

九州医師会連合会第321回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る9月17日(土)、午後4時30分からホテルニューオータニ佐賀でみだし常任委員会が開催された。当日は、九州医師会連合会第1回各種協議会として医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、医療安全対策協議会が別室で併行して開催された。

常任委員会の会議の概要は下記のとおり。

報 告

1) 第111回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事の参加状況について(佐賀)

来る11月19日(土)・20日(日)開催される標記医学会の分科会の一般演題並びに記念行事の参加状況について、資料に基づき報告があった。

その中で、一般演題、記念行事とも申込みが少ないことから、申込み締切期日を1ヶ月延ばし9月末日迄とする旨説明があった。(テニスについては10/11迄)

2) 集中豪雨被災見舞いへの御礼について(佐賀)

本年7月26日～30日に発生した「新潟・福島豪雨」に際し、両県医師会へ九医連として見舞金をお送りしたところ、新潟県医師会の渡辺透会長、福島県医師会の高谷雄三会長よりお礼状が届いた旨紹介があった。

協 議

1) 日医臨時代議員会(10月23日(日))における代表・個人質問について(佐賀)

①日医代議員会における九プロ選出の各種委員について、下記代議員が当たることが確認された。

議事運営委員：蒔本 恭 代議員(長崎)
 財 務 委 員：松田峻一良 代議員(福岡)
 財 務 委 員：横須賀 巖 代議員(佐賀)

②九州ブロック代表・個人質問について

各県から提案された下記6題の質問事項の採否について協議した結果、「次期診療報酬・介護報酬同時改定」に関する質問が3題(福岡2題、長崎1題)提案されていることから、質問要旨を一つに取り纏めいただき、長崎県医師会の野田剛稔代議員より九プロ代表の質問として行って頂くことになった。

個人質問は2題提案することとし、福岡の野田健一代議員より、「新公益法人制度下における医師会立共同利用施設の在り方」について、鹿児島県の八木幸夫代議員より、「在宅医療をかかりつけ医でしっかりと実施できる体制作りを」についてそれぞれ質問して頂くことに決定した。

*各県からの質問事項

- (1) 在宅医療をかかりつけ医でしっかりと実施できる体制作りを(鹿児島)
- (2) 新公益法人制度下における医師会立共同利用施設の在り方について(福岡)
- (3) 同時改定について(福岡)
- (4) 次期診療報酬・介護報酬同時改定の対応と有床診療所の今後の展望について(福岡)
- (5) 日医発「医療事故調査制度の創設に向けた基本提言」について(長崎)
- (6) もう一度問う! 医療・介護報酬同時改定について(長崎)

2) 九州ブロック日医代議員連絡会議の開催
(10月23日(日))について(佐賀)

来る10月23日(日)の日医代議員会に併せ、午前9時より、日本医師会館の九州ブロック控室で開催することに決定した。

3) 第322回常任委員会並びに第102回臨時委員総会の開催(11月18日(金)佐賀市)について(佐賀)

標記常任委員会並びに委員総会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成23年11月18日(金)

場 所 ホテルニューオータニ佐賀

①第322回常任委員会(16:00~16:50)

②第102回臨時委員総会(17:00~17:50)

*九ブロ選出の日医横倉副会長、今村・藤川常任理事もご案内する。

4) 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会(11月19日(土)佐賀市)について(佐賀)

来る11月19日(土)、九州医師会総会・医学会の関連行事として開催される標記合同会議については、日医原中会長より中央情勢報告としてご講演頂くことになっていることから、従来通り各県から日医への意見・要望等を提出し、原中会長のご講演に盛り込んで頂くこととし、各県から概ね1題の意見・要望を10月末日までに提案することになった。

5) 第111回九州医師会連合会総会における宣言・決議(案)について(佐賀)

来る11月19日(土)の第111回九州医師会連合会総会(11/13)における宣言・決議(案)について協議したところ、宣言(案)は原案どおり、決議(案)は一部追加・修正を行うことで承認された。

なお、当該宣言・決議は、来る18日(金)の臨時委員総会の議を経て、翌日の総会に上程する事になっている。

6) 第323回常任委員会並びに第2回各種協議会の開催(1月28日(土)佐賀市)について(佐賀)

標記常任委員会並びに各種協議会について、下記の通り開催することに決定した。

期 日:平成24年1月28日(土)

場 所:ホテルニューオータニ佐賀

・常任委員会(16:00~18:00)

・各種協議会(16:00~18:00)

・各種協議会報告会

(18:10~18:40)

7) 日本医師・従業員国民年金基金第9期代議員候補の九州ブロックからの推薦について(佐賀)

標記国民年金基金の代議員が平成24年3月で任期満了となることから、九州ブロック2名代議員の推薦について協議した結果、過去に推薦実績のない宮崎県、佐賀県から推薦して頂くことに決定した。

8) 台風12号による被災へのお見舞いについて(佐賀)

去る9月2日から5日にかけて発生した台風12号により全国各地で大きな被害を受けたことから、九医連としての対応を協議した結果、特に被害が大きかった和歌山県、奈良県、三重県へお見舞いを送ることとし、各県より5万円、九医連より20万円負担し、それを3等分して20万円ずつ3県医師会へお送りすることに決定した。

9) その他

①日本プライマリ・ケア連合学会九州ブロック講習会について(鹿児島)

標記講習会が九州各県持ち回りで開催されている標記講習会が平成25年度は鹿児島県で開催されるとして、九州支部長の秦先生(宮崎県)より、鹿児島より理事1名を出して欲しいとの要請があるが、各県医師会ではどのように対応しているのかご意見をお伺いしたいご提案があった。

既に開催した各県においては、いずれの県も主催ではなく、補助金助成や会場提供等可能な範囲での協力を留めたとのことであった。基本的には通常の学会として取り扱って良いのではないかとの意見があり、今後は各県医師会の実情に応じ可能な範囲で協力していくことを確認した。

なお、宮崎県は医師会が全面的に協力しており、また、次年度開催する大分県では、副会長と常任理事が主体的な開催に関与することになっているとの報告があった。

②医師会立共同利用施設について（鹿児島県）

鹿児島県の池田会長より、先程の議事で、日医代議員会で新公益法人制度下における医師会立共同利用施設の在り方についての質問していただくことになったが、特に九州は医師会立病院が多いことから、医師会病院を公的病院として位置づけるよう要望を含めた質問にして欲しいとの要望があった。

これに対し、日医の医師会立共同利用施設委員会の委員である佐賀の池田会長より、ご指摘の件は日医でもホットな話題となっており、島根県の委員からも公的位置づけをするよう要望があり、日医総研が全国の医師会病院に調査を行った。その結果は公的病院の位置づけを希望しているのは約半数であった。経営困難な地域では公的位置づけを望むが、経営が順調な病院

はそうでもない。ただ、公的位置づけにするには法律に書き込む必要があり、日医は住民の意識調査を行いその結果をもって臨むとの見解を示している。また、日医として問題視しているのは、本来は医師会立病院が地域医療支援病院として指定を受けるべきだが、あまり実績もない市民病院等が指定を受け大きな恩恵に預かっていることであるとの説明があった。

これに対し、各県の会長より、地域医療支援病院指定の基準となる紹介率や逆紹介率等の基準を下げたことや、門前診療所を認めたことに大きな問題がある。本当に地域医療を支えている病院を指定すべきであり、日医から厚労省へ本来の姿に戻すよう働きかけるべきとの意見が相次いだ。

③診療報酬適正化連絡協議会について（鹿児島）

本日の各種協議会の医療保険協議会の議題にもなっているが、各県で地方厚生局、県の主管部、支払基金、国保連合会の4者で診療報酬適正化連絡協議会を設置している。本来なら医師会も参画すべきであるが、医師会はずされ内容が伝わってこない。各県の状況が分かればお聞きしたいとの提案があった。

福岡県より、協議会の設置の情報を入手し、厚生局に申し入れを行い、保険担当理事がオブザーバーとして参加しているとの報告があった。



九州医師会連合会平成23年度 第1回各種協議会

去る9月17日（土）、ホテルニューオータニ佐賀において開催された標記協議会（医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会）について、以下の通り報告する。

1. 医療保険対策協議会

理事 平安 明



挨拶

○佐賀県医師会 横須賀副会長

本日は残暑厳しいなか、ご来県いただき感謝申し上げます。

本日は大変お忙しいなか、日本医師会より横倉副会長並びに鈴木常任理事にご臨席いただきました。横倉副会長は所用により遅れていることから、鈴木常任理事よりこの会に先立ちご挨拶を頂きたい。

○日本医師会 鈴木常任理事

東日本大震災から半年が経過したが、私の茨城県も被災地であり、鹿児島県より応援を頂き本当に嬉しかった。被災地は焼け野原に仮設診療所が建っているような状況、福島県ではまだ原発事故が収束していないので、本当に戦争状態のような状況ではあるが、少しずつ岩手県、宮城県は復興に向けて動き出している感じである。

医療保険については同時改定を含め様々な課題があるが、皆様と力を合わせて少しでも良い

方向に持って行けるように、また被災地では医療機関が復興しなければ地域に住民が戻れないということもあり、まずは医療機関を立て直すことが必要と考えているので、引き続き先生方のご支援をよろしくお願い申し上げます。

○日本医師会 横倉副会長

日本医師会では医療保険は鈴木常任理事が一手に引き受けているが、内外より様々な圧力をかけられて大変苦勞されている。医師会の立場、医療を守る為にはどのような医療保険が必要であるかについて、よく主張していただいている。昨日、社会保障審議会・医療保険部会が開催された。医療保険部会では次期診療報酬改定の基本方針について議論を行い、中医協では分配をどのようにするかの話になるが、ご案内のとおり日医では今回の東日本大震災の発生に伴い、通常の改定は無理であると主張している。ただ前回の改定による不合理な点についてはしっかりと見直して解決するよう主張しているところである。詳細についてはこの後鈴木常任理事からのご説明をお聞き願いたい。

もう一点、保険指導の件についてであるが、厚労省担当局といろいろと話をしている。事務次官、保険局長、課長、指導課室長には現場における大きなトラブルが起きないように、昨年来より鈴木常任理事と申し入れており、上層部では理解をいただいているところである。最近、九州厚生局長が交代したが、前局長から新局長に対し、「無理のないように」と申し送りをしたとの報告があった。

九州厚生局管内で問題が起きた場合には、ぜひ福岡県の寺沢、山岡先生までご連絡いただきたい。九州厚生局の件は福岡県が担当になっているので、しっかりと責任を持って解決に当たりたいと考えている。

○座長選出

慣例により、担当県である佐賀県 横須賀副会長が座長に選出された。

協 議

■横須賀座長：沖縄県の平安先生が所用の為、早めに退席されることから、沖縄県より提案のある協議事項9「九州厚生局による個別指導及び施設基準等に係る適時調査について」、先に協議を行うこととする。

(9) 九州厚生局による個別指導及び施設基準等に係る適時調査について (沖縄)

各県の指導について、問題のある指導や理不尽な指摘等が発生していないか伺いたい。平成20年10月に指導・監査業務が厚生局に移管して以来、指導の平準化等が言われ続けているが具体的な動きは未だに見えてこない。そればかりか、国の政策コンテストで指導監査を強化するために捜査のベテランを投入する等あまりにも医療の現場を愚弄する考えが垣間見えたり、実際の指導の現場においては、指導官の不可解な解釈により多額の返還金を命じられる事態が生じたり、現場と乖離した杓子定規な解釈（しかも地域（というか指導官）により解釈が異なることがある）による弊害が多いように思われる。

3月11日の大震災後、日本全体が厳しい状況の中、医療経済も余裕がないのは当然のことであり、診療報酬改定においても多くを望めない厳しい状況にあることは理解できる。そのような中、必死に現状維持に努めて地域医療に貢献し続けようとする医療機関に対し、経済的にも精神的にも追い詰めるような指導のあり方は見直すべきである。

請求のルールや施設基準の解釈の誤りは正すべきであるが、何を基準として誤りとされたのか判断の根拠を示すべきであるし、特に施設基準の解釈等で指導官によって微妙に異なる判断により、返還金を求めるようなことはあってはならないことである。

各県の実情を伺い情報の共有化を図ると共に、これらの問題に対する日医の見解を伺いたい。

<追加発言>

■沖縄県：各県の書面回答を拝見させていただ

いたところ、行政や厚生局との合同による事前打ち合わせだけでなく、指導結果についても打ち合わせを行っている県が中にはある。本県では、県・九州厚生局沖繩事務所・医師会の三者間による定例連絡会議を年に2、3回開催して情報交換を行っているが、指導の内容等に関しては「指導大綱に基づいたもの」として踏み込んだ回答は全く得られず、また指導官による偏りや各県での実情を説明しても、そのような内容については聞く耳を持たない状況である。各県の状況についてお聞かせ願いたい。

＜各県の回答状況＞

施設基準の解釈等について、各県とも現状において大きな問題となる事例は発生していないとの報告があった。また、各県における行政及び厚生局等との連絡会議等の開催状況について、次のとおり報告があった。

- 大分県…指導について事前に九州厚生局大分事務所、県福祉保健部、県医師会の三者で打合会を行い、情報の共有化を図っている。
- 熊本県…九州厚生局、県国保・高齢者医療課と県医師会の間で、月1回定期的な「医療保険打合せ」を行い、指導対象の医療機関について、改善指摘事項や自主返還等の指導結果について協議を行っている。
- 福岡県…個別指導については、立会としての立場からその都度、また後日送られる結果通知を検討し不可解な解釈や、現場と乖離した杓子定規な解釈があれば厚生局と協議している。また、適時調査については、原則返還がないよう要望しており、解釈について会員より照会があった際には、九州厚生局と協議している。
- 鹿児島県…年1回、県医、九州厚生局鹿児島事務所、県行政、支払基金、国保連合会の5者で「医療関係者連

絡協議会」を開催し、保険指導や審査支払などの諸問題について協議を行い、偏った取扱いがなされないよう意見交換を行っている。

- 長崎県、佐賀県…年度当初に年間の指導計画等について打ち合わせを行っている。

■横須賀座長：保険診療は保険医と患者との契約診療であり、契約診療は誓約診療である。青本がルールなので、それを変えなければどうしようもない。ルールを変える方法について、極端な話ではあるが「日医版の青本」を作るのはいかがでしょうか。青本は年々分厚くなり、また文言が分かり辛くなっている。上手く修正できればかなり前進するのではと考えるが、鈴木常任理事のご意見をお伺いしたい。

＜日医コメント＞

□日医・鈴木常任理事：九州ブロックでは行政及び厚生局との連絡会議等による情報交換が行われており、進んでいると感じた。現状では大きな問題となる事例も発生していないようだが、全国では理不尽で恣意的な指摘が見受けられる。個人の解釈違いによる返還については問題があり、厚生局にはその都度申し入れている。

指導監査については運用の見直しに着手しており、厚労省と協議中である。見直しの点としては、集団的個別指導を行政と医師会の共催とすることや、単に高点数との理由で個別指導に移行しないこと、また、在宅や高額薬剤等で高点数となる場合の区分等についてである。厚労省と協議が纏まれば、来年度から改善していきたいと考えている。

また、指導は教育的なものとして厚労省には申し上げているが、問題があるような事例があれば担当部局に伝えて改善をお願いしている。

適時調査については、最近になって5年間遡って返還を求められているケースが生じており、1県で8億円、1医療機関で3億円の返還の話も出ている。本来、適時調査は年に一回、6

月頃に実施されるものであるが、実際には人手不足から病院でも数年に一回、診療所では殆ど実施されていない。年に一回実施されていれば、返還は最大でも1年分で済むはずであるが、数年間実施せずにいきなり5年分返還となるのは不合理であり、せめて1年分とするように申し入れている。これからも現場の声をお聞きしながら不合理な点は改善したいと考えている。

九州ブロックのように日頃から行政、厚生局と医師会との間で話し合いの場を設け、意思疎通を図ることが重要である。他のブロックでも同様の取り組みが広がれば、問題も未然に防げるのではないかと感じ、大変参考になった。

■**沖縄県**：決して九州がモデルというわけではなく、細かな問題であってもしっかり取り上げて頂きたい。

■**福岡県**：先ほど適時調査については特に問題がないとのことであったが、医療機関がどれくらい適時調査を受けているのかりストを得ていないし、問題が無いとはハッキリ言えない。中には泣き寝入りしているところもあるかもしれない。

もう一点、施設基準の返還対象期間である「5年間遡及」については、昨年5月に日医から通知文書が届いたが、日医が同意された結果ではないかと考えるが。

□**日医・鈴木常任理事**：日本医師会が同意した訳ではない。施設基準の返還については1年分を申し入れているところである。適時調査については医師会の立会いが無いために分からない部分もあり、最近になって各ブロックより適時調査の問題が上がっていることから、近々、全国調査を実施し、問題点があれば対応したいと考えている。

■**福岡県**：集団的個別指導の平均点数について、平均点数は基本的に全国各県で異なると思うが、それを日医では把握しているのか。各県の医療費で差があるように平均点数でも差があると思うが。

□**日医・鈴木常任理事**：当然、各都道府県ごと

に医療費は異なるので平均点数にも差がつく。日医として把握しているというよりも差があるのは当然であり、それを平準化というわけにはいかない。平均点数を定めるに当たり、全国平均を希望するところや、高いところ低いところと意見は様々である。昨年行ったアンケートの調査結果でも、全国の意見は纏まっていない。平均点数は西高東低で、北海道が少し高い状況である。平均点数が高いところでは、九州のように日頃から行政や厚生局と連携を取りながら大きな問題にならないように取り組んでいるものとする。日医では平均点数の高い低いではなく、問題が生じた場合に対応するスタンスをとっている。

(1) 次期診療報酬と介護報酬の同時改定について (熊本)

先に日本医師会は、東日本大震災の発生をうけ、日本は未曾有の国難に直面しているとして、次期の全面的な同時改定は見送るべきであるとした。そして、現行の不合理な診療報酬、介護報酬は留意事項通知や施設基準要件の見直し程度に止め、さらに患者の一部負担の引き下げ等の対策が必要であるとの見解を発表した。

しかし、中医協での「医療経済実態調査の実施が診療報酬改定の実施に直結するものではない」ことを確認して、医療機関への協力依頼を发出している。

この同時改定の見送りや「実調」の実施については、各地区医師会を初め、関係各機関から賛否両論が繰り広げられている。

各県のご意見、日医の見解と今後の方針についてお伺いしたい。

(2) 同時改定について (福岡)

平成23年1月の九医連において同時改定に向けての九州各県の要望事項が取り纏められ、日医に提出された。その後、3月11日の大震災となり、日医は同時改定見送りの申し入れをされ、その後は全面改定が行われないよう中医協や、その他公の場で訴えられている。また、日

医では、今回の改定は診療所及び中小病院に手厚い配分がなされるようにとも訴えられているが、その具体的な腹案としての内容をお示しいただくようお願いしたい。

また、全国医師会から或いは各ブロックからの要望事項はどのように取り纏められたのか、そして今後どのように活用されるのかをお教えいただきたい。

上記の2題については一括協議された。

<追加発言>

■熊本県：この度発足した野田内閣において厚生労働大臣に就任された小宮山大臣は、改定を明言しているようであるが、日医の今後の方針についてお聞きしたい。

また、中医協の医療経済実態調査について、日医より今回の調査が診療報酬改定に直結するものではないとして調査協力依頼があった。この実調の内容は非常に複雑で片手間で出来る物ではなく、税理士に依頼するほかない。調査期間は平成21・22年度となっているが、7月決算の場合にはだいぶ古いデータとなる。また診療科及び地域の区分等についても大雑把な点が見受けられることから、とても診療報酬改定の資料になるものとは思えず、日医には中医協でこの実態調査が不完全であることをぜひ主張していただきたい。

<各県の回答状況>

各県からは、日医が要望している同時改定見送り、もしくは改定を行うにしても不合理な留意事項通知や施設基準要件の部分的な見直しに留めることについては、概ね賛成の意見であったが、国では4月の同時改定を予定どおり行うと明言されていることから、日医の今後の対応について意見が求められた。

<日医コメント>

□日医・鈴木常任理事：同時改定への日医の対応であるが、前回の改定が急性期の大病院中心

の改定で、大学病院や公的病院、中小病院、民間病院、有床診療所等、全て右肩下がりのデータが出ており、非常に厳しい状況だと思う。我々としては、次回改定が医療と介護の同時改定であることから急性期、慢性期、医療と介護の連携を改定の重点項目として準備を進めていた矢先、東日本大地震が発生した。改定はやはり平時に行うものであり、震災時ではしっかりしたデータが取れないことから、被災地の負担を少しでも軽減するため、全面改定の反対を主張してきた。しかしながら、前回改定による不合理な点が多く、今回はその点を見直して頂くために九州ブロックを始めとする各ブロックや、社会保険診療報酬検討委員会から提出していただいた要望事項を取り纏め、不合理な項目の優先順位について整理をしており、最終的な詰めの段階に入っている。来週中にはご報告出来ると思うが、皆様から提出して頂いた要望事項と大きくかけ離れたものにはならないと思う。また、同時改定ということで介護報酬の見直しが先に進んでいるが、地域包括ケアに医療をどう組み込むかについて検討している。最終的には年末に政府が決定したものに我々は従うしかないが、どのような状況になっても地域医療を守る為に柔軟に対応していきたいと考えている。

