

4月1日より一般社団法人へ移行！



常任理事 真栄田 篤彦

皆様既にご高承のとおり、この度の公益法人制度改革に伴い、沖縄県医師会は平成25年11月30日までに、公益社団法人または一般社団法人への移行手続きを行わなければならなくなりました。そのため、理事会、公益法人制度改革小委員会、定款等諸規程検討委員会、地区医師会長会議で説明し移行先等についてご検討いただくと共に、最終的に平成23年11月22日の臨時代議員会並びに12月11日の定例総会において、多角的に事業を展開できる「一般社団法人」へ移行申請することを決議いただきました。

これを受けて、平成23年12月22日付で沖縄県に移行認可申請を行ったところ、去る2月24日開催の沖縄県公益認定等審議会において審議され、正式に一般社団法人への移行が認可されました。

これまで様々な事業を実施し、本県における医道の高揚、医学医療の発達普及と公衆衛生の向上を図ってまいりましたが、新法人移行後はより一層充実した事業を展開すべく役職員一同邁進する所存でありますので、会員各位におかれましても今後ともご協力・ご鞭撻賜りますようお願い申し上げます。

なお、一般社団法人に移行する場合、行政庁への「公益目的支出計画」の提出が求められます。これは、新法人への移行時点における法人全体の純資産額（＝公益目的財産額）を公益目的のために消費しなければならないと規定されているためです。

これまで、公益法人として税制優遇等を受けて財産を形成できたとの理由により、その額に相当する金額まで、公益を目的とする支出を実施しなければならないことになっており、公益目的財産額を全て消費するまでは、行政庁の監督下におかれ、毎年「公益目的支出計画実施報告書」の提出が求められることとなります。

そのようなことから、今後数年間はこれまでと同様に行政庁の監督下で諸事業を進めることとなりますが、この公益目的支出計画が終了すると行政庁の監督は解かれ、それ以降はより自由に多角的な事業を展開できることとなります。

この度の新公益法人移行を機に、会員並びに県民の更なる福祉向上のための医師会事業を展開して参る所存でありますので、引き続き会員各位のご支援ご協力をお願い申し上げる次第であります。

日本医師会年金で将来の安定した生活を！

勤務医のゆとりある老後 確かな備え

＜ご加入のご案内＞

各学会に加入されている先生方も多くご加入されています。
この機会に日本医師会年金に是非ご加入下さいますようお願い下さい。

I. 特 色

日本医師会年金(以下「医師年金」という。)は、昭和43年に創設されたわが国最大規模の私的年金であり、日本医師会の事業として運営する会員福祉です。

会員及び遺族の老後の生活保障のため、世界的な資産運用会社に運用委託し、医師のライフスタイルに合わせ、日医が独自に創設した年金制度として、他に類をみない多くの特色を備えています。

1. 積立型の私的年金です。若人が老人を支える公的年金とは異なります。
2. 勤務医、開業医が法人化しても医師年金は継続が可能です。
3. 掛金は、ご希望の年金額を受けるため、自由に設定・変更が可能です。
4. 65歳をすぎても現役の先生は、年金の受取を75歳まで延長できます。
5. 年金の受取が始まる時に、年金の受取コースの自由な選択ができます。
6. 事務手数料が非常に少額です。(掛金がいくらでも1回の手数料は100円です)

II. 加入の要件

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員(会員種別は問いません)

☆パンフレットのご請求とお問い合わせについては

日本医師会 年金・税制課

TEL: 03-3946-2121(代表) 03-3942-6487(直通)

FAX: 03-3942-6503 E-mail: nenkin@po.med.or.jp

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

平成23年度日本医師会医療事故防止研修会 ～「医療事故削減戦略システム」の実践報告と新たな課題～



常任理事 稲田 隆司

平成23年度日本医師会医療事故防止研修会が、「『医療事故削減戦略システム』の実践報告と新たな課題」をメインテーマに、去る1月15日（日）日本医師会館大講堂で開催されたので、その概要を報告する。

会長挨拶

日本医師会会長の原中勝征先生（代読：羽生田俊副会長）より、概ね以下の通り挨拶があった。

日本医師会では、医療の安全確保と事故防止に関する会内委員会として、平成9年から医療安全対策委員会を設置し、今期は「医療安全の推進と新しい展開」について検討をお願いしている。

平成20、21年度にかけて、医療安全対策委員会が作成した「医療事故削減戦略システム」は会員の先生方から非常に役に立ったという反響をいただいているところである。今期の委員の先生方には、医療事故削減戦略システムを実際に現場で実践していただきながら、医療事故削減の効果的な方策についてご検討いただいた。

本日のこの研修会では、『医療事故削減戦略システムの実践報告と新たな課題』と題し、委員の先生方からこの2年間を通じ実践していただいた成果を、参加者の皆様方が医療の安全のために積極的に行動していただくためのヒントとして提供する機会にしたいと計画したところである。医療事故削減戦略システムを核とした様々な角度からのご講演をいただき、参加者の皆様が新たな課題を胸に活動を開始していただければと考えている。よろしく願いたい。

第1部『愛知県医師会の取り組み』

愛知県医師会理事の横井隆司先生より、愛知県医師会における医事紛争・医療事故の防止に

係る取り組みについて報告があった。

始めに、愛知県医師会では、医事紛争・医療事故防止の取り組みとして、「医療安全対策委員会」と「苦情相談センター」という2つの事業を柱に取り組みを行っているところであると説明があり、それぞれの事業内容について報告が行われた。

医療安全対策委員会は、内科、精神科、整形外科、泌尿器科、眼科、小児科、外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、産婦人科と各診療科の医師が委員として構成されるとともに、各地区医師会の担当理事や顧問弁護士（9名）、保険会社担当者（5名）、学識経験者（6名）等、合計41名の委員で構成されていると紹介があった。

委員会は、月に1回定例として開催され、平成22年度は183件の医事紛争事案について審議を行ったと報告があった。件数については、これまで200件前後を推移しており、若干減少の傾向にあると説明があった。

また、医療安全対策委員会では、委員会を開催するとともに会員への啓発活動の一環として、会報に「医療安全対策委員会だより」を掲載し、医事紛争事案が発生した際の患者様への対応方法や医賠償保険に係る注意事項、また医事紛争事案として訴えられた際に誤解を生じさせないための診断書の記載方法等、医事紛争に係る様々な情報を掲載していると説明があった。

苦情相談センターについては、「中立的な立場で医療に関する苦情相談に対応すること」を目的に2003年度に設置し、医療事故の判定や責任の所在を判断するのではなく、患者・家族と医療機関の当事者間での問題の解決に向けた取り組みを支援することを主眼に活動を行っているとの説明があった。

相談センターは、専任の相談員2名と兼任の

相談員4名で構成され、医学的な専門知識を要する相談については、各医会から推薦された専門の医師が相談に対応していると紹介があった。また原則として、匿名での相談には対応していない（法令違反が疑われる場合は対応）と説明があった。

相談センターに寄せられた相談件数は、平成20年度1,099件、平成21年度1,272件、平成22年度1,364件となっており、年々増加傾向にあるが、医療安全対策委員会として対応した件数はそのうち23件（2.2%）と少なく、金銭的要求は意外と少ない傾向にあると報告があった。また、各種相談内容については、苦情相談センター委員会を月1回開催し、相談内容の精査を行っているという説明があった。

愛知県医師会では、医師会の自浄作用に係る取り組みとして、上記の医療安全対策委員会と苦情相談センター委員会のそれぞれの立場から活動を行っており、医療安全対策委員会としては、短期間（2～3年）に複数の医療事故を起こし、いずれも有責となった医師については、当該医師を呼び出し、事情を聴取した上で、必要に応じて「改善レポート」の提出を求める等の取り組みを行っており、苦情相談センター委員会としては、相談内容に重大な問題があると思われる場合は、当該医療機関への注意喚起を促す等の取り組みを行っているという説明があった。

その他の医療安全に関する取り組みとして、社会保険集団指導講習会と併せた医療安全に関する講演会の開催や、日本医師会が策定した「医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～」の伝達講習会を各地区で開催するとともに、医療事故予防のための会員実態調査を実施し、静脈採血の手法や院内感染予防対策の徹底等に向けた取り組みを行っているという説明があった。

第2部『大阪府医師会の取り組み』

大阪府医師会理事の齋田幸次先生より、大阪府医師会における医事紛争・医療安全に係る取り組みについて報告があった。

大阪府医師会における主な取り組みとして、医療安全推進指導者講習会の開催や、診療所に

おけるインシデント・アクシデント事例の調査等を行っているという説明があり、また各地区医師会においても、医療安全等に係る様々な取り組みが実施されているところであると説明があった。

医療安全推進指導者講習会については、大阪府からの委託事業として実施しており、インシデント・アクシデント事例の要因分析や医薬品及び医療機器の安全管理、院内感染対策や医事紛争の法的責任分析等を主なテーマに、全5日間のプログラムで講習会を開催していると報告があり、全日程修了者には修了証を発行していると説明があった。

診療所におけるインシデント・アクシデント事例調査については、会員診療所の医療安全に対する問題意識の向上を図ることを目的に実施しているところであると説明があり、調査結果より、事故発生率が高い曜日や時間帯、医療行為別の発生内容、生命危険度や患者信頼度等、様々な分析が行われ、会員に対し調査結果のフィードバックを行うことで、医療安全対策に係る各種情報の共有を図っていると紹介があった。

第3部『茨城県医師会の取り組み』

茨城県医師会副会長の石渡勇先生より、茨城県医師会における医療安全等に係る取り組みについて報告があった。

茨城県医師会では、「医療ADR（医療問題中立処理委員会）」、「医事紛争処理（医師賠償責任保険による紛争解決）」、「医療安全対策」を3本の柱として、医療安全等にかかる事業展開を行っているところであると報告があり、各事業の概要について紹介があった。

医療ADRについては、患者側と医療側が話し合える場を提供し、中立の立場で問題処理の支援を行うということを目的に設置していると説明があり、委員会の運営については、茨城県医師会が年間400万円を負担し活動を行っているという報告があった。

医療ADRへの申し立て件数は、委員会が設置された平成18年度から平成22年度までで61件となっており、そのうち応諾した件数は55件となっているという報告があった。応諾を拒否した事例については、指摘を受ける誤った医

療はしてない事例や、委員会で患者と話し合う必要が無い等の事例であったと説明があった。医療ADRで合意に至った件数は24件となっており、合意に係る解決金（見舞金）額については、100万円以上が11件、100万円未満が12件となっていると報告があった。

医事紛争処理委員会については、最近5年間の取り扱い件数は147件となっており、毎年平均29件の事案を受け付けていると報告があった。診療科別では、外科31件（21.1%）、整形外科30件（20.4%）、内科27件（18.3%）、産婦人科26件（17.7%）、脳外科11件（7.5%）となっていると説明があった。

医療安全の取り組みについては、日本医師会が策定した「医療事故削減戦略システム」の理解と職員への徹底を図ることを目的に、その実施体制について各医療機関に対しアンケート調査を行うとともに、伝達講習会の開催や医師会ホームページへの事業内容の掲載等の取り組みを行っているとの報告があった。

第4部『医療安全情報等の活用方法について』

日本医療機能評価機構執行理事の後信先生より、公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業等について報告があった。

始めに、医療事故情報収集等事業は、その目的を、医療事故が起こった際に誰に責任があったかという点を主眼としているのではなく、医療事故の再発予防・再発防止を促進することを一義的な目的としていると説明があった。

本事業に寄せられた報告件数は、平成22年度では、報告義務がある医療機関（272施設）からの報告が2,182件（平成17年度：1114件）、報告義務がない任意の施設（521施設）からの報告が521件（平成17年度：151件）となっていると報告があり、各施設から寄せられた事案については、個別名称等を削除した上で報告書や年報という形で随時情報を公開していると説明があった。情報提供に際しては、事例の具体的な内容が紹介されるとともに、事例の背景や要因についても併せて掲示していると説明があった。

本事業は、最初の5年間（2004.10～2009.9）の課題として、「事業への参加」、「報告件数の増加」、「報告の質の向上」という3点を挙げていたが、これからの5年間（2009.10～2014.9）については、前述の課題に加え「収集事例の活用」という点が重要になると考えていると説明があった。

