

平成 27 年度日本医師会 医療情報システム協議会



理事 比嘉 靖



平成 27 年度日本医師会医療情報システム協議会プログラム
メインテーマ：IT 時代における地域医療連携のあり方
～「医療介護連携」「医療等 ID」について～

平成 28 年 2 月 13 日 (土) 12:00-18:15 / 1F 大講堂

総司会：石川広己 (日本医師会常任理事)
プレミーティング ～見直そうシステムセキュリティ (情報漏えい対策について)～
(情報漏えいに対する運用マニュアルや実際の漏えい事故における事例紹介など)
座長/運営委員 (牛尾委員)

①見直そうシステムセキュリティ

日本医師会総合政策研究機構主任研究員
電子認証センターシステム開発研究部門長 矢野一博

②医療情報分野のサイバーセキュリティの最新動向について

JAHIS セキュリティ委員会委員長 若原秀幸

③重要インフラのひとつとして医療情報システムに求められるセキュリティのあり方
NISC 重要インフラ専門調査会会長・名古屋工業大学大学院教授 渡辺研司
フロア質疑
開会挨拶

横倉義武 (日本医師会会長)
平松恵一 (運営委員会委員長・広島県医師会会長)

I. 地域医療セッション ～医療介護連携(SNS 等)は如何にすべきか?～

座長/運営委員 (登米委員、牟田委員、目々澤委員)

①富山県新川医療圏における連携バス・ICT を活用した多職種連携

下新川郡医師会理事 藤岡照裕

②連携 EMA ネットワークにおける在宅医療看護支援システムの運用と医療介護連携システムに関する考察

愛媛県医師会常任理事 窪田理

③スマートフォンと医療へ SNS を使った取り組み～

東京慈恵会医科大学准教授 高尾洋之

④“うすき石仏ねっと”でもっと地域を元気に!

臼杵市医師会医療福祉統合センター長 舩友一洋

⑤在宅医療介護連携に対する HM ネットの取り組み

広島県医師会「ひろしま医療情報ネットワーク」統括本部長 藤川光一

⑥栃木県における医介連携専用 SNS「どこでも連絡帳」と地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」の併用

栃木県医師会常任理事 長島公之

⑦医療・介護分野の ICT を利用した多職種連携に関する追加調査結果について

日本医師会総合政策研究機構主席研究員 上野智明

— 休憩 (16:40～16:50) —

⑧パネルディスカッション

- ・川出祐彦 (医療 IT 委員会委員長・岐阜県医師会副会長)
- ・佐伯光義 (医療 IT 委員会副委員長・愛媛県医師会常任理事)
- ・山本隆一 (医療 IT 委員会委員・東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座准教授)
- ・藤岡照裕 (下新川郡医師会理事)
- ・窪田理 (愛媛県医師会常任理事)
- ・高尾洋之 (東京慈恵会医科大学准教授)
- ・舩友一洋 (臼杵市医師会医療福祉統合センター長)
- ・藤川光一 (広島県医師会「ひろしま医療情報ネットワーク」統括本部長)
- ・長島公之 (医療 IT 委員会委員・栃木県医師会常任理事)
- ・上野智明 (日本医師会総合政策研究機構主席研究員)
- ・石川広己 (日本医師会常任理事)

去る 2 月 13 日 (土) ～ 14 日 (日) の 2 日間に亘り、日本医師会館において開催された標記協議会について報告する。

< 2 月 13 日 (土) >

日本医師会の石川常任理事の総司会の下、開会の前に「プレミーティング～見直そうシステムセキュリティ (情報漏えい対策について)～」が開催された。

プレミーティング～見直そうシステムセキュリティ (情報漏えい対策について)～

座長：牛尾剛士 (運営委員)

①見直そうシステムセキュリティ

日本医師会総合政策研究機構主任研究員・電子認証センターシステム開発研究部門長の矢野一博氏より「見直そうシステムセキュリティ」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

我が国においては、サイバーセキュリティの確保を目的に、内閣官房へ「内閣サイバーセキュリティセンター (NISC)」が設置されている。この NISC によると、医療分野のセキュリティ

に関する位置づけとしては、社会の金融や航空、電力等を含む13分野が指定されている「重要インフラ」の中で位置づけられている。

これまでの情報流出の有名な事例として、「年金機構」の事例が挙げられる。「年金機構」の情報流出は、実はNISCが厚労省の不審な通信を検知し、年金機構へ連絡したことにより発覚したことが始まりである。はじめ年金機構は独自で不正通信元のPCを特定し、ネットワークから遮断し解決したように思えた。その数日後、複数の年金機構の複数の職員が不審なメールを受信したことで、年金機構は警視庁へ相談を行った。その後、再びNISCが不審な通信を検知したことで、九州ブロック全体のネットワークの遮断を行う等の対策を行ったが、後日、警視庁より「流出したデータを発見した」との連絡があり、記者会見を開いたという経緯があった。

医療機関等のホームページの改ざん事例がいくつもあり、厚労省を通してNISCから連絡が何件もある現状である。喫緊の件数でも2015年9月に1件、同年11月に2件、2016年2月に1件の連絡があった。

日医総研においてもホームページサーバへの不正侵入が2014年2月にあった。時系列で説明すると、2014年2月13日にアメリカ（アクセス元）より不正侵入の攻撃を受け、同年2月17日に日本（アクセス元）より、脆弱性を突いて不正なスクリプトが埋め込まれた。その際のログが削除されており、以降同年4月まで状況が不明な状態であった。更に同年4月3日にホームページが改ざんされ、マルウェア（不正アプリケーション）が埋め込まれた。その後同年4月15日に厚労省を通じてNISCより連絡があり、不正侵入が発覚したところである。日医総研では、直ちにホームページサーバを遮断（6月迄）し、保守委託会社と協議を行い、新規のサーバを用意した経緯があった。

その際の被害として、実際何が漏えいしたか判明しなかったが、ルート権限が取られており、ホームページサーバの情報が全て漏えいす

る状況であった。幸い日医総研のホームページは原則として公開されている情報しか掲載していなかったため、漏えいして問題はなかった。しかし、トレンドマイクロを装ったサイトへ転送されるマルウェアが埋め込まれていたため、マルウェア配布の踏み台にされてしまった。どの程度の被害があったか把握できていない現状である。

このような経験から、費用的な損失等も含め、もしも攻撃を受けてしまった際の体制を準備しておくことが重要である。公益的な立場なので、自分だけではなく、他への多大な影響を与える可能性が大きいため、日ごろからの危機意識をもっていただきたい。

②医療情報分野のサイバーセキュリティの最新動向について

JAHISセキュリティ委員会の茗原秀幸委員長より「医療情報分野のサイバーセキュリティの最新動向について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

情報セキュリティとは、情報資産の機密性（情報にアクセスすることが認可された者だけがアクセスできることを確実にすること）及び完全性（情報及び処理方法の正確さ及び完全である状態を完全防護すること）、可用性（認可された利用者が、必要なときに情報にアクセスできることを確実にすること）を維持することである。情報の保護を行うためには、セキュリティポリシーの策定と施行（情報資産を保護するための対策を組織的に取り組む統一基準）、セキュリティ対策技術の利用（アンチウイルスソフトやファイヤ・ウォール等の製品）が必要となってくる。

情報資産については、サイバー攻撃等による情報流出の危険性が常にあるため、それから守ることが重要となってくる。サイバー攻撃以前から存在していたが、今回は最近話題となっている「標的型攻撃」について説明を行う。

標的型攻撃とは、情報の窃取や破壊などを目的として、特定の企業や組織等に向け攻撃を行うことであり、従来の不特定多数を無差別に攻撃するウイルスとは少々異なる攻撃となっている。標的型攻撃においては、ウイルスチェックにかからない最新のウイルスを使用することや、電子メールの添付ファイルやURLを開いただけで感染するので、技術的対策では感染する前の防御は難しいものとなっている。標的型攻撃への対策としては、最新のウイルスソフトの導入や基幹系と情報系のネットワークの分離、従業員教育の徹底と訓練等、総合的なセキュリティ対策が必要となってくる。

メディカルデバイス（医療機器）に対するサイバーセキュリティとしては、セキュリティ自体を確保すべきは「医療機関」であり、患者安全を確保すべきは「機器製造販売事業者」である。医療機関が管理する医療機器については、医療機関と機器製造販売事業者が協力して対処しないとイケない。これは、医療機器自体が「機器製造販売事業者」により安全であると担保されていても、機器の接続先等の周辺環境の情報セキュリティレベルにより求められるセキュリティレベルが変わってしまうため、この様な2者間での協力が必要となってくる。

外部との医療情報のやり取りにおける留意点としては、厚生労働省より出されている「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.2版」にも例示されているIPsec + IKE（暗号化通信を行い、暗号鍵を交換する技術）が推奨される。それ以外は推奨されないわけではないが、安全性がIPsec + IKEを同等であることを示さなければならないので、医療監査や漏洩自己発生時の説明の手間等を考えると、IPsec + IKEを推奨する。

今後、地域医療連携や電子処方せん等、医療機関等が外部と医療情報交換を行う機会が増加する見通しとなっている。皆様には是非、厚生労働省により出されている「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.2版」を

参照し、適切なセキュリティ対策を実施していただきたい。

③重要インフラのひとつとして医療情報システムに求められるセキュリティのあり方

NISC 重要インフラ専門調査委員会会長・名古屋工業大学大学院教授の渡辺研司氏より「重要インフラのひとつとして医療情報システムに求められるセキュリティのあり方」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

現在のICTは、社会・経済活動においてなくてはならないものとなっており、日々高速に大量処理を行うことや365日24時間毎日運用される等、複雑性の増加・肥大化・老朽化が進んでいる。それに伴い、保守やリカバリー作業等の困難性が増加しており、社会の重要システムにおけるICT障害事例が多々発生している。

重要インフラにおいても、経営効率化に伴い信頼性や柔軟性、安全性等の全てのセキュリティ要件の維持が困難となっており、民営化等による効率化の更なる推進や外部依存性・相互依存性の増加等の背景があるためICT障害発生に繋がっていることとなっている。

大規模災害時においては、有形被害（住居、ビル、道路等）と無形被害（ビジネス、旅客運輸、物流・商流等）の被害があり、近年では、有形被害より無形被害の方が拡大している傾向がある。

組織においては、柔軟性が高く動的な情報セキュリティ・マネジメントが必要となる。情報システム全般では、1.機密性、2.完全性、3.可用性の順で重点がおかれるが、災害時などの緊急時では、1.可用性、2.完全性、3.機密性の順をベースにする等、対応場面に応じた可変的な運用が求められている。機密性を下げて、可用性を上げた場合には、物理的なアクセス制限や漏洩の可能性を下げる運用上の仕組みで補完することが必要となる。なお、災害時の混乱に応じた情報の悪用を「ゼロ」にするために、災害弱者を中心とした支援や救助を受けるべき

人々が適時に支援・救助を受けられないという状況は回避すべきである。

医療システム・セキュリティに求められる観点として、人的作用を含めた観点では、事業継続計画で定められた重要業務毎に設定された目標復旧時間、目標復旧時点等を実現できる状態に情報システムは設計・運用されていることや、情報システム障害発生時の対応について十分に訓練・演習がなされていること等が求められている。また、システムの観点からは、パスワードのセキュリティ・レベルの確認や個別 PC のセキュリティ・レベルの設定状況の確認等が求められている。

重要インフラのひとつである医療情報システムに求められるセキュリティとしては、通常時の「柔軟性」の構築と積み上げが重要となってくる。通常時に想定される有事対応のみではなく、想定される有事にも対応していくことが必要となる。今後は、大震災・津波以外のリスク要因にも対応していくことが必要であると考えられる。

日本医師会の石川常任理事の総合司会の下、平成 27 年度日本医師会医療情報システム協議会が、「IT 時代における地域医療連携のあり方～「医療介護連携」「医療等 ID」について～」をメインテーマに開会された。

挨拶

横倉義武 日本医師会長

本日はご多忙の中、多数の方々にお集まりいただき心より御礼申し上げます。

昨年より団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、国民が将来にわたって必要とする医療・介護が過不足なく受けられる社会を構築するため、各地域で地域医療構想の策定に向けた具体的な取組みが始まった。

日本医師会としても、行政と協力して「かかりつけ医」を中心とした多職種連携による、各地域に即した「まちづくり」を推進している。

各地で構築・運用が進められている介護を含めた地域医療連携システムは、地域包括ケアにおいて必要不可欠なツールとなることは間違いない。

また一方で、日本医師会は主に患者の個人情報やプライバシー情報を守る立場で、遺伝子情報を含む医療情報の利活用に関しては、これまで慎重な立場を取ってきた。これは病歴を中心とした医療情報というのは、非常に機微な情報だからである。

先ごろ成立した改正個人情報保護法では、病歴が「要配慮個人情報」となり、施行されれば、病歴等の情報はいわゆるオプトアウト方式での第三者への提供が禁止されることとなった。この考えは、かねてからの私どもの主張に合致したものであり、患者情報に対する配慮は考慮されたことについては、大いに評価している。

日本医師会は、患者さんの同意を得た上で、このような情報を安全・安心に扱うため電子認証局、医療等 ID の創設についても、積極的に取り組んでいる。

このような流れがあり、今年度の協議会では、「IT 時代における地域医療連携のあり方について」をメインテーマに取り上げ、「医療介護連携」と「医療等 ID」を 2 つのサブテーマとしている。

地域医療セッションでは、多職種連携の事例報告や全国調査の結果について報告することとなっている。医療連携と異なり、様々な職種が参加する医療介護連携においては、個人情報に対する関係者の認識の甘さから、比較的安易な方法がとられているケースがある。日本医師会としては、患者さんの同意を取ることはもちろんだが、一定以上のセキュリティを保った安全なシステムで連携を行うことが最も重要であると考えており、これらを踏まえてスペシャリストによるパネルディスカッションを行うこととしている。

また医療 IT セッションでは、日本医師会が政府系ファンドの（株）地域経済活性化支援機構（REVIC）と共同出資し、2015 年 11 月

4日付けにて設立を行った「日本医師会 ORCA 管理機構（株）」に関して、これまでの経緯を含め、報告をさせていただくと共に、ORCAの将来像も含め先生方との相互理解を深めたいと考える。

一方、この1月からは社会保障・税・災害対策の分野の行政手続きでマイナンバーの利用が開始され、既に先生方のお手元には、通知カードが届いていると思う。

ご存知のとおり、個人の医療情報を保護する立場から、日本医師会ではマイナンバーを医療の中で、直接使用することが無いように考えている。

日本医師会では、医療分野等 ID 導入に関する検討委員会を設置し、番号制度の確立を中間まとめとして公表した。これを受ける形で、「日本再興戦略改訂 2015」には、医療等 ID を 2018 年から導入し、2020 年に本格運用することが明記されている。これは私どもの主張が取り入れられた成果であると考え。委員会では、更なる検討を続け、ユースケースとして、保険証のオンライン資格確認、大規模データベースのリンク、PHR、及び地域医療連携の相互接続の4つに分け、実現可能な仕組みを検討し、今年度中に取り纏める予定である。

明日のマイナンバーと医療等 ID についても、シンポジウムではマイナンバーのスペシャリストにご講演をいただくので、先生方には積極的に議論を交わしていただきたい。

最後に、この協議会が先生方にとって有意義なものとなることを祈念し、挨拶とさせていただきます。

平松恵一 運営委員会委員長・広島県医師会会長

本日は大変お忙しいところ、本協議会へご参加いただき誠にありがとうございます。

昨年担当県の指名を受けてからあっという間の一年であった。日本医師会の横倉会長をはじめ、担当理事の石川常任理事、また、運営委員会委員の先生方には委員会のみならず直前まで

ご指導・ご支援をいただき、本日を向かえることができた。この場をお借りし厚く御礼申し上げます。

本協議会では、開会の前に「プレミーティング～見直そうシステムセキュリティ～」として、日本医師会総合政策研究機関主任研究員の矢野一博氏、JAHIS セキュリティ委員会の茗原秀幸委員長、NISC 重要インフラ専門調査委員会会長の渡辺研司氏よりそれぞれご講演をいただいた。内容は、昨今話題となっている「標的型メール」等による情報漏えいについて、実際の事件等を用いたご講演となっております。

また、これから開催されます「地域医療セッション」においては、病身連携をテーマとした内容から、今年度は少し視点を変え「多職種連携による介護連携」をテーマとしている。その中でも SNS を利用した介護連携について発表していただくこととしている。

また昨年度、大変好評であった地域医療連携のスペシャリストによるパネルディスカッションも取り入れており、先生方の生の声を聞きながら活発な意見交換をしていただきたいと考えている。

2日目の協議会の予定としては、昨年同様に医師資格証など、日医の IT 分野における今後の展望などの説明の他、皆様もご存知のとおり、ORCA プロジェクトが昨年末、政府系ファンドと共同出資により新たな会社を設立した。その経緯を含めた今後の展開等について日本医師会総合政策研究機関主任研究員の上野智明氏と日本医師会常任理事の石川広己先生に詳しくご説明いただくこととしている。

また、こちらも初めての試みとなるが、昼食時間に「ランチョンセミナー」を開催することとしており、先生方も使用されているスマートフォンのセキュリティについて、情報処理推進機構技術本部セキュリティセンター調査役の加賀屋伸一郎氏に実際の機器を使用したご講演を頂くこととしている。

メインのシンポジウムとしては、昨年と同様に「マイナンバーと医療等 ID について」を予定している。日医の展望や今後の展開等について日本医師会常任理事の石川広己先生よりご説明いただき、その後、行政側からご説明をしていただくこととしている。

最後になるが、この2日間、非常に内容の深いテーマが続くので、本協議会が先生方にとって有意義になるとともに、我が国の医療情報システムの円滑な発展等になることを祈念し挨拶とさせていただきます。

I . 地域医療セッション～医療介護連携(SNS等)は如何にすべきか?～

座長：登米祐也 (運営委員)

牟田幹久 (運営委員)、目々澤馨 (運営委員)

①富山県新川医療圏における連携パス・ICTを活用した多職種連携

下新川郡医師会理事の藤岡照裕先生より「富山県新川医療圏における連携パス・ICTを活用した多職種連携」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

富山県の新川医療圏においては、在宅終末期医療の実現や在宅医師同士の連携を確保する等の目的があり、新川地域在宅医療療養連携協議会を設立した。その際、多職種連携のためにマイクロソフト社の「Groove (office Groove 2007 及び share Point Workspace 2010 (後継モデル))」を用いて患者情報を共有するためのシステムを立ち上げた。「Groove」の特徴としては、P2P (Peer to Peer) アーキテクチャによる情報共有コミュニケーションソフトであるため、サーバを要しないことや暗号化方式「AES」を搭載していること、通常のパソコンで使用可能であることが挙げられる。

「Groove」による連携開始方法としては、以下のとおりとなっている。

1. カンファレンスの際、「あんしん在宅ネットにいかわ」を利用して状況共有することの同意書を患者様本人又はご家族様へ記載いただく。

2. 退院カンファレンスが終了したら、基幹病院の地域連携室が在宅療養を担当する各職種のスタッフを Groove 上に招待する。これを受託して連携が開始される。
3. 基幹病院を利用していない患者様については、在宅主治医が同意書を預かり、新川地域在宅医療支援センターから関わるスタッフを Groove 上へ招待する。
4. 招待する権限は基幹病院の地域連携室と新川地域在宅医療支援センターのみである。

Groove では、情報を更新すると、自動的にメンバー全員へ情報が送信され、患者様に关わるメンバーで情報を共有することができる。また、多職種で垣根を越えて検討を行うことができ、協議会会員数 130 施設のうち、Groove 導入施設数が 72 施設、Groove 導入数が 109 台となっている。

本システムのセキュリティの確保に関しては、職員間において、守秘義務を遵守いただき、Groove 自体が強力なセキュリティ・システムを搭載している。また、厚生労働省により出されている「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.2 版」に遵守しており、協議会会員でも直接患者 (利用者) に係わる者以外は情報の共有に参加できないシステムとなっている。患者様への説明と同意取得に関しては、患者様・ご家族様に対し、書面を用いて十分な説明を行い同意を取得している。

Groove の活用の利点としては、患者情報を多職種・他施設で迅速に共有することが安易であり、それぞれの職種が共通の認識を持って患者様を訪問でき、各職種の専門性を生かした迅速な対応が可能となっている。

現在の Groove の問題点としては、2013 年 2 月に share Point Workspace 2010 が販売終了となり、その後の後継ソフトがないままである。ソフトの導入を希望する関係機関が IT 連携をできない状態であるため、他のシステムの導入について検討を行っているところである。

②連携 EMA ネットワークにおける在宅医療看護支援システムの運用と医療介護連携システムに関する考察

愛媛県医師会常任理事の窪田理先生より「連携 EMA ネットワークにおける在宅医療看護支援システムの運用と医療介護連携システムに関する考察」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

連携 EMA ネットワークとは、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン準拠の情報ネットワークである。県医師会としては、専用道路の保守と運用及び「在宅医療連携 BBS」と「テレビ会議システム」の提供を行っている。

本ネットワークのコンセプトとしては、各病院が独自にプライベートネットワークを構築すると、診療所側ではネットワークの切り替え等、ネットワークの整理が難しくなり、病院同士・診療所同士のネットワークも困難になることがあった。そこで、県医師会でプライベートネットワークを取り纏め、センター機能を構築すると、病院や診療所は県医師会へのネットワークの接続を行えば各病院との接続や病院同士・診療所同士の接続が煩雑になることがなくなるため、このネットワークを構築している。

連携 EMA ネットワークでは、9つのシステムを運用・接続しており、VPNの接続タイプごとにアクセス制限を設けている。県医師会へVPN接続を行い、指定されたURLを入力すると愛媛県医師会地域医療連携ネットワーク portal site へアクセスすることが可能となり、各種システムへログインすることが可能となる。

在宅医療連携 BBS については、在宅患者さん単位にスレッドがつく掲示板となっており、主治医や訪問看護ステーション単位でのアクセス制限を設けることができる。ファイルの添付が可能であり、書き込みが発生すると関係者へアクセスを促す内容不記載の通知メールを一斉送信することとなっている。

訪問看護からの入力 iPad での入力を基本としており、チャットのような形式で、意見交換を行うことが可能となっている。

テレビ会議システムについては、連携 EMA ネットワーク内に設置しており、VPN 下でほとんど全ての端末より接続が可能となっている。任意にテレビ会議の開催を設定することが可能であり、未使用の状態が一定時間を経過すると自動的に削除される。同時最大参加者数(拠点数)は20箇所となっており、録画も可能となっている。

インターネットについては、自己責任で使用することが前提としてあるため、多職種連携システムの中で医師会の果たすべき役割はある程度のセキュリティを保障した場(ネットワーク回線等)の提供である。今回紹介をおこなった「在宅医療連携 BBS」と「テレビ会議システム」については一例であるため、今後も安全性を優先した中で、将来性・有用性を考慮し、必要に応じて拡張を行っていくこととしている。

③スマートフォンと医療～SNSを使った取り組み～

東京慈恵会医科大学准教授の高尾洋之先生より「スマートフォンと医療～SNSを使った取り組み～」と題し、概ね以下のとおりご講演が行われた。

慈恵会医科大学では、昨年10月より、院内の携帯電話端末張り紙を張ることや、携帯電話管理の規定を制定すること、院内での携帯電話の使用に関するリテラシー向上の説明会を開催する等を行い、約3,500台の携帯電話の導入および、3,300台のiphone6の導入を行い、医師と医師の連携等を図る取り組みを始めているところである。

今回、慈恵会医科大学を中心として、病院内での情報共有を行うためのソフトである「Join」の開発を行った。これは、病院内での医師と医師のコミュニケーションを図ることや救急や介護現場でのコミュニケーションを行うことを目的に開発を行ったソフトである。

救急の現場において、何故この患者さんを受け入れたのか等の経験があると思うが、事前に患者さんの容態等の情報連携を行っていれば適

切な医療へつなげることができることなど、今後「Join」では想定している。

「Join」のイメージとしては、LINEはハンダアウト等のコミュニケーションツールの医療機関バージョンのようなソフトとなっている。これまでのPHSでは、通話のみとなってしまう、1対1のコミュニケーションとなってしまう、複数名へ連絡を取りたい場合、作業が煩雑となっていた。しかし、「Join」であれば、文字及び画像でのコミュニケーションが取れるため、1対多数のコミュニケーションとなるので、複数の関係者への連絡も1回で済み、画像等も見ることが可能であるので、これまでより正確に判断が可能となる。

「Join」のセキュリティとしては、各省庁のガイドラインを準拠しているため、医療情報をネットワーク上で電子交換する際に対処すべきセキュリティ機能要件を満たしている。

またこれからは、各病院同士で「Join」を導入することや、大学・研究機関等の各分野の認定医が「Join」を導入することで、地域医療連携への活用も想定している。また、大規模災害等の際にも、中核病院等において、救急患者の到着見込み時間や医師不足等になった際、診療所の先生方へ連絡する等で「Join」を活用することを考えている。

④“うすき石仏ねっと”でもっと地域を元気に！

白杵市医師会医療福祉総合センター長の舩友一洋先生より「“うすき石仏ねっと”でもっと地域を元気に！」と題し、概ね以下のとおりご講演が行われた。

白杵市では、白杵市医師会立コスモス病院が市内唯一の急性期病院であるが、医師不足の問題があるため、高度医療については、大分市へお願いしているところである。今では、白杵市医師会立コスモス病院では、大分市より戻ってきた患者さんのリハビリ等を行っている。その様な現状があり、患者さんがどこでも適切な医療・介護を受けることができる社会づくりをこ

れまで検討してきた結果、「うすき石仏ねっと」が誕生した経緯があり、白杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークとして稼働している。

参加施設数としては、医療機関が32施設中23施設、調剤薬局が17施設中15施設となっており、介護事業者では、今年1月より開始したこととなっているが、20施設中16施設もご参加いただいているところである。

「うすき石仏ねっと」については、うすき石仏ねっと運営協議会にて運営がされており、行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の各団体が参加している。うすき石仏ねっと運営協議会は平成27年4月1日より開始されており、参加施設からも接続料として、料金をいただいているが、足りない金額に関しては、行政と医師会にて折半することとしている。

「うすき石仏ねっと」では、患者さんのデータを医療・介護現場や災害時の情報共有ができることや、健康増進・疾病予防・介護予防等の各種予防にも貢献できる。医療費削減等ができていると考えている。

これからは、「住まい」や「生活支援」、「介護」、「医療」などのシステムを構成する要素が一定の戦略を持ち効果的に組み合わせられ提供されるべきだと考える。

⑤在宅医療介護連携に対するHMネットの取り組み

広島県医師会「ひろしま医療情報ネットワーク」統括本部長の藤川光一先生より「在宅医療介護連携に対するHMネットの取り組み」と題し、概ね以下のとおりご講演が行われた。

HMネットでは、圏域や職域で制限されない情報連携を目指し構築を行っており、医療情報連携システムの一部として医療介護連携のシステムを構築している。

HMネットの基本方針としては、ネットワークは独自に構築し、複数のVPNの混在は可及的に避けている。診療情報の開示・参照につい

ては、HM ネットで監修した広島県版 SS-MIX パッケージを使用しており、参照にはセキュリティトークン又は VPN ルータを使用しないと見れないこととしている。また、グループウェアの機能についても共通 ID 発行や名寄せシステムを構築し、グループウェアの目的に応じ適宜使用すること等を方針としている。

HM ネットでは、在宅診療に関わる複数の医師の協働を支援するための「共同在宅診療支援システム」や在宅医療や会議に関わる多職種の協働を支援する「在宅医療介護支援システム」も稼動しており、医療介護連携システムとしても動いているところである。

HM ネットの在宅医療支援ツールとしての特徴としては、1. 県域をカバーするネットワーク基盤と共通 ID の使用により、データの一意性が確保されている。2. 2つの在宅医療支援ツールは同一のネットワーク上に存在する。(医師と在宅関連スタッフの協業が促進される) 3. 背景では HM ネットの多種多様な機能が稼動している。(権限設定により、他のグループウェアのデータも参照できる) 等の特徴があるため、使用しやすい環境を構築している。

患者さんのデータについては、「共同在宅診療共用カルテ」により、患者さん固有の一冊のカルテがネット上にあるイメージでデータが保管されている。登録された医師だけが共用カルテの参照・記入ができ、関連する医師が変わっても医師の登録を変更するのみで、データは引き継がれる。また、「多職種間電子連絡ノート」などもあり、利用者さん固有の一冊のノートがネット上にあるイメージでデータが保管されている。これについても、登録されたスタッフのみがノートの参照や記入ができ、関連するスタッフがかわってもスタッフの登録を行うのみで、データは引き継がれることとなっている。

⑥ 栃木県における医介連携専用 SNS 「どこでも連絡帳」と地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」の併用

栃木県医師会常任理事の長島公之先生より「栃木県における医介連携専用 SNS 「どこでも

連絡帳」と地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」の併用」と題し、概ね以下のとおりご講演が行われた。

医療連携や多職種連携については、膨大なお金や ICT の専門家もいない医師会が多く、ネットワークの構築が行えないところが多いと考える。しかし、そんな医師会でも、よくできた既製品をうまく使用すれば、役に立つ医療・介護連携を実現することが可能である。

在宅医療介護連携において問題となっていることは、訪問場所や訪問時間、患者データの様式等がバラバラであり、その解決方法として、ICT が挙げられる。医療介護連携においては、記録や文書の一方的な閲覧ではなく、医師や介護職員等のコミュニケーション機能が本当に役に立つ機能であるため、コミュニケーション機能が備わったネットワークを構築すれば良いと考える。そこで医介連携専用 SNS が最適となっている。

医介連携専用 SNS がなぜ最適になっているかは、コミュニケーションに特化したシステムであり、操作や写真の添付が簡単であることが挙げられる。公開型 SNS (LINE や Facebook) では、情報漏えい等の危険性があるため、医介連携専用 SNS が最適となっている。

栃木県においては、地域医療構想内の地域医療機関連携として、「とちまるネット」を運用しており、地域包括ケアシステム内の地域多職種連携として、「どこでも連絡帳」を運用している。医療機関をつなぐネットワークとしての既製品は富士通の HumanBridge や NEC の ID-Link 等がある。システムの費用負担については、各情報提供病院が維持費を負担し、閲覧側施設や県医師会においては費用の負担はなしで運用も可能となっている。

医療・介護をつなぐネットワークとしての既製品は、メディカルケアステーションというシステムがある。これは完全非公開型医療介護専用の SNS となっており、導入費や維持費は無料となっている。また、セキュリティについても、各省庁のガイドラインに準拠しており、PC やタブレット、スマホ等にて使用が可能となっている。

現在、栃木県医師会においては、システムの導入費や維持費は0円（県医師会0円、利用施設・患者0円）にて運用しており、その他の経費（会議費、講習会費等）として、年間300万円の費用がコストとして出ている。

とちまるネットの登録数等の推移としては、平成27年11月時点での連携施設数が232施設であり、同意取得数が7,598数となっている。

⑦医療・介護分野のICTを利用した多職種連携に関する追加調査結果について

日本医師会総合政策研究機構主席研究員の上野智明氏より「医療・介護分野のICTを利用した多職種連携に関する追加調査結果について」と題し、概ね以下のとおりご講演が行われた。

ITを利用した地域医療連携調査を行っており今年で3回目となる。全国の地域医療連携数の推移としては、234の地域医療連携があった。また、地域医療連携における事務局運営の平均人数としては、平均的に1名の専任職員がおり、兼任者は3名程度が平均となっている。

1 地域医療連携あたりの平均参加施設数としては、病院が約10施設、医科診療所が約40施設、薬局が8施設、介護施設が約8施設、歯科診療所が約1施設との結果となっている。同意の取得方法としては、ほとんどの地域医療連携が同意書による取得をおこなっており、新たに参加施設が増えた場合の対処としては、連携先追加等の同意書による取得が多いとの結果となっている。

医療・介護分野のICTを利用した多職種連携のシステムの形態としては、地域医療連携システムの1部として運用しているとの結果が約65パーセントとなっており、次いで、介護・在宅向けシステムの1部として運用しているとの結果が約20パーセントとなっている。

システムの用途としては、主に在宅医療介護現場の連携ツールとしての利用が約42パーセントと多く、次いで医療関係者同士の連携ツールとして利用が約19パーセントとなっている。

システム導入の効果としては、約56パーセントの効果があると回答しており、約1パーセ

ントは効果がないとの回答となっている。システム導入に伴い、1. サーバのトラブルでシステムにアクセスできない。2. ネットワーク障害等により何度か利用できないことがあった等のトラブルの事例も多々報告がある。

システムの導入に係り、関係者のITリテラシーの問題があり、あまり活用できないことや運用経費の費用負担が大きいこと、関係職種の参加率が少ないため、あまり活用できない等の課題や問題点も報告されている。

< 2月14日（日） >

平成28年2月14日（日）9:30-15:30/1F 大講堂
 総合司会：石川広己（日本医師会常任理事）

II. 日医IT戦略セッション
 座長/運営委員（富田委員、大島委員）

①医師資格証の普及促進とIT分野での利活用について
 日本医師会総合政策研究機構主任研究員
 電子認証センターシステム開発研究部門長 矢野一博

②地域医療連携における紹介状作成ツール「MI_CAN」について
 日本医師会総合政策研究機構主任研究員 西川好信

③ORCA事業の今後について
 日本医師会総合政策研究機構主席研究員 上野智明

フロア質疑
 昼食（ランチョンセミナー）～スマートフォンセキュリティについて～
 座長/運営委員（牛尾委員）

- スマートフォンにおけるセキュリティ設定の実例
- スマホにおける危険な設定や、危険なメール、HPの見分け方の紹介など

情報処理推進機構技術本部セキュリティセンター調査役 加賀谷伸一郎

III. シンポジウム ～マイナンバーと医療等IDについて～
 座長/運営委員（川出委員、大橋委員、藤原委員）

①医療等IDに関する日本医師会としての見解について
 日本医師会常任理事 石川広己

②マイナンバー制度の展望について
 内閣官房社会保障改革担当室内閣審議官 向井治紀

③マイナンバーカードの普及・利活用について
 総務省自治行政局住民制度課長 篠原俊博

④マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野の情報連携に用いる識別子(ID)の体系
 厚生労働省大臣官房参事官（情報政策担当）佐々木裕介
 -休憩（13:50～14:00）-

⑤医療分野等ID導入に関する検討委員会より
 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授
 医療分野等ID導入に関する検討委員会委員長 山本隆一

フロア質疑
 次期担当挨拶 壽本恭（長崎県医師会長）
 閉会挨拶 牛尾剛士（運営委員会委員・広島県医師会常任理事）

II. 日医IT戦略セッション
 座長：富田雄二（運営委員）
 大島鉄朗（運営委員）

①医師資格証の普及促進とIT分野での利活用について

日本医師会総合政策研究機構主任研究員・電子認証センターシステム開発研究部門長の矢野

一博氏より、「医師資格証の普及促進とIT分野での利活用について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

都道府県医師会に依頼している地域受付審査局の開設状況は、47都道府県中43件に開設していただいております全体の91.5%である。また、地域受付審査局を開設した頃から急速に普及しており、毎月100件程度、現在2,302の資格証を発行しているところである。都道府県医師会の皆様方には煩雑な作業を行っていただき、感謝申し上げます。

現在、医師資格証の活用方法として、1.身分証としての活用（医師会等の内部での身分証としての活用や救急災害時における身分証明書としての活用）、2.非接触カードとしての活用（研修会や講習会時に医師資格証を読み取り機にかざすだけで出欠の管理ができる仕組みの構築）、3.ITでの活用（IT世界での「署名」と「認証」を行う）がある。今回、更に、JALと共同にて、医師資格証をお持ちの先生に事前登録をお願いし、飛行機内における救急患者への早急な対応を行うことを目的とした「JAL DOCTOR 制度」も開始することとなった。

本日の協議会においても医師資格証をお持ちの先生方には、出欠管理アプリケーションにて出席を確認させていただいている。本アプリケーションは、受付時間や退出時間を記録・出力できる機能がある。また、更新も行っているので、2年目の更新の時期となっている先生方には是非とも更新をしていただきたい。

スマートフォンを用いた資格確認アプリケーションでは、かざしていただくと、その医師のより詳細な情報が見られるようになっている。

まだ申請されていない先生方には、是非、必要書類（医師資格証発行申請書、医師免許証（原本）、身分証（コピー不可）、住民票の写し）をご準備の上、都道府県医師会にて事前審査を行っていただきたい。都道府県によっては、郡市区医師会でも受けられる場合があるので、各都道府県医師会にお問い合わせいただければと考えている。

②「地域医療連携における紹介状作成ツール「MI_CAN」について

日本医師会総合政策研究機構主任研究員の西川好信氏より、「「地域医療連携における紹介状作成ツール「MI_CAN」について」について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

MI_CANは、日医標準レセプト等に入力された内容を活用して、診療情報提供書や診断書等を作成する支援を行うプログラムとなっている。また、画像貼付機能を持っている為、画像付紹介状が簡単に作成できる。

開発の目的としては、診療報酬点数加算ができる「電子紹介状等の医療文書」の作成を可能にすることや電子カルテを導入していない医療機関でもICTを用いた地域医療連携に参加できる環境を提供することである。

本システムは、医師資格証、帳票加工ソフト「すごい位置合わせ」、MS-Office、文書管理ソフトと連携できる。

平成28年2月10日に中医協の答申が出され、診療情報提供書等の電子的な送受信に関する評価として、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書、訪問看護師辞書及び服薬情報等提供書等について、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定を可能とする内容となっている。また診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、電子的に送受・共有する場合についても評価することとなっており、今までも法的には問題なく算定されていたが、今回、点数表に明記されることとなった。

算定要件には、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤による電子署名を施すことと明記されており、これは「医師資格証」を用いてタイムスタンプ付き電子署名を付与、その後、安全な通信環境を確保した通信で送受すると点数が加算されることとなっている。

点数算定に関する内容については、平成 28 年 2 月 10 日現在のものとなるので、実際の算定要件については、今後発出される「官報告示」や「事務連絡通知」等をご確認いただきたい。

③ ORCA 事業の今後について

日本医師会総合政策研究機構主任研究員の上野智明氏より「ORCA 事業の今後について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

日レセの全国の導入率は、導入作業中のものも含め、総計 15,313 施設あり、16.9%のシェアとなっている。業界 3 位と成長しているが、今後も、20%、30%を目指したいと考えている。

ORCA の出現時の影響としては、レセコン市場の価格が大幅に下落したことや、電子カルテの開発が活発となり、新しく開発される電子カルテがほぼ ORCA 連携型となっている。

また、介護・特定健診については、医見書が 26,769 ユーザ、給管鳥が 3,300 ユーザ、訪看鳥が 720 ユーザ、日医特定健康診査システムがダウンロードユーザのみで 700 ～ 800 ユーザとなっている。

会員医療機関を取り巻く環境が徐々に変化しつつあり、世代交代、地域連携・地域包括ケア、電子署名等、このような時代に入っていくところである。IT ベンダを取り巻く環境も変わりつつあり、レセコンビジネスから電子カルテビジネスへシフトしている。新規開業の先生が 9 割以上電子カルテを入れている状況であり、毎年 3,000 ～ 4,000 近い医療機関が、電子カルテを入れている。

このような状況に鑑み ORCA では、次の 10 年間を見据え、全国の医療機関に共通して存在する日医のインフラストラクチャーをすることを考えている。

皆様もご存知だと思うが、日本医師会では、政府系ファンドとして、「地域経済活性化支援機構 (REVIC) との協議の末に共同出資を行い、「日本医師会 ORCA 管理機構 (株) を設立した。株式会社となっても、ORCA の基本方針は変

わらないので、これまでどおりの運用にて進めていくこととしている。将来は日本のヘルスケアの基盤となることを目指している。

①～③のそれぞれの発表後、講師とフロアによる質疑応答が行われた。

昼食 (ランチオンセミナー) ～スマートフォンのセキュリティについて～

座長：牛尾剛士 (運営委員)

情報処理推進機構技術本部セキュリティセンター調査役の加賀屋伸一郎氏より、「スマートフォンのセキュリティについて」と題し、「スマートフォンにおけるセキュリティ設定の事例」及び「スマホにおける危険な設定や、危険なメール、HP の見分け方の紹介」等について講演が行われた。

Ⅲ . シンポジウム ～マイナンバーと医療等 ID について～

座長：川出靖彦 (運営委員)

大橋克洋 (運営委員)、藤原秀俊 (運営委員)

①医療等 ID に関する日本医師会としての見解について

日本医師会常任理事の石川広己先生より、「医療等 ID に関する日本医師会としての見解について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

今後の日本医師会の ICT 戦略としては、1. 医療・介護情報連携の推進 (全国各地で行われている様々な医療連携 ICT 化の事例を集約・確認を行い、推奨できる事例や推奨できない事例を提示する予定である) 2. 医療情報 ICT 化の共通基盤の構築 (医療分野の電子化を推奨しており、これまで日本医師会が行ってきた ORCA 事業や HPKI 認証局等を構築・強化を行う) 3. 医療等 ID の創設 (医療・介護におけるマイナンバーの位置づけや医療等 ID の件について検討を行っているところである。これは後程、報告があるのでお聞きいただきたい) 4. 医療情報ビッグデ

ータ（ナショナル・データ・ベース（NDB）や国保・データ・ベース（KDB）、DPC データ等の取扱いについては、日本医師会も関与しており、医療・介護における個人情報保護の整理を行っている）を示している。

マイナンバーについては、申請を行った個人に対し、個人番号カードが配布させることとなっている。個人番号については、個人番号カードへ印字することとなっており、法律で「個人番号」の安易な利用が禁止されていたとしても、そこに目に見える番号がある限り、内部管理等での利用を確実に阻止することは難しいことから、医療等の分野に限らず、医療情報と個人番号が結びつく危険性をなるべく小さくすることが重要である。

マイナンバーとは異なる医療等 ID の必要性として、医療情報は公益上の理由から集積し活用される必要があり、複数の施設、多職種が関わる地域医療・介護連携などでも共通の個人を認識する番号があれば効果的に治療や介護が可能となる。しかし、生涯から死後に至るまでの一貫した医療記録として名寄せできる可能性があり、漏えいした場合取り返しがつかない結果となる。そのため、マイナンバーとは異なる医療等 ID が必要となってくると考える。

②マイナンバー制度の展望について

内閣官房社会保障改革担当室内閣審議官の向井治紀氏より「マイナンバー制度の展望について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

番号制度については、複数の機関の存在する個人の情報を同一人の情報であるということの確認を行うための基盤であり、社会保障・税制度の効率性・透明性を高め、国民にとって利便性の高い公平・公正な社会を実現するための社会基盤である。

現在、社会保障・税・災害対策の各分野のみで番号制度を導入しており、より正確な所得把握が可能となり、社会保障や税の給付と負担の公平化が図られる等の効果が期待されている。

より公平・公正な社会や社会保障がきめ細かかつ的確に行われる社会等を実現するためにマイナンバー制度の導入を行っている。

マイナンバーにおいては、法律に書かれていないことは全て違法行為になるため、法律に書かれていないことは絶対に行わないことが大事である。

マイナンバーカードの活用シーンとしては、本人確認の際の公的な身分証明書としての活用やコンビニ等での行政上の各種証明書を取得すること、各種行政手続きのオンライン申請等、様々な用途にて活用を考えている。

法律において、「マイナンバーの付いた自分の個人情報をいつ、誰が、なぜ提供したかの確認」や「行政機関などが持っている自分の個人情報の内容の確認」、「行政機関などから提供される、1人ひとりにあった行政サービスなどの通知」を行うことが定められている。これらの機能については、マイナポータルとして、WEB サービスにて実現されている。

また、医療等分野の ICT 化推進として、2020 年までに実現する ICT インフラとして、1. 医療連携や医学研究に利用可能な番号の導入、2. 医療機関のデータのデジタル化+地域の医療機関間のネットワーク化、3. 医療データの利用拡大のための基盤整備等が挙げられ、これらを最大限に活用することで、患者に提供するサービスの質の向上を図ることとしている。

③マイナンバーカードの普及・利活用について

総務省自治行政局住民制度課長の篠原俊博氏より、「マイナンバーカードの普及・利活用について」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

個人番号カードについては、昨年 10 月にマイナンバーの付番があり、同年 10 月～12 月にかけてマイナンバー通知とともに「個人番号カード交付申請書」を全国民に郵送した。平成 28 年 1 月より各市町村より、交付準備ができた旨の通知書を送付し、市町村窓口へ来館いただき、本人確認の上交付を行うこととしている。

個人番号カードには、いくつものセキュリティが施されており、1. パールインキ、2. コピー牽制、3. シェーディング加工、4. レーザーエンブレブ、5. マイクロ文字、6. 彩紋パターン等がある。他にも説明ができない対策もされている。

マイナンバーカードについては、カードのみの配布ではなく、カードケースに入れ配布を予定しており、そのデザインも検討中である。

個人番号カードの申請状況としては、平成 28 年 2 月 8 日時点で、有効受付件数が 6,085,487 件であり、申請推計件数は 8,126,651 件となっている。個人番号カードの申請率は約 6.34 パーセントと低い数字となっている現状である。

また、全国のコンビニエンスストア (約 48,000) で、住民票の写し等が取得可能なコンビニ交付サービスについて、個人番号カードの導入に伴い、平成 28 年度中にコンビニ交付の実施団体数を 300 団体とし、実施団体の人口の合計も 3 倍の 6,000 万人を超えることを目指している。

また、住所地と本籍地が異なる場合の戸籍証明書等の交付についても、コンビニ交付で取得できるような機能の検討を行っているところである。

④マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野の情報連携に用いる識別子 (ID) の体系

厚生労働省大臣官房参事官 (情報政策担当) の佐々木祐介氏より、「マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野の情報連携に用いる識別子 (ID) の体系」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会において、1. 医療等分野の個人情報の特性、情報連携の意義、2. 医療保険のオンライン資格確認の導入、3. 医療等分野の情報連携の識別子 (ID) の体系、普及への取り組み等について報告書が取り纏められた。医療等分野の識別子 (ID) については、マイナンバー制度

のインフラと既存の医療保険のインフラをうまく利用し、効率的で安全な情報連携のインフラを整備していくとしており、2020 年までに本格運用を目指している。

医療等分野での情報連携の利用場面としては、医療保険のオンライン資格確認や保険者間の健診データの連携、医療機関・介護事業者等の連携、健康・医療の研究分野での活用、健康医療分野のポータルサービスでの活用、全国がん登録等の調査研究への活用等、さまざまな利用場面を想定している。