昨日の社会保障審議会・医療保険部会では改定の基本方針について議論されたが、次回の改定に関しては亜急性期、慢性期、在宅を中心に前回の改定とバランスをとりながら全体を通して医療が機能出来るよう話をさせていただいた。

実態調査は従来、6月の単月であったが、診療報酬改定によって非常にバラつきが大きいことから、改定前後2年間のデータを取る形にさせていただいた。決算月により会計年度にズレが生じる事は承知しているが、データを収集するため調査は一斉に実施している。

また、被災地に配慮して調査が行われるはずであったが、調査委託先による誤送付問題が発生したことから大変ご迷惑をかけてしまった。実態調査は診療報酬改定の基礎資料となるので

出来るだけご協力をいただきたい。有効回答率は病院50%、診療所40%となっており、診療科で区分すると極端に少ない科目が出る可能性もある。

■横須賀座長：被災県については、国が的確に判断して迅速に経済的保障を行えば良いと考えるが、国の危機管理が非常に悪いと思う。横倉副会長のご意見を賜りたい。

□日医・横倉副会長：今回の改定は震災や国庫財政が非常に厳しいことから、とても大きなマイナス改定になるのではないかと非常に心配していた。今回は震災を考慮して、全面改定は無理ではないかと申し上げていた。しかしながら薬価差益が約5千億ある。通常は改定の際、薬価差を診療報酬に回しているが、改定を行わなければ5千億は財務省が財源として持つて行くことも問題であり、日医としては鈴木常任理事から先ほどご説明があったように、現在矛盾点の洗い出しを行っている。一番の問題点は診療所の再診料を3点引き下げた事が一番大きい。これを元に戻すべきか、或いはもっと上げるべきか。やはり、いろんな加算を設けるよりも基本診療料にしっかり上乘せすべきではないかとの議論があるほか、有床診療所の入院基本料の議論もある。その辺りを中心に鈴木常任理事の方で苦労しながら取り纏めているところである。

もう一点として、この間、ある冊子に調剤薬局のトップの収入が5億円、株の配当が1億と掲載されていたが、桁外れの収入である。これも社会保険の医療費から出ているお金である。鈴木常任理事からも問題提起されると思うが、そのような点についても見直す必要があるとして議論されると思う。また前回の改定の際、手術料等々は引き上げられたが、外保連から更なる見直しの提案が出されれば、その手当についても議論しなければならない。とにかく非常に大きな金額である5千億円を何とか確保出来るように、改定の方向に向かいつつある。

一方、行政では大臣からの発言にもあるように改定の方向に動いているのが現状であり、ま

た、各医療関係団体でも改定に向けた作業を進めており、日医としては拳を上げはしたものの、その裏では準備を着々と整えている状況である。

■横須賀座長：柔道整復の医療費が4千億円となっており、小児科、産婦人科も超えている状況である。柔道整復の問題も前から取り上げられている割にはなかなか進んでおらず、そのことを含めて日医には頑張っていたいただきたい。

■発言県不明：実態調査について、内容が評価に耐えられないような項目であれば意味がない。その点について日医からしっかり意見を出してはどうか。日医総研でもある程度データを持っている訳だから、実態調査と日医総研の内容とが乖離しないような調査をしていただきたい。

□日医・鈴木常任理事：おっしゃる通りだと思う。本来、オルカは日医としてデータを集約する為に始まったと思うが、データを提供していただけたところが限られているので、なかなか対抗出来るデータにはなっていない状況である。一方ではコスト調査分科会でコストに基づいた診療報酬の分析を行っているが、コストの定義がハッキリしていないため、暫く時間がかかりそうである。しかしながら、どれだけのコストがかかるというデータが出たとしても財源はなく、結局は交渉次第となってしまふ。ただ、先ほどのご発言にもあるように実態調査自体がいい加減だと、いくら調査を行っても無意味である。今回、被災地に対する調査に関して、実態調査の集計、分析がずさんであることが判明したが、そこを見直していただいたうえで、信憑性のあるデータの集約、しかも先生方にご負担がかからないような方法について、毎回毎回少しずつ改善していきたいと考えている。

■福岡県：今年の1月に次回の同時改定に向けて我々九州ブロックの要望事項を取り纏めたところであるが、我々の要望がどのように取り扱われているのか。その進捗状況についてお知らせ頂きたい。

□日医・鈴木常任理事：皆様から頂いた要望事項や同様に各ブロックから頂いた要望事項、会

内の委員会からの要望事項、様々な団体からの要望等について、重複している部分がかかなり多いことから整理をしたうえで一覧表を作成し、現在、絞り込みを行い優先順位をつけているところである。近々、皆様にお知らせできると思うので、もう少しお時間を頂きたい。

■横須賀座長：福岡県がおっしゃるとおり、九州各県からかなり多くの要望事項が出され、鹿児島県医師会で集約していただき10項目を取り纏め提出したが、その後の検証結果について、会員にタイムリーに知らせて頂きたい。単なるガス抜きのための協議会をやってもしょうがない。日医執行部の先生方も忙しくて大変だと思うが、我々末端の会員の意見を言わせて頂ければ、やはり進捗状況を的確に知らせて頂き、それに対する我々の意見をまた吸い上げて欲しい。これは会員の先生方、同じ意見だと思うのでよろしく願いたい。

■鹿児島県：会員からは要望を上げているだけで、その後の進捗状況が分からないと不満を聞いている。本日の会議報告も行うが、「その後どうなったのか」については非常に重要な事である。求心力にも影響すると思うのでよろしく願いたい。

■横須賀座長：事実だと思う。地区医師会、県医師会、日本医師会等、これだけ医師がいるのに入会率が50%台である。これは会が集約されていない裏付けではないかと思うので、末端の会員まで状況を的確に知らせて頂きたいというのが我々の素直な意見である。

□日医・鈴木常任理事：今まで日医の方針を決定する際には、情報や意見等を収集する過程において、ある程度の時間を要したが、今回は不合理な部分の改定として日医の方針を間もなくお知らせすることが出来る。情報発信については日医ニュース等を用いてお伝えしているが、発信が足りないということであれば検討したい。

(3) 受診時定額負担について (長崎)

政府は、高額医療費の見直しの財源として、初診、再診時の一部負担に一律100円の上乗せ

を求めている。既に先進諸国に比べ、日本の患者一部負担割合がかかなり高い現状にも拘わらず、安易に患者負担に頼る政府の姿勢は日本の医療保険の根幹を危うくするものである。

特に、一部負担金の増加による受診抑制は大きな問題であり、治療に頻回の受診を要する診療科にとって、受診抑制は死活問題である。何としても阻止すべきと思うが、各県と日医の見解をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

「受診時定額負担」は、受診時に毎回一定額を支払うことで、高齢者や低所得者、長期に渡り受診が必要な疾患等の患者負担が大きくなり、結果的に受診抑制に繋がりがねない。また一旦導入されると、一部負担金は今後、順次引き上げられることも考えられる。

今回は高額療養費の見直しに係る財源を捻出する目的とされているが、公的保険である以上、患者負担ではなく公費や保険料で賄うべきであり、日医には国民皆保険制度の根幹を揺るがす制度の導入については、絶対に阻止すべく、強力なリーダーシップを期待する等の意見が出された。

■横須賀座長：早期発見・早期治療が医療の根本であり、受診が抑制されれば発見が遅れることが考えられ、大きな問題である。鈴木常任理事、横倉副会長より御意見を賜りたい。

<日医コメント>

□日医・鈴木常任理事：昨日の社会保険審議会・医療保険部会でも強く反対を主張してきた。日本の医療制度は低コストで非常に充実しており、対外的にも非常に評価の高い制度であるが、唯一の問題点は自己負担が3割と非常に高い。患者さんが「日本の医療費は高い」として誤解される大きな原因になっている。現在でも自己負担が高いのに、受診時定額負担として更に上乗せするのは不合理な話であり、保険制度の範囲内であるので公費や保険料で対応すべ

きである。しかも明らかに受診抑制が組み込まれている。高額療養費の負担軽減については反対しないが、これは社会保険制度の根幹を揺るがしかねない大きな問題であることから日本医師会でも重大に考えており、9月23日に国民医療推進協議会総会を開催して受診時定額負担に反対する国民運動を起こす準備を進めている。

□日医・横倉副会長：定額負担制度は保険の論理から間違っているのは皆認識している。これは小泉内閣時の経済財政諮問会議の委員であった吉川東大教授が、今回の税と社会保障の一体改革のメンバーにも入っていた。当時から吉川教授は保険免責制の導入を提案されていた。吉川教授の主張は「大きなリスクは皆で支え、小さなリスクは各自で負担」という自動車保険の考え方を持ち込んでいることから、私は「医療保険は社会保障であるので間違えないで欲しい」と申し上げた。もちろん政治家の皆様方、特に与党議員にも随分お話しをさせて頂き、前財務副大臣の櫻井議員を始め、各議員の間では問題が多いとの認識が広がっている。その内議論されなくなると思っているが、我々としては9月23日に国民医療協議会総会開催して活動内容を決め、国民運動として反対の気運を盛り上げたいと考えている。運動方針としては各都道府県においても国民会議を開催していただき、議論が収まらない場合には署名運動の実施や、12月には全国中央大会の開催等を検討している。

受診時定額負担は高齢者の方々にとって容認できるものではなく、絶対に止めなくてはならない。

■福岡県：横倉副会長より国民運動のお話があったが、我々もその気運を盛り上げる為に9月22日に開催される医師会代議員会において、受診時定額負担導入に断固反対に関する決議を採択する予定である。

■大分県：昨日の社保審の資料を拝見したが、高額な治療薬の長期服用が必要な疾病の例として、慢性骨髄性白血病、乳がん、関節リウマチの資料が出されていた。どうも声の大きい人達

の意見を取り上げて動いているように思える。声なき国民の人達については、医師会が代弁するような形で国民を味方にしないといけない。

■横須賀座長：乳がん等、病気は早期発見・早期治療である。乳がんも早期で見つければ手術は80万円程度だが、進行すると手術や放射線、抗がん剤等で高額となる。早期発見・早期治療について国民に啓発をし、なるべく自分の健康は自分で管理するような教育、方向性をとるべきではないかと思う。騒いでいる所だけ目を向けるというのは不公平で、先生のご意見のとおりである。

(4) 審査支払機関におけるコンピューター審査について (熊本)

電子レセプトの義務化により、そのデータを活用したコンピューターによる審査が推し進められており、支払基金では去る4月、国保連合会では5月から開始予定であったが、諸般の事情により「当面、開始時期を延期する」との措置が取られた。しかし、昨今の請求・審査に係る状況から、これらの点検実施はやむを得ないものとして容認されている。

突合点検、縦覧点検、通覧点検、横覧点検や調剤審査の点数制限の撤廃と薬剤審査等から、審査内容は詳細な項目への拡大、厳格化等が予想されている。

会員医療機関には、医学的常識に基づいた診療、病名整理、点数表に沿った保険請求、レセプト点検、病状詳記、減点、返戻内容の検証や再審査請求等についての再認識を喚起する必要があるのではないかと考えられる。

各県の対応と会員への指導状況、日医の見解についてお伺いしたい。

(5) レセプト電算化に伴う審査,特に保険者再審について (大分)

オンライン請求義務化に伴い、レセプト電算がほぼ100%に近い普及率となってきているのは周知の通りである。最近保険者再審と思われる減点・査定の中にも、非常に細かい指摘があ

るケースが見られるようである。これは保険者側がコンピュータ等による機械審査を行っている可能性を否定し得ないとする。

一方審査員としてレセプト審査（原審）を担当していると、非常に多くの病名（場合によっては60以上）をつけて査定逃れとしか思えないような対応をとる医療機関も目につくことは確かである。またレセプト提出前にチェッカーを走らせて病名を付加するような対抗策をとる医療機関も多くなっていると思われる。

機械審査では傾向・画一的診療や55年通知による裁量性を判断できないと思われ、仮に保険者が機械審査を行っているのであれば、そのアルゴリズムを公開すべきと考えるが各県のご意見を伺いたい。

上記2題は関連している為、一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは機械審査は画一的な審査になりかねず、医師の裁量権の担保を確保できるよう主張すべきとの意見が出された。

■長崎県：機械で審査したものを我々がチェックするのだから、我々の裁量性を増さないといけないが、実際には裁量性は狭められている。日医の“55年通知”に関する通知文書の中には「薬剤使用量の上限を超える量の使用についても、いわゆる55年通知に該当し、医師の裁量権の範囲である」とあり、社保・国保に裁量性を認めるよう申し入れたが、「赤本どおり」として全く取り合わなかった。学会で認められ、広く行われている治療法にしても、保険点数が無ければ認められないような方向になっているので、裁量性もあてにならない。

結局、ルールどおりとなればレセプト病名を沢山記載しなければならず、医療とレセプトの実態がかけ離れてしまうこととなり、大きなジレンマを感じている。

■横須賀座長：先生のおっしゃるとおりである。平たく言えば病名でカバーするしかないないが、それではおかしいことになる。しかし、

医師の裁量権をどこまで認めるべきか。例えば禁忌薬は慎重投与が認められているが、医療問題で裁判となった場合に薬剤使用量は薬効に記載されており、「上限を超えた量を使用したため」と必ず指摘されると思うが、その時に医師会として、しっかり対処出来るかどうかは気になるところである。やはりルールどおりとした方がよいのか考えるところであるが。

■宮崎県：患者さんの状況は様々であり、ルールがあってもオーバールールは当然のことであって、それを自ら否定することは賛成出来ない。電子化のメリットは確かにあるが、治療は医師の責任であり、もちろん裁量権も認められるものと考えている。

■横須賀座長：正論だと思う。裁量権について日本医師会を含め各医師会がもう少し強い態度に出ることが必要ではないか。審査の場でも意見があれば出す。そうしなければ一歩前に進まない。

□日医・横倉副会長：審査支払機関の在り方に関する検討会が平成20年4月から始まった。これはいわゆる規制改革会議において、支払基金の抜本的改革を求められたことによるものである。検討会ではITによる審査を強化する意見も出たが、医療は機械的な判断だけではなく、必ず人の目が必要であると主張し、結論的には社保国保の審査会を残すということで決着した。

常に支払側からは同様な意見が出てくると思うので、機械審査の矛盾点について審査員の立場から意見をしっかりと発言し、今後に向けて意見を積み上げていただきたい。

□日医・鈴木常任理事：機械審査とは言えども、症例は一例一例異なるものであり、全てチェックは出来ない。最終的には先生方による審査が必要となる。先生方の力なしでは審査は成り立たないので、正しいことは主張していただき改善していく。医療が高度化すればする程、人の目による審査が増々重要になると思うので、委縮せずに堂々とやっていただきたい。

(6) 保険者の申し出による再審査の査定について (鹿児島)

今年度に入り、保険者の申し出による再審査の査定が厳しくなっているように感じる。本県では、入院中の他医療機関の入院基本料減額や転院時における処方などの査定について、会員医療機関から多くの照会を受けている。

特に入院中の他医療機関受診の制限については、昨年度、九医連としても国に対し是正するよう日医を通じ要望しているところであるが、入院患者について、専門外の治療も含めて、入院医療機関が全ての管理を行うべきという縛りがある以上、地域における疾病ごとの連携や病病・病診連携はスムーズに運用できない。日医には改めて入院基本料の減算や外来受診先での投薬制限の縛りを撤廃していただくよう国に対し要望していただきたい。

また、各県における保険者からの申し出による再審査の査定の状況と本件に関するお考えをお伺いしたい。

(7) 入院中の患者の他医療機関への受診における減算 (福岡)

本件については、昨年9月に鹿児島市において開催された本協議会において5つの県から改善を求める提案がなされ、早急に是正されるべきとの意見が大半であった。

また、本年1月に開催された本協議会において日医鈴木常任理事に対応状況をお尋ねしたところ、次期改定前には是正できないか引き続き厚生労働省と協議を行っているとのことであったが、その後の状況をお尋ねするとともに、次回改定では是正されるよう再度要望したい。

(8) 患者が転院する場合の退院時処方の算定について (宮崎)

退院時処方について、患者が転院する場合における解釈は以下の通りであり診療報酬の請求ができない。

※退院時処方とは「退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤を投与した場合」とあるので、退

院時に、転院（入院）先で使用するための薬剤を処方した場合は算定できない。

当県において、過去においては審査支払い機関は柔軟に対応してきたようであるが、今年度から、厳格に適応されて事務査定が行われている。入院患者が急変し、他の急性期医療機関へ転院した場合（例えば精神科に入院していた患者が循環器疾患を発症したような場合）、転院先ですみやかな薬剤の調達ができずに、患者に不利益を及ぼすことも危惧される。他県においては、転院時の退院時処方の算定はどのように取り扱われているのかお聞きしたい。また、転院先の病床が「投薬に係る費用が算定できる場合」は、財政的には中立であるので退院時処方を認めて良いのではないか。

「投薬に係る費用が包括されている病床への転院」時においても、必要最小限の処方や、特殊薬剤の退院時処方を認めるように改善が図れないか日医の見解をお聞きしたい。

上記3題については、関連している為一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは、入院中の他医療機関への受診、退院時処方について患者本人の利益や医療機関間の連携を阻害することになるため、入院中の他医療機関受診の制限については即時撤廃、退院時処方については出来高病棟、包括病棟に関わらず退院処方が可能になるよう改善を求める意見が出された。

<日医コメント>

□日医・鈴木常任理事：入院中の患者さんの他医療機関の受診の問題については、全国から寄せられた意見の中でも非常に大きなものであり、一部は昨年6月に改善されてはいるが、今回の不合理な部分の優先事項にも入っているので、これは強く申し入れていきたいと思う。

■福岡県：退院時処方について青本では、「療

養病床であること。特定入院料を算定する病院では退院時に退院後在宅において使用するための薬剤は算定出来る」としか記載がなく、一般病院には適用されない。入院中の患者の他医療機関の受診と同じように、DPCとまるめ込まれるのではないかと。

■**鹿児島県**：鹿児島県でも同様なことが発生しているので、九州厚生局鹿児島事務所並びに日医にも問い合わせたところ、Q & Aが出されているとのことであった。DPCに係るものは一般病院にも係るとの解釈とされているが疑問である。

■**長崎県**：長崎県では、社保と国保の取扱いが異なる。これは青本の解釈の違いで、算定可・不可どちらにも取れるような書き方が悪い。本県ではDPC病院から転院する場合は、必ず1週間分の薬を出している病院もある。それだけ持ち出しをしなければならないということは決まりがおかしいと思うので、ぜひ改善をお願いしたい。

□**日医・鈴木常任理事**：確認したところ、転院先の病棟や病床が包括点数を算定している場合は、投薬も包括されている為、算定出来ない。しかし転院先が包括されていない場合には、算定出来ないと明確には記載されていない。この件については様々な問題点があることが分かってきたので、対応については厚労省と協議したい。

(10) 診療報酬適正化連絡協議会について

(福岡)

昨年秋の日医代議員会で原中会長より、指導大綱を見直す旨の発言があったが、その後目立った動きは見られない。平成23年2月17日付けで厚生労働省から地方厚生局あてに、「診療報酬適正化連絡協議会」の設置が各都道府県単位で求められている。この協議会は、「地方厚生局と審査支払機関との連携強化と情報共有化(個別指導及び適時調査の結果)により、診療担当者等の適正な保険診療及び保険医療機関等の適正な保険請求をより一層推進するとともに、審査支払機関における審査を効率的・効果

的に行い、診療報酬の適正化を図ることを目的とする。」とある。設置運営規定では、構成する関係機関は地方厚生局、県民生主管部、支払基金、国保連合会の4者となっているが、診療担当者の代表が除外されていることは片手落ちであると思う。国民のために公平で中立な診療報酬の適正化を図るためには、実際に診療にあたっている診療担当者の代表の参加と意見聴取が欠かせないとする。この件に関する日医の考えをお聞かせいただくとともに、各県での「診療報酬適正化連絡協議会」の現況をご教授願いたい。

<各県の回答状況>

同協議会は熊本県を除いて既に設置されており、熊本県では本年度末の設置に向けて準備中との報告があった。同協議会の目的が保険診療の財政的抑制であり、保険医療機関が請求ルールを遵守するあまり緊縮医療等により患者に不利益が生じてはならず、また厚生局、県並びに支払機関の情報共有化は医療機関への監督権限の強化、審査基準の厳格化等に繋がりにくいことから、公平性を保つためには診療側の代表として医師会も参加出来るように日医より要望していただきたいとの意見が出された。

<日医コメント>

□**日医・鈴木常任理事**：診療報酬連絡協議会について各県の回答によると、まだ1回程度の開催であり、実質的にはあまり機能していないと思われる。むしろ九州では既に支払基金、国保連合会を含めた連絡協議会が開催されている県もある。現実的には医師会も入らないと動かないと思うので、働きかけをしていきたい。多くの先生方が審査委員になられていると思うが、都道府県から問題が上がってこないことには、なかなか動きにくい部分もあるので問題点があれば指摘して頂きたいと考えている。

