

年頭所感



会長 安里 哲好

明けましておめでとうございます。今年も会員の皆様にとって健やかで実り多い年でありませうよう祈念します。沖縄県医師会は新年祝賀会から1年が始まります。若き医師や経験豊かな医師、管理運営や経営を中心とする医師、そして白寿・米寿・喜寿の医師の方々と共に、新しい年に祝杯を掲げ、今年一年をそして近未来を語り合いたいものです。

昨年は、10月に世界医師会（112国）シカゴ総会に参加しました。横倉義武日本医師会会長が世界医師会会長に就任され、素晴らしい感動的な就任挨拶がありました。11月は台中市において沖縄県医師会・台中市医師公会（2004年姉妹会締結）との久方ぶりの研修会（「外国人観光客の医療受け入れに関する問題について」）と歓迎レセプションが開催されました。台中市医師公会陳文侯先生の理事長就任祝賀会も兼ねているようで、国会・市議員や二つの医科大学の理事長・学長さんを初め多くの方々のご出席され華やかな式典でした。私は陳理事長とは長年のお付き合いで、友人として、又医師会同士でさらに交流を深めて行きたいものです。同月の沖縄県臨床研修事業50周年式典・記念講演は、50年の歴史の歩みとその中身が濃く感動的でした。県立中部病院を中心に培われて来た卒後臨床研修が国内外に評価されると同時に、県内においても三つの臨床研修病院群ができ発展した事は、「救急医療の充実」と共に沖縄の誇りでありましょう。

毎年、日本列島において自然災害が発生し、九州では熊本県の地震、福岡県・大分県の河川の氾濫や山林の土砂崩れ等があり、甚大なる被

害を受けており、早急な復旧復興が望まれます。

今年も昨年同様に三つの基本方針を掲げ邁進して行きたいと思えます。その一番目の柱は、「県民と共に歩む医師会」づくりです。県民に医師会の活動を積極的にアピールし、県民と共に健康づくりを進めて行きたいと思えます。地域住民・行政・保険者組合と医師会・医療関係者等で連携しモデル地域を作り、改善目標を掲げ取り組む計画をしています。現在、「県民公開講座：フレイルを知ろう 早い気づきで予防！500人」、「県民健康フォーラム：もっと知りたい大腸がん 200人」、「県民健康フェア：参加者1,000人」に加え、昨年から「うりずん健康フェスタ」を開催し、2,000人以上の方々の参加がありました。会館会場での県民との触れ合いから更なる進化を模索しているところです。

二番目の柱は、「地域医療連携の充実」です。第七次医療計画（地域医療構想を含む）は今年度中に策定され、平成30年度に実施されます。地区医師会が積極的に地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）に関わり、皆で情報を共有し認識を高め、問題点や課題を抽出しその対策を検討し、地域医療の更なる充実を進めたいものです。おきなわ津梁ネットワークは、平成29年度に国からの補助を得て、地域の救急病院と診療所等のIT医療連携を進めています。在宅医療と介護の連携、そして終末期医療と看取りも大きな課題です。三番目は、「魅力ある医師会づくり」です。若い医師が、勤務医師が、女性医師が進んで入会できる医師会づくりです。現在、会員が増えており、今年度は日

医の代議員の枠が1名増えますので、女性医師の就任を願っています。ちなみに、台湾は全ての医師が医師会に入会しているようです。医師会に入会しないと、保険診療行為ができないとの事でした。

その他、医師会の中で積極的に活動している事業の一つとして「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」です。今年度中に基本的な方向性を提示し、次年度は行動する初年度にしたいと思います。もう一つは、「外国人観光客への医療現場の対応」です。国際観光立県は県策の大きな柱です。アジアの方々と共に共存・共生する時代がもうそこまで来ているのです。若者が多言語を駆使しアジアで活躍し、一方アジアの方々も沖縄で働けるよう双方向で歩み寄り、理解を深めて行く過程に、外国人観光客に対する医療現場での対応が向上するでしょう。台湾では観光に来る日本人は多いが、医療現場において、特に言葉に不自由しないとの事。A大学病院の看護師の8割は、余暇があればいつも日本に旅しており、言葉も文化も受け入れ、医療現場で応用しているのでしょう。

新専門医制度における、4月から実施される沖縄県の新専門医研修プログラム申請状況は、総合診療専門医基幹病院は12施設、内科専門医基幹病院は7施設、外科専門医基幹病院は2施設です。都道府県協議会は、地域医療への配慮や専攻医研修レベルの改善等も含め、ローテ

内容や専攻医診療科分布等の情報も共有して提言して行くことが求められています。

沖縄県地域医療支援センターの役割は今後重要になるであろう。医師の地域偏在や診療科偏在の対応は、ルール化や法制化ではなく、地域で活発に議論し診療科の偏在を改善する方向性が望ましいと考えます。そのような意味合いも含め、沖縄県地域医療支援センターは地域枠の医学生・医師への指導・管理やキャリアアップの構築に加え、診療科の偏在になんらかの一助になればと願っています。

平成30年度は第7次医療計画と第7期介護保険事業支援計画の同時策定があり、加えて診療報酬と介護報酬の同時改定、更に国民健康保険の都道府県による財政運営開始と介護医療院の新設が実施されます。診療報酬改定においては全体はマイナス、本体は限りなくゼロに近いプラスと推測していましたが、横倉会長の御尽力で、全体はマイナス1.19%、技術料や人件費にあたる本体はプラス0.55%となり安堵しています。会外や会内の諸課題に対して、執行部（理事者）・事務局一同はスクラムを組んで進んでいきたいと思っておりますので、会員のご協力ご支援よろしくお願い申し上げます。

今年もまた、数百年・数千年続く澄み切った青い空と七色に変化する海は美しくあって欲しいし、そして「平和の島」と「健康長寿の島」を強く希求したいと思います。



平成 30 年 年頭所感



日本医師会会長 横倉 義武

明けましておめでとうございます。会員の皆様におかれましては、健やかに新年をお迎えになられたこととお慶び申し上げます。

昨年は、7月に甚大な被害をもたらした九州北部豪雨や9月の大型台風21号の発生など、各地で大雨や台風を始めとする天候不順により自然災害が相次ぎ、多くの方々が被災され避難生活を余儀なくされました。会員の先生方におかれましては、日本医師会災害医療チーム（JMAT）の活動を始め、被災地の医療支援、感染症対策等にご支援・ご協力を賜り、改めて感謝申し上げます。

昨年10月、世界医師会（WMA）シカゴ総会において、私は第68代WMA会長に就任いたしました。日本人としては、1975年の武見太郎先生、2000年の坪井栄孝先生に続く3人目になります。

WMAは、1947年に設立された114の各国医師会が加盟する世界の医師を代表する組織です。本部はジュネーブ近郊のフェルネイ・ボルテア（フランス）に所在し、WHOや国連等の国際機関と連携して世界中の人々の健康水準の維持、向上に努めています。日本医師会は、1951年の第5回WMA総会で加盟し、現在、会長、理事3名を有してその活動に貢献しています。

私は今回の就任に際し、国民の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げてきた我が国の優れた医療システムを世界に発信し、グローバルなレベルでの健康長寿社会の実現に寄与して参りたいという強い思いを述べました。年を新たにし、改めてさまざまな分野での医療協力・パートナーシップを深め、人材の能力開発・

生涯教育の一層の推進など、WMAの果たすべき任務を遂行してゆく責任の重さを痛感しています。

また、昨年9月には、アジア大洋州医師会連合（CMAAO）東京総会を第35代CMAAO会長として主宰いたしました。CMAAOの活動をより活性化させ、地域住民の健康の増進に努めながらWMAとの関わりをより一層緊密なものとし、当該地域の医師の声がWMAに届くよう努めることは、両団体の活動に深く携わる日本医師会長、CMAAO会長、そしてWMA会長としての私のもうひとつの大きな使命であると位置づけています。

歴史を振り返りますと、我が国が世界のトップレベルの健康長寿を達成してきた背景には、国民皆保険の下、我々医療従事者の献身的な努力があったという事実があります。戦後の経済復興の過程には、国民が安心して仕事をし、生活を送るための基盤として国民皆保険がありました。国連が2016年に開始した2030年に向けての「持続可能な開発目標、SDGs」には「誰一人取り残さない」という国民皆保険に通じる理念があります。1961年に実現した我が国の国民皆保険は50年以上に亘り国民の健康を支え、Universal Health Coverage（UHC）のあるべきモデルとして高く評価されており、何としてもその仕組みを堅持していかなければならないと考えています。

高齢社会の抱える問題のひとつである終末期医療については、会内の生命倫理懇談会でも提言を取りまとめて頂きましたが、WMAでもそのあり方、とりわけ安楽死などの問題を検討してきました。WMAの地域会議として開催さ

れた CMAAO 東京総会における「終末期医療」をテーマとしたシンポジウムでは、アジア諸国にはさまざまな宗教が存在し、宗教が終末期のあり方にも影響していること、また、膨大な人口、家族、地域共同体の結びつきが非常に強固であり、終末期医療における意思決定にも関わっていることが報告されました。昨年 11 月にはバチカン市国において「WMA 欧州地域終末期医療シンポジウム」が開催され、医療、法律、緩和ケア及び医療倫理の専門家、神学者、哲学者などが参加し、患者の権利と治療の制限など、終末期医療に関する世論への理解を深めるための議論が行われました。また、3 月にはラテンアメリカで、本年 2 月にはアフリカで同様の会議がそれぞれ開催され、今後、各地域の意見を集約した WMA としての方針を政策文書としてまとめていくことになっています。

一方、国内に目を転じますと、働き方改革が重要な課題となっています。日本医師会はこの問題に関して、医療現場の実情と「応招義務」に配慮した方策を強く求めてきました。その結果、政府は「医師の働き方改革に関する検討会」を設置し、医師の働き方について別途議論を進めています。3 月までには、会内に設置した「医師の働き方検討委員会」の答申も取りまとめられる予定でありますので、それらの意見も踏まえながら、引き続き、国に対して意見を述べていきたいと思ひます。

また、少子高齢化の一層の進行が予想される中で、社会保障費は、医療、介護などを中心に今後も増加することが見込まれ、その財源をどのように賄っていくかについても大きな課題となっています。財政緊縮の立場から、成長戦略

や規制緩和の名の下に、保険給付範囲を狭める圧力が予想されますが、国民皆保険を堅持していくためにも、我々医療側から生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸など、過不足のない医療が提供できるよう、適切な医療を提言し、時代に即した改革を進めていく必要があります。

我が国では、フリーアクセスによる外来へのアクセスの良さが病気の早期発見・早期治療に寄与しています。その中心を担う「かかりつけ医」をまず受診することで、適切な受療行動、重複受診の是正、薬の重複投与の防止等も可能となり、医療費の適正化も期待できます。日本医師会としては引き続き「かかりつけ医機能研修制度」を実施することで、「かかりつけ医機能」の更なる向上を目指して参る所存です。

また、日本医師会では、より良い医療の在り方について、国民と医師とが共に考えながら、更なる国民医療の向上に寄与していくことを目的として、日本医師会の設立記念日と「いい(11)医(1)療」の語呂合わせにより、11月1日を「いい医療の日」に制定しました。広く国民に周知されるよう、今後もさまざまな活動に取り組んでいきたいと思ひます。

最後になりますが、私は国民に寄り添い、国民の健康を守ることが医師の役割であり、その医師の声を基に、国に対してさまざまな政策を提言していくことが日本医師会の役割であると考えています。今後も WMA と CMAAO の会長として、日本のみならず世界に広く目を向け、理念を高く掲げ、人々の健康、福祉の向上に努めて参りますので、会員の皆様のご理解とご支援をよろしくお願い申し上げます。



平成 29 年度都道府県医師会 小児在宅ケア担当理事連絡協議会



常任理事 金城 忠雄



平成 29 年 10 月 18 日（水）日本医師会において平成 29 年度都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会が開催されたので、概要を報告する。

挨拶

日本医師会の横倉義武会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

小児在宅連絡協議会は今回初めて開催する。小児の在宅医療を必要とする児は全国で 1 万 7 千人程おり、今後は高齢者だけでなく小児の方もしっかり対応していくべきである。

昨年度、日本医師会の中に小児在宅ケア検討委員会を設置し、小児の在宅医療を進めていくために医師会として何をすべきであるか検討を行っているところである。日本医師会としての取組みは始まったばかりであり、これから県医師会や郡市区医師会の先生方と協力しながら進めていきたいと考える。

在宅ケアに関しては、医療だけでなく福祉、保育、教育等の様々な関係者が連携して共有することが重要であり、医師会と行政の連携も欠かせない。

本協議会において、これまで先進的に小児の在宅医療に取り組んできた先生方の講演をいただくこととしている。各地域での取り組みの参考にさせていただきたい。

議 事

(1) 小児在宅ケアをめぐる現状と課題

①総論

埼玉医科大学総合医療センター小児医療センター長 田村正徳

日本の新生児死亡率は、戦後急速に低下し現在では世界で最も死亡率の低い国となっている。しかしながら、周産期医療全体からいうとハイリスク妊娠、分娩が増加しており、女性の出産年齢の高齢化や従来出産することができな

かった基礎疾患を持っている女性も医学の進歩でお産ができるようになった。この結果からハイリスク児が増加しており、このような小児のほとんどがNICUに収容され、小さくても頑張っている一方NICU長期入院児が右肩上がりに伸びている。

2008年におきた墨東事件により、NICUの長期入院児を早く帰そうという動きが広まり、一時的に長期入院児は減少したが、人工呼吸器を付けたまま退院する小児を増やす結果となった。NICUを出た後、一旦一般病床やその他のところに退院しても、最終的には3分の2の小児が自宅に人工呼吸器を付けたまま帰るということになっている。

また、医療ケア児数の把握に関しては、色々な定義の仕方があるが、今回は自己注射を除いた在宅管理料を算定している数が、文科省調査の学校に就学している子どもの在宅医療の数と一致しているため、その数を基準に考えると、全国で2年前の時点で1万7千人の在宅医療児がおり、今の定義に従うと10年間で約2倍に増えている。さらに驚くべきことは、在宅児の中でも人工呼吸管理を必要とする小児は、この10年間でなんと10倍にも増えている。このような小児は非常に高度な医療を必要とし、NICUや小児ICUから退院している子が多い。

小児の在宅医療は、病状が成人と全く異なる上に対象者が少なく、広域に分布している。また、高度医療機関から直接退院することが多く、小児科の医師がそのまま主治医になることが多い。安全面としては良いが、患者の生活や福祉制度に疎い医師が多く、大人の在宅の患者を診ている訪問看護師や訪問リハビリの方は、小児で人工呼吸器を付けた高度な医療を必要とする患者のケアには慣れていないため、敬遠する傾向がある。また、小児の場合は、体格も含めて患者の個性が多く、成長期でもあるため成長発達教育というものをきちんと考えながらケアしてあげる必要があり、特別支援教育や行政との関わりが深いという特徴がある。それにも関

わらず、介護保険のようなケアマネジャーがないため、その役割をすべて母親が担うことが多く、負担となっている状況がある。

子どもの医療福祉に関する法律は沢山あるが、それをコーディネートする者がいないということが、小児在宅医療の大きな課題である。

埼玉県において実施された患児と家族の実態調査では、人工呼吸児の介護者の睡眠状況は短く、断続的であることが分かった。また、このような小児に関しては学齢期になっても学校に通えない現状がある。理由としては、特別支援学校であっても人工呼吸器を装着している小児の場合は自家用車で運ばないといけないことや、介護者の付添いが条件となっているところが100パーセントとなっているためである。

家族への大きな負担がある小児在宅医療だが、少しずつ小児在宅医療支援推進に向けての追い風が吹いてきている。

日本小児科学会研修施設（525施設）に対し行ったアンケート調査結果から、全国的な偏りはあるが、人工呼吸器を装着した小児の急変時の受入れや在宅医療移行前の受入れ等、2009年と2013年を比較すると対応できる施設は増えてきている。

平成28年6月に法改正がなされ、小児に対する支援が法的にも整備されてきたということがある。

人材育成事業も全国的に少しずつ進行しており、小児在宅医療実技講習会に関しては、小児科学会が支援する形で全国的に毎年開催されるようになっている。大人の在宅医師に小児も診てもらおうと、そういう講習会事業も数は少ないが全国的に開催されるようになってきている。

平成25年から28年の小児在宅医療連携拠点事業から分かったこととして、都道府県の医療・福祉・教育・行政との連携が必要となることや、中核病院と地域の医療等を結びつけるコーディネーター機能、介護者の負担軽減のためのレスパイト施設等が重要であることが明らかとなった。

今後は、小児の在宅も含めた地域包括ケアシステムを協力で展開していかなければならないと考えている。

②在宅医の立場から

医療法人財団はるたか会理事長 前田浩利

小児在宅医療の課題として、先ず医療的ケア児という定義が明確にないことが上げられる。医学的にも行政としても医療的ケア児が明確な定義となっていない。

医療的ケア児の数は、全国で1万7千人と数字は明らかとなっているが、実際に支援をつくるためにはどこにどれだけどういった医療的ケア児がいるのかを把握しなければならないが、それを把握するのは至難の業である。

医療的ケア児が法的に認められたのは昨年であり、医療的ケア児を支援する地域の仕組みそのものもまだ十分育っていない。また、担い手もまだまだ足りていないのが現状である。

また社会的な問題ではあるが、これまで小児の中では知的障害と身体障害が合併した重症心身障害児といわれる子どもが、重い障害を持っている子どもとして支援の対象となっている。その中で医療が必要となる子どもが超重症心身障害児と呼ばれている。超重症障害児という子どもは、歩けず話せない子が前提であるが、今増えているのは歩けて話せる子どもである。全国にいる1万7千人の医療的ケア児のうち、どのくらい子ども達が歩けて話せるかという正確な統計はないが、小児科学会の重症児委員会等で調べた統計によると、およそ45パーセント程度、半分くらいは重症心身障害児に当たらないとされている。そのため、医療的ケア児の半分は重症心身障害児が受ける支援を受けることができないということになる。このような児は十分に生活までの支援が行き届かず、生活の中で家族と児や兄妹が苦しい思いをしている現状がある。その中で子どもたちの支援は多くあるが、それを繋ぐ仕組みが上手くできていない。

高齢者と同様にケアマネジャーのような人を

養成する等、小児の地域包括ケアについても考えていきたい。

社会支援的にみても小児在宅医療は非常に有意義であるということを感じている。是非、そういった小児在宅医療を地域で推進し、子ども達の命を守り、可能性を伸ばし、子どもと家族が安楽に生活できるような地域をつくっていきたいと考える。

③相談支援専門員の立場から

日本相談支援専門員協会顧問 福岡寿

医療的ケア児を支援するために重要な役割を担うのが、相談支援専門員である。介護保険のケアマネジャーのような役割であり、福祉サービスの相談や調整を行い、計画を作成している。サービスを利用する全ての方に相談支援専門員がつくことが国の制度となっているが、ケアマネジャーと比べて相談支援専門員は認知度が低く現状は厳しい。

相談支援専門員は量的にも質的にも十分でなく、地域格差があるが、需要があり、国の取組み等をみても追い風傾向にある。まだ量的にも質的にも十分ではないが、期待いただけるような様々なプログラムや研修事業を通じながら、相談支援専門員が頼りにされるような時代を一日でも早く手繰り寄せたいと考えている。

(2) 厚生労働省の対応

①児童福祉法の改正、障害児福祉計画等について

**厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課
障害児・発達障害者支援室長 三好圭**

平成18年に障害者自立支援法ができ、医療や介護保険と同様に義務的経費として制度が改められた後、平成24年に現在の障害者総合支援法となった。

医療や介護に比べると、取組みに関して遅れがあったが、近年はしだいに予算を確保し伸びてきている状況がある。その中で、平成24年

に総合支援法ができ、3年後の見直し検討会において全体的な見直しを行い、総合支援法の一部改正となった。一部を除いては平成30年4月に施行となっている。

柱としては、障害者の望む地域生活の支援、障害児支援のニーズの多様化への決め細かな対応、サービスの質の確保・向上に向けた環境整備がある。

障害児支援のニーズの多様化へのきめ細やかな対応として、重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設した。現在、詳細な基準について詰めているところである。

また、医療的ケア児の対応について、地方公共団体は、医療的ケアが必要な児を支える保健、医療、福祉関連の支援体制を整備しなければならない。このことは、地方公共団体に対して体制整備を義務付けるものとなっており、厚生労働省において先般開催した小児在宅ケア児の担当者会議でも、体制整備の取組みへの強化について共有が図られた。理念規定のようなものではあるが、それぞれの地域でしっかり身を結びつつあるのではないかと考えている。

障害福祉サービスにおいても、障害福祉計画が存在しているが、大人の障害者を対象としたものであり、障害児に対する計画というものはこれまで存在していなかった。平成28年の法改正により、地方公共団体、具体的には都道府県や市町村が障害児に対する計画を作成することが義務付けられ、平成30年から開始する第5期の障害者福祉計画の事業年度に合わせて障害児福祉計画も開始していきたいと考えているところである。

計画については、国で先般公表した基本的指針を踏まえながら作成しており、具体的には、平成32年度末までに重度心身障害児を支援する児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所を各市町村に少なくとも1ヶ所以上確保すること、また平成30年度末までに各都道府県、各圏域及び各市町村において、保健、医

療、障害福祉、保育、教育等の関係機関等が連携を図るための協議会を設けることを目標値として記載しているところである。

医療的ケア児支援促進モデル事業について、障害児通所支援事業所に通所する医療的ケア児の保育所や、放課後児童クラブとの併行通園の仕組みを進めていきたいと考えている。

現在、いくつかの自治体に手上げしてもらい、平行通園の仕組みを取り入れていただいている。児童発達支援事業所から看護師等に保育所まで同行してもらい、医療的ケアを実施したり、受け入れ先である保育所のスタッフに医療的ケア児受入れの注意点等をレクチャーしたりしている。平成29年度は3箇所の自治体で進めているが、平成30年度は10箇所に広げるため財務省に予算要求しているところである。

2つ目の事業として、医療的ケア児の様々な支援サービスを結びつけるコーディネーターの養成がある。それぞれの事業所の中で医療的ケア児を含め豊富な知識をもって支援していただけるような支援者の養成を行う事業を行っているところである。

医療型短期入所事業所開設支援として、医療的ケア児を抱えている親の負担を減らすために、レスパイトのような役割を果たす医療型短期入所を伸ばすための開設の支援を行い、新規開設に向けた医療機関等に対する講習の実施や職員に対する研修を実施しているところである。また、医療的ケアが必要な児が旅行先等で急変し、かかりつけでない救急病院を突然受診する際に、その方の基本情報や受けている医療的ケア等の内容についてインターネットを通じ共有できるような取組みを29年度においてモデル事業として実施しようと、現在入札をかけるところである。30年度には全国的に実施し、様々な形で医療的ケア児を受け入れる支援体制をつくっていこうと考えているところである。

最後に、障害福祉サービス等報酬改定検討チームについて、障害福祉サービスも来年度は改定の年であるため、診療報酬についても30年

に向けて改定していこうと議論している。

厳密な定義ができない状況であるが、簡素な基準を設けた上で、医療的ケア児を受け入れられるような通所や事業所、入所施設に対して報酬を加算するような仕組みをつくっていかないと検討しているところである。

②医療計画上の取扱い、小児在宅医療人材養成事業等について

**厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室長 松岡輝昌**

現在、医療介護一体改革に向け、地域医療構想を策定し医療計画を作成しているところである。

第7次医療計画は、来年度の4月より施行することとなっているが、その中で小児在宅医療は、小児と在宅という2つの部門にまたがる形で位置付けられるべきものだと考えている。

医療計画制度について、医療圏を設定し、その中で完結する医療をどのようにつくっていくのかを行政側が描いていくものとなっている。

今回の第7次計画の見直しについては、地域における小児医療体制整備の中に小児地域支援病院の実現が位置付けられた。地域の診療所から中核的な病院まで縦の繋がりを持ちながら小児医療体制を形づくっていく。小児救急医療と地域かかりつけ医の連携を深めていくということになっている。

在宅医療については、市町村との関わりが非常に大きなものではあることから、都道府県と市町村との間で協議の場を持ちながら目標値の設定をお願いしているところである。在宅医療は、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、これらの4つの機能に分けて現状把握のための指標というものを県に対して作成するようお願いしているところである。

また、地域医療構想については、医療機能を自主的に選択するものであり、地域医療機能を4つに分けたものを整備するということであるが、整備に当たっては基金を充てることができ、

国は3分の2、都道府県兼自治体は3分の1の負担を行い、これらを活用し環境整備を行う。基金については、3つの柱があり、①病床の機能・分化連携、②在宅医療の推進、③医療従事者の確保、この中の②在宅医療の推進の中で小児在宅ケアの事業などを実施していただくというような仕組みとなっている。

小児在宅医療については、出生時体重別出生数及び出生割合の推移をみても小さい児が増えてきている現状があり、NICU病床数及びNICU長期入院児も同様に増えてきている。

在宅医療を受ける患者の動向について、2015年の訪問診療数の中で0～4歳が0.1%、5～19歳までが0.2%を占めることから、数的には高齢者に比べると少ないが一定の数を占めているという状況がある。そのような状況の中で、在宅医療の診療所においては、小児の場合受け入れが非常に難しいとの話が多く出ている。また、訪問看護ステーションについても5年前に比べると2倍以上に小児が増えてきており、その中で、各県においては、基金を利用し、拠点整備、レスパイト支援、人材育成、連携強化の4つに分けて小児の在宅医療に取り組んでいるところである。

現在行っている事業としては、在宅医療関連講師人材養成事業というのがあり、在宅医療(高齢者)、訪問看護、小児等在宅医療という3つの分野に特化したプログラムで、全国で研修を実施し、各県において自ら研修を行える研修人材をつくることを目的としている。

小児の在宅医療については、まだまだ数が少なく難しい面はあるが、高齢者よりも遅れている分進めていかなければならないと考えているところである。

(3) 医師会の取組み

①日本医師会の取組み

日本医師会常任理事 松本吉郎

小児の在宅は大人と違い、色々な方面の方と連携しながら進めていく必要がある。

平成 29 年 1 月に日本医師会において「小児在宅ケア検討委員会」を設置し、メンバーとしては各県の小児在宅に関わりがある方を中心に構成している。

小児在宅ケア提供体制の現状を把握するため、今年の 4 月頃に 47 都道府県医師会に対し「小児在宅ケア提供体制に関する調査」の実施を行った。調査項目内容については以下のとおりである。

1. 都道府県における小児在宅ケアに関する取組みについて

医師、訪問看護師等を対象とした小児在宅医療研修会は一部で行われているものの、全体として医師会の関与はなく、今後行政等と連携して、地域の小児在宅ケア提供体制の充実に向けた取組みをお願いしたい。

2. 都道府県医師会の小児在宅医療に関する取組みについて

医師会の取組みとしては、県の小児科医会や大学と協力し、小児在宅医療研修会を開催しているところが多かったが、全体としてはまだ進んでいない状況である。

3. 医療的ケア児の支援のため、関係者が集まって協議する場が設置されているか

半数以上の都道府県で設置されているが、構成メンバーとして医師会が入っていない県もあった。協議の場に医師会が参画することは大変重要であり、行政への働きかけをお願いしたい。

4. 協議の場とは別に、貴会と行政で小児在宅ケアについて協議する機会はあるか

32 の医師会で小児在宅ケアに関して協議する機会がなかった。医療関係部局とは普段から様々な問題について協議しているが、福祉関係部局とは接点が薄く、今後の課題といえる。

5. 都道府県医師会の中に、小児在宅ケアについて検討する委員会等は設置されているか

設置済みは埼玉、愛知、大阪の 3 府県で、「他に委員会で検討している」が 10 都道府県であった。「今後設置する予定」が 3 県、「今後設置を検討したい」15 県であり、都道府県の中で

も小児在宅ケアについての問題意識が高まっているといえる。

6. 貴都道府県で小児の在宅ケア提供体制を整備していく上で課題となる事項は何か。

最も多かった回答は「家族のレスパイトを目的として預けられる施設が少ない」であった。次いで「在宅訪問診療に取り組む小児科医療機関又は医師の確保が困難」、「相談支援専門員が少ない」、「小児在宅ケア提供体制を構築するための財政支援が不十分」という回答が多かった。

この結果を踏まえ、委員会での検討状況及び方向性として、地域医師会に委員会等を設置する等、小児在宅ケアについて積極的な取組みを進めること。また、地域医師会が「協議の場」に参画し、行政や関係者と連携して体制の構築を進めることが重要である。

本協議会を通じ、小児の在宅医療・福祉に関わる課題等に関する理解を深め、医師会として取組みを検討するきっかけにしていきたいと考えている。

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等について、日医として厚労省に対しヒアリングを行い、主に「Ⅰ. 「重症心身障害児」にあてはまらない医療的ケア児への支援」、「Ⅱ. 医療的ケア児を含めた小児在宅医療・福祉サービス全般」、「Ⅲ. 高齢障害者の介護保険サービス利用」についての 3 つの要望を行った。

Ⅰ. 「重症心身障害児」にあてはまらない医療的ケア児への支援についての詳細な内容については、「医療的ケア児の重症度の判定基準の導入」や「医療的ケア児の各種支援体制の充実」として、①短期入所における「高度医療対応型」の新設、②障害児の通所系サービスにおける医療的ケア児の受入れ促進、③生活介護・居宅介護における医療的ケア者対応加算の創設、④子ども子育て制度「居宅訪問型保育事業」の活用、⑤医療的ケア児者に対する通園、通学、通所支援サービスの拡充、⑥保育園、学校等における医療的ケア児の受入れ拡充及び訪問看護を「居宅」以外（学校等）でも利用できる体制の整備

について意見、提案を行った。

Ⅱ. 医療的ケア児を含めた小児在宅医療・福祉サービス全般の詳細な内容については、「相談支援専門員の小児在宅医療のコーディネーターとしての関与の強化」として、①指定一般相談支援（地域移行・地域定着相談）の対象の医療的ケア児への拡大等、②医療的ケア児者のコーディネーターの養成促進、③支給決定及び給付管理の仕組みの整備（支給決定等の透明化）について意見、提案を行った。

Ⅲ. 高齢障害者の介護保険サービス利用についての詳細な内容については、「高齢障害者の介護保険サービス利用に関する取組み」について意見、提案を行った。

②大阪府医師会の取組み

大阪府医師会副会長 中尾正俊

障害児の福祉計画又は児童福祉法について、都道府県医師会のみならず地区医師会と市町村が一緒になり、取組みを行わなければならない時代となっている。地域の医師会がどのような取組みを行っているのか説明したい。

大阪府医師会の基本理念として、医療の三本柱、福祉の三本柱、教育の三本柱を設定している。

医療の三本柱は、「(1) 重症児・者に対応可能な訪問看護師・訪問リハビリスタッフの充実又はスキルアップ」、「(2) かかりつけ医（訪問診療・往診を含む）」、「(3) 緊急時の受入れ体制」である。

福祉の三本柱は、「(1) レスパイトを含めた短期入所・デイケア事業」、「(2) 医療的ケアに対応可能な訪問介護事業」、「(3) 相談支援事業」である。

教育の三本柱は、「(1) 学校における看護配置」、「(2) 教員による医療的ケア研修」、「(3) 移動中、泊行事中の医療的ケア保障」である。

大阪府医師会の活動内容として、1992年に大阪府医師会勤務医部会に「小児の在宅医療システム検討委員会」を設置した。その中で、年々増加している医療的ケアが必要な小児に対する

総合的な支援体制の不備を指摘した。その後、大阪府医師会の実行委員会「小児医療的ケア検討委員会」に移行している。

1990年以降、NMCS（新生児診療総合援助システム）28病院においてNICU長期入院児の増加が問題化したことから、2008年に周産期医療委員会の中にNICU長期入院者対策小委員会を設置した。2009年には地域医療再生基金を活用した「NICU等長期入院者対策と在宅医療地域ネットワーク構築」の事業を行う等、大阪府医師会としての活動を行っている。

大阪府小児在宅医療連携協議会については、「大阪の小児在宅医療を考える会」の企画運営を行っている。参加団体はNMCS（新生児診療相互援助システム）基幹5病院、在阪5大学、医師会、小児科医会、看護協会、訪問看護ステーション協会、療育施設、大阪府となっている。昨年の実施内容においては、「小児の地域包括ケアをめざして」をテーマに会を開催した。

大阪府健康医療部における在宅医療支援事業として、2009年に高度専門5病院が長期入院児退院促進事業等を行っており、保健所、看護協会、大阪府医師会において事業展開されている。その中で、成人移行が近い症例に対して、円滑な移行及び診療を行うかかりつけ医を確保することを目的とする「小児のかかりつけ医確保事業」を大阪府医師会が委託を受け実施している。

また、福祉部における地域生活支援事業として、2010年に医療的ケアが必要な障害児等地域生活支援システム整備事業から始まり、地域包括ケアシステム整備事業に移行している。

2013年においては、大阪府在宅療養支援診療所・病院1,828施設に対し医療的ケアが必要な重症心身障害児者からの支援依頼への対応についてアンケート調査を行い、対応可能32施設、条件つきで対応可能597施設の回答があった。条件つき対応可能については、医療機関の連携体制が重要であるとしており、夜間対応や重度心身障害者の年齢、訪問看護の支援、医

療的ケアの内容等、条件がクリアできれば597施設においても参画していただけるのではないかと考える。

大阪小児科医会が取り組んでいる在宅小児かかりつけ医紹介事業については2013年にモデル事業を行い、2015年から本運用が開始された。本事業は、病院と役割分担を行うことで、小児在宅医療に関わる地域の小児開業医が増えることを期待し実施され、登録施設は95施設である。小児科医会からの報告内容として、高度な医療的ケアを受けている症例も多くあったが、かかりつけ医に医療的ケアの関わり方や24時間体制を依頼する例は少なく、かかりつけ医へのアンケート調査においても大きな負担感はなく小児医療を行っているということが分かった。自身の可能な医療範囲や時間帯に関わることができるので、小児医療に関わる新たな担い手を増やす方策の一つとして有用であると結論づけられている。

これまでの活動から大阪府医師会として、①専門医療機関との連携、②大学との連携、③小児科医会・内科医会との連携、④行政との連携、⑤福祉関係団体との連携、5つの連携に主に重点を置き、小児在宅医療の推進に積極的に取り組んでいきたいと考えている。

③愛知県における医療的ケア児の必要な子どもたち 特に超重症児を外に連れ出す試みについて

愛知県医師会理事 野田正治

小児医療に必要なことについては、これまでも医師向けの講習会や多職種向けの勉強会を行っており、一定の効果を得ることはできたが、座学となってしまうため実際に子ども達と直接触れ合うことはなく、また小児在宅医療を広めるために講習会や検討会を開催しても参加者が固定してしまう等の問題がある。別の視点の問題については、医療的ケアが必要なお子さんを介護している保護者等の交流の場がほとんどなく、レスピレーター等を装着した子ども達の移

動手段においても難しいことがあるため、外に出たことがないお子さんがほとんどである。また、行政においても直接の担当者は医療的ケア児について知っているが、それ以外の方や政治家等の方は全く医療的ケア児をみたことがないというのが現実である。

そこで、子ども達を外に出す試みを行うことを考えた。映画館並みの巨大なスクリーンを使って映画上映を行い、保護者は別室で交流いただく(パパママカフェ)。子ども達には直接担当している訪問看護師が付き添い、ボランティアに対し医療的ケアについて説明を行う。ボランティアの参加においても、学生がほとんどだが、現在はお断りしなければならないくらいの希望者がいる。学生は子ども達と実際に触れ合いながら医療的ケアを学ぶことができ、マスコミを通じて市長や国会議員にも医療的ケア児を知ってもらっている。

