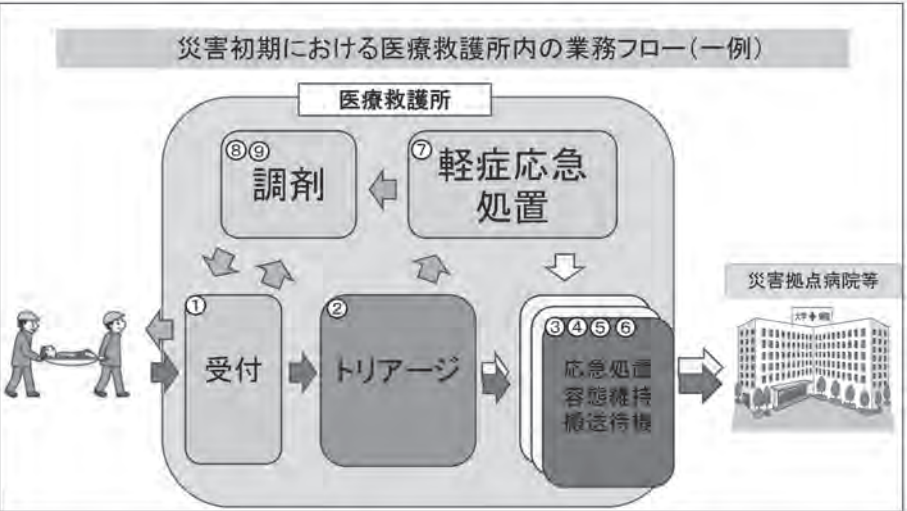


図5

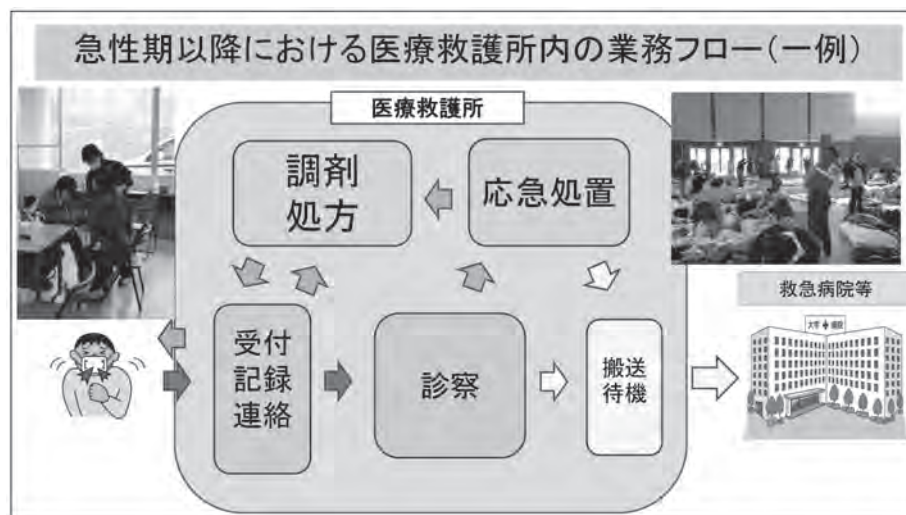


図6

なお、災害初期における被災地側の医療救護所の役割と構成要員としての例を挙げると、指揮者：区市町村との協定のもと医師会の任ずる医師。業務調整員（ロジ係）：ロジの訓練を積んでいる者、行政職員。通信班：通信訓練を積んでいる者。トリアージ班：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、救急救命士など。診察班（急性期以降）：医師、歯科医師、看護師、補助する者。応急処置班：医師、歯科医師、看護師、救急救命士、PT、OT、ST、柔道整復師など。調剤班：薬剤師、補助する者。搬送班：行政職員、救急救命士、訓練を受けている者。受付班：行政職員、医療機関事務員、町内会。事務・記録班：行政職員、医療関係事務員等。広報：指揮者又は業務調整員（ロジ係）等が挙げられる。

一方、外部から派遣された場合の救護所の指揮者、業務調整員（ロジ係）の役割として、1. 医療救護所に参集した医師のうち一人が指揮者となる。2. 指揮者は業務調整員（ロジ係）を指名する。3. 予め決めておいた手順での開設の準備を指示する。4. 安全を確認する。5. 参集したメンバーで役割分担を確認し、指揮者が運営可能と判断したときに開設する。6. 現地災害医療コーディネーター（Co）に、開設・運営開始を報告。7. TTT（Triage、Treatment、Transport）等の活動した内容の記録を取り報告。8. 患者で転送が必要ならそれをCo.に連絡。9. 人員不足や要望をCo.に連絡。10. 資機材の不足や要望をCo.に連絡。

11. マスコミの取材に対応。12. 区市町村の災害医療対策本部のミーティングに参加。13. 日報の報告。14. 人員の配置、休憩、食事等の管理を行う。15. その他必要なこと…等の手順・内容を確認した。

③熱傷、止血

この項では、熱傷の定義、面積、深度について学習し、詳細は割愛するが、JATECのPrimary SurveyとしてのABCDEアプローチとSecondary Surveyについて学習し、気道熱傷を見逃すべきではないことと、熱傷では受傷直後にショックを認めることはごくまれのため、上記Primary and Secondary Surveyが如何に重要であることを認識した。

一方、止血の項では、止血の種類・方法とターニケットについて事前学習した。

④検視・検案

この項では、検視と検案の違い、「普通の死」（死亡診断書）と「異状死」（死体検案書）及び死亡診断書における「死因の種類」について事前学習した。

講義

1. JMAT 総論

兵庫県医師会理事 杉町 正光

JMAT 基本活動マニュアルに基づき、以下の4項目についての講義があった。

1. 災害医療のマネジメント

災害医療等における被災地での対応としては、

発災後おおむね7日まで短期、1～2か月までの中期、3か月以後の長期に及ぶまでの間に、各々の段階におけるニーズの内容と質が変化してくることを理解し活動する必要がある（図7参照）。このため、「防災基本計画」のなかで、都道府県は災害派遣医療チーム（DMAT）による活動と並行して、又はこのDMATの活動終了以降、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社、日本看護協会等からの医療チーム派遣・協力を得て、指定避難所、救護所等を含め、被災地における医療提供体制の確保・継続を図るものとし、その調整にあたっては「災害医療コーディネーター」を活用するとされている。その際、医療チーム等の交代により、医療情報が断絶することのないように、被災地における診療情報等の引継ぎが適切に実施されるように努める。

一方、「災害対策基本法」において、日本医師会はこの基本法上の「指定公共機関」に指定されており、すでに都道府県医師会も「指定公共機関」として防災行政に参画している。なお、日本医師会長は中央防災会議の「被災者健康支援連絡協議会」の代表としてその委員に任命されている。また、世界医師会とWHOにおける覚書において、国内及び国際レベルにおける緊急災害対策の準備・発展や、日本医師会と日本災害医療学会との間で、災害医療に関する相互協力協定を締結しており、このように国内外での協力体制の構築

を図っているとのことであった。

今後の大災害、患者像、医療ニーズとして、これまでの阪神淡路大震災や東日本大震災の経験から、被災地医師会によるJMAT活動での熱傷・外傷のニーズ、家族及び家や職場を失ったことによる精神・神経学的な疾患、長期避難生活による健康悪化や疾病の急性増悪等が予想されている。そのため、特に高齢者における「災害関連死」をいかに少なくするかが、この中でも取り組むべき課題として挙げられている。よって、今後の大規模災害時には、被災地の都道府県において「保健医療調整本部」の設置のもとに、その被災地保健医療調整本部と共に、保健所とも連携して派遣された保健医療チームに対する指揮、連絡及び派遣調整と、上記チームとの情報連携を行い、収集した情報を整理・分析を一元的に行い、保健医療活動を総合的に調整する体制が望まれるとされている。

2. JMATとは

JMATとは、被災者の生命及び健康を守り、公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする。そしてJMATへの参加は、医師としてのプロフェッショナル・オートノミーによる医師会活動への参画でもある。また、医師以外の各職種についてもそれぞれの使命感に基づく。そして、大切なことは、JMATの活動は、被災地のコーディネート機能の下で活動することを原則としていることである。そして、その理念・役割

として被災地医師会としては、災害時において自らの医療支援を行うと共に、受援のための活動も行うことである。このようにJMATは被災地医師会と全国の医師会、及び他の多職種の方々との協働であり、最終的には、被災地医療の復興を目指すためのものとされている。

実際のJMAT派遣の基本的な手順、流れとしては、

- ①日本医師会によるJMAT派遣の決定
- ②被災地の都道府県との連携をふまえ、当該災害におけるJMAT

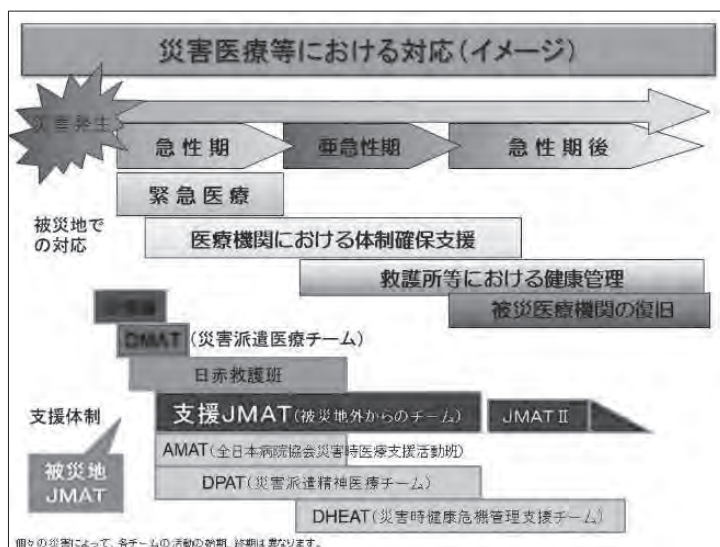


図7

スキームの決定

- ③日本医師会から被災地内外の都道府県医師会に対する、JMATの結成の要請（被災地JMAT、支援JMAT）
- ④被災地の都道府県医師会に対する、JMAT派遣決定の日本医師会からの通知
- ⑤都道府県医師会において、JMAT派遣の決定
- ⑥当該都道府県医師会における規定に基づき、管下の都市医師会、医療機関等により、JMATの結成。都道府県医師会から日本医師会へ申込書の送信
- ⑦被災地の都道府県医師会との調整に基づき、日本医師会から該当都道府県医師会へのJMAT派遣の依頼
- ⑧派遣元都道府県医師会において、当該の被災地の都道府県医師会等との協議・調整により、具体的な派遣内容を決定、JMATを派遣
- ⑨JMATの派遣、被災地の都道府県医師会や統括JMATによるコーディネート機能の下での活動、後継チームへの引継ぎ
- ⑩日本医師会、被災地の都道府県医師会による統括JMATの被災地の評価等をふまえた被災地の医療ニーズ変化に関する協議、JMAT撤収の決定
- ⑪JMATから被災地医療機関への引継ぎ、移行
- ⑫JMATの終了宣言（または、JMATⅡの派遣決定）
- ⑬事故処理（費用負担、活動報告その他）等となる。

またJMATには「統括JMAT」（災害発生後、被災地の医師会を支援しながら情報の把握・評価を行って、日本医師会に発信すると共に、現地においてJMAT活動を統括するJMAT）と「先遣JMAT機能」（統括JMATのうち、災害発生直後に出動し、JMAT派遣の必要性や被災地で求められる機能や派遣量等の情報の把握・評価を行い、日本医師会等に発信するもの）があることを学んだ。

具体的なJMATとしての役割としては、

- (1) 医療支援と健康管理として、被災地の救護所、医療施設、避難等の他、避難以外への巡回診療（在宅医療、車中泊を含む他、

医療支援が不十分・空白な地域の把握・対応）と、被災地で活動している行政、学校関係者等への活動

- (2) 公衆衛生支援として避難所等の水や食事、栄養状態の把握と改善、避難者の健康状態のチェック、要援護者の把握とその対策、感染症対策等に対する支援と管理の活動
- (3) 被災地医師会支援として、先遣及び統括JMATによる、被災地医師会の災害対策本部への支援と情報収集、現地調整本部や連絡会の設置・運営支援等の活動
- (4) 被災地行政支援として、被災地医師会とともに情報収集・情報連携の他、被災地の保健所、保健センター、保健師、民生委員との連携
- (5) 被災地での検視・検案の支援（可能な場合のみ）
- (6) 現地の情報の収集・把握、及び派遣元都道府県医師会等への連絡
- (7) その他、被災地のニーズに合わせた支援等が挙げられている。

一方、JMATの派遣は、被災地の都道府県医師会からの要請に基づいて派遣されるが、被災地の行政や災害拠点病院等と連携して、地元の医療チームのコーディネート機能のもとに活動することを原則とする（都道府県医師会も被災し、連絡がとれず、緊急やむを得ない場合を除く）。そのうえでJMATとして出動するにあたっては、①被災地の医療関係者との連携、②交通ルート、③被災者の状況、④公衆衛生の状況、⑤被災地の安全性、⑥医療品等の必要な物資、⑦必要な職種、⑧現地のコーディネーター、避難所等のリーダー、支援受け入れ窓口等の情報の収集・把握、確認を行うとされている。そして実際に現地に行ってから、被災地のコーディネート機能下でのJMAT活動となるが、まず予め具体的な派遣先の指示がされていない場合は、①被災地の都道府県医師会館を目指す。②具体的な派遣先に到着したら、③地域の派遣調整本部（コーディネート機能を担当する組織）に向かい、挨拶の後、情報提供を受ける。そして被災地では他のJMATや日赤チームなどさまざまな医療支援チームが活動しうる