■**鹿児島県**：同協議会の目的の一つとして、審査支払機関から地方厚生局への情報提供とある。

これは乱診乱療を行う機関を個別に取り上げてもらえるものと思っていたが、厚生局へ確認したところ、診療報酬請求の個別案件ではなく、傾向的情報に関してとのことである。

月何百万と査定しても乱診乱療を行うところ

が個別指導には引っかけからず、真面目に診療を行っているところが個別指導となるのは納得がいかない。日医には個別案件についても取り上げるよう要望して頂きたい。

印象記

理事 平安 明

平成23年9月17日に平成23年度第1回医療保険対策協議会がホテルニューオータニ佐賀にて開催された。

台風15号の接近で事務局は前日に現地入りしていたが、私は都合が悪く当日入りとした。そのため飛行機が飛ぶか心配であったが、稀に見るノロノロ台風で17日当日もまだ台風の影響は強くない状態であり問題なく現地入りすることができた。逆に18日の帰沖の方が気がかりであったため、当日とんぼ返りすることに決めたがこれがかなりの強行軍となった。結果的に台風は迷走の揚句、本島をかわし航空便（一部離島便は除いて）に関しては拍子抜けするほど影響は出なかったようだ。

さて、今回は10題の協議事項が提案されたが、帰りの飛行機の都合で当県からの提案議題を最初に回してもらった。非常に恐縮したが、保険診療に関する個別指導や適時調査といったこの会議でも重要と位置付けている事項なので活発な議論をしていただいた。日医常任理事の鈴木先生からのコメントで「九州厚生局圏内は比較的行政と医師会との情報交換がうまくいっているようで、全国の他地区と比較しても割と問題が少ないのではないかと。むしろ九州の取組みを参考にしていきたい」といった趣旨の発言があり、それに対しては「問題がないわけではない。泣き寝入りしていることもあるかもしれない。軽々に問題がないかのようなことを言わないでほしい」といった意見も出た。地域差はあるがとにかく全国的に問題が多いのは事実のようである。指導等に関しては今後も些細な事を含め出来るだけ取り上げ、中央にもち上げていくこと、情報を共有していくことが重要であると感じた。

次に診療報酬と介護報酬の同時改定に関する議題が協議された。先の震災後、医療経済実態調査（実調）を基にした改定議論の妥当性や被災地の問題をどのように改定作業に反映するのか等様々な問題があるが、原則的には、改定は平時を想定したもので実調もちゃんとしたデータを取れない現状では全面改定は避けたい、不合理な点は見直しをしていくべき、といったことを再確認した。“不合理な点”については全国から持ち上がった要望書を基に現在日医で優先順位等の検討をしており、近々報告できるであろうとのことであった。

その他、受診時定額負担、レセプト審査関連、入院中の患者の他医療機関への受診における減算や転院の際の退院時処方について、といった事項について協議されたが内容は前述の議事録を参考にしていきたい。

今回は台風15号に翻弄され全日程を参加することができなかった。結果的に沖縄本島は影響が少なかったが、この台風は東日本を勢力を保ったまま縦断し、全国で死者12人、不明者4人（9月22日時点）をはじめ、震災の被災地でも大雨による冠水等で大きな被害を出してしまった。今年には水に関連した被害が尋常ではない。これ以上災害が加わらないよう切に願わざるを得ない。

2. 介護保険対策協議会



副会長 小渡 敬



挨拶

○佐賀県医師会徳永理事

協議会にご出席いただきありがとうございます。本日は日医より三上常任理事がご出席いただいております。各協議題についてコメントいただけるものと存じます。介護保険が始まって10年が過ぎました。その中で介護保険の問題点が膨らんできたと思う。スタートしたときからやはり介護の下支えは医療でないといけない、医療なき介護はないという認識のもとに介護保険に密接に関わっていかなくてはならない。これからの会議が明るい指標を示してくれると思う。本日は12の提案があるので熱心なご協議をお願いしたい。

○三上日医常任理事挨拶

現在、日本医師会として来年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、全面的改定をすべき、介護保険・診療報酬とも不合理な部分を

洗い出し見直しを行っている。介護保険については、新しい時代のサービスの類型ができるので、それをどのような形にするか、いくら報酬を付けるのかといったことと、留意事項や通知をどういう条件にしていくのかといったことを検討している。今後は月2回ペースで介護給付分科会が開催されるので、本日の協議・ご意見を踏まえて反映させていきたい。

協議

(1) 介護認定審査会の専門性について (大分)

【提案要旨】

現在、介護認定審査会では申請者に対し介護の手間を尺度として画一的に審査が行われている。しかし、パーキンソン氏病・筋萎縮性側索硬化症などの神経難病、癌の末期、拡張型心筋症などによる慢性心不全、これらは医療依存度は高い。また、閉じこもり、自閉症などの発達障害者、身体障害者、精神障害者では介護の手

間の尺度では計れない。

障害者基本法、発達障害者支援法は65歳以上では介護保険が優先されることになっており、障害者にとって適切な要介護度が与えられているか疑問である。そのため、医療依存度の高い場合、障害者、発達障害者に対しては適切に判断できる専門性の高い介護認定審査会が必要である。各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

各県とも適切に判断できる専門性が高い介護認定審査会が必要との意見であった。

長崎県より、長崎市では、知的障害や精神障害等の専門的な判断を要する事例については、審査委員の判断で、精神科医の助言を得ることができるシステムとなっており、コンピューターの判断で疑わしいものについては、精神科に依頼するようにしている、今後全県的な普及に努めるべきと考えているとの回答があった。

熊本県より、介護認定についてはあまり複雑な仕組みにしないほうがよいとして、特殊な条件を認定に反映する仕組みを作って、従来の介護認定審査会での審査に反映する仕組みを作ったほうがよいとの意見があった。

福岡県からは、いろいろと困難な問題があるとして、①明らかに専門性が高い案件については事務局としての判断で専門医やその他の専門職種が委員の合議体に貼り付ける等の対応をしている保険者がある。②いくつかの保険者では医師会に対して精神科委員・神経内科委員を最低1名ずつ推薦依頼があるが、全ての郡市医師会で対応できるものではない。65歳以上の場合に介護保険優先というルールの一考が必要と考えるとの意見があった。

【三上日医常任理事コメント】

(福岡県より、長崎市の例で①審査委員ではないものを審査会に入れること、②改めてみてきたものの判断を求めることについては、条例で認められているのかとの質問があったことに対

して)

長崎の例は介護保険23条で市町村が必要と認めた場合は、出席できるとなっているため、各県でも是非使っていただきたい。

(2) ①介護保険認定審査会における認定審査会資料の事前配布について

②主治医意見書記載のための、参考資料として申請者情報把握アンケートについて (熊本)

【提案要旨】

①熊本県には13圏域の認定審査会があり、そのうち3圏域の審査会が資料の事前配布が未実施である。平均すると1回約35事例の審査を行うが、限られた時間内でより適切な審査を行うには事前配布はよりベターな方法と考えるが各県のご意見、方法をお伺いしたい。

②主治医は申請者の実生活の場での状態について、案外知らないものである。そこで、先日配布された主治医意見書記載ガイドブックを参考にして、一歩前へ踏み出すため、熊本県医師会と県行政で協力して、試行的にモデル医師会を選び(2ヶ所)、申請者情報把握のためアンケート調査を行うこととした。県内でもいろんな意見が出されたが、九州各県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

①全圏域で事前配布されているのは、宮崎県・沖縄県・長崎県・鹿児島県であった。一部圏域のみ事前配布されているのは、大分県(広域以外)・福岡県(28の内9保険者)・佐賀県(7圏域のうち5圏域)であった。

事前配布できている圏域では、審査会は短時間で終了し、効率的な運営が出来ているとのことであった。長崎県からは、一部事例(医師意見書の返送遅れ・認定を急ぐ例)で事前に見ていないものがあり、審査精度の低下の要因となっているので工夫が必要との意見があった。また、福岡県からは、事前配布については以前より意見交換を行っているが

各審査会で意見の統一には至っていない、審査会により審査状況にばらつきがあるとの意見があった。

②宮崎県では、平成20年度より「主治医意見書予診票」を作成して活用を促しており、本人あるいは家族が意見書の内容に準じた質問事項に回答いただくことにより、特記事項作成の参考になるようにしているとのことであった。

福岡県からは、「統一したものはなく、介護保険当初より「介護保険問診票」をいくつかの郡市医師会で作成し、意見書作成のための資料作りを提案した経過がある、担当理事者会等で情報提供を行っているが、今後改訂等検討したい」との意見があった。

鹿児島県では、アンケートは有効な手段と考える、特記すべき事項の記載内容が画一化すると意見書が形骸化することが懸念されるので、その点もモデル事業においてご検討いただきたいとの意見があった。

沖縄県・大分県・長崎県・佐賀県からは、特に取組していないがアンケート調査で有用な意見が得られると思われるので今後参考としたいとの回答があった。

(3) 認知症は要介護認定で正当に評価されているか (大分)

【提案要旨】

日本経済発展の原動力となった団塊の世代が定年を迎え、今後は逆に医療・介護を含めた社会保障費の重荷と見なされようとしている。その対策として医療・介護は病院・施設から在宅・居宅への大きな流れが作られようとしている。その流れで最も大きな影響を受けるのは増加する認知症の患者とその家族であろう。必要な介護サービスを受けるにあたって、認知症の要介護度が未だに低すぎるといった状況が続いているからである。在宅・居宅への流れはやむを得ないものがあるが、これをスムーズに進めるためには、要介護認定で認知症が正当に評価されていることをきちんと示し、国民に理解・納

得してもらう必要がある。

そこで、介護保険開始時からの認定審査データを2群（①旧方式、②現行方式）に分け、認知症が要介護認定で正当に評価されているかを検討した。

1. 現行方式は、基準となる「認知症度自立」のグループの要介護度を旧方式よりほぼ全域にわたって半段階前後下げ、その相対効果で認知症を一見評価したように装っていた。さらに認知症のグループも程度は少ないものの同様に引き下げていることもわかった。これらの大きな問題点はあるが、今回の検討で認知症をレベルに応じて段階的に評価（上乘せ）していることはわかった。今後はその評価が低すぎることを課題にして、再検討する必要があると考えている。

2. 現時点の対策としては、認定審査会委員は主治医意見書特記事項の具体的記載内容によって現実的で妥当な要介護度への変更を行うことができることになっており、是非これを活用すべきと考えている。そのためには、認知症のレベル毎の上乗せ分はこの程度が望ましいという統一見解を形成し共有する必要がある。これを用いて認定審査を行えば、家族の過度の負担を減らすのに必要な居宅介護サービス等を提供することが可能となり、今後推進される居宅介護への移行もスムーズに家族に受け入れられるのではないかと考えている。そこで、介護認定審査会にモデル事業の時から関与している立場で理想モデルを作成してみた。日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

各県とも再検討が必要との意見であった。沖縄県・長崎県・福岡県・鹿児島県から、認知症のレベルごとに応じた上乘せ分の統一的な見解の共有は必要との回答であった。

宮崎県からは、認知症患者に対する介護の大変さは、旧方式でも新方式でもさほど考慮されていない、一次判定での認知症に対する介護の

手間の大変さをもっと評価しやすいものにする必要があるとの意見があった。また、主治医意見書の特記欄の記載によりかさ上げされる可能性が強いため、医師によって差がでてくると思われるので、意見書記載のための講習会の充実が必要との意見も出された。

熊本県からは、認知症対応力向上研修で実際の認知症介護度を評価する主治医意見書の認知症度評価法を充実させてはどうかとの意見があった。さらに、熊本県医師会では県行政とともに「主治医意見書の情報把握ツール」の2郡市医師会においてモデル的取組を計画しており、身体的情報だけでなく認知症症状情報も把握できるよう工夫されていること、主治医意見書作成時の補助資料として利用することになっているとの紹介があった。

【三上日医常任理事コメント】

認知症については、評価されたものはない。完全にオーソライズされていない。平成21年10月に見方が変わり、かなり軽度に認定されるようになった。これは今後の審議の中で要望していく。現在、精神の勉強会でも検討しており、評価をどのようにしていくのかについては問題意識として議題があがっている。なかなかびったり来るのがでてこない。介護の手間を反映するものがでてきていないので、議論していきたい。

座長（佐賀県医師会徳永理事）

大分県を参考にして各県ご検討いただきたい。

(4) 癌終末期における介護認定（長崎）

【提案要旨】

「癌終末期」という病名であっても、その状況は様々であり、介護認定に大きく差が出ることもある。

審査時点ではADLが保たれており、要介護1相当以下の判定であっても、数日後には介護度が急激に悪くなっていることも多々ある。

このような場合、看護においては医療保険を用い訪問看護を増やすことができるが、医療用

ベッド、車いすのレンタルや介護以外の援助、あるいは、要支援から要介護に変更になることで包括支援センターから事業所のケアマネに担当替えなど、いろいろな面で手間暇がかかることが多くなる。

認定審査において、癌終末期であれば状況に係わらず、要介護2以上の判定を付けていただくか、病状に応じた介護度に速やかに変更ができる制度を作っていただきたい。

【各県回答】

宮崎県・沖縄県・熊本県・鹿児島県・佐賀県・鹿児島県とも提案に賛成であった。

また、最低でも要介護2の判定がなされるよう取り決めることは有意義（宮崎県）、症状に応じて柔軟に介護度が変更できる制度設計は必須（沖縄県）、癌患者の病状に合わせて速やかに介護度を変更するよう通達が出ている（熊本県）長崎県の提案に併せて要介護認定前に利用者が亡くなった場合も利用者の実費負担とならないよう介護保険から給付できる仕組みが必要（鹿児島県）等の回答があった。

大分県からは、これらの疾患だけをピックアップして検討する専門性の高い介護認定審査会が別途必要と考えるとの回答であった。

【三上日医常任理事コメント】

審査会を通さないわけにはいかないが、癌経過が早くて認定に時間がかかると介護サービスが受けられないのも困る。平成22年4月に厚生労働省から都道府県と市町村に、「末期がん等に対する迅速な要介護認定の周知を行っているし、平成22年10月急速に状態が悪化が見込まれるもの要支援・要介護1の人の不使用分分配については、市町村の判断で配布が可能になっている。

ある程度自治体の裁量でできるのではないかと、厚生労働省と調整する。

(5) 介護保険各施設の役割分担があいまいになっている。本来の施設のあり方を全うし、役割分担をすべきではないか。(熊本)

【提案要旨】

介護老人福祉施設と介護老人保健施設は本来生活の場（ホーム）と家庭復帰を支援するリハビリ施設という役割があったはずである。

しかし、現在では入所者の平均介護度はどちらも介護度4以上と利用者の介護度は接近しており、どちらも重度の利用者が占めている。老人保健施設も特養化し、家庭復帰が困難であるばかりか長期滞在が普通となっている。国が推進している在宅介護を実現するには、老人保健施設本来の役割を果たすことが「地域包括ケア」の実現に必要なではないかと考える。

また、グループホームでも重度化した入所者で、自力で食事摂取できない状態にあるにも関わらず介助が必要な状態となっており、結果的に特養入所対象である者がグループホームに入所を続けており、緊急にグループホーム入所が必要な認知症の利用者が、利用できない状態が出現している。

このことについて、日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

各県とも、役割分担ははっきりしておらず曖昧になってきているとして、本来の目的にそった役割を果たせるよう整理が必要との回答であった。現在、老健の入所者の重度化が見られることや、特養も重症の人をみているなど本来の施設のあり方が失われているとの指摘があった。

沖縄県からは医療の必要性の高い要介護者の増加が見込まれる中で、介護保険の役割はもちろんのこと、自宅サービスと居住系サービスの定義を明確にしたうえで、それぞれの機能を整理することが必要と意見を述べた。

【三上日医常任理事コメント】

施設間の機能、もともと介護保険は順番に本人の状態に合わせて移っていくともともとなっ

ていたが、すべての施設が重度化している。全施設看取り加算ついており、看取が普通になってきた。この問題については、今、医療を外付けにしてはどうかとの議論も出てきており、我々としては、外からかかりつけ医が入れるようにする等いろいろなことが言われている。特に今回の事業場システムでサービス高齢者住宅、24時間定期巡回がするほんとに施設のような住宅を作っていこうとしているので、今ある介護保険3施設を外付け医療ということになると、全部特定施設化するという方向が議論が出てきている。我々としては、それぞれ本来機能が分化しているので、ケアマネジメントの中で適切な施設を選択してもらいケアプランを作っていくことが大切ではないかと考えている。

これから半年の間で議論していくので、また先生方にも情報を提供していきたい。

沖縄県より日医の考えを伺いたいとして2点質問した。

国の介護保険制度の失敗だと考える。国は、さらに高齢化社会になるので施設をどんどん作ったらきりが無い、財源がもたないという前提で在宅のケアを押ししている。そして、参酌基準を設けて施設を作らせないとしている。しかし、在宅の定義もはっきりしない。自宅なのか、在宅なのか、居宅なのか。基本的に家で見れない場合とは、施設なのか、在宅なのか、居宅なのか、これも明快ではない。サービスを受けられますよと曖昧な形でやるので混乱を招いている。まずは在宅でやるなら定義をきちんとしてもらわないといけ無い。

また、3施設も当初の制度設計では中間施設としていたが、今はそうではない。やる側（介護・医療側）の基準で考えたらそうなるわけで、利用者側の基準で考えるとこうなる。同じ人が利用しているので、最初は中間施設だが10年たつと10歳年をとり高齢化していく。最後は家で見れなくなる、そういう人がたくさんいる。入所時は要介護2ぐらいだったが、今は要介護4に近く平均90歳に近い。こんなごま

かしやっているからおかしくなる。制度そのものを検討しないと解決しないと考える。

【三上日医常任理事コメント】

基本的には、在宅は自宅である。居住系施設は、高専、高齢者老人ホームである。特養、療養病床、老健は介護保険施設である。したがって介護保険施設サービスと居住系施設サービスと自宅である在宅サービスに切り分けて、報酬体系も変えるべきだと考えている。すべてが流動化してきている。とくに老健は、療養病床や特養に比べると要介護度が低く自宅への復帰率が高いが、地域によっては第2特養のように長期間入院のところもあれば、自宅復帰率が高く中間施設としてやっているところもある。両方とも取り入れるしかないと考えている。今、在宅、住み慣れた地域ということで、いい評価を報酬上もしている。これが、シルバービジネス等に利用されていくということがあるので、事ある毎に在宅サービスとは切りわけていただきたいと考えている。考え方としては、アクセスとしての囲いこみのなかの評価を考えていきたい。

【各県回答】

各県より、看取りの場所がなくなっている、医療行為の制限があり十分な対応ができない、医療提供体制の見直しが必要等の意見があった。また、在宅で日頃より診ている患者だと信頼関係があるから翌日行くと言っても理解してくれるが、特養だと難しいのではないかとの意見があった。

【三上日医常任理事コメント】

現在、医療機関の看取り8割で、これ以上増やすのも難しい。今後は、高齢者住宅等でも看取りが増えてくるだろう。現在、特養や老健では、看取り加算が1ヶ月あたり47,000円である。特養、老健でとり方はちがうが、この金額が妥当かどうかという問題はある。特養の医師が看取りをするとき呼ばれてすぐに行く必要はない。在宅医療支援診療所でも、翌日でもよいとされており、在宅の場合はそれでよいと考えている。

今後ますます増えてくると思われるので検討していきたい。

(6) 看取りの場所の確保について (鹿児島)

【提案要旨】

日本人の年間死亡数は、約119万4千人で、死亡場所の約8割は医療機関になっている。また、社会保障・人口問題研究所は、今後、死亡数は増加し続け、平成52年に166万3千人のピークになると推計している。

介護保険では、ターミナルケア加算が認められているが、介護老人福祉施設、介護老人保健施設においては、医療が、外付けになっていないため、看取りについて十分な対応ができない状況にあると考える。

療養病床の再編が進む中で、医療機関においての看取り数には限界があると思われ、加算を増額し、介護老人福祉施設、介護老人保健施設での看取りを一層進める必要があると考えるが、各県の御意見を伺いたい。

(7) 訪問看護を医療保険に (長崎)

【提案要旨】

介護保険において、急速に症状が悪化した場合には、特別指示書や介護認定の変更などで対処するようになっているが、必要な介護、特に訪問看護により行えるサービス量が介護認定に追いついていけない場合が多々見受けられる。

本制度の不備に対して、本県は過去にも何度か本協議会で提案しており、平成20年の本協議会における本県からの質問に対し、三上日医常任理事日医常任理事は、「元々医療保険での訪問看護は在宅の方の急性増悪に対処するために作られたものであり、月に何度も急性増悪を繰り返す状況があれば、当然医療保険で考えていく。介護保険では対応出来ない。これは同時改定の時期を待たなければ片方だけの改定だけではうまくいかない。4年後の同時改定の時まで解決出来ないかもしれないが、そういう方向で

考えていきたい。」とお答えになっておられる。

今回はその4年後の同時改訂の時期でもあり、ぜひ、在宅医療における訪問看護はケアマネによる主導でなく、医師がイニシアチブを取れるような制度に変更することを強く働きかけていただくことを要望する。

