

第30回全国有床診療所 連絡協議会総会 大分大会



副会長 玉城 信光

第30回全国有床診療所連絡協議会総会 大分大会プログラム 第1日目 平成29年7月1日(土)

開催日：平成29年7月1日(土)・2日(日)
開催場所：別府湾ロイヤルホテル
メインテーマ『今なぜ、有床診療所が必要か
～地域に根ざす有床診療所の役割～』

受付開始・常任理事会・役員会・総会

1. 開会の辞 大分県有床診療所協議会会長 吉賀 攝

2. 挨拶
第30回全国有床診療所連絡協議会総会会長・
大分県医師会会長 近藤 稔
全国有床診療所連絡協議会会長 鹿子生健一

3. 祝 辞 日本医師会会長 横倉義武様

4. 議 事
(1) 議事録署名人名指
(2) 報告
①平成28年度庶務事業報告
②その他
(3) 協議
①平成28年度収支決算に関し承認を求める件
②平成29年度事業計画(案)に関し承認を求める件
③平成29年度収支予算(案)に関し承認を求める件
④その他

5. 次期開催県会長挨拶
山口県医師会会長 河村康明様

6. 閉会の辞
大分県有床診療所協議会副会長 馬場 欽也

講演Ⅰ「地域包括ケアの現状とH30年度介護報酬改定」
座長：大分県医師会副会長 河野 幸治
講師：厚生労働省老健局老人保健課課長 鈴木 健彦

講演Ⅱ「地域包括ケアと主治医に期待される役割
—医療・介護連携／多職種協働を中心に—」
座長：大分県有床診療所協議会会長 吉賀 攝
講師：埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究所 兼
研究開発センター教授 川越 雅弘

平成29年7月1日と2日に大分県で「今なぜ有床診療所が必要か？」をメインテーマに大分県医師会会長 近藤先生のもとで全国有床診療所連絡協議会総会が開催された。平成28年度の収支決算が報告され承認された。平成29年度の事業計画では毎年300施設の減少を見ている有床診療所の経営安定化のための施策や地域包括ケアの中での有床診療所の機能を発揮させることなどが了承された。総会では日医に対し、有床診療所の存続のための診療報酬の引き上げや継承時の相続税の問題解決に取り組んでいただきたいなどの要望が採択された。

平成30年は診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。介護報酬改定に関して講演Ⅰ：厚労省老健局老人保健課長の鈴木先生より「地域包括ケアの現状とH30年度介護報酬改定」と題して講演があった。

男性は80～84歳、女性は85～89歳が介護受給者のピークである。高齢者の住まいでは特養、有料老人ホーム、サ高住が急激に増加している。このような中で介護保険はどうあるべきかが議論されている。

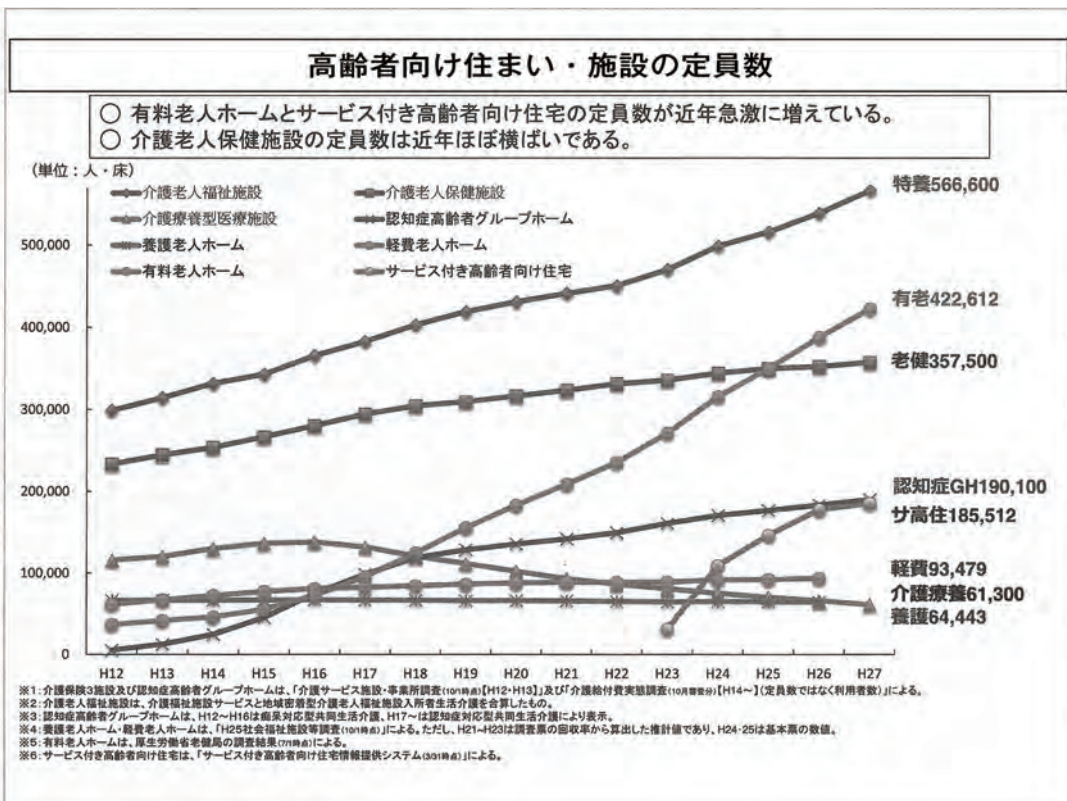
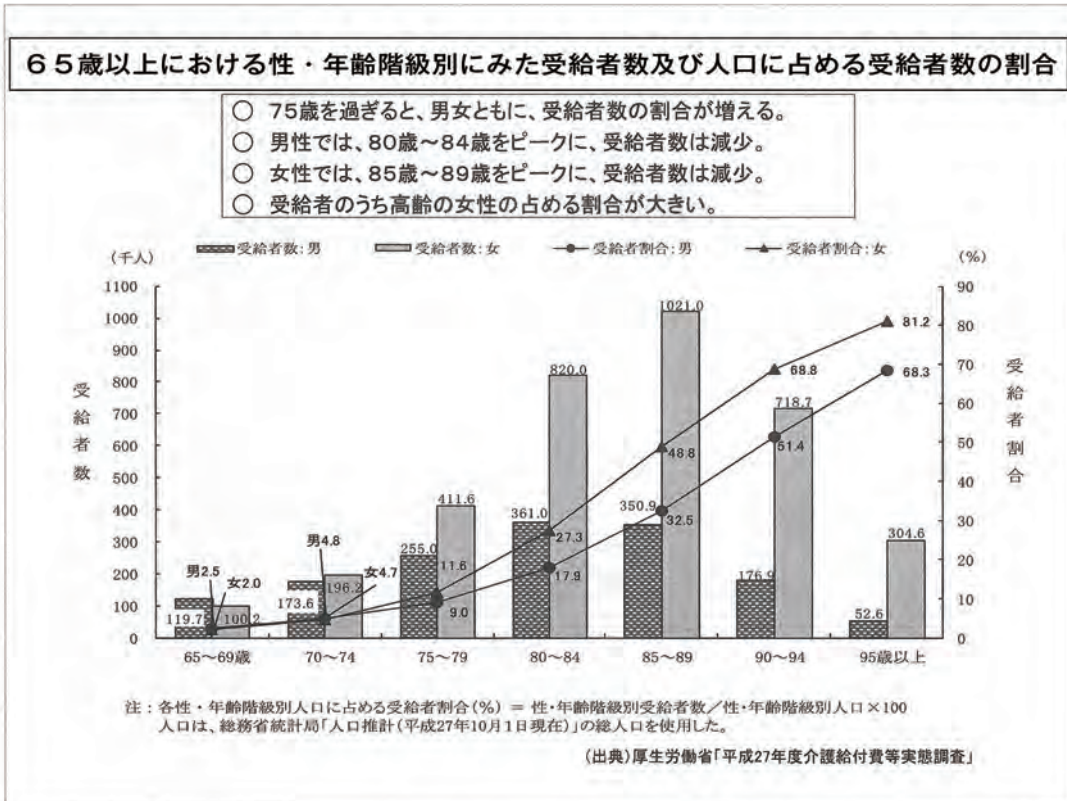
地域包括ケアの中で今後は介護予防のために、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みを推進するように、介護保険改革が進んでいるようである。

療養病床から介護医療院への転換の制度設計が為されるので療養病床を有する有床診療所の方向性を考えて頂きたい。

講演Ⅱでは「地域包括ケアと主治医に期待される役割 —医療・介護連携／多職種協働を中心に—」と題して埼玉県立大学の川越雅弘先生の講演があった。

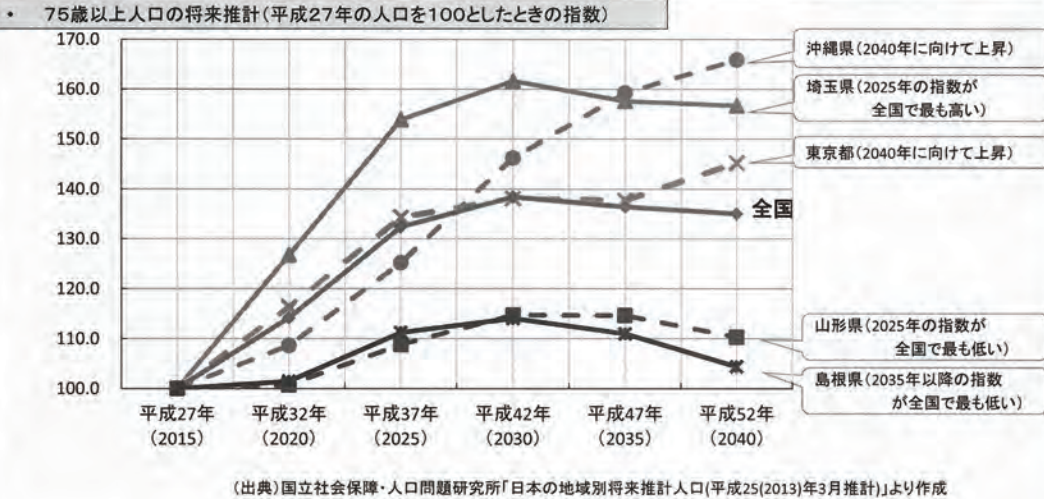
現場での実例を挙げ、介護予防や適正化で効果が上がっている事例など紹介があった。大分県では地域ケア会議を積極的に開催し、要介護認定率が平成23年度末では20.1%あったのが平成27年度末で18.7%まで減少してきた。地域包括ケアに関わる医師・医師会の役割は1、

地域特性と行政動向の把握 2、医療提供体制の構築と連携強化 3、地域課題の把握・整理と計画への反映 4、多職種協働ケアマネジメントの推進が重要である。介護の連携において地区医師会の役割は大変重要であると述べられた。



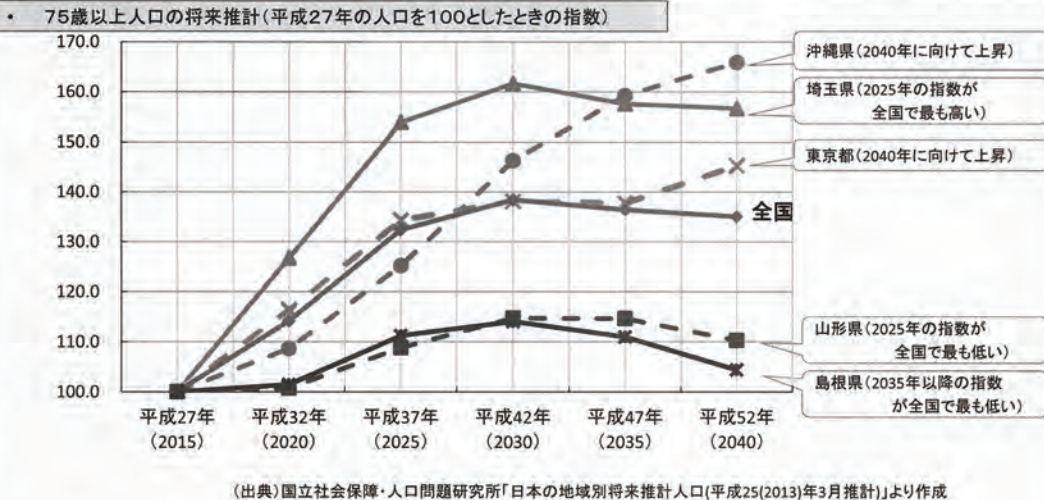
次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業(支援)計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
 - ・ 都道府県による全市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備
- (その他)
- ・ 地域包括支援センターの機能強化(全市町村による評価の義務づけ等)
 - ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化(小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入)
 - ・ 認知症施策の推進(新オレンジプランの基本的な考え方(普及・啓発等の関連施策の総合的な推進)を制度上明確化)

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
- ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による全市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 全市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
 - ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- (その他)
- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化(事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等)
 - ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し(障害者支援施設等に入所する前の全市町村を保険者とする。)

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間では『総報酬割』(報酬額に比例した負担)とする。

※ 平成30年4月1日施行。(Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行)

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

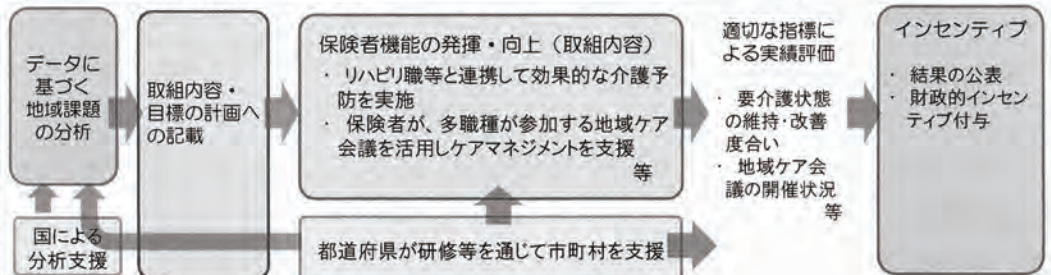
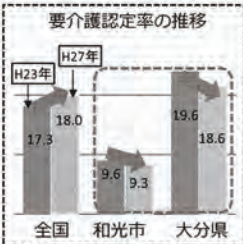
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
- ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与
- を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・ 介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・ 介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・ 都道府県による全市町村支援の規定の整備
- ・ 介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制