実行委員については、医師2名、残りは看護師やOT、PT、学生がメンバーとなっている。実行委員会の別名を「もーやっこ Jr の広場」と名づけた。医療介護連携ネットワーク名「もーやっこネットワーク」に由来している。

「もーやっこ Jr の広場」のまとめと今後の課題として、参加を希望する方が多く、これから年齢制限の設定や医療的ケアを必要としない障害児者の参加希望について検討していく必要がある。

運営については、補助金では映画上映費やパパママカフェの費用の支出が困難であることや、楽屋用の大型エレベーターを備えている施設でないと子ども達の移動が困難であることが上げられる。

また、市長や議員に医療的ケア児について知ってもらうことが大事であり、マスコミとの想いが若干食い違っていることがあるが、マスコミにも広報していただきたいという想いがある。

このような取り組みを行い、回を重ねるごとにノウハウができてきたので、他の地区で同じような取り組みをしたいという話があれば、どんど

ん情報を提供したいと考えている。全国にこのような取組みを広げていきたいと考えている。

協 議

①指定発言

<埼玉県医師会>

全国の事例や県内の事例を知ることが有意義であり、医師だけでなく、小児を取り巻く多くの関係者が一堂に集まって話し合いを持つべきだと思う。

<日本医師会 松本常任理事>

ご指摘通りである。

今回の連絡協議会は、医師会としての取組みを進めていただくきっかけになればと考えている。厚労省より説明があった人材養成事業は、日医や行政関係者を対象とした研修会であるが、来年は日医の大講堂で開催することとなっている。日本小児在宅支援研究会やその他の地域でも研修会等を開催しているところが多くあるので、そうした取組みを是非共有していきたいと考えている。

<高知県医師会>

重症心身障害児者施設でのレスパイト受入れ人数が限られている中で、通院している病院でのレスパイトを行う方法はあるが、種々の問題があり実現できていない。レスパイト事業を行っている病院事例があれば教えていただきたい。

<岐阜県医師会 矢嶋常任理事>

在宅の子どもにとってレスパイトは不可欠なものと考えている。岐阜県では準超重症児医療を受け入れている短期入所施設が岐阜市を中心に5圏域全ての地域にある。また、開業医においてもレスパイトを引き受けている施設がある。岐阜県は行政が積極的に小児在宅への取組みを進め、大学においても障害児医療学寄附講座を設置し、人材育成を進めている。また、レスパイトの支援、看護人材育成、コーディネー

ター養成、患者サポート等、多様な取組みが続けられている。

岐阜県圏域は比較的医療資源に恵まれており、5圏域の格差是正が課題であることや、短期入所においても岐阜圏域は充足してきた感はあるが、希望通りに利用できない等の問題がある。さらなる公的な支援策が望まれる。

「重度障害者包括支援」というサービスが法律上あるものの、要件が厳しく実施している事業者が少ないことや、報酬上の評価が低い等の課題もあり、利用し辛い現状がある。また、訪問介護サービスが成人でなくても利用できるようにならないか、また厳しい状況におかれている障害児やその家族にも、重度訪問介護サービスが利用できるよう国に働きかけていただくようお願いしたい。

<厚労省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援三好圭室長>

お答えのポイントとしては2つある。1つ目は法律上。重度訪問介護は障害児でなく障害者を対象としている。理由としては、障害児に関しては基本的には親がついており、介護ができる方がいることでその対象となっていないのだと考える。しかし、対象外となっているが、親が大変な時にそういった支援を受けたいと、要望としてあるのは理解している。また、報酬については、障害福祉サービス等報酬検討チームのヒアリングでも寄せられている要望である。しかしながら、法律ではっきりと障害者と規定されているため、今回の報酬改定で実現できるという訳ではない。中期的な検討課題として受け止めさせていただきたい。

2つ目は既存のサービスの中でいくらか対応できるものがあるのではないかと考えている。例えば、長崎県医師会からの質問の中に、介護者が不在の場合ヘルパーは利用できないとあるが、居宅介護については介護保険における訪問介護と同じで、一般的なヘルパーの利用ということになるが、国の基準では必ずしも介護者

が不在のときに使えないと定めている訳ではない。おそらく実施している自治体でそのような決まりとなっているのではないかと考える。この辺の工夫については自治体毎にできると考える。障害児福祉計画を各自治体で作成しているので、その中で各地域の資源の状況に応じて、どのようにそのような小児、あるいはそのようなニーズを受け止めていくのかを自治体と連携し、議論していただければと考える。

統 括

日本医師会の中川俊男副会長より、概ね以下のとおり統括が述べられた。

高齢者の在宅医療については、全国各地でかなり取り組みが進んでいるが、小児についてはまだまだ一部の医療機関に頼っているのが現状である。今後、全国的に対応していくためには地域医師会の役割が非常に重要になってくると考える。そのために、まずは医療的ケア児の在宅医療の現状を知っていただく機会が必要である

と考え、本日の担当理事連絡協議会を開催させていただいた。

本日は、実際に在宅医療に取り組んでいる先生方や厚生労働省の取組み等についてご報告いただき、大変参考になったのではないかと考える。医療を提供する側の医師会としては福祉分野についても行政と密接に連携して理解を深めていかなければならない。

また今後、保育、教育の現場で医療的ケア児の受入れが進んでいく中で、園医や学校医としてのそうした子ども達の対応についてアドバイスを求められる機会も多くなってくると考える。そのような意味では、幅広く医師会の先生方に小児在宅ケアのことを知っていただく必要があると考える。

本日の連絡協議会をきっかけに、各地域では非取組みを進めていただきたい。日本医師会としても、本日皆様からいただいた意見を踏まえ、しっかりと対応させていただくことを約束する。

印象記

常任理事 金城 忠雄

平成 29 年 10 月 18 日（水）日本医師会において、平成 29 年度都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会が開催され、宮里達也担当理事の代理で出席した。

日医の横倉義武会長より、「小児在宅ケアは、医療だけでなく福祉、保育、教育等様々な関係者との連携が必要であり、医師会と行政の連携も欠かせない。小児在宅連絡協議会は、日医主催では初めて開催することになった。」との挨拶で協議会が始まった。

我が国の新生児救命率は、世界一となっているが、早産極小未熟児や先天異常児などのハイリスク児の長期入院が問題となっている。施設の収容数にも限度があり、レスピレーター付退院で典型的な小児在宅ケアになると家族の負担は並大抵のことではない。特に母親の苦勞を思うと、分娩時の苦痛に加え、分娩後も苦惱の継続状況は不憫に思い言葉もない。

小児在宅ケアの現状については、大阪府医師会、愛知県医師会の小児在宅ケア検討委員会の取組み、一次預かり制度いわゆるレスパイト施設などの熱心な取組みが報告された。

厚生労働省においても事の重大性を理解し、平成 24 年に障害者総合支援法など制定して、遅ればせながら予算などの確保に努力していると力説した。地方公共団体は、保健、医療、福祉関連支援体制の整備が義務付けられており、小児在宅医療の人材、コーディネーターの養成などに

努力している。

指定発言では、岐阜県医師会の矢嶋茂裕常任理事より、「岐阜大学では障がい児者医療寄附講座を設け、レスパイト支援事業、コーディネーター養成など多様な実技や講習会を開催している。医学生や看護学生に呼びかけるとボランティア活動を積極的に参加し、大勢の申し込みがあり制限するほどである。日本の若者も捨てたものではない。家族の中には、レスピレーター付きの病児は外出もままならず、退院後は太陽を拜んだことが無い等の声がある。是非、在宅ケアをシステム制度化して欲しい。」との意見が述べられた。

私ども沖縄県では、平成 22 年に県医師会と沖縄県福祉保健部との会議で「小児における長期人工呼吸管理症例の支援体制について」協議したことがある。福祉保健部の回答は、小児科医、病床数や予算など解決すべき問題はあが対応に努力するとの意見であった。現に、ある小児科開業医が「ていんさぐの会」をたちあげ、小児在宅医療基金など組織し、どんな難病であっても可能な限り家庭の中で育てようとの理念の基に活動している。

小児在宅ケアは、医療だけでなく福祉、保育、教育や予算など制度構築にかなりの覚悟が必要である。嘆いてばかり言ってもおれない、複雑な問題はあっても、医師会、国、行政等が協力し小児在宅ケアの課題解決に積極的に取り組むことを痛感した。

最後に、日本医師会中川俊男副会長が日医主催による「小児在宅ケア担当理事連絡協議会」を初めて開催した。今回の意見を参考に日医でもしっかり対応するとしめくくった。

日医認定健康スポーツ医再研修会のお知らせ

●女性アスリート診療のための講習会

日 時：平成 30 年 3 月 25 日（日） 12：00～15：30

場 所：沖縄県医師会館 3 階ホール

単位数：3 単位

参加費：3,000 円（当日徴集致します）

内 容：①「女性アスリートにみられる疾病と治療」

講師 南生田レディースクリニック 院長 石川雅一 先生

②「女性アスリートへの栄養指導」

講師 日本スポーツ栄養学会 小清水孝子 先生

③「アンチ・ドーピングの基礎知識」

講師 国立スポーツ科学メディカルセンター 薬剤師 上東悦子 先生

申込方法：沖縄県医師会ホームページ「健康スポーツ医」のページ
（http://www.okinawa.med.or.jp/html/sagyo_gakujutu/sportsi/sportsi.html）

より、申込書をダウンロードし、FAXにてお申し込みください。

申込締切：平成 30 年 3 月 12 日（月）

平成 29 年度全国医師会 勤務医部会連絡協議会



勤務医部会部会長 西原 実



去る 10 月 21 日（土）札幌市において、「地域医療をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創生のためにー」をメインテーマに平成 29 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（主催：日本医師会 / 担当：北海道医師会）が開催されたので、その概要を報告する。

挨拶

日本医師会横倉義武会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

本協議会は、昭和 56 年の第 1 回開催以来、今年度で 38 回目を迎えることになった。この間、勤務医の立場から、医療に係るさまざまな問題をご議論いただき、昨年度は、2025 年に向けた医療提供体制の構築に当たり、勤務医が果たすべき役割を担うために、4 項目から成る「おおさか宣言」が採択された。このように本協議会が、日本全国に向けてメッセージを発信

しつづけていくことは、誠に意義深いことであり、これもひとえに、都道府県医師会をはじめ勤務医部会関係各位のご協力の賜物と、心より敬意を表する次第である。

さて、わが国では、超高齢社会の到来に伴う社会構造の変化が進展していくなかで、医療の在り様もまた大きな変革を迫られている。そのため、2025 年を見据えた地域包括ケアシステムの構築が全国各地で進められており、勤務医が地域医療で担うべき役割はますます大きくなっている。

本日の協議会においては、「地域医療をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創生のためにー」をメインテーマに、医療が直面するさまざまな問題に対して、多様な視点から議論が行われることは、誠に時宜を得たものであり、その成果に大いに期待を寄せている。

一方、将来にわたり、過不足のない医療を国民に届けていくためには、医師の働き方についても特段の配慮が必要である。政府の働き方改革により、医師については、2019年度末を目途に規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等についての議論を得、その適用に関しては、改正労働基準法施行後、5年間の猶予を得る見通しとなった。日本医師会は、医療の現場を熟知する医師自らが、この問題に係る議論をリードしていくことが極めて重要との認識から、会内に「医師の働き方検討委員会」を設置し、勤務医委員会から4名の委員の参画を得るなかで、すでに検討を重ねているところである。医師自身の健康を確保すると同時に、地域医療にも混乱が生じぬよう配慮しながら、医師がその職責を存分に発揮できる環境の実現を目指し、取り組みを進めていく。

北海道医師会長瀬清会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

北海道医師会の勤務医部会は、昭和61年2月に発足し、勤務医に関わる地域医療活動、生涯研修および福祉対策等の事業の推進を図ってきた。本日の協議会の企画にあたり、運営委員会や昨年立ち上げた若手医師専門委員会に多大なご尽力をいただいた。

今回は、メインテーマを「地域医療をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創生のためにー」とし、北海道においては医師の不足・偏在の問題はとりわけ大きく、加えて新専門医制度の開始により医師の偏在がより顕著になることが危惧される中、これからの北海道の地域医療を考えた時、医師の7割を優に超える勤務医の期待と責任の重さを考えるこのテーマとした。

特別講演では、日本医師会の横倉会長より「世界に羽ばたく日本の医療」、内閣府大臣官房審議官の大島氏より「人口減少時代の医療提供」についてそれぞれご講演いただく。ランチョンセミナーでは北海道の医療史について、北海道史研究会代表幹事の島田先生にお話しいただく。シンポジウムでは、「地域の現状とその対

応」、「地域社会をつなぐ新たな挑戦」、「次世代を担う若手医師の意識」の3題を企画した。「次世代を担う若手医師の意識」では、若手医師専門委員会からの道内勤務医の世代別意識調査の分析結果についての発表いただく。

日本の国土の22%を占めている広域な本道では、医療資源が分散しているため、固定翼機の導入を国に要望し、7月30日に無事就航となり、地域医療を補完するシステムが構築されつつある。

我々は医師として、国民のことを第一としながらも、地域住民の医療への意識づけ、勤務医の労働環境改善、将来の医療従事者の要請等、さまざまな事に対応していかなければならない。

また、来賓祝辞として高橋はるみ北海道知事と秋元克広札幌市市長より歓迎の挨拶があった。

特別講演

「世界に羽ばたく日本の医療」

日本医師会 横倉義武会長

超高齢社会を乗り切るためには、「切れ目のない医療・介護」を提供できる体制を各地域の実績に即した形で構築することが求められる。かかりつけ医と勤務医が医師会活動を通じて、地域の診療所・病院だけでなく、他の医療機関とも「顔の見える関係」を築き、お互いに連携していくことが重要である。良質な医療を提供するためには、勤務医の就労環境の改善が必要であり、昨年度は4項目からなる「おおさか宣言」を採択いただいた。その実現のため、勤務医の健康支援、男女共同参画、女性医師支援等、全ての医師が団結し、より良い明日の医療を実現するための取り組みを進めている。

また、政府の「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」では、医師は上限規則の施行に5年の猶予が設けられ、2年間をめどに「質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指す方策」について検討することとされた。日本医師会には、医師の勤務環境改善

のさまざまな取り組みの成果が蓄積されている。これを活かし、国の検討の場でしっかりと意見を伝えるため、会内の「医師の働き方検討委員会」において検討を行なっている。地域医療に混乱を生じさせることなく、世界のトップレベルの質の高い医療提供体制の維持と医師自身の健康確保を両立するような制度を検討している。

わが国は、いつでも、誰もが、どこにでも安全で安心な医療を受けられる国民皆保険制度のもと、世界一の長寿国となり国民の健康水準が向上した。世界的に「日本の保健医療制度は日本国民のみならず、世界の人々の健康のバロメーターである」と評された。

世界医師会シカゴ総会において世界医師会長を拝命し、国民の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げたわが国の優れた医療システムについて、世界が経験したことない高齢社会を「安心」へと導くモデルとして発信することで、世界中の人々の幸福の実現に貢献していきたい。

国民の健康・医療を守るのが医師であり、その医師の集団が医師会である。持続可能な社会保障のために、我々医療者側からも、世界に冠たる国民皆保険を堅持していくため、過不足ない医療提供ができるよう、理念を高く掲げ、国民の健康を守る主張をしていきたい。

インタビュー動画「地域住民と医療支える方たちの声」

地域住民への街頭インタビューの動画が放映された。

「人口減少時代の医療提供」

内閣府大臣官房審議官（兼）内閣府大臣官房
人生 100 年時代構想推進室次長
大島 一博

人口は、1億2,000万人をピークに減少し2100年には5千万人程度になり、65歳以上の人口は2040年まで増加すると予想される。その間、支え手が減る中で医療・介護の需要が増える。それを財政や保険料負担とどう調和されていくのかが社会保障の大きな課題である。加

えて、医療・介護は、地域差が大きいことから、国だけでの問題解決は難しく、都道府県の役割が大きくなる。解決策として、以下が考えられる。

- 「地域包括ケア」：入院期間を短くし、医療・介護だけでなく生活支援も届ける。市町村とかかりつけ医の役割が大きい。特に高齢化の進展が今後著しい首都圏では必須である。
- 「予防・健康管理」：健康寿命を延ばして生涯現役社会を実現すること。入口では、保健での対応であり、医療保険者、事業主、市町村の役割が大きい。重症化予防は、医療の役割が大きい。市町村を連携するケースも増えている。対象分野としては、壮年期の糖尿病予防と高齢期のフレイル予防が重要である。
- 「科学技術の進展」：合理的な価格で画期的な治療薬や検査薬が出てくる可能性がある。認知症やガン等の分野で期待される。
- 「ICTの活用」：バイタルデータの日常的な管理や診療支援ソフトの普及が考えられる。また、レセプトデータを使った医師等への診療情報の提供システムの可能性もある。匿名データを大量に集めて、診療ガイドラインや診断支援ソフトの作成・改善を行うことも重要である。世界的に見ても、医療の質の向上や新薬の開発等のために、医療データを収集する動きが活発になっている。日本には、レセプト、特定健診、介護といった独自のデータがある。医療の質が向上すれば、効率性も高まる。高齢化は日本が先行しているが、アジア各国も数十年後に同様の状況になる。日本での取り組みの成果が、アジアのモデルになり国際貢献にある。

報 告

「日本医師会勤務医委員会」

日本医師会勤務医委員会 泉 良平委員長

平成 28 年 11 月より、横倉会長の諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」を受け、日本医師会勤務医委員会活動を開始した。平成 26～27 年度の諮問「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」の答申に

沿う形で大都市圏からの委員が加わり、14名で委員会構成がなされた。

平成29年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会では、「新たな専門医の仕組み」については①女性医師ライフイベントや留学時の対応等への専門医制度整備指針公表、②ダブルボードの認定、③医師会で実施する「共通講習」(感染症・医療安全・倫理)等、「医療事故調査制度」については①日本医師会による医療事故調査制度における都道府県医師会の支援団体活動に関する実態調査報告、②日本医師会による支援団体向け研修会等の議論を行った。

勤務座談会において、全国より5名の勤務医が出席し、「医師の働き方」、「新たな専門医の仕組み」、「医療事故調査制度」、「医師会への期待」等について、意見交換等を行った。『日医ニュース』に、平成29年9月より3回にわたり掲載している。

その他、日本医師会「医師の働き方検討委員会」への勤務医委員会としての積極的な関わりとして、(1)時間外労働の定義(研修や教育等)、(2)労働者としての医師、(3)時間外労働を規制されることによる医療への影響、(4)地域医療への影響と軽減されるために必要な対策、(5)医師の働き方を変革するために必要な取り組みについての調査等について協議を行っている。

次期担当医師会挨拶

長崎県医師会 蒔本 恭会長

次年度は、平成30年11月3日(土)ホテルニュー長崎において、メインテーマを「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」と題し開催を予定している。多くの先生方の参加をお待ちしている。

ランチオンセミナー

「蝦夷地の医事と医人」

日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会
代表幹事・元町整形外科名誉院長
島田 保久

○蝦夷地は、日本人がアイヌの居住地を指して用いた言葉で、渡島半島周辺を除く現在の北

海道を中心に、樺太と千島列島を含む総称である。

- 松前藩は、16世紀末に蝦夷地の松前慶広が徳川家康に認められた無石の藩で、蝦夷地には和人(アイヌ以外の日本人または大和民族が自分たちをアイヌと区別するために用いた自称)が移住する前からアイヌが居住していた。
- 医師は、松前藩医、町医、御雇医師、立入医師、在住医師、陣屋詰医師、付添医師、会遊医師、外国人医師に区分されていた。
- 蝦夷地で越冬すると顔がむくみ、脚が紫黒色にむくむ等の症状で多数が死亡した。箱館奉行所(日本の北辺防備の拠点として設置された江戸幕府の役所)は対策として、クワヒル(暖房器具)を試作し、コーヒー豆を配った。
- 択捉島の番人小頭だった中川五郎次は、文化4年(1807年)に、ロシアに捕らえられシベリアに連行された。抑留中に種痘書を手に入れ、現地で技術を学んだ。文政7年(1824年)、松前に痘瘡が流行し、中川五郎次が牛痘種痘を行った。
- 天然痘は、和人が蝦夷地に持ち込んだ病気で、アイヌ民族には免疫がなかったため、江戸末期に大流行して人口が減った。1856年、幕府はアイヌ民族に強制種痘することを決め、種痘医の桑田立斎と深瀬洋春を派遣、翌年にかけて強制種痘を行った。強制種痘により流行が下火となり、それを讃えて箱館の商人が「種痘之図」を奉行村垣淡路守に贈った。桑田立斎は江戸にて「公命蝦夷人種痘之図」を模写させた。それには、行列をなすアイヌ民族の腕に、和服を着た医師が、順番に種痘している様子が描かれている。
- 箱館開港に伴い、ロシア領事とともに海軍軍医のアルブレヒトが赴任、ロシア人のために建設された病院で診察した。幕府は当初、一般の診療は認めない方針だったが、住民の嘆願に押されて方針転換した。箱館奉行所に雇われていた医師が西洋医学の高い技術を目の当たりにすることとなり、何人もの医師がアルブレヒトの研修医となった。

○箱館の医師はロシア病院の設立に刺激され、文久元年（1861年）、200坪の建物を造り、医学所と称した。頭取5人、当番医7人で構成、病院であるとともに学校でもあった。

シンポジウムI「地域の現状とその対応」

人口減少時代の地域と医療～若者と女性活躍の可能性

北海道総合研究調査会理事長 五十嵐智嘉子

日本全体では、自然減により人口減少が進んでいるが、地方部では、社会減を伴い人口減少に拍車がかかっている。北海道は、東京圏への転出が多く、出生率は東京に次いで低い。その中で生産年齢人口の減少は大きく、地域の活力維持のため、女性の活躍、生産性の維持・向上と働き方改革の推進が大きな課題となっている。

地域で住み続けるために、医療と教育は欠かせない。医療は、医師と医療専門職の地域的な偏在という課題と医療現場が過酷な職場であるという課題がある。

平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」によると、「週60時間以上働く医師の割合」は男性で41%と高い。「就業構造基本調査」によると、札幌市男性25歳～39歳で「週60時間以上勤務」している割合は29%と全国の19%と比べても高い。男性の長時間勤務は、女性を排除する働き方を助長する風潮を生みだし、育児や家事分担にも影響し、核家族の中での子育てを困難なものにする。長時間労働は生産性の向上には全く寄与しないことも明らかにされており、業務を見直しチーム制の導入等を進める企業が増加している。医師の業務の中で、他職種に分担できる業務に、医師が充てている時間は医師の勤務時間の約20%になる。公立病院の8名の医師の48時間タイムスタディによると、医療クラークに任せることができる業務について医師が費やした時間は、医師の勤務時間の実に50%にも上った。

正職員で入社した女性は、男性に比べ3年から5年後に、仕事への意欲や昇進意欲の低下が大きい。結婚や出産時期と重なることが考えられるが、現在は法改正により、妊娠期に、復職について人事部門と上司を交えた話し合いが必要とされている。育休明けの女性復職を積極的に支援した企業では、顧客への信頼性が向上し、業績を伸ばした事例も報告されている。女性医師の活用、復職支援が重要である。

北海道総合研究調査会が行った首都圏在住者への調査によると、北海道への移住を希望する割合は、中高年以上に若者が高い。地域の疾病構造や周辺医療機関との連携によって若者医師勤務の支援体制が望まれる。

総論の議論のみでは女性や若者医師の活用は進まず、個々の医療機関の実情に応じた対応策が必要である。それぞれの医療機関の多様な職種の見解を聞きながら、働きやすい環境を整える支援が求められる。

地域医療の現況調査から～医師の高齢化と偏在

函館中央病院臨床顧問 山田豊

北海道医師会勤務医部会は設立以来30年間、勤務医の勤務環境改善に向けて種々の活動を続けてきた。しかし、昭和60年からの医学部入学定員削減等による医師不足、平成16年度からスタートした新医師臨床研修制度により、多くの地方病院で勤務医不足が顕在化し、勤務医の過重労働がさらに悪化している。

北海道の人口10万人当たりの医療施設に従事する医師数は、平成26年で230.2人と全国平均233.6人を3.4人下回る程度であるが、北海道の面積は九州・四国・東京都を合わせたものより広く、なおかつ医師の半数以上は札幌市、旭川市を中心とした道央圏に偏在している。

地域医療の現況把握のため、平成25・26年と28年に全道の病院を対象に、勤務医の疲弊の原因と考えられるアンケートを行った。この結果から、北海道内の勤務医の高齢化、北海道

内中央部への集中と、その他の地域の減少も明らかである。それに加え、広域性、気象条件の厳しさが医療へのアクセスの困難をもたらしている。対策として、地域枠（地元枠）を中心とした偏在対策が効果的であると考えている。

「広域医療情報ネットワーク～メディネット たんちょうの取り組み」

市立釧路総合病院副院長 長谷川直人

メディネットたんちょうは、釧路根室地域の医療施設をネットワークで結び、患者の診療情報を共有するシステムである。患者の同意のもと、病院とかかりつけ医が一体となり、切れ目のない連携した医療サービスを受けられるようになる。地域全体で患者の健康をサポートし、安心して暮らせる社会を実現する。

当ネットワークは、平成 22 年の地域医療再生交付金により、平成 26 年から本格稼働している。連携病院は釧路市内の病院（数百床規模）および、地方中核病院の 10 施設を開示病院として稼働開始し、現在、医療機関 19、歯科 5、薬局 30 からなる 54 施設の情報閲覧施設を含めた運用となった。

道東地区（釧路・根室医療圏）は、北海道という広域な医療圏の中でもとりわけ広く、釧路市を中心とした釧路・根室の二次医療圏から形成され、各中核病院との連携が必要である。医療圏が広範囲のため 120km 以上離れた地域からの受診が日常的になっている。稼働状況は開示病院を中心とした病病連携が主体となり、接続件数も平成 29 年 8 月で 11,600 件になっている。

実際の運用事例では、診療情報提供書のデータ参照機能としての利用が多く、紹介された施設からの情報参照希望による接続利用もみられる。救急症例では患者搬送に 1～2 時間を要することが多く、患者到着前に検査データ、画像を参照し、手術を含めた迅速な治療方針の決定が可能となる。さらには救急患者が複数の医療機関に搬送される症例では、すべてのデータが一元化して閲覧可能となる。ドクターヘリによ

る救急搬送でも、事前接続による病態の把握が可能となり、到着後の治療方針決定に有用なツールとして活用している。また、大腿骨頸部骨折の地域連携パスでは共有シートをネットワーク上で運用することによりパス情報の一元管理が可能となる。

今後は、閲覧医療機関への接続の拡大および地域包括ケアシステムをふまえて介護施設などとの連携を検討している。

ディスカッション

フロアを交えディスカッションが行われた後、北海道医師会勤務医部会副部会長の向井正也先生より、概ね下記のとおりコメントが述べられた。

札幌の若年層が東京圏に流出している。この人口減少に歯止めをかけ、地域を維持するためにも雇用対策が重要で、企業の協力や働き方改革も含め検討が必要である。医療現場においても院内医師業務の効率化を図り、過重労働を軽減する必要がある。

シンポジウムⅡ「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

「広域での医療格差を解消するために～ Medical Wings の運用」

**手稲溪仁会病院救命救急センター
センター長、救急科主任部長 奈良理**

北海道防災ヘリを中心とした緊急患者搬送を統括している北海道防災航空室では、自衛隊等他機関への依頼も含め年間 100 件を超える。また、北海道に導入されている 4 機のドクターヘリはそれぞれ年間 400 件を超える搬送実績があり、救急患者搬送のインフラとして定着している。しかし、ドクターヘリ以外の搬送は、一部を除き医療に特化した機体ではなく、また運航管理に関する医療の関わりは十分ではない等、医療ニーズに対応していないという問題も指摘されている。この改善のため、北海道航空医療ネットワーク研究会が主体となり北海道医師会の支援を受け、Medical Wings という名称で医療優先固定翼機を用いた研究運航を実施し

てきた。Medical Wings では、専任のメディカルディレクターが運航に関わることによって、患者搬送中の管理や安全性が担保されている。これは医療優先固定翼機の道内正式導入を目的に開始されたもので、2010年の先行研究運航(1ヵ月で搬送16件)と2011年から2013年の新たな北海道地域医療再生計画による研究運航(延べ12ヵ月で、搬送85件)による実績を有した。これらの実績を踏まえ、Medical Wingsの必要性を行政に働きかけたところ、一定の評価を受け、平成29年7月30日から北海道患者搬送固定翼機運航事業が開始された。平成29年度国庫補助事業の「へき地保健医療対策実施要綱」にメディカルジェットが追加され、北海道が事業主体となり、北海道航空医療ネットワーク研究会が事業を受託し実施することとなった。

「ゲノム情報が拓く新たな医療」

札幌禎心会病院総長・東京大学客員教授
今井浩三

ゲノム解析は世界的な規模で進展し、低価格・短時間で情報を収集解析可能となり、医療に活用できるようになった。従来の治療では難治な疾患に、ゲノム医療が、効率的・効果的な診断治療や予防を可能とするものとして期待されている。

さらに、広範囲な解析も実用化への道が開かれ、進展の著しい癌研究の新知見を反映したより精密な診断や、遺伝子異常の新しい治療開発が可能となりつつある。すでに臨床に活用され、予想を超える効果を示している抗PD-1抗体に関しても、ゲノム異常の観点から日進月歩で新知見が加えられている。

一方、早期発見をめざす革新的な診断方法として、低い侵襲で採取可能な血液等検体を用いて、検体中に漏出するごく微量の癌細胞や癌由来核酸等を検査するリキッドバイオプシーは、治験薬選択に必要な癌のゲノム変異の特徴を明らかにした。また、癌切除後定期的な検査に用い、再発の早期発見・治療介入による治療可能

性を高め、将来的には健常者を対象とした検査により癌の超早期診断の可能性も期待される。

質の高い癌ゲノム医療を全ての国民に提供するために、まさに、「地域をつなぐ新たな挑戦」が、実施可能な医療機関の整備と人材育成の観点から大きな流れとして進められている。

「IBM Watson Health と医療の世界」

日本 IBM (株) IS&BD 事業部 Watson
Health Solutions 部長 溝上敏文

次世代の医療・ヘルスケア産業の一つであると考えられている AI を、IBM では Augmented Intelligence (拡張知性) として定義し、大量なデジタル情報を駆使する必要性のある様々な業界のプロフェッショナルを支援する技術として位置づけ、世界各国で多くのプロジェクトへの貢献が始まっている。当システムを構築し、高い性能を引き出すためには、「透明性の高い手法でインターネット上の情報を収集しまとめた大量のデータが必要」、「ビッグデータを分析する人材の育成が急務」と言われるが、これに加えて、AI を社会・公共の場でどのように利用していくかという理解が重要である。ホワイトハウスは、国家科学技術会議 (NSTC) 及び科学技術政策局 (OSTP) が中心となってまとめた報告書「Preparing for the Future of Artificial Intelligence」(人工知能の未来に備えて) を公表した。特に医療のように医師・看護師・病院・患者・医療機器メーカー・保険会社等で形成され、国によって事情が異なる領域では日進月歩の技術革新がもたらす影響を当事者が考えていく必要があり、そうした議論につなげたい。

ディスカッション

フロアからの質問の後、北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課医療参事の石井安彦先生より、概ね下記のとおりコメントが述べられた。

テーマにある『つなぐ』という言葉から、Medical Wings は「最良の医療機関につなぐ」、

ゲノムは「最良の治療につなぐ」、そしてAIは「最新の情報につなぐ」という内容の報告であった。速やかに『つなぐ』という観点からも共通点がある。Medical Wingsでは現時点で緊急搬送に対応していないとのことであるが、その有用性、活用のあり方についての検討も必要と考える。ゲノム、AIをよりよいものにするためには、データの集積が必要である。そのためには電子カルテの標準化も課題に挙げられる。これらのツールを如くに使うかは完成につながるものであり、これからの若手医師にはこの感性を磨く努力をしていただきたい。

シンポジウムⅢ「次世代を担う若手医師の意識」

「世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」

札幌徳洲会病院プライマリセンター
センター長 中川麗

1947年から1968年、医師国家試験受験資格を得るための条件として、大学医学部卒業後、1年以上の診療および公衆衛生に関する実地研修が義務化された。身分的・経済的保障がなく、研修期間が短いこと等が問題とされ廃止された。以降は、医学部卒業と同時に医師免許を取得し、研修医も1人の医師として医局制度のもと働くようになった。新米医師は医局に所属し、医局員として医局の統制下、臨床経験を蓄積し、研究や留学をしながら生活費を得てきた。しかし、研修医の処遇は不十分でアルバイトをせざるを得ず、出身大学やその関連施設での研修が中心で研修内容や研究成果の評価が十分行われていない状況であった。2004年度より新医師臨床研修制度が導入され、2006年の厚生労働省による調査結果から、初期臨床研修修了後に大学入局希望者は60%にとどまった。しかし、2018年度からスタートする新専門医研修制度により、再び、入局する医師は増えている。

若手医師は、労働者より学習者として守られる存在になってきた。この変化の先に、医師の技能と文化はどのように伝承されるのか。各世代間の意識の違いを理解し、世代を超えた伝承

の一助になることを期待したい。以下が「世代間ギャップアンケート」の結果である。

- 労働時間の短縮と、研修制度により、短時間に効率的に教育効果を生むことが求められており、教育手法自体の熟達に期待が寄せられている。
- スキル以外の思考力や問題解決能力等の教えが世代を超えて重要視されているが、姿勢(態度、志向性、自己管理能力)についての教えの重要性は世代間で認識に差がある。
- 指導方法は、より主体的に学べる環境が理想であることが、あらゆる世代から求められているが、将来専攻しない科をローテーションする研修医を、指導する機会が増える影響がどう現れるのか、引き続き調査が必要である。

「世代間ギャップの現況調査の結果から～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い」

旭川医科大学病院産科婦人科助教
上田寛人

少子高齢化社会に伴う労働人口の減少は、女性の職業生活における活躍の推進なくしては対応できない。近年の医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%以上となり、診療科によっては若い世代で男女比の逆転が起きている。男女間におけるジェンダーイクオリティに対する意識の違いを認識し、相互理解を深めることで勤務医の労働環境改善を計る一助としたい。

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会による「世代間ギャップアンケート」のうち男女共同参画に関連する設問について検討した。

調査対象4,676件のうち回答は663件で、男女比は男性75.3%、女性22.9%であった。年代別の女性比率は20～30代では32.0～34.0%であるのに対し、40代以上では8.4～18.7%であった。既婚者(離婚・死別含む)の割合は男性86.0%、女性61.2%であった。診療科のうち女性比率が30%を超えていたのは産婦人科(46.3%)、皮膚科(50.0%)、麻酔科(41.7%)、眼科(42.1%)、病理科(43.8%)、臨床検査科(50.0%)、リハビリテーション科(60.0%)で

あった。勤務地、勤務する病院の規模は男女間で傾向に違いを認めなかった。勤務形態において「常勤の割合」に男女間で差を認めた（男性93.4%、女性74.3%）。男女の地位に関する意識では「職場」、「社会通念・慣習」において「男性優遇」が「平等」よりも多いが、男女間で意識の違いが特に顕著であったのは「家庭生活」、「法律や制度」、「社会通念・慣習」であった。職場での男女共同参画に必要なものとして男性は「休暇の際の代替医師の確保」と「給与面の優遇」を、女性は「男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間」と「男性も家事育児をする」を異性よりも希望する傾向があった。「子育てに協力的な職場環境」は男女とも必要と考えている者の割合が多い。

診療科によって差はあるが、女性医師の割合は若い世代ほど増加している。勤務医の労働環境改善のためには女性医師がモチベーションを持って継続的に働くことができる環境整備が必要と考えられる。さらに女性医師は夫の多くが同職者であることを考えると、男性医師が家庭生活に関われるように職場全体が配慮することで、結果的に男女とも仕事とプライベート双方に対する満足度を向上させ得る。

