

平成 29 年度女性医師支援事業連絡協議会



沖縄県医師会女性医師部会副部長 伊良波 裕子



去る平成 30 年 2 月 14 日（水）日本医師会館において、「平成 29 年度女性医師事業連絡協議会」が開催され、沖縄県医師会女性医師部会より、私（伊良波裕子）と、事務局 1 名で参加した。

今年度、全国 6 か所で開催された内容を踏まえて、都道府県医師会での特徴的・先進的な取り組みを行っている県を各ブロックの代表として 7 県（①北海道・東北ブロック（岩手県・山形県）、②関東甲信越・東京ブロック（長野県）、③中部ブロック（石川県）、④近畿ブロック（大阪府）、⑤中国四国ブロック（徳島県）、⑥九州ブロック（大分県））より、概ね下記のとおり発表が行われた。以下に会議の様態を報告する。

挨拶

日本医師会 会長 横倉義武

平成 29 年度女性医師支援事業連絡協議会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。近年は少子高齢化、人口減少という大きな課題に直面している。このような情勢のなかで多様な人材が活躍できる全員参加型の社会実現が求めら

れている。我が国において最大の潜在力と言われているのは女性の力であり、十分かつ持続的に発揮される環境を整備していくことが必要不可欠である。医療界においても女性医師数が年々増加しており、その傾向が顕著であることから女性医師の皆様の益々の活躍を期待しているところである。しかしながら一方では、妊娠、出産、育児等により、職を離れざるを得ない女性医師の存在が取り沙汰されている。日本医師会では男女共同参画委員会と女性医師支援センターを両輪として、女性医師がライフステージに応じて活躍できるよう、就業支援やキャリアを継続していくための様々な施策を行ってきた。

特に女性医師支援センター事業の中核である「日本医師会女性医師バンク」は、平成 28 年に大幅な体制変更を行った。広報活動の強化や都道府県医師会のご支援により着実に成果をあげている。今後も各都道府県医師会と連携を図りながら女性医師バンク事業の活性化を目指していく。また、女性医師バンク以外の事業として、各都道府県医師会と学会等の共催による「医学

生、研修医等をサポートするための会」をはじめ、女性医師の復職支援や育児支援、勤務環境整備等、様々な啓発活動に取り組んでいる。また、今年度は病院に勤務している方々を対象とした「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」を8年ぶりに実施した。すでにブロック別会議において詳細を説明させていただいている。女性医師支援の検討資料としてご活用いただければ幸いである。今年度の新たな取り組みとして、去る11月26日には愛媛県西予市において女性医師支援シンポジウムを開催した。地域における女性医師支援、医療・健康を通じてのまちづくりを更に進める契機になればと考えている。

本日は、全国6ブロックの代表の先生方に、各都道府県での女性医師支援に関する取り組みを紹介していただくとともに、その情報を全国で共有していただきたく開催している。先生方には発表内容を参考として、この機会を情報交換の場としてもご活用いただければ幸いである。

医師の働き方は、医療現場から提言すべきと考え、各病院団体の代表も入れた検討会を新たに設置した。その中で、地域医療の継続性と医師の健康への配慮とが両立できるよう国に対して意見を述べていく。

女性医師の活躍は、医療を望ましい方向へ発展するために必要不可欠である。日本医師会としても、その実現のために様々な団体と力を合わせて真摯に取り組むを進めていく。今後とも各都道府県医師会においても、より一層の御協力を賜りたい。

議 事

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

①北海道・東北

○岩手県医師会 女性医部会幹事 梅呂明子

各県ともに医学生、研修医、若手医師を対象としたセミナー等（キャリア支援、研修医歓迎レセプション、2020.30 地区懇談会等）を実

施している。特に岩手県では、県との協議会で、女性医師就業支援事業の継続をお願いし、専従の育児支援相談員の配置について協議中である。

○山形県医師会 常任理事 神村裕子

県からの委託により「山形県ドクターバンク」及び、「山形県女性医師支援ステーション」を実施している。女性医師に限らず、医師が就労の問題に直面した際、一番力になるのは医師会である。それを理解してもらうために、県内の臨床研修病院や、山形県臨床研修病院ガイダンスにおいて、医師会の取り組みを説明している。

②関東甲信越・東京

○長野県医師会 常任理事 飯塚康彦

茨城県では、県からの委託で「医師保育支援事業」を実施している。当事業は、茨城県、茨城県医師会、関係市町村及びファミリー・サポート・センターと連携し、子どもの一時預かり等、女性医師支援の就業を支援する取り組みである。

○長野県医師会 勤務委員会委員 黒川由美

長野県では、病児等送迎サービス支援事業、病児等ベビーシッターサービス支援事業、医学生を対象とした病院内保育所見学ツアーを実施している。

病児等送迎サービス支援事業は、子を養育する医療従事者が、子どもの急病等においても診療を継続できるよう、医療機関が雇用する看護師又は委託契約を締結した民間送迎サービス会社等により、保育施設・病院・病児保育施設間の送迎等を行う体制を確保するところに対する支援である。

病児等ベビーシッターサービス支援事業は、子を養育する医療従事者が、子どもの急病等においても診療を継続できるよう、医療機関が雇用又は医薬契約を締結したベビーシッター等による保育施設・病院・自宅等間の送迎及び病児の自宅等での保育等を行う体制を確保することに対する支援である。

③中部 石川県医師会 理事 轟千栄子

各県ともに医学生、研修医、若手医師を対象としたセミナー等（キャリア支援、座談会等）を実施している。また、中部ブロックでは、メーリングリストを作成し、中部7県の情報共有・連携等の強化を図っている。

④近畿 大阪府医師会 理事 笠原幹司

兵庫県の施設長・勤務医への意識調査・環境調査では、平成23年度に実施したアンケートと比較すると、女性医師の職場環境は改善していると回答した割合は上昇しているが、女性医師支援の認知度は低いとの結果であった。

京都府の子育て支援等に関する取り組み状況調査では、ワークライフバランス担当部署の設置率はかなり低い状況であること、女性管理職の割合が10%以上の医療機関は3割程度に留まること、院内保育所を設置している医療機関は70%以上と増加しているが、院内病児保育を設置している医療機関は26施設のみであるとの結果であった。

大阪府の院内保育所・託児施設の現況等に関するアンケート調査では、院内保育所設置率が90%、病児保育は49%、短時間勤務は93%、残業免除65%、当直免除76%、短時間制職員44%との結果であった。また、病児保育以外の対応就労形態については、在宅保育サービス助成制度、病児休業制度、子の看護休暇制度、正職員の勤務日数を4日間とする、外部医師による当直、救急日直制度等が挙げられた。

その他、滋賀県、奈良県、和歌山県、京都府では、医学生、研修医、若手医師を対象としたセミナー等（キャリア支援、座談会等）を実施している。

⑤中国・四国 徳島県医師会 男女共同参画委員会委員長 岡田博子

徳島県では、育児と介護に関するアンケート調査では、職場で介護休暇が取れるかとの問いに対して23%が必要だが取れないとの回答があった。その理由として「代わりになる人がい

ない」という回答が67%と多かった。その他、「介護と仕事の両立に関する講演会」等を開催している。

⑥九州 大分県医師会 男女共同参画委員会委員 中田健

熊本県では、復職支援として、平成29年4月より、かかりつけ医が訪問診療に行っている間の外来業務を担う「お留守番医師制度」を開始している。この制度で「メディッククラブ（熊本市医師会が運営している保育所）」を利用する場合は、保育料は無料となっている。その他、新専門医制度が始まることを受け、メンター制度を開始している。メンターの質の確保を目的に研修等も行っている。

宮崎県では、知事、病院長や医師会長参加のもと「未来の医療を語る全員交流会」を開催した。宮崎大学医学科5年生の約9割の参加があった。

質疑応答・総合討論

各ブロック会議の総括や特徴的、先進的な取り組みの紹介を踏まえ、概ね下記のとおり、質疑応答・総合討論が行われた。

○秋田県医師会

家庭を持った医師は、県庁所在地に集まる傾向にある。それ以外の地域では、医師不足となり地域偏在が生じているが、どのようにしたら県庁所在地以外の地域でも医師確保ができるか。

○大分県医師会

解決方法は持っていない。子どもの教育という点からも、県庁所在地以外の地域で開業しても、県庁所在地から通うというケースもあると聞いている。難しい問題である。

○埼玉医科大学

三重県医師会の「女性が働きやすい医療機関認証制度」によって、退職者が減ったとあるが、

認証された病院は、取得前から女性が働きやすい環境であったのか、または、それに向けて整備したのか等、詳細をご教示いただきたい。

○三重県医師会

認証されたことによって、新しく入職する方が働きやすさを感じ、また、これまで働いていた方のモチベーションも上がっている。社労士の書類審査、36協定、女性専用更衣室の設置の有無等、認証基準は非常に厳しい。

○秋田県医師会

長野県の病児の送迎・保育支援事業について、病児保育は受入人数が限られ、急な対応は難しいと考える。大人数受入可能か、または、シッターが見てくれるというシステムか。

○長野県医師会

長野県は病児保育について力を入れている市町村が多い。病児保育の受入定員は多くない。一般市民が個人契約し対応している市もある。

○秋田県医師会

ファミリーサポーターのところへ送迎もしているのか。

○長野県医師会

身内ではなく、第3者に頼らないといけない非常事態の時に限って送迎している。

○秋田県医師会

小児科受診後に、病児保育やファミリーサポーターへ送迎もしているのか。

○長野県医師会

契約があれば対応できる。医療従事者が働いている病院が、どのような契約形態をとるか柔軟性があり、各病院で異なる。

○男女共同参画

留守番医師制度について、東京都でも開業医に在宅医療への取り組みが求められている。在

宅の専門医療機関だけでなく、これから在宅医療を始めたい先生方が多く、スポットで先生方が勤務するのは有意義である。日本医師会女性医師支援センターでは、4月からスポットの勤務に対して就業のマッチングをする予定である。この取り組みは郡市医師会だけではなく、行政からの支援も求められるが、熊本県は行政からの支援は受けているか。

○熊本県医師会

熊本県庁からの寄附講座で地域医療センターが大学内にあり、そこで熊本県の女性医師支援も引き受けている。今回の支援は、メディッコクラブという託児施設へ無料で預かる費用を県が支援している。

○日本医師会男女共同参画

お留守番制度は、医師会の組織強化を図るうえで重要である。開業医の先生は女性医師支援に関心がない先生方も多くいる。その先生方に女性医師支援の一端をお願いすることになると考える。今後、東京都においても取り入れていきたい。

○岩手県医師会

大阪府には、どのくらいの院内保育所が設置されているか。

○大阪府医師会

具体的な数字の把握はしていないが、規模の大きい臨床研修病院に行ったアンケートでは多く設置されている。

○岩手県医師会

私の病院では24時間保育のニーズは少ない。女性医師のニーズは当直免除や短時間正規職員制度である。

○鳥根県医師会

三重県医師会の「女性が働きやすい医療機関認証制度」について、認証を取得した病院をメディア等で取り上げていただき、他病院もやら

なければいけないと認識させるためにも是非発展させていきたい。

○日本医師会男女共同参画

病児保育のアンケートで、子どもが病気ときは親が保育すべきという意見があったが、何か方策はあるか。

○岩手県医師会

病児保育を設置することも重要であるが、休みを取り易くする環境作りがさらに重要であると感じた。そのためには、医師不足解消や、働き方改革を進めなければならない。

○日本医師会

日本医師会のアンケート調査結果においても、女性医師が一番求めているのは病児・病後児保育であった。次年度のセンターの取り組みとして、この問題を一つの柱として対応していきたい。

○日本医師会男女共同参画

大阪には代替要員が少ないこともあり、子どもが病気の時でも休みづらい。将来的には、病気ときは親が看病できるところまで持っていきたい。スウェーデンでは、子どもが病気の時、全国民130日程度の休暇が取得できることもあり病児保育は必要ない。

○日本医師会男女共同参画

医師の数を増やす等、根本から見直さない限り、病児保育の問題は解決しないと考える。

○日本医師会男女共同参画

病児保育・病後児保育は各病院で普及してきているが、設立運営に関しては年間2,000万前後の赤字となっている。長野県医師会の保育サポーターの送迎は、素晴らしいアイデアである。大きい病院はできると思うが、地方の病院では難しいと思う。また、医師確保基金や地域医療再生基金等から、行政と一緒に取り組んでいる医師会もある。保育サポーターは医師会が中心になってやっていくというのが広がっており、新しい形の病児・病後児保育の進め方は非常に参考になった。このような取り組みを情報公開して、情報を周知したい。

○埼玉医科大学

働き方の問題について、国の動きはどのようになっているのか。

○日本医師会

医師の働き方は、検討会において議論中で様々な意見がある。例えば、80時間と決めると地域医療に影響がでる。1年後までに結論を出して、決まったことを運用するためには5年の猶予期間を設け、各病院が5年間で実施するようになっているが実際は難しい。ヨーロッパでは非常に厳しい労働時間の規制があるが、オプトアウト方式で医師と病院経営者で取り決めがあれば、その労働時間は外すことができるという仕組みになっている。日本がどのような方向に向かっていくのか議論が必要である。さらに、医療側だけでなく、医療を利用する国民の理解が絶対に必要になる。



印象記

沖縄県医師会女性医師部会副部長 伊良波 裕子

2018年2月14日、日本医師会館で「女性医師支援事業連絡協議会」が開催されました。今回は女性医師部会より伊良波、事務局の2名で参加しました。

はじめに、横倉義武日本医師会長の挨拶があり、女性医師の就業支援やキャリア継続に関する対策やその必要性について、日本医師会が積極的に取り組んでいる旨のご報告がありました。今年度の新たな取り組みとしては、去る11月に愛媛県で女性医師支援シンポジウムを開催し、地域における女性医師支援の活発化を促したいとお言葉が述べられました。女性医師の活躍は、医療を望ましい方向へ発展するために必要不可欠であり、今回も全国6ブロックの代表の先生方に各都道府県での女性医師支援の取り組みを紹介していただき、活発な情報交換の場にしたいとの要望で挨拶が終わりました。

次に全国の6ブロックから会議の総括や先進的な取り組みの紹介が行われました。北海道・東北ブロックの岩手県医師会では専従の育児支援相談員の配置を検討中とのことであり、育児のニーズにあった支援として大変よい取り組みと感じました。

中部ブロックの三重県医師会では「女性が働きやすい医療機関認証制度」についての紹介があり、これについては一昨年の協議会でも注目されたようですが、非常にいい制度と感じました。病院ぐるみで女性医師支援に取り組む姿勢・環境が整うことで、女性医師が働きやすい環境になると思います。過去のアンケートでは女性医師が子育てをしながら働くために必要な条件として、“職場（特に上司）の理解や雰囲気”が“短時間勤務制度”や“当直免除”を抜いて上位に挙げられおり、子育て中の女性医師の働き方を周囲が理解し暖かく見守ることが非常に重要だと改めて感じました。認証基準は厳しいようですが、多くの病院がこの制度を取り入れてほしいと思いました。

復職支援の一つとして紹介されたお留守番制度（開業医が在宅医療中の外来業務を育休中の女性医師が担当し、その間子供の保育を行政などの支援で引き受ける制度）も興味深い支援の一つであり、開業医と復職したい女性医師の双方がメリットを受けることのできる非常に良い制度だと思いました。最後に、病児保育もそうですが、女性医師支援は一貫して費用がかかることが多く、県や医師会など行政の力が非常に重要と感じました。



第 19 回都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会



理事 比嘉 靖



去る3月7日（水）日本医師会館にて開催された標記協議会について報告する。

挨拶

日本医師会の横倉義武会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を一つのターゲットイヤーとして、地域包括ケアシステムを構築するための様々な施策が構築されている。今年4月に診療報酬と介護報酬の同時改定が行われるが、今回の同時改定は地域包括ケアシステムの構築への道筋を示す、実質的には最後の改定であろうと考える。

その上で、介護報酬においては、国民一人ひとりが質の高い効率的な介護サービスを受けることができる提供体制の整備を推進するため、先ず地域包括ケアシステムの推進、そして自立支援、重度化防止に資する質の高い介護サービ

スの実現、また多様な人材の確保と生産性の向上、介護サービスの適正化を通じた制度の安定化、持続可能性の確保、この4つの基本方針が提示されている。これらを実現するためにも、かかりつけ医や医師会には、行政や医療介護に従事する多職種の皆様との連携がこれまで以上に求められる。

本日の協議会では、平成30年度の介護報酬改定について説明するが、今回の改定の特徴としては、終末期の看取りだけでなく、多くのサービスで、リハビリや栄養等、医療の視点が関与する仕組みが設けられた。診療報酬改定と介護報酬改定の同時改定であるため、医療と介護の相互連携、お互いが関与できるような仕組みづくりがかなり設けられている。

今後、急速に高齢化が進むので、それに見合うそれぞれの地域での医療介護連携についてご指導いただくようお願いし、挨拶としたい。

平成 30 年度介護報酬改定について

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、平成 30 年度介護報酬改定の概要について説明があった。

始めに、介護報酬改定の経緯や総論として、概ね以下のコメントが述べられた。

平成 30 年度介護報酬の概要だが、改定率はプラス 0.54% となっている。当初、前回ほどではないにせよ厳しい改定率が想定されていた。老健局も我々もメリハリをつけた改定によって乗り切るということを考えていたが、想定以上に高い改定率となった。医療に引っ張っていただいたと考えている。メリハリをつけた上で、全体への目配りもできた内容となっている。

地域包括ケアシステムの推進が一番大きなテーマであるが、それ以外にも自立支援、重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上、介護サービスの適正化、重点化を通じた制度の安定性、持続可能性の確保、と 4 つの大きなテーマで議論が進められた。診療報酬でも、一番のテーマは地域包括ケアシステムの構築となっており、今回の同時改定は 2025 年に向けた一連の改革の一つのピークと言われている。地域包括ケアシステムの基本である医療と介護の連携が、少なくとも診療報酬、介護報酬上、大きく進む改定になったと考えている。内容をみても、そういうものがかなり反映されている。しかも診療報酬、介護報酬で整合性がとれた内容になっている。

平成 30 年度の介護報酬改定で一番大きかったのは介護医療院の創設ということになるのではないかと考える。それくらい介護医療院の創設が大きな比重を占めている。介護給付費分科会での審議の前に、中医協で医療と介護の連携に関する意見交換を 2 回行った。これは非常に有効だったと考える。そこで看取り、訪問看護、リハビリテーション、関係機関の調整連携等をテーマに活発な意見交換ができた。そう

いったものが双方の報酬に反映されたと考えている。

平成 18 年度の改定の際に、突如 6 年後に介護療養病床を廃止するということが打ち出され、現場は大混乱となった。今回の見直しはそういう追い込む形ではなく、魅力的な選択肢をつくり、新しい目的に向かって前向きに選択できるようにしてほしいということを強く要望してきた。結果的にはかなりそういったものを反映いただいたのではないかと考えている。

次に、介護報酬改定の各論として、サービス項目毎に説明があった。

※各サービス項目のうち、介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の概要について以下に示す。

(1) 介護医療院

①介護医療院の基準

<概要>

介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の議論の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の 2 つのサービスが提供されることとされているが、この人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア：サービス提供単位

介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとする。ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービス提供を可能とする。

イ：人員配置

開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、

- i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、I型とII型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、
- ii リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業員は施設全体として配置することを年頭に設定することとする。

ウ：設備

療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0㎡/人以上とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。

また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準と整合性を図ることとする。

エ：運営

運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定することとする。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとするが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行うこととする。

オ：医療機関との併設の場合の取扱い

医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共有を可能とする。

カ：ユニットケア

他の介護保険施設でユニット型を設定してい

ることから、介護医療院でもユニット型を設定することとする。

②介護医療院の基本報酬等

<概要>

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下の通りとする。

ア：基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・ I型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- ・ II型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、I型、II型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価することとする。

<介護療養型医療施設と介護医療院のポイント>

- ・ 介護医療院の基本報酬は、介護療養型医療施設の基本報酬と比べ25単位高い。
- ・ 介護医療院における療養室の床面積基準は8.0㎡/人
- ・ 介護医療院における療養室の床面積については、大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人以上で可。
- ・ 介護医療院において療養環境の基準（療養室）を満たさない場合は25単位減算。

※床面積6.4㎡/人の介護療養型医療施設がそのまま介護医療院に転換した場合、療養環境基準（療養室）減算として25単位減算されるが、介護療養型医療施設の基本報酬と同単位になる。

※介護療養型医療施設の基本報酬は、平成 30 年度介護報酬改定では変更なし。

イ：加算その他の取扱い

介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院において同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。

ウ：緊急時の医療

介護医療院は、病院・診療所でないものの、医療提供施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。

エ：重度の認知症疾患への対応

重度の認知症疾患への対応については、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

③介護医療院への転換

<概要>

ア：基準の緩和等

○介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととする。

イ：転換後の加算

○介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院へ転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1 年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成 33 年 3 月末までの期限を設ける。

ウ：介護療養型老人保健施設の取扱い

○介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援を用意するとともに、転換前の介護療養型医療施設又は医療療養病床で有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障が無い範囲で配慮を行うこととする。

<介護医療院(移行定着支援加算)のポイント>

○介護療養型医療施設、医療療養病床または介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院の加算。

○「最初」に転換した時期を起算日として、1 年間に限り算定可能」な加算。

○平成 33 年 3 月末までの期限を設ける。

※「移行定着支援加算」は、既存の療養病床等が 1 床でも転換をするとその時期を起算日に 1 年間に限って算定可能であることから、当該加算を算定する上では、一度にすべてを転換した方が有利であり、さらに、平成 33 年 3 月末までの時限措置であることから、2 年以内に転換した方が有利。

<介護医療院の創設への対応>

介護療養型医療施設（介護療養病床）の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。

1 介護医療院は「生活支援」としての機能を有する施設であるため、在宅復帰・在宅移行に係る取組みを評価する項目においては「居住系介護施設等」と同様の取扱いとする。

2 介護医療院は医療提供が内包されている施設であるため、退院時の情報提供等に係る取組みを評価する項目においては「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする。