医療保険のオンライン資格確認の仕組みとしては、マイナンバー制度のインフラと医療保険の既存のインフラをうまく組み合わせることにより、安全で効率的な資格確認の仕組みを整備することができるため、個人番号カードから、電子証明書を読み取り、資格確認サービスを運用する社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会に資格情報の照会・確認を行うことを想定している。その際、医療機関においては、個人番号カードを預からず、マイナンバーを見ずに、オンラインで資格確認を行うため、診療情報がマイナンバーと紐付けて管理されることはない。

⑤医療分野等 ID 導入に関する検討委員会より

東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授・医療分野等 ID 導入に関する検討委員会委員長の山本隆一氏より、「医療分野等 ID 導入に関する検討委員会より」と題し、概ね以下のとおり講演が行われた。

医療等 ID の検討体制としては、厚生労働省において「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」にて検討が行われ、また日本医師会において「医療分野等 ID 導入に関する検討委員会」にて検討が行われている。

厚生労働省における医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会においては、医療等分野の情報連携に用いる番号のあり方、具体的な利用場面、マイナンバー制度のインフラ

の活用の考え方等について検討を行っており、平成 26 年 5 月から 7 回にわたり議論を行ってきた。

医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会では、1. 医療等分野での番号（電子的符号を含む）による情報連携のあり方、2. 番号制度のインフラとの関係、3. 医療等分野の情報連携の具体的な利用場面等について、「中間まとめ」として取り纏めたところである。

日本医師会における医療分野等 ID 導入に関する検討委員会では、厚生労働省の「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」の中間まとめの内容を引き継ぐ形で、医療や介護等の分野における ID の導入に関する具体的な提言を取り纏めている。内閣官房、総務省、厚生労働省、経済産業省の担当者がオブザーバーとして参加し、検討内容を共有している。

医療等 ID の考え方としては、1.1 人に対して目的別に複数の ID を付与できる仕組みを検討する、2. 本人が情報にアクセス可能な仕組みを検討する、3. 情報の突合が可能な仕組みを検討する、4. 医療等 ID に関しての法整備の検討をする等の考え方を持って検討を行っているところである。

医療等 ID の発番方法としては、マイナンバー制度で構築するシステムを最大限活用すること等を考えており、記載・収納媒体としては、現行の保険証の活用や個人番号カードの活用を考えている。

①～⑤のそれぞれの発表後、講師とフロアによる質疑応答が行われた。

印象記

理事 比嘉 靖

2 月 13 日（土）～ 14 日（日）の 2 日間に亘り日本医師会にて「平成 27 年度日本医師会医療情報システム協議会」が行われた。

最初は、全国各地で行われている ICT を活用した地域連携についての発表が行われ、各種機能が膨大に注ぎ込まれたものから、機能の制限はあるものの市販ソフトを活用した様々な医療連携が紹介された。

将来のカルテの標準様式を意識した広島県医師会の運営する「HM ネットワーク」には、沖縄県内の医療連携で運営されている「おきなわ津梁ネットワーク」と共通する部分を感じ取れた。また、医師資格証についての発表には、かかりつけ医研修会や、将来的には産業医研修、一部専門医研修の自動出欠手続きやポータルサイトでの自己管理が可能になるとの紹介があった。

一番印象的であったのは、医師資格証を使用し電子認証を行った診療情報提供書をセキュリティーの確立したインフラでやりとりすると、受け手、送り手双方に診療報酬がつくことになったことである。沖縄県内の医療連携で運営されている「おきなわ津梁ネットワーク」に持つもう一つの役割が加わった印象を受けた。

平成 27 年度学校保健講習会



常任理事 宮里 善次

平成27年度学校保健講習会プログラム

開催日：平成28年2月21日（日）

内容・講師等
開 会 道永 麻里(日本医師会常任理事) 挨拶 横倉 義武(日本医師会会長) 来賓挨拶 横倉 義武(日本学校保健会会長)
講演①:「最近の学校健康教育行政の課題について」 座長:衛藤 隆(日本医師会学校保健委員会委員長) 講師:松永夏来(文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課 学校保健対策専門官)
講演②:「学校検診での運動器(四肢)の健診の進め方(簡便法)」 座長:衛藤 隆(日本医師会学校保健委員会委員長) 講師:新井貞男(日本臨床整形外科学会副理事長)
講演③:「IT機器(パソコン、スマホ、携帯等)の使用による弊害とそれの対応」 座長:藤本 保(日本医師会学校保健委員会副委員長) 講師:佐藤和夫(国立病院機構九州医療センター小児科医長・ 周産期センター長)
シンポジウム:「小児肥満・やせ・女性の健康と学校医の関わり」 座長:安達知子(日本医師会学校保健委員会委員) 講師:長嶋正實(日本医師会学校保健委員会委員)
1) 肥満とやせの現状-成長曲線の捉え方- 村田光範(東京女子医科大学名誉教授)
2) 小児期の肥満と問題点 吉永正夫(鹿児島医療センター小児科医師)
3) 小児生活習慣病検診 青木真智子(青木内科循環器科小児科クリニック副院長)
4) 肥満とやせ(Anorexia nervosa)の精神病理について 栗田大輔(浜松医科大学精神医学講座助教)
5) 思春期の肥満とやせと月経-成人後の問題点も考える- 岡野浩哉(飯田橋レディースクリニック院長)
総合討論
閉 会 道永 麻里(日本医師会常任理事)

子どもたちに問題が生じてきた事柄を踏まえて、IT 機器や肥満などの生活習慣病、やせ、思春期の肥満とやせと月経などの問題が取り上げられたのが特徴である。

最近の学校健康教育行政の課題について、文科省の健康教育食育課学校保健対策専門官の松永夏来氏は「人の一生と健康管理」を中心に述べられた。

一生の健康管理に関わる法令として、妊娠から修学前までは①母子保健法、小学校入学から就職前までは②学校保健安全法、就職から退職までは③産業保健法、退職後は④老人保健法で守られている。

学校保健安全法では児童生徒の健康診断に加えて、改正法ではアレルギー疾患への対応が重要となる。

平成 26 年 6 月 27 日に「アレルギー疾患対策基本法」が制定され、学校におけるアレルギー疾患対応の三つの柱が次のように示された。①アレルギー疾患の理解と正確な情報の把握・共有。②日常の取り組みと事故予防。③緊急時の対応の三点である。「学校給食における食物アレルギー対応指針」として文科省から製本化と HP に掲載があるので参考にして頂きたい。

最後に平成 24 年 6 月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」に則って、「がん教育に関する政府と文科省のスケジュール」が示された。

それによれば、平成 28 年度末までに学校教育でがん教育をどのようにすべきかを検討して検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする、となっている。

平成 28 年 2 月 21 日、日本医師会館に於いて「平成 27 年度学校保健講習会」が開催された。

学校保健では本来「学業や運動体育」に支障をきたす疾患や症状が対象となるが、今回は学校保健安全法が改正された事と、日常生活で子

早ければ平成 29 年度から、国民病となったがんについて、学校現場で教育が行われる予定となっている。

以前、大阪で訴訟問題となった脊椎湾曲症は学校法上では全学年が対象となった。

また、運動器[四肢]の検診では、日本臨床整形外科学会からいわゆる「簡便法」が紹介された。詳細については日本学校保健会発行の「児童生徒等の健康診断マニュアル」をご参照頂きたい。映像で参照される場合は「アニメ版運動器検診マニュアル体操」(インターネット参照)をご覧頂きたい。

国立病院機構九州医療センター小児科医長・周産期センター長の佐藤和夫先生は IT 機器使用の弊害について講演された。

日本小児科学会と米国小児科学会は 2 歳以下ではテレビを見せないように提言しているが、生まれてから 3 歳になるまでの子どもたちが、母国語で語り掛ける人間に対して反応するのに対し、同じ人間を映像にしてテレビで見せても、脳が反応していない映像が示された。

さらに、①長時間のテレビ視聴やテレビゲームは運動不足を助長し、肥満の原因となる。②視聴時間と肥満の間には正の相関、③子どもの体力の低下・運動器の育ちが不十分だとロコモティブシンドローム予備軍。④視聴時間と学業生成低下と密接に関連。⑤視聴時間と注意欠陥問題が相関。等の注意事項を述べられた。

シンポジウムでは「小児肥満、やせ、肥満ややせの成人後の問題点」が話し合われた。

改正学校法では成長曲線をつける事になっているが、東京女子医大名誉教授の村田光範先生は「身長と体重の検査結果は必ず評価しなくてはならない」と強調された。

鹿児島医療センター小児科の吉永正夫先生は「小児肥満の介入時期・方法に関して優先順位が決まっていない、あるいは決められないこと

が問題と思われる。胎児期、乳幼児期、幼児期、小児期、思春期それぞれに介入が必要である。しかし、経済的・人的資源を考える時、たとえ困難な作業だとしても、その国にあった優先順位をつける方向性を持たなければ、小児の健康躍進ひいては成人の健康増進に関して、最終的な cost performance は低下するのではないかと危惧している。」と述べられた。その上で米国が推奨されている運動の紹介があった。

青木内科循環器科小児科クリニック副院長の青木真智子先生は「小児生活習慣病の子どもは心臓・腎臓二次検診対象者よりもはるかに多い。しかし、小児生活習慣病検診は学校保健安全法に入っておらず、学校現場における確率した診断基準がない」と述べられた。その上で「今日からできる小児生活習慣病の対策マニュアル…福岡市医師会小児生活習慣病対策部会編」を紹介し、学校医が診る意義を強調された。

浜松医科大学精神医学講座助教の栗田大輔先生は①神経性やせ症、②回避・制限静食物摂取症、③神経性過食症、④過食性障害など。の米国精神医学会の摂食障害の分類 [DSM-5] を紹介された。

また 1944 年に心身ともに健康な 32 人の健康男性に行った“ミネソタの飢餓実験”の意味するものとして、栄養状態が悪いと心も病む、の結果を述べられたのは印象的であった。

飯田橋レディースクリニック院長の岡野浩哉先生は思春期の肥満とやせがもたらす無月経や稀発月経はエストロゲンの分泌がない場合は①身体発育の欠如、②心理・感情面の障害、③不妊症、④骨粗しょう症、⑤心血管系疾患の発症につながるとし、エストロゲンの分泌があっても①多毛、②脱毛、肥満、③心理・感情面の障害、④不妊症、⑤糖尿病、⑥心血管系疾患、⑦子宮体がんの可能性が高くなることを示唆された。

平成 27 年度女性医師支援事業連絡協議会



常任理事 宮里 善次



去る 2 月 26 日（金）、日本医師会館において「平成 27 年度女性医師支援事業連絡協議会」が開催され、沖縄県女性医師部会より依光たみ枝部会長、仁井田りち副部会長、事務局 1 名の計 4 名で参加した。

今年度、全国 6 か所で開催された内容を踏まえて、都道府県医師会での特徴的・先進的な取り組みを行っている県を各ブロックの代表として 6 県（①宮城県、②栃木県、③三重県、④兵庫県、⑤岡山県、⑥宮崎県）より、概ね下記のとおり発表が行われた。以下に会議の様態を報告する。

挨拶

横倉義武 日本医師会長（代読 今村聡 日本医師会女性医師支援センター長）

本日はたいへんお忙しい中、全国各地から多数の先生方にお集まりいただき、感謝申し上げます。女性医師支援事業連絡協議会の開催にあたり、ひとことご挨拶を申し上げます。

ご案内のとおり、本会では、平成 18 年度より厚生労働省の委託事業として「日本医師会 女

性医師支援センター事業」を開始し、就業継続の支援をはじめとする様々な女性医師支援を行ってきた。

中でも、この事業の中核である「日本医師会女性医師バンク」は、平成 19 年 1 月の開設以来今年で 10 年目を迎えた。全国各地のコーディネーターの先生方のご尽力と各地域の医師会のご協力により、450 件を超す就業実績をあげている。この場を借りて、厚く御礼申し上げると共に、引き続き皆様方との相互理解をさらに深め、ご協力をいただき、本事業の一層の活性化を目指していく。

さて、当センターでは女性医師バンク以外の事業として、各都道府県医師会や学会等との共催による、「医学生、研修医等をサポートするための会」をはじめ、女性医師の復職支援や育児支援、勤務環境の整備のほか、女性医師の意思決定の場への参画促進についても、注力している。これらの取り組みが皆様のご協力により、着実に効果をあげていることに、重ねて感謝申し上げます。

また、全国 6 ブロックで開催している、「女性医師支援センター事業ブロック別会議」は、

昨年10月31日、宮崎での九州ブロックを今年度の皮切りとして、岡山での中国四国ブロック、福島での北海道・東北ブロック、神戸での近畿ブロック、名古屋での中部ブロック、そして先月、本会館で開催した関東甲信越・東京ブロック会議をもって、今年度、全てのブロックの開催が終了した。会議の開催にあたり、準備や当日の対応に尽力をいただいた福島県、三重県、兵庫県、岡山県、宮崎県の各医師会の皆様、また、当日ご参加をいただいた皆様方に、改めて御礼申しあげる。

このブロック別会議は、日本医師会女性医師支援センター事業へのご理解を深めていただくと同時に、地域からの声をお聞かせいただくという双方向による情報の伝達と、各地域内での情報交換を目的として、平成21年度より開催しており今年度で7回目となる。回を重ねるに連れて、各都道府県および地域医師会等での女性医師支援が広がり、様々な取り組みをご報告いただくようになった。

本日の協議会では、今年度各地で開催された「ブロック別会議」の議事内容を踏まえて、各ブロックでの取り組みをご紹介いただき、ブロック内に止まらず、全国で情報を共有することを目的に議事を進行させていただき、6つの医師会にご発表をお願いしている。ご出席の先生方には、発表内容をご参考としていただくと共に、女性医師支援活動について活発な意見交換を行っていただき、またその内容を各地域においてご活用いただければ幸いである。

女性医師の活躍は、医療の望ましい発展のために必要不可欠である。日本医師会としてもその実現のため、真摯に取り組むを進めていく。今後とも一層のご協力を賜るようお願い申し上げます。

議 事

女性医師支援センター事業ブロック別会議 開催報告
(各ブロック会議の総括や特徴的、先進的な取り組みの紹介)

①北海道・東北

「宮城県女性医師支援センターの活動」

高橋克子 宮城県医師会常任理事
宮城県女性医師支援センター副センター長
日本医師会女性医師支援委員会委員

平成22年度に宮城県女性医師支援センターを設立した。当センターの相談窓口には、東北大学への夫の転勤に伴う女性医師の働き口、保育所探し、研修後の子育てのブランク後に働きたい等の相談が寄せられ、平成27年度1月現在で延べ15件の相談が寄せられている。また、厳しい設定を設けず、委員が女性医師に役立つと判断した場合、託児所設置のための補助金を助成している。

東北大学では、「女性医師支援推進室」を平成26年7月より活動を開始し、育児短時間勤務医員制度、マタニティ白衣の貸し出し、医学生へ男女共同参画推進やワークライフバランスの講義等を行っている。

平成22年度から宮城県との共催で、医師を目指す高校生向け講演会を開催している。受講者の約半数が女子高校生で、在宅医療、緩和ケア、地域の開業医、スーパードクター、研究者(医)、家庭と仕事の両立、男女共同参画等の内容を、開業医、勤務医、女性医師に講演いただいている。当講演会を受講した方の約70%が医学部に進学している。

群市医師会との連携を図るため、医師会長、副会長等が訪問し、日本医師会女性医師支援事業及び宮城県女性医師支援事業の紹介を行っている。また、群市医師会役員の女性医師役員の割合が3.5%と低いことから、女性医師役員を増やすようお願いしている。

②関東甲信越・東京

「栃木県医師会活動報告」

滝田純子 栃木県医師会常任理事

本県では、1年間の活動報告並びに事業計画等を検討する男女共同参画委員会を開催している。当委員会の特徴として、医学生、研修医、行政の方に委員として就任いただいている。

平成 27 年度は、「とちぎ医療勤務環境改善支援センタートップマネジメント」との合同の男女共同参画講演会、医学生、若手医師のキャリア・デザインを考える会を開催した。平成 28 年度は、「男女共同参画が医療界にもたらすメリットとそのエビデンス (案)」をテーマに開催予定である。

女性医師の積極的参加による医師会活動の活性化及び女性医師の勤務環境の改善、社会的地位の向上、会員相互の親睦等を図ることを目的に平成 27 年 4 月に女性医師部会を設置した。県内の女性医師であれば会員・非会員問わず加入ができる。会員相互の交流や親睦、情報交換の場として、メーリングリストを構築・運営している。理事に、開業医、勤務医、行政、日本女医会栃木県支部の先生に就任いただいている。

その他、女性医師支援に関する栃木県への要望書の提出、医療従事者のための有効な保育支援の調査・研究事業等の委託事業を実施している。

③中部

「女性が働きやすい医療機関」

今野信太郎 三重県医師会理事

三重県医療勤務環境改善支援センターとの共同事業として、平成 27 年 11 月に「女性医師が働きやすい医療機関」認証制度を創設した。当制度は、知事の要請により公的な位置付けとなり、医療機関の主体的な取り組みの促進、妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備、保育施設の整備、制度や施設の活用を促す職場の雰囲気づくり等を行うこととしている。

「女性医師が働きやすい医療機関」認証までは、以下の手続きが行われる。

1. 書類審査

「女性が働きやすい医療機関」認証制度チェックリストにより、勤務環境改善や女性が働きやすい視点からなる自己点検表を提出する。

2. 現地確認

- (ア) 申請医療機関において現地確認を実施
- (イ) 管理者等の意識を確認するため、関係職員のヒアリングを実施

- (ウ) 院内保育所、授乳・搾乳スペース、相談窓口等の確認

3. 専門家による審査

チェックリスト、「女性が働きやすい医療機関」確認票、現地確認調書及び医療機関へのヒアリング内容に基づき審査を行う。

4. アドバイス・支援

申請のあった医療機関が、審査の結果、認証に至らなかった場合、三重県医療勤務環境改善支援センターが改善部分のアドバイス、支援を行い認証に至るまでサポートする。

5. 認証

三重県が認定証を交付し、広告や名刺等に、認証マークの表示が可能となる。有効期間は、認証日からその 3 年後の年度末としている。

④近畿

「近畿ブロック会議の報告」

宮地千尋 兵庫県医師会

近畿ブロック各県の新しい取り組みとして、滋賀県では、女性医師懇談会の開催、滋賀医科大学 3 年生に「卒後の進路について」の特別講義が行われている。奈良県では、奈良県立医科大学におけるアカデミックキャリア格差の是正を目指した女性医師支援、女性の就労・研究環境の整備、男女共同参画の理解を深める医学生の教育、女子中高生に対して医学部志願者を増やすための支援活動等が行われている。和歌山県では、県内新臨床研修医歓迎会の実施、女性医師メンター制度の開始、県病院協会と協働で県内病院ガイド冊子を作成配布、県病院協会との共催により「女性医師復職支援研修会」等を実施している。京都府では、勤務医部会幹事会の中に女性医師ワーキンググループの設置、医学生・研修医をサポートする会、病院長・病院管理者への講習会、子育て支援、就労支援事業等を行っている。大阪府では、70 基幹型臨床研修病院にアンケートを行い、平成 22 年度に比べ、院内保育所の設置は 69% から 89%、病児保育所は 23% から 50%、短時間勤務は 44% から 84% に増加した。また、産婦人科、循環

器内科で産休・育休中の医師の代替医師派遣制度を構築中である。兵庫県では、神戸大学医学部附属病院に「D&Nplus ブラッシュアップセンター」を設置した。当事業は、妊娠・育児中の女性医師・看護師のブラッシュアップを図ることで、スムーズな臨床現場への復帰を支援するものとし、コンセプトを「繋ぐ」、「知らせる」、「学ぶ」としている。

⑤中国四国
「中国四国ブロック」

神崎寛子 岡山県医師会理事

中国四国ブロック各県の取り組みとして、鳥取県では、JOY！しろうさぎ通信やJOY！しろうさぎネットでの情報発信、鳥取県医師復帰支援システムの活用、鳥取大学医学部の女子医学生と若手医師・医師会員との交流会を開催した。島根県では、島根大学医学部4年生を対象に平成26年度島根県医師会男女共同参画フォーラムを開始した。広島県では、「2020.30 実現をめざす地区懇談会」等を開催した。山口県では、勤務医環境問題、育児（子育て）支援、女子医学生キャリア・デザイン支援、地域連携、広報、介護支援検討のグループに分け取り組んでいる。香川県では、ドクターバンク普及グッズを作成し医学生・研修医等をサポートするための会で配布した。愛媛県では、男女研修医・医学生との懇談会、女性医師部会による病院訪問、西予市おイネ賞事業地域奨励賞表彰、2020.30 実現を目指す地区懇談会等を開催した。岡山県では、保育支援事業、学童保育支援事業を行った。

その他、医師の勤務環境整備に関する病院長等管理者への講習会、医学生・研修医等をサポートするための会は、島根県、広島県、徳島県、岡山県で開催された。

⑥九州
「宮崎県における女性医師支援～保育支援サービスモデル事業を中心に～」

荒木早苗 宮崎県医師会常任理事

宮崎県では今年度の主な取り組みとして、ワークライフバランスセミナー、医学生向けセミ

ナー、女性医師情報交換会を開催した。また、新規事業として宮崎県医師会女性医師保育支援サービスモデル事業を立ち上げた。

宮崎県医師会女性医師保育支援サービスモデル事業は、急な残業や出張、子どもの病気時（病気回復期）等で仕事を休めない場合に、保育サポートの自宅または女性医師の自宅等において、一時的に預かるサービスである。当事業は、医師会がサポーターを養成、利用したいときに必ず利用可能、病後児を預けるときの要件の緩和、宿泊の預かりも実施する等、女性医師が利用しやすい医師会版保育サポートシステムである。

質疑応答

○秋田県医師会

三重県の取り組みが重要であると感じた。これまで女性医師支援は、様々な道がつくられてきた。今後、行政が主体となって取り組むことに期待している。各論ではあるが、キャリア支援は医育機関、大学等と一緒に取り組んでいく必要があると考える。これについての見通しはいかがか。

○三重県医師会

三重県は、県知事が育児に積極的で、県医師会との関係も良好ということもあり、県のほうから取り組みが進んできた。今後は、24時間保育、病児保育等の支援体制の問題を、勤務環境改善支援センターとともに取り組んでいかなければならないと考えている。

○富山県医師会

本県においても、宮崎県が取り組んでいる保育支援サービスモデル事業に取り組むたいと考えているが、今のところ実現できていない。NPO みやざきこども文化センターでは、宿泊での預かりサービスも実施されているが、様々な制約は受けなかったのか。ファミリーサポートに登録されている方の中から、どのような基準で選んだのか。また、事前打合せで、どなたか一人に集中したことはないか。

○宮崎県医師会

NPO みやざきこども文化センターは、5～6年前から県医師会の託児サービス等を依頼して

おりつながりがあったことから、制約等は受けていない。選考の基準は、一般講座を2日間受講されている方で、且つ女性医師に関心を持っている方を選んでいる。事前打合せ会の前に、書類審査等を行っている。事前打合せ会の前には既にどなたにお願いするか決まっている。

○東京都医師会

医療介護総合確保推進法に続いて、厚生労働省から女性活躍推進法が施行された。これは、301人以上の労働者を雇用する企業に対して、自社の女性活躍状況の把握、課題分析、行動計画の策定、届出、社内通知、自社の女性の活躍を一般に公開することが義務付けられた。301人以下の企業にも努力義務が課せられる。つまり、医師会会員に課せられることになるが、この省令の施行にあたって、すでに取り組みをされているところがあればその内容等をご教示いただきたい。また、一般の企業と医療機関が同じ評価をすることについてご意見をいただきたい。東京都では、女性活躍推進法に先立って、女性活躍推進大賞が設けられている。産業、医療福祉、教育、地域の医療分野で大賞を策定し、都庁で表彰している。これの評価に関しても医療機関の評価が、第一に医療機関としての機能が担保されているかどうかになっており、問題となっている。

○栃木県医師会

看護師、技師等、医療の現場は女性の職場である。我々医師はプロフェッショナルとして、プライドを持ってやっていくべきであり、一緒に働くコメディカルの女性と協力しなければならない。本県の取り組みとしては、コメディカルまで巻き込んだ総合的な支援に取り組む計画をしている。医師会だけで取り組むのは難しいことから、まずは看護協会と一緒にサポーターバンクの設置等に向けて調整中である。

○東京都医師会

日本の大学がグローバルに認められるために、女性の活躍推進にいかに取り組んでいるかが評価のひとつにある。外部からも評価されていることを意識しなければならない。病院協会や大学医師会を巻き込んで、医師会が率先して考えなければならない。

○鹿児島県医師会

三重県の取り組みは非常に重要である。女性が働きやすい医療機関であるかのチェックリストに、短時間正規雇用制度の項目を追加していただきたい。また、貴県の取り組みを全国の医師会、行政に発信していただきたい。

○三重県医師会

本県の勤務環境改善支援センターでは、社労士が確実に短時間正規雇用制度等の内容についてチェックしている。女性の働きやすい視点で、女性医師だけでなくコメディカル、看護師等も含めて、現地調査、確認を行っている。その後、第三者も入った専門部会において再度チェックしている。

○三重県医師会

本県では、女性医師が働きやすい勤務環境を医師会が条件をつけて構築していくことを始めた。少し視点の違う働きかけであると思っている。本県の医療勤務環境改善支援センターは県から受託し、年間900万円の補助金で運営している。現在は、申請のあった医療機関が審査の結果、認証に至らなかった場合、改善部分のアドバイス、支援を行い、認証に至るまでサポートしている。病院長、管理者の立場から言えば、医師が供給されなければ女性が働きやすい環境を作ることができない。本県の地域医療支援センターは医学生に奨学金を貸与し、卒後は三重県で働くということが条件になっている。これにより、徐々に地域医療支援センターが医師を抱えるようになってきた。医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターを医師会が両方運営し、さらによいものにしたいと考えている。

○日本医師会

三重県の取り組みは、意識を変えることの大きなきっかけになった。最初は、恐る恐る始めた病院も多かったと思う。しかし、一回始めると、病院に勤める全ての業種の意識が変わり、病院全体が様々な課題に対して全員で取り組む姿勢になった。機能評価を受けた病院は意識が変わっている。この取り組みを、日本医師会の主導で、各都道府県医師会においても実施していくべきと考える。

○奈良県医師会

大学の全ての教職員にワークライフバランスについてアンケートをした結果、看護職、医師ともに就労上の問題がある。奈良医大では全医師の60%が週労働時間60時間以上となっている現実がある。全医師の当直明けの勤務等の長時間労働の是正に関して、何らかの取り組みをされているかご教示いただきたい。

○栃木県医師会

長時間労働の価値観を変えなければならない。労働評価を、時間あたりどれだけ達成したかということにシフトしなければならない。時間あたりの労働効率を評価するという視点をもつことは、キャリアの中断が恐怖でなくなるという結果をもたらすと考える。

○福岡県医師会

種々の女性医師支援の取り組みは、子育ては女性がするという社会通念のもとに全てがスタートしている。恐らく女性医師の8割の配偶者は男性医師だと考える。子育て世代の男性医師に、夫婦のワークライフバランス環境を整えていこうという働きかけを行っているか。

○宮城県医師会

男性医師への子育てに関するアンケートでは、半分以上の男性医師は、環境が許せば子育てに参加したいと回答があった。意識が変わってきている。

○三重県医師会

本県に育児休暇を取りたいという男性医師が

いる。今後、こういう男性医師が増えてくるのではないか。

○大阪府医師会

病院内で医師以外の職種は、最低1年間の育休を取っている。それは代わりがいるから休みが取れる。代替医師を確保していかない限り、女性医師が十分な育休を取ることはできない。なおさら男性医師が十分な育休をとることは難しい。女性医師が多い科は、育児をしながらキャリアを続けていくことはさらに難しくなる。代替医師の問題を皆で考えていかなければならない。

○北海道医師会

ある女性医師が多い科では、夜勤免除、当直免除等の規制をしないでほしいとの意見がある。この女性医師たちは、キャリアを継続するために、自分たちで勤務をうまく管理して、子育てをしながらキャリアを続けている。女性医師も多様性があり、ひとつに括ることはできない。女性医師一人ひとりにあったプログラムをつくっていききたい。

○厚生労働省医政局

昨年度1月に女性医師に関する懇談会を開催し、報告書を取りまとめたところである。その会がきっかけとなり、今年度から女性医師キャリア支援モデル普及推進事業を実施中である。今年度は名古屋大学と岡山大学に事業を実施いただいている。その事業の結果等も周知をしていきたい。

印象記

沖縄県女性医師部会 部会長 依光 たみ枝



2016年2月26日、日本医師会館で「女性医師支援事業連絡協議会」が開催されました。2016年度九州ブロック会議は沖縄県が担当(12月予定)することが決定したので、女性医師部会より仁井田先生・依光、沖縄県医師会より宮里常任理事、事務局より久場さんの4名で開催準備の視察も兼ねて参加してきました。

はじめに、横倉義武日本医師会会長(代読 今村聡 日本医師会女性医師支援センター長)の挨拶

擲があり、今年で10年目を迎えた「日本医師会 女性医師バンク」の450件を越す就業実績に対して、感謝とお礼の言葉が述べられました。また、今年で7回目となる全国6ブロックの「女性医師支援センター事業ブロック別会議」が年度内に終了し、日本医師会とともに全国でその情報を共有し、活発な意見が出る会議にしたいとの要望で挨拶が終わりました。

次に6ブロック中、2ブロックは会議の総括、4ブロックからは先進的な取り組みの紹介が行われました。

最も興味深かったのは中部ブロックの報告でした。「女性医師が働きやすい医療機関」に対し、県が3年間有効な認定証を交付しているということに、最後の質疑応答で多くの手が挙がっていた。病院機能評価に女性医師支援の項目が追加されたとの発表もあり、拍手したくなるほどでした。

北海道・東北ブロックからは、宮城県との委託契約で支援センターが中心になり600～670万円の地域医療再生基金で様々な活動、委員が女性医師に役立つと判断した場合、託児室設置のための補助金を助成しているとの、なんとも羨ましい報告がありました。また、医師を目指す高校生向け講演会を受講した方の70%が医学部に進学しているとの報告は、地域で医師を育てる活動の源になっていると実感した次第です。

関東甲信越・東京ブロックの「栃木県医師会活動報告」では男女共同参画委員会に医学生、研修医、行政の方が委員として参加し、県と協力して様々な取り組みを行っている発表が印象的でした。

九州ブロックからは、主に宮崎県医師会女性医師保育支援サービスモデル事業の紹介がありました。保育サポートの自宅または女性医師の自宅等において、一時的に預かるサービスで沖縄県でも一部の市町村で行われているが、医師会が主体となって同様なことができれば、周囲に気兼ねすることなく働く女性医師が増えるのではと思いました。

近畿ブロック、中国四国ブロックからは各県の活動報告がありました。大阪府では、代替医師派遣制度を構築中との報告に大都市ならではの発想だと、つい医師確保に飛び回っている離島僻地の管理者の嘆きが…。神戸大学医学部附属病院に妊娠・育児中の女性医師・看護師の復職支援の「D&Nplus ブラッシュアップセンター」は、いつか全医療者の支援に繋がることを期待したいと思いました。

山口県のグループ分けをしておの支援活動、西予市お伊ネ賞事業地域奨励賞表彰等、各県でその地域にあった活動を垣間見ることができました。

また、3ブロックから「2020.30 実現をめざす地区懇談会」を女性医師部会懇談会と合同開催して、将来的な展望を先取りした活動報告も学ぶことが多かったです。

最後に質疑応答、討論会が行われ熱気あふれる雰囲気ですべてが終了しました。

前述したように、三重県医師会への質問が集中しました。行政からの積極的な動きで「医療勤務環境改善支援センター」は県から受託し、年間900万円の補助金で運営されているとの回答にどよめきが起こりました。

また、別の質問では厚生労働省から女性活躍推進法が施行され、医師会会員にも課せられるが取り組みをしているところがあれば、内容を聞きたいとの質問があったが、会場からは発言はなく私も初めて知ったことでした。

沖縄県が12月の九州ブロック担当となっているので、全国各ブロックのユニークな活動は参考になったが、いかにして有意義な会議にするかをこれから、役員会で検討していきたいと思います。皆様のアイデアをよろしく！

平成 27 年度母子保健講習会



常任理事 宮里 善次

平成 27 年度母子保健講習会プログラム

メインテーマ「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して-10」

日時：平成28年2月27日(土)13:00~16:30

会場：日本医師会館大講堂

内 容

1. 開 会 今村 定臣 (日本医師会常任理事)
2. 挨拶 横倉 義武 (日本医師会会長)
3. 講 演
座長：今村 聡 (日本医師会副会長)
塩崎 恭久 (厚生労働大臣)
4. シンポジウム
座長：今村定臣 (日本医師会常任理事)
テーマ「少子化対策に関する産婦人科と小児科からの提言」
 - 1) 小児科医から見た少子化対策
自見はなこ (日医男女共同参画委員会委員、虎ノ門病院小児科非常勤)
 - 2) 産科医療提供体制の現状と課題
二井 栄 (日医母子保健検討委員会委員・三重県医師会副会長)
 - 3) 日本版ネウボラについて
松平隆光 (日医母子保健検討委員会委員・日本小児科医会会長)
 - 4) 日本医師会少子化対策に関する政策提言書
佐藤敏信 (日本医師会総合政策研究機構医療政策部長)
- 討 議
5. 閉 会

平成 28 年 2 月 27 日、日本医師会館に於いて「平成 27 年度母子保健講習会」が開催された。

会長挨拶に続いて、塩崎恭久厚生労働大臣の講演が行われた。

内容は安倍政権が目指す“少子化対策”を中心とするものであった。

冒頭、現在の少子化状態を看過してきた歴代の厚生労働大臣の罪は重い。自分の在任中に対応していききたい旨の発言があった。

具体的なものとして、①不妊に悩む方への特定治療支援事業の改善や、②子育て世代包括支援センターの法定化と全国展開 (27 年度の沖縄での利用は今帰仁村のみ)、③健やか親子 21、④母子健康手帳及び学校の健診情報の電子化・一元管理、⑤入院児童等家族宿泊施設整備事業、⑥産後ケア事業、等の紹介があった。

また、子どもの貧困が問題となっているが、貧困家庭や一人親家庭に対する支援策として、経済を伸ばして税収を上げ必要原則として国家から対象家庭への社会保障給付を確実に行う所得再分配を行う等の説明があった。

診療報酬改定において「小児かかりつけ医の評価」が紹介された。

「少子化対策に関する産婦人科と小児科からの提言」のテーマでシンポジウムが開催された。

1) 小児科医から見た少子化対策

自見はなこ (日医男女共同参画委員会委員、虎ノ門病院小児科非常勤)

第 14 回出生動向調査によれば、夫婦で予定子ども数が理想子ども数を下回る理由は経済的理由が 60.4%、高齢化で産むのは嫌が 35.1%、健康上の理由が 18.6%、心理的負担に耐えられないが 17.4%、仕事に差し支えるが 16.8% である。

特記すべきは結婚持続期間が 5 年未満の理想子ども数は 2.30 で、予定子ども数は 2.08 と 2 を超えているにもかかわらず現存子ども数は 0.72 である現状と、加えて 30 歳未満の夫婦では理想子ども数を達成できない理由に 83.3% が経済的な負担を挙げていることである。背景

には若年層の低所得が挙げられる 2012 年就業構造基本調査によれば 20 代の世帯所得は 300 万円が 24.4% であり、最大回答数は 20 代で 200 万円代、30 代では 400 万円代となっており、2007 年に比較しても低所得へシフトしている。

今後、経済的支援（利益の再分配）は必須であるが、子育てに伴う医療・保育のサポートが非常に重要である。予ねてより日本医師会が提唱している「成育基本法」の早期制定により、ライフサイクルを通しての一貫した子ども子育て支援を国として推進していくことの重要性を打ち出していくことが、今後ますます求められると強調された。

2) 産科医療提供体制の現状と課題

二井 栄（日医母子保健検討委員会委員・三重県医師会副会長）

産婦人科医の減少は 2004 年にピークを迎えたが、徐々に増加傾向をみせていた。しかしながら、2010 年を境に再び減少傾向に転じている。

産科医療提供体制の課題として、①産婦人科医を増やすことに尽きる。②産婦人科医の偏在、③女性医師の問題が提起された。

また演者は三重県医師会副会長の任にあり、三重県における地域医療構想と地域周産期医療構想が全く異なるものであると述べられ、三重県の周産期医療再生への試みとして、①集約化による基幹周産期センターの整備、②病身連携による機能分担、③交通アクセスの整備・充実、④行政による妊産婦の啓発を強調された。

3) 日本版ネウボラについて

松平隆光（日医母子保健検討委員会委員・日本小児科医会会長）

フィンランドではかつて乳幼児死亡率・周産期死亡率が高かった頃、安全な出産と母児の健康状態の向上を目指して、1922 年に民間の有志（主に小児科医）が取り組み始めた NEUVOLA（フィンランド母子保健）運動の紹介があった。1944 年には法制度化されており、国家的な母子支援事業となっている。

日本医師会が中心となって推進してきた「成育基本法」は、胎児期から新生児期、乳幼児期、学童期、思春期を経て次世代を育成する成人期に至るまで「人のライフサイクル」の過程に生じる様々な健康問題を包括的に捉え、これに適切に対応するために必要な法律と位置付けている。その「成育基本法」の精神を具体化したものが NEUVOLA に他ならないとの説明があった。

4) 日本医師会少子化対策に関する政策提言書 佐藤敏信（日本医師会総合政策研究機構医療政策部長）

昭和 13 年に厚生省が発足し、16 年には人口局母子課が創設された。戦争遂行の重要な要素として「産めよ増やせよ」が目的であった。

現在、なぜ少子化が問題なのかと考えると、①工業化者期における労働力不足、②年金？、③医療？、④介護？の担い手不足懸念であろう。

戦前の「産めよ増やせよ」の掛け声と、現在の少子化問題を唱える主唱者の本音は同じように聞こえる。

問題を纏めると、①戦後日本は農業中心社会の終焉で子を持つ意味が変容（子育ての「仕組み」も崩壊）、②そもそも歴史を知った上で、仮に出生増につなげるとしても時期がどうなのか？、③単なる労働力や社会保障の担い手として増やすのかと云う事だろう。

どうしても増やすと云うのなら、若い人たちへ子育て支援の環境整備は勿論のこと、教育費と合わせて住宅政策なども行う必要がある。一方社会保障制度においては、賦課方式から積立方式への転換なども考慮し、子どもをもったことに対するメリットシステムの付与も考えるべきであると述べられた。

今回の母子保健講習会を拝聴して、対策は 20 年遅れているのではないかと感じた。少子高齢化問題を中長期間問題として問題提起し、厚労省を動かしてこなかった政府や政治家の責任は重い。だからこそ、見えてきた問題点に真摯にスピード感をもって対応して頂きたい。

ご注意を！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適応外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。** この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖縄県医師会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

九州医師会連合会第 352 回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る 2 月 6 日 (土)、ホテルニュー長崎において、標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、今年度第 2 回目の各種協議会 (地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会) 並びに医療事故調査制度担当理事連絡協議会、救急・災害医療担当理事連絡協議会が併せて開催された。

報 告

1) 第 115 回九州医師会連合会総会・医学会及び関連行事について (長崎)

去る 11 月 14 日 (土)・15 日 (日) に開催された九医連総会・医学会について下記のとおり報告があった。

(1) 参加者数について

平成 27 年

11 月 14 日 (土) 総会・医学会	278 人
11 月 15 日 (日) 分科会 (7 分科会)	1,120 人
11 月 15 日 (日) 記念行事 (7 種目)	440 人
延べ出席者合計	1,838 人

(2) 宣言・決議の取扱いについて

総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣をはじめ関係機関へ送付しその実現方をお願いした。

2) 日本医師・従業員国民年金基金第 11 期代議員について (長崎)

標記代議員について、九州ブロックから推薦した 2 氏が選任された旨の報告があった。

3) その他

(1) 横倉弘吉医療法人弘恵会会長 (横倉義武日本医師会長ご尊父様) お別れ会への対応について (長崎)

横倉義武日本医師会長の御尊父様、横倉弘吉氏が昨年 11 月 29 日にご逝去され、12 月 27 日にお別れの会が執り行われたことから、九医連から生花等を供し弔意を表した旨の報告があった。

協 議

1) 九州各県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会 (3 月 12 日 (土) 福岡市) の開催について (長崎)

標記協議会について下記の内容で開催することを決定した。

日 時 平成 28 年 3 月 12 日 (土)

16:00 ~ 18:00

場 所 博多都ホテル

内 容

① 講 演

「ORCA プロジェクトの今後について (仮題)」
(60 分・質疑含)

講 師 石川 広己先生

(日本医師会常任理事)

② 協 議

○医師会主導による ICT 地域医療連携について (福岡)

○医師資格証普及促進に関する取り組みについて (福岡)

○医療情報システムに関する各県の問題点について (長崎)

2) 第 136 回日本医師会臨時代議員会及び九州ブロック日医代議員連絡会議 (3 月 27 日 (日) 日医) の開催について (長崎)

標記代議員会が来る 3 月 27 日 (日) 日医会館において開催されるに当たり、九医連として下記のとおり対応することが了承された。

①九州ブロック日医代議員連絡会議

当日、午前 9 時より 9 時 30 分迄の間、九ブロ控室において当連絡会を開催する。

②第 136 回日本医師会臨時代議員会

議事運営委員 池田 秀夫 先生 (佐賀)
 財 務 委 員 富田 雄二 先生 (宮崎)
 “ 野村 秀洋 先生 (鹿児島)

③九州ブロック代表・個人質問について

日医代議員会迄の間、常任委員会を開催する予定がないことから、各県から提出された質問の取扱については、九医連会長、副会長、議事運営委員で調整し代表質問、個人質問を決定することになった。

3) 第 353 回常任委員会 (平成 28 年 4 月 9 日 (土) 長崎市) の開催について (長崎)

下記のとおり開催することに決定した。

日 時 平成 28 年 4 月 9 日 (土)

17:00 ~ 18:00

場 所 橋 本 (長崎市)

4) 日本医師会選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員の選出について (長崎)

標記選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員の任期が来たる 3 月 31 日付を以て満了となることから次期委員並びに予備委員の選任について協議した。当該委員の選任方法については九医連としての取り決めはなく、現委員については対応可能な福岡県と鹿児島県から選出しているが、今後は、選任方法を取り決めた方がいいのではないかとの意見があり、選任方法について九医連蒔本会長、福田副会長が調整することになった。

5) その他

(1) 第 2 回世界獣医師会・世界医師会 “One Health” に関する国際会議について (福岡)

来る 11 月 10 日 (木)・11 日 (金)、福岡において標記国際会議が開催されることになっているとの情報提供があった。

(2) 平成 30 年度の九州ブロック学校保健・学校医大会諸行事について (鹿児島)

鹿児島県医師会が、平成 30 年度の九州医師会連合会、九州ブロック学校保健・学校医大会、全国学校保健・学校医大会を担当することになっていることから、九州ブロック学校保健・学校医大会の対応について意見交換を行った。



九州医師会連合会平成 27 年度 第 2 回各種協議会

去る 2 月 6 日（土）ホテルニュー長崎において開催された標記協議会 地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会について、以下に概要を報告する。

1. 地域医療対策協議会



副会長 玉城 信光



挨拶

長崎県医師会の高原副会長より「地域医療構想については、20 の都道府県で今年中に策定される予定で、残りの県も来年には策定されると聞いている。策定作業に関して調整会議等で皆様に非常にご苦労頂いている。そのことについてこの場でお話頂き、問題点の洗い出しや共通認識を確認し、各県で良い議論をして頂きたい」との挨拶があった。続いて、日本医師会の今村定臣常任理事より「医師会の最も主要な役割は、地域医療を地域住民にしっかり提供することであると考えている。今日の議論を拝聴し、今後の日医の政策提言に活かしたい」との挨拶があった。また、釜范敏常任理事より「日医としても地域医療構想の在り方について厚労省と話を続けているところだが、都道府県の現場において先生方に

ご苦労頂いていることをしっかり承り、国の議論に活かして頂きたい」との挨拶があった。

協議

(1) 地域医療構想と医療計画等との整合について（佐賀県）

<提案要旨>

地域医療構想策定後、平成 30 年度には第 7 次医療計画、第 7 期介護保険事業（支援）計画等が施行される。また、第 2 期医療費適正化計画も平成 30 年度に施行される予定であるが、前倒しが検討されている。医療計画における基準病床数などこれらの計画と地域医療構想とはどのように整合が図られるのか、その見通しについて、日医の見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、地域医療構想は医療計画の一部であることから、平成30年度に施行される第7次医療計画、第7期介護保険事業（支援）計画等との整合性については留意が必要であり、国から示される医療計画見直しのガイドライン等を注視していく必要がある旨の意見が示された。

また、基準病床と必要病床数については、それぞれ性質が異なっているものの、第7次医療計画で対応するにあたり、平成28年度中に国から示される策定指針で整合性が図られることとされていることから、その見通し等について日医の見解を伺いたい旨の意見が示された。

＜日本医師会 釜萠常任理事よりコメント＞

地域医療構想は、2025年のあるべき地域の医療提供体制を考えることが目的であり、現状を把握することが必要であることから既に病床機能報告制度が始まっている。地域医療構想は医療計画の一部であり、計画に加筆されるという整理になる。各都道府県において検討が進められ、早く策定を予定している都道府県もあるようだが、医療計画については現状の計画が動いており、当面の変更はないことから策定作業を急ぐ必要はないと考えている。平成30年からの新たな医療計画をどのように考えるかということである。

従来の医療計画は5年毎であるが、介護保険事業（支援）計画と一緒にすることから6年毎になる。医療費適正化計画との関係については、整合性が取れないということではなく、一体的に関連して同じ方向を見ていくことを予想している一方で、医療費適正化計画は医療費を下げるということであり、日本医師会としては地域医療構想は診療報酬と直接リンクさせないということを主張しているところである。現実的に難しいことは分かっているが、今後も慎重に対応したいと考えている。

