

安里哲好会長 2 期目再選 —第 212 回沖縄県医師会臨時代議員会—



常任理事 稲田 隆司



去る 5 月 24 日（木）午後 7 時 30 分から本会館において標記代議員会が開催された。

はじめに代議員会の正副議長の任期が 3 月末をもって満了したため、仮議長に嘉手苜勤先生が選出された。嘉手苜仮議長より定数の確認が行われ、定数 59 名に対し、48 名が出席し、定款 28 条に定める過半数に達しており、本代議員会派有効に成立する旨宣言された。続いて議長選出が行われ、長嶺信夫代議員（那覇市医師会）が選出されると共に、副議長には呉屋五十六代議員（中部地区医師会）が選出された。

その後、議長より議事録署名人として、池村剛代議員、呉屋良信代議員が指名され、早速選挙に入った。

選挙は、本会役員（会長、副会長、理事、監事）・裁定委員、日医代議員及び同予備代議員いずれも定数内の候補者で、投票によらず選出された。

選出された本会役員・裁定委員、日医代議員・同予備代議員は 4 ページのとおり。

なお、安里会長所信表明を次のとおり掲載する。

安里哲好会長所信表明

私たち会長、副会長、12 名の理事、3 名の監事が指名されて、5 名の日医代議員、5 名予

備代議員を選任・選定されました。心より感謝を申し上げます。

第 38 代沖縄県医師会会長として 2 期目の就任に際しましてご挨拶申し上げます。まず初めに、12 年余も副会長を務め、会務運営や事業推進にご尽力いただきました玉城信光副会長に感謝を申し上げます。若い世代とバトンタッチと申しまししょうか、ご子息の玉城研太郎先生が理事会に加わります。若い息吹が理事会に吹き込まれる事を期待しています。金城忠雄常任理事におかれましては、6 年余、貴重な御助言をいただき、ありがとうございました。南部地区医師会産婦人科医の徳永義光先生が理事を担うことになりました。監事の喜久村徳清先生は、6 年余にわたる理事会を指導・監督し多くの御助言をいただき、ありがとうございました。次是那覇市医師会の喜納美津男先生とバトンタッチ、改めてご 3 名の先生方には感謝申し上げます。

さて、冒頭の私の挨拶で、1 点目は「県民とともに歩む医師会」、この中で、働き盛り世代の健康・死亡率の改善を挙げました。2 点目は「地域医療の連携の充実」、IT を用いた地域医療連携として、在宅医療や介護の連携に加え、終末期医療と看取りです。3 点目は「魅力ある

医師会づくり」、この3点につきましては述べましたので、割愛させていただきます。

4点目といたしまして「北部基幹病院構想」です。県立病院のトップの知事と北部地区医師会病院のトップの医師会長及び北部広域市町村組合の考え方が同じでも、統合は大変な仕事です。それは職員の処遇、財政や医師確保等です。いろいろな意味を含め結局は政治的決着かと思えます。現県政が継続すれば県立北部基幹病院を構築することが早いであろうし、新しい県政が実現すれば、経営・運営団体は広域圏事務組合として、法人名は地方独立法人何々北部基幹病院、市町村の担う分担金は国から支援される可能性が高いと推測します。医師派遣は琉大病院、県立病院、その他の医療機関の支援をいただく形になるでしょう。両方の最後のゴールまでのハードルは相当高いですが、医療計画や予算スケジュールを作成・準備し、知事選の結果をもって実質的に動き始めるかと考えています。

沖縄県医師連盟は4月24日に、玉城副会長を知事候補に推薦いたしました。ここ1、2週間で、幹事会で十数名の中から4人に絞られ、6月中には知事候補が表明されると思います。玉城副会長にはその4名の中に入っただき、その後も進んでいただきたいと思っている次第でございます。

5点目は、医師の地域偏在、診療科遍在の対応です。離島の医師確保は、県立中部病院のプライマリ・ケアコース、自治医科大の卒などで対応していました。それに加え現在は、琉球大学の医学部の地域卒の卒業生が輩出されます。しかし、そこでも診療科の遍在は変わりません。平成28年度に152名の新規研修医が本県で研修され、148名が修了されました。平成30年度の専攻医は108名、73%で、予想した以上に県内に留まり安堵しています。お手元の沖縄県専攻医採用予定数の表がございます。産婦人科は6名で少し安心していますが、脳神経外科・泌尿器科は0名で大変心配しています。

医師の地域偏在、診療科遍在の対策として、県から委託された大学に設置された県地域医療支援センターと、新専門医制度の都道府県協議会、この2つを実施するために、既に法的に制度化されています地域医療対策協議会の活性化に県医師会も積極的にかかわっていきたく思います。

6点目は、医師の働き方改革です。今、国会で働き方改革が審議されています。医師に関しましては、時間をかけて検討することになっていますが、医師の健康を守り且つ地域医療、特に周産期医療と救急医療の継続の両方を配慮していただかなければなりません。病院の管理者の方々は三六協定、タイムカードの設置、時間外勤務の多い医師への積極的な指導が臨まれます。

7点目は、外国人観光客の診療現場での対応です。沖縄県医師会のアンケート調査や県行政、多くの医療機関から、観光庁や厚労省が意見を聴取し、これをたたき台として法案の原案が自民党内で通過したと聞いています。沖縄県医師会はその法案の中心的な役割を担い、その結果をさらに診療現場に広げていければと考えています。

8点目は、医療事故調査制度委員会のさらなる充実です。

9点目は、警察医部会の委員の高齢化の対応としての世代交代とチーム形成。

10点目は、来年10月の消費増税の導入と、控除対象外消費税の対応については、医療機関の経営状況のさらなる悪化を招かないよう、日医や関係各位に行動していただいております。

11点目は、琉球大学医学部及び附属病院の6年後の移転に関しましては、可能な限り沖縄県医師会としましては支援をしていきたいと思っております。

その他、このたび理事候補者締切の1、2週間前に女性医師部会より女性医師卒の理事の推薦と八重山地区医師会より離島卒としての理事を推薦したいというご要望がございました。部会からの理事推薦はいかがなものだとか、九州の医師会の中で女性の理事はゼロないし3名で、会員の多い福岡県は3名でした。沖縄県医師会では2年前に女性理事が誕生し、この度次期日医代議員として初の女性代議員が誕生しました。複数体制に関しましては、もう少し時間をいただきたいと思っております。

八重山地区医師会からの依頼は、数日前でしたので、理事者増員は時間を要する案件なので宿題にさせていただきたいと思っております。

その他、諸問題が山積していますが、新役員一丸となりスクラムを組み、頑張る所存でございます。代議員、会員の皆様のさらなるご支援・ご指導をよろしくお願い申し上げまして、就任のご挨拶といたします。どうぞよろしく願いいたします。

沖 縄 県 医 師 会



会 長
安里哲好



副会長
宮里善次



副会長
宮里達也



理 事
稲田隆司



理 事
照屋 勉



理 事
平安 明



理 事
本竹秀光



理 事
比嘉 靖



理 事
田名 毅



理 事
藤田次郎



理 事
砂川博司



理 事
城間 寛



理 事
白井和美



理 事
徳永義光



理 事
玉城研太郎



監 事
名嘉恒守



監 事
比嘉耕一



監 事
喜納美津男

沖縄県医師会新役員

役職名	氏 名	
会 長	安 里 哲 好	再
副 会 長	宮 里 善 次	〃
〃	宮 里 達 也	新
理 事	稲 田 隆 司	再
〃	照 屋 勉	〃
〃	平 安 明	〃
〃	本 竹 秀 光	〃
〃	比 嘉 靖	〃
〃	田 名 毅	〃
〃	藤 田 次 郎	〃
〃	砂 川 博 司	〃
〃	城 間 寛	〃
〃	白 井 和 美	〃
〃	徳 永 義 光	新
〃	玉 城 研 太 朗	〃
監 事	名 嘉 恒 守	再
〃	比 嘉 耕 一	〃
〃	喜 納 美 津 男	新

○任期：2018年6月21日開催の定例代議員会終結時より
2020年6月開催の定例代議員会終結時まで

沖縄県医師会裁定委員

役職名	氏 名	
裁定委員	眞 喜 屋 実 之	再
〃	喜 屋 武 郁 夫	〃
〃	長 嶺 安 哉	〃
〃	大 浦 孝	〃
〃	仲 本 政 雄	〃
〃	高 橋 健 造	〃
〃	重 盛 康 司	〃

○任期：2018年6月21日開催の定例代議員会終結時より
2020年6月開催の定例代議員会終結時まで

日本医師会代議員・同予備代議員

役職名	氏 名	
日医代議員	安 里 哲 好	再
〃	宮 里 善 次	〃
〃	宮 里 達 也	新
〃	稲 田 隆 司	再
〃	白 井 和 美	新
予備代議員	照 屋 勉	〃
〃	本 竹 秀 光	再
〃	平 安 明	〃
〃	比 嘉 靖	新
〃	田 名 毅	再

○任期：2018年6月23日開催の日本医師会定例代議員会開催日
より、2020年6月開催予定の日本医師会定例代議員会開
催日の前日まで

第10回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション



理事 田名 毅

第10回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション

日時：平成30年4月6日（金）19:00～21:00

場所：沖縄県医師会館（3F・ホール）

会次第

司会：沖縄県医師会理事 田名 毅

1. 開 会 沖縄県医師会副会長 玉城 信光
2. 挨拶 沖縄県医師会会長 安里 哲好
 沖縄県知事 翁長 雄志
 RyuMIC 群より 垣花 学
 女性医師部会会長 依光たみ枝
3. 沖縄県医師会医学賞（研修医部門）表彰式
 沖縄県医師会会長 安里 哲好
 沖縄県医師会医学会会長 砂川 博司
4. 乾 杯 県立病院群より 我那覇 仁

～ 歓 談 ～

5. 新研修医紹介

①県立北部病院、②県立中部病院、③県立南部医療センター・こども医療センター、④県立宮古病院、⑤琉球大学医学部附属病院、⑥北部地区医師会病院、⑦那覇市立病院、⑧沖縄赤十字病院、⑨中頭病院、⑩中部徳洲会病院、⑪浦添総合病院、⑫ハートライフ病院、⑬大浜第一病院、⑭沖縄協同病院、⑮南部徳洲会病院、⑯豊見城中央病院

6. 研修医代表挨拶（群星沖縄群より）

豊見城中央病院 計良 拓夢

～ 歓 談 ～

7. 閉 会 沖縄県医師会副会長 宮里 善次

毎年恒例となった沖縄県医師会研修医歓迎レセプションが平成30年4月6日に、沖縄県医師会館3階ホールで開催された。研修医135名、各病院関係者・招待者等124名、合計259名の参加があり、例年同様盛大に開催された。私が司会進行し、会次第の順にご挨拶をいただいた。玉城副会長から2日後の4月9日に開催される研修医シミュレーショントレーニングや1年後に開催されるOSCEトレーニングなど、県医師会が研修医向けに開催している事業に関して紹介があった。安里会長の挨拶では研修医の皆さんは沖縄の宝であるという自覚をもって頑張りたいとエールを込めた挨拶があった。沖縄県からは翁長知事の代読で副知事の謝花喜一郎様よりご挨拶いただいた。病院群代表として原永先生、女性医師部会代表として外間先生、それぞれからご挨拶いただいた。いずれのご挨拶も研修医に暖かい励ましの思いがこもった内容であり素晴らしかった。

今回も沖縄県医師会医学賞（研修医部門）の表彰式が行われたが、今回は初めての試みとして沖縄県医師会医学会会長の砂川博司先生から、受賞者名のみならず演題名の紹介がスライドを用いて行われた。また後期研修の都合で当日参加出来ない受賞者からはビデオメッセージが紹介された。医師会医学会賞の取り組みをより詳細に紹介出来る機会になり、かつレセプション自体にアカデミックな面を添えたように感じられたので、大変良かった。

乾杯は新病院事業局長の我那覇先生にご挨拶を兼ねて、ご発声いただいた。その後は大変、賑やかに歓談、懇親会が行われた。

各病院の研修医の紹介は1施設3分をお願いしたこともあり、今回は時間の進行は大変ス

ムーズに行われた。昨年までは演芸大会になってしまう印象があり、時間も大幅に超過することがあった。今年は短い時間の中で各研修医がそれぞれの持ち味を出して、自己紹介をしている印象があり、例年より好感が持てた。来年も今回のように各研修医の個性が垣間見え、かつウィットに富んだスタイルで自己紹介をする場になるよう指導医の先生方にはご指導いただきたい。

研修医代表挨拶

豊見城中央病院 計良 拓夢



みなさま、こんばんは。私は、新研修医代表挨拶の大役をおおせつかりました豊見城中央病院新研修医の計良拓夢と申します。

本日は、このような盛大なオール沖縄の新研修医歓迎の会を開いて頂きありがとうございます。

本日このような場で挨拶に立たせていただいておりますが、実は私、沖縄には縁もゆかりもございません。生まれは北海道、出身大学は新潟と徐々に南下して、ついにはここ沖縄にやってきました。

沖縄には旅行でしか訪れたことはありませんでしたが、雪の無い暖かい土地への憧れと、新

潟大学の沖縄出身の先輩の助言などもあり、「卒後臨床研修のメッカ沖縄」で研修することに決めました。

沖縄に住んでまだ1週間と短いですが、研修医の同期をはじめ、諸先生方、事務の方々、夜は居酒屋の店員さんなど、沖縄の人の温かみや包容力、熱意に触れ、研修先として沖縄を選んで間違いはなかった、そして今日この歓迎会に参加して、更にその思いを強くしております。ここにつどった研修医は沖縄県外の出身者も多く、みな様々なバックグラウンドや多様な価値観を持つ研修医が集まっております。生まれや出身大学にとらわれず、皆で連携し、切磋琢磨し合いながら、卒後研修を通じて沖縄に「新しい風」を吹かせることができたらと思います。

微力な研修医の立場ではありますが、患者さんのケアを通じて、沖縄、ひいては日本の医療に少しでも貢献するため日々努力することをここに誓います。

最後に、沖縄県医師会安里哲好会長をはじめ、本日多くのご参加をいただいている諸先生方、指導医の先生方、事務局の皆様、全ての関係者の方々に、厚く御礼と感謝を申し上げ研修医代表の挨拶とさせていただきます。

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



挨拶する安里哲好会長



挨拶する謝花喜一郎副知事

南部医療センター・こども医療センター
阿波連大悟



質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせください。

高校生の時、祖父が救急車で運ばれて入院した際に、初めて医療の現場を実際に目にする機会が

あり、その際にお世話になった先生の患者への対応や家族への心遣いが素晴らしく、職業としての医師はもちろんですが、人としてこの先生のようになりたいと思い、医師を目指そうと思いました。

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

想定している疾患の鑑別に必要な問診、身体診察、検査を行い、アセスメント、プランを立てて、要点を押さえたプレゼンテーションができるようになりたいと思います。また、自分が2年目になったときに、しっかり1年目の先生方に教えられるよう、日々努力して、成長していきたいと思います。

私は、小児科志望なので、救急で小児の患者を見る機会が多い、南部医療センターで研修することを選びました。また、学生のように実習で回らせてもらったときに、先生方がとても気さくで、話しやすく、このような環境で研修したいと思いました。

質問 3. 将来はどのような医師になりたいですか？お聞かせください。

何年目になっても自分で患者さんの元に足を運んで、話を聞き、信頼関係を築き、状態や経過を把握できるような医師になりたいです。そして、沖縄の医療に少しでも貢献できるような医師を目指したいと思います。

