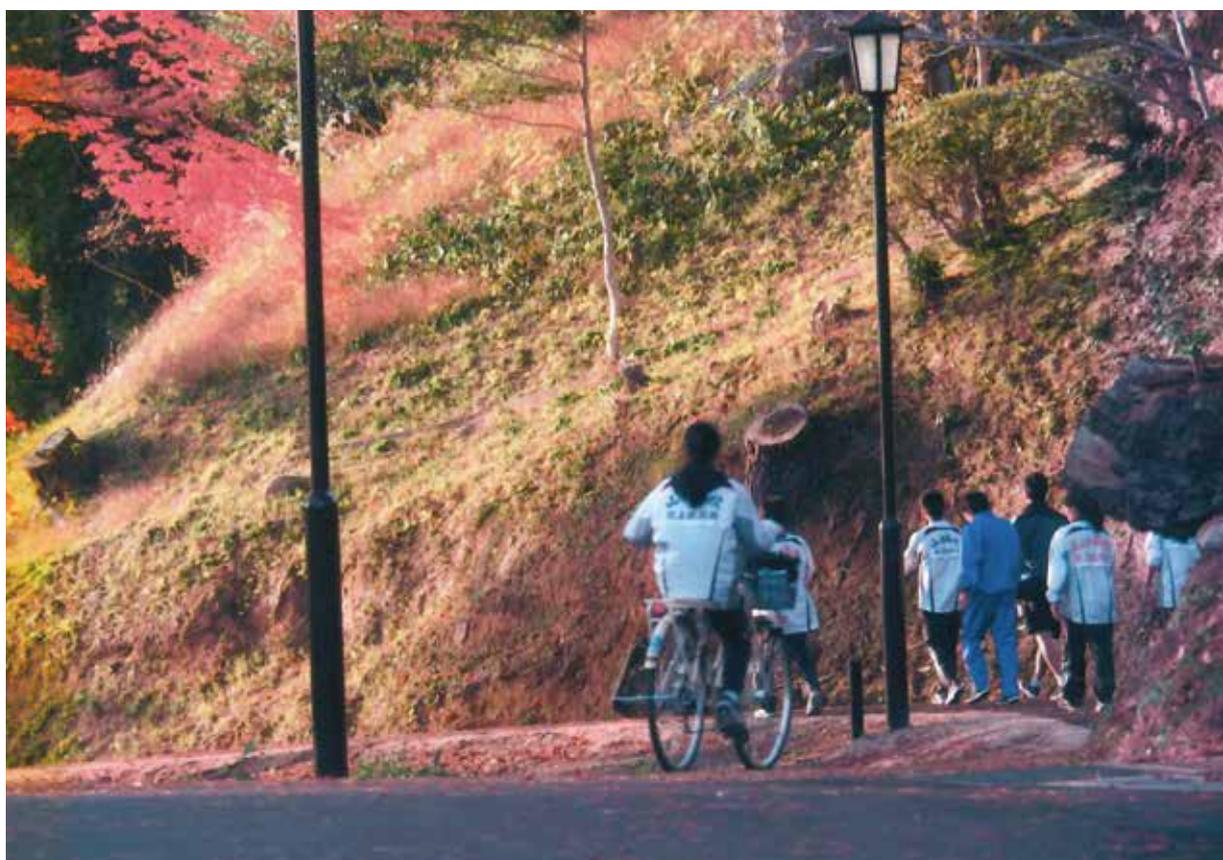


山口県医師会報

令和4年(2022年)

11月号

— No.1947 —



青春 渡邊恵幸 撮

Topics

中国四国医師会連合總會



Contents

■ 今月の視点「高齢運転者の交通事故とその対策」	木村正統	695
■ 令和4年度 中国四国医師会連合総会		700
■ 都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会	中村 洋	717
■ 令和4年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・ 関係者合同会議	河村一郎	726
■ 山口県医師会産業医研修会	中村 洋、上野雄史	730
■ 令和4年度 山口県医師会有床診療所部会総会	正木康史	734
■ 令和4年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び 関係者合同会議	上野雄史	738
■ 山口県医師会健康スポーツ医学研修会	吉金秀樹	742
■ 禁煙推進委員会だより 「第二次防府市健康増進計画の喫煙対策について」	原田陽子	745
■ 理事会報告（第14回）		746
■ 飄々「灰色文献救済作戦」	吉川功一	750
■ 閑話求題「趣味変遷」	末富洋一郎	753
■ お知らせ・ご案内		754
■ 日医 FAX ニュース		755
■ 編集後記	藤原 崇	756

今月の視点

高齢運転者の交通事故とその対策

理事 木村 正統

近年、高齢運転者の交通事故に関する報道を目にすることが多い。その報道の中でよく聞くのが、アクセルとブレーキの踏み間違い、逆走などである。高齢者が起こす交通事故が増えているのかのような印象があるが、本当に高齢者の交通事故が増加しているのか、アクセルとブレーキの踏み間違いなどは高齢者特有のものなのか。

高齢運転者の事故に関する統計

日本の運転免許保有者数は、昭和50年には3,348万人であったが、令和3年には8,190万人となっている。年齢層別にみると、16歳から19歳の運転免許保有者数は昭和61年の264万人をピークに以後減少傾向にあり、令和3年には85万人まで減少している。一方、70歳以上の運転免許保有者数は、昭和50年は13万人、昭和61年には80万人であったが、令和3年には1,285万人となり、運転免許保有者の15.7%を占める。

65歳以上の高齢運転者（第1当事者）の交通事故発生件数は、平成23年が9,181件（事故全体に占める割合25.4%）で、令和3年は5,876件（34.8%）と、件数は減少しているものの、全交通事故件数に占める割合は増加している。

75歳以上の高齢運転者による死亡事故件数は、平成23年が429件（死亡事故全体に占める割合10.3%）、令和3年は346件（15.1%）で、やはり件数は減少しているが、全死亡事故件数に占める割合は増加している。

令和3年の自動車運転者による死亡事故の人的要因は、操作不適が75歳以上では33.1%と

最も多く、それに対し75歳未満は11.9%である。高齢者の操作不適のうち、ハンドル操作不適が15.3%、ブレーキとアクセルの踏み間違いは10.7%であった。75歳未満のブレーキとアクセルの踏み間違いによる死亡事故は1.3%である。その他の人的要因としては、安全不確認、内在的前方不注意（漫然運転等）、外在的前方不注意（わき見運転等）、判断の誤りなどが続く。なお、75歳未満では安全不確認の割合が最も多い。

令和元年の高齢運転者死亡事故の類型比較では、工作物衝突が最も多く19%、出会い頭17%、正面衝突15%、路外逸脱14%と続く。以前に多いとされた右左折時は意外と少なく6%であった。

アクセルとブレーキの踏み間違いによる事故

高齢運転者のアクセルとブレーキの踏み間違いによる事故は、高齢者以外の年齢層でも起きているが、高齢者は事故全体に占める割合が高く、ニュースなどでも取り上げられることが多い。どのような場所で踏み間違いによる事故を起こしているかを見ると、駐車場等の一般交通の場所での発生が他の道路形状（交差点、交差点付近、単路）に比べると多い。

駐車場等で発生する事故のパターンとしては、①前向き駐車をするときや駐車場から出るときなどの発進時

踏み換え回数の増加が要因。

②駐車場内での直進時

速度調節機会の増加（アクセル、ブレーキ操作の増加）が要因。

③駐車するためや駐車場所から出るときの後退時踏み換え回数の増加に加え、身体をひねる動作が要因。

に分けられる。

高齢者に特徴的な身体のひねり時の踏み間違いについては、身体の柔軟性の低下、特に股関節の内旋可動域の減少が原因であるとの研究結果がある。後退時の左後方を向く動作とともに、パーキングなどでの発券や支払いなどで右を向く動作でも起こりやすい。

すべての操作不適による事故に共通してみられるものは、慌て・パニックである。車が自分の意図した動きとは違う動きをしたためにパニックとなり、正常な操作に戻せなくなる。

逆走

アクセルとブレーキの踏み間違いとともに高齢者の運転で取り上げられるのが逆走である。近年はドライブレコーダーの普及により、映像として報道されることが多くなった。平成23年～27年のデータによると、高速道路の逆走の7割が65歳以上の高齢者であった。

高齢者が逆走する理由は、

①標識・表示の見落としから行き先を間違いパニックになる

高速道路の逆走の約6割がインターチェンジやジャンクション付近で発生しており、そのうち、行き先の間違いに気付いて戻ろうとした逆走が半分を占めている。行き先の間違いに気付いたら、普通であれば次の出口まで行って対処するという判断をするが、高齢で判断力が低下してしまうと、バックやUターンをして逆走をしてしまう。

②逆走の認識がないまま走行してしまう

逆走した運転者の5人に1人は認知機能の低下が原因となっており、自分がどこを走行しているのか分からない状況で逆走している。逆走の認識がなかった運転者の9割が65歳以上の高齢者であったという結果がある。

③身体機能の衰えに無自覚なまま運転をする

④とっさの事態に自分本位の判断をして逆走してしまう

である。

逆走は重大な事故を招くことも多いので、多方面からの防止対策が必要とされる。

高齢運転者が事故を起こす原因

高齢運転者が事故を起こす原因として考えられるのは「加齢による身体能力の低下」である。交通安全白書によると、個人差はあるものの、高齢運転者の特性として、

①体力の全体的な衰えなどからの的確な運転操作ができなくなる。また、長時間の運転継続が難しくなる。

②視力などが弱まることで、周囲の状況に関する情報を得にくくなり、適切な判断ができなくなる。

③反射神経が鈍くなるなどによって、とっさの対応が遅れる。

④運転が自分本位になり、交通環境を客観的に把握することができなくなる。

などが言われている。

思ったように身体が動かず、頭の中のイメージに身体がついていけないため、操作の誤りや遅れが発生する。また、高齢者は思い込みで運転をする傾向が強い。例えば、交差点の手前で一時停止したつもりだが実際には停止せずに進入する、ギアがパーキングに入っていると勘違いしブレーキペダルから足を離す、などである。それにも拘わらず、長年の運転経験から「自分の運転は問題ない」という意識が強いため、事故を起こしてしまう。

これらの特性に疾患が加わると、さらに運転能力は低下する。その代表は認知症だが、脳血管疾患等による機能不全、関節疾患による痛みや可動域制限、白内障・緑内障などの眼疾患、精神疾患、さらには糖尿病による血糖変化、睡眠時無呼吸症候群による眠気、てんかん発作、心臓発作、薬の副反応など、高齢者は持病を持っている場合が多い。実際に、運転には適さないだろうと思われる患者さんが運転されているケースを多々見かける。

<対策>

高齢運転者交通事故防止対策ワーキングチームの設置

平成28年11月に「高齢運転者による交通事

故防止対策に関する関係閣僚会議」が開催されたことを受け、関係行政機関における対策の検討を促進し早急に対策を講じるため、「高齢運転者交通事故防止対策ワーキングチーム」が設置され検討が行われた。

高齢運転者対策に係わる主な道路交通法

1. 高齢運転者標識

平成9年改正において、75歳以上の者は、高齢運転者標識（通称：高齢者マーク、もみじマーク、四つ葉マーク）を表示して普通自動車を運転するよう努めることとし、周囲の運転者については、幅寄せや割り込みをしてはならないこととされた。次いで、平成13年改正では、対象年齢が70歳以上の者とされた。

2. 運転免許証の自主返納制度（平成10年4月1日施行）

平成9年改正において、運転免許証の自主返納制度が導入された。平成13年改正では、運転免許証を自主返納した者に対して、運転に関する経歴を表示する運転経歴証明書を交付することができるとされた。運転経歴証明書は運転免許証に代わる身分証明書としての機能を有する。

3. 高齢者講習制度

平成9年改正において、75歳以上の者が運転免許証の更新を受けようとするときは、高齢者講習を受けなければならないとされた。平成13年改正では、70歳以上の者に年齢が引き下げられた。

高齢者講習の内容は、認知機能が低下しているおそれがない（第3分類）と判定された75歳以上の者及び70歳～74歳の者に対しては、講義、運転適性検査、実車指導など2時間の講習が行われる。75歳以上で、認知機能検査により、認知症のおそれがある（第1分類）と判定された者及び認知機能が低下しているおそれがある（第2分類）と判定された者に対しては、実車指導の状況のドライブレコーダー映像を活用した個別指導を加え、3時間の講習を行っている。

さらに令和4年5月より、75歳以上で一定の違反歴のある者は、運転技能検査に合格しなければ運転免許の更新ができなくなった。

4. 認知機能検査制度

平成19年改正において、75歳以上の者が運転免許証の更新を受けようとするときは、認知機能検査を受検し、その結果に基づく高齢者講習を受けなければならないとされた。認知機能検査により認知症のおそれがある（第1分類）と判定された者が、一定の違反行為をしたときは、臨時に適性検査（医師の判断）を行うこととされた（臨時適正検査制度）。

平成27年改正では、認知機能検査は3年ごとの運転免許証の更新の際に行われるものであったが、一定の違反行為をした75歳以上の運転者に対しては、次回の更新の機会を待つことなく、臨時に認知機能検査を行うとともに高齢者講習を行うこととされた（臨時認知機能検査制度及び臨時高齢者講習制度）。また、認知機能検査により、認知症のおそれがある（第1分類）と判定された者は、一定の違反行為が行われたかどうかにかかわらず、認知症かどうかについて医師の診断を受けることが義務付けられた。

自動車の進化・対策

自動車の安全性能の向上により、交通事故全体の件数は減少している。自動車の安全技術は、古くは鞭打ち損傷防止のためのヘッドレスト、衝突時に身体が車外に放り出されるのを防ぐシートベルトなどから、エアバッグ、衝突安全ボディなどへ進化していった。しかし、これらは事故時の人体への被害を最小限に抑えようとする技術（パッシブセーフティ）である。それに対し、20世紀終盤以降は、事故を未然に防ごうとする技術（アクティブセーフティ）が進化している。横滑り防止装置、アンチロックブレーキ、衝突軽減ブレーキなどである。

そして、その技術をさらに進めたものが自動運転である。しかしながら、完全自動運転の実現には、まだしばらく時間がかかりそうである。それまでは安全運転サポート車（セーフティ・サポートカー：サポカー又はサポカーS）による対策となる。サポカーSには、衝突被害軽減ブレーキ（自動ブレーキ）、ペダル踏み間違い時加速抑制装置、車線逸脱警報、先進ライトなどの機能が搭載され

る。自動ブレーキのみを搭載したサポカーは全年齢層の運転者に勧められているが、ペダル踏み間違い時加速抑制装置も加えて搭載されるサポカーSが高齢運転者に推奨されている。ただし、ペダル踏み間違い時加速抑制装置以外の機能は後付けできないので、車の買い替えが必要となる。ペダル踏み間違い時加速抑制装置には後付け装置がある。

冒頭にも述べたように、近年、都内の重大事故を始めとする報道の影響のためか、高齢運転者の交通事故が増えている印象があるが、実際には件数は減少している。しかし、人口の高齢化による高齢者の免許保有数の上昇に伴い、交通事故全体数における高齢運転者の事故割合は増加している。高齢であるからといって事故を起こすとは一概には言い切れないが、高齢運転者の交通事故のリスクが年齢と共に高まることは確かである。

高齢運転者が交通事故を起こさない最も簡単な方法は、運転をしないことである。運転をしなければ事故による加害者や自己犠牲者になることはない。そのために設けられたのが、先に述べた運転免許証の自主返納制度である。

令和3年の運転免許返納件数は517,040件で、最近2年間は新型コロナウイルス感染症の影響で減少しているが、それまでは年々増加傾向にあった。自主返納制度が開始された直後の平成10年はわずかに2,596件であったが、平成24年は117,613件まで増加し、令和元年は過去最高の601,022件であった。

しかしながら、現状において、高齢であるからという理由で運転を否定することはできない。認知機能を含めた身体能力の低下は一律ではなく、若者よりもむしろ、運転技術や安全に対する意識が高い高齢者も多い。また、公共交通機関の利便性が良く、周辺のサポートシステムが充実している地域であれば、運転をしなくてもすむかもしれない。しかし、地域環境によっては自動車を利用しなければ買い物や通院などの日常生活に必要な移動手段を失ってしまうため、自らハンドルを握る必要がある。それが運転免許を返納しない大きな理由になっている。

高齢者が運転をしないように促すためには、高齢者本人が老いの自覚をするとともに、免許返納後の周辺のサポート体制の充実が必要である。

以下はデータによる裏付けのない見解であるが、高齢になっても運転が続けられるひとつの要因として、オートマチックトランスミッション車(AT車)の普及がある。AT車なら、最初にシフトレバーを操作するだけで、その後はアクセルとブレーキを踏めば運転ができる。手の簡単な操作と片方の足の操作しか必要としないため、身体機能に多少の支障があっても運転ができてしまう。一方、マニュアルトランスミッション車(MT車)は、足でクラッチとアクセル・ブレーキの操作を行い、クラッチ操作に合わせて手でギアチェンジをする必要がある。つまり、運転操作が煩雑で面倒となり、認知機能、四肢機能が低下していると運転するのが難しい。AT車の登場により運転は楽になったが、MT車なら運転を断念していたかも知れない高齢者の運転を可能にした。

参考資料

- ・内閣府交通安全白書 令和4年度版
- ・内閣府交通安全白書 令和2年度版
特集「未就学者及び高齢運転者の交通安全緊急対策について」
第1章第3節「高齢運転者の交通事故の状況」
- ・警察庁交通局「令和3年度における交通事故の発生状況等について」
- ・警察白書 令和2年度版
特集「高齢化の進展と警察活動」
第2節「高齢者による犯罪・事故への対応と防止に向けた取組」
2「高齢運転者の交通事故防止対策の推進」
- ・公益財団法人 交通事故総合分析センター「交通統計(令和2年度版)」
- ・自動車の安全技術－Wikipedia

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4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

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

■会員の声

主として、医療・医学に関するものを募ります（令和4年2月より）。

■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4年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和4年9月24日(土) 13:00~19:10

と ころ リーガロイヤルホテル広島・Web (Zoom)

本会議は当初、9月24日、25日の2日間で開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のため、人数制限を設けた現地（広島県）とWebのハイブリッド開催となった。

本会からは加藤会長、沖中副会長が現地で参加し、他の役員は県医師会館にてWebで参加した。

総会

1. 開会

茗荷浩史 広島県医師会常任理事より、開会が宣言された。

2. 委員長挨拶

松村誠 広島県医師会会長が中国四国医師会連合委員長として挨拶され、松本吉郎 日本医師会会長の提唱される「地方から地方へ」「一致団結した強い医師会を作る」に賛同し、オール中国四国として日本医師会と共に歩むことをテーマとしていると述べられた。

3. 来賓挨拶

松本吉郎 日本医師会会長は、発熱外来、診療検査医療機関数も4万以上まで拡大できたことを感謝している、懸案となっている財政支援措置の延長についても、日医はしっかり対応している。コロナとの闘いも落ち着いてきたとはいえ未だ予断を許さない状況の中、松村委員長を始め中国四国の皆様の熱い思いと共に日本医師会も進んでゆきたいと挨拶をされた。

続いて湯崎英彦 広島県知事より、この会が広島で開催されたことへの謝辞と盛会への祝辞をいただく。今後、地方は人口減少と少子高齢化を迎え、医療体制確保がより重要になってくる。広島県医師会の先生の協力をいただき、地域医療構想と医

師の働き方改革について検討を進めてゆく必要があると挨拶された。

4. 来賓紹介

松本吉郎 日本医師会会長

湯崎英彦 広島県知事

長島公之 日本医師会常任理事

江澤和彦 日本医師会常任理事

渡辺弘司 日本医師会常任理事

細川秀一 日本医師会常任理事

5. 令和3年度事業・会計報告

前年度担当県の愛媛県医師会の渡邊良平 常任理事より事業・会計報告がなされた。

6. 次期開催県医師会会長挨拶

久米川 啓 香川県医師会会長より、来年9月には是非高松で各県役員全員に集まっていただき対面で開催できることを願っていると挨拶された。

7. 閉会

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

分科会

第1分科会「新興感染症・地域医療構想」

議題1「南海トラフ巨大地震を見据えた災害対策について」

I 各県医師会への依頼事項

主催県である広島県医師会から、4つの事項につき各県医師会の現状を回答するよう予め依頼があり、分科会では各事項について指名された医師会に発言が求められた。

1) 会員（医療機関）の安否確認を行う手段について

愛媛県 135の病院はEMIS（広域災害救急医療

情報システム)に安否被災状況を入力し報告する。診療所は所定の様式を用い FAX やメールで報告する。入力がない医療機関へは、医療救護担当の市町職員が直接赴き状況を確認する。EMIS の他に、平成 26 年から医療機関安否確認システム／一斉通報システムを運用している。院長、災害対応担当者、事務担当者、施設代表者などのアドレスのうち、3 つまでを登録でき、震度 5 以上の地震や特別警報が発せられた場合に愛媛県医師会から自動発信される。①医療機関の被害、②診療継続の可否、③入院患者の移送の要否を問い合わせる仕組みとなっている。医師会員自身が避難状態であっても、安否確認が可能であり、返信がなければ被害甚大と判断する。市町と医師会が情報を共有しながら被害状況を集約し、よりスムーズな医療救護活動に結びつける。

2) 市郡地区医師会との情報共有について

高知県 7 郡市医師会に衛星携帯電話(ワイドスター II)を導入し、県医師会との通信手段としている。

加えて、アマチュア無線免許取得講習会を年 1 回開催している。現在、会員の 8% 弱、103 名が免許を取得している。アマチュア無線機の購入の際、自己負担が費用の 1/2 となるよう高知県の補助金を活用している。高知県医師会で HAM クラブを立ち上げ、電波法順守に努めている。より実践的な無線機の活用を目指し、郡市医師会で使用説明会を実施し、所属会員との通信確認をお願いしている。

広島県 調整本部からの情報や被害状況を伝達するために、市区郡地区医師会災害担当役員・事務局のメーリングリストを立ち上げている。

ご回答を拝読すると、高知県・徳島県・愛媛県は通信手段の確保に注力されているが、他の地域は遅れているように感じる。被災時は電源確保も難しくなるので、さまざまな通信手段を準備いただきたい。

3) 迅速に JMAT 派遣を行うことが出来る体制について(事前登録など)

徳島県 新型コロナウイルス感染症流行の始まった令和元

年に、徳島県医師会と県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会は災害時に共同で医療救護にあたる協定を締結した。この協定により顔の見える関係が構築でき、実際はワクチン接種や宿泊療養などの新型コロナ対応に大変役立った。

JMAT 派遣には車輛が必要であり、初回の JMAT 派遣時のために PHEV 車を県医師会で購入した。100V 電源を確保できる。

JMAT 事前登録については 98 名の医療者が登録している。が、コロナ禍でこの 3 年間 JMAT の訓練は実施できていない。

4) その他(各県で行われている災害対策として特徴的なもの)

岡山県 平成 30 年 7 月豪雨を教訓に、令和 2 年 3 月に「岡山県医師会災害医療救護マニュアル」を発行し、全会員に配布した。①災害における基本事項、②南海トラフ巨大地震における岡山県の被害想定、③災害時の備え、④自助互助公助、⑤急性期医療活動、⑤災害医療コーディネーター、⑥医療救護活動、⑦郡市医師会の対応、⑧アクションカードの構成となっている。新たな情報が出る度にマニュアルを改訂するのも難しいため、QR コードをマニュアルに掲載し、会員には新しい情報を自ら入手してもらうようにしている。

岡山平野はなだらかな勾配であり、岡山市の旭川西側地域は、平時から電力で下水道排水している。被災時の停電で排水障害を来し、液状化などで病院機能が損なわれる可能性がある。行政との関係構築・連携に努め、毎年「救急の日講演会」では、医師会関係者だけでなく、消防・県危機管理課からも情報を得るようにしている。また、「JMAT 携行資器材リスト」を参考に、毎年、備蓄品の点検や追加購入を行っている。コストも意識し、長期保存できる物を選択している。

受援については、平成 30 年豪雨の経験から、県医師会単独の受援は難しいと考える。県の対策本部や圏域の調整本部に県医師会が JMAT の人間として参画することが大切である。

被災地 JMAT は初期数日を頑張ってもらうチームだが、その訓練も重要と考える。JMAT 登録は、研修会参加時に事前登録をすすめると件数が増え

る。事前登録しても全てが被災時にすぐに活動できる訳ではないが、可能な限り多くの方に登録いただきたい。

高知県 南海トラフ地震では、前方展開型医療支援として、開業医も初期治療ができるようにと訓練を行っている。

被災初期には、県内で編成した医療救護チームが活動し、県外からの支援チームを受け入れる。この受援の流れは、令和4年度改定した高知県災害時医療救護計画に整理し記載している。