世代間ギャップの現況調査の結果からジェンダーイクオリティに対する男女間の意識の違いが明らかとなった。男性優遇の社会通念や慣習を早急に変化させていくことは容易ではないが、我々勤務医のワークライフバランス問題は既に待ったなしの状態であり、全国医師会主導の先進的な取り組みが求められる。

「地域で働く明日のために～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と当事者たちの不安を見据えて～」

NTT 東日本札幌病院泌尿器科 西田幸代

北海道では、地域の医師不足解消を目的に平成20年度から医学生に奨学金を貸与し、卒後9年間の義務年限により返還免除となる「地域枠制度」が設けられている。地域枠医師の義務年限においては、4年間の研修（初期研修2年間、

選択研修2年間）と5年間の地域勤務が求められている。一方、札幌医大では北海道が設ける地域枠を特別枠と呼称し、それとは別に「地方枠制度」、「北海道地域枠制度（卒後2年間の研修（札幌医大+研修指定機関）、その後7年間は札幌医大の診療科に所属し、道内の医療機関に勤務）」を設け、行政・大学ともに地域で働く医師を確保し、将来の地域医療の中核を担う地域枠医師が順調にキャリアを積み重ねていくことを期待している。来年度から始まる新専門医制度が、不利益とならないようにしなければならない。地域医療に従事することは、十分な症例数・経験を積めることがメリットであった。一方、医師の職務として、地域では24時間の拘束が当然とされ、十分な休養も取れず、心身ともに疲弊していたことも事実である。

日本泌尿器科学会男女共同参画委員会のアンケート調査では、他の世代の男性医師と比較して30代男性医師のQOL、ワークライフバランス志向が顕著に認められた。かつてのように「高報酬」や「野戦病院的に経験を積める」だけでは医師が定着するとは言えない。一方、モチベーションの高い若手医師にとって、200床以下の病院で勤務することが複数年義務付けられる場合、十分なキャリアが積めるのか不安視している。

北海道医師会が道内で勤務する医師を対象に行ったアンケート調査では、長年地域医療施設にて勤務するベテラン医師は、若手医師からの刺激を求めている気風も感じられた。若手医師が家族・友人から離れた土地で勤務する場合、心身共に追いつめられる可能性があるが、周りにサポートしてくれる同僚・上司がいる可能性もある。一人でも多くの若手医師が地域医療に興味を持ち、自身の明日からのキャリアアップに前向きになっていただければ幸いである。

ディスカッション

北海道医師会副会長の小熊豊先生より、概ね下記のとおりコメントが述べられた。

過去と比べ、近年はQOLの改善、ワークラ

イフバランスが考えられている。シンポジウム I であったように北海道は「偏在」だけでは済まされない医師不足である。中川先生は初期臨床研修制度におけるスーパーローテーションを行う若手医師の思いを代弁された。この時期に学ぶことが決められており、短期間のローテーションが要求されている。来年度からは新専門医制度が開始されるが未知数である。私も、人数がいれば就労環境を改善したいと考えているが難しい。女性医師を特別に差別的に扱うということはない。社会、医療界が変革していけば改善が期待できる。AI 時代になり、医師に時間的余裕が得られることを期待したい。

ほっかいどう宣言採択

全国医師会勤務医部会連絡協議会の総意の下、「一、医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされることを求める」、「一、勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する」、「一、医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める」、以上3点を明記し、勤務医が医

師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく「ほっかいどう宣言」が満場一致で採択された。

ほっかいどう宣言

今日のわが国の急速な人口減少は、著しい生産年齢人口の減少を伴いながら、少子高齢化が進展する人口構成の変化であり、労働生産性向上のための抜本的な「働き方改革」の重要性が強調されている。しかしながら、公益性、倫理性、専門性が強く求められる医師は、患者・社会に貢献する職業人として、高度な学識と技能をもち続けなければならない、その改革には慎重な議論が必要である。

社会全体でワークライフバランスの改善に向けた取組みが推進される中、医療界も例外ではなく、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく、次のとおり宣言する。

- 一、 医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされることを求める。
- 一、 勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する。
- 一、 医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める。

平成29年10月21日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・北海道

印象記

勤務医部会部会長 西原 実

去った平成29年10月21日、札幌グランドホテルにて北海道医師会常任理事、藤井美穂先生、勤務医部会運営委員会運営委員、村下十志文先生の総合司会のもと、全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されました。メインテーマは「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創成のために」と設定されておりました。北海道医師会勤務医部会部会長、近藤真章先生の開会の辞のあと、日本医師会会長、横倉義武先生、北海道医師会会長、長瀬清先生よりご挨拶があり、北海道知事、高橋はるみ氏、札幌市長、秋元克広氏より来賓祝辞をいただきました。

特別公演1では、北海道医師会会長の長瀬清先生の座長のもと日本医師会会長横倉義武先生から「世界に羽ばたく日本の医療」のご講演をいただきました。

その後、「人口高齢化、人口減、医療に対する不安や希望」をテーマとして行われた地域住民への街頭インタビューの様子が10分間の動画として放映されました。

特別講演2では、「人口減少時代の医療提供」と題して、北海道医師会副会長、深澤雅則先生の座長で、内閣官房健康・医療戦略室次長、大島一博氏より国としての考え方をお聞きしました。

日本医師会勤務医委員会委員長の泉良平先生による「日本医師会勤務医委員会報告」の後、次期担当医師会として長崎県医師会会長の蒔本恭先生によるご挨拶がありました。

ランチョンセミナーでは、北海道医史学研究会会長、長瀬清先生の座長で、日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会代表幹事の島田保久氏より「蝦夷地の医事と医人」という北海道ならではのお話をお聞きしました。

午後のシンポジウム1「地域の現状とその対応」では、北海道勤務医部会副会長の向井正也先生、運営委員の橋野聡先生を座長に、一般社団法人北海道総合研究調査会理事長の五十嵐智嘉子氏より、1:「人口減少時代の地域と医療～若者と女性活躍の可能性」、函館中央病院臨床顧問・北海道医師会勤務医部会運営委員の山田豊先生より、2:「地域医療の現況調査の結果から～医師の高齢化と偏在」、市立釧路総合病院副院長・北海道医師会勤務医部会運営委員の長谷川直人先生より、3:「広域医療情報ネットワーク～メディアネットたんの取り組み」の発表があり、ディスカッションが行われました。その後、前北海道保健福祉部地域医療推進局、地域医療構想担当局長兼地域医療課長の大竹雄二氏より人口減少によって、地域そのものが維持できなくなっており、医療どころではない、地域との議論（顔が見える関係）が必要であるとのコメントをいただきました。また、専門医制度と地域枠の関係についての取り組みの必要性が語られました。さらに、今後高齢者の増加が医療にも及んでおり若い人が責任あるポジションにつけなくなっている点、女医の増加により子連れの女医の派遣等も考慮しなければならず、地域としてこれらのサービスを整える必要がある点等の指摘がなされました。

シンポジウム2「地域社会をつなぐ新たな挑戦」では、北海道医師会勤務医部会副会長、目黒順一先生、運営委員、鈴木望先生の座長のもと、医療法人溪仁会手稲溪仁会救命救急センター長・救急科主任部長、奈良理先生より、1:「広域での医療格差を解消するために～Medical Wingsの運用」の発表がなされました。北海道、東京、沖縄だけが航空機を使用した患者搬送を行っていることが示されました。北海道の特殊事情が全国の医師に伝わったのではないかと思います。その後、社会医療法人禎心会札幌禎心会病院総長・東京大学客員教授、今井浩三先生より、2:「ゲノム情報が拓く新たな医療」、日本IBM(株)ワトソン事業部ヘルスケア事業開発部部長、溝上敏文氏より、3:「IBM Watson Healthと医療の世界」の発表がありました。いずれも医学の今後について非常に興味深く、ワクワクするような内容で、長生きしたくなりました。北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課医療参事の石井安彦氏よりコメントをいただきましたが、地域医療の将来に対して、真摯に取り組んでいるのだということが理解でき、安心致しました。

シンポジウム3「次世代を担う若手医師の意識」では、アンケートが取られており、その結果に基づいての発表がなされました。若手医師専門委員会委員長、藤根美穂先生、副委員長、村山友規先生が座長をされました。札幌徳洲会病院プライマリケアセンター長・若手医師専門委員会委員、中川麗先生より、1:「世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」との発表がなされました。労働環境の劣悪さ?が不変であることが浮き彫りに

なったものの、若手の意識の中には上級医に対して相談することを厭わない事が強調されました。しかし、教育手法自体の大切さ、診療に対する姿勢についての教授等についてはさらなる取り組みが必要である等の指摘がありました。旭川医科大学病院産婦人科助教・若手医師専門委員会委員、上田寛人先生より、2:「世代間ギャップの現況調査の結果から～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い」の発表があり、男女の考え方の違いが浮き彫りになり、興味深いものでした。NTT 東日本札幌病院泌尿器科、西田幸代先生より、3:「若手医師は地域枠をどうとらえているか」の発表がありました。サラリーマンのご主人に対する愚痴?とともに出産等の経験から、地域のサポート体制(住民を含めて)の重要性が強調されました。ディスカッションでも活発な意見交換が行われ、その後北海道医師会副会長の小熊豊先生よりコメントをいただきましたが、結局人がいれば大半は解決する?とのことでした。

日本医師会常任理事の市川朝洋先生より全体の総括がなされ、北海道医師会勤務医部会運営委員の鈴木雅行先生よりほっかいどう宣言が採択され、北海道医師会副会長の藤原秀俊先生より閉会の辞が述べられ、閉会となりました。

懇親会では、アイヌの伝統舞踊(国の重要無形民俗文化財)がアトラクションとして行われ、興味深いものでありました。

これまで全体を述べてきましたが、特に今回興味深く拝聴したのが、特別講演2の大島一博氏の講演でした。日本国の医療費の伸びについて、高齢化によるものは1%程度に留まっており、医科入院外+調剤・その他が2%を占めているようです。また、受療率は入院、外来共に下がっており、高齢者の若返り(身体年齢は15年前に比して5歳以上)によるものだそうです。これを如実に現しているのが、高齢者の20歯以上の有歯率であり、平成5年に10.5%であったものが、平成28年には51.2%にまで上昇しているとの事です。これらの事から、高齢化の割に医療費は増えていないのだ、と強調されておりました。行政の中心におられる方がこういう見解を持っておられる事自体が新鮮でもあり、勇気をもたらしたような気が致しました。要は財政に掛っているのですが、財政が不調の時でも持続可能性を高める方法として、A:患者負債、保険給付範囲・診療報酬単価の見直し、B:提供方法や提供内容の見直し(1:ジェネリック普及 2:入院期間の短縮、在宅医療の促進…首都圏では必須 3:多剤服用対策)、C:予防・健康管理、医療の質の向上、等を挙げられていました。これらを実践する政策として、A:自立支援型介護(家族の受け入れがポイント)、B:地域包括ケア、C:ICTデータの活用(1:情報通信…オンライン診療、レセプトを基にした医師への診療情報提供 2:人工知能 3:情報管理…個人情報を利用する場合、匿名化情報として活用する場合)、D:科学技術(画期的な検査薬)、E:地域づくり(1:本格的高齢化社会 2:生活支援、予防・介護予防、健康づくり支援…必須 3:医療介護の専門職団体との連携…医師会等)等を強調されておられました。国は社会保障費の伸びを年間5千億円に抑えようとしておりますが、その方策として、A:中高年のDM予防・重症化予防、B:高齢者のフレイル対策(保険者、企業、市町村の取り組みとの連携)に力を入れていくとの事でした。

去年は学会発表と重なってしまい参加できませんでしたが、今年は参加でき大変嬉しく思っております。離島を抱える沖縄とは異なる北海道ゆえの問題点が示され、一昨年に秋田に参加した時と同様に大変勉強になりました。来年は長崎であるそうです。皆さま参加してみたいでしょうか。

九州医師会連合会第 367 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 10 月 27 日（金）、ホテル日航福岡においてみだし常任委員会が開催されたので概要を報告する。

会の冒頭、九医連の松田会長より「本日から 3 日間、今年度のメインイベントである九州医師会連合会総会・医学会等関連諸行事と第 1 回の各種協議会が開催されるので、皆様のご協力をお願いしたい」と挨拶があった。

報 告

1) 九州医師会連合会事業現況について（福岡）

寺澤委員から、平成 29 年 7 月から 9 月 30 日迄に開催された九州医師会連合会の主な事業内容について、資料に基づき報告があった。

主な事業

- 常任委員会（3 回）
- 委員 総 会（1 回）
- 関 連 行 事（九州地区医師会共同利用施設連絡協議会、九州ブロック学校保健・学校医大会関連行事等）

2) 九州医師会連合会歳入歳出現計について（福岡）

辻委員から、平成 29 年 9 月 30 日現在の九州医師会連合会会計の歳入並びに歳出の現計について、資料に基づき報告があった。

歳入済合計	52,435,657 円
歳出済合計	12,130,228 円
差引残高	40,305,429 円

3) 第 117 回九州医師会連合会総会及び医学会関連行事について（福岡）

寺澤委員より、本日から 3 日間に亘って開催される第 117 回九州医師会総会・医学会関連

行事について報告があった。

4) 第 117 回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事の参加申込状況について（福岡）

松田会長より、資料に基づいて報告があった。

協 議

1) 第 117 回九州医師会連合会総会の宣言・決議（案）について（福岡）

原案どおり承認され、後刻開催する委員総会で協議した上で、28 日（土）の総会へ上程することになった。

2) 九州医師会連合会第 368 回常任委員会（平成 30 年 1 月 27 日（土）那覇市の開催について（福岡）

標記常任委員会を下記とおり開催することに決定した。なお、当日は、九州医師会連合会感染症担当理事連絡協議会並びに HIV 医療講演会を併せて開催することになっている。

日 時 平成 30 年 1 月 27 日（土）17:00 ～
場 所 ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービュー

3) 九州医師会連合会第 369 回常任委員会、第 2 回各種協議会並びに医療情報システム担当理事連絡協議会（平成 30 年 3 月 3 日（土）・4 日（日）福岡市の開催について（福岡）

標記常任委員会、第 2 回各種協議会並びに医療情報担当理事連絡協議会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 30 年 3 月 3 日（土）・4 日（日）
場 所 ホテルニューオータニ博多

日 程

3月3日(土)
 14:00～15:50 医療情報システム担当理事連絡協議会
 16:00～18:00 第368回常任委員会
 16:00～18:30 第2回各種協議会
 18:40～20:40 懇親会
 3月4日(日)
 09:00～11:20 第2回各種協議会
 11:30～12:30 報告会

4) 平成30年度九州学校検診協議会専門委員会並びに九州学校検診協議会幹事会の日程変更について(鹿児島県)

来年度は、鹿児島県の担当で九州並びに全国の学校保健・学校医大会を開催することになっていることから、両大会と関連行事を合同開催することになっている。

その中で、九州学校検診協議会専門委員会並びに幹事会については、当初予定の平成30年10月26日(金)から28日(日)に変更することを了承した。

5) 平成30年九州医師会連合会学校医負担金について(鹿児島)

来年度の九州ブロック学校保健・学校医大会は全国学校保健・学校医大会と合同開催することになっていることから、従来の九州各県から負担金については、今回は徴収しないこととし、来る11月25日(土)の九州各県医師会学校保健担当理事者会終了後に臨時の評議員会を開催し協議した上で正式に決定することになった。

6) 九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会並びに第3回九州ブロック災害医療研修会(平成31年1月26日(土)・27日(日)鹿児島市)の開催について(鹿児島)

標記救急・災害担当理事連絡協議会並びに研修会を下記のとおり開催することに決定した。

(1) 九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会

日 時 平成31年1月26日(土)
 17:30～19:00

場 所 城山観光ホテル

(2) 九州医師会第3回九州ブロック災害医療研修会

(1日目)

日 時 平成31年1月26日(土)
 15:00～17:00

場 所 城山観光ホテル

(2日目)

日 時 平成31年1月27日(日)
 09:00～15:30

場 所 城山観光ホテル

その他

1) 第15回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」開催に関する周知依頼について(福岡)

来る12月15日(金)・16日(土)の両日、北九州市で標記ワークショップを開催するに当たり、各県において会員への周知について協力依頼があった。

2) 日本医師会創立70周年記念式典・医学大会における各種表彰者に対する慶祝について(福岡)

九医連の慶弔規程に基づき、関係の受賞者に対し祝電をお送りし祝意を表する旨の報告があった。

3) 秋の叙勲等受章者に対する慶祝について(熊本)

九医連の慶弔規程に基づき、関係の受賞者に対し祝電をお送りし祝意を表する旨の報告があった。

第 117 回九州医師会総会 医学会及び関連行事



副会長 玉城 信光

去る 10 月 27 日（金）から 29 日（日）の 3 日間にわたり、福岡県において九州医師会連合会総会・医学会関連行事が開催されたので、その概要を報告する。

I. 九州医師会連合会第 114 回臨時委員総会

日 時：平成 29 年 10 月 27 日（金） 17：00～
場 所：ホテル日航福岡（3 階 渡久志の間）



挨拶

松田峻一良九州医師会連合会長

本日の臨時委員総会は九医連の事業現況及び収支現計について、並びに明日の総会に上程する宣言・決議案についてお諮りするの慎重にご審議頂き、ご承認を賜るよう宜しくお願いしたい。

また、明日は午前中に第 1 回各種協議会を開催し、地域医療・介護保険・医療保険対策における九州各県から提案された議題について日本医師会からの情報提供や考え方を踏まえて議論

していただく予定にしており、当協議会が様々な課題の解決につながる重要な一步になることを期待している。本日から 3 日間にわたり、医学会総会、関連諸会議全ての行事が滞りなく遂行できるよう皆様のご協力をお願いしたい。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長

先週の日曜に行われた総選挙は、突然の選挙であり争点がいへん見えにくいものであった。今回の総選挙の争点の一つである消費税の

10パーセント引き上げについては、従来増収分の4/5を財政赤字の償還に充て、1/5は社会保障の充実に使うという大きなくくりがあったが、償還部分の半分程度を教育や子育て支援の充実に使うという事になった。ある意味、教育や子育て支援は社会保障の充実につながるといふ点では反対ができなかったということと、今回の選挙は選択肢があまりないものであったことが、与党の圧勝につながったという印象を持っている。

総選挙前に自由民主党の二階幹事長を訪問し、医師連盟・日本医師会として5項目の要望を行ってきた。国民皆保険制度を堅持するとともに国民間で医療・介護の享受に格差が生じぬよう国民医療介護の充実に努めること、健康寿命を延伸し、社会保障の充実により国民医療に必要な財源を確保すること、かかりつけ医を中心とした医療、望まない受動喫煙の防止対策等を申し上げ、自民党の公約の中に取り入れられている。

以上の事から医師連盟としては、自由民主党を積極的に応援することとし、全国の医師連盟の先生方には大変力を入れて頂いた結果、医師連盟推薦議員の95パーセントが当選となった。この力を財源の確保に向けてしっかり発揮していただきたいと期待している。

財務省では、選挙後すぐに社会保障、特に医療・介護費抑制の話が出ており、財政制度等審議会財政制度分科会では診療報酬改定について医療費本体2.5パーセントのマイナス改定が必要という強い意見があった。しかし、医療機関の経営状況は医療崩壊と言われた小泉内閣の医療費抑制策と近い状態でかなり厳しく、この時期に本体をマイナス改定にすると地域医療の混乱をもたらすと認識している。更に、財務省は今後高齢化が進む中で社会保障を継続する為には何らかの手を講じる考えだが、先の経済対策諮問会議の中で、加藤厚生労働大臣は厚労省として考える医療費政策を発表しており、我々は現場として受け入れられること受け入れられないことをしっかり見極め主張していかなければならないと認識している。

先日10月13日にアメリカのシカゴにて行われた世界医師会総会には、九州医師会連合会からも多くの先生方にご参加いただき、その中で会長に就任させて頂いた。去る9月には東京でアジア大洋州医師会連合会総会を行い、終末期医療についてアジア各国と議論を行った。欧州のオランダ、ベルギー、スイス、またアメリカのいくつかの州では終末期医療に関し医師の積極的な介入による自殺に近い形が法的に認められている。それに対し、生命倫理の観点からどのように考えていくかが一番の課題であることを踏まえ、アジア各国からは、ヨーロッパと比較して、家族間の繋がり、宗教真理の問題や地域連携の強さ等もあり積極的な安楽死は認められないとの意見が多くみられた。そんな中でオーストラリアのある州でも医師の関与する終末の在り方の議論が行われ、国民投票にて法制化を認めるか否かが問われている。我が国は高齢化の先進国であることから、日本医師会では生命倫理懇談会において終末期医療の在り方について議論している。間もなく出る答申を参考にしっかり考えていかなければならない。

最後に、当臨時委員総会が盛大に開催されたことに対し、九州医師会連合会松田会長をはじめ担当される福岡県医師会の役職員の皆様に感謝申し上げ、私の挨拶とさせていただきます。

羽生田たかし参議院議員

この度の九州医師会連合会第114回臨時委員会総会が開催されます事、誠にありがとうございます。

今回の総選挙では大変お世話になった。公示される直前まではマスコミの報道はかなり厳しい評価ではあったが、選挙直前になって自民党圧勝ではないかとの報道もあった。全国にある支援団体を訪問し、選挙の応援にと現場を回った中で、僅かな差で当選しそうな候補者を集めた場合、数からすると自民党の圧勝にはなるが、ここで手を抜くと自民党は負けてしまうことを申し上げ、応援させて頂いた。結果を見たとき、僅差で勝ったという選挙区が多く大変な選挙だった印象はあるが、幸いにして全体で12席減

った中で自民党は改選時の 284 議席を確保でき、実質議席増という結果を出せたことに対し皆様のご支援に深く感謝申し上げたい。

これから診療報酬同時改定という、より大変な時期に差し掛かるが、財源を確保したうえで診療報酬本体がマイナスにならぬよう頑張っていくので、皆様には引き続きご支援をお願いしたい。

また、厚生労働委員会は自見先生にご活躍頂き、今回から財源を議論できる財政金融委員会の理事として在籍することになった。横倉会長と相談しながらしっかり発言していきたいので、今後とも宜しく願いしたい。

自見はなこ参議院議員

解散総選挙に於いては、各地の自民党の候補者に絶大な支援を頂き、誠に感謝申し上げる。楽勝という報道後が辛く、最後の 3 日間はギリギリのところまで全身全霊で応援頂いた。選挙後は候補者へお祝い・お礼の電話をかけたところ、候補者からは各地の医師会の先生方から良くして頂いたとの感謝の言葉と、また落選された先生からはまた戻ってきたいという言葉と共に医療政策をしっかり学びたいという言葉もいただいた。医師会の先生方の支えなしでは医療政策の実現は難しいので本当に有り難いことだと深く感謝申し上る。

各種課題が山積しているが、財源の問題について、消費増税による財源の使い道は三党合意があるにも関わらず、社会保障の財源を十分な党内手続きを経ず、用途を変更することはいくら総理総裁といえ、やっていいものかとの反発があり厚生労働部会でしっかり議論すべきという意見を受けている。今後は、我々厚労部会に所属する人間として、しっかり見守りながら医療界の意見を伝えていきたい。

年末に向けて毎日毎日が真剣戦の中で行われていくが、一致団結して頑張っているため、今後ともご指導お願いしたい。

本日は、九州医師会連合会第 114 回臨時委員会総会の開催、誠にありがとうございます。

報 告

1) 九州医師会連合会第 367 回常任委員会について (福岡)

座長の松田会長より、当臨時委員総会に先立って開催された標記常任委員会について報告があった。

2) 九州医師会連合会事業現況について (福岡)

寺澤委員 (福岡) より資料に基づき、平成 29 年 7 月 1 日～9 月 30 日までに行われた九州医師会連合会事業 (常任委員、委員総会、各種協議会等) 及び関連行事について報告が行われた。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

(福岡)

辻委員 (福岡) より資料に基づき、平成 29 年 9 月 30 日現在の九州医師会連合会歳入歳出現計について報告があった。

なお、歳入・歳出合計並びに差引残高については下記のとおり。

歳入済額合計	52,435,657 円
歳出済額合計	12,130,228 円
差引残高	40,305,429 円

4) 第 117 回九州医師会連合会総会及び医学学会関連行事について (福岡)

寺澤委員 (福岡) より資料に基づき、10 月 27 日 (金) の前日諸会議、28 日 (土) の第 1 回各種協議会、総会・医学学会、29 日 (日) の分科会、記念行事について報告があった。

議事

第 1 号議案 第 117 回九州医師会連合会総会の宣言・決議 (案) に関する件

座長の松田会長より提案理由の説明が行われた後、堤委員 (福岡) より宣言・決議 (案) の朗読があり、審議した結果、原案のとおり承認され、翌 28 日 (土) の総会に上程することが決定された。

Ⅱ. 第 117 回九州医師会総会・医学会総会



去る 10 月 28 日（土）ホテル日航福岡において標記総会が開催されたので、その概要を報告する。

九州医師会連合会長挨拶 松田峻一良

九州各地から多数の皆様を福岡市にお迎えし、第 117 回九州医師会総会・医学会を開催できることに福岡県医師会として誠に光栄なことである。

御承知のとおり当医学会の歴史は極めて古く明治 25 年に第 1 回が開催されている。以来、先輩の先生方のご尽力により綿々と受け継がれて今回で 117 回を迎えることが出来た。何時の時代にも我々医師は地域医療を守り、国民の医療と福祉の充実と向上に絶え間ない努力を重ねてきたが、私どもの信念と使命感はどのような環境になろうとも揺るぐものではない。先日行われた衆議院選挙では社会保障の充実を上げ、全世代型社会保障に大きく舵を切った自民党が大勝する結果となった。社会保障は国民の権利であり、財産である。我々にはその権利と財産を守っていく使命と責任がある。先日、世界医師会シカゴ総会において各国の強力な支援により横倉会長が世界医師会長に就任された。

就任挨拶の中で横倉会長は宇沢弘文先生の「医療は全ての人々の豊かな生活と魅力ある社会を維持する社会的共通規模の資本である」という言葉を紹介されている。これから我が国の財産である国民皆保険制度を世界に発信し、社会保障、国民医療の充実に向けてリーダーシップを発揮することとなる。我々九州医師会連合会は引き続き日本医師会と共に、国民が安心して健康な社会生活を送れる社会保障制度の確立に向けて努力していくと共に、医療に携わる若い医師が夢を失わず、未来に希望を持ちながら邁進できる環境をつくるために、一致団結して活動していかなければならない。福岡県で生まれ育った貝原益軒は、「安閑無事なるを専らとせず、心を静にし、身を動かすをよしとす」と述べている。我々もこの言葉を胸に留め、医療の専門家集団として引き続き努力して参る所存である。会員の皆様のご尽力、ご協力をお願い申し上げる。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長

はじめに、本総会が今年も盛大に開催されたことに対し、ご担当された九州医師会連合会・

福岡県医師会長の松田峻一良先生をはじめ、役員の方の皆さん、関係者の皆さんのご尽力に深く敬意を表すると共にお祝い申し上げます。去る9月13日から3日間に亘ってアジア大洋州医師会連合（CMAAO）東京総会が開催された。多くのアジア各国の医師会の先生方が参加される中、新たに会長に選出頂いた。そのアジアの会では、終末期医療をテーマに真摯な議論が交わされ、アジア大洋州地域における多様な価値観を共有させて頂いた。そして10月13日にアメリカシカゴで開催された世界医師会総会において、第68代の世界医師会会長に選出頂いた。就任に先立ち、数々の激励のお言葉を頂いた九州医師会連合会の先生方に対し、改めてご報告と御礼申し上げます。

国民の健康寿命を世界トップレベルまで押し上げてきた我が国の優れた医療システムを世界に発信し、グローバルなレベルで健康長寿社会の実現に寄与して参りたい。今後の世界医師会長としての様々な活動に対し、ご理解を賜るようお願い申し上げます。

さて、近年の医学・医療の進歩発展には目覚ましいものがあるが、今後そのスピードが更に加速し、再生医療やゲノム編集などの取り組みは国民にとって大きな福音となる可能性を秘めている。しかしながらそれは同時に医師にとって医療倫理や生命倫理に対するより深い理解と責任ある行動が強く求められることになる。医師として持つべき倫理観と社会的使命を全ての医師が認識すべきであると言える。

また、超高齢社会の到来と同時に多死社会を迎えるにあたり、終末期医療は全ての医療者が真摯に考えていくべき重要な問題であります。何が患者さんにとって最善の医療であるかを考え、患者さん方の尊厳、生活の質をより重視した対応が求められる。このようなことから、九州医師会医学会において生涯学習の場が毎年設けられ、地域医療を担う多くの会員がプロフェッショナルオートノミーの理念の下、最新の医療知識を吸収するべく努力を重ねておられる

ことは誠に意義深いものであり、今後の更なる飛躍にご期待申し上げます。来たるべき2025年に向けて、本年3月までに全国の全ての都道府県で、地域医療構想が策定された。地域医療構想調整会議等において、地域に即した医療提供体制の在り方に関する議論が進められているところであるが、先生方におかれてはその牽引役としてご尽力頂いていることに対し、深く感謝申し上げます。現在、来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定の財源を巡り、財務省等とも厳しい攻防を迎えている。適切な財源確保という医師会としての主張を貫いていくためには、より多くの医師会員の先生方の力強い後押しが不可欠である。医療現場の先生方の声に耳を傾け、偏った医療制度とならないようにしっかり主張して参るので、九州医師会連合会の先生方におかれては、引き続き深いご理解と各段のご支援を賜るよう重ねてお願い申し上げます。

続いて、来賓祝辞として小川洋福岡県知事（代読）並びに高島宗一郎市長（代読）より歓迎の挨拶があり、その後、来賓として参加された方々の紹介が行われた。

宣言・決議

慣例により議長に松田峻一良九州医師会連合会長が選任され、松田議長進行のもと、医療の専門家集団として日本医師会と共に、国民の生命と健康を守り、国家の繁栄に向け一致団結して取り組むことの宣言（案）並びに、政府に対する8項目の実現を強く要望する決議（案）が九州医師会連合会総会の総意の下、満場一致で採択された。

なお、宣言・決議の送付先等については九州医師会連合会長に一任された。

次回開催担当県医師会長挨拶 鹿児島県医師会会長 池田琢哉

来年度は九州医師会連合会総会・医学会を、平成30年11月17日（土）に城山観光ホテル

にて開催する。また、前日の16日(金)は常任委員会・委員総会、18日(日)には分科会・記念行事を開催する。平成30年は明治維新

150周年の節目となることから文化に触れて頂くと共に、豊かな自然や名産をお楽しみ頂きたい。

宣言(案)

我が国は、人類史上類のない超高齢時代を迎えつつあり、世界情勢の大きなわねりや変化も、我が国の安全保障や安定的経済成長に対して、不安定要素を増大させている。

このような時こそ、いつでも、どこでも国民が安心して等しく必要な医療を受ける権利を保証する国民皆保険制度を堅持するとともに、社会保障制度の維持・充実をおこなうための財源確保を政府に対して強く求めていかなければならない。

平成30年度から第7次医療計画、第7期介護保険事業(支援)計画がスタートするが、地域医療構想に基づいた今後の医療需要の推移等、地域の实情に応じた計画を策定することにより、2025年の医療提供体制構築を見据えた、これからの地域医療の根幹が形成されることになる。

国民の医療需要・介護需要が急激に変化していくことに留意しつつ、地方創生にみられる各地域の町づくり等においても、かかりつけ医や多職種連携による医療提供体制をその中核として、切れ目のない医療・介護サービスを提供できる地域包括ケアシステムの構築に努める。

広域災害については、我々医師をはじめとする医療関係者の緊密な連携による情報共有の精度向上に努め、行政機関とともに被災者に対し、災害発生時から慢性期に至る円滑な医療提供に最大限尽力する。

また、税制改革においては、控除対象外消費税の抜本的解決をはじめ医療に関する税制の早急な措置を要求し、日本医師会とともに改正を要望し、実現を目指す。

安心して医療を提供するためには、安定した医療制度の確立が不可欠である。我々九州医師会連合会は、医療の専門家団体として日本医師会とともに、国民の生命と健康を守り、国家の繁栄に向け一致団結して取り組むことをここに宣言する。

平成29年10月28日

第117回九州医師会連合会総会

決議(案)

我々九州医師会連合会は、政府に対して次の事項を強く要求する。

- 一、 国民皆保険制度の堅持
- 一、 国民に必要かつ十分な社会保障のための財源の確保
- 一、 地域医療構想の具体的施策の実現と将来の医療提供体制を見据えた第7次医療計画の策定
- 一、 かかりつけ医を中心とした在宅医療・地域包括ケアシステムの構築を見据えた第7期介護保険事業(支援)計画の策定
- 一、 災害時における迅速かつ円滑な情報共有と医療提供体制の確保
- 一、 医療の消費税問題をはじめとする税制要望の実現
- 一、 医療・介護の質の向上を目指した勤務環境改善と人員の確保
- 一、 看護師・准看護師の継続的な養成

以上、決議する。

平成29年10月28日

第117回九州医師会連合会総会

【特別講演 I】

「日本医師会の医療政策—地域医療体制の再構築に向けて—」

日本医師会会長・世界医師会会長 横倉義武

1. 社会保障と経済成長

社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれ、財政を緊縮しようとする立場から、成長戦略や規制緩和の名のもとに保険給付範囲を狭める圧力が続く。持続可能な社会保障のためには、財政主導ではなく、我々医療側から過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言していかなければならない。

社会保障と経済は相互作用の関係にあり、経済が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを

通じて日本経済を底支えする。国民が安心して老後を迎えられるようにするために、社会保障を充実させる必要がある。

また、社会格差を解消するための日本医師会の役割としては、学校医が子どもの貧困へ対応し、かかりつけ医が生活習慣の変容、保険医療のアクセシビリティへの対応を、また、所得・職業による貧困への対応を産業医が担い、医師がまちづくりへ関わっていくことも重要である。

2. 平成30年度同時改定に向けて

次期診療報酬改定においては、人生100年時代を見据えた社会の実現や地域包括ケアシステムの構築、制度の安定性等を基本認識とし、基本方針として①地域包括ケアシステムの

構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、②新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実、③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上が挙げられている。

平成30年度の社会保障関係費は、自然増6,000億円と3年間の伸びの残り5,000億円のギャップ1,300億円を埋めるとともに、同時安定財源を捻出しなければならない。

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%にまで低下し、約1割減少した。医療機関には、全国で300万人以上が従事している。また、高齢社会にあって医療・福祉分野は需要の増加が見込まれる。2000年から2011年にかけての医療・福祉分野の国内生産額の伸びは、他の業種と比べて最も高いことから、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し地方創生につながる。

消費税率を5%から10%に引き上げた際の増収分の一部(2兆円規模)の用途については、「債務増の軽減」から「子ども・子育て支援や教育」へと変更されるとの議論があるが、医療をはじめとする社会保障の財源として引き続き充実すべきである。

財政審においては、医療費の伸びを「高齢化等」の範囲内とするためには、診療報酬改定1回あたり2%半ば以上のマイナス改定が必要との議論がなされている。診療報酬の技術料には医師、看護師等医療従事者の人件費だけでなく、医業経営の原資を司る設備関係費・ランニングコストや、医療機器・機材費等も含まれていることにも留意すべきである。

3. 医学教育について

日医と全国医学部長病院長会議は、「卒前卒後の医学教育改革のためのワーキンググループ」を設置し、卒前卒後のシームレスな医学教育を達成するため協議を行っている。医学部卒