北部地区医師会病院 諸岡遼子

質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせください。



母が昔、内分泌系の研究者として働いていたことがあり、その繋がりでも母の知人の医師の方々と話す機会がありました。どなたも自身の仕事に誇りを持ち、

ハツラツとしておられました。私も彼らのように働きたいと思い、医師を目指しました。

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

まずは日々研鑽を積んで、医師としての能力に磨きをかけていきたいです。比較的少人数の病院のほうがより多くの経験ができると思います、その中でも北部地区医師会病院はとても雰囲気良かったので選ばせていただきました。



挨拶する原永修作先生

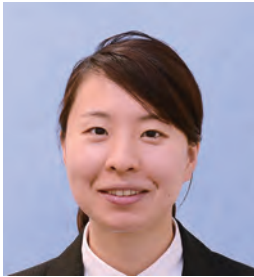


挨拶する外間雪野先生

質問 3. 将来どのような医師になりたいですか？お聞かせください。

病気の部分だけでなく、患者さん全体を診ることのできる医師になりたいです。また、先述した医師の方々のように、医師の仕事を生きていとして、できる限り長く元気に働ければと思います。

社会医療法人敬愛会 中頭病院 山城志織



質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

小学生の頃に国境なき医師団の活動を知り、世界には過酷な環境で病と闘う人が多くいることに驚きました。それから医師という職業に興味を持ち、人の生きるもとになる心身の健康を支え人に寄り添うことができる素晴らしい職業だと思い、医師を目指すようになりました。

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

私は志望科が未定なので、臨床研修中に多くの科で手技や知識を吸収して自分に合う科を見つけたいと考えています。中頭病院は実習の際に研修医の先生から上級医の先生まで丁寧にご指導くださり、毎日成長できる環境だと感じました。また事務の方々を始め職員の皆さんが優しく、病院全体の雰囲気に惹かれて研修先に中頭病院を選びました。

質問 3. 将来はどのような医師になりたいですか？お聞かせください。

患者さんやチームの仲間に信頼される医師になりたいです。そのためには知識・技術はもちろんですが、態度や気遣い、立ち振る舞いなどの人間性を磨いていこうと思います。



県立北部病院



県立中部病院



県立宮古病院



琉球大学医学部附属病院



北部地区医師会病院



豊見城中央病院

日本医師会 CBRNE (テロ災害) 研修報告

～ TOKYO2020 東京オリンピック・パラリンピックに向けて～



災害医療委員会委員長 出口 宝



2018年4月4日(水)、日本医師会館において、日本医師会 CBRNE (テロ災害) 研修が開催されました。対処方法等の具体的な内容については本会災害医療研修会で行う予定のため、ここでは概要を報告します。研修会の開会に先立ち防衛医科大学から米国の戦術的戦傷救護 (TCCC: Tactical Combat Casualty Care) と防衛医大で開催している事態対処外傷救護 (TCTC: Tactical Combat Trauma Care) を紹介

するビデオが上映されました。そして、司会の石川広巳常任理事司から、本研修が2020東京オリンピック・パラリンピック組織委員会からTOKYO2020応援プログラムとして認定されていることが紹介されて研修会が始まりました。

挨拶

横倉義武日本医師会会長

日本はオウム真理教による地下鉄サリン事件という世界でも初めての化学テロを経験しており、サリン事件では地域の医療機関を受診した患者もいた。2020年には東京オリンピック・パラリンピック、そして2019年にはラグビーワールドカップが開催される。そのような中、「CBRNE テロ災害は地域の医療にも無縁ではなく対応を学ぶのは必要なこと」であり、日本医師会でも研修会を行っていくと述べられました。



基調講演

CBRNE 災害の概要と医療対応



Ronit Katz スタンフォード大学医学部・米国カリフォルニア州戦傷病研究センター 教授

はじめに、米国で行われているアーバンシールドという CBRNE・テロ対策対応の訓練についての説明がありました。この訓練はイスラエルやヨルダン、フランス、台湾、韓国をはじめ諸外国からも参加があり、予算が 200 万ドル、参加者 6,000 人以上の大規模な緊急時対応訓練であること、そして、とてもリアルな内容で 48 時間不眠連続して行われ、地方・州・連邦・国際機関がともに訓練を行い、複数の法域で他部門が関わる危機に対応出来るようにしていることが紹介されました。ボストンマラソン爆破事件では 1 年前に本訓練を実施していたことが活かされたとのことでした。

次にテロ災害の脅威と潜在的手段の特性について、バイオテロ、化学剤、放射性物質、自家製爆弾 (HME) や即席爆発装置 (IED)、ダーティボム¹⁾の性質についての話がありました。そして、発生の認識と対応におけるファースト・レスポンドー (一次対応者) と医療提供者の役割が重要であること、ファースト・レスポンドーには一般市民から軍、救急救命スタッフからプライマリケア医までの全ての者がなり得ること、予備の装置で狙われる可能性があること²⁾、PPE (個人用防護具) を知っておくこと、バイオテロでは公衆衛生機関に直ちに通知することなどが説明されました。また、米国では保健福祉省 (DHHS) がバイオテロ対応において主導的な役割を果たしており、アメリカ疾病管理予防センター (CDC)

が戦略プランを作製してきたとのことでした。

おわりに、バイオテロの脅威は拡大しており、ファースト・レスポンドーは強い警戒心を必ず持つこと、そして対バイオテロの計画と、計画が効果的であるためには練習が必要であるとし、「災害はプラン通りにいかないが、準備なしには失敗するだけ」の言葉で締めくくられました。

- 1) 放射性物質による汚染を引き起こす爆弾のことで、放射性物質などを爆薬などで爆発させ放射性物質を拡散させる。核爆弾のように核反応で爆発するものではない。
- 2) トラップ爆弾、セカンド爆弾の攻撃ともいわれ、最初の爆発の救出などで現場に近寄る者を狙うことを目的とする。

テロ災害対策 (CBRNE 対策)

(1) 総 論



山口芳裕 杏林大学救急医学教室主任教授・高度救急救命センター長

世界のテロ発生件数は年間 1 万件以上であり、最近のテロの傾向として大量殺戮のような大規模テロのみでなく小さなテロが頻発しており、小型化された小さな武器が使用される事から荷物チェックで発見しにくくなっていること、攻撃対象がソフトターゲット³⁾になっていることが説明されました。また、オリンピックでは大がかりなテログループに関わらずホームグロウンテロやローンウルフに注意する必要があるとされ、北京やロンドンオリンピックでは事前に 100 件以上のテロ計画がリストアップされたが、ホームグロウンテロやローンウルフ

フはリストアップが困難であったことが説明されました。テロの手段については爆発物が67%であること、日本への爆発物の持ち込みは困難なため2020オリンピックでは国内で作られる危険性があること、また化学、生物、放射性物質が使われる可能性があることとされました。そして、最近のレポートで闇市場において放射性物質の流通が目立っているとのことでした。

テロ事案は日常生活の中で一般市民を対象に突発的に起こるが、日本には外国のように軍隊のような圧倒的な力をもつ組織がなく有事の法が動く前に患者は発生するため、民間でも対応しなければならないことから、「テロの対処は民間が負う事案である」とし、その医療の特異性を踏まえることが大切であるとされました。

おわりに、「初動においては不用意に現場に入らない、現場管理においては災害の常識にこだわらない、来院者の中に犯人がいる可能性を考慮することが重要である」が、我々はこのように考えることに慣れていないと締めくくられました。

- 3) 軍事やテロ攻撃に対して守りが脆弱とみられる人または施設のことで、民間人そしてスーパーマーケットや病院、競技場や交通施設などが標的になることをいう。

(2) 化学 (Chemical)

化学剤テロへの最新の対応(化学災害と医療対応)



箱崎幸也 医療法人社団元気会横浜病院、NBCR 対策推進機構特別顧問

はじめに、2017年2月のクアラルンプール国際空港における金正男氏の事件について、毒性が低い2種類の薬剤を現場で混合してVXを

発生させたバイナリー兵器の可能性が指摘されているが、VXはバイナリーで使うのは不可能ではないかとの意見がありました。また、英国の事件で使用された新世代の神経剤と呼ばれるノビチョクはVXの8倍の毒性があることが説明されました。次に、サリンやVXなどの神経剤への新たな取り組みとして、光触媒を用いて約2分でVXを不活性化させるReactive Skin Decontamination Lotion (RSDL[®])というクリームが米国で販売されていること、これは米国ではamazonでも入手出来るが日本では手に入らないこと、そして、サリンやVXで抑制されるアセチルコリンエステラーゼ (Ach-E) を再賦活化する新規薬剤 (新規オキシウム) があり早期診断とこの拮抗薬で救命が可能になったことが説明されました。

次に化学剤の歴史、分類や作用についての解説があり、現在では生物兵器禁止条約・化学兵器禁止法やオーストラリアグループ⁴⁾によって生物・化学剤の前駆物資入手が厳しく規制されているため開発製造は困難であると説明されました。しかし、化学兵器は使用されており、シリア内紛における各種兵器による民間人の死亡数の2番目が化学兵器であり、各種兵器による死亡オッズ比では男性に比べて女性では化学兵器が有意に高かったとのことでした。

続いて、1994年の松本サリン事件と1995年の地下鉄サリン事件の振り返りから、診療に当たった医師がCBRNEをいかに疑うか重要であるとし、またテロに限らず2002年の茨城県神栖市の有機ヒ素化合物汚染や2007年から2008年に起こった中国製冷凍ギョウザによる有機リン中毒(メタミドホス)から初めの1例目で正確に把握出来ていた可能性があり、日常診療で変だと気付くことが重要であると強調されました。続いて、化学剤に対する戦略として米国のCHEMM (The U.S. National Library of Medicine's Chemical Hazards Emergency Medical Management) の紹介があり、続いて化学剤暴露自己チェックリスト、化学剤検知について解説があり、スマートフォン用アプリの化学剤検知ツールであるCHEMM

と CBRNE 対処法ツールである WISER⁵⁾ が紹介されました。

おわりに、特殊災害は案外身近にある。日常診療で何か変は特殊災害の可能性も念頭におきながら診療を実施し、CHEMM や WISER など最新ツールを最大限活用しなくてはならないとし、「疑うことが診断への第一歩」と締めくくられました。

- 4) 化学及び生物兵器開発・製造に使用し得る関連汎用品及び技術輸出管理を通じて化学・生物兵器の拡散を防止することを目的とした輸出管理レジーム（枠組）。1985年6月に第1回会合が開催され、オーストラリアが議長国を務めていることから「オーストラリア・グループ（Australia Group：AG）」と呼ばれる。現在41の国と機関が参加している（外務省HP）。
- 5) WISERにはCHEMMも含まれており、使われた物質の特定から防護服のレベル、解毒剤や治療法、除染法などの対処法が検索でき、地図アプリと連動してゾーンングも表示できる。アップルストアなどからスマートフォンにダウンロード出来る

(3) 生物（Biological）



加來浩器 防衛医科大学校防衛医学研究センター広域感染症疫学・制御研究部門教授

はじめに、バイオテロには多様性があり、目的、組織、効果など様々であるが、2020年に日本で起こるとしたら、いつ、どこで、何が、どのように起こるのか考える必要があるとし、使われ方には航空機からの投下や散布から白い

粉入り封筒など様々であるが、明示的（Overt）と秘匿的（Covert）に分けることが出来ると説明されました。明示的では警察・消防・自衛隊が第1次認知・対応してから医療機関へ患者が来るが、秘匿的は潜伏期を経て直接医療機関を受診すること、また異常な患者集積で認知されることがあるとのことでした。

次に、生物兵器には被害が大きく、対処が困難で管理が容易、低コストで実績があるものが好まれ、さらに最近は生命科学技術が誤用・悪用されてワクチンを無効化させる実験や耐性を与える実験などが行われており、また旧ソ連における生物兵器開発研究についても触れて、「科学者の倫理が重要」であることを強調されました。

次に、自然災害としてユーゴスラビアでの1972年2月の天然痘流行についてふれ、1例の輸入感染から始まったこと、医療機関でアウトブレイクしたこと、そして強力な軍により1万人の2週間隔離と国境閉鎖がおこなわれたとのことでした。

秘匿的では院内感染により医療崩壊が起こる危険性があり、感染制御策は平時と有事では異なり、平時は感染経路別対策と検査確定後に病原微生物の特徴に応じて対策を追加するが、有事では経験的予防策と検査確定前に症候群を基に経験的に病原体を予測する必要があるとされました。秘匿的攻撃を疑わせる徴候としては、一言で言うと「通常と異なった感染症」であり、そのためにも通常の発生を知っておくことが重要であり、アウトブレイク探知のためのサーベイランスには既存のインディケーター・サーベイランス（IBS）⁶⁾に加えてイベントベース・サーベイランス（EBS）⁷⁾の活用が重要であるとのことでした。

おわりに、「2020年東京オリンピック・パラリンピックにおいて強化サーベイランスを行うべきところは東京都はもちろん全国でのシステムづくりと人材の育成が急務である」と締めくくられました。

- 6) 指標を用いて患者数を数えることが基本となるサーベイランスで、優先順位が高い疾患を報告することで異常を感知する。
- 7) イベントあるいはアウトブレイクをとらえるサーベイランスで、様々な情報を系統的に整理・確認してそのイベントを評価する。

(4) 放射性物質 (Radiological) ・核 (Nucler)



明石真言 量子科学技術連休開発機構執行役、放射線緊急時支援センター長

はじめに、放射線被ばくに関する基礎として、放射線各々の特徴について、 α 線は空気中では2cmで組織には数 μ mしか透過出来ないため外部被ばくは起こさない、 β 線は空気中では数mで組織には数mmまで透過するので付着すると熱傷を起こす、 γ 線x線は空気中では数10mで組織を突き抜けるため外部被ばくを起こし、鉛のプロテクターでは遮蔽出来ないために被ばく線量を評価しながら活動することが説明されました。次に、被ばく医療の原則についての解説があり、1997年のロシア共和国サフロフ臨界事故を例に、被ばく・汚染だけで緊急に治療が必要になる事はなく、「生命にかかわる外傷・熱傷、疾病等の治療を優先」すること、1992年の米国の病院での治療用線源の直腸内忘れ事故や1999年の茨城県東海村でのJCO臨界事故を例に、ファースト・レスポnderや搬送要員に健康被害が出た前例はなく、「汚染があっても搬送は可能」であることを強調されました。続いて、汚染

患者の処置については脱衣で90%除染されること、安定化が第一であり、その後に汚染検査を行うこと、汚染不明の場合は汚染と考え、搬送要員も汚染検査をすることが説明された。次に防護服と個人線量計についての解説があり、防護服は α 線と低エネルギー β 線のみ有効で γ 線は鉛のプロテクターでも無効である事が解説されました。次に消防庁が定める放射線危険区域について、危険区域(ホットゾーン)の設定基準は0.1mSv/h以上の区域であることが解説されました。次に事例として繰り返しになるが茨城県東海村でのJCO臨界事故では体内のNaが中性子により放射化されてNa24が生成されたが、これによる放射線被ばくは起きない事、搬送スタッフへの危険性はないことが説明されました。さらに、米国ペンシルバニア州で体内に放射線源が放置された患者の搬送要員ならびに近傍に5時間以上いた看護師の被ばく量は影響のない程度であったことが紹介されました。続いて、ダーティボムについて爆発前は高線量率だが爆発後は低線量率による汚染になることが説明され、リトビネンコ事件⁸⁾にふれて α 線の内部被ばくはGMサーベイメーターでは検出は不可能で、ZnSシンチレーションサーベイメーターが必要な事が説明されました。