が、そこで④地元関係者も参画して運営される朝・夕のミーティングと一緒に参加するべきとされている。

JMAT チームの構成メンバーとしては、医師1名、看護職員2名、事務職員・業務調整を担うロジスティクス担当者1名の最低4名を基本とするが、当然のことながらその人数、職種は状況によって柔軟に対応されうる。なお、チームリーダーに就任する者はJMAT研修を修了していることが望ましいとされている。

JMAT メンバーの安全確保は、その活動の上での最優先事項とされ、これに関する項目として、①日本医師会の傷害保険への加入、②都道府県医師会及び知事間の協定に基づく二次災害時の補償、③必要に応じて参加者への予防接種、④特殊災害時の情報収集とその提供、⑤隊員の連絡先の把握（携帯電話、メールアドレス）、⑥派遣の取り止め、撤収の決断等が挙げられた。

一方、携行すべきJMATの医薬品リスト、資器材の内容について学び、最後にJMAT派遣終了後の中長期医療支援として、災害関連死等の未然防止を最大の目的とするJMATⅡ（被災地の都道府県医師会からの要請が原則）について学んだ。

3. 実際のJMAT 出動にあたって

被災地へ出動した時は、JMATは被災地の都道府県医師会が指定する地域に向かうが、到着したら、現地の医療チームのコーディネート・派遣調整を行う組織（地域保健医療、調整本部：名称は様々あり）に赴くとされる。さらに地域の保健医療調整本部で確認、チェックすべき内容として、

- ①本部の組織体制（誰がコーディネーター、またキーパーソンか）
- ②実際に医療支援に従事する避難所等の状況（性別、年齢層、妊産婦、乳幼児、障害者、その他避難者の状況、水道、電気、ガス等のライフライン、冷暖房の可否等に関するもの、トイレ、水道、土足禁止、炊き出しの衛生、食生活等）
- ③避難所等へのアクセス事情（ルート、移動手段、危険地域、給油可能なスタンド、建物の目印）

④避難所等のキーパーソン（リーダー、自治会長、行政職員、保健師、教職員…）

⑤避難所以外の被災者の状況（在宅要配慮者、車中泊…）

⑥被災地の調剤機能（薬剤師会の支援、調剤機能の回復）

⑦通信環境（Wi-Fi、携帯キャリアの支援、充電）

⑧その他、事前に得た情報の確認（情報の相違点、更新）

等が挙げられた。

また避難所等（周囲の巡回診療）における留意事項や、派遣先に支援すべき患者がいなかった時の対応の仕方として、本当に医療ニーズがないのかどうかや、健康の予防対策・保健指導の必要な者がいないのかどうか等を把握するために、地元の医師会や保健師等の関係者との交流・連携が重要であることを学んだ。さらに被災地ではさまざまな需給の変化が生じうることに、その情報の把握が大切なこと、及び被災地の医師会・コーディネート機能の下で、JMATの撤収にあたっては今後の医療ニーズを見極めてスムーズな引継ぎ、計画的な撤収が望まれるとされている。

4. 情報共有

JMATには2つの情報共有の役割があるとされ、

- (1) 全国・被災地の医師会との情報共有として、被災地の医療・健康管理のニーズ、これから予想されるニーズ、現地の避難所、交通事情等の情報の共有
- (2) 被災地の関係者との情報共有として、朝・夕のミーティング等への参画と、災害診療記録等（J-SPEED）が重要

以上の2点を学んだ。

なお、前者については、日本医師会がJMATサイト（常設）を開設しており、日本医師会は、その情報をもとに今後のJMAT支援の内容を検討し、関係者とも情報を共有し、必要な対応に繋げるとしている。かかる情報の共有により、全国の医師会で同じ認識を持ちながら、被災地の支援を地元医師会とお互いが「協働」してJMATとして、より適切に成し得るものとされている。

また、被災地の関係者との情報としての災害診

療記録、避難所アセスメントシートなどの各種様式は、共通化しつつあるとのことであった。

2. 災害医療概論

兵庫県医師会理事 杉町 正光

まず、1995年1月17日の阪神淡路大震災における教訓として、「避けられた災害死」が約500名存在したとの推測があり、これから得られた教訓として、①災害拠点病院（災害医療を担う病院がなかった）、②DMAT（急性期の被災地における医療支援が欠落していた）、③広域医療搬送計画（重症患者の広域搬送が行われなかった）、④広域災害救急医療情報システム：EMIS（医療情報がまったく伝達されなかった）等の項目が指定・整備されるようになった。

また、災害では需要と供給（資源）のより大きな不均衡がより壊滅的な結果をもたらすため、事前学習で学んだ災害時の Management：6 R's が重要であることを再認識した。なお、災害拠点病院の要件としては、災害傷病者の救命や高度の診療機能を有する以外に、患者等の受け入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能や、自己完結型の医療救護チーム（DMAT、JMAT）の派遣機能、そして地域の医療機関への応急用資器材の貸出機能があるとされる。一方、発災後の急性期（概ね48時間以内）に活動が開始される DMAT は、本部活動、広域医療搬送、病院支援、地域医療搬送、現場活動、ロジスティクス等の活動を担うが、現地の医療ニーズに柔軟に対応しつつ、初期の避難所・救護所での活動のサポートをも担うとされている。また DMAT 研修を受け修了した、全国の DMAT チーム数は2018年3月現在で1,630隊存在し、隊員数は12,777名（医師3,831名、看護師5,285名、業務調整員3,661名）で、その約9割は災害拠点病院のチームとのことである。このほかに、DMAT の特徴・機能としては①事前計画（DMAT 活動要領）、都道府県との協定に基づく活動。②標準的な教育を受けた個人が登録されている。③迅速な出動が可能である。④複数の DMAT が連携し、組織活動が可能である。⑤関係機関（消防、警察、自衛隊、海保等）との連絡・調整ができる。⑥災害医療の組織化を

図る…等が挙げられている。

DMAT 活動には「安全管理」の考え方が重要で、①的確に危険の認知・予知をするための危険情報の評価。

②危険度により区域を分け、それに応じた防護手段を講じて活動するゾーニングと、個人防護具等。

③関係機関との連携や連絡手段・体制の確保等のユニバーサルな対策等が大切で、DMAT は危険区域とされたゾーン内での活動は行わないとされている。

さらに、この安全管理には、受容危険度レベル決定としての受容リスクの決定及び、そのリスク低減計画と、身体的・精神的な保全を考慮したりリスクの判断が要求されている。

最後に、大規模事故・災害への体系的な対応に必要な項目として、学習した CSCATTT を紹介する。

C：Command & Control

指揮と連携（+ Cooperation）

S：Safety 安全

C：Communication 情報伝達

A：Assessment 評価

以上の Medical Management と、

T：Triage トリアージ

T：Treatment 治療

T：Transport 搬送

以上の Medical Support の原則、用語を学んだ。

実習

1. 本部機能

兵庫県医師会理事 平林 弘久

他県で震度7の地震が発生し、自分は山口県の JMAT 本部担当要員で、日医 JMAT 本部から、JMAT として医療支援の要請が山口県医師会に届いたとの想定で実習が始まった。なお、今回の研修会には計33人が参加し（医師13人、看護師10人、放射線技師2人、薬剤師4人、事務4人）、5グループに分かれて、各々の課題に対してホワイトボードを使い、グループ発表形式で行われた。山口県本部機能として、まず、①何から始めるか。②日医からの JMAT 出動要請に対して県医師会

災害対策本部として JMAT を派遣するために何が必要で、どうやって送り出すか。③派遣される JMAT には何が必要か…等を各グループで検討、ディスカッションした。

いざ、自分たちで考えるとすると、各グループとも自分を含めてほとんどが「頭が真っ白状態」となる場面がたびたび訪れていたため、各々のグループに2人ずつ「ファシリテーター」として付いていただいた、前述の兵庫県と山口県の講師の先生方の助言・誘導、時に優しい檄が必要であり、概ね全般にわたり、しどろもどろに解答を模索するという実習となった。その際、ファシリテーターの先生方から先の CSCA に基づいて考察することの大切さを改めて教えていただいた。その模範解答を挙げる。

①何から始めるか

C：指揮と連携

県医師会災害医療対策本部の立ち上げ、日医本部・行政との連携

S：安全性の確認

自分や自県の様々な状況の確認、安否確認（特に隣県や、自県での発災のとき）、被災地の安全性

C：情報伝達

日医・被災地医師会・行政・マスコミから

A：評価

先遣 JMAT 報告から派遣の必要性、日医本部評価による派遣要請

②県の災害医療対策本部として、JMAT 派遣において何が必要か

C：指揮と連携

県の災害対策支援本部における、指揮命令系統確認（災害対策本部長、連携調整部門、情報管理・記録部門、ロジ部門、派遣部門、メディア対応部門）、その上で派遣チームの編成等、チームの指揮命令系統の確立、出発チームのブリーフィング

S：安全性の確認

被災地の情報を出来る限り収集し、派遣ルート・被災地滞在場所における安全性を予め可能な限り確保するとともに、予想される危険性の認識と待避に関する確認

C：情報伝達

県医師会の派遣元と調整及び、被災地との通信手段の確立、通信機器の準備

A：評価

被災地における発災後フェーズごとの再評価（派遣チームからのクロノロ・活動報告等からも評価）

③派遣される JMAT に必要なこと

- ・派遣メンバーと指揮者をはじめとするメンバーの役割分担の決定（医師、看護師、薬剤師、ロジスティクス等）
- ・日医への JMAT 登録（登録者には日医契約災害保険が適用される）
- ・準備資器材として、自分たちのライフライン（水・食料、お金）の確保、身分証（医師資格証）、名刺、安全防具、安全靴、医薬品等の医療資材、電源、通信機器（トランシーバー、衛星電話）、記録用品、移動用車輛（レンタカー等）、証明書
- ・現地までの交通ルート、安全性の確認
- ・EMIS や先遣隊情報を確認
- ・交通手段、燃料の確保及び予約、宿泊先の確保等。

2. 被災地における活動

兵庫県医師会救急・災害医療委員会

委員長 小平 博

災害医療の机上シミュレーションとしての、被災地における活動としては、発災後4日目の他県のH市保健医療センターにJMATやまぐちの第三陣として派遣されて、出発から8時間後に到着したという想定で、どのようなことを考え、考慮し、実際に行動するかの実習であった。なお、現地のH市保健医療センターでは、「地域保健医療調整本部（JMAT活動拠点本部でもある）」が設置され、すでに自県のDMAT/JMATが活動中で、県医師会長をJMAT統括本部長として救護所の運営を行い、災害医療コーディネーターとともに、地域の医療ニーズに関するアセスメントが実施されているという状況が設定されていた。

本実習では、次のような内容・解答であった。

①派遣先の初動として何をするか

現地の対策本部に挨拶をし、救護班登録をし、前チームからの引継ぎ、活動に必要な情報の収集、医療リソース・流通の確認、自分たちの居場所、活動拠点・場所、派遣元県医師会本部への報告、通信、自チームのライフラインの確認、カウンターパートへの挨拶、活動方針と現地支援状況の確認などが考慮・行うべき内容であった。

なお、これらに関する項目の用語として Help-SCREAM（助けてと叫ぶ）を学んだ。

- ・ Hello：カウンターパートへの挨拶
- ・ Location：待機場所等の確保
- ・ Part：チーム内の役割分担
- ・ Safety：安全確認
- ・ Communication：連絡手段の確保
- ・ Report：派遣元への連絡
- ・ Equipment：機材の確保
- ・ Assessment：アセスメント、評価
- ・ METHANE：具体的な情報の評価と情報発信

（図8参照）

②被災地の救護所、避難所、巡回診療での活動と最低必要なマナーについて

この実習では、被災地の「さいがい中学校」の体育館が避難所として想定され、妊婦を含めた老若男女及び障害者等の要支援者、透析を受けている方、熱発や下痢の方等、約200名のさまざまな避難者がいる他、ペットもあり、内部は避難者間の間仕切りがなく、外の駐車場には車中泊の方もいるという状況で、外の簡易トイレが少なく、

電気は通じているが水の確保が不十分…等の設定があった。なお、これらの設定以前の研修として、自らのチームが救護所を運営する場合の要点を、災害の急性期と急性期以降のニーズの推移に応じて対応することを学んだ。その際、チームとして医師を指揮者とする「組織図」を作成し、特に指揮者名を救護所に明示しつつ、実際の活動では1人で24時間以上の継続勤務は避けるべく、予め各々のパートの交代要員を決めておくことが大切であるとされ、概ね実働3～4日間位のスパンで次のJMATチームに引き継ぐことが多いとのことであった。

上記、想定避難所での活動にあたっては、前述の「METHANE」の項目・要領に沿ってアセスメントを行い、その結果、必要なニーズが「医療ニーズ」なのか「保健ニーズ」なのか、あるいはその両方か等の見極めを行い、「本部」にどのような内容を報告し、その連絡報告の手段としてはどのようなツールを使うかのシミュレーションが行われた。

なお、現地での必要なマナーとしては、①現地のコーディネーター、指揮者のもとでの活動を行い、勝手な行動をしない。②コンビニ等での食料品の買い占め、支援物資の受取、被災者の写真撮影やSNSでの投稿をしない。③持参して余った資材や薬品などを、勝手に置いて帰らない…等の現地に迷惑をかけない行動・言動に努めることなどの内容が取り上げられた。

派遣された医療チームとして、実際の災害時における健康管理には、①慢性疾患の急性増悪に対する対応、②被災者・避難者の健康管理（災害事象に起因する負傷や疾病への対応、慢性疾患への対応、災害時要支援者への対応、被災下での起こり得る疾患への予防策、③地域保健医療システムの機能維持と再建・公衆衛生業務があり、これらを考慮しつつ、避難所での巡回診療では、現地でのコンタクトパーソンとの交流・情報交換が重要で、地元の行政職員、特に避難所担当の「保健師」との交流

