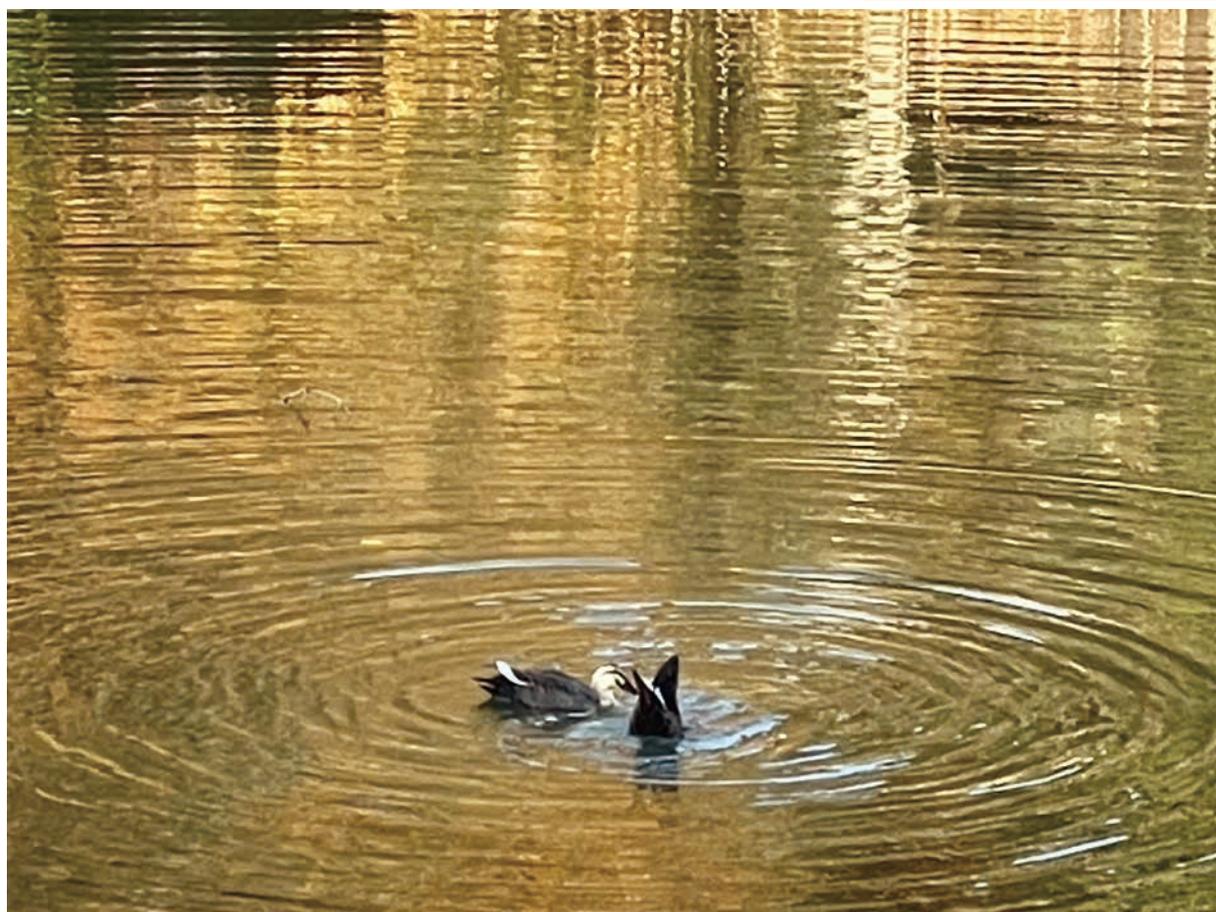


山口県医師会報

令和6年(2024年)

12月号

— No.1972 —



冬の常盤公園 長谷川奈津江 撮

Topics

歳末放談会
中国四国医師会連合總會
郡市医師会長会議



Contents

■今月の視点「やまぐち糖尿病療養指導士について」	中村 丘	865
■歳末放談会「これまでを省みてこれからを考える放談会 2024」		870
■令和6年度中国四国医師会連合総会		882
■郡市医師会会長会議		912
<傍聴印象記>	藤村智之	923
■令和6年度郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び 関係者合同会議	岡 紳爾	924
■山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会	中村 丘	931
■令和6年度中国四国医師会連合「医事紛争研究会」	縄田修吾	934
■令和6年度山口県医師会有床診療所部会総会	正木康史	940
■理事会報告(第16回)		944
■日医FAXニュース		947
■飄々「苔庭見学紀」	岸本千種	948
■お知らせ・ご案内		950
■編集後記	國近尚美	960

今月の視点

やまぐち糖尿病療養指導士について

理事 中村 丘

○はじめに

今回は毎年行われている糖尿病療養指導士の講習会に視点を当てた。講習会は山口県医師会と山口県糖尿病対策推進委員会が主催するもので、やまぐち糖尿病療養指導士は平成19年度から制度が始まり、令和5年度までに2,340名の資格取得者を輩出している。やまぐち糖尿病療養指導士には5年に1度の更新が義務付けられており、1回目の更新率は27.3%、2回目の更新率は51.4%、3回目の更新率は51.0%となり、現在更新有資格者が935名（うち1年間の更新猶予者は160名）となっている（表）。講習会は地域糖尿病療養指導士養成を目的として日本糖尿病療養指導士認定機構編・著の『糖尿病療養指導ガイドブック2024』をテキストとして4日間（1～3日目：講義＋確認試験、4日目：講義＋修了認定試験）行われた。続いて講習会の中身について本年度行われた講習会4日間のうち前半2日間の8講義を中心に述べてみる。

令和6年7月7日午後1時より令和6年度山口県糖尿病療養指導士講習会が開催された。開講式では山陽小野田市病院事業管理者の矢賀 健先生が挨拶され、受講対象者は歯科医師、保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、助産師となっており、受講人数は108名（申し込み131名）であった。

1. 糖尿病の現状と課題、糖尿病の療養指導と療養指導士の役割

第1講義は開講式の挨拶に引き続き矢賀先生で、「糖尿病の現状と課題、糖尿病の療養指導と療養指導士の役割」と題し、糖尿病の総論と増加する患者の治療にチーム医療の充実を目的として糖尿病療養指導士制度が発足し、日本糖尿病療養指導士と地域糖尿病療養指導士の2階建てで人材育成を図っているという内容であった。以下講

表 山口県糖尿病療養指導士講習会実施状況

年度 (定員)	応募者数	受講確定	受講者数				修了試験			認定期間	更新者数	更新有資格者	備考
			第1回	第2回	第3回	第4回	受験者数	合格者数	不合格者数				
2007 平成19年度 (250)	373	250	239	242	241	226	219	219	0	2023年3月～2028年2月	19	19	更新3回目 ※2回目の更新者:39名 ※1回目の更新者:73名
2008 平成20年度 (80)	269	80	77	79	76	78	78	77	1	2024年3月～2029年2月	8	8	※更新2回目 ※2回目の更新者:15名 ※1回目の更新者:28名
2009 平成21年度 (200)	291	200	195	190	180	175	166	166	0	2020年3月～2025年2月	32	32	※更新2回目 ※1回目の更新者:48名
2010 平成22年度 (200)	271	200	184	186	183	176	174	172	2	2021年3月～2026年2月	19	19	※更新2回目 ※1回目の更新者:42名
2011 平成23年度 (250)	266	250	223	218	217	216	213	212	1	2022年3月～2027年2月	27	27	※更新2回目 ※1回目の更新者:67名
2012 平成24年度 (200)	220	200	187	177	177	172	166	162	4	2023年3月～2028年2月	31	31	※更新2回目 ※1回目の更新者:62名
2013 平成25年度 (200)	151	151	140	138	140	129	124	120	4	2024年3月～2029年2月	20	20	※更新2回目 ※1回目の更新者:42名
2014 平成26年度 (200)	208	208	186	185	182	184	180	180	0	2020年3月～2025年2月	43	43	
2015 平成27年度 (200)	142	142	133	127	127	128	124	123	1	2021年3月～2026年2月	26	26	
2016 平成28年度 (200)	157	157	148	149	146	143	141	141	0	2022年3月～2027年2月	30	30	
2017 平成29年度 (200)	173	173	152	158	160	151	143	142	1	2023年3月～2028年2月	27	27	
2018 平成30年度 (200)	215	215	187	182	174	160	159	158	1	2024年3月～2029年2月	25	25	
2019 令和元年度 (200)	198	198	173	172	165	163	161	160	1	2020年3月～2025年2月	-	160	
2020 令和2年度 (中止)													
2021 令和3年度 (120)	120	120	112	111	111		103	103	0	2022年3月～2027年2月	-	103	
2022 令和4年度 (120)	120	120	115	115	112	110	101	97	4	2023年3月～2028年2月	-	97	
2023 令和5年度 (140)	138	135	125	123	120	110	109	108	1	2024年3月～2029年2月	-	108	
2024 令和6年度 (130)	131	128	108	109	102	103				2025年3月～2030年2月	-		
		2,927						2,340				775	

これまでの合格者(資格取得者)総数 2,340名 (平成19～令和5年度)
現在の資格保有者数 935名 (R6.9.24現在)

義内容を紹介する。

糖尿病は生活習慣の変化に伴い、この60年間で43倍の患者数となり、2016年にはその数が1,000万人を超えた。糖尿病とはインスリンの作用不良による慢性高血糖を主病態とし、糖質代謝異常だけでなく、脂質やタンパク質代謝も障害される。病態としてはインスリン分泌不全とインスリン作用の障害がみられ、成因は多様であり、遺伝因子と環境因子が関与する。合併症は糖尿病性網膜症、腎症、神経障害が主であり、無症状のうちに進行することが大きな特徴である。糖尿病患者数の増加率と自動車保有の増加率は正の相関があるといわれている。患者のうち25%の人が未治療であり、特に50歳以下の受療率が悪いことが問題となっている。繰り返しになるが、糖尿病は自覚症状がないため、その1次予防が重要となる。1次予防は糖尿病にならないためにとる予防であり、検診を受け医療機関を受診、治療することが大事である。2次予防は合併症が起らないようにすること、3次予防は合併症を重症化させないことを主とする。糖尿病治療の目標は、血糖のみならず、血圧、脂質のコントロールを行うことが重要で、サルコペニア、認知症予防も行うことが必要である。糖尿病のケアは多職種による連携患者支援であり、一人ではできない。そのため、糖尿病療養指導の必要性を満たす目的で日本糖尿病療養指導士（Certified Diabetes Educator of Japan：CDEJ）の制度が平成13年に開始された。日本糖尿病療養指導士は糖尿病患者の療養指導に従事する国家資格を有するコメディカルスタッフに与えられる資格であり、平成31年には全国で1万9千名が資格を取得しており、令和3年時点で山口県には154名の資格取得者が在籍する。また、地域の実情に即した体制のもとに認定される地域糖尿病療養指導士の制度が制定され、やまぐち糖尿病療養指導士として今年17回目の講習会が開催された。糖尿病療養指導士活動の主目的は糖尿病の2次予防である。地域社会において糖尿病患者にスティグマという社会的な不名誉な烙印が押されることがあるが、療養指導士はできるだけそのようなことがないように配慮すべきであり、アドボカシーという患者養護の視点からの指導が重要となっている。糖尿病療養指導士

活動をサポートする団体として、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本糖尿病教育・看護学会、日本病態栄養学会等が挙げられる。さらには各学会の下部組織として多くの分科会があり、糖尿病患者、家族に糖尿病関連の情報提供及び共有を行っている。やまぐち糖尿病療養指導士を入り口として、日本糖尿病療養指導士の資格取得を目指してください、と講義を結ばれた。

2. 糖尿病の概念、成因、分類、診断、検査

第2講義はJCHO徳山中央病院糖尿病・内分泌内科の畑尾克裕先生で「糖尿病の概念、成因、分類、診断、検査」と題して講義をされた。重要なポイントにはアンダーラインが引かれていたので講義を受ける側として大変助かった。

3. 糖尿病の検査・治療総論

第3講義は江本内科院長の江本政広先生で「糖尿病の検査・治療総論」であった。第2講義と被る部分もあったが、短時間に再度重要事項を解説してもらうことで、記憶の定着に役立った。

4. 運動療法

第4講義は「運動療法」について、たお内科クリニック院長の田尾健先生で、「今より10分多く体を動かそう」をスローガンとする「+10（プラステン）」で、この運動を行うことにより1年で1～2キロ体重が減ると強調されていた。重要事項として糖尿病性網膜症の人はバルサルバ禁とのことであった。1講目が5分超過したが、以後予定通りでトラブルなく確認テスト、自己採点が講師の解説のもとで行われ、講習会は終了した。

5. 食事療法

8月4日午後1時より令和6年度第2回の山口県糖尿病療養指導士講習会が開催された。受講者は前回より1名増え、109名であった。

第5講義が「食事療法」で講師は山口大学医学部附属病院栄養治療部副栄養治療部長の堀尾佳子先生で、講義開始前、堀尾先生に大学の栄養治療部について伺った。山口大学栄養治療部は20名体制であり、16名が常勤で4名が非常勤（1名欠員）である。脳神経外科病棟で病棟配置栄養

士の体制をとっているのは病棟外、特に外来、院外と連携を取りやすいことによることが当該病棟に配置栄養士を置くことになった理由と聞いている。他病棟にも配置栄養士を置く必要があるため、栄養治療部としては病棟配置管理栄養士を増員する申請をしている。業務のボトルネックは栄養治療部の事務仕事の多さである。特食は50%弱であり、栄養部職員で対応。常食は50%強で日清食品に業務委託している。システムは電子カルテと同じ富士通のサブシステムを使用しているとのことだった。

講義が始まり、食事療法の実際として以下の11のポイントを列挙され、それぞれわかりやすく説明された。①総エネルギー摂取量の設定と栄養素の配分として、治療開始時には総エネルギー量の目安の設定を行う。そのためには目標体重の目安とエネルギー係数を決定する。栄養素の配分は炭水化物60%、たんぱく質20%、脂質20%を目安とする。また、食物繊維を20g(けっこうな量)とし、食塩は男性7.5g未満、女性6.5g未満とする。②栄養指導には食品交換表を使用する場合とカーボカウントを使用する場合がある。食品交換表を使用した献立作成のポイントは、表1主食は食物繊維を多く含むもの、例えば玄米・ご飯・麦ごはん・ライムギとする。表2果物、表4牛乳等は食事もしくは間食で摂取する。表3主菜は偏らない、脂肪や食塩の多いものを避ける。表6野菜は1日350g以上とし、1/3は緑黄色野菜からとり、海藻・キノコ類・こんにゃくなどを加える。カーボカウントとは基礎カーボカウントと応用カーボカウントに分けられる。基礎カーボカウントは毎食の糖質量をできるだけ一定とする。応用カーボカウントは主に強化インスリン療法、インスリンポンプ療養中の糖尿病患者を対象とする。糖質用インスリン、補正用インスリンの2つに分けてインスリン量を決定する。③食品の計算は具体的な食事量を把握することができるが、時々計算しなおして確認することが大事である。④盛り付けの工夫としては個別の盛り付けを推奨する。⑤食事調査方法の種類としては食事記録法、24時間食事思い出し法、スマホでとってきてもらう方法(スマホ法)があるが、スマホ法は手間がかかる。過不足があれば指導を行う。⑥嗜好品・アル

コール飲料、菓子などの問題あり。エネルギー表示の落とし穴として食品100gあたり5キロカロリー未満はゼロと表示可能。サプリについては2型糖尿病予防の目的で摂取することは推奨されていない。⑦間食は基本的にはしない。補食は低血糖対策、運動前の補食、運動途中の低血糖時はブドウ糖、砂糖、ジュース等で行う。⑧外食・中食は残す習慣をつける。バランスの良いものを選ぶ。⑨偏食、不規則な食事時間への対応、過食の改善として野菜、海藻、こんにゃくを使用してゆっくり良く噛んで、会話しつつ食事する。1品は噛み応えのある食品を用いる。⑩過体重対策として少なくともエネルギー摂取量の10%は運動で消費する。行動記録を行い、ゆっくり確実に体重を落とすよう指導する。⑪食事療法の開始と時期について、失敗した時には、それが起きた状況や気持ちについて話し合い、改善策や予防策を立てる。しっかり傾聴してともに考え、行動変容を行う。切れ目のない医療連携、医療者それぞれの立場から良い医療の提供ができるよう努力が必要である。

6. 薬物療法1(経口血糖降下薬)

10分休憩後、第6講義は「薬物療法1(経口血糖降下薬)」で講師は山口大学附属病院第三内科講師の秋山 優先生であった。食事療法は全員に必要で、健康な人にも適応はあり、運動療法は網膜症、神経症の人は禁忌の場合があり、薬物療法は前2療法を2~3か月やってみて開始するのが望ましく、すぐに薬物療法を全例に開始するのは間違いである。経口血糖降下剤は肥満を原因とする2型糖尿病に適応であり、一部では1型糖尿病にも併用する。経口糖尿病薬の禁忌状態とはインスリンの絶対的適応状態である。重要なのは、糖尿病合併妊婦はインスリンのみが適応とされる。高カロリー輸液が行われている症例ではインスリンコントロールをする。インスリン分泌非促進系の α -グルコシダーゼ阻害薬、SGLT2阻害薬、チアゾリジン薬、ビッグアニド薬、それからインスリン分泌促進系(血糖依存性)のイメグリミン、日本で多く使用されているDPP-4阻害薬、GLP-1受容体作用薬があげられる。インスリン分泌促進系(血糖非依存性)はSU剤、グリニド薬が挙げられるが使用量が減っている(低血糖の

リスクが高く、肥満になるため)。低血糖は最も注意しなければいけないイベントであり、SU剤使用症例で腎機能障害がある場合、48時間以上に及ぶこともある。『2型糖尿病の薬剤療法のアルゴリズム 第2版』が2023年に出版され、高齢者のSU剤は避けるようになっている。ビッグアナイド薬は乳酸アシドーシスに注意が必要である。経口血糖降下薬は飲み忘れが多いのでなるべく単純な処方望ましく、特に高齢者ではその効果に個人差があり受診ごとに確認、指導を行う。

7. 薬物療法2 (注射血糖降下薬)

第7講義は「薬物療法2 (注射血糖降下薬)」で講師は、山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学講座教授の太田康晴先生で、時間どおり開始された。インスリン療法の特徴として、血糖調整の生理的で確実な治療法であり、うまく進めば減量、中止も可能である。食事ができないシックデイの時、低血糖への対処が必要である。インスリン治療の絶対的適応は①インスリン依存状態、②高血糖昏睡状態、③重度の肝・腎障害の合併、④重症感染症、外傷、中等度以上の手術、⑤糖尿病合併妊婦、⑥静脈栄養時の血糖コントロールである。相対的適応は①インスリン非依存でも著明な高血糖 FBS250mg/dl以上、②経口薬治療で良好な血糖コントロールが得られない、③やせ型で栄養状態が低下している、④ステロイド治療時の高血糖、⑤糖毒性を積極的に解除する場合である。

インスリンには単剤は効果時間で4種、混合型は2種類あり、インスリン投与経路はすべての剤型が使用できる皮下注射と速効型と超速効型インスリンを使用する場合の静脈内投与及びCS II (持続皮下インスリン注入療法)に分けられる。注射器の使い方の概要は針を毎回変え、まっすぐ刺し、まっすぐ押し、押し込んだら6秒以上保ってボタンを押したまま抜く。白く濁っている製剤混合型インスリンは10回以上振り、インスリンアナログ混合型インスリンは室温に戻し、1回目は転がした後に、2回目からはそのまま10～20回振る。注射部位の基本は腹部であり、同じところに刺さないで2cmは離すことが局所を原因とするトラブル予防に重要である。

インスリン治療の主な副作用は低血糖と体重増

加であり、低血糖の症状は血糖70mg/dl以下で現れ、自律→中枢神経の順となる。治療薬はブドウ糖であるが、現在薬剤として処方できないため、食品として購入しなければいけない。通常食事は炭水化物の量を一定とする。運動時入浴時は低血糖の危険性が高くなるのでブドウ糖、砂糖を投与する。シックデイはインスリンを中止してはいけないのに加え、十分に水分を摂取して脱水を防ぐ。CS IIの適応でない状態は治療に協力的ではない場合、精神疾患等である。GIP/GLP-1受容体作動薬(チルゼパチド、商品名マンジャロ)はやせ薬として話題となったものであり、本年6月より処方可能となった。最近の治療に関する話題提供で講義は終了した。

8. 糖尿病患者の心理と行動、講義の総括

講義は予定通り進み、第8講義は「糖尿病患者の心理と行動」で講師は、山口大学医学部附属病院看護師の浅江文枝先生であった。内容については講義後半の糖尿病患者教育の総論に位置付けられるものである。この項についてはスティグマ、アドボカシーという患者教育上の倫理的で重要な概念を含んでおり、別の機会に視点をあててみたいと思う。講義終了後自己チェックテストがあり、担当講師の丁寧な問題解答の解説があり、予定通りに日程を終了した。第1回、第2回の合計8講義で疾患としての糖尿病の基礎的知識と治療についての講義が終了した。講義中の途中退席者もなく自己チェックテスト後の講師の解説に一生懸命耳を傾けており、糖尿病の知識を共有する職種が増えることで多職種連携の深化を予感させるものであった。

全般的な参考文献

- ・「糖尿病療養指導ガイドブック2024」一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定、2024年
- ・「糖尿病診療ガイドライン2024」一般社団法人日本糖尿病学会、2024年
- ・日本糖尿病学会コンセンサスステートメント策定に関する委員会 コンセンサスステートメント「2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム(第2版)」(2022)糖尿病66巻10号715-733頁、2023年

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ございましたら、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

歳末放談会

これまでを省みて これからを考える放談会 2024

と き 令和6年10月31日(木) 16:30～17:45

ところ 山口県医師会5階 役員会議室

司会 定刻になりましたので、ただ今から歳末放談会を開催いたします。どうぞよろしくお願いいたします。それでは早速、加藤会長にご挨拶をいただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

加藤会長 皆さん、こんにちは。まだ歳末という雰囲気ではないとは思いますが、12月号に載せるためには、この時期に開催しておかなければならないということで集まってきました。皆さん、今までこういう大きいテーマはなかったと思うんですが、「これまでを省みてこれからを考える放談会」ということなので、今年一年、さらに過去にさかのぼって、この放談会のことも触れながら、皆さんの思いをお聞きしたいと思います。本日はよろしくお願いいたします。

司会 ありがとうございました。それでは早速、放談会に入らせていただきたいと思います。今回のテーマは2つ、事前に広報委員のほうで挙げさせてもらっており、1つ目に「医師の働き方改革のその後、2024年問題」、2つ目に「パリオリンピック・パラリンピック」というテーマを挙げさせていただきました。

先ほど加藤会長からもありましたが、この2つに共通するテーマをどうするか考えました。さまざまな世代の先生方がおられますので、これまでの経験からこれからどう改革し、よりよくしていけたらいいかというお話ができたらと思い、「これまでを省みてこれからを考える放談会 2024」というテーマを決めさせていただきました。皆さん、活発なご発言をよろしくお願いいたします。



医師の働き方改革のその後、2024年問題

司会 では、まず1つ目のテーマから入らせてください。1つ目は「医師の働き方改革のその後、2024年問題」というテーマを挙げています。

昨年の放談会でも、医師の働き方改革はテーマに挙がっていたと思うのですが、その中で、例えば医師の数が増えないとなかなか解決しない問題なのではないか、救急医療を通常の医療どおりにできると思わないで欲しいという意見や、具体的に、救急車の有料化なども一つの手なのではないかという意見がありました。

私は開業医で、この医師の働き方改革に関しては、あまり肌で感じられる部分が少ないのですが、医師の働き方とは話が違いますが、最近思っていることとして、パート従業員さんを雇っていても、年間106万円の制限を調整するのに難しいところがあると感じています。先日の衆議院選挙でも話題になっていましたが、106万円の壁が取れると、もう少しお互いに気持ちよく働ける環境ができるのではないかと考えています。

実際に、今年の4月から、時間外労働の上限規制、健康確保措置が適用されましたが、皆さんの中で、現状の改革に対して、何か思うことはありますでしょうか。

◆ 勤務医部会で郡市医師会勤務医理事との懇談会があり、Webを含めて30数名が参加されましたが、県内の状況は厳しいみたいです。先ほど言われたように、医師の数は急に増えるわけでもないのに時間外規制が始まっているから、予想どおり、救急はかなり大変な状況になっているようです。

医師は増えていないから、結局、見かけ上は帳尻を合わせるような格好にしているけど、実際には働いているということがあり、それから、勤

怠管理をするシステムが病棟等では感知して、いる時間はきちんと把握されるのですが、設置されていないところにいる場合は、全部、自己研鑽になるようです。そうすると、自己研鑽が、月末に積算していくと100時間ぐらいになったりして、それをまた調整するのがなかなか大変だというような話がありました。

こういうことは予想されていたので、若手医師を増やすということは、県医師会でもずっとやっているんですが、やはりペースが遅いですね。一番ひどいときは、専門医研修で残る人が43人ぐらいのときもあったんですが、今は60人ぐらいになっていますし、それからマッチングも、一番低いときは、60、70人ぐらいが、今は100人近くになっていますので、そういう意味では、少し前よりも改善していますが、中堅が少ないので、かなり大変な状況だというふうには思っています。

◆ 結局、仕事量は変わらないけれども働き方改革で労働時間が制限されると、マスコミなどで問題になっているように、自己研鑽にされてしまっているのが現状だと思います。去年予想していたのと変わらないという感じがあります。ここ数年、過労に伴うと思われる研修医の死亡事例がいくつか報道されており、それも速因となって厚生労働省が労働時間の制限に踏み切ってきたのかなという印象があります。ここからは完全に私見なのですが、厚生労働省は患者に対する治療方針の医学的決定には関与しない(したくない?できない?)ので、労働時間を制限することで医療費を削減したいのかなと思います。医療が高度化して低侵襲な治療法が開発されると、これまでは治療の対象とならなかった症例に対しても医学的介入が行われるようになってきました。そこにオーバーイン

出席者**広報委員**

岸本千種 藤村智之
吉川功一 田村高志
岡山智亮 中村享代

県医師会役員

会長 加藤智栄 常任理事 長谷川奈津江
副会長 沖中芳彦 理事 國近尚美
専務理事 伊藤真一 理事 中村 丘

ディケーション気味な、グレーな症例もあるような気がします。例えば、102歳の方にTAVIを行って2年後に亡くなられたという事例があったようです。個別の是非はともかく、治療方法の中には施設認定のための必要症例数確保やデバイスによっては使用症例数に応じて納入価が変わることがあるらしく、そこにオーバーインディケーションになりやすい背景も関与しているのではないかと思います。これらも労働時間を増やしている要因なのでしょうけど、厚生労働省としては医学的適応までは口に出せない（出したくない？）ので労働時間を縛ることで制限したいのではないかと勘繰ってしまいます。

厚生労働省は「人生会議」と銘打ってACPを普及させようとしています。これはとてもいいことだと思うのですが、集中治療を担っている医師の中には、集中治療のことをあまり知らない人が前段階でいろいろと決めるのは問題ではないかと考える人もいます。例えばCOPDとかに関しても、極端なことをいうとどんな治療もやってみなければわからないというところはあります。ですが先ほどのオーバーインディケーションと重なりますが、私はACPの作成をかかりつけ医がするのでいいと思っています。

◆ 働き方とは直接関係ない話になってしましますが、オーバーインディケーションに関して言えば、神経系専門の私は最近でできた認知症の新薬について個人的にはどうなんだろう？との思いがあります。コンセプトは良くても、なんともコスパが悪い。2週おきに点滴通院、毎月高額医療です。しかもそんな生活が1年半に渡って続きます。物忘れが出てきているだけでも困っている家族はさらに負担が増えます。比較的若年の方が良い適応なのかもしれませんが、仕事もおぼつかくなりつつあり、将来の収入面でも大変な不安がある方に、毎月の高額医療を提示して「どうでしょう？」と。しかも効果は極めて限定的で副作用もある。同じような高い薬でも片頭痛の新薬CGRP抗体薬なんかは患者さんのADLは向上し社会的、医療経済的にも意義のあるものだと思いますが、この認知症新薬はどうなんでしょう？軽度

認知障害の方全員に使うとなるととんでもない医療費です。現在の薬価と有効性で、どんどん適応患者を発掘してくださいとテレビCMまで流して言い寄る製薬会社の姿勢はいかがなものか、まだ広く世間に周知させるには時期尚早ではないかと思ってしまう。国もそんな薬を承認する一方で、医療費削減のためか特定疾患を減らしてみたり、加算を付けてDX化を推し進めているのかと思いきや、生活習慣病加算とかで訳の分からない紙を増やしてみたり、もう何をしているのかよく分からない。働き方改革と関係ないですが、愚痴を取りあえず言ってみました。

話を戻して働き方改革ですが、正直、私は開業医なのでそこまでピンとはこないですが、勤務医時代から思っていたことがあります。仕事量は変わらない、医師数も変わらないでは何も解決しないので、何が変えられるファクターかという、医師が今やっている仕事で無駄なものをなくすしかないですね。その1つがインディケーションを絞ることかもしれませんが、他にも例えば欧米式に、時間外・土日など休日は呼び出し一切禁止にするとか。日本ではなかなか受け入れられないことなのかもしれないですけども、主治医とか一切関係なく、時間外は完全にduty freeで、オンコールドクターしか対応してはいけないみたいなものができればいいのかなと思います。

◆ 働き方改革のことで、全国医師会勤務医部会連絡協議会に参加しました。すると、今の問題としては、医師全体も増やさないといけないが、まずは地域間格差、そして診療科の偏在が全く改善されないままに、この働き方改革が始まっているので、地方ではますます医療が立ち行かなくなっている地域もあります。

これに対して国としては、集約化という言い方で、辺鄙なところは切り捨てていくということと、高齢の医師や仕事を休んでいる女性医師に働いてもらいたいという対策の方向でした。

ですから、医師がなかなか増えない中で、土日対応がオンコールだけというシステムづくりも大切とは思いますが、少ない人数でなんとかしないといけないということについては、解決策は今の

ところは見つかっていないという感想でした。

働き方改革が始まって懸念されていることは、ほかの先生方も同じかと思いますが、やはり若い先生方に「ここからは自己研鑽ですよ」と言ったら、本当に一生懸命働いて自己研鑽に勤しむ人と、5時で帰って土日にも来ない、「研究会に参加しない？」と言ったら「用事があります」という感じで、全く自己研鑽をしない方もおられます。将来、自分たちはどうやって一人前になっていくつもりなのだろうと思うような方も見受けられます。自己研鑽という名前がすごく悪いように使われていますが、そうではなく、やはり本当に自己研鑽して、知識を増やし、患者さんに還元していくところを、今後、この働き方改革でどうやっていくのが課題と思いました。

そして、私の病院では、当直明けは8時半で帰れる。昼までおられる先生方が多いと思うんですが、うちは8時半にみんな帰ってしまって、同じ領域の先生に頼んでも、言った、言わないといったこともあったりして困っていることもありますので、きちり申し送りなどをして改善していきたいと思っています。

ACPも長い経過があると思うのですが、いよいよ「挿管しますか、しませんか」「人工呼吸器を付けますか」「心臓マッサージしますか」といった判断をすることと、まだ前の段階で、かかりつけ医が、「いよいよ分からなくなったら、どうするか」とか、「どういうふうにして、これから生活していきますか」というふうな、緩やかな雑談の中で話すことと、大きく2つに分かれると思います。

どうやって自分が生き切るか、例えば家で過ごしたい、ペットと過ごしたい、こういったものを食べたい、旅行したいとかいう、そういうことを中心として考えていって、その先に、「いや、がんがあっても、そんなに検査とかしてたら家にはいられないから、もう私はBest Supportive Careでいきます」という方もおられれば、「いやいや、自分はちょっとでも長生きしたいから、病院で検査して治療したい」という方もおられると思うので、本当にギリギリになってACPを行うので、ギスギスするんじゃないかと思っています。

日本人の特徴として、嫌なニュースとか耳が痛いものは、聞きたくないし言いたくないという文化の民族だと思いますので、そういったところは少しずつ改善して、普段から、自分の生き方とか生きざまとか、そういったことを、家族や周りの人、そして先生方や訪問看護師、ケアマネやヘルパーさんに話して、自分のことを伝えていくようになれば、もう少し改善するのではないかと考えています。

◆ 話が働き方改革とはずれているようですが、そもそも、なぜ8時半で帰らないといけないのかがよく分からない。私の病院は12時まで働いて、午後から帰るような格好です。それでいいはずなんですけれども、制度的には。

それと、ACPに関しては、私は積極的に、「人間、寿命があるから、最期にどういう治療を受けたいか」ということを言うと、ほとんどの方は「蘇生はしてほしくない」と言いますね。そのときにDNARを取っていますし、それで、「自宅で看取りをしたいですか」「あるいは施設で」とか、自然に話せるような感じでやっています。別に何のトラブルもないです。

◆ 医療費を下げるというよりも、医師の給料を下げるのではないかと思います。私も開業医ですから、直接の影響はないのですが、大学の後輩に聞くと、働き方改革後もやっていることは同じで、急患が来れば手伝わないといけないことあるのですが、給料は出ないそうです。労働時間を超えているので、そのあとは、夕ダ働きのようなです。

やはり病院の医師を増やさないといけないのですが、医師をどこから持ってくるかという、今、開業させないというような動きがあるように思います。国は開業医のメリットをなくすような方向に持っていこうとしていると思います。

それから、ある会議で話が出たのですが、宿日直許可を取得している病院に当直に行くのですが、実際は、急患が来るらしいのです。病院としては、対応してもらえないと困るのですが、その当直に行った医師は、「宿日直許可を得て来てい

るので、私は一切働きません」って言ったらいいです。困った医師だと病院の先生は言っているのですが、でも、制度上はそれが正しいのではないのでしょうか。宿日直許可を取っているのですから。というように、制度自体でいろいろな問題が起こっていると思います。

◆ 私の病院はみんな、患者さんが来たら多少は働いています。そのとき、きちんと時間外は出ますので、あまり理不尽な感じではやっていないです。

◆ 今、宿日直許可の話が出ましたが、自分が療養型の病院に移って最初の仕事が、宿日直許可を労基署に取りに行ったことでした。労基署の職員も地域間格差は理解されているみたいです。それで、「都会だったらもっと厳しくするけど、田舎で人もいないだろうから」ということを言われて、当院は当直医に全く働かせてはいないのですが、都会ではなかなか取りにくいようなことを言われていました。

それで、実際にアルバイトで来られる先生にこのことを聞いたら、働き方改革後にいろいろなことがやりにくくなったということ言われていました。

厚生労働省は医師の給料が高いという考えがある。単価が高いというのがあって、仕事の質のことは全く考えていない。自分は外科だったので、やはり手術で失敗すると患者さんは死ぬ。手術が傷害、さらには殺人になるのではないかという恐怖を味わいながら仕事をしてきたわけです。

実際に、若い先生の声が吸い上げられるというのではないかという気がします。マスコミの取り上げ方が、非常に偏った人の意見を最初に出してしまって、実際は、そういう話が出てくると、まじめに働いている先生方とか中堅クラス以上の人とかは迷惑なんじゃないかなと思います。

このまま行くと、急患はもう診られなくなるということを言われていた病院長が何人もいたと思うんですが、もう少し考えてもらわないと、悪くなっていると思います、働き方改革で。

◆ 特に地方での若手医師不足に関してですが、今巷で話題になっている「直美」。初期研修2年終わって、美容に行くという。「直美」と書いて「ちよくび」っていうらしいです。直、美容に行く。それが、一説には年間200人ぐらいいて、そうなると大学2つ分ぐらいの定員が、どんどん保険診療から外れていってしまっているというところも問題なように思います。今の若い人たちの考え方が、5時で帰るんじゃないで、もう少しやりたいという人が減っているのでしょうか。美容が楽しんで稼げるのかどうか、ちょっとよく分かりませんが、一般的な外科とか脳外科とかいう、急性期病院で時間外を気にしていたらやってられないような勤務体系を望まない若い先生がそれなりに増えてきているのが現実なんじゃないかな。

◆ 私は医療費が安過ぎるんだというふうに思っています。外保連（外科系学会社会保険委員会連合）という組織があるんですが、実際の手術にかかる経費（人件費も含めて）の試算を出しています。診療報酬では、だいたい4割程度しか認められていません。だから医療の現場が、大変な状況になっているんじゃないでしょうか。