おわりに、「被ばくによる即死や直後の重症はない」、「外傷・合併症の治療を優先」「搬送要員や医療者の健康被害はない」と締めくくられました。

8) 2006年11月、ロンドンで元KGB職員のアレクサンドル・リトビネンコ氏が毒殺され、体内から α 線を出すポロニウム210が大量に検出された事件。2016年になり英国の独立調査委員会が恐らくプーチン大統領の承認を得てロシア連邦保安庁(FSB)の指示で実行されたとの最終調査結果を発表した。

(5) 爆発物 (Explosive)



齋藤大蔵 防衛医科大学校防衛医学研究センター外傷研究部門・病院救急部教授

はじめに、全世界ではテロ攻撃に伴う爆傷者数は著しく増加していることが紹介されました。次に爆傷には、衝撃波損傷（一次爆傷）、飛散物などによる鋭的損傷（二次爆傷）、吹き飛ばされることによる鈍的損傷（三次爆傷）、熱傷など（四次爆傷）があり、爆傷はこれらが複合した多発外傷であることが解説されました。

次に、米国の TCCC（前述）についての解説があり、防護装備の発達や搬送手段の改善とともに TCCC が発展し、米国の戦傷者の死亡率が大幅に減少したことが紹介されました。対テロ戦争における米兵の死因では出血が 91% を占め出血のコントロールが最優先となること、そのために止血帯（CAT）⁹⁾ の導入を主に止血手技の拡大が図られているとのことでした。TCCC のコンセプトは 1. 負傷者救護、2. さらなる負傷者発生防止、3. 任務の完遂であり、負傷者救護の原則は①脅威の排除、②止血、③搬送であることが説明されました。

次に爆傷肺について、3 徴は血圧低下、脈拍数の低下、動脈血中酸素飽和度の低下であり、これらが超急性期の主要な死因であること、衝撃波によるショックの原因は迷走神経反射によるものであること、爆傷肺では肺出血や空気塞栓が発症することが解説されました。次に爆傷で最も頻度が高いのが四肢外傷で、止血を優先して可能な限り迅速に手術を行う必要がある

こと、また腹腔内損傷では大腸の障害が多いこと、眼損傷では角膜異物から穿通性眼外傷、爆傷に特徴的な眼窩コンパートメント症候群などがあり、アイシールドを装着して眼科医のチェックを受ける必要があること、聴覚器損傷も多いこと、そして bTBI¹⁰⁾ についての解説がありました。

次に、病院前爆傷救護についてのアルゴリズムは通常が多発外傷の ABCDE とは異なり MARCH¹¹⁾ であること、直近病院は大量傷者救護所として初期トリアージと搬送拠点とすることが説明されました。続いて TEMS (Tactical Emergency Medical Support) の和訳である事態対処医療ガイドブックの紹介があり、その中で日本では負傷者をホットゾーンからコールドゾーンへ誰が運ぶのかなどは決められていないなど、米国と日本では法規やシステムが異なることに留意する必要があるとされました。

おわりに、2013 年のボストンマラソン爆破事件では Mass Casualty Incident に対するターニケットの準備と使用に欠陥があった反省から、米国では多数殺傷者の出血死を防ぐため「ハートフォードコンセンサス」が発表され、早期の出血の制御をファースト・レスポnderに義務づけたことを紹介し、本邦においても 2020 年のオリンピック・パラリンピックに向けて銃撃・爆弾テロに対する救急救護体制の構築がオールジャパンで必要であり、そして、「**医師として、止血手技に熟練する必要あり**」と締めくくられました。

9) COMBAT APPLICATION TOURNIQUET のことで、米軍の公式の個人携行用止血帯で、片手で使用でき止血帯として 100% の効果を発揮できるとされる。

10) Blast-induced traumatic brain injury のことで、爆発に伴う爆風に暴露されると、先行する衝撃波とそれに引き続く超音速の流れにより構成される圧変化が、何らかの形で頭蓋内に伝播し損傷を起こす。アフガニスタン紛争やイラク戦争において、爆弾攻撃を受けた米軍兵士が帰国後の慢性期になり記名力障害、うつ症状、

PTSD 様の症状を呈したことにより注目されるようになった。

- 11) 治療の優先順位を示し、M: Massive hemorrhage (大量出血制御)、A: Airway (気道管理)、R: Respiration (呼吸管理)、C: Circulation (循環管理)、H: Hypothermia/Head injury (体温管理) の順となる。

(6) 現場の対応



井上忠雄 NBCR 対策推進機構理事長

はじめに、松本・東京地下鉄サリン事件では、二次被害を開けた地下鉄駅員、救急隊員、警察官など合わせて6,300人が被害に遭い、約280の医療機関を受診したこと、このうち約1,000人が約95の医療機関に入院したと推定されたこと、そして、このように CBRNE テロでは最後は医療が対応することになると説明されました。また、本事件で被害者が多いわりに死亡者が少なかった理由として、1. 短時間で東京消防庁による救急体制がとられたこと、2. 周辺の医療機関により救急措置が早急になされたこと、3. サリン濃度が30%前後と低かったこと、4. 地下鉄での換気が良好であったことを挙げられました。次に教訓として、当時の救出活動中にマスクを着用していない消防隊員の写真を示し、知識がなければ何も出来ないとして、基礎知識と機資材が重要であり化学テロの現場の初動対処では1. 自己防衛、2. 二次汚染防止、3. 除染が重要であると述べられました。

次に、化学テロ対策としていくつかの項目が

挙げられるなか、被害の限局化と医学的措置の充実のために医師のレベル向上と医療機関の受入れ体制の確立を求められました。続いて神経剤についてその種類と特性と症状と治療と除染について解説がありました。そして、我が国における化学テロ・集団化学災害時の対応体制と関係機関の連携について説明があり、医療情報は日本中毒センターと米国の CHEMM (前述) と WHO ガイダンス生物・化学兵器への公衆衛生対策から入手できることが説明されました。

おわりに、テロ等の災害が発生すると大量の犠牲者が出る特性に鑑み、CBRNE 対策は死活的に大きな意義を持っている、現場における医療機関と他機関の連携が重要であり、「テロが発生すると最後は医療のお世話になるので、先生方も知識を身につけて欲しい」と締めくくられた。

続いて秋富慎司防衛医科大学校准教授からの指定発言がありパネルディスカッションとなりました。

フロアーからの質問に答えるかたちで、Ronit Katz 講師が米国とイスラエルにおけるテロに対する国民の対策の違いについて述べられ、イスラエルでは国民全員がファースト・レスポンドーとしてのトレーニングを受けていることを話されました。続いて追加発言として、山口講師は、英国でのロシアスパイの事件でも判るように、英国では NBC に対する機関が一元化されているが、日本では N と C と B がバラバラであることを指摘されました。次に、マンチェスターのテロの反省では警察が安全確認をするのに時間がかかり消防が現場に入れず救助活動に遅れが出たことから、安全確認をいかに早くすることも重要であるとされました。そして、日本人は病院へ運ばば何とかかなると思っていること、以上の3つは問題であるとされました。箱崎講師は、平昌オリンピックでは制度の問題で RSDL[®] (前述) と炭疽菌のグロブリンと Duodoto¹²⁾ が配備

出来なかったが、東京 2020 では配備すべきであること、また、日本も展示方型訓練ではなくブラインドのリアルな実戦型訓練をするべきであると述べられました。加來講師は、輸入感染症や新興感染症と同じくマスギャザリングの生物テロにおける診断は重症入院でしか出来ないが、現場で迅速に感染症診断が出来るようにするべきと述べられました。

明石講師は、日本の R 対応は原発地域のみで、原発の所在しない地域へも進めるべきである。検査用、治療用など放射性物質が全国で輸送されていることは多いと述べられました。齋藤講師は、米国では TCCC などが普及されてきた。日本でも正しいターニケットの使い方などの研修が必要である。研修なくしてターニケットの普及なしである。医師会で広げて頂きたい。CBRNE でも爆傷の確立は高いと述べられました。井上講師は、日本は CBRNE に対する防御が弱い。対応の最後は医療である。クリニックの先生でも対応が必要であるので全国の医師に知識を持って欲しい。また、治療薬が全国どこへでも行き届く体制をつくって欲しいと述べられました。Ronit Katz 講師は、テロリストの考え方を学ぶ必要がある。テロリストならどう考えるか、その一歩先に行く。どうやって爆発物を作るのか、アセトンや肥料で爆発物は作れる。それらを買った人が怪しいと思うことで防げることもある。また、市民皆が専門家になる必要はなく、ターニケットの使い方等を子どもを含めて、基本的なことを始めれば良いと述べられました。

最後に司会の中川俊男日本医師会副会長が総括として、日本もテロと無縁ではない。2019 ラグビーワールドカップ、2020 東京オリンピック・パラリンピック、2025 大阪万国博覧会

があり、国民と外国からの来訪者のために日本医師会は医師と専門家の連携を進めていくと述べられ、本研修会が終了しました。

- 12) 米軍が配備する神経剤の解毒剤の自己自動注射器で、従来の Mark 1 kit (ラベル 1:PAM600mg とラベル 2:アトロピン 2mg の 2 本がセット) に変わり、PAM とアトロピンが一体化されている。

所 感

日本医師会での CBRNE 研修は、2012 年に日本医師会 JMAT に関する災害医療研修会の中で特殊災害として開催されて以来でした。今回は前回以上に興味深い内容でしたが時間の関係上、概要の紹介と話題提供的になっていました。NBCR 対策推進機構では CBRNE 各々の対応 (担当) 者要請講習会として C、B、R、N、E が各々 9 時～17 時のカリキュラムで、1 年間で C から E までで 5 回開催されており、小職も受講して来ましたが、内容は医療に限定したものでなく全般にわたっており、研修会が始まった当初の受講者は海上保安庁、消防、警察関係者が多く医師は少数でした。2013 年から日本医師会の後援もあり最近では医師が半数を占めるようになってきています。また、この NBCR 対策推進機構の講習会を産業医研修として開催している都道府県医師会も増えてきました。

本県では国民保護訓練も近々開催される動きもあり、また、大規模イベントは県内各地で開催されており、今回の研修会でも強調されていたように CBRNE テロ災害は地域の医療にも無縁ではありません。平成 30 年度は本会の災害医療研修会において CBRNE の研修を開催予定です。是非ご参加下さい。



印象記



理事 田名 毅

今回、出口災害医療委員会委員長と一緒に研修会に参加してきました。

Ronit Katz 教授の話は同時通訳で聴講出来ましたので、内容をよく理解することが出来ました。米国では同時多発テロ以降、平時からテロによる大規模傷病者発症に備えて訓練等の準備を行っていることが分かりました。そのことがボストンマラソン爆破事件で活かされたということが大変印象に残りました。日本においては米国のような緊張感が欠けているのが現状であり、今後開催されるオリンピックをはじめとする様々な催事に備えて、テロが発生した際の医療機関の役割について日頃より議論を深めるべきと改めて考えさせられました。韓国・米国と北朝鮮の融和ムードが高まっている昨今ですが、中東をはじめとする戦闘地域が世界に存在している現状があり、我々医療者が非常時に担う役割について再認識する必要があると感じました。

具体的な内容としては、戦略的戦傷救護 (TCCC) における出血死を減らすためのターニケットの重要性について理解することが出来ました。今後日頃は戦闘がない日本ではありますが、ターニケットの備えの重要性を感じました (COMBAT APPLICATION TOURNIQUET、ネットで購入可能とのことでした)。

また、化学兵器の講演の中で、米国では VX ガス (金正男氏事件で使用された) を不活性化する RSDL というクリームがすでに販売されていること、Duodoto という PAM とアトロピンが一体化された自己注射器 (米軍が配備する神経剤の解毒剤) がありオリンピックに向けて準備が検討されていることなど、最新の情報を得ることが出来ました。

放射性物質の講演の中では、被爆者を通して救護者が汚染されることはまれであり、被爆者の症状が悪化するのには短時間ではなく 1 週間程度時間がたって症状が変化するという事を考えた場合、まずは通常通りの必要な医療の提供を躊躇なく行う事が重要という内容が印象的でした (被爆量が多いと最終的に救命は難しくなるようですが)。

詳細な内容に関しては出口先生の報告をご参照下さい。

今年度は今回の講習会の伝達講習会も兼ねた CBRNE 研修を行いますので、是非多くの先生方のご参加をお待ちしています。



第8回ワークショップ

「会員の倫理・資質向上をめざして」

一都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ医の倫理一



常任理事 稲田 隆司

開 会	次 第
会長挨拶	総合司会 羽鳥常任理事
議 事	
1. 講演	司会 高谷委員
(1) 終末期患者の医療について	
・樋口 範雄	
(武蔵野大学法学部特任教授・東京大学名誉教授)	
2. ケーススタディ	
司会・進行 樋口副委員長 森久保委員	
・事例 ①終末期医療に関する課題	
②医療事故調査制度の届け出の問題	
(1) 討論の課題と進め方	
(2) グループによる議論	
(3) グループからの発表および全体討議	
3. 総括	森岡委員長

去る4月26日、日本医師会館に於いて第8回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして一都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ医の倫理一」が開催されたので、その概要を報告する。

当日の議事として1. 樋口範雄武蔵野大学法学部特任教授・東京大学名誉教授より「終末期患者の医療について」と題して講演が行われた他、2. ケーススタディからグループ討論、3. 総括があった。

終末期医療と私

- 第1期 終末期医療と法の関係
刑事法中心の発想
- 第2期 終末期さらに高齢期の医療のあり方を考える
法ではなく、より満足のいく（納得できる）医療のために

1

これまでの高齢者と法

わが国において、法や法律家は、高齢者の医療について、きわめて狭い関心しか抱いてこなかった。

- 具体的には、
 - ①医療過誤が起きたときの法的対応
医療過誤訴訟、業務上過失致死傷罪
 - ②高齢者の病状の説明
説明義務違反 インフォームド・コンセント
代理のあり方
 - ③終末期医療の不開始・中止と（横断）殺人罪の適用

2

今私たちはどこにいるのか

- 2007年まで
- 後ろ向きの、刑罰主体の法と終末期医療
- 2007年からの10年
- 超高齢社会の認識の深まり
- より重要な課題
- 平穏な死 終末期医療の充実 よき生
- 多死社会の到来 孤独死の防止
- 2018年以降
- ACP(advance care planning)がどれだけ実現できるか

3

特に終末期医療では

- 1 刑罰のおそれ 殺人罪 横断殺人罪
- 2 こわい、痛い（くらーい）関わりたくないが、事後的に、関わりを強制される
- 3 創造的 しかも犯罪として

対照的に、アメリカの医事法の目的
access, quality and cost
to improve public health

ここでは、それぞれの改善こそが法の目的であり、高齢者を含む「みんなの健康」を改善することこそが目的だとされる。現在わが国という「健康寿命の延伸」こそ法の目的でもある

4

日本の課題

- 事後的な裁判例2つ いずれも執行猶予つき
の有罪
- 東海大学事件 川崎協同病院事件
- 尊厳死法も持続的代理権法もない
- 尊厳死法提案の動きはあるが
- これらを見ると、医療と法＝医療と刑事法
- 警察（検察）は怖い→終末期医療のあり方を
- 事後的に規制 → 法的免責を という発想

5

- 2007年 岐阜県立多治見病院。患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件。
- 2007年 和歌山県立医大病院で呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検。
- 2007年 射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」公表。

6

ガイドライン 3点

- 1 医療ケアチームで
医師が1人で判断しない
- 2 患者本人の意思が大事
それが不明なら家族に
家族=本人意思の推定
本当にわからない場合は
本人の最善の利益
- 3 **緩和ケアの充実**は国の責務

7

刑事事件—焦点の後退

- 2007年以降、現在では、延命治療の差し控えや中止は、丁寧な医療が行われている限り、刑事事件になることはない
 - 一部の医師や法律家はなお懸念
 - 明記した法律がないから
 - それ以上の根拠・エビデンスはない
 - もはや心配することはない
 - 証拠は次の3点

