

Osaka Medical Practitioners' Association

2019年5月 No.143

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会 <http://oh-kinmui.jp/> E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33 ☎06-6568-7721(代) FAX06-6568-2389

勤務医ホームページをリニューアルしました

<https://oh-kinmui.jp/>

または **大阪 勤務医** で検索



●新規開業・継承開業などご相談ください

勤務医は2度死ぬ 厚労省「勤務医の働き方改革」報告書

勤務医担当副理事長 **川崎 美榮子**



勤務医の働き方改革は、全く現実には向き合わず、しかも解決は先送りする形で3月28日の「医師の働き方改革に関する検討会」は第22回会議でとりまとめられた。

一般勤務医の時間外労働の上限を960時間として(A水準)、例外規定を「地域医療暫定特例水準」(B水準)と「集中的技能向上水準」(C水準)として上限を1860時間とし

た、「ざる」のような内容となった。

OECDの水準より12万人足りない日本の医師が、科目による偏在にも無力のままにこれまでどおり「サービス残

業」で過労死を2回できる水準で働けというものである。B水準は「制限されては地域医療が崩壊する」という病院管理者の意見を付度したものの、C水準は「研鑽の時間は労働時間ではない」という考え方に立つもので、しかも一般労働者の労働時間の倍まで認めようというのは、法のものとの平等を謳った憲法にも反するものである。

これに対して一般社団法人全国医師連盟も勤務医が過労死しないための心得を提唱し

ている。時間外労働は1860時間に達していないので合法です、という風に解釈されてはたまらない。全国医師ユニオン、全国保険医団体連合もこれでは患者も医師の命も守れないとの緊急国会内集会アピールを3月7日発表した。適用は2024年4月、B水準の廃止を目指すのは2035年というから、これではしばらくは厚労省の責任回避に役立つ改革と言わざるを得ない。

開業して思うこと 74



突然の継承開業

江川整形外科形成外科 院長 **江川 博昭**

新元号「令和」での発刊第1号に掲載していただく栄誉を賜り、大変ありがたく存じます。

当院は各線大阪駅、梅田駅からほぼ中間点にある阪急グランドビルの22階にあります。階全体がクリニックフロアになっていて、当科以外にも内科、胃腸科、耳鼻科、眼科、産婦人科、皮膚科、神経科、歯科などがあります。クリニックフロアも阪急グランドビルの開業と同じく今から約40年前でいわゆる「クリニックモールの先駆け」とも言えます。

その「大阪梅田のど真ん中」に平成22年に開業して9年が経過しました。形としては「新規開業」ですが、父からの継承開業になります。

しかし、そのタイミングは突然やって来たものでした。

平成19年、私が医師3年目に父が急な病で倒れました。私は浜松の病院で後期研修中でしたが、意識不明の父からの助言も申し送りも無い中で医院の事、父の事など多くの選択を迫られ、

自分自身の進路も再考を余儀なくされました。

医院については祖父が開業し、父が継承した物でしたし、私自身もゆくゆくはそうするつもりでしたので、尚早にはなりますが継続する方向で検討を進めました。

それに合わせて、主に母が父や亡き祖父の知人などを頼って代診の先生の手配をしつつ、私は兵庫医科大学整形外科教室に入局させていただき、数年間の大学病院勤務の後、教授からのお許しをいただいて正式に継承開業する事になりました。

その後、日々の診療や医院運営をしつつ整形外科専門医、骨粗鬆症認定医等も取得する事が出来ました。

勤務医時代との大きな違いはやはり医療以外についてです。周辺の医療機関との連携については積極的に講演会や医師会活動に参加してコネクションを広げていきました。幸い、継承の経緯を御存知の先生も少なくなく、先方から声

を掛けていただいたりしたこともあり比較的スムーズにコンタクトを取る事が出来ました。財務・税務については母が父の時代から引き続き事務長として税理士との打ち合わせをはじめ様々な面倒な手続きを担ってくれております。また、レセプトや院内業務の細々した事については、私よりもはるかに習熟したベテランスタッフが担ってくれており、私が口出しする隙がありません。

