

玉城知事への表敬訪問



左から、宮里達也副会長、宮里善次副会長、安里会長、玉城知事、砂川保健医療部長

昨年10月に、新沖縄県知事として玉城デニー知事がご就任されたことから、去る12月20日(木)、安里哲好会長、宮里善次副会長、宮里達也副会長が県庁を訪ね玉城デニー知事へ表敬挨拶を行いました。

冒頭、安里会長は、本日は大変ご多忙の中ご対応いただき感謝申し上げます。この度は沖縄県知事ご就任おめでとうございます。保健・医療・介護を担う行政の長である玉城知事とお会い出来、大変光栄に思います。玉城知事、保健医療部と密なる連携をとり県民の生命と健康を守っていく所存でありますので、今後ともご支援、ご指導の程よろしく申し上げます。

本県は、毎年多くの初期臨床研修医が全国から集まっており、沖縄県医師会では毎年4月に研修医歓迎レセプションを開催しております。その際に知事に激励のお言葉をいただけますと研修医も非常に励みになると思いますので、4月のレセプションにお越しいただけましたら幸いです。

また、沖縄県の課題としてはやはり、65歳未満の働き盛り世代の健康状態の厳しさという事が大きな課題であると考えております。砂川靖保健医療部長をはじめとした、保健医療部の皆様方と協力をさせていただきながら取り組んで参りたいと考えております。本日は、本会が8月に取り纏めた「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事業計画書」を持参いたしましたので、知事におかれましてもご支援ご協力をいただけますと幸いですと述べられました。

これに対し玉城知事からは、行政としても地域医療を守っていく事を考えた場合、県立病院、民間病院を問わずしっかりと協力していくという事が非常に重要であると思っています。保健医療部とも話をしていますが、様々な問題等がありますが、いかに地域の皆様に安心して生活していただけるかという事を念頭に考えており、北部の基幹病院の件も含め、

ひとつひとつ慎重に検討していきながら前に進んでいかなければならないと考えております。行政側だけでは勿論難しい事も多々ありますので、皆様方のお力をお借りしながら検討していきたいと思っております。また、安里会長からお話がありましたように、若い研修医の先生方が沖縄に多く来ているとのお話がありましたので、そういった若い方が引き続き沖縄に残っていただけるよう検討していく事も考えていかなければならないと思っております。

当県の問題として子どもの貧困の問題があり、そういった子ども達の受診率という事も課題であると考えておりますので、医療機関の受診率に貧富の格差がないよう取り組んでいきたいと考えておりますと述べられました。

その他に、安里会長から、玉城知事が述べられた貧困対策や少子化対策・子育て支援や人材育成は重要な課題であり、この課題を克服することで、今後更なる沖縄の発展に繋がり、国内外に輝く沖縄県になっていくと思っております。また、沖縄は国際観光立県として毎年外国からも多くの観光客が訪れていますが、外国人観光客の医療については様々な問題があります。医師会としても沖縄県の政策の柱でもある国際観光立県を医療の面からも後押しすべく、県行政、県立病院、大学病院、民間病院等関係者間で取り組んでいますと述べられました。

懇談は、終始なごやかな中で行われ、今後の県民の健康福祉の向上に沖縄県行政と医師会が連携して取り組んで行くことが確認できた有意義な知事表敬訪問でありました。



平成30年度女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会



理事 玉城 研太郎



去る10月30日（火）沖縄県医師会館において標記懇談会を開催した。

当日は、公的・民間病院を含めた施設の代表者や事務長、女性医師等、多数の参加があった。今年度は慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 専任講師 岸本泰士郎先生をお招きし、「情報通信技術や人工知能を活用した近未来の医療の展望」についてご講演いただいた。続いて、フロアを交え意見交換を行なった。

参加者は理事長・病院長・副院長等10名、医師26名、事務17名の計53名の参加があった。その概要について次のとおり報告する。

挨拶

沖縄県医師会女性医師部会部会長の依光たみ枝先生より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

女性医師部会発足後、平成20年の病院長等との懇談会では、院内保育所の設置状況や、病

児・夜間保育の設置状況、実施している就労支援等についてアンケート調査を行った。その後、毎年様々なテーマで懇談会を開催し、平成28年には男性医師の育児休暇について、取得者に講演いただいた。

県内の基幹型臨床研修病院16施設においては、女性医師の常勤/非常勤の割合は5～38/1～97人であった。また、女性研修医は研修医全体の36%を占めていた。

また、16病院のうち、院内保育所があるのは11施設で、そのうち6施設がこの10年の間に設立されていた。また、病児保育があると回答したところは7施設であった。

短時間勤務制度については、16病院中14病院（87%）で導入されている。

ダーウィンの「最も強いものが生き残るのではなく、最も賢いものが生き残るのでもない。唯一生き残れることができるのは、変化できるものである」との言葉にもあるように、トップ

の意識改革が現場を変えることが重要であるということをお集まりいただいた管理者の方や事務長の皆様に伝えたい。

女性医師フォーラム(平成30年9月20日開催)報告
沖縄県医師会女性医師部会委員 宮里恵子

去る9月20日(木)に第12回沖縄県女性医師フォーラムを開催した。

テーマを「外科系女性医師が辞めない方策を考える」とし、県内15の病院を対象に行った「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」結果報告を行った。

卒後5年以上の外科系女性医師を対象に行った調査の結果は下記のとおりである。

- 有効回答数は58人(有効回答率58%)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。
- 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。
- 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、制度が無いか、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。
- 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58%であった。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。
- 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。また、男性と差をつけずにキャリアアップのチャンスが欲しいとの意見や、

専門医を取りやすいようローテーションを工夫してほしいという意見も少なくなかった。

○自由記載では、支援制度の見直しや、仕事内容・職場体制の見直しを求める意見があった。また、女性医師だからといって特別ではない、女性に限った問題ではないとの意見もあった。

続いて、北部地区医師会病院 外科の堤綾乃先生と琉球大学医学部附属病院産婦人科 講師の銘苺桂子先生より、それぞれキャリアプランやワークライフバランスについて講演いただき、その後グループ討論と総合討論を行った。

参加者は60名(医師34名、医学生(女性)17名、看護師1名、社労士2名、事務6名)だった。

講 演

「情報通信技術や人工知能を活用した
 近未来の医療の展望」
 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
 専任講師 岸本泰士郎



遠隔医療の定義は「通信技術を活用し、離れた地点間で行なう健康増進、医療と介護に資する行為すべてのこと」であり、大きく DtoD(専門医が他科の医師の診療を支援)と、

DtoP(遠隔地の患者を診察)に分けられる。

日本や諸外国で最も用いられている遠隔医療の形態は放射線の診断であり、その次に多いのが遠隔病理診断である。どちらも保険診療として認められてきている状況である。

遠隔医療が診療の一形態として広がっていく際には、遠隔でもきちんと診断できているか、治療の効果が対面と同じぐらいあるか、患者さんに満足してもらえるか、安全性はどうか等の点で検証が必要だが、精神科においては、診断という点で比較しても遠隔と対面でほとんど差がないとの研究結果も報告されている。

これまで日本で遠隔医療の導入が進まなかった背景としては、医師法 20 条で「医師は自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付」してはいけないとされており、この「自ら診察しないで」という箇所に遠隔医療が抵触してしまうのではないかと懸念があり、ネックになったのではないかと考えている。

これについては、2015 年 8 月に厚生労働省医政局長より、遠隔診療についても「現代医学からみて疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものであれば医師法 20 条等に抵触するものではない」との事務連絡が発出された。

その後、2015 年 9 月には産業保健の現場においての面接指導を遠隔で行なっても差し支えないとの連絡があり、これが事実上の遠隔医療の解禁だと受け止められた。

私自身、留学先で遠隔医療を試す機会があったが、日本でも遠隔医療が導入されるにあたり、きちんと研究活動を行うことが必要だと考え、正しく普及し質を確保することを目的に遠隔医療学会内の精神科分科会を組織し、研究活動を展開してきた。その中で、手洗いを繰り返してしまう強迫症の患者や過大恐怖によりベッドから降りられない患者に遠隔医療を利用した自宅における治療を展開したことで、生活が正常化したり、恐れていたことにどんどん挑戦できるようになった症例もあった。

遠隔医療は離島・へき地医療、復興支援、在宅医療等の場面や医療の均てん化の面からも力を発揮できると思うが、日本ではエビデンスが不足しており、患者さんに受け入れてもらえるかということが懸念されてきた。

また、質の担保が必要だということで、日本医療研究開発機構 (AMED) の援助による「J-INTEREST」において、①臨床研究を通じた遠隔精神科医療の診断、信頼性、有効性等の検証、②長期的に遠隔医療のエビデンスを蓄積するためのデータベース作成、③手引書の策定を進めてきた。

その中でウェブ会議やビデオ会議システムを利用して、高齢の患者に対して遠隔で認知機能の検査を実施し、対面の場合と遠隔で行なった場合とで比べたところ、特に問題なく検査が実施できた。

また、強迫症を含む不安を抱きやすい病気に対し心理治療を展開したところ、疾患の重症度を下げることができたほか、治療の満足度についても約 9 割が満足したと回答した。さらに、自宅でテレビ電話での診療が可能になったら対面診療を希望するか尋ねたところ、8 割以上がテレビ電話を希望すると回答した。これはインターネットリテラシーの高い若い世代を対象にしているものでバイアスがかかっているが、この世代にとっては非常に受け入れやすい診療形態だと認識している。

手引書に関しては、厚労省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を読んでも難しい部分があるため、どうしても必要なものをピックアップし解説をつけた。遠隔診療を行なう上では、プライバシーの問題(画面に他の人が写っていないかなど)や視覚情報や聴覚情報がきちんと伝わっているかなどをきちんと確認する必要がある。

ご承知のとおり平成 30 年度診療報酬改定で遠隔医療が、一部、保険診療として認められるようになった。大きく分けて「オンライン診療料」と「オンライン管理料」がある。

1 月に 170 点までという制限された形での導入になったが、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、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、精神科在宅患者支援管理料など、管理料をすでに算定している人に対して、対面で行なう間を補完する形で遠隔診療を行なっても良いということで新設されている。

遠隔診療は、対面で行なう通常の診療を補完するものとして位置づけられていることから、普段診ていない患者さんを診るというイメージを持たれやすい「遠隔」という言葉を避けて「オ

ンライン診療」という言葉が使われている。普段診ている患者をフォローアップする形で遠隔医療を利用し治療の効果をあげるという趣旨であり、初診から6ヵ月以内で、同じ医師が診ており、緊急時には30分以内で対面による診察が可能であることが必要となる。

この診療報酬改定でオンライン診療が認められたことは、国が情報通信技術を用いた医療を推進するということがかなり強く示されており、そのような時代が来ていると実感できる。

また、遠隔モニタリングも新たに追加されており、例えば在宅酸素を行なっている患者から遠隔でデータが送られ、それをモニタリングすることにに対し加算をすることになっていく。さらに、勤務場所に関する要件についても、画像診断を行なうにあたって、医師が健診医療機関にいなければいけなかったものが自由化に向かう動きがでてきている。

遠隔医療を進めるにあたっては、悪意ある診療の予防、安全性の確保、インフラの整備、正しく使われて患者さんのためになっているかというエビデンスの確立などの課題があり、これらを克服していかなければならない。

現在、様々なものがインターネットにつながっており、ビッグデータを解析する技術が進歩し、医療分野へのAIの応用に注目が集まってきている。AIには「強いAI（知的で万能な存在）」と「弱いAI（特定の機能を備えたもの）」があり、現在、様々な場面で普及しているのは「弱いAI」である。AIを下支えしている「機械学習」とは、人間が自然に行っている学習能力と同様の機能をコンピューターで実現しようとする技術・手法のことである。

人工知能にも歴史があり、我々が経験しているのは第3次ブームである。主に、機械学習（特にディープラーニング）が力を発揮しているようになってきたこと、ウェブ（インターネット）による情報通信技術の発展によって大きなデータが出てくるようになったこと、さらにコンピューターの計算能力の上昇などがこれを支えている。

精神科領域でもこうしたデバイスを活用すべく新しい試みが行なわれており、躁うつ病や双極性障害の患者の気分の状態を、電話での会話の特徴等により躁状態なのかうつ状態なのかを判定できたという報告がある。また、デジタルペンを使って描いたものがリアルタイムでコンピューターの情報として活用され、機械が認知症を判定するという技術も開発されている。

AMEDの支援により行なっている「PROMPT」というプロジェクトでは、うつ病や認知症患者をターゲットにしている。これらの病気の重症度を把握するのは難しく、バイアスがかかることが知られているが、患者が診察している場面をカメラで撮影し、機械に観察・判定させると、人間が判定したものとほぼ一致するほど精度が高まってきている。うつ病患者の表情の変化や、質問に対する応答速度についても機械が捕らえられるようになっており、そういった情報をすべて機械学習で総合し、うつ病の重症度のある程度機械判定できるようになってきたことに加え、患者の状態が前回に比べて良くなっているかどうかとも判定できるようになってきている。

さらに、患者の発言内容についても解析できないかということで、自然言語処理（人間が使う自然言語をコンピューターが処理する）技術を使い、精神科の患者の言葉に表れる症状を抽出できないかという新しいプロジェクトを立ち上げた。具体的には、患者にインタビューし、話を逐一機械が最小限の単位に分解し、語彙、カテゴリーをかぎとる。また、その言葉がどこにかかっているのかということ（係り受け）も機械がかなり正確に推測することができるようになっており、その係り受けの中に疾患の特徴がないかということも探している。

こうした言葉に表れる症状の抽出がうまくいく可能性があり、諸外国では統合失調症のハイリスクの方に自然言語処理を使った言葉の抽出をすることで、将来発病する人を推定することができたとの研究結果が報告されている。

また、ディープラーニングは画像の識別に優れており、放射線科や皮膚科などの領域でAI

が最も利用されており、深層学習の力が発揮されやすい分野であるが、皮膚科の専門家が皮膚がんを診断するのと同等の精度でAIが診断に成功したというレポートが出ている。

また、放射線科医に代わって診断する技術を提供する会社もあり、日本でも取り入れられてきている。

国は、AI技術を積極的に利用し医療を前進させたい、医師の仕事を効率化を図っていききたいという考えから、病理や放射線科の画像領域の研究に研究費を出すという流れになってきている。学会単位でデータが大量に1か所に集められ、AI解析が行なわれているところである。それ以外にも、眼底所見などいろいろな領域の画像データを集め、それをAI開発につなげていこうという大きな動きがでてきている。それらが、国立情報学研究所(NII)に集まってきていると聞いており、政府が後押しするような形である。

現在、IoTやAIを使った新しい産業である第4次産業革命の推進や、Society5.0(サイバー空間とフィジカル空間を高度に融合させたシステムにより経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会)の推進がうたわれている。

医療領域においては、電子カルテなどIT化が進んでも、その膨大な情報を病院の外で共有できていないという課題がある。医療機関同士をつなぐことが必要であり、また、ケースに関係するいろんなデータを融合し、健康推進に役立てていこうとする取り組みが進められている。

オンライン診療もそうしたビジョンの中に組み込まれており、今年6月の未来投資会議においては、まだ規制が緩和されていない遠隔による服薬指導を推進していくことや、特定の診療加算を取っていないところに対しても評価していくという考えが示されている。また、AI医療機器に関しても明確なルールがないことについても今年中に明確なガイドラインを発表することが示されている。

精神科に関しては、バイオマーカーがなく、うつ病の診断基準にいかかに似ているか、正常と

いわれているところからどれほど逸脱しているかというところで診断をしており、これはおそらく人間でないと診断できないものと考えているが、集団をみて共通点を探すという点ではAIもそれほど大きくは変わらない。我々が一体何をみて、どのように診療しているかということを考える一つのきっかけになるのではと思う。

新しい技術が出てくる中で気にしないといけないのは、倫理的、社会的、法律的な課題であり、例えば、望んでもいない人を診断したり、社会的な差別を行なうような可能性があるため、その点には十分気を付けなければいけない。

また、AIを利用して大きなミスが発生した場合、基本的には医師が責任をとることになるが、医師が診断をするもっと手前の段階でミスがあった場合、それも全部責任を負うのか、ということに関しての法律的な議論は不十分である。

さらに、知的財産権のあり方が問題となる。機械学習の微細な工夫はあるが、一番大きくものをいうのが、誰が一番良いデータを持っていたかということである。現在、国内で放射線画像や病理画像が集められてプールされているが、そこから特定の会社が儲かったという話を聞いたら皆が気持ちよく受け止められるとは限らない。しかし、そういったことを気にしていると、他の国にどんどん追い抜かれてしまうということになりかねないので、どのようにコンセンサスを得て進めていくのかが非常に大きな課題である。

また、長期的視野にたった社会への影響も大きな問題であり、例えば、AIが優れていて、医師が承認するだけになってしまい、自分で考えることをしない医師が増えるかもしれないという話がある。医師の教育の在り方についての議論になるが、そうしたことについても検討が必要だと思う。

意見交換

質問：イギリスの「ディープマインド」の網膜疾患診断技術のように、呼吸器の領域でそう

いった診断ができるようになる可能性はどのくらいあるのか。

回答:放射線科領域で肺がん等の診断において、人間が見逃すものを見つけてきているという話があった。画像領域でのAIの活用は進んでいる。あとは、アイデア次第で様々な切り口があると思う。呼吸のタイミングやスピードなど、今まで計測していなかったもの、あるいは検査中の数分の状況だけではなく、1日でどうなっているのかということモニタリングしやすくなっているため、そうしたデータを使った新しい発見があるかもしれない。

ただし、AIに対して過剰な期待があり、まったく新しいことができるのではないかと思われるところがあるが、あまりにも関係のないことから何かを予測・発見できるというわけではない。

また、疾患の概念の再構成は多いにあり得るかと考えており、AIでの新しい解析でそういった枠組みが見えてくる可能性があるかと思う。

医学領域は専ら教師あり学習で使われているが、一部で教師なし学習により、機械にグループ分けをさせて、我々が見つけていなかった特徴が抽出される可能性もある。

質問:ビッグデータを活用するためにこれからデータを蓄積しようとする場合は、教師あり学習ができるようデータに重み付けをしなければならないが、そういった準備がなかなかされていないような気がする。「ディープマインド」はコモンディジェズの中で出てくるような頻度の高いもので、医師や専門医が少ないところで診断をするという名分だが、IBMの人工知能「ワトソン」はイノベーションの面があり、専門医が見ても見落とすかもしれない疾患を出すという点で方向性が違うような印象を受ける。どちらの方向で開発されていくのか。

回答:きちんと標識、ラベル付けをしていくことで精緻な診断技術をAIが持つ可能性はある。狙いを定めてラベル付けできたデータがAI開

発の早道になることは間違いないと思う。機械学習はもっとも正解に至る方法を見つけている。2つの疾患をわける線の一番上手な引き方や、そこにいたる一番上手な解析の仕方はないかということ機械は基本的に考えているので、その点では大きく違いは無いのではと思う。

質問:ディープラーニングをするにあたって、一部の企業がビッグデータを持つのではなく、エストニアのようにし、データをすべて整えることができれば、そこから新しい発見が出てくると思うが、そのような舵取りは可能か。

回答:私自身これまで複数の企業と共同研究をしてきたが、企業のマインドとして、自社の利益を守ることを捨てるというのにはあり得ない。協調しながらやっていこうという話もあるようだが、なかなかうまくいっていないようで、大きな方向転換は難しいようだ。また、国が事業体を進めるとしてもどこかの企業に頼らざるを得ない現状があり、資本主義の中では難しいと考える。

総 括

沖縄県医師会理事 玉城研太郎

本県は島しょ県であり、医師の偏在化が課題となっているが、岸本先生の講演を拝聴していると、残念ながら現在の法整備のもとではテレメディスンが沖縄県の医療状況を改善するところまでは至らないのかなという印象を受けた。今後はテレメディスンを利用しながら、沖縄県の医師の偏在化、医療の均てん化がうまくいけばいいと考えている。

また、ディープラーニングについては、日常においても大変注目されている。加えて、今、沖縄が抱えている医療問題においてもディープラーニングは重要かと思う。本会でも65歳未満の健康改善のためさまざまな取り組みをしているが、まだデータの解析が不十分などところもあるので、今後ディープラーニングを用いてデータを蓄積していくことができれば、沖縄の長寿復活も実現できるのではないかと思う。

印象記



沖縄県医師会女性医師部会 委員 仁井田 りち

医療のあらゆる分野で最先端技術が応用されている昨今、今回の講師・岸本先生の講演はまだまだ遠きものと思われていたAI、テレメディシン、遠隔医療、オンライン診療がすぐ身近にきていることを実感させられる内容でした。講演は海外と日本との比較から始まり、「日本はテレメディシンの技術は進んでいるが実用で遅れている。アメリカやオーストラリアの国土の広大な地ではテレメディシン無しには成り立たない。」とのことでした。(注・遠隔地への医療サービスの提供を可能にする新たな技術は「テレヘルス」と総称され、医療サービス提供のモデルに大きな変化をもたらしている。テレヘルスの中でも、医療現場で最も差し迫ったニーズがあるのは、信頼できる医療従事者へのアクセスを可能にするテレメディシンである。)厚労省は2015年から本格的に遠隔診療を推進しています。2018年の診療報酬改正時に保険診療にオンライン診断料、オンライン管理料が認められました。遠隔医療ガイドラインも整備されつつあります。今年度中に服薬指導、AI医療機器に関してのガイドラインが作られる予定です。

遠隔診療とは対面医療を補完するものであり、普段フォローし診察している患者さんで初診から6ヶ月過ぎていること。(これまで診察していない患者を診察するのではない)。ただ今回のガイドラインで気になったのは患者と医師との交通手段での距離が30分以内であるとのこと。えっ、これでは遠隔の意味をなさないのではと皆が疑問に感じたと思われます。(遠隔ではなく近隔?)遠隔診療は離島や復興支援への実用化が一番期待されますが離島ではインフラ整備がまだ出来ていません。遠隔診療を治療に応用する研究が始まっています。「引きこもり」「強迫性障害」の心理療法に応用でき、検査として「遠隔で出来る認知機能検査」に使うことが可能です。遠隔医療の今後の問題点は法律の専門家と共に倫理的、法律的、社会的整備が必要であり、知的財産権問題、長期的視野においての医学教育の問題にも関わってきます。果たしてプライバシーは守られるのか、視覚、聴覚情報は相互に伝わっているか、正しく普及しポジティブに前に進むことが必要と強調されました。

医療におけるAIは、放射線科、病理、精神科、皮膚科領域での実用が進んでいます。画像診断は今後急速にAI化が進みます。AIを下支えしているのが機械学習(ディープラーニング)で、その得意とするところはAIに膨大な画像を取り込ませて学習させ、診断させることです。この分野ではAIが人間を超えるようになっていきます。なんと言っても画像の識別に力を発揮しており2017年のNatureでは皮膚癌の診断にAIが人間に勝っていたとの論文が発表されています。

AIには強いAIと弱いAIがあり、強いAIはドラえもんやターミネーターのような漫画や映画の世界のAIです。弱いAIは「領域限定型AI」のことで例えば囲碁は出来るけれど囲碁以外は全く出来ません。(確かにそうだと納得しました)。強いAIの登場は今では考えられていません。人間の顔を見て感情(喜怒哀楽)を判断することも現在研究中です。

また自然言語処理に関して「言葉に表れる特徴」「どんな語彙が使われているか」を分析して疾患の特徴を掴む研究もなされています。岸本先生の「単語をベクトル化する」という言葉が新鮮でした。

精神科診断では遠隔医療と対面診療と同じように診断で差が出なかったというエビデンスが紹介されました。カナダのスタディーでは同じく遠隔医療と対面診療で「医師のうつ病診断に差が出ない」とのエビデンスも示されました。