平成29年度 全国有床診療所連絡協議会庶務事業計画(案)

全国の有床診療所を活性化し、少子高齢社会における地域の医療を守るべく、在宅医療や地域包括ケア体制の実現に努力し、国民の健康と生命を守る地域医療の中核となるべく活動する。医師の専門団体である日本医師会・都道府県医師会と連携して組織の強化を図る。その為に以下の事業を行う。

1. 地域住民のニーズに応えるべく、医学・医療の研鑽に努めると同時に、「かかりつけ医」として総合的な初期医療を実践し、医療の質の向上と内容の充実を図る。
2. 地域包括ケアシステムの中で有床診療所の持てる力を十分に発揮させ、国民の医療環境向上に資するべく努力する。
3. 有床診療所における災害の発生防止と対応に十分な対策を講じる。
4. 次世代を担う“若手医師の会”の活動を活発化し、支援する。
5. 地域住民への理解を深めるため、「有床診療所の日」記念行事を継続し、積極的な広報活動を行う。
6. 有床診療所の減少に歯止めをかけるべく、経営安定化のための対策を講じる。

平成29年度 全国有床診療所連絡協議会要望書(案)

日本医師会
会長 横倉 義武 殿

平成29年7月1日
全国有床診療所連絡協議会
会長 鹿子生 健 一

要 望 書 (案)

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められています。地域に密着し、かかりつけ医機能と病床機能を持ち併せた有床診療所は、地域包括ケアシステムにおいても重要な役割を担うことが期待されていますが、その施設数は減少の一途を辿っています。

昭和50年に約30,000あった有床診は、平成12年に約18,000、平成28年現在で約7,500となりました。

現在でも年間約300施設のペースで減少しており、平成26年4月の診療報酬改定で入院基本料の改善が行われたにも関わらず、施設数の減少には歯止めがかかっておりません。この要因としては患者の大病院指向もさることながら、看護職員の雇用が困難、医師の勤務負担と高齢化、看護職員の人件費負担等の問題が大きく、これらはいずれも入院基本料の低さが起因していると思われます。

今後の地域医療・在宅医療を支える地域包括ケアシステムを構築するためにも、有床診療所の経営の安定化・新規参入の推進が望まれます。

当協議会は、全力で日本医師会を支え、地域の医療構想の推進に尽力する所存であります。日本医師会におかれましても、有床診療所への更なる支援をお願いしたく以下の事項を要望致します。

- 要望事項 1. 有床診療所の機能強化のための診療報酬引き上げ 2. 施設継承時の相続問題の解消

第2日目 平成29年7月2日(日)

受付開始 2階 ホワイエ

特別講演 2階 ロイヤルホール

「超高齢・人口減少社会における日本医師会の役割」

座長：大分県医師会会長 近藤 稔
 講師：公益社団法人日本医師会会長 横倉 義武

シンポジウム 2階 ロイヤルホール

座長：大分県有床診療所協議会会長 吉賀 攝
 「今なぜ有床診療所が必要か？ ～地域に根ざす有床診療所の役割～」

シンポジスト

- ①「地域における有床診療所の役割 ～在宅療養支援診療所の立場から～」
 ハートクリニック院長 小野 隆宏
- ②「有床診療所を廃止した経緯と、その後の地域医療との関わり合い」
 友岡医院院長 友岡 和久
- ③「地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割 —大分県由布市の取り組み—」
 ごとう医院院長 後藤 正幸

ディスカッション

アドバイザー：日本医師会常任理事 今村 定臣

総 括

全国有床診療所連絡協議会会長 鹿子生健一
 日本医師会常任理事 鈴木 邦彦

閉 会

大分県有床診療所協議会会長 吉賀 攝

2日の午前には特別公演として横倉会長の「超高齢・人口減少社会における日本医師会の役割」と題して講演があった。被保険者保険は保険者別に保険料率の差があるので、協会けんぽの保険料率10%に組合健保(9.1)、国家公務員(8.3)、地方公務員(9.94)、私学教職員(7.57)に合わせると1兆円の増収になる。その他企業の内部留保(377.9兆円)を給与に還元し、たばこ税を増税、社会保障と税の一体改革を実行し、共助(保険料)と公助(公費)の増額で社会保障の充実を図ると需要の創出と雇用の拡大が図れると提案している。

糖尿病重症化予防や受動喫煙防止で健康寿命の延伸を図りたいと述べた。日医の報告は含蓄のある内容である。

その後にシンポジウムが開かれ、①「地域における有床診療所の役割」と題してハートクリニック院長の小野先生の発表があった。有床診療所のみでは経営は厳しいが、訪問看護ステーション、居宅支援事業、通所リハ、通所サービス、サ高住の運営を行い全体として順調に推移している。

②「有床診療所を廃止した経緯と、その後の地域医療との関わり合い」と題して友岡医院の友岡先生の話があった。町の人口が10,000人から8,000人に減少し、町立病院に介護病床が併設され、他に介護施設が多くなったために有床診療所としての役割を閉じることにした。

③「地域包括ケアにおける有床診療所の役割」と題して、ごとう医院の後藤先生の報告があった。地域包括ケア推進会議を開催する中から、湯布院地域モデル、挟間地域モデル、庄内地域モデルができることにより地域での包括ケアが実働するようになった。多職種でケアカンファランスを行うことにより、情報の共有と解決策が生まれるようになった。ケアカンファランスシートを作成し情報の共有を図っている。

各地域の特性を活かした会議を多職種で行っているが、重要なことはそこに自ずとリーダー的存在の医師がいるようである。沖縄県の各地域でもリーダーの登場をお願いしたいものである。

今年の大分大会では地域包括ケアでの有床診療所、診療所、医師会の役割の大切さが際立っていた。来年は山口県で総会が開催される。明治維新150年である。長州の魅力満載の全国有床診療所連絡協議会総会になりそうである。

第13回男女共同参画フォーラムに参加して



沖縄県医師会女性医師部会会長 依光 たみ枝

平成 29 年 7 月 22 日愛知県名古屋市で、日本医師会主催第 13 回男女共同参画フォーラム～メインテーマ～「今後 10 年の医療界で男女共同参画は何を目指すか」が開催された。今社会全体として問題となっている時間外労働に関する基調講演、愛知県医師会イクボス大賞（育児に理解のある上司?—イクボス）表彰式、医師・患者サイドから 4 名のシンポジストによるシンポジウムが今までと異なった視点から発表があり、非常に有意義で興味深いフォーラムであった。

愛知県医師会副会長 / 日本医師会常任 市川朝洋先生の開会宣言に続き、日本医師会長 横倉義武先生、愛知県医師会長 柵木充明先生の挨拶、愛知県大村秀章知事の来賓挨拶後に基調講演からフォーラムが開始された。

基調講演

「医師の働き方を考える」と題して産業医科大学教習衛生学の松田晋哉教授の講演—問題の整理、フランスの例、では何ができるのか—を女性医師の問題・悩みも含んだアンケート調査、フランスの現状・DPC 分析からの視点（スライド 1 働き方改革、スライド 2 状況はあまり変わらない、スライド 3 基本的な問題、スライド 4 まとめ）は今後の医療界を変えるために、我々が今できることは何か、働き方を変えるには今後何をすべきかが問われる内容であった。60 枚以上のスライドからいくつかを提示する。平成 29 年 3 月に発表になった「働き方改革実行計画」で時間外労働月平均 60 時間が明示された。上限を超えた場合は罰則、医師に関して 2

年間の猶予があるとは言え、急性期医療を担う施設の管理者にとっては非常に重大な決定で、救急医療の崩壊になりかねないことが危惧される。病院医師の週当たり労働時間は 4 割が「60 時間以上」（平成 24 年）から概算すると、週当たり時間外労働は 20 時間、月 80 時間以上となる。その理由として「地域・診療科による医師数の偏在」「医療行為以外の業務量の多さ」「絶対的な医師不足」「時間外診療、救急医療の増加」を挙げている。年代別女性医師の割合は 50 代以上が 10% 前後に対し、出産・子育て時代の 20 代は 36% でいかに若い世代が休職、離職せずに働ける環境を作れるかが、前述の時間外労働軽減の重要な鍵になると思われる。

フランスの例で医師のうつ罹患率が一般人口の 2 倍で、病院医師の Burn out の原因の幾つかが日本と同じであるが、国策としての子育て支援が充実している点を我が国も早急な実効性のある対策が望まれる。まとめのスライドにあるように、キーワードとして自己研鑽、ワークライフバランス、子育て支援、長時間労働の軽減で講演が締めくくられた。

「働き方改革」と医師

- ・「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日)
 - 時間外労働の上限を原則月45時間、労使が合意した場合は月平均60時間(繁忙期は月100時間未満)
 - 上限を超えた場合は罰則
 - 医師は2年間猶予対象の職種
- ・病院医師の長時間労働問題
 - 週当たり全労働時間は4割が「60時間以上」。約半数が年休取得日数「3日以下」
 - 応召義務との関係
 - ・ 医師法19条「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」

スライド 1

状況はあまり変わらない・・・



医師年金基金の調査

- ・ 医師のうつ罹患率：一般人口の2倍
- ・ 休職日数の増加：対前年比2000年+3.8%、2001年12.4%、2002年6.5%
- ・ 休職の原因：メンタルヘルスの問題ががん(21%)について2位(18%)
- ・ メンタルヘルスが障害給付の1位(40%)

病院医師のBurn outの原因 (Gleizeset Favazet)

- ・ 管理業務的プレッシャーと業務過多(70%)
- ・ 財政的責任感(82%)→成果報酬の導入
- ・ 電話によるハラスメント(電話対応：62%)→患者の医療者に対する態度の変化
- ・ 私的生活における問題(57%)

若手医師の意識の変化 → より良いWork Life Balance
→ 偏在問題の助長 → 特定の地域・領域での過重労働

スライド 2

基本的な問題

- ・ 医者はいわゆる「労働者」なのか？
 - 感情的な違和感 「医者は名誉ある自由人」
 - ・ 専門職としてのレゾナードルである「代理人機能」と「裁量権」
 - しかし、専門職としての機能を発揮するために、働く時間については一定の基準(=防波堤)があってもいいのではないか？
 - ・ 長時間労働はBurn outという形で個人の人生の質を損なう。また、社会的損失にもなる。
 - ・ 長時間労働は医療事故などの原因になりうる。
 - ・ ただし、罰則規定については慎重であるべき
 - 生活の質への配慮も必要(職業生活以外の忙しさへの配慮)

スライド 3

まとめ

- ・ これからの医師の働き方の基本的視点
 - 専門職として、生涯にわたって自己研鑽ができる環境づくり(モチベーションの維持)
 - 医療介護の複合化(超高齢社会)への対応
 - Work life balanceへの配慮
- ・ そのために必要なこと
 - ネットワーク型のサービス提供(タスクシェアリング/タスクシフティング)
 - フランスのような「柔軟な」働く時間の基準作り
 - 一般的な行政課題としての子育て支援の充実
 - 医師の長時間労働を助長するような社会環境の改善

スライド 4

報告

日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原真澄

平成 28・29 年度会長諮問「医師会組織強化と女性医師」についての検討と具体的な取り組みが報告された。組織率の向上に向けて、女性医師部会の設置で医師会加入への促進を図り、

また質の向上のために、2020 年までに女性役員・代議員の比率 15% を目標に掲げているが、現時点では 3～9.4% で目標に達していないとの報告があった。

日本医師会常任理事 今村定臣

平成 28 年度女性医師支援センター事業の報告と「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」アンケート結果が 8 月に完成予定で、主に平成 19 年 1 月 30 に開設した女性医師バンクの現状報告がなされた。求職登録者数は累計 857 名で求人登録件数 2,341 件中 548 件が就業成立、再研修紹介 18 件との報告があった。新たな取り組みとして、ホームページの刷新、Facebook ページの作成予定、都道府県医師会との連携強化が報告された。

愛知県医師会イクボス大賞に社会医療法人宏潤会大同病院理事長 吉川公章先生、特別賞に公立陶生病院小児科部長 加藤英子先生が表彰された。

シンポジウム

「これからの医療制度改革とそれに伴う医師の働き方の変化は」をテーマにコーディネーター 伊藤富士子理事、小池詠子委員長により 4 名のシンポジストから発表があった。

1. 新専門医制度の導入による働き方の変化

筑波大学医学医療学系教授 前野哲博

先送りされた新専門医制度が、平成 30 年度から開始予定である。この 1 年間で女性医師への配慮が重要課題として検討された。休職、離職した女性医師等に対し、症例経験数などの基準を満たした時点で専門医の受験資格が得られる従来の専門医認定(カリキュラム制度)の設置と新専門医認定(プログラム制)が、今後どう明確にするのかが論点であることから、今後新専門医制度の導入で医療界がどう変化するのか疑問、不安要素が多々あることが報告された。

2. 患者の立場から見た医師供給問題

NPO 法人ささえあい医療人権センター COML
理事長 山口育子

患者の立場から、まずは患者側の医療に対する基本的な理解が重要で、医師と患者双方が協力しあって信頼関係を築くことが大切であることを力説された。

3. これからの日本医療制度改革とそれに伴う医師の働き方の変化

社会医療法人宏潤会大同病院理事長
吉川公章

男女共同参画は優遇処置ではなく、質の高い医療体制を構築する共同参画の信念でイクボス大賞を受賞した発表はインパクトがあった。法人の機会均等3大原則—仕事をする人を支援、男女に業務の差はない、子育ては男女の仕事—を掲げ、病児保育、復職支援、時短等の支援策で離職防止につながった。