そんなのを見ていたら、美容とかに行ったらほうがメリットがあるというふうな判断をしたり、あるいは産業医も増えていますね。だから、リスクがないところに行っている。リスクを取って頑張っている、特に今、消化器外科が一番大変みたいなのですが、そういうところの本当の魅力というか、頑張ってもそれが評価されていないことが一番の問題だと思います。きちんとやっていることが評価されれば、やっていることに生きがいもやりがいも出てくるから、そういうふうにならないと、本当の意味での働き方改革にはならないというふうに私は思います。

◆ 地域で病院を一つに集約するというのは、何十年後かにならないとできないだろうから、その地域のいくつかの病院の中でネットワークをつくり、まずはいろいろな物品購入からグループでやって、そのうち人的交流をしていくという話を聞きました。最終的には地域ごとに集約化してい



くという考えなのかなと思ったんですが。

◆ 地域医療連携推進法人の話ですね。地域の病院と地区医師会が法人をつくり、まずは、どこも必ず年2回実施しなければならない、感染とか医療安全とか共通の講演会をひとまとめにすれば、1回で済みますよね。頻度も少なく済むから、負担が少なくなる。

勤務医も、すべての日が忙しいわけではない、少し空いている時間は、他の病院を手伝うこともできるだろうし、看護師だって、いろいろな資格を持っている看護師がいるから、そういう人が他の施設を手伝ったり、あるいはリハビリにしても、同じように、人のシェアができるというイメージですね。

物品購入まで行くと、法人の中で事務局がしっかりしていないとなかなかできないので、最初は、本当に困っているところをお互いに助け合いながらやっていこうというイメージです。

◆ 研修医もいろいろな病院で研修できるようにすると、人的交流の面で非常に良いと思います。私の地区にある2つの病院が一緒になればいいという話が雑談の中で出ることは出るんですが、一時期話が出ていた別の地区でも、側から見ていてあまり進んでいないというのは、経営母体が違うからでしょうか。そこを国が、インセンティブを付けて合併を後押ししないと、地域の病院だけに任せておいても、絶対うまくいきませんよね。

集約化しないと医師の働き方改革にもならないし、私の地区にある2つの病院は今、建て替えていて、喜んでいるのは建築会社と医療機器の会

社のように思えます。ある先進機器を一方の病院に入れようという話が出ていて、すると実はもう一つの病院も入れようという話も出ているらしく、でもいろいろな要因があって集約化とは全然かけ離れた動きにならざるを得ないのが現状です。実際に建て替えているので、少なくとも20年以上先じゃないと、集約化も現実的ではない。でも働き方改革に合わせて、病院の集約化のほうも、国が道筋をつけるかしてくれないと、現場は全く動けないんじゃないかなという印象を持っています。

◆ コロナ前に病院の集約化という動きがあったように思いますが、あれは、その後どうなったのでしょうか。

◆ 集約化すればすべてがうまくいくということでもないと思います。恐らく、国が主導しても、うまく行かないと思います。だから、合併するといっても、経営母体も確かに違うから、最初は、やはり緩いところからやったほうが現実味があって、みんなの役に立つのではないかと思います。建て替えたりしていたら、しばらくは無理ですよ。

おっしゃられた先進機器に関して言えば、恐らく、症例数がない限りは、共倒れに必ずなります。初期投資とランニングコストを稼げるだけの対象患者がいらないですよ。

◆ 私も開業医で、働き方改革は直接関係ないのですが、いろいろな報道等で感じるのは、外科医になる方が減っている一方で、美容外科に200

人がなっている状況で、消化器内科、呼吸器、循環器、脳神経外科に今後、若い先生がなる方が、給料もいまいち、なおかつ自己研鑽ばかりで、仕事はますます少ない中でどんどん入っていくと、ドミノ倒しでどんどん外科医がいなくなってしまつて、あと20年、30年後、自分がもし手術になったとき、やる先生が誰もいなくなるということに危惧しています。今の若い先生の気質はどうなのでしょう。若い方に偏見はないんですが、自分の子どもとかを見ていると、流行している言葉で、タイパ、コスパ、費用対効果、時間対効果というのがあり、どれだけ効率良くやるかという若い方の気質というものがあるような気がします。

当然、時間に関係なく真面目にやっている方もおられると思いますが、現実には美容外科の先生が増えていたり、マイナー科の方が増えているというのは、若者の気質が変化しているというのがあるような気がします。

◆ 暗い話ばかりではなくて、やる気がある人も、たぶんいっぱいいるから、結局は淘汰されると思います。だからそういう、医師の数も増えてくると、それなりに落ち着いてくると思います。やる気のある人は、きちんとやっていますので、私はそんなには心配していません。

◆ 急性期の病院から慢性期に移って、やはり先ほども話があったように、患者さん自体がもう疲れ果てて来られるという方もおられます。問題になるのは認知症だと思います。家族が支えられないということで。そういう患者さんの疾病構造変化を、きちんと医学教育で教育されているのかなという気もしますね。

山口県糖尿病療養指導士の講習会では、コメディカルが多く来ている。すごくアクティビティが高く、医学生に聞かせたい、見せたいと言って帰られた大学の先生もおられました。医師だけが医療を担っていて、働き方改革で被害者みたいになっているというわけではなく、チームとして医療があるのだということを考えれば、うまくいくような気はします。

地域医療連携推進法人にしてもそうですね。人材の流動化という話だろうと思うのですが、そのあたりをうまく設計し直せばいいと思います。

私のところは療養型で、「宿日直許可はきちんと取りました」と大学のほうに宣言して、当直を送ってもらうのは、そんなに難しくないんですよ。その代わり、きちんと働かさないとということで、要するに、管理者はいくら働いてもいいということなので、管理者が働いて、そして若い先生に来て、寝てもらっているというような状況です。どこの部分が一番ボトルネックになっているのかを考えると、今、たぶん若い先生方は修練をしたくないということではないでしょうか。そこはやはり、教育のほうで意識改革、行動変容してもらわないといけないかなという気がします。

◆ 「直美」で盛り上がっていますが、若い先生たちも結構まじめでやる気もあるけど、不安もあるのだらうと思います。せっかく医者になったのに、どうも先は暗いし、それなら早く回収したい、できれば早く引退できるように準備したいとか。

◆ 全国的には精神科医は増えているんじゃないですか。

◆ 増えている実感は無いです。高齢化は感じます。都市部ではクリニックは多いみたいですが、私の周りでは「もうこれ以上診れない、誰かが閉めたら大変だ」という声が多い印象があります。精神科病院の先生達も本当に大変そうですが、新規開業される先生もほとんどいない。特に東部はここ10年ゼロです。

若い先生たちにとって魅力がある仕事であれば、出てきてくれるのかなと思ったりします。誰か近くに出てくださいるのを待っています。

◆ 特に地方では、医者の数も増えそうにないです。また医療費も削られがちですし、高額薬剤も増えていきます。誰も望んでいないけれど医療サービスレベルを下げざるしかない局面が、もう出てくるのではないのでしょうか。

去年、『くもをさがす』というコロナ禍の中、

カナダで乳がんを発症した著者の治療を終えるまでの一年弱を描いたノンフィクションを読みました。トリプルネガティブの乳がんで、コロナで日本に帰れないから、カナダで手術を受けるという話なのですが、かなりハードな闘病生活です。

手術当日の鎮痛剤の処方箋のファックスが届かなくて、電話しても「いや、送ったはずだ」といつて切られてしまう。ファックス番号を間違えていても、看護師も薬剤師も誰も謝らない。手術も日帰りです。両側切除、リンパ節郭清なのに。

強力な鎮痛剤を飲むべきなのに、術前のチェックでも看護師がスルーしていて、手術室で、「当然、飲んでるよね」と言われて、「いや、もらってない」と言ったら、「あっ、大丈夫、大丈夫」と言われ手術開始。

手術のあとも、目が覚めた瞬間、待っていたように、「Are you OK?」って尋ねてくる。繰り返し聞かれるから、ボーとした頭で「OK」と言ったら、そのまま待合室に連れていかれ、ドレーンをつけたまま座った状態で、家族を待つという、とても日本人には考えられないような手術当日の退院です。きめ細やかな日本の医療とは全く違った世界です。

でも、その作者は、日本と違って、患者さん対応に頑張りすぎて心を病む医療スタッフもいないし、患者のほうも遠慮せず、「薬もらってないぞ」とか「自分は来て待ってるんだ」と主張しないとダメ、日々闘争だけれども、そのほうが対等で気持ちがいい、カナダのやり方が好きだと。

この作者になかなか同意はできません。でも、質の悪い手術を受けるのは誰だって嫌だけれども、手術の前後のサービス、ケアを削るという事態を、国民が受け入れていくしかないのではないのかと考えました。医師の労働単価が安過ぎるのに、トータルのフィーが高くなるなら、労働時間を減らす方向に行くしかないです。

そういうのも、医師ばかりが頑張っても、みんな働きすぎて疲れ果てた中高年の地方の医師を見て、若い医師や医学生は、希望を持たずに、また逃げていくわけです。そこで、初任給が高い都会の美容整形に足を踏み込んでしまうのではないのでしょうか。

形成外科の勉強もしていない初期研修を終えたばかりの医師がどうなるかという二重瞼の手術だけ、あるいはボトックス注射だけさせられる。大量生産型の手技しかできない医師が誕生することになる。その人は、受験を頑張り6年間医学部で勉強して、二重瞼手術だけできる医者になってしまうわけですね。誰かが若い彼らに情報を与えて、使い捨てにされる可能性を知らせないといけない。若手医師が自由診療に流出していくのは、楽して儲けたいというより、これからの医師の労働環境に希望を持ってないのも理由ではないでしょうか。ですから国民のほうにも現在の医療サービスの水準を求めない、医療スタッフの負担を軽くするためには医療サービスの縮小が必要だと分かってもらいたいなど、この本を読んで思うようになりました。

◆ 直美のその後はまだあまり報告がないのですか。今のところ成り立っているのでしょうか。

◆ 最近、国が美容クリニック開業に規制案を出しましたよね。多発する美容医療トラブルへの対応、毎年200人にのぼる若手医師の流出による医師の偏在の是正のためです。派手に宣伝していた大手美容整形チェーンの経営難が話題になっています。

◆ 先ほどのお話、私は留学中に体験しています。カナダへ行っていたのですが、妻はカナダでお産したんですが、カイザーだったんですね。カナダではカイザーは普通一晩で退院、翌日には帰られるんですよ、家に。それも日本人的には信じられない感じだったんですが、実は妻は前置胎盤で大出血して子宮を取らないといけなくなったんです。これはしばらく入院だと覚悟したんですが、術後に主治医にいわれたのが「おまえのwifeはbig surgeryだから予定より入院が延びるぞ。3日間だ！」って言われて、それで実際3日で家に帰されたんですよ。ちょっとしたショック状態だったのに（苦笑）。ただ、そのあとのバックアップがすごくしっかりしていて。家に毎日訪問看護師が来て、細やかに診てくれるんです。そういう

システムができていて。だから日本でも、外科手術のあとの入院はもっと短くして訪問看護がフォローできるシステムを作るとか。高齢者に対する訪問看護師はすでに活躍していますが、もっと急性期の訪問看護みたいな概念が日本でもできると病院での負担は減るかもしれないですね。

あとは、日本は医療に関して国民の権利意識が高いのも課題でしょうか。医療に関しては共産主義的に貧富の差もなくみんな手厚いサービスが受けられて当たり前ってというのが日本の常識。例えばトロントでERとかに行ってもそう簡単には医者に会うことすらできない。最初にトリアージナースが出てきて、そこで半分くらい門前払いされて、入れてもらっても半日以上待たされてようやく診察。でも、それでみんな国民が納得している土壌があるので、まあ回っているのかなあという感じがしましたね。

なにか、そのぐらい抜本的な意識改革がされれば、医師も働きやすくなる。例えば、土日に手術のムンテラとか、日本では当たり前だけれども、そんなこと普通カナダではあり得ないことでしょう。ただ文化的になかなか日本では難しいかもしれませんね。

◆ 今は、土日にあまりムンテラをしていないですね。だから時間内にムンテラをしようという話になってきていますね。

◆ そこは以前よりは良くなっているのですね。

◆ うちの病院も、時間外の病状説明とか会議を時間内に全部しましようということで、その点は働き方改革で改善されたかなと思います。

それから電話も、病院からかかってくるときの第一声が「時間外にすみません」となり、すごく変わったなと思っています。

◆ 私も防府に居た時、前治胎盤で県立総合医療センター、あのころは「県中（けんちゅう）」と言ってましたが、そこで診ていただきました。入院して寝たきり生活で35週まで辿り着いたけれど、夜中に出血が始まってしまいました。その時

手術して助けてくれたのが同級生でした。2月の深夜に大迷惑をかけてしまいました。今も感謝しています。病院に行けば必ず助けてもらえると思っていた。30年も前の昔の話です。

司会 司会として他のテーマもある中で話を止めるのももったいなくて、今回は一題のテーマでもいいかと思いながら皆さんの貴重な話を聞かせていただいています。

2024年問題というところでいくと、やはり物流の分野では問題があると聞きます。医業をほかの業種と一緒にしていいかどうか分からないですが、やはり患者側、国民側の意識がもう少し変わってくれてもいいのかなと思います。海外では、再配達システムがあまりないのですが、こういうところから日本では恵まれ過ぎているところもあるのかなと思ったりします。今の、日本人ならではのやり方で良いところもあると思うんですが、程よいサービスを提供してサービスを受ける側との間に良い落としどころを見つけていけたらいいのかなと感じます。

残り時間が短いのですが、2題ある中で、もう1題、ちょっと明るい話題が待っているの、そちらのほうに、ちょっと気分を変えて、行かせてもらってもよろしいでしょうか。

パリオリンピック・パラリンピック

司会 では、2つ目のテーマ、「パリオリンピック・パラリンピック」に入ります。もちろん、感動のシーンも多くありました。ただ、時代だからですかね、さまざまな問題点も見受けられたように私は思っていて、SNSでの選手の誹謗中傷や、競技を円滑に進めるためのルール変更、機械による判定とか。あと紛争中でもありながらのオリンピック開催とか、ちょっと対立を生むような出来事も見受けられたのかなと思いました。

ただ、新しく種目になった、例えばブレイキン、あとスケートボード、サーフィンとかを見ていると、結果ではなくて、選手同士がすごくリスペクトし合っている姿を見ることができて、そういうところは、すごく心を打たれる部分だったかなと、私自身としては思いました。

皆さんの中で、今回、パリオリンピック・パラリンピックに対して、何か印象に残ったシーンとかはありますかでしょうか。

◆ 今回のオリンピックは、なにも見ていないので、なんともコメントしがたいところがあります。オリンピック自体がもう、あまり必要ないのかなとも考えています。利権というか、儲かっているだけじゃないかという気がしております。身も蓋もない話ですみません。

司会 ありがとうございます。確かに日本の企業が、ワールドワイドパートナーといって、オリンピックとの契約をしている企業がゼロになったというニュースがあって、一流の企業がオリンピックに対して広告を出していくメリットが感じられなくなっているところがあるようです。いろいろな大会が増えてきている中で、オリンピックに意義が見いだせなくなっているという流れも、ちょっと心配される部分なのかなと思われま

◆ ブレイキンとか、スケートボード、フェンシングなど、今まであまりなじみのなかった競技での金メダルや、たくさん活躍しているのを見て、相当、練習もされて頑張っておられると思います。どうやったら、あのようイキイキとできるのだらうと思ひ、何かノウハウを教えてくださいなと思ひぐらい、わくわくした気分になりました。機会があったら、そういった方を講師で呼んで、どのようにトレーニングしているか、モチベーションを上げているかを聞きたい、そして、それを医療のほうにも、とも思ひました。

◆ 今回、金メダルを20個も取ったんですね。ロサンゼルスとかソウルとかの時は3、4個というのがデフォルトだったような気がします。前回の東京オリンピックは、東京でホームだったからたくさん取れたんだらうなど。今回も、レスリングや柔道で多くのメダルを取っています。ああいう強化を、やはり国が主導でやらしてもらふ必要がある。医療も、やはりそういう国ベースでやらしてもらえればと思ひます。

あと、個人的な感想で、ブレイキンとかスケートボードには、なんとなくネガティブなイメージが勝手にあったんですが、それがもう競技として世界的に認められて、日本人も金メダル、スケボーでも2連覇した方もおられ、好青年ばかりで、偏見を持つてはいけないと思ひましたね。

◆ 先生が言われたように、今までにない選手同士の関係だと思ひたのがスケートボードで、対戦相手でもすごい技を決めたら、みんなで喜んでハイタッチして、「すごいね」みたいな感じになるのが、今までそんな競技ってなかったの、そういう意味では、なにか新たな競技が見られてよかつたなと思ひました。

もう一つ思ひたのが、女子のバレーボールとバスケットボールは、東京の時はすごかつたですが、今回、あまりにも違ひていて残念でした。一方、男子のバスケットボールの監督が、女子の監督だったトム・ホーバスさんが来られていきなりすごかつた。フランス戦、勝つていたんじゃないかと思ひますけれども。男子のバレーボールも、自分は全く注目していませんでしたが、女子のバレーボールは強いだらうと思ひていたけれども、男子のバレーボールが世界的にここまで強くなつていたというのは、いつの間にやらというのが、すごくびっくりしました。

で、イタリアでしたっけ、最後に負けたのが。もう勝てるかなというところまでいって、その後全部セットを取られてというのもあったので、わくわくしながら見ていたんですが、ちょっと残念だったなという感じでした。

◆ 中学校、高校とバスケットボールをしていたので、バスケットボールの試合は興味があつて見てました。中でも山口県出身の河村勇輝選手プレーには興奮しました。バスケットボールといつたら、2メートルぐらいある人が普通に試合に出ている中、河村選手は173センチですごく小さい。それなのに視野が広くスピードもありシュートやアシストパスなどで強豪国と互角に戦つていて、わくわくしながら見てました。とてもいい試合をしていて、見てて楽しかつたです。

◆ 男子バスケットボールのフランス戦、勝っていましたよね。最後にファウルを取られましたが、誤審ではないですか。それと、柔道のルーレット、あれもインチキではないかと思いました。

司会 オリンピックの選手のようにイキイキとするためのノウハウを教えてもらいたいという意見がありました。YouTubeで、メディカルラーの動画を観たときにオリンピックと同じ空気感を感じました。救急医師、看護師、消防隊員と救急救命士が一つのチームをつくって、都道府県ごとに試合をする、競技を競うみたいところで、私の母校がその大会で優勝していたので、すごく興味があって見ていました。成績発表のときに、会場が「わあっ」と盛り上がっていて、それこそスケートボードとか大技を決めたときに皆さんが喜ぶみたいところが、その会場でも起こっていました。そういう形が医療現場のモチベーションを上げるための一つなのかなと思ったりしました。

本日は、大変貴重なお話をたくさんお聞かせいただき、本当にありがとうございました。それこそ1つ目のテーマでは、まだまだお話ししたいところですが、時間の関係もありますので、ここで閉会とさせていただきます。閉会のご挨拶を、沖中副会長からよろしくお願いたします。

沖中副会長 皆さま、お疲れさまでした。多くのご発言をいただき、ありがとうございました。企画をしていただいた広報委員の先生方、誠にありがとうございました。

1つ目の働き方改革については、批判的な意見がほとんどだったと思いますが、制度の問題もありますし、何よりも、意見が出ましたが、患者さんや国民の方々に十分理解していただくように、国からもしっかりと広報等をしていただきたいと思います。

オリンピックに関しましては、いつの間にか優秀な人たちがたくさん出てきて、体操でも、個人総合で優勝できるような人も育っていたり、卓球もメダルを取りましたけれども、オリンピックが終わってから、最近、さらに強くなりましたね。

次が楽しみです。

本日は、時間が足りなくなりましたが、衆議院議員選挙が終わったばかりで、これもテーマの一つにはなったのかなと思います。山口県は大丈夫だろうと思っていたら、結構、接戦の選挙区もありました。全国的には自民党は大敗ですね。来年は参議院議員選挙がありますが、医師連盟の推す釜薙(敏)先生には、ぜひとも大量の得票で当選していただきたいのですが、自民党が政権を失っているようなことがあれば、当選されてもお力が発揮できないことも考えられますので、自民党には引き続き与党として政権運営をしていただけることを願っております。本日は皆さま、ありがとうございました。

司会 ありがとうございました。これをもちまして歳末放談会を終了させていただきます。本日は誠にありがとうございました。

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。

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。



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。

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
- 厚生年金の被保険者は加入できません。
主に、**個人立診療所の医師、従業員、ご家族**などとなります。



お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部

☎ 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!



令和6年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和6年9月28日(土)・29(日)

と ころ ホテルグランヴィア岡山(岡山県)
岡山県医師会館 三木記念ホール



今年度は岡山県医師会の担当で、1日目がホテルグランヴィア岡山、2日目が岡山県医師会館の三木記念ホールで開催された。まず、**中国四国医師会連合常任委員会**が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、今後の行事の進め方、新会員管理情報システム(MAMIS)導入に関する要望書の提出、次期当番県について協議が行われた。その後、4つの分科会が開催された。

第1分科会 A「医療政策」

今年度は4つの分科会が開催され、当職は第1分科会に参加した。第1分科会はA「医療政策」とB「災害・救急」が行われ、前者及び「日医への要望・提言」を以下に報告する。

日本医師会より松本会長と佐原常任理事をコメンテータとして迎え、岡山県医師会の司会進行のもと開催された。

Aのメインテーマは「2024年度診療報酬改定の影響について」であり、事前に岡山県医師会か

ら、実際の医療機関の経営実態の調査、職員の賃上げ状況、ベースアップ評価料の算定状況、生活習慣病管理料(I)(II)の算定状況と意見要望に関して等の調査依頼がなされた。

当会では、県医師会役員が所属・管理する医療機関と県下都市医師会長の所属・管理する医療機関に対して任意で調査依頼をしたところであり、ご多忙の折、調査にご協力いただき、感謝申し上げます。

本県の調査結果

200床以上の病院から4件、199床以下の病院から5件、有床診療所1件、無床診療所11件から貴重な回答をいただいた。なお、今年7月分は医療機関によってはすぐに算出できず、回答期日に間に合わないため空白とした。

(1) 過去3年の6、7月の医業収益、医業経費、医業利益の平均値について(表)

表 2024年7月末の経営実態調査結果（山口県）

1, (1)過去3年の6、7月の医業収益、医業経費、医業利益の平均値について

医業収益

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	1,311,979	1,367,710	1,339,068	1,283,317	1,344,305	
病院(199床以下)	128,522	128,986	129,167	132,601	131,581	
有床診療所	20,982	20,578	18,922	20,034	21,916	
無床診療所	8,656	8,995	7,770	8,976	9,024	

医業経費

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	1,591,947	1,673,631	1,734,286	1,303,006	1,378,353	
病院(199床以下)	131,410	130,867	139,434	164,969	165,040	
有床診療所	17,461	18,848	17,491	16,642	18,815	
無床診療所	8,505	8,428	8,586	7,903	8,391	

医業利益

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	-279,968	-305,920	-395,218	-19,689	-34,048	
病院(199床以下)	-2,888	-1,881	-10,267	-32,368	-33,459	
有床診療所	3,521	1,730	1,431	3,392	3,101	
無床診療所	151	567	-816	1,072	634	

(2)本年4月から6月にかけての職員の賃上げについて

(件)

	賃上げを行った	賃上げを行っていない
病院(200床以上)	1	3
病院(199床以下)	5	0
有床診療所	0	1
無床診療所	7	4

・賃上げ状況(平均)

(%)

	賃上げ(平均)
病院(200床以上)	3.5
病院(199床以下)	2.78
有床診療所	0
無床診療所	3.71

(3)ベースアップ評価料の算定状況について

(件)

	外来・在宅(I)のみ	外来・在宅(I)と(II)	外来・在宅(I)と入院	外来・在宅(I)と(II)と入院	算定していない
病院(200床以上)			3		1
病院(199床以下)			5		
有床診療所					1
無床診療所	7				4

(4)生活習慣病管理料(I)(II)の算定状況について

(件)

	(I)を算定	(II)を算定	(I)と(II)を算定	算定していない
病院(200床以上)				4
病院(199床以下)		5		
有床診療所		1		
無床診療所	0	7	1	3

この調査での意見・要望では、ベア評価の続きが複雑かつ事務労力がかかるので算定できなかったこと、その特性上、事務作業をスタッフや労務士に任せることができず、院長の仕事となってしまうこと、経営が安定しているから算定していないのではなく、そのシステム自体に問題があることを国に訴えていただきたいという意見をいただいた。また、生活習慣管理料の算定のための必要な療養計画書の作成に手間がかかるという意見もいただいた。

なお、この分科会には資料としては提出していないが、事前に中国四国厚生局山口事務所に県内のベア評価料の算定状況を問い合わせしており、その報告も行った。

9月1日現在で以下の通り。

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）のみ届出：

256 医療機関

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）と（Ⅱ）を届出：

41 医療機関

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）と

入院ベア評価料を届出：110 医療機関

※県内の病院 138、医科診療所 978 件（休止含む）

他県の回答・意見

調査期日の関係等で詳しく調査ができなかったところもある。

ベア評価料と生活習慣病管理料の算定に関しては、印象としてどの県医師会も同じ意見が多い。賃上げに関しては他業種と比べてアップ率が低く、医療業界から他業種へ移動する人が多くなるのではないかという懸念もある。賃上げに関しては、診療報酬よりも基金や補助金で対応できればよいという要望もある。また、医療DXであるにもかかわらず、説明や同意などでは紙ベースが増えて作成に手間がかかるので逆行しているという回答もあった。

本体プラス改定であるが実質はマイナス改定であること、光熱費や物価高騰にも対応できる大幅な診療報酬引き上げを次回要望、医療DX推進体制整備加算が届出不要で算定できるようにしてほしい、リフィル処方撤廃を求める、といった意見

もあった。

さらには、二次救急病院、リハビリ病院の厳しい現状を踏まえ、今回新設された地域包括医療病棟入院料の施設基準の緩和を求める意見もあった。

日医の意見

佐原日医常任理事より次のコメントがあった。

ベア評価料算定の目的は、賃上げが続く中、医療機関の賃上げも必要であり、政府に強く申し入れをして、その賃上げ原資となるベア評価料が創設された。この制度自体の継続性にも不安はあるが、介護保険施設の場合でも10年前から介護職員処遇改善加算があり、継続維持されている背景を考えると、単純に廃止されることは考えられない。ベア評価料の存続に全力を尽くしたいので、できるだけ多くの医療機関に算定してもらい、人材確保に役立てて欲しい。仮に算定が少ないと、医療機関にはこのような算定は必要ないと受け取られる恐れもあり、次回改定に影響が出るかもしれないので、ご理解・ご協力をいただきたい。

このベア評価料の対象に事務職員を入れるかどうかの議論であるが、患者補助サポートもする場合は医療に従事すると判断されて対象となる。診療所ではほぼすべてのスタッフが対象になると考える。ベア対象職員に配る計画には届出が必要だが、大きく分けて4つのステップがある。1つ目は配る総額の計算が必要であるが、これは評価料の収入はレセコン等で算出できる。2つ目は対象職員の人数を確定すること。3つ目は各人の賃上げ額を決めること（一律同じでも良いし、差をつけてもよい）。4つ目は上乘せ方法の決定である。次回改定でも継続されるように、医療機関にとって必要な点数であることを示すことが大切である。日医のホームページにその手続きのための説明動画があるので見ていただきたい。また、患者に対しては厚労省が準備しているリーフレットを利用して、国の対策で行われていることを説明したうえでご理解いただくようお願いしたい。

生活習慣病管理料の算定には不満の声がある。改定して間もないが、不便な点や改善点があれば日医へあげてもらいたい。社会保険診療報酬検討委員会を通じてでも良いので、次回改定でも対応

できるように検討したい。

その後、松本日医会長より、マイナス1%を結果としてマイナス0.25%まで押し戻したのは、今の執行部の努力であるので、ご理解いただきたいことと、改定要望には、地道に国会議員へ医療費全体のパイを上げてほしいことを働きかけることが必要であり、医政活動の大切さを述べられた。

日医への要望・提言

1. 生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱの説明・同意・署名について（広島県）

認知機能が衰えた患者に対して生活習慣病管理を行うケースが頻繁にある。その場合、本人の署名どころか、説明・同意が難しいケースに遭遇する。このような場合でも、通知に基づいて中国四国厚生局指導監査課（広島事務所）としては、本人の説明・同意・署名が必要との立場であるが、疑義解釈で明示されればそちらに従うとの方針である。高血圧、脂質異常症、糖尿病の管理として、これまで算定していた特定疾患療養管理料では「必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通じて療養上の管理を行ったときにおいても算定出来る」ことが明示されていた。今回の改定で、生活習慣病管理料が3疾患の移行先であるなら、同様の条件となるべきで、通知等で明示されるべきと考える。

日医から厚労省へ、本人を診察したうえで、看護や付き添いの施設職員・家族等を通じて必要な療養指導を行った場合は算定可とするような疑義解釈の発出をお願いする。

日医の見解

認知機能が衰えた患者は、付添い家族とともに受診されていることが多い。その患者と家族に説明を行い、家族に署名をしていただくのがよいが、その際にはカルテには「認知機能衰えにより、付添い家族に療養計画を説明し、署名をもらった」と記しておいてほしい。とはいえ、このことについてはまだ厚労省から明確な疑義解釈が示されていない。申し入れはしているが、はっきりさせるようにしたい。

2. 後方支援病院へも受け入れ加算を（岡山県）

現在、急性期拠点病院からの下り搬送において、拠点病院がすべて検査し診断や治療方針を決定したうえで後方支援病院に転送している。ここで問題となるのは、後方支援病院では入院・リハビリを行うだけで診療報酬上の加算がないことである。円滑な連携を進める上で、送り出し側の拠点病院だけでなく受け入れ側の後方支援病院にもメリットがある形にできればありがたいと考える。機能分化と連携を進めるために、こうした加算を認めるよう働きかけをお願いしたい。

日医の見解

現時点で急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者を受け入れた後方病院の評価として、地域一般入院基本料を算定する病棟で受けた場合の評価である救急・在宅等支援病床初期加算（14日を限度として1日につき150点）、有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度、1日に150点）、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度として1日300点）、地域包括ケア病棟で受け入れた場合の急性期患者支援病床初期加算（14日限度で1日150点）があるが、それ以上は答えできるものではないので、この要望を持ち帰る。

日医において社会保険診療報酬検討委員会を設置して令和8年度改定に向けた要望書のとりまとめを行うので、意見・要望をいただきたい。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

第1分科会B「災害・救急」

テーマ：地域における救急医療の課題とその解決に向けた取り組み

質問事項1：軽症救急、特に高齢者の救急搬送について

- (1) 直面している課題
- (2) 効果的な解決策

質問事項2：重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送について

- (1) 直面している課題
- (2) 効果的な解決策

鳥取県

質問事項1: (課題) 軽症救急の割合は40%未満である。救急搬送全体の73.5%を高齢者の救急搬送が占めている。軽症対応のために、真の緊急疾患への対応が遅れることが懸念される。高齢者の救急搬送については、介護老人保健施設からの救急において提携病院等に受入れ連絡をしていないケースもあり、現場滞在時間遅延に繋がっている。また、DNARに関して、患者側(家族等)、施設側及び医師側で見解が違う場面がある。

(解決策) 救急安心センター事業「とっとりおとな救急ダイヤル(#7119)」や「とっとり子ども救急ダイヤル(#8000)」の普及啓発に取り組んでいく。救急車の適正利用については「呼ばない」ことを誇張するのではなく、「呼ぶ」ことへの広報も必要である。高齢者の救急搬送については、地域包括支援センターの人員や活動の拡充の必要性がある。転院搬送での救急車の使用について、医療機関での意識改革や適切な利用の周知が必要である。

質問事項2: (課題) 過度に近隣住民に配慮して救急要請を躊躇した結果、救急搬送が遅れている場面が散見される。当消防本部管内には救命救急センターがなく、最寄りの救命救急センターへの救急搬送に1時間以上かかる地域もある。大動脈緊急症に関して対応できる病院が限られている。(解決策) 救急安心センター事業(#7119等)などのシステムを広く住民へ普及啓発すること、ドクターヘリの効果的な活用、運用が必要である。

島根県

質問事項1: (課題) 特定の三次救急病院への集中が見られる。救急車搬入数及び救急外来患者数、高齢者施設からの搬送の増加が見られる。働き方改革に伴う救急業務の逼迫化も予想される。下り搬送については、病院救急車を確保できていないことから、実施が困難である。

(解決策) 下り搬送は、早期転院に関して患者・家族に理解をしてもらう必要がある。特養などの施設からの紹介は、軽症の段階で早めに受診を進めることで、日中のスタッフの多い時間帯に対応が可能となっている。入院に関しては地域包括ケ

ア病棟の活用を検討している。終末期のACPについても、入院前の地域における普及が課題であると考えられる。

質問事項2: (課題) 島根県内においては1つの大学病院と3つの三次救急病院が基幹病院として機能しているが、医師の時間外労働の上限規制が始まっており、機能を維持できるかが懸念されている。大動脈緊急症に対して人員不足により応需できない場合は、近県に救急搬送している。(解決策) 関係する診療科医師の時間外労働の定期的なチェックと救急病院間の情報交換が必要になる。また、救急医療機関の医療スタッフの確保と育成、ICTの活用による医療機関間での発症早期の情報交換、ドクターヘリやドクターカーの利用と、それらに搭乗するスタッフの確保などが必要である。

広島県

質問事項1: (課題) 救急搬送のうち軽症者は49,086人、救急搬送全体の38.6%を占めている。軽症者の救急搬送がこのまま増えていけば、救急医療を真に必要とする患者に救急医療を提供できない事態も想定される。

(解決策) #7119の周知を図っている。当初の対象エリアは9市6町であったが、年々拡大しており、令和6年4月からは県東部の備後圏域からの利用も可能となった。#7119の認知度は34.6%であり、認知度の向上が必要である。

質問事項2: (課題) 救急搬送に要する時間は年々長くなっている。心臓血管外科手術が可能な医療機関数は限られており、医療施設間連携やネットワークの構築が求められる。医療機能を集約していくことで、心臓血管外科手術が常時可能な体制づくりを進めていく必要がある。

(解決策) メディカルコントロール協議会、消防機関等と連携し、効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、搬送時間短縮と受入困難事案の減少を図る。急性期の診療提供体制については、外科的治療まで行う「専門的治療を包括的に行う施設」と、内科的治療やPCI等の治療までを行う「専門的治療を行う施設」といった医療機能を分担するなど、専門的な診療

が可能な医療機関間の円滑な連携を進める。急性大動脈解離については、安全性等の質が確保された緊急手術が常時可能な施設に限られており、より広域のネットワーク体制を構築し、急性期の診療提供体制の構築を進める。

山口県

質問事項1：(課題) 軽症は全体の38.1%を占めている。年齢区分別では、高齢者の割合は全体の71.3%を占めている。今後も高齢化による出勤件数の増加が予想される。本県では新型コロナウイルス感染症の流行により、高齢者施設における軽症患者の救急の課題が浮き彫りになった。高齢者施設は医療との結びつきが少ないケースもあり、すぐに救急が呼ばれることもある。

(解決策) 救急車の適正利用のために救急車を呼ぶべきか迷ったときは子どもの場合#8000を、大人の場合#7119の電話相談を活用するよう周知に努める。傷病者の消防機関による搬送及び医療機関による受入れにより適切かつ円滑な実施を図るため、消防機関と医療機関等から構成される「山口県救急業務高度化推進協議会」により、平成22年12月に「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る基準」が策定されている。

質問事項2：(課題) 本県の救急搬送人員の傷病程度別では、重症(緊急性)による搬送人員は全体の6.7%である。

(解決策) 冠動脈の造影検査・治療ができる病院は19か所あり、心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は人口10万人当たり43.5件である。本県における90分以内に冠動脈再開通割合は56.3%(令和3(2021)年)となっている。

徳島県

質問事項1：(課題) 救急搬送のうち軽症は46%であった。三次救急病院に軽症の占める割合が多く、重症割合が少ないのが問題の一つである。救急搬送における65歳以上の高齢者の割合は約7割であった。二次救急医療機関の当直医が不足しており、今後夜間の救急体制の維持困難となる可能性がある。

(解決策) 自病院の医師による当直を増やす、あ

る程度の当直料アップ等で対応している。

質問事項2：(課題) 重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送を受け入れていた医療機関の複数の救急医の離職に伴い、人員確保が難しくなっている。

(解決策) 他府県からの救急医の人材確保を画策中である。

香川県

質問事項1：(課題) 高齢者では、救急を依頼するかの判断が困難であったり、どこに相談すれば良いか分からない等が理由で安易に119番へ連絡する事が多い。現場に臨場すると搬送拒否による不搬送事例もある。