日医や他県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

各県とも提案に賛成。今後ますます高齢化が進む中で訪問看護の役割は重要性を増す（沖縄県）、急性憎悪など医師が必要と認めれば医療保険の給付が優先されるべき（大分県）、状態が不安定の患者こそ医療や訪問看護が必要（熊本県）、医師がイニシアチブをとれるルールに変更すべき（福岡県）との意見であった。

【三上日医常任理事コメント】

症状が安定したら介護保険を使うことになっている。その場合医療保険サービスをなかなか使えない。現在は、「特別指示書」が癌等の時などに使えるが、今後条件を拡充していくことを考えている。リハビリでよく要望が出るのは、維持期のリハのあと、少し落ち込んだときに持ちあげるために集中リハを医療で使わせてくれないかと要望が出ているので、ぜひ主張していきたい。

(8) 認知症のリハビリについて（長崎）

【提案要旨】

動ける認知症の方が大腿骨頸部骨折を起こした場合、通常であれば手術を行い、その後2ヶ月から6ヶ月の回復期リハビリを行うところであるが、認知症の程度によっては入院自体が困難であったり、よしんば可能であったにしても、認知症自体が環境の変化で進行したりするため、現実には早期の自宅復帰がすすめられている。

ところがグループホームを代表とする居宅系施設においてはリハビリを継続するシステムが今のところ見当たらない。維持期リハビリも以

前から問題になっているが、せめて回復が見込める時期は居宅系施設内で外付けのリハビリを可能にするよう制度を改めていただきたい。

【各県回答】

各県とも提案どおり、外付けのリハビリが必要との意見であったが、実施にあたっては必要性や中止に対する客観的な評価が必要（大分県）、居宅系施設に限らず、外付けのサービスについては必要性和様々な問題点があると思われる（福岡県）、認知症対応回復期リハビリを開発すべき（熊本県）との意見が出され、日医の意見を伺いたいとした。

また、宮崎県からは、多くの居宅系施設でリハビリ専門職が関われないのは問題で制度上外付けが利用できない施設があること、あっても介護保険枠を目一杯使っており実際には入れない施設があるも多いことから、一定期間・急性憎悪期は医療保険による訪問リハや通所リハが認められるべきとの意見があった。

沖縄県からは、介護保険施設・居宅系施設等におけるサービス提供の在り方は早急に検討必要と意見を述べた。

【三上日医常任理事コメント】

認知症の方の大腿骨骨折の場合、グループホームは介護保険のサービスが受けられない。居宅管理指導以外は受けられないとなっている。今回の地域包括ケア中でも大事な項目として、医療と介護の両方に関わる問題であるので、十分議論していきたい。

(9) 訪問リハビリテーションを提供する際の2重受診の不合理性について（宮崎）

【提案要旨】

現在介護保険において訪問リハビリテーションを提供する機関は、訪問看護事業所と訪問リハビリテーション事業所の2種類がある。

このうち訪問リハビリテーション事業所の医師がリハビリの指示書を書く際に、利用者の主治医から情報提供を受けて記載することになっ

ている。しかし最近、情報提供書を受けるだけでは訪問リハビリの指示書を書いてはならず、訪問リハビリテーション事業所の医師もまた、利用者を毎月診察する必要がある旨の通達があるいろいろな県でなされている。

これを厳格に実施するのであれば利用者は毎月2か所の医療機関を受診するか、もしくは2か所から訪問診療を受けなければならなくなり、かなりの負担となる。また地域における医療連携が妨げられる要因となりかねない。

各県における指導状況をお聞きするとともに、日医の見解を伺いたい。

【各県回答】

沖縄県・福岡県・鹿児島県・佐賀県では、通達や指導は行われていないとの回答であった。

福岡県でも、厳密な指示はないようだが二重の診療を示唆されることがあるとの回答であった。さらに、訪問リハを実施している医療機関は少なく多くが病院であるため、二重の診療が必要となれば、患者は訪問リハを実施している医療機関（おおむね病院）への受診を希望することになり、病診連携・かかりつけ医への誘導とは矛盾してしまうとして、矛盾した指導は撤廃すべきとの意見であった。

大分県からは、会員からも同様な指摘があったことや、制度と現実に乖離が生じていることは行政も認識しているが、現時点では特段の動きはないとの回答であった。

長崎県からは、平成15年5月30日付「介護報酬にかかるQ & A」では、毎月の診療は必要ない、本県では厳しい指導はなく、事業所担当医の指示書が最低1回きちんと出されていれば黙認されている状況であるとの回答があった。また、本来なら直接主治医が訪問リハビリ事業所にサービス指示書を提供する形のほうがコストも人手もかからず情報の風通しもいいと考えているので、制度を改めていただきたいとの要望があった。

熊本県から、2重受診は必要なく、主治医からの診療情報書の提供を受けて、訪問リハ事業

所の医師が指示書を書くことは差し支えないと県から回答いただいていることの紹介があった。なお、必要があればリハビリの観点から受診を求めることは必要との回答があった。

【三上日医常任理事コメント】

1ヶ月に2回診察するのは面倒だということだが、わざと面倒なようにしていることを理解いただきたい。同時改定でこの問題出ているだろう。

基本的にリハビリの医師が少なく、リハビリを細かく指示できるかかりつけ医も少ない。診察目的が違ふと説明いただきたい。これから問題になってくるなら厚生労働省に確認する。

(10) 介護予防サービスを介護保険の対象外にしようとする動きについて（鹿児島）

【提案要旨】

昨年11月の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」において介護予防サービスを介護保険の対象から外すことについて賛否両論併記で報告された。

来年の診療報酬・介護報酬同時改定については、このことは前面に出ては来ていないし、今回の改定では、実施されないだろうとの予測は流れている。

介護予防サービスは、施設費を除くと介護保険費の約1割を占めており、介護保険対象外になることにより、市町村の予防事業に移行したとしても多数の事業所経営に影響を与えられらる。

介護予防サービスを介護保険の対象外とすることは、極めて慎重であるべきと考えるが、各県の御意見を伺いたい。

【各県回答】

宮崎県・長崎県・熊本県・佐賀県が提案に賛成で、介護予防を外すべきではないとの意見であった。

加えて、宮崎県から「慎重に検討すべき問題。一方、今後さらに高齢化し、重度の要介護

者が増加する中で、介護費用が増大していることは避けられず、要支援者や軽度の要介護者に対する介護際一歩についてはその効果を含め再検討すべきである。」との意見が出された。

また、長崎県から①介護予防を介護保険から外すこと考えられない。②むしろ、非該当に対し生活支援サービスをもっと増やして将来の要支援者を防ぐことが大切。③要介護3以上は、介護サービスよりも医療保険を用いた医療を重点に行うべきとの回答であった。

沖縄県からは、社会保障審議会・介護給付費分科会では、限られた財源を重度者へ重点化させるため要支援を介護保険から外すとの議論があったが、一方今回の介護保険法改正では「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設される等、介護予防を推進する動きもあるので、日医の見解を伺いたいと回答した。

一方、大分県からは、介護予防サービスが始まった当初から有効性を疑問視していたとの意見があった。今介護予防を介護保険の対象外にしようという動きは、介護予防サービスの効果がなかったということか。そうなら無効であったことを公式に認め、介護予防サービスを全廃して地域包括支援センターが高齢者への定期訪問や虐待防止等権利擁護業務に専念すべき。介護予防は別の病気ではないかと思っているとの回答であった。

福岡県は、県医師会として意見集約おこなっておらず、各県・日医の見解を伺いたいとした。

【三上日医常任理事コメント】

なるべく介護保険費を使わないように、ある部分については自治体持ちでやっていただく方向で動いていくと思われる。サービスがなくなるわけではなく、自治体がやる気があればできると理解している。多くの自治体が厳しいのでサービスが低下していくのではないかいうことは全くない。要支援者も増えているので、認定を受ける人が増える。要支援者に定期的な運動をさせることによって、心身機能はかなりよくなってくるとわかってきたので、新予防給付が出

てきた。今後検討する、外すかも知れないとして賛否両論併記となっている。皆さんが外すなということであれば日医もそう要望するが、全体の財源の構成のこともあるので地域支援というなかで予防給付について介護保険の外に出して自治体の裁量でやっていただく方向で考えていきたいが皆さんのご意見をいただいて議論していきたい。

(11) 特別養護老人ホーム等の入所者の診療の制限について (福岡)

【提案要旨】

特別養護老人ホーム等には施設内診療所が必要で、その診療所の管理医師も必要となる。その管理医師は配置医師とも呼ばれている。

一方、特別養護老人ホーム等に入所している方々に医療を提供しても初再診療、指導料、在宅医療などが請求できないという厚生労働省保険局課長通知（保医発0330 第2号）があり、配置医師が診療を行っても適切な保険請求ができない。

さらに、1人医師診療所の場合には、その施設内診療所の管理医師になるため、特別養護老人ホーム等内診療所が開院している時間帯には自院を閉めなければならず、その間の自院の収入はなくなることになる。診療所の収入が十分にあった時代にはいわばボランティアとして特別養護老人ホーム等内診療所の管理医師（配置医師）となる医師も多かったと思うが、現状のように収入が減少している中で、ボランティアで診療をするのにも限界がある。厚生労働省は特別養護老人ホーム等の介護報酬等に医師の給与分が含まれているため、そこから給与を取るべきと言っているが、給与額は一定ではないし、自院の職員も給与分もあるため、十分な対応とは言えないと考える。

さらに、在宅医療が重要と言いながら、特別養護老人ホーム等内での診療を制限していることには、在宅医療・施設内医療を阻害しており、矛盾があるのではないか。

そこで、この厚生労働省保険局課長通知（保

医発0330第2号)を廃止し、特別養護老人ホーム等に入所している方々の診療の際にも、一般の外来や在宅患者と同じように適切な保険請求ができるようにすべきと考える。この点について各県のご意見をお伺いしたい。

【各県回答】

各県とも現行制度は改めるべきとの意見であった。

沖縄県からは、特養では、従来からの入所者の介護度が増し医療の必要性も増している。新規入所者も認知症や重介護度の高齢者が増え医療ケアの必要性が高まっているが、制度上数々の制約があるので、特養の配置基準を含め医療提供体制のあり方を検討する必要があると回答した。

宮崎県からは、国が介護報酬の中に管理医師の給料も入っているというなら、どの部分がそれに当たるのか明示してもらい必要がある。せめて薬剤料だけでも出してもらいたいとの意見があった。

その他、介護保険施設であろうと在宅であろうと場所によらず医師によるきちんとした医療が行われるようにすべきで、医療は医療保険で行うべき(長崎県)、これまでの配置医師は入所者の健康管理を行うことが主であったが、現在の医療依存度の高い入所者も多く受け入れている状況には即していない。医療の外付けを実現いただきたい(鹿児島県)、会員からも要望があり現行制度は改めるべき(大分県)との意見が出された。

【三上日医常任理事コメント】

診療ができないというより、診療しても請求できない。特養の施設療養費の中には、管理医師が行う初診、再診、指導部分が入っているとされている。20～30万ではないか。これは措置の時代にははっきり決まっていたようだが、今介護保険料の中に入っているかはっきりとはわからない。

外付けにするとのお話が出た場合、介護保険施

設の施設療養費の中に配置医師の分を引き出して外付けにすると議論している。「みだりに配置医師以外」を厳しく捉えているところとそうでないところがあるが、基本的には必要な場合には行ってもいい。特養は薬代もできるので赤字になることはないのでできるのではないか。老健は薬代はでないので赤字になってしまう。

今、議論をしているところであり、入所者に必要な医療が担保されるのかどうか、かかりつけ医が施設にきて診察することができるのか、医療保険・介護保険どちらから出すか、保険局と老健局の考え方も違うので今後どうなっていくかわからないが、意見を伺って議論していきたい。

三上日医常任理事と出席者の議論のなかで、外付けの医療をとの意見がでたことについて、沖縄県から「やぶへびになるのではないか。逆に老健に医師を置けと言われるのではないか」との意見を述べた。

(12) 介護職員によるたん吸引の実施について(福岡)

【提案要旨】

平成23年6月15日に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、2012年度から医師、看護師との連携を前提に、研修を受けた介護職員らにたん吸引と経管栄養の実施が認められるようになった。

しかし、実施に当たっては、講義・演習などが中心の基本研修と実技を行う実地研修で構成する総合的な研修の受講が必須であり、さらに実施を認めた後も定期的な指導や監督などフォローアップ研修をやっていく必要があるとされている。福岡県医師会では研修のあり方等について、積極的に関わっていく方向で行政と協議中である。

そこで、下記の2点について各県及び日本医師会のご意見をお伺いしたい。

- ①各県におかれましても医師会として研修実施に積極的に関わっていくのか否か。

②居宅や特別養護老人ホーム等では実施を認め、医療機関では認められていないことについてどう考えられるか。

【各県回答】

医師会として研修への関わりについては、宮崎県・長崎県・熊本県・佐賀県から介護の質の確保のため、積極的に関わっていくべきと回答があった。特に、熊本県からは、すでに積極的に関わっていく方向で県と協議中であるとして具体的なスケジュールの紹介があった。

しかし、大分県からは、市町村医師会単位で訪問看護師に対して実技研修を行っているところもあり、今後介護職員に広げる計画があるが、単なる研修の問題ではなく、むしろ非医療者の行いうる処置の拡大や、処置によって生じた不測の事態に対応する責任の所在などを問題視すべきであると考えたとの回答であった。

沖縄県からは、現在特に関わっていないので、各県の意見を伺い参考としたいと回答した。鹿児島県からは、県当局にも具体的な情報がきておらず、それを待って協力するか否かを

判断したいとの回答があった。

②医療機関で認められないことについては、各県とも混乱を招く、制度設計に疑問があるとの意見であった。

【三上日医常任理事コメント】

日医としてはずっと反対してきたが、孤立無援であった。実地研修をする登録研修機関、登録介護施設については、たいへんハードルが高いと思われる。登録研修機関については、医師会に協力を求めてくると思われるが、患者さんが同意されるかどうか。研修内容は、経鼻経管栄養・気管管理を除く部分、それを全部含んだ分、特定の者（障害者）を対象とした部分、介護福祉士養成と4種類に分かれている。リスクの高い研修については、登録研修機関が少ないし、希望される方もすくないのではないかと。そういう意味では、口腔内とかの研修をすると思われる。医師会に講師の依頼があれば、患者の安全のためご協力いただきたい。

また、医療機関で認められないことについてはご指摘のとおりである。

印象記

副会長 小渡 敬

平成23年9月17日に九州医師会連合会の平成23年度第1回各種協議会が佐賀県で開催され、日本医師会からはいつものように三上常任理事が参加しておりました。介護保険対策協議会においては各県から12の議題が提出され、今回は介護認定審査会に関する質問が多く提出されていました。来年度は診療報酬と介護報酬の同時改定の年ではありますが、日医が改訂の実施に反対しているためか、介護報酬に関する質問は1件も出ていませんでした。

しかし改定は行われるようで中央では審議が進んでいるようであります。ただ、詳細については現時点では明確にされておらず、三上先生からも詳しい情報はありませんでした。介護報酬の動向は介護保険施設をはじめ、介護に関わる施設にとっては重大関心事であることから、今後、本会としても情報を得次第、発信したいと考えております。

3. 医療安全対策協議会



副会長 玉城 信光



挨拶

日本医師会の高杉敬久常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

今、政局が極めて不安定な状況であり、我々が執行部になってから実に三人目の総理大臣である。野田政権が誕生し、医療費は削減しないとは言っているが、どうなるのかは分からない。現在、医療・介護の同時改定に向け、担当役員が一生懸命動いているところである。

原中会長は、物事をズバット言うので、そういう意味では私は時宜を得た会長だろうと、そのように思いながらいろいろな仕事をさせてもらっている。

本日は、よろしくお願ひしたい。

○座長選出

慣例により、担当県の古賀義行常任理事が座長に選出され会が進行された。

協議

(1) 各県医師会における、医療安全及び医事紛争対策に係る取り組みについて

(沖縄県)

本会では、医療安全及び医事紛争対策を推進すべく、従来、県内外から講師を招聘し、各種講演会並びに勉強会等を開催している。

医療安全対策としては、平成22年度より、「医療安全全国共同行動」に賛同し、医療に携わる各種医療団体と共同による講習会を企画開催している。具体的な内容としては、本会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、臨床工学技師会より、それぞれの医療事故のケースや医療安全対策に係る取り組み等について報告いただき、その後、全体のディスカッションを行っている。

医事紛争対策としては、毎年、医事紛争勉強会を開催し、診療科を限定した上で実際に発生した医事紛争事案を取り上げ、事案発生から解

決に至までの経緯等を説明し、同様の事案が発生しないよう情報を共有しているところである。

については、今後の本会の活動の参考に資すべく、各県医師会の医療安全及び医事紛争対策に係る取り組みをご教示いただきたい。

(2) 中小病院、診療所における医療安全対策の取り組みについて (鹿児島県)

平成19年の医療法改正により、従来の病院、有床診療所に併せて、無床診療所も医療安全対策、院内感染対策、医薬品の安全管理、医療機器の安全管理などの各種指針、職員研修等が義務づけられている。

本会では、中小病院や診療所を支援するべく、インシデントレポート様式の作成や日医作成の指針の雛形などの情報をまとめ本会ホームページ上に掲載を行っている。また平成19年度からは、中小病院、診療所における医療安全対策の事例発表の研修会(医療安全対策モデル事業)を開催し、参加した会員医療機関からも好評を得ている。

なお、今年度は、日本医療機能評価機構との共催で地域フォーラムを企画しており、県薬剤師会、県看護協会にも協力をもらい開催する予定にしている。

貴会において、中小病院、診療所に対する医療安全対策の取り組みやまた関係団体と共同で実施している事業があればご教示いただきたい。

(3) 医療安全対策事業について (福岡県)

九州各県における医療安全対策への取り組み状況に関して伺いたい。

なお、本会ではこれまでに下記のような取り組みを行っている。

①医療安全対策委員会

患者の安全を守り、安心して医療を受けてもらえる環境づくりについて検討することを目的に平成13年度に設置。

②自浄作用活性化委員会

医の倫理に反する行為、職業倫理に反する医療事故を防ぐため、会員の共通認識のもとに、

解内にて自浄作用を活性化させ、国民の信頼に応えることを目的に平成16年度に設置。

③医療よろず相談電話・診療総合相談窓口

(4) 医事紛争解決後のフォローについて (熊本県)

本会では、医事紛争を起こした会員に対し、事故の再発防止を目的に本会主催の医療安全研修会(年3回)への出席を促している。しかし、該当医師の出席は低調であるのが実情である。

更には、医療事故を何度も繰り返す、いわゆるリピーター会員に対しては、上記研修会の他、日本医師会主催の医療事故防止研修会にも参加を促している。

医事紛争解決後の会員のフォローについて、各県の取り組みをご教示いただきたい。

提案事項(1)～(4)については一括協議された。

<各県回答>

各県ともに、医療安全対策や医事紛争対策については、主に年1回から2回、講習会や研修会を企画開催していると説明があった。

熊本県医師会では、実例を基にロールプレイングを取り入れたワークショップ形式の研修会を開催していると報告があり、福岡県医師会では、各医療従事者を対象とした医療安全推進者講座の開催や、医療従事者の接遇向上を目的としたハートフル研修会等の開催を行っているとの報告があった。本県からは、平成18年度より取り組んでいる医事紛争対策勉強会の内容について報告を行った。

中小病院や診療所における医療安全対策支援にかかる取り組みについては、長崎県より、「各医療機関に求められる安全管理対策の整備」という資料を配り各医療機関に対し注意喚起していると報告があり、熊本県医師会や福岡県医師会より、中小病院や診療所における医療安全対策の各種指針や手順書等の雛形を作成し、各医療機関に対し情報提供を行っているとの報告

があった。

医療相談の対応については、宮崎県医師会：医療苦情処理委員会（平成12年度設置）で対応。大分県医師会：医療相談窓口を県医師会及び一部郡市医師会に設置。長崎県医師会：診療に関する相談事業を平成19年度より開始、県医師会事務局にて対応。熊本県医師会：医療相談窓口を県医師会事務局に設置。福岡県医師会：医療よろず相談電話として毎週木曜日（第3週を除く）の午後5～7時に役員が交代で対応、診療総合相談窓口として通常勤務時間内に県医師会事務局が対応。鹿児島県医師会：患者さんの声ダイヤルイン事業を平成14年度から開始、月、水、金の午前9時～午後5時を損保会社のOBが対応、火、木は各課持ち回りで対応。佐賀県：毎週木曜日の午後2～3時に専用回線が役員が対応。という報告があった。

医事紛争解決後のフォローについては、各県ともに決定的な取り組みはなく模索している状況にあると報告があった。

＜日本医師会コメント＞

高杉常任理事：医療安全対策は非常に大切なことであり、これをなくして国民の批判には耐えられないと考えている。

私が執行部に入る前に木下先生が仕上げられた仕事で、「医療事故削減戦略システム」という小冊子があり、これを材料に医療安全対策を広げたいと考えている。医療事故云々よりも医療安全をきちんとやらなければ国民の期待には答えられない。大病院、中小病院、診療所のできる安全対策は何かということで、今、医療安全委員会において、それぞれにテーマを決め、実際にトライアルする事業を行い、その半年後の成果はどうかということをも1月に発表していただく予定である。それでどのような効果があったのかということも含め医療安全対策を広げていきたいと考えている。