健康管理も大事です。自分が休めば休診になり、その分の収入が減ってしまいます。開業後2回インフルエンザに罹りましたがなぜか2回とも年末年始の休診期間でした。

原則予約制なのであらかじめ日程のわかっている学会等では比較的休みやすいですが、急な休みは取りにくく、父が亡くなった時は半日、1歳過ぎたばかりの息子が急死した時はさすがに堪えましたが、それでも1日半しか休診しませんでした。

まだ色々書きたい事もありますが、文字数の関係でこれくらいにしておきます。

「父・祖父の七光り」のおかげもあって多くの患者さんや先生方、医師会や保険医協会、取引先企業の皆様、父から受け継いだ一番の財産とも言える優秀なスタッフ達そして家族…。

皆様に支えられて今に至ります。これからもよろしくご願ひ申し上げます。

締切り迫る！6月25日まで

保険医年金

予定利率 **1.259%** (2019年1月1日現在)
2017年度実績利回り **1.356%**

加入資格 **満74歳までの協会会員**
(増口の場合は満79歳まで)

加入口数 月払 **1口1万円**(通算30口まで)
一時払 **1口50万円**(毎回40口まで)

安定・安心

加入者数 **5万3,000人**
積立金額 **1兆2,000億円**
スケールメリットを生かし
低廉な手数料を実現

いつでも自在

年金受給は
加入5年後から可
1口単位での解約可
掛金払込中断・再開制度あり

多様な受取方法



※年金受給は、受取時に、定額型確定年金(10年・15年)と逓増型確定年金(15・20年)のいずれかを選択していただけます。

これでいいのか日本の医療

①世界からも遅れをとる

「勤務医の残業時間」

第1回



かみ まさひろ
上 昌広

特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

4月、働き方改革関連法が施行された。多くの企業が「時間外労働の上限規制」や「年次有給休暇の取得義務付け」への対応を迫られている。

残業が常態化している医師の働き方をどうするか、医療界も議論を進めてきた。そして、「地域医を支える医療機関の勤務医」と「専門性や技術などを高めたい若手医師」の残業時間上限について、年間1860時間とすることで決着した。

これは常軌を逸している。毎日22時まで残業し、週に一度当直をこなす、翌日は通常通り勤務すると、この程度の残業時間となる。実質的に無制限だ。

厚労省の意図は想像がつく。今回、厚労省が根拠としたのは、2016年に井元清哉・東京大学医科学研究所教授らに依頼して実施した医師の勤務実態調査だ。この調査で年間の残業時間が1900時間を超えていたのは、約1割だった。本音は「現状を追認するための数合わせ(厚労省関係者)」だろう。

メディアは、厚労省が提案した残業時間の上限が、過労死の目安とされる「繁忙期で月に100時間未満、年960時間」を大きく上回ることを問題視している。もちろん、これは大きな問題だ。医師の健康や人権を守るためにも、何らかの規制が必要なのは言うまでもない。

ただ、医師の残業を規制しなければならない本筋の理由は別にある。それは医療安全だ。わが国の議論の問題は患者視点で皆無であることだ。世界の議論から20年以上遅れている。

勤務時間短縮のきっかけとなった「米・誤投薬事件」

医師の労働時間についてはグローバル・スタン

ダードが確立している。議論のきっかけは1984年に米ニューヨークの病院で起こった誤投薬事件だ。少し長くなるがご紹介しよう。

この事件では、リビー・ジオンという18歳(当時)の女子大生が亡くなった。彼女はフェネルジンを服用していたが、発熱・ふるえ・脱水のため、両親に連れられて救急外来を受診した。

担当医はウイルス感染と考えたが、興奮状態で暴れたため、複数の治療薬とともにメペリジンを処方した。当初、治療が奏功したが、早朝に突然死した。

論点となったのは、リビーがフェネルジンや不法な薬物(主にコカイン)を使用していたことを担当となった研修医に告げなかった点と、研修医が薬物の相互作用を知っていたか否かという点だ。メペリジンはフェネルジンと相互作用があるため、併用してはならない。