第5部『医療事故対応について』

昭和大学病院院長の有賀徹先生より、医療事故防止対策について報告があった。

始めに、我が国における医療訴訟件数は、10年間で400件から1,000件と倍以上に増加しており、現在、日本中で約2,000件の民事医療訴訟が進行中となっていると説明があり、これは、1件の訴訟に2人の医師が関係するとした場合、おおよそ50人に1人の医師が現在紛争中ということになると説明があった。また、裁判に至らない医事紛争事案も含めると、医事紛争を経験したことのない医師はいないと言えるのではないかと意見があった。

このように医事紛争事案が増加傾向にある理由として、①最高水準要求型（求める水準が高すぎる）、②説明義務過剰型（説明義務の範囲が広すぎる）、③因果関係こじつけ型（ミスと転機とを無理にこじつけ）、④医学的根拠希薄型（医学的誤った根拠）、という医療の限界や不確実性を無視した4つのタイプが挙げられると説明があり、このままでは我が国の医療が崩壊することになりかねないと提起した。

このような状況において、医療事故を防止するためには、一次予防（安全管理）としてヒヤリハットの未然防止、二次予防（狭義の危機管理）として損傷拡大の防止、三次予防（crisis management）として苦情・訴訟対応、それぞれに取り組む必要があると説明があり、②+③は広義の危機管理であり、①をもう一步発展させると「質の管理」、①②③全てが広義の「質管理」と、全てがその延長線上にあると説明があった。

チーム医療を実践するためには、医師が各医療スタッフ（看護師、リハスタッフ、薬剤師、等）に直接指示を出していた『ピラミッド型チ

ーム医療』から、医師が病棟の医療チーム（看護師、リハスタッフ、薬剤師、MSW等）に包括的な指示を行う『情報共有型チーム医療』に変えることが重要であり、情報共有型にすることで、各医療従事者が情報交換を行い、すり合わせを行いながら各自が考え（専門性アップ）最適なチーム医療の提供に繋がっていくと説明があり、またそのことで業務内容が標準化するとともに、医療の質の向上と効率化が図られると意見された。

第6部の総合討論に入る前に、医療安全全国共同行動推進会議議長の高久史磨先生より、概ね以下の通り挨拶が述べられた。

医療安全全国共同行動は、医療の質安全学会が提唱し、日本医師会、日本歯科医師会、日本病院薬剤師会、日本看護協会、日本工学技師会、医療工学技師会の方々が発起の中心となり2008年に発足した。参加した病院等から非常に評判が良かったことから、更に2年間、2011年から2013年まで続けることとした。連絡会議を昨年11月に開催し、今年の運動方針等について討論を行った。

第1期目は、広島県医師会、沖縄県医師会、宮城県医師会に、地域推進拠点としてご活躍いただいている。各県医師会の先生方にも、第2期にはご参加いただきたいと考えている。よろしくお願ひしたい。

第6部『総合討論－医療事故削減戦略システムの実践報告と新たな課題－』

日本医師会常任理事の高杉敬久先生の座長のもと、総合討論が行われた。

Q.群馬県医師会：情報提供に関して、苦情相談に対応する医師と、事例検討会の委員構成はどうなっているか。

A.横井先生：事例検討会のメンバーは各医会から1名ずつ出ている。苦情相談センター委員会は、医師だけではなく医療関係者や市民代表の方も参加している。

Q.群馬県医師会：事故をおこした先生に承諾

をとって報告書に載せているのか。報告書に記載することを拒否される先生がいた場合はどうするか。

A.横井先生：報告書は匿名化を図っている。従って医療機関に承諾を得るということはない。患者の年齢等もある程度ぼかしている。当事者が見れば分かるかもしれないが、それ以外は分からないということをやっている。

Q.静岡県医師会：医療安全対策委員会の施策の一つとして、裁判所とのコンタクト、すなわち医療訴訟の検討の場について、定期的あるいは不定期的にやるか。

A.齋田先生：司法のコンタクトは一切ない。大阪府市医師会に協力いただいている弁護士を仲立ちとして話し合うことはあるが、そういうことは難しいと考える。

Q.匿名：医療ADRについて、医療側が全く無責の場合でも見舞金を発生するという事になれば、クレームを助長することになりうるということで納得いかないが如何か。

A.石渡先生：医療側と患者側が同意しなければ解決しないので、医療側の方で、ご質問のように全く責がないと判断した場合は、これは妥協することはない。多少なり医療側に非がある場合は、これは話し合いの中で仕様が無く見舞金程度で解決する事例はある。明らかに全く過失が無いものについては、私達委員会の方でも、それを医療側に敢えて解決する方向の見舞金を出すようなことは一切していないので、そのようなご懸念はないと考える。

Q.匿名：クレーム対応について、医療側からの名誉毀損等のシステムを考えてはどうか。

A.後先生：医療機能評価機構は、病院の医療の質の向上のために、病院の支援をするということで取り組んでいる。クレームの対応として、医療機関と別のところから、名誉毀損ということをお客さんに対応するという仕組みについては、医療機能評価機構という団体の性質とは少し違う。医療機関と顧問弁護士がしっかり対応しなければならないことではないかと考える。

A.石渡先生：理不尽なクレームに対しては、茨城県医師会では事務で対応しているが、一応、弁護士に相談して対応するようにと、シス

テム的にきちんとした対応ができているという状況ではない。組織だって、クレーマー対策やそれについての名誉毀損等、そういう民事裁判を起こす等、システムとしてはこれからも出来上がっていかないのではないかと考えている。

個々の事例について対応していくという形を取らざるを得ないと考えている。

A.齋田先生：大阪府医師会では、担当弁護士から債務不存在の訴えをする場合もある。

印象記

常任理事 稲田 隆司

「医療事故削減戦略システム」の実践報告と新たな課題として、日医の委員が所属する地域での取り組みが発表された。

「医療安全を文化に」を理念に、愛知県、大阪府、茨城県と、規模も特性も異なる地域での工夫の数々が語られた。

大学病院と連携した「死因究明システム推進委員会」(愛知県)、「区民への医療安全アンケート調査」により、医師・患者間のコミュニケーションを分析し改善につなげる試み(大阪府)、「医療問題中立処理委員会(ADR)」(茨城県)等が印象に残る活動であった。

その他、静脈採血のスキルアップへ向けた活動は、各診療科に共通する安全対策として、本会でも取り組みたいと考えた。

午後は、日本医療評価機構の医療安全情報の収集とフィードバック報告、昭和大学病院における実践、最後に演者全員による総合討論と、問題の複雑さを背景とした多様な内容であった。

特に昭和大学の有賀院長の報告は、実践的かつ論理的で勉強になった。例えば、昭和大学の患者様への真摯な呼びかけ「昭和大学を受診される患者様の皆様へー医療安全に関するメッセージ」は、医療の不確実性を示し、我々には身にしみて頷ける事実であるが、医療の限界、不確実性を無視した以下のような4パターンの判決が医療界を脅かしていると述べられた。

- ①最高水準要求型(求める水準が高すぎ)
- ②説明義務過剰型(説明義務の範囲が広すぎ)
- ③因果関係こじつけ型(ミスと転帰とを無理にこじつけ)
- ④医学的根拠希薄型(医学的誤った根拠)

このような司法の流れに対して、我々は一層の医療安全の構築、紛争処理体制の充実、裁判時の勝訴を目指さなければならないと感じた。

21条の届け出は、警察から見れば自首と同じだという発言は、この条文の恐ろしさをよく示していると考えさせられた。

総合討論では、東京や静岡で行われている裁判官や弁護士、医療関係者の合同の勉強会の報告があり、これは司法の論理と医療の論理を互いに学び合う良い機会になると考えた。

クレーマー対策も語られ、大阪の齋田先生の裁判所による債務不存在の告知の活用は参考になった。

最後に、高杉常任理事による事故調査委員会アンケートの経過報告があったが、法の改正については、道険しいというニュアンスであった。行程表、段取りの表明を期待したい。

平成23年度第2回都道府県医師会長協議会



副会長 小渡 敬



去る1月17日（火）、日本医師会館において標記協議会が開催され、宮城会長（日医理事）の代理で出席した。

はじめに、司会を務めた今村聡常任理事より開会の辞があり、引き続き日医原中会長より概ね次のとおり挨拶があった。

「TPP、医師法21条、消費税等日本医師会に山積された諸問題について、引き続き先生方のご意見を聞きながら逐次日本医師会の主張を説明するという立場で政治活動をしながら推進して行こうと思う。受診時定額負担に関しては、各県における署名活動、或いは地元出身の政治家に対する働きかけが大きな力となって阻止された。政治活動においては、日本医師会だけではなく、県医師会、郡市区医師会の先生方の活動が大変重要となる。」

引き続き協議に移り、各県並びに日本医師会から提出された議題等について協議が行われたので概要について報告する。

協 議

(1) 国際戦略総合特区申請にみる治験・臨床研究並びに先制医療推進の問題点
(兵庫県)

<提案要旨（抜粋）>

今回、オール関西による「総合特区」に京都・大阪・兵庫3府県それに京都・大阪・神戸の3政令都市の手助けになる「関西イノベーション国際戦略総合特区」が書面審査（第一次評価）を経て調査検討会（第二次評価）で最高点を獲得したとの報に接し一層危機感を募らせている現況である。

地域医療に常に住民目線で関わり続ける地元医師会として、産官学一体化となる新しい波に如何に対処すべきか、特区指定の有無に拘らず、既に特区の域を超えた国を挙げての動向に日医として如何に対峙していく所存か、執行部のお考えをお聞かせいただきたい。

【今村定臣常任理事回答】

総合特区制度の問題点であるが、国際戦略総合特区として申請されている「関西イノベーション国際戦略総合特区」については、様々な事業の認可権限が大臣から都道府県知事に移譲されること等が想定される。そのため提案されているPMDA特区内分局は開発企業が実用化を加速させるための認可を行使する権限を持つ可能性がある。このことは企業の利益に合致する一方、国民の利益には相反する部分が出てくる恐れがある。内閣官房の総合特区制度の概要においては、総合特区制度は個別の法令と共に特例措置に加えて地方公共団体の事務に関し政省令で定めている事項を条例で定められることとするために地域主権改革を加速する突破口と成り得ることが記されている。しかしながら、医薬品、医療機器の治験の実施は国が承認者として国民医療における安全性を担保すべきものであり、軽々に地方に委ねるべき性格のものではない。

今回提案されている総合特区、これは個人情報保護の観点からも重大な問題がある。個人の遺伝情報にアクセスする医療関係者は遺伝情報の特性を十分理解し、個人の遺伝情報を適切に扱うことが求められており、このために各種のガイドラインが定められている。具体的には限られた特区内であっても複数の医療機関等でやられた疾病データは国の関与なくして活用すべきものではない。以上の問題を踏まえて日本医師会は医療現場が適切な医療提供に専念できるように国は手続きの効率性や迅速性の向上を図ると共に安全性・有効性の十分な確保を前提とすべきであると考えている。医療における開発企業の経済合理性の追求は国が国民の医療の安全を守るという大原則のもとに行わなければならないということを強く主張する。

これらのことから今回の総合特区の動きは「関西イノベーション国際戦略総合特区」の提案内容をみても医療の営利産業化の動きと密接に関連している。特に特区における株式会社の病院経営への参入、医療ツーリズムによる営利目

的の外国人患者の受け入れ、これらのことは日本の公的医療保険の給付範囲の縮小、或いは実質的崩壊に繋がることは必至であると考えている。日本医師会は、必要な医療は全ての国民が受けることができる国民皆保険の堅持が大原則であると考えている。したがって、医療特区を創設し、生命を預かる医療現場において患者そして地域住民の不利益に成り得る懸念というものを抱きながら実施することは到底容認できない。本特区提案は国と地方の協議会において複数の特例措置のみならず、税制財政金融上の支援措置等が議論、検討される段階になる。こうした様々な特例措置や優遇措置を受けて、一つの事例が作られると医療制度にダブルスタンダードができ、瞬く間に全国に広まり、医療への株式会社参入等の蟻の一穴になることが大いに懸念される。日本医師会は、特区制度や規制制度改革によって安心安全な医療が損なわれることがないように国に対して積極的に働きかける。

(2) 特定機能病院・地域医療支援病院の要件見直しについて (徳島県)

<提案要旨 (抜粋) >

特定機能病院、及び地域医療支援病院の外来診療は厳格な制限のもと行われるべきと考えているが、この点についての日本医師会の見解を伺いたい。

また、特定機能病院と地域医療支援病院の要件の見直しが国によって行われようとしているときに、日本医師会として、それぞれが果たすべき役割を明確にし、厳格な承認要件設定が行われるよう強く国に働きかけられるよう要望する。