4. 女性医師のキャリアデザイン～「子育て支援制度」が医局を活性化する～

公立陶生病院小児科部長 加藤英子

演者はイクボス大賞受賞者の1人である。自分自身の子育てと仕事の両立に悩んだことがきっかけで、「子育て支援制度」を男性医

師も含めたワーキンググループを立ち上げた結果、入局者が増加し制度利用者17名中10名が常勤に復帰したとの報告があった。

総合討論の後、男女共同参画フォーラム宣言が室谷眞美副委員長より行われた。

一 最良の医療提携には医師自身の心身の安定が不可欠であり、医師の過重労働・長時間是正のために、多様な働き方を可能とする制度構築を実現する。

一 患者・国民に対し、医療者の働き方や医療体制の改革への理解を求める。

一 ライフイベントに配慮したキャリア形成支援を更に推し進める。

まとめ

今回のフォーラムで医師の長時間労働、働き方の変化、専門医制度と女性医師のキャリアデザインをいかにしていくか等、今までにないテーマが取り上げられた。イクボス大賞受賞の2名の先生方の報告が、一番印象に残る発表であった。

印象記



副会長 宮里 善次

7月22日猛暑の中、愛知県名古屋市で“今後10年間の医療界で男女共同参画は何をめざすか”をメインテーマに「第13回男女共同参画フォーラム」が開催された。

基調講演の松田晋哉先生は「医師の働き方を考える」をテーマに、先進国フランスを例に話を進められた。我が国の病院勤務医の長時間労働問題として、診療外業務や応召義務、複雑に関係している業務範囲も問題などを総合的かつ現実的に改革が進んでいるフランス等を参考にして解決すべきと強調された。

特に我が国の診療報酬制度そのものが医師の事務的作業を増やしている面も否めないで、制度そのものの簡素化を望むと述べられた。また来るべき超高齢者社会では患者の医療ニーズが複雑かつ複合化するので、他職種によるチーム医療が求められるし、それが医師の労働負担軽減に

つながるだろうと述べられたが、同感である。

シンポジウムでは「患者の立場から見た医師需給問題」をテーマに講演した山口育子氏は働き方改革が進めば、医療現場もこれまでのような患者対応はできなくなるだろう。

例えば「どんな時でも担当医が駆けつけて対応して欲しい」、「一つの医療機関で継続して診て欲しい」と云う事が求められない時代になる。

今後の医師の働き方を考える中で、一般市民に現状をいかに理解して貰うかも重要な視点であると述べられたのが印象的であった。

また“子育て支援制度が医局を活性化する”として発表された小児科医の加藤英子医師は、三人の子育てでお手上げ状態だった自らの立場を大学の教授に相談して、似たような立場の女医達が働く関連病院や医局と相談をして、短時間勤務制度利用者を受け入れやすい環境をすることで、9年間で17名の利用者中7名が当直ありの常勤医に復帰したと報告されていた。

上司や仲間の理解が最も重要であるのは当然だが、仕事を辞める事なく果敢なチャレンジ精神と女性らしいきめ細かな素晴らしい取り組みだと強く印象に残った。

最後に「第13回男女共同参画フォーラム宣言」が採択された。国が進める働き方改革は、医療界は二年間の猶予があるとは云え、待ちの姿勢ではなく、今後どう対応すべきか自らの医療機関でも議論が必要なのは言うまでもない。

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

第40回日本産婦人科医会 性教育指導セミナー全国大会



常任理事 宮里 達也

プログラム
「第40回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会」
7月30日(日)

メインテーマ
15歳以下の妊娠・出産をゼロにするために
～今私たちにできること～

開会式
ワークショップ「若年妊娠の問題点～児童虐待の視点から～」
座長：日本産婦人科医会常務理事 種部 恭子
京都産婦人科医会副会長 南部 吉彦
演者：京都少年鑑別所精神科医 定本 ゆきこ
都大路法律事務所弁護士/NPO法人子どもセンター
のさん代表 安保 千秋
産科・婦人科江川クリニック院長 江川 晴人

ランチタイムセミナー
「OC・LEPの近未来～今私たちができること～」
座長：京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学
講座教授 万代 昌紀
演者：京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学教授
北脇 城

特別講演
「思いがけない妊娠の背景と支援」
座長：日本産婦人科医会女性保健部委員会委員長
山本 宝
演者：地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保
健総合医療センター母子保健情報センター長
佐藤 拓代

シンポジウム
「15歳以下の妊娠・出産をゼロにするために」
座長：日本産婦人科医会常務理事 安達 知子
京都府産婦人科医会会長 田村 秀子
1) 青森県産婦人科医会会長 蓮尾 豊
2) 京都府警察本部刑事部捜査第一課
性犯罪捜査指導係長 三原 恵
3) 京都市教育委員会(予定)
4) 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 北原 加奈子

次回開催地紹介、次期会長挨拶、閉会宣言

テーマ
「若年の妊娠 守ってあげたい～You don't have to worry」
オープニングアトラクション
京都府警察音楽隊&カラーガード隊
主催者挨拶 京都府産婦人科医会会長 田村 秀子
ロールプレイング(寸劇)
「15歳の出産それぞれの選択」
～予期せぬ妊娠を 望む未来へと繋ぐ～
出演：避妊教育ネットワーク
ワークショップ
司会：日本家族計画協会家族計画研究センター所長
北村 邦夫
日本産婦人科医会女性保健委員会副委員長
野口 まゆみ
発言：産科・婦人科松本クリニック副院長 大西 用子
こじまレディースクリニック院長 小島 秀規
京都府健康福祉部家庭支援課長 福井 千津
丸山産婦人科医院副院長 渡邊 智子

平成29年7月30日京都で開催された、日本産婦人科医会主催第40回性教育指導者セミナー全国大会に参加する機会があった。そのことについて私見を交えて報告する。

会のテーマは「15歳以下の妊娠・出産をゼロにするために～今私たちができる事～」であった。以下に記すように多方面の専門家からそれぞれの視点で多数のスライドを使つての講演があったが、スライド原稿を手に入れることは、写真撮影も厳しく制限されていたので、正確に伝えることは不可能であるため、印象に残ったことの記述にならざるを得ないことをお許し願いたい。

ワークショップでは「若年妊娠の問題点～児童虐待の視点から～」の題で、京都少年鑑別所精神科医：定本ゆきこ先生、産科・婦人科クリニック院長：江川晴人先生の講演があった。若年妊娠では、家庭環境に問題がある事例も多く、相談する相手もないため、しばしば虐待事例が発生しているとのことであった。極端な事例は、乳児殺害の事例も少なくないとのことであった。

ランチセミナーでは京都府立医科大学大学院女性生涯医科学教授：北脇城先生から「OC・LEPの近未来～今私たちができること～」の講演があった。OC/LEPは低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬のことで、OCは避妊目的の自費製剤であり、LEPは月経困難症を適応とした保険製剤であり基本的には同じである。昨今のOC/LEPの急速な使用増に伴い、静脈血栓塞栓症も散見される世になっており、息切れなどの軽い症状を無視することなく注意しなければ、致命的な状態にもなるとのことであった。

また、思春期女性の月経困難症である月経痛は子宮の強い収縮と関連しており、月経血の腹腔への逆流を促進し、疫学的には子宮内膜症との関連が指摘されているという。月経困難を軽視することなく、産婦人科の敷居を低くして早

期からの対応が重要であるとのお話であった。

特別講演は「思いがけない妊娠の背景と支援」と題した、大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター母子保健情報センター長：佐藤拓代先生の講演であった。以前は普通に使用していた“望まない妊娠”という言葉は胎児の側のことを考え、“思いがけない妊娠”と言うべきであるとのことであった。特に、若年者においては相談者も無く一人悩んでいる場合が多いので、先生のところではメール相談等を行い一定の成果が得られているとのことであった。

シンポジウムは「15歳以下の妊娠・出産をゼロにするために」をテーマに次の先生方が基調講演をなさった。それぞれの先生方のお話の中の私が記憶している要点だけ記してみたい。

青森県産婦人科医会会長：蓮尾豊先生は、学校現場に産婦人科医が赴き、性教育を率直に行うことが重要である。そのため、青森県では産婦人科校医制度があり、その実践を紹介していた。そして、その制度を全国に広げることが主張なさっていた。沖縄でもそういった活動ができる状況かどうか、慎重に検討する必要があるかもしれない。

京都府警察本部刑事部捜査第一課性犯罪捜査指導係長：三原恵氏は、性暴力被害者への支援について捜査と支援の経験が話されていた。性暴力の被害者に接する機会は、産婦人科医以外ではほとんど経験しないであろうが、もしそういったことに関わる場合は、心の問題は当然として、妊娠しないための投薬を至急しなければならないことを知っておく必要がある。

京都市立双ヶ丘中学校教頭：上田元司先生は、性の指導に当たっては児童生徒の発達段階を考慮すること。保護者、学校全体の共通理解を得ながら行うことが基本であり、学習指導要領に示した内容に基づいて実施するとのことであった。

また、個別的対応が必要な生徒に対しては、集団指導ではなく個別指導の重要性も話してもらった。

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：北原加奈子先生の講演は、文部行政官の一般論の立場からのお話で、上田先生の話と重複することが多かった。

晩婚・出産、少子化が社会問題となっている一方、15歳以下の出産は235件中絶は1323件と、私が想像していたよりかなり多いのに今回の学習会で初めて知り驚いた。15歳以下の妊娠・出産はどの立場から言っても望ましいものではない。性教育の重要性が全ての演者が話すところではあったが、その具体的内容・方法といったことに関しては、教育関係者と産婦人科側の考えは、全くと言ってよいほど共通点を見出すことができないように感じられた。この性質上仕方ないことかもしれないが、残念に思われた。一方、産婦人科側の試みも、子供たちに実感的に伝わっているか、社会通念とのかい離はないか等、少しばかり気になるところがあったのも私の正直な感想である。

これからは私の全くの私見を書くことになるが、お許し願いたい。私の子供時代は、周囲に野良猫や野良犬の交尾や出産というのが普通にみられた。これらのことから性行為・出産は動物の本能的現象としてすべての子供が普通に目にしており、人の性についても学校教育というよりは、自然と理解に至ったと思う。その時代は、性の教育は性病予防や道徳の問題として語れば事が済んでいた。

しかし昨今、ほとんどの犬・猫が去勢され、ペットとして存在しているため、動物的行為としての性行動を日常生活の場において自然に学ぶ機会は全くと言ってよいほどなくなっている。おそらく、人間の動物本能としての生きる力は、現代においてかなり劣化しているように私には感じられる。

一方、AVと呼ばれる、人の性行為を商売として煽情的に扱う映像がネット等で簡単にみられる。子供たちにとっては、商売として演じられる芝居的な性行為と、自然な普通の性行為の区別さえ困難になっているのではと危惧される。

こういった社会環境の激変の存在に対し、子供たちに“性”のことを如何に語り掛けるべきか、具体的にはなかなかむづかしい問題だと改めて感じた。次回の開催地は富山のような。次期会長が「来年は平成最後の大会になります」との挨拶があった。明治・大正はもちろん、昭和も“遠くなりけり”そういった感慨を抱きつつ帰路に就いた。

お知らせ

「2018年版医師日記（手帳）」の購入について

日本医師会から標記医師日記の斡旋方依頼がありますので、お知らせ致します。

購入ご希望の方は、下記注文書（本頁をコピーしてお使い下さい）により本会迄お申し込み下さい。

（TEL でも可 098-888-0087 FAX でも可 098-888-0089）

なお、代金は申し込み後、貴口座から引き取り徴収、または請求書を送付いたしますのでご了承下さるようお願いいたします。

記

1. 仕様
 - ・表紙 羊皮スウェード（緑青色）透明カバー付き
 - ・サイズ 横 95 × 縦 160mm（本体 78 × 150mm）
 - ・付属品 日本医師会・都道府県医師会役員名簿、鉛筆
2. 価格 1冊 2,000円送料込み（引去予定日 12月5日）
 ※締切後のお申し込みにつきましては、個人価格（2,200円）となります。
3. 締切日 平成29年10月20日（金）

平成29年 月 日

沖縄県医師会行

TEL 098-888-0087

FAX 098-888-0089

「2018年版医師日記（手帳）」注文書

品名	単価	冊数	金額
2018年版医師日記	2,000円	冊	

上記のとおり注文します。

住所

医療機関名

氏名

九州医師会連合会第 364 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 7 月 8 日（土）、福岡市において平成 29 年度九州医師会連合会の最初の行事となる標記常任委員会が開催されたので概要を報告する。

開 会

今年度の九州医師会連合会担当県である松田福岡県医師会会長より開会が宣され会議が進められた。

挨 拶

1) 前九州医師会連合会長 熊本県医師会福田会長

昨年熊本は、震度 7 の地震が二度襲うという未曾有の大震災の直後に担当県となり、多くの方々にご心配をお掛けした。果たして私どもが担当県を引き受けて良いものかと苦慮したが意を決して引き受けた。とりわけ、九州各県の会長をはじめ役職員のご支援ご協力により、どうか務めを果たすことができたことに心から感謝申し上げる。

7 月になり、福岡の松田会長へ引き継いでホッとしていたところ、5 日からの大雨により福岡、大分において大きな被害が発生した。我々も昨年は多くの方々にご支援いただいたので、必要であれば是非駆けつけたいと思っている。

今年度一年間、福岡県の企画に期待をしているところであり、よろしく願い申し上げご挨拶とする。

2) 開催県医師会長 福岡県医師会松田会長

熊本県医師会においてはこの一年間大変困難な中を九医連の会務運営を担って頂き、福田会長をはじめ役職員の皆様にご感服している。誠に

有り難うございました。これから一年間福岡県が担当するので宜しくお願いしたい。

報 告

1) 第 61 回九州ブロック学校保健・学校医大会及び平成 29 年度九州学校検診協議会（年次大会）並びに関連諸会議について（佐賀）

来る 8 月 5 日（土）・6 日（日）の両日、佐賀県で開催される標記学校保健・学校医大会、学校検診協議会、関連諸会議について開催要綱が決定した旨の報告と、各県より多数の参加お願いしたいとの案内があった。