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

図8

がかなり重要であると再認識した。

一方、考慮すべき被災者のなかで、全ての「要支援者」が必ずしも「福祉避難所」に避難する人ばかりでなく、「指定避難所」にも避難してくることが予想されるため、「災害時要支援者」に対しては「配慮」されるべき状況が生じ得ることも想定しておくとされる。また「日常」と「非日常」での生活、及び、日中と夜間での生活のアセスメントも重要で、「医療」が必要な人ばかりではないことも考慮すべきとのことである。

以上、救護所の運営・管理及び巡回診療も、既述のCSCAに基づくアプローチを行って

- ①緊急で確認・調整が必要な事項として、外傷・慢性疾患急性増悪・DVT・透析・在宅酸素療法の方などの有無。
- ②避難所の状況・組織活動として、日中と夜間における避難者数や医療チームの有無。
- ③環境的な側面として、ライフライン・生活環境・食事・避難所のキャパシティについて。
- ④その他、災害時要支援者・有症状者の内容とその数・防衛的な側面について

等の項目について考察し、その結果を本部には報告するとされている。

実習上での救護所は、避難所巡回診療を含む「避難所救護所」であるが、避難所には他に、救助現場や多数傷病発生時に設置される「現場救護所」、病院や診療所等の医療機関前に設置された「医療機関前救護所」、そして、上記以外の拠点に設置される「拠点救護所」の4つの種類があるとのことである。

以上の様々な活動における、情報や診療介入行為等は、各チームのクロノロジー、災害診療記録、J-SPEED、EMIS等を駆使して行われる（携帯、スマホ、タブレット端末、トランシーバー、衛星携帯電話等を使用）。

実習の最後には、活動終了のタイミングについても学んだ。そのアセスメントとして「Hand over = つなぐ」のキーワードのもと、

- ①「医療」との Hand over
 - ・地元医師会機能の回復状況
 - ・地域医療のニーズが、より非災害よりか、災害よりか（J-SPEEDによる疾病流行状況

の把握）

- ・災害拠点病院との連携構築の再確認（医療圏ごとの災害時地域医療対策会議に参画）
- ・保健医療調整本部との調整（保健所の役割を確認）

②「保健」との Hand over

- ・保健師との連携（ミーティングへの参加）
- ・平時の保健体制復旧への「ロードマップ作り」（支援保健師とともにアドバイスをする）
- ・県保健師と被災地保健師との Hand over
- ・公衆衛生、学校保健体制復興のアドバイス

③「行政」との Hand over

- ・被災地県の行政と地域行政を「つなぐ」
- ・被災地の医師会と担当部署での問題点の共有
- ・復興期のロードマップ作り

④「被災者の状況＝ニーズ」を Hand over

- ・災害時医療から医療保険診療の再開
- ・避難所から仮設住宅への移動後の医療フォロー（多職種連携）
- ・医療機関再開への思い
- ・「トラブル勃発」に対する対応（被災者のストレス・支援者のストレス）

⑤「帰投後の行動」としての Hand over

- ・記録を残すこと（残せないものもある）
- ・活動報告会の重要性
- ・事例検証（研修会でディスカッション）
- ・被災地へのアフターケア（地元医師会への災害医療のノウハウを伝えること等…）

等の項目・内容について学習した。

以上、今回の講習・実習の研修会では、シミュレーションの目標としての

- ①災害医療の原則である CSCA を確認・理解
- ②災害時の医療体制と、関連する他の機関との連携の構築について理解
- ③被災地派遣時の統括 JMAT としての活動内容について理解する
- ④チームとしての活動と役割について認識を共有する

という項目について学んだことになる。

おわりに

本研修会の事前学習・講義・実習を通して、その中身があまりに濃かったため、そのまま要領悪く長々とその内容について書かせていただいた。

研修会は朝から、40分の昼食をはさみ、約10時間にわたるもので、65歳の参加者には多少堪えたが、災害医療現場に未経験な者としては、その前の準備段階から、現場での活動が（時に予測もできない状況のなかで）如何に大変かを想起できたと同時に、これまで被災地に赴いてこられた医師・看護師・ロジスティクス等の方々に対して、心より敬服の念を覚えた次第である。また、実習にあたっては、いざ自分が支援や受援者側になった時に、医師として、JMAT 隊員として、それぞれの現場や状況において、実際にどのように考え動くべきか、なかなか頭の中に入って来ず、否定しがたい脳の硬直化を実感させられた。よって、今回の上記 CSCA に基づくアプローチや実習は、机上でのシミュレーションではあるが、災害医療に携わる上での認識と理解が、萎縮しつつある脳にも少しは刻まれたような気がする。

さて、温暖化による気候変動もあり、火山、地震の多い日本において、もはや大規模災害が自分に無縁と思う国民はほとんどいないと思われる。われわれ医療従事者は、いつか、どこかで、誰かが、必ず「望まれざる大災害」における医療を担わなければならない。山口県でも、どこかの地域で大災害が十分に起こりうることを想定し、DMAT と共に、JMAT やまぐちの存在・位置付けをきちんと定着させていくべきものと思われる。一方で、一人では非力でも複数の人と多職種の人々との連携で、より大きな力となり得るため、その下地としてより多くの医療に従事している人々が、機会をみて各々の立場でこのような講習や実習に参加していただけたらと思う。そして、例え JMAT メンバーに「登録」しなくとも、少なくとも災害医療に関する知識や認識及びイメージを少しでも持っていただき、結果として、われわれ一人ひとりの医師と各々の医師会が連携して災害医療を担うスタッフの研修と育成を行いつつ、これらの活動が今後も繋がられていくことを願う。

最後に、日曜日にもかかわらず、お忙しい中わ

ざわざ山口まで来てくださった兵庫県医師会の5名のファシリテーター・講師の先生方、及び山口県内からの6名のファシリテーター・講師の先生方、そして、本研修会の準備・開催に携わられた山口県医師会の理事の先生方及びスタッフの方々に対しまして厚く御礼申し上げます。皆様、本当に有難うございました。お疲れ様でした。

〔報告：若松 隆史〕

3. トリアージ

兵庫県医師会救急・災害医療委員会

岡本 貴大

災害時のトリアージとは、医療資源と傷病者数との不均衡の中で、最大多数の最大幸福という概念のもと、多数の傷病者を速やかな診療や搬送につなげるため、医療資源の分配順位、すなわち治療の優先順位ごとのトリアージ区分に傷病者を迅速に分類すること。トリアージは繰り返し行い、一次トリアージは、30秒程度で評価。

単純化された手順を用いて短時間で目の前の傷病者を分類するという責任の重さを想像するだけで、改めて「医療資源」の意味を実感する。

トリアージタグの記入練習では、耳からの情報を自分の膝の上に載せたタグに記入する作業に予想外に難渋。B5かB6サイズのトリアージタグは、災害現場のカルテになりうるものであり、記入には経験と注意工夫が必要のようである。

4. 熱傷と止血の処置

山口大学大学院医学系研究科

救急・総合診療医学講座准教授 藤田 基

まず、熱傷の定義・面積・深度、気道の評価の重要性、Primary Survey、Secondary Survey についての講義ののち、止血帯ターニケットの実習となる。ターニケットは環状になったバンドに腕や足を通して締め上げるだけで止血できる仕組みで、アメリカ軍で使用されているらしい。軍人は四肢を撃たれた場合、条件反射的にターニケットを自分で巻くように訓練されているとのことだが、今回の実習では班ごとに仲良く装着練習した。

実習：情報の共有・記録**1. 「EMIS」**

(医) 神徳会三田尻病院総務部長 藤倉 岳司

Emergency Medical Information System とは、発災後急性期の災害医療体制構築のため、各医療機関を情報の共有により組織化させるツールである。医療機関は EMIS サイトにログインして被災情報を入力する。緊急時の病院の安否確認でもあり、被災地病院の状況が共有できる。

2. J-SPEED

兵庫県医師会業務2課主任 江口 義光

日本版 Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters (J-SPEED) は、災害医療チームがこの標準診療日報を使用することにより、災害本部が被災地の医療ニーズの分布と推移を連日把握できる診療情報管理システム。百聞は一見に如かず、ぜひ、ご自身のスマホに「J-SPEED +」アプリ（無料）をインストールしてみたい。

3. クロノロジー

兵庫県医師会業務2課主任 江口 義光

経時的活動記録（クロノロジー）は、出来事を時系列に沿ってホワイトボードに書き出し、災害情報を共有整理する手法で、基本的に記録係・業務調整員が書く。もちろん、その後電子化するが、まず情報を大きなボードに人間の手で書き出すので、大勢の人間が同時に一目で流れを把握できる。

災害医療においては、情報の共有・記録は非常に重要であることをこの研修で学んだ。PC、スマホ、手書きを用いた三つの手段、EMIS、J-SPEED、クロノロジーについては、医師自身が現場で使いこなせるように平時の準備が必要である。

実習

日本医師会への情報発信、全国医師会との情報共有

兵庫県医師会理事

平林 弘久

同 業務2課主任 江口 義光

まず、実際の報告書数枚を見てどのような情報

が書かれているか把握する。そこには医療だけではなく、トイレや食事、ライフライン復旧などを含めた生活に関する情報、ミーティングの開催状況などの情報発信・共有に関するものなど多岐にわたる情報が含まれている。

続いて行われた実習は、私たち「JMAT やまぐち」が、「さいがい中学 避難所」での巡回診察に行き、報告書を作成するというもの。テーブルに貼げられた「さいがい中学 避難所」の敷地図とそこに記載された被災者状況を見て班ごとに相談しながら活動報告を作成していくのだが、この実習、私にはかなり辛かったと告白する。私達の班担当のファシリテーターの T 先生が、「さあ、何をしましょう、何が必要ですか、他にありませんか、何か気がつきませんか、もっとよく資料を見てください」とニコニコしながら追い詰めてくる。この質問が3巡目ぐらいになると、もう頭の中身は絞り尽くされ、カラカラと音がしていた。

今回の研修で強く感じたことは、災害医療は救急医療だけではない、もっと多様性を持った医療であるということ。発災後の時間経過により被災者のニーズはどんどん変わってゆく。医療者には、医療ニーズのみならず保健ニーズ、公衆衛生ニーズも求められる。

各年代、各専門分野の医療者には、それらの被災者のニーズに応える能力があり、すべての医療者が災害医療とは無縁ではないとの認識が持てたことが最大の収穫であった。

[報告：長谷川 奈津江]

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

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

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

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

山口県医師会警察医会 第26回研修会

と き 令和2年2月8日(土) 16:00～17:40

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間」

〔報告:山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄〕

令和2年2月8日(土)、ホテルニュータナカにおいて、県医師会警察医会第26回研修会が開催された。進行は県医師会の伊藤理事、座長は警察医会会長の天野が務めた。

開会挨拶

河村会長 本日はお集まりいただき、感謝申し上げます。山口大学の藤宮教授が3月で退官される。藤宮教授におかれましては、2000年から山口大学で教授をしておられ、警察医会の立ち上げからバックアップしていただいている。本日の講演も「山口で学んだ法医学」となっており、これまで藤宮教授が講義された内容は1冊の法医学の本ができるほどのものとなっている。この場をお借りして、感謝を申し上げます。

報告

県警察本部からの報告・症例提示

講演・本文監修:

山口県警察本部刑事部

捜査第一課検視官兼

課長補佐 佐々木 淑浩

令和元年中の死体取扱い状況等についてご報告させていただく。

図1は10年間の死体取扱数と65歳以上の取扱数の推移を示したものである。この10年間、年間の取扱総数は概ね2,100体前後で推移、そのうち65歳以上の取扱数は1,500体前後(取扱数の約7割)で推移している。生活環境

の変化や医療技術の高度化など進んでいるところだが、取扱数はこの10年ほぼ変わっていない。

令和元年中の死体取扱数等について報告する(図2)。取扱総数は、2,104体で前年と比較して17体増加している。解剖数は、125体で前年と比較して8体増加している。

取扱いについて詳しく説明する。図3が月別

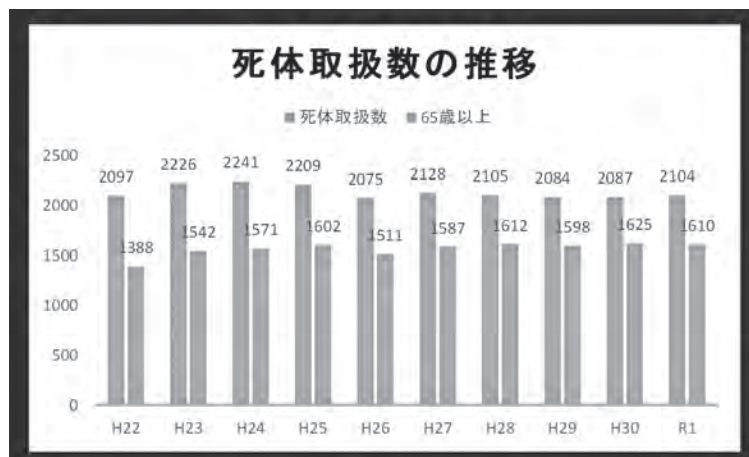


図1

死体取扱数等 (令和元年中)

・取扱総数 2,104体 (前年比+17)

(男女内訳: 男: 1,289体、女: 815体)

・解剖数 125体 (前年比+8)

※ H31.1.1～R1.12.31

県警察が取り扱った死体(交通事故死を除く)

