

平成 30 年度第 2 回 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議



副会長 宮里 善次



日 時：平成 30 年 9 月 3 日（月）

13：00～14：00

場 所：沖縄県庁（5 階 会議室）

出席者：安里会長、宮里善次副会長、宮里達也副会長、照屋常任理事、平安常任理事、田名常任理事、藤田理事、城間理事（以上県医師会）

砂川保健医療部長、糸数保健衛生統括監、長嶺保健医療総務課長、諸見里医療政策課長、久高地域保健課結核感染症班長（以上県保健医療部）

議題

（1）小児個別予防接種における県内の接種費用の統一について（提案者：県医師会）

<内容>

沖縄県においては、各市町村と各地区医師会（本島 5 地区医師会と離島 2 地区医師会）において個別予防接種業務委託契約を締結し事業を

行っており、その契約内容は単年度契約となっていることから、市町村の財政や市町村当局の予防接種に対する認識の相違もあり、毎年、接種費用の折衝に時間を割いている。このことは各地区医師会も同様であり、また個別予防接種事業においては、本島内では既に相互乗り入れ（例：北部の子でも那覇での接種が可能だが、接種料金はその子が所在する市町村の接種料金で接種する。）が実施しているが、公平性の観点から本島内における接種費用の統一を求める。

<提案要旨>

本件については、本年 1 月 20 日（土）に開催された、第 59 回地区医師会連絡協議会においても議題として取り上げていただいた。

その際、本会を含む本島内の各地区医師会（北部・浦添・那覇・南部）からも概ね、沖縄県全体での統一価格が望ましいとの意見となった。

以上のことから今回、沖縄県並びに沖縄県医

師会においては、接種料金の統一について、それが可能であるのか、協議を行って頂きたく議題として提案させて頂いた。

＜県保健医療部回答＞

本島内の予防接種料金につきましては、公平性及び事務作業軽減の観点から統一することが望ましいと考えている。

本件について、本島内 27 市町村の予防接種担当者へ問い合わせたところ、17 市町村より回答が得られ、うち 14 自治体は「統一を希望する」、3 自治体は「現在の価格より下がるのであれば希望する」と回答、「希望しない」自治体は無く、多くの市町村が希望していることが伺えた。

また、県外の 46 都道府県へ、「圏域内で予防接種費用の統一を行っているか」問い合わせたところ、42 都道府県から回答があり、実施していると回答した県が 11 箇所あった。そのため、費用を統一するためには、何らかの方法があると思われる。

一方、沖縄総合事務局公正取引室へ伺ったところ、「医師会及び市町村の代表者が協議して価格の決定を行った場合、原則的に独占禁止法第 8 条に抵触する可能性が高い。詳細を伺い、除外規定なども含め調査しなければ答えきれない。」と回答を頂いた。

県としては、今後とも沖縄総合事務局公正取引室との調整を続け、引き続き検討していきたい。

＜主な意見＞

◇県医師会：

厚生労働省の見解では、「直ちに独占禁止法に抵触することはないと考える」との回答をもらっている。

◆県保健医療部：

公正取引室に足を運び、除外規定や厚生労働省の見解を含めて、調整していきたい。

◆県保健医療部：

独占禁止法は、消費者のための法律であるため、統一単価にすることで消費者が不利益をこうむることがないかどうか重要である。しか

し、現在地区では単価は統一されているとのことだったので、全圏域に統一しても特に問題ないかと考える。市町村とも関係してくることなので、市町村も含めて調整していきたい。

また、公正取引委員会とも調整が必要であるため、今後継続して調整していきたい。

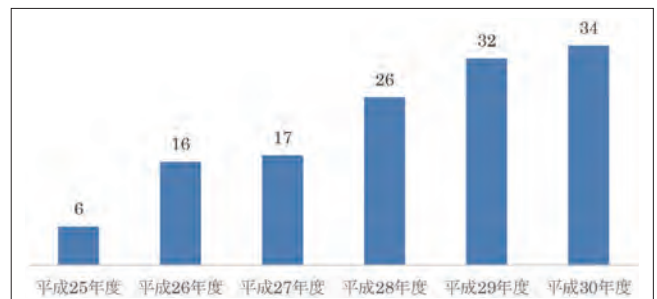
(2) 臨床研修事業について (提案者: 県医師会)

＜提案要旨＞

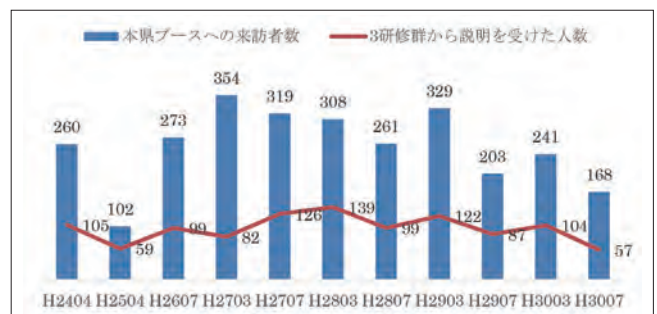
本会では、平成 24 年度より沖縄県から委託を受け、東京・大阪・福岡で開催される「医学生・研修医を対象とした臨床研修病院の合同説明会」に参加している。

本県の特徴としては、県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄群の全県下の研修病院が参加し、「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」として取り組み、来場する多くの医学生等に関係者が一丸となって本県での魅力ある臨床研修を効果的・効率的に PR している。

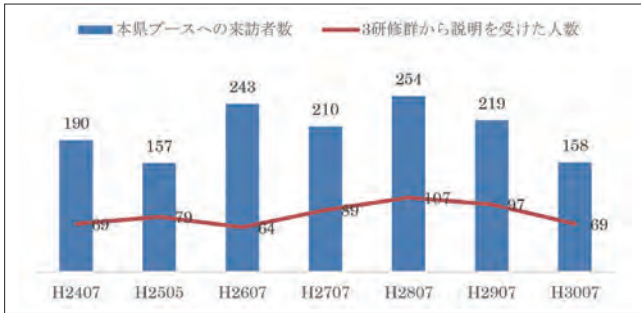
当該合同説明会には、平成 24 年度より今年度迄で計 24 回参加することになるが、説明会で本県のブースを訪れた医学生等が、後に沖縄で臨床研修するに至ったマッチング率は年々増加している (グラフ 1)。しかしながら、昨今、本県ブースを訪れる医学生等が減少傾向にあり懸念している (グラフ 2～4)。



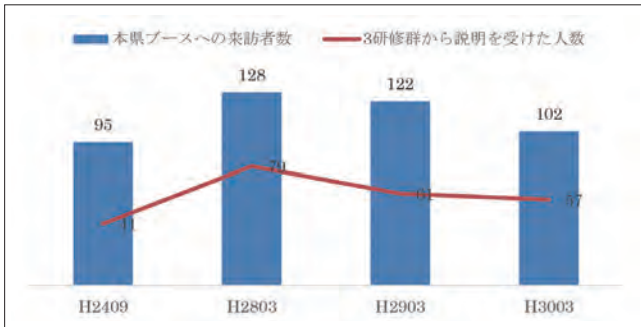
グラフ 1：本県ブースで説明を受け、実際にマッチした人数



グラフ 2：東京会場



グラフ 3：大阪会場



グラフ 4：福岡会場

減少している理由について、先般開催の臨床研修病院長等会議や本会理事会において意見交換したところ「今の学生は専門（後期）研修を見据えて、初期研修先を選定している傾向にあるのではないか」、「初期研修医確保対策同様、専門（後期）研修医確保対策に関しても、県全体で取り組んで行く必要があるのではないか」等の意見が出された。併せて、今年度の専攻医は107名で、平成29年度2年次研修医150名と比較すると、43名が県外へ流出しており、県内定着率は約71%で、九州最下位となっている。今後もさらなる流出が懸念される。

このようなことから、本会としては、安定的な

初期・専門（後期）研修医確保の観点から、「臨床研修医確保対策事業」、「沖縄県医療人育成事業」に加え、新専門医制度施行による医師の地域偏在や診療科偏在（特に外科系）の現状把握、魅力ある専門（後期）研修プログラムを検討・対策する場の創設等、専門（後期）研修医対策も県全体で取り組んでいく必要があると考えている。

保健医療部においては、数多くの臨床研修事業を展開されているが、今後の地域医療を担う人材確保は極めて重要な課題であり、下記のことについて県の考えをご教示いただきたい。

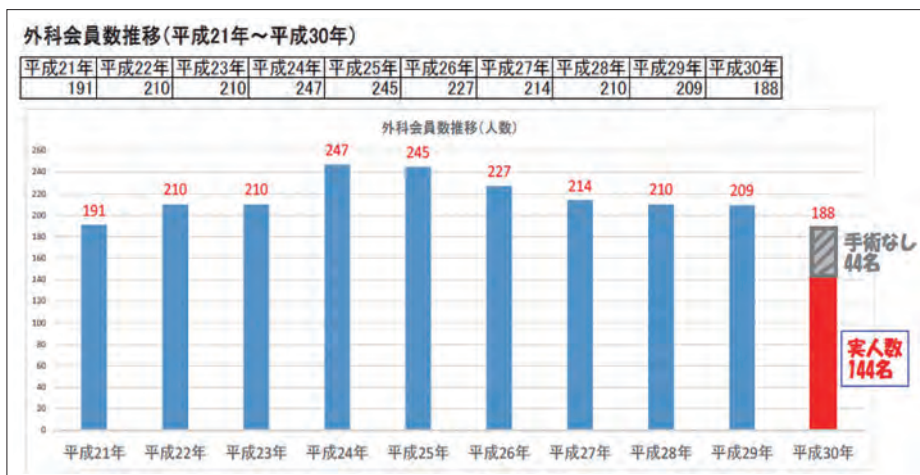
- 臨床研修医確保対策事業（合同説明会への出展等）のあり方について
- 沖縄県主導による新専門医制度への対応について

城間理事より、沖縄県外科会の現状について、概ね下記のとおり説明があった。

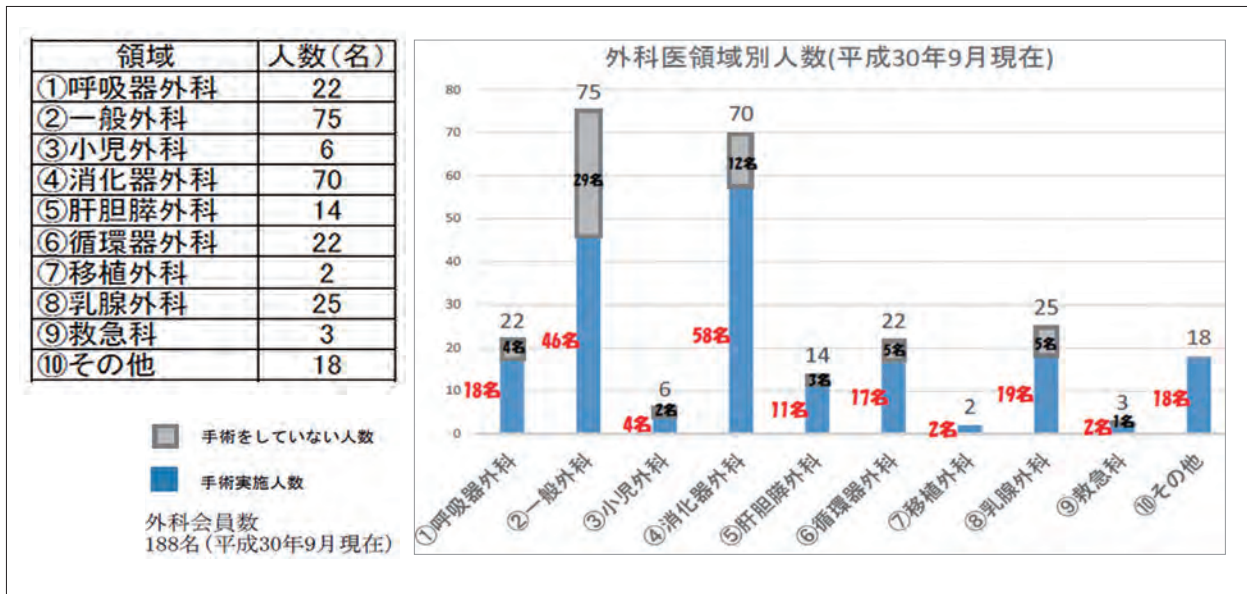
平成24年の247名をピークに外科会会員数は減少している。平成30年の会員188名のうち、44名が手術をしていない（グラフ5）。また、会員の自己申告による領域別人数は、グラフ6のとおりとなっている。

新専門医制度の開始により、領域別の専門性が高まっている。経験症例数等の活動実績が要件になり、指定基準に満たない市中病院や連携施設、特に地方病院に医師が行けなくなることが予測される。

初期研修医の確保だけでなく、専門（後期）研修医の確保も県全体で考えなければならないと考えている。



グラフ 5：外科会会員数推移（平成21年～平成30年）



グラフ 6：外科会会員の領域別人数

＜県保健医療部回答＞

○臨床研修医確保対策事業（合同説明会への出展等）のあり方について

琉球大学医学部の定員が117名、平成31年度から研修を開始する研修医の募集定員が180名となっており、研修医の募集定員が琉球大学医学部の定員を上回るため、県外から如何に研修医を呼び込むかが重要と考えている。

合同説明会への出展については、沖縄県のブースへの来場者数は減少傾向にあるものの、ブース来場者が沖縄県で初期研修を行う人数は年々増えている。ブースへ来場する医学生も限られた時間の中で医学生自身が興味のある地域や病院を目的に話を聞いている印象がある。出展スペースの広さなどは来場者数に応じて見直す必要があるが、興味を持っている医学生のために出展は続けるべきだと考えている。

臨床研修医確保対策事業（合同説明会への出展等）のあり方については、より効果的な確保対策について、県医師会や研修病院と調整をしていきたい。

○沖縄県主導による新専門医制度への対応について

新専門医制度の施行に伴う医師偏在や診療科偏在については、各基幹施設の専攻医の採用状況のみならず、連携施設として登録された地域の医療機関に専攻医が実際にローテーションしているかといった点も確認する必要があることから、県及び沖縄県地域医療支援センターが今後実施する調査を踏まえ、県、県医師会、琉球大学等の関係者により構成される地域医療対策協議会において確認・評価を行う予定である。

また、魅力ある研修プログラムを提供し、質の高い専門研修を実施するには、診療科毎に具体的な議論を行う必要があることから、基本領域別の協議の場（基本領域別協議会）を設けることを検討している。

地域医療対策協議会が国に意見の申し入れを行うに当たっては、内容によって基本領域別協議会の協議結果を踏まえることとし、地域医療対策協議会と各領域の協議会とを有機的に連携させ、沖縄県全体で専攻医確保を推進する枠組みを構築することを想定している。

本件については今般の医療法改正も踏まえ、目下準備を進めているところであり、県医師会とも協議・調整の上、早期に実施したいと考えている。

＜主な意見＞

◇県医師会：

専門（後期）研修医が、初期研修後、県外へ流出していることを懸念している。県立中部病院においても外科医が足りない状況となり、麻酔科に関しては琉球大学医学部附属病院から派遣されている。県全体で、医師をどう育てるか、患者のニーズがどこにあるか等、総合的な議論が必要なのではないか。

◇県医師会：

琉球大学医学部附属病院においても、脳神経外科、消化器外科、心臓外科、呼吸器外科、泌尿器科の入局者が極めて少ない状況が続いている。一方、産婦人科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科についてはある程度の入局がある。県全体で専門医について協議する場が必要である。琉球大学医学部附属病院としては、県立病院等に派遣したい気持ちはあるが、大学病院に医師不足が生じている。早急な対策が求められる。

