

年頭所感



会長 安里 哲好

明けましておめでとうございます。今年も会員の皆様にとって健やかで実り多い年でありますよう祈念します。

昨年は沖縄の台風も含め、中四国の豪雨による河川の氾濫・土砂崩れ、台風 21 号による関西国際空港滑走路の浸水、北海道の地震等と日本列島で多くの自然災害が発生した年でした。早急な復旧復興が望まれると同時に今年こそ、安寧な一年で有りたいたいものです。その中でも、本庶佑京都大学特別教授がノーベル医学生理学賞を受賞されたことは、国民にとっても医療界にとっても希望をもたらす素晴らしい出来事だったと思います。がん治療は大きく発展する可能性があり、今後に期待したいと思います。

今年も昨年同様 3 つの基本方針を掲げ邁進して行きたいと思います。その中でも一番の大きな柱は「県民と共に歩む医師会」です。県民に医師会の活動を積極的にアピールし、県民と共に健康づくりを進めて行きたいと思います。特に、65 歳未満の健康状態や死亡率が厳しい現状を分析し、「65 歳未満健康・死亡率改善プロジェクト - 働き盛り世代の健康づくり -」の事業計画書を発刊しました。毎年約 2,000 人が 30 ~ 65 歳未満という若さで死亡していることは極めて憂慮すべきことです。その原因として最も多いのが高血圧関連疾患です。次いで 2 位は自殺、3 位は大腸がん、4 位は女性特有のがん（乳がん、子宮がん）、5 位は不慮の事故、6 位はアルコール性肝疾患と肺がんです。さらに糖尿病性腎症に起因する人工透析導入も全国で 1 位と驚くべき頻度を示しています。今年には 10 万人前後のモデル地域を定め（現在行政の保健部長レベルで話が進んでいる）、地域住民・自治会、行政・国保、企業・

事業所・協会けんぽや医療機関等と密なる連携を持ち進めて行きたいと思います。（地域保健や産業保健との連携）。この事業は十数年先の健康づくりのみでなく、明日・来月・来年にでも発生する疾患の重症化予防と早世阻止を重点に置いた事業です。今年 3 月に保健医療部のヘルスアクション事業との共催で「うりずんフェスタ」を県医師会館で開催します。2,000 人以上の参加を計画し、その際に、高血圧関連疾患を中心にアピールする予定です。6 月頃の県民公開講座は「65 歳未満健康・死亡率改善プロジェクト - 働き盛り世代の健康づくり -」を予定しており、1,000 人以上の県民の参加とその多くを 65 歳未満の方々に参加して頂きたいものです。

二番目の柱は、「地域医療の充実です」です。地域医療構想に加え第 7 次医療計画が策定されました。二次医療圏（構想区域）にて、病床機能の分化・連携と在宅医療と介護の連携も含めた将来像の構築がほぼ出来上がっている医療圏もあるが、まだこれからの医療圏も有り、公立・公的医療機関と民間病院との役割分担と連携がまだ十分に検討されていないようです。一方、県医師会は県内において回復期リハビリ病棟（病床）がどれ程必要なかの調査を行っています。現時点的（琉大病院移転後は再検討を要するかもしれない）には、県下における高度急性期・急性期病床の増床は無いと考えています。IT を用いた急性期病院と診療所等の連携の通常化はもうそこまで来ています。リアルタイムに患者さんの病状の推移が把握出来たらどんなに素晴らしいだろうと日々前線で地域医療に活躍されている診療所の先生方は感じておられるでしょう。IT 医療連携は、入り口における使

い勝手の更なる向上が継続の「鍵・生命線」になるでしょう。もう1～2年が忍耐と努力の年で、3～4年の維持費は獲得し、歯を食いしばって前進しましょう、県民の健康と命を守るため。

三番目は「魅力ある医師会づくりです」です。若い医師、女性医師、勤務医が進んで入会できる医師会づくりです。特に20～40代の現状を分析し、その対策を進めて行きたいと思えます。昨年は県理事会において世代交代が進み、若い理事や女性理事が闊達に行動して、楽しく活気のある医師会活動がなされています。今年は日医代議員4名から理事1名と代議員5名になるでしょう。

北部基幹病院構想の件は、厳し県立病院経営の中で、どの様に進めて行くのか危惧するところです。県立北部病院のみならずその他の県立病院のあり方も見直す必要が有るかもしれません。県医師会としても可能な限り協力して行きたいと思えます。

新専門医制度が昨年の4月から実施されました。当県での専攻医は107名で、脳神経外科と泌尿器科が0名です。外科も9名でそれ程多くありません。新専門医制度と医師の地域・診療科の偏在の対策をリンクさせるのが良いのか、専攻医のキャリアアップと医師の地域・診療科偏在対策は医療法及び医師法の一部を改正する法律により都道府県における医師確保体制の強化が図られていくものと考えておりますが、地域の病院より若き医師がいなくなり、地域医療が著しく阻害される可能性が生ずる事を看過する事はできません。

医師の働き方改革は「地域医療の継続」と「医師の健康への配慮」の両立が重要であると言う観点から進められているも、医師のキャリアアップの時間（研鑽）と労働時間との境、そして病院経営が成り立つ時間外手当の妥当値と診療報酬の検討もなされなければなりません。

今、県保健医療部と盛んに意見交換がなされているのは、県レベルでの地域医療構想調整会議のあり方と地域医療対策協議会（県地域医療支援センター・琉大病院委託と新専門医制度における県調整会議を抱擁した）の再構築です。地域医療における医療提供体制や医師確保（地域・診療科偏在）にとっても大切ですが、どれも充分に進んでいません。今年中に実りある会にしたいものです。

今年の10月に消費税が10%に上がります。子育て支援や社会保障に充当するとのことですが、年金の借入金返済等で実際の医療費や介護費にどの程度分配されるのか注視する必要があります。控除対象外消費税も前回のように補てん率の極度の差が生じないように、急性期病院の経営が成り立つように適切な透明性のある補てんを切望したいものです。

今年も会内外の諸課題に対して、執行部・事務局一同一丸と成って進んで行きたいと思えますので、会員のご指導・ご支援よろしくお願い申し上げます。

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



平成 31 年 年頭所感

日本医師会会長 横倉 義武



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

昨年は7月の西日本を中心とする記録的な豪雨や9月に近畿地方を中心として甚大な被害をもたらした超大型の台風21号、更にはその直後の北海道胆振地方で発生した地震など、さまざまな災害が相次ぎ、多くの方々が被災され避難生活を余儀なくされる事態が続きました。日本医師会では、JMATを派遣するとともに支援金等と呼び掛けましたが、全国の会員を始め、多くの皆様にご協力頂き、改めて厚く御礼申し上げたいと思います。

メディアでは「これまでに経験したことのないような大雨」や「25年ぶりの非常に強い勢力の台風が列島上陸」など、日頃聞きなれない表現があふれかえり、従来の対策では太刀打ちできない場面が増えております。自然の猛威と人間の英知の戦いのようですが、被災者を支える医療は自然の猛威に屈するわけにはまいりません。いかなる災害も凌駕し、迅速に医療を提供できるよう準備しておく必要があります。

日本医師会ではその一環として、昨年、「防災業務計画」と「JMAT要綱」を改正し、従来の「JMAT」に加え、「統括JMAT」「先遣JMAT機能」「統括JMATの条件、役割」等を明記いたしました。北海道胆振地方の地震では、初めて「先遣JMAT」を派遣しましたが、「先遣JMAT」が現地を得た情報がその後のJMATの派遣を検討する上で非常に有益であり、今後の活動に示唆を与えるものとなりました。

また、平時からの災害医療に関する教育や研修体制の整備に加え、かかりつけ医機能を中心とした地域連携の強化も不可欠と考えています。昨年10月には、「防災推進国民大会2018」の一環として日本医師会主催によるセッションを開催しましたが、その中では、超高齢社会が到来し、「医療的ケア児」等も増えている中で、災害時に要配慮者の生命や

健康を守るためには、地域包括ケアによるまちづくりが最大の災害対策であり、それが、ソフトパワーによるナショナルレジリエンス、すなわち国土強靱化であることが改めて確認されたところです。

災害対策の意味からも、引き続き、かかりつけ医機能研修制度を充実させ、関係各所との連携を密に図りながら、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築に全力を尽くして参りたいと思います。

一方で、同じ10月には、日本医師会にとって大変うれしい知らせが飛び込んで参りました。京都大学高等研究院副院長/特別教授 本庶佑先生のノーベル医学生理学賞受賞です。日本人による本賞の受賞は2年ぶり、5人目の快挙です。日本医師会の会員でもある本庶先生とは日頃から大変懇意にさせて頂いており、平成28年10月にはご多忙の折、会内に設置した「医師の団体の在り方検討委員会」の委員長をお引き受け頂きました。先生の強いリーダーシップの下で、「行政から独立した医師全員が加盟する団体が必要である」等、大変示唆に富んだ力強い4つの提言を取りまとめて頂きましたことは、我々にとっても貴重な財産となっております。

この受賞と時を同じくして11月には、「日本医師会設立71周年記念式典並びに医学大会」において、医学・医療の発展に貢献してきた方にお贈りする日本医師会最高優功賞を受賞され、「驚異の免疫力」と題する特別講演を賜りました。

昨今、基礎医学の分野では、政府の補助金削減や成果を出すまでに多くの時間がかかるなどの理由により、研究者の減少が叫ばれております。しかし、今回受賞の対象となった先生の「がん免疫療法」は、従来、治療の手立てのなかった世界中の多くの患者さんにとって命と夢を与えたばかりでなく、基礎医学研究の重要性を訴えた強烈なメッセージになったと思えてなりません。日本医師会と

いたしましても、臨床を支える基礎医学に携わる方々が立派な研究成果を生み出せるよう、医療界のみならず社会全体に働き掛けて参りたいと思います。本庶先生には引き続き研究の先頭に立って、後進の指導等にも当たって頂きたいと思います。

そして、私ごとではございますが、皆さんのご支援の下、平成 29 年の 10 月に就任させて頂きました世界医師会 (WMA) 会長の職務を無事全うすることができました。会長を務めた 1 年間には、アメリカ、中国、パチカン、スイスなど 14 カ国に及ぶ国々を訪問させて頂き、「終末期医療」「One Health」「生活習慣病」などをテーマとする会合において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)、すなわち「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを提唱させて頂きました。我が国では国民皆保険により、これが実現されておりますが、引き続き、その推進に向けた取り組みを進めて参る所存です。

この間、特に印象的であった出来事は、同年 12 月、東京における「UHC フォーラム 2017」で来日された世界保健機関 (WHO) のテドロス事務局長との出会いであります。この出会いにより、WHO と WMA は今後、連携・協力を更に深め、UHC を含む国際保健におけるさまざまな課題に取り組んでいくことを確認でき、また、平成 30 年 4 月には、ジュネーブの WHO 本部において、覚書を締結することができました。その中では、両組織における優先目標が、UHC の達成と緊急災害対策の改善であると明記することができましたが、今回の覚書の締結は国際保健分野における WMA のプレゼンスを高め、WHO との関係強化する新たな契機になったと思っております。

また、同年 9 月末にニューヨークの国連本部で行われた国連総会非感染性疾患 (NCD) に関する第 3 回ハイレベル会合でスピーチできたことも貴重な体験となりました。私は、認知症患者さんを医師が寄り添って地域で支える仕組みを紹介するとともに、成人になってからの生活習慣病を予防するために、小児期における肥満を防ぐなど、早い時期からの学校保健、学校医を通じた教育の必要性を訴えましたが、子どもの肥満対策は途上

国、先進国問わず、大きな課題であったためです。

我が国では、人口減少社会に突入しておりますが、世界的にみるとアフリカ等では、人口が増加しており、未だ世界人口の半分が、健康を守るための質の高い基礎的医療サービスにアクセスできていないと言われております。「社会的共通資本としての医療という時、社会を構成するすべての人々が、老若、男女を問わず、また、それぞれの置かれている経済的、社会的条件にかかわらず、その時社会が提供できる最高の医療を受けることができるような制度的、社会的、財政的条件が用意されている必要がある」これは、経済学者の故 宇沢弘文先生の言葉であります。医療の本質、言い換えれば、あるべき医療の姿がここに示されており、まさに UHC の達成により得られることだと考えています。

そして、病気を診ることだけが、医師の仕事ではありません。より安全で質の高い医療を提供するためにも、患者さんはもちろんですが、その人生、家族、住んでいるまちを含めて大きな視点から見るのが大切です。加えて、世界に先駆け超高齢社会を迎えた我が国では、人生 100 年時代に向け、健康寿命の更なる延伸が求められています。その実現のためにも予防・健康づくりに向けた取り組みに、かかりつけ医がより積極的に関与していく必要があります。

繰り返しになりますが「健康寿命の延伸と地域包括ケアシステムの構築」、これが今、我々の最も重要な目標であると同時に、これから超高齢社会を迎える国々に対する我が国からのメッセージでもあると思っておりますので、引き続きのご協力をお願いいたします。

最後になりますが、今年は 4 月に天皇陛下が御退位され、皇太子殿下が御即位されます。こうした歴史的な年に、「第 30 回日本医学会総会 2019 中部」が 4 月 27 日より名古屋市で「医学と医療の深化と広がり～健康長寿社会の実現をめざして～」をメインテーマに開催されますことは大変喜ばしいことであり、会員の皆様にはぜひご参加頂きたく存じます。

新たな時代の幕開けに当たり、会員の皆様の日本医師会の活動に対する深いご理解と絶大なるご支援を賜りますようお願い申し上げます。年頭のごあいさつとさせて頂きます。本年もよろしく願い申し上げます。

65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト 「働く世代の健康づくりについて」①



今帰仁診療所 石川 清和

昨年8月沖縄県医師会がまとめた65歳未満健康・死亡率改善プロジェクトを紹介しながら、沖縄県の健康問題解決に向けての取り組みについて、連載していきます。

沖縄県の平均寿命の順位の低下の大きな要因は、65歳未満以下の世代の高い死亡率です。平成27年の30歳～64歳の世代に多い疾患・要因の死亡者数は、

がん	715人
心疾患	193人
自殺	179人
脳血管疾患	142人
アルコール性肝疾患	90人
不慮の事故	91人

です。急増中の糖尿病はこれらの疾患に大きく影響します。また、脳卒中・虚血性疾患などの高血圧関連疾患としては284人いて、これらの疾患に対する対策は急務で、このプロジェクトの要でもあります。

1年に1回は特定健診、職場健診を受け、生活習慣のチェックを行い、患者さんや自分自身の生活習慣を確認すると同時に、検査結果から生活習慣の乱れを、早期に発見し改善していくことが重要です。

国保・協会けんぽ合わせて沖縄県全体の平成27年の特定健診受診者数は212,831人で特定健診の受診率は45.1%です。受診者の中での注目する異常者は下記のようになっています。

血圧 160-179mmHg は	8,482人
180mmHg 以上は	1,808人
HbA1c 8% 以上は	25,131人
eGFR 50 未満は	5,127人

特定健診の受診だけでなく、受診後治療へ結び付ける必要があります。上記健診結果の大きな異常値の一部の受診者は、外来通院中断者・あるいは外来通院中であり、医療機関での患者さんの内服管理の強化、生活習慣改善の取り組み等、患者さんや医療従事者の意識改革も必要と考えられます。

沖縄県の平成27年の特定健診未受診者は259,344人で、その中には医療機関通院を理由に特定健診を受けてない方（推定7万人前後）もいます。会員の先生方には、是非通院中の患者さんの特定健診受診の有無を確認するシステムを、医療機関の中に作って頂き、特定健診受診勧奨を行う事と、特定健診を受けることが時間的に都合が悪ければ医療機関での検査データを特定健診のデータとして活用するトライアングル事業の活用をお願いします。

平成27年の30～64歳の高血圧関連疾患による死亡数は284人で、悪性新生物の715人に次いで2位となっています。

医療機関を受診した患者さんの中には収縮期血圧が200mmHg以上あり、眼底出血をおこしており、急死する可能性がある危険な状態なので、内科受診を強く勧められても、目の治療に来たのだからと怒って帰った、患者さんもいるようです。重症高血圧患者は急死する可能性があり、車の運転・機器の操作等を行う可能性を考えると、放ってはおけない状態です。社会全体で連携し取り組むことは、今後の喫急の課題です。

血圧は変動します。血圧には加齢・季節・週間・日・食事・運動・睡眠・ストレス・飲酒・喫煙等多くの要因が関わっており、血圧が高めの方は、特定健診だけでなく、日常生活や、

職場でも最低一日一回は測定するのが理想です。脳心血管疾患の発症は血圧が高い時に発生することが多いようです。血圧の高くなる、あるいは血圧が変動する方は、食事からの塩分摂取量の増加、動脈硬化の進展、ストレス等の要因を探り出し、生活習慣の改善や、高血圧治療について見直しを行う必要があります。血圧は1日の中でも、大きく変動することもあり、患者さん自身で、血圧を測定する習慣を身につけ、適正な血圧管理を行う習慣を作ることも大切です。

今年度は、ちばなクリニックや、中部病院をモデル病院として、特定健診受診率向上、塩分摂取の見直し、運動等の生活習慣の見直しなどの取り組みを行っていく予定です。各地区でも、特定健診受診率向上や早世対策について、様々な取り組みが行われており、医師会員の先生方のご協力をよろしく申し上げます。

沖縄県の市町村ごとの特定健診受診率、高血

圧未治療患者数等の資料が沖縄県医師会にありますので、ご希望の方は事務局までお問い合わせ下さい。先生方の診療圏の情報としてご活用ください。

また、国保連合会のみですが、各医療機関毎の平成30年度の

特定健診対象者数

特定健診未受診者数

トライアングル事業対象者数 =

(医療機関で特定健診を満たす検査をほとんど行っているが、特定健診未受診者数)

レセプトから抽出し、報告してもらう事が可能です。私の医療機関では事務職員、看護職員、医師が連携し外来患者さんへ特定健診受診勧奨を徹底して行っていますが、それでもなお10月末で123名の特定健診未受診者が残っていました。先生方の医療機関での早世対策の取り組み状況を確認するために、これらの数を把握することが可能です。県医師会までご連絡ください。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて (ご案内)

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

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

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

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

○「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

平成 30 年度第 1 回沖縄県医療保健連合(なごみ会) 幹事会・懇談会



常任理事 稲田 隆司



去る 10 月 30 日 (火)、ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて標記幹事会並びに懇談会が開催されたので以下のとおり報告する。

幹事会は各団体の代表等 26 名、懇談会には各団体の役員等 47 名が参加した。

幹事会においては、なごみ会の会長である本会安里哲好会長から、各団体より多数のご参加をいただいたことに対するお礼が述べられると共に、県民生活の基盤である健康福祉の向上のため、

加盟各団体の英知を結集して取り組むべく忌憚のないご意見を賜りたい旨の挨拶があった。

その後、安里会長の進行のもと、以下のとおり協議が行われた。

協議事項

(1) 役員の内

沖縄県医師会稲田常任理事より資料に基づき、本会会則第 6 条の規定により会長は県医師会長とし、副会長は幹事団体の長を充て、常任委員は各

平成 30 年度沖縄県医療保健連合 (なごみ会) 役員名簿

No	役職名	氏名	所属(役職)	No	役職名	氏名	所属(役職)
1	会長	安里 哲好	沖縄県医師会(会長)	12	常任委員	諸喜田清昭	沖縄県歯科技工士会(副会長)
2	副会長	真境名 勉	沖縄県歯科医師会(会長)	13	常任委員	長野 篤	沖縄県放射線技師会(会長)
3	副会長	亀谷 浩昌	沖縄県薬剤師会(会長)	14	常任委員	池城 正浩	沖縄県理学療法士協会(会長)
4	副会長	仲座 明美	沖縄県看護協会(会長)	15	常任委員	國吉 正人	沖縄県柔道整復師会(理事)
5	常任委員	稲田 隆司	沖縄県医師会(常任理事)	16	常任委員	久場 良男	沖縄県鍼灸師会(会長)
6	常任委員	松島 一夫	沖縄県歯科医師会(専務理事)	17	常任委員	樋口美智子	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会(会長)
7	常任委員	笠原 大吾	沖縄県薬剤師会(常務理事)	18	常任委員	西銘 隆	沖縄県精神保健福祉士協会(会長・代表理事)
8	常任委員	島袋富美子	沖縄県看護協会(専務理事)	19	常任委員	比嘉 靖	沖縄県作業療法士会(会長)
9	常任委員	笠原 寛子	沖縄県栄養士会(副会長)	20	常任委員	久志 紫乃	沖縄県言語聴覚士会(会長)
10	常任委員	手登根 稔	沖縄県臨床検査技師会(会長)	21	常任委員	屋我 論	日本健康運動指導士会沖縄県支部(支部長)
11	常任委員	野田 直美	沖縄県歯科衛生士会(副会長)				