AIがその優れた性能を発揮するためには、IoTで収集される「データ」が必要です。データが少なければ、実際に役に立つ分析はできません。そこで「ビッグデータ」と呼ばれる大量のデータが必要となります。誰が一番良いデータを持って、どこまで提供可能かそれも大事です。医療AIの未来についてはAIを如何に有効活用していくか、AIを使って医療機関同士を繋ぐ、治験のデータの融合を行う、教師有り学習で「この診断にこの画像」とひも付けしたデータや狙いを定めたきちんとしたデータを使うこと、感度に優れているバイオマーカーを2つ3つ組み合わせてみることで診断AIの可能性が広がっていくでしょう。逆に疾患の概念の再構築もあり得るかもしれません。AI診断に関しては医師が責任を取ることになります。急速に進む日本の少子高齢化の現在だからこそそのAIの重要性が伝わってきました。岸本先生は謙虚に「知識と能力が足りないのでお答えになっているかわかりませんが」と前置きしてフロアからの質問にも膨大な知識を提供してくれました。岸本先生のすらすらと出てくる日本語に感動していました。インターネットを使いこなしている世代の先生方にはもしかすると物足りなかったかもしれませんが、病院の電子カルテ導入にやっと慣れた私（50代後半）には「さ～今度はAI・テレメディシン・遠隔医療・オンライン診療」とまだまだ未知の勉強分野があることを実感しました。現在日本はIPS細胞にオプジーボ等で医療ではまだかろうじて先進国ではありますが、今後うまくAIの波にのることができれば未来は明るいかもしれないと夢を感じ、反面、AIの限界も現実として理解出来た講演内容でした。悲しいことに講演内容は、どんどん忘れてしまいます。ワーキングメモリーだけに留まらず、もう一步脳の奥深くに刻みたいと、記憶保持AIがほしいものです。

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すようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

平成 30 年度 第 3 回沖繩県・沖繩県医師会連絡会議



副会長 宮里 善次



日 時：平成 30 年 11 月 8 日（木）

12：50～13：45

場 所：県議会棟 4F 執行部職員控え室

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、藤田理事（以上医師会）、砂川保健医療部長、大城医療企画統括監、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（以上沖繩県保健医療部）

議 題

(1) 地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の活性化について（提案者：県医師会）

<内容>

①地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の開催方式について

本県の地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）では、現在、「公的医療機関等 2025 プラン」を中心とした協議が行われていると伺ってい

る。他県では、既に民間病院の方向性についても議論が始まろうとしているところもある。

現在本県の地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の開催は、議題に応じて幅広い関係者に声掛けを行っており、深い議論が出来ない現状にあると考えている。「公的医療機関等 2025 プラン」を含め、今後の検討については、活発な議論が必要と考えている。本件は、昨年度の本会議においても提案させていただいており、県保健医療部においても課題であるとの認識を示され、検討していくとのことであったが、その後の経過はいかがか。

②県単位の地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の設置について

③地域医療構想アドバイザーの選任について

また国から、地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）を活性化する方策として、県単位の地域医療構想調整会議の設置や地域医療構想アドバイザーの選任について通知があ

り、今後、地域医療構想を推進していく上で、非常に重要なことと考えている。

特に②については、それぞれ構想区域毎で行われている議論を俯瞰することや、県全体としての方針の決定等、非常に重要な役割を担うのではないかと考えている。

これらについて沖縄県としてどのようにお考えかお聞きしたい。

<県保健医療部回答>

①地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の開催方式について

平成 29 年度は、医療、介護福祉、市町村関係者などで協議を行ってきましたが、十分に議論が深まらなかったため、平成 30 年度は、医療関係者を中心に集中的な議論が行えるよう会議を運営していくこととしております。

主な協議事項としましては、新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プランを中心に、公立・公的医療機関以外の病院や有床診療所を含む全ての医療機関の役割や機能について協議を行うこととしております。

県は、論点及び客観的データ等の提示を行うことで議論の活性化を図り、将来の具体的対応方針の合意形成を図っていきたいと考えております。

②県単位の地域医療対策会議（地域医療構想調整会議）の設置について

県は、医療関係者、学識経験者、市町村等で構成する県単位の地域医療対策協議会を設置し、地域医療構想を含む全県的な医療提供体制の確保について協議を行ってきたところであります。

当協議会は、医療法の改正に伴い専ら医師確保に関する協議の場となることから、平成 30 年度に医療関係者で構成する「沖縄県医療提供体制協議会（仮称）」を新たに設置し、地域医療構想を含む医療提供体制の確保について意見聴取を行うこととしております。

③地域医療構想アドバイザーの選任について

国は、地域医療構想の進め方や地域医療対策

会議における議論の活性化について助言する役割を担う「地域医療構想アドバイザー」の選任を推奨しております。

県は、平成 30 年度から職員を増員し、圏域毎に担当者を配置するなど体制強化を図るとともに、県医師会、地区医師会等と連携し、地域医療構想の実現に向けて取り組んでいるところであり、地域医療構想アドバイザーの選任については、今後の議論の進捗状況を踏まえて検討したいと考えております。

<主な意見>

◇県医師会：

様々な会議があり、名称が分かりづらいものもある為、新しく設置する会議は、名称を分かりやすいものにしていただきたい。

◆県保健医療部：

これまで県単位の議論する場所は、沖縄県地域医療対策協議会であったが、法改正により、本協議会は医師確保に特化した議論を行う会合になっている。その為、医療計画や地域医療構想、地域医療介護総合確保基金等の議論の場は、「沖縄県医療提供体制協議会（仮称）」という名称はいかがかと考えた。

しかしこの名称が分かりづらいということであれば、地区の会議を「〇〇地区地域医療対策会議」、沖縄県の会議を「沖縄県地域医療対策会議」という形にしても良いかと考える。

◆県保健医療部：

今年、いくつかの地区で既に地域医療対策会議を開催しているが、昨年度より、深まった議論ができています。

今後は各医療機関の方向性についても議論していくこととなる為、まだ案ではあるが、毎年度末に、その地域の地域医療構想に関する合意書を作っていければと考えている。

◇県医師会：

全体的に説明会方式になっている。これでは理解度に差があり、深い議論が難しいのではないかと考える。

◆県保健医療部：

これまで市町村等の行政、福祉の方々も入れていたが、そのような方々には案内せず、医療従事者のみに案内を行っている。

(2) 訪日外国人患者に対する診療価格について
(提案者：県医師会)

＜提案要旨＞

通訳等の附帯サービスの上乗せを含めた自由診療である外国人観光客向け医療に関する価格の合理的な設定方法について、現時点で県当局のお考えを伺いたい。なお、本年6月政府が取り纏めた「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策（以下、総合対策）」に基づき、現在、厚生労働科学研究において調査研究を行っていることは承知している。

総合対策：訪日外国人患者に対する適切な診療価格のあり方について

○訪日外国人患者に対する診療価格の現状及び外国人受入体制構築に必要な費用について、厚生労働科学研究において研究を行い、2018年秋頃に中間報告を行う。また2018年度末までに医療機関向けマニュアルに記載すると伺っている。

厚生労働省報告資料 / 第5回外国人観光客に対する医療PT (H30.4.20)

- 実態調査で回答のあった1,456の医療機関の83%が「1点あたり10円（または消費税込みで10.8円か11円）」で請求。年間501人以上受け入れる医療機関（n=24）に限ると、44%の医療機関が「1点あたり20円以上」で請求していることが分かったと報告している。
- また受け入れ体制構築に必要なコストは、医療通訳やコーディネーターの配置等の初期投資で50万～200万円程度、ランニングコストで年間1,800万～2,600万円程度の費用がかかると試算されている。これは、患者1人当たり3万～5万円程度に相当する金額になるとの説明がなされている。

＜県保健医療部回答＞

厚生労働省の資料によると、訪日外国人患者に関する医療費は自由診療とされているが、8割以上の医療機関が負担に見合った医療費を請求していないと報告されている。その理由については、受入コストを含めた適切な診療価格の根拠が明確でないためと推察されている。

こうした状況を踏まえ、国は平成30年6月に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」を取り纏めると共に、通訳等の附帯サービスの上乗せを含めた外国人観光客向け医療に関する価格設定に向けて9月に研究班を設置している。

当研究班は、外国人観光客が多い都道府県から診療報酬請求状況のデータ収集に取り組むとしており、沖縄県では救急26病院及び県医師会から推薦のあった2医療機関（病院1、診療所1）、計28医療機関を対象に調査が行われる予定と聞いている。

訪日外国人患者に関する医療費は、地域の実情を踏まえつつ、専門的知見に基づき検討される必要があることから、県としては今回の調査結果をもとに、国において早期に適正価格を設定していただきたいと考えている。

＜主な意見＞

◇県医師会：

本件は基本的に「自由診療」である。このような情報交換の場を活用し、会員への周知を図りたい。

◆県保健医療部：

県内でも1点20円で請求している医療機関もあると聞いている。厚労省が具体的な方針を定めるまでの期間をどう対処するかだと思う。

◇県医師会：

厚労省はデータ分析の結果は発表すると思うが、診療価格まで提示するか疑問である。

◆県保健医療部：

訪日外国人患者に対する診療価格の合理的

な設定について、厚労省総務課長へ確認したところ、本年3月沖縄県医師会からの問題提起を受けて、4月に限られたサンプルデータを用いて、診療価格の現状について提示した。その後、政府もこの問題を含め、訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策を纏めている。その為、研究班を立ち上げ、先程回答申し上げたとおり顕在化している都道府県から診療価格等に係る情報収集を行い、整理した内容を提示するものと考えている。

◇県医師会：

また厚労省では2018年度内に当研究結果に基づき、公正取引委員会と必要な調整を行い、独占禁止法との関係を整理するとしている。

少なくとも、厚労省の見解が出るまでは「自由診療」で良いと考える。

◆県保健医療部：

本日の会議では、「自由診療」であることを確認し、厚労省から資料が出された際に、情報を共有することとしたい。

※なお、社会医療法人等においては、法人税等の非課税要件として、①自由診療においても、社会保険診療に準ずる額を請求すること、②社会保険診療報酬等の合計額が全収入の一定割合を超えることが定められていることから、外国人に対する診療価格と税制との関係も、今回整理することとなっている。

(3) 県の医師確保関連制度について

(提案：県保健医療部)

沖縄県は、医師確保に関する県の要綱等について、医療法の改正を踏まえるとともに県内の医師の偏在の解消を図るため、以下のとおり制定、見直しを検討している。ついては、これらの内容について、貴会のご意見を伺いたい。

- (1) 地域枠医師の指定医療機関への派遣に関する取扱要領 (案)
- (2) 医師修学資金等貸与事業の見直しについて (案)
- (3) 沖縄県地域医療対策協議会設置要綱 (案)

<県医師会回答>

(1) 地域枠医師の指定医療機関への派遣に関する取扱要領 (案)、(2) 医師修学資金等貸与事業の見直しについて (案)、(3) 沖縄県地域医療対策協議会設置要綱 (案) については、特に意見はない。

(3) に関連して、医師確保対策は、現状においても様々な課題があることから、当協議会の正式発足前の平成30年度内に2回程度「沖縄県地域医療対策協議会準備委員会(仮称)」を開催し、各研修病院(基幹、連携)の状況、県内の専門研修体制等について情報交換してはどうか。

<主な意見>

◇県医師会：

選択診療科を含め、今年度の状況について伺いたい。

◆県保健医療部：

平成30年度は専門研修2年目が4名となっている。診療科は医師が選択することになるため、県で指定することはできない。

◇県医師会：

地域枠出身者の選択診療科は、内科は9名と多いが、外科系が少なく問題である。

◇県医師会：

地域枠の制度により、数年後には、離島診療所、救急医療の充実した施設、専門性の高い大学院等に配置される。よいシステムができており、期待しているが、専門研修に関してはまだ課題がある。

◆県保健医療部：

少しでも寄与できるよう、修学資金等貸与事業等で外科領域にインセンティブをつけたい。

◆県保健医療部：

近日中に、県内で臨床研修を行っている先生方並びに、臨床研修病院を対象に、県内での研修についてアンケート調査を行う予定である。アンケート結果の内容を共有する場として、県医師会から提案のある準備委員会を来年1月頃に開催したい。

◆**県保健医療部：**

19 領域すべての関係者を集める予定ではないがよいか。

◇**県医師会：**

案として示されている沖縄県地域医療対策協議会構成員でよいと考える。「沖縄県地域枠医師の指定医療機関への派遣調整プロセス」において示されている調整月は、医局によっては若干ずれがある。このような細かい点も含め関係者と情報交換をしたい。

◇**県医師会：**

派遣される地域枠出身者は、離島診療所に派遣される場合「救急に対応できるか」が不安に感じるのではないかと。準備委員会において、離島診療所に勤務経験のある先生または、医療を受ける側の住民代表をお招きし、「何が一番不安か」等について議論をしてはどうか。

◇**県医師会：**

自治医科大学出身の先生方で対応できないか。

◆**県保健医療部：**

8名となっており対応できない。県立だけで16の離島診療所がある。

印象記

副会長 宮里 善次

今回は3つの議題について協議がなされた。

地域医療構想調整会議の活性化に向けて全国でも様々な取り組みがなされているが、委員の間で理解度に差があったり、あるいは医療機関同士の利害が絡んで順調に進んでいるとは言い難いようである。沖縄県においても各団体から幅広く招集した委員間の理解度に差があり、議論と云うよりも説明会方式にならざるを得なかったと聞いている。

今回、国は県単位の地域医療調整会議の設置や地域医療アドバイザーの活用を通知してきたが、沖縄県でも今後は医療関係者を中心とした委員構成にして活発な議論を行いたい。また、アドバイザーについては今後の議論の進捗状況を踏まえて検討したいとの回答であった。

次に訪日外国人患者の診療価格について議論がなされた。

この問題は沖縄県医師会の城間担当理事から自見はなこ議員に情報提供がなされたことがきっかけとなり、現在厚労省部内で検討されている最中である。

現状ではほとんどの医療機関が1点=10～20円の患者負担分を請求しているようであるが、正式な厚労省見解と通達がなされるまでは、自由診療であるという見解で県・県医師会双方で一致した。しかしながら、社会医療法人に於いては非課税要件として、訪日外国人に対しても社会保険診療に準ずる額を請求することになっているのでご注意願いたい。

最後に医師確保関連制度に関する県の見直し案について県医師会は概ね了承した。

平成 30 年度 (第 34 回) 沖縄県医師会臨床検査精度管理調査 結果報告会の開催について (ご案内)

平成 30 年度 (第 34 回) 沖縄県医師会臨床検査精度管理調査結果報告会
を下記日程のとおり開催致します。

本調査は、県全体の臨床検査の標準化及び施設間の格差解消を主旨と
して実施しております。また、当日は教育講演も予定しておりますので、
会員各位ならびに関係者が多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

日時：平成 31 年 2 月 17 日 (日) 12 : 00 ~ 17 : 30

場所：沖縄県医師会館 (3F ホール)

—— プログラム ——

1. 挨拶 (12 : 00 ~ 12 : 10)
2. 精度管理調査解析結果報告 1 部 (12 : 10 ~ 14 : 05)
 - I. 血液検査部門
 - II. 輸血検査部門
 - III. 免疫・血清部門
 - IV. 生化学検査部門
3. 教育講演 (14 : 10 ~ 15 : 00)

講師：日本臨床衛生検査技師会 常務理事
佐世保中央病院 臨床検査技術部 部長
丸田秀夫 先生
「法改正の経過・概要と具体的対応」
4. 精度管理調査解析結果報告 2 部 (15 : 05 ~ 17 : 20)
 - V. 微生物検査部門
 - VI. 生理検査部門
 - VII. 一般検査部門
 - VIII. 病理検査部門
 - IX. 細胞検査部門
5. 講評 (17 : 20 ~ 17 : 30)

ツール・ド・おきなわ 2018

沖縄県医師会災害医療委員会委員長
北部地区医師会理事

出口 宝



ゴール前スプリント（ツール・ド・おきなわ協会提供）

「熱帯の花となれ、風となれ」、国内最大級の自転車ロードレース大会であるツール・ド・おきなわ 2018 が 11 月 10 日と 11 日に開催されました。今回も国内外のプロチームらが参加する UCI（国際自転車競技連合）公認競技である国際ロードレース 3 種目とホビーレーサーらが参加する市民レース部門 15 種目が開催されました。今回は 30 周年記念となり海外 15 ヶ国から 661 名の参加がありました。大会全体で 5,044 名、11 日開催のロードレースには 2,987 名が参加しました。昨年からのロードレースの医療救護体制は北部地区医師会が中心となり、Mass Gathering Medicine（本誌 Vol.54 No.1 p84 参照）の考え方を導入しての 2 回目の大会となりました。

1. 医療救護体制

準備は CSCATTT にならって行いました（本誌 Vol.54 No.1 p84 参照）。前日に救護所の設営と医療本部の設営を行いました。救護所はスタート・ゴール地点にある名護市労働福祉センター

1 階ホール内に設置しました（2 階はドーピング検査会場）（Fig.1）。救護所は診療所登録をして医師賠償保険に加入、救護スタッフ全員は傷害保険に加入しました。体制は昨年と同様に全ての救護活動を医療本部でコントロールすることとして、今回はドクターカーを 1 台増の 3 台としました。また、前回同様に医療本部要員として名護市消防から 2 名の派遣を頂き、医療救護スタッフは総勢 51 名となりました（Fig.2）。



Fig.1 救護所 名護市労働福祉センター 1 階ホール内に設置、ホール中にテントを張り診察室と処置室ならびにベッドを配置。

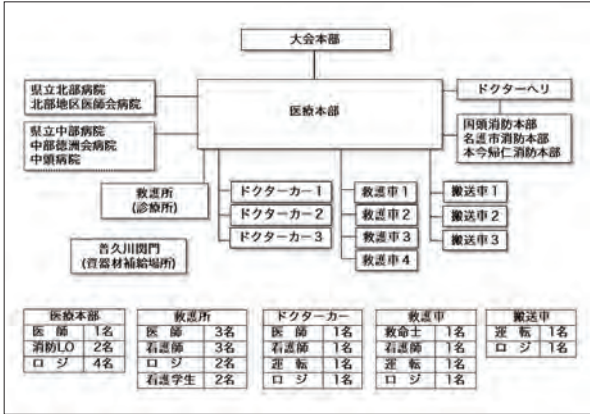


Fig.2 医療救護体制・組織図

通信手段は固定電話、携帯電話、IP無線、LINE を使い (Fig.3)、医療本部ではGPS を用いた位置情報で各車両を把握できるようにしました (Fig.4)。また今回からゼッケンの裏に氏名や緊急連絡先などの項目を記入するようにしました。

	固定電話	携帯電話	IP無線	LINE
大会本部	○		●	
警察本部	○		●	
医療本部1	○	◎	●	*
救護所		◎		*
ドクターカー1		◎		*
ドクターカー2		◎		*
ドクターカー3		◎		*
救護車1		◎		*
救護車2		◎		*
救護車3		◎		*
救護車4		◎		*
搬送車1				○
搬送車2				○
搬送車3				○
ドクターヘリ				○

Fig.3 通信系統 IP無線は通信ルールと用語を統一すると非常に有効。

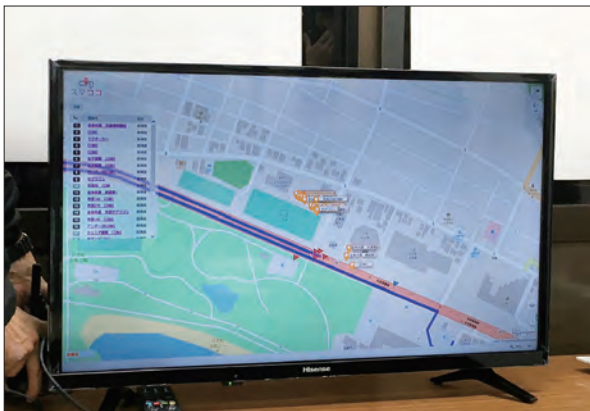


Fig.4 車両位置情報モニター 各車両にGPS機能付スマートフォンを搭載して医療本部のモニターで各車両の位置を確認。

2. レース当日の救護活動

当日は晴、最高気温は27.3度で風もほとんどないコンディションでした。6時45分にスタートしました。コース上には約50名の審判員や約700名の立哨員がいます。これら大会スタッフや警察・消防、そして選手自身や市民から救護要請が医療本部に入ってきました。各車両の位置情報と活動状況を見ながら各車両へ指示、各車両からの傷病者の詳細情報により搬送調整と病院調整を行いました (Fig.5)。



Fig.5 医療本部 ホワイトボードと壁にクロノロジー (経時記録) と傷病者リスト、中央奥に車両位置情報モニター。

傷病者数は92例でした。その内21例が病院搬送、7例が入院し2例が緊急手術となりました (Fig.6)。傷病別では外傷が89%を占め、擦過傷、打撲に次いで骨折が多く、頭部外傷の順となりました (Fig.7)。当日の消防の救急車要請は5例、ドクターヘリ要請は3例でした (Fig.8)。



Fig.6 救護活動 11時40分、名護市嘉陽の落車現場。

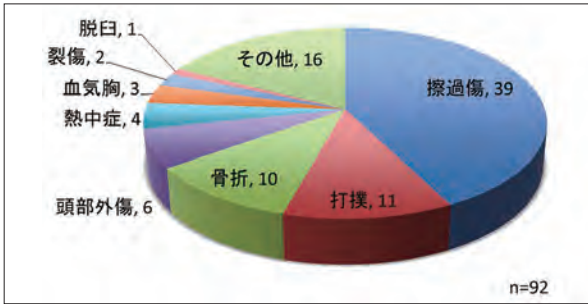


Fig.7 傷病別分類 外傷が約9割を占めた。頭部外傷の内2例は外傷性クモ膜下出血と外傷性脳出血。

出動機関	件数
本今消防	1
国頭消防	1
名護消防	3
ドクターヘリ	3
大会救護車輛	36

Fig.8 搬送機関別出動件数 (重複例あり)

3. 所 感

多数の傷病者が発生する可能性があるイベントにおいては、医療・救護を迅速かつ効率的に行うとともに、限られた地域の救急や医療資源への負担を軽減することが求められます。特にツール・ド・おきなわが開催される名護以北では急性期病院が2施設、消防救急車は3消防の7隊で日常の地域の救急医療を担っています。また、コースは名護 21 世紀の森体育館前をスタート、最長で本部半島から辺戸岬までの北部を一周する 210km の長距離になります。使用される国道と県道はレースの為に全面通行止めとなり、全幅一方通行となります。そのためコース上のドクターカーや救護車や搬送車も原則としてレースの進行方向にしか進む事は出来ず、逆走は危険なため認められません。

このような中で約 3,000名が出走する自転車ロードレースにおける医療救護活動には十分な準備が必要となり、その救護計画をたてるにあたっては Mass Gathering Medicine の考え方が有用です。

今回はレース開始から終了までの 5 時間の間に 92 例の傷病者が発生し、51 例が自ら救護所を受診し、41 例が医療本部への救護要請となりました。今回のような医療本部体制をとっていただければ、この 41 例は各々 119 番要請をする

ことになり、51 例は救急外来を受診して地域の救急医療に混乱を起こしてしまいます。その構築には、事前に受入れ救急病院と地元消防とドクターヘリ、そしてスタッフとの打合せを行い、当日は関係機関と連携して救護活動や搬送調整を本部で統括して行うことが必要です。また、医療本部には災害医療における本部活動のスキルが有用であり、そして現場の救護活動には救急医療のスキルが必要となります。本部のロジ活動では、美ら島レスキューや県防災の凶上訓練、JMAT 研修や DMAT ロジ研修などの成果が活かされていました。現場は、経験豊富な医師、看護師、救命士、ロジ、ドライバーのお陰で搬送例が多かったにも係わらず円滑に適切な活動が行われました。特に地元の地理に詳しい名護自動車学校の教員の方々にドライバーをして頂いた事と、そして名護消防から医療本部要員に参加して頂いた事は非常に助かりました。

一般に自転車ロードレースは雨になるとスリップによる落車が多発すると言われております。一方、晴れて風のないコンディションではスピードが出易くなるため、落車が起これると高エネルギー外傷に繋がり易くなります。このことが、今回の重症例が多かった一因と考えられています。同時にコース上での救護活動を行うスタッフにおいても危険な状態となります。今後は、さらに安全に救護活動が行えるような装備と活動マニュアルを整備していく予定です。

4. おわりに

県内では大規模なマラソンなどのイベントが増えています。主催者側に医療救護に関する認識が乏しいケースもあります。ひとたび多くの傷病者が発生すると地域の救急医療へも多大な影響が出てしまうことも想定されます。そこで、これらの医療救護も地域医療の一部と考えて、事前から地区医師会等の医療関係者が関わることも良いのではないのでしょうか。救護への参画を依頼された時には Mass Gathering Medicine の考え方を参考に、CSCATTT に沿って救護体制からスタッフの保険加入など、各々に適した準備と活動をして頂くことをおすすめします。

平成 30 年度永年勤続医療従事者表彰式 256 名が表彰される

常任理事 稲田 隆司



去る 11 月 22 日 (木) ダブルツリー by ヒルトン那覇首里城に於いて、平成 30 年度永年勤続医療従事者表彰式が行われた。

同表彰式は会員が開設する医療機関及び医師会に 20 年勤務する医療従事者に対して行うもので、当日は呉屋五十六沖縄県医師会代議員会副議長、来賓に砂川靖沖縄県保健医療部長の代理で、大城博医療企画統括監ご臨席の下、72 施設から 256 名の方々が表彰された。