医療安全等についてはいろいろな研修会があるが、医師が参加するだけでは医療安全には繋がらない。職員全体が医療安全に取り組まな

なければならない。職員全体で行うことで、診療所あるいは中小病院の質が上がるということになる。

愛知県では、ヒヤリハットレポートを集め、起こりやすい事例を地域で共有している。それで医療事故がどれだけ減ったかということが数字で出てくれば、良い取り組みになるのではないかと考えている。

今、診療所レベルでも医療安全対策が義務づけられている。もし何かあった場合に、安全対策を行っていないということで咎められたり、あるいは非難されるということにも繋がりがねないので、何らかの取り組みを行っていただきたい。日医でも医療安全推進者講座を行っており、そのまとめを11月に行う。医師以外の医療従事者が積極的になると医療安全の質が上がるだろうと考える。そういう意味では、私は医療安全全国共同行動に参加していただきたいと考えている。これはいろいろな職種で医療安全に取り組もうというものである。東北を起点に各県に広がりつつある。九州では、鹿児島県や沖縄県でトライアルしていただいている。福岡県医師会が取り組まれているハートフル研修会についても、職員の接遇ということでもとても大切なことだと考えている。大病院と中小病院、診療所は医療安全の取り組みが違うというのが根本的な部分は同じであると考えている。

リピーターの問題は一番悩ましいが大きな対策はなかなか無いということが実情である。ただ言えることが、中央がどうのこうのと言うよりも、地域医師会でしかできない取り組みだと考えている。地域医師会の執行部が勇気を出して指導し、質を上げていただきたい。残念なことに、リピーターに限って医師会の集まりや研修会には来られないということで、なかなか対策が難しいが、これは我々がきちんとピアレビューし対応していく。そのようなことで地域の信頼が保てるのではないかと考えている。

藤川常任理事：日本医師会では、様々な医療安全関係資料を各県医師会に送付しているが、実際には、現場の職員まで情報が届いておらず、

以外と活用されていない。医療安全の研修会等についても、どうしても医療機関によって温度差がある。

未だ事故調の問題が解決していない段階で、医療事故で患者様が亡くなった場合、警察が医療機関に入り込んで来るという可能性も十分にあるので、早急に医療の安全性を高めるとともに、事故調の問題を解決していかなければならないと考えている。

(5) 日本医師会の基本的提言の中にADR(裁判外紛争解決手続)の活用を推進するとあるが、各県の医療紛争処理委員会の役割は終わったのか(長崎県)

日本医師会医療事故調査に関する検討会の5つの提言の中に、「ADRの活用を推進する」とある。現在、各県医師会には医療紛争処理委員会があり、第三者的立場で県医師会が仲介役を十分に果たしているように思われる。確かに地域住民、受療者がアクセスしやすい形になっているかと問われれば、決して患者さんからアクセスしやすいとは言えない状況ではある。しかし会員にとっては無料で気軽に一時的に相談できる現行制度は今後も必要不可欠な制度であると思われる。今後ADRとしてスキルアップするためにはどうするべきか各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、医療側と受療側が十分な対話を持つことは重要であるとの認識であり、現行の医事紛争処理委員会等において、一部その役割を果たしていると回答があった。しかし、現在の仕組みでは、第三者性という観点からすれば中立的立場にないものと患者側から受け止められることは否めなく、各県医師会に設置されている医事紛争処理委員会の役割及び、日医医賠責保険制度のあり方も含め再検証すべきではないかとの見解も示された。

<日本医師会コメント>

高杉常任理事：日医の医賠責制度は、まさに医療版ADRである。しかし患者側からはどうか、これは医療側だけの話しではないかということには気になるところである。私は医師会に入る最大のメリットは医事紛争に遭った時だと思っている。これが一番頼りになる。ただ、患者側からいろいろな苦情相談があり、きちんと説明すれば問題ないことが、十分な説明がされていない、あるいは誤解、あるいは納得できない時にどうしたら良いか、そういう時に、十分に患者様と接触する必要があるが、それがなされない場合に被害届が出され警察が動くということで、そういうことがないようにしなければならない。

我々は、医療事故調査に関する検討委員会を行い、患者様にしっかりと説明していくための仕組みを作ろうとしているが、その過程で、医賠責、あるいは医師会の相談窓口や紛争処理委員会だけで良いのだろうか、いろいろな形に耐えられるシステムも考えなければならない。そういうことで、いわゆる第三者が入ったADRも良いのかと考えている。患者様と十分な話し合いを行い、この部分のミスは認めるといふ時の解決の仕方はどうだろうか、その時は第三者が入り、賠償の話しになるが、これはADRが出て行かなければならない。患者様に行くところがないということで訴訟になる。しかし訴訟の中でも結構の数が和解となっている。患者様に幾らかお支払いをして和解するという手段は現実に行われている。それをいわゆる裁判になる前の紛争処理という形として、私は視野に入れなければならないと考えている。

これまでの訴訟になった事例をシリーズで日医雑誌に掲載している。ご参考にしていただきたい。

藤川常任理事：日医の医賠責制度は、非常に中立の立場で審議を行っているが、問題は無責の場合にどうするかということである。

日本医師会の医賠責制度は非常に有機的に機

能している。各県の医事紛争処理委員会できちんと処理され、また手前の段階の相談窓口でも事務局と担当理事が対応するというところで、私自身はうまくできていると考えている。

今回、茨城県の提案では、紛争になった症例について、患者側と医療側の両方を同じテーブルにつかせ、お互いの主張を聞く。これにより、有責であれ無責であれ、患者側の気持ちを十分に医療側が理解してあげるというところにおいて、お互いに事故が起こる前の信頼関係を保っていた時期まで遡ってもら。無責であっても、こちらが構え過ぎると患者側との交流がなくなってしまう。弁護士が入る前にインフォームド・コンセントを再構築するという努力で、医療側の責任を逃げようとせず、相手の話しを受け止めることが大事なことではないかと考えている。

各県医師会の医事紛争処理委員会の医療側だけで処理することももちろん大事であるが、もう一つ相手側や第三者も入れるような場所を医師会が提供するということも大事なことかと考えている。

(6) 医療事故発生への対応について(宮崎県)

今回「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」と題して、日医医療事故調査に関する検討委員会から答申がなされた。

各医療機関の院内医療安全委員会を基にしての事故調査委員会設置が提言されている。

その際、小規模病院や診療所では対応が困難であり、医師会・大学等への調査支援依頼ができる体制構築が重要であるとされている。

現在、各県においてそのような体制構築となる基盤はどの程度確立しているのかお伺いしたい。

(7) 全ての診療所にも院内医療事故調査委員会の設置を義務づけるのか(長崎県)

日本医師会・医療事故調査に関する検討委員会では、会長諮問「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」に対する答申を取りまとめた。その5つの提言の中に「全ての医療機関に

院内医療事故調査委員会を設置する」とあるが、病院では既に設置されているところも多いと聞いている。しかし、診療所においても再発防止の観点から、公平性を担保された形で、自ら積極的に調査分析を行うことが重要とした上で、実施に向けては、制度設計を協議する場として、日医、病院団体、医学会、大学他の参加により専門委員会を立ち上げることを提案している。

具体的には、小規模病院や診療所等では医師会・大学等からの支援を依頼する体制を築くこととしているが、対応等をお伺いしたい。

(8) 医療事故調査制度の創設について

(福岡県)

福岡県医師会では、平成19年7月より「診療行為に関連した志望の調査分析モデル事業」の福岡地域事務局として事例受付を開始しているが、本事業は平成24年度以降の事業継続が不透明な状況であることから、これまで蓄積したノウハウを生かして本会事業として、病院だけでなく診療所レベルまで広め、院内医療事故調査委員会の設置が困難と考えられる診療所や中小病院の支援及び非解剖事例も対象とする方向で検討委員会を立ち上げて議論している。

平成23年6月20日に日本医師会医療事故調査に関する検討委員会より答申「医療事故制度の創設に向けた基本的提言」が出されているが、日本医師会で検討されている医療事故調査制度を参考に今後検討していきたいと思うので、本制度についてご協議いただきたい。

協議事項(6)～(8)については一括協議された。

<各県回答>

各県ともに、日医が示す「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」の中に記された「全ての医療機関に院内医療事故調査委員会を設置する」という提言について、小規模病院や診療所での対応は困難との見解が示され、日本

医師会の具体的な対応等を伺いたいとの意見であった。

<日本医師会コメント>

始めに、高杉常任理事より「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」について、パワーポイントを用いて説明があった。

説明では、医療事故調査制度の厚労省第三次試案・大綱案の特徴が改めて示されるとともに、日本医師会医療事故調査に関する検討委員会が提示した各提言内容について解説が述べられた。また“今後の見通しと目標”として、法制化に向けた日本医師会の考え方を改めて公表した上で、およそ1年間をかけて全国の医師会への説明と意見募集を重ね、その後、国会議員との意見交換等を行っていきたいと考えていると説明があった。

パワーポイントの説明の後、日本医師会よりコメントが述べられた。

高杉常任理事：福岡県のモデル事業は事業仕分により減額されたが、これは我々がきちんとやらない限りは世に問えないということであり、このモデル事業を進化させた形で取り組んでいかなければならないと考えている。医療の信頼を取り戻すために我々がしっかりやらなければ

ならないと考えている。

医療事故調査制度の創設については、政権交代でできなかった。また、刑事訴追がネックとなり2割の会員が反対という意見であった。刑事訴追が残る事故調で良いのかと個人的にも思っている。政権交代で議論がストップしていたが、先般、医療の質、向上に資する無過失補償制度を考える検討会がスタートした。従って、医療事故調も含めた議論がまた動き出している。

藤川常任理事：日本医師会の原中執行部の最大のテーマはこの問題である。今の段階では、自民党、民主党ともに、そんなに反対の意見は無い。後は被害者団体の問題もあるが、最終的には警察だと考えている。司法の問題をクリアすれば立法の国会では何とかいけるのではないかという気持ちで動いている。

我々としては、原中政権の中で、事故調の問題と医師法21条の改正について、これは避けることなくやらなければならないという覚悟で、政治家や官僚を納得させ、実現したいという決意で取り組んでいる。診療報酬の問題もあるが、診療報酬の問題以上にこの問題が全国の医師や医療に関係する方々の大きな課題であると考えているので、第一番にあげて頑張っているところである。

印象記

副会長 玉城 信光

9月17日佐賀にて開催されたが、その数日前から台風15号が沖縄近海を伺っており、飛行機が飛ばなくなることも予測された。宮城会長、安里常任理事と局長始め事務局の5名は前日の朝福岡へ向けて出発した。私は外来の患者さんを変更することが無理なので土曜日の朝出発することにした。しかし、この迷走台風は沖縄本島へ寄ることなく停滞をしてくれた。おかげですべての役員、事務局員が会議に出席することができた。

南風が吹き込んでいるせいか福岡、佐賀とも暑く9月の気候とは思えなかった。医療安全対策協議会は実りのある会議であった。

当県からの提案として1. 沖縄県は医事紛争対策講演会の開催、2. 医療に携わる各種団体と共同による講習会の開催、3. 実際の医事紛争事例をもとに医師のみの講習会の開催を行っているが、各県はどのような取り組みをしているかお伺いをした。

九州各県とも医療安全講習会を行っており、郡市医師会単位でも行っている県もあった。福岡県は郡市医師会の医事紛争担当者会議も開催しており、沖縄県でも参考になると思われる。

医療安全モデル事業として転倒防止の対策などの事例発表を行いディスカッションしている県もある。

警察などとも定期的に懇談を行い、情報交換をおこなっている県もあり、参考になると思われる。

リピーター医師に対する指導に関しては各県とも研修会への参加を促してはいるが、指導は難しいという回答である。沖縄県医師会が直接指導していることに対して私自身は高く評価されてよいと考えている。

次のテーマはADR（裁判外紛争解決手段）の活用を日医は推進するののかとの質問に対し、各県は現在の医事紛争処理のシステムで代用できているのではないかとの話が多かったが、第三者をいれた透明性のあるシステム構築は必要ではないかとの日医の回答である。茨城県が行っており、大変よい評価を受けているので沖縄県も参考にして、県内の同様の解決方法を探る必要があると思われる。

医療事故調査精度について日医の考えを伺った。日医高杉常任理事がスライドを使用して、ミニ講演を行った。

民主党政権になり、この問題に対する議論が下火になっているが、日医としては医療事故調査制度の創設に向けて提言をまとめてきた。医療界、医学会が一体的に組織・運営する「第三者的機関」による医療事故調査をおこなう。医師法21条の改正を行う。ADR（裁判外紛争解決手段）の活用を推進する。患者救済制度を創設する。（過失、無過失を問わず医療に起因する有害事象について、患者救済制度をもうける）

以上のようなことが高杉常任理事から提案された。この制度がしっかりと設立されたなら、医療の安全に対し大きく寄与すると考えられる。

それまでの間は現在の医療安全対策をさらに進化させ、皆で医療の安全に取り組んでいくことが大切だと思われる。

沖縄県の事例勉強会は各県より評価頂いたのでさらに推進していくことの大切さが確認された。

蛇足ながら、協議会の後の懇親会で横倉副会長に宮城会長、私で来年度の日医治験センターの予算に沖縄県の治験の現状を報告し予算の獲得をお願いした。糖尿病の国際治験、COPDの国際治験と実績をもとに来年度の予算獲得をしたいと思っている。

女性医師支援センター ホームページが出来ました

日本医師会のホームページからアクセス出来ます
<http://www.med.or.jp/>



<http://www.med.or.jp/joseiishi/>



—笑顔で働き続けるために—



日本医師会 女性医師支援センター

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館B1F TEL: 03-3942-6512 FAX: 03-3942-7397

脳卒中市民公開講座(みんなで知ろう脳卒中)

～沖縄県脳卒中地域連携の現状～

常任理事 安里 哲好



平成23年9月11日(日)、名護市のホテルゆがふいんおきなわにて「みんなで知ろう脳卒中」と題した市民公開講座が開かれた。北部地区医師会副会長の石川清和先生が司会をされ、東日本大震災後、半年の節目に、亡くなられた方のご冥福と被災県の復興、そして福島県原発事故の終息を願い黙とうを捧げた。北部地区医師会長の代理で、大西弘之副会長の挨拶後、おきなわ脳卒中地域連携委員会委員長(沖縄赤十字病院院長)高良英一先生の座長のもと、講演と会場からの質疑応答を中心に討論が進められた。

内原利光先生(県立北部病院)は脳の解剖をカラフルに示し、脳卒中の種類や発症の過程・部位を動画を用いて解りやすく説明していた。先生は50歳代の方々の実例を持って脳MRAや脳動脈CT等を示し、また、県立北部病院の実際の統計をもって、脳卒中の頻度、タイプや年齢構成について話されていた。

饒波正博先生(沖縄赤十字病院)は寸劇と川柳を読み、寸劇は患者と家族と救急隊や患者と家族と医師との3者で行われ、会場の笑いを誘った。まず一句、「脳卒中 になったらすぐに119番」、私が申し上げたい事は、まさにこれだけですと述べていた。

脳卒中市民公開講座 <名護会場>

日時：平成23年9月11日(日)
場所：ホテルゆがふいんおきなわ

司会：北部地区医師会副会長 石川 清和 先生

1. 開 会
2. 挨拶
3. 講演

座長：沖縄赤十字病院 院長 高良英一 先生

講演1
「脳卒中とは・・・」
県立北部病院 内原 利光 先生

講演2
「脳卒中になってしまったら」
沖縄赤十字病院 饒波 正博 先生

講演3
「脳卒中にならないために」
琉球大学医学部附属病院第三内科
伊佐 勝憲 先生

講演4
「リハビリと医療連携について」
ちゅうざん病院 仲地 聡 先生
～ 休 憩 ～

4. 質疑応答
5. 閉 会

伊佐勝憲先生（琉大医学部附属病院第3内科）は脳卒中予防十か条について話され、「脳卒中になったら救急車」は正解かどうかアンケートを取ったら、1位は秋田県で正解率85%、沖縄県は57%で最下位との事。脳卒中はリスクファクターが1個あれば4倍、3個以上だと8倍の発生で、沖縄県における発症は約2,000件/年、リハビリ等で何らかの症状のある方は1.6万人と述べていた。宮古医療圏での分析で、出血は減ったが脳梗塞は2倍になった。血圧コントロールにより脳出血減、体重増加とHDL-C減少にて脳梗塞増、全体では脳卒中増、すなわちメタボが主因で、メタボの友、3つの「あ」：あまい、あぶら、アルコールが課題だと述べていた。

仲地聡先生（ちゅうざん病院）は長嶋さんやオシムさんについて話され、長嶋さんは子供たちの前で、脳卒中後初めて自然にバットを振り、その人らしさ、長嶋さんらしさを取り戻した。サッカーの監督のオシムさんについては、倒れた時救急車を呼ぶのに1時間かかった。息子さんが傍にいたが救急車を呼べず、フランスに行っているスタッフを通じて救急隊に連絡したとの事。手足を動かすのは戦いの一部で、障害を持って生きて行くことは、家族がそばにいたから、人のつながりがあったから回復できたと話されていた。仲地先生は医療連携を説明することは容易ではなく、図が必要であり、人のつながりをイメージしたと述べていた。段差のみがバリアフリーではない、「ひと」も環境の一部、残された能力を存分に発揮して生活できるよう支援するのが望まれ、キーワードは「ソーシャル」で「伝える」を「繋げる」と説明し、リハビリテーションの目標は「私らしさ」を取り戻すことを支援する事と述べていた。

高良先生が各講演をサマリーアップして分かりやすく会場の方々に説明していた。参加者から27件の質問があり、その内の4件をリストアップし、各先生方が答えていた。参加者180名は名護ではかなり多い数との事、また内容が解りやすく楽しい講座であったと、石川副会長はすごく喜んでいた。

去る平成23年3月6日に那覇市のパシフィックホテル沖縄で行われた同市民公開講座の際は、700名余の市民の参加のもと、会場から48件もの質問を受け熱気あるシンポジウムが行われた。会場での質問は、県医師会のホームペー

脳卒中市民公開講座 <那覇会場>

日時：平成23年3月6日（日）
場所：パシフィックホテル沖縄

司会：沖縄県医師会常任理事 安里 哲好 先生

1. 開 会
2. 挨拶
沖繩県医師会会長 宮城 信雄 先生

3. 講 演
座長：沖繩赤十字病院 院長 高良英一 先生

講演1
「脳卒中とは・・・」
那覇市立病院 豊見山直樹 先生

講演2
「脳卒中になってしまったら」
沖繩赤十字病院 饒波 正博 先生

講演3
「脳卒中にならないために」
琉球大学医学部附属病院第三内科 渡嘉敷 崇 先生

講演4
「リハビリと医療連携について」
友愛会南部病院 岩田 剛 先生
～ 休 憩 ～

4. 質疑応答
5. 閉 会

ジの県民公開講座コーナーに掲載している。平成21年2月に県医師会内に準備委員会を持ち、同年6月より南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会を立ち上げて連携パスを作成した。平成22年4月より南部保健医療圏（70万人）において同一パスを利用。平成23年4月より中部保健医療圏（49万人）においても同一パスを利用。平成23年6月より、名称を「おきなわ脳卒中地域連携委員会総会」に変更。北部保健医療圏において2度の説明会を行い、今回の市民公開講座を開いた。平成23年度第2回おきなわ脳卒中地域連携委員会総会（10月6日）には同圏から多くの方の参加があった。平成24年4月から北部保健医療圏においても統一パスを実施する予定である。

今回は、平成23年9月22日の琉球新報の内容を中心に名護市での市民公開講座を掲載するとともに、これまでの活動として、当委員会設立に至るまでの経緯（表1）、これまでの活動経過（表2）、組織図（図1）、おきなわ脳卒中地域連携パス導入圏域および南部保健医療圏におけるパスシート利用実績（図2）を掲載するのでご参照いただきたい。

みんなであらゆる脳卒中

主催 沖繩県医師会



院長：高良 英一氏

【講師】内原 利光氏 県立北部病院
 鏡波 正博氏 沖縄赤十字病院
 伊佐 勝憲氏 琉球大学医学部 附属病院第三内科
 仲地 聡氏 ちゆくさん病院
 高良 英一氏 沖縄赤十字病院院長

県医師会主催の市民公開講座「みんなであらゆる脳卒中」が11日、名護市のホテルゆめがふら心おきなで市民180人が参加して開かれた。4人の医師が講演し、脳卒中の予防法から発症後のリハビリの在り方までさまざまな角度から脳卒中への対処の仕方を伝えた。内原利光医師（県立北部病院）は原因となる血管の老化に対し「早め早めの予防が大事だ」と強調した。鏡波正博医師（沖縄赤十字病院）は寸劇を交えて「脳卒中 ならたらすぐに 119番」と川柳を紹介し、発症したらすぐに診察を受けるよう注意を促した。

脳卒中市民公開講座

伊佐勝憲医師（琉大附属病院第三内科）は「高血圧」などの危険因子によって発症率が上がるとし、予防のため生活習慣を見直す重要性を訴えた。発症後のリハビリについて仲地聡医師（ちゆくさん病院）は「医療・介護サービスを含めた地域全体が病院」というイメージで、人がつながる仕組みを作りたいと語った。4医師の講演要旨を紹介する。

脳卒中とは...