【鈴木邦彦常任理事回答】

特定機能病院、地域支援病院に対しては、本年度中に厚生労働省に検討会が設置される予定で、日本医師会として横倉副会長を委員として推薦している。昨年7月の社会保障審議会医療部会においては、横倉、中川両副会長がそれぞれ意見書を提出して見解を述べた。特定機能病院では、特定機能病院が本来の役割、機能に集中できるよう原則紹介外来以外の外来診療を行

わないことを提案した。また、地域医療支援病院では、当初の趣旨に沿って承認要件を見直したうえで、真に必要な病院機能に対してのみ診療報酬財源を投入すべきとした。その後、昨年末に医療部会が取り纏めた医療提供体制の改革に関する意見では、特定機能病院は一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として地域医療の最後の拠り所としての役割を担っていくべきとした。貴重な医療資源、財源の効率的配分及び勤務医の労働環境への配慮の観点から特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要があると結論づけている。また、地域医療支援病院は当初の理念を踏まえ、外来診療の見直しが必要としたうえで、承認要件の見直しが必要としている。このような書きぶりは日本医師会の主張が反映されたものと思うが、今度設置される検討会においても承認要件をより厳格なものとするよう主張していく。

(3) 日本医師会会員証の改定について

(東京都)

<提案要旨(抜粋)>

この度の東日本大震災の教訓として、被災地へ入る際、医師の証明手段として身分証が有用であることが幾度となく確認された。日本医師会が発行する会員証が、今後、災害発生時等に医師の身分証として活用されるべく、その様式についてご検討いただくことを提案する。

【今村聡常任理事回答】

日本医師会会員証は平成13年度の都道府県医師会長協議会においてご承認いただき発行しており、当初、医師の認証という話もあったが、日本医師会の顧問弁護士の回答では、医師の認証を会員証の中に載せることについては難しいとのことであった。また、都道府県医師会も様々な会員証を作っているが、載せている情報がバラバラになっており、それを統一することの困難性、発行費用等の問題があった。

しかしながら、日本医師会には認証局があり、厚労省の運営する認証基盤と相互に連携しており、今後国がIT化を進めていく中で日本

医師会の認証局は重要な要素であると位置付けられている。認証局を上手く活用して新たなカードが発行できれば、ご提案いただいたことも対応できるのではないかとということで、現在日医のIT委員会、或いは日医総研の中で議論をしながら検討していくところであるので、暫くお時間をいただきたい。

(4) 後発医薬品に関する問題点について

(秋田県)

<提案要旨(抜粋)>

国は後発医薬品使用と医薬分業の双方を推奨しているが、我々は安心した医療を提供する立場から、次の問題を払拭できずにいる。これらの問題について日医の見解を伺いたい。①後発医薬品の情報提供不足、適応不一致、安定供給体制の問題、価格設定の問題等、国が責任を持って全てを証明し情報を提供すべきである。②先発医薬品の特許が切れた場合、その製品を安くするというような薬事法改正を含む政策議論をすべきである。また、日本においての新薬開発を国の責任としてどう考えるのか、その方向性を示すべきである。③薬局での後発医薬品での問題発生については医師側にあるということになるのか。④地域性が配慮されていない。

【鈴木邦彦常任理事回答】

我々医師は医療の専門家として患者さんに対して品質が同等であるということの確認をしたうえでないと使えないということは治療に責任を持つ以上当然のことである。中医協等で後発医薬品の使用促進について議論する際、診療側は必ず現場の実感として、有効性・安全性等に差異がないという国の結論に対する違和感を主張し、更に、安定供給体制、情報提供、価格設定等の問題について指摘している。

医師としては、信頼性という観点から、これまで使い慣れている先発医薬品の特許が切れた際に薬価を後発医薬品なみに下げて引き続き使えることが望ましいという点もそのとおりである。現在、イノベーションの評価という観点から新薬創出加算の施行が継続されており、この

加算で薬価が維持された医薬品が特許切れになると薬価の引き下げが行われるルールとなっているが、その価格も後発医薬品より2、3割程度高いという状況である。

新薬開発を国の責任としてどう考えるか方向性を示すべきとの指摘については、希少疾病用医薬品の開発支援や既存の治療薬が無効で困っている患者さんに有効な医薬品の開発を更に推進する対策を講じていくべきと考える。

後発医薬品の使用促進については、中医協の検証調査により、医療機関よりもむしろ薬局の対応が問題となっていることから、診療報酬上の加算によりインセンティブが与えられていたが、最近の中医協の議論では安さが後発医薬品を選ぶ理由であるのに、薬局に対して様々な加算が設定されていることについて、費用対効果の検証が必要とされ、後発医薬品への切替による薬剤費減少分と各種加算による医療費の増加分を比較検証することが求められている状況である。今回の改定で薬局の後発医薬品調剤加算は廃止される予定である。

一般名の処方箋を受けつけた薬局が患者さんの同意の下で後発医薬品を調剤し、その後発医薬品により問題が発生した場合、処方医や薬剤師に副作用の責任は生じないとの国会答弁がなされている。なお、今回の診療報酬改定において更に一般名処方の推進が図られる予定であり、現在現場の先生方や患者さんの負担や不安、更には混乱のないように折衝を続けている。

地域性についてもご指摘のとおりで、後発医薬品メーカーの情報提供努力の不足と共に地域の薬剤師会の対応不足もあると考えている。

今回の診療報酬改定率が決まった際に、財務大臣と厚生労働大臣が折衝で合意した中に後発医薬品の推進については新たなロードマップを作成して強力に進めると明記されている。更に改定の骨子案にも今後は後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取り組み、情報の発信をより一層促すと共に、それに加え厚生労働省やPMDA等が中心になり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を

作成したり、ジェネリック医薬品品質情報検討委員会の検討結果について、より積極的に情報提供を図ると明記されている。

平等で質の高い我が国の医療制度において、後発医薬品を推進することに対しては違和感を感じることは否めないと思うが、他の先進各国においても取り組まれている医療費抑制策を踏まえて我が国においても現実的な対応が求められていると考える。

(5) 特定健診受診率向上に向けた滋賀県の試み（滋賀県）

<提案要旨（抜粋）>

特定健診受診率は、当初の目標を大きく下回っている。電子化の数を見ると、受診者は減少傾向にある。その原因としては、健診メニューの貧困さと、通院中の患者の健診回避などがあげられる。このことは昨年1月のこの会長協議会で発表し保坂常任理事にご賛同を頂いた。特定健診・特定保健指導は、受診率を含めその結果成績が、後期高齢者医療制度への拠出金負担の増減につながる制度設計になっており、各保険者には今後の保険財政に関わる問題も含んでいる。そこで滋賀県ではより充実した健診内容を目指すと共に、受診率向上に向けた試みを市町と十分相談し、同意を得て次年度より実施することとした。健診内容の充実として、国保加入者については、尿潜血、血清尿酸、血清クレアチニン、HbA1c、空腹時血糖（食後10時間未満のものはHbA1cのみ）の追加健診を県下全市町で実施することにした。受診率向上の試みとして、慢性疾患を含め、何らかの疾患で医療機関を受診した患者や入院中の患者のうち、本人の同意が得られれば、その医療機関内での特定健診相応のデータを有料で各市町国保に提供し、治療中の検査データを健診データとして活用することとした。

【保坂シゲリ常任理事回答】

現在、厚生労働省保険局所管の保険者による健診・保健指導等に関する検討会、更に健康局所管の健診・保健指導のあり方に関する検討会

において受診率向上を含め、制度実施上の課題と対策等について様々な角度から検討が進められている。両検討会ともメンバーとして参加して様々な提言をしているところである。被用者保険の被扶養者の受診率が特に低いことに対して議論の結果、市町村国保への委託を認める方向で、更にそれを組織的にやっていくことについても議論されているところである。また、がん健診との同時実施等の対応も検討されている。しかし、受診率に応じた後期高齢者支援金の加算・減算制度、メタボリックシンドロームに特化した健診項目等、制度の設計の脆弱制自体が問われているというふうに考えている。また、健康局の検討会では国民に受診のインセンティブがなかなかないのは、周知等の方法論よりも腹囲基準に象徴されるようなメタボリックに限定された健診項目に問題があること、国民の健康をもっと広い視点で捉え、見直すべきと強く指摘し、大多数の意見が見直しに賛同いただいている。国民のための健診制度のあり方については、本会の公衆衛生・がん対策委員会においてもがん健診を含め議論いただいているところであるが、近く答申がまとめられることになっている。

現実的な対応としては、支援金の加算・減算制度の見直し、被扶養者の市町村国保への委託、健診項目の必要な拡大等、特定健診・特定保健指導の制度的課題を一つ一つ解決して参りたい。

(6) 国民皆保険体制維持へのアピールについて (愛知県)

<提案要旨 (抜粋) >

「患者に最適な医療」が現行の保険制度のもとで、基本的に保障されていること、これを今後も維持しなければならないことを広く国民にアピールしなければならない。

同時に、医療に市場原理主義を入れることにより、「最適な医療保障」が「最低限の医療保障」に退化し、たとえ皆保険体制が続いたとしても、皆保険の精神が大きく変質してしまう可

能性を、わかりやすい言葉と、キャッチコピーを使って広く会員、国民に訴えかけて欲しい。

【鈴木邦彦常任理事回答】

国民の皆様にもご理解いただけるよう出来るだけ分かり易く医療分野における規制改革の問題点をまとめた「医療における規制制度改革に対する日本医師会の見解—TPP 交渉参加表明に関連して—」という冊子を全都道府県医師会、郡市区医師会に送付し活用いただいている。これらは日本医師会のホームページ上からもダウンロード出来るようになっており、国民の皆様にも広く利用できるようになっている。

TPPの参加に巡っては、国民皆保険体制を維持することが医師会の利益ではなく国民の利益になることを広く一般の国民に理解していただき、国民皆保険体制を守れないTPPへの参加には国民が反対するように働きかけていくことが必要と思われる。日本医師会として更に国民の皆様への働きかけを積極的に展開していく予定である。

【石川広巳常任理事回答】

TPPの問題については、ご指摘のとおり国民には解り難い。こういう問題については、我々も読売新聞の突き出し広告で、分かり易い言葉とキャッチコピーを使って工夫しているが、なかなか難しい。難しい医療政策であるが、今後とも工夫して頑張っていきたいと思う。

(7) 消費税対策について (宮崎県)

<提案要旨 (抜粋) >

普通税率による課税を選択するのが現実的ではないかと考える。国民・保険者に消費税非課税制度の仕組みを十分に説明し、理解していただくことが重要であると考え。課税の原則は、公平・公正・平等・簡潔である。国民・保険者の負担増の解釈は、増収となる消費税の配分を含めた政治の問題となると考える。

普通税率による消費税課税制度を主張した場合の問題点、特に事業税及び4段階制税制に与える影響等についてもご教示いただきたい。

【今村聡常任理事回答】

我々医療界はこの問題について政治家、官僚等に訴え続けて来たが、既に解決しているというのが公式の見解であった。今回社会保障・税一体改革の素案に、厚生労働省内に、医療機関の消費税負担について定期的に検証する場を設けることが書き込まれたということについては、大変意味があったと思っている。その中で今までの負担が適正であったかどうか、消費税を8%にした時にどれだけの上乗せをすればいいのか、そして将来的に課税をするのかどうかを含めてあり方を検討していくと言われている。まずは問題をきちんと検証して、国民や保険者に目に見えるところにこの問題を出して、実態を知ったうえで議論し、それが10%の時に抜本的に解決するよう、また国民の税の負担がないよう配慮することを要望する。これから本当の勝負の時だと思っている。最後は法律的な事項になる。今素案であるので、これを大綱にして最終的に法律にすることになれば、与野党の国会議員の了承がなければならない。10%の時にきちんと解決が出来るということを明記できるような形で進めたいと思っているので、都道府県医師会の先生方にご支援いただきたい。

(8) 病床再編について

＜提案要旨（抜粋）＞

社会保障制度改革の1つとして、一般病床の効率化・重点化のため、急性期病床の再編が行われようとしている。そこで、①急性期の定義について、②一般病床再編の基準と振り分けの方法について、③「急性期病床群」法制化と病床再編の必要性について伺いたい。

【横倉副会長回答】

急性期病床群（仮称）の認定制度は次の医療法改正に向けて、昨年厚生労働省が社会保障審議会・医療部会に提案したものである。現在、急性期医療に関する作業グループが設置されており、私がおの委員として参画している。急性期病床群は、現在の一般病床の中から要件を満