平成30年の第7次医療計画の際に基準病床の算定がどのようになるかは分からない状況である。去る2月4日（木）に開催された「地域医療構想策定ガイドライン検討会」において、厚労省から2次医療圏、5疾病5事業、基準病床

数等と地域医療構想をどう整理するかという議論が必要であるという示唆があったが、議論が進んでいない状況である。第7次医療計画に関する検討会は、平成28年度から始まるのではないかと考えており、日本医師会もその検討会に加わり、意見を述べていきたいと考えている。

(2) 地域医療構想策定のタイムスケジュール
および各県医師会の取組みについて
(福岡県)

＜提案要旨＞

各県におかれましては、県行政より本年以降、構想策定までのタイムスケジュールが示されていると思います。

本県においては、平成27年7月6日に第1回医療審議会が開催され、策定体制等が決定、8月28日の医療審議会計画部会において推計値報告等第1回調整会議で使用する資料の内容が報告された。

10月13日には県行政主催の地域医療構想全体説明会が開催され、約250名の委員が出席し、10月19日の第1回地域医療構想策定会議の後、10月26日から12月1日にかけて全13医療圏の第1回地域医療構想調整会議が行われた。その結果を踏まえて、12月22日に第2回策定会議が開催される予定であるが、第1回調整会議において、様々な課題が見いだされたため、本会の地域医療構想策定プロジェクト委員会で県医師会提案の資料を作成の上、県行政と協議し、平成28年1月から開催される予定の第2回調整会議においてそれらの資料等を用いて、第2回策定会議で協議するように要望している。

平成28年度については、まだ未定であるが、本会としては、月に2～3回地域医療構想策定プロジェクト委員会を開催し、協議をした上で、その都度、県行政と打ち合わせを行い、行政の独り歩きを事前に防止していく予定である。

各県の取組み状況をご教授頂きたい。

＜各県回答＞

各県ともに、国から提供された地域医療構想策定支援ツール及び医療計画策定支援データベースを基に議論が進められ、地域医療構想策定

の時期については、殆どの県が来年度中に策定する予定であり、佐賀県のみ、今年度中に策定されるとのことであった。

議論の内容として、鹿児島県からは、慢性期について、高齢者が増えていく中で在宅医療で支えることができるのか疑問視する意見が多かったことや、宮崎県からは、病床削減ばかりに偏りがちな議論を修正するような発言を行っている等の報告があった。

<日本医師会 釜蒔常任理事よりコメント>

全体として当初の予定よりも策定期間が延びている。それぞれの事情があるかと思うが、慎重に行っていたら良いと考える。

日本医師会では情報共有 WEB を立ち上げており、各都道府県の状況をそれぞれ報告いただいている。ご参考になるのではないかと考えている。

(3) 地域医療構想策定の進め方について (福岡県)

<提案要旨>

本県の第1回地域医療構想調整会議においては、2025年必要病床数の推計値が示され、必要病床数の推計を中心に議論が行われた。本来であれば、厚労省から県行政に提供された「医療計画策定支援データブック」を使用し、それぞれの地域の傷病構造を推計し、それを踏まえてそれぞれの地域の現状と課題を把握して、病床数の分布はどうあるべきかを議論するのが本来の手順と考えている。

平成27年11月26日開催の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において、各都道府県の地域医療構想の策定予定時期が示され、20府県が「平成27年度中」に策定すると回答しており、九州各県においても佐賀県と宮崎県が平成27年度中に策定されることになっている。医療法の規定では、地域医療構想には、①2025年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要量（必要病床数）、②居宅等における医療（在宅医療など病院・診療所以外で提供される医療）の必要量（患者数）、③2025年のあるべき医療提

供体制を実現するための施策（病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、医療従事者の確保・養成など）を記載することになっているが、現時点において医療法の規定以外の記載内容について具体的な議論が行われているか等、各県の状況についてお伺いするとともに、全国の状況について日医にお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、医療法の規定以外の記載内容について具体的な議論は行っていないとのことであった。

<日本医師会 釜蒔常任理事よりコメント>

医療法の規定にある3つのことについても、まだ十分に議論が進んでいない状況なのではないかと考えられる為、先ずはこのことについて議論を進めていただきたい。

地域医療構想は、病院の病床に関することであり、診療所はあまり関係ないと考えられていることが多いが、慢性期や在宅医療の体制等、診療所にも非常に関わりがある為、特に郡市区医師会においては、医師会を上げて様々な意見を集約していただきたいと考える。

(4) 地域医療構想策定のための取組について (熊本県)

<提案要旨>

本県では地域医療構想策定に向け県内医療機関の理解を深めるべく各種研修会等を数回開催した。しかしながら、内閣官房の調査会が公表した必要病床数の推計値により現場が混乱し、2回開催された二次医療圏毎の調整会議でも地域医療構想の理解に温度差があり論点が整理出来ない状況になっている。

熊本県の県議会での本構想に対する質問に、知事は「県として地域医療構想をどのような方向で策定すべきか思い悩んでいる。」とした上で、「地域医療の現場の状況を把握するため500を超える全ての医療機関に対し、直接ヒアリングを行うよう指示した。」と関係者の意見を伺いながら丁寧に策定に取り組むことなど答弁した。

これを受け、県担当課では本会並びに第2回

熊本県地域医療構想検討専門委員会の中で議論し、県担当課では保健所と連携し、県内全11医療圏で病床を有する全医療機関を対象とした全体説明会と個別の聞き取り調査を実施することとなった。

全体説明会では、地域医療構想の検討状況（趣旨、必要病床数等の推計方法等）や今回の聞き取り調査の内容が行われ、また、聞き取りでは(1)平成27年度病床機能報告状況について。(2)2021（平成33）年（6年経過後）における病床数の見通し(3)2025（平成37）年における病床数の見通し。(4)在宅医療の実施状況と2025（平成37）年における見通し。(5)「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて。(6)地域医療構想に対する意見等について。の6項目が調査される。

本会では今後、地域医療構想策定に向けた本会独自の調査等も予定しているが、各県におかれましては、厚労省等が提供する情報以外で地域医療構想策定に向け全医療機関を対象とした聞き取り調査等の取組が行われているかご教示頂きたい。

<各県回答>

各県ともに、病床を有する全医療機関を対象とした聞き取り調査等は行われていないとのことであった。

しかし福岡県では、地域包括ケア病床（病棟）開設の障害になっている理由や医療区分1の70%が在宅若しくは施設でケア可能であるか等について医師会独自で調査を行い、県に対して調査結果を示しているとの報告があり、宮崎県では、宮崎大学との共同にて、地域医療介護総合確保基金を活用し、「病床の機能分化・連携促進に係る調査事業」を実施することとなっており、医療機関の詳細情報や医師情報の他、患者受け入れ時、送り時に考慮すること等、医療連携に関連した項目を調査する予定である旨の報告があった。

<日本医師会 釜薙常任理事よりコメント>

構想区域をどう設定するのかについては、それぞれの地域の歴史、考えがあるかと思うので

こうあるべきということとは言えないのではないかと考える。少なくとも医療を提供するにあたり、どの範囲で構想区域を設定すれば患者にとって一番利便性が高まるかという視点で検討をお願いしたい。

医療資源の豊富なところとそうでないところでは、流入流出が多くあり、医療資源が多いところを活用しているということであると考え。どのような形で構想区域を整理するかという議論の中で考えていただければと思う。

アンケート調査については、山口県においては、慢性期機能と在宅の必要病床数が医療現場の実態に即してしていないということで、山口県医師会が療養病床を有する全医療機関に実態調査を行った。その結果、医療区分1の患者であっても70%を在宅医療へ移行することは出来ないという結論を出しているため報告する。

日本医師会においても日医総研のワーキングペーパーやJMAP等で医療・介護の情報を提供しているのでご利用いただきたい。

(5) 財務省が行う情報発信に対する日医の対応について（熊本県）

<提案要旨>

地域医療構想策定に向け、「地域医療構想策定ガイドライン」等を参考にし各都道府県が動き出し、各医療機関の理解・協力を深めている最中、先般、経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキンググループでは財務省から「民間医療機関に対する転換命令等、都道府県の権限の一層の強化」等その内容は不透明であるが、様々な情報が発信されている。

各医療機関が地域で足りない医療機能を自主的に選択するとされた地域医療構想において、このような情報が発信されると医療機関の不信感は増大し、この地域医療構想に対する理解・協力が得られなくなる。

こういった財務省の情報発信に対する日医の考え及び対応についてご説明頂きたい。

<各県回答>

各県ともに、このような懸念が起きないように、日医から国に対して強く働きかけていただきました

い旨の意見が示された。

また福岡県からは、県レベルにおいても県知事や県行政との頻回の協議の場を持ち、相互の理解を深め、県行政が県医師会に断ることなく病床機能転換命令等を出すことがないように対応していく必要があるとの意見が示された。

<日本医師会 釜蒔常任理事よりコメント>

このような発言には、しっかりと情報収集し、反対の意見を強行に発信しなければならないと考えている。各都道府県で策定される地域医療構想が、財務省等から出されるような強権的な制度に変質させられてはいけないという危機感を持っている。今後もしっかりと対応していきたい。

日本の医療は、主に民間の医療機関が担っており、それぞれの努力によって経営が行われている。法に基づく命令による機能転換を強制するという事は医療の体制を壊すことに繋がる為、そのようなことにならないよう対応していきたい。

(6) 地域医療構想—特に療養病床に対する考え方と各県の実情について (大分県)

<提案要旨>

地域医療構想に関しては、調整会議も2回目を終了して進行中である。地域医療構想における病床数削減のポイントは、療養病床の在宅への移行にかかっていると考えられるが、在宅医療整備の状況と患者家族の意識の醸成が進まない限り、現実味の乏しいものと思われる。その点に関し、各県の状況と考え方をお聞きしたい。

<各県回答>

各県ともに、療養病床から在宅へ移行を進める為には、在宅医療提供体制の整備と患者家族の意識醸成が必要であることが示されるとともに、地域医療介護総合確保基金等を活用し、在宅医療提供体制の整備や県民に対する啓発活動に取り組んでいる、もしくは取り組む必要がある旨の意見が示された。

熊本県医師会からは、在宅医療を推進する為には、在宅医療を支えるスタッフの賃金が低いこと、また独居老人への対応等に人員をもっと

配置するべきであること等の課題が挙げられ、スタッフが安心して働けるよう賃金を上げることが必要であるとの意見が示された。

福岡県医師会からは、特養の配置医師に対して実施したアンケート調査において、配置医師の内、約35%が辞めたいという結果が出ている為、大きな問題に繋がる前に、何らかの施策をうつ必要がある旨の意見が示された。

<日本医師会 釜蒔常任理事よりコメント>

療養病床の在り方に関する検討会において、新たな選択肢の整理案が取り纏められた。

しかし、新しい選択肢のどれを医療機関は選択していくのかは、診療報酬がどうなるかで変わってくる。しっかりと選択できるような時間的なスケジュール感をもって決めていかなければいけない。日本医師会としては、介護療養型の施設を終わりということは決まっているが、それを存続させるべきだということを主張している。それに加え、新類型を考えるのであれば、6.4㎡の多床室をそのまま転換できるようにしなければ、面積が増えると難しくなるのではないかと思う。また既存施設を有効活用して経過措置は建て替えまでという主張を繰り返し述べている。どのような類型でも先生方の取り組みに資する形になるように審議に参加したいと考えている。

(7) 九州各県の地域医療構想策定に係る現状分析及び課題抽出について (沖縄県)

<提案要旨>

沖縄県においては、沖縄県地域医療構想検討会議及び各構想区域毎(2次医療圏毎)の検討会議がそれぞれ開催されているところである。

沖縄県地域医療構想検討会議及び各構想区域毎の検討会議どちらにおいても、急性期、回復期、慢性期それぞれの病院において、退院先を探すのに難渋していることがあげられている。また、独居のお年寄りや認知症の増加等地域の抱えている課題が山積していることが解ってきている。

沖縄県医師会は、病院などの視察とアンケート調査により、現時点で問題となっている点の洗い出しと、解決策を模索している。そのよう

な中から5年後の姿、10年後の必要病床数が見えてくるものと考えている。

九州各県の現状分析はどのような状況か教えて頂きたい。

<各県回答>

各県より、地域医療構想策定における現状分析と課題抽出は非常に重要であり、医師会、県、保健所等により、医療計画作成支援データブックを活用した分析や有床診療所に対する今後の病床の取扱いの意向に関するアンケート調査、在宅医療の状況調査等を行っている旨の報告があった。

また福岡県医師会からは、示されるデータには限界があり、データにない情報交換や、数値化されない情報について具体的に話し合うことも地域医療構想調整会議の重要な役割であると考え、旨の意見が示された。

(8) 地域医療構想における医療機能の選択の単位について (宮崎県)

<提案要旨>

地域医療構想の考え方は、医療機関は病棟単位で高度急性期から慢性期までの機能を選択し、病床機能報告制度による病棟の報告病床数と地域医療構想における必要病床数を、構想区域において次第に収れんさせていくとして、「病棟単位」での医療機能の選択が基本となっている。

しかしながら、地方においては中小病院が地域医療を支えており、特に高度急性期に特化した病棟を持つことは困難で、多くは、急性期病棟で高度急性期患者を受け入れて入院治療している実態が多いと思われる。このような病院が急性期病棟として報告すれば、その地域において高度急性期をになう施設がない又は不足しているという実際と異なった認識となる。他の機能においても同様なことがおこり、結果として誤った医療政策へ誘導されることも危惧される。

今後、病床毎、病室毎の機能選択とすることも必要ではないかと考えるが、そのようなことが可能なのか、日本医師会のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

中小病院及び有床診療所において、病棟単位で医療機能を選択し報告することは、実際と異なる結果になり、現状に合っていないのではないかとの意見が示される一方で、鹿児島県からは、病床毎、病室毎の機能選択は、年間を通し様々な患者が入院する中で現実的に難しく、医療機関側の負担増が危惧されることから、ある程度幅のある病床機能報告であった方が結果に対し、柔軟な対応ができるのではないかとの意見があった。

<日本医師会 釜谷常任理事よりコメント>

病床機能報告制度においては、4つの機能のどれを選択したかによって、その選択した機能の患者しか入院していないという想定ではない。厳密にしてしまうことで、その病棟は選択した機能の患者しか入院出来ないことになることもいがかかと思ひ、柔軟に対応できるようにこのような枠組み(病棟単位)にしている。

(9) 地域医療構想と医療従事者の地域偏在対策について (鹿児島県)

<提案要旨>

地域医療構想の二次医療圏ごとの検討が開始されているが、鹿児島市以外の地域で多く出された意見は、医師や看護師の確保を今後どのように行っていくかということであった。

地域の中核病院でどのような医療を提供できるかは、どのような診療科の医師を確保できるか、病床維持するための看護師を確保できるかなどで変わってくる。

地域ごとの対策を検討するにあたり、福岡県医師会の取り組みを参考にして、病院、有床診療所の医師、看護師等の職種別、男女別、年代別、勤務体制(常勤・非常勤)別の従事者数並びに充足状況及び今後の確保の容易性について調査を行った。現在、集計分析を行っているところである。

各県で医療従事者の地域偏在対策について独自の取り組みがあればご教示いただきたい。

国においては、「医療従事者の需給に関する検討会」を設置し、医師の偏在是正策や看護師確保対策について検討することになっている。日本医師会は、全国医学部長病院長会議との合同委員会で平成 27 年 12 月 2 日に「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」を取りまとめており、積極的に検討されていくものと期待している。また、新専門医制度により大病院に指導医等が集約され、医師偏在を増長するのではないかという意見も多いことから、日医には新専門医制度についても地域医療の崩壊につながらないよう十分な配慮をお願いしたい。

医師をはじめとする医療従事者の偏在対策について、日医の検討状況をご教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、医療従事者の偏在は大きな課題であることは認識しているものの、具体的な改善策等についての議論は行われていない状況であった。

<日本医師会 釜谷常任理事よりコメント>

本会では、医師の偏在解消の提言を出しているが、大枠を述べており、全ての地域で当てはまるとは考えていない。特に医師が足りない地域においてどのようにすれば少しでも医師が定着してくれるのかという思いで出している。議論の入り口である為、様々な意見をいただく中で、国の政策に反映できればと考える。

医師のキャリアをフォローする仕組みとして、本人の同意が必要となるが、出身大学においてキャリアを追うこと、また、ある期間を区切り、医師が不足している地域で勤務する経験を積んでいただくことを提言した。今後の医師の需給分科会等で検討していきたいと考えている。

専門医の問題については、今回の専門医機構の狙いは、質の担保、国民が受診する上で役に立つ専門医制度にするということが大きな柱である。これに伴い、大学に張り付かなければならない等の懸念があり、これらを防ぐために地域の病院、医師会、大学、行政が協議を行う場を

設定することが厚労省から通知されている。本件については、地域医療支援センターが担うことになるかと思う。専門医制度に関して都道府県内で情報を共有することは非常に大事である。専門医機構は、プログラムの申請を出しており、今年 6 月頃からは、応募に向けた動きがある。そのプログラムが大学に張り付けすぎではないか等のチェックを役員の先生方からしっかりと行っていただき、発言をしていただきたい。

医療従事者の需給検討の一番の柱は看護師である。看護師をどのように確保するかということで、それぞれのナースセンターに届け出る制度が始まった。従来は看護協会に丸投げしており機能していなかったが、病院、医師会がナースセンターの運営に関わることになり、また、ハローワークとの連携が従来と違ってできるようになった。離職看護師の登録制度は、今後それなりの役割を担って欲しいと考えている。先生方のご協力をお願いしたい。

(10) 地域卒医師の配置について (鹿児島県)

<提案要旨>

地域卒を導入している大学及び募集人員は年々増加しており、平成 27 年度で国公立 70 大学、計 1,541 人の募集がある。

本県の地域卒医師の配置については、県地域医療対策協議会（会長：県医師会長）の意見を踏まえ、県が決めることになっているが、配置先の医療機関となる要件（①へき地診療所、②国保診療所、③知事が指定する病院）を満たせない県内の医師会病院が医師不足に陥っており、地域卒医師を活用し、なんらかの救済ができないか県と協議しているところである。

各県の地域卒医師の配置先の要件並びに配置先の決定方法、医師会としての関与状況について教示いただきたい。

<各県回答>

配置先の要件並びに配置先について

○熊本：配置については県医師就学資金貸与医師キャリア支援調整会議において調整し、配

置先は熊本市以外の公的な医療機関が中心となっている（医師会病院含む）。人事権は熊本大附属病院の診療科に所属するものと考えられる。

- 福岡：一部は県の地域医療医師確保特別枠であり、医師確保が困難な産科、小児科、救命救急医療等に従事することが貸与要件となっている。それ以外は各大学独自で設定している地域枠で、配置先の要件は各大学で異なる。
- 佐賀：現在のところ、公的機関の産科、小児科、麻酔科、救急科の4科に配置されることとなっている。
- 宮崎：県が地域特別枠卒医師の希望を聞き、指定医療機関（①へき地に所在、②小児科・麻酔科・産科・救急科、③保健所、④知事が特に必要と認める病院・診療所）と調整し配置している。
- 沖縄：県医師就学資金等貸与規則で定める医療機関（離島・へき地にある県立病院、公立病院等）が配置先となっており、医師の配置については県と指定医療機関の管理者等で協議し決定している
- 大分：配置については県と地域医療支援センターが一体となり地域医療の状況や医師のキャリア形成等を考慮しながら決めている。配置先はへき地医療拠点病院、市町村立へき地診療所としている。
- 長崎：地域医療支援センターが医師不足地域の状況把握・分析を行っている。また、県内の臨床研修病院が一体となり、魅力的な研修プログラムの検討を行っているが、その募集状況は厳しいため、研修病院を有機的に結合し、新専門医を取りやすいシステムを作る努力が必要である。
- 医師会としての関与状況については、調整の過程に直接関わっていない（熊本）、制度設計及び改正時に県担当課より相談がある（佐賀）、指定医療機関等に医師会病院を含めることについて県議会へ請願した（宮崎）、医師会長が地域医療支援センターの運営委員として

参画している（沖縄）との報告があった。

- 医師不足や地域偏在が課題となっている県において地域枠への期待は大きいですが、地域枠卒医師の中には、就学資金を返還することを理由に指定された配置先への就労を拒否する者が少なくないとの報告もあり、今後の制度の在り方を危惧しているとの意見もあった。

<日本医師会 釜谷常任理事からのコメント>

平成20年から定員が増加し、今後地域枠卒の医師が増えてくるので、どのような役割を担うか注視していきたいと考えている。

各県によって制度が違うため一概には論じられないが、地域枠の学生の義務年限や制度の在り方をしっかりと考えて、地域枠を存続させるかどうかという議論をしなければならないと考える。

議題11と12は一括協議を行った。

(11) 病院長等との産業医兼任禁止について (鹿児島県)

<提案要旨>

平成27年11月15日付けで日医から発出された「産業医の選任の改善について」の中で、事業者を代表する者や事業場においてその事業の実施を総括管理する者が産業医を兼務した場合、労働者の健康管理よりも事業経営上の利益を優先する観点から産業医としての職務が適切に遂行されない恐れも考えられるため、早期に改善することが求められている。

地方によっては産業医の確保が難しく、また三事業一元化やストレスチェック制度などの対応に追われる中、更なる制度の変更は現場に混乱を起こすことが考えられるため、現場の実情に応じた段階的な取扱いが必要と考える。各県の考えと日医の見解を伺いたい。

(12) 産業医の選任の改善について（長崎県）

<提案要旨>

厚労省より周知・協力依頼のあった「産業医の選任の改善について」に対し、日医は、短期

間での制度変更は現場が混乱するため、本件施行までの準備のための猶予期間を十分設けるよう要望したとのことである。

医療機関で理事長・院長以外に産業医資格を有する医師がない場合、新たに外部の産業医を選任する必要が生じることになるが、各県医師会の意見とその対策および日医の見解を伺いたい。

<各県回答>

- 本制度改正の趣旨に概ね同意できると回答した県が多かったが、改正にあたっては現場の実情に応じた段階的な対応や産業医の確保に対する十分な配慮を求める意見が多くあがった。
- また、利益相反の事例が確認された上で改善が求められているのか（佐賀）、日本医師会認定産業医が、労働者の健康管理よりも経営上の利益を優先するとは考えにくい（鹿児島）等の意見もあった。
- 対策としては、近隣の医療機関などと相互に産業医を選任する案（熊本、佐賀）や、その際に郡市医師会が調整役となる案（宮崎）などのほかに、当分の間兼任を認め、管理者の交代等により新たな産業医を選任する場合に兼任を認めないといった経過措置を望む意見（福岡）があった。

<日本医師会 釜范常任理事からのコメント>

- 産業医は事業主に勧告する立場であることから、勧告する人とされる人が同じということに対し、相応しくないという意見が出てくることは理解できる。本制度については、施行日（平成 29 年 4 月）からすぐに兼任ができなくなるということではなく、段階的に改正が行われる予定であり、例えば、新たに産業医の資格を取る医師を決め、今後の見通しを示していただければ良いということになっている。一方で、産業医の資格を新たに取得することが大きな負担となることは承知しており、基礎研修を含めた研修の機会を確保でき

るよう、日医として都道府県医師会を支援する体制で臨みたいと考えている。

(13) 学校検診における運動器検診の対応について（長崎県）

<提案要旨>

学校保健安全法施行規則の一部改正に伴い、平成 28 年 4 月より運動器検診が必須項目に追加された。本県の対応としては、先ず保健調査票を利用して保護者がチェックを行い、次に養護教諭が保健調査票の情報を整理し、運動器検診の必要の有無等を事前に学校医と情報共有する。それを踏まえた上で、健康診断の際に必要なに応じて運動器検診を実施する。全学年全生徒に実施する必要はなく、保健調査票のチェック項目等を養護教諭が確認の上、学校医に相談し、必要がある児童生徒に実施するとのことである。

なお、保健調査票は小中学校は市町教育委員会、県立学校は各学校単位で作成している。出来るだけ、九州全体で同一歩調を取るのが良いのではないかと考え、各県の考え方、進捗状況、対応策などを把握するためアンケートを企画した。ご協力の程よろしくお願ひしたい。回答は整合性にとらわれず実際のところを回答願えれば幸いです。

1. 運動器検診への理解、周知、実施方法などの講演会の実施
 1. 県医師会で開催する（した）
 2. 郡市医師会で開催する（した）
 3. 県と郡市の両医師会で夫々開催する（した）
 4. 学校に任せる
 5. その他（ ）
2. 運動器検診に対する現在の考え
 1. 内科検診の中で十分に行える
 2. 内科検診の中で行うが困難が伴う
 3. 内科検診の中では行えない
 4. その他（ ）

3. 運動器検診の方法

1. 全員に行う
 2. 家庭調査の結果問題のある児童に対して行う
 3. 家庭調査の結果を担任及び養護教諭がチェックしたのち行う
 4. その他 ()
4. 運動器検診の実施に対する学校医への影響
1. 特に変わらない
 2. 負担が増えるが辞退者は少ない
 3. 負担のため辞退者が多く出る
 4. その他 ()
5. 実施に対する学校とのすり合わせ
1. 必要がない
 2. 一通りのすり合わせで済む
 3. 綿密な打ち合わせが必要である
 4. その他 ()
6. 現在の進捗状況をお知らせください

【アンケートへの各県回答】

1. 運動器検診への理解、周知、実施方法などの講演会の実施

1. 県医師会で開催する(した) <佐賀、大分>
2. 郡市医師会で開催する(した)
3. 県と郡市の両医師会で夫々開催する(した)
<熊本、福岡、長崎>
4. 学校に任せる
5. その他

鹿児島 (県と郡市の両医師会の合同開催並びに市町村教育委員会等への周知)

宮崎 (県医師会学校医部会と宮崎市郡医師会学校医会の合同で開催し、各郡市医師会へテレビ会議中継を行う。)

沖縄 (本県では、県教育庁保健体育課主催による「平成 27 年度沖縄県養護教諭研究大会」が来る 11 月 6 日(金)開催され、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課より「児童生徒等の健康診断～学校保健安全法施行規則の一部改正を踏まえて～」と題した講義が行われた。

本会においても、当該大会について、各地区医師会宛、学校保健関係通知として、周知を行った。)

2. 運動器検診に対する現在の考え

1. 内科検診の中で十分に行える
2. 内科検診の中で行うが困難が伴う
<熊本、福岡、佐賀、宮崎、沖縄、大分、長崎>
3. 内科検診の中では行えない
4. その他

熊本 (4 月～6 月以外の実施についても検討されるべき)

鹿児島 (内科検診と整形外科専門医が連携して行う必要がある)

3. 運動器検診の方法

1. 全員に行う<佐賀、大分>
2. 家庭調査の結果問題のある児童に対して行う<福岡、鹿児島>
3. 家庭調査の結果を担任及び養護教諭がチェックしたのち行う
<熊本、宮崎、大分、長崎>

4. 運動器検診の実施に対する学校医への影響

1. 特に変わらない<鹿児島>
2. 負担が増えるが辞退者は少ない
<熊本、福岡、大分>
3. 負担のため辞退者が多く出る
4. その他

佐賀 (負担が増えることは間違いないが、現時点での影響予測は難しい。)

宮崎 (辞退者が出る可能性はあるが、どれほど出るかは不明。)

沖縄 (負担が増える。辞退者の有無と総数は現時点では不明。)

長崎 (負担が増えると考えるが、辞退者の有無は不明。)

5. 実施に対する学校とのすり合わせ

1. 必要がない
2. 一通りのすり合わせで済む<熊本、福岡>
3. 綿密な打ち合わせが必要である

<鹿児島、佐賀、宮崎、大分、長崎>

4. その他

沖 縄 (3通りのモデル問診票の選定と要精査となった場合の整形外科との事前打ち合わせが必要と思われる。)

6. 現在の進捗状況をお知らせください

熊本：県教育委員会と以下のとおり打合せを行った。

- (1) 家庭調査票を簡素化した案（荒尾市案）を提案し、それをもとに各郡市医師会で調整する。
- (2) 郡市医師会学校保健担当理事者会を開催。
- (3) 毎年、本会が開催している学校医研究大会において運動器検診に関する研修を実施（対象：学校医、養護教諭、行政等）。
- (4) 各郡市医師会で整形外科医が講師となり、学校医に運動器検診0) 実際について講演する（対象：学校医、養護教諭、行政等）。

福岡：保護者に配布回答してもらった問診票から痛み主眼を以てチェックし、脊柱側弯は全員に行い、その他の運動器の中で、痛みのあるものについては、専門医に繋ぐ、運動器の機能不全については効果的な運動をリーフレットで配布する。この一連の流れを、県教育委員会における政令市、各市町村教育委員会の代表も委員として参画した「児童生徒の健康診断に係る協議会」において大筋で合意し、全県下で推奨することとなった。

福岡県医師会としては、12月12日に行った福岡県医師会学校保健学校医大会において特別講演を行い、周知を図った。また、ホームページでも周知する予定である。

鹿児島：県整形外科医会の全面協力のもと、県教育委員会と県医師会の三者で実施方法等について早い段階で協議を行ってきたために、大きな混乱は生じていない。

佐賀：運動器検診の具体的な実施方法については、現在、県教育委員会と検討しており、決定次第、学校医を対象とした県医師会学校保健研修会を開催し、実施方法について徹底する予定である。

なお、保健調査票については、平成26年度より学校健診時に活用いただいている「側弯症チェックシート」を、千葉県医師会作成の「運動器検診保健調査票」を参考に改定することとしている。

宮崎：本県では、県教育委員会及び宮崎市教育委員会、宮崎大学医学部整形外科、県医師会及び宮崎市郡医師会とで連携し、四肢の状態に関する保健調査票の内容について協議を行っている。ここで決まった調査票は、県教育委員会から各市町村教育委員会へ情報提供される予定である。

保健調査票は、県立学校は県教育委員会、市町村立小中学校は、市町村教育委員会が作成する見込みである。

沖縄：各地区医師会に周知を行い、調整を待っている段階である。

大分：10月に大分大学医学部整形外科よりモデル事業の成果を講演していただき、何をどのようにチェックすべきか一定の理解を得られたと推定している。

3月に大分県整形外科学会・医会のご協力の下に実践的な検診について講演していただく。これには養護教諭の参加を求める予定。現在、整形外科学会・医会との詳細な打合せの準備中。県教育庁体育保健課とは調整済み。（保健調査票の内容、大まかな運動器検診の実施方法について）

長崎：県立、国立学区は各学校、公立小中学校は各郡市医師会と市町教育委員会が協議の上、保健調査票を作成するので、県下

で統一した調査票は作成しない。既に協議が終わっている郡市もあるようだが、詳細は不明。また、2月14日(日)に“運動器検診・皮膚疾患・色覚の検査・成長曲線”の4つのテーマで「長崎県医師会・第36回学校保健研修会」を開催予定。各郡市医師会でも各々研修会を開催予定である。

<日本医師会 釜范常任理事よりコメント>

仮に運動器検診を内科検診で行うとすると、先生方に負担がかかり、それに対して予算措置がないということはおかしい話である。学校医

の手当についても、個々の問題等があるにも関わらず予算措置が十分なされていない現状がある為、これらも含めて対応しなければならないと考えている。

現実には、学校医の先生にご苦勞をおかけすることになるが、養護教諭との連携をしっかりと取っていただき、問題がある児に対する相談と学校医の先生がおかしいと思われたら医療機関の受診を早めに行っていただくということで当面は対応していくしかないのではないかと考えている。

日医としてもしっかりと働きかけていきたい。

印象記

副会長 玉城 信光

九医連の会議が持たれた。地域医療対策協議会の主な議題は今回も地域医療構想であった。地域医療構想と医療計画等との整合について佐賀県から質問があったが、これに尽きるような気がする。

日本医師会 釜范常任理事のコメントによると、地域医療構想は、2025年の地域の医療提供体制を考えることが目的であり、平成30年(2018年)の第7次医療計画は直近の計画であるので医療計画が優先される。しかし基準病床の算定がどのようになるのかはまだ分からない。「地域医療構想策定ガイドライン検討会」でも2次医療圏の5疾病、5事業との整合性を図る必要があると言われているが、まだ議論は進んでいないとのことである。また従来の医療計画は5年毎であるが、今後は介護保険事業(支援)計画と一緒にすることから6年毎になるという。

熊本県では今後、地域医療構想策定に向けた独自の調査等も予定しているが、各県ではどうかとの質問があった。沖縄県医師会でも中部地区の調査を行ったが、福岡県でも、地域包括ケア病床(病棟)開設の障害になっている理由や医療区分1の70%が在宅若しくは施設でケア可能であるか等について医師会独自で調査を行い、県に対して調査結果を示しているとの報告があった。宮崎県では、宮崎大学と共同で、地域医療介護総合確保基金を活用し、「病床の機能分化・連携促進に係る調査事業」を実施することとなっているとのことである。

釜范常任理事から山口県においては、慢性期機能と在宅の必要病床数が医療現場の実態に即していないということで、山口県医師会が療養病床を有する全医療機関に実態調査を行った。その結果、医療区分1の患者であっても70%を在宅医療へ移行することは出来ないという結論を出していると報告があった。

まだまだ地域医療構想には問題が山積しており、地区医師会、県医師会の調査提言が必要だと思われた。

2. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



挨拶

長崎県医師会 釣船副会長

本日はご多忙の中、九州各県よりご参集いただき感謝申し上げます。本日は中身の濃い議論になればと考えている。また、本日は診療報酬改定前の大変お忙しい中、日本医師会より松本常任理事にお越し頂き感謝申し上げます。松本先生には後程、各協議事項に対し、適宜コメントを頂く予定である。

本日は協議事項が11題と数多くある中、2時間と限られた協議会ではあるが、実りある会になるよう祈念申し上げます。

日本医師会・松本常任理事

本日は、医療保険協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

診療報酬改定については、大詰めの段階であり、来る10日の中医協の報告の中で、厚生労働大臣に答申される予定である。

九医連の先生方は、大変熱心である為、非常に厳しいご意見を頂く事があるが、私自身いつも大変勉強にさせていただいている。

本日も皆様のご意見を伺いながら、日医の考え方、現時点での対応についてご説明させていただきます。

本日はどうぞ宜しくお願い申し上げます。

協 議

(1) 社保・国保の審査基準の統一化について (大分県)

<提案要旨>

社保・国保の審査基準に差異があり、会員からは統一化の希望が寄せられている。

しかし、それぞれの審査を完全に統一化させるためには、審査内容の詳細なすり合わせを行わなければならない。しかも各審査委員の意見や診療科によっても相違があって、実際には容易ではない。当県では定期的に審査委員が医師会

に集まり協議しているが、細部を完全に統一化することが出来ていないのが現状である。

一方、協議内容の詳細を会員に周知するように文書化すると、逆に支払い側が新たな査定基準として利用する懸念もある。現在、社保支払基金は支部間差異を解消するよう働きかけを行っているが、審査基準の完全な統一化を目指せば国保・社保も巻き込んで全国一律の基準が定められ、各県の審査委員の裁量や独自性が脅かされる恐れもあると考える。

各県の現状と意見を伺いたい。

<協議事項 (1) についての各県の主な意見>

各県ともに、審査基準の統一に関しては審査員の裁量及び各県の地域性及び独自性が脅かされる恐れが考えられる事から、これまでどおり、審査員の裁量を認め、審査統一化は慎重に検討すべきであるとの意見が主であった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

本県では、国保側と社保側で、審査上の疑義解釈や問題点の取り扱いについて、所属する医師及び職員を含め検討会として年2回開催している。

審査基準の統一化については、現時点での解決は難しいものであると考える。

■福岡県

本県でも、会員より社保と国保の審査格差についての意見が出されているが、本県では審査の統一化は難しいと考えているが、社保側と国保側で協議を持ち、2年に1度「保険診療の手引き」を作成し、同冊子を各審査員に配付する事で、出来る範囲内で審査の統一化を進めているが全ての項目で統一化を図るのは難しいと考えている。

また、個人的意見であるが、国保側では、審査員の裁量による判断部分の統一化については、社保側より非積極的な部分が伺える。

■鹿児島県

今年度より、実務的な差異解消に向けて、国保側、社保側、県医師会で構成する三者協議会

を立ち上げたところではあるが、全ての差異を統一するのは難しいと考えている。

■宮崎県

患者の個別性、地域による医療体制の違いなどの問題もある為、審査員の裁量・独自性をある程度残しても良いのではないかと考える。

■沖縄県

本県も福岡と同様、2年に1度「保険診療の留意事項」という冊子を発行しており、これは青本の中にあるグレーな部分で社保・国保がお互い合意した内容のみ掲載させて頂いている。

また、審査の統一化については背景や事情等、色々あるので大変難しいと考える。

■長崎県

最終的に審査会の中では、審査員の裁量が重要であり、統一化は難しいのではないかと考える。

□日本医師会松本常任理事

審査基準の統一化というのは非常に難しいものであると考えている。各県それぞれの国保と社保の差、全国の国保間同士と社保間同士の差という部分もあるので統一は大変難しいものであると考えている。但し、大きな差異があってもいけないと考えているが、その部分を統一しようとした場合、大方厳しい方に統一されるのではないかと私自身は感じている。

また、少し前の話になるが、平成22年12月に、厚労省の中に、審査支払機関のあり方に関する検討会の中で、その議論の中間的整備として、社保側と国保側の審査基準に差異があるという指摘があり、国や都道府県レベルでの判断基準統一化を目指す為に、連絡協議会を設置しようという動きになり、日医よりその当時の医療保険担当の鈴木常任理事よりその様な会を持って頂きたいと各都道府県へ連絡させて頂いたところであるが、その様な事を行っても統一化という事は中々難しい状況である。

また、社保側では、支部間格差解消委員会があり、支部からブロック単位で、ブロック単位で纏まらない場合には全国に上げて、年2回協議を行っている。そこには、厚労省からもオプ

サーバーとして出席して頂いている他、連合会の方にも出席頂いている。すぐに国保側と社保側で審査を統一出来る物では無いかもしれないが、ある程度の努力を行っているようである。

しかし、あまりにも統一化の動きを進めすぎるとかなり厳しい審査の方向に増々進む恐れがある為、ある程度の差というのは仕方ないとまでは言わないが、現状で国保側や社保側の片方の審査会にだけ算定出来ていて、もう一方で査定されているような部分に関しては、現状通りで良いのではないかと個人的には考えている。

(2) 個別指導の選定基準について (宮崎県)

<提案要旨>

今の個別指導において高点数による指導対象の選定は、県平均値を基準にしているが、そのことが地域格差の解消されない要因となっている。

全国等しく健康保険の恩恵に預かる為には、皆同じ医療が受けられるように広く平均を求めべきでは無いのかと考えられる。

このことについて各県のご意見をお伺いしたい。

<協議事項 (2) についての各県の主な意見>

各県ともに、単に高点数という事で指導の選定対象となる事に対しては見直しが必要であるとの意見であった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

本県では、毎年3月に開催される「熊本県九州厚生局選定委員会」で、診療所の診療科別12類型区部の県平均点数が発表されているが、その平均点数の算出方法は、算出する期間や本人のみなのか、あるいは後期高齢者も含めて算出しているのか全く不明である。

平均点数の算出根拠が分からないまま、平均点数を提示する事自体、意味があるのか理解出来ない。

■福岡県

集団的個別指導が単なる高点数で選定される事については反対である。

また、熊本県の先生も述べられた様に平均点数の算出方法を示して頂きたい。個別指導に当たった医療機関も納得出来ないのではないかと考える。

■鹿児島県

やはり、個別指導はきちんと診療しているところではなく、少し問題があるような所に入るのが本来は適切ではないかと考える。

■沖縄県

高点数で選定される事については反対である。厚生省がブラックボックスを開かなければ何も前に進まず、日医が数年前対応した通りに運用での工夫で何とかしのぐ方法しかないかなど考えるが、仮にブラックボックスを開いた場合の事を考えると、結局はそれを掻い潜る医療機関も出てくるだろうし、結局は真面目にコツコツやってきた所が選定対象になりかねない。やはり、鹿児島の先生が述べたように、よくない事をやっている医療機関を指導するような事にしていかなければこの問題は解決しないかなど感じる。

■大分県

個人的な意見となるが、最近の高点数というよりは、在宅医療を行っている医療機関が選定されるケースが多いように感じる。

■長崎県

類型区分が同じ診療科で、院内処方を行っている所と、院外処方を行っている所が同じ区分に分類され、院内薬局の方が平均点数が高い為に選定の対象となった場合、それで個別指導となるのは少し違うのかなという印象は個人的に受ける。

■福岡県

診療報酬に関する委員会は日医の中にあるが、指導監査に関する委員会というのを設け、全体の意見を厚生省に提言するような事を是非ご検討頂きたい。

□日本医師会松本常任理事

厚生局は各地方にあるが、我々日医が直接交渉するのは保険局の保険監査指導室長と保険局の総務課長であるが、保険局と各地方厚生局と

はどうも直結していないような印象を受ける。また、厚生局側からすれば高点数が悪いということは決して無いと回答するが、集団的個別指導は上位8%、個別指導では上位4%の医療機関が指導対象となる事から、依然として高点数の医療機関が対象となっている。厚労省側は高点数をどうにかしたいと思っているとしか考えられない。また、ブロック毎に平均値を取ってはどうかとの意見もあるが、そもそも全国単位や、ブロック単位で平均を定めて、その内の上位4%を個別指導対象とするという事は、高点数での選定を認める事となる為、個人としてはあまり進めたくない。しかし、それでも全国やブロックでの平均にした方が良いとの意見が多い場合には考えていかなければいけないかなど考えている。

また、福岡の先生からもご指摘があったように日医内に指導監査に関する委員会は現状はなく、今後検討していかなければならないと考えているが、この場でどのように進めていくのかという事はお答えすることは難しい。

■熊本県

熊本県ではある医療機関が高点数の為、集団的個別指導を受け、その翌年も高点数という事で個別指導となり、指導の結果、概ね妥当であるとの判断を受けたにもかかわらず、また2年後に高点数が理由で指導の対象となっている。手術等が多い等、正当な理由によるものであるが、高点数が理由で個別指導が5年に1回のサイクルとなっている医療機関があるという事をこの場でお伝えさせて頂く。

(3) 特定疾患療養管理料について (宮崎県)

<提案要旨>

本県の九州厚生局の個別指導において、「特定疾患療養管理料」の管理内容についての記載が少ない等の理由で自主返還の対象になることが少なくない。

実際のところ、指導をしてなんらかの記載があれば、自主返還の必要は無いと思われるが、

各県で何かしらの基準があれば、ご教示いただきたい。

<協議事項 (3) についての各県の主な意見>

各県ともに、管理内容の記載が少ない理由での自主返還になったケースはほとんどないが、記載が全く無い場合や、あまりも不適切な場合に関しては返還となるとの報告であった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

実体的にきちんと診療をしている根拠があって記載があれば問題ないと考えている。例えば慢性胃炎で何も薬が出ていない場合や、糖尿病であっても注射を行っていないとか、医療の実態が無い場合はもちろん返還対象となる。

■福岡県

本県では大きな問題となっていないが、塩分を控えるようにという指導をカルテに残す事で足りていたものが、最近からは「具体的に何グラムの塩分を減らすように」といった具体的な指導を残すように言われている。返還には至っていないが、内容も依然より厳しくなっているように感じている。

■鹿児島県

医者の技術料のような側面が強い部分であると考えている為、この部分をきっちり行い、逆に増やすように持って行ければいいと考えている。

■沖縄県

画一的な文言に関しては記載が足りない等言われることが多いが、講評の際に対面診察をきちんと行っているようであるので、次回以降もう少しカルテに記載して頂きたい等の程度で済んでいる。また、今年度から記載内容もさる事ながら、主病の診断根拠がきちんとあるかを聞かれるようになってきており、その根拠が明確でないと、いかに指導内容をきっちり記載していても、厳しく言われることがあり、明らかに前年度迄とは変わっているの、気になっているところである。

■大分県

記載が全くない場合は返還となるが、少しでも書いていけば補足説明することでどうにか返還になるような事には至っていない。

■長崎県

本県では記載内容が少ないといった理由で返還となる事はないが、本県には、個別指導の際には指導官が3人おり、厳しい方とそうでない方に分かれている。また、指導官同士でも恐らく講習会の様なものがあるのではないかと考えている。

□日本医師会松本常任理事

医療機関の裁量による部分が大きい部分であるが、公平・公正の観点からするとやはり、患者側にどのような治療が行われたかをカルテに適切に記載すべきであるという点は公式見解である。

長崎県にお聞きしたいが、指導を行っているのは指導医療官であるのか、又は、アルバイトの先生によるものか。

■長崎県

指導医療官は1名で、もう1名は県庁在籍の先生、あと1名はアルバイトの先生である。やはり、指導医療官は1番厳しい印象である。

□日本医師会松本常任理事

指導医療官は厚生局の講習会等を受けるので、初めは優しい方も年々厳しくなっていく印象がある。

厚労省の指導監査室長には同室長に各県の事情を考慮した指導について各厚生局に通知して頂けないか交渉を行っている。

(4) 在宅時医学総合管理料について (佐賀県)

<提案要旨>

国は在宅医療を推進しており、その流れは、今後も加速していくものと思われる。

在宅患者に対する訪問診療では、在宅時医学総合管理料の算定が行なわれているが、その算定要件は、月2回以上の訪問診療を行なうこと

になっている。しかし、在宅患者の中には、安定した方も居り、疾患の重症度は軽いものの、ただADLの低下の為に通院出来ないケースの場合は、月1回の訪問診療でも十分に管理が出来る可能性もあり得ると思われる。しかし、その際には、在宅患者訪問診療料と処方箋料の算定しか出来ず、2回以上の訪問診療を行った場合との点数差があまりに大きく、特に同一施設で診る場合には、訪問への評価は全く付かなくなる。

そこで、特定疾患療養管理料のように、在宅時医学総合管理料においても、2回に分けての算定(同じく月2回を限度)が可能となれば、その差をかなり埋めることが出来る。

同じような時間と労力を割いて訪問診療を行いながら、このような大きな差が出来てしまう今の管理料要件の改善が望まれるが、各県や日医の見解をお伺いしたい。

<協議事項(4)についての各県の主な意見>

各県ともに在宅医療に係る時間と労力については適切に評価を行って頂きたいとの意見であり、日医の見解を伺うこととなった。

□日本医師会松本常任理事

算定要件の回数の件については、特定疾患療養管理料を例として上げさせて頂くが、同管理料は以前、500点を月に1回算定するものであったが、現状では1回225点を月に2回算定出来るものになっている。この経緯は、日医側からの提案であったようである。

