

# 平成 28 年度都道府県医師会 「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」 連絡協議会



常任理事 照屋 勉



去る平成 29 年 3 月 12 日（日）日本医師会館において標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

## 会長挨拶

日本医師会の横倉会長が公務の為、今村聡副会長の代読により概ね以下のとおり挨拶があった。

年度末の大変お忙しい中、本協議会へご出席賜り感謝申し上げます。

警察の検視、死体調査への立合業務をお引き受けいただいている医師を中心に、全国的な連絡組織を構築することを目的として、日本医師会が都道府県医師会のご協力の下に、部会の設置の連絡協議会の開催という取り組みを始め、3 年が経過した。

ご承知のとおり、日本医師会のこれらの取り組みの背景には、昨今の死因究明施策の推進という国の方針も去ることながら、より直接的に

は、東日本大震災における経験と教訓が大きな原動力となっていることは明らかである。日本医師会としてはこのような活動の原点に立ち返り、まずは警察活動に協力する業務の内、次に起こりうる大災害のケア体制の構築を最優先に対処すべき重点課題と位置付けている。その一環として会内に平成 26 年度より設置している「警察活動等への協力業務検討委員会」については、今年度より各ブロックから委員を推薦いただき、全国的な組織体制を確実なものとするべく活動を始めていただいているところである。

本日平成 29 年 3 月 12 日（日）は、東日本大震災から 6 年が過ぎ、7 年目の最初の日ということになる。今日までの 6 年の間にも大きな地震や火山噴火が発生しているが、東日本大震災を超える災害は発生していない。大災害に対し、多数の犠牲者が発生した場合の対応を粛々と準備することは、国民の生命と健康を預かる医療関係者として辛い取り組みであることは言

うまでもないが、私たちに課せられた重要な社会的責任と自覚しなければならない。

本日、都道府県医師会から予めいただいた議題のいずれも大規模災害における検案活動に関することであることからご参加の先生方の問題意識の高さを実感している。我々に与えられた猶予期間はそう多くはないという認識の下に、活発なご議論と建設的なご提案をいただきますようお願いし、開会に際しての挨拶とさせていただきます。

本日はよろしくようお願い申し上げます。

**報 告**

**死因究明等推進協議会の設置・活動状況について**

内閣府死因究明等施策推進室の中澤参事官より、概ね以下のとおり説明があった。

全国で、地方協議会を開催したのは、現在22都道府県（愛媛県、福岡県、東京都、滋賀県、新潟県、秋田県、岡山県、茨城県、高知県、静岡県、兵庫県、岐阜県、埼玉県、北海道、福井県、三重県、千葉県、山口県、愛知県、佐賀県、広島県、徳島県）であり、今月末に2か所開催予定がされていることから、24都道府県になる予定である。推進計画が閣議決定されたのは平成26年6月であり、3年経過し、ようやく過半数を超えたということと、まだ開催されていない県が約半数あるという状況である。

既に開催された各地の話題としては、以下のようなことである。

- 死亡時画像診断（死後CTなど）
  - 死体のCT撮影画像を適切に「読影」できる力量のある医師が不足している。
  - 撮影・読影の「費用負担」が不明確で、病院や遺族負担になっていることも多い。
  - 解剖結果との照合など大学との連携方策について検討していきたい。
  - CTを遺体に用いることに病院現場で理解を得にくい場合の対応をどうするか。

- 医師の検案
  - 死因究明を担う人材の育成、研修について、効果的な取組を進める必要がある。（検案所の質の問題、解剖結果との照合、県独自の研修など）
  - 検案医のなり手が不足している地域が生じている。
  - 特定の医師に警察からの検案依頼が集中していることがある。
  - 検案の現場では深夜・休日対応など様々な課題がある。

- 在宅医療、救急等との関係 / 既往症の病歴照会
  - 自宅等での孤立死が多い。在宅医療を進めると、在宅死が増え、「かかりつけ医」や「家族」などの負担が増えることが想定される。
  - 看取りが円滑でないと、死後、不要の救急搬送依頼がなされる。
  - 病院搬送後の死亡でも、解剖や第三者意見などの扱いが問題になることがある。
  - 患者の病歴情報の提供に消極的な病院・臨床医の理解をどのように得るか。
  - 警察からの電話一本での病歴照会では、病院としての即答は難しい。

- 解剖・検査（大学など）
  - 解剖医や薬毒物検査の人員などが不足している。限られた解剖予算の下では、解剖率が上げられない。
  - CTなどの検査機器のランニングコストが大きい。
  - 承諾解剖が減少してきている。

- 大規模災害対策
  - 多数の死者への対応を適切に行う体制づくり、事後、安全対策の検証ができる体制づくりが望ましい。
  - 歯科情報の様式の標準化、データベース化が大切だ。

○死因究明で得られた情報の活用、遺族への説明

→死因究明で得た情報をどう地域住民に還元していくか、再発防止をどうするか。

→遺族の相談に応じ、情報提供を行う窓口が必要ではないか。

既に開催している地域においてもまだ議論が始まったばかりというところが殆どである。その一方で検討が進んでいる地域もある。滋賀県は、既に6回会合を開催し、昨年3月には協議会の座長が、第一次提言をまとめ知事に手渡ししている。また先日は、1年が経過時点で、提言のフォローアップを行っている。主な内容としては、解剖率を全国平均以上にすること、県民に対する情報公開・相談窓口の設置、死因究明情報を県内の安全確保、公衆衛生の向上に利用する等である。

東京都においても、以前から23区外の多摩地域の検案について検討がなされ、正式に報告書がまとめられている。多摩地域での検案・解剖のレベルを上げて、監察医制度のある特別区(23区)のレベルに近づけていくということが目的である。

一方で、この取り組みと全く真逆の動きを行っている地域が大阪府である。大阪市を監察医のない他の市町村と同じレベルにしようという動きである。昨年の秋の新聞で「大阪府、監察医廃止」という報道が流れたが、結局関係団体等の反発を受け、一定存続というような報道がなされているところである。関係者の方々が、犯罪捜査や公衆衛生等に影響が出ると意見があるにも関わらず、医師会と府警が何とかやってくれるだろうという漫然とした話では、所詮は絵に描いた餅である。そんなことで関係者の理解が得られるはずがないと考える。

各県の協議会を聞く時に、監察医のない県にとっても死因究明のヒントではないかと考えている。医師の判断を大事にしている地域や検案、AIの結果等を持ち寄り、症例検討会を行う地

域、滋賀県のように、遺族への相談窓口を設ける地域等、このような取り組みは非常に大事であり、参考になる。

地方協議会を行っていただくことで、地域の課題を浮き彫りにしていただき、それを受けて国においても今後どのようなことを講じていけば良いか検討していくということが整えられれば良いのではないかと考える。