2) 九州北部の大雨による災害について（福岡）

去る 5 日から大雨による九州北部豪雨災害について、福岡、大分の両県より現状報告があった。

協 議

1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について（福岡）

平成 29 年度の九州医師会連合会会長に今年度担当県の福岡県医師会松田俊一良会長を、副会長には次期担当県の鹿児島県医師会池田琢哉会長を選出した。

任期は、平成 29 年 7 月 1 日より平成 30 年 6 月 30 日迄。

2) 九州医師会連合会監事の選定について（福岡）

監事は慣例により、担当県の隣接県から選出することになっていることから、佐賀県と大分県から推薦いただき、8 月 26 日に開催する定例委員総会において正式に選定することになった。

3) 九州医師会連合会第 365 回常任委員会 (8 月 5 日 (土) 佐賀市) の開催について (福岡)

標記常任委員会について、下記のとおり開催することに決定した。

なお、当日及び翌日は九州ブロック学校保健・学校医大会等関連行事が開催されることになっている。

日 時 平成 29 年 8 月 5 日 (土)
16 : 00 ~ 17 : 00

場 所 ホテルニューオータニ佐賀

4) 九州医師会連合会第 366 回常任委員会並びに第 113 回定例委員総会 (8 月 26 日 (土) 福岡市) の開催について (福岡)

標記常任委員会並びに定例委員総会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 29 年 8 月 26 日 (土)
場 所 ホテルニューオータニ博多
日 程

- (1) 第 366 回常任委員会
16 : 00 ~ 16 : 50
- (2) 第 113 回定例委員総会
17 : 00 ~ 18 : 00
- (3) 九州医連連絡会第 18 回執行委員会
18 : 10 ~ 18 : 40
- (4) 懇親会
18 : 50 ~ 20 : 40

5) 第 1 回各種協議会 (10 月 28 日 (土) 福岡市) の開催種目について (福岡)

標記常任委員会並びに各種協議会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 29 年 10 月 28 日 (土)
場 所 ホテル日航福岡
日 程 第 1 回各種協議会
09 : 00 ~ 11 : 20
各種協議会報告会
11 : 30 ~ 12 : 10

* 昼食終了後、13 時より九州医師会連合会総会・医学会を開催する

その他

1) 平成 29 年度 HIV 医療講習会の実施について (福岡)

都道府県医師会において HIV 医療講習会を開催すると公益財団法人エイズ予防財団から補助が出ることになっている。エイズ問題に関しては、先般の日医代議員会において、九プロから沖繩の玉城副会長が「エイズ治療の成績向上により慢性化、患者の高齢化が進み様々な問題が発生している」として質問を行ったところであり、重要な問題だと認識している。

については、講習会を効率的、効果的に開催すべく、九医連主催として開催したいとの提案があり、開催する方向で進める事を確認した。

また、開催に際しては沖繩での開催について提案があった。



第 48 回九州地区医師会立共同利用施設 連絡協議会



理事 本竹 秀光



去る7月22日（土）、23日（日）福岡市において、標記連絡協議会が開催された。22日（土）の協議会では、九州地区内における医師会立の病院や臨床検査・検診センター等における運営管理の事例紹介や諸課題解決に向けた取り組み等について各分科会に分かれ、会が開かれ、本会は第一分科会（医師会病院部門）へ参加した。

翌23日（日）は、横倉義武日本医師会会長より「日本医師会の医療政策」と題した講演と、参議院議員羽生田俊氏より「財政論に押される医療～規制改革の無責任～」と題した講演が行われたのでその概要について報告する。

第1分科会（医師会病院部門）

糸島医師会病院（中央医療室 看護師長 持長明美）は多職種連携強化に向けた教育セミナーの取り組みについて報告した。

当院では、院内外における多職種間の相互理解を目的に「教育セミナー Case records of the IMAH」を開催した。医療職をはじめ事務課、施設課、栄養課を含む病院全職種を対象としており、ひとりの患者が来院から退院に至るまでをそれぞれの職種が関わる職務内容の発表・討議を通じて知識を習得し、互いの職種の理解と連携を促進することを目的としている。

セミナーでは、まず、当院に入院する頻度の高い疾患を中心にテキストを自主作成し配布、医師による講義を行う。その後、主治医がその疾患の症例を具体的に提示し、担当看護師による看護内容や、薬剤、放射線、栄養等関わりが重要だった部署がそれぞれの視点で報告を行う。参加者は150名程度であり、職員の約50%がセミナーに参加しているが、参加できなかった職員は院内LANに保存されている講義動画をいつでも閲覧することができる。また、

院外施設には、要望があればDVDで映像の提供を行っている。

また、当医師会在宅医療連携拠点センターと市内5カ所の地域包括支援センターが共同で「糸島在宅ケアアカデミー」を開催し、高齢者に多い疾患や現場で接することが多い医療的ケアなどを中心とした研修会を年間を通して企画している。

両セミナーは職種を超えた講義・解説・討議を採用していることで、「翌日から使える知識が身につく」といった意見もあり、聴講者からの評価は高い。

地域包括ケアシステムを推進・充足させるためには職種間、施設間の理解と連携が必要であり、地域格差によるコミュニケーション不足を減少させ、多職種間の協調を推進するためにこの教育システムは有効である。

福岡市医師会成人病センター（地域連携室室長 楠窪 佳子）は都市型医師会病院における急性期の中からの在宅へのアプローチについて報告した。

当院は急性期医療と救急診療を行っているが、在宅医療を支援するための入院受入れも積極的に行っており、高度急性期治療の適用がない慢性疾患の急性増悪、脱水・肺炎・尿路感染症や在宅では困難な検査、胃瘻の造設および交換、介護施設での受入れが困難で常時医療管理を必要とする患者のレスパイトなど、在宅医の判断に従いその依頼を受けている。

急性期病院でありながら在宅医療患者を受け入れるためには体制の整備が必要であったため、3年前に「在宅医療支援入院プロジェクト」を立ち上げた。プロジェクトメンバーを、副院長、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等の12名で構成し、在宅医療患者を受け入れる上での問題点について各部署で話し合い、そこから出てきた意見を検討していくことで整備を進めていった。

各部署からは、急性期病院である当院の環境の中で、在宅患者が満足できるケアを提供でき

るのかという懸念が多くあがってきたため、それらを解決すべく、入院前のできるだけ早い段階で入院目的や在宅での状況を把握することとし、看護職員の人員配置等の準備を経て、2014年4月に本格始動となった。

始動後は、往診・在宅医療を行っている近隣の診療所への広報や、プロジェクトメンバーによる定期的なミーティングを行ったほか、職員への在宅医療に関する知識向上・意識統一のための研修会等を行った。

その結果、在宅医療患者の入院受入れ件数は2014年度66件、2015年度71件、2016年度70件の計207件であり、全入院件数の2.6%を占めている。入院の目的別の割合は治療目的が56%、レスパイト目的が26%、胃瘻目的が13%となっている。また、入院前の場所への復帰率は2014年度の74.2%に対し、2016年度は90.1%と上昇している。

一般急性期入院と同様に、在宅医療患者に対しても各職種が一丸となってチーム医療で支援していきたい。

熊本市医師会熊本地域医療センター（担当理事 豊田 徳明）からは地域包括ケア病棟の運営方法と今後の在り方について報告があった。

当院では、膵臓がんなどの侵襲の大きい手術も行っており、術後早期の自宅復帰が困難な患者もいるため、地域包括ケア病棟の導入を図った。

当院での届出に関して①リハビリテーションを提供する患者については1日2単位以上の実施、②在宅復帰率が70%以上、③重症度、医療・看護必要度（A項目1点以上）を満たす患者が10%以上であることが実績要件として必要であり、各部署での実績確認を行い、地域包括ケア病棟入院料1の算定が可能であることから平成27年4月に申請を行った。

開設当初28床（227床中）を地域包括ケア病棟に転換したが、当時、一般の方には「地域包括ケア」が耳慣れない名称だったことから、「回復支援病棟」と命名し、急性期治療後の回

復支援を行い、回復期に急変した場合は一般病棟に転棟するよう運営した。

開始直後は病棟利用率が70%を切ることもあったが、平成28年度(1月～3月)の入棟患者数及び病床利用率は85%を超えている。当院で治療を受けた患者の転棟が多く、疾患別でみると、大腸がん、胆のう結石症、胆のう炎、胃がん、糖尿病等が多い。

平成29年3月のデータで、リハビリ397単位/在宅復帰率91.7%、重症度、医療・看護必要度31.7と問題なく運営されており、経営コンサルティング会社の試算では平成28年10月の時点で利益が出ているとのことであった。

地域医療構想のもと病床の削減が謳われる中、高齢者の増加に伴い在宅医療のニーズが増加していることから、地域包括センターや医師会立在宅ケアセンターと協力し、患者さんをスムーズに会員の先生方のところへ移行できるような機能を持った病院にしていきたいと考えている。

下関市医師会(副会長 赤司 和彦)は病院事業(病棟・外来・健診・検査センター)廃止の経緯について報告した。

下関市医師会病院は昭和42年に新医師会館竣工と同時に発足し、昭和37年に稼働を開始した下関市医師会臨床検査センターを統合し、許可病床50床、内科・放射線科を治療科目とする地域の医療センターとして共同利用施設の先駆けとなった。その後、医師会館内に看護専門学校を設置し、検査室の充実と増築により病床を64床まで増床した。

経営に関しては赤字が続いていたが、会員医療機関で実施する予防接種、乳児、妊婦、高齢者検診の手数料を充填する形で黒字を維持し、検査を主な業務としてきた。

しかし、平成26年度の病院事業の収支は、収入が4億7,100万円に対して赤字額が1億3,000万円に達した。このため、計画されていた病院の再建(新築移転)ならびに事業の廃止が検討された。また、厚生労働省による地域の

将来的人口動態においても、現在30万人の人口が2040年には20万人を下回るとされており、労働人口の減少に伴う健診受診者の減少が予測され、会員の負担も大きくなることも予想された。

今年の会長選挙で新執行部が誕生したことにより、50年継続してきた従前のやり方では厳しいということになり、現在の下関市の状況もふまえ、臨床検査センターは民間に委譲し、外来を廃止することとなった。健診部門も平成28年度から新規受付を中止し、看護学校も今年の熊本地震により建物が損壊したことから緊急移転した。

こうした経過をたどり、平成29年3月31日をもって、本会は病院事業から撤退した。

特別講演

「日本医師会の医療政策～2025年を見据えた医師会共同利用施設の展開～」

日本医師会長 横倉 義武

〈日本の医療の現状と対策〉

わが国の人口構成の将来推計では、75歳以上の高齢者の増加と、少子化による労働力人口の減少が予想されている。平均寿命は男性80.75歳、女性86.99歳であるが、65歳時点平均余命は男性19.41歳、女性24.24歳となっており、90歳近くまで人生が続く社会となる。

そうした中、都市部の高齢化が加速することに伴い医療・介護需要が増加する一方、地方では過疎化が進み医療・介護需要が減少することが予測されている。また、多死社会が進むことから、「お見送り」をすることについても医療者は考えていかなければいけない。

団塊世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、効率的で効果的な医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築が進められており、日本医師会の戦略として、①国民の安全な医療に資するものか、公的医療保険による国民皆保険が堅持できるものかを国の施策に対する判断基準とすること、②地域連携の主役は医師会であることをより強く打ち出していくこと、③地域

の民間医療機関が自主的に選択、判断できるような仕組みづくりを目指していく。

〈人の一生に、医師会共同利用施設はどうかかわっていくか〉

従来、高齢期の健康維持のためには40歳以上の中年期になってから注意すべきであるという考え方が一般的であったが、潜在的な病的状態は胎生期から、少年期、青年期を通して徐々に進行すると考えられるようになってきている。早い時期から人生の全体を通して健康に注意する「ライフコース・アプローチ」という考えに基づくと、人の一生のさまざまなライフステージでかかりつけ医が中心的な役割を担うこととなるが、その中で医師会共同利用施設は入院医療、専門的治療、臨床検査、在宅医療・介護などの面からかかりつけ医を支援していくことが使命となる。

また、健康で、かつ正常な認知能力や判断力を持ち、社会へのコミットメントも維持できている高齢者を「サクセスフルな人」だとするサクセスフル・エイジングの考え方があり、高齢期のポジティブな側面に焦点を当て、明るい高齢社会を作っていくことが提唱されている。豊かな年の取り方をすることによって、年を取っても健康で自立し社会に貢献できることが重要である。

戦後豊かな経済社会が実現し、平均寿命が約50歳から80歳まで伸びた現在、「生涯現役」を前提とした経済社会システムの再構築が必要となる。

〈健康寿命の延伸と医師会共同利用施設〉

日本の医療は世界的にも高い評価を受けており、世界トップクラスの長寿国となっているが、平均寿命と健康寿命の間に大きな格差がある。

そこで、平成25年6月14日に閣議決定された日本再興戦略では、2030年までに、予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより、国民の健康

寿命が延伸する社会を目指すこととしている。

生活習慣病は、死亡数割合では約6割を占め、一般診療医療費の約3割を占めているため、生活習慣病の改善が非常に重要となってくる。また、要介護度別にみた介護が必要となった主な要因としては、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が3割を占めている。

少子化の進展に伴う労働力人口の減少、給与水準の低下や保険料負担が増大する中、若年世代の負担を減らし社会保障制度を守っていくためには、健康寿命を延伸し元気な高齢者が活躍できる社会を作っていくなければならない。健康寿命の延伸のため、日医として産業医・スポーツ医や禁煙などの「直接事業」ならびに「日本経済の発展」や「国の施策への協力」等積極的な関与を行っており、医師会共同利用施設にはいずれにも大きな役割を果たしていただくことを期待している。

また、健康寿命の延伸には医療の周辺ビジネス、医療・予防関連産業も関わってくるが、日医として「国民の安全な医療に資するものか」、「公的医療保険による国民皆保険が堅持できるものか」を政策判断の基準とし、医療本体の非営利原則を守りつつ、民間企業の知恵と資力を有効活用するため、健全な産業育成にしっかりと関与していく必要がある。