前教育における学生の到達目標を「患者の全身を診ることができ、病態を理解し緊急対応を含め必要な措置がとれること」とし、これを臨床研修、専門医研修へとシームレスに繋げるための提言書を取りまとめる予定である。

また、平成30年4月から新専門医制度が開始されるが、かかりつけ医が地域医療提供体制における「機能」であることに対し、専門医は医師のキャリア形成のための手段であり「学問的評価」と位置付けられる。専門医の資格の有無によって役割が決められるのではなく、有限である医療資源の中で、診療所間、病院間、病診間で有機的な連携を構築することが重要である。

日医では、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。かかりつけ医が日常の診療や疾病の早期発見、重症化予防等に努め、医師会、専門医療機関、多職種と連携し、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供を実現することが求められる。

4. 働き方改革について

これまで日本医師会では、勤務医部会連絡協議会や女性医師支援センター、勤務医の健康支援に関する検討委員会を通じて医師の働き方について検討を重ねてきた。

また、国の検討会に先がけて、医師の働き方検討委員会を設置し、質の高い医療提供体制の維持と医師自身の健康確保を両立するような制度を検討している。

日本の医師の労働時間は諸外国よりも格段に長い反面、日本の病院医療は勤務医の過重労働無しには成り立たない状況が続いてきた。時間外労働時間の上限規制は改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、2年後を目途に規制の具体的な在り方や労働時間の短縮等について検討し結論を得ることとなっている。

る。厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討委員会」では、特例の在り方について検討が行われ、平成30年度中に最終的な結論を得る予定である。

5. 世界医師会長就任を受けて

去る10月13日の世界医師会シカゴ総会式典において、第68代WMA会長に就任した。これまで、日本医師会が国民の健康を守り、政府や与党と緊密に連携しながら日本が正しい方向に進むための提言をしてきたことに対し、世界的に高い評価を受けたことによるものだと思う。グローバル化の進展によって医療をとりまく問題も国境を越えて大きく立ちはだかつており、世界中の医療関係者が連携を保てるよう、世界医師会の取り組みを加速させていきたい。

【特別講演Ⅱ】

「邪馬台国は糸島平野に在った
—邪馬台国問題から見えてくる歴史科学の方法—

日本古代史研究会会長 生野真好

古代の中国や我が国の朝廷人（インテリ）達は、自然科学と歴史科学の素養を持ったオールマイティーな科学者集団であり、彼らが書く文章は、概ね法則やルール・専門用語など科学者間で共有する知識を用いて要領良く「簡潔」に書かれていた。しかし、それが簡潔であればあるほどその専門知識を持たない一般人にはより難解なものとなる。なぜ、現在日本の歴史学界では「研究者の数だけ邪馬台国が存在する」のか。それは、歴史科学者の書いたものは、科学を知らない歴史学者には読めないということではないだろうか。魏志倭人伝の解説を通じて、同じ答えを共有できる歴史科学の方法が有ることを立証したい。

○「魏志倭人伝」を正確に読むには

- (1) 「東夷伝」は、「防衛白書」的意義をもって書かれている。
- (2) 「東夷伝」は、「国境」が第一義的に書かれていて「倭人伝」もその例外ではない。

(3) 「東夷伝」の行路記述には、「三つの記述法」が使われていて、それは「方向・地名・距離」の三種の単語の順番を入れ替えることで「三通りの記述法」に区別されている。

- ① 「直線式記述法」
= (方向) + (距離) + (地名)
- ② 「放射線式記述法」
= (方向) + (地名) + (距離)
- ③ 「国境記述法」
= (地名) + (方向) + (距離)
→ [生野が発見]

(4) 「魏志倭人伝」の行路記事には、この行路記述法がすべて使われていて、「国境までが七千余里 + (X) + 三千五百余里 = 一万二千余里」という行路順に従った計算式で書かれている。

(5) 上記の計算式から、「x = 千五百里」という数値は容易に導き出せるが、その時「国境の次にこの未知数 (X) の距離がある」という認識が重要となる。つまり、行路記述は実際の行路順に従って数値を並べなければならない、未知数 (X) を④以外に置いて計算してはいけないということ。ここが (X) の数値を求めれば良い自然科学の計算式と異なる点。

(6) 倭王卑弥呼に謁見するためにやって来た魏使たちは、伊都国に常駐した。それはそのすぐ傍に「邪馬台国が在った」からに外ならず、伊都国と邪馬台国は糸島内で隣接していた。

(7) 「結論」 = 「邪馬台国は糸島平野」に在り、そのすぐ北の「糸島半島に伊都国」が在った。

(8) その傍証の一つとして、日本全国で糸島平野だけに紀元前から三世紀までの「弥生の王墓」が集中していることが挙げられる。

以上、私は歴史科学の方法に則り、「邪馬台国は糸島平野に在った」と結論しているが、それは「科学者が共有できる答え（正解）」になると確信している。

印象記



理事 本竹 秀光

第117回九州医師会連合会総会・関連行事が福岡県医師会主催で10月27日から3日間にわたり行われた。2日目は午前中の各種協議会に続き、午後は総会、特別講演が行われた。特別講演Iは日本医師会会長・世界医師会会長の横倉義武先生による「日本医師会の医療政策—地域医療体制の再構築に向けて—」であった。社会保障と経済成長の項目では会長の持論とも言える社会保障と経済は相互作用の関係である。すなわち、経済が社会保障の財政基盤を支えることで国民の健康が維持され、それにより生産性が向上、逆に日本経済の底支えになると強調された。平成30年度同時改定に向けての項目では、財政審は医療費の伸びは「高齢化等」の範囲内とし、診療報酬改定1回あたり2%半ば以上のマイナス改定が必要と議論されているが、診療報酬の技術料には医師、看護師、医療技術者の人件費以外に設備関係費、医療機器・機材費なども含まれていることに我々は留意すべきであると述べ、印象的であった。医学教育の項目では来年4月から開始される新専門医制度について言及された。かかりつけ医と専門医の役割を明示し、それぞれのシームレスな連携が国民に安心・安全な医療が提供できるとした。最後に、さる10月13日の世界医師会シカゴ総会式典において、第68代WMA会長に就任したことを報告、会長指名の理由は日本医師会が国民の健康を守り、その結果日本が長寿国になった事への高い評価の結果であろうと述べられた。

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。

九州医師会連合会平成 29 年度 第 1 回各種協議会

去る、10月28日（土）ホテル日航福岡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。

I. 地域医療対策協議会 (地域医療構想、新専門医制度を含む)



副会長 宮里 善次



挨拶

福岡県医師会の堤副会長、日本医師会の中川副会長、松原副会長よりそれぞれ概ね以下のとおり挨拶があった。

福岡県医師会 堤副会長

昨日から引き続き、早朝から本協議会の開催であるがよろしくお願ひしたい。本日は日本医師会から中川副会長、松原副会長にご出席いただいている。御礼申し上げる。

さて、本協議会では各県から8題の提案事項をいただいている。地域医療構想については、昨年度末までに全都道府県において策定がなされている。本日は地域医療構想に関する議題の中でも特に地域医療構想調整会議における議論の進め方について、各県のそれぞれの状況、課題があるように感じている。地域医療構想調整会議の中で地域の実情に即した医療提供体制の在り方を議論する上で、各県医師会が果たす役割は大きいと考えている。その問題点等について、活発なご意見を賜るようお願いしたい。

日本医師会の中川副会長、松原副会長におかれては、様々な問題についてコメントをいただきたく考えている。よろしくお願ひしたい。

日本医師会 中川副会長

数日前に財務省から、診療報酬 2.5% マイナス改定ということが提案された。改定の度にマイナス改定と言っているが、いつもはマイナス 5% と言っている。それが 2.5% になっているので少し良いと思う反面、逆に現実味を帯びて、警戒が必要ではないかとも考えられる。

日本医師会で注目しているのは、衆議院解散前に安倍総理が話した消費税増税分の使途変更である。今まで 8% に引き上げた時の 3% の内、社会保障安定化分の 3.3 兆円を借金の穴埋めに使っていた。正確に言うと、借金がこれ以上社会保障のために増えないように使っていた。それを見直すと言ったところに注目している。10% に上げるとなると、3.3 兆円にプラス 4 兆円になり、計 7.3 兆円になる。その 7.3 兆円のうち、全て借金の穴埋めに使うのではなく、4 兆円分を社会保障に使いたいと言っている。特に 2 兆円相当分を子育て・教育に使うと言っている。医療の充実分も 4 兆円の中からいく分か財源が手当されることを期待して活動していく。いずれにしてもその変更は再来年の 10 月の消費税 10% に上げた時からの内容である。しかしその方針は来年の予算編成にも前倒しでなされる可能性もあるので注視していきたいと考えている。

本日の協議会は地域医療構想を中心に議論がなされると伺っており、何らかのアドバイスが出来るのではないかと考えている。よろしくお願ひしたい。

日本医師会 松原副会長

私に取り組んでいるのは専門医機構の新専門医制度である。1 年半前にどれだけの定数があるかと調べると全部で 2 万人であった。1 学年に 8,000 人しかいないところが、2 万人の定数になると東京への一極集中がさらに激しく

なるのは明白である。そこで昨年 7 月に一旦停止し、もう一度全部やり直すということで、12 月 10 日から新たな新専門医制度がスタートする。登録が 10 月終わりに始まるので当初 2 万人あったものをかなり減らしたが、それでもかなり東京に集中している。さらに今回は総合診療が始まる。総合診療は、当初は 3,000 人分の予定があった。2,000 人、1,600 人と落としたが、それでも今回 1,200 人の定数がある。さらに東京への集中を防ぐために、地域でしっかりと研修することについて皆さんにご協力をお願いした。その結果として現在 1,100 人である。東京、大阪、愛知、神奈川、福岡においては、上限を設けた。ただしこの件については、かなり弾力をもって対応することになっている。東京において総合診療の定数は 80 である。他科に亘って研修しなければならない、他科に亘って診察しなければならないということはどういうことなのか、医療資源の乏しいへき地において、科を問わず対応しなければならないという、そのような研修をしていただきたいことから、一時的にそのような場所での研修をお願いしている。

厚生労働省は、各地区の 2 次医療圏毎に強制配置をして専門医の定数を決めることを考えている。しかしそのような形になると、勉強したい領域が出来なくなる。強制配置をさせないような形で進めているが、それでも集中する場合は、厚生労働省は強制配置を行うと言っている。強制配置のメリットと大きなデメリットを十分に配慮しながら対応したいと考える。バランスを取りながら、地域の医療が十分にできるよう対応していくので、ご協力をお願いしたい。

協 議

※協議事項 (1) と (2)、(3) と (4) については、それぞれ関連していることから、一括して提案要旨の説明、意見交換が行われ、(5) ~ (8) についてはそれぞれ提案要旨の説明が行われた。また、(1) ~ (5) の日医コメントについては、一括して行われた。

(1) 病院の開設等の許可申請に伴う地域医療構想調整会議での協議について (鹿児島県)

<提案要旨>

不足する医療機能への転換等の促進を図るため、医療法第7条第5項の規定により、都道府県知事は、病院の開設等の許可申請があった場合に「不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与」できることになっている。

現状と将来を比較して「不足する医療機能」を判断することになっているが、病床機能報告(現状)の定義が曖昧で、地域医療構想の病床の必要量(将来)とは、根拠が異なり、単純に判断(比較)ができないことから、本県では「開設等許可への条件の付与は、当面の間、行わない」予定である。

ただし、①特定機能病院や地域医療支援病院、②政策医療を担う(災害、へき地、周産期等)医療機関並びに③一定の病床数注)を有する病院の移転若しくは増床に伴う開設等許可申請、④特例診療所の開設等許可申請については、地域の医療提供体制に影響が大きいことから、当該医療機関に地域医療構想調整会議への参加と理由説明を求めることにする予定としている。

九州各県における病院の開設等の許可申請に伴う地域医療構想調整会議での協議について、調整会議への出席を求める対象医療機関の範囲や内容、条件の付与などについて取り扱いをお伺いしたい。

また、昨年度開催した九医連第2回地域医療対策協議会で、佐賀県医師会から、「地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」をご紹介いただいたところである。本県ではこのような規定は定めていないところであるが、各県において、佐賀県のような「取扱要領」等の規定を策定されていないかお伺いしたい。

注) 医療提供体制には地域差があることから、「病床数」は、各調整会議において地域の実情に合わせて設定できるようにする予定。

(2) 地域医療構想の達成を推進するための取組みについて (福岡県)

<提案要旨>

本年3月の地域医療構想公示後の第1回地域医療構想調整会議において、『地域医療構想調整会議における「協議への参加を求める場合」の運用』の規定を作成し、調整会議の資料として提出した。

本規定の趣旨は、地域医療支援病院又は特定機能病院が医療機能の大幅な変更等を行う場合に、公的医療機関等も含めて事前に調整会議に参加するよう求めるもので、県内の一般・療養病床を有する全ての病院及び診療所に対して本運用に関する周知を行った。

また、九州厚生局に入院基本料の届出や事前相談がなされた場合や、保健所等に病院の開設や診療所の病床設置等の申請を行おうとする場合に、当該医療機関に対し調整会議における協議への参加を求める可能性があることから、事前に県医療指導課に相談するよう案内していただくことを、九州厚生局長並びに保健所長等に対して協力依頼を行った。

これらの取組みによって、地域医療構想の達成を推進するための調整会議における適切な協議が行われる前提が担保されたと考えるが、九州各県の取組みと日医のご意見をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、医療施設の新規開設や病床の種別変更等、病床に関する申請については、地域医療調整会議にて当該医療機関から説明いただき、協議を行うこととなっているとのことであった。

また、協議(2)の福岡県からの提案議題で示された内容(九州厚生局等への協力依頼)については、参考にするべき取組みとの意見が示されるとともに、日本医師会から厚生労働省への働きかけをお願いしたいとの意見が上がった。

調整会議における取扱要領の策定状況については、佐賀県、長崎県、福岡県が既に策定され

ており、沖縄県が今後段階的に定めることとなっているという状況であった。

(3) 各県の地域医療構想調整会議の進捗状況と具体的な内容等について（熊本県）

<提案要旨>

昨年度の構想策定後、各県で地域医療構想調整会議が行われ、様々な議論がなされていると思います。本県では、6月30日に第1回県地域医療構想調整会議(議長:県医師会長)が開催された。

県事務局の説明では、調整会議の開催スケジュールとして、本年度は県レベルの調整会議が2回(6月・2月)、構想区域ごとの調整会議が3回(7~8月、10月、3月)となっている。関係者が合意形成に向けた協議を行うとしながらも、病床機能報告と合わせ各地域においては、いわゆる5疾病、5事業を主に取り扱う中核病院がまず自分たちの病院の機能を公表し、出来ないところを周りの医療機関が補うようにするというイメージをもった意見が真っ先に示されたケースもあり、地域によってはあまりにも一方的で、話し合いの余地がないように受け取られた地域もあった。このままでは中核病院のベッドは減らずに、療養病床や一般病床を標榜している地域の民間病院などのベッドから減らされていくのではないかと危惧されたところである。

ベッド削減のイメージは未だ払拭されず、今後の調整会議の進行の妨げとなっているように感じた。

地域医療構想調整会議をより実のあるものとするため、各県の調整会議における議論の要点、問題点などについてご教示頂きたい。

(4) 地域医療構想については年毎の拙速な結果を求めるのではなく、各構想区域において2025年に向けて、じっくりと協議・調整を続ける方向性を求めるべきであると考え、いかがか。(宮崎県)

<提案要旨>

国の考えとしては、地域医療構想は各県で策定済みであり、2017年度の調整会議において、病床機能報告や医療計画データブックなどを踏

まえた「役割分担の確認」、「機能・事業など各々の現状不足を補うための具体策」についての議論、医療機能ごとに機能分化・連携・転換について具体的に決定、個別の医療機関名や進捗評価(指標も含めて)、地域医療介護総合確保基金の活用などを含めた「取りまとめ」を行うとの具体例を提示している。

しかしながら、当県においては各構想区域の需要(疾病別の医療ニーズ)の分析、各医療機関の果たしている具体的機能を分析している途上であり、今後データを提示した上で、各医療機関がそれらを自ら分析し経営判断と合わせて今後の機能を選択、更に調整会議で地域の医療機能の調整作業を行うことを考えると、変化が見られるのは早くても数年後と予測される。県行政とは密接に協議を行い、この点は共通認識としているが、厚労省はかたくなに毎年の実績を求め、その結果が総合確保基金配分に影響するのではないかと危惧もある。

各県の進捗状況をお聞かせいただくと同時に、日医からは国に対して、「年毎の拙速な結果を求めるのではなく、2025年に向けてじっくりと協議・調整する方向性を求める」ことを働きかけていただきたい。

【各県回答】

地域医療構想調整会議の進捗状況については、各県より、病床機能報告の結果や国から提供された支援ツール、今後のスケジュール等について情報共有が行われたとの報告がなされた。

地域医療構想調整会議における今後の課題としては、回復期が不足するという推計への対応や診療報酬及び介護報酬同時改定の内容を受けての病床機能の転換や介護医療院への移行、「公的医療機関等2025プラン」等を踏まえ、具体的な協議を進めていくことが必要であるとの見解が示された。

また、厚生労働省が毎年の実績を求めていることについて、各県ともに、病床機能報告の4機能の基準が明確でないことから医療機関側で病床機能の選択に迷いが生じていることや、各

地域で実情が異なること等、拙速な結果を求め
るべきではなく、じっくりと協議・調整を進め
ていくべきとの意見が示された。

**(5) 地域医療構想は、診療報酬と今後どのよ
うに連動するのか (大分県)**

<提案要旨>

地域医療構想は、「少子高齢化の進展に伴っ
て、今後必要となる病床の必要量が二次医療圏
毎にこの程度になりそう」という予測値を提示
してくれる反面、「日本の財政面からは、病院
ではもう希望通りの入院医療は提供できないか
ら、自宅等で面倒を見てください」という警告
ともとれる。現時点では、単なる4つの機能分
類と病床の必要量が示されているだけであり、
どうすべきか決めることができず、病床機能報
告制度も含め未だ大きな変化は認めていない。
しかし、今後、診療報酬と連動した具体的な形
が出てくると、全医療機関が大きな悩みを抱え
ることになる。1つは、病院と有床診療所のベ
ッドの評価の仕方である(地域医療構想の病床
の必要量の中では区別されておらず、同じ1床
でも利用の仕方が異なるのではないか)。例え
ば「急性期」を選択した場合、病院では医師数、
看護要員数等の要件を満たすことが要求され
ると思うが、有床診療所ではどうなるのか。

日医のお考えをご教示いただきたい。

ちなみに、有床診療所の病床機能報告は以下
のようになっている。

○有床診療所における医療機能について

有床診療所については1病棟と考え、有床診
療所単位でご回答ください。その際には、病院
と同様に、4つの医療機能(高度急性期機能/
急性期機能/回復期機能/慢性期機能)の中か
ら1つを選択してください。有床診療所は、病
床数が19床以下と小規模であり、また、地域
の医療ニーズに対応して多様な役割を担って
いることを踏まえ、以下のような機能の選択の例
が考えられます。

(例)

- 産科や整形外科等の単科で手術を実施してい
る有床診療所 → 急性期機能
- 在宅患者の急変時の受入れや急性期経過後の
患者の受入れ等幅広い病期の患者に医療を提
供している有床診療所 → 急性期機能又は回
復期機能のいずれか
- 病床が全て療養病床の有床診療所 → 慢性期
機能

これらの例以外にも、有床診療所には様々な
患者の方々が入院しておられることを踏まえて
ご回答ください。

【各県回答】

各県より、日医の見解を伺いたい旨の意見が
述べられた。

熊本県からは、地域医療構想は診療報酬で誘
導できない政策医療について、基金等を活用し、
不足する医療を地域で調整するものと理解して
いる旨の意見や、福岡県からは、地域医療構想
の推進と診療報酬体系は分けて議論すべきとの
意見が示された。

【日医中川副会長コメント】

有床診療所の病床機能の選択については、ど
の機能を選択しても良いと考える。19床であ
れば、様々な患者がいると考えられ、この機能
を選択したから間違っているとかが間違ってい
ないとか、そのような問題ではないと考える。

地域医療構想は、最初から病床削減という
ことは全くない。病床を削減しなければならない
という印象が多い。ただし言えることは、
2025年の医療需要(患者さん)を考えるとど
んなに病床を確保したいと言っても患者さんが
いないと空床になるだけである。そのデータ(医
療需要)を見ながら自主的に判断しようという
ことが地域医療構想である。先ずこの点を抑え
ていただきたい。

都道府県知事の対応について

- (1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
 病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している医療機能に係る医療の提供という条件を付することができる。
- (2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応
- (3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができる。

- (4) 稼働していない病床への対応
 有床診療所の病床を病院へ移動すること等については、(1)の増床等への対応という部分の不足している医療機能という条件に反する可能性がある。

既存医療機関が過剰な病床機能に転換しようとする場合

地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な医療機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができる。

上記を見ても分かるとおり、最初から知事の権限ではなく、地域医療構想調整会議の権限になっている。調整会議の調整が不調に終わった時は、県の医療審議会となる。医療審議会でも不調な時は、知事の権限にて命令、要請することとなる。医療法上、地域医療構想調整会議は「協議の場」という位置づけだが、地域医療構想上はかなり強いものを持っている。どのような病院の提案であっても、良くないことは良く

ないという権限があるということを認識いただきたい。

病床機能報告と病床の必要量（必要病床数）について

病床機能報告は、「各医療機関が、病棟単位で医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自主的に報告するもの」である。

病床の必要量（必要病床数）は、「現在の医療需要と、将来の推計人口から、将来の医療需要（患者数）を推計し、病床稼働率で割戻した『病床数』」であり、限りなく患者数である。

この2つを単純に比較するのは良くないと繰り返し申し上げてきた。

地域医療構想は構想区域単位で物事を考えるものである。地域の実情を把握するための集計も構想区域単位でとどめるべきである。都道府県単位や全国規模で集計すると、単純な数の比較になり、地域の実情に応じた医療提供体制から乖離したものになる可能性が高くなる。

基準病床と病床の必要量（必要病床数）との関係性（図1）

医療計画における「基準病床」は、全国統一の式により算定した数値である。その目的は、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するためのものである。

これに対し地域医療構想の「病床の必要量」（必要病床数）は、現在の医療需要と将来の推計人口から医療需要を推計し、病床稼働率で割り戻して推計した患者数である。その目的は、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するためである。

このように、基準病床と病床の必要量は、制度の目的、推計の方法ともに異なる別のものである。

病床の必要量が、基準病床数・既存病床数のいずれも上回る（基準病床数が既存病床数を上

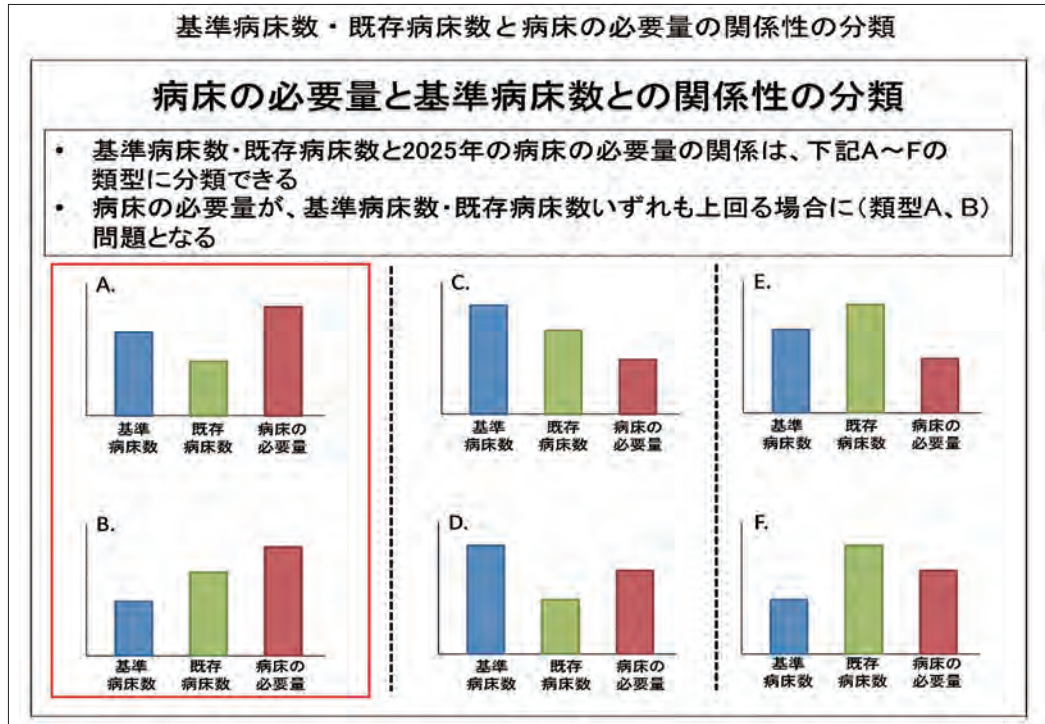


図 1

回る、既存病床数が基準病床数を上回る (A,B) 場合は、これまで地域で築き上げてきた医療提供体制や、不足する病床の手当てに影響を及ぼす場合がある。また、病床の必要量が基準病床及び既存病床を上回り、基準病床数が既存病床数を上回る場合 (A) は、不足する病床の手当てを行うことが可能であるが、これまで地域医療を担ってきた医療機関以外の病院グループ等が、新規参入してくる危険がある。

そのため、このような地域において都道府県が病床を整備する場合は、地域の医療機関に配慮した慎重な対応が必要である。

病床の必要量が基準病床及び既存病床を上回り、既存病床が基準病床を上回る場合 (B) は、病床の必要量の将来推計では病床数が不足するにもかかわらず、病床の手当てができないことになる。そこで、都道府県は、医療法第 30 条の 4 第 7 項の基準病床数算定時の特例措置で病床の手当てを行うこととなる。

上記 A、B いずれの場合においても、これまで地域医療を担ってきた医療機関に対し、十分配慮した対応を行うことが重要である。

地域医療構想は「病床削減」や「病床規制」のための制度ではないことを前提に、地域医療

構想調整会議で議論を行う他、都道府県が適切な対応を行うよう、注視、提言をしていく必要がある。

地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について

医政局地域医療計画課長は、平成 29 年 6 月 23 日付で通知「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」(医政地発 0623 第 1 号) を発出した。

その中で、「現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、基準病床数との関係だけでなく、地域医療構想における将来の病床の必要量を勘案し(中略)、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること」と示している。基準病床数が既存病床数、病床の必要量を上回る場合 (C) に対し、これまで地域医療を担ってきた医療機関以外のものによる新規参入に対し、実質的な歯止めを記載している。

また、病床の必要量が基準病床及び既存病床を上回り、既存病床が基準病床を上回る場合

(B) については、厚生労働省留意事項通知で、「平成 29 年改正医療法の規定による現状では既存病床数が基準病床数を上回り、追加的な病床の整備ができないが、将来、病床の必要量が基準病床を上回る場合は、基準病床数について毎年見直すほか、医療法第 30 条の 4 第 7 項に基づく基準病床数算定時の特例措置を活用できるとする場合も、将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況や、交通機関の整備状況等の地域の事情を考慮することが必要となること」について記載されている。

平成 29 年 6 月 23 日付の通知「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」(医政地発 0623 第 1 号)の中で以下のことが示されている。

1. 療養病床及び一般病床の整備に当たり留意すべき事項について

今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。

具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、以下のような点に留意し、十分な議論を行うこと。

(1) 現状では既存病床数が基準病床数を上回り、追加的な病床の整備ができないが、高齢化が急速に進むことで、将来の病床数の必要量が基準病床数を上回ることとなる場合には、

- ① 基準病床数の見直しについて毎年検討
- ② 医療法第 30 条の 4 第 7 項の規定に基づく基準病床数算定時の特例措置を活用することによって対応が可能であるが、その場合であっても、

○ 将来の高齢者人口のピーク後を含む医療需要の推移

○ 他の二次医療圏との患者の流出入の状況

○ 交通機関の整備状況

などのそれぞれの地域の事情を考慮することが必要となること。

(2) 現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること。

2. 療養病床及び一般病床の整備に当たり留意すべき事項について

都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論との整合性を確保すること。

具体的には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

- 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性
- 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性等

その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

3. 第 7 次医療計画公示前における病院開設等の許可申請の取扱い等について

現行の医療計画において、無菌病室、集中治療室 (ICU) 及び心臓病専用病室 (CCU) の病床については、専ら当該病室の病床に収容され

た物が利用する他の病床が同一病院又は診療所内に別途確保されているものは、既存病床数として算定しないものとされている。これらの病床については、第7次医療計画の策定を念頭に、平成30年4月1日以降、これまで既存病床数として算定していなかった病床を含めて、全て既存病床数として算定することとされていることから、今年度において新たに療養病床及び一般病床の整備を検討する際の判断材料の一つとして、当該病床を既存病床数に含めて、各二次医療圏における病床の整備状況を評価することが考えられるため、必要に応じて検討すること。

回復期機能の「不足」について

平成26年より病床機能報告制度が開始し、これまでに3回結果が公表されている。その結果より「回復期機能が不足している」という見解が、一部で常識化しつつある。しかしその見解には誤解がある。

病床機能報告における医療機能は、病棟単位であり病棟ごとに選択した機能と患者像は完全に一致することはない。

これに対して、病床の必要量は、一定の仮定のもと、医療資源投入量を元に推計した患者数を境界点で区分したものである。

両者は単純に比較できるものではない。

図2は、とある病棟のイメージである。例えば高度急性期では、急性期、回復期の患者もいるが、高度急性期の患者の割合が一番多いので高度急性期と報告する。

回復期は、ほとんどが回復期リハビリテーション病棟に相当する。地域包括ケア病棟は、各機能の患者が入り乱れていると考えられるため、どの報告を行うか迷うところかと思うが、おそらく急性期という報告が多いのではないかと考える。

お気づきのように、回復期の患者は全機能に入っている。これは、治療計画ともに通過する病期のところの医療資源投入量を拾い上げて集

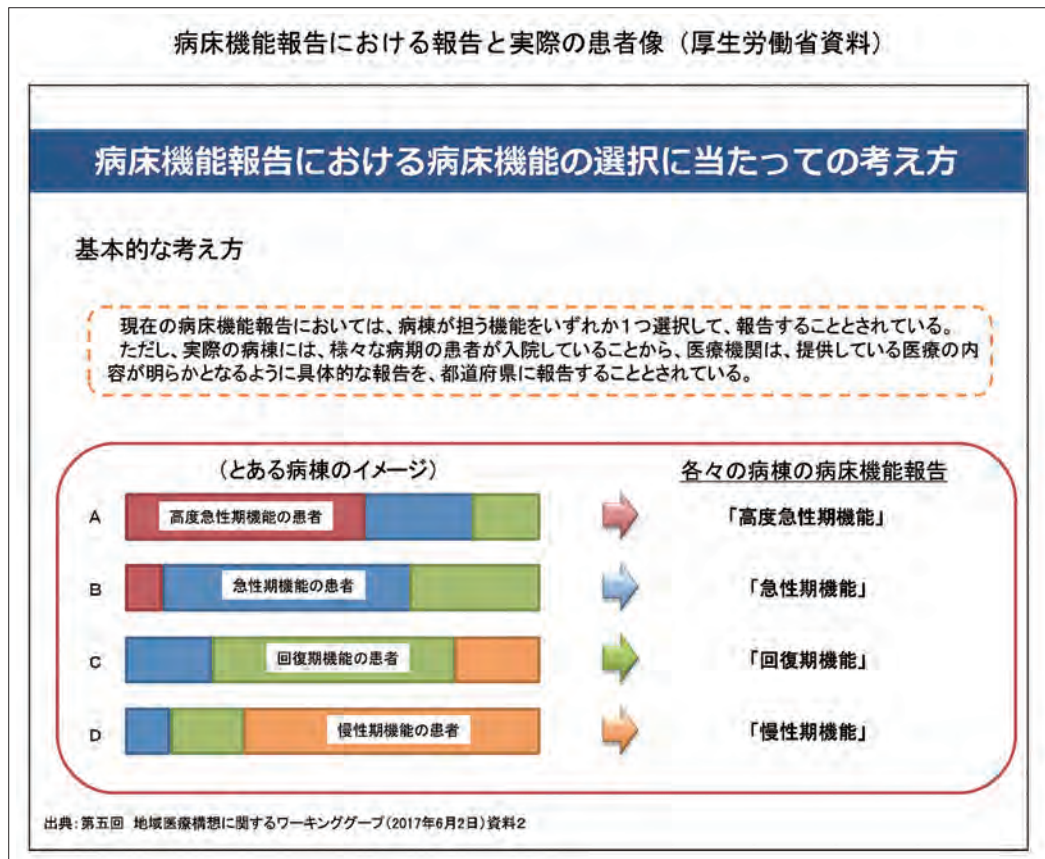


図2

計しているため、回復期が散在する形となる。医療機能としては、当然のことである。

このことを分かりやすく説明すると次の図のとおりである。(図3)

図3の例において、病床機能報告では、先程説明したとおり急性期の患者がそれぞれ多いので、3病棟とも急性期での報告となるが、病床の必要量は、患者数を機能ごとに寄せて集計しているため、1病棟が回復期という計算になる。つまり、回復期の患者がいるにも関わらず報告は全て急性期となるため、両者を比較した時に、回復期が足りないという誤解が生まれている。

厚生労働省も病床機能報告制度の各機能の報告と、地域医療構想における病床の必要量は単純には比較できないものであることを認めている。また今後、医政局では局員に対し、回復期が足りないという言葉は一切使うなという指示が出ている。

全国の構想区域において、必要以上に回復期の病棟が作られる可能性があったため、通知を出していただきたいと要請し、平成29年9月29日付で厚生労働省医政局地域医療計画課から各都道府県衛生主管部(局)宛に、「地域医

療構想・病床機能報告における回復期機能について」を発出いただいている。内容は以下のとおりである。

- 地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を推計するものに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みであること
- 現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えていること
- 各医療機関は、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告することが必要
- 地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めることが重要

また、これまで厚生労働省に寄せられた回復期機能に関する質問に対し、Q&Aの形で見解を示している。以下のとおり2例を紹介する。

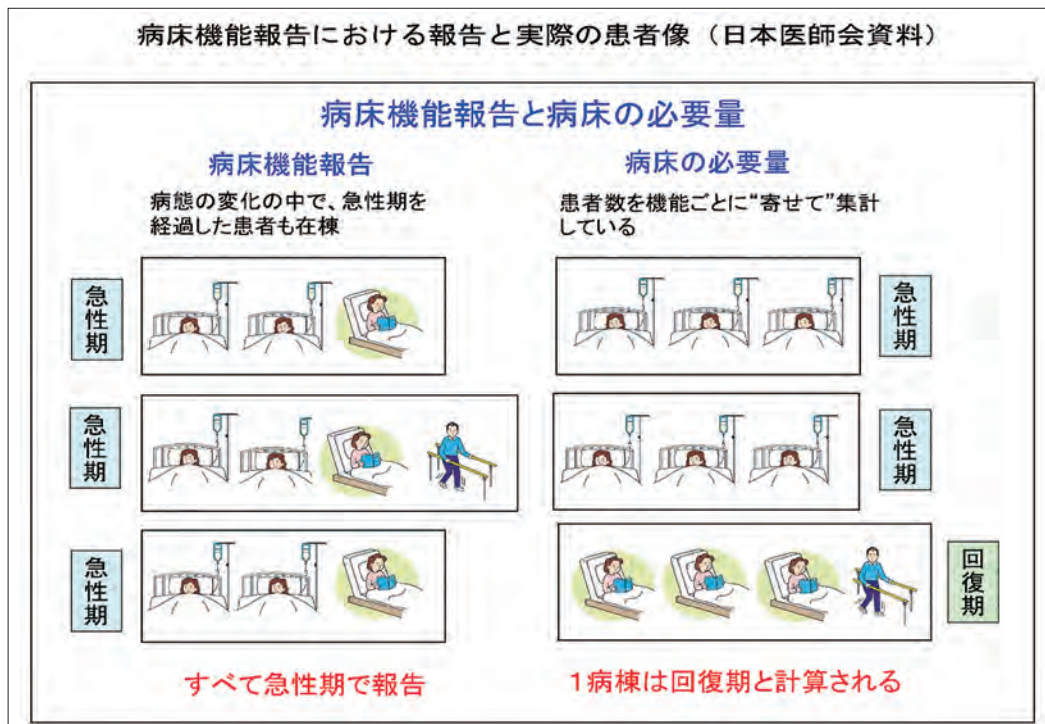


図3

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

質問：病床機能報告において回復期機能を選択した病棟では、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料しか算定できず、急性期の入院料や加算等を算定できないのか。