今回の在宅時医学総合管理料については、中医協で議論され、1回診るだけで十分な患者をわざわざ2回診て同管理料を算定するような、無駄な事をしているのではないかという意見もあり、1号側も理解を示したことから、次期改定では1回でも算定出来る方向で調整しているが、1回の算定が現状の同管理料の半分になるかどうかについては、今後、中医協で議論され示されることとなる。

(5) 難病の診療報酬での取扱いについて

(福岡県)

<提案要旨>

難病法施行によって医療費助成の対象が 56 特定疾患から 306 の難病へ拡大されたことに対し、中医協において難病外来指導管理料や療養病棟入院基本料 8 の 23 における評価対象を 306 の指定難病にも広げることが了承されたと聞くが、いつからの実施か、また今回除外された疾患の取り扱いについても日医にお教えいただきたい。

□日本医師会松本常任理事

ご指摘の通り、現状では 56 疾患であるが、対象疾患が拡大されるのは今年の診療報酬改定の時期に当たる 4 月と考えている。

(6) 特別養護老人ホームにおける配置医師の診療報酬算定について (長崎県)

<提案要旨>

特別養護老人ホームの配置医師は入所者の健康管理を主な任務としている。しかし、最近では特別養護老人ホームの入所者には医療を必要とする例が多くみられる。このため配置医師は特別養護老人ホームで在宅医療を行っている感がある。

配置医師は急病時を除いて基本診療料、その他を算定する事ができない。しかし、ひと月に複数回の診察が必要な例も多く、月一度の健康管理を除いて配置医師も配置医師以外が算定できる項目を算定できるようにはならないかと考える。

日本医師会及び各県医師会のお考えをお聞かせ願いたい。

<協議事項 (6) についての各県の主な意見>

各県ともに、配置医師の役割は入所者の健康管理であったが、現状は要介護度が極めて高い患者を診ている事から、配置医師の役割の再評価を求める意見であった。

<各県の主な意見>

■福岡県

昨年度より、特養の入所者は要介護 3 以上で年々重症化しており、一部看取りの場になっているにもかかわらず、基本診療料等の多くが制限されており、今後も過不足のない安心できる入所者の医療の質を確保するためには「療養の給付の取扱い」の根本的な見直しが必要であると感じている。

■佐賀県

年々、特養の入所者の要介護度が上がっているので、何かしらの対応はお願いしたい。

■宮崎県

この制度の考え方自体が古いので、現状にあったものに見直していただきたい。

■沖縄県

本県の場合は、要介護度が高い場合や医療必要度が高い患者は療養病棟の方に入っているケースが多いとの印象があるが、今後の高齢社会で増々医療の必要性も上がってくるであろうし、平成 30 年の介護と医療の同時改定を見据えて対応いただきたいと考えている。

■大分県

特養の配置医師に対し、患者家族からの要望が以前よりも大きいものになってきている印象を受ける。そのような中、現状はあまりにも縛りが強いため、是非、見直していただきたい。

□日本医師会

現行ではどうしようもないが、恐らく 30 年の同時改定が一つのポイントになると考えているが、一気に外付けを認めようと圧力をかけた場合、何かしらの弊害が出る恐れがあるので、どのように進めていくのかは探りながら行っていきたいと考えている。

また、介護給付分科会の方にも協力をいただき、医療の必要度が利用者にとどの程度あるのか一度調査していただきたいと考えており、その結果を踏まえ最終的には判断をしていきたいと考える。

■福岡県

特養の配置医師の従来の役割であった、健康管理から現状では看取り等まで行うようになってきており、明らかに役割が変わってきているという事をご理解いただきたい。

(7) 25 対 1 の医療療養病棟について(福岡県)

＜提案要旨＞

医療法では「療養病床の看護配置は 4 対 1」となっているが、診療報酬の基準に換算すると「20 対 1」となる。経過措置となっている 25 対 1 の医療療養病棟では、期限が迫り「25 対 1 の医療療養病棟はどうなるのか」という疑問と危機感が強まっている。

厚労省保険局では、「療養病床の在り方等に関する検討会」を 7 月から開催し、11 月 27 日には日医・四病院団体協議会から、具体的な方向性として新類型①医療外付型②医療内包型を提案されている。

一方で現行制度の再延長を第一選択肢として検討すべきとの記載もあるが、日医は次期又はその次の改定での新類型の導入を目指しているのか、再延長は困難な選択肢か、新類型の内容と今後の 25 対 1 の医療療養病棟についての日医のお考えを伺いたい。

□日本医師会松本常任理事

25 対 1 の要件の中に、医療区分 2 と 3 の患者が 5 割以上とあるが、一定期間は要件を満たさない場合でも経過措置が設けられ、一定期間は救済されることとなっている。ただし、今度は療養病床の役割が十分に求められるようになってきていると考えている。この件については具体的な落としどころが難しい問題である。

(8) ICU 入室患者に対するリハビリの実施について(沖縄県)

＜提案要旨＞

ICU 入室患者に対し、ICU 入室時から早期離床・早期回復を目的とした疾患別リハビリテ

ーションを実施した場合の保険請求について、当県の場合、症状詳記があれば社保側では認める方向であるが、国保側は厳しい状況である。各県の状況についてお聞かせ願いたい。

＜協議事項 (8) についての各県の主な意見＞

各県ともに、ICU 入室患者に対し、早期離床・早期回復を目的とした疾患別リハについては、3 単位までは問題無く認められているとの報告があった。

＜追加発言・質疑応答＞

■熊本県

本県では 3 単位までは認められているが、それ以上の請求に関しては、症状詳記の記載が必要である。

■福岡県

本県では、3 単位までは認められているが、4 単位以上からは症状詳記が厳しく求められており、3 単位までしか請求しない医療機関も実際にあるようである。

■鹿児島県

本県では 1 日当たり 3～4 単位までは認めている。

■佐賀県

3 単位までは特に問題なく認めている。4 単位以上は症状詳記の記載は必須である。

■宮崎県

本県においては、社保・国保ともに ICU における早期のリハビリに対しは、原則査定していない。

■大分県

本県では傾向的でない限り、注記等を参考に審査員の判断に任せている。

■長崎県

本県では特に問題となっていない。

□日本医師会松本常任理事

各県の審査委員会がリハビリの必要性等を判断をいただくのが妥当であると考えており、日医としてのコメントを出すことは難しい。

(9) 地域包括ケアシステム構築における DPC 病院の持参薬と他科受診の問題について (鹿児島県)

<提案要旨>

現在、各地域で地域包括ケアシステム構築のため地域医療構想の策定が行われている。その目的は高度急性期・急性期・回復期・慢性期の各機能を有した病院や診療所が介護施設や在宅医療と連携を密にして、地域住民の医療・介護に責任を持つ事であると思われる。地域包括ケアシステムの中で回復期・慢性期の各機能を有した病院や診療所、介護施設や在宅医療の後方病床の役目を担う高度急性期・急性期病院の多くは、DPC 病院であるが、複数疾患を持つ高齢患者の増加、認知症患者の増加に伴い、DPC 病院での薬剤対応や他科受診は今後さらに必要になると思われる。

しかしながら、2014 年度の DPC 改革以来「入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該、またはほかの病院などで処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない」との取り扱いが規定され、DPC 病院での持参薬の使用は認められていない。さらに、入院中の他科受診は「入院中の他科医療機関受診」として扱われ、DPC 病院では「他医療機関分も含め DPC 病院が請求し合議で精算する」となっており現状では厳しい状況である。

一方、超高齢化社会では、高齢者はさらに増え続け、それに伴い、高度急性期・急性期の病態も増える事が予想されるが、高齢者の多くは、かかりつけ医を有し、日常的に慢性疾患の加療を継続しているため、高度急性期・急性期病院への入院時に、薬剤師の管理のもとで持参薬を活用することは医療経済的にも理にかなっていると思われる。さらに慢性疾患を多く有する高齢者は入院中も多くの病態を伴わない、複数科の受診が必要になることが多いと思われる。

今後、地域包括ケアシステムの構築において DPC 病院の持参薬と他科受診の問題は早急に解決すべき問題と思われる。

<協議事項 (9) についての各県の主な意見>

各県ともに、今後の高齢者化社会や他医療機関連携を阻害するような現行の他科受診のシステムの廃止又は要件緩和を求める意見が殆どであった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

本県の審査支払機関では「入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、当該、または、他の病院等で処方された薬剤を患者にあらかじめ持参させ、当該病院で使用することは認められない」として、該当する場合には査定されている。また、「DPC 病院へ入院中の患者は当該医療機関で治療を完結する」との考えのもと、保険診療上での他医療機関受診は認められていないが、今後の超高齢社会の進展と多死社会の到来に対応すべく、次期診療報酬改定に期待している。

■宮崎県

今後、関係機関との連携がより重要となってくることから、DPC 病院の薬剤の対応や他科受診等、連携の障害となる規定は早急に排除、解決すべきと考えている。

□日本医師会松本常任理事

入院の契機と直接関係の無い薬剤と、入院の契機となる疾患の薬剤は分けて考えなければならぬが、当然入院の契機と直接関係無い薬剤については縛りがある訳ではない事を誤解がないようお伝えさせていただく。

また、入院中の患者の他科受診については中医協でも議論をしているが、日本医師会としては、入院中の患者で他科受診が必要になった場合に速やかに他の医療機関を受診させる事は非常に丁寧な診療を行っている事であり、連携を強化すべきという話をしている。平成 28 年度診療報酬改定において、精神科病院や単科の有床診療所については、減算率の緩和で認めて頂く事になっている。しかし、今回の提案のように DPC 病院からの他科受診についての取り扱いについては、変えることまでは出来なかったため今後の課題と考えている。全ての DPC

病院が全ての科を持っている訳ではないので、DPC 病院の他科受診についても認めていくべきではないかと個人的には考えている。

(10) 医療経済実態調査 (実調) について

(熊本県)

<提案要旨>

診療報酬改定の基礎資料にするために、「中医協」は改定前年度の6月に直近2会計年度について医療経済実態調査(実調)を実施している。

従前の6月単月調査に比べ、その精度は国公立等の大規模病院では一応評価されるものの、民間中小病院や診療所の実態調査としては多くの問題点が指摘されている。(日本医師会「第20回医療経済実態調査報告についての分析と考察」および「TKC 医業経営指標に基づく経営動態分析」)。

中医協の「実調」は、客体数、特に有床・無床診療所の診療科別客体、直近2ヶ年の会計年度、国公立と民間の開設者区分や法人・個人の損益差額等からみても、医療機関の経営状況はまだしも前回の診療報酬改定の影響を正確に反映しているとは言い難い。むしろ、TKC 医業経営指標のように、客体数の多い真の定点調査を重視すべきと思われる。

この「実調」について、マスコミへの報道のあり方も含め、日医の見解および各県のご意見をお伺いしたい。

<協議事項 (10) についての各県の主な意見>

各県とも、現状の医療経済実態調査については医療の現場の実態にそぐわないという意見が主であり、日医の見解を伺う事になった。

□日本医師会松本常任理事

年間データに基づく調査の結果については、診療所では決算月が1月から12月まで全くのバラバラである。その為、直近の診療報酬改定の影響を全て反映している結果とは言えないが、中医協では一つの見解として理解しつつ、それでも6月単月による年間データを活用すべ

きという結論に至っているのが現状である。医療経済実態調査の中で、法人と個人も全体として表示している事については、再三不適切であると訴えているところである。

また、マスコミの報道については、医療機関の収益があたかも医師の収入に全てなっているかの様な表現がされる事があるが、日医としてはその都度強く抗議をして会見等行っている。

(11) 適正な「精神科デイケア・デイナイトケア」が行われているか (沖縄県)

<提案要旨>

当県では数年前に、精神科デイケア・デイナイトケア(以下、デイケア等)を算定している一部医療機関で悪質な不正行為が確認され、保険医療機関の取消処分を受ける事例が生じており、その後も、精神科治療に従事した経験がない医師が管理者となっている施設や、新規個別指導に従事者の慢性的な不足、必要な時間行われていない、必要な書類が整備されていない等が確認され、デイケア等を行うには問題があるのではないかと思われる医療機関が散見されている。

申請段階では書類上の不備がないために厚生局も受理せざるを得ず、結果的にそのような医療機関が営利目的といわれても仕方のないような手法でデイケア等を運営することで、専門療法として日々行われているデイケア等のあり方や今後の必要性を揺るがすことになるのではないかと大変危惧している。何よりも精神科医療に真摯に取り組み、デイケア等を運営している医療機関が上記のような問題のある医療機関と同様に見られかねないことや、あおりを受けて不要な指導を受けることは、絶対にあってはならないことであり、当県では日医に対し、下記事項について要望しているところである。

1. 精神科デイケア・デイナイトケアに従事する医師は、精神科医療機関等での診療経験や医師会或いは精神科病院協会主催の研修等を受けている等の実績を求める。

2. 申請前に1ヶ月程度の精神科デイケア・デイナイトケアの実績を求める。
3. 精神科デイケア・デイナイトケアに参加する患者の個々人の精神状態の評価を含めた実施記録の作成を求める。

この件に関して、九州各県のご意見並びに日医の見解をお聞かせ願いたい。

<協議事項 (11) についての各県の主な意見>

各県とも、「精神科デイケア・デイナイトケア」に関しては何らかしらの一定の防止策が必要であるという意見であり、日医の意見を伺う事になった。

□日本医師会松本常任理事

何事においても制度の隙間に入りこんで不正行為を行う人は出てくる。提案の通り3つの要件を導入する事はある程度の効果があると思う

が、あまりにもモラルハザードを排除する事に着目しすぎてしまい、真面目に取り組んでいる医療機関にも影響が出てしまうと本末転倒になりかねないので、適切に取り組んでいる所は評価されて、悪質な所だけを排除出来るようになれば1番良いと考える。非常に難しい問題ではあるが、今回の診療報酬改定の中で、精神科のデイケア・デイナイトケア等で長期に渡り頻回に利用している患者については、より自立した生活への移行を促す観点から、1年以上継続して頻回に利用する場合は精神保健福祉士による患者の意向聴取等、一定の要件を満たす場合に限り、週4日以上の日ケア等の算定を認めない事になる。長期の頻回受診者に限るが、むやみに長期デイケアの頻回利用が出来ないようにしている。

印象記

理事 平安 明

平成28年2月6日、長崎県のホテルニュー長崎にて九州医師会連合会の第2回医療保険対策協議会が開催された。中医協の議論も大詰めで、この会議の翌週2月10日には厚労大臣に答申とのことであり、協議事項の一部に関しては中医協での結論として明確な答えが得られたものもあった。より具体的な数字等はこの報告書が発行される頃には確定しているだろうが、事務連絡等の実務レベルでどうなるか注視していきたい。

個別指導の選定理由や自院の類型区分の開示等については、以前から繰り返し協議されているが、選定作業は国が行い地方厚生局はその指示を受けるだけで詳細は知らないという。ほとんどの医療機関が高点数を理由として個別指導を受けている為、少なくとも自院がどの類型に区分されているか、その類型区分の平均点がいくらか、という程度は開示できないものかと思う。

当県からの提案事項である「デイケア問題」は、普通の当たり前の医療を行っているほとんどの人には関係のないことである。しかし制度の隙間を縫って商売として医療を悪用するものがあるのは事実であり、我々はそれに対抗する術がない。やはり医療の入口でチェックしてもらわないと、一旦紛れこむと我々と同等のものとして見られかねない。そのことで全体に縛りをかけられることがないように、当県が要望しているのは、あくまで申請に見合うことが当然できるというこの確認に過ぎない。関係者から多くのご意見を頂ければと思う。

会議の翌日長崎空港で印象記を記載している最中、思考過程が見えなくなっている中国の制止も聞かなくなった共産圏の国が、「地球観測衛星」を打上げた。沖縄を越えてどこかに着水したようで帰りの飛行には影響なかったが、この異常事態は何なのか！少子高齢化という国の弱体化の心配に加え、国外の混沌も大きいことを改めて痛感してしまった。

3. 介護保険対策協議会



理事 比嘉 靖



挨拶

長崎県医師会の森崎正幸副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日は、9つの提案議題がある。地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想策定、在宅医療・介護連携推進事業等、各県でも様々な課題が山積しているものと思われる。

限られた時間ではあるが、皆様から忌憚のない意見を頂戴し、本協議会が実り多いものとなるようお願いしたい。

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、概ね以下のとおり挨拶があった。

議題を確認すると、医療保険対策協議会や地域医療対策協議会等にもダブル・トリプルで出ているような議題もあり、改革が一体となって進んでいるということが分かる。出来る限り現状について説明させていただきたい。

協議

(1) 在宅医療を専門に行う医療機関について
(福岡県)

<提案要旨>

地域医療構想において、慢性期から在宅にシフトするような流れが非常に大きなテーマになっており、在宅医療の推進は地域包括ケアの確立のためには極めて重要である。

在宅医療を行う医療機関の拡充は県下全ての地域において喫緊の課題であり、在宅医療の診療報酬上の評価については、次期改定に向けて、在宅医療の専門性や提供体制に対する評価や、在宅医療を中心に提供する医療機関が軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じないような評価のあり方を含め検討されているところである。

しかし、医師会に入会していない医療機関や営利企業が展開する在宅医療を専門に行う医療機関のモラルハザードによってこれまでに構築してきた在宅医療提供体制の崩壊が危惧されている。

本県では、その対応策の一つとして、県下の医療・介護資源の情報管理と発信、万一に備えたバックアップ体制の構築、認定制度による質の担保などを行う組織を設置する方向で検討している。

各県医師会における対策等について情報提供いただくとともに、日医の見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、在宅医療を担う医療機関等の質や量の拡充は喫緊の課題であるとともに適正な評価が望まれているとの回答であった。

佐賀県や宮崎県から、医師会が研修会等を定期的に開催し、多職種間で顔の見える連携を強化することで、第三者の目の届かないことによるモラルハザードを防ぎつつ、質の担保された在宅医療の提供が図れると考える旨の意見があった。また、宮崎県からは、在宅医療専従型医療機関としては24時間体制で、特に休日や夜間の入院が受け入れ可能な病院があると安心して在宅医療が展開できるとの意見も示され、在宅医療施設のサポート体制の構築も重要であるとの見解が示された。

＜日医コメント＞

この件は、前回の改定時にも上がってきた。在宅医療はかかりつけ医の外来の延長であり、在宅専門は馴染まないと却下した。今回はかなり強力に出てきているが、かなり厳しい要件が課せられた。

「在宅医療専門の医療機関に関する評価」として、『(1) 無床診療所であること。(2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。(3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。(4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。(5) 往診や訪問診療を求められた場

合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。(6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。(7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。』と規定されている。

地域医師会という言葉は、これまで中医協の文言に入ったことはないが、今回入れていただいた。事実上入会して下さいということになると考える。協力医療機関を2か所以上確保ということについても、医師会に入っていないとお断りする等、限りなく医師会入会が求められることになる。また、規定した地域内において在宅医療を提供していることということで、どこか特定の施設だけの在宅は駄目だということになる。地域を規定しその中のニーズには全て答えていただくということになる。更に緊急時を含め随時連絡に応じる体制を整えていること等、かなり要件が厳しくなっている。

在宅療養支援診療所を取る場合についても、現行の機能強化型の施設基準に加え、『(1) 在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。(2) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。(3) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症小児の十分な診療実績を有していること。(4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下であること。(5) 在宅医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50%以上であること。』と、かなり厳しい要件を課している。

今後、在宅医療の体制がどうなるかにもよるが、かかりつけ医が24時間365日1人で対応することは大変であるため、それをカバーする仕組みはいずれにせよ必要だと考える。我々としては、既存の在宅医療支援病院や在宅医療支

援診療所とグループを組み、全体として24時間365日対応できるような形になれば良いと考えている。我々の要望もかなり入れていただき、かなり厳しい要件が課されている。ご理解いただきたい。

**(2) 在宅医療・介護連携推進事業について
(熊本県)**

<提案要旨>

この件については、前回の協議会で福岡県医師会より提出され、協議された。

残念ながら熊本県行政のこの連携推進事業に対する動きは少なく、従って市町村の動きは全くない(類似の動きはある)。取り組まねばならないことは理解しているようである。

皆さんもご存知のように、介護保険の地域支援事業の一環としてこの在宅医療・介護連携推進事業が平成27年4月から取組みを開始し、平成30年4月には全ての市町村が実施しなければならない。

「施設から在宅へ」という厚労省の大方針のもと、次々と施策を打ち出している。特に地域包括ケアシステムを構築し、医療と介護の連携強化のもと、地域での高齢者の安心・安定を図ろうとしていることは、皆さん十分理解されているし、県医師会レベルでも、どうしたら良い方向へ進むのか苦慮している。

そこで、各県の現在の状況、今後の取組みを教授いただき、今後の参考にしたいので、よろしくお願ひしたい。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業における地区医師会と市町村行政等との連携について (沖縄県)

在宅医療・介護連携推進事業については、平成27年度以降各市町村において順次取組みが開始され、平成30年4月には全市町村で実施されることとなっている。

事業を推進にするにあたっては、事業実施に係る検討段階から郡市区医師会等と協議を行うこと、また各項目は地域の実情等に応じて郡市区医師会等への委託が可能であること等が明文

化されており、本県においても郡市区医師会で事業の展開を図っていきたいと考えている。

本県には、郡市区医師会が7つ(北部地区医師会、中部地区医師会、浦添市医師会、那覇市医師会、南部地区医師会、宮古地区医師会、八重山地区医師会)があるが、浦添市医師会並びに那覇市医師会以外の地区については1つの医師会に対して複数の市町村行政が対応することになっており、スムーズな連携に苦慮している。

各県において、複数の市町村行政と連携するにあたり工夫している点があればご教示頂き、今後の参考にさせていただきたい。

※協議事項 (2) (3) については一括協議

(2) の在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するための方策については、福岡県、鹿児島県、佐賀県、本県において、「在宅医療・介護連携推進事業」を全県的に推進するため、県医師会が主体となり郡市区医師会や市町村等に対して働きかけを行っているとの回答であった。しかしながら、各県ともに、市町村行政や郡市区医師会の取り組み状況には差異があり、均てん化した事業展開に苦慮しているとの意見が上がった。また、宮崎県より、当該事業を実施するための拠点を整備するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、「在宅医療・介護推進協議会」を設置する予定であると情報提供があった。

(3) の在宅医療・介護連携推進事業を実施するための市町村との連携に付いては、熊本県、鹿児島県、長崎県より、1医師会管内に複数の市町村が存在する地域においては県行政の関与が重要であると回答があり、具体的は、熊本県では、保健所が広域的な調整機能を担い、意見交換のための場の設定や各市町村と郡市区医師会の調整を図っていると説明があった。また、大分県では、複数の市町村に対応するための支障よりも、大分市1市に3医師会が対応することの難しさの方が懸念事項として挙げられていると意見があった。

＜主な意見＞

○大分県

医師会主導としてもフラットに行わなければなかなか上手くいかない。在宅医療・介護連携推進事業はお金はそれ程かからない。栃木県にMCS（MedicalCareStation：完全非公開型医療介護専用SNS）という無料のシステムもあり、そういうものも活用しながら連携することで予算もそれ程多くなくても良いと考える。県医師会が受託することは大変だと考える。市町村単位でキーパーソンを育て、そのための支援を何処かでやっていくということが良いと考える。

○福岡県

沖縄に確認したいが、いわゆる市町村事業である地域支援事業を、介護保険広域連合から県医師会が委託するという意味が少し理解し難い。

福岡県では、地区医師会でメニューを決め、このようなサービスを我々に委託してくれればこの額で実施することができる、ということを実各市町村に個別に提示したところは受託に至っている。何か受託して下さいということでは市町村もどの程度の金額か分からない。こちらから予算を立てる方が一番上手くいくと考える。介護保険広域連合と考えた時に対象が広がるため質問させていただいた。

○鹿児島県

在宅医療推進体制事業の中で、医師会病院がある6医師会については、事業を進めるに当たり行政を巻き込み上手く関係が図れた。県医師会が今年の3月で離れてもやっていける。そのような郡市医師会は行政から改めて医師会にお願いするという形で新たな予算を組んでくれた。それが行えない行政はやはり医師会病院がなく、医師会のマンパワーの問題もあるため自治体主導でやっていただき、医師会はそれに協力をする、その媒介を行うのが県行政並びに保険者だという形で鹿児島県では取り組んでいる。そして鹿児島県医方式コーディネーターとして養成をやっていただけないかということで、在宅医療をやっていたところはコーディネーターが育成されているのでそれを活用する。

私たちはあくまでも行政主体の中で協力していくというスタンスで望んでいる。

○長崎県

行政が積極的でないところはどうか。

○鹿児島県

進まない市町村があれば県行政が困るので、県行政が中に入るなら医師会に相談いただいている。鹿児島県では行政が医師会に聞いてくるので、そういう意味では予算の獲得がし易い。小さな医師会は事業実施が難しいところがあるので、行政と協調しながらやっていく形になると考える。

○鹿児島県

この地域支援事業は、医師会が完全に主導を取りやっていくべきではないと考える。鹿児島県医師会は2年間で3億5千万円の基金をいただき、それを県医師会が中心に7地区医師会に分配し、在宅医療の推進ということで市町村を巻き込んで取り組んできた。それを3月いっぱい手放すが、各市町村が事業計画を平成30年度までに立てないといけない。我々医師会が地区医師会に指導して行ってきたことを、地区医師会が各市町村に入り込み強い影響力を持つという形にもっていかないと、それを医師会が全部背負い込んでしまう大変なことになってしまう。今まで勉強してきたことを活かしていただくということで、隠れて主導権を持つということで考えている。

○熊本県

在宅医療・介護連携推進事業の中に以前「在宅医療・介護連携推進支援センター」という文言が示されていたが、その文言が消えた経緯等について情報があれば教えていただきたい。

○日本医師会

名称にはこだわらないということで、その名称を使っても良いが別の名称でも良いということで文言が消えたということであった。全ての事業が医師会に委託できる事業であるため、是非医師会が積極的に受けていただければと考える。

＜日医コメント＞

在宅医療・介護連携推進事業は厚労省も力を入れている事業である。市町村レベルでは初年度は様子見ということでなかなか進まず、厚労省も懸念しているところである。都道府県別の進捗状況について平均すると2.5となっている。九州では、福岡県3.2、佐賀県1.7、長崎県2.1、熊本県2.2、大分県3.8、宮崎県2.2、鹿児島県3.3、沖縄県0.7ということで、全国と比べてどうかということが分かる。日本医師会としても3月30日に地域支援事業をメインテーマにした連絡協議会を開催させていただく。是非ご参加いただければと考える。

1 医師会で複数自治体の対応は難しいということは認識している。それについては厚労省で来年度以降対応していく予定もあるということである。そういう場合は県の関わりを強くするというので、保健所が窓口になるような形で、本日実例としても上がっているの、是非そういうことをご参考にしていただければと考える。

市町村を待っているよりは医師会から積極的に働きかけをしていただいた方が進むと考える。先進事例の取り組みを参考にいただければと考える。

(4) 介護療養病床の取扱いについて (佐賀県)

介護療養病床の存続については、厚労省に設置されている「療養病床の在り方等に関する検討会」で議論されている最中で、年内には今後の方針について結論が出されると伺っている。

この議論に関する最新情報及び在宅医療提供体制への影響について、日医の見解をお伺いしたい。

＜日医コメント＞

我々としても現行措置の再延長ということをお願いしてお話させていただいている。

厚労省がワーキンググループを作るか特別の委員会を作るかという検討しているようである。直ぐということではないが、近いうちに検討の場が設置されると考える。

介護療養病床の廃止は決まっている。一回延長したがその延長期間も切れる。そのままだと廃止になる。25対1の療養は経過措置が切れるが、いわゆる凍結病床というような扱いになるため、厳密に言えば廃止とは違うということである。

我々は新しい選択肢の類型を作りたいということで、医療内包型を案1、医療外付型を案2ということで、案1はどちらかと言えば介護療養をイメージした形、案2は25対1の要領を明示した形となっている。介護から介護は良いとしても、医療から介護に移ろうとしても介護は地域に枠があるため簡単に移れない場合もある。日医と四病協で合同の提言も出ささせていただき、基本的には外付型と内包型という2パターンで、一応選択肢としては形になった。これが今後新たな場で検討されることになる。

(5) 介護スタッフの十分な確保と離職防止対策に軽快なロボットスーツの提供を (大分県)

家族の介護のため辞職する「介護辞職」が毎年10万人を数えており、さらに、仕事を辞めようと思っている人や転職を考えている人の中には、介護中の人、すなわち「介護離職」の「予備群」が約40万人いると言われている。安倍首相は平成27年9月の会見で「介護離職ゼロを目指して、介護施設の整備や介護人材の育成を進め、在宅介護の負担を軽減する」と語った。しかし、単純にサービスや施設を増やせば済むという問題ではない。

医療・介護に携わる我々も可能な限りの支援を行う必要があるが、地域によっては介護スタッフ不足が常態化しており、今後も改善するという保証もなく、限界がある。介護スタッフの待遇を全産業の平均報酬程度に改善することは当然のことだが、腰痛対策にも力を入れる必要がある。介護業務は、腰部に過重な負担のかかる作業が多くあり、実際に、介護業務を含む保健衛生業において発生する業務上疾病のうち、約8割を腰痛が占めている。これに対しては、筑波大学発のベンチャー、サイバーダインが

開発・製造した「ロボットスーツ HAL 作業支援用（腰タイプ）（バッテリーを含む重量は約 2.9kg で、約 180 分動作する）」の導入が最適だと考えるが、料金は 3 年レンタルで月額 7 万 8,000 円（税別）と未だ高価であり、複数台導入する負担は大きい。また、現時点のロボットスーツの形態は施設向きであり、在宅での使用にはあまり向かない。国は、在宅での使用に耐えられる脱着容易、更には装着したまま他の作業もできる形態のロボットスーツ等の早期完成のために国策として iPS 細胞と同程度の開発費を、また医療機関、介護施設、介護事業所にはロボットスーツを無料で提供して欲しい。これは、好奇心の強い若年だけでなく、元気な高齢者の介護スタッフとしての活用にも有用だけでなく、大規模な検証によって軽量で使いやすいロボットスーツ等の早期完成にもつながるのではないかと。そうならば、輸出増大による経済効果も大きく、2025 年を乗り切る一助になれるのではないかと。

各県及び日医のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、高齢者の増加に伴う介護人材の確保が今後より重大な課題となるとの認識が示され、その対策の一環として介護ロボットの活用促進等の検討も必要であるとの見解であった。また、鹿児島県からは、介護ロボット等多角的な視点での議論は必要であるが、まずは、医療介護の従事者が将来にわたり安心して従事できるような雇用環境の整備も重要であるとの意見が示された。

<日医コメント>

今年度の補正予算で、介護従事者の負担軽減に資する介護ロボット導入促進事業が示された。52 億円の事業予算となっている。1 施設につき上限 300 万円、補助率 10 分の 10 となっている。是非市町村にご相談いただければと考える。

(6) 安定的な介護基盤の維持について

(鹿児島県)

安倍政権は、「1 億総活躍社会」実現のための柱の一つに「安心につながる社会保障」を掲げ、「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設・在宅サービスの整備、介護人材の育成・確保・待遇改善などに取り組むとしている。

しかしその一方で、国は社会保障費の抑制策を強め、平成 27 年度介護報酬改定では 2.27% のマイナス改定となり、次期診療報酬においても全体でマイナス改定とする考えを示している。

本県における介護報酬マイナス改定による影響は、県行政が、平成 27 年 10 月～11 月に県内の介護事業者を対象に実施したアンケート※において、事業所の 69% が「経営が悪化した」との結果となっている。

また、厚労省試算により、2025 年には全国で介護職員が 38 万人不足するとの推計が報告されるなど、将来を見据えての介護基盤の根幹が揺らいでいるのが現状である。

現在、全国各地において、地域の多職種、自治体、住民が協働し、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域づくりを目指す地域包括ケア体制の構築に向けた取り組みを行っているが、その理念を実現するためには、安定的に国民生活を支援できる医療・介護の基盤の充実が重要であると考えます。

本件についての各県と日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、地域包括ケアシステムの構築実現には、安定した介護基盤の確保が不可欠であるとの回答が示された。

佐賀県では、県内 952 事業所を対象に実施した調査結果より、介護報酬が引き下げられた影響について約 7 割の事業所が「収入が減った」との回答があったことが報告され、本県からは、県高齢者福祉計画の 2025 年の介護職員の需要推計（約 24,000 人）と供給推計の差として 4,556 人の不足が見込まれていることを報告した。

＜日医コメント＞

次は同時改定ということで、限られた財源を医療と介護でということになる。介護は医師会が全ての業界を束ねるといふ訳にはいかないが、少しでも力を合わせることは合わせないといけないということで、全国老人福祉施設協議会の会長と横倉会長とお話いただき、連携を強化しようということになり、いろいろな問題について定期的に意見交換の場を持つということになった。そういう形で、老健や日慢協等と定期的に意見交換を行っていくということを考えている。

また、エビデンスを出していかないといけない。先生方が介護分野をやられているところが多い。老健は73%が医療法人というデータもある。特養も医療法人が母体となっているところが多い。データを出していただけるような形になればより戦いやすいと考える。

社会保障の充実という意味では医療も介護もない。介護保険の場合は医療ニーズの高い方が増えている。医療と介護の一体化ということは高齢者では当たり前のことであり、医療だからとか介護だからということではなく、医師会としても介護分野もしっかり関わっていくという体制を構築していきたいと考えている。

(7) 介護施設等における医療提供・看取り体制の強化について (鹿児島県)

地域包括ケア体制が進むなかで、患者が住み慣れた地域や場所で安心して暮らせるには、医療提供の関与が不可欠である。

現在、「療養病床の在り方等に関する検討会」において、日医・四病協の提案として、介護療養病床廃止期限延長を前提に、「医療外付け型」「医療内包型」に分けた新たな医療サービス体系を示された。

本協議会においても介護保険施設での医療行為の制限等については、幾度となく問題提起されてきたところである。

今後さらに利用者の高齢化も進み、医療ニーズが高まる利用者が増えるなか、介護施設等に

おける医療的ケアの充実と看取り体制の強化が求められる現状を考えると配置医師以外（例えば、かかりつけ医）でも、十分関与できる弾力的な診療報酬体系が必要である。

また介護現場において医療と密に連携することで、介護施設等のスタッフも安心して介護ケアに従事できるのではないかと考える。

本件についての各県と日医の見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、介護施設等において医療的ケアの充実と看取り体制の強化が求められている現状を踏まえると、配置医師以外でも十分に関与できる弾力的な診療報酬体系が必要であるとの見解が示された。

また、宮崎県から、特養と集合住宅（有料老人ホーム・サ高住等）は医療必要度の観点からみると、その内容に差はないにも関わらず診療報酬に40倍の差があると指摘があり、これは、介護保険制度もなく有料老人ホームなど集合住宅がまだ一般的でなかった頃に決められた制度であり、現在のように集合住宅が終のすみかとして一般的になった現在では、両者の差を縮小する形の抜本的な改革が望まれると意見があった。

＜日医コメント＞

前回の改定で何が問題かということ介護保険委員会で検討したところ、1番目は特定集中減算の問題、2番目が特養の配置医師の問題ということであった。必ず見直して欲しいと考えている。

(8) 認知症サポート医の活動状況について (宮崎県)

現在、国の政策として新オレンジプランが実施されており、施策推進には認知症サポート医の活動が大きな鍵になると考えられる。

当県においても県と協働して、県内全市町村でのサポート医の育成や、サポート医がさらに

充実して活躍できるように本年度よりフォローアップ研修事業や協議会設置事業を県から受託して開始したところである。

各県の取り組み状況をお伺いしたい。

＜各県回答＞

認知症サポート医に対するフォローアップ研修について、熊本県、福岡県、鹿児島県、大分県、長崎県では、県の委託を受け県医師会が主体的に取り組んでいるとの回答が示された。また、大分県では、認知症サポート医の横の連携が十分でないという課題に対し、平成 24 年 6 月から県医師会内に「認知症サポート医連絡協議会」を設置し、かかりつけ医認知症専門研修の計画・実施等を行っているとの報告があった。熊本県では、認知症サポート医は、全ての市町村において平成 30 年度までの設置が目標とされている「認知症初期集中支援チーム」のメンバーでもあることから、サポート医がいないもしくは少ない地域の医師に対して認知症サポート医研修受講の働きかけを行っているとの報告があった。

＜先進事例に取り組む大分県より以下のとおり報告があった。＞

○大分県

認知症サポート医連絡協議会は今年で 4 年目となる。毎年連絡協議会を行い、お互いに情報交換をしていると、認知症患者や徘徊訓練等、各地域における多職種連携の取り組み等、あそこもやっているからうちもやろうという形で、やはり横の繋がりや情報の共有はサポート医にとって必須のものと考えている。

サポート医は医師会が推薦しないと自費でも参加はできないということで、行くからには県のホームページで公開するのは当然とし、それに加え協議会に入会すること、また今回は初期集中支援チームにサポート医が要件として入っているため、それに参加することを条件としている。

九州だけではなく、全国的にも問題となっているということで、新オレンジプランで 5,000 人

という目標と、初期集中支援チームが各市町村に設置されるということが決まり、それにサポート医が要件とされたことで爆発的に増えている。5,000 人は達成したということであった。今後は質の向上が問題となり、そのためにはやはり情報交換や連携が必要になってくると考える。

認知症サポート医は、神経内科、脳外科、精神科の専門医とそうでない先生方が半々くらいであったが、今後は、よりかかりつけ医の資質を持った方々がサポート医になっていくことが求められると考える。

サポート医に関する問題点として、サポート医の濃淡がある。組織化が必要となるが、5,000 人の組織化は難しいため各都道府県での取り組みが重要になると考える。北海道では来年度協議会が組織されると聞いている。全国でそういう動きがある。

＜日医コメント＞

今回の改定では、認知症がメインとなった評価が出来る。かかりつけ医が今後ますます認知症を診るということになる。また、身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における取り組みとして、多職種チームをつくり対応する評価も行われる。研修等認知症サポート医の役割が拡大していると考えている。診療所型の認知症疾患医療センターも診療報酬上も評価される。都道府県によって温度差がある状況であるので、長寿医療研究センターの事業であるが、日医も協力し、厚労省とも連携しながらサポート医のサポート体制等について検討していきたいと考える。

(9) 居宅介護支援事業所に係る特定事業所集中減算について（長崎県）

特定事業所集中減算につきましては、10 月開催の「介護保険・在宅医療対策協議会」でも協議頂いたところであるが、福岡県医師会の取扱いが非常に参考になったところであり、本会も長崎県に対し同様の取扱いを要望したところであるが、関係者にお聞きしても本減算によって非常に困っているとのことであり、早急な対

応が必要と考えている。

福岡県におかれては詳しい経緯や状況を、他県におかれては前回から何か本減算に関する動きがあればご教示頂きたい。

また、日本医師会におかれては、全国的な状況を把握されておられればその現状と、本減算の基準変更又は廃止について国に更に強く要望頂きたい。

<各県回答>

各県ともに、第1回各種協議会の際に福岡県から示された取り扱いを参考に県行政と協議を行っているまたは協議予定であるとの回答が示された。

福岡県より改めて県行政等と協議の結果、「医療系サービスに関し、サービスの提供に当たって医師の医学的判断等に基づき、特定の事業者に集中しているものについては、正当な理由として認めることとされた」との報告があった。

<日医コメント>

この件については、厚労省の担当課にも伝えられている。医療系としては認められないということで、次の改定では必ず議論することになっている。福岡県の取り組みも伝えている。しっかり考えていただくことになっている。

印象記

理事 比嘉 靖

長崎県にて行われた平成27年度第2回介護保険対策協議会に参加した。今回も介護保険、在宅医療、地域包括ケアの領域の9議題についての一括協議となった。

在宅医療分野では在宅専門医療機関に関わる問題点と在宅医療・介護連携推進事業が話し合われた。在宅医療専門医療機関にあたっては営利的な在宅集合住宅と連携を図る診療所のモラルについての危惧が相次いで表明された。日医鈴木常任理事から来年度にはかなりハードルの高い要件を課せられることになっているとのコメントがあった。また、熊本県と当県から提案された「在宅医療・介護連携推進事業」については各県から一部の医師会での委託は進んでいるが、複数の自治体を抱える郡市医師会ではやはり事業は進んでいるところは殆どなく、苦慮しているとの意見が殆どであった。日医からは厚労省にて行われた事業の推進状況については、沖縄県の状況は九州圏内では最低であり、今後は医師会として行政への積極的な協力、圧力が必要であることを、この方面での他県での保健所の役割についても検討する必要性を痛感した。

介護職員の確保策の一つとして「介護ロボット、ロボットスーツ」の補助については、既に一部の自治体では補助事業が始まっているとの情報が熊本県からなされた。日医からも国でも補助事業が始まっているとの情報があり、自治体への確認を取って欲しいとのことであった。安定的な介護基盤については、医療関連従事者300万人、介護事業従事者400万人、合計700万人は間違いなく国内で一番大きな比率を占める分野であり、国に対して、この分野での収入減に繋がるような報酬体系については再考を促すような活動を進めていくとの日医からのコメントであった。介護施設での医療提供、看取りの体制強化については福岡県の「看取り手引書」の有効利用、自治体による特養や老健などの施設での「看取り空間」の整備に対する補助金の交付について情報提供があり、当県への情報提供を検討したい。また、施設内での医療行為への報酬体系についても日医への要望が今回もなされた。

認知症サポート医の活動状況についての議題では、大分県や鹿児島県での先進事例の紹介があった。当県では県が事業を行っているが、必ずしもサポート医の要請や活動の補助などは進行しているとは言えず、県医師会としては県の今後の方向性などについて協力していく必要性を感じた。

「居宅介護支援事業所に係る特定事業所集中減算」については、例外事例についての対策が福岡県でなされ、これに習い熊本県でも行政の調整が進んだことについて報告がなされた。この点については日医も全国的にも珍しく、この事例については中央においても検討していくとのことであった。当県へも情報提供を行いたい。

全体としては、平成30年までの間に解決するべき問題点が多く存在することが改めて認識させられた協議会であった。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます） 午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 862-0007 スリーオーセブン FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について（お願い）

本会では、会員および会員の親族（配偶者、直系尊属・卑属一親等）が亡くなられた場合は、沖縄県医師会表彰弔慰規則に基づいて、弔電、香典および供花を供すると共に、日刊紙に弔慰広告を掲載し弔意を表することになっております。

会員に関する訃報の連絡を受けた場合は、地区医師会、出身大学同窓会等と連絡を取って規則に沿って対応をしておりますが、日曜・祝祭日等に当該会員やご家族からの連絡がなく、本会並びに地区医師会等からの弔意を表せないことがあります。

本会の緊急連絡体制については、平日は本会事務局が対応し、日曜・祝祭日については、緊急電話で受付して担当職員へ取り次ぐことにしておりますので、ご連絡下さいますようお願い申し上げます。

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 経理課：平木怜子 上里敬子 池田公江

九州各県医師会 医療事故調査制度担当事連絡協議会



常任理事 稲田 隆司



挨拶

高原 晶 長崎県医師会副会長

昨年からはまっている医療事故調査制度であるが、各県で問題等があるかと思うので、本日で協議頂き、これから先の医療事故調査制度のスムーズな運営につなげて頂きたい。

今村定臣 日本医師会常任理事

制度発足から4か月が経ち、法律の制定から1年数か月しかなかったということで、正に走りながら準備している面も多々ある。日医としても医療安全対策委員会を中心にこの問題に対応している。医療安全対策委員会では、福岡の上野副会長に副委員長としてご参画頂き、中核となってお世話頂いている。現在まで、当初推測していたよりも報告件数が少ないというのが今の実感であるが、これが入口を狭めた結果ということではご遺族の不満、あるいは国民からの不信感に繋がり、この制度の根幹に関わると思っている。私どもとしては、若干疑わしい症例は積極的に取り上げて報告して頂きたいと考えている。先生方ご案内のように、平成20年度における大綱案と違い、医療側のオートノミーに依存して制度設計されているということ

で、正に医療側に課せられた責務は非常に大きい。今年の6月には見直しする規定が附則に書かれているが、その内の一つである医師法21条問題については、会内の医事法制検討委員会において検討している。昨年末にどうにか纏まり、来たる2月9日に横倉会長へ答申することになっている。内容としては条文の若干の修正と医師法33条の2の罰則規定の削除を日医として求めていくというものである。この問題については、自民党プロジェクトチームが2月中に議論を再開すると伺っている。日医の考えを出来るだけ反映させるような方向で進みたいと思っている。いずれにしても先生方からの意見を十分にお聴きして誤りのない対応をしていきたい。

協 議

- 1) 1. 日本医療安全調査機構からの情報提供について
2. 医療事故調査制度施行後4ヶ月時点の現状と問題点について (佐賀県)

<提案要旨>

第三者機関「日本医療安全調査機構」は、平成27年10月1日の医療事故調査制度施行後、

約1ヵ月間で、医療機関・助産所から「診療行為に関連した患者の予期せぬ死亡・死産」の報告が20件あったと発表している。内訳は、病院から15件、診療所・助産所が5件。診療科別では、消化器外科が5件、産科4件、その他が11件。また、医療機関などから寄せられた相談は274件あり、相談内容では、調査対象になるかどうかの判断を求める相談が約4分の1で、院内調査や報告の手続きに関する相談が多かったとしている。出来れば、報告があった20件の内容について、参考にさせていただきたく、日医より日本医療安全調査機構へ情報提供いただくよう働きかけていただきたい。

また、九州各県の本制度施行後4ヶ月を経た現状と問題点等ありましたらお聞かせ願いたい。

なお、本県では、別添のとおり、「医療事故調査制度に該当する医療事故発生時対応フローチャート」を作成し、もしもの時に備えていただくよう会員医療機関に配布している。

(2) 各県の医療事故調報告対象事例数と前回以降の新しい取り組みについて (宮崎県)

<提案要旨>

10月1日から医療事故調査制度が開始され、医療事故調査・支援センターでは10月には、全国でおよそ20件の医療事故の報告があったと発表された。

宮崎では12月7日現在のところ、制度に関する問い合わせはいくつかあったが、実際に医療事故調査支援団体としての取り扱いをしたものの、医療事故調査・支援センターへの報告・相談に至ったものはない。