(解決策) 高齢者と行政や、ケアマネジャー、近隣住人などが関わりを持って、有事の際の対応を相談しておくこと、かかりつけ医、在宅支援病院など緊急の連絡先を決めておくこと、在宅、施設でのワンクッションを経てからの救急要請などであれば、不必要な搬送の抑制の一助となる。

質問事項2：(課題) 軽症、重症にかかわらず、対応できる体制が十分に整っていないのが現状である。特に、夜間・休日では、拠点病院や、輪番病院が完全にカバーできているとは言えない。

(解決策) 多くの施設や、救急医療に関わる関係者が問題を共有し、互いに顔の見える関係を築き、信頼して協調できる体制づくりを行い、問題解決に向け協力していくことが必要となる。

愛媛県

質問事項1：(課題) 患者側の課題よりも医師の働き方改革で受け入れ側の体制維持が課題となる。

(解決策) 輪番病院、行政とともに解決を図る必要があるが、医療圏の点から地区医師会が主導することになる。

質問事項2：(課題) 重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送については、応需可能な病院に限られるため、県主導で画像転送システム「Join」を利用した情報共有と受け入れ先決定の体制整備が図られたが、実際の利用は限定的である。数少ない専門医が手術、他の救急対応中、出張等で人

手が限られる場合の搬送で、まれに他県にお願いする場合があります。

(解決策) 各病院の専門医数を増やすことで解決できるが、人口減少局面では専門医の集約化も検討する必要がある。

高知県

質問事項1: (課題) 軽症例は全体の4割である。65歳以上の高齢者が7割を占め、増加傾向にある。この3年間、高齢者施設からの搬送が増加しており、DNAR不明で搬送されるケースも散見されている。高知県には3つの救命救急センターがあるが、全体の4割が集中しており、特に深夜帯は5割と高くなり、また、この時間帯の搬送困難事例の65%が集中しており、本来対応すべき重症対応が手薄になる可能性が存在している。

(解決策) ①二次三次病院の役割分担の再認識及び下り搬送を含めた病々連携を強化する。②高齢者施設は医療機関と連携を強化し、搬送前のトリアージなどを施行する。③かかりつけ医、高齢者施設と協力してACPの作成及び利用強化する。

質問事項2: (課題) 高知県では大動脈疾患の緊急対応ができる施設は4施設でいずれも高知市中央部に局在している。高知県西部からは救急車で約3時間、東部から約2時間かかる。日勤帯でドクターヘリが運航できれば利用する。

(解決策) 病院の強化は無理なので搬送の強化を行うしかない。①高速道路の整備、②遠隔診断、診療の整備。患者が手術を受ける病院に到着するまでに、電子カルテを共有できれば手術までの時間短縮に役立つ。現在、「高知あんしんネット」や幡多地域の「はたまるネット」などのITが活用されつつある。

総括1 軽症救急・高齢者の救急搬送

佐原日医常任理事 厚労省が救急医療の体制構築に係る指針を示しているが、その中にある救急医療の需要及び供給体制の概観と今回各都道府県医師会から述べられた状況は重なる点が多い。既に記載されている事項では、#8000は中国四国では全県に導入されていること、#7119は多くの地域で取り組まれていて利用件数も多く、効果が

期待されている。

軽症救急・高齢者の救急搬送については、総務省消防庁の救急業務の在り方に関する検討会の下に、増加する救急需要への対策に関する検討ワーキンググループが設置されており、主要な議題の一つとなっている。令和6年度の同検討会では、消防以外の社会資源の活用として、#7119や#8000などの電話相談窓口や民間救急やタクシーなどの代替移動手段などについて議論を深め、病院前急務におけるトリアージの体制強化に向けてさらなる検討を行った。

高齢者の救急搬送については全国的にも増加している。新たな地域医療構想等に関する検討会では、増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者救急の受け入れ体制を強化すること、ADLの低下を防ぐため入院早期から必要なりハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを、救急搬送や状態悪化の減少が図られるよう在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指すことが検討されている。病床機能と併せて高齢者救急の受入れ、救急急性期医療の提供を行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することも検討されている。

高齢者の傷病死者の意思に沿った心肺蘇生については、消防庁に傷病死者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会が設置されている。このテーマについては、日本医師会救急災害医療対策委員会でも議論を行い、報告書に内容が盛り込まれている。今後、施設や在宅での看取りが増加し、多死社会に入っていく中で、ACPを確認していくことで、本人の望まない救急搬送についても減らしていくことができると思う。

総括2 重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送

佐原日医常任理事 厚労省では、新たな地域医療構想に関する検討会が行われている。これまでの地域医療構想では、4区分の中で病床数を減らす話などがメインだったが、新たな地域医療構想では外来、救急、医療機関の連携も含めて議論を進めていく話になっている。地域の緊急対応を含む救急急性期に搬送する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するた

め、搬送体制の強化等に取り組みつ、一定の症例数を集約して地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないかという論点で話が進められている。これから起こる人口変動などを踏まえて、各地では急性期医療の集約も考えられるところだが、他方集約化は現状でも苦労している県をお見受けする。日医として、国の一律の方針ではなく、あくまで地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実状に応じた体制を構築する仕組みを堅持していきたいと思っている。

圏域外や県外への搬送は、解決策として、一部の県ではドクターヘリの活用について触れられていた。日医では令和7年度の予算要望の中で、人口減少医療資源が少ない地域の救急医療機関の資源、救急搬送受入れ困難事例対策、病院救急車の地域での活用などに加えて、ドクターヘリの広域展開、夜間飛行、複数機導入、パイロットの確保などについても要望している。

ICTによる医療情報の連携についても、救急時医療情報閲覧機能の導入への支援、並びに医療DXの項目の中で医療情報連携の推進及び適切な活用のための環境整備、IOTの研究開発と社会実装への支援について予算を要望している。引き続き現場のニーズを受けながら、日医として地域の救急医療体制に資するよう政府に要望していきたいので何かあれば、日医へお寄せいただきたい。

【報告：常任理事 竹中 博昭】

第2分科会A「地域医療」

テーマ：地域医療構想調整会議の総括

質問事項：「新たな地域医療構想」について、具体的な方向性が決められているか。

第2分科会のA「地域医療」は、日医の松本会長、江澤常任理事がコメンテーターとして出席され、「地域医療構想調整会議の総括」をテーマに討議された。

2015年に地域医療構想調整会議が設置され、病院の再編統合について議論が重ねられてきたが、二次医療圏を基本的な検討対象地域に決めたことにより、各圏域の地域差や議論の温度差もあったという現状の認識の基で、今後の「各県の

具体的方針」と「具体的な事例提示」について意見交換が行われた。

まず、「今後の方針」については、2040年に必要とされる医療提供体制について、来年度に国の方針が示されることから、各県レベルでの具体的な意見はなかったが、総論的に、医療機能や人材育成等について地域差や医療ニーズの多様性へ対応するため、二次医療圏にとらわれない、圏域を越えた地域の実情に応じた医療圏で考えていくという柔軟なアプローチが求められる、とのまとめとなった。

次に、司会から発言を求められた事例は、(1)広島県の市内4病院の統合による1,000床の病院を設置する事例や、(2)島根県での中山間地域で経営困難な病院を地域の基幹病院として再建した事例が紹介され、(3)山口県からは、今年度に新たな国の事業として始まった宇部・小野田圏域の「推進区域」、「モデル推進区域」について説明した。

江澤日医常任理事は、国の検討委員会に参加している立場から地域医療構想の検討状況について、①現在、2040年に向けて、入院に合わせて、外来・在宅等を含めた医療提供体制を整備するための議論が進んでいること、②病床区分は基本、4区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）とするが、“回復期”については“包括期”に変える可能性、③入院医療だけでなく、外来は在宅医療、介護との連携を含むため、在宅医療圏は原則市町村単位とするなど、構想区域は柔軟に対応すること、④名称の「地域医療介護構想」への変更と調整会議の活性化方策の議論を進めていくこと、を説明された。

その他、各県の説明は次のとおり。

鳥取県 令和4年3月の国通知により、本県は構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催し、令和5年度に対応方針を策定した。本会においては、今回の役員改選に伴い、新たな役員の会務分担の一つに「地域医療構想・医師確保対策等」を追加し、行政と連携しながら検討していく予定である。

島根県 本県では、中山間地域や離島で必要な医

療機能を確保・維持していくことが大きな課題であり、これまで7つの構想区域（二次医療圏）毎に、保健所が中心となり、医療機関、関係団体、市町村等と連携して、圏域の調整会議等で協議し、圏域内の役割分担や連携体制について検討してきた。また、各圏域の医療機関と三次医療機関との役割分担や連携体制といった県全体の課題についても検討を進めている。

高齢化が進む中山間地域にあり、存続の危機に直面した病院が、地域の医療を守るために同圏域の基幹病院と連携し、地域で必要とされる診療体制への見直し等を行い、再建した島根県津和野共存病院再建の好事例を報告する。

(1) 益田赤十字病院と津和野町との医療連携協定の締結（後方支援病院の確立）

2018年内科系医師3名のうち院長・副院長が病気休養となり、病院は危機的状況に陥る。翌年、益田赤十字病院と津和野町の間で医療連携協定を締結、急性期はもとより、医師派遣や看取りまで含めた医療の提供を保証。益田赤十字病院院長の木谷氏が津和野町の医療・介護統括管理者に就任、診療・経営面への改善に取り組んだ。

(2) 診療体制の見直し：できない診療の廃止し、必要な部門の推進。

(3) 医師確保対策

島根大学、島根県（自治医科大学卒業生）、奨学生（津和野町より奨学金給付）、島根県地域枠医師の派遣により常勤医師が8名確保。

(4) 他県へ流れていた施設サービス利用者の減少がみられ、地元での利用者が増加した。

(5) 再建後の収益

2018年に約2億円だった赤字が、2021年には約250万円の赤字に改善した。

(6) 行政の医療対策課と病院が同居

津和野共存病院の1階に市役所が入居しており、病院と医療対策課が頻りに連絡、迅速で密な連携が実現した。

広島県 本県における地域医療構想に関する取り組みは、中山間地域における医療課題の解決を目指すものとして、2017年4月に全国第1号の地域医療連携推進法人の一つである「備北メディカル

ネットワーク」の発足がある。県の北東部に位置する備北二次医療圏における急性期医療を担う病院（市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院、三次地区医療センター、庄原赤十字病院）が医療機関相互のゆるやかな連携を推進し、地域において良質、適切な医療を効率的に提供できる「地域完結型医療の実現」を目指してさまざまな取り組みを行っている。備北二次医療圏の最大の課題である医師確保については、4病院の中で幅広い診療科の指導医が所属している市立三次中央病院の医師が診療支援として籍を移すことなく他の病院の診療に携わるなど、地域医療連携推進法人ならではの方法で対応している。

広島都市圏においては、全国トップレベルの高度医療を提供する機能や、医療人材を育成・派遣する機能を持つ「高度医療・人材育成拠点」の整備に向けた検討が進められており、具体的には県立広島病院（712床）、JR広島病院（275床）、中電病院（248床）、広島がん高精度放射線治療センター（無床、広島県が設置、医師会が指定管理者）を統合して新病院（1,000床）を設置することとしている。基本計画が昨年9月に公表され、新病院の理念及び役割、医療機能など具体的な項目が示され、開院は2030年の予定である。拠点の整備は、広島都市圏における地域医療構想実現のため欠かせないものであると同時に、医療人材の地域への派遣・循環体制の構築もその目的の一つとされている。

現在、国では「新たな地域医療構想等に関する検討会」が設置、開催され、検討が行われている。本県においては、当該検討会での議論等、国の検討を注視しているところであり、現時点で具体的な方向性は未定である。

山口県

<現状>

本県の地域医療構想の進捗状況は、必要病床数との差異はあるものの、各圏域において地域の実情を踏まえて、高度急性期・急性期機能の集約化や不足する回復期への転換が行われるなど、医療機能の分化・連携の取り組みが進んでいる。

現時点での対応方針（2025プラン）に対する

達成率は89.5%であり、2025年には100%達成できるように取組みを進めている。なお、全国の中でも多いといわれる慢性期については3,041床減少しているが、多くは介護医療院への転換である。

<2025年に向けた取組み>

(1) 令和6年度の調整会議

令和5年度と同様に、地域医療構想の進捗状況の検証、紹介受診重点医療機関の選定、病床機能再編支援補助金等について協議する。特に、重点支援区域に設定された地域における再編統合については、県医師会の立場として県や大学と連携して可能な調整を行っていく。

[重点支援区域]

- ①柳井地区：過疎地域における町立3病院の再編統合
- ②萩地区：へき地における市立病院と民間病院の統合
- ③下関地区：市内の4基幹病院（市立、済生会、JCHO、国立病院機構）の再編統合

(2) 新たな協議事項

新たな仕組みである「推進区域」に設定された構想区域では、課題解決に向けて区域対応方針の策定や各医療機関の対応方針の検証・見直しを行う。

[推進区域・モデル推進区域]

「推進区域」の中で、県内の一区域（宇部・小野田構想区域）を国へ提案し、「モデル推進区域」に選定された。この区域の現状・課題は、現在、区域内の医療資源の分散等により、二次救急医療が逼迫するなど、救急医療の提供体制に課題があり、区域内の首長等による救急医療に関する緊急アピールが行われるなど、関係者が結束して課題解決に向けた取組みを行う機運が醸成されている。

具体的な進め方は、現在、救急医療体制のあり方を協議している「宇部・山陽小野田・美祢広域救急医療対策協議会」の枠組みで検討を行い、その結果を踏まえ、調整会議で区域対応方針を策定していく。その方針に基づいて各医療機関が対応方針の検証・見直しを行う。

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想（2040年ごろを見据えた）については、来年（令和7年）度、国においてガイドラインが検討・発出され、令和8年度に都道府県で検討・策定していく予定であることから、山口県（行政）のガイドライン策定に際して医師会としても意見を述べることであり、現時点では特別な方向性を決定するまでには至っていない。なお、国においては、地域の類型（都市型、過疎型等）ごとの医療提供体制モデル、外来・在宅等を含めた医療提供体制について議論することとされており、医師会としても、その議論の展開を注視していくこととしている。

徳島県 県医師会としても具体的な方向性は決めていないが、本県における「新たな地域医療構想」の具体的な方向性は、国の策定ガイドラインを踏まえて検討を行うこととなるが、地域医療構想調整会議をはじめとした各種の会議において、地域の関係者と「徳島県の目指すべき方向性」について積極的に議論したいと考えている。

一方、国は年内を目処に検討会の「最終まとめ」を行う予定としているが、「地域の実情」を踏まえた上で検討を進めていく必要があることから、県においては、国に対して政策要望（※）を行っているとしている。

(※) 政策要望

[徳島県の政策要望]

- ・地域医療の最後の砦である「公立・公的病院の機能」が持続的に維持されるよう、地方と丁寧な議論した上で、「地域の実情」を十分に踏まえた検討を進めること。

[関西広域連合「広域医療局」の要望]

- ・令和4年3月に示された方針のとおり、病床の削減や統廃合ありきではなく、個々の病院及び地域の個別事情を十分踏まえ、各都道府県が主体的に取組みを進められるよう、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。
- ・新型コロナウイルス感染症への対応で見えてきた課題や、感染症対応に重要な役割を果たした公立・公的医療機関の医療機能と役割を踏まえて、地域の実情に即したものとなるよう十分な

検証を行い、考え方を示すこと。

香川県 香川県では、県本土をほぼ中央で二分割し、高松を含む東部構想区域と、丸亀・坂出・観音寺等含む西部構想区域、そして小豆構想区域の3つの構想区域に分けている。地域医療構想によりメリットがあったとすれば、常に小豆島の医療体制が問題とされる事くらいであった。

医療機能毎の病床必要量については、全体として病床数が減少傾向だが、今後も入院数の減少に伴い病床は減っていくことになる。

病床機能の分化、連携については進めるべきだが、全くその動きはない。本県の医療体制の大きな問題として、県下の基幹病院である公立病院や公的医療機関が県外の大学病院からの医師派遣に頼っている現状が挙げられ、各病院がその運営方針を独自で判断する事ができないという事情もある。現在、県医師会が主導し、香川大学医学部附属病院とも連携し、県行政の協力の下、その状況を変えようと取り組んでいるところである。

愛媛県

<2025年を目指した地域医療構想調整会議の総括>

愛媛県では、年2～3回の地域医療構想調整会議が開催され、県医師会からアドバイザーを2名推薦して出席した。昨年からは愛媛大学医学部附属病院長もオブザーバーで出席し、大学病院から関連病院への医師派遣の現状や、提供できる医療資源の限界などについてもコメントをいただいた。全県的には、県に設置された地域医療構想推進戦略会議が年1回開催された。

各構想区域で、病床機能報告に基づく病床数を評価し、株式会社日本経営による定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の解説を受けたが、実態は必要病床数に近い状況になっていることが認識された。病床数は必要量に近づいているが、機能別では乖離があり、地域の医療機関と情報共有し、自主的な機能分担を推進する必要がある。

患者の流出・流入や疾患別の地域完結率などを評価し、構想区域ごとの問題点を検討するとともに、構想区域内での個別対応が必要な事項や、構想区域をまたいで解決する必要がある事項など、

今後の地域医療構想を検討するための問題点が明らかになってきた。

<2040年に向けた地域医療構想>

令和6年度は、6構想区域でそれぞれ医療圏の課題分析を行って3区域を抽出し、優先課題について詳細分析し、そのうちの1区域を推進区域(仮称)に設定して、上記の役割分担や連携のあり方の方向性を検討する予定である。

高知県 具体的な方向性については、国の方針を検討会で協議している段階であるため、現時点では決まっていないが、高知県の状況として、高知市周辺を除く郡部では、現在の病床数が既に2025年の必要病床数に近づく又は下回る状況となっており、地域の医療提供体制をどう守っていくかの視点で取組みを検討する必要がある。

また、現時点では病床数が多いとされる高知市周辺についても、患者の流入が多く、他の区域の医療を補完している状況であるため、構想区域の見直しを含めた体制を今後検討していく必要がある。

このため、まずは今年度、地域の医療提供体制の現状・課題の分析、2025年以降も含めた医療需要・医療従事者確保等の推計を実施し、結果を地域で共有して、2025年以降も見据えた医療提供体制の検討を進めていきたいと考えている。

江澤日医常任理事 これまでの地域医療構想は2025年を目途として設定され、全国ベースで必要病床数が119.1万床で、2023年度病床機能報告による2025年見込みは既に119.0万床とトータルの病床数では近づきつつある。また、財務省をはじめとする外部から指摘のあった「急性期が多く回復期が足りない」という状況は、慢性期も含めて少しずつ必要病床数のほうへ近づいている。

これまでの地域医療構想は最終年度を迎えることもあって、国の意向により「推進区域」及び「モデル推進区域」を定めることになった。モデル推進区域は医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性が考えられる区域に対して、国がアウトリーチの伴走支援を行い、本ブロックでは高知県（中央）、山口県（宇部・小野田）の区域が設定さ

れている。

「新たな地域医療構想」は2040年を見据えるという形で、今春から国において検討会が開催されている。今春の診療報酬・介護報酬同時改定の資料でも示されたが、急性期から回復期・慢性期において主傷病名が「誤嚥性肺炎」の患者が上位であったが、誤嚥性肺炎は急性期・慢性期のどの病棟に入院しても、治療方針が確立しているため、医療資源投入量に差が見られないということが示された。

このように「新たな地域医療構想」の一つの大きなテーマは、増える高齢者救急をどのように対応するかであり、バックグラウンドとして、誤嚥性肺炎、尿路感染症、うっ血性心不全といった患者を地域のどこで受け止めてどう対応するかが課題となっている。

日医は国の検討会をはじめ、この「新たな地域医療構想」へ向けて、次の点を主張している。

- 地域医療構想は医療費を適正化するための病床削減の政策ということが根強く残っている部分があるため、新たな地域医療構想へ向かうにあたっては、その大義や目的を共有してほしい。
- 医療機関機能は、各病棟機能の総和であるので、当然の複数の選択を可とするべきではないか。
- 4区分（超急性期、急性期、回復期、慢性期）を残すのであれば、回復期の見直しを。
- 構想区域は地域の実情に応じて分割、合併の柔軟な対応が必要。
- 在宅医療圏は市町村単位が望ましいのではないか。
- 地域医療介護構想への変革が必要ではないか。
- 当初予想していない事象が起きているため、姓年齢階級別の現状投影モデルは使えないため、新たな推計をどう考えていくか慎重に検討すべき。
- 地域の詳細まで国は把握しておらず、地域で何が課題でどういう状況にあるか、地域が一番分かっているので、地域で自発的な会議をお願いする。
- 現在、経営が厳しい状況にあるので、そもそも医療機関が健全経営のできる担保をしてもらいたい。

- 2040年のことを今から決めることは難しいため、医療計画の6年毎の締めには中間見直しが必要である。

[報告：常任理事 岡 紳爾]

第2分科会B「医療介護の連携」

テーマ：ACP普及のための各県の取組みは？

質問事項：ACP普及への取組みについて教えてください。

第2分科会のB「医療介護の連携」は、同じ江澤日本医師会常任理事の出席のもと、「ACP普及の取組み」をテーマに討議された。

今後、施設・在宅での看取りが増加することから、ACPの重要性は一層増してくると思われるが、その概念は十分に根付いているとはまだ言えず、広く社会へ根付かせるための取組みについて、各県から報告があった。

全体として、主治医だけでなく訪問看護師、かかりつけ薬局、介護職などさまざまな職種の方が関わって、患者さんはもちろん、本人の心づもりを家族、医療側が共有しておくことが大切だといった意見が多かった。

また、本人や家族と、専門職との間の話し合いが十分ではなかった場合、「救急の現場において、ACPに従って家族へ蘇生中止を提案したところ、家族からは強い不信感を抱かれた」といった実例も紹介された。

具体的な取組みについては、多職種で関わっている事例の報告があり、医師会、行政、介護・福祉団体等と協力して啓発活動が行われ、パンフレットや動画等のツールを作成し、研修会や症例検討会、講演会、出前講座等の活動を行っている県、救急時に心肺蘇生等に関する本人の意思を主治医、受入医療機関、救急隊とで情報を共有するためのシステムづくりをしている県もあり、その方法としては、「自宅冷蔵庫に尊厳死希望の用紙を貼っておき、救急隊が到着した際にはまず冷蔵庫を見る」といった取組みが進められていた。その他、山口県と同様に、一定の要件を満たせば、救急隊による心肺蘇生中止を選択するプロトコルを作成している県もあった。

最後に、今後のACPの普及には、多職種連携を強化しながら医療・介護従事者への研修などを行うのみならず、地域住民への啓発活動が不可欠であるとまとめられた。

各県からの報告は以下のとおりである。

鳥取県 東部地域では、平成27年度から1市4町と東部医師会が主体となり、「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」、企画・運営機関として「東部医師会在宅医療介護連携推進室」を設置し、在宅医療介護連携推進事業に取り組んでいる。

平成29年に仮想症例のシナリオによる動画を作成し、多職種研修では在宅療養中から看取りの時期での意思決定支援、住民啓発では自身の意思決定の場面でACPを学び、また最終段階になってからのACPではなく、元気な時から繰り返し何度でも考え、話し合う大切さ、最期までどう暮らしていきたいかに重点を当てている。平成30年にはパンフレットと終活支援ノートを作成した。この終活支援ノートはACPをせっかく考えたから何か書くものが欲しいという住民の声から作成に至った。

年間40件程度の住民啓発活動を実施し、コロナ禍によって年数件まで減ったが、令和3年度後半からは徐々に増え、令和4～5年度では年間20件程度まで回復している。

令和2年には、医療機関や介護施設での最終段階を見据えた本人・家族に対しても活用でき得る「ACPノート」に改訂した。ステップ1：ACPを考えたとき、ステップ2：気持ちが変化したとき、そしてステップ3：人生の終活を考えたときとして、3回分のACPを記載できるものとした。ステップ3は人生の終活を考えたときに、本人と信頼できる人、そして医療・介護関係者が一緒に話し合う内容となっている。質問項目は最終段階での希望など細かく、ページ数も11ページとなる。本人などとコミュニケーションの取り方など配慮が必要となるため、別冊で話し合いの手順などを記したマニュアルも作成した。ACPノートの活用を進めるにあたって、医療・ケアチーム向けのACP実践研修も令和3年度から開始している。

また、「在宅医療介護連携推進事業」は、鳥取

県東部の広域連携により実施しているが、鳥取市が中核市となったことを機に、連携中枢都市圏を構成する兵庫県美方郡の2町とも連携して共通の内容、ツールで同様のACP啓発をしている。

島根県 本会では、令和2年から県行政の「在宅医療介護連携推進事業」を受託し、在宅医療・介護の連携をテーマに、県下の各圏域の現状や取組みについて情報交換や意見交換を行っている。令和3年度には県内医療機関（病院29、診療所256）へ在宅医療実態把握のアンケートを行い、その調査結果は、希望する研修テーマとして「看取りや緊急時への対応を可能にする地域医療機関の連携や代診医のしくみ」が最も多く、次いで「患者の意思決定支援・尊厳の維持の関わる仕組みの構築と看取りへの住民理解・ACPの普及」が多かった。

令和4年度には、医療介護に係わる14団体からなる「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会（研究会）」を発足し、人材育成・普及啓発等に取り組み、県内の在宅医療提供体制の推進を図ることとした。令和5年度には、各団体からの現状と課題を踏まえ、第8次医療計画に向けた提言を行った。提言の中で、在宅における看取りとACPの取組みについて、県民が「自分の老後や生命についてどう考えるか」というACPの考え方について、子どものころから知る機会を増やし、地域全体の文化として「県民への啓発」を行い、年齢を重ねれば転倒もするし認知症にもなるという自然な形で老いや死が受け止められるような県民の理解が必要ではないか等の提言を行った。

今年度は、重要テーマである「ACPの普及・展開」を挙げており、研修会において地域におけるACPの取組み・好事例等を取り上げる予定である。

広島県 本県では、平成25年度に広島県・広島市・広島大学と本会で構成する「広島県地域保健対策協議会」に「終末期医療のあり方検討特別委員会」を発足させ、ACP普及を目標に活動しており、令和3年度からは「ACP普及促進専門委員会」として普及活動に取り組んでいる。

これまで活動の中では、「ACPの手引き」、「私の心づもり」などのツールやDVDの作成、地区医師会を通じたモデル事業などを実施した。「ACPの手引き」については、実際に使用された方や医療関係者等からのアンケート調査の結果等から改訂を重ねて、現在第3版となっている。これまでの配布総数は22万部を超えており、非常に広く使われている。今年度はいい看取りの日（11月30日（土））に一般県民や医療従事者を対象とした講演会を開催し、医療介護に関する多職種からご自身が経験したACPについてお話しいただくことを企画している。

山口県 ACP普及に関する医療・介護の連携については、市町・郡市医師会による取り組みが中心で地域差はあるが、各市町の高齢者保健（介護、福祉関係）の所管部署を中心に会議や講演会等を通じて、医療・介護・福祉関係者への知識・情報・認識の共有、住民への啓発に取り組まれている。

また、本県では救急医療の現場（県メディカルコントロール協議会）の取り組みにより、救急隊が心肺蘇生を望まない意思表示をしている傷病者の意思を尊重しなければならない場合に、一定の要件を満たしている場合のみ、心肺蘇生を中断し「かかりつけ医」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐことができる運用が、令和3年11月から開始されている。実績として、令和3年11月～令和4年12月までで18件と事例はまだ少なく、住民への啓発と同時に医療・介護従事者への理解・周知がさらに必要と思われる。

その他に、本県は在宅医療のニーズが特に高まる85歳以上の人口は令和22（2040）年まで増加する見込みであり、在宅医療を担う医療・介護従事者、行政職員等を確保していくことは重要な課題であるため、各地域の事例の横展開や全県的に実施したほうが効率・効果的なテーマ・取り組みについて本会から提案し、今年度は在宅医療への新規参入や多職種連携をテーマとして、リレー形式によるオンライン研修会を県主催で開催している。その中で、ACPについても医師会等と連携して積極的に取り組んでいる市から報告がされている。

いずれにしても、地域医師会と市町行政が地域の実情に即して進めることが重要であるが、今後の県全体としての効果的な取り組みに向けて、各県の取り組みを参考にさせていただきたい。

徳島県 本会では平成30年より、医師会を中心に医療関係者（医師中心）にACPの普及が始められた。当時のACPは、将来の変化に備えて将来の医療及びケアについて、本人を主体にその家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことで、終末（事前）指示書やエンディングノートとの差異が不明確であった。

令和3年からACPのPlanningからPlanningに必要なPieceの収集のためのロールプレイの研修を始めて、行政職（地域包括支援センター・保健師）に広がり、さらに保健師や医師会員共同で地区住民に講演が広がっている。また介護支援専門委員には、ケアプラン作成の情報収集の一助となる（適切なケアマネジメント手法に類似）ACP研修（徳島県緩和ケア研修会）に参加してもらっている。

共有情報（言語）として徐々にではあるが、医療・介護・行政・住民の認識と普及が広がっている。

香川県 本県では、県医師会、各郡市地区医師会でさまざまな取り組みが行われている。健康なうちから自分の思いを提示し、家族や専門職と話し合うことが重要であるが、医療・ケア専門職との話し合いが十分に行われていないことが課題と考えている。

本会では、県民公開講座の開催、ACPを解説する手引き（県民向け）・終末期意志表明書の作成、専門職向け研修会、E-FIELD活用と同形式研修会等の実施している。

愛媛県 令和4年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟入院料では、「適切な意思決定支援に係る指針」の作成が施設基準となった。さらに令和6年度の診療報酬改定で、原則入院料を算定する医療機関においては「適切な意思決定支援に係る指針」の作成が義務化された（経過措置は令和7

年5月31日まで)。

今治市医師会では、入院患者の意思が退院後も反映できるように救急隊と協議し尊厳死を希望する患者は、自宅の冷蔵庫に尊厳死希望の用紙を張っておくこと、救急隊はまず冷蔵庫に張り紙がないか確認することとして、本人の意思が救急時に反映するよう協議した。

松山市医師会では、地域医療介護総合確保基金事業として、平成27年「松山市在宅医療支援センター」を開設し、同年度中に多職種にACPを普及する研修の場を設けた。

高知県 県行政とともに取り組むACP普及への本会の取組みは、次のとおり。

＜医療関係者や県民への普及＞

「人生の最終段階における医療・ケア検討会議」(県健康政策部在宅療養推進課)

2019年1月に厚労省が発出した「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」の(6)住民への普及・啓発の取組、①人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発を進めるために県行政と協議を進め、検討会議が設置され、同年9月に第1回会議が開催された。

県や地域行政、医師会、職能団体で開催する研修会、講演会、出前講座などの講師派遣、ACPに関するアンケート、パンフレットやチラシ作成、相談員研修会への参加やファシリテーターの養成を行っている。

＜救急搬送時への対応＞

県救急医療協議会・県メディカルコントロール専門委員会で審議後、救急搬送時への対応として、心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコルを実施している(令和6年5月28日施行)。このプロトコルは、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会と救急業務のあり方に関する検討会(総務省消防庁)をもとに高知県が策定しており、東京都をはじめ全国で策定されている。

岡山県 本会ではACP普及に向けて2018(平成30)年から移動会長室事業として研修会を計42

回開催した。アンケート調査では医師35%、介護支援専門員40%に参加経験があり、今後も実施を継続予定で、参加者たちが今後地域でACP普及に尽力することが期待できる。また本会では、「医療介護連携体制整備事業」として郡市地区医師会が実施するACP研修会等に補助を提供し研修会の開催を促している。

〔報告：理事 國近 尚美〕

第3分科会A「勤務医」

テーマ：医師の働き方の適正化に向けた取組みについて

2024年4月より勤務医の働き方改革が始まり、「勤務医の時間外労働の年間上限規制により原則960時間」「連続勤務時間制限、長時間勤務医師の面接指導などで、勤務医の健康確保を目指す」など、医師の労働時間に関する取り決めを中心として、医師の働き方の適正化に向けた取組みが開始されたが、地域医療、救急医療、産科医療に与える影響が懸念されている。

地域医療体制改革・働き方改革・医師確保対策の「三位一体」の取組み状況についてお伺いしたい。

医師の働き方改革の影響について、宿日直許可を受ける医療機関が多く、現状では大学病院による医師派遣の引き上げなどの実態はみられない。ただし、実際の勤務実態との乖離や、自己研鑽という名目で労働時間を過少申告していることで、長時間労働の実態が見えなくなるという報告があった。

また、地域における医師不足、医師の偏在問題は深刻化しており、多くの県で特に若手医師の都市部と地方の偏在が大きな問題となっている。働き方改革によって医師の労働時間規制が強化された結果、業務量に変化のない中において医師の負担がかえって増加している報告があり、これらが医師不足や医師偏在を悪化させる可能性があるという意見があった。

医師不足対策として、地域枠医師の制度は多くの県で導入され、改善傾向もあるという中においても、卒業後の地域定着率が低い。

地域枠医師の効率的配置など各県での取組みが行われているが、地域医療の魅力向上や、地域枠医師の専門医資格取得のためのキャリア形成・支援など、定着率向上に向けた取組みが必要である。

地域医療体制の維持の困難さとしては、働き方改革による医師の労働時間規制は、病院の経営や地域医療の提供体制に影響を与えており、特に救急医療や周産期医療など、医師の負担が大きい診療科ではサービスの縮小や病院の閉鎖などが懸念されている。地域の実情に応じた柔軟な対応や医師の負担を軽減するための対策を求められている報告があった。

若手医師の意見

- 働き方改革により、定時で業務を終了する雰囲気醸成されている。しかし、日中は救急対応が入るなど、仕事量は以前より増加しており、自分一人の力では終わらないと感じる。宿日直勤務については、翌日の通常勤務が可能であるが、実際は就寝できない先生が多いため、午後休を取得できる制度になっていても、休んだ分の仕事量が蓄積してしまう。
- 大学病院時代は、長時間病院内にすることが多く自己研鑽・仕事に追われていた。収入面では、いかにアルバイトを増やすかが収入につながる。また、外科医が減少傾向にあることを若手医師は感じているので、QOLを重視した改善が必要である。
- 収入面で不平不満はないが、3年目以降の研修医は、当直明けの午後休でも残って仕事している。一定時間を超えると病院から指導が入るため、自己研鑽扱いとしているのを見て、研修医仲間でQOLを意識し始めるようになった。
- 研修医1年目として、想像していたより働きやすい環境にある。休みやすいのはありがたいが、経験不足に焦りを感じる。
- 研修医は宿日直がとれず、勤務の扱いとして、当直の翌日は休むようにと指導されていることから、当直勤務の曜日によっては、週2日しか勤務ができない時がある。本来研修医のやるべきことは臨床修練であり、本末転倒な状況である。体力的には楽だが本来やるべきことを自分

自身ができているのか、経験に関して不安を感じる。先輩研修医は、当直の場合、一部宿直が認められて、その月の中で1日だけ休暇を取らなければならない制度になっているが、医師の少ない診療科ではカバーできない現状があり、制度上は改善傾向にあるように見えて、実情はそうでないと感じている。

- 自治医科大学義務年限後の定着率の低さの原因として、地域枠よりも専門医を取得するペースが遅れることで焦りを感じて離脱してしまうので、地域枠の中の同じ境遇の繋がりを強めることが重要になる。また、スペシャリストとしての強みがないことに不安を感じる。専攻する科によるが、専門医の取得が遅れることは事実であり、地域に義務年限後の地域枠医師を定着させるためには、後期研修期間でサブスペシャリティを取得できれば、地域に出たときに自分の役割が実感できる。後期研修期間がどの程度必要かは科によって違うので、現実的には難しいかもしれないが、専門医まで取得して、地域で活躍できるようにさせてあげることが理想だと感じる。
- 働き方改革が周知徹底される反面、業務量は増加している。自己研鑽の部分において、3～5年目に負荷がかかり、不調を訴える医師がでてくるのではないかと心配している。働き方改革を意識するあまり、かえって歪みが生じ、管理者等にしわ寄せがくることが大きく懸念されることから、研修の機会を十分確保することを理解し、それに沿った制度改革にしてほしい。

第3分科会B「医師会の組織強化」

テーマ：会員数増強について

～近年の会員数減少に対する各県の具体的取組みとその成果～

会員数の減少は各医師会で大変重要な課題である。開業医会員数は近年減少し続けており、会員増強のためには勤務医・研修医の入会を増やすことが最も重要であり、喫緊の課題である。一方で、組織力強化は会員数の増加に留まるものではない。大学病院や市中病院等の中堅の勤務医や研修医が医師会活動の意義や重要性を認識して医師