回答：病床機能報告は、医療機関の各病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的として実施しているものであり、いずれの医療機能を選択した場合であっても、診療報酬の選択に影響を与えるものではない。この点については、平成 29 年度病床機能報告の報告マニュアルにおいてもお示ししている。

質問：「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」策定について（依頼）」（平成 29 年 8 月 4 日付医政発 0804 第 2 号厚生労働省医政局長通知）に添付された 2025 プランの記載例の中に、「地域に不足する回復期機能を提供する」との文言があるが、2025 プランの策定対象となる公的医療機関等は必ず回復期機能を担わなければならないこととなるのか。

回答：本記載はあくまでも記載例としてお示したものにすぎず、公的医療機関等が、今後、必ず回復期を担わなければならないという趣旨ではない。実際の各医療機関の役割については、まずは各医療機関において、診療実績や地域の実情等を踏まえていずれの医療機能をどの程度担うかについて検討いただいた後、地域医療構想調整会議で協議・合意形成をいただいた上で決定することが重要である。

新公立病院改革ガイドライン

2025 年 3 月 31 日に総務省が「新公立病院改革ガイドライン」を発出し、現在これを踏まえて、各公立病院が新公立病院改革プランを策定している。

本ガイドラインの中で、「新公立病院改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場（地域医療構想調整会議）の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新公立病院改革プランを修正すべきである。」と明記されている。すなわち、地域医療構想調整会議の権限が強いということを認識いただきたい。

日本医師会から、公立病院のみならず、公立病院以外の公的医療機関等に対してもこのような改革プランを作り、それを地域医療構想調整会議に提出し、齟齬がないか検討すべきだと提案したところ、平成 29 年 8 月 4 日付、厚生労働省医政局長より公的医療機関等の長に対し、通知「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」について（依頼）」が発出された。概要及び対象となる「公的医療機関等」は以下のとおり。

病院事業を設置する地方公共団体においては、「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日付総財準第 59 号総務省自治財政局長通知）を参考に、平成 28 年度中に「新公立病院改革プラン」を策定することとされており、策定した「新公立病院改革プラン」をもとに、地域医療構想調整会議に参加することで、地域医療構想の達成に向けた具体的な議論が促進されるものと考えている。

また、医療法上、都道府県知事は、地域医療構想の達成を図るため、公的医療機関等（同法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）に対してより強い権限の行使が可能となっている。

公的医療機関等を始めとする医療機関が、他の医療機関を率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要と考えている。

策定したプランについては、地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には見直しを行うなど、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図っていただくようお願いしたい。

公的医療機関等：

日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合、北海道社会事業協会連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）、国家公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、私立学校振興・共催事業団、国民健康保険団体連合会、全国健康保険協会、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構、各特定機能病院開設者、各地域医療支援病院（医師会病院等の地域医療支援病院を含む）

公立医療機関等においても黒字にするよう頑張れということではなく、地域医療構想においては、民間を優先にして公立病院、医療機関等は、少し引き気味にこなさいという明確な局長通知となっている。

各医療機関にとっての意味

地域医療構想は、医療関係者自らが地域の医療を再構築していく仕組みである。各医療機関は、病床機能報告制度の公表結果やデータに基づく医療需要から推計された病床の必要量（必要病床数）等を見ながら、自主的に病床の機能区分に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討していく。各医療機関が、地域の実情を把握できるようになると同時に、その医療機関の情報も患者・住民、地域の医療機関等に開示される。各医療機関には地域で果たすべき役割について、誠実に

検討していくことが求められる。

地域医療構想は、これまで各医療機関が個別に経営判断して策定していた計画から、地域の判断によって地域一体となって計画を策定するという点で大きな転換である。地域の中でどう生き残るか、地域で協力して考えるようにという医療機関に対するメッセージであり、これをきっかけに、さらに地域の実情に沿った医療を提供することが期待されている。

(6) 総合診療専門研修プログラム整備における医師会の協力について（長崎県）

<提案要旨>

総合診療専門研修プログラムは、診療所や中小病院での研修も必要であり、地域医療の経験には地域医師会の協力が明記されている。

また、指導医の候補のひとつに、都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門カリキュラムに示される「到達目標・総合診療専門医の7つの資質・能力」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師とある。

長崎県では、プログラム作成元である長崎大学病院より推薦医の協力依頼があるが、この制度は細則が専門医機構でもまだ決定していない。各県医師会の状況や対応についてご教示いただきたい。

【各県回答】

全ての県において、指導医の推薦依頼はない。

鹿児島県、福岡県では「鹿児島県医師会認定かかりつけ医制度」、「福岡県医師会認定総合医」、「日医かかりつけ医機能研修制度」の認定者もしくは認定要件を満たしている者が推薦基準の一つとして検討する予定である旨回答があった。

【日医松原副会長コメント】

指導医の候補のひとつに、【都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される「到達目標：総合診療専門医の7つの資質・能力」について地域

で実践してきた医師」として推薦された医師】とされている。これは、かかりつけ医に求められる能力と同等である。また、指導医は「総合診療専門研修特任指導医講習会」の受講が必要とされている。是非、受講いただき、地域で実践してきた医療を若い先生方に伝授していただきたい。

**(7) ストレスチェックの各県の現状について
(長崎県)**

【提案要旨】

ストレスチェック制度の実施状況について、本年7月26日に厚生労働省により結果報告があり、ストレスチェック実施率は82.9%で、医師による面接指導を実施した事業場は32.7%であった。

長崎労働局に尋ねたところ、実施率が約85%である以外は公表されなかった。

この制度は義務であるにもかかわらず、初年度は徹底されていないことが判明している。各県の現状や問題点などあれば教えていただきたい。

【各県回答の概況】

- 各県において、ストレスチェックは80～90%程度実施されているとの報告があった。本県における実施率は66.7%であった(平成28年12月時点)。
- 宮崎県からは、一次予防のためには、面接指導の実施率を上げる必要があり、面接希望者への配慮として、個人情報の守秘が確実に保障される窓口を設ける等の提案があった。
- 鹿児島県からは、プライバシー保護の観点から、高ストレス者に対する面接指導を通常の産業医活動と別日に行うなどしており、産業医の負担が増えている。郡市区医師会の中には、面接指導を通常の契約とは別で契約するよう取り決めているところもあるとの報告があった。
- また、福岡県からは、ストレスチェック制度開始直後は産業医の負担増や契約内容に関する問い合わせが多く寄せられたため、産業医

研修会において制度の説明を14回行った。また、「産業医契約書のひな形見直し委員会」を設置し、ストレスチェック導入に伴う超過勤務料金等を盛り込んだ改訂版のひな形を作成したとの報告があった。

- 熊本県からは、実際にストレスチェックの結果がどの程度フィードバックされているのかということが重要である。職場の人間関係や仕事内容を把握し対応している産業医はとて少ないため、今後、産業医が活躍することでストレスチェックを有意義なものにしていくと考えているとの意見があった。また、産業医が面接指導を担当することを拒否する場合があることや、事業所によっては、面接指導のみを依頼されることがあり、産業医が引き受けられないことが面接指導の実施率が低い要因の一つではないかとの意見があった。

【松原副会長からのコメント】

ストレスチェックを実施することは義務である。労働者自身の気づきを促し、うつ病などの発症や自殺を未然に防ぐため、実施率の向上を目指してご尽力いただきたい。

(8) 医療事故調査制度で扱う警察届出例の取り扱いについて (佐賀県)

<提案要旨>

医療行為による患者の死亡時に、遺族が警察へ届け出たことにより司法解剖に至るなど刑事事件として取り扱われる場合は、医療事故調査制度に則った調査が係争の手段として使用される危惧もあり、本制度の埒外で処理されるべきである。日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

- 鹿児島県
報告書が訴訟に利用されることは法律上避けられない。粛々と当制度の目的に向かって進める以外にない。医療者が訴えられることの無いようにして頂きたい。

○佐賀県

民事において報告書が利用された事例がある。目的どおりに医療側から解析していることが遺族、社会的に認められれば訴訟などは減っていくのではないかと考えている。「医療事故調査制度」という「事故」の名称が遺族側からの訴訟に発展するケースが多いことから、名称変更は絶対的に必要である。

○沖縄県

本県では、ある医療施設から病院に患者を搬送した際、到着時には心肺停止となっていたことから、送り側の医師と受け側の医師及び家族が相談の上警察に届け出た事例がある。警察側に対して密に連携を取ることを積み上げていけば解決になるのではないかと考える。依然として届け出るか否かについて悩む医療機関が多いことは仕方がないと思うが、本会では積極的に介入してアドバイスを行っており、今後これが形になっていくのではないかと考えている。

○大分県

これまで9件の対象事案があるが、幸い刑事事件になった事例は無い。善意による医療行為が結果的に罰せられることについては何とも表現のしようがない。そうならないためには普段から医師、看護師等が患者・家族に対して「言葉」の重さを認識して対応するようにしていかなければならない。

○長崎県

調査委員会は事実関係に基づいて調査するが、警察は過失を立証する視点で動くためこれを同時進行させることはかなり難しいことである。そのため基本的には刑事事件となった場合

は、当県では調査委員会を進めないこととしている。

○熊本県

当制度を粛々と進めることで、刑事事件において違った見解が出てくると考えており、それが結果的に医療者を助けることになるのではないかと考えている。

資料等が押収されることは仕方ないことではないかと考えている。

○福岡県

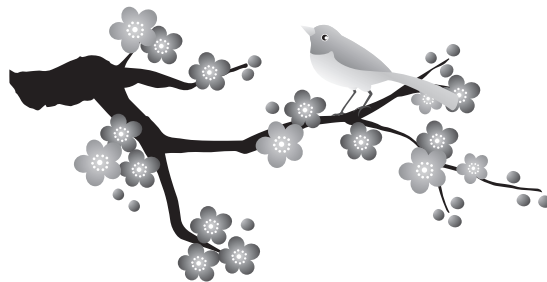
当制度の原点は原因究明と再発防止である。本県の姿勢は、警察届出とは関係なく粛々と進めている。

○松原日医副会長コメント

この制度が始まることから、これを理由にして訴訟に持ち込まれる可能性があるということとは皆さんと共に私もそれを認識しながらやってきた。刑事訴訟47条において、資料等については公開しないということになっていることから、ある意味資料等が何もない状態で調査をしなければならないおかしな状況となっている。

「医療事故」という名称自体が当初より間違っており、医療の安全調査であることからそれに即した名称に変えていかなければ、トラブルを引き起こす火種になることは十分に理解している。今村常任理事が日本医療安全調査機構の副会長を務めていることから、対応を検討していきたい。

委員会の報告と、第三者機構の結果が違ったときには大きなストレスとなる。善意をもってやっている医師が委縮して医療が出来ないということにならないよう対応して参りたい。



印象記

副会長 宮里 善次

九州医師会連合会の平成 29 第 1 回各種協議会が福岡県で開催された。筆者は地域医療対策協議会に参加した。

九州各県で地域医療構想調整会議が開催され様々な問題が噴出しているようである。それぞれの問題点は本文を参照して頂きたい。

ところで、様々な問題点に対して日本医師会と厚労省は後付けのような形で「今までと異なる新たな解釈」を出してきた。例えば最終的な調整権限は知事であるが、公的医療機関等 2025 プランに於いてもまずは地域医療構想調整会議にその決定権があり、そこで認められれば良い。すなわち地域の医療提供体制の第一決定権は地域医療構想調整会議にあり、そこで決まらなければ医療審議会、さらに決まらなければ県知事判断であると説明があった。これまでは地域で調整した結果を県で最終決定すると解釈していたが、民間医療機関はもちろんの事、公的医療機関等計画でさえも地域で決定した結果が重んぜられると云うことである。沖縄県でもすでに地域医療構想調整会議が始まっているが、さらに議論が深まる事を期待したい。

また、病床機能報告と必要病床数についても定義の違いを考えれば、2つを単純に比較すべきではないし、もし比較したなら地域の実情の応じた医療提供体制から乖離する可能性が高い。従って、病床機能報告の集計は構想区域単位で集計し検討すべきであると述べられた。

全国集計で誤解を生んでいるのが「回復期病床が足りない」と云う意見である。病床機能報告は病棟単位で行われるので“急性期病棟”と報告されたそれにも、いくばくかの回復期患者がいるはずであり、また“回復期病棟”の中にも、少数の急性期患者は存在する。そうした実態を積み上げると回復期病棟が足りないという事はあるえないと云う説明であった（中川副会長の本文説明参照）。沖縄県でも二次医療圏毎の実態調査が必要と思われる。

また診療所から病院への病床移動は移動の際に機能の変化を伴い、地域医療を壊す恐れがある。これは都道府県知事の対応の一つ「病院・有床診療所の開設・増床への対応：病院・有床診療所の開設・増床の許可の際に、不足している医療機能に係る医療の提供という条件を付することができる」事項の条件に反する可能性があると云う指摘があった。

地域医療構想は策定から調整会議への第二段階に突入したが、県全体以前に二次医療圏毎の正しいデータの把握が必要であり、調整会議での徹底的な議論が必須であり、調整会議委員の責任は重いと感じた協議会であった。



II. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



挨拶

福岡県医師会 上野道雄副会長

ご多忙の折、またお足元が悪いところ九州医師会連合会第1回医療保険対策協議会ご参加頂き感謝申し上げます。

本日は、診療報酬に関する議題の他、療養費や個別指導に関する様々な分野について、各県より9題の提案事項を頂いている。日本医師会の松本常任理事より診療報酬を含め各事項について、コメントを頂くこととしている。

限られた時間であるが、先生方には活発なご議論をよろしくお願ひしたい。

日本医師会 松本純一常任理事

医療保険分野において、厚生労働省保険局医療課と日々、調整を進めているところである。

本日は、沢山の問題提起を頂き、前もって下調べを行ったのでコメントさせて頂きたい。よろしくお願ひしたい。

協議

(1) 不適切な施術者への対応並びに療養費同意書交付料の算定及び訪問マッサージ(往療)のための同意書(診断書)の発行について
(鹿児島県)

<提案要旨>

高齢化の進展と施術者の増加等により、全国的に柔道整復、あん摩マッサージ指圧、はり・きゅうの療養費が増加している。また、新聞報道等でも施術者の不正請求が取り上げられており、厚労省は社会保障審議会医療保険部会に専門委員会を設置し、対策を検討している。

本県では、訪問マッサージを行っている施術者が、健康保険を使用するため患者に対し医師へ同意書をもたらしてくるよう指示し、(当該医師は、適用外と認めため)同意書の作成を断ったところ、患者から医療機関へクレームが寄せられるといった事案が発生している。さらに、適切な対応をしている医療機関に対し、「同意

書を発行しないのは、国の通知の解釈を誤っている」といった文書を送付してくる施術者もある。このような施術者に療養費の請求を認めることは、医師と患者の信頼関係を壊す大きな問題であり、早急な対応が求められる。

日医の見解と国との協議状況をお伺いしたい。

一方で、本県の国保連合会によると、「通院リハビリが困難」の理由により、筋萎縮予防のため訪問マッサージ（往療）を行うために療養費同意書交付料が傾向的に算定されている事例や、療養費の支給対象疾患がない事例、連月にわたり同意書交付料が算定されている事例があるとのことである。療養担当規則第17条に規定のとおり、「みだりに施術の同意与えてはならない」とされているところであり、当然のことながら、単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のためのマッサージなどは保険の対象にはならない。患者サービスという意味で安易に同意書を発行している医療機関も存在していることから、会員への啓発も必要である。

この点について、本会では、研修会や会報、毎週発行している鹿島医FAXニュース等で「療養費同意書交付料算定上の留意点」について注意喚起を促しているところである。

各県で問題となっている事案や対応状況をお伺いしたい。

<各県回答>

各県とも不適切な施術者に関して、提案要旨に示された事案等、苦慮している（いた）とのことであり、その他、福岡県より「施術を健康保険で行うために、施術者から医療機関に同意書が郵送されてきた。患者を診察せずに同意書を作成・返送したために、無診察診療と指摘された。」等の問題事案が示された。

各県での対応策として、会員への医師の診断書、同意書発行を含めた療養費制度の基本的ルールの理解を周知等において求めるとともに、佐賀県、大分県では同意書の統一様式を定め、「往療」を必要とする理由の記載や、訪問回数が多い場合は理由を書面で求めるといった対応が行われているとのことであった。

また、宮崎県では「後期高齢者医療広域連合療養費適正化研究会」が平成24年に設置され、平成23年と比較し、平成24年以降、療養費が減少していることが示された。

長崎県より、医療保険が使われていることを患者側にも理解を深めて頂くことが必要であり、また、医療機関は消炎鎮痛処置を何か所が行ったとしても、1つの箇所しか請求が行えないことに対し、柔整復に関しては、肩が痛い、腰が痛い、足が痛いとなれば3箇所請求が行えることについても検討が必要等の意見があがった。

<日医回答>

始めに、各地域において制度適正化のため会報等を活用した周知や、同意書の作成等、ご尽力頂き感謝申し上げます。

ご承知の通り社会保障審議会医療協議会の下、療養費専門委員会が設置され論議が行われている。平成29年3月に検討され取りまとめが行われた内容として、虚偽理由による保険請求を防ぐため、医師の同意と再同意のあり方を検討すべきであると提言されている。

具体的には、同意を求める医師は、施術の原因となる疾病の主治の医師とするとともに、現在、口頭での再同意が認められていることについて、一定期間毎に医師が患者の状態や施術の内容、必要性等について確認し、再同意することについて文書による方法も含めて検討すべきであるとしている。また、厚生労働省は同意書を書く医師に対して、同意書の必要性や意義の理解の浸透を図るべきであるとされていることから、今後、実効性のある対応が図られるものと考えている。

また、この取りまとめにおいて「往療」についても提言がされており、往療の不正を減らすため支給申請書等の書類で、個人情報に配慮しつつ同一日、同一建物に往療したことが分かるようにするとともに、施術者や往療の起点の場所、施術した場所が分かるように見直しを行い、また施術料より往療料が多い現状を見直すとともに、施術料と往療料の包括化を検討すべきであるとも指摘をされた。

日医としても、専門委員会において取りまとめられた取り扱いについて、速やかに確実に実行されるよう、現在、厚生労働省と協議を行っているところである。

(2) 後期高齢者医療における「あはき療養費」の助成事業と問題点について (佐賀県)

<提案要旨>

佐賀県後期高齢者医療広域連合が行う長寿健康づくり事業の一つに、はり・きゅう等（あん摩・マッサージ含む）施術助成があり、佐賀県内全ての市町に対して総額 3,200 万円の助成が行われている。

一方で、佐賀県内の後期高齢者における療養費の給付額は増加の一途を辿っており、平成 24 年度と比較して平成 28 年度は、「あんま・マッサージ」が 1 億 9,132 万円から 2 億 2,950 万、「はり・きゅう」が 2,522 万円から 3,131 万円と著しく増大している。

広域連合では、給付費に占める往療料の割合が 60% 以上と非常に高いという分析を受け、往療料に関する被保険者調査が実施された結果、調査件数 24 件のうち 13 件に疑義があり、往療料の自主返還が行われている。

この調査は、ごく一部を対象に実施されたものにもかかわらず、半数以上に疑義があるということは、他にも過誤請求等が内在していることを示唆している。

また、このように過誤請求等を多く内包すると思われる「あはき療養費」に対して、何も成果検証もなされぬまま、助成が継続されていることや、審査体制及び行政による指導・監督体制がない中で、受領委任制度導入されることは、更なる過誤請求等を招きかねず、療養費がより一層拡大することを危惧する。

日医の見解及び他県の状況についてお伺いしたい。

<各県回答>

各県とも「あはき療養費」の給付額が増加傾向にあることが示される中、宮崎県においては、「はり・きゅう」は平成 24 年度 1 億 2,770 円、

平成 28 年度 5,639 万円、「あんま・マッサージ」は平成 24 年度 2 億 5,555 万円、平成 28 年度 2 億 3,304 万円の支給となっており、増額とはなっていないことが示された。

また同県では「後期高齢者医療広域連合療養費適正化研究会」を平成 24 年に設置し、平成 25 年に療養費支給申請書について統一様式を運用開始、平成 26 年被保険者宛療養費支給決定通知書の発送等を行い、療養費の適正化に努めているとのことであった。

<日医回答>

「あはき療養」について、全国的には平成 26 年度 1,050 億円であり、年々増加している。療養については、償還払いが原則であるが、患者の負担軽減を目的とした代理受領が認められており、現状としては療養費ベースで 95% 以上が代理受領となっている。

ご指摘の通り、後期高齢者医療制度におけるこれまでの「あはき療養」不正請求が 9 億 5,000 万円となっているという報告もある。柔整の療養のように厚生局や都道府県が関与した受領委任制度ではないため、施術者を管理する仕組みがなく、厚生局による指導監督も行われていない現状がある。

ただし柔整においても、受領委任制度による指導監督の仕組みはあるが、相変わらず不正が改善していない現状であり、「あはき療養」においても受領委任制度を拡大すべきでないとの声が出ている。

これらの状況を踏まえて、受領委任制度による指導監督の仕組みの導入について、不正対策を併せて実施すべきではないかと考える。

今後の具体的な制度設計については、平成 29 年度中に行われるべきであると専門委員会での取りまとめが行われた。また、不正対策については、受領委任制度の施行を待たず実施できる適正化策については実施すべきと提言された。

日医としても、不正対策の実施とセットで受領委任制度の導入を認めており、しっかりと有効な不正対策となっているか注視し、不正対策の効果がない状況での受領委任制度の導入には

反対して参りたいと考えている。

(3) 初、再診料の引き上げについて (沖縄県)

<提案要旨>

平成 29 年度の最低賃金引き上げの目安額が全国平均では 25 円、時給は今の 823 円から 848 円になることが決まった。

深刻化する人手不足を背景に人件費は今後も上昇する見込みであり、医療機関においては益々経営を圧迫することになる。

次期診療報酬改定にはこのようなコスト上昇部分についても初診料、再診料に組み入れていただきたいが、日医のご意見をお聞かせ願いたい。

<各県回答>

各県より初診・再診料は医療従事者の人件費、医療機器・医療機材設備費、ランニングコスト等を含んでおり、従業員の確保、及び労働条件改善には、物価・人件費に応じた改定が必要等の意見があがった。

また、佐賀県より初診・再診料に限らず、有診・中小病院の入院料の引き上げについても意見等があがった。

<日医回答>

診療報酬改定の財源を巡っては、財政健全化を主張する立場や、支払い者側からは医療費の抑制を図るべきとの意見が出されると考える。

医療側の努力によって、国民医療費の実績値は過去の推計値を大きく下回っている。こうした医療側の努力をしっかりと評価して、平成 30 年度改定は本体にあたる技術料をプラス改定とするとともに、財源を上積みすべきという主張はしているところである。

10 月 25 日に開催された財政制度等審議会財政制度分科会において、2018 年度の診療報酬改定ではネットで 2% 代半ば以上のマイナス改定が必要という報道が出された。

これに対しては、同日、日本医師会定例記者会見において、横倉会長から国民に期待されている安定した社会保障の実現のためには、国民

医療・介護を充実させ、国民介護保険を堅持していくことが必要であり、そのためにも医療従事者の人件費、医療機関の設備関係費等は診療報酬から捻出しなければならない、医療機関の運営に係る経費そのものも診療報酬本体から出されるものであり、プラス改定が必要であると主張した。

しかし、医療側の主張について、一般紙等にてなかなか取り上げられない現状があるため、先生方におかれましては、地元選出の国会議員への働きかけをお願いしたいと考えている。

その上で初再診料は、医療機関の経営基盤となる診療報酬点数であるとともに、医師の無形の技術を評価したものであって、適正な評価であることが求められる。日医でも社会保障診療報酬検討委員会に対して、会長諮問「基本診療料の在り方」について取りまとめをお願いしているところである。委員会における取りまとめがどのようになるか等を踏まえ、適切な評価になるよう中医協等でしっかりと主張して参りたい。

(4) 遠隔診療の今後について (大分県)

<提案要旨>

本年 7 月に厚生労働省はスマートフォンやパソコンのテレビ電話機能などを使って診察する遠隔診療について、外来による禁煙治療で医師が患者と直接対面せず最初から最後まで完全に遠隔で行うことを認める通知を都道府県あてに出した。

医師法では全ての診療は初診を対面で行うのが原則とされてきたが、遠隔による初診も可能であることを明確にした。離島やへき地、都市部など地理的条件は問わない。遠隔診療の規制を緩和する内容で、途中で受診をやめてしまうことも多い多忙な患者にとっては医療機関に向かず済むメリットが期待できる。処方箋や薬は配送で受け取る。

(共同通信社配信・m3.com より引用)

現在、これら遠隔診療は電話再診と同様に外来管理加算や各種管理料は算定出来ないが、今後の診療報酬改定で緩和を働きかける動きもある。時代に即した合理的な診療形態と歓迎する

向きもあるが、一方で視診、触診、打診、聴診を基本とする患者と対面した医療の崩壊を懸念する声もある。現在大都市ではこのような診療形態を専門にする医療機関が生まれつつあるとの事である。低投資、低維持費で診療が可能な本法は今後広がる可能性があり、地方においても対岸の火事ではないと考える。各県のお考えはいかがでしょうか。

＜各県回答＞

遠隔診療については、医師の負担軽減を図るためにある程度の整備について検討が必要等の意見があげられたが、各県ともあくまでも「対面での診療を補完するもの」であり、離島・へき地等の特別な事情がある場合以外の慢性疾患治療のドロップアウトを対象とする政府の方針等について、慎重な議論が必要との意見が示された。

また、宮崎県では昨年より試験的に行政（日南市と西米良市）とIT関連会社（PORT INC.）が遠隔診療の取り組みを行っているという紹介がされた。

※以下、日南市北郷地区の例（宮崎県）

- (1) 初診は医師の面前での診察を受けること
- (2) 経過観察ができるような疾患に限られること（高血圧症、脂質異常症、変形性関節症など）
- (3) 数カ月に一度は本院での診察を受けること
- (4) 遠隔診療となる現場（患者方パソコンの前）には看護師を派遣

これらを条件として行っている。対象のモデル地区は、高齢化・過疎化の進む中山間部である。デメリットとして、いつも遠隔診療ができるわけではない（訪問診療的になっている）、急性期症状がある疾患には向かない、患者本人に症状の自覚がない場合の経過観察が難しい、診療の質の保証が困難等があげられている。

＜日医回答＞

先生方のご懸念については、その通りだと考える。

遠隔診療については、九州を含めた離島が多い地域において便利であると考えます。

また、見取りにおいて訪問看護師等が、ICTを活用し主治医が確認し死亡診断書を書くといった取り組みが今後されていくが、当初、離島に限定されるものであった。それが、いつのまにか離島に限らないというようになっていく。一つ許容するとエスカレートする懸念があるため、慎重な議論が必要と考える。

中医協、その他検討の場において、遠隔診療はあくまでも直接の対面診療の補完であるとして一貫して主張している。当然、初診から遠隔で診療することは認めていない。中医協においては、遠隔診療の診療報酬の評価のためには、対面診療と比較し患者に対する医療サービスの質が上がるという科学的なデータが必要というスタンスで対応している。

今後も厚生労働省と連携・相談して対応して参りたいと考えるが、一部の業者の攻勢が強く官邸筋への圧力は相当なものであると想像できる。

しかしながら、ICTの進歩と乖離することなく、利点と問題点を明確に見極めながら地域医療の進化に貢献していきたいと考える。

ご提案主旨にあるが、遠隔診療を行った際の処方箋や薬の配送について、薬が届くまでに一定の時間がかかるため、緊急を要しない症状の場合は対応可能であることや、確実に本人に届いているか等の確認が難しいといった問題がある。また、処方箋のコピーを利用し複数の薬局で薬剤を不正に入手するという心配もあり、リフィルや分割調剤の問題にも関連すると考える。

遠隔診療については、患者の利便性のみを持って医療機関を受診しなくても良いという誤った考えが植え付けられかねない。しかし患者を前にしても、聴診・触診もせずコンピューターの画面ばかりを見て診療を行う医師もおり、医師側への啓発も必要であると考えます。

(5) 慢性疾患における傷病名の転帰について (長崎県)

＜提案要旨＞

同一傷病名の時、治ったり長期間来院しない時は転帰をとり次回再来の時初診料を算定し

ているが、長崎県では個別指導時に高血圧などの慢性疾患は治らないので再来時の初診料を再診料に読み替え差額の返還を求められる事がある。

これは、以下の通知の解釈によるものである。診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (H28.3.4)

第1節 初診料

A 000 初診料

(13) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保健医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、2月10日－3月9日、9月15日－10月14日等と計算する。

(14) (13) にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

以前は、病状が安定した慢性疾患であっても、数ヶ月来院しなければ、再受診時に初診を算定することが可能であった。しかし、現在は上記の様な指導が行われている。

これは、基幹病院において安定した慢性疾患の3ヶ月処方通常となったために、新たな解釈が加わったものと考ええる。

その一方で、整形外科の慢性疾患、たとえば、変形性膝関節症等は、痛みが取れれば患者は来院しなくなる。数ヶ月後に痛みが再発した場合でも、初診ではなく、再診として算定する様に指導をされる。変形性膝関節症等は、手術しないと病態は回復しないが、治療により痛みは取り除く事ができ、治療を終了することが可能である。

この場合、傷病を治癒とすべきか、中止とすべきか解釈が難しいところであるが、指導においては「慢性疾患が治癒することはないので、傷病名はそのまま残して、再診とすべきである。」との事である。

また、「高血圧や糖尿病などは治りますか？来院しなくなったからと行って“中止”はあり

得ない。“中止”とつけることができるのは“疑い病名”だけである。」との指導もある。

もしそうであれば、一度慢性疾患の病名がつくと、その医療機関においては生涯“再診”しか算定できないと言うことである。この指導には合点がいかない。

医療は、病気を根本から治すことが目的だが、根本を治すことができなくても、患者の訴えを緩和し楽にするのも医療の目的である。

訴えが消えれば“治癒”として構わないのではないかと考える。

傷病の治癒“中止”について皆様のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県とも慢性疾患であるというだけで一律に再診料しか算定できないというものではないとし、安定した慢性疾患であっても、一定期間来院がなければ症状や病態の変化がある可能性が高く、初回相当の診察内容を実施するのであれば、診療報酬においても同様の評価が必要である等との意見が示された。

また、3か月あるいは6ヶ月以上の来院が無い場合には、初診料を算定できること等、全国に共通する明確なルール作りが必要であるとの意見があがった。

<日医回答>

提案事項については先日、日医で開催された社会保険診療報酬検討委員会小委員会において、会長諮問「入院外の基本診療料の在り方」について議論していく中で、現行の問題としてあげられた。

当該委員会はブロック代表の委員で構成されているが、どの地域においても判断が難しいようである。現状においては、審査委員会の判断に委ねられている。ご参考までに東京においては、慢性疾患について初診は取れないとのことであり、中止もあり得ないとされているとのことである。

しかし、慢性疾患の病名が一度ついたら、一生その病名に関して再診の扱いになることはお

かしなことであり、一定期間の通院が無ければ改めて初診と同様の診療計画の策定等が必要となるため初診料の算定を認めることも必要であると考え。委員会においても、慢性疾患の病名がついたとしても症状が改善し、通院の必要がなくなれば、治癒として扱い、その後また症状が再発した場合は初診として扱っても良いのではないかとの意見もあがった。投薬も行わない、食事・生活・運動の指導も行わない状態であれば通院の必要がなく、慢性疾患であっても治癒とする扱いにすべきであると考え。

上述した取り扱いについては、厚生労働省より通知として一定の見解が示されれば、混乱が避けられると考えるが、上手く対応している地域があれば、厚生労働省の見解によってその取り扱いががらりと変わってしまうことも懸念されるため、各県よりご指導を頂き慎重に進めさせて頂きたい。

(6) 施設基準における「専従」並びに「専任」の常勤要件について (熊本県)

<提案要旨>

診療報酬の施設基準で専従・専任の要件を定めるものがある。特に「専従」要件については、当該医療機関の通常勤務で他の業務に従事することは出来ないこととなっている。

この「専従」の常勤従事者と規定されている施設基準をみると、その「専従」での配置目的とその評価の理由は理解出来る。

しかしながら、その一方で人員確保が難しい地方部では「専従」並びに「専任」の常勤配置については人員配置の要件を満たすことが非常に難しい地域もあり、また、専従職員が確保出来ても当該職員の退職に伴い同質の医療を提供する中での診療報酬の変更などその矛盾に違和感を覚えることもある。

政府の働き方改革に併せてこういった施設基準の在り方も見直されていくと思うが、地域に併せた施設基準も検討頂かないと慢性的に人員不足が生じている地方の医業経営は更に厳しくなると考える。

九州各県医師会のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県より施設基準における「専任」並びに「専従」の常勤要件については、人口減少がみられる地方地域での人員確保が困難であることや、中小規模の医療機関等において業務量に無駄が生じ、人件費の負担が大きくなる等の意見があがった。

また、佐賀県よりケアの質の視点から考えると専従要件を緩和することが必ずしも良い対応とは考えられないため、「専任」であっても算定可能となるような可算をもっと増やしてはどうかとの意見があげられるとともに、福岡県より「専従の常勤従事者」について、複数の常勤従事者の勤務時間割合や非常勤従事者の勤務時間の合算による常勤換算が認められるようにしてはどうか等の意見があげられた。

<日医回答>

「専任」の取り扱いは、その業務の責任者のような取り扱いであって、勤務時間内にその業務に張り付いていなければならぬということではない。「専任」については、あまり改正を求める声が聞こえないため、ここでは「専従」についてコメントさせて頂きたい。

「専従」については、その業務を提供している時間帯において、他の業務と兼務することは出来ない。確かに、地域においては慢性的な人員不足によって「専従」要件を満たせないという問題があると考えられるが、「専従」要件としているということは、それだけその業務に集中してもらう必要がある項目であり、そのための評価もしていると考え。

しかし各県よりご指摘があるように、「専従」を要件としても、その配置が無駄になっている、質の向上にも繋がっていないという項目があれば、見直す必要があると考える。是非、具体的なエビデンスを添えて情報提供をお願いしたい。例えば離島等の著しく医療資源が乏しい

地域に対しては、入院料では特定一般病棟入院料のように要件を緩和した上で、特別な点数設定を行っている項目もある。

働き方改革、少子高齢化における医療提供に対応して、例えば常勤要件や「専従」要件について常勤換算を可能にしたり、「専任」要件に緩和する等の対策を講ずる必要があると認識しており、中医協等で改めて参りたいと考える。

(7) 支払基金、国保連合会における審査の改革について (宮崎県)

<提案要旨>

国では審査業務の効率化・審査基準の統一化が議論されており、その方策として「医療機関等の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心に据え、それに対応しきれないレセプトについては、支払基金が雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員による対応とし、残る重点審査分に限って審査委員の医学的知見を基に対応することとする。すなわち、請求、審査、支払という業務プロセスの全行程を徹底的に見直し、可能な業務については、すべてコンピュータ処理に置き換えることとする」と書かれている。