◇県医師会：

国が示している人口当たり、医療圏ごとの医師数に対する本県の現状はどうか。平成30年度の専攻医は107名であるが、泌尿器科と脳神経外科は0名であった。県全体の現状を把握し、対策していく必要がある。

◆県保健医療部：

医療法が改正され、地域医療対策協議会は、平成31年4月以降、医師確保、診療科偏在、地域偏在、専門医を中心に協議する会とする。現在、その立ち上げに向けて準備を進めている。構成メンバーは、琉球大学、医師会を中心として、3臨床研修群を加えるか検討している。素案を作成後、琉球大学、医師会に説明したい。医師は、全国的に医学部の定員増により1.3～1.4倍に増えているが、外科医は0.9倍と減少している。県としても、どのように減少する診療科に誘導するか悩んでいる。現在は「指定診療科医師確保修学資金」で誘導する方法しかない。当件についても早急に、関係者と検討していきたい。

◇県医師会：

日本外科学会、日本臨床外科学会では、数年前から「若手外科医セミナー」、「国内留学の斡旋」、モチベーションを高めるための「海外短期留学」等の若手外科医が定着する取り組みを行っている。沖縄県外科会においても、若手外科医の意見を取り入れ、現場で実効性のある対策を検討していく。県にバックアップをいただければありがたい。

◇県医師会：

県内の移植外科が2名となっており深刻な状況である。琉大第一内科では、肝移植は九州大学、肺移植は岡山大学にお願いしている。患者にとって大きな負担となっている。

◇県医師会：

県内の移植外科医は、豊見城中央病院に1名、県立中部病院に1名の計2名である。豊見城中央病院では、全面的に九州大学の応援をいただいで、ようやく自病院単独で手術ができるようになった。豊見城中央病院で手術ができなくなった場合、腎臓移植も県外に行かざるを得ない。

◇県医師会：

去る6月15日福岡県に開催された「九州ブロック医師の育成を考える会」で、初期研修医が少ない県では、高校の情報をもとに、他県の医学部に行った学生を追跡し、メールや面談で戻ってくるよう呼び掛けをしているとの情報提供があった。本県では、初期研修の後、県外に流出する研修医が多い。今後、専門性の高い先生をリクルート等、取り組みが必要になってくるのではないか。

(3) 遠隔医療について (提案者:県保健医療部)

＜提案要旨＞

沖縄県は、遠隔医療に関して、平成12年から県立病院6箇所、県立診療所16箇所の間で「遠隔医療支援情報システム」を運用し、ノウハウの共有、ウェブ会議における指導医等の診療指導や助言を行っている。

また、平成24年度及び平成25年度に国の

地域医療再生基金を活用して、「画像診断連携システム」を整備しており、現在、琉球大学と県立宮古病院及び県立八重山病院との間で、ガンの術中迅速画像診断を行っている。

一方、厚生労働省においては、遠隔医療の設備整備に対する支援に加え、平成 26 年度からは遠隔医療の実施を予定している医師等に対する研修を実施している。

また、2018 年度の診療報酬改定において、遠隔診療（医師対医師、医師对患者）に対して新たに評価を設けるとともに、オンライン診療に関して、最低限遵守する事項及び推奨される事項並びにその考え方を示した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を平成 30 年 3 月に策定している。

このような状況を踏まえて、北部及び離島地域の医療格差解消に向け遠隔医療を推進することや、遠隔診療（オンライン診療）の具体策について沖縄県医師会の考え方を伺いたい。

<県医師会回答>

遠隔医療の中には、大きく分けると、専門医師が他の医師の診療を支援する DtoD (Doctor to Doctor) と医師－患者間において情報通信機器を通し、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムにより行う DtoP (Doctor to Patient) いわゆるオンライン診療がある。

DtoD (Doctor to Doctor) については、北部及び離島地域の医療格差を限りなく小さくする為にも、安定的に運用が出来るシステムの確立が必要であり、今後も地域医療介護総合確保基金等の財源を活用し、推進を図っていく必要がある。

一方で DtoP (Doctor to Patient) いわゆるオンライン診療については、全面的に推進していくとは言い難い状況である。オンライン診療はあくまでも「対面診療の補完」であり、医師は問診、視診、触診、聴診等、五感を使って患者を診ることが基本であると考えます。

しかしながら、今回の診療報酬改定を踏まえると、活用される際は、“オンライン診療の適

切な実施に関する指針”の範囲を逸脱しない診療のあり方を遵守していただきたいと考える。

<主な意見等>

◆県保健医療部：

遠隔医療によって離島の医師不足がカバーできるのではないかとの意見があったが、私の認識としては、離島住民が望んでいるのは、専門的治療を受けるより、プライマリケアを 24 時間 365 日受けられるということではないかと考えている。

◇県医師会：

本県の DtoD の状況はどのようになっているか。

◇県医師会：

琉球大学の吉見教授のご尽力もあり、沖縄県連携病理診断センターが設置され、県立宮古病院や県立八重山病院に対し、術中診断を遠隔で行っている。

◇県医師会：

民間病院の立場からであるが、病理専門医といっても、全てを診れる訳ではなく、自分が不得意な分野については、沖縄県連携病理診断センターと連携している。

県立病院や琉球大学はもともとレベルの高い医療を提供しており、格差があるのは民間病院である。DtoD は、医療格差を縮めるものであると考えており、その仕組みにより、いかに民間病院をフォローしていくかが医療格差の解消に繋がるのではないかと考える。

◇県医師会：

DtoD を推進していくことは非常に大事なことであるが、DtoP については、懸念することがあり、慎重に進めた方が良いと考える。

先日某 TV 番組において、オンライン診療の事例が放送されていた。その中で、「降圧剤をこんなに簡単にいせませよ」というニュアンスで流れていた。このような医療の提供の仕方をすると、医療機関がそれに応えようと、疲弊してしまうのではないかと考える。

◆県保健医療部：

このような話は多々出て来るかと思うが、密に連携し情報共有して、良い方向に持って行ければと考える。

その他

(1) 医療施設一覧の作成について

(提案者：県保健医療部)

<提案要旨>

「医療施設一覧」については、平成 29 年度第 4 回の連絡会議以降、県医師会及び地区医師会に対して、医療施設一覧（案）を提示し、意見を伺ってきたところでありますが、今般、別添の「医療施設一覧の作成に係る沖縄県の基本的考え方」に基づき、医療施設一覧をとりまとめましたので情報提供します。

1 調整経過

平成 30 年

- 1 月 26 日 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議における報告
- 2 月 1 日 八重山地区医師会
- 2 月 7 日 浦添市医師会
- 2 月 8 日 北部地区医師会
- 2 月 9 日 南部地区医師会
- 2 月 14 日 宮古地区医師会
- 2 月 16 日 那覇市医師会
- 2 月 23 日 中部地区医師会（1 回目）
- 3 月 6 日 沖縄県医師会
- 4 月 11 日 中部地区医師会（2 回目）
- 6 月 8 日 中部地区医師会（3 回目）
- 7 月～8 月 各医療施設に対する掲載意向の確認

2 公表

平成 30 年 9 月上旬に次の方法で公表予定

- (1) 各医療機関及び関係団体への通知
- (2) 沖縄県ホームページへの掲載
- (3) 報道機関への情報提供

3 掲載意向の確認状況

平成 30 年 8 月 27 日現在

	対象機関数	掲載可	一部不可	不可	未確認
病院	90	57	29	4	0
診療所	520	300	113	93	14
歯科診療所	46	24	0	16	6
助産所	4	4	0	0	0
合計	660	385	142	113	20

4 今後の取り組み

医療機関の連携を促進するため、「おきなわ津梁ネットワーク」ホームページと医療施設一覧掲載ホームページを相互にリンクさせることについて調整を行う。

<主な意見>

◇県医師会：

専門医であるが、クリニックの開業等でその専門の治療を行っていない医師がいる。しかし、セカンドオピニオンは非常に重要である為、専門的な治療を行ってなくても、記載して良いのではないかと考える。

◆県保健医療部：

がんについては、琉球大学がんセンターの増田教授に、客観的な整理ができないか相談しているところである。整うことができれば、来年度以降に修正していきたい。

◇県医師会：

がん診療対策協議会の中でも話されるが、非常に重要なことであると考え。かかりつけ医と実際に治療する施設が異なっており、その役割を明確にすると良いと考える。

◇県医師会：

県民からも、そのような要望が上がっていた。

印象記

副会長 宮里 善次

当連絡会議は基本的に県医師会理事会で議題を募って協議した内容を提案しているが、今年度第2回目の連絡会議は地区医師会に議題の募集をかけた。

中部地区医師会から議題(1)の「小児個別予防接種における県内の接種費用の統一について」提案があった。県側としては賛成の立場であるが、沖縄総合事務局の見解が「原則的に独占禁止法第8条に抵触する可能性が高く、除外規定なども含めて調査しなければ答えきれない」となっているため、今後も調整を続けながら検討していきたいと云う返事であった。

(2)の臨床研修事業については、初期研修医募集が少しずつ減少傾向にあり、新たな取り組みが必要であると云う点で意見が一致したが、双方から具体的な案が提示される事はなく、新専門医制度については、県、県医師会、琉球大学で構成される地域医療対策協議会を立ち上げて、確認・評価をしたいと提案があった。

県側から提案された(3)の遠隔診療について、県医師会の見解はDoctor to Doctorのオンライン診療は離島僻地を多く抱える本県では、その地域格差を縮小させる為にも安定的に運用できるシステムの確立が望ましく、地域医療介護総合確保基金を利用して、推進を図る必要があると回答した。しかしながら、Doctor to Patientはあくまでも「対面診療の補完」であり、使う場合は“オンライン診療の適切な実施に関する指針”の範囲を遵守すべきであると回答した。

最後に「医療施設一覧の作成について」懇談した。医療施設一覧は10月1日から県のホームページに掲載されているが、今後の方針として、「おきなわ津梁ネットワーク」のHPとリンクさせることについて調整を行う事になった。

いずれの議題も今後の医療行政や医療のあり方に大きく関与する問題を県側と十分に議論できた会議となった。

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なっておりますので、ご連絡下さいます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

第 12 回沖縄県女性医師フォーラム



理事 玉城 研太郎



去る9月20日(木)、沖縄県医師会館において「外科系女性医師のワークライフバランスとキャリアプラン～外科系女性医師が辞めない方策を考える～」をテーマに標記フォーラムを開催した。

今回は、宮里恵子委員より「外科系女性医師のワークライフバランスとキャリアアップに関する調査」結果について報告を行った後、北部地区医師会病院外科 堤綾乃先生より「キャリアプラン私の場合 第2幕」、銘苺桂子副会長より「チーム医療が支える女性外科医のワークライフバランス」と題して講演を行った。続いて、グループ討論と総合討論を行った。

参加者は医師34名(女性:28名、男性:6名)、医学生17名(女性:17名)、看護師1名(女性:1名)、社労士2名(女性:1名、男性:1名)、事務6名(女性:2名、男性:4名)の計60名であった。概要について、次のとおり報告する。

挨拶

依光 たみ枝(沖縄県医師会女性医師部会 部会長)



沖縄県医師会女性医師部会を平成19年に発足以降、「女性医師フォーラム」、「女性医師の勤務環境の整備に関する病院院長等との懇談会」を毎年、「出前事業(プチフォーラム)」を平成22年から計10回、開催している。

昨年度の「女性医師フォーラム」では、「この10年を振り返る～私たちの働き方は変わったか～」をテーマに、この5年間の変化をアンケート調査を通じて明らかにし、参加者を交えて全体で討論を行った。また、昨年度の「女性医師の勤務環境の整備に関する病院院長等との懇談会」は聖路加国際病院副院長の山内英子先生に『「女性医師の未来」へー医師の働き方改革ー』をテーマにご講演いただいた。

また、平成 25 年から昨年まで実施していた「琉球大学医学部附属病院・沖縄県医師会女性医師部会 合同企画 琉球大学医学生向けキャリアプラン講義」については、今年度より、研修医を対象としたキャリアプラン講義に変更し、去る 8 月 19 日（日）の「おきなわレジデントデイ」の 1 セッションとして開催した。

沖縄県ドクターバンクの昨年度の実績としては、求人件数 52 件のうち成立が 14 件だった。また、医師からの求職は 5 件で、そのうち 3 件が成立した。

報 告

「外科系女性医師のワークライフバランスとキャリアアップに関する調査」

宮里 恵子（沖縄県医師会女性医師部会委員）



今回、県内 15 の病院を対象に、①専門医の取得状況、内科系と外科系の比較、②外科系女性医師個人へのアンケートを行った。

調査は平成 30 年 8 月 6 日から 8 月 22 日までの期間に行った。①は病院の事務方に、②は卒後 3 年以上の外科系女性医師を対象に行った。

<調査結果>

①専門医の取得に関する内科・外科の比較

○男女別にみると、男性の方が女性よりも専門医の取得率が高い。

【専門医取得率】外科：男性 73%、女性 58%
内科：男性 58%、女性 37%

②外科系女性医師について

○有効回答数は 58 人で、平均卒後年数は 13 年であった。

○当直の有無については、全体の 8 割が「当直あり」と回答した。当直ありと回答した医師の平均卒後年数は 13 年で、当直なしの平均卒後年数は 16 年であった。

○当直の有無については、婚姻状態別で見ると、既婚者は当直の割合が 29% であったのに対し、未婚者は免除の割合が 5% であった。

○1 ヶ月の当直回数で最も回答が多かったのは「6 回」だった。

○当直翌日の勤務緩和については、「なし」と回答した人が 27 人おり、制度が無い、あるいは制度があっても利用できていないことも考えられる。

○妊娠中の当直免除や、育児介護中の勤務緩和については、「あり」と回答した人が多かった。また、育児介護中の勤務緩和の内容としては、当直免除が最も多く、次いで時短勤務であった。

○専門医取得に関しては、有効回答数 49 人（卒後 6 年以上）で、専門医取得の平均は 6.7 年であった。

○専門医未取得者 8 人中、7 人は取得を希望していた。未取得の理由としては、専門医修練期間を終えていない、学会参加や論文作成をしていない、修練を積む時間がないとの回答があった。

○仕事と家庭を両立できているか尋ねたところ、「いいえ」と回答した人が 6 割近くおり、「子育てしていて両立できていない人」よりも、「子育てしておらず両立できていない人」の方が多かった。

○両立できていない理由としては、プライベートの時間が取れない、休息が取れないとの意見が多かった。その他、自由記載では、家事や育児はパートナーに任せきり、家事ができず家庭を制限している等の回答があった。

○現在の科を選ぶ前に知りたかったこととしては、「ロールモデルとなる前任者がいるか」、「家事や育児、介護等との両立が可能か」、「資格取得に必要な条件」等が多かった。

○ワークライフバランスで取り組むべきこととして最も多く回答があったのは「グループ診療制を導入する」で、次いで「男性の育児参加をすすめる」、「事務作業を減らす」という結果になった。自由記載では、全医師のワークライフバランスについて改善が必要との意

見や、学生のうちからキャリアプランやワークライフバランスについて学ぶ機会をもつことが必要との意見があった。また、家事代行サービス等の利用により家事の負担を減らす、当直を引き受ける医師の不公平感を減らす、時短勤務でも症例を経験できるようにする等の回答もあった。

