

山口県医師会報

令和5年(2023年)

10月号

— No.1958 —



初秋（コスモス 豊浦） 渡邊恵幸 撮

Topics

新病院長に聴く
社保・国保審査委員合同協議会



Contents

■新病院長に聴く「(医) 社団宇部興産中央病院長」……………	657
■ニューフェイスコーナー「新規開業のご挨拶」…………… 伊奈雄二郎	660
■今月の視点 「誰かの罪悪感を利用しない医療的ケア児と家族の支援」…………… 前川恭子	662
■令和 5 年度 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、伊藤真一	666
■社保・国保審査委員合同協議会…………… 伊藤真一、藤原 崇	673
■第 105 回山口県医学会総会 …………… 田邊 亮、嘉村哲郎、元山 将	678
■令和 5 年度 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会 …………… 上野雄史	688
■第 54 回 中四九地区医師会看護学校協議会…………… 沖中芳彦	694
■理事会報告 (第 10 回、第 11 回)……………	708
■会員の声「個別化医療の社会実装を迎えて (向けて!!)」…………… 川田礼治	714
■転載「先達はあらまほしき」<吉南医師会報 令和 5 年 4 月号> …… 田村正枝	716
■飄々「『おたがいさま』と『おもてなし』」…………… 岡山智亮	718
■日医 FAX ニュース ……………	719
■お知らせ・ご案内……………	720
■編集後記…………… 岡 紳爾	730

新病院長に聴く

第15回 (医) 社団宇部興産中央病院 院長 西崎 隆文 先生



病院の紹介

当院は1953年に、当時流行していた結核の療養治療のための「宇部興産サナトリウム」としてスタートし、今年4月で病院開設70周年を迎えました。当初は宇部市中心地に病院建設が進められていましたが、治療法がなく療養が主体だった結核患者のため、気候が温暖で日当たりが良く、空気がきれいで周防灘を望む場所だった西岐波の高台に最終的に立地が決まりました。結核療養病棟のほか内科、外科、耳鼻科、歯科の診療を開始し、1959年に西日本で初めての標榜科となる脳神経外科を開設。1966年に「宇部興産中央病院」に改称し、1981年に総合病院として承認されました。その後、消化器センター、脳疾患治療センター、救急センター、ハイケアユニット、療養病棟、健診センターを開設し、2014年に医療法人化（医療法人社団）し、2015年に地域支援病院になりました。2017年に新病棟をオープンし、救急センター、手術室、外科などの病棟を移転しました。当院は高齢化社会で増えるがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などを中心とした専門性の高い治療と、市の救急搬送の半数以上を受け入れる救急医療体制を整え、地域医療に不可欠な中核病院として発展してきました。今年5月に2機種あるMRIの1台を更新し、全身がん、乳がん検診を新たに開始しました。山口県で最初の学童保育施設、徹底した職員健診など福利厚生も充実しています。昨年は看護師3名が、厚生労働大臣表彰、県知事表彰、県病院協会賞を受賞。

さらに薬剤師が県公衆衛生協会賞を受賞し、職員育成を強化し、また、初期研修医が毎年、学会優秀演題賞を受賞するなど研修指定病院としての教育にも力を入れています。

病院長としての抱負

私は昨年4月に清水昭彦先生の後任として院長に就任しました。就任挨拶では、職員に二つの病院のミッションについてお願いしました。一つめは「専門治療と救急医療の両立」です。特殊専門治療の重要性は言うまでもありませんが、急性期救急医療は当院の存在意義にほかならないことを伝えました。二つめは「患者満足度向上（CS）と職員満足度向上（ES）」です。20余年前に当院に赴任した私はCS向上委員会の委員長を任せられました。最初はCSの意味すら知らない有り様でしたが、多職種で挨拶・病院清掃・接遇などの運動などに取り組みました。病院はプロフェッショナルの集まりであり技術と知識は重要ですが、患者の信頼を得るためにはおもてなしの気持ちが必要で、また職員間ではお互いをねぎらって気持ちよく仕事ができる環境を作ることが大切であることを私自身も含めた教戒としています。

病院長としては、体力の続く限りハンズオンを続け実務に関わり、私自身が現場を知ることが不可欠と思っています。また、一臨床医としては、脳外科医の経験を後輩に良きにつけ悪きにつけしっかり伝えるよう心がけています。

自己紹介

私は岩国に生まれ、宇部に移住してはや半世紀が過ぎました。小学生から大学生までサッカー部に所属し、高校の英語教師をしていた父親からは体育関係の仕事をお勧めされるほど、水泳、野球など数多くの運動に没頭しました。山口大学医学部を卒業し、初代青木秀夫教授の主催する脳神経外科に入局しました。回顧しても決して確たる信念で選んだとは言えません。ただ、私の高校時代にくも膜下出血で亡くなった教職にいた曾祖母が生前、「文系が多いので一人くらい医者がいても良いかもね」と言ったのを覚えていて、また、私が脳神経外科に入局した4月に母親が脳梗塞に罹りましたので、少なからずながしかの因縁があったのかもしれませんが。大学病院では主に脳腫瘍の診療に携わり、2003年に当院に赴任しました。手術を多く経験させてもらいましたが、一般病院では専門領域に特化せず、幅広い脳疾患の知識を得なければならないと痛感し、脳卒中・脳卒中外科・頭痛・認知症・神経内視鏡・がん治療・神経生理の専門医・認定医資格を多く取得しました。ただ、今後はどの資格から捨てていくか思案しているところです。

若い医師へひとこと

含蓄のある話は到底できませんが、私が一外科医として今も強く印象に残り、胸に刻んでいる先達の言葉は3つ。「手術中に声を荒げるのは修行が足りない」、「頑張っていれば誰かが見てくれている」、「手術だけが脳外科ではない」、です。

趣味や余暇の過ごし方

ロードバイクが趣味で40代から片道9キロの自転車通勤を続け、走行距離は地球一周の距離(4万キロ)を超えました。ただ、還暦をすぎて周囲の忠告もあり昨年からは中断しています。身体を動かすのは好きですが、1万冊を超える書物を持っていた亡き父の影響か、歳をとるごとに読書量が増え、コロナ禍期間も退屈せずにすみました。2年前に還暦を機に同級生から誘われ、ゴルフを再開しました。1年前に空き家になった実家で、昔のNHK番組のビデオを見つけました。50歳で

ゴルフを始めた大叔父がエージシュート(年齢より下のスコアでラウンド)の日本最多記録を達成したというものでした。私の腕前は一切その血筋を感じられませんが、交友と情報交換の場と割り切って参加しています。

座右の銘

太宗の『貞観政要』(600年ごろ)に「銅の鏡」の一説があります。鏡を見て自分が良い表情をしているか確認しなさい、自身が明るく元気に仕事をすれば周りの人も楽しく仕事ができ組織は機能する、というものです。なかなか難しいことですが、日常心がけていることです。

最後に

これからも当院が地域社会にとって欠かせない存在であり続けるため、職員一同努力してまいりますので、医師会の皆様のご指導とご支援を賜りますよう、どうぞよろしくお願いたします。

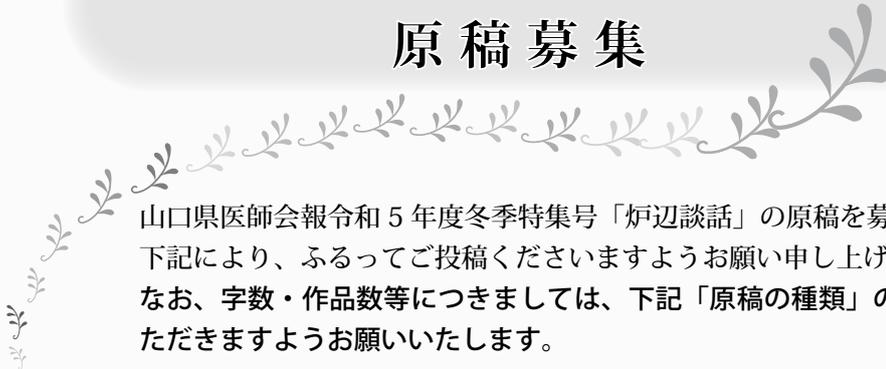
県下唯一の医書出版協会特約店

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。

冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集



山口県医師会報令和5年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
 なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項にてご確認
 いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行（一編5,000字以内を目安に、お一人1作品まで（写真は3枚以内）
- ②短歌・川柳・俳句（お一人3句まで）
- ③絵（3枚以内、コメントもお願いいたします。）
- ④写真（3枚以内、コメントもお願いいたします。）

提出・締切

できるかぎり電子メール又はUSB/CD-Rの郵送でご協力願います。
 作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
 ※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて10MB以内でお願い
 いたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又はUSB/CD-Rの郵送	11月13日
②手書き原稿	郵送	11月6日

原稿送付先

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県総合保健会館内
 山口県医師会事務局総務課内 会報編集係
 E-mail: kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②写真や画像の使用については、必ず著作権や版權等にご注意ください。
 ☆第三者が著作権や版權等の権利を有している写真や画像は掲載できません。
- ③ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった
 場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
- ④投稿された方には掲載号を3部謹呈します。
- ⑤医師会報は本会ホームページにもPDF版として掲載いたします。
- ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿え
 ない場合があります。
- ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

ニューフェイスコーナー

新規開業のご挨拶

下関市医師会 いな内科・糖尿病クリニック

伊奈 雄二郎

2022年10月に下関市伊倉新町に開業した「いな内科・糖尿病クリニック」の伊奈雄二郎です。

私は生まれも育ちも下関市で、ごくごく一般的な家庭で生活しておりました。しかし、小学5年生の夏、急激な口渴感や多飲・多尿、体重減少を自覚し、病院を受診したところ、1型糖尿病と診断されました。それ以来、30年以上にわたり、家族、主治医の先生、友人など周囲の支えに恵まれながら、インスリン自己注射を1日も欠かさず行ってきました。幸いにも合併症もなく、現在も健康な生活を送っています。この経験から、糖尿病患者さんのサポートをしたいという思いが芽生え、医師の道を選びました。

鳥取大学で学び、2004年に卒業しましたが、その後の進路について悩みました。周囲からは、私自身が糖尿病患者であることから、糖尿病専門医としての道が自然だろうと期待されていました。私も最初はその通りだと考えていました。しかし、当時私は循環器のカテーテル治療に大きな興味を抱いており、後悔しないためにもカテーテル治療の勉強が必要だと感じていました。ちょうど私が卒業した年に、現在の医師臨床研修制度が始まりましたが、研修修了後は医局に所属するのが一般的でした。しかし、糖尿病と循環器の両方を学べる医局は限られており、そのため、循環器専門医を目指し、その後機会があれば糖尿病の勉強をしようを決断し、小倉記念病院で後期研修医として働き始めました。この病院は心臓カテーテ



ル治療のメッカであり、心筋梗塞や不整脈の患者に日常的に対応し、研鑽を積みました。その後、上司の紹介で地元の下関市立市民病院の循環器科医として勤務し、循環器専門医の資格を取得しました。

ひとまず循環器専門医は取得したものの、糖尿病専門医の資格を取得する計画は未定でした。日々の業務に追われ、糖尿病専門医としての道は遠ざかりつつありました。しかし、糖尿病専門医不在であった市民病院では、糖尿病患者の血糖管理を内科医として頻繁に担当するようになり、さらに病院から糖尿病外来を任されるようになると、やはり専門的な知識の必要性を感じるようになりました。このため、九州大学第3内科に相談し、福岡での研修の許可をいただき、2015年から済生会福岡総合病院で専門医研修を履修し、専門医の資格を取得しました。その後、お礼奉公として数年間福岡で働きました。

かねてより、下関には糖尿病専門医が不足していると感じており、また自分を育ててくれた下関に恩返しをしたいという思いから、医局と交渉の末、2021年4月に下関市立市民病院に戻り、2022年10月に「いな内科・糖尿病クリニック」を開業しました。

開業後は患者からのニーズとして、入院せずに糖尿病の治療を受けたいという声が多いことを実感しました。当然、必要な場合には入院を勧めますが、開業医として入院を希望しない患者にも対応する責任があると思い、可能な限り対応しております。私自身が1型糖尿病患者であることも公表しており、親近感を感じて訪れる患者も多く、その期待に応える医療を提供することも、私にとっての責務であると感じております。また、循環器と糖尿病の専門医であることも、併存疾患の多い患者さんに対応できる特徴かと思えます。

これまで福岡や北九州に勤務していた期間が長かったため、山口県内の諸先輩方には馴染みが少なく、ご迷惑をおかけすることもあるかと存じますが、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。今後とも何卒よろしくお願いたします。



今月の視点

誰かの罪悪感を利用しない 医療的ケア児と家族の支援

常任理事 前川 恭子

日々の生活のため、一日一日を生きていくために、気管内吸引や経管栄養注入、人工呼吸器の管理などの医療的なケアを必要とする児を医療的ケア児と呼ぶ。令和4年度に山口県が行った実数調査¹⁾では、県内に193名の医療的ケア児が在宅で生活しているとされた(図1)。児の保護者が日々の医療的ケアのほとんどを行い、児の年齢やケアの内容に合わせ、訪問看護や日中一時支援、放課後デイサービスなどの福祉サービスを利用している。中には、支援サービスを全く利用せず、保護者のケアのみで生活する児もいる。

県医師会の理事として医療的ケア児を担当するまで、関係する法律や福祉サービスの知識が皆無に等しかった私は、各地域の訪問看護ステーション、自治体の自立支援協議会、東西の医療的

ケア児支援センター、短期入所事業所などに、ヒアリングと称し教えを請うた。在宅医療的ケア児の救急搬送、災害時の事前避難、地域課題の協議の場、福祉サービスの種類と対応事業所、送迎、成人後の居場所など、容易には解決し得ない多くの課題の中でも特に、レスパイトの場の不足が大きな問題と判った。

○短期入所事業

医療的ケア児の保護者が自身の入院などで、数日間児のケアができない際、先ず想起されるのが短期入所(ショートステイ)サービスの利用である。医療的ケア児や重症心身障害児が利用できる短期入所施設は、全国で、また山口県でも不足しており、施設の地域偏在もある。

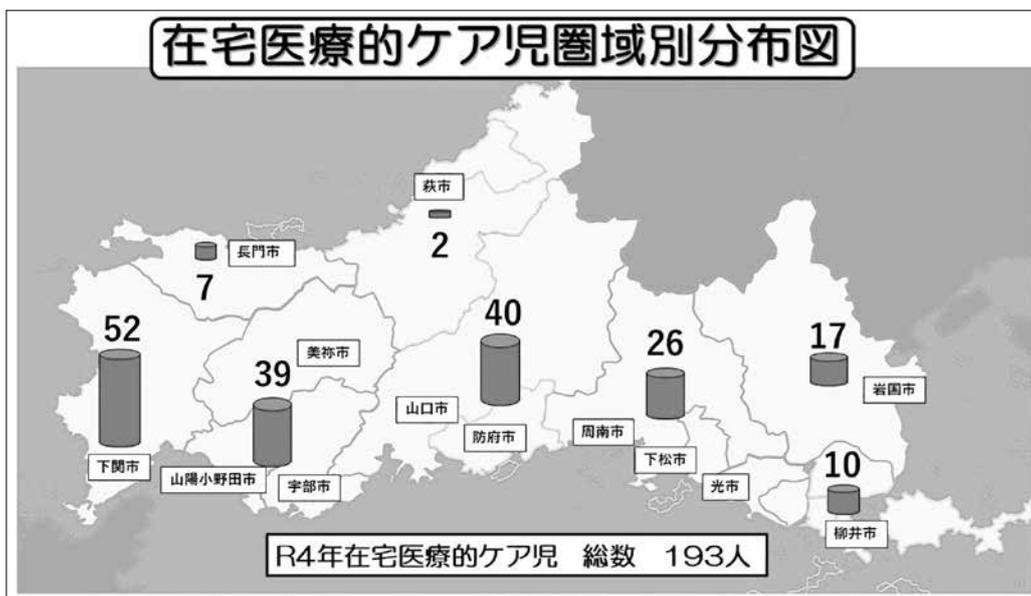


図1

医療的ケア児に対応する短期入所事業所には、医療型と福祉型がある。医療型短期入所事業は、病院、診療所、介護老人保健施設が行うことができ、人工呼吸器管理や喀痰吸引、経管栄養管理が必要な医療的ケア児や重症心身障害児者が主な対象となる。福祉型短期入所事業は、医療型短期入所事業所の他に、障害者支援施設や児童福祉施設などが行うことができ、法制上は医療型短期入所の対象とならない児者が利用することとなっている。短期入所に関わる報酬は、障害福祉サービス報酬算定に基づき、保険診療報酬制度と同様に、なかなか複雑な構造の中にある。その構造の全てを理解できている訳ではないが、医療的ケア児の短期入所サービス報酬について、大まかな説明を試みる。

例として、人工呼吸器を装着した医療的ケア児が7:1医療機関に入院した場合の診療報酬を1とする。同じ状態のケア児が医療型短期入所施設を利用した場合の障害福祉サービス報酬は、入院の診療報酬の1/2、もしくは福祉型短期入所施設が対応した場合は、入院の診療報酬の1/4程度となる(図2)。そもそも福祉型短期入所施設は、医療的ケアが必要でない、又は医療依存度が少ない児者の利用が前提となっており、福祉型施設で必要な医療的ケアを行っても、医療型施設と同様の加算はつかない。さまざまな理由で医療的ケアが必要な児の保護者が福祉型短期入所施設の利用を望んでおり、加算がつかなくとも赤字覚悟で児を受け入れる施設が在るのだ。

医療型短期入所では福祉型よりも加算対象項目が多いのだが、それで医療的ケアへの報酬が十分という訳でもない。人工呼吸器が装着され、喀痰吸引を要し、動くことができ、回路やセンサーを触る(外す)ことのできる児もいる。彼らがショートステイ中の1日1日を安全に過ごせるように、施設は見守りの目や処置の手を増やす、実質の増員を考慮するだろう。だが、加算の額はそれを補填するに至らない(図3)。

ケア児たちの体調は変化しやすく、急な発熱などでショートステイの予定がキャンセルされることもある。ベッド・職員・機材の余力が報酬に含まれないのは福祉型も医療型も同じだ。ショートステイができる施設のない地域の相談支援専門員たちは、一床でも良いので短期入所のベッドが欲しいと訴えるが、ショートステイの受け入れを打診された機関の担当者は、現在の価格設定では新規参入は考えにくいと話す。

他県では、医療的ケア児が利用できる短期入所施設の拡大をはかるため、事業への補助を行う自治体もある。大阪府ⁱⁱ⁾は地域医療介護総合確保基金事業として、医療型短期入所支援強化事業を行い、医療的ケアの必要な重症心身障害児の短期入所を受け入れた医療機関に助成を行っている。岐阜県ⁱⁱⁱ⁾も同じく地域医療介護総合確保基金事業として、こちらは医療型だけでなく福祉型短期入所事業への補助も、かつ短期入所だけでなく日中一時支援事業にも補助を行っている。

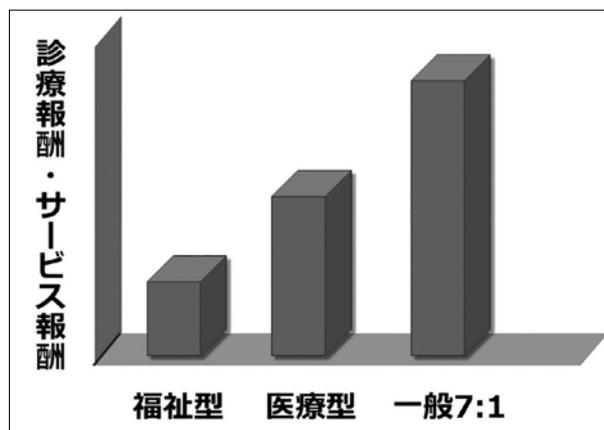


図2

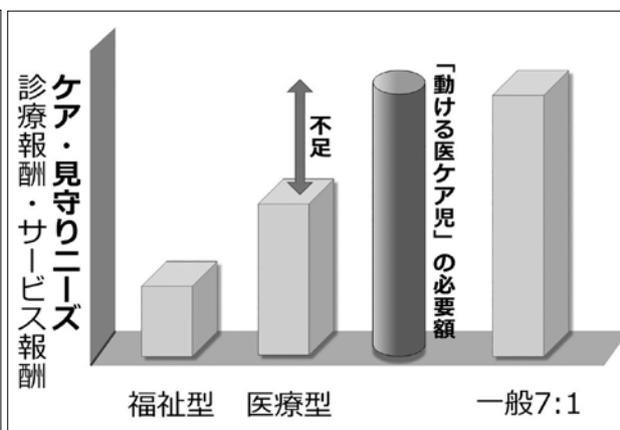


図3

岡山県^{iv)}と岩手県^{v)}は各県内で医療的ケア児の短期入所への補助事業を行う市町に、その1/2を補助金として拠出する。こちらも、医療型だけでなく福祉型にも補助している。県からの補助はなくとも、市町単独で、事業又は短期入所で夜勤をする看護師の人件費を補助する自治体も存在する。

○人材不足

山口県でも、財政的支援を得られる環境が整えば、医療的ケア児の短期入所に対応できる施設の増加を見込めるのだろうか。医療的ケア児の保護者からは、短期入所専門の施設を望む声が多いが、ショートステイのみ受け入れる単独事業所は、経営的になかなか立ち行かない。代替案として①放課後デイサービスや日中一時支援を行っている障害者支援施設に、短期入所の宿泊まで拡大して対応してもらう、②既に病床を持つ医療機関や介護老健施設に短期入所事業に参入してもらう、のが早いと考える。だが、今まで小児のケアをしたことがない職員に、いきなり医療的ケア児を担当してもらうのは当然無理な話であり、保護者も未経験の職員に大切なわが子を預けたいとは思わない。山口県で、短期入所を始めて欲しい医療機関に参入の条件を伺うと、ケアの内容や人件費に相応するサービス報酬となることに加え、職員のトレーニングの場の提供を求める声もある。

ご存知のように、山口県では以前から看護師の不足感が強い。近年の物価上昇に伴い、一般企業は賃上げを謳う一方、診療報酬が上がらない医療現場は、看護師を引き留める経済的魅力を失いつつある。新人教育やスキルアップ研修の費用は診療報酬に含まれるべきと個人的には考えるが、物価上昇に対応できない報酬は人を育てるための原資ともなり得ない。小児のケアスキルを持つ者を増やすには、看護職の裾野を広げる努力も必要と考える。

○在宅レスパイト事業

医療的ケア児の保護者は、突発的な事情で短時間でも子どもの面倒を見て欲しいと思うこともある。短期入所といえば、高齢者の介護サービスの

ように数日の宿泊利用を思い浮かべるだろうが、医療的ケア児の短期入所には日中利用という方法もある。通所サービスの当日申込も選択肢となるが、短期入所はただでさえ対応施設が少なく、通所サービスも突然の利用には対応できないことが多い。このような時には、日ごろ訪問してくれる訪問看護師に、緊急で自宅などに訪問を願う家庭もある。訪問の費用は受給範囲外であることが多いため、山口県では、大部分の保護者が自費で訪問を依頼している。

この保護者の負担を軽減するため、「医療的ケア児在宅レスパイト事業」として利用料の補助を行う市町が、この数年、全国で増えている。また、福岡県^{vi)}は補助額の1/2を市町に援助している。

○保護者の罪悪感を利用しないシステム

今回、医療的ケア児の親の会に、短期入所施設に思うことを伺った。その中で、レスパイト利用への「罪悪感」という言葉が漏れ出た。そこに私は二つの意味を見る。

一つは、「保護者がするべき」と自分と世の中が思う子どものケアを誰かに託すことへの罪悪感。本来、感じなくて良いそのような罪悪感は、時に都合よく利用されてしまう。育児休業を取る罪悪感。受け持ちの患者さんを他の医師に任せて年休を取る罪悪感。患者さんの望むとおりにできない罪悪感。毒親やDVパートナーやモラハラ上司から刷り込まれた罪悪感。

もう一つは、日中活動が不十分な短期入所に、必要に迫られ、自分の子どもを預ける罪悪感だ。

短期入所に求められるレベルには①生命の維持、②日常生活の維持、③ケア児自身の楽しみや成長、があると私は認識している。③の短期入所中の日中活動の質を問うことができる、また、家族とのお出かけをケア児も一緒に楽しむために同行する訪問看護にも自治体から補助が出る、そのようなレベルが、本当は標準であって欲しい。しかし、現在の山口県は、経済的な底上げを支援しながら①②に対応する短期入所施設を増やし、その施設の医療的ケアの質を確保すること、また、在宅レスパイトを自費で賄わずに済むことを、先ず目標とせざるを得ない。そう、まだ目標でしか

ないのだ。

医療的ケア児法が公布されて2年、こども家庭庁も設置され、来年度は障害福祉サービス報酬改定となる。国だけでなく、山口県でも多くの関係者がケア児とその家族の支援に踏み出している。医療的ケア児の保護者に罪悪感を覚えさせてしまうレベルから一歩ずつ進み、児もその保護者も、関わる医療者も、それぞれが一人の存在として大切にされる、そのような標準レベルのシステムにたどり着けるようにと願う。

脚注

- i) <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/131948.pdf>
- ii) <https://www.pref.osaka.lg.jp/shisetsufukushi/iryuu-tankinyusyo/index.html>
- iii) <https://www.pref.gifu.lg.jp/page/11998.html>
- iv) <https://www.pref.okayama.jp/page/475519.html>
- v) <https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/fukushi/shougai/kokoro/1062493.html>
- vi) <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/178121.pdf>

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

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

令和5年度都道府県医師会 社会保険・情報システム担当理事連絡協議会

と き 令和5年7月20日(木) 15:00～17:03

ところ ハイブリッド開催

〔報告：副会長 中村 洋〕
〔専務理事 伊藤 真一〕

開会挨拶

松本日医会長 当協議会に参加いただき感謝する。6月18日閣議決定の「骨太の方針2023」では、医療DX推進本部より策定された内容に基づき、マイナンバーカードのオンライン資格確認(以下、「オン資確認」)の用途確認と正確な伝達をすすめ、2024年秋に健康保険証の廃止が予定されている。日本医師会は国が推進する義務化に伴い整備されたオン資確認を基盤とする医療DXが、日本医師会が目指している、国民・患者の皆様への安心・安全でより質の高い医療提供、そして医療現場の負担軽減の実現に向けて協力してきた。しかしながら、オン資確認については4月より義務化されたにもかかわらず、マイナ保険証の紐づけ誤りや他の何らかの原因による資格確認失敗への対応方法が明確でなかったため、国民と医療現場に不安と混乱が生じた。これらの問題の解決はまさに喫緊の課題である。6月29日の社会保障審議会医療保険部会にて、保険者による迅速かつ正確なデータ登録の確保の取り組みと、マイナ保険証による確認ができない場合の対応が示された。何らかの理由でできない場合でも、保険料を払っていれば、必要な自己負担で必要な保険診療を受けられるようにすること、医療機関には経済的負担(未収金等)が発生しないようにすることが明確化されたことは大きな前進と考えている。本日は協議会の趣旨を説明したのちに、厚生労働省から資格確認の現状とできない場合の対応策等、今後の展開をご説明いただくことにしている。時間の許す限り現場の先生方のご意見を聞きたい。本日の内容も、都道府県医師会から郡市区医師会へ伝えていただき、現場の理解を得ていた