〈これからの医療を担う医師の養成、確保〉

医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言として、2015年12月、日本医師会・全国医学部長病院長会議は、医師キャリア支援センター構想を提案した。既存の地域医療支援センターと情報共有し、地域医師会・医療機関と綿密に連携することとし、国も地域医療支援センターを活用したキャリア形成支援を重要事項として取り上げた。

カリキュラムの変更により、これからの医学教育は様々な形で「外の目」が入ることになるが、特に臨床実習の増加による実習先の拡大に伴って「地域の目」が入り、地域の医師会が関与していくこととなる。

また、平成30年4月より医賠償保険料を引き下げること、勤務医・研修医の会費を低減する。特に30歳以下の勤務医、研修医については日医サポートによりさらに安い会費で日医賠償保険による安心と充実したサポートを受けることができる。

〈まとめ〉

健康寿命の延伸、効率的で効果的な医療提供体制、地域包括ケアシステムの構築に向け、医師、医療従事者は積極的に関わっていく必要がある。そのためには、都道府県医師会、郡市区医師会を中心に行政、保健関係者、産業界、地域のコミュニティ、教育関係者を巻き込んでいくことが重要となる。

さらに、住民への健康教育、ヘルスリテラシーの醸成も不可欠であり、医師会共同利用施設は、地域医師会の活動拠点として、大きな役割が期待される。

「財政論に押される医療～規制改革の無責任～」

参議院厚生労働委員長

参議院議員 羽生田 俊

第193回通常国会では、厚生労働関係提出法案が7本可決した。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」については、参議院で先決し衆議院へと送られたが、議論されず継続審議となった。また、「健康増進法の一部を改正する法律案」については、受動喫煙に関する項目も入っているが、ご承知のとおり自民党と折り合いがつかず、法案提出までに至らなかった。

国民医療費の財源構成は、公助（公費）、共助（保険料）、自助（患者負担）であり、3割負担を実現できている状況である。しかし多くの民間議員から、かかりつけ医からの紹介なしの場合の受診時定額負担の導入について意見が挙がっている。

医療費については3年間で1.5兆円に抑えらとされているが、毎年7,000億円前後の自然増が見込まれており、5,000億を超えた分をどの

ように削減していくかが今後の大きな課題になる。

経済・財政一体改革における社会保障の改革検討項目として、①医療・介護提供体制の適正化、②インセンティブ改革、③公的サービスの産業化、④負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、⑤薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、⑥年金、⑦生活保護等が挙げられている。特に、②については、若手議員の研究会から「保険を使わなかった方に保険料を安くする等のインセンティブを与えてはどうか」との提案があったが、助け合いの精神から出来た日本の公的保険を壊してはいけないと反論したところである。また、③については、株式会社が続々と参入してくるが、医療の本体には絶対に入れてはいけないと考えている。もともと医療と介護が一体化できなかったのは、介護には株式会社が参入しているという点にあり、医療と介護の同時改定でどこまでどうかかわっていけるかということが大きなポイントとなる。

規制改革会議においては、診療報酬の審査の効率化・統一性の確保やデータヘルズ時代の質の高い医療の実現等の他、インターネットで買える薬の範囲拡大やOTC販売時の規制について議論されてきた。

財政制度等審議会による「[経済・財政再生計画]の着実な実施に向けた建議」(平成29年5月25日)において、診療報酬本体は伸び続けているとの記述があったが、これは1995年を起点としており、日医から提出した2012年を起点とした動向を見てみると、診療報酬本体よりも消費者物価指数や賃金指数が上昇していることがわかる。その他にも、医療分野での都道府県のガバナンス強化や、医療費適正化に関して地域差を縮減していくこと、「地域別診療報酬の特例」の活用方策の検討、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担等の検討が求められている。

経済財政諮問会議にて民間議員からかかりつけ医の定義を明確にするよう求めがあった際には、かかりつけ医は状況に応じて複数名いることもあること、また、かかりつけ医は患者が信頼して選ぶものであり医療機関が決めるものではないことを説明した。

これまで、患者申出療養や選択療養、戦略特別区における医学部新設、インターネットによる医薬品の販売、薬価・医薬品に関わる改革等、すでに規制改革が提言されてきているが、現状として、本来の抜本的な構造改革とはほど遠い「岩盤規制に穴をあける」ことだけを目的とした改革が行われている印象である。

医療機関の費用に占める人件費の割合は2000年度は50.2%であったが、2012年度には46.4%までに低下しており、医療消耗品等の上昇が医療従事者の人件費を圧迫する要因となっていることが問題であり、これが次期診療報酬改定で重要な課題となる。

高齢化が進む中で、いかに平均寿命と健康寿命の差を縮めるかということが非常に重要になり、地域医師会が積極的に関わっていくことが求められる。

印象記

理事 本竹 秀光

平成29年7月22日(土)・23日(日)に福岡県で開催された第48回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会に参加したので報告する。昨年は担当の熊本市医師会が震災のため開催できなかったため、今回は福岡市医師会との合同開催となった。初日は第1分科会(医師会病院部門)に参加した。

第1題：多職種連携強化に向けた教育セミナーの取り組み(糸島医師会)：このセミナーは満足度の高い、安全・安心な医療を提供するためには院内外における多職種間の相合理解が必要という観点から始められた。具体的には一人の患者が来院から退院までの経過で、その患者に関わる職種がそれぞれの関わりを発表・討論を行い認識を共有することを目的としたものである。Case presentationの形で疾患について医師が講義を行うことから始まる。動画やイラストを用いて医療職以外でも理解できるように工夫したことが印象的であった。この教育セミナーは院外の介護施設、消防隊、自治体部署職員にもDVD等で配信され、医療介護現場の知識・技術レベルの向上に役立てているとのことであった。地域医療包括ケアシステムの好事例と思われた。残りの2題(第2題：都市型医師会病院の姿について(急性期の中からの在宅へのアプローチ：福岡市医師会成人病センター)第3題：当院における地域包括ケア病棟の運営方法と今後のあり方(熊本地域医療センター))も地域包括ケアシステムをいかに成功に導くかという興味深い内容であった。

第4題：病院事業(病棟・外来・健診・検査センター)廃止の経緯(下関市医師会)下関医療センターは昭和42年に稼働し、共同利用施設としては全国の先駆けとなった。病院経営は見かけ上黒字であったが、一般社団法人への移行を機に病院会計の赤字が露見した。経営再建を検討したが、地域の将来的人口動態、医師確保が困難など経営再建は難しいとの判断で病院事業からの撤退を決めたようだ。共同利用施設の経営環境はそれぞれの医師会においても厳しい状況が予想される中で、これからの共同施設のあり方に一石を投じたいとの発表であった。

2日目は日本医師会横倉会長の講演(日本医師会の医療政策：2025年を見据えた医師会共同利用施設の展開)から始まった。①日本の医療の現状と対策②人の一生に、医師会共同利用施設は

どうかかわっていくか③『健康寿命の延伸』と医師会共同利用施設④これからの医療を担う医師の養成と確保策⑤まとめの5項目を話された。その中で印象的であったのは、井村裕夫先生の『健康長寿のための医学』から引用された『ライフコース・アプローチ』の考え方である。潜在的な病的状態は胎生期、少年期、青年期を通して徐々に進行すると考えられ、従って、早い時期から、人生の全体を通して健康に注意するライフコース・アプローチ（ライフコース・ヘルスケア）の必要性を述べた。かかりつけ医はまさにその役割の中心でなければならないし、かかりつけ医の支援のための医師会共同利用施設の使命は大きいと強調されていた。続いて参議員の羽生田俊先生が『財政論に押される医療：規制改革の無責任』のタイトルで講演された。羽生田先生は当選一回で参議院厚生労働委員会の委員長に大抜擢されたが、その経緯、また、普段我々が知りえない国会の裏事情を説明された。財政制度審議会では医療・介護費が常に槍玉に挙げられるので日本医師会は注視する必要があると強調された。また、規制改革会議では民間議員が「自分が何をやった」というアピール合戦になり、何度も同じことを繰り返し、意味のない提案を行い、何のための規制か、誰のための改革なのかすら見えてない会議と切り捨てた。

お知らせ

沖縄県医師会会費減免制度について(ご案内)

本会では高齢・疾病・出産育児等の事由による会費減免制度を設けております。
下記減免手続き等、詳細については本会事務局までお問い合わせください。

減免事由	疾 病	出産・育児	研修医	高 齢
対象者	傷病等により医療機関を1か月以上にわたって閉鎖若しくは診療に従事しない会員	出産された(これから出産予定の)女性会員で、出産・育児休業取得者(日医は休業取得・未取得は問わない)	初期研修医	年齢が満77歳に到達した会員
減免期間	閉鎖若しくは診療に従事しなくなった翌月から再開若しくは再従事するに至った月まで。その期間に応じ、月割計算の方法によって算出した額が免除となる	出産した日の属する年度の翌年度1年間 例：平成29年4月1日に出産した場合→平成30年度が減免	医師法に基づく研修医の期間	年齢が満77歳に到達した翌月から免除。但し、2名以上の医師がいる施設においては、1名はA会員の会費を納入する
申 請	必 要	必 要	必 要	不 要
添付書類	診断書	母子手帳の写	不 要	不 要

※本減免制度の利用を希望する場合は、当該年度の1月末までに申請ください。

【問合せ先】 沖縄県医師会 経理課 TEL：098-888-0087

美ら島レスキュー 2017 報告

災害医療委員会委員長
 沖縄県災害医療コーディネーター 出口 宝



大規模災害対処図上訓練「美ら島レスキュー 2017」が7月19日20日の2日間にわたり陸上自衛隊那覇駐屯地で開催されました。美ら島レスキューの名称で開催されてからは4回目となりますが、平成25年に開催された陸上自衛隊第15旅団（以下、15旅団）災害対処図上訓練から数えると5回目の大規模災害対処図上訓練となります。これまでは15旅団が主催でしたが、今回は沖縄県（以下、県）との共催となり、美ら島レスキューでは初めて県災害対策本部本部長として翁長知事が出席されました（冒頭写真）。今回は102機関761名の参加となり、在沖米軍も初めて図上訓練に参加しました。本会からは田名理事、小職、事務局業務1課2名、そして本年度の県総合防災訓練開催圏域の地区医師会として北部地区医師会事務局2名が県医療調整班要員として参加しました。

1. 訓練概要

今回は県災害医療マニュアルが策定されて初めての訓練となり、保健医療部医療政策課が中心となり県災害医療本部を立ち上げての訓練となりました（Fig.1,2）。さらに、今回は地方本部（県土木事務所単位）も設置されての訓練となりました。

沖縄本島南東沖地震3連動の被害想定に先島諸島の被害を追加した被害想定によるMSEL（Master Scenario Event List：状況付与計画）にそって進められました。

訓練是那覇駐屯地体育館における図上訓練に加えて、これらと連動する以下の実動訓練が行われました。那覇訓練場では応急救助訓練（警察・消防）、広域搬送拠点SCU運営訓練（DMAT、15旅団衛生隊）、生活支援訓練（15旅団による炊き出し）、応急復旧訓練（沖縄電力、沖縄ガス、NTT、セルラーの人員・車両の自衛隊

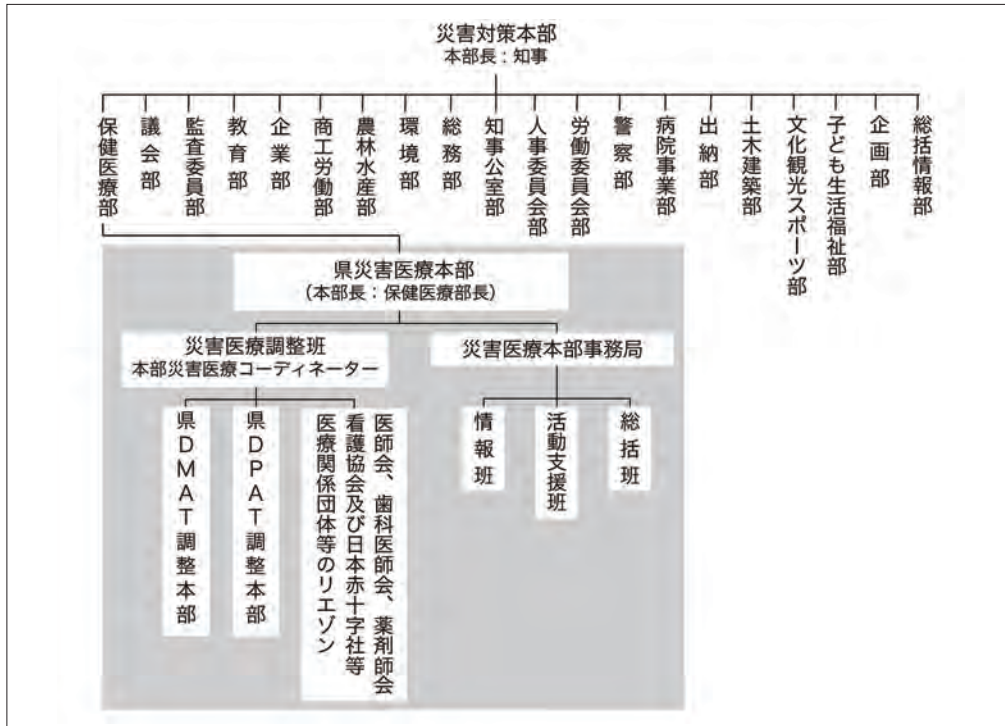


Fig.1 沖縄県災害対策本部と沖縄県災害医療本部



Fig.2 沖縄県災害医療本部長（保健医療部長代理、諸見里医療政策課長と県災害医療本部要員）



Fig.3 沖縄自動車道許田JCTにおけるリエゾン及び偵察組空輸訓練（陸上自衛隊第15旅団提供）

機による航空輸送)、そして、今回は平安座～那覇基地における燃料供給連携訓練 (りゅうせき、自衛隊による燃料タンク車による受領・供給)、沖縄自動車道許田JCTでは許田料金所を一時通行止めにしてのリエゾン (連絡幹部) 及び偵察組空輸訓練 (NEXCO 西日本リエゾン、15 旅団オートバイ偵察組の空輸) が行われました (Fig.3)。