また、医療提供の内容に応じて、介護療養型医療施設又は介護老人保健施設と同様の給付調整を行う。

(2) 介護療養型医療施設

①介護療養型医療施設の基本報酬

＜概要＞

介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、この要件を介護療養型医療施設の基本報酬の要件とし、メリハリをつけた評価とする。

なお、施設の定員規模が小さい場合には処置を受けている者の割合の変動が大きく評価が困難であること等から、有床診療所等については配慮を行うこととする。

(3) 介護老人保健施設

①在宅復帰・在宅療養支援機能に関する評価

＜概要＞

平成 29 年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。

ア：従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。

イ：在宅復帰・在宅了承支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取り組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標にも用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。

ウ：現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。

エ：併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取組みとして、基本報酬に包括化する。

オ：ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試

行的退所時指導加算として、評価を継続することとする。

※在宅復帰・在宅療養支援等指標

10 の評価項目（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護 4 又は 5 の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）について、各項も気宇に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

②介護療養型老人保健施設の基本報酬等

＜概要＞

介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることや、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化する。

ただし、「療養強化型」で評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の詭弁をなくすこととする。

③かかりつけ医との連携

＜概要＞

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応に鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

④入所者への医療の提供

＜概要＞

所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。

併せて、専門的な診断等のために医療機関に 1 週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人

保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

(4) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

①入所者の医療ニーズへの対応（配置医師緊急時対応加算の創設）

<概要>

- ア：配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価することとする。
- イ：常勤医師配置加算の加算要件を緩和し、同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され、一体的に運営されている場合であって、1名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、双方の施設で加算を算定できることとする。
- ウ：入所者の病状の急変時に備えるため、施設に対して、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務づける。

<介護老人福祉施設のポイント>

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。
 - ・配置医師が訪問した場合は介護報酬（配置医師緊急時対応加算）を算定する。
 - ・協力医療機関が訪問した場合は診療報酬（往診料）を算定する。
- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。
 - ・特養において介護報酬の看取り介護加算を算定している場合でも、訪問診療を提供する外部の医療機関が診療報酬の在宅ターミナルケア加算（訪問診療料の加算）を算定できるよう、平成30年度診療報酬改定で見直し。

印象記

理事 比嘉 靖

今回の都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会では、この前週に行われた九医連介護保険対策協議会で行われた松本・鈴木日医常任理事による「平成30年度診療報酬・介護報酬改定に関する講演」の内容を更に細かく説明をいただくものであった。

医療介護の同時改定の目玉である「介護療養院」については、医療機関でもあり、在宅とも見なされる良いところ取りの試みであること、病床の総量規制の対象外であり、移行措置として加算もあり、移行が多くなった際の市町村財政への懸念、人員配置の件、大規模施設の改修費用への補助の有無などについて詳細な説明があった。今回の診療・介護報酬の改定は、相互にリンクしており、整合性の取れた改定になったとも仰られていた。

全体の総括では「かかりつけ医」が介護医療院はともかく、介護保険制度の根幹を成す「地域包括ケア」に積極的に関与していく必要があることを強調されていた。

平成 29 年度都道府県医師会 有床診療所担当理事連絡協議会



副会長 玉城 信光



去る平成 30 年 3 月 9 日（金）日本医師会館において標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

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。

日頃から有床診療所の先生方には地域医療充実にご尽力いただき感謝申し上げます。有床診療所担当理事連絡協議会については、平成 25 年度以来の開催となっている。今後の地域包括ケアシステムや医療計画の中で、有床診療所の役割は重要視されているところであり、今回の協議会の開催に至っている。

地域包括ケアシステムにおいて有床診療所の活躍が期待されており、国の政策にも反映されている。各都道府県では地域医療構想を策定し、限られた医療資源をより効果的、効率的に活用する医療提供体制の構築が進められているところである。

本日は、今回の同時改定の内容及びそれに伴う様々な問題について、厚生労働省医政局の佐々木地域医療計画課長から詳細な話をいただけることとなっている。

まずは 2025 年を 1 つの目標に、全国で必要な医療、介護が受けられるような体制を構築していくことが我々の役割と考えているので、それぞれの地域でご尽力をいただきたく心からお願い申し上げます。今後の高齢社会の医療は、かかりつけ医が中心となった地域医療を作り上げていくことであり、その役割は地域医師会であると考えている。よろしくお願ひしたい。

議 事

(1) 地域包括ケアシステム構築のために必要な有床診療所のあり方について

厚生労働省医政局の佐々木健地域医療計画課長より、「地域包括ケアシステム構築のために必要な有床診療所のあり方について」と題し、概ね以下のとおり説明があった。

地域包括ケアシステムの中での有床診療所の役割が診療報酬を含め、少しずつ評価されてきている。医療計画、地域医療構想の中での有床診療所の視点で、医政局の医療政策においても考え方を推進すると舵をきったので、その辺りについて説明をしたい。

1) 地域医療構想について

「医療介護総合確保推進法」により、都道府県が「地域医療構想」を策定することとなり、平成 28 年度中に全都道府県にて策定されている。構想区域は原則 2 次医療圏毎となっている。

地域医療構想の内容としては、1. 2025 年の医療需要と病床の必要量（4 機能ごと医療需要と病床の必要量の推計、在宅医療等の医療需要の推計等）、2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策（機能分化・連携を進めるための施設整備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等）があり、「地域医療構想調整会議」で議論、調整していくことが重要である。

地域医療構想の実現のプロセスについては、1. 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議し、その内容を支援する財源として、2. 「地域医療介護総合確保基金」の活用がある。将来の方向性を踏まえた自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合は、3. 「都道府県知事による適切な役割の発揮」を行っていくことになるかと考えている。

地域医療構想調整会議の協議事項としては、以下のとおり考えている。

○都道府県は毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025 年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025 年に持つべき医療機能ごとの病床数
- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」を策定し、平成 29 年度中に協議すること。
- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成 30 年度末までに協議すること。

2) 地域包括ケアシステム構築のために必要な有床診療所のあり方について

2025 年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みである。こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要と考えている。

病床の機能分化・連携に伴い生じる介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量が、2025 年に約 30 万人いると考えている。また、それに加え訪問診療を利用する患者の高齢化の影響による増加の見込みとして、約 100 万人いると考えている。

病床機能報告において有床診療所が「在宅・介護施設への受け渡し」、「緊急時対応」、「在宅医療の拠点」、「終末期医療」等に地域でご尽力いただいていることが分かっている。まさにこれらが地域包括ケアシステムを支えるものであると認識している。

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割に係る参考事例については、以下をご確認いただきたい。

(参考事例) 医療法人社団 いらはら診療所の取組

第11回地域医療構想に関するWG・第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG合同会議 (平成30年3月2日)資料3

〇地域包括ケアの拠点となるために、在宅医療支援機能、緩和ケアや看取りの場、一般病院からの受け皿として入院機能を提供

千葉県 東葛北部保健医療圏

(圏域内)
人口 130万人
高齢化率 21.6%
病院数 55
診療所数 752
訪問看護St 46

診療所の概要
・内科、整形外科
・一般病床19床

職種	常勤	非常勤
医師	4	10
看護師、准看護師		12.5
OT・PT		7.4
MSW		3
管理栄養士		1
その他	介護職、看護助手、事務員、診療放射線技師、臨床検査技師	

〇医療法人：実善会
訪問看護St、デイサービスおよびデイケア、居宅介護支援
〇関連事業所：生活介護サービス株式会社
グループホーム、住宅型および介護付き有料老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、デイサービス、居宅介護支援
〇関連事業所：ユーカリの樹声なき声を聴く(社団法人)ホームレス支援、生活困窮者自立支援事業

医療機能

病床機能報告における病床の役割	取組
在宅医療の拠点としての機能	<ul style="list-style-type: none"> 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療提供 病床での在宅医療導入支援(アドバンス・ケア・プランニングの実践等) 家族への包括的な支援 地域包括支援センター等の支援(社会的困難事例の相談等) (自宅では検査手段に乏しいため)在宅患者の検査入院 栄養評価・指導、嚥下評価・摂食の指導 動作分析とリハビリテーションプログラム作成・実施
緊急時に対応する機能	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所としての対応(往診)、患者からの電話問い合わせに常時対応可能 在宅患者を含めた、急変時の入院受け入れ
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	<ul style="list-style-type: none"> 他の急性期病院の一般病棟からの受け入れ MSWを配置し、退院支援を推進 退院時リハビリテーション指導
終末期医療の機能	<ul style="list-style-type: none"> 病床での緩和ケア、看取り、グリーフケア

実績

平均在院日数	30.5日	年間新規入院	183人
一日平均在宅患者数	30.6人	往診のべ数	101人/月
訪問診療のべ数	762人/月	年間看取り数	自宅等で53人

(平成28年度病床機能報告、医療機能情報提供制度)

地域連携の取組

- 〇病院連携研修・在宅医療介護連携研修等を主催し、院外多職種とも連携
- 〇地域包括支援センターからの依頼で地域ケア会議に参加や、認知症早期集中支援チーム関連事例で認知症サポート医として会議への参加等

(参考事例) 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所の取組

第11回地域医療構想に関するWG・第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG合同会議 (平成30年3月2日)資料3

〇外来-在宅-入院の連携・協働による、患者の様態に応じた療養の場の選択性の向上
〇がん患者だけでなく、非がんの方も含め、疾患に関係なく緩和ケアを提供する多職種チームの体制整備

東京都 区東北部保健医療圏

(圏域内)
人口 130万人
高齢化率 22.0%
病院数 85
診療所数 934
訪問看護St 88

診療所の概要
・内科、整形外科、小児科
・一般病床19床

職種	常勤・非常勤
医師	9.4
看護師、准看護師	22.2
OT・PT・ST	9.2
MSW	2
管理栄養士	0.6

〇関連施設
・在宅社会ケアセンター(訪問St、ヘルパーSt、デイサービス、訪問リハビリSt、介護支援センター)
・診療所×3(地域連携型認知症疾患医療センターを含む)

医療機能

病床機能報告における病床の役割	取組
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	<ul style="list-style-type: none"> 他の急性期病院の一般病棟からの受け入れ MSWを配置し、退院支援を推進 退院時リハビリテーション指導
緊急時に対応する機能	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所としての対応(往診) 在宅患者を含めた、急変時の入院受け入れ
在宅医療の拠点としての機能	<ul style="list-style-type: none"> 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療提供 (自宅では検査手段に乏しいため)在宅患者の検査入院 在宅療養支援診療所としての対応(訪問診療)、患者からの電話問い合わせに常時対応可能 家族への包括的な支援
終末期医療を担う機能	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア病棟としての入院 看取り(アドバンス・ケア・プランニングの実践等)

実績

平均在院日数	30日	年間新規入院	137人
一日平均在宅患者数	15人	往診のべ数	84人/月
訪問診療のべ数	371人/月	年間看取り数	自宅等で35人

(平成28年度病床機能報告、医療機能情報提供制度)

入院体制の工夫

・安全に配慮した環境整備
・在宅復帰を目指した予防介入

(参考事例) 愛媛県松野町国民健康保険中央診療所の取組

第11回地域医療構想に関するWG・第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG合同会議 (平成30年3月2日) 資料3

○町の保健福祉課、地域包括支援センターが同じ敷地内に設置されており、保健福祉部局と円滑に連携
 ○地域の在宅医療を支えるとともに、健康診断や施設の嘱託医、学校医、産業医等の取組も実施
 ○地域の医療拠点として、急性期から在宅への移行サポート、在宅の延長としての一時的な入院治療、療養病床の有効利用を実施

愛媛県 宇和島保健医療圏

(診療圏域内)
人口 約4100人
高齢化率 44%
町内唯一の医療機関 (歯科診療所を除く)

診療所の概要

- 内科、小児科、外科、リハビリテーション科
- 町内の開業医を新しい診療所に招いて診療所を開設
- 一般病床15床、療養病床4床(医療療養病床4床)

職種	常勤	非常勤
医師	2	0.2
看護師、准看護師		13
PT		1
MSW		0
管理栄養士		1
その他		8

医療機能

病床機能報告における病床の役割	取組
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	<input type="checkbox"/> 他の急性期病院の一般病床からの受け入れ <input type="checkbox"/> 多職種協働による生活を支える観点からの医療提供
緊急時に対応する機能	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所としての対応(往診) <input type="checkbox"/> 在宅患者を含めた、急変時の入院受け入れ
在宅医療の拠点としての機能	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所としての対応(訪問診療) <input type="checkbox"/> 家族への包括的な支援
終末期医療を担う機能	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病床としての入院 <input type="checkbox"/> 看取り

実績

平均在院日数 一般37.4日、療養66.7日	年間新規入院数 118人
一日平均在宅患者数 1.1人	往診のべ数 11人/月
訪問診療のべ数 17人/月	年間看取り数 自宅等で6人

(平成28年度病床機能報告、医療機能情報提供制度)

地域連携の取組

毎週1回 地域ケア連絡会でケースカンファレンス(地域支援事業の包括的支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」に相当)

月1回 地域包括ネットワーク会議(地域支援事業の包括的支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」、「地域ケア会議推進事業」、「介護予防普及事業」に相当)

主催: 地域包括支援センター(町直営)
参加職種: (診療所医師、保健福祉課、地域包括支援センター、社会福祉協議会のケアマネジャー、ヘルパー代表)が参加し事例検討を行い、情報共有

主催: 地域包括支援センター(町直営)
参加職種: 診療所、保健福祉部、社会福祉協議会、特別養護老人ホーム等のスタッフ、ケアマネジャーや事業所(デイサービス、訪問介護等)代表が集まり、勉強会と情報共有

(愛媛県松野町保健福祉課提供)

(参考事例) 青森県 東通地域医療センターの取組

第11回地域医療構想に関するWG・第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG合同会議 (平成30年3月2日) 資料3

○東通村診療所を中心に、東通村保健福祉センター・東通村介護老人保健施設で構成され、在宅から通院(通所)、入院(入所)を途切れなく提供
 ○2012年秋からヘルスプロモーションカー:愛称「元気ですカー」(地域巡回型車両)を村内に走らせ、健やかで安心する地域づくりを目指して活動
 ○研修医・医学生に対する地域医療研修・教育プログラムの連携体制を整備

青森県 下北地域保健医療圏

(診療圏域内)
人口 6700人
高齢化率 30.9%
病院 0
診療所 3

診療所の概要

- 開設者: 一部事務組合下北医療センター
- 内科、外科、小児科、整形外科
- 一般病床19床
- 在宅療養支援診療所の届出あり

職種	常勤	非常勤
医師	2	0.8
看護師、准看護師	19	0.3
PT		1
MSW		0
管理栄養士		0
その他		14

医療機能

病床機能報告における病床の役割	取組
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	<input type="checkbox"/> 他の急性期病院の一般病床からの受け入れ <input type="checkbox"/> 多職種協働による生活を支える観点からの医療提供
緊急時に対応する機能	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所としての対応(往診) <input type="checkbox"/> 在宅患者を含めた、急変時の入院受け入れ
在宅医療の拠点としての機能	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所としての対応(訪問診療) <input type="checkbox"/> 家族への包括的な支援
終末期医療を担う機能	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病床としての入院 <input type="checkbox"/> 看取り

実績

平均在院日数 14.5日	年間新規入院数 351人
一日平均在宅患者数 4.3人	往診のべ数 38人/月
訪問診療のべ数 68人/月	年間看取り数 自宅等で11人

(平成28年度病床機能報告、医療機能情報提供制度)

地域連携の取組

【訪問診療利用者看取り施設の実績】(96)

【訪問診療開始までの経路】

3) 医療法施行規則の一部改正（有床診療所の病床設置にかかる改正）について

有床診療所の病床設置に関する特例については図1の通りである。

2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みであり、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが喫緊の課題である。地域によっては、「在宅医療の拠点」「緊急対応」「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」などの機能を担う有床診療所が、地域包括ケアシステムの一翼を担っている。

地域包括ケアシステムの構築を進める上で、有床診療所の役割がより一層期待されるため、平成30年4月から、特例として病床設置が届出により可能な診療所の範囲等が見直される。具体的には、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いて、医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築の

ために一定の機能を有し、必要な診療所として認めるものが対象となる。これらの対象となる医療機関も含めて、新たに病床を整備する予定の医療機関は、地域医療構想調整会議での説明が必要となる。

一部の二次医療圏（構想区域）では、追加的な病床の整備を検討しているが、病院の開設や増床を検討するだけでなく、住民の身近な地域で緊急時に対応できる入院機能を確保する観点から、地域包括ケアシステムの構築のために一定の機能を有し必要な有床診療所の設置の検討を促してはどうかと考えている。

4) 有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業について

平成25年に福岡市で発生した有床診療所の火災事故を踏まえ、医療機関等の入院患者の安全を確保するため、火災発生時の初期消火を行うスプリンクラー等の設置に対する支援を行う事業である。

詳細については図2の通りである。

有床診療所の病床設置に関する特例

第11回地域医療構想に関するWG・第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG合同会議
(平成30年3月2日)資料3

現 行(平成29年度まで)

- ①～③の診療所については、許可の代わりに都道府県知事への届出で一般病床の設置が可能
- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ③ ①、②のほか、小児医療、周産期医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

改正内容(平成30年度から)

地域包括ケアシステムを推進する上で、有床診療所の役割がより一層期待されるため、平成30年4月1日から、病床設置が届出により可能になる診療所の範囲等を見直すとともに、届出による病床設置の際の医療計画への記載を不要とすることとする。

- ① 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために以下の機能を有し、必要な診療所として認めるもの。
 - ア 在宅療養支援診療所の機能(訪問診療の実施)
 - イ 急変時の入院患者の受け入れ機能(年間6件以上)
 - ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能
 - エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受け入れを行う機能(入院患者の1割以上)
 - オ 当該診療所内において看取りを行う機能
 - カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔(手術を実施した場合に限る。)を実施する(分娩において実施する場合を除く。)機能(年間30件以上)
 - キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能
- ② 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるもの。
- ③ ①又は②の診療所については、一般病床に加え、療養病床の場合であっても、届出による設置又は増床を可能とする。

図1




有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業
平成30年度予算案 200億円

平成25年に福岡市で発生した有床診療所の火災事故を踏まえ、医療機関等の入院患者の安全を確保するため、火災発生時の初期消火を行うスプリンクラー等の設置に対する支援を行う。

(1)スプリンクラー設置 【基準額(定額) 17,500円/㎡】
※注 H28.4～より全施設への設置が義務化された。

(2)自動火災報知設備 【基準額(定額) 1,030千円/施設】
 火災によって生ずる熱、または煙を感知器で自動的に感知し、ベルなどを鳴動させることにより火災の発生を防火対象物の関係者に報知するもの
※注 H27.4～より全施設への設置が義務化された。

(3)火災通報装置 【基準額(定額) 310千円/施設】
 火災が発生した場合、専用通報装置により、消防機関へ通報する装置
※注 H28.4～より全施設への設置が義務化された。
※注 火災が発生した場合、火災通報装置及び警察へ通報する非常通報装置が一体となった専用通報装置により、消防又は警察の機関へ通報する装置 【基準額(定額) 378千円/施設】

○平成25年10月 福岡市の有床診療所で火災事故(死傷者15名)
○平成25年11月
消防庁において『有床診療所・病院火災対策検討部会』を立ち上げ、スプリンクラー設備の設置基準等に関し6回に渡り議論がなされ、平成25年7月『有床診療所・病院火災対策報告書』が取りまとめられる。
 当該報告書を踏まえ、平成26年10月に消防法令の改正(平成28年4月施行)が行われた(既存施設へのスプリンクラー設置の経過措置期間はH37.6.30まで)。

○平成25年度補正予算
有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業として101億円確保
 ※スプリンクラー設置として460億円の申請あり ⇒ 有床診療所に94億円(604件)を交付

○平成26年度補正予算
有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業として192億円確保
 ※スプリンクラー設置として334億円の申請あり ⇒ 有床診療所に116億円(667件)、病院等に63億円(208件)を交付

○平成28年度予算
有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業として92億円確保
 ※スプリンクラー設置として225億円の申請あり ⇒ 有床診療所に62億(336件)、病院等に29億円(88件)を交付

○平成28年度補正予算
有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業として150億円確保
 ※スプリンクラー設置として172億円の申請あり ⇒ 有床診療所に32億(161件)、病院等に118億円(343件)を内示

○平成29年度予算
有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業として173億円確保
 ※スプリンクラー設置として93億円の申請あり ⇒ 有床診療所に27億(147件)、病院等に66億円(176件)を内示

図2

平成30年度予算については、200億円を要求している。有床診療所の先生方には是非ご活用いただきたい。

(2) 日本医師会有床診療所委員会答申について

有床診療所委員会の齋藤義郎会長(徳島県医師会長)より、「日本医師会有床診療所委員会答申について」と題し、概ね以下のとおり説明があった。

平成28・29年度有床診療所委員会では、日本医師会の横倉義武会長より、次期医療計画及び介護保険事業(支援)計画に向けた有床診療所のあり方～医療及び介護の一体的推進に向けて～という諮問を受け、検討を行い、平成29年12月に答申を行ったところである。

有床診療所の新規開設がスムーズに行われるためには、特例の趣旨、改正の趣旨をきちんと理解していただくことが重要である。厚生労働省による都道府県行政に対する正しい理解の周知徹底や、地域医療構想調整会議や医療審議会で、

当該診療所の必要性について理解を求めていくこと、既存の病院によるサテライト有床診療所の新設は、地域の医療連携による地域完結型医療を阻害するおそれがあること等に対する議論が重要であり、都道府県医師会の多大な支援が必要であると考えている。届出による特例の拡大により、意欲ある医師の有床診療所の新規開設が進み、地域に貢献していくことが望まれる。有床診療所の病床は、病院の病床と少し違った機能を持っていることを理解いただくことが大切である。

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割(在宅医療を支える病床)として、以下のことが考えられる。

入院:

病状の悪化により在宅での療養が困難になった時には、一時的に入院して治療。

ショートステイ:

家族の方のレスパイト等のための、一時的なお預かり。有床診療所は医療ニーズの高い患者さんにも対応可能。

- 19 (621) -

※無床診療所や介護施設とも連携し、必要な時には入院医療を提供することが可能。

看取り：

人生の最期を迎える際に、在宅での看取りが困難な場合には、有床診療所で最期を看取することも重要な役割である。

短期入所療養介護（ショートステイ）について、平成28年度老人保健健康等増進事業によりケアマネジャーに対するアンケート調査を行っている。医療ニーズの高い利用者に対するショートステイ等の介護サービスが「不足している」「どちらかというと不足している」と回答したケアマネジャーは8割に上っている。また、ショートステイに求めるのは、「医療ニーズに対応した緊急的な受け入れ」（86.9%）、「レスパイトケア」（74.4%）、「医療ニーズに対応した計画的な受け入れ」（65.2%）となっており、まさにこれらが有床診療所が担うべき役割ではないかと考えている。

有床診療所の中には、こうしたニーズが地域にあることを知らない、介護事業をどのように展開していけば良いか分からない、ショートステイの届出をしても、サービス提供実績がないといった診療所もある。有床診療所やその提供するサービスを知らないケアマネジャーも多い状況である。

今後の対応としては、有床診療所のショートステイへの参入が進むよう、引き続き手続きの簡素化や施設基準の緩和を求めていくことや、広く、地域住民やケアマネジャーに対して有床診療所を知ってもらうための取り組みを進めていく必要があると考えている。

専門医療（超高齢社会における眼科有床診療所）

白内障手術は、転倒・認知症・うつ防止に有用である。高齢者の白内障手術は、全身管理などのため、入院の上で行うことが望ましいとされている。しかし、病院の眼科医師数や手術件数が減少しており、入院での眼科手術が必要となる高齢者や独居老人、通院困難者の入院治療は困難になっている。眼科有床診療所は、手

術や入院を中止した病院眼科の代替として、社会的弱者に対し、地域医療サービスにおけるセーフティネットの役割を果たしている。

課題として、眼科有床診療所は、「入院基本料1～3」の施設基準を満たすことが困難であり、「入院基本料4～6」の低い入院基本料の算定が多く、病棟の維持が困難となり、無床化する有床診療所が増えていることがある。

眼科手術の実績を評価し、入院基本料1～3が算定できるよう施設基準を緩和することが必要であると考えます。

専門医療（地域の分娩を守る産婦人科有床診療所）

全分娩の45%は有床診療所で行われており、生活の一部として自分の生活圏で出産できる。ローリスク分娩を有床診療所で扱うことで、高次医療機関はハイリスク分娩に集中でき、機能分担・連携ができる。地域で分娩できる医療機関を守ることは、少子化対策としても重要である。

課題として、産婦人科専攻医の数は伸び悩んで（女性医師比率は増加）おり、男女問わず、分娩に関与しない産婦人科医が増加していることがある。また助産師をはじめ夜勤可能な看護師の不足、訴訟リスク等がある。

産婦人科有床診療所を守るための提言は以下のとおり。

- ・ 小規模参加施設の新規開業、施設維持のための助成・融資の充実
- ・ 助産師等が産婦人科有床診療所に勤務した際の勤務者に対する助成
- ・ 非常勤医師を確保しやすい体制作り（公立病院から非常勤医を派遣しやすくするため、公務員規定を緩和する）
- ・ 母体搬送、新生児搬送に対する高次医療機関における保険点数加算
- ・ 産科医療補償制度に準じ、新生児死亡や母体死亡等に対する無過失補償制度の創設等

専門医療（超高齢社会における整形外科有床診療所）

整形外科有床診療所の役割としては、関節・脊椎疾患、リウマチ等慢性疾患の手術、救急医

療の初期治療として外傷患者の受入れ、急性期病院を退院した患者の受入れ(在宅への橋渡し)等があると考えている。

高齢者は腰椎圧迫骨折等も多くなるが、手術を要さないため、急性期の病院で入院を受け入れることは困難である一方で、独居高齢者の場合、自宅で生活することが困難である状況もある。有床診療所で入院を受け入れ、その間に介護保険が使えるようにするなどの対応をしているところである。

また、介護予防、ロコモ・フレイル予防も必要であり、有床診療所が積極的にリハビリテーションに取り組むことが重要である。

有床診療所が今後さらにリハビリテーションを積極的・有効に提供していく体制の構築のため、有床診療所の回復期リハ病床の創設、あるいは回復期リハ加算の施設を要望している。また、維持期リハビリテーションの介護保険への移行問題については、引き続き「治療上有効であると医学的に判断される場合」には、医療保険からの給付を継続して受けられるようにすべきであると考えている。

有床診療所は地域の貴重な医療資源であるが、経営状況は厳しく、無床化に歯止めがかからない状況である。都道府県医師会による有床診療所会員への支援が望まれる。

1. 有床診療所担当理事の選出
2. 有床診療所会員名簿を作成し、有床診療所に関する様々な情報をスピーディに伝達
3. 有床診療所委員会の設置(有床診療所に関する諸問題の協議)
※無床診療所や病院関係者にも入っていただきたい
4. 地域医療介護総合確保基金を活用した有床診療所支援の検討
5. 都道府県有床診療所協議会との連携
6. 新規開設に係る都道府県医療審議会での役割

中国四国医師会連合有床診療所担当事協議会が開催されている。都道府県医師会だけでなく、ブロックの医師会連合として有床診療所を支援していく試みも行われているところである。

報告書で紹介している事例は、主に地方で有床診療所の入院医療と専門外来や専門領域での手術及び介護サービスなどを複合的に経営に取り組んで成功している事例である。

現在、有床診療所が地域で果たしている役割・機能としては次のとおり。

内科、外科系：

在宅医療の拠点、在宅・介護施設への受け渡し、終末期医療

産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科：

専門医療

整形外科：

専門医療、在宅・介護施設への受け渡し

主とする診療科の違いによって有床診療所の経営の方向性は異なってくるため、一律に経営論を結論付けることはできない。しかし、今後地域包括ケアシステムが構築されていく中、地域医療を担い、かつ19床以下の制限がある有床診療所においては、入院医療や在宅医療と需要の増す介護サービスをコンビネーションさせて経営に取り組む形か、または、専門分野を深く掘り下げて特化型となる形の経営が主に必要と考えられる。

地域医療を守るためには、医療機関が成り立つような診療報酬が必要である。現状では、介護職員確保、医療機器の更新等が困難な状況にある。当委員会として、地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究でのデータを参考に、地域包括ケアの中で、有床診療所の役割の明確化、診療報酬面での手当について協議し、次の9つの要望を出した。

1. 入院基本料の引き上げ(入院収支の赤字解消)
2. 有床診療所一般病床初期加算の名称変更と点数・日数の引き上げ

3. 医師配置加算の引き上げ
4. 在宅復帰機能強化加算の要件緩和と点数の引き上げ
5. 入院中の患者の他医療機関への受診についての取扱いの見直し
6. 看護配置加算、看護補助配置加算等の引き上げ
7. 診療情報料の要件の見直し
8. 有床診療所看取り加算の要件緩和と点数の引き上げ
9. 有床診療所における地域包括ケア病床（仮称）の設置

地域包括ケアシステムにおける医療の中心の担い手として、有床診療所が在宅医療を支える病床として、病院や介護施設、訪問看護ステーショ

ン等と連携を強め、これからも地域に密着した医療機関として地域住民の方々の健康を守っていききたいと考えている。今後も地域で役割を果たしていけるよう、ご理解とご支援をお願いしたい。

(3) 平成 30 年診療報酬改定・介護報酬改定について

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、「平成 30 年診療報酬改定・介護報酬改定について」と題して説明があったが、去る 3 月 4 日（月）日本医師会館において開催された「都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会」、3 月 6 日（水）日本医師会館において開催された「都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会」と内容が重複しているので報告を割愛する。

印象記

副会長 玉城 信光

今年度の日本医師会有床診療所委員会の答申が出されたのでその報告と診療報酬・介護報酬改定の中での有床診療所の役割について報告がなされた。

厚労省の佐々木課長は地域包括ケアシステムの中での有床診療所のあり方を述べている。日医の鈴木常任理事の話でも有床診療所は地域包括ケアの中で活躍すべきことが述べられている。介護医療院への転換も含め、在宅・介護が中心の議論である。平成 30 年から地域包括ケアを担う有床診療所は届出のみで新設できるが、いつも述べるように入院基本料などの増加がないので有床診療所単体のみでの採算性はよほど計算しなければいけないと思われる。以前にも述べたが、介護系の他の施設との複合的な運営をしている場合には短期入院の必要な時には重要な役割を担えると思われる。

日本医師会有床診療所委員会の答申を斎藤先生が報告した。1、地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割は在宅医療、ショートステイなどが重要になる。2、眼科などは入院が短期間で入院基本料の 1～3 の基準を満たすのが難しく入院施設を持つのは難しい。3、産婦人科では全分娩の 45% は有床診療所で行われている。産婦人科専攻医の数は伸び悩んでいる。分娩に関与しない産婦人科医の増加など課題は多い。4、整形外科は介護予防、ロコモ・フレイル予防。積極的なりハビリに取り組みることが重要である。

答申の主たるものは以下に尽きると思う。「主とする診療科の違いによって有床診療所の経営の方向性は異なってくる。地域包括ケアシステムの中で地域医療を担い、入院医療や在宅医療の需要の増す介護サービスをコンビネーションさせて経営に取り組む形か、または専門分野を深く掘り下げて特化型となる形の経営が主になる」

入院基本料などの引き上げなど、入院部分の収益が赤字化しない政策の実現を望みたい。

平成 29 年度学校保健講習会



理事 白井 和美



去る 3 月 11 日、日本医師会館で標記講習会が開催されたので報告する。挨拶に引き続き以下の講演が行われた。

中央情勢報告

文部科学省健康教育食育課

学校保健対策専門官 北原加奈子

現在、第 3 期教育振興基本計画が策定される中、医師会の貢献に感謝申し上げます。また、学校における働き方改革については、緊急提言や緊急対策を提示しスピード感をもって対応中である。新学習指導要領に対応した、がん教育に関しては、現場への負担を考慮し、がん教育推進のための教材、指導参考資料をホームページ上で公開しているので、ぜひご利用いただきたい。また、学校現場で活躍されているカウンセラーの方々を対象とした資格、公認心理師を新設した。

講演 1 「特別支援学校の実際 ～教育と医療的ケア」

医療法人財団はるたか会理事長 前田浩利

近年の医療技術の飛躍的な進歩に伴い、新生児死亡率が急速に減少する中、人工呼吸器管理児童数は年々増加している。在宅人工呼吸療法を受けている小児患者数はこの 10 年で約 10 倍となり、平成 29 年には 1,800 名以上に上る。この中には、日常的に呼吸管理や、栄養管理が必要（高度医療依存児者）であるものの、歩行や会話が可能な児童もおり、従来使用されてきた重症心身障害児分類の対象ではないため、法整備が追い付かず、社会制度や福祉制度が利用出来ない点が問題である。学齢期では、高度医療依存児は、在宅籍を勧められることが多いが、知的障害がみられない児童生徒では、授業数が圧倒的に不足するなど、今後、学校現場で解決すべき課題は多く、医療・福祉・教育の連携が必要である。

講演2「今、学校で始まる「がん教育」

東京女子医科大学 がんセンター長
化学療法・緩和ケア科教授 林和彦

現在、日本人の死亡原因1位の「がん」について、10年以上啓発に取り組んできたが、大人世代への啓発の困難さを痛感し、子供たちへの取り組みを始めた。現在、道徳や保健体育の時間に、全国各地で授業を行っているが、がん治療の進歩や生存率の向上、早期発見の重要性などに関して、子供たちは驚きの理解を示し、授業を受けた後、自宅で授業内容を話題にし、家族全体に知識を浸透させるなど手ごたえを感じている。一方、東京都には、2,584校の学校があるが、医師のみですべての学校に「がん教育」を行うことは困難と考え、学校医、がん専門医、がん経験者、学校教員、学識経験者、区市町村教育委員会からなるがん教育推進協議会を設立し、がん教育の実践について検討している。

シンポジウム「学校医に求められること」

①基調講演 南寿堂医院院長「学校医は学校へ行こう」編集委員長 岩田祥吾

学校医は、生徒たちからは、「健診の時だけ来る怖いお医者さん」と思われていることが多いが、学校現場は、現在、いじめ・不登校・摂食障害・リストカットなど心の問題も多く、学校医が役立つ場面は多い。ところが、学校は多忙な医師への遠慮もあり、連携をとることに消極的になりがちである。しかし、日頃から連絡できる体制を構築すると、緊急時にも適切に対応でき、両者にとって好都合である。また、健康相談という学校医の職務を利用し、1か月に1回程度、学校に行くことで、信頼関係は増し、より実効性のある対応がとれるようになった。「学校へ行くときは、笑顔で優しいお医者さんであると、児童生徒たちと素晴らしい関係が築け、学校医が楽しくなります」と話され、現在の先生の活動状況が紹介された。

②日本医師会学校医アンケートの結果について
日本医師会学校保健委員会委員長 藤本 保

平成28年4月から始まった新しい健診制度の中で、学校医の活動状況の実態把握と課題を探るため、平成28年11月から29年1月にかけて、アンケート調査を行った。内科学校医の回答からは、運動器検診が加わったことによる健診時間の増加は、従来の1.2倍から1.5倍程度のところが多数を占めた。運動器検診の実施者は、内科健診医が90%以上を占めたが、3%では、整形外科医が健診を行っていた。眼科校医のアンケートでは、各科用マニュアル整備を求める意見が多く見られた。耳鼻咽喉科校医からは、特別な意見は見られなかった。全体として、養護教諭との連携は良好が90%以上であったが、保健主事との連携は6割以上で出来ておらず、担任との連携、校長との連携にも問題点が多かった。また、示唆される課題としては、学校医の業務量の増大、学校医の絶対数不足と偏在(内科系では最高で17校兼任、眼科では39校兼任、耳鼻科は最高33校兼任)、教職員の健康管理への取り組みなどが上がった。学校医にやりがいを持って取り組まれている医師は、男女とも高齢の医師に多い点も今後の課題である。

③学校保健活動と学校医に期待すること(学校長の立場から)

全国学校保健主事会会長

大阪市立歌島中学校校長 東 邦裕

全国学校保健主事会会長として、先のアンケート内容にもあった通り、学校医と学校保健主事の連携が十分でないことは残念である。学校保健活動は、コーディネート役の養護教諭と、マネジメント役の保健主事の機能が組み合わさり実効性が担保されるため、連携改善に当たっては保健主事の業務を担う教員の意識改革も必要。学校医へ望むこととしては、学校現場と何でも話し合える関係づくりを通し、ともに学校保健活動推進にご協力いただきたいことである。

④学校保健活動と学校医に期待すること（養護教諭の立場から）

全国養護教諭連絡協議会会長 埼玉県立春日部高等学校養護教諭 村井伸子

全国の養護教諭研究会に寄せられた学校医への意見を発表する。いずれも、学校医と協力し、児童生徒のため、学校保健活動を推進している現場の声で、おおむね良好な意見、連携に感謝するものであった。

⑤学校保健活動と学校医に期待すること（PTAの立場から）

日本PTA全国協議会常務理事 佐藤秀行

子どもたちを取り巻く環境は大きく変化しており、各小学校、中学校においても人間関係が要因とされる健康障害や心身への悪影響が生じうるため、保護者の意識改革に努めるとともに、学校医、各専門の医師からのアドバイスを様々な機会に頂戴したい。

総合討論

フロアからの質疑を含め、闊達な意見交換が行われた。

お 知 ら せ

一般財団法人 生命医学研究振興財団研究助成の募集について

「一般財団法人 生命医学研究振興財団」は、沖縄を主とした亜熱帯地域内における生命医学の領域に関する調査の実施及び学術研究、研究奨励推進を行い、以て地域医療福祉の発展に寄与することを目的として設立されました。

この度、当財団では研究に対する助成の募集を行います。応募書類は文部科学省の科研費の申請書類に準じます。研究助成費は1件100万円で、今年度は1～2件の助成を予定しております。募集期間は平成30年7月31日までとします。尚、助成の採否については8月中旬に連絡させていただきます。

一般財団法人 生命医学研究振興財団
理事長：小杉 忠誠

(問い合わせ先及び応募先)

〒905-0011 沖縄県名護市宮里七丁目22番35号 名護記念クリニック内
「一般財団法人 生命医学研究振興財団」 担当：小濱 智枝
TEL：0980-52-4187 FAX：0980-52-4189

都道府県医師会 産業保健担当理事連絡協議会



常任理事 金城 忠雄



次 第

日 時：平成 30 年 3 月 14 日（水）

午後 2 時 ～ 4 時 30 分

会 場：日本医師会 3 階小講堂

司会：松本 吉郎（日本医師会常任理事）

1. 開 会（14：00）
2. 挨 拶（14：00～14：10）
横倉 義武（日本医師会長）
3. 議 事（14：10～16：30）
 - (1) 産業医活動の活性化について（14：10～15：10）
 - ①行政の立場から（14：10～14：40）
～最近の産業保健行政の動きを踏まえて～
神ノ田 昌博（厚生労働省労働基準局労働衛生課長）
 - ②医師会の立場から（14：40～15：00）
～産業医組織活動実態調査を踏まえて～
松本 吉郎（日本医師会常任理事）
 - (2) 医療機関における産業保健活動の推進について
（15：00～15：40）
～産業保健委員会答申並びに日本医師会医師の働き方検討委員会の検討を踏まえて～
相澤 好治
（産業保健委員会委員長 / 医師の働き方検討委員会委員長）
- <休憩>（15：40～15：45）
- (3) 協議・その他（15：45～16：30）
4. 閉会の辞（16：30）
今村 聡（日本医師会副会長）

挨 拶

日本医師会長 横倉義武

わが国においては、少子高齢化の進行に伴う生産年齢人口の減少によって、社会経済システムとりわけ社会保障制度への深刻な影響が懸念されている。社会保障制度の維持の前提となる社会経済の発展のためには、少子化対策とともに企業活動に基づく経済活力の向上が不可欠であり、労働生産性の向上や雇用の維持、労働力の確保を図ることは重要な課題である。

日本医師会では、保健・医療は国民の活力を維持向上させるための投資という視点に立ち、疾病対策のみならず「健康投資」を基軸とした生涯保健の重要性を強調してきた。生涯保健の一環である産業保健活動の推進は、人的資源である労働者の健康保持増進を通じて、労働生産性の向上により企業経営に貢献する。さらに、労働者の健康寿命や労働寿命を延伸し、社会・経済の持続的発展に貢献することが考えられ、わが国の国益に合致するものである。

ご承知のとおり、平成 29 年 3 月に働き方改革実行計画が閣議決定され、医師の働き方について様々な議論がされており、国では産業医・産業保健機能の強化等、法律改正を踏まえた議論が行われている。また日医においても、医療関係者が集まり、医療現場からの発信のため新たなプロジェクト委員会の立ち上げを指示したところである。

本会産業保健委員会では、諮問「医療機関における産業保健活動の推進のための具体的方策」について審議する中で、ストレスチェックの実施状況や医療機関における産業保健活動の取り組み等の実態把握を行ってきた。産業医の地位向上、仕事の内容や責任に見合った報酬、身分保障等、産業医を守るシステムの構築が重要だと考えており、魅力ある産業医活動のあり方について環境作りに努めていきたい。

議 事

産業医活動の活性化について

行政の立場から～最近の産業保健行政の動きを踏まえて～

厚生労働省労働基準局労働衛生課長
神ノ田 昌博

1. 働き方改革の背景

わが国の人口は減少局面を迎えており、2060 年には総人口が 9,000 万人を割り込み、高齢化率は 40% 近い水準になると推計されている。人口構成の変化により、今後、労働者一人が高齢者一人を支える社会を迎えることとなる。「ニッポン一億総活躍プラン」では、一億総活躍社会を性別や年齢等に関係なく家庭や職場等で誰もが活躍できる全員参加型の社会を目指し、新 3 本の矢（GDP600 兆円、希望出生率 1.8、介護離職ゼロ）の目標を、働き方改革により実現することを目指している。

2. 働き方改革関連法案

わが国の働き方に関する課題を改善すべく、平成 29 年 3 月 28 日に働き方改革実行計画が策定され、①働き方改革の総合的かつ継続的な推進、②長時間労働の是正、多様で柔軟な働き

方の実現等、③雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保を挙げ、②において産業医・産業保健機能の強化が掲げられている。

時間外労働の上限規制については、現行では、大臣告示で限度時間を定めているが、36 協定を結べばこれを超えて良いこととなっており、青天井の状態である。これに対し改正案では、法律による上限を定め、36 協定を結んでも月 100 時間を上限とすることとしている。

また、新技術・新商品等の研究開発に携わる場合は適用除外とするが、時間外労働が 1 ヶ月当たり 100 時間を超えた者に対し、医師による面接指導の実施を義務づけることとしている。これは、労働者からの申出がなくても面接指導の対象となり罰則付きのものとなる。その他にも、労働時間を客観的に把握することや申出があった場合の医師による面接指導の対象を、現行の 1 ヶ月当たり「100 時間超」から「80 時間超」へ見直すよう省令改正を行う。

産業医・産業保健機能の強化に関しては、下記のとおりである。

2 産業医・産業保健機能の強化① (労働政策審議会答申 (29.9.15) の内容)

① 産業医の活動環境の整備

- (1) 産業医は、必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならないものとする（理念規定の創設）。
- (2) 産業医の勤告について、衛生委員会への報告を事業者に義務付け。
- (3) 産業医の業務の内容等を、労働者に周知することを事業者に義務付け。
- (4) 産業医等が労働者からの健康相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備等を、事業者の努力義務として規定。

※ その他、以下の省令改正を行う予定。

- 産業医が勤告をしようとするときは、あらかじめ事業者の意見を求めなければならない。
- 産業医の解任等について衛生委員会への報告を事業者に義務付け。
- 事業者が産業医に与えなければならない具体的な権限を厚生労働省令で例示（調査審議の発議権等）。

2 産業医・産業保健機能の強化② (労働政策審議会答申 (29.9.15) の内容)