以下の点を含めてさまざまな問題があると思われるがいかかがか。

1. チェックルールを医療機関に公開した上で、9割のレセプトはコンピュータチェックで完結させるとしている点について。

同一病名でも患者の病態は多様であり、必要な検査・治療の幅が大きいのが、それらを無視した画一的で許容範囲を狭小化した審査になるのではないか。

2. 直接雇用した医師、看護師等を含めた職員で残り1割のレセプトを完結させるとしている点について。

医師でないものが判断するのは論外であるし、現状のような多数の専門医師が判断をする環境でなくて良いのか。

3. 医師の裁量権を守るためには、医療機関は査定された項目について再審査請求をせねばならず、その請求件数が著増すると予測され

るが、再審査の対応は適切になされるのか。

これらの対応について、九州各県及び日医の考えをお伺いしたい。

<各県回答>

審査体制の効率化を求めることは必要であるが、提案趣旨の通り、画一的で許容範囲を狭小化した審査になること等への懸念や、それに伴う再審査請求件数の著増、医師以外の専門職による審査について等、医学的判断及び医療の地域特性を極力減らした均一化する流れについて、各県とも新たな審査体制の構築にあたっては透明性や診療の質も担保されるものであることが求められ、十分な検討と慎重な議論が必要との意見があがった。

<日医回答>

始めに経緯説明をさせて頂きたい。支払基金に対して、規制改革推進会議等より改革が強く求められ、厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」審議を得て、7月に厚生労働省と支払基金の連名で「支払基金業務効率化・高度化計画」が公表された。その前にはワーキンググループへヒアリングで出席し、自民党行政改革推進本部へもヒアリングを行った。

この計画では、韓国のようにコンピューターチェックによる審査を9割、残り1割を医療専門職を含めた職員によるチェックとして、審査委員会による審査を1%程度とすることを目標としている。

しかし、前厚生労働大臣や自民党行政改革推進本部からの強い圧力のもと、ぎりぎりの攻防の中作成された計画であると承知している。

ただその後、厚生労働大臣、自民党行政改革推進本部長が交代し、政治的状況は変化していることから、8月末に開催された支払基金理事会において、診療側から改革案をブラッシュアップしていくべきであると主張した。大きくは医師が審査することの利益相反のような書きぶり、そして医師でないものによる審査について等の問題提起がされた。

本件において、全国の審査をされている先生、会員を納得させることは出来ないという主張を行い、支払側の賛成を得、基金本部が厚生労働省と相談していくことが決まっている。

改革モデルとされた韓国については、日医としてもいち早く実情を把握すべく昨年の11月に訪問調査を行ったところである。韓国では、公的保険の利用範囲が狭いために混合診療を認めることで医療経営を成り立たせているという一面がある。医療機関は自ずとオーバーサービスをすることから、当初よりコンピューター審査を前提に、非常に細かい基準を作り、審査はその基準に合致するかどうかの単純作業となっている。そのため医師以外でも定型的な判断が出来る事が分かっている。

ご懸念のコンピューター審査について、これまでの審査の積み重ねにおいて既に対応が固まっているものや、点数表の告示通知で曖昧な箇所について明確になった部分等に限定し、これ以上の拡大は制限する方向で対処することを考えている。

また、現在行われているコンピューターチェックで、付箋がついても職員が目視し、問題が無いとして付箋を外している率は9割となっており、そうした審査支援業務の効率化が図られる。AI導入についても、検討されている分野はあくまでも審査支援であり、審査委員の医学的判断の重要性が変わることはこれからも無い。ICT活用による審査業務の効率化・合理化は進めていくべきであると考えている。

我が国の審査支払機関による審査には、様々な優れた点があり、それが韓国に比べ訴訟が極めて少ないことに繋がり、今後とも大切にすべきであると考えている。

請求している医療機関側としても審査を行っているのが、医師であるからこそ一定の安心感をもって請求しているが、コンピューターに代わった場合、医療機関はその治療行為をコンピューターに理解させるために医師の審査であれば不要であった病名等を追加して記載する等、負の連鎖が生じることになりかねない。

患者の命を守るために、臨床現場で行う治療行為は、患者の年齢、性別、体重、病態、合併症等の個別性を踏まえた医学的判断の下、行われている。臨床現場で行った医学・医療を保険診療ルールに基づき請求を行うが、このルールの中に事例の判断が書き込まれてはいないため、審査における医学的判断が尊重されている。この点は、我が国と韓国で大きく異なる点であり、関係者に理解を求めているところである。

医療機関と保険者の間に立って、診療報酬を適正に処理する審査支払機関は、国民皆保険における重要な役割を担っており、審査支払機関の弱体化は我が国が世界に誇るべき国民皆保険を壊しかねない。効率化・合理化を進めることで我が国の社会保障・税一体改革を阻害することになっては本末転倒である。

支払基金改革は、地域医療に尽力している現場の納得が必要不可欠であり、日医としては引き続き厳しく対応していくこととしており、ご指導の程お願いしたい。

また、国保については、各都道府県に支部を持つ基金と組織体系が異なり、それぞれ意思決定を持つ国保連合会であるという事情がある。

(8) 個別指導等の透明性の確保について

(熊本県)

<提案要旨>

平成29年7月11日付(保71)にて日本医師会から保険医療機関等の診療科別平均点数の公開、また、保険医療機関から自院の診療報酬明細書1件当たり平均点数について照会があれば、厚生局からの回答が受けられる旨の通知がなされた。

個別指導の透明性に向けた日医の対応に心から感謝申し上げる。

については、個別指導の透明性を確保するため、診療科ごとの院内、院外処方補正点数の開示も必要と考えるが九州各県のご意見並びに日医の見解をお伺いしたい。

なお、適時調査については、施設基準の確認をするための「調査」と位置付けされているこ

とから、厚生局県事務所からその内容の報告や説明はない。

一部厚生局ではHP上で改善を求めた主な指摘事項が公表されているようだが、九州各県医師会で適時調査に関する研修会や会員医療機関向けの情報提供等の取組があればご教示頂きたい。

<各県回答>

各県とも保険医療機関等の診療科別平均点数の公開等、平成28年度から日医の働きかけのもと、個別指導の透明性に向けた運用見直しとなされたことについて感謝するとともに、提案主旨にある診療科ごとの院内、院外処方補正点数の開示等、個別指導の選定理由の更なる明確化は、不要な指導の除外、対象医療機関のストレス軽減やその後診療の適正化に繋がるものであるとの意見があげられた。

適時調査について、大分県では個別指導と同時にされる病院適時調査が概ね月一回実施されているとのこと、毎回医師会が立会いを行っており、指導内容、指摘事項等は公表されているとのことであった。大分県におけるこれまでの主な指摘事項は、特別食加算を算定している医療機関で管理栄養士が適正に配置されているかの確認、管理栄養士の行う指示や指導内容の記録の確認、あるいは看護配置基準が適正に行われているか勤務表の確認、看護記録や医療安全、院内感染対策、褥瘡対策の適正な実施状況の確認等であったとのことである。

<日医回答>

日医としては、指導大綱の改正ではなく、まずは厚生労働省との協議による運用見直しを方針として検討している。見直し内容については、その都度、保険担当理事名で通知を行いたい。

直近のデータとして、一部の厚生局を除いて非公開の扱いであるが、各類型区分におけるレセプト1件あたりの平均点数を各厚生局のホームページに公開することが出来た。ご指摘頂いた院内・院外処方については、協議を行っているところである。

適時調査については、指導ではなく、あくまでも施設基準を確認するための調査と位置付けられているが、現場では施設基準以外の算定要件に関わる部分まで確認している地域があると聞く。算定要件を確認するためには、診療録の内容確認が伴うため、当然、個別指導と同様に学術経験者の立会いが必要になると考える。

そもそも適時調査と称して個別指導的な調査が行われていることについて、日医としては明確に反対している。このようなやり取りを厚生労働省と行ったことより、昨年度から実施する適時調査については、全国統一ルールでの実施を目的とした対応として、自己点検の導入、調査項目の重点化、事前提出資料の明確化等を行うこととし、厚生局から都道府県医師会へ説明に行くようにしたところである。これをきっかけに指導監査に加えて、適時調査についても厚生局とやり取りができるようにしたつもりである。現在の運用で問題が生じている場合は、日医までご連絡頂きたい。引き続き、運用見直しには取り組んで参りたい。

<その他>

鹿児島県より九州厚生局では適時調査の主な指摘事項の開示が行われていないことから、九州医師会連合会から九州厚生局に対して、ホームページでの開示等を要望してはどうかとの提案があり、協議の結果、常任委員会へ上程することとなった。

(9) 電子カルテ機種の認定と電子カルテの個別指導について (福岡県)

<提案要旨>

医療のICT化時代に向けて電子カルテの普及が求められている。しかし、遠隔診療の導入や、医療情報連携ネットワークとの連携など益々電子化が進行する中で、医療行政による十分な基盤整備が追いついていない現状がある。

最近の診療所開設者・管理者は、大病院で電子カルテを使ってきた若手医師が多く、電子カルテを導入するケースが多い。しかし、診療所

独自の GL が作成されておらず、小規模病院と同一であることや、経済的制約のため安価な機種を導入したことによって、新規個別指導において、真正性がなく単なるワープロに過ぎないため診療録として認められないとして返還を求められる医療機関も出ている。大病院でも、療養担当規則に示された紙カルテの 1 号 2 号 3 号様式の体をなしていない等の指摘がなされている。

また、医療機関の規模を問わず、十分な監査がされていないという指摘やログ情報がないといった電子カルテの運用以前の、システム自体の問題も指摘されている。

国において適正な機種の認定がなされていない上、電子カルテの 3 基準（真正性、見読性、保存性）に基づく厚生局の厳しい指導とあいまって、医療現場では不安と混乱をきたしている。電子カルテの普及を適正に推進するためには、以下の二点が確保されることが求められると考える。

- ①厚生労働省が示した「医療情報システムの安全管理に関する GL 第 5 版(平成 29 年 5 月)」に合格した機種（電子カルテ）を早急に国において認定すること。
- ②認定が行われるまでは、地方厚生局が行う個別指導において電子カルテの不備に基づく指導は、原則指摘のみとすること。

九州厚生局では、指導前に電子カルテのチェックリスト表を電子カルテ導入済みの対象医療機関に送付し情報を取り寄せており、システム自体の不備がある業者については十分把握していると思われる。不適切な電子カルテがこれ以上拡散しないためには厚労省による適正な電子カルテの機種の早期認定及び GL を満たしていない業者への指導が必要である。

電子カルテの個別指導での各県の現状と問題点、及び日医のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県とも電子カルテを導入する医療機関は増加している現状があり、電子カルテは高額であるため、導入後の指摘による損失は計り知れない等の意見があがった。

厚生労働省による電子カルテの 3 基準（真正性、見読性、保存性）等に基づいた適正な電子カルテの機種の早期認定及びガイドラインを満たしていない業者への指導の必要性について各県とも意見が一致した。

<日医回答>

提案のとおりであると考えている。この問題についても、厚生労働省と折衝しているところである。

診療所においても電子カルテの導入が進んでいるが、電子カルテの費用については診療所にとって決して軽い負担ではなく、ガイドラインにあわないからといって簡単に買い替えられるものではない。

従って、電子カルテの製造メーカーに対して厚生労働省が電子カルテに必要な基準を示して、基準を満たしている機器については厚生労働省が認定を行えば、医療機関が不適切な電子カルテを購入することを防げると考える。

現在のように診療所の電子カルテとして、厚生労働省が一定の基準を示していないことと、厚生労働省として電子カルテの製造・販売に関与がない状況において、電子カルテを使用しているということで個別指導等で返還が求められることは、医療機関において納得ができるものではない。

厚生労働省に対しては、しっかりと診療所における電子カルテの普及状況を把握するとともに、現在、小規模病院と同一となっているガイドラインについて、診療所用のガイドラインを作成することを求めるとともに、機器の認定を行うよう対応を求めたいと考える。

印象記

理事 平安 明

去る10月28日ホテル日航福岡で開催された平成29年度九州医師会連合会の第1回医療保険対策協議会に参加した。福岡県医師会主催で日医からは松本純一常任理事が参加された。今回の協議事項は各県から9題が提案され、各々について協議し日医からのコメントをいただくという進め方であった。協議内容の詳細は議事録をご参照いただきたいが、参加した感想を少し述べさせていただきます。

あんま・はり・きゅう（あはき）の療養同意書や往療料、助成事業に関しては以前から審査監督の仕組みがなく、不正の温床となっていることが指摘されている。あはき関連団体の中からは自浄作用を高め不正な請求をなくしていく努力も見られてきているものの、今のところ組織率は低く全体に浸透しているとは言えないとのことである。日医のコメントでは、療養費関係の専門部会で協議し提言など行っているとのことだが、具体的などころまでは進んでおらずまだまだ課題は多い。この問題に関しては宮崎県が積極的に取り組んでいるようなので、当県でも参考にしていきたい。

当県からは「初再診料の引き上げについて」を協議事項として提案した。これは毎回改定時期になると取り上げられる問題である。専門性が高い医療や技術料を加算としてつけても実際には算定要件が厳しく算定できないなど、現場に還元できない形の評価ではなく、やはり本体部分をしっかり評価することが必要である。財務省は診療報酬本体の伸び率が物価の伸び率より高いことや、医療職種の人件費がリーマンショック等でデフレの時にも下がることなく守られていた等と言い、診療報酬は2%半ば程度引き下げるべきだとの見解を公表している。一部のマスコミ等による、医療費の増額がイコール医師の取り分の増加であるかのような視点のすり替えも毎度毎度のことである。初再診料や入院基本料が医療従事者の人件費や施設の維持・管理等を賄っていることや、診療報酬の引き上げはそのような人件費の伸びに対応するために必要であること、経済不況時人件費がそれほど影響を受けていないのは、そうしないと人材が確保できないからであって、施設基準で決められた人員配置等効率化しようがない部分もあることをもっと国民に伝える努力をした方がよいと感じる。他にも遠隔診療や審査機関の今後のこと、個別指導関連、電子カルテに関することなど重要な話題があったが、詳細は議事録をご覧ください。

最後に日医の担当理事から、中央の取り組みも大事だが同時に各地区でも地方選出の国会議員等政策に関わる方々にしっかりと医療の現状を伝えてほしい、また要望があれば根拠となるデータを添えて提案していただきたいとの話があった。前者においては当然のこと、医療は政党を超えた共通の課題であり、医師会は国政を預かる方々にしっかりと現状を理解してもらうように伝えていく責任がある。後者については、すぐに出せるデータがあれば当然そうするが、現場が困っていることを拾い上げ、必要なデータを収集することも日医に期待してはいけないのだろうか。若干の違和感を感じたが、中医協ではしっかりと医療側の代表として意見を述べていただくことを期待したい。

Ⅲ. 介護保険対策協議会 (在宅医療・地域包括ケアを含む)



副会長 玉城 信光



挨拶

福岡県医師会の蓮澤浩明副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本年5月に改正介護保険法が成立した。そこでは介護保険制度の持続可能性を目的とした利用者負担の見直しや介護納付金における総報酬割の導入、そして地域包括ケアシステムの深化・推進を目的とした新たな介護保険施設、いわゆる「介護医療院」の創設等が来年度より施行されることになっている。本日は、その介護医療院に関する議題の他、在宅医療や看取りに関する議題等を各県より10題ご提案いただいている。各県における地域包括ケアシステムや介護保険制度に関する様々な課題等について、是非忌憚のないご意見をいただきたい。よろしくお願いしたい。

日本医師会の市川朝洋常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

介護保険は鈴木常任理事が担当しているが、私は副担当ということで、鈴木常任理事の知識量には敵わないが、できるだけ新しい情報を持ってきた。できる範囲内で先生方のお役に立てるようにコメントしたいと考える。よろしくお願ひしたい。

協議

(1) 療養病床の「介護医療院」への転換について (佐賀県)

<提案要旨>

平成29年度末に廃止される予定だった介護療養病床の転換先として、①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、②「生活施設」としての機能等を兼ね備えた新たな介護保険施設となる「介護医療院」の新設が決まり、平成30年4月から設置が可能となった。併せて、現行の介護療養病床設置の経過措置期間については、平成30年度か

ら6年間延長されることとなった。また、「介護医療院」への転換が選択肢として考えられる25対1医療療養病床についても、経過措置の6年延長が中医協で議論されている。

従って、療養病床から「介護医療院」への転換については、6年の経過措置の中で、判断していくことになるが、各県の介護保険事業支援計画の中で、介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設と同様に「介護医療院」の整備目標が定められることとなっている。この整備目標設定に係るルールは、現在、検討されているところであるが、介護療養病床及び25対1医療療養病床が行き場を失わずに、スムーズに転換ができる様なルールとなるよう、議論の行方を注視しているところである。また、「介護医療院」の介護報酬の適切な評価も希望するところである。

については、「介護医療院」への転換のルールに関して、各県及び日医の見解をお伺いしたい。

(2) 「介護医療院」および「看護小規模多機能型居宅介護」について (宮崎県)

<提案要旨>

介護療養病床の廃止に伴い、転換の受け皿として新たに設置される「介護医療院」は、長期療養が必要な要介護者に医療・介護を一体的に提供するため、「日常的な医学管理」「看取り・ターミナル」などの機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設となることが期待されている。

一方、現状でも介護療養病床は地域包括システムの中で重要な役割を担っており、その転換については、地域においても注視しているところである。

「看護小規模多機能型居宅介護」(以下、看多機)は、平成24年度介護報酬改定で創設された訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせたサービス(当初の名称は複合型サービス)で、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実に貢献することが可能である。

事業者にとっては、サービス量に応じた柔軟な人員配置が可能であること、看護職員と介護職員の連携が図り易いことなどのメリットがある。

地域包括ケアを推進していくなかで「訪問」「通い」「泊まり」を柔軟に提供できる看多機の整備が求められているところであるが、本県には4事業所しか設置されていない。

「介護医療院」および「看多機」、それぞれについて、日医に現在の最新情報と見解をお伺いしたい。

※協議事項 (1) (2) 一括協議

<各県回答>

各県ともに、介護医療院への対応については、基本的には、日本医師会から示された「第7期介護保険事業(支援)計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方に関する事務連絡の送付について」の見解に基づき対応する方針を示したが、現時点で明確な施設基準や介護報酬額が提示されていないこと、また医療療養病床から介護医療院への展開についての経過措置に関し詳細が示されていないこと等から、国の議論を注視するとともに、日本医師会からも円滑な制度運営に向けた働きかけをお願いしたいとする意見が示された。

看護小規模多機能型居宅介護事業所については、鹿児島県4事業所、佐賀県7事業所、沖縄県2事業所、大分県8事業所、長崎県9事業所、熊本県8事業所、福岡県16事業所が設置されていると回答があった。

<日医コメント>

介護医療院については、現在、介護療養病床をそのまま転換できるよう厚労省に働きかけ、鈴木常任理事からも審議委員会等でそのように発言いただいている。また、現行の介護療養型医療施設では、病棟単位ではなく病室単位で指定を受けることが可能となっていることを踏まえ、小規模な医療機関については、病室単位の

転換を可能とすべきであると主張している。病院団体も概ね意見は一致していると考えている。転換ルールについて、日医としての優先順位の考え方は、介護療養病床を最優先に転換できるようにすることが望ましいと考えている。報酬については、全体のバランスを考慮する必要があるが、何れにしても、現在介護療養病床等をお持ちの先生方がお困りにならないような報酬設定を求めていきたいと考えている。

看護小規模多機能型居宅介護事業所については、平成 28 年 10 月時点で全国 331 か所と、全国的に普及しているとは言い難い状況である。困難な理由として、看護職員の確保が困難、採算の見通しが立たないこと等が挙げられている。

8 月 10 日に、都道府県の主管部に対して、医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長から文書が出されている。介護医療院については、「指定介護療養型医療施設の廃止の期限が平成 35 年度末とされたこと、新たなサービス類型として介護医療院が創設されたことを踏まえれば、まずは、指定介護療養型医療施設・医療療養病床からの移行を反映させること。」とされている。従って、一般病床はこれよりも遅れることとなる。具体的には、医療療養病床については意向調査により把握した平成 32 年度末、平成 35 年度末時点の見込み量を医療療養病床からの追加的需要の下限として設定することとし、指定介護療養型医療施設については意向調査により把握した平成 32 年度末時点の見込み量を指定介護療養型医療施設からの追加的需要の下限として設定することとしている。少なくとも、介護療養病床に関しては手上げすればほぼ転換できる。医療療養病床で問題となる点が、25 対 1 の診療報酬上の措置が 29 年度末でなくなることである。その時点で診療報酬がもう少し先延ばしになれば付度できると考える。診療報酬上の措置については、急に止めると大混乱となるため、おそらく延長されると想定される。診療報酬は転換を阻害しないような設定になると考える。もう一つの問題が、介護医療院の施設基準として 8 平米が基本となるが、現在は 6.4

平米となっている。特例的に 6.4 を認めるという形になるが、そういうところで若干の差をつけられる可能性は否定できない。

(3) 介護老人保健施設における薬剤費の施設負担について（沖縄県）

<提案要旨>

介護老人保健施設（以下、老健施設）を利用される高齢者は、慢性疾患や老年症候群を有するため、かかりつけの医療機関から多数の薬剤が処方されているが、介護保険制度では薬剤費を含めた医療費が包括化されていることから、薬剤費は全て施設負担となっている。

そのため、老健施設はかかりつけ医やご家族等との相談の下、入所者本人の QOL 維持・向上に有用と考えられる薬剤の適用と優先順位の判断、時には中止を選択しながら薬剤費の節約に努めているが、それでも施設の負担感は拭えず、年々増加傾向にある。さらに今後は認知症に対する新薬の開発により薬剤費の増加が予想され、それら全てを包括化で賄っていくことは老健施設の運営をさらに難しくするものである。

老健施設としての大きな役割を「家庭復帰への支援」とするならば、QOL の改善が見込まれる薬剤、例えば認知症に対する新薬等の処方には医療保健の適応を認めるべきと考える。

国の医療費抑制策による薬剤費削減は今後も続くものと思われるが、地域包括ケアシステムにおける老健施設の役割が在宅介護の拠点と期待するのであれば、QOL の改善が見込まれる薬剤等の医療保険適応を切に願うものであり、日医として国への働きかけを要望したい。

<各県回答>

各県ともに、介護老人保健施設の入所者の医療必要度は高く、施設の経営を圧迫している側面があること、また高額な薬剤を必要とする入所者が敬遠されないためにも、現行の薬剤費の包括は見直すべきであり、適切な評価が望まれるとの回答が示された。

＜日医コメント＞

介護老人保健施設の一部の高額医療や注射、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、抗ウイルス剤については別途算定できることになっているが、それ以外は基本サービス費に包括されている。本件については、介護報酬全体のバランスを考慮する必要があることから、ご要望として承りたい。

現在、報酬改定についてはマイナスの話しか出ていない。プラスの話ということは厳しいが、粘り強くやっていくことが一番大事かと考える。ご要望として日医に持ち帰りたい。

(4) 有料老人ホーム等居住系施設および有床診療所での看取りについて（大分県）

＜提案要旨＞

まもなく多死社会を迎えるわが国において終末期医療と看取りは喫緊の課題である。

地域包括ケアシステムでは住み慣れた地域で最期までいきいきと暮らすことを目指しているが、家族の介護力不足等のため今後は施設（第二の自宅）で最期を迎える方も増えてくると予想される。現況として特別養護老人ホームでの看取り体制は整いつつあるが、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの居住系施設では未だ不十分である。

当該施設では終末期でも訪問看護の介入が困難な場合が少なくない。希望するケアを受け、望む場所で安らかな最期を迎えることを支えるための対策が必要ではないかと考える。

また地域での看取りにおいては有床診療所の役割も重要と考える。各県および日医のご意見を伺いたい。

＜各県回答＞

有料老人ホーム等居宅系施設における看取りについては、宮崎県より、有料老人ホームで訪問看護をより柔軟に利用できる制度設計が望ましいとした意見や、熊本県より、平成 28 年度より県が熊本県看護協会と連携し、有料老人ホーム等も含めた施設の職員を対象とした看取りに関する研修会を開催する等、介護施設職員の看取りに対する技能向上のための取り組みを行

なっているとの回答が示された。

有床診療所における看取りについては、各県ともに、有床診療所は地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う有用な医療資源であり、有床診療所が継続的に機能を提供するための入院管理料等の適正な診療報酬上の評価が必要であるとの見解が示された。

＜日医コメント＞

今後の超高齢社会や医療機関の機能分化の流れ、また地域包括ケアを構築する観点からも、ご指摘の通り、有床診療所の果たす看取りの役割は重要なものとする。

今年の 7 月に大分県で開催された全国有床診療所連絡協議会総会でも、看取りを含めた在宅医療における有床診療所の役割の重要性が認識されたところである。今後多死社会を迎えるが、現実には家族の介護力は乏しく、自宅で看取ることが困難なケースは大変多くある。地域包括ケアを実現するためには、何らかの対応が必要である。そうした中で有床診療所が、かかりつけ医として臨機応変に対応することは正に地域から求められる大変重要な機能であるとする。

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能として、①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能、②専門医療を担って病院の役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能、が示されている。ベッドを有効に活用していただきたいということである。

有床診療所の設立に関しては届出制となっており、昔は有床診療所に対してはある程度抑制的な政策となっていたが、現在は在宅医療の中心として、日本の医療を構築する際に、有床診療所の機能を厚労省としても認めだしたということである。是非、有床診療所をされている先生方に頑張ってやっていただくようお願いしたいと考える。

居住系について、平成 30 年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定があり、中医協委員と介護給付費分科会委員との意見交換を行い、その中

で、特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入居者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスに提供すべき医療の範囲と、外部の医療機関から提供する医療の範囲について、どのように考えるかという検討が行われた。その中で、鈴木常任理事より、特養については配置医師の役割を明確化するとともに介護施設の機能分化の2つが必要であると指摘している。中医協、介護給付費分科会ともにこの秋から議論がさらに本格化するため、本日、先生方にいただいたご意見を担当常任理事にお伝えしたいと考える。

3月に、中医協と介護給付費分科会における検討の論点として、「看取りに関する国民の希望への対応」、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインを踏まえた対応」等、医療従事者や国民の看取りに関する理解や状況についてどのように考えるかという検討が行われた。次に、在宅における看取りとして、末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容態変化の不安を抱える家族や介護職を支えるために医療の介入をどう考えるか、これは有床診療所の機能やかかりつけ医にお願いししっかり対応していただきたいと考え、中医協に提案している。

末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たる医療職と介護支援専門員との円滑な連携のあり方についてどのように考えるかという点も重要である。医師とケアマネの連携について、特に、看取りの時期について連携が取れていない。医療が必要な部分においては連携を密にお願いしていただきたいと考える。

介護保険施設等における看取りについては、特別養護老人ホーム及び居住系サービス入居者の看取りにおける医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスで提供すべき医療の範囲と外部の医療機関から提供すべき医療の範囲をどのように考えるかをもう少し明確化し、医療と介護の切り分けが必要である。看取りをするために、介護から医療に質が変わるということを考える必要がある。

医療機関における看取りの実施は、在宅で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における見取りを希望している場合に、医療機関を含めた在宅医療の関係者、関係機関における情報提供や、医療機関が提供する医療の範囲についてどのように考えるか。厚労省としては、介護施設の機能分化、介護療養、特養、老健、この3つについて、老健は在宅をしっかりとやっていただきたい、特養と介護医療院については長期はやむを得ないが、介護医療院は医療を必要とする方に提供するという形を考えている。

末期の悪性腫瘍等の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアのあり方をどのように考えるか、ターミナルケアとの兼ね合いをどのように考えるか、これについては今後検討が行われる。

(5) 介護人材の確保について（沖縄県）

<提案要旨>

国においては、「ニッポン一億総活躍プラン」を踏まえ、介護人材の処遇改善や多様な人材の確保・育成等を柱として、2020年代初頭までに25万人の介護人材の確保に取り組むこととしている。

平成29年度予算においては、キャリアアップの仕組みを構築した事業者に対する新たな上乘せ評価を行う加算の創設による処遇改善等が行われているところであるが、介護事業者の雇用改善方策（休暇・休職制度、子育て支援のための施設内保育施設運営等）を図るため、また介護事業者においては厚生労働省が示す地域別最低賃金を参考に介護従事者の給与のベースアップを行っているところも多くあることから、処遇改善加算に加え介護報酬そのものの引き上げが、介護事業者の安定的な運営ひいては介護人材の安定確保のための重要な施策になると考える。

併せて、介護従事者の負担軽減に資する介護ロボット導入促進支援や、介護ロボットを導入した際の人員基準の緩和等の施策の検討も必要ではないかと考える。

さらに、国においては、外国人介護人材の受入れ等の検討が進められており、慢性的な介護人材不足の解消、特に介護資源が少ない地域の介護人材確保につながることを期待されているが、本事業を展開する上では多面的かつ慎重な課題整理や評価等も必要であるとする。

については、介護人材の確保に向けた国の各種施策に対する日本医師会の見解や働きかけ等についてご意見を賜りたい。

＜各県回答＞

各県ともに、介護人材の不足は非常に深刻な問題であるが、具体的な対策等は図られていないとの回答であった。

鹿児島県では、行政主催により年2回、介護人材確保・定着に向けた総合的な取り組み案について検討を行うとともに、地域の実情に応じた人材確保の取り組みが円滑に行われるよう、介護保険事業関係者をはじめとする関係機関・団体の連携を図ることを目的とした会合が持たれていると報告があった。また、この会議の中で、新たな人材確保も必要だが、「元気高齢者」の活躍の場の提供や、労働環境整備による離職防止の整備が急務ではないかとの意見が示されているとの報告があった。

＜日医コメント＞

厚労省は、基本的な視点の一つとして、多様な人材の確保と生産性の向上を示したところである。人員や設備基準の緩和やロボット技術、ICTの活用等について、今後の介護給付費分科会において検討が行われる。特にロボットに関しては、予算を2倍に増やしている。外国人の人材の活用として、11月1日より技能実習制度に介護が加わり、現在、厚生労働省において制度施行に向けた準備をしているとのことである。

本件については、日本医師会としても入手した情報を都道府県医師会に随時提供したいと考える。

(6) 認知症サポート医のフォローアップ体制等について (鹿児島県)

＜提案要旨＞

超高齢社会を迎えるなか、認知症高齢者への対応は喫緊の課題となっている。国は、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、認知症サポート医養成研修の受講者数を目標値のひとつにしているが、大切なことは受講者数ではなく、受講した医師にどのように地域のなかで認知症対策に関わっていただくかであり、活動の場や資質の向上のための環境を作っていくことであるとする。

認知症サポート医には、「かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築」、「各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力」、「市町村が設置する認知症初期集中支援チームの実施への協力」等の役割が期待されている。

養成研修受講後のフォローアップに関しては、県の委託事業として「認知症サポート医フォローアップ研修」を行い、認知症疾患医療センターからの症例報告や認知症サポート医としての地域での活動内容、認知症初期集中支援チームの活動報告等をテーマに研修会を開催しているが、受講者の固定化等の問題もある。また、本県の認知症サポート医は、既に200名を超えており、活動に濃淡が出ている。

認知症対策における独自の取り組みや認知症サポート医の活動支援やフォローアップに関し、各県の取り組み状況をお伺いしたい。

(7) 認知症サポート医養成研修受講者について (大分県)

＜提案要旨＞

当県では認知症サポート医養成研修の受講者については希望者を募って医師会と県が受講者を選定し一部の受講者に対し公費助成を行っている。前回の診療報酬改定で入院での認知症ケア加算の要件の一つに認知症サポート医の配置

が含まれたことから病院医師の受講希望が増えている傾向がある。本来の認知症サポート医の活動目的からそれを受講希望もあるかと思われるが、各県でどのように対応されているかお聞きしたい。

※協議事項 (6) (7) 一括協議

＜各県回答＞

認知症サポート医フォローアップ研修について県から委託を受けているのは、宮崎県、沖縄県、大分県、長崎県、福岡県であった。

佐賀県より、新たな認知症対策として、平成29年6月1日に「若年性認知症」に関する相談や医療・福祉・就労等の総合的な支援を行う「若年性認知症支援センター」を設置する等の取り組みを開始していると報告があった。

大分県より、平成24年度に認知症サポート医全員が所属する「認知症サポート医連絡協議会」が設置され、行政とともに、かかりつけ医認知症対応力向上研修（大分オレンジドクター養成研修）等の企画・運営を行っていると報告があった。また、平成25年度より「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」を県から受託し、認知症サポート医、行政、認知症認定看護師等でチームを組み、県下の病院へ出前研修を行っていると報告があった。

認知症サポート医養成研修受講者について医師会として関与しているのは、鹿児島県、沖縄県、福岡県であった。福岡県では、受講者の選定基準として、「福岡県内に勤務し、福岡県医師会員である医師」、「地域において認知症の診断（早期発見等）に携わっている医師」、「認知症サポート医の役割を適切に担える医師」、「対象地域における認知症初期集中支援チームのチーム員たる要件を満たす医師」という要件を設けていると回答があった。

○追加発言

＜福岡県医師会 瀬戸裕司常任理事＞

認知症サポート医等のあり方及び研修のあり方等の研究事業に委員として参加している。今

年度、カリキュラム改定をしようということで検討している。サポート医は、当初は認知症の対応力向上研修の講師養成が目的であった。中央で研修を受講しそれを伝達講習として各地で認知症の対応力向上研修の講師をやっていたが、そのための研修であったが、だんだんずれてきているということで、これをもう一度振り返ろうということである。

＜日医コメント＞

厚労省と協議の上、認知症初期集中支援チームにおける医師要件に、認知症サポート医であること、認知症サポート医養成研修を受講する予定であること、という要件を入れている。引き続きよろしくお願ひしたい。

(8) 「在宅医療」に向けての各県の取組み状況について（熊本県）

＜提案要旨＞

2025年「地域包括ケアシステム構築」の成否は、「在宅医療」が地域住民に受け入れられることと私たち医療・介護に携わる者の理解と努力にかかっていると考えている。

本県でも「在宅医療」が定着するための方策を色々と考えているところであるが、現在、市町村が行っている在宅医療・介護連携推進事業以外で九州各県独自に取組まれている事例やいいアイデアがあればご紹介いただきたい。

＜各県回答＞

各県より、在宅医療の推進に向けた取り組みとして以下の回答があった。

■鹿児島県

平成25～27年度に実施した「在宅医療提供体制推進事業」の延長として、①在宅医療・介護連携推進事業に関する活動報告会、②在宅医療・介護連携推進コーディネーター担当者会議を実施している。また今年度より、県行政による医療と介護の実務レベルの関係者により在宅医療・介護連携方策を協議することを目的とした「在宅医療・介護連携推進会議」を開催することとしている。

■佐賀県

県医師会と郡市医師会が主体となり、地域医療介護総合確保基金を活用し「地域住民への在宅医療啓発事業」を実施してきたが、現在は事業が市町村に移行し、独自に取り組んでいる事例はない。

■宮崎県

宮崎市郡医師会において、本年4月に訪問診療を行なっている医師が主会員となる「在宅医会」が設立され、新たな訪問資料医を増やすための環境づくりや、「在宅医療」が地域に受け入れられるための活動等が行われている。

■沖縄県

平成28年度より、各市町村の在宅医療・介護連携推進事業を効果的に推進することを目的とした「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業」を県から委託を受け実施している。

■大分県

県の事業として、①在宅医療推進フォーラム、②訪問看護ステーション施設整備補助が行われている。また、今年度より大分県在宅医療・介護連携推進協議会の設置が検討されている。