団体より推薦するものを充てることになっていることから、予め各団体よりご推薦いただいた常任委員を含め、資料に示すとおり役員名簿を作成した旨説明があり、異議なく承認された。

(2) 県民健康フェア開催の件

沖繩県医師会白井理事より資料に基づき、県民健康フェア開催の件について、去る8月19日(日)コンベンションセンターに於いて開催した当フェアには、約1,000名の県民の参加があり、プログラムも滞りなく進められ、盛会に終えることができた。

来年度の開催については、平成31年8月24日(土)～25日(日)の日程でコンベンションセンターを予約している。例年どおりコンベンションセンターにて同日程にて開催してはいかがとの提案があり、特に異議なく了承され、8月25日(日)(24日(土)は準備日)の開催で決定した。なお、今後の詳細については、実行委員会を立ち上げ協議を進めることとなった。

(3) 全国「検査と健康展」in南風原町2018における沖繩県医療保健連合(なごみ会)後援(名義使用)の件

沖繩県臨床検査技師会手登根会長より、平成30年11月11日(日)に開催される、全国「検査と健康展」in南風原町の沖繩県医療保健連合(なごみ会)の後援(名義使用)依頼があり、協議の結果、特に異議なく承認された。

(4) 第11回うまんちゅ健康フェスタ開催における沖繩県医療保健連合(なごみ会)後援(名義使用)の件

日本健康運動指導士会沖繩県支部屋我支部長より資料に基づき、第11回うまんちゅ健康フェスタの沖繩県医療保健連合(なごみ会)の後援(名義使用)依頼があり、協議の結果、特に異議なく承認された。

(5) 第82回全国学校歯科保健研究大会 in 沖繩開催の件

沖繩県歯科医師会松島専務理事より、来る12月6日～7日に沖繩コンベンションセンターにおいて、第82回全国学校歯科保健研究大会 in 沖繩を開催する旨、案内があった。

(6) RUNTOMO2018 沖繩開催の件

沖繩県作業療法士会比嘉会長より、来る11月25日(日)に、「RUNTOMO2018 沖繩」を開催する旨、案内があった。

(7) 沖繩県医療ソーシャルワーカー協会設立30周年記念大会開催の件

沖繩県医療ソーシャルワーカー協会 又吉副会長より、来る11月23日～24日に沖繩コンベンションセンターにおいて、沖繩県医療ソーシャルワーカー協会設立30周年記念大会を開催する旨、案内があった。

(8) いい歯の日(イベント)開催の件(当日追加議題)

沖繩県歯科衛生士会野田副会長より、来る11月4日(日)に、サンエー西原シティにおいて、いい歯の日(イベント)を開催する旨、案内があった。

(9) 第13回九州放射線技師技術学術大会開催の件(当日追加議題)

沖繩県放射線技師会長野会長より、来る11月10日(土)～11日(日)に、沖繩県男女共同参画センターに於ける及びパシフィックホテルにおいて、第13回九州放射線技師技術学術大会を開催する旨、案内があった。

報告事項

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

沖繩県理学療法士会池城会長より、去る、平成30年10月13日～14日に、沖繩コンベンションセンターにおいて、九州理学療法士・作業療法士合同学会を開催し、盛会に終了した旨、報告があった。

(2) 第 14 回公益社団法人日本鍼灸師会全国大会 in 沖縄開催の件 (当日追加議題)

沖縄県鍼灸師会伊禮副会長より、平成 30 年 10 月 27 日、28 日に沖縄県男女共同参画センターでいるるにおいて、「第 14 回公益社団法人日本鍼灸師会全国大会 in 沖縄」を開催し、盛會に終了した旨、報告があった。

その他

(1) 65 歳未満健康・死亡率改善プロジェクト『働き盛り世代の健康づくり』の冊子件 (当日追加議題)

沖縄県医師会安里哲好会長より、65 歳未満健康・死亡率改善プロジェクト『働き盛り世代の健康づくり』の冊子を作成したので、各団体へ情報提供させていただきたい旨、説明があった。



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

が開催され、非常に活発な議論を行い、各団体共活発に活動されている印象を受けた。なごみ会は、現在 17 の医療関係団体が加入する大きな組織となっており、今後とも県民の医療・保健・福祉の向上のため、各団体力を合わせ、会の活動に取り組んでいく為、各団体には今後ともご協力賜りたい。

ご承知のとおり、当県の平均寿命は、厚労省より昨年末に公表された都道府県別平均寿命において、沖縄県は女性が 3 位から 7 位に、男性が 30 位から 36 位と順位を下げており、特に、働き盛り世代の 65 歳未満の健康状態はとても厳しい現状にある。職場における健康診断の有所見率では、ここ数年全国最下位の状況が続き、運動不足、肥満、多量飲酒など不健全な生活の積み重ねが急性心筋梗塞や脳血管疾患を招来しており、特にこれら高血圧関連疾患の改善に向けた対策が急務となっている。

我々、なごみ会としては、県民一人ひとりに健康に対する意識改革の動機づけとなるよう、今回で第 8 回目となる「なごみ会主催県民健康フェア」を開催している。

当フェアには毎年多数の県民にご来場頂き好評を得ており、今後もより多くの県民にお越しいただけるよう新たな取り組み等を加えながら、健康づくりのための運動を推し進めていく必要がある。

当フェアに対する皆様の御協力に敬意を表すると共に、ご後援をいただいている沖縄県の砂川 靖保健医療部長、御共催を頂いた、沖縄県保健医療福祉事業団 嵩原 安伸専務理事に改めて感謝申し上げます。

今後も当フェアの継続開催にご協力いただくと共に、なごみ会全会員が一丸となって、健康長寿県復活に向けご尽力賜りますようお願い申し上げます。

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



引き続き、沖縄県医師会稲田常任理事より幹事会報告が行われた。

続いて、沖縄県の砂川 靖部長より「なごみ会加盟団体の皆様には、日頃より本県の保健医療

の各分野において、ご尽力いただいているところであり、心より感謝申し上げます。

また、去った 8 月 19 日に開催された「県民健康フェア」は、今年で 8 回目となり、健康づくり推進のイベントとして定着してきたところであり、皆様のご努力に敬意を表するものである。

さて、県では、本年 3 月に保健医療関連の重要な計画を策定したところである。

第 7 次医療計画、第 3 次沖縄県がん対策推進計画、第 3 次沖縄県食育推進計画を策定するとともに、新たに、アルコール健康障害対策推進

計画を策定するなど、今後、取り組む基本的な施策推進の方向性等について、示したところである。

県としては、「沖縄 21 世紀ビジョン基本計画」に掲げる、「心豊かで、安全・安心に暮らせる島」の実現を目指し、各計画に基づき、しっかりと施策に取り組んでいきたいと考えている。

疾病の予防、医療提供体制の充実強化、地域包括ケアシステムの構築等、本県の保健・医療施策の推進には、なごみ会の皆様のお力が不可欠である。

健康長寿おきなわ復活の実現を目指して、皆様とともに取り組んでいきたいと考えているので、今後ともご支援をお願いしたい。」との来賓あいさつが述べられた。



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

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

さて、私達事業団の取り組みを紹介させていただくが、私達は「健康づくり運動普及啓発事

業」、「臓器移植の推進事業」、「ファミリーハウス事業」を大きな柱として運営しているが、なごみ会関係団体の皆様におかれては日頃より、様々な事業に関しても、ご理解、ご協力を頂き深く感謝申し上げる。

また、ファミリーハウスがじゅまるの家については、10 周年を無事に迎える事が出来、11 月 17 日（土）には記念式典がタイムスホールで開催されるので、ご参加いただければ幸いです。

さて、先日開催された県民健康フェアも 8 回目となり、私も参加させていただいたが、県民向けの健康イベントとして徐々に定着しているなど印象を受けている。個人的な意見ではあるが、せっかくこのような 17 の医療関係団体が集まる貴重なイベントであるので、もう少し来場者に来ていただいてもいいのかなと感じた。なごみ会の皆様の方でも様々な検討等されているようなので、是非、我々も出来る限り応援させていただきたいと考えているので、一緒に盛り上げられるよう今後もよろしくお願ひしたい。

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

その後、沖縄県歯科医師会 真境名 勉会長による乾杯の後、懇談に入り、終始和やかに会を終えた。



平成 30 年度沖縄県災害対策本部 設置運営訓練報告



災害医療委員会委員長・沖縄県災害医療コーディネーター 出口 宝



巻頭写真 県庁 5 階の訓練コントローラー室。正面に 4 階講堂の県災害対策本部の様子と南部合同庁舎の南部地方本部などを映し出すモニター。この部屋から電話等で状況付与を行った。中央の机が消防と医療のコントローラー位置。

はじめに

平成 30 年 11 月 6 日に平成 30 年度沖縄県災害対策本部設置運営訓練が行われました。今年度は県庁 4 階講堂に県災害対策本部 (Fig.1,2)、南部合同庁舎に南部地方本部、そして那覇市役所庁舎に那覇市災害対策本部が設置されました。県災害医療本部の災害医療調整班の構成員に本会リエゾンとして業務 1 課から 2 名、南部

地域医療本部に南部地区医師会事務局からリエゾンとして 2 名、那覇市医療本部に那覇市医師会事務局からリエゾンとして 2 名が参加しました。また、小職が県庁 5 階の訓練コントロール室から状況付与等を行う訓練コントローラーとして参加しました。今年で 2 回目となった本訓練ですが、今回はコントローラーの立場から報告します。

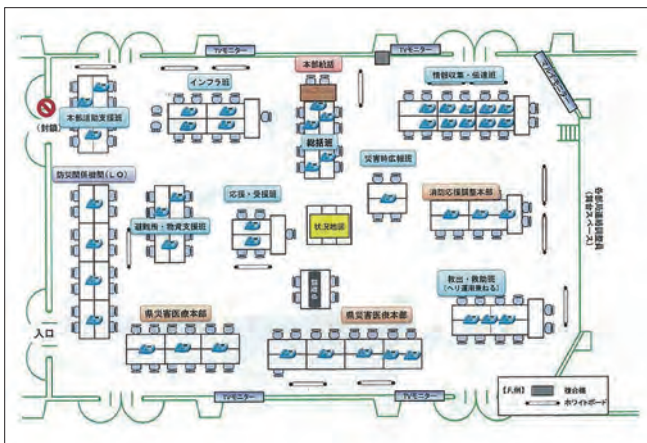


Fig.1 県庁 4 階講堂の県災害対策本部の配置。実災害時にもほぼ同様となる予定。



Fig.2 コントローラー室のモニターに映し出された 4 階講堂の県災害対策本部。

1. 訓練概要

被害想定は、平成 30 年 11 月 6 日の 9 時に、平成 25 年に県が行った沖繩県地震被害想定に基づいて、震源が沖繩本島南方沖（北緯 27.08 度、東経 127.83 度）で深さ 2km とするマグニチュード 8.8、震度 6 弱の地震が発生し、津波も発生して甚大な被害が発生したとするものでした。

訓練は美ら島レスキューや前回の本訓練と同様に、発災初期の情報収集と分析、各機関との調整、応援要請などを確認するものです。訓練コントローラーがシナリオに従い、被災して救助や支援を求める病院や市民、透析患者、あるいは支援に入ろうとする DMAT や医療救護班、各機関などの役を演じ、本部に電話や FAX を入れます。受けた本部は関係各所と連携して適切な対処をしていきます（巻頭写真）。今回は、特に地域医療本部や那覇市医療本部と県本部間での情報共有や連携の確認も必要となるシナリオになっていました。なお、本訓練は県から委託をうけた防災分野のシンクタンクである「総合防災ソリューション」が企画運営を行い、シナリオの作成もされました。

県医療本部は県職員 10 名に加えて、災害医療コーディネーター、DMAT、DPAT、県医師会ら 15 名が参加して構成されました。これは県災害対策本部内の各部門の中でも最大の人数でした (Fig.3)。



Fig.3 沖繩県災害医療本部の様子。

10 時に訓練が始まると本部各班では情報収集、記録（クロノロ）、分析、対処が進められ

ていきました。途中、各班が集まり情報の共有が行われました (Fig.4)。そして、14 時に最終の状況付与となり、15 時から訓練終了となりました。訓練後には「ひょうご震災記念 21 世紀研究機構 人と防災未来センター」の中林啓修研究員から講評がありました。災害対応を考える 3 つのレベルとして、当面の目標として「戦略」をたて、戦略上の目標達成の為の「作戦」を計画し、目標達成の為の個別・具体的な「戦術」をたてる必要があるとの解説がありました。そして、全体を通して今回の訓練からは戦術レベル（班員レベル）はだいぶ習熟が進んだようだが、作戦レベル（班長レベル）が未整理であったことから戦略レベル（本部長レベル）で混乱を生じていたようであるとの講評がされました。



Fig.4 県災害対策本部の中央に設置された状況地図を囲んで、各班による情報共有。

2. 所感

訓練では本県における災害時の被害想定を参考にシナリオが作られています。想定される事の一部のみが抜粋されてシナリオが編成されています。訓練の目的と時間内に対処できる内容が編集され、コントローラーもそのように訓練を進める事になります。このように目的に限定したシナリオに基づく訓練の方法はその対処の方法を確認して行く上では有用です。今回、県医療本部は図上訓練も回を重ねてきた効果もあり応援要請やその受け入れに対する対処は出来るようになってきているようでした。しかし、県の被害想定に基づいて発災から津波警報が解除されるまで起こり得る全ての事をシナリオと

して状況付与を行うと、爆発的に急増する救助要請が本部に入ることになり、本部は情報整理だけでパニックになると思われます。これまで発生した大規模災害からも経験された事です。今後は少しでも想定被害にシナリオを近づけ、救助要請、支援要請の状況付与を増やしていくことも必要と思われます。

災害時における地域医療本部は、保健所長を本部長として保健所等に置く事にされています。しかし、昨年の訓練においても課題になったように地方本部は合同庁舎に、地域医療本部が保健所に設置される事には一長一短があります（本誌 Vol.53, No.11, p51）。今回、南部圏域ならびに那覇市ともに医療本部は庁舎の災害対策本部内に設置されました。那覇市は那覇市保健所、那覇市医師会と事前調整をされて、今回

は試験的に発災初動期においては、情報収集及び関係機関との連携に重点をおくため地域医療本部も市災対本部に併設させ、その後は災害フェーズに応じて流動的に医療本部を保健所へ移転することにされたとのことでした。今後に参加となる試みと思われます。

訓練は同じメンバーが繰り返し参加して熟練していくという方法もありますが、一方で多くの関係者が経験しておくことも重要です。また、行政職の方は比較的短期間で移動されるため、今後も繰り返し実施されていくことが重要です。現在、本県では美ら島レスキューと本訓練が毎年開催されています。各地区医師会災害担当の会員並びに事務局職員の方々には、災害対応力の強化と関係者との顔の見える関係作りこれらの機会を活用して頂きたいと思えます。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます） 午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893なくそうやくざ 862-0007スリーオーセブン

FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

平成 30 年度都道府県医師会情報システム 担当理事連絡協議会



理事 比嘉 靖



去る 10 月 10 日（水）、日本医師会館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。

会長挨拶（日本医師会会長 横倉義武）

日本医師会では、かかりつけ医を中心とした医療提供体制や地域包括ケアシステム構築を推進し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるような街づくりに取り組んでいる。その担い手である変革期を迎える医療を取り巻く環境に対応していける人づくり、医療政策をリードし続ける強い組織づくりを進める中で、地域医療の再考はもちろん、国民のための安全安心な医療実現を目指している。

大きな柱である地域包括ケアシステムの運用には、IT を利用した地域医療連携や医療と介護多職種の連携が必要不可欠である。

ご案内のとおり、日本医師会では、2016 年 6 月に 5 項目からなる「日医 IT 化宣言 2016」を公表し、医療等分野に関する情報化や IT に

対し、これまで以上に実働的かつ適切に推進していくことを宣言してきた。現在、国のデータヘルス改革に基づき、是々非々で対応しながら、医療等分野専用のネットワーク構築を大きな目標として、医師会内の委員会での検討や国の検討会や実証事業への介入をはじめ、担当理事を中心に積極的に活動を行っているところである。

昨年 5 月に、改正個人情報保護法が全面施行され、医療情報の取り扱いに配慮することになった。そのため、医療に関する情報は、本人への医療提供に必要な場合等を除いて取得する際や、第三者に提供する際には、原則として本人同意が必要となった。患者の個人情報保護を第一に考えるという意味で、日本医師会としては画期的な変革であると考えている。

そのようなことを背景として、本年 5 月に医療研究の開発に資するための匿名加工医療情報に関する次世代医療基盤法が成立された。

同法は、個人の利益を守りながら、医療情報のビッグデータを利活用していくために、患者

自身の同意を必要とせず、複数の医療機関等から医療情報等を収集し、名寄せして匿名加工を行った上で研究開発などを行う第三者に提供する事業を行うものを国が認定していく制度となっている。

本件は、内閣官房の次世代医療 ICT 基盤協議会において議論がなされてきたが、検討段階から日本医師会として、認定事業に関与していくことを積極的に考えてきた。現在、執行部内での議論と理事会での決定を受けて、日本医師会が中心となり事業を担うための一般財団法人を立ち上げて申請を行うべく進めているところである。

また、医療は金融等と並び、14 項目の重要インフラの一つと位置づけられており、サービス提供できなくなるような障害の未然防止、万一障害が発生した場合の被害の拡大防止と迅速な復旧、管理向上のための実質的な活動が求められる。事業者間の情報共有や分析機能を行う機関をセプター呼び、本年 3 月から日本医師会が、医療分野のセプターの事務局を担うこととなった。

医師資格証においては、発行開始から 4 年半で発行数が 1 万 2,000 枚を超えた。今回は、利活用シーンの拡大や種々の取り組みを紹介するとともに、先生方のご意見を拝聴し、更なる普及を行っていきたいと考えている。

各都道府県医師会の情報システム担当理事の先生方には、医療情報の推進にご尽力いただいている。地域包括ケアシステムの構築等々を踏まえて、更なる情報化の推進にご協力賜りたい。

議事

次世代医療基盤法について
内閣官房 内閣審議官
健康・医療戦略室次長 藤本康二

安倍政権にて創設された健康・医療戦略推進本部の下に、内閣府・文科省・厚労省・経産省の所管による国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) が設置され、各省に分かれていた医療研究予算を一元化し、研究をシームレスに推進していくこととしている。

医療研究を進めていく上で必要となるのは、医療データと医療の ICT 化であり、車の両輪のごとく重要であるとしており、その中で、平成 27 年 1 月に次世代医療 ICT 基盤協議会が設置された。

当協議会の目的は、医療 ICT 基盤の構築として、アウトカムを含む標準化されたデジタルデータの収集と利活用を円滑に行う全国規模の仕組みを構築すること。次世代医療 ICT 化推進として、臨床における ICT の徹底的な適用による高度で効率的な次世代医療の実現と国際標準の獲得としている。

医療情報の収集は、診療報酬明細書情報 (レセプト:検査項目、投薬内容、手術処置の種類等) は一元的に集約されるなどの利用が進んでいる。一方、問診内容や検査結果、治療予後等の収集や標準化、利活用が課題となっており、病院や診療所を跨がる情報収集も重要課題となっている。

次世代医療 ICT 基盤構築に向けた現状を俯瞰的に見た場合、健診データとレセプトデータは厚労省保健局が保険行政に活用するためデータ収集しており、がん登録であれば、がん状況の把握等に利用するためデータ収集しているなど、都度目的に応じ現場よりデータを集めていく仕組みが出来ている。

今回の次世代医療 ICT 基盤構築では、汎用的な仕組みとしてデータを預かり、行政等が目的に応じた臨床研究等に使えないかと考えているところであり、当該基盤構築のスタートとなっている。

情報の質や量により、多様なデータベースとの役割分担や連携が異なるため、データベースの整備・持続的運営の効率化や統合的な利活用の効果が享受できるよう、オールジャパンのデータ利活用基盤としての最適化を図っていきたい。