② 産業医に対する情報提供等

- (1) 労働時間に関する情報等の産業医への提供を事業者に義務付け。

※ 具体的には、

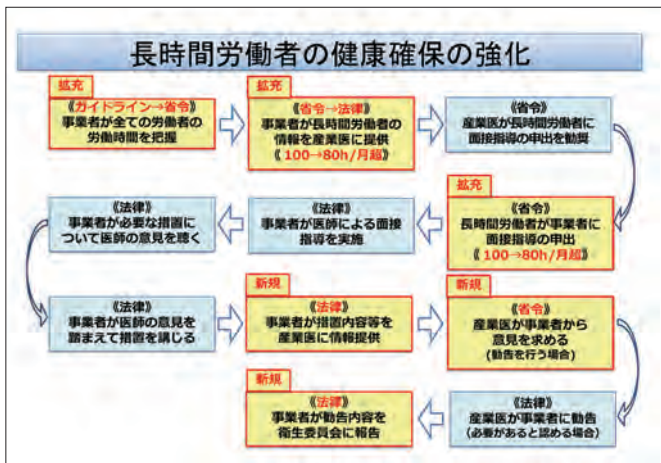
- ・ 健康診断等実施後の就業上の措置の内容等
- ・ 長時間労働者（80時間超の時間外・休日労働）の氏名、超過時間等
- ・ 労働者の業務に関する情報（産業医等が健康管理等を行うために必要と認めるもの）

- (2) 事業者は、労働者の健康情報を取り扱うに当たっては、労働者の健康の確保に必要な範囲内で取り扱う（本人の同意がある場合等を除く。）。
- (3) 労働者の健康情報を適正に管理するために必要な措置を事業者に義務付け。
- (4) 厚生労働大臣は、事業者による健康情報の取扱いの適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表する（必要に応じて指導等ができる。）。

※ (2)～(4)については、じん肺法においても同様の規定を設ける。

特に、労働時間に関する情報等を産業医へ提供することを事業者に義務付けることで、情報が集まりやすくなり、産業医としての機能を発揮しやすくなるだろうと思う。また、労働者の健康情報については、機微にふれる情報であるためなかなか把握しづらいが、各事業所の業務内容に応じて情報の扱い方を決めることを法律に盛り込む予定としている。

法改正により、下記フロー図のとおり、長時間労働者の健康確保強化に向けて拡充、追加される。



長時間労働者に対する医師による面接指導を実施し、事業者が措置内容等を産業医に情報提供した後、産業医が勧告を行う場合は、事前に事業者から意見を求めることとなる。まずは両方で従業員の健康を守る方法を話し合い、必要があると認める場合には産業医が勧告を行うこととする。

その他、平成 30 年度は中小企業における産業保健活動を推進するために、産業保健総合支援センター事業の予算を増額し、各センターに 1 名ずつ保健師を配置するなど、対応していく予定である。

3. 治療と職業生活の両立支援

日本の労働人口の約 3 人に 1 人が何らかの疾病を抱えながら働いている。

両立支援をすることによって、労働者は適切な治療を受けながら仕事を続けられ、事業者は、貴重な人材資源の喪失を防ぎ、従業員のモチベーション向上、労働生産性の維持・向上につながるメ

リットがある。また、医療関係者にとっては、疾病の治療を効果的に進めることが可能となり、社会にとっては全ての人が生きがいを持って活躍できる社会の実現が期待できる。医療分野においても、がん対策推進基本計画、第 7 次医療計画等に盛り込まれており、重要なテーマになっている。

また、平成 30 年度診療報酬改定により、主治医が「就労中のがん患者について、患者の同意を得て、産業医への情報提供、状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導、産業医からの助言を踏まえて治療計画の見直し等を行った場合」に診療報酬が加算（療養・就労両立支援指導料 1,000 点（6 か月に 1 回）、相談体制充実加算 500 点）されることとなっており、これを活用しながら両立支援を取り組んでいただきたい。

その他、各都道府県労働局が関係団体とともに地域両立支援推進チームを設置し、労働行政と医療行政の連携を強化し、両立支援の効果的な推進を目指している。

医師会の立場から～産業医組織活動実態調査を踏まえて～

日本医師会常任理事 松本 吉郎

今般、各都道府県における認定産業医に関する組織活動の現状を把握することを目的に、都道府県医師会を対象にアンケート調査を行った。調査時期は平成 29 年 12 月 1 日～ 22 日で、回答率は 100%であった。概要は下記のとおりである。

- 会内に産業医（部）会があるのは 47 件中 20 件（42.6%）で、そのうち 85%が医師会内の組織として設置しており、活動内容は「研修会の企画・開催（100%）」、「産業保健関連団体との連携・調整（80%）」、「地産保健センター事業等行政産業保健事業への協力（65%）」などが挙げられた。
- 会内に産業医（部）会が無いのは、47 件中 18 件（38.3%）で、現在はないが、かつてはあったとしたのが 9 件（19.1%）であった。産業医（部）会が無い理由としては、「必要ない」、「検討中」、「既存の委員会で対応している」等であった。かつてはあったが、無くなった理

由としては、委員会の設置や一般社団法人化による組織の見直し等によるものであった。

- 会内に産業医・産業保健を検討する委員会があるのは47件中39件(83%)で、委員は担当役員、郡市区医師会(産業保健担当役員)の他、学識経験者、産業保健関係団体、労働行政等で構成されている。委員会の主な活動としては、「研修会の企画・開催(92.3%)」、「産業保健事業に関する検討(84.6%)」、「産業保健関連団体との連携・調整(64.1%)」などである。
- 医師会と連携している産業保健関連団体については、「労働行政」が97.9%と最も多く、次いで「労働基準協会(59.6%)」、「衛生行政(34.0%)」が挙げられた。
- 産業保健総合支援センターの所長は、医師会長が務めているところが15件(30.6%)と最も多く、次いで担当(常任)理事が5件(10.2%)、医師会副会長が4件(8.2%)であった。運営主幹は担当(常任)理事が務めているところが最も多かった(35件:72.9%)。また、センター関係者との合同会議を開催しているところは、47件中35件(74.5%)であった。
- 自由意見では、産業医の職務の多様化による負担増や産業医の資質・能力の向上に関する意見や、報酬の増額や基準額の公表を求める意見があった。また、日医に対しては、産業医の組織強化のための委員会設置や、厚労省・労働局からの情報提供、産業医制度の向上に向けた取組が必要との意見があった。今回いただいた意見は、来期の産業保健委員会で取り上げ、検討していきたい。

医療機関における産業保健活動の推進について

～産業保健委員会答申並びに日本医師会医師の働き方検討委員会の検討を踏まえて～
 産業保健委員会委員長 / 医師の働き方検討委員会委員長 相澤 好治

①産業保健委員会答申について

平成28年9月30日の第1回産業保健委員会における会長諮問「医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策—医療の質と安

全の向上を目指して—」について、下記のとおり答申をとりまとめた。

I 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度のあり方について

ストレスチェック制度の開始による産業医活動への影響について把握するため、日医認定産業医を対象に調査を行ったところ、嘱託産業医として関与する事業場は200人未満の事業場が6割で、その代表的な姿としては、3～4万円の報酬で、月1回1～2時間滞在するというものであった。

医療機関で産業保健活動を行う認定産業医の報酬は、すべての業種を含む産業医よりも低額であることがわかった。産業医として活動の重要性や責任の大きさを考えると、相応の手当てや報酬を支払われることが望ましい。また、多くの認定産業医がストレスチェックに関与しているにも関わらず、それに伴う報酬額が増額された認定産業医は15.5%にとどまっていた。

ストレスチェックの有効性については多くの認定産業医が疑問を抱いているため、今後、科学的な調査研究の実施による効果検証を通し、改善を行う必要がある。また、応分の報酬ややりがいにつながるような改善が図られることが望ましい。

II 産業医制度のあり方

産業医の職務は増大しているが、職務を遂行する時間が限られていることから、産業医に求められる職務を「産業医が行うべき業務」や「産業保健スタッフや外部機関の協力を得て産業医の業務負担が軽減できる業務」など5項目に分け、優先順位の高い職務を重点的に実施することが望ましい。

また、産業医に対する期待が高まりつつある中、その期待に応えられる産業医制度への整備とともに、産業医自身を守る観点の法整備や環境整備が望ましい。

とりわけ、医療機関においては、理事長や院長が「事業者」として職員の健康を守るために対策を講じる必要があり、自身の勤務先の産業

医を努める医師は独自性・中立性を確保するよう努めるなど、より一層の努力が求められる。

Ⅲ 医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策

2017年3月に実施した「医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査」では、医療機関における産業医活動や産業保健活動の考え方、取り組み内容について調査を行った。これらの結果をもとに、下記8つの視点を整理した。

- | |
|--|
| (1) 医療機関における労働安全衛生方針の作成と見直し
(2) 法令に従った労働安全衛生管理の人員確保と業務時間の確保
- 産業医選任と適切な報酬、衛生管理者、作業主任者等の選任
(3) 産業保健活動を実施するチームづくり
- 事務職、看護職など複数の職種に参加
- 産業医は健診事後措置、委員会出席以上の積極的な関わりを
(4) 衛生委員会の活用と年間計画の作成
- 各月の報告事項や審議事項の充実
(5) 院内各種委員会、内外の専門家との連携による課題別の産業保健活動
- ICT（職業感染）、精神科医や公認心理師等（メンタルヘルス）、人事労務・社労士（過重労働、労務管理）、労働衛生コンサルタント（化学物質）、病院管理（診療チーム、業務改善見直し）、医療安全（訴訟、ケア対策）など
(6) 医局、看護部門等の既存の組織活動との連携
- 全く新しい活動より、すでにある活動との連携や促進
(7) 職員の安全・健康に関する教育の実施
- メンタルヘルス、有害物管理、過重労働・労務管理、環境改善等
(8) 産業保健活動に院内の職員全員が参加できるしくみをつくる
- 院長通知、働き方に関する意見収集・アンケート、職種毎の会合、歓迎会や忘年会等のインフォーマルな交流会、労働協約見直し等 |
|--|

産業保健活動推進の具体的視点

産業保健活動の良好実践事例に学び、体制の見直しや産業医の役割強化等の取り組みを推進する。その際には、日医作成ツールの活用推進が望ましい。

② 医師の働き方改革について—医師の働き方検討委員会の方向性—

「医師の働き方検討委員会」では、平成29年6月21日に会長諮問「医師の勤務環境改善のための具体的方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」を受け、答申をまとめた。答申の概要は、「Ⅰ 勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現（勤務医の労働時間の特性や労働時間規制、医療勤務環境改善支援センターの充実強化等）」、「Ⅱ 勤務医の労働安全衛生の充実（医師の健康と医療提供体制の両方を守る制度の考察等）」、「Ⅲ 地域医療を守る（応召義務の問題点と対応）」、「医師の効率

的活用等）」、「Ⅳ 医師会の役割」となっている。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康の配慮」の2つを両立することが重要である。医師の働き方検討委員会では、医師の健康管理体制の充実を前提に、月の時間外労働時間の上限の設定（医師の特別条項）と、様々な立場・視点を踏まえ、勤務医の健康確保を担保した医師の特別条項の特例を省令で定めることを提唱する。

また、医療機関が今できることとしては、まず院長が「長時間労働是正に取り組む」ことを院内に宣言し、産業医への相談体制確保や会議の在り方の見直し等を検討することが重要であり、また、労基署の臨検に対応できるよう就業規則やタイムカード等を確認・整備しておくことが必要である。

定期監督等違反事業場比率は全業種が69.1%に対し、医療保険業は78.8%と高くなっており、労基法（割増賃金、就業規則）、労働安全衛生法（安全衛生委員会等、健康診断）等の違反が多く見られる。

医師の働き方改革の推進のため都道府県・郡市区医師会が行うこととしては、初期救急、休日・夜間診療体制の再構築やかかりつけ医と病診連携の普及促進、予防・健康増進の活動、地域住民への啓発が求められる。

協議・その他

質問：全国的な企業の支店と産業医委嘱契約を結んでいる本会会員より、職場巡視が2月に1回となったことで報酬も半額となったとの事例が数件あった。日ごろから職場の様子を把握し、毎月提供される情報の管理を行うことには変わりないため、職場巡視の回数によって報酬が減額されるべきではない。

日医回答①：本件については、去る2月の産業保健委員会でも情報提供があり、その後、複数の都道府県医師会からも相談があった。産業医に不利益を被る契約は避けなければいけないので、本件に対する対処を厚生省に強く要請した。

厚生省回答②：厚生労働省としては、産業医の巡視頻度を一律2ヶ月に1回とすることは不適

切であると考えている。法令では、巡視頻度の変更については当該産業医の意見に基づいて、衛生委員会において調査・審議を行った結果を踏まえて決定することが必要であるとされている。法令の考え方については、本件で指摘されている事業者に対してすでに説明しており、適切な対応を求めた。

要望：法律改正により産業医の役割を増やすのであれば、並行して嘱託産業医の先生方に産業医業務が魅力的に思えるような政策となるよう、医師会を挙げて要望してほしい。

質問：産業医に求められる役割や負担が増えると、産業医を辞退する医師も出てくるのではないか。産業医・産業保健機能の強化に見合った報酬の十分な手当については検討されているのか。

日医回答①：産業医の身分保障と仕事に見合った報酬が支払われるための環境整備のためには契約をしっかりと交わすことが必要である。具体的な契約書のひな型については次期産業保健委員会で専門家も交えながら検討したいと考えている。その際には具体的な産業医の職務内容や職場の規模等を明記し報酬の根拠を示すことにより報酬の増額につながれば良いと考えている。

また、産業医の業務が増大している中、企業のニーズに応じて産業医の専門性を活かすためには、これまで以上に資質向上に努めていただく必要があり、都道府県医師会等には更なる研修の充実をお願いしたい。また、研修会の質の向上のため、国、医師会、大学、産業保健総合支援センターと連携し、統一的なテキストや研修会の提供、産業医の質問に対応する相談窓口の設置を国をお願いしたい。さらに、産業医本来の業務に専念できるよう、産業医とは何かを事業者に対し周知を行うことを国に強く要望していきたい。

厚労省回答②：産業医業務の重要性を事業者理解してもらうことが重要であるため、都道府県産業保健総合支援センターにおいて、事業者、労務担当者向けの研修を実施し、その中で産業医の活用方法等を正しく解説する予定である。

質問：がん患者の治療と仕事の両立支援にかかる療養・就労両立支援指導料1,000点（6ヶ月に1回）が算定される場合、①主治医から患者が就業する事業所の産業医宛に診療情報が届き、治療継続等のための助言を求められた場合、産業医としての意見を提供した場合はどうなるか、②主治医から産業医に対して、治療継続等のための助言を求められた場合、産業医は断ることができるか、③患者の主治医であり、患者が所属する事業所の産業医でもある場合は、主治医は療養・就労両立支援指導料を算定することはできるのか。

厚労省回答：①、②については、産業医には従業員が治療と仕事の両立ができるよう、主治医から意見を求められたときはぜひ協力いただきたい。業務はあくまでも産業医活動の一環として行われるため、報酬・対価は事業者により支払われるものと考えている。治療と仕事の両立支援は企業のトップ自らがリーダーシップを発揮し、従業員の健康保持増進を経営課題として明確にし取り組むことが必要である。産業保健総合支援センターでの事業者向け研修を通して意識改革をしてもらえるよう取り組んでいく。両立支援における産業医の役割は非常に重要で、業務も増えることになるので、事業者側には適切な報酬を支払うよう説明していきたい。

日医回答：③については、保険局に確認したところ、算定できないとのことである。

質問：49人以下の事業場で主治医から情報提供が行われた場合、誰がそれに回答するのか。診療情報提供の支援料の仕組みはどうなっているか。

日医回答：診療報酬上は産業医がいることが条件になっている。一つの考え方としては地域産業保健センターを活用すれば可能になるのではと考えるが、保険局に確認中であるためまだ明確な回答はできない。

意見：医師の働き方改革が実施されれば、医師が足りなくなるのではないか。医師の自己研鑽は医療機関の評価につながっており、資格手当

て等の報酬で対応すべきである。医師の仕事が減らすために、文書作成の方法等も見直すことが必要である。

日医回答：勤務医の過重労働問題は、医師の需要と供給のアンバランスが主な要因として複雑な要素が複雑に絡み合い惹起されていることから、根本的な解決のためには、医師偏在対策や医療提供体制改革等の政策誘導が第一に求められていると考えている。その上で、できることとして、提案のあった事項に取り組むことは重要である。本会の医師の働き方検討委員会では「業務の見直し」、「当面の診療環境改善に必要な対策」を主なテーマとして検討している。地域医療支援センターの医師確保等に関する組織連携強化、女性医師の復職支援等多岐にわたった検討がされており、実行性のある具体的提案が示される予定である。今後、少子高齢化が進展していく中で、医療従事者個人個人の献身的な取組に大きく依存した制度では持続は不可能だと考えている。医師を始めとする医療関係者の意識改革に基づいた勤務環境改善と地域医療提供体制の改革等、国をあげての取組によって日本の医療制度の持続可能性を高めていくことが重要であり、国民の理解と協力が不可欠である。地域医療を守ることと医師の健康管理を守ることの両方のバランスが取れた制度を考えていきたい。

意見：医療保健業における定期監督等違反事業場の主な違反項目として、「安全衛生委員会」が挙げられているが、一方では、会議の開催の見直しがうたわれている。一方では会議を開催するよう指導され、もう一方では開催の見直しを求められるというのはいかがなものか。

日医回答：ご指摘のとおり会議の開催については矛盾しているように見える。衛生委員会は労働安全衛生法の中で位置づけられており無くすることはできないが、今般、診療報酬の中でも、他の委員会での審議事項を衛生委員会の中で議論できるような仕組みが提案されている。委員会の時間や開催方法について現場で工夫していただきたい。

意見：医師には臨床医と研究者の二面性が求められるため、プロフェッショナル制の適用が望ましいと考える。また、臨床の勤務医には患者の状態に対し即応が求められるため、時間外労働時間の使い方にはある程度の自己裁量部分を残すように日本医師会として要望すべきと考える。

日医回答：高度プロフェッショナル制度は、裁量労働制よりも成果に視点を置いた制度であり、厚労省の見解では勤務医を本制度の対象とすることは考えていないとのことである。研究を主とする勤務医については、本制度が適用される業務として「研究・開発業務」が想定されていることから、選択肢を広げるという点では意味があるかと思う。本会の検討委員会では、現在講師以上の大学勤務医に認められている裁量労働制の適用を拡大する方向で検討が行われていく。多くの医師から賛同を得るためには、提案いただいた件も含め、選択肢を増やす方向で検討していくことが重要であると認識している。

また、もし医師に時間外労働の規制をかける場合には、一般労働者よりも相当の上積みをし、地域医療が崩壊しないような時間数としてもらわなければいけない。

今後、本会の働き方検討委員会の大きなテーマとしては、自己研鑽と宿日直の取り扱いが大きなテーマになる。いずれも労働時間としてどこまで入れるかが困難であり重要な課題である。医師の働き方に関する都道府県アンケートでは、医師の業務に関して労働時間にあたるかどうかの認識や、地域医療支援センターの活用状況について調査した。その中で、約7割が医師の時間外労働の規制を「目標として一律の時間外上限規制は設定が必要であるが、診療科、地域による変更の余地を残す」ほうが良いと回答していた。

閉会の辞

日本医師会 副会長 今村 聡

日常の診療や在宅医療、学校医等様々な職務を抱える中、産業界に期待される役割は増えており、大きな課題であると認識している。また、医師の働き方についても、3月25日の日医代

議員会における質問の 22 問中 4 問は医師の働き方に関する質問で、先生方がいかにこの問題を心配されているかということがわかる。今まで医師は一般の労働者と同じ扱いをされてきた。そもそも医師の特殊性を世の中が認識していないという不合理がある。今般、医師を一般労働者ではなく特別な職種であるということを国が認識して、その働き方を新たに省令の中で

決めるという仕組みになっている。今後は働き方を医師自身がまとめて、プロフェッショナルオートノミーのもと国に提言していくことになる。日医の委員会できりまとめたものをたたき台にして、さらに議論の場をひろげ、日医がリーダーシップをとってまとめ、国に提言していく。本日先生方からいただいたご意見を参考に、今後の産業保健活動の推進に努めたい。

印象記

常任理事 金城 忠雄

産業保健担当理事連絡協議会は、労働者の健康問題を扱う産業医活動に関する協議の場である。厚生労働省からは、働き方改革、治療と職業生活の両立支援、長時間労働の健康確保と産業医の産業保健機能の強化について報告された。

厚生労働省は、働きたいと多くの希望者がおり、労働人口が減少するなか、女性も男性も、高齢者も若者も、障害や難病のある方も「ニッポン一億総活躍プラン」と銘打って、生きがいを感じる社会、全員参加型の社会を目指すとしている。働き方改革実現会議の設置で、長時間労働者の健康確保の強化が主張され、産業医・産業保健機能強化が掲げられた。

日本医師会の立場からは、産業医の職務の多様化・複雑さから産業医の地位向上、組織強化など魅力ある産業医活動のあり方などの提言があった。

ところで、長時間労働・過労が、脳・心臓疾患による突然死が労災として認定されている。最近では、長時間勤務・睡眠不足がメンタル不全、うつ病などの精神障害が労災と認定されている。産業医業務には、健康診断の判定、長時間労働・過重労働者の面談に加えて、平成 27 年 12 月からストレスチェック後の面接指導の 3 点セットとして入ってきた。

一方、医師の長時間勤務による自殺や「うつ病」などが労災だと認定されるようになってきた。これまで、医師は、長時間勤務するのがあたりまえ、自分の身体・健康についてはかえりみず、患者の治療を優先してきた感があり、苦悩した医師がいると思われる。

元来、医師たるものは、昼夜を問わず患者に尽くすことが仕事であり、その献身さが期待され、医師自身の生き甲斐として医療活動をしてきた感がある。医師自身の長時間勤務・過労死や自殺者が出るに及んで、労働基準監督署は、公的病院にも長時間労働について指導勧告を行った。医師自身の働き方、医師の働き方改革が真剣に検討される時代になって来たのである。

これまでは、病院は医師の長時間勤務によって維持されてきた。「医師の働き方改革検討委員会」の相澤好治委員長は、長時間勤務の改善は、病院長が「長時間労働是正に取り組む」と院内に宣言し、院長の宣言があって初めて改善が可能になると力説する。