■長崎県

長崎市医師会会員によるドクターネットが中心となり、在宅患者に対する医療の提供のみでなく、多職種連携の調整を行なっている。

■福岡県

医師会内に在宅医療を検討する場として「かかりつけ医・在宅医療等支援委員会」、「地域包括ケアシステム構築検討委員会」を設置し、在宅医の確保や質の担保及び地域包括ケアシステム構築に向け多職種連携を推進するための具体的方策について検討を行なっている。また、平成28年度より在宅医療・訪問診療の現状把握と在宅医療を推進することを目的に、県行政と共同で県内の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設に対して調査を行なっている。

<日医コメント>

各県の取り組みは大変参考になった。各県ともに、行政と医師会との関係が上手くいって

るところは地域医療が上手くいっていると感じている。今後とも行政との連携を図っていただければと考える。

情報提供であるが、厚労省発表によると在宅医療は現在60万人くらいとなっており、自然増で2025年には40万人増えて100万人となる。地域医療計画の病床機能の分化に伴い、在宅に移行する方が30万人。その30万人のうち10万人は外来で対応できる。残り20万人のうちの6~7万人が療養病床から介護医療院に移っていただく。残りの10数万人をどう考えるかということになる。退院時調査において、退院した時にどういう在宅を望むかということについて、回復期施設に移行したいという方が結構いる。1対3で介護施設が多い。となると、その部分が引かれる。自然増に加え追加分として8万人くらいが在宅に行く。現在が60万人とすると2025年には約2倍に増えることとなる。

もう一点が、在宅を担う先生方の高齢化が起きている。そこをどのように考え行くかということも一つ大きな問題ではないかと考える。

(9) 各県における市町村介護保険事業計画策定の進捗状況について (福岡県)

<提案要旨>

国は、市町村介護保険事業計画における介護サービス量の見込みと、保健医療計画における地域医療構想を踏まえた在宅医療の整備目標との整合性を確保するために、二次医療圏単位で県行政や市町村行政の医療・介護担当者及び郡市医師会等の有識者が参集し、計画を策定する上で必要な整合性に関する協議をするよう求めている。本県では、地域医療構想調整会議の枠組みを協議の場として活用する予定としているが、未だ協議の場は設置されておらず検討も開始されていない状況である。

そこで、各県の計画策定の進捗状況並びに協議の場を設置するなど具体的な取組みをされているところがあればお伺いしたい。また、日医に対しては国の動向に関する情報や見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

鹿児島県、佐賀県、宮崎県、大分県、本県では、現時点で具体的な協議の場の設置や検討は行われていないとの回答が示された。長崎県より、地域医療構想調整会議の専門部会が設置され検討が行われる予定との回答が示された。熊本県より、平成 25 年度から保健所毎に在宅医療に関係する多職種で構成する「在宅医療連携体制検討地域会議」が設置されており、同会議が「協議の場」として活用されること、また県レベルでも「熊本県在宅医療連携体制検討協議会」が設置され、地域会議での議論を踏まえ、在宅医療の推進に向けた多職種による協議が行われる予定との回答が示された。

＜日医コメント＞

厚労省が、介護保険事業計画に関する各県の状況を 10 月下旬から 11 月上旬にかけてヒアリングを実施するとのことである。各県の進捗状況と情報提供について厚労省から協力依頼があるかと考えるのでよろしくお願ひしたい。

(10) 認知症高齢者の運転免許更新等における診断書について（長崎県）

＜提案要旨＞

長崎県では、運転免許更新時等における認知症診断書について、主治医の先生方向けに長崎県版の診断書様式を独自に作成し、公安委員会から許可を受けて、その様式を使用して頂いている。

3 月 12 日の改正道路交通法施行以降、全国的には主治医が診断書を作成する割合が多いと伺ったが、本県では 7 月 31 日までの概数で診断書作成数は 44 件、内訳は、専門医 2 件、認定医（専門医以外の精神科、神経内科、認知症サポート医等）22 件、主治医 16 件、その他 4 件となっている。

今まで会員の先生方等からはトラブルの情報は上がってきていないが、各県の状況をお聞きしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、運転免許更新時における認知症診断について、現時点でトラブル等の情報は上がっていないとの回答が示された。

佐賀県より、認知症にかかる診断書提出命令制度の協力医療機関リストを作成するにあたり、会員医療機関の手上げ方式をとり、「かかりつけ医としての協力」及び「専門医としての協力」に分類し協力を募り、「かかりつけ医」での診断及び診断書記載が難しい場合は、「専門医」に紹介相談していただく体制を整備し、未然にトラブルを防ぐような工夫を行っていると回答があった。

鹿児島県より、診断書を作成した医師に対する民事訴訟の提訴について、県警・弁護士・司法精神科医と打ち合わせを行なった上で、会員に対し次の注意喚起を行っていると回答があった。①医学的根拠なしに認知症でないことの診断書を作成しないこと。②臨床所見・検査結果から判断できない場合は専門医へ紹介すること。③検査において簡易検査のみでなく画像検査等を踏まえて判断すること。④認知症と判断した場合は患者やその家族に対して免許証の返納を促し、その内容を診療録に記録すること。

＜日医コメント＞

医師が「認知症なし」と判断した方が事故を起こした場合について、刑事罰に関しては無責となるが、民事として訴えることは可能である。日本医師会医師賠償責任保険との関係について基本的な考え方としては、日本医師会医師賠償責任は、医療行為によって生じた体の障害について損害賠償を請求された場合を対象としているため、日医医賠償保険は使えないこととなる。しかし、先生方が入っている日医免責部分の 100 万円保険の中に施設特約というものがある。例えば物を壊した場合や相手に障害を与えた場合は、それで対応できる。日医の保険は使えないが 100 万円保険で対応できると考える。医師の診断書の作成に伴い想定される義務とし

て、日医の医賠償の対象となる事故は、自動車事故で患者自身が事故を起こし、患者自身が障害を起こした場合に、日本医師会医師賠償責任保険を使える。施設特約保険の対象となる事故としては、認知症でないと診断した患者の運転による交通事故で、歩行者が障害を受けた場合に対して損害賠償を請求できる。いずれにせよ100万円保険の施設特約に入っていただくよう勧めていただきたい。

＜日本医師会総括＞

日本医師会としては、できるだけ情報を多く出させていただきたい。

4月12日の経済財政諮問会議において塩崎前大臣が提出した資料に全国に病床は133万床あるとある。高度急性期が約17万床、急性期が約60万床、回復期が約13万床、慢性期が約35万床となる。計算が合わない。理由として、休眠病床が9万床ある。いろいろな原因があるが、看護職員の数が足りない、患者の在院日数が減っている、患者の数が減っている等がある。休眠病床が将来的に復活するかどうか非常に問題である。特に公立病院は、公立病院改革推進ガイドラインとして、総務省は公的病院に対して、一つ目は効率化を図る、二つ目は合併、三つ目はベッドの削減、という方針を示している。全国500近くの公立病院のうち75%くら

いが赤字経営となっている。きちんとしてくなくてはならないということで公立病院推進ガイドラインが示されている。ただ公立病院は政策医療として、救急医療等、どうしても採算の取れない部分がある。休眠病床をどう扱うか。2025年のベッド数の予測が119万床となっている。そのうち、高度急性期が13万床、急性期が40万床、回復期が37万床、慢性期が35万床から28万床へと7万床減らす。介護医療院の7万床と休眠病床9万床を足すと、ほぼ数的に合う。ただ地域差がある。日本全体としては、削減ではなく機能転換となるということはこの数字からも読み取れる。慢性期は、介護医療院で吸収できるが、一般病床のいわゆる13対1や15対1が問題となる。一部は地域包括ケア病棟へ移行する可能性はあるが、13対1や15対1がどうなるか。医療療養、介護療養は介護医療院として道筋ができていますが、13対1や15対1がどうなるかということが一番の問題である。回復期に移った場合にどうなるか。地域包括ケア病棟は10対1が基準となっている部分も多く、なかなか13対1や15対1に直ぐに移行できない。一般病床から過剰な機能には移れないため、在宅復帰ができるような病床というものをある程度想定し検討を行っていく必要がある。

印象記

副会長 玉城 信光

福岡で10月28日に開催された。

1. 介護の協議の最初は、療養病床の転換先としての「介護医療院」の問題が上げられた。しかし介護報酬や施設基準などがはっきりしないので、日医の見解が求められた。市川常任理事から、介護療養病床の転換が優先され、医療療養病床は2年後の診療報酬改定までは、そのままの状態で行くのではないかと話された。施設基準や介護報酬などを見極めたい。
2. 看護小規模多機能型居宅介護の問題も取り上げられたが、各県とも、まだ始まったばかりでどのような広がりを見せるか見当がつかないようである。しかし現在でも看護師が足りない状態で「看多機」が多くなると看護師の養成が必要になると推測されるが対策はどうか。

3. 沖縄県から提案の「介護保険施設における薬剤費の施設負担について」と「介護人材の確保について」の問題は各県とも同様な意見で、日医の見解が求められた。薬剤費の問題はこれまでも取り上げられているが、早急な解決はないであろうとのこと、しかしながらこれからも常に問題提起は必要であるとのことである。介護人材に外国人を入れるという話もあるが、言語の問題で早急な解決はできないであろう、介護報酬の引き上げなどは働きかけていくと話された。
4. 老人ホームなどでの看取りの問題は沖縄県でもしっかりと体制をつくっていくことが重要であると思われた。福岡県で看取りに関してアンケート調査をしたところ居宅系で看取りをしているところが50%程になると言われた。病院での看取りから移行してきているようである。
5. 認知症サポート医の養成とフォローアップ研修が議論された。最近では病院の医師が診療報酬上のことでサポート医になるケースがあるが、基本的にはかかりつけ医が中心になり、認知症の早期発見に努めるべきであると思われた。この制度が始まった時には、サポート医の講習を受けたものは、各地区に帰り、伝達講習をする予定であったが、その機能がなくなっているので、講習のあり方を現在検討中とのことである。各県での講習ができるようになると良い。
6. 在宅医療について各県の取り組みが話された。熊本県は県医師会の中に在宅医療支援の組織をつくり支援を行いたいとの話があった。しかしこの機能は県医師会ではなく、現場の地区医師会レベルで行っていく方が良いと思われる。市川常任理事からは2025年には在宅で介護を受ける人が倍になるであろうと言われた。介護を受けないように、介護予防へ力を注ぐ必要があると思われる。
7. 認知症高齢者の運転免許更新に関して、大分県では認知症疑いの185名中、再検査で疑いのなくなったものが51名、自主返納26、診断書提出命令など82例ある。82例の中で、41例は未提出、41例中運転継続しているものは異常なし6名、運転継続(MCI)18名である。診断書が提出された31名の中で専門医の記載が20、主治医が11である。トラブル事例は各県とも経験していないが、正常と診断した人が事故を起こした場合に診断した医師に刑事訴訟はないが、民事訴訟が起こる場合がある。その時には日医の保険はつかえないが各県で100万円以下の損害賠償の特約保険の適応になると言われている。各施設とも確認が必要と思われた。

医療は病気を治そうとするが、介護は治ることはないので、予防をどのようにするか議論が必要になるであろう。市町村や各自が努力をして、介護を受ける年齢を上昇させることが重要と思われる。80歳まで頑張ろう。また現在介護を受けている人の重症化予防をどうするかである。それでも終末期に入った場合、看取りをどうするか、医師会をあげて議論をするべきである。そのサポートは私たちかかりつけ医以外にはないと思われる。

会議の後帰るつもりが、台風のために飛行機が飛ばないのである。止むを得ず博多の美しい夜を頂いた。

お知らせ

平成 29 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会

主催：沖縄県医師協同組合 共催：(株)沖医メディカルサポート

あけましておめでとうございます。

日頃医療活動で大変ご多忙の先生方の心身のリフレッシュはもとより、以前は碁を嗜んでいたが、その後やっていないという先生方、あの頃の闘争心を思い出してみませんか。初心者、級位者大歓迎いたしますので、恒例の『親睦囲碁大会』へお気軽にご参加下さいますようご案内申し上げます。

開催日時：平成 30 年 2 月 11 日 (日) ※建国記念の日

競技 午前 10 時 00 分～午後 16 時 00 分

場所：沖縄県医師会館 (2F・第4会議室)

南風原町字新川 218-9

参加費：1,000円 (当日はお飲み物・オードブルを準備します。)

問い合わせ先

沖縄県医師協同組合 TEL：098-889-0081 FAX：098-888-0629

締切日：2月2日(金)迄 ※20名に達し次第、締切りとさせていただきます。

※今年度より懇親会の開催はありませんので、ご了承ください。

本案内書(兼申込書)にて協同組合までご返信をお願い致します。

平成 29 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会参加申込書

平成 30 年 月 日

お申込は：

沖縄県医師協同組合
FAX：098-888-0629

医療機関名：

住所：

T E L：

参加者氏名	囲碁歴・段位

平成 29 年度第 1 回沖縄県医療保健連合(なごみ会) 幹事会・懇談会



常任理事 稲田 隆司



去る 10 月 31 日 (火)、ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて標記幹事会並びに懇談会が開催され、幹事会は各団体の代表等 27 名、懇談会には各団体の役員等 54 名が参加した。

幹事会においては、なごみ会の会長である本会安里哲好会長から、各団体より多数のご参加をいただいたことに対するお礼が述べられると共に、県民生活の基盤である健康福祉の向上のため、各加盟団体の英知を結集して取り組むべく忌憚のないご意見を賜りたい旨の挨拶があった。

その後、安里会長の進行のもと、以下のとおり協議が行われた。

協議事項

(1) 役員の内

沖縄県医師会稲田常任理事より資料に基づき、(1) なごみ会の役員の内について、本会会則第 6 条の規定により会長は県医師会長とし、副会長は幹事団体の長を充て、常任委員は各団体より推薦するものを充てることになっていることから、予め各団体よりご推薦いただいた常

平成 29 年度沖縄県医療保健連合(なごみ会) 役員名簿

No	役職名	氏名	所属(役職)	No	役職名	氏名	所属(役職)
1	会長	安里 哲好	沖縄県医師会(会長)	12	常任委員	儀間 武司	沖縄県歯科技工士会(会長)
2	副会長	真境名 勉	沖縄県歯科医師会(会長)	13	常任委員	安座間泰晴	沖縄県放射線技師会(副会長)
3	副会長	亀谷 浩昌	沖縄県薬剤師会(会長)	14	常任委員	池城 正浩	沖縄県理学療法士協会(会長)
4	副会長	仲座 明美	沖縄県看護協会(会長)	15	常任委員	豊里 剛	沖縄県柔道整復師会(理事)
5	常任委員	稲田 隆司	沖縄県医師会(常任理事)	16	常任委員	久場 良男	沖縄県鍼灸師会(会長)
6	常任委員	米須 敦子	沖縄県歯科医師会(副会長)	17	常任委員	樋口美智子	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会(会長)
7	常任委員	江夏 京子	沖縄県薬剤師会(副会長)	18	常任委員	中下 綾子	沖縄県精神保健福祉士協会(会長)
8	常任委員	島袋富美子	沖縄県看護協会(専務理事)	19	常任委員	比嘉 靖	沖縄県作業療法士会(会長)
9	常任委員	笠原 寛子	沖縄県栄養士会(理事)	20	常任委員	久志 紫乃	沖縄県言語聴覚士会(会長)
10	常任委員	松川 正男	沖縄県臨床検査技師会(会長)	21	常任委員	屋我 論	日本健康運動指導士会沖縄県支部(支部長)
11	常任委員	比嘉香恵子	沖縄県歯科衛生士会(会長)				

任委員を含め、資料に示すとおり役員名簿を作成した旨説明があり、異議なく承認された。

(2) 県民健康フェア開催の件

沖繩県医師会白井理事より資料に基づき、県民健康フェア開催の件について、去る8月20日(日)コンベンションセンターに於いて開催した当フェアには、約1,000名の県民の参加があり、プログラムも滞りなく進められ、盛会に終えることができた。

来年度の開催については、平成30年8月18日(土)～19日(日)の日程でコンベンションセンターを予約している。例年どおりコンベンションセンターにて同日程にて開催してはいかがとの提案があり、特に異議なく了承され、8月19日(日)(18日(土)は準備日)の開催で決定した。なお、今後の詳細については、実行委員会を立ち上げ協議を進めることとなった。

(3) 第14回公益社団法人日本鍼灸師会全国大会 in 沖繩の後援依頼の件

沖繩県鍼灸師会久場会長より、平成30年10月27日、28日に沖繩県男女共同参画センターでいるるにおいて開催される、「第14回公益社団法人日本鍼灸師会全国大会 in 沖繩」の後援依頼があり、協議の結果、特に異議なく承認された。

(4) 平成29年度(第10回)「うまんちゅ健康フェスタ in 北谷」開催の件

日本健康運動指導士会沖繩県支部屋我支部長より資料に基づき、来たる12月3日北谷町ニライセンターにおいて平成29年度(第10回)「うまんちゅ健康フェスタ in 北谷」の後援依頼があり、協議の結果、特に異議なく承認された。

(5) 沖繩県医療保健連合(なごみ会)後援(名義使用)の件

沖繩県臨床検査技師会松川会長より資料に基づき、来る11月12日に南風原町において開催

される「臨床検査と健康展 in 南風原町 2017」の後援依頼があり、協議の結果、特に異議なく承認された。

(6) 平成29年度入退院支援連携デザイン事業について

沖繩県医療ソーシャルワーカー協会又吉副会長より資料に基づき、市町村の地域包括ケアシステム構築に向けた取組を支援するため、医療と介護の連携にかかる人材の育成、資質向上をめざした事業を実施することから、各職能団体への協力依頼があり、特に異議なく了承された。

(7) RUNTOMO2017 沖繩開催の件

沖繩県医療ソーシャルワーカー協会中村理事より、来る11月25日に、「RUNTOMO2017 沖繩」を開催する旨、案内があった。

(8) 九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖繩の件(当日追加議題)

沖繩県理学療法士会池城会長より、来る平成30年10月13日～14日に、沖繩コンベンションセンターにおいて、「リハビリテーションの分科と創造～40年を温めて、新しきを知る～」をテーマに作業療法士会と合同にて学会を開催する旨、案内があった。

(9) 第7回日本言語聴覚士会九州地区合同学術集会沖繩大会開催の件(当日追加議題)

沖繩県言語聴覚士会九志会長より、来たる平成30年1月27日～28日に、沖繩県男女共同参画センターでいるるにおいて、「第7回日本言語聴覚士会九州地区合同学術集会沖繩大会」を開催する旨案内があった。

(10) 栄養士会館の棟上げ式の件(当日追加議題)

沖繩県栄養士会新垣副会長より、本日10月31日栄養士会館の棟上げ式を行い、会館完成は平成30年3月を予定している旨、報告があった。

(11) 沖縄県放射線技師会九州学会開催の件(当日追加議題)

沖縄県放射線技師会安座間副会長より、来たる平成30年11月9日～11日に、九州学会を沖縄で開催する方向で調整しており、詳細が決定次第、各団体へ案内させて頂きたい旨、報告があった。

懇談会



幹事会終了後、懇談会が開かれ、沖縄県医療保健連合(なごみ会)の安里会長から「今日は、大変お忙しい中ご参加いただき感謝申し上げます。先程は幹事会が開催され、

非常に活発な議論を行い、各団体共に非常に活発に活動されているなという印象を受けた。なごみ会は医療関係団体が17団体と非常に多くの医療関係団体が集まった大きな団体であり、各団体の活動があってこそ沖縄県民の健康と生命を守る事が出来るものであると考えており、各団体の活動にこの場をお借りして感謝申し上げます。

さて、医師会としての立場からの話になるが、本県では65歳未満の働き盛り世代の健康状態が芳しくなく、その問題をどう解決していくかを日頃より意識している。また、在宅医療と介護、終末期医療と看取りについても、大きな問題であるが、国民、県民レベルでは問題意識がまだまだ低いと感じており、今後はそういった部分の在り方を検討していかなければならないと考える。

さて、なごみ会としては、県民一人ひとりが健康に対する意識改革の動機づけとなるよう、今回で第7回目となる「なごみ会主催県民健康フェア」を開催してきた。

毎年多数の県民にご来場頂き好評を得ており、今後もより多くの県民にお越しいただけるよう新たな取り組み等を加えながら、健康

づくりのための運動を推し進めていく必要がある。

当フェアはなごみ会主催として各職能を代表する団体が合同で医療、健康に関する催し物を行う健康イベントである。毎年多数の県民にご来場頂き好評を得ており、今後も新たな取り組みを加えながら、健康づくりのための運動を推し進めていく必要がある。

当フェアに対する皆様の御協力に感謝申し上げますと共に、本日も越し頂いております沖縄県保健医療部 砂川 靖部長、御共催を頂いた沖縄県保健医療福祉事業団 仲本 朝久専務理事に改めて感謝申し上げます。

今後も当フェア継続開催にご協力いただくと共に、なごみ会全会員が一丸となって、健康長寿県復活に向けご尽力賜りたい。

最後になるが、全団体が一堂に会するのは年1回である。お互いの絆を深める良き交流の場とするためにも、是非とも忌憚のないご意見、ご提言、ご要望を賜りたくお願いしたい」との挨拶があった。



続いて、小生(稲田)から幹事会報告を行った後、引き続き、沖縄県保健医療部 砂川 靖部長より「はじめに、なごみ会に加盟されている各団体の皆様が、日頃より本県の保健・医療の各分野において、大きな役割を担っていることに対し、心から感謝申し上げます。

また、去る8月20日に開催された「県民健康フェア」は、今年で第7回目の開催となり、同フェアが、県民の健康づくりを推進するイベントとして多くの県民に親しまれていることは誠に喜ばしい限りである。

これも、ひとえに皆様の努力の賜であり、重ねて感謝を申し上げます。

さて、医療関係者の皆様の御尽力や各医療機関の取り組みにより、本県の保健医療の水準は向上してきた。一方で、県民の健康寿命の延伸や、各地域における医療提供体制の更なる充実等、課題解決に向けた取り組みが今まで以上に求められている。

沖縄県では、「沖縄 21 世紀ビジョン基本計画」で掲げる「健康長寿日本一」を目指し、様々な政策の推進に取り組むとともに、今年 3 月には高齢化の進展に伴い、大きく変化する医療需要に対応するため、沖縄県地域医療構想を策定し、高度急性期医療から、在宅医療まで、患者の状況に応じた切れ目のない医療体制の構築を目指している。

健康長寿復活や、地域医療構想の実現のためには、県内の保健・医療関係団体の皆様との横断的な連携が不可欠である。

「なごみ会」に御加盟の 17 団体においては、今後とも地域の保健・医療の充実のため、御支援頂くようお願い申し上げます。」との来賓挨拶が述べられた。



続いて、沖縄県保健医療福祉事業団 仲本 朝久専務理事より、「本日は、沖縄県医療保健連合・なごみ会の懇談会に招待いただき、感謝申し上げます。なごみ会

は、結成以来、加入団体相互の連携を図りながら、常に県民の健康づくりに貢献されてきた。心より敬意を表する次第である。

さて、先日開催された県民健康フェアも 7 回目となり、私も参加させていただいたが、県民向けの健康イベントとして徐々に定着しているなど印象を受けている。しかし、先程安里会長からも話があったように 65 歳未満の若い世代の健康意識はまだまだ低く、各団体ともに更なる取組みを進めていかなければならないと考えている。このままの状況が続けば 330 ショック以上の更なるショックが来るかもしれないとの危機感を持ち、県民の健康復活に向けた事業にこれまで以上に取り組んでいきたいと考える。県民健康フェアも定着しているが、今後は様々な工夫等行いながら、さらに多くの県民に会場いただき、一人でも多くの県民が、健康に対する意識を高めていただく機会になるようにしていきたいと考える。

また、私ども事業団の健康づくり事業に関しても、日頃よりご理解、ご協力を頂き深く感謝申し上げます。

今後とも関係団体と連携しながら事業を展開していきたい。今後とも宜しくお願ひしたい。」との来賓あいさつが述べられた。

その後、沖縄県看護協会 仲座 明美会長による乾杯の後、懇談に入り、終始和やかな内に会を終えた。



第29回ツール・ド・おきなわにおける医療救護 —大規模スポーツイベントにおけるMass Gathering Medicine—

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

北部地区医師会理事 出口 宝



ツール・ド・おきなわは、国際ロードレース3種目と市民レース部門15種目に約3,300名の選手が出場する国内最大級の自転車ロードレース大会です。更にサイクリング部門を加えるとその規模は4,300名を超えます。また、自転車競技という性格上、コースは最長210kmにおよび落車による外傷で多くの救急搬送が毎年のように発生しています。そこで、29回目を迎えることとなった今回から、北部地区医師会が中心となりMass Gathering Medicineの考え方を導入した医療救護体制を実施しました。

I. 事前計画

Mass Gathering Medicineでは、大会レース参加者や関係者に対する医療・救護を迅速かつ適切に行うとともに、限られた地域の救急や医療資源への負担を軽減して、円滑に効率的な医療救護活動（以下、救護活動）を行うことが求められます。そこで、救命処置を重視して病院搬

送の適正化と救急車の適正利用を念頭におき、救護活動の全てを医療救護本部（以下、救護本部）の統括下で行うこととしました。最長コースが210kmもある自転車ロードレースであるため、救護所はスタート・ゴール地点に開設し、コース上はドクターカーと救護車と搬送車の救護関係車両で対応することとしました（Fig.1,2）。

また、大会レースには医療救護スタッフ（以下、救護スタッフ）が49名（医師6名、看護



Fig.1 大会ドクターカー、救護車、搬送車

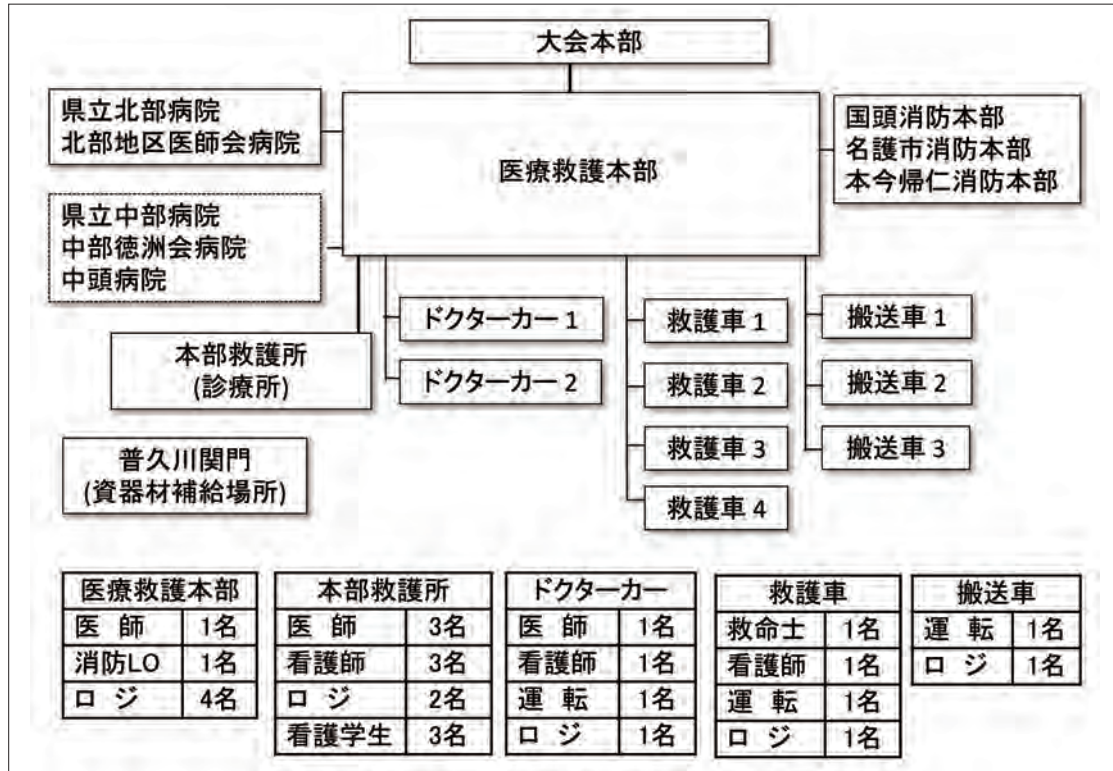


Fig.2 大会本部体制と人員配置

師 12名、ロジ 15名、ドライバー 9名)、立哨員が約 700名、審判員が約 50名、その他関係者を含めると 900名近いスタッフが関わることになります。共通の認識を持つために、救護スタッフ用の医療救護マニュアルとは別に全スタッフ用医療救護ガイドライン(手引き)を作製しました。救護計画の具体的内容は以下のように CSCATTT を参考としました (CSCATT については本誌 Vol.53, No.9, P81 参照)。

Command & Control (指揮と統制)

大会実行委員会に医療救護部会を設置(部長は北部地区医師上地博之会長)、大会本部体制に救護本部の位置づけ (Fig.2)。

Safety (安全確保)

医師賠償保険の加入、救護スタッフ全員は傷害保険に加入。救護活動中止基準を設定。救護スタッフ専用ユニフォームの作製。救護関係車両にサイレン付ハンドマイクと赤白旗を携行。

Communication (情報伝達方式と連絡先)

通信手段は固定電話を大会本部ならびに救護本部(2台)に設置、大会共通のIP無線 290台と救護専用IP無線 12台、携帯電話 50台

(内医療救護スマートフォン用 8台、LINE 設定)、GPS 20台(救護関係車両用 9台)を配備 (Fig.3)。マニュアルには関係する各部署機関のコンタクトリストを添付。

	固定電話	携帯電話	IP無線	GPS	LINE
大会本部	○		大会共通		
大会各部署					
警察本部	○		医療救護共通		
医療救護本部(代表)	○	●			◎
医療救護本部(内部用)	○				◎
本部救護所		●			◎
ドクターカー 1		●		◎	◎
ドクターカー 2		●		◎	◎
救護車 1		●		◎	◎
救護車 2		●		◎	◎
救護車 3		●		◎	◎
救護車 4		●		◎	◎
搬送車 1				◎	
搬送車 2				◎	
搬送車 3				◎	

Fig.3 通信手段

Assessment (評価)

参加申し込み者は大会レース 3,340名。過去の傷病者の発生場所、発生時間、傷病内容、転帰を検討して、スタッフの配置、救護関係車両の運用計画と資器材を準備。大会レースは雨天でも開催。雨天の場合は落車が多発する可能性あり。

Triage (トリアージ)

現場では JPTEC と START 法トリアージを基準。救護車の対応レベルと事故発生現場からの消防救急車の要請基準を設定。救護所での医療レベルと医療機関への搬送基準を設定。

Treatment (治療、医療救護)

名護市内の国道 58 号線一部、県道 449 号線を除く国道 58 号線、70 号線、331 号線、県道 550 号線、2 号線、18 号線は全幅一方通行になることを前提とした計画が必要 (Fig.4)。事故発生時は GPS による車輛位置情報により救護本部より適切な車両への救護指示。医療資器材の準備。ドクターカーと救護車には AED や輸液セットから薬品、バックボード、サムスリング、ネックカラー、クラビクルバンド、バストバンド、シーネも搭載。救護関係車輛の運用計画の作成 (Fig.5)。

Transport (搬送)

県立北部病院、北部地区医師会病院、県立中部病院、中部徳洲会病院、中頭病院と搬送についての事前調整。救急搬送を必要としない傷病者は救護車または搬送車にて本部救護所へ搬送して治療。搬送先病院の選定と搬送方法は医療救護本部で調整。ドクターヘリ着陸ポイントの確認。原則としてドクターヘリは消防本部から要請。

その他

本部救護所は診療所登録、事前に医療救護部会と救護スタッフ会議の開催。看護師の外傷勉強会の実施。救護スタッフへの医療救護マニュアルの事前配布。全スタッフ用医療救護ガイドライン (手引き) の配布と約 700 名の立哨員への救護本部体制の徹底周知 (Fig.6)。救護記録用紙作製 (保存用、搬送用、搬送先用の 3 枚綴りカーボン写し)。そして、医師へ傷病者に対する競技中止勧告の権限の付与。

Ⅱ . レース当日の救護活動

前日に救護関係車輛への携行品の搭載、救護所設営を行い救護用各スマートフォンへの



Fig.4 大会レースコースと交通規制、名護市内の国道 58 号線の一部ならびに県道 449 号線を除き、全幅一方通行となる

ドクターカー1	男子チャンピオンレース210km(6:45開始)の最後尾についてスタート、レース終了まで随行
救護車1号車	市民レース50km(7:12開始)の最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を北上、市民レース210kmに追いついたら随行
救護車2号車	市民レディースレース50km(7:38開始)の最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を北上、210kmコースを走行
救護車3号車	チャレンジレース50km(7:45開始)の最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を北上、与那で待機して指示待ち
ドクターカー2	全てのレースの最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を南下、ゴールまで随行再び国道58号を北上して210kmコースの最後尾となる位置で走行
救護車4号車	全てのレースの最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を南下、ゴールまで随行再び国道58号を北上して210kmコースの最後尾となる位置で走行
搬送車3	全てのレースの最後尾に付いてスタート、国道505号線から仲尾次(北)交差点で国道58号線を南下、ゴールまで随行、再び国道58号を北上して210kmコースの最後尾となる位置で走行
搬送車1	本部に待機し、指示にて出動
搬送車2	本部に待機し、指示にて出動

Fig.5 救護関係車輛の基本運用計画、事故が発生すると救護本部指示による運行となる



Fig.6 約700名の立哨員に配布された必携に「レース中の事故は救護本部へ!! ※救急要請は救護本部から行ないます。」を明記。

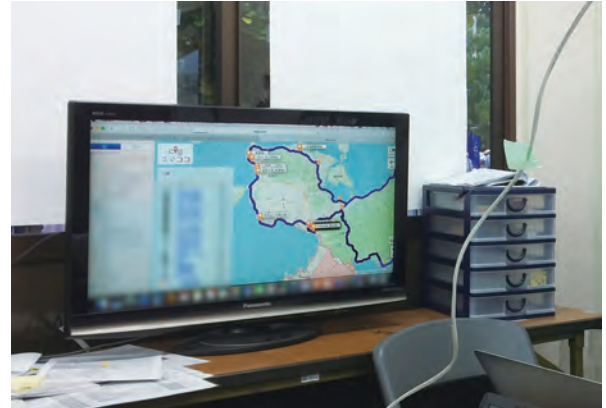


Fig.7 各車両に搭載したスマートフォンのGPSによる位置情報モニター

LINE グループの作成、医療救護用 IP 無線のチェックを行いました。当日6時に救護スタッフは集合して救護活動を開始しました。救護本部ではクロノロジーの記録と各車両のGPS位置情報のモニターを開始しました (Fig.7)。事故の連絡は救護スタッフからは主に IP 無線と携帯電話、立哨員や選手からは固定電話へ入ってきました。救護本部では傷病者の状態を把握して各車両への救護指示、病院搬送が必要な場合は病院選定と調整を行いました (Fig.8)。



Fig.8 医療救護本部、手前は名護消防本部 LO

今回の傷病者数は92名でした。病院受診は救護本部における搬送先調整が13名、ウォークインが7名でした。救護本部で搬送先調整した4名は入院手術となり、ウォークインを含む16名が帰宅となりました。62名は救護所における処置で帰宅となりました。救護車とドクターカーと搬送車の対応数は合計25名、本部救護所での対応数は71名でした (重複あり)。