次世代医療基盤法では、任意で参加する医療機関に患者が受診した際、初診時に紙面で当該取り組みに参加していることと、データの利活用について通知し、本人が提供を拒否しない場合 (オプトアウト)、認定事業者に医療情報を提供できることとする。

認定事業者は、医療研究推進のため、医療機関への参加促進していくこととし、その方法としてはデータのバックアップ事業等を兼ねて、そのデータを認定事業者に提供いただくことも一つの方法として考えており、データの収集方法については創意工夫が必要であると思っている。

認定事業者の認定に関しては、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することとしている。

具体的には、事業を安定的・継続的に行う組織体制であることや、高度な専門性が確保された人員の配置、一定以上の規模での医療情報収集、情報収集加工提供に要する費用等の基本方針に沿った安定的・継続的な運営、組織的・人的を含めた高セキュリティの確保等々を要件付けていくことになる。

認定事業者に対する医療情報の提供に関しては、患者が最初の受診時に書面で提供停止の求めができることを通知することとし、本人との関係に応じて、より丁寧な形で通知することは医療機関等の判断とする。また、16歳未満や判断能力を有しない16歳以上の者は、保護者等に対しても通知することとしている。通知後、医療情報の提供停止を求めるために必要な期間を30日間を目安として置くこととする。

提供停止の求めがあった場合は、受診時に口頭を含め医療機関等の窓口で可能とし、その後もいつでも認定事業者で受付可能とする。

すでに提供された情報の削除の求めがあった場合は、本人を識別可能な情報は可能な限り削除することが必要である。

医療機関は認定事業者と任意契約に基づき、データを提供することになる。その時、複数の認定事業者にデータ提供することを可能としている。

認定事業者は、利活用者の求めに応じて匿名加工した医療情報を提供していくことになる。

認定事業者の情報基盤の拡充と利活用の推進により、利活用の成果が医療・介護の現場に還元され、現場のデジタル化、ICT化、規格の整備等の取組とあいまって、利活用可能な医療情報が質的・量的に充実することにより、産学官による利活用が更に加速・高度化する好循環を実現していきたい。

日本医師会における次世代医療基盤法への対応について
日本医師会常任理事 石川広己

日本医師会では、平成30年4月17日の第1回理事会において、次世代医療基盤法を患者、医療関係者にとって実りあるものとするため、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日本医師会並びに本事業に賛同する医療関連団体等で設立することとしている。そして、同法人が「認定事業者」として認定を受けるべく申請するという方向性が機関決定された。

日本医師会並びに日本医師会 ORCA 管理機能にて実施する AMED プロジェクトでは、「医療情報」「健診情報」「介護情報」「死亡情報」「生活情報」を収集予定し、生涯保健情報統合基盤システムを構築することで、医療機関に対する受診時の情報提供や、他の認定事業者との連携、研究者や自治体、地域医師会、民間企業等の第三者提供を行うこととしている。

AMED 事業の進捗状況等については、現在、財団登記の準備を行っている他、認定申請書類及び認定受託申請書類を作成している。

また、各地域（滋賀県医師会、福岡県医師会、熊本県医師会、沖縄県医師会）の先行協力を得てデータ出力システムを順次構築し、データ収集の一部を開始している。

さらに、日本医療ネットワーク協会、医療情報システム開発センター、日本医師会から構成され、内閣官房もオブザーバー出席する認定事業者運営研究会を設置し、広報活動や合意形成、丁寧なオプトアウトの方法、組織要件、共通のオプトアウト窓口等について検討を行っている。

平成 30 年 11 月の一般財団法人の設立に向け、登記準備を進めているところであり、実施する事業として、(1) 医療情報並びに附帯する情報の収集・提供に関する事業、(2) 医療情報並びに附帯する情報の収集・安全管理・利活用に係る研究、データサイエンス・人工知能開発、コンサルティング、技術支援、情報提供、普及啓発に関する事業、(3) eラーニング等を用いた教育・人材育成に関する事業、(4) その他、当法人の目的を達成するために必要な事業を定款に盛り込むこととしている。

日本医師会より、認定事業者間の連携の調整役として、認定事業者連絡協会（仮称）の設置をし、共通運用指針の策定や認定事業者共通の審査委員会の設置、認定事業者間の名寄せ支援、患者主体の同意・アクセス権限管理（同意情報ポータル構築等の将来構想）、認定事業者の認定個人情報保護団体として個人情報保護委員会と連携、匿名加工医療情報の取扱いに関する監査・認証、セキュリティ防災訓練、全国保健医療情報ネットワーク等、行政所管のデータ及びネットワークとの連携窓口等の機能を担う組織体制の構築を提案している。

生涯保健情報統合基盤は、地域との共存を前提としており、地域の医療機関等が患者を支え、地域医師会等が地域の医療機関等を支え、生涯保健情報統合基盤は地域医師会等を支えていくものとなる。金銭的な対価では事業継続できないため、各種勉強会や事業管理、IT マネジメント、匿名加工・解析、コンサルティング等のサービス提供を通じて地域を支援し、地域と共存していくことになる。

医療セプターの運営について

日本医師会常任理事 石川広己

IT 障害の「未然防止」、「拡大防止・迅速な復旧」、「要因等の分析・検証」による再発防止を図り、医療事業者のサービスの医事・復旧能力の向上に資するため、政府等から提供される情報を適切に医療事業者等間で共有・分析することを目的に、医療分野の「情報共有・分析

機能（セプター）」として、「医療セプター」が平成 19 年度に整備された。

日本医師会は、平成 19 年度に整備された際、構成員として参画してきたが、今般、厚生労働省からの依頼に基づき、医療セプターの事務局を担うことになった。

セプターとは、重要インフラ事業者等の情報共有・分析機能及び当該機能を担う組織をいい、重要インフラサービス障害の未然防止、発生時の被害拡大防止・迅速な復旧および再発防止のため、政府等から提供される情報について、適切に重要インフラ事業者等に提供し、関係者間で情報を共有することにより、各重要インフラ事業者等のサービスの維持・復旧能力の向上に資する活動を目指していくものである。

2009 年 2 月 26 日、分野横断的な情報共有の推進を目的として、各重要インフラ分野で整備されたセプターの代表で構成されるセプターカウンシル（協議会）が創設され、セプター間の情報共有等を行っている。セプターカウンシルは、政府機関を含め他の機関の下位に位置づけられるものではなく、独立した会議体となっている。

現在、19 分野のセプターがあり、そのうち医療分野のセプターとして、日本医師会情報システム課が事務局を担い、1 グループ 18 機関で構成される。

政府全体の推進体制としては、内閣官房の内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）が中心となり、セキュリティ関係機関、関係省庁、重要インフラである医療セプター等をつないでいる。

さらに政府では、「重要インフラの情報セキュリティ対策にかかる第 4 次行動計画」に基づき、日頃の情報セキュリティの推進や、2020 年のオリンピック・パラリンピックに向けた体制の強化も進められている。

医療セプターについても、これらを受ける形で医療関係団体並びに、都道府県医師会・郡市区医師会等と共に医療機関における情報セキュリティを推進していくこととしている。

医師資格証の普及について

日本医師会常任理事 長島公之

医師資格証の利用シーンには、「身分証」「IT」があり、以下の利用方法がある。

(身分証としての利用シーン)

「採用時の医師資格確認」

色雪関東の採用時に医師免許証と同様に、「医師資格証」の提示による資格確認

「緊急時の身分証」

災害時等の緊急時に券面の提示によって医師であることを示す

「JAL DOCTOR 登録制度」

JAL グループ便機内で急病人やけが人が発生し、医療援助が必要となった場合、登録医師の方へ客室乗務員が直接声がけする制度

(IT での利用シーン)

「講習会受付」

生涯教育制度、認定医制度、かかりつけ医機能研修制度等、各種研修会で「医師資格証出欠管理システム」が導入されている医師会では、IC カードリーダーにカードをかざすだけで受付を行うことができる。

「ログイン認証」

各地域医療連携ネットワークでのログイン時やその他のサービス、日本医師会が医師資格証保有者向けに提供をしている ASP 電子署名システム・医師資格証ポータル等の個別のサービスへのログイン時に、医師資格証を従来の ID・パスワードに代わってログイン認証として使用することができる。

「HPKI 電子署名」

電子化された医療情報に対して、HPKI に準拠した電子証明書を用いて電子署名を付与することができる。

「研修会受講履歴単位管理」

「全国医師会研修管理システム」を導入している都道府県医師会等で開催される研修会等に出席した場合は、受講した研修会の履歴や単位管理を行える。

「MEDPost (文書交換サービス) の利用」

日本医師会 ORCA 管理機構が提供する「MEDPost」(ASP 型の文書交換サービス)を利用することにより、さらに安全に電子化された医療情報のやりとりが可能となる。

2018 年 9 月 30 日時点での医師資格証の発行枚数は 12,054 枚となっており、日医会員数に対する割合が 6.7%、全医師数に対する割合が 3.8% となっている。

今後、身分証としての展開として、医療行為に係るさまざまな申請・登録等の手続きの代替を可能とする証明書としての「医師資格証」、最終的には、準公的身分証を目指し、あらゆる場面で利用可能にしていきたい。

また、国内だけでなく、海外においても本人性・医師資格等の証明をするための認知度向上を行い、利用価値や活用の場面を増やしていきたい。

IT 利用に関する展開としては、出欠管理システムの利用シーンの拡大や、その他のシステムとの連携強化、診療報酬上の評価、厚生労働省データヘルス改革での活用、電子処方箋での活用が行えるように取り組みを進めていきたい。

その他

地域医療介護総合確保基金におけるサーバ更新費について

日本医師会常任理事 長島公之

数年前の地域医療再生基金により、全国各地に地域医療連携ネットワークが構築された。

しかし、数年後にはサーバーの更新時期となり、日医総研の調査においてもサーバー更新の高額費用負担が深刻な課題となっている。

日本医師会としては、地域医師会等が中心となって構築した既存のネットワークが、機能を向上させながら継続的に発展していくことが重要であるとの観点から、厚生労働省担当課に対し、事業の目的が、単純な更新ではなく既存のネットワークの機能の追加や拡充であり、それを実現するための手段の中にサーバーの更新も含まれる場合には、その費用

の基金の対象となりうることを確認した。

機能の追加や拡充例としては、「情報共有項目の増加」、「双方向性システムの拡充」、「情報を共有する職種の増加」、「クリティカルパスの構築」、「様々な検査データの参照」、「医療等 ID や HPKI の対応」等々が考えられるので事業計画の立案に参考にさせていただきたい。

**日医 TV 会議システムのライセンス拡張について
日本医師会 事務局**

熊本県医師会が、県内のテレビ会議システムの契約を日医のシステムに統合し、日医の枠を増やす形で契約をしている。

本件のメリットは、日医の講習会をテレビ会議で見るときに、日医からの 1 ライセンスに加え、契約のライセンス分だけ、別会場や郡市区医師会等でも見ることができる。また、県内のテレビ会議打合せにも利用することができる。

デメリットは、別のメーカーのテレビ会議システムを利用している場合は変更することとなり、日医側でシステムの変更等があれば同じ影響を受けることになる。

日医では、今後も多くの先生方に協議会や講習会、委員会に参加いただけるよう、テレビ会議システムの利活用を推進していくこととしている。

平成 30 年度日本医師会医療情報システム協議会について

日本医師会 事務局

来る平成 31 年 3 月 2 日(土)、3 日(日)の両日、文京シビックホール「大ホール」「スカイホール」において、平成 30 年度の日本医師会医療情報システム協議会を開催するので多くの方にご参加いただきたい旨の報告が行われた。

**協議
質疑応答**

予め寄せられた質問・意見・要望等に関して、日本医師会より概ね以下のとおり回答が述べられた。

(A 医師会より)

現在、一般的な商品購入に関してはクレジットカード、デビットカード、電子マネーなどと言ったキャッシュレス決済の占める割合が現金決済より増加してきている。しかし、こと医療費に関しては都会の大病院からいざ知らず、現金決済がほとんど、という状況が続いている。東京都では 2020 年のオリンピック・パラリンピック競技大会（以下オリパラ）を迎えるにあたり、観客として来日する外国人に対する医療提供についての検討を進めているが、そのなかで大きな問題となるのが未収金対策である。しかし、その大半はカード支払いなどのキャッシュレス対策で解決可能とも言われて久しい。

しかし、こうした外国人医療などの自費診療分のためにキャッシュレス決済を導入すると、医療保険の自己負担分の支払いにも「なぜカードが使えないのか」という患者からの声になって導入に踏み切れない医療機関がほとんどと考えられる。これはキャッシュレス決済を導入すると決済額の 3～5% にのぼる手数料を徴収されることが最大の問題である。かつて日本医師会はデビットカードを利用した電子決済サービスを検討したことがある。これは時期尚早で雲散霧消したが、現在のインフラを利用すれば可能となるのではないか。

一例を挙げれば、ネットワークに繋がれた医療機関端末でもある ORCA の決済時に自費分なら 3%、医療保険分なら 1% 程度（できれば 0%）の手数料でキャッシュレス決済を行う、これは ORCA 管理機構が日本医師会と分離された現在なら法的にも問題なく実現可能であろう。こうした仕組みを用いて日本医師会が会員向けサービスの一環としてキャッシュレス決済のまとめ役となることを検討すべきではないかと考える。

(日本医師会石川常任理事回答)

医療費の窓口でのキャッシュレス化については、未収金対応等にも関連してくる問題であると考えている。

本件は、政府の健康戦略推進本部において、

訪日外国人に対する適切な医療等のWGが設置され、総合対策の一つとして円滑な支払いの確保、キャッシュレス決済時における向上への決済整備、医療費前払いによる支払い方法の提示等の検討事項の一つになっている。

世界各国のキャッシュレス決済比率の比較によると日本は普及していない状況である。その背景として、治安の良さと店舗における端末の設置、加盟店の問題等があげられている。対応としては、経産省が立ち上げるキャッシュレス推進協議会（仮称）に、厚労省と環境省が加わり検討することとされている。日医としても、それに合わせて会内の委員会を立ち上げて検討していくこととしている。

(B 医師会より)

I. 日本医師会は、各都道府県医師会にどの程度までのサイバーセキュリティ対策を求めるのでしょうか。

1. 組織的対策（ネットワークの環境指定、情報セキュリティの担当役員配置等）
2. 技術的対策（OSの最新バージョン指定、統合脅威管理（UTM）の設置等）
3. 人的対策（教育、研修、ITエンジニア雇用等）

II. 日本医師会は、万一関係する組織（例えば日本専門医機構等）からの情報漏洩が発生した場合、どのように対応されますか。

(日本医師会石川常任理事回答)

日医が都道府県医師会に求めるサイバーセキュリティ対策は、大学病院や地域の中核病院等の大規模病院については、セキュリティ担当部署の設置などの対応が必要であると考えている。

しかし、一般的な医療機関に対し、医師会事務局がそこまでの対策を求めることはない。一般的な対策として、ウィルス対策ソフトの導入やOSのアップデートを行って頂きたいと考えている。

組織的対策は、ネットワークの環境については特に指定なしと考えており、情報セキュリ

ティの担当役員配置については、担当理事の兼務で良いと考えている。

技術的対策は、OSの最新バージョンの指定は特にはないが、年間のセキュリティアップデートをサポートしていく必要があるのではと考えている。統合脅威管理の設置については、あれば良いと考えているが、強制するものではない。

人的対策は、教育、研修、ITエンジニア雇用等について、出来れば望ましいと思うが、予算の兼ね合いがあり、できる範囲で対応いただくと良い。ORCA管理機構でeラーニング（社会人プログラミング講座等）を開設しているので、ご利用いただけると幸いです。

関係する組織間の情報漏洩が発生した場合の対応は、医療セプター事務局になったからといって、特に変わることはない。関係機関の情報漏洩は、漏洩に関連するものがないかどうかを確認するため情報収集し、日医で対応する部分があれば対応していく形になる。

万一、サイバー攻撃を受けた場合、誘導システムに対する安全管理ガイドラインに則り、厚労省医政局研究開発振興課に連絡することになっている。

(C 医師会より)

電子的な医療情報の適切な取扱い等のために、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」が定められ、実質的にほぼ全医療機関が同ガイドラインの遵守対象になっていますが、通読するには一定のICTリテラシーが必要になるため、その内容が浸透しておらず、院内の運用管理規程（セキュリティポリシー）すら作成していない医療機関が多数あるように見受けられます。会員にはICTリテラシーの乏しい者も多いことをご理解いただき、こうした会員もサポートするような態勢で、日医施策の推進をお願いしたく存じます。取り敢えず院内の運用管理規程（セキュリティポリシー）について、雛形の提示や平易な解説を行っていただければ幸甚であります。

また、日本医師会自身の運用管理規程（セキュリティポリシー）について、都道府県医師会に

提示いただければ、大いに参考になりますので、ご高配をお願いいたします。

(日本医師会石川常任理事回答)

平成 29 年 5 月改訂の「医療情報システム安全管理に関するガイドライン (第 5 版)」に關して、平成 29 年 6 月 8 日付で文書を送付しているところである。

同ガイドラインでは、医療機関等における診療録等を扱う担当職員が遵守事項の対象となっており、個人情報保護の取り扱いや安全管理、ネットワークからの不正アクセス対策、診療録等の電子署名に関する真正性等、電子署名を行う場合の要件より委託機関の選定・責任の明確化等、診療録の電子化保存に関する要件等が示されている。

また第 5 版では、サイバー攻撃の手法・巧妙化、IoT の新規施策普及等、医療情報システムを取り巻く環境の変化、改正個人情報保護法、医療介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのガイドランス等への対応を目的とした改訂がなされている。

ガイドラインの対象として、電子的な医療情報を取り扱う介護事業者および医療情報連携ネットワーク運営事業者が明確に追加された。また、個人の所有する個人の管理下にある端末の業務利用(いわゆる BYOD) が原則禁止であることが明確化され、認める場合は管理者による OS 設定の変更を義務付けることとされている。

さらに、すべての医療機関のシステム管理者向けのガイドラインでは、対応を分かりやすく書かれているので、参考にしていただきたい。

運用管理規程について、日本医師会が医療セプターを担うことになり、医療機関のセキュリティ推進を行うこととしている。セキュリティポリシーの策定と合わせて、進めていきたい。

なお、セキュリティ関連の分かりやすい本が、NISC から出されているので、是非、ダウンロードしてご利用いただきたい。

(D 医師会より)

医師資格証について、本会では平成 26 年度より「D 県における医療機能分化連携強化のた

めの医療従事者電子認証基盤整備事業」として、HPKI 認証基盤を県下で利用するアクセス管理等を行うローカルサーバーを本会内に設置し、県下各地域医療ネットワークへの同認証システム導入について協力依頼をし、また今年度からはホームページを利用した各種研修会への予約登録システムの提供を開始するなど、医師資格証の普及促進を活発に行なっており、全国比較でも多い発行数となっています。

しかしながら、①未だ Windows OS、かつその古いバージョンのみにしか対応できていない、②モバイル端末などで Felica のように内蔵リーダーでの HPKI 交信ができないなど、その操作性・利便性がまだまだ足りない状況で、普及の制約となっています。

言うまでもなく医療・介護分野における ICT 化は今後ますます拡充していくことは必然であり、医師資格証はシステム上で医師であることを証明できる唯一のものであるため、特に上記 2 点について、早急に対応をして頂きたいと切に願っておりますが、今後の見通しはいかがでしょうか。

(日本医師会長島常任理事回答)

①新しいカードドライバ (1.41) であれば Windows10 でも対応している。ログイン認証では、地域連携ネットワーク側のサーバーのバージョンの関係もあるのでベンダ側に確認していただきたい。

②アンドロイド端末では、OS 処理場の問題があり IC チップで用いた情報を PKI の暗号処理ができない。単純にチップの情報が読みとれても、認証までは至らない。ただ、総務省実証事業で、マイナンバーに掲載されている JPKI を最新のアンドロイド OS で読み込ませて認証するという実証が行われているので、状況確認し検討していくことになる。一方、iphone は、外部通信用のインターフェイスを公開していないので、現時点では対応が難しい。モバイル Suica には対応したが、Applepay 決済のみの対応のため、PKI のような外部通信の実現はできない。Apple 社は個別に対応しておらず、現時点での実現は難しい。