各県の医療事故調査支援団体としての最新の対応件数等の状況をお聞きしたい。

また、これに関して医療事故調査支援団体として新たに取り組まれている活動等あれば、ご教示いただきたい。

※協議事項 (1)、(2) は一括協議

<概要>

各県より、医師会に寄せられた相談件数並びに第三者センターへの報告件数が報告された。

その中で、遺族より特別の訴えがないために第三者センターに報告しないと管理者が判断するケースや、遺族が納得しているとして報告しないケース、遺族が第三者センターへの報告を頑なに拒否するケースの場合の対応について改めて日医への見解が求められた。

<日医今村常任理事コメント>

制度上ご遺族のご意向に関わらず報告書を作成し、報告していただくことになる。

12月末時点での報告件数は81件で、1月に入っても1日1件のペースで報告が上がっており、1月末で百十数件になっているかと思う。

事故報告があった事例としてプライバシー等には十分配慮しながら、医療提供者、関係者との情報共有をしなければならない意味から、内容については出来る限り提供していただきたい。現在、機構に報告書が上がっているのが7件である。その中身についても、問題のある報告書もあり、その報告書のあり方についても考えていきたい。機構の中には総合調査委員会と再発防止委員会の二つの委員会が設置された。再発防止委員会には上野先生にも参画頂いている。報告・相談件数、報告書の件数等については機構から毎月公表されることになっている。日医としては、昨年末から都道府県医師会に月ごとの相談受付状況等を報告いただく。都道府県で受付けた相談件数については、近々公表したいと考えている。実際に支援した事例の件数については、事案が特定しないようプライバシーに十分配慮しながらブロック単位での数字を公表してはどうかと考えている。従来推定した例数よりは少ないということで、入口を狭めすぎにご遺族の不満あるいは国民の不信を招かないように注意していきたい。

(3) 医療事故調査等支援団体連絡協議会について (大分県)

<提案要旨>

日本医師会より、医師会の役割として地域の医療事故調査等支援団体相互の連携・調整の中心的役割を担い、協議会の準備について通知が届いていますが、本県では県医師会主導で11月20日県下8団体の支援団体が集まり協議会

を開催し、今後連携・調整を図るべく、協力を依頼した。

各県の医療事故調査等支援団体連絡協議会の設置状況等、日医として今後どのような位置づけで調整していくべきかご見解をお聞きしたい。

<各県回答>

各県とも、連絡協議会を開催あるいは、近日に開催することになっている。

<熊本>

来週月曜日に 29 団体の加盟による連絡協議会の発足式を開催する。

<福岡>

16 団体 24 施設が登録しており、県月下旬に協議会を予定している。

<鹿児島>

去る 10 月に歯科医師会、薬剤師会、看護協会、助産師会、精神科病院協会、鹿児島大学病院他支援団体並びに 2 病院参加のもと協議会を開催した。そこでは報告書の作成に関する意見が多く出された。

<佐賀>

去る 9 月に 11 支援団体、1 協力団体に集まって頂くと共に、更にオブザーバーとして弁護士に入って頂き、協議会を開催した。Ai については佐賀大が全面的に対応していただくことになり、窓口は県医師会に一本化することになった。

<宮崎>

支援団体 6 団体による協議会を開催し、会長は県医師会長が務めることになった。また、各団体、国立病院機構、精神病院機構、大学関係者、自治体病院等を含め 20 数名で構成する支援委員会を立ち上げている。事例報告採否の相談については、常任委員会 8 名で対応することになった。

<沖縄>

昨年 9 団体による連絡協議会を 2 回開催した。本県は離島県であるため、宮古、八重山地区の先生方にもご参加頂いた。

また、薬物の事故に対応するため薬剤師会の専門委員を置くことになった。精神科病院協会からも委員を出したいとの申し出があり、各団体のモチベーションが高まっている。

<長崎>

会内の院内事故調査支援委員会を中心に、必要に応じて開催できる連絡体制が整っている。現在、病院によって良く理解できていないところがあるため、その点を詰めていきたい。離島に関しては個別に中核病院の院長に直接お話しさせて頂いている。

<日医今村常任理事コメント>

各県において活発な議論が行われつつあることに有難く思っている。支援団体連絡協議会の開催状況についても現在、都道府県医師会宛に調査依頼をしており、まとまり次第報告させて頂く。中央レベルでは、日本医師会、四病協、医学部長・病院長会議等を中心とした支援団体の会議をこれまでは個別の打合せという形で行ってきたが、2 月 17 日に出来るだけ多くの団体に集まって頂き窓口の 1 本化の問題についても地域の支援団体の中で混乱を招かないように調整させて頂く。また、「医療事故」という名称については、「診療関連死」等々に変更できるか検討していきたい。

(4) 医療事故調査支援団体の広域連携について (長崎県)

<提案要旨>

医療事故調査制度の対象となる事例において、対象となる患者が県境を越えて中核病院に搬送され死亡した場合など、各県の医療事故支援団体あるいは団体協議会の連携が必要となることが想定される。

長崎県においては、県北地区と佐賀県あるいは壱岐、対馬と福岡県の病診、病病連携はかねてから深い連携にあるが、いままで公式に支援団体等の連携に向けた協定など交わされていない。このような事例が発生する可能性は各県境付近ではどこでも想定されることである。また、専門家の派遣などにおいても、協力をお願いしなければならない場合なども考えられる。

各県あるいは九州沖縄全体としての支援団体の連携体制の構築に向けた各県のお考えや取り組み状況をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県とも、協議会開催を要望する声が強かった。

＜熊本＞

先日、他県から熊本の地域の基幹病院に送られた患者がおられ、医療事故の案件らしいということであったが、連絡調整がうまくいかず、医療事故として採りあげられなかった事例があった。年に1～2度は顔見知りの会を是非開催していただきたい。九医連常任委員会でご提案いただきたい。

＜福岡＞

この制度の主体は医療機関であり、医療行為をした医療機関が中心となり、県をまたがった場合でも、報告をしなければいけないのはその医療機関が行い、搬送された医療機関の先生にも参加をしていただくことが原則であると考えます。

＜鹿児島＞

当県は3県との県境があるが、救急医療に関しては行政を交えた協議を行っている。事故調に関してはこれまで協議を行っていない。ぜひ九州の中で協議会を開催していただきたい。

＜佐賀＞

やはり各県との県境がある以上、協議会を開催してほしい。

＜宮崎＞

死亡事例が起こった医療機関ではなく、その基になった医療を開始した医療機関が中心となるべきである。九州ブロック内での情報提供がスムーズにいく体制づくりを是非構築していただきたい。

＜沖縄＞

本県は離島県でもあり、海で隔たれており、専門性の高い事案によっては県内では究明できないことは十分に考えられる。各県の支援を求めながら九州全体で助け合うことが大事であると考えます。

＜大分＞

共通した認識で取り組むことが大切である。

＜日医今村常任理事コメント＞

ご指摘の通り、ブロック単位での会議は是非とも行って頂きたい。私も各地でこのことをお

願っている。希少事案の検討については、相応しい委員がどこにでもいるというわけではないし、特定の方に負担を集中させてはいけない。県境を超えた話し合いの場を持つことは有用であると考えます。是非ともご検討頂きたい。

(5) 医療事故調査制度該当事案について

(熊本県)

＜提案要旨＞

対象事案（予期せぬ死亡）が発生した場合、医療法第6条の10に基づき医療事故調査支援センターに報告しなければならないとなっていますが、当該医療機関からの説明において患者遺族が納得し、事故報告等について拒否された場合の対応について各県の考え方を教示願いたい。

＜各県回答＞

各県とも、制度上、支援センターに報告すべきであるとの回答であった。

＜福岡＞

医療法第6条の10に基づく“予期せぬ死亡”ということであれば、遺族に説明し第三者センターに報告しなければならないと考える。

＜鹿児島＞

遺族の同意が得られなかったとしても管理者が医療事故調査制度の対象事案であると判断すれば報告の必要があると考える。遺族には十分な説明が必要である。

＜佐賀＞

この制度の主旨も良く理解しているが、遺族側が支援センターへの報告を絶対に容認しない場合がある。

＜宮崎＞

基本的に説明をして納得頂き、報告する。

医事紛争の事例でもあるが、当初は落ち着いたものが、半年、1年経ったときに訴訟となる事例も多い。実際に死亡事故が起こったときに、立ち会っていたご遺族はご納得頂けるが、立ち会っていなかった関係者（医療関係）によって話が蒸し返されることが良くある。そのようなこともあり、予期せぬ死亡事例については医療側として積極的に解明した方が無難である

と考える。そのためにも医療機関側に対する説明会を数多く開催したほうが良い。

<沖縄>

報告は義務として理解している。この制度は日本の医療安全の水準を高めるためのものであり、そのことを遺族側に理解を求めていくしかないと考える。

<長崎>

当該制度の主旨をご遺族に理解していただくしかない。

<大分>

この制度の意義を走りながら実感しつつ、各医療機関の先生方にも解って頂くよう働きかけをしていくことが大切と考える。

<日医今村常任理事コメント>

法令解釈上支援センターに報告しなければならない。お悩みの件は重々承知しているところである。遺族が非常に拒否している場合に、調査自体がどの程度できるのかという問題も出てくる。種々の問題点については、6月の見直しに向けて検討していきたい。

(6) 全国組織等病院で医療事故調査制度該当事案が発生した場合の対応について (熊本県)

<提案要旨>

全国組織等病院（大学病院・独立行政法人病院機構・日赤・済生会等）で該当事案が発生した場合は、県医師会支援団体へは支援を要請せず、本部に支援要請し、本部で協議等によって、各ブロック内で院内調査委員会を支援する場合がある。当然、医療事故調査支援センターへは報告することになるが、県医師会は関与しないことになる。この様な場合の各県の対応についてご教示願いたい。

<福岡>

そういう点では、本日報告している報告件数も県医師会に相談があった件数であって、それ以外にも支援センターに届けられている可能性はある。それは仕方ないのではないかと考える。

<鹿児島>

県全体の把握をすべく、全医療機関へ報告のお願いをしているが、全国組織の病院に対しては特別催促をしていない。

<佐賀>

本会に一本化して連絡していただくことをお願いしている。

<宮崎>

病院施設が県内にあまりない。精神病院協会の会長が医療安全評価機構の委員長でもあることから、精神病院関係、国立病院機構に関しては九州ブロック内で各県の協議会に任せるといふ報告を受けている。宮崎においては全ての事例が県医師会に報告されることになっている。

<沖縄>

本県では、大学、国立病院機構、日赤、市立病院等大きな組織から協議会の委員として参加している。この問題については、委員会において話し合いが持たれたが、情報共有のため、本会へ報告していただくことになっている。

<大分>

医師会が関与しないケースも出てくると考えられる。その際は支援センターより情報をフィードバックして頂くことを考えている。

<長崎>

それぞれの団体からしっかりとしたデータを中央に報告してもらい、センターの情報を充実させることが重要であると考え。県レベルで集めても仕方ないとする。

<日医今村常任理事コメント>

全国組織型の病院で起こった事案についてであるが、法律の立てつけとしては、支援団体の順位付けというものは無いことから、それぞれの判断に任されることになるが、組織内のみで対応することについては、国が求める公正性、中立性、透明性の点で疑義が出る可能性はある。そういう意味で外部の支援が求められている。その点からも厚労省としては出来る限り窓口を一本化し、その役目を医師会が担ってもらいたいとしている。四病協については、都道府県医師会に一本化することを良しとしているが、報告を求める意味

ではそれぞれの組織の中央にも報告することを日医としても了承している。日医としては、支援団体の連絡協議会においても窓口を一本化していただくようお願いしたいと考えている。ただ、法律上医師会を通すことは謳われていないため強制力はないが、日医として要望していきたい。

(7) 研修会等の開催について (大分県)

<提案要旨>

医療事故調査制度について、各支援団体・医療施設など制度の概略が周知出来てきたような状況。もっとご理解をいただき、支援団体と医療施設の知識を共有するため

①支援団体向けの研修会②医療施設を対象とした研修会③報告書作成の勉強会の開催を要望します。

<各県回答>

各県とも研修会の必要性を訴え、開催が求められた。また、管理者の積極的な参加とテレビ会議の活用が求められた。

<熊本>

是非、開催していただきたい。

<福岡>

まだまだ周知されていない部分があることから、特に医療機関を対象とした研修会を要望したい。

<鹿児島>

医療機関としては、遺族が納得すれば報告しないモーメントが働くことから、報告の重要性を徹底するための研修会が必要であると考えている。

<佐賀>

必要である。私自身がその立場になったことを考えるとまだまだ研修が足りない。

<宮崎>

医療機関向けに実施する場合は、テレビ会議等で受講できる体制を取ってほしい。

<沖縄>

ある事故が発生して、病院の幹部は報告しようとして準備を進めていたが、経営者がこれを認めなかった。このような事は今後も予想されることである。従って、この制度の主旨を研修会で

何度も訴えることは大事な事であると考えている。

<長崎>

各郡市区医師会において説明会を開催してきた。病院からも研修の依頼が来ており、院内事故調査委員会において対応していく。日医の研修会も積極的に参加している。

<日医今村常任理事コメント>

法律の立てつけ上、この制度の普及啓発については支援センターの役割となっている。日医では支援センターから委託事業として支援団体向けの研修会、医療機関向けの研修会を実施中である。支援団体向けについては、日医において1月16・17日、3月2・3日開催する。医療機関向けについては、仙台、福岡、札幌等全国7か所で行う。当委託研修事業は27年度の事業であるが、日医としては引き続き28年度についてもセンターから委託を受けて研修会を継続していきたい。

(8) 医療事故調査等支援団体における初期対応者の養成について (福岡県)

<提案要旨>

医療事故調査等支援団体の支援内容として、「調査に関する支援等」があるが、福岡県医師会調査分析事業の経験より、「調査に関する支援等」を行うためには、初期対応者の対応が重要になると考えている。

福岡県医師会方式では支援依頼を受けた後、平均して約2週間以内に初期対応者が当該医療機関を訪問し、事故概要の把握、カルテや看護記録、検査データなど当該事故に関する資料の抽出、院内事故調査委員会で議論を行うための争点整理の作成を行っている。専門員を含めた院内事故調査委員会で有意義な議論を行うためには、この事前準備がどれだけしっかり出来ているかが鍵となる。

事前準備には初期対応者の幅広い医療知識や疑問点の抽出、また、当該医療機関との信頼関係の構築など多岐に渡る能力が必要となる。

本県においては、複数の事例を通して初期対応者の養成を行っているが、医療事故調査等支援団体として各県医師会が実務を行うためにも

初期対応者の養成研修会が必要だと考えているが日医の見解をお聞きしたい。

<各県回答>

各県とも養成研修会の必要性を訴えた。

<熊本>

初期対応者については、マンパワー的にも必要であり、知識的にも磨いていかなければならない。

<鹿児島・佐賀・大分>

同意見である。

<宮崎>

初動の支援が医療事故の際には大きなウェイトを占める。全国レベルで均一化していただきたい。

<沖縄>

同意見である。多様な人材が必要である。

<長崎>

初期対応のマニュアルを作成した。それをベースに講習会でスキルを高め、経験を積んでいきたい。

<福岡>

初期対応については経験のある医師がやるべきであると考えます。

<日医今村常任理事コメント>

初期対応を確実に遂行できる人材の養成は、日医としても最も重要視している。過去2回の中間答申の中でもそのことを指摘している。ただこの問題については通常の座学だけでは身に着くものではなく、適正の見極めも難しく非常に手間のかかる作業と考えている。しかしながら日医としても積極的に取り組んで参る。まずは適切な講師の養成が解決しなければならない課題である。次年度の課題として取り組んで参りたい。メディエーターについては、若干初期対応と異なる役割もあろうかと思うが、このメディエーターの養成も大事だと考えており、日医としては日本医療評価機構と共済というかたちで養成を行っていきたい。

印象記

常任理事 稲田 隆司

医療事故調査制度をめぐる様々な問題点、課題が示され、その結果同制度の輪郭が徐々に明確さを増し、充実した連絡協議会であった。

各県共、この制度施行に正面から取り組み尽力された事がよく伝わってきた。特に宮崎県の提案された「医療事故」という名称をめぐる懸念はもっともで、言葉の持つ力を考える時、「医療事故」の日常使用は御遺族に異なったイメージを与えかねず、より本質、実態を表す「予期せぬ死亡」調査委員会とすべきであろうと考えた。

今後も誠実に調査を行い、御遺族と情と理を尽くして話し合い、この制度を護り育てて行きたいと感じた。

九州各県医師会 救急・災害医療担当理事連絡協議会



理事 田名 毅



去る2月26日(土) ホテルニュー長崎において標記連絡協議会が開催された。

協 議

※ (1) (2) (3) については、関連議題につき一括協議が行われた。

- (1) 九州医師会連合会災害時医療救護協定に係る訓練について (福岡県)
- (2) 大規模災害に対する各県医師会による合同机上訓練と実地訓練について (大分県)

【提案要旨】

昨年度締結された本協定第6条では「各県医師会は、協定の実効性を確保するために、相互に協力して必要な訓練を実施する。」と記載されている。各県医師会の連携や具体的な手順等について検討及び訓練を行うべく、その内容や進め方について意見を伺いたい。

【各県回答】

- 訓練実施については、これまで通りすべての県が賛成と回答した。訓練方法は、多くの県から災害状況を柔軟に付与できる図上訓練からはじめ、実動訓練の定期開催を求める意見があった。また長崎県から日本医師会との連携も踏まえた情報伝達訓練を求める意見があった。
- さらに福岡県から来る3月県外派遣を想定した医療救護訓練を実施するとの紹介があり、各県毎に県外派遣に備えたシミュレーションが必要との意見があった。
- 本県からは、協定を活きたものとするべく、運用マニュアル等の整備が必要であること、また訓練を通じた課題の整理と検証が必要であることを意見し、その上で、今年度は集中的な担当理事者会の開催、次年度開催県で訓練の定期開催をめざしては如何かと提案した。

(3) 大規模災害時に必要と思われる対応について以下について各県の考えを伺いたい (熊本県)

【提案要旨】

- ①大規模災害の対処基準について
- ②南海トラフ地震の被害予測について
- ③災害支援活動用ハザードマップの作成について
- ④各県担当者同士の顔の見える関係構築及び机上訓練の定期開催について
- ⑤全ての組織下で共通に動けるシステムの構築と訓練の必要性について
- ⑥空床情報がリアルタイムに把握できるシステム作りの必要性について

【各県回答】

- ①大規模災害の対処基準については、大方、南海トラフ級の地震に備えるべきとの回答があった。また鹿児島県から火山大噴火災害の対応については、風向きにより局所災害が発生すること等から、他の災害と区分した対応を求めた。
- ②南海トラフ地震での被害予測は、各県行政で既に公表されている被害想定調整結果等を用いた報告があった。また福岡県から平成25年度に活用した訓練資料の例示があった。
- ③ハザードマップの作成、④顔の見える関係構築及び机上訓練の定期開催、⑤全ての組織下で共通に動けるシステムの構築と訓練の必要性については、各県とも賛成との回答であった。さらに福岡県から災害医療対策については、小委員会等を設置し、回数を増やして進めていくべきことを強調した。また宮崎県から国土交通省や自治体が作成したハザードマップ（浸水想定区域や道路情報、危険箇所など図示）も有効利用できるとの情報提供があった。
- ⑥空床情報の共有化システム作りの必要性については、殆どの県から広域災害救急医療情報システム（EMIS）による対応の提案があった。しかしEMISについては、鹿児島県

から県によって一部情報項目が異なるため整備が必要との説明や長崎県から混乱した医療現場でリアルタイムに稼働できるか不安視する意見があった。

○この他長崎県から南海トラフ地震では、九州管内でも東部と西部で、被害に大きな差が予想されること、付随して各県の医療救護体制にも相違があると思われること等を挙げ、自県での医療救護に費やさねばならない分を除いた余力を、いかに効率的に大分・宮崎・鹿児島島の3県に派遣できるかが問われることになると提起した。また沖縄県から今後、災害医療コーディネーターの役割が一層求められてくることを強調し、昨年9月、鬼怒川決壊水害でのコーディネーター機能が功を奏した例を挙げ、今後如何に県行政の中枢に入り、九州各県の先生方と実効性を持った情報交換網が構築できるかが大事になると意見した。

【まとめ】

協議事項(1)(2)(3)の議事内容を踏まえ、担当の長崎県医師会より、本協定の実効性を確保するため、今後の進め方については、①各県担当理事・災害医療コーディネーターを招集した会合を開くこと、②訓練実施及びその内容について、次期開催県の熊本県医師会と調整の上、進めいくことの提案があり、各県の合意を得た。

この他、各県単位の取り組みとして、県行政の災害対策本部に「災害医療コーディネーター」として参画できるよう県当局との関係を構築するよう求めた。

【石井日医常任理事からのコメント】

この様な議論そのものが、互いの関係を構築する。始めることに意義があり、皆で話し合うことで顔の見える関係が強化される。互いのリソースを知ることは情報共有に繋がるものである。

訓練は共通で考えやすいテーマが良い。日医も「南海トラフ」を想定した訓練を実施した。壊滅的な被害が各地に起こることを実感した。逆に言えば九州は九州ブロックで助け合っているだけでことになる。

訓練は、オールハザード・アプローチを想定して貰うと良い。何が起きても対応できる形をめざすことが大事である。

医療コーディネーターに関する話題については、アメリカのインシデント・コマンド・システムは、災害時、現場に近いところが態勢を仕切る。軍もその指揮下に入る。

被災地では、様々な関係者が支援に入ると思うが、現地の事情をよく知る先生方が中心的役割を担う。地域のニーズやデマンドに対して100パーセント仕切って貰って良い。

日医が厚労省と共に実施した「災害医療コーディネーター研修」も、全国から医師会関係者やDMAT、日赤、行政関係者が同じテーブルに付き、共通言語で対処する内容であった。昨年、鬼怒川での水害もコーディネーターの位置付けが機能したとの報告もある。是非都道府県災対本部が立ち上がったならば、コーディネーター研修を終えた方々が医師会から災対本部に参画いただきたい。

また化学テロや化学災害は知識が無ければ、患者を診ることによって自ら被災するケースもある。その様な研修をどう作っていくか日医としてもサポート出来ると思う。

【釜淵日医常任理事からのコメント】

それぞれの都道府県の県行政との日頃の関係が大事である。我々の思いや力を最大限発揮するためには、日頃から行政と顔の見える関係を作っていく努力が必要で、その中で我々の思いが実ると思う。

(4) 災害による原発事故対策について (大分県)

【提案要旨】

当県は伊方原発から45kmに位置する佐賀関地区を抱えている。南海トラフ地震等で同原発

が被災した場合の現地住民約5,000人の避難先にもなっており、当医師会も県に協力して医療救護活動をする事になっているが、九州各県の取り組み諸事例について教示いただきたい。

【各県回答】

- 原発事故への対策状況は、立地地域や隣接地域(30キロ圏内)、またそうでない地域との間で対応にバラツキが見られた。
- 原子施設の立地地域や隣接地域である佐賀や鹿児島、福岡の3県医師会では、県地域防災計画に基づき、原子力防災訓練の実施や避難所に隣接する医療救護所での「初期被ばく医療活動」や発電所内で発生した汚染を伴う負傷者への被ばく医療処置を行う「二次被ばく医療訓練」、UPZ圏内の患者の避難体制確立に向けた「入院患者避難訓練」等が行われている旨報告があった。
- さらに鹿児島では、空間放射線量の状況や気象条件等に応じて避難先を選ぶ県行政独自の「原子力防災・避難施設等調整システム」の活用や川内原発から半径5km以内に居住する住民への説明会(安定ヨウ素剤配布)に地元医師会の協力を得ながら実施したことを紹介した。
- また長崎では壱岐市から全島避難を想定した福岡県への広域避難訓練が平成25年度から実施されているが現在のところ県医師会として積極的な参加はないとの説明があった。
- この他、熊本、宮崎、沖縄の3県医師会では、原発事故を想定した訓練や具体的な対策は講じられていないとの回答であった。

【石井日医常任理事からのコメント】

一つ大事なことは距離だけの問題ではない。汚染被害は気象条件等、様々な要件で拡大する。遠方だから何もしないで良いことにはならない。放射線事故は見えないが故に怖いという非常にシンプルな反応が出る。目の前に被ばくしたか如何か分からない患者が現れる可能性もある。それにも対処しなければならない。我々

は常に幅広いシミュレーションをしておく必要がある。

5,000人のエバケーションプログラムとしては、瀬戸内側にあるフェリーの利活用を含めた検討が必要である。

しかし問題はその後である。福島原発事故後、14万人が撤退した。県外避難者には全員測定サービスを実施する等、関係者は想定外の物凄いエネルギーを費やした。

また原発事故の反省材料としては、ディスクロージャーの問題がある。医師は守秘義務を持っている。他に言えなくとも我々に話して貰う雰囲気作りを日頃から繰り返し発信して行くことが肝要である。

日医では「原子力災害における安定ヨウ素剤服用ガイドブック」を作成している。安定ヨウ素の事前配布に関する必要な事項や原子力施設事故における避難と安定ヨウ素剤服用の関係等を纏めてあるので活用いただきたい。

(5) JMAT 派遣時の携行医薬品について

(宮崎県)

【提案要旨】

本県では先の震災で医薬品の調達に苦慮した経験から、今後「宮崎市郡医師会病院」及び「宮崎県医薬品卸業協会」の協力を得た調達方法(①備蓄はせず納品方式：発災後、卸業協会から病院へ医薬品を納品。②納品された医薬品をJMATが受け取り被災地へ、③精算は県医師会の構築を考慮しており、現在、その契約及び協定の締結に向けて進めている。各県の対応状況および日医の意見を伺いたい。

【各県回答】

○医薬品卸業協会との協定の締結については、鹿児島県が卸業協会及び医療機器協会と締結したとしたが、その他の県では構築に至っていないと回答があった。

○鹿児島県では、県内6カ所の病院に医薬品等を備蓄(236品目)しているが、桜島の噴火や川内原発、南海トラフと3つの大きな事象を抱えているため、更なる安定供給体制の充実が必要とした。

○また協定の締結以外では、福岡県が会館内に設置されているメディカルセンター診療所からJMATへの医薬品提供体制があることを紹介し、沖縄県からは災害医療委員会にて先遣派遣隊用参考リスト(医療救護班携帯医薬品・医療資機材ならびに装備リスト)を纏めたことを紹介した。

○この他代替案として、佐賀県から薬剤師が医薬品を携行してJMATと合流する体制の確立や長崎県から日医の全国的な連絡網の活用について提案した。

○また医薬品リストについては、提案県の宮崎を含め、熊本、福岡、佐賀の4県医師会で日医作成「JMAT携行医薬品リスト」を基本にしていると回答があった。

【石井日医常任理事からのコメント】

経験上、流通在庫は在庫でない。卸を巻き込み提供して貰うことは一つの方法であるが、流通が止まればゼロになる可能性がある。

医師会は備蓄が出来ない為、薬剤師会とタッグを組んでいただきたい。卸の在庫も確保しながら、現物があると良い。

日医JMAT携行医薬品リストは、約1,000人の避難所で1週間サプライできる内容である。価格は40万円程度である。また精神科や小児科セット等もリスト化してある。

800を超える郡市区医師会或いは薬剤師会に一つぐらいの目安で備蓄があれば、何があっても対応できるようになると考えている。

また医薬品は複雑多岐にわたるため、薬剤師にも救護班として同行して貰った方が良い。

印象記

理事 田名 毅

本協議会に関しては、実は私が沖縄県医師会から提案し、今回地域医療の他の議案とは独立した形で開催が実現した。九州各県医師会は、大規模災害時の災害医療協定「九州医師連合会災害時医療救護協定書」を平成26年7月4日に締結している。しかしながら、各県持ち回りの他の議題と同じ会議の中では議論を深めることが出来ていないと考えたからだ。

今回の会議の要約にあるように、今後どのような会議、訓練を行うことが出来るかという点について、大半の時間が費やされた。しかし、残念ながら具体的な方法については明確な答えが得られなかった。次年度担当県の熊本県医師会の担当理事である西先生は、各県で行われている大規模訓練に他県の担当者を派遣してみてもどうかと話されていた。しかし、実際には派遣人数、メンバー（DMAT中心か、JMAT中心か）、また予算の確保など検討すべきことが多い。毎年人が集まりやすい福岡で会議を行うことも一案と考える。その際は、医師会担当理事以外に各県で養成された災害医療コーディネーター、可能であれば人員の輸送でお世話になる可能性の高い自衛隊関係者にも参加していただくと、より実務的な話し合いが可能となり、連携体制の構築が出来るのではと考える。次年度の熊本県からの発案に期待しているところである。

その他、原子力発電所がある県においては、放射能汚染等の対策を立てていることが会議を通して分かった。医療支援に入る際に放射能汚染対策に関する必要な知識、情報は日頃より整理しておく必要があると感じた。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記 URL 参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：吉川・国吉）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいますようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

URL： <http://www.documents.okinawa.med.or.jp/>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

万一の医療事故に備えての保険制度です。

JMA 日医医賠償特約保険 —A会員の任意加入—

「平成28年7月1日保険開始」分の加入受付および更新手続き始まる

- A会員の任意加入方式による「日医医賠償特約保険」は、「日医医賠償保険」の優れた特色を継承し、その機能を補完する保険として会員の関心も高く、すでに多数のA会員が加入しています。
- 未加入のA会員は、所属の都道府県医師会（一部地域によっては、郡市区医師会）から、手続き用紙を入手のうえ、来る5月31日までに加入手続きを完了されるようおすすめします。
- すでに加入されているA会員は、加入内容に変更がなければ自動継続となるので、手続きは不要です。加入内容に変更が生じたり、継続の中止を希望するA会員は、加入内容の変更や脱退等の手続きが必要となります。
- 特約保険の詳細は、冊子「日本医師会医師賠償責任保険（含む日医医賠償特約保険）—解説—」をご覧ください。
- 同冊子を必要とされる会員は、その旨、所属の都道府県医師会に連絡ください。

加入を
おすすめする
A会員

- ・非A会員が起こした医療事故につき、開設者・管理者としての賠償にも備えたいA会員
- ・法人(99床以下の法人立病院と法人立診療所)の責任部分の賠償にも備えたいA会員
- ・高額賠償の支払い(1事故2億円、保険期間中6億円まで)に備えたいA会員

■日医医賠償特約保険 支払例 「医療法人(一人医師医療法人以外)」のみが賠償請求を受けたケース

事故の概要		〈保険金の支払い〉	
医療機関	法人立診療所(院長は日医A1会員、勤務医は非会員)	・特約保険加入の場合	1億2,900万円(免責100万円を差し引いた全額)
内容	医療行為上の過失により重度の後遺障害が発生し医療法人のみが賠償請求を受けた	・特約保険未加入の場合	日医医賠償保険「基本契約部分」では、法人に対する賠償請求は対象となりません。*
認定された損害賠償額	1億3,000万円 (将来にわたる介護費用、逸失利益、慰謝料など)		

※勤務医師個人のみを対象として賠償請求がなされた場合は、当該勤務医師個人を対象とする保険が必要となります。
 ※「一人医師医療法人」の場合は、法人宛請求でも個人立診療所に準じ日医医賠償保険「基本契約部分」に対応します。
 ※法人からA会員個人に対して賠償請求が行われた場合、その医師の責任割合部分を支払う場合があります。

特約保険のてん補限度額と掛金

1. てん補限度額：

日医医賠償保険と合算して

1事故(同一医療行為につき)……2億円

保険期間中(年間)………6億円

(免責金額は1事故100万円)

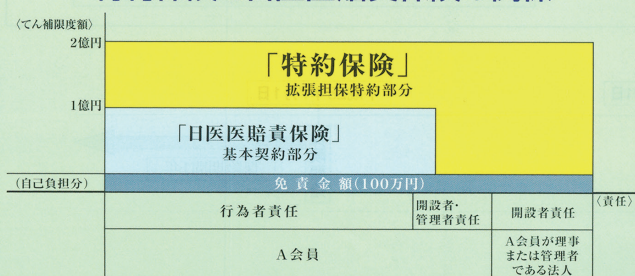
2. 掛金(1年間)

- ① 診療所 ……20,000円 ② A2会員* ……20,000円
 ③ 病院 ……

掛金 =	補償対象の病院に常勤するA2会員数	1病床あたり掛金		一般・療養 × 病床の許可 - 40,000円 病床数
		在籍なし	13,800円	
		1~2名	13,100円	
	3名以上	12,400円		

※A2会員とはA2(B)会員及びA2(C)会員をいいます。

特約保険と日医医賠償保険の関係



保険期間

平成28年7月1日から1年間

加入手続き

平成28年5月31日までに
所属の都道府県医師会
(一部地域によっては、郡市区医師会)へ

●お問い合わせは本会まで●

日本医師会(医賠償対策課) 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL03-3946-2121

第7回沖縄県医師会県民健康フォーラム

平穏死について ～輝く人生を全うするために～

沖縄県医師会広報委員 玉井 修



式次第

司 会：沖縄県医師会広報委員会委員
那覇市医師会常任理事 玉井 修

1. 開 会

2. 挨拶

沖縄県医師会会長 宮城 信雄
沖縄県保健医療部長 仲本 朝久

3. 講 演

座 長：沖縄県医師会広報委員会委員
那覇市医師会常任理事
玉井 修

パネルディスカッション

「平穏死」のすすめ

一口から食べられなくなったらどうしますか—
東京都世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム
石飛 幸三

「看取りの場」としての高齢者介護施設

日本尊厳死協会おきなわ会長
源河 圭一郎

ギアチェンジ ～緩和ケアの立場から患者・家族が望む最期について考える～

オリブ山病院 看護部 緩和ケア認定看護師
又吉 昌代

4. 閉 会

平成28年2月27日（土曜日）パシフィックホテル沖縄において第7回県民健康フォーラムが開催されました。今回は『平穏死について～輝く人生を全うするために～』と題して、東京から世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホームの石飛幸三先生に基調講演をお願いしました。死や死者を語る事がいつの間にかとても少なくなりました。私が子どもの頃は本家にはトートーメーがあって、盆や正月には亡くなった祖先の話題で花が咲いていました。今は亡き祖先の武勇談、失敗談、うわさ話は子供心に興味をそそられました。

私のひいおばあさんのお話を一つ。

明治生まれでガージューで有名な、ひいおばあさんは、ある時祖先に対するウガンブスク（押し不足）が原因で、親族に不幸がやってくると言うユタに対してこう一喝しました。私たちの祖先には子孫に対して災いをなす様なひねくれた祖先は誰もいない！帰れ！と。「ひい」と言っただけでユタは逃げ帰ったそうです。ユタを一喝するとは恐ろしい。

このような昔話を親族で楽しそうにしている空間には、今は亡き人たちを偲び、その血をひく者達の連帯感が自然に湧いてきました。死や死者は身近にあり、死や死者の事を話す事は自然でした。最近では、死はどこか遠くで、誰かの手で、モニターを見ながら行われる様になってしまいました。死が遠のけば、生が近づくのでしょうか？違いますね、死が遠のけば、生はもっと遠のくのでしょうか。

死を語りあう事で、今をより良く生きる事を考えるきっかけにしたい、そんな思いでこの会を主催しました。社会にはメタボ、いじめ、過

労死、虐待、孤立、スマホ依存、貧困等様々な問題が渦巻いています。県医師会で死を扱う事に関しては様々な意見がありましたが、命について語りあう事は、死を見つめる事に他ならないという事で今回のテーマを設定しました。沖縄の特殊性も考慮して日本尊厳死協会おきなわ会長の源河圭一郎先生と、看とりの現場からオリブ山病院緩和ケア認定看護師の又吉昌代さんにも参加して頂きパネルディスカッションを行いました。会場に溢れんばかり、600人の参加者があり、県民の関心の高さが伺い知れました。

講演の抄録

基調講演「平穩死」のすすめ 一口から食べられなくなったらどうしますかー



東京都世田谷区立 特別養護老人ホーム芦花ホーム ホーム医師
石飛 幸三

われわれは、人生最期の迎え方について、今までになく考えなければならない時に来ています。日本は世界一の長寿社会になりました。延命治療は次々と開発されます。自分の最期の迎え方を選べるはずなのに、どこまで延命処置を受けなければならないのか判らなくなっています。

我々は老いて衰えて最期は自分の口で食べなくなります。実はこれは身体が生きることを終える証なのです。最終章での必要な水分や栄養

の量はどんどん減っていきます。死ぬのだからもう要らないのです。入れない方がむしろ穏やかに逝けるのに入れるのです。

多くの人は人生の最終章が来たら、病院で管だらけになって死ぬのは嫌だと言います。しかし親や連れ合いの最期が来ると、救急車を呼んで病院に送ります。点滴や経管栄養（胃瘻）をして、頑張らせなければならないのでしょうか。反って苦しめることにならないのでしょうか。

我々は自然の摂理を無視して、医療に過剰な期待をしているのではないのでしょうか。今改めて医療のあり方を考えなければならないのです。‘一人しか居ない私のお母さん、どんな姿でもよい、いつまでもこの世に居て欲しい’というあの家族の感情、その思いはわからないではありません。しかし本当は理性の問題なのです。家族自身が、何が親のためになるかを考えるべきです。何れは自分の番が回って来ます。一人ひとりが自分の問題としてとらえ自律すべきです。老衰という自然の摂理を認識し、医療は本来人のための科学であることに戻り、最終章における医療の役割、介護の使命を認識する

時です。私が作った「平穏死」という言葉の意味は、単なる延命治療が意味をなさないのであれば、それをしなくても責任を問われるべきでないという主張なのです。

生きて死ぬ、自然の摂理、死の高齢化の大波はもうわれわれの足下をすくいはじめています。

「自然」とはそもそも「^{おのづか}自^{しか}然り」、しっかり生きて、そして最期に自然に従ってこれでよかったと思いたいものです。

「看取りの場」としての高齢者介護施設



日本尊厳死協会おきなわ会長 介護老人保健施設オリブ園 施設長 源河 圭一郎

本来、介護老人保健施設（老健）は「医療の場」と「生活の場」を結ぶ「家庭復帰施設（通過施設）」として開設されたが、今では利用者の入所期間が長期化し、通過施設あるいは中間施設としての役割が破綻し、新たに「看取りの場」としての役割が追加されている。

その背景には、老健入所者の高齢化、医療および介護度の上昇に伴って地域の介護体制が追いつけず、家庭復帰がますます困難になったという事情がある。その結果、老健は行き場を失った入所者の「終の棲家（ついのすみか）」としての性格を帯びるようになった。

高齢者は一般に住み慣れた地域や自宅で人生を終わりたいと望んでいるが、その願いが叶わ

ない場合は、長く住んでいる介護施設で最期を迎えたいと希望することが多い。在宅死や介護施設での看取りが普及すれば、病院で行われがちな単に死期を引き延ばすだけの濃厚な延命措置が行われなくなり、人間としての尊厳を保ちつつ、最期を迎えるという平穏死、自然死、尊厳死に近づくと予想される。

寿命には限りがあり、やがて老衰を迎えて寝たきりになり、その末に死が訪れることは避けられない。現在、日本の介護施設では多くの寝たきり高齢者が胃瘻などの経管栄養を続けながら入居している。全くものも言えず、関節も固まって寝返りすら打てず、胃瘻を通して人工的水分・栄養補給を続けている高齢の認知症患者を目の前にすると、これが果たして人間の尊厳に値するのかと考え直さざるを得ない。

欧米の介護老人施設には、寝たきりや胃瘻の高齢者は居ないという。終末期を迎えた高齢者が口から食べられなくなるのは当たり前で、胃瘻や点滴などの人工栄養で延命を図ることは非倫理的であると認識し、そのようなことを実施すれば、老人虐待と考える。多くの高齢者は、寝たきりになる前に亡くなっている。

医学の進歩は確かに平均寿命の延長をもたらしたが、寝たきり高齢者も増やすという皮肉な結果を招いている。百歳を超える高齢者は今なお、沖縄県は単位人口当たり全国最多で、長命ではあるが健康でない期間も長いという現実がある。高齢社会にふさわしい長寿とは、平均寿命の長さではなく、心身ともに健康で日常生活が制限されない期間の長さ、すなわち健康寿命の長さである。

介護施設での看取りを円滑に進めるための今後の課題として、リビング・ウイル（尊厳死の宣言書）の普及、介護職員の不安解消・負担軽減およびターミナル教育などが挙げられる。

現在の老健施設

- 入所者の高齢化と介護、医療依存度の上昇
- 3か月ルール崩壊⇒長期入所⇒終の棲家？
- 「第二特別養護老人ホーム」
- 「特別養護老人ホーム待機場所」
- 長期入所の延長線上に終末期の看取りの増加がある
- その背景：少子化、核家族化の進行による在宅介護力低下

胃瘻と高齢認知症

- 誤嚥性肺炎を予防する
- 生存期間を延長する
- 感染症を予防する
- 身体機能改善や症状緩和に貢献する



【結論】

高齢者認知症患者に対する経管栄養は避けるべき

(T E Flucane:JAMA 282:1365,1999)

361例の胃瘻造設(PEG)後の生存率

	3か月	1年
• 脳梗塞	72%	58%
• 認知症	22%	10%
• その他	76%	52%

(D.S.Sanders:Am J Gastroenterol 95:1472, 2000.)