### 死因身元調査法の運用について

警察庁刑事局捜査第一課検視指導室の中西室長より、概ね以下のとおり説明があった。

警察における死体取扱いの流れを説明する。  
 先ず、死体発見もしくは警察への届出により報告がなされる。死因・身元調査法第4条1項により、「警察官は、その職務に関して、死体を発見し、又は発見した旨の通報を受けた場合には、速やかに当該死体を取り扱うことが適当と認められる警察署の警察署長にその旨を報告しなければならない。」と定められている。その報告が犯罪死体(死亡が犯罪によることが明らかでない死体)、変死体(犯罪による死亡の疑いがある死体)、その他の死体(犯罪死体及び変死体以外の死体)に分けられる。犯罪死体は、検証・実況見分を経て、司法解剖が行われる。変死体は、刑事訴訟法による検視の取扱いとなり、その他の死体は、死因・身元調査法による調査の取扱いとなり、外表による調査を行った上で必要に応じて司法解剖に回す、あるいは犯罪性がないという判断で死因・身元調査に回すということになる。

変死体及びその他の死体の中から、犯罪性がないと判断されたものについては、警察が調査を行い、その後、必要に応じて検査がなされ、所持品が一切ない場合や身元が判明しない場合等については、身元を明らかにするための措置を行う。

また検査の結果、調査法において解剖が必要と判断したものについては、死因・身元調査法第6条により、警察署長が医師等の意見を聴き

特に必要があると認められた時に実施するとしている。

その他の解剖としては、監察医制度のある地域（東京 23 区、大阪市、名古屋市、神戸市）では、監察医による解剖、監察医制度のない地域では、遺族の承諾による解剖がある。

平成 28 年は、129 万 6,000 人の方が亡くなっており、その内警察が取り扱ったのが、16 万 1,407 人となっている。割合としては、約 12% である。平成 23 年に死亡者が 120 万人を超え、警察が取り扱う数も平成 24 年に 17 万 3,833 人と最高になっている。死亡者及び警察が取り扱う数ともに増加していくことが予想されたが、死亡者数は毎年微増し、警察が取り扱う数については、微減している。また、調査法の法律施行は、平成 25 年 4 月であり、平成 28 年まで調査法解剖数は年々増加している状況である。

調査法では、それぞれの規定に基づきまずは必要な調査、検査を行い、身元を明らかにするための措置、解剖を進めている。法律が施行されて 3 年が経過し、今後拡充していくことになると考える。他方で運用していく中で、様々な問題点も指摘されている。そのようなことを確認しながら、必要な措置が取れるようにしていきたいと考えている。

東日本大震災から 6 年が経過し、警察においても本震災を契機に、医師会との連携も含め、検視、検案等の大規模災害時の対応について更に検討するようになった。このような検討の中で、日本医師会と警察庁の間で、「大規模災害等における警察庁と公益社団法人日本医師会との協力に関する協定」を締結している。これは日頃の連携の上に成り立つもので、震災の時は、現場で警察官の応援や医師の応援が入る中で、様々な混乱があったものと認識しており、そのような混乱が防げるよう、事前に備えられるものについては備えること、また、このようなことを少しでも改めながら進めていきたいと考えている。

### 「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」の設置状況等に関するアンケート調査の結果について（速報）

日本医師会の松本常任理事より、標記アンケート調査の結果等について、概ね以下のとおり報告があった。

昨日までに、40 の医師会から回答をいただいているが、集計作業が間に合わなかった為、後日改めて詳細な結果を報告させていただきたい。

今年度の警察活動等への協力業務検討委員会では、大規模災害時における検視、検案体制の構築を最優先の課題として取り組んでいただいている。その為、標記アンケート調査についても災害時の対応についての回答は、入念に分析させていただいた。今後の会務や委員会での検討に生かしていきたいと考えている。

大規模災害時の救援体制については、全国的に取り組まれているが、検視、検案については後手に回っているということが実情であり、調査結果からもそのような実態が見えている。喫緊の課題と捉えられているものの、具体的にどこから取り組みを始めたら良いのか等、戸惑いを感じられているものと思われる。例えば、本日の連絡協議会のような場で、過去に大規模災害を経験した教訓を生かし、体制の構築を進めている医師会等の取り組み事例を紹介させていただく等を行い、都道府県間で協力していただければと考えている。

都道府県の部会の設置状況については、全国的に進めていただいていることが分かっている。設置が進んでいない地域の理由としては、既存の警察医会との調整に時間がかかっていることや既存の警察医会が十分機能している為、医師会と併設という形を取っていきたい等が上がっている。

最後に検案研修の開催について、都道府県において関心を持っていることが分かった。特に基礎編の研修会については、全国で隈なく実施していくことが望ましい、特に前向きな回答を

いただいた医師会には、今後個別に相談をさせていただきたく考えているので、よろしくお願ひしたい。

**都道府県医師会からの提出議題、質問・意見  
および要望**

**大規模災害時の死体検案体制について—全国規模での協定・机上訓練について—**

岩手県医師会警察医・検案医委員会の出羽厚二副委員長より、概ね以下のとおり説明があった後、意見交換が行われた。

大規模災害時の多数死体検案について県レベルを越えた広域の協定、全国規模での机上訓練を行う事を提案する。これは警察活動に協力する医師の部会が結成されてから3年間、毎年提案していることであるが、全く進展していない。この様な活動を行わないのであれば全国組織を作った意味は半減すると考える。

災害時の多数死体検案は窮乏する現地の医療資源に負担を与えるものである。一方、不適切な死体検案は遺族のトラウマとしてその後の復興を阻害する要因となる。このため警察活動に精通した他県の医師の援助が不可欠と考える。しかしながら、遠隔地に数日間医師を派遣する事には多くの障害がある。従って全国規模で事前準備をすることが求められると考える。首都直下型地震や海溝型の地震の発生を考えると残された時間はそう多くないと考える。

**<主な意見交換は以下のとおり>**

**◆松本常任理事**

今期の警察活動等への協力業務検討委員会に対しては、大規模災害時における検視、検案体制の構築については、最優先に検討すべき事項として横倉会長から指示が出ている。また、各地域の実情を踏まえての全国規模の検討は必須であることから、今期の警察活動等への協力業務検討委員会には、各ブロックから委員として参画いただいているところである。さらに同委員会には、厚生労働省、内閣府、警察庁、海上

保安庁の担当者にもオブザーバーとして出席いただいております。国の動きを常に緊密に取れるよう努めている。

岩手県医師会のご提案については、担当理事として、平成29年度に向け具体的な計画を立案していこうと考えているところである。

都道府県に行ったアンケート調査においても、それぞれの地域で訓練等の実施は見受けられたが、県境を越えた広域的な活動は、進みにくい現状があると考えます。県境を越えた協力体制については、まずはブロック内での連携協力が考えられるが、地理的条件等から、ブロックの境目を越えての協力連携が効果的である場合もあり得ると考える。

このような都道府県の枠を越えた取り組みを円滑に進めていくことが日本医師会の役割であり、日本医師会としては、歯科医師会や法医学会等を交えての中央レベルで協議し、その結果を各ブロック、都道府県医師会にフィードバックしていくことが日本医師会に求められている役割と認識している。

岩手県医師会から提案がある、全国規模での机上訓練は経験しておく必要があると考えている。実際に訓練を行う際に、どのような被害状況を想定して行うのか、いくつかのパターンを経験することが望ましいと考えられるが、訓練の進め方等についても、次回開催の警察活動等への協力業務検討委員会において、具体的な検討課題として加えていきたいと考えている。

**◆今村副会長**

全国的の机上訓練は、前向きに検討したいと考えている。

本協議会、日医代議員会や都道府県医師会長会議等で先生方から検案等に関する様々な課題や要望をいただいているところである。死因究明等の推進に関する法律が、もう一度しっかりと作っていただくと、今度は内閣府に死因究明推進の会議が再開されることになる。おそらくその会が、日本全てのこのようなことを議論