広島県 日本医師会の活用しているオクレンジャーは、一方向の情報のやりとりとなる。中国四国医師会連合では、双方向の情報ツール導入も検討課題と考える。

II 各県からの提出議題

二つの医師会からの議題についても、各県医師会から予め回答されていた。分科会では、回答内容を踏まえ、議題提出県からコメントされた。

1. 災害時における県行政との協定と JMAT 派遣について（鳥取県）

各県における、「JMAT」と「県行政の協定における医療救護班」とのすみ分け、県行政との協定の関係性をどのようにお考えかお示しいただいた。

県との協定による医療救護班派遣要請に対応する県医師会の救護チームと、日医からの要請に対応する JMAT のメンバーは同じであるが、鳥取県医師会では先に要請された方に合わせた形式で派遣することとなる。鳥取県では、JMAT チームとして派遣経験はあるが、県要請の派遣はまだない。県との協定では DMAT に準じた身分保障となっている。

岡山県 ブロック毎の地域災害医療コーディネーターは岡山県医師会から指名している。今まで研修開催が難しかったが、令和4年10月に初めて県主催の研修会が行われる。研修会によるスキルアップを目指す。

2. 医療的ケア児者の対応（好事例）について

（山口県）

避難行動要支援者としての医療的ケア児者を対象とした個別避難計画作成や避難訓練への取り組みの好事例を教えていただきたいとお願いした。

徳島県では特別支援学校で避難訓練を実施され、香川県の高松圏域自立支援協議会災害時ワーキンググループではモデルケースを選定され、実際の避難訓練まで取り組まれた。山口県の自立支援協議会等にも情報提供したい。

平時に利用するレスパイト施設に災害時に避難できると良いと考えるが、レスパイト施設そのものが山口県では少ないため、避難先の選択肢となりにくい。

高松圏域災害時ワーキンググループが抽出された課題では、「避難が必要な状況を医ケア児者がイメージできない」と挙げられていた。中には「避難をしない」と回答される方もあるとのこと、避難行動そのものがケア児者にとって負担であるため、山口県でも「避難しないことを選ぶ」というケア者もいらっしゃる。それならば、自宅の中の少しでも安全な場所に移動する垂直避難も選択肢として提供できるよう考えたい。

III 日本医師会への提言・要望

1. 非常用電源等の確保に関する明確な指針及び設備負担への補助について（岡山県）

災害拠点病院以外の医療機関について、非常用の水や電源等の確保基準は示されていないが、病院や診療所の診療機能に合わせ、ある程度の数値目標を示していただきたい。また、非常用設備の設置・更新について財政的補助や報酬上の加算を働きかけていただきたい。

回答（細野日医常任理事） 現在、診療所等に対して明確に定められている非常用電源等の基準はない。

災害拠点病院については、県の指定要件として、通常時の6割稼働できる自家発電及び3日間の燃料備蓄、3日間病院機能を維持できる水の確保、職員・来院者用の飲料水・食料・医薬品3日分の備蓄が挙げられている。これらは災害拠点

病院以外の病院や診療所の指標の一つとなり得るが、診療機能によっては、これ以上の準備を要すると考える。災害の種類や医療機関の立地条件により準備する内容が異なるため、一律の指標はお示しすることは難しい。今後の課題とさせていただきたい。

日本医師会は、災害時の非常用電源確保の予算を毎年要望している。平成30年から開始された非常用電源補助事業は、段階的に対象を拡大している。令和3年度からは、ハザードマップの浸水想定区域に在る公的有床診療所や政策医療を実施する有床診療所が新たに補助対象となっている。政策医療を実施する診療所は、在宅当番診療所、休日夜間救急センター、時間外診療実施診療所、在宅医療実施診療所などが該当する。日本医師会としては、さらに補助対象が拡大するよう要望する。

経済産業省資源エネルギー庁が実施する「社会的重要インフラ自衛的燃料備蓄事業」では、石油やガスを使用した自家発電設備及び貯蔵施設等導入に補助を行う。病院・老人ホーム等が対象で診療所も含まれる。令和5年度の募集時にも日本医師会からお知らせしたい。

災害拠点病院等以外で、BCP（事業継続計画）を作成された医療機関はまだ20%程度である。厚労省HPではBCP作成用資料も掲載されているので、各機関は作成を進めていただきたい。

〔報告：常任理事 前川 恭子〕

第1分科会 新興感染症・地域医療構想 議題2「今後の新型コロナウイルス感染症対応 における情報共有について」

広島県 新型コロナウイルス感染症は、発生から既に2年以上が経過したが、感染の波は次第に大きくなっている。また、流行する株の違いにより状況が一変し、入院病床・宿泊療養施設の確保、疑い患者への検査体制の拡充、在宅患者への医療の提供と求められる対応が異なり、今後も新たな課題が感染拡大のたびに出てくる状態が続くのではないかと考えている。このような中で重要なのは、感染症医療対策の司令塔である県行政及び感染症医療対策の現場である市郡地区医師会との連

携である。県医師会の役割は、県行政からいかに情報を引き出し、市郡地区医師会を通じて現場に提供することと、逆に現場の意見を県行政が行う施策に反映させることである。そこで各県医師会の取り組みを伺い、各県の今後の取り組みの参考になればと考えている。

I 各県医師会への依頼事項

1) 県行政との連携における取り組みについて

鳥取県 行政とのかかわりとしては、鳥取県、鳥取県医師会、鳥取大学附属病院、指定医療機関が合同で定期的に会議を行っている。また、県がトリアージセンター、対策専門家チームを設置し、医師会と協力し戦略的サーベイランス、感染防止指導班の構築等を行っている。さらに陽性者が複数発生した場合にはクラスター対策チームを派遣して、積極的に疫学調査にも対応している。その他、県医師会と県知事とが直接話し合う医療体制協議会の開催、地区医師会長と感染症担当理事の県対策本部会議、ワクチン接種体制協議会への出席、新型コロナウイルス感染症に打ち克つ新しい県民生活推進会議への参画、宿泊施設への医師派遣対応等を行っている。また、県新型コロナウイルス院内感染対策のガイドライン策定の助言を行っている。

新しいところでは、県と医師会が連携して、全数対応ではなく、重症化リスクのある方のみを報告している。これにより従来方式よりも約9割の業務を削減している。それ以外の方は、9月2日に県が設置したコンタクトセンターに、陽性を確認した医師が案内をして、本人が登録する方式を取っている。また、自己検査で陽性が判明した場合にも、本人がセンターに連絡して登録する。このように、県とは緊密な連携が取れている。

司会（広島県医師会常任理事） 今回のアンケートで、各県ともに県行政と情報交換の場を設けているという回答をいただいている。鳥取県は県知事と直接話しをする機会を持っているということで、素晴らしいと思う。県行政は国の指示によってさまざまな政策を進めていくが、その意思決定の過程で医師会からの意見・認識を理解していた

だくことは大事である。

鳥取県 今回の新型コロナウイルス感染症に関しては、地域の実情は全国まちまちであるが、地元の実情を国の政策に活かすためには全国知事会の役割がかなり大きかったようで、知事と意見交換したことが全国知事会を通じて厚労省との情報共有につながったと思っている。

2) 市郡地区医師会との情報共有について

香川県 県行政と県医師会との繋がりと同じような仕組みで市郡地区医師会と情報共有したり、メール、FAXで情報共有することは、他県と同様に行っている。ただ、新型コロナウイルス感染症は情報が多いので、それに特化して3週間に1回程度の割合で、情報を市郡地区医師会や会員全員に送っている。ただそれだけでは、情報提供ではあるが情報共有にならないので、会員に情報を理解して医療提供体制の構築に協力していただくことは難しい。そこで県医師会は、内部に対策情報交換会という、県行政と地区医師会の役員、保健所、新型コロナウイルス感染症の重点・協力病院、薬剤師会等を含めたZoomによる情報共有の場を持っている。特に高松市医師会が中心となって行われている。危機管理対策が最も重要な問題である。オミクロンで患者が増えた今年の1月ごろから積極的に行われるようになった。重点拠点病院、診療・検査医療機関、高齢者施設、保育所、幼稚園、小学校、中学校、救急現場、消防署等から報告が行われる。それらの情報を県医師会の理事会で取り上げている。

司会 香川県では地区医師会に対して県医師会が積極的に関与されている。

3) その他（各県で行われているコロナ対策で特徴的なもの）

広島県 今年初めから始まった第6波・7波の感染拡大の状況を受けて、オンラインで診療を行う施設を県が作るという対応を行った。当初は圏域ごとにオンライン診療ができる医療機関を募って、輪番制で行うことで始めたが、1月からの患者の急増で対応できなくなり、1月14日に急遽診療所を開設した。保険医療機関であるが、特

措法に基づいて、県が県内の1か所に設置した。そこに、県医師会が、出務する医師の調整を行い、最初は現地だけで行っていたが、オンラインでもできるような形（「広島県オンライン診療センター」）にした。1月14日から8月末まで、延べ16,000名の患者を診察し、処方も15,000件程度行っている。ラゲブリオも処方できる。医療提供を受けることができない患者を少しでも減らすことを目的に進めてきた。

II 各県からの提出議題

1. 新型コロナウイルスワクチン接種業務における県医師会の取り組みについて（徳島県）

新型コロナウイルスワクチン接種体制の確立には、行政（県及び市町村）と県及び郡市区医師会との間で綿密な協議が必要であり、多くの課題の中で、各県で協議を重ねた上で実施したと思う。徳島県医師会においては、徳島県と早期から情報共有し準備を行い、郡市区医師会はワクチン接種実施主体である市町村と協議の場を設定してきた。接種前には、徳島県では、徳島県医師会が中心となり、県の担当者と各郡市区医師会担当者と各市町村との4者協議の場を設定して、それぞれの課題について地区ごとに協議を行った。以下の点について問う。

1) 県医師会と郡市区医師会との情報共有はどのようにされたか。

2) 行政（県及び市町村）との協議については、県医師会は郡市区医師会とどのように協調されたか。

各県の対応

1) 県医師会・地区医師会による情報交換会議・対策会議（Webを含む）、メール・メーリングリスト等により、情報共有が行われている。

2) 県行政と県医師会の会議の情報を地区医師会にメーリングリスト等で提供する、地区行政と地区医師会が対策会議を開催する、県医師会主催の地区医師会長協議会に県の担当者へ出席いただく等の対応が行われている。

徳島県 当会としても早期から情報収集し、県との調整を行ってきたが、接種主体は市町村である。

厚労省から県、それから市町村へと情報が行くわけであるが、それを組み合わせて新しいワクチンを扱うという事業を行うことになる。したがって、接種体制の構築には、県医師会と地区医師会との協調共同が必要であり、地区行政との協議も必要である。

司会 当県（広島県）においても、集団接種は普通市町がやるので、例えばその接種主体ごとに受け付ける場所が違うことがある。せっかく大きな会場が空いているのに、接種者が集まらないこともある。市民に対し、地元の新聞社などにおいて複数の集団接種会場の空き状況を新聞紙面で情報提供して、非常にその件数が増えたことがあった。こういったことは各地区ではなくて、県医師会がまとめるということが必要だったのではないかと思う。

2. 高齢者施設等での早期の感染者対応について

（高知県）

オミクロン株の流行により高齢者施設でクラスターが多発したため、高知県医師会と高知県は標記課題について協議を行っている。具体的には、各施設の感染者発生時における医療機関の支援体制の有無、感染者の診療を行っている病院からICDやICNをクラスター発生時に派遣可能かどうかなどについて調査し、郡市医師会会員が施設内で適切かつ安全に診療できる体制を検討している。他県はどのように対応されているか。

高知県 各県の対応を読ませていただくと、うまく対応できているようであるが、高知県でも一定地域ではできていたが、ある高齢者施設で大規模なクラスターが起り、医療機関と連携がなくクラスターが広がってしまったという事例がある。これに対し、高知県全体としてきちんとした体制を作ろうということで、各施設の医療機関との連携の状態はどうか、あるいは、ICNが派遣要望できる体制はできているか等について、医師会とそれぞれの市町村、郡市区医師会、保健所と協議をし、高齢者施設にアンケートを取ったりして、その体制を発展させてきた。もう1つは、診療を行っ

ている病院からICNを派遣してほしいと依頼しても、それぞれの病院が新型コロナウイルス感染症の診療で忙しいので派遣困難ということもあったため、県全体として取り組んでいこうという話になり、そういった体制がかなり整ってきたので、他県の状態を質問させていただいた。

司会 県行政とともに実際の状況を調べ、それに対して各地区の医師会から応援を出していただける体制を作るということで、当県（広島県）も準備をしてきた。各県も同様の状況と思うが、高齢者施設の感染は、今でも大きな問題である。

岡山県 当県では第3波のときにグループホームで18人のクラスターが起り、介護士が恐怖から全員離脱したことがあった。感染症指定看護師や行政職員を施設に派遣し、ゾーニングや感染対策を指導した。その後、離脱した介護職員も全員戻ってきた。また、別の施設では初期対応を誤ったことで14～15人のクラスターが発生した。最初に3人が感染した際に、別室に全員隔離するようにという指示を介護士が実行しなかったため、結局大きくなったが、ラゲブリオやゼビュディの投与も行い、2人の100歳の方を含めて全員が快復された。岡山県ではJMATを導入して初期対応するというシステムを構築しているが、なかなか初期にクラスターの発生を確認できないので、まだ活動できていない。感染は仕方ないが、重症化や死亡を防ぐことが第一の目的であると思う。

3. 新型コロナウイルス感染症の無料検査体制について（山口県）

新型コロナウイルス感染症の無料検査体制について、各県の状況をご教示願いたい。また問題点があれば併せてお教えいただきたい。

山口県 新型コロナウイルス感染症の無料検査体制とその問題点についてお尋ねした。各県とも地区によっては検査所が少ない、キットが足りないという問題があったようであるが、検査体制をしっかりと構築しておられると拝読した。

山口県の状況について追加させていただく。検査数は本年1月から6月12日までで、PCR検

査が15,129件、抗原定性検査が17,144件で、陽性率は他県の報告と同程度であった。県によると、これら陽性者に関しては、その後の受診を概ね確認できているようである。議題提出時の問題点としては、やはり地区によっては検査所が少ないということであったが、この後第7波で感染大爆発を起こし、たくさん問題が出てきた。まず検査対象は無症状かつ濃厚接触者ではないこととされているが、有症状者がたくさん検査を受けている。PCRの場合、結果の通知が翌日になるので、症状があるため、その結果を待てない人が医療機関を受診し、もう一度検査を行うことになる。また、県によって対応が異なると思うが、山口県では無料検査で陽性の結果が出たとしてもあくまでも疑いであって、感染を確定するためには医療機関を受診して、再検・再確認が必要とされている。それに対して、患者側はもちろんであるが、医療機関からも疑問の声が上がっている。さらにその医療機関受診時には、まだ疑い扱いのため、診断が確定するまでの初診料やトリアージ料等には自己負担が生じる。それが納得できないという患者がおり、なぜ有料なのかとか、有料なら受診しないというような人も何人かおり、その人たちが結局その後どのようになったのかわからない、という問題が新たに上がっている。何事も無料というのは問題を生じると思う。各県の回答を拝読して、香川県の、「無料検査よりも有症状者に対する検査体制（発熱外来等）の再整備、機能充実が優先されるべきであり、事業の見直しを求めたい」という意見は、まさにその通りだと思う。9月26日からは、自己検査で陽性になった場合も含め、対応が大きく変わる。患者への説明等にも苦労しそうである。

Ⅲ 日医への提言・要望

1. これまでの新型コロナウイルス感染症への対応について、都道府県医師会から問題点を提起して日医で検証し、政府に提言する必要がある。

(高知県)

・保健所業務の中で入院調整が大きな負担になったとの指摘がある。医療機関は、感染者発生届の提出のみならず、HER-SYS 入力を行うことが必

要であったが、入力項目が多く、多数の感染者への入力は困難であった。HER-SYS 入力に対して医療機関に費用を支払った地域もあったと聞く。稀な感染症に対して届出書類を記載することは医療機関として責務と考えるが、発熱外来で多忙な医療機関が、これほど多くの届出書類を記載することに対して、相応の報酬が必要と考える。また、より簡易なシステムが準備されていながら、それが使用されなかったと最近報道されていた。デジタル化の推進は急務であるが、このような無駄は無くしていただき、必要な費用を医療機関に支出することで業務の分担も推進できると考える。

・高齢者施設等での感染発生時の早期対応が重要であり、政府の指示により各自治体で体制整備が進められていると推測する。その際に、一般の医療機関では内服の治療薬がすぐに処方できない体制であった。金曜日夕方の感染者確認に対して、月曜日にならなければ処方できなかった。

・学校、会議その他の場面において、感染リスクの低い許容される行動について、もう少し早く情報発信していただきたい。

回答（渡辺日医常任理事） HER-SYS の入力に対する負担は非常に膨大なものであり特に感染者数が増えてくる第5波から7波の感染拡大では、医療提供体制の逼迫にもつながるもので、日本医師会としても、この窮状を脱するため、総理大臣、厚生労働大臣に対して重ねての要望を行い、入力項目の削減、自治体ごとの緊急避難措置の適用、そして、9月26日からは、全国一律で対象者以外が入力不要となる運用となった。これにより、今後の医療現場での負担軽減が大きく図られることを期待している。新型コロナウイルス感染症については、感染症法に基づく届出方法として、HER-SYS が導入された。他の感染症と同様に届出自体に診療報酬、点数などの措置はなされていない。一方で、新型コロナウイルス感染症、陽性確定後の診療が公費で扱われており、医師による報告の内容もこの中で扱われるものとなっている。HER-SYS の入力だけでなく、新型コロナウイルス感染症に関しては、感染防止対策を含めた多くの負担のある中で、引き続き、補助金、診療報酬を含めて医療現場の活動が適切に評価されるよう

求めてまいる。また、都道府県医師会からの、新型コロナウイルス感染症に関する諸課題の要望について、引き続き、都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会（直近では10月11日（火）、12月23日（金））において、活発にご意見をお寄せいただき、現場の声を踏まえ、政府に対して提言等を行いたい。

2点目は高齢者施設における内服投与についてである。新型コロナウイルス感染症の患者を対象とした経口ウイルス薬モルヌピラビル（以下、「ラゲブリオ」）については、当初、安定的な供給が難しいことから一般供与は行わず、当面の間、厚生労働省が所有した上で、対象の薬局、それから院外処方を行う医療機関がラゲブリオ登録センターに登録し、本剤を配分する運用となっている。ラゲブリオ登録センターでは、各対象機関からの配分依頼を、日曜祝日を除く平日の15時の時点で取りまとめられており、15時までに取りまとめられた配分依頼については、地域等より多少差はあるが、原則、日曜祝日を除いて翌日に配送されるという運用となっている。ただ、流通に関しては、まさに地域の感染者数や、流通業者の体制等による地域での差異が生じていたと承知している。9月16日から、ラゲブリオの一般流通開始がなされたため、取引がある医薬品卸し業界、卸し業者とよくご相談いただき、適切に利用できるよう、配送日等についてご確認をお願いする。

3点目の情報発信について、政府決定方針等に関し速やかに情報を発信するよう今後とも努めてまいりたい。オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策については、内閣官房が出している基本的対処方針に基づく対応に沿ったものとなる。基本的には3密の回避、換気によるエアロゾル感染対策、不織布マスクの着用、接触感染対策、検温等といった内容で、当初の内容の継続から大きな変更はない。なお令和4年9月7日より陽性者の自宅療養期間の見直し等が行われていることは、ご存じのことと思う。

2. 今冬、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザが同時流行した場合の対応について（山口県）

昨年はほとんど感染者が見られなかったオース

トラリアで2022年5～6月の時点で季節性インフルエンザが流行している。数か月後に冬を迎える日本でも季節性インフルエンザの流行が懸念される。山口県では2シーズンに亘って季節性インフルエンザの発生者がほとんどみられなかったため、第6波においても診療・検査医療機関での診療体制を維持することができた（ただし一部の保健所機能は破綻した）。7月中旬の時点で、新型コロナウイルス感染症は第7波により第6波以上の感染者数になるようとしている。今後の状況については予測が困難であるが、仮に新型コロナウイルス感染症・季節性インフルエンザが同時に流行し、発熱患者が激増した場合に、新型コロナウイルス感染症が2類相当である現状の診療・検査体制で対応できるであろうか。日医の見解を伺う。

回答（渡辺日医常任理事） まず、インフルエンザへの対応であるが、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時接種については、インフルエンザワクチン接種を積極的に推奨し、可能な限りインフルエンザ患者の発症又は重症化を抑制する対応が必要と考える。厚生労働省が新型コロナウイルス感染症とインフルエンザのワクチンの同時接種を認めていることを踏まえて、日本医師会も、インフルエンザワクチンの接種についても推奨している。出口戦略について、政府による感染症法の改正について、議論が始まったところである。現時点でも、新型コロナウイルス感染症は、指定感染症として、さまざまな対応が時々に応じて緩和がなされている。また、感染症パンデミックが起きた際に対応できる医療提供体制の再構築に向けて、感染症法、地域保健法等、関連法令の整備が進められている。現在、通常の感染症でなく、新型インフルエンザ等感染症という法的な位置付けだからこそ患者負担分の公費負担、病床確保料や診療報酬の特例など、強力な財政支援策を講じることができている。

今のような国を挙げての予防接種推進体制も同様である。さらに、新型インフルエンザ等感染症という枠組みは、属性や感染力の強弱に応じて、療養期間などをフレキシブルに見直すことができる仕組みとなっており、そのため、通常の感染症診療に移行した場合、行政の対応や患者と医療機

関への財政支援策が不十分となり、硬直的なものになりかねない。したがって、日本医師会としては、類型の変更などは慎重かつ段階的に行われるとともに、引き続き財政的な支援等がしっかりと行われるように、交渉していく必要があると考えている。

同時に、国民・メディアに対しては、定例会見やホームページの報告活動をさらに強化し、来院前には発熱等の症状があることを連絡するよう周知徹底を図るとともに、過剰な心配、不安、混乱を引き起こさないように、啓発していくことが重要と考えている。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

第2分科会「医療保険等」

コメンテーターとして日本医師会の長島常任理事と江澤常任理事を迎えて行われた。

冒頭、広島県の保険担当理事である落久保常任理事より、ご挨拶と趣旨説明がなされた。会員医療機関にとっての3大危機は、「医事紛争と医療現場における暴力」、「診療報酬請求における審査上の問題」、「個別指導・監査の問題」であると考えており、この分科会では三つ目に焦点をあて議論いただく。指導や監査への立会は、医師会だからこそ取り組むことができる内容の一つで、その傾向と対策を郡市医師会や会員に伝達することは、会員支援、ひいては医師会の組織強化にも繋がると考え、テーマに設定した。なお、一つ目の「医事紛争と医療現場における暴力」は、11月23日に開催の中国四国医師会連合「医事紛争研究会」で議論いただく予定である。

1. 意見交換「保険医療機関への指導等の在り方及び対策について」

コロナ禍でも実施される保険指導の必要性は十分に理解できるが、単に高点数を理由とした指導、あるいは件数消化のために実施される指導に対しては、医師会として毅然とした対応や申し入れを行う必要があると考える。

また、保険医療機関への指導のあり方など、各県の現状や課題を共有することで、ウィズコロナ・アフターコロナの指導のあり方、各厚生支局

等と折衝の際の検討材料にし、さらには指導時の医師会役員の立ち会いなどを通じて医師会の組織強化につなげたいという趣旨で、下記(1)～(4)について意見交換が行われた。

(1) 令和4年度指導計画件数及び実施方法について

山口県では今年度、「集団指導」は3回、eラーニングとなり、対象者へは1か月前に中国四国厚生局山口事務所から通知が出された。視聴可能期間は1か月、受講確認は厚生局が把握、欠席の場合は再通知される。「集団的個別指導」も年3回、県内3か所で集合形式で行われ、正当な理由なき欠席は個別指導となる。「個別指導」は高点数については実施されないが、今回、3年ぶりの病院での個別指導が再開される。「適時調査」や「特定共同指導」も予定されている。これら各種指導については、コロナ禍の感染状況に鑑みての適切な開催を開催元に申し出ている。

他県も、件数や開催時期は違うが、基本的に同じである。

(2) 新型コロナウイルス感染拡大防止措置下における指導等の実施基準の有無について

各種指導の実施においては感染拡大をさせないために、感染対策を徹底するよう厚生局に申し入れられている。

他県の回答では、緊急事態宣言発令期間はいずれの指導も実施しないこと、まん延防止等重点措置は原則実施だが、個別に延期判断を行うことなどを厚生局と取り決めをしたところがある。感染状況もその年で変わっており、宣言の発令基準も大きく異なるため、運用を見直す必要もあるのではないかと考えているところがある。

(3) 会員あるいは市郡地区医師会向けの支援策の有無について

当会では新規個別指導及び個別指導では、当会保険担当理事の立会いと、所属郡市医師会担当理事に立会いを依頼している。会員向けの支援としては、年1回、新規開業された会員に対しての研修会を開催、診療報酬と保険審査、各種指導と