印象記

理事 比嘉 靖

平成 30 年 10 月 10 日 (水曜日) 日本医師会にて情報システム担当理事連絡協議会が開催された。

冒頭の横倉会長の挨拶では、「今後は IT を使った医療、特に多職種連携が大切になる。日本医師会は既に独自に IT 宣言しており、データヘルス計画や医療保健ネットワークなどの事業にも積極的に参加している。また、改正個人情報保護法、次世代医療基盤法などの法律制定もあり、丁寧なオプトアウトなど同意のもとでの研究などの目的に第三者提供も可能となった。基盤法の成立に伴い日本医師会も関連団体と協力し一般財団法人を設立し、匿名化事業認定に名乗りをあげている。また、医療連携インフラは重要インフラの一つであり、この程、厚生労働省の要請を受け日医が医療セプターの事務局を担当することになり、社会的にもサイバーテロから医療を守る重大な責任が出てきた。日医の進める HPKI 事業に関しても、発行枚数は 12,000 枚を超え、今後はさらなる利用についてアピールしていきたい」と述べられた。

最初の議題は、「次世代医療基盤法」について内閣官房 内閣審議官 健康・医療戦略室 藤本康二室長から総論的な説明があった。現在、首相官邸が事務局となって動いているのは、最近の情勢の変化の早さに各省が追いつけないところを担うため、その基に AMED があり、各省を横串的に連結させる機能を果たしていると説明があった。医療現場のデジタル化は「現場の ICT 化」に繋がり、最終的には医療データの活用が可能となる。全体的な流れとしては、レセプトデータに次々と付加的データを加えていく事で一体的なデータになる。更に現行の縦割りで連結されていないデータ構築を汎用的に利用できる様にかえていく事にもなる。しかし、データの価値が深くなると本人同意が必要となり、時間、手間がかかる様になる。今回の次世代医療基盤法の目的は、国が法律にて医療情報を収集する上での告知を国民に行う事により、認定事業者による医療情報収集の際の「丁寧なオプトアウト」が効率的に行える様にする事にあるとまとめられた。しかし、医療施設への情報提供に対する対価としては、データのバックアップを提供することなどのサービスや実際のコスト以上の対価は支払わない事になっている。認定事業者にはデータ利用者に対する審査能力が要求されており、事業の遂行能力、倫理的目的からも医療機関から信頼を得ることが重要との事であった。現実的には複数の認定事業者のデータを統合した研究や利活用も想定されており、事業者間のルール作りが必要であるとの事であった。

続いて石川常任理事から、医師会の立場から見た次世代医療基盤法について説明があった。MEDIS など東大系事業者、京大系事業者は大病院からのデータ収集を目指しており、日医は診療所などの小規模な医療施設からの幅広データを SS-MIX2 フォーマットで収集する準備をしている。しかし、個々の医療施設からの収集は難しいので、おきなわ津梁ネットワークのような医療連携ネットワークとのデータ連携も念頭に実証を行なっている (滋賀県びわ湖あさがおネット、熊本県くまもとメディカルネットワークなど)。情報提供を頂いた会員への還元としては直接的な金銭ではなく、「再同意」のもとでの会員、患者で利活用できる情報提供のサービスなどを検討している。予定としては、本年内に申請を行い、今年度内には認定を受けたいので、各医師会会員に対しては、アンケートなど各方面での協力をお願いしたいとの依頼があった。

更には続けて「医療セプター」の運営についての説明があった。医療情報インフラは、金融など 18 の重要情報インフラの一つである。「医療セプター」自体は平成 19 年からあったが、日本

医師会はその一構成員であった。しかし本年、厚労省からの依頼でセプターの事務局となった。「医療セプター」には医療分野の団体が全て参加している。サイバーセキュリティ戦略本部が本部であるが、実質的には内閣官房内の NISC が中心になって動いているとの事であった。

新任の長島常任理事からは「医師資格証」の普及について、医師資格の確認以外に、保険医登録の確認や災害時の医師証明にも使えるように働きかけていること、研修会、システムなどへのログインツール、電子署名、文書転送システム「Med post」などでも使える事の説明があった。

自己の HPKI の利活用状況を確認できる「ポータルサイト」の紹介、発行枚数は 12,000 枚で、会員の 6.7%、医師の 3.8% の所有率である事、今後は医師免許と同等にし、準公的身分証を目指す事、海外での医療活動での告知に努める事（海外医師会への告知）、多くの講習会へ、各学会へのアピール、フォーマットの標準化、報酬上の評価を高める事、オンライン診療への応用、データヘルスや電子処方箋への応用、三師会への告知活動などに努めていくとの事であった。

続いて「地域医療介護総合確保基金」の各地で実働している医療連携ネットワークのサーバー更新費用への応用についての説明があった。開発のみ認められていた基金について厚労省への確認を行なった結果、「機能の増加」、「双方向性などの機能強化」、「連携パスの精度アップ」、「検査データの応用法（機能の追加、拡充）」などにサーバー強化を絡めた場合には、サーバー更新も含めた目的に基金を応用できるとの説明があった。本会の「おきなわ津梁ネットワーク」でも、HPKI 利用する上での機能追加、クラウド上での展開や各医療機関の医療情報バックアップ機能の開発への応用が期待できる情報であった。

日医事務局からは日医 TV 会議システムへの各地区医師会の相乗り利用法についての紹介があり、共同の回線を必要に応じて双方利用でき、単独回線以上の枠を利用できる事などについて説明があった。

来年の医療情報システム協議会の日時、場所についての告知では、参加者 1,800 人を予定し、3月2日～3日文京シビックホールで開催し、複数会場を並行して行う予定であり、一般、行政の参加も大歓迎との事であった（会員以外は有料）。内容としては「AI と IoT」など今後の医療現場にて影響してくるテーマを予定しているとのことであった。

「事前質問」は、窓口でのキャッシュレス決済についての質問があった。日医からは、未収金対策にもなり、日医としても対応していきたい。しかし、薬局などでのポイント付与は問題である。ORCA 管理機構としても、保険分、自費分でも分けて対応できるように努力するとの事であった。質問 2 は、セキュリティ一般についての質問で、ソフトや OS の適時のアップなど、各県の医師会の担当はセキュリティ担当理事対応すること、担当技師の雇用を進める事が大切で、日医としても会員のリテラシー向上を目指して社会人講座としてイーラーニングプログラム作成などが学べる環境を作る予定との事であった。質問 3 は、BYOD（個人情報端末）の安全化を ORCA で対応できないかとの意見があったが、莫大な費用がかかる試算があり、IT 界全体で検討、開発し適切な価格で販売できる様に働きかけたいとの返答があった。質問 4 は、表現の難しいガイドラインの簡便化を行い、会員のリテラシーに左右されないように改善してほしいとの要望があった。これに対しては、石川常任理事から内閣官房のサイトにて分かり易い物（漫画）が、NISC から提供されているので活用して欲しいとの返答があった。質問 5 は、HPKI を積極的に活用したいが PC の OS の対応が古い事、モバイル端末での Felica など使えない事についての質問があり、日医からはカードドライバーの更新で Windows10 まで対応できるが、ネットワーク環境に左右される可能性があるとの説明があった。しかし Android 端末では総務省で実証をしているが可能性は

分からず、iOSも規格自体を公開していないので、いずれにしても早急に対応することは困難との事であった。

最後の質問で、医療連携のデータを利活用する「次世代医療基盤法」を進めるにあたって国はなぜ医療情報連携の標準化を進めないのかという質問がなされた、内閣官房・厚労省からはまずは各地区の既存のデータを結ぶことが重要で、その後に次のステップが見えて来るとの説明があり、石川常任理事からも既存のいろいろな分野に乱立するビッグデータを結び、日医もその間に診療所データを集積し、その間を保管していく、その後に継続した検討を行なっていくとも追加コメントがあった。

今回の協議会の全体に対する印象としては、ICT技術を使った医療連携は今や全国的な流れであり、その蓄積された「ビッグデータ」の取り扱いに関しては、「一民間団体との連携や展開」より、日医、国との連携のもと慎重に推し進める必要性を強く実感するものであった。

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をしておりますが、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127回沖縄県医師会医学会総会の演題募集について（ご案内）

本会では、標記医学会総会を下記のとおり開催することになりました。
つきましては、本会ホームページ上にて一般演題を募集いたしますので、《ユーザー名・パスワード》をご参照の上、お申し込みください。

記

- ※『一般演題募集期間』：平成31年2月13日（水） 9：00～
3月14日（木） 18：00迄
『一般演題修正期間』：平成31年3月19日（火） 18：00迄

沖縄県医師会ホームページ (<http://www.okinawa.med.or.jp>)

『沖縄県医師会医学会総会一般演題募集』よりログイン

ユーザー名：okigaku

パスワード：127igaku

会 期：2019年6月9日（日）

場 所：沖縄県医師会館

内 容：

○特別講演

「熊本地震における病院避難と今後の対策（仮）」

鹿児島市立病院 救命救急センター長 吉原 秀明先生

（救急科専門医更新のための【救急科領域講習】③救急領域に関する医師会主催のセミナー・講演会・講習会／1単位付与）

○ミニレクチャー

○一般講演

※演題の採否、演題分類等についてはプログラム編成委員会にご一任ください。

※当日は託児所を設置致します。ご利用を希望される方は本会 HP をご確認ください。
（完全予約制）

※第125回県医学会より、一般演題募集のお知らせは、県医師会報と本会ホームページのみでのお知らせとなっておりますのでご了承のほどお願い申し上げます。

問合せ先：沖縄県医師会業務1課 與儀(TEL：098-888-0087)

九州医師会連合会第 373 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 10 月 6 日（土）、城山ホテル鹿児島において標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会平成 30 年度第 1 回各種協議会（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）が併せて開催された。

報 告

1. 第 118 回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事の参加状況について（鹿児島）

来る 11 月 18 日（日）に鹿児島において開催される標記医学会の出題並びに記念行事の応募状況等について、資料に基づき報告があった。

協 議

1. 九州医師会連合会第 374 回常任委員会・第 116 回臨時委員総会（11 月 16 日（金）鹿児島市）の開催について（鹿児島）

標記常任委員会並びに臨時委員総会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 30 年 11 月 16 日（金）

場 所 城山ホテル鹿児島

(1) 常任委員会（16:00～16:50）

(2) 委員総会（17:00～17:50）

2. 九州医師会連合会委員並びに九州各県医師会役員合同協議会（11 月 17 日（土）鹿児島市）における日本医師会に対する質問・要望事項について（鹿児島）

標記合同会議における日本医師会に対する質問・要望事項等については、各県から提案のある下記事項を日医へ提出し、横倉会長の講演の

中で日医の見解を述べていただくようお願いすることになった。

日 時 平成 30 年 11 月 17 日（土）

10:00～12:00

場 所 城山ホテル鹿児島

- ① 控除対象外消費税問題に係る平成 31 年度税制改正要望について（宮崎県）
- ② 控除対象外消費税への対応について（長崎県）
- ③ 社会保障費、特に医療費の財源確保について（鹿児島県）

3. 第 118 回九州医師会連合会総会における宣言・決議（案）について（鹿児島）

事前に各県から提案のあった追加・修正（案）に基づいて協議したところ、文言を一部修正の上承認された。

4. 九州医師会連合会第 375 回常任委員会及び第 2 回各種協議会（平成 31 年 2 月 2 日（土）鹿児島市）の開催について（鹿児島）

標記常任委員会及び各種協議会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 31 年 2 月 2 日（土）

場 所 城山ホテル鹿児島

(1) 常任委員会（16:00～17:00）

(2) 各種協議会（16:00～18:00）

(3) 各種協議会報告会

（18:10～18:50）

(4) 懇親会（19:00～20:50）

5. 平成 30 年台風 21 号並びに北海道胆振東部地震に係る見舞金について（鹿児島）

台風 21 号が 9 月 4 日徳島県に上陸した後、近畿地方を縦断し、四国や近畿地方に大きな被害をもたらした。また、9 月 6 日 3 時 7 分に北海道胆振地方中東部を震源とするマグニチュード 6.7 の地震が発生し、多くの被害をもたらした事から、九州医師会連合会からの見舞金について協議したところ、大阪府と北海道の各県医師会へお見舞い金をお送りすることに決定した。

6. その他

(1) 日医会内委員会委員について（鹿児島）

日医会内委員会委員（九州ブロック選出並びに日医会長指名委員）について、資料のとおり最終決定した旨の報告があった。

(2) 福岡県医師会 HIV 医療講習会について（福岡）

標記講習会を、平成 31 年 2 月 16 日（土）15 時より、福岡県医師会館で開催するので、九州各県においても参加の呼びかけを行って欲しいとの要請があった。

お 知 ら せ

沖縄県医師会会費減免制度について（ご案内）

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

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

※本減免制度の利用を希望する場合は、当該年度の1月末までに申請ください。

【問合せ先】 沖縄県医師会 経理課 TEL：098-888-0087

九州医師会連合会平成30年度 第1回各種協議会

去る、10月6日（土）城山ホテル鹿児島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

副会長 宮里 達也



常任理事 田名 毅



挨拶

鹿児島県医師会の野村副会長、日本医師会の釜范常任理事よりそれぞれ概ね以下のとおり挨拶があった。

鹿児島県医師会 野村副会長

本日はご多忙の中、また台風の影響がある中ご出席を賜り感謝申し上げます。また日本医師会より釜范常任理事にお越しいただき、御礼申し上げます。

本協議会では、地域医療構想、新専門医制度をはじめ、医療事故調査制度、予防接種まで幅広いテーマで8題の提案事項をいただいている。

議題1～4は、地域医療構想、新専門医制度、働き方改革に関する議題である。今後の医療提供体制を検討していく上でこの3つのテーマは、密接に関連したものであり、我々医師会が議論の牽引役として果たすべき役割が大きいものと理解している。

さらに看護師・准看護師養成所の運営の問題、人生の最終段階でどういった医療を提供すべきか等、少子高齢化社会を迎える中で大変重要な議題をご提案いただいている。

本協議会は、何か一定の結論を出すものではないが、各県における問題点や好事例を九州各県医師会が共有することで地域の実情に応じたより良い医療の提供に繋がるものと考えている。活発なご意見を賜るようよろしくお願い申し上げます。

日本医師会 釜范常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。

事前に提案議題を確認させていただいたが、それぞれ大事なテーマについて、県での取り組みが盛り込まれており、感銘を受けた。本日の議論で内容が深まり、その結果を中央に持ち帰ることで、全国の役に立てるようにしなければならないと考えている。

本日はよろしく願いたい。

協議

慣例により、担当県（鹿児島県）の野村副会長が座長に選出され議事に入った。

※協議事項(1)と(2)は関連していることから、一括して提案要旨の説明、意見交換、日医コメントが行われた。

(1) 地域医療構想調整会議の活性化に向けた各県の取り組みについて（大分県）

<提案要旨>

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」の「地域医療構想に関するワーキンググループ」が7月20日に開かれ、地域医療構想調整会議の活性化に向け、「地域医療構想アドバイザー」を先進的に活用している静岡県へのヒアリングを実施し、一方では、新公立病院改革プラン等の議論が未だ進んでいない地域の現状についても議論したとのことである。

国の動向として地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知により、各都道府県は下記の取り組みを実施することとされた。

- ①都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置
 - ②都道府県主催の研修会の開催
 - ③地域医療構想アドバイザーの活用
- などである。

当県は県の推薦により県医師会から1名の地域医療構想アドバイザーの選定を受け、各医療圏で開催される地域医療構想調整会議に出席し、各医療圏での問題点や要望事項などを県医師会として検討し、現場の先生方と一緒に行政に働きかけていく考えである。県単位の地域医療構想調整会議の設置や県主催の研修会の開催はこれからであるが、このような状況の中で地域医療構想調整会議の活性化に向けた各県の現状と取り組みについてお尋ねしたい。

(2) 地域医療構想調整会議の進め方と活性化に向けた取り組みについて（福岡県）

<提案要旨>

本県では、公的医療機関等において「公的医療機関等2025プラン」を策定後、構想区域の地域医療構想調整会議（以下「調整会議」）において、急性期又は慢性期から回復期への転換を当面の間、公的医療機関等よりも一般の民間病院を優先するなどの方針を決定後、公的医療機関等に求められる役割について協議を行うとともに、調整会議における適切な協議が行われる前提を担保するため、病床機能等を変更する

医療機関から県行政に事前に所定の報告書の提出を求めることとし、調整会議議長の判断で当該医療機関に調整会議への出席を求める仕組みを構築した。

また、昨年度より、回復期病床等への病床機能転換予定状況調査と療養病床から介護医療院等への転換意向調査を実施した。今年度は休棟病床に係る今後の意向調査も実施し、これらの調査結果を参考に、調整会議における協議を促進することとしている。

調整会議での協議においては、これらの定性的な調査に加え、定量的な調査も必要と考えている。また、各区域の医療資源、人口動態及び病床機能の転換状況等の地域事情を考慮に入れた進め方が必要であると考えているが、九州各県における調整会議の進め方と活性化に向けた取組みについてご意見をお伺いしたい。また、日本医師会のお考えもお伺いしたい。

<各県の回答>

「都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置」については、5県において設置、検討が進められているとのことであった。

「都道府県主催の研修会の開催」については、ほとんどの県で実施されておらず、鹿児島県では、県医師会において毎年度開催している研修会を来年度から県行政と共同で企画する予定とのことであった。

「地域医療構想アドバイザーの活用」については、4県において選定されているとのことであった。選定する団体については、県医師会及び大学となっており、各県それぞれ1～3名の選定となっている。

地域医療構想調整会議について、「新公立病院改革プラン」及び「公的医療機関等2025プラン」を中心とした説明等を行うとともに、これらを踏まえたその他の病院及び有床診療所の方向性について、検討を進めている等の意見が示されるとともに、非稼働病棟を対象とした意向調査を実施する旨の意見等が示された。

<日医コメント>

九州については、地域医療構想の検討が早い段階から進んでいると認識しており、先進地であると感じている。

県単位の地域医療構想調整会議の設置については、日本医師会として、構想区域の中のみで考えるのではなく、県単位で幅広く捉えることが必要であると考え、厚生労働省にその旨を強く申し入れたところである。例えば、人口の少ない地域においても高度急性期は必要であるが、隣の地域との連携等の調整について、県単位の地域医療構想調整会議が必要ではないかと感じている。既に実績がある地域、これからという地域があるが、是非、このような役割等を担う県単位の地域医療構想調整会議を設置する方向に進めていただきたいと考える。

地域医療構想アドバイザーについては、必ず大学の先生ということだけでなく、地域医療構想を正しく理解されていること、地域のことを良く理解し、全体を踏まえることが大事であると考え。既にそのような役割を担っている方がいるのであれば、あえてアドバイザーと名乗る必要はないのではないかと考える。困っている構想区域がある場合に、県や県医師会から支援をいただくことが何より大事である。

都道府県主催の研修会については、それぞれの地域で様々な取り組みがなされており、あえてこのように銘打って実施されなくても良いのではないかと考えている。地域医療構想については幅広く理解していただくことが大事であると考えおり、都道府県主催の研修会については、一つの方策であると考えている。

福岡県においての、急性期又は慢性期から回復期への転換を当面の間、公的医療機関よりも民間病院を優先とする方針は素晴らしいものである。このような具体的な方針、合意を形成していき、事態が前に進んでいくものと考えている。

地域医療構想調整会議の活性化は大きな課題であるが、このようにしなければならぬということではない。定量的な基準についても、あくまでも目安として検討を進めていただければと考える。

(3) 新専門医制度での専攻医確保の各県の対応について (長崎県)

<提案要旨>

新専門医制度が専攻医の地域偏在を助長すると危惧されているが、はっきりとしたデータは出ていない。しかし、大都市に専攻医が集中していることは事実である。長崎県は、平成 24 年に県内の医師不足の把握、分析や医療支援、医師確保のために設置された「ながさき地域医療人材支援センター」が、長崎大学病院内に設立されたが、平成 29 年度からこのセンターが新専門医制度に対応した専攻医確保事業も開始している。活動は広報や長崎県内の病院見学の旅費の助成などで、今年度は 83 人の専攻医を採用した。

各県の現状や専攻医確保の対策や工夫についてご教示いただきたい。

<各県からの回答>

佐賀県、大分県、熊本県、福岡県、鹿児島県では、各県の「地域医療支援センター」において、医師確保対策、地域偏在対策、医師のキャリア形成及び復職支援等について協議が行われている。