図2

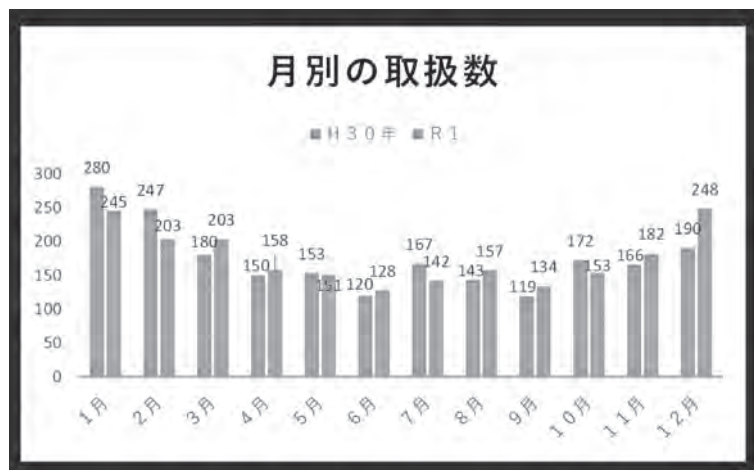


図3

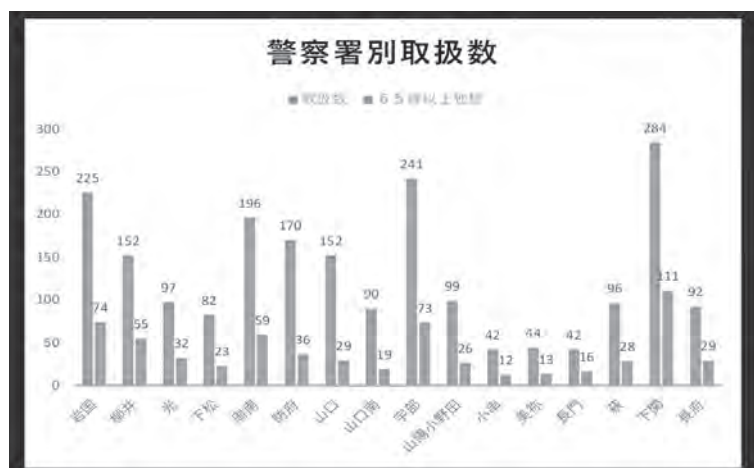


図4

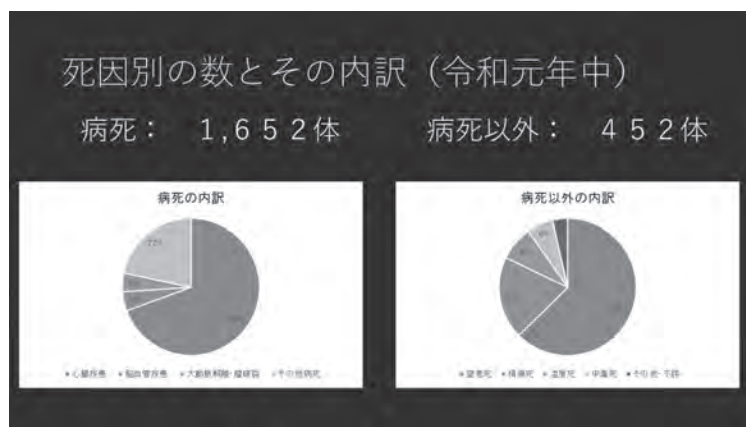


図5

の取扱数である。昨年は12月が最も多く248体、次いで1月が多く、例年どおり冬季に多い傾向にある。一方、少ないのは6月で128体、次いで9月であった。気候のいい過ごしやすい時期の取扱が少ない状況にある。平成30年中に比べて12月の取扱いが50体以上増加している。体感であるが、日中と夜間・早朝の寒暖の差が大きい日の取扱が多いように思われる。先生方には、寒暖の厳しい時期や深夜休日における検案など、時間、場所を問わず、ご無理をお願いすることも多々あるが、引き続きのご指導・ご協力を改めてよろしくお願いしたい。

続いて、図4が警察署別の取扱数だが、最も取扱が多いのが下関警察署で284体、次いで宇部警察署、最も少ないのが小串警察署と長門警察署の42体であった。令和元年中、最も多く検案していただいた先生には133体、次に多い先生には98体と多数の検案をしていただいた。また、県全体の約30%が65歳以上独居者の取扱いとなっており、警察署別で見ると下関警察署で約39%、次いで長門警察署で約38%と割合が高く、山口警察署が約19%と割合が最も低くなっている。10年前は約22%であり、この10年で右肩上がりに増加している。人口比率に比例し、今後も65歳以上の独居者の取扱が増加することが予想される。

続いて、図5の死因別の取扱数について、2,104体の取扱いのうち、病死が1,652体で79%を占め、外因死やその他が452体で



図6

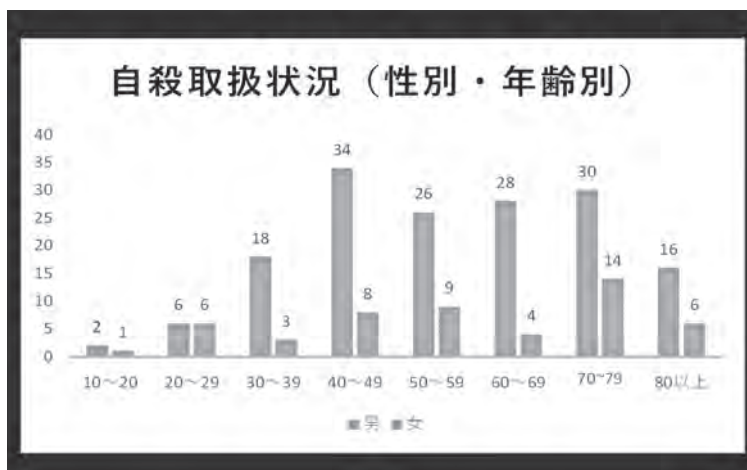


図7

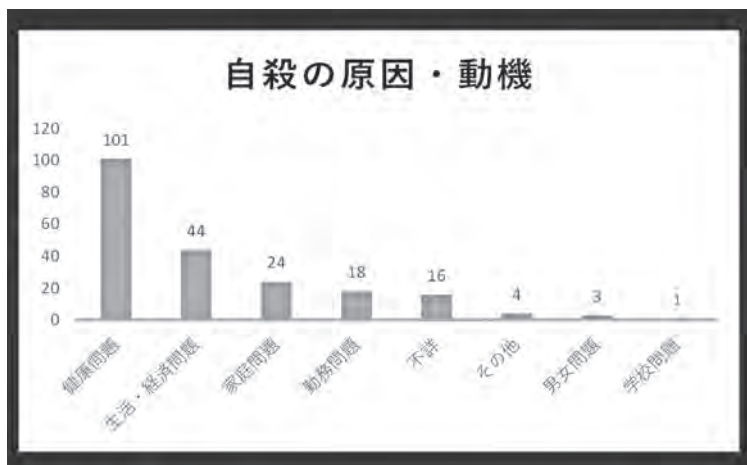


図8

21%であった。病死の死因については、心臓疾患が69%、脳血管疾患が5%、大動脈解離・瘤破裂が4%、その他が22%の割合であった。病死以外については、窒息死が63%と最も多く、損傷死が19%、異常な温度環境下による死が8%、中毒死が4%という割合であった。

外因死のうち窒息死の最も多い原因が自殺である。死亡種別でも、病死に次いで自殺が多い状況である。山口県内における過去10年間の自殺者数の推移（図6）をみると、10年前は約370体であったものが、ここ数年間は200体強と下げ止まりの傾向にある。例年、取扱数の1割が自殺である。

令和元年中の自殺者の取扱数（図7）は211体で、前年比6体の減少であった。性別では男性の割合が極めて高く、男性が160体で約76%、女性が51体で約24%の割合であった。年齢別では、70歳代の自殺者が最も多く44体、全体の40%と高い割合である。男性の自殺者、高齢層の自殺が多いという特徴がみられる。

図8の自殺の原因・動機については、健康問題が101体で約48%、次いで生活・経済問題が44体で21%という割合だった。健康問題を理由に高齢者の自殺が多い状況にある。

図9の自殺の手段・方法については、縊死が159体で約75%、次いで練炭等が20体で10%という割合であった。211体のうち明確な遺書を残しているケースは77体で、明確な遺書を残さず自殺を図る方が多い傾向にある。

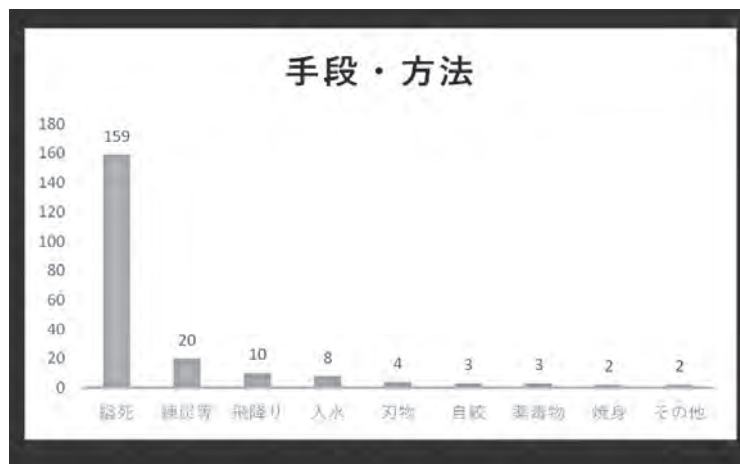


図9

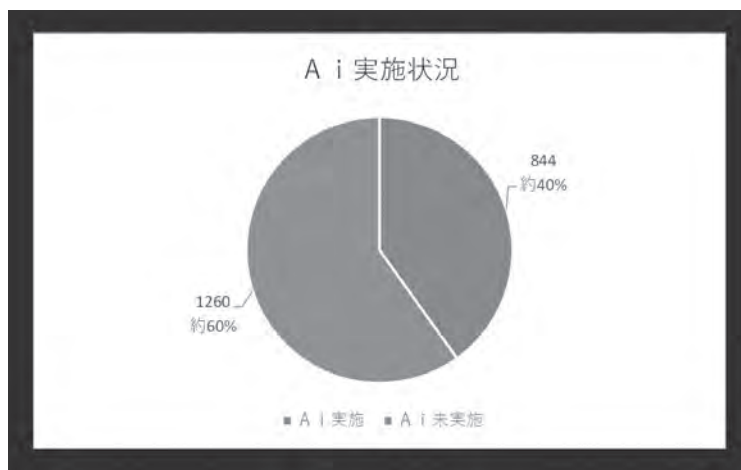


図10

自殺の取扱いのうち珍しいケースを2例紹介する（内容は掲載を省略）。

続いて、県内における外国人観光客も増加している状況にあるため、外国人の死亡事案を2例紹介させていただく（内容は掲載を省略）。いずれの死者も国外に住居があり、既往症の確認や生活実態の確認など、死因特定に必要な調査に困難をきたした。

本年は、東京オリンピック・パラリンピックの開催を控えており、今後も外国人観光客等の増加も見込まれるところだが、各関係機関と連携して適正に検視業務を進めていく。

最後に、昨年中のAi実施状況（図10）についてご報告させていただく。

昨年中の取扱い2,104体のうち、Ai実施件数

は844体で総取扱数の約4割でAiが実施されている。主には搬送先の病院において遺族の費用負担により撮影されたものになる。

冬季に入り、非常に取扱い数が増加している。本年1月の死体取扱いは232体と一日平均約7.5体の取扱いがあった。寒さ厳しい環境のもと、各先生方には検案を快く引き受けていただき、この場をお借りして感謝申し上げます。県警察としては、本年も各部門が一体となり、ご遺族のため、適正な検視業務を推進し、犯罪死見逃し防止に努めていく。

今後とも引き続き、高度かつ専門的な知識によるご指導、お力添えをいただくよう、お願いしたいと思う。

講演

山口で学んだ法医学

講演・本文監修：

山口大学大学院医学系研究科法医学講座

教授 藤宮 龍也

私は山口県に来て20年になる。警察医会の研修会で法医学の講演をしてきたが、本日は最後ということで、いろいろな角度から話させていただきたい。本日一番お伝えしたいのは、三位一体説と解剖所見主義で、いろいろな事例を交えてお話す。なお、アルコール医学研究については時間の関係で省略させていただく。

1. わたしの履歴書：哲学的思考の変遷

学生時代、国文学の教授から「哲学を知らなければ学生ではない」と言われ、それからヘーゲル弁証法や哲学などを個人的に勉強した。武谷三男先生の3段階論では、科学の進歩は現象論、実体論、本質論で進む。現象論はコペルニクスであり、ケプラーがその中で構造をみつめて(実体論)、ニュートンが力学(本質論)を作った。次に本質論が現象論になり、アインシュタインの相対性理論(本質論)へと科学が進歩する。法医学で考えたときに、現象論的段階は現象そのもので、存在するものには意味がある。そのもとで診断するのが実体論にあたる、鑑定と説明が本質論段階となる。当時はアインシュタインの本が大好きで、科学史へ傾倒していった。また、哲学の先生がハイデガー哲学の先生であり、『存在と時間』という本を説明され、そういった哲学の話を考えながら現存在分析やフロイトやエリクソン心理学、ピアジェ心理学、アドラー心理学を個人的に勉強した。それと当時は、ヴィトゲンシュタイン論理哲学論考が流行っており、その中で論理学の命題はトートロジー(同語反復)であり、有るものは有り、無いものは無いというもので、何も生まれないという考え方である。最後は「語りえないものについては、沈黙しなければならない」が、沈黙していたら面白く

ない。ある意味では、論理的思考からは何も生まれない。実験・観察・体験の中で創発して何かができあがるのだろうと考えられる。それから、私は大学でFORTRANを学習し、ワークステーションを使用してBASICプログラムを使いながら活動電位のシミュレーション・プログラムを作って楽しんでた。1979年にPC-8001というパソコンが発売され、家でもできるようになり、パソコンを使った研究ができないかということが一つの命題となった。その中で飛びついたのがアルコールの薬物速度論である。この時に、京都大学薬学部の山岡 清 先生からプログラムをいただいて研究がスタートした。