措置についてのレクチャーをしている。また、指導後の指摘事項について、会員からの相談に対応している。

他県では、個別指導前に模擬実習を行っているところ、新規会員向けの研修会を開くところ、書籍「医師のための保険診療入門」を配付しているところ、研修会はしないが会員専用ホームページに指摘（されるであろう）事項を掲載して周知しているところがある。

(4) 会員あるいは市郡地区医師会への情報共有方法（広報）について

当会では、各種指導に関する情報の共有方法としては通知による周知をし、また、担当理事協議会や関係する委員会等でも周知・共有している。他県では厚生局とで協議したものを会員専用ホームページに記載して周知、過去の指導事項をまとめた「しおり」の発行のほか、月1回定期的に厚生局と県関係課と連絡会を開いて情報交換しているところがある。

意見交換

- ・指導実施のもととなる情報提供の発元元
→厚生局のたずねても不明であるが、立ち会っての感想としては、患者側からではないかと感じるものもあった。
- ・医療機関の希望で、事前に実施指導をする県医師会もあるが、具体的には？
→主に新規指導を受けられる方で、開業以前に指導の経験がないので、どのような感じなのか、また希望する医療機関の状況がどう指導されるかわからないということで、出向いていく。
- ・県担当課と厚生局との連絡会、その後保険担当理事会議の開催
→前者については、それまでの指導内容を受けて、医師会から厚生局に意見を述べる会である。後者は郡市レベルであるが保険担当理事を2時間程度行うもので、前者の協議内容を議論する。

2. 各県からの提出議題

(1) リフィル処方箋の各県の発行状況と問題点について（徳島県）

今季の診療報酬改定で、「リフィル処方箋制度」が認められた。リフィル処方箋の導入については、中医協で何ら議論されることなく導入されたのは問題である。患者にとっては、通院回数が減る、医療費の節約ができる、感染機会が減るなどのメリットがあるが、医療機関にとっては、1回の投与日数が90日になると、リフィル処方箋を使用することにより無診療投薬と同じ状況になりかねない。また、対象薬から湿布薬が外されている。処方箋の交付について、行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合、処方箋を分ける必要があり、煩雑極まりない。このように大部分の患者、医療機関にとって、メリットは少ないと思われる。

徳島県でも、今の所リフィル処方箋の発行は少ないが、各県のリフィル処方箋の発行状況と問題点を伺いたい。

当県の回答

本県におけるリフィル処方せん割合は0.037%（6月診療分）程度。しかし、第7波の影響等により、患者側からリフィル処方せんの要請が徐々に増加することも考えられ、診療報酬体系に及ぼす影響は少なくない。中医協で実施されている「リフィル処方箋の実施状況調査」（令和4年度、令和5年度）の結果にも注目したい。

他県の回答

リフィル処方箋を発行しているところも、多数ではないが、それなりに件数がある。長期処方となると、患者の健康にも関わるので、慎重かつ丁寧な対応を求めることが大切である。かかりつけ医と薬剤師とで、患者の状態をこれまで通りに的確に把握できるか、両者との連携が機能できているか、今後の検証が必要と考える。

現時点、リフィル処方については、あまり大きな影響は受けていないようであるが、来年5月の中国四国医師会連合「医療保険研究会」にて議論される予定。リフィル処方についての評価と

今後どうなるかを長島日医常任理事に伺ったところ、現時点での日医の見解としては、リフィルに活用されていないことで、逆に財務省が課題として受け、活用拡大の方策を出す可能性が考えられる。やはり患者に定期的にしっかりと医療機関を受診することが健康を守ることであるので、それをテーマとして広報するということがあった。今後患者に対して、定期的に医療機関を受診することが健康維持に必須であることを広報していく予定とのことであった。

(2) 個別指導の選定で高点数の医療機関（高知県）

高知県では平成24年度から個別指導の選定で高点数の医療機関が年々増えていた。令和2、3年度は高点数の保険医療機関等に対する個別指導は実施ないが、四国厚生支局高知県事務所より、令和6年度より、高点数の保険医療機関等に対する個別指導を実施する予定との通達があった。集団的個別指導の際などで会員に、注意を喚起することがあれば、ご教授願いたい。

当県の回答

本県では今年度も高点数による実施はない。次年度以降を厚生局に確認したところ、情報は入ってきておらず不明な状況とのことである。仮に設問のように令和6年度から高点数実施となるとすれば、「再指導」の対象となる医療機関の指導内容に注視し、場合によってはピアレビューを行う等の対応を考える。

他県の回答

在宅系の医療機関での高点数が増加しているようである。基本的な保険診療ルールに則った請求が大前提で、指導の留意点をもとにした研修会を企画し、注意喚起に努めている県もある。

(3) 個別指導における立会について（山口県）

個別指導において、健康保険法第73条第2項等の規定に基づき、中国四国厚生局長からの依頼に対して立会の対応を行っている。①②の各県の状況を伺いたい。

①立会者については対象医療機関ごと（1卓ごと）

に付けられているか。あるいは1会場ごと（又は1室ごと）に付けられているか。

②個別指導対象者が非会員である場合も、同様に立会を付けているか（非会員の医師によっては、医師会側の立会を拒否される事例等は発生していないか）。

他県の回答

①対象医療機関ごとの郡市医師会と県医師会の立会という回答。②ほとんどが拒否されたことはないが、立会をしないところもある。この場合は厚生局が基金や国保連へ立会の依頼がなされている。非会員であっても、医師会加入促進の意を込めて立会する。

3. 日本医師会への意見要望

(1) 新興感染症等に対応できる医療提供体制確保の取り組みについて（愛媛県）

外来感染対策向上加算は、診療所が平時から感染対策に取り組むことを促す意味で新設されたものと理解されるが、算定要件がかなり厳格すぎるため、新たに当該加算を算定する医療機関の底上げになるか疑問である。施設基準において発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページで公開していることとなっており、現在の診療・検査外来を実施している医療機関が該当するものと考えられる。全国での届出医療機関数はわからないが、日医も多くの医療機関が参加できるように積極的に関与すべきと考ええる。

しかしながら、外来感染対策向上加算6点、連携強化加算3点、サーベイランス強化加算1点はあまりにも低すぎる。この低く設定された点数では、真つ当な労力に見合った正当な評価がなされていないと考えられ、算定要件のしぼりに見合った点数を厚労省に要望してほしい。

また、感染対策向上加算1においては、地理的要件から地方の中規模病院では人的資源が乏しく、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行うことなどを含め、医療連携に必要な同加算

1の施設基準を満たすことができず、加算1の届出を断念せざるをえなかった病院があることも聞く。そのようなことも考慮しているのか疑義解釈の続報が出ているが、地方の基幹病院の平常の診療に支障がないよう日医からも簡素化できるところがあれば見直しをお願いしたい。

日医の見解

ご指摘の通り、複雑で点数が見合っていないことは、その通りと感じている。感染に関する加算が、個別医療機関というより地域での感染症対応を評価することになっていることは理解できるが、その故、現場は手間がかかることが問題。支援策として日医から届出書のサンプルを示した。各地医師会での届け出に向けた支援を行ってもらっている。一方、点数に関しては、財源が厳しい中での改定なので、本当の意味での感染対策の評価になっていないと認識している。簡素化、見当たった点数設定は次回に向けての課題として取り組む。

(2) 経済・財政諮問会議の骨太の方針2022について(鳥取県)

今回、リフィル処方十分議論されずに、突如盛り込まれた。また、現在、経済・財政諮問会議の骨太の方針2022の原案が示された。

①今後の医療ニーズやコロナ禍で顕著化した課題を踏まえ、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」に取り組む方針を明記。

②オンライン資格確認に関しては「保険医療機関・薬局に、2023年4月からの導入」を義務付ける。

③周知・広報の推進と合わせたリフィル処方の普及・定着のための仕組みの整備を実現する。

上記3点が医療政策上の話題となるが、ともに十分な議論がなされないまま盛り込まれており問題と考える。このうち特に心配なのが①である。これはフリーアクセスの制限とも読める文脈である。というのは、令和4年5月17日の全世代型社会保障構築会議で中間整理を報告しており、「かかりつけ医の制度化を含め、コロナ禍の教訓を踏まえた医療介護提供体制改革を加速すべき。」その根拠として、「新型コロナウイルス感染症への

対応について、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず、総合病院や保健所に大きな負荷がかかったことを課題」とし、その解決手段として「かかりつけ医機能が発揮される法制度を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護体制等の国民目線での改革を進めるべきだ」との主張が伏線であったと思われる。

なぜに、新型コロナウイルス感染症への対応について、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず、総合病院や保健所に大きな負荷がかかったことと結論付けることができたのかははっきりしない。この点について行政との政策論争の場(追加)で十分検討してほしい。

かかりつけ医機能が、病診間の機能分化によって大変重要であることは明らかではある。しかし、リフィル処方がそうであったように、このかかりつけ医機能の論争が財政規律を目的にしたフリーアクセスを制限する制度に突然置き換えられることも危惧される。日本国民にとってフリーアクセスを制限することが民意であるとも思いにくい。政策論争の場だけでかかりつけ医制度を議論するだけでなく、国民的なコンセンサスを形成するために国民と共に議論を起こす事が医師会として望まれる時ではないか。

(3) かかりつけ医機能の強化～日本型のかかりつけ医制度～について(島根県)

かかりつけ医として日々外来診療、往診、訪問診療等24時間体制で地域の患者さんに向き合い、地域住民の安心・安全そして不安解消に向けていろいろな相談事にも対応している。受付に当院は“かかりつけ医として24時間対応、夜間休日の問い合わせ、保険・福祉サービスの問い合わせ、健康診断結果に関する相談等に対応します”という宣言文を掲示している。また“標榜時間外であっても患者さんからの電話等の問い合わせに対応し、連携病院へ紹介、また訪問看護等他職種と連携した体制を整えております”と掲示しているが、患者さんとは契約ではなく、あくまでも患者さんとの信頼に基づくものである。コロナ感染拡大、災害発生等が相次ぎ、世の中が不安定な中では、地域住民の安心・安全のためかかりつけ医

の役割はますます重要になっている。しかし、それに対する評価は決して高くなく（診療報酬でも正当に評価されていない）、逆にマスコミからコロナ対応で批判の対象にもなった。日本医師会として、かかりつけ医機能を高める研修会の充実を行い、地域で活躍する総合医が育つまで“かかりつけ医”を総合医とみなすような体制整備を行ってほしい。また、今回の診療報酬改定に向けて、国は新たな“かかりつけ医制度”の導入を検討しているが、国主導でなく、日本の医療が歩んできた歴史を踏まえた日本型の“かかりつけ医制度”導入に向けて松本日本医師会会長が先頭に立ってリーダーシップを発揮していただきたい。

日医の見解

かかりつけ医機能の向上については、日医でワーキンググループを設置、議論を継続して行っている。かかりつけ医は患者からの信頼で選ばれるものであるため、国民皆保険の柱であるフリーアクセスを担保する必要がある。日医ではかかりつけ医研修制度を創設して7年が経つ。地域に信頼されるかかりつけ医を養成、普及に努めているが、継続してご協力いただきたい。また、ご指摘のように医療費抑制のためにフリーアクセス制限ではなく、国民に健康に関する教育啓発を行い、意識改革を行い、上手な医療のかかり方を広めてかかりつけ医を普及していく。そのためのリーダーシップが日本医師会であると考えている。

第8次医療計画等に関する検討会では、受診の場面からみた保険医療のニーズとして、予防、初診対応、逆紹介の受け入れ、質の高い継続診療提供、高齢者医療の特有のもの、地域とのかかわりが示された。その時のテーマが「かかりつけの機能」である。一人ですべてを担う医師もいるが、大切なことは地域住民のための医療に支障がないように、ニーズ対応に欠けない医療提供体制の構築が大切と考える。そのため多くのかかりつけ医で支えることを検討している。

有事と平事については区別して検討するべきである。一方、役割分担との連携は共通であるので、各地区医師会でリーダーシップを発揮してほしい。診療報酬については、かかりつけ医機能を

評価した加算は、たくさんの先生が算定できるように裾野を広げていくため、正当な評価となるように中医協でしっかりと意見を述べたい。

(4) 指導大綱の見直し（岡山県）

現行の指導は指導大綱に沿った形で行われているが、集団的個別指導後の高点数保険医療機関が選定されているが生物製剤の使用などの高額医薬品を使用する医療機関においては高点数になりやすい。被指導医療機関においては「高点数＝悪」といった印象で萎縮医療になりかねないと思う。また、類型区分においても都道府県単位で平均点数が著しく異なっており、点数による選定以外の方法による指導大綱の見直しが求められているのではないかと。

(5) 積極的診療に伴う高点数による個別指導

（山口県）

個別指導の中には、何らかの疑義があり実施されるものもあるが、明らかに悪質な場合を除き、ほとんどの医師は良心に基づいて保険診療を行っている。地域医療の担い手となる開業医においても、総合病院と遜色ない最先端かつ高度な治療を行うことにより、地域住民のニーズに答えている医師が多い。しかしながら、積極的な診療を行えば行うほど必然的に保険点数が上がり、結果的に高点数による個別指導の対象になってしまうジレンマに陥ってしまう。当然医療においてもコストパフォーマンスは重要であり、むやみに高額の診療を行っている医師に対する指導は必須だが、単純に「高点数＝悪」という図式は現在の医療体制と大きく乖離していると思われ、このような高点数を指標とした指導は萎縮診療を招き、ひいては医療崩壊を来すと考えられる。

日本医師会は以前より「高点数＝悪」ではないと主張されているが、不正請求を見抜くための手段を整え、高点数のみでなく診療内容で指導すべき医療機関を選定するよう、指導大綱等の改訂などを含め、厚生労働省当局に対してより一層の働きかけをお願いしたい。

日医の見解

会員や郡市区医師会への支援、広報を聞き、日本医師会の活動に活用させていただく。高点数による個別指導については、指導大綱ができる以前はいきなり個別指導であったが、その後は返還金を求めない集団的個別指導をいれるようになるなど指導大綱が改正され、平成8年度以降続いている。当時の中医協は公開されずに開催されていた。その中での議論であるが、診療側と支払い側の隔たりは大きく、ピアレビュー、自主返金、監査の取扱いでは合意が得られず、結果的に両者の合意が得られた部分をまとめた報告がされ、それに基づいて指導大綱の見直しが行われた。もし、いま、指導大綱を改正する場合は、公開となってしまう中医協において、マスコミが国民に間違った報道をするリスクもあり、現行よりむしろ厳しいものになると懸念している。日医としては抜本的な法改正ではなく、厚生労働省と運用の見直しで是正する協議をする。高点数で指導対象を決めているが、都道府県で平等性に欠けることもあるが、以前、県ごとでなくブロックごとに対象を決める方法もあるのではないかと、という意見もあった。高点数が指導大綱に記載されているため、高点数であっても問題がない医療機関をどのように指導対象から除外できるかの仕組みが必要であり、長年の課題でもある。ぜひとも、各都道府県医師会で具体的な対応策をご提案いただき、日医へ上げていただきたい。

適切な保険請求を促す教育的なものと思う。ウィズコロナ、アフターコロナのうえでの指導のあり方も含め、厚生労働省当局と相談していくので、ご指導・ご協力をお願いする。

[報告：専務理事 伊藤 真一]

特別講演

最近の医療情勢とその課題

日本医師会長 松本 吉郎

9月24日に広島で行われた「中国四国医師会連合総会」において、松本吉郎会長の特別講演が行われました。特に松本日医会長が強調され印象に残ったのは以下の2点です。

①医師会員は「点（個人）」としてだけではなく、

地域に根差して「面」としてさまざまな活動を行っており、是非、医師会活動に参加してほしい。そのための取組も提案している。

②現場からの情報を基に、それを政策として実現させるべく政治や行政との連携を図っていることを（若手）医師の皆さんに理解してもらい、現場からの支援が欲しい。

次に、主な講演内容について概説します。

医師会運営の4つの柱は、①国民の信頼を得られる医師会へ、②医師の期待に応える医師会へ、③一致団結する強い医師会へ、④地域から中央へ、である。これらを踏まえ、医師会運営に関する具体的な9項目について、取り組んでいることを中心に述べる。

1. 国民の健康と生命を守る

日医の役割は、「国民の健康と生命を守る」ことだと考えている。

そのためには、全ての医師・医療関係者の理解と協力、そして国をはじめとする関係機関との連携が不可欠であり、日医は地域医師会と協力し誰からも信頼されるよう努める。

また、地域に根差して頑張っている先生方には、医師会が地域住民の健康を守るため、日々、地域医療に貢献していることを知っていただき、そして自院のこと（点）だけでなく、医師会の仕事に参加して、「面」として地域医療を支えてほしい。

※「地域に根差した医師会活動」の面の例：在宅当番医、休日夜間急患センターなどの地域の時間外・救急対応、警察業務への協力、介護保険認定審査会などの行政等への公益活動、乳幼児健診、学校保健、産業保健などの地域保健活動など。

2. 現場からの情報収集と連携

診療報酬や国に対する要望など、医療現場（会員）からの意見等をもとに実現に向けて政府審議会等で発言、議員への要望活動を行い、新たな医療制度やより良い医療の実現を目指して取り組んでいる。

そこで、より説得力のある議論を展開するには、先生方の現場の声が必要であり、その意見を踏ま

えて医療政策の議論の場に臨んでいく。言い換えると、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の発言力の強化につながる。

まさに先生方一人ひとりの意識が、今後のわが国の医療を変えていくことになる。

こうした、医政活動を若い先生にも伝える努力をしていかないといけない。

また、政府与党との普段からの付き合いの中で、日医の考えを正確に伝えて理解を得る、あるいは逆に政治家の考えを傾聴し、それを日医がどのように捉えていくかを考えておくことが最も重要なことだと思っている。

取り組み例として、「物価高騰への支援を実現」として、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の中に医療機関への重点支援を盛り込んだり、「税制要望」として、一定規模以上の医療機関においては軽減税率による課税取引に改めるよう要望している。

3. 組織力強化

日医は医療界を代表する組織であり、すべての医師は医師会活動に参画してほしい。医療界が求める制度・政策等を実現するためには、その決定プロセスに深く関与する必要があり、現実的には

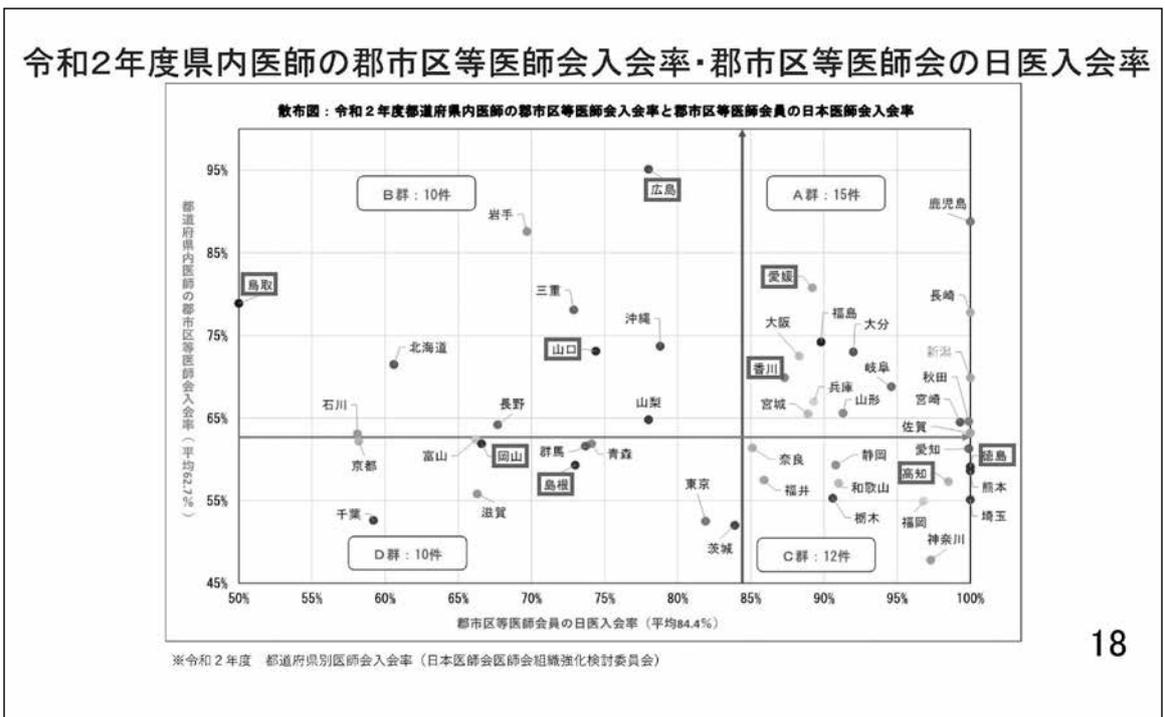
医師会を通じて医療界の意見等をその決定プロセスに反映させていくことが唯一の方法と考える。

医療に関する制度・政策等は一旦決定すれば、それに全ての医師が縛られることになる。そのため、全ての医師が自分のこととして医師会活動に関心を持ち、その活動に参画する中で、医師会とともに医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要である。

そこで、医師会活動を自分のこととして認識してもらうためには、まずは医師会活動に参画してもらい、その活動を体験してもらうことが、第一歩になると考える。

まずは、令和5年度より会費減免期間の延長を行い、医学部卒後5年間を会費減免期間とし、その中で医師会活動に参画してもらい、医師会への理解を深めていただけるようにしたい。各郡市地方医師会においても特段のご理解とご協力をお願いしたい。

日本の医師数 34 万人、郡市区等医師会加入者 20.5 万人、都道府県医師会加入者 19.1 万人、日本医師会加入者は更に減り 17.4 万人である。日本の医師総数の 51.2% が日本医師会に加入している（下図参照）。郡市区医師会加入者と日医加



図（当日配付資料から転載）

入者で3万人程度違っており、まずはこのギャップを埋めることが大事である。何としても50%を切ることは避けたい。

なお、A②(B)の30歳以下の方やA②(C)の会費減免適用後は15,000円となり、15,000円で日医の医師賠償責任保険に加入できることになる。民間の医師賠償責任保険に比べ、非常に金額的にメリットがあるとともに、内容も日医の医師賠償責任保険のほうが優れているので、これをアピールしていただきたい。

4. 新型コロナウイルス感染症及び新興感染症への対応

公表されている診療・検査医療機関をはじめ、各医療機関はその役割に応じて可能な範囲で全力で対応いただいている。

これまで、医療現場はまさにぎりぎりの状態で逼迫しつつも、しっかりと患者さんを守ってきた。その結果、G7をはじめ世界的に見ても、人口当たりの新規感染者数や死亡者数は少なく、入院患者数も他国に引けをとらないなど、高水準の対応をしてきた。

一方で、医師会としても国民の皆様にはわかりやすい情報発信をするなど改善をしていかなければならない。日医としては、今後も多くの医療機関にご協力いただくため、日医から地域医師会に情報提供を行うとともに、行政、各団体等との連携に努めていく。

その取り組み例として、全国知事会による意見交換会及び要望書の提出や、厚労省に対し、特例臨時接種の実施期間の延長、保健医療体制の強化と全数届け出の見直し、さらに、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業の継続を要望している。

5. 国民皆保険制度及び医療提供体制の堅持と持続性の確保

「かかりつけ医」とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師である。

令和4年6月7日の「経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針)」の中で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と閣議決定された。

これから、「かかりつけ医機能」に関する議論が本格化するが、政府与党の中からは、財政再建を重視する立場からも、特に厳しい意見が出されてくることを見込まれる。

今後、フリーアクセスが制限されるような制度化については阻止し、必要なときに適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守るよう、会内でしっかりと議論(日医のかかりつけ医WGにおいてそのあり方について検討中)のうえ主張していく。

6. 超高齢社会への対応

医療及びケアの提供は、患者さんの意思が最も重要である。それを確認するために、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践が必要で、このためには、かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要である。

また、医療・福祉分野には全国で800万人以上が従事しており、医療従事者自らが健康に働くことが、国民の健康につながっていく。地域の医師会や医療機関に健康経営に取り組んでいただきたい。

ところで、社会保障費について、令和5年度は、当初想定されている予算額より600億円上回っており、その圧縮が見込まれる。この対策の一環として、後期高齢者の窓口負担を一定の所得の方には2割負担してもらうこととなった。令和6年度は、さらに2,000~4,000億円の増加が見込まれており、これをどのように圧縮していくかの議論が続いていくことになる。

7. 医師の働き方改革

医師の働き方改革の基本理念として、医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。そこで、日医としては、医療機関の取り組みを支援する組織である「医療機関勤務環境評価センター」については日医がやるべきと考え指定を受

けることにした。

関連して、令和4年3月に後藤厚労大臣（当時）に、宿日直許可自体の判断基準や回数、罰則規定の取扱いなどの要望書を提出した。

8. 国民の信頼回復のための情報発信

定例記者会見、「日医君」だより、日医ニュース、日本医師会公式 YouTube チャンネルなどを活用し、情報発信を行っている。

9. 医療界における DX

安全・安心で、質の高い医療提供のために、医療界において DX を活用すべきであり、そのために、日医としては、課題解決に積極的に協力する一方で、費用負担（導入・維持費用）や業務負担はできるだけ少なくするなど、医療現場の負担や混乱が生じない対応を国に求めている。