会の存在意義を理解する、その結果として、医師会がさらに良い方向へと向かうことが本当の意味で組織力強化と言える。

1. 開業医会員減少に対する有効な方策について

各県でも開業医会員は減少しているが、減少に対する有効な方策は見い出せておらず、取組みとして医業承継支援事業（鳥取県、愛媛県、山口県）、入会金等の負担軽減措置（高知県）が報告された。今後は医師会も行政も、開業医の減少を前提とした事業の組み立てが必要との意見があった。

2. 勤務医会員は県医師会までは入会しても日本医師会への未入会者が多いことに対する解決策について

徳島県と高知県では県医師会に入会している勤務医会員は、ほぼすべてが日本医師会に入会しているが、その他の県では開業医会員と比べ勤務医会員の日本医師会への入会率は低い。その対策として、日本医師会費の値下げ要望、日本医師会医賠償保険及び医師年金等の具体的なメリットのPRなどがあげられた。勤務医会員の加入促進には、各県、力を尽くしており、県医師会執行部の病院訪問、研究・学習支援事業（若い勤務医に対する医学論文制作補助）等の実施が報告された。

3. 研修医会員増加の理由と入会後の満足度について

研修医会員増加の主な理由は医学部卒業後5年間の会費減免（無料化）であり、その他の理由として、勤務先や上級医からの勧め、日本医師会医師賠償責任保険への加入が挙げられた。会費が減免（無料）となる5年間の過ぎた後も会員を継続していただくには、無料期間のうちに医師会に関わることで充実感を得てもらうことが大事であり、研修医を対象とした研修会の開催、学会発表や論文作成時の文献検索支援、医師会活動の有用性として日々の先生方の診療に医師会がいかに見えない形で係わっているのかを伝えていくことが重要との意見があった。

若手医師の意見

- ・若手医師は参加費が高額なハンズオンセミナーに参加しているので、自分の知識になるものにお金を支払うことへの抵抗は若手医師にはないと思う。若手医師を対象としたハンズオンセミナーやオンラインセミナーを開催することで加入に繋がるのではないかと。
- ・医師会に入会しているが、これまで医師会について深く考えたことはなかった。目の前の診療や、知識を得ることに手一杯で医師会に意識を向けてこなかった。今の自分に必要な情報や、今後必要となる研修会等を医師会が開催しているという情報を発信していただくことで5年目以降も継続する人がいると思う。
- ・研修医になった後、医師会について説明を受ける機会はあったが、学生時代にはあまりなかった。学生のころから医師会を身近に感じるように何度も説明することが大事だと思う。
- ・医師会入会にメリットもデメリットも感じていない研修医が多いと思う。会費無料期間が終わると会費というデメリットが生じてしまう。メリットを受けるために負担が生じることは当たり前のことであるが、そこが目立たないように目に見えるデメリットの軽減が必要だと思う。
- ・医師会は開業医の組織という先入観があった。その先入観が根底にある中で医師会について説明していただいても話が入ってこなかった。
- ・JMATをきっかけに入会した。JMATはDMATのように事前の訓練を受けていなくても手上げをすれば参加できる可能性があるため、災害医療に関心を持っていても飛び込めていない人にはよい機会だと思う。

A「勤務医」・B「医師会の組織強化」に対する日医の見解

今村日医常任理事 日医が8月から9月4日まで行った医師の働き方改革に関するアンケート調査結果の速報値については、ほぼ想定範囲以内である。

ただ、管理者側の負担は非常に大きくなっており、救急や大学病院からの医師派遣等に大きな影響は出ていないが、今後5%程度影響が出る可能

性がある。

宿日直許可については、多くの病院が取得していても、中にはほとんど休んでいない状況が続く若手医師の意見もあり、実施されたばかりの状況で今後どのようになるか注視していく。労基に駆け込む前に、管理者側がしっかり意見を聞き、医師会へ相談するなどの対策を立てて欲しい。

医師の働き改革は、勤務医を守るための改革であることから、自己研鑽も決して管理者側から押しつけてはいけないことになっているので、労使の考え方についてしっかり説明して欲しい。その中で、若手医師が自己研鑽を積むための仕組みづくりも大事である。働き方について大きな課題があれば日医へ声を寄せていただきたい。

組織強化については、日医会員は皆様のご協力により、現時点で17万7千人となった。

日本医師会員の半数以上は勤務医であり、医師会の存在を勤務医に感じていただくために設置された未来医師会ビジョン委員会の答申では、日医がわが国最大の医局機能を発揮することが勤務医にとって大きなメリットになるのではないかということが述べられている。

制度との関係において、新しい地域医療構想の在り方として、医療と介護の連携、地域との関わりが大きくなることが予想される。かかりつけ医機能報告制度及び研修制度の多くの部分を都道府県及び郡市区医師会が担っている。医師活動をしっかり行っている地区では、医療介護連携もうまくいっていることが国の委員会でも報告されていることから、ここで医師会の存在をアピールできれば、若手医師にも理解していただけると考える。

また、今後のかかりつけ医機能制度について、無医地区への派遣が増加していくことが予想されるため、病院勤務医がかかりつけ医機能の役割を發揮していただけるように、活動したいと考える。JMATの活動についても、医師会として活躍すべき活動だと考えている。

学術に関して、英文史『JMA Journal』が、インパクトファクターを取得した（指標1.5）。掲載料が無料となっているので、若手医師には日医図書館など利用して、この機能を活用してほしい。

松本日医会長 医師の偏在問題については、一つの施策だけで解決することは難しい。さまざまな理由で都市部に人口が集中しているの、一つの施策では効力を発揮しないかもしれないが、いくつもの施策を組み合わせることで少しずつ是正に向かうと日医は考えている。

医師が少ない地域に法的な強制力を掛けて無理に行かせることはできない。若い世代にばかり負担を掛け専門医取得にしわ寄せがいかないように、中堅、シニアの世代にも少しずつ負担を分散させ、なるべく短期間となるような仕組みを考えていかなければならない。

開業制限を行うと駆け込み開業という弊害が起きてしまう。ハレーションを起こすような仕組みは絶対に避けなければならない。特に地域別診療報酬のようなディスインセンティブを効かせ、都市部の診療報酬を下げるような理不尽な考え方には断固反対である。逆に医師の少ない地域の診療報酬を上げるとその地域の住民の負担は増してしまう。こんなおかしな話はない。北風政策ではなく太陽政策でいかなければならない。インセンティブの出し方は難しいが、医師を派遣する病院と派遣される医師個人、どちらにもインセンティブが与えられないかと国に1,000億円の基金を創設するよう提言している。

組織強化に関しては、理念だけで入会していただくことは難しいので、なるべく多くのメリットがあるように今後日医でも考えたいが、そうはいつでも理念は大事である。数だけ増えればいいとは思っていない。数と質がマッチしてこそ日医の組織力は増すと考えている。まずは会費を無料化した医学部卒業後5年以内の会員を増やす。ここが程度増えれば成果ありとして6年目以降の方々の検討を行うことができるので、まずは5年目までの方にできる限り入会していただき、日医の雰囲気を知っていただくことが大事だと考えている。若い医師にだけ入会していただいてもどうなのかという話をお聞きするが、入っていただかないと勝負にならない。5年で退会される方は多いが2割程度は会費を負担することになっても残っていただいている。すべての方が退会してしまうのではないのでご理解いただきたい。

自己研鑽の問題に関しては、各病院で労使が自己研鑽とはどのようなものなのかしっかりと話し合っただけでコンセンサスを取得しておくことが大事で、後のトラブルを防ぐことになる。管理者の先生方にはトップマネジメント研修をしっかりと受けるなど管理者側も勉強することが大事である。

[報告：副会長 中村 洋]

第4分科会A「学校保健」

テーマ：学校心臓検診について

学校心臓検診は、昭和48年の学校保健法施行規則の改正により、定期健康診断として実施が義務付けられた。しかし、各市町村でその実施方法が統一されておらず、心電図検査を行う学年についてもまちまちであった。

平成6年12月の改正から小学校1年生、中学校1年生、高等学校1年生全員に心電図検査が義務付けられたが、未だ省略4誘導心電図による実施と12誘導による実施が混在している状態である。以前は心音図を記録して、先天性心疾患を発見することが学校心臓検診の目的の一つであったため、省略4誘導心電図による心音図の同時記録が重要な役割であった。しかし、現在では主な先天性心疾患は学校心臓検診以前に発見されることが多く、同検診で発見されることの最も多い先天性心疾患である心房中隔欠損の発見のためには12誘導心電図が向いており、不整脈診断に対しても必要なことから、今後は12誘導心電図記録を行うことが推奨されている。12誘導への変更にはコストの問題と検査に要する時間の問題があると言われており、また、心臓検診データの判読、その後の取扱いについても各市町村で地域差があり、統一した扱いがなされておらず、さらに検診データの管理、保存についても扱いが明確になっていない地域は少なくない。学校健診データをPHR（パーソナルヘルスレコード）に活用する実証事業が進められているが、これらのためには学校検診データの標準化された取扱いが必要ではないかと思われる。

(1) 12誘導への移行状況はいかがか。

回答 岡山県では12誘導心電図をしているとこ

ろは小中学校で6割程度であるが、ほぼ心音図検査も行われている。他の県では、ほとんど12誘導心電図に移行していた。山口県では県立学校における12誘導の実施率は98.8%（1校のみ6誘導）、市町立学校における12誘導の導入率は94.7%（1市町のみ6誘導）であった。小学1年生においては4誘導心電図+心音図の検査の方が有用であるとの意見もあった。

(2) 検診後の判読の方法と、データの取扱いはどのようにされているか。

回答 判読は各県で工夫をしていて、検査委託業者あるいは各郡市医師会で行っており、特定の小児循環器医師、大学医師による判読をしているところもあった。山口県では県医師会学校心臓検診検討委員会で「心電図判断基準（学校心臓検診二次検診呼び出し基準）」を作成し、参照してもらっている。

データの取扱いについては、多くは各学校、市町教育委員会、検診委託業者、保健協会などで5年間保存されている。山口県では「学校心臓検診精密検査受診票（4枚複写）」を主に学校が発行し、二次検診医療機関が記入するシステムで、学校、県医師会でそれぞれ保管している。

(3) PHRへの対応をされているか。

回答 ほとんどの県では対応されておらず、統合型校務支援システムを導入している県もあった。ただし、そのデータをマイナポータルと紐づけてきているところはなかった。なお、紙媒体でデジタル化できていない県もある。

渡辺日医常任理事より、「現在のところマイナンバーとの紐づけはできない、厚労省では保存はしない、保存されたデータを個人が見ることはできるが共有することはできない、園ではインターネットに接続されたパソコンがなくてデータを管理することができない、PMH（Public Medical Hub）を使用して母子保健並びに学校保健のデータを一括管理することができないかを厚労省は検討している、まずはデジタルデータにすることが必要」等の発言があった。

[報告：常任理事 河村 一郎]

第4分科会B「子ども医療」**テーマ①：ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種状況**

令和4年4月よりHPVワクチン定期接種の積極的勧奨が再開、積極的勧奨差し控えの期間に接種の機会を逃した女性に対するキャッチアップ接種も実施されている。しかしながらHPVワクチンの接種率は低迷しており、令和4年度の全国平均は42.2%で、キャッチアップ接種率は10%に届いていない。岡山県ではマンガ、リーフレット、動画、知事自らの講和や出前講座が効を奏したのか、令和4年度のHPVワクチン1回目接種率は63.8%であったが、令和7年3月で終了となるキャッチアップ接種率は伸びていない。各県の接種率の現状と接種率向上に向けた取組みはいかがか。

(1) 各県でのワクチン接種率の現状

山口県 HPVワクチン定期接種の実施率（※接種者数を標準的な接種年齢である13歳女子の総人口で除して算出）は、令和4年度は1回目：46.6%、2回目：46.0%、3回目：39.9%、令和5年度は各々62.3%、41.2%、25.6%となっており、初回接種率は上昇傾向にある。

キャッチアップ接種について、令和4年度の対象者は49,725人（令和4年10月1日における17～25歳の人口）で、実施率（※接種者数を対象者数で除して算出）は1回目：6.8%、2回目：5.9%、3回目：4.2%であり、令和5年度の対象者は54,026人（令和5年10月1日における17～26歳の人口）で、暫定的な実施率は1回目：5.8%、2回目：5.3%、3回目：5.5%となっている。

他県の状況 各県ともほぼ同様の傾向で、令和5年度定期接種1回目の接種率は60%台で、一部の県では70%台になっており、定期接種については増えてはいるが、まだまだ低調な状況である。キャッチアップ接種については、接種率が伸びずに低調な状況であり、憂慮される。

(2) 好事例（特にキャッチアップ接種について）**を含めて、その取組み**

山口県 HPVワクチン接種推進は重要施策として、県・市町・学校・医療機関が連携して取り組んでいる。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发出している。県は、休日夜間の接種が可能な医療機関が分かるように医療機関一覧を県ホームページで公表、ワクチン接種のさらなる促進に向けて県及び県医師会との連名により各市町あて住民に響く積極的な勧奨実施を要請（令和5年10月）、女性のがん対策「ピンクリボン月間」運動に併せて県民・医療関係者に向けて県知事メッセージを発信（令和5年10月）、県で作成した「みんなで知ろう 子宮頸がん予防 HPVワクチン」と題したリーフレットを各市町並びに医療機関等に配付、若い世代の接種対象者やその家族がHPVワクチン接種に関心が高めるための啓発動画を作成して県ホームページやSNSなどを活用して情報を発信、令和6年9月11日の県知事記者会見ではキャッチアップ接種について取り上げて県民への周知を行った。県医師会としては、県民に向け、県医師会記者会見によるHPVワクチンについての情報発信（1回目：令和4年7月：HPVワクチンの積極的勧奨再開について、2回目：令和6年8月：HPVワクチンキャッチアップ接種について）、県医師会で作成したHPVワクチンのリーフレット、ポスターを学校の協力のもと接種対象者に配付、キャッチアップ接種の最終年度にあたり行政・学校関係者・医療関係者が一同に会してHPVワクチンの副反応の現状や対応をテーマとした県医師会主催の予防接種医研修会を開催した（令和6年6月）。

他県の取組の状況 各県とも令和7年3月末でキャッチアップ公費接種期間が終了となることから、情報発信に力を入れている。

島根県 定期接種・キャッチアップ接種対象者やその保護者等に向けた情報を県の広報誌、新聞、ラジオ、テレビ番組、公式LINEで広く周知。岡山大学主催のHPV予防接種拠点病院整備事業を活用し、グッズ（うちわ）の配布や松江城のライトアップを実施。

香川県 HPVワクチン予診票の単独配布ではなく、概ね小学6年生を対象に配布している比較的接種率の高い二種混合ワクチン予診票と同時に同封にて配布。

愛媛県 松山市では、キャッチアップ世代に対する新たな個別接種の試みとして、医療機関1施設においてワクチン接種のための特別枠（土曜日午前）を設けて、市LINEでの電子申請予約を行ったところ1.5日間で定員48名に達した。LINE等の利用が有効かと考えられた。

[報告：常任理事 縄田 修吾]

テーマ②：新設された『1か月児』と『5歳児』健康診査事業助成の現状と問題点：

出産後から就学前まで、切れ目のない健康診査の実施体制を整備するために、新たに「1か月児」及び「5歳児」健康診査の費用を助成する支援事業が令和6年4月より始まった。1か月児健診は原則として個別健診で、発育や栄養状況、身体異常の早期発見、こどもの健康状態や育児相談等を目的としている。5歳児健診は原則として集団健診で、発達障害など心身の異常の早期発見、育児上の問題点など、必要に応じた専門相談等を目的とするものである。

岡山県小児医療協議会健診班は、令和5年12月～令和6年1月に県下27市町村に岡山県の健診体制調査を行い、1か月児健診は産科で実施されていることが多く、新たに児が健診を受けることへの負担が指摘されている。また、5歳児健診が実施されているのは4市町村のみで、いずれも巡回方式であった。未実施の市町村では、マンパワー不足とアフターケアする療育機関が少ないなどの問題点を指摘している。

(1) 各県における「1か月児」と「5歳児」健康診査事業の現状

回答 1か月児健診については、山口県、徳島県、香川県、愛媛県では、ほぼ全例小児科医が健診を行っているが他県では産科が行っている所が多い。山口県では令和6年度は全市町にて国庫補助で行われる予定である。

5歳児健診は、鳥取県は平成19年度から全市町村で実施している。全員を対象とした集団健診がほとんどであるが、一部医師確保の問題から選定した対象者のみ実施している市町村もある。香川県では現在7市町が実施済で、うち5市町は補助金申請可能な悉皆健診を実施している。

(2) 問題点

回答 5歳児健診の問題点は医師等専門職の確保が困難、健診時間がかかること、療育機関等実施後の受け入れ体制が不十分であること、現在行われている5歳児発達相談会や就学前調査で必要性を感じていないことなどがあったが、専門職が足りないことに対する対応策を考えるのではなく、非専門職（保健師など）が初期対応できるような環境整備や対応力向上を図ることが重要との意見もあった。

日医への要望・提言

1. 学校健診の標準的診察法について（鳥取県）

児童生徒にも配慮した標準的な診察方法などをマニュアル化し、各教育委員会に通達していただきたい。

渡辺日医常任理事 マニュアルを細かく作成すると、逆に実施しないと問題になる可能性もある。来年度実施状況を調査する。

2. 学校医報酬について（鳥取県）

地域によっては学校医のなり手不足が危惧されており、標準的な学校医報酬を提示していただき、学校医の確保のための環境づくりも考えていただきたい。

渡辺日医常任理事 人事院勧告で地方交付税が出されている。各郡市医師会で県・市町に交渉していただきたい。

3. 医師と学校の連携による児童生徒を対象とするゲノム医療の普及啓発活動（広島県）

児童生徒を対象にゲノム医療に関する教育・普及啓発活動を行うことで、ゲノム医療、ひいては

遺伝に関する国民のリテラシーが向上し、医療・福祉の向上にも寄与すると考えられる。日医として、このような活動が促進されるような取組みを検討いただきたい。

渡辺日医常任理事 文科省と相談し、検討していく。

4. 小児かかりつけ診療料の算定要件（発達障害等に関する適切な研修）について（香川県）

小児かかりつけ診療料の算定要件に発達障害等に関する適切な研修を修了していることが望ましいとの記載がある。現時点で、その対象として認められている研修会は、①日本小児神経学会“子どものこころのプライマリケア・セミナー”、②日本小児科医会“「子どもの心」研修会”、③日本小児保健協会“小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座”となっている。一方、厚労省の都道府県・指定都市を対象とした補助事業であり、まさに、その趣旨に沿って全国の各自治体で現在実施されているかかりつけ（プライマリケア）医等・発達障害対応力向上研修会も上記3研修会に加えて対象とすべきと考える。

渡辺日医常任理事 保険担当理事と相談し、検討する。

5. 新設された「5歳児」健康診査事業助成に関して（岡山県）

多くの県で、すでに保育施設等の巡回等により、グレイゾーンにある発達障害児や育児に問題のある園児は、ある程度絞り込まれている。全員を対象とした「5歳児健診」は、非現実的であり、多大の労力を必要とする。個別健診、グレイゾーンにある児童に焦点を絞った健診もありかと思う。園医方式、巡回方式、集団方式等、地域の実情に応じた種々の方式が「5歳児」健診の補助対象となるように要望する。

渡辺日医常任理事 日医母子保健委員会で今後、5歳児健診のワーキンググループを立ち上げるので、そこで検討する。園医が園で行う方式だと、

園に通っていない子が含まれないので悉皆健診とは言えないということで、そのようにやっていて申請したが国から却下された市がある。ただし、園に通っていない子も保健センターなどで健診を受けてもらえばよい。現在、2～3年後に悉皆健診ができれば選択した子でもよいとなっている。

各県からの提出議題

岡山県医師会が用意した議題以外で各県の現状について質問したい事項として、事前に以下の2題が提出され、各県が冊子上にて回答していることもあり、当日の本セッションでは言及されなかった。

1. 耳鼻咽喉科の就学前健診における音声言語検診の現状について（島根県）

令和4年度の日耳鼻・臨床耳鼻科医会学校保健全国代表者会議において、就学前健診における音声言語検診の普及に向けての実技講習を含むセッションがあり、各都道府県地方部会の学校保健委員長がこの流れを持ち帰り、すべての耳鼻咽喉科学校医に啓発し、音声言語検診の拡充を図るべく鋭意努力されているものと推察する。

島根県においても地方部会総会でこの趣旨を伝達し、すべての学校医の先生方をお願いしているところであるが、手始めに安来市において令和5年秋の就学前健診で音声言語検診を初めて行ってみた。その結果、数十人に1人程度と予想していた「所見あり・耳鼻咽喉科の受診をお勧めします」の児童が案外多く、実感としては10人に1人程度おり、大変驚いた。それを受け、早急に受け皿となって連携していただける言語聴覚士と相談し、現在は安来市内で事後対応がほぼ完結できる体制を確立した。

音声言語の問題は、発達や聴覚の問題が密接に関係するケースもあり、個々の対応も一筋縄ではいかず、この点も含め、各県の現状や対応について、お伺いしたい。

山口県 音声言語検診の実施方法について、耳鼻咽喉科学校医は理解しているが、令和6年7月に山口県耳鼻咽喉科医会の会員に行った就学前健

診における音声言語検診に関する調査に回答した21名中、音声言語検診自体を行っていない会員が7名(33.3%)あり、絵カードを含めた検診まで行っている校医は21名中0名であった。検診時、児童に「○○○○(氏名フルネーム)デス。ヨロシクオネガイシマス。」と言わせて、発音をチェックする方法が11名(52.4%)で、保健調査票で「発音が悪い」などの保護者からの訴えがあれば、さらに詳しく発音を確認するという方法が2名で行われていた。学会・医会の示した方法で実施することが望ましいことは論を俟たないが、「日耳鼻の推奨する方法は、現在の就学時健診の時間、報酬等から考えて非現実的。もし、それを行うのであれば、通常の就学時健診とは別枠で時間をとって行う必要があるのではないか」との意見もあった。

耳鼻咽喉科外来での事後措置で異常と診断された場合、必要があれば大学病院や音声言語外来のある病院等に紹介することになる。言語聴覚士が各クリニックとどのように連携しておられるのかなど、参考にさせていただきたい。

他県の状況 徳島県では耳鼻咽喉科校医の約20%が音声言語検診を行っているが、検診後に受診する受け皿が足りていないのが現状で、言語外来予約や訓練開始が数か月待ちになっている。香川県では就学時健康診断時に耳鼻科医等医師による音声言語検査を実施し、所見のある場合は受診勧告を行っている自治体もある。高知県では就学時健診において、現在のところ耳鼻咽喉科医が出務しているところは少なく、音声言語検診については学校健診で特に1年生になるべくしていただくように依頼しているが、実際には音声言語検診を施行している学校医は2~3人程度で、まだまだ普及していない状況である。この3県以外は実施に至っていないとのことであった。

2. 学校内科健診の課題について(山口県)

学校健診での脱衣については、令和6年1月22日付け5初健食第13号通知「児童生徒等のプライバシーや心情に配慮した健康診断実施のための環境整備について」などで通知がなされてき

たところだが、近年、全国的に問題となっているケースもある。

(1) 各県で問題となったケースはあるか。

他県の状況 体操服の下から聴診器を入れて行うやり方の際、体操服の上げ方について生徒が不満を持ち、親から学校にクレームが入ったケースがあったと回答された県があった。また、地区医師会や学校医個人から「着衣での健診実施は正確な検査・診察の上では支障がある」、学校医から「服の上から聴診器をあてても正しく聴き取れない、着衣での健診では責任がもてない」等の意見があったと回答した県もあった。

(2) 県内(あるいは地域)で統一した健診の脱衣に関する指針などを作成されているか。

他県の状況 ほとんどの県が作成していないが、市町村によっては作成していると回答した県もあった。

(3) 県医師会あるいは県教育委員会から健診における脱衣について独自の通知などされているか。

他県の状況 県教育委員会に対して「1月22日付けの文部科学省通知は一律に原則着衣のままでの検査・診察を求めるものではなく、正確な検査・診察に支障のない範囲でプライバシーや心情に配慮した対応を求めるものであること」「正確な検査・診察が可能な健診実施方法は、学校医の意向をよく確認の上、学校と学校医との共通認識を十分に図られるよう配慮いただくこと」「正確な健康診断ができる環境整備と、その対応に関する児童生徒等及び保護者への説明は各学校の責任において対応いただくこと」について、学校現場に改めて周知していただくよう依頼していた県があった。

(4) 聴診は必要ないのではとの意見もあるが、どのように考えられるか。

他県の状況 聴診は必要と考えている一方、「必要ないという意見は理解できる」「学校健診における聴診により新規に発見された不整脈を含む心

臓疾患の頻度が高くないとの調査結果もあり、議論の余地を残している」と回答された県もあった。

[報告：河村 一郎]

特別講演 I

最近の医療情勢とその課題

日本医師会会長 松本 吉郎

中国四国医師会連合委員長・岡山県医師会長の松山正春先生の座長で特別講演 I として9月28日の午後3時45分から1時間、スライド201枚を使っての密度の濃い講演が行われた。

1. 新たな執行部の運営

自民党の総裁に、鳥取県から石破総裁が選ばれ、中国・四国の先生方にとって、おめでたいことである。岡山の加藤先生も私どもにとっては社会保障のリーダーなので、今後も支援していきたい。石破総理には特に疲弊している地域医療をしっかりと守っていただきたいと強く要望し、総理からはしっかりとやっていきたいというお話をいただいている。今後、補正予算を組まなければ、次の診療報酬改定まで待てない部分があるので、そこを目指して頑張っていきたい。

2. 組織力強化

医師会は三層構造で、地域医師会が一番の核だと思う。郡市区医師会が元気でなければ、医師会は成り立たない。郡市区医師会を県医師会が支え、そして日本医師会がそれを支えることで一致団結して一体となっていく。ただ、強い口調で攻め立てても、財務省の牙城は崩せない。前年比で会員数が2,000人以上増えたのは、2001年以降22年ぶりで、皆様の力で達成できた。三師会統計による割合は年々減っており、組織率が50%を切るのではないかと考えていたが、切らずにすんだ。50%は一つの防衛ラインなので、何としても守るべきだと思っている。令和6年7月に日医会員は177,170人に増え、過去最大である。組織率を上昇反転させることが大事なので、頑張っていかなければならない。良い医療を実現するためには、国会議員の先生方の力を借りて省庁や国会に出さなければならない。中医協では細かな問

題は声を張り上げて通るが、財務省が握っているようなお金の問題になると、いくら中医協で声を上げててもそう簡単に通るわけではない。財政規律を重視している国会議員の先生方に、私たちの社会保障に対する思い、特に医療関係の思いを訴えていくことが非常に大切である。また、来年の7月の参議院選挙はさらに重要で、医療政策の実現に向けて、しっかりと現場の意見を踏まえて、それを伝えていくことが大事である。

会員情報管理システム(MAMIS)は10月公開予定で、さまざまな地域で費用が発生するという問題を伺ったので、少しでも軽減できるように、これから日本医師会で考えていく。

日ごろからの「地域に根ざした医師の活動」として、在宅当番や休日夜間急患センターの出務、警察医の業務、障害者の認定、介護認定審査会、レセプト検査、学校保健や産業保健、予防接種など全て、医師会がコントロールタワーとして手分けしていることを若い先生にも話している。自分の医院以外の仕事をほぼボランティア的な活動でしていることを、私たちは言い続けることが大事だと思っている。「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」も行っており、3回目を9月21日に開催している。

3. 医療界の賃上げと診療報酬改定

今回の診療報酬改定は先生方に非常に負担をおかけした。診療報酬を例えば3%、4%上げようとする、財務省から「国民の負担が増える」という圧力がかかる。今回は本体+0.88%だが、かなり頑張った結果である。ベースアップ評価料は、2,800億の予算立てがしてある。今回なぜついたかということ、もちろん政府がベースアップをして、経済をさらに回していくということがあり、財政規律派の先生方もさすがに職員のベースアップに関しては認めざるを得なかったというのが真相である。もっと取りやすい形にしていかなければいけないし、これが本当に絵に描いた餅とならないように、しっかりと頑張っていく。これを取っていないと、診療所はこれを取らなくても、自前で職員の給料上げられると、財務省は独自に判断してしまう。2%とか2.5%は政府目標でこれ

だけ上げてほしいというものなので、それを誤解されている面がある。加算として入ってきた初診6点、再診2点等を全部ベースアップに使えばよいというだけの考え方なので、それで足りなかった時に2.5%行かなかった分を自前で出せという話ではない。事務職員の話についても、クリニックの多くの事務職員はさまざまな事務以外の仕事をしており、対象に加えても、ほとんどのケースでは大丈夫かと思っている。詳細が掲載されている特設ページを日医で設けている。

生活習慣病管理料は非常に厳しい改定であり、-1%を財務省が言い出した。-1%は、医療費でいうと5,000億円で、特に診療所から削るという話になった。-0.25%までは押し返したが、ゼロにすることは残念ながらできなかった。生活習慣病管理料ⅠとⅡと特定疾患管理料の3つがあるので、患者さんの状態を見ながら、どれがいいのかを考えながら使うのが一番だと思う。外来管理加算も、彼らは恐らく半分程度にしたいと企んでいたが、これは阻止した。マイナ保険証も10月から5%できていれば、これから継続して取れる。少しずつハードルが上がるが、なんとか頑張っていたいただきたい。多くの県で10%を超えているので、5%を超えることは決して難しいことではないと思っている。

4. 骨太の方針2024等政府への対応

骨太の方針というのが一番大事で、これが年度の最初の戦いどころだった。厳しい書き方をわれわれにとってされないようにすることが大事で、私たちは気を使っている。骨太の方針は自民党の政調会議の中で決まっていくので、国会議員の先生に私たちの主張を伝えて、そこで発言していただくしかない。骨太の方針が大詰めに近づくと、私はもう一日何十人もの国会議員の先生に電話や直接会いに行き、また私が直接できないところは日医の役員が手分けして、国会議員の先生に当たる。まさにロビー活動で、これをしっかりやっても、成果が出るかどうかはわからない。反対意見の先生もたくさんいるので、その中で骨太の方針の一行一行を変えていくことは、財務省が大抵抗するので非常に厳しい。ここで頑張ったのは、「日

本経済が新しいステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する」ということが注釈にあったものを本文に記載することを運動した。診療報酬だけでなく、補助金や税制措置もあらゆる政策含めて医療政策を提言して実行していくと、6月23日の日本医師会代議員会で私は発言している。

5. 医師偏在対策

医師偏在は、1つの方法で解決するような魔法の杖は存在しない。保険医の制限だけで解決できる問題ではなく、強い制限をせずに、病院も診療所でもある程度の努力をしながらしていくのが正しいやり方だと思う。各世代にも応分に負担を求めて、医師偏在対策をやっていく。若い先生方だけに負担を与えるのではなくて、中堅もシニアも諸先生方が少しずつ手当をして、医師が少ないところを支えていく。診療報酬単価を下げるといった主張は言語道断である。財務省は医師偏在に名を借りた医療費の抑制しか考えてない。こういった北風政策というのはディスインセンティブで、絶対に人は動かない。骨太の方針で日医が主張したということ、日本経済新聞で書かれている。医学部入学定員や地域枠の活用、あるいはシーリングやマッチングも、あまり有効に機能してないところはあるかと思うが、いいところは少しずつ利用していく必要がある。これだけで医師偏在が解決することではない。公的・公立病院の管理者要件の拡大について、日医は提案している。また、若い世代から自由診療に向かっていくのではなく、卒業後何年間かは保険医療機関で保険医として仕事してもらうことが私は重要だと思う。ただこれはあまり厳しくすると、自由診療の否定になるため、専門医を取るまでの間や、2年3年の専攻医の間は、病院を中心とした保険医療機関でしっかりと働いていただくことなども、日医は提案している。

6. 地域における面としてのかかりつけ医機能

面としてのかかりつけ機能も充実させて行きたい。今、外来機能報告によって、特に紹介を重点

的にやる紹介重点医療機関や地域医療支援病院があるが、われわれかかりつけ医、特に中小病院の外来と、診療所の外来は横の関係で紹介逆紹介をやっており、あるいは診療所同士も連携をして、横糸を紡ぐ。もう一つはそのかかりつけ医機能報告制度が新設されるが、自分の診療で、自分のかかりつけ機能を磨いていく、能力を高める、あるいはできることを増やすことによって縦糸を伸ばしていく。その縦糸と横糸を紡いでいくことによって面として地域医療を包み込むことが大事だと思う。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶので、義務付けたりすることには反対である。財務省はかかりつけ医と非かかりつけ医を分けているが、かかりつけ医と非かかりつけ医を分けるような仕組みは絶対にノーと言わなければ、これから先の医療が崩壊する。ただ、医師も自らかかりつけ医として選ばれるように、日医の研修制度を使って、しっかりと研鑽を積むことが大事だと思う。

病床機能報告が始まった。そして外来機能報告も始まった。紹介重点医療機関という話では、紹介を主に受けるような基幹病院の話であり、地域医療支援病院もそうである。ただこれは地域医療支援病院よりももう少し広い概念になっているので、地域医療支援病院とこの紹介重点医療機関は若干オーバーラップする。ここに行く時には、紹介状を持っていく、逆紹介で返すのが外来機能報告で、これはほぼ病院である。今回かかりつけ医機能の報告が始まり、病床機能報告は地域医療構想で、いろいろな見直しが少しずつ考えられている。外来機能報告は横糸の連携関係、かかりつけ医機能は縦糸を伸ばすという意味の機能ということで、3者の整理がなされている。5年を目処にまた見直すという話になっているので、財務省の言っている地域別診療報酬やかかりつけ医と非かかりつけを分けるような考え方は、フリーアクセスの制限になる。

報告はきちんと全科の先生が報告した方がよいと思う。ただ、あくまで報告者の報告を尊重するのが考え方で、外来機能報告にしても、かかりつけ医機能報告にしても、あるいは病床機能報告にしても、報告者の何かを縛ろうとすることではな

く、自主的にしっかりと取り組んだことを報告するものである。医師会はそれぞれの地域に必要な、かかりつけ医機能が発揮されるよう、医師の研修をはじめ行政と連携して地域を面で支える役割を果たしたいと思っているので、このかかりつけ医の研修をぜひ受けていただきたい。

7. 医療界のDX

医療界のDXを進めるためには、医療DXが医療費適正化を目的とする不適切な方向で進むのではなく、私たちの医療機関が効率よく診療ができる、業務が減る、あるいは患者の安全に資するか、医療機関の安全・安心に資することが働かないと医療DXは意味がない。決して電子カルテでなければできないのではなく、紙カルテであっても診療ができることを言い続けないと地域医療は崩壊してしまうので、電子カルテを保険医療の要件とすることは大反対である。「誰一人として医療制度から取り残さない」とは、すべての医師と患者がデジタル化に取り込むということではなく、デジタル化に対応できない患者や医師もたくさんいるという現実を直視し、仮にデジタル化に対応できない状態でも少なくとも今までと同じように患者は医療が受けられる、医療機関は医療を提供できる環境を確保することを目指している。電子カルテの普及だけではなく、電子カルテ情報を標準化、セキュリティの強化など、混乱を招かないようにする、患者に安心して使ってもらうことが重要である。

8. 医薬品関係

保険外併用療養費制度と混合診療は別物なので、これはきちんと理解しなければいけない。新聞はこれを間違えて、保険外併用療法の対象拡大、癌パネル検査の話で、混合診療と書いてしまったが、これは記者の間違いだ。混合診療はある意味保険外だ。セルフメディケーションは、へき地や災害時に買い置きの薬の利用というのはもちろん構わないが、少なくとも財務省が言っているような医療費を減らす目的のためのセルフメディケーションは保険外しに他ならないので反対だ。リテラシーを高める、適正使用する、健診・検診

を受ける、予防に努める、適切に運動する、タバコを吸わない等をしっかり行っていただきたい。

供給不安についても今後取り組んでいくが、数年はかかるのではないかという状況である。医薬品はいつでも手に入って、安くという常識がゆらいでいることは大きな問題で、抗菌薬を中心として命に関わるような欠品が続いた状況は由々しき事だと思っている。