熊本県、鹿児島県では、県医師会長が会長を務める専門研修プログラム協議会において、プログラムの調査や検証、総合診療専門医等について議論がなされている。

沖縄県は、平成 30 年度の専攻医は 107 名で、県内定着率は約 71% で九州最下位となっていることから、安定的な初期・専門（後期）研修医確保の観点から、新専門医制度施行による医師の地域偏在、診療科偏在（特に外科系）の現状把握等を検討・対策する場の創設を県全体で取り組んでいく必要がある旨、沖縄県へ申し入れを行った。

沖縄県より、沖縄県地域医療支援センター等が今後実施する専攻医等の実態調査を踏まえ、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、「各基幹施設の専攻医の採用状況」、「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

ーションしているか」等について確認・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と基本領域別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等の回答があった。

○日本医師会コメント (釜落敏 常任理事)

各県で医療を担う人材の養成は、地域医療支援センターが、医学部入学時点から、地域で働くことの重要性等について説明することが必要である。さらに、「参加型の臨床実習」、「卒後研修は出身県で行う」等を徹底させることにより、専門研修も出身県で行うという流れにつながっていく。

診療科の偏在、必要な診療科をどのように確保していくかが課題である。診療科の選択は本人の自由ではあるが、それでは必要な医療の提供はできない。関係者間で、どのような合意形成ができるかを早急に検討しなければならない。

(4) 医師の働き方改革について (宮崎県)

<提案要旨>

現在、医師の働き方改革の検討が進められている。

検討の如何によっては、結果として、地域医療の崩壊の可能性が危惧される。

日医の見解をお伺いしたい。

<各県からの回答>

大分県、熊本県より、勤務環境改善のためには、労働時間管理は厳格さが求められる。しかし、国の「応召義務 (医師法第 19 条)」、「当直業務の位置づけ」、「時間外勤務の範囲」等の解釈が曖昧である。比較的余裕のある大都市の病院では、診療体制のシフト制、複数当直制、変則労働時間制等の対策をとれるが、地方の中小病院に適用できる方策ではない。法案の内容によっては新たな地域医療崩壊に繋がる。最低限

の診療上の裁量性は現場に確保されるべきである等の意見が述べられた。

鹿児島県では、「医師の働き方改革を検討するための委員会準備委員会」を設置し議論が行われている。当委員会の委員より、離島・へき地を多く抱える県では医師不足が顕著であり、地域医療を守るために本県の実状に即したスタイルが理想である。また耳鼻科や眼科等、医師数が少ない診療科は、超過勤務にならざるを得ないので対策が必要である等の意見が述べられた。

沖縄県では、沖縄県医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）による、相談援助活動及び「労務管理者向け勤務環境改善セミナー」の開催、厚生労働省医政局長通知により「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が取り纏められたことを受けて「病院長等との懇談会」を開催した。当懇談会では、紋切り型で労働安全衛生法や労基法を医療現場に適用されると、現状の医療資源では崩壊するとの意見が大方拳がったことを報告した。

○日本医師会コメント（釜范敏 常任理事）

現在、「応招義務」、「宿日直の考え方」、「自己研鑽」、「国民の医療への理解」、「医師の健康管理」が論点となり、議論を進めている。

「応招義務」については、医師法の第19条で「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と規定されている。これは、医師の職業倫理を背景に、国が訓示的規定として定めており、際限のない長時間労働を求めているものではない。医療機関と患者間は、診療契約に基づく診療義務の範囲で解決すべきであって、全てに応招義務が適応されるわけではない。

「宿日直の考え方」については、現在は、「ほとんど勤務がない状況」、「日中と変わらない勤務状況」という二つの分類しかない。実際には、「中間の状況」が多くある。これをどう評価するかについて議論をしている。

「自己研鑽」については、様々な経験を積まなければならない時期に、「時間により帰宅」となると、経験を積む機会を失うことになる。「自己研鑽」と「労働時間」の線引きについて議論をしている。

「国民の医療への理解」については、厚労省に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が設置された。議論の結果を「医師の働き方改革に関する検討会」に報告される予定になっている。

「医師の健康管理」については、勤務によって健康被害があってはならない。日医としては最重点で取り組んでいく。

○フロアからの意見

（宮里達也 沖縄県医師会副会長）

厚生労働省医政局長通知により「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が取り纏められたことを受けて「病院長等との懇談会」を開催した。当通知では、病院長は訴追される恐れがあり、自覚をもって対応するようにとのことであった。医療現場に脅迫的に伝えられつつある。また、沖縄県は離島県で、ひとり診療所の先生方が24時間365日対応しているところもある。安易に考えないでいただきたい。

(5) 医師会立看護師・准看護師養成所の窮状について（大分県）

<提案要旨>

医師会立の看護師学校養成所の応募者、入学者ともに年々減少傾向にあり、地域における看護職員の確保がますます困難になっているのは、周知の事実である。そういう状況にあっても、少しでも質の高い看護職員の養成に学校関係者は努めている。

さらに、ダブルパンチとなっているのが、校舎の老朽化である。大分県下の医師会立看護師・准看護師養成所の平成28年時点の築年数は、一部を除いて41～52年であり、耐震化もなされておらず、日々大震災が来ないことを祈りつつ授業等が行われている。築後40年以上になれば、改築よりも新築が望ましく、医師会関

係者も費用の捻出を検討しているが、半ばあきらめた状況に近い。地域医療・介護総合確保基金を利用しても、1/2の負担に耐えられないからである。県および県議会にさらなる補助を要求しているが、現時点では望ましい回答は得られていない。

本来、看護職員の養成は、医師、歯科医師同様、国が責任をもって行うものと考えているが、そうはなっていない。日医及び各県医師会のお知恵を拝借したい。

<各県の意見>

各県ともに、医師会立看護師・准看護師養成所における入学者の定員割れや校舎の老朽化による建て替え等の資金に苦慮していることから、引き続き、地域医療介護総合確保基金等の活用を検討していく等の意見が示されるとともに、日本医師会に対し、十分な予算措置がなされるよう国への働きかけについて要望がなされた。

<日医コメント>

基金でその取り組みが認められるまでのハードルが高い、また、事業者の負担が多いというご指摘はその通りである。都道府県や市町村において財政が厳しく、中々予算が取れないという中、なるべく様々な補助金をいただくということをしなければならないと感じる。

地域において医師会が主導で看護職を育てていかなければ、益々看護職が足りなくなることは目に見えており、明るい光が見えてこない状況であるが、熊本県において行われている、地域定着率で補助金を増額する仕組みは、非常に大事な仕組みであると考えている。このような仕組みが広がっていくと良いのではないかと考える。

(6) ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の普及について (佐賀県)

<提案要旨>

多死社会を迎え、在宅や施設における療養や看取りの需要が増加している昨今、患者の人生

の締めくくりの時期に、家族やかかりつけ医、介護職その他関係者がどのようにサポートしていくかが大きな課題となっている。患者の希望に沿った生き方を実現するためには、患者にとって最善となる医療・ケアを充実させることが望まれる。

そのため、患者の将来の意思決定能力の低下に備えて、医療・ケアの目標や治療・療養について計画するプロセスである ACP (アドバンス・ケア・プランニング) に取り組むことは、地域包括ケアシステムの中核となるかかりつけ医が果たす重要な役割であると考えている。また、ACP の普及は医療機能の分化、連携の促進にもつながるものと考えている。

本県では平成 29 年 9 月に、ACP やリビングウィル等に対する考え方を盛り込んだ「人生の最終段階における医療のガイドライン」(第 4 版)を作成し、医療関係者への啓発を始めたところであるが、各県における ACP 普及への取り組みについてお伺いしたい。

<各県の意見>

各県ともに、地域包括ケアシステム構築を推進する等の観点から、ACP の普及が重要であるという認識があるものの、県医師会における取り組みは、沖縄県の「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業」の一環として行われている「意思決定支援パンフレット (仮称)」の作成のみであった。長崎県においては、平成 31 年度に地域医療介護総合確保基金を活用した「ACP 普及・啓発事業」を実施する予定とのことであった。

しかし各県それぞれ、県や郡市医師会等の関係団体において、ACP に関する研修会や講演会が開催されるとともに、県民等への様々な啓発ツールが作成されている旨の意見があった。

<日医コメント>

多方面から、法律でもう少し踏み込んだ整備が必要ではないかのご指摘が出ており、議論が深まるものと考えている。

ACP については、国民もそうであるが、医

療従事者においても理解が十分ではない可能性があり、しっかりと広めなければならない。ACPを推進するには、かかりつけ医が大きな役割を担うべきであると考えており、日本医師会のかかりつけ医研修会においてもACPの項目を増やして実施しているところである。

引き続き、よろしくお願いいたします。

(7) 医療事故調査制度で集積された事例の分析、公表について（熊本県）

<提案要旨>

医療事故調査制度が始まり、多数の事例が報告、登録されているが、個人情報保護の観点から具体的な事例は示されず、ある一部の場について総論的なまとめが作成されるのみとなっている。匿名化することは不可欠ではあるが、症例の概要を示していただければ、医療安全に資する貴重な資料となる。当県においても様々な症例が報告され、その一つ一つが貴重で、外部委員の先生方の造詣の深さと洞察力のするどい文章は、勉強になり、県内の先生方に示したい。他県の先生方のご意見を伺うとともに、是非、法的な整備を含め症例を開示できる様、日医からも働きかけて頂きたい。

<各県からの回答>

各県ともに、個人情報を守られることを前提とした症例の開示により、本来の目的である事故の再発防止にもつながり、非常に有益である等の意見が述べられた。

一方で、宮崎県、大分県、長崎県、福岡県からは、報告事例を開示するには、公表するための医療機関、患者家族、事案に関係した当事者等の同意が必要で難しい。秘匿性が明確に保証されない限り、特に県レベルの事例収集では、内容の公表は慎重にするべきである。医療界の情報は内部では伝わりやすく、情報が不用意に拡散することが危惧される。たとえば匿名化された内容でも、当事者や当該医療機関は周囲から耳に入ると、秘匿性が確保されているとは考えない。情報拡散に対する対象事例の届け出がなされなくなる心配が有り、

情報の取り扱いには慎重を期す必要性がある等の意見が述べられた。

○日本医師会コメント（釜薙敏 常任理事）

熊本県からの提案のように、積み上げてきた報告書の内容を開示できれば、再発防止にもつながるが、長崎県等からのご意見のように、秘匿性が明確に保証されない限り、内容の公表は難しい。今後、様々な知見が集積されることによって、今までの事例集よりもさらに、役立つものができると考えている。

(8) ワクチンの安定供給のための地域での仕組みづくりについて（熊本県）

<提案要旨>

近年、インフルエンザワクチンやMRワクチンが不足する事態が発生しており、定期接種に支障をきたすなど、社会問題としてマスコミでも取り上げられている。原因は疾患の流行による接種の増加、製造・備蓄の問題、流通の問題等が考えられている。厚労省は医療機関におけるワクチンの納入実績をリアルタイムで集計する試みを一部ワクチンで実施している所である。一方、医療機関におけるワクチン需要と供給のギャップを把握する仕組みは不十分である。昨年、本県においても、ワクチン不足の情報があり、調査の結果、ワクチンの偏在が確認された。

各県において、ワクチン需要と供給の情報を共有する仕組み構築に関して取組の状況についてお伺いしたい。

また、ワクチン不足時における小児の定期接種もれに対する対応についてもお伺いしたい。

<各県からの回答>

各県ともに、ワクチン需要と供給の情報共有の仕組みは構築されていないが、平時から医薬品卸業者、医療機関等の関係機関と連携を取り、状況に応じて対応している。

また、ワクチン不足時における小児の定期接種もれの対応については、宮崎県では、接種期間を1年間延長する等の救済措置が取られた。

その他の県では、医薬品卸業者へ不足医療機関の情報を提供し、ワクチンを供給する等対応している。

○日本医師会コメント（釜范敏 常任理事）

喫緊の課題は、風疹の流行によるMRワクチンの供給である。現在、関東を中心に5つの県で流行している。必要な定期のワクチンが、足りなくならないように、抗体価を調べたうえで、接種をするという方法が推奨されている。医薬

品卸業者に注文する際、抗体の有無について医師が記入し、注文するという仕組みになっている。この仕組みにより、月間の余剰分で補てんされることを期待している。現在のワクチンの流通在庫は、2か月で足りない状況である。これを増加するための財政措置が必要であることを厚労省に申し入れている。

本会としては、情報を吸い上げる仕組みを、会内の予防接種危機管理対策委員会で検討し、早急に構築したい。

印象記

副会長 宮里 達也

台風接近で飛行機便の確保が大丈夫か気がかりではあった。しかし、台風が思ったより早く通り過ぎて行ったので無事鹿児島で開かれた九州医師会連合会平成30年度第1回各種協議会地域医療対策協議会に参加することができた。

協議の概要は詳しく記事となっているので、私はその印象記を記すことにする。

地域医療構想調整会議の活性化が議論のテーマとなった。“地域医療”を頭にした会議がいくつもあるので私自身整理不足のところがある。要するに地域医療構想は各地ででき、不足する病床あるいは過剰となる病床の推定値は各県できたが、それに見合った病床機能変更を具体的にどうするかで各県足踏み状態である。計画や会議は盛んであるが、その具体的実施の道筋はなかなかハードルの高い状況はどの県も同じであると感じた。

医師の働き方改革についても話題となった。特に労働法規と医師の応召義務（医師法第9条）との関係が話題となった。日本医師会の釜范常任理事から現在の議論のあらましが報告された。応召義務は国が医師に対して訓示的規定として定められたもので際限のない長時間労働を是認する根拠とはなりえない。「宿日直の考え方」については、現在「ほとんど勤務がない状況」「日中と変わらない勤務状況」の二つの分類しかない。実際にはその中間の状況が多くありそれをどう評価するかについて議論しているとのことであった。この機会にぜひ発言をと考え私は、厚生労働省医政局通知が医療現場に脅迫的に伝えられる状況にあり、救急医療現場の現実との乖離が大きいこと、また、離島診療所の一人勤務の現状への理解した上での議論を訴えた。

医師会立看護師・准看護師養成所の窮状についても話された。各地医師会では看護師不足を果敢するため40～50年前から医師会立の養成所を設立運営してきた。しかし、建て替えの時期に来ているがそのめどが立たないとのことであった。沖縄でも地区医師会立の看護師養成所があるが、十数年後にはこの問題に直面する。今からその対応を考えておくべきだと思った。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についても議論された。この言葉になじみのない方もおられると思う。患者の将来の意思決定能力の低下に備えて、医療・ケアの目標や治療・療養について計画するプロセスのことである。これに取り組むことは地域包括ケアシステムの中核となる。長崎・沖縄はパンフレット作製を行い普及に努めているところであるが、一般的認知は高

くない。日医としてはもう少し踏み込んだ法律の整備が必要だとの見解を述べていた。

ワクチンの安定供給のための取り組みについても話し合われた。各県とも情報共有の仕組みがなく今後の課題であると思われた。今後、流行時も含めた対応への備えが必要であると再確認した。

印象記

常任理事 田名 毅

地域医療対策協議会に参加したので、私が担当した2題に関して感想を述べたい。

(3) 新専門医制度での専攻医確保の各県の対応について（長崎県）

各県において、地域医療支援センター、専門研修プログラム協議会などが立ち上がっており、各分野の専攻医の確保に取り組んでいることがわかった。沖縄県は県人口における初期研修医の数は福岡について多いが、同一県内で引き続き研修を行う専攻医の割合は71%と九州各県の中でも低いのが現状である（それでも100名はいるのでよしとすべきかは議論があるところである）。福岡県以外の各県は現在の新臨床研修医制度がはじまって大学が担ってきた人事配置機能が低下し、都市圏以外は深刻な医師不足に悩んできた背景があり、沖縄県よりも専攻医確保に真剣に取り組んできたと考える。我が沖縄県は初期臨床研修医が県外からも多く入ってくることに安心し、専門医師の確保という視点では油断してきたことは否めない。

2018年度の外科専攻医は沖縄県全体でわずか9名である。このままでは将来深刻な外科医不足に陥る。沖縄県、沖縄県医師会が一体となって、各分野の専攻医確保に早急に取り組む必要があると考える。

(7) 医療事故調査制度で集積された事例の分析、公表について（熊本県）

提案の主旨は、各県において十分な匿名化の上、参考になる事案、報告書について会員に開示することは事故の再発防止に資するのではないかとということであった。これに対して各県の回答は提案の意図は理解できるが、匿名化の上でといっても開示することにより、届出が減ってしまうのではないかとという危惧がぬぐえないというのが大方の意見であった。

沖縄県のこれまでの県人口における医療事故届出件数は全国平均程度の数になっているが、担当している私としても県内の全医療機関が本制度にのっとり、すべての該当事案を届け出ているかどうかは判断が難しい部分もある（病院規模の割にまだ1件も相談いただいてない医療機関もある）。本制度の目的である、責任追及ではなく再発防止のための原因究明という点を病院管理者の皆様にはご認識いただき、今後も本制度の適正な運用にご理解、ご協力いただきたいと考えている。



Ⅱ. 医療保険対策協議会



常任理事 平安 明



挨拶

鹿児島県 赤崎常任理事

本日は台風 25 号の接近に伴い大変足元の悪いなか、ご参集頂き感謝申し上げます。日本医師会の松本常任理事におかれては大変ご多忙のなか遠路ご出席いただき感謝申し上げます。

医療保険に関しては 6 年に一度の診療報酬、介護報酬の同時改定から半年が経過した。

改定の度に診療報酬の構造は複雑化しており、今年度医科点数表の解釈は 2,500 ページほどになった。10 年前は 1,700 ページほどだったので、10 年間で 800 ページも増えたことになる。本日の議題にもあるが、医療従事者の負担軽減の観点からしても、現場が診療に専念できるよう簡素化を我々からも要望していきたいと考えている。

本日は診療報酬改定に伴う議題を中心に各県から 10 の議題をご提案頂いた。皆様方には現場の課題を大いに出していただき、忌憚のないご意見を賜りたい。

日本医師会 松本常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。日本医師会では、働き方改革や産業保健、そして今年から医療保険の主担当となり、中医協では今村副会長、城守常任理事とともに頑張っている。その他には食品安全や環境保健と新たに外国人医療の検討会を立ち上げることになった。2 年前からは小児在宅医療についても日医で取り組んでいる。

本日は先生方より様々な意見を頂戴し、日医へ持ち帰り勉強したいと思うので、よろしくお願ひしたい。

協議

(1) 在宅における「看取り加算」の算定について (長崎県)

<提案要旨>

経過

平成 30 年 7 月九州厚生局熊本支部による個

別指導に於いて、在宅看取りを行った場合に、死亡時（呼吸停止時）に立ち会わなければ「看取り加算」を算定する事が出来ず、死亡診断加算のみとの指導があった。

この件が全国的にも問題視、議論されたところ、平成30年7月30日付の厚生労働省よりの診療報酬改定に係る疑義解釈（その7）で「看取り加算の算定」には、死亡のタイミングへの立ち会いが必要と示されました。

問題点

もともと、看取りの評価としてターミナルケア加算10,000点が創設され、その後機能強化型との連携を踏まえ、看取りの経過を診てきた医療機関と最後の看取りを行った医療機関が異なる場合もある事よりターミナルケア加算と看取り加算に按分された経過があり、一連の看取り評価として設定されていた。現在、在宅医療の現場では国が推進するACP（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方も普及し最後の時に心マッサージする等の医療的処置を行う事は殆どなく、家族との最後の時間を重視するのが普通である。

今回の疑義解釈で「看取り加算」算定の条件として看取り現場への立ち会いを必要とする、看取りの在り方も大きく変わってしまう危惧もある。折角推進されてきた在宅医療、在宅看取り普及の流れにも逆行する恐れがある。

協 議

①今回の様な、看取り加算算定に関して個別指導等での貴県での問題発生の有無。

②今回通達の要点である「死亡のタイミングへの立ち会い」を、呼吸停止時に立ち会う事ではなく、より緩やかな、より広く解釈可能とする事が必要と考える。（少なくとも呼吸が止まりそうとの連絡を受け、訪問した時に呼吸が止まっていた時も立ち会いとする等）これに対する各県の御意見はいかがか。

③今回の件に関し、在宅医療に関する理解の低さが考えられる。今回を期に臨床の現場から、「看取りのあり方」について意見を集約する必要があると考える。在宅看取りを推進する意味でも、在宅看取りのあり方に対する考え方と貴会の取り組みがあれば御教授頂きたい。