たす病床を病棟ないし病室を単位として急性期病床群と認定しようというものである。私は次のような理念で議論に臨み、急性期病床群制度を直ちに導入することには反対している。機能分化は必要であるが、それはあくまでも地域の関係者で作る医療計画で推進すべきである。また、機能分化を制度で決めてしまうと硬直的になる。一般病床は幅広い概念である現在の定義だからこそ地域の医療ニーズの変化、多様化に柔軟に対応ができていく。一つの病院が様々な機能を持ち地域に密着して医療を提供していることが日本の医療を支えている。今後の高齢化の進展により、患者さん方の様態が様々となっていく。急性期でなく、むしろ慢性期の方から病床のあり方を考えていくことが必要ではないかということを考えている。そのためには、平成13年度に行われた一般病床、療養病床の区分分類の結果、起きた問題が様々ある。療養病床への医療区分の導入と低い診療報酬の評価、介護療養型医療施設の廃止の問題の検証をきちんとすべきであると主張している。

急性期の定義については、厚労省では、例えば心筋梗塞によって入院した患者や手術後の患者の様に状態が不安定であって、症状の観察等医学的管理や傷の処置等を日常的に必要としている場合を想定している。また、更に広く難治性疾患等で高密度な医療を必要とする患者も対象としている。これについては、どの病床にどの患者を入院させるべきかは、医師が判断するものであって、法令で急性期を定義して、法律や行政が過度に立ち入るべきではないと考える。

急性期病床群は、法律で細かく区分することではなく、社会保障・税一体改革成案の高度急性期と一般急性期の両方を急性期病床群と位置づけると現在の時点では言っている。急性期病床群の設定方法は、先ず人員配置と構造設備機能、平均在院日数を要件として、次に救急搬送等の入院経路、処置の内容、疾病病態で評価をするというような提案をされているところである。急性期病院の認定を受けなかった病院でも法律上は急性期医療を行えると言われているが、

診療報酬の評価がなければ、実質的には難しい。また、大都市と地方での格差も懸念される。

ご質問の中で、不要・不急な制度の創設や急激な病床再編は地域医療の混乱を招くと指摘されているが、そのとおりである。急性期への偏った医療資源の投入ではなく、地域で入院医療を支えている一般病床全体の充実に努めていくという主張を今後も続けていく。

(9) 平成 22・23 年度定款・諸規程改定検討委員会答申について (日本医師会)

【今村聡常任理事説明】

本日、標記答申について、定款・諸規程改定検討委員会本委員長（長崎県医師会長）から原中会長へ報告があった。定款・諸規程改定検討委員会は、「新公益法人制度に向けた諸規程類の改定について」との諮問を受け、委員会を平成 22 年 9 月から 7 回にわたり開催し、検討を重ね、新公益法人制度に対応した「日本医師会定款・諸規程変更案」がまとめられている。本答申では、前期の委員会より答申された新制度移行後の日本医師会定款変更案の一部に変更を加えると共に、定款施行細則、日本医学会規則、裁定委員会規則、代議員会議事規則、議事運営委員会規則、役員等の報酬及び退職慰労金に関する規程の変更案についても取りまとめている。主に、役員選挙のあり方について役職毎の理事の選任を可能とする条件付きの役員選任決議を採用した。また、代議員・予備代議員の任期については、都道府県医師会にアンケートをさせていただいて、その結果を踏まえて現行の 4 月 1 日から 2 年間となっていたものを 6 月開催予定の定例代議員会から 2 年後の定例代議員会開催の前日までというふうに変更させていただいたということが、大きな修正である。本答申は、都道府県医師会、郡市医師会、代議員へ発送する予定である。本答申を基にして、執行部として新制度移行後の定款諸規程変更案を取りまとめて平成 25 年 4 月 1 日の移行登記を目指して、本年の 10 月開催の臨時代議員会に議題を上程したいと考えている。

(10) 「総合医」と「総合診療医」の語句の定義について (日本医師会)

【三上裕司常任理事説明】

昨年の年末から都道府県医師会の先生方にご意見を伺っていた「総合医」、「かかりつけ医」、「総合診療医」の定義の問題について、結果を報告させていただく。

先生方からいただいたご意見を踏まえ 1 月 11 日に開催された厚生労働省専門医のあり方に関する検討会のヒアリングにおいて、「総合医」、「かかりつけ医」、「総合診療医」の語句の定義について意見を述べた。

「総合医」と「かかりつけ医」については、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」以外に、「社会的機能」すなわち「かかりつけ医機能」を有する医師である。主に地域医療を担う地域の診療所や中小病院の医師であることが多いが、病院勤務医等もこうした役割を担っており、どの医師であっても該当する。なお、国民皆保険下のフリーアクセスにおいて、既に患者から選ばれ、地域を担っている医師も、「かかりつけ医」であり、「総合医」であるとさせていただいたところである。

「総合診療医」については、内科、外科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、小児科、産婦人科など、広い領域にわたって行う診療について、「医療的機能」の面のみから評価された医師であるとさせていただいたところである。

この問題については執行部間で議論が続けているところで、3 月 1 日に都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会でも議論いただく予定にしている。

○その他：診療報酬改定率について

診療報酬改定率について原中会長の考えをお伺いしたい旨フロアから質問があり、概ね次のとおり回答があった。

【原中会長回答】

経済界、税制調査会等、様々なところから、医療費だけが上がるのはとんでもないという

ことで、非常に強い圧力があり、恐らくマイナスになるだろうと言われていた。その中で、最終的に厚労大臣と財務大臣の話し合いが3回行われ、我々は厚労省に対して絶対にマイナスにしないで欲しいと訴えた。それで今回初めて、政党の中の意見を聞いてからということになった。その時に、我々は、桜井充議員を中心とした「適切な医療費を考える議員連盟」等いろいろな方面へ行動を起こして、最終的に民主党としては2%プラスという案を決めていただき、なんとか両大臣と官房長官と前原政調会長の四者会談を作りあげてもらい、そこで決着がつか

ないということになり、総理大臣に持って行ってもらった。結局、どこから財源を持ってくるかということになり、薬剤のマイナス分の財源が一部介護費用に持って行くことが決まっていたが、それを医療費に戻してプラスになった。自然増の2,200億円を確保したうえでプラスになったことは一応の評価ではないかと思っている。全ての予算が削られている中で、医療費が僅かでもプラスになったことは、医師会の主張が通ったということだというふうにご理解願いたい。

印象記

副会長 小渡 敬

平成24年1月17日、第2回都道府県医師会長協議会が行われ参加した。今回も各県より10題の議題が提出された。協議の前に会長の挨拶があり、受診時の定額負担を阻止することが出来たのは、各県の署名活動と政治家に対する働きかけが大きな力になったことを強調していた。議題の中では、総合特区については日本医師会はあくまで反対であり、その理由としては①企業の利益になるが国民の利益には必ずしもならない恐れがある、②治験の承認等は国が行うべきであり地方（特区）に委ねるべきではない、③個人情報保護の観点からも問題がある等である。また医療ツーリズムについては、日本の公的医療保険の給付範囲の縮小、あるいは実質的崩壊に繋がることは必致であると述べている。

次に「総合医」と「総合診療医」の語句の定義については、本文中に記載されているが、分かったような分からないような定義であり、再度検討する必要があると思われる。

今回は協議事項以外に、診療報酬改定を日医会長はどう評価しているかという厳しい意見もあった。

九州医師会連合会第323回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る1月28日（土）、ホテルニューオータニ佐賀において標記常任委員会が開催されたので、報告する。

九州医師会連合会長挨拶

池田秀夫会長より次のとおり挨拶があった。

本日は、常任委員会と併行して3会場に分けて第2回各種協議会が開催されている。日本医師会から横倉副会長、鈴木常任理事（医療保険対策協議会）、高杉常任理事（介護保険対策協議会）、藤川常任理事（地域医療対策協議会）にご出席いただいている。又、今村定臣常理事は懇親会から参加されるのでご協力をお願いしたい。

報 告

1) 日本医師会選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員の選出について（佐賀）

本件については、前回の常任委員会で福岡県と鹿児島県から選出することを決定し、両県から下記のとおり選任していただいたので報告

する。

〔日本医師会選挙管理委員会委員・2名〕

1. 松田孝一先生（福岡県）
2. 園田勝男先生（鹿児島県）

〔同予備選挙管理委員・2名〕

1. 寺澤正壽先生（福岡県）
2. 黒木康文先生（鹿児島県）

2) 第111回九州医師会連合会総会・医学会及び関連行事について（佐賀）

①参加者数について

平成23年11月19日（土）

総会・医学会 451名(15)

11月20日（日）

分科会(7分科会) 1,486名(30)

記念行事(9種目) 385名(35)

延べ出席者合計 2,322名(80)

* () は沖縄からの参加数

②宣言・決議の取扱いについて

第111回九州医師会総会において可決、決定

した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣をはじめ関係機関（171名）へ送付しその実現方をお願いした。

協 議

1) 日医定例代議員会(4月1日(日)・2日(月))

における代表・個人質問について(佐賀)

3月10日(土)の常任委員会で協議すべく、各県からの提案締切を3月9日(金)の正午とすることになった。

ただ、3月10(土)と言うと各県において日医代議員選出して間もないこと、また、日医会長選挙の姿もはっきりしないので質問を出しにくいという状況も考えられることから、各県からの質問の取り纏めが遅れた場合の質問の取扱は九医連会長・副会長、議事運営委員会に一任することになった。

2) 九州ブロック日医代議員連絡会議の開催(3月31日(土)・4月1日(日)・2日(月))について(佐賀)

4月1日(日)・2日(月)の日医代議員会開催に伴う九医連の対応を協議すべく下記のとおり連絡会議を開催することに決定した。

- ①3月31日(土) 18:00～ 第一ホテル 東京 5F ラ・ローズ I (担当:佐賀)
- ②4月1日(日)・2日(月) 09:00 日本医師会館 九州ブロック控室 (担当:宮崎)

3) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議及び九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員合同協議会(3月10日(土)佐賀市)について(佐賀)

標記諸会議ならびに関連会議を下記日程で開催することを決定した。

平成24年3月10日(土)

於:ホテルニューオータニ佐賀

- (1)九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議 15:00～16:00
- (2)九州医師会連合会常任委員・九州ブロック

次期日医代議員合同協議会

- 16:00～17:30
- (3)九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議 17:40～18:30
- (4)懇親会 18:40～20:10

なお、(1)九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議、(2)九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員合同協議会の主な協議事項につて、下記のとおり確認した。

(1)九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について

- ①理事 2名 → 福岡県 宮崎県
- ②裁定委員 1名 → 福岡県

(2)平成24年度・25年度における日本医師会代議員会の諸委員について

- ①議事運営委員 1名 → 長崎県
- ②財務委員 2名 → 長崎県 熊本県 (3/5迄に人選し佐賀へ連絡)

(3)日本医師会次期会長候補者の推薦について

現日医副会長の横倉先生の推薦について提案があり、協議した結果、①日医副会長就任から約1年10カ月、副会長として日医を支えてきたことは十分な評価に値する。②昨年10月に日医の定款が改正され、会長選は2分の1以上の票を得た立候補者が当選することになったことから会員の総意に近い支持を得た会長を選出すべき。③横倉副会長は与野党を問わず幅広い人脈があり、政局が混沌としている中、柔軟な対応が可能な最適任者であるとして、九医連が一枚岩となって会長候補者として推薦することを確認した。なお、正式な決定は3月10日の九医連の会議で行うことになった。

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

3月10日の九医連の結果を受けて、担当の佐賀県が文書を作成し送付することに決定した。

4) 九州ブロック日医代議員 (含・次期) 連絡
会議 (3月10日 (土) 佐賀市) について
標記連絡会議について、下記のとおり開催
することに決定した。

日 時：平成24年3月10日 (土)
17：40～18：30

場 所：ホテルニューオータニ佐賀

1. 地域医療対策委員会
安里 哲好 委員 (沖縄県)
 2. 労災・自賠責対策委員会
大橋 輝明 委員 (福岡県)
- * 委員による報告各20分、質疑
各5分

その他

1) 第112回九州医師会総会・医学会における
記念行事について (宮崎)

平成24年11月25日 (日) に開催を予定し
ている標記医学会・総会の記念行事について、
①テニス大会については、同じ日に熊本県にお
いて全国医師テニス大会が開催されることにな
っていることから、医学会の日程とは別に11