釜萯 敏 先生は小児科医師で日本医師会副会長である。外からいろいろ発言するだけでは、なかなか政治の中で意見が行き渡らないので、ぜひ釜萯先生をしっかり応援していただきたい。国会議員の先生方にもそれぞれ何回も足を運んでいる。今後とも医政活動は非常に重要だと思うので、ぜひ地元の先生方との良好な関係、問題点の共有、地道な取組みが重要でないかと思い、これを最後のお願いとして私の講演を終わらせていただく。

質疑応答

松山岡山県医師会会長 松本会長には、医療に関する問題を全部お話していただいた。例えば、地域包括ケアシステムや地域医療構想でも、われわれはそれなりの覚悟をもっているが、最後には行政から「財源がない」と言われてしまう。そのあたりを何とかしなければ、2040年問題が残るのではないか。

松本日医会長 行政と言っても、例えば構想区域でも20～30万の構想区域から、2～3万の構想区域もあり、同じ「市」でも行政力も異なる。私たちとしては、行政としっかりと連携を取っていくところから始まると思われるので、そこは医師会の力がないとできないと思われる。医師会が中心となっていけないと、おそらく市町での物事は進まないの、協力的でない市町もあるかと思うが、諦めることなく地道に働きかけていくことが大切である。地域住民のために地域の医師会(特に郡市区医師会)がその力を発揮することが大切なので、ぜひ市町の先生方を中心に頑張っていたきたい。

松山岡山県医師会会長 言われるとおりに、市町村によって資質が異なる。大変なところがあるのでないかと思う。

日医でこのような課題に向かって日々苦勞されておられるが、われわれ医師会員が先生のお手伝いをできることがあるか。

松本日医会長 本日は県の役員の先生方なので、今日私がお話したことも多分ご存知のような話ではないかと思う。ぜひそれを郡市区医師会の先生方に伝えていただきたい。ここにいらっしゃる先生方は、診療報酬改定の話でも、理解されている中で、あえて発言をされているのだろうと私は思っているが、やはり郡市区医師会先生方はそこまではなかなかご理解が進んでいないこともあるので、郡市区医師会の先生方に伝えていただきたい。そして繰り返しになるが、医政活動もしっかりしていただき、診療所以外の病院の先生であれば、いろいろな公衆衛生活動など公的な活動も手分けをしてやっていただきたい。私はいつもこういうことを皆様をお願いしているが、日本医師会会長になっても、まだ学校医も30年続けており、保険の審査員も続けており、産業医も1件持っている。皆様方へのお願いする以上は、私もまだ頑張っているの、お力添えを今後も賜りたい。

[報告：理事 中村 丘]

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2日目は、岡山県医師会館で総会並びに特別講演が行われた。

総会

始めに、中国四国医師会連合委員長である松山正春 岡山県医師会会長からの挨拶。厚労大臣を3回務められた加藤勝信 議員が財務大臣に就任されたが、財務省が急に変わるものではなく、昨日の松本吉郎 日医会長の講演にあったように課題が山積である。

来賓祝辞、来賓紹介と続き、江澤日医常任理事から、今回の診療報酬改定については、各地方で意見をいただくが、日本医師会執行部は、日々闘っており、重要な案件は政局で決まりますと、日々のご苦勞が偲ばれる発言があった。

昨年度担当県である香川県医師会より、令和5年度中国四国医師会連合事業報告と会計報告が行われた。令和5年8月には、秋田県医師会へ豪雨災害見舞金が送られた。令和5年7月1日～令和6年6月30日の収入合計41,708,538円、支出合計22,386,313円、収支差引残高19,322,225円で、次年度当番の岡山県医師会へ引き継ぎとなる。

前日の常任委員会で急遽作成された、新会員情報管理システム(MAMIS)に関する要望書が発表された。MAMIS導入に関し、会員への十分な説明、地域医師会を尊重した柔軟なシステム運用、地域医師会におけるMAMISとの連動に関する経費に対する日医の支援等についての要望書が、松山委員長から江澤日医常任理事に手渡された。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

特別講演Ⅱ

歴史のなかの現代世界

東京大学・成城大学 名誉教授 木畑 洋一

1. 「今」と歴史

1) 「脱歴史時代」か

南塚信吾・小谷汪之・木畑洋一「歴史はなぜ必要なのか 脱歴史時代へのメッセージ」岩波書店、2022

脱歴史時代：「今が良ければそれでよいではないか」として、過去や未来の事は考える必要がないという風潮の広がり。しかし、所謂「歴史もの」は氾濫。

←今の時代の意味を考え、未来への手がかりを得るために、歴史に向き合う姿勢。

2) 「今」と過去との往還

「歴史から学ぶというのは、決して単純に一方向のプロセスではない。過去の光に照らして現在について学ぶというのは、同時に現在の光に照らして過去について学ぶことである。歴史学の働きとは、過去と現在の相互関係を通じて、過去と現在の両方の理解を更に深めてゆく促進作用である」E.H.カー(近藤和彦訳)「歴史とは何か 新版」岩波書店、2022

3) 歴史が持つ力

「今」の問題を考える手がかりとなる歴史を歪

曲しようとする動き：「歴史修正主義」

4) 現代世界への視点

「岩波講座世界歴史24 21世紀の世界」岩波書店、2023

本講演で取り上げる問題：疫病、現代の戦争、グローバリゼーション。

5) グローバリゼーションについて

グローバリゼーション：物、カネ、人、情報が国境を越えて地球規模で広くスピードを持って流通する状況…経済に限られぬ人間生活の諸局面で展開。

2. COVID-19 と世界史

1) COVID-19 の衝撃

2) 半世紀前のマクニールの提言

「本書の目指すところは、さまざまに変化する病気の伝搬のありようが、いかに古代から現代まで一貫して人間世界の出来事に大きく影響し続けてきたかを示すことによって、感染症の歴史を歴史学的説明の場に引き入れようとするにある。」ウィリアム・H・マクニール「疾病と世界史」上・下(中公文庫、2007：原著1976)

3) 感染症から世界史を見る

ア) ヨーロッパ中世の「黒死病」(ペスト)

14世紀中頃にヨーロッパ全域で流行→人口の3分の1が犠牲。

中世社会の変容過程に影響。

イ) スペインによるアメリカ先住民制圧と天然痘

スペインによる征服成功の最大要因は武力格差ではなく、彼らの持ち込んだ感染症、とりわけ天然痘である。

ウ) 第一次世界大戦末期から直後の「スペイン・インフルエンザ」

1918～1919年(3波)、感染者5億人以上、死者は少なくとも5,000万人(第一次世界大戦での戦死者900万人、民間人死者900万人)。

パリ講和会議への各国代表団でも感染の広がり(ウィルソン米大統領を含む)。

エ) 感染症の役割を強調することによって見えづらくなるもの

例えばオーストラリアでの「歴史戦争」：白人入植者による暴力の役割の過小評価。

4) COVID-19が考えさせるもの

ア) 人間と自然の関わり方

地球環境問題や東日本大震災などに加えて「ビッグヒストリー」などの流れ

イ) 人々のグローバルなつながりのあり方

ウイルスは国境線に関わりなく拡散するが、対応は国境閉鎖など。

3. ウクライナ戦争・ガザ戦争と歴史的視座

1) ウクライナ戦争

20世紀末から21世紀初めにかけて、領土や資源をめぐる国家間の戦争に代わる「新しい戦争」論の浮上。

→ウクライナ戦争の勃発と長期化はそのような現代戦争論からは大きな衝撃。

国家間の戦争としての性格+伝統的な戦争技術+ドローンの多用など新しい戦争技術+核戦争への転化の可能性。

2) ガザ戦争

2023年10月7日のハマスによるイスラエル攻撃。

←暴力の連鎖としてパレスチナ近現代史の結果

ガザにおける犠牲者の増大(4万人以上で多くが女性、子供)。イスラエル側の犠牲者は1,500人程度。

3) 歴史の中の植民地戦争

木畑洋一「どのような戦争が起こってきたか」、南塚信吾他「軍力で平和は守れるのか 歴史から考える」岩波書店、2023

植民地戦争はほとんどの場合、非対照的性格。

「対テロ戦争」は植民地戦争の構図に類似。

「新しい戦争」の多くに、植民地支配、植民地戦争という歴史的背景が存在。

4) 植民地戦争としてのガザ戦争、ウクライナ戦争

ア) ガザ戦争

イスラエルの領土拡大とパレスチナ人迫害・放逐の歴史。

イ) ウクライナ戦争

プーチンの動機：ロシア帝国の一部であったウクライナの再支配。

5) ウクライナ戦争、ガザ戦争とグローバルサウス

ウクライナ戦争：グローバルサウスの国の一部はロシア避難に加わらず。

←ウクライナを後押しする欧米での不信感≥ロシア非難意識。

ガザ戦争：グローバルサウスの国々のほとんどはイスラエル非難。

←イスラエルを生き育ててきた欧米への不信感、被抑圧者としてのパレスチナ人への共感。

6) ウクライナ戦争、ガザ戦争が考えさせるもの

ア) 第三次世界大戦の可能性？

危険性は存在…安全保障のジレンマ。

イ) 世界の新たな分断の徴候の中でグローバリゼーションの行方は？

4. グローバリゼーションの歴史性

1) グローバリゼーションの現在

1990年ごろからグローバリゼーションという言葉の広がり。

グローバリゼーションの進展を阻む出来事。

世界金融危機(2007～2010)、COVID-19(2020)、ウクライナ戦争(2022～)、ガザ戦争(2023～)。

→現実にはグローバリゼーションの進展は続く。

2) 歴史の中のグローバリゼーション

グローバルな形での人間のつながりは新しいものではない。

ヨーロッパ中世の黒死病は、中国、インド、中東と拡散。

ヨーロッパの海外進出によるアフリカ、アメリカ大陸、アジアとの結びつき。

19世紀後半以降の帝国主義時代：現在のグローバリゼーションの始動。

20世紀になってからのグローバリゼーションの阻害。

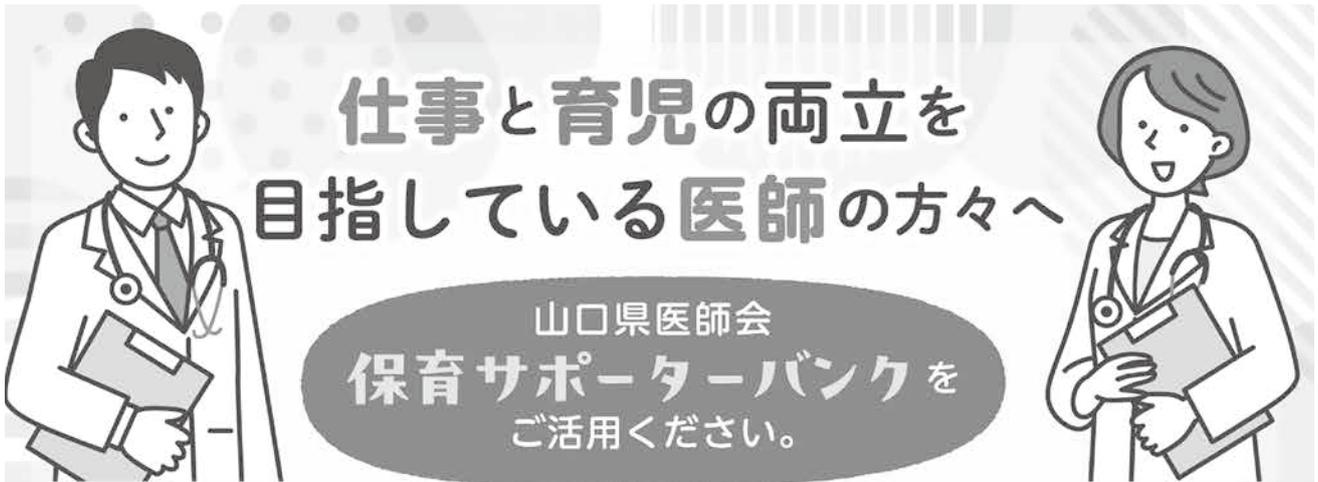
第一次世界大戦、大恐慌～第二次世界大戦、冷戦期にもグローバリゼーションは進展、冷戦終結後にグローバリゼーションの再加速。

3) グローバリゼーションと国家

国境線の確定による人の分断、所属固定化(国家の確立)は、人類史ではごく短期間…19世紀(特に後半)以降の世界近現代史：国家の整備とグローバリゼーションの展開という両方向の併存。

その流れの中で、現代世界の状況を考える必要性がある。

[報告：理事 國近 尚美]



仕事と育児の両立を 目指している医師の方々へ

山口県医師会
保育サポーターバンクを
ご活用ください。

支援の例

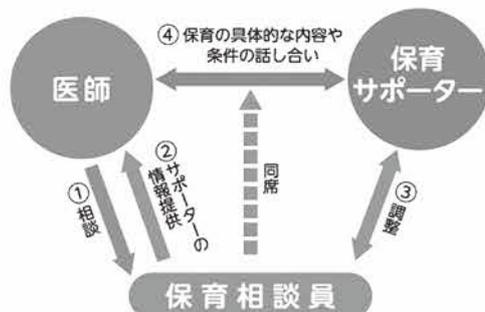
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

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。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。

山口県医師会は、
育児中の働く医師を応援します！

育児で困ったら



お気軽にご連絡ください
医師からのご相談は男女問わず受け付けております

山口県医師会 保育相談員(9:00~17:00)

TEL 090-9502-3715

メール・FAX はいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp

FAX 083-922-2527



郡市医師会長会議

と き 令和6年10月17日(木) 15:00～16:30

ところ 山口県医師会 6階「会議室」

開会挨拶

加藤会長 本日はお集まりいただき、感謝申し上げます。また、郡市医師会長の先生方におかれては、各地域の中心になって地域医療を支えていただいていることにも感謝を申し上げます。

今年の診療報酬の改定は本体+0.88%だったが、そのうち人件費が0.61%で、どこも光熱水費、物価高騰等で、医療機関の経営は苦しいのではないかと考えている。ただ、ベースアップ評価料に関しては、取っていただかなければ、医療機関は潤っていると財務省が判断すると、次期改定が厳しくなるので、ぜひ取っていただきたい。また、会員の先生方にもそのように伝えていただきたい。

若手医師を県内に呼び込むため、時間外救急にインセンティブをつける制度が今年4月からスタートした。これは関係各所に働きかけてやっと実現したわけだが、これを実施していない自治体が多いことが分かったので、8月の段階で宇部圏域の各市長に連絡とったところ、9月議会に間に合わなかったが、12月議会で予算化するといった回答であった。これは各地域の医療機関を支援するための制度なので、各郡市医師会長の先生方からも自治体の首長にお願いをしていただきたい。この制度はもともとお産に対しては、国が3分の1を補助しており、残りの3分の2を医療機関等が負担するという制度があり、それを救急の時間外に対応し、入院した場合は県が3分の1

を出資して、3分の2は医療機関等の負担となっている。お産の場合は、市町が3分の2を負担しており、5市ある。3分の1を負担しているところが3市あり、個別の医療機関に対して3分の2を負担しているような市がまた3市あるので、なるべく働きかけていただきたい。

本日の会議では、都道府県医師会長会議の報告、それから中四国医師会連合分科会の報告、県への要望等の説明を県医師会から行う。皆様方からも情報交換の話題や質問等が出ているので、今日は活発な議論ができるのではないかと期待している。本日はよろしく願います。

議事

1. 中央情勢報告

加藤会長 令和6年度第1回都道府県医師会長会議のテーマは「災害医療（災害対策）」であった。能登半島地震では、JMATは延べ1,097チームが出動し、山口県からは4チームが参加した。派遣者数は延べ3,583名であった。JMATが最初に石川県庁に入ったときに、椅子と机を確保することから始まったということで、JMATは私たちには馴染み深いですが、一般市民にとってはまだ知名度が高くないという印象を持った。日本医師会災害医療チームであることを言わないと、分からなかったそうである。ただ、DMATが最初に入り、JMATがその後を支える。DMATはいろいろな



訓練をしているが、JMATは研修会を行っているが、ボランティアで行っているの、今回の地震においては本来の意味でのJMATが機能しにくかった面がある。地震や津波といった災害は各々の地域によって毎回違う問題が出てくる。今回は、JMATが入ってもDMATも長期まで対応し、重装JMATというDMAT並みの装備をしないと支援ができないという状況もあった。また、DMATに比べるとJMATは統括能力が落ちる。こういったことを強化することが必要であるということを感じて言われていた。それから、被災地にまず出ていくのは、被災地JMATである。山口県ではJMAT研修会を年2回開催しているが、郡市医師会レベルでJMATの研修を行っていただき、実際に自分の地域で災害があったときに対応できるようなチーム編成が必要なのではないかと思われる。皆様方が自分の地域でJMAT研修や災害対応の研修をしたいということがあれば、県医師会に言っていただければ、JMATのチームや研修会のメンバーもいるので、対応したい。

災害医療の後、先ほど冒頭で述べた内容であるが、ベースアップ評価料に関して、福井県は50%の医療機関が申請している。最初は事務員の扱いなど、いろいろな問題があったが、少しでも患者に対応していれば事務員も含めて申請ができるので、ぜひとも申請していただければと思う。

※詳細については、『日医ニュース』第1513号を参照願いたい。

2. 中国四国医師会連合分科会報告

(1) 第1分科会

沖中副会長 第1分科会のA「医療政策」のテーマは、「2024年度診療報酬改定での影響について」で、実際の医療機関の経営実態の調査（具体的には、令和4年、5年、6年の6月、7月の医療収益、医療費用、医療利益の調査、本年4月から6月の職員の賃上げ状況、ベースアップ評価料の算定状況、生活習慣病管理料I、IIの算定状況等）について、担当の岡山県医師会から調査依頼があった。山口県では県医師会役員が所属・管理する医療機関と県下郡市医師会長の先生方が所属・管理されている医療機関に対して、任意で調査依頼をさせていただいた。37の医療機関に調査をお願いし、そのうち21機関から回答いただいた。ご多忙の折、調査にご協力いただいた先生方に心から感謝申し上げます。調査の結果だが、200床以上の病院4機関、199床以下の病院5機関、有床診療所1機関、無床診療所11機関である。すべての診療形態において、本年の令和6年6月の医業利益は令和4年、5年と比較して減少しており、200床以上の病院と199床以下の病院、そして無床診療所は収支がマイナスという結果であった。また、本年4月から6月にかけての職員の賃上げ状況だが、賃上げを行ったところが21機関中13、行っていないところが8であった。割合は200床以上の病院が3.5%、199床以下の病院が2.78%、無床診療所が3.71%という結果であった。ベースアップ評価料の算定状

出席者

郡市医師会長

大島郡	野村 壽和	下 松	井上 保
熊毛郡	竹ノ下由昌	岩国市	小林 元壯
吉 南	田邊 亮	山陽小野田	藤村 嘉彦
美祢郡	竹尾 善文	光 市	井上 祐介
下関市	飴山 晶	柳 井	弘田 直樹
宇部市	西村 滋生	長門市	清水 達朗
山口市	豊田耕一郎	美祢市	中元 起力
萩 市	山本 達人		
徳 山	津永 長門		
防 府	山本 一成		

県医師会

会 長	加藤 智栄	理 事	白澤 文吾
副 会 長	沖中 芳彦	理 事	木村 正統
副 会 長	中村 洋	理 事	藤井 郁英
専務理事	伊藤 真一	理 事	中村 丘
常任理事	河村 一郎	理 事	森 健治
常任理事	長谷川奈津江	理 事	吉水 一郎
常任理事	茶川 治樹	監 事	宮本 正樹
常任理事	縄田 修吾	監 事	友近 康明
常任理事	竹中 博昭	監 事	淵上 泰敬
常任理事	岡 紳爾		

広報委員 藤村 智之

況については、9月に厚生局に確認し、1,116の医療機関の中で算定の届出をしていないのが709機関(63.5%)、届出をしているのが36.5%という結果であった。それから、生活習慣病管理料Ⅰ、Ⅱに関しては、算定していないところが21機関中8、算定しているところはほとんどがⅡを算定していた。他県の状況も含めて全体をまとめてみると、経営実態調査では、調査に回答したのが中国四国9県のうち、山口県を含めて3県しかないので、十分なデータを集めることができなかったが、病院、診療所ともに非常に厳しい経営状態であり、今回の改定で十分な手当てができていないことが明らかになった。ベア評価料算定は特に診療所の半数以上で算定をしていない。生活習慣病管理料も診療所では約40%が算定していないことが明らかになった。改定の問題と要望に関してはさまざまな意見があったが、ベア管理料は届出事項が多い、事務作業が煩雑・膨大、実績報告書の作成など、運用方法に課題があるという意見があった。また、物価高騰を考えれば十分ではない、そもそも診療報酬外で賄うべきものである、患者負担で不安感があるといった意見があった。今後の改定でこの制度がなくなるかもしれないという不安もある。生活習慣病管理料は書類作成など事務作業が煩雑、患者への説明が負担という意見が多くあった。計画書のサインの撤回など、対応を求める声が多くあった。二次救急病院、リハビリ病院の厳しい現状を踏まえ、今回新設された地域包括医療病棟入院料の施設基準の緩和を求める意見もあった。日医からは、ベア評価量は介護報酬の場では手厚くなっており、ベア自体がなくなることはないであろう。これは事務職も対象としてもよく、手当としてもよい。算定しないと、財務省が医療機関には余裕があると解釈してしまうので、これを算定してほしい。それから財務省の姿勢が厳しい中、国会議員に医療機関の現状を知ってもらうために、医政活動が重要であるという意見があった。

竹中常任理事 第1分科会のB「災害救急」のテーマは「地域における救急医療の課題とその解決に向けた取組み」である。あらかじめ、岡山県医師

会より2つ質問が用意されており、それに関して各県の議論、その後、日医役員から総括という形で行われた。

質問事項1は、軽症救急、特に高齢者の救急搬送について直面している課題とその解決策という質問であった。各県より意見が出され、どの県でも軽症例は約40%前後を占めており、軽症対応のために真の救急疾患への対応が遅れることを懸念するという意見が多く出た。また、高齢者では救急車を依頼するかの判断が困難で、安易に119番に電話してしまうことが多いという指摘があった。解決策としては、小児は#8000、大人の場合は#7119という、救急車を呼ぶかどうかの電話相談ができる制度があるので、これを周知していかなければならないという意見が多く出ている。高齢者施設からの救急搬送の問題としては、夜間に医師や看護師の診察を受けないままに心配になった職員が安易に救急車を呼ぶケース、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)が不明なまま心肺停止状態で搬送されるケースなどの問題が取り上げられた。解決策としては、地域包括支援センターの人員や活動の拡充、ケアマネージャーとの連携、有事の際の対応としてACP(Advance Care Planning=人生会議)の推進などが挙げられていた。

総括として、佐原日医常任理事からお話があり、#8000は中四国では全県に導入されており、#7119は全部ではないが、多くの県で取り組まれていることは日医も知っている。ただ、県民に浸透していない点や周知に苦労されていることも承知している、ということであった。国にはさらなる広報の周知、財政的な支援を申し入れたいということであった。

質問事項2は重症救急で、大動脈緊急症に対する救急搬送における課題と解決策であった。各県からの意見としては、医師の時間外労働の上限規制が始まったこと、救急担当医の離職後の人員確保が困難など、三次救急病院の機能を維持できるかを懸念する意見が多く出された。県によっては救急対応ができる施設が一部の市に集中しており、大動脈緊急症などの搬送に救急車で2、3時間かかるという県もあった。解決策としては、ド

クターヘリの効果的な活用、より広域のネットワーク体制の構築、高速道路の整備、ICTの活用による医療機関間での発症早期の情報交換で手術までの時間短縮を図る、などの意見が出された。総括として佐原日医常任理事よりお話があり、地域医療構想はもう始まっているが、また新たな地域医療構想が始まっており、その検討会においても救急医療機関に関して、一定の症例数を集約して対応する「集約化」が必要ではないかという論点で話が進められているということであった。しかし、集約化は現状でも地方では苦勞している県が多くあり、国の一律の方針ではなく、あくまでも地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実情に応じた救急体制を構築する仕組みを堅持していきたいと言われていた。圏域外や県外への搬送は、一部の県ではドクターヘリの活用について触れていたが、日医では令和7年度の予算要望の中でドクターヘリの広域展開、複数機導入、パイロットの確保、ドクターヘリは今昼間の晴れた日しか使えないことになっているそうで、夜間や雨の日も使えるようにしたいという要望をしているというお話があった。

(2) 第2分科会

岡常任理事 第2分科会のA「地域医療」は、「地域医療構想会議の総括」をテーマに、具体的な方向性が決められているかといった質問が提示され、議論が行われた。

2015年に地域医療構想調整会議が設置され、病院の再編・統合について議論を重ねてきたが、二次医療圏を基本的な検討対象地域に決めたことにより、各圏域の地域差や議論の温度差もあったという現状認識の基で、今後の各県の「具体的な

方向性」と「具体的な事例提示」について意見交換が行われた。まず、各県の具体的な方向性についてだが、2040年に必要とされる医療提供体制について、来年度、国の方向性が示されることから、各県レベルでの具体的な意見はなかったが、総論的に、医療機能や人材育成等について、地域差や医療ニーズの多様性に対応するためには、二次医療圏にとらわれない、圏域を超えた地域の実情に応じた圏域で考えていくという柔軟なアプローチが求められるという意見が、まとめとして出ていた。

次に、具体的な事例の提示として、司会者から発言を求められた事例として、広島県で市内において4つの病院を統合して1,000床規模の病院を設置する例、島根県では中山間地域で経営困難だった病院を地域の基幹病院として機能できるように再建した例、山口県も指名を受け、今年度の新たな国の事業として始まった「推進区域」、「モデル推進区域」について、宇部・小野田医療圏域が指定されているので、その説明を行った。

総括として、コメンテーターとして参加されていた江澤日医常任理事が地域医療構想の検討委員会の委員として参加されている立場から、2040年に向けて、入院に合わせて外来・在宅等を含めた医療提供体制を整備するための議論が進んでいること、病床区分は基本4区分とするが、回復期という名称が誤解を招くので、包括期という名称に変更するという可能性、入院医療だけでなく、在宅医療や介護との連携も含むため、在宅医療圏域などは原則、市町村単位とするなど構想区域は柔軟に対応すること、さらに名称を地域医療介護構想へ変更して、調整会議の活性化の方策の議論も進めていくといったような取りまとめと現在の



議論の進捗状況が示された。

続いてB「医療介護の連携」として、ACP普及の取組みをテーマに議論された。

今後は施設・在宅での見取りが増加することから、ACPの重要性が増してきているが、その概念が十分根付いているとは言えず、広く社会に根付かせるための取組みについて、各県から報告があった。

意見としては、主治医だけでなく訪問看護師、かかりつけ薬局、介護職などさまざまな役割が関わって、患者はもちろん、本人の心づもりを家族、医療側が共有しておくことが大切と考えられるとの意見が多く、本人・家族と専門職との間の話し合いが十分でない場合、「救急の現場でACPにしたがって蘇生中止を提案したところ、家族から強い不信感を抱かれてしまった」というような事例も報告された。

具体的対応については、多職種で関わっている事例の報告があり、医師会、行政、介護・福祉団体と協力して啓発が行われており、パンフレットや動画のツールを作成し、研修会、症例検討会、講演会、出前講座等の活動をされている県があった。また、救急時に心肺蘇生等に関する本人の意思を主治医、受入れ医療機関、救急隊とで情報を共有するためのシステム作りに取り組んでいる県があり、具体的な方法として、「自宅冷蔵庫に尊厳死希望の用紙を貼っておき、救急隊が到着した際は、まず冷蔵庫を見る」といったような取組みをしている地域もあった。

3つ目として、一定の要件を満たせば救急隊による心肺蘇生中止を選択するプロトコルを作成している県もあった。まとめとして、今後のACPの普及には、医療や介護従事者のみならず、地域住民への普及啓発が不可欠であり、今後とも多職種連携を強化しながら進めていく必要があるといった報告があった。

(3) 第3分科会

中村副会長 第3分科会のA「勤務医」は、昨年までは中国四国連合分科会が終了した後に行われていたが、本年より分科会の1つとして行われている。また、昨年より各分科会で理事以外に若手

医師を呼んで意見を聞くことになり、本年も若手医師を呼び、山口県からは2名の研修医が参加している。今村日医常任理事と、途中から松本日医会長が来られた。

最初に、A「勤務医」の方から説明する。テーマは「医師の働き方改革の適正化」で、2024年4月から医師の働き方改革が施行され、時間外労働が960時間に制限され、また、連続勤務時間や長時間労働の面接指導などをやらなければならないという規制が強化された。これは勤務医の健康確保が目的だが、地域医療、特に救急医療や産科医療への影響が懸念されている。地域医療への影響としては、医師の偏在と地域医療の崩壊リスクが顕著になっており、特に若手医師の都市部偏在が進んでおり、地方での医師確保が困難な状況にある。医師不足の悪化が報告され、働き方改革による労働時間の規制が医師の負担増加を招き、業務量の変化がないまま、過重労働を強いられる結果となっている。地域枠医師制度の課題としては、卒業後の地域定着率、最終的な地域定着率が低く、改善が必要とされている。定着率向上のため、地域医療の魅力向上や専門医資格取得支援といった取組みが求められる。若手医師からは、働き方改革によって定時での業務終了が推奨される雰囲気になり、一方で日中の救急対応などで仕事量が増加してきている。仕事が終わらずに勤務後も何か仕事を続けざるを得ないようなケースが増えた、宿日直後に休暇が取れても、蓄積した仕事があるため、休みが十分に機能していないと感じる、QOLの向上が必要とされる中で、特に外科医志望者が減少しており、若手医師間でも問題意識が共有されている、という意見が出た。また、研修医の意見としては、初期研修医にとっては想像以上に働きやすい環境にあると感じている一方で、経験不足から不安を抱えており、自己研鑽の時間が減少しているために、将来のキャリアでの懸念が生じているという意見があった。勤務医はいろいろなルールを守っている一方で、楽に感じている部分もある一方で、勤務医や研修医自体は、自分たちがいろいろなことを覚える時間がかかって減ったのではないかという危機意識を持っていることが分かった。

地域枠医師の専門医取得だが、地域枠の義務年限後に定着するためには、専門医資格の取得支援が重要であり、サブスペシャリティ資格の取得が支援されれば、地域での役割実感が深まり、定着率向上に寄与すると期待される。

次にB「医師会の組織強化」について話をさせていただく。これは会員数の増強と若手医師の入会促進について、背景としては会員数の減少が各医師会での重要課題であり、特に開業医会員数の減少が顕著である。勤務医、研修医の入会促進が組織力強化の鍵とされている。地域での医業承継支援や入会金負担軽減策が施行されているが、全体として有効な対策の確立が求められる。次に、会費免除によって研修医会員は増加している。継続的な会員増加のためには、医師会活動への理解と関与が重要であり、研修医の充実した経験を促進する施策が必要である。若手医師の意見としては、自己研鑽を重視する若手医師にとっては、ハンズオンセミナーやオンラインセミナーが魅力的で、医師会がこれらを提供することで入会促進につながるのではないかと、医師会の活動意義を実感していない研修医が多くいるため、特に学生時代から説明が必要、また、目の前の診療に専念しているために、医師会への関心が薄いとといった声もあるということであった。その他、災害医療に関心を持つ若手医師にはJMATの活動が魅力的で、参加しやすい体制が望まれるということであった。日医の見解だが、偏在問題の解決策としては、日医は法的強制力を伴わない解決策を模索しており、インセンティブを活用した施策を提案しているということで、特に医師派遣に関する基金創設を国に提言しているということであった。自己研鑽と医師会の役割だが、医師会活動の参加意義の向上を図るために、研修制度や地域医療連携を強化する方針で、日医は勤務医が医師会活動の意義を感じられるよう支援体制の強化を図っているというお話だった。

以上が、第3分科会における働き方改革と組織強化に関する議論であり、特に若手医師からは働き方改革の影響や医師会活動への期待が多く寄せられており、今後の改善や支援が求められていると感じた。

(4) 第4分科会

河村常任理事 第4分科会のA「学校保健」のテーマの1つは「学校心臓健診について」で、質問事項の一つ目は12誘導心電図への移行状況に関する質問だった。岡山県では12誘導心電図をしているところは小中学校で6割程度だったが、他県ではほぼ12誘導心電図に移行していた。ただ、岡山県ではシーズズ検査も行われているということであった。小学校1年生においては、4誘導心電図+心音図の検査の方が有用であるという意見もあった。

次に健診後の判読方法について、他県も同様で、業者あるいは各郡市医師会で行っているが、一部の県では、特定の小児循環器医師あるいは大学医師による判読をしているところもあった。

3番目の質問として、PHRへの対応について質問があったが、ほとんどの県ではまだ対応されておらず、また、紙媒体でデジタル化できていない県もあった。渡辺日医常任理事から、現在のところマイナンバーとの紐付けはできない、保存されたデータを個人が見ることはできるが、共有することはできない、というような話があった。なおPMH（パブリックメディカルハブ）を使って、母子保健、学校保健のデータを一括管理できないかということ厚労省は検討している。まずはデジタルデータにすることが必要、という発言があった。

それからB「子ども医療」のテーマの一つは、ヒトパピローマウイルスワクチンの接種状況であった。各県でのワクチン接種率の現状だが、各県とも令和5年度、定期接種1回目の接種率は60%台で、少しずつ上昇しているが、60%と言っても母数は13歳になる年齢の女子の数なので、実際にはこの5分の1程度と考えられ、接種率は1、2割程度ではないかと思われる。キャッチアップ接種は2025年3月まで行われているが、これが各県とも10%前後で少ない状況であった。好事例（特にキャッチアップ接種について）は、松山市では市の職員、大学生、会社新入社員、高校生などを対象としてHPVワクチンの研修会を実施している。キャッチアップ世代を対象として、土曜日午前の特別枠を設けてLINEでの電子申請

予約を行ったところ、1日半で定員の48名に達したという話もあり、松山市では今年度は昨年度と比較して、定期接種世代で1.3倍、キャッチアップ世代で1.8倍に増加したという報告があった。他県ともCMやSNSを使った啓発を行っているが、なかなか伸びていない。キャッチアップ接種期間の延長を要望する意見もあったが、渡辺日医常任理事からは、接種率があまり伸びていないので延長することは難しい、というお話があった。

続いて2つ目のテーマ、「1か月健診と5歳時健診の現状」について、1か月健診を山口県では、ほぼ全例を小児科医が行っているが、他県でも小児科医が行っているところは5県程度あったが、産科で行われているところもあった。5歳児健診は、鳥取県は平成19年度から全市町村で実施している。集団健診がほとんどだが、選定した対象者のみ実施している市町村もあるとのことであった。香川県では現在7市町村が実施済みであるという報告があった。この5歳時健診の問題点については、医師と専門職の確保が難しい、検診に時間がかかる、療育機関等実施後の受入体制が不十分であること、現在行われている5歳児発達相談会や就学前検診で必要性を感じていないというような意見があったが、保健師など非専門職が初期対応できるような環境整備や対応力向上を図ることが重要という意見もあった。

日医への要望・提言だが、鳥取県から現在、内科検診などで脱衣が問題となっているので、標準的な診察方法をマニュアル化し、各教育委員会に到達してはどうかという意見があったが、渡辺日医常任理事からの回答では、マニュアルを細かく作ると逆に実施しないと問題になる可能性もあるため、来年度、実施状況を調査するというお話があった。その他、5歳児健診の助成について、現在は全員を審査する悉皆検診を集団でやらなければならないが、多大な労力がかかるため、個別健診やグレーゾーンにある子どもに焦点を絞った健診についての要望があったが、渡辺日医常任理事からの回答では、園で行うという方式だと、園に通ってない子は含まれないので悉皆検診とは言えないということで、通ってない子でも保健センターなどで実施するようにすれば良いというお話

があった。

※詳細については、本号882頁～910頁を参照願いたい。

3. 令和7年度の県の施策・予算措置に対する要望について

伊藤専務理事より、本会から県に要望する重点要望4題についての内容を以下のとおり説明した。

1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策の推進（新規）

- (1) COPDの認知度の向上を図るための県民公開講座の開催
- (2) COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防に関する医療従事者研修会の開催
- (3) 医療機関によるCOPDスクリーニングチーム・フォローチームの体制整備
研修会の開催、資料作成（早期発見・早期治療の手引書、医療機関間の紹介状等）、県民への周知