(2) 在宅患者訪問診療における看取りについて
(熊本県)

<提案要旨>

在宅患者の看取りは患者が長年過ごした自宅で主に家族が精神的にも時間的にも主たる介護者となり、親しい人々に見守られて、自然に死を迎えられるための支援であり、その看取りの環境を実現するために医師は訪問診療を行っている。

平成30年7月30日に発出された「疑義解釈資料の送付について（その7）」に看取り加算の要件が示され、算定には「死亡のタイミングへの立ち会いを含めた死亡前後に実施された診療」が必要との見解が示された。

患者及びその家族の心情と医師としての使命感から、かかりつけ患者の臨終へ立ち会うことの必要性は十分理解出来る。

その一方で、在宅医療に積極的な医師とその関係者に看取りの取組みに混乱を来さないか危惧するところであり、超高齢社会を迎え、在宅患者が増えると見込まれる中、今回の疑義解釈は在宅医療への推進としては違和感を覚える。

九州各県のご意見と今回の疑義解釈の回答の経緯を日医にお示し頂きたい。

(1) (2) は関連していることから、一括して提案要旨の説明、意見交換、日医コメントが行われた。

<各県の回答>

- (1) の①について。長崎県、熊本県、福岡県から指摘があったとの報告があった。
- (1) の②について。各県とも提案県に賛成であった。宮崎県からはターミナルケア加算と看取り加算とに分けられた意味合いが曖昧との意見があった。
- (1) の③について。佐賀県より、看取りについて、家族のみでなく多職種でのチーム医療として見守りを行うこと（医師はさまざまな社会資源の活用まで指導）、看取り後のグリーフケアまで関与する施設もあり、国はその場だけに終始しているわけではないことを理解すべきとの意見があった。福岡県か

らは、会内の地域包括ケアシステム構築検討委員会で、「これからの福岡県における終末期医療のあり方」について議論の上、答申を作成予定であり、また平成24年度より福岡県と共同で毎年実施している県内の各医療圏における在宅医療の現状を分析した結果をもとに、今後の在宅医療及び終末期医療のあり方について協議を行っているとの報告があった。

【松本常任理事コメント】

この件については厚労省当局に照会し、得た回答を去る2日付、保193「厚生労働省『疑義解釈資料の(その7)』の問2について」として通知したところである。

結論を申し上げますと、「死亡のタイミングに立ち会い」とは、患者や家族等の療養上の不安を解消するために事前に実施した説明等を踏まえ、死亡日に患者の診療を行うことであり、必ずしも患者が息を引き取る瞬間に医師が立ち会うことを求めるものではない。看取り加算の取扱いはこれまでと変わらず、従来どおりである。

死亡後のケアと家族のケアを評価した看取り加算と、死亡前の在宅における患者のケアを評価した在宅ターミナル加算を区別して設定した理由は、これまで在宅医療や家族のケアを献身的に提供していたにもかかわらず、たまたま学会等の出張により緊急時の対応を代理の先生にお願いしたところ、患者が急変して死亡してしまったときに、代理の先生は看取り加算を算定できるが、主治医の先生は何も算定できないというような不合理があったため、看取り加算と在宅ターミナル加算を区別した経緯がある。

ご指摘のとおり、あまりにも厳密に対応しすぎれば在宅医療の崩壊にも繋がりがかねない為、改めて10月2日付の通知文書の趣旨をご確認いただきたい。

また、死亡診断加算についてご意見があったが、実際には在宅ターミナル加算と看取り加算とで殆ど解決するため、現実的には死亡診断加算は必要ないと思う。

<追加発言>

□大分県

「その日に」との回答だったが、例えば11時半に亡くなられた後、患者に向かうと日付が変わることがあると思うが、その場合の考え方はどうなるのか。

■松本常任理事

この辺りについては厳密にしなくても良いと考えている。

(3) かかりつけ医機能の評価としての機能強化加算について (福岡県)

<提案要旨>

かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設するとし、初診料等に機能強化加算が新設された。

厳しい財源の中で日医のご努力により基本診療料が加算とはいえ引き上げられたことは感謝に堪えない。

地域包括診療加算等及び小児かかりつけ診療料の算定要件緩和も加わり、7月1日現在、県下で機能強化加算が算定可能な医療機関4,396件のうちの706件(16%)が機能強化加算の届出をしている。

かかりつけ医機能に係る診療報酬については、「小さく産んで大きく育てる」という発想と日医より説明をいただいている。日医総研が行った、第5回日本の医療に関する意識調査では、国民の7割は、身近な、かかりつけ医などをまず受診することを望んでいた。果たして何%まで育てるべきなのか、日医のご意見を伺いたい。

経済・財政再生計画改革工程表2017改定版では、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずるとされている。

今回の改定により、かかりつけ医に係る診療報酬を届出ている医療機関とそうでない医

療機関が更に区別されたことにより、今後さらなる診療報酬上の格差が生じることを危惧するものである。各県の算定状況及びご意見、並びに日医の今後の対応についてお聞かせいただきたい。

<各県回答>

- 佐賀県、宮崎県、本県より、2018年度診療報酬改定により要件が緩和されたが、以前ハードルは高く、届出件数が伸びていないことから更なる要件緩和を求める意見があった。
- 宮崎県、長崎県、熊本県、本県より、かかりつけ医に係る診療報酬を届出ている医療機関とそうでない医療機関とで診療報酬上の格差が生じることを危惧する意見があった。
- 大分県より、定額負担導入に繋がることを危惧する意見があった。

【松本常任理事コメント】

機能強化加算については評価を頂きつつも、様々な懸念があることはその通りだと思う。

機能強化加算は、かかりつけ医機能の評価として設定したわけだが、日医としてはかかりつけ医機能を持つ全ての医療機関の評価ということで、基本診療料の引き上げを求め続けている。しかしながら、保険者側からは「パラマキだ」ということで、この議論には乗ってこない。消費税5%から8%に上がる際、初診料に12点、再診料には3点を上乘せしたことはご周知のとおりである。日医としては、今後8%から10%に上がる際にも同様に基本診療料で対応するよう消費税分科会等で話をしているが、やはり保険者側は難色を示している。

保険者側は「基本診療料をなるべく上げたくない」というのが本音であり、また非常に厳しい財政制約もあったため、今回の改定では「かかりつけ医機能を有する医療機関に」との名目で初診料に加算を新設した。保険者側を納得させる必要があったため、地域包括診療加算・診療料、小児かかりつけ診療料、在宅では在医総管、施設総管の届出を必要とする施設基準を設定した。しかしながら施設基準は

設けたが、この機能強化加算は対象疾患や対象患者を限定せずに初診料に加算できるようにしてある。

もともと在医総管、施設総管を取っているところは問題なく算定できるが、それ以外のかかりつけ医の先生方には、地域包括診療加算2を何としても取っていただきたい。地域包括診療加算2の要件のうち、「時間外対応加算の2を届け出ていること」が、最も低いハードルとなる。時間外対応加算2では準夜帯までの対応が求められており、時間の明記はないが凡そ22時まで、半日診療の場合は凡そ16時までの間、電話等で対応する体制を整えることが必要だが、診療までは求められていない。

また、地域包括診療加算2の要件の一つである在宅医療の提供は、訪問診療に限らず往診でもよく、同加算を算定した患者に限り24時間の連絡体制の確保が求められるが、診療までは求められていない。

先ほどクライネの話があったが、クライネの先生でも取れないことはない。訪問診療は出来なくても往診をしたらよい。私は皮膚科だが強化加算を取っている。

出来る限りハードルを越えていただき、全ての医療機関で算定するようになれば「患者負担が医療機関毎で変わるから取りにくい」というような問題もクリアできると思う。

最後にかかりつけ医以外の受診に対する定額負担については、日医は一貫して反対している。この問題は何度叩いても必ず出てくると思うが、ここはしっかり戦っていきたい。

(4) オンライン診療料・オンライン医学管理料の動向について (熊本県)

<提案要旨>

平成30年診療報酬改定により、オンライン診療料・オンライン医学管理料が新設された。本診療料等は情報通信機器を活用した診療について評価されたもので「対面診療を原則」とされ、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件が求められている。

一方で、様々な業者が患者の「移動時間なし」、

「交通費なし」、「待ち時間なし」などの患者の利便性のみを強調し様々な売込み攻勢をかけている。

本件の施設基準では厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に則って行うこととなっているが、医療機関にはそのチェック機能はなく、また健康保険等においても業者を取り締まる法的手段はないようである。

今後、国は業者の違法な取扱いについても保険医療機関に対して「業者の選定責任」として個別指導等において指導することとなることが推測される。

九州各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

(5) オンライン診療における各県の実態について (宮崎県)

<提案要旨>

今回の診療報酬改定で、対面診療を原則としながら有効性や安全性への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に「オンライン診療料」、「オンライン医学管理料」等が新設された。

オンライン診療に関するアプリケーション等も開発され、医療IT企業も力を入れているようだが、このような営利企業の参入等で何か問題となっている事例があればご教示いただきたい。

また、本県では、現在2つの医療機関がオンライン診療の届出をしているが、請求事例はないようである。各県の届出と請求状況も合わせてご教示いただきたい。

(4) (5) は関連していることから、一括して提案要旨の説明、意見交換、日医コメントが行われた。

<各県の回答>

○佐賀県、宮崎県、大分県、福岡県、本県より、情報通信機器の選定に関して問題が生じた際、医療機関に責任が生じることのないよう対応を求める意見があった。

○長崎県より、オンライン診療の普及により、機器を販売する企業が診療の主体となり、医療がビジネスとなり、顧客である患者の囲い込みや、医師の裁量による適切な医療が行われなくなるのではと危惧する。また、国は病院に行く時間ぐらい取れるような働き方改革の実行と、医療機関は忙しいなか受診する患者に安心を与える事ができる医療を提供すべきとの意見があった。

○本県より、大手コンビニエンスストアによる国家戦略特区を活用したオンライン診療及びオンライン服薬指導の計画について事例報告を行うとともに、医療のビジネス化により医療の本質を見失わないよう注意していかねばならないと回答した。

○各県のオンライン診療に関する届出及び請求状況は次のとおり。

[佐賀] 6 医療機関・請求実績なし、[宮崎] 2 医療機関・請求実績なし、[沖縄] 3 医療機関・請求実績なし、[大分] 5 医療機関・請求実績なし、[長崎] 11 医療機関・社保7月審査分・1 医療機関請求あり、[熊本] 8 医療機関・1 医療機関よりオンライン診療料及びオンライン医学管理料の請求あり、[福岡] 46 医療機関・6月審査分は3 医療機関、7月審査分は4 医療機関の請求あり、[鹿児島] 24 医療機関・請求実績なし。

【松本常任理事コメント】

オンライン診療を実際に望まれる医療機関もある為、これを全てストップすることは難しいとは思いますが、ビジネスとして参入してくるところが沢山あるので、厳しく対処する狙いがあった。

離島・へき地の問題については、進めていいと思う反面、ここを突破口として拡大解釈されるのではないかということから、少し厳しい設定にした経緯がある。

「オンライン診療に関する適切な実施に関する指針」を策定し、自由診療、保険診療に関わらず、対面診療に比べて得られる患者の心身の状態に関する情報が限定されることを理解した

上で患者へ説明を行うことや、適用対象、医師の所在等についても規定してある。これは日医が強く主張し、今村副会長を委員として派遣してこのような形で指針が出来た。

中医協においては、診療報酬における対応について検討を進めながら、初診から3月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っていることや、1月当たりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること等、厳しい要件が付けられた。

また、オンライン診療の対象患者は特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料のいずれかを算定している初診以外の患者とし、アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、結膜炎等の患者については算定出来ないように当初はさせていただいた。もちろん、そういった医療機関からの不満の声は聞こえてくるが、全体を守るためには当初は致し方ない。オンライン診療に営利企業が参入することには絶対反対ということで戦った経緯があることをご理解いただきたい。

今後、オンライン診療を拡大しようとする圧力は増々強まるものと考えており、次期改定には強い意志を持って臨まないければ、少しずつ押し込まれていくという懸念を持っている。利便性だけを追求し、オンライン診療を認めるのは私も反対である。また、企業は従業員が病院を受診する時間ぐらいは作るべきだと思う。

<追加発言>

福岡県

オンライン診療の機器選定について、ガイドライン等はあるのか。

松本常任理事

対面診療が可能なもの等の条件はあるが、機器そのものの細かな設定はなく、今後注視していきたい。

(6) 夜間看護体制特定日減算について（鹿児島県）

<提案要旨>

今年度の診療報酬改定にて、救急外来での対応のため、看護職員が一時的に病棟を離れて看護配置基準を満たさなくなった場合の入院料減算規定が新設された。

平成29年度第2回各種協議会平成30年度診療報酬・介護報酬改定に関する講演において、当時の松本日医常任理事から「これまで、現場では柔軟な運用がなされている現状があり、今回の改定により、厳しくなることのないよう厚生労働省に対応を要請している」との説明があった。

本規定が施設基準として明文化されたことにより、保険指導等での指摘・返還が心配されており、本県でも医療資源が不足している地方の中小病院では対応に苦慮しているところである。

日本医師会としては、厚生労働省に対応を要請していただいたとのことではあるが、実際に本県では適時調査時に指摘がなされた旨の報告があった。

地方での医療従事者不足は深刻であり、病棟勤務の看護師が救急搬送時に同乗せざるを得ない。そのため点数の低い特定入院料の算定や、今回の100分の5減算評価などは、あまり厳しくされすぎると、地域医療存続へ与える影響は大きい。

各県で、現状はどのようになっているか、また、日本医師会での今後の対応をお伺いしたい。

<各県回答>

- 長崎県より、九州厚生局に照会した結果、減算に関する規定ができたことにより、今後は返還等の適応もあり得るとの回答が報告された。
- 福岡県より、4月から8月までの間、夜間看護体制特定日減算の算定は国保で4月1件、5月1件あったとの報告があった。
- 大分県より、本減算は救急対応のために一時的に病棟を離れるという状況が常態化している場合に限り適応されるべきで、厳格

な適応や指導は現場を混乱させるとの意見があった。

- 本県より、医療資源不足の問題は喫緊の課題だか、今直ぐ解消できるものではなく、地域の実情を勘案した柔軟な対応が必要であり、将来の地方医療の崩壊に繋がるのが危惧されることから、日医には早急な実態把握と対応について要望した。

【松本常任理事コメント】

今回の減算ルールは、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことで、施設基準を満たさなくなった場合の激変緩和として、小規模病院（許可病床 100 床未満）に配慮して新設されたものである。本来は救済するためのルールとして導入したわけだが、「年 6 日」までしか認められず、お叱りを受けているところではある。

もともと入院基本料の施設基準には、一般病棟の場合、「夜間病棟には看護職員 2 名以上配置」という要件がある。病棟業務として院内を往来することは可能だが、一時的に外来を離れて救急外来を対応することは看護配置の観点から認められず、入院料の変更や返還となっていたものを特定の要件を満たせば 5% の減算だけでよいということにしたのが本来の目的である。

中小病院における救急医療の確保は重要課題であり、特に人員の確保や看護職員の確保が大きな問題であるが、経営的にも余裕がないことは重々承知している。郡市医師会が自治体と協力して救急患者の受入れ体制の整備等、日々ご尽力いただいていることにあらためて感謝申し上げる。

この問題については減算評価の日数を増やす等、引き続き検討するとともに、別の対応ができないかを厚労省に働きかけていきたい。

(7) 向精神薬の長期処方適正化に係る「不安又は不眠に係る適切な研修」の受講について
(宮崎県)

<提案要旨>

本県では、今回の診療報酬改定で算定要件と

して新たに設定された向精神薬の長期処方の適正化に係る「不安又は不眠に係る適切な研修」の開催を予定している。

平成 30 年 3 月 30 日付け厚生労働省の疑義解釈（問 171）によると、「日本医師会生涯教育制度のカリキュラムコード 69「不安」又はカリキュラムコード 20「不眠」を満たす研修であってプライマリケアの提供に必要な内容を含むものを 2 単位以上取得した場合」を指すと示されている。

この中の「プライマリケアの提供に必要な内容」はどのように判断されるのか不透明であるが、単に、日医生涯教育制度のカリキュラムコード 69「不安」又は 20「不眠」の研修を 2 単位以上受講すれば要件を満たすことになるのか。

日本医師会の考えをお示しいただくと共に各県医師会の主催で研修会を開催している。又は開催予定があればご教示いただきたい。

<各県回答>

- 研修会の開催について。熊本県、鹿児島県は開催準備中、福岡県では県委託事業の「かかりつけ医心の健康対応力向上研修事業」の研修会に該当カリキュラムコードを付与できないか、厚生局と交渉中との報告があった。
- 長崎県より、会員からの照会に対して、日医 HP のメンバーズルーム「よくある質問 Q&A」に掲載されている「向精神薬長期処方の研修の要件について」を参考にしよう案内しているとの報告があった。
- 本県より、「プライマリケアの提供に必要な内容」については現状示されておらず、これを突き詰めることは、研修会の内容が事細かく決められ、取り組みが遅れてしまわないかが懸念されると回答した。

<追加発言>

□大分県

地方では講師の調整等が難しく、地域包括診療加算・診療料の研修会と同様、中央で開催していただきたい。

□福岡県

郡市医師会と製薬会社の共催による研修会の計画があるが、問題はないか。

【松本常任理事コメント】

「プライマリケアの提供に必要な内容」については示されていないが、専門分野に特化したような内容だけではなく、内科やその他の診療科の先生方が一般的に薬剤を使用する際、注意すべき事項等をテーマにした研修である。日医生涯教育のカリキュラムコード69「不安」または20「不眠」を2単位以上取得することが求められる。日医eラーニングであれば、69「不安」のコンテンツが無い場合、20「不眠」の3項目のうち2項目を受講し、2単位以上取得することによりよい。

もともと厚労省の意図は、ベンゾジアゼピンを長期に渡り漫然と処方するのではなく、「一度処方内容を見直してはどうか」というのが本来の趣旨である。したがって、ものすごく厳しい要件にはなっておらず、一度処方内容を変更すればリセットされる。どうしても処方内容を見直したくないのであれば、先ほどの研修を受講するか、もしくは精神科の先生と連携し処方内容について助言を貰うことで条件をクリアできることになっている。

なお、研修受講後の届出義務はないが、何かあった時のために受講証明書は保管する方がよい。ご質問のあった製薬会社と共催による研修会だが、特に問題はない。

(8) 診療報酬請求書等の記載要領における「摘要欄」の記載について (大分県)

＜提案要旨＞

平成30年の診療報酬改訂を受けて同年3月26日付けの厚生労働省通知(保医発0326号)「診療報酬請求等の記載要領等について」が発せられた。そして「診療報酬明細書の『摘要』欄への記載事項等一覧」が発表され、ここでは記載漏れがある場合は記載不備として返戻処理を行うことが通知された。

摘要欄は投与期間が定められた薬物の投与開始日などを記載することから始まり一定の妥当

性もあったが、年々項目が増加して、条件下の再診の理由、治療管理料の理由、診療情報提供料の算定日、療養同意書の算定日と病名、経皮的冠動脈形成術ステント留置術の適応理由(その他の場合等)等が加わっている。

適正かつ合理的な医療を行うためにはこれらの記載は必要な場合もあるが、このような通知は診療報酬改訂とは別に目立たない形で通知され、この記載に係る医療機関側の事務負担が増大しつつある。係る状況をそのまま放置すればいずれは診療内容の細部にわたって必要性を記載しなければならない事態が懸念され、医師の負担も増大する。

今日、すでに電子レセプトによって、通常の電子請求では算定日は自動入力されているという状況であり、いくつかの例外を除いて「摘要欄」の記載はこれ以上増大しないように歯止めが必要と考える。各県の意見をうかがいたい。

＜各県回答＞

○各県とも提案県同様、「摘要欄」の記載項目の増加により、医療機関の事務負担が増大しており、働き方改革の観点からも追加事項は必要最小限にさせていただきたいとの意見であった。また、宮崎県より電子レセプトでは算定日は自動入力されており、「摘要欄」への記載は二度手間との指摘があった。

○本県より、レセプト審査の判断材料とする為、医療機関に対して診療に関する情報提供を求める意図は分からないでもないが、同時に現場における煩雑な事務作業の軽減化を図るよう要望した。