だきたい。本日はどうぞ、よろしく申し上げます。

その後、加藤厚生労働大臣による「医療現場における実務上の課題を積極的に把握し、新たな課題はご指摘があれば、しっかりと受け止め、一つ一つ丁寧に解決していく姿勢で臨んでいくので、ご理解ご協力をいただきたい。」とのビデオメッセージが流された

議事

1. 医療DXに対する日本医師会の基本姿勢

日本医師会常任理事 長島 公之

日医が目指す医療DXは、適切な情報連携や業務の効率化などを進めることで、国民・患者の皆様への「安全・安心でより質の高い医療」を提供し、同時に医療現場の負担軽減も図れるものである。国が推進するオン資確認を基盤とする医療DXをこれまでも、これからも適切に推進されるよう、全面的に協力していく。

日本の医療の長所は、国民皆保険をベースに全国どこでも受診できることである。ところが、日本の医療の最大の弱点としては、医療機関がITネットワークでつながっていない事である。日本の医療機関をネットワークでつなぐことが必要と考えている。そのための日医の取り組みとしては、1997年に医師会総合情報ネットワークシステム構想を提案、2001年に日医IT化宣言、2016年には日医IT化宣言2016を掲げ、医療機関が安心・安全・安価に地域医療連携に活用できる専用ネットワーク構築を目指してきた。国内の優れた医療機関をネットワークでつながるチームとし、個々の医療機関と日本全体の医療シ

システムの負担軽減も図ることを目的としている。

2030年ごろの目指すべき姿は、医療機関が、クラウド型電子カルテ・レセコン、医療DX関連機能・診療支援機能の一体化を最小限の業務・費用負担で導入・維持できることである。国が進める医療DXの3本柱は、全国医療情報プラットフォーム、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DXであるが、地域で活用する方法が含まれていないという課題があり、日医や都道府県医師会からの提案が必要と考える。

医療提供における利便性と効率性が求められる一方、また、医療は生命・健康に直結するので、国民と医療機関を一人も取り残してはならないという考えのもと、国の基盤整備、標準化、サイバーセキュリティ対策、業務・費用負担軽減などに留意していく必要がある。

日医としては、システム導入や維持、セキュリティ対策にかかる費用は本来、国が全額負担すべきと考えており、また、医療DXが普及するまでの間は、アナログ的方法や現在利用可能なIT技術も併用する必要があると考えている。

令和5年5月の記者会見において、松本日医会長より、マイナ保険証の保険資格情報の誤登録が報道されているが、正確なデータ登録がなされていることが大前提で、信頼性を高め、主体となる基金にはデータの正確性の確保に取り組んでもらいたい等の見解を示した。その後の記者会見でも、医療DXは従来以上に安心・安全・良質の医療を患者に提供するものであり、医療現場の負担軽減のため、日医としても推進に全面的に協力していること、今回設置された総点検本部に期待するとともに、日医としてできることがあれば、全面的に協力し、大きな目的の一つである医療現場の負担軽減とのバランスもしっかり考慮して進めて欲しいとの見解を示した。

2. オンライン資格確認の現状と今後の対応

厚生労働省保険局

医療介護連携政策課長 水谷 忠由

保険者による迅速かつ正確なデータ登録の確保

一体化したマイナ保険証を推進し、令和6年秋に現行保険証の廃止を円滑に実現するため、

オン資確認におけるデータ登録のさらなる迅速化・正確性の確保を推進しているが、今回の新規の誤り事案発生を受け、新規登録データの正確性確保のため、被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化し、すべての新規登録データのチェック（J-LIS照会、漢字氏名、カナ氏名、生年月日、性別、住所）を行うことになった。登録済データは、全保険者による点検を要請し、登録済データ全体はJ-LIS照会を行うことになる（マイナンバー総合フリーダイヤル：0120-95-0178）。

医療機関や薬局においては、日ごろから診療時に本人であることや実際の薬剤の服薬状況、併用禁忌等について確認した上で、診療等を行っている。そのうえでオン資確認システムを活用することにより、患者本人の同意を得た場合には薬剤情報等の閲覧が可能となっており、重複投薬や禁忌の確認など、医療安全の観点からも有効な活用が期待される。一方、オン資確認の本格稼働からこれまでに本人以外の薬剤情報等が閲覧された事案が10件発生しており、その一部では医療現場で閲覧された事例も含まれている。患者本人以外の薬剤情報等を閲覧することによる医療過誤の発生を防止することが必要であり、保険者等において正確なデータ登録に向けた取り組みを進めているところである。

医療DXにより医療情報のさらなる活用を追求していく中においては、デジタル時代に対応した医療情報の適切な取扱いが求められるところであり、こうした状況を踏まえ、改めて診療等を実施する場合の確認についてご高配いただきたいと考える。

マイナンバーカードでオン資確認を行うことができない場合の対応

資格確認ができない場合は、医療機関の窓口において、当初は10割負担としていたところ、適切な自己負担（3割等）とする取扱いとするよう、令和5年7月10日付で厚労省保険局より通知を発出した。保険料を支払っている被保険者等が適切な自己負担分の支払いで必要な保険診療が受けられること、医療機関等に事務的対応以上の負担はかけないことを基本方針としている。

なお、これら7月10日と19日に発出された通知は、山口県医師会のホームページ（右記QRコード）でも閲覧できる。



以下、まとめてみる。

1. マイナカードによるオン資確認ができないケース

(1) マイナンバーカードによりオン資確認を行った際に、資格確認端末において、「資格（無効）」、「資格情報なし」と表示される場合

- ・オン資確認等システムにより確認できる患者の直近の資格情報が無効（資格喪失済み）であり、資格喪失後の新たな資格情報が確認できない場合、医療機関等の資格確認端末において、「資格（無効）」と表示される。
- ・また、喪失済みのものを含め、オン資確認等システムにより資格情報が確認できない場合（過去に保険者等から資格情報が登録されていない場合や、保険者等において登録データを確認中の場合）には、医療機関等の資格確認端末において「資格情報なし」と表示される。

このようなケースは、新たな保険者等が資格情報をシステムに登録し、又はデータの確認作業が終了次第解消していくものであり、今後、保険者等による迅速かつ正確なデータ登録の取り組みを徹底し、こうした事象自体を減少させていく。

※オン資確認において「資格（無効）」、「資格情報なし」と表示される場合、マイナポータルにおいても直近の有効な資格情報を確認することはできない。

※「資格（無効）」「資格情報なし」の表示は、患者が健康保険証を持参した場合に、医療機関等の職員が健康保険証の資格情報を入力して当該健康保険証の有効性をオン資確認等システムに照会する場合も生じる。なお、健康保険証によりオン資確認を行う場合は、マイナンバーカードによりオン資確認を行う場合と異なり、当該資格が喪失している場合に、患者の直近の資格情報を確認することはできない。

(2) 医療機関等の機器不良等により、その場でマイナンバーカードによるオン資確認を行うことができない場合

保険者等によるシステムへのデータ登録は完了しているが、医療機関等の機器不良等によりオン資確認を行うことができない場合として、例えば以下のようなケースが考えられる。

- ・顔認証付きカードリーダーや資格確認端末の故障
- ・患者のマイナンバーカードが使用できない場合（カードの券面汚損、チップ破損、カードに搭載されている利用者証明用電子証明書の有効期限切れ）
- ・停電、施設の通信障害、広範囲のネットワーク障害など

これらのケースは、医療機関等において、オン資確認等システムへのアクセス自体は可能である場合と、医療機関等において、オン資確認等システムへのアクセス自体が困難となっている場合に分けることができ、それぞれに応じた対応を行う。

2. 資格確認及び窓口負担

1. (1) の場合、患者が自身のスマートフォン等によりマイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報の画面を提示できる場合や、患者が健康保険証を持参している場合は、当該マイナポータルの画面や、健康保険証を医療機関等の受付窓口で提示することにより資格確認を行い、医療機関等の窓口負担として、患者の自己負担分（3割分等）の支払を求める。

1. (1) による資格確認を行うことができない場合、患者に、マイナンバーカードの券面情報（氏名、生年月日、性別、住所）、連絡先、保険者等に関する事項（加入医療保険種別、保険者等名称、事業所名）、一部負担金の割合等を申し立てる被保険者資格申立書を可能な範囲で記入いただき、医療機関等の窓口負担として、患者が申し立てた自己負担分（3割分等）の支払を求める。なお、過去に当該医療機関等への受診歴等がある患者について、その時から資格情報が変わっていないこ

とを口頭で確認し、被保険者資格申立書に記載すべき情報を把握できている場合には、被保険者資格申立書の提出があったものと取り扱って差し支えない。

患者がマイナンバーカード又は健康保険証のいずれも持参していない場合や、有効な健康保険証の交付を受けていない場合であってマイナンバーカードによる資格確認を行うこともできない場合には、新しい健康保険証の交付を受けていない場合の現行の取扱いと同様に、医療機関等は、患者に対して医療費の全額（10割）を請求することを基本とするが、当該患者が再診であり、医療機関等において過去の受診歴等や患者の身元が分かる場合など、個々の医療機関等の判断により、当該医療機関等で保有している情報等に基づき患者の窓口負担を3割分等とするなど、柔軟な対応を行うことが妨げられるものではない。

3. 診療報酬請求等

(1) マイナポータル画面や健康保険証の提示及びシステム障害時モードによりその場で又は事後的に資格確認を行った場合には、当該資格確認結果に基づく患者の保険者等番号及び被保険者等記号・番号を診療報酬明細書等（以下、「明細書」という。）に記載して診療報酬請求等を行う。

(2) 患者からの聞き取り等により患者の現在の資格情報を確認できた場合や、過去に当該医療機関等への受診歴等がある患者について、その時から資格情報が変わっていないことを口頭で確認できた場合には、当該資格に基づく患者の保険者等番号及び被保険者等記号・番号を明細書に記載して診療報酬請求等を行う。

(3) 有効な保険証が発行されている場合であって、患者の現在の資格情報を確認できなかった場合においても、「資格（無効）」画面に表示された喪失済みの資格や、過去の受診歴等から確認した資格に基づく保険者等番号及び被保険者等記号・番号を明細書に記載して診療報酬請求等を行うことができる。

(4) 有効な保険証が発行されている場合であって(1)～(3)によることができないとき、被保険者資格申立書の提出があった患者については、患者から事後的に医療機関等に対して被保険者等記号・番号等の提供がなかった場合には医療機関等から患者へ確認を行った上で、なお、患者の現在又は喪失済みの保険者等番号又は被保険者等記号・番号を特定することができないときには、明細書の摘要欄に、被保険者資格申立書により把握している患者の住所、事業所名、連絡先等の情報その他請求に必要となる情報を記載の上、保険者等番号及び被保険者等記号・番号は「不詳」のまま診療報酬請求等を行うことができる。

なお、審査支払機関は、オン資確認等システムのレセプト振替機能も活用しつつ、患者が医療機関等を受診等した当時の加入保険者等を可能な限り特定し、当該特定作業により判明した保険者等が診療報酬等を負担するが、それでもなお保険者等を特定することができない場合には、災害等の際の取扱いに準じ、各保険者等で当該医療機関等に対する診療報酬等の支払実績に応じて診療報酬等を按分して支払うこととする。

診療報酬等の請求方法

前述の3.(1)～(4)においては、以下に留意し、診療報酬明細書等については通常実施している請求方法により請求することになる。

3. (1)、3. (2) の場合

患者への確認によって得られた保険者等番号及び被保険者等記号・番号を記録した上で、通常の診療報酬請求方法にて請求を行う。

3. (3) の場合

「資格（無効）」画面に表示された喪失済みの資格や、過去の受診歴等から確認した資格情報（旧資格情報）に基づく保険者等番号及び被保険者等記号・番号を記録した上で、診療報酬請求を行う。このとき、摘要欄に、「旧資格情報」である旨を記録する。なお、記録した資格情報が旧資格情報であった場合であっても、レセプト振替機能を活

用して、医療機関等へ明細書を返戻することなく新たな保険者等に対して医療費請求を自動的に振り替えることとなる。

ただし、明細書の請求の時点で新たな保険者等からデータ登録がなされていない場合や医療保険・公費併用請求又は高額療養費等の場合は、レセプト振替を行うことができないため、一旦請求してもレセプトは返戻されるが、次の方法により、請求することが可能。

3. (4) の場合

被保険者資格申立書の提出があった患者について、患者から事後的に医療機関等に対して被保険者等記号・番号等の提出がなかった場合であって医療機関等から患者へ確認を行った上で、なお、患者の現在又は喪失済みの保険者等番号及び被保険者等記号・番号を特定することができない場合は、次のとおり診療報酬請求を行う。なお、入院の患者や再診・再来局の患者については、可能な限り、入院中又は2回目以降の受診・来局の際に保険者等番号及び被保険者等記号・番号又は過去の資格情報等を確認することが必要であること。

(保険者等番号)

○「保険者番号」は「77777777(8桁)」を記録する

(被保険者等記号・番号)

○ 被保険者証の「記号」は記録しない
○ 「番号」は「777777777(9桁)」を記録する(後期高齢者医療の場合は「77777777(8桁)」を記録する)

(摘要欄)

○ 摘要欄の先頭に「不詳」を記録する(紙レセプトの場合は、上部欄外に赤色で不詳と記載)
○ 摘要欄の不詳の下段に、被保険者資格申立書に記載された患者のカナ氏名、保険者等名称、事業所名、住所(複数存

在する場合は全て)、連絡先、患者への連絡を行った日付を記録する

※なお、上記のとおり行われた「不詳」による請求については、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令に基づき、審査支払機関において、職権により資格情報の補正を行う。

※診療報酬等の請求時期は令和5年9月の請求から可能となる。なお、局長通知発出以降に被保険者資格申立書を記入した患者であって、この取扱いが必要になる場合は、令和5年8月には請求せず、令和5年9月以降に請求することになる。

患者の皆様へ
—マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合—

- マイナンバーカードを使って医療機関・薬局で受診へいただくためのシステムで確認したところ、あなたの医療保険の資格情報は「資格(無効)」や「資格情報なし」と表示されました。
- 転職等の理由により、あなたの資格情報の登録が済んでいない、又は、登録内容の確認中であることが考えられます。
- あなたの資格情報を速やかに登録・確認いただけるよう、加入されている保険者(健康保険組合、協会けんぽ、市区町村等)にお問合せいただくなど、ご協力をお願いいたします。

※ 被用者保険(社保)にご加入の方は、お勤め先の事業主を通じてお問合せいただくことも可能です。

※ ご自身の最新の資格情報がシステムに登録されているかどうかは、スマートフォンなどでマイナポータルにログインし、「わたしの情報」→「健康・医療」→「健康保険証情報」をご覧ください。ご確認ください。

 **厚生労働省**
Ministry of Health, Labour and Welfare

被用者保険における加入者に対する周知(チラシ)

3. 意見交換・要望等

(1) 東京都医師会

医療機関の窓口での混乱を避けるため、初めて受診する方へ健康保険証の持参を推奨する院内掲示用のポスター（図）を作成し、会員に周知することになっている。

日医 従来の保険証も持参を促すことはトラブル回避にもなり、とても良い取り組みである。

(2) 山形県医師会

マイナンバーカードのみで受診された患者を、駐車場（車内）で検査・診療を行う場合の資格確認について。発熱外来など動線を分離している場合の対応などの場合は「機器不良により確認ができない場合」と同等の対応として考えていいのか。

日医 動線を分けて受付をしている場合は、オン資確認のリーダーは接続されて窓口にあるので、

資格確認ができない。厚労省によれば、現在、訪問診療など、患者の自宅で診療する際に活用できる「居宅でオン資確認ができるもの」を開発中である。モバイル端末を利用するとのことである。

なお、提示のように動線を分けている場合は、前述の東京都医師会の周知のように、従来の保険証もご持参いただくように促すのがよい。

(3) 京都府医師会

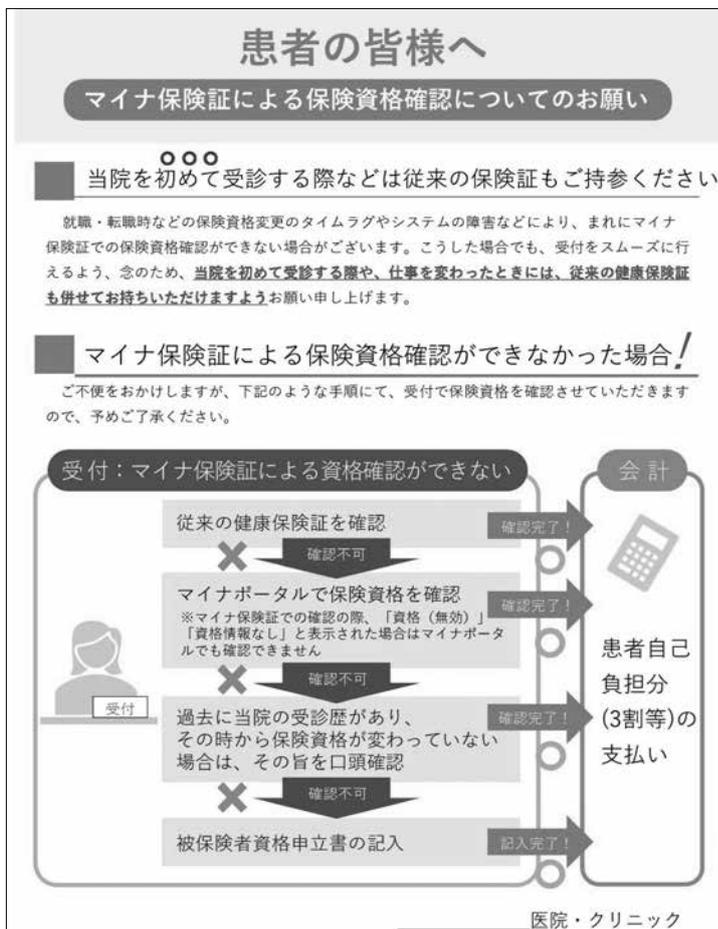
保守契約料の補填財源について、厚労省として医療機関におけるメンテナンス費用に対する補償・補填はどのように考えているのか。後出しじゃんけんのように保守契約の話がくることもあり、対応が不十分ではないか。

厚労省 ランニングコストにあたるものは、オン資確認導入を推進するにあたり、もともとの導入費用は補助しているが、運用費用は上乘せする形にしている。医療機関にも事務コストの削減の

メリットがあるという整理のもと、補助は行っていない。一方、診療報酬上、オン資確認を導入して医療機関に質の高い医療を提供いただけているということで診療報酬上の評価を設定しているので活用いただきたい。

導入にかかる費用は高すぎるなどの意見は厚労省も把握している。個々の契約に対する意見は言えないが、システム事業者を集めた会議にて業者に対して「見積もりを出す場合は、それが対応必須の項目なのかを丁寧に説明し、十分なコミュニケーションを取るように」と要請している。

日医 現在でも困ったことに関する相談窓口を会員向け専用ページに開設しているの、金額やその内訳など送ってもらえれば、日医としても把握し、厚労省とも情報を共有して対応を考える資料としたい。



図（東京都医師会作成ポスター）

(4) 奈良県医師会

マイナカードだけで受診される方が増えていくが、「申立書記載による暫定3割」など、各医療機関の個別の判断に任されているような曖昧な指標ではなく、故障や通信障害時でも、確実に保険証情報が入手可能なシステム作成のような明確な指標を期待する。偽造悪用の可能性が懸念される。高齢の方はマイナポータルが使いきれないことが多いが、例えば医療機関のスマートフォンを使っただけの利用は可能なのか。

厚労省 医療機関のスマートフォンによるマイナポータル確認は想定していない（昨今の誤登録の経緯を考えると、しないほうがいいだろう）。患者自身のスマートフォンを基本としている。

日医 トラブルはゼロではないので、その場合の対応も考えることも重要である。

(5) 静岡県医師会

現在でも資格確認作業には時間がかかる。保険証廃止後など全国で集中的にすると、アクセスが集中して資格確認作業がしづらくなることも考えられるが、対策についての意見を伺う。

厚労省 このシステムは、すべての医療機関や薬局で導入されて利用された場合の対応、反応速度が担保できるように設定している。アクセス増やデータ量増も把握している。引き続き利用状況の状態に対応できるように体制を整えておく。

日医 現状はカード利用者が少ないが、今後は増えていくことが予想され、その際に課題が生じた場合、日医へ報告してほしい。厚労省と相談して良いシステムにしたい。

(6) 香川県医師会

①専用端末に保存された個人情報の消去のタイミングと保存方法。それらリスクに対する考えと対策。

②顔認証付端末や専用端末の機器破損等により入れ替えが必要になった場合等、復旧に長時間を要

する場合の対処方法。専用端末と専用ルータならびに、顔認証端末の設定条件を、設置医療機関への開示。蓄積されたデータはどの時点で削除されるのか。

③専用端末へのウイルス対策ソフト等の対策の要否。

④機器の経年変化・機器の転落などによる障害が発生した場合の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の扱い。

⑤補助金の対象期間以後に新規開業した医療機関への補助金「なし」と結論した合理的な根拠。

⑥資格情報等のオン資データベースの連携の自動化の予定検討。

⑦オン資が一定時間ごとに途切れるトラブルの原因調査究明並びに原因解決までの補助期間継続要望。

時間の都合で、①③と②④の質問と回答がなされた。

厚労省 ①③について。医療機関のサイバーセキュリティ対策は、オン資確認とは別になる。ガイドラインを示して、ウイルス対策ソフトやOSの更新は医療機関に依頼している。万が一、トラブルが起きてしまったら、専門家派遣による初動対応を考えている。資格確認端末で顔認証と処理をする場合、その時の撮影画像は認証終了後に消去する仕組みになっている。患者から同意をいただいている薬剤情報は、それ自体は資格確認端末に保存する仕様にはなっていないが、それをレセプトコンピュータに接続して取り込んでいる場合は、医療機関のサイバー対策の範囲ということになる。ウイルス対策ソフトを入れてセキュリティ対応を積極的に活用してもらうことになる。

②④について。メーカー業者には、機器破損などによる使用不可の場合は、故障の連絡があればメーカーから代替品を送付する体制にしている。医療情報・システム基盤整備体制充実加算については、物理的な故障の加算算定は、加算1の「マイナカードの利用がない場合」で算定される。

一角田日医副会長の総括ののち、会議は終了した。

社保・国保審査委員合同協議会

と き 令和5年9月14日(木)

ところ 山口グランドホテル

〔報告：専務理事 伊藤 真一〕
理 事 藤原 崇

開会挨拶

加藤会長 岸田第二次改造内閣では、組織内候補の自見はなこ 地方創生担当大臣も含め日本医師会関係から二人の大臣が就任された。武見敬三 厚生労働大臣におかれては、医療経済に精通されていることから、次期診療報酬改定の重要性は十分に認識されているところである。

医療においては、「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化」「診療報酬改定DX」とDX化が進んでおり、令和6年度のトリプル改定へ向かうことになる。診療報酬改定は施行が6月になることが決定(薬価改定は4月)したところであるが、内容に注視をしていく。本日は、審査委員間の情報交換をしていただき、中身の濃い協議会になるようお願い、挨拶とする。

続いて、**萬 社保審査委員長・土井国保審査会会長**から、社保では不合理な支部間差異解消に向けて審査業務の集約化等を行い2年目となる。国保においても審査基準の統一化に向けて、現況では18,041項目が提出され、検討を行い、そのうちの36項目は統一化の公表を行ったところであるが、528項目については医学的判断を必要とする項目となり、コンピュータ審査には該当しないこととなった等の挨拶が行われた。

協議

1 社保・国保審査委員連絡委員会(7月6日)報告

本会報8月号(No.1956)に掲載のため省略。

※社保国保審査委員連絡委員会(令和5年7月6日)の一部修正

標記委員会につきましては、山口県医師会報(令

和5年8月号)に掲載しておりますが、協議1につきましては、以下のとおり、手術項目を追記しましたので、差し替えをお願いいたします。

協議1 膵管の手術時に使用する特定保険医療材料の算定について[支払基金]

下記における胆道結石除去用カテーテルセットの適用外使用について協議願いたい。

(1) 膵石治療時における胆道結石除去用カテーテル(バルーン及びバスケット)等の使用について

K699-2 膵結石除去術(経十二指腸乳頭によるもの)他

(2) 十二指腸乳頭以外の拡張(良性胆道狭窄、悪性胆道狭窄、膵管狭窄、瘻孔)における胆道結石除去用カテーテル(十二指腸乳頭拡張機能付き)等の使用について

K682-4 超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)

K707-1 膵嚢胞外瘻造設術(内視鏡によるもの)

K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術 他

(1)(2)ともに、手術時に使用した特定保険医療材料の使用理由の詳記を必要とし、その内容により審査委員会の判断となる。

2 HIF-PH阻害剤(腎性貧血治療薬)の取扱いについて[国保連合会]

令和3年2月の社保・国保審査委員連絡委員会において、HIF-PH阻害剤(腎性貧血治療薬)の1回の処方上限は「30日分を目途とする。」とされたが、30日分を超えて処方されている事例が散見される。当該取扱いについて再度協議願

たい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

令和3年3月号・社保国保審査委員連絡委員会

処方上限日数の縛りを取るが、長期間の投与については審査委員会の判断とする。

3 ルーチン検査の算定間隔について〔支払基金〕

平成23年1月の社保・国保審査委員連絡委員会において、ルーチン検査（肝炎ウイルス検査(HBs抗原、HCV抗体)及び感染症血清反応(TPHA(定性)、梅毒脂質抗原使用検査(定性))の再入院時における算定間隔は、「6か月を目安」とされ、令和元年8月の社保・国保審査委員合同協議会において、手術前のルーチン検査は、「6か月を目安とする。なお、疾患が新たに疑われた場合は、『疑い病名』を記載することで、6か月以内でも認められる。」とされた。