2 認知症発症予防のための施策の推進（新規）

認知症発症リスクの減少を図るため、成人の中等度難聴者の補聴器使用が促進されるよう、補聴器購入費用の助成について市町に対する申入れを行うこと

3 やまぐち3070運動啓発による子宮頸がん検診の受診率向上（新規）

- (1) 市町・職域における子宮頸がん検診受診率向上の取組への支援
- (2) 検診機関との連携によるやまぐち3070・ピンクリボンキャンペーンの促進

4 医業承継への支援（継続）

- (1) 現行の「医業承継支援事業」の継続運営
山口県医業承継推進連絡会議の開催、医業承継セミナー・相談会の開催、専門家の無料派遣相談
- (2) 令和6年度の県の独自新規事業「へき地における承継医療機関の補助支援」の対象拡大と支援メニューのさらなる充実
通信インフラの整備、通信機器整備の支援 等

4. 郡市医師会からの意見、要望について

田邊会長（吉南） 本日、3つの質問・要望をさせていただいた。すでに中国四国医師会連合分科会の報告で回答となっている内容もあるが、改めて質問させていただく。

1つは生活習慣病管理料について。本年6月から高血圧、糖尿病、高脂血症が特定疾患療養管理料から除外され、新たに生活習慣病管理料に移行してから約4か月が経過した。ようやく一段落した状況であるが、現場では依然として大きな混乱が生じている。書類作成や事務手続に伴う手間が増大している一方で、クリニックにおいては実質減収となっている。この状況を鑑み、関係部署への要望改善を強く願います。

2つ目は医師会立看護学校への支援について。日ごろより医師会立看護学校への多大なるご支援を賜り、感謝申し上げます。先日、中四九地区医師会看護学校協議会に参加した際に、看護学校の定員に関するお話があった。例年、途中で退学される生徒が少数存在する現状や、定員に達しない学年があることなどを踏まえると、今後、定員を超える志願者があった場合には柔軟な対応が求められると感じている。しかし、関係部署に問い合わせても明確な回答が得られない状況であるので、ぜひ県医師会からも支援、働きかけをしていただきたい。

3つ目はHPVワクチンキャッチアップ接種の延長について。HPVワクチンのキャッチアップ接種期間は今年度末までとなっているが、現時点では十分な人数が接種を受けていないと考えられる。接種期間の延長や男性接種に対する補助の導入についても関係部署への働きかけをお願いしたい。

伊藤専務理事 ご指摘のように令和6年度より、特定疾患療養管理料で算定していた高血圧、糖尿病、高脂血症、脂質異常症が生活習慣病管理料へ移行することになった。これは症状に応じて、療養計画書を作成し、説明とともに、初回のみ患者の署名をいただくという非常に手間のかかる作業になっている。先ほど沖中副会長が報告した、9月28日に開催された中国四国医師会連合の第一分科会でもこの件について意見交換が行われてい

る。その中でも生活習慣病管理料Ⅱに関して、「療養計画書で具体的な目標を立てることができ、患者の意欲向上が見られた」というポジティブな意見がごく一部であったが、診療所では約40%が算定できない状況であり、療養計画書の作成の手間と患者への説明が、ただでさえ忙しい外来の時に非常に負担になり、この計画書の署名の撤回等の対応を求める意見が多かった。この分科会には、佐原日医常任理事も出席されており、この算定には不満の声が多々あり、不便な点、改善点があれば日医へあげてもらいたいと言われていた。また、社会保険診療報酬検討委員会を通じたもので、次回の改定でも対応できるように検討したいという意見をいただいている。今回、吉南医師会からいただいた意見を真摯に受け止め、本会においても医療機関の安定運営と負担軽減のため、次期改定に向けて関係機関に改善を要求していきたいと思っている。その際は皆様のご協力をお願いしたい。

沖中副会長 定員を超える入学者の対応については、法令では、保健師助産師看護学校養成所指定規則の第4条の5として、「一の授業科目について同時に授業を行う学生又は生徒の数は、四十人以下であること。ただし、授業の方法及び施設、設備その他の教育上の諸条件を考慮して、教育効果を十分に挙げられる場合は、この限りでない。」となっており、定員を超える入学者を受け入れることが良いとも悪いとも明示されていない。しかし、県に確認したところ、学生の教育環境に及ぼす影響が懸念されることから、県としては定員の基準の緩和、すなわち入学者の割増しについては困難であると考えている、という回答であった。仮に定員を超えた場合は、国から県に事情聴取があるということである。県としては、ご質問のようなケースで入学辞退者等がある場合は、補欠合格者を多く出して、補充してほしいということであった。さらに、本年6月12日に開催された都道府県医師会医療関係者担当理事協議会において、「学校の定員は厳格に遵守しなければならないのか」という質問があり、それに対し、厚生労働省医政局の習田由美子 看護課長は「定員に対し

て教員の数等が決まっているため、あくまでも定員を守っていただきたい。」と回答しておられる。

縄田常任理事 キャッチアップ接種については、県に対して協議会等を通じて働きかけを行っているが、県としては全国知事会を通じて国に延長してもらえるように申し入れを行っている、という状況である。予防接種の実施主体である市町に対しては、令和5年度から男性の接種希望者への補助も要望しているが、県内では残念ながら補助を導入・開始した市町はない。キャッチアップ接種の延長と、接種対象年齢を過ぎた女性への補助を今年度も要望を続けたいと思っている。ただ、今年4月から東京都では市区町村の半数が男性への補助を開始しているので、この点も申し添えて、市町に働きかけを強化したいと考えている。それから、県医師会としては、HPVワクチンについては、定期接種の受診率向上への取組みが大切と考えている。先ほどの県への要望事項として、やまぐち3070運動の要望があったが、30歳での子宮頸がん検診受診率向上のために、30歳への個別の再勧奨の徹底やクーポン券の導入などが、若い女性の未受診者を1人でも減らせるような施策につながると思われるので、郡市医師会長の先生方からも市町への働きかけをより一層強めていただき、こうした運動を地道に拡げていくことで、保護者世代の子宮頸がん検診の受診率を高めることで、HPVワクチンの定期接種の推進にもつながると思うので、ぜひともご協力をお願いしたい。

加藤会長 萩市医師会から通告のあった質問について、2題続けてご発言をお願いします。

山本会長（萩市） 一次救急存続の問題は多くの医療圏が抱える、共通する問題だと認識している。萩医療圏では、現在も外科と内科の二本立てで在宅当番医制をかるうじて維持しているが、医師の高齢化、看護師不足等により、体制の維持が非常に困難な状況になっており、将来的には在宅とセンター又は今回、取組みが始まったオンライン診療のハイブリッド等を協議していかなければな

らないと考えている。その中で、今回先進的な取組みを開始された防府医師会に質問させていただいた。導入の経緯、背景やシステムの概要、今後の展望についてお伺いできればと思っている。

続けて、萩市と阿武町では2024年10月から後期高齢者医療心電図検査モデル事業を開始した。もともとの立案は山口大学の循環器内科（第二内科）である。背景は、47都道府県で後期高齢者に心電図を導入していない県は、山口県を含めて3県しかなく、非常に高齢化率の高い萩医療圏にモデル事業として心電図事業を実施しませんか、という問いかけから始まっている。事業の主体は萩市と阿武町である。目的は、75歳以上の後期高齢者健康診査の検診項目に心電図検査を導入することで、自覚症状がない、いわゆる隠れ心房細動の早期発見・治療を進め、脳卒中、心不全の発症を予防し、萩市と阿武町の今後の予防医療に役立てる、というものである。実施期間は令和6年10月から8年度までの3年間を予定している。現在はモデル事業（パイロットスタディ）だが、大学でのIRBが承認されれば、臨床研究に連結する予定である。医師会としては、心電図料金のディスカウント、調査票の記入によるデータ収集の協力、市民啓発活動を行うという形で協力をすることで合意している。事業の問題点、アウトカムについては、機会があれば報告させていただきたい。

山本会長（防府） 防府では、10月から防府市休日診療所が母体となり、夜間オンライン診療を開始した。そもそも防府には夜間の内科系の一次救急がなかった。小児科は山口赤十字病院で防府の小児科医と山口の小児科医が協力し、夜7時～10時の夜間の診療所が開設されている。また、医師の高齢化と診療所数の減少（94あったクリニックが、33%も減って現在は63）、救急を担当している二次輪番の病院が5つほどあるが、二次救急の救急応需率は60%程度で、二次救急の病院は診療科に大きな隔たりがあるという事情があった。また、防府には山口県立総合医療センターがあるが、一次救急がないため、独歩の救急患者数が7,000人～8,000人おられ、そ

のうち85%は帰宅される。軽症の方が大勢押しかけるといった背景がある。一次救急をやらなまいけないが、さまざまな原因でなかなか進まなかったところにコロナ禍という大きなパンデミックが来た。この間は一次救急がないまま、三田尻病院を中心とする二次救急の病院等と県立総合医療センターに大きな負担がかかっていた。その時に、東京から遠隔でオンライン診療が入ってきた。それから、防府市にホテル療養を依頼され、理事の先生方に何人かがオンライン研修を受けてもらい、7人から8人が一週間交代で当番制によってホテル療養を経験した。この2つを経験した時に、防府でオンライン診療で夜間診療ができないかという話を市に呼びかけた。すると、防府市が検討委員会を立ち上げ、2年かけて、この10月に開始する運びになった。

システム概要は、防府市の休日診療所が運営する。夜間のオンライン診療のみで対面診療はしない。患者が最初に電話すると、東京の看護師が受け、オンライン診療に適するか適さないかをチェックし、オンライン診療へ繋がる。オンライン診療をするドクターは防府医師会のドクターの他に、ここがポイントだが、医師不足を補うためにわれわれは「ふるさと診療ドクター」と言っているが、防府市ゆかりのドクターあるいは山口県ゆかりのドクター、全国各地に散らばっているドクターに応援を頼むという制度を考えた。診療後は本人でもよいが、動けない方もいるため、その場合は別の方が薬剤師が勤務している調剤薬局がある休日診療所に調剤された薬を取りに行き、会計をしてもらうという流れである。防府医師会のドクターは8名、ふるさと診療ドクターはすでに数名を確保していると聞いている。調剤は薬剤師会に依頼する。常日ごろから防府では三師会の連携が十分取れており、薬剤師会からの快諾を得て出務していただけることになった。木曜日と土曜日(週2日)からスタートし、令和7年度からは週4日、令和8年度からは毎日できないかと計画している。対面診療をしないので、コロナの検査をしてくれと言われてもできない。また、外傷にも対応できない。薬剤師の確保が意外に難しく、これから少しずつ周知して増やしていかな

ければならないことはデメリットである。ただ、長所としては、少なくなってきた医師会員を、ふるさと診療ドクターでカバーできるという点である。それから、例えば寝たきりの高齢の方が動けないが、家族がスマホを使って様子を聞かせるという状況もあるかと思われる。将来的には次のパンデミック、あるいは大規模災害の時に、とにかくドクターとつなげて何か話ができるような体制が、チャンネル数を増やせばできるのではないかと考えている。

結果的に二次救急の病院、三次救急である県立総合医療センターの負担を少しでも軽くし、夜間でも、まずは個々に電話すればアドバイスをもらえるという、#7119の発展版のような対応ができるのではないかと考えている。

山本会長(萩市) とても先進的で画期的な取り組みだと思う。これが萩市に導入できるかどうかは萩市自体の熱量にかかっていると思うが、事業の立ち上げのための事業費とランニングコストが大きな問題になると思っている。先日、萩市と協議をした時に、萩市は直営の急患センターを持っているが、それは休日しか稼働していない。その事業費と、一次救急については、在宅当番医に委託費が萩市から出ている。ただ、今の体制を維持するために、萩市は看護師確保や看護師の手当等で委託費を上げてもいいと言っているのだから、急患センターの運営費と委託費を合わせれば、新たな事業が展開できるのではないかと考えた。

弘田会長(柳井) 質問があるが、防府は夜間の応急診療所はないのか。

山本会長(防府) 約20年前に夜間の診療所をやるうとしたが、できなかった。小児科だけは、防府市の小児科医と山口市の小児科医が山口日赤病院の中に夜間の救急診療所が作られ、内科系の一次救急だけがない状態であった。全くない状態から作ったため、これができたのかもしれない。

弘田会長(柳井) 夜間の外科はどうなっているのか。

山本会長（防府） 二次救急の輪番の病院に外科医がいるので、その当番に当たった時には外科医を厚くしてくれて、外傷はそこで診てくれている。

弘田会長（柳井） 休日は診療所があるのか。

山本会長（防府） 休日診療所に内科医と小児科医が出務し、対面で行う。年末年始などで、コロナ患者が100人とか来るような時には、臨時にドクターを1人追加したりして、乗り切ってきた。外科は逆に、開業医が在宅で診る。ちょっとした怪我や二次救急に行くほどではない外傷では在宅外科当番が輪番で回っている。

弘田会長（柳井） オンラインの診療は経験がないが、かえって手間になるのではないかと。事務の手間が大変とか、それからお薬の件など。夜は薬局を開けてもらうのか。

山本会長（防府） これも検討したが、休日診療所の建物内に薬局があるので、薬剤師と事務員はそちらへ出務する。医師だけ、在宅でタブレットが回ってくるので、タブレットを見ながら診療が可能となる。防府にいらなくても、県外のドクターに応援を依頼できる。実際に今、半分程度が東京にいるドクターに診療をしてもらっている。

弘田会長（柳井） 東京のドクターに頼む、ということがすごいと思って聞いていた。これはどれぐらいの費用がかかるのか。

山本会長（防府） ドクターフィーは全部、同じ額である。ふるさと診療ドクターも、実は山口大学の出身で将来、帰ってきてもいいと言っているから、山口が恋しくなったら帰ってきてくれたらいいと思っている。

弘田会長（柳井） 夜間の診療は何人程度を想定しているのか。

山本会長（防府） 15分で1人程度で1時間で4人、3時間なので12～15人程度が一番多く

来る場合の想定であるが、実際はそんなには来られない。二次救急で風邪をひいて来られるというところでも、3人とか5人という状態である。

弘田会長（柳井） 萩の先生に聞きたいが、夜間の診療は1日何人程度来られるか。

山本会長（萩市） 平日の18時から22時まで在宅当番をやっているが、内科が3人未満で外科は1人から2人程度という状況である。非常に少ない。ただ、私の病院は二次救急をやっているが、二次救急に流れてきている。実際、二次救急にウォークインで来られる方がいる。

弘田会長（柳井） 萩や長門と行政の規模は同じだが、柳井も19時から22時までやっているが、日に5人来れば多いほうである。今の話を聞くと、私の地域はよく回っているんだと思って聞いていた。平成19年から始まっているが、二次救急の周東総合病院に行く患者は減っている。柳井地区は医師は全員、熊毛郡と一緒に40人程度で行っており、耳鼻科も眼科も全員で対応している。夜は1月半に1回程度、休日は年に1回か2回である。

今の話をお聞きすると、オンラインだと手間がかかるのではないかと思ひ、聞いていた。

山本会長（防府） 以外に大変ではなく、スマートフォンが使える方が患者の傍におられればよい。やってみれば、慣れてくるという感覚で動き始めている。

中村副会長 先進的な試みを聞かせていただき、感謝申し上げます。防府医師会の内科医以外で関わる方が「ふるさと診療ドクター」というのは、非常に良い試みだと思った。一方、商業ベースのオンライン診療をされているところもあるので、それが加わると問題が出てくるのではないかと思った。また、訪問看護師と組み合わせると、D to P with Nとなれば、精度の高い診療ができるのではないかと思った。

山本会長（防府） 防府市が主体であるので、公開入札をしたり、予算を組んでいただき、手順を踏んでいる。また、防府市保健所の原田所長が、D to P with N のことも詳しい。原田所長にも導入の委員会に入っただき、進めた経緯がある。寝たきりの方に看護師が行き、看護師がスマホを操作して診療することも将来的には想定している。

井上会長（下松） テレビ電話のシステムはよく開業医が使っているシステムか。独自のシステムなのか。

山本会長（防府） 独自と言えらると思われる。

井上会長（下松） 私は小児科医だが、オンライン診療だとどうしても子どもの顔を見て話を聞けるだけで、自信をもって診断ができないと思っていて、自分はやってない。そういうところはどう担保されているのか。

山本会長（防府） オンライン診療では、表情等々はわかる。対面でない診療なので、限界があることを十分周知した上で診療を行う。診療前相談を行っており、「対面診療に行っただきがあるかもしれないが、ご了承ください」ということを先にアナウンスする。今のところはまだ症例数も多くない中ではあるが、顔を見ながら、表情を見ながら診療できるので、その部分はそんなに心配はしていない。

中村副会長 オンライン診療に関して、日医が12月21日（土）の14時から16時30分に「オンライン診療に係る情報共有会」をハイブリッド形式で開催する。興味のある方は聞かれたら良いのではないかとと思われる。

加藤会長 萩市医師会から説明のあった、後期高齢者心電図事業について、ご質問はないか。今後、各郡市医師会にも要請が来る可能性があるのではないかと考えている。その際は積極的に協力いただきたい。

傍聴印象記

広報委員 藤村 智之

暑い夏もようやく終わりを迎え、秋めいてきたスーパームーン当日の10月17日、令和6年度の第1回郡市医師会会長会議を傍聴した。その中で私が特に印象に残ったことを記す。

主に中四国医師会連合分科会報告がなされた。

まず、ベースアップ評価料の算定に関して、届け出ている医療機関の割合が少ないとのことだった。私のクリニックでは、パート従業員がメインであり、届け出なくても良いだろうと考えていたが、この度の加藤会長のお話を聞き、考えを見直すべきと感じた。

HPV ワクチンの接種状況について報告があった。既接種者数に関してはまだまだ不十分という回答であった。HPV のキャッチアップ接種について勧奨はできるものの決して強制はできないので、せめて接種対象者の5割の接種を目標にしたいと思う。

郡市医師会からの意見、要望の後半の議題として防府医師会の一次救急の夜間オンライン診療について、防府医師会会長の山本一成先生から説明があった。これに関しては、防府医師会会長はじめ、防府医師会の関係者の方々のご尽力には頭が下がる。この話題には他の郡市医師会長の皆様の関心も集まっていた。ちなみに周南市では昭和の時代から周南市夜間休日診療所が設置されており、小児科部門は「こどもQQ」との愛称で、徳山中央病院内に設置されている。徳山医師会と周南市が中心となって内科・外科・小児科医らの献身的な協力の下に運営されている。診療はオンラインよりも、対面で直接目と耳と手を使って行う方が良いと思うが、防府医師会としては苦渋の選択だったのではないと思う。

令和6年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事 及び関係者合同会議

と き 令和6年10月3日(木) 15:00～16:10

ところ 山口県医師会6階会議室(ハイブリッド開催)

[報告:常任理事 岡 紳爾]

本会議は、郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事、山口県医師会、山口県健康福祉部、社会保険診療報酬支払基金山口審査委員会事務局、山口県国民健康保険団体連合会、全国健康保険協会山口支部、山口県後期高齢者医療広域連合、当該年度の代表保険者(※本年度は地方職員共済組合山口県支部)、市町行政の特定健診担当者が一堂に会し、前年度の実施結果、今年度の実施状況の報告、次年度の実施に向けての協議及び情報交換、意見交換を行うことを目的に年1回開催しているものである。

開会挨拶

加藤会長 山口県の市町国保の特定健診の受診率は、都道府県別の受診率において、平成27年度から30年度までは全国最下位、令和元年度は44位、令和2年度は38位、令和3年度は40位、令和4年度は41位となっている。

山口県の場合、特定健診だけではなく、がん検診においても受診率が非常に低く、県民の皆様がすぐに医療機関を受診できる環境にあるためかどうかは定かではないが、治療の時期が遅れるとさらに医療費を要してしまう。なお、特定健診及び特定保健指導の受診率が上がると保険料が少し下がるようなインセンティブもある。

本日の会議では、他の好事例の取組みなどの紹介もあると思うので、そのようなこともお考えいただきながら、より良い方向に進めていただければと思う。

疾患の発症予防や早期発見のためには、継続的な健診が重要であることから、本日の会議では皆様との会話を通じて本県の特定健診・特定保健指

導がより有意義なものとなるよう努めてまいりたいと考えているので、よろしく願います。

協議事項

協議に入る前に、事前配付資料にて令和6年度の実施主体と山口県医師会との集合契約の内容、特定健診等の保険者別の早見表、単価等を示した。

- (1) 令和5年度の実施結果について
- (2) 令和6年度の実施状況について(一括協議)

上記(1)、(2)に関して各実施主体担当者より個別にご説明いただいた。

山口県国民健康保険団体連合会 市町村国保での特定健診の実施率は、令和2年度はコロナ禍ということもあり、ほとんどの都道府県で前年度に比べて実施率が下がっていたが、本県ではコロナ禍においても、できる限りの懸命な努力により、対前年比は-0.6%と他県と比較して影響は小さかった。

また、過去4年間の伸び率は、5.2%上昇しており3年連続で全国1位となっている(資料1)。

なお、実施率が伸びるにつれて、特定保健指導の実施率は、マンパワー不足ということで順位を落としている。

県内保険者団体別特定健診実施率を他の職域団体の協会けんぽ、健保組合、共済組合と比較してみると、国保はかなり低い状況であり、国保の特定健診実施率向上に向けた取組みが必要と考えるので、皆様方のご協力をよろしく願いたい(資料2)。

資料1

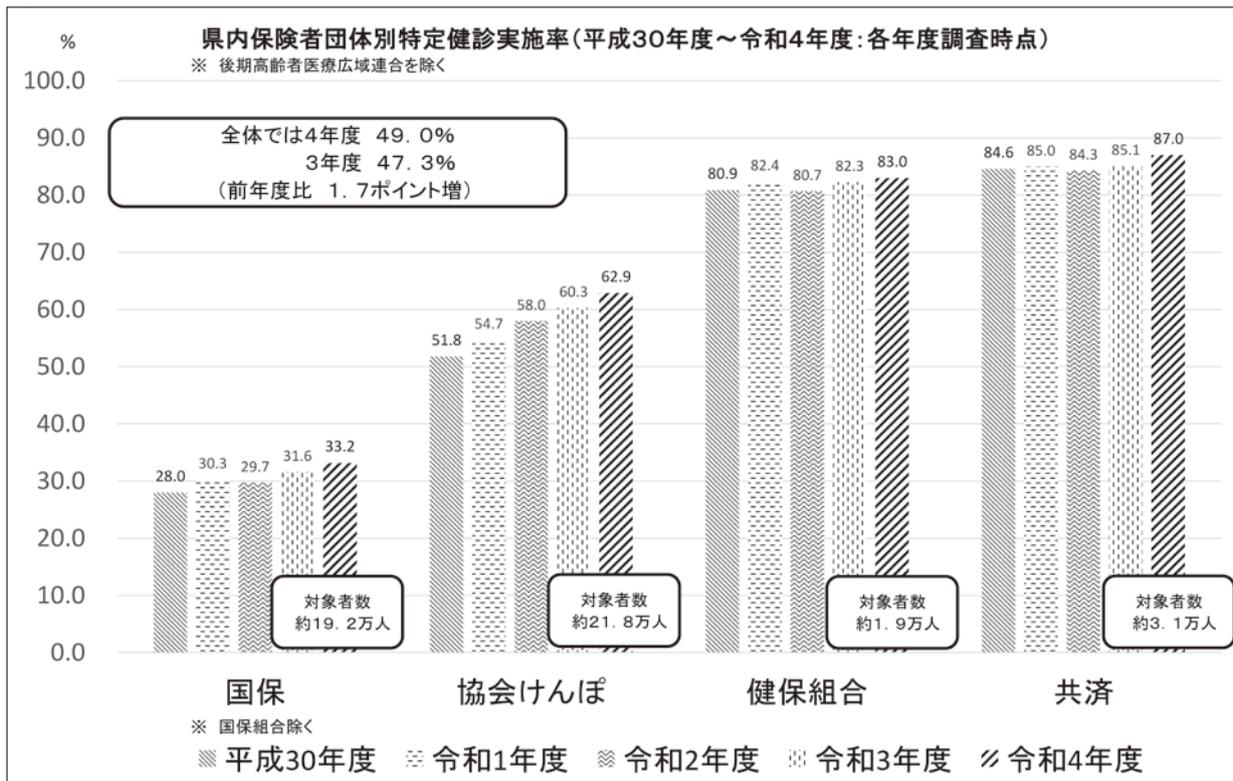
(市町村国保) 都道府県別特定健康診査実施状況(平成30年度～令和4年度)

	平成30年度			令和1年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度			4年-30年		
	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	実施率	順位	対前年	伸び	順位	
北海道	29.5%	44	1.4	28.9%	46	-0.6	27.0%	44	-1.9	27.9%	47	0.9	29.7%	46	1.8	0.2	20	北海道
青森	38.0%	24	0.9	38.0%	28	0.0	33.8%	26	-4.2	35.2%	32	1.4	36.8%	30	1.6	-1.2	33	青森
岩手	45.4%	6	1.0	47.9%	3	2.5	42.5%	3	-5.4	45.1%	6	2.6	45.7%	6	0.6	0.3	19	岩手
宮城	48.3%	2	0.6	48.9%	2	0.6	42.0%	5	-6.9	45.8%	3	3.8	46.8%	3	1.0	-1.5	34	宮城
秋田	37.3%	26	0.3	37.4%	31	0.1	30.7%	37	-6.7	37.8%	22	7.1	39.3%	20	1.5	2.0	5	秋田
山形	48.7%	1	1.7	49.7%	1	1.0	47.2%	1	-2.5	49.5%	1	2.3	50.5%	1	1.0	1.8	7	山形
福島	42.8%	13	0.9	43.3%	14	0.5	37.6%	16	-5.7	42.3%	12	4.7	43.4%	9	1.1	0.6	14	福島
茨城	38.0%	24	1.1	38.6%	25	0.6	26.3%	46	-12.3	33.5%	34	7.2	35.6%	33	2.1	-2.4	40	茨城
栃木	36.6%	27	1.2	37.0%	32	0.4	30.8%	36	-6.2	35.7%	29	4.9	37.2%	29	1.5	0.6	14	栃木
群馬	41.6%	15	0.2	42.6%	16	1.0	35.2%	22	-7.4	41.1%	15	5.9	41.6%	15	0.5	0.0	22	群馬
埼玉	40.3%	18	0.7	40.7%	19	0.4	34.9%	24	-5.8	38.2%	21	3.3	39.4%	19	1.2	-0.9	30	埼玉
千葉	40.7%	16	0.6	40.9%	18	0.2	33.0%	28	-7.9	36.6%	25	3.6	38.1%	24	1.5	-2.6	41	千葉
東京	44.7%	8	-0.2	44.2%	11	-0.5	40.8%	9	-3.4	42.9%	9	2.1	43.1%	11	0.2	-1.6	36	東京
神奈川	28.4%	41	1.0	28.8%	47	0.4	25.7%	47	-3.1	28.3%	46	2.6	29.5%	47	1.2	1.1	10	神奈川
新潟	44.2%	10	0.4	45.0%	8	0.8	37.9%	14	-7.1	42.6%	10	4.7	44.6%	8	2.0	0.4	17	新潟
富山	44.7%	8	0.8	44.7%	9	0.0	41.7%	6	-3.0	42.4%	11	0.7	43.2%	10	0.8	-1.5	35	富山
石川	46.1%	4	0.5	47.0%	4	0.9	40.2%	10	-6.8	42.0%	13	1.8	42.7%	13	0.7	-3.4	42	石川
福井	34.6%	32	1.7	35.0%	35	0.4	26.9%	45	-8.1	32.4%	39	5.5	33.6%	39	1.2	-1.0	31	福井
山梨	45.9%	5	1.1	46.4%	7	0.5	39.0%	12	-7.4	45.3%	4	6.3	47.0%	2	1.7	1.1	12	山梨
長野	46.9%	3	0.4	46.8%	5	-0.1	41.5%	7	-5.3	45.3%	4	3.8	46.5%	4	1.2	-0.4	24	長野
岐阜	39.6%	20	1.7	40.5%	20	0.9	37.9%	14	-2.6	40.2%	16	2.3	40.6%	17	0.4	1.0	13	岐阜
静岡	38.4%	22	0.4	38.4%	27	0.0	34.8%	25	-3.6	36.3%	27	1.5	37.3%	28	1.0	-1.1	32	静岡
愛知	39.7%	19	0.0	39.5%	22	-0.2	35.9%	18	-3.6	38.4%	20	2.5	39.1%	21	0.7	-0.6	27	愛知
三重	43.2%	11	0.7	44.0%	12	0.8	42.1%	4	-1.9	43.8%	7	1.7	45.2%	7	1.4	2.0	5	三重
滋賀	40.7%	16	1.9	41.8%	17	1.1	35.5%	20	-6.3	39.3%	18	3.8	40.1%	18	0.8	-0.6	26	滋賀
京都	34.0%	38	0.4	34.7%	36	0.7	28.8%	39	-5.9	31.0%	42	2.2	33.3%	40	2.3	-0.7	30	京都
大阪	30.8%	42	0.5	30.1%	45	-0.7	27.5%	42	-2.6	29.2%	44	1.7	30.8%	44	1.6	0.0	24	大阪
兵庫	35.1%	35	-0.3	34.1%	39	-1.0	30.9%	34	-3.2	33.0%	37	2.1	34.2%	38	1.2	-0.9	31	兵庫
奈良	32.1%	41	0.5	33.6%	40	1.5	30.9%	34	-2.7	33.1%	36	2.2	34.4%	36	1.3	2.3	4	奈良
和歌山	35.5%	34	1.9	36.3%	34	0.8	31.8%	32	-4.5	35.5%	31	3.7	36.8%	30	1.3	1.3	9	和歌山
鳥取	33.5%	39	1.3	34.3%	37	0.8	32.5%	29	-1.8	34.5%	33	2.0	35.0%	34	0.5	1.5	8	鳥取
島根	45.4%	6	1.3	46.7%	6	1.3	45.1%	2	-1.6	45.9%	2	0.8	46.5%	4	0.6	1.1	10	島根
岡山	29.3%	45	-0.2	30.5%	43	1.2	28.7%	40	-1.8	31.5%	41	2.8	32.8%	43	1.3	3.5	2	岡山
広島	30.2%	43	1.9	30.7%	42	0.5	27.3%	43	-3.4	28.9%	45	1.6	30.6%	45	1.7	0.4	18	広島
山口	28.0%	47	1.3	30.3%	44	2.3	29.7%	38	-0.6	31.6%	40	1.9	33.2%	41	1.6	5.2	1	山口
徳島	36.3%	33	1.2	36.9%	33	0.6	37.0%	17	0.1	38.9%	19	1.9	38.7%	23	-0.2	2.4	3	徳島
香川	42.1%	16	-0.1	44.0%	12	1.9	39.4%	11	-4.6	41.8%	14	2.4	42.7%	13	0.9	0.6	15	香川
愛媛	33.1%	40	2.5	32.8%	41	-0.3	28.5%	41	-4.3	30.7%	43	2.2	33.2%	41	2.5	0.1	22	愛媛
高知	38.3%	26	1.8	37.7%	30	-0.6	35.2%	22	-2.5	35.6%	30	0.4	36.6%	32	1.0	-1.7	40	高知
福岡	34.8%	36	1.3	34.2%	38	-0.6	31.4%	33	-2.8	33.3%	35	1.9	34.4%	36	1.1	-0.4	27	福岡
佐賀	43.0%	13	1.7	43.3%	14	0.3	38.8%	13	-4.5	39.5%	17	0.7	40.7%	16	1.2	-2.3	42	佐賀
長崎	39.5%	23	0.1	39.2%	23	-0.3	32.5%	29	-6.7	36.1%	28	3.6	37.6%	26	1.5	-1.9	41	長崎
熊本	37.6%	29	1.8	38.0%	28	0.4	33.6%	27	-4.4	36.6%	25	3.0	37.7%	25	1.1	0.1	22	熊本
大分	42.4%	15	0.6	40.5%	20	-1.9	35.4%	21	-5.1	37.7%	23	2.3	39.0%	22	1.3	-3.4	45	大分
宮崎	36.7%	31	0.6	38.7%	24	2.0	35.9%	18	-2.8	37.0%	24	1.1	37.5%	27	0.5	0.8	14	宮崎
鹿児島	44.1%	11	2.8	44.7%	9	0.6	41.1%	8	-3.6	43.1%	8	2.0	42.9%	12	-0.2	-1.2	35	鹿児島
沖縄	39.3%	24	0.2	38.6%	25	-0.7	32.1%	31	-6.5	32.8%	38	0.7	34.5%	35	1.7	-4.8	47	沖縄
全国	37.9%		0.7	38.0%		0.1	33.7%		-4.3	36.4%		2.7	37.5%		1.1	-0.4		全国

※各年度速報値(市町村国保が支払基金に報告した実績報告から作成)

※国保組合含まない

資料2



社会保険診療報酬支払基金山口審査委員会事務局

令和5年度の特定健診・特定保健指導は3,847機関から17,559件の請求があり、令和4年度と比較して請求機関数は106.5%、請求件数は103.6%であった。

令和6年度は7月受付までの数値となるが、合計で641機関から1,595件の請求があり、令和5年度の同時期と比較して請求機関数は96.2%、請求件数は88.6%となっている。なお、直近の8月受付では314機関から1,180件の請求があり、前年同月と比較して請求機関数は99.7%、請求件数は101.5%となっている。

全国健康保険協会山口支部

被保険者の特定健診の実施率は70.8%で対前年度比-0.4%、被扶養者の実施率は30.0%で対前年度比+0.8%であり、加入者全体としては約63%の実施率であった。なお、これらの数字には事業者健診データ取得件数も含んでいる。

事業者健診とは、労働安全衛生法に基づいて行われた定期健康診断を指しており、協会の被保険者向けのセット健診である生活習慣病予防健診を

利用されていない40歳以上の被保険者の方でも定期健診の結果を医療保険者が取得することで、特定健診を実施したとみなすことができるものである。

また、特定保健指導の実施率に関しては、被保険者・被扶養者ともに、高い数値とは言えない状況である。受診率向上に向けた今年度の取組みとして、被扶養者の特定健診について、例年同様、県内19市町との業務連携により、加入者の利便性の向上等を図るために、特定健診と同時にがん検診も受診できる集団検診を企画・実施しており、令和6年度は5年度と比較して約10会場多い102会場の予定でスタートしており、現在実施中である。

また、本取組みは協会けんぽだけではなく、本県の検診受診率向上の観点から有意義な取組みと考えているので、引き続き関係者の皆様のご理解・ご協力をお願いしたい。

山口県後期高齢者医療広域連合

令和5年度の後期高齢者健康診査については、4月末に受診券を一斉送付し、令和6年3月末までを受診期間と

した。受診者数は前年度比で約2,600人増加の37,709人、受診率は33.07%で前年度比0.71ポイントの増加となった。令和6年度、現在までの受診者数は前年度と比較し、約850人増加し11,571人となっている。

平成30年度から生活習慣病で定期的に通院中かつ、過去2年間に健康診査未受診の方を、健康診査の除外対象者として受診券の交付を停止し

ている。この影響により、除外対象者数は年度で変動し、令和5年度は約14万人で前年度並みの数であったが、受診対象者（被保険者）の増加に伴い、受診率は増加したと考えられる。

受診率向上のための取組みとして受診勧奨ポスターを作成し、健診実施機関や市町等へ送付し、周知広報に努めた。また、老人クラブ連合会から県内の老人クラブへ配付協力をしていただいた。

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 野村 壽和*
 熊毛郡 曾田 貴子*
 吉南 津田 真一
 美祢郡 吉崎 美樹*
 下関市 橋本 亮*
 宇部市 浦山 直樹
 山口市 野瀬 善夫*
 萩市 前川 恭子*
 徳山 高橋 達雄*

防府 岡澤 正*
 下松 小林 究*
 岩国市 野坂 誠士*
 山陽小野田 西村 純一*
 光市 秋吉 宏規
 柳井 松原 良尚*
 長門市 斎木 淳*
 美祢市 藤村 寛

県医師会

会長 加藤 智栄
 常任理事 岡 紳爾
 理事 國近 尚美
 理事 藤井 郁英

県健康福祉部

健康増進課 主幹 廣田 優志*
 医務保険課 班長 市川 一志
 医務保険課 主査 西本 法子

山口県国民健康保険団体連合会

保険者支援課 課長 桑原 一郎
 保険者支援課 健康増進班 主査 末次 克己

社会保険診療報酬支払基金山口審査委員会事務局

業務課 課長 永井 慎一
 業務課 主査 横岡 忍

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課 保健事業推進係 課長補佐 津田 香世*
 業務課 保健事業推進係 係長 杉原 和明*
 業務課 保健事業推進係 主任主事 山本 美知*