最後に、今村聡副会長は、医師は一般労働者ではなく特別な職種であることを国に認識させ、プロフェッショナルオートノミー（専門職自律規範）のもとに、日医がリーダーシップをとって国に「医師の働き方改革」について提言したいと締めくくった。

今度の産業保健担当理事協議会は、日本医師会が知識労働者としての「医師の働き方改革」を問題提起した感慨深い思いの会議であった。

ご注意を！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

1. 【金銭交渉について】

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

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

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

2. 【日医医賠償保険の免責について】

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

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

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

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖縄県医師会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

平成 29 年度 治験推進地域連絡会議



副会長 宮里 善次

去る平成 30 年 3 月 17 日（土）に日本医師会館において開催された標題会議について下記のとおり報告する。

がん患者の立場からの臨床試験への期待

一般社団法人全国がん患者団体連合会の天野慎介理事長より、概ね以下のとおり講演が行われた。

私の経験に基づき講演させていただく。

がん患者は、病名告知や再発、病状進行等により大きなストレスがかかる。そこから徐々に通常反応に戻っていくが、戻らずに適応障害やうつ状態等になる方もいる。皆様に分かっていたいただきたいのは、臨床試験への参加を説明された患者等は、強い精神的な苦痛やストレスを抱えながら判断をしている為、合理的な判断が出来ない時があるということである。

一般的な化学療法による副作用がある。私自身、脱毛は大したことないと考えていた。しかし、実際に髪が抜けスタッフに伝えると、コロコロ（掃除道具）で取っておいて下さいと言われ、自分自身で髪をコロコロで取っている時は、凄く悲しい思いをしたのを覚えている。

私自身が致命的な状況になった時、主治医とはしっかりとコミュニケーションを取っており、副作用のリスクの説明も受けていた為、残された家族には申し訳ないが、自分が死んでもやむを得ないという考えであった。ただし、仮に副作用のリスク説明がなく、急に致命的な事になっていた場合は、そのような気持ちを持つたかは疑問である。副作用は様々なものであり得ることであり、稀なものも含めると全てを説明する訳ではないが、患者さんとして最後に重要なのは納得できているのかということに

尽きると考える。人は死亡率 100% であり、必ず誰しも死に至る。このような中で、一日も長く生きたいという方がほとんどであると思うが、一方で、最後になった時に納得できているかということは非常に重要であり、患者への説明は、いかなる場合においても非常に重要ということを感じた。

がんにおいて痛みのスクリーニングが重要とされている。医療者の方々が患者さんに対し定期的に聞き取りを行うことで身体的な苦痛、時には精神的な苦痛を拾い上げることがされている。

例えばがんの患者からすると自分の痛みを訴えるということは、時に治療が終わるのではないかという苦痛、不安を感じ、自分がしんどいことを言えなかつたりする。痛みが強いことを医療者に言うと、治療を中断もしくは続けられないかもしれないことを言われる。それは時に患者にとって死に等しい宣告になる。そうすると患者は痛みを訴えなくなる。痛みを取ることが治療の中心になるということではないが、未だ緩和ケアに対する苦痛が様々あり、医療者にとって多職種が関わっているということが常識であっても、患者にとっては常識でないので、そのようなことはしっかりと伝えていただきたいと考える。

がんや他の疾病等も関わらず、人間は様々な苦難を経験するが、それに対して当事者しか分からないということはあるが、それを理解しようと努めることは可能であると考え。このような経験者の話として当事者の支えも必要であるが、一方で精神的な苦痛の軽減は、専門の医療者によっても成し得ることであり、共に重要であると考え。

2016年に成立した改正がん対策基本法において患者団体が要望したことは、第19条2項「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする。」である。

患者参画ということがあるが、臨床試験に被験者として参加することに加え、研究を計画し評価する場に患者として参加することや研究を患者や市民が理解し支援することも行われている。

がん登録法が成立した際に、個人情報保護の観点から様々な課題が指摘されたが、国会で小児がん経験者の方が次のように発言された。「自分たち小児がん経験者が感じた痛みや苦しみをこれから続く患者さんたちが経験しなくて済むのであれば、是非自分たちのデータを活用して下さい。」

このように発言されたことが議員の方々を動かし、がん登録法の推進に繋がっている。是非一人でも多くの患者さんに必要な治療、研究の成果が行き届くよう皆様のご尽力をお願いしたい。

今後の臨床研究・治験活性化に関する取組みについて

国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 臨床研究・治験基盤事業部 臨床研究課の川口貴史氏より、概ね以下のとおり説明があった。

日本再興戦略、健康医療推進戦略法を背景に、医療分野の研究開発及びその環境整備の実施・助成について中核的な役割を担う機関として、平成27年4月1日に日本医療研究開発機構 (AMED) が設立した。

AMEDは、国の医療分野の研究費を集約して、基礎から実用化まで切れ目のない研究支援を実施している。関連する研究開発事業を5つの「横断型」と4つの「疾患領域対応型」の統合プロジェクト等にまとめ、連携させて推進している。

AMEDにおける研究費の流れであるが、健

康・医療戦略推進本部から、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、総務省に予算が配分され、そこから補助金という形でAMEDに予算が下りてくる。AMEDから研究を公募し、研究者からの提案を受け付け、それを採択して研究費を配分するということが基本的な流れである。

臨床研究・治験の環境整備に向けた取り組みとして、革新的医療技術創出拠点プロジェクトを実施している。本事業は、大学等の基礎研究成果を一貫して実用化につなぐ体制を構築するため、橋渡し研究支援拠点と臨床研究中核病院等の一体化を進め、また、人材確保・育成を含めた拠点機能の強化、ネットワーク化、シーズの拡大等をさらに推進している。さらに、ICH-GCP準拠の質の高い臨床研究や治験を実施するとともにARO機能を活用して多施設共同研究の支援を行うなどの体制の整備を進めている。

2020年までに、医師主導治験届出数 年間40件、FIH試験（企業試験含む）年間40件を達成目標としている。平成29年度は、新規予算事業等におけるサポート体制の見直しと再構築を行っており、橋渡し研究戦略的推進プログラム、臨床研究中核病院関連事業、中央治験審査委員会・中央倫理審査委員会基盤整備事業を実施している。

平成30年度予算案として、1,266億円を計上している。

予算案のポイントは、1. 横断型統合プロジェクトとして、①オールジャパンでの医薬品創出プロジェクト、②オールジャパンでの医療機器開発プロジェクト、③革新的医療技術創出拠点プロジェクト、④再生医療実現プロジェクト、⑤疾病克服に向けたゲノム医療実現プロジェクトとなっており、2. 疾患領域対応型統合プロジェクトとしては、⑥ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト、⑦脳とこころの健康大国実現プロジェクト、⑧新興・再興感染症制御プロジェクト、⑨難病克服プロジェクトとなっている。

AMED としては幅広く事業を展開しており、興味があるものがあれば、ホームページをご確認いただき、各担当へお問い合わせいただきたく考えている。

臨床研究法を知る

厚生労働省医政局研究開発振興課の中濱洋子氏より、概ね以下のとおり説明があった。

4月1日から施行されることになっている臨床研究法について説明する。

臨床研究法は、臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めることにより、臨床研究の対象者をはじめとする国民の臨床研究に対する信頼の確保を図ることを通じてその実施を推進し、もって保健衛生の向上に寄与することを目的としている。

臨床研究法の内容は次のとおり。

1. 臨床研究の実施に関する手続

(1) 特定臨床研究の実施に係る措置

①以下の特定臨床研究を実施する者に対して、モニタリング、監査の実施、利益相反の管理等の実施基準の遵守及びインフォームド・コンセントの取得、個人情報の保護、記録の保存等を義務付け。

※特定臨床研究とは

- ・ 薬機法における未承認・適応外の医薬品等の臨床研究
- ・ 製薬企業等から資金提供を受けて実施される当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究

②特定臨床研究を実施する者に対して、実施計画による実施の適否等について、厚生労働大臣の認定を受けた認定臨床研究審査委員会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に提出することを義務付け。

③特定臨床研究以外の臨床研究を実施する者に対して、①の実施基準等の遵守及び②の認定臨床研究審査委員会への意見聴取に努めることを義務付け。

(2) 重篤な疾病等が発生した場合の報告

特定臨床研究を実施する者に対して、特定臨床研究に起因すると疑われる疾病等が発生した場合、認定臨床研究審査委員会に報告して意見を聴くとともに、厚生労働大臣にも報告することを義務付け。

(3) 実施基準違反に対する指導・監督

①厚生労働大臣は改善命令を行い、これに従わない場合には特定臨床研究の停止等を命じることができる

②厚生労働大臣は、保健衛生上の危害の発生・拡大防止のために必要な場合には、改善命令を経ることなく特定臨床研究の停止等を命じることができる。

2. 製薬企業等の講ずべき措置

①製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に対して資金を提供する際の契約の締結を義務付け。

②製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に関する資金提供の情報等（※詳細は厚生労働省令で規定）の公表を義務付け。

法制度による見直しの考え方（ポイント）については次のとおり。

製薬企業等から不透明な資金提供があったことや資金提供の公表が自主開示であったことで透明性が確保されていなかったが、臨床研究に関する資金提供について、契約の締結や公表を義務付けた。

研究者や実施医療機関の中で、利益相反管理が不十分であることや記録が廃棄されていたとの背景からデータ改ざんが行われていたが、モニタリングや利益相反管理等に関する実施基準の遵守、記録の保存を義務付けた。

倫理審査委員会において、研究不正に対する歯止めにならなかったが、認定臨床研究審査委員会として、委員構成等について厚生労働大臣の認定を受けた審査委員会が実施計画や有害事象対応を審査することとした。

厚生労働省の行政指導に強制力がなかったが、法律に基づく調査権限・監視指導を設けた。

ICH-E6 (R2) について 一日本の臨床試験実施体制に与える影響一

日本製薬工業協会医薬品評価委員会臨床評価部会の松下敏氏より、概ね以下のとおり説明があった。

ICH (医薬品規制調和国際会議) は、新医薬品を時宜に即し、また継続的に患者が利用できるようにすること、ヒトにおける不必要な臨床試験の重複を避けること、安全性、有効性及び品質の高い医薬品が効率的に開発、登録及び製造されること、及び安全性及び有効性が損なわれることなく動物試験が軽減されることに資する技術的要件における国際調和を促進することで公衆衛生を促進することを目的に発足している。

ICH では、医薬品の品質・有効性・安全性の各分野のトピックごとに、各メンバーを代表する専門家が専門家作業部会で協議し、ガイドライン (科学的・倫理的に適切と考えられる指針) の作成等を行っている。策定プロセスは以下のとおり。

ステップ1	新しい調和ガイドラインを作成する提案が新しいトピックとして総会により承認を受けると、専門家作業部会が設置されます。専門家作業部会では協議を重ねて技術ドキュメント(ガイドライン案のベース)を作成します。
ステップ2	ステップ2a: 技術ドキュメントの確認 ステップ1の技術ドキュメントが総会で承認されるとステップ2aとなります。 ステップ2b: ガイドライン案の採択 ステップ2aの技術ドキュメントをベースにしたガイドライン案が総会の規制当局代表者により承認されるとステップ2bとなります。
ステップ3	ICHの各地域・国の規制当局(日本では厚生労働省)からガイドライン案が公表され、公に意見が求められます。寄せられた意見に基づいて専門家作業部会で協議が行われ、ガイドライン案が修正されます。
ステップ4	ガイドライン案が総会の規制当局代表者によって最終的に合意、採択されるとステップ4となります。
ステップ5	ICHの各地域・国の規制当局において、それぞれの手続きにしたがってガイドラインが実施されます。 日本では、厚生労働省医薬・生活衛生局から通知されます。

臨床の開発環境の変化として、開発拠点・規模の拡大とコストの増加、品質に関する考え方の変化 (新たな概念)、技術革新 (特に IT 発展による電磁的記録の活用)、業務分担の細分化・複雑化 (組織内、外部委託) 等がある。

主な変更点としては、効率化の必要性として、品質マネジメントに係る考え方 (特にリスクベースアプローチ) の整理やモニタリングに係る

考え方 (リスクベースモニタリング、中央モニタリング等) の整理があり、技術革新・複雑化への対応として、既存概念 (電子システム・原資料、必須文書管理、委託業務の監督責任等) における要件の明確化である。

治験のみを実施する医療機関の方々に影響は大きくないが、医師主導治験等各種の臨床試験を実施するには非常に影響が大きいと考える。

統一書式の改訂と医療機器・再生医療等製品の有害事象・不具合発生報告方法の整理

関西医薬品協会治験推進研究会 /JCR フェーマ株式会社開発本部開発業務部の川崎俊一部長より、概ね以下のとおり説明があった。

統一書式は、平成 19 年に治験等の効率的な実施を目的に作成されている。一部の医療機関のみが必要とする事項を不要とし、簡素化と統一化を趣旨に作られている。これまで GCP の改訂等も踏まえ、統一書式も改訂している状況である。

今回の改訂作業を行うにあたり、事前会議において概ね次の検討課題が上がった。

- 再生医療等製品に用いる統一書式がないこと。
- 医療機器治験において、PMDA への報告内容に対し不足事項が多いことや被験者に何か起きた場合の記載欄が医薬品に比べて少ないこと。
- 書式 12 「重篤な有害事象に関する報告書」因果関係の表現、書式 13・15 の報告範囲は正しいのか、書式 2 「治験分担医師・治験協力者リスト」がグローバル試験に対応できないこと。

検討会での議論の結果、次のように統一書式を改訂したいと考えている。

- 再生医療等製品の治験に使用できる書式にする。(全書式に区分を追加)
- 書式 12 重篤な有害事象に関する報告書 (医薬品治験)

- ・ 詳細報告（現在の 12 - 2）を共通書式にするための改訂
- ・ 因果関係の表記の改訂
- 書式 14 重篤な有害事象及び不具合に関する報告書（医療機器治験）
 - ・ 全面見直し
- 書式 19 重篤な有害事象及び不具合に関する報告書（再生医療等製品治験）
 - ・ 書式 14 の改訂を参照に新設
- 製造販売後臨床試験の有害事象報告書を重篤な有害事象のみに対応する内容の見直し

- ・ 書式 13：医薬品
- ・ 書式 15：医療機器
- ・ 書式 20：再生医療等製品（新設）

今後の改訂発出までの流れは、各団体に照会している改訂案に対する意見を評価、必要があれば改訂再検討を行い、再度厚生労働省に確認し、発出となる。

SOP 改訂の準備をお願いするとともに、統一書式について、正しい知識と使い方をお願いしたい。

印象記

副会長 宮里 善次

平成 30 年 3 月 17 日に日本医師会館で「平成 29 年度 治験推進地域連絡会議」が開催された。最初ががん患者の立場から「臨床検査への期待」が語られた。100 人の患者さんがいれば 100 人の異なった意見があると思われるが、少なくとも発表者の意見は全患者さんの最大公約数な気持ちを述べられていると感じる。非常にデリケートな問題なので個人的な感想は控えたい。ストレートに本文を参照して頂きたい。

日本医療研究開発機構（AMED）は関係省庁から降りてきた補助金を公募で採択された研究に対して研究費配分を行っている。基本的に基礎から実用化までの切れ目のない研究支援を実施しており、現在は大学の基礎研究と臨床研究中核病院の橋渡し事業を推進するかたちで 4 つの横断型統合プロジェクトと 5 つの疾患領域対応型統合プロジェクトを展開している。AMED のプロジェクト予算は 1266 億円を計上していると言う事だが、個人的には第三次産業の医療分野からこうした第一次産業を産み出す研究分野にもっと投資をすべきではないかという印象を受けた。

厚労省から「臨床研究を知る」と言うタイトルで実務的な手続きの講演があったが、本文を参照して頂きたい。

最後に関西医薬品協会治験推進研究会から統一書式の改訂等について話があった。

治験には薬品のみならず、生物製剤や再生医療等製品、あるいは医療器具なども含まれる。今回統一書式の改訂作業を行うにあたり、医療機器治験において PMDA への報告内容に対し不足事項が多いことや被験者に何か起きた場合の記載欄が医薬品治験に比べて少ないこと等が指摘されていることや、再生医療等製品に用いる統一書式がないこと等が上げられた。今後の改訂発出までの流れは、各団体に照会している改訂案に対する意見を評価、必要があれば改訂再検討を行い、再度厚生労働省に確認し発出となる。そのため、SOP 改訂の準備をお願いするとともに、統一書式について、正しい知識と使い方をお願いしたいと締めくくられた。

今回の講演は大学や大病院、あるいは大手の製薬会社などに関わるような内容が多く、かかりつけ医目線でみると“遠い出来事”を聞いている印象を受けた。ひるがえって、現在沖縄県で行われている治験事業をみると、ほとんどが病院単位で行われている。

しかしながら疾患別の治験事業であれば、クリニック単位でも可能である。沖縄県医師会としてはなるべく多くの会員の先生方に参加して頂けるように、個人では接触しにくい治験依頼者等の紹介を行っていきたいと考えている。また、必要な情報を説明会等で紹介しながら、参加しやすい環境を整えていきたいと考えている。出来るだけ早い時期に実施したい。

第 141 回日本医師会臨時代議員会



常任理事 稲田 隆司



平成 30 年 3 月 25 日（日）、日本医師会館において標記代議員会が開催されたので、その概要を報告する。

定刻になり加藤議長から開会、挨拶が述べられた後、受付された出席代議員の確認が行われ、定数 363 名中、出席 356 名、欠席 7 名、欠員 4 名で過半数以上の出席により、会の成立が確認された。その後引き続き、加藤議長より議事録署名人として、議席番号 112 番 上田博代議員（石川県）、議席番号 309 番 富田雄二代議員（宮崎県）が指名され、代議員会議事運営委員 8 名の紹介があり、議事が進行された。

横倉義武会長挨拶

第 141 回日本医師会臨時代議員会にご出席をいただき、誠にありがとうございます。また、日頃より日本医師会の会務運営に特段のご理解とご支援をいただいておりますことに対し、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。

本日の臨時代議員会では、来年度事業計画及び予算の報告、並びに、1 件の議案を上程しております。真重にご審議の上、なにとぞご承認賜りますよう、お願い申し上げます。

さて、本代議員会の開催に当たり、若干の所感を申し上げたいと存じます。

今から 150 年前、我が国は明治維新を迎え、近代国家としての歩みを開始しました。その後、大正 9 年に初めて行われた国勢調査によると、当時の我が国の平均寿命は、男性で約 42 歳、女性は約 43 歳でありました。それからおよそ一世紀の歳月を経て、我が国の平均寿命は約 2 倍にまで伸びております。そして、これからはいよいよ人生 100 年時代を迎えます。こうした超長寿社会において、国民が生涯に亘り健やかでいきいきと活躍し続ける社会を実現していくためには、持続可能な社会保障制度を確立していかなければなりません。それには、地域の実情と医療現場を踏まえた、実効性のある医療

政策が不可欠であり、その取りまとめと提言が行えるのは、我々医師会において他に有りません。ご案内の通り、平成30年度診療報酬改定では、かかりつけ医機能のさらなる評価が行われました。そもそも「かかりつけ医」とは、今から20年以上前、当時の村瀬敏郎会長が就任にあたり、「医療の基本は“かかりつけ医”でなくてはならない」として、この代議員会の場で提唱したものです。

以来、日本医師会はその考えの下、国民医療の推進に向けた諸施策に取り組んでまいりました。また、国民や政府間でも広く定着するように、かかりつけ医を医療的機能と社会的機能とを併せ持つものと定義し、その周知に努めました。そして現在、世界に先駆け超高齢社会を迎えたなかで、かかりつけ医が地域包括ケアシステムの要としての役割を担うことが期待されています。先に触れました来年度診療報酬改定での評価は、その証です。これにいかにして応えていくか。かかりつけ医を提唱し、国民に寄り添う医療を提供し続けてきた、我々医師会員の真価が問われています。重要な視点は、家やまち、医療、介護、仕事、経済などを総合的に考えるなかで、いかに地域住民お一人おひとりが持つ、家族や地域、社会との「つながり」を大切にしていけるかです。すでに、我々の先達は半世紀以上も前に、「つながり」をシステムにまで高め実現させています。それが国民皆保険制度です。この国民の連帯と信頼に基づく制度により、我が国は世界最高水準の平均寿命を達成いたしました。しかし、その後の社会環境・人口構造の変化による地域医療への影響と増大する医療費が、国民生活に安定と安心を約束するこの制度の根底を脅かしています。世界に冠たる国民皆保険を次世代に引き継いでいくためにも、我々医療者側が、地域医療の継続・強化に向けた取り組みをリードし、社会保障制度の安定性と持続可能性を高めていかなければなりません。それには、いつでも、どこでも、誰もが、安全で質の高い医療を受けられるという我が国

の医療体制を、再整備・再点検していくことが重要です。ご承知の通り、本年4月より新たな医療計画と介護保険事業（支援）計画が動き出します。また、政府は今国会に医療法及び医師法の一部を改正する法案を提出いたしました。法案が成立すれば、医療計画における医師確保計画の策定や、地域医療対策協議会の機能強化等を通じて、地域間での医師偏在の解消と、地域における医療提供体制の確保につながることを期待されます。注意しなければならないことは、こうした仕組みを行政主導ではなく、地域医療を担い、地域の実情を知る、我々医師自らの手によって推進していくことです。このたびの法案は、そうした本会の考えを反映したものとなっておりますので、都道府県医師会や郡市区等医師会が行政のカウンターパートとして、その役割を十分に果たせるよう、今後も様々な形で支援してまいります。一方、国民医療の担い手である医師自らが、その働き方を考え、変えていく時期にきています。政府は、働き方改革を一億総活躍社会実現に向けた最大のチャレンジと位置づけましたが、医師においては、医療界の参加の下に検討の場を設け、規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとしております。この議論の要諦は、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」とを、いかに両立させるかです。現在、会内の委員会で鋭意検討を行い、医師の専門職能団体としての意見を、4月中を目途に取りまとめるところであります。これを議論の素地として、今後はあらゆる立場の医師と継続的な意見交換を行うなかで、医療界の総意としての意見を集約し、厚生労働省の検討会等に提示してまいります。医師の働き方改革により医療界全体の勤務環境が改善されれば、医療の質や医療安全の面からも有益です。折しも4月から、専門医機構による新たな専門医の仕組みが開始されます。そもそもなぜ、専門医の仕組みを見直すことになったのか。それは、医療の質の担保において、国民の信頼に十分に答えら