リビーの父親であるシドニー・ジオン氏は元検察官で、有名なコラムニストだった。彼は病院に対して民事訴訟を起こし、大陪審に刑事事件として起訴するように働きかけた。

1986年、大陪審は議論の末、不起訴としたものの、薬のレファレンスシステム、コメディカルの人数、研修医の勤務時間などについて、病院体制に問題があると報告した。リビーが入院した際の担当医は、既に18時間以上働きっぱなしだった。

リビーの死亡から5年後の1989年、ニューヨーク州は病院のヒエラルヒーの最下層に位置し、もっとも長時間勤務を強いられやすい研修医の勤務時間を制限することを決めた。研修医の負担を軽減するため、2億ドルの予算を投入し、採血、点滴ルート確保、患者搬送などを行うコメディカルを増員した。この動きは全米に拡がり、2001年には法制化された。

しかしながら、このルールはあまり遵守されなかった。「コメディカル増員のため経費が増える」、「夜中も同じ研修医が同じ患者を診なくなる」といった反対意見が多かったからだ。しかしながら、それでも「患者を危険にさらしている」「市民の命でルーレットゲームをしている」といった声のほうが強く、睡眠不足の医師に診療される患者の恐怖物語が相次いで報道された。1999年、当直明けの医師が運転中に交通事故で亡くなる事件が起き、患者の安全のために医師の勤務時間短縮を求めることは社会的なコンセンサスとなった。

一連の議論は米国以外にも拡がり、様々な分野の専門家が参加した。その代表が1997年に豪アデレード大学の医師らが英科学誌『ネイチャー』に発表した「疲労、飲酒とパフォーマンスの低下」という論文だ。

この研究では40人の健康な被験者を無作為に二つの群に振り分けた。一つは28時間眠らない群、

もう一つは30分ごとに10～15グラムのアルコールを摂取し、血中濃度が0.10%になるまで続ける群だ。いずれの群に対しても、30分ごとに認知能力を評価するテストを行った。

結果は興味深いものだった。被験者の認知能力は睡眠をとらないのが13時間を超えるあたりから低下し始め、17時間を超えると「ぼろ酔い状態(血中アルコール濃度0.05～0.10%)」、24時間を超えると「初期酩酊状態(血中アルコール濃度0.11～0.15%)」と同レベルになった。これはビールを大瓶で2～3本飲んだときとほぼ同じだ。

道路交通法で酒気帯びの呼気中アルコール濃度は0.15mg/Lで、血中濃度は0.03%程度だ。「初期酩酊状態」は「酒酔い」と判断され、5年以下の懲役か100万円以下の罰金が科される。人身事故を起こせば、危険運転致死傷罪に問われる。

日本では年間1860時間の残業が認められる。このような残業をこなす医師は、当直明けも通常業務をこなす。「初期酩酊状態」で診療していることになる。患者は、このような事実を認識しているのだろうか。

患者視点で見直すべき「医師の働き方」

医師の本分は判断で、単純作業の繰り返しではない。集中力が問われる頭脳労働だ。長時間勤務による疲労は集中力を低下させ、ミスを起こしやすくなる。リビー・ジオン事件で問われたのは、まさにこの点だった。

弊害は医療ミスに限らない。医師が頭脳労働である以上、長時間勤務が常態化すれば生産性は下がる。つまり、医療ミスとまでは言えないが、ベストとは言えない診断や治療が増える。これは患者にとって不幸だ。

こんなことが横行している先進国は日本くらいだ。日本では最大1860時間、つまり週平均76時間の勤務が認められている。米国では最大で週80時間以内、EUでは週平均48時間以内に規制されている。日本が、いかに異様かお分かりいただけるだろう。医師の働き方改革は患者視点で見直すべきである。