するトップの会になるので、その中で先生方からの課題等を解決するための要望をしていきたい。

日本医師会が率先して行っていくという認識でこれまで進めてきているが、トップダウンだけでできることではないと考えている。日本医師会では、地域でどの先生が検案に参加されているのかについては把握のしようがない。それは県で一定程度取りまとめいただき、そのポトムアップと日医からのトップダウンという両方の仕組みで進めていかなければ、全国的に進めていくということは難しいのではないかと考える。県では現時点行える取りまとめや協議会等をしっかり行っていただき、日医は先生方が活躍していただけるような環境整備をしっかりとやっていきたいと考える。

◇秋田県医師会

警察庁と日医の協定書の第2条に「日本医師会は、警察庁との協議に基づき、…業務に従事させる」と記載されている。現場の医師は、都道府県医師会が機能しないと活動できないと考えるが、いかがか。

◆今村副会長

ご指摘のとおりである。警察庁は都道府県警察本部、日本医師会は都道府県医師会と連携するというのが大前提である。「警察庁が都道府県医師会と」という直接的な記載は出来ないもので、あくまで日本医師会と連携を取るという書き方となっている。都道府県医師会は都道府県警察本部と連携していただくということになる。都道府県医師会を無視して日医が直接会員へ指示をするということではないという理解でお願いしたい。

◇検死活動と JMAT について（長崎県医師会）

長崎県医師会の長谷川宏常任理事より、概ね以下のとおり説明があった後、意見交換が行われた。

九州ブロック災害医療研究会で JMAT に検死チームを同行した方が良いのではないかとという話題が出たそうであるが、JMAT は生存者に全力を傾け、検死チームは別働隊の方が良いと考える。

日医ではどう考えているか。

<主な意見交換は以下のとおり>

◆松本常任理事

JMAT は、「被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援すること」を目的としている。従って、亡くなられた方の検案とは基本的に活動の仕方も異なり、確実に同行するという点についてはやや違和感を感じる点である。ただし、被災地の医療提供を担うべき地元の医師が、膨大な数の検案に時間を割かなければいけないという事態になれば、被災地の地域医療が立ち寄りなくなる懸念もある。従って、被災地の検案活動を支援することを時としてその地域の生存者に対する医療を守るということも併せもっているということも忘れてはいけないと考える。

また東日本大震災の際には、検案活動に参加した医師にも傷害保険を適用させるために、書類上 JMAT 検案班という扱いにし、本来 JMAT に適用される対象の保険に加えた経緯がある。この時の経験から、医師会の組織として検案医を派遣しているという仕組みが明確になっていることが重要なのではないかと考える。JMAT という保証を加えるかは別にして、本来の JMAT 活動に、検案チームをどうするかという点については、委員会でも様々なケースを想定し、検討していただく必要があるかと考えているが、現時点では、両者は別個に組織すべきではないと考えている。

◇熊本県医師会

熊本では予め、警察医会の組織を災害時には JMAT として派遣することを決めている。熊本の場合は、JMAT の中に外科チーム、内科チー

ム、小児チーム等、ダブルネームで出ていただいている。今回の地震では出ていただく方も、受け入れる方も一本化した方が都合が良かったのでそのようにしている。

◇岐阜県医師会

JMAT で出動する方には、死体検案の少なくとも初級程度の技術はマスターしておかなければならないと考え、訓練を取り入れている。

印象記

常任理事 照屋 勉

平成 29 年 3 月 12 日（日）日本医師会館 3 階小講堂において、「平成 28 年度都道府県医師会『警察活動に協力する医師の部会（仮称）』連絡協議会」が開催されました。日本医師会の松本常任理事の司会進行で恙なく連絡協議会は進められました。まず、横倉会長が公務のため欠席でしたので、今村副会長の代読で会長挨拶がありました。「奇しくも、本日は『平成 23 年 3 月 11 日：東日本大震災』から 6 年が過ぎ、7 年目の最初の日（3 月 12 日）…！」という話が印象的でした。

そして、いくつかの報告・質疑応答があり、昨年に引き続き、かなり活発かつ重厚な連絡協議会となりました。小生的に気になった“キーワード”を列挙羅列してみますと…。①「死因究明等推進協議会の設置・活動状況！」～「オートプシー・イメージング (Ai:Autopsy imaging) = 死亡時画像診断」～「死体の CT 撮影画像を適切に『読影』できる医師の不足！」・「検案医の後継医師の不足！」…という話！。②「死因身元調査法の運用！」～「警察における死体取り扱いの流れ！」～「平成 28 年の総死亡者約 130 万人のうち、警察が取り扱った数は約 16 万人（約 12%）！」…という話！。③「大規模災害時の死体検案体制！」～「全国規模での協定・机上訓練の必要性！」・「各地域ブロック内における連携協力の重要性！」…という話！。④「JMAT と検死活動！」～「JMAT は生存者に全力！ vs 検死チームは別働！ by 長崎県医師会：長谷川常任理事」～「JMAT の目的：(1) 被災者の生命及び健康を守る！、(2) 被災地の公衆衛生を回復させる！、(3) 地域医療の再生を支援する！～現時点では、両者（JMAT・検案チーム）を別々に組織すべきではないと考えている！ by 日本医師会：松本常任理事」…。他にも、「警察医会の組織を災害時には、JMAT として派遣することを決めている！ by 熊本県医師会」、「JMAT として出動される方には、死体検案の技術をマスターしてもらい、検死のトレーニングを取り入れている！ by 岐阜県医師会」という建設的な意見もあり、とても参考になりました。

大規模災害時における全県的なネットワーク（医師会・行政・各自治体・自衛隊・警察・災害拠点病院・一般民間病院・在宅酸素・透析・公衆衛生 etc）の構築の重要性はもちろんですが、日常的に『災害医療委員会』と『警察医部会』との“情報共有”・“連携強化”の必要性を痛感した連絡協議会でした。

# 九州各県医師会 医療情報システム担当理事連絡協議会



理事 比嘉 靖



去る4月8日(土)、ホテル日航熊本において開催された標記協議会について報告する。

## 挨拶

熊本県医師会の高橋洋副会長より挨拶が述べられた。

ご承知のとおり、本協議会は各種協議会と併せて開催してきたが、日程の調整等もあり本日の開催となった。

本日は、日本医師会より石川常任理事をお招きし「日本医師会のICT戦略と医療等分野専用ネットワーク構想」と題してご講演いただくとともに、協議事項の総括をお願いしている。各県とも郡市医師会や中核病院を中心としたネットワークが構築されているが、熊本県は統括して県全体でのネットワーク構築を目指しているところである。

各県におかれても問題が山積していると思われるが、本日の協議会では3題の協議題がある

ので、積極的にご意見賜り、本協議会が実り多いものとなるよう祈念して挨拶とする。

次に、日本医師会の石川広己常任理事より挨拶が述べられた。

本日は最新の講演資料を用意してきた。これまで8年間医療情報システムの担当をしてきたが、ICTは日々の進歩が激しい状況にある。本日は改正個人情報保護法の新しい話や医療等分野専用ネットワークの実証事業が開始すること等の最新の知見を説明したい。