月4日 (日) に開催したい。②卓球大会につい
ては、従来から九州・山口医師卓球大会として
開催しているが、諸般の事情で平成24年度は
山口県で開催することになっているようであ
り、今回の九州医学会の記念行事からは外した
いとの報告があり、それぞれ了承された。

2) 保険医療機関等の指定更新時における指導
(更新時集団指導) の実施について (佐賀)

九州厚生局より、指導大綱に保険医療機関指
定更新時 (6年毎) の集団指導を実施したいと
して九医連に対し協力依頼があった。当該指導
は、前回更新した年度以降に、集団的個別指
導、個別指導、共同指導及び特定共同指導を受
けた保険医療機関は除くことになっている。ま
た、指導の時間帯は昼でも夜でもよく、参加し
なくてもペナルティーは課さないとのことであ
り、具体的な実施方法については各県医師会と
相個々に相談したいとのことであり、その節は
相談に応じて欲しい。



九州医師会連合会平成23年度 第2回各種協議会

去る1月28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

□日本医師会 横倉義武副会長

昨年から今年にかけて様々な問題があった。その一つは受診時定額負担についてである。会員の先生方や患者さん方にご協力をお願いしていただき、約800万弱もの署名が集まった。また各地域でのご活動等もあり今回は見送ることになったが、この話は毎年出てくるものと思われる。保険財源を考えた場合、保険料、税

金、一部負担金はその財源となるわけだが、国家財政がこれだけ厳しくなると政治に携わる人はどうしてもその方向に持っていかざるをえないと思う。我々としては不当なる自己負担の増加については徹底して反対していかなければならない。

日本の医療は国際的に非常に高い評価を受けているのはご承知のとおりである。カナダの財団法人が各国の医療制度について比較した結

果、日本は1つの項目以外、全項目Aランクであった。ただ一つだけ「国民が自分の健康に自信がない」という項目だけがDランクとなっているようである。これは日本人の特性によるものかもしれないが、役人はこの結果を受け、日本の医療制度は諸外国に比べて良くないとの思い込みが強すぎて、おかしな改革案を出して行くのではないかと考える。今日は個別指導やTPPに関するご質問等もあるが、それぞれに的確なご議論をお聞きしたいと思う。

協 議

(1) 次期診療報酬改定に対する日医の対応について (大分)

【提案要旨】

日医は来年度の診療報酬改定をめぐり「是正を求める不合理な診療報酬項目」を取り纏め、関係省庁との折衝が始まっていると思われる。

しかしながら、東日本大震災の復興に巨費を要する中、財務省は社会保障費抑制策を打ち出しており、診療報酬本体の引き下げを視野に入れている。中医協においても診療側と支払側の主張が対立する中、日医は今後どのような姿勢で対応していくのか、また、改定の方向性について分かる範囲でご教示願いたい。

(2) 不合理な診療報酬14項目について (福岡)

【提案要旨】

地域ブロック医師会、日医会内委員会等の意見をもとに日医において取り纏められた不合理な診療報酬14項目の優先順位をお示しいただきたい。また、地域ブロック医師会からの最優先要望事項は何であったか。そして、会内委員会等の意見と整合させるためにどう取扱われたかをお示しいただきたい。

日医が示された基本方針(23.10.12)の第1番目にある「前回の診療報酬改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療がまさに危機的状态に瀕していることから、診療所、中小病院に係る診療報酬上の不合理を重点的に是正する。」をどの項目にどう具現されたか。

九医連では日医に対し、度々項目③にあげられている「入院中患者の他医療機関受診の取扱いの見直し」を強く求めてきたが年度内の変更は成るのか。

日医が目指す今回の同時改定で最も是正すべき項目はどれか、そしてその実現の可能性をお聞かせ頂きたい。

(上記の2題については、一括協議された。)

<各県の回答状況>

各県からは日医が取り纏めた「不合理な診療報酬項目の見直し」の中で取り上げた最重点項目について、今回の改定に反映されるよう強い要望があった。

□日医・鈴木常任理事コメント

現在、中医協では最終局面に差しかかっているところである。中長期的な検討項目としては、医療機関にとって非常に重要な基本診療料のコスト分析、或いは費用対効果の検討、更には医療機関の損税問題について、今後、関係者による検証、検討の場を設けることになっている。4月以降の日程も月1回のペースで入っている状況である。

12月21日に改定率が決定し、1月18日に厚労大臣から中医協に諮問が行われ、同日から25日までパブリックコメントの意見募集が行われた。1月20日には公聴会が愛知県津島市で開催され、11名の先生方から各分野に渡る意見が述べられた。

1月の中医協の審議経過をご報告すると、13日に新年最初の中医協総会が開催され、社会保障審議会医療部会、医療保険部会が12月1日に纏めた基本方針の項目にしたがって整理した「これまでの議論の整理(案)」の資料が提出された。この資料に項目が掲載されていないと改定の議論が出来ないことから、その視点での議論が行われ、一部修正を行ったうえで、平成23年1月から12月までの議論の経過を資料として追加し、次の1月18日の中医協に「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について

(現時点の骨子案)」として提出された。同時に厚労大臣から諮問が行われ、諮問書では平成23年12月21日の財務大臣・厚労大臣の合意文書並びに平成23年12月1日の社会保険審議会医療保険部会・医療部会で取り纏めた「改定の基本方針」に基づいて改定を行うように求められているところである。

1月13日には様々な議論があったが、特に診療所の再診料について前回改定では外来財源が限定されたなかで理由なく2点引き下げられてしまったため、まずはこれを基に戻すべきと主張した。安達委員からも前回2点引き下げられたことは財源論以外に理由はなく、この改善をするためにも今後中医協で議論することを求めた。私からもこれから超高齢社会を迎えるにあたり、高度急性期医療も大事だが、超高齢社会においてはむしろ地域に密着した医療が重要になる。診断や検査、治療といった流れが一カ所でできるワンストップサービスが可能な日本型の診療所の役割がますます重要になってくるので、中小病院や有床診療所、診療所の評価が重要であると主張した。また、地域医療が高齢化、過疎化に伴って地方から崩壊しているという実情をお話し、そのためにも再診料を中心とした診療報酬の底上げが必要であることを理解していただきたいと主張した。

支払側、財務省の意向は、診療報酬本体と薬価改定等を併せた全体（ネット）でプラス改定になったこと、前回の改定のように入院と外来の枠を設定することが出来なかったこと、そしてさらに“再診料の引き上げ”となると我々は完敗であるとして非常に危機意識を持っている。再診料と入院基本料が経営安定に非常に大きな意味を持つことは分かるが、底上げで配分することは反対である。然るべき機能を果たしている施設、或いは重点的に評価すべき部分、強化すべき部分に傾斜配分していくことが今回の規範的スタンスであり、その方向で議論していくべきであるということを主張している。さらに医療経済実態調査において、前回より診療所の収支が改善しているとの結果に基づき、底上げ

する現状ではないとして、非常に否定的な意見である。また「診療報酬改定については政策仕分けの反映を」との発言のあった岡田副総理の影響力が強くなっており、ますます厳しい状況となっている。

18日の中医協総会では、「現時点での骨子案」の他に13日に行われた議論について、1号2号双方の意見を対比形式にまとめた資料も出され、厚労省はこの両方についてパブコメを求めようとしたが、未合意の再診料の議論についてまで意見募集することについて支払側が難色を示したため、総会は一時中断した。その間に厚労省が各側委員と調整し、①未合意の部分は参考資料扱いとし、13日と18日の意見を完結にしたものとの前文をつける、②対比形式をやめ、平分に書き下す、③各側の意見は簡略に記す、④発言者名を削除、⑤未合意の部分のほかに、社保審の基本方針と、改定率の大臣合意、12月7日の中医協意見書、診療側・支払側の意見書も参考資料に加える、の5項目を条件にパブコメを求めることが決まった。パブコメについては1月18日の夜に厚労省のホームページで意見募集が開始され、受付期間が25日までと短期間であったため、同日夜に「再診料の回復にむけた大切なお願い」として副題をつけて、各都道府県保険担当理事宛、意見の投稿についてお願いしたところである。なお結果についてはまだ発表されていない。

現時点の骨子案の各項目をご覧いただくとお分かりになると思うが、「評価を新設する」、「評価を行う」、「整理を行う」、「見直しを行う」と記載されているものは診療側と支払側とでその方向性について合意をしたものであり、今後細かい要件等について検討される項目である。「検討を行う」とあるものは両側で合意が得られていないもので、今後の議論で固めていくものである。昨日27日も中医協が開催され、個別改定項目（いわゆる短冊）をもとに大まかな要件等について議論が始まっており、ここでも再診料について安達委員と私のほうから繰り返し発言をさせていただいている。

改定項目のひとつである後発医薬品の使用促進について、少しお話をさせて頂きたい。政府は平成19年10月に後発医薬品の安全使用促進アクションプログラムを作り、後発医薬品の数量シェアを平成24年度までに30%以上をすることを目標としてきた。状況としては、平成20年4月時点で21.8%、平成23年3月時点で22.4%に留まっており、目標達成の可能性は低くなっている。30%の目標期限が近づいていることから、改定率について厚労大臣と財務大臣が合意した文書のなかに「後発医薬品の推進策については、新たなロードマップを作成して強力に進める」と明記された。国は後発医薬品の有効性、安全性について先発医薬品と差異はないとしているが、我々、現場の実感としては、まだまだ違和感を感じているところである。中医協でも後発医薬品の使用推進について議論する際に、『診療側からは質の担保、安定供給体制、情報提供、価格設定』等について指摘する一方、支払側からは『国は同等と言っている』を前提として発言するため、議論がかみ合わないのが実情である。医師としては信頼性という観点から、これまで使い慣れている先発医薬品の特許が切れた際に薬価を後発医薬品並みに引き下げて引続き使えることが望ましいと主張しているが、差がそこまで縮まっていないのが現状である。

一方、後発医薬品の使用促進は国策であることから、改定の度に新策が少しずつ講じられていく状況である。今回の骨子案には後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取り組み、情報発信をより一層促すとともに、これに加え、①厚労省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する、②ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る、ことが明記されている。医療機関の促進策として、現行の処方せん様式では後発医薬品への変更が全て不可の場合についての署名欄が設けられており、処方医の署名により全ての処方薬が変更不可となる形式になっ

ているが、今回、個々の医薬品について変更の可否を明示するきめ細やかな様式に変更することで検討が進んでいる。更に使用促進が進まない原因の一つである保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する場合には、一般名による処方を行うことが可能になる方向で検討が進んでいるが、これはもちろん強制ではない。また先発品と後発品で適応が異なる場合でも査定することのないよう支払基金との間で調整されている。更に、一般名の処方せんを受け付けた薬局が患者さんの同意のもとで後発医薬品に調剤した際に問題が発生した場合には、処方医や薬剤師に責任は生じないということが平成22年9月の国会にて当時の長妻厚労大臣より答弁されている。最近の中医協では安いことが後発医薬品が選ばれる理由であるのに、薬局に様々な加算点数が設定されていることについて費用対効果の検証が必要との議論があり、後発医薬品への引き換えによる薬剤費減少分と、各種加算による医療費の増について比較検証が行われている状況である。

<追加意見>

■福岡県

昨年、九州ブロックで取り纏めた次期診療報酬改定に対する要望事項10項目を日医へ提出した。日医では各ブロックから提出された要望事項から診療報酬是正が必要な重点項目として更に絞り込み14項目に取り纏め、当時の細川厚生労働大臣に対し要望されている。しかしながら、今回の改定については、在宅等は含まれているが前回の改定とさほど変わらないように感じるが。

□日医・鈴木常任理事コメント

今回、改定の重点課題として「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」が入っていることで前回とは明らかに異なっている。再診料については、医療経済実態調

査の結果がわずかながらでもプラスになったことがベースに議論が進められており、これが阻害する大きな原因の一つになっている。それに加えてネットでプラス、前回同様に入院と外来の枠の設定が出来なかったことで、基本診療料を底上げすることに対して非常に強い抵抗があるのが実情である。