8

2007年以降

- ・証拠の1
- ・救急医学会や老年医学会でのガイドライン
- ・実際には、刑事事件化していない
- ・すでに、課題は別のところへ
- ① どうやって患者本人の意思を確認するか
- ② 医療ケアチームと患者家族の協議のあり方
- ③ 医療代理人の必要性 単身世帯の増加
- ④ 緩和ケアの内容と改善

9

証拠の2 死をどう迎えるか？

- ・特報首都圏
- ・2016年6月10日7時半～
- ・NHK
- ・昭和大学病院での、人工呼吸器を外す様子を放映
- ・2017年NHK「クローズアップ現代」でも（おそらく帝京大学病院）
- ・しかし、もちろん逮捕されていないし、おそらく捜査も入っていない

10

証拠の3 2009年川崎協同病院事件最高裁決定

- 被害者が気管支ぜん息の重症発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる**脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の特典でもあり、その回復可能性や余命についての確かな判断を下せる状況にはなかったものと認められる。**そして、被害者は、本件時、**こころの状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。**以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。

11

最高裁も

- ・単純に中止措置を殺人罪（囮託殺人罪）としていない
- ・条件を付けて、それが満たされていないから有罪
- ・きちんとした終末期の判断
- ・正確な情報に基づくインフォームド・コンセント
- ・これらが無いので本件は有罪

12

試案 日本の法律では？

- 第1条 終末期医療については、医療者は、独断ではなく、医療ケアチームによる判断をするものとする。
- 第2条 終末期医療については（も）、患者の意思を尊重しなければならない。その意思は何度も確認しなければならない。
- 2 患者の意思を尊重する手段としては、患者自身が判断できない状況において、患者が信頼する代理人（家族など）に判断を要ねることを含む。
- 第3条 国は緩和ケアの充実拡大を図る義務を負う
- 第4条 この法律を実施するにあたり必要な事項は、厚生労働省令で定める。

13

ある文章

- ・医療がうまくいっていない場面がある。
- ・その典型が終末期医療の場面である。患者も医師も、不可避な死の話題を避けたがる。それによって、自分自身の価値観や選好を実現するチャンスを逃している。**自己決定の意思表示がなければ、原則は、生命維持の方向性で間違うのをよしとする。その結果、過剰な治療や不適切な延命とそれに伴う苦痛の長期化が生じている。**

14

続き

終末期における過剰な医療は、患者自身による死に直面したくないという想いだけでなく、終末期医療に関する学びの場の不足や、死なせたという非難を避けたいという気持ちなど、より制度的な要因による。患者が、死が間近であることを認めたくないのには理解できるとしても、医師ですらそれを伝えたいがらない。一般に、A国の医療は、治療や治療に重点が置かれ、患者の緩和ケアを重視する視点が十分でない。多くの医師は、いまだに死は医療の敗北だと考え、死は必然であり、その過程をできるだけ平穏にかつ尊厳をもって迎えるものだと考えていない。

15

さらに続き

多くの患者は在宅での死亡を望んでいる。ところが、A国の患者でそれができているのは3割に過ぎない。それに代わって、病院で相当の量の資源を費やして終末期医療に当たっている。その延命が、患者のQOL向上に役立たず、延命期間もそれほど伸びているわけでもなく、あるいはまったく伸びていない場合もあるにもかかわらず。多くの患者は、死が直近で不可避であっても、蘇生措置やICUにおけるケアなどの介入を受けている。

16

さらにまた続いて

A国において終末期医療で最重要視されるのは、法律上も医療倫理上も患者の意思・希望である。理想的には、患者がその希望を表明し、患者が判断能力を失った際には、医師は事前指示書を探し、家族または医療代理人と話し合った上で、患者の価値観や生き方を尊重する決定をする。この枠組みでは、患者は、判断能力がなくなってからもなおその自己決定を尊重することになっている。病状の重い患者で判断能力を失った場合は、事前何らかの話し合いや指示書があることが必要になる。ところが、事前指示書の割合は依然として低い。現実的に見ると、終末期における自己決定は幻想である。何よりも患者自身が死について認めた上で、それについて話し合いをするのに消極的だからである。

17

これはどこの国の話だろうか

- ・Barbara A. Noah, A Better Death in Britain?, 40 Brook. J. Int'l L. 870-915 (2015).
- ・Available at: <http://brooklynworks.brooklaw.edu/bjil/vol140/iss3/4>
- ・つまり終末期の医療に関する法整備の進んでいるはずのアメリカの話である

18

ガイドラインの改訂

- ・厚生省の検討会で議論中
- 3つのポイント
 - ① ACPの重要性
自己決定支援
 - ② 医療・介護に
→ 多職種医療ケアチームに含む
 - ③ 医療代理
代理人指名も自己決定

19

ACPとは何か

- ・特に高齢期における医療についてのプランニング
- ・誰が一人を中心にして
本人が信頼できる人、医療代理人
医療従事者
介護関係者
- ・繰り返し行う話し合い=望む生き方を準備があれば、いざという時にあわてない、後悔も少ない

20

世界の一部では

- 5 PAS(physician assisted suicide)
PAD (physician assistance in dying)
- 一定の条件を満たす本人に
医師が致死薬を処方
飲むか否かは本人の自己決定
- アメリカの一部の州 カナダ
オランダ ベルギー ルクセンブルグ
スイス

21

世界医師会の動向

- オランダ・カナダの共同提案
- 適法の国についてはそれを尊重するとの決議を求める
- 本人の自己決定の範囲・限界
- 医師の関与をいかに評価するか

22

これまでのアメリカに学ぶとすれば

課題1 法律だけでは動かない

- 実務とそこでの倫理が大事

課題2 自己決定だけでは動かない

- 医療代理人も自己決定

課題3 緩和ケアは重要

それは現在どの程度利用可能でどのような説明がなされているのか

23

PASより前に考えるべきこと

- ACPの実践 うまくいくか
関係者が一堂に会して話し合えるか
そのきっかけは何か 誰が主役か
記録の取り方 その活かし方
- 本人がそれでも意思決定を拒む場合
医療代理人はうまく機能するか
- 救命至上主義の克服
医師・救急救命士・家族
- 実際に亡くなる場所の決定

24

最も重要なことは

- アメリカでも最も重要なのは話し合い
- 医療者と患者・家族との話し合いをいかに続けるか
- ①死に近づく者への配慮
- ②いかにその人を尊重するか
- ③それこそ平凡だが真実

25

終末期医療と法の役割

- 医療を邪魔するのではなく、医療の支援を
- 超高齢社会で、介護者が高齢者を安楽死させる意図をなくすこと
- ①医療側・施設側の対応 その基本的なルール
- ②そのスキームを構築するのを法が支援
- ③これまでの法の歴史
- 刑事訴訟
- 民事訴訟 → これは金銭問題
仮に逸脱があっても保険で対応できる

26

法による支援

どうやって自己決定を支援するか

- ① 医師・本人・家族の協議へのインセンティブ
アメリカの動きへの賛否
- ② アメリカではうまくいかなかった法政策が
日本でも機能するか
- ③ セカンド・ライフ・プランニングの機会設定
第2の成人式を広める
その場で、直面する課題を列挙・助言態勢を

27

法の役割 前向きな役割

これまでは刑事法の発想の強さ

- ①遺伝病告知事件
- ②医療事故死に刑罰
- ③終末期にも刑事介入

これからは

法が、よりよい終末期の支援を
ACP促進法など
前向きなアイデアを

28

高齢者医療の課題

- 1 後期高齢者医療制度など、高齢者を含む医療制度の維持可能性
- 2 高齢者にとってのインフォームド・コンセント
説明の理解可能性
家族または医療代理人の役割
- 3 高齢者の希望の尊重
ここでも医療代理人制度
希望を表明する機会の提供

29

- 「死すべき定め」
- をいかに受け入れるか
- 法が支援する役割はない
本道は、医療・介護であるが

30

印象記

常任理事 稲田 隆司

樋口教授の冒頭のスライドが本ワークショップの問題意識を示している。

「終末期医療と私

・第1期 終末期医療と法の関係

刑事法中心の発想

・第2期 終末期さらに高齢期の医療のあり方を考える

法ではなく、より満足のいく（納得できる）医療のために」

このテーマをめぐって詳細な講演を為された。印象に残る発言は例えば

「死の受け入れ＝医療の敗北、この考えが医療を支配」

「救命至上主義をどう考えるか」

「自分の代わりに自分で決めているから自己決定」

「清水氏によればその人の人生の物語りを聞きとるのがACP」

「『死すべき定め』をいかに受け入れるか」等々。

明解な答えは困難だが、医療への本質的な問いとして重く、深く考えさせられたワークショップであった。

平成 30 年度（第 34 回）沖繩県医師会 臨床検査精度管理調査参加申し込みについて （ご案内）

沖繩県医師会では、毎年沖繩県臨床検査技師会の協力を得て、臨床検査精度管理事業を行っておりますが、今年度も検査施設等の臨床検査の質的向上を目的として、下記要項に基づき調査を実施することに致しました。本事業への参加を希望する場合には、来る 7 月 20 日（金）までに本会あて電話（098-888-0087）にてお申し込みください。

記

1. 実施期間：平成 30 年 9 月 3 日（月）～ 9 月 17 日（月）

2. 実施項目：

▼生化学検査部門（酵素項目：8 項目、濃度項目：19 項目）

▼微生物検査部門（微生物 A、微生物 B、4 項目）

▼血液検査部門（血球算定検査：5 項目、自動白血球分類：1 項目、血球形態検査：1 項目、血球凝固検査：3 項目）

▼一般検査部門（尿沈渣、尿定性、2 項目）

▼免疫・血清検査部門

（HBs 抗原検査、HCV 抗体検査、TP 抗体検査、AFP・CEA・PSA、6 項目）

▼輸血検査部門（血液型検査、不規則抗体試験、試験管法による凝集判定、3 項目）

▼病理部門（フォト・技術 1 項目）

▼細胞検査部門（フォト 1 項目）

▼生理検査部門（心電図、腹部・体表、心臓の各フォト：3 項目）

3. 参加費：15,000 円（参加お申込後、ご案内致します）

九州医師会連合会平成 29 年度 第 2 回各種協議会

去る 3 月 4 日（日）、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、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（特に在宅医療を中心に）



副会長 玉城 信光



挨拶

開催県を代表して、福岡県医師会の堤副会長より挨拶が述べられた後、日本医師会の釜范常任理事より挨拶が述べられた。

協議

(1) 訪問診療の現況及び今後の整備計画について（福岡県）

<提案要旨>

昨年 8 月に国から 2013 年の患者住所地をベースとした在宅医療数を基に 2025 年に向けた訪問診療の整備目標が示されたが、本会では平

成 28 年度より県行政とともに県下の在宅療養支援診療所等に対し在宅医療の現状と課題把握を目的とした調査を実施し、その結果から医療機関所在地ベースでの 2025 年の訪問診療の需要数を独自に推計した。

両者を比較すると、県全体では 2017 年の訪問診療の推計値、2025 年の需要予測は国と本会の推計はほぼ一致したが、医療圏別に見ると大きな差が生じていた。また、平成 24 年から本県が行ってきた過去の調査との比較でも、本来増えるべき在宅患者が増えない、もしくは既に減少してきている地域もあり、患者の流出入

や医療圏を越えた訪問診療が相当数行われている現状などが示唆された。これらの結果より、本会としては患者住所地ベースのみで今後の整備計画を立てることは避けるべきであり、医療機関所在地ベースの調査を経年的に実施し、国の予測と比較しながら整備していく必要があると考えている。

そこで、各県の訪問診療の現況及び今後の整備計画について伺いたい。

＜九州各県回答＞

福岡県医師会より、福岡県における在宅医療の現況と需要予測について、平成 28 年度・29 年度に実施した「福岡県における在宅医医療（訪問診療）調査」の結果が報告された。

福岡県では、在支診・病の訪問診療数が年々増加しており、平成 29 年度（6 月の 1 ヶ月）においては 28,345 件（平成 24 年度 21,227 件）であった。また、在宅看取りも同様に増加しており、平成 28 年度 3,318 件（平成 24 年度 1,721 件）となっており、そのうち 1,614 件が自宅での看取りであった。

国の指針による訪問診療利用患者の見込（患者住所地ベースの NDB）では、平成 29 年推計を 33,061 件としているが、福岡県医師会による試算（医療機関所在地ベース）では 31,256 件と、国の推計と一致することが分かるので、継続して分析し、今後の対策を行っていくとされた。

福岡県医師会以外の県では、独自の訪問診療の需要予測を行っていくところはなく、また、需要予測を行っている所でも患者所在地ベースでの推計となっており、それだけでは正確性を欠くとし、福岡県医師会の需要予測に倣うことが重要であるとの見解が示された。

【日医釜范常任理事コメント】

福岡県医師会のデータは非常に有用である。

国が推計する在宅医療の需要は、自然増が 100 万人、追加増を 30 万人と見込んでいるが、果たして本当に提示のままで良いのか、福岡県医師会のデータを持ち帰り、日医内でも情報共有をしていきたい。

在宅医療は、人が先に都市部に動く傾向にあり、受皿の資源は準備していても実際とはかけ離れていることに懸念を感じる。

毎年のデータをしっかり蓄積し、比較していく必要がある。

現在医師の役割が、このままの状態で行けるのかどうか危機感を持っている。新たな人材が加わることが重要であると考えており、医師になる前や研修の段階から理解いただくなどの体制を構築するのが日医の役割だと考えている。

(2) 在宅医療中心の医師・医療機関への医師会の関わり（熊本県）

＜提案要旨＞

在宅医療とは正に在宅における医療のことであり、入院治療の必要は無いが外来への通院は付き添いを以ってしても困難である方が対象となり、外来診療の延長線上にあるものとする。近年は在宅の概念も居住系施設まで広がり、その様な環境ではわずかな施設介護職員と訪問医師を中心として診療が繰り返され、ご家族との共同作業も希薄なままに衰えが進んで看取りに至る可能性も無いではない。ましてや長年のかかりつけ医がもつ様々な患者の情報や家族状況など、施設入所時の形式的な情報提供書では施設への訪問医師に伝えきれずに途絶えてしまうことは本人にとって不幸なことと云える。私見として考えることだが、居住系施設に入所した場合でも、平素は在宅医療機関が訪問診療を担うとしても、半年に 1 度など適切な頻度で元々のかかりつけ医・家庭医への受診を行い、医師同士が互いに連絡を取り合うことが好ましいと思う。

そこで、在宅医療を実施している医師・医療機関に対して、地域医療の倫理、療養担当規則ほか制度の周知・理解・指導などを目的とした医師会の関与、或いは居住系施設への行政の関与など、各県の現況とご意見を伺いたい。

＜九州各県回答＞

鹿児島県医師会では、会員を対象に保険診療研修会等を開催しているほか、郡市区医師会で、在宅医会立上げによる医師同士の連携や、定期

的な会合、在支診の診療報酬の届出支援を行っている。

佐賀県医師会では、地域包括ケアシステムに関わる医師の行動指針として「地域包括ケアシステムに関わる医師の心得」を取り纏め、会員に配布している。

宮崎県医師会では、在宅医療の担い手を増やすことに重きを置いているため、在宅医療研修会の中に倫理的な問題を取り上げていない。

大分県医師会では、郡市区医師会単位で在宅医療制度の周知、啓発活動等を行っているが、地域医療倫理や療坦規則に踏み込んだの関与や行政の居住系施設の関与も行っていない。