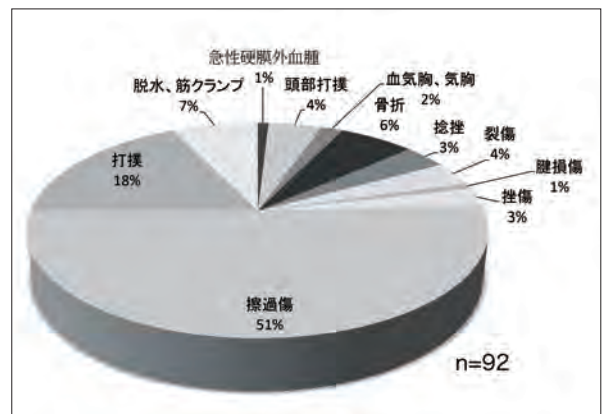


Fig.9 傷病者内訳 (n=92名)

傷病の内訳は内因性疾患が6例 (熱中症、筋クランプ等)、外傷が86例 (急性硬膜外血腫1例、骨折7例、血気胸2例、その他) でした (Fig.9)。

救急搬送は2例でした。1例は市民が通報して本今消防から救急車が出動、救護本部から大会ドクターカーに連絡、医師が救急車に同乗して北部地区医師会病院に搬送しました。外傷性血気胸、左肩甲骨、第4肋骨、第8,9胸椎棘突起、第5～9胸椎横突起骨折、第10胸椎破裂

骨折の診断で入院手術予定となりました。もう1例は、事故目撃者から救護本部に連絡があり、救護本部から国頭消防へ救急車を要請しました。状況からドクヘリ要請となり、大会 Dr. カーと救護車が到着して静脈確保と全固定を行い、ヘリ着陸ポイントへ国頭消防の救急車にて搬送、名護消防庁舎ヘリポートにヘリ搬送、名

護消防救急車にて県立北部病院へ搬送となりました。急性硬膜下血腫、脳挫傷、頭蓋骨骨折、頸椎腰椎骨折、肋骨骨折の診断で緊急手術となりました (Fig.10)。



Fig.10 国頭消防と大会ドクターカー、救護車による現場活動

Ⅲ. 所 感

自転車ロードレースは集団落車が発生すると一度に多くの負傷者が発生する危険性が常にあるイベントです。さらに同じ時刻帯に複数箇所発生する可能性もあります。しかし、医療資源は限られており重傷者を優先した効率の良い救護活動を行なうことが求められます。また、会場となった北部地域の救急隊と救急車の数には限りがあり、レースのための特別な運用は出来ず通常通りの地域の救急医療を担っています。事故発生現場で各々が119番通報で救急車を要請すると、軽症に出動したために重症に対応が出来ないケースが発生することもあります。さらに、搬送先の病院選定も適切に行わなければ、重症を診るべく施設に軽症が搬送されるなどの問題も生じてしまいます。さらに、病院では救急車搬送の症例が優先的になるため救急車の適正利用は重要です。そこで、Mass Gathering Medicine の考え方が必要となります。

Mass Gathering Medicine では全ての救護活動を救護本部の統括下で行うことが重要です。そのためには有効な通信手段が不可欠となります。今回はスマートフォンとIP無線の併用、LINEグループの作成、救護本部ではさらに固

定電話を使用しました。LINEは画像が簡単に送れるため、現場の様子をリアルタイムに救護本部で見ることが出来ます。さらに、各車両のGPS位置情報のモニタリングを行いました。これらは大変有用でした。

人員の配置についての新しい試みとして、救護車には救急救命士(以下、救命士)と看護師を配置して現場での初期対応にあたりました。看護師の必要性は言うまでもありませんが、救命士は現場での安全確保と評価や初期対応など現場活動に熟練しており、外傷の多い自転車ロードレースには適任でした。今後は、各種のスポーツイベントにおける活躍が期待されます。本部活動には、事前に各消防本部への今回の救護体制の説明を行うなどの事前調整を行い、名護消防本部から連絡調整員(LO:リエゾンオフィサー)に加わって頂きました。各消防本部との連絡調整のみならず地域の病院前救急活動に精通されておりアドバイザーとしても貴重な存在でした。

Ⅳ. まとめ

ツール・ド・おきなわの医療救護体制にMass Gathering Medicineの考え方を導入した結果、過去の大会に比較して救急車の適正利用と病院受診の適正化が改善したと思われま。このことが、重傷者への迅速な対応に繋がりました。とは言え、スタッフ反省会から多くの反省点や改善点があり次回に活かしていく必要があります。

最後に、多くの傷病者の受入をして頂いた県立北部病院と北部地区医師会病院、北部の医療の許容力を超えた場合に備えて事前に傷病者の受入を快諾して頂いた県立中部病院、中部徳洲会病院、中頭病院、ご協力を頂いた北消連の各消防本部、ドクターヘリ、北部保健所、そして、多くのスタッフと資器材の協力を頂いたSOLA学園、その他関係者のご協力と連携が不可欠でありました。この場をかりて御礼申し上げます。

高齢者糖尿病治療連携
において必要な共通認識



社会医療法人友愛会
豊見城中央病院
糖尿病・生活習慣病センター

比嘉 盛丈

【要旨】

糖尿病の治療を行うにあたり特に配慮すべきことは、重症低血糖を回避することである。とくに高齢者糖尿病においては重症低血糖が致命的となりうるため、『高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会』が『高齢者糖尿病の血糖コントロール目標』を2016年に発表した。その骨子として、重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン、SU薬、グリニド薬）を使用する場合は、血糖やHbA1cの目標下限値を設定することで、血糖値を下げすぎることなく安全な治療を行うことを目指すこととした。低血糖が危惧される薬剤の使用を可及的に控え、あえて血糖値を高めに維持して管理すべき高齢症例が少なからず存在することを共通認識として共有したい。

【本文】

2016年に『高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会』が発表した『高齢者糖尿病の血糖コント

ロール目標』作成についての冒頭には、「超高齢社会を迎え、高齢者糖尿病は増加の一途を辿っている。高齢者には特有の問題点があり、心身機能の個人差が著しい。それに加え、高齢者糖尿病では重症低血糖を来しやすいという問題点も存在する。重症低血糖は、認知機能を障害するとともに、心血管イベントのリスクともなり得る。」と記述されている。つまり、高齢糖尿病患者に対して治療を行うにあたり特段に配慮すべきことは重症低血糖を回避することであり、基本的な考え方は、以下の通りである（図1）。

- ①血糖コントロール目標は患者の特徴や健康状態：年齢、認知機能、身体機能（基本的ADLや手段的ADL）、併存疾患、重症低血糖リスク、余命などを考慮して個別に設定すること。
- ②重症低血糖が危惧される場合は、目標下限値を設定し（血糖値を下げすぎることなく）、より安全な治療を行うこと。
- ③高齢者ではこれらの目標値や目標下限値を参考にしながらも、患者中心の個別性を重視した治療を行う観点から、図1に示す目標値を下回る設定や上回る設定を柔軟に行うことを可能としたこと。

2013年に日本糖尿病学会が発表した『熊本宣言2013』では糖尿病治療目標を、年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して設定することに骨子をおいた（図2）。同学会は、熊本宣言を発表する前までは治療目標ガイドラインの中で、優・良・不良・不可といった表現を使用していたが、そのような表現をとりやめることで、一般医家がHbA1c値という数字の低下だけを追い求めて、むやみに投薬が追加されていくことに歯止めをかけたかったようだ。しかし、その意図は十分に理解されず、SU薬やグリニド薬といった血糖値非依存的にインスリン分泌を刺激する薬剤が全国的に広く処方され、とくに高齢者は危険

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリノド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

血糖コントロール目標			
	コントロール目標値 ^{注4)}		
目標	血糖正常化を目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防のための目標 ^{注2)}	治療強化が困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。			
<p>注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。</p> <p>注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180 mg/dL未満をおおよその目安とする。</p> <p>注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。</p> <p>注4) いずれも成人に対するの目標値であり、また妊娠例は除くものとする。</p>			

図2 熊本宣言 2013. 日本糖尿病学会

にさらされ続けている。そのような背景のもとに、前出の『高齢者糖尿病の血糖コントロール目標』が作成されることになった。残念ながら、今もなお意識障害を起こして救急医療機関に搬送されてくる高齢者の病因为医原性低血糖であることが少なからず存在し、そのようなケー

スの原因薬剤はほぼSU薬である。ちなみに、2016年8月からの1年間で当院の時間外外来を低血糖のために受診された成年症例は66名で、やはり最多原因はSU剤の使用だった。また、さまざまな理由で当院へ入院された高齢者のうち、入院前と同用量のSU薬を服用したま

まで入院食（間食禁止）を提供すると容易に低血糖を起こすことが多い。そのような症例に対して当科では間食をせずとも低血糖を起こさない用量までSU薬等を減量してから退院していただくのだが、かかりつけ医に戻るとまた元の用量まで増薬されてしまうことがある。例えば、グリメピリド 2mg/日を服用しており制限食のもとで容易に低血糖を起こしてしまう虚弱な高齢者がおれば、当科では制限食のもとでも空腹時血糖値が 140～160mg/dL 程度まで（意図的に）血糖値を高くすべく、できるだけ同薬を減量または中止してから退院していただいている。しかし退院後、より長期的にその患者をみることになるかかりつけ医の立場からすると、退院後はまた食事量が増えるのだからとSU薬を再開または増薬したくなるのは分からなくはない。しかし、2～3mg/日という高用量までどうしても戻す必要があるのかという疑念が残ることがある。SU薬は劇薬である。少量のSU薬で管理が難しい場合には、専門医への医療連携をご検討いただきたいところではある。

SU薬やインスリンの使用量が多くなると、患者は過食にならざるを得ないことがしばしばある。間食をしないと低血糖になってしまうのだ。そのような症例には、「夕食前や眠前など決まった時間に、抑えがたい空腹を感じることはありませんか」と尋ねると、その通りだと

いう返事がしばしば返ってくる。そのような症例は、過度の治療を開始されてから体重増加が始まり、発見時には5～10kgの体重増加があり、担当医からは食事を抑えきれない症例として扱われて自尊心を傷つけられていることもある。そのような症例において、低血糖のエピソードをこちらからしつこく聴き出すこと、（減薬すると高血糖になるかもしれないという不安に打ち克ち）勇気をもって薬物を減量することが有効なことも多い。減薬によって過食がなくなり、体重は減っていき、血糖管理がむしろ改善することがしばしばである。1986年から2008年までの22年間に、UK General Practice Research Databaseに登録された英国人27,965名の2型糖尿病患者におけるコホート研究では、SU薬とメトホルミンの併用療法群においてもインスリン+α治療群においても、6～7%未満になるとむしろ死亡率が増加するというJカーブ現象がみられ、全死亡に与えるハザードリスクを最も低減したHbA1c値はおおよそ7.5%であった（図3）。この研究結果は、インスリンを過度に分泌させる恐れのない糖尿病治療薬、すなわちチアゾリジン薬、α-GI薬、DPP-4阻害薬、GLP-1作動薬、SGLT-2阻害薬などに関する検証はしておらず、目標HbA1cをどこに設定するかを議論するための研究結果ではないが、SU薬やインスリンの安

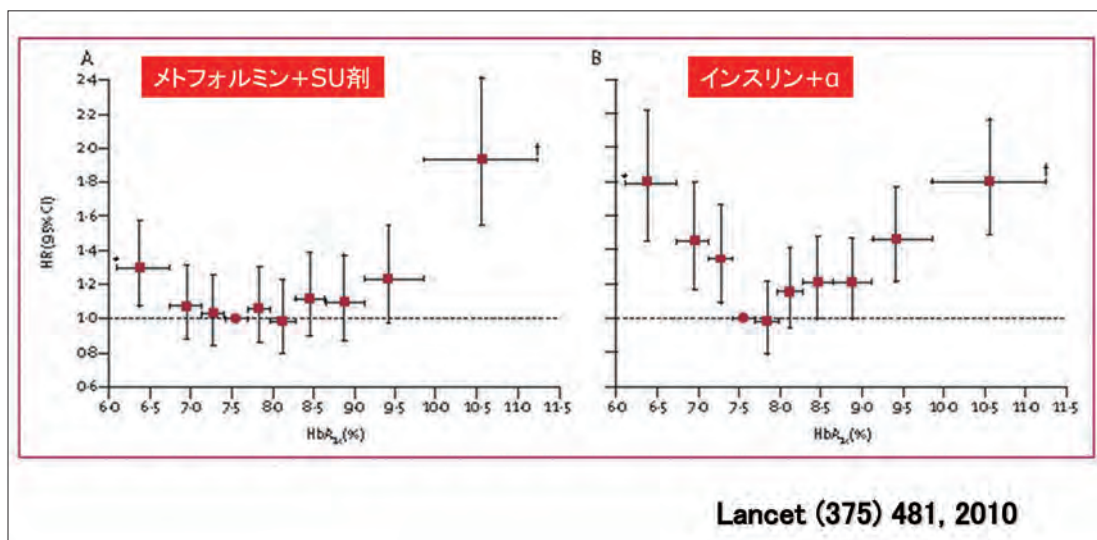


図3 HbA1c別に解析した全死亡ハザード比

易な増量による HbA1c の下げすぎはむしろ死亡リスクを高めてしまう可能性を示唆している。特に体力や認知機能の衰えた高齢者においては、HbA1c 値を 9% から 8% まで下げのために SU 薬やインスリンを使用するのは許容されるべきかと考えるが、8% を 7% 以下まで下げてしまうような使い方は厳に慎みたい。前出の『高齢者糖尿病の血糖コントロール目標』の中に、「多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5% 未満を目標とすることも許容される。」と記載されている。8.5% 程度であれば、患者の背景をよく吟味した上で、むしろ増量しないで経過をみていくべき症例があることを共通認識としたい。平たく言わせていただくと、これまで HbA1c 値を 6% 程度で管理されていた患者が、他院に入院した際に減薬されて 8% 程度の管理状況になってしまうことがありうることをご理解いただきたいのである。一見闊達に見える高齢者でも急に食欲を落とすことがしばしばあり、日頃から血糖値を下げすぎないことと、シックデイにおける休薬の徹底は肝要である。

【結語】

低血糖のリスクが少ない薬物で治療している場合や食事・運動療法のみで治療している場合には HbA1c の下限を設ける必要はない。HbA1c 値という数字を単に下げることが目標とせず、症例毎に適切な目標値を勘案することを共通認識としたい。高齢者はシックデイ（摂食低下）に陥りやすく、その時の対応に関する患者・家族教育を再度徹底したい。SU 薬の使用なくして血糖管理ができない場合（とくに高齢者）は、専門施設への紹介もご検討いただきたい。最後に、医療連携においては、施設間で互いに信じあい、敬意を払いあう姿勢が大切だと考えており、相手の治療方針を組して互いに尊重できる地域でありたい。

<参考資料>

1. <http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=66>
2. <http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=42>
3. Currie CJ, Peters JR, Tynan A, et al., Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet 2010; 375 (9713) :481-9.

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。

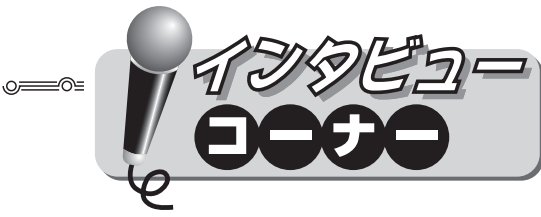
なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

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。



沖縄の眼科医療発展のために全力で取り組んで参ります



琉球大学大学院医学研究科
医学専攻眼科学講座 教授
古泉 英貴 先生

質問 1. 琉球大学大学院医学研究科・医学専攻眼科学講座教授ご就任おめでとうございます。ご就任に当たってのご感想と今後の抱負をお聞かせ下さい。

まずこの度は貴重な機会を頂き、本当に光栄に思っております。2017年10月に教授に着任して2カ月余りが経過しましたが、医局員を初め、スタッフ、沖縄県眼科医会の先生方には温かく迎えて頂き、大変感謝しています。琉球大学に赴任しての印象ですが、医局員は皆人格的に素晴らしく、非常に高い臨床能力をお持ちであることに感銘を受けました。また、医局員同志の仲が良く、明るく活気がある雰囲気も魅力的です。気候も温暖で、前職の東京と比べると時が穏やかに流れているのを実感します。沖縄の食事も美味しく、とても気に入っています。そのような恵まれた環境に身を置かせて頂いていることを日々心に留め、とにかく皆様の幸せのために精一杯邁進する所存です。

質問 2. 古泉教授が目指す講座運営の方針等についてお聞かせ下さい。

大学医局の役割としては診療・研究・教育があげられます。診療に関しては琉球大学眼

科で現在まで培われてきた伝統に私の専門領域である黄斑疾患・網膜硝子体疾患の新しい潮流を加え、大学病院と関連施設で一丸となって協力し、沖縄県の眼科医療の発展に力を尽くしたいと考えています。確固たるエビデンスに基づいた治療を提供すると同時に、世界の眼科学の動向を常に捉え、先端診断技術および治療法の積極的導入を行いたく思います。研究に関しては、実臨床につながる研究を飛躍的に発展させる所存です。魅力的な研究を日常的に行える環境を構築することで、若手からベテラン医師までの医局の活性化を促し、沖縄から世界に向けての情報発信を積極的に行うことで、国内外における琉球大学と沖縄県のプレゼンスを高めることに尽力していきます。また、教育は教授の最も重要な責務と考えています。人間のQOLを保つ上で非常に大きな位置を占める視覚を取り扱う眼科学の魅力を伝え、将来の沖縄県の眼科医療を担う人材の育成に注力する所存です。

質問 3. 琉球大学医学部附属病院は県内唯一の大学附属病院として県民から寄せられる期待が大きいと思います。県立病院を含めた他病院、

診療所との連携、離島医療に関してご意見をお聞かせ下さい。

地方における医師不足は眼科の世界にとっても同じ状況です。私の着任以前よりの長年の懸案事項であることは十分認識しており、一筋縄では解決できない問題かと思えます。特に県下の未熟児診療体制やアイバンクシステムの維持は差し迫った問題として直面しています。限られた人的資源の中で「今この状況で何が出来るか」ということを常に意識し、一歩ずつ、着実に歩んでいきたいと思えます。また、未来の眼科医療を担う若手医師の確保、育成は不可欠であると考えています。短期的なその場限りのビジョンではなく、10年先、20年先を見据え、既にそのための具体的な取り組みを医局員とともに開始しているところです。皆様の期待に応えられるよう努力して参りますので、何卒宜しくお願い申し上げます。

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。

沖縄県の眼科医療の充実のためには、眼科医の先生方はもちろんのこと、他科の先生方との診療連携が非常に重要だと思います。近年のライフスタイルの変化により、糖尿病などの全身疾患の急増など、元来長寿県である沖縄県でもその状況は大きく変わりつつあります。「眼は全身の窓」とよく言われますが、眼科医が全身疾患を発見することは日常的なことです。沖縄

県の眼科診療レベルの向上に努めると同時に、眼から全身へ、全身から眼へ、の啓蒙活動を積極的に行っていきたいと思えますので、沖縄県医師会の先生方にも何卒御協力をお願いできれば有難く存じます。

質問 5. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

学生時代はずっとバドミントンをやっていたので体力には自信がありましたが、医師になって以降はあまりの多忙さに、自身の健康に関しては、恥ずかしながら立ち止まって振り返る機会が殆どありませんでした。これから教室を預かる立場として心身ともに健康であることは不可欠ですので、日常生活での節制に加えて、心機一転、何か運動を再開できればと思っています。趣味は妻との時間、具体的には美味しいものの食べ歩き、美術館巡り、たまの海外旅行（特にフランス）でしょうか。座右の銘の一つは「人間万事塞翁が馬」「Chance favors the prepared mind（チャンスは準備された心に宿る）」です。若輩者ではございますが、何卒御指導、御鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。

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 清水 雄介

事務連絡
平成29年12月19日

会員各位

沖縄県医師会
理事 平安 明
(医療保険担当理事)

「保険診療の留意事項XI」記載事項の一部修正について

本会発行の「保険診療の留意事項XI」記載事項に一部修正がございますので、お詫び申し上げますとともに、本会ホームページ及び医師会報（※平成29年1月号掲載予定）において下記のとおり修正をお知らせ致します。

記

1. 修正箇所

「保険診療の留意事項XI」3ページ D検査料に関する事項『2 輸血後検査』

2. 修正内容

修正前	修正後
2 輸血後検査 (1) B型肝炎：核酸増幅検査 (NAT) (日赤血液センター) ※以下省略	2 輸血後検査 (1) B型肝炎：核酸増幅検査 (NAT) (日赤血液センター) ※以下省略

3. 修正理由

日赤血液センターでは、核酸増幅検査の外注を受けていないため削除する。

以上

「はたちの献血キャンペーンに因んで」



沖縄県赤十字血液センター 所長 大久保 和明

あけましておめでとうございます。今年も宜しくお願い申し上げます。

沖縄県医師会会員の皆様には、日頃より血液製剤の適正使用及び献血推進にご協力いただき感謝申し上げます。

5年前、沖縄県医師会報 Vol.49 No.1 で将来の血液需要予測と若年者献血率の減少についてご報告させていただきました。又、翌年の Vol.50 No.7 では「愛の献血助け合い運動月間」に因んで、血液事業の歴史と感染症対策についてご紹介いたしました。今回はその後の沖縄県における献血状況をお話しさせていただきます。

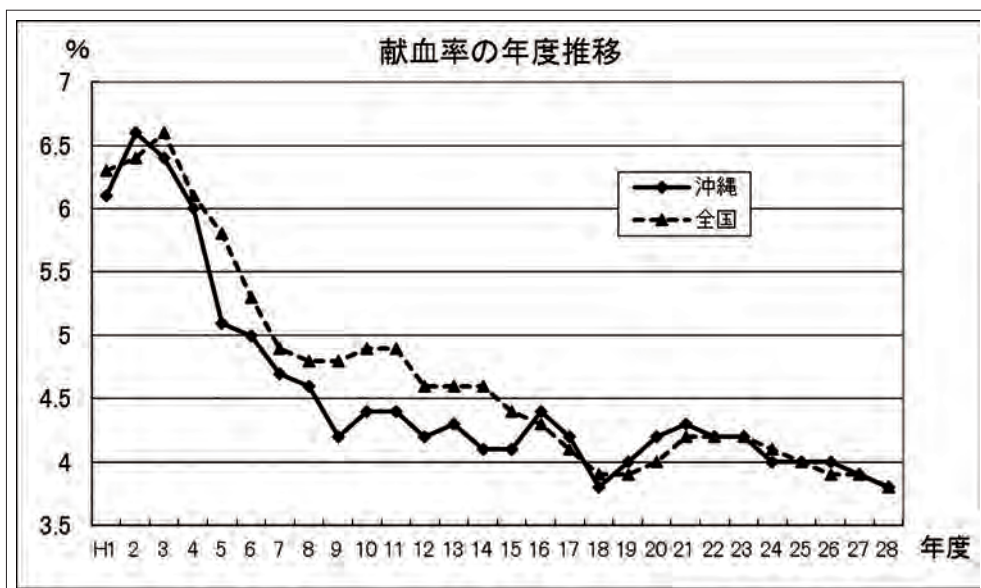
将来の血液需要予測についてではありますが、ここ2年ほど全国での血液使用量の伸びに歯止めがかかってきているようでございます。そこで赤十字血液センターでは、今後の予測をより正確にするために、昨年、血液製剤使用量の多い主要病院および主要診療科の先生方に今後の血液使用予測に関するアンケートを全国規模で

お願いいたしました。その際にご協力大変ありがとうございました。全国調査の結果では、以前のような右肩上がりに増加するという予想ではなく、ほぼ横ばいあるいは微減するだろうという予測になっております。

おそらく更なる適正使用の推進、副作用の少ない医薬品の開発、合併症の少ない医療技術の進歩などがこのような予測となっているものだと考えられます。

しかし、需要がそれほど伸びないとしても献血者が減少していくようでは問題です。現状はといいますと、全国及び沖縄県ともに献血率は毎年減少してきております(グラフ1)。

年代別献血者数の年度推移が(グラフ2)ですが、10代、20代の献血者数が長年にわたって減少しており、10年ほど前からは30代の献血率も減少しているのが分かります。40代以上の方々によって献血の半数以上が支えられている状況なのです。



グラフ1

将来の安定的な血液製剤供給のためには将来の献血の担い手となる若年者の献血率を向上させることが不可欠であります。

数年前から、県民の皆様には献血について感心を持っていただくためには、自分たちの血液がどのように使われているのかという献血者の疑問にお答えすることが大切だと私達は考えてきました。血液センターでは輸血を受けられた患者さんやご家族からの献血者に対する感謝のメッセージを頂戴し、「サンキューレター」として献血してくれる皆さんに公開し、見ていただくことにいたしました。自分たちの血液がどのように使用され、どのように患者さんの役に立っているのかを、患者さんたちからの直接のメッセージで知っていただくことでさらに献血への協力が生まれてくるものと願ってのものです。

10代の献血に戻りますが、沖縄県では高校献血の推進により、10代の献血率の減少は底を打ち、漸く持ち直し始めた兆しが見えてきております。県内63高校の内46校が献血を実施しており、実施率73%で九州一、全国でもトップクラスの献血率を維持しております。

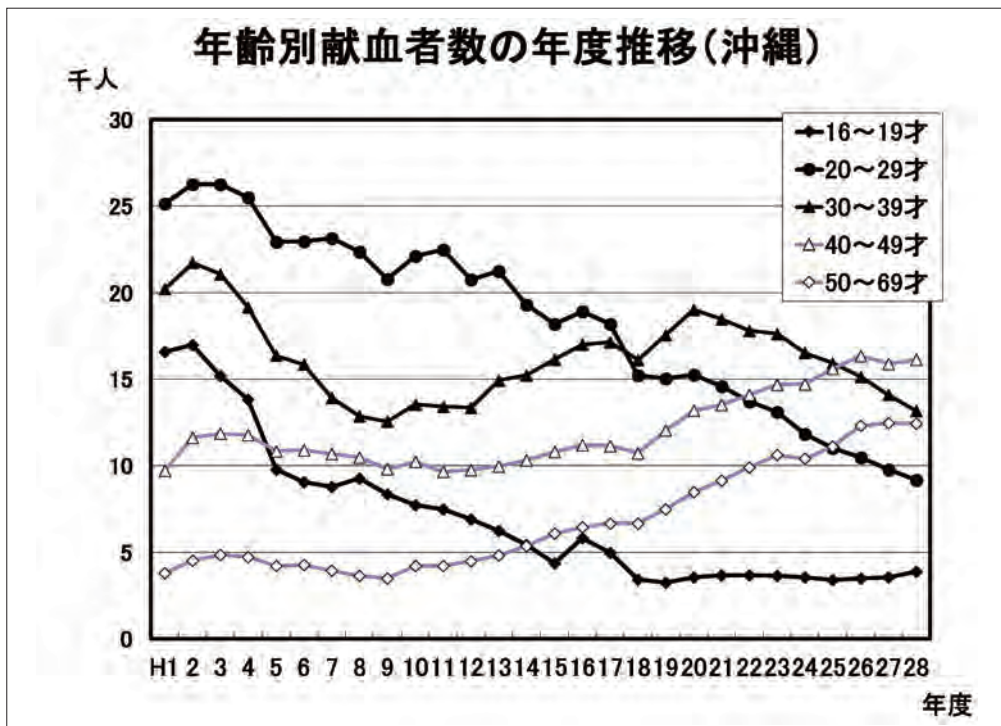
また、骨髄バンク登録者のデータによります

と、対象人口1,000人当たりの登録者数は全国平均が8.42人に対して、沖縄は35.95人と4倍以上、ダントツで全国1位となっております。さらに沖縄では登録実数に占める10代登録者の割合も飛び抜けて高いのです(グラフ3)。10代の若者の高い博愛の精神、ボランティア精神に気づかされました。ユイマール精神でしょうか、私どもは沖縄の10代の若者に大きく期待しております。

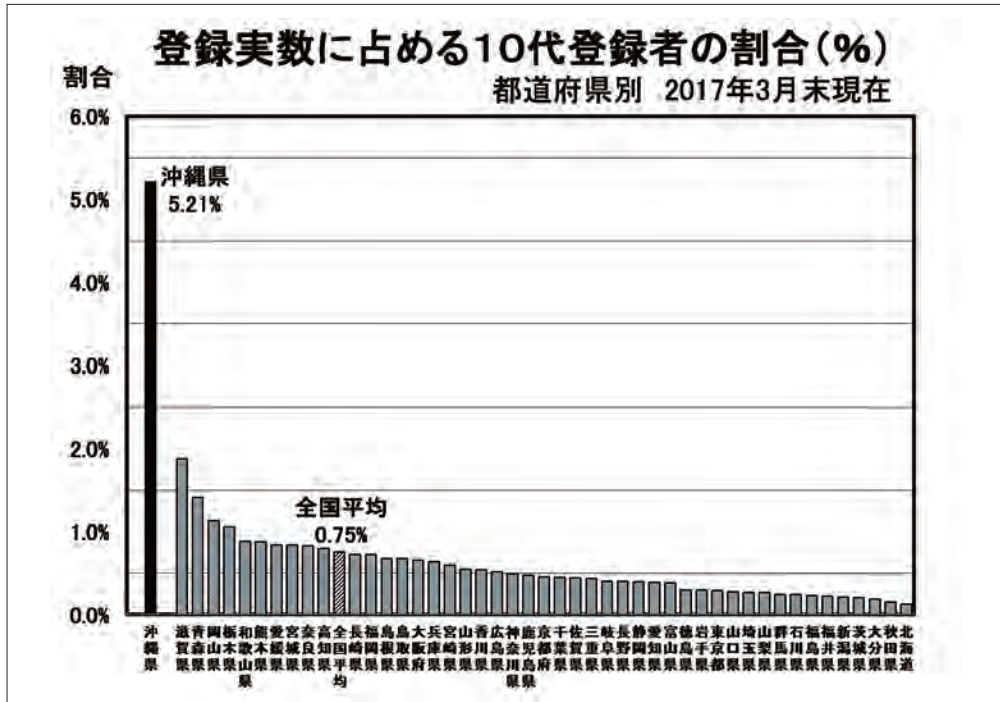
そして彼らが20代になった時、「はたちの献血キャンペーン」を通して献血に協力してくれることを願っております。

血液製剤には使用期限がございます。地域の医療機関へ過不足なく供給するために、沖縄で血液が余っているときには不足した他県へ送り、沖縄で不足したときには他県から血液をいただくという需給調整を毎日行っております。(グラフ4)は赤血球製剤の他県との間の需給調整の状況です。長年沖縄は自給自足ができず他県からの血液を受入れて参りました。特に平成24、25年は県外から6,000単位(献血者3,000人分)を受け入れなければなりませんでした。

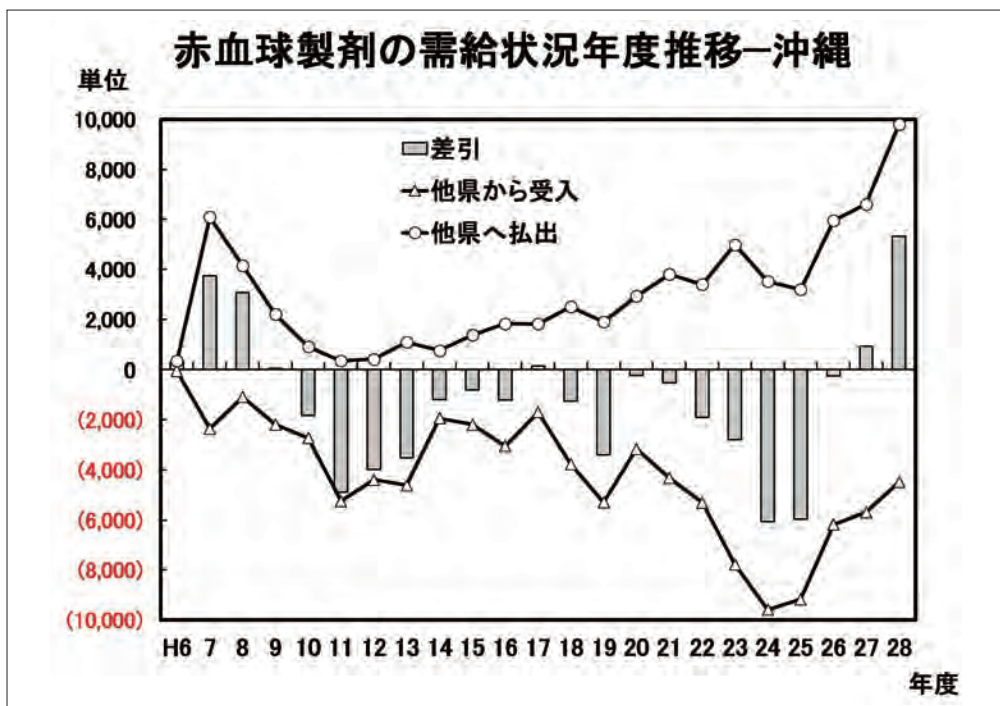
沖縄県赤十字血液センターでは「赤血球確保プロジェクト」を立ち上げ、協力に推進活動を



グラフ2



グラフ 3



グラフ 4

始めました。その効果が出始め、一昨年からは県内での自給はもとより、県外への払い出しもできるようになっております。ひとえに行政の献血に対する啓蒙と県民の皆様の協力、そして血液センター職員の頑張りによるものと感謝しております。

以上のように沖縄県の献血状況は良い方向へ進んでおり、医療現場や患者さんにも安心していただける状況ではないかと考えております。

今後とも血液センターへのご指導、ご協力をお願い申し上げます。



沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター 医療関係者研修開催のお知らせ

本会では沖縄県からの委託を受けて、昨年度に引き続き、沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター医療関係者研修を下記のとおり開催いたします。本研修では、性暴力被害者への被害直後からの総合的支援のあり方について、医療従事者（医師・看護師等）を対象に、以下の研修を予定しております。参加ご希望の方は、研修日に○印を付け、必要事項を記載の上、来る1月25日(木)までにFAX（098-888-0089）にてお申し込み下さい。

期日 場所	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 2 月 4 日（日） 於：フェストーネ	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 3 月 18 日（日） 於：沖縄県医師会館
所属機関		
連絡先		
氏 名		
職 種	経験年数 年 月	
担当業務		

研修内容

時間	開催日/研修項目	時間	開催日/研修項目
期日場所	平成 30 年 2 月 4 日（日） 於：フェストーネ	期日場所	平成 30 年 3 月 18 日（日） 於：沖縄県医師会館
13：00～ 14：40 講義：90分 質疑：10分	講義内容：児童虐待 認定 NPO 法人チャイルドファースト トジャパン 理事長 山田不二子 先生	13：00～ 14：40 講義：90分 質疑：10分	子どもへの事実確認 -司法面接の方法を用いて- 立命館大学 総合心理学部 教授 仲真紀子 先生
14：45～ 15：10 講義：15分 質疑：10分	沖縄県性暴力被害者ワンストップ 支援センター相談実績等 コーディネーター 渡慶次英子	14：45～ 15：10 講義：15分 質疑：10分	沖縄県性暴力被害者ワンストップ 支援センター相談実績等 コーディネーター 渡慶次英子
15：10～ 15：40 講義：20分 質疑：10分	児童虐待相談対応件数 沖縄県警察本部 少年課 島袋善彦	15：10～ 15：40 講義：20分 質疑：10分	児童虐待相談対応件数 沖縄県警察本部 少年課 島袋善彦
15：45～ 16：55 講義：60分 質疑：10分	講義内容：児童精神科領域 国立病院機構琉球病院 児童精神科医師 原田聰志	15：45～ 16：55 講義：60分 質疑：10分	講義内容：児童精神科領域 国立病院機構琉球病院 児童精神科医師 原田聰志
17：00～ 18：10 講義：60分 質疑：10分	講義内容：急性期領域 県立中部病院 産婦人科医師 三浦耕子	17：00～ 18：10 講義：60分 質疑：10分	講義内容：急性期領域 県立中部病院 産婦人科医師 三浦耕子

沖縄県医師会事務局 崎原
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089