## 講演

「日本医師会のICT戦略と医療等分野専用ネットワーク構想」

日本医師会常任理事 石川広己 先生

日本医師会の石川広己常任理事より、概ね以下のとおり講演が行われた。

団塊の世代全員が後期高齢者となる2025年



に向けた医療介護総合確保法では、地域医療構想の推進と地域包括ケアシステムの構築が車の両輪として推進され、なかでも医療情報連携の充実が最も有効な解決方法とされている。

日本医師会では、2016年6月に「日医IT化宣言2016」を公表した。

宣言内容は、「安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守る」「医療の質の向上と安全の確保をITで支える」「国民皆保険をITで支える」「地域医療連携・多職種連携をITで支える」「電子化された医療情報を電子認証技術で守る」となっている。

宣言の中で触れている「安全なネットワーク」については、高いセキュリティを確保したネットワークの実現により、各医療機関が電子紹介状などを安心してやり取りできる環境づくりに取り組めるよう、「医療等分野専用ネットワーク」の構築を目指している。

日本医師会のIT戦略と医療等分野ネットワーク構想は、医療・介護情報連携と医療情報ICT化の共通基盤の構築を行うため、HPKI認証局や改正個人情報保護法、医療等ID、保健事業IDの取り組みを進めていく。

また、医療・介護分野のビッグデータ構築と利活用を推進するための代理機関（仮称）に手上げし、公益性の担保等を行っていくとともに、ORCA事業の継続のため、日本医師会ORCA管理機構株式会社の創設や広範な医療・介護分野における医療等分野専用ネットワークの形成を行うことで、日本の医療・介護ICTの発展を目指すこととしている。

日医標準レセプトソフト（ORCA）は、レセコン業界でシェア3位に成長するとともに、日医IT認定サポート事業所も全国に160社が認定されている。

ORCA出現の影響によりレセコンの市場価格が大幅に下落し、電子カルテの開発が活発化した。また、電子カルテ以外のサードパーティ製周辺オプションが賑わう状況となっている。今後、介護、特定健診、地域医療連携の充実を図るとともに、電子署名ソフトや文書交換サービス、死亡診断書作成支援ソフト

にも展開していく。

マイナンバーに関しては、個人番号を医療の現場で利用すべきではないと主張しており、医療の現場で個人番号カードを登場させるような仕組みや、医療情報と個人番号が結びつくような仕組みにはいけなく、医療等IDの必要性を提案している。

本年5月より施行される改正個人情報保護法では、病歴等が含まれる個人情報を要配慮個人情報として扱い、本人同意を得ない第三者提供の特例（オプトアウト）が禁止されることになっている。

また、データベース提供罪が設定され、個人情報データベース等に関し、不正な利益を図る目的で提供し、又は登用する行為を処罰することになっている。

さらに、5,000人以下の個人情報取扱事業者に対しても同法を適用することとしている。

日本再興戦略（改訂2015）では、公的個人認証や個人番号カードなど、マイナンバー制度のインフラを活用して、医療等分野における番号制度を導入することとし、これを基盤として、医療等分野の情報連携を強力に推進することとしている。

具体的には、2017年7月以降早期に医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口において個人番号カードを健康保険証として利用することを可能とし、医療等分野の情報連携の共通基盤を構築することとしている。

国は、個人の医療情報をビッグデータとして集約し、将来の治療法の確立や新薬開発につなげるため、医療系の学会や医薬品の開発などを行っている団体を認定機関に指定し、認定機関が病院や薬局などが保有している患者の治療や投薬に関する情報を集め、情報を匿名化して大学など研究機関に提供することができる仕組みとして「医療分野の研究開発に資する医療情報提供促進法案（仮称）」の成立を目指している。

医療施設が各々、匿名加工処理を行うのではなく、信頼できる者が一定程度、一括してこれを行う方がセキュリティ、経済性からも

合理的であり、その機関として日医が手上げをしている。

日医は、医師資格証の普及を進めており、現在 8,376 件（平成 29 年 3 月 24 日迄）の申請を受けている。医師資格証は講習や研修会などの出欠管理を行うほか、取得単位管理、さらには、医師免許証の代わりになってくる。

また、コンピューターで紹介状、診断書、主治医意見書、処方箋など、医師の署名・捺印の必要な文書を作成した場合に電子署名することで、紙への印刷、署名・捺印を簡素化することが可能となる。加えて、地域医療連携でネットワークを通じた本人確認として、医師資格証を利用した認証が可能となる。

医療・介護連携の必要性が高まり、かかりつけ連携手帳の普及が進む一方、医療情報連携に SNS 利用が進んできている。

日医では、Open SNS は禁止とし、クローズド SNS を利用すること、セキュリティは IPsec+IKE による VPN（もしくは TLS1.2）が望ましいこと、原則として BYOD を利用しないことを方針としている。

特に BYOD は、私物の情報端末などを持ち込んでの業務利用による端末管理が困難であり、プライベートで使うアプリからウイルス感染、情報漏洩のリスク、利用する場合のガイドライン準拠の管理等がリスクとなる。

医療等分野においては、従来より目的別・地域別にネットワークが構築されてきたが、今後見込まれる様々なサービスの普及に向けては、共通利用できる高度なセキュリティが確保された公的広域ネットワークが求められており、医療サービスの充実と社会保障費の適正化を目指すうえで、「医療等分野専用ネットワーク」の構築を必要としている。

まずは、実用化に向けたパイロット事業を行い、技術検証および運用ルール策定を行うことが望ましいとされており、①地域連携ネットワーク間の相互接続、②医療等分野のサービス利用、③用途別 VPN 構成の 3 つのユースケースを通して実証が行われることになっている。なかでも、②のケースでは沖縄県の「津梁ネット

ワーク」に、相互接続基盤を介して、接続を許可された医療機関等が医療等分野の様々なサービスを利用する仕組みを実証することとしている。

**協 議**

**(1) 九州各県医師会ネットワークの現状と今後について（福岡県）**

**<提案要旨>**

①利用料金

診療情報の交換や相互閲覧のシステムに対して、利用者（診療所、病院、その他機関）の利用料金についてお伺いしたい。また、今後において利用料金の変更などの予定があれば合わせてお伺いしたい。

②利用頻度

診療情報の交換や相互閲覧のシステムに対して、どの程度の利用頻度（診療所、病院、その他機関）があるかについて各県にお伺いしたい。

③更新時の費用について

IT システムは機器の利用限度が 5 年から 7 年程度である。多くのシステムは医療介護総合確保基金（旧再生基金）を使ったものが多いと思われるが、更新時には基金の再利用は出来にくいと言われている。そろそろ更新を迎えるシステムもあると思われるが、更新時の費用について、どのような計画を立てているかを各県にお伺いしたい。

④郡市区医師会の独自の IT システム

郡市区医師会が独自の IT システムを構築しているところもあると思われるが、県医師会として県内のシステムの把握をどの程度しているかについてお伺いしたい。独自のシステム同士の相互乗り入れなどについて、県医師会で何らかの調整を行っている事例があればお伺いしたい。