上 昌広氏：プロフィール

1993年 東京大学医学部医学科卒業、1999年 東京大学大学院医学系研究科修了、医学博士。
2010年7月～2016年3月 東京大学医科学研究所特任教授、2015年12月～星槎大学客員教授、2016年4月～特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所理事長

〈専門〉医療ガバナンス論、血液・腫瘍内科学、真菌感染症学

大阪府保険医協会 勤務医部会主催 講演会

「勤務医の働き方改革」

—— 真の解決策は何か ——

日時 7月27日(土) 午後3時～5時

会場 ハービスENT 9階会議室 (西梅田)
(北区梅田2丁目2-22 オフィスタワー 9階)

講師 上 昌広氏 (特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所理事長)

主催・申込 大阪府保険医協会 勤務医部(上中/若林) FAX 06-6568-2389

申込は FAX またはホームページよりお申込みください。

参加費
無料

一般勤務医の残業時間を年960時間に上限し、この上限でも地域医療を守れない場合は「年1860時間」を特例とするなど驚くべき案がまとめられた厚生労働省「医師の働き方改革」。

勤務医の労働実態を検証し、労働災害、医療ミスなどを防ぐための「勤務医の働き方」はどのようにあるべきかについて、著書やマスコミ、SNSなどで発信を続けておられる上先生にお話しいただきます。

勤務医の先生のみならず、開業医の先生、関係者の方もぜひご参加ください。



「慢性便秘症」に対する治療 —新しい薬をどのように使うか—

社会医療法人健全会土庫病院名誉理事長 大腸肛門病センター顧問 稲次 直樹



便秘とは：「慢性便秘症診療ガイドライン」では、便秘の定義を“本来体外に排出すべき糞便を十分量、かつ快適に排出出来ない状態”とし、便秘症の定義を“便秘による症状が現れ、検査や治療を必要とする場合”とし、その症状としては排便回数によるもの、硬便によるもの、便排出障害によるものがある、としている。そして、慢性便秘を原因から器質性・機能性に、症状から排便回数減少型・排便困難型に、病態から大腸通過正常型・大腸通過遅延型・便排出障害に分類している。

従来の便秘症に対する治療：“糞便を十分量、かつ快適に排出出来ない状態”を改善することである。米国消化器病学会の便秘症診療ガイドラインでは生活習慣指導と塩類下剤の投与が基本とされており、必要時のみ刺激性下剤を併用することを推奨している。本邦においてもこれまでは酸化マグネシウムなどの塩類下剤とセンノシドなどの刺激性下剤が主に処方されてきた。

では、その効果はどうか。三輪洋人氏らの全国調査の成績では正常便の状態になったとするものは38%で、中島淳氏は治療されている患者の半数以上が満足する排便になっていないと報告し、今一度、患者の満足度を把握する必要性を強調している。また刺激性下剤の長期投与で大腸黒皮症や耐性が出ている患者や塩類下剤を高マグネシウム血症のリスクのある腎機能低下患者に容易に投与、薬剤吸収低下が危惧されるビホスホネート製剤服用患者への投与、など不適切な治療例も少なくないと述べている。

新しい薬は2012年に発売されたルビプロストン(アミティーザ)を皮切りにエロピキシバット(グーフィス)、リナクロチド(リンゼス)、ポリエチレングリコール(モビコール配合内用剤)などが保険収載されている。以下にこれらの薬剤の特徴を示す。

●**ルビプロストン(アミティーザ)：**粘膜上皮機能変容薬の一つである。機能性脂肪酸化物で小腸粘膜上皮のCIC-2クロライドチャンネルを活性化し、小腸腸管腔へのクロライド輸送により浸透圧を生じさせ、腸管腔への水分分泌を促進することにより便を軟らかくし、腸管内の便輸送を高めることで排便を促し、自発的排便の改善に有用とされている。ルビプロストンは小腸通過時間の改善がみられ、血清中の電解質には影響を与えないとされている。高齢者の重症便秘への有効性が高い。副作用として悪心・下痢が、また、妊婦・妊娠の可能性のある女性に対しては投与禁忌である。