療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）等が改正され、令和5年4月1日以降、保険医療機関は、患者の受給資格を確認する際に、オンライン資格確認によって行うことになり、そのために必要な体制を整備しなければならなくなる（現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関は例外）。

中医協答申の附帯意見において、「令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行う」旨が記載されており、この件については日医もしっかりとサポートしていきたい。

なお、診療報酬上の評価（医療情報・システム基盤整備体制充実加算）については、異例のことと理解して欲しい。

最後に、私の願いは先生方と共にあることである。日本医師会も地域医師会は一体不可分だと思う。先生方のご指導を賜りながら頑張っていくので、ご理解、ご協力を賜りたい。

【報告：理事 岡 紳爾】

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

都道府県医師会 社会保険・情報システム担当理事連絡協議会

と き 令和4年9月8日(木) 16:00～19:00

ところ Web開催

[報告:副会長 中村 洋]

開会挨拶

日本医師会会長 松本 吉郎

本日の協議会では、6月7日に「骨太の方針」で閣議決定され、8月10日の中医協で具体的な内容が固まったオンライン資格確認の原則義務化のみに議題を絞っている。オンライン資格確認は、昨年10月から本格運用が開始されたが、国は令和4年度末までに医療機関等のシステム導入と、国民のマイナンバーカードの取得の両方について、概ね100%普及させる目標を掲げて取り組んでいるが、なかなか結果には繋がっていない。

2016年に日医IT化宣言を公表し、その方針にしたがって医療分野のIT化に積極的に取り組んできた。宣言では「全国の医療機関が安心・安全・安価に地域医療連携に活用できる医療専用ネットワークの構築」を大きな方針の一つとして掲げている。医療機関にとってオンライン資格確認は、資格の確認だけではなく、返戻の削減や患者情報の入力省けるなど、一定のメリットはあるが、そこだけ見ると大きなメリットとは言えないかもしれない。しかし、全国の医療機関がオンライン資格確認に対応することで、全国の医療機関を結ぶネットワーク「全国医療情報プラットフォーム」が形成される。これは日医が提唱する医療専用ネットワークと言える。すでにオンライン資格確認の仕組みを使って、患者同意の下で特定健診情報や薬剤情報を閲覧する機能は提供されており、9月にはレセプト由来の診療情報の閲覧も可能になる。また、令和5年1月からは電子処方箋もこのネットワーク上で運用される。このようにオンライン資格確認は今後の医療DX、全国の医療情報共有の基盤となるものである。だからこそ日医も医療現場に極力負担をかけないことを条件

に、その推進に協力している。今回の原則義務化の方針決定に伴い、医療機関の負担をできる限り少なくするために厚労省に要望し、導入補助金の拡充や診療報酬上の体制加算の新設などが実現できた。しかし、いきなり原則義務化が決定したことに対して驚きや不安、不満を感じている先生も多くおられることも理解している。現在紙レセプトで請求している医療機関のみ義務化の例外とされているが、やむを得ない事情で導入が困難という相談も多数いただいている。こうしたやむを得ない場合の必要な対応を検討することを、中医協の附帯意見に書き込むことができた。日医としては、全ての国民に医療DXの恩恵を共受していただくために、諸課題をしっかりと解決した上で、最終的には全ての医療機関にオンライン資格確認に対応いただきたいと考えている。

来賓挨拶

厚生労働副大臣 伊佐 進一

オンライン資格確認の意義は、先生方に十分にご理解いただいております。コロナ対応で大変な中でも積極的に対応していただき、8月24日には三師会合同で全国の医療機関に対して説明会を開催していただいた。実際にオンライン資格確認を進めていくとなると、現場でさまざまな課題が出てくるのではないかと考えている。このような課題に対して、政府としてしっかりと対応を検討していきたい。

オンライン資格確認が医療DXの基盤の入り口になる。国民の皆様の健康を守るため、われわれもしっかり頑張っていきたいと思うので、お力を貸していただきたい。

議事

(1) 連絡協議会の趣旨とオンライン資格確認の原則義務化の経緯

日本医師会常任理事 長島 公之

「オンライン資格確認」という言葉だと、単に医療機関がオンラインで患者の保険資格確認を即時に行えることだけのように思われるが、そうではない。医療機関がオンライン資格確認を導入することで、安心安全に医療機関がつながる全国的なネットワークが形成されることになる。オンライン資格確認は、今後の日本の医療で必須となる医療DX、全国医療情報共有の基盤である「全国医療情報プラットフォーム」に発展するものであり、これは安心安全で質の高い医療提供、かかりつけ医機能の発揮に寄与する基盤でもある。そのために、最終的には全ての医療機関で導入されることが望ましく、日医としても普及に協力している。全国医療情報プラットフォーム上で、現在では特定健診情報、レセプト由来の薬剤情報を見ることができるが、9月からはレセプト由来の診療情報（除：病名、手術情報）、2023年1月から薬剤情報をリアルタイムで共有することで重複投薬などを防ぐ電子処方箋の導入、2023年5月からはレセプト由来の手術情報、2025年度以降は電子カルテ情報交換サービス（仮称）が運用される予定である。

オンライン資格確認原則義務化の経緯は、本年5月17日に自由民主党政務調査会が「医療DX令和ビジョン2030」を公表し、その中で日本の医療分野の情報のあり方を根本から解決するために「全国医療情報プラットフォーム」の創設が掲げられた。この基盤となるのがオンライン資格確認である。その後、5月24日の社会保障審議会医療保険部会において、オンライン資格確認の「更なる対策」ということで、令和5年4月から保険医療機関・薬局におけるシステム導入を原則義務化することが示され、6月7日に「経済財政運営と改革の基本方針2022」（いわゆる「骨太の方針2022」）において、保険医療機関・薬局に2023年4月からオンライン資格確認導入を原則として義務付けること、「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」

及び「診療報酬改定DX」の取組みを行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずるため、政府に「医療DX推進本部（仮称）」を設置することが閣議決定された。この骨太の方針2022を受けて、日医の定例記者会見において、全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化には、全面的に協力する姿勢を示した一方で、オンライン資格確認の原則義務化については、「コロナ禍や機材の供給不足、ベンダーの対応能力等の状況を考えれば、2023年4月からの原則義務化は現場感覚としてはスケジュール的に難しい」と指摘するとともに、医療現場や国民に混乱を来すことのないよう、導入・維持に対する十分な財政支援、丁寧な周知・広報による国民・医療機関双方の理解の醸成を求めた。7月11日の厚労省でのオンライン資格確認等検討会議にて「オンライン資格確認の導入義務化に向けて、レセプトをオンライン請求ではなく、電子・紙媒体での請求を行っておりネットワーク等が整備されていない医療機関に対しては、特別な配慮・支援が必要と考える。費用の負担についても経済的支援として全額補助が望ましい。」と要望した。その後、8月10日に中医協において、療養担当規則等（省令）を改正し、オンライン資格確認導入の原則義務化（ただし、現在紙レセプトでの請求が認められる医療機関・薬局は例外）、診療所等に対する定額補助の実施及び病院に対する補助上限の引き上げ、診療報酬上の加算の取扱いの見直し、等の答申がまとめられた。

療養担当規則の改正により、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用してオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならない。現在、紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・保険薬局については、オンライン資格確認導入の原則義務化の例外とされ、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこととされた。

中医協答申附帯意見に「関係者それぞれが令和

5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末ごろの導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。」とされた。この中で重要となるのが「やむを得ない場合」、「期限」とは何かである。そのためにも、オンライン資格確認の周知徹底と業者への見積りが極めて重要となる。医療機関においてどのような対応が必要になるのか、また、オンライン資格確認導入までに必要な期間、導入及び保守点検も含めてどのぐらいの費用が必要になるのかという情報を取得していただき、医療機関が導入を希望されても導入困難な事例があるという根拠を集めることが役に立つと思っている。

オンライン資格確認導入のために、財政措置の見直しが行われた。これまでは、診療所に対しては事業額の42.9万円を上限に3/4が補助され、1/4が自己負担であったが、これが42.9万円を上限に実費補助が行われることとなった。また、病院においては1/2補助は継続となったが、上限がこれまでの2倍に拡充された。なお、これは骨太の方針が公表された6月7日まで遡ることができる。また、診療報酬上の評価として、令和4年4月に新設された「電子的保健医療情報活用加算」は廃止され、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が新設され、施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合に4点、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合に2点を加算することができる。なお、電子的保健医療情報活用加算は2年間の期限付きであったが、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の期限はない。

日医では、ホームページのメンバーズルームに従来から設置している相談窓口を拡充し、関連情報をわかりやすく提供するとともに、導入についてお困りのこと（例えば、地域に業者が見つからない、見積額が補助金上限額より高い、保守料が高い、導入に時間がかかる、適切なネットワーク回線が見つからないなど）を広く収集し、厚労省のみならず、オンライン資格確認推進協議会の活動を通じて、システムの運営主体やシステム事業

者とも共有することで、課題解決を図る。ぜひ、情報をお寄せいただきたい。この相談が多ければ多いほど、さまざまな要望・交渉を行う上で大変重要な根拠となる。まだカードリーダーの申込みをされていないすべての医療機関の会員の先生方に、まずは早期に、お使いのレセコンや電子カルテのシステム事業者に、オンライン資格確認導入のための見積作成を依頼いただきたい。そうすることで自身の医療機関の状況を把握することができ、導入までに必要な費用や運用開始までに必要な期間がはっきりする。その上で判明した問題点を日医の相談窓口にお寄せいただくことが、オンライン資格確認の導入促進、課題解決による医療機関の負担軽減、「やむを得ない場合」の対応要望などのために、大いに役立つ。

最後に、三師会（日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会）は、関係者と連携して課題を解決し、オンライン資格確認導入を加速化させていくため、「オンライン資格確認推進協議会」を立ち上げ、8月24日に三師会・厚労省合同説明会を開催した。説明会の動画はYouTube (<https://youtu.be/1H3mhnEd-U8>) で見るできるので、確認いただきたい。

(2) オンライン資格確認の現状と原則義務化に関する説明

厚生労働省保険局医療介護連携政策課 水谷 忠由
厚生労働省保険局医療課 眞鍋 馨

1. オンライン資格確認とは

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）は、昨年10月から本格運用が開始されており、医療機関・薬局に設置されている顔認証付きカードリーダーで撮影された写真とマイナンバーカード内の顔写真データを照合し、本人確認を行う。これにより、オンライン資格確認システムで直近の資格情報が確認でき、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できる。なお、健康保険証でも資格確認が可能である。また、本人確認を行うとともに、医療機関・薬局が健診情報等を確認することについて同意を取得することができ、医療機関や薬局において特定健診等の情

報や薬剤情報を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられる環境になる。また、マイナポータルにより、自分の特定健診等の情報を見ることが可能である。また、通常時は、薬剤情報・特定健診等情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に限られるが、災害時は、特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、薬剤情報・特定健診等情報の閲覧が可能であり、すでに地震や大雨の災害時に実施されている。

このオンライン資格確認は、全国の医療機関・薬局が安全かつ常時接続され、医療情報を個人ごとに把握し、本人の情報を確実に提供することが可能である。そして、患者/利用者の同意を確実にかつ電子的に得ることが可能で、データヘルスの基盤となっていくものと考えている。

2. オンライン資格確認の導入状況等

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況は、8月28日時点で、顔認証付きカードリーダー申込数が67.2%、準備完了施設数が32.8%、運用開始施設数が27.5%である。施設区分でみていくと、顔認証付きカードリーダーを申し込んでいる病院は84.3%、医科診療所は57.5%であり、運用を開始している病院は43.7%、医科診療所は18.5%となっている。なお、マイナンバーカードの申請・交付状況は、有効申請受付数は人口比50.5%、このうち健康保険証の利用登録は32.0%となっている。なお、この数字はマイナポイント第2弾などにより、着実に伸びている。

オンライン資格確認の導入について各地域で差が生じている状況を踏まえ、厚労省本省に各都道府県担当を設置し、さらに各都道府県別に地方厚生(支)局、支払基金、国保連合会に担当者を置き、連携して関係者への働きかけ等を行う「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置している。また、各都道府県における保険者協議会等の場においてオンライン資格確認の推進に関する議論を実施していただき、オンライン資格確認の導入を強く推進していきたいと考えている。

3. オンライン資格確認の導入の原則義務化について

令和4年6月7日に閣議決定された骨太の方針2022では、オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直すこと、そして、診療報酬上の加算の取扱については、中医協で検討することとなった。この閣議決定を踏まえ、8月10日の中医協において、①オンライン資格確認の導入を原則義務化(療養担当規則等(省令)の改正。令和5年4月施行)、②医療機関・薬局向け補助の拡充、③診療報酬上の加算の取扱の見直し(令和4年10月から施行)の3つについて、答申・公表された。

オンライン資格確認は、患者の医療情報を有効に活用して、安心・安全でより良い医療を提供していくための医療DXの基盤となるものである。令和5年4月施行の療養担当規則等(省令)において、保険医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化するが、現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・薬局(電子請求の義務化時点で65歳以上(現時点で75歳以上程度の医師等))は、院内等の電子化が進んでいない現状に鑑み、オンライン資格確認導入の義務化の例外とする。現在、全医療機関・薬局のうち約66%はオンラインでの請求、約30%は光ディスクでの請求、約4%は紙での請求となっている。

医療情報化支援基金による医療機関・薬局の補助が見直され、顔認証付きカードリーダーは、医療機関・薬局に無償提供(病院3台まで、診療所等1台)される。それ以外の費用は、補助を拡充し、病院向けに補助上限の引上げ・診療所等向けに定額補助の実施を行った。なお、オンライン資格確認の導入を原則として義務化することに伴い、閣議決定を行った令和4年6月7日から令和4年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、令和5年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関・薬局を対象としている。上記申込期限は最も遅いケースであり、医療機関等はより早期の申込や契

約が必要である。また、従前どおり、令和5年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要である(図1)。令和5年3月末までの事業完了に向けて、まずはカードリーダーの申し込みを行っていただき、システム事業者との契約に向けて話し合いを行っていただきたい。なお、閣議決定を行った令和4年6月7日より前に申込みをされた医療機関・薬局については、拡充前後の差額を補助する仕組みを設けている。この場合、令和5年1月末までに運用開始することが条件となる。顔認証付きカードリーダーは受注生産を行っていたが、原則義務化に向けて、申込み後できるだけ速やかにお届けできるよう、顔認証付きカードリーダーを事前生産することとした。必要な台数を確保しており、希望のメーカーのカードリーダーを入手できるよう、速やかに申込みをお願いしたい。各社の出荷可能台数は、医療機関等向けポータルサイトに掲載し、適宜更新されている。また、院内システムの改修を行うシステム事業者についても、今後、申込期限を医療機関向けポータルサイトに公開する。顔認証付きカードリーダーは各社によって申込締切が異なり、令和4年11月30日までとなっているところがほとんどであるので、注意していただきたい。

4. 具体的な診療報酬上の対応について

令和5年度より、保険医療機関・薬局にオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、令和4年4月からの経過措置であった、当該システムを通じた患者情報の活用に係る評価である「電子的保健医療情報活用加算」(医科・歯科はマイナ保険証を利用する場合、初診7点、再診4点/利用しない場合、初診3点の加算)を廃止し、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」(施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合は4点、施設基準を満たす医療機関であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合は2点の加算)を新設した。医療機関・薬局は①オンライン資格確認を行う体制を有していること(厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと)、②患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して診療等を行うこと、の2点の体制を有していること及びそれを掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明することが算定要件となる。なお、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する医療機関での初診時の標準的な問診票の

医療情報化支援基金による医療機関・薬局への補助の見直し						
○顔認証付きカードリーダーは、医療機関・薬局に無償提供(病院3台まで、診療所等1台)						
○それ以外の費用は、補助を拡充※1(病院向けに補助上限の引上げ・診療所等向けに定額補助の実施)						
※1 オンライン資格確認の導入を原則として義務化することに伴い、閣議決定を行った令和4年6月7日から令和4年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、令和5年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関・薬局を対象(上記申込期限は最も遅いケースであり、医療機関等はより早期の申込や契約が必要。)(従前どおり、令和5年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要)						
	顔認証付き カードリーダー の申込時期	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
	顔認証付きカードリーダー 提供台数	3台まで無償提供			1台無償提供	1台無償提供
その他の費用 の補助内容		1台導入する場合	2台導入する場合	3台導入する場合	21.4万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円 を上限に、その1/2を 補助	32.1万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その3/4を補助
	①令和3年4月 ~令和4年 6月6日	105万円を 上限に補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1/2を補助	100.1万円を 上限に補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1/2を補助	95.1万円を 上限に補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1/2を補助		
	②令和4年 6月7日~	210.1万円を 上限に補助 ※事業額の420.2万円を 上限に、その1/2を補助	200.2万円を 上限に補助 ※事業額の400.4万円を 上限に、その1/2を補助	190.3万円を 上限に補助 ※事業額の380.6万円を 上限に、その1/2を補助	同上	基準とする事業額 42.9万円を上限に 実費補助

※ その他の費用：(1)マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、(2)ネットワーク環境の整備、(3)レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等。
 ※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額
 ※ 令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関・薬局については上限額まで実費を補助する特例を実施
 ※ ①の期間にカードリーダーを申し込んだ施設において、オンライン資格確認の運用が進んでいない状況に鑑み、迅速な運用を促進する観点から、令和4年6月7日から令和5年1月末までに運用開始した施設については、別途の補助を実施する(補助金交付済の施設を除く。別途の補助の内容は、①と②の差額とする)。
 ※ 補助の見直しについて、病院：過半数以上の病院が事業額の上限を超過していることを踏まえ、現行の補助上限額を見直し(補助率は1/2を維持)。診療所・薬局(大型チェーン薬局以外)：経営規模を踏まえ、実費補助とする。大型チェーン薬局：補助基準内にほぼ収まっていることから、現状を維持。

図1(当日配付資料から転載)

項目を定めているので、参考にしていただきたい(図2)。問診票の項目とは別に、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること、マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいことの2点を問診票等に記載する。また、新たな加算では、「オンライン資格確認を行う体制を有していること」と「当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと」を掲示することとなるので、厚労省作成のポスター等を活用していただきたい。

令和4年9月5日付事務連絡「医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」にて、医療情報・システム基盤整備体制充実加算のQ&Aを出しており、加算の施設基準としてオンライン資格確認の運用開始日の登録方法や、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みた結果、患者の診療情報が存在していなかった場合

の算定(医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定)、施設基準等のホームページ等への掲示に関する具体例などについて掲載しているので、ご覧いただきたい。

(3) オンライン資格確認導入促進と課題解決に向けた取り組み(協力依頼)

日本医師会常任理事 長島 公之

オンライン資格確認導入促進のために、各都道府県医師会において、説明会を開催していただきたい。必要な資料は日医で準備させていただき、説明会開催時の質疑などについては、厚労省と連携して回答させていただく。

オンライン資格確認導入に向けたフローチャートを作成したので、ご活用いただきたい(図3)。導入されていない医療機関において、自院の今後の導入について判断していただきたい。

協議(質疑応答)

広島県 オンライン資格確認導入はさまざまな問題を抱えており、閉院を考えざるを得ない高齢の先生もいるため、「例外規定」を設けてほしい。また、システム事業者の対応の遅れが原因で、補助金交付申請が間に合わない場合、申請期間の延

標準的な問診票の項目等について

◎ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて(令和4年9月5日付け保医発0905第1号)(抜粋)

〔(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算
ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。
ただし、健康保険法(大正11年法律第70号)第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。
イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。
(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。
ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時問診票の項目について、別紙様式54を参考とする。〕

(別紙様式54)

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関を受診患者に対する初診時問診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・・・症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・・・医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)
 - ・・・薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか(入院や手術を要する病気等)
 - ・・・病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したか(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能)
 - ・・・受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・・・原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性のみ)
 - ・・・妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

(記載例)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

図2(当日配付資料から転載)

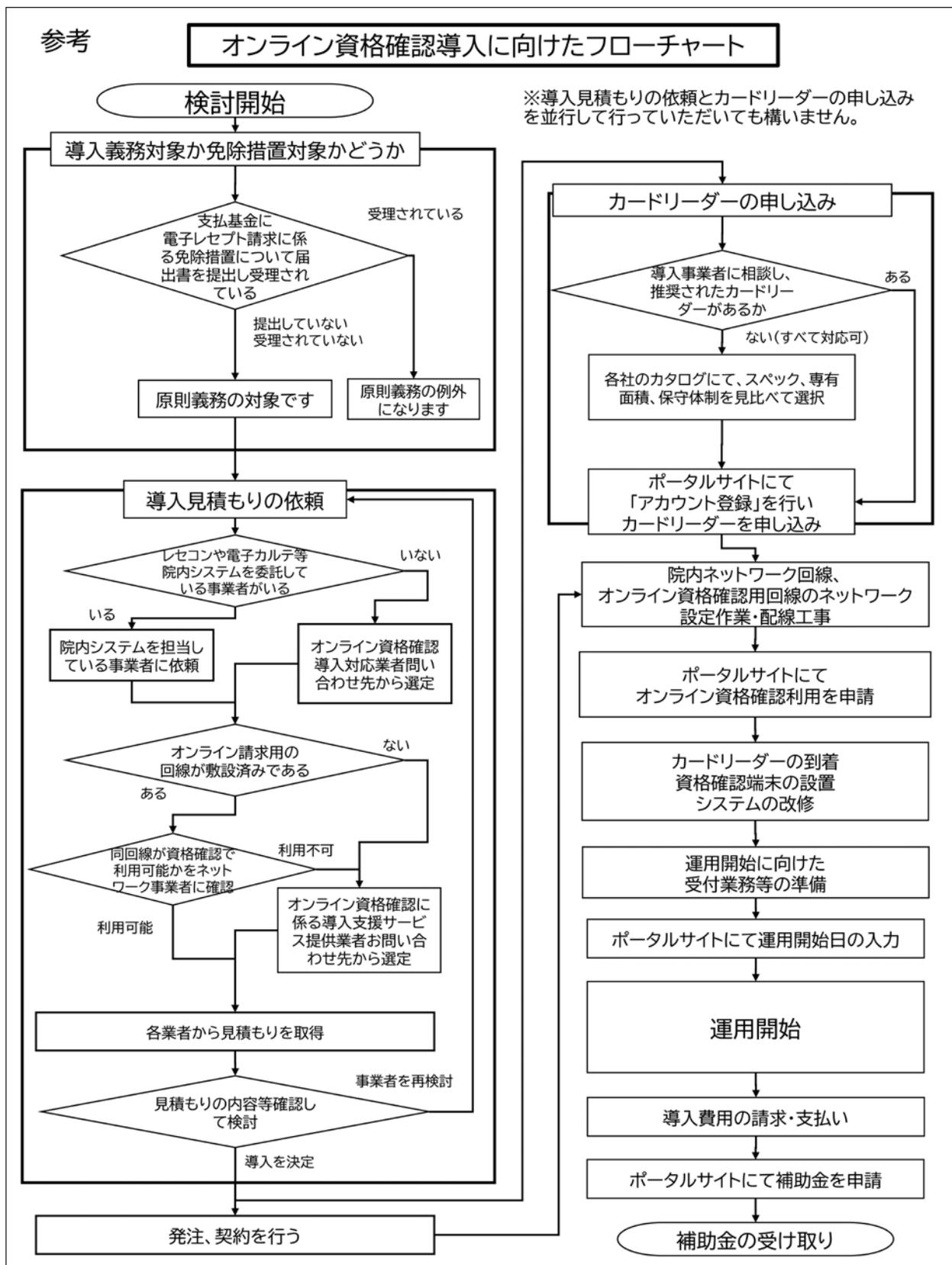


図3 (当日配付資料から転載)

長を設けるなど検討してほしい。

日医（長島日医常任理事） まずは見積りを取っていただき、対応が難しいということを相談窓口にお寄せいただきたい。それを根拠として、さまざまな場に対応させていただきたい。

厚労省 中医協の答申の附帯意見において、令和4年末ごろの状況を点検し、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め検討を行うとしているので、ご指摘いただいた事例はこうした中で検討していくものと考えている。

群馬県 オンライン資格確認が医療機関で導入可能となる事業完了期限の延長を要望する。

日医 さまざまな要因で医療機関側の責任ではなくても期限に間に合わないことは十分考えられるので、見積り等で具体的な費用や期間を確認いただき、相談窓口にご連絡いただきたい。

厚労省 本省から各医療機関へ導入のお願いをするだけでなく、システム事業者に対して、令和5年3月末まで取引をしている医療機関・薬局の全てに導入が終わるような体制強化等を依頼している。引き続き、システム事業者への対応も働きかけていきたい。

福井県 カードリーダーの正しい申込期限を知りたい。

厚労省 令和4年12月末が補助金の交付を受けるための期限である。一方、カードリーダーの各社の申込みの締め切りが10月末や11月末となっているので、これに間に合うように申し込みをしていただきたい。