⑤ BYOD (Bring Your Own Device) 対策

いわゆる BYOD の対策にどのようなことを実施されているか各県にお伺いしたい。BYOD を許しているところがあれば、それも合わせてお伺いしたい。

＜九州各県回答＞

①利用料金については下表参照。

②利用頻度について、佐賀県では、ログイン者数 2,509 名（平成 27 年度）、2,361 名（平成 28 年度）となっており、大分県では、（別府市）医療機関：閲覧平均 21 件 / 月、利用者数 147 人 / 月、薬局：閲覧平均 7 件 / 月、（臼杵市）アクセス件数 12 万 3 千 / 年、カード発行枚数 12,000 枚（人口の 31.6%）となっている。その他の県では、施設数や患者登録数の提示はあるものの、ログイン数や参照頻度、情報利活用頻度等に係る状況把握は出来ていない模様であった。

③更新時の費用について、佐賀県と熊本県では、県の地域医療介護総合確保基金の補助により対応することとなっており、宮崎県では大学病院の予算により更新することとしている。沖

縄県、大分県、長崎県では、参加施設の利用料より負担することとしている。

④郡市区医師会の独自の IT システムについて、大分県を除く県では、詳細状況を把握しておらず、県医師会が運営する各システムの推進を行っているとの回答が行われた。大分県では、郡市区医師会のシステム同士の相互乗り入れを行い、県全体を繋ぐネットワーク構築を目指すべく、県医師会が主導して取り組んできたが調整困難となり、しばらくは地域の特性に応じたネットワークの支援を行うとの回答があった。

⑤ BYOD について、九州各県ともに現段階での統一した見解はなく、利便性とセキュリティの関係上、制限を加えた上で BYOD の許可を行っているものの、情報漏洩や情報リテラシーの問題等、今後の検討課題となっている。

【①利用料金】

福岡	・提案県
鹿児島	・県医師会での運営なし
佐賀	・情報公開施設 200床未満：20,000円/月、200～300床未満：50,000円/月、300床以上：80,000円/月 ・T L S 1.2クライアント証明書導入の情報閲覧施設 初期費用及び月額費用：無料 ・オンデマンドVPN導入の情報閲覧施設 初期費用：51,000円、月額費用：980円/月
宮崎	・大学病院の診療情報を閲覧する医療機関の利用料金は無料
沖縄	・病院：15,000 円/月、医科・歯科診療所、調剤薬局：5,000 円/月、介護施設等：2,000 円/月 ・機能拡充後、特定機能病院・地域医療支援病院：100,000 円、救急告示病院：75,000 円を予定
大分	（別府市） ・個人負担なし（ゲートウェイサーバーについては各個人で支払） ・団体払いとして薬剤師会 120 万円/年 基幹病院 52 万円/年 検査会社 58 万円/年等 ・利用料金については更新後改定予定 （臼杵市） ・医療機関 5,000 円～30,000 円/月 端末台数により変動 ・歯科診療所・薬局・特養、老健：3,000 円/月 ・居宅支援事業所：1,000 円/月 ・利用料金の変更予定なし
長崎	・正会員一人当たり4,000円/月(システム費1,000円含む) ・准会員一人当たり1,000円/月(5人～9人までは5,000円) ・ポータル会員一人当たり200円/月 ・情報提供病院の会員は無料 ・入会金 1 施設 50,000円(所属郡市区医師会が団体入会している場合は無料) （100床未満の病院は10万円、200床未満20万円、200床以上30万円） ・初期経費(VPNアダプタ設置費)30,000円 ※その他、iPad であじさいネットを閲覧する会員は、1台あたり月額 700 円
熊本	・病院：1,000 円/月 ・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護事業所・地域包括支援センター：500 円/月 ・情報提供施設（病院、診療所、薬局）は、回線料として 4,530 円/月

(参考)

- 福岡：とびうめネット
- 鹿児島：県医師会での運営なし
- 佐賀：佐賀県診療情報地域連携システム「ピカピカリンク」
- 宮崎：宮崎大学医学部附属病院「はにわネット」
- 沖縄：おきなわ津梁ネットワーク
- 大分：県医師会での運営なし  
(別府市) ゆけむり医療ネット  
(臼杵市) うすき石仏ネット
- 長崎：あじさいネット
- 熊本：くまもとメディカルネットワーク

<石川常任理事コメント>

更新時の費用について、地域医療連携ネットワークシステムは、地域医療再生基金や地域医療介護総合確保基金等の公費等にて全国270のシステムが構築されており、その1/3が上手く稼動している。残りの多くはメンテナンス費用の問題で破綻しているところが多い。3月29日に横倉会長より、塩崎厚労大臣に対し、地域医療介護総合確保基金に関する要望を行った。マスコミへの記者会見も行い、地域包括ケアシステムにおけるICTの活用については継続性をもって行われるよう、基金の柔軟な運用を強く要望したところである。

業者間の調整が上手くいかないとのことだが、インターフェイスの開発に高い見積もりが行われていると聞いている。医療等分野専用ネットワークの実証事業開始に伴い、今後の接続や医療等IDの利用など、大手のベンダーは焦りを感じ、歩み寄る傾向にあると思う。

BYODについて、将来的なことを考え、医療従事者や介護従事者が個人情報の問題を高いセキュリティの下で利用する必要があるという事を認識し、運用いただきたいと思う。

**(2) 医療介護情報連携について (大分県)**

栃木県医師会の長島理事を中心にSNS型の情報共有ツール(「何処でも連絡帳」「メディカ

ルケアステーション」)が各地で導入されており、栃木県や京都府では府県レベルでの取り組みとなっている。九州では組織的な導入はまだのようだが私も含めて個人的に利用している医師も散見される。実際に運用してみると在宅医療の分野では看護・介護関係との情報共有がスムーズ、スピーディーになり有用と考えられる。医療情報の交換と言うよりFAXや電話の代替手段という感じだが、このようなSNS型の情報共有ツールの利用についてのご意見をお聞かせ願いたい。

またBYOD(Bring Your Own Device)の使用については議論のあるところだがこの点についても皆さんのご意見をお聞かせください。

<九州各県回答>

九州各県ともに、SNS型の情報共有ツールは、情報共有がスムーズかつスピーディーとなり非常に有用であると回答された。

一方、患者の個人情報や病歴などの機微な情報を共有することに対し、セキュリティの担保が求められ、個人情報漏洩や成りすましのリスクに対する対策や、利用する場合の条件の設定、医療と介護での活用の棲み分け等を含め検討していく必要がある等の意見が述べられた。

<石川常任理事コメント>

遠隔診療において、写真とSNSで診療し、費用請求しようという意見があるが、本当にリアルタイムかどうか、本人確認が出来るのかどうか不確実な部分があり、賛成できない。

基本的には、遠隔診療の対面診療補助に使うことが原則である。療坦規則上で言うと、記録とタイムスタンプが付与されていることが前提である。

SNSでは、タイムラインにて掲示的に言葉が纏められたり、写真のアップが容易であったり等、非常に使いやすいものとはなっているが、情報漏洩の危険性が高いため、医療従事者や介護従事者の個人情報の機微に対する意識について変わっていただく必要がある。

改正個人情報保護法施行により、同意の問題が変わってくると思うので、ガイダンスが提示されたら注意してご確認いただきたい。

介護情報のビッグデータが密かに厚労省にて集積されている。これらの情報が有用に活用されれば問題ないが、市場原理の中で利用法が変わると問題なので注視していく必要がある。