第1日目は発災直後から24時間までが想定されており応急救助のフェーズ、2日目は発災24時間後から72時間の応急救助およびイ

ンフラ復旧のフェーズでの訓練を行いました。県災害医療本部では、発災後から情報班の電話には状況付与班からMSELに沿った様々な要請や問い合わせの電話が入り始め、クロノロジー (時系列に情報や活動を記録すること) と対応に追われ始めました (Fig.4)。美ら島レスキューの2日間の詳細な内容は過去にも報告してきましたので、本稿では今回の特徴を中心に報告します (本誌 Vol.51, No.9, P59、Vol.52, No.10, P25 参考)。



Fig.4 沖縄県災害医療本部における活動、壁に張り出されたクロノロジー

2. 今回の特徴

県地域防災計画における災害応急対策計画では、発災後72時間は救命・救助活動及びこの活動のために必要な人的・物的資源を優先的に配分することとされ、更に避難対策、食糧・飲料水等の必要な生活支援を行うとされています。美ら島レスキューの重点課題は、前回は「情報収集及び応急救助の重視地域決定について」でしたが、今回は「人命救助を焦点とした情報収集及び救命・救助活動の重視地域決定について」となりました。このように前回までは重点が救助に置かれていましたが、救助されても、それを受け入れる災害拠点病院等の病院機能が維持されていなければ人命救助は完結しません。また、入院中の患者にとっては病院が被災することはその命に直結します。これは、昨年の訓練後の研究会で本会から提言したものです。そこで、今回の訓練では「地震・津波により被災した孤立者・傷病者等に対する救助活動及び行方不明者の捜索を重視した活動」と並んで「災害以前から病院等に入院している患者に対する救出活動、病院機能維持のための早期インフラ復旧活動」が救命・救助活動の考え方として取り入れられました。そのため、浸水した病院からの救助要請、倒壊危険の病院避難、拠点病院からの水、電気の要請などがMSELにも反映されて災害医療本部には前回以上に負荷が多い状況付与となっていました。しかし、医療調整班には県本部災害医療コーディネーターのDMAT経験が豊富な梅村先生（沖縄県立南

部医療センター・子ども医療センター）も入られて、昨年と比べると医療本部の状況付与に対する対処能力が向上して、付与された課題の多くが対処されていました（Fig.5）。



Fig.5 沖縄県災害医療本部における活動、医療調整班

しかし、今回の訓練でも多くの課題が残されました。今回は対処にあたり各機関と現実的な連携や調整を行いました。その結果、平時に取り組んでおかなければならないいくつかの問題も判明しました。その一つに、これまでの図上訓練では浸水した病院からの患者救助はヘリコプターによって吊り上げることで解決としていましたが、今回はそれを現実的にやろうと関係機関と調整に入ると、自衛隊と海上保安庁ともに人工呼吸器装着者の吊り上げ経験が無いため実行出来ず救出することが出来ませんでした。人工呼吸器の機種によってはAED程のサイズでバッテリーにより24時間駆動出来るのもあり、ヘリコプター機内までの間はそれで可能と考えられます。今後は平時から関係機関の協力を得てお互いが理解を深めて訓練しておく必要があります。

また、今回は米軍の参加があり、訓練の中では15旅団の計らいで米海軍病院との調整会議を持つ事が出来て、沖縄県在住米海軍病院海軍処理施設救急病棟マネージャーのラッセル・アッカーマン氏らと現実的な調整を行えました（Fig.6）。これまでも図上訓練では海軍病院とのやり取りはありましたが仮想の内容でした。今回は現実的に海軍病院で出来る治療内容、日本人負傷者の受入れ、米軍病院の血液や薬品提供、米国人遺体の取り扱いなどの課題について協議しました。しかし、ほとんどが政府間で決



Fig.6 米海軍病院との調整会議、左から3人目に海軍病院海軍処理施設救急病棟マネージャーのラッセル・アッカーマン氏（陸上自衛隊第15旅団提供）

めるとのことで、災害医療本部や県と米海軍病院や在沖米軍間レベルでは解決出来ないことが多く、いざ現実となった時には間に合わないことが判りました。今後は大規模災害に備えて必要と想定される協力関係を具体的に協定等で決めておく必要があります。

3. おわりに

美ら島レスキューの第1回目の説明会で当時の小林旅団長が「人間の身体に例えるならば頭が図上訓練で、手足が実働訓練である。頭がしっかりしていなければ手足がバラバラで有効な動きが取れない」旨の話をされました。本県で初め

ての本格的な災害対処図上訓練が始まりました。それから5回となり、本県では無くてはならない訓練になっています。準備ならびに運営には大変な時間と労力がかかれています。プレイヤーとして参加させて頂いていることに15旅団をはじめ関係者の方々に感謝して、今後も対処能力の向上に努めていきたいと考えています。

県全体の被害想定は死者数11,340、負傷者数116,415、要救助者数47,092、建物全半壊129,060、断水人口1週間後668,622、停電件数1週間後77,418とされています。どのように対処していくのか、より現実的なMSELによる訓練を積み重ねて最善の方法を探っていくことになります。美ら島レスキューは回を重ねる毎に関係機関間の連携は密になり、その対処能力は向上しています。

今回からは地方本部の訓練も始まりました。近々、県は地域災害医療コーディネーターの任命も行う予定です。次回からは地域災害医療本部も設置しての訓練になると思われます。県災害医療マニュアルにもあるように地区医師会もその重要な構成員となります（Fig.7）。大規模災害に備えて地区医師会ならびに会員の皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

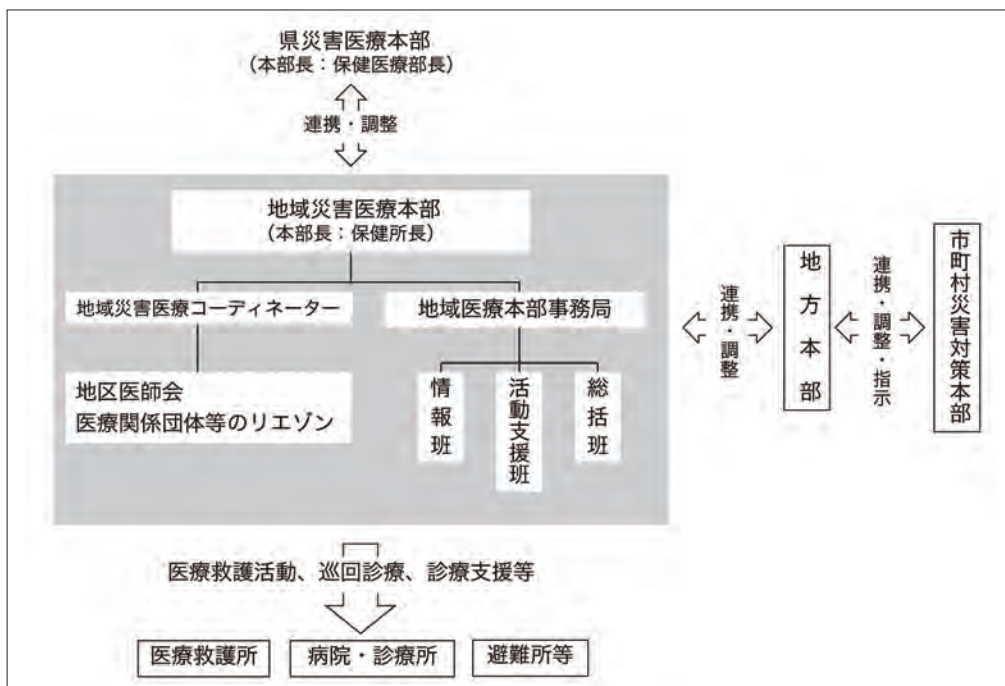


Fig.7

印象記



理事 田名 毅

7月19日、20日、沖縄県と陸上自衛隊第15旅団との共催による表題の大規模災害凶上訓練に沖縄県災害医療本部の災害医療調整班として参加してきました。場所は陸上自衛隊那覇駐屯地の体育館でした。沖縄県、陸海空自衛隊、海上保安庁、消防、警察、医療班（DMAT、DPAT、我々JMAT）、その他電気、燃料、電話などライフラインに関わる指定公共機関、また広域連携ということもあり、米軍も参加していました（2日間で総勢1,112名参加）。そのため人数がかなり多く、昼食は炊き出しで1日目カレー、2日目牛丼でした。食事は屋外テントで取りましたが、酷暑の中でしたので味わうゆとりはありませんでした。医師会の立場で県災害医療本部にたずさわって学んだこと、考えたことを報告します。

(1) コーディネートの難しさ

多団体からの参加者で構成された医療調整班であり、訓練当日開始前にそれぞれの役割を決めて想定災害発生後に活動を開始するわけですが、どんなに取り決めをしても次々と災害関連の医療問題が発生していく中で実際の災害現場さながらに情報が錯綜します。一つの業務を2つの部署で重複して行ってしまうなどの問題も発生しました。私を含め災害医療研修を受けた参加者も多く、また実際に災害現場の実務経験者が多くいても、現場で新規に立ち上げるチームを円滑に動かす難しさを感じました。1日目と比べ2日目は業務が整理され格段に良くなっていきましたが、特に「初動のコーディネートは難しい」という心の準備をして現場に臨むことが重要であると再認識しました。

(2) 時間との戦い

想定発災直後より、医療機関の被害、入院患者の移送依頼が次々に来ました。他の医療機関に上手く移送の手配が出来れば「役に立った」と感じますが、逆にレスピレーター使用中の患者の空輸搬送が困難で諦めるという事案があり、訓練とはいえ無力感にさいなまれました。救出の優先順序を決めるのが医療本部の仕事ではありますが、普段助けられる命を諦める決断の重さ、つらさを訓練とはいえ実感しました。

(3) 医師会の役割

2日目は役割分担が明確になり、医師会の私の任務は県外からのJMAT医療班の輸送・移送・市町村への配置、また災害弱者である透析患者、在宅酸素患者の対応に専念できました。その他相談があった事案に警察からの検死検案の依頼でした。しかし、実際は上記のように医療本部の目的が「助かる人を助ける」ことであり、検死検案は県災害医療本部の仕事とは異なるものと感じました。訓練後県警の検死官の方と情報交換した際に、検死検案に関する医師派遣依頼は県災害医療本部を通してではなく直接医師会（警察医部会を中心に）に相談が出来るような体制作りが必要と感じました。

(4) 米軍基地の活用

今回の被害想定では那覇空港が使用不能になり、普天間基地を活用するという設定でした。その際に普天間飛行場を利用して、日本の民間航空機で医療班、透析患者の輸送を行う話を進めました。訓練終了後、各団体代表者を集めた反省会・研究会では米軍の代表者から「これまでは米軍が被災地域に支援に行くという発想でしか災害対策を考えていなかった。沖縄が被災するということは、在沖米軍も被災し受援する立場になるわけで、今後はその想定での準備、訓練が必要と感じた。」(以上概略)と発言がありました。

(5) 陸上自衛隊第 15 旅団長の総括

本訓練は陸上自衛隊第 15 旅団が大規模災害時に沖縄が孤立してしまう可能性を考えて、県内の団体を集めて始めた大規模図上訓練とのことでした。今回が 5 回目の開催とのことですが、米軍の参加者もあり、年々参加機関・参加者は増えているようであり、また上記のようなコメントも得られていることから、本格的な訓練になったことがうかがわれます。しかし、多くの支援物資が集まって来た時の対応などまだ組み入れられていない課題もあるとのことでした。本訓練は多くの団体の方々と顔見知りになる機会と考えますので、県医師会の担当理事は出来るだけ毎回参加する必要があると感じました。

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:徳村・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。

大規模イベントにおける Mass Gathering Medicine への取組み —第39回海洋博公園花火大会における救護体制—

沖縄県医師会災害医療委員会委員長

北部地区医師会理事 出口 宝



近年、県内ではマラソン、トレイルラン、トライアスロン、自転車ロードレースなどのスポーツイベントとともにコンサートやフェスティバルなどの大規模イベントの機会が増え、その規模も大きくなってきています。大規模イベントには多数負傷者発生リスクがあり、また最近ではテロの危険性も無視できない状況です。このような状況においては Mass Gathering Medicine が必要となります。本誌9月号プライマリーケアコーナーで佐々木先生が「Mass Gathering Medicine ～スポーツイベントにおける救護体制について～」で、詳細に解説をされていますのでご周知の方も多いと思います。

今回、北部地区医師会では沖縄美ら島財団から4万人を超える観覧者が海洋博公園に集まる海洋博公園サマーフェスティバル・海洋博公園花火大会への救護班派遣要請を受けました。そこで、主催者ならびに本部町・今帰仁村消防組

合消防本部と共に Mass Gathering Medicine に取り組みました。

I . 事前計画

1. 診療所開設許可申請

特別な準備もせずに立ち会う場合と異なり、輸液などの医薬品や医療資器材を準備した場合は医療行為を前提とするものと見なされるために保健所への診療所開設の申請が必要となり、許可の後に開設届けを提出しました (Fig.1)。そして、許可が出た後に「病院 (診療所、助産所) 開設届」を提出、終了後に「診療所廃止届」を提出しました。これらの手続きは全て沖縄美ら島財団にして頂きました。