全国健康保険協会山口支部

保健グループグループ長 土井 克彦

地方職員共済組合山口県支部

保健福祉班 主幹 貞弘 純也*

市町担当者

下関市保険年金課 給付係長 山本 哲也*
 宇部市保険年金課 課長 重村 一郎*
 山口市保険年金課 主任主事 渡邊 梨沙*
 萩市市民課 保険年金係長 寺戸 宏宣*
 防府市保険年金課 主事 増田 遥菜*
 下松市保険年金課 主任 松井 光葉*
 岩国市健康推進課 健診班長 中村 里佳*
 光市市民課 主任 前田 栄治*
 長門市総合窓口課 事務職員 中村 美咲*
 柳井市市民生活課 主任 戎 由希*

美祢市市民課 主査 山田 英里*
 周南市保険年金課・医療費適正化担当 藤原 恵利*
 山陽小野田市保険年金課 保険事業係長 林 美由紀*
 周防大島町健康増進課 主任 河村 美紀*
 和木町保健福祉課 主事 水田了祐己*
 上関町住民課 係長 中島 和哉*
 田布施町健康保険課 係長 山田 将巨*
 平生町健康保険課 主事 高村 真弥*
 阿武町健康福祉課 主任主事 伊藤 梨乃*

注：*はWeb出席者

シルバー人材センターには、会員に向けた健康診査の資料配付等も行っている。

また、健康診査の受診勧奨として、数年前に健康診査を受診かつ、前年度未受診の方（約1万1千人）に11月中旬にハガキで受診勧奨を行った。

その他の取組みとして、健康診査の円滑な実施に資するため、健康診査の概要とよくある質問などをまとめた資料を受診券発送前の4月中旬に健診実施機関宛に送付し、被保険者からの問い合わせや受診案内に活用していただいている。なお、健診受診者への結果説明用資料『健診結果の見方』については、健診項目の変更等により次年度改定を予定している。

今後も受診率向上のために、効果的な取組みを実施したいと考えているため、引き続き、ご理解、ご協力をお願いしたい。

地方職員共済組合山口県支部 令和4年度の特
定健診受診率は78.0%、特定保健指導実施率は45.2%となっている。なお、令和5年度の実施結果については現在算定中だが、実施率は令和4年度よりも上昇する見込みとなっている。

令和6年度の実施状況であるが、特定健診は事業主（山口県）が実施する定期健康診断等の健診データの受領、各所属の安全衛生管理担当者を対象とした研修会や会議等で受診勧奨についての説明、各所属を通じて受診勧奨や声かけを実施している。

また、被扶養者には受診券を自宅へ直接送付している。特定保健指導については基本的には地共済が雇用している保健師により実施、県庁各出先機関は保健師が巡回し保健指導を実施、被扶養者は外部委託により実施している。

続いて、各市町担当者に特定健診・特定保健指導の令和5年度実施結果及び令和6年度の実施状況について事前聞き取りを行っており、資料として提示した。

なお、AIシステムを活用している複数の市町担当者から、「受診者を階層別に分けて、それぞれに資料を作成して送付しており、それなりの反響はある」「国保連合会との三者契約による業者

委託で行っており、未受診者に対する勧奨ハガキなど、それぞれに応じたものにはなるので目に留まりやすいのかと思う」「対象者をAIで分析して受診勧奨を行っている」等の説明があった。

山口県国民健康保険団体連合会 特別業務として
請け負っており、AIを活用した受診勧奨で業者に委託しており、業者が対象者の分析を行い、効率よく、関心がありそうな方を中心に受診勧奨を行っている。

藤井理事 特定健診の実施率は全国的には低いながらも少しずつ伸びてきていることが本日の報告で理解でき、今後に期待しているのだが問題は、せっかく健診を受けていただいても、その後の受け皿である特定保健指導において指導できる人員の確保が難しいように感じるのだが、今後、どのように工夫されていくのか。

県医務保険課 市町のマンパワー不足については、民間活力の活用ということで一部は外部委託で特定保健指導を実施するということも考えられる。また、Webでの対面による保健指導もできるので遠隔地の方に対するWebでの保健指導など、オンラインやICTの活用によって効率化していくことによって保健指導の充実に繋げていければと考えている。

加藤会長 Webを通じた特定保健指導もカウントされるのであれば、さらに数が増えると思う。保健師がきめ細かく寄り添って対応されるのが一番良いと思うが、人員的に難しい場合は、Webを活用していただきたいと思う。

続いて、山口県健康増進課から「やまぐち健診（健診）受診総合促進事業」に関する説明がなされた。

県健康増進課 健診（健診）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べく、これまでに各健診において受診率向上に資する取組みが実施されてきており、歯科の分野においても、健康で質の高い生活を営む上で、歯・口

腔の健康を保持・増進することが重要な役割を果たしていることから、定期的な歯科健（検）診の機会・歯科診療の受診を通じて、生涯を通じた歯・口腔の健康を実現していくことが必要であると考えている。

しかしながら、歯科疾患実態調査によると、「過去1年間に歯科検診を受診した者」の割合について、山口県は平成27年度が40%程度、直近の令和4年度は48.5%と改善は認めるものの、全国と比較すると未だに低い状況である。

こうした状況を踏まえ、令和5年度から、健診ごとに行われてきた受診促進のための取組みを総合的に実施することで、歯科健（検）診のみならず、特定健診、がん検診全体の受診率向上を目指す事業を開始した。

具体的には、広く県民の皆様には歯科口腔保健に関心を持っていただく観点から、特定健診・がん検診を実施している自治体において、同時に歯科健診も実施している。

また、効果的な受診勧奨として、昨年度、県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会にご協力いただき、「人生100年時代を楽しむために健診検診に行こう！」と題したリーフレットを作成し、普段通り慣れていて信頼を置いている、かかりつけの先生より、診察の際にリーフレットを直接手渡していただき、より患者様に受診の大切さを訴えかけていただくような仕組みになっている。

令和5年度は三師会の先生方、郡市医師会、関係機関、後期高齢者医療広域連合、各市町がん検診、国保担当者等、併せて2,500か所弱に配付させていただいたところである。

この事業については、令和6年度も引き続き実施しており、今月末にも市町において、がん検診、特定健診、歯科健（検）診の同時実施をさせていただくことになっている。

今後とも効果的な受診勧奨方法等を協議いただき、進めていきたいと考えているので、引き続きよろしくお願ひしたい。

国近理事 このリーフレットは市報等において県民の手元に行き渡っているのか。

県健康増進課 三師会の関係の皆様、あるいは自治体の特定健診・がん検診の担当部署には配付しているが、実際に県民に配付するスキームにはなっていないので、県民に周知できるような方法を今後検討していきたい。

国近理事 以前、市民公開講座を開催した際に、市報に入れていただいたら情報が隅々まで行き届き、非常に効果があったので、コストがかかることではあるが検討していただきたい。

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

(3) 令和7年度の実施に向けて

(受診率の向上について)

全国健康保険協会山口支部 受診率の向上については、昨年度より自己負担額を減額することにより健診を受けやすくし、定期健診よりも割安な金額でがん検診を受けられるようにしている。

山口県後期高齢者医療広域連合 ポスター等の媒体の使用、県内市町の広報誌へ健診等の情報を掲載していただくなど関係機関にもご協力いただきながらPRに努めている。また、シルバー人材センターと連携し受診率の向上に取り組んでいる。

県医務保険課 県の国保の取組みとして受診券を発送する4・5月と、受診勧奨の強化月間である9・10月にまだ受診されていない方に対する強化広告を打つということになっており、その中で「丸久」等のスーパーで音声CMを集中的に流していただいている。また、10月12・13日には「山口きらら博記念公園」でyabふれあいフェスタがあり、ブース展開して受診を呼びかける予定である。

藤井理事 先日、スーパーで買い物をしていたら、音声CMが流れてきて、凄く耳に残った。非常に効果的な取組みだと思うので、ぜひとも続けていただきたい。

(4) その他

①県医師会より令和7年度の標準単価案を示し、令和6年6月1日の診療報酬改定において、初診料及び血液採取（静脈）の点数がそれぞれ3点アップしたこと、また、10月1日からの郵便料金の変更により「検査結果通知書」の料金を変更したことに伴い、金額が一部変更になったことを説明した。また、県医師会が契約する令和7年度の集合契約Bの特定健診・特定保健指導、後期高齢者の健康診査の概要を説明した。

②県医務保険課より「みなし健診（本人同意に基づく診療における検査データの活用）」についての説明及び郡市医師会並びに市町に対して実施協力の依頼がなされ、同時に、関係者からいろいろな意見をいただくことで、今後の普及の参考としたい、との発言があり、現在実施されている郡市医師会の担当理事より現状と課題点等を述べていただいた。

まず、実施している郡市医師会からは、「みなし健診制度の利用率はかなり低く、受診率アップに繋がっているとは思えない」「特定健診の検査項目を満たすのに、人手や手間を取られることもあり、なかなか医師会の先生方の協力が得られな

い」「手続きや検査項目をもっと簡潔に、使いやすく、わかりやすいものにしてほしい」等の意見があった。

また、未実施の郡市医師会からは「以前、特定健診を実施している医療機関にアンケートを取ったことがあるが、医療機関によって温度差があり、また、手書きしなければいけない部分があるなど労力を要することから郡市医師会として実施に至らなかった」等の意見があった。

これを受けて、県医務保険課からは「いただいたご意見を参考にしながら、普及に向けて検討していきたい」との発言があった。

多くの先生方にご加入頂いております！		<small>詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください</small>	
お申し込みは 随時 受付中です	医師賠償責任保険	取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
	所得補償保険	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
	団体長期障害所得補償保険		
	傷害保険		
		 損保ジャパン	

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と き 令和6年10月6日(日) 13:00～15:00

ところ KAMEFUKU ON PLACE

[報告:理事 中村 丘]

特別講演

野球による投球障害の診断と治療

山口大学医学部附属病院整形外科 油形 公則

近年、小学生の競技人口が減少しつつあるものの、野球は未だに日本では人気の高いスポーツである。

特に、小学校高学年においては、徐々に球速が上がる一方で骨軟骨は成長途上であることから、野球肩(上腕骨近位部骨端線損傷)や野球肘(離断性骨軟骨炎、内側上顆部障害)など肩肘障害が発生しやすく、永続的な障害を残す可能性もある。そこでわれわれは、投球障害の早期発見・早期治療を目標に、2017年より山口市少年野球肘検診を行ってきた。検診の内容は、①超音波エコー検査による離断性骨軟骨炎、②野球少年の身体所見の把握、③ストレッチ指導による関節柔軟性獲得による障害予防、の3項目に絞り実施していたが、コロナ禍の影響とマンパワーの問題で、ここ数年は①のみしか実施できていない。

成長期の児童生徒(小学校～高校生)の投球障害とその治療及び検診事業の実際と課題を中心にお話しするとともに、大学生以降の社会人における投球障害とその治療についても具体的な症例を提示しつつ概説する。

1. 野球肘

内側型野球肘は内側側副靭帯に関連した障害で、年齢によって損傷される部分が異なり、高校生以降では靭帯実質、前斜走靭帯の損傷が大半である。内側側副靭帯はドジャーズの大谷翔平選手が損傷した靭帯である。ボールを投げた時、投げた後で突然痛みが出る障害である。山口大学整形外科の治療方針は、小学生では4週間の投球、バッティングを禁止し、藤井理学療法士に投球フォー

ムを確認し、6週間後に完全復帰としている。

大リーグではトミー・ジョン手術が行われるが、1度目の手術での損傷前までの復帰率は67～87%であり、二度目の手術では55～78%と少し悪化する。

外側型野球肘は上腕骨小頭離断性骨軟骨炎といわれるもので、実態は軟骨部分の壊死を病態とする。初期から進行期まで3期に分けられ、初期(透亮期)に発見できれば90%の治癒が見込まれるが、症状がないためこの時期に医療機関を受診することはない。山口県は遅れているが、早期発見のため、超音波エコー検査が極めて有用である。少年野球の9歳から11歳での発症リスクが高く、ポジションは関係ない。進行期で投球を継続した場合、残念ながら治癒は望めないため、手術療法を行うこともある。

後方型野球肘について頻度はそれほど多くない。肘頭骨骨端線損傷と肘後内側インピンジメント症候群をその病態とする。野球肘の予防については、現在投球制限が言われている。2018年に日本軟式野球連盟ではピッチャーの投球制限を1試合70球とすることとしたが、トレーニング中の投球数について言及されていないため、課題が残っている。肘頭骨骨端線損傷を早期発見するために、ポータブルのドップラーエコー機が有用であるが、価格がまだ高いため普及が進んでいない。

2. 野球肩

投球障害肩はそれほど頻度が多くない。小学生から中学生では上腕骨近位骨端線損傷が多く、高校生からは内側型インピンジメント症候群(後上方関節唇損傷、腱板関節包側断裂)が頻発している。肩甲上腕関節の安定化には関節唇、関節包、腱板の3要素が寄与しており、肩甲上腕関節(狭

義の肩関節)と肩甲胸郭関節の2関節が肩の可動域を規定している。

病態として肩峰下滑液包炎、肩関節唇損傷(あの時のあの1球で痛みを発症した、という特徴的症状)、内側型インピンジメント症候群がある。肩峰下滑液包炎ではエコー下のステロイド注入を行い、内側型インピンジメント症候群では外旋可動域の拡大と内旋可動域の低下を認めるため、後方軟部組織へのストレッチを行う。

3. まとめ

- ①学童期の内側型野球肘は上腕骨側でのMCL付着部裂離骨折の可能性が高く、4週間のギプス固定が考慮される。
- ②上腕骨小頭離断性骨軟骨炎は難治性であり、野球肘検診による早期発見・投球・バッティング中止が望ましい。
- ③学童期野球肩のほとんどが骨端線損傷である。
- ④高校生以上の野球肩の多くが内側型インピンジメントによるものである。

実地研修

投球障害を予防するためのトレーニング

小郡第一総合病院 藤井 俊充

野球はわが国において最もポピュラーなスポーツの一つであり、老若男女を問わず多くの競技人口を有する。そのプレーにおいてボールを投げる動作は全身の各関節の動きを駆使してエネルギー伝達が行われるべきであるが、四肢の関節可動域の低下や不合理な動きは肩関節や肘関節に多大な負荷を生じさせ、しばしば「投球障害」として選手のパフォーマンスを低下させる。自身も肩の痛みのため全力投球ができないというもどかしい思いを経験し、そのような選手を減らしたい一心で選手のコンディショニングや障害予防活動に取り組んでいる。

コンディショニングはストレッチの指導が柱を成す。特に胸郭や股関節の動きは重要と考え、ストレッチで広げた関節可動域を投球動作に落とし込めるよう筋力トレーニングや動作指導も行っている。

本研修では投球障害の予防、復帰に向けたト

レーニングを文献的考察や実技を交えながら紹介したい。

実地研修

1. 投球フォームの理解

投球動作はワインドアップ期、コッキング期、加速期、ボールリリース、フォロースルーの5期に分けられ、ワインドアップ期の破綻は投球動作全体の破綻に直結する。コッキング期では投球方向への移動を開始し、骨盤に対して肩甲帯は非投球方向に27°回旋して、タメを作る。加速期では各関節にかかる負担が最大となる。フォロースルーではボールリリースからの急激な減速が起こるため、関節の負担は大きい。投球フォームには5つのチェックポイントがある。

- ①ワインドアップ時の骨盤中間位の保持
- ②トップポジションで手が耳に付いているか
- ③ボールリリース時の投球肘の高さは十分か
- ④ボールリリース時のグラブが体の前にあるか
- ⑤フォロースルーで前足に体重がのっているか

上記5点を実技でチェックした(会場での実践あり)。

2. ストレッチ

腕のしなりは胸椎の伸展が大事であり、大歳野球スポーツ少年団のストレッチでは「ネコのポーズ」のストレッチを行ってブリッジのプレストレッチとしている。肩の筋肉、肘の筋肉、股関節の筋肉(左右を行う)を効果的に伸ばし、太ももの前後及び内側を伸ばして股割のプレストレッチをしている。ストレッチは体幹から手足末梢の方向に行く。大歳野球スポ少ではストレッチの動機付けとして、「筋肉を柔らかくするため」、「けがをしないからだを作るため」、「野球がうまくなるため」としている。また、目標を①前屈時ゲーで地面に手が届く、②またわり(最低でも肘が届く、できればおでこ、胸が届く)、③ブリッジができる、④トンビ座りができる、⑤背中で手をつかめる(右手が上、左手が下/左手が上、右手が下)としてストレッチを行い、昨日の自分と比べるため毎週月曜日に記録している(会場での実践あり)。

3. 筋力トレーニング

よく遭遇する投球フォームのエラーの解説があり、特にひじの負担を減らす腕の使い方の説明があった。内側側副靭帯、前斜走繊維は深層が33Nmで破断する。投球時は最大64Nmの負荷がかかるため浅指屈筋のストレスを軽減する。浅指屈筋+前斜走繊維のグループの総負荷を軽減する目的で、ボールリリース時に指を曲げるようにする。そのためのストレッチ方法を実践した。

4. 現場での取り組み

子供たちの肩、肘を守るため日本少年野球連盟は投球数を制限している。小学5年生、6年生のピッチャーは1日70球まで、4年生以下のピッ

チャーは50球までとされている。ただし、これには試合前のキャッチボールやノック、他のポジションでの送球、けん制等の投げる動作は含まれていない。実際には70球以上の負荷がかかっていることを指導者、保護者は知っておく必要がある。アメリカでは投げた球数に応じて休息を規定している。球数の管理、体に負担のかからない投げ方、身体の柔軟性のバランスがとても難しい。クラブではオフシーズンにはノースロー期間を設けており、雲梯、懸垂で筋力をつけている。

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・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6年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」

と き 令和6年11月4日(月・振替休日) 14:00～17:30

ところ ホテルグランヴィア岡山「フェニックス」

[報告：常任理事 縄田 修吾]

日本医師会より瀧口欣也 常任理事にコメンテーターとして出席いただき、岡山県医師会の司会進行のもと開催された。

最初に、中国四国医師会連合委員長の松山正春 会長が、患者への十分なインフォームドコンセントと丁寧な診療によって安全な医療を行うことの大切さを述べられた。引き続き、瀧口日医常任理事が、日ごろの業務運営のお礼を含めて、挨拶いただいた。

I 各県からの提出議題

1. SNS上のクレーム、誹謗、中傷対策について(島根県)

令和6年4月、Googleマップ上の口コミに医療機関についての不当な書き込みがあったとして、東京都内の医師など63の個人と団体がGoogleに対し損害賠償の訴えを起こした。

Googleの言い分としては、事の真偽がわからないまま投稿削除はできず、当人同士で話し合い、又は裁判所に削除命令を出してもらえないこと、一定の基準を設けて不適切な投稿は削除しているとのことである。

医療機関に対しSNS上で匿名の誹謗・中傷の書き込みなどがあった場合、^{いち}医療機関での対処は難しく、また患者の個人情報にかかわる内容のため説明・釈明もできずサンドバック状態になるようであるが、書き込みの保存、医師会への相談など、どのような対処方法が考えられるか、あればご教示いただきたい。

2. SNSでの誹謗中傷への対応について(広島県)

SNSでの誹謗中傷等への対応について、会員医療機関から県医師会事務局への相談件数が増加し

ている。SNSの悪質な書き込みへの対応は、医療機関には非常に負担であり、削除要請しても対応してもらえない等の声もよく聞く。

ネットの悪質な「口コミ」に対し、医師がGoogleに削除要請するも放置され、発信情報開示を求める訴訟を提起して開示を受けて投稿者を特定し、投稿者へ訴訟を提起した後、3年かけて投稿削除の勝訴判決となった事案や、医師数名が共同してGoogleに訴訟提起している事案もある。

弁護士への速やかな相談が一番の策かと思うが、当該事案は医賠償保険の対象外となることが多く、本会では整備しているサイバー保険での対応範囲となるが、加入している医療機関数も多くはないのが現状である。

(1)「SNSへの口コミ」の相談に対し、各県での対応状況を伺う。

(2) 本事案への対応として、①行政への窓口設置の要請、②保険対応の整備、③対応方法の広報の徹底等が挙げられるが、全国でも同じような状況が考えられることから、日本医師会はどのような会員支援をご検討いただいているかを伺う。

本県の回答

当会ではSNS上での誹謗中傷などによる相談はこれまでない。なお、顧問弁護士に対しては、ここ5年以内に1件直接相談(Google検索上の口コミへの医師個人への悪評記載についての相談)があったとのことである。

毎年、医師会員に対して「医療紛争防止研修会」を開催しているが、今年度は患者によるカスタマーハラスメントと対応の解説を、顧問弁護士にいただいた(令和6年8月8日開催済)。講演では、SNS上の利用で患者側の発信力が強まり、

医療機関の価値棄損の可能性が高くなったこと、口コミで診療内容が評価されることなどに触れられ、医療機関組織としてカスタマーハラスメントに対する対応方針と組織内での対応手順や適切な事実の把握、再発防止策が述べられた。

SNS上で医療機関にとって理不尽かつ評判を下げる書き込みがあった場合の相談としては、悪質性や単発的なものか継続的に投稿が続けられるものかにより、法的な削除を求めるケースや損害賠償を求めるケースあるいは放置対応するケースがある。

いずれもまず証拠を押さえること、つまり、見つけた際は書き込みが修正・削除される前に画面を写真撮影あるいはプリントスクリーン（画面コピー）することが望ましい。そして内容的にみて記載主が特定される場合には、その書き込みと関連する自院患者情報を確認し、書き込み内容の問題点と具体的な事実との相違点をまとめておき、これをふまえて弁護士に相談されるのが望ましい。

相談段階で検討すべきは、記載の悪質性の程度とともに、同様のSNS投稿が単発的なものか継続的なものである。悪質性の程度が低く単発的なものに関しては、ネット上の患者からの書き込みに対して敏感に医療機関側が反応すること自体を論^{あげつら}ってSNSに投稿するなど、トラブルが大きくなる可能性もあることから、悪質性の高いものでない限りは、まずは推移を見守るという選択が中心になる。

他方、悪質性が高い、もしくは継続性もある（又は想定される）場合には、刑事告訴まで方針を拡げて検討することになる。匿名・投稿者不明の場合には、民事裁判でWebサイト運営者に対して投稿者情報の開示を求めるなどした上で削除・損害賠償を行うことになるが、悪質性が顕著な場合には、これらの手続と並行して刑事手続、名誉棄損罪や信用棄損罪による刑事告発手続に進むことも検討するべきである。

以上のようなトラブルについては、医師会に相談していただければ、必要に応じて顧問弁護士が対応することになっている。

他県の回答

他県ではSNS上のクレーム、誹謗中傷のような相談を引き受けた、あるいは報告があったところは少ない。この問題を根底的に改善するには、医療機関や医師会レベルで対応できるものではない。誹謗中傷に関しては、脅迫罪や名誉棄損、侮辱罪等で捜査機関に告訴することになるが、必ずしも捜査に着手してもらえとは限らない。そのため、民事手続きに頼ることもありうる。解決までの費用対効果を考えると、個別の救済は難しいところである。

県行政に医療従事者を対象としたハラスメント相談窓口を要望する県もある。令和6年5月の「情報流通プラットフォーム対処法」の改正で、大規模プラットフォーム事業者には、対応・削除の迅速化や運用状況の透明化の対応が義務付けられるようになり、今後に期待しているところである。

損保会社商品の「クレーム対応費用保険」を取り入れている県医師会があったが、認知度が低いようである。

ネット上の書き込みを削除することができるという業者から、医療機関に対してDMなどが届くという情報もあるが、これはさらなるトラブルにつながる可能性もあるため、無視したほうがよい。

日医の見解

令和6年6月の日本医師会の第157回臨時時代議員会で「医療機関に対するSNS等の書き込み（誹謗中傷等）に関する相談窓口の設置」の要望がなされた。日医としてはその実現に向けて、現在具体的な検討を行っている。令和6年9月には、現場の実情や考えを把握するために医師会員に対してアンケートを実施したところである（すでにアンケートは終了）。

3. AI画像診断の安全管理について（島根県）

胸部レントゲン写真については、診療所あるいは健診機関でもAIによる画像読影補助の導入が今後進むものと思われる。あくまでも画像読影の主体は医師であって、責任もまた医師にあるが、AIによる異常所見の指摘があった場合の取扱いには注意が必要である。

島根県においてもすでに数か所で胸部レントゲン写真の補助AI診断を導入している診療所があり、異常所見の扱い方については全く実態がつかめていない。将来的に健康保険で認められることになった場合は安全管理が問われるものと思う。

各県における人口知能関連技術が応用された画像診断補助ソフトウェアの導入実態、安全管理についての現状をお聞かせいただきたい。

本県の回答

山口県では人工知能関連技術が応用された画像診断補助ソフトウェアの導入実態は把握していないが、これまで、AIによる画像読影補助の導入に伴うトラブルの相談はない。他県の現状と安全管理についての取組みを今後の参考にさせていただきたい。

他県の回答

実態を具体的に把握している県は多くはないが、健診団体で導入実績のあるところ、CT読影に補助AIを導入し、放射線科専門医師と主治医の両方でダブルチェックする体制をとっているところもある。AI技術の進歩はすさまじいが、医療現場で活用する際は、あくまで診療の支援という認識としておき、最終的には医師による確認と判断が必要、意思決定の責任は医師が負うべきという意見が多い。

日医の見解

日本医師会では令和4年3月に「生命倫理懇談会」の報告がまとめられた。人間の尊厳と公共性を高める医療AIであること、人間の意思を尊重すること等で推進する提言がなされた。現時点ではAI技術はあくまでも診療を担当する医師の責任の下で行われることが大前提で、特性と利点を理解しておくべきである。今期、AIの臨床利用による検討委員会が発足されるが、どこまで検討されるかは未定。今回、要望もあるように、しっかりと検討してもらうように日医の担当理事に伝えておく。AIを推進するだけでなく医療批判の面も踏まえて、新しい検討会で協議すること

にしている。

4. 医事紛争対応の中で、医療事故調査制度が効果的に行われる取組みの現状について（山口県）

医事紛争が発生した際、医事案件調査専門委員会が審議しているが、時には医療事故調査制度の対象に相当する死亡事故事案も見受けられる。昨年度、医事紛争対応を改善してより良い会員支援につながった事例として、愛媛県から死亡事故事例に対して医療事故調査制度への報告を医事紛争委員会として推奨し、医療機関管理者の賛同を得て報告がなされ、医療機関での医療安全の普及啓発につながった活動をご教示いただいた。本県では医事案件調査専門委員会においては、あくまで紛争の回避や早期解決に注力しており、医療事故調査制度の「自ら判断し、自ら調査する」の理念を尊重し、推奨までは行っていない状況である。医事紛争対応の中で、医療事故調査制度の対象に相当する死亡事故事案があった場合に、医療事故調査制度が効果的に行われる取組みとして、各県の活動や現状についてご教示をお願いしたい。

他県の回答

医事紛争対応の中で、医療事故調査制度の対象に相当する死亡事故事案があった場合に、当会と同様に、紛争回避や早期解決を目指して、医療事故調査制度に係る取組みまでは行っていない県が多い。また、医療事故調査制度自体を医療機関において十分認知されていないという課題もある。

紛争対応委員会と調査制度支援の委員会の両方を立ち上げて、判断に困った場合や事案が両方の可能性がある場合は、医療機関の管理者の判断で、適切な委員会に適宜報告・相談いただくようになっている県医師会もある。

医療事故調査制度の目的は原因究明と再発防止である。愛媛県では、死亡事故に際し、常に真実開示・死因究明・再発防止・医療安全につなげる姿勢で臨むことが重要であり、医事紛争委員会に提出された議題のうち死亡事例に対しては、医療事故調査制度支援団体連絡協議会として、常に、医療事故調査制度への届出・報告が必要な事例かどうかを審議しており、現在まで同指導・推奨を

行った事例は3件であった。あくまでも、最終判断は管理者の意見・判断を最優先するが、医療事故調査制度に慣れていない医療機関には十分な指導ができるよう対応している。

日医の見解

制度は平成27年から始まり、もうすぐ10年になる。付託事案でも制度利用をしているものは多くない。責任の有無に関しては審査会等で行うが、産科医療補償制度での原因分析報告書も事案の解決に寄与している。それを考えると、基本的には制度の報告が早期解決に寄与するのではないかというのが大きな目的と考える。大前提は原因究明と再発防止であるため、医療事故調査制度を活用していただきたい。今年度は医療安全のセミナーや協議会を企画しているので、郡市区医師会等にも情報が伝わるようにしてもらいたい。

5. 対策型検診の胃内視鏡検査後の胃以外の悪性疾患見落としによる紛争事案について（山口県）

「対策型の胃がん検診だから、食道や十二指腸は診なくてもよい」と主張する医師に遭遇することがある。胃がん検診は、胃がんの全体死亡率の低下が立証されているため対策型検診になっているので、「胃がん検診は胃だけでよい」としている医師の理屈は完全には否定できない。しかし、日本消化器がん検診学会『対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル』2024年版では、内視鏡検査での観察範囲に、食道・十二指腸球部は含まれている。また、経鼻内視鏡の場合、咽喉頭も見える範囲内は診断しようとする医師もいるが、極論は不要という医師もいる。この件に関して、一般的にどこまで観察するのがよいのか、考えられる法律上の責任の範囲、また、胃内視鏡検査後の胃以外の悪性疾患見落としによる紛争事案の引受経験があるかどうか、意見交換したい。

※対策型検診：集団の死亡率減少効果が確立している該当がんについて、利益が不利益を上回り、不利益が最小になる方法で、対象集団の死亡率減少を目的に公的資金の補助で実施される。市町の住民検診や職域検診などが該当。

他県の回答

対策型がん検診での見逃しによる紛争事案を経験した医師会は少ないが、一事例の報告があった。胃がんの検診マニュアルには、食道・十二指腸球部は上部消化管内視鏡検査での観察範囲に含まれるので、観察する必要性はあり、食道や十二指腸病変の明らかな見落としがあれば紛争につながる可能性はある。「内視鏡の通過中に視野に入った病変を、どこまで認識するか」であるが、医の倫理からも、医師として最善を尽くすということである。

日医の見解

日医付託事案で検診に関するものは、10年間で37件あった。検診であるため賠償請求となると主体である行政になるが、診断を行った医師個人に対しても責任を問われることがある。バリウムにおける死亡事案が過去にあり、原告の請求は棄却されており、一方、医薬品医療機器総合機構から一時金としての支払いがあった。

対策型検診における対象臓器以外の病変の看過と責任であるが、これは明確な判断はなされていないので、今後、議論されると思うが、一般的な医療水準を考えると、事案ごとに判断がなされるものと考えている。

6. 「医療事故調査制度への『医療メディエーターの積極的活用』に如何に取り組んできたか（第2報）」（愛媛県）

愛媛県医師会及び四国4県医師会では、紛争の初期対応に医療メディエーションを推奨し、日本医療メディエーター協会四国支部との共催で研修会を開催してきた。2008年からの16年間に四国内で計86回開催し、2,500名（医師160名）を超える医療メディエーターを養成した。

愛媛県医師会の医事紛争委員会への提出事案数は図の如く著明に減少している。また、医療事故調査制度に際し、患者側・医療者側はこれを医療安全・再発防止への協働の契機としてとらえ、信頼関係再構築を目指すのであれば、最終的には訴訟抑制につながると考える。愛媛県医師会の医療事故調査制度への届出は34例で、センター調査

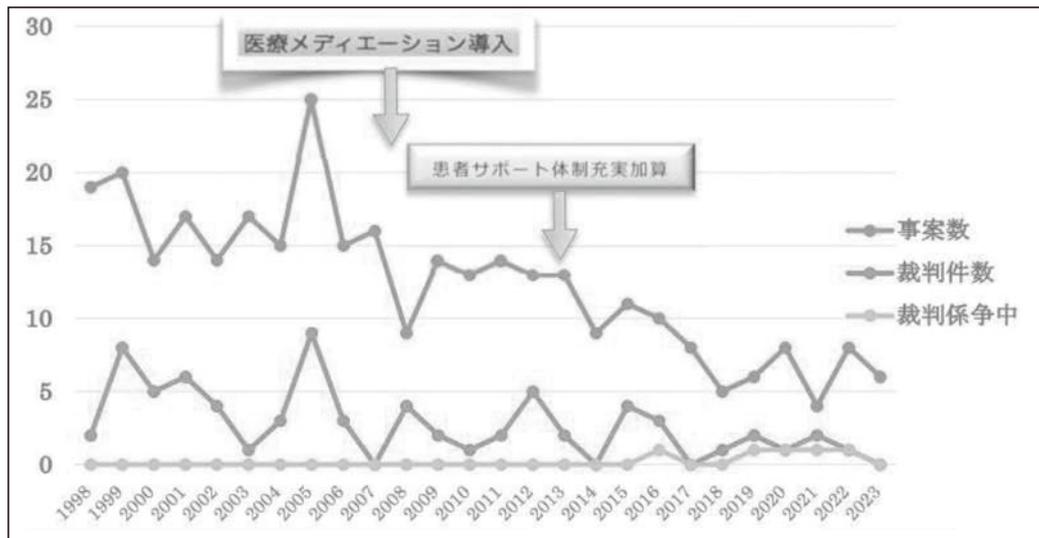


図 医事紛争件数の推移 (愛媛県医師会 医事紛争委員会 1998～2023)

1例、訴訟件数は1例であった。各県医師会の取り組みと成果についてご教示願う。

本県の回答

平成29年度と平成30年度に、各医療機関の医療メディエーター養成のため、日本医療機能評価機構と連携のうえ、「医療対話推進者養成セミナー」を開催し、県内だけでなく隣県からの参加者があった。その後はコロナ禍の影響もあり、開催できていないが、要請があれば開催することになっている。

他県の回答

他県の状況は、各県で医療メディエーター協会や医療安全支援センター（県行政・保健所）において、継続して養成が行われていること、県医師会で毎年医療安全の研修会を開催していること、郡市地区医師会でも同様の研修会が開催できるように補助制度を展開しているところもある。また、市民に対して医療安全に対する理解を得る市民公開講座を行った医師会もあり、市民の感想として、医療側の医療安全に向けての取り組みを改めて理解できたという意見があったようである。

医療メディエーター研修会には当初は基幹病院の職員が多かったが、近年は中小病院や診療所からの参加も増えている。医師会に報告された医療紛争事例にメディエーターがかかわったかどうかの実態は分からないが、少なくとも医療現場にて

活かされていることは確実であろう。

日医の見解

平成26年から日本医療機能評価機構との共催で医療対話推進者養成セミナーを開催している。「医療従事者」と「遺族家族」との橋渡し役は非常に大きく、両者の認知バイアスの理解の相違点に着目することがポイントである。日本医師会の医療安全委員会が6月にまとめた報告書では、医療メディエーターと医療メディエーション技法の活用も言及しているため、今後、各県の取組みから意見をいただきながらメディエーター養成推進を考えている。

7. 医療機関の防犯対策について（サイバーセキュリティを含めて）（岡山県）

医療関係者がかかわる事故には、①医療行為にかかわるもの、②医療者と患者関係に係るもの、③偶発的に医療者、医療機関が巻き込まれるものなどが考えられる。①に関しては医療者の医療安全教育がそれぞれの医療機関で行われている。②に関しては保険診療においても患者サポート体制充実加算が設けられ、患者、医療者の意思疎通の手段としてとしてメディエーター制度の導入などが徐々に行われている。問題となるのは③で、ふじみ野事件や大阪のクリニック放火など生命にかかわる事案も報道されている。医師・患者関係のこじれが原因の場合が多いと考えるが、これら

に対しての防犯対策を会員医療機関にどのように周知徹底されているか。

また、最近各地で発生しているランサムウェアなどサイバーセキュリティに関してはいかがか。患者情報漏洩に対する賠償額についても判ればお教えいただきたい。ちなみに岡山県医師会では県警と連携、防犯訓練講習のみならず現地指導も行ってもらおうとともにサイバーセキュリティに関しても毎年、講演会を開催している。

山口県の回答

平成22年に県警と県医師会の連名で「暴力・暴言禁止」のポスターを作成し、会員へ配付した。

また、令和4年6月には、日本医師会と警察庁長官との支援依頼のもと、当会含む県下郡市医師会と地元警察署とで、個別に面談を行い、必要に応じて警察の支援を受ける体制を築いている。

患者の情報漏洩がもとになる紛争は、当会では経験がない。

サイバーセキュリティに関しては、近年、医療機関を標的としたランサムウェア攻撃やEmotetなどをはじめとする標的型メール攻撃が多発し、攻撃の多様化、巧妙化が問題となっていることから、サイバーセキュリティをテーマとした研修会を令和4年度から開催している。令和5年度は勤務医部会の企画で開催し、今後も継続して開催することとしている。