脳卒中はくも膜下出血、脳出血、脳梗塞の3つに分けられる。おおよそに言えば、脳に血液を送る血管が破れるか、詰まるかのどちらかの症状だ。

脳卒中は命にかかわる怖い病気だといえる。脳卒中は重い後遺症を残すこともある。その結果社会的にも大きな負担にもなる。

脳卒中にならないためには、正しく理解して正しい生活習慣を身に付け、防ぐことが重要だ。



内原 利光氏

血管は若い時から徐々に悪くなるので、早く早めに予防することが大事だ。



脳卒中になる原因は二つある。生活習慣と危険因子だ。生活習慣は食食、過食、酒の飲み過ぎ、運動不足など。中でもたばこを吸うことは治療を台無しにする。危険因子は不整脈、心房細動、糖尿病などがある。

またたばこを吸わない人の発症率を1とすると、毎日21本以上吸う人は男性で2倍、女性で4倍。たばこはニコチン依存症で治療する必要もある。たばこは適切な面談を受ければ3カ月でやめられる。ぜひ治療を受けるよう勧める。

脳卒中になったら



鏡波 正博氏

脳卒中になったらまず、うろたえますか。舞台袖から娘と祖父役の2人が登場。祖父は頭痛がするが、救急車を呼ばず機にならんとする。

ちょっと待って。それでいいですか。（祖父役）それでは両手をまっすぐ上げて下さい。上げられませんか。次に笑ってください。顔の左右に違いがありますね。お名前は？（祖父役）養えるが不明瞭）

右手が上がらない、顔が左右のバランスが崩れて、これは脳卒中の症状です。救急車を呼んでください。

皆さん分かりましたか。脳卒中になったらすぐに救急車を呼んでください。ひとつ川柳を紹介します。

「脳卒中 ならたらすぐに 119番」

必ず救急車をすぐに呼ぶのが、タクシーでは劣るのだから、それは症状が出て3時間以内なら便薬があるからです。救急隊はこの病院でその薬が使えるか知っています。だから必ず救急車を呼ぶ必要があるのです。

脳卒中にならないために

世界で6人に1人は脳卒中になるという統計がある。高齢化の中、さらに増加を予想させ、社会問題となっている。



伊佐 勝憲氏

脳卒中になる原因は二つある。生活習慣と危険因子だ。生活習慣は食食、過食、酒の飲み過ぎ、運動不足など。中でもたばこを吸うことは治療を台無しにする。危険因子は不整脈、心房細動、糖尿病などがある。

またたばこを吸わない人の発症率を1とすると、毎日21本以上吸う人は男性で2倍、女性で4倍。たばこはニコチン依存症で治療する必要もある。たばこは適切な面談を受ければ3カ月でやめられる。ぜひ治療を受けるよう勧める。

リハビリと医療連携について



仲地 聡氏

リハビリとは、広義で言えばその人らしさを取り戻すことだと思ふ。ノーマルな生活というのを見通りとイコールではない。一定の障がいがある状態で生活することだ。

バリアフリーも階段の段差など物理的障壁だけではなく、サポートする人とのつながりも含めた環境に障壁がないことだ。

患者本人に注目しただけでは、

が、人とのつながりは大それた。地域定住型医療サービスはたくさんある。別々に動くよりトータルで患者を見える仕組みをつくらないかということだ。

体が病院として機能することにある。こういう方向性に向いて活動している。

リハビリは私らしさを見つければ、その人が生活するために必要なことだ。大事なことは、その家族が孤立するのは良くない。孤立した状態です。その人がつながるが、この機会にぜひ皆さんも考えていただければと思う。

脳卒中は再発率の高い疾患です。日本脳卒中協会が作成した「脳卒中予防十か条」を参考に、生活習慣の改善と危険因子の管理をしっかりと行い、再発を予防しましょう。

脳卒中を予防するためのポイント

- ① 手始めに、高血圧から、油、塩、油
- ② 糖質、脂質、たんぱく質、ビタミン、ミネラル
- ③ 不規則な生活リズム、十分な睡眠
- ④ 予防には、タバコを止め、適量ならば、お酒を飲む
- ⑤ アルコール
- ⑥ 高血圧を、早急に治療
- ⑦ お食事の、塩分、脂肪、糖質、たんぱく質、ビタミン、ミネラル
- ⑧ 体力に、合った運動、続けよう
- ⑨ 万病の、引き金になる、肥満を、減らす
- ⑩ 脳卒中、起きたらすぐに、病院へ
- ⑪ 脳卒中の、危険因子の管理、定期的な検査
- ⑫ 脳卒中の、再発を予防するための、生活習慣の改善

お薬は、勝手にやめず、相談を

表1

委員会設立に至るまでの経緯

開催日	名称	会議内容
H20.4月	沖縄県保健医療計画(平成20年改訂)	平成20年4月に告示された「沖縄県保健医療計画」では、4疾病5事業の医療機能の分化・連携が推進された。とりわけ、4疾病については、疾病ごとの医療体制が整備され、図表化された。
H20.09.17	第3回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議	県救急医療協議会を早急に開催し、循環器、脳外科、小児科の3部門における救急の輪番制とネットワーク化の実現化に向けてご検討願いたいと提案。 南部地区保健医療圏における脳外科領域の救急医療における医療連携の必要性についての提案。
H20.09.20	九州医師会連合会 平成20年度第1回各種協議会(地域医療対策協議会)於:熊本県	九州では、福岡県医師会が福岡市医師会に依頼し、福岡市医師会方式の脳血管障害地域連携バスを構築。佐賀県では、全県下共通の脳卒中・地域連携バスを作成し、本年4月1日より運用を開始している。
H20.10.30	沖縄県医師会 平成20年度第2回地域医療委員会	九州各県の状況を踏まえ、本県においても、約70万人地域である南部保健医療圏において、脳卒中バスのモデルを作成すれば、全県下統一ができないか検討。 結果、南部保健医療圏には浦添市医師会、那覇市医師会、南部地区医師会の3地区が跨っており、核が出来上がっていないのが現状であるが、大学の参加も含めて前向きに検討していくことになった。
H20.11.05	地区医師会長会議	上記会議等より、那覇市医師会・南部地区医師会・浦添市医師会の3医師会を中心に、約70万地域である南部地区保健医療圏における「脳卒中」の医療連携モデル(統一した様式のバスも含め)の構築について検討。 結果、本会地域医療担当理事を中心に関係者を集め、検討していくことになった。
H20.11.20	第4回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議	脳卒中の医療連携モデル構築にあたり、県行政が中心的に関わっていただくよう要望した。 県は、今後の具体的取り組みとして、地区医師会への委託事業として活用できる「地域医療連携推進事業」を拡充し、平成21年度予算編成において事業費の増額を要求している。

表2

これまでの活動経過

開催日	名称
H21.02.10	第1回南部地区保健医療圏脳卒中医療連携委員会(仮称)設立準備委員会
H21.03.10	第2回南部地区保健医療圏脳卒中医療連携委員会(仮称)設立準備委員会
H21.05.13	第3回南部地区保健医療圏脳卒中医療連携委員会(仮称)設立準備委員会
H21.06.04	平成21年度第1回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H21.07.15	平成21年度第2回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H21.08.27	平成21年度第3回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H21.09.08	第1回診療計画書等作成部会
H21.09.14	第2回診療計画書等作成部会
H21.10.05	第3回診療計画書等作成部会
H21.11.24	平成21年度第4回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H22.01.29	平成21年度第5回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H22.04.12	平成22年度第1回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会
H22.06.16	平成22年度第2回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会(第1回総会):44名参加
H22.09.29	平成22年度第1回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会幹事会
H22.10.13	平成22年度第3回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会(第2回総会):75名参加
H22.11.10	平成22年度第2回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会幹事会
H23.02.02	平成22年度第3回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会幹事会
H23.02.07	平成22年度第4回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会(第3回総会)
H23.03.06	脳卒中市民公開講座(於:那覇市)
H23.05.25	平成23年度第1回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会幹事会
H23.06.08	平成23年度第1回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会(第1回総会)
H23.09.11	脳卒中市民公開講座(於:名護市)
H23.09.16	平成23年度第2回おきなわ脳卒中地域連携委員会幹事会
H23.10.06	平成23年度第2回おきなわ脳卒中医療連携委員会(第2回総会)
H23.10.21	第1回おきなわ脳卒中地域連携バスシート(維持期)作成部会

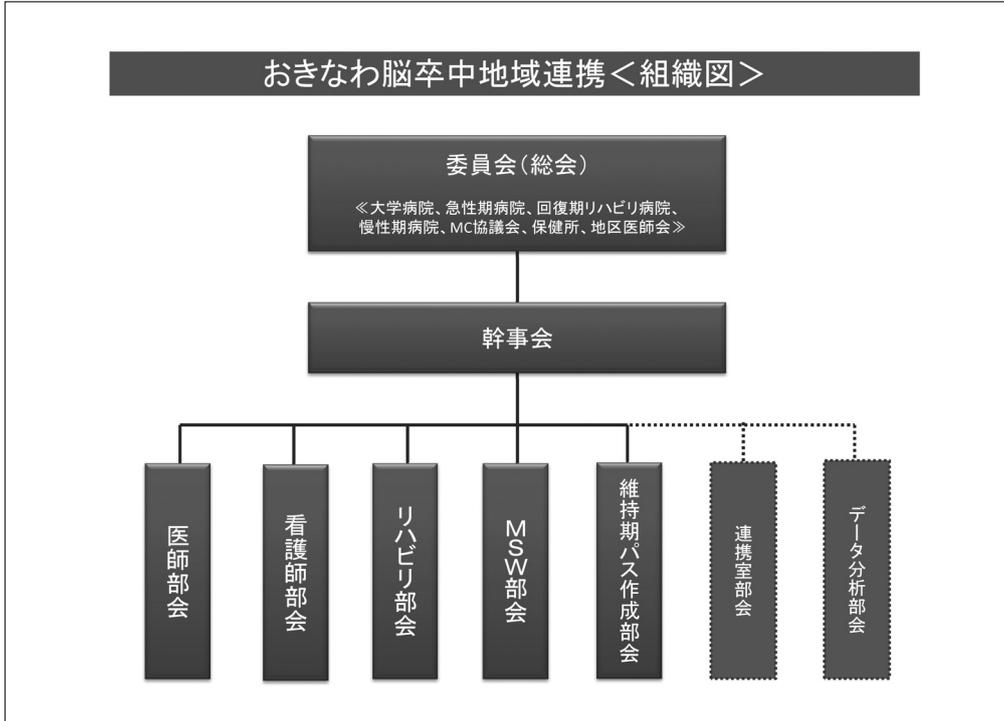


図1

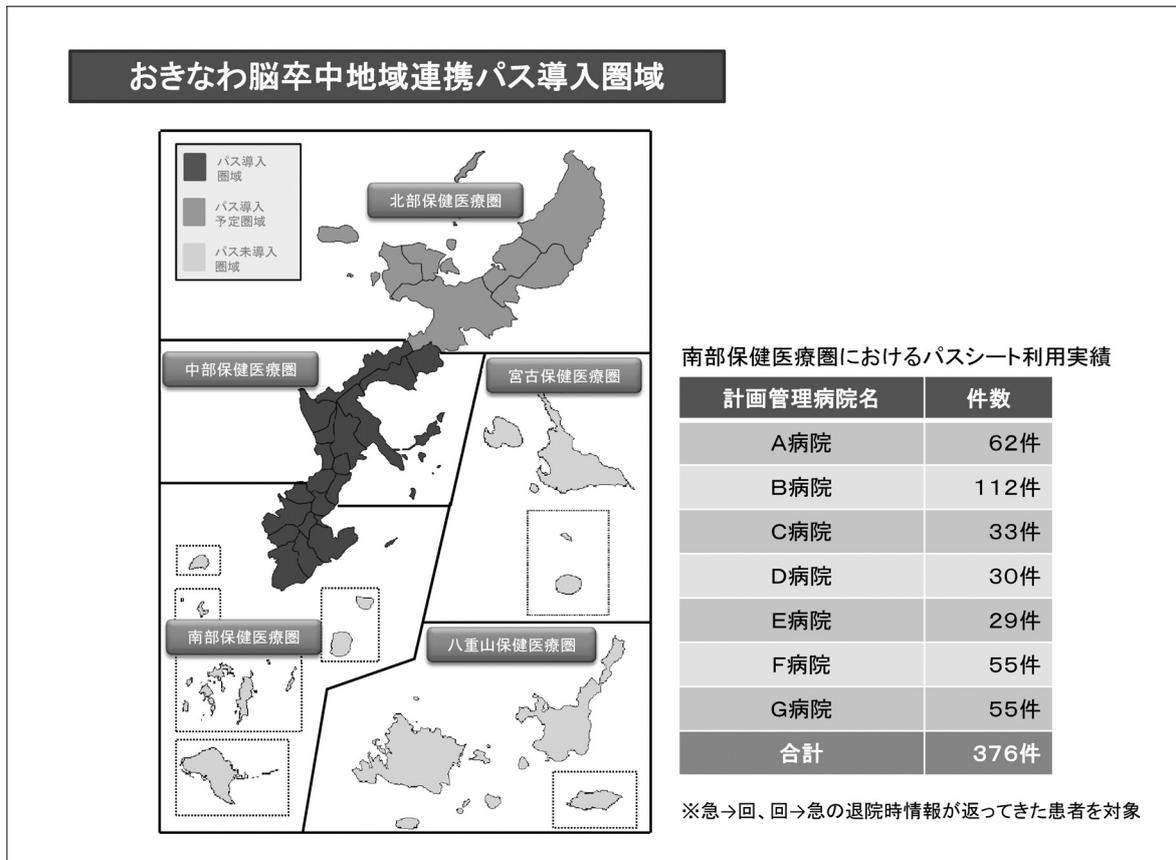


図2

第1回地区医師会長会議

常任理事 真栄田 篤彦



去る9月16日（金）、県医師会館において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、宮城信雄会長から概ね下記のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会 宮城信雄会長



内閣も民主党に政権が代わって2年が過ぎたが、毎年総理大臣が代わっているという状況で、野田総理大臣は少し期待が持てるのではないかと考えるが、今

後も注視していかなければならないと思う。

中央の方では診療報酬改定について中医協で議論されている。日医は、政府に対して同時改

定は行うべきではないという申し入れをしているが、日医の意見は受け入れて貰えずに中医協で診療報酬の改定が進められている。日医代議員会の中でも日医の執行部が同時改定はしないという提案をして決議をしようとしたが、突然の提案で意見が分かれて結論がでない状態になった。粛々と改定すべきだという都道府県の見解と日医執行部とで、情報の差があるようである。日医の執行部としては、政権の中核と話をして、公務員の人件費を一律カットするということを決めている状況の中で診療報酬を上げる方向にはならないという情報の下、改定はすべきではないということを強く主張している。一方、医師会を応援する議員は多く、診療報酬は上げるべきだという希望的観測として診療報酬は上がるのではないかという情報を持っている都道府県もある。国としては、きちんと改定を進めていくという方向で進んでいる。

かかる状況の中で、受診時定額負担という案が突然出てきており、今問題になっている。高額医療費の負担を減らす代わりに外来受診の度に、定率の自己負担以外に定額の負担を求めており、当面は100円ということを行っているが、次から次へと上がっていくことは明かで、これに対しては日医は断固反対しており、場合によっては国民運動を起こし、各都道府県においては、地方議員等に対し医師会の意見を理解して反対してもらうようにという運動を展開して欲しいと要望しているが、そういう制度を一括で上程されると政権与党にいる議員は反対出来なくなってくるのではないかとこのことを危惧している。

それから、税制改革の問題では、日医としては消費税については患者の自己負担が増えない方向での課税制度にすべきだという提案をしている。事業税については非課税の存続を申し入れている。事業税を課税するかどうかは各都道府県が決めるということであるので、先日、玉城政策参与と一緒に知事に対して事業税非課税存続の要望書を出してきた。その前日、突然医療特区の内容が表に出てきて、それを読んでも非常に大きな問題点があることが分かった。医療ツーリズムについては、日医は、国民皆保険制度の崩壊に繋がる、或いは株式会社の参入に繋がるということで最初から反対しているが、沖縄県医師会は正面切って反対はしてこなかった。知事が公約でも10年で一千万人の観光客を増やそうということを行っており、そういう事で敢えて反対はしないという立場を取っていたが、どうもそれが逆手にとられ、到底医師会として認められない提案がなされた。それについては、知事は、医療問題に関して、もし県に上がって来るのであれば、基本的に医師会ときちんと相談するよにということになることであった。

本日は議題が4題がありますので、お互い意見を出し合いながら有意義な会議にしたいと思います。宜しくお願いします。

議 題

1. 新法人移行について（沖縄県医師会）

真栄田常任理事より以下のとおり説明があった。

この度の公益法人制度改革に伴い、去る平成21年11月18日に開催した公益法人制度改革に関する小委員会において本会の対応について検討した結果、公益社団法人の認定条件である「公益目的事業比率」を50%以上確保することが困難であり、本来行うべき事業を削らなければならない等自由な活動が出来なくなる恐れがある事、更に公益を維持するために毎月の決算が求められるなど、経理的事務が煩雑化し、人員増が必要となることから、まずは一般社団法人（非営利）に移行しメリットが得られるならばその時点で公益法人に移る方向で進めることを確認した。

これを受けて、平成21年11月24日開催の第22回理事会において一般社団法人へ移行する向きで調整することを確認した。

なお、新法人への移行については、平成25年11月30日までに移行認可を受けなければならないが、県当局より移行期間終了間際には移行申請が急激に増えることが予想されるため、予め余裕をもって平成23年中に申請してもらいたいとの要望があったことから、本会としても平成24年4月の登記を目指し、移行の必須条件となっている法人法に則った定款の改正を行うべく、早速去る9月5日（火）、9月29日（木）の2回に亘り定款等諸規程検討委員会を開催し、定款改正案並びに諸規程案についてご承認頂いた。

更に、去る9月6日（火）開催の第15回理事会において本会の移行先について協議した結果、一般社団法人（非営利型）へ移行することを決議した。

以上の説明の後、下記議題について真栄田常任理事より資料に基づき定款改正案並びに諸規程改正案の重要ポイントの説明を行った。

- ・定款改正案のポイント
- ・役員任期について

- ・ 沖縄県医師会定款改正案
- ・ 沖縄県医師会諸規程改正について
- ・ 沖縄県医師会諸規程改正案
- ・ 経理規程改正案のポイント
- ・ 沖縄県医師会経理規程改正案
- ・ 役員等報酬規程案

なお、本件について質疑は以下のとおり。

Q：仲間八重山地区医師会長

この定款をひな形として八重山地区医師会の定款を作成することは可能か。

A：真栄田常任理事

九州の各首市医師会では、県医師会の定款を参考にして進めており、問題ないと思われる。また、日医から郡市区医師会レベルの定款モデルが出されている。

2. 東日本大震災における医療支援活動について（沖縄県医師会）



玉井理事

東日本大震災に関して本会が医療支援班を派遣したことは、去る6月22日の代議員会で簡単にご報告をさせていただきましたが、受診者数等の集計も纏まったの

でご報告する。

今回の地震規模が大きく広範囲であり長期にわたる医療支援が必要と思われたことから、3月11日の地震翌日12日に緊急の検討会議を開催、現地への医療班派遣が必要であり、会員施設に対し派遣に関する調査を実施すること及び派遣費用の寄付を募ること等が決定したことは、既にご報告したとおりである。

食料品・医薬品すべてを急遽準備し、3月15日には第1陣を送り出し、16日夜岩手県上閉伊郡大槌町城山体育館に到着後すぐに仮設救護所を設置し、診療を開始。

救護活動は、6月1日に最後の医療班が帰任するまで79日間にわたって続けられ、派遣者は、79名（医師32名、看護師30名、事務17名）

で、受診者数は延べ5,110名に上り、多い日は100人を超えることもあったが、5月連休明けから、被災した地元医療機関が再開しはじめ、その頃から救護所は受診者を地元医療機関に引き継ぐ役割を担うことになった。

また、今回の医療支援班派遣費用として、会員・医療機関・関係団体等から292件、14,469,069円の寄付をいただいた。

医療救護活動を無事終了することができたのは、県内多くの医療従事者が、ボランティアとして参加いただいたこと、又、所属医療機関の施設長をはじめ、同僚やご家族のご理解・ご支援をいただけたことによるものであり、あらためて感謝を申しあげる次第である。

12月11日（日）沖縄県医師会医学会のシンポジウムでは、釜石災害対策本部・釜石医師会災害対策本部長として全国からの医療支援班の指揮をされた寺田尚弘先生をお招きして、「考大災害医療～東日本での医療、また今後何をなすべきか～」について協議することになっている。

現在、「医療支援班活動記録集」を作成中であり、活動内容を纏めるとともに、今後の災害支援活動のあり方、さらに万が一沖縄県内で災害が発生した場合の対応について検討していきたいと考えているので、ご指導ご協力くださいますようお願い申しあげる。なお、記録集は、完成後会員へ配布することにしてている。