2. 診療録

診療所であるために診療録が必要となりました。災害時の診療録のあり方に関する合同委員

診療所開設許可申請	
診療所の開設者	沖縄美ら島財団理事長
診療所の名称	海洋博サマーフェスティバル2017救護室
開設場所	〇〇町〇〇番地(海洋博公園エメラルドビーチ救護室)
診療科目	外科、内科
開設目的	サマーフェスティバル参加者救護のため
管理者	医師会救護班の医師(病院の管理者は不適)
従業員定員	医師会救護班の医師2名看護師2名事務員1名、公園看護師1名(各々、免許証の写し・履歴書が必要)
開設予定年月日	平成29年7月15日(土)17:00~22:00(状況に応じて変更の可能性あり)
その他記載事項	敷地面積、平面図、建築の構造概要及び平面図 診察室面積(ビーチ救護室) 給水施設(水道) 室内に水道施設、洗面台、トイレ、冷房施設あり

Fig.1 診療所開設許可申請の内容

会がまとめた災害時標準診療録をコンパクトに改変して用いました。保管は診療所開設者である沖縄美ら島財団による保管としました。

3. 医療事故保険

医師、看護師による医療事故などに対する賠償保険です。開設者に参加して頂きました。沖医メディカルサポートで取り扱っています (Fig.2)。

4. 傷害保険

医療班のスタッフの行き帰りや現地での事故によって傷害を被った場合の保険です。上記保険と同様に開設者が保険契約者となり、国内旅行傷害保険に医療班全員の加入をして頂きました (Fig.2)。沖医メディカルサポートで取り扱っています。

医師賠償責任保険	
保険名称	医師賠償責任保険
保険契約者	沖縄美ら島財団
被保険者	申込人及び救護所に関わる全ての医師、看護師(固有名詞不要)
医療施設名称	海洋博公園エメラルドビーチ救護室

国内旅行傷害保険	
保険名称	国内旅行傷害保険
保険契約者	沖縄美ら島財団
被保険者	医療班員の各々全員(固有名詞必要)

Fig.2 医師賠償責任保険ならびに国内旅行傷害保険の内容

5. 主催者との調整

開催1ヶ月前前に担当者調整をもちました。打合せではCSCATTTに準じて開催要項、

大会組織図、コンタクトリスト、過去の傷病者発生リスト、平時のビーチ救護所備品、会場見取り図、消防や警察との調整内容と搬送計画、医療班編成内容(今回は医師2名、看護師2名、事務調整1名)を確認して、救急搬送予定先病院(県立北部病院、北部地区医師会病院)との調整と協力依頼を沖縄美ら島財団にお願いしました(CSCATTについては本誌Vol.53, No.9, P64参照)。

6. CSCATTT

Command & Control (指揮と統制)

大会全体の運営組織図(各関係機関及び各班連絡系統図)。医療救護体制責任者(実施本部総務班副班長)。医療責任者(診療所管理者)。多数傷病者発生時の現場救護指揮は現場救急隊長。

Safety (安全確保)

医療班はメデスカルベスト着用。暑さ・补水対策。保険加入(前述3,4)。

Communication (情報伝達方式と連絡先)

通信手段(携帯無線と内線電話と携帯電話)。関係者コンタクトリストの作製(運営組織図上の各部署責任者ならびに担当者の各々携帯番号、本部警察署と実施本部は電話に加えて無線連絡確保)。会場放送体制の確認。

Assessment (評価と報告)

群衆密度予測はエメラルドビーチ内に2万5000人、公園内観覧者数4万5000人、医療救護スタッフ配置体制(Fig.3)。会場にWBGT計設置。想定される傷病は過去の記録より熱中症、擦過傷等。

Triage (トリアージ)

ビーチ救護所内は狭くベットは2つ。病院への搬送の必要のない軽症順にパークセンター内救護所へ公園車輛で移動。ビーチ救護所のベットは基本として空ける。多数傷病者発生時は集団災害体制に移行。

Treatment (治療、医療救護)

医療班の行うレベルの医療を決めて関係者で共有。医療資器材の準備は医師会病院、診療所の開設者である沖縄美ら島財団が購

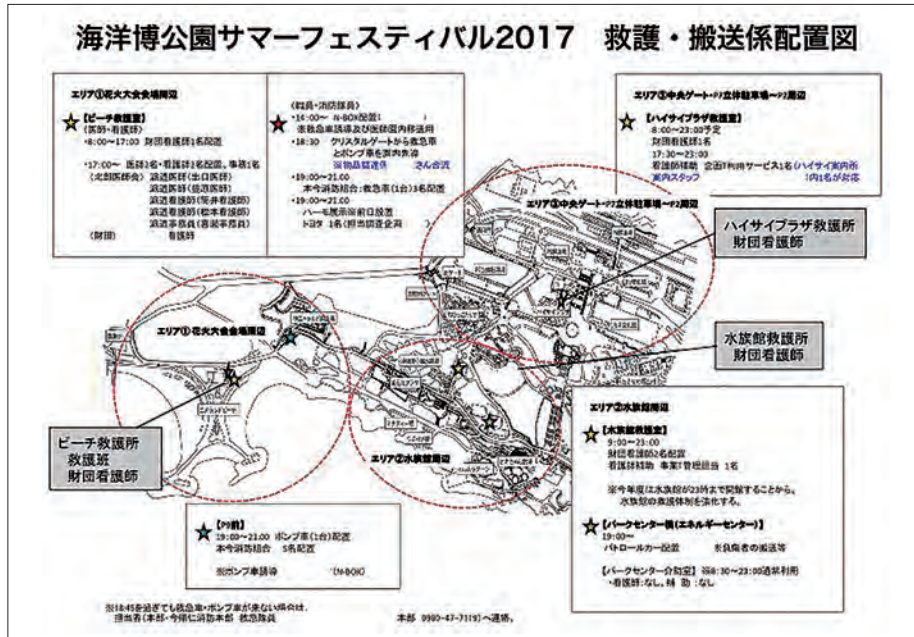


Fig.3 救護・搬送係配置

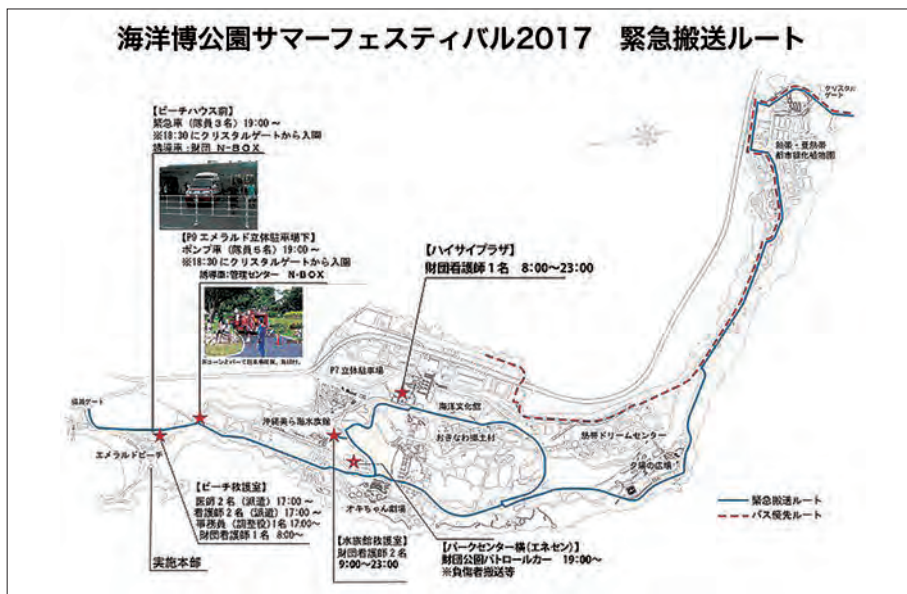


Fig.4 緊急搬送ルート

入。救急隊・救急車1台待機、ポンプ車1台待機。

Transport (搬送)

当日の周辺道路事情と会場の混雑を想定した搬送計画の確認 (Fig.4,5)。救急搬送が必要な場合は一人目を看護師同乗で救急車は公園内を走行してエキスポ港へ、そこからは海上保安本部船舶で名護港に海上搬送。二人目は救急車で陸上搬送。それ以降は救急車が戻るまで待機 (1時間を想定)。

7. その他

事前に医療班ならびに本部町・今帰仁村消防組合消防本部との打ち合わせを行いました。また、事故発生時における避難計画の確認を行いました。(Fig.6)

II. 当日

現場に到着後、沖縄美ら島財団担当者とは打合せ後、ビーチ救護所に診療所を開設しました。その後、救急隊と医療班と会場を確認しながら



Fig.5 緊急搬送計画



Fig.6 緊急時避難ルート

多数負傷者発生時の対処などの打ち合わせを行いました。大会実施本部からは定期的に熱中症注意の園内放送をしていただきました。エメラルドビーチ内への入場者は19時15分を持って2万人に達して入場制限となりました。ビーチ外も含めて公園内総入場者は44,305人でした(Fig.7)。

今回の受診者数は35名で、Ⅱ度熱中症が1名以外はほとんど軽症でした。救護所は花火大会が終了して観覧者が退場した後も指示があるまで開設し、大会実施本部から解散の指示が出た後に救護班は撤収しました。



Fig.7 ビーチ内観覧者

Ⅲ. 反省会

8月14日に救護班と沖繩美ら島財団担当者
とで反省会を行い、主なものとして以下の課題
を今後検討することとなりました。

救護所診療所の開始を花火大会に合わせて
17時からとしていたが、15時過ぎに熱中症が
発生した。予定よりも救護班が早く到着してい
たため対処が出来たが、今後は熱中症の発症や
早い時間からの入場者数が増大することを想定
して救護所診療所の開始時刻を早めるように検
討。救急搬送計画や現場対応計画などに多数傷
病者発生事案が想定されていないので、今後は
関係機関と調整の上で具体的な計画の策定を検
討。イベント実施態勢における医療救護本部が
独立して設置されていなかったが、今後は設置
して統括する方向で検討。準備した医療資器材
や医薬品の種類と量の見直し。ビーチ救護所以
外の救護所の運用の見直し。

Ⅳ. 所感

Mass Gathering における傷病者発生率は、ス
ポーツイベントの参加者やコンサートの観客な
どでは異なると思われませんが、0.14～90/1000
人、救急搬送は0.027～0.083/1000人、心肺停
止例は0.0007～0.055/1000人とされています
(日本医師会災害医療研修会資料から)。イベン
トにおいて救護班を依頼されると、過去に大き
な問題がなかったことを過信して、善意や使命
感などから引き受けることになることが多いの
ではないでしょうか。しかし、2001年には明
石花火大会歩道橋事故、2013年には福知山花
火大会露店爆発事故などが発生しています。そ
して本稿を書いている今、大垣花火大会で花火
が地上付近で爆発する事故が起きたとのニュー
スが流れています。また、世界各地では大規模
イベントがテロの標的になっています。この
ように大規模イベントは多数負傷者発生のリ
スクとも背中合わせです。そのために、Mass
Gathering Medicine を考えた事前計画等が必要
となります。

しかし、これらを日常診療で多忙な個々の医
療機関や一医師として受けることは大変な負担
となります。そこで、今回は沖繩海洋博公園花
火大会の救護班を北部地区医師会として実施し
ました。

東京都は「東京都が主催する大規模イベント
における医療・救護計画ガイドライン」を策定
して、民間が主催する場合も参考にするように
呼びかけています。その中では全体の組織と指
揮系統から、具体的に救護所設置や医療班の構
成、医療資器材の目安などを示しています。沖
縄県医師会でも災害医療研修会において Mass
Gathering Medicine に関する講義、演習を行っ
てきました。さらに、平成28年度第3回沖縄県・
沖縄県医師会連絡会議において、「大規模催事
における主催者の危機管理について」として県に
提案をしています(本誌 Vol.53, No.5, P71)。本
県は観光立県です。Mass Gathering Medicine
は医師会や医療関係者のみの問題ではなく、観
光部局や市町村ならびに主催する関係者が中心
となって取り組むべきことと思われます。今回
の海洋博公園花火大会においては課題も残りま
したが、沖繩美ら島財団ならびに本部町・今帰
仁村消防組合消防本部をはじめとした関係機
関のご理解とご協力があり進めることが出来
ました。今後、県内の各種イベントにおいても
Mass Gathering Medicine への理解と取組みが
進むことが望まれます。



Fig.8 北部地区医師会救護班と本部町・今帰仁村消防組合
消防本部、海洋博公園看護師(ビーチ救護所にて)

外国人観光客患者受け入れ実体調査



理事 城間 寛

はじめに

沖縄県では好調な外国人観光客の増加に伴い、救急病院を受診する外国人観光客が増加し、言葉の問題など困っているという救急病院からの意見が寄せられるようになってきた。県医師会としては、実際にどのような状況になっているのか、実体を把握するために調査することになりました。まず、この件に関する各地区医師会の意見を聞くために平成 28 年 10 月 21 日医療関係者対策委員会を招集し、調査の内容や対象をどうするかを話し合いました。その結果、まず救急告示病院に多くの外国人患者が受診しているとの報告から、救急告示病院を対象にアンケート調査を行うことを決めました。

それぞれ約 2 倍の伸び率で増加していることがわかります。

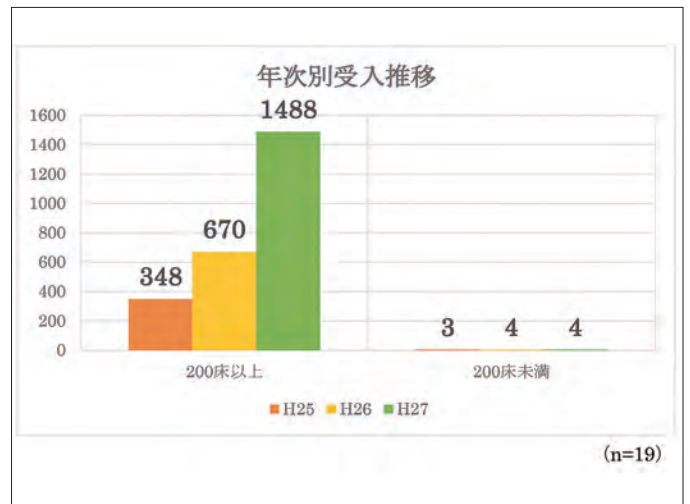


図 1

調査概要：外国人観光客患者の受入体制整備が喫緊の課題となっていることから、救急告示病院における現状や特有の課題等を把握すべく、県内 27 医療機関に実態調査を依頼した。
調査期間：平成 29 年 2 月 24 日～3 月 15 日まで（未提出機関への督促のため、実質 3 月 31 日まで延長した）
回収結果：19 施設。回収率は 70.3 パーセントである。