リビング・ウィル(尊厳死の宣言書)

1. 私の傷病が現代医学では不治の状態
で死が迫っている場合、単に死期を引き延ばすだけの延命措置はお断りします。
2. 但しこの場合、私の苦痛を和らげるために十分な緩和医療を行なって下さい。
3. 私が回復不能な遷延性意識障害(持続的植物状態)に陥った時には、生命維持装置を取りやめて下さい。

ギアチェンジ

～緩和ケアの立場から患者・家族が望む最期について考える～



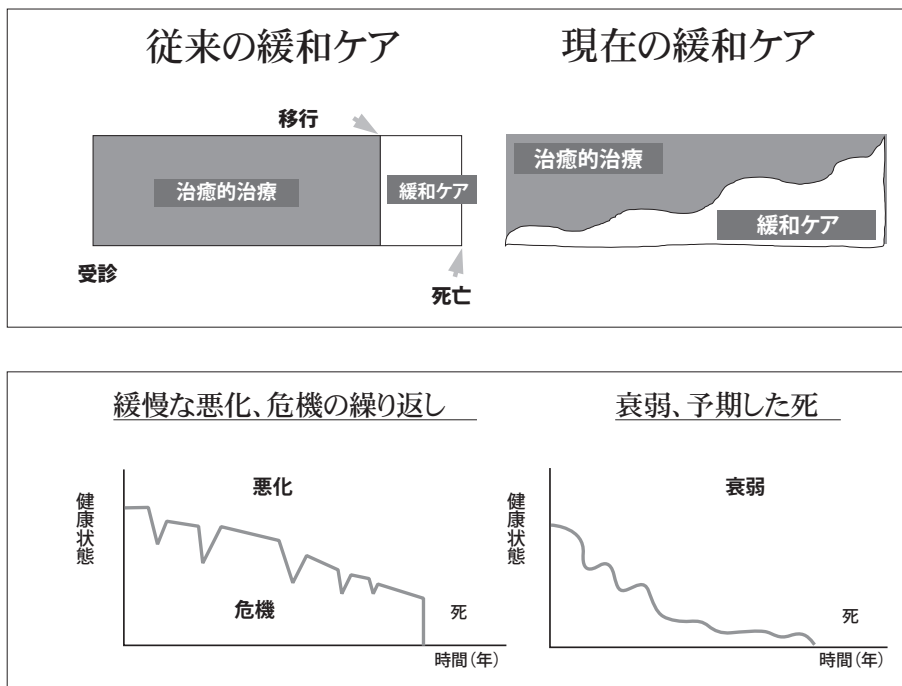
オリブ山病院看護部 緩和ケア認定看護師 又吉 昌代

以前緩和ケアでは、ギアチェンジという言葉が多く使用され、「集学的ながん治療から緩和ケア中心の医療・ケアへの転換」を意味するものとされてきました。しかし近年、緩和ケアの概念は大きく変化し、現在は早期からの緩和ケアの実施が望ましいと考えられるようになっていきます。治療はしっかりしながら、緩和ケアも同時に行う治癒的治療と緩和ケアの比重が徐々に変化するケアが主流となり、ギアチェンジは必要ないとも言われています。副作用の少ない分子標的治療薬が登場し、癌治療は飛躍的に進歩しています。ホスピス・緩和ケアは、その人がその人らしい人生を全うすることを支え、寄り添うということに重点をおいたケアがありますが、近年は医学的な領域が強調されつつあるようにも思います。ギアチェンジとは車の速度に合わせてギアを入れかえるように、切り換えが求められることですが、薬剤が使えなくなった時、一般病棟から緩和ケア病棟へ移行する時、患者・家族にとっては治癒以外への目標転換をすることであり、ギアチェンジとなります。その中で病気が進行し、体力が低下し、食欲もなくなり、これまでの生活が困難となり、この先の自分のあり方について考えるとき、これもまたギアチェンジとなります。今までのように完治するための治療はできなくても、痛みやつらい症状をとり、家族とゆっくり過ごす時間ができたことを喜んだり、食事を食べることができなくなっても、好みの物を美味

しく食べた事を共に喜ぶことができた時、その時が患者・家族のギアチェンジの瞬間なのではないかと考えます。

高齢者の施設においても「看取りの場」としての役割が追加され、点滴や経管栄養の是非、延命について問われるようになってきました。日本人は死について語ることをタブーとされてきた歴史がありますが、超高齢社会に突入するなか、これまでの医療や生や死のことについて考える時期に来ていると思います。人工呼吸器や

点滴、経管栄養だけではなく、どこまでどんな治療をするのか、自分の生活や生きること、最期のあり方を考え、話し合うことが必要となっています。私たち医療者は、患者・家族がそれらについて話し合い、じっくり考え、きちんと選択ができるように、正確な情報を具体的に理解できるよう提供し、共に考えていくことが必要です。また決定したら、その下した決断を悔いのないように精一杯支えていくことが重要だと考えます。



意見交換会

- 玉井先生 皆様お疲れ様でした。今日は600人を超える観衆が入ったと思います。早速ですが石飛先生今日のご感想いかがでしたか。
- 石飛先生 言いたいことは言えたと思いますが、舌が上手に回らなかったかなと思います。
- 源河先生 平穏死についての石飛先生の感動的な基調講演を拝聴し、感銘を深くしました。ありがとうございます。私は尊厳死の立場から、終末期の胃瘻造設について、否定的な見解を述べさせていただきました。

- 又吉氏 今日はいい経験をさせて頂きました。ありがとうございます。石飛先生のお話しはすごく聞きやすくて良かったです。
- 玉井先生 やはり、死に行く人達の話しも良かったです。その周りにいる介護施設の職員の話、家族の方の話も印象深かったです。何かを残していくような「感動」とか「言葉」とか「想い」だと思います。
- 石飛先生 私が一番得したのかなと思っています。ホームに来て、老いて苦しまないで亡

くなられる平穏死を次々見せて頂いて、老衰死が恐ろしくなくなりました。この世界に来なかったらつまらない一生だったと思います。

○玉井先生 琉球新報社の糸数さんいかがでしたか。

○琉球新報社 糸数氏



石飛先生の声がすごい入ってきて理解しやすかったです。感情の中まで入ってくる澄み渡る声でした。私も人間としての本当のあり方を考えました。参加して良かった

と思いました。ありがとうございました。これまで、こんなに反響があったテーマは無かったです。もっとこのような機会を作って良いかなと思いました。

○玉井先生 このテーマを考えたのは本竹先生ですが、いかがですか。

○本竹先生



石飛先生と同じく血管外科の仕事をしていました。中には難しいケースがあって、結果的には助けることができなかつたが、回復の可能性を信じてとことん治療する、

その結果外見が変わるほどむくんでしまったようなそんな経験もありました。治療の線引きは簡単ではありませんが、後輩たちには同じことをやってほしくないと思います。石飛先生が仰ったように、最後は下顎呼吸で息を引き取りますが、見た目は苦しいように見えますが、実際意識はないんです。今の医療現場はモニターがいっぱいあって、最後の筋肉の痙攣がモニターに映ると(心電図など)、家族は未だ生きているのという話しになります。家族を誤解させているものが多くあります。もっと説明が必要と考えています。それが今日の講演の全てに繋がると思います。

県内でも地域によって看とりの仕方が違うと思います。今度、県医師会の広報委員会でそれぞれの地域を回って看とりについての懇談会の開催を検討しています。沖縄の40代～50代の早世率がNO1という状況で、「亡くなり方」を考えれば逆に「健康を考える」きっかけになるのではと考えて今日のテーマを提案したわけです。

○玉井先生 次に沖縄県として、看とり、終末期医療についてプランはございますか。

○国吉統括監



まずは、御講演誠にありがとうございます。本当に染み渡る内容でした。我々は県民に対してどのように医療に掛かればいいのか、自分の事、周りの事を考えましよう

ということでお願いしています。各圏域でも話しを進めており、その中でこのテーマは重要です。在宅、終末期、看とりに繋がってきますので非常にありがたいと思います。

僕の感想ですが、沖縄県民は医療に対する依存(期待)が非常に大きいです。要望が多くあります。そうじゃなくて自分でもできることがあるんだよというのを是非考えてほしいと思います。県民は風邪を引いたら土日でも救急に掛かります。それなのに血圧の薬を取りに行かないとか、そうじゃなくてお互い頑張ろうということを申し上げていきたいです。今日は本当にありがとうございました。

○宮城会長



県医師会でも生きるということを考える機会をこれからもつくっていきたくと思っています。今日はありがとうございました。

「親睦囲碁大会参戦記」



理事 照屋 勉

平成 27 年度沖縄県医師会主催：「親睦囲碁大会」が平成 28 年 2 月 11 日（木）、南風原町新川の「んかか」（fig.1）にて開催されました。自称 2 段から名誉 8 段まで総勢 19 名の囲碁仲間が集結し、プライドをかけて熱戦を繰り広げました。対局のスタートはお互い近い段位の相手と対戦し、2 局目から段位に関係なく空いている方とドンドン対戦していく『スイス方式（fig.2）』を採用しております（以前は、A リーグ・B リーグに分けておりましたが…）。今回は、なんと「スペシャルゲスト」として、日本棋院東京本院所属：梅木英（うめきすぐる）九段（fig.3：プロフィール）をお招きいたしました。多面打ち対局ならびに局後ご指導を頂きました。梅木先生との対局・指導碁は、勝てば 2 ポイント、負けても 1 ポイント…という特別ルールを設けましたので、参加された方々は気軽に指導碁を受けることができました。とても紳士的で優しい先生でしたので、小生的にもとても勉強になりました。因みに、小生は 5 子局でなんと“3 目勝ち”…！。勝たせて頂いたとはいえ、飛び上がるほどの嬉しい気持ちを抑えるのに必死でした！。

さて、今回の栄えある『優勝』は、嬉野が丘サマリア人病院：砂川恵徹先生（8 段）～7 勝 1 敗（最高勝率）＝大方の予想通りです！流石です！『準優勝』は、沖縄県囲碁連盟事務局：大島隆義さん（ゲスト：5 段）～7 勝 1 敗（最多勝数）＝明るく優しく強い 5 段です！『3 位』は、沖縄県囲碁連盟副会長：大城登喜さん（ゲスト：4 段）～5 勝 6 敗（最多試合数）＝スタートから『3 位』狙いの全 11 局！まちががなく脳ジージーしたはず！。小生的には、5 戦全勝（指導碁勝利の 2 ポイント含む！）6 勝

0 敗で臨んだ饒波保先生（3 段）との最終局…。終盤、勝利を確信しほくそ笑んでおりましたら、饒波 3 段の粘り腰が炸裂し、死んでいると思っ



fig.1

平成27年度沖縄県医師会親睦囲碁大会対戦表

		【段位・五十音順】																		
No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
氏名	砂川	岩橋	知念	大島	岸本	渡口	仲宗根	村田	大城	奥山	横井	宮里	糸敷	仲本	饒波	新崎	大山	照屋	米田	
段級	8段	6段	6段	5段	5段	5段	5段	5段	4段	4段	5段	4段	3段	3段	3段	2段	2段	2段	2段	
1回戦	○	○	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	○	○	○	×	×	○	×	
	指	指	8	11	10	16	指	3	12	5	4	9	20	17	6	15	19	18	13	
2回戦	○	×	○	×	○	×	×	○	×	○	○	○	×	○	○	×	○	○	×	
	指	7	16	12	20	11	1	5	11	13	9	4	10	11	指	4	指	9	5	
3回戦	○	×	○	○	×	○	○	×	×	○	○	×	○	×	×	○	×	○	×	
	7	18	指	17	13	12	2	20	19	20	6	6	5	12	3	20	6	指	10	
4回戦	○	×	○	○	○	○	○	×	×	×	×	○	×	○	×	×	○	○	×	
	13	1	15	10	9	18	6	7	5	4	15	15	1	9	18	19	16	指	17	
5回戦	×	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○		×	×	×	×	○	○	×	
	11	10	10	指	8	指	8	指	13	指	1		9	3	4	5	2	17	9	
6回戦	○		○	○	×	×	○		○	×	○			○	×		×	○	○	
	10		6	16	11	7	5		20	1	5			6	9		9	20	8	
7回戦	○			○	○	○			×	×	○			×	○		×	×	×	
	2			18	指	10			15	6	指			18	19		4	16	19	
8回戦	○			○	○	×			○	○									○	
	5			9	17	15			18	3								15	指	
9回戦					×	×			○	○										
					1	3			16	2										
10回戦					×				○											
					7				指											
11回戦									×											
									4											
12回戦																				

※右下枠は対戦相手の番号を表示しております。
 ※「指」…指導碁の場合は、勝てば【2勝】、負けても【1勝】の特別ルールを設けております。

fig.2

梅木 英 (ウメキ スグル / Umeki Suguru)



性別 男
 棋士段位 九段
 出身地 秋田県
 所 属 日本棋院東京本院

プロフィール
 昭和21年4月3日生。秋田県出身。35年故岩本薫九段に入門
 44年入段、同年二段、46年三段、47年四段、52年五段、
 56年六段、平成元年七段、8年八段。平成26年引退九段。

趣味・ゴルフ
 日本棋院東京本院所属、日本棋院理事

その他の活動実績
 昭和54年 第23期首相杯争奪戦準優勝
 昭和56年 第6期棋聖戦五段戦準優勝



梅木先生との対局・指導碁

ていた大石が復活『セキ生き』となり、無念の敗退…。全勝優勝の“目論見”は“泡沫の夢”と消え去りました。『取らぬ“照屋”の皮算用!』、『急いては“囲碁”を仕損じる!』、『泡沫人! (うたかたびと) : 儂く消えてゆく人!』…。しかしながら、全対局終了後の懇親会では、全然苦くないとても美味しい泡盛を沢山頂きました…。例年以上に充実した内容の濃い「囲碁大会・懇親会」でした。本当にありがとうございました。来年も楽しみにしております!。

fig.3

因みに、『目論見（もくろみ）』は、「囲碁の対局中に目（地）を計算すること！」が転じて、『目論む』は「物事を企て、計画すること！」…。ここで、『囲碁から生まれた言葉！』を参考までに列挙羅列してみましよう！。①「布石」：石（碁石）を布（敷く・配置する）いてゆき勢力圏を確保！～将来のために準備をすること！。②「定石」：ある局面で最善とされる一定の打ち方！～囲碁は「定石」、将棋は「定跡」。③「結局」：一局打ち終わること！～「結」＝物事の締めくくり！～いろいろな経過を経て落ち着いた最後の結末！。④「ダメ（駄目）＝無駄な目」：どちらの地にもならない打つ価値のない場所！～良くない状態！効果がないこと！。⑤「一目置く！」：囲碁のハンディーとして弱い方が先に石を一目置いて対局開始！～相手の実力を認め敬意を払うこと！。⑥「岡（傍）目八目」：傍で見ている人は八目先が読める！～当事者より第三者の方が事の本質を理解している！。⑦「局面」：囲碁の盤面でどちらが

勝っているかなどの形勢判断！～物事の成り行き、情勢！。⑧「先手を打つ！」：相手より先に石を打つ！～相手より先に物事を行うこと！主導権を握り有利に進めること！（vs「後手に回る！」）。⑨「捨て石」：効果を得るためにわざと相手に取らせる石！～大きな目的のためにその場では無用に見える行為・無用な人！。⑩「“待った”をかける！」：相手が指した手を待ってほしい時に発する掛け声！～進行を一時的に止めること！（相撲の立ち合い“待った！”も同様！）。

ところで、『手談』という言葉…ご存知でしょうか。「手で語る！」～「言葉を交わすことなくただ手を動かすこと！」～つまり、『囲碁』の異名なのですが…。小生的なマイブーム『脳トレ・筋トレ・ダイエット！』～「脳トレ・認知症対策」に、『囲碁』は如何でしょうか！。初心者の方も、高段者の方も、囲碁大会のご参加大歓迎です！。来年も2月11日（建国記念の日）、「んかか」（fig.4）でお待ちしております！。

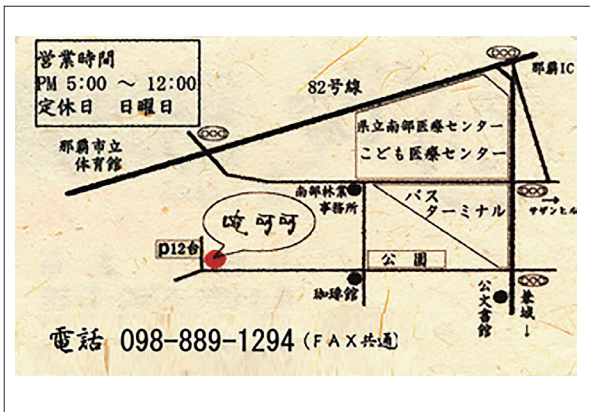
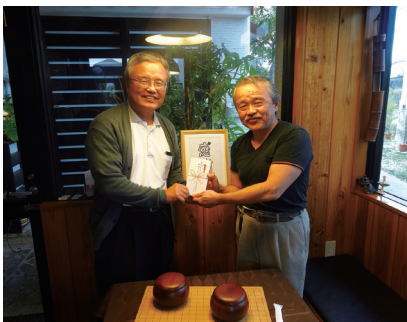


fig.4



第1位：砂川先生



第2位：大島さん



第3位：大城さん



梅木先生

生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告 (0.5 単位 1カリキュラムコード)

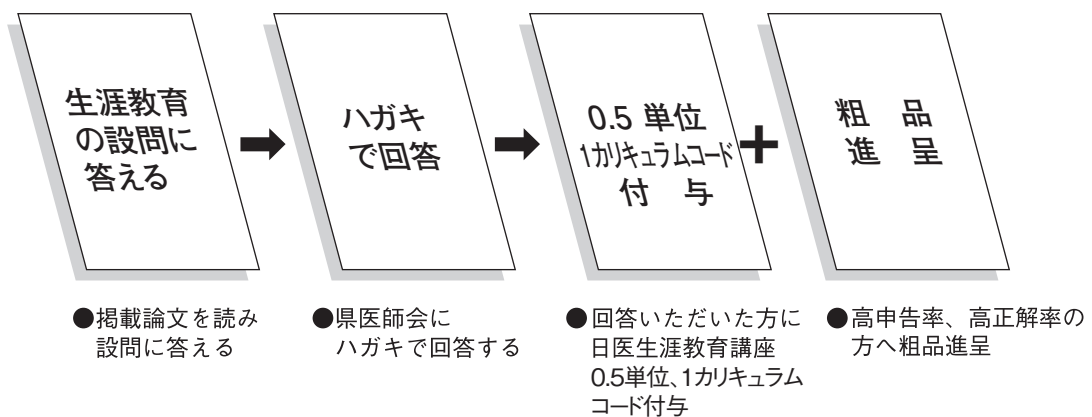
日本医師会生涯教育制度は、昭和 62 年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまでは、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方には日医生涯教育講座 5 単位を付与いたしておりましたが、平成 22 年度に日本医師会生涯教育制度が改正されたことに準じ、本誌の生涯教育の設問についても、出題の 6 割（5 問中 3 問）以上正解した方に 0.5 単位、1 カリキュラムコードを付与することに致しました。

つきましては、会員の先生方のご理解をいただき、今後ともハガキ回答による申告に、より一層ご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多く、正解率が高い会員につきましては、年に 1 回粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、成績により選出いたしますので予めご了承ください。

広報委員会



「高齢者への集中治療とその後の『生活』を考える」

浦添総合病院 救命救急センター救急集中治療部 那須 道高

【要旨】

類を見ない超高齢社会に突入しようとしている我が国において、高齢者が重症な病態を発症し集中治療を受ける機会が多くなっている。最近、集中治療における終末期医療及び、集中治療を受けた後の生活・状態が注目されている。救急・集中治療の現場で救命困難になった場合、治療の差し控えや終了を行うことに関して、昨年日本集中治療医学会など3学会が合同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン¹⁾」を公表しており、我々の判断基準の参考になる。また、高齢になればなるほど集中治療を受けても完全に回復することは少なく、救命できたとしても、生活の質が落ちてしまうことが多い。そんな中、近年、集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome : PICS) という概念が提唱され注目されている。我々は集中治療の適応及びその後の生活までを考慮して治療に当たらねばならない。

【はじめに】

我が国では超高齢化が進み、それに従い集中治療を受ける高齢者も増加傾向である。しかし、高齢であればあるほど、集中治療を受けたあとに障害・後遺症を残し、元々のADLに回復できないことが多く見られる。本文では、高齢者の集中治療の抱える問題点を提示し、当院における高齢者の集中治療の現状を紹介し、また事前指示 (advanced directive planning) の必要性や治療の減量、終了、差し控えについての考え方や現状について考察する。最近注目されている集中治療後症候群という概念を紹介する。

【事例】

まず、架空の事例を紹介する。我々はこのような状況でどのような治療の選択肢を提示し、またその経過の中でご家族はどのように考え意

思決定をされるのであろうか。決して珍しいケースではなく、日常診療の中でよく遭遇するケースである。

81歳男性。糖尿病と慢性腎障害で通院中。心肺停止状態で家族に発見され、心肺蘇生を受けながらA病院に救急搬送された。来院時は心静止であったが30分の心肺蘇生を受け心拍再開し、人工呼吸器を装着し集中治療室に入室した。血圧は落ち着きつつあり、自発呼吸は残存しているが、対光反射は消失しており、四肢の動きは認められない。尿量が減少している。患者本人は明確な事前指示書は持っていないが、延命治療は受けたくないと妻に話していたという。家族は穏やかに逝かせてほしいという意見と、1秒でも長く生きてほしいという意見の双方があるという。



- ・この患者の意思をどう推定するか？患者は集中治療を受けるべきか？
 - ・腎障害が進行し、無尿になった場合、血液浄化の適応は？家族から血液透析の希望があった場合その時の対応はどうか？
 - ・逆に、家族が人工呼吸器による治療をやめてほしいと訴えた場合、それは可能か？
- もちろん、上記の問いの答えは一つだけではない。このような事例に皆さんならどう対応していくだろうか。一度考えてみていただきたい。

【高齢者への集中治療】

高齢者のみならず、生命維持のみを目的とする集中治療を受けたくないという意思を持っている人は多い。というのも、残された人生が短くなっている中で、いたずらに命の時間を伸ばすよりも、より質の高い時間を過ごすことを望むという思いである。しかし、自分の意思を家族等に伝えている者はごく限られるため、いざというときにその意思とは一致しない治療が行われることが起こりうる。つまり、代理意思決定がうまくいかない場合である。高齢者が集中治療を受けても生存率を改善できず、さらにより質の低い生活に陥ってしまうことはいくつかの研究で報告されている。

アメリカの研究者による、70歳以上の高齢患者で、集中治療室で治療を受け退室し30日以上生存した221名の研究報告がある。その内53.4%が機能的低下または早期死亡に至っており、入室前の軽・中程度の機能障害（ハザード比 2.41）、重度機能障害（ハザード比 3.84）が一年以内の死亡と関連したとのことである²⁾。つまり、病前にある程度の機能障害を持っていることは集中治療の予後に影響することを示している。

また、カナダのICUで治療を受けた80歳以上の高齢者の観察研究では、35%が病院で死亡し、その約49%は死の間際まで人工呼吸器や透

析、昇圧剤を受けていたという。³⁾ さらに、生存しても1年後に身体機能を維持できていたのはわずか26%であったと報告されている。⁴⁾

浦添総合病院におけるデータでは、2013年にICUもしくは救命救急センターに入院し、48時間以上の人工呼吸管理を受けた患者の調査がある。65歳以上の高齢者は58名、65歳未満の若年者が39名で総数は97名であった。65歳未満の若年者群の28日死亡率が10%である一方、高齢者群では24%であった。入院死亡率はそれぞれ21%、38%と増加し、またICU滞在期間も12.8日、21.6日と高齢者群が長くなる傾向にあった。高齢者群では、74%が集中治療後の院内死亡もしくは高度要介護者（車いす、ベッド上全介助）となり、また生存患者で強制栄養を余儀なくされたものが42%であった。このように、高齢者は集中治療での死亡率も高いが、もし救命できたとしても高度にADLが低下し、強制栄養を必要とする症例が多く、元の生活に戻ることができず、QOLが著しく落ちていることが示唆された。

高齢者が集中治療を受ければ、救命できたとしても高率に大きな後遺症を負ってしまう。「救命」という希望を持って本人も家族も集中治療に望むわけだが、その結果として望まれない状態で延命治療が行われるケースも認められる。一般の方々には集中治療を受けた後の状態というものが想像しにくいこともあり、我々救急集中治療に関わる者は、長期予後も見据えながら治療に当たり、また説明を尽くさなくてはいけないと考えている。

【認知症高齢者の予後】

認知症の高齢患者の予後に関する研究によれば、重症認知症患者の殆どに、認知症の終末期を過ごしていく中で食事の問題や発熱等の問題が発生する。重症認知症患者の予後は1.3年であり、また重症認知症患者が肺炎を発症した場



合の6ヶ月生存率は50%と言われている⁵⁾。

質の高い生活という視点で考えた場合、平素より、患者それぞれに好ましい状態やケアのゴールを確立しておく必要がある。「延命」か「安楽」かで、治療の選択肢が変わり得る。延命を目的とした治療は、時に大きな苦痛を伴う。感染症に対する抗菌薬治療ですら、緩和治療より優れているという根拠は乏しい。前述の文献によると、感染症に対する抗菌薬治療により273日間、延命することができるが、その延命された期間の生活は決して安楽ではないということである。延命を希望するならこの273日という数字は大きな意味を持つであろうし、逆に安楽さを求める場合、273日という期間は患者の苦しみに繋がる可能性がある。集中治療の現場にあてはめてみれば、高齢者の安楽な予後を目的とする場合、「集中治療を行わないこと」を含めて検討しなくてはならない。入院治療自体は決して本人にとって安楽ではないことを、医療者及び患者家族も理解していく必要がある。認知症やADLが悪化してしまった高齢者における集中治療の適応に関する問題は、急性期病院単独では解決し得ない今後の課題であると考えられる。

【DNAR order,DNH order,Advance directives,Advanced Life Planning】

昨今、世間では「遺言」や「事前指示書」を残しておくことの重要性が報じられる機会が多くなり、老後や終末期に関する書籍も数多く出版され、以前より話題にされることが多くなってきたと思われる。

一方急性期病院を受診する救急患者の中で、自らの医療に対する考え方を表明している患者はほんの一握りである。何度も入退院を繰り返している超高齢者は家族とともに Do Not Attempt Resuscitation order (DNAR order) を表明していることもあるが、事前指示書の形で残しているケースは少ない。

治療方針決定に非常に大切なことは、患者自身の「意思」である。しかし、救命救急センターに搬送される患者や集中治療室に入室する患者はこの意志決定能力がない（もしくは十分でない）場合も多い。そのような場合では患者自身の価値観に基づいて、本人なら何を希望されるか、を考えることが重要である。意思決定能力が低下している場合や欠如している場合は事前指示 (Advanced directives) を参考にすが、はっきりしない場合が多い。2012年度に浦添総合病院の救命救急センター・ICUに入院し、その後死亡退院となった患者139名を調査した結果では、元々終末期医療への事前意思を示している人は10%にとどまった。明確な事前指示書を残していたのはわずか1名のみだった。事前指示が無い中で、望まれない医療・集中治療により、患者自身の尊厳が損なわれることの無いようにしなくてはならない。

そしてDNARという急変時の蘇生への意思だけでなく、今注目されているのは Do not hospitalized order (DNH order)、つまり入院治療を行わないという選択肢である。

入院による点滴治療の必要性、そのための身体抑制、環境変化のためのせん妄発生や認知症悪化などの入院のデメリットが数多くあることから、老い・認知症の終末期には入院加療を行わない希望を、予め Advanced directives の中で表明しておくことが DNH order である。米国の Nursing Home に入所する認知症高齢患者の肺炎発症後の予後を調査した研究⁶⁾では患者背景において約50%の患者が DNH order を示しており、我が国と米国の違いを感じさせる。

現時点で当地域ではまだ DNH order を明確にされている患者は少ないようであり、その広がりには時間がかかると考えられる。

【集中治療の差し控えと終了】

もう一つ、集中治療に関わる中で注目されていることとして、集中治療における治療の差し

控えや終了がある。日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会は三学会合同で「救急・集中治療における終末期治療に関するガイドライン」を2014年11月に発表しており¹⁾、このガイドラインの中では救命困難な患者（いわゆる終末期）への治療の差し控えや終了についての考え方が示されている。大原則は、患者の意志もしくは推定意思に従い、それが不可能な場合は患者の「最善の治療方針」をとることである。これまでは、一度装着した人工呼吸器は外せない、一度開始した強制栄養はやめられない、と言った考え方もあったが、ある一定の条件のもとで患者の尊厳を守るための治療の差し控えや終了が、今回ガイドラインで言及されるところとなった。このガイドラインでは延命措置についての選択肢としては、①現在の治療は継続する（新たな治療は差し控える）、②現在の治療を減量する（全てを減量する、または一部を減量あるいは終了する）、③現在の治療を終了する（全てを終了する）、④上記のいずれかを条件付きで選択する、等が示されている。実際の治療の減量や終了に関しては、具体的な例として図1のような選択肢を提示している。

医学的、倫理的、法的な側面が関わるこの問題は簡単ではないが、患者の尊厳を損なうことの無いよう、また患者の推定意思に背く事のないように家族とともに意思決定をしていく必要がある。上記のような治療の減量や終了を選択する場合は、家族や患者らに十分に説明をして合意を得て進めることが必要であり、我々医療

者の良識が前提となっていることは言うまでもない。

集中治療における治療の差し控えや終了に関しては、幾つもの報告があり、例えばカナダのICUで治療を受けた80歳以上の高齢者の観察研究では、7日以上ICUに滞在した死亡患者に於いて、何らかの治療の差し控えが行われたものが約56%、治療の終了が行われたものも51%に達したとのことである³⁾。また、上述の当院での調査では、集中治療室での死亡患者の約27%の患者に何らかの治療の終了が行われている。また、治療の差し控えは約30%の患者に行われている現状がある。

【PICSとその理解を】

そして、集中治療後の生活にも配慮することが重要である。ICUを退室しても、軽快退院し社会復帰できるとは限らない患者が増加してきている。集中治療後症候群（PICS）は、重症疾患後に新たに起こったもしくは増悪した身体面、認知面、精神面の機能障害で、急性期以降も持続することが言われている（図2）。ICU退室者の最大50%までが何らかのPICSを呈するとされる。身体面の障害では、運動機能や呼吸機能、神経筋機能の障害がありまた認知機能障害では遂行機能、視空間認識の障害が認められる。また精神的障害では急性ストレス障害や不安・うつ、PTSDなどがある⁷⁾。

さらにこの障害は、患者自身のみならず、それを支える家族への精神的影響として起こるこ

1. 人工呼吸器、ペースメーカー（植込み型除細動器の設定変更を含む）、補助循環装置などの生命維持装置を終了する。
2. 血液透析などの血液浄化を終了する。
3. 人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤などの投与量や呼吸や循環の管理方法を変更する
4. 心停止時に心肺蘇生を行わない。

図1 治療の差し控え・終了の具体例（文献1）より

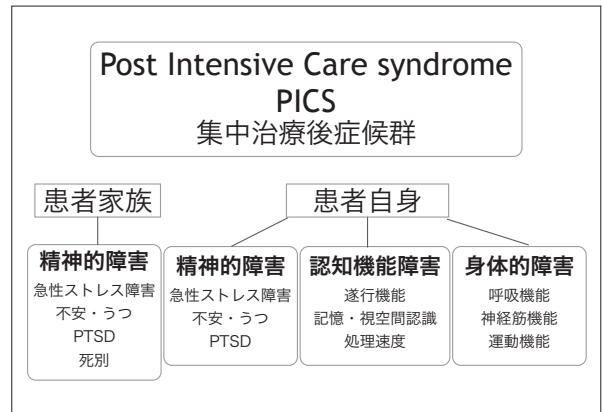


図2 集中治療後症候群（PICS）の概念（文献7）より一部改変



とが指摘されている。まさに苦しみはICUを出てからも続き、QOLの低下を招き、経済的にも大きな障害となり、長期的な死亡リスクを上げる事にも繋がる。PICSという概念はまだまだ認知度が低い、超高齢社会を迎える今後、我々集中治療医にとって、また地域の医療を支える総合医、家庭医にとっても啓発が必要である。

【PICSを防ぐには】

PICSの原因は、疾患の重症度の他にICUでの治療やケアに在ると言われる。例えば、感染症やせん妄、人工呼吸管理の長期化、不十分な栄養療法、不適切な治療…。PICSを予防する方法のエビデンスはまだ十分ではないが、最も期待されているのは重症患者に対する早期のリハビリテーションである。早期リハビリテーションは入院期間や人工呼吸期間を短縮し⁸⁾、退院時の日常生活の獲得度をあげることが示唆されており⁹⁾、これらの結果からもPICSの予防に早期からのリハビリテーションが有用であると考えられている。以前は重症患者に対するリハビリテーションの敷居は非常に高かったが、ここ数年でより積極的にリハビリテーションが実施され、当院でも重症度に関わらず入院早期からのリハビリテーションが開始されている。集中治療を受ける患者が今後も増えることが予想され、彼らの身体的、精神的、認知的な障害と苦しみを理解していくことが、集中医療に関わる我々の責任であると考えられる。

【まとめ】

高齢者の集中治療では死亡率が高く、ADLも低下する現状がある。患者の事前意思もしくは推定意思に従い、患者の尊厳を傷つけないような治療を行っていく必要がある。またPICSといわれる、集中治療後の身体的、精神的、認知的な後遺症は退院後も続くことが指摘されており、その影響は患者本人のみではなくその家族にも及ぶ。我々は集中治療だけでなく、ICU後の生活にも心を配り、治療の選択について患者及び家族と共に考えていかななくてはいけない。

【参考文献】

- 1) 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」
- 2) Ferrante LE et al.JAMA Intern Med 2015 Apr ; 175 (4) : 523-9
- 3) Heyland DK et al.Crit Care Med 2015 Jul ; 43 (7) : 1352-60
- 4) Heyland DK et al.Intensive Care Med 2015 Nov ; 41 (11) : 1911-20
- 5) Mitchell SL.N Engl J Med 2015 Jun 25 ; 372 (26) : 2533-40
- 6) Givens JL et al.Arch Intern Med 2010 Jul 12 ; 170 (13) : 1102-7
- 7) Needham DM et al.Crit Care Med 2012 Feb ; 40 (2) : 502-9
- 8) Morris PE et al Crit Care Med 2008 Aug ; 36 (8) : 2238-43
- 9) Schweickert WD et al.Lancet 2009 May 30 ; 373 (9678) : 1874-82





Q **UESTION!**

次の問題に対し、ハガキ（本巻末綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（2.医療倫理：臨床倫理）を付与いたします。

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. PICS とは集中治療後に続く身体的障害である。
- 問 2. PICS とは集中治療後に続く認知的障害である。
- 問 3. PICS とは集中治療後に続く精神的障害である。
- 問 4. PICS の中には患者家族の精神的障害は含まれない。
- 問 5. PICS の発症には ICU での治療内容は関係がない。

C **ORRECT**
A **NSWER!**

2月号 (Vol.52)
の正解

QOL からみた前立腺癌治療

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 前立腺癌の腫瘍マーカーは CEA（癌胎児性抗原）である。
- 問 2. 前立腺癌の D'Amico リスク分類は予後と相関する。
- 問 3. 前立腺癌の治療には、性功能・排尿機能といった QOL を考慮する必要はない。
- 問 4. 前立腺癌は、リンパ節、骨転移をきたしやすい。
- 問 5. 内分泌療法抵抗性の前立腺癌は去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）と言われる。

正解 1.× 2.○ 3.× 4.○ 5.○



白内障について



安里眼科おもろまち駅前
安里 良

【はじめに】

ヒトは日常生活の8割以上を視覚に頼っています。眼はその“視覚”を担う大変重要な器官です。モノが見える＝そこには必ず光が存在します。我々が見ているあらゆる物体、その物体から放たれる無数の光のズジが眼内に入り、網膜という眼の奥の壁に達し、視神経によって脳内に信号が送られ、形や色を認識しています。しかし、光がそのまま網膜に届いただけではヒトは「明るい」という感覚しか持ちません。ヒトが物体の形を認識するには、物体の画像が網膜上に映し出されなければなりません。(図1)

そのための仕組みが眼の中にはあります。まず必要なのが虫眼鏡の様な“レンズ”です。点から発して太く広がった光をレンズによって曲げて、また細くして点の状態にもどします。この作業が、物体を構成するあらゆる点で行われ、網膜に並んだ無数の点の合体で物体の形を認識することができます。

【白内障とは】

眼の中には、レンズの役割を持つ部分が2ヶ所あります。それが、角膜と水晶体です。白内障とは2つのレンズのうち、水晶体というレンズが濁ってしまう病気です。水晶体はもともと透明で、中身はクリスタリンという蛋白質と水で満たされています。しかし、クリスタリンを構成しているアミノ酸の構造が様々な原因で異常な状態になると、異常なアミノ酸で作られた蛋白質同士がくっついてしまい、徐々に大きな塊になっていきます。そうすると、光の通過を邪魔する様になります。そのため、白内障初期では乱反射が起こり、羞明を訴える原因となります。その後、さらに蛋白質の変性が進行すると、水晶体の混濁に伴い、眼鏡を使用してもTVの字幕や新聞の字が見づらくなるなどの症状がでてきます。一般的には、40歳を過ぎた頃から老眼が始まり、50歳前後から羞明や視力低下の訴えが増え、80歳になるまでにはほとんどの方が白内障にかかります。(図2)例外として、アトピー性皮膚炎や糖尿病、内科的加療目的でステロイドを内服している方は若年でも発症することがあります。

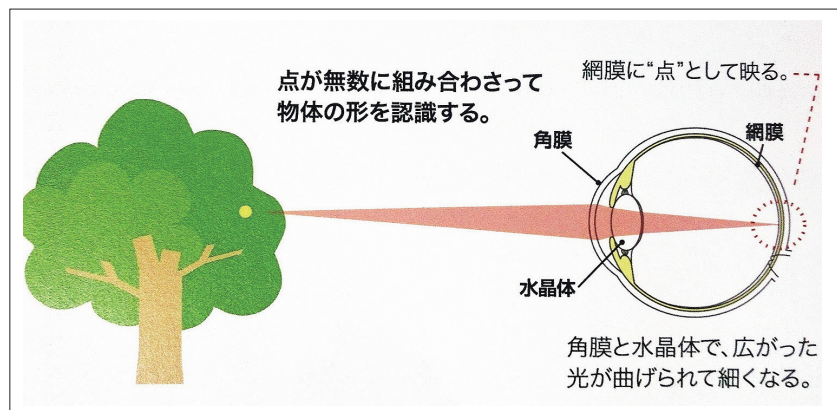


図1 モノが見える仕組み

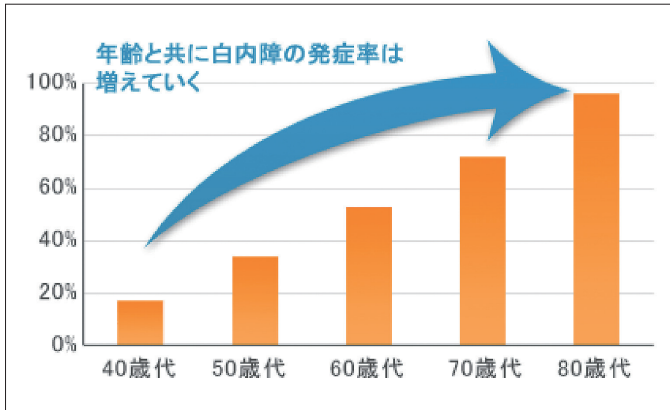


図2 白内障の年齢別発症率

【白内障手術の歴史について】

現在、日本国内では年間約140万眼前後の白内障手術が行われており、これからも増加することが予想されます。白内障手術は大変緻密な作業で高度な技術を要する手術です。先人達の努力や試行錯誤があって、現在の様な安全な手術法が確立されました。次は白内障手術の歴史について述べます。

白内障手術の起源は、記録に残るもので紀元前800年頃のインドで既に記録が残っており、日本には1360年前後にインドから中国を経て伝わりました。当時の手術は『墜下法』と言い、眼球に長い針を刺して、水晶体を吊っているチン小帯を切ることで、濁った水晶体を眼の奥に落とすものでした。(図3) 光は入るようになりますがレンズがないためピントはどこにも合わず、ぼんやり見えるぐらいでした。



図3 昔の白内障手術
(当時は眼球の外から針を刺して水晶体を眼の奥に落としていた)

白内障治療の画期的発明である眼内レンズが開発されたのは、第二次世界大戦中のことです。イギリス軍の戦闘機が被弾して操縦席の窓が割れ、その破片がパイロットの眼に直接刺さってしまいました。通常、眼に異物が入れば炎症や拒絶反応が起こりますが、負傷兵達の眼にそのようなことは起こりませんでした。破片の素材はポリメチルメタクリレート (PMMA) と呼ばれるプラスチック、いわゆる硬いアクリル樹脂素材で作られており、それを知ったイギリスの眼科医であるハロルド・リドレー医師は、手術で取り除いた水晶体の代わりにPMMAの人工レンズを入れて、白内障を治療することを思いつきました。これが『眼内レンズ』の誕生です。世界で初めて眼内レンズが移植されたのは1949年のことです。しかし、当時の外科手術は体の中の悪くなった部分や異物を摘出するのが本来の趣旨であり、体内に異物を入れるのはタブーとされていた時代でした。この様な事情で、眼内レンズが世界中に普及するには、その後20年近い歳月を必要としました。

1970年代の一般的な白内障手術は、濁った水晶体を凍らせ丸ごと取り出す「水晶体全摘出術」でした。レンズの働きをする水晶体そのものを取ってしまうので、水晶体の度数に相当する虫眼鏡の様な、分厚いレンズの眼鏡を術後にはかけなければなりません。1980年代になると、ようやく日本でも眼内レンズが普及し始め、レンズを眼内に固定するために水晶体を包んでいる囊(のう)とよばれる薄い膜を残す手術が行われる様になりました。それ以前の水晶体全摘出手術では、囊ごと水晶体を全摘出していたので、眼内レンズを固定できなかったのです。眼球を半周近く(約10mm)大きく切り、水晶体を丸ごと押し出し、残った皮質を吸い取った後に囊の中に眼内レンズを移植し、創口を糸で何針も縫うという手術法です。この術式は「水晶体囊外摘出術」と呼ばれ、術後に眼内で強い炎症が起こり、視力改善にも時間を要しました。また、糸で何針も縫うため眼球がひずみ、術後に強い乱視が残るのが欠点でした。

その後、アメリカの眼科医チャールズ・ケルマン医師が考案した「超音波乳化吸引術」という手術が日本でも行われる様になり、現在の標準的な白内障手術（図4）となっています。超音波乳化吸引術は眼球を約2.5mm程切開し、その創口から超音波チップという細い筒状の器具を入れ、濁った水晶体を砕いて吸い取ります。そして残した水晶体の囊の中に眼内レンズを折り曲げて挿入します。この方法ですと、小さな創口から水晶体を吸い出すことが可能で縫合の必要もないため、術後の炎症や乱視も少なく、眼に対する負担も少なくなります。しかし、囊を残したまま水晶体だけ砕くのは技術的に難しく、時間がかかれば超音波の眼球に与える負荷も無視できなくなります。そこで考え出されたのは「Divide and conquer」という方法で、

カナダの眼科医ハワード・ギンベル医師により考案されました。超音波チップで水晶体を十文字に溝を掘り、水晶体を4分割し、それぞれの塊を順番に乳化（砕いて液状にすること）し、吸引します。それまではやみくもに超音波チップで水晶体を削っていたので、手術に時間がかかり角膜や創口を傷めることがよくありましたが、この手術法により効率的にかつ安全に手術が行える様になりました。また、創口が小さいため、手術中の出血量も減り、他の病気で以前より抗凝固および抗血小板剤を内服していても継続したまま手術をすることが可能となりました。

【眼内レンズの機能多様化と進歩】

初期の眼内レンズは、透明でピントも1つの距離にしか合わず（単焦点）、レンズの構造的要因からくるボケなども存在しました。しかし、最近のレンズは、薄い黄色の着色、ピントも複数の距離に合うレンズ（多焦点）、元来持っていたボケをより少なくする（非球面）設計、乱視の矯正など、高機能なものもでてきています。

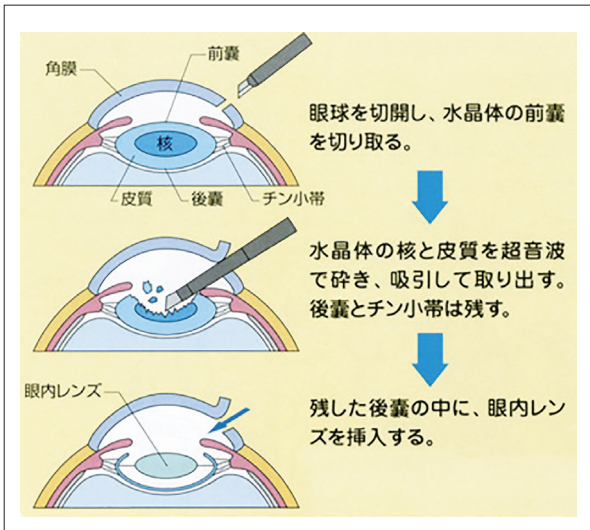


図4 現在の白内障手術



水銀血圧計・水銀体温計の 適正処分にご協力ください！

1. 水銀に関する水俣条約について

2013年10月に熊本県において開催された「水銀に関する水俣条約外交会議」において、「水銀に関する水俣条約」が採択されました。それにより、2020年（平成32年）以降、水銀を使用した機器の製造並びに輸出入が原則として禁止になる見通しとなっております。

水銀を使用した機器の製造並びに輸出入が禁止になってしまうと、今後、水銀の処分価格の高騰が懸念されることから、使用していない水銀血圧計・水銀体温計を退蔵されている医療機関においては、2020年までに適正処分をお願い致します。

2. 水銀の処分について

本県においては、水銀の処分金額が他県と比較して安価な金額となっております。医療廃棄物等の契約を行っている業者へ確認を行い、使用していない水銀血圧計・水銀体温計は、なるべく早急に処分いただきますようお願い致します。

なお、水銀使用製品の不適正廃棄は、水銀の漏洩・拡散（大気や土壌等の汚染）や焼却炉の停止など、健康被害や経済損失につながり、排出者責任を問われ処罰されることもありますのでご注意くださいようお願い致します。

※沖縄県医師会では、環境省・日本医師会より協力依頼のあった水銀使用製品の回収事業について「健康おきなわ21推進委員会（平成28年2月8日開催）」にて検討を行いました。

その検討の結果、本県における水銀の回収・処分金額が他県と比較し安価であることから、医師会が退蔵水銀を取り纏めて回収を行うスケールメリット等がないため、医師会としての回収事業は行わないことに決定致しました。

【お問い合わせ先】

沖縄県医師会業務2課
TEL (098)888-0087

インタビュー
コーナー

会員の「かかりつけ医」としてのレベル向上のために実臨床に直結する勉強会、講演会を企画して行きたいと思います。また会員のメリットに繋がるように各種情報提供を迅速に進めていきますので宜しくお願い致します。



内科医会 会長
友利 博朗 先生

質問 1. 内科医会会長に就任されてから1年が経過致しました。これまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

長年に渡り当会を牽引して頂いた伊集前会長の後任として昨年3月に会長に選任されました。当会の前身である沖縄内科会が発足して50年目の節目でもあり、歴史と伝統ある内科医会会長として務まるのか非常に不安だったのを覚えております。今でもまだまだ緊張しておりますが、幸いにも前執行部の理事が全員留任してくれましたし、新たに新進気鋭の1名の理事も加わって頂き、九州各県内科医会の中で一番の若いチーム力で何とか1年間会務を執行する事ができました。しかし、思った以上に業務が多く、私自身全く余裕のない1年間だったと反省しております。

質問 2. 友利先生が目指す分科会運営の方針、今後の展望、課題等についてお聞かせ頂けないでしょうか。また、内科医会において特に力を入れている活動があればお聞かせ下さい。

まず内科医会の業務について説明します。

県医師会関連では、毎年開催される医学会総会の特別講演、シンポジウム、ミニレクチャー

の演題の提案、座長推薦、社保、国保診療者代表審査員の推薦、県行政関連の委員の推薦、その他諸々あります。

さらに日本臨床内科医会県支部としての活動に「インフルエンザ全国調査」への参加、「日本臨床内科医会専門医・認定医」の一次審査、日本臨床内科医会への演題発表等を行っております。

また年1回持ち回りで開催される九州内科医会連絡協議会、九州各県内科審査委員懇話会への参加も重要な会務であり全理事参加で臨んでおります。

今年度の当会の新しい取組として内科医会ホームページの立ち上げがあります。現在、会員向けに内科医会季刊ユースを年3回程度発刊し会員間の情報伝達に努めておりますが、更なる迅速な情報提供と幅広く県民や他団体への広報の面からもホームページの利便性を考え立ち上げの準備中です。(この記事が出るころには完成していると思います) 今後は、各種講演会、症例検討会のご案内、日本医師会、日本臨床内科医会からの重要な情報の伝達ツールとして活用して行ければと考えております。

質問 3. 定期的な講演会・症例検討会ミニレクチャーの開催等、活発に活動されておりますが、会の運営にあたってご苦勞があればお聞かせ下さい。また会の構成、会員数を教えて頂けますでしょうか。

沖縄県内科医会は「会員の生涯教育」「地域医療」「医業経営並びに医政」についての研究及び会員相互の親睦を図る事を目的として設立されました。現在会員数は約 151 名で開業医が 85%、勤務医が 15% の割合です。会長、副会長 2 名、専務理事 1 名、理事 5 名、監事 2 名で構成されています。新入会員の先生方も毎年数名おりますが同数くらいの退会会員があり会員数は、ほぼ横ばいの状況が続いております。組織率向上は従来からの継続課題であり、いかに内医会入会のメリットを伝えていくかが重要であると考えております。そこで、内科医会では「生涯教育」の企画において、各種講演会とは少し趣を変え、実臨床に直結する内容を優先し、同時に、「かかりつけ医」としてのレベル向上のため、診療現場で良く直面する他科領域疾患の専門医による講習会、講演会を念頭に計画を立てております。また開業医にとって保険診療、保険審査への関わりは「医業経営」の重要な部分ですので、それらに係わる情報提供を積極的に行い、円滑かつ適切な保険請求業務のお手伝いが出来ればと思います。その為に、本年 6 月頃に当会で「社保・国保合同保険審査説明会」を企画しています。また、内科医季刊ニュース（年 3 回程度発刊）、内科医会ホームページの中でも保険診療に関する迅速な情報提供を行っていきます。それらの事が会員のメリットに繋がればと思います。内科開業医で未入会の先生方、また今後開業を予定されている勤務医の先生方へ当会への入会をお願いしたいと思います。

定例理事会は、ほぼ毎月 1 回開催しております。毎回のようによくの協議事項が挙がってきますので事前に理事者ミーティングで協議をして、当日決議するという効率化を図っております。各月で理事会終了後に症例検討会も開催しております。専門医講師をお招きし、会員の持ち寄った症例について小人数でのフリーディスカッション形式で忌憚のない検討会が行われております。気軽に参加できる会ですので会員の方々のご参加をお待ちしております。