2. 複雑系に目覚める

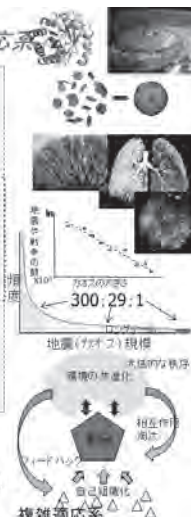
山口大学に来てから複雑系科学というものを知った。自己組織化というシステムがあり、複雑適応系という形で、ハイリスクの構造というものでこの世の中ができあがっていることになる。これを唱えている人の中にピーター・センゲという人がおり、システム思考や学習する組織論、それから持続可能な社会というものを唱えられた。この言葉は現在、いろいろな人が使う言葉になっている。SDG17やSociety5.0といった考え方が言われるようになり、いつの間にか複雑系が入ってきている。いろいろな授業の中でこの複雑系の話をしながら医学史・進化医学・生命倫理学等の授業をしてきた。



① 複雑系：自己組織化・システム・複雑適応系

- 自己組織化(自発的秩序形成)・創発・複雑化・カオス
ボトムアップvs.トップダウン(DNA→RNA→タンパク質)
複雑な秩序(複雑適応系)が創発・自己組織化・レジリエンス
ボトムアップの倫理(徳・良心・共感)vs.理性・合理・功利
複雑系の典型は、気象。一度きりのZero to One.
- システム・ネットワーク・階層性、「全体は部分に、部分は全体に」
スケールフリー・各階層(ヒエラルキー)が生きている。
スモールワールド性・クラスター性、レバレッジポイント。絆。
べき乗則：パレート則・ハイマンリッヒ則・マフィー則
フラクタル分布(ファットテール分布)vs.ガウス正規分布
非線形性：カオス(ブラックスワン)、バタフライ効果
- 複雑適応系・進化生態学、シンクロナシティ、イノベーション。
カタラクシー。多様性とトレードオフ、全体最適。ボトムアップ。
神はハッカー。エンジニアでないハッカー。ポジティブ・フィードバック。
比較優位。収獲適増。カオスの縁：経路依存性：Zero to One。
共進化：ハチドリ効果・赤の女王仮説。共生・生態系・棲み分け

➢ 自然科学から社会科学・人文科学の統一の考え方として
➢ システム思考、デザイン思考、フレームワーク、つながり・絆
➢ 物事の変化は予測不可能であると考え、状況に応じて行動
➢ システム思考(全体＞部分の和)の重要性vs.単純系的法治主義
脆弱性・統合性・絆・適応 vs. 理性・合理・責任・個人主義



これまでの警察医会での講演でも紹介させていただいたように、科学自身は実は単純系だが、この世の中は複雑系になっており、病原体と人との関係という単純系の関係ではなく、病原体と人と環境とをとらえるのが複雑系になり、事象や物のゆがみを捉えようという考え方になっている。複雑系には自己組織化、システム、ネットワーク、複雑適応系といった特徴がある。また、すべてが一気に変化する劇的瞬間をティッピング・ポイント(=ツボ)といい、感染症では要注意者や感染力だけではなく、学級閉鎖などの環境もどうかしなければいけないということも複雑系的な考え方である。

医学教育では、山口大学で4度の教務委員長を経験しており、この中でいろいろなカリキュラム改革を行ってきた。中でも私自身が大きいと感じているのは、白衣式を始めたことである。看護師の戴帽式と同じように白衣を着て、医師としての心構えを持ってもらうと同時に宣誓文を発表してもらう。これを保護者と連動させて、白衣式を保護者が見て、山口大学に対して愛着心を持ってもらう試みである。また、平成25年には山口大学功績賞(ベストティーチャー部門)をいただいた。

アルコールについてはいろいろと研究をしてきて、総会も担当した。また、日本アルコール・アディクション医学会の理事長になっている。最近、定年に当たっていろいろなところで総説を頼まれて、法医学の実際の研究やアルコール・アディクション医学会雑誌等で法医薬物動態学と鑑定、アルコール性臓器障害、精神的なアルコールの影響等を発表した。

私は法医学には最初進んでおらず、病理からスタートしている。山口大

② 医学教育

■ 4度の教務委員長を経験

- 旧カリ・新カリ・新々カリ
- eYUMEの開始
- CBT・基盤系統一試験の開始
- 自己開発コース・修学論文チュートリアル一体化
- 白衣式・宣誓文・保護者会の開始
- 研究医養成枠の獲得
- 大学院先取りコースの基礎
- 山口大学功績賞(ベストティーチャー部門)(H25)
- アウトカム基盤型教育へ移行
- eYUSD, moodleの普及
- メディア基盤センター副センター長

■ 分野別認証の担当

- 自己点検評価報告書の作成
- 受賞(2019.10/28-11/1)



新学修方針別評価基準日本版 Ver.3.31に基づき
山口大学医学部医学科
自己点検評価報告書
2019年度 31・4年度 年度



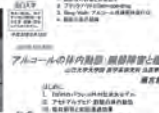
③ アルコール・アディクション医学

■ 日本アルコール・アディクション医学会教育講演(2018)

■ 日本アルコール・アディクション医学会理事長(2018-)

■ 法医学会特別講演(2019)

■ 総説3部


法医学の実際と研究
日本アルコール・アディクション医学会雑誌
犯罪学雑誌

学出身で、滋賀医科大学の教授になられ、京都府立医科大学の教授、名誉教授になられた故 古村節男 先生に学生のころから大変お世話になり、多くの援助に感謝している。古村先生は訴訟関係の研究も行っており、私も世界やドイツの医事法などをやっており、医事紛争事案の発表も行っている。中でも神戸大学の手嶋 豊 先生は大学院生時代から一緒に研究している。その中でカナダに留学させてもらい、コロン制度を知り、国際学会で発表した。

山口大学で最初にやったことはホームページづくりである。ホームページでは「マーフィーの法則」を記載している。「If anything can go wrong,

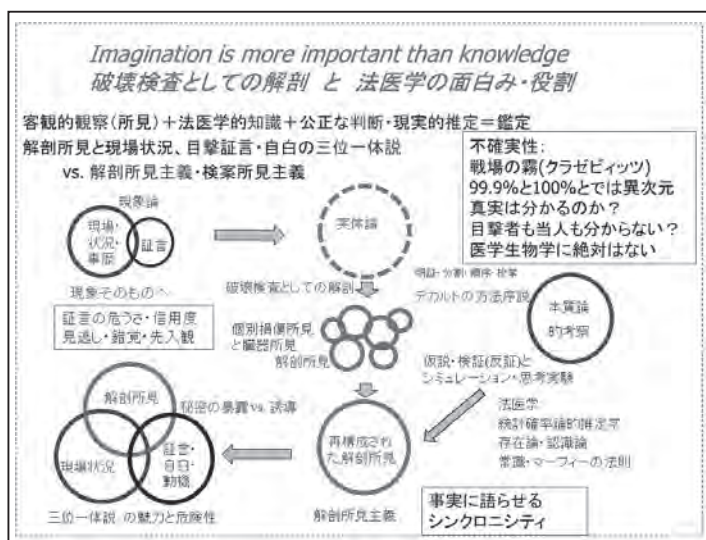
it will.」は海外留学したときに壁に貼ってあったのを見て、これは面白いと思い、ホームページで紹介している。この中で面白いのが、「捜査官（法医学者も）のまぶたの裏側には、マーフィーの法則が刺青されているものだ」（ロンドン警視庁 B. ウィンザー）という話である。

3. 三位一体説と解剖所見主義

山口にきた平成12年ごろ、死体取扱数は年間1,300体程度だったが、現在では一気に増えて2,000体になっている。解剖数も非常に増えた。現実には病死が増えており、自殺や他殺は減っている。「ロカールの交換原理」という犯罪鑑識科学の基礎があり、2つの物体が接触

すれば、常にある物体から他の物体に何か（微物）が移る、というもので、この微物から犯人に着く。それとは別に「証拠のトライアングル」というものがあり、「加害者」と「被害者」と「現場」で科学捜査の三位一体説と言われている。人は嘘をつくが痕跡は嘘をつかない、真実を語る。証拠は必ず残る。解剖をずっとやっていると、「なぜここにこれがあるのか」と考えることがあり、それはダイニング・メッセージだと考え、ご遺体と会話している。

われわれは破壊検査としての解剖を行い、さまざまな個別損傷所見と臓器所見などの所見を再構成して解剖所見ができていく。解剖所見と現場状況、目撃証言・自白が合った時が三位一体説で正しいだろうということになる。しかし、証言が変わったり、証拠が変わったりすることもあり、そういった不確実性がある。私は三位一体説の信仰主義者なので、効率よく解剖を実施するために検視官に事前情報を聞くようにしている。法医学者は検視官から事前情報を得ることは思い込みになるのでやるべきではないと言われるが、それは心



の問題であり、事前情報がなかった場合には解剖に時間がかかり、結論が出ないことがある。

事例を紹介する。

事例①（創傷）

母親が息子から金属バットで殴られたという事案。死因は後頭部打撃による脳幹部損傷。少年院・保護観察から抜けだし、大阪で殺人事件を起こし、「ぼく、死刑でいいです」といって死刑となった。

事例②（創傷）

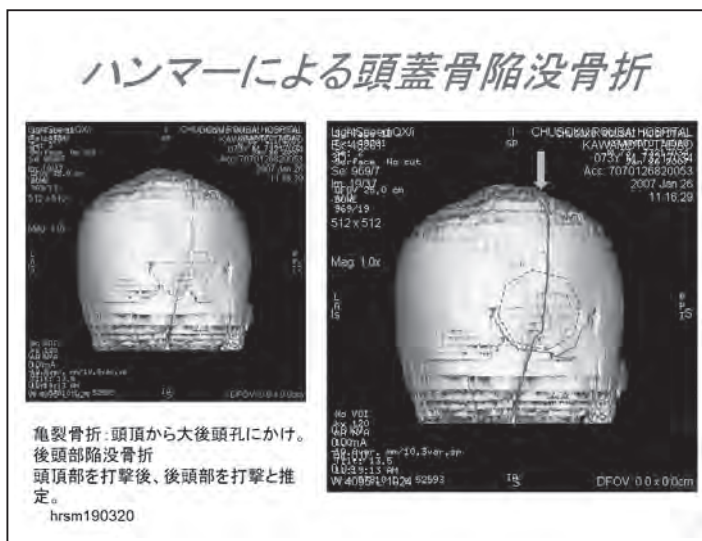
これは珍しい事案で、携帯電話が結果的に凶器になったもの。喧嘩中、携帯電話を握った手拳で殴打されて意識を失い、急死。見た目は大したことなく、病死を疑ったが、解剖すると、死因は左胸部内側刺創、心臓・心臓刺創、心タンポナーデ（約170mLの血液）。致命傷の創洞は約2cmで、創の直径は0.6～0.9cmで、不整であった。

事例③（創傷）

ホテルのベッド上で死亡しているのを発見された事例。ベッド横で男性が腹部を刺しており、連絡してきたというもの。包丁が凶器で、左胸と首に傷があった。損傷は頸椎のところまで達していた。死因は心臓・大動脈刺創による失血。

事例④（銃創・射創）

深夜、運転して帰宅。車を降りようとしたところを助手席側からガラス越しに狙撃され、死亡したもの。左上腕部・左大胸筋盲管銃創。左側背部から第10胸椎後部への盲管銃創。背部中央から右胸部上部外側への貫通銃創。左側胸部より射入し、心臓右室を貫通、左胸部皮下への貫通銃創。4発発見されたが、私は5発撃っていると主張し、検視官と私で言い合いながら解剖をした。最終的には車の中から1発発見され、全5発だった。銃創は角度が重要になる。どのように発射されているか、左右対称かどうかをみながら角度を見る。

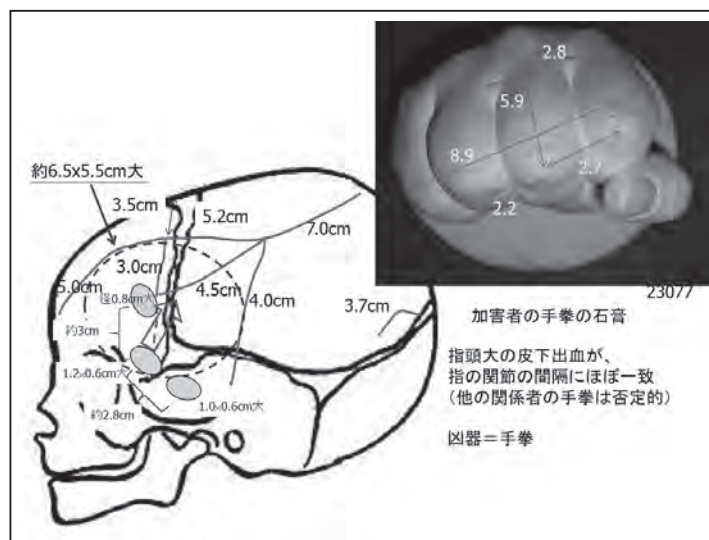


事例⑤（頭部損傷）

死後に銀行からお金が引き出されており、おかしいということで鑑定を依頼された事案。転倒して頭蓋骨骨折で死亡したというのが最初の検視だった。しかし、頭部に八角形の挫裂創があり、八角形のハンマーで複数回の打撃が予想され、また、転倒では帽子のツバの上には傷ができない「帽子のツバの法則」があるが、帽子のツバの上に傷があり、転倒でできたとはいえない。これにはAi（死亡時画像診断）が使われており、CTを確認すると、亀裂骨折は頭頂から大後頭孔にかけてあり、後頭部陥没骨折。頭頂部を打撃後、後頭部を打撃したと推定できる。（上図参照）