○その他、下記の意見があった。

- ・外科医のワークライフバランスは、男女問わず、平等に仕事、家事、育児、介護できるようにすることが理想。
- ・その人のニーズに合わせて、働き方が調整できる職場になれば良い。
- ・制限のある女性医師に任せられるところは任せて、労働量を分担することが望ましい。
- ・子育てしている人は優遇されるのが当然と考えている若い医師もいる。その分の負担を周りの男性医師や子育てしていない女性医師が担っていることを忘れないでほしい。
- ・外科医そのものの人数を増やさなければ解決にはならないため、外科医にインセンティブを与えるべき。
- ・医師の人数を増やしてグループ診療制を導入し、勤務時間短縮や当直免除を。
- ・復帰プログラムを学会や医師会、国に運営してほしい。
- ・病児保育や延長保育、学童の充実を希望する。

講演

(1) 「キャリアプラン私の場合 第2幕」

堤 綾乃 (北部地区医師会病院)



初期研修中に第1子を出産し、研修修了後は琉球大学第一外科に入局した。第2子出産後に外科専門医の予備試験に合格したが、手術件数が必要であったため、関連施設

(老健)にいながら「登録研修医」として週に2回手術に参加させてもらった。育休や時間のあるうちに勉強し、外科専門医に合格した。

資格取得に強いこだわりがあったわけではな

いが、モチベーションの維持のために専門医取得を目指すようになった。外来・手術・当直、家庭との両立に不安があったが、外科専門医取得に向けて、手術症例数の多い施設への異動希望を出した。

資格取得以外のキャリアプランとしては、自分の価値を上げたいと思うようになり、臨床能力を向上させるために、空いている時間はなるべく手術を見に行っている。また、後輩の先生と手術に入る等、指導力の向上も目指している。その他、学会発表や論文執筆にも力を入れ、自分の得意分野・専門分野も今後考えていきたい。

数年前までは家事も育児も自分ひとりで完璧にこなそうとして、1日の中で自分の時間をほとんど作れていなかったが、夫からの助言もあり、すべてを完璧にこなすことを辞めた。家事をアウトソーシングし負担を減らしたり、子どもとの時間を「量」ではなく「質」で楽しむよう心がけた。また、子どもの送迎や仕事から帰宅するまでの間はベビーシッターやサポーターに協力してもらっている。夫も朝食準備を手伝うようになり、その間に家事を済ませることができるようになった。

外科系女性医師が辞めずに続けるためには、常にやりがいを見つけられるようにアンテナを張っておくことや産前産後休暇などの長期休暇を取得後、復帰の際に臨床スキルを身につけられるようなシステムを構築することが必要である。また、女医だけでなくすべての医師が休みを取ったり、プライベートが充実できるような働きやすい環境をつくることで、ワークライフバランスを保つことができると考える。

(2) 「チーム医療が支える女性外科医のワークライフバランス」

銘苅 桂子 (沖縄県医師会女性医師部会副部長)



日本産婦人科学会の会員医師数を見ると、2006年から2013年にかけて女性医師の割合が増えている。また、医師経験年数が11年目以降になると、産婦人科を辞め

る医師が多い。産婦人科では他科に比べて、女性医師の割合が増えたために起こる問題を多く経験してきた。

このような中、沖縄県医師会女性医師部会では、毎年、女性医師フォーラムや、病院長等との懇談会、医学生向けキャリアプラン講義を企画し実施してきた。

女性医師支援の歴史は、約10年前までは男女別の当直室や院内保育といった「ハード面」の整備が主な課題であったが、その後、短時間勤務制度などの「ソフト面」へと段階が移った。そして、ソフト面の整備が進む中、現在は当直明けの業務軽減やドクタークラークの設置など「医師全体の業務軽減」が課題となっている。

外科系女性医師が育児と仕事の両立を困難とする要因としては、仕事の終わりの時間がわかりにくいことや、帰りにくい雰囲気があること、時短だと手術を執刀できない・してはいけないと遠慮することや、緊急手術に対応できないことが挙げられる。しかし、育児と仕事の両立のためには、始業と終業の時間を決め、無駄な人員配置を見直し、時短であっても手術に入ってもらい、外科医としてのモチベーションを維持できるようにすることが必要である。こうしたことを実現するためには、トップの意識改革が必須である。また、緊急手術に対応できない場合は、日中でできる仕事を探したり、子どもがある程度大きくなったときに恩返しをするという意識を持つことも大事である。

ワークライフバランスは「チーム医療」で獲得する。女性医師個人では常に優先順位を考えて仕事をこなし、その上のチームでは役割分担の把握、無駄な人員配置の見直しを行う。チームのキャパシティで解決できないものは医局や病院単位でシステムの改善を検討し、病院では完結できないものについては、国が環境整備を行うことが必要である。

育児も医療も「思うようにいかない」、「1人では対応できない」という点で共通している。思うようにいかない中で、常に代替案を準備する姿勢や感謝の気持ちと助け合いの精神を持つことで心のキャパシティが成長する。

育児をしている女性医師は、当直が困難であり、急な早退や欠勤があることなどが弱みであるが、一方で仕事の優先順位を知っており、順応性が高く、初心や感謝の気持ちを忘れないという点が強みである。育児をしている女性医師には、自分を枠にはめず、成長することを諦めないこと、また、自分がロールモデルになることを自覚しながら医療に携わっていただけることを期待している。

女性医師のワークライフバランスは、トップの医師改革、チーム医療などのシステム改革とモチベーションを維持するための教育の2本柱で取り組む必要がある。また、支援を受けながら外科医の醍醐味を知った医師は、いずれ独り立ちして次の後輩の支援に携わるようになる。ワークライフバランスの重要性は男女を問わない。男性医師も育児ができるようになれば働き方改革は成功である。

総合討論

銘苅桂子副部長と宮里恵子委員の進行のもと、グループ討論と総合討論を行った。総合討論での主な意見は下記のとおり。

- 就職先を選択する際に、ロールモデルになる医師がいるかどうか、研修医期間中に知ることができたら良いなど感じた。(学生の立場から)
- 学生のうちに「外科医の仕事はおもしろい」ということを知ることができると良いと思う。そのことを広めていけば、外科系の女性医師だけでなく、外科医自体も増えていくのではないかと。(学生の立場から)
- 学生が研修先を選ぶ際、その病院に子育て中の医師がいるか等を聞いていないようである。そういったことを確認できたら、将来の自分のキャリアプランを検討しやすくなるのではないかと。
- 琉大泌尿器科では、女性医師が少なく、出産や子育てを経験している医師が少ない状況である。医師全体の数自体が少なく、業務の負担が大きい、人数を増やすことが目的になっている当面の目標である。

- 看護師は交替制だが、医師は担当患者さんの状態にあわせて朝まで勤務することもあり、大変厳しい職場だと感じている。いつも一緒に仕事をしているが、今日の講演を聞いて、医師がモチベーションとキャリアを大事にしていることを感じた。医師と看護師が協力して1人の患者さんのためにどう頑張っていくかということのを改めて考えさせられた。近くにいる看護師なので気軽に声をかけてもらい、医師と一緒に考えていきたい。(看護師の立場から)
- 外科系女性医師に限らず、今後、日本の医師全体の働き方を改善していかないといけない問題であると感じた。脳神経外科は、少しずつ医師が増えているが、女性医師は県内で1人であるため、自分がロールモデルとなり、それに続いてくれる女性医師が増えるといいなど考えている。楽しく仕事をしている姿を見せていきたい。
- 労働基準法では始業と終業の時間をはっきりさせることが定められている。終わりの時間を決め、始まりの時間を決めれば、すきまの時間が生まれ、それが自分の時間となる。それがまとめて取れないと子育てや家事ができなくなってしまうが、そこは意識改革が必要だとの意見もあった。そのような中、本日は、そういったことを突破してきた事例をいくつかお聞きした。これを広めていって、ワークライフバランスのとれた状態を実現できればと思う。(社労士の立場から)
- 家内も医師であり、家事・育児を手伝ってきたつもりであるが、50:50には至らなかった。女性医師がいきいきと仕事と家庭を両立するためには、上の年代の人たちの意識改革が必要であると感じる。

総 括

玉城 研太郎 (沖繩県医師会 理事)

本日のアンケート調査結果報告から、外科医不足を解消するためには、インセンティブの問題を解決していかなければならないと感じた。また、トップが意識を改革し、女性医師がどのようなキャリアを積みたいかということを確認

し導いていくことが重要である。

外科医が不足している現状を鑑み、沖繩県外科会では「沖繩県外科医不足対策委員会」を立ち上げる。本委員会では、まず現状の問題点を抽出し、「Career Plan Project」、「沖繩県の外科医療の独自性と魅力のProject」、「行政や第三者機関の介入」を3本の柱とし、本県の外科医不足解消に向け取り組んでいきたい。

参加者アンケートより

- 実際に育児や家事をしながら働く先生の話聞いて、自分のキャリアを考えるきっかけになった。
- 学生のうちに女性医師の問題は何なのかを知ることができ、自分のキャリアプランを考えるうえで参考になった。
- 将来の病院を選ぶ上で、女性医師の支援の内容も考慮していくことがとても大切だと思った。
- 考えている以上に女性医師がハードな生活をしていて驚いたが、周りのサポートや環境が変化しつつあること、そしてなにより女性医師のみなさんがいきいきしていかよかった。私もそんな医師になりたい。
- グループ討論や総合討論で先輩女性医師の話聞くことができよかった。卒にとらわれず、モチベーションを常に持って働きたい。
- ロールモデルの先生方のお話を聞いてよかった。トップの先生方の意識が少しでも変化していけばと願う。
- 診療科や性別に関わらず医師の働き方は常に問題になっている。全ての医師、関係者が当事者意識を持つことが大事だと思う。



グループ討論

日医医賠責特約保険未加入のA会員のみなさまへ

日医医賠責特約保険 中途加入のおすすめ

毎月1日での**中途加入**ができます

日医医賠責**特約保険**は、日医医賠責保険の特色を継承し補完する、**A会員の任意加入保険**です

平成30年4月以降に新たに創設される介護医療院(法人立の場合定員99名以下)も特約保険の対象とすることが出来ます。

特約保険の特長

日医医賠責保険の上乗せ

開設者・管理者責任のカバー

高額賠償への対応

合理的な掛金

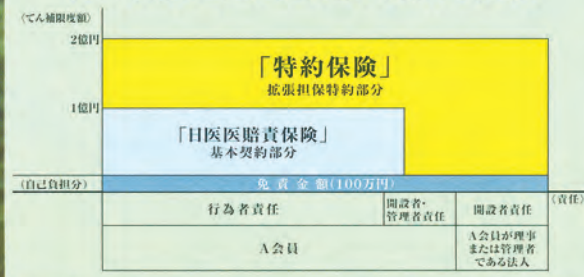
加入をおすすめするA会員

非A会員が起こした医療事故について、開設者・管理者としての賠償にも備えたいA会員

法人(99床以下の法人立病院と法人立診療所)の責任部分の賠償にも備えたいA会員

高額賠償の支払い(1事故2億円、保険期間中6億円まで)に備えたいA会員

特約保険と日医医賠責保険の関係



保険期間

中途加入月1日から
平成31年7月1日

中途加入手続き

中途加入月の前月15日までに
所属の都道府県医師会
(一部地域によっては、郡市区医師会)へ
*詳しくは裏面ご参照

● お問い合わせは本会まで ●

日本医師会(医賠責対策課) 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL03-3946-2121

日医医賠責特約保険の概要

- 1. 保険契約者：**公益社団法人 日本医師会
- 2. 契約方式：**
基本契約の日医医賠責保険を、「特約保険」で拡張担保する方式で、損害保険会社との直接契約とする。
- 3. 保険加入者：**A会員 (非A会員は加入できない)
- 4. 加入方法：**A会員の任意加入とする。
- 5. 被保険者：**
A会員およびA会員が理事である法人またはA会員が管理者である医療施設を開設する法人
ただし、下記の医療施設を対象とする。
(1) 診療所 (個人、法人立を問わない)
(2) 個人立病院・介護医療院 (病床数・定員数の上限なし)
(3) 99床以下の法人立病院
(4) 定員99名以下の法人立介護医療院
病院については一般病床と療養病床を対象とする。
また、以下については、対象外。
① 結核病床と感染症病床
② 精神病床 (ただし、一般病床を主として有する病院の中の精神病床は対象となる)
③ 介護老人保健施設
④ 国、独立行政法人、国立大学法人、社会保険関係、会社が開設する医療機関および公的医療機関 (いずれも、病院・診療所を含む)
- 6. 保険金の支払い：**
「特約保険」では、非A会員の医師に固有の責任がある場合でも、「カット払い」を行わずに被保険者に対して保険金を支払う。
ただし、非A会員が一般の医賠責保険を付保している場合には、日医医賠責保険及び日医医賠責特約保険と保険金の支払いについて責任分担を行う。
- 7. 求償権の行使：**
求償権の行使については、「賠償責任審査会」において審査する。
- 8. てん補限度額：**日医医賠責保険と合算して
1事故 (同一医療行為につき) 2億円
保険期間中 (年間) 6億円
- 9. 免責金額：**
1事故 (同一医療行為につき) 100万円。ただし、日医医賠責保険から支払われるべき保険金がある場合には、特約保険は免責金額を適用しないで保険金を支払う。
- 10. 医療施設事故：**
医療施設を起因とした事故は、不担保。

日医医賠責特約保険の保険期間は、毎年7月1日から翌年7月1日までの1年間となっていますが、中途加入の場合の当年度保険期間は、中途加入月の1日から翌7月1日までとなります。

特約保険のてん補限度額と掛金

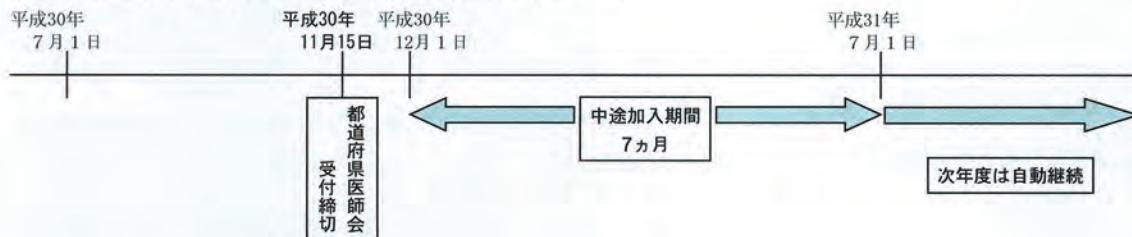
中途加入の掛金は、下記の年間掛金に対し、加入月数に対応する月割になります

①診療所 介護医療院 (19名以下)	20,000円	てん補限度額： 日医医賠責保険と合算して 1事故 (同一医療行為につき) 2億円 保険期間中 (年間) 6億円 (免責金額は1事故100万円)											
②A2会員	20,000円												
③病院 介護医療院 (20名以上)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">掛金 =</td> <td rowspan="4">補償対象の病院等に常勤するA2会員数</td> <td>*1</td> <td>1病床または 定員1名あたり掛金</td> <td rowspan="4">*2 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数</td> <td rowspan="4">40,000円</td> </tr> <tr> <td>在籍なし</td> <td>13,800円</td> </tr> <tr> <td>1~2名</td> <td>13,100円</td> </tr> <tr> <td>3名以上</td> <td>12,400円</td> </tr> </table>		掛金 =	補償対象の病院等に常勤するA2会員数	*1	1病床または 定員1名あたり掛金	*2 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数	40,000円	在籍なし	13,800円	1~2名	13,100円	3名以上
掛金 =	補償対象の病院等に常勤するA2会員数	*1			1病床または 定員1名あたり掛金	*2 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数			40,000円				
		在籍なし			13,800円								
		1~2名			13,100円								
		3名以上	12,400円										

- *1 病院については、常勤A2会員の在籍数に応じて、掛金区分が異なります。(A2会員とはA2(B)会員及びA2(C)会員をいいます。)
- *2 病床数は、医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。
- * 病院の精神病床については、別途、日本医師会 (電話 代表03-3946-2121) までご照会ください。