**(3)「文書交換サービス (MEDPost)」について (佐賀県)**

日本医師会 ORCA 管理機構 (株) の新たな事業として平成 29 年 4 月 1 日より「文書交換サービス (MEDPost)」が開始された。

MEDPost は、平成 28 年度診療報酬改定で新設された「検査・画像情報提供加算」及び「電子的診療情報提供料」の算定要件である、厚労省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準じた通信環境で診療情報提供書を送受でき、また、様々な医療文書の交換を安全に行うことができるサービスである。

本サービスの申込みにあたっては、医師会・自治体・中核病院・在宅等を中心とした連携グループの構築が求められている。一方、本県では、既に県下全域に、地域医療連携ネットワークとしてピカピカリンク (ID-Link) が、また、在宅医療・介護連携ネットワークとしてカナミックネットワークのシステムが運用されてお

り、2つのネットワークにより概ねグループ化がなされている。

今後、MEDPost を利用した新たな連携グループの構築も考えられるところであるが、既存ネットワークと整合のとれたグループの構築が望ましいと考える。

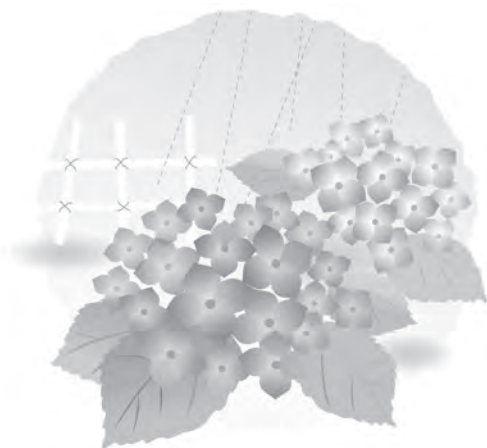
つきましては、既に医療連携ネットワークを運用している地域における、MEDPost の具体的な活用イメージ及び今後の展望について、日医の見解をご教示いただきたい。

**<石川常任理事コメント>**

MEDPost は、医師資格証で電子印鑑とタイムスタンプを付与した紹介状を、安全な通信網を使ったデジタル機器間にて通信するセキュリティが担保されたものとなっている。

月額 1,000 円で提供しており、地域連携が整備されていない地域等の活用を想定している。既に地域連携が行われネットワークが既設の地域に対し、利用を強制するものではない。地域連携が整備されていない地域での利用状況を確認しながら、既存ネットワークとの関連性等を検証していただきたい。

集団読影にて、ダブルチェック、トリプルチェック等が行われるが、総括表に電子印鑑が押せれば家庭や自分の診療所でも読影することが可能となるので、併せて検証していただきたい。



## 印象記

理事 比嘉 靖

平成 29 年 4 月 8 日熊本市にて行われた九州各県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会に参加した。

先ず日医から参加された石川常任理事より日医の IT 戦略についての講演があった。5 月 30 日に発効する改正個人情報保護法案については、要配慮個人情報が出来たこと、この法案に基づく直罰が出来たこと、監視力の強い委員会が出来たことがポイントとして述べられた。他には、日医が匿名化した個人情報を扱う代理機関となる事については、東大、京大以外に民間会社組織が医療系個人情報を取り扱う事を許さない事が、一番の目的であるとの事であった。また、夏頃には HPKI 医師資格証を医師免許と同等と見なす広報が出る事、茨城県では産業医の登録条件に HPKI が義務付けられていると報告があった。医療連携には BYOD、個人のモバイル端末の使用を推奨しない事、OS としては Android を使用してはいけない事についても報告があった。日医が進める医療等分野専用ネットワークの実証が始まり、その一つにおきなわ津梁ネットワークを使う事についても述べられていた。

この後に、各地のネットワークについての 3 題について議論がなされた。先ずは、利用料金、利用頻度、システム更新に対する対策、郡市医師会独自の IT システムについての把握・関係性、BYOD 対策などについての情報交換が行われた。この中で、日医から基金がシステム更新にも活用できる様、厚労省に掛け合っているとのコメントがあった。

次に、既製品システムを用いた医療介護連携について各地での有用性についての報告が多くあった。その中で、安易なオープン型 SNS は非常に危険である事、カナミック、メディカルケアステーションで集められたデータは既に中央、厚労省に蓄積されており、ビッグデータとして取り扱われているという中央での噂についても石川常任理事からコメントがあった。正式なやり取りとして、やはり HPKI を用いたタイムスタンプが必要であるとの事であった。

最後は、日医が進める文書交換サービス MEDpost と、これまで作り上げて来た各地のネットワークシステムとの関係についてであったが、日医としてはしっかりとしたシステムが無いところで、最小限のシステムを安価に作り上げるケースを想定したもので、既存システムの置き換えを考えたものでは無いとのコメントがあった。

その他の興味ある問題として、有名な医療連携システムである、ゆけむりネット、石仏ネットを抱える大分県医師会が県内統一システムを目指して調整に入ったが、それぞれの思惑や業者間の調整困難さから暗礁に乗り上げ頓挫しているとの報告があった。全県下システムの構築を目指す「おきなわ津梁ネットワーク」が今年度予定している総務省「クラウド型 EHR 高度化事業」の意義を改めて感じた。

## 第9回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション



理事 田名 毅

### 第9回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション

日 時：平成29年4月7日（金）19：00～21：00  
場 所：沖縄県医師会館（3F・ホール）

#### 会 次 第

司会：田名 毅（沖縄県医師会理事）

1. 開 会 沖縄県医師会副会長 玉 城 信 光
2. 挨 拶 沖縄県医師会会長 安 里 哲 好  
           沖縄県知事 翁 長 雄 志  
           沖縄県病院事業局局長 伊 江 朝 次  
           女性医師部会部会長 依 光 たみ枝
3. 沖縄県医師会医学賞（研修医部門）表彰式
4. 沖縄県医師会への入会について 田 名 毅
5. 乾 杯  
     群星沖縄臨床研修センター長 徳 田 安 春  
     ～ 歓 談 ～
6. 新研修医紹介  
     ①豊見城中央病院、②南部徳洲会病院、③沖縄協同病院、④大浜第一病院、⑤ハートライフ病院、⑥浦添総合病院、⑦中部徳洲会病院、⑧中頭病院、⑨沖縄赤十字病院、⑩那覇市立病院、⑪琉球大学医学部附属病院、⑫県立宮古病院、⑬県立南部医療センター・こども医療センター、⑭県立中部病院、⑮県立北部病院
7. 研修医代表挨拶  
     琉球大学医学部附属病院 下 地 昭 久  
     ～ 歓 談 ～
8. 閉 会 沖縄県医師会副会長 宮 里 善 次