しかし、令和5年5月に行った支払基金の審査上の取扱い調査において、7割以上の都道府県で、別表の算定間隔が「3か月に1回」という結果であったことから、ルーチン検査の算定間隔について、再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成23年3月号・社保国保審査委員連絡委員会

ルーチン検査における「肝炎ウイルス検査(HBs抗原、HCV抗体)及び感染症血清反応(梅毒血清反応(STS)定性、梅毒トレポネーマ抗体定性)」の算定間隔を「3か月に1回」へ変更する。(P677掲載、「ルーチン検査一覧表」のとおり)

3 保険医療機関等からの意見・要望

〈在宅医療〉

No.1 在宅酸素療法の適用病名

平成25年8月の社保・国保審査委員合同協議会において、在宅酸素療法指導管理料は「対象病名としては慢性呼吸不全が必要と解される」との記載があるが、現在でも呼吸不全の場合は必ず「慢性」が必要となるか。【山口県病院協会】

「慢性」の表記又は病状の注記を必要とする。

No.2 電子的診療情報評価料

総合病院に患者を紹介し、治療や検査を行った後、当該総合病院から診療情報提供書を持って退院。その後、本診療所を再受診した際、電子的診療情報評価料を算定したが認められなかった。

支払基金に照会したところ、「B009-2 電子的診療情報評価料の(3)が査定理由であり算定できない」と回答された。

総合病院で治療後に再受診された患者が、なぜ同(3)の対象になるのか理解できない。

(社保)【下関市】

【参考】(B009-2 電子的診療情報評価料の(3))

電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。

患者を総合病院等へ検査依頼し、その後、本診療所を再受診した際等に、当初、依頼したもの以外の電子的診療情報を入手された場合、算定は可能である。

出席者

社会保険診療報酬支払基金

審査委員 25名

国民健康保険診療報酬

審査委員 26名

県医師会

会 長 加藤 智栄

副 会 長 沖中 芳彦

専務理事 伊藤 真一

常任理事 前川 恭子 上野 雄史 茶川 治樹

理 事 縄田 修吾

白澤 文吾 藤原 崇 竹中 博昭

木村 正統 岡 紳爾 藤井 郁英

國近 尚美

監 事 藤野 俊夫 宮本 正樹

しかし、本事例は当該診療所が検査を総合病院あてに依頼された後、患者が総合病院で検査のみを行い、その後、当該診療所を再受診されたタイミングで、地域の専用医療情報ネットにより、当初、依頼した検査結果のみを入手されていたことが、保険者再審査請求により、審査機関で確認されたため、この場合は算定要件を満たさないことから査定はやむを得ない。

〈投薬・注射〉

No.3 サムスカの外来投与

心筋梗塞後慢性心不全で嚴重なコントロールが必要な糖尿病患者で、利尿効果の強いSGLT-2阻害薬のフォシーガとサムスカ OD (7.5) にループ利尿薬を加えると脱水の危険が大きいため、サムスカ OD (7.5) とフォシーガの使用を行った。サムスカ以外の利尿薬では心不全のコントロールが困難であり、フォシーガは利尿効果が強く慢性心不全にも効果が大きい。当該患者の糖尿病にも効果が大きくコントロールも上手くいっていた。このような場合、いくらSGLT-2阻害薬に利尿効果があってもサムスカを使用するためにはループ利尿薬等が不可欠となるか伺いたい。【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成29年9月号・社保国保審査委員連絡委員会

添付書の用法に「他の利尿薬と併用して使用すること」とあるとおり、利尿薬投与は必須である。利尿薬を併用できない状況があれば、その症状詳細の内容により審査委員会の判断とする。

No.4 抗生剤の適応範囲

S状結腸憩室炎に対して、セフゾンカプセル(セフェム系製剤)3日分投与したところ、原審査にて査定された。再審査請求したが原審査どおりであった。

電話で査定理由を確認したところ、セフゾンカプセルは大腸憩室炎の適応はない、再審査は複数の審査員が審査しているので、審査決定どおりとの回答であった。

抗生剤の適応は、代表的な疾患が記載されているとの認識で使用しているため、審査委員合同協

議会にて、抗生剤の適応範囲について協議願いたい。(国保)【吉 南】

適応症どおりの保険請求が原則である。当該事例については、憩室炎に対する第三世代のセフェム系抗生剤は臨床上的効果が認められないため、算定不可となる。

No.5 複数医療機関での癌化学療法

精神科病院に入院中の患者が、一般病院の外来あるいは入院で癌化学療法を行うことに問題はないか国保連合会へ問い合わせたところ、「二つの医療機関で癌化学療法を行うことは疑問」と言われ、一つの医療機関で薬剤投与・管理を行わなければ、投与後の副反応などの管理が適切に行えないので、両医療機関での算定はできないとの回答であった。そうすると、一方の医療機関では診療報酬上の請求ができないことになるが、どのようにしたらよいのか伺いたい。(国保)【山口市】

「入院中の患者の他医療機関への受診」のルールが適用されるため、入院医療機関においては管理料が算定され、他医療機関においては「当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用(処方料、処方箋料及び外来化学療法加算は算定不可)」は算定できる。

No.6 PPI注射薬(プロトンポンプ阻害薬)の薬効

PPI注射薬(プロトンポンプ阻害薬)について、薬効は主に「出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変」である。「上部消化管出血」は該当となるか伺いたい。

【山口県病院協会】

該当となる。

〈手術〉

No.7 下大静脈フィルター除去術と回収型下大静脈留置フィルターセットの査定

支払基金の外科レセプトで下大静脈フィルター除去術と回収型下大静脈留置フィルターセットが

査定された。査定理由については、「留置後抜去することを前提としたテンポラリー下大静脈留置フィルターに該当しない。」を根拠ということであった。

しかし、下大静脈留置フィルターの留置は短期に留めることが望ましいとされており、回収型下大静脈留置フィルターを使用することがガイドライン上で推奨されている。

このことから、該当のレセプトに関しても、回収型下大静脈留置フィルターを使用することは診療上、必要なことであり、今後の査定について、再考いただきたい。(社保)【山口県病院協会】

【参考文献】

・肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2017年改訂版)

本事例内容は算定可能であるため、再審査請求願いたい。

No.8 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術の査定

K425の口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術を算定しても、その他の低点数の術式に査定されることが多いため、この手術はどのような手術に算定できるのか伺いたい。

具体的な例として、下顎歯肉癌(T4aN2bM0)の症例に対して、K425:口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術を算定したところ、K439-2の下顎骨悪性腫瘍手術切断(おとがい部を含むもの)へ査定された。切除範囲としては、腫瘍に安全域をつけ、口腔内は、口腔底、頬粘膜、口腔底筋群、外側翼突筋を腫瘍につけ、頸部から、下顎骨を顎関節、筋突起を含めて摘出、下顎骨に耳下腺浅葉、咬筋、顔面神経下主枝を切離し、頸部郭清組織を含め、すべて腫瘍と一塊にして摘出した。これだけの切除範囲になったため、K425を算定したがK439-2に減点査定された。下顎骨悪性腫瘍手術は、下顎骨から発生し、下顎骨内にとどまっている。あるいは、進展範囲が軽微であり、下顎骨のみを切除範囲とすることで切除可能な病変に対して算定されると考えている。

なぜ本症例では、K425は算定できなかったのか、算定するにはさらにどこまでの切除範囲が必

要だったのか伺いたい。(社保)【山口県病院協会】

事例の詳細内容から、手術の顔面部位の範囲が小さいと判断された可能性があるが、本レセプトは、支払基金本部の特別審査委員会が査定の判断を行っており、同委員会から直接、当該病院へ説明するとのことである。

No.9 グラフトンDBM使用時のK059骨移植術3口(その他)の算定

脊椎手術時(切除骨利用時)、グラフトンDBM(ヒト脱灰骨基質使用吸収性骨再生用材料)を使用していれば、K059骨移植術3口(その他)は算定対象となるか伺いたい。【山口県病院協会】

自家骨と併用している場合に限り、算定対象となる。

No.10 L008閉鎖循環式全身麻酔4の算定条件

全身麻酔時、半側臥位でのL008閉鎖循環式全身麻酔は算定可能か伺いたい。【山口県病院協会】

上半身の角度が45度以上の場合は認められる。その他の場合は詳細の内容により審査委員会の判断とする。

〈検査〉

No.11 超音波検査(心臓超音波検査)(経胸壁心エコー法)の査定基準

胸痛で循環器内科を受診した患者に対し、心電図・胸写のみで胸痛の鑑別、狭心症、心筋症、心不全などの診断は困難であるため、超音波検査(心臓超音波検査)(経胸壁心エコー法)を用いて診断を行ったが査定となった。

「JCS2018 慢性冠動脈疾患ガイドライン」P22において、安静時心エコー法は症状の有無を問わず、非侵襲的で冠動脈疾患が疑われる患者の初回評価として行われるべきと記載があり、算定は可能ではないのか。

(社保)【山口県病院協会】

狭心症の確定病名があれば認められる。

**No.12 前立腺がん検診で要受診患者となった
場合の経過観察でのPSA測定について**

前立腺がん検診でPSAが要受診の値であった場合、市の検診実施要領では1年後に検診を受けた医療機関に受診となっているが、PSAの算定要件が、「診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺がんの患者であることが強く疑われる場合」とあるため、内科開業医で前立腺エコー、CT等を行わない場合は、健診で要受診との結果によりPSAを測定したとしても、保険で算定することが認められない。これでは健診機関に受診する意味がないのではないかと。

【吉 南】

「診察」により、前立腺がんの患者であることが強く疑われる場合は認められることから、「前立腺がん疑い」の病名があれば算定は認められる。

〈入院料〉

No.13 緊急再入院のDPCでの退院時処方

緊急再入院の場合、退院時処方の算定は全日分認められるか伺いたい。

(例) 7/3 退院時 14 日分処方、7/7 緊急再入院の場合【山口県病院協会】

緊急再入院の場合、退院時処方の算定は全日認められる。

※ 以上の新たに合意されたものについては、令和5年11月診療分から適用する。

ルーチン検査一覧表

検査項目	ルーチン検査名	入院時	手術前	内視鏡前
尿	尿中一般、沈渣（染色を除く）	○	○	×
便	潜血反応、虫卵、ヘモグロビン	○	○	×
血液	末梢血一般、血液像	○	○	×
生化学（I）	D007-1~5	○	○	×
肝炎ウイルス	HBs抗原	○	○ <small>精密検査も可</small>	○ <small>精密検査も可</small>
	HCV抗体	○	○	○
免疫学的検査	血液型検査（ABO・RH(D)）	○ <small>輸血病態に限る</small>	○ <small>輸血病態に限る</small>	×
	CRP	○	○	×
感染症血清反応	梅毒血清反応（STS）定性 梅毒トレポネーマ抗体定性	○	○	○
循環機能検査	心電図	○	○	×
画像診断	胸部X線	○	○	×

(1) 再入院の場合の取扱い

- ・ 前回退院日から1年以内の再入院時における血液型検査は重複とみなす。

(2) 梅毒検査・HBs抗原・HCV抗体の検査の間隔は3か月を目安とする。

- ・ 以前入院の場合は前回退院日から
- ・ 疑い病名があれば3か月以内でも可

(3) 表はルーチン検査の目安であり、病名及び症状等から必要に応じて請求する。

第105回山口県医学会総会

と き 令和5年6月18日(日) 10:30~15:00

ところ 山口グランドホテル

特別講演

高分子の秩序構造形成と再組織化

山口大学大学院創成科学研究科教授 野崎 浩二

今回の特別講演は、山口大学大学院創成科学研究科教授の野崎浩二先生に、「高分子の秩序構造形成と再組織化」というタイトルで講演いただきました。野崎先生は昨年まで、山口大学理学部長を務められ、本年度より学長特命補佐(教育支援改革担当)としても活躍しておられます。



以下に、講演内容を紹介いたします。

まずは高分子の構造や結晶化について基礎的な話から始めました。

高分子とは、分子量の大きい巨大な分子(通常は1万以上)であり、同じ化学構造の単量体が繰り返し結合した多量体で、「長い鎖状の分子」の形をとります。ゴムやプラスチックなどはこの高分子で構成されており、われわれの日常生活のさまざまな場所で利用されています。

高分子に限らず、物質の中には融点以下になると結晶の形をとるものがあります。結晶とは原子・分子が3次元的に周期配列している状態のことで、物質が結晶になることを結晶化といいます。結晶化とは典型的な秩序構造形成過程であり、一定の温度や圧力の下で自発的に進行する自己組織化現象です。

結晶化する高分子のことを「結晶性高分子」といい、ポリエチレン、ポリプロピレン、ナイロン、ポリエチレンテレフタレートなどの物質があります。これらの物質は、レジ袋や食品包装フィルム、液体用プラスチック容器、自動車の内装や部品

に使用されており、将来的には車のボディに利用される可能性もあります。

結晶状態における高分子の構造は、分子構造自体に周期性が必要で、分子内のポテンシャルエネルギー(位置エネルギー、原子同士の相互作用のエネルギー)が最も低い立体配座をとり、その結果、らせん構造となります。そして、らせん構造の分子はらせん軸方向へ伸び切ることになります。

この伸び切ったらせん構造の高分子が、どういった秩序配列をつくるのか?高分子は、融点以上の融液状態ではランダムコイルという無秩序な状態で、絡み合った紐のようになっています。理想的な高分子結晶は、この絡み合いが一本一本解けて、各鎖状分子がらせん軸を平行に揃えた構造をとったもので、これを「伸びきり鎖結晶」といいます(この状態は自由エネルギー的にも最安定な状態)。しかし、実際にはこのような状態になるには膨大な時間を要し、非常に困難です。

そのため実際には、鎖状分子の一部だけがらせん構造を形成して伸びきり、さらにそれが折り畳まれながら配列する「折り畳み鎖結晶」を形成することになります。折り畳み鎖結晶は数nmから数十nm程度と、非常に薄い層を形成するため、「ラメラ結晶」と呼ばれています(「ラメラ」とは「層状」という意味のようです)。ラメラ結晶はエネルギー的には準安定な状態です。最安定の伸びきり鎖結晶を形成するには、絡み合いを解いたり、他の分子がある中で自分自身が伸び切らないといけない等の、さまざまなエネルギー障壁を越える必要があるため、膨大な時間がかかります。ところが、折り畳み鎖結晶はエネルギー障壁がそれ程ではないため、このような形に結晶化することが自然界では

起こっています。

ラメラ結晶形成時には、分子の絡み合い部分や末端部分、化学的欠陥部分は結晶内に入ることができず、非晶のまま残存します。

ラメラ結晶は分子軸に垂直な方向へ成長して行きますが、不安定性が起こり2つに割れ、結晶領域と非晶領域が交互に積み重なった「積層ラメラ構造」という特徴的な高次構造を形成します。積層ラメラ構造がさらに成長して3次元空間を埋めていくと、「球晶」と呼ばれる特徴的な構造を呈します。このように高分子結晶は、階層的な構造となっているのです。

高分子の結晶化においては、分子鎖の秩序化であるらせん形成、分子鎖の向きの秩序化である分子鎖の配向、分子配列の秩序化である結晶配列形成、分子鎖右巻き・左巻きに関する配列などのその他の配列秩序形成など、さまざまな秩序構造形成過程が存在します。

高分子の結晶化過程では、結晶多形現象（同じ高分子結晶において結晶化条件の違いによって異なる分子の秩序形成を形成すること）や固相転移現象（温度や圧力が変化すると分子の配列秩序が変化すること）といったさまざまな現象が認められます。

これらの現象は他の物質でも見られますが、高分子においては再組織化という現象が顕著に認められます。この再組織化とは、ラメラ構造という準安定状態の高分子結晶が、何らかの刺激を受けると、より安定な状態近づこうとする現象です。一般的に、結晶の融点はサイズに依存していますが（サイズ効果：Gibbs-Thomson効果）、高分子の結晶ラメラは薄いため、このサイズ効果を顕著に受けます。ラメラ結晶の融点は、結晶の厚みが薄い時には低くなり、厚い時には高くなります。厚さが無限大の理想的伸びきり鎖結晶の融点を平衡融点（理論値であり測定不可）といたしますが、これ以下の温度で高分子を熱処理すると複数の再組織化が競合しながら進行し、一旦形成した構造が最安定な状態に向けて変化します。高分子における再組織化の典型的な例としては、結晶ラメラの厚化、融解・再結晶化、結晶領域の秩序化などで、どの再組

織化過程が進行しても、結果として結晶の融点は高くなります。

結晶ラメラの厚化とは、熱処理中に結晶ラメラが徐々に厚くなる現象です。この際には、結晶内のらせん構造の分子が分子軸に沿って動く必要があり、滑り拡散（sliding diffusion）といえます。滑り拡散のしやすさは、物質により異なります。

融解・再結晶化とは、昇温中に融点の低い薄いラメラ結晶が融解し、融点の高い厚い結晶に再結晶化する現象です。この現象は他の物質ではあまり見られません。結晶が厚くなるため、結果として融点は高くなります。

結晶領域の再秩序化とは、結晶生成時の結晶内の構造欠陥が排除され、分子配列の再秩序化が進行する現象です。これによりエンタルピーが下がり、融点が高くなります。

続いて、先生の研究室での研究について紹介いただきました。

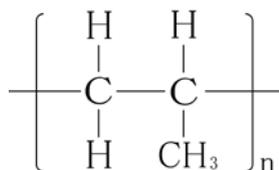
先生の研究テーマとしては1. アイソタクチックポリプロピレン等の結晶性高分子の結晶化、固相転移、再組織化の研究、2. 有機鎖状低分子の結晶構造や固相転移の研究、3. ボトルブラシ高分子とワックスの混合系の構造形成と相転移に関する研究、4. 鎖状分子薄膜の構造形成、相転移、構造評価法に関する研究などです。

研究手法としては、逆空間を観測するX線散乱法、実空間を観測する顕微鏡法、熱異常を観測する熱分析法、そして実験結果を考察するために結晶の分子配列のエネルギー計算などを利用します。

まず最初に説明いただいたのは、「アイソタクチックポリプロピレン結晶におけるらせん分子の配列秩序」についてです。これまでに報告されていなかった新しい分子配列を持つ結晶相を発見することができたそうです。

ポリプロピレン（PP）はプロピレンを重合することによって得られる物質で、アイソタクチック、シンジオタクチック、アタクチックという3つの立体異性体があり、そのうちアイソタクチック

クとシンジオタクチックが結晶性高分子です。ポリプロピレンの構造式は



となり、一つおきにメチル基 (CH₃) が付いています。アイソタクチックポリプロピレン (iPP) はメチル基が一方方向に規則的に配列した構造で、シンジオタクチックポリプロピレンはメチル基が交互に配列しています。

iPP は 3₁ らせん構造 (3 個のモノマーで分子鎖が 1 回転した構造) をとります。この構造にはまず、ポテンシャルエネルギーの等しい右巻きと左巻きの形があります。さらに、メチル基がらせん軸に沿って上向きのもので下向きものがあります。つまり、3₁ らせん構造には Left/UP、Left/Down、Right/UP、Right/Down の 4 種類の状態が存在することになります。

iPP には結晶化の条件の違いで、 α 相、 β 相、 γ 相などさまざまな結晶多形があります。静置融液から結晶化した α 相はさらに、結晶化温度が低いと α 1 相、高いと α 2 相という結晶多形に別れます (中間温度域では両相が共存します)。

α 1 相と α 2 相の結晶構造における分子配列を見てみると、らせんの巻き方向の配列秩序は両者とも共通 (L と R が横軸に沿って交互に配列) ですが、メチル側基の結合方向の配列秩序が α 1 相には無く、 α 2 相にはある (Down-Down-Up-Up) という違いがあります。 α 1 相と α 2 相は似た構造ではありますが、らせん分子の配列秩序の違いを反映し、空間群 (結晶内の分子配列の空間対称性) と格子定数 b が異なります (Wikipedia より: 格子定数とは結晶軸の長さの軸間角度のこと。単位格子の各稜間の角度 α 、 β 、 γ と、各軸の長さ a 、 b 、 c を表す 6 個の定数のこと)。

α 1 相と α 2 相は広角 X 線回折によって区別できます。両相の単位格子は単斜晶系であり、格子定数もほぼ同じであるため、主要な Bragg 反射はほぼ同じ散乱角に観測されますが、

$\bar{2}31, \bar{1}61$ 反射は α 2 相のみに観測されるのです。

通常の X 線回折では、わずかにしか変わらない格子定数の違いを区別することはできません。しかし、シンクロトロン放射 X 線という、強度が強く平行性が高い X 線を使うことにより精密測定が可能になり、格子定数のわずかな違いを区別できるようになりました。これにより α 1 相と α 2 相を解析したところ、これまでの検査では区別がつかなかった 040 反射の部位にも違いがあることが分かり、このことを報告したのは先生方が初めてのことでした。

さらに、さまざまな結晶化温度で作った試料の格子定数の温度変化を調べてみたところ、3 系列に綺麗に纏まりました。最も格子定数が小さい (= 密度と秩序性が高い) ものが α 2 相で、真ん中が α 1 相です。さらに 3 系統目として格子定数が大きい (= 秩序性が低い、構造が乱れている) ものがありますが、これは今まで報告されておらず、 α 1' (α 1 プライム) 相と名付けられたそうです。

α 2 相は L/R と Up/Down の配列秩序を持ち、 α 1 相は L/R のみ配列秩序はあるものの、Up/Down は統計構造 (= 無秩序) となっており、この α 1' 層は L/R の配列も無秩序になっていると考えられます。

続いて紹介いただいたのは「アイソタクチックポリプロピレン結晶における融解・再結晶化による相転移進行のその場観測」についてです。

これまでは、高分子の融解・再結晶化の進行をリアルタイムに観察することはできませんでした。高強度であるシンクロトロン放射 X 線を利用することにより可能になりました。

示差走査熱量分析 (DSC) で、高分子を一定の昇温速度で熱処理する過程を調べると、昇温速度毎に融解ピークの振る舞いが変わっていることが分かります。このことは、昇温速度により再組織化の進み方が違っていることを示しています。

今度は、ある一定の温度 (T_a) まで昇温した後、温度をホールドし、その間に再組織化した結晶の融解挙動を観察してみます。 T_a を変えて DSC

で分析してみると、 T_g が上昇するにつれて融点が増加していき、このことから、昇温をホールドしている間に、何らかの再組織化が進行していることが推測されます。

DSCではこれ以上のデータは得られないため、同じ現象をX線回折により測定してみます。

まず、昇温中はBragg反射のピークは下がっていき、これは高分子の融解が徐々に進行していることを示しています。高分子は結晶の厚さによって融点が増加するため、さまざまな厚さの結晶が集まっていると幅広い温度域で融解が起こることになります。次に、温度をホールドした後の反応を見てみると、ホールドした直後（25秒目から）には既に大部分の結晶が融解しています。その後、長時間にわたり温度をホールドしていると、再びピークが現れ増加するという現象が起こります。これは、最初にあった結晶が一旦融解し、温度をホールドしている間に再結晶化をしている、ということの直接の証拠であり、このことを報告したのも先生方が初めてであるとのことでした。

このX線回折プロファイルを用いてさまざまな量を求めることができますが、その中に結晶化度（高分子個体の全重量に占める結晶部分の重量が占める割合）というものがあります。最初に40%あった結晶化度は、昇温により徐々に低下していき、そして、温度をホールドすると再び結晶化度が上昇していき、

この現象は実空間の観察（偏光顕微鏡での観察）でも、融解→再結晶化がしっかりと確認されます。

最後に、この現象をもっと小さな構造である積層ラメラ構造の変化として見てみます。それには小角X線散乱という方法が使われ、これにより積層ラメラ構造の結晶部と非晶部の厚さを測定することができます。定速昇温時に結晶の厚さを測定していくと、昇温に伴い厚くなっていくように見えます。これは融点の低い薄い結晶が融解して厚い結晶が残るので、結果としてそのように見えているのです。次に温度をホールドし再結晶化が始まると、結晶の厚さは変化しません。このことは、融解せずに残った厚い

結晶と同じ厚さまで結晶が成長していることを示しています。

以上が、講演内容のまとめになります。医学とはまた違った分野のお話で、相当に歯応えのある難しい内容であったかと思います。高分子という、日常生活にも密接に関わっている物質の特性について理解するきっかけになり、世界を見る新しい視点を獲得することは大切だと感じました。また、私たちが便利な生活を送れているのも、先生方のような多くの研究者や技術者の方々に支えられてこそと、改めて考えさせられました。

野崎先生は大学人、教育者としての見識も豊富で、まだまだ話題の引き出しをお持ちのようです。また別の機会にお話を伺えることを楽しみにしております。

[印象記：吉南医師会 田邊 亮]

講演 I

低侵襲かつ安全な肺がん治療の追求

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

呼吸器外科学分野教授 上田 和弘

上田和弘先生は、1994年に山口大学医学部医学科を卒業され、2023年4月より鹿児島大学大学院医歯学総合研究科外科学講座呼吸器外科学分野にて教授に就任され、現在に至っておられます。



また、2014年にダヴィンチコンソール術者トレーニングを修了され、2019年には、日本単孔式胸腔鏡手術研究会認定の単孔式手術トレーニングコースを修了しておられます。加えて、ロボット支援手術の分野では、2020年に日本呼吸器外科学会ロボット支援手術プロクターに認定されておられます。

今回、呼吸器外科学の分野で、最先端を行かれ、国内有数の呼吸器外科医の先生より、「低侵襲かつ安全な肺がん治療の追求」という演題はもとより、肺がん全体に関しても大変わかりやすく講演いただきました。

以下、その講演の内容を紹介いたします。

まず、2件の先生の自験例の紹介がありました。

1例目は、64歳男性、左胸腔内を広く占める胸膜中皮腫で、化学療法（CDDP + PEM）、胸膜切除／肺剥皮術（横隔膜、心膜合併切除を伴う）を施行しています。術後1年で局所再発していますが、体幹部定位放射線治療（SBRT）後、複合免疫療法（ニボルマブ＋イピリムマブ）、ニボルマブによる維持療法を行い、診断から3年を経て評価可能病変はありません。肺を温存したので治療に耐えられたのかも、と考察されています。

2例目は、30歳代男性、漏斗胸の症例です。2022年に鹿児島大学で、胸腔鏡下胸骨挙上術（Nuss法）を実施されています。

現在、肺がんががん死亡数の第1位であり、肺がんの罹患率と死亡率は未だ増加傾向です。しかし、1990年以降、その罹患数と死亡数の差が拡大傾向で、肺がんの治療成績に向上の兆しが見えます。検診、画像診断の進歩、病理診断、放射線治療、薬物療法の進歩などの寄与を考察されていました。