●**エロピキシバット(グーフィス)：**回腸末端部の上皮細胞にある胆汁酸トランスポーターを阻害し、胆汁酸の再吸収を抑制することにより大腸管腔内に流入する胆汁酸量を増やす。増加した胆汁酸は消化管運動を促進し、大腸内で水分を腸管内に分泌させ、直腸においては進展刺激に対して知覚閾値を低下させ便意発現効果をもたらす、などにより便秘を改善するとされている。主な副作用は腹痛・下痢であった。

●**リナクロチド(リンゼス)：**小腸粘膜上皮のグアニル酸シクラーゼC受容体アゴニストで、グアニル酸シクラーゼC受容体の刺激を介して腸管上

①生活習慣の改善(食事、運動、飲酒、睡眠など)

②内服薬による治療

分類	一般名	薬剤名	剤形
膨張性下剤	カルボキシメチルセルロース	バルコーゼ	顆粒
浸透圧性下剤	塩類下剤	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム
		水酸化マグネシウム	ミルマグ
		硫酸マグネシウム	硫酸マグネシウム
	浸潤性下剤	ジオクチルスジウムスルホサフシネート	ビーマス
高分子化合物	ポリエチレングリコール	モビコール	内用剤
刺激性下剤	アントラキノン系	センノシド	センノサイド・プルゼニド
		センナ	センナ・アジャストA・ヨーデル・アローゼン
	アロエ	アロエ	
	ジフェニール系	ピサコジル	テレミンソフト
ピコスルファートナトリウム		ラキソベロン	
上皮機能変容薬	クロライドチャンネルアクトベーター	ルビプロストン	アミティーザ
	グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト	リナクロチド	リンゼス
胆汁酸トランスポーター阻害薬	エロピキシバット	グーフィス	錠
漢方薬	大黃甘草湯	漢方成分(ダイオウ・カンゾウ)	顆粒・錠
	麻子仁丸	(マシニン・キョウニン・ダイオウ・コウボク・キジツ・シャクヤク)	顆粒・細粒

③バイオフィードバック療法(機能性便排出障害に対して)

④外用薬による治療

坐剤	炭酸水素ナトリウム坐剤	新レシカルボン
	ピサコジル坐剤	テレミンソフト
浣腸	グリセリン浣腸・微温湯浣腸・石鹸浣腸 など	

⑤摘便(直腸下部に貯留した便を自力で排出できない場合、徒手的に便を排出)

⑥逆行性浣腸法(経肛門的に500~1000mLの微温湯で浣腸して直腸・左側結腸の便を排出)

~慢性便秘症診療ガイドライン2017~ 一部改変

皮細胞のcGMP量を増加させ、これにより消化管知覚過敏を改善、腸管への水分分泌促進作用により自発排便と腹痛の有意な改善が得られ、便秘型過敏性腸症に有効とされている。副作用としては下痢が最も多く報告されている。

●**ポリエチレングリコール(モビコール配合内用剤)：**浸透圧の差を利用して便中水分量が増加することで便が軟化し便容責が増大して大腸を刺激し、蠕動運動が活発になって排便が促される。塩類下剤と異なり電解質異常を引き起こすことなく、体内にも吸収されないため安全性が高いとされている。

新しい薬をどう使うか。「慢性便秘症」未治療患者への治療においてはまず問診で便秘の状態を排便回数・ブリストル便形状スケールを用いて便の形状・腹痛の有無などをしっかり把握することが重要である。薬剤の選択には作用が穏やかな塩類下剤や刺激性下剤の頓服、などから始め、徐々に増量、あるいは強い薬に切り替えていく。“どの薬があなたに合うか誰も分からない。時間をかけてあなたに合う薬を一緒に探しましょう”と説明し、投与を開始する。次回受診まで“便秘ノート”に排便状態・満足感などを記載して頂き再診時にチェックするようにしている。既治療患者への治療においては満足感が得られない理由をしっかりと把握することが重要である。これらの患者に対してはルビプロストンやエロピキシバット、リナクロチドなどが処方される。これらの薬剤は治療効果出現が早いので一日容量の半分から処方を開始し、2週間毎に受診、経過を観察し効果不十分な場合は徐々に増量していく。増量にて腹痛や下痢などの症状が出る場合は既治療薬を徐々に減ら