不合理な診療報酬の見直しについては、各ブロックから出していただいた要望事項並びに日医の会内委員会である診療報酬検討委員会からの意見をもとに原中会長、関係常任理事が集まって議論を行い14項目に纏め上げた。常任理事会、理事会において決定し、厚労大臣へ要望している。見直しが必要な項目としては、前回の改定で医療費の配分が大規模病院に偏ったことで、今回は診療所と中小病院に係る診療報酬について優先的に求めていく方針で決定した。この14項目についてはいずれも重要なものであり、順位付けというのは難しいが、1番目には「再診料及び地域医療貢献加算の見直し」の優先度が高いと認識している。また、「入院中の患者の他医療機関の受診」の問題についても、前回の改定の最大の不合理な点であると言われていたので、改定直後に一部是正を行い、期中についても是正を働きかけてきたが、結果的には今回の改定まで持ち越しとなってしまった。骨子案の中では精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合については評価の見直しを行うとして合意が得られている。1月13日の中医協では透析以外にも拡大するよう強く主張しているので、今後の議論となると思う。

日医では、診療報酬検討委員会において九州ブロックから提出された重点項目についても検討させていただいた。他医療機関受診の問題、初・再診料の適切な評価の問題、特定疾患療養管理料の要件の見直し・対象者の拡大等については全て最重点項目に含まれているところである。岡田副総理の就任により政治的な影響を受ける部分も大きく、非常に厳しい状況にある

が、最後の最後まで出来る限り最善の努力をしたいと思う。

(3) TPP 参加交渉に対する日医の対応について (鹿児島)

【提案要旨】

野田佳彦総理が、平成23年11月11日にTPP（環太平洋戦略的経済連携協定）への参加交渉を正式表明した。その際、世界に誇る医療制度は断固守り抜きたいと述べておられるが、それぞれの国益が絡む交渉の中で、どこまで外圧に耐えられるか疑問である。混合診療や株式会社による医療経営の解禁、薬価算定ルールへの干渉などにより、これまで日本が築き上げてきた世界に誇る国民皆保険制度が崩壊しかねない状況にある。

今後、国内において各種業界でさまざまな議論が交わされることと思うが、日医としてどのような戦略を考えておられるのか伺いたい。

(4) TPP 交渉参加について (熊本)

【提案要旨】

政府は環太平洋経済連携協定（TPP）交渉参加の方針を表明、政・官・財界を初め国内各団体が賛否両論を繰り広げている。

医療界に与える影響も懸念され、日医、日歯、日薬の三師会も反対声明を発表するなかで、「世界に誇る日本の医療制度は守り抜く」と政府関係者は強調している。

しかし、米国通商代表部（USTR）の報告書では、医療サービス、医薬品、医療機器を初め薬価制度、株式会社の医療への参入、医師資格・免許の相互承認や混合診療の全面解禁等も交渉対象の視野にあるとしている。

このTPP交渉という深刻な局面に対し、各県のご意見と、日医はどのような戦略と対応、医療関係者はもとより一般国民への広報活動等を行おうとしているのか伺いたい。

(上記の2題については、一括協議された。)

＜各県の回答状況＞

各県からはTPPへの参入により、混合診療の全面解禁や株式会社の参入等によって国民皆保険制度の崩壊が危惧されることから、日医には国民皆保険制度の絶対の堅持と、今後のTPP交渉に対する日医の対応について意見が求められた。

□日医・横倉副会長コメント

TPPの問題について一番初めに言及したのは実は日本医師会である。これは一昨年の11月にTPPの話題が出た時に、これに安易に参入することによって国民皆保険制度が崩壊するのではないかと疑問点を出した。しかしながら日本の国の成り立ちからして昔の鎖国状態に戻るわけにはいかないの、貿易を行う環境はある程度作らないといけないが、国民の健康を守ることに関しては絶対に容認できないというのが日医のスタンスである。

アメリカとFTA交渉を結んだ韓国では、段階的に医療崩壊が進んでいる。第1弾として医療機器、医薬品の価格設定撤廃・緩和から始まり、第2弾に総合特区での株式会社の病院経営の解禁と混合診療の原則解禁まで行われている。先日、米国通商代表部から「混合診療を議題にするつもりはない」との発言があったが、油断はできず十分な監視が必要と考える。基本的には外国と条約を締結する際には日本の医療体制を守ることが担保されなければ反対のメッセージを常に出しているのご理解いただきたい。

(5) 日医の広報活動について (佐賀)

【提案要旨】

日医の新聞等、メディアを使った一面広告の広報について、今回、「受診時定額負担」反対の際に、受診者負担の国別比較表等が出されたが、例えば、国庫補助の減額の推移など、国の医療政策に対する批判的な広報については、何らかの制限がかかるのか、他の保険医協会等の広報に比し、非常に弱い印象を受ける。また、新聞等本文の中で日医の意見が出されてはいる

ものの、見出しとしては、「日医が反対」としか扱われず、我々の真の訴えが国民に届いてないか、間違っって伝わっているように思える。国民の健康保持、国民皆保険制度の維持には国民寄りの目線で取り組み、世論を味方に付けていく必要があり、日医は日医総研のデータ等をもっと活用し、国民にとって必要なデータをもっと分りやすく、大胆に広報していく必要があると思うが、今後の日医の対応はいかがか。

また、医療費は総額で報じられるが、薬剤、医療器材、機器などを除いた「真の医療費」の推移はどうか、こういった検証も是非、行って頂きたいと考える。

＜各県の回答状況＞

各県からは提案県と同様、日医の活動や考え方について国民が理解しやすく共感される報道にした方がよいとの意見が出された。

一方、大分県からは、確かに新聞の全面広告などは一定の効果はあると思われるが、一般市民からすると「医師会はお金があるから立派な広告が打てる」と捉えられる部分も多いことから、日々の診療活動や地域活動における会員医師と患者・市民との直接対話を基本にした方がよいとの意見も出された。

■横須賀座長

これは当県からの日医の広報活動についての提案事項である。

先ほどのTPPの議論にも関連するが、もう少し積極的に会員や国民に対して広報していただけるよう日医執行部にはお願いしたい。

(6) 有床診療所の存続について (宮崎)

【提案要旨】

有床診療所は、24時間看護師が常駐し、何時でも医師との連絡が取れ、必要なら夜中でも対応が可能であるほか、在宅医療のバックアップ体制、急性期疾病の病院からの引継ぎ、介護施設で急変した際の受け皿、地域での終末期医療の担い手等、地域医療に重要な役割を果たして

いる。しかし、有床診療所の存続は極めて厳しい状況である。本県では、平成10年に400近くあった有床診療所が平成22年には半減している。医師の高齢化、当直看護職員不足、後継者不在、医療訴訟の頻発、諸手続きの煩雑さに加え、過去に厚労省が「有床診療所の役割は終わった」と考えていた時期があるなど、入院基本料を安く設定されていることが主な要因である。入院基本料は、前回の改定で若干見直されたが、平均して一日500円程度のアップであり、ビジネスホテルよりも廉価な料金では到底現状の改善には及ばない状況である。次期改定では、現状に即した入院基本料となるよう日医から働きかけて戴くとともに、各県の現状と日医の有床診療所存続への取り組みをお伺いしたい。

＜各県の回答状況＞

有床診療所の現状については、各県とも年々減少傾向にあると報告があり、有床診療所の様々な機能や役割について適正な評価を行い、それに見合う入院基本料に引き上げるべきとの意見が出された。

□日医・鈴木常任理事コメント

有床診療所の重要性が再評価されているのは事実である。高齢化が進んでいるなか、在宅に負担をかけずに気軽に入院できる有床診療所、中小病院の役割はますます大きくなると考えている。しかしながら今なお有床診療所の数は年間500件ほど減少しており、やがて10,000件を割ると聞いているので、今後の超高齢社会に向けてこれ以上、貴重な医療資源を失わせてはいけなく強く感じている。やはり診療報酬の問題が大きいと思うので、日医としても昨年7月の社保審医療部会において横倉副会長から有床診療の役割や現状について資料を提出して説明し、理解を求めてきた。他の委員会においても有床診療に期待の声が上がってきており、だいぶ理解が進んできたと思っている。今年の1月20日に愛知県津島市で地方公聴会が開催されたが、その中で岐阜県医師会の小林会長からは「有床診

の入院基本料を介護施設並みに上げて欲しい。また前回引き下げられた再診料を元に戻して欲しい」との意見が出された。有床診療所の改定項目については昨年の12月25日に議論された。有床診療所に期待される役割としては眼科、産科等の専門医療と後方病床や在宅療養患者の急変時の入院、ターミナルケア、緩和ケア、地域に密着した医療があると思う。今回の改定では、基本診療料の引き上げは非常に厳しい状況になっているが、ターミナルケアや緩和ケアを新たに評価する方向で話が進んでいる。

また、有床診療所の入院料の評価は一般、療養で区別されているが、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じて柔軟に算定できるような方向性が出されている。例えば介護療養病床の入院患者が急性増悪時に医療保険で算定出来るのは2室8床に限っているが、これを全病床に拡大するというような入院基本料の緩和が行われる方向である。

□日医・横倉副会長コメント

先ほど鈴木常任理事からもお話があったように、社保審の医療部会において有床診療所の機能について話をしたが、賛同する委員がかなり多かった。今までは有床診療所の使命は終わったと言われてきたが、随分様変わりしている。もう一つは地域包括ケアシステムがある。これは地域から発信し、地域で作っていくことになると思うが、有床診療所を入院施設として地域ごとにしっかり位置付けをしていくことになるため、その役割は非常に増えてくると思う。今回の改定では、鈴木常任理事が有床診療所の役割が評価されるよう努力しているので、今後の展開としてはいろいろ出てくると思う。

また、四国全域について3次救急病院ではカバー出来ない地域に2次救急病院を仮に当てはめた場合でも全てはカバー出来ないが、有床診療所を当てはめると居住地のほぼ全域にわたりカバーできたという面白い調査結果が日医総研から出ている。このようなデータを一つの証明として有床診療所の機能についてもっと主張が

できるのではないかと考える。

(7) 在宅医療における県医師会の関与について (長崎)

【提案要旨】

高齢化社会を迎えた日本の医療において在宅医療の充実が診療所に求められており、医師会がその大きな役割を担うべきと思われる。長崎県の在宅での死亡率（施設を含む）は平成21年で13.8%（全国平均16.8%）と都道府県の中で下から6番目という低さである。

県医師会は在宅医療の推進を喫緊の課題として、地域の医師会や医師会会員、福祉、行政、患者代表から幅広いメンバーを集め、長崎県地域在宅医療連携推進協議会を立ち上げた。同会の在宅での看取りに関するアンケートにより、医師や施設の看取りに対する意識や実績に大きな地域差があることが判明し、診療所や訪問看護師の乏しい地域ではまず施設の看取りを増やすことを目標に定めた。現在県下を4ブロックに分け、ブロック毎に施設関係者や医療関係者、ケアマネジャーに在宅ケアネットワークの構築等の講演会を開催している。

各県に県医師会の在宅医療への取り組みの現状と、日医に在宅医療を推進するための診療報酬の見直しについてお聞きしたい。

<各県の回答状況>

各県における在宅医療への取り組み状況について報告が行われ、本県からは浦添市医師会による「在宅医療ネットワーク」の取り組み状況について報告を行った。

<追加意見>

■長崎県

施設での在宅死が増えている。今回の改定でも評価されていると思うが。

□日医・鈴木常任理事コメント

在宅医療こそ中小病院、有床診療所、地域の郡市地区医師会が中心的な役割を果たすところ

であり、高度急性の大病院の役割とはハッキリ区分されている。今後はますます在宅の分野が重要になってくると思われる。日医でも地域包括ケアにおける診療所、中小病院を含めた医療提供の在り方等を検討するために、昨年4月に在宅医療連絡協議会を立ち上げて各団体にも呼び掛け検討を行っている。平成24年度診療報酬改定の基本方針の中で重点課題の一つに挙げられていることから、今回はかなり評価される部分であると思う。中医協では厚労省から在宅医療推進のための課題された3点（①高齢者向け住宅の給付促進や自宅以外の場所におけるサービスの充実、②急変時の対応等、在宅療養への不安を軽減する取り組み、③訪問診療、訪問看護等の医療サービスの充実）への対応として、在宅医療支援診療所の見直しが提案されている。在宅患者訪問診療料の加算について、在宅支援診療所は10,000点、在宅支援診療所以外の診療所は2,000点と低く設定されていることから、その格差について指摘がある。実際の看取りの件数は通常の診療所の方が圧倒的に多く、データもあるので格差の見直しについて強く主張した。骨子案では、一つの医療機関ではなく複数の医療機関が連携して24時間、365日の対応が出来る場合でも可となった。在支診とその他の医療機関が連携する場合や、在支診ではない通常の医療機関が連携する場合でも可となったので、今までよりだいぶやり易くなったと思う。またターミナルケアの評価体系の見直しとして、看取りと看取りに至るまでのプロセスに分けてそれぞれ評価する方向で話を進めている。