そして、主題の「低侵襲かつ安全な肺がん治療の追求」についての講演が続きました。

1) アプローチの低侵襲化

肺がん手術でのアプローチ法で、従来の開胸手術、胸腔鏡でのロボット支援下・多孔式胸腔鏡下・単孔式胸腔鏡下手術の使い分けの説明がありました。

2000年に、山口大学で開胸手術と胸腔鏡下手術の長期予後に関するランダム化比較試験が公表され、胸腔鏡下手術が開胸手術に劣らないことが示されています。また、日本は、胸腔鏡のパイオニア的存在であることが周知されています。

アノテーション機能などがわかるロボット支援下手術（ダヴィンチ手術）の様子をスライドで見せていただき、鹿児島大学では、ロボット関連

デバイス機器の使用を最小限に抑え、コスト削減に努められていることを説明されました。また、2019年12月には、単孔式胸腔鏡の1例目を実施されています。

術中エアリーク対策として、吸収性シートを用いた独自の方法により、術後ドレーン留置期間の短縮→術後在院日数の短縮→術後心肺合併症頻度の減少→早期退院、に繋がっています。また、症例の見極めにノウハウが必要とのことですが、ドレーンを入れない手術も試みています。

単孔式手術に関しては、究極の低侵襲手術として位置付けられ、鹿児島大学でも72例に実施されています。ロボット手術よりもさらに難易度が高いのですが、手術時間の短縮や使用する鉗子類が限定され、低コストという大きなメリットがあります。

2) 術後合併症ゼロを目指して

・術前リスク評価

CT画像のデジタル解析により、肺野内の低吸収領域（LAA）に色付け処理を行い、%LAAを測定することにより、合併症の鋭敏な予測を可能にしています。これは、2007年ACCP（American College of Chest Physicians）ガイドラインで引用されています。

また、深吸気息止めで撮像することにより、正確なSPECT/CT像が作成可能で、切除肺の正確な血流が評価できます。

・4D flow MRI を肺がん外科診療に応用

4D flow MRI像で左房内血流を示し、左上葉切除後の高頻度の脳血栓症に対して、左房内血流解析から血栓の発生機序を解明されています。これは、2020年の“JOURNAL of THORACIC DISEASE”に発表され、国際雑誌の表紙にその画像が掲載されました。

上田先生が目指してこられた、「小さい傷口」「少ない痛み」「術当日の離床」「正確なリスク評価」「合併症回避策」について、その推進の功績が評価され、2013年に第6回日本呼吸器外科学会賞を受賞しておられます。

3) 切除範囲の縮小化

肺がん手術には、大きく分けて肺全摘術、肺葉切除術、肺部分切除術があります。

肺全摘術に関しては、手術死亡率が明らかに葉切除・部分切除に比較して高いという結果が示されています。また、日本肺癌学会の肺癌診療ガイドラインにおいて、肺全摘術を避けて、気管支・肺動脈形成を行うべきと推奨されています。

よって、以下、肺区域切除と肺葉切除を比較検討を行っておられます。

・3cm以下の肺がん(cT1N0M0)に対して区域切除は葉切除に劣らないか？

結論として、肺葉切除術が標準術式で区域切除は葉切除に劣るとされています。

・2cm以下の肺がん(cT1N0M0)に対して区域切除は葉切除に劣らないか？

全生存率においては区域切除の優越性が示されています。しかし、術後肺機能に関しては、温存効果は期待する結果を得られませんでした。また、無再発生存率に関しても、両者に優位差を認めませんでした。

2019年にThoracic and Cardiovascular Surgeryで有害事象に関する報告が発表されました。術後のエアーリークに対して癒着療法を行った症例、ドレーン再留置となった症例は、区域切除症例で有意に多かったことが示されています。

別に、区域切除と葉切除において、以下の2点に関して、考察しておられます。

1. 葉切除(20%切除)と区域切除(5～10%切除)で肺機能が3%しか変わらない。

これに関しては、切除後の残存肺の代償反応の違いにより説明され、葉切除後の残存肺は代償性に増大するが、区域切除後で温存した肺は術後に萎縮するとされています。

2. なぜ葉切除後に他癌死が多かったか？

これに関しては、葉切除後に代償性に増大する残存肺の中では、腫瘍が進展しやすい環境が形成されているからと考えられています。

4) 「諸刃の剣」の使い方

外科治療の適応になりにくいⅢ期・Ⅳ期の肺がんに対して、化学放射線治療・外科治療・免疫療法剤を追加する等で生存率改善を試みるも、効果が得られない場合や有害事象が増加する場合もあり、全ての肺がん治療は「諸刃の剣」と考えられます。

・Ⅲ期(N2症例)の場合

「化学放射線治療+手術」と「化学放射線治療のみ」を比較して、局所再発に関しては、前者で10%、後者で22%であり、有意に前者が有効でした。ただし、問題点としては、治療関連死が前者では8%(肺全摘26%、葉切除1%)あったことです。よって、化学療法+放射線治療+肺全摘は過大侵襲と考えられます。

化学放射線治療において、「高線量照射(74Gy)」と「標準量照射(60Gy)」を比較して、前者では明らかに全生存期間が低下しており、肺がん診療ガイドラインでも74Gyの高線量照射は行わないよう推奨されています。

化学放射線治療後の「ドセタキセル追加」と「経過観察」を比較した結果、前者では治療関連死亡を5.5%認め、同時化学放射線療法後に、地固め化学療法は行わないよう推奨されています。

しかし、化学放射線治療後の「デュルバルマブ(抗PD-L1抗体)追加」と「経過観察」を比較した結果、前者で明らかに全生存期間が延長されており、同時化学放射線療法後の免疫療法の追加、つまりデュルバルマブ(抗PD-L1抗体)による地固め療法は推奨されています。

・Ⅳ期肺がん

Pt併用化学療法にペムブロリズマブ(抗PD-1抗体)を併用した場合と、併用しない場合では、前者で全生存期間が延長されています。ただし、年齢別で見た場合、65歳以下のメリットは大きいですが、高齢者(特に75歳以上)ではリスクがあると指摘されています。

化学療法を用いた複合免疫療法として、4剤併用(Pt併用化学療法+抗PD-1抗体+抗CTLA4抗体)と3剤併用の比較試験を実施してしまし

たが、前者の4剤併用療法で予想値を超える治療関連死が6.9%となり試験中止となりました。

5) 進行がんに対する外科医の役割

この章では、2件の自験例が示されました。

一例目は、34歳女性（Never smoker）、右上葉原発の腺がん（ALK陽性）で、右肺全域に浸潤影がおよぶ進行がんの症例です。まず、アレクチニブ5か月投与にて著明に縮小しています。次いで、CDDO + PEM 2コース後の残存病変に対して、右上葉切除術（ND2a-2）を施行しました。術後病理では、腫瘍消失（Ef3）の結果を得ています。さらに、術後治療としてCDDP + PEM 4コースを行い、アレクチニブ投与中で術後5年経過で無再発です。

二例目は、58歳男性、右上葉に原発巣がある扁平上皮がん、Stage IV、cT3N0M1a（胸骨転移）、PD-L1 TPS = 5%の症例です。まず、CBDCA + nab-PTX + ペムブロリズマブ 4コースの後、ペムブロリズマブ メンテナンス 4回投与施行しています。また、同時放射線照射を胸骨腫瘍に66GY/30fr行っています。その後、右中下葉切除術を施行しています。術後病理結果は、SCC、12mm、G1、pI0、ly0、v0、pN2（#7）でした。術後合併症はなく、術後治療としてペムブロリズマブを継続中ですが、術後3年経過し無再発生存中です。

上田先生は、呼吸器チームで肺がん治療を目指しており、薬物療法が進歩しても外科の仕事は減らず、先生の教室も徐々に呼吸器外科医が増えていとおっしゃっています。

最後に、Take home message として以下を教示されました。

- 肺がんの治療成績は多職種関係者の努力で改善した。
- 「諸刃の剣」を用いた肺がん治療は攻守のバランスが重要である。
- 低侵襲かつ安全な治療が生き残る。
- 外科治療は肺がんにおいて切り札であるべき。

【印象記：吉南医師会 嘉村 哲郎】

講演II

ウイルスと戦う宿主免疫

広島大学大学院医系科学研究科

小児科学教授 岡田 賢

このたびは広島大学大学院医系科学研究科小児科学教授の岡田 賢先生に、「ウイルスと戦う宿主免疫」と題して講演いただきました。岡田先生は主に先天性免疫異常症等、免疫系疾患群の研究・解析を



されています。本講演では、免疫の基礎並びに免疫異常症の症例やスクリーニング検査の現状、そしてCOVID-19の重症化因子に関する最新の知見についてお話いただきました。

1. 先天性免疫異常症の初期診療

先天性免疫異常症（IEI；Inborn Errors of Immunity）は、多くは単一遺伝性疾患で責任遺伝子の同定は400以上といわれている。障害される免疫系に応じて易感染性を示す病原体が異なり、重症感染、反復感染、日和見感染、持続感染といった状態を呈する。具体的には「先天性免疫異常症を疑う10の徴候」や、「成人で原発性免疫不全症を疑う6つの徴候」を参考にすると良い。

免疫異常症の中で特に深刻なものとしては、重症複合免疫不全症（SCID；Severe Combined Immuno Deficiency）がある。獲得免疫が全般的に障害され、出生早期に診断と感染制御ができなければ生存率は40%程度といわれて、発症前に診断・介入でき、造血幹細胞移植ができれば生存率は90%程度となる。米国では2018年に全州でSCIDのスクリーニングが実施されており、スクリーニングで見つかる割合が9割といわれている。

わが国でもスクリーニングの導入が急がれる。懸念されるのはワクチン接種で感染が生じてしまうケースであり、生後2か月齢から開始するロタウイルスワクチン（2020年10月から定期接種化）で、新生児スクリーニングによる早期診

断が必須である。SCIDのスクリーニングはSMA (Spinal muscular atrophy; 脊髄性筋萎縮症) と併せた新生児スクリーニング (SCID/SMA-NBS) を一部の道府県で行われているのみで、公費ではない (NBS; Newborn Screening)。広島県では2023年4月から自費検査で実施されているが、受検率は72%に留まっている。

2. I型インターフェロン障害とウイルス易感性

I型インターフェロン (IFN- α / β , etc) は自然免疫に関わり、抗ウイルス活性を発揮しウイルスの排除に寄与するサイトカインである。障害部位により、ウイルスの認識障害、IFN- α / β の産生障害、IFN- α / β の作用障害のいずれかが生じ、ウイルス感染のリスクが上昇する。

IFNAR2欠損症の一例を挙げる。IFNAR2 (IFN α receptor 2) の欠損によりウイルスに対し易感性を認める。13か月齢の症例でMMR (麻疹、風疹、おたふくかぜ混合生ワクチン) を接種し、発疹、発熱を認め、後にけいれん、髄膜脳炎に至った。血清・髄液中に麻疹・おたふくかぜのワクチン株が検出、後に実施した脳実質生検でもおたふくかぜウイルスが検出、接種後81日に死亡した。重症感染、日和見感染、持続感染を認め、IFN- α が作用しないだけで重症化した事例であり、ウイルスに対する宿主免疫にI型IFNが重要な役割を果たしていることがわかる。

3. 新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症は、喘息、糖尿病など基礎疾患の有無がリスク因子になるが、最大の重症化因子は年齢と考えられ、80歳以上で極端に死亡率が上がる。小児では重症例・死亡例は極めて少ない。2023年4月16日現在で、国内の小児死亡例の合計は10代で21人、10歳未満39人とごく稀であった。

3歳女児で年齢的にワクチンは未接種であったが、発熱、けいれん重積で急性壊死性脳症の病態となり、救命はできたが脳死状態となった重症例があった。

また、多系統炎症症候群 (MIS-C; Multisystem inflammatory syndrome in children) は川崎病と

類似した症状を呈する疾患で、COVID-19流行に伴い報告例が増加してきた。COVID-19罹患後4~6週間で発症する。人種により頻度は異なり、黒色人種・白色人種は多く、アジア人は少ない。心合併症は川崎病では冠動脈病変であるが、MIS-Cは心筋炎が生じる。MIS-Cの発症は宿主免疫の異常が関与していると考えられ、18例のMIS-C症例中3例に遺伝子異常を同定した報告や、岡田先生も参加されている国際共同研究では558例のMIS-CにOAS-RNaseに関連する遺伝子異常を5例認めたという報告もなされた。

コロナウイルスワクチンは当初95%の感染抑制効果を認めていたが、デルタ株になり効果が減弱してきている。しかし、重症化・死亡率は1/25に抑えられており、有用といえる。オミクロン株になってもやはり感染制御の効果は乏しいが、重症化予防は十分期待できる。5~11歳の2回接種後のデータでは発症予防効果は36.2%と低いが、入院予防効果は75.3%、MIS-C予防効果は78%といわれている。

しかし、ワクチンの副反応は心筋炎の懸念があり、接種後42日以内で25万人中54例認めたという報告がある。1回目の接種後から心筋炎発症者は緩やかに増加し、2回目接種後から増加率が増す傾向があり、ワクチン接種が関与していることが窺える。また、13歳の一卵性双生児の男児二人がワクチン接種後に心筋炎を認めた事例があり、10万人に1人の頻度の事象がこの二人に生じたことは、宿主免疫に原因があると考えられる。

4. COVID-19を対象とした研究

ロックフェラー大学のJean-Laurent Casanova先生を筆頭に、40か国、77施設での国際共同研究を行っているグループ「CHGE: COVID human genetic effort」に岡田先生も参加されており、新型コロナウイルスによる重症化因子に関する研究をされている。新型コロナウイルス感染症の重症化は年齢と基礎疾患の有無に比例してリスクが上がるが、基礎疾患のない60歳未満例で重症化したCOVID-19患者に何らかの宿主因子があると想定し調査したところ、3.4%の症例でI型INFに

関連する13遺伝子のいずれかに有害変異を持つことがわかった。またCOVID-19重症者の10.2%がI型IFNに対する自己抗体(中和抗体)を持つというデータが得られた。またIFN- α 2とIFN- ω の中和抗体が陽性の場合、感染による死亡相対リスクは70歳以上で7.2倍程度に留まるのに対し、70歳未満では188.3倍となるという報告がある。このことからIFNは年齢に次ぐ大きなリスク因子と言える。

国内の報告でもI型IFN中和抗体の保有は健康者では0.3%程度であるのに対し、COVID-19患者ではcritical群(気管挿管、ECMOなどICU管理を要する症例群)では10.6%、severe群(酸素投与を要する肺炎症例群)では2.6%であった。小児の肺炎112例でI型IFNに関する遺伝子異常の同定率は10.7%であり、成人で3.4%であったことと比較すると明らかに高いことがわかる。

このように、COVID-19の重症例、MIS-C、急性脳炎・脳症、心筋炎といった稀少例の宿主因子の精査を主に研究を進めてゆくことが重要と考え、全国調査を今後も進めてゆく。特にMIS-Cは川崎病同様にガンマグロブリン大量療法(IVIG)が第一選択であるが、心筋炎により心機能が低下している状態ではボリューム負荷がかかり、ショックに陥ってしまう可能性もあり、治療選択に難渋するため病態の解析が急がれる。

以上が岡田先生の講演内容となります。小児科医として子ども達の重症化リスクはそこまで高くないことが分かり、少し安心しましたが、どの子どもにリスクが存在するかわからないことや、ウイルスの未知な部分もあるため、細心の注意が必要と再認識いたしました。また、終わりの見えない流行に不安を感じていることもあり、どのような心構えで診療にあたるべきかと伺ったところ、「過剰に反応しすぎないように。毒性が強い株に変わればその都度引き締め直し、上手に戦っていくことが重要。感染自体を恐れるのではなく、主に高齢者のワクチンをすすめて社会として『免疫』をつけてゆくことが大事。恐れず診療してください。」というお言葉をいただき、勇気づけていただきました。

岡田 賢 先生にはこの場を借りて厚くお礼申し上げます。今後のさらなるご活躍をお祈り申し上げます。

[印象記：吉南医師会 元山 将]

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で、この街で、このじぶん。

YMfg

山口銀行

お問合せはヘルプデスクへ

0120-307-969

■受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00

ダウンロードは
こちらから







国民年金基金 のご案内

日本医師・従業員支部

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部は、
「日本医師会」を設立母体とする
日本医師・従業員国民年金基金が、
全国基金への統合に伴い移行した
医師・医療従事者のための職能型支部です。

不確実な将来に、今、備える



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

国民年金基金のおすすめポイント ～税優遇を活かして老後に備える～

1 税制上の優遇措置

- 掛金** 掛金は全額社会保険料控除の対象となり所得税、住民税が軽減されます。
(掛金上限額(816,000円/年)まで控除の対象)
- 年金** 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。
- 遺族一時金** 遺族一時金は全額が非課税となります。

2 生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた「終身年金」が基本です。

税理士のご紹介で
加入されている方が
増えております。

3 ご家族及び従業員の方も加入可能

同一生計のご家族の掛金も負担した方の社会保険料控除の対象となる税制面のメリットがあります。
従業員の雇用確保の観点でご活用されているケースもあります。

国民年金基金に加入できる方

- 20歳以上60歳未満の国民年金の第1号被保険者の方
- 60歳以上65歳未満で国民年金に任意加入している方
- 「日本医師会年金」に加入されている方でも重複して加入できます。
- 厚生年金の被保険者は加入できません。



お問い合わせは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部

☎ **0120-700650**
FAX 03-5976-2210

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2階

ポイント HP上でもシミュレーションや
加入申出のお手続きができます!

日本医師従業員 0120-700650

ホームページ <https://www.jmpnfpf.or.jp>



令和5年度 郡市医師会 成人・高齢者保健担当理事協議会

と き 令和5年4月27日(木) 15:00～

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告：常任理事 上野 雄史]

本協議会は、各郡市医師会の成人・高齢者保健担当理事、山口県医師会、山口県健康福祉部医療政策課、医務保険課、健康増進課の担当職員が一堂に会し、山口県及び山口県医師会の成人・高齢者保健事業の前年度の進捗状況、今年度の事業内容を報告し、情報交換、意見交換を行うことを目的とし、毎年定期的に開催している協議会である。

報告・協議事項

1 やまぐち健診(検診)受診総合促進事業について

県健康増進課健康づくり班 本事業は今年度からの新規事業である。健診(検診)受診を通じた疾病の予防・早期発見により、県民の健康寿命の延伸を図るため、これまで、各健診(検診)ごとに行われてきた受診促進のための取り組みを総合的に実施することで、さらなる受診率の向上を目指す。

以下の3つの事業を行う。①「やまぐちトータル健診(検診)方式」モデル事業として、特定健診・がん検診の同時実施会場において、歯科健診も併せて実施する。②やまぐち健診(検診)受診勧奨強化事業として、かかりつけ医師・歯科医師・薬剤師から健診(検診)の受診勧奨を実施する。③就労世代の歯科健診等推進事業として、歯科健診が義務化されていない学齢期後をターゲットとして、健康経営認定企業を対象とした歯科健診、大学生を対象とした歯科健診等を実施する。

2 健康づくりに関する事業について

(1)「やまぐち健幸アプリ」を活用した健康管理
県健康増進課健康づくり班 健康維持・増進のために、いつも意識的に体を動かすように心がけている人の割合を年代別で見ると30歳代～50歳代の割合が低い。山口県の心疾患及び脳血管疾患

による死亡割合は、全国平均より高い状況である。山口県公式のウォーキングアプリである「やまぐち健幸アプリ」で健康情報の記録、食生活の記録を活用し個人の健康管理を促進する。

(2) 循環器病対策について

県健康増進課健康づくり班 本県の循環器病(脳卒中、心疾患)は、全死因中の25%を占め、死亡率が全国平均を上回る状況を踏まえ、循環器病対策として「山口県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」を策定している。第2期計画を令和5年度に策定予定である。循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健・医療及び福祉に係るサービス提供体制を充実し、循環器病の年齢調整死亡率の減少、健康寿命の延伸を目指す。山口県循環器病対策推進協議会を年2回程度開催予定。令和5年度の主な取り組みは、①県民向けの普及啓発として、循環器病の発症予防から慢性期の疾病管理までの対策の重要性や、循環器病の初期症状、発症時の対処方法、発症リスク等を周知する(県民フォーラムの開催、啓発用資材の作成)。②多職種連携による保健医療提供体制の充実として、発症から社会復帰まで、医療従事者や介護従事者、保健指導従事者等の多職種の連携強化による切れ目のない支援体制の構築を目指す(多職種連携研修会の開催)。

(3) 健康情報収集発信強化事業

県健康増進課健康づくり班 健康寿命の延伸に向けて、県民の健康づくりをより実効性のあるものとするために、その基盤となる健康関連情報の収集及び分析・発信等を行い、より効果的な取り組みを推進する。健康関連データの有効な活用により、健康づくりの「見える化」に取り組むとともに、県ホームページである「健康やまぐちサポートス

ーション」と「やまぐち健幸アプリ」の連携により、県民に向けた健康情報の発信を強化する。

3 肝炎対策について

(1) 肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業について

県健康増進課健康づくり班 B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスを原因とする肝がんや重度肝硬変の治療の研究を促進するとともに、患者の経済的負担を軽減するため、肝がんや重度肝硬変の入院医療費に対する助成制度を平成30年12月から開始している。令和3年4月から制度の見直しにより以下の2点が変更になった。①肝がん・重度肝硬変の医療費の自己負担額については、過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が4月以上必要だったが、3月以上に緩和した。②肝がんの分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法については、入院治療だけでなく通院治療も助成対象とした。本事業による公費の助成を受けられる医療機関は令和5年4月1日現在で25医療機関を指定している。交付件数は、平成30年のスタートから令和4年度まで、肝がん97件、非代償性肝硬変8件、肝がん・非代償性肝硬変併発22件、計127件の参加者証を交付している。

(2) 肝炎治療特別促進事業について

県健康増進課健康づくり班 国内最大級の感染症

であるB型・C型ウイルス性肝炎の医療費が高額で治療開始を妨げる要因となっていること等を踏まえて、平成20年度から助成制度を開始している。受給者証交付件数は平成20年のスタートから令和4年度まで、インターフェロン治療が2,493件、インターフェロンフリー治療が3,680件、核酸アナログ製剤治療は11,156件となっている。

(3) 肝炎ウイルス検査事業について

県健康増進課感染症班 B型・C型肝炎ウイルスの感染の早期発見・早期治療につなげるため、健康福祉センターや医療機関での無料の肝炎ウイルス検査を平成20年度から実施している。昨年度より大きな変更はない。受診者は、過去に検査を受けたことがない者を対象としているため、年々受診者数は減少。受診促進のため、県広報誌、県政番組、ラジオCM放送の実施を予定している。陽性者フォローアップ事業は、肝炎ウイルス検査により把握した肝炎ウイルス陽性者等の早期治療につなげ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図るため、陽性者等へ、初回精密検査や定期検査の受診を個別に勧奨するとともに、それら検査費用の助成を行うものである。令和2年度から初回精密検査費用助成の対象者について、県や市町の肝炎ウイルス検査、職域の肝炎ウイルス検査の陽性者に加え、妊婦健康診査や手術前検査で陽性と判定された者を追加している。

出席者

郡市担当理事

大島郡 野村 壽和
 玖珂 立石 肇
 熊毛郡 曾田 貴子
 吉南 弘中 克己
 美祢郡 坂井 久憲
 宇部市 内田 悦慈
 山口市 吉兼 隆大
 萩市 兼田健一郎
 徳山 椎木 俊明
 防府 松村 康博
 下松 野原 寛章
 山陽小野田 西村 純一
 光市 井上 祐介

柳井 松井 則親
 長門市 國司 幸生
 美祢市 札場 博義

県医師会
 会長 加藤 智栄
 副会長 沖中 芳彦
 副会長 中村 洋
 専務理事 伊藤 真一
 常任理事 上野 雄史
 理事 竹中 博昭

県健康福祉部

医療政策課 医療対策班
 班長 下川 直伯

医務保険課 保険指導班
 班長 市川 一志
 主査 西本 法子

健康増進課 健康づくり班
 班長 永井 京子

感染症班
 班長 藤井 大輔
 主任 五島美沙子

精神・難病班
 主査 山根 良樹

4 子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）について

県健康増進課感染症班 子宮頸がんは子宮頸部にできるがんを指し、ヒトパピローマウイルス（HPV）の感染が原因と考えられており、発病しないためには、子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）の接種や、早期発見のための子宮頸がん検診が重要である。これまで、HPVワクチン接種は、積極的な勧奨が控えられてきたが、国の審議会等での議論を経て、令和4年4月から、個別の勧奨を再開している。HPVワクチン接種の周知・勧奨に向けた取り組みとして、子宮頸がん予防のため、市町や関係機関と連携し、HPVワクチンの接種を促進し、ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報発信を行い、接種対象者が検討・判断できるよう、確実な周知を実施している（市町及び医療機関等に国が示す予防接種の取扱いを周知、全市町で定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に個別通知を発出）。県・市町の相談窓口を、県健康増進課のホームページ上で公表し、予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関を選定している（山口大学医学部附属病院）。また、医療関係者向けWeb研修会の実施（令和4年度：4回）を予定している。

上野 本会では、令和4年度に県内中学校長宛に新1年生女子に対して、また、県内高等学校長宛に新2年生及び新3年生女子に対し、それぞれリーフレットを送付し、対象者への配布を依頼した。今年度は配布の予定はないが、来年度は内容を最新の情報にしたものを配布予定である。

5 感染症予防計画改定について

県健康増進課感染症班 コロナが5類に移行し、コロナ終息後、新たな感性症が再興するのに備え、改正感染症法の趣旨に則って、感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備を目指す。今年度1年をかけて、コロナ対応で県内にできた病床確保、発熱外来、自宅療養の枠組みを利用し、県と協定を結ぶ形で体制を構築する。国の方針としては、都道府県知事は、平時に新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床／発熱外来／自宅療養者等に対

する医療の提供／後方支援／人材の派遣）を締結（協定締結医療機関）するとしている。県内各医療圏において話し合いを進めていく予定である。

6 風しんに関する事業について

(1) 風しん検査事業

県健康増進課感染症班 本事業は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に実施している。実施方法は、医療機関や健康福祉センターで風しん抗体検査を実施し、抗体価が低い方に対し、風しんの予防接種を受けることを促す。対象者は、県内に居住し（下関市は除く）、①妊娠を希望する女性、②妊娠を希望する女性又は妊娠を希望する女性の配偶者、③妊娠中の女性の同居者で、過去に風しん抗体検査・ワクチン接種歴・既往歴がない方である。風しん第5期定期接種の対象となる昭和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、市町で実施する抗体検査が活用できるため、本事業の対象からは除く。受検者数は事業開始の平成31年度は600人程度、それ以降は毎年300人程度で、横ばいの状態である。