事例⑥（頭部損傷）

2か月女児、「抱きかかえていたが、児の向きを変えようとして、児を抱えながら回転させている最中に、手が滑って落下(7:20)。その際に、ベッドの枠と床に頭を二度ぶつけた」という。8:00まで呼吸あり、救急要請と主張。家族関係は複雑で被疑者は実父ではない。虐待歴は不明。解剖すると、左前頭頭頂部陥没・亀裂骨折群があり、急性脳腫脹があることから、死因は頭蓋骨陥没骨折からの急性脳腫脹と検案された。その原因は、左前頭頭頂部・左側頭前部への頭部打撃によるものである。同時に、左頭頂骨後部下部亀裂骨折、左頭部・前頭頭頂後頭部頭皮出血及び右頭部頭皮浮腫・陳旧性頭皮出血の疑いが認められ、重



傷であった。また、陳旧性硬膜下血腫・揺さぶられっ子症候群の疑い、左側多発肋骨骨折、内臓貧血状、胸腺萎縮、副腎萎縮、低体重等が認められ、児童虐待に認められる所見群を伴っていた。その他に大きな損傷は認められなかった。また、死因足り得る大きな病巣を認めなかった。特徴的な指頭大の皮下出血指が3か所あり、加害者の手拳の石膏で指頭大の皮下出血が、指の関節の間隔にほぼ一致した。

事例⑦（交通事故）

普通乗用車の単独事故。街路灯柱に衝突し、車両は前後に分断、乗員3名全員が車外放出。1人重傷（男）、2名死亡（男女）。重傷の男性は右耳挫創、右肘挫創、脊髄損傷。この男性が「運転者は死亡男性」と主張。「ドアの法則」というものがあり、ドア側の損傷が大きくなる。運転席では右側にしやすい。死亡した男性は第4第5頸椎間脱臼骨折、左鎖骨骨折、胸骨骨折及び左右多発肋骨骨折、第9第10胸椎間脱臼骨折、骨盤複雑骨折、左上腕骨骨幹部骨折などの重傷損傷が体幹部を中心に分布し、頭部と下肢の損傷が比較的軽度であった。これより、後部座席で胸部を街路灯柱にぶつかったと推定。死亡した女性は、右前頭部挫裂創・右前額部挫裂創・頭皮下出血・頭蓋骨粉碎骨折・外傷性くも膜下出血・脳挫滅が致命傷。強大な外力が右前頭前額部を中心に加えられたものと推定され、女性は後部座席の左側にいて、街

路灯柱が頭にぶつかったと推定できる。これにより、重傷の男性は運転席にいたことが推定できた。

事例⑧（環境異常）

放火された自宅2階で、仰向けの状態で死亡していた。高度焼損死体、ボクサー姿位。背面の左肩・腰部・臀部に紅斑・水疱形成、2度の熱傷、他は概ね炭化。気管・気管支・細気管支に煤。鮮紅色調心内血。COHb（血中一酸化炭素ヘモグロビン）77%。死亡の種類は「放火されたのだから他殺」と言われ、結果的には他殺だが、

この時は「不詳の外因」にした。

事例⑨ 2体の焼損死体

木造平屋建て家屋が全焼し、中から33歳と59歳の男性の高度損傷死体が2体発見された。33歳男性は腹臥位で発見され、COHb49%で、気道内の煤等の所見より焼死と検案。また、遺体周囲の床面から灯油が検出された。59歳男性は腹臥位で発見された。解剖したときに出血がみられ、胸骨に出血があった。胸をあけてみると、刺創がみられ、背面にも5か所ほど刺創が認められたが、刺創管周辺の出血はほとんど認められなかった。COHb10%だった。心タンポナーデによる死亡と検案された。刺創は前胸部に10か所ほどあり、右胸部の刺創の皮下出血は乏しかった。凶器は33歳男性の近くで発見された18cm長の曲がった釘（径0.5cm）と推定された。状況から、59歳男性が刺殺された後に33歳男性が焼身自殺したものと推定された。

事例⑩～⑫山口連続殺人事件

焼死ではないが焼死関係で有名なもの。損傷死体が入っているのが山口連続放火殺人事件である。最初に解剖した事案では、足は損傷しており、手に挫裂創があり、頭蓋骨は陥没骨折していた。凶器により、7～10回以上の打撃が推定された。次の事例は足の打撲傷と脛骨、腓骨骨折がある。顔面と後頭部にも打撲傷がある事案である。

事例⑮山口女子高専生殺害事件

高専の中で女子学生が殺害された事案。絞頸と表皮剥離があった。傷があり、皮下出血があったというところから、後ろから首を絞めて、いったん意識がなくなって、そのあとで絞頸をしたのではないかと考え、どんなドラマがあったのかを法医学の三位一体説で頭の中でめぐらせた。犯人は山中で自殺しており、一部白骨化した遺体が発見された。

この間に3月11日に地震があり、その5日後の3月16日には福島県相馬市に検案に行った。原発が爆発した日で、率直に言って死ぬかもしれないと思ったが、被ばくもなく済んだ。原発の50km内で死体が発見され、一番年長者である私が検死に行った。

5. アルコール医学研究・薬物動態学 (掲載省略)

6. 法医病理学とグリーフ・ケアの難しさ

突然死はAiですべて分かるわけではなく、分かるものは少ない。それ以外はClass II以下で病理所見しかなく、それぞれの状況から決めていくことが現実になる。時間医学では、早朝や昼間などは交感神経が活発な時、ぜんそくは未明に起こりやすいなどがある。これらを頭の片隅におきながら、死体検案をしている。その他、救急車に乗る前は話ができしたが、降りるときには死亡していたということもある。その証明は非常に重要になる。

事例⑯(突然死)

1歳9か月の女児が発熱後2時間程度で急死した事案。保育施設において発熱し、迎えに来た保護者が異変に気付いたことから、医療機関に救急搬送されたが、その後、死亡が

確認された。本件は児童の保護者から「娘の死亡事故を適切に検証し、再発防止に役立ててほしい」という旨の要望書が提出され、市保育施設等事故検証委員会が設置されて検証が行われた。死因はⅠ.急性心機能不全の疑いと判断され、Ⅱ.急性脳腫脹及び上気道炎・回盲部腸炎が軽度認められた。全身性のウイルス感染症の関連所見と疑われ、間接的に死因に関与したものと判断した。簡易のウイルス検査(アデノ、インフルエンザ)は陰性であった。臨床的には血液・生化学検査等で特変なく、死因不詳。市保育施設等事故検証委員会では、病死として再発予防策を提案(ビデオ設置、抜き打ち検査等)。山口地裁の民事裁判(保育園に対する損害賠償事案)では無責。高裁にて、鼻

① 突然死の5分類 (Anderson Pathology 改変)

Class I. 致死的病理所見 cf.大動脈解離・くも膜下出血 (5% of natural deaths)	Autopsy Imaging?
Class II. 中等度の慢性的病理所見、有意な病歴・現場状況 cf.再発性心筋梗塞、肝硬変、癌末期 (90%~2/3 of natural fatalities)	
Class III. 中等度の病理所見、病歴・現場所見が軽度 cf.虚血性心不全、老衰・自然死	
Class IV. 乏しい病理所見、軽度の病歴、除外診断+経験則 cf.てんかん、急性心機能不全等	
Class V. 乏しい病理所見、病歴・現場状況も少ない cf. SIDS、青壮年急死症候群、死因不詳	

経験則・除外診断:
高齢で布団中・家中で死亡は検死による推定診断でよい?
cf.老衰、虚血性心不全、脳血管障害の疑い
若くて自宅外で死亡は、死因究明・法医解剖の方がよい
cf.意外な病因の可能性が高い。予期しない突然死で、グリーフ・ケアも必要。
トラブル予防:生命保険や遺族・労災・人災問題等

① 時間医学 と 死因

深夜	消化性潰瘍(胃酸分泌、副交感神経優位)、がん細胞増殖 異型狭心症(am8-10)
未明	気管支喘息、脳梗塞(脳血栓) 脱水、血小板凝集能亢進、虚血状態、 副交感から交感神経優位へ、一過性血圧上昇:モーニングサージ
早朝	慢性関節リウマチ(朝のこわばり)、アレルギー性鼻炎
朝	心筋梗塞・脳梗塞(am8-10、夕方)、脳出血、痛風発作
正午	交感神経緊張亢進・ストレス 高血圧
夕方	脳出血(am7、夕方) 緊張性頭痛
夜	皮膚過敏 疲労
夜中	脳出血、手術後死亡

心疾患:急死・突然死が多い
cf.急死の3徴候
脳血管障害:多くは時間がかかって死亡
cf.周囲環境の生活反応、異常行動
(脳出血は急死)

口部閉塞による窒息との再鑑定が出され、反論書を書いた。困ったのは、本件は検察審査会や刑事の事案ではなく全部民事裁判で、私の鑑定書の写しは出ているが、私は呼ばれたことはない。死因が問題となっているのに、警察にも情報が入らないような状態で民事裁判が進んでおり苦慮した。また、グリーフ・ケアの難しさを感じた。

7. 検死制度の問題点

私が留学したのはカナダのバンクーバーで、法医学教室の先生がコロナ制度の研究をされていた。それからコロナ制度の研究を始め、日本に体系的な死因究明制度がないことに気がついた。コロナ制度を論文にも書いて紹介してきた。これは国会でも引用され、いろいろな検死制度に関わっていく上で一助となったかと思っている。私自身は「検視局案」というものを考え、新聞に掲載されたこともある。

8. 法医学的因果関係論、マーフィーの法則など

法医学解剖は複雑系カオスの中で起こる事件・事故を見ている。解剖情報、自白・証言・動機面、現場状況・証拠を吟味するのは誰が適当か。①解剖時点での解剖・検案情報（証拠）、②全証拠がそろった段階での鑑定の2点が法医学の重要性である。検事や裁判官に法医学的素養が十分にあ

④ 法医学の勘・法則

1. マーフィーの法則：If anything can go wrong, it will. 最悪も考えろ。
2. ハインリッヒの法則：1件の重大事象の陰には、29件の中程度の事象と300件の軽微事象とがある。間接証拠・状況証拠。可能要因・実現要因。
3. ロカールの交換法則：接触あるところ痕跡あり。
4. 死にはドラマがある：人はなかなか死なない。現場のシミュレーション。Five Whys。
5. Evidence-based と narrative-based medicine：証拠と物語（動機）
現場状況と時系列データ
6. 存在するものには意味がある：証拠の重層性：補強所見（証拠）・状況証拠。ネガティブ所見も重要。周りから観察。無用の用（後で意味がわかる）。
7. 平均率の法則：推定は確率。よくあることの希な所見の確率＞希なことの確率。
鋭い法医学者より平均的法医学者（法医学的相当性）。
8. 三位一体説：解剖所見・証拠・証言の一致の魅力と落とし穴（戦場の霧）。
証拠・所見の重層性。現場状況との整合性。
9. 肅々と客観的に手続き：不詳は不詳でよい。次のプロセスへ。
10. 神は細部に宿る。 研究心と思いやり

るとは思えず、あとは検事や裁判官に任せてよいのかと考えてしまう。

私自身は、三位一体説（上図参照）ができるのは法医学者だと思っている。法医学者が解剖所見だけを出すのではなく、なるべく解剖所見と現場状況、目撃証言・自白を合わせてあげるのが法医学の使命だと思ってやってきた。どのような鑑定でも三位一体説が大切だと思っている。

最後に、山口県医師会警察医会のますますのご発展を祈念いたします。ありがとうございました。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山 福 株 式 会 社
TEL 083-922-2551

山口県緩和ケア研修会

と き 令和2年2月11日（火・祝）9：30～17：30

ところ 山口県医師会 6階大会議室

〔印象記：徳山医師会病院 福江 宣子〕

令和2年2月11日、山口県医師会 6階大会議室にて山口県緩和ケア研修会が山口県主催、山口県医師会の共催で開催され、県内12名の先生方と共に参加しました。

緩和ケアといえば、がん治療とのイメージが強いと思われますが、現在、高齢化に伴い心不全やCOPDなどの非がん疾患に対する緩和ケアのニーズが高く、それに応えるためにもすべての医療者で基本的な緩和ケアの知識・技術の習得が期待されています。私自身は循環器を専門としていますが、循環器疾患のみならず呼吸器疾患や神経疾患といった内科疾患や、ときにがんの終末期にある患者さんを診療しています。また、徳山医師会病院には疾病で長く入院されている患者さんがいて、今受けられている医療ケアについてご本人が真に望まれていることなのか、確認したくても意思表示がもはやできない状況のことが多く悶々としていました。

そうした中、まだご自身の意向を表現できる段階にある患者さんに対し、アドバンスケアプランニング（ACP）としてどんな最期を望まれるかという話を診療の中で行うようになりました。特に心不全で入院加療を要したことがある患者さんにはACPのご案内をし、希望された場合は人生の



最後はどこでどんなふうに過ごしたいか、どんな医療を望むか、望まないかの話し合いをご本人やご家族も含めて行っています。ほぼすべての患者さんが、「延命治療は不要。苦痛のないようにしてほしい」と希望されます。こうした話の後、患者さんが少し気弱になられるのに気づきます。誰しも死は恐ろしいし、できれば向き合いたくないものです。それを頑張って向き合い、伝えてくれた患者さんに私なりに誠意を示したい。ACPを行うようになってから1年半が経ち、最期を看取らせていただく段階となった患者さんも出てきました。意思決定から意思実現の段階として、ACPで希望された内容を実現していかなければなりません。

苦しまいように呼吸困難感や痛みに対し、オピオイドの使用を以前より積極的に行うようになりました。オピオイドの使用から数日で穏やかに最期を迎えられたり、数日で状態が改善し離脱できる方々ではうまくいった、これでよかったで終わるのですが、長期に持続点滴・皮下注を行う患者さんで、消化器症状やせん妄等に対応に苦慮するようになりました。経験豊富な薬剤師が相談に乗ってくれますが、がんの疼痛管理とは異なり、