一方、地域医療計画が平成25年度から新しくなることから、私も委員に加わり策定指針について検討会で検討しているところである。これから4疾病5事業から5疾病5事業になり、さらに在宅医療が加わることになるが、地域包括ケアの中で医療と介護の連携の図をみると、介護の中心はケアマネとなり、その他の調整は地域包括支援センターが行うが、その他に在宅医療連携拠点を作ることになっていることから、医療機関が担当してもよいが郡市医師会が

中心となってはどうか。もちろん日医もバックアップする。医師会が地域においてますます活性化する大きなポイントになると思われるので、是非取り組んでいただきたい。

■福岡県

在宅で医療を提供する実践能力を習得することを目的に、平成23年12月13日にスカイプを利用して患者と研修会場を結び、訪問診療の現場をライブ中継しながら在宅医療実務研修会を開催した。また、在宅医療も念頭に置いて平成18年に「新かかりつけ医宣言」を行って運営している。

□日医・横倉副会長コメント

昨年、専門医の件で総合医、総合診療医について懇談会が始まった。総合医を従来のかかりつけ医として認定してはどうかとの話をしている。地域で看取りが出来るような体制作りのためにはかかりつけ医が中心とならないといけないので、これからもよろしく願いたい。

(8) 個別指導の結果について (福岡)

【提案要旨】

個別指導の結果については、今日まで、立会人である県医師会にも個人情報を伏せた形で知らされてきた。そして、その内容は医師会の自浄作用活性化並びにピアレビューに活用してきたところである。ところが、最近、福岡県では厚生局の方針として、今までの通知を控えようとする動きがでてきている。個別指導の結果通知に関する各県の現状と日医のご意見を伺いたい。

(9) 適時調査について (熊本)

【提案要旨】

適時調査とは「医療機関が届出た施設基準に適合しているか否かを原則として年1回、受理後6ヶ月以内を目途に調査する」とされている。届出の内容と異なる事情がある場合、届出受理の変更や所要の指導を行い、届出が無効と判定されれば弁明の機会を与える措置等が記載

されている。

熊本県では、厚生局に指導・監査が移管されて以来適時調査は漸次増加している。平成20年度18件(同10月以降)、21年度26件、22年度31件、23年度32件(同11月末日まで)であり、主として病院を中心に年間40~50件、5年に1回の割合で調査すると説明しているが、県医師会への事前通知や結果報告はない。しかも、個別の事例や自主返還等については情報公開制度に基づく開示請求でしか詳細な情報は公開しないとしている。

したがって、適時調査が秘密裡に行われることなく医療保険の個別指導と同様に、医師会役員会の立会い、事前の通知と結果報告や定期的な施設基準に関する指導説明会の開催等が必要ではないかと思われます。

九州各県の適時調査の実施件数、個別事例と自主返還額の推移や医師会への事前通知と結果説明等についての状況、また日医の見解、特に5年間に遡る自主返還の規定についてお伺いしたい。

(上記の2題については、一括協議された。)

<各県の回答状況>

協議事項(8)個別指導の結果通知について各県の状況は次のとおり。

○宮崎県、大分県、佐賀県：医療機関名を伏せた形で指導結果が通知されている。

○沖縄県：以前から通知はされておらず、個別指導結果については医療機関から相談があった場合や立会いの際の講評で必要があると思われる場合に、事後指導を行う等でフォローするようになっている。

○長崎県：平成18年10月までは指導終了通知に、指導後の措置である「再指導」、「経過観察」等のみが記載されていたが、詳細な内容については知らされていなかった。

さらに同年11月以降は指導後の措置の記載も省略されている。

○鹿児島県：年度初めの保険指導の打合会で、前年度実績として口頭で情報提供されており、

別途、書面での通知等は受けていない。

また、協議事項(9)適時調査に対する回答では、九州厚生局に指導業務が移管された平成20年10月以降の適時調査件数について各県より報告があった。

また、医師会への事前通知と結果説明については、各県とも実施なしとの報告があった。

□日医・鈴木常任理事コメント

前回提案のあった適時調査の件では、施設基準の自主返還について監査が5年、指導が1年ということで施設基準についても最大5年ではなく、指導並みに1年とすることができないか厚労省に申し入れたと報告させていただいた。その後の状況についてであるが、厚労省からは施設基準が許可制から届出制になったことから、医療機関の責任はより重くなっているとの説明があった。以前は許可までに時間がかかったため、人員等を増やした場合、許可されるまでの間の人件費は持ち出しとなったことから、日医から短縮について要請した結果、平成6年度から現在の届出制に変更になったという経緯がある。

また、指導監査とは異なって立会については規定されていないため、実態が把握出来ないことが多い。医療機関としては日々、施設基準の要件を満たしているか確認が必要だと思うが、解釈が十分に理解出来ないような難解な文章であるうえに説明も十分ではなく、1年に1回といいながら実際には実施されていない等、医療機関だけに責任があるとは言えず廻ることは厳しいと考える。診療報酬改定時だけの説明だけでは十分ではないことから、行政による医療機関への解説がさらに十分に行われるように働きかけていきたい。

(10) 縦覧点検並びに横覧点検について(福岡)

【提案要旨】

本県では、平成23年10月審査分より国保連合会において下記のとおり横覧点検が開始され、縦覧点検についても実施に向け作業を続け

ているとのことであるが、各県の状況をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県における連合会の縦覧・横覧点検の状況については次のとおり。

- 宮崎県：縦覧・横覧点検とも未実施。
- 沖縄県：横覧点検は12月中に試験的な運用を行い、平成24年1月より本稼働の予定となっている。点検項目については貴見と同様。縦覧点検は点検項目が多数あることから、現在調整中
- 大分県：11月審査分より横覧点検が開始され、縦覧点検についても実施に向け作業を進めている状況。点検対象レセプト、点検項目については提案県と同様。
- 長崎県：熊本県と同様、23年10月審査分より横覧点検が開始。対象レセプト、点検項目も同様である。縦覧点検は今後検討する。
- 熊本県：昨年10月より国保連合会の「総合システム」による横覧点検と縦覧点検が開始されている。しかし、「突合点検」についてはまだ行われていない。
- 横覧点検は提案県と同様に上記15項目について審査されているが、縦覧点検では120項目に亘る広範囲な内容がチェックされている。そのうち、52番の「在宅移行早期加算」は除外。
- 鹿児島県：横覧点検が平成23年8月審査分から15項目について、縦覧点検については平成23年12月請求分から32項目について開始されている。点検項目は提案県とほぼ同様。
- 佐賀県：平成23年10月審査分から横覧点検と縦覧点検開始。横覧点検では提案県と同様の15項目について、縦覧点検では約130項目について点検を実施。

<追加意見>

■長崎県

医療機関が先発医薬品を処方したのにもかかわらず、薬局で後発医薬品に処方変更され、その後発医薬品が治療に必要な効能・効果を取得

していなかったために査定の対象となるのは理不尽ではないか。

□日医・鈴木常任理事コメント

この問題については、日医より厚労省に対し改善を申し入れており、厚労省から支払基金に対し改善が求められると思うので、間もなく解決される問題と考える。

国保連合会の横覧、縦覧点検についてであるが、横覧については提案事項に記載された15項目が全国共通項目となっており、縦覧については500項目の点検項目の中から各連合会において選択して決定しているようである。いずれの点検項目についても元々は保険者が再審査で行っていた算定誤りのチェック等であり、診療内容まで踏み込むものではないとの判断から各都道府県で了解されているものと考えている。審査支払機関については競争や統合等の話も出ていることから、国保連合会としては横覧点検まで実施しているという実績をアピールするのが理由だと考える。

(11) 「ニコチン依存症管理料」の算定要件について (沖縄)

【提案要旨】

診療報酬における「ニコチン依存症管理料」の算定対象となる患者の要件として、「1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるもの」とあるが、この要件が早期の禁煙指導が最も有効な未成年者及び若年者の禁煙指導・治療の障害となっている。また、未成年者

や若年者は経済的にも余力のない世代であることから、「喫煙指数200以上」の要件を廃止して保険適用の枠を広げることにより、未成年者や若年者に対する指導・治療がスムーズに行えるようにしてはどうかと考える。各県並びに日医のご意見をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県からは提案県と同様に要件を緩和すべきとの意見であった。

喫煙が禁じられている未成年への適応拡大については、未成年の喫煙を許すととられかねないことから、慎重に検討すべきとの意見が福岡県から出された。

<追加発言>

■平安理事

同依存症管理料については医学的にも意味があることは検証済みである。むしろブリンクマン指数が200に足りない方々の依存状態を早期に改善して治療した方が効果的であるし、医療経済にとっても有意義と考える。

□日医・鈴木常任理事コメント

同管理料については、今回の改定では議論に上がらなかったのがこのまま継続されると思う。しかしながら要件の緩和について、1号側としては嗜好性のものに診療報酬を付けるのは望んでいない状況である。エビデンスがある限りは無くなることはないと思うが、現時点での要件緩和は難しいと考える。

印象記

理事 平安 明

平成24年1月28日に平成23年度第2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。

今回は11題の協議事項が提案され、内容が関連するものは一括協議され、診療報酬関連、TPP、日医の広報活動のあり方、有床診の問題、在宅医療関連、厚生局の指導、審査関連、ニコチン依存症の要件緩和について、といった項目が話し合われた。日医からは鈴木常任理事と横倉副会長が出席され、中央情勢に関するコメントをしていただいた。

診療報酬に関する日医のコメントは「今回プラス改定となったことに加え、事前に入院・外来の枠が決められなかったことは日医として評価しているが、一方で財務省は非常に敗北感を感じており、そのこともあって再診料を元に戻す議論は絶対に認めないという非常に厳しい状況である。但し、前回と異なり、入・外の枠が決められていないので今回は急性期のみでなく、在宅や慢性期も評価されると思っている」とのことであった。(結果的には再診料の復点は実現せず、4月以降に基本診療料に関する議論を継続していくことをもって落としどころとしている。その他の診療報酬改定の内容については既に皆さんも周知のことと思われるのでここでは割愛する)

ニコチン依存症管理料の算定要件の緩和に関しては、当県の医療保険担当理事連絡協議会の席上で那覇市医師会からの提案を受けて当会から議題として提案したものである。今回の改定では当然議論の俎上に載せられることはなかったが、各県とも今後も引き続き検討していくべき重要な課題であるとの認識は共通していることを確認できた。その他の内容については議事録を参照していただきたい。

この報告が広報誌に出る頃には平成24年度診療報酬改定の内容についての説明会も概ね終了し、それぞれの医療機関が四苦八苦しなから内容の吟味と必要な申請等に向けて準備に追われていることであろう。年々肥大していく青本がいつか広辞苑の厚さを超えるのではないかという不安がそろそろ現実化するかもしれないと、よくないことを考えてしまう今日この頃である。

2. 介護保険対策協議会



副会長 小渡 敬



挨拶

佐賀県医師会の松永副会長並びに日本医師会の高杉常任理事より挨拶が述べられた。

協議

(1) 在宅医療連携拠点構想について(大分県)

<提案要旨>

平成23年10月、中医協と社保審介護給付費分科会との合同会議に、中医協の診療側委員は「医療と介護の連携の議論に必要な視点について」を提案した。

その内容は、医療機関同士、医療機関と介護サービス事業者、さらに特定の職種との間での連続性のない取り組みを、診療報酬、介護報酬で限定的に評価するだけでは利用者からみると地域全体で支える体制になっていない。

その為、地域の医療や介護に携わる多くの職種が協力し、患者や介護サービス利用者の情報

を共有して支え合うネットワーク型の連携システムが必要であり、その構築の為には地域全体の医療と介護を包括的にコーディネートする「地域連携(ハブ)」を一定の圏域毎に設置する必要があるとしている。

厚労省の第5次医療計画の見直しにも、新たに在宅医療体制の構築構想が盛り込まれており、又、地域包括支援センターの充実が図られているなかで、突然出てきたこの「地域連携拠点構想」の内容や位置づけはどこにあるのか。医療計画と地域包括支援センターとの関連はどうなっているのか。そして、この地域連携を担う主体は自治体とされる懸念がある。目標とする機能からみて、地域医師会や在宅療養支援診療所・病院がグループで取り組むことが良いのではないか。

各県のご意見及び日医から、具体的な情報と見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、限られた医療資源や介護資源を効果的に活用するためにも、地域全体の医療と介護を包括的にコーディネートしていくことは重要な課題であり、その役目を地域の医師会が主体的に担うような仕組みを構築していくべきであるとの回答であった。