中途加入の例

<平成30年12月1日から中途加入する場合の手続きスケジュール>



<診療所を対象施設として、平成30年12月1日から中途加入する場合の掛金>

$$20,000円 (年間掛金) \times (7ヵ月 / 12ヵ月) = 11,670円$$

平成 30 年度 第 1 回 都道府県医師会長協議会



副会長 宮里 善次



去る 9 月 18 日（火）、日本医師会館において都道府県医師会長協議会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は開会が宣された後、来る 4 月 27 日～4 月 29 日に開催される第 30 回日本医学学会総会 2019 について齋藤英彦会頭より挨拶の後、会次第に沿って議事が進められた。

会長挨拶

横倉会長より以下のとおり挨拶が述べられた。

はじめに、7 月に発生した西日本豪雨をはじめ、今月の台風 21 号、北海道胆振地方で発生した地震の被害にあわれた方々に対し、心からお見舞いを申し上げます。また、被災地で地域医療を懸命に支えている会員や、度重なる災害にも屈せず、支援に取り組まれている全ての皆様方のご尽力に対し、深甚なる敬意を表する。

日本医師会では発災直後より、現地の医師会と連携を密にしながら、継続した支援に取り組

んできた。そのなかで、JMAT や支援金等の呼びかけに応じて下さった全国の会員をはじめ多くの方々の篤志に対し、この場を借りて、厚く御礼申し上げます。7 月の西日本豪雨での経験を踏まえ、日本医師会「防災業務計画並びに JMAT 要綱」を改正し、「統括 JMAT」「先遣 JMAT 機能」「統括 JMAT の条件、役割等」が明記され、今回初めての先遣 JMAT を派遣した。我が国はその地理上、今後も多くの自然災害に見舞われる危機を有している。その備えにあたり、平時から災害医療の教育・研修体制の整備や、かかりつけ医機能を中心とした地域連携の強化が不可欠である。これこそが、ソフトパワーによる国土強靱化と言える。そのため、日本医師会としては、10 月に開催される防災推進国民大会でのセッションの提供や、かかりつけ医機能研修制度等を通じて、災害医療対策の一層の充実をリードして参る所存である。

こうした災害医療からの要請のほか、超高齢多死社会を迎えた我が国においては、高齢者の保健事業と介護事業を一体的に実施し、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続していくための「地域包括ケアシステム」を推進していくことが重要である。

そうしたなか、医療界の長年の懸案であった控除対象外消費税問題については、この年末にかけて大きな山場を迎える。先月、日本医師会は三師会、四病院団体協議会とともに記者会見を行い、控除対象外消費税問題解消に向けて、医療界全体としての要望を取りまとめたことを公表した。その要望のなかで、現行の診療報酬への補てんを維持しながら、個別の医療機関等に生じる補てんの過不足に、新たな税制上の仕組みを作成するよう「提言」している。平成31年度税制改正に際しての検討およびその結論が、この「提言」に凝縮された医療界の望む姿で実現することを目指し、今後、医療界一丸となって要望活動を展開してまいる。先生方においても、引き続きご理解とご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、去る7月の厚生労働省の会議では、平成26年度の消費税率5%から8%への引上げに伴う診療報酬での補てん率に集計ミスがあったとして、補てん率の修正が行われた。日本医師会として直ちに担当副会長から保険局長に対し、厳重なる抗議と速やかなる対策を求めた。今後も経過を見守りながら、厚労省への再発防止ときめ細やかな対応の申し入れを行う中で、会員への情報提供等に努めてまいる。

地域医療の基盤たる医療機関の経営の健全化、さらに進んで医業経営の長期安定が図られることは、「医師の健康と地域医療の継続性との両立」を期する、医師の働き方改革にとっても重要である。今後、宿日直や自己研鑽をはじめ、タスク・シフティング、勤務環境の改善、上限時間といった、医師の働き方改革における主要論点の議論が、本格化してくる。その議論にあたっては、長時間労働の是正を進めることを前提に、現行法令の枠内における「特例の在

り方」だけでなく、必要であれば、その枠組みには必ずしも拘らないことが必要である。医師という特殊な職種の働き方を訴えつつ、勤務医の労働法制の構築も視野に入れながら、医師の働き方に合ったより良い制度を目指してまいる。

また、医師の働き方改革の過程を通じて、患者や国民、医療者が、改めて健康の概念や医療のあり方、受療行動について共に考えていく機会とし、医療に対する認識の深化等に寄与してまいりたい。

都道府県医師会及び郡市区等医師会においても、初期救急、休日・夜間診療体制の再構築をはじめ、かかりつけ医と病診連携の普及促進や、健康診断・予防接種の勧奨、生活習慣病の予防など、予防と健康づくりに向けた活動等を通じて、医師の働き方改革の議論を後押ししていただくようお願い申し上げます。

なかでも、予防と健康づくりに向けては、医師会をはじめとする医療団体、経済団体、保険者、自治体等が連携して実効的な活動を行う「都道府県版日本健康会議」を設置し、「健康なまちづくり・職場づくり」を推進してまいりたい。全国的な広がりとなるよう、皆様のさらなるご理解とご協力をお願い申し上げます。

最後に、我が国の医療は法律に基づき提供され、政策によって医療提供体制が決定されている。そのため、我々が考える国民視点にたった医療の実現に向けては、医療政策をリードし続ける強い「組織づくり」が不可欠である。そこで、既にご案内の通り、11月25日に、全国の医師会長らを招いた「全国医師会・医師連盟医療政策研究大会」を都内で開催する。本大会は、前期の医師会将来ビジョン委員会からの報告書にあった「日医役員、都道府県医師会長及び郡市区等医師会長らが一堂に会し、医療の今日的課題に立ち向かうための理念の共有の場を設ける」べきとの提言に基づき開催する、日本医師会初の試みである。より多くの先生方にご参加いただくなかで、所期の目的を達成し、医師会組織間の団結を強める、実り多き会にしたい。先生方の特段のお力添えをお願い申し上げます。

協 議

(1)「医師の働き方改革」とともに進めるべきこと (山口県)

【提案要旨】

働き方改革は、医療を受ける国民の安全を最優先する方向で、「医師の健康と地域医療の両立」が図られなければならないと考えており、長時間労働（日勤から引続く当直でほとんど休めない状態）の後のインターバル設定は医療事故の原因を減らすことにつながり、勤務医を守ることになる。

また、医師の地域による偏在や診療科の偏在は、一向に改善されていない。医師が沢山いる地域や診療科では仕事を分散させることは可能だが、ギリギリの状態では医療を担っている地域や診療科ではタスクシフトやシェアは限定的で、インターバル制の採用も難しい。

また、時間外勤務の多くは当直業務と共にある救急患者への対応である。国民理解のもと、地方で働く医師や、救急や外科、産婦人科などの時間外労働が多い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつけるなど、具体的な方策を取っていただきたい。

松本常任理事より以下のとおり回答があった。

日本医師会が中心となって取りまとめた「医師の働き方改革に関する意見書」でも勤務間インターバル制度の重要性が強調されており、休日確保・連続勤務時間規制も含め、「休息確保」の仕組み作りは重要である。日本医師会では今期も「医師の働き方検討委員会」を立ち上げ、医師の健康管理・勤務環境改善策の議論を始めた。厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」の議論はこれから佳境に入る。日本医師会は会内委員会の助言を仰ぎ、「医師の健康と地域医療の両立」を常に念頭に置き、勤務間インターバル制度をはじめとした、勤務医に対し有効かつ実現可能な健康確保策を国に提言していく所存である。

医師の偏在については、これまで様々な対策が講じられてきたが、根本的解決には至ってお

らず、近年、診療所に比べ、病院の勤務医は増加しており、地方で働く若い医師の確保が課題である。今回の医療法・医師法改正では、地域医療対策協議会の意見を踏まえ、「医師少数区域」を設定する予定だが、ご質問にある「ギリギリの状態では医療を担っている」地域で勤務するインセンティブとして、国の認定制度を創設した。

この制度の実効性は検証が必要だが、日本医師会としては、改革の第一歩と評価している。救急患者の対応も、医師の働き方改革の重要課題で、特に、高齢者の増加、在宅医療の進展を踏まえ、日本医師会でも、地域医師会や行政を中心とした在宅・介護施設等からの急変患者受入体制の整備について、国に予算要望をしてきた。

さらに、今年6月の代議員会での会長答弁の通り、かかりつけ医機能や外来機能の分化について、国民の理解を深めてもらうよう広報活動に注力してまいる。厚労省が設置する「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」には日医からも構成員が参加し、働き方改革の一環として進めてまいる。

さて、「医師の働き方検討会議」意見書では、医師の働き方改革に関する財源確保について、「診療報酬、地域医療介護総合確保基金、税制改正等、あらゆる切り口での財政支援を検討することが求められる」と提言された。病院の救急医や産科医への勤務手当を補助する国の補助事業は、地域医療介護総合確保基金への移行後も実施されている例がある。

診療報酬上の対策についてだが、平成30年度診療報酬改定においては、従来の「医療従事者の負担軽減」に加え「働き方改革の推進」が、改定の基本方針の柱の1つとして加えられた。その上で、業務分担・共同の促進、常勤配置・専従要件の見直し、24時間対応体制の要件緩和など、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるような見直しがなされたところである。働き方改革の推進については、今後も診療報酬改定のたびに、継続的に対応していくべきと考えている。具体的な対策については、厚生労働省と相談していく所存である。

※(2)と(3)は関連するので一括で答弁があった。

(2) JMAT と日本医師会プラットフォームの設置について (岡山県)

【提案要旨】

今回の西日本豪雨災害で岡山県医師会では初めて受援を行ったが、先遣 JMAT の派遣が早期にできる体制の構築をお願いしたいと思う。

また、被災地 JMAT 派遣について、地元医師会担当者と JMAT に対する標準的認識ができていないため、連携が取れず JMAT の活動に支障をきたす場合もあったことから、JMAT 研修における郡市区等救急担当理事に対する研修を早急にシラバスなど用意していただきたい。

被災してから診療再開まで時間を要することから、日本医師会プラットフォーム(仮称)を設置し、平時から寄付を受け、資金をプールする制度の構築を提案する。

(3) JMAT (日本医師会災害医療チーム) の組織化について (愛知県)

【提案要旨】

今回、改正された JMAT 要綱には、「日本医師会対策本部による JMAT の派遣の決定は、被災地の都道府県医師会からの要請を原則とするが、連絡がとれない場合や被災地の状況の把握が困難な場合等においては、日本医師会の判断により、統括 JMAT を派遣し、被災地の都道府県医師会を支援する。」と明記され、JMAT 派遣に関する新たな手順が示されたところである。

今回の豪雨災害では、兵庫県医師会が派遣するチームを「統括 JMAT」となるよう日本医師会が依頼したとのことであるが、正式な形で都道府県医師会へ通知されたほうが、他県 JMAT がスムーズに活動できるのではないかと。「先遣 JMAT」「統括 JMAT」の組織の在り方および質の向上のために、具体的な展望があればご教示いただきたい。

石川広巳常任理事より一括して以下のとおり回答があった。

統括 JMAT を派遣する場合には、全国の都道府県医師会に対して速やかに周知徹底を行うとともに、基本的には派遣経験が豊富な都道府県医師会に出動を要請することになる。今回の北海道胆振東部地震では、北海道医師会とは密な連絡が取れたことから、被災地外からの統括 JMAT の派遣は見送り、長瀬北海道医師会会長をリーダーとする先遣 JMAT を初めて派遣した。

また、統括 JMAT の構成メンバーには、JMAT 研修のうち、統括 JMAT 編を修了していることが望ましいとしている。日本医師会による JMAT 研修は、本年度に始まったばかりなので今後の課題である。研修の学習目標は、「被災地の都道府県医師会・郡市区医師会との緊密な連携のもと、被災地の情報の把握・評価、日本医師会や全国の医師会への情報発信、被災地に派遣された JMAT の統括や支援、医療支援ニーズの判断等を行えるようにすること」としている。

続いて、郡市区医師会向けの研修については、先日、日本医師会から都道府県医師会に提示させていただいた JMAT 研修のプログラムでは、「地域医師会 JMAT コーディネーター編」も作成した。このプログラムは、自分の地域の災害体制づくり、特に要配慮者対策への参画、被災地の地域医療や地域包括ケアシステムの災害対応力向上、『被災地 JMAT』や支援を受ける側の医師会としての機能向上に資することを学習目標としている。それから、インストラクターには、保健所などの行政関係者や、多職種連携の観点から幅広い関係者を想定しているので、研修への協力を通して、JMAT の認知度が高まることを期待している。日本医師会として、本年度は、このプログラムに基づく研修の実施は予定していないが、統括 JMAT とともに、都道府県医師会のご意見をいただきながら、「救急災害医療対策委員会」で、よりよい内容とすべく、ご検討いただく予定である。

次に、これまで大規模な災害に遭遇しなかった地域も含め、全国どこの地域でも被災地となり得る時代であることから、日本医師会プラッ

トフォームの設置というご提案は、大変意義があるものとする。日本医師会では、会員のみならず、一般国民の皆様から広く寄付金を受け入れやすくするために、かねてより内閣府に対し、公益法人として優遇される税制措置を最大限に活用することを視野に入れた「税額控除対象法人」の認定を申請していたが、8月14日にその証明を受けることができた。これにより、ご寄付いただく方には、広く税制上の優遇措置が適応されることになる。名称は後ほど検討するとして、今後、災害時のみならず、常時、ホームページ等を通じて寄付金の募集をする体制の構築を進めてまいる。

介護連携のための協議会が記載されているが、基金の柔軟な運用についても、引き続き、国に対して強力で求めてまいる所存である。

次に、国が一括して主な診療実績データの「見える化」を行うことについて、厚生労働省に対しては、各構想区域の事務局・関係者の負担の軽減に向けた施策をとるよう要請する。もちろん、国がすべきことは、あくまでも、各都道府県、各地域における、それぞれの実情を反映した機能分化への取り組みを支えることである。そのため、国のデータの出し方、示し方が、調整会議の協議内容を全国で画一的なものに導くことがないように引き続き注視してまいる。

(4) 地域医療構想の議論の活性化のための方策（地域医療構想調整会議に設置する専門部会の開催経費に対する地域医療介護総合確保基金の活用と病床機能報告に係るデータ活用）について（鹿児島県）

【提案要旨】

各調整会議における専門部会の経費に関し、県行政は「地域医療構想調整会議に係る経費は、地方交付税として措置されており、基金では対応できない」と指摘があった。専門部会等の開催経費についても基金で対応できるよう、日医を通じ国へ働きかけていただきたい。また、国は都道府県に医療機能ごとの診療実績の提示するよう求めているが、都道府県に個別にデータを加工させるのは非効率的であるので、国が一括して主な診療実績データの「見える化」が行われる環境を整えていただきたい。

釜菴常任理事より以下のとおり回答があった。

厚生労働省でも財務省に基金で認めるよう要望をしていると聞いているが、日本医師会としても、国への予算要望などで、強く要求して参る。また、平成29年度の基金計画では、事業区分1の「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」ないし、区分2の「居宅等における医療の提供に関する事業」で、入院医療と在宅をつなぐ調整や医療・

(5) 地域住民の健康や衛生を支える保健所勤務医師の現状と課題（茨城県）

【提案要旨】

公衆衛生医師としての保健所長数は年々減少しており、保健所長との兼務率は高止まり、30歳代～50歳代の中堅保健所医師の早期退職、保健所の統合組織化に伴う保健所長の職位の低下などがあり、公衆衛生医師の確保と育成が喫緊の課題となっている。