長崎県医師会では、地域医療倫理や療坦規則ほか、精度の周知・理解・指導などを目的とした医師会の関与は無い。

福岡県医師会では、医師会としての組織的関与は行っていないが、今後は医師会と行政が協力して第三者の目が届くルールづくりが必要とされた。

本会では、県委託事業「在宅医療・介護連携市町村支援事業」にて、会員施設を対象とした講習会等を開催し、療坦規則等を含めた制度内容や多職種連携における医師会の関与等について理解を図っている。

【日医釜蒔常任理事コメント】

施設における囲い込みは大きな懸念事項であると考えている。

地域の医師会が施設における問題点等をあげ、発声していくことが重要である。

それこそが医師会の役割だと考える。

(3) 在宅医療における医師ネットワークの構築と基幹病院等のバックアップ体制について (大分県)

<提案要旨>

当県では主に郡市区医師会単位で在宅医師ネットワーク構築に向けて検討中であるが決して順調とは言えない。

「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査（日本医師会）」によると訪問診療を

行っている診療所のうち約半数は「在支診以外」であった。

通院患者に在宅医療が必要になった場合、自院単独で対応が可能：28%、他院との連携で可能：14%であった。また、在宅医療を行う上で特に大変であると思うことに24時間体制と答えた医師は70%以上であった。

在宅医療の推進においてかかりつけ医の参入と医師ネットワーク構築は必須と考える。各地（主に郡市区医師会単位？）で医師ネットワークが構築されつつあるが各県における進捗状況と運用上の問題点などあれば伺いたい。また基幹病院のバックアップ体制として後方支援（在宅患者の入院受け入れ）は整備されつつあると考えるが病院医師の往診対応支援体制の例があれば伺いたい。

<九州各県回答>

九州各県ともに、医師のネットワークおよび後方支援体制に関しては、マンパワーの問題や在宅医師・施設の確保、後方支援病院の受け入れ体制整備、ICTの活用等々の課題があるとし、郡市区医師会等の地域による格差が著しいと回答され、今後の対策を図る必要があるとの意見があった。

【日医釜蒔常任理事コメント】

各地域の歴史や病院の役割は違うため、それぞれの苦勞も別になってくる。

ネットワークを作っていくことは重要であり、そのなかでもコーディネーターの役割が肝要である。医師会もネットワークづくりやコーディネーター養成等の支援を行っていく必要がある。

(4) 小児在宅医療と地域包括ケアシステムについて (佐賀県)

<提案要旨>

地域包括ケアシステムは、要介護高齢者の医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5要素を地域（市町村）で一体的に提供する体制を指すといわれているが、もともとは介護保険法

の中で使われてきた概念であるため、小児についての枠組みは存在しない。

今後、周産期や小児医療の進展、現場の尽力により、小児の死亡率が減少する一方、障害や疾患を持ち、長期の療養を必要とする子供たちが増えてくる。在宅療養に移行した小児についても、高齢者と同様、地域包括ケアシステムとして、その受け入れ体制の充実が重要となる。

一方で、小児在宅医療患者の地域生活を支えるためには、成人の地域包括ケアシステムと比べて、医療・福祉・教育の連携等、より多くの関係職種と協働する必要がある。

そのため、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関が、小児在宅医療を含めた「医療的ケア児」の支援等について協議を行う「協議の場」の設置が求められており、本県でもようやく、今年度中に「佐賀県医療的ケア児等支援連絡協議会（仮）」が設置される予定である。また、日医からも各都道府県医に対して「協議の場」への参画等、積極的な関与が求められているところである。

各県の「協議の場」の設置状況及び「小児の地域包括ケアシステム」構築に向けた取組みについて伺いたい。併せて「協議の場」への参画、会内委員会の設置等、医師会としての取組みについてもご教示願いたい。

<九州各県回答>

鹿児島県医師会では、協議の場として、平成27年2月に「県小児在宅推進協議会」が設置され会議の開催や、研修会の開催、調査事業等が取り組まれている。

熊本県医師会では、平成30年度に医療的ケア児を地域で支援するための協議の場として、「熊本県医療的ケア児等支援検討協議会」が設置される予定であり、医療的ケア児等コーディネーター養成研修、医療的ケア児等支援者養成研修が開催される予定である。

福岡県医師会では、平成26年度より厚生労働省事業、平成27年度以降は福岡県事業として、医療機関の拡充や連携体制の構築、実態把握、コーディネーター育成等々に取り組んできた。

平成28年12月より、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、県教育部門が参画した「福岡県小児等在宅医療推進事業検討会」が設置されている。

その他の医師会では、上記のような協議の場の立上げ準備中もしくは検討中である。

【日医釜萯常任理事コメント】

このテーマは時宜を得ている。

日医も平成28年度より「小児在宅検討委員会」を立ち上げ、間もなく答申があがってくることになっている。

行政等と連携し、地域にどれだけのニーズがあり、医療提供体制がどれだけあるのか実態把握に努めているところである。

また、多職種連携会議や人材研修、委員会の設置等々、医師会が中心となって進めていくことが必要であると考えます。

小児科医が小児在宅に積極的に携わるのは最もなことであり、小児特有の特殊面もあるが成人部分との密な連携が必要であり、連携構築には医師会が中心となって進めていく必要がある。

(5) 在宅医療を進めていくうえでの終末期医療の在り方、救急医療との連携の在り方について（鹿児島県）

<提案要旨>

超高齢社会を迎え、居宅や介護施設等で療養する高齢者の救急搬送件数は年々増加している。在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。

居宅や介護施設等で療養する高齢者の救急搬送のケースでは、患者や家族の意思の確認を行うことは困難なことが多く、情報共有の方法や責任の所在を明確にするなどの環境整備が求められる。「人生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」がほとんど浸透していないことや、厚生労働省の意識調査では、約7割が事前指示書の作成に賛成しているが、

実際に作成している人は3.2%であり、そのような決断を先送りしている傾向があるなど多くの課題がある。

日本医師会生命倫理懇談会では、平成29年11月に「諮問：超高齢社会と終末期医療」に対する答申を出しており、厚労省では「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」での議論が行われるなどされている。

本県では、在宅医療の事業のなかで、平成25年度に「マイライフノート」という名称で、一般向けにエンディングノートを作成し、医療に関する本人の希望を記載する欄はあるが、終末期における診療内容に関する家族の意思の記載欄までは設けておらず、事前指示書(Advance Directive)とまでは言えない状況である。

平成29年4月には、日本在宅救急研究会(代表世話人：横田裕行 日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野 教授)が立ち上げられるなどの動きもあり、今後、在宅医療を進めていくうえで終末期医療の在り方、救急医療との連携の在り方は、重要な課題であるが、各県の取組みや日医の今後の方針などお伺いしたい。

<九州各県回答>

佐賀県医師会では、平成24年10月に終末期医療ガイドライン第3版を作成し、会員に配布してきた。平成29年に見直し、「アドバンスケアプランニング」等の文言を追記した。また、名称も「人生の最終段階における医療のガイドライン」に変更を行った。

宮崎県医師会、本会では、多職種交流会を通じての周知や、関係者による連絡会議の設置、研修会等にて実施していくこととしている。

その他の医師会では、取り組みが行われてはいるものの、重要性は高いとされ、今後の課題としている。

【日医釜萠常任理事コメント】

日医としては、患者本人の意思を尊重した医療を提供することが重要であると考えている。

アドバンスケアプランに関しては、普及啓発

をしていく必要があり、会員に対しパンフレットを配布していくこととしている。

当件に関しては、各学会も提言しており、日医としても医師会の方針ときちんと示していきたい。

(6) 小規模多機能型居宅介護施設の看取りにおける訪問診療の問題点(宮崎県)

<提案要旨>

最近、小規模多機能型居宅介護施設での看取りが増えてきている。その際ショートステイではなくロングステイされる利用者が多く、一度も自宅に帰らない月がある。

小規模多機能型居宅介護施設等の患者については、サービス利用前30日以内に患家を訪問、診察した場合に限り利用開始後30日までの間、在宅時医学総合管理料を算定できるとなっている。従って、上記のようにひと月以上自宅に帰らない場合は請求できない。24時間体制で往診する体制は変わらないのに診療報酬が下がるのは問題である。

本来は、ロングステイが必要な方は入所施設に移ることが求められるのであろうが、長年培った人間関係を人生最後の時に再構築するのは大変である。そういう意味で、これからも小規模多機能型居宅介護施設での看取りは増えていかざるを得ないと予想され、早急に問題点を是正していただきたい。

各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<九州各県回答>

九州各県ともに、当件に対し賛同され、診療報酬上の整理や、柔軟な制度対応等々の改善を希望され、日医の見解を伺うこととした。

【日医釜萠常任理事コメント】

当件の問題点をご指摘のとおりである。

小規模多機能型居宅介護施設は本来の役割があり、長期ステイは想定していないのが現状である。今回の指摘される問題については、日医に持ち帰り今後の改善策等を含め、しっかりと検討し、対応していきたい。

(7) 訪問看護師の確保策について (長崎県)

<提案要旨>

今後地域包括ケアシステムを円滑に進めるためには多職種の連携も必要であるが、実動部隊としての訪問看護師の確保が重要である。しかし、病院や診療所に勤務する看護師の確保も滞りがちであり、さらに夜間の緊急呼び出しなどの過酷な仕事内容である訪問看護師の確保は困難である。

これまでも本会では県訪問看護ステーション連絡協議会の事務所を本会に置く等、訪問看護ステーションの連携や研修会の開催による訪問看護師の質の向上、訪問看護の理解・浸透に努めてきた。更に、行政では、県看護協会や長崎大学病院とともに、訪問看護師の段階に応じた研修や専門技術研修など訪問看護師の育成、確保策を実施しているが、効果は少ないようである。

九州各県での取り組みと、日医のお考えをお尋ねしたい。

<九州各県回答>

鹿児島県医師会、佐賀県医師会、宮崎県医師会、熊本県医師会、福岡県医師会では、訪問看護ステーション連絡協議会の事務局を医師会内に設置し、同ステーションとの連携や、研修会の開催等の人材育成に努めている。

大分県医師会では、看護協会との間で大分県ナースセンター事業迂遠永委員会を開催し、看護職の就業促進事業を行っている。

本会では、県事業として訪問看護に関する電話相談や事業所訪問等による管理者支援、訪問看護人材の確保・定着に向けた事業が行われている。

【日医釜范常任理事コメント】

様々な医療現場で看護師が不足している現状において、訪問看護師の確保をどうしていくか重要な課題となっている。

その対策として、新人看護師の在宅部門の教育を進めていくことが検討されている。

また、営利企業が訪問看護ステーション分野への参入が増えてきていることに関して、日医

でも情報収集し不適切な部分への対応をしていきたい。

(8) 地域医療を担う医師確保について (熊本県)

<提案要旨>

病院関係者が「ブラックリスト」と呼ぶ、エクセルで作られた「地域医療への従事要件等が課されている研修希望者一覧」が存在するそうで、都道府県からの奨学金を受けるなどして、多くは卒業後9年程度、指定された医師不足とされる地域で働くことを約束した人たちのリストで、医学部を来春卒業予定の学生800人の氏名、大学名、研修地域、研修予定の医療機関名などが記載されているそうです。

厚労省によると、リストは、医道審議会の部会で、約束を守らず指定地域以外で働く研修医が問題になったため、実態把握のため病院に配ったそうですが、同部会は、約束を破った研修医を採用した病院に対し、研修のための補助金を減らすことも認めるそうで、ここまでするのは、医師の仕事を知るうちに医師不足の地域で働くことに疑問を持つ学生がいるためだそうです。奨学金は9年働けば返済が免除されるが、9年働かない代わりに奨学金を返済しようとするとなら10%の金利が付く県もあり、そして返済したとしても、厚労省は「奨学金を返した学生を雇った病院も補助金削減の対象」(医師臨床研修推進室) だそうです。「個人情報の漏洩だ。病院にペナルティーを課し、事実上、職業選択や居住移転の自由を奪う憲法違反だ」との反発もあるようです。自治医大を卒業したある医師は、大きな病院で4年働き、次は地域医療に就くタイミングで約3千万円を返済したそうで、「5年目あたりは技術を磨きたい時期。地域医療では専門の勉強ができない。ほとんど休めない生活で貯金が2千万円あり、親から1千万円の借金をした」そうです。ちなみに新専門医制度の専攻医の1次登録、7,791人に採用通知が出ており、今回の目玉である総合診療の専攻医はたった153人に止まったそうで、ますます地域に来てくれる医師が減りそうです。「地域枠」の学生の実態、就学、勤務状況など、また地域医療を担う人材確保に向けての各県の

努力や工夫をご教示頂くとともに、日医の見解をお伺いしたい。

＜九州各県回答＞

九州各県ともに、地域医療対策協議会の活用、地域医療支援センター等を設置し、地域枠制度による離島・へき地医師の確保や医師のキャリア形成、復職支援等による取り組みを行っている。

鹿児島県医師会では、奨学金を返還した制度離脱者が平成 28 年度に 3 名となり、離脱者防止のため、地域医療対策協議会に「地域枠制度の今後のあり方についてのワーキンググループ」が設置され、地域枠医師のキャリア形成に配慮しながら、義務勤務を果たすことができるよう、個別にテーマを設定して意見交換を行っている」と回答された。

【日医釜范常任理事コメント】

日医としては、これから医師になる方や、研修医等の意思を尊重し、医療提供体制が整うように整備していく。

地域枠学生の定員は、平成 28 年度 9,262 名の医学生のうち、約 1,617 名の地域枠があり、それぞれの地域で役立っていくことになる。

まずは、学生時代から地域医療の大切さを教えること、行政の首長含め、地域枠の学生と日頃からコンタクトを取っていくことが必要である。

卒後の初期研修のマッチング問題等もあり、地域の体制の混乱を招かないよう専門医の仕組みだけで解決できないので、地域の偏在については、専門医に頼らず枠組みを作っていく必要がある。

現在、診療科の毎の医師がどこにどれだけいるのか分析しているところで近々出てくる。こうした分析等を基に、日医としてもしっかりと検討を行っていく。

印象記

副会長 玉城 信光

平成 30 年 3 月 4 日福岡において開催された。

福岡県が在宅医療の現況と需要予測を調査しているが、国の NDB の在宅医療の需要予測と実際の集計にあまり差がないことが示された。大変貴重な調査である。

在宅医療のネットワークづくりは各県とも独自の取り組みがなされており、県医師会より、地区医師会の働きが重要である。沖縄県でも地区医師会を中心に在宅の多職種連携やバックアップできる病院などの整備が進んできていると思われる。今後は地域包括ケアを中心とした在宅医療の構築とそのシステムの中での看取りの問題など解決すべき課題が多く存在する。看取りに対しては元気うちに自分の終末をどのようにしたいか「アドバンスケアプランニング (ACP)」などの準備に向けての活動も必要だと言われてきた。しかし医師、看護師などの医療資源もまだまだ足りない状況にあり、一口に在宅医療というが連携の難しさが感じられる。各県とも地域枠の学生を中心にしながら、医師確保に努めている。沖縄県でも地域医療センターの活躍が期待される。

小児の在宅医療と地域包括ケアシステムについて佐賀県から問題提起があった。小児の患者さんも生存率が上昇しており、そのまま成人のケアに移行していくが、地域での小児科と内科の連携が重要であると言われた。沖縄県でも小児の在宅ケアとショートステイが出来る施設の開設が計画されているようである。

国は在宅医療や在宅介護を中心に考えており、地域医療構想と地域包括ケアシステムの連携が診療報酬や介護報酬でも手当てされてきている。自分の施設が地域でどのような選択をして事業を続けていけるのか、真剣に考えていかなければならない時代である。

II. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



去る3月3日(土)にホテルニューオータニ博多において「次期診療報酬改定に関する講演会」と題して、日本医師会の松本純一常任理事より説明が行われた。

前日より引き続き、次期診療報酬改定に関する議論として「平成29年度第2回各種協議会医療保険対策協議会」が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨拶

福岡県医師会 上野道雄副会長

ご多忙の折、九州医師会連合会平成29年度第2回医療保険対策協議会ご参加頂き感謝申し上げます。また日本医師会の松本純一常任理事におかれては、大変お忙しい中、第1回の協議会に引き続き、ご出席頂き厚く御礼申し上げます。

本日は、各県からの事前の要望事項を踏まえてご説明頂いた昨日の講演を受けて、再度、各県で協議頂いた質問事項について、松本常任理事からコメントを頂くこととしている。

今回の改定では財政制度審議会がマイナス改定を議論する中、前回改定を上回るプラス改定に出来ましたことは日本医師会役員の先生方のご尽力の賜物と考えて、大変感謝している。

限られた時間ではあるが、改定内容について理解を深めて頂くことをお願い申し上げることとし、挨拶とさせていただきます。

日本医師会 松本純一常任理事

第1回に引き続き、第2回にもお声掛け頂き感謝申し上げます。

改定事項について事前のご要望を踏まえ、ご説明申し上げ、本日は説明内容を踏まえた質問事項に対してコメントを行うこととなっている。通知は発出されているが、これよりQandA、疑義解釈の協議に入ることとなっているため、是非様々な疑問点・要望等を出して頂きたい。

今回のプラス改定は、横倉会長の人脈と、各県における先生方の地域での議員への働き掛けのお陰であると考え、感謝申し上げます。

改定内容について、ご不満もあるかと考えるが、日医として今後も要望して参りたいと考えている。よろしくお願ひしたい。

協 議

(1) 初診料、再診料の評価について (沖繩県)

<提案要旨>

今回の改定において、加算並びに新設項目についてご説明頂いたが、根本となる初再診料の見直しについて中央情勢においてどのような議論がなされたのか。

日医のお立場よりご説明頂きたい。

<主な意見等>

■大分県

再診料の地域包括診療加算について、25点の加算1が新設され、加算2は20点から18点と引き下げられている。算定要件から、従前の医療機関は加算2となるのが考えられ、むしろ減点ではないかと考えるがいかがか。

□日医コメント

おっしゃる通りと考える。基本診療料の増点は常に求めている。以前の改定で、診療所の再診料については病院と合わせる形で下がったままである。

今回の改定はプラス改定であったものの、再診料を1点上げると400億から500億円がかかるということで、厚労省も厳しい対応であった。当初、初診料も上がる予定は無かったが、加算としてかかり医の機能強化加算80点の新設された。算定できるところと出来ないところの差が生じるが、小さく生んで大きく育てるという形で受け止めて頂きたい。

地域包括診療加算2が2点減点されたことについて、検証しなければ分からないと申し出たが、算定要件を若干緩和したため、算定可能となる施設が増えるだろうとし、引き下げということになった。本件について、算定要件の応需体制を、今後QandAにて休日夜間救急診療を紹介するだけでも良い形に持って行きたいと考える。

その他、算定要件等の解釈について、ご要望頂きたい。

<その他>

■沖繩県

再診料の引き上げについて、今後はどのような動きになるのか。

□松本常任理事

今後どのような情勢になるのか等もあり、なんとも言えないが、今の感触だと非常に難しいと受け止めている。

(2) 医療・介護の連携社会を迎えて (鹿児島県)

<提案要旨>

今回の同時改定では医療保険と介護保険の連携が主題となっている。今後、ますます医療と介護は不可分のものになっていく。

現在、医療と介護は指導・監督をする機関は別であり、介護保険は市町村が主体となるため医療保険ほど体制が整っていないのが現状である。

例えば、終末期医療に関しては居住や介護施設での療養する高齢者の救急搬送件数は年々増加し、在宅療養中で看取り期の患者や家族がかかりつけ医と相談のあらかじめ決めていた希望と異なる救命措置が行われる事例があり、医療提供者と介護提供者の連携が進んでいない。

今後、医療・介護の連携社会を迎えて、統一された医療保険・介護保険に対して審査・監督機関が必要となると考えるが、日医の見解を伺いたい。

<主な意見等>

■宮崎県

お亡くなりになる日に主治医と連絡がつかず、ご家族としては看取りを希望されていたが、警察による検死が行われた事例がある。

■沖繩県

介護保険と医療保険は制度設立における経緯等のベースが異なることや、介護においては民間企業の関わりも大きくあり、社会保障における介護の財源も含めた領域について混同しているように感じる。今後、整理が必要であると考えている。

■大分県

指導・監督機関の統一となると、厳しい側へ統一されていくと考える。そのため、財政が厳しい市町村が管轄する介護保険に寄った審議になることを懸念する。

■福岡県

介護保険に比べて、医療保険の歴史は長いが以前より社保と国保の審査の統一の議論があるが、両者の成り立ち等の違いより実現には至っていない。

また、医療においては医師会の主張についてある程度の権限があるが、介護においては、行政権限が強い等の実情もあるため、統一においては検討が必要と考える。

□日医コメント

課題が多岐に渡るためコメントしづらい部分である。

先ず、医療と介護は成り立ちが全く異なる。2000年に介護保険が導入された当初、厚労省の役人において医療費が抑制出来れば良しとする声もあった。成り立ちが異なる以上、指導・監査の内容も違って当然のことでもある。これを統一した方が良いかどうかは大きな問題である。

社保と国保の統一において、組織改革も含めて審査の在り方に関する改革案を示されており、それをブラッシュアップさせて頂いているところである。本件においても、ご承知の通り両者の特性より統一が難しく、審査基準を統一するとなれば厳しい方に統一されることとなると考えられる。

看取りや警察による検死が行われた事例について意見が上がったが、終末期で訪問診療で診ている方が、急に病院受診される場合についても今回、加算が取れるようになった。また、死亡診断に係る ICT の活用からも見てわかるように、在宅での医療を手厚くしていこうということと考える。ただし、ICT を利用した死亡診断については、特養の看護師が ICT を利用すれば配置医の先生に来て頂かなくても良いとの誤解が生じたため、それについては厳しく正したところである。

提案における日医の見解として、医療保険・介護保険に対して審査・監督機関の統一については、前述したように統一された基準は無く、

統一しようという働きかけを行うことから検討が必要と考える。

(3) 人生最終段階におけるガイドラインと関係した療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1,3 に関して (佐賀県)

<提案要旨>

施設要件に関して「当該保険医療機関において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。」とあるが具体的事項をご教示頂きたい。

<主な意見等>

■沖縄県

倫理的な部分を含めて国民的な議論が十分では無いなか、ガイドラインが示され、医療従事者に判断、責を負わすというのは違和感がある。

■大分県

ガイドラインが示されたのは、トラブルを軽減すること等が図られたのだと考えられるが、これまでもガイドラインがなくとも現場では上手く実施出来ていたため、同意書の運用等も含め窮屈に感じる。

■長崎県

本県においても介護施設等から救急隊を要請すると警察も同行したという事例あり、地区医師会における警察も含めた連携が必要であると考える。

■福岡県

昨年、消防庁と一緒に主に介護施設の終末期に係る研究を1年間させて頂いた。全国的に、高齢者が救急搬送される56～58%は、介護施設からの通報となっており、毎年増加傾向にある。病院の中では、看取りにおけるガイドラインは出来ているが、病院前においては、ガイドライン等の設置が未実施の施設が多い。

昨年4月、臨床救急学会において、医師が直接施設に行っていないなくても電話で連絡が取れば、その時点でDMWCにしよう決められた。しかし、医師がその場で電話対応することは現実的には困難であると考え、「2,3日前にでもこ

の方は亡くなられた時に、すぐに連絡は取れないかもしれないが、数時間後に連絡するため医師の指示としよう」と、弁護士と一緒に消防庁に対して提言させて頂いた。消防としては、法的根拠が曖昧なままであるとし、通報があれば病院へ搬送せざるを得ないとのことである。

病院への搬送を抑えるには、介護施設等での体制整備、より充実したマニュアルの設置等を行い、慌てて救急通報しないことが必要である。

■鹿児島県

本県地方でノーバットの24時間対応救急診療所が出来た。施設から救急通報があった場合、医療措置が必要な方については、病院へ搬送となるが、終末期で看取りになる方については、当該診療所の方へ搬送される。

当該診療所では、人工呼吸、挿管、CT、MRI等が行われ、高額な請求となり保険の指導等もあったが、倫理的な議論もあり一向に改善されず増加傾向にある。

□日医コメント

終末期に同意書が必要かどうかについて、私の場合、患者、家族と話し合いをし、カルテ記載は行うが同意書は取ったことが無い。先日、往診していた患者が特養に入所した際に、延命治療はしない方針であったため、配置医に対して「施設での看取りを家族が希望している」旨、一文書かせて頂いた。

本ガイドラインは、亡くなられた際に出てくる遠い親戚等への配慮もあり示されたように考える。長期間、見ている患者においてトラブルになるケースは少ないと考える。

施設においては、病院へ搬送しなければならない患者も出てくると考えるが、そのあたりの線引きをどうするのかとは別に、終末期に限定すると大きな問題にはならないと考える。ガイドラインについて、疑問点等お聞かせ願えれば、QandAで反映させて頂きたい。

(4) 医療療養病棟について (福岡県)

<提案要旨>

本県では、平成30年2月1日時点での療養病棟入院基本料2は2,741床、また、療養病棟

入院基本料2の95%算定病床は1,039床で、2年間で合計3,780件が経過措置病床となる。

しかも、経過措置の療養病棟は10%、20%と厳しい減算措置がとられており、相対的に厳しい印象を受ける。

今後の医療療養病床の推移に関して、どのような対応をすべきか、日医のお考えをお示し頂きたい。

<主な意見等>

■佐賀県

介護医療院への誘導、地域医療構想との兼ね合い等について、伺いたい。

■宮崎県

介護医療院について、老健に準じた加算が付くということで、療養型の厳しい状況で進めていくよりは転換して地域包括ケアを担っていく方が良いのか。

病床の規制については、地域の調整会議を経ることになるが、地域包括ケアにおける有床診療所と介護医療院の役割について伺いたい。

■沖縄県

一般病床等に引き上げるか、介護医療院へ転換するかということになると考えるが、実際、看護師等の配置の面からも引き上げは難しいと考える。については、介護医療院の今後の見通しについて伺いたい。

□日医コメント

20対1を基本とするため、看護師の配置基準を、25対1から20対1に引き上がるのは現実困難であると考えている。

今後の介護保険については、見通しが不明であり、私見であるが、営利企業等を排除する意味でも介護と医療は一緒になることが良いのではないかと考える。

介護医療院については、鈴木常任理事のご尽力の下、魅力的な選択肢となったと考える。本件については、日医としての見解を述べるのが非常に難しく、期限があることだが、自院の現状を踏まえ今後を見込んで頂いて検討して頂きたい。

(5) 対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器 (ICT) の活用について (熊本県)

<提案要旨>

保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の対応と日医認証カード (HPKI) カードの関係について、お示し頂きたい。

<主な意見等>

■佐賀県

多職種で集まった際の共同使用については、どのような取り扱いになるのか伺いたい。

■宮崎県

既存のシステムがある地域においては、起爆剤となり得ると考えるが、そうでない場合について、スマートフォン等を用いてスカイプにて実施して良いのか。

患者情報等を引き継ぐ場合に、ハードルが高くなっていくため、線引きをどのように行うのか等伺いたい。

■長崎県

話しは少しずつれているが、オンライン診療について、今回の改定において加算がされたが、ハードルが高く実際には実施が困難であると考えているが、企業の参入を視野に入れた加算となっている。次第に患者は、ICT 対応が可能な医療機関、薬局等へ誘導されるのではないかと、懸念が生じる。

□日医コメント

看護師が手伝い ICT を利用して看取ることについて、当初、ガイドラインでは離島へき地と規制があり多少緩和されてはいるが、非常に厳しいものとなっている。事件性を否定するために、衣服を脱がした状態で全身の撮影等を行い、主治医が判断することとなっている。

ICT を使用したオンライン診療は、携帯電話で良いのか等を含めて、今村副会長が参画してガイドラインを作成しているが、本ガイドラインについても厳しいものとなるかと考える。

日医としては、オンライン診療は対面診療の補完である強く意見したが、多方面からの意見の折り合いを付ける上で、加算が新設された。

しかし算定条件は厳しいものとしている。今後もガイドラインの作成において参画し、意見を述べたいと考える。

(6) 診療報酬に関する患者同意の規定について (大分県)

<提案要旨>

診療報酬改定の際に新たな項目や点数の増減について注目されることが多いが、その算定要件や規定の文言が障壁となって算定を見送らざるを得ない事態が生じている。

特に「患者に同意を得て…」の文言は、同意を得るために署名が必要な文書を取り交わさねばならないことが、その同意書の様式が例示されて初めて知ることもあった。これが個別指導の際に「同意の署名がない、あるいは記載の日付が算定日と不整合であるため認められない」と指摘され返還に至る事態にもなり、結果としてこの文言が算定の障壁になっている。

同意書は患者の権利を守るために必要であることは認めるが、一定の歯止めがないと同意書の必要とする診療項目が今後さらに増加する懸念がある。署名が必要な同意書は一定数に限定するとともに、現場の診療実態に即し柔軟な適用とするなど制度の緩和をお願いしたい。

今回の改定で地域包括診療加算において署名入りの同意書が直近1年間に4回以上の受診歴がある患者は診療の要点を説明していれば同意の省略可能とされ、要件が緩和されたことは評価したい。しかし、いまだに在宅医療、小児かかりつけ医での同意書が要求されている状況である。今後も引き続き同様に要件の緩和をお願いする。

<主な意見等>

■鹿児島県

同意取得については、医師や医療スタッフの時間を多く必要とするものであり、可能な限り省いて頂きたい。

■沖縄県

少し指摘はされるが、精神科を標榜しているが、精神保健福祉法に基づく入院治療に対して同意書だらけとなっている。本件については患者の

人権等の問題があり、同意書を取得しなければ治療にならないが、診療報酬請求等事務手続きを煩雑にする同意書については、整理が必要と考える。

□日医コメント

同意書が必要なものも実際にはあると考える。本件については、整理し直して個別に対応させて頂きたい。

先述のご指摘で、加算ではなく基本診療料の増点を求める声があったが、その通りであると考え。加算に対して同意書が増えていることになるが、患者が医療機関を選択し、受診するため信頼関係は成り立っているように考える。

ただ、再診料を1点上げると400億から500億円かかると言われており、現状、引き上げは難しいと考える。

(7) 向精神薬処方適正化②について(長崎県)

<提案要旨>

(2) 向精神薬処方適正化②

算定要件に

- ア 不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師であること
- イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること

とありますが、この適切な研修とは具体的にはどのような研修か。

又、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬の長期処方について、デパス錠を腰痛や肩痛等に使用した場合も該当するのか。

<主な意見等>

■鹿児島県

ベンゾジアゼピン系を連続して、1年以上漫然と使用している場合とあるが、ジェネリックに変更しただけでも、抵抗される患者がいる。研修内容等はどのようなものになるのか伺いたい。