始めに、安里哲好沖縄県医師会長から受賞者への挨拶として「一口で 20 年と言いましても、その道のりは困難なことが多々あったかと思えます。そのような中、本人

の健康保持はもちろんのこと、家族の理解、働く職場の上司、仲間等周りの皆様の協力に支え

られ、同一の医療機関で長年頑張ってきたものと思います。これまでの献身的な活動に深く敬意を表し、改めて感謝申し上げます。

さて、現在わが国では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向け、将来、国民が明るく健康的に生活していけるよう、効率的かつ効果的な医療提供体制の整備、また、国民一人ひとりが、どこに住んでいても適切な医療・介護を過不足なく受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が求められております。

とりわけ、今年は診療報酬・介護報酬の同時改定や、第 7 次医療計画がスタートする等、医療界にとり大きな節目の年となっております。

さらに、沖縄県では、働きざかり世代の健康悪化、早世が極めて深刻な課題となっております。このような事態を早急に改善し、健康寿命の延伸や健康長寿復活を実現するためには、我々医療関係職種が一丸となり、県民の健康づくりに取り組むことが非常に重要なことであると考えております。

幸いにして、今回表彰を受けられる皆様は、非常に経験豊かな方ばかりでございます。永年培った経験や知識、技術を活かし、地域に根差す医療職者として、良質な医療の提供に努め、本県の保健医療福祉の向上にご尽力を賜りたいと思います。」と激励の言葉があった。

続いて、安里会長より各施設の代表者へ表彰状の授与が行われた。



来賓挨拶として、砂川沖繩県保健医療部長の代読で大城医療企画統括監より「この度、永年勤続の表彰を受けられました皆様、誠にありがとうございます。

皆様は医療の職場において、長きにわたり職務に精励してこられました。その御労苦に対し、深く敬意を表します。今後とも県民の健康増進のため、職場において中心的な役割を担い、本県の医療体制の充実に取り組んでいただけるものと期待しております。

さて、高齢化のさらなる進展により、医療や介護を必要とする方の増加や医療需要の変化など、医療、介護を取り巻く状況は大きく変化しております。

そのような中、沖縄県では将来必要となる医療提供体制について定めた、地域医療構想を昨年3月に策定し、現在、構想の実現に向け各圏域ごとに協議を行っているところです。

また、広範かつ継続的な医療の提供が必要な5疾病、5事業及び在宅医療や医療従事者の養成、確保などに関する施策を定めた、第7次沖縄県医療計画を今年3月に策定し、全県的な医療提供体制の確保に取り組んでおります。

本県の医療提供体制の充実にあたっては、現場の第一線で御活躍されている皆様の役割は非常に重要でございますので、引き続き御支援、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、本日、栄えある表彰を受けられました皆様の、ますますの御健勝と御活躍並びに沖縄県医師会の御発展を祈念申し上げまして、お祝いの言葉といたします。」と挨拶があった。



引き続き、受賞者を代表し、宮良内科胃腸科医院看護師の池田経子さんから「本日は私たちの為にこのような盛大な式典を催していただき誠にありがとうございます。

永年勤続者を代表いたしまして厚くお礼申し上げます。

安里哲好県医師会長を始め多くの皆様からの温かい御言葉をいただき、深く感謝申し上げます。これまで20年の長期にわたり大過なく勤めることが出来たのも院長先生、職場の同僚の皆様や家族の支援のおかげだと感謝しております。

今後急速に少子高齢化が進み、医療環境が大きく変化するなか地域中核総合病院、救急病院、老人保健施設や小規模介護施設そして医療、介護、福祉、地域包括支援センターと連携を深め、住民が一番身近なかかりつけ医療機関のナースとして、自己研鑽につとめ院長先生を補佐し、同僚の職員と協力して患者さんに寄り添い、特に医療資源が乏しく困難な離島医療を微力ながら支えて行きたいと思っております。皆様には今後一層のご指導、ご鞭撻の程、宜しく申し上げます。

最後に沖縄県医師会の益々のご発展を心よりお祈り申し上げるとともに、ご来賓の皆様のご活躍を祈念申し上げ、受賞者代表の謝辞とさせていただきます。」と謝辞が述べられた。

表彰式終了後に引き続き行われた懇親会では、呉屋副議長の乾杯の音頭で祝宴に入り、被表彰者の所属する施設長や同僚が多数参加し、受賞者の永年の労をねぎらい盛会のうちに終了した。

印象記

常任理事 稲田 隆司

平成30年度永年勤続医療従事者表彰式並びに懇親会が平成30年11月22日(木)にダブルツリーbyヒルトン那覇首里城で行われた。

医療を支えてこられた皆様の晴れやかで誇らしげな表情が印象的であった。私もこのような仲間と共に仕事をしているのだと嬉しくしみじみとした思いに浸った。

さてその後の懇親会、それまでの厳粛な式典で噛みしめていた喜びが爆発したかのような明るい宴となった。本会呉屋五十六代議員副議長の挨拶も聞こえぬ程のにぎやかさで、副議長も苦笑いしつつも嬉しそうであった。

これからも共に医療を支えていきましょう。皆様お疲れ様でした。そしてこれからもよろしくお願ひします。ありがとうございました。

懇親会



平成30年度全国医師会 勤務医部会連絡協議会



理事 玉城 研太郎



挨拶

日本医師会横倉義武会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

本協議会は、昭和56年の第1回開催以来、今年度で39回目を迎えることになった。この間、勤務医の立場から医療に係るさまざまな問題をご議論いただき、昨年度は、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく「ほっかいどう宣言」が採択された。このように本協議会が日本全国に向けてメッセージを発信しつづけていくことは誠に意義深いことであり、これもひとえに、都道府県医師会をはじめ勤務医部会関係各位のご協力の賜物と、心より敬意を表する次第である。

さて、超高齢社会を迎えた我が国においては、人口の高齢化にともない顕在化する様々な課題に対して、医療界自らが変革に取り組み、未来に対する責任を果たしていく覚悟を示すことが重要である。

本日のメインテーマでもある、医師の働き方改革については、我々医療界が未来に対して果たすべき大きなテーマである。そのため、現在進められている医師の働き方改革の議論にあたっては、医師のプロフェッショナルオートノミーをもって「地域医療の継続性」を確保するとともに、医療の質と安全を確保するという観点からも「医師の健康への配慮」を図っていくことが重要である。本日の協議会での意見等も踏まえながら、医師の自主性・自立性を尊重し、多様な勤務医の働き方にも配慮しながら積極的に議論をリードしていきたい。

また、今後、人生100年時代を迎えるにあたっては健康寿命のさらなる延伸が重要となる。そのため、地域包括ケアシステムを構築していくなかで、予防・健康づくりに向けた取り組みを進めていくことも医療界が未来に果たすべき大きな責任の一つと考える。

医療を取り巻く課題は山積しているが、医師会は「国民の生命と健康」を守るためにその役目を果たしていかなければならない。国民の医療のために、そして、医師がその職責を存分に全うしていく環境を実現するために、より多くの勤務医の意見や考えに耳を傾け会務を推進していくので、皆様方の更なるご支援をお願い申し上げます。

長崎県医師会森崎正幸会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が西洋医学発祥の地である長崎市において開催できることは大変光栄である。

ご承知の通り、我が国は少子高齢化の進展に伴い、人材確保が重要な課題となっている。その中で、勤務医の離職防止や復職を含めて医師の働き方を考えていかなければならない。

本日の連絡協議会では、「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」をメインテーマに、勤務医や女性医師の働き方について考え、様々な議論をする中で「医師の働き方改革」についての対応や、今後の医師不足対策のためになればと考えている。

特別講演では、日本医師会の横倉会長より「日本医師会の医療政策」、長崎大学病院の増崎英明病院長より「長崎の医学史」についてそれぞれ講演いただく。ランチョンセミナーでは「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」について、長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンター長・教授の伊東昌子先生にお話しいただく。シンポジウムでは、「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」、「医療現場からの叫び」の2題を企画した。

本協議会が、参加いただいた皆様にとって、今後の働き方改革への対策の糧となることを期待している。

また、来賓祝辞として中村法道長崎県知事と田上富久長崎市長より歓迎の挨拶があった。

特別講演

「日本医師会の医療政策」

日本医師会 横倉義武会長

平成29年12月時点での日医会員数は170,199人であり、日本の医師総数(約32万人)のうち約53%が加入している。日本医師会が強い発言力と実現力を発揮するためには、政策決定等の場で日本医師会が真にすべての医師を代表する組織であることを今まで以上に対外的に示していく必要があり、そのためには組織率の向上が不可欠である。多くの医師からの力強い後押しが必要となる。

今後、超高齢社会と人口減少社会においては、社会参加できる年齢を上げていくことかポイントとなり、健康寿命の延伸や認知症対策、高齢者の生きがいづくりなど、医療の果たす役割は大きい。平成28・29年度日本医師会公衆衛生委員会答申では、健康寿命の考え方と健康寿命の延伸に必要な取組の2点からとりまとめられた。その中で、都道府県版日本健康会議の普及・推進が提言されており、実際に宮城、静岡、大分では立ち上げられている。今後はより多くの都道府県で地域版日本建国会議の立ち上げをお願いしたい。

また、日医の医師の働き方検討会議では、本年7月に「医師の働き方改革に関する意見書」をとりまとめ、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立を基本理念とし、今取り組むべき健康管理と今後の健康管理、今後の進め方等について提言を行った。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議論が必要であるとし、長時間労働の是正を進めるのは大前提として、勤務医の労働法制的構築も視野に入れ、医師の働き方に合ったより良い制度を構築することが必要であることをまとめた。

日本医師会医師の働き方委員会では、平成30・31年度は会長諮問「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討 - 医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に -」について検討を進めていく。

今後、高齢化が進み社会保障費が増加していく中で、どのように財源を確保するかということが課題になるが、2040年に向けた社会保障のあり方は、政争の具にはならず政府のみならず各政党も含めて社会全体で考えなければならない。しっかりとした協議の場を作り、国民全体で合意の上、納得を得られる負担と給付を導き出すべきであると考えている。

「長崎の医学史について」

長崎大学病院長 増崎英明

日本には古くから東洋医学が存在したが、1543年にポルトガル人がキリスト教とともに優れた医療をもたらした。彼らは1570年に長崎に協会を立てたが、為政者は布教を伴っていることを忌避し、長崎に出島を作った。そこにポルトガル人を追放し西洋との交流はオランダに限定した。

出島には、東インド会社に所属する商館医が駐在したが、そこからオランダの医学がもたらされ、特に日本に影響を与えた商館医のケンペル、ツェンペリー、シーボルトの3人を「出島の三学者」と呼ぶ。なかでも、シーボルトは滞在期間も長く、出島の外で医学教育を日本人に施した。

真の意味で、日本に西洋医学教育をもたらしたのは、1857年に長崎へやってきたオランダ海軍軍医・ポンペである。ポンペは自身が学んだユトレヒト陸軍医学校のカリキュラムと類似させた、基礎から臨床まで系統だった医学教育を日本に伝えた。さらにポンペは自ら日本初の人体解剖実習を行い、1861年には西洋式病院である「養生所」を建てた。これが長崎大学病院の始まりである。養生所にはベッドが置かれ、洋食が供された。明治になると、養生所で学んだ医師たちを中心に、わが国における西洋式の医学・医療が推進・発展していった。

報告

「日本医師会勤務医委員会」

日本医師会勤務医委員会 泉 良平委員長

平成28年11月より、横倉会長の諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」をうけ

日本医師会勤務医委員会活動を開始した。委員は15名で、その下にワーキンググループを設置し検討を行ってきた。また、日医「働き方検討委員会」に勤務医委員会から4名が参画した。さらに、地域医療を守る観点から、フレームワークを活用して医師の働き方改革に関する調査を実施、その結果を働き方検討委員会に報告した。

平成28・29年度の委員会答申では、医師の働き方改革について、継続的に医師の実態を把握することやブロック医師会を中心としたフレームワークを活用し多くの勤務医の意見を集約すること、各学会との協力、日本医学会総会でのシンポジウムの開催について提言を行った。このうち、来年4月の日本医学会総会では、当委員会企画のシンポジウムを開催することが決定したので多くの方に参加いただきたい。

また、今後は、日本医師会理事とブロック医師会選出の勤務医委員会委員との協同による地域医師会活動の活性化や、ブロック医師会での勤務医（特別）委員会の開催支援、郡市区等医師会での勤務医役員との懇談等を進めていくことが必要であり、また、若手医師の医師会活動への参画推進や医師資格証の利用も推進していきたい。

以前、日本医師会代議員会でも発言したが、日医に勤務医部会ができれば、都道府県医師会の全てに勤務医部会が設立され、勤務医の活動が広がると考える。勤務医の声が日医内部に伝わっていけば、郡市区医師会でも勤務医活動が活発化すると考える。

2018・19年度の同委員会は、会長諮問「勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について一特に若手勤務医を対象に一」をテーマに議論していく。

次期担当医師会挨拶

山形県医師会 仲目 千之会長

次年度は、2019年10月26日（土）ホテルメトロポリタン山形において、メインテーマを「待ったなしの働き方改革」と題し開催を予定している。多くの先生方の参加をお待ちしている。

ランチオンセミナー

「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」

長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンター長・教授 伊東昌子

長崎大学では、ライフイベントサポートとして、学内保育園の整備、一時預かり保育、研究支援員雇用、夏季休暇中の学内学童保育の実施、仕事と介護の両立のための「介護コンシェルジュ」による個別相談、学内外に向けてセミナー、ケアの必要な方を育成する研修等を実施している。女性研究者および次世代研究者の研究力アップのために、女性リーダー育成プログラム、メンター制度、女子学生・大学院生キャリア講習会、女子中高生の理系進路選択支援プログラム等を実施し、女性教員採用増加に向けた取り組みを行っている。女性活躍推進を支える両立支援、働き方改革は、「長崎大学ワークスタイルイノベーション」プログラムにより成果を出している。

長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターが中心となり、大学病院に勤務する職員と県内医療機関の医師を対象に、働きがいのある職場づくりを目指して、キャリアコンサルティング復職&リフレッシュトレーニング、各種セミナー等の活動を行っている。また、院内にワークライフバランス推進員を配置して現場とセンターの情報交換を行っている。保育事業として、夕方からの研修等に対応した院内イブニングシッター事業、保育サポートシステムを実施している。その他、長崎大学に関わりをもつ2,000人以上の女性医師でネットワークを構築し、情報交換を行っている。

シンポジウムI

「医師は労働者か？～応招義務と時間外労働の狭間で～」

「今、変わるとき - No change, No future -」

厚生労働省労働基準局労働条件政策課医療労働企画官・医政局医療経営支援課医療勤務環境改善推進室長 安里賀奈子

超少子超高齢社会に合わせて、長時間労働、長時間残業で家庭や生活、地域と切り離された働き方を変え、希望に沿って多様な働き方が選択できる社会へ変わらなければ、地域、社会が、保てない時代になる。

残業時間規制が2019年4月から開始され、医師については具体的な規制の在り方を厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」において議論中ではあるが、活力を維持したまま働ける環境へ医療界全体がシフトすべきである。リーダーである病院長から変革を始めるべきである。

行政としては、都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、補助金等の紹介、各種セミナーの開催、専門家の派遣等を行っている。

「医師は労働者か？（むかし医師は労働者ではなかった…）」

弁護士法人ふくざき法律事務所弁護士

福崎 博孝

わが国の労働法制において、医師という職業が、一般の労働者と差がなく取り扱われることはなく、労働法制の「労働者」の定義に当てはまる限り、医師も労働者であり、医療行為も労働である。違法な長時間労働は、労働基準監督署の調査を招く。医師、コメディカル等の医療者は、人の命を預かる職業である。他の職業においても求められるが、それ以上に「専門性」、「倫理観」、「責任感」等が要求される。

現代社会では、厳然とした労働法秩序があり、人々はその秩序に従わなければならない。医師も同じであり、医師のみを労働法秩序から外すと混乱を招く。一方で、労働法制の厳格な適用は、医師に「患者の命」と「労働時間遵守」の二者択一を求めることにもなり、働き方改革法をそのまま医療界に当てはめることに無理がある。「患者の命を優先するのか」、「医師の命と健康をとるのか」という究極の選択につながりかねない。医療者は、労働法制の中で働き方の工夫が必要である。実際に検討されつつあるが、「医師の使命」と「労働法制」の隙間が埋まらない可能性がある。医師の働き方は、労働法制の例外的取扱いが必要である。

「医師の働き方改革検討会の現況と今後の展望」

済生会福岡医療福祉センター総長

済生会福岡総合病院名誉院長 岡留健一郎

四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）において、昨年6月より病院医師の働き方改革検討委員会を立ち上げ、医師の労働者性、応召義務、労働と自己研鑽の仕分け等の検討を行っている。

平成30年2月の協議会では、日本医師会と合同で厚生労働大臣に、勤務医の健康を守り、働く環境改善のために協力を申し入れた。その実現には、国民が受ける医療に大きな混乱や影響が生じることを避けなければならない。労働時間に罰則を科す上限が設定された場合、「応召義務」に 대응できなくなり、地域医療に相当な混乱をきたす恐れがある。「労働時間の上限」と「応召義務」のどちらもが成立するためには、十分な議論が必要であると要望した。

平成30年7月に、日本医師会と四病院団体協議会でまとめた「医師の働き方改革に関する意見書」は、医師の働き方を考える前提として、医師という職業には自己研鑽や学びが組み込まれていることや、地域事情、医療機関の機能等に応じた多種多様な働き方があり一律に決めることが難しいこと、診療報酬改定や医療計画の見直し等の影響を受けつつも地域医療の質と量を維持する命題があること等の特殊性を挙げ、「医師の健康と地域医療の両立」という考え方を基本理念としている。

「働き方改革と女性医師」

岡山大学医療人材育成講座・教授 片岡仁美

「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」において、女性医師等の支援が盛り込まれていることは着目すべき点であり、女性医師の働き方がこれまで以上に注目されている。

女性医師が少数派であった時代は、長時間労働、過重労働が常態化している労働環境に合わせるしかなく、多くの先輩女性医師は多大な努力で仕事を継続してこられた。2006年の女性

医師の就労率は、卒後10年目で76%に低下することが知られ、出産・育児等の家庭責任と仕事の両立が簡単ではないことを示している。一方で院内保育園の充実等、環境面の改善はこの10年間で大きく進んでおり、女性医師の人数もこの10年間で増加し、状況は日々変わりつつある。

岡山大学病院では、2007年より病院全体で女性医師のキャリア支援に取り組んできた。最も効果があったのは、フルタイムで勤務できない事情を持つ医師が、自分で働き方を決めることのできる柔軟な勤務制度である。同制度は育児、介護等で使用でき、現在までに約130人が同制度を利用している。その結果、出産・育児による離職が減り、この制度を利用した医師が地域に循環することで地域医療への貢献の実績も上がっている。

女性の働き方を考えることは、医師全体の働き方を考えることに繋がり、働き方改革に直結する。

「好生館の働き方改革」

佐賀県医療センター好生館副事務部長

小野 潔

平成29年4月19日に労働基準監督署の立ち入れ調査があり、4月21日付けで是正勧告書及び指導書を受け、許可を得ていない宿直業務、法定労働時間を超える割増賃金（時間外勤務手当）の支払、総括安全衛生管理者等の選任報告等を抜本的に見直す必要があった。

「是正勧告対応チーム」は、事務部長がリーダーとなり、未払い時間外勤務手当、就業規則改定等、「時間外業務対策検討チーム」は、館長がリーダーとなり、医師の36協定を超える時間外勤務者へのヒアリング、患者・家族への説明を勤務時間内に実施等、「働き方改革委員会」は、理事長が担当し、職場環境の改善等について、それぞれ改革内容を検討し実践した。

結果的に、業務を縮小にすることになり、経営面の収入減、人件費の支出増、患者満足度の低下等の影響があった。

ディスカッション

フロアから、「ハラスメント」、「労働基準監督署からの是正勧告」、「応招義務」、「自己研鑽」等について質問があり、安里氏、福崎弁護士、今村副会長が回答した。

また、玉城理事より「沖縄県では、県立病院事業局が働き方改革として、医師を150人増やすということが県議会で決まった。前々知事時代に、県立病院は黒字となったが、それ以降は赤字となっている。この赤字の補てんとして、医療アシスタントを減らすことも決まっていると聞いている。タスクシフティングと逆行している。厚生労働省からのアドバイスや、アシスト等いただけないか。」と質問し、安里氏より「メディカルクラークを減らすことは方向性としては間違っている。国から直接の支援は難しいが、県の勤務環境改善支援センターから相談を受けてスーパーバイズするという形での支援は是非ともさせていただきたい。150人増やすという英断がうまくいくように応援している。」との回答が述べられた。

シンポジウムⅡ

「医療現場からの叫び」

「当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題」

長崎医療センター高度救命救急センター長
中道 親昭

高度救命救急センター専従医は救急外来などの診療業務と診療外業務に対応しなければならず、内容は多岐に渡る。

このような環境の中、2016年よりタスクシェア、タスクシフト、タスクボリュームコントロールを意識し業務調整を行ってきた。救急診療においては業務量の変動が大きいいため、タスクボリューム増となった場合、一部の医師の負担増とならないよう流動的にマンパワー・タスクを再分布させタスクシェアを行い、そのためのコマンダーを明確に配置している。例えば、病棟での業務が多い場合は、病棟に医師

を集約する「病棟集約型」、救急外来でマンパワーが必要になった時は「ER集約型」で対応する。ただし、病棟と外来が離れているため、マンパワーを分散させないように、最終的には「病棟集約型」で対応する。

このような取り組みをしても、時間外勤務を減らすことは容易ではなく、その原因として、タスクボリュームの増加が考えられる。救急患者及び救急搬送数は年々増加しており、また、救急搬送が当院へ集約していることから、診療業務タスクが増加している。さらに、救急医療体制の集約化に伴い診療外業務タスクも増加している。

これらは今後さらに増加することが予測されるが、当院のみの対応では制御困難である。特に救急診療業務に関しては、緊急及び重症度に応じて医療圏全体でタスクシェアリングするシステムの成立が望まれる。また、事務作業等の診療外業務のタスクシフトにおいても、マンパワーの問題もあり進んでいないのが現状である。

当院の救急医療業務においてタスクシフト及びボリュームコントロールが、救急医の働き方改革成立に対する喫緊の課題である。

「明日の勤務医の働き方を考える—離島医療の現場から—」

上五島病院長 八坂 貴宏

上五島では、2009～2012年にかけて、有床診療所・地域病院の無床化や、小病院での宿日直の廃止、病床の削減と集約化による基幹病院の医師・スタッフの確保等を通して医療の再編を行った。また、電子カルテ連携による附属診療所との情報共有やあじさいネットの利用による紹介・入院時の連絡上の簡素化等も図っている。さらに、地域包括ケアシステムの構築のため、当院スタッフが町と調整し仕組みづくりのための検討を行っている。

当院では、1人当たりの外来や入院患者数が多く、診療業務の他にも介護・福祉への対応など幅広い業務をこなすことが要求される。

医師が不足している中でこのような業務をこなすために、チーム主治医制の導入や、総合診療+専門診療のできる医師の養成、時間外救急は宿日直医+各課オンコール体制としている他、連続勤務は最大36時間とする等工夫している。

当院には本年6月に労働基準監督署が入り、それ以降、「時間外勤務の全記録」、「宿日直時の救急患者対応を時間外勤務として記録」、「単月100時間、複数月平均80時間を限度に、基本60時間/月を維持するための体制見直し」等を実践している。医師としての使命感は当然だが、社会人として健康的生活を維持し、医療の質を維持することを掲げている。

今後は、医療スタッフの意識改革、可能な限りの時間内でのカンファレンスの開催、医師事務作業補助者や特定行為を修了した看護師等へのタスクシフティング、タスクシェアリング等をさらに推進していくことが必要であると考えている。

**「長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態」
平戸市民病院長 押淵 徹**

当院は、日常ありふれた疾病と傷害等に対して適切な初期対応と継続医療、状態に応じた適切な高次専門医療期間との連携、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、健康づくり、福祉・愛護、在宅ケアなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組んでいる。さらに、医療の支えが必要な地域の様々な事業への関与や、教育現場に求められる保健事業へも関与している。

病床利用率は92%で、外来患者数は約200人/日、救急患者（時間外含む）は3,500人/年で、手術件数は150～200件/年である。その他、地域住民の健診や高齢者の転倒予防教室等も開催している。