保健所長等、公衆衛生医師の確保や養成について国民の健康を預かる日本医師会が取るべき対応を伺いたい。

羽鳥常任理事より以下のとおり回答があった。

公衆衛生医師の養成・確保の問題については、国も事態を認識しており、平成17年に委員会を設置し、報告書がとりまとめられた。また、地域の取り組みの好事例の紹介や、平成16年より公衆衛生医師確保推進登録事業も開始しているが、現在のところ十分に活用されているとは言えず、各自治体への更なる周知が必要であると考えている。

一方、保健所の医師を含む公衆衛生等に携わる医師の確保においては、キャリア形成も重要な視点であると認識している。平成28年12月、公衆衛生及び医療の重要な基盤となる社会医学系専門医制度を運営、発展させることを目的と

して、本会と関係学会、保健所長会などにより「一般社団法人社会医学系専門医協会」を設立し、臨床系の新専門医制度に先駆け、昨年度より公衆衛生部門に勤務する医師等の専門医養成を開始している。日本医師会としては、これら構成団体とも連携して今後さらに本制度の周知を図るとともに、関連分野の重要性等についても発信してまいりたい。

また、公衆衛生医師の業務の重要性ならびに必要性について、若い医師や医学部学生をはじめ国民に認識してもらうため、広報活動の一環として情報誌ドクターゼ 20号において、公衆衛生医師として働く方を取り上げ、その業務内容について紹介をするなど広報に努めている。

また、公衆衛生医師の安定した確保に向けたシステムづくりも重要であり、先ほど述べたように、厚生労働省で実施している公衆衛生医師確保推進登録事業の更なる普及・活用はもちろんのこと、日本医師会が平成 19 年にスタートした日本医師会女性医師バンクにおいても、従来より公衆衛生医師の紹介も行っており、今年 5 月の全国保健所長会の理事会において更なる活用をしていただけるよう紹介させていただき、すでにいくつかの自治体で就業成立に至っている。引き続きご協力をお願い申し上げます。

(6) 特定健診のより一層の充実と実施上の混乱回避に向けて (滋賀県)

【提案要旨】

特定健診のより一層の充実と実施上の混乱回避に向けて、以下の 3 点について日本医師会の見解を伺いたい。

- ① 血清クレアチニン検査の受診者全員一律実施に向けて
- ② 消費税法改正に伴う委託料取扱いへの対応について
- ③ 全国組織の保険者におけるルールの徹底について

城守常任理事より以下のとおり回答があった。

- ① 血清クレアチニンと eGFR の実施対象者

の抽出基準は、心電図検査や眼底検査など、他の詳細健診と異なり、「受診勧奨判定値」ではなく、「保健指導判定値」とされており、これにより、より多くの受診者に対して実施することが可能となっている。

日本医師会としては、今回の見直しを第一歩として、当該検査の有用性に関するエビデンスを積み上げ、厚生労働省の健康局、保険局、労働基準局等の検討の場において、特定健診の基本項目として位置づけるよう、引き続き主張してまいりたいと考えている。

なお、対象者の抽出や実施方法など、細かな運用面での取り扱いに係る調整について、全国ルールとして見直すべき部分、そして各都道府県や地域の実状が考慮されるべき部分を見極めながら、必要に応じて働きかけを行っていきたいと考えている。

- ② 来年 2019 年 10 月 1 日より消費税 10% への引き上げが予定されている中、自己負担額や保険者上限額への対応も含めて、本年 10 月より、厚生労働省「実務担当者による特定健診・特定保健指導に関するワーキンググループ」において消費税対応の議論が再開される予定である。地域医師会において平成 31 年度の契約に支障をきたさないよう、議論を進め、適宜、ご案内したいと考えている。
- ③ これまでも、全国組織の保険者による市町村国保への保険者間の委託を進め、地域住民の健診は市町村国保と医師会による契約に一本化していくべきとの主張をしてきた。今後も国や保険者に対して強く申し入れる。平成 30 年度、第三期の特定健診・保健指導では、保健指導の初回面接の一部を健診当日に実施できる「セット券」の発行が認められたところだが、検討会で決められたルールを理解していない保険者については日医からも、厚生労働省、保険者に対してルールの徹底を図るよう個別にも対応させていただいている。

(7) 児童虐待を中心とした母子保健・乳幼児保健、学校保健対策について（東京都）

【提案要旨】

東京都医師会では、以下を積極的に実施しなければならないと考えているが、日本医師会としても児童虐待に関して更なる対応をすべき時期がきていると思う。見解を伺いたい。

- ①妊産婦のメンタルサポート対策
- ②未受診妊婦、若手妊娠に対する対策と支援
- ③妊婦前からの性教育を含めた健康教育などの対応と虐待防止、自殺防止の観点から総合的な対策と支援
- ④教職員、スクールカウンセラーの児童生徒のメンタルヘルスに対する能力を高めるための研修事業等。

平川常任理事より以下のとおり回答があった。

①妊産婦のメンタルサポートについては、国立成育医療研究センター等から、妊産婦の死因として自殺が最も多かったと公表され、周産期のメンタルヘルスが重要な課題となっている。子育てへの不安やストレスによって起きる産後うつが原因の一つと考えられることから、産婦人科医、小児科医、精神科医が連携し、不安を抱える妊産婦を地域で支えることができる支援体制が必要であると考えます。

②、③に関しては、厚生労働省の調査で、虐待による死亡事例がゼロ歳児に集中していることが明らかになっている。その母親の背景には、妊婦健診未受診、若年妊娠などがある。子どもの死亡を予防するためには従来の早期発見・早期対応に加え、出産前よりの予防の取り組みが必要である。思いがけない妊娠や妊婦健診の未受診など、妊娠・出産・育児環境の整わない妊婦については、より早期に介入することが発生の予防につながることから、医療関係者は日常の診療や健診の場で重要な役割を担っている。

日本医師会では平成14年に「児童虐待の早期発見と防止マニュアル—医師のために—」の作成や、平成23年度からは、子育て支援フォーラムを地元の医師会のご協力のもと、開催し、

啓発活動、情報提供を行っている。

④学校保健について、医師会として学校医の観点からは、健康診断の限られた時間においても虐待の形跡がないかといった視点も大切であり、学校医は、学校保健関係者・教育者と協調し、学校現場・家庭・地域のコーディネーターとしての社会的役割を担っており、学校現場における子どもたちのアドボケーター（代弁者）でもある。

就学時や通常健康診断で児童虐待の疑いを発見すること、普段の学校生活のなかで児童生徒の心身の変調を見逃さないような体制づくりが大切であると考えます。

以上のことを踏まえ、妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援を実現するためには、安心して子どもを産み育てることができる母子保健医療体制の充実や子育て支援のための社会環境の整備が必要であり、医療関係者、学校関係者、行政等により多職種連携の取り組みが求められている。

このことは、かねて本会の乳幼児保健委員会（現在の母子保健検討委員会）が提唱している成育医療の理念でもある。本理念に基づいた施策が講じられることとなるためにも成育医療等基本法の早期成立に向け今後とも強く働きかけてまいり。我々医療関係者は日常の診療や健診の場で妊産婦や子育て家庭と接点を持つことができ、児童虐待の予防や早期発見・早期対応に結び付けることができる重要な役割を担っている。日本医師会としても、引き続き会内委員会である母子保健検討委員会、学校保健委員会、講習会、フォーラムの場で更なる取り組みをしてまいり所存である。

(8) 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) 研究センター「オンライン学術集会演台抄録登録システム」の継続について（北海道）

【提案要旨】

北海道医師会では、抄録登録を UMIN の演題登録システムを利用してきた。しかし、登録システムを来年3月31日で終了する旨メールが配信された。学会運営に大きく関る事案

であることから、日本医師会へ交渉をお願いしたところ、横倉会長、門田日本医学会長の連名で登録システム継続再考の要望書を東大附属病院長宛に提出いただき感謝申し上げます。これを受け、UMIN センターは平成 31 年度 1 年間は新規運用の申し込みは受付けないことを条件に、継続利用のみを認めてくれるが、32 年度の対応は各学会の継続利用の希望状況から判断、検討したいとのことである。日医の見解を伺いたい。

羽鳥常任理事より以下のとおり回答があった。

UMIN センターの母体として、このシステムを自主開発し運営している東京大学病院では、学術活動の支援として無償でサービス提供してきたものの、利用団体の増加に伴い費用が増大してきたため、有料化の検討も含めたサービス継続の努力を重ねてきた。しかし 500 を超える利用団体の情報を管理する運営費用の財政上の圧迫は大きく、大学理事会にて慎重に審議された結果、サービスの提供終了を機関決定された。そして、利用する団体への影響に鑑み、約 1 年前にサービス提供終了の予告を通知したという経緯があったことを確認している。これを受けて、現在各学会では本サービスを用いない学術集会の準備を進めている状況とのことである。

このシステム運営およびサービス提供にかかる諸費用を確認したところ、運用人件費、間接費、保守費を合わせ、年間約 3,000 万円の支出が発生している。また、新たに同様のシステムを開発するとなると、これらに加えて相当のインシヤルコストを想定する必要がある。

次に将来性について、UMIN センターは利用する団体への影響を抑えるため、本年 5 月の段階でサービス終了の予告をされている。これによって、すでに、来年以降はこのサービスを用いることなく学術集会を運営する手はずを整えている学会も少なくないと思う。このことから、今後の利用者数の増大は不透明と言わざるを得ない状況にある。UMIN センターでは現在、有料化を条件とした 1 年間の利

用を希望する団体の受付を行っているところであり、この利用者数を踏まえて、翌年以降の運営継続を検討すると聞いている。日本医師会でもこのサービスの利用状況を調べたが、過去に利用団体として登録のあった医師会は、北海道医師会と沖縄県医師会の 2 医師会、また臨床分科医会についても確認したところ 3 団体というのが実態であった。

本会としても、UMIN センターに対して平成 32 年度以降も継続運用されるよう強く働きかけを致したいと考えている。引き継いで運用するという点に関しては、費用の問題と将来性という二つの側面を踏まえ、慎重に検討してまいりたい。

(9) 消費税問題への対応及び経過について

(長崎県)

【提案要旨】

最新の中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」では、厚労省が 15 年 11 月 30 日の分科会に報告した補填状況の調査で病院全体 102.4%、一般病院 101.3% などとされていたが、今回の再調査では病院全体 82.9%、一般病院 82.7%、他の病院、診療所、薬局全体でも 90.6% で、補填率 100% を大きく下回った。この間 2 回の診療報酬改定があり、極めて重大な問題である。

現状での抜本的な消費税問題解決の状況と取り組みなどをご教示いただきたい。

小玉常任理事より以下のとおり回答があった。

この問題の解決に向けて、昨年 12 月 14 日に与党が決定した平成 30 年度税制改正大綱に、「平成 31 年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る。」と明記されたことはご高承のとおりである。これに対して、昨年末以降、担当の中川副会長が先頭に立って、この問題の解決へ向けて、医療界の意見をひとつにとりまとめることを最優先に力を尽くしてきた。その結果、「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組み

についての提言」を、「医療界がひとつになった要望」と位置づけるに至り、去る8月29日、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会と、四病院団体協議会による合同記者会見を行い、この提言を公開した。

概要として「現行の診療報酬への補てんの仕組みを維持した上で、個別の医療機関等に生じる補てんの過不足に対応する新たな税制上の仕組み」を創設することを求めている。同時に、「診療報酬への補てんについては、補てんのばらつきを丁寧に検証し、是正を行う。」ことが肝心であることも述べている。

ご指摘の中医協消費税分科会に於ける補てん率把握の集計ミスは、まさにこの「丁寧な検証、是正」を旨とする意識に欠けた、厚生労働省によるずさんな作業結果が露呈したものであった。去る8月30日、厚生労働省保険局長に対して、猛省を促す抗議文書を中川副会長より提出したが、今後、同省保険局によって「丁寧な検証、是正」が行われているか否かを都度注視する。

7月下旬、横倉会長が安倍総理と会談された際、安倍総理は、『来年10月の消費税率の引き上げに向けて、税制改正の議論が年末までの間に進められていく中、この問題について、本年末に取りまとめられる与党税制改正大綱を踏まえながら、引き続き、日本医師会を始めとする医療関係者の議論等を考慮しつつ、しっかりと検討していく』と述べている。この問題の解決に向けて各都道府県議会で可決いただいた、「地方自治法第99条に基づく意見書」が、国政の中央にしっかり届いている。

例年、10月中旬以降、自民党をはじめ各政党による「関係団体の要望ヒアリング」が行われ、11月中旬、自民党厚労部会としての要望が決定する。その後、11月下旬から12月上旬にかけて、自民党税制調査会での集中的な検討が行われ、12月10日前後に翌年度の税制改正大綱が決定する。

この問題の解決に向けて、日本医師会は引き続き全力を尽くしてまいるので、各都道府県医

師会においても、地元選出国會議員への働きかけをはじめ、この問題の解決へ向けて、引き続きご協力をお願い申し上げます。

(10) 控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組みについて (日医)

中川俊男副会長より以下のとおり説明があった。

1. 新たな仕組みの提言

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会は、控除対象外消費税の解消に向けて新たな仕組みの提言を行った。

新たな仕組みの提言

(1) 仕組みの概要

診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額（以下、消費税補てん額）と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額（医薬品・特定保険医療材料を除く）を比較し、申告により補てんの過不足に対応する。

診療報酬への補てんについては、消費税率10%への引き上げ時に医療機関等種類別の補てんのばらつきを丁寧に検証し是正する。その後の診療報酬改定でも必要に応じて検証、是正を行う。

(2) 適用対象

消費税および所得税について実額計算で申告を行っている医療機関等開設者を対象とする。

2.1. 新たな仕組みの実現のための諸課題—消費税補てん額の把握—

消費税率5%までのマクロ的な比率の計算については、平成9年消費税率5%までの上乗せ率0.43%（平成元年0.11%、平成9年0.32%）が基本となる。

この上乗せ率0.43%については補てんが不十分であるだけでなく、その実在性にも疑問が残るが、ここでは平成9年までの0.43%の上乗せはあるものとして、診療種類別（医科、歯科、調剤）の上乗せ率（以下、診療種類別修正上乗せ率）を計算する。

診療種類別修正上乘せ率の平成9年までの計算例として、平成26年については診療報酬本体報酬全体と診療種類別の上乗せ率の比が明らかであるので、その比を用いて計算する方法がある(表1)。また、平成9年は診療種類別の上乗せ率が明らかであるので、平成元年の分についてのみ、平成26年の比を用いて計算する

方法もある。ここでは平成26年の比率で例示したが今後の検証を踏まえ最新の比率を用いることも考えられる。

新たな仕組みのスタートまでにこのような計算方法について検討し、消費税率5%までの診療種類別消費税補てん額について合意、決定する必要がある。

表1 平成9年度までの診療種類別修正上乘せ率の計算例

過去の診療報酬の上乗せ率				
	本体報酬 全体	医科	歯科	調剤
平成元年(消費税率3%)	0.11%	不明	不明	不明
平成9年(消費税率5%)	0.32%	0.32%	0.43%	0.15%
平成9年まで	0.43%	不明	不明	不明
平成26年(消費税率8%)	0.63%	0.71%	0.87%	0.18%
本体報酬全体を1としたとき	1.0	1.1	1.4	0.3

平成9年までについて平成26年の比で診療種類別に計算				
	本体報酬 全体	医科	歯科	調剤
平成9年までの診療種類別修正上乘せ率	0.43%	0.48%	0.59%	0.12%
本体報酬全体を1としたとき	1.0	1.1	1.4	0.3