長野県・広島県・長崎県 補助上限の見直しが行われたが、それを超えてしまうケースもある。カードリーダー以外の費用等もかかってくるため、上限を設けない全額補助を希望する。また、導入後5年目を目途に交換費用等が発生する。この費用は診療報酬で充当されるべきものではなく、定期的な補助（カードリーダーの無償交換など）を希望する。

日医 導入費用だけでなく保守費用も含めて見積

りを取っていただきたい。補助上限を超えるような場合は、厚労省と共有させていただき、不明な点や改善の余地がある場合は働きかけを行っていただく。また、数年後に想定される交換費用については、日医としては、医療機関の負担ではなく、補助金などが活用できるように交渉していく。

厚労省 医療機関・薬局向けの補助は導入するにあたって機器を一定台数まで無償で提供させていただくということ、それから導入に当たっての、ネットワークの環境整備、関連するシステムの改修等の費用を補助させていただいている。ご指摘をいただいたランニングコストについては導入によって医療機関等において事務コストが削減されるという面もあることから、この補助の対象外である。

大分県 諸事情により個人的に自力導入せざるを得ない医療機関への支援はあるか。

日医 業者を利用して導入することが原則と思われるが、まずは、業者から見積もりを取っていただき、導入費用が高価であることや期間が必要であるといった理由で自力導入される場合は、それ自体が「やむを得ない場合」に相当するので、その内容を相談窓口にご寄せいただきたい。

厚労省 自力で導入せざるを得ない状況は、二つ考えられる。一つはもともと事業者に頼らずにご自身でシステムの整備をさせている場合。そうした医療機関向けには厚労省ホームページにさまざまな情報を掲載しているので、それにしたがってネットワーク関係の設定をしていただきたい。もう一つは適切な事業者が見当たらない場合で、そういった場合は導入作業を支援する事業者の紹介もできるので、ご意見をいただきたい。

島根県 県内で光ケーブルを引いてもらえない地域があり、通信が安定していないため電子カルテ等も正常に作動しない時がある。義務化は容認できない。

厚労省 このオンライン資格確認で使用する光回線は、総務省の調査によると世帯カバー率は昨年3月末で99.3%である。一方、離島山間地など光回線が整備されていない地域もあり、また、

医療機関等が入るビルにおいて光回線が付設されていないところもあると聞いている。光回線が使用できない場合にはインターネット回線を用いるIPsec+IKEという方法も可能である。

群馬県 業者の対応が不適切であったり、対応が遅くカードリーダーが届かないなどシステム導入までに時間がかかりすぎる。

日医 業者の対応を確認する上でも、見積りが必要であると思われる。その上で業者の対応に関して不満な点を相談窓口にお寄せいただきたい。なお、日医では関係しているORCA管理機構から各ORCAベンダーに丁寧な対応をするよう指示している。

長野県 新興感染症等が起きた際、動線等も含めたマイナンバーカードでの受診対応をどのように考えるか。

厚労省 残念ながら、オンライン資格確認の仕様は医療機関の窓口を設置する顔認証付カードリーダーを利用した場合にしか使えないので、感染症対応等で動線を分ける場合は、今の時点ではオンライン資格確認を活用いただくことはできない。

広島県 オンライン資格確認システム基盤と各地域で運用している地域医療情報ネットワークとの関連はどのようになるのか。

日医 オンライン資格確認の基盤を使った全国プラットフォームで今後、予防接種や自治体検診あるいは医療介護も含めた医療情報の共有が予定されている。一方、現在各地域で運用されている地域医療情報ネットワークで共有されている情報は、電子カルテのほぼ全ての内容や画像も含まれており、情報の内容に大きな差がある。各地域の医療情報連携ネットワークではそれに加えてコミュニケーション機能や多職種連携に使われるなど、さまざまな付加価値があることから、この全国医療情報プラットフォームが利用されるまでは必要と考える。

広島県 オンライン資格確認で参照されるデータはどこにあって誰が管理し、誰に帰属しているの

か。今後の参照可能データを増やしていく場合の考えなどはあるか。

厚労省 マイナンバーカードをキーとしてデータを参照する仕組みであるが、これらはすべて保険者が保有しているレセプトであったり、特定健診情報も中間サーバー経由で支払基金や国保中央会に登録をいただいて閲覧できるようにしている。また、今後参照可能となる予防接種の情報は各自治体が持っており、電子カルテの情報は各医療機関が持っている。今後、情報を拡充するためには、誰がどのように登録管理するかについて具体的に検討する必要がある。

閉会挨拶

日本医師会副会長 茂松 茂人

オンライン資格確認の導入によって整備される全国医療情報プラットフォームは、医療DXのために欠かすことのできないインフラである。日医が目指す医療DXは業務の効率化、適切な情報連携を進めることで国民、患者に対して質の高い医療を提供し、医療現場の負担を減らしていくことが大切であるので、オンライン資格確認が業務の効率化や負担軽減に資するものでなければならぬと考えている。今回のオンライン資格確認原則義務化によって地域の医療提供体制に支障を来さないように、本日の議論内容や相談窓口へ寄せられる情報を活用し、特にやむを得ない場合の必要な対応について日医として中医協で主張していきたい。

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。

令和4年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 関係者合同会議

と き 令和4年9月1日(木) 15:00～15:40

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間」(ハイブリッド開催)

[報告:常任理事 河村 一郎]

会長挨拶

加藤会長 新型コロナウイルス感染症第7波の大変な状況の中にもかかわらず、会場及びWebにてご出席いただき、感謝申し上げます。

この会議は、予防接種の県内広域化を目指して始まったわけだが、現在は予防接種だけではなく、乳幼児、妊産婦の健診も含めての合同協議会となっている。

予防接種はワクチンで防げる感染症の発生及びまん延防止の観点から非常に重要であることから引き続き実施する必要がある。また、乳幼児健診は子どもの健やかな成長のために一番必要な時期に受けていただく必要があると考えるので、実施については新型コロナウイルス感染症への感染防止に係る適切な対応を講じた上で、引き続きご協力いただくよう、よろしくお願いする。

協議事項

1. 県からの報告

健康増進課 子宮頸がん予防ワクチン接種については、令和4年4月から積極的勧奨による定期接種及びキャッチアップ接種を進めることとなっている。県医師会には独自でポスター及びリーフレットを作成・配付いただいております。また、夏ごろには加藤会長が記者会見において、その重要性を広く県民に周知されるなど積極的に取り組んでいただいております。市町の取組状況については、県内すべての市町において標準的な接種年齢である中学1年生及び定期接種の上限になる高校1年生に相当する方及び保護者に対して接種の積極的勧奨を実施していただいております。接種状況については本年11月ごろに国の調

査が行われる予定になっており、4月から9月までの半年間の実施状況を取りまとめることになるので、その際には市町にもご協力をお願いしたい。県の具体的な対応としては、県政放送並びに県の広報誌を活用して普及啓発を行っており、今後も県医師会や市町と連携して接種率の向上に努めていきたい。

麻しん風しん予防接種実施状況は、令和2年度の第1期(生後12～24月)は98.8%、第2期(小学校就学前1年)は94.0%であり、昨年度は第1期が93.4%、第2期が95.5%となっている。麻しん風しんの予防接種は国が目標と定める接種率が95%となっているので、今後も高い接種率の維持に努めてまいりたい。

風しん検査事業について、先天性風しん症候群の発生を防止するため、妊娠を希望する女性等の中で、風しんの免疫がない方に風しんワクチン接種を促進することを主な目的として実施している。実施方法は平成30年度までは保健所のみで対応していたが、平成31年度(令和元年度)からは窓口を広げて保健所と医療機関の2本立てで実施している。対象者は次のすべての要件を満たす者となっている。

1) 検査日時点で、山口県内(下関市を除く)に居住し、次の①、②、③に該当する者

①妊娠を希望する女性^{*1}

②妊娠を希望する女性又は妊娠中の女性の配偶者^{*2}

③妊娠中の女性の同居者^{*3}

※1 妊娠中の女性は、対象外とする

※2 「配偶者」については、事実上、婚姻関係と同様の事情にある者(パートナー)も含む

※3 妊娠中の女性が十分な免疫を保有してい

- ない場合の同居者に限る
- 2) 過去に風しん抗体検査(妊婦健康診査等を含む)を受けたことがない者
- 3) 風しん含有ワクチンの接種歴がない者
- 4) 風しんの既往歴(検査診断による)がない者

また、風しん第5期定期接種の対象者(※昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に

生まれた男性)は市町で実施する定期接種にかかる抗体検査が活用できるので、この事業では対象外になっている。実施方法は医療機関及び健康福祉センター(防府保健所含む)で風しん抗体検査(1回)を実施し、抗体価が低い方に対し、風しんの予防接種に関する説明及び指導を行い、任意の予防接種を受けることを促す。委託料はHI検査4,930円(税抜)、その他の検査6,320円(税抜)

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡	川口 寛 (Web)	宇部市	松岡 尚	岩国市	岩崎 淳 (Web)
玖珂	松井 晶子 (Web)	山口市	吉兼 隆大	山陽小野田	砂川 新平
熊毛郡	竹ノ下由昌 (Web)	萩市	花宮理比等 (Web)	光市	北川 博之 (Web)
吉南	元山 将 (Web)	徳山	大城 研二 (Web)	柳井	志熊 徹也 (Web)
美祢郡	竹尾 善文 (Web)	防府	藤原 元紀	長門市	須田 博喜
下関市	岩井 崇 (Web)	下松	井上 保 (Web)	美祢市	横山 幸代 (Web)

山口県産婦人科医会

会長 藤野 俊夫

山口県小児科医会

会長 田原 卓浩

オブザーバー

岡田 和好

県健康福祉部

健康増進課 副課長 大西 徳生
 こども政策課 主任 河田 寛子
 保健師 大谷 愛

県医師会

会長 加藤 智栄
 常任理事 河村 一郎
 常任理事 縄田 修吾

市町担当者

下関市健康推進課 主任	井上 幹晴 (Web)	柳井市健康増進課 主査	霜野 智治 (Web)
健康推進課 主査	吉永 三津 (Web)	健康増進課 主任	藤山 愛 (Web)
宇部市健康増進課 主任	藤井華奈江	美祢市健康増進課 主任	山田 英里 (Web)
こども支援課 係員	森田 貴志	健康増進課 副主幹	末永 直美 (Web)
山口市健康増進課 主査	松浦 辰朗	周南市健康づくり推進課 主査	皆田志津子 (Web)
子育て保健課 主幹	中谷 智子	あんしん子育て室 室長補佐	宮崎 優子 (Web)
萩市健康増進課 主任	塩満ゆかり (Web)	山陽小野田市健康増進課 係長	山本真由実
防府市健康増進課 主査	植田 恭史 (Web)	周防大島町健康増進課 主査	濱岡 聡 (Web)
下松市健康増進課 係長	古田 真也 (Web)	健康増進課 主査(保健師)	石原 憲子 (Web)
健康増進課 課長補佐	伊本由美子 (Web)	和木町保健相談センター 保健師	應和麻悠子 (Web)
岩国市健康推進課 班長	上田 晶久 (Web)	上関町保健福祉課 係長	村谷 香織 (Web)
健康推進課 班長	柴田千賀子 (Web)	田布施町健康保険課 係長	吉光 恵美 (Web)
光市健康増進課 係長	小熊紀美恵 (Web)	健康保険課 主任	平仙 絵美 (Web)
長門市健康増進課 主査	大田由紀子 (Web)	平生町健康保険課 班長	関永 幸枝 (Web)
健康増進課	和田 明莉 (Web)	阿武町健康福祉課 主任	長岡ひとみ (Web)

である。郡市医師会におかれては、前月分の実施状況を受託医療機関ごとに、「風しん抗体検査受託医療機関別報告書」(様式第2号)に集計し、「風しん抗体検査費請求書」(様式第3号)及び取りまとめた「風しん抗体検査受診票(山口県)B保健所用」(前月分)とともに、月末までに管轄の健康福祉センター(保健所)へ提出していただきたい。なお、風しんの第5期定期接種は集団免疫の獲得を目的としているものであるが、妊娠を希望する女性の方などは個人予防として妊娠中に風しんに罹らないよう、より確実な予防が推奨されるので、抗体価の基準をより厳しくしており、風しんの第5期定期接種と県の事業のどちらにもご協力いただいている先生方ご注意ください。

田原小児科医会長 接種率を高く維持するために山口県小児科医会としても啓発していく必要があるが、その際にわれわれへのご要望・ご意見等があれば教えていただきたい。

県健康増進課 やはり患者さんが受診された際に先生方から予防接種の重要性について直接ご説明等いただくのが最もよい方法だと考えているので、よろしく願いたい。

2. 令和5年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価(案)について

河村 参考単価(案)を県医師会で作成し、山口県産婦人科医会及び山口県小児科医会にも検討いただいた上で、事前に郡市医師会及び市町に提示した。なお、妊婦健康診査の参考単価については、令和4年度の診療報酬改定に伴い、点数が一部変更になったため、金額も変更になっている。郡市医師会と市町とで協議した結果、妊婦健診及び乳幼児健診ともに了承いただいた。

3. 妊婦健康診査について

藤野産婦人科医会長 令和4年度の診療報酬改定により来年度については若干、金額の変更があるが適切に行っていくのでよろしく願いたい。

4. 乳幼児健康診査について

田原小児科医会長 ウィズコロナの時代を見据えて、乳幼児の健康管理の重要性がさらに増してくることから、各自治体のご理解をいただきながら、これまでと同様のシステムで進めていただくことになるかと思うが、8月末に福岡で開催された日本外来小児科学会年次集会でも成育基本法に則って生後から切れ目のない健康管理について改めて論議されたところである。その中で、生後2週間、1か月、2か月の児・保護者に対して十分にケアが行き届かないということが重要な論点になっていた。山口県が遂行している1か月健診を小児科医が行うことは全国的にも高い評価を受けているので、これを堅持していきたいと思っている。2週間健診については地域によって小児科医と産科医との協働ができていますので、この点についても産婦人科医会のご理解・ご協力を得ながら是非々々山口県全域に進めていきたい。国庫負担で行われている乳幼児健診の回数については、3歳半までを含めて5回と非常に少なく、妊婦健診の14回に近づけるように日本小児科医会等からも毎年要望しているが、ぜひ実現できるよう、皆様方にもご議論・ご支援いただければと思っている。

5. 令和4年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種について

河村 県医師会から各市町へ接種料金、接種期間等を調査した。接種期間は全市町で10月1日から令和5年2月28日まで、接種料金は全市町が4,950円、自己負担額は上関町のみ「自己負担なし」で残りの市町は1,490円、阿武町では75歳以上で後期高齢者医療被保険者は無料となっている。

田原小児科医会長 今秋は、インフルエンザとコロナ感染症の同時流行が予想されており、国やメディア等でも度々取り上げられているが、山口県においても、県及び県医師会から啓発していただければ有り難い。インフルエンザに関しては2シーズン流行しなかったこと、オーストラリアの流行が早く始まっていることから、早い時期からの接種を勧奨することも含めて繰り返し啓発していただきたい。

河村 インフルエンザワクチンとコロナワクチンの同時接種が可能である点を周知していただきたい。

6. 令和5年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

河村 個別接種標準料金（案）を県医師会で作成し、山口県小児科医会にも検討いただいた上で、事前に郡市医師会及び市町へ提示した。なお、令和4年度の診療報酬改定に伴い、点数が一部変更になったため、金額も変更になっている。郡市医師会と市町とで協議した結果、全市町で了承いただいた。

7. 風しんの追加的対策について

河村 2025年3月31日まで実施期間が延長された標記対策について、令和5年度の個別接種標準料金（案）を県医師会から郡市医師会及び市町へ提示した。なお、令和4年度の診療報酬改定に伴い、点数が一部変更になったため、金額も変更になっている。郡市医師会と市町とで協議した結果、全市町で了承いただいた。

8. HPVワクチン接種について

河村 本会では令和3年度にポスター並びにリーフレットを作成し、女子中学生に配付したが、内容を一部変更したものを今年4月に作成し、中学1年女子、高校2年女子、及び3年女子に配付した。ポスター並びにリーフレットは在庫があるので、追加での配付をご希望の場合は、県医師会事務局までご連絡願いたい。

9. 県医師会母子保健委員会について

河村 6月2日に開催した標記委員会において、産婦人科医、小児科医、精神科医が要保護児童対策地域協議会に参加できるよう県に要望してほしいとの依頼があったので、よろしく願いたい。

県子ども家庭課 担当課に申し伝える。

10. その他

(1) 令和4年度児童虐待の発生予防等に関する研修会について

河村 11月6日（日）に開催を予定している。詳細は後日通知する。

(2) 令和4年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

河村 12月4日に開催を予定しており、予防接種医研修会の講師は東京都府中市にある崎山小児科の崎山 弘先生に依頼している。詳細は後日、郡市医師会へ通知する。

(3) その他

藤野産婦人科医会長 7月21日付で厚労省から「新生児聴覚検査費に係る受検者の経済的負担の軽減について」が発出された。当該検査については、これまで一般財源の中で行われていたが、今回、同通知において「新生児聴覚検査費」と銘打って、市町村の標準団体（人口10万人）当たり935千円が計上されており、当該検査費用の公費負担について積極的に取組み、受検者の経済的負担の軽減を図るようにとのことであり、また、今後継続的に実態調査を実施するとのことなので、市町において検討されるようお願いする。

河村 現在は自己負担で行われているところが多いと思うので、私からもぜひともご検討いただこう、願います。

田原小児科医会長 1歳半健診あるいは3歳半健診については個別健診と集団健診の二本立てで行われているが、現在、コロナの第7波がピークを迎えており、集団健診の場において有効な感染予防策として何か取り組まれていること及び課題があれば共有できると幸いである。例えば山口市においては、有効的な換気を行うことの実効性がなかなか難しいということを現場で検証した。後日で結構なので、市町から情報提供していただきたい。

山口県医師会産業医研修会

と き 令和4年9月10日(土) 15:00～17:15

ところ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

特別講演1

最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部健康安全課長 山本 幸司
労働衛生の概況

健康診断については、事業場規模50人以上の会社については定期健康診断結果を労働基準監督署に報告いただくようになってきているが、県内の有所見率は上昇している。この有所見率を見ると、山口県は57.0%となっており、全国平均58.7%より若干低い状況である。項目ごとの有所見率が高いのは、血中脂質、肝機能、血圧、血糖の順である。理由は不明だが、肝機能だけは山口県が全国より高い。

過重労働による脳・心臓疾患の労災補償支給決定件数の推移(全国)について、令和3年度は172件(うち死亡57件)が労災として認められた。全国的に若干右肩下がりになっている。コロナの影響で労働時間が減っている一方で、過重労働による精神障害等の認定件数は右肩上がりとなっている。令和3年度は全国で629件が労災請求として認められており、そのうち79人の自殺が認められた。先に挙げた脳・心臓疾患172件に対し、精神障害は629件と3倍以上となっている。これにより、長時間労働は減ってきているが、ストレスが増えて精神障害が多いことが窺える。

全国労働衛生週間

令和4年10月1日～7日が本週間となっており、準備期間は9月1日～30日。今年度のスローガンは「あなたの笑顔があってこそ 笑顔があふれる健康職場」である。

エイジフレンドリーガイドラインについて

まず、前提として60歳以上を高年齢労働者として定義している。経緯としては、昭和20～30年代に労働災害の統計を取る際、60歳以上を

高年齢労働者として定義しており、以降整備されておらず現在に引き継がれている。

全年齢に占める60歳以上の雇用者の割合は18.0%であり、全国の労働災害に占める60歳以上の死者数は26.6%。山口県における令和3年度の60歳以上の労災死者数は32.1%であり、全国的に見ても高い。

高年齢労働者の労働災害の特徴として、男性の場合、若いときと比べて、墜落・転落は4倍、交通災害は3倍、機械作業等によるはさまれ・巻き込まれは1.6倍の発生率である。特に問題視されているのが転倒であり、女性は若いときと比べて15倍の発生率である。

以上を踏まえたガイドラインの目的は「高年齢労働者の労働災害防止」であるが、そのために、高年齢労働者が安心・安全に働ける職場環境づくり、高年齢労働者の健康づくりを推進させる」となっており、内容は「事業者・労働者に求めることを具体的に示す」となっている。支援について「事業者は、国、労働災害防止団体、労働者健康安全機構等の支援を活用できる」。また、その他として「請負業務でも参考にすることができる」。ガイドラインの構成として、経営トップが方針を表明し、担当者・組織の指定や労働者の意見を聴く機会や労使で話し合う機会を設ける。まずは危険源の特定等のリスクアセスメント及び対策を検討する必要がある。

ここでガイドラインの中身について説明する。安全衛生管理体制の確立等として、「ア. 経営トップは安全衛生方針を表明、イ. 安全衛生方針に基づき実施体制を明確化(担当部署、担当者等)、ウ. 労働者の意見を聴く機会を設ける、エ. 安全衛生委員会等で具体的な対策を調査審議」が挙げられている。これらの考慮事項としては、「担当部署は安全衛生部門・人事管理部門、健康管理は産業医・保健師・地産保等の活用、企業内相談窓

口の設置、風通しの良い働きやすい職場づくり」がある。体制の確立をした後、まずは高年齢労働者の身体機能の低下等を考慮した上で、労働災害防止のためにリスクアセスメントを実施する。その結果に基づき、①職場環境の改善、②高年齢者の健康や体力の状況の把握、③高年齢労働者の健康や体力の状況に応じた対応、④安全衛生教育、を参考にして実施事項を決める必要がある。実施に当たっての考慮事項としては次のとおりである。①高年齢労働者の安全と健康の確保のための職場改善ツール「エイジアクション100」のチェックリストの活用や、②フレイル、ロコモティブシンドロームについての考慮、③ヒヤリハット事例の収集、④労働安全衛生マネジメントシステムに取り組んでいる場合は安全衛生方針に高年齢者の安全健康を入れること。

高年齢者を含め労働者個人の健康状況について産業医は把握しうる立場にいますので、その立場を踏まえた上でエイジフレンドリーな職場の形成に尽力いただきたい。高年齢労働者が働きやすい職場は誰もが働きやすい職場なので、是非お願いしたい。

最近の法改正

(一人親方などに対する保護措置の義務化)

労働安全衛生法に基づく省令改正により、令和5年4月1日から危険有害な作業を行う事業者は、作業を請け負わせる一人親方等や、同じ場所で作業を行う労働者以外の人に対し、労働者と同等の保護が図られるよう、新たに一定の措置を実施することが事業者には義務付けられる。

そもそも労働安全衛生法は、職場における労働者の安全と健康を確保することを目的としているので、保護すべき対象は雇用主に雇用される労働者であり、雇われない一人親方やフリーランス等は労働安全衛生法の保護対象外という解釈だったが、建設アスベスト訴訟の補償を求める裁判で、最高裁が労働安全衛生法第22条については、労働者だけでなく、一人親方も含め労働者でない人も保護すべきという趣旨の条文であるとの判決を下した。そのため、会社側はこれまで以上に安全と健康に配慮する必要が出てくる。

最近の法改正（歯科健康診断結果報告の義務化）

これまでは歯等に有害な業務に従事する労働者について、歯の健康診断の結果を報告する必要があるのは50人以上の労働者を使用する事業者のみであり、50人未満の場合は健康診断実施のみで問題なかったが、令和4年10月1日より労働者の人数にかかわらず、全ての事業場に歯の健康診断の結果を所轄労働基準監督署長に報告することが義務付けられた。

[報告：副会長 中村 洋]

特別講演2

腰痛の病態とその対策

独立行政法人労働者健康安全機構

山口労災病院院長 田口 敏彦

厚生労働省では平成25年に「職場における腰痛予防対策指針および解説」¹⁾を作成しており、厚生労働省ホームページからダウンロードできる。職場における腰痛に関して、充実した内容が記載されており、本講演では、これに記載されていない腰痛の病態について述べる。

腰痛の一般的な特徴として、①ありふれた筋・骨格系の疾患、②画像上の異常所見は必ずしも痛みを説明できないことで原因の特定は難しい、③慢性化するとややこしい、ということが挙げられる。「①ありふれた筋・骨格系の疾患」に関しては、2019年の国民生活基礎調査の概況では、腰痛の有訴者率では、男性1位、女性2位と非常に頻度の高い症状である。「②画像上の異常所見は必ずしも痛みを説明できないことで原因の特定は難しい」に関しては、以前は、腰痛の原因は20%しか分からず、残りの80%は原因が特定できない、いわゆる非特異性腰痛とされてきた経緯があった²⁾。2015年、山口県の整形外科開業医の先生方のご協力で、山口県腰痛スタディという腰痛の実態調査を行った³⁾。その結果、整形外科専門医の診断では、腰痛の80%は原因が特定できることが報告され、2019年の腰痛診療ガイドラインにおいても記載されている。「③慢性化するとややこしい」に関しては、心理面の影響もかなり大きい線維筋痛症患者と、線維筋痛症以外の慢性疼痛を比較した研究で、線維筋痛症患者も線