3. 県立高校学校医の件（宮古地区医師会）



池村会長

<提案要旨>

学校医については定数1名ということであるが、生徒数の多い高校の学校健診は1名の医者では負担が大きいとの意見があり、高校によっては2名の学校医を希望したいとの会員の意見があるがご検討いただきたい。

4. 学校医契約に係る書類の簡略化について

(宮古地区医師会)

<提案要旨>

何ヵ年も同じ高校の学校医をしているが、毎年履歴書など多くの書類の提出を求められている。地区医師会、県医師会の推薦のみでよいかと考えるがご検討いただきたい。

<回答>

◇**沖縄県医師会（真栄田常任理事）**：県立学校医の件については、県教育庁保健体育課に照会したところ、「学校医は教育委員会が委嘱する規定となっているため学校が独自に委嘱することはできない。（沖縄県学校管理規則第55条）また、県立高等学校における学校医の配置事業は学校の規模に関わらず1名で実施しており、その予算措置がとられているため、複数配置は困難である。」とのことであった。ただし、学校健診時においては医師の人数の規定はなく、700名以上の生徒が在籍している県立高等学校の健診時には校医に加え、複数の医師に協力していただいている学校もあり、その際は、健診単価×人数の合計の額をお支払いしているとのことであった。

学校健診時については、複数配置が可能となっているので、ご調整いただきたい。また、学校医の複数配置については、本会としては県教育庁等に申し入れていきたい。

学校医契約に係る書類の簡略化については、県教育庁県立学校教育課に確認したところ、昨年度までは、学校医に対し毎年履歴書の提出を求めていたとのことであるが、平成23年4月より、更新される学校医については本人からの履歴書の提出は不要で、各学校で履歴書（写）を提出してもらっているとのことであった。

本会としても、県教育庁に対し、各県立学校においては、学校医の更新に際し、本人へ履歴書を求めないよう周知徹底していただくよう、意見していきたいと考える。

<意見交換>

◇**宮古地区医師会**：健診だけでも手伝えるようななんとか今までやってきた。宮古では10年前から学校医と産業医いずれも少ないので、高校の学校医を3年以上勤めた先生は産業医としてみならずという県からの連絡によりこれまで続けてきた。しかし、たまたま学校医をやっていた先生が、他の学校へ行って健診を手伝った先生を産業医として認めてくれないかと言ったが、だめだと県から言われて、慌てて学校医を探すことになったことがある。それなら学校医を2人にしておけば産業医も要件を満たしていると考えた。実際旧平良市では中学校の学校医を2人としたことがあったので、なぜ県ができないかと思ったので提案した。県医師会回答を見ると学校医は1人となっているとのことで納得した。

今般、10年余り学校医を務めた先生にこのような書類（別紙）が来た。「〇〇先生様 履歴書 提出期限〇日まで」と書かれたもので、それをポンと置いていったとのこと。その先生は、高校に対して、「自分は校医をまじめに務めてきたのに失礼ではないか、もともとこちらから依頼して学校医になったわけではない」と書いて高校に送り返したとのことである。その先生から医師会に「これは個別の問題と捉えないうで、医師会と広く行政、あるいは沖縄県の関係機関との問題と広く捉えてください」と申し出があった。

それで、学校に行き校長先生と担当の先生と会って話をしたが、たまたま新任の校長先生で話しかみ合わずに、結局その先生は学校医を辞めることになった。その先生は産業医もやっていたので、慌てて代わりの学校医と産業医を探すことになり大変な思いをした。

また、定例会で、毎年学校長は学校医を引き受ける先生のところへ行って学校医をお願いするよう、県医師会から県に対して申し入れていただけないかと意見があり、本日2つの問題を提案した。

◇**沖縄県医師会（真栄田常任理事）**：那覇市医

師会では、高校から健診を2日で終わりたいと要望があり、学校医でなくても内科でなくとも1つの高校に10人～15人のグループで健診に行くことにしている。執務手当ても「生徒数かける日数」で計算されていて、月に5万ぐらいいただいている。学校医ではなくとも地区医師会で調整して、各学校へ派遣できるようにすれば、学校医になりたくない会員も参加できる。

◇宮古地区医師会：校長は校医を引き受けるのは当然だと言わんばかりである。臨時職員のような対応をしてくる。また、学校は授業に差し障りないよう健診を1日で終わるよう〇日に健診してくれと、診療時間を無視して言うてくる。

◇沖縄県医師会（真栄田常任理事）：お互いのコミュニケーションのなさからくる。以前中部地区医師会でも学校医を辞退するという騒動が起きた。話を聞くと、学校医と学校長とのトラブルで、意志の疎通がうまくいっていないことにあった。

また、産業医についても、産業医が導入された当初は学校医を2年あるいは3年続ければ産業医ができることになっていたが、最近は産業医資格がないと設置要綱に満たないといってくるようなことがあるようである。

◇宮古地区医師会：宮古地区は、産業医資格を持っている人は少ない。

◇沖縄県医師会（真栄田常任理事）：やはりお互いの調整のなさからくるもので、県保健体育課から学校現場の管理者にきちんと指導していただくよう県医師会からも申し入れていきたい。

また、最近産業医研修会については、宮古・八重山地区からも受けられるよう土曜日に研修会を開催している。

履歴書については、県医師会から県に要請書を出したが、まだ周知徹底がなされていないようなので、再度周知徹底するよう要請したい。

◇中部地区医師会



中田副会長

中部地区医師会でも校長先生や事務長の学校医への対応について問題となったことがあり、地区医師会長名で県教育庁にしばらく学校医は受けませんと抗議したが、法律上の問題もあるので、ぎりぎり待ってやることにした。それ以降問題は起こっていない。また、印鑑・書類については、お互い知恵を出して業務に支障のないようにしている。産業医は、必ずしも地区医師会の義務でないの、地区の産業医推進センターで斡旋するようにしている。

◇宮古地区医師会：学校医と産業医は法律が違う。産業医は各学校が探してくれという法律になっている。宮古では、学校は自分たちで産業医を探せないの、医師会に泣きついてくるので断るわけにもいかない。学校健診が終わって校長に報告に行っても校長がいなかったりと、健診が終わっても会わないという校長もあり、信頼関係が必要かと思う。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：この問題は以前からある。学校医だけでなく、嘱託医についても同様である。医師を全く臨時職員扱いで、1年は採用する、2年までは延長できる、3年からは採用しないと県から通達が出た。

県の臨時職員はこうなっているようであり、これを医師に当てはめようとした。その通達がきたので、南部地区でも、もしそうであれば学校医を全て辞退しようとしたので、通知が撤回されたことがある。宮古ではその流れがまだ残っているようである。

県の臨時職員はこうなっているようであり、これを医師に当てはめようとした。その通達がきたので、南部地区でも、もしそうであれば学校医を全て辞退しようとしたので、通知が撤回されたことがある。宮古ではその流れがまだ残っているようである。

産業医の選任には罰則がない。産業医は50人以上は置かないといけない。高校は置かないといけないが、産業医はすぐには選任できないので学校医が兼ねてもいいときまりができていたが、新しくやるときには、産業医資格を求められるようになってきた。

◇南部地区医師会



名嘉会長

学校健診を複数でやるということだが、高校は健診を短期間（授業をつぶしたくないと）でやりたいとして、学校側が高校の出身者に依頼して医師を集めて

きて健診をしていたことがあった。学校医からは、学校医が健診にかかわらなくてよいのかとの意見があった。しかし、那覇市医師会は集団で対応しているとのことであるが、本来の学校健診のあり方として進めていくべきなのか。

◇沖縄県医師会（真栄田常任理事）：東京も集団で健診を進める方向にきている。文部科学省は特に規定していないので、学校医と学校長が相談してどうするか決める。学校医から数名で健診したいとの希望があれば数名で対応する。那覇市医師会は、一人ですと自分の診療時間をつぶすことになるので集団で対応しており、処方趣旨を一致させている。一人で健診したいとの要望があれば、一人で対応いただいている。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：基本は、学校長と学校医との話し合いで決めるべきである。一方的に、学校長が医師を集めてやることではない。

◇浦添市医師会：



仲間副会長

養護学校の校医をしているがとても大変。会議が非常に多い。修学旅行前の健診も大変。そこまでやる必要があるのか。医療的ケアの子どもも増えていて、診療

中も急変するたびに呼ばれる。県立高校だから県立病院でやってもらってはどうか。

◇中部地区医師会：養護学校の校医は複数になっている。来年度から、校医の判断で健診を複数でやることにしている。

◇沖縄県医師会（真栄田常任理事）：重複障害児が増えており、普通学校に入学させる傾向にある。学校医の複数配置が増えている。

酸素を吸いながら学校にいくと、学校医の責任は重くなっている。そのため、医療的ケアを行えるよう特殊学校においては、専門の看護師が2～3名配置されており、主治医と学校医と学校の連携が必要になっている。

5. 地域医療再生基金の件（宮古地区医師会）

<提案要旨>

地域医療再生基金については、ほぼ事業計画は決定していると思われる。沖縄県シミュレーションセンター事業に使用されると認識されており、大いに期待しているところではありますが、その他、北部地区や宮古、八重山地区の地域医療再生に対しての具体的な計画があればご報告をお願いしたい。

<回答>

沖縄県地域医療再生計画では、医療に関する人的資源や物的資源が少なく、不安定な医療提供体制の環境下で、改善が必要な医療圏として北部保健医療圏、宮古・八重山保健医療圏を対象に各種事業（別紙参照）を展開しており、沖縄県医師会或いは地区医師会が中心となって実施する事業は下記のとおりとなっている。

【沖縄県医師会或いは地区医師会が関わっている領域】

1. IT 活用地域医療連携システム構築事業：10.25 億円、予算は平成 23 年度より
 - ① IT を活用した地域医療連携システムの構築：8.45 億円（北部 3.75 億、宮古・八重山：4.7 億）

事業者名：県行政（病院事業局、県立宮古・八重山病院、県立北部病院）、宮古・八重山地区医師会、北部地区医師会

事業概要：県立病院に電子カルテを導入し圏域の病院・診療所との医療情報の IT 化を図る
 - ② 地域医療連携体制総合調整事業：1.8 億円、予算は平成 23 年度より

事業者名：沖縄県医師会

事業概要：生活習慣病（糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞等）を中心とした良質な地域医療連携を推進していくための基盤を整備する事を目的として、沖縄県医師会に地域医療支援センターを設置し、地域医療の実態を把握するためのデータ一元管理、地域連携クリティカルパスの管理・運用、転院調整のためのシステムの管理・運用等を行う。

【沖縄県医師会も中心的役割を担っている領域】

1. クリニカルシミュレーションセンターの設立：14億円、予算は平成22年度より
 事業者名：琉球大学
 事業概要：沖縄県全体の共同利用施設として、シミュレーションを用いた医学・医療教育を行う研修施設を作る。

<意見交換>

◇宮古地区医師会：地域医療再生事業について、県に聞いても答えてくれない、県立宮古病院からも県医師会に聞いてもらえないと言われていた。私自身も宮古・八重山でどういう再生基金の使われ方がするのか具体的にわからなかったので、県医師会の回答を見て納得した。新宮古病院で地域医療ネット、開業医と県立宮古病院との検査データの共有、画像が送れるようにする、そういう事業に使えるのかどうかをお聞きしたかった。再生基金の予算が、東北震災で向こうに持っていかれるのではないかと話も出ており、どうなっているか伺った。

◇沖縄県医師会



安里常任理事

ITを活用した地域医療連携システム1次で8.45億（北部が3.75億、宮古・八重山4.7億）である。県行政と各地区医師会の両者で共同してIT連携を構築していく。3つの県立病院に電子カルテ・オーダーリングして医療連携を入れていくのはかなり難しいと思う。2次でも7億8千万円確保されている。ただし、これも問題でCT、MRI、PACS

を構築するとのことなので、IT部分はとってもらいたいと、残ったもので各県立病院の電子カルテ、MRI等を導入するようにしないと、知らないうちに全部使われてしまうのではないかと懸念している。

県病院事業局と県立宮古病院とで話し合いを持つとよい。確認できないようなら、福祉保健部との連絡会へ県医師会から議題を出して確認してもよい。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：地域医療再生事業は、診療報酬を引き下げしていたために、地域医療が疲弊しているのを再生させるのが目的。本来は診療報酬をアップさせればよいが簡単にできないので本事業が出来ている。そういう意味では、地域医療に使うのが趣旨である。国が予算をつけたとき、医師会に連絡せずに県立病院で使おうとしていた県もある。1医療圏で25億はつけましょと、医師会他医療関係団体が、それぞれどういう事業をしたいのか検討してあがってきたのが1次計画に盛り込まれている。

本来であれば、宮古からあがっているのは、県立宮古病院のカルテに使ってはいけない。

◇宮古地区医師会：県立病院のカルテとデータの共有が使えないかということ、まだ間に合うのかどうか働きかけはどこにどういう風に聞けばよいか。安里常任理事が説明いただいたこの再生事業の予算は確定しているのか。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：各事業に予算はついている。執行できない事業がたくさん出てきているようである。あとで、追加でやりたい事業があると、県だけの問題で事業を振り替えていっているのが出てきている。県立病院（宮古・八重山・北部）と各医師会が事業主体となっている。

県だけで使おうとしている。今日も看護大学から出したい、県医師会も認めて欲しいと言ってきた。ということは他に使う予定の事業が何も動いていないのではないか。「ITを活用した地域連携システムの構築」は大きい予算がつけられており、知らなければ没収される。

◇宮古地区医師会：それをどこに聞けばよいのか。病院事業局に聞いてもわからない。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：それは自分達で聞かなくてはいけない。自分達で作りに上げていかななくてはならない。再生事業の資金を被災県に持っていくことはない。

◇沖縄県医師会（安里常任理事）：資料のとおり、いくつかの事業については確定している。

◇八重山地区医師会



上原会長

医療再生事業は、例えば、医師会館の建築を出してもいいものか。

◇沖縄県医師会（安里常任理事）：医師会館だけではなく、何か研修施設とかをくっつけて出せば可能性ある。看護協会は1次で、歯科医師会は2次で出している。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：本来はそういう使い方をしてはいけない。各団体が認めたら形式的に研修センターという名前になっている。2次募集については、IT事業は100%使っているが、他は事業主が1/2負担となっていたので、医師会が強く申し入れて、どのような事業でも全額使っていることになった。最初、県は、お金を使い切れない、これはやりたくない翌年に回そうとしていた。他県は医師会等に黙っていて県立病院等に使おうとしていた。診療報酬をあげるのが基本だができないので、この予算が出ている。趣旨から考えると再生事業はきちんと医師会がかかわっていないといけない。

◇宮古地区医師会池村会長：予算執行はされているのか。

◇沖縄県医師会（安里常任理事）：県医師会は既に2年目で、すでに予算が出ている。

◇沖縄県医師会



小渡副会長

職員に言ってもだめ。宮里部長に直接話すといい。

◇沖縄県医師会（宮城会長）：医師会からも福祉保健部にどうなっているか聞いてみる。

その他

(1) 平成23年度うつ病に対する医療等の支援体制の強化事業委託について（依頼）
（沖縄県医師会）

本県の自殺者数は、平成10年以降300人を越えており、いろいろ事業に取り組みされてきたが、なかなか減少していない。自殺の最大の原因であるうつ病の早期診断及び早期治療を推進体制作りが重要となってきた。地域の一般かかりつけ医と精神科医等の連携を円滑にするため、両者が一同に介し、うつ病の診断と治療に対する知識を深め、尚かつ両者の連携について学ぶことにより、自殺対策の推進を図ることを目的として、研修会等の強化事業が実施される。今年度相当な予算がついた。これまで県精神保健福祉センターが研修会をやってきたが、今年は地区医師会に事業を委託したいとの依頼がある。業務内容は、1地区50万円の予算でやって欲しいとのことである。研修時間は、120分。参考となる研修プログラムの例が示されているので、各地区医師会において同事業を受諾いただき、自殺者数の減少にご協力いただきたい。

また、来週アンケート調査も実施されるとのことであり、アンケートにもご協力いただきたい。

平成23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

沖縄県医師会女性医師部会委員 涌波 淳子



去る9月22日（木）沖縄県医師会館に於いて、公・民各病院の代表者や事務長等が参加し、沖縄県福祉保健部からの医師確保対策関連事業の解説を含め、県内の女性医師の就労支援体制について、意見交換を行なったので、その概要について報告する。

参加者は病院代表者が15名、事務方11名、県庁職員2名、女性医師部会役員7名の計35名であった。

議 事

(1) 第5回沖縄県女性医師フォーラムについて ～専門医取得への今後の対応～

沖縄県医師会女性医師部会副部会長
銘苺 桂子



去る7月23日（土）、本会館に於いて女性医師フォーラムを開催したので、簡単にその報告をする。

近年、施設側の女性

医師就労環境についての理解と取り組みが進むにつれ、女性医師側の意識改革も求められるようになってきた。そこで女性医師部会では、平成22年度の女性医師フォーラムでは「医師を続けていく為に必要な事とは？」と題して、視点を女性医師自身に向け、就労を継続するために、また、責任を果たすために何が必要か議論を行なった。その結果、「専門医の取得」も女性医師が医師として責任を果たすことの一つに繋がる方向性を得た。ところが、医局に属さない若手医師が増えた現在では、男女を問わず専門医の取り方についての情報が行き届いていない現状が垣間見えたので、今年度の第5回フォーラムは「専門医をめざそう」をテーマとして開催した。

県内で働く各専門分野の先生方に指南役として集まっていただき、各診療科ブースを設け、将来専門医を目指す医師や研修医、医学生等に対して、専門医取得に必要な臨床経験や必要年数など様々な情報提供をしたり、女性医師ならではの疑問や相談に応えるなど、良いコミュニ

ケーションの時間になった。

(2) 医師確保対策関連事業の概要

沖縄県福祉保健部医務課
金城 由桂、太田 雄一郎



1. 女性医師等就労支援事業 [補助事業]

医師の再就業の促進と勤務環境の整備による離職防止を図ることを目的として、平成22年度から女性医師等就

労支援事業を開始した。

本事業は、①医師の再就業の促進：復職研修を実施し、離職した医師の職場復帰を支援する事と②勤務環境の整備：医療機関において仕事と家庭の両立ができる働きやすい環境整備の改善を行う事であり、各医療機関が、これらを目的として改善施策を実施する際の病院の経費負担に対し補助するものである。昨年の総額は11,938千円で、補助率は国10/県10（H23年度現在）となっている。

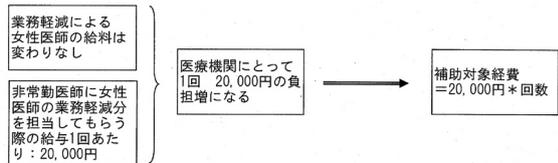
補助金の活用例は次のとおりである。

当事業は育児、介護、その他やむをえない事情により、仕事と家庭の両立が難しい男性医師も支援の対象となっている。

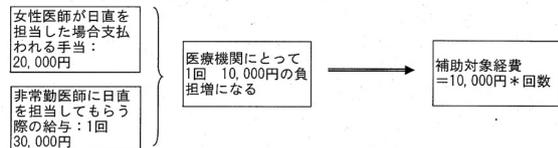
① 育児中の女性医師の業務軽減のため医師事務作業補助者を配置する。業務軽減により時間外勤務をさせない。



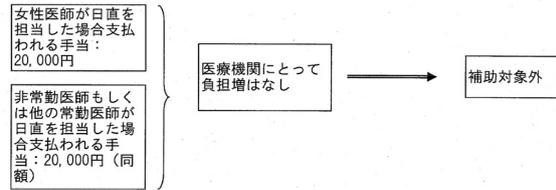
② 育児中の女性医師の業務の一部を免除し、業務の軽減をする。代わりに非常勤医師を雇い免除した業務にあたってもらう。



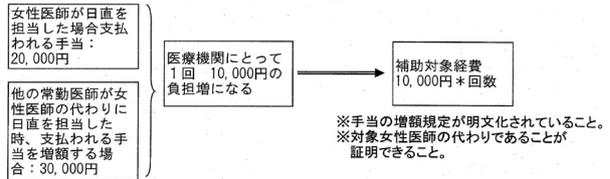
③ 育児中の女性医師の日直等を免除する。代わりに非常勤医師を雇い日直を担当してもらう。



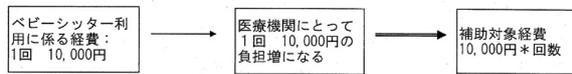
④-1 育児中の女性医師について日直等を免除する。代わりに他の非常勤医師・常勤医師が日直を担当する。



④-2 育児中の女性医師について日直等を免除する。代わりに他の常勤医師が日直を担当する。(※)



⑤ 女性医師が日直業務などで子どもの面倒が見れない場合に、医療機関がベビーシッター会社と契約し、利用できるようにする。



来年度も予算要求しているが、予算そのものが一律10%縮減されるという報道もあるため、これまで同様の運用は難しくなるものと予想される。(今年度は、5医療機関92%の内示額。)しかし、当事業が何らかの形で、女性医師支援のきっかけになればと考えているので、各医療機関は、ぜひ活用していただきたい。