れていないのではないかという反省にありました。この点を忘れることなく、国民の信頼に応えられる仕組みを確立し、より効果的で質の高い医療を、国民に提供していかなければなりません。昨年4月に開始予定だった新たな専門医の仕組みが延期された最大の要因は、医師の地域偏在助長に対する懸念でした。専門医制度について本日多くの質問が寄せられています。さまざまなご批判がありますが、この1年間の延期により生じた、専門研修を目指す医師たちの不安を解消するためにも、日本専門医機構への支援を通じて、改善すべき点は医学界・医療界が協調しながら改善し、引き続き、地域医療への影響に配慮した、適切な運用を目指してまいります。医療安全の見地からは、今後、患者の個人情報を守るかという点が、これまで以上に重要となります。来年度診療報酬改定では、新たにオンライン診療料が設けられましたが、医療におけるAIやICTの活用は、今後、一層進んでいくものと予想されます。これにより、地域医療の効率化や医師の負担軽減が期待される一方、情報漏えいに対するリスクが増していきます。日本医師会は、高度なセキュリティが確保された「医療等分野専用ネットワーク」の構築に向けた活動を通じて、医療分野におけるICT化に向けた取り組みの深化と、その安全性に対する責務を果たしてまいります。また、2020年の東京オリンピック・パラリンピック大会に向け、サイバー攻撃に対する動きも活発化しております。そのため、医療分野でのサイバーセキュリティ情報を事業者間で共有・分析するための組織である「医療セプター」の事務局機能を担い、電力や金融など他の重要インフラとともに、情報セキュリティ対策を推進してまいります。こうしたAIやICTの長足の進歩をはじめ、昨今の新たに開発される高額医薬品や医療機器等に代表される医学・医療の進歩と、それを支える医療保険財政をどう両立していくかは、大変大きな課題です。高度の医療を必要とする場合にも負担できる範囲で医学の進歩を

享受できる事は不可欠です。これまでも、増大する社会保障費の過度の伸びの抑制に向けて、医療側の努力や、経済界、自治体等と連携した日本健康会議での取り組みなどにより、持続可能な国民皆保険の維持継続に努めています。このような取り組みを継続する一方、超高齢社会を迎えたなか、今後はさらなる「予防・健康づくり」に力点を置くことで、健康寿命の延伸に努めなければなりません。これにより、国民だれもが健やかに生活し、老いることのできる生涯現役社会を目指してまいります。また、その結果として、医療費・介護費の伸びが抑制されるとともに、税収増による社会保障財源の確保なども期待されます。先般、閣議決定されました政府の高齢社会対策大綱でも、生涯にわたる健康づくりの推進が提言されております。こうしたなかで、日本医師会の予防・健康づくりに取り組む姿勢を、国民の皆さん、政界、経済界にも示していくことが重要です。さらに、ゲノム解析も進んでおり、がんゲノムなど、ゲノム情報に基づく予防を実践することも、今後必要になってまいります。そのため、本年4月より、予防・健康部門を一体的に取り組む部署を再編・設置いたします。そこを新たな窓口として、政府の健康・医療戦略推進本部等と連携しながら、効果的な予防や健康管理の充実を目指してまいります。同時に、財政主導で社会保障費の伸びが過度に抑制されないよう、強く主張していくことも重要です。予防・健康づくりに向けた取り組みの実践にあたっては、地域住民お一人おひとりを取りまく地域、社会との「つながり」をもって、一体的に推進していくことが効果的です。振り返ってみますと、戦後の混乱期から、母子保健や公衆衛生活動を担ってきたのはかかりつけ医です。そして、今またキュアからケアへと保健医療が変わるなかで、医療と公衆衛生の両方を、かかりつけ医がより積極的に担う時代が到来したと言えます。それを制度として実践していくものが、地域包括ケアシステムです。これにより、かかりつけ医を中心とした予防・

健康づくりに一体的に取り組み、健康寿命の一層の延伸を図るなかで、真の健康長寿社会を実現することができると確信いたします。また、超高齢社会を迎えた我が国においては、これまで以上に終末期医療におけるかかりつけ医の役割が重要になります。なかでも、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の本人の意思決定支援を通じて、国民と医師とが改めて尊厳ある生と死について考え、本人の意思を尊重した医療及びケアが実現されるよう努めていく必要があります。その一助として、ACPの考え方を分かりやすく解説したパンフレットを作成し、この春、全会員に配付するとともに、ホームページにも掲載いたします。この他、こうしたかかりつけ医に期待される機能を高めていくため、現在、都道府県医師会のご協力の下、かかりつけ医機能研修制度に基づく研修会を開催し、毎年、おおよそ1万人の方に受講いただいております。今後も地域住民から求められるかかりつけ医機能のさらなる拡充に努めるとともに、より多くの国民に対し、かかりつけ医を持つよう広く呼びかけてまいります。超高齢社会を迎えた我が国の経験は、高齢化の進展が世界的課題である今、大変大きな価値を持つこととなります。この価値をより高めながら、世界に広めていくことが、我が国にしかできない、これからの国際貢献の形です。我が国では、真に国民に必要な医療政策を、医師会が立法府や行政と論じ合い、その展開に協力してきた歴史があります。また、専門職としての能力と倫理の水準を、医師会が維持し高めることで、国民の医療に対する信頼に应运じてきました。これにより、医師は、高度なプロフェッショナル・オートノミーを、社会から許容されてきたのです。そのため、これからも医師会が、医師を代表する立場の責務と、医師の自己規律を徹底させる責務の双方を担い果たしていく。その中で、地域の医師会が、医師の地域における社会的活動を支えるプラットフォームとなり、そこで集約された意見を日本医師会が政策にまで昇

華し、政府につなげていく。その結果、社会保障制度の安定性や持続可能性の向上に寄与していくことが、医師会の歩むべき道であると信じます。会員お一人おひとりの活動と声こそが、医師会活動の源泉です。それらを丁寧にくみ取りながら、世界中の人々の幸福に寄与していくという大きな考えに立って、国民皆保険制度とかかりつけ医を中心とする医療提供体制が一体となった、我が国の保健医療システムをより高次なものにしてまいります。そしてその成果として「医療は社会的共通資本」であることを、世界医師会長たる私の職責において、世界中に発信していきます。医療の力で日本を、世界を支え続けていきたいとの気持ちをより強め、代議員、会員の皆様のご支援を頂き、来期も会務を担い続けていきたいとの思いを強くしています。代議員をはじめ、会員の皆様方におかれましては、なにとぞこの思いを共有いただくなかで、絶大なるご支援を今後とも賜りますよう、お願いをいたしまして、私からの挨拶の言葉とさせていただきます。

報 告

平成 30 年度日本医師会事業計画及び予算の件

・平成 30 年度日本医師会事業計画

中川副会長より、定款第 65 条第 2 項に基づき去る 2 月 20 日開催の第 11 回理事会において承認された事業計画の内容として、各種会内委員会等からの提言の積極的活用と、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の研究体制の充実強化をはじめ、当面する 19 の重点課題について資料に基づき報告された。

・平成 30 年度日本医師会予算

今村副会長から資料に基づいて報告があった。本予算については平成 30 年度事業計画に基づき編成し、平成 30 年 2 月 20 日開催の理事会において協議・承認されている。

最初に平成 16 年公益法人会計基準による内部管理資料による予算書で説明が行われ、引き

続き、平成 20 年公益法人会計基準による収支予算書について説明があった。

公益目的事業の内、医師年金は認可特定保険業として会計区分するよう規定されており、従来と変わらず独立した運営となるため、公益目的業会計の中で区分をして表示している。

また、財務委員会の橋本省委員長より 1 月 19 日に開催した財務委員会にて、平成 30 年度事業計画並びに予算の素案について審査を行った旨の報告があった。

引き続き、加藤議長から、議席番号 248 吉本正博代議員（山口県）の財務委員辞任に伴い、1 名の欠員になっていることから、代議員議事規則第 38 条により、議席番号 229 番 山崎一成代議員（島根県）が新たに指名された。

議 事

第 1 号議案 平成 29 年度日本医師会会費減免申請の件

今村副会長より提案理由の説明があり、高齢による減免件数 10,988 名、407,445,000 円、疾病その他による減免 572 名、28,513,000 円、出産育児による減免 86 名、2,559,000 円、研修医に対する減免件数 4,179 名、23,864,000 円、全体では 15,825 名、462,381,000 円の会費減免となる。

以上の説明の後、賛成挙手多数により原案どおり承認された。

続いて各ブロックからの代表・個人質問が行われた。執行部に対する各ブロックからの質問は、代表 8 題、個人 14 題であった。

代表質問

◆「医師の働き方改革について」

①厚労省、労働基準監督署への日医の積極的な働きかけが求められ、今村副会長より概ね次のとおり回答があった。

医師の献身的な働きにより地域医療は守ら

れてきた。通常の労働者と全く性格が異なっているにも関わらず、医師が労働基準法で普通の労働者と同じ扱いであったことが問題である。今回、厚生労働省内に医師の働き方の検討の場が、医師に限って唯一、別途設けられるに至ったのは、医師の特殊性を国が認めたからに他ならない。

医師の働き方は、働く現場によって、例えば地域や診療科など一律ではない。研鑽のため、また地域医療のために働きたいと考えている医師がきちんと働ける仕組みが重要である。ただし、いかなる状態で働くとしても医師の健康を守るという労働衛生の視点は欠かせない。医師の健康を本人任せとせず、産業保健の仕組みでしっかり管理することが不可欠である。

日医からは厚労省に、労働基準監督署に対して抑制的な対応を要請している。日医も厚労省に申し入れを続けるが、都道府県医師会においても、都道府県労働局との話し合いを進めていきたい。

昨年 6 月に設置された日医の「医師の働き方検討委員会」の答申が今般、まとまることを受け、医療界の意見を取りまとめ、国の検討会に議論のたたき台を発信することを目的とした日医主催の会議を設置した。日医がリーダーシップを取って、医師の働き方の方向性をまとめていきたいと考えている。

②国民に対する医療現場の実情を踏まえた積極的かつ建設的提言について質問があり、今村副会長から次のとおり回答があった。

労働基準監督署の病院への対応について、日医としては労働基準監督行政の立場があることは一定程度理解しつつ、救急医療や周産期医療をはじめとした地域医療の崩壊を招かないような監督行政の在り方を厚生労働省に繰り返し働きかけている。

地域医療を守るためには医療提供者の努力だけでは解決できない。患者・国民の医療の適切な利用を理解してもらうために、国をはじめ各

自治体等が啓発活動に積極的に取り組み、医療機関も様々な工夫を行うことにより、住民の理解が得られ、医師の長時間労働の是正にも寄与すると考える。

日医の「医師の働き方検討委員会」の答申でも、国民に対する医療現場への理解が言及されている。答申を基に日医主導の下、会議体を設置して医療界の意見を取りまとめ、国に積極的に働き掛けていきたい。

◆「訪日外国人対応医療～いま医師会にもとめられること～」

訪日外国人対応医療の整備について日医の見解が求められ、横倉会長より次のとおり回答があった。

国や地方自治体も方策を講じているが、省庁間・部門間の整合は取れていない。外国人対応医療について、課題として、医療通訳を含めた言葉の問題、診療費にかかる課題、感染症の問題、在留外国人を含めた医療上の課題、医療保険の課題があげられる。一旦、医療上の問題が発生した時にどの様に解決するか、裁判管轄をどこで行うか等、法的整備を含め問題が山積している。医療費の問題では、旅行保険に加入していても、給付条件の違いや外国の会社との交渉が課題である。

個々の医療現場の努力に依存するのではなく、国や自治体が主導して一体的に対応しなければならない。最新の外国人患者の数、医療費やトラブルなどの全国の実態把握を行うとともに、法的整備の必要性について判断材料の収集も必要である。

こうした状況を踏まえ、沖縄県に現地調査をされた自見はなこ議員が事務局長を務め、自民党に「外国人観光客に対する医療プロジェクトチーム」が立ち上がった。政府も、自民党に対応して、省庁横断的に取り組むため、内閣官房健康・医療戦略推進本部にワーキンググループが設置されることになり、日医からも役員を派遣する。日本医師会においても、来年度の早い時期に対策会議を設置し、課題や方策を総合的に

議論し、日医の対策に取り上げるとともに、国へも要請を行っていく。

◆「新専門医制度について」

①地方への配慮について、また地域偏在、診療科偏在を改善するための追加の仕組みについて質問があり、松原副会長より次のとおり回答があった。

日医は再三にわたり日本専門医機構に対して、偏在の助長回避を含む地域医療への配慮について要請してきた。日本専門医機構が平成28年6月、新体制へ移行した後、同年11月に、新整備指針に盛り込むべき事項として、都道府県ごとに大学病院以外の医療機関も含め複数の基幹施設が認定されることを原則とすること、従来の学会認定制度において専門医を養成していた医療機関が専攻医の受入れを希望する場合は連携施設となれること等、7つの項目を要望した。

これらの項目の趣旨は最終的に新整備指針や運用細則にも反映されたが、実際の運用では必ずしも十分な対応が取られず、平成29年4月に設置された厚生労働省「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において、整備指針内容の徹底などの意見が各構成員から示された。

このような状況を受け、同年8月には厚生労働大臣と日本専門医機構理事長が会談し、その際に大臣談話として、実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかなどの懸念が表明された。

日本専門医機構に各都道府県から寄せられた意見を含め、信頼される制度の確立のため、制度運営の方法、制度の個々の仕組みをあらためて見直すことが求められている。地域偏在、診療科偏在改善のための追加の仕組みについても、これらの検証を踏まえ、また専攻医の立場も考慮しながら、専門研修において対応可能な方策を早急に検討していく。

②新専門医制度と医師数の全国偏在、地域偏在について、また新専門医制度と将来に向けた診療科のバランスについて日医の見解が求められ、松原副会長より次のとおり回答があった。

日本専門医機構は専攻医登録に当たり、都市部への専攻医集中を回避するため、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5都府県にシーリングを適用した。また過去5年の専攻医採用実績が年間平均350人以上の内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科の8領域については、原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置くなど、地域偏在助長回避のための対応を取ってきた。しかし、国民の期待する医療の地域偏在改善を十分に行えていなかったという状況を真摯に受け止め、日本専門医機構が表明してきた、地域医療に十分に配慮した制度設計という基本理念に基づく更なる対応が求められていると認識している。

専門医制度による地域偏在への対応については、結果の分析を急ぐ必要があると考える。例えば、プログラムの認定方法、過去の採用実績の取り方、シーリングの設定方法など、具体的かつ多角的に検討し、次年度に向けた改善を図っていく。

加えて、各都道府県の協議に資するデータも、時間的に余裕を持って議論いただけるよう提供すべく、日本専門医機構の体制を整えることにも着手すべきだと認識している。

専門医養成度と将来に向けた診療科のバランスについては、都道府県ごとの人口動態、年齢構造、疾病構造の変化などを踏まえた対応が不可欠である。

専門医制度新整備指針には、「医師の地域偏在等を助長することがないように、地域医療に十分配慮した制度であること」が明記されており、この理念に沿って対応すべく努力していく。

個人質問

◆「生活保護法における医療要否意見書について」

「指定医療機関は、その診療中の患者及び保護の実施機関から法による保護につき、必要な証

明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない」とあるが、医療要否意見書の件数が最近特に増加しており大きな負担となっている現状においてその改善を図るよう求められたことに対し、松本常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

生活保護受給者数は平成29年12月現在、約212万人・約164万世帯である。平成27年3月をピークに減少に転じているが、高齢者が増えており、医療扶助の金額は増加傾向にある。生活保護における医療の給付は、最低限度の生活を保障するという生活保護制度の趣旨にかんがみ、医師の判断で真に医療が必要であると確認できる場合に、医療券を交付し、費用を給付する仕組みとなっている。医療の必要性を判断するための重要な資料が、指定医療機関からの「医療要否意見書」であり、これに基づき、医療扶助の要否、傷病状況、今後の治療見込みの確認が行われます。また、指定医療機関医療担当規程の第7条に「指定医療機関は、その診療中の患者および保護の実施機関から法による保護につき、必要な証明書または意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない」とされていることから、意見書発行の際に費用徴収はできない取扱いとなっている。指定医療機関による「医療要否意見書」は医療扶助において非情に思い位置づけのものであり、治療期間が短い患者だからといって、直ちに不要とすることは難しいと考えられる。一方で、地域医療に尽力いただいている現場の先生方におかれては、治療以外の部分にまで労力をかけていただいております。こうした事実があることは厚生労働省当局にも伝え、医療扶助に係る医師あるいは医療機関の負担全般の問題として、負担軽減に向けた対応を求めていると考えている。生活保護制度自体の運用について、見直すべきところは多くあり、現場からの意見をすい上げて、よりよきものに仕上げていく必要があるが、「医療要否意見書」が医師にしか書けないという重要性にかんがみ、ぜひともご協力頂きたい。

◆「基準病床数と必要病床数の整合性について」

保健医療計画の基準病床数と地域医療構想による必要病床数に開きがあることについて日本医師会の見解が求められ、釜薙常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

基準病床は「病床規制」と言われているが、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こととされている。これに対し、地域医療構想の病床の必要量の目的は、地域の病床機能の分化・連携を推進し、地域に不足する病床機能を手当することであって、病床削減や病床規制が目的ではない。現在の基準病床数と、将来の病床の必要量は、制度の目的、推計の方法ともに異なる別のものである。

栃木県の第7次医療計画では、病床の必要量が、基準病床数を1,890床上回るとのことだが、まず、病床の必要量は構想区域ごとで考えるものではない。4つの機能ごとの病床の必要量を単純に合計することも適切ではない。そうしたことを前提とした上で、県内の構想区域には、病床の必要量が基準病床数を上回っているケースがあると思われるが、2つのパターンが想定される。一つ目は、既存病床数が基準病床数を下回る非過剰地域である場合、二つ目は逆に上回る過剰地域である場合である。非過剰地域の場合は、新設や増床が可能となる。しかし、それでは、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が新規参入してくることも懸念されてくる。そのようなことがないよう、地域の医療機関に配慮した慎重な対応が必要となるので、都道府県が適切な対応をするよう注視していかなければならない。過剰地域のパターンでは、基準病床数を毎年見直すほか、医療法上の特例措置を活用することができる。ただし、将来の高齢者人口のピークアウト、患者の流出入、交通機関の整備状況などの事情を考慮することが必要とされている。一方、有床診療

所については、本年4月より病床の特例が拡大される。地域医療構想調整会議、そして都道府県医療審議会での審議を経て、知事が認めれば、過剰地域であっても新設や増床が可能となる。繰り返しになるが、基準病床数と病床の必要量は異なるものである。その上で、これから人口変動や在宅移行が進み、かつ、入院ニーズが低下していくことを踏まえれば、いたずらに病床を増やすのではなく、地域に密着した中小病院や有床診療所の充実、それから在宅の基盤整備をしていく必要があると考えている。そのためには、郡市区医師会長に議長に就任いただいている地域医療構想調整会議が重要な役割を果たす。調整会議は、医療法上、大変大きな権限を持っている。公立病院、公的医療機関等と民間医療機関との役割分担も含め、病床機能の適切な分化と連携にご尽力をお願いする。

◆「受動喫煙対策、その先のたばこフリー社会を見せて、日本医師会の姿勢を伺う」

教育現場における喫煙教育、一般国民への啓発、社会環境の整備、医療現場でのさらなる禁煙防煙対策、たばこ関連団体への対応等、今後の日本医師会の姿勢と活動等について見解が求められ、道永常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

日本医師会は、「国民の健康を守る専門家集団」として、国民の健康を第一に考え、これまで一貫して、例外規定や特例を設けることのない受動喫煙の防止対策の強化・実現を訴えてきた。昨年5月には、会員の先生方をはじめ、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等のご協力のもと、署名活動を行い、その成果とともに8月10日に加藤厚生労働大臣に要望書を提出した。実質1か月間という短期間ながら、264万を超える多くの署名を集めることができたことについて、あらためて感謝申し上げますとともに、この成果は、なにより、国民の健康に対する関心の高さの現われであり、国民の声であると認識している。たばこは未成年者

の発育に大きな悪影響を与えることから、学校現場におけるたばこの有害性を教育することはとても重要なことである。特に若い女性自身の喫煙や受動喫煙は、将来的に不妊や低出生体重児などの様々な悪影響を与える。子どもたちの健やかな成長を社会全体で支えるためにも、学校教育を充実するとともに、地域や家庭における幅広い取り組みが必要である。喫煙防止対策の一つとして、たばこの値上げや増税は効果的な方法である。政府は段階的な増税を決定したが、海外に比べてまだ不十分であり、今後も引き続き政府に働きかけていく。また、国民への啓発としては、喫煙や受動喫煙の防止を理解するための資料としてリーフレット「あなたのため、そばにいる人のため、禁煙は愛」を作成した。こちらも広く活用していきたい。WHO（世界保健機関）は、1999年に医師は健康な生活のモデルとして喫煙すべきではなく、また患者の喫煙も黙認すべきではないことを提唱している。日本医師会では、たばこ対策に対して医師自らが範を示すことが重要であると認識しており、「日本医師会員の喫煙とその関連要因に関する調査」を実施している。2016年（平成28年）の5回目調査では、2000年の調査開始以降、男性医師、女性医師ともに喫煙率は調査回数を追うごとに低下し、医師の意識改革、患者さんの禁煙指導の推進が図られていると理解している。本年3月9日に閣議決定された健康増進法の一部を改正する法律案では、受動喫煙の防止の第一歩としては評価するが、例外規定も多く盛り込まれており、満足できる内容では無い。東京都医師会では、都の条例によって実効性のある受動喫煙防止対策が実施されるよう、署名活動を行う予定と伺っているが、東京都が先陣を切って、他の自治体に影響を与える条例が制定されることを期待している。たばこが健康に重大な影響を及ぼすことは、疑いようのない事実であり、国民の健康寿命の延伸のためにも、関係団体が連携し禁煙に向けた啓発活動を継続して行うことが重要である。医師会の果たす役割は非常に重要であることから、引き続きご協力をお願い申し上げます。