医療過疎地で著しい人口減少の特徴は、有病者出現頻度の高い高齢者層の人口は変わりなく、生産年齢人口、幼少年年齢人口の減少である。将来のあるべき医療提供体制を構築していくためには、超高齢患者の生活圏域には有床診療施設

が必要であり、また、「医療保険あって医療無し」とならないよう地域医療を守る必要がある。医療過疎地（医師不足地域）の医療崩壊を招きかねない改革はすべきでないとする。

ながさき宣言採択

全国医師会勤務医部会連絡協議会の総意の下、「一、長時間労働の是正は重要だが、その運用に関しては医師の特殊性に十分配慮することを望む」、「一、働き方改革において研修医等の若手医師への教育が萎縮することのないこと、研修医等の若手医師の学習の機会を確保することを望む」、「一、勤務医の過重な勤務実態を広く周知することにより、国民全体の理解が深まることを期待する」、以上3点を明記し、勤務医が高いモチベーションを持ち続け、地域医の発展に向けてこれまで以上に貢献すべく「ながさき宣言」が満場一致で採択された。

ながさき宣言

我が国の近代西洋医学は1857年に来日したオランダ軍医ポンペ・ファン・メルデルフォールトによりこの長崎の地にもたらされた。ポンペの「医師は自らの天職をよく承知していなければならぬ。ひとたびこの職務を選んだ以上、もはや医師は自分自身のものではなく、病める人のものである」という言葉は長崎大学医学部建学の基本理念として今に伝えられている。この言葉に示されている医師としてのモラル、使命感が我が国の医療を支えてきたといっても過言ではないと思われる。

しかし昨今の「働き方改革」においてはこのような医師の思いが考慮されず、労働者としての医師の側面のみが強調されて進められている。このままでは「働き方改革」によって救急医療現場の混乱、病院機能の低下などをきたし、地域医療の崩壊を招くことが危惧される。我々は今回の改革において、勤務医が高いモチベーションを持ち続け、地域医療の発展に向けてこれまで以上に貢献できることを願って、次のとおり宣言する。

- 一、長時間労働の是正は重要だが、その運用に関しては医師の特殊性に十分に配慮することを望む
- 一、働き方改革において研修医等の若手医師への教育が萎縮することのないこと、研修医等の若手医師の学習の機会を確保することを望む
- 一、勤務医の過重な勤務実態を広く周知することにより、国民全体の理解が深まることを期待する

平成30年11月3日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・長崎

印象記



沖縄県医師会勤務医部会長 西原 実

まず最初に日本医師会会長の横倉義武先生からご講演がありました。医師会の役割を明確化してきたことを強調されておられました。

高齢社会への対策が重要であり、2020年までに健康寿命を1歳伸ばすという具体的な目標を掲げておられ、その中で女性がなかなか伸びてきておらず、これが問題であると認識されておられました。これに対して医師会として環境整備を図っていかれるとのことでした。経済界と医療界が手を結び、日本健康会議も立ち上げて努力しているとのことでした。

またかかりつけ医の積極的関与により、正確な情報を患者へ伝えることの重要性を説いておられ、日医としてかかりつけ医研修制度を開始し、順調に研修が進んでいるようです。また適正処方の手引きを作成中だそうです。

医師の働き方改革については、連続勤務時間をどう短縮するか、が重要であると訴えておられました。まず現場でできる改革としてはこれが最も重要なと感じました。

医師連盟を強化することにより勤務医の労働法制、救急の再構築、消費税の補填（平成31年度の税制改革に向けて）、今後の社会保障のあり方について（2040年に向けて）等の働きかけを強化していくことが語られました。

改めて医師会の努力を感じさせるご講演でした。

次に増崎英明長崎大学病院長から長崎の医学史についてのご講演がありました。フランシスコ・ザビエルが1549年に鹿児島へ来たよく年に平戸へ来てキリスト教の布教を開始したそうで、1570年にはポルトガル船が来航したようです。驚くべきことに1580年にはイエズス会に長崎が寄進されているとのことでした。その頃のスペインとポルトガルの世界征服の手法とのことですが、驚きです。

シーボルトの話で面白かったのが、日本での奥さんのイネの娘である高子が、松本零士の銀河鉄道999のメーテルのモデルだったそうです。

江戸時代の病気の話もされておられ、1：刀傷、銃創、2：脚気、3：感染症であったそうです。

日本医師会勤務医委員会の報告の後、来年度担当の山形県医師会から挨拶があり、来年のテーマとして、医師の定年後の生活を取り上げるとのことでした。面白い話が聞けるかもしれません。

ランチョンセミナーでは、大谷翔平の作った目標を遂げるための表の提示があり、アイゼンハワーのマップを使った働き方改革の話がありました。重要度とスピードを縦軸と横軸にとって仕事を配分する手法でした。

午後のシンポジウム1「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」では、厚労省職員の安里さんからの話がありました。安里さんは沖縄出身とのことでした。医師不足という現状においても勤務環境は工夫次第で改善しうるし、改善すべき、とのことでした。このために、医師の労働時間の管理、タスクシフティング（医師の意識改革が必要→仕事を他人に任せる）、罰則付き労働時間制限、子育てと勤務の両立が重要、等を話されておりました。説明が軽快で、質問に対する答え方も頭の良さを感じさせるものでした。

弁護士の福崎博孝さん（中坊公平の弟子だそうです）からの話では、現在の医療改革では、ペー

シャントハラスメントの観点が欠けているとの話があり、経済界からもカスタマーハラスメントをどうにかしてほしい、との要望が連合から上がっているとのことでした。現在長崎大学がペーシャントハラスメント委員会を立ち上げて、中規模以上の病院と会議しているそうです。

済生会福岡医療福祉センター総長の岡留先生からは、時間外労働の上限規定や応召義務、自己研鑽の時間をどう捉えるかについての話がありました。調査結果では、時間外労働に対して、4割の病院がまだ取り組んでいないとのことでした。また、認定看護師について、特定の医療行為にとらわれず総合的に対処できるような人材を育てなければいけないと話されていました。

岡山大学の片岡先生からは、女性医師の割合が上昇していることが報告され、女性医師が出産、育児から復帰するためには、チーム医療の推進が大事であり、育休取得者の増加を目指すべきとのことでした。また一口にチーム医療と言っても、5人のチームの5人目ではなく、6人目として現場復帰できるポジションがあることが重要であると強調されていました。納得です。

佐賀県医療センター好生館の小野さんの話では、労基署が入ってから是正勧告対応チーム（リーダー：事務部長）、時間外業務対策検討チーム（リーダー：館長）、働き方改革委員会（リーダー：理事長）を立ち上げて取り組んだそうです。その結果救急医療が縮小したそうで、耳が痛い話でした。

合同討議では、応召義務について整理中であること、自己研鑽の枠を病院の中で決めることが大事であること、勤務医の健康確保策について等が議論されました。

シンポジウム2「医療現場からの叫び」では、中核の3次救急病院の長崎医療センターから中道先生、離島医療の現場として上五島病院の八坂先生、僻地医療として平戸市民病院の押淵先生から現状の報告と、工夫が説明されました。

来年は山形だそうです。楽しそうですよ。皆さん参加されませんか。

お知らせ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について（お願い）

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

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

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

平成 30 年度 第 2 回 都道府県医師会長協議会



副会長 宮里 善次



会長挨拶

日本医師会の横倉会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日はご多忙の中、多数の皆様にお集まりいただき、感謝申し上げます。平成 30 年度第 2 回都道府県医師会長協議会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

はじめに、平成 30 年 7 月豪雨で被災した医療機関等を支援するため、全国の医師会及び会員各位に寄付をお願いしたところ、3 億 3 千万円を超える支援金をお寄せいただいた。この場をお借りして、皆様方のご芳情に深く感謝申し上げます。寄せられた支援金は、被害の大きかった岡山、広島、愛媛の各県医師会に配賦するとともに、今後の災害支援に備えさせていただきます。このほか、今年は各地で台風や地震による被害が発生したが、日本医師会としては被災地復興のため、可能な限りの支援を継続していくので、引き続き、皆様方のご協力をお願いしたい。

さてご案内の通り、昨年 10 月に世界医師会長に就任して以降、私は医療が「世界全体の社会的共通資本」になることを理想に掲げ、世界医師会の会務を推進してきた。とりわけ、我が国の優れた医療システムを世界に紹介する中で、例えば、母子手帳を途上国に広める取組など、世界中の人々のヘルスケアの実現に努めてきた。去る 10 月、アイスランドのレイキャビクで開催された世界医師会総会をもって、私の会長としての任期は満了した。1 年という任期ではあったが、人類への奉仕を理念とする世界医師会長としての大任を果たせたことは、偏に皆様をはじめ全国の医師会員からのご理解とご支援の賜であり、ここに衷心より御礼を申し上げます。これからの 1 年間は、前会長という肩書きで執行部に残り、世界医師会の会務に参画していくこととなっている。これまでの経験を活かしながら、引き続き、世界中全ての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めるとともに、グローバル・ヘルスを主軸とする日本医師会の

国際活動についても、なお一層の推進を図っていく。折しも、来年6月には我が国で初となるG20が大阪で開催される。これに合わせる形で、皆様方のご参加を仰ぐなか、世界医師会加盟医師会とWHO地域事務局による、H20（ヘルス・プロフェッショナル会合）を開催したいと考えている。そこでは、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進」をテーマに議論する他、今後、高齢化が進む中で重要になってくる行政と医師会の連携の方策等についても話し合っていく。その成果を、皆様方と共有するなかで、我が国の医療システムをさらなる高みへと牽引していきたいと考えているので、引き続きご支援の程、お願い申し上げます。

また、医療に係る消費税の問題については、本年7月25日の中医協診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会で検証の結果、平成26年度の5%から8%への引き上げ分の補填率について、102.07%から90.6%と下方修正がなされた。特に病院の補填率は102.36%から82.9%と大幅な下方修正が行われ、補填不足と病院種別間のばらつきが明らかになった。厚生労働省からは「今後、信頼性のあるデータで御議論をいただくことができるよう、猛省したいと考えている」とのお詫びがあったが、大変な憤りを感じている。

2019年10月に消費税率が引き上げられる予定であるが、長年の懸案であった医療に係る消費税問題の解決に向け、現在、税制全体で詰め協議を行っている。併せて、医業承継時の相続税・贈与税制度を改善することも重要だと考えている。医療税制を巡る議論の要諦は、医療機関への不当な負担を減らし、地域医療を確保・継続していく中で、国民の生命と健康を守るという一点に尽きると考えている。そしてこのことは、医師の働き方改革を巡る議論においても同じである。医師の健康への配慮が、医師によって担われる地域医療の継続性と、より安全で良質な医療を国民に提供していくことに繋がるものとする。そのため、まずは今取り組むべき医師の健康管理をきちんと行った上で、今後の健康管理のためにいかなる枠組みを準備してい

くか、勤務医の労働法制の構築も視野に入れながら、より良い制度設計につながるよう、医師自ら議論をリードしていくことが重要であると考えている。

そしてそうした議論を後押し、地域医療に混乱を来さぬようにするためにも、地域の医師会が中心となって、地域住民に必要且つ十分な医療を提供し続けるための体制の整備・強化を図っていかねばならない。とりわけ、我が国が少子高齢化により人口減少していく中で、地域の有り様から将来の医療需要を推測し、適切な医療提供体制の構築を目指していくのが地域医療構想である。その実現に向け、地域の医療提供状況を把握し、必要とされる医療を過不足なく提供していく環境作りのための協議の場が「地域医療構想調整会議」である。また、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場が「地域医療対策協議会」である。そのため、この二つの会議がきちんと機能するかが、今後、その地域における医療の確保・推進に向けて、大変重要な意味をもつことになると考えている。

そこで本日の協議会では、「地域医療対策協議会の現状と問題点」及び「地域医療構想調整会議の在り方」の二つを議題として取り上げることにした。後ほど担当より、日本医師会としての考えや、事前にお寄せいただいたご質問への回答を行わせていただくが、そのほか、この機会にどうか忌憚のないご意見をお聞かせいただきたい。地域の実情と医療の実態を把握し、それを政策にまで高め、広く国民に訴えていけるのは、我々医師会をおいて他にないと考えている。地域医療全般に責任をもつ日本医師会としては、皆様からの情報、ご意見等をもとに、国や政府と建設的な議論を積み重ねる中で、地域の医師会活動を支えるための取組を推進していくので、ご協力の程、お願い申し上げます。

最後になるが、今年度の「日本医師会設立71周年記念式典並びに医学大会」では、ノーベル医学・生理学賞を受賞された本庶 佑先生に最高優功賞をお贈りするとともに、「驚異の免疫力」と題した特別講演を行っていただいた。講

演では、21世紀はがんを克服する世紀になる可能性があるというお話のほか、生物学的視点から、人間を幸福にするための医療とはなにかといったお話をいただいた。

日本医師会においても、人の命に深く関わる医療がいかなる使命を果たすべきか、医療のあるべき姿とはなにかについて、改めて深い考察を加え社会に投げかけていくため、「グランドデザイン 2030」の作成に着手し、このほどその概要版を公表した次第である。時代は正に人生100年時代を迎えようとしている。変容する社会や環境への対応にとどまらず、医療は期に先んじて国民の幸福の実現に寄与していかなければならない。日本医師会は常にその先頭に立って、「日本医師会綱領」に掲げた理念の下、「グランドデザイン 2030」で示す明確なビジョンと具体的な取組により、これからも国民医療の推進に努めていきたいと考えている。

皆様におかれては、こうした本会の方針・取組に対し、今後とも深いご理解とご協力を賜るよう重ねてお願い申し上げます、私からの挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願ひしたい。

協議

地域医療対策協議会の現状と問題点について

初めに、5つの都道府県から提出された質問について、1. 地域医療対策協議会の構成、運営 2. 臨床研修に分けて、また、東京都医師会の専門研修関連の質問については、(2)「地域医療構想調整会議のあり方について」の後に回答する旨の説明があった。

各県質問

群馬県医師会：

- 地域の病院の姿が大きく変わろうとしているのに、住民は、当事者意識を持って地域医療構想に参加をしているだろうか。
- 技術論として「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」という4つの医療機能別に、必要な病床数を病棟単位でおおまかに決めていくやり方に無理がある。
- 在宅医療の推進策が介護現場（市町村）主導

で進展しており、在宅医療ニーズも含めた最適な地域医療の形が崩れているという一面もある。

- 地域医療の最大の課題は、医療資源、とくに医師や看護師が少ないことであり、2025年までに必要な医師や看護師を確保し、県全域に安定供給していく仕組みが必要となる。
- 医療資源の偏在は、周産期医療の医師不足など、個々の二次医療圏では解決できない問題も多くある。県全体の限られた医療資源を有効に活かし、病院同士の連携で支え合う必要がある。
- 時間をかけてじっくり話し合い、医療に携わる人が全員納得できるところまで持っていくべき。一部の大規模な病院や公立病院だけが利益を得るような体制ではなく、大小すべての病院、行政、もちろん地域住民も含めて、ウィン・ウィンの結果へ導くことが大切。
- 既に、これまで築いてきた地域医療提供体制を壊さないように、地域医療構想を慎重に策定することが大切。
- 県の主導ではなく、病床再編の担い手である病院が主体的に取り組む姿勢が重要。そのために、まずは構想区域ごとに問題点を吸い上げ、その情報をもとに、地域医療構想を練っていく体制が望まれる。

日本医師会としてどのように考えているのかお聞かせください。

埼玉県医師会：

埼玉県では医師確保対策を総合的に推進するため、平成25年に埼玉県総合医局機構を創設し、県庁内に医療人材課を新設しました。

医療対策協議会、地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター、女性医師支援センターなどは、医療人材課が担当する医局機構に集約された形態となっており、個々の問題については、各種委員会で議論がなされています。地域枠、研修施設・研修医の定員等についてもここで検討してきました。

医療法改正により地域医療対策協議会の機能強化を図るため、会議を整理・統合する事、構

成員を再編成する事などがあげられています。

制度改正案では、具体的な案と明確でない部分があります。当県では集約化した医師確保対策が必要との考えから、現体制をとり今後も続けていきたいと考えていましたが、国の指導では構成員の再編成などがあると聞いております。さらに指示があるのであれば早急にお教えいただきたいと思っております。

順調に推移してきたところであり、現体制のまままで推し進めたいと考えていますが、当県の方針に問題があるか、日医のお考えをお伺いします。

愛知県医師会：

愛知県は以前より県医師会主催の公益社団法人愛知県医師会医療圏医療協議会（二次医療圏の各医療圏の医師会・病院協会で構成）を年2回開催し、情報交換を愛知県の担当者の出席を得て行ってきた。

次年度以降は、県と県医会と合同で地域医療対策協議会（地対協）を開催することとしたが、国の提示している構成員は関係団体が多いため、深い議論が困難となることが予想される。また関係団体の代表に女性が少なく、確保に難渋している。

大阪府医師会：

臨床研修医の募集定員の配分方法は、2019年度から都道府県で策定作業が始まる医師確保計画に基づき、二次医療圏を基本とした医師偏在指標を用いて医師多数区域と少数区域を設定し、医師の派遣調整を行うこととされた。国からの権限移譲により都道府県が調整役を果たすこととなり、大阪府においても平成33年度募集から配分方法および審査基準の見直しを行うこととなる。

しかし、平成33年度以降の募集定員も定かでなく、今後、医師の地域定着に向け臨床研修制度に大幅な変更が見込まれる中、医師の派遣調整のための基準や条件をどのように付加していくのか、先行きは非常に不透明である。

医師の働き方改革や地理的条件など、地域の実情に応じて医師を確保していく必要があると

考えるが、本来あるべき医療提供体制の構築に向けて、地域医療対策協議会の場において、都道府県医師会が担うべき主導的役割について日本医師会の考えをご教示願いたい。

<日本医師会回答>

地域医療対策協議会の構成、運営：

群馬県医師会、埼玉県医師会、愛知県医師会からの質問について、地域医療対策協議会の構成、運営として回答する。

本年7月25日に施行された医療法改正法では、地域医療対策協議会、略して「地対協」に関する規定も大きく見直された。構成員について、医学部地域枠を中心とした「キャリア形成プログラム」の適用を受ける医師の派遣調整などである。

これに関連して、7月25日、厚生労働省より、『医療法及び医師法の一部を改正する法律』の一部の施行について、「地域医療対策協議会運営指針について」の2つの医政局長通知が出されている。これらの通知では都道府県行政に対し、これまで地対協とは別個の会議体であった「へき地保健医療対策に関する協議会」、「専門医制度に関する都道府県協議会」、「地域医療支援センター運営委員会」などを、地対協に一本化するよう要請している。その上で、例えば、「既存の他の会議体の機能を、地対協のワーキンググループを設置して存続させた場合は、国に報告すること」といったことも求めている。さらに、地対協の構成員については、「地対協の実効的かつ効率的な運営を確保するため、既存の構成員の必要性を精査し、極力人数を絞るよう見直しを行うこと」とするとともに、都道府県に県外の大学から医師が派遣されている場合は、その大学も、原則、地対協の構成員とすることになった。県外の関係する大学全てに毎回出席させることは現実的ではない為、最も医師派遣の多い大学のみ出席を求めればよいとする救済手段もあるが、それは例外的な取り扱いにとどまるものであった。

以上の厚生労働省通知であるが、国による管理を強調した、やや高圧的な表現や、丁寧さに欠ける書きぶりが見られたため、日本医師会と

して、現場に混乱を来すことを懸念した。そこでまず、本年9月26日の社会保障審議会医療部会で、日本医師会より、「医師確保のために各都道府県に議論を尽くしていただきたい為、その道しるべとしてこの通知を出したということがわかるよう、また、決して強権的に監視するものではないことがわかるように、丁寧に説明する文書を早急に出すこと」を要求した。その場で、担当課長より、「この通知によって県の組織をがんじがらめに縛るということは毛頭考えていない」との回答があり、関係者と中身について協議して文書を発出すると発言を引き出した。そして先日、『医療法及び医師法の一部を改正する法律』の一部の施行について（通知）及び「地域医療対策協議会運営指針について」の運用についてという事務連絡が出された次第である。

本事務連絡では、本文の中で、『医療法及び医師法の一部を改正する法律』の一部の施行について（通知）、「地域医療対策協議会運営指針について」の通知の内容について、一部の都道府県において、地域における医師確保対策の実効性の確保という改正法の本来の趣旨と異なる受け止めがなされ、その結果、現場に混乱が生じていることが確認されたとして、改めて、地対協の運用について説明する旨が書かれている。

事務連絡の記の部分を読み上げる。

「1 地域医療対策協議会の構成員を決定するに当たっては、地域の実情に応じた都道府県の判断により、医師確保対策を協議する上で必要な者を適切に選出すること。」

「2 1に関連し、都道府県外の大学から当該都道府県内の医療機関等に医師の派遣がある場合には、当該大学も当該都道府県の医師確保対策を協議する上で必要なものであることから、地域医療対策協議会の構成員とすることを原則とした上で、地域の実情に応じた都道府県の判断により、当該大学との十分な協議を担保可能な手法によることを認めるものであること。」

「3 施行通知の記載は、医師確保に関する効率的な議論を行うために、地域の実情に応じた都道府県の判断により、地域医療対策協議会に

ワーキンググループを設置することを妨げるものではないこと。」

「4 施行通知に基づき国に対する報告を求める対象は、既存の他の協議会の機能をワーキンググループとして存続させる場合に限られ、その他の場合で地域の実情に応じた都道府県の判断により設置するワーキンググループについては、設置について国に報告することは不要であること。」

「5 1から4までの他、都道府県は、地域医療対策協議会の実効的かつ効率的な運営が確保されるよう、地域の実情に応じた対応を行うこと。なお、都道府県において疑義がある場合には、適宜、厚生労働省に相談いただきたい。」

以上のように、現場の混乱を防ぐために、事実上、過去の通知を上書きする事務連絡を出させた次第である。

日本医師会としては、埼玉県のように、これまでの体制が順調に推移しておられる場合は、現体制をそのまま進めていただくべきと考えている。それが、地域の実情に応じた、最善の医師確保策、地域医療の推進策につながるものと考えている。愛知県も、同様に医師会主導ですでに体制が整われていることをお示しいただいた。

また、愛知県医師会からの「国の提示している構成員は関係団体が多いため、深い議論が困難となることが予想される」とのご指摘であるが、その通りである。構成員を再検討するかどうかについては、地域の実情を踏まえた議論が深まるかどうかの観点からご判断いただければよろしいかと考える。

さらに、大阪府医師会からも、都道府県医師会が、地対協の場において担うべき主導的役割についてのご質問をいただいたが、各都道府県医師会が、コアメンバーとして、行政と事前に調整しながら、会議の方向性を決めていくことが、重要であると考えている。

愛知県医師会からの「関係団体の代表に女性が少なく、確保に難渋している」とのご指摘ですが、自見はな子議員も、去る4月19日の国会質問の中で「医療職における女性比率の高さを念頭に、『地対協に一定数の女性がいるよう配慮が必要』と指摘し、当時の加藤厚生労働

大臣が『地対協は女性を含めた医師のキャリアについても議論を行う場だ。構成員の女性比率についても配慮するよう、運営方針で示したい』と答弁されている。すでに大変なご苦勞をいただいているが、引き続き、この点にご配慮をいただきたくお願い申し上げます。

群馬県医師会からのご質問は、地域医療構想による医療提供体制の整備には、医師や看護職員の確保が大前提であり、それは、二次医療圏、構想区域単位で整備が完結できない場合には、都道府県単位でも考えていくべきとの趣旨と捉えている。埼玉県医師会のご質問も、同じ趣旨であろうと思う。

まさにご指摘の通りであり、日本医師会として、都道府県医師会が、地対協を主導していくために、制度設計に関わる厚生労働省との折衝に臨んできた。

地域医療構想に関わるご質問については、次のテーマで回答するが、地域の調整会議を支援するため、都道府県単位の調整会議の設置を国に提案し、通知で示してもらった経緯がある。都道府県医師会が、カウンターパートの都道府県行政と連携しながら、都道府県単位の調整会議と、地対協とを仕切っていただく仕組みとし、かつ、それが実践されていかなければならないと認識している。

臨床研修：

大阪府医師会からのご質問のうち、地対協における都道府県医師会が担うべき主導的役割については、上記の回答において示したので、臨床研修の募集定員設定等に係る都道府県への権限移譲について回答する。

先般の医療法・医師法改正によって、都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、各都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされた。厚生労働省医道審議会医師分科会臨床研修部会において、この改正のメリットとして、(1) 地域医療に責任を有する都道府県が深く関与できること、(2) 地域の実態を把握している都道府県によりきめ細かい対応が可能となること、(3)