維筋痛症でない慢性疼痛患者も、精神科医が診ると、ほぼ同じような診断分布になるという報告がある⁴⁾。つまり、慢性疼痛患者を精神科医が診ると95%くらいは精神的な診断名がつく。

腰痛の頻度が高い理由としては、①背骨の形態、②背骨と筋肉のバランス、③椎間板、の3つの要件が挙げられる。「①背骨の形態」は、胎生期から立位歩行するまでに刻々と変化する。立位姿勢をとるために作られた後天的な湾曲形態で動的ストレスを受けやすく、腰痛の原因になりやすい。「②背骨と筋肉のバランス」に関しては、上半身を垂直に保つには、骨盤の20～30°の斜面に、背骨を垂直に立たせる必要がある。そのメカニズムは、腹筋が緊張することによって腹圧を上げ、腹腔を固くし、前方から背骨を支え(30%)、後方からは腰背筋により引っ張っている(70%)。このバランスが崩れ筋・筋膜性腰痛を生じる。「③椎間板」に関しては、10代後半から加齢的变化が起こり、神経の圧迫等を生じ、痛みを生じるようになる。椎間板ヘルニアが痛みを生じやすい原因としては、神経根と末梢神経を比較すると、神経根は神経周膜が薄く炎症が波及しやすい、神経線維の走行が、疎で平行であり、圧迫等の影響を受け易いことが挙げられる。

急性腰痛時の安静については2つの論文による報告がある。①2日安静群と7日安静群を比較すると、3か月後の身体機能評価には差はなく、職業復帰は2日安静群のほうが早かった⁵⁾。②4日安静群と安静制限なし群を比較すると、安静制限なし群が有意に早く発症前のADLに復帰した⁶⁾。以上より、急性腰痛に対する安静の考え方としては、無理に動く必要はないが、絶対安静の必要はなく、動ける範囲で動いたほうがADLの早い回復が見込まれる。

一般腰痛患者の80～90%は発症6週以内で自然治癒するといわれている⁷⁾。日常生活上の腰痛予防の注意事項として、①できる限り座っていること、②横になればその方がよい、③同一姿勢を長くとらない。太らない、④中腰の姿勢をとらないことが挙げられるが、これを日常で守ることは難しい。

腰痛の予防は、骨盤傾斜を緩斜面にすることを

目的とし、腹筋を鍛え腹圧を上げることが必要。日常生活の指導としては、ものを持ち上げるときの注意として、痛みのある時は7kg以上の物を持たない、よくなってからも半年間は20kg以上の物を持つのを避ける。持ち上げる際は背中を伸ばしたままものを抱くように持ち上げる。座るときの注意として、膝を股関節より高くするようにする、床に座るときはあぐらをかかない、車を運転するときは、シートをできるだけハンドルに近づけ、膝を股関節より高くし背中を伸ばす。立つ時の注意として、両足を揃えて立たない、足台を置き片足ずつ交互に乗せる、中腰の姿勢では長くない、等が挙げられる。

腰痛体操は腰痛の予防や腰痛が再発しないための運動であって、腰痛が強いときは行ってはいけない。

腰痛体操としては、①不良肢位の改善、②腹筋の強化、③腹部のストレッチ、④背筋の強化がある。

腰痛の10～20%が原因不明で腰痛が慢性化する可能性がある、その中には腰だけの問題ではなく、痛みを認識する過程での問題もあると思われる。痛みを伝える神経線維は、有髄繊維のA δ 線維、無髄繊維のC線維の2種類があり、脊髄視床路の外側を経由し大脳皮質感覚野へ至り、痛みの分別をする径路(A δ 線維)と内側を経由し辺縁系、帯状回を経由し前頭前皮質へ至り、痛みの感情(情動)を認識する経路(C線維)がある。この間に、痛みの不快感を抑制する、下行性抑制系がある。慢性的な痛みは、大脳辺縁系に神経の可塑性を生じることで痛みの情報が歪んで伝わり、警告としての意味のない病的な痛みを感じている可能性がある。VASが40mm以上の中等症以上の亜急性に発症した腰痛患者を、1年間追跡調査した結果では、慢性化した群と回復群では、追跡10週目の早期の時点で、腰痛からの回復の差が出始める。そして両群の脳の灰白質の質量変化では優位に慢性化群が減少し、情緒に関する側坐核と内側前頭前皮質とのfunctional connectivityが有意に強くなっていることが証明されている⁸⁾。

原因が特定される80%の腰痛のうち、27%にRed Flagといわれる絶対に見逃してはいけない

腰痛がある（腰部脊柱管狭窄症、腰椎椎間板ヘルニア、圧迫骨折、感染等）。整形外科専門医に紹介すべき腰痛としては、安静時にもある腰痛、下肢の痛みを伴う腰痛、下肢のシビレを伴う腰痛、200m ぐらい歩くと徐々に歩けなくなる腰痛、3～6週間続く腰痛が挙げられる。

腰痛の予後に関しては、腰椎椎間板ヘルニアに対し、保存治療と手術治療を比較し、4年以降は有意な差がなかったとの報告がある。腰痛の治療には絶対的適応と社会的適応がある。仕事に支障がある場合は手術治療をするべきである。

- 1) https://jsite.mhlw.go.jp/aichi-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/anzen_eisei/newpage_00344.html
- 2) Deyo RA : N Engl J Med 344,2001
- 3) Suzuki H,Taguchi : PLOS ONE 2016
- 4) Miki K : Neuropsychopharmacology. Report 38:167-174, 2018
- 5) Gilbert JR.Br Med J.1985
- 6) Deyo RA. N Engl J Med. 1986
- 7) Waddell G. Spine 12 : 1987
- 8) B aliki M : N atb N eurosci.;1117-1119

[報告：常任理事 上野 雄史]

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。ただし、申込の内容が、法令違反その他不適切である場合には受理しません。

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、作業療法士も取扱います。

求人者又は代理人は、原則として直接当紹介所に赴いて、所定の求人票にご記入の上、お申し込みください。

ただし、直接来所できない時は、郵送でも差し支えありません。

求人申込の際には、賃金、労働時間その他の雇用条件を明示してください。

最新情報は当会ホームページにてご確認ください。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527 E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-231-3580



令和4年度山口県医師会有床診療所部会総会

と き 令和4年10月6日(木) 15:00～16:20

ところ 山口県医師会館6階 会議室

[報告：山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

総会に先立ち、「令和4年度第2回役員会」を開催し、総会の議事進行等について協議した。司会は伊藤県医専務理事が担当、加藤県医会長と部会長の正木が挨拶し、議事進行は部会長の正木が行うこととした。

開会

伊藤県医専務理事の進行で開催され、まず出席者の確認が行われ、部会会員数58名の内、出席者4名、委任状提出36名、合計40名で過半数に達しており、総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

加藤山口県医師会長 本日は令和4年度山口県医師会有床診療所部会総会にお集まりいただきありがとうございます。

有床診療所はコロナ感染症への対応等でも貢献されており、また、住民の身近で病床を有し、さらに在宅医療などかかりつけ医として頑張っておられる。正木部会長は中央でも頑張っておられ、有床診療所の診療報酬もかなり改善されてきているが、昭和60年には全国に26,000あった有床診療所数が、現在では6,000施設にまで減少し、また山口県でも平成7年の有床診療所数300が現在99施設まで減少してきている。県医師会としても正木部会長以下部会の先生方と一致協力して頑張っていきたい。本日は総会でのご協議よろしく願います。

正木 本日はお忙しいところ、山口県医師会有床診療所部会総会にご出席いただきありがとうございます。

先日の大型の台風14号は山口県を直撃したが、皆様の所の状況はいかがでしたでしょうか。岩国の山間部には400mmを超える雨量があり、錦川の支流では一部氾濫し、床上浸水もあったようですが、幸い人的被害はなかったようです。

コロナ感染症もようやく第7波が落ち着きつつあるが、医療機関での多くのクラスター発生の報告もある。そこで、全国有床診療所連絡協議会は有床診療所のコロナ感染症の状況や取組状況のアンケート調査を実施しており、この調査で有床診療所の貢献度や有益性が示せれば、今後厚労省等に対するアピールポイントになるものと考えます。

本日は事業報告、事業計画(案)等のご協議よろしく願います。

議長選出

会則13条の規定により、部会長の正木が議長となり協議に入った。

議事

(1) 令和3年度事業報告について

県医師会関係

- ・総会 (R3.10.7)
- ・第1回役員会 (R3.6.24)
- ・第2回役員会 (R3.10.7)

出席者

部会

部会長	正木 康史	理事	樫田 史郎
副部会長	阿部 政則	理事	伊藤 真一
理事	吉永 栄一		

県医師会

会長	加藤 智栄
常任理事	前川 恭子
理事	上野 雄史

全国有床診療所連絡協議会 関係

- ・第1回役員会「Web」(R3.8.29)〔正木〕
- ・第2回役員会「徳島」(R3.10.23)〔正木〕
- ・第3回役員会「Web」(R3.12.5)〔正木〕
- ・第1回常任理事会「Web」(R3.8.1)〔正木〕
- ・第2回常任理事会「徳島」(R3.10.23)〔正木〕
- ・第34回全国有床診療所連絡協議会総会「徳島大会」(R3.10.23～24)
〔正木、Web：河村、前川、伊藤〕
- ・自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」総会 (R3.12.13)〔正木〕

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会 関係

- ・役員会、総会、講演会「Web」(R4.1.23)
〔正木、Web：河村、前川、伊藤〕

(2) 令和4年度事業計画(案)について

県医師会関係では、令和4年度総会を10月6日(木)、第1回役員会を6月9日(木)、第2回役員会を10月6日(木)に開催、第35回全国有床診療所連絡協議会総会は山梨県富士吉田市において11月5日(土)・6日(日)ハイブリッド開催、第15回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会は令和5年1月15日(日)に広島県医師会館をベースにハイブリッド開催予定。その他、正木が全国有床診療所連絡協議会役員会・常任理事会、日医診療報酬検討委員会や自民党議連会議などに出席し、全国の情報をいち早く部会員に伝達する。

なお、上記の令和3年度事業報告及び令和4年度事業計画(案)について、それぞれ協議いただき、承認された。

(3) その他

①令和4年度全国有床診療所連絡協議会の活動報告

- i) 講演「2022年診療報酬改定の内容と対策(有床診療所)」(講師:酒井麻由美(株式会社リンクアップラボ))を令和4年4月30日(土)、JR博多シティ会議室で開催し、全国の会員にWeb配信した。
 - ii) 令和4年度第1回全国有床診療所連絡協議会役員会(令和4年6月5日、Web)
- ・日医会長選挙に関し、全国有床診療所連絡協議

会は松本吉郎先生を推薦することとし、役員会当日、斎藤会長は松本吉郎選挙事務所に出向いて推薦状を手交し、松本吉郎先生も挨拶された。

- ・現在、全国有床診療所連絡協議会は任意団体であり、いろいろな制約を受けず動きやすい面もあるが、国等との交渉の場では法人格を持つ必要がある、一年後を目途に一般社団法人化を進めることが承認された。

- ・参議院議員選挙では自見はなこ候補を推薦、支援することを決めた。

iii) 令和4年度第2回全国有床診療所連絡協議会役員会(令和4年8月28日、Web)

- ・参議院議員選挙について、自見はなこ候補の上位当選(医療系候補の中では最上位当選)が報告された。

- ・新型コロナウイルス感染症等に対する有床診療所の対応についてアンケート調査を実施し、そのデータを今後の国等との交渉材料とすることを決定した。

- ・次々回の全国総会は2023年9月2日(土)・3日(日)に福島市での開催が決まった。

②オンライン資格確認について

部会員より、オンライン資格確認の義務化には問題があるとの意見があった。マイナンバーカードの普及はまだ十分ではなく、またセキュリティの問題もあり、さらに療養担当規則にオンライン資格確認義務化が盛り込まれるが、療養担当規則は省令であり、省令が法令を超えて義務化を決めるのは問題がある。オンライン資格確認が患者さんにとってはメリットがあることもあって、日医も表立っては反対できない状況にあるようであるが、罰則が実行されることがないように要求していかなければならない。

③看護職員確保について

部会員より、看護師の確保が困難な状況にあるとの問題提起があった。すべての部会員が最近特に看護師確保が困難な状況にあり、入院制限も行わざるを得ない医療機関もあった。問題解決に向けて、県医師会でも検討していただきたいが、全国有床診療所連絡協議会でも問題提起してみたい。

講演

全国有床診療所連絡協議会と診療報酬改定

山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史

①診療報酬改定・全国有床診療所連絡協議会の取組（日医委員会、自民党議連、厚労省折衝）

日医診療報酬検討委員会には、日医推薦者、医師会連合各ブロック代表、内保連・外保連、各病院協会代表、各専門学会代表と全国有床診療所連絡協議会代表より構成され、総勢27名で日医委員会の中では最も大きな委員会であり、日医会長より3つの諮問（前回診療報酬改定の評価、次期診療報酬改定の要望、その時々課題）をいただき、鋭意議論を行っている。

自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」は平成16年に発足し、これまでは年2～3回開催され（コロナ禍では制限されているが）、その際には諸官庁の担当者にも出席いただき、われわれの要望を申し上げ、議連の先生方後押しをいただいている。議連の会議終了後には厚労省を訪問し、さらに詳しく懇談・要望を行っている。現在の議連会長は加藤勝信衆議院議員、事務局長は羽生田俊参議院議員、事務局次長は自見はなこ参議院議員で、100名を超える議員を要している。

②ここ10年間（5回）の診療報酬改定

正木も日医の診療報酬検討委員会委員として、ここ5回の診療報酬改定に携わらせていただいている。

平成26年改定であるが、この年には第六次医療改正で医療法の中に有床診療所の役割が明記されるなど、有床診療所の評価の見直しが行われたこともあり、われわれの念願であった入院基本料の大幅な点数引上げを勝ち取ることができた。これらの成果を勝ち取るために、全国有床診療所連絡協議会の精力的な活動があったことをお知らせしておきたい。この年の改定の大きな問題点は、一般病棟7対1入院基本料の施設基準に自宅等退院患者割合75%以上が設定されたが、有床診療所が自宅等の扱いにならず、急性期病院からの有床診療所への流れが阻害されたことである。

そこで、次期平成28年度改定に向けて、この一般病棟7対1入院基本料の施設基準の見直しを強く求め、在宅復帰機能強化加算をいただいた

うえで、有床診療所を自宅等の扱いにさせていただくことができた。この改定では、入院中の他医療機関受診時減算の緩和もあった。

平成30年度改定は医療保険・介護保険の同時改定の年であったが、厚労省より有床診療所の「地域包括ケアモデル」と「専門医療提供モデル」を提唱していただき、地域包括ケアモデルでの運用の支援として、介護連携加算が新設された。

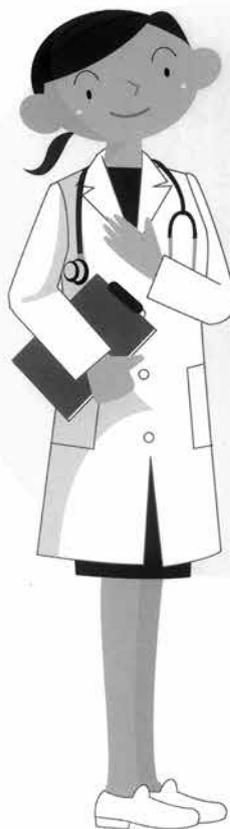
令和2年度の改定の基本的視点は「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」であったため、全国協議会もこの基本的視点に沿った要望を行い、要望10項目の内6項目（初期加算の点数・日数の引上げ、医師配置加算の点数の引上げ、夜間看護配置加算の点数の引上げ、看護配置加算の点数の引上げ、看護補助配置加算の点数の引上げ、医師事務作業補助体制加算の新設）もの要望を実現できた。

令和4年度改定では、初期加算の大幅な点数・日数の引上げがあり、かなりの入院収益増に繋がるものと期待される。また、有床診療所において地域連携分娩管理加算3200点が新設され、産科有床診療所への大きな評価をいただいた。

③今後の課題

「有床診療所回復期病床の新設」：病床機能報告制度に基づき各医療圏で地域医療調整会議が開かれているが、ほとんどの医療圏で急性期病床及び慢性期病床が過剰で、回復期病床が不足している。地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって、地域に密着し多機能を有する有床診療所は今後も必要とされる回復期病床の機能を担っていく有用な医療資源であり、厚労省からも「有床診療所地域包括ケアモデル」が提唱されているが、有床診療所入院基本料には回復期病床の設定がない。今後有床診療所がより多くの回復期病床の機能を分担すれば、地域包括ケアシステムの円滑な運営に貢献できる。そこで、現在病院にある地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟と同様形態の以下に記載する回復期病床の新設を強く要望する。

- i) 有床診療所地域包括ケア病床
- ii) 有床診療所回復期リハビリテーション病床



ホッ！これで安心。

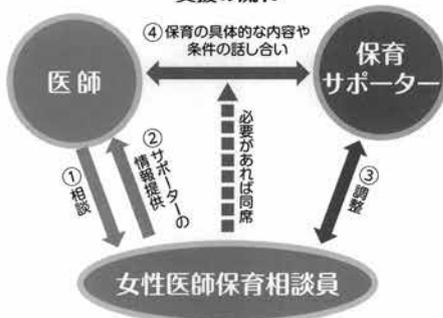
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



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!

令和4年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事 及び関係者合同会議

と き 令和4年9月22日(木) 15:00～16:00

ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

[報告:常任理事 上野 雄史]

本会議は、郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事、山口県医師会、山口県健康福祉部、社会保険診療報酬支払基金山口支部、全国健康保険協会山口支部、山口県国民健康保険団体連合会、山口県後期高齢者医療広域連合、当該年度の代表保険者(※本年度は健康保険組合連合会山口連合会)、市町行政の特定健診担当者が一堂に会し、情報交換及び意見交換を行うことを目的に年1回開催している。毎年、対面で開催していたが、本年度は新型コロナウイルス感染症の感染蔓延状況に鑑み、Web及び対面のハイブリッド形式で開催した。

会長挨拶

加藤会長 山口県の市町村国保での特定健診の受診率は、平成30年度までは全国最下位だったが、皆様のご尽力により、令和元年度は全国44位、令和2年度は全国38位になった。

しかしながら、新型コロナウイルス感染症の影響による特定健診等の受診控えが続いていること等により、受診率自体は令和元年度よりも下がっていることから、本日まで出席の皆様方と連携して受診率の向上に取り組んでまいりたいと考えている。

協議事項

- (1) 令和3年度の実施結果について
- (2) 令和4年度の実施状況について

事前配付資料にて令和4年度の実施主体と山口県医師会との集合契約の内容、特定健診等の保険者別の早見表、単価等を示した。

上記(1)、(2)に関しては各実施主体担当者より個別にご説明いただいた。

山口県国民健康保険団体連合会 本件の市町村国保での特定健診の受診率の状況は、先ほどの加藤会長のご挨拶の中でご報告いただいたとおりである。令和2年度の対前年度比の数字は全国のほとんどでマイナスとなっているが、その中において山口県は下げ率が一番小さかった(資料)。令和3年度8月末までの数字では、県内市町村の実施率は31.6%である(法定報告では31.9%となる予想で前年度より2%増となると思われる)。特定保健指導の実施率は年々下がっている。

社会保険診療報酬支払基金山口支部 令和3年度の特定健診・特定保健指導は3,650医療機関から17,976件の請求があった。令和2年度と比較して機関数は4.2%増加、請求件数は7.4%増加している。令和4年度は7月までに637医療機関から1,728件の請求となっており、前年度に比べて両者とも減少している。これは新型コロナウイルス感染拡大の影響と思われる。

全国健康保険協会山口支部 協会けんぽでは、被保険者に対しては生活習慣病予防健診として特定健診の項目にがん検診を追加したもの、被扶養者に対しては特定健診を実施している。被保険者の中で事業者健診として、事業所で労働安全衛生法に基づき実施された定期健診の結果を特定健診の結果として取り込んでいる。被保険者に関しては、生活習慣病予防健診と事業者健診の対象者数は182,831人に対し、実施者数は123,058人、実施率は67.3%で前年度と同様の結果であった。被扶養者に関しては、特定健診の対象者数は51,449人に対し、実施者数は12,413人、実施率は24.1%で前年度から0.8%微増であった。特定保健指導は、被保険者で実施率18.0%と前年

度から1.1%微増、被扶養者で実施率8.3%と前年度から2.9%減であった。

令和4年度の取組みとして、被保険者に対しては生活習慣病予防健診実施機関の拡大、受診率の低い地域での集団健診の実施(昨年度70会場、本年度92会場予定)、被扶養者に対しては全19市町と協働し市町がん検診との同時実施を推進する。新たな取組みとして、特定健診実施医療機関に対し、受診案内及び勧奨を目的として健診案内のポスター掲示を依頼している。

山口県後期高齢者医療広域連合 新型コロナウイルス感染症の関係で令和2年度は受診券の発送が6月になったが、令和3年度及び令和4年度は4月に発送している。令和3年度の受診者数は32,779人で、実施率は31.68%と前年度から3.7%減少している。受診率向上のための取組として受診勧奨ポスターを作成し、実施医療機関へ送付している。また、令和元年度以前に受診歴がある方で、令和2年度に受診歴がない方、令和2年度中に後期高齢者となられた方で受診歴のない約1万人に対してハガキでの受診勧奨を行った。

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 野村 寿和 (Web)
 玖珂 立石 肇 (Web)
 熊毛郡 曾田 貴子 (Web)
 吉南 弘中 克己 (Web)
 美祢郡 吉崎 美樹
 下関市 橋本 亮 (Web)
 宇部市 内田 悦慈 (Web)
 山口市 吉兼 隆大
 萩市 兼田健一郎 (Web)

徳山 椎木 俊明
 防府 岡澤 正 (Web)
 下松 小林 究 (Web)
 岩国市 野坂 誠士
 山陽小野田 西村 純一 (Web)
 光市 井上 祐介
 柳井 松原 良尚 (Web)
 長門市 斎木 淳 (Web)

県医師会

会長 加藤 智栄
 副会長 中村 洋
 常任理事 上野 雄史
 理事 竹中 博昭

県健康福祉部

医療保険課 主査 細井 寛和

山口県国民健康保険団体連合会

保険者支援課 課長 重富 知巳 (Web)
 保険者支援課 健康増進班 主任 深津 康幸 (Web)

社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課 副長 永井 慎一
 管理課 係員 原田 洋行

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課 保健事業推進係 係長 安部 真紀 (Web)
 業務課 保健事業推進係 主任主事 大嶋 健介 (Web)

全国健康保険協会山口支部

保健グループグループ長 加藤 泰大

健康保険組合連合会山口連合会

事務局長 栗元 教行 (Web)

市町担当者

下関市保険年金課 主査	福本 晃久 (Web)	柳井市市民生活課 主査	松本 航 (Web)
宇部市保険年金課 課長	玉泉 信寛 (Web)	美祢市市民課 主査	山村 和子
山口市保険年金課 副主幹	三好 貴子 (Web)	周南市保険年金課 医療費適正化担当主査	廣末 有 (Web)
萩市市民課保険年金係 主任	後藤 泰裕 (Web)	山陽小野田市国保年金課 主任主事	垣村 里絵 (Web)
防府市保険年金課 主事	濱元 智成 (Web)	周防大島長健康増進課 主事	河村 亮 (Web)
下松市保険年金課 主査	古谷 寛将 (Web)	上関町住民課 主任主事	中島 和哉 (Web)
岩国市健康推進課 健診班長	貴船 信子 (Web)	田布施町健康保険課 担当係長	田代 明子 (Web)
光市市民課 主任	藤井 友子	平生町健康保険課 主事	高村 真弥 (Web)
長門市総合窓口課 事務職員	橋本 結 (Web)	阿武町健康福祉課 主事	高橋 梨乃 (Web)

令和4年度の状況は、昨年同時期と比較して受診率は約3ポイント増加の9.45%である。シルバー人材センターの会員に対し資料配付、健診実施医療機関に対して結果説明用資料を送付している。

健康保険組合連合会山口連合会 対象者は約2万人おり、令和3年度の特定健診の受診率は83.8%、特定保健指導の実施率は62.5%となっている。特定健診の受診率はここ数年8割を超えており、徐々に増加している。県内7つの健

(市町村国保) 都道府県別特定健康診査実施状況(平成28年度～令和2年度)