心不全では呼吸困難感には少量のモルヒネで症状緩和はできるものの、腎機能障害が併存していることが多く、少量でも継続していると嘔気・嘔吐は耐性ができると聞いているものがずっと続いたり……。これは容易ではない、自分が学ばなければと必要性を感じ、今回、緩和ケア講習会を受講しようと思いました。

受講動機が長くなってしまいましたが、この講習会は事前に e-learning の受講が義務化されており、こちらを視聴し、テストに答えるだけでも緩和ケアについての知識の習得に役立ちました（全部で10時間を要しました）。この e-learning から2か月後に今回の集合研修でしたが、がん終末期にある患者さんの在宅復帰に向けた多職種合同カンファレンスのワークショップ、がんの告知のロールプレイを行いました。実際の退院前カンファレンスではいろいろな職種が活発に意見を出して進むのですが、ドクターのみで行うごちなさもありましたがよい勉強になりました。また、e-learning 受講時はよくわかった！と思っていたものが、しばらく経つとうすらぼんやりの知識になっていることも再確認しました。また、自分自身が患者役で肺がん、脳転移の告知をされましたが、ロールプレイとはいえ頭の中が真っ白



になるくらいの衝撃でした（私だけでなく、先生方皆そう感じられていました）。そして日頃、他のドクターの告知をみることがないため、同じグループの先生方の告知場面を見せていただき、これもまた非常に参考になりました。こうした場面では各ドクターの持ち味がとてもよく出るのだなあと感じました。また、ファシリテーターの篠原正博先生が患者家族役で加わってくださり、ロールプレイを盛り上げていただくとともに内容をより掘り下げてくださいました。

最後になりますが、本研修会でお世話になりました末永和之先生、篠原正博先生、立石彰男先生、松原敏郎先生、中村久美子先生、上田宏隆先生、亀井治人先生に心より感謝申し上げます。今回教えていただいたことを日常臨床で活かしていきたいと思います。



理 事 会

—第22回—

2月20日 午後5時35分～7時57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 令和2年度新規事業（案）について
追加1事業について協議を行った。
- 2 令和2年度事業計画（案）について
会長から総論について、常任理事から担当事業の新規項目、重点項目について説明が行われた。
- 3 令和2年度予算見積の概要について
事業計画（案）に基づき予算編成をし、全体の概要について事務局長から説明を行った。
- 4 第146回日本医師会臨時代議員会における質問について
オンライン診療に係る質問1題を提出すること及び発言者を決定した。
- 5 伊東玄朴記念館整備に対する寄付について
神埼市の行う標記記念館整備事業に対し、5万円を寄付することを決定した。
- 6 骨粗鬆症・がん患者向け啓発ポスター及びチラシについて
山口県歯科医師会が作成する標記ポスター等については、既に名義記載を了承している「骨吸収抑制薬投与中シール」と目的を同じくするものであり、ポスター及びチラシへの名義記載についても了承することを決定した。

7 山口県医師会 IT フェアの開催延期について

2月22日開催予定の標記フェアについて、新型コロナウイルス感染症の流行状況等を勘案し、延期することを決定した。

人事事項

- 1 山口労災保険診療委員会委員の推薦について
山口労働局から、任期満了に伴う委員推薦依頼があり、候補者について協議を行った。

報告事項

- 1 地域医療構想調整会議・全体会議
「山口・防府」（2月6日）
「柳井」（2月12日）
「岩国」（2月13日）
「宇部・小野田」（2月13日）
「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等」及び「重点支援区域」についての国の動向の説明、医療機関ごとの対応方針についての協議の後、県から「医師確保計画」及び「外来医療計画」（素案）についての情報提供が行われた。
(前川)
- 2 第2回山口県がん教育推進協議会（2月6日）
令和元年度の山口県のがん教育の取組、推進校の授業実践等について報告がされた後、がん教育の推進を図る手立てについて協議を行った。
(河村会長)
- 3 山口県衛生検査所精度管理専門委員会
(2月6日)
令和元年度に立入検査を行った9検査所の結果及び令和元年度衛生検査所外部精度管理の結果報告等が行われた。(沖中)
- 4 第3回禁煙推進委員会（2月6日）
禁煙教育スライドの作成状況の確認及び会合における講演等、今後の委員会活動について協議を

理 事 会

行った。(藤本)

5 第2回社保・国保審査委員連絡委員会

(2月6日)

5項目の議題について協議を行った。(萬)

6 第2回山口県周産期医療協議会(2月6日)

「母体・新生児救急搬送マニュアル」の改訂、新生児用ドクターカーの運用開始に向けた取組及び山口県災害時小児周産期リエゾンの設置について協議を行った。(藤野)

7 日医第5回学術推進会議(X)(2月7日)

会長諮問である「AIの進展による医療の変化と実臨床における諸課題」について協議を行った。
(河村会長)

8 医業に従事する医師を対象とした労働時間等説明会(2月8日)

山口労働局監督課から、医師の働き方改革(時間外労働の上限規制、年次有給休暇の付与義務等)、宿日直許可基準及び研鑽に係る労働時間に関する考え方について説明が行われた。(沖中)

9 警察医会第3回役員会・第26回研修会

(2月8日)

役員会においては、令和2年度の本会表彰の候補者、研修会の開催予定等について協議を行った。研修会においては、警察本部から報告・症例提示があり、引き続き、山口大学大学院医学系研究科法医学講座の藤宮龍也教授による講演「山口で学んだ法医学」が行われた。出席者56名。(伊藤)

10 山口県地域災害医療コーディネーター研修

(2月9日)

災害関連法規及び近年の災害対応についての講義、災害医療コーディネートの机上演習の後、「山口県災害医療コーディネートのあり方(平時にお

ける関係機関の連携)」と題するパネルディスカッションが行われた。(前川)

11 第70回山口県産業衛生学会・産業医研修会

(2月9日)

山口県健康増進課の東弘明主任主事による基調講演「山口県における健康づくりの取り組み～特に事業所において～」、山口労働局労働基準部健康安全課の末廣高明課長による教育講演「最近の労働衛生(産業保健)の動向について」の後、「県内中小企業における健康診断の実施および事後措置について」と題したパネルディスカッションが行われた。(藤本)

12 山口県衛生検査所精度管理研修会(2月9日)

令和元年度立入検査結果等の報告及び山口労災病院中央検査部の村橋重樹技師長による「衛生検査所における感染管理－自分の身は自分で守る－」の講演が行われた。(沖中)

13 第3回福祉サービス事業所における第三者委員活動促進検討会(2月10日)

第三者委員活動用手引き(仮称)について、名称を決定するとともに、構成、記載内容、挿絵について詳細な検討を行った。(今村)

14 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第2回会合(2月10日)

令和元年度のSFTS、オウム病、カンピロバクター感染症等の調査結果及び事業報告(案)、令和2年度の調査内容(案)等について協議を行った。(今村)

15 山口県緩和ケア研修会(2月11日)

e-learningの復習・質問の後、グループ演習、ロールプレイングによる研修が行われた。受講者12名。(河村)

理 事 会

16 山口県ジェネリック医薬品安心使用促進セミナー（2月11日）

山口大学大学院医学系研究科臨床薬理学講座の北原隆志 教授による基調講演「知ってほしいお薬のこと～今さらかもしれないけどジェネリック医薬品って何？～」及び講演2題が行われた。（林）

17 都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会、学術大会（2月11日）

連絡協議会においては、死因究明等推進基本法の概要の説明、県医師会と警察業務の協力体制についての協議等を行った。学術大会においては、名古屋大学医学部附属病院救急・内科系集中治療部の沼口 敦 部長による基調講演「わが国におけるチャイルド・デス・レビュー[予防のための子どもの死亡検証制度（仮）]のあり方について」及び一般演題4題が行われた。（前川）

18 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（2月12日）

令和2事業年度審査支払手数料、令和元年度台風19号に伴う被災医療機関の概算請求に係る確定状況等について報告が行われた。（河村会長）

19 健康やまぐち21推進協議会（2月13日）

健康やまぐち21計画の進捗状況、県の取組、県民会議各団体の取組等について協議を行った。（藤本）

20 新規個別指導・個別指導「山口市」（2月13日）

診療所9機関について実施され、立ち会った。（萬、清水、伊藤、吉水）

21 第2回自賠責医療委員会・第90回自動車保険医療連絡協議会（2月13日）

保険会社からの一括払いの中止連絡に対する対処方法について、損保会社、料率算出機構等と協

議を行った。（郷良）

22 山口県医療保険関係団体連絡協議会（2月13日）

本会の引受により開催し、各団体の現状、懸案事項等の報告及び「オンライン資格確認」について協議を行った。（萬）

23 第13回山口県人権施策推進審議会（2月14日）

会長及び副会長の選任の後、「人権に関する県民意識調査」の実施結果等について協議を行った。（今村）

24 男女共同参画部会第3回理事会（2月15日）

3月15日開催予定の令和元年度総会及び特別講演、令和2年度事業計画、女子医学生インターンシップについて協議を行った。その後、保育サポーターバンクの運営状況、女性勤務医ネットワーク連絡系の更新結果等の報告を行った。（長谷川）

25 認知症サポート医フォローアップ研修会（2月16日）

清水による講演「オレンジドクターに関するアンケートの結果」及び香川大学医学部精神神経医学講座の中村 祐 教授による特別講演「BPSDへの対応」が行われた。（清水）

26 第155回生涯研修セミナー（2月16日）

山口大学大学院医学系研究科臨床薬理学講座の北原隆志 教授による特別講演「AMR対策アクションプランによって抗菌薬適正使用はどう変わったのか」及び九州大学大学院医学研究院循環器内科の筒井裕之 教授による特別講演「かかりつけ医が知っておくと役立つ心不全診療のポイント」が行われた。（加藤）

理 事 会

27 勤務医部会総会・シンポジウム（2月16日）

総会においては、令和元年度事業報告、令和2年度事業に対する要望及び次期役員について審議を行った。その後、「再生医療と倫理について」をテーマに慶應義塾大学整形外科学教室の中村雅也教授の基調講演、山口大学大学院医学系研究科消化器内科学講座の高見太郎講師及び同研究科器官病態外科学講座の濱野公一教授によるシンポジウムを開催した。（中村）

28 認知症疾患医療センター合同研修会

（2月16日）

札幌医科大学医学部神経内科学講座の下濱俊教授による講演「認知症に関する最近の話題《神経内科学の立場から》」及び香川大学医学部精神神経医学講座の中村祐教授による講演「動画で見る認知症の症状とその対応」が行われた。（清水）

29 日医母子保健講習会（2月16日）

厚生労働省子ども家庭局母子保健課の小林秀幸課長による講演「健やか親子21の目的と活動」及び帝京大学医学部小児科の三牧正和教授による講演「健やか親子21推進協議会の目的と役割」の後、「健やか親子21（第二次）の中間評価結果から見えてきた課題」と題するシンポジウムが行われた。（藤本、河村）

30 第2回山口県医療対策協議会（2月17日）

山口県医師確保計画の策定、令和2年度医師修学資金貸与者の勤務医療機関、臨床研修病院の募集定員設定等について協議を行った。（今村）

31 日本医師会監事会（2月18日）

会計の収支報告と医師年金の報告を受けた。

（河村会長）

32 日本医師会第11回理事会（2月18日）

令和2年度日本医師会事業計画、予算等につい

て協議を行った。（河村会長）

33 医療事故調査委員会（2月18日）

支援団体として、診療所1件について標記調査委員会を実施した。（林）

34 日医医療政策シンポジウム2020（2月19日）

「全世代型社会保障の構築のために」をテーマとして、講演3題「全世代型社会保障改革—持続可能な社会に向けて—」、「積極的・全世代支援型・参加型”社会保障へ」及び「全世代型社会保障の将来」が行われ、その後、演者3名と横倉会長によるパネルディスカッションが行われた。TV会議により参加した。（中村）

35 山口県感染症健康危機管理対策協議会及び麻しん風しん対策協議会（2月19日）

会長及び副会長の選任の後、麻しん・風しん対策、新型コロナウイルス感染症対策について協議を行った。（藤本）

— 第23回 —

3月5日

（一般法人法及び定款に基づくみなし決議）

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 山口県医師会役員等の選挙について

本会役員及び裁定委員並びに日本医師会代議員及び同予備代議員の選挙期日を令和2年5月21

理 事 会

日、立候補及び推薦の締切を令和2年5月6日とし、本会報4月号において公示することを決定した。

2 第185回山口県医師会臨時代議員会について

令和2年5月21日に開催し、本会役員等の選挙並びに令和2年度山口県医師会事業計画及び令和2年度山口県医師会予算の報告事項2件を議事とすることを決定した。

報告事項

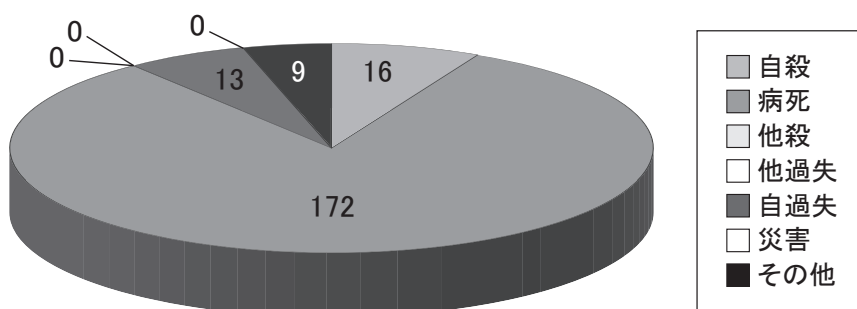
1 会員の入退会異動

入会3件、退会9件、異動1件。(3月1日現在会員数：1号1,256名、2号871名、3号458名、合計2,585名)

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
Feb-20	16	172	0	0	13	0	9	210

死体検案数と死亡種別（令和2年2月分）



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

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に、
新たな支部組織として移行したものです。

「豊かな老後」へのプレゼント



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

税理士のご紹介で
ご加入されている方が
増えております

加入資格

- 年齢が満20歳以上60歳未満の方。
- 国民年金の第1号被保険者の方。
厚生年金の被保険者(一人医師医療法人や病院等に勤務の方等)は申込できません。
- 他の国民年金基金に加入していない方。

掛金

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

税制面の メリット

- 掛金は全額社会保険料控除の対象(最高816,000円が控除)
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用
- 遺族一時金は全額非課税

60歳以上の方も加入可能です!