◆「医療事故調査制度の事故調査報告書について」

院内事故調査報告書が医療訴訟当の証拠として目的外使用されることについて、制度の趣旨に合う、非懲罰性、秘匿性、独立性を担保した「医療事故調査報告書のガイドライン若しくはマニュアル」などの作成を行う必要性について日医の見解が求められ、今村常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

本制度は開始から約2年半が経過し、いわゆる「センター調査」まで完了した案件が漸く数件出はじめているという状況の中、今後も新たな疑問や解決すべき課題が出てくるものと考えられ、本制度の完成度を高めていく作業は、今が正念場と思っている。代議員ご指摘のように、事故調査報告書が刑事捜査や民事訴訟に利用されるのではないかと懸念は、制度開始当初から指摘されていたところであるが、前回のご質問でもお答えしたとおり、残念ながら、現状ではこれを法的に止めることはできないと言わざるを得ない。そのため、現状でとりうる対応としては、事故調査報告書には必ず、「個人の責任追及を目的とした調査ではない」旨を明記するとともに、責任追及の証拠として安易に利用されうような表現を用いないよう、報告書の作成に際しては十分注意を払うことなどが考えられる。こうした課題については、去る3月7日に開催された、「都道府県医療事故調査等支援団体等連絡協議会合同協議会」においても、論点の一つとされ、その席上、日本医師会からは、本制度における医療事故調査は、診療行為の妥当性についての評価に走ることなく、死因と病態という「事実の解明を第一義とした調査に徹すべきであり、新年度においては、そうした事故調査を確実に担える人材を養成していくことを、研修事業の重要な目標とする旨をお話させていただいたところである。その人材育成の一環として、代議員ご指摘の2点目にあるようなマニュアル等の充実も優先的に取り組まなくてはならない課題と認識している。具体的には、たとえば、昨年度の医療機関向けセミナーで教材とした「研修ワークブック院内調査の進め方」について、今申し上げたように診療行

為の妥当性の評価に傾くことなく、事実の解明に主眼をおいた事故調査が重要であり、それを如何におこなうかに重点をおいた内容を盛り込むなど、ご指摘を踏まえた取り組みを進めて参りたいと考えている。なお、センター調査報告書は未だほんの数えるほどの事案で遺族に手渡されているという段階であるが、その中で、ご指摘の報道にあるような、センター調査報告書が基となって直接刑事捜査に発展したという事例は未だ起きていないとのことであり、医療事

故調査支援センターとしては、当該記事の訂正を申し入れているとのことである。いずれにしても、代議員ご指摘のような事態が今後現実のものとならないよう、制度の改善はもとより、まずは、責任追及ではなく事実の解明を第一とした報告書の作成をめざして、制度を成熟させて参りたいと考えている。

この他、「医師偏在」、「組織強化」、「地域医療構想と救急医療」等、活発な議論が交わされた。

印象記

常任理事 稲田 隆司

桜咲く東京で第141回日本医師会臨時代議員会が開催された。

印象に残った発言を列記してみる。

まず、横倉会長より「医療は社会的共通資本」であることを、世界医師会長として世界中に発信していく、その為に来期も務めていくとの出馬宣言があった。

中川副会長は事業計画の中で「国民皆保険がゆるがぬよう財源、各種施策を求め、この事が経済の好循環につながると訴えていく」と強調された。

医療が経済を引っ張っていくという認識は更に我々会員が日頃から世に訴えていく必要がある。

「働き方改革」をめぐる、今村副会長は、医師とは如何なる職業であるか、改めて問い直す良い機会、医師の健康を本人まかせにすることなく、産業保健の観点から考えていく、労働局と地域医療を守る為の話し合いをと呼びかけた。それに対して、東京の猪口代議員は労働基準法そのものが、本当に正しいのかという問いをと大きなテーマを投げかけた。考えてみれば、労働基準法の歴史や成立した背景について、私自身が知る事が少なく、これから県医師会で専門家を招き、勉強会も必要ではなからうか。

訪日外国人対応医療に対しても、活発な議論がなされ、自見はなこ議員の御尽力で自民党や内閣府にワーキンググループが出来る。日医としても役員を派遣するとの事であった。この問題は県医師会、特に城間理事の精力的な問題提起が1つの先駆けであった事をここに記しておきたい。

新専門医制度と医師の地域偏在について、松原副会長が全国データの集計に御尽力された。この問題は尚フォローし検討を加えていく必要がある。地方の医療を守る視点、医療崩壊をくいとめる施策の構築を願う。

他、中川副会長の、若手を一定期間（数カ月スパン）へき地医療に従事してもらおうという構想に対して、奈良の大澤代議員が子育ての終わったベテラン医師が行くという事も地域に有益であると述べ、各々に一考に値する提案であると感じられた。

最後に横倉会長の調剤薬局の増大、収益の増加に対して「調剤薬局を非営利法人に」という論は、インパクトがあり、今後説得力を増していく流れになるだろうと考えた。

現下の諸課題に対して日医がビビッドに反応している事が伝わってくる充実した代議員会であった。

九州医師会連合会 医療情報システム担当理事連絡協議会



理事 比嘉 靖



去る3月3日(土)、ホテルニューオータニ博多において開催された標記協議会について、以下のとおり報告する。

講演

「日本医師会の ICT 戦略と医療等分野専用ネットワーク構想」

日本医師会常任理事 石川広己先生

2018年の課題として、日本の医療ICTをリードするために、次世代医療ICT基盤協議会にて、「日医IT化宣言2016」の課題追求、医療・介護ビッグデータ利活用を医療側から提案、医療分野におけるAI、IoTの活用の推進について発言した。

「日医IT化宣言2016」の課題追求では、①HPKIの次の発展として、医師資格証としての普及していくこと、②医療等IDの実現として、研究用IDの先行、③医療・介護の専用ネットワーク構築として、厚労省と共に医療分野セブ

ターの実現に向けた安全・安心なクラウド環境の実現、④新たな医療・介護情報ビッグデータの構築として、難病・小児慢性特定疾患のDBの利活用等々の取り組みに向けて進めている。

なかでも、医療・介護情報連携の充実は必須であり、2025年に向けた医療介護総合確保法において、医療機関の役割分担(地域医療構想)の推進、住まいを中心とした地域包括ケアシステムの構築は車の両輪である。

日本医師会では、2016年8月に「日医IT化宣言2016」を公表した。宣言内容は、「安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守る」「医療の質の向上と安全の確保をITで支える」「国民皆保険をITで支える」「地域医療連携・多職種連携をITで支える」「電子化された医療情報を電子認証技術で守る」となっている。

「安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守る」の主な内容として

は、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等 ID 制度の確立、医療等 ID を活用した国民・患者が安心できる地域医療連携の実現、医療機関が安心・安全・安価に地域医療連携に活用できる医療専用ネットワークの構築を目指すこととしている。

医療等 ID 導入に向けては、マイナンバーではなく、医療等分野専用の番号が必要である旨の主張、医療等分野における番号制度の導入、目的別に複数の医療等 ID を発番する考え方の提案、被保険者番号の個人単位化と新被保番を利用したオンライン資格確認の仕組みを提案している。

医療・介護現場における個人情報保護に関しては、改正個人情報保護法に対応すべく、各種ガイドライン、指針等が改定され、それぞれ現場の運用に過度な混乱を招かないような配慮がなされているが、一方、要配慮個人情報になっても、扱いが変わらないという印象を国民に与える懸念があるため、医療・介護関係者が患者の究極の個人情報を扱う重要性和責任を改めて認識することが必要である。

医療・介護連携（多職種連携）に関しては、安価または無料で利用でき、タイムライン等の機能を備える SNS は、医療・介護連携には最適なツールとされている。しかし、SNS を利用する際の注意事項として、公開型のパブリック SNS（LINE など）を使用しない、適切なネットワークの暗号化やクライアント認証が必要、BYOD（Bring Your Own Device）は、原則として行うべきではないと考えるが、これらの要件を満たすことは容易ではなく、可能な限り、業務用端末の支給に務めるべきである。将来的には仮想デスクトップ等、安価な技術的解決策の普及が望まれる。

「医療の質の向上と安全の確保を IT で支える」主な内容としては、適切に収集した医療情報を研究・分析して、医療の質の向上及び患者の安全確保に努めることとしている。

日医総研では、人的資源を確保するため、データベースと SQL を扱うスキルを持つ研究者やサポート人材の育成、確保を推進するとともに、

医療ビッグデータ解析室を設置するなどデータ利活用環境の整備を進めている。

日本医師会では、乳幼児健診や学校健診、事業所健診、特定健診、後期高齢者健診など、様々な年齢での健診データを健診用 ID で繋げることで、「生涯保健事業」として体系化を図ることとしている。これらの事業で一元化されたものは、個人毎に本人の閲覧を可能とし（PHR 事業の構築）、自らの健康情報として日常生活に反映することを普及していく。

「国民皆保険を IT で支える」の主な内容としては、日本医師会が開発するレセプト処理システムを電子カルテメーカーに提供、普及させることで、保険医療機関経営の原資となる診療報酬を請求するためのインフラ整備を行い、国民皆保険を堅持することとしている。

「地域医療連携・多職種連携を IT で支える」主な内容としては、電子カルテのない医療機関でも、電子化された医療情報で地域医療連携を行うことができるようなツールを開発、提供することとしている。

「電子化された医療情報を電子認証技術で守る」主な内容としては、全ての医師に医師資格証を普及、保健医療福祉分野の電子認証局（HPKI）の事業発展と安定した運用、医師資格証のユースケース拡大を図るとともに、医師の資格を証明するものとしての認知度の向上を目指している。

医師資格証（HPKI カード）の利用シーンとしては、① HPKI 電子署名およびログイン認証、② 講習会受付および研修会受講履歴・単位管理、③ JAL DOCTOR 登録制度があげられる。

協 議

（1）九州各県医師会ネットワークの現状と今後について（福岡県）

<提案要旨>

県民の健康寿命の延伸のためには、個人の生涯保健情報を体系化し、個人個人にあった予防方法、知識を提供することが必要であると考えている。

本会では、福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）を活用し、医療情報基盤（福岡県民100年健康ライフ構想）の整備を行い、関係諸団体との連携を深めることで生涯保健事業の体系化を推進することとしている。

九州各県医師会ネットワークの現状と今後の展望等についてお伺いしたい。

また、郡市医師会が独自のネットワークを運用している事例をご存知であれば、併せてお伺いしたい。

<九州各県回答>

佐賀県医師会では、佐賀県診療情報地域連携システム「ピカピカリンク（ID-Link）」を佐賀県が運用しており、当システムを用いて、一部地域に限り、脳卒中地域医療連携パスの運用が開始されている。今後、当パスの集約化・データベース化、データの二次活用を目指している。

宮崎県医師会では、宮崎大学医学部附属病院が「はにわネット」を利用し、紹介元の医療機関が大学病院の電子カルテを閲覧できるシステムを運用している。平成30年4月より「千年カルテ」のシステムに移行し、次世代医療基盤法に基づく医療情報の二次利用を目指している。

大分県医師会では、地域単位で、臼杵石仏ネット、別府ゆけむり医療ネットをはじめ、eヒタカードシステム、大分府内ネット、大分大学病院ネットが稼働中となっており、今後、地域ネットワークの構築、運営を支援しつつ、県下全域ネットワーク構築を目指している。

長崎県医師会では、県全体のネットワークの中心として、医療連携、医介連携を行っていく予定となっている。

熊本県医師会では、県下全域を対象とした熊本県地域医療等情報ネットワーク「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、診療情報データベースのネットワーク化や地域包括ケアシステム形成に関わる関連事業所他職種チー

ム内の連携ツールとして育んでいる。今後は、救急災害時の活用や母子手帳から学童検診、企業検診、特定健診などのデータの統合で、県民の健康づくりに寄与するような整備を考えている。

本会では、「おきなわ津梁ネットワーク」を運用し、県内の特定健診・長寿健診結果と医療機関の臨床検査結果を共有するシステム等を構築・運用してきた。今年度、総務省「クラウド型EHR高度化事業」の補助を受け、県内の救急告示病院等の診療情報を集積するとともに、医科・歯科診療所や薬局等のデータも集積し、双方向の情報連携を推進していくこととしている。

【日医石川常任理事コメント】

まず、費用の面で、医療のICT化は人口の減少に伴い、人手不足になることから、医療従事者側にも利点がある。また、医療機関等が連携することで患者がメリットを感じる。さらに保険者や自治体にもメリットがあると考えられる。ICTに関しては診療報酬や介護報酬にてきちんと評価されるのが筋である。

例えば、おくすり手帳などのように、記載すると点数が付くということ等であれば、将来的に利用料金等を負担していただけたら考える。

PHRに関して、母子手帳や学校検診などの学校保健には歴史があるので、データを繋げていくことに慎重に検討していく必要がある。

特に、母子手帳は生殖補助事業が普及しており、母親のプライバシーが記載されていることから慎重をきたす必要がある。

難病等に関しては、オプトインにしたらかの意見もあがっているが、患者が田舎等に住んでいる場合、比較的患者が推定しやすいなど、結婚差別や就職差別等に繋がる恐れがある。

一部の民間企業等においては、全てオプトインでの同意取得だからといって、大手を振って患者情報を利活用する傾向がみられるので注意しなければならない。

**(2) ICT 普及啓発活動への各県の取り組み
(長崎県)**

<提案要旨>

全国各地で ICT を用いた地域医療ネットワークが作られている。しかし、その一方で、どの様に活用されているのか、その実態はあまり知られておらず、各地でいろいろな悩みがあるものと思われる。

全国の先駆けとして有名になった長崎県のあじさいネットであるが、基金を用い、約 10 年かけてシステムとしては有用な物ができあがり、県下全体に広がった。しかし、その一方においては、一部の地域医療ネットワークに熱心な医師や看護師、薬剤師などしか有効活用していないのが現状である。普及のために、医師会の役員に積極的利用をお願いするが、なかなか受入れて貰えないのが現状である。

普及のためには、

1. システムをもっと簡便、簡単に使えるようにする。
2. 個人情報のための同意のハードルを下げる。
3. システム使用料を安くする。
4. 地域包括ケアへの利用においては、医師会だけの啓発は無理で、行政や看護、介護関係が一体となった啓発が必要である。

等が考えられる。

九州各県で、ICT を用いた地域医療ネットワークの普及に対して、工夫されていることがあればご紹介いただきたい。

また、各県で困っている問題があれば、議論し、今後の普及にむけた一つの道しるべになればと考える。

<九州各県回答>

佐賀県医師会では、情報閲覧施設のオンデマンド VPN 利用を緩和し、TLS1.2 クライアント証明書環境での利用も選択可能としたことで、費用削減の実現による導入に対してのハードルを下げた。

熊本県医師会では、繰り返し行う訪問や説明、実例を示した勉強会、安価な使用料、検査センターデータの接続等で各会員の利便性を上げる工夫を続けている。

本会では、診療の現場で活用いただく医師や医療従事者に適時ヒアリングを行い、現場の活用に応じたシステムデザインとなるよう、一定のタイミングでバージョンアップを行うとともに、患者同意を本会職員が医療機関や健診現場等に出向き、同意説明・取得を行う等の取り組みを行っている。

【日医石川常任理事コメント】

医療の ICT は必ずクラウド化するので、費用面や技術面等含め、しっかりとした検討をしていかなければならない。

通信規格の 4G は暗号化されており、非常にセキュアであることから、ICT の発展の中で ICT を嫌がる人はいなくなってくる。

若い医師は、殆どが電子カルテしか扱えなく、それも時代の流れである。

次回の日医協は、若い方を多く集めるため 1,500 名収容の会場を確保している。

医療の ICT 化は医療連携やペーパーレス化などがあり、どの切り口から入っても良いと考えており、その中で ICT の発展を考えていければ良い。

高齢の医師にも委員会等の会議にてペーパーレス化をしていったが、凌駕しており、現在過渡期を迎えていると考える。若い世代の医師へ笑われぬよう、ICT 化の普及をお願いしたい。

**(3) 遠隔診療に関する各県の現状について
(宮崎県)**

<提案要旨>

遠隔診療については、厚労省から事務連絡が通知されたことや次期診療報酬改定において評価される予定であること等、活用促進に向けて動き始めている。

この件は昨年の第1回各種協議会の医療保険対策協議会でも協議され、本県で行われている取組として、試験的に行政（日南市と西米良村）とIT関連会社が無医地区におけるICTを活用した遠隔診療を独自の条件付（初診は医師の面前での診療を受けることや経過観察ができるような疾患に限るなど）で行っていることをご紹介します。

今後保険診療の算定条件等が整備されていけば、ますます遠隔診療を行う医療機関が増えてくると予想される。

医療情報システムの観点から遠隔診療を行うことについての課題など各県の考えを伺いたい。また、本県のような取り組みを行っている例があれば、ご教示いただきたい。

<九州各県回答>

九州各県ともに、遠隔診療については、基本的には、日本医師会が示すとおり、診療は患者と直接対面として行うことが原則であり、遠隔診療におけるICTの活用はあくまでも補完的な役割を担うものであるとの見解が示された。

ただし、遠隔診療が補完的とはいえ地域医療に重要な役目を果たすことも考えられるため、国や日医が示す今後の指針等に従い、対応していきたいとされた。

【日医石川常任理事コメント】

昨年から申し込んでいるが、ハードの面で個人特定がDr.もペイシェントもオンラインだとあやふやになるので、そこをマイナンバーやHPKIで乗り越えようとしている。また、回線のセキュリティが4Gとなるが、漏えいの可能性は否めない。さらに、これまでの診断学が覆る。皮膚や尿漏れなどの臭い等、オンラインでは判断できない。対話により治療の説明や教育が出来なくなってしまう。

システムとして、処方箋はどうなるのか、Dr.が処方して押印して等のシステムはどうなっていくのか、診療録も同様におかしくなってくる。

初診は対面して人物の確認を行うことを条件付けして要望しているところである。

※ (4) (5) は一括協議

(4) 医師資格証の普及状況並びに電子的診療情報評価料等への取り組みについて（沖縄県）

<提案要旨>

本県では、医師資格証の発行枚数は135枚（平成29年11月現在）と、全体的な普及には至っていない。その理由として、医師資格証を持つことのメリットや、利用シーンの周知が進んでいないこと等があげられる。

このような状況に鑑み、本会では、本会が構築運用する「おきなわ津梁ネットワーク」において、医師資格証を活用したセキュアかつ簡便なログインの仕組みの構築や、電子的診療情報評価料等へスムーズに対応するためのシステム改修を行う等、医師資格証の普及に向けた取り組みに着手したところである。

各県における医師資格証の普及に向けた取り組みや、電子的診療情報評価料等への対応、また今後の展開等についてご教示いただき、今後の参考にさせていただきたい。

(5) 医師資格証普及促進に関する取り組みについて（熊本県）

<提案要旨>

保健医療福祉分野のIT化や救急災害時、医師の資格証明等で医師資格証が必要不可欠であることはご承知のとおりである。

この度、平成29年12月18日付にて、厚生労働省医政局医事課長より「公益社団法人日本医師会が発行する医師資格証の提示による医師の資格確認について」文書が発出されました。従来、医療機関等が医師を採用する際には、医師免許証原本の提示による医師資格の確認が求められていたが、本通知は医師免許証と同様に、医師資格証の提示による資格確認が新たに認められるなど、画期的なこととして評価できるとともに一層の普及啓発が必要と考える。

熊本県医師会では、地域医療等情報ネットワーク「くまもとメディカルネットワーク」でのログインに際し医師資格証を利用することになっており、地域での説明会や個別施設への説明会時に医師資格証の取得のお願いを行い、平成29年12月末で546名の発行を行っております。その中で医師会員は452名で全会員の14.7%となっている。

今後、講演会等の出席管理等においても活用していく予定であるが、九州各県における医師資格証に関する取り組みや、今後の計画についてご教示いただきたい。

<九州各県回答>

九州各県ともに、ホームページや会報等により普及啓発を図っているところである。

熊本県医師会では、発行申請に際しての手続きの簡素化を目指して県医師会が全面的に協力している。また、住民票の取得にあたっては施設職員が代理取得可能であるため推奨している。さらには、地域医療等情報ネットワークへのログインを医師資格証の使用を必須とするなどの普及に向けた取り組みを行っている。

福岡県医師会では、年会費の医師会負担による無料化を実施し、取得から5年後に発生する更新料についても啓発の一環として無料化する方向で検討している。また、郡市区医師会に対し、広報啓発補助金の助成や新規入会の会員に対し医師資格証の取得を必須とするよう広報している。さらに、「とびうめネット」のログイン時の対応や診療情報提供書を作成する機能の実装を行い、日本医師会電子認証センターに認証によるタイムスタンプへの対応も可能としている。

【日医石川常任理事コメント】

HPKIでのログイン認証は必須になってくると思われる。しかし、医師資格証を忘れてログインできないという状態が考えられる。そこで2枚目のHPKI（顔写真なし、ICチップのみ等）

を検討しており、様々な使い勝手を考えている。厚労省も今後、国家試験合格者に配布を検討している。

※ (6) (7) は一括協議

(6) TV 会議 (WEB 会議) の利用状況について (鹿児島県)

<提案要旨>

当県では平成23年にインターネット回線によるWeb会議システム(NTT-IT「ミーティングプラザ」)を導入し、今日に至るまで双方向間による会議(議決権行使を伴わない各種協議会や委員会など)並びに研修会や講演会等のリアルタイム映像配信などに利用している。