■沖縄県

日本においては他科で依存性の高いデパスの処方異様に多く、効果よりも、飲まない不安であると依存状態を示すことが危惧されるため、妥当な方向付けであると考え。

平成26年に出た際の適切な研修は、精神科

3年以上、医師5年以上等の前提があり日精協のイーラーニング等で良かったと考えるが、今回はそのような形では無いようであるため、詳細について伺いたい。

□日医コメント

行政と折衝する議論において、長期服用してどのような弊害が出たのかエビデンスを示して欲しいと申し出たが、持っていないためこのような記載となっている。

アの研修については、日医の生涯教育のイーラーニングで問題無い。

腰痛については、長期に亘るのが良いのか適用症にあたるか等、審査支払機関の判断によるものではないかと考える。

(8) 小児抗菌薬適正使用支援加算について

(宮崎県)

<提案要旨>

小児抗菌薬適正使用支援加算の算定要件における「療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に」とある。中医協資料の個別改定項目には「文書により～」との記載は無いが、文書は必要であるのか。

また、施設基準において「感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること」と記載されているが、研修会等というのは、どのような研修会をいうのか。

<主な意見等>

■長崎県

小児から始まり、今後成人に対しても広がっていくと考えるが、処方しないことでの法的な根拠等を担保について伺いたい。

□日医コメント

内科において感冒で来院された際に、咽頭炎を併発している際はどうか等の議論になったが、本件においては新しい抗生剤を使用する医療機関が多くなると重症感染症となると効き目が悪くなるという背景があり、薬が必要ないということを患者あるいは母親等の家族に説明するための加算であると説明がされた。

「文書により」という記載は、通知書にもあるが、院内掲示で良いのか等については詰めていきたいと考える。

算定要件には、小児科を担当する専任の医師、インフルエンザが疑われる患者については算定不可となっている。

研修会については、薬剤耐性対策アクションプランに位置付けられた「地域感染症対策ネットワーク」に係る活動へ参加し研修会等に定期的に参加することとされているが、具体的な研修会の内容については、今後検討することとしているため、ご要望があればご意見頂きたい。

印象記

理事 平安 明

平成 30 年 3 月 4 日、福岡県のホテルニューオータニ博多にて今年度第 2 回目の各種協議会が執り行われた。

今回の協議会は、6 年に 1 度の医療・介護同時改定にあたるが、団塊世代が後期高齢者になる 2025 年を前に実質最後の同時改定ということもあり、診療報酬、介護報酬説明会に合わせた開催となり、例年よりも遅い 3 月開催となった。協議会の持ち方も例年と異なり、初日に日医常任理事より診療報酬、介護報酬に関する説明があり、それを拝聴した上で講演後に各県で質問事項をまとめ翌日協議する、というライブ感満載の内容となった。

本協議会の翌日に各都道府県の担当理事を対象とした説明会が日医会館で行われる予定であり、今回はそのさわりのような説明であった。今回改定に関しては、当初から財務省の圧力でマイナス改定が想定されていたにもかかわらず、日医横倉会長を始め日医役員のご尽力で本体部分で +0.55% のアップで改定率が決定した。その点は非常に評価できることである。一方で、今回も基本診療料である初・再診料の増点は見送られた。いろいろと加算は増えているが、読み込んでみると現状よりも減点となるものもあり、加算に関しては取れるところ取れないところと差が出るものであり、やはり基本診療料の増点に踏み込んでほしいところである。松本常任理事によると、現状ではかなり厳しいものがあるとのことであった。

医療・介護の連携についても様々な議論があった。終末期医療が「人生の最終段階における医療」と呼ばれることになり、看取りに関するガイドラインを施設要件とする基準が出てきた。これに関してはまずは国民への啓発や議論を経て、コンセンサスを得ることが必要ではないかとの意見もあった。医療療養病棟に関しては 20 対 1 の看護基準で統一される。基準を満たすことが難しいところもあり、あるいは今回創設された介護医療院も一つの選択肢となるのではとの示唆もあった。しかし介護保険の行く末も不透明な中、方向性については日医としてもなんとも言い難く、各々の医療機関で検討するしかない状況とのコメントであった。他に ICT に関することや患者同意書など煩雑になっている諸手続きのことなど話し合わせ、最後に日医松本常任理事から、「疑問等があれば今後の事務連絡や Q&A などでも反映させていきたい」と纏められた。

今回の診療報酬改定で、大まかな今後の方向性が見えてきたところであるが、第 7 次医療法改正や地域包括ケアシステムとの絡み、さらには社会保障全体のあり方や消費税問題など、まだまだ不透明な面が多く、整理していかなければならない課題は山積している。医療と介護の棲み分けや連携も決して明瞭にはなっていない。これから団塊世代の子供が介護保険対象となり、少子高齢社会のみならず多死社会が現実的な問題となっていく中、医療と行政だけでなく、国民も巻き込んだ論点の整理が必要であると痛感した。

Ⅲ. 介護保険対策協議会(主に平成30年度介護報酬改定)



理事 比嘉 靖



挨拶

福岡県医師会の蓮澤副会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

本日は、昨日の鈴木常任理事のご講演に対する各県の質問事項について、鈴木常任理事よりご回答をいただくこととしている。

今回の改定では、地域包括ケアシステムの基本である医療と介護の連携についての同時改定となった。診療報酬と整合性のとれたものとなっている。

これまで以上に、各地域における医療・介護の連携が大きく進むものと期待している。

限られた時間ではあるが、改定内容について理解を深めていただくようお願いしたい。

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

私が現時点で把握している範囲での回答となる。介護報酬改定説明会も3月7日に予定して

いる。説明会では、今回より私が説明することとしている。

通知は3月22日以降となっており、皆様にご迷惑をおかけするが、可能な範囲でお答えさせていただきたい。よろしくお願いいたします。

協議

(1) 医療療養病床から介護医療院への転換に伴う介護保険料への影響と転換規制について
(鹿児島県)

<提案要旨>

介護医療院へ優遇措置が多く設けられ転換を促す改定となったが、医療療養病床から多くが転換をすると小規模市町村では介護保険料へ影響が大きいものとする。

国は、総量規制から除外することとしているが、早期に多くが転換すると後から転換ができなくなるなどもあるのではないか。

国がそういった自治体への支援など考えられていないか。

本当に、6年の経過措置の期間でじっくり考えることができるのか。

(2) 介護医療院の夜間体制及びユニット型の報酬単位について (長崎県)

<提案要旨>

介護医療院の夜勤体制について、医師の配置については昨日説明があったが、看護、介護職員の配置についてはどのようになっているか。

また、介護医療院の基本報酬について、多床室分をお示しいただいたが、ユニット型個室等の報酬単位についてはどのようになっているか。

(3) 介護医療院について (熊本県)

<提案要旨>

介護医療院に転換する際、将来の大規模改修の費用については何らかの補助(地域医療介護総合確保基金)があるのか。

転換した場合に家賃等居住費用に一定の制限が設定されるのか。その他、生活上の世話料などの料金設定は自由なのか。

※協議事項 (1) (2) (3) は一括協議

<日本医師会コメント>

協議事項 (1) について

介護療養病床から介護医療院への転換については保険料には影響しない。医療療養病床からの転換も同等に扱うということになっているため、医療療養病床からの転換が増加すれば保険料に影響を与えるということは考えられる。ただし、現時点では介護療養病床から転換するにしても、医療療養病床から転換するにしても、総量規制の対象外ということになっているので止めることはできないと考えるが、保険者が戸惑うこともあると考えるため、日頃から保険者、市町村と良好な関係を築いておくということが重要である。それに関わらず、地域包括ケアシ

ステムは市町村単位の話であるため、行政との関係は重要になってくる。

第7期介護保険事業計画では、おそらくほとんどの保険者は転換がどのくらい行われるか見通しがつかないため、新設の枠をつくるということはほとんどないと考えるが、3年後の第8期には新しい介護保険施設であるため新設も認められる。地域によっては新設の枠を設定することも考えられる。

3年間の間に転換希望が多い場合には、介護保険施設、特養や老健の整備を抑制して、その分を介護医療院へ回すということも考えられる。さらに医療療養病床からの転換が続く、あるいは新設の一般病床やその他精神等からの転換が増えてくれば、病床の削減ということにもつながるため、国は何らかの支援を検討することも考えられると思うが、現時点では明らかなものはない。

6年間の経過措置の間にじっくり考えていただくということでも良いが、移行定着支援加算が最初の3年間のみとなっているため、それは配慮しておく必要があると考える。

協議事項 (2) について

長崎県の質問については、看護、介護職員の配置も基本的にはI型が介護療養病床療養機能強化型A・B相当、II型が転換型老健相当ということで、要するにII型でも看護職員が夜勤をするということが要件になっている。

ユニット型については、数は非常に少ないが、介護療養病床にもユニット型はある。福岡県にある。報酬が既に設定されている。介護医療院のユニット型も基本的にはそういう形の評価になると考える。

協議事項 (3) について

熊本県の質問については、介護医療院への転換は、一番多い4人室からの転換はできるだけそのまま設備投資をしないで転換できるようにしていただいたので、それほどコストはかからないと考えるが、介護療養病床からの転換は介

護の基金が使えるし、医療療養病床からの転換は転換助成金という別の枠組みがある。将来の大規模改修、建て替えを含むと考えるが、その際は介護保険施設の建て替えということになるため、既存の特養や老健と同じような対応が行われると考える。まずは既存のものを転換する際にかかる費用については、介護からは介護の基金、医療から介護については転換助成金という既存の仕組みが使える。

家賃と居住費用に一定の制限が設定されるのかということについては、介護保険施設であるため、現在の老健や特養で行われているようなものに準ずる。自由にということにはならず一定の制限があると考えます。

(追加発言)

■鹿児島県

熊本県の質問に関連し、大規模改修を行う医療機関は今後出てくると考える。鈴木常任理事がご説明された医療療養病床から介護療養病床へ転換する際の補助金に加え医療の基金から持ってこれないかと考える。両にらみでいけると、病院の建て替えができない状況にあると考える。

□日本医師会

議論の中心になっていたのは、既存の病棟をできるだけそのまま転換し、将来の大規模改修まで使いたいということであった。建て替えをしてということになると、6.4㎡ではなく8㎡となる。その際は転換であると同時に改築も行うこととなる。新設ではない形での転換でも建物は新しくするという事も考えられる。あまりこのような議論は出なかった。これから看取りが大幅に増えていくので、そういう場所として既存資源を活用しようということがあった。地域によっては、大規模改修までの期間が長くなれば、その間に高齢化が進み、それによって高齢者の数自体も減ってきたり人口もかなり減少したりして、建て替えてもさらに何十年か地域のニーズに応えることができるかどうかということも考えられるので、地域によっては、転

換をして、今後、20年等のピークを迎えるまでの期間を看取りの場所として確保した上で、その後は何らかの形を考えていただくということが考えられている。近い将来に大規模改修を行うということはあまり議論にはなっていないが、確かにそういうことも考えられるので、そういう対応もきちんと準備しておく必要があると考える。

国としては、生活を重視する住まいとしての役割を重視する形を非常に期待しているため、新築して、いわゆる本来の介護医療院としての機能をしっかりと確保されたものが増えていくことが望ましいと考えている。本来の趣旨に沿った形の建物ができることは良いことだと思うため、何らかのサポートするような仕組みは十分考えられると思う。

■鹿児島県

療養病床が多いことは九州の特徴である。病床目標が各県ともに出ているが、介護療養病床の目標は、医療計画の中で今後出てくるものか。

介護療養病床の介護医療院への転換の数字は見込んでいると考えるが、医療療養病床も介護医療院へ転換した際に、自治体の介護保険料に影響してくる。その辺の問題が非常に早く出てくるのではないかと考える。介護医療院への数字は今後決められるのか。

□日本医師会

介護療養病床が減ってきており、現在53,000床となっている。平成18年は130,000床あった。半分以上に減ってしまっている。医療療養病床Ⅱは80,000床程ある。老健局では追い込むような転換は良くないということを言っているため、明らかにはしていないが、医政局の医療計画では6年間の延長の経過措置があり、その点では介護療養病床が全て転換しているという計画を一応立てている。医療療養病床がどのくらい転換するかということについては、転換意向調査を繰り返し行いながら、計画にはなるべく現実的な数値を盛り込むということになるかと考える。確かに九州は療養病床が多いので、地域によっては、総量規制はないが、実際転換さ

れても医療者を確保できるのかということが問題になってくる場合もあるかと考えるため、特養や老健の新設を抑制してそちらに回すということはあると考える。それでもというような地域がもしあるとすれば、一応は総量規制の対象外であるため、止められないということがあると考えが、現実的に市町村に問い合わせたところ、反応があまり良くなかったという声も聞こえてきているので、行政の理解もまだ進んでいないのだと考える。介護医療院は利用者や家族にとっても安心である。介護保険施設の中では、看取りの場としての役割も重要になってくると考えるため、そういう意味では、保険者がどのように判断していくかということにもよると考える。

■宮崎県

介護医療院の小規模の話がある。19床以下の類型Ⅱ相当は、宿直なしでオンコールということで理解して良いか。

□日本医師会

そうなると思う。介護医療院の通常Ⅱ型の場合はオンコールで良いということになっている。当然そうなると思う。

■大分県

無床診療所が新設しようとした場合、病床のカウントはどうなるか。

□日本医師会

将来、新設の枠ができた場合に、無床の診療所でも認められればできるということになると考える。もともとの病床はないため転換という形ではない。

■大分県

地域包括ケアの中で、生活の場と医療とを併せたような形をイメージしたら良いか。

□日本医師会

特養は介護プラス生活である。老健は今回の改正で、在宅復帰プラス在宅療養支援という役割を担うことになる。そうすると、今ないのは医療と生活を一緒に提供する場となる。そういう場として育てたいという気持ちがあると思う。

■福岡県

強化型の医療療養病床が在宅復帰ということになっていたが、今回それがなくなり、介護医療院がそれに入ってきたということになっているが、介護医療院をつくるという過程でそうだったのか。

□日本医師会

一つは、老健にしても評価の仕組みが大きく変わる。そういうのも一つあったと考えるが、介護医療院が入ったということは、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病棟からも明らかに転換を推進するために優遇しているということであると思う。介護医療院は、あるときは居宅扱い、あるときは施設扱いとなる。医療と老健が密接に連携をとり、転換が促進されるようにしていると思う。

一部、介護医療院を持つことによって、自分の病院内で在宅復帰ということが可能となる。政策的にも優遇しているということだと考える。

■大分県

在宅医療と介護医療院と、患者様の選択はどのように考えるか。その辺の棲み分けはどのように考えれば良いか。

□日本医師会

基本的にはご本人やご家族が選択する。あるいはご家族がいない、または老老介護等、在宅での対応ができないという場合もあると思う。そういう方が増えていく。

在宅は重要であるが、全部在宅でということは無理だと考えるため、地域の中に受け皿を用意し、かかりつけ医機能を持つ医療機関や介護施設あるいは地域の中にはケアマネや地域包括支援センター等もあり、そういうものが水平に連携することが地域包括ケアシステムだと考えるため、選択肢を地域の中につくり選んでいただけるということが重要である。選ぶのはあくまでもご本人やご家族だと考える。どの施設が、これから増えていくニーズに最も対応できるのかということになるかと考える。

そういう意味では、介護医療院はかなり有望な施設に成長する可能性があると考えられる。

(4) 介護老人保健施設における医療行為の更なる評価について (佐賀県)

<提案要旨>

現在、介護老人保健施設の医療行為に対する報酬は一部認められている。最近の入所者は介護度が上昇しており、様々な急性期疾患に罹患する確率が高まっている。結果、高価な薬剤を使用せざるを得ないケースが増加し、施設負担が問題となっている。

今後このような状況が増えると思われ、報酬の対象となる医療行為を更に評価していただくことを希望するが、今回の改定でもあまり評価がされていないように見受けられる。

日医の見解をお伺いしたい。

(5) 介護医療院や老健施設入所への投薬について (宮崎県)