	平成28年度			平成29年度			平成30年度			令和元年度			令和2年度			02年-28年		
	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	伸び	順位	
北海道	27.6%	44	0.5	28.1%	45	0.5	29.5%	44	1.4	28.9%	46	-0.6	27.0%	44	-1.9	-0.6	12	北海道
青森	36.3%	28	0.8	37.1%	26	0.8	38.0%	27	0.9	38.0%	28	0.0	33.8%	26	-4.2	-2.5	24	青森
岩手	43.2%	7	-0.3	44.4%	7	1.2	45.4%	6	1.0	47.9%	3	2.5	42.5%	3	-5.4	-0.7	14	岩手
宮城	47.3%	1	0.7	47.7%	1	0.4	48.3%	2	0.6	48.9%	2	0.6	42.0%	5	-6.9	-5.3	39	宮城
秋田	36.5%	26	0.1	37.0%	27	0.5	37.3%	30	0.3	37.4%	31	0.1	30.7%	37	-6.7	-5.8	42	秋田
山形	46.5%	2	0.5	47.0%	2	0.5	48.7%	1	1.7	49.7%	1	1.0	47.2%	1	-2.5	0.7	6	山形
福島	41.0%	15	1.0	41.9%	13	0.9	42.8%	14	0.9	43.3%	14	0.5	37.6%	16	-5.7	-3.4	29	福島
茨城	36.4%	27	1.2	36.9%	28	0.5	38.0%	27	1.1	38.6%	25	0.6	26.3%	46	-12.3	-10.1	47	茨城
栃木	34.5%	32	0.8	35.4%	32	0.9	36.6%	32	1.2	37.0%	32	0.4	30.8%	36	-6.2	-3.7	30	栃木
群馬	41.3%	14	0.2	41.4%	15	0.1	41.6%	17	0.2	42.6%	16	1.0	35.2%	22	-7.4	-6.1	44	群馬
埼玉	38.9%	21	0.3	39.6%	20	0.7	40.3%	20	0.7	40.7%	19	0.4	34.9%	24	-5.8	-4.0	34	埼玉
千葉	39.2%	19	0.5	40.1%	18	0.9	40.7%	18	0.6	40.9%	18	0.2	33.0%	28	-7.9	-6.2	45	千葉
東京	44.7%	5	-0.2	44.9%	5	0.2	44.7%	8	-0.2	44.2%	11	-0.5	40.8%	9	-3.4	-3.9	33	東京
神奈川	27.0%	45	-0.2	27.4%	46	0.4	28.4%	46	1.0	28.8%	47	0.4	25.7%	47	-3.1	-1.3	18	神奈川
新潟	43.2%	7	0.4	43.8%	10	0.6	44.2%	10	0.4	45.0%	8	0.8	37.9%	14	-7.1	-5.3	39	新潟
富山	43.0%	9	0.1	43.9%	9	0.9	44.7%	8	0.8	44.7%	9	0.0	41.7%	6	-3.0	-1.3	18	富山
石川	45.1%	4	0.3	45.6%	4	0.5	46.1%	4	0.5	47.0%	4	0.9	40.2%	10	-6.8	-4.9	36	石川
福井	32.4%	37	0.0	32.9%	38	0.5	34.6%	37	1.7	35.0%	35	0.4	26.9%	45	-8.1	-5.5	41	福井
山梨	43.9%	6	1.3	44.8%	6	0.9	45.9%	5	1.1	46.4%	7	0.5	39.0%	12	-7.4	-4.9	36	山梨
長野	45.8%	3	0.6	46.5%	3	0.7	46.9%	3	0.4	46.8%	5	-0.1	41.5%	7	-5.3	-4.3	35	長野
岐阜	37.3%	25	0.7	37.9%	25	0.6	39.6%	22	1.7	40.5%	20	0.9	37.9%	14	-2.6	0.6	7	岐阜
静岡	37.6%	24	0.0	38.0%	24	0.4	38.4%	25	0.4	38.4%	27	0.0	34.8%	25	-3.6	-2.8	27	静岡
愛知	39.2%	19	0.3	39.7%	19	0.5	39.7%	21	0.0	39.5%	22	-0.2	35.9%	18	-3.6	-3.3	28	愛知
三重	42.1%	12	0.3	42.5%	11	0.4	43.2%	12	0.7	44.0%	12	0.8	42.1%	4	-1.9	0.0	9	三重
滋賀	38.0%	23	-0.2	38.8%	23	0.8	40.7%	18	1.9	41.8%	17	1.1	35.5%	20	-6.3	-2.5	26	滋賀
京都	32.5%	36	0.5	33.6%	35	1.1	34.0%	38	0.4	34.7%	36	0.7	28.8%	39	-5.9	-3.7	31	京都
大阪	30.0%	42	0.1	30.3%	42	0.3	30.8%	42	0.5	30.1%	45	-0.7	27.5%	42	-2.6	-2.5	24	大阪
兵庫	34.8%	30	0.2	35.4%	32	0.6	35.1%	35	-0.3	34.1%	39	-1.0	30.9%	34	-3.2	-3.9	32	兵庫
奈良	31.2%	40	0.4	31.6%	40	0.4	32.1%	41	0.5	33.6%	40	1.5	30.9%	34	-2.7	-0.3	11	奈良
和歌山	32.8%	35	1.0	33.6%	35	0.8	35.5%	34	1.9	36.3%	34	0.8	31.8%	32	-4.5	-1.0	17	和歌山
鳥取	31.5%	39	-0.2	32.2%	39	0.7	33.5%	39	1.3	34.3%	37	0.8	32.5%	29	-1.8	1.0	5	鳥取
島根	42.9%	10	-0.5	44.1%	8	1.2	45.4%	6	1.3	46.7%	6	1.3	45.1%	2	-1.6	2.2	2	島根
岡山	28.9%	43	0.2	29.5%	43	0.6	29.3%	45	-0.2	30.5%	43	1.2	28.7%	40	-1.8	-0.2	10	岡山
広島	26.7%	46	1.0	28.3%	44	1.6	30.2%	43	1.9	30.7%	42	0.5	27.3%	43	-3.4	0.6	7	広島
山口	26.0%	47	0.6	26.7%	47	0.7	28.0%	47	1.3	30.3%	44	2.3	29.7%	38	-0.6	3.7	1	山口
徳島	34.8%	30	-0.4	35.1%	34	0.3	36.3%	33	1.2	36.9%	33	0.6	37.0%	17	0.1	2.2	2	徳島
香川	41.6%	13	0.5	42.2%	12	0.6	42.1%	16	-0.1	44.0%	12	1.9	39.4%	11	-4.6	-2.2	22	香川
愛媛	30.3%	41	-0.3	30.6%	41	0.3	33.1%	40	2.5	32.8%	41	-0.3	28.5%	41	-4.3	-1.8	20	愛媛
高知	35.9%	29	1.5	36.5%	29	0.6	38.3%	26	1.8	37.7%	30	-0.6	35.2%	22	-2.5	-0.7	14	高知
福岡	32.3%	38	0.8	33.5%	37	1.2	34.8%	36	1.3	34.2%	38	-0.6	31.4%	33	-2.8	-0.9	16	福岡
佐賀	41.0%	15	2.8	41.3%	16	0.3	43.0%	13	1.7	43.3%	14	0.3	38.8%	13	-4.5	-2.2	22	佐賀
長崎	38.5%	22	-0.1	39.4%	21	0.9	39.5%	23	0.1	39.2%	23	-0.3	32.5%	29	-6.7	-6.0	43	長崎
熊本	34.2%	34	-0.9	35.8%	31	1.6	37.6%	29	1.8	38.0%	28	0.4	33.6%	27	-4.4	-0.6	12	熊本
大分	40.6%	17	-0.6	41.8%	14	1.2	42.4%	15	0.6	40.5%	20	-1.9	35.4%	21	-5.1	-5.2	38	大分
宮崎	34.4%	33	0.1	36.1%	30	1.7	36.7%	31	0.6	38.7%	24	2.0	35.9%	18	-2.8	1.5	4	宮崎
鹿児島	42.9%	10	0.4	41.3%	16	-1.6	44.1%	11	2.8	44.7%	9	0.6	41.1%	8	-3.6	-1.8	20	鹿児島
沖縄	39.4%	18	0.7	39.1%	22	-0.3	39.3%	24	0.2	38.6%	25	-0.7	32.1%	31	-6.5	-7.3	46	沖縄
全国	36.6%		0.3	37.2%		0.6	37.9%		0.7	38.0%		0.1	33.7%		-4.3	1.7		全国

※各年度速報値(市町村国保が支払基金に報告した実績報告から作成)

※国保組合含まない

資料

康保険組合があり、受診率が9割を超えている組合が2組合ある。全組合100%の受診を目指して取り組んでいる。

令和4年度の受診勧奨としては被扶養者の受診率向上を図るべく、電話、手紙、パンフレット、広報等を実施する。

加藤会長 特定健診の受診率を上げるには、被扶養者の受診率を上げる必要があるが、何かよい知恵はないか。

県医務保険課 徳島県等、受診率の高い地域では、訪問等での地道な呼びかけ、受診券発送前に受診の意思を確認し、受診を希望しない場合はそれに対する働きかけを行っている所もある。

続いて、各市町担当者に特定健診・特定保健指導の令和3年度実施結果及び令和4年度の実施状況について事前聞き取りを行っており、資料として提示。令和4年度に新たな取組みを行っている以下の市町担当者から追加説明をいただいた。

宇部市 令和4年度から携帯電話のショートメッセージサービスを利用しての受診勧奨を11月に行う予定である。本年度はテストケースとして約1,000件送信予定で、メールの本文にリンクを貼って、本市の特定健診の内容が分かるページへ接続できるようにする。メリットとしては葉書より安価である。デメリットとしては本年度は葉書での受診勧奨も行うので、メールの効果判定を評価しにくい、メールを開封してくれない可能性がある、携帯番号の入手に手間がかかる等がある。受診率の低い若い世代に響く施策を行わなければならないと考えている。

山口市 特定健診の継続受診を促すことを目的として、昨年と今年連続で受診された方のうち、抽選で「道の駅商品引換券」をプレゼントするキャンペーンを行っている。今日現在(9月22日)で約60件の申し込みがある。

周南市 新たな取組みとして、特定健診の対象ではない39歳、40歳の方を対象に受診勧奨、特

定健診実施期間の延長を行う。

続いて、山口県医務保険課から「市町国民健康保険の特定健診受診促進広告」に関する説明がなされた。

県医務保険課 令和3年度から、市町が受診券を発送する春と受診勧奨強化月間の9月、10月に受診を呼びかける広告を行っている。テレビCM、ラジオCM、レノファ山口の試合会場でのPR、スーパー、市町庁舎、商業施設でのチラシ、ポスター、のぼり等の設置を行っている。令和4年度からは若い世代を狙って、Yahoo!、YouTubeでのWeb広告を追加している。

続いて、県医師会から特定健診等における県医師会請求事務代行についての説明を行った。

県医師会 県医師会が行っている特定健診請求事務代行の本年8月受付分までの年度別件数は、令和元年度から令和3年度まで年々減少傾向であったが、本年度は昨年度同時期と比較し約1,300件増加している。

(3) 令和5年度の実施に向けて(受診率の向上について)

全国健康保険協会山口支部 被扶養者の受診率向上に向けて、受診機会を増やす取組みを行っている。また、市町と連携してがん検診との同時受診を勧めている。

山口県後期高齢者医療広域連合 口コミや人からの誘い等、人からの直接の声掛けが効果があるのではないかと考えている。

(4) その他

県医師会より令和5年度の標準単価案を示し、令和4年度の診療報酬改定において、血液採取(静脈)の点数が2点上がったことに伴い、金額を一部変更したこと等の説明を行った。また、県医師会が契約する令和5年度の集合契約Bの特定健診・特定保健指導、後期高齢者の健康診査の概要を示した。

山口県医師会健康スポーツ医学研修会

と き 令和4年10月1日(土) 15:00～17:00

ところ KAMEFUKU ON PLACE (旧:ホテルかめ福)

[印象記:山口県医師会健康スポーツ医学委員会副委員長 吉金 秀樹]

山口県医師会健康スポーツ医学研修会は、「コロナ禍」の影響で、令和2年、3年と開催の中止を余儀なくされていた。本年9月になって第7波も収束の兆しとなり、10月1日(土) KAMEFUKU ON PLACE (旧:ホテルかめ福)にてようやく対面での開催に漕ぎ着けることができた。「フレイル」をテーマに前半が特別講演、後半に実地研修という2部構成で県内各地から多数の先生方やコメディカルの方々の参加があった。

特別講演

フレイルに関する最近の話題について

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

老年内科部長 佐竹 昭介

特別講演の佐竹昭介先生は、平成30年度の当研修会の演者としてお招きしているが、「フレイル」に関して国立長寿医療研究センターは日本トップの研究施設であり、佐竹先生はその第一人者である。「フレイルに関する最近の話題について」と題し、非常に興味深い講演をしていただいた。

高齢者医療におけるフレイルの意義

高齢者のフレイル評価法として、身体機能評価と機能障害評価がある。身体機能評価として改訂日本版CHS基準(J-CHS)がある。J-CHSの評価基準に、3項目以上該当するとフレイル、1～2項目に該当するとプレフレイル、該当なしはロバスト(健常)であった。J-CHS基準は新規要介護認定率、フレイルの有症率が推定できた。

機能障害評価として、介護予防健診で使った「基本チェックリスト」(厚生労働省作成)がある。基本チェックリストは、3年間の自立率&生存率、2年間の新規要支援・要介護認定の推定に

有用であった。特に、運動機能・転倒、栄養状態の評価に優れていた。また、基本チェックリストとJ-CHS基準には、良い相関があった。

後期高齢者へのアプローチには、基本チェックリストのみならず、日本老年医学会の「かかりつけ医のための後期高齢者の質問票マニュアル」の活用が有用である。この質問票の合計点が4点以上のグループでは、約95%が身体的プレフレイル又はフレイルであり、3点以下のグループでは、約57%がロバスト(健常)であった。

コロナ禍のフレイル問題

新型コロナウイルスの蔓延により、社会的交流の自粛を促す生活様式が求められるようになり、高齢者の活動量は減少している。フレイル状態を併存しやすい後期高齢者を対象として、ICT(コンピューター、スマートフォン、タブレット端末など)の利用が自発的な健康維持活動と関連するかどうかを検討した。ICTを利用していない高齢者はフレイルの割合が多い。逆に、ICTを利用している高齢者はフレイルとは無関係に自発的運動をしていて、フレイルの新規発症が低い。高齢者のICT活用は、脳の活性化や思考力の改善に効果があり、生活意欲や生活満足度を高めると考えられた。

コロナ禍におけるフレイル高齢者診療においては、疾患・ストレスから要支援・要介護状態に陥りやすいため、その評価法として「Clinical Frailty Scale(臨床虚弱尺度)」を用いることも示された。このClinical Frailty Scaleは、認知症のある人々の虚弱をスコア化したもので、「非常に健康である」の1から、「人生の最終段階」の9までに分類されている。フレイルは、4から6に相当する。コロナ禍においては、健康寿命の評価

法である J-CHS、基本チェックリストだけでなく、生物学的寿命の評価法である Clinical Frailty Scale と合わせて行うことも有用である。

健康的な加齢と内在能力

国連総会は、2020年12月に、2021から2030年の10年間を、健康的に歳を重ねる「The Decade of Healthy Ageing」と宣言している。健康な高齢化とは、「高齢であっても満足できる生活状態が可能であるような機能的能力を発達させ維持するプロセス」をいう。

このためには、個人が利用できる身体的能力と精神的能力をすべて複合したものである「Intrinsic Capacity（内在能力）」が重要となる。この内在能力の代表的なものとして、移動能力、認知機能、活力（栄養など）、視覚機能、聴覚機能、精神機能の6つを挙げている。健康長寿のためには、内在能力の低下を管理し最小限にすることを念頭に置くことが重要である。

以上のことから、WHOは、高齢者のための包括的ケア「Integrated Care for Older PEople (ICOPE)」を管理するための地域レベルの介入ガイドラインを作成している。日本老年医学会において「ICOPEハンドブック」の日本版も完成している。是非ともICOPEハンドブックを検索して活用してほしい。世界的に健康長寿を重要視して取り組んでいることには驚いた。

最後に、老年医学の先達である Nathan W Shock 博士の「老年学の目的は、単に寿命を延ばすことではなく、高齢期の身体障害や要介護状態を最小限にすることである」という言葉を引用されて講演を終えられた。

実地研修

フレイルに対する国立長寿医療研究センターでの評価・介入の取り組み

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

リハビリテーション科理学療法主任 相本 啓太

相本啓太先生は、山口県下松市出身で徳山高校の理数科から名古屋大学理学部数理学科に入学されたが、在学中に骨折で入院。そこで受けたリハビリに興味を持ち、名古屋大学医学部保健学科

理学療法学専攻に編入されたという経歴で、さすがに理数系に強くコンピュータープログラミングにも精通しておられる。

フレイルで移動機能の低下を評価する際、ロコモ度のテストとして「2ステップテスト」を紹介された。2歩のステップの状態を注意深く観察することにより、多くの情報を得ることができる。SPPB（Short Physical Performance Battery）や通常歩行速度は、要介護悪化ハイリスク者を簡便にスクリーニングできる身体機能評価として有用であることを示された。歩くことは、われわれにとって基本であることを改めて実感した。

講演の中で、特に印象に残ったのは、Lancetの介護施設での転倒の瞬間をとらえたビデオ観察研究である。転倒原因として第一位は、「つまづき」と思いがちだが、実は、「体重移動の失敗」（41%）だということがわかった。ものを取ろうとしたり移動したりする時に歩幅が狭まってバランスを崩して転倒する姿を動画で見て、なるほどと思った。日々の運動の中にバランス能力を向上させる運動を行う必要性を感じた。国立長寿医療研究センター（「長寿研」と言っているようだ）では、転倒関連動作を解析することにより、転倒要因を分析し、データベース化している。

「長寿研」における「ロコモフレイル外来」でのフレイルへの介入は多職種で協力・連携し評価・治療にあたり、日本でも類を見ない総合診療システムを構築している。その専門的な評価を基に、一人ひとりの状態に適した運動療法を行っている。必要に応じてバランスロボットを使用した特別なトレーニングもあるようだ。フレイルに介入効果がみられたのは、運動と栄養療法の両方が行われた群であった。フレイルが解消されない高齢者の特徴として、通常歩行速度は遅く、歩幅は短く、ケイデンス（単位時間内の歩数）が少ないということであった。

「長寿研」が作成した「一般高齢者のための在宅活動ガイド（HEPOP）」を紹介された。HEPOP（ヒーポップ）のフローチャートは、簡単な質問に答えるだけで、より適した活動メニューが選択可能である。身体機能、認知機能、摂食嚥下、栄養の側面から6つのパックが用意されている。

興味がある方は、国立長寿医療研究センターのホームページからHEPOPを検索してほしい。私も家に帰り早速内容を見たが、大変丁寧で分かりやすい。「バランス向上パック」を見たが、身体の動かし方、回数、時間、ポイントまで説明しており高齢者にとっても活用しやすい。早速使ってみようと思った。

最後に、「長寿研」でのコンピューターによる「歩行解析」を紹介された。自分がどのように歩いているかを分析動画で客観的に理解してもらい、歩き方分析シートを作成して指導しているそうだ。このモーションキャプチャーによる動作分析は、最近、野球の投球フォームやバッティングなどいろいろなスポーツにも応用されている。私の大好きなゴルフで、このモーションキャプチャーによる動作分析が簡単にできるようになれば、もっと楽しくなるだろうと思った。

少子高齢化が進み人口が減少する現代の日本社会において、高齢者フレイルは今後、ますます重要な問題となる。「フレイル」に関することはある程度理解しているつもりだったが、初めて耳にすることや目から鱗が落ちるような話題が数多くあり、今回、本当に勉強になった。非常に格調高く、大変有意義な講演であった。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会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



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

 **0120-337-613**
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

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

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

禁煙推進委員会だより

「第二次防府市健康増進計画の喫煙対策について」

防府市健康福祉部健康増進課／
山口県医師会禁煙推進委員 原田 陽子

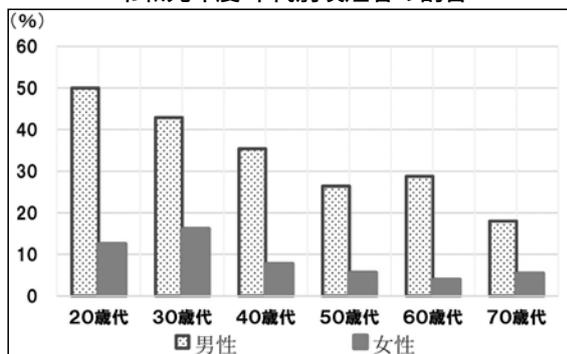
『みんなでつながり思いやる健やかなまち「ほうふ」』を目指して

防府市では、第二次防府市健康増進計画「健やかほうふ21計画（第二次）」を策定し、乳幼児期から高齢期までの、それぞれのライフステージに応じて、家庭・地域・学校・職域・行政等が一体となり、「栄養・食育」「歯と口の健康」「身体活動・運動」「日頃の健康管理」「喫煙」「こころの健康」「地域のつながり」の7分野の健康づくりに取り組んでいます。

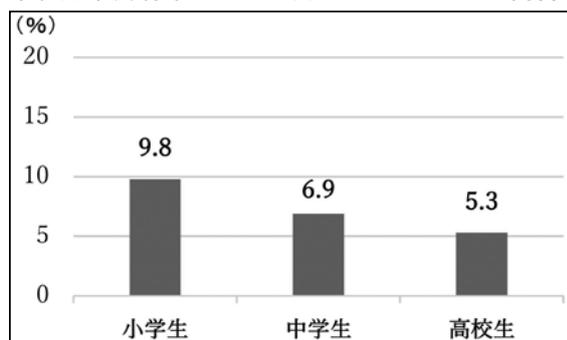
「喫煙」分野においては、「将来たばこを吸わない若者を育てよう」を目標に喫煙対策を展開しています。

防府市の喫煙の現状

令和元年度 年代別喫煙者の割合



令和元年度 将来たばこを吸いたいと思う人の割合



資料：R元年度健やかほうふ21計画（第二次）中間評価のためのアンケート

防府市の年代別喫煙者の割合をみると、男女別で一番喫煙者の割合が高い年代は、男性は20歳代（50%）、女性は30歳代（16.1%）となっています。

将来たばこを吸いたいと思う人の割合は、小、中、高校生と年齢が上がるにつれ減っているにもかかわらず、特に20～30歳代の男性の喫煙率は高い現状にあります。

「喫煙」対策

そのような現状を踏まえ、防府市では啓発活動として、世界禁煙デーに合わせて、公民館等への禁煙啓発ポスターの掲示や市広報やホームページで、たばこの害や禁煙相談窓口を周知しています。また、子育て世代でもある20～30歳代の男性の喫煙率が高いことから、子どもの身近にたばこの影響を与えない取組として、妊娠届出時や1歳6か月児健診、3歳児健診時に、同居家族に喫煙者がおられる人には、パンフレットを用いてたばこの害や禁煙外来、受動喫煙の影響等について伝えています。禁煙の意思のない保護者にたばこの害等を伝えても、軽く受け流されてしまうこともあります。受動喫煙については、子どもへの健康被害を心配され真剣に話を聞いてくださる人が殆どです。また、自宅ではどのような場所で喫煙されているのかをお聞きし、換気扇の下での喫煙は受動喫煙対策としては不十分な事等、受動喫煙防止に関する正しい情報を具体的に伝えています。保護者に正しい情報を伝えることで、将来たばこを吸わない若者を育てることにつながると考え、引き続き繰り返し伝え続けています。

そして今年度新たな取組として、喫煙対策も含めた第二次計画の各分野のポイントを網羅したリーフレットを作成中です。

今後も医療機関、学校、企業、地域、関係機関と連携し、喫煙対策に取り組んでいきたいと思っておりますので、県医師会員の皆様におかれましても、御協力、御指導のほどよろしくお願いいたします。



理 事 会

— 第14回 —

10月6日 午後5時～7時15分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・上野・茶川・縄田各常任理事、藤原・竹中・木村・岡・藤井各理事、藤野・宮本・友近各監事

協議事項

1 来年度の県の施策・予算措置に対する要望について

要望事項（案）4項目の一部を最終修正し、要望することに決定した。

2 来年度の市町の施策・予算措置に対する要望について

市町への要望の実施に向けて、要望項目の提出、決定等の今後の作業スケジュールを確認した。

3 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の活用に関する要望について

臨時交付金を活用した医療機関への物価高騰支援策についての要望内容の協議を行い、県知事、県議会に要望することを決定した。

4 若手医師入会促進のための医師会費の改定について

日本医師会が卒後5年間は医師会費を全額減免するよう改定することに呼応し、本会においても同様に卒後5年間は会費を全額減免とすることとし、所定の手続きを行うことを決定した。

5 第1回郡市医師会長会議について

中央情勢報告、若手医師入会促進のための医師会費の改定、令和5年度の県の施策・予算措置に対する要望等を提出議題とすることを決定した。また、その他として「外来機能報告制度」の