60歳以上の国民年金の「任意加入者」の方が対象となります。

掛金の払込は最長65歳まで。

現在、基金に加入中であっても自動的に継続にはなりませんので、
新たに「新規加入」の申し込みが必要となります。



お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部

フリーダイヤル ☎ **0120-700650**

FAX **03-5976-2210**

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

こちらから検索いただけます

日本医師従業員

検索

0120-700650

検索

ホームページ <https://www.jmpnpf.or.jp>



いい時間

飄

々

広報委員

岡山 智亮

2013年12月、当時勤務していた大学病院の病棟忘年会で大騒ぎした後、自宅に帰り爆睡していたところ朝方4時頃に目が覚め、ふと携帯に目をやると妹からの着信履歴にあふれていた。これはただ事ではないと思い、すぐさま電話をかけなおし、父が救急搬送され今から緊急手術になると聞かされた。当時は関西に住んでいたため、この時間に少しでも早く実家に帰るにはどうしたらよいか、二日酔いで使い物にならない頭をフル回転させながら帰途に就いた。手術はうまくいき、父は一命をとりとめたものの直ぐに仕事復帰とはいかない状況もあり、私は実家の医院を手伝うことを決断した。まだまだ医師としての経験も浅く、開業医としてやっていく自信などどこにもなかったが、その時の自分には一ミリの迷いもなかったのを覚えている。地元に戻ってしばらくはめまぐるしい時間の経過で、毎日をこなしていくのにやっとであったのだが、父が仕事復帰してからは少し時間の使い方に余裕が出てきた。しかし、余裕ができるということはあまりいいことではなく、余計なことを考えてしまう時間にもなった。予定外で大学病院から去ることになったこともあり、同期の話がうらやましく感じることも度々あった。

そんな生活を送っていたころ、「いい時間」という曲に出会った。この曲はEVISBEATSという日本のヒップホップアーティストが2012年に発表したものである。私の地元は瀬戸内海に面した町であり、時間ができたときには海岸線を車でドライブすることがある。そんな時にこの曲を聴くととても気分が良くなる。曲のテンポがちょうど

瀬戸内海の波の揺らぎと合っており、そのせいもあるかもしれない。この曲を聴き始めた当初はそんな雰囲気させてくれる曲調に癒されていたのだが、聴きこんでいくと歌詞の内容が自分の考え方を少し変えてくれた。

「この時間のせい この天気 of せい

この景色 of せい この年齢 of せい・・・」

自分の身の回りで起きていることのなかには手を加えることのできるものもあれば、そうでないものもある。無理をして手を加えることで、かえってよくない方向に向いてしまうこともあると思う。この曲と出会って、自分が置かれた状況に無理に抗うのではなく、今の状況だからこそできることがあると思えるようになった。

少し話はかわるのだが、今回「飄々」を記している最中、テレビでは東日本大震災から9年経ったことを伝えるニュースが流れていた。被災した方々にとって復興は、今もなお現在進行形であると思う。また、今まさに日本を含め世界中でコロナウイルスに脅かされる日々を送っている。この曲の最後のほうには、「終わりを感じながら眺めて おなかが空いたことに気づいた」という歌詞がある。困難な状況に対して今戦っている各々に少しでも早く「ふとおなかが空いたな」と感じられるような平穏な日々が来てくれたらと願う。

この曲に出会って6年くらい経っているが、いまだに繰り返し聴いている曲の一つで、この曲を聴くといい意味で気持ちをリセットすることができる。こうして出会えた曲をこれからも大切にしていきたいと思う。

 日医FAXニュース

2020年（令和2年）3月3日 2855号

- 「新型コロナウイルス感染症」で要望書
- 臨時休校に伴う医療従事者確保を要望
- 「総合的判断による疑い」は検査対象
- 新型コロナ、PCR検査は1800点
- 働き方改革、基金は「人件費に充当可能」

2020年（令和2年）3月6日 2856号

- 「感染拡大防止への強い気持ちで判断」
- カードリーダー導入で改修補助
- 救急救命士の「場の拡大」を了承
- PCR検査は6日付で保険適用へ
- 検査拒否事例、7道県で30件

2020年（令和2年）3月10日 2857号

- PCR保険適用、円滑に検査実施
- PCR検査、「保健所との調整」不要
- マスク不足、対策「医療機関へ優先配布」
- 救急搬送件数は「前年実績」
- ワクチン接種間隔で添文改訂指示
- 「早期終息に努力」、協力呼び掛け

2020年（令和2年）3月13日 2858号

- 「検査せずに臨床診断で処方」を」
- トップの理解、医師の自主性が重要
- 「追加的健康確保措置」、枠組みを合意
- アリババ創業者がマスク12万枚寄贈

2020年（令和2年）3月17日 2859号

- 受診時定額負担、運用実態の把握を
- 「地域・地元枠共通の定義」を了承
- 医療用マスクや防護具の早急な配備を
- 相談業務、地域医師会への委託も可能に
- 備蓄マスク250万枚を都道府県に送付へ

2020年（令和2年）3月20日 2860号

- 感染医師への非難に「遺憾の意」
- PCR検査拒否事例は290件
- 「診療の手引き・第1版」の周知を要請
- 資源重点外来、詳細要件はWGで議論
- 医療通訳サービスの提供を4月開始

2020年（令和2年）3月27日 2861号

- 新型コロナウイルス対策の要望を説明
- 4月を新型コロナ拡大防止推進月間に
- 報酬算定で柔軟な対応を求める声強く
- 公益側委員に小塩氏が就任
- イブプロフェンで症状悪化「根拠ない」

2020年（令和2年）3月31日 2862号

- 諮問委員会で基本的対処方針を議論
- 新型コロナ感染症「蔓延の恐れが高い」
- 「都道府県や医療関係団体との連携で」
- 「コロナ対策で基金設置を」
- 金融資産を踏まえた負担で意見相次ぐ



第122回日本内科学会中国地方会 第62回中国支部主催生涯教育講演会

会 期 令和2年5月30日(土) 第62回中国支部主催生涯教育講演会
5月31日(日) 第122回日本内科学会中国地方会
※生涯教育講演会と地方会の日程が例年と入れ替わっておりますので
ご注意ください。詳細につきましては下記HPよりご確認ください。
<http://www.convention-w.jp/naika-ch122/>

会 場 山口大学医学部医修館・医明館(〒755-8505 宇部市南小串1-1-1)

会 長 松永 和人(山口大学医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座)

■第122回中国地方会 プログラム概要

- ・教育セミナー「第1回 症例から考える内科臨床セミナー」
- ・スキルアップセミナー
「呼吸機能検査および呼吸 NO 検査ハンズオンセミナー」※事前申込制
- ・YIA (Young Investigator Award)
- ・JRA (Junior Resident Award)
- ・一般演題

■第62回中国支部主催生涯教育講演会

肝硬変症のトータルマネジメント

山口大学大学院医学系研究科消化器内科学 高見 太郎

呼吸器疾患の最新の話

産業医科大学医学部呼吸器内科学 矢寺 和博

心不全診療 Up-to-Date

山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学 矢野 雅文

総合内科視点で診る内分泌疾患

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

社会環境生命科学専攻総合内科学 大塚 文男

治せる認知症

山口大学大学院医学系研究科臨床神経学 神田 隆

学会事務局

山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座

宇部市南小串1-1-1 TEL: 0836-85-3123 FAX: 0836-85-3124



ホッ！これで安心。

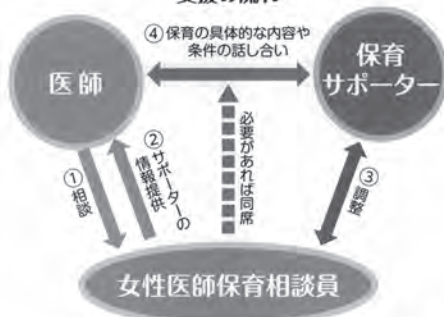
保育サポーターバンクとは…

- 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
- ママの都合が悪く時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

支援の流れ



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。

●その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会

保育サポーターバンクをご活用ください。

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！

医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate

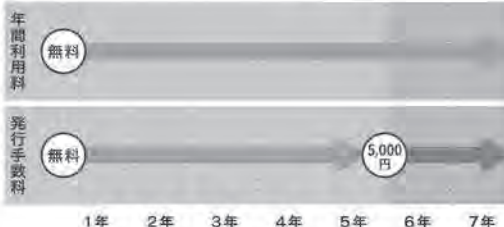


日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

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。)

※各手続き書類は、日本医師会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.jmaca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2018年2月現在



医師資格証

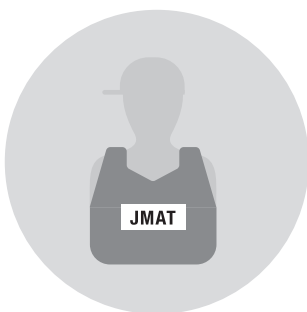
身分証としての利用シーン



採用時の 医師資格確認

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

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



緊急時の身分証

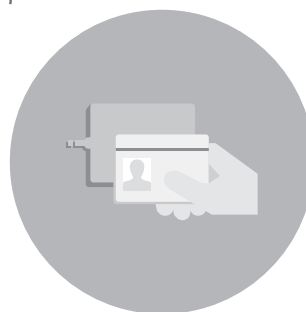
災害時等緊急時に券面の提示によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医療チーム派遣時にも医師資格証の携帯を推奨しています。



JAL DOCTOR 登録制度

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

(登録および現場対応は任意となります)

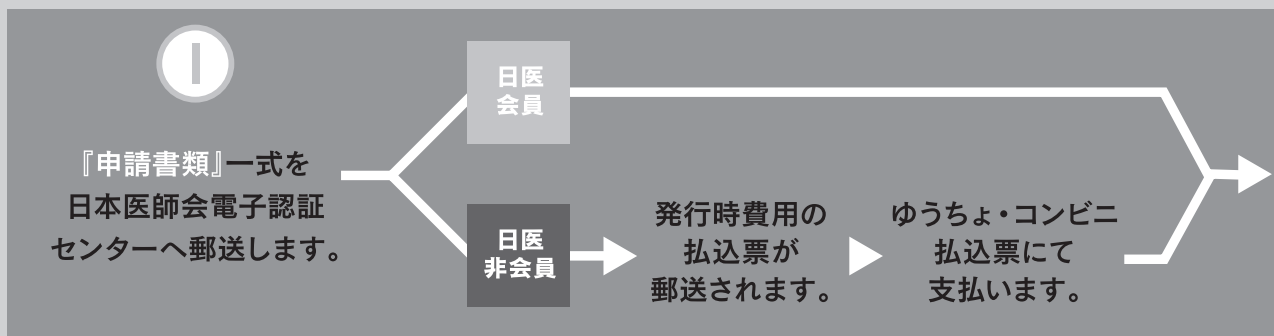


講習会受付

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

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送先▶



申請書類

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 ※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

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

3

身分証の提示 (下記のいずれか1点) (有効期間内のもの)

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

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

中 原 恭 弘 氏	下関市医師会	2月29日	享年 91
多 田 邦 夫 氏	宇部市医師会	3月 1日	享年 95
奥 園 達 也 氏	下関市医師会	3月 8日	享年 67
岡 村 均 氏	吉 南医師会	3月 8日	享年 58
河 崎 正 也 氏	下関市医師会	3月13日	享年 96
松 田 昭 正 氏	柳 井医師会	3月15日	享年 91

編 集 後 記

ご承知の通り、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により現在、私たちの生活はさまざまな影響を受けている。一斉休校、時差出勤、テレワークには直接関係しない身ではあるが、会議等の行事の中止が続く、カレンダーに空白が増えていく。で、この日曜日どうしようか。少しは外の空気も吸いたいな。もちろん、人が集まる密閉空間以外で、公共交通機関を使わずに過ごせる所はないかな。デパート、スポーツジム、映画館を避けたらと・・・。久々に「ときわ公園」でも行きますか。車で10分、まずは湖の周りをぶらぶら。河津桜も菜の花もいい感じです。やがて「世界を旅する植物館」前に来ると人影もまばら。よし、世界の旅と洒落込みましょう。熱帯アジアから熱帯アメリカ、オセアニアなどの8つのゾーンにさまざまな樹木や草花、サボテンが植えられている。珍しい植物たちに呼び止められながら、のんびりと旅をする。マンゴーの実から出ているのは花？葉？真紅に光る細い糸で作られたボンボンのようなオオベニゴウカン（大紅合歓）、本当に翡翠色のヒスイカズラ、生き物というより精緻な工芸品のよう。コルク櫟は、伐採せずに何度もコルク樹皮を収穫できるし、そのドングリがイベリコ豚の餌になるそう。星の王子様のバオバブの木はアフリカゾーン。スペイン語で酔っ払いの木と呼ばれる大木は巨大な徳利のようで何となく納得する。旅の終わりの近く、中庭のヨーロッパゾーンのオリーブの樹は推定樹齢1000年と知り、足が止まる。1000年かぁ。そのねじ曲り絡み合う荒々しい幹を見ると、自分が折り合いをつけかねている思いなど、たいしたものではないと告げられているよう。なに、この程度のこと、風が吹けばハラハラ飛んでいくさ。いつの間にか背筋が伸び、呼吸も深くなってきた。これぞ旅の有り難さ。出かけてよかった。300円で世界の旅。すれ違った他の旅人は一組だけ。どうぞ皆さん、お出かけください。

（理事 長谷川 奈津江）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）