現在、音声、映像の品質向上のため、別システムについての情報収集を行うと同時に運用方法についても研究を行っているところである。

については、TV会議システム(WEB会議システム)を運用されている医師会に次の①～⑥の事に関して伺いたい。

- ① ご使用中のシステム名
- ② 接続拠点数
- ③ 費用(県医師会、郡市医師会)
 - ・初期費用
 - ・月額運用費用(平均)
- ④ 利用目的
 - 特に県医師会理事会等の議決権行使が必要な会議、出欠が必要な単位取得のための産業医研修会などへの利用実績があれば、運用方法についてお教えいただきたい。また、他にユニークな利用方法などありましたらお教え願いたい。
- ⑤ 年間利用回数
 - <28年度> <29年度>
 - ・会議利用
 - ・講演会等
- ⑥ 改善点

現在、運用していらっしゃる中で問題点や改善したい点などあればお教えいただきたい。

(7) テレビ会議システムについて (大分県)

<提案要旨>

当県医師会では各郡市医師会等を結ぶテレビ会議システムの導入を検討中である。テレビ会議システムの運用は参加者移動に伴う時間、労力、費用および事故リスクを軽減する。各地から会議のための移動は地域によっては大変な労力であり、気象状況や交通事情などによっては参加困難な場合もある。研修会、講演会をはじめ各種会議へ地元で参加できることは大変大きなメリットがあると考え。さらに災害時の情報共有や医療介護連携、地域包括ケアシステムへの応用も期待される。一方で導入に際しては費用とシステムスケーラビリティを慎重に検討する必要がある。

テレビ会議システムに関する各県のお考えを伺いたい。

また実際に導入されている場合、その効果や問題点があればご教示いただきたい。

<九州各県回答>

鹿児島県医師会、宮崎県医師会、長崎県医師会、熊本県医師会、福岡県医師会でテレビ会議システム等の導入を行っている。

鹿児島県医師会では、NTT テクノクロス「ミーティングプラザ」を導入し、19 拠点を接続可能としている。初期費用は約 300 万、月額運用費用は約 20～30 万円となっており、議決権行使が伴わない会議等や講演会・研修会などで中継を行っている。

宮崎県医師会では、SONY「ID テレビ会議システム PCS-XG100」を導入し、最大 16 拠点を接続可能としている。初期費用は約 900 万、月額運用費用は 5,100 円となっており、議決権行使が伴わない会議等や講演会・研修会などで中継を行っている。

長崎県医師会では、WEB 会議システム「Live on」を導入し、あじさいネット会員全施設を接続可能としている。初期費用は約 6,800 万、月額運用費用は約 15 万円（平成 31 年 4 月から）

となっており、議決権行使が伴わない会議等や講演会・研修会のほか、遠隔診療支援や退院時カンファランスなどで中継を行っている。

熊本県医師会では、「Live on」を導入し、16 拠点を接続可能としている。初期費用は約 100 万、月額運用費用は約 8 万円となっており、救急災害時や講演会・研修会などで中継を行っている。

福岡県医師会では、テレビ会議「ミーティングプラザ」を導入し、20 拠点を接続可能としている。初期費用は 3 万、月額運用費用は基本料 2,500 円、使用料約 20,000 円/回となっており、緊急性の高い事案及び協議を伴わない報告などで中継を行っている。

【日医石川常任理事コメント】

TV 会議とペーパーレス化の費用対効果は抜群である。日医でも会議の交通費など月々 100 万円程度の削減の実績がある。

画像や音声もメーカー問わず非常に品質も良いので、事務局のスキルをあげていただけると非常に効果はあがる。マイクを一人ひとりに持たせて発言者のみが画面上に出現したり、音声を独占したりするシステムが良い。

ペーパーレスの会議は非常に大事だが、必ず発言者の画面を全員がみれるようにすることが重要で中央への集中型が望ましい。

(8) 各県のホームページとスマートフォン対応について (福岡県)

<提案要旨>

福岡県医師会ではホームページは自作で行っている。

各県の HP の運用ポリシー（公開情報、会員・一般で見ることができる内容の違い、何を掲載するかについて誰が決定しているか）や制作を外部委託しているかについてお伺いしたい。また、新たな取り組みがあればお伺いしたい。

さらに、若い医師や一般の若年者に向けては、スマートフォンによる対応が必要とも考える

が、HP をスマホ対応にしているか、また今後、スマホ対応にする準備や予定をしているかをお伺いしたい。

のレイアウト等も頼んだ方が見栄えは良くなるが費用はかかってくる。

その際に、事務局が細目に更新できるように、PC スキルのない方への教育を含めて、ベンダにお願いする必要があると考える。

【日医石川常任理事コメント】

当然のことながら、専門家へ委託しデザイナー等を入れた方が垢抜けて、文字や画面構成等

印象記

理事 比嘉 靖

今回の協議会ではまず、石川日医常任理事から日本医師会の ICT 戦略についての講演があった。HPKI（医師資格証）普及、政府内でのセキュリティ面での最高機関であるセプターへの参加に向けての活動の紹介の後、医療等専用ネットワークの紹介や医療ビッグデータを用いた日医の代理機関としての活動紹介の中で「おきなわ津梁ネットワーク」との連携をご紹介いただいた。続いた協議会では、各地で成熟してきた地域医療連携システムから、現状や今後の方針について、ICT 自体の利用啓発の取り組みについて協議された。熊本、長崎からは構築されてきたシステムに、母子手帳、（学校、職場、特定）健診データ、災害時運用などへの応用など、当県の「おきなわ津梁ネットワーク」と同じ方向へと向かっていることを確認できた。石川日医常任理事からは、「母子手帳」の情報は母子ともに遺伝、疾患などの機微な情報が載っており、最大限の注意をする様にとの意見があった。「オンライン診療」についても日医としては、営利企業のいいなりにならないように注意を払うとのコメントを頂いた。当県からは、オンライン診療は沖縄のような島嶼県で、モバイル端末をもたない独居老人の多い過疎地でこそ必要で、その過疎地の訪問ナースステーション、公民館、コンビニエンスストアなどの端末を共同利用することの可能性について質問したが、日医持ち帰りとなり、後日教授頂くことになった。あとは HPKI の普及についての議論になったが、メリット、使用環境の整備が必要との認識で一致したが、大分県からは産業医更新の条件にしている地域の紹介があり、HPKI カードを持たない事によるデメリットなどのユニークな提案がなされた。熊本での地域医療連携ネットワークのログインへの応用が紹介されており当県での応用を検討したい。最後に各地域での TV 会議システムについてのアンケートの報告があった。いずれも高額な導入費、ランニングコストがかかっており、システムの導入を検討している当県では日医の TV 会議システムの借用などの方法について検討を進めていきたい。

おきなわ津梁ネットワークも EHR（Electronic Health Record）としての改修も進み、今後は県民自身も活用・参加できる PHR（Personal Health Record）への展開にとっても参考になる協議会となった。

九州医師会連合会第 369 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 3 日（土）、ホテルニューオータニ博多において、標記常任委員会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会第 2 回各種協議会、医療情報システム担当理事連絡協議会が併せて開催された。

報 告

1) 日本医師会選挙管理員及び予備選挙管理委員について（福岡）

本件については、前回の常任委員会において佐賀県、鹿児島県から選任することに決定したことから、両県から推薦のあった下記の先生方を日本医師会に推薦した。

◇選挙管理委員

川原 裕一 先生（鹿児島県）
枝国 源一郎 先生（佐賀県）

◇予備選挙管理員

波多江 正紀 先生（鹿児島県）
山元 章生 先生（佐賀県）

2) 滋賀県医師会会長 猪飼剛先生 お別れ会への対応について（福岡）

去る 1 月 24 日にご逝去された猪飼先生については、九州医師会連合会長名で弔電をお送りすると共に、来る 3 月 8 日（木）に執り行われるお別れ会には小職（松田会長）が参列する予定である。

協 議

1) 第 141 回日本医師会臨時代議員会（3 月 25 日（日））における九州ブロック代表・個人質問について（福岡）

九州ブロック代表質問及び個人質問は以下のとおり決定した。

◇代表質問

- ①新専門医制度は、地域医療に配慮した取り組みになっているのか
（宮崎県 河野 雅行 代議員）

◇個人質問

- ①生活保護法における医療要否意見書について
（長崎県 朝長 昭光 代議員）
②医師の働き方改革について（勤務医の立場から）
（福岡県 寺坂 禮治 代議員）

2) 日本医師・従業員国民年金基金第 12 期代議員候補者の推薦について（福岡）

現任の下記先生方を再推薦することに決定した。

川原 郁夫 先生（長崎県）
持富 勇次 先生（鹿児島県）

3) 九州ブロック認定産業医制度基礎・生涯研修について（福岡）

標記産業医研修会を次のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 30 年 6 月 9 日 (土)・10 日 (日)
場 所 産業医科大学実務研修センター

的にもかなり負担が増してきている。ついては、各種会議の在り方についてご意見をお伺いしたいとの提案があった。

その他

1) 九医連各種会議の開催の在り方について (鹿児島県)

九医連においては、毎年恒例の各種協議会 (年 2 回) の他に、最近では、救急・災害医療、感染症、医療事故調査制度の担当理事連絡協議会や、災害医療研修会、HIV 医療講演会、医療情報システム連絡協議会等、年々会議等の数が増えており、参加される先生方はもとより、経費

協議した結果、各種会議の開催については、担当県に一任することを確認した。

なお、関連して九医連並びに九医学会の会員負担金についても検討する時期に来ているのではないかとの提案があり、次回の常任委員会で検討することになった。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて (ご案内)

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

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

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

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

○ 「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

平成 29 年度沖縄県医師会 勤務医部会講演会



沖縄県医師会勤務医部会 部会長 西原 実



去る平成 30 年 2 月 28 日（水）沖縄県医師会館 3 階ホールにおいて、日本医師会総合政策研究機構主席研究員の上家和本子先生をお招きし、「医師の働き方について－女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告から」についてご講演いただいた。

当日は、医師 29 名、事務 10 名、計 39 名の参加があった。

講 演

「医師の働き方について－女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告から」

日本医師会総合政策研究機構主席研究員の上家和本子先生



医師法 19 条は「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と定

めている。診療に応ずる義務、応招義務といわれる条文である。しかし、医師は法律に謳われているから診療をするのではなく、使命感や、やりがいを感じて、診療にあたっているのが実態である。

日本の医療には「国民皆保険」、「フリーアクセス」という世界に類を見ない特徴がある。これを支えているのは医師の使命感である。ところが、残業代や賃金の未払い問題のみが大きく報道されている。

【働き方改革実行計画】

長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。この中で医師については、医師法に基づく応招義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、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、具体的には、医療界の参加の下で検

討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。

【女性医師の勤務環境の現況に関する調査】

女性医師の働き方、子育てとの両立等に関する現状を把握するため、病院に勤務する女性医師を対象として、2017年2月～3月、全国の病院を通じて調査票を配布し、郵送回収で調査を実施した。有効回答者数は10,373人（病院勤務女性医師の25%）であった。主なアンケート結果は下記のとおりであった。

＜働き方の現状＞

- 1週間の実勤務時間は、時短・非常勤を含めても40時間以内は3分の1にとどまり、概ね月超過勤務80～100時間が12%、概ね月超過勤務100時間以上が13%を占めた。週60時間以上の場合、月に換算すると超過勤務85時間以上となり、いわゆる「過労死ライン」とされている。20歳代、30歳代を中心に、50歳代でも長時間勤務をしている実態が明らかになった。
- 宿日直またはオンコール有は6割以上であった。年齢階級別にみると、29歳以下は9割以上が宿日直またはオンコール有り、30歳代以降は割合は下がるが、50歳代でも5割を超えていた。
- 診療科の構成割合は「内科」が最も多く、次いで、「小児科」、「産婦人科」がそれぞれ約1割であったが、診療科は全域にわたっている。1週間の実勤務時間、宿日直、オンコールは診療科によって差異があった。

＜子育てとの両立の現状＞

- 小学生までの子どもがいる人を「子育て中」として、子育て中的人是3,896人38%を占め、8割以上が常勤または時短常勤であった。子育て中、夫と同居していない人が492人13%あった。
- 「普段子どもの面倒をみている人」は、「本人のみ」か「本人と保育所等」との回答が最も多く、夫も普段面倒を見ていると答えたの

は乳幼児子育て中の半数以下であった。夫の育児参加状況を「まったく協力しない」は子どもが大きいほど、つまり、以前の子育てほど割合が大きかった。

- 子どもの発熱など緊急時に自分が休暇をとって対応した割合は、現在乳幼児子育て中の常勤者では47%、経験者では32%であった。預け先として最も多かったのは「親・親族」で、「夫」の2～3倍に上っている。
- 病院からの緊急呼び出しは、「呼び出しなし」と「断るまたは他の医師に依頼する」をあわせ、現在乳幼児子育て中の常勤者では47%、時短常勤者、非常勤者では66%、経験者では28%であった。緊急呼び出し時の子どもの預け先は、夫が最も多かった。
- 仕事を続ける上で必要と思う制度や支援策としては、勤務環境の改善を回答者の96%が挙げ、次いで子育て支援88%、復職支援を38%が挙げた。家庭・育児に関する悩みを71%が、医師としての悩みを64%が、職場における女性医師としての悩みを36%が挙げた。

【女性医師の割合】

日本の医師全体に占める女性医師の割合は増加しており、特に、29歳以下の若年層においては、世代医師の3分の1以上を占めるまでに達している。このように著しい増加率を示す日本の女性医師数であるが、国際的には、医師全体に占める女性医師の割合が最も低い国のひとつに位置づけられる。OECDの2015年データによると、イギリス、フランス、ドイツとも女性医師の全医師に占める割合は約40%を超え、アメリカにおいてもその割合は34%と、日本の20%との差は顕著である。平成26年時の「医師数」は311,205人で、「男性」247,701人（総数の79.6%）、「女性」63,504人（同20.4%）となっている。前回（平成24年）と比べると7,937人、2.6%増加している。また、人口10万対医師数は244.9人で、前回に比べ7.1人増加している。当直、長時間労働等によ

って診療科を選ぶ女性医師が多く、女性医師に選ばれない診療科は医師数が減っているという問題もある。

【報道】

ある新聞に「2018年度の診療報酬改定は医療機関の収入を増やす結果になる。日本医師会は医療従事者の賃上げ資金が必要だとしてプラス改定を主張し、安倍政権が受け入れた形だ。だが、年収3,000万円ほどで一般の会社員と比べて高額な病院長の給与は増え続けている。医療の効率を高める制度改革に踏み込まなければ、社会保障費の膨張に歯止めがかからない。」と批判的な記事が掲載された。診療報酬が上がれば医師の報酬があがる等の誤解がある。

【勤務環境改善】

＜政府の取り組み＞

平成26年10月に施行された改正医療法において、医療機関の勤務環境改善の取組を支援するガイドラインの策定、医療勤務環境改善支援センターを各都道府県への設置等に取り組んでいる。医療勤務環境改善の意義は、医療機関が「医療の質の向上」や「経営の安定化」の観点から、自らのミッションに基づき、ビジョンの実現に向けて、組織として発展していくことが重要である。そのためには、医療機関において、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団としての働きがい高めるよう、勤務環境を改善させる取組が不可欠である。勤務環境の改善により、医療従事者を惹きつけられる医療機関となるだけでなく、「医療の質」が向上し、患者の満足度も向上すると位置づけされている。

＜日本医師会の取り組み＞

○勤務医対策

1. 全国医師会勤務医部会連絡協議会
2. 勤務医の健康支援のための検討委員会

同委員会が作成した30項目の「医師の健康支援のための職場改善チェックリスト」か

ら、「勤務医の健康支援のための15のアクション」として「医療クラークの導入」、「当直の翌日は休日」、「予定手術前の当直・オンコールの免除」等15項目を絞り込み、4つの指標（メンタルヘルス・自殺リスク・労働生産性・勤続意思）に及ぼす効果を検証したところ、有意な改善効果を示しているとした。

3. 第1回勤務医1万人アンケート（平成21年度実施）に基づく支援策

○医師、病院管理者の意識改革・啓発のためのパンフレットを作成・配布（「勤務医の健康を守る7か条」、「医師が元気に働く7か条」）

○医療機関向け「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を作成・配布

○病院のケーススタディを中心とした「医師の職場改善ワークショップ」を全国で展開）策を実施

4. 第2回勤務医1万人アンケート（平成27年度実施）

○平成21年調査と比べると、勤務環境は改善傾向にあり、他の医師に健康問題を相談する者が増加しているが、主観的健康観には変化はほとんど見られず、うつ症状、自殺リスクが高い者もある。

○女性医師対策

女性医師懇談会、男女共同参画委員会、女性医師バンク、女性医師支援センター事業等を実施している。

○産業保健対策

産業保健委員会、医師の働き方検討委員会等を実施している。

【事例：大阪府の場合】

大阪府では、病院の総数が540あり大半が私立病院であることから、医療勤務環境改善支援センターを医師会ではなく、大阪府私立病院協会に委託している。

活動内容は、医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務

環境改善に関する相談対応・情報提供等、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関の支援、センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体（大阪府、大阪労働局、大阪府医師会、大阪府看護協会、医療関係団体、社会保険労務士会、医業コンサルタント協会等）が連携して医療機関の支援等を実施している。

【タスクシフティング】

○国立病院機構（NHO）東京医療センターの場合

医師の指示の下で一定の範囲の診療行為を提供することのできる、診療と看護の能力を併せ持つ看護師を「診療看護師（Japanese Nurse Practitioner:JNP）」とし、2010年4月より養成している。臨床経験5年以上の看護師を対象（ICU、救命救急センター、外科病棟、手術室勤務経験者等）としている。

JNP 育成は、先行き不透明な状況の中で、志望者達の高いモチベーションと NHO の指導により開始された。JNP の存在は、卒後研修、OJT を通じて、職員とともに患者から支持されるようになった。特定行為の研修が制度化され、JNP の存在意義は、特定行為の実施のみならずチーム医療効率化のキーパーソンに移行しつつある。疲弊しつつある外科等の診療科に JNP が参加することにより、手術を含む診療業務が維持継続されている。JNP へのタスクシフティングが、国立病院機構東京医療センターにおける医師の働き方改革の現実的な解決策となっている。

○東京ベイ・浦安市川医療センターの場合

看護師として5年以上の経験を持ち、大学院2年間で高度かつ専門的な知識及び技能が必要な診療補助業務、特定行為38行為等の教育を受けた看護師を診療看護師（NP）として採用している。院内で2年間各科ローテートによる臨床研修を受ける。一般 NP プログラム、心臓

血管外科に特化した NP プログラムの2つがあり、初期研修医と同様の屋根瓦形式による研修をおこなっている。

診療看護師により、下記のメリットがあげられる。

- 患者：適切なタイミングでの処置が可能、外来において、医師には聞きにくい生活面、経済面、介護等について確認ができると患者からは好評、術前、術中、術後と一連で同じ診療看護師が関わることでの安心感。
- 医師：手術に専念でき、症例数を多く経験できる。
- 他職種（看護師、コメディカル）：医師の手術中の指示待ち（胸腔ドレーン抜去等）時間の解消、患者の状態について相談しやすい、他職種と共通理解を促すことが可能。

【国民の理解】

医療法第6条の2の3に、「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」と明記されたが、医療界は、国民の理解を得るための取り組みをしてないのが現状である。国民に対して、医師がどのような状況で働いているか、医療をどういうふうに受けることが合理的なのか等を啓発していかなければならない。

その後、行われた意見交換では、「沈黙する多くの勤務医の意見を、どのように効果的に集約できるのか。勤務医の意見の吸い上げをどうするか。」との意見があり、上家先生から「日本医師会は様々な活動を行っているが、まずは病院の意見をまとめてはどうか。」との考えを示した。

印象記

沖繩県医師会勤務医部会 部会長 西原 実

上家和子先生は、野球はカープ、車はマツダの広島県尾道市出身で、1982年広島大学医学部を卒業され、脳神経外科医として臨床に従事された後、1990年厚生省入省されました。その際、独立行政法人労働者健康安全機構へ出向し、労災病院の運営にも関与され、病院経営にも深く関与されていたとの事です。2014年4月には大阪府健康医療部長に就任（3年間）し、大阪府の医療ビジョン策定をはじめ、医療政策、保健政策、食の安全、生活衛生、薬事監視等を所掌されたようで、地方医療行政にも通じておられる方でした。2017年4月からは日本医師会シンクタンク日医総研の主席研究員として、汗をかいておられます。沖繩県医師会勤務医部会担当理事の城間先生とは、大学の同期生との事で、最初から心を開かれたようなご講演でした。

女性医師の現状についてですが、今だに OECD 加盟国中では、男性医師と比較して女性医師は非常に低い割合であり、20%程度であるとの事でした。実際の女性医師の勤務状況は、1週間の実勤務時間も多く、宿日直・オンコールも決して少なくなく、宿日直翌日も通常勤務の割合が高く、子育てもあり、大変厳しいとあらためて思い知らされました。こういう現状の中で、厚生労働省委託による日本医師会女性医師支援センターのホームページ (<https://www.med.or.jp/joseiishi/shiryo.html>) があるようで、広く女性医師へ啓発するとともに我々男性医師も勉強すべきと思われました。診療科別の男女比では、外科、泌尿器科、整形外科の女性の割合が、10%をはるかに下回り、女性が少ない科は医師数も低迷しており、外科医の私にとってはあらためてショックでした。

勤務環境改善について、医療機関の経営者・管理職向けに、医療従事者の勤務環境改善に役立ついきいき働く医療機関サポート Web も開設されているとの情報提供もありました。勤務医アンケートを基にした支援策としては、“医師が元気に働くための7カ条”、“勤務医の健康を守る病院7カ条”の作成、“勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール”の作成、“勤務医の健康支援15のアクション”の実施等の取組がなされているとの事でしたが、これらも今後ますますの啓発が必要であると感じました。

タスクフティングでは、国立病院機構（NHO）による診療看護師（Japanese Nurse Practitioner: JNP）の養成についての話がありました。非常に有意義な制度であると思われましたが、認定看護師、特定看護師等との住み分け？はどうか、やや疑問に思いました。

最後に医療法第六条の二を引用され、“国民の理解”が最も重要である、と強調されておりました。全く同感で、我々はこれから国民の理解を得るためにどうすべきかという目的に向かって、方策を立てて努力すべきであると感じました。もちろん、勤務医自らがいろいろな生の声をあげる、ということについても、方策を練る必要があると思われまます。