(2) 風しんの追加的対策

上野 昭和37年（1962年）4月2日～昭和54年（1979年）4月1日生まれの男性は、予防接種法に基づく定期接種を受ける機会がなく、抗体保有率が他の世代に比べて低いため、2019年4月1日から2022年3月31日までの3年間、抗体検査で抗体価が陰性だった方に無料で予防接種を実施したが、新型コロナウイルス感染症に伴う受診控えや健診の実施時期の見直し等に鑑み、2025年3月31日まで実施期間を延長した。日本医師会と全国知事会の集合契約が締結されており、県内では635医療機関が契約している。新たに抗体検査と予防接種を実施される場合や、実施機関の届出内容に変更がある場合は、郡市医師会を通じて県医師会に委任状の提出をお願いする。郡市医師会に委任状を提出した日から実施可能であるが、国保連合会を通じて行う費用請求については、厚労省のホームページに実施機関として掲載されたことを確認してから行うようお願いする。

7 アレルギー疾患対策について

(1) アレルギー疾患医療認定制度

県健康増進課精神・難病班 県では「山口県アレルギー疾患医療連絡協議会」を設置し、アレルギー疾患対策を行っている。本県の患者数に対して、アレルギー専門医や小児アレルギーエデュケーターが全国的に見ても少なく、居住する地域の医療機関の情報が不足しているといった問題があった。それに対応するため、令和3年1月、「アレルギー疾患医療認定制度」を創設、11月に「やまぐちアレルギーポータル」というサイトを開設し、認定した医療従事者の情報を登録・公表することで、専門的な知見を備えた医療機関の「見える化」を図る。併せて、アレルギー疾患医療に関心のある医師等の医療従事者を対象としたセミナーを開催し、医療の底上げ・均てん化を促進する。やまぐちアレルギードクター（84名）及びやまぐちアレルギーサポートスタッフ（35名）の多くの方が令和5年度末に認定期間（3年）を満了することから、更新認定要件の研修会を開催する予定である。

8 がん対策について

(1) 休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業

県医療政策課 本県ではがん検診の受診率が低い。県民ががん検診を受診しやすい環境を整備するために、休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業を実施している。本事業は、仕事などの関係でなかなか平日の受診が難しいという方の受診を促すため、休日や平日夜間に検診できるように支援することが目的である。県と県医師会が委託契約し、例年70前後の医療機関にご協力いただき、500名程度の受診者がいる。市報、メディアを通じ広報を行ったが、昨年度は前年度より受診者が減少した。

(2) 胃内視鏡検診研修会

県医療政策課 本研修会は、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において、胃がん検診（対策型検診）の検査項目に「胃内視鏡検診」が追加（平成28年4月）されたことを踏まえ、胃内視鏡検査の適切な実施体制を構築するため、市町検診において胃内視鏡検査を行

う医師を対象に、検査の留意点や偶発症対策に係る研修を実施する。実施する場合の留意点や偶発症対策に係る研修を実施することにより、胃内視鏡検査の実施にあたり適切な体制を構築することを目的としている。なお、今年度の胃内視鏡検診研修会は令和6年1月28日（日）に開催予定。

(3) 緩和ケア研修会

県医療政策課 国の「がん対策推進基本計画」では「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられており、これを踏まえ、国において「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が定められている。本指針に沿って、各がん診療連携拠点病院において緩和ケア研修会が開催されているが、拠点病院のない地域や、拠点病院での研修に参加できなかった医師（主に開業医）をカバーするため、県でも緩和ケア研修会を実施している。本事業では、国（国立がん研究センター）等による「緩和ケア指導者研修」を修了した医師が講師となり、県内のがん診療に携わるすべての医師を対象に、緩和ケアについての基本的な知識を習得できる研修を実施する。

上野 本会では県の委託を受けて、平成20年度から研修会を実施しており、平成30年度からは、受講者が事前にe-learningを受講した上で、1日の集合研修を受講する形式としている。なお、今年度の緩和ケア研修会は令和6年1月14日（日）に開催予定。

(4) その他（誘ってがん検診キャンペーン事業、アピランスケア推進事業、がん相談支援体制整備支援事業及び妊よう性温存治療費助成事業）

県医療政策課 県民への意識啓発として、がん征圧月間（9月）、やまぐちピンクリボン月間（10月）における全県的な意識啓発を今年度も実施予定（ポスター、チラシ、SNS、やまぐち健幸アプリ、県内各地でのピンクリボン・ライトアップなど）。

がん検診推進事業として、家族や友人同士で誘い合って、がん検診を受診する「誘ってがん検診キャンペーン」を官民一体となって実施。がん検

診の普及啓発とキャンペーン周知のため、テレビCM等で情報発信した。今年度も実施予定。

今年度の新たな取り組みとして、乳がん検診・子宮頸がん検診の受診促進を強化するため、両検診の受診者を対象とした「やまぐちピンクリボン賞」を設定。

がん教育の充実として、学習指導要綱に基づき、小中高校で実施されているがん教育への講師派遣等を行う。

アピアランスケア推進事業は、がん患者のQOL向上を図るため、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に対するケアを通じ、社会参加を支援している。アピアランスケア・就労支援相談研修会として、がん相談支援センター相談員を対象とした研修会を実施。アピアランスケア用品の購入費助成として、がん治療に伴い、アピアランスケア用品を購入した場合、購入額の1/2（上限3万円）を助成している。近年は、約300件の助成実績がある。

妊よう性温存治療費助成事業は小児、思春期・若年（AYA世代）のがん患者が、将来に希望をもって治療に取り組めるよう、治療開始前に行う生殖機能（妊よう性）温存治療及び温存後生殖補助医療に係る費用の一部を助成している。近年は10件の助成実績がある。

9 糖尿病対策について

(1) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

県医務保険課 平成28年に国が「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を公表したことを受け、翌29年に山口県、山口県医師会、山口県糖尿病対策推進委員会の三者で山口県版プログラムを策定。市町国保が、保健事業として糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む際の標準的な内容を規定している。令和5年2月現在、受診勧奨に16市町、保健指導に14市町が取り組んでいる。県国保保健事業として、令和2年度に以下の2事業を創設し、令和5年度も継続実施する予定である。①糖尿病性腎症受診勧奨事業として、小規模自治体支援、受診勧奨効果の底上げを行う。②スキルアップ研修として、市町専門職員に対し、e-learningを中心にした専門研修等を実施する。

(2) 糖尿病対策への取り組み

上野 令和5年度の糖尿病対策関係は、例年どおり山口県糖尿病対策推進委員会を中心に行う。今年度も、やまぐち糖尿病療養指導士講習会の開催、やまぐち糖尿病療養指導士レベルアップ講習会の開催、やまぐち糖尿病ウォークラリー大会の共催、世界糖尿病デーのブルーライトアップイベント、歯科医師向けの講習会を開催する。

10 禁煙推進について

上野 平成26年度に県医師会報へ1年間掲載した「禁煙推進委員会だより」の第2弾として、令和4年度に、新たに委員の先生方に執筆いただき、10回にわたり掲載した。また、本年度は、「小中学校における喫煙防止教育の実際」等、喫煙防止教育の必要性を記載したチラシを作り、教育委員会に教育現場での禁煙教育の推進を働きかけるほか、喫煙防止教育を行う上で必要となる資材の一環として、現在、県医師会のホームページに掲載している「学校現場や一般県民向けに使用できるパワーポイントのスライド：子ども用、大人用」について、それぞれ最新のものを作成し、掲載する予定である。

加藤会長 今年度より、禁煙推進事業として、イエローグリーンキャンペーンとして施設のライトアップ等を行っている。全県的に広がっていけばよいと考えているので、是非、ご協力をお願いする。

11 健康教育テキストの活用について

上野 健康教育委員会では、毎年、健康教育テキストを作成している。昨年度は「睡眠時無呼吸症候群」をテーマとし、山口大学医学部附属病院呼吸器感染症内科学講座助教の山路義和先生に執筆いただいた。今年度は、「緑内障」をテーマに作成予定で、さがら眼科クリニックの相良健先生に執筆いただく。

その他、特に質問、要望はなく、本協議会の内容を各郡市医師会において、会員への周知と情報共有をお願いし、協議会を終了した。

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

第54回中四九地区医師会看護学校協議会

医師会立看護学校の未来構想

～いきいきと学ぶ学生の支援～

と き 令和5年8月20日(日)

ところ 武雄看護専門学校(オンライン配信)

[報告:副会長 沖中 芳彦]

特別講演 I

看護教育の未来と多様性

～一人ひとりが活躍できる社会を目指して～

佐賀大学ダイバーシティ推進室副室長 荒木 薫

本日は、医療者を取り巻く現状、ダイバーシティ、無意識のバイアス、看護教育におけるダイバーシティマネジメントとは何かということを紹介させていただきたい。

まず、少子高齢化の問題である。18歳人口の減少はもう歯止めが効かない。全都道府県で去年と比べても人口が減っている。また、高齢者割合がどんどん増加している。2025年には75歳以上の後期高齢者が全人口の18%を占めるようになる。さらに、2040年には35%になる。1名の高齢者を何人の現役世代で支えることができるかについては、昭和25年には12人で1名の高齢者を支えていたが、2070年になると、1.3人とほぼ1対1で高齢者を支えていかなければならない。すなわち現役世代の年金・医療・福祉を合わせた社会保障給付金が一気に増えてしまうことになる。一方、教育現場では、子供が減ってしまう、学生の確保が大変だということが、1つの課題になる。

Society5.0という、日本が提唱する未来社会のコンセプトがある。われわれがいるところを「フィジカル現実空間」、ネットの社会を「サイバー空間」と言う。今は、Society4.0から5.0の移行期だと言われている。ChatGPTやAIの台頭で普段の生活が変わってきている。データを揃えることで、この人はこういう病気になりそうだからこういう病院を紹介した方がいいなど、最適治療が早くできるようになっていく。今まで人が行っていたことが、デジタルでする、できることが増えてくる。また、介護現場でロボットによる介護ができることで介護者や看護者、医師の負担も減って

いくと言われている。

地域包括ケアシステムにより病院完結型の医療から地域での療養生活を支える地域完結型になると、これまでの介護保険制度や医療保険制度の両分野が融合して、高齢者を地域で支えていくことになる。地域包括ケアシステムの中で主眼となるのは看護職ではないかと思っている。高齢者が増えることで、それだけでケアが多様化する。AIで仕事の効率化を図るようになるが、AIができることは限られており、AIに命令するのは、あくまで当事者である専門職だと思う。AIにお願いする部分と自分たちが行う部分の業務の棲み分けができると思う。AIのようなものが増えてくると、自ずと看護師を養成する教育の現場においても必須科目が増えてくると個人的に予想している。

看護師の需要は右肩上がり、慢性的な看護師不足である。昨年度の看護師の求人倍率が2.2で、一般の仕事は1.8や1.9であり、看護師の需要の高さはもうしばらく続くと思われる。新卒の看護師は経験を積むために、まず病院に就職して、臨床の感覚を勉強するような流れだと思うが、近年はそれ以外のフィールドでも看護師の役割が非常に増えてきて、特に在宅医療と終末期医療の増加で、訪問看護の人材が増えてきている。訪問看護ステーションや介護福祉施設で働いている看護師は、2002年は7.6%だったが、2020年には11.2%と増加している。それらでは新卒者を即戦力として求めて、ここで教育していくと謳っている施設が非常に増えてきている。

メンタルケアという点では、時間外労働が増えると離職の意思が高まるというデータが出ている。月40時間以上の時間外労働をしている人のうちの62.5%が辞めたいと思っている。病院勤務の看護師の働き方改革はこれからしっかり考え

ていかないと、離職の歯止めが利かなくなると個人的に考えている。

18歳人口が減ってきて、今までは看護師は女性になる職業であったが、男性もかなり増えてきた。そして、社会人の仕事を経験した人が、学生として出てくる。また、介護の方にも外国人が参入してきているので、外国人学生が佐賀大学にも非常に増えてきている。看護学生としての外国人学生の受け入れも、おそらく10年以内には考えていかなければならない。

ダイバーシティとは日本語で多様性という意味である。私たちは、年齢、性別、民族的伝統、人種、障害、性的志向など、多くの違いを持って生まれている。これが、人生を進めていくと、さらにそれぞれの個性が出てくる。これらの違いを尊重していただきたいというのがダイバーシティのファーストステップである。

ダイバーシティが最近言われてきている理由は、まず1つは人権尊重である。そして2つ目は、女性や外国人にも大勢、社会に入ってもらって労働者を確保するためである。3番目は、自分たちのお客さん側には多様な方がおられるが、そういった方々を相手していくためには、こちら側も多様な視点を持っていかなければならない。そして4つ目は、少子高齢化の問題で、学生確保のために、多様な価値観、たくさんの武器を持っていなければならない。その武器というのは、価値観や、一人ひとりの経験則だと思う。

「ダイバーシティ & インクルージョン」という話を紹介する。ダイバーシティでは、その組織に、例えば外国人、看護職、男性、新卒ではない社会人など、たくさんの人を入れれば良いと時々言われるが、ダイバーシティだけではダメで、違う人が集まるだけではなく、その人たちがみんなで仲良くしてもらわないといけない。その一人ひとりがお互いを認め合って、能力を発揮してもらわなければならない。これをインクルージョンと言う。最近は「ダイバーシティ & インクルージョン」を進めていきたいと思いますと言う。そしてもう1つ、公平と平等の違いについて。平等とは人々に同じものが準備されている段階。公平というのは、その人たちの個性に応じてものを準備して、同じもの

を見せてあげる状態である。この公平を「エクイティ」と言う。現実には、権力のある人が高みの見物をするということもあるが、公平を求めていかなければならない。最近は、「ダイバーシティ・エクイティ & インクルージョン」と言っている。これらは、全部、一人ひとりの人権が認められていることが基盤になって動けるものである。

ダイバーシティについては、社会に出てから多様性を認めることは必要だと思うが、もっと早い段階で知ってほしい。誰でも何かのマイノリティに絶対いつかなる。そのために、若い段階から、それぞれの違いを受け入れて尊重して、個性を、価値を見出すという教育をしていかなければならない。

ダイバーシティについて、理想論ばかり話したが、なかなか進まないと言われている。ダイバーシティを進めるのに1つのキーになる「無意識のバイアス」について紹介したい。

ここで、クイズを一つ。「仕事をしていると、私に保育園から電話がかかってきた。子供が熱を出した。でも、私は仕事を抜けられない。パートナーに電話して、パートナーが迎えに行くことになった。私は、子供にもパートナーにも申し訳ないと思った」。さあ、その時、「私」について皆さんの頭の中に浮かぶ絵はどのようなものか。おそらく女性ではないかと考えた方がほとんどではないか。2問目である。「あなたの家の隣に、ある家族が引っ越してきた。お母さんが言った。『隣の人ね、大学で機械とかロボットとかの勉強をするんだって。』『へえ、仲良くなって勉強を教えてもらおうね。』」この時、あなたの頭の中に浮かぶ人はどんな人であろうか。おそらく男性の少し若い方かなと思うのではないか。

もう1つは、ある教授が、能力はほぼ一緒の2人の先輩の推薦状を書いている。1人の方は、ずば抜けて優れているとか、非常に優れているという言葉が並ぶ。もう1人は、心配りがすごいとか、よく働くという言葉が流れる。この推薦者2名の性別は？男の人を褒める時の言葉と、女の人を褒める時の言葉の思い込みがある。実際、論文として出ており、面白いと思っているが、女性の推薦状、男性の推薦状で出てくるキーワードに

は、明らかに有意差があるそうである。他にも、A型は几帳面だとか、若い人は頼りないとか。これらを「アンコンシャスバイアス (unconscious bias) : 無意識の思い込み」と言う。これら全部、自分の中にある思い込みのことである。

思い込みはあってもよいが、時折、自分や他人に対して、正確な判断をできなくしてしまう。特に子供を育てる人、子供を社会に送り出す役割のある教育者の方には気を付けていただきたい。

もう1つは、例えば、「真面目ですね」と、学生を褒める時に言うことがあるかもしれない。その時に、相手がどう思うかを考えたことがあるだろうか。こちらは褒めたと思って、喜んでもらおうと思って使う言葉が、関係性によっては、ネガティブなことを言われたと思って落ち込んでしまう学生もいる。言われた人や、時と場合によっては、同じ言葉でも、受け取り方によって印象は大きく異なる。何気なく言ったことが、相手にとって傷つくような言葉になりかねないということには注意していただきたい。相手の属性や一部の情報だけをクロップしない。そして、相手中心の視点で話をしていただきたい。

看護教育におけるダイバーシティマネジメントである。そもそも多様性は、看護ケアの提供においては昔から言われていることである。看護ケアの理念では、国際でも日本でも、年齢や皮膚の色、心情、文化、障害、ジェンダー、性的志向、国籍、政治、人種、社会的地位を尊重して、これらによって制約されるものではないということが謳われている。しかし、医療現場は、多様性推進をするには、なかなか不向きな現場かと思う。理由として、まず、緊急性が高く、患者の命と隣り合わせにある中で、急いで判断しないといけない。そう言っただけでいいのかと考えている暇がない。自分の経験則で診断をしていかねばならない場面が多々あるので、一度立ち止まることが非常に難しい。そして、いわゆる看護師を含む医療者は、学歴も高く、おそらく経済的にも恵まれていて、基本的に同質性が高い集団である。そうなると、考えていることが似てくるので、違う考えを受け入れることが難しい現状になる。

これと同じで、私が、多様性がなかなか浸透し

ないと思っている現場は、教育現場である。医療現場と教育現場というのは、企業とかと違って、多様性を推進するのがとても難しい。

看護教育の場の皆さんには、学生を指導するときに、そういった視点を持つ学生を増やしていただきたい。入学時にたくさんの学生が来る。その中で、いろんな背景を持った学生がいて困ったなど戸惑う方も多いと思う。しかし、それぞれ一人ひとりに個性があって、強みがあって、得意なところや苦手なところがあるので、それぞれの個性をできるだけ見つめてあげることが必要と思う。そして、看護学校の3年間もしくは2年間は短いと思うが、これからは異分野との交流は必須である。看護工学という分野もすごく発達してきて、その中で、看護師の視点はとても大切になっているので、早い段階から看護学校以外のところとの交流も持ってほしい。そして、ダイバーシティ教育も必要になってくる。これらをするためには、やはり十分な教育時間が必要である。これは国に言うべきことだとは思う。講義が終わって、実習や、就職が見えてきた時には、病院だけではなく、訪問看護や他職種との連携をするチャンスを学生の時代から与えてあげたり、看護師になってからの5年後、10年後のキャリアプランを立案したり、あなたの活躍できる場は病院だけではなく、保健所や訪問看護もあるよと、多様な就業場所を早いうちから提示することで、ゆくゆく離職したいと思った時に、そういった選択肢もあるのだと思返してもらおう機会にするとか、本当にたくさんの方ができると考えている。

教育者の皆さんは、学生と対応するときに、自分の常識が本当に合っているのかということや、常に考えないといけない。学生のことをしっかり把握していただく。何か少しできないな、危ない、大丈夫かなと思う学生にも、優秀なところは絶対潜んでいる。それを見つけ出すことは、言葉で言うとう簡単であるが、非常に時間がかかり、忍耐を要することである。

そして、自分がどんな教育者でどんな看護師を育てたいのか、自分はどんなことを知った時が一番嬉しいのかということや、自分に問える、教育者としてのビジョンを持っていただきたい。

いろいろと理想論を語ったが、なかなかうまくいかない。できない時はできないので、別の職種の人力を借りるとか、ここは自分は苦手だから別のところで頑張るとか、時にはこういった割り切りも必要だと思う。先生たち一人ひとりが、自分の力を発揮するためには、心が健康でなければならないと思うので、毎日忙しいとは思いますが、時に割り切りつつも、自分のビジョンをしっかり持って、未来の看護師を輩出していただきたい。

最後に本日のまとめである。1) 医療を取り巻く環境は、少子高齢化、Society5.0で大きく変化している。2) 地域包括ケアシステムの中核は看護師。看護市場やスキルは必ず変化する。3) ダイバーシティ(多様性)推進のゴールは、多様な人々が活躍できる社会であり、近年はダイバーシティ・エクイティ&インクルージョンで考えることが多い。4) ダイバーシティ推進は、複雑な社会課題を解決するために不可欠。5) 看護教育の果たす役割は大きい。多職種と連携しながら、さらに発展させていく必要がある。

特別講演Ⅱ

「どうせ」から「もっと」へ

教職員の覚醒で、学校の「超進化」を

佐賀女子短期大学学長 今村 正治

女子短大、短大というのは、今、高等教育進学者数のわずか4%である。1993年、短大と四大が逆転するまでは、50万人の入学者がいたが、93年に男女雇用機会均等法の導入も含めて女子大離れが始まり、その後は坂道を転げるように凋落の一途である。教職員の覚醒と書いたが、働いているわれわれ自身が目覚めないと、「どうせ」状態が続いて、「もっと」に行けない。変化に適応するものが生き残るのだというようなことを考えた時に、図体が小さくても、貧しい大学であっても、高校であっても進化はできるということを、自分の中で心がけてやってきた。

自分の人生にとって非常に重要だったことは、立命館アジア太平洋大学(APU)を大分県別府市に創り、大学の改革事業に関わったことである。地方の町が大学によって変わっていく様を、自分なりの実感として見つめてきた1人でもある。

創るときはほぼ100%失敗すると言われた大学である。こんな山の上に大学を創って、世界中から学生を集めるなんてどうかしていると、自分でも思いながらやっていたので、今は200か国からの卒業生が2万人を超える大学に発展するなどとは当時予想もしていなかったが、存外早くそれが達成されているということも驚きである。

本日の話であるが、まず、ホモサピエンス史上最大の変化が起きていると思う。この中で、日本とはどうなのか。それから、みんな話をすると、「教育なしに日本、世界は立ち行かない、最後は教育だ」と言うが、散々教育の悪口を言ってみんな解散することが多い。であれば、世界と日本、そして教育イノベーションの最新の動向はどうか。日本も令和の日本型教育と文科省が言い出している。明治以来の、日本の教育を再構築しようとする動きが今、始まっている。そして、なぜ今、佐賀に大学が必要なのか。地方の高等教育の現況をどう見るかという話をしたい。また、われわれの大学の構想と、佐賀女子短期大学がどのように生き残っていくのかという話もしたい。最後に、看護学校の未来構想と「再定義」による「超進化」の話もしたい。

ホモサピエンスの発生は20万年前と言われているが、その歴史の中でも、最大の変化が生まれていると思う。現在ある職業の中で、2030年に49%がなくなると言っている大学もあるが、デジタル革命はインターネット革命をはるかに超える大きな変革となり、そして100年生きる、しかも元気で生きる時代は人類史上なかった。21世紀は戦争が起こらないと思っていたが、最大環境破壊である戦争、テロが横行している。

世界時価総額ランキングでは、1989年12月が日本の株価のピークだと言われている。この時は、世界の時価総額ランキングは1位から31位まで日の丸だらけであった。2022年になると、日の丸は影も形もなく、かろうじて31番に日本のトヨタが入っている。日本の企業の世界における価値というのは、1つの経済的な指標から見れば明らかに後退している。

ビッグマック指数というものがある。同じ材料でビッグマック1個を作るのにかかる費用であ

る。日本は390円である。高い方ではウルグアイ、スウェーデンあたりからビッグマックが900円する。日本はまだデフレ状態にあり、ワンコインだが、世界はもうワンコインでは食べられない。

私も一緒に仕事をしたAPUの学長が、本を出してユニコーン企業と日本企業の比較をしておられる。ユニコーン企業とは、世界の株価総額トップにある、いわゆるGAF A等であるが、このような会社と日本企業とはどこが違うのか。日本企業の特徴は、男性中心、画一性、年功序列、まあまああ偏差値、素直、我慢強い、上司の言うことをよく聞く。ユニコーン企業は、女性、ダイバーシティ、高学歴、変態・オタク、恐れを知らない、好奇心の塊、学ぶ力、リーダーシップである。

Google社の採用基準の履歴書には、写真を添付しなくていいし、年齢を書かなくていいし、学歴も書かなくていい。書くことは、今まで何をしてきたか、今何をしているか、これから何をしたいか。この3つである。日本の履歴書は真逆である。教育が変わる必要性はここから生まれているわけである。

企業が社員にどれだけお金を投資しているかというデータをみると、イタリア、フランス、ドイツ、イギリス、アメリカと比較して日本は非常に少ない。自分の成長を目的として行っている「勤務先以外での学習や自己研鑽活動」については、アジア14か国平均と比べて日本は、読書、セミナー参加、資格取得、語学学習等いずれも割合が低く、「何もしない」が46.3%と非常に高い。

自分の国の将来についてどのように思うかという18歳の意識調査(2022年)では、「良くなる」が、中国は95.7%、インドは83.1%に対し、日本は13.9%であった。学校教育が「目指してきた理想」と「今の現実の差」をどう埋めるのかについて、「将来の夢を持っている」、「自分で国や社会を変えられると思う」、「自分の国に解決したい社会課題がある」など、日本は全て最下位である。

企業の研究者や役員に占める博士号取得者の割合は、米国と比べると日本は非常に少ない。アメリカのトップ企業の人たちは博士だと威張っているわけではなく、企業に入ってからさらに学位を取得するなど勉強しているということである。

日本は卒業と同時に学ぶことをやめてしまう。企業文化もとても違う。

職業別の従業者数の変化(伸び率)のデータがある。このAIの時代に対抗してわれわれが変わろうとした時に、現状のままではどうなるか、変わろうと努力をすればどうなるかということである。低代替確率のサービスとは、人が直接対応することが質価値の向上につながり、高付加価値のあるサービスに関わる仕事が増加するものであって、何もしなければ15年間で6万人のマイナスであるが、頑張ればプラス179万人になると予測されている。看護師はこの分野に入る。保育士とか幼稚園教諭、養護教諭、小学校教諭もここに入る。これらの仕事はAIでは難しい。看護師を生み出すという仕事はこれからも変わらなく重要であるということは、学校改革の1つの出発点であるべきだろうと思う。

高学歴人材は必要である。自分で判断できる人間が必要だからである。今、むしろ欧米の方が日本の魅力に気づき始めている。ただ、彼らを引きつけるには相当のインテリジェンスが必要である。富裕層を引きつけられるような、DXも駆使しながら、人手不足を克服しながら高付加価値化を図っていきつつ、マストツーリズム、すなわち団体観光から脱却する。そのことが収益を環境・文化に再投資して、サステナブルなツーリズム、連続可能な観光文化を作っていく。