説明、「第31回日本医学会総会2023東京」の事前登録依頼も行うこととした。

6 山口大学医師会との懇談会について

本会から、山口県の救急医療と医師確保、研究助成金制度の創設を議題とすることを決定した。

7 郡市医師会との懇談会について

今年度役員改選があった郡市医師会との懇談会を開催し、長期的視点に立った事業構想等の協議事項、コロナ禍での懇談会の実施形式等について協議した。

8 新型コロナウイルス感染症対応「休業一時金」の申請について

申請4件について審議を行い、承認した。

9 循環器病対策県民フォーラム・やまぐち健康経営フォローアップ講習会の共催について

山口県健康福祉部長から11月に県総合保健会館で開催する標記講習会の共催依頼があり、承諾した。

10 母体保護法指定医師研修機関の辞退について

岩国医療センターから、標記研修機関としての指定要件を満たさなくなったとして辞退届の提出があり、受理した。

人事事項

1 花粉情報委員会の委員について

異動に伴う新たな委員2名の選任について承認した。

2 男女共同参画部会副部会長の推薦について

部会の副部会長を2名体制とするため、1名の追加推薦があり承認した。

理 事 会

報告事項

1 第69回精神保健福祉全国大会第2回実行委員会「Web」(9月15日)

標記大会を山口市で開催し、山口大学国際総合科学部の小川教授による「不安に向き合うための哲学」と題した講演や「コロナ禍における人と人との距離感」をテーマとしたシンポジウム等を実施することとした。(事務局長)

2 第31日本医学会総会：第3回地域別統括者会合兼地域別会合「Web」(9月15日)

「ビッグデータが拓く未来の医学と医療～豊かな人生100年時代を求めて～」をテーマに来年4月にハイブリッド形式で開催されるとの説明があった。郡市医師会等を通じ広く参加を呼びかける。(茶川)

3 山口県助産師出向支援導入事業協議会

(9月15日)

助産師出向支援導入事業計画、助産師出向に関する意識調査、研修会等の今年度事業計画、助産師出向を推進する上での課題と対策等について協議を行った。(藤野)

4 医事案件調査専門委員会(9月15日)

病院1件、診療所1件の事案について審議を行った。(縄田)

5 男女共同参画・女性医師部会地域連携会議

(9月17日)

本会男女共同参画部会の各ワーキンググループの活動報告、各郡市女性医師部会の現状報告を行い、その後意見交換を行った。(長谷川)

6 男女共同参画部会第2回理事会(9月17日)

副部会長の追加推薦、今年度の総会(令和5年3月5日)の講演、特別企画の各テーマ、講師等について協議を行い、その後保育サポーターバンクの運営状況の報告が行われた。(長谷川)

7 第3回山口県糖尿病療養指導士講習会「Web」(9月18日)

「糖尿病患者の心理と行動」、「療養指導の基本(患者教育)」、「ライフステージ別の課題と療養指導」「急性合併症」の4題の講義が行われた。受講者112名。(上野)

8 山口県共同募金会第2回評議員会(9月20日)

令和4年度共同募金計画、理事及び監事の選任、配分委員の選任について協議し、原案どおり可決した。(事務局長)

9 山口県福祉サービス運営適正化委員会第134回苦情解決部会(9月20日)

苦情相談の現況説明の後、虐待疑いの通報等13件の苦情解決審議事案について審議を行った。(前川)

10 第1回都道府県医師会長会議「Web」

(9月20日)

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」をテーマとしたグループ討議、都道府県医師会から日本医師会への質問とその答弁が行われた。(加藤)

11 第21回山口県がん診療連携協議会「Web」

(9月20日)

第21回実務担当者会議の報告の後、令和3年度の活動状況、令和4年度の取組等について協議を行った。(加藤)

12 新型コロナウイルス感染症対策圏域会議

「宇部・小野田医療圏：9月16日」

「岩国医療圏：9月16日」「周南医療圏：9月20日」

「長門医療圏：9月20日」「萩医療圏：9月20日」

「柳井医療圏：9月21日」

「山口・防府医療圏：9月21日」

県内8か所で開催(下関医療圏は別にWeb開催)し、発生届重点化への対応、自宅療養者への

理 事 会

療養支援体制等について、質疑応答、意見交換を行った。(沖中)

13 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議(9月22日)

令和3年度の実施結果、令和4年度の実施状況等について報告・協議を行った。(上野)

14 集団的個別指導「下関地区」(9月22日)

「山口地区」(9月29日)

下関会場では18医療機関、山口会場では22医療機関について実施され、立ち会った。

(伊藤、木村)

15 勤務医部会第2回企画委員会(9月22日)

郡市医師会勤務医理事との懇談会、部会総会及びシンポジウム、座談会医師事務作業補助者連絡協議会の開催等について協議を行った。今年度の病院勤務医懇談会、市民公開講座については中止とした。(中村)

16 中国四国医師会連合常任委員会(会長会議)・常任委員会(9月24日)

各県の新型コロナウイルス感染症全数把握の見直しの動向と新規感染者数の推移、日本医師会への提言要望状況等について意見交換を行った。

(加藤、沖中)

17 山口県衛生検査所精度管理専門委員会「Web」(9月27日)

令和3年度に立入検査を行った検査所の指摘事項に対する改善状況の報告及び令和4年度衛生検査所立入検査の実施等について協議を行った。(茶川)

18 郡市医師会地域包括ケア担当理事・介護保険担当理事合同会議(9月29日)

令和4年度介護報酬改定による処遇改善、在宅の医療的ケア児(者)の現況等、救急現場にお

ける心肺蘇生法を望まない傷病者への対応等について協議を行った。(伊藤)

19 第2回健康教育委員会(9月29日)

今年度の健康教育テキスト「睡眠時無呼吸症候群」の素案について協議・修正を行い、その後来年度のテキストのテーマについて協議を行った。

(上野)

20 第2回花粉情報委員会(9月29日)

令和5年の花粉情報システム、花粉飛散予測の自動化の研究の進捗状況、県民公開講座「花粉症対策セミナー」及び花粉測定講習会の実施等について協議を行った。(長谷川)

21 健康スポーツ医学研修会(10月1日)

「フレイルに関する最近の話題について」と題して国立研究開発法人国立長寿医療研究センター老年内科の佐竹昭介部長の特別講演があり、その後、「フレイルに対する国立長寿医療研究センターでの評価・介入の取り組み」と題して同研究センターリハビリテーション科部の相本啓太理学療法主任の現地研修が行われた。受講者51名。

(竹中)

22 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会

(10月2日)

「かかりつけ医の感染対策」、「フレイル予防・対策」、「地域リハビリテーション」、「かかりつけ医と精神科専門医との連携」、「オンライン診療のあり方」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医～事例検討を通して～」の6題の講義が行われた。受講者35名。(伊藤)

23 第14回山口県肝疾患診療連携協議会「Web」

(10月4日)

肝疾患センターから肝疾患相談支援室、肝臓病教室等の活動報告、山口県健康福祉部から肝炎ウイルス検査事業、陽性者フォローアップ事業等の

理 事 会

報告が行われた後、意見交換を行った。(加藤)

医師国保理事会 ー第10回ー

24 広報委員会 (10月6日)

会報主要記事掲載予定(11~1月号)、新コーナー「閑話求題」、令和4年度の県民公開講座、歳末放談会等について協議した後、第13回フォトコンテストの審査会を行い、129の応募作品の中から最優秀賞ほか9作品の表彰を決定した。

(長谷川)

協議事項

1 傷病手当金支給申請(新型コロナウイルス感染症)について

3件について協議、承認。

報告事項

1 全国国民健康保険組合協会第1回理事長・役員研修会(9月28日)

「国民健康保険、国保組合の最近の状況について」(厚生労働省国民健康保険課 高木有生 課長)と「これからの地域包括ケアとかかりつけ医機能~ポストコロナの新たな課題」(東京海上日動火災保険株式会社 武田俊彦 顧問)の講演が行われた。(加藤)

25 会員の入退会異動

入会4件、退会9件、異動8件。(10月1日現在会員数:1号1,218名、2号860名、3号440名、合計2,518名)

26 令和4年度第1回医療政策研修会及び第1回地域医療構想アドバイザー会議「Web配信」

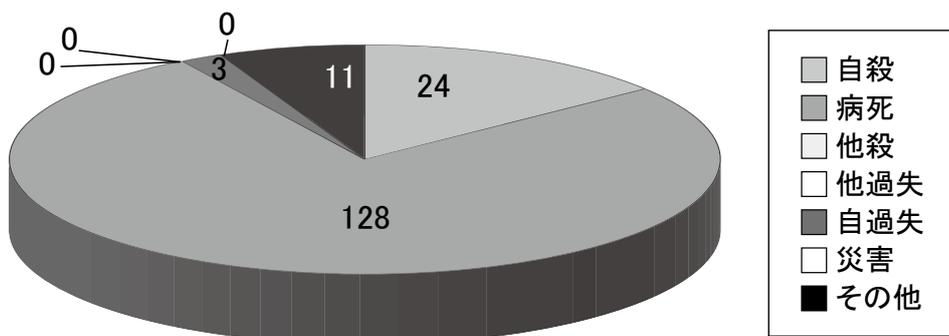
外来医療の機能報告等について、課題等や今後のスケジュールの説明が行われた。(前川)

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-22	24	128	0	0	3	0	11	166

死体検案数と死亡種別 (令和4年9月分)



灰色文献救済作戦

飄

々

広報委員

吉川 功一

広報委員の duty である「飄々」の原稿を書き始めて何回目になるのでしょうか？いつもネタに困って、私にとって一番簡単でさっと書いてしまう趣味のビートルズの事ばかり書いてきましたが、おかげで県内でいろんな先生方からビートルズの話で話しかけていただいたりする事も増えてきました。先日はコアなビートルズファンの先生からご丁寧なお手紙までいただき感激しましたし、この飄々を目にした県下のテレビ局から、番組用に資料提供依頼なんかも来たりして驚きました。

ビートルズに限らずコレクターという人種には2種類のスタイルがあるようです。ひとつはこっそり貴重な品を隠し持って「世界広しといえどもこれを持っているのは自分だけ、誰にもみせたくない」と、ひとり夜な夜な眺めてはほくそ笑むタイプ、もう一つは頼まれもしないのにコレクションを見せびらかせて自己満足するタイプです。私は完全に後者のタイプなのですが、こうしてこんな原稿を書いたりしているのですが、興味のない人にまでわざわざ見せびらかすので初めは褒めてくれていた相手もしまいにはドン引き、ほとんど嫌がらせなのではないかと反省することもしばしばです。しかし、下手をすると迷惑行為にもなりかねないマニアの見せびらかし行為も時には役に立つこともあるという実例を最近経験しました。

事の起こりは2019年2月10日、私はいつものようにビートルズの珍しいレコードやその他関連物などを探しに、休日を利用してふらふらと確たる当てもなく大阪に向けて新幹線に乗ったの

でした。何軒かレコード屋さんなどを回ったあと、とあるなじみの中古アナログレコード屋さんに立ち寄りしました。その店長さんは中学生時分にビートルズが来日（昭和41年）した当時からビートルズを熱心に聴いていたという生粋のビートルズファンなので、いろいろと当時のお話をお聞きして、リアルタイマーならではのエピソードに私はいつも眼を輝かせていました。レコードを散々集めてしまうと徐々に集めるものがなくなってきて、そのころ私は当時のポスターやプロモーション用の資料などいわゆる紙モノを熱心に探し回っていました。店長さんはそんな私の姿を面白がったのか、はたまた哀れに思ったのか、その日はわざわざ私のために当時の貴重な古紙（資料）を準備していてくれたのでした。

「こんなん捨てずにおいてあるんやけど、もういらへんし、よかったらみんなあげるわ」といいながら、ドサッとほこりだらけの古紙の山を私の前に出してきました。よくみると、なんとその古紙の山は昭和40年代当時物の「ビートルズ・ファン・クラブ（BFC）」の会報やら会員証やらハガキやらの大量の資料なのでした。店長さんはとても物持ちの良い方で、当時入会していたBFCの資料を紙切れひとつも捨てずに、なんとこの令和の世まで大切に保存されていたのです。写真1は譲っていただいた資料の一部で、ファンクラブ会員用に抽選販売された武道館公演チケットの当選ハガキなどが見えます。

世界のアイドル、ビートルズには当然ファンクラブが存在し、当時、日本国内にも私設ファンク



写真1

ラブを含めると無数に存在していたようですが、そのなかで日本国内で唯一ビートルズサイドに公式認定されていたのが「ビートルズ・ファン・クラブ (BFC)」でした。BFCの名前はコアなビートルズマニアの間では有名ですが、すでに解散して50年経過しており（現在日本国内で活動しているザ・ビートルズ・クラブは全くの別物）、その公認ファンクラブとしての実態は今となっては謎だらけ、日本を代表するビートルズ研究家の方を以てしてもその活動内容、詳細は闇の中なのでした。書籍、雑誌などの出版物は必ず国会図書館に所蔵され永久に保管されていますが、ファンクラブ会報などは通常の出版物としてのルートに乗らない、いわゆる「灰色文献」と呼ばれ、どこにも保存はされておらず、時代の流れと共にこの世から永久に消えてしまう運命にあるのです。実際、私自身、現物はおろか、ネット上でも、オークションでも BFC 資料はほとんど見かけたことはありませんでした。しかし、今こうして目の前にその BFC 資料が、しかもほぼコンプリートに近い状態で突然目の前に現れたのです。ビートルズ日本史においては最重要資料ともいえる、その貴重な資料を目の前にして、私は危うく気を失うと

ころでした（大げさでも何でも無く）。

で、冒頭でも述べたとおり、頼まれもしないのにコレクションを見せびらかせて自己満足するタイプな私は「これは絶対に個人で隠し持ってニヤニヤしてはならない。見せびらかすとかいうレベルではなく、きちんとした形で世に出して歴史として残さねば」と固く決意したのでありました。私個人が資料を基に書籍化しても満足できる内容にはならないような気がしたので、驚愕の内容のビートルズ書籍を数々出版、いまやビートルズ日本史研究家として右に出るものはいない大村亨さんに資料をすべてお渡しして世に出していただくことにしたのでした（と、なんか格好いいことをいっていますが、実際には新宿の居酒屋で酒飲みながら丸投げしただけです、笑）。

大村さんもその資料内容には驚かれ、3年の月日をかけて一冊の本にしてくださり、2022年6月30日（ビートルズ来日56周年記念ウィーク）にめでたく全国出版されました。執筆にあたって細かく調査を加えていただき、その過程で当時 BFC のスタッフであった3人の女性との出会いもあり（会長の下山鉄三郎氏はすでに他界）、その内容は私の資料を何倍にも増補したような非常

に充実したものになっています。これでめでたく当時唯一の公式日本ファンクラブBFCの資料および実態が永遠にこの世に残ることになったのです。その本のタイトルは『ビートルズ・ファン・クラブ大全』（シンコーミュージック）（写真2）。ちなみに帯の文言は「奇跡!! 日本ビートルズ史における超弩級の歴史的資料を発見!!」です。まさにコレクター冥利に尽きます。さらに一番感激したのは、当時BFCスタッフであった女性の感想です。当時高校～大学生の彼女は学業と平行して必死にビートルズ・ファン・クラブの運営を手

伝いをされ、今回の本の制作にも協力してくださいました。完成した本を手にとった第一声、「まったく大袈裟で恥ずかしいですが、私のほとんどが全部詰まっている感じです。いつ死んでもいいな」とおっしゃられたとか。これを聞いてはわたしも感激の涙です。大村さん、大阪の店長さんには本当に感謝です。しかし、これだからコレクター稼業はやめられませんね(たいがいにしなさい?笑)。



写真2

新コーナー「閑話求題」のお知らせ

令和4年10月号より、「閑話求題」という新コーナーを開始しています。このコーナーは、テーマは特に定めておりません。最近読んだ本でも、観た映画の話でも何でも構いません。なお、執筆者が次の方を指名する、リレー形式での執筆をお願いしています。

なお、タイトルの「閑話求題」は「閑話休題」の「休」を「求」に変えて、“どのようなお話でも求めます”、という意味を込めています。誤字ではありませんので、ご承知おきください。

(常任理事 長谷川奈津江)

閑話求題

趣味変遷

宇部市 末富 洋一郎

市医師会広報担当理事ということで半強制的に？投稿を指示され、この記事を書くことになりました。もともと文才がないうえに、人様に誇れるようなコレといった趣味も持ち合わせていないため、締め切り前日の今日まで手付かずの状態で時間が過ぎてしまいました。過去の県医師会報の記事を改めてみると、当市医師会会員の某Y先生が何度も記事を執筆されており、ビートルズ

に関する膨大な資料を基に素晴らしい考察を執筆されておられました。この記事を見てしまったため、自らハードルを上げる結果となってしまいました…トホホ。

とは言え、何か書かないと始まらないため、これまでの自分のハマったことを改めて思い起こしてみました。

中学・高校・大学までは自転車にハマリ、電車で自転車を山口から京都まで運び（ご存じの方も多いと思いますが、ある程度の大きさまで分解できる自転車で、専用のバッグに入れて運ぶ「輪行」といいます）、観光地を巡ったりしていました（その後、大学在学中に自転車が盗難に遭ってしまい、この趣味は強制終了となりました）。

その次にハマったのはご多分に漏れず車で、コツコツと給料をためて、「R34型スカイラインGT-R」という車を購入し、いろいろなパーツを交換し楽しんでいました。この車は結婚を機に手放しましたが、約20年たった現在は絶版車人気で事故車でも1,000万円以上、状態によっては元値の8倍近い5,000万円という値がついています。ちなみに手放した時にはブームになっておらず、恩恵は被っていません（涙）。

その次にハマったのはキャンプですが、個人的には車以上に奥が深いと感じており、テント8張を筆頭に多数の道具を買い集め、現在も絶賛増殖中です（笑）。ただ、このコロナ禍で人混みを避けるために急激に広がったキャンプブームにより、キャンプ場が混み合い、予約が取りにくくなったため、年間宿泊数が20泊から2泊程度と激減しています。ちなみにキャンプのベストシーズンは夏と思われている方が多いかもしれませんが、少なくとも私のキャンプ仲間の間では秋～春がベストシーズンで、夏はオフシーズンです（暑い、虫が多い！）。

そして現在力を入れているのが料理、特に真空パックを使った低温調理です。独身時代よりもと料理はするほうなのですが、4年前に低温調理器を手に入れてからは、ローストビーフや鴨のローストなどを毎月作るようになりました。おいしいものを腹いっぱい食べたい、自分でも作ってみたいという単純な理由から始めた低温調理ですが、家族の評判はすこぶる良く、ストックがなくなると催促されます。作り方は簡単で失敗知らず、安定した出来上がりが約束されていますのでお勧めです。お肉も内モモ、外モモ、シンシン、クリミ、とうがらしなど部位によって食感・味わいが変わるため奥が深いです。興味を持たれた方は是非ハマってください。

以上、特筆すべき内容のない駄文ですが、次に執筆される先生のハードルを少しでも下げられたら幸いです。



令和4年度
 山口県医師会学校医研修会
 山口県医師会学校医部会総会
 山口県医師会予防接種医研修会
 学校心臓検診精密検査医療機関研修会

日時 令和4年12月4日(日) 13:00～16:40

開催方法 ハイブリッド形式

現地開催：山口県医師会6階 会議室(定員40名)

山口県吉敷下東3-1-1

Web開催：Zoom ウェビナーによるライブ配信

対象者 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者等

■学校医研修会 13:00～14:00 座長：山口県医師会常任理事 河村 一郎
 危ない！ポカン口

公益社団法人山口県歯科医師会会長 小山 茂幸

■山口県医師会学校医部会総会 14:00～14:10

■予防接種医研修会 14:10～15:10 座長：山口県医師会常任理事 河村 一郎
 医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止

崎山小児科(東京都府中市) 崎山 弘

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:10～16:40

座長：山口県医師会副会長 沖中 芳彦

(1)「小児科から見た移行期医療」15:10～15:50

九州大学病院小児科講師 永田 弾

(2)「福岡県における成人先天性心疾患診療」15:50～16:30

九州大学病院循環器内科特任助教 坂本 一郎

質疑応答 16:30～16:40

単 位 日本医師会生涯教育講座：3.5単位

学校医研修会 82(1単位)

予防接種医研修会 11(1単位)

学校心臓検診精密検査医療機関研修会 12(1.5単位)

※本研修会は事前申込制です。

詳細は山口県医師会HPをご確認ください。

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/8375/



日医FAXニュース

2022年（令和4年）9月30日 3077号

- 地域に根差した医師、地域を面で支える
- コロナ特例加算の延長、望ましい対応
- コロナ患者のリハビリ、後方病床を拡充
- 第2期循環器病対策計画策定へ
- 感染経路特定できない症例は報告不要
- 手足口病、定点当たり3.77で4週連続増

2022年（令和4年）10月4日 3078号

- 医療保険改革、法改正に向け議論開始
- かかりつけの議論、今後は医療部会で
- 医療機関の介護人材「確保困難に」
- インフルとの同時接種などを追記

2022年（令和4年）10月7日 3079号

- かかりつけ医の有無で健康意識に差
- オン資の点検論議を通じて整備を
- 救急災害医療に、「想定外ないよう対応」
- 医療の人的費、実調データで「見える化」

2022年（令和4年）10月14日 3080号

- 診療・検査医療機関の拡充に尽力
- 環境感染学会と災害医療の協定を締結
- 目標医師数に区域で「上限」設定を
- 期限近い小児用ワクチン、廃棄しないで
- 手足口病は定点当たりの報告数2.26

2022年（令和4年）10月18日 3081号

- 月末期限の財政支援措置「延長を」
- 同時流行、医療資源を高リスク患者へ
- 同時流行時、診療・検査医療機関が鍵
- 勤務医・若手医師の入会促進に注力へ

2022年（令和4年）10月21日 3082号

- 検査キットのOTC化、「適切ではない」
- 人材NW研修を紹介「コロナ対応強化に」
- 医師会の組織率、「何とか上昇させたい」
- 同時流行に備え、来月半ばに計画策定
- 手足口病は定点当たり報告数1.98

2022年（令和4年）10月25日 3083号

- 新型コロナ対策、引き続き「最優先対応」
- 新規感染者1.35倍、「増加速度など注視」
- 副反応疑い報告基準に「熱性痙攣」追加
- ワクチン間隔短縮「接種検討働きかけ」
- 追加接種の接種間隔「3カ月以上」
- 介護AI機器、普及への課題でヒアリング
- インフル定点当たり報告数は0.02

ともに、未来をつくる。

地域の豊かな未来を共創する



山口銀行



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。

田村勝博	氏	吉南医師会	9月11日	享年82
林龍之介	氏	宇部市医師会	10月10日	享年54
貞國 燿	氏	山口市医師会	10月22日	享年85

編集後記

令和4年7月号の編集後記の続きである。編集後記を連載風に改変するなど、邪道な気もするが、作家でもない私が次々と新しい話題を見つけ出すことは難しく、もうしばらくお付き合い願いたい。

「さわってみます？」

少し離れたところに、若い、しかし昆虫専門店にしては少し場違いに感じる、やや派手なメイクをした女性店員が話し掛けてきた。

どうやら、つぶやくというには大声すぎたらしい。周りの人にも聞こえていたようだ。

ところで、この女性店員もむしマニアなのだろうか。いずれにせよ、生まれてはじめての外国産カブト・クワガタ達に出会えたことだけで、感激のあまりすでに昇天してしまっている私に、もはや虫を「さわるかどうか」、などはどうでもいいことであった。

その日を境に、私の生活は大きく変わった。いや、変わり果ててしまった。週末はムシ屋めぐり。平日は、そのころ大変流行していた昆虫のネットオークションをこまめにチェック。なぜなら、稀ではあるがすぐにでもブリードギネスを狙えるような優良血統が出品されてることがあり、それらを見落とさずに落札するためである。

そうこうするうちに、大小100個以上の虫かご（たくさん積み重ねができるタイプ）が、部屋を占拠するようになった（繰り返しになるがワンルームマンションである）。

俗に言う「大人買い」という奴だ。カブト・クワガタにも数々の種類がいる。世界最長のカブトムシとして有名なヘラクレスオオカブトも、嗜みとして飼育していたが、あくまで私の専門種目は世界最重量級のゾウカブト系。理由として、ゾウカブトは体長（長さ）ではヘラクレスに劣るものの、体積（横幅）的にはヘラクレスオオカブトをはるかに凌駕し、見た目の総合的インパクトがものすごく「でかい」からである。比較的最近まで、そのでかいものをさらにでかく育ててやろうということに、どうやら憑りつかれてしまっていたようだ。

当時、勤務していた病院の院内報に寄稿した、文章の一部抜粋が以下のようなものである。

「ゾウカブトをブリードして、ギネス級成虫を羽化させ、むし社のBEKUWAという雑誌（=BEKUWAとは、『月刊むし増刊号』のことで、日本ブリードギネス認定を行っている）に投稿するのが現在の目標である。」とある。なんじゃこりゃ。

子供が書かされる「将来の夢」というやつに、「カブトムシのギネスを作る」と書いたなら笑えるが、社会人でこんなことを書こうものなら、親は通常泣くだろう。現在の私からの生温かい視点では、「昔の君はなかなかの暇人だったんだね・・・（ため息）」、という感想である。

（次回で伏線回収して、完結予定）

（理事 藤原 崇）



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）