図 2 は、圏域別受け入れ人数を示します。この図で特徴的なことは中国語を母国語とするアジアからの観光客が多いことです。平成 27 年のデータでは約 33 パーセントが中国語を話す患者だったようです。

調査結果

過去 3 年間の外国人観光客患者の受け入れ数を圏域別に 200 床以上と 200 床未満に区分した。

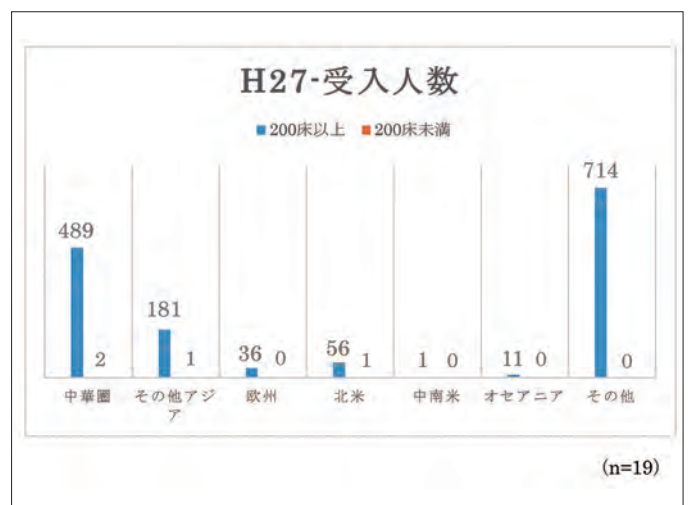


図 2

図 1 は、救急告示病院への外国人救急患者の受診数を示します。平成 25 年、26 年、27 年

図3では、平成27年の目的別来院患者数を示します。一番多いのが救急受診485人で、次に多いのは通常外来受診の354人です。その中で救急車による搬送が97件もみられます。沖縄県における外国人患者の受診は、観光旅行中の予期せぬ病気やけがで病院を受診していることがわかります。外国人観光客患者の救急病院受診によって、現場で困っていることは、まず言葉の問題です。英語が理解でき、話すことができる医療スタッフがいる病院はそれなりにありますが、中国語や韓国語その他アジアの言葉を理解できる医療スタッフはほとんどいません。そのことが救急現場での混乱の原因になっているようです。

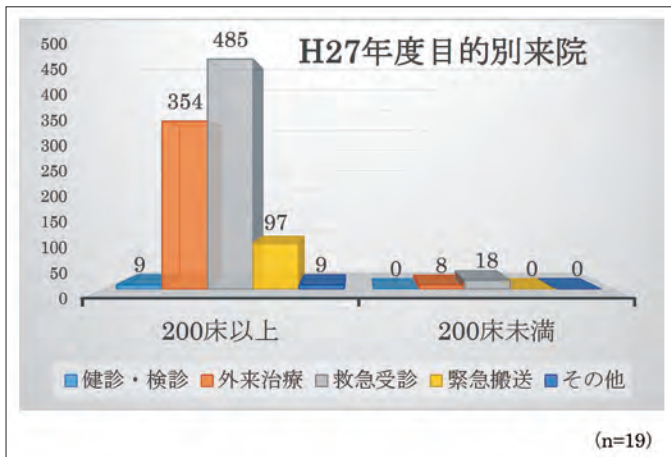


図3

次に図4は未収金の発生件数を示します。今回の調査では19施設中5施設で未収金の発生が報告されております。件数としては21件、総額とし800万円余の未収金が発生しています。沖縄観光旅行中に予期せぬ病気やけがで入院して、それが重症になった場合に総医療費が高額となり、海外旅行保険でもカバーできず退院時に支払いができず未収金となってしまった様です。

図5では、外国人観光客患者の受け入れについてのそれぞれの病院の意向を問う設問ですが、積極的に受け入れると表明した病院は3病院ですが、状況を見て受け入れ、あるいは要望があれば受け入れると回答したのが15病院であった。この様に外国人観光客患者を受け入れないとする病院はありませんでした。



図4

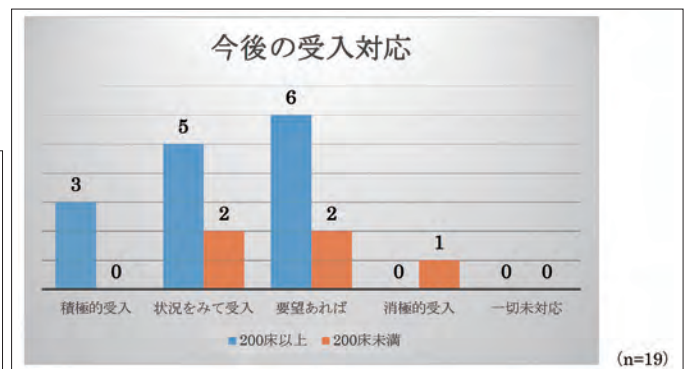


図5

そのような状況の中で外国語支援対応の方法についての設問(図6)では、優先順位で言うと200床以上の施設では、①ITなどを活用した言語対応、②通訳の設置、③職員の言語教育、であった。

この様に、沖縄観光が好調で外国人観光客が増えた中で、外国人観光客患者の救急病院受診もほぼそれに比例するように増加しており、救急病院が直面している問題としては、①言葉の問題、②未収金の問題、が挙げられると思います。

アンケート調査の中で、自由記載として、外国人観光客患者の受け入れを推進する上で「行政」「医師会」に望む事と、医療機関での特別な取り組み事項について問いましたが、その中で、記載された主な意見も下記に示します。

【行政に望むこと】

- 通訳者を派遣するサービスセンターの設置と充実
- 医療通訳士による多言語医療通訳コンタクトセンター、医療通訳士県外での講習、育成。

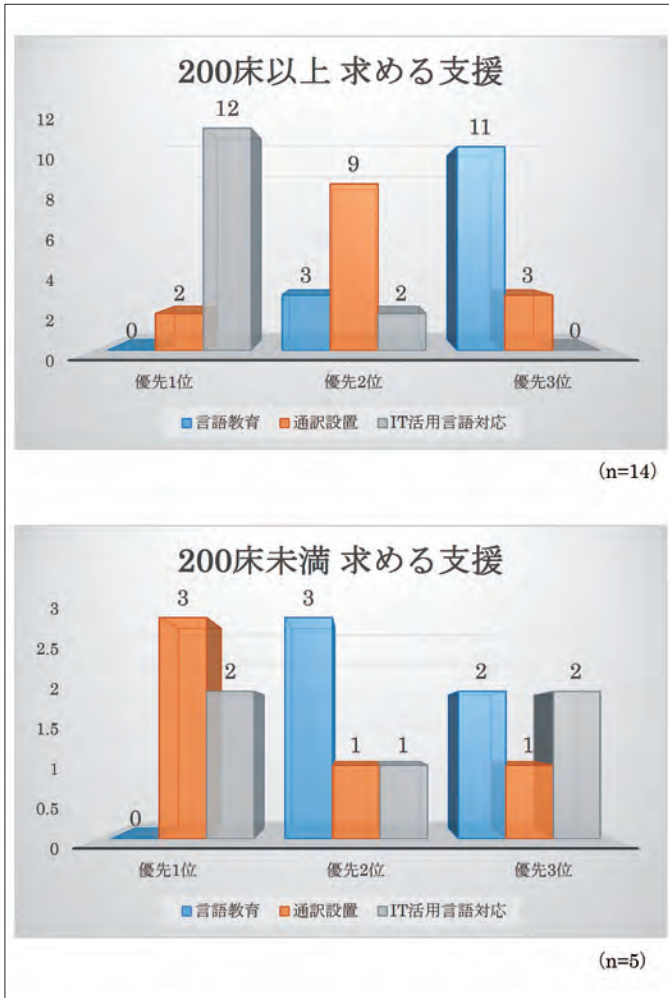


図 6

- 24 時間対応可能な多言語ツール (iPad) 等を医療機関へ公費での貸し出し。
- 診療費が減収となった場合の補償
- 常時対応可能な下限語通訳を公費負担で利用できるようにする制度の確立

【医師会に臨むこと】

- 24 時間、365 日医療通訳のできる人材の派遣
- 外国人患者に未収金が発生した場合県から補助金が支給されるシステムの構築

【外国人観光客患者の受け入れに関する特別な取り組み事項】

- 安心安全に医療機関へ受診できるような総合的な取り組みを実施する時期に来ている。
- 診察室で医療通訳ができる人材の配属と教育が重要

- 外国人患者受け入れ拠点病院の選定、医療機関における外国人患者受け入れ整備事業の対象施設の選定。
- 通訳担当職員の配置。

以上の結果を得て、このアンケート調査を依頼した救急告示病院に対して調査結果の報告と、直接意見を伺う目的で、平成 29 年 6 月 8 日外国人観光客患者受入対応問題に関する救急告示病院長等との懇談会を開催しました。その時の各病院の状況の報告と意見等を同様に下記に示します。

- ①平成 27 年 8 月から NEC 通訳センターを介して iPad を用いた同時通訳システムを導入している。導入を契機にスタッフのストレスがだいぶ緩和された。通訳は 5ヶ国語 (英語 / 韓国語 / 中国語 / スペイン語 / ポルトガル語) に対応し、年間 100 万円で契約している。行政からの補助があればありがたい。
- ②日常の言語対応レベルであれば、スマホレベルで良いアプリがあるため、病院にはテレビ電話等の一つ上の基準で整備を求めている。
- ③現在外来ではアプリで対応できるが、入院が必要なケースでは通訳できる人材が必要である。
- ④通訳のレベルは 3 段階あり、その段階に応じた通訳が必要である。①外来程度の日常会話 (機械通訳がかなり進化しており機器で十分対応できる)、②入院した場合の会話 (機械通訳では対応できない部分があり派遣通訳等の対応)、③法的な問題が絡む会話 (手術・診断書の説明、正式な形で責任を持った通訳の対応) である。
- ⑤県が実施する人材育成セミナーについて、受講修了者 (通訳) の経験値や実績 (何時間医療機関で通訳を行ったか等) が分る仕組みが必要である。
- ⑥外国人観光客の問題は、文化観光スポーツ部と保健医療部が連携し、横断的に取り組めるような部署 (課) の新設を求めている。

- ⑦今回、問題となった外国人旅行者の件で、県内部でプロジェクトチームを立ち上げている。メンバーは保健医療部、文化観光スポーツ部、病院事業局などで構成され、問題の解決にあたった。この様なチームを作る体制を医師会として要望を挙げていくことが大切だと思う。いわゆるワンストップサービスできる仕組みを求めているどうか。
- ⑧様々な問題を抱えた方が受診するため、情報が集積される仕組みや様々な事案に即対処できる相談窓口を是非、県当局が中心になって準備して貰いたい。現在は個々の病院がケース・バイ・ケースで対応しているのが現状である。
- ⑨離島診療所も大変な状況になりつつある。慶良間諸島も国立公園に指定され、多くの外国人観光客が押し寄せている。県の誘客が功を奏しているが、それらに対応する整備が追いついていない。この会議で挙がっている緊迫感を関係部局に伝えていただきたい。
- ⑩ IT 機器の整備を求める場合、周辺機器（Wi-Fi、タブレット、アプリ等）も併せて、要求した方が良い。また派遣通訳もボランティア的な対応になっているため、経済的な支援があれば良い。
- ⑪入口から出口まで総体的に対応できるコーディネーターが必要である。主治医や病院任せでは非常に厳しい。重症の患者や入院する患者はいずれ帰国する。帰すために色々なコーディネートを要する。文化の違いや考え方の違い等を相手国の文化を理解しながら、調整役となる通訳以外のコーディネーターも必要である。
- ⑫未払いを防ぐための予防策として、旅行保険への加入を徹底して貰うようお願いして欲しい。
- ⑬語学力のある方をスタッフとして採用する場合、県から補助があるとありがたい。
- ⑭平成 28 年度は 430 人の患者を受入している。うち 280 人が外来患者でその半分が救急患者である。毎年増加傾向にある。添乗員が付

かない観光客が急増しているため夜間救急での言葉の対応に問題が生じ、通訳センターを介したシステムを導入した。

- ⑮当院では平成 22 年から外国人対応に本格的に取り組んでおり、院内で医療通訳（英語 / 中国語）ができる人材を育成している。語学力のある方を採用し自前で教育している。現在は、保険請求から入院・手術すべて対応している。病院の風土として受け入れることがあたり前ようになってきたことが良かった。
- ⑯宮古島でもここ数年で外国人の入院患者も増えている。観光客は、一昨年 55 万人から平成 28 年が 70 万人、29 年は 85 万人と予測されている。クルーズ船の影響もあり、毎回救急室を訪れる患者は増える一方である。また来年 6 月には下地島に国際線を受け入れる旅客ターミナルが開業するが、かなりの観光客が見込まれる。島内完結型の病院として、対応ができるのか危機感を持っている。

まとめ

以上、沖縄県内の各地域において外国人観光客が患者として病院を受診している状況が示され、そして病院はその対応に非常に困難が生じている状況が分りました。その後、各地区医師会や本年 6 月 22 日開催の第 210 回定例代議員会において、外国人観光客患者を巡る諸問題について県医師会の対応を求める意見が出ています。

また、この問題については、救急告示病院のみならずクリニックでも同様な事が起きており、一人で診療しているクリニックにとっては、なお深刻な問題であるとの報告も寄せられています。

今後の対応について、県医師会では全ての地区医師会から情報収集を行うと共に、プロジェクト委員会を設置して、実態を十分把握した上で、対応方針を議論し、公的機関に対して必要であれば、総合的支援を求めていく予定であります。

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