都道府県が目指す医療提供体制の構築が可能となること、が示された。

一方、(1) 臨床研修の質のバラつきが出る、(2) 有力な医療機関の意向が強く反映される、(3) 特定の医療機関等が優遇されるおそれがあること、などが懸念事項として指摘されている。

ご承知のとおり、都道府県知事が臨床研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、地対協の意見を聴くこととされている。地対協での協議においては構成員の合意が必要となるが、都道府県医師会が参画しているので、上記3点のメリットが最大化されるよう是非ご尽力いただきたくお願い申し上げます。

医師法改正に伴う臨床研修制度の運用の詳細については、今後厚生労働省医道審議会医師分科会臨床研修部会で検討される。ただ、都道府県ごとの募集定員はこれまでどおりのタイミングで厚生労働省から示されることを確認しているため、ご質問の中にある2021年度の募集定員は2019年度中に示される予定である。なお、臨床研修制度改正の内容といたしましては、研修希望者に対する募集定員の割合を、次回2020年度の臨床研修制度見直しに向けマクロで徐々に1.1倍としていくとともに、その後、2025年度には1.05倍とすることとしている。さらに、次回見直しに向けては、都道府県別の募集定員上限の算定方式について、医師少数区域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることも今後臨床研修部会で検討されることになっている。加えて、研修医が、臨床研修修了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促し、地域枠の医師が診療義務を課せられた地域で適切に勤務できるよう、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施する具体的方策も検討中である。なお、この場合にも、臨床研修病院毎の選考枠については、地対協の意見を聴いた上で個別に判断することになっている。医師確保対策という視点において地対協の役割は極めて重要と認識しているため、都道府県医師会の意見が十分反映されるよう協議に臨んでいただくよう重ねてお願い申し上げます。

地域医療構想調整会議のあり方について

地域医療構想関連として、1. 地域医療構想調整会議の運営について、2. 定量的な基準について、3. 地域医療構想と病床機能報告の3分野で回答する旨、説明があった。

各県質問

群馬県医師会：

A. 会議の委員に求められるもの

- 未来の地域の医療提供体制 (= 地域医療構想) を創造するという“志”を持つ。
- 構想策定には、現場の声 (住民・医療機関) を拾いあげ重視する“姿勢”を持つ。
- 細かなことに終始せず、コンセプトを創るための具体的な“目標”をまず決める。
- コンセプトに沿って各論を考えるとという流れを創り出し、繰り返し検討する。

B. 会議の推進に求められるもの

- より多くの現場の声を拾い出す“検討部会 (ワーキンググループ)”を設置する。
- 汗を流して大所高所から纏めてゆく行動的な“戦略集団”が必要。

C. 戦略集団に求められる資質は

- 県全体の医療を良くしようという高い“志”を持つ「意思」
- 国の施策や県の医療実態を理解している「見識」
- 様々なステークホルダーとのコミュニケーションができる「しなやかさ」

日本医師会としてどのように考えているのかお聞かせください。

埼玉県医師会：

1. 地域医療構想アドバイザーについて

埼玉県では地域医療構想アドバイザーについて、その役割が明確ではないため、選出を見送っていますが、今後、アドバイザーの目的に沿った人材が確保できれば採用する予定であります。

平成30年6月28日付、地94の文書を以て中川副会長から「地域医療構想調整会議の活

性化に向けた方策について」通知いただきましたが、アドバイザーの選任について、日本医師会の指針があればお示しいただきたいと思っております。

2. 病床配分の決定プロセスについて

埼玉県では、第7次埼玉県地域保健医療計画に基づき、埼玉県地域医療構想において病床が不足している地域 (10圏域のうち7圏域) における病院等の整備計画の募集を行ったところ、公募対象病床に対し、約2倍の応募がありました。今後、圏域ごとに地域医療構想調整会議で応募医療機関の出席と説明・協議 (10～11月) を経て、来年1月の医療審議会で決定される予定です。

しかし、各圏域において地域医療構想調整会議がどれだけ機能しているか、また、病院管理者等が必ずしも出席するとは言えない会議の場で、本当に必要な議論が尽くされ病院間の調整ができるのか、大いに疑問があります。

一方、県行政は調整会議の議論を元に増床を決定するとしていますが、圏域によっては意見集約が非常に困難な地域があるのが現状です。

このように約4か月で病床分を決定していくプロセスには疑問を感じます。地域医療を守る日本医師会としての見解をご教示下さい。

3. 具体的な疾患に対する役割分担と連携について

国は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能別の病床数について方針を立てることを求めています。地域医療構想調整会議は、本来、将来の地域の医療需要にどう対応していくかを議論する場であり。この会議では、病床数の議論だけでなく、脳血管障害、急性心筋梗塞、高齢者の大腿骨頸部骨折など、具体的な疾患ごとに急性期の治療から在宅復帰までの役割分担と連携の議論も必要といえます。

については、疾患に着目した議論を行っている都道府県または都道府県医師会があれば、状況をご教示いただきたいと思っております。

また、疾患に着目した議論につきまして、日本医師会の見解をお伺いします。

新潟県医師会：

当県においても調整区域ごとに地域医療構想調整会議の検討が進められるが、「経済財政運営と改革の基本方針2018」（平成30年6月15日閣議決定）においては、地域医療想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、今年度中の策定を促進することが求められている。

しかしながら、特に民間病院においては、病床区分の見直しが将来において診療報酬等に関わる可能性もあり、経営面を考慮して決断しなければならない。そのため、診療報酬などの今後の見通しや他にインセンティブがあるようなら、その辺りも十分に示した上で協議を進める必要があると思われるが、日医としての見解をご教示願いたい。

愛知県医師会：

愛知県では地域医療構想調整会議（地域医療構想推進委員会）を年2回と、医療構想区域ごとに愛知県病院団体協議会（愛知県内5病院団体からの推薦による構成で、県内病院の約92.6%の組織率、有床診療所にも参加を促している）で会議を年2回以上開催している。

地域医療構想の本来の目的は良質な入院医療の提供を議論することであり、そのためには病院における病床機能の議論よりは、地域における病院の機能こそ議論されるべきと考える。また、病床を議論するうえで、各々事情の異なる背景をもった県内の病床を全国一律の定量化指標ですることは困難と考える。

それぞれの県が独自に定量化を試みているが、自分たちに合った指標を提示しているにすぎず、これによって各県を比較することは意味をなさない。特定の県の定量化を全国統一の指標とすることは賛成できない。また県独自に検討された定量化指標では全国での比較は不可能であり、行うべきではない。

滋賀県医師会：

滋賀県は県の中心に琵琶湖が在り、その地形的な状況下、人の移動手段に粘いて特異的

であり、7つの医療圏が琵琶湖の周りに北、東、西、南と細長く存在するため、医療圏の中には端から端まで40～50キロ近くになる地域もある。

人口の構成も7医療圏で各々特性があり、湖北、湖東、湖西の医療圏では高齢化、人口減少が進んでいる。しかし、湖南の医療圏では2035年まで人口は増加、小児を含めて青年層も高齢者も増加する試算となっている。

各地域の医療構想調整会議において、病床の再編成を人口動態や患者の移動、流出、流入を基に決めていくため、高齢化や人口減少が進んでいる医療圏では全体の病床数削減と慢性期病床数増加により、急性期病床数の削減が計画されている。

そのため循環器、呼吸器、脳循環疾患の救急、周産期の対応が困難になる地域の対応が懸念されている。近隣の高度急性期病院に搬送するにしても、交通事情により、圏域内で1時間かかる患者をさらに1時間以上かけて搬送することになる。医療圏が広い地域、あるいは医療圏の合併がなされる地域では、医療機関の連携がなされても高度急性期病院の数が少ないと患者搬送に時間がかかり救急の意味をなさない。

一方、湖西医療圏では地域医療連携推進法人制度を取り入れて、少ない医療資源の中で、地域の医療機関の機能分担と連携を効率化し、救急医療の地域完結の為の医療体制の整備を図っているが、これも連携する急性期病院、回復期病院、在宅医療機関のある程度の数がなければ成り立たないと考えられる。

このような状況をふまえ、地域医療構想会議においては、高齢化・高齢者の増加のみに主眼を置くのではなく、人口動態や急性期患者の流入流出を含めた医療介護全体をみて、すべての住民のための現実的な医療体制作りをする事こそ必要な協議であると思われる。

よって、日本医師会を通じて、国から行政に対し地域医療構想の更なる具現化について要請いただきたいと考えるが、日本医師会の見解は如何かお聞かせ願いたい。

大阪府医師会：

大阪府においては、診療実態分析により、「急性期」として報告された病棟の実像を明らかにする「大阪アプローチ」を用いて病床機能報告の定量的分析を行っている。しかしこれはあくまで実態分析のための手段であって、過剰とされる病床削減に向けた取り組みではない。地域医療構想の実現のためには、地域包括ケアシステムを中心に、住民が住み慣れた地域で質の高い医療を受けられるよう、病床数のみに目を奪われることなく、高齢者の増加による救急搬送の機会の増加なども踏まえ、地域の住民が必要とする医療資源を確保することが基本である。しかし、国は、医療需要の推計のための要素の一つとして平均在院日数も取り入れ、今後発出予定の「実施要領」において、急性期医療の項目を示すとしている。さらに、各都道府県における地域医療構想調整会議における議論の活性化が目的であるとして、地域の実情に応じた定量的基準の導入を推し進めている。

日本医師会はこれまで、病床機能報告はあくまで各医療機関がそれぞれの自主的判断で取り組むべきものであって、定性的な基準に重きを置くべきであり、病床が過剰か不足かの判断は地域医療構想調整会議にその権限があると指摘されてきたが、国の示す方向性とは異なっている。今一度、日本医師会としての見解を求めたい。

兵庫県医師会：

兵庫県では、地域医療構想を検討するにあたり、単純なベッド数の削減や機械的割り振りとならないように、あくまでも地域医療の実情とニーズに即したものとすることを原則として、県行政との協力関係のもと調整会議等の設置、協議を進めてきた。また、より中長期的で全県的な課題を自由に意見交換する場として、県医師会内部に任意団体としてのシンクタンクを設置し、行政各部門の担当者や関係団体代表・有識者等で構成し、独自のアンケートも実施して、県下の状況分析と課題を探ってきた。

国の言う「協議会」としては、公式な「地域医療構想懇話会」として開催予定である。

この間、広域な兵庫県においては、各圏域での協議は順調とは言えず、今般の厚生労働省地域医療課長通知（平成30年8月16日）を踏まえた地域の実情に応じた定量的な基準を導入するため、H29年度病床機能報告や状況変化等を踏まえ、他府県（大阪府、埼玉県）の先行事例も参考にした調査と分析を実施することとしている。更に、その分析結果を踏まえた議論を活性化するため、「公的病院2025プラン」と同様の内容を民間病院も含めて全病院へ調査を実施し、必要に応じて「2025プラン」も毎年見直していく予定としている。これらは単純な2025年の将来必要病床数との比較検討ではなく、あくまでも一つの指標として、その地域に応じた医療機能を議論することが、今後とも重要である。そのような地域に即した取り組みを超えた、診療報酬制度等上からの政策誘導は厳に戒めるべきである。

現時点での問題点として、本会として確認しておきたい点を以下列挙する。

- ①国が、上記通知で平成30年度中に全ての都道府県で「定量的基準」の導入を求めて来ていること自体が一律的とも言えるが、日医としてどのように捉えているか。
- ②議論が進まない地域に対して、上記の定量的基準やアドバイザー等の提起が地域の実情から、むしろかい離したものとなっている事例はないのか。
- ③最終的に協議が整わない場合に想定されている県知事の裁量権が、公的病院をこえて民間医療機関の自主的な取り組みまで左右するとの危惧はないのか。
- ④介護医療院への転換等、市町「介護保険」側との協議・調整の場が基金での費用負担含め設定されないまま進められており、現場の困惑を招いている点への対応は。
- ⑤限られた各調整会議の場では、大きな公的病院中心の協議になりがちで、中小の民間病院からの意見が反映されにくい構造的な問題をどう克服していくのか。

広島県医師会：

現在、広島県においても、県単位の地域医療構想調整会議において「定量的な基準」を策定すべく協議を開始したところである。定量的な基準の検討にあたっては、地域医療構想上では回復期とされる医療機関の中から急性期機能を有する医療機関（いわゆるサブアキュート。仮称：準急性期）を抽出し、「高度急性期」「急性期」「準急性期」「回復期」「慢性期」の5区分としようというものである。

このように、準急性期という区分を設けるのは、一つには実際に地域で果たしている機能を正當に評価しようということであり、もう一つは「回復期」と報告した場合に、将来的に診療報酬の点数の上限が設けられ、病院経営に支障が生ずるのではないかという懸念が払拭できないためである。

そこで質問であるが、

- ①厚生労働省から各都道府県へ地域の実情に合わせた定量的な基準の導入を行うように通知がなされているが、そもそも定性的な基準である病床機能報告制度との整合やその意義についてはいかがお考えか改めてお聞かせいただきたい。
- ②また、病床機能報告制度には各都道府県が導入した基準をある程度反映できる余地があるのかご教示いただきたい。もし、病床機能報告制度に定量的な基準をある程度反映できる場合は、診療報酬上の縛りが発生するかどうかという懸念があるが、そういった点についてはいかがか。

徳島県医師会：

1. 地域医療構想の各圏域において、公立・公的医療機関より2025年に担うべき医療機関の役割、医療機能ごとの病床数について協議が開始されているが、これらの医療機関には、慢性期病床と届けている機能に、筋ジストロフィー等の難病や重度心身障害児の療育等を全地域の患者を対象としている病棟もある。この場合の病床のカウントは別枠として考えてよいか。

2. 医療圏を圏域として地域医療構想を策定しているが、協議では市町村での医療機能・病床の話となってしまう。特に公立病院は町長等の公約等も関係している。これについて何か良い解決策はあるか。

3. 2025年に示されたのは、必要病床数であり、医療機関が報告しているのは病棟機能であり、この乖離をどう解決していけばいいか。

長崎県医師会：

(1) 調整会議参加者への呼びかけ

県医師会は調整会議やワーキンググループ等へオブザーバーとして参加し、発言は最小限にしているが、民間病院の参加が少ないが目立っている。

参加への呼びかけを県医師会が行うべきなのか。

(2) 調整会議の庶務について

調整会議の庶務は保健所が担っている事例が多く、長崎県内でも保健所が担当しているが、行政の責任者（市の部局など）の関与が薄いようである。

また、人事異動で担当者が頻回に変わり、実態が把握されていないことが多々あるようである。

県を中心とした事務局機能の強化と行政の責任を持った関わりが求められる。

熊本県医師会：

地域医療構想アドバイザーについては厚生労働省から各都道府県にその選任の要件が示され、既に専任されている県も多いようである。

本県においても、選任要件も含め県当局と話し合いを行っているところであるが、国が示した要件によりその人材で絞り込まれる中で、アドバイザーのデータ分析能力の優劣や各地域でのアドバイス等時間上の拘束など負担も多く、選任する人数等の設定や公平性の担保等について苦慮している。

日医並びに厚生労働省では委嘱形態（費用も含む）のイメージではどういった想定があるかご教示頂きたい。

＜日本医師会回答＞

地域医療構想調整会議の運営について：

地域医療構想調整会議の運営について、群馬県医師会、埼玉県医師会、滋賀県医師会、兵庫県医師会、徳島県医師会、長崎県医師会、熊本県医師会からご質問をいただいた。

第一に調整会議の組織体について、第二に地域医療構想アドバイザーについて、第三に調整会議での議論の活性化について、第四に都道府県知事の権限について回答する。

1) 調整会議の組織体について

群馬県医師会からは、調整会議の組織、メンバーに求められる資質をご教授いただいた。未来を創造するという高い志をもって、行動的にかつしなやかに進めていくという点、まさにご指摘のとおりである。日本医師会も、地域医療構想調整会議の組織について、議長を地元医師会会長が務めること、都道府県単位の調整会議を設置すること、地域医療構想アドバイザーを選任する際には当該都道府県に活動拠点を置く人物から選ぶことを主張し、実現させてきた。このうち都道府県単位の調整会議については、ぜひ都道府県医師会に事務局機能を担っていただくようお願いしたい。そのため、日本医師会は厚生労働省に対し都道府県行政が都道府県医師会を物心両面でしっかり支援するよう求めている。

事務局機能の強化については、長崎県医師会からご要望をいただいている。現在、日本医師会の要請によって、厚生労働省による都道府県行政職員向けの研修には、都道府県医師会も参加できるようになっている。都道府県の医師会と行政とが情報と想いを共有し、都道府県医師会がむしろ行政を引っ張っていけるよう、日本医師会として必要な環境づくりに努める。

2) 地域医療構想アドバイザー

地域医療構想アドバイザーについて、埼玉県医師会、兵庫県医師会、熊本県医師会のご質問に回答する。

日本医師会は、厚生労働省に対し、次の4点を地域医療構想アドバイザーの選定方法や要件

として、事務連絡に書き込ませた。第一に都道府県が、都道府県医師会と協議しながら地域に密着した有識者を推薦すること、第二にアドバイザーが推薦を受ける都道府県の医師会の関係者と連携がとれること、第三に都道府県医師会等の関係団体の役職員もアドバイザーになれること、第四に営利企業は対象外とすることである。ポイントは地域密着であり、日本医師会は本年7月20日の厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」でも、「一番大事なのは、地域医療構想を正しく理解し、足場がその地域にあること。現場感覚を持ってアドバイスをするのが、地域医療構想アドバイザー」であると主張している。なお、アドバイザーは、都道府県医師会と行政とが必要ないと判断する場合には、アドバイザーを選任する必要がないことを厚生労働省にも確認している。現在、アドバイザーには、都道府県医師会の役職員、医師会と密に連携している大学の先生などが就任している。

アドバイザーの選定要件として「都道府県医師会等の関係者と連携がとれること」、「推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること」等がある。

なお、アドバイザーの活動経費には、地域医療介護総合確保基金を活用することができる。総合確保基金の事業区分1の柱、「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」から充当する。

3) 調整会議の議論の活性化について

兵庫県医師会からは中小民間病院の意見が反映されにくいというご意見、長崎県医師会からは民間病院の参加が少ないというご意見をいただいた。また、埼玉県医師会からは病院管理者が必ずしも出席するとは言えない会議で病院間の調整ができるのかとのご指摘もいただいている。

中小民間病院が調整会議に関与しにくいという問題と、出席すべき医療機関がなかなか出席してこないという双方の問題があるかと思う。医療法では都道府県知事が求めた場合には、病床の転換、増床を予定している医療機関は調整

会議に出席するよう努めなければならない。努力義務ではあるが、各医師会におかれては、調整会議の議長として強く出席を要請していただきたいと考えている。

他方で、民間医療機関は、病床機能の大きな転換がない限り、議論の俎上に上らず、調整会議への関心も薄いケースもあるかと思う。しかし、地域の公立・公的医療機関の病床の縮小や、民間医療機関の大きな機能転換は、そのほかの医療機関にも大きな影響がある。調整会議の議論の進捗を、幅広く民間中小医療機関に広報する仕組みを作ること、何らかの形で民間中小医療機関が調整会議に参加し、意見を述べる場を設けることなどを、厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループで提言していく。

調整会議の議論の内容について、埼玉県医師会から疾患に着目した議論も必要ではないかのご指摘をいただいた。

調整会議で、がん医療の議論を行っているのは20都道府県22県である。脳卒中の議論を行っているのは23都道府県である。

兵庫県医師会からは、介護保険サイドとの調整の重要性についてご指摘があった。ご指摘のとおりであり、調整会議で介護保険を担う市町村行政も含め、どのように議論を進めるか、早急に厚生労働省のワーキンググループで検討し、ガイドラインを示したいと考える。同時に、地域医療介護総合確保基金が活用できるよう強く要請する。

4) 都道府県知事の権限について

兵庫県医師会からは、将来は知事の権限が公立・公的を超えて民間医療機関にも及ぶのではないかのご懸念であった。公立・公的医療機関等については、本年2月7日付の厚生労働省地域医療計画課長通知で、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ、調整会議において、公立病院や公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化されていることを確認することになった。

また、本年7月20日の厚生労働省のワーキンググループでは、日本医師会から、競合する

民間医療機関がない地域では公立・公的医療機関等がそのまま対応する、民間医療機関と競合している地域では公立・公的医療機関等しか担えない機能に特化する、というまとめをさせていただいた。徳島県医師会から、公立・公的医療機関が届け出ている慢性期病床の中に、全県域を対象とした難病、重度心身障害児の病棟があるが、別棟としても良いかというご質問があった。当該病棟が、その公立・公的でしか担えないということであれば、新改革プラン、2025プランとして確定し、その病棟を含めて地域医療構想を進めて行くことになる。ここで問題は、民間医療機関が担える機能でありながら、公立・公的が民間医療機関よりも先にその機能の病床を抑えてしまわないかという点である。公立、公的のプランが調整会議に提出されていますが、さしたる議論もないまま、了承されている実態もあると聞いている。そこで、公立、公的のプランを民間医療機関にも周知し、民間医療機関からも意見を述べるができる場が必要だと考えている。たとえば、その機能は自分のところで担う計画がある、といったことである。民間医療機関にはプラン策定の義務はないが、こうした意見を述べていただく際には、当該機能を担えているという実績をお示しいただく必要はあろうかと思う。現在、日医総研では構想区域ごとの公立・公的と民間との競合状況を分析中である。公立・公的医療機関等がしっかり収れんしていけば、民間医療機関への影響はないという見通しをもっているが、いかなる場合にも都道府県知事の民間医療機関への介入は絶対に阻止していく。

公立、公的のうち公立病院について、徳島県医師会から首長の公約との関係もあるとのご指摘をいただいた。調整会議における市町村行政との議論に役立つよう、地域医療構想で公立にしか担えない機能に特化することとなっていることなど、公立病院についての検討手順をわかりやすくお示ししたものを、日本医師会から提供したいと考えている。調整会議の議論に有効に活用していただきたい。

埼玉県医師会からは、病床の公募が行われており、医療審議会での決定までに、非常に短い期間しかないとのこと指摘をいただいた。

調整会議は、地域医療構想ガイドラインで定例開催、随時開催の2つがあることが示されている。定例の会議では、将来像やデータを共有し、課題の抽出を行う。地域医療介護総合確保基金を毎年予算措置する関係から、年間スケジュールが決まっているが、地域医療構想自体はその年に完結するものではなく、10年間スケジュールを毎年繰り返すことで、自主的な収れんを目指すものである。

個別の医療機関が病床機能の大きな転換や増床を計画している際には、コアメンバーで臨時の会議を開催する。埼玉県の場合、応募医療機関とコアメンバーで議論を詰めていただくことになる。医療法の規程では、調整会議の議論が調わなかったときには、議論の場が都道府県医療審議会に移る。短時間の議論で都道府県医療審議会に送るのではなく、時間をかけてでも、調整会議での議論を尽くすことが筋であると考えられる。調整会議で結論が出ない場合には議論が尽くされたことにはならず、また多数決も合意とはいえない。県行政が調整会議の議論を打ち切ることがないよう、日本医師会からも厚生労働省に強く申し入れをする。

定量的な基準について：

愛知県医師会、大阪府医師会、兵庫県医師会、広島県医師会のご質問に回答する。

10月29日に、日経新聞の朝刊で定量的な基準を満たさない病院は急性期などの報告ができなくなると報道された。記事の概要であるが、「国は2025年を目標に、急性期の病院ベッドを減らし、回復期病床を手厚くする「地域医療構想」を進めている。しかし、病院側にとっては、手厚い医療の体制を敷く急性期病床は支払われる診療報酬が高い等のため名乗りたがる傾向にある」とある。「厚生労働省は、病床数あたりの手術の実施数など、定量的な基準を導入して病床の機能を正確に把握することを都道府県に求めた。基準を満たしていない病院は急性期と報告できないようになる」と報道されている。厚生

労働省医政局の見解である。「記事は「病床機能報告における基準」と「地域の実情に応じた基準」の混同が見られ、誤りである。病棟全体の手術件数等を把握し、急性期医療を全く提供していない病棟について、病床機能報告で高度急性期機能又は急性期機能と報告できないことを指したものと考えられ、調整会議の活性化のための方策として都道府県宛てに依頼した「地域の実情に応じた基準」に関するものではない」としている。すなわち記事は内容を混同しており、まったくの誤報である。急性期機能をまったく提供していない場合には、病床機能報告の報告内容について、調整会議で確認の上、報告を修正していただくことがあるが、急性期をまったく提供していないというのは、すべてを行っていない場合である。こうした外れ値は除外するということである。さらに外れ値であっても、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認することになっている。