し、新しい薬に切り替えて行くことで満足感を維持していくのが良いと考える。慢性便秘症の治療は長期に渡ることが多い。治療中の腫瘍性病変の精査は定期的に施行することが必須である。

【参考文献】

- 日本消化器病学会関連研究会, 慢性便秘の診断・治療研究会編:慢性便秘症診療ガイドライン. 南江堂, 東京, 2017
- 鳥居 明:特集・慢性便秘 (2)薬物治療全般. 臨床消化器内科 33:399-404,2018
- 岡 政志:特集・慢性便秘 (3)上皮機能変容薬. 臨床消化器内科 33:405-410,2018
- 中島 淳:その便秘薬処方, 間違っていますか. NIKKEI MEDICAL 12-14:2018.10



テナント物件

- ▶テナント物件(医療ビル)/東淀川区大隅/地下鉄・市バス・私鉄各駅、徒歩1~7分/住宅地・人通り・近辺スーパー多/大阪市「まちづくり整備要綱」に則ったバリアフリー基準/類稀なプレート・ラーメン構造(壁厚40cm、天井高3m80cm)、耐震・遮音性能抜群、自由なインテリア構成可能/全館5階建・現在1F・2F・3F空室/内覧歓迎/問合せ・06-6327-0498(村井)
- ▶テナント物件/北区大淀中梅田スカイビル/JR「大阪」駅、地下鉄・各私鉄「梅田」駅、徒歩8分/60坪/内科・整形外科・耳鼻科他/面積相談可/問合せ・06-6440-3046(積水ハウス)

勤務医に役立つ医薬情報 第9回

薬機法改正について その2

廣田 憲威 ひろたのりたけ・薬剤師
一般社団法人 大阪ファルマプラン 理事長



今回は医薬品の承認制度と添付文書の電子化についてご紹介しました。今回は、「薬剤師・薬局のあり方」についてご紹介いたします。

ポイント2

薬剤師・薬局のあり方

「薬剤師・薬局のあり方」が審議されるにあたって、今日の医薬分業の評価がかなりの時間をかけて議論されました。その結果、「とりまとめ」では本編に加えて「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援する医薬分業の今後のあり方について」という文書も付けられました。

医薬分業の本来の目的は、薬局・薬剤師が患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬学的管理・指導が行われることにより、複数医療機関受診による重複投薬、相互作用の有無の確認ができることです。しかし、現状では約7割の薬局が医療機関の門前にあり、患者も利便性のことから考えると、受診する医療機関ごとに調剤を受ける薬局を変える方も少なくありません。さらに、薬局でもお薬を渡してそれで終わりという印象もあり、院内調剤と保険薬局の違いが感じられないという批判が多く出されていました。そこで、2025年の地域包括ケア時代を見据えて、改めて「薬剤師・薬局のあり方」について法律で明記すべき点が整理されました。

①服用期間を通じた継続的な薬学的管理と患者支援

調剤の定義は法的にも曖昧なところが多いですが、これまでは薬剤師が処方箋を受け付けて、処方箋に疑義がなければ、処方された薬剤を正確に調製し、患者に服薬指導して交付することで調剤業務が終了するとされてきました。しかし、かかりつけ薬剤師の制度が確立されている今日においては、薬剤師は調剤時のみならず医薬品の服用期間を通じて服薬状況を把握し、薬学的管理を継続的に実施することが求められています。そのため、現在ではほとんどの薬局において、患者の薬歴を作成し、継続した薬学的管理が行われていますが、そのことを改めて法律で明記されることになりました。