2. 専門医等人材育成・確保事業 [旅費]

1. 事業の目的・概要

県内の専門医等を育成するとともに、県内における専門分野の後進指導を推進するため、専門研修会等へ出席する際の旅費を支給する。また県内へ講師として医師を招聘する際の旅費を支給する。

2. 対象

- (1) 沖縄本島以外の島に所在する病院及び診療所に所属する医師
- (2) へき地診療所に所属する医師
- (3) 沖縄県内に所在する病院のうち、次に掲げる病院に所属する医師
 - ア へき地医療拠点病院
 - イ 救急告示病院
 - ウ 地域医療支援病院

エ 特定機能病院

- (4) その他沖縄県における医療の重要課題に係る業務に携わっている医師で、知事が認める者
- (5) 前4号に掲げる者のほか、講師等として招聘する必要がある医療従事者
- (6) 前5号に掲げる医療従事者と共に研修に参加する必要がある医療従事者で、知事が認める者

○該当医療機関へは平成22年10月13日付け文書にて通知済み。
要綱等は県庁医務課ホームページへ掲載
(H22.10.28付け)

次の4事業は、勤務環境が厳しい診療科の医師に対して、各医療機関から手当を支給することで、処遇の改善を図り医師確保を支援することを目的としている。事業概要は次のとおり。

3. 救急勤務医支援事業（救急勤務医手当）
【補助事業】



1. 目的
この補助金は、二次救急医療機関等における医師の確保が非常に困難な状況であるため、休日・夜間における救急勤務医手当を創設（増額）する医療機関に対して助成をすることで、過酷な勤務状況にある救急医療に携わる医師の処遇改善を促し、医師の確保を支援するものである。

2. 対象医療機関
二次救急医療機関、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのうち、平成21年度以降から新たに「救急勤務医手当」を創設、または既存の手当てを増額する医療機関。

ただし、救急勤務医手当の創設に当たって

は、既存の手当の減額を伴う就業規則の改正等を行ってはならないものとする。

3. 補助額
- ・補助率：対象経費の1/3
 - ・補助基準額：1人1回当たり休日の昼間（13,570円）
 - ・1人1回当たり夜間（18,659円）
 - ・補助額の算定：
 手当額が補助基準額未満の場合
 → 補助額 = 手当額 × 1/3
 手当額が補助基準額以上の場合
 → 補助額 = 補助基準額 × 1/3

4. 新生児医療担当医確保支援事業（新生児担当医手当） **【補助事業】**

1. 目的
この補助金は、医療機関におけるNICU（診療報酬の対象となるものに限る）において、新生児医療に従事する医師に対して、新生児医療担当医手当等を支給することにより、過酷な勤務状況にある新生児医療担当医の処遇改善を促し、医師の確保を支援するものである。

2. 対象医療機関
NICUを設置している医療機関

3. 補助対象経費
以下①と②を比較して、いずれか低い金額が補助対象経費となる。

- ①出産後NICUに入院する新生児を担当する医師に対し、新生児の件数に応じて支給される手当
- ②4月1日～3月31日までの間に担当するNICU入院新生児数 × 1万円

・新生児医療担当医手当が補助対象となるには、就業規則や雇用契約書又はそれに類する書類に手当について明記されていることが条件となる。

4. 補助額

- ・補助対象経費の1/3（新生児1人あたり1万円×1/3が上限）※NICU入院初日のみ

5. 産科医等確保支援事業（分娩手当）

【補助事業】

1. 目的

この補助金は、産科医・助産師に交付される分娩手当の一部を補助し、産科医・助産師の処遇改善を通じ、分娩施設の人材確保を支援するものである。

2. 対象医療機関

- ・分娩を取り扱う病院・診療所・助産所（法人・個人を問わない）
- ・平日昼間に初産の妊産婦が分娩する場合に、入院から退院までにかかる分娩費用として、妊産婦から一般的に徴収する額（分娩（管理・介助）料）、入院費用、胎盤処理費、処置・注射・検査料等）が55万円未満であること。

※妊産婦が任意に選択できるサービス（記念品・特別料理等）の費用を除く。

3. 補助対象経費

- ・以下、①と②を比較して、いずれか低い金額が補助対象経費となる。
- ①産科・産婦人科医師及び助産師に対し、取り扱った分娩の回数に応じ支払われた手当（分娩手当等）
- ②4月1日～3月31日までの間の分娩件数×1万円
- ・分娩手当等が補助対象となるには、就業規則や雇用契約書又はそれに類する書類に手当について明記されていることが条件となる。
- ・産科・産婦人科医師以外の医師（小児科医、麻酔科医など）や看護師は対象外である。
- ・個人の開設者の場合は、会計処理上、御自分への給与（手当）を費用として計上できないため、以下の①、②いずれかの場合には、開

設者本人についても、他の医療従事者への手当の支給単価で補助対象経費として申請することができる。

- ①雇用されている他の産科・産婦人科医・助産師に対して分娩手当が支給されている場合。
- ②現在は他の産科医を雇用していないが、就業規則等に雇用した場合の分娩手当を支給することの定めがある場合。

4. 補助額

- ・補助対象経費の1/3（一分娩あたり1万円×1/3が上限となる。）

6. 産科医等育成支援事業（研修医手当）

【補助事業】

1. 目的

この補助金は、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科を選択する医師に対し、研修手当等を支給することにより、将来の産科医療を担う医師の育成を図ることを目的とする。

2. 対象医療機関

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修修了後、産婦人科専門医の取得を目的として、指導医の下、研修カリキュラムに基づき研修を受けている者を受け入れている医療機関（社団法人日本産婦人科学会が指定する卒後臨床研修指導施設等）。

3. 補助対象経費

- ・以下、①と②を比較して、いずれか低い金額が補助対象経費となる。
- ①産科研修医手当1人1月あたりの実費
- ②産科研修医手当1人1月あたり50,000円
- 産科研修医手当等が補助対象となるには、就業規則や雇用契約書又はそれに類する書類に手当について明記されていることが条件となる。

4. 補助額

- ・補助対象経費の1/3（産科研修医1人1月あたり5万円×1/3が上限となる。）

**(3) 女性医師支援に関するアンケート調査
結果並びに当院（北中城若松病院）にお
ける女性医師等就労支援の具体例**

沖縄県医師会女性医師部会委員
涌波 淳子

アンケート結果の報告

本年8月中旬、県内各病院（公的病院含む）並びに琉球大学医学部附属病院各診療科を対象に女性医師支援に関するアンケート調査を実施した。（回答率は68.8%）

【女性医師数】常勤の15%、非常勤の25%、研修医の30%が女性医師である。この結果より、今後ますます女性医師の割合が増えていくと想定され、これらの研修医をきっちりサポートしていかなければ、将来の病院の医師不足は更に厳しさを増すと思われる。

【完全休職者】昨年度実施のアンケート結果とも照らし合わせると、おおよそ毎年20名前後の医師が完全休職に入っている。しかし、復職の目処が立っている医師も多く、何とか復職させている現状が見える。

【院内保育施設設置の有無】平成21年度のアンケート結果と比較して、保育所設置施設は増加している。（H21年度：43施設中12施設、28%、H23年度：77施設中25施設、32%）また、病児保育実施の有無に関しても、平成21年度に比べ、実施数は増加している。（H21年度：43施設中1施設、2.3%、H23年度：77施設中4施設、5%）これらの結果から環境整備は、少しずつ整ってきていると感じる。

北中城若松病院における「女性医師等就労支援」の報告

院長に就任して10年になる。これまで実施してきた女性医師支援について紹介する。これらは補助金のある無しに関係なく行なってきたものであるが、昨年幸いにして県が実施する補助事業を受けることができ、一部充当することができたので、それも含めて紹介する。

(1) 男女問わず柔軟な勤務時間制：当院は、入院機能が中心で、外来専属のパート採用は難し

いが、週20時間程度の勤務であっても、持てる時間を最大限に活用し、後述するカバー体制で、それぞれが、きちんと医療を提供できるように配慮。

(2) 急な休みにも対応できるカバー体制：女性医師が多いため、通常の代診体制では間に合わず、第3代診まで入れ込んだ代診表を作成。病棟毎の急変の確率やカバーする医師の受け持ち患者数および不在率を考慮し、負担が偏らないように配慮したり、非常勤医師であっても、支えあい精神を持ってもらうために、常勤医師が休んだ場合の第一代診として組み合わせることで、休む医師側の精神的負担感を軽減するように心がけている。

(3) 日直・当直のサポート体制：県内外からの日直医・当直医の確保をしたり、当院医師が日直あるいは当直を6回以上行った場合は、日当直料に追加料金を支給。また、子育て中の医師が日直をする時には、臨時で保母さんを採用。昨年度は、県外からの日直医・当直医の航空券代や当直料の上乗せ料金、保母さん費用に補助金を活用させていただいた。

(4) 給与のメリハリ：どの程度働けるかを本人と相談して、給与にメリハリを付け、給与基準をオープンにすることで、短時間勤務者の申し訳なさや多くカバーに入る医師の精神的肉体的なストレスの解消につながるように配慮。

(5) 定期面接の実施：年に2回院長と定期面接を行い、それぞれの医師の諸事情の把握に努めている。また、その中で小さな個人目標をたててもらい、モチベーションの維持・促進に努めている。

(6) 年度末ボーナス：各関係部署の管理者からの評価に加え、自己評価や院長評価、実際の数値的评价（患者数、勉強会開催など）を反映させて、特にチーム貢献度を評価。

院長は相談役でもあり調整役でもある。大変な面も多々あるが、このようなことを通じて、2001年8月院長就任当時、内科医が7人（女医3人）であったのに対し、2011年7月には12人（女医6人）と医師を確保することがで

き、医療の質も上がってきたと感じる。これらのことは、各施設の医療提供体制や周辺環境で異なるものだが、急性期病院には急性期病院なりの、慢性期病院には慢性期なりの強みと弱みがあり、今後、ますます女性医師の割合が増える事を考えると それぞれの施設に合った工夫を重ね設定していく事しかないと思われる。

＜追加議事＞

国立病院機構琉球病院における「女性医師就労支援事業」の報告

国立病院機構琉球病院 副院長
福治康秀先生



昨年度女性医師等就労支援事業を活用した実績について次のとおり報告があった。

1. 取組内容

- ・ 育児休業、育児短時間勤務制度の活用

2. 具体的な内容

- ・ 育児短時間勤務制度等の活用に伴い代替医師1名を増員し、並びに医局事務補助者1名（非常勤）及び病棟担当事務補助者1名（非常勤）を配置して医師の負担軽減を図った。

3. 取組にかかる負担等

費用：人件費として医師1名に係る給与費
11,860,479円
医局事務補助1名（非）に係る給与費
1,455,397円
病棟事務補助1名（非）に係る給与費
1,243,507円
法定福利費（事業主負担分）として
2,466,570円
合計 17,025,953円の負担を要した。

4. 実施結果

- ・ 女性医師のライフステージに応じた勤務体制の確立及び医師の医局並びに病棟における事

務的な負担軽減に繋がった。

5. 評価・実施効果

- ・ 当院は、医師総数15名中7名の女性医師を採用しており、4名が既婚のうち2名が育児休暇中で1名が育児休暇より復帰している。4名の既婚医師は当院就職後に結婚している。
- ・ 出産後の医師の業務環境は厳しい状況が続くが、当院では、女性医師の子育て就労支援を強化することで、女性医師が働き続けやすい環境をつくる事が出来た。

意見交換

フリートーキング形式にて、意見交換を行った。

医師確保対策関連事業予算について

依光たみ枝部会長（県立八重山病院副院長）



女性医師等就労支援事業における「医師」の定義について、後期研修医や非常勤も含んでいるか。

金城由桂（医務課） 研修医については今のところ想定していない。本事業の目的は、勤務期間に定めがない雇用契約や雇用形態を援助する事であり、今のところ正規雇用者を対象として考えている。しかしながら、病院によっては様々な雇用形態があると伺っているので、具体的に事例をあげて頂ければ、国へ確認していきたい。後期研修医については、確認し後日改めて報告する。

仁井田りち副部会長（南斗クリニック院長）

同事業における来年度の実施予定は。

金城由桂（医務課） 来年度も国の補助がある限りは可能であると考えている。但し、現在は補助率が10/10となっているが、その内の半分は再生基金を活用しているため、26年度以降は、国

の予算としては1/2になる可能性が強い。

伊波久光副院長（県立精和病院）



専門医等人材育成・確保事業について、精神科領域には指定医制度があるが、その研修でも当該事業が利用できるか。

金城由桂（医務課） どのような研修会なのか分かる資料を事前提示いただければ、予め審査の上、返答したい。因みに、どの申請に関しても事前に情報提供をいただいた後、審査する手続きを取っている。

各医療機関の就労支援体制について

西巻正副院長（琉球大学医学部附属病院）



本院では、前院長の時代から女性医師支援については大きな努力目標の一つとして掲げ、その方針で進めている。実際には専門研修センター内に働く場の環境支援部門を

設け、そこを窓口支援業務を行なっている。これは大学病院の特徴だが、妊娠や出産、育児などで、支援が必要な女医の多くは医員（非常勤）であり、社会的に弱い立場の人たちである。行政もその辺りを考慮して、立場の弱い非常勤のサポートも是非考えて欲しい。

**大屋祐輔センター長
（琉球大学医学部附属病院卒後臨床研修センター）**



本研修センターでは、専門医取得を目指す医師をサポートするための体制を構築している。女性医師にフィットした柔軟性のあるプログラムを作っている。将

来的には、シミュレーションセンターの活用等も考えたい。これまで10数名の利用実績がある。また、復帰相談等にも応じ、沖縄県全体の女性医師支援の部署としても手伝っていきたい。

石川清司院長（国立病院機構沖縄病院）



当院では、公に認められる臨床研究部を作りたいという方針により、臨床研究のみで良いという条件で毎年若干名の医師を採用している。学会発表や論文等、好きな勉強だけで良いとしている。女性医師にとっては、働きやすく、専門医取得の最短コースにもなる。学会発表も全く制限していない。旅費も全て支給している。

中山朝行院長（南部病院）



女性医師支援の取り組みについて勉強に参った。当院での就労対策として唯一取り組んでいるのは、今年7月から始めた院内病児保育である。男女問わず

全職員を対象としている。今後の目標は、院内保育所の新設である。

松本強副院長（豊見城中央病院）



当院の全体医師数は128名おり、常勤医84名の内、女性医師が15%を占めている。また、研修医は44名いるが、初期研修医の45%、後期研修医の32%が女

性医師である。

当院は、女性医師に対して働きやすい勤務環境を心がけている。例えば、勤務時間の調整、当直免除、休憩室完備、学会は演題があれば回

数の制限はない。専門医取得に関しても、研修指定病院への出向も随時許可している。産休なども取りやすい環境にあると思う。また、院内保育所も設置しており、女性医師も利用している。

また、育児・介護休業法の改正以前から夫婦両名が医師の場合、男性医師の育児休業も認めてきた実績もある。

大山朝賢院長（沖繩メディカル病院）



涌波先生の報告にあった給与への反映については、男女問わず実施しているのか。（回答：実施している）

諸見川純副院長（沖繩協同病院）



当院は、85名中22%が女性医師である。特徴としては、小児科に女医が多く9人中5人いる。また、研修医には専門医を取得するよう促している。

子育て中の医師のために、時間短縮の勤務形態（2名）を採用している。病児保育は既に始めているが、今後、院内保育の設置を目指している。しかしながら運営費の問題もあり、行政的に援助があればありがたい。

高良英一院長（沖繩赤十字病院）



当院でも家庭の事情で日勤しかできない医師や、当直ができない医師もいる。昨年この会で同じ事を伝えたが、県内全体として勤務医そのものが足りない現状だと思っている。女性医師はどの病院でも遠慮せず自身の希望する勤務形態を提案して欲しい。引いては、それが勤務医の環境改善に

も繋がる。

糸数功院長（糸数病院）



最近では女医を希望する患者が増えている点、また、40歳以下の産婦人科医の7割が女性である点を踏まえると、今後女性医師を雇用する機会を積極的に考えて

いかなければならない。当院の理事長は5年前から院内保育所の設置を考え、場所は既に確保しているが運用方法について検討中である。

上里忠正副院長（天久台病院）



30年前に保育所を運営していたが、経営がうまく行かず廃業した経緯がある。現在、当院では、男女関係なく、なるべく学会に参加させている。また、専門

医取得の際の出張費用も病院が負担している。今のところ女医からも不満の声はないと思うが、女性医師の勤務環境については、今後いろいろな問題が出てくると思うので、良い職場環境を目指し勉強していきたい。

洲鎌則子副院長兼看護部長（海邦病院）



育児期間中は、民間病院の方が先生方のニーズに柔軟に対応できると考えているので、子育て期間中は、民間病院に目を向けて貰えたら良いと思う。当院

では女性専用の医局があるが、残念ながら未だ利用されていない。また、小児デイサービスもあり安心して働ける職場環境がある。

上田裕一理事長（もとぶ野毛病院）



この数年、ナースの就労が安定し、出産後も離職しないケースが増えている。半年前にナースを対象に院内保育所に関するアンケートを実施したが、院内

保育所を作ったとしても即利用に結びつかないと思われる結果になった。また、女性医師専用の当直室も考えてはいるが、他の施設の状況も参考にしながら取り組みたい。

諸喜田林院長（北部地区医師会病院）



当院では、常勤の女性医師が5名、非常勤が1名おり、3名が子育て中である。また、3ヶ月前に1年間の育児休暇を終えた女医が復帰したが、復帰の際、勤

務体制について希望を聞き、柔軟に対応した。

専門医に関しては、現在麻酔科医が1名いるが週一回の割合で一年間大学病院へ派遣している。

院内保育所を長く運営しているが、学童保育のニーズも出てきており、今後の課題としてどう支援できるか検討したい。

宮里善次院長（中頭病院）



法人全体で25%、34名の女性医師がいる。女性医師には3つの立場がある。①医師の立場、②女性の立場、③母親の立場である。

①医師の立場は、男女区別することなく多様な雇用形態を心がけている。男性医師にも同様の働きかけをしなければ、理解が得られにくく、かえって働き辛くなってしまふ点を注意している。②女性の立場で

は、女医だけの休憩室を設けている。③母親の立場では、保育所を運営している。30人中6名が女医の子供であるが、正直、年間1千万程度の赤字である。医療機関で医療以外の事を行うと殆どが赤字になる。国も赤字にならないような支援のあり方を検討して欲しい。

女性医師バンクメーリングリストの活用について

仁井田りち副部長



本バンクでは、メーリングリスト（登録者約220名）を活用した求人情報等を配信している。配信内容は常勤から非常勤、スポット対応の求人まで幅広く

扱っている。メーリングリスト登録者へは、情報配信後、友人・知人へもメール転送するよう依頼しており、配信後、直ぐに内定するケースもある。各医療機関も是非ご活用いただきたい。

閉 会

沖縄県女性医師部会委員 大湾勤子



本日は県の担当者から医師確保対策の具体的な利用方法についての説明もあり、各医療機関にとっても有意義な情報提供になったと思う。私自身が、女性

医師部会の活動を通じて感じているのは、女性、男性という事ではなく、一人の医師として、どれだけモチベーションを維持し、仕事を継続していくかが大切であり、今回は、女性の立場からを切り口にしたが、実際は男女問わず皆で支え合っていくことが大事であるという事である。

我々が医師になった頃と比べ、今は恵まれている。あの当時は、当直の免除申請を行うと断られた。今はそのようなことは無いと思うが、

当時は男女平等だと言われ、それぐらいの気概でやっていかなければならなかったのである。女性医師に対する環境改善もしながら、あのような働く意識も継承しなければならないと感じている。先日行なわれた女性医師フォーラムにおいて何名かの琉大の学生の参加があった。彼らは、自らの将来設計を行う上で、我々の話を

真剣に聞き、様々な質問や相談を積極的に行っていた。医師になってからではなく、学生の頃からあのような機会を増やし、若い医師をサポートする事が大切である。今後に繋げていきたいと思う。

本日は多くの管理者の方々に参加していただき、誠にありがとうございました。

印象記

沖縄県医師会女性医師部会委員 涌波 淳子

病院長等との懇親会も、第5回目となりました。アンケートの結果や各施設の院長先生たちのお話の中からは、保育所の問題や短時間勤務制、日直・当直免除など、女性医師の両立支援としての環境改善は着実に進んできていると感じました。そして、今回の懇談会では、それらの支援対策を経済的にバックアップするための女性医師等就労支援事業や専門医等人材育成・確保事業その他の医師支援補助金に関する説明を県福祉保健部医務課から直接伺うことができましたし、飛び入りで国立病院機構琉球病院副院長の福治康秀先生より昨年度の同院における補助金活用の具体的なお話もあり、各病院にとっては、良い情報提供になったと思います。これらの補助金を上手に活用する事と「現場にとって本当にかゆい所に手が届く」ような活用しやすい補助金制度に育てることも大切であると感じました。

県内でも確実に女性医師が増加してきます。この女性医師たちがしっかりと育ち、仕事を続け、沖縄の医療を支えられるように、各医療機関も女性医師たちも国も県も医師会も皆で努力を重ねていくことが必要だと思います。