記事を受け、医政局から都道府県に発出されたメールにおいて、「都道府県において地域の実情に応じた定量的な基準を作成するようお願いしておりますが、これは地域医療構想調整会議の議論を活性化するための方策の一つとして、回復期機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上で目安として活用していただくものであり、病床機能報告の報告基準ではありません」と明記されている。

広島県医師会からは、病床機能報告に各都道府県が導入した基準を反映できるのかのご質問をいただいた。定量的な基準は先程も申し上げたが、あくまで調整会議の議論の活性化のためのツールのひとつであり、自主的な報告を阻害するものではない。繰り返すが、都道府県に作成が依頼されている定量的な基準は、地域の実情を踏まえた切り口でみると、調整会議の議論の活性化に役立つデータが見えるのではないかという考えにもとづくものである。愛知県医師会がご指摘のように全国一律の切り口では見えないものも、地域独自の切り口で見ると、地域でどんな医療が提供されているか把握できる

可能性がある。その物差しであり、病床機能報告を制限するものではない。したがって、どこかの県の基準を全国展開することも、不適切である。大阪府医師会がご指摘のとおり、病床機能報告は「あくまで各医療機関がそれぞれの自主的な判断で」行なうもので、今後もその方針に変わりはないと考えている。

病床機能報告と地域医療構想の関係について：

最後に、病床機能報告と地域医療構想の関係について回答する。

地域医療構想の病床の必要量は一定の仮定の下に将来の医療需要を推計した参考値で、医療機関が自主的に報告する病床機能報告とは性質が異なる。しかしながら、いまだに両者を単純比較しているケースも見られる状況がある。これに関連し、平成 29 年 9 月 29 日付で、厚生労働省医政局地域医療計画課が事務連絡を出した。そこでは「病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じている」ので留意するようにと述べられている。繰り返しになるが、病床の必要量と病床機能報告は異なる性質のもののため、単純比較できず、将来的にも両者が一致するものでもない。

滋賀県医師会からは、地理的な事情もあり、さまざまな要素を勘案して、現実的な医療提供体制づくりをすべきであるとのことご指摘をいただいた。まさにご指摘のとおりである。地域医療構想の具現化は第一に地域の実状、すなわちそこに生活するすべての住民にとってなにがいいのか追求する中から生み出されてゆくと考える。高度急性期機能のあり方もまさに地域の実状、想いを反映して考えられるのだと考えている。

そこで、病床の必要量の意味合いであるが、これは将来の患者需要を示している。需要の増加、減少を見ながら、不足しているものには対応する、減少していくものには次第に収れんさせていく、そういうものになる。

さて、その上で、新潟県医師会、広島県医師会から診療報酬との関係についてご質問をいただいた。

日本医師会は、病床機能報告と診療報酬とをリンクさせることには絶対にさせない。そのことを本年、平成 30 年度の「病床機能報告マニュアル」にも書き込ませている。その部分を読み上げる。「病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的として行われるものであり、病床機能報告においていずれの医療機能を選択されても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではありません」としている。そもそも、2013 年の社会保障制度改革国民会議報告書では全国一律の診療報酬では、地域ごとの様々な実情に応じた医療提供体制の再構築に対応できない、と認識されている。

日本医師会は病床機能報告および地域医療構想と、診療報酬とをリンクさせないことを、一段と気合を入れて今後も徹底していく。ご理解のほどよろしくお願ひしたい。

3. 専門研修（「(2) 地域医療構想調整会議のあり方について」の後に回答）

東京都医師会からのご指摘は、平成 31 年度の専門研修の専攻医採用に際して、東京都は今年度採用数の 5% 削減を目的に調整するという日本専門医機構のシーリング方針について、再考を促すという趣旨であると理解している。

ご承知のとおり、平成 29 年度開始予定だった新たな専門医の仕組みによる専門研修は、医師の地域偏在の助長等に対する懸念から 1 年間延期し、本年 4 月によりやく開始された。

この間の議論のなかで、都市部への専攻医集中を回避するため、平成 30 年度の専攻医採用においては、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の 5 都府県に対して、シーリングがかけられた。すなわち、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療の 5 領域を除く 14 基本診療領域について、過去 5 年の採用実績の平均を超えないようにするというものである。

その結果、全国の専攻医採用数 8,410 名に対して、5 都府県の専攻医採用数は 3,870 名で全国の 46.0% となっており、都府県ごとの 14 領域合計採用数は、シーリング内におさまっている。

平成 28 年の医師・歯科医師・薬剤師調査による医籍登録 3～5 年の医療施設に従事する医師数が全国 7,237 名に対して東京都は 1,162 名で 16.1%となっている。これに対して東京都の専攻医採用数は、さきほど申し上げた 8,410 名中 1,824 名で、21.7%に相当する。このような状況に対して、本年 3 月に開催された厚生労働省「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」などで、東京都への集中を懸念する声が相次いだ。もちろん、医師の地域偏在等は専門研修のみで解決されるものではなく、そのために医療法・医師法改正においても、医学部入学、臨床研修、専門研修という医師養成課程を通じた対策が打たれたことはご承知のとおりである。専門医の質の向上、認定の標準化が新たな専門医の仕組み、換言すれば日本専門医機構の重要な役割であることは論を俟たない。同時に、医師の偏在という地域医療体制が直面する課題について、その助長を可能な限り回避することも求められていると認識している。

このような背景から、日本専門医機構としても、来年度の専攻医採用に際して、冒頭申し上げたシーリングを各 14 領域学会に要請せざるを得なかったものと考え。東京都医師会のご指摘や提出いただいたデータにあるように、近隣地域からの流出入患者数の影響、あるいは各領域プログラムの他道府県へのローテートによる貢献等、さまざまな要素を勘案したきめ細かな対策が今後必要になると考える。日本専門医機構においては、データベースで各専攻医のローテート状況を着実に把握すべくシステム改修に着手していると聞いている。加えて、継続的にシーリング検討委員会を開催し今後のあり方を議論するとしている。

さらに、今後厚生労働省から具体的に示される人口の流出入、年齢構造等を加味した医師偏在指標に基づき、二次医療圏単位で医師少数区域の設定が行われる予定である。シーリングの議論においては、今後とも毎年同様の対応を実施することに拘泥せず、都市部へのシーリング

が現実には他の地域にどのような影響を及ぼすのか、データに基づき検証することが必要である。そのうえで、真に医師少数区域等へ専攻医がシフトするような対策を見出すことが肝要であると考え。

日本医師会としても、専門医機構の運営に引き続き協力しつつ、地域医療への影響を極力回避するよう努めていくので、ご理解とご協力をお願いしたい。

その他

日本医師会より、医療に係る平成 31 年度税制要望について、1. 控除対象外消費税について、2. 医療機関経営安定のための設備投資への支援措置、3. 事業承継税制について、説明がなされるとともに、協力依頼があった。

最後に横倉会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日は熱心なご議論をいただき感謝申し上げます。

地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議については、それぞれの都道府県、また二次医療圏毎に大変なご苦勞をかけている。やはり、地域の医療の実情を把握するのは、地域の医師会である為、地域医療構想調整会議等で各都道府県、しっかりと把握していただきたい。問題があれば、日本医師会へご連絡をいただきたい。国が何でも決めるということではなく、地域で決めたことを国がフォローする形が望ましいと考える。よろしく願いしたい。

昨年の 1 年間で約 40 万人の人口が減っている。人口減少は現実には起きているので、これを踏まえ、将来のことを考えていきたいと思っている。

来る 11 月 25 日、日本医師会として初めて、地区医師会長の先生方にお集まりいただき、医療政策講演会、また来年の参議院選挙を踏まえ医師連盟の医政活動研究会等を開催する。是非、多くの先生方のご参加をお願いし、本日の御礼とさせていただきます。

お知らせ

沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター 医療関係者研修開催のお知らせ

本会では沖縄県からの委託を受けて、昨年度に引き続き、沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター医療関係者研修を下記のとおり開催いたします。

本研修では、性暴力被害者への被害直後からの総合的支援のあり方について、理解を深めて貰う機会にしたいと考えておりますので、貴職をはじめ貴施設に勤務する医療従事者等、多数ご参加いただきたくご案内申し上げます。

講 師：こころ法律事務所 弁護士 村上尚子 先生

期 日：平成 31 年 3 月 10 日（日）10：00～12：00

場 所：沖縄県医師会館 3F ホール（南風原町字新川 218-9）

内 容：①弁護士の立場からみた性暴力被害者への支援（法的支援）
②刑法の改正に伴う変更点

沖縄県医師会業務 1 課（崎原） 行

FAX：098-888-0089

沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター医療関係者研修 参加申込書

所属機関	
連絡先	
氏 名	
職 種	経験年数 年 カ月
担当業務	

来る 2 月 28 日（木）までに FAX にてお申込みください。

沖縄県医師会 崎原
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089

日本医師会女性医師支援センター事業 九州ブロック会議



理事 城間 寛



去る11月10日（土）長崎県医師会館において開催された標記会議について、以下のとおり報告する。

挨拶

長崎県医師会 森崎正幸会長

本日は、大変お忙しい中、日本医師会並びに九州各県よりお集まりいただき感謝申し上げます。

女性医師支援を推進するにあたっては、中核となる熱心な女性医師が必要だということを感じている。

現在、長崎大学のワークライフバランスセンターでセンター長を中心に女性医師支援に取り組んでいただいております。また、医師会でも保育サポートシステムを立ち上げ、軌道に乗りつつある。

本日は活発な議論を期待する。

日本医師会 道永 麻里常任理事

本日はお忙しい中お集まりいただき感謝申し上げます。

ご承知のとおり、全国各地では医師不足に起因する医師の偏在、診療科の偏在が課題となっている。その解決のためには、女性医師支援活動を活発化させる必要があり、女性医師が働きやすい環境の整備をさらに推し進めることが肝要である。

さて、本年8月に、東京医科大学が女子合格者を3割前後に抑えることを目的にして、女子受験生の得点を一律減点していたとの報道がなされた。これは、入試の段階で男女差別が行われていたことになり、受験生に対する平等性、公平性を欠く行為である。

一方、厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会において、緊急的な取り組みの項目として、女性医師等に対する支援が盛り込まれており、女性医師支援は医師の働き方改革の論点としても非常に重要である。この検討会には、今村聡副会長が女性医師支援センター長の立場

で構成員として参画し意見を述べている。

さらに日本医師会は医師の働き方について、医療界の意見を集約した医師の働き方改革に関する意見書を取りまとめ、今年7月にこの検討会に提出した。女性医師支援の推進をはじめとした重要論点をまとめたこの意見書は医師の働き方改革の検討にあたっての具体的なたたき台となっており、現在議論が進められているところである。

日医の女性医師支援の取り組みは、男女共同参画委員会ならびに女性医師センター事業においてさまざまな施策を行ってきた。センター事業の中心である女性医師バンクは平成28年10月に大幅な改正・変更を行い、広報活動の強化や、都道府県医師会のご支援によってこれまで以上の成果をあげているところである。

なお、本年度から他ブロックの活動状況をご覧いただけるよう、資料は原則女性医師支援センターホームページにアップすることとしている。

女性医師の活躍は現在の少子高齢社会における医療を望ましい方向に発展させるために必要不可欠と考えている。その実現のために九州各ブロックの医師会においても今後とも一層のご協力をお願い申し上げます。

報告・協議

日本医師会女性医師支援センター事業について 日本医師会 常任理事 道永 麻里

日本医師会女性医師バンクはキャリア継続支援（離職防止）と復職支援の2本柱で事業を行っている。

当バンクでは、求職者はまずホームページから仮登録を行い、その後、医師免許証等の提出をもって本登録となる。平成30年1月からの月平均仮登録者は44件となっており、安定して増加している背景には、昨年度から実施しているリスティング広告等の広報活動により、女性医師バンクの知名度が上がったことによるものと考えている。

本登録者は平成28年度の51名から平成29年度は3倍の163名に増えた。

就業成立件数は、平成29年度は139件で、前年度から約2倍弱増加している。本年5月に

は、常勤、非常勤の求人掲載に加え、スポット求人の情報掲載も開始した。これまで、子育て中等の理由により定期的な勤務が難しい女性医師から、月に1、2回、空いている日なら勤務が可能のため紹介してほしいとの要望が寄せられたためホームページを改修した。

各都道府県医師会との連携も今後ますます重要となるため、平成30年1月18日（金）日本医師会館において「女性医師支援・ドクターバンク事業担当役員連絡協議会」を開催予定である。

平成29年度は、保健所長会など行政で医師が必要とされる部署等の会議で女性医師バンクの周知を行ったほか、求職者のうち再研修が必要な方に東京女子医大キャリア形成センターを紹介し、研修修了後に女性医師バンクで就業先を紹介する等の連携を図った。

また、今年度の就業成立件数は10月までで112件であった。最近では、数年のブランクを経ての復職の相談が増加傾向にある。

昨年度も全国で「医学生、研修医等をサポートするための会」ならびに「地域における女性医師支援懇談会」を開催し、医師会主催の講習会等への託児サービス併設補助を行った。

今後、当センターホームページのリニューアルを予定しており、情報発信の強化を目的に、新たに各関係団体専用のページを設け、各都道府県医師会、医学会、大学医学部の女性医師支援の活動状況などの情報を発信を行う予定である。

各県における病児保育の現状、他県にも伝えたい働く医師支援の試み

熊本県

熊本県における臨床研修病院では、50%の病院に病児もしくは病後児保育の設置があった。

また、県、医師会、大学病院の協力で立ち上げた「クローバーの会」で様々な支援を行っている。復職支援として、復職したい医師にかかりつけ医が訪問診療に行っている間の外来業務を担っていただく「お留守番医師制度」を開始し、現在までに5件成立している。

また、熊本大学医学部附属病院では、男女共同参画コーディネーターの会を毎年開催しており、各診療科医局長に女性医師のアカデミックキャリアについてアンケートを取った。大学院生や専門医を取得した割合は育児中の女性と育児中以外の女性で有意差はなかったが、学会発表や英語論文の投稿については育児中の女性の割合が有意に低くなっていた。部長職に就く女性医師を増やすためにはアカデミックキャリアの支援が必要である。

福岡県

福岡県においては、平成30年度時点で60市町村中45市町村に計75施設の病児保育がある。

病児保育の問題点・課題としては、当日キャンセルやインフルエンザ流行時の定員オーバーによるキャンセル、保育士の確保が困難なこと、赤字であること等が挙げられ、これらを解決するためには、今後、県全体として広域化を進める必要がある。また、国からの補助金額の引き上げも必要と考える。

働く医師支援の試みとしては、福岡県女性医師サポートブック「Pas a pas」第3版を作成した。また、福岡県地域医療支援センター主催による「病院内・地域女性医師交流会」を開催しており、県内各病院にてキャリア形成や仕事と育児・介護の両立に関する相談や講演、意見交換等を行っている。

鹿児島県

鹿児島県では鹿児島大学医学部を卒業する女子医学生に対し、メッセージを配布している。また、平成23年から院内保育園、病児保育施設を訪問し、県医師会報に記事を掲載している。訪問事業を始めた頃に比べると、今は開園時間が早まるなど、少しずつ内容の充実が図られてきている。

その他、鹿児島大学病院に勤務する女性医師を対象とした勤務環境に関するアンケート調査、鹿児島大学医学部医学科の全学年を対象とした将来の医師像に関する調査を実施し

たほか、会員医療機関に対しても女性医師の勤務環境サポート体制を把握するためのアンケートを実施し、情報をまとめた冊子を作成中である。

佐賀県

佐賀県の基幹研修病院における女性医師割合は24.7%である。臨床研修医全体では、38.2%を女性医師が占めている。

基幹研修病院6件のうち院内保育園があるのは5件であるが、そのうち佐賀県医療センター好生館については、敷地内で病院が建物を新設提供しているが、運営は一般の保育園に委託しており、行政による入園審査がある。病児保育は6病院中1病院が対応している。

佐賀大学においては、医学部ダイバーシティ推進委員会の設置や復帰医制度（勤務時間19時間/週が上限）を実施している。平成29年度は復帰医制度を7名の医師が利用した。

また、好生館においては、ダイバーシティ推進室を立ち上げ、今後、離職に至る前の相談・復職に際する相談のための窓口設置や、意識改革のための講演等を予定している。

宮崎県

宮崎県における病児・病後児保育の現状としては、市町村実施施設としては23施設、自主事業として実施しているのが5施設である。

宮崎県医師会では、女性医師等保育支援サービスモデル事業を実施しており、医師会が保育サポーターを養成し、保育サポーターがシフト制で待機することで必要な時に必ず利用できるシステムとなっている。また、女性医師とサポーターの全体顔合わせ会も年に1回行っている。

その他、研修会参加者無料託児サービスやマタニティ白衣の貸し出し、婚活パーティの開催等も行っている。

また、宮崎大学では、男女共同参画推進室の設置や、教員・研究者のための支援制度、利用者の希望に応じた柔軟な勤務形態を選ぶことができる「宮大病院キャリア支援枠」制度等を実施している。

沖縄県

沖縄県では、基幹型研修病院 16 施設中、病児保育があるのは 7 件であった。病児保育の施設運営については、経営が厳しいとの意見や、キャンセル率が 50% 以上と高いことによる赤字が課題との意見があった。

また、働く医師支援の取り組みとして、グループ診療の導入状況を尋ねたところ、16 病院中 10 病院が導入している、または一部導入しているとのことであった。また、12 病院がタスク・シフティングを実施しており、医師事務作業補助者や看護師、薬剤師等が医師の業務を代行しているとの回答があった。

沖縄県女性医師部会では、研修医を対象とした「おきなわレジデントデイキャリア教育セッション」、「女性医師フォーラム」、「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会」を開催し、女性医師支援に取り組んでいる。

大分県

大分県内の 12 研修病院のうち、院内保育があるのは 10 件で、そのうち 4 件で病児保育を行っている。

大分県立病院では、女性医師確保対策の一つとして、365 日、24 時間利用できる院内保育と病児保育を行っている。また、大分大学附属病院の病児保育室では、原則として事前診断が必要だが、事前診断なしでも利用可能な場合があり疾患制限はない。

今年度、大分市では、国からの「子育て支援整備交付金」を利用し、大分市の「すくすく大分っ子プラン」のもと、20 年ぶりに病児保育を 2 か所新設した。

県医師会では、再就職支援に関するアンケートにおいて、専門医制度に対する支援について調査を行い、ガイドブックの作成を予定している。

長崎県

長崎県の基幹病院においては、院内保育は充実しているものの、病児保育はほとんど対応できていない状況である。

平成 25 年より長崎大学 mWBL と共同で行っ

てきた長崎県医師会保育サポートシステムは、今年度から大学主導の長崎保育サポートシステムとなった。ただし、このシステムでカバーできるのは長崎市周辺のみであるため、今後はそれ以外のところでも病院で保育サポーターを募集する等してフォローできる体制を構築していきたい。

女性医師支援の試みとしては、大学病院や基幹研修病院にワークライフバランス推進員を設置し長崎大学 mWBL との連携強化を図っているほか、マタニティ白衣・パンツの貸し出し、学生キャリア講習を行っている。

また、「出会いが少ない」との声に応え「女医コン」を後援し、女性医師と他職種の男性との巡り逢いのお手伝いをしている。

情報交換

「女性医師はどこまで進んだか～三種の神器をもとに各県の比較 各研修病院比較～」

各県の取り組みにより、女性医師支援がどこまで進んだかを三種の神器（院内保育、病児保育、フレックスタイム）アンケートをもとに各県の研修病院を比較し、ディスカッションを行った。

長崎県

長崎県において、女性医師が勤務する病院ならびに子育て中の女性医師が勤務している病院を調査したところ、長崎県中央医療圏など一部地域に集まっている。女性医師が仕事をし始めるところでロールモデルとなる先輩を見ることになるので、そこできちんと働けないことには、後に続いてくる人が何をお手本にしたら良いかわからなくなる。そこで、研修医が集まる各県の基幹病院における保育、病児保育、フレックスタイムの状況を報告いただき、ディスカッションのテーマとしたい。

熊本県

今年度実施したアンケートで、回答のあった 79 病院中病児保育は 10 件、病後児保育は 12 件だった。預かり人数は最大が 6 名で 1 件、その他は 3～4 名というところが多かった。広域

医療へ対応しているのは1件で、経営収支はすべての病児保育で赤字であり、補助金を希望する声もあった。

平成27年から29年の間に育休を取った男性医師はいなかった。熊本大学では、ここ数年で男女ともに短時間勤務制度を利用する医師が増えており、取りやすい雰囲気が醸成されてきている。

福岡県

「福岡県女性医師サポートブック Pas a pas」は平成25年に第1版を作成し、以降、平成27年に第2版、今年度第3版を作成した。この間、研修病院における院内保育は80%の病院で設置されており、また、病児保育や短時間正規雇用制度も徐々に拡大している。さらに、産休や育休を取得する医師も増えている。

今後は、当直明け休みの徹底などの医師の働き方改革に深く関連すると思われる複数担当医制の進み方にも注目したい。

鹿児島県

鹿児島ではほとんどの基幹研修病院に院内保育が設置されている。また、病児保育なしと回答したところでも、園児であれば病児隔離室で預かっているとのことであった。短時間勤務制度が無いと回答した鹿児島市立病院は研修医が多く集まる場所であるため、今後改善が必要である。

鹿児島では基幹型病院が広範囲に点在しているため、医師会が全部をサポートすることは難しいが、地方では、病院の前に幼稚園のバスをつけたり、学童保育まで対応するといったような取組をしているところもある。

佐賀県

佐賀県では、基幹病院6施設中5施設に院内保育所が設置されており、そのうち病児保育は1ヶ所に設置されている。

市内の小児科の診療所にも2ヶ所病児保育があるが、子どもの数が少ないことから病児も少なく、稼働率は50%に満たない。インフルエンザが流行した時のみ利用が増える。ただし、インフルエンザの場合は預かることはできない

ので、実際には病児保育が役に立っているとは言い難い状況である。

宮崎県

宮崎県の基幹型研修病院7施設のうち院内保育所があるのは5施設である。宮崎生協病院では、院内に病児保育室を設置しており、子どもが病気になった際に、契約している保育サポート事業者から保育士を派遣するというシステムができています。

また、女性医師等保育支援サービスでは、子どもの預かり場所に「女性医師の勤務先」を選択肢として加え、子どもを預ける医師と預かるサポーター双方がより安心して対応できるようにしている。特にクリニック等で勤務する女性医師の場合はこのような体制が良いのではないかと考えている。

大学病院における男性医師の育休や短時間勤務制度利用者はまだまだ少ないようである。

沖縄県

沖縄県では、院内保育や短時間勤務制度については、約7割の病院が整備・導入していたが、病児保育については約6割の病院で実施できていない状況であった。また、約9割の病院で短時間勤務制度が導入されていることが分かった。就労環境整備のためにはトップの意識改革が必須であることから、本会女性医師部会では、今後も「病院長等との懇談会」等を通じ、意識啓発に取り組んでいきたい。

大分県

基幹型研修病院でも院内保育、病児保育を実施していない医療機関がある。また、今年になって民間の病院で病児保育を開始したところもあるが、これは国や市からの補助によるものであり、今後も行政の積極的なサポートが必要である。

フレックスタイムについては、以前の再就職支援アンケートの際に具体的な支援として示している医療機関も見受けられたが、はっきりした実数は把握していないため、今後実施予定の追加アンケートで照会する。

長崎県医師会

院内保育は進んできたという印象がある。しかし病児保育は赤字が続いており課題となっている。広域化が実現できれば補助金も増加するだろう。

鹿児島県医師会

病児保育の補助金自体は増額しているが、年間預かり人数が1,999人の場合と2,000人の場合で金額が違ってくる。病児保育のスタッフに話を聞くと、補助金のくくりを50人あるいは100人ぐらいに小さくしてほしいとの意見があった。

日本医師会

予算が一番大事だと思う。国は消費増税分を子育て支援にあてるとのことだが、子育てや保育に増税分をあててもらいたい。子育て支援や保育は地方自治体に任せきりではなく、国が主導していくべきものとする。

佐賀県医師会

病児保育は預かった人数に応じて補助金がもらえるが、1年の中でも波がある。感染症が流行していない時期でも、病児保育には看護師1名、保育士2名がいらないといけない。利用者がいない時にもスタッフを配置しないといけないことが一番の赤字の原因である。必要なときに必要なだけスタッフを集めるというシステムが実現できれば良いが、なかなか難しいため、日医でも検討いただきたい。

福岡県医師会

今回の各県の報告をもとに要望書を作成し、12月の日本医師会女性医師支援担当者連絡会で道永先生を通じて伝えていただくというのはどうか。実際に求められていることを行政に伝えることができれば良いと思う。