平成26年の補てんについては、平成27年の検証において、一般診療所、精神科病院で補てん率が100%超であった。しかし、消費税率5%までの部分を含めてみればいずれの診療種類においても補てん不足である。また、新たな仕組みをスタートする際には、補てんのばらつきを丁寧に検証し是正することとし、導入後も診療報酬改定の都度、補てんのばらつきを検証・是正する。平成26年に消費税率が8%に引き上げられた際には診療報酬改定で初診料、再診料、各入院基本料などに消費税対応分が上乘せされたので、これらの上乗せされた個々の点数(×10円)に個別の医療機関等の算定回数に乗じたものが消費税補てん額になる。

なお、平成26年の診療報酬改定で消費税対応を行った初診料、再診料、入院基本料などの診

療報酬項目で、その後、組み替えが行われたものや、点数が変更されたものについては、そのうちの消費税対応分が何点なのかを明確にしておく必要がある。また、平成26年に対応した個々の点数を活用して計算するためには、DPCの場合には該当部分を抽出するプログラムが必要であり、その際には厚生労働省の対応を要請する。

平成31年に消費税率が10%に引き上げられる時にも、平成26年診療報酬改定と同様の対応が必要であり、個々の点数に個別の医療機関等の算定回数に乗じたものが消費税補てん額になる。また、消費税率10%引き上げ時の診療報酬改定では、税率5%超8%までの部分の補てん状況について検証を行い、補てんのばらつきを是正した上で新たな仕組みをスタートさせることが肝要である。(表2)

表2 個別の医療機関等における消費税補てん額の計算方法（試案）

	消費税率	本体 上乗せ率	個別の医療機関等の消費税補てん額の計算
平成元年	3%	0.11%	「社会保険診療収入」×診療種別修正上乗せ率 診療種別修正上乗せ率の計算方法の確立が必要
平成9年	5%	0.32%	「社会保険診療収入」×診療種別(修正)上乗せ率 平成9年の診療種別上乗せ率は判明しているので、 それを使う方法と別途修正上乗せ率を計算する方法がある。 後者の場合計算方法の確立が必要。
平成26年	8%	0.63%	個別の医療機関ごとに以下で求めた金額の合計が消費税補てん額になる。 (以下、診療報酬は一例) 初診料12点×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 再診料3点×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 各入院基本料(※)の上乗せ分(入院基本料によって異なる) ×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 . . . ※ 平成26年の地域包括診療料や一般病棟入院基本料などは平成28 年、平成30年改定で再編されているが、そのうち消費税対応分が いくらであったかを明確にしておく前提で、その点数を用いる
平成31年	10%	(未定)	診療報酬で平成26年と同様の対応をする前提で、平成26年と同じ計算

2.2. 新たな仕組みの実現のための諸課題—薬価・特定保険医療材料価格への対応—

現在、薬価・特定保険医療材料価格（以下、薬価等）は次のように決まっている。

$$\text{改定後薬価} = (\text{消費税抜きの改定前市場実勢価格} \times 1.08) + (\text{改定前薬価} \times \text{調整幅} (2\%))$$

計算式の「× 1.08」に消費税相当額が織り込まれているので、薬価等については現状の仕組みどおりとする。

薬価等には消費税相当額が含まれていることから、医療機関等の納入価は、以下のように交渉する必要がある。

$$\text{薬価} > \text{納入価(税抜)} \times 1.08 + (\text{改定前薬価} \times \text{調整幅} (2\%))$$

しかし、「薬価 100、納入価（税抜）95」というふう交渉してしまうと、

$$\text{薬価} 100 < \text{納入価(税抜)} 95 \times 1.08 = 102.6$$

となり、いわゆる「逆ざや」が発生してしまう（数字は仮）。

このような逆ざやの発生を防ぐためには、薬価に含まれる消費税相当額を差し引いた価格を基準に納入価（税抜）の交渉が行われなければならない。現在、医薬品卸売業者に対しては、医療機関等との価格交渉にあたり、薬価に含まれる消費税相当額とそれを差し引いた価格とを区分して示すことが求められているが、十分に浸透していないので、これを徹底させる必要がある。

医療機関の材料費には、特定保険医療材料とその他の材料費があるが、特定保険医療材料価格には消費税相当額が織り込まれているので、本体報酬に含まれる消費税補てん額に対応する仕入れ税額は、「その他の材料費」に係る消費税だけとなる。しかし、医療機関の経理においては、特定保険医療材料とその他の材料費を区分して把握することが困難なケースもあるため、医療機関が両者を区分するための簡便な方法が必要である。

2.3. 新たな仕組みの実現のための諸課題—小規模医療機関等への対応—

新たな仕組みの適用対象は、消費税および所得税について実額計算で申告を行っている医療機関等開設者に限ることとする。従って、①消費税について免税事業者、②消費税について簡易課税事業者、③所得税に概算経費の特例（四段階制）を利用している事業者のいずれかに該当する場合は、新たな仕組みの対象外となり、現行どおり診療報酬で対応する。

小規模医療機関等であっても、自ら課税事業者を選択し実額計算で申告していれば適用対象となる。これにより、実額計算が困難な小規模医療機関等への影響を回避しつつ、自ら実額計算を選択して補てんの過不足に対応する道も開く。

3. 新たな仕組みの実現に向けて

平成元年に消費税が導入され、社会保険診療が非課税とされた。それ以来、控除対象外消費税の問題は、医療機関等の経営上極めて大きな負担となっており、医療に係る税制の最重要課題を占めている。

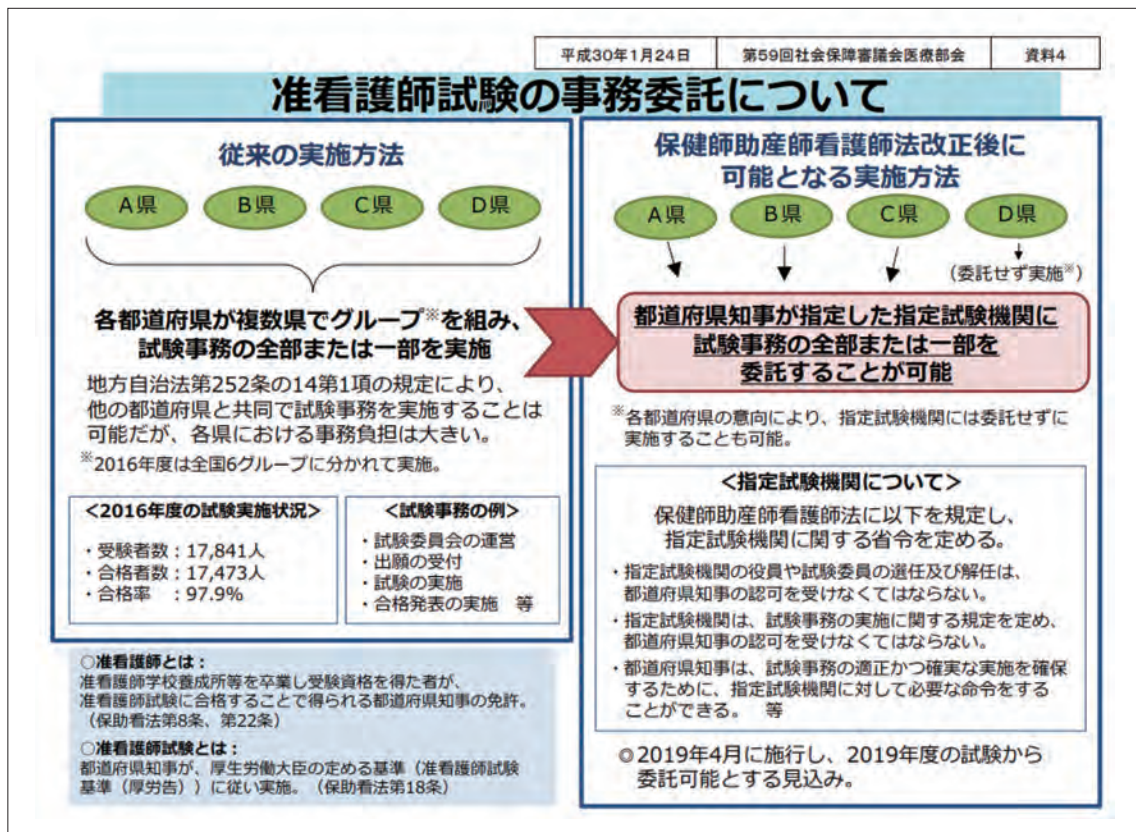
その間、解決手段について様々な議論があり、課税転換を求める意見もあったが、社会保障である医療に対する消費税の課税は国民（有権者）の広い理解を得難く、政治的に極めて実現困難な現状にある。

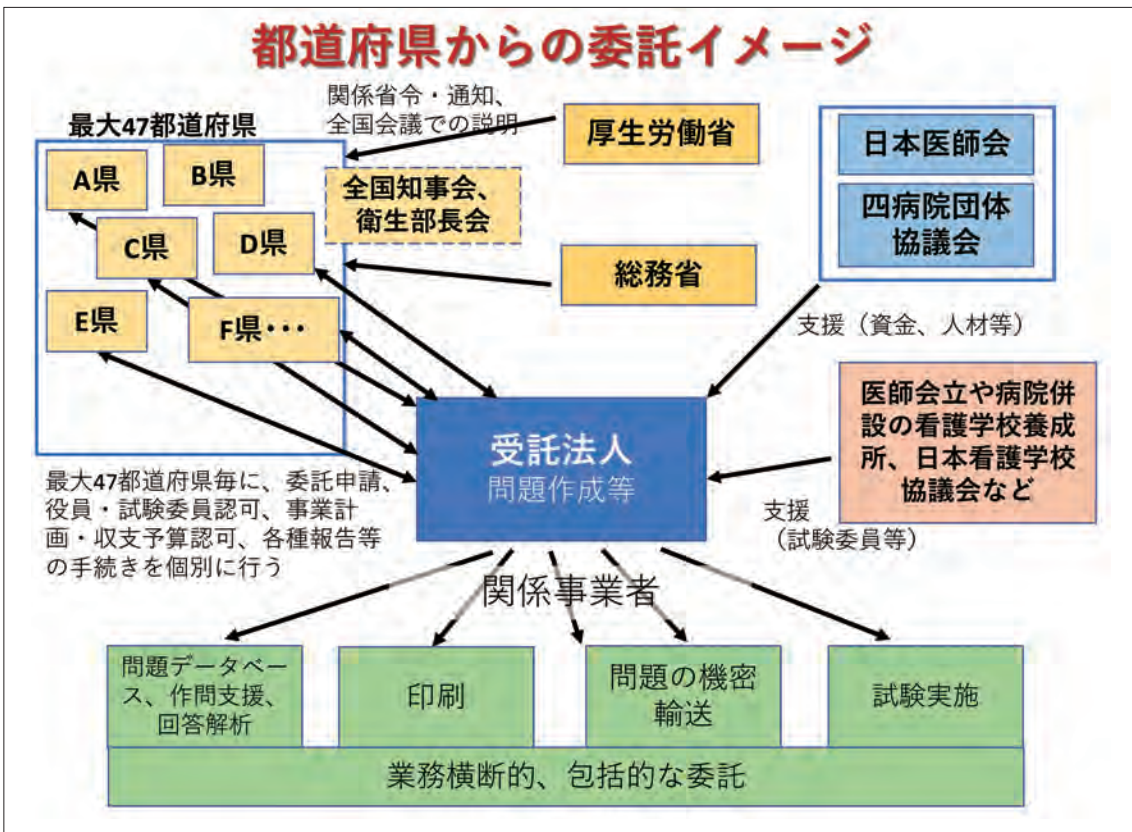
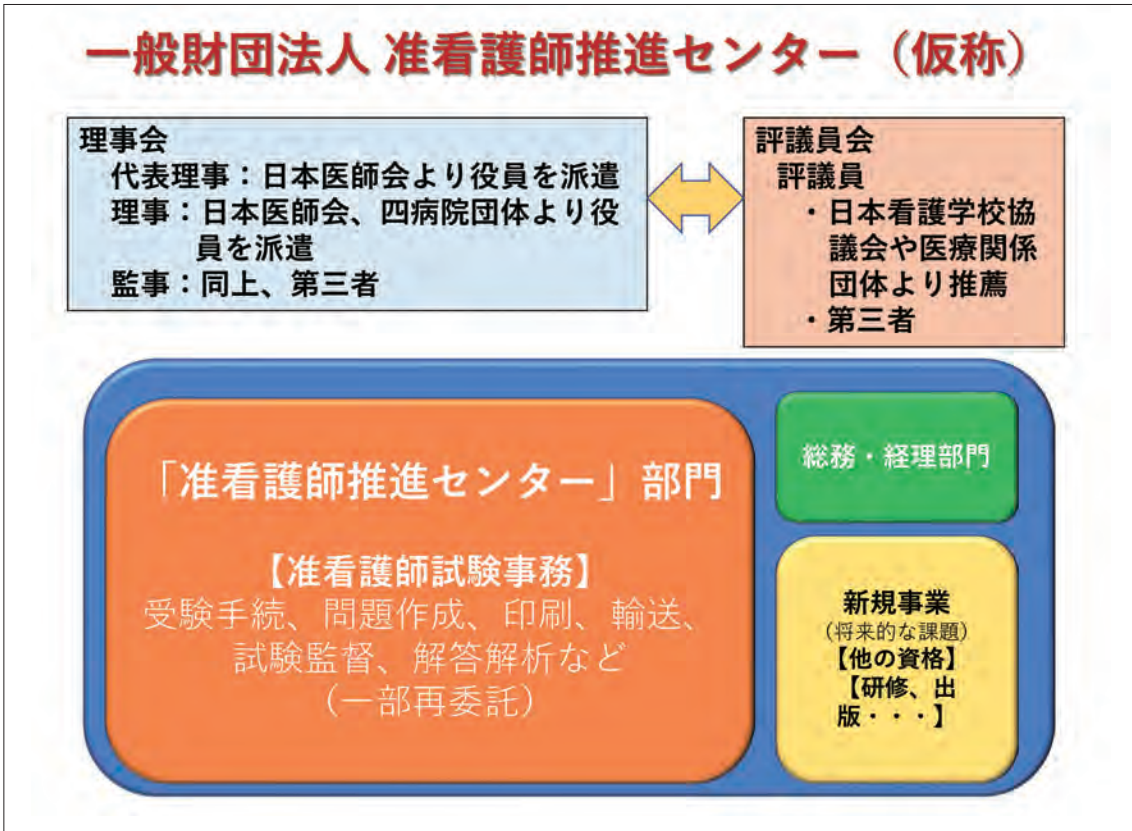
しかし、控除対象外消費税問題解消は待たなしであり、あらためて控除対象外消費税問題解消のための税制上の新たな仕組みを提言した。