質問 4. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

伊集前会長の頃より県医師会へ要望があったところですが、分科会の事務局を九州各県の様に県医師会に配置させて頂きたいと思っております。更に県医師会職員に分科会の庶務一般をサポートして頂ければ分科会活動がより充実し沖縄県医学会の更なる活性化に繋がると思っております。是非、県医師会執行部でご検討頂きたいと思っております。

質問 5. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味等がございましたらお聞かせください。

子供達（長女、次女、長男）はそれぞれ結婚、大学と巣立っており、現在は妻とワンちゃん 4 匹（トイプードルの家族）で暮らしております。毎朝のワンちゃん散歩が日課になっています。また、年 1 回はマラソン大会に出場し完走メダルを貰う事を目標にしており、それに合わせて少しずつ運動を継続している事が私の健康法です。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 玉井 修

世界からタバコをなくそう

(World No Tobacco Day にちなんで)

社会医療法人敬愛会ちばなクリニック
健康管理センター 医長 清水 隆裕



“ガラパゴス化”する日本のタバコ対策

日本では「世界禁煙デー」と呼ばれる毎年5月31日。しかしWHOがこの日と定めたのはWorld No Tobacco Dayすなわち、世界からタバコを無くす祈念の日です。単に「煙を出さない」のではなく、無煙タバコや電子タバコもすべて含めて、あらゆるタバコ製品から人命や財産を守ってほしいというのが、この日に込められた願いなのです。このような言葉の違いは、国内外のタバコに対する温度差を象徴しているように思います。

2020年に開催予定の東京オリンピックは、ロゴ・デザインやメインスタジアム設計などの迷走を経て、聖火台の場所でもまた揉めるなど混乱が続いていますが、タバコ問題も解決の兆しが見えていません。WHOと国際オリンピック委員会 (IOC) はタバコのないオリンピックを開催していくことで同意をしており、世界最大のタバコ消費国である中国・北京で開催されたオリンピックにおいてさえ、強力な受動喫煙対策を講じてきました。むろん、タバコメーカーやその関連企業のスポンサー契約もかたくなに拒否しています。ところが、日本のスポーツ界を鑑みるとタバコ産業がスポンサーとなったプロチームまで存在する始末。まさに“ガラパゴス化”しています。

“ガラパゴス化”する沖縄の禁煙治療

そのような中で、禁煙治療に関しても“ガラパゴス化”が見られます。タバコが健康に与える影響に関しては既に論じる余地はないとさ

れています。一方で、禁煙治療については、有効な方法は確立したとは言い難いのが現状です。しかしながら、なぜかここ沖縄では、特定の禁煙治療（と称される有償プログラム）が、あたかも有効であるかのように誤解されているのです。

実際にはそのプログラムは、考案者が有効性を唱えるばかりで、いまだ客観的といえる報告がされていません。ところが、禁煙支援自体が重要であることと同一視されてしまっているきらいがあり、県内では禁煙推進に熱心な医師たちが極めて純粋な気持ちでそれを広げようとしているのは残念でなりません。

世界で広がる“標準治療”とは

では、国際的に見て、標準治療と呼びうる禁煙介入法はあるのか。その答えに一番近いのが、米国医療研究品質局クリニカル・プラクティス・ガイドラインにも2008年から記載されているMotivational Interviewing (MI、動機づけ面接)ではないかと思えます。

このMIは、1983年にアメリカの心理学者ウィリアム・ミラーによって報告されたアルコール依存症患者への介入法に端を発して発展してきた面接技法です。かつては指導の結果のばらつきは「指導者と患者の相性」「患者のコンプライアンスの問題」などが原因とされていました。しかし、指導者の技法や言動が結果に影響しているのではないかと考えたミラーが、治療成績のよい指導者の行動を解析し、治療成績の悪い指導者に真似をさせたところ治療成績の

改善がみられたことからそれが証明され、同時に、面接自体が修練により体得できる「技術」であることが示されました。そして今までに、アルコール依存症からニコチン依存（喫煙）、薬物依存、生活習慣病の服薬アドヒアランスの向上、歯磨きや手洗いなどのような保健衛生行動など、様々な領域に 응용が試行され、各地の研究者からフィードバックを受け、いまなお応用分野を広げ続けています。

もちろん、各領域において比較対象試験も行われており、禁煙治療に関しても、従来行われていた「タバコのを教示する指導」に比べ5.2倍の1年禁煙維持率を示す（Soria,2006）など有効とする報告が多数あつまり、上記のごとくガイドラインに記載されるまでになったのです。そして、現在欧米では職種や対象を問わず、広く対人援助領域で最も推奨される面接法・カウンセリング技法と位置づけられるようになっています。

なぜ MI が広く受け入れられるのか

MI が広まることになった理由は、上記のごとく広く有効性が示されたことに加えて、その教育システムが構築されたことが挙げられます。なかでも、MI のトレーナーを称するためには、TNT（Training for New Trainers）と呼ばれる研修会に参加し、トレーナーネットワーク（MINT：Motivational Interviewing Network of Trainers）に加入して知見を常に up date していくことが求められます。

長らくその流れから取り残されてきた日本ですが、2003年に原井が日本人で初めてMINTに加入したのをきっかけに徐々にその輪が広がり始めました。とくに国内に大きな影響を与えたのが、2011年にイギリスで開かれたTNTに参加した磯村・加濃でした。彼らの影響を受け、私自身も2015年10月にベルリンで開かれたTNTに参加してきたわけです。

このMIの勉強会は県内でも開催しています。Facebookを通じて定期的な案内を出しておりますので、興味のある方は<https://www.facebook.com/andog.net/>をご覧ください。



筆者とMIの創始者であるウィリアム・ミラー（2015年、ベルリンにて）

ヒトパピローマウイルス・ワクチンの 分子免疫機構と神経合併症

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター神経内科¹⁾ 国立病院機構沖縄病院神経内科²⁾
神里尚美^{1)*}、仲地 耕¹⁾、名嘉太郎¹⁾、比嘉真理子¹⁾、藤崎なつみ²⁾

【要旨】

ヒトパピローマウイルス (HPVs) はウイルスゲノムの作用による免疫寛容により抗原認識が回避される特異な感染様式により長期間の持続感染から発癌状態となる。ウイルスゲノムの long control region (LCR) 遺伝子変異や E6・E7 遺伝子が発癌性を担っているとされ、患者の遺伝的素因による HPV 感染性や発癌性の獲得は極めて低い。1990 年代の遺伝子工学の進歩により遺伝子組み換え製剤として HPV ワクチンが創薬され、本邦では 2013 年に予防接種法定期接種ワクチンとなった。ワクチン・アジュバントの水酸化アルミニウムは Th2 液性免疫を強く誘導するが、本邦はワクチン・アジュバント単独の審査がなく安全性の評価が不十分である。

HPV ワクチン 3 回目の接種後 17 ~ 20 週後に遅発性に手指麻痺を生じた 2 症例を報告する。2 症例ともアトピー性素因があり、3 回目の接種側の腕神経叢～前腕部の正中・尺骨に散在する障害による驚手拘縮を呈した。ヒト免疫グロブリン大量静注療法や IVES 電気刺激・rTMS 反復経頭蓋磁気刺激法を試み、神経障害性疼痛は消失したが手指麻痺を強く残した。HPV ワクチンの免疫応答により Th1/Th2 バランスが Th2 にシフトした免疫応答が強く誘導され、遅発性に神経障害を惹起したと推測された。

Key words : ヒトパピローマウイルス (HPVs)、子宮頸部癌ワクチン、水酸化アルミニウム、ワクチン・アジュバント、腕神経叢炎、抗ガングリオシド抗体、アトピー性素因、ヒト免疫グロブリン大量静注療法 (IVIG)

はじめに

ヒトパピローマウイルス (human papillomaviruses : HPV) ワクチンの分子免疫機構を、基礎研究に基づき概説する。

当科で治療をしている HPV ワクチン関連神経合併症例を提示し、障害をもたらした分子免疫機構を考察した。

ヒトパピローマウイルスのゲノム増幅機構 (図 1)¹⁾²⁾³⁾

HPV はウイルスゲノム (L1) の塩基配列により 200 種類以上に分類されるが、中でも alpha-HPV16・HPV18 が子宮頸部癌の発癌性 (carcinogens) を担っている。最新の癌研究により中咽頭癌の発癌性にも HPV 感染が関与し、放射線治療

や化学療法の感受性にも影響することが報告されている⁴⁾。

HPV は子宮頸部粘膜の亀裂から扁平上皮基底細胞に感染する。通常の感染では CD4⁺T 細胞による細胞性免疫によりウイルスは排除されるが、ウイルスゲノム由来 E7 蛋白により MHC-class I 抗原量やランゲルハンス細胞 (上皮性樹状細胞) が減少し、免疫寛容 (immune escape) の状態を誘導する。

細胞破壊やウイルス血症を生じないため抗原提示細胞 (antigen presenting cell : APC) や自然免疫受容体 (toll like receptor : TLR) による抗原認識も回避される。

HPV 感染の成立後はウイルスゲノム由来 E7

表 1.HPVs ワクチン (遺伝子組み換え型ワクチン)

Gardasil ^R (MSD/Merck)	Cervarix ^R (Glaxo Smithxline)
4価 (HPV type 6,11,16,18)	2価(HPV type 16,18)
225 μ g [#]	500 μ g [#]
Al(OH) ₃ #アジュバント	Al(OH) ₃ ・LPS・ASO4 アジュバント
FDA認可2006年、本邦の健康保険認可2010年 薬価12000円、3回接種、	FDA認可2007年、本邦の健康保険認可2010年 薬価12000円、3回接種

[#] Al(OH)₃; 水酸化アルミニウム、ワクチン1バイアルの含有量

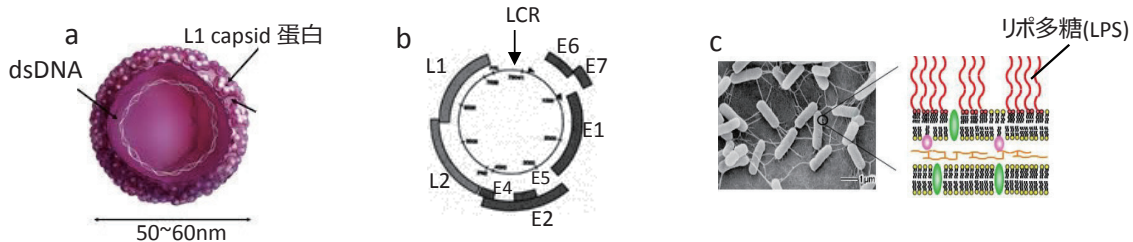


図 1.Alpha-HPV ワクチンの分子構造

- a. HPV ウイルスは直径約 55nm と小さく円形のウイルス。DNA ウィルスで 7900 塩基対から成る。HPVs ワクチンは遺伝子組み換えウイルス発現系や酵母で L1 capsid 蛋白を産生、ウイルスゲノムを含まない。2 製剤ともアジュバントを添加。
- b. ウィルスゲノムの最上流には long control region (LCR) がある。これらは非翻訳領域で、翻訳領域の DNA 転写の調節を行うが、ウィルス型により変異を生じ発癌性を生じる³⁾。
- c. グラム陰性桿菌細胞膜のリポ多糖 LPS は TLR4 に対する自然リガンドである⁷⁾。

蛋白により基底細胞も分裂を開始、ウィルスゲノム由来 E1・E2 蛋白によりウィルス DNA が複製される。表層ではウィルスゲノム由来 L1 蛋白によりウィルス粒子が形成され、E4 蛋白によりウィルス粒子の産生と放出が行われる。

感染性を保持した病態から長期間の持続感染が続き、やがて発癌状態に進展する。

ウィルスゲノム最上流にある long control region (LCR) は非翻訳領域で、翻訳領域の転写調節を行う。LCR における単一突然変異や多挿入変異などによる発癌性の獲得が、ヨーロッパの大規模疫学調査により明らかとなった。

一方で、患者の遺伝的素因による HPV s ウィルスの感染性や発癌性の獲得は 2% と低く、姉妹間での発癌素因となるが母娘間での素因にはならない。子宮頸部癌の p53 蛋白は野生型で、変異はないという。

ヒトパピローマウィルス・ワクチンの歴史的背景 (表 1)^{5) 6)}

1990 年代の遺伝子工学の進歩によりウィルス抗原の人工的な発現が可能となり、HPVs ワクチンの開発が可能となった。米国 Merck 社の Gardasil^R が 2007 年に、GSK 社の Cervarix^R が 2008 年に FDA の認可を得た後、日本では 2010 年に輸入承認され、2012 年にワクチン接種緊急促進臨時交付金が単年度予算で交付され、2013 年 4 月に予防接種法定期接種ワクチン (A 類疾患) となったが、重篤な副作用報告が相次ぎ 2 カ月後に積極的な勧奨接種は差し控えとなった。

2014 年 12 月に東京で HPV s ワクチンに関する初の国際シンポジウムが開催され、HPVs ワクチンに関連した死亡例の報告などがあった。

2015 年 8 月には日本医師会 / 日本医学会に

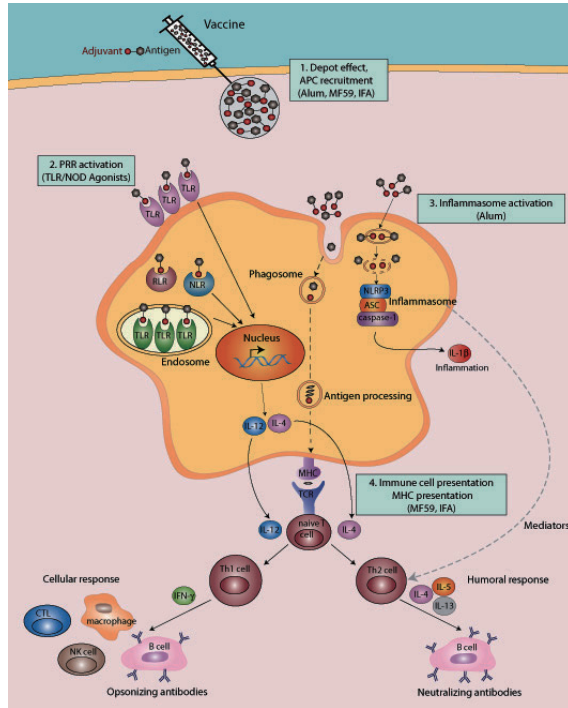


図 2.HPVs ワクチンの分子免疫機構

皮下に接種・閉じ込められた遺伝子組み換えL1蛋白とアジュバントは徐々に放出され、APC細胞に貪食される。Caspase-1やIL-4などの炎症性サイトカインにより、Th2系T細胞が誘導されメモリーB細胞が抗体産生を維持する。一方で LPS・ASOなどのアジュバントは、TLRなどの自然免疫リガンドとして取り込まれ、核内でTNF- α やIL-12などのサイトカインをエンコードする遺伝子で転写が行われる。エピジェネティック制御のもと産生されたサイトカインは、抗原とMHC class IがナイーブT細胞に抗原提示され、Th1細胞障害性活性化(CTL)を誘導する。

- 遺伝子組み換えL1蛋白
- アジュバント
- TLR : toll like receptor
- APC : antigen presenting cell

Takeuchi O, et al. Cell 2010, 140, 805-820より改変。

よる HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引きが公開されている⁷⁾。

ワクチン・アジュバントの分子免疫機構(図2)⁸⁾⁹⁾

HPVs ワクチン (遺伝子組み換え L1 蛋白とアジュバント) は皮下に接種されると、徐々に放出され APC 細胞に貪食される。

Caspase-1 や IL-4 などの炎症性サイトカインにより、Th2CD8⁺T 細胞が誘導されメモリー B 細胞が抗体産生を維持する。Cervarix^R の phase III オープン試験で、ワクチン接種後 28 週で抗体価はピークに到達、自然感染時の抗体価 29.8EL.U/ml に比較し Cervarix^R 接種後の維持期の抗体価は 397.8EL.U/ml と高値であった¹⁰⁾。

水酸化アルミニウム Al(OH)₃ は、90 年来最も多用されているワクチン・アジュバントで、Th2 液性免疫 (IgE と IgG) を強く誘導する。

遺伝学的に免疫応答の異なる 2 種類のラットにおいて Al(OH)₃ 添加ワクチンを筋肉内接種し病理学的検討を行った実験において、マクロファージにフェリチン受容体 CD71 が強く発現し外来性アルミニウムを細胞内に取り込みながらワクチン接種部位に長期間留まることが示された¹¹⁾。この状態で追加接種を行った場合、ア

ルミニウム含有マクロファージの一部は所属リンパ節に移動し、エフェクター CD8⁺T 細胞が誘導され免疫応答を誘導、Th1/Th2 バランスが壊れ Th2 の免疫応答が強く誘導されることが示された。prague-Dawley ラット (Th1/Th2 バランス均衡) は Lewis ラット (Th1 バランスシフト) に比較し強い局所反応を示したことから、免疫遺伝学的背景が Al(OH)₃ アジュバントへの反応性に違いを示すことが示された。

一方で、LPS アジュバントは TLR4 の自然免疫系リガンドとして取り込まれると、核内で TNF- α や IL-12 などのサイトカインをエンコードする遺伝子の転写が行われる。エピジェネティック制御のもと産生されたサイトカインは、L1 蛋白抗原と MHC class I がナイーブ T 細胞に抗原提示されると、Th1 細胞障害性活性を誘導する。

宿主の Th1/Th2 バランス均衡が未熟な場合、または宿主の遺伝的特異性により、自然免疫系の刺激による免疫応答の増強と表裏に炎症性サイトカインによる副反応を強く誘導する可能性、過剰な IgE 誘導を引き起こす可能性、慢性疲労症候群などの自己免疫異常が遷延する可能性が推測される。

ワクチン・アジュバントの開発研究と行政¹²⁾

本邦はワクチン・アジュバントに関するガイドラインがなく、ワクチンの最終製剤が審査対象となるがアジュバント単独の審査がない。ワクチンの臨床試験も Al(OH)₃ をプラセボとしたデザインのため、Al(OH)₃ の安全性の評価は充分ではないと chocrane review で指摘されている¹³⁾。

小児～未成年に投与する癌ワクチンと感染症ワクチンでは基準が異なるはずで、ベネフィット/リスク比を最大限に引き上げる基本方針でよいのか議論が進められている。

次世代アジュバント開発は世界的に進められており、Th1 アジュバントは自然免疫系リガンドとして多くの分子が研究されている一方で、Th2 アジュバントや Th17 アジュバントの研究は分子メカニズムの研究が立ち遅れている状況にある。安全なアジュバントの開発研究は原因不明の炎症性疾患の病態・治療法の開発にも繋がる可能性がある」と期待されている。

症例

症例1：14歳、女性。

主訴：頭痛と微熱、腰痛と歩行障害、右手指麻痺。

既往歴：8歳時よりアトピー性皮膚炎と気管支喘息の治療。

家族歴：特記なし。

生活歴：飲酒・喫煙なし。

現病歴及び入院経過（図3）：2011年にHPVsワクチン（Cervarix[®]）を3回接種した（左上腕⇒左上腕⇒右上腕）。3回目の接種直後より微熱と頭痛が出現。8週後より腰痛で体育の授業を休むようになった。16週後より両下肢のひきずり歩行の状態となり当院整形外科に入院した。疼痛に対する対症療法と運動リハビリテーションを施行したが症状は軽快しなかった。

17週目より右肩甲骨周囲の有痛性異常知覚が出現、数日後に右手指麻痺が出現した。全身性にアトピー性皮膚疹の増悪を認めた。

神経内科に転科し、神経画像検査や髄液検査及び電気生理検査（表2-a,b）を施行し、左右差・神経差を伴う運動・感覚神経障害が判明。障害の局在は右腕神経叢から神経幹、正中・尺骨神経まで散在性に障害されたものと判断した。

可及的にステロイド・パルス療法とヒト免疫グロブリン療法（intravenous immunoglobulin;

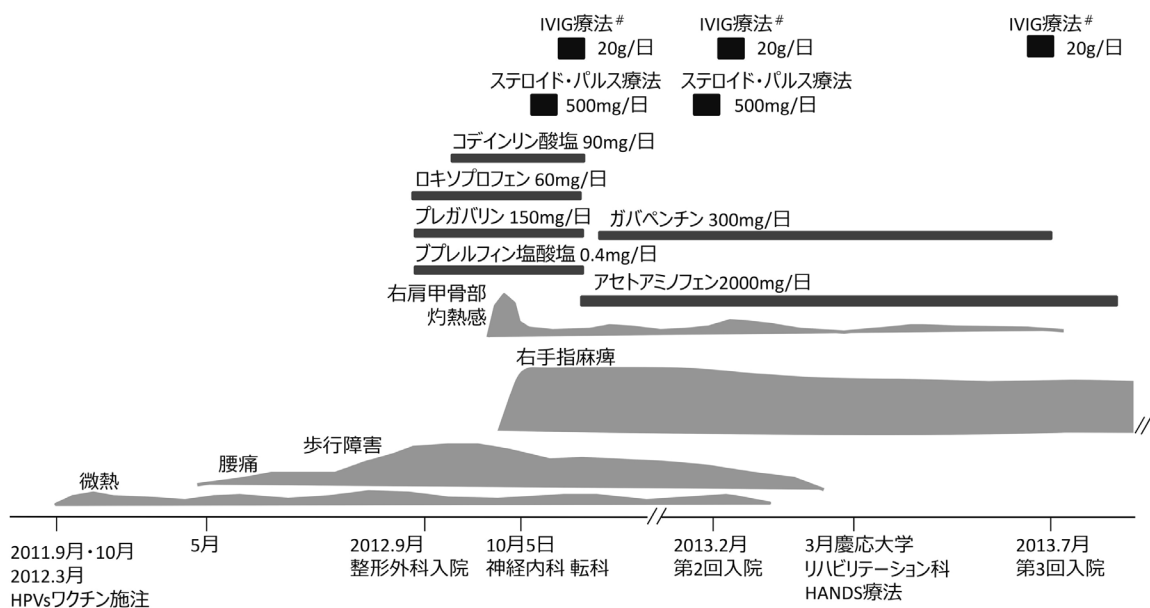


図3. 症例1の臨床経過 #ヒト免疫グロブリン大量静注療法(IVIG療法)

HPVs ワクチン3 回目の施注直後より微熱、8 週後より腰痛、16 週後より両下肢のひきずり歩行、17 週後より右手指麻痺が亜急性に出現した。ステロイド・パルス療法と IVIG 療法を施注し、歩行障害は軽快したが、右手指麻痺性拘縮を残した。



図 4. 症例 1 の右上肢麻痺

a,b. 発症時は右手首～手指の弛緩性麻痺。 c,d. IVIG 療法後も右手指麻痺は回復せず徐々に麻痺性拘縮となった。前腕部伸筋群の IVES 電気刺激法で手指関節の驚手拘縮を呈した。

IVIG 療法) を、同意を得て施注。右手指麻痺は初めは弛緩性麻痺であったが、4 週後には驚手拘縮の状態となった。

数ヶ月を経て IVIG 療法 2 クール目を投与した後より、腰痛と両下肢のひきずり歩行が徐々に軽快した。

麻痺発症 6 ヶ月後に慶応大学リハビリテーション科で HANDS 療法の指導を受け、以降は当科外来で随意運動介助型電気刺激療法 (図 4-d, integrated volitional control electrical stimulator ; IVES) と反復経頭蓋磁気刺激法 (repetitive transcranial magnetic stimulation ; rTMS) を行った。右母指の随意運動が僅かに回復し書字は可能になったが、その他の手指日常生活機能の回復は得られなかった (簡易上肢機能検査 (STEFF, 図 4-c) で右手 12 点、左手 97 点)。右手指麻痺の神経学所見 (図 4) : 右手指麻痺の発症時は弛緩性麻痺であったが、数週間で麻痺性拘縮となった。軽度の表在感覚低下と発汗低下を伴った。前腕部伸筋群の IVES 電気刺激で MP 関節の伸展と PIP/DIP 関節の屈曲を呈し、驚手拘縮の状態であった。神経画像検査 : 右手指麻痺発症時に脳・脊髄 MRI を評価し異常を認めなかった。発症 1 年後に腕神経叢 MRI を評価し異常陰影は認め

ず、発症 2 年後の脳血流シンチ (^{123}I -IMP) で大脳全体に散在する軽度血流低下を認めた。

症例 2 : 15 歳、女性。

主 訴 : 頭痛と微熱、左手指の異常感覚。

既往歴 : 13 歳時よりアトピー性皮膚炎と気管支喘息の治療。

家族歴 : 母がアトピー性皮膚炎。

生活歴 : 飲酒・喫煙なし。

現病歴及び入院経過 (図 5) : 2012 年に HPV_s ワクチン (CervarixR) を 3 回接種した (左上腕 ⇒ 右上腕 ⇒ 左上腕)。3 回目の接種直後より微熱と左手指の異常感覚が出現。20 週後より左上肢～手指 III・IV・V 指の運動麻痺が出現。28 週後には麻痺性拘縮となった。

44 週後に当科を受診時、顔面や四肢にアトピー性皮疹を認めた。電気生理検査 (表 2-b) で左右差・神経差を伴う運動・感覚神経障害を示し、障害の局在は左腕神経叢から神経幹、正中・尺骨神経まで散在性に障害されたものと判断した。

可及的にステロイド・パルス療法と IVIG 療法を、同意を得て合計 4 クール施注し、左上肢近位筋力が軽度回復し、疼痛が消退した。外来で IVES 電気刺激法と rTMS を

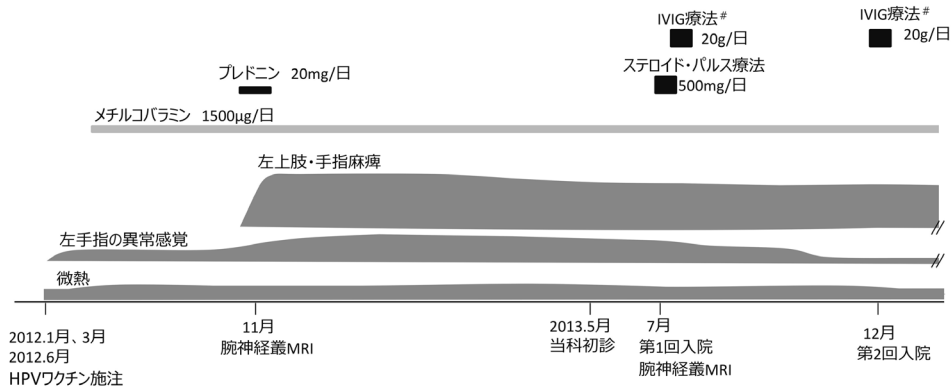


図 5. 症例 2 の臨床経過 #ヒト免疫グロブリン大量静注療法 (IVIG療法)

HPVs ワクチン 3 回目の施注直後より微熱と左手指異常感覚を認め、20 週後より左上肢・手指麻痺を認めた際に腕神経叢の異常陰影を認め、前医プレドニンを短期間投与された。44 週後に当科初診、IVIG 療法を合計 4 クール投与したが、左手指麻痺性拘縮を残した。

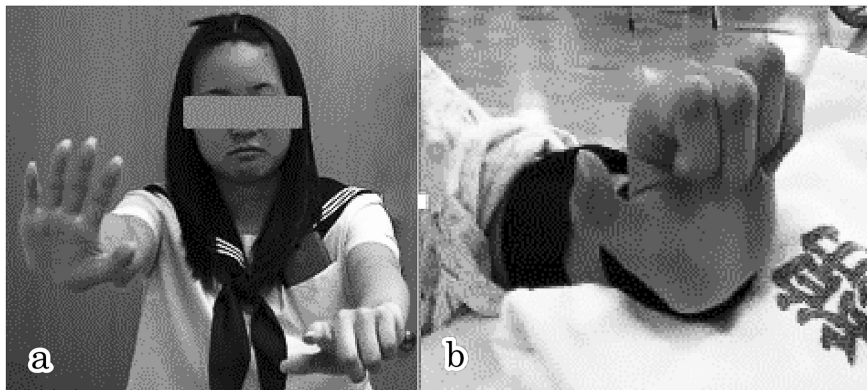


図 6. 症例 2 の左上肢・手指麻痺

- a. 発症時は弛緩性麻痺であったが、徐々に左肩関節と手指の麻痺性拘縮となった。
- b. 前腕部伸筋群の IVES 電気刺激で手指関節の鷲手拘縮を呈した。

組み合わせて治療を継続し、手指日常生活機能は僅かに回復した。

左手指麻痺の神経学所見 (図 6) : 左手指麻痺発症時は前医で弛緩性麻痺であったが、数週間で麻痺性拘縮となった。軽度の表在感覚低下と発汗低下を伴っていた。前腕部伸筋群の IVES 電気刺激で MP 関節の伸展と PIP/DIP 関節の屈曲を呈し、鷲手拘縮の状態であった。

神経画像検査 : 運動麻痺の発症時に前医で腕神経叢 MRI を施行し、病側で異常陰影を認めたためステロイドを短期間投与されていた。当科で施行した脳・脊髄 MRI では異常を認めなかった。

考 察

2 症例ともアトピー性素因を背景にもち、HPVs ワクチン 3 回目を施注した側で運動麻痺を引き起こした。

手指の麻痺性拘縮は特異な鷲手 (total claw hand) を呈し、電気生理検査より推測される障害の局在は腕神経叢、前腕部～虫様筋に分布する正中・尺骨神経に散在した。感覚障害は疼痛が主体で、電気生理学検査においては左右差・神経差を伴う運動・感覚神経障害であった。

2 症例とも抗 GM1-IgM 抗体を認めているが、同抗体は多巣性運動ニューロパチーや運動ニューロン病などでの検出が報告されている³⁾。GM1 はランビエ絞輪近傍の髄鞘部分や軸索に

表 2-a. 臨床検査

	症例 1	症例 2
血管炎関連	WBC 6700 (好酸球 794)/ μ l CRP (-), 血沈 30 mm/hr MPO-ANCA抗体・抗核抗体 (-)	WBC 7700 (好酸球 823) / μ l CRP(-), 血沈 11mm/hr MPO-ANCA抗体・抗核抗体 (-)
アレルギー関連	IgE 1270 MAST33 (ダニ 5+, ハウスダスト 5+ 猫毛 5+, 卵白 1+)	IgE 62 MAST33 (ベニシリウム 1+, エタノール 1+)
神経抗体関連	GM1 IgM # (+) NMDA型 GluR ## (-) 抗アクアポリン4抗体### (-)	GM1 IgM (+), GM2 IgM (+) GalNAc-GD1a IgM (+) NMDA型 GluR (-) 抗アクアポリン4抗体 (-)
遺伝子検査	HNPP遺伝子 (-)	nd
脊髄液検査	初圧129mmH ₂ O 細胞数 1/mm ³ 蛋白28mg/dl, MBP (-) oligoclonal IgG band (-)	初圧110mmH ₂ O 細胞数 1/mm ³ 蛋白30mg/dl, MBP(-) IL-6 1.4
nd: not done	#, ##ELISA法 ###cell based assay	

表 2-b. 神経生理検査

	症例 1 (右病側)	症例 2 (左病側)
神経伝導検査		
尺骨神経	終末潜時 1.8 msec MCV(wrist-erbow) 64.1 m/sec MCV(axilla-erb) 40.0 m/sec CMAP (wrist) 3.6mV, (Erb) 0.03 mV inchingで伝導ブロック(+) F波は検出(-) SCV 65.8 m/sec, SNAP 12.8 μ V	終末潜時 2.7 msec MCV(wrist-erbow) 52.2 m/sec MCV(axilla-erb) 48.4 m/sec CMAP (wrist) 8.9mV, (Erb) 1.0 mV inchingで伝導ブロック(+) F波潜時 28.8msec, 頻度46% SCV 44.8 m/sec, SNAP 1.5 μ V
正中神経	終末潜時 2.4 msec MCV(wrist-erbow) 57.4 m/sec CMAP (wrist) 3.6mV, (Erbow) 2.9mV F波潜時 24.3 msec, 頻度 6% SCV 46.4 m/sec, SNAP 39.1 μ V	終末潜時 3.0 msec MCV(wrist-erbow) 63.8 m/sec CMAP (wrist) 5.5mV, (Erbow) 5.5mV F波潜時 37.3 msec, 頻度 13% SCV 58.6 m/sec, SNAP 15.9 μ V
外側前腕皮神経	MCV 38.5 m/sec	MCV 31.7 m/sec
腓腹神経	SCV 32.8 m/sec, SNAP 20.4 μ V	SCV 44.0 m/sec, SNAP 2.2 μ V

発現するガングリオシドで、抗 GM1 抗体による液性免疫や補体の活性化により、軸索イオンチャンネル障害や脱髄による伝導ブロックを来す可能性がある。2 症例ともステロイドや IVIG 療法に反応性を示したが強い運動麻痺が残存したことから、神経周膜が散在性に障害されていたとも推測される。

当科で治療管理下にある HPV_s ワクチン関連神経合併症の 7 症例において、慢性頭痛 5 例 (71%)、うつ状態 5 例 (71%)、運動・感覚性ニューロパチー 4 例 (57%)、神経障害性疼痛 3 例 (43%)、記憶力 / 認知機能障害 2 例 (33%) を認め、神経徴候は多様である。免疫学的側面についてはアトピー性素因 / 血清 IgE 高値 5

例 (71%)、抗 NMDA 型グルタミン受容体陽性 4 例 (57%)、GM1-IgM 抗体陽性 2 例 (33%)、エノラーゼ抗体陽性 1 例 (14%) であった。

日本医師会 / 日本医学会の HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引きでは痛みに対する対症療法や運動リハビリテーションが治療の柱となるが、HPVs ワクチン効果による Th2 液性免疫が種々の抗神経抗体を惹起し、中枢～末梢神経系に散在する障害を生じている可能性が高い場合には免疫学的な治療介入も必要と考える。

小児～未成年は Th1/Th2 バランス均衡が未熟で、癌ワクチン投与後のエピジェネティックな遺伝子制御も未熟である可能性があり、今後の HPVs ワクチン接種の効果と安全性についての判断には、ワクチン接種がもたらす宿主側の分子遺伝学的な側面についても検討を深める必要がある。

報告にあたり患者の承認を得た。報告の要旨は第 203 回日本神経学会九州地方会 (2013 年 9 月) 及び第 3 回沖縄神経免疫研究会 (2015 年 2 月) で発表した。抗ガングリオンド抗体を検索いただいた近畿大学医学部 楠木進先生、国立静岡てんかん・神経医療センター 高橋幸利先生に深謝します。

文献

1) Doorbar J, et al. Human papillomavirus molecular biology and disease association. *Reviews in medical virology* 2015, 25 ; 2-23.

2) Doorbar J. Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Clinical Science* 2006, 110 ; 525-541.

3) Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical microbiology reviews* 2003, 16 ; 1-17.

4) Ang KK, et al. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2010, 363, 24-35.

5) 笹川寿之. モダンメディア 2009, 10 ; 269-274.

6) 新井智, 多屋馨子. 摂種スケジュール. *日本内科学会雑誌* 2015, 104, 2330-2335.

7) 日本医師会 / 日本医学会. HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き. 2015, 2-19.

8) Takeuchi O, Akira S. Pattern recognition receptors and inflammation. *Cell* 2010, 140 ; 805-820.

9) Tomljenovic L, et al. Aluminium vaccine adjuvants : Are they safe? *Current Medical Chemistry* 2011, 18 ; 2630-2637.

10) Schwartz TF, et al. Persistence of immune response to HPV-16/18 AS04-sdjuvanc cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years *Human Vaccines* 2011, 9 ; 958-965.

11) Raisbeck G, et al. Al(OH)₃-adjuvanted vaccine-induced macrophagic myofasciitis in rats is influenced by the genetic background, *Neuromuscular Disorders* 2006, 16 ; 347-352.

12) 石井健, 他. アジュバント開発研究の現状と未来 ; 審査行政や社会とのかかわりも含めて. 1-20. *ファインケミカルシリーズ*. シーエムシー出版 2011.

13) Exley C. Aluminum adjuvants and adverse events in sub-cutaneous allergy immunotherapy. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2014, 10 ; 1-5.

Abstract

Molecular immunological action of human papillomavirus vaccine and an associated neuropsychiatric side effect

Naomi Kanzato, MD, PhD^{1*}; Kou Nakachi, MD¹; Taro Naka, MD¹; Mariko Higa, MD¹; Natumi Fujisaki MD².

¹Departments of Neurology of Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center & Children's Medical Center, ²Center for Clinical Neuroscience Okinawa National Hospital

Human papillomavirus (HPVs) typically causes chronic infections, which can be isolated from skin swabs and hair from normal immunocompetent individuals. HPVs-associated cancer, such as cervical cancer, can result from persistent infection with the high risk type of HPV 16 and 18, with the characteristic

immunological escape from cell-mediated immunity of the host. Although, mutations in the long control region (LCR) and the E6 and E7 genes of the virus genome may to be involved in carcinogenicity, patients' genetic predispositions are unlikely to contribute to HPV infectivity and carcinogenicity. Prophylactic vaccine of HPVs for cervical cancer was discovered with recombinant gene technology in 1990, and it was adopted in preventive vaccination law in 2013 in Japan. Aluminum hydroxide(Al(OH)₃) has been incorporated in the vaccine, which strongly induces the CD₈⁺ T cell-dominate Th2 responses, although there has been no independent screening of the safety of the vaccine adjuvant.

We report two patients with brachial plexus neuritis 17-20 weeks after the 3rd booster Injection of HPVs vaccine. They showed an atopic predisposition and the disturbance was unilateral, being on the same side as the 3rd booster injection, which resulted in total claw hand in spite of intensive immunomodulation therapy.

We investigated whether HPVs vaccine induces Th2 balance shift under immature regulation of the immune system of young individuals.

Key words : human papillomavirus (HPVs), prophylactic vaccine against cervical cancer,aluminum hydroxide, vaccine adjuvant, brachial plexus neuritis, anti-neural antibody, intravenous immunoglobulin.

*Correspondence to: N kanzato, Departments of Neurology of Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center & Children's Medical Center, 118-1, Arakawa, Haebaru-cho, Okinawa, 901-1193, Japan.

Email : kanzato_naomi@hosp.pref.okinawa.jp



『日本で一番幸福な県』

那覇かなぐすく皮膚科
金森 志奈子

平成 25 年 11 月に小禄金城地区で皮膚科クリニックを開院し、おかげさまで 2 年がすぎました。

あっという間だったような、すごく長かったような、ただただ一生懸命に皮疹を減らすことを考えた時間でした。たくさんの方に助けてもらいました。ありがとうございます。今後も、地域の皮膚科診療のため、体力気力知力の向上に努めていきたいと思えます。

さて、私は旧姓赤嶺、生まれも育ちも小禄の純うちなーんちゅですが、結婚してから金森(カナモリ)という姓になりました。『金城(キンジョウ)でなくてカナモリ?? 先生、どこの方ね~?』とご年配の患者さんがお尋ねになることがしばしばあります。『私は沖縄ですが、夫が福井県なんですよ~。』と答えます。福井県と言われても、場所がすぐにはピンと来ないようで『ふーん…そうね~。』で会話はほぼ終了です。

夫の出身地は福井県大野市という北陸の小京都と呼ばれる城下町です。京都のような東西南北の碁盤目の町並み、400 年続く朝市が情緒的で、天空の城として知られる越前大野城があります。金森姓で一番有名な人物といえば、戦国武将、金森長近(信長、秀吉、家康 3 人に仕え、この越前大野城の城主、のちに飛騨高山藩初代藩主)ですが、夫によると全く関係ないとのこと、子孫ではないようで岐阜美濃地方、富山、関西地方に多く分布する姓とのことでした。

そして福井県は日本のブータンといわれているらしく、タイトルにある『日本で一番幸福な県』は福井県なのです。

◎ 2014 年一般財団法人「日本総合研究所」(東京都港区)が 1 人当たりの所得や、平均寿命、雇用環境などのデータを指標に算出した都道府県別の幸福度ランキング 2014 年版で 1 位。

◎ 2011 年の法政大学による 47 都道府県の幸せ度ランキングの研究結果 1) で 1 位。

「未婚率が低く出生率が高い幸福な家庭像」「福利厚生面が充実し住みやすい」「犯罪、火災、事故が少なく安心して暮らせる」とのようです。

男性平均寿命 3 位(女性 7 位)、失業率 47 位、共働き率 2 位、持ち家率 3 位、合計特殊出生率(1.62:2014) 9 位、自殺死亡率 46 位。

また、2015 年全国学力テストは中学生 1 位、小学生 3 位。全国体力テスト小学生 1 位。他にも社長輩出率 1 位のデータがあり、地味で目立たない県のイメージがあると思いますが、長い冬に耐えながら粘り強く元気に良く働き、女性にも子供にも良い環境のようです。

ちなみに我が沖縄県は法政大学の研究では 41 位となっております。2 位は富山県、3 位は石川県と北陸 3 県が上位でした。様々な指標から算定されていて、参考になります。

実際、私も福井県大野市の夫の実家によく帰省します。那覇空港から小松空港へと飛行機で移動し、自動車でも高速道路に乗り、山へ向かってトンネルを 7 個超えて、杉林の緑の中、時間をかけ大野市に入ります。大野市は四方を白山の支脈に囲まれた盆地でとても自然に恵まれていて、空気も水もひんやりときれいでゆったりと時間が流れます。蛇口をひねれば天然の地下水。春は大野城での桜吹雪、夏は幻想的な提灯と盆踊り、秋は美しい黄金の稲穂が揺れ、冬は豪雪地帯でありトンネルを抜けるとそこは雪国だった、という川端康成の世界。沖縄から来た私には、この四季のうつりかわり、田園風景が素晴らしく、帰省するたびに沖縄との地理的歴史的相違を感じ興味深いのです。

福井県大野市近辺の名所としては国の『三重指定』の一乗谷の朝倉氏遺跡、今も 200 人の修行僧が修行に励む曹洞宗大本山永平寺、紅葉の綺麗な九頭竜ダム、世界的な勝山の恐竜博物館、日本海側には火曜サスペンスな東尋坊、あわら温泉など沖縄と全く違った景色、歴史文化がたくさんあります。

違いといえば、沖縄での危険生物はハブですが、福井ではクマ！春の山菜採りに山に入ったときに義母がリュックに鈴をつけていたので不思議に思って聞くと、クマよけとのことで、驚きました。ツキノワグマの出没が福井県全体で平成 27 年度は 4 月から 12 月 15 日までに計 274 件報告されていました。

そして、初めて真冬に行ったときのこと。氷点下のあまりの寒さに、末梢血管に寒冷刺激が強すぎて何かを発症しないかと不安になったも

のでした。慣れないスキーをしたのですが、時間の経過とともに娯楽のはずが修行のようになり、体も動かず、思わず『エイヘイジノユキフカシ（永平寺の雪深し）』（福井大学の不合格電報文面）の心境になりました。まだまだ修行が必要のようです。でもあのどこまでも美しい銀世界は沖縄では味わえないため、また体調を整えて真冬の帰省を検討中です。

最近では年末年始には、福井から越前ガニと赤かぶ漬け、大野の里芋を取り寄せています。そしてわれらがソウルフードの沖縄そば、沖縄の車エビ、海ぶどうなどを準備し、福井と沖縄のハイブリッドでご馳走を楽しんでいます。

【参考文献】

- 1) <http://www.hosei.ac.jp/documents/koho/photo/2011/11/20111110.pdf#search='幸福度ランキング法政大学'>



福井県県花『水仙』（別名：雪中花）：日本海から吹き付ける北風にじっと耐え、寒風に向かって花を咲かせ、雪の中でも春を知らせます。

お知らせ

平成28年度 県関係人事の主な人事異動

平成28年4月1日付、県関係等の主な人事異動について、下記のとおりお知らせいたします。
 (* ()内は前役職です)

<平成28年度 県関係人事抜粋>

○部長級

- ・ 中部病院長…………… 本 竹 秀 光
 (同病院副院長)
- ・ 南部医療センター・こども医療センター院長…………… 佐久本 薫
 (同センター副院長)
- ・ 保健医療部医療技監・南部保健所長…………… 崎 山 八 郎
 (子ども生活福祉部医療技監・八重山福祉保健所長・中央児童相談所八重山分室長)
- ・ 保健医療部長…………… 砂 川 靖
 (総務部総務統括監)
- ・ 子ども生活福祉部長…………… 金 城 弘 昌
 (子ども生活福祉部生活企画統括監)
- ・ 保健医療部参事監・県保健医療福祉事業団専務理事…………… 仲 本 朝 久
 (保健医療部長)

○統括監級

- ・ 保健衛生統括監…………… 糸 数 公
 (健康長寿課長)
- ・ 参事・北部保健所長…………… 仲宗根 正
 (子ども生活福祉部参事・北部福祉保健所長)
- ・ 中部保健所長…………… 伊 禮 壬紀夫
 (子ども生活福祉部中部福祉保健所長)
- ・ 参事・宮古保健所長…………… 上 原 真理子
 (子ども生活福祉部・南部福祉保健所長)
- ・ 参事・八重山保健所長…………… 国 吉 秀 樹
 (保健衛生統括監)
- ・ 中部病院副院長…………… 橋 口 幹 夫
 (同病院医療部長)

//////////////////////////////////// お知らせ //////////////////////////////////////

- ・中部病院副院長..... 篠崎 裕子
 (県立病院課医療企画監)
- ・南部医療センター・こども医療センター副院長..... 安慶田 英樹
 (同センター母子センター長)
- ・南部医療センター・こども医療センター副院長..... 岸本 信三
 (同センター医療部長)
- ・南部医療センター・こども医療センター母子センター長..... 宮城 雅也
 (県立病院課副参事兼北部病院小児科副部長)

○課長級

- ・健康長寿課長..... 山川 宗貞
 (子ども生活福祉部宮古福祉保健所長)
- ・中部保健所保健健康総括・班長..... 宮里 義久
 (子ども生活福祉部中部福祉保健所班長)
- ・北部病院医療部長..... 嘉陽 宗史
 (北部病院外科副部長)
- ・中部病院医療部長兼内科部長..... 平田 一仁
 (中部病院内科部長)
- ・南部医療センター・こども医療センター医療部長..... 久貝 忠男
 (同センター心臓血管外科部長)
- ・南部医療センター・こども医療センター医療部長..... 重盛 康司
 (北部病院医療部長)
- ・精和病院医療部長..... 前田 浩
 (同病院副院長兼医療部長)
- ・精和病院副院長..... 親富祖 勝己
 (中部病院精神神経科部長)
- ・宮古病院医療部長..... 米田 恵寿
 (同病院内科部長)

沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	9 週	10 週	11 週	12 週	
		3/6	3/13	3/20	3/27 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	2435	1903	1511	1159	(19.98)
RSウイルス感染症	小児科	40	37	37	42	(1.24)
咽頭結膜熱	小児科	5	9	9	8	(0.24)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	73	51	50	37	(1.09)
感染性胃腸炎	小児科	84	95	87	59	(1.74)
水痘	小児科	26	20	17	25	(0.74)
手足口病	小児科	1	0	1	2	(0.06)
伝染性紅斑	小児科	7	11	3	1	(0.03)
突発性発疹	小児科	2	4	4	6	(0.18)
百日咳	小児科	3	6	5	0	(0.00)
ヘルパンギーナ	小児科	0	1	2	0	(0.00)
流行性耳下腺炎	小児科	62	117	70	64	(1.88)
急性出血性結膜炎	眼科	0	1	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	7	2	6	6	(0.60)
細菌性髄膜炎	基幹	0	1	0	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	1	1	1	1	(0.14)
マイコプラズマ肺炎	基幹	3	7	7	7	(1.00)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	0	2	4	2	(0.29)

※ 1. 定点あたり・・・対象となる五類感染症(インフルエンザなど18の感染症)について、沖縄県で定点として選定された医療機関からの報告数を定点数で割った値のことで、言いかえると定点1医療機関当たりの平均報告数のことです。
(インフルエンザ定点58、小児科定点34、眼科定点10、基幹定点7点)

※ 2. 最新の情報は直接沖縄県感染症情報センターホームページへアクセスしてください。
<http://www.idsc-okinawa.jp>

(麻しん確定情報)

9週から12週までの、県内での麻しん確定報告はありません。



沖縄県医師国民健康保険組合のからのお知らせ

■医師国保組合とは

沖縄県医師国民健康保険組合は、国民健康保険法に基づき、国民健康保険を行う目的で昭和49年10月に設立された公法人で、沖縄県内で医業関係のお仕事に従事されている方を組合員とした「国民健康保険組合」です。



■加入対象者について

- ・医師 … 沖縄県医師会会員で医業に従事しており、社会保険等に参加していない方。
(※開業医、勤務医等は問いません。詳しくは事務局までご連絡下さい。)
- ・家族 … 医師、従業員組合員と住民票が同一で社会保険等に参加していない方。
- ・従業員 … 医師組合員が開設する医療機関に勤務する従業員の方。

■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医師	26,000	3,100	3,600	32,700	392,400
家族	7,000	3,100	3,600	13,700	164,400
従業員	8,000	3,100	3,600	14,700	176,400

※介護分(介護保険料)は40歳から発生し、64歳までは組合で徴収します。
65歳からは市町村へ納付することになります。

■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

- 半日人間ドック助成事業 … 半日人間ドックの受診費用を一部助成します。
- インフルエンザ予防接種助成事業 … 予防接種の接種費用を一部助成します。
- 宿泊助成事業 … 県内ホテルへ宿泊された場合、宿泊費用の一部を助成します。
- 育児支援事業 … 出産された被保険者の方へ、育児支援本を1年間提供します。

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

沖縄県医師国民健康保険組合

住所：南風原町字新川218-9
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
事務局：高良、新崎まで



講演会・例会のご案内

(5月10日～7月9日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
5/10 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム定例会 (日医生涯教育講座2単位) 未定	未定	未定	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
5/12 (木) 19:00	ザ・ナハテラス	第43回 沖縄うふいち会 (日医生涯教育講座2単位) ①当院における吸入指導の工夫(仮) ②SMART療法の有用性(仮) ③喘息・ACOS・COPDの診断と治療～世界のガイドラインGINAの臨床応用～	①狩俣 洋介(かりまた内科医院副院長) ②根井 雄一郎(沖縄県立中部病院呼吸器内科) ③興梠 博次(熊本大学大学院生命科学研究部呼吸器内科学教授)	① 73)慢性疾患・複合疾患の管理 ② 79)気管支喘息 ③ 9)医療情報, 82)生活習慣	アストラゼネカ(株) 869-0503 参加費 ¥500
5/12 (木) 19:00	ANAクラウンプラザホテル沖縄ハーバービュー	(仮)関節リウマチ適正使用セミナーin沖縄 (日医生涯教育講座1.5単位) ①(仮)アバタセプトの有用性 ②(仮)リウマチ診療で出くわす腎障害・尿検査異常	①久保 智史(産業医科大学医学部第一内科学講座助教) ②奥山 慎(秋田大学医学部附属病院腎疾患先端医療センター特任准教授)	① 61)関節痛 ② 73)慢性疾患・複合疾患の管理	ブリistol・マイヤーズ(株) 861-2218 参加費 なし
5/18 (水) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄県在宅緩和医療研究会 (日医生涯教育講座1.5単位) ①薬剤師としての在宅医療への関わり(仮) ②在宅緩和医療連携の実践(仮)	①荒井 千春(あにも調剤薬局) ②川越 厚(クリニック川越院長)	① 80)在宅医療 ② 80)在宅医療, 81)終末期のケア	塩野義製薬(株) 862-8732 参加費 なし
5/21 (土) 14:00	国立劇場おきなわ	熱中症フォーラム2016 (日医生涯教育講座1.5単位) ①暑くなる前が危険の変わりめ熱中症！その対策を考えましょう ②自動車ロードレースにおける国内外でのメディカルサポート	①服部 益治(兵庫医科大学小児科学教授) ②富和 清訓(奈良県立医科大学整形外科学教室)	① 4)医師-患者関係とコミュニケーション, 11)予防と保健 ② 7)医療の質と安全, 10)チーム医療	大塚製薬(株) 867-6198 参加費 なし
5/21 (土) 19:00	ホテル日航那覇グランドキャッスル	第13回沖縄小児内分泌研究会 (日医生涯教育講座1.5単位) 小児内分泌科医が診る思春期	内木 康博(国立成育医療研究センター生体防御系内科部内分泌科)	23)体重増加・肥満 72)成長・発達の障害 82)生活習慣	JCRファーマ(株) 092-474-7740 参加費 なし
6/3 (金) 18:50	沖縄県医師会館	第120回沖縄臨床血液研究会 (日医生涯教育講座2単位) ①特別演題:小児のImmune thrombocytopenia(ITP)-最近の動向と鑑別すべき遺伝性血小板減少症- ②一般演題未定 ③一般演題未定	①今泉 益栄(宮城県立こども病院副院長) ②未定 ③未定	未定	帝人ファーマ(株) 871-1850 参加費 ¥500

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
6/4 (土) 18:00	沖縄県医師会館	OKINAWA夜間頻尿セミナー (日医生涯教育講座2単位) ①パーキンソン患者における 排尿障害の基礎と臨床 ②未定	①橋田 岳也(北海道大 学病院泌尿器外科学分 野講師) ②榊原 隆次(東邦大学 医療センター佐倉病院 内科学神経内科教授)	未定	ファイザー(株) 090-9146- 2317 参加費 なし
6/14 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム定例会 (日医生涯教育講座2単位) 未定	未定	未定	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
7/4 (月) 19:30	沖縄県医師会館	第234回沖縄ハート (日医生涯教育講座1.5単位) ①～③未定	①未定(中頭病院循環 器内科) ②未定(沖縄協同病院心 臓血管外科) ③未定(那覇市立病院循 環器内科)	未定	琉球大学大学 院医学研究科 胸部心臓血管 外科学講座 895-1168 参加費 ¥500

※都合により変更する場合がありますので、ご確認の上ご出席ください。
 ※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。
 ※お願い:7月10日～9月9日迄の講演会例会等が決まれば、5月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報
 下さい。

原 稿 募 集

プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。

随筆コーナー (2,500字程度)

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

原稿送付先

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

E-mail: kaihou@ml.okinawa.med.or.jp

※原稿データは、出来ましたらメール送信又は電子媒体での送付をお願い申し上げます。

平成 28 年度 産業医研修会案内

平成28年度みだし研修会を別紙要領により開催することに致しましたので、ご案内申し上げます。

つきましては、研修会への受講を希望する場合には、別紙開催日程をご確認の上、下記により FAX(098-888-0089)でお申し込み下さい。

研修会参加申込票

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込み研修番号	A・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ・ G ・ H
参加申込者	氏名：
	氏名：
	氏名：
	氏名：
	氏名：
施設名	
TEL	
認定区分	認定医 ・ 未認定医

沖縄県医師会事務局 業務1課 與儀
(TEL.098-888-0087 FAX.098-888-0089)

平成28年度沖縄県医師会産業医研修会実施計画

申込み 研修番号	研修会名	日 時	場 所	カリキュラム (付与単位数)	講師名
終了	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	4月28日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 健康管理(2単位) 「職場の健康管理における産業医の役割」 (2) 総論(2単位) 「やりがいのある産業医活動」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 伊志嶺 隆 先生
B	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	5月19日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 総論(2単位) 「効果的な産業保健活動を推進するための産業医の義務と役割」 (2) 労働衛生関係法規と関係通達の改正(2単位) 「労働安全衛生法及び関連する法規類の最近の動向」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 加藤 浩司 先生
受付 終了	基礎(実地) 生涯(実地)	6月4日(土) 開始18:30 終了21:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) メンタルヘルス対策(3単位) 「産業医によるストレスチェックのフィードバックと面接指導の実際」	(1) 山本 和儀 先生
【※グループワーク(定員制)につき申込を締め切りました。当日参加は受付できませんのでご注意ください。】					
D	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	6月16日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 作業環境管理(2単位) 「異常気圧環境 潜水業務を中心に」 (2) メンタルヘルス対策(2単位) 「ストレスチェック時代の産業によるメンタルヘルス対策」	(1) 清水 隆裕 先生 (2) 山本 和儀 先生
E	基礎(後期) 生涯(専門)	7月14日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 健康管理(2単位) 「職場における健康診断の活用法」 (2) 健康保持増進(2単位) 「職員の健康増進と健康経営」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 伊志嶺 隆 先生
F	基礎(後期) 生涯(専門)	8月25日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) その他(2単位) 「労働衛生のトピックス～有害物質による健康障害の防止を中心に～」 (2) メンタルヘルス対策(2単位) 「ストレスチェックと連動したメンタルヘルス対策」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 山本 和儀 先生
G	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	10月15日(土) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 作業環境管理(2単位) 「新しい大気汚染指標 PM2.5 その発生源と対策」 (2) 労働衛生関係法規と関係通達の改正(2単位) 「労働安全衛生法及び関連する法規類の最近の動向」	(1) 清水 隆裕 先生 (2) 加藤 浩司 先生
H	基礎(実地) 生涯(実地)	11月17日(木) 開始18:30 終了21:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 救急処置(3単位) 「救急処置：自信をもって応急救護処置を教えられますか?」	(1) 佐々木秀章 先生

※単位制の研修につき、時間厳守をお願いします。遅刻や途中退場は単位認定ができませんのでご注意ください。

参考 沖縄県医師会 産業医研修会年度別開催スケジュール（平成24年～平成28年度）

研修名称		研修内容	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
I 基礎 研修	前期研修 (未認定医14単位以上)	(1) 総論(2単位)	6/21		4/17		4/28
		(2) 健康管理(2単位)	6/21		4/17		4/28
		(3) メンタルヘルス対策(1単位)	4/19		6/19		6/16
		(4) 健康保持増進(1単位)		6/6		4/16	
		(5) 作業環境管理(2単位)	4/19		6/19		6/16
		(6) 作業管理(2単位)		4/19		4/16	
		(7) 有害業務管理(2単位)		6/6		6/18	
		(8) 産業医活動の実際(2単位)		4/19		6/18	
		(9) その他					
I II 基 生 涯 研 修	後期研修 (未認定医26単位以上)	(1) 労働衛生関係法規と関係通達の改正	10/27	11/17	10/30	5/21	5/19、10/15
		(2) その他	5/17	5/16	5/15	7/16	
	更新研修 (認定医1単位以上)						
I II 基 生 涯 研 修	実地研修 (未認定医10単位以上) (認定医1単位以上)	(1) 健康管理	9/8			6/20	
		(2) じん肺の胸部エックス線検査					
		(3) メンタルヘルス対策	8/16	12/12	11/13	11/12	6/4
		(4) 健康保持増進		8/10			
		(5) 救急処置					11/17
		(6) 作業環境管理・作業管理			8/23		
		(7) 職場巡視と討論		8/10			
		(8) その他				7/12	
I II 基 生 涯 研 修	後期研修 (未認定医26単位以上) 専門研修 (認定医1単位以上)	(1) 総論		11/17	5/15		5/19
		(2) 労働衛生管理体制(総括管理)	5/17	5/16		5/21,7/12	
		(3) 健康管理	7/19	9/13	7/17	8/20	7/14
		(4) メンタルヘルス対策	9/20	11/17	9/13	10/8	8/25
		(5) 健康保持増進	10/27	9/13	7/17		7/14
		(6) 作業環境管理	7/19	12/6	10/30		10/15
		(7) 作業管理		11/17		7/16	
		(8) 有害業務管理	9/20	12/14		11/26	
		(9) 労働衛生教育		12/14		8/20	
		(10) その他		12/6	9/13		8/25
研修会開催回数			8回	9回	8回	10回	8回

【未認定医】

- ・ 新規認定の為に基礎研修（前期研修14単位以上・実地研修10単位以上・後期研修26単位以上）合計で50単位以上の修得が必要です。
- ・ 未認定医は「2年程度」で産業医の認定資格が得られます。

【認定医】

- ・ 認定産業医の更新には、認定証取得後（有効期限内5年間）に生涯研修（更新研修1単位以上、実地研修1単位以上、専門研修1単位以上）20単位以上の修得が必要です。
- ・ 認定医は1年間では単位取得が可能です。

平成28年度 産業保健研修会予定表 ～産業保健かわら版(前期)～

参加ご希望の方は申込書に記載の上このままFAX(098-859-6176)にてお申し込み下さい。
「ホームページ」にも研修会の案内を掲載しておりますので、ご利用下さい。(http://www.sanpo47.jp)
※なお、「定員」に達した場合は受付を終了させていただくことがありますので、ご了承下さい。

〒901-0152 沖縄県那覇市字小禄1831-1
沖縄産業支援センター 2階
独立行政法人 労働者健康安全機構
沖縄産業保健総合支援センター

本研修会は無料です。

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

TEL098-859-6175

FAX098-859-6176

●産業医研修 (生涯研修2単位:「産業医研修手帳」をご持参ください。)

【研修場所 沖縄産業支援センター3階会議室】

研修会番号	日時	研修テーマ	内容	講師	研修会場
1	6月22日(水) 18:30~20:30	産業医によるストレスチェックデータの解析と判読、フィードバックの仕方(生涯専門)	厚生労働省版ストレスチェック実施プログラムによるデータの解析と判読の方法についてデモンストレーションを行い、利用法について習熟することをめざす。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	303室
2	7月25日(月) 18:30~20:30	カウンセリング技法を学ぶ(認知行動療法) (生涯専門)	近年注目されている「認知行動療法」により、マイナス思考をプラス思考にギアチェンジする技法を学ぶ。	福地 孝 (カウンセリング)	308室
3	7月26日(火) 18:30~20:30	有害作業と健康管理 (生涯専門)	沖縄県の特徴的な産業構造に関連して、有害物質を扱う作業に従事する労働者の健康管理について学ぶ。	伊波 恒雄 (産業医学)	307室
4	7月28日(木) 18:30~20:30	「高ストレス者」に面接指導をしてみよう! (生涯実地)	ストレスチェックの結果、高ストレス者と判断された労働者の申し出により、医師による「面接指導」がおこなわれますが、その面接指導を実際にどういう風に行うのか考えてみましょう。	伊志嶺 隆 (産業医学)	305室
5	8月18日(木) 18:30~20:30	動機づけ面接 (初級編1) (生涯実地)	動機づけ面接は、治療成績が良かった治療者の応答手技を解析することにより、体系・確立化された面接スタイルです。本研修では、その動機づけ面接の基本的なスキルの体験をいたします。	清水 隆裕 (産業医学)	308室
6	8月19日(金) 18:30~20:30	一般診療に必要な精神医療の知識と最近の話題～うつ病を中心に～ (生涯専門)	精神医療への誤解、精神疾患の時代変遷、身体疾患等のうつ状態、うつ病の最近の話題、自殺関連疾患と予防、幻覚妄想を呈する疾患、災害精神医療等	仲本 晴男 (メンタルヘルス)	308室
7	9月15日(木) 18:30~20:30	職場における受動喫煙対策 (生涯専門)	「生活習慣病」予防対策の一環として、受動喫煙防止について産業医、その他産業保健スタッフの果たすべき役割について考える。	伊波 恒雄 (産業医学)	308室
8	9月29日(木) 18:30~20:30	「健康経営」って何?～職員の健康増進で、会社は発展する～(生涯専門)	従業員の健康増進を重視し、健康の維持・増進と会社の生産性向上を目指す経営手法ですが、事業場における産業医の関り方について検討する。 ※健康経営は、NPO法人「健康経営研究会」の登録商標です。	伊志嶺 隆 (産業医学)	308室

※参加ご希望の方は申込書に記載の上、FAX(098-859-6176)にてお申し込みください。

※沖縄産業保健総合支援センターホームページ(http://www.sanpo47.jp/kensyunavi/index.cgi)からも申込可能です。

申 込 書

※キャンセルの場合は必ず御連絡下さい。

FAX 098-859-6176

開催場所	沖縄産業支援センター 3階会議室		
フリガナ(必須)氏名		番号	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
所属機関(事業場名)		所属部署	
職 種	1. 産業医 2. 産業看護職(保健師・看護師) 3. 衛生管理者 4. 人事・労務・安全衛生担当者 5. 事業主 6. 労働者 7. その他()		
電話番号		FAX	

※申込みの際に記入いただいた個人情報は、本研修会における参加名簿作成のために使用するほか、当センターが行う研修・セミナー等の御案内に使用させていただくことがあります。また、「かわら版」の研修予定以外に研修を開催することがございますのでホームページをご覧ください。

平成 28 年度災害医療研修プログラム開催のお知らせ

沖縄県医師会では、東日本大震災の教訓から次の大規模災害に備えた態勢の整備として、平成 26 年度より独自に災害医療研修プログラムを実施しております。

今年度の開催プログラム（一部未定あり）が決定いたしましたのでお知らせします。

各コースへの受講申込は、下記により FAX（098-888-0089）にてお申し込み下さい。

	日時	プログラム	研修形態
1	5月21日（土） 15:00～17:00	災害医療総論・被災地のフェーズと活動	講義
2	6月30日（木） 19:30～21:00	災害現場医療対応の原則（急性期）	講義、図上 定員 50名
3	7月16日（土） 15:00～18:00	トリアージ+トリアージタッグ	講義、図上 定員 50名
4	10月13日（木） 19:30～21:00	大規模災害発生時における多数死体検視	講義、演習
5	10月30日（日） 09:30～16:30	PFA（心理的応急処置）	講義、演習 定員 50名
-	調整中	災害時における行政関係機関の役割 保健所と公衆衛生	講義

※ PFA（psychological First Aid）とは、災害支援に関わる全てのスタッフが習得しておくべき、心理的支援スキルとのことで、当コースは WHO が作成し、国内では国立精神・神経医療研究センターが実施しているコースです。主に都道府県や災害医療関係団体で開催されています。

※ 研修コースは全て沖縄県医師会館（3F ホール）で開催予定です。

※ H28 年度と H29 年度の 2 年間で 1 コースとなります。

----- 参加申込票 -----

■ FAX.098-888-0089 参加希望の研修番号に○印を付け、お申込みください。

申込番号	1 · 2 · 3 · 4 · 5
施設名	
氏 名	医師・看護師・業務調整員・その他

沖縄県医師会事務局 業務 1 課 崎原
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089

～ICLS コース開催のお知らせ～

ICLS(Immediate Cardiac Life Support)コースとは、最新の心肺蘇生ガイドラインに基づいた二次救命処置について学ぶ日本救急医学会認定のトレーニングコースです。成人の心肺停止に的をしぼり、最初の10分間に行うチーム医療を、シミュレーション実習を通して学びます。今年度、開催期日が決定しましたのでお知らせします。

名称	時間	実施場所
第48回 新おきなわICLSコース	5月15日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第49回 新おきなわICLSコース	7月10日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第50回 新おきなわICLSコース	9月25日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第51回 新おきなわICLSコース	12月11日(日) 9:00～18:00	名桜大学
第52回 新おきなわICLSコース	1月15日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第53回 新おきなわICLSコース	3月5日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
<p>各コースとも受講料(昼食代込、テキスト代別)は、医師・歯科医師8,000円、コメディカル6,000円を予定しています。</p>		
<p>各コースとも募集は2ヶ月前に以下リンク先に掲載されますので、お申込み下さい。</p> <p>沖縄県医師会 http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html</p> <p>おきなわクリニカルシミュレーションセンター http://okinawa-clinical-sim.org/course.html</p>		
<p>受講選考については、これまで通り申し込み順ではなく、施設間のバランスやインストラクターの参加状況を踏まえ、決定することになりますので、ご了承ください。</p>		
<p>・問い合わせ先:trees@me.au-hikari.ne.jp (沖縄 ER サポート 林 峰栄)</p> <p>・問い合わせ先: 沖縄県医師会事務局 業務1課(崎原)</p> <p>TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089</p>		

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？
当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須 受付登録日： 年 月 日 受付番号：

ふりがな *氏名	-----		*生年月日	(西暦) 年 月 日生
*住所	〒 -			
*連絡先	電話(自宅または携帯)： E-mail：			
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号	
*医籍番号	第 号	*専門診療科		
資格	専門医資格	その他の資格		
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：			
現在の勤務先				
希望条件	就業形態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：		
	希望診療科			
	施設種別	①病院 ②診療所 ③その他：		
	希望地域	第1希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島 第2希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島		
	勤務希望時期	①今すぐ ②平成 年 月頃から ③未定		
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日	
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分	
	当直勤務	①できる ②できない		
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医		
	給与	常勤務の場合	月給：	以上
		非常勤の場合	日給：	以上 月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上
保育所	①必要 ②必要なし			
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし			
その他希望				

★以下の項目は、沖縄県ドクターバンクホームページへの登録をご希望の方のみ、ご記入ください。

◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内)

※メールアドレスの登録が必須です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について

「受付番号」「専門診療科」「希望就業形態」「希望地域」の掲載を許可しますか？

はい、許可します

いいえ、許可しません

*氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は一切いたしません。

《提出・問合せ先》

〒901-1105 南風原町字新川218-9

沖縄県医師会事務局

業務1課 ドクターバンク担当

TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089

労務管理者向け勤務環境改善セミナー開催のお知らせ

ご承知のとおり、改正医療法において、医療機関の勤務環境改善が各医療機関の努力義務として位置づけられたことに伴い、沖縄県医師会（沖縄県医療勤務環境改善支援センター）では、昨年度に引き続き、今年度も職場環境改善に必要な知識の習得・啓発に向けたセミナーを下記のとおり開催いたします。

本セミナーでは、快適に働ける職場環境づくりを行なうためのポイントや具体的な進め方等をご説明するほか、終了後、医療機関からの無料相談会も実施しております。

参加ご希望の方は、各セミナー番号に○印を付け、必要事項を記載の上、FAX（098-888-0089）にて各日程の2週間前までにお申し込み下さい。

	日時	時間	プログラム
1	6月13日(月)	13:30 15:30	第12回 基本と実務コース「多様な雇用形態」 ➤ 講義研修
2	7月11日(月)	13:30 15:30	第13回「労働時間についての基本実務」 ➤ Q&Aによるグループワーク研修
3	8月8日(月)	13:30 15:30	第14回「割増賃金についての基本実務」 ➤ Q&Aによるグループワーク研修

🚩 セミナー対象者は、労務管理者、または今後そうした立場になる可能性のある方、職場環境改善に関わる方などを含みます。申込が複数いる場合はコピーをご利用下さい。

🚩 セミナー開催場所は、沖縄県医師会館（南風原町字新川 218-9）で開催いたします。

----- 参加申込票 -----

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込番号	1	2	3
施設名			
職氏名			

沖縄県医師会事務局
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 崎原
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089

ご存知ですか？

平成26年10月施行の改正医療法により、病院または診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務化されました。
将来にわたり質の高い医療サービスを提供していくためには、医療従事者が健康で安心して働くことの出来る環境整備が必要です。

沖縄県医師会

医療勤務 環境改善 支援センター

平成27年3月2日より沖縄県医師会事務局内にみだし支援センターを開設しました。
本センターには医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）及び医業分野アドバイザー等を配置し、医療機関の自主的な勤務環境改善に必要な支援を行います。

まずは「できるところから」始めてみましょう

相談

情報
提供

助言

支援

医療勤務
環境改善に
関する研修会

労働時間管理（働き方・休み方等）
労働安全衛生（スタッフ健康支援）
施設環境整備（ハード・ソフト）
キャリア形成支援等

診療報酬制度面
医療制度・医療法制度面
組織マネジメント・経営管理面
各種補助メニューの活用提案

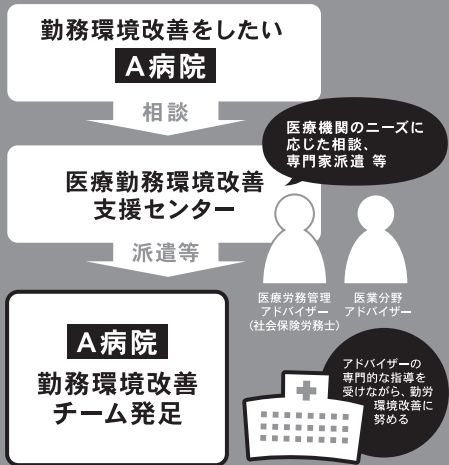
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

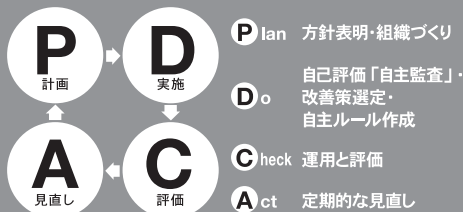
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川218-9
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

いきいき働く医療機関サポートWeb <http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



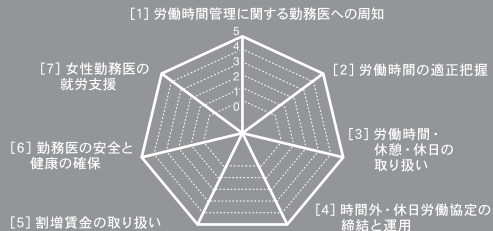
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



勤務医の労務管理チェックリスト

- [1] 労働時間管理に関する勤務医への周知
- [2] 労働時間の適正把握
- [3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い
- [4] 時間外・休日労働協定(36協定)の締結と運用
- [5] 割増賃金の取り扱い
- [6] 勤務医の安全と健康の確保
- [7] 女性勤務医の就労支援

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

お問い合わせ TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

所属機関		
連絡先	TEL	内線
担当者氏名		
希望相談支援内容	医療労務管理面 ・ 医業経営面	
相談方法	電話相談 ・ 訪問相談 ・ 来所相談	
希望日	平成	年 月 日

沖縄県医師会



平成28年度診療報酬改定

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

第1 基本的な考え方

現在、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書及び服薬情報等提供文書とについて、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能とする。診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、電子的に送受・共有する場合についても評価する。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する文書、訪問看護管理療養費の算定に係る文書及び服薬情報等提供料の算定に係る文書の電子化

[算定要件]

(1) 電子的な方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保健色湯機関等に提供する場合は、**厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保する。**

おきなわ津梁ネットワークの通信環境を活用

(2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、**厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI : Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。**

日本医師会の医師資格証を活用

2. 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算の新設

(新) 検査・画像情報提供加算

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

3. 電子的診療情報評価量の新設

(新) 電子的診療情報評価料 30点

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

[2及び3に係る施設基準]

(1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。

(2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

【お問合せ先】

沖縄県医師会業務2課 (與那嶺・知念・徳村・平良)

おきなわ津梁ネットワーク事務局

TEL : 098-888-0087 / FAX : 098-888-0089


E-mail : okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp



おきなわ津梁ネットワークの活用(例)


〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん
同意説明




①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録
健診受診を確認




②自院の患者としてシステムに登録
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供


要医療者への介入
健診受診勧奨



⑤健診結果より、その場で適切な治療開始
※重症化予防!
⑥健診未受診の場合、健診受診勧奨
※健診受診率向上!


〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時
津梁ネット登録




①利用者カードの提示
②自院の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

フェイスシート
紙出力




③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



〔調剤薬局での活用〕

受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自局の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

健診結果・他薬局
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

白衣
高血圧？
仮面
高血圧？

リハビリ前の
血圧測定

健診結果参照
端末 or 紙出力

リハビリ可否判定
(参考資料)

〔健診結果：血圧〕
H25: 170/110
H26: 165/108
H27: 166/102

特定健診
結果

リハビリ中止基準
収縮期：70以下、200以上
拡張期：120以上

可否判定

〔眼科での活用〕

眼底・眼圧検査

視神経
乳頭所見
眼圧
所見

健診結果参照
端末 or 紙出力

精密検査・
専門医との連携

〔健診結果：血糖〕
H25: 7.0%
H26: 7.4%
H27: 7.7%

特定健診
結果

精密検査

連携

〔産婦人科での活用〕

妊婦健診

妊娠
中毒症？

医療基本情報参照
端末 or 紙出力

状態に応じた
適切なケア

〔フェイスシート〕
健診検査より
・体重の変化
・血圧の変化
処方調剤より
・服薬状況
アレルギーより
・禁忌薬等

アレルギー情報

フェイスシート
検査・健診
処方・調剤





システム利用に必要なもの

1.インターネット回線 ※利用者負担

- 既存回線が利用可能
- 光ネクスト、光プレミアム、Bフレッツ、フレッツADSL、YahooBB、ケーブルTV等

2.インターネットに接続可能なPC又はiPad ※利用者負担

- 既存端末が利用可能（但しスペック制限あり）
- Windows (Vista,7,8) ※Windows 10 はH28.4月以降対応予定
- iOS (6.0以降)、Macintosh (X10.7以下) ※Macは現在調査中



3.ウイルス対策ソフトの導入 ※利用者負担

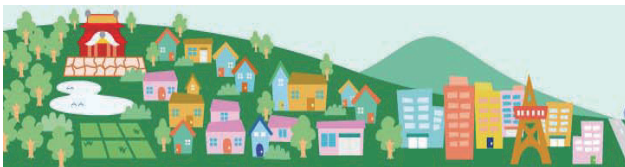
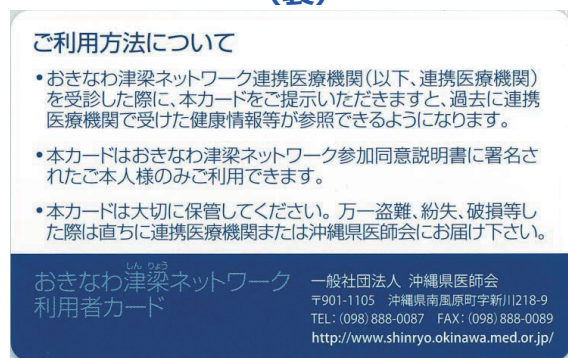
- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

5.利用料金（月額）

病院（15,000円）
 診療所・歯科診療所・調剤薬局（5,000円）
 介護サービス事業所等（2,000円）

利用者カード原寸大



〔お問合せ先〕
 沖縄県医師会業務2課（與那嶺・知念・徳村・平良）
 おきなわ津梁ネットワーク事務局
 TEL：098-888-0087 / FAX：098-888-0089
 E-mail：okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp

平成27年10月から始まる

～ マイナンバー（個人番号）制度 ～ あなたに「マイナンバー（個人番号）」が届きます

平成28年1月から番号制度が始まります。そこで、平成27年10月から順次、「通知カード」がお住まいの市区町村から郵送され、国民一人ひとりに固有のマイナンバー(個人番号)があなたに通知されます。

今後、各種の国民健康保険の手続きのとき、マイナンバーを記入することになります。届いた通知カードは大切に保管しておいて下さい。



通知カードのイメージ

個人番号	○○○……○○○
生年月日	○年□月△日
性別	女
氏名	番号花子
住所	△県○市□町1-1-1

国民健康保険や
年金、税金、雇用保険等の
手続きで必要になります

1 今後のスケジュールは？

- ・平成27年10月～ 国民への個人番号の通知開始
- ・平成28年01月～ 順次、個人番号の利用開始
個人番号カードの交付開始（任意）
⇒個人の申請により市町村が交付
- ・平成29年01月～ 国の機関間での情報連携開始
- ・平成29年07月～ 地方公共団体・医療保険者等との情報連携開始

2 マイナンバーは今後どう使うの？

平成28年1月から、国民健康保険の各種申請書や届出書等にマイナンバーを記入する必要があります。また、マイナンバーは国民健康保険だけでなく、年金や雇用保険、税金等、番号法やその他の法律、条令で定められた手続きで、共通で使うことになります。

※国民健康保険以外の開始時期は制度によって異なります

通知カードは、これらの手続きでマイナンバーを記載する際、ご自分の番号を確かめるためにお使いください。また、手続きをする窓口等でマイナンバーを確認するために通知カードの提示が求められますので、手続きの際は必ずお持ちください。郵送の場合は写しを提出する必要があります。

※通知カードのほか、平成28年1月以降、個人番号カードも希望により交付を受けることができます。このカードにもマイナンバーが記載されます

さらに、希望すれば、マイナンバーが記載された住民票が交付されます

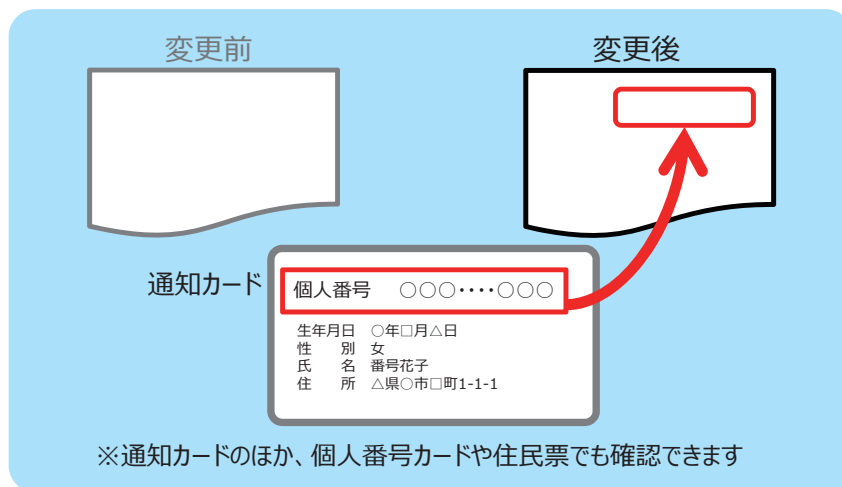
※被保険者証にはマイナンバーは記載されていません

3 平成28年1月から 個人番号欄にあなたのマイナンバーを記入してください

平成28年1月から、資格取得・喪失の届出、氏名変更の届出、世帯変更の届出、療養費の支給申請、高額療養費の支給申請、高額介護合算療養費の支給申請、限度額適用認定証の申請等の様式に個人番号欄が設けられます。

※平成27年1月時点の厚生労働省省令改正（案）に基づく

マイナンバーは皆さまの手続きを確実にかつ早期に進めるために必要な事項ですので、ご自分のマイナンバーを必ず記入して下さい。



4 組合では、今後、加入者全員のマイナンバーを取得する予定です

■ マイナンバーの取得と提出

医療保険者は加入者のマイナンバーを把握し、報告する義務があります。
 マイナンバーを取得する対象は、平成29年1月1日時点の被保険者（組合員及びその世帯に属する家族）及びその後の新規加入者が予定されています。

当組合では、平成29年7月の情報連携の開始までに、ご提供いただいたマイナンバーの登録と特定個人情報の登録を終える必要があります。

当組合では今後、加入者皆様へマイナンバーのご提出をご依頼する予定ですので、ご理解ご協力をよろしくお願いいたします。

5 番号制度を詳しく知りたい



社会保障・税番号制度（内閣官房）のホームページをご覧ください。
 ホームページ内にあるFAQ（よくある質問）もご活用ください。
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/>

問い合わせ先

沖縄県医師国民健康保険組合
 〒901-1105 南風原町字新川218-9
 TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会
ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

年金検討チェックリスト

- 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション!

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

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

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら

JMA 公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間 : 午前9時30分~午後5時(平日)

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

<p>保険料</p> <p>●基本・月払 加算：月払</p> <p>加算年金 (10万円) 月払保険料 60,000円</p> <p>基本年金 月払保険料 12,000円</p> <p>40歳 ← 60歳 → 80歳</p> <p>支払期間 24年 6ヶ月 (294回)</p> <p>合計月払保険料 72,000円</p>	<p>受給年金</p> <p>●B1コース</p> <p>加算年金 保証期間15年 86,100円 終身</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>65歳 ← 18年 → 80歳</p> <p>受取月額 103,300円 103,300円</p> <p>15年受取総額 18,594,000円</p> <p>●B2コース</p> <p>加算年金 5年増設型 369,600円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>65歳 ← 10年 → 70歳 ← 10年 → 80歳</p> <p>受取月額 385,800円 17,200円 17,200円</p> <p>15年受取総額 25,212,000円</p> <p>●B3コース</p> <p>加算年金 10年増設型 191,100円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>65歳 ← 10年 → 70歳 ← 6年 → 80歳</p> <p>受取月額 208,300円 17,200円 17,200円</p> <p>15年受取総額 26,028,000円</p> <p>●B4コース</p> <p>加算年金 15年増設型 132,100円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>65歳 ← 18年 → 80歳</p> <p>受取月額 149,300円 17,200円</p> <p>15年受取総額 26,874,000円</p>
---	--

設定条件をご確認ください。

試算日 平成 27年 5月 7日
 生年月日 昭和 50年 1月 1日
 試算日年齢 40歳

加入申込期限 平成 27年 6月 15日
 加入予定年月 平成 27年 7月
 加入時年齢 40歳 6ヶ月

加算払込開始年月 平成 27年 7月

年金受取開始年月 平成 52年 1月
 年金受取開始年齢 65歳

払込保険料累計 21,168,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- ・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受取可能なことができます。
- ・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受給コースの選択(別添364)」は、受取開始の権利お決めのいただきます。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- ・「受取年金月額」は概算です。現在は年利1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 **医師年金**

目次・マップへ
個人格納保険方針
重要事項説明書

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

豊かで安心できる将来に向けて

見積もり機能拡充
-現役引退後、公的年金だけで、現在の生活水準を維持できますか？-

医師年金についてシミュレーションしてみましょう。

保険料からシミュレーション 受給年金からシミュレーション

お知らせ

2015年2月26日 医師年金ホームページ シミュレーション機能拡充について
2013年3月21日 東日本大震災に関わる特別措置の終了について
2012年12月 認可特定保険業の認可取得に伴う制度改定のお知らせ
2012年4月3日 特定保険業の認可申請についてのお知らせ...特定保険業の認可申請について
2011年2月7日 医師年金を懸る不審電話に関するお知らせ

医師年金の特長

- 日本医師会会員のための私的年金
- 積立型の私的年金
- 事務手数料が少額
- 年金の受取コースは受給開始時に選択
- 満54歳から月未滿まで加入可能
- 一生享受される年金
- 保険料の増減は自由
- 年金の受取開始を満75歳まで延長可能
- 所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

医師年金のしくみ

- 保険料について
- 加入資格について
- 給付について
- 費老年金
- 育英年金
- 傷病年金
- 遺族年金
- その他
- 税金の取扱いについて

よくあるご質問 手続きガイド 加入・変更・給付等手続きのご案内 リンク 日本医師・従業員 医師年金委員会 お申込・資料請求

目次・マップへ

医師年金 HP のトップページの「保険料」及び「受給年金」からシミュレーションが可能です。

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 **医師年金**

目次・マップへ
個人格納保険方針
重要事項説明書

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

医師年金シミュレーション

ホーム * 医師年金シミュレーション * 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

■ 保険料からシミュレーション

生年月日、保険料を入力して、受給年金のシミュレーションをしてみましょう。

生年月日 昭和50年 1月 1日

基本保険料払込方法 月払 年払 一括払

※基本保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料払込方法 月払 随時払 なし

※加算保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料口数 10口 ⇒ 月払 80,000円

※月払の場合は1口8,000円、随時払の場合は1口10万円です。
加入する口数を入力してください。上限はありません。

リセット

計算開始

※シミュレーションの試算結果(年金月額)は、簡易計算による概算です。

お問い合わせ

このページの先頭へ

必要な情報を入力し、「計算開始」のボタンをクリック。

日本医師会が運営する医師のための私的年金

日本医師会 **医師年金**

[トップページへ](#) [サイトマップへ](#)

[個人情報保護方針](#) [重要事項の通知書](#)

● 医師年金の特長
● 医師年金のしくみ
● 医師年金シミュレーション
● よくあるご質問
● 手続きガイド
● お問い合わせ

[ホーム](#) > [医師年金シミュレーション](#) > 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

保険料からプラン作成 (試算結果)

試算結果は簡易計算による概算です。

[戻る](#) [PDF](#)

保険料

■ 基本：月払 加算：月払

加算年金 (10口)	月払保険料 60,000円
基本年金	月払保険料 12,000円

40歳 ————— 65歳

支払期間 24年7ヵ月 (295回)

合計月払保険料 72,000円

■ 設定条件をご確認ください。

試算日	平成27年 3月16日
生年月日	昭和50年 1月 1日
試算日年齢	40歳

加入申込期限	平成27年 5月15日
加入予定年月	平成27年 6月
加入時年齢	40歳5ヵ月

加算払込開始年月 平成27年 6月

年金受給開始年月 平成52年 1月
年金受給開始年齢 65歳

払込保険料累計 21,240,000円

■ 注意事項です。お読みください。

- 加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- 「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。
- 「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受取コースの選択 (B1~B4)」は、受取開始の時に決めいただきます。
- 受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- 「受取年金月額」は概算です。現在は年利1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金

● B1コース

加算年金	保証期間15年 86,500円	終身
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

受取月額

103,800円

15年受取総額 18,684,000円

● B2コース

加算年金	5年確定型 370,100円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 — 70歳 ————— 80歳

受取月額

387,400円

17,300円

17,300円

15年受取総額 25,320,000円

● B3コース

加算年金	10年確定型 191,900円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 — 75歳 ————— 80歳

受取月額

209,200円

17,300円

17,300円

15年受取総額 26,142,000円

● B4コース

加算年金	15年確定型 132,600円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

受取月額

149,900円

17,300円

15年受取総額 26,982,000円

[このページの先頭へ](#)

[戻る](#) [PDF](#)

- 155 (713) -

広報委員になってから6年になり、本年6月で任期満了にて退任いたしますので最後の編集後記になります。担当理事、広報委員、事務局の皆様には大変お世話になりました。出張のたびに表紙を飾れるような写真を撮ろうと試みましたが、いつも写真を寄稿される方々のような良い写真を撮ることができませんでした。3月末の東京出張では会議の間に時間があつたので開放されていた皇居乾通りの桜の通り抜けを散策してきました。天皇・皇后両陛下が朝の散歩をされる場所であり、いつもは入ることができない素晴らしい場所でしたが、肝心の桜は2～3分咲き程度でした。2週後の今回の出張(4月10日)に期待していましたが、先日の雨で散ってしまったようです。今回は那覇発0735-羽田着0950の飛行機で羽田に向かい1100時から羽田空港内の会議室で骨折治療研究会(AO)の役員会がありました。会議が思いの外順調に進行し、1305発の飛行機に間に合い、羽田滞在3時間の弾丸ツアーのような会議出張になりました。役員が全員東京以外なので羽田空港で会議になり、TV会議でも良いような気がします。やはり重要事項や年次計画を決めるには年数回は会議が必要になります。

報告の「医療情報システム協議会」ではシステムセキュリティが取り上げられています。私たちは普段気軽にネットを使っていますが、私たちのコンピュータ(PC)には私たちの情報ばかりで無く、多くの患者さんの個人情報が入っています。PCからの情報流出ばかりで無く、PCが踏み台になってウィルスが拡散される可能性も指摘されています。マイナンバーと医療情報ビッグデータについても言及されています。日本の医療レベルは決して低くないのにビッグデータに基づく報告が少ないのは、マイナンバーが普及していなかったことも原因の一つです。システムセキュリティの確率が前提ですが、将来は北欧などの医療データに基づいた報告に比肩できるような日本発の報告を期待しています。「医療事故調査制度担当理事連絡協

議会」では医療事故調査制度についての現況が報告されています。原因究明と個人責任追及は相反しており、諸外国のように明らかに重大な過失がある場合を除き個人の免責が保証されないと、制度として有効には働かないと考えます。「救急・災害医療担当理事連絡協議会」では医療品などの備蓄の重要性が検討されています。沖縄は津波により大災害を受けやすく、また県内には原発はありませんが、台湾の原発事故の影響を受ける可能性があるため十分なそなえが必要です。

報告の「平穏死について」や、生涯教育の「高齢者への集中治療とその後の『生活』を考える」は重要な問題を提起しています。近年では自宅で高齢者を看取することは少なく、家族の死に直面することは希になっています。そのため、高齢者本人が自宅での平穏死を希望していても、本人の意識がなくなった後に家族が救急車を呼び病院に搬送されることも少なからずあります。家族が死に接したことが無く、その判断を避けることも原因の一つであり、在宅医療やかかりつけ医の充実が急務と考えます。また、集中治療後症候群も人間の尊厳と限られた医療資源を考える上で重要な課題と考えます。

月間行事「世界からタバコをなくそう」では、タバコの無いオリンピック開催が提案されていることと「標準治療」としてのMotivational Interviewing(動機づけ面接)の重要性を知りました。

発言席の「ヒトパピローマウイルス・ワクチンの分子免疫機構と神経合併症」は重要な情報であり、小児～未成年ではHPVsワクチンの接種によりTh2液性免疫が種々の抗神経抗体を惹起し中枢～末梢神経系に散在する障害を生じている可能性を示唆しています。

本号も有用な情報が満載されています。ご活用いただければ幸いです。

広報委員 金谷 文則