長崎県県南保健所長

行政のいろいろな縛りで難しいところはあるが、佐賀の事例のように、子どもの数が減ってきている状況では、集約化し大きいところで広域でみるということも大事になってくる。宮崎県から

の報告の中であったような、保育サポート事業者からの派遣といったようなことも考慮に入れながら、各県行政と一緒に検討いただければと思う。

長崎大学病院

長崎大学では以前から取り組んでいるものの、まだ病児保育を設置できていない。しかし、もし院内にできたとしても、女性医師が朝早くに子どもを預けたいとなった場合の対応は難しい。そこで、大学病院の近くに住んでいる病児保育サポーターで、自宅で子どもを預かってくれるような臨機応変に対応できる方を見つけたほうが早いのではと考えており、次年度はそのような方向で動いていく予定である。

福岡県医師会

保育所に勤めている保育士には、わずかではあるが国が給料に上乗せをしているので、これから出す提言の中には病児保育の保育士にも補助していただきたい旨の文言を追加してはどうか。

鹿児島県医師会

川内市立医師会病院の事業所内保育事業では、公的など（市からの補助金ではあるが、その元となるところがあるはずである）から、年間6,000万円程度の補助金が出ている。補助金を探す知恵が要る。また、学童保育では、2年間で250万円の補助が出ているが、これはシニア世代が健康に働くことを目的とした「鹿児島市新産業創出支援事業」によるものである。

久留米大学

病児保育のキャンセル待ちの人数がわかるWebシステムや、病児保育に対応できる看護師等を募ることができるようなアプリ等ができれば、利便性が高まるのではないかと。

日本医師会

厚生労働省の子育て支援検討会の中で保育について検討されていると思うので、補助金について

は調べてみる。病児保育・病後児保育は医師のみならずすべての働く女性が気にかけていることだと思う。いろいろな方法を検討していきたい。

協議の結果、当番県である長崎県医師会を代表に選出した。

日本医師会女性医師支援担当者連絡会（平成30年12月9日）における九州ブロック会議の報告者について

平成30年2月日本医師会館において開催されるみだし連絡協議会における九州ブロック代表について協議を行った。

次期開催県について

平成30年度日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議の開催県について協議を行った。

協議の結果、九州医師会連合会の当番順に倣い、今回は熊本県医師会の担当で開催することが決定した。

印象記



沖縄県医師会女性医師部会 委員 大湾 勤子

街路樹の紅葉が、秋晴れの空に映えて美しい陽気の長崎で、日本医師会女性医師支援センター九州ブロック別会議が2018年11月10日に開催された。

今回は、子育て支援の一環として、九州各県の「病児保育の現状」と「医師会、大学病院等での他県へ伝えたい医師支援の取り組み」をテーマに話し合う機会を得た。

この会に先立って、沖縄県内の研修基幹病院16施設に、院内保育、病児保育の有無、短時間勤務制度の設定の有無、育児休暇の取得状況などについてのアンケートにご協力いただいたいただき、その報告を行った。沖縄県の研修基幹病院では、院内保育所の設置は16施設中11施設、69%と以前より充足してきたが、病児保育は7施設44%とまだ半数に満たない現状であった。一方、県内14施設88%が短時間勤務制度を導入しており、2015～17年の期間で、男性医師の育児休暇取得は10人であった。

病児保育の設置に関しては、各県ともに経営の問題がハードルになっていることがわかった。行政と協力して財源を確保し、病児保育の支援がよりスムーズにできるよう、九州ブロック会議での報告を日本医師会の女性医師支援担当者連絡会（12/9）に提言しようと活発な意見が出た。また保育士の待遇改善の必要性についても確認された。

宮崎県では、保育サポートセンターが機能していて、マッチングした保育サポーターが、病児や緊急時に対応できるしくみを構築していて参考になった。福岡県に次いで、研修医の多い沖縄県でも、地域ごと（たとえば地区医師会）で保育サポート事業所と提携して病児保育サポーターとマッチング出来るようなシステム作りを検討できないかと考えた。個人的には、病気の時には子供のために休むことが出来るサポート体制があることが理想だと考えているが、マンパワーがない現場では実際は難しい。

少子化が続くわが国では、子育て支援は国策として取り組むべき喫緊の課題であり、沖縄県は、九州の中では、少ないながらも男性医師の育児休暇取得人数が最多で、病院長をはじめとするトップの理解が進んでいると感じた。これからは子育てだけでなく、高齢化社会で介護のニーズも増えていく。男女を問わず働き続けていける、また病院内にとどまらず、病診連携を通して医師の働き方をサポートし合えるようなネットワークづくりが必要だと思った。

九州医師会連合会第 374 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 11 月 16 日（金）、城山ホテル鹿児島においてみだし常任委員会が開催されたので概要を報告する。

当日は、会の冒頭、九医連の池田琢哉会長（鹿児島県医師会長）より、本日から 3 日間、今年度のメインイベントとなる九州医師会連合会総会・医学会等関連諸行事が開催されるので、皆様のご協力をお願いしたいとの挨拶が述べられた。

報 告

1) 九州医師会連合会事業現況について（鹿児島）

野村委員から、平成 30 年 7 月から 10 月 31 日迄に開催された九州医師会連合会の主な事業内容について、資料に基づき報告があった。

主な事業

- 常任委員会（3 回）
- 委員総会（1 回）
- 各種協議会（1 回）
- 関連行事

（九州地区医師会共同利用施設連絡協議会、九州ブロック学校保健・学校医大会関連行事等）

2) 九州医師会連合会歳入歳出現計について（鹿児島）

林委員から、平成 30 年 10 月 31 日現在の九州医師会連合会会計の歳入並びに歳出の現計について、資料に基づき報告があった。

歳入済合計	44,345,754 円
歳出済合計	10,545,301 円
差引残高	43,800,453 円

3) 第 118 回九州医師会連合会総会及び医学会関連行事について（鹿児島）

銚之原委員より、本日から 3 日間に亘って開催される第 118 回九州医師会総会・医学会関連行事について報告があった。

4) 第 71 回日本医師会設立記念医学大会における各種表彰者に対する慶祝について（鹿児島）

池田琢哉会長より、九医連に関係する受賞者に対し、九州医師会連合会長名で祝電をお送りし、祝意を表した旨報告があった。

5) 秋の叙勲等受章者に対する慶祝について（鹿児島）

池田琢哉会長より、九医連に関係する受章者に対し、九州医師会連合会長名で祝電をお送りし、祝意を表した旨報告があった。

協 議

1) 第 118 回九州医師会連合会総会の宣言・決議（案）について（鹿児島）

原案どおり承認され、後刻開催する委員総会で協議した上で、翌 17 日（土）の総会へ上程することになった。

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

平成 31 年 1 月 26 日（土）・27 日（日）に開催する予定となっていた標記救急・災害医療担当理事連絡協議会並びに第 3 回九州ブロック災害医療研修会については、日医主催の JMAT 研

修会が2月24日(日)に福岡で開催されることから、4月以降に延期して開催することになった。

3) 九州医師会連合会第2回各種協議会の開催種目について(鹿児島)

標記各種協議会の開催種目について協議したところ、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

日 程：

13:50～15:50

①九州各県医師会医療事故調査制度担当理事連絡協議会

②地域包括ケアシステム対策協議会(在宅医療を含む)

16:00～18:00

③地域医療対策協議会(医療情報システム、感染症対策含む)

④医療保険対策協議会

⑤介護保険対策協議会

18:10～19:00 各種協議会等報告会

19:10～ 懇親会

4) 「医師が災害活動に参加する要員に関する研究」アンケート調査協力のお願い(熊本)

熊本大学医学部附属病院地域医療総合実践学寄付講座松井邦彦特任教授より、文部科学省の科学

研究費を利用した「医師が災害支援活動に参加する要因に関する研究」を実施するに当たり、九州各県の会員を対象としたアンケート調査への協力依頼があり、各県協力することを了承した。

その他

(1) 風しんに係る予防接種の対応について(宮崎)

今般、関東の都市部を中心に風しんが増加していることから、日医では、今後地方への感染拡大が懸念されるとして、必要なMRワクチンの供給量を確保し早急に予防接種を実施するよう厚労省宛に要望書を提出している。当該問題は、我々地方においても看過できない問題であり、九医連としても同様な要望書を出す必要はないかとの提案があった。

協議した結果、まず、一番の問題はワクチン不足であり、必要なワクチン製造を早急に行うよう、日医から国へ要望するよう、日医理事でもある池田琢哉会長より日医理事会において、九州ブロックからの要望として提案して頂くことになった。

(2) 平成30年度大分県医師会HIV医療講習会(大分)

標記講習会について、来たる12月8日(土)17時より大分県医師会館において開催する旨案内があった。



第 118 回九州医師会総会 医学会及び関連行事



理事 白井 和美

去る 11 月 16 日（金）から 18 日（日）の 3 日間にわたり、鹿児島県において九州医師連合会総会、医学会関連行事が開催されたので、その概要を報告する。

I. 九州医師会連合会第 116 回臨時委員総会

日 時：平成 30 年 11 月 16 日（金） 17:00～

場 所：城山ホテル鹿児島（2 階 クリスタルガーデン）



挨 拶

池田琢哉九州医師会連合会長

今年は集中豪雨や大地震等災害が続き、多くの方々が犠牲になられた。

被災者は数万人に上り、復旧は緒に就いたばかりである。折しも昨日、天皇・皇后両陛下は北海道厚真町を日帰りで訪問された。被災者の方々にとってはさぞかし元気づけられたことだと思う。九医連としては続発する自然災害の広域化に対処するため、emis 等を活

用しての救急医療の連携体制をより強化しなければと強く感じているところである。これから年末にかけては控除対象外消費税への対応や医師の働き方改革などの議論が本格化する。来年 10 月には消費税が 8% から 10% になる増税の実施が決まり、社会保障費や医療費の財源確保も併せ今後の動きに注視していきたい。明日は午前中に合同協議会を開催し、横倉会長に中央情勢報告についてご講演頂く。超高齢化と少子化が同時に進行するという難

しい時代を迎える中で、「我々がこれから取り組む課題は何か」について示唆に富むお話をして頂けるものと期待している。本日から3日間にわたり九州医師会連合会総会・医学会及び分科会、記念行事等を開催する。全ての行事が滞りなく遂行開催できるよう皆様のご協力をお願いし挨拶とさせて頂く。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長(代読 平川俊夫常任理事)

本年度の当番県である鹿児島県医師会の池田琢哉会長はじめ、多くの皆様のご尽力により、本総会が盛大に開催されることに対しお祝い申し上げます。また、貴連合会におかれては、平素より本会の会務運営に特段のご理解とご協力を賜り、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

日本医師会は国民と共に歩む医師会を目指し、かかりつけ医を中心としたまちづくり、将来の医療を担う人づくり、そして医療政策をリードし続ける強い組織作りを進めているが、医療政策を全国で円滑に展開し、国民医療を推進できるのは、全国を隈なく網羅する医師会の存在があってこそと考えている。超高齢社会を迎えた我が国では、男女共に平均寿命過去最高を更新し続けており、今後も伸び続けることが予想されている。高齢化に伴い、顕在化する様々な課題に対しては、医療界を上げて自らが変革に取り組み、未来に対する責任を果たしていく必要がある。特に人生100年時代を迎える中で、人生を豊かに生きていくためには、健康寿命の更なる延伸が重要となる。国民の生命と健康を守るために、地域包括ケアシステムを構築していく中で、予防・健康づくりに向けた取り組みを進めていくことも責任の一つであると考えている。地域住民とのつながりを大切にしながら、継続的に包括的な保健・医療・福祉の実践を目指した地域医療を確立することで、医療に対する国民の信頼に応え続けられるよう努めて参るので、引き続きご理解とご協力を賜るようお願い申し上げます。

羽生田俊参議院議員

5年前に参議院議員に当選させて頂いた際、横倉会長より「成育基本法」と「医療基本法」の二つの法律をしっかりと作れとの宿題を頂いた。中々、そこに結びつくまでが大変な状況であり、皆様方にお詫び申し上げなければならないが、自見はなこ議員が一昨年当選させて頂き、成育基本法は超党派の議員連盟を立ち上げ、最後の一步を越えればという段階まで来ている。医療基本法についても、この度超党派の議員連盟をスタートできる段階まで来ている。時間が掛かって大変申し訳ないが、特に第2党であった民主党の再編という問題で、これが変わる度に内容を説明に行かなければならず、申し込んで会うまでに3か月から半年も掛かってしまうという国会の難しさを感じている。しっかりと早く確実に進めて参りたい。私自身、自民党の厚生労働部会において医師の働き方改革のプロジェクトチームの座長を仰せつかり、ヒヤリング等を繰り返し、これから3月に向けて纏めにはいるという段階に来ている。日本医師会が推奨している、「医師の健康」「地域医療を守る」という2本の柱を中心に医師の働き方を考えなければならないが、相反すると思われるこの二つを何とか克服し、医師が安心して働けるようにし国民医療の安全・安心につなげたい。全くの医師不足でワークシェアも出来るかどうかも分からない難しい点もあるが纏めていきたいと思っている。日本医師会の役員をやっていた際、医療関係職種を担当していたことから医療関係団体とも付き合いが長く、様々な状況を分かっていることから何とか克服していきたい。来年3月までにまとめ上げ、報告書を作成したい。4月には全国統一地方選挙、そして7月には参議院議員選挙がある。両選挙が同じ年に行われるのは12年に1度であり、これまでこの選挙に自民党は勝ったことが無い。前回の12年前の選挙は、政権交代の口火を切った選挙であった。なんとか皆様のご期待に応えられるよう良い成績で再度当選をさせて頂き、皆様のために、日本の医療のために働かせて頂きたい。

自見はなこ参議院議員

成育基本法については、羽生田先生が自民党の中でしっかりと議員連盟の足場を作って頂き、今年の5月には超党派の議員連盟となった。その後精力的に7回の議員総会を重ねている。主だった内容は妊娠期から切れ目の無い支援を重要視し、有識者を呼びヒヤリングと意見交換を行い、内容を積み重ねていった。10月中旬には、議員連盟において骨子を出し、超党派であることから各自持ち帰って議論頂き、10月30日の最後の議員総会の日に一任を取り付けるところまで来た。その後11月7日に超党派の議員総会を踏まえた上での役員会を開催し、骨子が了承され、各党がそれぞれ持ち帰っている段階である。自民党が凄い組織だと改めて思ったことが、党内の足を踏む前に自民党の国会議員77人に説明する作業があり、若い世代の議員がそれぞれ10人ずつ担当すると共に、羽生田先生も18人以上にご説明頂きながら党内の二階幹事長、岸田政調会長、加藤総務会長含め大勢の先生方に説明した。その努力が実り、自民党では厚生労働部会で成育基本法の条文が了承された。これを受けて党内の手続は二つステップがあり、来週の火曜日に開催される政調審議会、その後開催される総務会、この二つの会議を経ると正式に自民党が了承した議員立法という冠を頂くことが出来る。その上で、今月27日に予定しているが、自民党と公明党の与党政策責任者会議にかけられ、要と出れば正式に与党が認めた法案という手続になる。この間も今現在国民、立憲、維新でも同時並行的にそれぞれの党内手続を、部会あるいは政調会と踏んで頂いているところであり、有難いことに自民党の法案だからとって反発する議員を押さえて頂いており、今のところ滞りなく法案審査の日が設定されている。しかしながらこればかりは、最終局面までどうなるかわからない状況であるため、引き続きご協力を頂きながら丁寧に進めたい。

国会日程は大変タイトであるが、厚生労働委員会は水道法という閣法を抱えている。これは

参議院で審議して衆議院に戻すプロセスを踏むが、空いている国会日程において衆議院の議長提案として成育基本法を出したいと考えている。しかしながら、議員立法を四つ抱えており、その中での優先順位を上げるため自民党の中での争いにもなっており慎重に丁寧に調整している。

また、船戸結愛ちゃんの虐待死については、我々医療関係者がこれを防いでいく意味でも、国会が終わった後に超党派で成立させセレモニーも行う思いで、各党の先生方に説得とご理解を頂いているところである。

まだまだ予断を許さないが気を引き締めて最後まで頑張っていきたい。

大変ご心配をおかけしている医学部の件につきましては、学部長・病院長会議の中で小委員会を設立して頂き、全国医学部長・病院長会議としてのある程度の規範を示す予定となっている。これを受けて、文科省と調整のうえ、医学部だけの問題では無い認識のもと、年明け歯科、薬剤、看護その他の学部についても公平性のあり方を諮る検討会を作って頂くことを厚生労働委員会において私からの質問に対し、答えて頂いた。

外国人医療については、沖縄県医師会の先生方のお陰で今年は外国人の医療問題を取り組ませて頂いた。これが政府の提言となり、日医の外国人医療対策会議開催に繋がった。在留外国人に関するワーキンググループを立ち上げ、社保の被扶養者の扶養条件におけるなりすましの防止に焦点を当てていく必要があること、丁寧な議論を進めていきたいと考えていることから、引き続き先生方のご協力を頂きたい。その他、新しい小泉進次郎厚生労働部会長のもと、羽生田先生が部会長代理として、風疹ワクチンについても積極的な取り組みをして頂いている。

報 告

1) 第374回常任委員会について (鹿児島)

座長の池田会長より、当定例委員総会に先立って開催された標記常任委員会について報告があった。

2) 九州医師会連合会事業現況について(鹿児島)

野村委員(鹿児島)より資料に基づき、平成30年10月31日までに行われた九州医師会連合会事業(常任委員、委員総会、各種協議会等)及び関連行事について報告が行われた。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

(鹿児島)

林委員(鹿児島)より資料に基づき、平成30年10月31日現在の九州医師会連合会歳入歳出現計について報告があった。

なお、歳入・歳出合計並びに差引残高については下記のとおり。

歳入済額合計	44,345,754 円
歳出済額合計	10,545,301 円
差引残高	33,800,453 円

4) 第118回九州医師会連合会総会及び医学会関連行事について(鹿児島)

鉦之原委員(鹿児島)より資料に基づき、11月16日(金)の前日諸会議、17日(土)の合同協議会、総会・医学会、18日(日)の分科会、記念行事について報告があった。

議 事

第1号議案 第118回九州医師会連合会総会の宣言・決議(案)に関する件

座長の池田会長より提案理由の説明が行われた後、林委員(鹿児島)より宣言・決議(案)の朗読があり、審議した結果、原案のとおり承認され、翌17日(土)の総会に上程することが決定された。

II. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会

日 時：平成30年11月17日(土) 10:00～

場 所：城山ホテル鹿児島(2階 クリスタルガーデンA)



去る11月17日午前10時から、鹿児島県において、九医連委員・九州医師会役員合同協議会が開催された。また、午後からは、九州医師会医学会総会・特別公演I・IIが行われたので報告する。

九州医師会連合会長挨拶

池田九州医師会連合会会長より、当合同協議会への出席についてお礼が述べられるとともに、本日は横倉会長より中央情勢報告としてご講演をいただくので最後までご清聴賜ようお願いしたい旨挨拶が述べられた。

講 演

「中央情勢報告」

横倉義武日本医師会長

横倉義武日本医師会長より、事前に九州各県から提出された質問3題について、中央情勢を交えながら概ね次のとおり日本医師会の見解が述べられた。

(1) 医師会の役割

医療の基本は、医療を提供する側と受けられる側の信頼関係の構築である。医師は、日々進歩する医学を勉強し、それを医療として提供していくことが重要であるが、その医療の在り方を具現化していくための組織は医師会しかない。医師会は、医師自らが国民に対して医療の質を確保し責任を負う体制を提供できる唯一の団体である。

更に、患者と医師が身近に接する都市医師会の役割は重要で、医師会活動の基本は都市医師会にあると考えている。

そのような中、医師会将来ビジョン委員会では、「医療の今日的課題に対し医師会員は何をすべきか」に対する議論の答申として、「日本の医療を守るために、我々の理念を共有すること」とし、それを医師のみならず全ての国民に伝えていく具体的な行動こそが医師会員がすべきことであるとされた。その理念を共有する為に、まずは、全国都市区医師会長協議会を創設し、日本医師会長の考えを述べるべきとの提言を受け、11月25日に開催が実現することとなる。当協議会の前半では、日本医師会の医療政策と、日本の医療、その課題と展望について、後半は、なぜ政治活動にコミットしていかなければならないかを一人でも多くの会員に理解していただく為に、医政活動の重要性について講演を行う予定である。

また、日本医師会が強い発言力と実現力を発揮する為には、政策決定の場で日本医師会が真に全ての医師を代表する組織であること、国民の生命・健康を守るために主張している姿を今まで以上に対外的に示す必要があり、その為に

は組織率の向上が不可欠である。現在の組織率は58パーセント程度に低下している。都市医師会の会員には日本医師会まで加入いただくことが大事である。

更に、我々の政策実現のための医師連盟強化に対する支援も併せてお願いしたい。前回の選挙では、組織内候補の自見はなこが医療業界の候補者の中で多く票数を獲得できたが、今回の選挙でも多く得票数を確保しなければならないのでご協力をお願いしたい。

(2) 健康寿命の延伸に向けて

我が国の一番の課題は、人口構成の変動である。高齢社会対策大綱では、健康寿命の1～2才以上の延伸、健診受診率・運動習慣者の割合を上げることが目標として設定された。更に、骨太の方針では予防・健康づくりの推進が明記された。また、2015年には経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが初めて手を携えた「日本健康会議」が発足した。

健康寿命の延伸は、若年世代からの予防・健康づくりと、健康な高齢者の増加並びに生涯現役社会の実現をもたらし、社会保障制度の堅持ができることとなる。なおかつ、高齢者の就労増がもたらす財政効果は、可処分所得の推計増加額約2,400億円とされている。

長年、若年世代が中心の社会であったが、いよいよ65才以上の人口が全人口の3分の1を超すようになっている。このような社会において持続可能な社会保障をどのように作り上げていくかということは社会全体に課せられた課題であり、その解決策に一番近い存在が我々医師である。

健康寿命延伸に向けて、国民一人ひとりの生涯を通じた健康管理に資する取り組みに繋げるためにも、健診（検診）から得られたデータについて、厳格な個人情報保護の下で一元的に管理し、個々人の健康、保健、医療の為に活用するシステムづくり、すなわち「生涯保健事業の体系化」が必要である。現在進められている主な健康施策の中で日本医師会は、健診（検診）データの一元化による生涯を通じた健康管理を

行い、経済団体・医療団体・保険者・自治体等からなる日本健康会議の取り組みなどにより健康寿命を延伸していくことを展開している。

さて、我が国では非感染性疾患の死亡率が増加しており大きな医療費の削減に対する対策等が課題になっている。

糖尿病対策については、2005年に日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会の3団体で日本糖尿病推進会議が設立され、国の糖尿病対策の中に当該会議の活用が図られている。また、2016年には糖尿病患者の削減に向け、「予防・重症化予防、重症化予防・効果的治療の確立」に向けた取り組みを促進するため、厚労省、当該推進会議と本会で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。更に、今年9月には、本会と、推進会議、埼玉県医師会、埼玉県糖尿病対策推進会議、埼玉県の5者で、かかりつけ医の糖尿病診療の推進と重症化予防に向けた連携協定を締結した。

糖尿病対策では、かかりつけ医と地域の専門医や、必要に応じた多職種間の連携の上で行政と関係団体との連携が成り立つことから、地域の医師会の役割が非常に大きくなる。日常の医療行為をしている先生方が、地域の医療資源と連携しながら、かかりつけ医を中心として「切れ目のない医療・介護」の提供するネットワーク体制を作ることが重要で、その為には医師会の活動は欠かせないとする。

医療は、予防・教育に始まり、診断・治療から再発重症化予防・見守り・看取りにつながっていくものである。「病を防ぐ」ことは医療の大きな役割で、我々医師は、診断治療だけではなく、人生100年時代の生涯を通じ健やかに過ごすための予防していく役割があるということを理解いただきたい。

(3) 医師の働き方改革

医師の働き方改革では、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。

厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」において、「医療界の自主的な組織による具体

案の作成」が提案され、4月に日本医師会主催の下、日医の「医師の働き方検討委員会」答申等をもとに、医師の働き方改革について医療界の意見を集約し、厚労省の当該検討会に提言すべく「医師の働き方検討会議」を設置した。