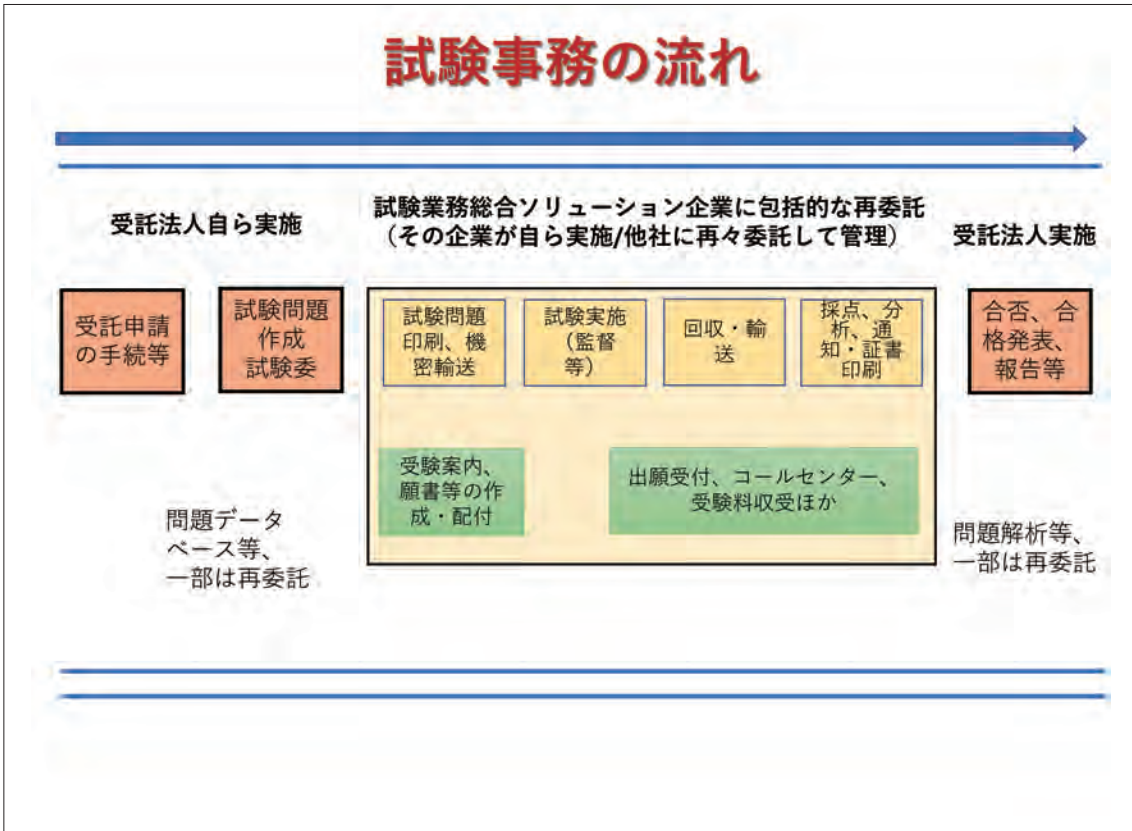
今回の提言が、消費税の基本的な仕組みと相容れないという指摘もあるが、具体的な制度設計については各界の叡智もいただきつつ、医療界が一致団結して新たな仕組みの実現にむけて適進してまいりたい。

(11) 准看護師試験事務の委託について（日医）

釜萯常任理事より以下のとおり説明があった。保健師助産師看護師法が改正されたことにより、試験事務を外部の指定試験機関に委託することが可能になった。日本医師会では病院団体とともに、その受け皿となる法人を設立し、委託に向けて準備を進めている。







試験問題作成業務について

- 現在、各都道府県はグループ（全国で6グループ）をつくって准看護師試験を作成しており、試験日も異なる。
 日本医師会と四病院団体が設立する法人（受託法人）は、そうした現状を尊重し、**最低2パターンの試験問題を作成する**（他に災害時用の予備）。また、それに応じた**複数の試験日も設定する**。
- 受託法人による**試験日は、看護師国家試験とは別の日とする**。
- 日本看護学校協議会からの協力も得て、**試験問題の質の確保を図り、作問に関わる会議等は十分にセキュリティが確保された空間で開催する。問題の印刷や輸送についても、国家試験等で実績が十分にある事業者**に委託する。

12) 次世代医療基盤法に対する日本医師会の取り組みについて (日医)

石川常任理事より以下のとおり説明があった。
日本医師会は時世代医療基盤法の主旨に鑑

み、個々人の「生涯保健情報統合基盤」を構築・運用する一般財団法人を設立し、同法人が認定事業者として認定を受けるべく申請 (手挙げ) することとした。

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の概要
(次世代医療基盤法：平成29年5月12日公布) 平成29年法律第28号

法律の目的
医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関し、匿名加工医療情報作成事業を行う者の認定、医療情報及び匿名加工医療情報等の取扱いに関する規制等を定めることにより、健康・医療に関する先端的な研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資することを目的とする。

法律の内容

1. 基本方針の策定
政府は、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する施策の推進を図るための基本方針を定める。

2. 認定匿名加工医療情報作成事業者 (以下「認定事業者」という。)
主務大臣は、申請に基づき、匿名加工医療情報作成事業の適正かつ確実な実施に関する基準に適合する者を認定する。

① 認定事業者の責務
・医療情報の取扱いを認定事業の目的の達成に必要な範囲に制限する。
・医療情報等の漏えい等の防止のための安全管理措置を講じる。
・従業者に守秘義務 (罰則付き) を課す。
・医療情報等の取扱いの委託は、主務大臣の認定を受けた者に対してのみ可能とする。

② 認定事業者の監督
・主務大臣は、認定事業者に対して必要な報告徴収、是正命令、認定の取消し等を行うことができる。

3. 認定事業者に対する医療情報の提供
医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供することができる。(医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意)

4. その他
主務大臣は、内閣総理大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣とする (認定事業者の認定等については、個人情報保護委員会に協議する)。
※生存する個人に関する情報に加え、死亡した個人に関する情報も保護の対象とする。

施行期日
平成30年5月11日

資料：内閣官房 健康・医療戦略室作成

次世代医療基盤法のポイント

<国民・患者の方含め全ての方へ>

- **医療情報の利活用を通じて患者に最適な医療を提供する。**
- 国の認定を受けた事業者に提供。
- **高い情報セキュリティを確保。利活用の際は個人が特定されないように匿名加工。**
- 提供を望まない方は拒否することが可能。

<医療機関等の方へ>

- 制度の趣旨をご理解の上、**情報の提供にご協力**を。
(認定事業者への提供は医療機関の任意)
- オプトインでなく、**オプトアウト**での提供 (設置主体の如何を問わず同一手続き)
提供に際して**倫理審査委員会の承認等は不要**。
- 患者への通知は**最初の受診時に書面**で行うことを基本。

<利活用者の方へ>

- 医療分野の研究開発であれば、**産学官いずれも利用可能**。
- **アウトカム情報や複数の医療機関等に跨る場合**を含め、多様な研究ニーズに柔軟に対応可能。
- 匿名加工は**一般人又は一般的な医療従事者を基準**に判断。情報の**共有範囲を契約で明確化**。本人を識別するための**照合等を禁止**。
- 利活用に際して**倫理審査委員会の承認等は不要**。

資料：内閣官房 健康・医療戦略室作成

基本方針のポイント①(認定事業者の認定)

<基本的考え方>

「健康・医療に関する先端的な研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資する」との法の目的を踏まえ、**国民や医療機関等の信頼が得られ、医療情報の取得から、整理、加工、匿名加工医療情報の作成、提供に至るまでの一連の対応を適正かつ確実にを行うことにより、我が国の医療分野の研究開発に資する事業者を認定。**

■認定に際して考慮する具体的要素

(基本的考え方に沿って、事業者の組織体制、人員、収集する医療情報、事業計画等に基づき総合的に判断。)

①組織体制

- 事業を安定的・継続的に行う体制
- 科学的な妥当性を含め、個別の匿名加工医療情報の提供の是非を適切に判断する体制
 - ・産学官の多様な医療分野の研究開発ニーズに円滑に対応
 - ・特定の者に差別的な取扱いを行わない。
 - ・公的主体による公衆衛生や研究開発の取組に適切に協力。
- 事業運営の状況の開示など事業運営の透明性の確保や広報啓発相談への適切な対応体制

②人員(匿名加工、医療分野の研究開発等)

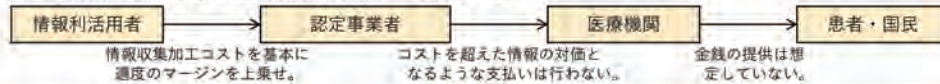
- 日本の医療分野の研究開発、情報セキュリティや規格等に関する理解を含む大量の医療情報の適切な収集や管理、医療情報の匿名加工等に関する高度な専門性の確保。

③情報

- 診療行為の実施結果(アウトカム)に関する医療情報を、多様な医療分野の研究開発ニーズに柔軟に応えることが可能な一定以上の規模で自ら収集。

④事業計画・事業運営

- 基本方針に沿った安定的・継続的な運営。
- 情報の収集加工提供に要する費用の利活用者への転嫁を基本。



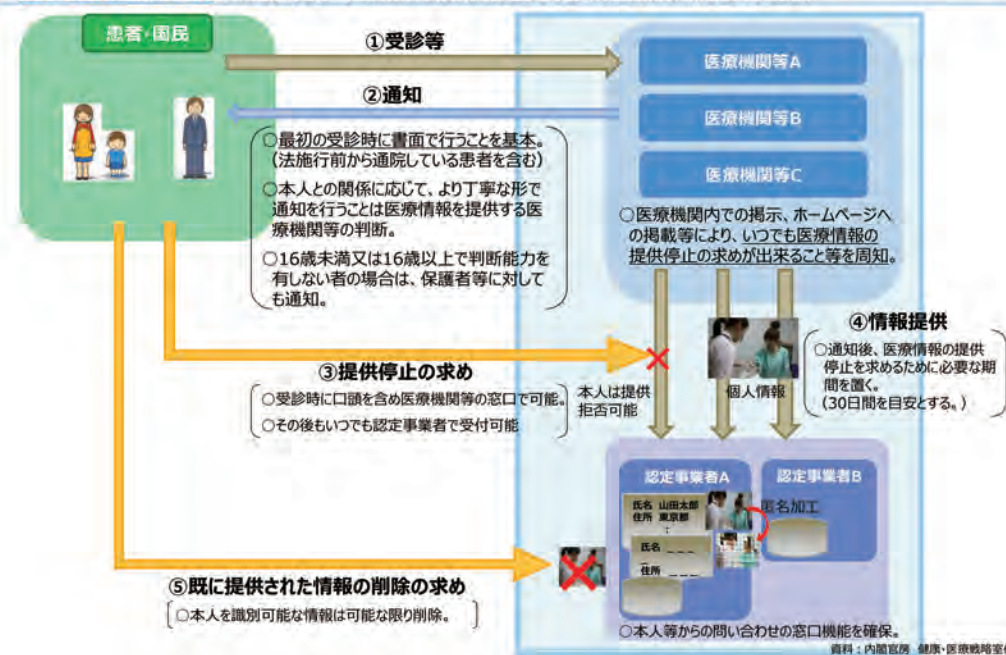
⑤セキュリティ(安全管理措置)

- 組織・人的要因の徹底排除(教育・運用・管理体制の整備、監視カメラ等による徹底した入退室管理)
- 基幹業務系と情報システムの分離、基幹業務系システムのインターネット等オープンネットワークからの分離
- 多層防御・安全策の導入(ログ監視、トレーサビリティ確保、第三者認証等)

資料：内閣官庁 健康・医療戦略室作成

基本方針のポイント②(認定事業者に対する医療情報の提供に係る手続)

- 次世代医療基盤法においては、**医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対して医療情報を提供**することができる(医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意)



資料：内閣官庁 健康・医療戦略室作成

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会理事 徳永義光

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用外となります。**

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

死体検案研修会（基礎）に参加して



しいな整形外科 椎名 行夫



石垣島徳洲会病院 池原 康一

しいな整形外科 椎名 行夫

9月23日（日）、24日（月）の秋分の日連休を利用して、24日に日本医師会館で行われた平成30年度死体検案研修会（基礎）に出席して来ました。

24日の研修会当日は、朝9時に北池袋のビジネスホテルを出て、9時半前に日本医師会館に着いたのですが、驚いたことに会館前の通りで取り締まりをやっていました。

研修会は朝10時から夕方5時半まで昼食の1時間を挟んで7つの講義がQRコードによる厳重な出席管理のもとに組まれていました。午前中は「死体検案に係る法令の概説、死体検案書の作成について」（以下「法令の概説」）（厚労省：江崎治朗以下敬称略）、「警察の検視、調査の視点から」（以下「警察の検視、調査」）（埼玉県警：久保田豊）、「死体検案 総説」（日本法医学会：竹下治男）、午後は「死体検案の実際」（福岡県医師会：大木實）、「救急における死体検案」（日本救急医学会：横田裕行）、「在宅死と死体検案」（東京都監察医務院：福永龍繁）、最後に「死体検案における死亡時画像診断（Ai）の活用」（以下「死体検案におけるAiの活用」）（Ai学会：山本正二）でした。以下内容です。

- ・「法令の概説」：歴史を知ることが重要として現在の死因究明制度には、明治30年代まで、昭和20年代、現在の3つの時代に作られた制度が併存していることが、イギリスやアメリカの制度の説明を交えながら解説された。
- ・「警察の検視、調査」：平成10年以降では全国で54件の犯罪死の見逃し事案があったとして、「現場百回」という言葉の通り、現場観察を最優先し事案処理に当たっていることを3つの具体的事例を現場の生々しいスライドで発表された。
- ・「死体検案 総説」：死体検案の目的は死因の究明、死亡時刻の確定、異状の有無の観察であり、法医学での死体検案の実際を全身から局所観察の手順に沿って細かく解説された。
- ・「死体検案の実際」：福岡県警察医会会長をされている先生から検案に関しての心構え、用いる用具の解説、検案の手順、「死因」、「死亡日時」の決定には死体の外表所見、死体現象の観察が最も重要と注意すべき点が述べられた。
- ・「救急における死体検案」：救急医療の現状として高齢者の救急車搬送件数が増加し、来院時心肺機能停止者の年齢層も高齢者が圧倒的に多く、来院時心肺停止は全て異常死体とし

て警察に届けるのではなく明らかに病死であれば死体検案の対象になると報告された。

- ・「在宅死と死体検案」：東京都監察医務院のデータでは平成27年の検案数は13,425件で、全死亡者の約20%、孤独死は男性が女性の2倍以上、入浴中の死亡は全検案数の約1割だそうです。興味深い発表でした。
- ・「死体検案におけるAiの活用」：最も興味深かった講義で、正確な死体検案書を作成するためには欠かすことができないツールと思われます。私も20年前に死後CTを撮影したおかげで病死と証明出来たために、裁判沙汰になるのを回避できた経験があります。外表のみの観察では体内評価は不可能です。主に使用するモダリティはCTで、単純X線より情報量が多く、超音波より客観的で、MRIより短時間で施行可能です。典型的な死後CT像の知識を必要とします。注意点は頸部の撮影を絶対に忘れないことです。診断率を上げるために造影死後CTや死後MRIも有用な場合があるとのことでした。

大変勉強になる研修会でした。偶然隣の席に座った岐阜県の精神科の先生と友達になり、その先生が暮れに台湾で行われる元タイガースの“瞳みのる”のコンサートに行く際に、那覇で飲む約束をしました。研修前日の日曜日は予定が無かったので、朝8時の便で那覇を発って、千葉に住む94歳になる父の所に行き、千葉そごうの10階で“最高”のうなぎをご馳走して久々の親孝行をすることができました。お陰様で、有意義な2日間を過ごさせて頂きました。

石垣島徳洲会病院 池原 康一

平成30年9月24日沖縄県医師会の推薦を受けて日本医師会が開催する死体検案研修会に参加する機会を与えていただきました。

私は平成28年10月より石垣島徳洲会病院に赴任いたしました。赴任早々に、八重山地区医師会長上原先生より、八重山地区の検死に協力いただけないかと依頼を受けました。もちろん、法医学について勉強したのは学生時代のみ

であり、これまで検死の経験もありません。すでに法医学の知識も忘却の彼方。迷いましたが、これも勉強と思い承諾いたしました。

今回の研修を受講するまで、警察の方々と相談しながら、また法医学の先生方の助言をいただいて、不安なまま検案をしておりました。いつも、「これでよいのだろうか」との疑問を抱いたまま。しかし、普段の臨床が忙しく、まともに検死（法医学）について勉強する時間を作ることができないでおりました。今回の研修会は本当に私にとっては渡りに船となりました。