今どんな教育が変わろうとしているのかという例をいくつか挙げる。N高等学校をご存知か。東京では都立高校を辞める生徒が続出している。1,482名の生徒から始まり、まだ10年経っていないが、定員に達したため、S高等学校ができた。NとSを合わせて2万人を超える通信制の高等学校である。通信制と言っても不登校が原因でもない。質の高い講義を通信制で届けることと、学生が自分の自由裁量で学んでいけるので、時間も問わずできる。毎日学校に行き、朝から晩まで授業を受けるだけに疑問を持ち始めた高校生がN校に入っている。東大合格者も出した。どんどん増えていって、ついに、N高、S高が2025年4月に大学を作ることを発表した。授業料38万円で、公立よりも安い。これも脅威である。

さらに変わった学校の形として、「エコール42」がある。パリ発祥で、2020年、東京にもエコール42東京が開学した。これは大学ではない。経歴不問、学費完全無料、24時間オープンにし、入試は4週間、講義無しである。そのうちに合格通知が来る。先生はおらず、学生たちだけで勉強している。問題を外からどんどん取り入れて、それをみんな考えているうちに、いつの間にか就職して、いなくなっていく。こんな学校に企業が協賛をし、そこから学費が出ている。

ミネルバ大学というアメリカのベンチャーが作った大学で、今やハーバードやスタンフォードを超える大学がある。講義はなく、オンラインの事前学習で勉強する。双方向のオンライン授業で、みんなが自分の意見をぶつけ合う。教員が正規授業で話して良い時間は10分間か15分間。それはなぜか。教員はファシリテーターだからである。学生の討論を誘発し、一方的な講義はしない。先生も研究している。学生たちも自分で勉強してくる。教えてもらいにくるのではなく、自分で学んだことをそこで発表しに来る。留学生が70%で、学費が全米トップクラス大学の1/4の安さである。ここに今、世界のエリートが集まっているので、大学も変わっていかねばならない。

日本でも2022年に変化が起きた。大学入試において、筆記試験が中心であるが、この試験がついに5割を切った。一般選抜49%、学校推薦型選抜が36%、総合型選抜が13.5%である。国立大学のAO、総合型選抜の学部数もどんどん増えている。国公立も変わってきた。

教育というのは、大人の体験ではなくて、未来からの逆算で設計しなければならない。保護者はどうしても自分の受けた教育の時代がベースであるが、それは20年前であり、子供たちは今から20年後に親になるので、40年のギャップがある。そういう目で見ないと、例えば看護学校の進学というものを20年前の自分の価値観で考えるのか、これから10年先、看護師という職業はどうなっているかを考えることで違ってくる。

学歴というものが今までの日本社会を作ってきた。たくさんの若者をふるいにかけるには試験が一番簡単である。18歳で得た学歴（入学）が、

その後「東大出た」、「旧帝大出た」となり、それが20年も30年も通用する社会というのは、冷静になって考えると異常である。偏差値などというものは18歳の子供の模擬試験の点数の平均点なので、これは大学の評価と何の関係もないが、このようなことが日本社会の価値観を形成してきた。受験や試験ができる子が頭のいい子だ、そして入試こそが公平な選抜なのだということが問われてきており、今は「学習歴」という時代である。何を学んできたのか、何を学ぼうとしているのかが、学歴よりもはるかに重要である。

学ぶということをもっと構造的に捉える必要がある。自由度が高いか、活動の範囲が広いかによって、応用志向、知識の定着・確認をめざす、知識の活用・創造をめざす、表現志向の4つに分けている。従来の大学は、狭くて自由度は低い。

フィンランドの教育について面白い話を聞いた。1) 教えることを減らすと、より多く学ぶようになる。2) テストを減らすと、より多く学ぶようになる。3) たくさん遊ぶと、より多く学ぶようになる。4) 公平性を強めると、質が高まる。

人の役割、特徴は多様化してきている。これまでは、40人学級を教えるTeacherという存在しかなかった。教える人と教えられる人しかなかった。しかし今、学校教育は変わってきている。Teacher以外に、Facilitator、Coach、Tutorの存在が、教師の役割・特徴を多様化する。先生の役割は、旧来的な学校システム「管理・統率」から、これからは「共同探求」に変わっていく。

日本はもはや高学歴国ではない。OECDの大学進学率の統計では、日本はOECD平均を下回っている。大学、短大を含めれば、1位の韓国は98.38%というデータが出ている。アメリカは94.28%、フィンランドは93.72%で、日本は32位で61%という統計もある。

国内では、全国平均51%である。東京都は高い。山梨県は男女格差が甚だしいが、大学進学率は高い。京都も高く、70%を超えている。中四国、九州は軒並み低い。県内進学率は、佐賀県は調査時点で21%とダントツの最下位で、最近では16.7%とさらに低い。学生の8割は県外に出ており、39.4%は福岡で学んでいる。国立佐賀大

学の学生の佐賀県出身者は26%である。同規模の山梨県と比べると、4年制大学数は山梨9、佐賀2、短大はいずれも3校なので、佐賀県はもっと大学があっという間の結論である。

日経新聞が、7月15日に全国的に特集を組んで、地元大学進学率上げようとしてみんな頑張っ、過去50年間で最高になったと報じた。この20年間で一番伸びたのは石川県で、14%伸びた。群馬県や和歌山県も伸びたが、佐賀県の16.7%の進学率というのは、大学がないので地元進学しようと言えないということである。高等教育への進学をあきらめざるを得ない状況が地方で未来永劫固定化されていいていけない。

日体大理事長の松浪健四郎さんが、大学のある町は観光地にもなると言っておられる。大学設置をわれわれは地方創生のエンジンと考えて取り組んでいこうと思っている。市民立、県民立的な大学を作りたいと思っており、2026年4月に武雄アジア大学という4年制大学開学を目指している。2つの学部、現代韓国学部（仮称）、次世代教育学部（仮称）を考えている。後者は、公教育のための教員養成を主題とせず、さまざまな立場から教育を支える人を育成する。

私どもの佐賀女子短期大学で言うと、介護福祉のコースは70%が留学生である。残念なことに日本の高校生は手を挙げてくれない。福祉について、こんなに人の役に立ち、地元の人から感謝される仕事が、留学生が来てくれないと成立しない。今考えているのは、県外に出なくても進学できる選択肢を作ることと、県外から引き付けられる魅力を持った大学という2つで、4年制大学と短大の併設と男女共学である。地域の福祉・教育・産業を担う人材のために短大は不可欠である。短大の子は、いわば短距離走なので、すごく勉強する。短大で一生食いつぶれがない資格を身につけ、さらにあと2年間は4年制大学と比べて、就職をするもよし、留学するもよし、となったら、短大も結構ありと思う。

看護学校のあり方、位置付け、役割というのは、さまざまな情勢や時代の変化、教育のあり方の変化の中で、再定義は必要なのか、可能なのかということ、今一度考えてみる時代に来ているので

はないか。切実に必要とされているのに成り手が少ないという問題もある。介護福祉士、保育士などとともに国に対する政策提言も必要だと考えている。学生の構成について、留学生、社会人の募集・受け入れは可能か。そのための制度を整えていくのかは、大きなテーマになる。また、地域において看護教育をリソースとする新しい役割はないか。例えば空いている時間に社会人が勉強できるようなことはできないか。地域における役割として、異分野との連携による教育の質の向上、負担の軽減ができないか。学校というものは、どうしても閉じてしまう傾向があるので、意識的に外の空気を入れる、外に向かっていくということは、これからの学校にはとても重要と思う。

特別講演Ⅲ

今後の医療需要等を踏まえた医療提供体制の構築と看護人材の確保について

日本医師会常任理事 釜范 敏

1. 今後の人口構造の変化に伴う医療需要等の推移

全国の入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となることが見込まれ、2次医療圏によって入院患者数が最大となる年はさまざまであるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎える。

全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となる。既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えている。

全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれ、在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎える。

要介護認定率は、65歳以上全体で18.3%であり、年齢が上がるにつれて上昇し、特に、85歳以上で上昇する(57.8%)。2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が

一層多くなることが見込まれる。

2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少している生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。すなわち、65歳を超えてもある程度の役割は担ってもらわなければならない。

2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となるが、容易ではない。

看護職員の需給推計を都道府県別でみると、都道府県全体として2025年の看護職員需要数が供給数を上回り、看護職員不足が見込まれる一方で、一部の都道府県においては、供給数より2025年の看護職員需要数が少ない推計結果となっている。

2. 医師会立看護師・准看護師養成所の現況

今年度生徒募集を行ったのは、准看護師課程が137校、看護師2年課程が56校、看護師3年課程が73校、助産師課程が4校であった。准看護師課程の募集停止数は、一昨年度の10校、昨年度の15校に比べれば、今年度は2校（うち1校は学校法人へ移管）と少ないが、平成30年度比では40校の減となっている。一方、看護師3年課程は、今年度3校が新設された。

准看護師課程について、学校の減少に伴い、定員は6千人を割った。平成30年度には1万1千人を超えていた応募者は、今年度は約5千人で半数以下となり、入学者も3,748人と4千人を割った。5年前に比べ、応募者は6割減、入学者は5割減という状況である。

准看護師課程の減少は看護師2年課程にも大きな影響を与えており、看護師2年課程では、令和2年度以降、募集の時点で定員に満たない状況が続いている。今年度の入学者は2千人を割り、1,759人であった。5年前に比べ、応募者は4割減、入学者は3割減である。

看護師3年課程も応募者の減少傾向が続いており、平成30年度は1万人近くあったが、今年度は約6千人と、4割減の水準である。平均倍率は1.6倍で一定数の応募者はあるものの、合格者4,052人に対し入学者は3,215人と入学率が低

く、定員を満たすことができない学校もある。応募者減少の原因として、少子化、大学志向、新型コロナの影響？等が考えられる。

今年度の定員充足率（入学者／定員）は、いずれの課程も大きく低下し、近年で最も低い結果となった。特に看護師3年課程と准看護師課程は、約10%低下し、それぞれ84.2%、62.1%であった。

看護系大学進学者は微増しているが、看護師3年課程養成所、高校5年一貫教育、准看護師養成所の入学者数は減少しているため、全体として減少している。全体として、入学者数は5年間で3,882人減少している。1学年40人の養成所換算で、97校分の入学者数減少となる。

3. 市町村による看護師等養成所及び学生に対する支援

1) 運営費の補助

日医が令和3年に行った看護職養成に関する調査によると、5割以上の医師会（124医師会）で、市町村から運営費補助を受けていることが分かった。地域の看護職を確保するためには、地域に根差した養成を継続していく必要があり、運営の維持のために市町村による理解・支援は非常に重要である。所在地だけでなく、周辺の複数の市町村から補助を受けているところもあった。運営費補助以外に、市内の定着促進のための補助や、奨学金用の補助が行われている市町村もあった。

2) 学生への支援（修学資金）

多くの市町村で、卒業后市町村内の医療機関等に勤務する意志のある学生を対象とした奨学金制度が実施されている。

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（看護師等養成所への物価高騰対策支援事例）

新型コロナウイルスの感染拡大の防止及び感染拡大の影響を受けている地域経済や住民生活の支援を通じた地方創生を図ることを目的として、令和2年度第1次補正予算において創設された。都道府県及び市町村が、それぞれ実施計画を作成し提出する（国からの交付限度額の範囲内）。地方単独事業は、所要経費の10/10が補助される。これまでに、看護師等養成所への支援として、遠隔授業のための環境整備や、感染対策の備品購入、実習前のPCR検査費用の補助などが行われてき

た。令和4年4月には「コロナ禍における原油価格・物価高騰対応分」が創設され、9月にはエネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者の支援を主たる目的として、地方公共団体が地域の実情に合わせた必要な支援を一層強化するため、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援交付金」(重点交付金)が創設された。令和5年3月には、同交付金の増額が決定した。

4. 地域に根差した養成を続けるために

地域の養成所がなくなると、進路を考える年齢で、地域外、県外への人材流出につながる。都市部から郡部への人材の流入は期待できない。看護系大学は増えているが、地域の中小病院、有床診療所への就業はほとんどない。

急激な生産年齢人口の減少により、これまで以上に看護人材の確保は困難になる。地域における医療の確保は、住民の生活の根幹に関わるものであり、看護職の確保は自治体の責務であることを改めて理解いただきたい。入学者の確保のためには、自治体においても積極的に広報(看護職のやりがい・魅力・地域貢献)をしていただくとともに、経済的に困難な方も資格を取得できるよう、奨学金等の支援が求められる。

各自治体においては、上記を改めて認識いただき、医師会等とともに、地域で看護職を育てていくという姿勢で医師会立養成所への支援をお願いしたい。

特別講演Ⅳ

看護の動向

厚生労働省医政局看護課課長 習田由美子

1. 看護職員の確保等について

人口動態と医療と介護のニーズについては、釜蒔 敏 先生のご説明の通り。

死亡数は2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。死因については、悪性新生物・心疾患とともに老衰が増加傾向にある。死亡の場所は自宅・介護施設等が増加傾向にある。看取りに関わる看護職の確保も重要になってくる。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途

に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現する必要がある。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築が重要となる。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

人口及び疾病構造の変化を踏まえた地域包括ケアシステム構築の推進に向けた適切な医療提供体制の整備が必要ということで、多様な実習施設における実習の推進を図るための実習施設の要件を一部緩和し、情報通信技術(ICT)の進展等に応じた遠隔授業等の実施が可能である旨を明示し、講義、演習、実習の教育方法の工夫を図れるよう看護教員養成講習会のプログラムを見直した。

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年(令和2年)には173.4万人となった。看護職員の就業場所は、全体では、病院が58.3%、診療所が20.1%、訪問看護ステーションが3.9%、介護保険施設等が10.0%となっている。看護師は病院が多く、准看護師は介護保険施設での就職が増えている。

2025年の需要推計によると、どの分野でも看護職員の需要は高まっている。訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要となる。都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.26倍と最大になっており、訪問看護における人材確保が困難である状況にあると言える。

看護職員の確保に当たっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を三本柱にした取り組みを推進していく。

看護師等学校養成所施設数の推移をみると、3

年課程（大学・短大を含む）は年々増えてきたが、直近の5年間は頭打ちである。看護師2年課程、准看護師は年々減少している。3年課程における1学年の定員補充率は、令和4年度で94.1%であった。養成所2年課程では80.0%、准看護師は73.7%であった。

高校卒業後すぐに看護の道に進む人が少なくなっているため、社会人を取り込むことや看護系以外の大学を卒業した人で看護系学校に再入学する人を如何に確保するかが重要である。医療従事者の確保に関する事業は、地域医療介護総合確保基金の対象事業である。

同基金により実施する看護職員の養成・確保に関する事業には、看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備、看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員が都道府県内に定着するための支援、離職防止を始めとする看護職員の確保対策の推進、医療機関と連携した看護職員確保対策の推進、訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施、などがある。

看護関係資格の養成課程も専門実践教育訓練給付金等（労働者が費用負担し、厚生労働大臣が指定する教育訓練を受けた場合に、その費用の一部を雇用保険より給付する制度）の対象となっており、看護関係資格の取得を目指す社会人経験者の教育訓練の受講を支援している。令和3年度の専門実践教育訓練給付金受給者数は、看護師養成課程3,803人、准看護師養成課程は712人であった。

看護学生確保に向けた情報発信として、看護職への道を目指す者の確保を目的に、実習中の患者とのエピソードを中心に看護学生の成長物語を漫画として作成した。また、看護教育に関するポータルサイトで看護職の業務内容や看護職になるための方法等を紹介している。大学既卒者・社会人経験者等への看護師学校養成所PRとして、看護師養成のさらなる促進に向けて、看護学以外の専攻で大学を卒業した方や、社会人として一定の就労経験を経た方に、看護師資格取得を目指していただくことを目的として、周知動画及びポスターを厚労省のホームページに掲載している。

看護師養成所の教員は、専任教員、教務主任、実習指導教員、その他の教員の4つに分けられる。

専任教員は、次のいずれにも該当するものとする。
ア）保健師、助産師又は看護師として5年以上業務に従事した者、イ）専任教員として必要な研修を修了した者又は看護師の教育に関し、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者。また、教務主任は、専任教員であって次のいずれかに該当するもの。ア）専任教員の経験を3年以上有する者、イ）厚生労働省が認定した教務主任養成講習会修了者、ウ）旧厚生労働省看護研修研究センターの幹部看護教員養成課程修了者、エ）アからウまでと同等以上の学識経験を有すると認められる者。

看護教員及び実習指導者の資質向上のために、eラーニング（看護教員等養成支援事業（通信制教育）学習サポートシステム）を活用することにより、専任教員養成講習会及び実習指導者講習会の受講機会を拡大し、教員及び実習指導者の確保を目的とする事業が行われる予定である。専任教員養成講習会実施要領（「看護教員に関する講習会の実施要領について」令和2年9月24日医政発0924第3号医政局長通知）によって実施される専任教員養成講習会及び保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱（令和2年9月24日医政発0924第5号医政局長通知）によって実施される実習指導者講習会の一部の教育内容について、実施団体が学習システムを運用し、通信制教育（eラーニング）を行う。複数の受講者が同日・同時間に受講することが可能な運用環境整備を行う（eラーニングコースの運用）。

看護教員の自己研鑽と実践力向上のために、令和4年度から看護教員の自己研鑽の機会を確保するため、専任教員養成講習会の一部（eラーニング）を全ての教員が視聴可能とする。看護実践能力と看護教育実践能力の向上を目的に看護教員と臨床現場の看護職員との人事交流事例集を作成した。

都道府県ナースセンターによる看護職の就業・資質向上支援として、1）潜在看護職の復職支援等（無料職業紹介）、2）看護職や医療機関に対する情報提供・相談対応、3）訪問看護等の知識・技術に関する研修の実施等を通じて、地域における看護職の就業・資質向上を支援している。また、COVID-19対策における潜在看護職員の復職支援

も行っている。

看護職員確保対策の推進のために、地域の関係者の連携の下、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進する。都道府県において、地域の実情を踏まえつつ、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方策を定める。感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、都道府県ごとの就業者数の目標の設定等を通じて、特定行為研修修了者、その他の専門性の高い看護師の養成を推進する。

2. 看護職員の資質向上について

保健師助産師看護師法（1948年）の第二十八条の二には、保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修（保健師等再教育研修及び准看護師再教育研修を除く。）を受け、その資質の向上を図るように努めなければならないと規定されている。

新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模にかかわらず、新人看護職員を迎えるすべての医療機関で研修を実施することができる体制の構築を目指し、平成21年12月に「新人看護職員研修ガイドライン」を策定している。

医療現場における看護職員等に対する患者・家族による暴力・ハラスメントに関し、各医療機関において適切な対策を講じられるよう、迷惑行為禁止のポスターの掲示やマニュアルの整備、発生時にとるべき行動等をまとめたeラーニング教材を作成し、幅広く活用いただけるよう、厚生省ホームページを通じて公開している。医療機関においてeラーニング教材が積極的に活用されるよう、都道府県等へ医療機関への周知を要請している。

3. 特定行為に係る看護師の研修制度について

特定行為研修を行う指定研修機関は年々増加しており、令和5年2月現在で360機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は5,143人である。特定行為研修の修了者数も年々増加しており、令和5年3月現在で6,875人である。

特定行為研修修了者を加速度的に増やすためには、各医療機関等において多くの特定行為研修

修了者を輩出する仕組みの構築が必要だが、組織的に特定行為研修修了者の養成・確保を行っている医療機関等は多くない。そのため指定研修機関である医療機関等において、組織的かつ継続的に特定行為研修の受講と修了生の活動を推進する取り組みを行う医療機関等を財政的・技術的に支援し、特定行為研修修了者数の増大と円滑な活動環境整備による医療の質の向上を目指し、令和5年度に特定行為研修の組織定着化支援事業を実施する。事業の概要は、1) 指定研修機関である医療機関等に対し、概ね3年以上の看護師に共通科目の学習機会を提供するためのeラーニングのコンテンツ使用料や、特定行為研修修了者に対するメンターの配置等に係る費用を補助する。2) 本事業の周知を目的としたシンポジウムと、本事業を実施する医療機関の取り組みを支援するためのワークショップを開催する。

4. 助産師活用推進事業等について

積極的な助産師活用の場として、院内助産、助産師外来、助産所等が挙げられ、医師との協働のもと、その専門性をさらに活用することで、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、妊婦の多様なニーズに応えることが期待される。医師の働き方改革の実現に向け、医師以外の職種へのタスクシフティング・タスクシェアリングの推進が求められており、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、助産師の積極的な活用の推進が必要である。

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで助産師の活躍を推進する（院内助産・助産師外来の推進）。院内助産・助産師外来への財政支援は、地域医療介護総合確保基金で実施可能である。

運営委員会

コメンテーター：日本医師会常任理事 釜范 敏

厚生労働省医政局看護課課長 習田由美子

協議会世話人会代表の福岡市医師会看護専門学校
の藤原先生より、協議会事務局交代について提

案された。協議会の事務局は、平成30年度から福岡市医師会看護専門学校に設置されていたが、本日（8月20日）をもって長崎市医師会看護専門学校に変更すること、事務局交代に伴い、世話委員会代表も藤原先生から長崎市医師会看護専門学校の宮村恒竹 学校長に引き継ぐことが承認された。

規約第7条に定められている加盟校からの負担金について、「負担金」という文言から「会費」に変更することが承認された。

学校運営アンケートの結果について

アンケート回答学校数は合計38校であった。

学校運営については、受験者・入学者は、減少傾向が続いている。特に、准看護師養成所と2年課程の看護師養成所では、受験者数と入学者数の差がほとんどなくなっており、受験者を選抜できない状況だとも言える。

学習支援及び学習環境については、各学校でさまざまな取り組みがなされている。学習支援では、多くの学校が、学生個別に学習指導を実施している。学習環境については、ICTを利用した能力育成が求められる中、多くの学校でWi-Fi環境の整備がなされている。

学習支援、健康上の支援、経済的支援を中心に、さまざまな課題が挙げられており、学生募集や新型コロナウイルス感染症に関してもさまざまな取り組みが行われている。

意見交換

釜谷日医常任理事 受験者の減少はもう長年にわたっており、さらに、コロナ禍によって厳しい状況になり、学校の運営の継続が困難になってきている。コロナ禍と関連して、看護職に対して危険であるとか大変きつい仕事であるというようなイメージが強くなり、看護職を目指す方が減ってしまうのではないかと懸念に対して、看護職のやりがい、看護職の魅力について、しっかりPRする必要があると考えている。日医として、広報あるいはPRをする取り組みをさらに強めたい。一度社会人になった後に、看護職を改めて目指すという方に対しては、日医からの動画の作成がぜひ必要と思っており、しっかりと準備をしている。

講義に関する支援については、厚労省からも説明があったように、授業の教育目標を明確にして、特に遠隔授業等をどのように利用していくのか検討し、教育目標が達成できるようにする必要がある。ビデオを流すだけでは授業としては認められないことから、学生からの意見交換ができる場を設置するために、複数の学校がオンラインで授業を受けるスタイルの方がよいのではないかと。

経済的支援については、地域の看護職を確保することに市町村の理解をいただいて、極力、補助金を出していただくことが必要であろう。

意見 大学が3倍近く増えているが、全体的には、看護職を目指す人数は減っているのではないかと。当校も志願者が減ってきたので学校訪問を強化した。大学の学費と専門学校の学費を比較すると、同じ国家資格を取るのに、大学だと4年間で660万近くかかるが、当専門学校が3年間で300万ぐらいであり、その点を高校の先生に話すと驚いておられた。専門学校の強みは、早くなれることと国家試験の合格率も遜色ないことである。大学がこんなに爆発的に増えると、学費が高くなって看護師になる道が閉ざされる人がいるかもしれない。本校の学生も非常によく勉強するにもかかわらず、大卒と高卒と学歴の差をつけられるのは非常にやりきれない。OECDの中で日本の大卒率が低いと言われるが、看護学校の学生3年間で大卒者に準じた資格にしてあげるのも1つの手ではないかと。

習田厚労省課長 大学には行くことはできないが、高校や3年課程、また准看を経て看護師になれるルートは重要だと考えている。一方で、就職時の給与が違ってくるといった課題もあることは認識しており、それに対して何ができるかという答えを今は持ち合わせていないが、考えていきたい。

意見 もはや自治体別に考えるべきことではないかと。国レベルでの補助を考慮していただけるとありがたい。

習田課長 どこで働いても良いという大原則の中で、それぞれの地域で必要な看護職をなんとか養

成していくという方向が今後も求められるのではないかと感じている。

司会 厚労省への要望の中に、地域偏在に対する政策というのがあったが、いかがか。

習田課長 その地域で何が看護職員確保の課題になっているのかを分析して、それに対してどうアプローチができるのかを、現在、複数の都道府県で検討していただいているが、国のレベルでできることは引き続きやっていきたい。

司会 講義、実習の問題でICTを活用するためには、ネット環境を整える必要がある。そのためには資金的に厳しいというお答えもあった。Web配信での講義は良いが、録画したものはダメという話もあった。教員不足の問題解消も含めて、オンデマンド等の講義が実現しないか、また、コロナによって臨地実習が困難になったために学内実習を単位として認めていただくことを継続してほしい等々の意見があった。

習田課長 看護学校のICT環境の整備については、われわれも何ができるのかを考えていきたい。

司会 外国人の日本語検定では、要綱でN1でなければならないとされているが、このハードルを下げることができないかという質問・要望も出ている。

習田課長 医療現場においては患者とのコミュニケーションが命に関わることもあるので、コミュニケーション能力というのは非常に重要で、N1は必要だと考えている。したがって、この緩和は現時点では難しい。

司会 少子化の中、受験生、入学者を増加させる取り組みについて。

意見 今、テレビや新聞を見る学生は少ないと思う。佐賀では、スポットCMを流しているが、見たことはないとはっきり言う。今年から、テレビのスポット以外に、SNSを通じての広告を始めることにした。これが今後どれだけ効果を生むかは

未知数である。

司会 定員割れを解消するため、受験者の多くを合格させることになるが、学生の質の低下につながる可能性がある。合格者の数と質のバランスをどのように取れば良いか。

意見 成績の良い生徒を確保するため、介護施設の職員に対し、院長先生の推薦状があれば面接だけで通すということを始めた。まだ浸透しておらず、応募が多くないので、これからである。

司会 当校では施設推薦もあるが、試験を行っている。

准看護師は地域医療、特に無床診療所の主力を担っている。今後、准看護科を存続する取り組みについてご意見をいただきたい。准看護科がなくなると、2年課程も減少する。准看護師の減少を厚労省はどのように考えておられるか。

習田課長 准看護師は看護職員になるためのプロセスの1つとして重要だと考えている。准看護師になってそのまま働かれる方についても、地域医療の中で、介護施設や診療所で一定の役割を担っていると承知している。准看護師に、その役割を担っていただけるかという方策を引き続き考えていきたい。

司会 地域医療を守るためには、准看護師課程の卒業生が主力となる分野がある。

専任教員養成講習会が各県でやられていないような状況がある。

意見 当県だけでは必要人数が集まらない。福岡で枠を作っていただき、その中に入れていただくやり方が最も良い。

閉会式

次年度当番校の防府看護専門学校の山本校長先生が挨拶された。次年度は各校からの現地への参加者数を絞った上で、ハイブリッド形式での開催を考えているとのこと。



ホッ！これで安心。

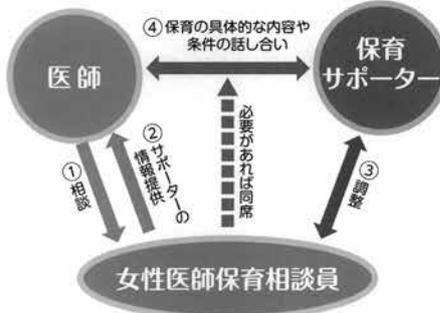
保育サポーターバンクとは…

- 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!