②患者が自身に適した薬局を主体的に選択するための方策

病院は地域医療計画の中で、急性期や回復期、地域包括など病院や病床の機能によって区分され患者にとっても分かりやすくなっています。しかし、薬局は開設許可としては一つしかなく、その薬局が在宅訪問を実施しているとか、無菌調剤が可能なのかといった情報は、薬局の看板上からはなかなか判断できません。そこで、今回の法改正では薬局を機能別に三つに区分することになりました（都道府県での認可制）。

- 専門医療機関連携薬局…がんやエイズなどの

薬物療法を受けている患者に対し、医療機関と密接な連携を行いつつ、高い専門性が求められる特殊な調剤に対応できる薬局。当面は抗がん剤が対象。

● 地域連携薬局…地域において、在宅医療への対応や入退院時をはじめとする他の医療機関、薬局等との服薬情報の一元的・継続的な情報連携において役割を担う薬局。調剤報酬の「地域支援体制加算」の施設基準を取得している薬局がこれに該当すると思われ、24時間・在宅・麻薬・地域連携ができる薬局。

● それ以外の薬局…「専門医療機関連携薬局」「地域連携薬局」のいずれにも該当しない薬局。

これが施行された後は、薬局の看板上でもきちんと表記され、患者からも薬局の機能が分かりやすくなることとなります。また、今後は調剤報酬上でも差がつけられることも予想されています。

③遠隔服薬指導

2018年4月の診療報酬改定で正式にオンライン診療が認められました。しかし、薬局に関しては、第1・2・3類の一般用医薬品を除いては薬局で対面による医薬品の販売・交付が義務付けられています。そのため、薬局の無い離島・へき地での調剤対応のために、愛知県や福岡県などの特区において遠隔服薬指導のモデル事業が実施されています。

今回の法改正では、薬局における対面での医薬品の交付はそのまま、遠隔服薬指導については例外規定として位置付けられることとなりました。しかし、その運用手順については未定であり、法律が成立してもすぐの実施とはならない見込みです。

次回は、薬局や卸のガバナンスについてご紹介いたします。

【参考資料】厚労省厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会「薬機法改正に関するとりまとめ」(2018年12月25日) <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000463479.pdf>

新規開業講習会

参加費 無料



会場 いずれも保険医協会会議室
申込 組織部 FAX 06-6568-2389
FAX または右の QR コードよりお申込みください。
※事前にご予約ください。
主催 大阪府保険医協会 組織部



2019年6月以降の予定

『保険診療』編

審査委員、先輩開業医がわかりやすく解説
6月15日(土) 14:30~17:00
講師: 審査委員・保険医協会役員

『税務対策』編

新規開業医が知っておくべきポイント
7月13日(土) 14:30~16:30
講師: 中谷 光之 税理士

『トラブル対策』編

患者とスタッフとのトラブルもこれで万全
8月7日(水) 14:30~16:30
講師: 板東 元紀 事務局主任

『雇用管理』編

よりよい医療の提供は最適な雇用管理から
9月14日(土) 14:30~16:30
講師: 桂 好志郎 社会保険労務士

医師だけが加入できる生命保険 (死亡・高度障がい保障)

協同組合の「グループ保険」を知っていますか?

共済制度だから 手頃な掛け金で手厚い保障

直近3年 配当実績約20% (配当額は収支により変動します)

当組合での59歳以下の勤務医の平均保障金額は5,000万円

5,000万円保障の場合	最高保障額 1億2,000万円保障の場合
掛け金は	
35歳 男性 4,250円/月	男性 10,560円/月
女性 2,650円/月	女性 6,660円/月

他にも勤務医の先生がご利用いただけるこんなメリットが

- 不動産・自動車購入時のご紹介
 - 希少なワインや日本酒の販売
 - ゴルフ・自動車・火災・医師賠償責任保険
- 集団割引も

お問い合わせ 大阪府保険医協同組合 TEL 06-6568-2741まで