【松本常任理事コメント】

これは長年の課題の一つであり、保険者側からは要求が厳しくなる一方だと思ふ。

診療報酬には様々な算定要件が設定されており、適正な請求かどうか判断するためにも根拠となるものを記載しないと、審査員が正しい審査が出来ないということも事実である。働き方の問題もあり、医療事務の煩雑さを少しでも和らげるために努力したい。

なお、審査の最終的な判断は審査員が行うことは押さえないといけないが、それ以外の部分でコンピュータにより審査が省けるところについて検討することはよいと思う。

(9) 個別指導対象医療機関へのサポートについて (沖縄県)

<提案要旨>

医師会の組織強化の為、各方面において様々な取り組みを実施、或いは検討がされているところと思うが、医療保険における「会員サービス」としては、個別指導対象医療機関に対するサポート等が考えられる。

当県では新規個別指導の対象医療機関に対して、事前の勉強会を行っており、医療機関が抱える不安や疑問等の解消に当たっているが、各県における取り組み等についてご教示いただきたい。

<各県回答>

○各県の取り組み状況は次のとおり。

〔佐賀〕①前年度の個別指導の指摘事項を取り纏めた機関誌「医界佐賀」を配布(年1回)。②新規開設者や親子継承した管理者のためのオリエンテーションや各郡市医師会での「医療安全研修会」等を通して、個別指導における留意点について説明。

〔宮崎〕①九州厚生局の「新規集団指導」終了後、対象医療機関に対し、保険診療に関する説明会を開催し、その際、県医作成の「保険の手引き」を配布。②個別指導対象医療機関から相談がある場合、問題の無い範囲で本会役員が対応する。

〔大分〕①九州厚生局の「新規集団指導」終了後、医師会役員より個別指導で指摘されやすい事項等を中心に講習会(2時間程度)を実施。②個別指導対象医療機関からの相談については必要に応じて対応。

〔長崎〕①個別指導の指摘・指導内容の要点を纏めた一覧表を作成し、新入会員説明会で内容を説明、また定期的に医師会報に掲載し会員周知を図る。②個別指導対象医療機関からの相談については必要に応じて対応。

〔熊本〕①郡市医師会において勉強会を開催。

〔福岡〕①県医師会、郡市医師会による個別指導対象医療機関への説明会。②診療報酬改定ごとに「保険診療の手引き」を作成、配布。

③県医報へ個別指導に関する担当理事コメントを掲載。

〔鹿児島〕①立会いの医師からの立会報告等をもとに、県医報や保険診療研修会等で個別指導での指摘事項の周知を図る。②県医FAXニュースに個別指導の指摘事項を定期的に掲載。

【松本常任理事コメント】

会員の先生方にとっては非常にありがたい取り組みであると思う。指導対象と言われると非常に不安になると思うので、このような取り組みは今後も継続していただきたい。

現行の指導大綱には問題があることは我々も認識しているが、抜本的な法改正ではなく、都道府県医師会からのご意見やご指摘を受けながら、運用見直しの方向で厚労省当局と協議する方針である。大綱の運用見直しの協議は今後も継続するので、都道府県医師会の先生方のご意見を参考に対応していきたい。

最近の取り組み例としては、厚労省ホームページに「保険診療における指導・監査」のページを新設させた。個別指導関係や診療科別平均点数等の資料が掲載されているので適宜参考にしていただきたい。

なお、医師会の立会いは、公正公平でなければならないことにご留意いただきたい。

(10) 支払基金業務効率化・高度化計画の今後について (佐賀県)

<提案要旨>

平成29年7月に支払基金は、「支払基金業務効率化・高度化計画」を公表した。

この計画は、内閣府・規制改革会議の議論を受け、「支部組織の見直し」と「審査事務は、業務効率化に併せて集約化」というもので、現在47都道府県にある支払基金支部の事務職員を集約化するというものである。

その具体策として6月から「実証テスト」が

全国3ヶ所で実施された。本年7、8月には佐賀支部、熊本支部から、審査委員会に対応する一部の職員を残し、集約支部である福岡支部に勤務することになった。

本会に対しても、支払基金佐賀支部より、人員体制のスリム化、事務処理の効率化を進め、組織としての適正化を図っていくことを目的に、実証テストを実施するとして説明が行われた。

実証テストは6月～7月診療分のレセプトで行われ、6月診療分は『基本集約プラン』として、原審査、再審査事務等の事務職員による業務のみが福岡支部に集約され、また、7月診療分は『基本集約追加プラン』として、「基本集約プラン」に加え、原審査並びに再審査の受付業務が福岡支部に集約されるというものであった。

しかし実際は、『基本集約追加プラン』は実施されずに『基本集約プラン』のみ行われたが、その施行中断もはっきりした説明がなされていない。

今後「支払基金の改革」に関しては、どのような改革が為されようとしているのか、日医の対応と見解をお尋ねしたい。

<各県回答>

○宮崎県より、膨大なレセプトを適切に処理するには、個々の症例に応じて請求内容を詳細に検討し、同一病名に対して画一的な治療しか認められないような不適切な査定が行われ

ないようにするには各都道府県支部での審査は重要であり、また細やかな医療機関への個別面接指導を行うためにも中央への集約化は短絡的との意見があった。

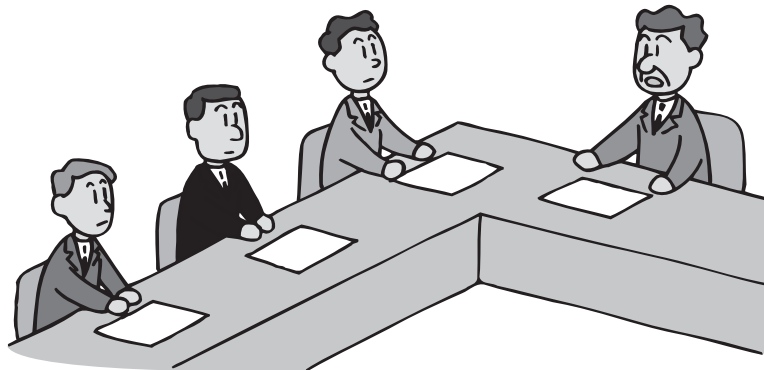
○長崎県より、スリム化は必要であるが、その為に医師の裁量権が奪われ、コンピュータ審査を気にするあまり全てが一律な医療になってしまい、医療の質が低下してしまえば本末転倒との意見があった。

【松本常任理事コメント】

実証テストは3か所で実施される。6～8月に第1組（集約支部：宮城県、テスト支部：福島県）、7～9月に第2組（集約支部：福岡県、テスト支部：佐賀県、熊本県）、10～12月に第3組（集約支部：大阪府、テスト支部：滋賀県、京都府、奈良県）の予定である。テストが終了した第1組及び2組については、支払基金ホームページに中間報告が掲載されているのでご覧いただきたい。

このテストの趣旨は、審査事務集約による合理化について検討を行うものであり、審査委員会は各都道府県に残すことは間違いなく、ここは日医としてしっかり対応していく。

今後、厚労省保険局が各県の基金審査員長と面会する予定だが、その際、特に本テスト該当支部の審査員の先生方には「ダメなところはダメ」とハッキリ主張していただくことが必要になると思うのでよろしくお願ひしたい。



印象記

常任理事 平安 明

平成 30 年 10 月 6 日、鹿児島県の城山観光ホテルにて第 1 回九医連各種協議会が開催された。今年は台風が 2 週続けて九州地方を襲い開催が危ぶまれたが、進路が少し北寄りになったことで何とか無事に開催できた。

医療保険対策協議会は日医から松本吉郎常任理事が来席され、各県から提案された 10 題の協議事項について話し合われた。

最初の話題は看取り加算のことであったが、これは 7 月に他県での指導において「死亡のタイミングに立ち会う」ということは臨終の瞬間に立ち会っていないといけない」と指摘されたことから多くの疑問や批判が出たため議題にあがったものだが、厚労省も従来通りの解釈でいいとの見解を出しており、その後の疑義解釈でも正式に文書で出されたところである。してみると、地方厚生局の担当者の行き過ぎた解釈で指導したと受け取れるが、このようなことはこれまでも多々あったことである。現場感覚から著しく乖離した解釈やそれに基づく指導に対しては、やはり異議を唱えるべきは唱えていかないといけない。

続いて平成 30 年度診療報酬改定後でもあり、かかりつけ機能を評価した機能強化加算やオンライン診療について取り上げられた。九州圏内でも特に沖縄県は、機能強化加算やその前提となる地域包括診療加算、同診療料を算定している医療機関が他と比較してかなり少ない。特に地域包括診療加算 2 は算定可能な診療所が実際はもっとあるはずだが、他県の実情を見てみると全体の 2～3 割程度は算定しているようなので、当県でもそれは目安にしていいのではないかと思った。今後実情と問題点を整理、分析して会員の皆様に情報提供していきたい。

オンライン診療に関しては、まだどの県もほとんど算定されていない。これは対面診療の補完であることをあらためて確認するとともに、情報通信機器に関しては厚労省がしっかりと関わること、営利企業の参入に関しては、十分に注視していくことが必要であることを確認した。他の議題については議事録を参照していただきたい。

日医は新横倉体制のもと、執行部も多少顔ぶれが変わっている。今回の診療報酬改定は人生 100 年を見据えた様々な効率化、適正化が図られ、かつ働き方改革に象徴されるように医療スタッフの負担軽減が意識されたものであった。しかし実際にはそれらに矛盾するような指導がなされたり、内容が伴っていないものが目につく。過渡期、変革期に特有のものと諦観せずに、問題点はしっかりと指摘していかなければならないとあらためて感じた。



Ⅲ. 介護保険対策協議会



理事 城間 寛



挨拶

鹿児島県医師会の林副会長より概ね以下のとおり挨拶があった。

今年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定に加え、第7期介護保険事業計画等の各種計画がスタートし、地域支援事業が全市町村で実施される等、2025年、更に2040年を見据えた体制の整備が行われる年となった。

このような中、本日は在宅医療・介護連携の推進、介護医療院、訪問リハビリテーション、認知症関連の施策、更に外国人労働者の受入れ等、大変重要なテーマについて各県から10題のご提案をいただいた。是非、皆様方のご忌憚のないご意見を賜りたい。

協議

※協議事項 (1) (2) は一括協議

(1) 県レベルでの医療介護連携の取り組みについて (大分県)

<提案要旨>

地域包括ケア、在宅医療に関しては市町村を中心とした在宅医療介護連携事業がメインとなっている。当県では、昨年度より県レベルで多職種から構成される「大分県医療・介護連携推進協議会」を立ち上げて県内市町村や職種毎の取り組みについて情報交換等を行なっている。各県で県レベルでの同様の取り組みがあればその内容などについてお聞きしたい。

(2) 各県における今後の在宅医療充実強化策について (福岡県)

<提案要旨>

本県では平成26～29年度に郡市区医師会が地域医療介護総合確保基金(医療分)を活用して実施していた「在宅医療連携拠点整備事業」が、今年度より介護保険を財源とした「地域支援事業」として市町村に引き継がれ実施されているところである。しかしながら、介護保険財源や医師会管内に複数の地市町村が所在す

る等の問題から、事業が十分に引き継ぎされていない地域があったり、在宅医療の整備・強化が不十分な地域もみられる。そのため、本県では今年度より基金を活用していた「在宅医療連携拠点事業」の継続事業として、各医師会が休日夜間や容態急変時の対応および主治医・副主治医制などに関するツール策定、医療従事者に対する研修などを補助対象とすることとなっている。さらには県より本会が委託を受け、地域支援事業や在宅医療提供体制充実強化事業にて実施する協議会や研修会、地域医療構想調整会議等に本会役員等が出席し助言を行うなど、各地域の在宅医療提供体制充実に向け支援を行う「在宅医療充実強化支援事業」を行っており、「地域支援事業」を含めたこれら3事業を中心に行政と協力しながら在宅医療をさらに整備、充実させていく方針である。

そこで、各県の在宅医療充実強化に資する取組状況と今後の方針等についてお教えいただきたい。

＜各県回答＞

佐賀県では、「在宅医療・介護連携サポート体制強化事業」として、県内各地区の在宅医療・介護連携の取組状況の共有、課題検討及び関係団体から構成される「在宅医療・介護連携サポート体制強化事業連絡会議」を設置しているとの回答があった。

宮崎県では、県において各職能団体や地域行政機関を集めての「医療介護連携推進協議会」が設置され、各市町村で行われている医療介護連携事業の情報交換や、遅れている地域の底上げが図られているとの回答があった。

長崎県では、地域包括ケアシステムの構築状況を客観的に評価するために、「長崎県版地域包括ケアシステム構築評価基準」を策定し、各市町村における取り組みを8分野78項目にて客観的評価を行っており、その結果を、「長崎県地域包括ケアシステム推進協議会」に諮り、情報交換や進捗の確認等を行っていると回答があった。

熊本県では、県において医療、福祉、住民及

び行政関係が参加する「熊本県在宅医療連携体制検討協議会」が開催され、在宅医療の現状・課題分析、熊本県保健医療計画の在宅医療に関すること及び在宅医療連携体制に関すること等について意見交換が行われていると回答があった。また、平成30年3月に医療や介護の関係団体、行政や住民団体の29団体からなる「在宅医療連合会」（事務局：熊本県医師会）を発足させ、関係団体の共通認識を形成しながら在宅医療の普及啓発に取り組みを行っていくこととしていると回答があった。

福岡県では、県に設置されている「在宅医療推進協議会」、「在宅医療多職種連携推進のあり方検討会」、及び本会内に設置している「福岡県訪問看護ステーション連絡協議会」が中心となり、県レベルでの医療介護連携に係る情報交換や施策の取りまとめが行われていると回答があった。また、県より委託を受け、各地域において実施される「地域支援事業」や「在宅医療提供体制充実強化事業」等の取り組みを支援する「在宅医療充実強化支援事業」を実施していると回答があった。

鹿児島県では、県において医療、介護関係団体、地域包括支援センター（委託・直営）、保険者代表者、在宅医、行政等を含め20名で構成する「県在宅医療・介護連携推進協議会」が設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業を支援するため、医療・介護連携における課題の抽出及び対応策の検討等を行っているとの回答があった。

本県では、県より「在宅医療・介護連携市町村支援事業」を受託し、各市町村（各地区医師会）で実施されている「在宅医療・介護連携推進事業」の効果的な展開に向けた在宅医療や介護資源のデータ等の提供や、事業に関する研修・情報共有の場の設置、広域的に実施した方が効果的な事業の企画運営等を行っているとの回答した。

＜日医コメント＞

市町村が医療行政に着手する初めての登竜門である。地区医師会と良好な関係を保てないと成功には導けない。むしろ地区医師会にリー

ダーシップをとっていただきたいと日医としてはお願いしているところである。

フレイル予防については、中央の会議において、医療保険で取り組んでいるフレイル予防と、介護保険の地域支援業で取り組んでいる介護予防とを一体化しようという動きが議論されている。市町村には、医療行政のノウハウやフレイルに対するノウハウを、専門家や医師会、かかりつけ医と連携できるようお願いしたいと考えている。

地域の将来の人口推計が大きく異なる状況において、全国一律の在宅医療推進ということは既に峠は過ぎていていると考えている。これから在宅医療に力を入れなければならない地域もある一方で、高齢者人口が減っている小さな市町村においては在宅医療の提供体制をどうつくるかが非常に重要な課題である。これからの重要なポイントは、医療介護の提供体制をいかに効率的に行うかということだと認識している。

いろいろ議論を始めているところである。特に人口過疎地においては、本人の意思が尊重されることが一番であるが、場合によっては集中化し効率的に医療介護のサービスを提供していくということも必要ではないかと考えているところである。

※協議事項 (3) (4) は一括協議

(3) 介護医療院について (熊本県)

<提案要旨>

8月1日付け厚生労働省からの情報によると、平成30年6月30日時点での介護医療院への転換は全国的にみてもその数は多いとは言えない。

介護医療院への転換は医療機関の意思で決定すべきものであるが、実際は、介護報酬や診療報酬上での転換を誘導する中、市町村介護保険事業計画と生合成を図るため、地域で調整が行われていることも考えられる。

本県では、いくつか転換の意向(20件程度)はあるが、現時点では解説には至っていない状況である。

各県の状況と特に九州では佐賀県と長崎県で転換が行われているようだが、転換元や転換後(メリット、デメリットなど)の情報があればお伺いしたい。

(4) 介護医療院への転換について (福岡県)

<提案要旨>

2023年度末に介護療養病床が廃止されるため、その受け皿として本年4月より介護医療院が創設された。医療療養病床からの転換もすでに始まっている一方、本県において実施された転換意向調査においては、平成32年度までに介護療養病床から介護医療院への転換を予定しているのは3,371床のうち1,698床(50.4%)で、未定の医療機関もあり、未定の医療機関の動向を注視していく必要がある。

そこで、各県の介護医療院への転換状況及び療養病床からの転換以外に総量規制の対象となる介護医療院の新設分(一般病床からの移行等を含む)の整備についてお伺いしたい。また、転換型老健以外の介護老人保健施設及び精神科病床からの転換の可能性について日医に見解をお伺いしたい。

また、介護医療院は介護保険で運用されるが、規模の小さな自治体にある医療療養病床が介護医療院になると、介護保険料が今以上に上昇することになるが、介護医療院の増加と介護保険料の関連について、日医がどのように考えているのかをお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、制度が始まったばかりで介護医療院に転換した施設は少なく、具体的なメリット・デメリットについては、調査把握していないとの回答であった。

佐賀県より、県担当課に寄せられた相談内容から推察すると、メリットについては収益の増加が見込まれることや早期転換した場合に加算があること等が上げられ、デメリットについては療養病床に戻せないことや新施設のためノウハウ等の既存情報がないこと等があげられると情報提供があった。

＜日医コメント＞

介護医療院は、住まいと生活を医療が支える新たなニューモデルである。これまでの転換老健等の転換モデルはなく、ニューモデルをつくったということが一つのポイントである。

役割は長期療養と生活施設。長期療養はこれまで行ってきた得意分野だと思うが、生活施設は病院が参入する場合には新たなチャレンジになると考える。

既に、介護保険施設等で個別ケアや、本人の意思を尊重したケア等、かなり好事例が蓄積されているので、そういったところから学んで実践するということがポイントではないかと考える。

メリットとしては、診療報酬上は在宅復帰の受け皿になっており、また介護医療院に転換するに当たり、あえて専門職を増やさなければならぬということはない。自治体が勘違いされている事例もあるが、人員を増やさないでいける。報酬については、介護医療院1型であれば一人当たり1日250円だが、もし6.4㎡であれば現行の報酬、介護医療院2型については医療型の老健からの転換を想定しているため、療養型老健であるため、現行の老健よりも要介護度4、5が大半を占めるところであるため、4、5のところの報酬を高める形になっている。

介護医療院に変わられたら、自院の目指すべき、あるべき姿を経営者から現場まで共有していただき、介護医療院に変わったが、やっていることは何も変わっていないとなると介護医療院の将来が描き辛くなるので、自院や自法人の目指すべき姿を経営者から現場まで是非共有し、そこを目指していくと、継続的に取り組んでいくということがポイントになるかと考える。介護の質を高めていくのは年単位が必要となる。1年1年、介護医療院のあるべき姿を目指していくことがポイントではないかと考えている。

老健や精神病床から介護医療院はどうかというご質問をいただいているが、30年度、31年度、32年度の第7期介護保険事業計画の3年間においては、介護療養、療養から老健に転換している療養型老健、一部の医療療養病床、こ

の3つが介護医療院に移行することを先ず主眼に置き、そこが無事に移行参入していくというソフトランディングを考えている。日本医師会としても先ずこの3年間においては、総量規制の対象外である医療療養、介護療養、療養型老健、そこが先ず3年間移行していただき、その後、あるいは3年間の議論の中で、今後一般病床や精神病床等の話について検討していきたいと考える。精神については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて6月から議論が始まったばかりであり、特に認知症以外の精神障害者の受け皿をどうするかということは今後から考えていく課題だと考えている。