理 事 会

— 第10回 —

8月24日 午後5時5分～6時55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、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、藤野・宮本・友近各監事

協議事項

1 健康福祉部との懇話会における協議事項について

標記懇話会における7つの協議事項のうち、4項目について再協議を行い、決定した。

2 三師会と県教育庁との懇談会について

不登校児や発達障害児への対策、健康教育の推進等の提出議題について協議を行い、決定した。

3 来年度県施策・予算措置に対する要望について

要望項目の選定に当たっての留意事項及び今後のスケジュールについて協議し、スケジュールに沿って要望案を協議していくことを決定した。

4 各医療機関等における看護職員の需給状況と採用に関する調査について

医師会立看護学校の養成停止に伴う影響等を把握するために標記調査を実施することについて協議し、調査項目を追加することとした。

5 被災医療機関に対するお見舞いについて

本年6月29日からの大雨により被災した山口市と美祢市の医療機関への見舞金の交付先について協議を行い、決定した。

人事事項

1 母体保護法指定医師審査委員について

委員の異動による後任として、1名を委嘱することを決定した。

2 山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会の委員について

山口県健康福祉部こども・子育て応援局長から任期満了に伴う標記委員の推薦依頼があり、1名を推薦することを決定した。

報告事項

1 山口県福祉サービス運営適正化委員会第139回苦情解決部会「書面開催」(7月10日)

苦情の受付状況及び苦情解決審議事案について書面審査を行った。(前川)

2 第1回山口県助産師出向支援導入事業協議会(8月3日)

助産師出向支援導入事業協議会の開催、助産師出向に関する実態調査等、令和5年度の事業計画及び助産師出向を推進する上での課題と対策について協議を行った。(縄田)

3 第1回禁煙推進委員会(8月3日)

現在の活動状況、イエローグリーンキャンペーンについての報告の後、今後の活動方針等について協議を行った。(上野)

4 第1回労災・自賠責医療委員会及び第96回山口県自動車保険医療連絡協議会(8月3日)

個々のトラブル事例、11月に開催する自賠責保険に関する研修会等について協議を行った。(伊藤)

5 県感染症予防計画の改定等に向けた圏域会議(宇部・小野田圏域)「Web」(8月4日)

山口県感染症予防計画の改定及び医療機関等との協定締結に向けた進め方について協議を行った。(沖中)

6 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(8月6日)

4人の講師により、かかりつけ医の役割、基礎知識、診療における実践、地域・生活における実践に関する講習並びにワークショップ形式による

理 事 会

症例検討を実施し、受講修了者に修了証書を交付した。受講者48名。(伊藤)

7 将来のドクター養成に向けた中高生の職業体験 (8月6日)

中高生を対象とした医師の職業体験を開催し、46名の生徒が採血、心肺蘇生、血圧測定等の体験に取り組んだ。(白澤)

8 産業医のための過重労働対策セミナー

(8月6日)

過重労働による健康障害、最近の労働衛生関係法令、長時間労働者に対する面接指導について研修が行われた。参加者101名。(上野)

9 第43回山口県立病院機構評価委員会

(8月8日)

令和4年度における法人の業務の実績に関する評価(素案)、第3期中期目標期間における法人の業務の実績に関する評価(素案)について審議し、承認した。(加藤)

10 新規個別指導 (8月10日)

3医療機関の指導の立会を行った。(木村、藤原)

11 日医第4回労災・自賠責委員会 (8月10日)

労災・自賠責に関する報告の後、労災・自賠責委員会が実施するアンケート調査、次期(令和6年度)労災診療費算定基準の改定に関わる要望について協議を行った。(伊藤)

12 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会 (8月16日)

数値目標に係る審査実績及び要因分析、審査結果の不合理な差異解消の検討状況、支払基金改革の進捗状況等について協議を行った。(加藤)

13 山口県警察官友の会総会・講演会(8月16日)

令和4年度事業報告・収支決算報告、令和5年度事業計画・収支予算等について審議を行い、

承認された。その後、山口県警察本部サイバーセキュリティ専門官の三浦展裕氏による「サイバー空間における脅威の現状と対策」と題した講演が行われた。(加藤)

14 やまぐち地域医療セミナー 2023 in 周南市情報交換会 (8月16日)

自治医科大学の学生等が集まり開催されている標記セミナーに参加し、意見交換を行った。

(茶川、加藤)

15 産業医部会理事会 (8月17日)

令和5年度産業医部会総会、各地域産業保健センターの現状等について協議を行った。(中村)

16 勤務医部会理事会 (8月17日)

新役員、令和4年度事業報告の後、令和5年度の郡市医師会勤務医理事との懇談会、病院勤務医懇談会、市民公開講座、部会総会・シンポジウム、座談会等の計画について協議を行った。(中村)

17 健康やまぐち21推進協議会：歯科保健分科会 (8月17日)

「やまぐち歯・口腔の健康づくり推進計画」最終評価報告書(案)、第2次やまぐち歯・口腔の健康づくり計画等について協議を行った。(河村)

18 第54回中四九地区医師会看護学校協議会

(8月20日)

武雄看護学校の担当により開催され、4題の特別講演の後、運営委員会が開催された。(沖中)

19 第2回山口県糖尿病療養指導士講習会

(8月20日)

「食事療法」「薬物療法1」「薬物療法2」「糖尿病患者の心理と行動」について講習が行われた。受講者123名。(上野)

20 中国地区学校保健・学校医大会 (8月20日)

鳥取、広島、山口、島根各県からの研究発表の

理 事 会

後、島根大学医学部小児科の鞆嶋有紀 准教授による「子供の健康を守るために～成長曲線を使ってみよう」、日本医師会の渡辺弘司 常任理事による「学校保健の現状と課題～日本医師会の活動を中心に」と題した2つの特別講演が行われた。(河村)

21 第1回山口県医療対策協議会専門医制度部会 (8月21日)

国から都道府県への協議に関する意見、専門研修プログラムの確認、臨床研修2年目医師のキャリア形成に関するアンケート調査結果について協議を行った。(中村)

22 山口県新型コロナウイルス感染症専門家会議 (8月22日)

新型コロナ感染症に関する住民への注意喚起等の目安、5類変更後の本県における新型コロナ感染症の状況について質疑応答・意見交換を行った。(沖中)

23 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (8月23日)

医科1件、歯科2件、薬局2件が指定された。(中村)

24 令和5年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の内示について

国から標記基金の内示が県にあり、当初予算で計上している全ての事業が実施可能となった。(前川)

医師国保理事会 -第9回-

協議事項

1 令和5年度中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会(8月5日)

本組合の引き受けで開催。各県理事長による代表者会議では、全体会議の運営や次期当番県等について協議を行った。全体会議では、香川県から

の令和4年度事業報告等や鳥取県から提出された議題について協議を行い、最後に、「中国四国ブロック合併シミュレーション結果からみる医師国保組合の将来」(清水正人 全医連国保問題検討委員会副委員長/鳥取県理事長)の講演が行われた。出席者77名。(長谷川)

2 全国医師国民健康保険組合連合会第16回代表者会(8月23日)

令和5年度事業計画及び収入支出予算についての報告や定款一部改正、任期満了に伴う次期役員(理事)候補者の選任等について協議、承認された。続いて、「国民皆保険の危機」(国際医療福祉大学大学院の島崎謙治 教授)の講演が行われた。(事務局)

-第11回-

9月6日 午後7時～8時25分

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

協議事項

1 第2回都道府県医師会長会議に対する意見について

標記会議における議論のテーマ「トリプル改定」に対する意見・質問について協議を行い、一部修正の上、提出することを決定した。

2 第1回郡市医師会長会議について

10月19日に開催される標記会議の提出議題について協議を行った。

3 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」(11月19日)の提出議題について

標記研究会における本会からの提出議題について

理 事 会

て協議し、提案どおりとすることを決定した。

4 令和5年度広域予防接種における個別接種標準料金の変更について

本年度の個別接種標準料金について、ヒブワクチンが8月30日付けで薬価基準に収載されたことに伴い、料金を変更することを決定した。

5 令和6年度広域予防接種における個別接種標準料金(案)の変更について

来年度の個別接種標準料金について、ヒブワクチン単価の変更に伴う標準料金(案)を決定した。

6 令和5年度学校保健連合会表彰について

郡市医師会から推薦があった3名のうち、1名を推薦することを決定した。

7 山口県医師会事業継続計画(BPC)策定に伴う電源確保のための配線延長工事の実施について

標記工事の実施スケジュールを説明し、工事契約を締結することを決定した。

報告事項

1 山口県男女共同参画推進連携会議(8月24日)

会長の選出、令和5年度の主な取組等について報告・協議の後、「性の多様性」について研修が行われた。(長谷川)

2 医事案件調査専門委員会(8月24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)

3 改正感染症法等に基づく協定に関する説明会(8月24日)

国から感染症改正法上の公的医療機関等の義務や医療措置協定ガイドライン等、改正感染症法等の概要について説明があり、日本医師会の考え方が示された後、意見交換を行った。(沖中)

4 臨床研修医交流会(8月26日～27日)

1日目は、山口県医師臨床研修推進センターの事業紹介、山口大学大学院医学系研究科消化器内科学講座の高見太郎教授による特別講演「やまぐちの医療に責任を持ち、日本そして世界へ!」、グループワーク「内科救急テンプレートを作ろう!」及び懇親会を開催した。

2日目は、ながたクリニックの永田理希院長による特別講演「ヤブ医にならないためのコレだけ!抗菌薬～外来感染症編～」、症例検討会及びグループワークのベストプレゼンテーション賞の発表を行った。(中村)

5 第1回日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会「Web」(8月27日)

今後の新興感染症を踏まえた感染対策、介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション、症例検討などに関する6つの講義が行われた。受講者51名。(木村)

6 第2回地域医療計画委員会及び郡市医師会地域医療担当理事合同会議(8月31日)

「第8次山口県保健医療計画」改定のポイント、「山口県感染症予防計画」改定及び医療機関等との協定締結について説明があり、意見交換・要望等を行った。(前川)

7 三師会と県教育庁との懇談会(8月31日)

不登校児や発達障害児への対策、健康教育の推進など、本会、県歯科医師会及び県薬剤師会からの提出議題について意見交換を行った。

(河村、縄田)

8 第1回健康やまぐち21推進協議会(8月31日)

「健康やまぐち21計画(第2次)」の最終評価、「健康やまぐち21計画(第3次)」の策定等について協議を行った。(河村)

理 事 会

9 コロナ罹患後症状に係る医療従事者向け研修会 (9月1日)

山口県コロナ対策室から「山口県における罹患後症状への医療体制」の説明、岩国みなみ病院の野坂誠士 理事長から「自院における罹患後症状患者への対応状況」について発表があり、その後高知大学医学部呼吸器・アレルギー内科学の横山 彰仁 教授による特別講演「COVID-19 罹患後症状の実態とその対応」が行われた。(加藤)

10 第168回生涯研修セミナー (9月3日)

山口大学大学院医学系研究科臨床神経学講座教授である中森雅之 先生による「筋強直性ジストロフィーについて」、島根大学医学部内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学教授である磯部 威 先生による「非結核性抗酸菌症について」、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授である池田 学 先生による「前頭側頭型認知症の特徴と鑑別診断」、山口大学大学院医学系研究科眼科学講座教授である木村和博 先生による「網膜変性疾患とロービジョンケア」の講演4題を行った。参加者98名。(茶川、國近、岡)

11 山口県健康福祉部との懇話会 (9月5日)

若手医師を対象とした在宅医療養成研修事業や医療的ケア児への支援など、7つの協議事項について意見交換を行った。(前川、沖中、縄田、上野、長谷川、中村)

12 医師会員によるへき地医療機関の支援について (情報提供)

へき地医療機関を支援するため、代診医派遣に協力可能な県内の医師会員を募り、拠点病院の医療機関支援が円滑に行えるよう協力医師をリスト化することについて協議を行った。(茶川)

13 会員の入退会異動

入会13件、退会7件、異動10件。(9月1日現在会員数：1号1,213名、2号868名、3号458名、合計2,539名)

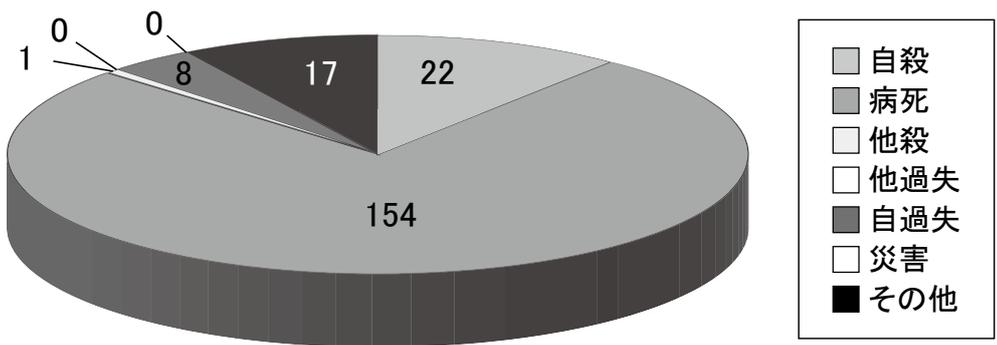
14 「医薬品供給不足緊急アンケート」の実施について

日本医師会から再度の協力依頼があり、郡市医師会へ調査回答の再依頼を行う。(縄田)

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Aug-23	22	154	1	0	8	0	17	202

死体検案数と死亡種別 (令和5年8月分)



医師年金 <認可特定保険業者> 公益社団法人 日本医師会 ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

保険料はいつでも自由に増減できます!

予定利率は1.5% (令和5年5月現在)

☑ 年金検討チェックリスト

- 公的年金だけでは現役時代の生活水準の維持が難しい
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい

余裕資金を随時払って上限なく増額できます

事務手数料は払込保険料に対して0.25%だけです

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、**簡単シミュレーション!**



医師年金 検索

<https://nenkin.med.or.jp>

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

▼個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人 **日本医師会** 年金福祉課

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

The screenshot displays a simulation interface with three main plan options:

- 15年固定額1000円型**: Monthly contribution 11,000円, Monthly benefit 71,400円, 15-year total benefit 22,920,000円.
- 15年固定額1500円型**: Monthly contribution 15,000円, Monthly benefit 11,900円, 15-year total benefit 27,960,000円.
- 15年固定額2000円型**: Monthly contribution 20,000円, Monthly benefit 15,900円, 15-year total benefit 32,550,000円.

Additional details include:

- 加入年齢: 64歳6ヶ月
- 加入期間: 15年
- 加入期間終了日: 79歳6ヶ月
- 加入開始日: 64歳6ヶ月
- 加入開始月: 令和5年10月
- 加入開始日: 令和5年10月
- 加入開始日: 令和5年10月

20230501S21

会員の声

個別化医療の社会実装を迎えて（向けて!!）

玖珂医師会 川田 礼治

マイナンバー制度に基づき、2年後からは健康保険証としての利用が義務化になろうとしている。しかし最近、マイナンバーカードに関連したさまざまな不備が露見され、この成り行きにもさまざまな問題が残りそうである。しかしながら、本来の目的は「現在の保険制度のヒズミを正す！」と言われてきた。その一つが、保険証の資格確認であり、もう一つは、個人の医療情報の蓄積である。マイナンバーカードと健康保険証との不備の問題はさておき、個人としての医療情報の蓄積に関する私見を投稿させていただいている。

この個人の情報蓄積は「個別化医療の社会実装」の始まりであり、これでやっと井村裕夫 元京大総長の提案されている「先制医療（Pre-emptive Medicine）」に繋がるものと考えている。「先制医療」というキーワードは山口県（中国地方）には馴染みが薄いかも知れないが、井村先生が既に40年以上前から提案されている概念である（以前の京大系列病院に勤務していた際に内科部長や諸先生方のご指導を受けた）。この「先制医療」のコンセプトは遺伝子もエピジェネティクスも各々が異なるはずなので、一個人毎における病態の経時的な臨床軌跡（Clinical Trajectory）を描き、超早期に介入点を見出して生活指導（食事・運動療法）や医療介入を行うものである。ガイドライン（GL）でお馴染みの「標準医療」はランダム比較試験（RCT）によるもので、薬剤の有効性や術式の有効性は統計的に証明ができるものの、患者の立場を考えたNNTで評価すれば必ず残余リスクが発生し、効率も良くない。この効率の改善化を目指して提案されたのがオバマ元大統領の発出した「精密医療（Precision

Medicine）」でBigデータや遺伝情報にAIを組み込んだ医療システムである。しかしながら、一個人毎の健康管理からすれば、前述したように一人一人の遺伝子情報も違えばエピジェネティクスも異なるはずなので、やはり、NNT1を目指すには「精密医療」でも限界があるはずである。

しかるに、「先制医療」は「精密医療」に時間軸の要素を取り入れ、経時の変化を鑑みる事で一個人に於ける臓器機能・構造の変調・変化を超早期に検出し、介入・対応する医療である。この「先制医療」に於いては時間の概念が極めて重要だが、時間は「記憶」の存在があって、はじめて意味（意義）を持つ。加えて簡単明瞭な「臓器の高い記憶性」の要素がなければ先制医療のツールとしては成り立たない。先制医療に於ける「記憶性」とは臓器の特異度、感度、再現性が高く、経時変化に対しストーリー性が無ければならない。

今回、われわれは最も古典的で、直接血管の形態が非侵襲で安価に測定可能な眼底血管を利用する事とした。ただ、古典的なKeith-Wagener分類やScheie分類では、経時（経年）的变化に於ける客観性・再現性が悪く、この分類のまま再評価をしても一個人の経年変化に対するストーリー性は望めない。よって、網膜血管に於ける動脈硬化の進行を示している交叉現象等に注目し、かつ、これらの進行度を数値化し（国内特許数件を取得）、その判読ソフトを開発した。

一方、重要臓器に対する優先順位の血液供給システムはストレインベッセル（Strain Vessel）理論である。この理論は、「今までのように、病理学で提案されていた大中小血管別による病態ではなく、進化の過程で獲得した失血・乏血に対して

機能的な臓器保護システムが『Strain Vessel システム』である。この、Strain Vessel システムに基づいて、脳・心・腎関連イベントが発生している。」として、東北大学の伊藤貞嘉 教授による内科学会での基調講演が既にされている。

つまり、脳・心・腎関連イベントにおける病態の悪化予測は、同じ機能血管構造 (Strain Vessel) を有する、網膜血管 (数値化) で推測する方が、Non-Strain Vessel で推測するよりは相関性が高いものと考えられる。

さて、「先制医療」では、3つの疾病項目に対して、NNT 1 を目指している。A) アルツハイマー病、B) 各種癌の超早期発見、C) 生活習慣病である (ちなみに、A と C は健診対象であり、B は検診対象)。

A) は既に、血液一滴から脳神経細胞内蓄積物質であるリン酸化タウ蛋白の定量が可能となり (β -アミロイドは脳細胞外蓄積物質で病的には老人斑とも呼ばれている。アルツハイマー型認知症は二つのゴミが蓄積して発症すると言われていたが…)、一個人の20～30年後の症状発現までの経年積算量の推定が可能となっている。

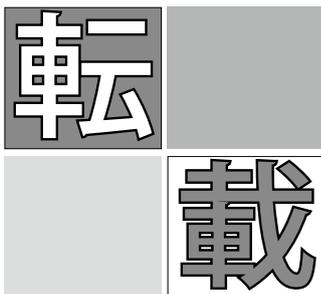
B) に関してはPCR法による各種癌のm (マイクロ)RNAの検出が可能となり、国立がんセンターより、一度に15種の癌が検出可能となるキットが出るようである。

C) に関しては、マイナンバーカードに付随した健康保険証の義務化により、個人データが蓄積される事となった。前述もしたが、この保険証を介することで、各個人の服薬歴や検査データ及び特定健診結果が蓄積 (クラウド内!?) される (デジタル庁HPより)。いわゆる「個別化医療の社会実装」は現実化しつつある。このような状況下で「先制医療」の実践に役立つのは特定健診における「眼底検査」項目である。既に、眼科医会でも「40歳過ぎたら、眼底検査を受けるのだ!!」とのキャンペーンも始まっている。

この「眼底検査」は、体の中で唯一、非侵襲的に動脈を始めとする血管観察が可能で、生活習慣病の個別的経年的進行が評価できる事は、今更、言うまでもない。ただ、今までの評価方法では、使い勝手が悪いのも事実である。つまり、階段状進行評価 (K-W/W-M/Scheie 分類) であるため、先制医療のバイオマーカーとして使うには、その一個人の臨床軌跡は滑らかな曲線でないと不向きである。さらに、C項に於ける生活習慣病の動脈硬化性病変の進行曲線は、恐らく酸素解離曲線と同様なS字曲線と近似しており、一個人毎の臨床軌跡を描くことが個別化医療の第一歩である。そして、患者・国民の各人が、「今の自分自身は、自分の臨床軌跡のどの局面 (変曲点) にいるのか…!?!」を知ることこそが、社会実装の第一歩でもある。

仮に、一個人毎における動脈硬化性病変の進行曲線、つまりは臨床軌跡を描くことができれば、その変曲点をターゲットに運動食事療法から薬物療法へと変更する為の超早期介入のポイントと見なせる。その後の治療方針は各学会が発表しているガイドラインに沿って治療すれば患者・国民にとって (加えて、支払基金にも) 不利益を生じさせない医療となる。これがすなわち、井村元総長の提案されている「先制医療」のコンセプトでもある。

この各人の臨床軌跡を描く為の、数値化ソフトが山大で開発 (大手造船会社が出資) され、現在、山大眼科でそのトランスレーショナルリサーチが行われつつある。これが、本当に実社会で役立つれば、良いのだが…。結果は、まだ出ていない!!
(2023/09/08 記)



先達はあらまほしき

(医) 真人会たむら医院 田村 正枝
(吉南医師会報 令和5年4月号より)

ついに…こんな表題の依頼が来たのか！

思えば、吉南医師会に入会して37年、開業して30年の節目に当たる今年に、原稿依頼が来たのも何かのご縁と思われます。気が付くと、先輩の先生方も数えるほどになり、ああもう年なんだと感じる今日この頃です。

入会時は、女性医師も2-3人しかおられなかったと記憶しています。その当時の医学部女性割合は1割程度で、今はほぼ5割と聞いています。県医師会の女性医師部会(のちの男女共同参画部会)にも出務させて頂き、女子学生のインターンシップ活動などさせて頂きました。その当時は、安倍総理の発案で、30・30運動(2030年までに、女性指導者の割合を30%に)で、日本医師会の会議に出席させて頂いたこともあります。

とはいえ、私自身あまりお役にも立てず、自分自身の事で精いっぱいのもあり、ふがいない思いです。しかし、吉南医師会にも女性医師が増え、後輩の頼もしい先生方には、心から頭が下がる思いです。特に県医師会理事として藤井郁英先生が活躍されているのは、うれしい限りです。県医師会には他にも、大学の後輩にあたる國近先生と、前川先生、長谷川先生と四人も女性医師が参加されていますので、女性目線での活発な意見を交わされているのではと、想像いたします。

男女共同参画とか、LGBTとか、性差を越えた社会での活躍が今後も期待されます。小学生の頃だったか「男らしさ、女らしさ」というような文章を私自身で書いた記憶があるのですが、もはや死語に近い感じです。若いスタッフと話をしていると、夫婦で役割分担を決めており、妻が食事を作って、家で待っている…なんて、今や妄想の世界の様相です。

女性医師が仕事を続けていくためには、やはり周囲の協力が必要です。特に子供が小さいうちは、勤務体制も整えて頂きたいし、男性医師も思い切って育児休暇をとることも大切です。今後、育休の改正もあり、今まで以上に協力体制が築きやすくなるのではと期待しています。昔は育休なんてなかった…と嘆いているのは、私たちおばさんのみで、若い人の権利の主張は著しく、スタッフをお持ちの先生方には頭の痛い問題ですが、日本を救うという観点から、重要な事で、是非とも上司のご協力も必要です。

仕事もして、育児もして、家事もこなし、嫁の役目も果たして…なんてことは、昔話です。仕事面でも、私たち世代はがむしゃらに働いてきた感がありますが、最近の人の考えは、半分仕事、半分プライベートと考え、職場を選ぶ際には給料より、休暇の取りやすさを優先しているようです。私たち以上の先輩先生方には想像もつかない世の中になってきており、昔は…という、昔と違います！とスタッフに怒られます。

家庭では妻に気遣い、職場ではスタッフに気遣い、癒してくれるのはペットの犬だけ…なんて笑い話も他人ごとではない世の中です。女性はズンズン強くなり、進化し、男性化しており、これからは男性の事を気遣わなければ…なんて！と書けば、まだまだ医師会では怒られそうですが。女性はおばさんになるとますます男性ホルモンが増える、と聞いています。最強です！

投稿の趣旨から随分遠ざかりました。とにかく、昔はよく働きました。しかし、よく飲みにも行きました。時間はみな同じですが、のんびりした事はあまりなかったかもしれません。その癖が今でも抜けずに、“何かしていないと”という病に侵

されています。医師会の役をやっと降りた数年前から、やたらと体を鍛える方向に行っています。夜は週5回ジムに通い、若者に交じりエアロビクスに興じています。脳トレにとっても良くて、振りを覚えるのには自信があります。脳と体を同時に使うのが、ボケ防止にいいと思っています。家事は必要最低限に抑えて、仕事も頑張っています。医院の仕事に、サ高住の仕事に、特養の仕事に、その他もろもろ、夜中でも呼び出しに走っています。