なお、この議論は令和4年の本研究会でもメインテーマとして協議したが、結局は医療従事者が自身の危険を感じたら、逃げることで、すぐに警察へ110番通報をするようにすることは当然である。

他県の回答

他県も当会と同様、医療機関と地元警察署及び警備会社の連携構築、医療従事者安全に関するポ

スター作製、医療機関向けの研修会を行っているところが多く、「防犯用さすまた」の利用方法を警察から実技指導を受けたという県医師会もあった。

愛媛県では、今年度の新規事業として、地域医療介護総合確保基金を利用した「在宅医療の安全確保事業」を立ち上げた。これは在宅医療に取り組む医療機関が、患者宅へ赴く際、緊急通報端末（民間警備会社）を導入する際に、購入費用やレンタル費用の全額（上限付き）を補助するというものである。

情報漏洩事案を引き受けた県医師会は少ない。サイバーセキュリティに関して、県独自の遠隔情報ネットワークを利用している医療機関に注意喚起や研修会、最新情報などを提供しているところや、実際にサイバー攻撃を受けた医療機関を講師とした研修会を開催したところもある。

日医の見解

医療機関への防犯対策は、令和4年に警察と連携をすることにした。日本医師会は令和5年からサイバーセキュリティ支援制度を立ち上げており、そこで専門家の相談ができる。日医ホームページにも支援制度やサイバー攻撃の手口、日ごろの準備を内容としているので、ぜひご覧いただきたい。

II 日本医師会への要望・提言

1. AIによる異常所見の扱い方のルール作り（ガイドライン）（島根県）

人工知能関連技術が応用された画像診断補助ソフトウェアの導入実態、安全管理についての現状を調査し、日医独自のガイドライン（異常所見の扱い方のルール作り）を示していただきたい。

日医の見解

要望を持ちかえって担当常任理事とともに検討する。



令和6年度山口県医師会有床診療所部会総会

と き 令和6年10月24日(木) 15:00～16:10

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告：山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

総会に先立ち、「令和6年度第2回役員会」を開催し、この後の総会の議事進行等について協議した。司会は伊藤県医師会専務理事が担当、加藤県医師会会長と部会長の正木が挨拶し、議事進行は部会長の正木が行うこととした。

開会

伊藤県医師会専務理事の進行で開催され、まず出席者の確認が行われ、出席者8名、委任状提出30名、合計38名で過半数に達しており、総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

加藤県医師会長 こんにちは。本日はお忙しい中、本総会にご出席いただきありがとうございます。

有床診療所に関して、中国四国ブロックは恵まれており、徳島県医師会長の齋藤先生が全国協議会の会長をされており、また山口県の正木先生が診療報酬を担当されて頑張っておられる。ただ、全国的に有床診療所の施設数の減少が続いており、山口県でも令和元年の99施設から令和4年度には95施設へと減少に歯止めがかかっていない。有床診療所は地域の中で、病院からの早期退院患者の在宅に向けての受け渡しや、レスパイト入院にも対応しているなど、地域医療にとって欠かせない有用な医療施設である。山口県医師会と

しても皆様と知恵を出し合い、有床診療所の活性化に向けて頑張っていきたい。

本日は部会の事業報告、事業計画等のご審議よろしく願います。

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

本年度は医療保険・介護保険・障害福祉サービスのトリプル改定が実施されたが、医療保険改定の目玉はベースアップ評価料の新設であった。今回の診療報酬改定は何とか+0.88%が確保でき、その多くの財源がこのベースアップ評価料に充てられているが、残念ながら医療機関からの届出状況はあまり芳しくないようである。病院では8割を超える申請率だが、有床診療所は無床診療所と同程度で、申請率は3割程度に留まっている。この状況の要因は申請手続きの煩雑さにあるのは間違いないが、この問題については後の事業報告で触れさせていただく。

本日は事業報告、事業計画(案)についての協議をよろしく願います。

また、私も全国協議会の役員をしている関係で、全国の協議会の総会などで講演をさせていただくことが少しずつあり、折角の機会なので、この総会でも少し時間をいただいて、「今後の有床診療

出席者

部会

部会長 正木 康史
副部会長 阿部 政則
理事 吉永 栄一
理事 檜田 史郎
部会員 松永 尚治

県医師会

会長 加藤 智栄

理事 伊藤 真一
理事 岡 紳爾
理事 竹中 博昭
理事 森 健治

所の在り方」と題した講演をさせていただきたいので、本日はよろしく願います。

議事

(1) 令和5年度事業報告

県医師会 関係

- ・ 総会 (R5.9.21)
- ・ 第1回役員会 (R5.6.1)
- ・ 第2回役員会 (R5.9.21)

全国有床診療所協議会 関係

- ・ 第1回役員会「東京」(R5.5.28) [正木]
- ・ 第2回役員会「Web」(R5.7.23) [正木]
- ・ 第3回役員会「福島」(R5.9.2) [正木]
- ・ 第1回常任理事会「東京」(R5.5.28) [正木]
- ・ 第2回常任理事会「福島」(R5.9.2) [正木]
- ・ 第3回常任理事会「東京」(R5.12.3) [正木]
- ・ 第4回常任理事会「東京」(R6.3.3) [正木]
- ・ 日医「社会保険診療報酬検討委員会」(R5.5.17、R5.7.19、R5.9.13、R5.11.29) [正木]
- ・ 厚労省訪問・懇談・要望 (R5.5.18、R5.6.15、R5.11.21) [正木]
- ・ 第36回全国有床診療所連絡協議会総会「福島大会」(R5.9.2～9.3) [伊藤、正木]
- ・ 自民党議員連盟会議「東京：自民党本部」(R5.11.21) [正木]
- ・ 「有床診療所の日」記念講演会「日本医師会館」(R5.12.3) [伊藤、正木]
- ・ 青森県医師会講演 (R5.12.9) [正木]
- ・ 加藤勝信衆議院議員との懇談・要望 (R6.1.26) [正木]

全国有床診療所協議会中国四国ブロック会 関係

- ・ 役員会 (R6.1.21)「岡山」[伊藤、正木]
- ・ 総会・講演会 (R6.1.21)「岡山」[阿部、伊藤、松井、正木]

(2) 令和6年度事業計画 (案)

県医師会関係では、令和6年度総会を10月24日(木)、第1回役員会を6月20日(木)、第2回役員会を10月24日(木)に開催、第1回(一社)全国有床診療所協議会総会(第37回

全国有床診療所連絡協議会総会)は宇都宮市において8月24日(土)・25日(日)に現地開催、第17回全国有床診療所協議会中国四国ブロック会総会は令和7年1月19日(日)に岡山県医師会館で開催の予定。その他、正木が(一社)全国有床診療所協議会の理事会・社員総会・医師連盟、日医社会保険診療報酬検討委員会や自民党議員連盟などに出席し、全国の情報をいち早く会員に伝達する。

なお、上記の令和5年度事業報告及び令和6年度事業計画(案)について、それぞれ協議いただき、承認された。

(3) その他

・ 第1回一般社団法人全国有床診療所協議会総会「栃木大会」

本来であれば第37回全国有床診療所連絡協議会総会であるが、本年4月1日より本協議会が一般社団法人に衣替えしたため、第1回一般社団法人全国有床診療所協議会総会「栃木大会」として、栃木県の宇都宮市で開催された。

今大会は「あきらめるな！有床診療所！！」をメインテーマに掲げて開催され、大会1日目には議事として①令和5年度事業報告、②令和5年度収支決算、③令和6年度事業計画、④令和6年度収支予算が協議され、それぞれ承認された。第1日目の講演としては、特別講演1「これからこそ！有床診療所」(松本吉郎 日本医師会長)、講演「令和6年度診療報酬改定について」(林英樹 株式会社ソラスト医療事業本部品質統括部)があり、第2日目には、シンポジウム「テーマ：あきらめるな！有床診療所！」と特別講演Ⅱ「今後の厚生行政について」(武見敬三 厚生労働大臣・参議院議員)が行われた。

・ ベースアップ評価料算定のお願い

今年度の診療報酬改定の目玉はベースアップ評価料の新設であったが、申請手続きの煩雑さもあって有床診療所の申請率が無床診療所と同程度の3割程度に留まっている。このままでは医療機関は経済的余裕がなくてベースアップ評価料を必要としないとの誤った認識を持たれること

が危惧され、日本医師会より全国有床診療所協議会に対して、この評価料の申請促進の依頼があったため、全国有床診療所協議会会員向けに「ベースアップ評価料算定のお願い」の通知を行った。

・有床診療所在宅患者支援病床初期加算の算定に関する要望

令和4年度診療報酬改定で「有床診療所在宅患者支援病床初期加算」は日数、点数とも引き上げられたが（14日→21日を限度、150点→300点加算）、算定要件の若干の変更があったこともあり、昨年7月ごろより九州地区で算定対象は人生の最終段階にある患者に限られるとの理由で、査定される事例が出てくるようになり、これを放置すると全国規模に拡がるのが危惧され、全国協議会として厚労省保険局医療課と懇談・要望を重ね、本年3月にはこの問題に関するQ&A（事務連絡）を医療課より発出していただいた。残念ながらこのQ&A（事務連絡）の意味する内容が地方厚生局や支払基金の実務担当者に理解を得られることができず、査定事例が続いている状況にあるため、この8月に日本医師会に対して「有床診療所在宅患者支援病床初期加算の算定に関する要望」を行った。

・有床診療所在宅患者支援病床初期加算に関する事務連絡発出のお知らせ

日本医師会の後押しをいただいて厚労省保険局医療課と再度の懇談・要望を行い、有床診療所在宅患者支援病床初期加算を算定する際の対象患者が明確化（算定対象は人生の最終段階にある患者に限定されない）された新たなQ&A（事務連絡）を、この9月27日に医療課より発出していただくことができ、その旨のお知らせを全国有床診療所協議会会員に対して行った。

講演

今後の有床診療所の在り方

日本医師会社会保険診療報酬検討委員会

委員 正木 康史

1. 社会変化と医療改革の中の有床診療所

人口減少・超高齢化社会、物価高騰、人手不足、

人件費上昇、新興感染症や異常気象など社会は大きな変革の荒波にさらされている。医療改革も第8次医療法改正、医師の働き方改革、令和6年度トリプル改定、医療DX推進、かかりつけ医機能の制度整備、地域医療構想のバージョンアップや地域包括ケアシステムの深化・推進など改革が目白押しの状況にある。このような状況の中において、有床診療所の病床をいかにして維持していくかを考えていかなければならないが、有床診療所の場合、地域、規模や診療科等の関係もあり、一括りで議論できない問題も生じている。

2. 有床診療所の医療と経営

有床診療所（法人）の経営収支（令和3年度→令和4年度）であるが、経常利益率は5.4%→4.6%と悪化しており、また光熱水費は690万円→810万円と17%もの上昇となり、厳しい経営状況となってきている。介護療養病床の廃止、医療療養病床の6対1の人員配置の経過措置の終了やスプリンクラー設置の経過措置の終了・義務化の問題等への対処も必要となっている。有床診療所の目下の大きな課題としては、①看護職員の確保、②物価高騰・賃金上昇、③設備や機器の老朽化などが挙がってきている。

3. 有床診療所が担う役割と今後のあり方

かかりつけ医がいる有床診療所だからこそできる役割があり、そのためには変容する地域住民のニーズの把握が重要であり、有床診療所が地域包括ケアシステムの中で果たせる役割は大いにある。有床診療所の人件費率は52.8%と病院と比べても低く、看護職員確保のためには病院と同程度の給与水準の提示が必要と考えられる。

まとめであるが、有床診療所が担える機能を今後も果たすために、新しい病床体系（小規模入院施設など）の検討も必要になってきていると考える。

理 事 会**— 第16回 —**

11月7日 午後5時～6時43分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、
河村・長谷川・茶川・縄田・竹中各常任理事、
白澤・木村・藤井・國近・中村・森・吉水理事、
宮本・友近・淵上各監事

協議事項**1 令和7年度市町の施策・予算措置に対する要望について**

要望事項（案）について担当常任理事より概要が説明され、協議の結果11項目を市町に要望することを決定した。

2 第18回医療関係団体新年互礼会の開催方法について

標記互礼会の開催規模及び会費の額について協議を行い、方針を決定した。

3 山口県報道懇話会との懇談会について

12月12日に開催すること及び本会から「マイナ保険証」について情報提供することを決定した。

人事事項**1 労災・自賠責医療委員について**

委員の退任に伴う後任の委員1名を推薦することを決定した。

2 山口県公務災害補償等認定委員会委員、山口県市町総合事務組合公務災害補償等認定委員会委員について

委員の辞任に伴う後任の委員1名を推薦することを決定した。

3 健康やまぐち21推進協議会及び歯科保健分科会の委員について

山口県健康福祉部長から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。

4 第69回中国地区学校保健研究協議大会山口県実行委員会の委員について

山口県教育庁学校安全・体育課長から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 山口県献血推進協議会：表彰式（10月17日）**

薬事功労者、献血運動推進協力者等の表彰を行った。（加藤）

2 第3回生涯教育委員会（10月19日）

生涯研修セミナーの企画、山口県医学会誌等について協議した。（茶川）

3 男女共同参画部会・女性医師部会地域連携会議（10月19日）

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

4 男女共同参画部会第2回理事会（10月19日）

今年度の総会を3月2日に開催し、講師候補について今後打診していくこととした。その後、サポーターバンクの運営状況、女子医学生インターンシップの実施結果等の報告を行った。

（長谷川）

5 山口大学医学部講義（10月21日）

「私にとっての医学・医療と医師会」と題して、山口大学の医学生に講義を行った。（加藤、白澤）

6 臨床研修医交流会第5回幹事打ち合わせ会「Web」（10月21日）

11月30日、12月1日への開催日の変更、日

理 事 会

程変更に伴う幹事交代、各企画の担当者の変更等について協議を行った。(中村洋)

7 第72回山口県養護教諭研究協議大会

(10月22日)

「学校保健における組織活動」をテーマとした3人の実践発表、九州看護福祉大学の松崎美枝准教授による「これからの養護教諭に期待すること」と題した講演等が行われた。(加藤)

8 第1回山口県准看護師試験委員会(10月22日)

准看護師試験の概要、事務委託の実施状況、令和5年度試験の実施状況についての報告、令和6年度山口県准看護師試験の実施(案)について協議を行った。(茶川)

9 衛生検査所立入検査(10月23日)

衛生検査所の検査業務や事務作業等に関する事項の立入検査を実施した。(茶川)

10 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(10月23日)

医科2件、歯科1件、薬局1件の指定等を行った。(淵上)

11 第45回産業保健活動推進全国会議

(10月24日)

中央情勢報告、産業保健総合支援事業に関する活動事例報告の後、「産業医の資質向上に向けた研修会の開催について」と題したシンポジウム等が行われた。(中村洋)

12 集团的個別指導

「周南」(10月24日)、「山口」(10月31日)

「周南会場」20件「山口会場」28件の医療機関について実施され、立ち会った。(木村)

13 有床診療所部会第2回役員会・総会

(10月24日)

令和5年度事業報告、令和6年度事業計画(案)

等について協議を行った。

また、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会の正木康史委員による「今後の有床診療所の在り方」と題した講演が行われた。(伊藤)

14 医事案件調査専門委員会(10月24日)

診療所1件の事案について審議を行った。

(縄田)

15 山口市医師会との懇談会(10月24日)

組織強化、県の来年度施策・予算措置に対する要望、昨年度の山口市に対する要望と市の予算措置状況等について意見交換を行った。(伊藤)

16 やまぐち健康経営優良認定企業知事表彰選定委員会(10月24日)

審査手順の説明の後、総合部門、がん部門、歯科部門の審査を行った。(河村)

17 第44回全国医師会勤務医部会連絡協議会

(10月26日)

「勤務医の声を医師会へ、そして国へ～医師会の組織力が医療を守る～」をメインテーマに開催され、3つの特別講演、「組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現」を共通テーマに2つのシンポジウムが行われた。(中村洋、森、國近)

18 第76回長北医学会「引受：長門市医師会」

(10月27日)

一般講演21題、山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学講座の太田康晴教授による「commonかrareかnovelか?多面的な視点から考える内分泌代謝疾患」と題した特別講演が行われた。(中村丘)

19 第16回山口県肝疾患診療連携協議会「Web」

(10月29日)

肝疾患相談支援室、山口県健康福祉部からの報告の後、意見交換を行った。(加藤)

理 事 会

20 郡市医師会勤務医理事との懇談会(10月30日)

郡市医師会勤務医部会の設置状況の報告の後、医師の働き方改革に関する事前アンケートを基にした情報提供・意見交換を行った。(中村洋)

21 都道府県医師会組織強化担当役職員連絡協議会(10月31日)

「より具体的な入会促進に向けた取り組み」をテーマに日本医師会の角田 徹 副会長からの「さらなる医師会組織強化に向けて」と題した講演、都道府県医師会からの活動報告等の後、協議を行った。(中村洋)

22 オール山口で取り組む COPD 対策研修会

(11月2日)

山口県医師会 COPD 対策ワーキンググループの松永委員長による「COPD 対策推進事業について」等8つの講演が行われた。参加者111名。

(國近)

23 女性医師支援・ドクターバンク連携中国四国ブロック会議(11月4日)

岡山県の担当により岡山市で開催され、日本医師会女性医師支援センターからの報告、各県医師会における取組報告の後、働き方改革施行等についての意見交換・問題提起を行った。山口県が次期当番県。(長谷川)

24 中国四国医師会連合医事紛争研究会

(11月4日)

各県からの提出議題や日本医師会への要望・提言について協議を行った。山口県が次期当番県。

(縄田)

25 山口県不妊相談専門委員会「Web」(11月5日)

不妊相談関係事業の令和5年度実施状況等について報告の後、令和6年度「妊活を考える集い」(案)、令和7年度不妊相談等支援事業(案)等について協議を行った。(縄田)

26 日医第1回母子保健検討委員会(11月6日)

答申とりまとめに向けた議論の進め方、令和6年度母子保健講習会等について審議を行った。

(河村)

27 日医第1回医療IT委員会(11月6日)

役員からの近況報告、前期医療IT委員会の答申等について審議を行った。(中村洋)

28 会員の入退会異動

入会6件、退会7件、異動12件。(11月1日現在会員数：1号1,201名、2号845名、3号473名、合計2,519名)

29 歳末放談会(10月31日)

広報委員、県医師会役員による放談会を開催した。放談会の内容は、後日医師会報に掲載する。

(長谷川、國近)

医師国保理事会 ー第13回ー

協議事項

1 第20回「学びながらのウォーキング大会」について

11月23日(土)に山口市秋穂で開催する標記大会について協議、参加者の追加募集等について決定した。

2 傷病手当支給申請について

2件について協議、承認した。

 日医FAXニュース 

2024年（令和6年）10月25日 3261号

- 財務省の主張はミスリード、極めて遺憾
- 働き方改革、宿日直や外来診療に影響
- HPV キャッチアップ、初回11月末までに
- 心臓移植、緊急性高い患者を優先へ
- 医療事故調の「管理者・実務者セミナー」

2024年（令和6年）10月29日 3262号

- コロナ5類移行後「必要な対策講じた」
- 特定健診・特定保健指導のQ&A集作成
- 電カル情報提供、支払基金へ要請可能に
- 臨床研修マッチング、内定者9,062人
- インフル定点0.73、沖縄11.18
- マイコプラズマ肺炎1.95、「かなり多い」

2024年（令和6年）11月1日 3263号

- 会員情報システム「MAMIS」公開
- 法制上の位置付けを明確化
- 職員かたる詐欺電話、厚労省が注意喚起
- 1割超で地連NWに「何らかの影響」

2024年（令和6年）11月8日 3264号

- 中医協、調査票了承 修正も
- 産科医療補償制度で「特別給付」了承
- ストレスチェック対象拡大を大筋了承
- コロナ定点1.69、9週連続減
- インフル定点0.87、沖縄は11.11
- マイコプラズマ肺炎2.01「かなり多い」

2024年（令和6年）11月12日 3265号

- 地域医療担う人材の養成に期待感
- 病床削減医療機関の支援を検討
- 5つの医療機関機能を提示
- 2次医療圏再編、「住民の理解」が重要

2024年（令和6年）11月15日 3266号

- 「マイナ」移行後の資格確認方法で答申
- 24年度改定の結果検証調査票を了承
- 美容医療の安全管理、「報告制度導入を」
- 出産費用、一時金引き上げ後に増加

2024年（令和6年）11月19日 3267号

- 地域医療構想、議論の方向性に異論出ず
- 解熱鎮痛剤、供給は改善基調
- 高額AD薬の対応方針了承
- 自民・厚労部会長、長坂氏に決定
- インフル定点1.06、沖縄7.38
- マイコプラズマ減少に転じる

2024年（令和6年）11月22日 3268号

- 診療所偏在是正 地域別単価、問題多い
- 偏在対策「できるところから」
- SNSなどの誹謗中傷で「相談窓口」設置
- 能登大雨の支援金、1億3,982万6,930円
- 医師偏在対策でインセンティブ提示

苔庭見学記

飄

々

広報委員

岸本 千種

近所の書店で「京都、美しい苔庭さんぽ 心にしみる苔景を、見る・知る・学ぶ」という背表紙が目についた。京都のガイドブックでも苔をテーマにしたのは珍しいので買った。京都の苔庭の写真が美しく紹介されており、心が落ち着く。著者は庭園デザイナーの鳥賀陽百合さん。

まず知ったのは苔庭のスタイルで、「池泉の庭」と「枯山水庭園」の違いである。

池泉の庭は、平安時代の極楽浄土思想を表現している。広大な池泉に島を作って華やかであり、散策もできる。

一方で枯山水庭園は室町時代、禅宗の影響で発展した。水を使わずに、石を動物や自然の景観になぞらえる。水の流れは砂紋で表現され、石に添えて随所に苔をあしらう。室内や縁側から鑑賞する。

この本で紹介されている京都のお寺では、東福寺に去年の秋に初めて行った。広大な敷地と多くの人出に驚き、有名な通天橋を渡れただけで満足し、庭園は見学しないまま帰ってしまった。

後で復習して、東福寺本坊の東西南北4つの庭園が素晴らしいことを知った。特に北庭の「小市松模様の庭」の写真に目が惹きつけられた。正方形の庭石と苔が市松模様に並んでいる。シンプルで幾何学的で、日本庭園の先入観を覆された。

円筒形の石柱で北斗七星を表現している東庭も興味深い。いずれも重森三玲氏という昭和時代の有名な作庭家^{ミレイ}が作った。三玲という名前の響きも美しい。

この本に、全国苔庭インデックスがあり、7か所が紹介されている。ここに周南市の漢陽寺が登場しており、「重森三玲が作庭したすばらしい庭園がある」との説明があった。

漢陽寺は周南市鹿野にある臨済宗の由緒ある寺院だ。行ったことはあるが、重森三玲氏の有名な庭園という価値が私にはよくわかっていなかった。しっかりと拝見しようと思い、10月の連休に行ってみた。鹿野インターに近く、舗装された道路だけを快適にドライブして行けた。すぐ横に駐車場も整備されており、石段も少なくて脚力に自信がなくても拝観できる。本堂も明るく風通しが良く、落ち着いた雰囲気、拝観させていただいた。

本堂と書院を囲んで四面に庭園がある。本堂裏側にある潮音洞（水を引き込むトンネル）から流れ出る豊富な遣り水を活かした「曲水の庭」が有名である。実際に優雅で多彩な表情の庭園であった。平安時代には貴族が曲水に盃を浮かべて詩歌を作った。

鎌倉時代様式の「蓬莱山池庭」や「九山八海の庭」も岩や背景の山裾が力強く、緑色の苔の柔らかさが調和していた。

石と砂紋だけで、地藏菩薩が子供たちと遊ぶ様子を表した「地藏遊化の庭」も、手を繋いで輪になっているように見えて、石なのに可愛らしさを感じた。

「瀟湘八景の庭」は非公開である。水墨山水画の代表的な画題である中国の水郷の地の八景を現代様式の枯山水庭園として作庭しているとの説明文と、斬新なデザインの写真を見た。非公開の庭園もあることで、いっそう奥深く、ありがたさが

増した気がした。雪の時もまた美しい景色が味わえるのだろうと想像する。

漢陽寺の周囲にある「清流通り」も端正で散策しやすく、流水の音に心が落ち着いた。

山口の庭園と言えば、雪舟庭を思いつく。改めて見たくなくて10月末に常栄寺へ行った。

池泉回遊式庭園の雪舟庭は、この日も変化に富み華麗で満足した。本堂に座ってじっと拝見している人や、庭園内を散策する人で賑わっていた。

続いて本堂の南側に回ってみると、長方形の枯山水の庭があった。本堂から立って見るので庭全体を俯瞰して見降ろすようになる。渦巻き模様の砂紋が鳴門の渦潮みたいで、石は対角線を示すようにX字状に配置されている。苔による築山が、本堂側の方が高くなっていて島や陸地を思わせる。

案内板に「この南溟庭は重森三玲氏が昭和43年に作庭した。テーマは雪舟が明へ往復した海。」と書いてあった。ここにも重森三玲さん、と驚いた。

京都の苔庭をきっかけにして、山口県の苔庭の魅力を再発見できた。

苔は雨水を吸収し、いったん蓄えてから少しずつ放出することで周囲を潤してくれる。

苔は大気中のCO₂も吸収し保存してくれる。特にミズゴケが代表的である。他にもスギゴケ・ヒノキゴケ・シノブゴケ・シッポゴケなど、いろいろな可愛い名前の苔がある。

ずっと緑色のままではなく、季節や環境で色が変わる。枯れたみたいに見える休眠期もある。乾燥すると呼吸も光合成もストップして休眠し、再び水分が得られるまで、何か月も「死んだふり」で過ごすそうだ。

小さく頼りなげで、美しい花も咲かないし、食用にも飼料にもならない。地べたに張り付いている地味な植物と思っていた。実際は生存能力が強く、地球環境にとっても役に立っている働き者であることを知って、苔のファンになった。

山口銀行は スマホ1つで
いつでも、どこでも、カンタンに

□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、この形で、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

ダウンロードはコチラから 



お知らせのご案内



チャイルドシート・ジュニアシート等の寄付のお願い

保育サポーターバンクではお子様が成長されお役御免となったチャイルドシート・ジュニアシート等のご寄付を募っています。

寄贈していただいたシートは送迎サポートで利用させていただきます。

サポーター制度を利用する若い医師の負担軽減のためにも、思い出のチャイルドシート等に次の活躍の場を与えてみませんか。

ご寄付の方法

- ①下記担当にメール・電話・FAX等で寄付の旨をご連絡ください。
- ②担当者からゆうパック又はクロネコヤマト便の着払い伝票を送付します。
- ③梱包⇒発送

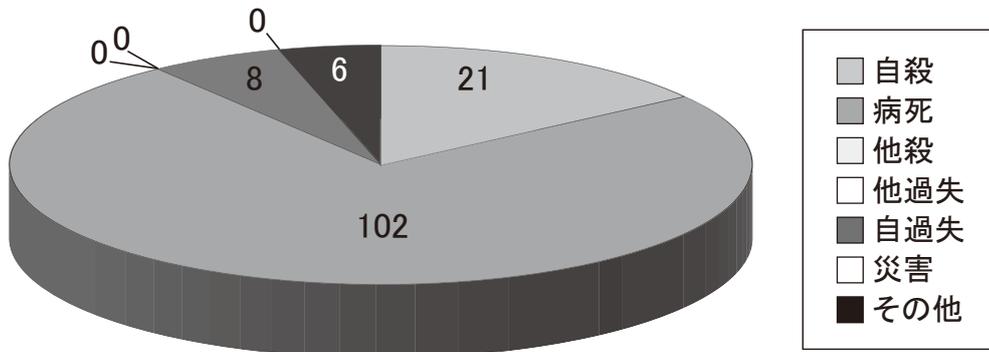
【問い合わせ先】

TEL：090-9502-3715（保育相談員直通） 石飛
 E-mail：hoiku@yamaguchi.med.or.jp Fax：083-922-2527
 〒753-0814 山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県医師会

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-24	21	102	0	0	8	0	6	137

死体検案数と死亡種別（令和6年10月分）



お知らせのご案内



「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

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	
		

- (3) 令和6年11月25日現在の登録状況
 - 譲渡希望件数 16件、譲受希望件数 6件



山口県からのお知らせ

山口県電子処方箋活用・普及促進助成事業の 実施について

山口県では、国の令和5年度補正予算の医療提供体制推進事業補助金を活用し、第四期山口県医療費適正化計画に基づき実施する電子処方箋の活用・普及に向け、県内の医療機関を対象に、「電子処方箋管理サービスの導入等に要した費用」の一部を助成する事業を行っております。

事業の詳細や申請方法等は、下記の県ホームページに掲載しています。

1 申請受付期間

令和6年6月11日（火）から令和7年1月31日（金）まで【必着】

※予算の上限に達する場合には、申請期間を短縮することがあります。

2 県ホームページ URL

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/250204.html>



3 対象者（医療機関関係）

- ・山口県内に所在する保険医療機関のうち、社会保険診療報酬支払基金から、電子処方箋管理サービスの導入等に係る費用の補助を受けている施設が対象
- ・同一施設で、医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合は、それぞれで申請が必要

4 問い合わせ先

山口県健康福祉部医務保険課保険指導班

電話番号 083-933-2825

受付時間 9:00～17:00（土日祝を除く）



令和6年度山口県胃内視鏡検診研修会

日時：令和7年1月19日（日）13：00～16：45
場所：山口県医師会 6階 会議室（山口市吉敷下東三丁目1番1号）
対象：市町村における胃がん検診の胃内視鏡検査を実施する医師等
定員：70名

日程

- 講演1 13：00～13：45（45分）
胃がん検診の概要
（医）河野医院
山口県消化器がん検診研究会 副会長 清水 建策
- 講演2 13：45～14：05（20分）
精度管理
（一財）防府消化器病センター 院長
山口県消化器がん検診研究会 顧問 三浦 修
- 講演3 14：10～14：55（45分）
胃内視鏡検診の方法
山口赤十字病院 消化器内科部長
山口県消化器がん検診研究会 副会長 原田 英
- 講演4 14：55～15：40（45分）
感染症対策・偶発症対策
厚生連周東総合病院 消化器内科部長 清時 秀
- 特別講演 15：45～16：45（60分）
座長：山口県消化器がん検診研究会 会長 檜垣 真吾
早期胃がんの内視鏡診断について
福岡大学筑紫病院臨床医学研究センター（内視鏡部）教授 八尾 建史

<取得単位>日本医師会生涯教育制度 2.5単位（カリキュラムコード 11）

※本研修会は事前申込制です。
詳細は山口県医師会 HP（下記 URL 又は右記 QR コード）
をご確認ください。
http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/17814/





第174回山口県医師会生涯研修セミナーのご案内

日時 令和7年2月16日(日) 10:00～15:15

開催方法 ハイブリッド形式

現地：山口県医師会6階「会議室」(山口市吉敷下東3-1-1)

Web：Zoomによるライブ配信

次第

○ミニレクチャー(10:00～11:00)

ミニレクチャー1

皮膚・軟部組織外傷の治し方

山口大学医学部附属病院形成外科科長・准教授 高須啓之

ミニレクチャー2

目に見えない慢性痛の診断と治療

山口大学医学部附属病院麻酔科・ペインクリニック助教 原田英宜

○特別講演(11:00～12:00)

CAR-T細胞療法—現状と幅広い疾患への応用について

慶応義塾大学医学部先端医学研究所がん免疫研究部門教授 籠谷勇紀

○山口県医師会勤務医部会総会(13:00～13:15)

○山口県医師会勤務医部会講演会(13:15～15:15)

講演1

AIを用いた内視鏡の画像診断

山口大学大学院医学系研究科消化器内科学助教 五嶋敦史

講演2

画像診断領域のAI：現状と課題

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院放射線診断科診療科長 渡谷岳行

対象 医師及び医療関係者

参加費 無料

取得単位 日本医師会生涯教育制度：4単位

ミニレクチャー CC 73(慢性疾患・複合疾患の管理)：1単位

特別講演 CC 19(身体機能の低下)：1単位

勤務医部会講演会 CC 7(医療の質と安全)：2単位

参加申込 2月7日(金)までに下記URLもしくは
右記QRコードにアクセスし、お申込みください。

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/16025/



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。

〔登録および現場応対は任意となります〕

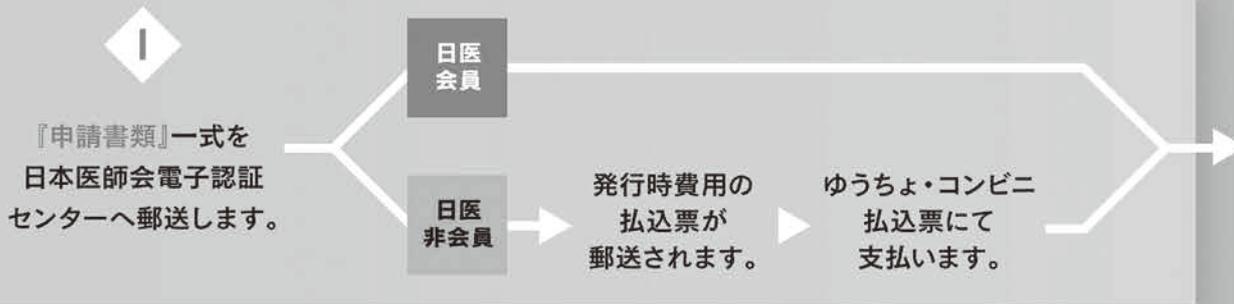
講習会受付



「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）（有効期間あり）

- ・日本国旅券
 - ・運転免許証 もしくは 運転経歴証明書
 - ・マイナンバーカード
 - ・住民基本台帳カード
 - ・官公庁発行職員身分
- （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。

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

3)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





山口県緩和ケア研修会について

日 時：令和7年2月9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
（山口県訪問看護ステーション協議会、山口県薬剤師会、山口県介護支援専門員協会、山口県医療ソーシャルワーカー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6年11月28日（木） → 令和7年1月8日（水）まで

<山口県医師会HP>

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/10866/

<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



謹弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

澤田英明氏 山口市医師会 11月9日 享年 72

編集後記

今年は例年になく、晩秋を迎えても暖かい日が続き、11月下旬から急に寒くなり、体調がつかない方が多いのではないかと心配しております。

さて、今年の印象的な出来事は、MLB Los Angeles Dodgersの大谷翔平選手の活躍です。開幕当初は元通訳担当者の犯罪の影響もありましたが、ホームラン、盗塁、打点と大活躍でした。大谷選手がホームランを打った日はとても気分が良く、元気をもらえる気持ちになりました。前人未踏の50-50を達成し、ワールドシリーズに進出、そして優勝と素晴らしい結果でした。左肩脱臼の手術も受けましたが、来年は二刀流で活躍されることを心から応援しています。

私は大阪府堺市の小学校に通っていましたが、同級生のほとんどが阪神タイガースのファンでした。同じクラスには、南海ホークスの広瀬叔功選手(ゴールデングラブ賞受賞、野球殿堂入り選手)の息子がおり、いつもサインを頼まれていたことを覚えています。小学校時代は巨人が9連覇した時期で阪神の優勝はありませんでしたが、5年生の時に阪急ブレーブスが日本シリーズを制し、阪急百貨店の優勝セールに出かけた楽しい記憶があります。

広島県福山市の中学校に通っていた時期に広島カープが初めて日本シリーズを制し、広島から離れている福山市内でも大騒ぎでした。転校して驚いたことは、ホームルームで歌うのは「それ行けカープ(カープカープ広島、広島カープ♪)」で、カープが勝った日は宿題が出ない教科もありました。友人たちは高橋慶彦選手や北別府学選手などのファンでしたが、中学高校時代の私は、どちらかと言えば大相撲の関取を応援していました。

時は流れて、サッカー、テニス、ゴルフ、バスケット、バレーなどさまざまなスポーツ選手が国際大会においても良い成績を残し、海外のリーグでも活躍する時代となりました。今年はパリオリンピック・パラリンピックが開催され、スケートボードやフェンシングなどの種目での活躍が目撃されました。若い選手たちが生き生きと輝いて活躍している姿を見て、私たちの周囲の医療環境も同じように生き生きと働くことができる環境になるようにと願っております。

来年は巳年です。ギリシャ神話の医の神様であるアスクレピオスが持っている杖には蛇が巻き付いています。アスクレピオスの杖は医療の象徴として世界的に知られているシンボルマークです。日本医師会のロゴも蛇がモチーフになっています。来年は医療環境にとって良い年になるよう祈念しております。

(理事 國近 尚美)



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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



「にちいくん日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）