<提案要旨>

現在、入所者における投薬は「まるめ」になっている。

しかしながら、高額な新薬等を処方されて入所されたときに、代替薬がなかったり、適切な薬への変更が難しい場合がある。

このことについて、今回の介護報酬改定において何か変更が位置づけられたのかをお伺いしたい。

※協議事項 (4) (5) は一括協議

<日本医師会コメント>

協議事項 (4) について

介護老人保健施設は、在宅復帰施設だけでなく、在宅療養支援施設にもなった。そちらを評価していきたいということで、施設の評価の仕組みを精緻化し、在宅復帰、在宅療養支援等の指標を10項目づくり、点数化して、最高90点、70点以上は超強化型となっている。話を聞くと、決して切り捨てるのではなく、そこに上がっていただきたいというメッセージが込められている。今度

の改定の3年間の間に、どれだけそういうものを取り込んでいくことができるかということである。介護老人保健施設は、医療行為については一定の範囲内で報酬上認めるということでできている。現場からは急性期の疾患に対応できるような報酬を認めて欲しいという話があり、現在、肺炎と尿路感染症と帯状発疹は算定できるが、それを拡大して欲しいという要望が全老健からも出ていた。老健局としては、そういう方向ではなく、むしろこれまできちんと診断して請求していたのかどうか疑わしいということで、例えばレントゲンは撮らなくても診断できるのかという話があり、実態を聞いていると肺炎でない場合でも肺炎だとしていた例もあるということで、そこをむしろ今度ははっきりさせるということで、きちんと医療機関に行ってレントゲンを撮る等のコストを上乗せした高い報酬を設定したということで、量的な拡大ではなく、質的にきちんと診断していただくということを重視するという格好になっている。

協議事項 (5) について

薬の問題も同感ではあるが、基本的には包括という方向性を変えるということあまり考えていないと考える。高い薬は確かにあり、困ることがあるが、入所者の中には想定している金額より少ない人もいる。全体の中でバランスがとれているということが厚労省の考えである。全部の人が黒字になるということではなく、全体として黒字になれば良いのではないかと考える。それが包括の考えであり、そういう方向は変わらないのではないかと考えるが、あまりにも極端な、それを服用しないと亡くなってしまうような、非常に高価な薬が今後出てきた場合、可能性はある。その時の問題になると考える。

(6) 介護ロボットの活用の推進について (沖縄県)

<提案要旨>

夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器を導入することで0.1人分を評価するとのことであるが、その根拠について詳細をご教示いただきたい。

介護職員の人材不足は深刻な状況にあり、介護ロボットを含むICTを活用した職員配置の緩和は今後より重要なテーマになると考える。

介護現場等への介護ロボットを含むICTの導入に対する日医の見解も併せてお伺いしたい。

<日本医師会コメント>

今度の改定に何らかの形で介護ロボットの評価を行いたいという意向が国の考えとしてある。何種類かの機器を数十施設に使っていただき評価を行った。ただ、今回一定の評価に堪えられるのが見守り用のメモリーセンサーしかなかったということである。数十施設を募集してそこで使っていただき、ヒヤリハット等が減少したというようなデータが出たので、それが夜勤職員の0.1人分の削減につながるということで、それを評価したということであった。異常機器等についてはエビデンスが出なかった。

今後、介護分野においても人手不足がますます深刻になるため、介護ロボットやICTの活用は必要不可欠になると考えるが、それだけ人手を減らすことができるような介護ロボットができるかどうかということだと考える。

医療機器の審査は非常に厳しい。人の命に関わるような機器だけでなく、例えば部分痩せの機械等もあり、その審査の報告書だけでも140ページ程ある。一方、介護分野の介護機器の保険導入は簡単な仕組みとなっている。機器を審査する仕組みがない。今後、経産省等を中心に、介護ロボットをどんどん導入させたいという意向があるようであるが、有効なものを保険適用とする際には、医療機器と同様に、有効性、安全性、経済性、費用対効果等、そういうものをきちんと評価する仕組みが必要だと考える。老健局は非常に消極的である。経産省は老健局がやらないのであれば自分たちが審査をしようとしている。そんなことをさせて良いのかということを行っている。医療機器も医薬品もそうであるが、医療保険の分野では物が技術料を圧迫しているという現象が起きているので、現在、介護は人件費がほとんどであるが、介護ロボットがどんどん入ってくると、介護においても同

じような人件費を圧迫するようなことが起きるかもしれないということで、少なくとも保険適用をする際にはきちんとした審査の仕組みが必要と考える。

今度の見守りセンサーもまだ通知は出ていないが、非常に緩い対応で通そうとしていたので、きちんと導入の時の検証と同じように、一定期間を施設の中で見て、ヒヤリハット等が減っているということをしきりとデータをとった上で、認められたものは報酬上も請求できるとすべきと考えている。評価するためにはヒヤリハットの仕組みが必要である。医療機関には入っているが、介護施設には入っていない。そういうものを取り入れる必要がある。厚労省も必要ということで、老健事業で検討を始めるということのようである。そういうことを含め、科学的介護ということは、医療の視点を介護に入れていく、介護の枠を医療に近づけるということであるため、医療機関がしっかりそこをカバーする必要がある。この分野も必要であるが、推進するためにも、きちんとした機器の審査の仕組みをセットで行う必要がある。

(7) 特養入所者における在宅ターミナルケア加算、看取り加算（在宅患者訪問診療料）の算定について（大分県）

<提案要旨>

今回特養入所者において特養側で看取り介護加算（Ⅰ）を算定している場合でも算定可能となった。但し特養が看取り介護加算（Ⅱ）を算定する場合はターミナル加算は算定不可となっている。医療機関と特養の調整が必要になってくると思われるが現状（特養の算定状況など）、医療機関としての対応について指針があれば伺いたい。

(8) 今後の特養等における配置医師のあり方について（福岡県）

<提案要旨>

今回の改定で配置医師緊急時対応加算が創設されたことは、介護老人福祉施設における医療ニーズの増大を踏まえてのことと思われる

が、日医として今後の特養等における配置医師の在り方についてどのようにお考えか伺いたい。

※協議事項 (7) (8) は一括協議

<日本医師会コメント>

協議事項 (7) について

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、訪問診療の加算であるが、これが算定できるようになる。特養で看取った場合には、当然、看取りの部分は特養になり、外部の医療機関の看取りは算定できない形となる。ターミナルケアの部分は両方で算定できるようになる。

協議事項 (8) について

配置医師については、27年度の改定の3つの問題点として、一つ目は前回は大幅なマイナス改定であった。二つ目は特養の配置医師の医療の報酬。三つ目は特定事業所集中減算の問題があった。今回、3つの問題のうち、一つ目は0.54%のプラス改定となった。三つ目の特定事業所減算については、少なくとも医療系サービスが除外されたということで一歩前進となった。二つ目の配置医師の問題については、不明確な部分もあるが、今の配置医師の報酬は基本報酬として療養費に組み入れられているので、そこを切り出すとなると、特養の基本料金が下がられるのではないかと警戒されていたが、今回そこは触れずに、そこはそのまま認めた上で、緊急時対応の部分は加算で評価し、そこは新たに配置医師の報酬ということとなっている。そういうことで緊急対応は従来の包括の中には含まれていないということで切り出したということになる。そういう意味では一歩前進かと考えている。

特養の16%位は、夜間対応は救急車で病院へ搬送しているというデータも出ているので、それはなくそうということで、夜間対応を評価するという形になったと考えている。

今回の加算がどのくらい使われて、これまであった16%位の夜間対応がどの程度減るのか、そういうことをしっかり検証し、さらにどうするかということ踏まえ、配置医師の対応をどうするかということになると考える。

総 括

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、概ね以下の通り総括が述べられた。

今回の介護報酬改定は診療報酬と同時改定ということで、2025年に向けて2つの柱がある。地域包括ケアシステムの構築と、地域医療構想に基づく病床の機能分化と連携の推進ということである。

地域包括ケアシステムの構築推進は、診療報酬でも介護報酬でも一番先に出てきている。これが非常に重要なことだと考える。地域包括ケアシステムの基本は、医療と介護の連携であり、今回の同時改定では、そこはかなり焦点を当て、かなり綿密に連携を取りながら改定が進められたと考える。診療報酬の中でもかなり介護の話が出てくるし、介護報酬の話をする上でも診療報酬の話もしないと全体像が見えないということがたくさん出てきた。医療と介護の連携が報酬上非常に進むため、現場の我々がどれだけ実践の中に取り込んでいくかということが重要になると考える。是非、かかりつけ医として、医療だけでなく介護も含めてみていくようにしていかなければならないと考える。

地域包括ケアシステムを構築する上では、郡市区医師会と市区町村の役割が重要になってくるので、郡市区医師会の声が今後ますます重要になる。郡市区医師会には、是非、地域包括ケア委員会のような事務局機能をつくっていただき、多職種連携のまとめ役になっていただきたい。具体的には、多職種連携会議等を開いていただきたいと考えている。日本医師会では、地域包括ケアシステムのリーダーになれるような医師を養成するため、日医かかりつけ医機能研修制度を設置した。この研修を受けていただければ、地域においてどんな活動をしていけばいいのか、リーダーシップやマネジメント等の講

義も入れることとしている。かかりつけ医とケアマネの連携も非常に重要になってくるため、是非、かかりつけ医が地域のリーダーとなり、地域包括ケアシステムを推進していただきたい。また、かかりつけ医機能を持つ診療所、中小病院、有床診療所が非常に重要になってくる。

介護医療院が、今後どれくらい地域の中に定着してくるか、老健の役割も在宅復帰だけでなく在宅療養支援ということになり、それに沿って、もう一度中間施設という設立当初の原点に戻った役割を地域で果たしていけるかどうかは今問われていると考える。特養は介護保険が始まる以前から存在する介護保険施設である。これまでの長い歴史の中で築かれてきた配置

医師の業務等があるので、それを急激に変えることは難しいため、そういうことも尊重しながら、新しい看取りの場や緊急時の対応等を新たな加算で上乘せする等、これまでの課題について、ある一定の前進があったのではないかと考える。

今回の改定は、医療から見ても介護から見てもお互いに整合性がよくとれている。これが現場に定着し活用され、地域包括ケアシステムの構築が進み、そしてさらに次の段階である障がい者や子供等を巻き込んだまちづくりに発展していくことによって、地域の超高齢社会に対応できる体制が構築できるということになるのではないかと考える。

印象記

理事 比嘉 靖

今回の介護保険対策協議会では、前日に行われた松本・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」の後に、各県単位で検討を行い、翌日の質問事項を提出するという新たな試みが行われた。

医療介護の同時改定の目玉である「介護療養院」に関わる質問が鹿児島、長崎、熊本からなされた。医療機関でもあり、在宅とも見なされる、いいとこ取りの試みであるとの説明があった。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、これらの件での関心の高さが伺われた。

佐賀県、宮崎県、大分県、福岡県からは、これまでもよく取り上げられてきた介護保険施設での医療行為、高額薬剤への対応、配置医師の処遇などについての質問がなされた。高額な薬剤への対応については、施設内には薬剤費の高額な人もいれば定額の人もおり、全体的に捉えて頂きたいとする鈴木常任理事の言葉が印象的であった。また、今回の診療報酬と介護報酬の改定は、双方ともリンクしており、整合性の取れた改定になったとも仰られていた。

当県からは「介護ロボット活用の推進」として、見守り機器を設置した場合、介護職員0.1人分を評価する事について、これらの機器の要件、人員換算の根拠について質問を行った。以前に数十カ所の施設にて実証実験を行い効果などを評価して換算されたもので、機器としては「メモリーセンサー」一種類しか現在は認められていない。医療機器の審査ほどの厳しさはないが、常任理事自体も医療機器審査に関わられており動向を見守っていくとの返答を頂いた。

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。

九州医師会連合会第 370 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 4 月 7 日（土）、福岡市において標記常任委員会が開催されたので、その概要を下記のとおり報告する。

報 告

1) 元日本医師会長 故植松治雄先生を偲ぶ会への対応について（福岡）

元日本医師会長の植松治雄氏が去る 3 月 7 日ご逝去され、来る 4 月 15 日に大阪において「偲ぶ会」が執り行われることから、九医連として弔電と供花を供し弔意を表すことにしている。

協 議

1) 2019 年度（平成 31 年度）九州医師会連合会負担金・九州医師会医学会会費について（福岡）

平成 31 年度より、九州医師会連合会負担金及び九州医師会医学会会費について以下のとおり変更することを了承した。

・九州医師会連合会負担金（年間）

1,500 円→2,000 円

・九州医師会医学会会費（年間）

2,500 円→2,000 円

なお、本件については、今年 8 月に鹿児島県で開催される九医連定例委員総会において正式に決定する。

2) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議及び九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員協議会（6 月 2 日（土）福岡市）について（福岡）

標記諸会議の日程について下記のとおり決定すると共に、主な協議事項並びに協議内容について確認した。

日 程：平成 30 年 6 月 2 日（土）

於 ホテルオークラ福岡

(1) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議

15：00～16：00

(2) 九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員協議会

16：10～17：30

(3) 九州ブロック日医代議員（含・次期）連絡会議

17：40～18：30

(4) 懇親会

18：40～20：30

主な協議事項及び内容

(1) 九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について

①理 事 2 名 → 沖縄県、鹿児島県

②裁定委員 1 名 → 鹿児島県

③そ の 他

(2) 平成 30 年度・31 年度における日本医師会代議員会の諸委員について

①議事運営委員 1 名 → 熊本県

②財 務 委 員 2 名 → 福岡県、佐賀県

(3) 第 143 回日本医師会臨時代議員会（6 月 24 日（日））における質問者（ブロック代表質問及び個人質問）について

5 月中旬迄に担当の福岡県で取り纏め、6 月 2 日の九医連常任委員・次期会長合同会議において選定することになった。

(4) 日本医師会次期役員等候補者の推薦届出と都道府県医師会選出日医代議員への文書による協力依頼等について

担当の福岡県において協力依頼文書等を準備することになった。

3) 九州ブロック日医代議員 (含・次期) 連絡会議 (6月2日(土)福岡市) について (福岡)

標記連絡会議について、下記のとおり開催することに決定した。なお、委員による報告は各20分、質疑は5分とすることを確認した。

日 時 平成30年6月2日(土)

17:40 ~ 18:30

場 所 ホテルオークラ福岡

日医委員会報告

① 医師会共同利用施設検討委員会

池田 秀夫 委員 (佐賀県)

② 警察活動等への協力業務検討委員会

林 芳郎 委員 (鹿児島県)

4) 九州ブロック (次期) 日医代議員連絡会議の開催 (6月22日(金)・23日(土)・24日(日) 東京都内及び日医) について (福岡)

今回の代議員会は役員改選を伴う代議員会となることから、前日22日(金)の夕方と、代議員会当日の23日(土)・24日(日)に次

のとおり九プロの連絡会議を開催することになった。

① 日 時 平成30年6月22日(金)

18:00 ~ 20:30

場 所 第一ホテル東京 4F・プリマヴェーラ

② 日 時 平成30年6月23日(土)・24日(日)

09:00 ~

場 所 日本医師会館 九州ブロック控え室

5) 平成30年度 (第40回) 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議 (7月13日(金)・那覇市) について (沖縄)

標記合同会議について下記のとおり開催することを確認された。

期 日: 平成30年7月13日(金)

場 所: ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービュー

日 程: 1) 平成30年度九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議

17:00 ~ 18:15

2) 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長意見交換会

18:30 ~ 20:30

お 知 ら せ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

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

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

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

○平日連絡先: 沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先: 090-6861-1855

○担当者 経理課: 平木怜子 池田公江

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