そんな忙しく仕事をするのは、もう若い人はしないよ！と言われ、確かにそうかもね、楽な仕事を選ぶよね、と思います。しかし私は、あともう少しだけ悪あがきをするつもりです。周りを見ても女性医師の方がパワーがあると思います。

私には学問的に誇れることは何一つありませんが、とにかく43年間、元気に仕事を続けて、少しでも世の中の役に立てればと思うばかりで過ごしてきました。それが生きがいであり、やりがいであり、生きている証しと信じています。

老婆心ながら、これからの若い先生方のご活躍を祈ってやみません。心も体も技も鍛えていきましょう。

○推薦者のコメント○

ご自身がこんなに頑張っておられるからこそ、人や世の中に対して、率直で優しい見方ができるのだと理解できました。遅まきながら、年5のジム通いを月5にして鍛えていきます！

[常任理事 長谷川奈津江]

山口県医師会メールマガジンのお知らせ

山口県医師会では、メールマガジンにより会員の皆様へより多くの情報をお届けいたします。ぜひ、ご登録をお願いします。

メールマガジン配信をご希望の方は、①又は②の方法でご登録ください。

①スマートフォンの方

右のQRコードからアクセスし、必要事項を入力してください。

②パソコンの方

yamajoho@yamaguchi.med.or.jpへメールをお送りください。

(折り返し、登録に関するご案内をお知らせいたします。)

- ・本メールマガジンは配信専用です。
- ・ご連絡いただきましたメールアドレスは本事業でのみ利用し、他に提供はいたしません。



「おたがいさま」と 「おもてなし」

飄

々

広報委員

岡山 智亮

新型コロナウイルスが5類感染症に移行された5月以降に、園児の内科健診のため、ある幼稚園にお邪魔した際、園長先生との話がとても盛り上がりました。新型コロナウイルスが5類感染症に移行されてから、園の対応として何か変更した点があるかお尋ねしたところ、園としてはまだまだ体温測定をこまめにするので、早退してもらうことがどうしても多くなってしまふ、とのことでした。その時に私はふと、ジブリ映画の「崖の上のポニョ」の一場面を思い出しました。保育園で赤ちゃんを預かる先生が「ちょっと熱があるけど、元気だから大丈夫でしょう」と言って赤ちゃんを預かってくれる場面があります。今でこそ病児保育等が充実しており、親としては仕事と子育ての両立が成り立ちやすい環境になってきていますが、例えば昭和のころであればこういった光景は日常茶飯事だったのかなと想像します。しかし、今の時代（特に新型コロナウイルス出現後）ではあまりお目にかかれない光景かもしれません。子供を預かる側の園長先生からすると、もう少し寛容な対応をとりたいところではあるが、いろいろな立場や考え方もあるのでなかなか難しいとのことでした。もともと日本には「おたがいさま」というとてもいい言葉がありますが、最近ではあまり聞くことがなくなっている気がして寂しい気がします。おっしやって、確かに一理あるなど感じさせられました。どこかで相手に迷惑をかけないようにと思いながら生活していたり、逆に相手の言動によって迷惑をかけられたりしたときに許容できなかつたりすることが、ニュースを見ているのも多くなっているのかなと感じることがあります。

話は変わってイギリスのある団体が「人助けに関する国際ランキング」なるものを2009年から

毎年実施しているらしいです。複数の項目に対してアンケート形式で統計をとるようですが、日本はこのランキングで毎年最下位争いをしているようです。この調査が実情をどれだけ反映できているものなのかわかりませんが、私たちにとって立ち止まって考えないといけないものでもある気がしました。アンケートの中身としては「この1か月の間に、見知らぬ人、あるいは、助けを必要としている見知らぬ人を助けたか」、「この1か月の間にボランティアをしたか」、「この1か月の間に寄付をしたか」という項目について各国の人にインタビューを行い採点されているようです。さて自分はどうかと、1か月間を振り返りましたが、残念ながらどれも当てはまりませんでした。皆さんはどうでしょうか？

東京オリンピック招致の際に「お・も・て・な・し」という言葉が大流行しました。海外から日本を訪れる観光客の中で日本の「おもてなし」を実感される方は確かに多いと思います。ただ、「おもてなし」という言葉はいわゆるお客さん相手に使われることが多いかと思えます。そこから考えると、日本人の特性としてお客さん相手に対する対応には光るものがあるのかもしれませんが、奉仕の精神としては「人助けに関する国際ランキング」が示すように、もしかすると他国に比べて劣るところがあるのかもしれない。日本人の中に奉仕の精神を持っている人が少ないとは思いたくないし、実際にそうであるとも思えません。では、なぜランキングで最下位争いをしてしまうようなことになっているのか考えてみました。個人的な意見になりますが、アンケートの項目にもある「見知らぬ人」というところがポイントな気がしました。日本人はよくコミュニケーションが苦手と言

われることも多く、見ず知らずの人に対して声をかけにくい傾向が人助けの邪魔をしてしまっているのかなと自分の考えとしては着地点を見出してみた次第です。

コロナ禍から落ち着きを取り戻しつつある中で、日本を訪れる外国人観光客が増えてきていると思います。「おもてなし」では他国に負けない魅力があり、日本を訪れた外国人はその旅行を堪能して帰国される人が多いと思います。そこは日本人としてやはり誇るべきところかなと思いますし、その他にも日本人が誇れるところは数多くあると思います。ただし、外国人観光客の増加によ

てさまざまな問題も生じてきており、何でもかんでもウエルカムではよくないと思います。物言わないといけない事象に対してなかなか言えない国民性もあるかと思っています。現代を生きる中で私たちとしては「おたがいさま」というように元から持ち合わせている心の寛容さなど、良いところは大切にしていきながら、人との付き合い方として「おもてなし」だけではなく、より深く私たちのパーソナリティ（日本人として大切にしているものなど）を理解してもらうためのコミュニケーション能力を身に付けていかなければならないなと思いました。

日医FAXニュース

2023年（令和5年）8月25日 3159号

- 薬価制度、「場当たりの」見直しを懸念
- 在宅自己注の「材料加算」の明記を
- コロナ5類移行後「手引き」を初改訂
- 都道府県・医療圏別のデータ集を公表
- 学校保健への取り組み、医師会に調査
- ヘルパンギーナ、3.06に減少

2023年（令和5年）8月29日 3160号

- 一般会計、33兆7,275億円を要求へ
- 24年度改定の「基本方針」議論スタート
- 基本方針「物価高騰」「賃上げ」対応を
- コロナ定点、17.84に増加

2023年（令和5年）9月1日 3161号

- 改定に向け、「議論の整理」を提示
- 5種混合ワクチン、定期接種化を了承
- がん研究の報告書案、厳しい声が続出
- 結核罹患率、「8.2」に減

2023年（令和5年）9月5日 3162号

- 医療DX推進へ、安全・費用の不安解消を
- 昨年度の概算医療費、総額「46.0兆円」
- 「薬価改定は診療報酬と同時期が基本」
- 特別支援学校、災害時は障害児の避難所

2023年（令和5年）9月8日 3163号

- 日医会員数、17万5,000人突破
- 過労自殺の医師を哀悼、重く受け止める
- インボイス制度、事業受託時に注意を
- 「緊縮財政派」に働きかけを
- コロナ確保病床、「突然ゼロだと混乱」
- 診療所は非課税、病院は軽減税率に
- 外国人患者向け、新サイト開設
- 「特設サイト」で災害対策を紹介
- 「有事」の医師会活動を紹介

2023年（令和5年）9月12日 3164号

- 医療DX、「現場が使いやすい環境に」
- 現場感覚を忘れず、日医に反映を
- コロナワクチン「特例臨時接種」廃止へ
- コロナ定点、20.50に増
- 咽頭結膜熱、過去5年比で「かなり多い」

2023年（令和5年）9月15日 3165号

- 「安定政権で強力な政策推進を」
- 医療機関の経営、「回復」とは言えず
- 10月以降のコロナ診療報酬特例を議論
- 共同利用施設、災害に備えを
- 医師会共同利用施設「人材確保」が課題
- 臨床医、子どもたちが疑似体験



第169回山口県医師会生涯研修セミナー

日 時 令和5年11月19日(日) 10:00～15:00

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」(山口市吉敷下東3-1-1)

Web開催：Zoomによるライブ配信

次 第

○ 10:00～11:00 特別講演1

医療機関におけるBCPについて

鳥取大学医学部器官制御外科学講座救急・災害医学分野教授 本間 正人

○ 11:00～12:00 特別講演2

腸内細菌叢と疾患 ～メカニズムと治療応用について～

山口大学大学院医学系研究科ゲノム・機能分子解析学講座教授 坂本 啓

○ 12:00～13:00 昼食

○ 13:00～14:00 特別講演3

脂質酸化物による心疾患の正と負の制御

慶應義塾大学医学部循環器内科学教室専任講師 遠藤 仁

○ 14:00～15:00 特別講演4

特殊な病態の側面から改めて考え直す糖尿病・内分泌代謝疾患

山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学講座教授 太田 康晴

主 催 山口県医師会

対 象 医師及び医療従事者

参加費 無料

取得単位 日本医師会生涯教育制度：4単位

特別講演1 CC14(災害医療)：1単位

特別講演2 CC53(腹痛)：1単位

特別講演3 CC42(動悸)：1単位

特別講演4 CC76(糖尿病)：1単位

参加申込 11月10日(金)までに下記URL又は

右記QRコードからお申込みください。

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/14573/





第34回山口県国保地域医療学会

メインテーマ「アフターコロナ時代の地域包括ケアの見直し」

と き 令和5年11月18日(土) 9:00～12:00
と ころ 国保会館(山口県国民健康保険団体連合会)4階大会議室
山口市朝田1980番地7
※参集とWebのハイブリッド形式
学 会 長 宗像 緩宜(岩国市立美和病院院長)
実行委員長 池田 正仁(岩国市立錦中央病院院長)

プログラム

8:30～ 受付開始
9:00～9:10 開会式
9:10～10:40 研究発表
10:40～10:50 休憩
10:50～11:50 特別講演

アフターコロナ時代の地域包括ケア

～コロナ禍で我々は何を学んだのか～

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター長 原田 昌範

11:50～12:00 閉会式

主 催 山口県国民健康保険診療施設協議会
山口県国民健康保険団体連合会
後 援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会、山口県歯科医師会、
山口県薬剤師会 ほか
単 位 日本医師会生涯教育制度:2.5単位
研究発表 CC80(在宅医療):1.5単位
特別講演 CC12(地域医療):1.0単位
学会事務局 山口県国民健康保険団体連合会(保険者支援課保険者支援班)
〒753-8520 山口市朝田1980番地7
TEL:083-925-2033 FAX:083-934-3664
E-mail:hoken@kokuhoren-yamaguchi.or.jp



令和5年度第95回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和5年10月28日(土) 15:00～17:00
場所 山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」
(山口市吉敷下東3-1-1 TEL:083-934-2200)

次 第

司会：山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

開会挨拶

特別講演Ⅰ 15:00～16:00

座長：山口県消化器がん検診研究会幹事 藤原 純子

危険因子に着目した膵癌早期診断の現状と課題

JA尾道総合病院 消化器内科 花田 敬士

特別講演Ⅱ 16:00～17:00

座長：山口県消化器がん検診研究会会長 檜垣 真吾

正確なピロリ菌感染診断に基づく、効率的な胃がん検診

広島大学病院 総合内科・総合診療科 伊藤 公訓

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料
非会員は、医師：2,000円、医師以外：1,000円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2単位
特別講演Ⅰ CC12(地域医療)：1単位
特別講演Ⅱ CC11(予防と保健)：1単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3点
日本医学放射線学会
学会認定参加単位 1単位
日本専門医機構認定参加単位 1単位

お問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内)
TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527

※事前の参加申込は不要です。

お知らせのご案内



「医業承継支援事業」に伴う 各種業務開始のお知らせ

当会では地域医療提供体制の確保のために、「医業譲渡を希望する診療所」と「医業譲受を希望する医師」を支援し、その仕組みづくりを構築することを目的として標記事業を山口県の事業として引き受けております。是非、ご利用ください。

- (1) 医業承継に関する初期相談の専門家派遣事業
 - ・医業経営のコンサルティングによる無料相談（一般的な助言に限る）
 - ・専属の会計士や税理士がおられる場合は、まずは顧問先への相談をお勧めします
- (2) 譲受情報の受付登録と提供事業

上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日9時～17時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記QRコードをご利用ください。

(1) 専門家派遣 申込フォーム	(2) 譲受情報の受付登録フォーム	
		



山口県緩和ケア研修会

日時 令和6年1月14日(日) 9:30～17:35 (受付9:00～)

場所 山口県医師会6階 会議室(山口市吉敷下東3-1-1)

対象者 県内のがん診療に携わるすべての医師・歯科医師 定員24名
(山口県看護協会、山口県訪問看護ステーション協議会、山口県医療ソーシャルワーカー協会、山口県介護支援専門員協会が推薦するがん診療に携わる医療従事者各2名を含む)

参加条件 申込時に「厚生労働省 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」(<https://peace.study.jp/rpv/>)を受講修了しており、「e-learning 修了証書」を提出できること。

内容 詳細は、山口県医師会HP掲載の「開催要項・日程表」をご確認ください。

申込方法 山口県医師会HP掲載の「申込書」に必要事項をご記入のうえ、「e-learning 修了証書」とあわせて県医師会事務局までFAXまたはメールにてお申込み下さい。

申込締切 令和5年10月31日(火)

<山口県医師会HP>

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/14583/

<申込み・問合せ先>

山口県医師会事務局

TEL: 083-922-2510 / FAX: 083-922-2527

E-mail: iryouka@yamaguchi.med.or.jp



医師資格証 (HPKIカード)

Medical Doctor Qualification Certificate

MEDICAL
DOCTOR
QUALIFICATION
CERTIFICATE



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

医師資格証 (HPKI)

身分証としての利用シーン

採用時の 医師資格確認



医療機関等での採用時に、医師免許証の原本確認に代えて、医師資格証による確認も認められています。

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

緊急時の身分証



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

JAL DOCTOR 登録制度



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

(登録および現場対応は任意となります)

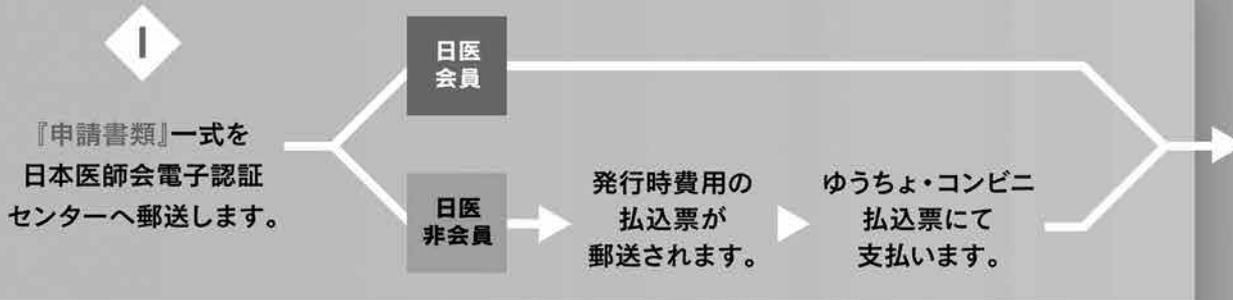
講習会受付



「医師資格証向け出欠管理システム」が導入された医師会等での研修会では、医師資格証をICカードリーダーにかざすだけで受付を行うことができます。

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送



申請書類

1 医師資格証 発行申請書

ホームページからダウンロード出来ます。撮影から6ヶ月以内の証明写真が必要です。

2 医師免許証コピー

(裏書がある場合、裏面コピーも必要です。)

3 住民票

発行から6か月以内
・コピー不可
個人番号、住民票コードは載せない

4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)(有効期間)

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

※旧姓併記を希望される場合、発行から6か月以内の旧姓の分かる公的書類(戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票)が必要です。

カード)利用シーン

ITでの利用シーン

ログイン認証



通常のID/パスワード等のフレーズを利用したログインの代わりに、医師資格証を利用したサービスへのログイン*が可能となります。(併用も可)電子認証センター提供のサービスでは医師資格証によるログイン認証を行っております。

*ログイン認証は、「日医医療認証基盤」(日医提供サービス)にお申し込みがあるサービスで利用可能となります。

HPKI電子署名



電子化された医療情報文書に対してHPKI署名を付与することで、本人であり、医師資格を持っていることを証明することができます。HPKI署名は、診療情報提供書の加算を算定する時の要件になっています。また、電子処方箋に求められる電子署名の一つでもあります。

研修会受講履歴 単位管理



「全国医師会研修管理システム」を導入している都道府県で開催された研修会を受講した際に、出欠が確定された研修会に関する受講履歴の閲覧や単位管理ができます。確認は、「医師資格証ポータル」ログイン後、該当のページ(タブ)よりご確認くださいことが可能です。

他社サービスの 利用



ORCA管理機構が提供している「MEDPost(文書交換サービス)」などのログイン時に医師資格証を使用することができます。

送先 ▶ 日本医師会 電子認証センター 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

2

医師資格証が
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了
通知(ハガキ)が連絡
先住所に到着します。

4

申請者本人が
『対面受取時の書類』
を持参し、発行完了通知に
記載された医師会で
医師資格証を受け取ります。

※代理人不可

対面受取時の書類 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証 発行完了通知(ハガキ)

申請時に記入した
連絡先住所にハガキが郵送されます。

2 身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期限内のもの)

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

1内のもの)

※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

費用

日医会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は無料です。
- ・紛失、破損による再発行の場合のみ5,500円が必要です。

日医非会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は5,500円です。
- ・紛失、破損による再発行の場合も5,500円が必要です。



※費用はすべて税込みです。

各種手続き

連絡先変更手続き

医師資格証に関わる連絡先等の情報に変更がある場合は、【連絡先等変更申請書】と医師資格証のコピー（住民票住所変更の場合は住民票の写しの原本も）を日本医師会電子認証センターにご郵送ください。

医師資格証 紛失届

カードを紛失した場合、【紛失届】に必要事項を記入の上（再発行を希望する場合は再発行申請書類一式を同封の上）、電子認証センターにご郵送ください。カードが不正利用されるのを防ぐため、ご本人確認完了後、カードを緊急失効いたします。

暗証番号（パスワード）開示手続き

暗証番号を忘れてしまった場合、必要事項を記入の上、【暗証番号（パスワード）開示申請書】をご郵送ください。

医師資格証 再発行申請書

諸事由（カード紛失・破損・姓名変更、会員/非会員変更等）により再発行を希望される場合、【発行申請書（再発行）】に必要事項を記載し（写真も貼付してください）、住民票の写し、医師免許証のコピー、身分証のコピーを同封の上、電子認証センターに郵送し、再発行申請を行ってください。（申請書の種類が異なる以外は新規発行と同様の申請手続きとなります。）

医師資格証 利用中止届

医師資格証の利用中止をご希望の場合、必要事項を記入し、医師資格証を同封の上、【利用中止届】をご郵送ください。

※各種手続き書類は、日医電子認証センターホームページよりダウンロードできます。



日本医師会 電子認証センター

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

ホームページ | <https://www.jmaca.med.or.jp/>

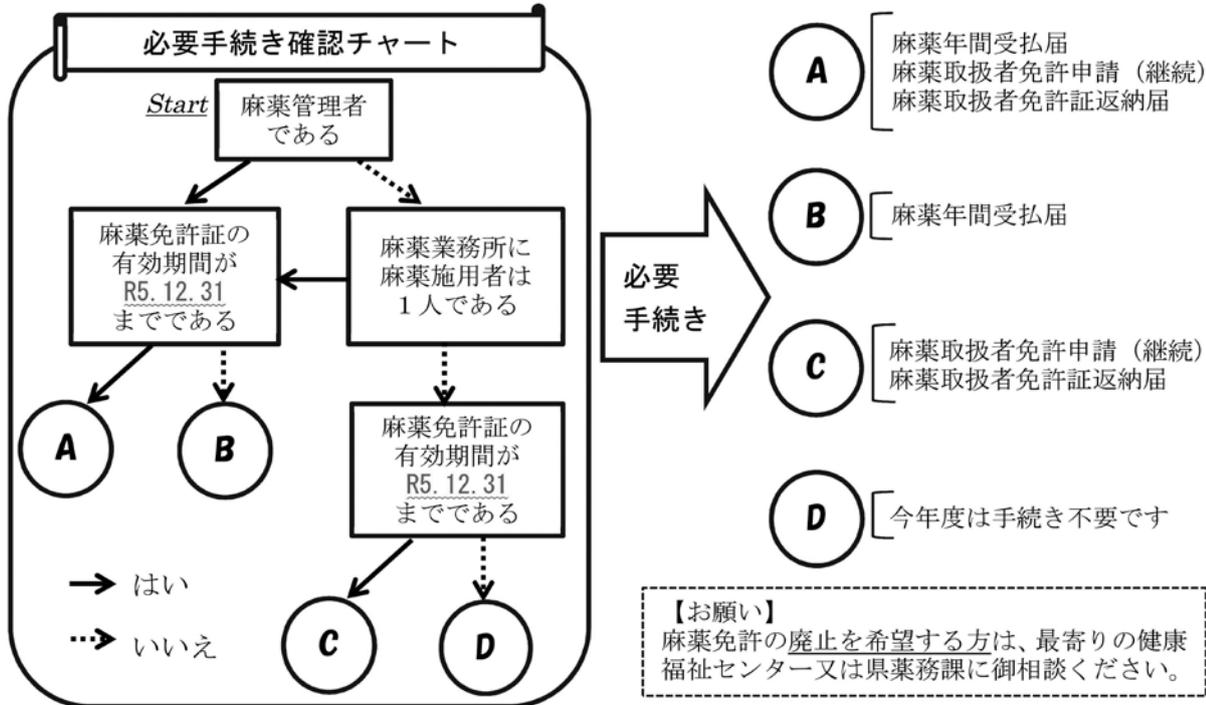
お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2022年8月現在



【重要】麻薬免許証をお持ちの方へ～手続きの御案内（山口県薬務課）～

麻薬取扱者は、10月から1月にかけて所定の手続きが必要となります。必要な手続きは免許種別や免許取得年等によって異なります。以下のチャートを参照し、手続き漏れのないよう御確認をお願いします。



【各手続き詳細】

麻薬年間受払届	麻薬取扱者免許申請（継続）	麻薬取扱者免許証返納届
<p>◆対象者 チャート中 ①、② 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬年間受払届 2部 (正本1部、副本1部)</p> <p>◆提出期限 令和5年11月30日</p>	<p>◆対象者 チャート中 ①、③ 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬取扱者免許申請書 1部** ・診断書(1ヵ月以内に作成されたもの) 1部** ・(変更時のみ)麻薬保管設備等図面 1部** ・手数料(県証紙) 4,300円分 ※下関保健所に提出時は2部(正副1部ずつ)</p> <p>◆提出目安時期 令和5年11月30日まで</p>	<p>◆対象者 チャート中 ①、③ 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬取扱者免許証返納届 1部** ・有効期間が満了した麻薬免許証 1部** ※下関保健所に提出時は2部(正副1部ずつ)</p> <p>◆提出期間 令和6年1月1日～15日 (年始は1月4日から開庁します)</p>

【留意事項】

- 各様式は、山口県薬務課のHP又は最寄りの健康福祉センターで入手してください。山口県薬務課のHP内「麻薬関係手続きについて（既免許者向け）」のページには、記載例も掲載しています。(https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/48/101545.html)
- 提出窓口及び新免許証受け取り窓口は、管轄の健康福祉センター又は下関市立下関保健所です。開庁時間（平日8:30～17:15(12月29日から1月3日までを除く)）にお越しください。提出は郵送も可。
- 新免許証は12月13日(水)以降に受け取りにお越しください。ただし、御提出の遅れや不備事項があった場合には、新免許証のお渡しが遅くなる場合があります。

※麻薬業務所が防府市内にある方へ
12月14日(木)13時～16時のみ、防府保健所での新免許証受け取りが可能です。防府保健所での受け取りを希望する場合は、麻薬取扱者免許申請書(継続)の余白部分にその旨を記載してください。

★お問い合わせ窓口★

各健康福祉センター(岩国、柳井、周南、山口、宇部、長門、萩)
※下関市内の事業者の方は県薬務課へお問い合わせください。
(詳細は右記QRコードをご参照ください。)



薬務課 HP

編集後記

最近、病院での待ち時間について、何度か同じような話を聞くことがあった。「予約をして病院を受診したのだが、それでも2時間も待たされた…病院の建物は新しくなっているのに、中のシステムは全く改善されていない！どうなっているのか！」というものであった。立場上、県内の病院に関するご意見を聞くことが多いのだが、同様のご指摘は、私の勤務する病院でもいただいております、病院を管理する側としては耳の痛い話である。

全国的にはどうなのかと厚労省の「受療行動調査の概況」をみると、病院の待ち時間は30分未満が54%で、さらに「診察までの待ち時間」については、不満が24%（しかないこと）に驚いた。「ありえない!!」と思い厚労省の幹部OBに確認したところ、「かなりバイアスのかかった調査なので…他の調査も参考にしてください」とのこと、「やっぱり…」である。

さて、私自身の経験で言えば、以前、親の病院受診に同行していた時は、受付後の検査から診察までが約2時間。主治医の大変さは理解しつつも病院側の仕組みとして何とかならないのかな、と思ったことがある。また、10年近く前になるが、大阪の公立総合病院では予約をしていても3時間待ちであり、これは本当にひどかった。

最近では外来の待ち時間といっても、診察までの時間、診察後の会計・支払いまでの時間など、いろいろな場面があるので、評価が難しいと思うが、現状を見る限り「待ち時間」については、まだまだ課題が多いと思っている。

そうした中で、最近読んだもので、物理的に待ち時間を少しでも短くするのはもちろんのことであるが、「一定の待ち時間が生じるのはやむを得ない」としたうえで、どのように患者さんに「待たされている感」を抱かせないようにするか…という試みが大切だというものがあり、なるほど…と改めて考えさせられることがあった。

県立総合医療センターでは待ち時間短縮に向けてさまざまな取り組みを行っているが、将来「建物は新しくなったのに…システムは何も変わっていない!!」と言われないように、今からでもいろいろな知恵を取り入れて、山口県のモデルとなるような病院にしていかなければいけないと思っている。

(理事 岡 紳爾)

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





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増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。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. 医師は自ら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。



「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）