当該会議では、医師の健康確保対策として、今取り組むべき健康管理（労働時間の把握、適切な産業医の配置と職務遂行等）と今後の健康管理（多面的な健康確保策、宿日直の健康への影響と管理、在院時間管理の必要性等）について検討を重ねてきた。更に医師の働き方改革の進め方については、当該改革に関する財源をあらゆる切り口で確保し、現行の労働法制で規定するのが妥当か、勤務医の労働法制を別途構築するのが妥当か検討すること、医師の健康確保策の定着を前提に前倒し施行が可能か検討すること、施行後には不断の見直しが必要との意見を取りまとめた。

厚労省は、当該会議の意見書の提言を踏まえ「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」を設置した。当該懇談会では、患者・国民の医療のかかり方に関する理解を深めること、受診の必要性や医療機関の選択など上手に医療にかかることができれば、時間外・土日の受診や大病院への患者集中による混雑の緩和にもつながり、ひいては、医療の提供者側の過度な負担が緩和され、医療の質・安全確保の点からも効果が期待できると考える。

今後、日本医師会では会内の「医師の働き方検討委員会」において議論・検討を深めていくので、都道府県医師会・郡市区医師会においても、初期救急、休日・夜間診療体制の再構築、病院に求められている医療に集中できるよう、かかりつけ医と病診連携の普及促進、予防・健康増進活動等を行っていただきたい。

(4) アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及

人生の最終段階における医療の在り方ー日本医師会の取り組みーについて前年度の生命倫理懇談会の答申を踏まえ、終末期医療の在り

方について、かかりつけ医・会員の先生方を通じて高齢者に考えて頂きたく、終末期医療アドバンス・ケア・プランニングのパンフレットを作成した。

かかりつけ医が日頃の診療の中で終末期とリビングウィルについて話すことが大事である。患者からリビングウィルについて質問をされたら、かかりつけ医がきちんと答えられるようにして頂きたい。また、多くの国民ができるだけ自分が終末期をむかえるにあたり意思表示をして頂きたい。

**(5) 国民皆保険を守るための時代に即した改革
社会保障費、特に医療費の財源確保について
(鹿児島県)**

【要旨】

超高齢社会において、国民に安心で良質な医療提供体制を確保し、世界に冠たる皆保険制度を維持していくことは重要課題である。医療は誰もが等しく受益できる社会的共通資本であるため、地域によって分け隔てなく提供され、国民が過不足なく医療を受けられる体制づくりが必要である。来年10月には10%への消費増税が予定されており、今年の年末に2019年度の税制改正大綱が策定されることになっている。今後、社会保障の伸びを抑制することなく、消費税を柱として、適切な財源が確保されることを強く求めるものである。

日医として、今後どのような形で政府と交渉して行かれるのかご教示いただきたい。

【横倉会長コメント】

- 社会保障費は高齢化により、医療・介護等を中心に今後も増加が見込まれる。国は財務省を中心に社会保障費の抑制策が検討されている。また、経済財政諮問会議・規制改革推進会議・未来投資会議等の抑制策も打ち出している。
- 会長になった翌年に日本医師会の政策判断基準を作成した①国民の安全な医療に資する政策か、②公的医療保険による国民皆保険は堅

持できる政策か。持続可能な社会保障の為に、財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していく為、我々医療側から過不足ない医療提供ができる適切な医療提言し続けている。

- 現在、日本の医療のグランドデザイン2030を作成している。自然災害や社会の急激な変容の中で、「一人ひとりの生命と尊厳を守っていける社会であり得るか」というテーマは、人類全体にとってますます大きな意味を持っている。特に、人の命に深く関わる医療の役割、医療への期待は大きい。その上で、一人ひとりの生命と尊厳を守り続けられるような社会において、医療がいかなる使命を果たすべきか、医療のあるべき姿とは何かを示す。日本の医療のグランドデザイン2030は、「第1部あるべき医療の姿」「第2部現状の検証」「第3部日本医師会GD2030へのアクションプラン」の3部構成となっている。第1部は人類のあり方、医療のミッションから、現在の日本のあるべき医療の姿を描くとともに、第2部は現状の医療の認識及び課題の抽出も含まれている。第3部の日本医師会GD2030へのアクションプランは来年3月末に完成する予定である。
- 最近の社会保障関係費の伸びについては、制度の変更や薬価の変更で行ってきた。来年は6,000億の自然増となっているが、それをどこまで抑制されるかが年末の予算編成で諮られる。
- 10月に財政制度等審議会財政制度分科会で下記のテーマが決まった。①外来診療における窓口負担のあり方、②受診時定額負担、③新規医療薬品の保険収載のあり方、④医療費適正化に向けた地域別の診療報酬、⑤後期高齢者の窓口負担のあり方、⑥金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組み、⑦高額医療機器（CT、MRI）の配置状況である。
- 9月に加藤厚労大臣（当時）に地域医療介護総合確保基金の柔軟な運用を要望した。要望

内容は、①医療分につき、事業区分間の融通を認めること、②都道府県が、地域の実情を的確に反映し、また事業計画を適切に立案できるよう、厚生労働省より積極的に指導、支援を行うことである。

- 社会保障の充実による国民不安の解消として、たばこ税を増税し社会保障財源にすることや、企業の内部留保を給与に還元し、所得税収の増収額、保険料の増収額に繋がる。
- 2040年に向けた社会保障のあり方は、政争の具にはならず、政府のみならず各政党も含めて社会全体で考えなければならないと強く思っている。しっかりとした協議の場を作り、国民全体で合意の上、納得を得られる負担と給付を導き出すべきではないかと考えている。

**(6) 控除対象外消費税問題解決に向けて
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)**

【要旨】

日医は、平成31年度医療に関する税制改正要望の中で、「控除対象外消費税問題の解消に係る要望につき、非課税還付方式から、消費税及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開設者を対象とする新たな税制上の仕組みを平成31年度に創設すること。」としているが、今回の要望等を分かり易くご教示いただきたい。

控除対象外消費税への対応について (長崎県)

【要旨】

2019年10月1日には消費税10%への引き上げが実施される予定となっている。横倉会長はこの消費税問題を今年末までの重要課題として取り上げ、日医として鋭意努力頂いていることに感謝申し上げる。平成元年消費税導入時より、損税としての対応策は診療報酬補填方式で行われてきた。平成26年度には補填の『見える化』を図り、初診料・再診料での基本診察料の引き上げとなり、ある程度満足のいく結果が得られたものと考えまる。そして更に、今年

度は残った問題である診療報酬による補填でのばらつきを新たな仕組みで対応するとの方向が示された。しかし、会員の中には「ゼロ税率方式」が良いとか「非課税を課税にして軽減税率で0%に」などいろいろな意見も聞かれ、会員の理解がまだ十分とは言えない。私たち代議員としても日医の方式を会員に説明し、しっかり理解してもらう責務があるので、この問題の分かりやすい説明資料を提供し、情報発信して頂きたい。

【横倉会長コメント】

- 平成30年度税制改正大綱 (自民党・公明党) で、医療に係る消費税のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な整備施設にかかる負担が大きいとの指摘も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ、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、議論を得る。

上記の内容を受けて、日本医師会平成31年度税制要望より、控除対象外消費税問題解決のため、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等において診療報酬に上乗せされている仕入れ税額相当額に不足が生じる場合には、申告により補てんの過不足に対応する新たな税制上の仕組みを平成31年度に創設すること。

- 医療機関等 (病院、一般診療、歯科診療所、薬局)の控除対象外消費税問題の解消に向け、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、これまでの税制要望で非課税還付方式を要望してきた。これについて、仕入れ税額を控除し、還付を受けることが認められるのは課税に限ってのことであるため、財政当局から消費税の基本的な仕組みと相容れないとの指摘があった。この点は十分に承知している。しかし、社会保障である医療に対する消費税の課税について国民 (有

権者)の広い理解を得ることは困難である。そこで、控除対象外消費税問題の解決に緊急を要する中、医療界が一致団結できる具体的な対応として、新たな仕組みを提言した。

(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解説者を対象とする。

○DPC病院の包括部分の補てん状況の前回調査からの修正について

今回の過程で、平成26年度分の調査(前回調査。平成27年11月に公表)について、DPC病院の包括部分の補てん状況の把握に不正確な点があったことが判明したため、調査方法を変更し、平成26年度分の調査についても再調査を行っている。

○2014年4月1日に消費税率が5%から8%に引き上げられたことに伴う医療機関等の消費税負担昇分については、2014年度診療報酬改定で補てんされた。

医科消費税対応分約2,200億円を診療所約600億円、病院約1,600億円。病院に関しては診療所と同じ点数を初・再診料(外来診療)に上乘せ(約200億円)残った財源を入院料に配分(約1,400億円)

消費税率が5%から8%への引き上げに伴う診療報酬での補てん率に修正ミスがあった事が分かり補てん率の修正が行われた。

Ⅲ. 第118回九州医師会連合会総会・医学会



去る11月17日(土)城山ホテル鹿児島において標記総会が開催されたので、その概要を報告する。

九州医師会連合会会長挨拶 池田 琢哉
第118回九州医師会連合会総会・医学会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げる。

本日は、日本医師会横倉会長、三反園鹿児島県知事をはじめ、多くのご来賓のご出席を賜り、また、九州各県医師会より多数のご参加をいただき、感謝申し上げます。

今年は、自然災害多発の年となり、多くの尊い命が奪われた。改めてご冥福をお祈りするとともに、被災地の一刻も早い復興をお祈り申し上げます。

鹿児島も桜島をはじめとする活火山があり、本年9月に本会災害救急担当理事が鹿児島市長を代表とするイタリア・ナポリの視察に随行した。SBS火山観測所や病院を訪れ、火山災害や火山防災対策に関する情報を収集してきた。桜島の大噴火対応をしっかりと考えれば、先進的な災害対策が構築できるものと確信している。

国政においては、安倍総理が9月の自民党総裁選挙に勝利し、10月初旬には内閣大改造を断行し、新体制がスタートした。来年10月からの消費税増税も決定した。首相は全世代型の社会保障改革を打ち出しているが、その中で医療財源はしっかりと確保されなければいけない。また、持続可能な社会保障をどう実現していくのか、対応を注視していきたい。

さて、本医学会は明治25年に第1回が熊本県にて開催されて以来、諸先輩方のご尽力により118回を迎えることができた。開催地鹿児島では、今年、明治維新150年を迎え活気にあふれている。わが国の医療に大きな足跡を残した英国人医師ウィリアム・ウィリスは、維新の時代に鹿児島の医学校で近代西洋医学を教え、医師の養成に尽力した。医療界にとっても大変意義深い年の本医学会の開催となった。

現在、超高齢化、少子化、人口減少が同時進行するというこれまで経験したことのない難しい次代を迎え、我々には医療改革だけでなく意識の改革を求められている。そこで我々は地域の実情に応じた将来のあるべき医療提供体制を構築するため、地域医療構想や地域包括ケアネットワークの推進に向け一丸となって取り組むことが必要である。

九州医師会連合会は、医師会はいま何をすべきかを常に考えながら、一致団結し、日本医師会を強力に支援し、ともに充実した社会保障制度の確立を目指したい。

本日の特別講演では、1席目に鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 心臓血管・高血圧内科学 教授 大石充先生、2席目は薩摩焼の陶芸家十五代 沈壽官氏のお二人にご講演いただく。

また、明日は7つの分科会と8つの記念行事が開催される。

九州医師会連合会のますますの発展と、ご来会の皆様のご健勝を祈念申し上げ、挨拶とさせていただきます。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長

第118回九州医師会連合会総会の開催にあたり、日本医師会を代表して一言ご挨拶を申し上げます。

はじめに、7月初旬に発生した西日本を中心とする記録的な豪雨被害、9月に近畿地方を中心に大きな被害をもたらした超大型台風21号、その直後に発生した北海道胆振東部地震によって犠牲になられた方々に心から哀悼の意を表するとともに、被災された方々の1日も早いご回復をお見舞い申し上げます。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。その中でJMATや支援金等の呼びかけに応じていただいた全国の会員の皆様に感謝の意を表する。

今年は明治維新150年の記念の年となり、明治維新の立役者の一人である西郷どんを輩出した薩摩の地で本総会が開催されることをお慶び申し上げます。担当の九州医師会連合会会長 池田鹿児島県医師会長をはじめ、役職員、関係各位のご努力に深く敬意を表するとともに、心よりお祝い申し上げます。

さて、医師は臨床の場において医学の知識のみでは解決できない社会的な課題に直面することが少なくない。日々進化している医学を生涯にわたり学びつづけるとともに、診療における医療提供機能と社会的役割を心得て地域医療を支えていかなければならない。そうした意味でも九州医師会医学会において生涯学習の場が設けられ、地域医療を担う多くの先生方が、プロフェッショナルオートノミーの理念のもと最新の医療知識を吸収すべく努力を重ねておられる

ことは誠に意義深いことであり、今後の更なる飛躍にご期待申し上げる。

今後、人生100年時代を迎えるうえで健康寿命のさらなる延伸が求められる。そのためには、我々医療者側が地域医療の充実に向けた取り組みをリードしていく中で、かかりつけ医が地域包括ケアシステムの中心となり、予防と健康づくりに取り組み、国民一人一人に寄り添った医療を提供しなければならない。

そして、その担い手となる医師の人材確保に向け、先の国会では医療法と医師法の一部が改正された。それにより地域医療対策協議会の役割と機能が評価される中で、医師が安心して働ける体制整備を推進していくことになる。地域医療対策協議会の中心は都道府県医師会である。日本医師会としては、都道府県医師会が主導的な役割を果たせるよう今後も支援をしていく。各地域の課題を把握して政府に提言することが日医の役割である。九州医師会連合会の先

生方には忌憚のないご意見を寄せていただき、引き続きご支援とご協力を賜りたい。

続いて、来賓祝辞として三反園訓鹿児島県知事ならびに森博幸市長より歓迎の挨拶があり、その後、来賓として参加された諸先生方の紹介が行われた。

宣言・決議

慣例により議長に池田琢哉九州医師会連合会長が選任され、池田議長進行のもと、医療の専門家団体として国民の生命と健康を守り、国家の繁栄に向け一致団結して取り組むことの宣言（案）ならびに、政府に対して8項目の実現を強く要望する決議（案）が九州医師会連合会総会の総意の下、満場一致で採択された。

なお、宣言・決議の送付先等については九州医師会連合会長に一任された。

宣 言 (案)

超高齢社会と少子化が同時に進行し、人口が減少するという、我々がこれまで経験したことのない時代が、やってきている。2025年には、団塊の世代が75歳を超え、国民の5人に1人が75歳以上、3人に1人が65歳以上という「高齢社会」が確実に到来する。その一方で、「働く人口」は減少を続け、若い世代が高齢世代を支えられない、厳しい状況が生まれてくる。

これまでの「入院」中心の医療は、「在宅・施設」中心へと変わり、「医療と介護の一体化」政策はより加速する。2018年の診療報酬・介護報酬の同時改定で、その方向は鮮明になり、その流れは今後の改定でも変わることはない。

地域社会のなかで、「医療と介護」の実践を牽引するのはかかりつけ医であり、その役割の重要性は年ごとに増している。我々が目指す「地域包括ケアネットワーク」は、高齢者だけではなく、障がいを持つ人も、心の病のある人も、在宅の病児も共に穏やかに暮らせる「共生社会」を構築することが目的であり、「公助」、「共助」はもちろんのこと、住民の「自助」、「互助」も極めて重要だと言える。

さらに、地方における地域医療は、著しい人口減に伴う医療従事者不足、医師の高齢化もあって、深刻な状況がこれからも続く。そのなかで、「初めのない医療提供体制」の構築は行政まかせではなく、地域医療を担い、地域の実情を知る我々医師会が主体的に取り組んでいくべき課題である。

また、熊本地震、九州北部豪雨の体験を踏まえた、広域災害時の医療連携体制の強化は喫緊の課題である。九州医師会連合会として強固なネットワークをつくり上げ、情報の共有をはじめ、迅速かつ円滑な医療提供体制を構築する必要がある。

来年10月には、消費税が8%から10%に引き上げられる予定である。増え続ける社会保障費に充てるための増税であり、安全・安心な医療のための財源を、なんとしても確保しなければならない。持続可能な社会保障制度を確立するためには、財源に裏付けされた安定した医療制度が不可欠であり、加えて、「成育医療等基本法並びに医療基本法の早期制定」、「国民の理解を得られる医師の働き方改革」、さらには「診療報酬におけるかかりつけ医の更なる評価」など、諸課題への適切な対応を政府に強く求めていく。

我々九州医師会連合会は、多岐に亘る課題を克服すべく、連携をより強固なものとし、国民の生命と健康を守るため、これからも日本医師会とともに医療改革に邁進することをここに宣言する。

平成30年11月17日

第118回九州医師会連合会総会

決 議 (案)

我々九州医師会連合会は、政府に対して、次の事項を強く要望する。

- 一、国民皆保険制度の堅持
- 一、社会保障充実のための消費税を含めた財源確保
- 一、国民の理解を得られる「医師の働き方改革」
- 一、診療報酬におけるかかりつけ医の更なる評価
- 一、看護師・准看護師の継続的な養成
- 一、地域医療介護総合確保基金の柔軟な運用
- 一、成育医療等基本法並びに医療基本法の早期制定
- 一、災害時における情報共有と迅速かつ円滑な医療提供体制の確保

以上、決議する。

平成30年11月17日

第118回九州医師会連合会総会

次回開催県会長挨拶 佐賀県医師会長 池田秀夫

来年度の総会、医学会、分科会、記念行事は平成31年11月16日(土)、17日(日)にホテルニューオータニ佐賀を主会場として開催する。多くの先生方の参加をお待ちしている。

特別講演 I

超高齢社会へ 鹿児島からのメッセージ
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
心臓血管・高血圧内科学 教授 大石 充

今までの臨床研究は「生命予後をいかに良くするか」であったが、今日では「機能予後をいかに維持、改善するのか」について議論されることが多くなってきた。循環器内科領域において生活機能に大きな影響を与え、高齢者で最も増加する疾患は心不全である。団塊の世代が後期高齢者となる2025年には心不全パンデミックが起こると考えられており、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を考えても心不全の予防が最も大きな問題となる。リスクファクターコントロールの観点から、血圧コントロールが最も重要であり、80歳以上の未治療高血圧患者に対する降圧療法が心不全発症を3分の1に減少させた大規模臨床研究を筆頭として、数多くの大規模臨床研究が心不全予防に対する降圧療法の有効性を実証している。

心不全は、心臓の動きが悪くなることばかりを考えるが、心臓から全身に血液を送る左心系と全身から血液が還ってくる右心系は直列回路を形成しており、全身に十分に血流を担保するためには静脈系から心臓に十分な血液が還ってくる必要がある。静脈系血流が右心系に戻っている仕組みには多くのものが関与しているが、最も大きな役割をしているものが下肢筋肉ポンプである。近年、フレイル・サルコペニアが注目されているが、高齢者では下肢筋肉量・筋力共に低下しており、静脈環流量を維持できないことが心筋収縮力の保たれた心不全を急増させる原因となっている。心臓リハビリテーションはこのようなフレイル・サルコペニアを改善して、心不全の予後を改善することができる治療法である。

鹿児島県の中部、大隅半島の北西部に位置する垂水市において、医学部、歯学部、薬剤師、理学療法、管理栄養士、保健師、心理学等の多方面から高齢者の方々を評価する「垂水研究」を昨年より開始した。同市は、2060年の日本の人口構成と近いことから、40年後への提言ができると考えている。本研究の特徴は、医学的な観点以外に、行政との協力関係や、医学的見地だけでなく、介護保険・医療費の減額といった社会保障軽減の側面からも解析が可能である。さらに産学共同事業として、オムロンヘルスケアと共同研究を行い、最新の家庭血圧計を無料配布し、約2か月毎の高血圧教室で血圧正常化にどのように効果があるのか、どのような教育介入が効果的なのかが立証できると考えている。

さらに、鹿児島県で最も脳卒中が多いとされている枕崎市とも新たに事業を展開する予定である。「高血圧ゼロの街」をキャッチフレーズに市民・メディカルスタッフ・医師のそれぞれに啓発的介入や教育介入等を行い、血圧を正常化することにより、どのくらい脳卒中や心不全が減少して、豊かな市民生活を送ることができるかを実証していきたい。

特別講演 II

陶房雑話 十五代 沈壽官

明治維新の時代に、工芸の世界でも大きな変化が起きた。それまで宗教的なものが多かった作品が、庶民の日々の生活にフォーカスしたようなものが増えた。それまでの日本人は「どのように死ぬか」と考える傾向にあったが、幕末期のイギリスのヨーロッパ文化に触れ、「どのように生きるか」と考える傾向に変わった。それが大きな変化ではないかと推測する。アメリカと争い、戦後、調和することによって、凄まじいエネルギーが生まれた。人は、自分と対立するものと、調和したときに、自分が想像もしえなかったような力を持つことができるのではないかと感じている。

豊臣秀吉の朝鮮侵攻で、4万人もの技術者が、日本に連れてこられた。そのうち7千人が朝鮮に帰ったが、残り3万3千人が日本で生きていく道を選んだ。私の先祖も日本で生きていく道を選んだ。これにより、薩摩地域に朝鮮陶器の

技術を伝えることとなった。

寺田寅彦は「天災は忘れた頃にやってくる」という言葉を残した。朝鮮半島から仏教が入ってきた時にはすでに「永遠の無常観」という考えが日本に定着していた。これは、形あるものは必ず壊れることを意味している。日本人は、天災の多い地域で、どの民族よりも「死」を身近に感じながら生活している。だからこそ、もろくて、壊れやすい焼き物を大切にするのはではないか。

薩摩藩には朝鮮通詞が存在し、朝鮮との貿易を行っていた。その後、朝鮮通詞に加え、唐通事、英通詞も存在しており、近代西洋文化の導入が可能となった。1867年のパリ万国博覧会において、「日本薩摩琉球国太守政府」の名で幕府とは別に出展した。薩摩焼を展示し、ヨーロッパから高い評価を得ている。

今後、過去に培われた様々な技術を自分の中に収め、現代の革新を乗せて、伝統を守っていきたい。

印象記

理事 白井 和美

九州医師会連合会臨時委員総会報告

会議では、先に行われた九州医師会連合会常任委員会で報告された議題（主に、九州医師会連合会の本年度事業進捗状況並びに会計報告等について）の説明があり、その後、第118回九州医師会連合会総会の宣言・決議（案）に関する協議が行われたが、宣言・決議は原案通り了承された。

九州医師会連合会委員・九州医師会役員合同協議会並びに九州医師会医学会報告

午前中の合同協議会では、横倉日本医師会長の「中央情勢報告」があった。超高齢社会に向けて健康寿命の延伸を目指すことが重要であり、様々な患者さんへ、かかりつけ医を中心とした支援体制（予防・治療・支援）構築に資する各種ツールを日医からも提供したいとされた。医師の働き方については、地域医療の継続と医師の健康確保の両立のため、現行の法制度の中で勤務医を「特例の在り方」とするだけでなく、新しく勤務医に特化した労働法制を考えることも視野に入れ、より良い制度構築を検討中とされた。控除対象外消費税関連課題については、各県からの質問もあり関心が高い分野であるが、前回の消費税引き上げ時に生じた齟齬を繰り返すことのないようにしっかりした原因分析を厚労省・中医協に依頼すると同時に、10%上昇時には、新たな設備投資などに対する税制上の優遇措置の新設も考えてゆく方向であるとのことであった。

総会では、宣言・決議が採択され取り扱いは、会長に一任された。

医学会特別公演Ⅰでは、2040年ころの日本社会を先取りする超高齢社会がすでに現実となっている鹿児島県垂水市で住民参加型の大規模スタジアム、鹿児島県で最も脳卒中の多い枕崎市で、多職種参加型の取り組みを行っている鹿児島大学の大石副院長が具体的な取り組み内容を話された、特に枕崎市での取り組みでは、「高血圧ゼロの街」をキャッチフレーズに努力されているといい、本県と状況の類似に驚かされた。

特別講演Ⅱは、薩摩焼15代沈壽官氏の文化講演で、大変興味深く拝聴した。氏の祖先は、豊臣秀吉の朝鮮出兵の際に捕虜として薩摩藩に渡来した陶工であったが、当時の日本に比し遥かに進んだ技術を持った人々として、当初から大変優遇されたという。世界的に活躍される氏は、韓国でも名誉市民・郡民に推戴され、その際にも上記のような祖先の経験談を披露し、日韓友好に大きな功績をあげておられる。一方、沈氏工房は、見事な白薩摩焼を制作しておられるが、薩摩の地でこの焼き物に適した土を見つけるには、25年以上の歳月が必要であったなど、渡来当初の苦労話も披露された。

「革新が受け入れられた時、それは伝統となり、その積み重ねが今日につながる」歴史学者でもある氏の大変心を打つ言葉であった。

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：okiigaku

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)