毎年恒例となった沖縄県医師会研修医歓迎レセプションが平成29年4月7日、沖縄県医師会館3階ホールで開催された。研修医126名（1人欠席）、各病院関係者・招待者等121人、合計247人の参加があり、大変盛大に開催された。開会の挨拶では、玉城副会長より沖縄県医師会が今年度用意している沖縄県医療人育成事業（平成29年度採用研修医対象シミュレーショントレーニング、おきなわレジデントデイ（仮）等）について紹介があった。安里会長の挨拶では県外から沖縄に来た研修医の先生方を意識して、沖縄で充実した生活、研修を過ごすよう期待のエールを込めた挨拶があった。今回は浦崎副知事が翁長知事の代わりにご出席いただき、挨拶された。副知事は研修医紹介があった終盤まで参加されていた。その後、会次第に沿って各研修群の先生方からご挨拶いただいた。また、沖縄県医学会総会の研修医賞の表彰もあった。晴れの舞台ではあったが、研修医自身が既に本土に異動されている方が多く、指導医が代理で表彰を受けるケースが目立った。来年度はスライドなどで受賞者を紹介し、当日来場できる研修医のみ壇上に上がってもらうことも検討中である。

今年も耳の痛い話ではあったが、各病院研修医の医師会入会率に関するデータを紹介した。私が2,000円（入会金）で医師会に入会できる旨強調してしまい、年会費は無料ということが十分に伝わらなかったのではと懸念している。

各病院の事務担当者の方々は是非、今年度の研修医医師会入会率が上がるように取り組んでいただきたい。また、今回はじめて企画している、沖縄県医師会主催「第1回うりずんフェスタ」についてもその場で広報を行った。若い先生方がフェスタに参加し、楽しみながら医師会事業を理解してくれることを期待している。

最後に、今回の各病院研修医紹介に関しては、1病院で15～20分かかったものが幾つかあり、当日及びその後の理事会でも反省点として挙げられた。次年度からは各病院3分以内など取り決めを行い、スムーズにレセプションが進行出来るよう取り組んでいきたい。

**研修医代表挨拶**

琉球大学医学部附属病院 下地 昭久先生



みなさん、こんばんは。琉球大学医学部附属病院の「美ぎ島プログラム」の下地昭久と申します。みなさんは「美ぎ島」という言葉

の意味は知っていますか？

「美ぎ島」とは宮古島の方言で「美しい島」という意味です。

実は私は、その宮古島の出身で、サトウキビ畑と海に囲まれて育ちました。宮古島で地域の

人たちに大切に育てられた私は、いつか地元である宮古島に恩返しをしたいという気持ちもあり、このプログラムを選択しました。

1年間宮古に行くことになったわけですが、久しぶりの宮古での生活にワクワクしています。宮古を出てから長くなりますが、私は宮古のことを本当に何にも知らないのだなと感じていて、このプログラムをきっかけに、宮古島の医療事情、地域の人々の暮らし、言葉、など多くの事を学ぼうと思っています。そして、将来は宮古島の医療を支えていきたいと考えています。

この場に集まった同期のみなさん、辛いことがたくさんあると思いますが同期のみんなで励ましあって、切磋琢磨しながら初期研修を無事に終えることが出来るよう頑張っていきたいと思います。

最後に、琉球大学医学部附属病院の藤田先生、県立宮古病院の本永先生をはじめ、今日この度のレセプションに出席して下さった先生方、これからの2年間、ご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

以上で私の挨拶とさせていただきます。

※当日レセプションに参加いただいた研修医の先生3名にインタビューを行いましたので、以下のとおり紹介します。



挨拶する安里哲好会長



挨拶する浦崎唯昭副知事



挨拶する伊江朝次沖縄県病院事業局長



県立北部病院 松下正紀先生



質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

私は会社勤めをした後、再受験して医師になりました。当初は、定年がなく、収入も安定していて、地方でも職が探しやすい点などに魅力を感じていましたが、医学部入学後、早朝から晩まで回診、外来、手術、抄読会、学会発表などを怒涛の勢いでこなしている先生方を目の当たりにして、これはえらい世界に入ってしまったと思いました。使命感を持って日々の課題に取り組まねばこの世界では生きていけないので、まだまだ分からないことだらけですが、腹を括って日々、目の前の課題に取り組んでいこうと思います。

質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？

初期研修の間に救急での初期対応はしっかり出来るようになりたいと考えております。県立北部病院は北部エリアの拠点病院として救急患者の受け入れを行っており、様々な症例を経験することが出来て、また北部エリアには趣味のロードバイクで走って楽しめる眺望抜群のサイクリングコースが沢山あるところも私には魅力的だったので、この病院を選びました。北部病院は先輩医師だけでなく、看護師の方にも研修

医を育てていこうという雰囲気があり、日々励まして頂きながら研修生活を送っており感謝しています。

質問 3. 将来どのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。

「正しい医療」を行っていけるようになりたいです。正しい医療の定義が難しく漠然とした内容になってしまいますが、患者さんやご家族の要望を踏まえ、それぞれの患者さんに適した最新の医療を提供していけるようになりたいです。そのためにまずは初期研修で経験する1つ1つの症例を大切に、なるべく掘り下げて、知識を増やし、経験値を上げていきたいと思っています。そしていずれは、今までお世話になった先生方のように後進の指導もしていけるようになればと思っています。

琉球大学医学部附属病院 小山豊太



質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

確かな社会貢献ができ、それを成すための自己を確立できる職であり、また医師というくくりのなかでも様々な方向性が考えられ、きっと自分が楽しんで続けられる道があるだろうと希望を抱いたためです。これらが仕事や人生のやりがいといったものに繋がると今でも期待しています。



挨拶する依光たみ枝女性医師部会部会長



挨拶する徳田安春群星沖繩臨床研修センター長



沖繩赤十字病院

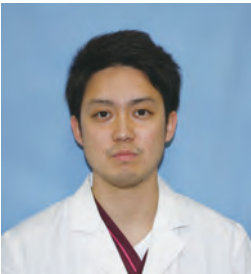
**質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？**

若輩者の自分ですので、今はただ日々精進を心がけるばかりです。学生時代長く沖縄を離れていましたので、まずは、地元の基幹になる大学病院にお世話になりたいと思い琉球大学を志望いたしました。心優しい先生方の適切なお指導に感謝の日々です。

**質問 3. 将来どのような医師になりたいですか？**

例えるなら“座布団”のようなスタッフになりたいと思います。座布団が無くては人は座れるのですが、あれば少し楽になれる。患者さんであれ、医療従事者であれ、周囲の方がそのように感じて下さる振る舞いができるよう、心に留めておきたいと考えています。

**浦添総合病院 愛知高明**



**質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。**

私が医師になりたいと思ったのは小学二年生の時でした。私には二歳上の姉がいて、よく一緒に遊んでいました。とある日に、ひょんなことから私は姉に重傷を負わせてしまい、当時の私はとてつもなく大きな罪悪感とこのまま姉が助からなかったらどうなってしまう

うんだろうという絶望感に打ちひしがれていました。緊急手術の結果、姉は無事助かりましたが、万が一姉に後遺症でも残ってしまっていたら私は一生自分を責め続けていたことだと思います。当時姉を担当して下さった医師は姉だけではなく、私や私の家族までも救って下さいました。だから私も患者さんはもちろん、そのご家族の方までも救えるような医師になりたいと思ようになりました。

**質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？**

これから一生続いていく医者人生の中で拠り所となる、医師としての考え方やふるまい方を学びたいです。私は将来救急医になりたいので救急が有名な浦添総合病院を選ばせていただきました。また病院見学に来たときに一つ上の先輩方の雰囲気がとてもよかったのも理由の一つです。