医療療養から介護に行く、市町村の住民の保険料が上がったり、介護保険財源が大変だということである。今回はあえて国はお金を手当てしないで、各市町村の積立金等で対応してほしいというスタンスを取っている。一部、医療療養から介護医療院に行くことを拒んでいる市町村事例について少し耳にしている。そういう事例が増えてくれば、場合によっては期中においても、国が手を打つ可能性はあると考えている。その辺りは、日本医師会としても、もし不具合があればお声かけいただければと考えている。具体的には、介護給付の50%が保険料で、50%が公費であるが、その保険料の中の全体の約5%は元々は調整交付金と言ひ、国が5%お金を入れている。それはこれまで後期高齢者の率が高いところを支援するような財源であるが、おそらく調整交付金で今後支援していくことが一番合理的ではないかと考えている。

※協議事項 (5) (6) は一括協議

(5) 訪問リハビリテーションの算定要件について (宮崎県)

＜提案要旨＞

訪問リハビリテーション事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合、20単位減算しての算定が認められることになった。ただ、その算定要件として、①訪問リハビリテーション事業所とは別の計画

的な医学管理を行なっている医師（すなわち、かかりつけ医）から利用者の情報の提供を受けていること、②そのかかりつけ医が適切な研修の修了等をしていること、などが挙げられている。この適切な研修の修了等とはどのようなものを指すのか、日医に説明をお願いしたい。

また今後、訪問看護事業所から提供される訪問リハビリテーションについて、主治医の訪問看護指示書にリハビリテーションの指示を記載するにあたり、同様な研修が義務付けられる可能性について伺いたい。個人的にはリスク管理を含め、リハビリに対する医師の関与を高めるためには研修は大切だと考えている。

(6) 訪問リハビリテーションにおける医師の診察について（佐賀県）

<提案要旨>

平成30年4月の介護報酬改定で、訪問リハビリテーションについては、リハビリテーションを実施する場合には、医師の診察が必要になるが、訪問リハビリテーションを依頼した主治医が研修を受けていれば、訪問リハビリテーション事業所（医療機関）は減算して、訪問リハビリテーションが実施（算定）可能となった。医師の診察・管理は大前提で、依頼する側にもリハビリに関する最低限の研修を受けておく必要があり、依頼を受ける側こそ幅広い知識を持って対応することが望ましいと考えております。

しかし、訪問リハビリの利用が伸びない状況であることから、訪問リハビリの利用促進に向け良い方策があればご教示いただきたいと存じます。

日医のご見解をご教示いただければ幸いです。

<各県回答>

各県ともに、訪問リハビリテーションの算定要件に示されている「適切な研修」については、平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)の問60に記載のある「日本医師会が実施する「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機

能評価・老年症候群」、「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食・嚥下障害」のいずれか1単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上を取得していれば良い」という内容にて対応しているとの回答があった。

<日医コメント>

かかりつけ医が、訪問リハの計画作成医師に指示を出すことができるようになった。計画作成医師が診察し、自宅の状況を見た上で計画を作成し、訪問リハを行うということが一番の建前である。デイケアを行っている老健等の医師が訪問しようと思ってもデイケアを空ける訳にはいかないため、そうすると夜間早朝か日曜祝日しか行けないので、事実上訪問リハはできないのではないかとということを受け、3年前に外来診療のついででも良い、あるいは事業所に本人に来てもらっても良いということで緩和された。

今回は、それでもなかなか難しいという声の中で、計画作成医師が自宅を訪問しなくてもリハの計画を作って良いという補足的な対応である。その対応として、主治医が日医のかかりつけ医の応用研修を受講している場合には、条件として主治医からの情報提供を受けることで計画作成医師は診察を省くことができる。その分、単位が290から270と20単位減るが、それについては本来はリハビリの計画作成医師が自宅の状況を見て、ご本人をちゃんとみて、生活ぶりをみて作るということが本来の趣旨であるため、それを第一義的にしていただき、どうしてもやむを得ない場合に、主治医から情報提供を受け、リハ計画を作るということを検討していただければと考える。その内容については、かかりつけ医の応用研修を3か年度で行うので、3年経つとリセットで、また研修を受けていただくということになる。次の3年間は違うプログラムになるので、Q&Aの問60がマッチしなくなる。そこを考えていきたい。初年度に取られた先生が、研修は6月に行うので、4月から6月の空白ができる。そこはきちんとタイムラ

グが生じないように、厚労省に要請する予定である。かかりつけ医の研修ということでご理解をいただければと考える。

(7) 介護施設における「あはき」によるリハビリテーション等について (長崎県)

<提案要旨>

多くの介護施設においては、リハビリが必要な方でも慢性期であれば基本的にケアプランに入れなければならないため、他の介護サービスを優先された場合には導入できないことが多い。医療で導入するにも病名や期間を含めハードルが高く導入がままならない状況である。

ところが「あはき」によるリハビリと称するマッサージについては、現状ほぼ野放し状況であり主治医不在のレセプト病名でこれらの介護施設に往療料まで算定して医療保険で訪問している。介護施設側も懐が痛むことなく、利用者も喜び、見守りも要らないため喜んで受け入れている。

加えて、代理受領制度の弊害で厚生局のチェックも働かないためこういう利益を目的とする民間株式会社が雨後の筍のように増えていると思われる。このままでは必要な医療費まであおりを受け削減の憂き目にあうのは必定だと思われ、何らかの対策が望まれるが、各県の状況は如何か。

<各県回答>

各県ともに、介護保険制度において機能訓練の一部としてマッサージを行うことが可能となっているが、「医師の同意書」があれば医療保険の適応となることから、介護保険利用者に「医師の同意書」を求めさせる事業所があることについて、制度的な対応を求めるとした意見や、会員に対し安易に同意書を発行すべきではない等の注意喚起等を行う必要があるとの意見が示された。

<日医コメント>

代理受領委任制度があり、そこが不正の温床になっていたのでは、これが来年4月1日から受

領委任制度に変わる。そうすると、厚生局と都道府県の指導監査の目が入りようになる。この10月1日から、診察に基づいた同意書の交付が必要となる。安易な口頭同意等を防ぐことも必要であるので、そういった辺りで、これから経過を見ながら、もし不正や好ましくないことがあれば声を上げていただければ、日本医師会としても対応したい。

(8) 認知症関連の診療報酬項目について (大分県)

<提案要旨>

今回の診療報酬改定で認知症サポート指導料(450点)が新設された。これは地域における認知症サポート医とかかりつけ医の連携へインセンティブを与えるものであると思われるが、要件が煩雑なためか当県では算定される医療機関が少ないようである。各県の算定状況や地域における認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医の連携の取り組みなどあればお聞かせいただきたい。

<各県回答>

各県ともに、認知症サポート指導料については、認知症サポート医養成研修修了者であることに加え、直近1年間に「認知症初期集中支援チーム」等市町村が実施する認知症施策に協力している実績、または直近1年間にかかりつけ医等対象の認知症対応力向上研修の講師の実績が要件として定められているため、算定状況は少ないとの回答であった。

<日医コメント>

認知症サポート指導料等、今回いくつか類似の加算ができた。これの算定要件で、認知症初期集中支援チームに参加していることや、かかりつけ医認知症対応力向上研修で講師を務めていること等が示されている。

ご要望があれば、日医に上げていただき、地域包括的な活動として地域ケア会議等でご活躍されている先生方も増えてきているので、検討させていただければと考える。

認知症サポート指導料が入ったことで、研修会を受講される医師が非常に増えている。半分が一般のかかりつけ医、半分が専門医となっている。平成17年に始まった制度であるが、立ち上がりから考え方は変えておらず、認知症の地域の支援体制に協力する医師ということで、認知症サポート指導医養成の中にきちんと地域づくりに貢献することということを日医の要望で盛り込んだところである。診療報酬の算定要件だけで、認知症サポート医を取られるのは少し寂しい気がする。是非そういう形で貢献していただければと考える。

国も目標値を5,000人から10,000人に上方修正したが、現在、8,000人を超えているので、早ければ今年度中に10,000人に達するかもしれないが、是非、ご検討いただければと考える。簡単に言えば、かかりつけ医のアドバイザー役と位置付けているのでよろしくお願ひしたい。

(9) 認知症サポート医フォローアップ研修並びにかかりつけ医認知症対応力向上研修について (沖縄県)

<提案要旨>

本会では、毎年県より委託を受け「認知症サポート医フォローアップ研修事業」を実施するとともに、今年度より「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」も受託し、一体的な認知症

関連事業を実施することとしている（かかりつけ医認知症対応力向上研修事業は昨年度までは県が単独で実施していた）。

認知症サポート医フォローアップ事業については、これまで認知症初期集中支援チームへの認知症サポート医の関わり方等をテーマに、講習やグループワーク等を企画開催し、受講いただいた医師等から好評を得ているところだが、必ずしも全ての認知症サポート医に受講いただけている訳ではなく、またかかりつけ医認知症対応力向上研修についても、毎年受講者が減少している状況にある。

超高齢社会を迎えるに際し、今後ますます認知症対応力がかかりつけ医に求められてくると考えるが、各県における標記事業の実施状況について、また事業実施に際し工夫されている点等あればご教示いただきたい。

<各県回答>

「認知症サポート医フォローアップ研修」、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施状況については、以下の回答が示された。また各研修会の受講者の確保については、各県ともに横ばいもしくは減少傾向にあり、受講しやすい研修となるよう工夫しているとの回答があり、具体的には、鹿児島県よりWEB中継による取り組みや、大分県よりスキルアップ研修の実施等について情報提供があった。

県名	認知症サポート医フォローアップ研修	かかりつけ医認知症対応力向上研修
佐賀県	県にて実施	認知症疾患医療センターにて実施
宮崎県	県にて実施	県にて実施
大分県	県と県医師会の共催で実施	県にて実施
長崎県	県医師会にて実施	県医師会にて実施
熊本県	認知症疾患医療センターにて実施	県医師会にて実施
福岡県	県医師会にて実施	県医師会にて実施
鹿児島県	県医師会にて実施	認知症疾患医療センターにて実施

＜日医コメント＞

グループワーク等、いろいろな取り組みがあるが、いろいろな工夫をしていただきたい。

認知症初期集中支援チームも相談件数が減っているというケースもあるが、いろいろ検討していきたいと考える。

(10) 介護職外国人労働者の受け入れ体制の整備について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

厚生労働省の推計では、2025年度に全国で約33万7,000人、鹿児島県では2,066人の介護職員が不足する恐れがあることが示されている。

国では、「介護ビザ」の創設やベトナムからの介護人材受け入れ拡大（1年以上に3,000人、2020年夏までに1万人）、高い日本語能力がある人材を対象としたEPAの人数制限の一部緩和（外国人介護福祉士）など外国人を労働力としていく動きが促進されている。

本県でも従来の介護職員人材確保に加え、介護職外国人労働者の受け入れも視野に入れなければならないと考えている。

しかしながら、既にアジア諸国とパイプを築いている他の医療関係団体等もあり、県単位と県医師会単位での対応が遅れているように感じる。

そこで、介護職外国人労働者の受け入れに関する①現状、②今後の展望、③受入れに際して必要と考えられる基盤整備について、日医並びに各県の現状をお伺いしたい。

また、先進的な事例等があれば、ご紹介いただきたい。

＜各県回答＞

各県ともに、介護従事者の不足は深刻であり、今後、外国人労働者の受入れについての検討は必須となる等の意見が示された。ただし、外国人労働者の受入については、高齢者とのコミュ

ニケーションも含め高度な専門知識・技術を要するため、技術を習得するための支援体制の整備も合わせて検討していくことも重要である旨の意見が示された。

＜日医コメント＞

今回の骨太方針で、介護の場合は、EPAと在留資格と技能実習という3つのルートがある。海外から日本語のレベルが高すぎるので、技能実習も魅力がなくなってきており、応募する人がいないということもあり、今回の骨太方針で、日本語レベルが落ちてても一定の要件を満たせば延長できるとされた。これまで技能実習は最長5年であったが、場合によっては最長10年までいけるような、2階建てを乗せるような仕組みの骨太の方針が考えられているところである。質が保てるのかどうか等、会議では、まずは日本人が誇りを持って働ける職業とし、不足分を外国人の方に補っていただくということが大変ありがたいということをお話している。

来年の消費税の増税と同時に、10年以上の介護職員に月額8万円を乗せると、約100万円の上乗せをするという話が出ている。これまで5.7万円が月額平均で上がっている。これですらに8万円上がると、日勤をしない正看護師と逆転する。そのバランスも含め、これから審議するところであるが、一定割合は本人に支払っても良いが、残りは介護事業所の裁量に任せてほしいということ、またこれだけ差がつくと、医療現場の介護職員との差が極めて広がってしまい、医療現場で働く介護職員がいなくなってしまう等の危惧もあり、国としてバランスをとっていただきたいと意見している。

公費を1,000億円使うということは保険料も1,000億円使うので、被保険者の理解も必要であり、当初、交付金から始まったものが、加算になったが、そろそろどうするかということを決める時期かと考えているところである。

印象記

理事 城間 寛

平成 30 年 10 月 6 日に鹿児島県の城山ホテル鹿児島で開かれた各種協議会に参加してきた。私は介護保険担当として、介護保険対策協議会に参加した。協議の内容として、事前に各県から提案された 10 項目に対して各県がそれぞれ回答し、それに沿って協議会では議論を深める形式で進行された。10 項目の詳細に関しては、議事録を参照して頂きたい。その中で特に印象に残ったところを紹介したいと思う。まず、①医療介護連携について県レベルでの取り組みについては、沖縄県では、各地区医師会に在宅医療介護連携コーディネーターを配置し、その研修会や、連絡会議をとおして県全体の医療介護連携を進めているが、熊本県では、在宅医療連合会（事務局：医師会）を組織し、医師会を中心として全県下の普及を図っているとの事、その他の県でも県行政が中心になって「在宅医療推進協議会（福岡県）」や、「県在宅医療・介護連携推進協議会（鹿児島県）」を設置して推進しているようである。③介護医療院への転換については、各県とも様子眺めの様相で、沖縄県では 1 件、全国でも 21 施設で、九州でも数件でまだ進んでいないのが現状である。

一番注意して、見ていかなければいけないと思うのは、⑦介護施設による「あはき（あんま、はり、きゅう）」によるリハビリテーション等についてである。多くの介護施設においては、リハビリが必要な方でも慢性期であれば基本的にケアプランに入れなければならないため、他の介護サービスを優先された場合には導入できないことが多い。医療で導入するにも病名や機関を含めハードルが高く導入がままならない状況である。ところが「あはき」によるリハビリと称するマッサージについては、現状はほぼ野放し状況であり主治医不在のレセプト病名でこれらの介護施設に往診料まで算定して医療保険で訪問している。介護施設側も懐が痛むこともなく、利用者も喜び、見守りも要らないため喜んで受け入れている。加えて代理受領制度の弊害で厚生局のチェックも働かないためこういう利益を目的とする民間株式会社が雨後の竹の子の様に増えていると思われる。このままでは必要な医療費まであおりを受けて削減の憂き目にあうのは必定だと思われる（長崎県説明文）。療養費の支給対象となるマッサージの適応症は、筋麻痺、関節拘縮等であって医療上マッサージを必要と認められる症例について医師の同意があった場合に支給対象とされている。そのため「医師の同意書」があれば医療保険の適応となる事から、対象外の病態の患者に「医師の同意書」を求めさせる施術者がいることより、各県とも安易に同意書を発行するべきではないとの意見が強かった。



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

九州医師会連合会学校医関連行事

去る平成 30 年 10 月 26 日（金）、鹿児島県の城山ホテル鹿児島において、平成 30 年度九州医師会連合会学校医会評議員会並びに平成 30 年度九州医師会連合会総会が開催されたので、以下の通り報告する。

I . 平成 30 年度九州医師会連合会 学校医会評議員会



理事 白井 和美



開 会

鹿児島県医師会の鹿島常任理事より開会が宣言された。

開催県医師会長挨拶

開催県医師会（鹿児島県医師会）の池田会長より挨拶の後、日本医師会の道永常任理事より挨拶が述べられた。

議長選出

会則に基づき、開催県（鹿児島県医師会）の池田会長が議長に選出され、議事進行が行われた。

報 告

1) 平成 29 年度九州医師会連合会学校医会事業について（佐賀県）

佐賀県医師会徳永副会長より、平成 29 年度標記事業について、九州各県医師会学校保健担当理事者会（2 回）、九州医師会連合会学校医会評議員会（1 回）、第 61 回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成 29 年度九州学校検診協議会（年次大会）等を実施した旨の報告があった。

2) 平成 29 年度九州医師会連合会学校医会歳入歳出決算について (佐賀県)

佐賀県医師会徳永副会長より、標記決算について概ね以下のとおり報告があった。

(歳入)		(歳出)	
1. 負担金	5,793,042 円	1. 会議費	621,820 円
2. 補助金	2,000,000 円	2. 大会費	5,559,212 円
3. 食糧費	2,132,500 円	3. 懇親会費	3,844,643 円
4. 雑収入	100,133 円	4. 予備費	0 円
歳入合計	10,025,675 円	歳出合計	10,025,675 円

3) 平成 30 年度九州医師会連合会学校医会事業経過について (鹿児島県)

鹿児島県医師会鹿屋常任理事より、平成 30 年度標記事業経過について、九州各県医師会学校保健担当理事者会 (1 回)、九州医師会連合会学校医会評議員会 (1 回) 等を実施した旨の報告があった。

議 事

1) 第 1 号議案

平成 30 年度九州医師会連合会学校医会事業計画に関する件 (鹿児島県)

鹿児島県医師会鹿屋常任理事より、標記事業計画について以下のとおり説明があり、特に異議なく承認された。

1. 九州各県医師会学校保健担当理事者会の開催
2. 九州医師会連合会学校医会評議員会並びに総会の開催
3. 第 49 回全国学校保健・学校医大会 (鹿児島県担当) への協力
4. 九州学校検診協議会との連携及び協力
5. その他、本会の目的達成のために必要な事項

2) 第 2 号議案

平成 30 年度九州医師会連合会学校医会負担金に関する件 (鹿児島県)

鹿児島県医師会鹿屋常任理事より、標記負担金については、去る平成 29 年 11 月 25 日 (土) 開催の評議員会において、各県より徴収しないことが承認された旨の説明があり、特に異議なく承認された。

3) 第 3 号議案

第 63 回・第 64 回九州ブロック学校保健・学校医大会開催担当県に関する件 (鹿児島県) 鹿児島県医師会鹿屋常任理事より、標記大会開催担当県について以下のとおり説明があり、特に異議なく承認された。

1. 第 63 回 (平成 31 年度) の決定…大分県
2. 第 64 回 (平成 32 年度) の決定…福岡県

II . 平成 30 年度九州医師会連合会学校医会総会

開 会

鹿児島県医師会の鹿島常任理事より開会が宣言された。

来賓祝辞

日本医師会の横倉会長 (代読: 道永常任理事) より祝辞が述べられた。

開催県医師会長挨拶

開催県医師会 (鹿児島県医師会) の池田会長より挨拶が述べられた。

議長選出

会則に基づき、開催県 (鹿児島県医師会) の池田会長が議長に選出され、議事進行が行われた。

報 告

1) 平成 30 年度九州医師会連合会評議員会

(平成 30 年 10 月 26 日開催)

鹿児島県医師会の池田会長より、平成 30 年 10 月 26 日に開催された標記評議員会において報告・協議された以下の事項について、それぞれ報告が行われた。

(1) 報告

- ①平成 29 年度九州医師会連合会学校医会事業について (佐賀県)
- ②平成 29 年度九州医師会連合会学校医会歳入歳出決算について (佐賀県)
- ③平成 30 年度九州医師会連合会学校医会事業経過について (鹿児島県)

(2) 議事

- ①平成 30 年度九州医師会連合会学校医会事業計画に関する件 (鹿児島県)
- ②平成 30 年度九州医師会連合会学校医会負担金に関する件 (鹿児島県)
- ③第 63 回・64 回九州ブロック学校保健・学校医大会開催担当券に関する件 (鹿児島県)

次期開催県医師会長挨拶

次期開催県医師会 (大分県医師会) の近藤会長より、平成 31 年 8 月 3 日 (土)、4 日 (日) ホテル日航大分オアシスにおいて、九州ブロック学校保健・学校医大会を開催する旨の挨拶が述べられた。

印象記

理事 白井 和美

評議員会・総会では、各事業が順調に経過していることが確認できた。尚、今後、平成 31 年度は大分県が、平成 32 年度は福岡県が担当に内定したことも了承された。そして、その後の担当予定も発表され、当県は 3 年後に予定されていると判明した。次年度から準備が必要のようである。