さて、研修会の内容ですが、死体検案に係る法律、死体検案書の作成、実際の症例など多岐に及びました。もっとも勉強になったのが、死亡時画像診断（Ai）についての講義でした。当院ではAiも受け入れているため、警察から死体検案はせずともAiのみを依頼されることがあります。その際にCT画像についての助言（読影）を求められることもしばしばありました。ところが、私がこれまで見てきたCT画像は生きている患者さんか死亡直後（例えば、心肺停止で救急搬送されてくる症例）の患者さんです。死亡してから数日経ったご遺体のCT画像などほとんど見たこともありません。助言を求められても、CT画像にみられる所見が異常所見なのか死後の反応による所見なのか判断ができないのです。しかし、現在では多くのAi画像の蓄積により死亡後のCT画像上の所見や特徴が明らかになっています。講師による詳細な解説は実に理論的であり納得するものでありました。

最近では、八重山地区でも孤独死などで発見が遅れる例が増えておりますが、同地区では容易に遺体解剖が行えない物理的な状況が存在します。ご遺体の状況や死亡時の環境、現病歴、既往歴などに加え、Aiを行うことにより、より詳細な死亡診断が可能となります。さらに多くの症例にAiが利用されるよう期待しております。個人的にはAi画像診断集のような参考書など発行されればと思うところです。

以上、報告させていただきます。

第 49 回九州地区医師会立共同利用施設 連絡協議会



理事 本竹 秀光



去る、9月1日（土）、城山ホテル鹿児島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。

第 1 分科会（医師会病院部門）

鹿児島市医師会の米盛公治理事の司会進行、大分市医師会の杉村忠彦会長の座長の下、会が進められた。

1. 平成 30 年度診療報酬改定の影響について

宮崎市郡医師会病院経営情報課の小塩誠氏より、「平成 30 年度診療報酬改定の影響について」と題して、当該病院の取組みについて概ね以下のとおり説明があった。

当院では、平成 30 年度診療報酬改定に対し「経営戦略会議」を設置し、その中で大きなテーマについて議論し、方針を決定した。

先ず、今回の改定における報酬の影響を予測したところ、約 1.5%（約 1 億円）の減収にな

ることが分かり、非常に危機感があった。その中でも特に材料費の償還減算が目立っていた。入院料等で増加の要素もあり、材料償還価格を除くと概ね増収になることが分かったが、全体で見ると約 1 億円の減収になることが分かった。「経営戦略会議」では、主に以下の内容を検討した。

- ①急性期一般入院基本料 1～3 の条件別影響額の試算
- ②地域包括ケア病棟導入効果額、外部環境調査
- ③その他改訂項目の影響額試算等

①急性期一般入院基本料 1 を算定するために在院日数短縮化を進めた場合と現状維持で同入院料 2,3 を算定した方が、減収額が小さいことが分かった。同入院料 1 を算定するには在院日数を短縮するのみでなく、急性期の新入院患者を受入れるという大原則が重要であるということに再認識し、さらに救急、紹介入院の促進を図る方針とした。

②急性期後ニーズを試算した結果、地域包括ケア病棟導入による効果額は、一定程度あった。ただし、地域における同病棟の導入状況は進んでおり、今後も進むことが予測される。会員施設からの転送患者を全て受け入れるという当院の使命、会員施設との競合を鑑みた場合、同病棟の導入は適切ではないと判断した。

③材料償還価格減算の影響に対し、仕入価格のさらなる圧縮のため、ベンチマークシステム（全国の医療機関の最新購入価格（医療材料・医薬品・試薬）をインターネット上で照会・比較することができるシステム）を導入する方針とした。

改定対策を考える際には、算定要件・施設基準の入念な確認と、その影響額と共に運用面や質の向上のメリットを総合的に勘案して議論する必要がある。また、短期的な対策も必要であるが、自院の使命を踏まえた中長期的な経営戦略も重要となる。

2. 平成 30 年度診療報酬改定の影響について

臼杵市医師会立コスモス病院の安東直美副看護部長より、「医師会立病院の強みを活かした地域包括ケア推進への取り組み－療養支援看護師による入退院支援と在宅療養支援－」と題して、当該病院の取組みについて概ね以下のとおり説明があった。

臼杵市は、高齢化率が 39.8% であり、まだまだ伸び、少子高齢化が進む小さな地方都市となっている。面積は千葉市と同じ位となっており、千葉市の人口は 79 万人で、臼杵市は 3 万 8,000 人で、ゆっくりと人が過ぎている地域となっている。

当院の理念は、「医療と通じて地域から信頼と笑顔を」であり、地域医療支援病院として、市内の 2 次救急を一手に担うと共に、地域とのネットワークづくりを積極的に行っている。紹介型病院のため紹介率が高く、外来は全て紹介型で地域との連携外来を行っている。職員数が約 470 名となっており、看護職員は 150 名で今年度、診療看護師が誕生した。敷地内には、

訪問看護ステーションをはじめ居宅介護支援センター、老健施設等があり、2 週間に 1 度、全ての施設の担当者が集まり、「病床会議」を行い、運営や経営について検討している。

病床は 202 床で、2016 年に地域の医療ニーズに対応する為、病棟の再編と機能分化を行うべく、急性期病棟の一部を地域包括ケア病棟に変更し、急性期が 112 床（10：1）、地域包括ケア病棟 90 床となっている。これらの取り組みにより、急性期病棟の平均在院日数の短縮（直近で 12.3 日）と、地域包括ケア病棟のきめ細やかな退院支援が可能となっている。また、看護師が不足している中、病棟の機能分化を行うことで、看護師と看護補助員との適正な配置に繋がり、看護師の役割の明確化ができた。以上の様な構成を変えることで、やりがいや働きやすさ等を得ることができ、看護職の増員に繋がっている。

地域包括ケア病棟では、急性期からの受け入れのみならず、地域からの緊急時受け入れや医療依存度の高いレスパイト入院の受け入れに力を入れ、病床稼働率 85% 以上に保つことができている。特に地域からの入院受け入れに関しては、地域で生活する患者の重症化予防や生活の再構築を目的とした入院システムを開始し、初年度の 2016 年度は 73 件、翌年 2017 年度は 150 件の紹介入院を得ることができている。

入院の窓口となっているのが、病棟再編成と同じ時期に開設した療養支援室である。療養支援室は、摂食嚥下障害認定看護師、診療看護師を含む看護師 5 名からなる看護部内の部署である。開設から 3 年目を迎え、かかりつけ医やケアマネジャーの「困った時の相談窓口」として認知されている。最近では、地域からの要請を受け、在宅への訪問開始した。

今後、療養支援看護師の目指す役割として、これまでの繋がりや歴史を忘れず、病院で待つだけではなく、積極的に新たな繋がりを作っていくこと、また、ベッドコントロールをしっかり行い、患者を待たせない、相談に素早く対応することで信頼を得ていくことが必要であると

考える。さらに、院内の専門職が地域で活躍できるような仕組みを作っていきたいと考えている。療養支援看護師は、その人らしさを支援する意思決定支援と倫理課題のナビゲーターとして成長できることを感じている。

特別講演 I

鹿児島市医師会の長友医継理事の司会進行、同医師会の上ノ町仁会長の座長の下、会が進められた。

日本医師会の松本吉郎常任理事より、「医師会共同利用施設の将来展望」と題して、概ね以下のとおり講演が行われた。

医師会共同利用施設の将来展望として、1. 医療・介護を中心とした地域づくり、まちづくり、2. 持続可能な社会保障に向けて～医療の機能分化、3. 健康寿命の延伸と医師会共同利用施設の3つを説明する。

1. 医療・介護を中心とした地域づくり、まちづくり

ご存知のとおり、我が国は少子高齢化が進んでおり、2065年まで推移を見ると、高齢化率は変わらないものの、0～14歳の人口、15～64歳までの働き盛りの人口は減少していく推計となっている。日本の財政状況としては、一次一般会計歳出と一般会計税収に開きがあったものの、少しずつその差が縮まってきている。今後の医療・介護の需要として、全国的に医療の需要は2030年頃をピークとして減少し、介護需要は2030年以降横ばいとなっている。入院患者数としては、高齢者は増加しているが、入院受療率（人口10万人当たりの入院患者数）が低下している為、75歳以上の入院患者数は横ばいで、全体の疾病構造も変化している。救急出動件数、搬送人員の推移をでは、年々増大しており、救急患者の疾病構造、入院の必要度も変化している。2045年では、15～64歳人口割合が50%未満になる市区町村は、7割を超えることが推計されており、市町村の保健・介護・消防(救急搬送)業務の危機が予想される。

超高齢社会、人口減少社会に向けて、健康、かつ安全で安心できる地域、まちづくりが必要であり、効率的で効果的な医療提供体制の構築(地域医療構想の推進等)、地域包括ケアシステムの構築が不可欠であり、地域医療介護総合確保基金や地域医療連携推進法人等を活用し、進めていく必要がある。加えて、生涯現役社会の構築(健康寿命の延伸)が必要であり、日本健康会議や次世代ヘルスケア産業協議会等、政官民挙げての推進が行われているところである。医師会組織(全国各地17万人の組織)の強みを活かした地域医療の推進が必要である。会員は、様々な診療科、専門性を持ち、多くは地域住民のかかりつけ医を担い、医師会は厚生労働省、都道府県庁、市区町村との協議、連携を行っていくことが必要である。

医師会共同利用施設・機能として、医師会病院、医師会検査・健診センター・複合体、医師会介護施設、訪問看護ST等、ICT、看護師・准看護師・助産師学校養成所があり、かかりつけ医を支える医師会の重要業務である。医師会共同利用施設数は、全体で1,261施設であり、その内九州のみで300と約4分の1を占めている。全国でもしっかりと取り組んでいただいている地域であると考えており、改めて敬意を表したい。

将来展望としては、精度管理をしっかりと行い競争に負けないようにすること、かかりつけ医を支える機能は何かということ进行分析し、それに寄りそう形で支援することが必要であると考えられる。また、国民の健康寿命の延伸、疾病予防に取り組むことを行政に訴えながら推進していくことが必要である。

2. 持続可能な社会保障に向けて～医療の機能分化

医療の機能分化として、外来機能の分化、データに基づく病床機能の自主的な取れん公私の役割分担、医療と介護の連携がある。これからの医療として、地域医療構想による医療提供体制、地域包括ケアシステムの構築があり、かかりつ

け医を中心とした医療と介護の一体的な提供が必要である。その中で、地域密着型の中小病院・有床診療所は、入院機能とかかりつけ医機能を持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担うことを期待されている。診療報酬改定においてもある程度、200床未満の病院が優遇されるような改定になったのではないかと考えている。

2018年6月15日に閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針2018において、公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進めることとなっている。公立・公的医療機関等には、その施設でしか担えない機能に重点化し、かかりつけ医、中小医療機関との地域連携、役割分担が求められている。

地域医療構想は2016年度までに全ての都道府県で策定されている。地域医療構想は策定して終わりではなく、地域の関係者が各医療機関の病床機能の選択の状況を見ながら、「地域医療構想調整会議」にて協議をし、不足している病床機能を手当てし、適切な機能分化を進めていくこととなっており、その病床機能が次第に収められていくことを目指すこととなっている。地域医療構想調整会議は、医療法上、強力な権限を持ち、都道府県行政においても、その決定は重く受け止めなければならない。地域医療構想調整会議の活性化策として、1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むよう支援することや、2. 地域医療構想アドバイザーの活用が示されているところである。

医療計画については、介護保険との連携強化、地域包括ケアとの関連から、期間を5年から6年に延長し、介護保険事業計画と整合性を図ることとなっている。在宅医療に関する部分は3年

目に調査、分析、評価を行い、必要があるときには計画を変更する。また、医療・介護の「協議の場」を設置し、都道府県や市町村関係者にも参加いただき、医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、計画間の整合性を確保に努める必要がある。

3. 健康寿命の延伸と医師会共同利用施設

日本は、国際的にはトップの健康寿命であるが、平均寿命と健康寿命との間に大きな格差がある。健康寿命の延伸の中心を担うのはかかりつけ医であり、かかりつけ医と地域の専門医との連携の上で行政と関係団体との連携が成立すると考える。

経済界や医療関係団体、自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図る目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」が発足している。

日本医師会としては、各健診データを一元的に管理し、国民のライフステージに応じた適切な保健事業につなげなければならないと考えており、標準化されたデータの蓄積が不可欠であると考えている。健診・検診データの標準化・普及することにより、分析、目標設定や実施計画、事業評価・見直しを行うことで被用者保険における質の高い保健事業が展開できると考えており、日本医師会としても更に支援していきたいと考える。

特別講演Ⅱ

鹿児島市医師会の長友医継理事の司会進行、鹿児島市医師会の池田耕治副会長の座長の下、会が進められた。

鹿児島県立図書館長、志學館大学教授の原口泉先生より、「西郷どんとウィリアム・ウィリス～明治維新のカルテ～」と題して、講演が行われた。

印象記

理事 本竹 秀光

平成 30 年 9 月 1 日・2 日に鹿児島県で行われた第 49 回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会に参加した。初日は第 1 分科会（医師会病院部門）に参加した。発表は次の 2 題であった。

（第 1 題）

平成 30 年度診療報酬改定の影響についてと題し、宮崎市郡医師会病院、経営情報課 小塩 誠氏が発表した。今回の改定の中から項目別に影響額試算を行い、経営戦略会議でその是非を検討した報告であった。①急性期一般入院基本料 1～3 の影響額の試算では現状では入院料 2,3 を算定したほうが減収額は小さく、入院料 1 を算定するには在院日数の短縮、新入院患者の獲得が必要で、救急、紹介患者入院の促進が必要との方向性が明らかとなった。地域包括ケア病棟導入による効果額はある一定程度見込まれたが、宮崎県は地域包括ケア病棟導入が全国よりも進んでおり医師会会員病院との競合が問題と述べた。しかし、会員からの急性期医療を受ける医師会病院の本来のミッションを継続していくことが本来のあるべき姿とのことで地域包括ケア病棟導入は見送られたとのことであった。今回の検証では材料償還価格減算の影響が大きく、ベンチマークシステムの導入で仕入れ価格の更なる圧縮に努めたいとのことであった。改訂項目の影響を試算し、他職種で共通理解することで診療報酬改定に対応できるとの報告であった。

（第 2 題）

医師会立病院の強みを活かした地域包括ケア推進への取り組みと題して臼杵市医師会立コスモス病院副看護部長、安東直美氏が発表した。コスモス病院は一般急性期病床（157 床）、地域包括ケア病棟（45 床）を 2016 年地域のニーズに対応するため病棟の再編を行った。地域包括ケア病棟を 90 床に変更、地域からの緊急時受け入れやレスパイト入院の受け入れに力を入れたところ、紹介入院も増加、病床稼働率も 85% 以上に保つことができた。また、地域包括ケア病棟の本来の目的である院外からの受け入れをスムーズに行うために療養支援室を設置したことも紹介入院増加につながったと報告した。療養支援室には摂食嚥下障害認定看護師、診療看護師を 5 名配置、ケアマネジャーやかかりつけ医と（困ったときの相談窓口）院内の医師たちとの連携役となり、前方支援、後方支援を行っているとのことであった。現在では在宅への訪問も行い、医師会立病院として地域包括ケア推進に取り組んでいるとの発表、とても印象的であった。

二日目は日本医師会常任理事、松本吉郎先生による「医師会共同利用施設の将来展望」と題した特別講演であった。

毎年感じることであるが、九州の医師会立病院は地域医療を支えていることがよくわかるし、医療継続のためには医師以外の医療者が運営・経営に強くコミットしていることが非常に印象的であった。