**質問 3. 将来どのような医師になりたいですか？**

患者さんの病気を治すだけではなく心のケアもできる医師になりたいです。そして患者さんが何でも話せて安心できる医師になりたいです。そのためにはいくつになっても謙虚さと素直さを忘れず、チームの仲間と助け合いながら常に向上心を持って一日一日を大切に過ごしていきたいです。



浦添総合病院



南部徳洲会病院



豊見城中央病院

# 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

## 平成 29 年度赤い羽根共同募金感謝の集い



会長 安里 哲好



去る平成 29 年 4 月 19 日（水）、沖縄県総合福祉センターにおいて、平成 29 年度赤い羽根共同募金感謝の集いが開催され、共同募金に寄付した個人や団体、計 31 名、218 団に対し、湧川昌秀沖縄県共同募金会長より感謝状が贈呈されました。本会は、特別篤志寄付者部門（前年度寄付総額 100 万以上の企業・団体）において多額寄付者として感謝状を授与された。

赤い羽根共同募金は、民間の運動として戦後直後昭和 22 年（本県は昭和 27 年）から、市民主体の取り組みとして始まり、当初は福祉施設を中心に資金を支援する活動としての役割を担っていた。現在では、社会福祉法に位置付けられた法的な募金として毎年運動を行っており、さまざまな地域福祉の課題解決に取り組む民間団体を支援し、沖縄の民間福祉活動の発展を目指すものとされている。

平成 28 年度の募金額は約 1 億 8,462 万円となっており、市町村における社会福祉協議会や小地域の様々な福祉活動団体などに配分される他、市町村を越えた広域的な課題を解決するた

めの活動や社会福祉施設等へ配分され、県内の福祉施設の整備や地域の福祉活動、被災地支援などに役立てられる。

本会は、昭和 57 年より同募金活動に毎年協力しており、毎年 10 月 1 日～12 月 31 日に行われる「赤い羽根共同募金」運動へ賛同いただいた会員より寄附を頂き、本会にて取り纏め沖縄県共同募金会へ募金を行っている。

平成 28 年度の本会の募金額は、皆さまの温かいご支援により 4,038,000 円となった。今回で 35 回目の募金となり、これまでの募金総額は 105,907,422 円である。

募金にご協力いただいた会員の皆様へ厚く感謝申し上げます。

本会では引き続き共同募金活動を継続するので、当運動が社会福祉事業の推進の財源として果たす役割の重要性をご理解いただき、今後とも協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、「共同募金」への寄付金の受配団体やその活動等の詳細については、社会福祉法人沖縄県共同募金会ホームページをご覧ください。

# 沖縄県が災害医療コーディネーターを設置



災害医療委員会委員長 出口 宝



沖縄県本部災害医療コーディネーター：左から八木正晴先生、小職、佐々木秀章先生、梅村武寛先生、高良 剛 ロベルト先生

沖縄県は沖縄県災害医療コーディネーターを設置しました。災害時に迅速かつ的確に医療を提供できる体制の構築を図ることを目的として、沖縄県保健医療部に特別職の非常勤として設置しました。沖縄県災害医療コーディネーターには、県全域の調整等を行う本部災害医療コーディネーターと保健所管轄地域ごとの調整を行う地域災害医療コーディネーターがあります。今回は、5名の本部災害医療コーディネーターが委嘱され、平成29年5月16日に県庁保健医療部長室にて委嘱状の交付式が執り行われました。(Table 1)

砂川靖保健医療部長から、「災害時には各種医療関係団体から派遣される医療救護班や派遣団体とのコーディネートを行うとともに県内医療機関の状況を把握し患者の搬送調整等を行うことが必要となる。また、平時には災害時の

区分	病院名	役職	(50音順) 氏名 (ふりがな)
統括DMAT	県立南部医療センター・ こども医療センター	救命救急センター長	梅村 武寛 (うめむら たけひろ)
日本赤十字社	沖縄赤十字病院	救急部長	佐々木 秀章 (ささき ひであき)
基幹災害 拠点病院	県立中部病院	救急科部長	高良 剛ロベルト (たからつよしひろと)
沖縄県医師会	もとぶ野毛病院	副院長	出口 宝 (でぐちしげる)
統括DMAT	浦添総合病院	救命救急センター長	八木 正晴 (やぎ まさはる)

保健医療部医療政策課 配布資料

Table1

訓練および研修の企画、訓練での課題を踏まえた沖縄県災害医療マニュアルの見直しなど災害時の医療提供体制のあり方を検討する必要がある。これらの業務を行うためには災害医療および県内の医療提供体制の実情に精通している医師が必要となるため、沖縄県災害医療コーディネーター

ネーターを保健医療部に設置した。沖縄県においては災害時に迅速かつ的確に医療救護活動を実施できるよう平成 29 年 2 月に沖縄県災害医療本部設置要綱、29 年 3 月に沖縄県災害医療マニュアルを策定するなど体制の充実強化を図っているところである。県の災害時の医療救護活動の中心として、災害医療の推進にご協力をお願いします。」との挨拶がありました (Fig.1)。

続いて、コーディネーターを代表して沖縄赤十字病院佐々木秀章救急部長から、「コーディネーターとして我々に求められる仕事は“悲観的に準備し楽観的に行動せよ”という言葉の通り、平時においては悲観的に準備・計画・訓練に注力し、いざ災害が起こった場合には、可能な限り楽観的に県庁・行政と共に関係機関との調整を行いたい。特に沖縄は島嶼県であり空路、海路が使えなくなると外部からの支援は容易ではなく、既存の医療の継続さえ著しく困難になることが想定される。県内の限りある人的、物的資源をいかに有効に用いて支援が来るまでを持ちこたえるかが課題である。行政、関係各機関、そして今後任命が予定される各地域災害医療コーディネーターなど県内全体で連携をとり災害に備えていきたいと思う。」との挨拶がありました (Fig.2)。

災害医療コーディネーターは、阪神淡路大震災や新潟地震、東日本大震災における被災県において任命されてきた経緯があります。東日本大震災の後には、厚生労働省が全国の都道府県に対して災害時に円滑な医療を実施するためのコーディネート機能を発揮できるような体制を整備するように通知を行い、全国で災害医療コーディネーターの設置が進められてきました。その重要性は平成 28 年熊本地震においても再認識されていました。

本部災害医療コーディネーターは、災害発生時には県庁本部において情報を収集し傷病者対応や病院支援、そして病院避難から避難所対応など急増する医療ニーズに対して限られた医療資源をいかに配分するか等の調整業務にあたる



Fig.1 砂川保健医療部長挨拶



Fig.2 災害医療コーディネーター代表挨拶 (佐々木秀章先生)

ことになります。そのためには受援体制を構築して外部支援の医療救護班や薬品医療資材などの受入れと効率的な配分調整を行う事も求められます。平時においては関係機関との訓練などを行い、本年 3 月に策定された県の災害医療マニュアルの見直しなど、県全域の調整などを行うコーディネーターとして災害発時に備える事になります。

そして、今後は被災地の最前線となる地域災害医療本部で調整業務にあたる地域災害医療コーディネーターも任命されます。

今後も災害医療委員会では、本部ならびに地域災害医療コーディネーターや県内関係機関、そして地区医師会との連携を密にして研修会の開催や訓練に参加するなど災害に備えていきたいと考えています。会員の皆様には益々のご理解とご協力をお願い申し上げます。