その中で、熊本県より、在宅療養支援診療所・病院や一般の在宅医療に関わる診療所等が連絡を取り合い、各種の地域の医療・介護の資源を含めて協議し、連携を進めていく協議会をこの1月に立ち上げるところであると報告があり、今後、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、介護保険サービス等との連携を更に緊密にしていく方向性を検討しているところであると意見が述べられた。

＜日医コメント＞

10月の代議員会で、三上常任理事が、地域医療を担う地域の医師会が十分に関与しなければならぬということを述べた。医政局と老健局が必ずしもうまく連携をとれていないところが未だにある。この位置づけは今後議論になってくるだろうと思うが、いわゆる地域でケアしていくためには医師会の力がどうしても必要だと、そういう視点でこの考え方が出てきている。全貌はつかめていないが、地区医師会が中心となり頑張ってもらいたいと考える。

鹿児島県医師会：地域包括は、医療が少し疎かになっている。この拠点機能のところでは地区の医師会が音頭をとっていかないと、どうしても一か所の病院等が取り組みを行っても周りがついてこない。やはり三師会等、いろいろな職種と連携を取らざるを得ないので、地域の医師会が音頭をとり、モデル事業にも積極的に参加していくべきだと考える。

(2) 地域包括ケアシステム構築のためのリハビリテーション拠点の必要性について
(鹿児島県)

＜提案要旨＞

リハビリテーションは、急性期、回復期、維持期のステージにおいて継続的に実施される必要があり、それぞれのリハビリテーションを担当する医療機関、介護保険事業所の連携が確保される必要がある。

鹿児島県においては、地域ケアに関するリハビリテーションについて、各高齢者保健福祉圏域に1または2のリハビリテーション広域支援センターを指定し、高齢者やその家族、関係者のリハビリテーションに関する相談に応じるとともに、各医療機関への技術的支援を行う体制を構築している。

しかしながら、リハビリテーション広域支援センターの活動は、関係者を対象とした研修会が主であり、介護保険事業所への技術的支援は十分なされていない状況である。

地域包括ケアシステムの構築を行うためには、リハビリテーションは欠かせないものであり、リハビリテーション広域支援センターを介護保険事業計画の中にも位置づけていく必要があると考えるが、各県の実情を伺いたい。

＜各県回答＞

宮崎県と熊本県では医療圏毎に地域リハビリテーション支援センターが設置され、福岡県では県内を4ブロックに分け、それぞれ1か所ずつリハビリテーション病院が指定を受けている。また長崎県では自治体によって手挙げした全ての医療機関を認可する場合と、行政が地区割りで指定する等の報告があり、各県において、それぞれの形で地域リハビリテーション支援センターが設置されていることが示された。

各県ともに、地域リハビリテーション支援センターの役割を明確化することが課題であるとの認識であり、リハビリテーションを行う医療機関や介護保険事業所との情報の共有や充実性を持たすための仕組みを、今後検討していく必

要があるとの見解であった。

(3) 地域包括ケアシステムの構築について

(佐賀県)

<提案要旨>

国が示す第5期介護保険事業計画策定に際し、今回改正を行う基本的事項に、地域包括ケアシステムの構築、医療との連携強化が盛り込まれている。佐賀県では、包括ケアにおいて必要となる在宅診療の構築は主治医機能の強化を行い、医師がケアの中心となることによりバランスのとれた医療、看護、介護の提供ができると考えているところである。

各県における取り組み、ご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、地域包括ケアシステムの構築には、かかりつけ医（在宅療養支援診療所・病院）が主導的役割を担い、地域全体、関係職種が一体的に連携する必要があるとの認識であったが、宮崎県と熊本県より、在宅診療を支える在宅療養支援診療所・病院では、1人診療や医師不足により、在宅診療のための24時間365日の対応について不安を感じている等の懸念事項もあると提起され、医師の負担を軽減するための病診連携や病病連携を含めた医師のネットワークづくり等の取り組みが必要であるとの意見が述べられた。

(4) 第5次介護保険事業計画の各県の進捗状況について（福岡県）

<提案要旨>

標記の件については、各地区でそれぞれ事業計画策定が進んでいることと思うが、今般の計画の基礎となる認定者数等の将来推計について、福岡県においては、国のニーズ調査をそのまま用いるところや独自の定義を利用しているところ、また、現在までの実績をそのまま利用する保険者等様々であることが判明した。

各県においては統一した基準等を導入されて

いるのかどうか、各県の動向についてお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、第5次介護保険事業計画の基礎となる認定者数等の将来推計の方法については、県として統一した基準は定められていないとの回答であり、概ねの市町村では、国の示す「サービス見込み量ワークシート」を基礎とした上で、そこに独自の要素を加味した形で最終的な推計値を算出しているということが確認された。

(5) 特養はユニット型個室でないといけないのか（大分県）

<提案要旨>

「多床室は人が死ぬ場所ではない。多床室では人間の尊厳を守れない」という考えのもと、国はユニット型を推進している。現実には経済財政状況等から低所得者が増加し、費用負担の少ない多床室の待機者が多いというデータがある。さらに、入所者の要介護度も重度化し、医療の必要度が高い人ばかりになっている。①マンツーマンで介護できるほどのスタッフの確保、②低所得者でも入所できる自己負担、③介護スタッフに適切な給与を与えても経営が成り立つ介護報酬等の条件が満たされればユニット型が理想であるが、現在の乏しいスタッフで介護している現状、また少子化による今後の介護スタッフ確保の困難さを考えれば、急変を早く発見するためにも個室よりも多床室の方がむしろ望ましいと考えるが、間違いだろうか。この現実を直視し、ユニット型に加え多床室の整備も平行して行っている懸命な自治体も少しずつ出てきている。大分県も平成23年度より下記のように多床室の整備にも補助金が出ていることが確認できた（県基金：9床、市補助：40床）。平成24年度から特養のみならず介護3施設の多床室にも居住費負担を課し、それをユニット型推進に充てようと計画されている。果たして現実に即した施策なのであるだろうか。

日医の見解及び各県の状況、ご意見を伺い

たい。

<各県回答>

各県ともに、ユニット型の推進については、介護費用や介護スタッフ確保等の面からも、現実に即した施策ではないとの見解であり、鹿児島県より「ユニット型は、プライバシーは守られるが部屋にこもりがちになるデメリットもある。多床室は、プライバシーの保護では難点があるが、経済的な面だけでなく、孤独感がないことや、職員の出入りが多く、異常に対し早く気づくことができる等のメリットがある。」、福岡県からも「個人の選択を重視するのであれば、個室ユニット、多床室の両者を認めていくことが当然の政策であろう。」との意見が示された。

<日医コメント>

ユニット型で良いのかということについては、個人としては以前から思っていた。国の動きが個人の尊厳等いろいろなことを言いながらユニット型を進めていく現状が確かにある。多床室がいけないのかということ、今ある多床室は否定はしない。ただし新築の場合に多床室の評価は低くなるかもしれないという国の動きがある。多床室から費用等という動きがあるが、これは算出根拠が不明であるし、食費、居住費を除いているにも関わらず、低所得者に対してまた補足給付を行うということは不整合であり、やはり多床室の費用は取らないということで行きたい。全国でユニット型の見直しの声を上げるべきだろうと思う。今の国の経済状況あるいは入る人の経済状況から考えると、考え直すことがあると考える。

大分県：従来からある個室をわざわざ多床室にする必要はない。全てが個室ということではなく、多床室もあつての個室ということが従来からある。ユニット型の個室というと全てが個室となる。そういう無駄は現時点では行わないでいただきたい。自治体ではっきり国にNoと言

っているのは東京都だけである。できるだけ人数を確保できるような施設を一定金額でつくりたい、ということが全ての自治体に共通している問題だと考える。お金がないからつくりたくないということは一番良くない。お金がないならないで、ある分で少しでも確保するということが重要ではないかと考える。

熊本県：入所者の負担を増やすようなやり方で、個室を増やしていくということが本当に実情に合っているかと考えると、そうではないと現場を見ていて思う。むしろ地域で本当に必要なベッドをどうやって確保するかということが大事である。それを一律に決めてしまうということは問題である。地域の実情に合わせたやり方をすべきでないかと考える。

<日医コメント>

非常に地域性がある。東京と福岡と沖縄と同じように考えられては困る。当然、市町村の財源もある。柔軟な対応が必要と考える。

(6) 介護保険居住施設における医療処置の人員配置について (熊本県)

<提案要旨>

介護施設入所者の重度化・高齢化で医療ニーズがますます高くなっている。

今回、たんの吸引等について研修を受けた介護職員等による医療行為の範囲が拡大され、一定の研修を受けた者が実施可能となった。

一方、特養・老健やグループホーム等での看取りが当然のこととされてきた。更には小規模多機能施設、その他の多様な居住系施設でも医療の必要な利用者が多数を占めるようになってきている。このような実情をみると今後多くの居住系施設でも夜間の急変等に備えて、看護職の配置が必要と思われる。しかしながら、どの施設にも看護職を十分に配置することは財政面や人材確保の面から困難で施設の役割分担を明確にし、施設や人材の有効活用が図られなければならないと考えるがどうであろうか。

＜各県回答＞

各県ともに、介護保険居住施設における医療処置の問題については、そもそも施設本来の役割に適した利用者を入所させていないことが問題であるとの見解であり、長崎県より「医療処置の人員配置の適正化を考える前に、いま一度、本来の制度に戻って、施設の役割分担を明確にするべきだと考える。現在の看護師不足において、介護施設に今以上の看護師を取られることは医療においても死活問題であり、医療と介護を有効に行う場所として有床診療所の活用も考えるべきである。」、福岡県より「最重症は療養病床・老健・特養で、中程度の方は小規模多機能施設・特定施設で、認知症で動ける方はグループホームで等、入所者の状態像と施設をマッチングさせる機能が必要である。」との意見が挙げられた。

＜日医コメント＞

2050年を見据えた国の動きがある。その中で、お金がなくなり、高齢者が増え、どのように対応するかという現実がある。理想論だけでは前に進めない。

介護サービスにどのように外付けの医療を持ってくるか、あるいは内でどのように補完するかということは大きな課題である。これから工夫していかなければならない。有床診療所は注目され、今回の診療報酬改定では評価されると考える。

(7) 医療と介護の連携での、いわゆる介護サービス付「有料老人ホーム」の問題点について (熊本県)

＜提案要旨＞

昨今、「医療と介護の連携」の重要性が盛んに言われているが、その中で介護サービス付き「有料老人ホーム」の問題点は何であろうか、私見である。

①介護サービス事業提供側 (有料老人ホーム) は併設の各種サービス (訪問介護、訪問看護等) を提供することだけで給付限度額を上限まで利用し、医療を受診させる機会をなくし

ている (囲い込み)。

②リハビリテーションの重要性の認識がない、他の医療機関や事業者の例えば通所リハあるいは、訪問リハ等を利用し、日常生活動作の維持・向上を図ろうとする考えが少ない。結果的には廃用症候群となり、要介護度の上昇につながる。

③「高齢者住まい法」が制定され、各県で益々増加すると考えるが、登録制になったとはいえ、何か「医療と介護の連携」を考えるうえで、もう少し強い監視、監督が必要はないだろうか。

日医及び各県のご意見を伺いたい。

＜各県回答＞

各県ともに、いわゆる囲い込みの問題については、利用者側の観点ではなく施設側の観点からサービスが行われていることが問題であり、何らかの指導や監査等の施策が必要であるとの意見であった。

また福岡県より、このような問題については、ケアプランを適宜確認する必要もあるとして、サービス担当者会議に医師が参加することで防ぐことができるとの意見も示された。

＜日医コメント＞

高齢者住まい法の改正により、施行されるサービス付き高齢者住宅については、登録は都道府県、政令市が行い、同様に指導監査も行うことになった。従って、外部の目が入ることとなり、そういう面ではサービス担当者会議にもしっかり参加し、一方では指導監査が入るといった形となる。我々のピアレビューも必要だと考える。

＜日医事務局コメント＞

同一建物の概念というものは今まで介護保険の中になかったが、今回の介護報酬改定の審議の中で日医から指摘し、訪問介護に関してはある程度入ることになった。ただし新しいサービスについては入らない。

定期巡回対応に対しては、今後のサービスの状況を見てということで、なるべく早い時期に実態調査を行い、適宜見直しを行うという条項を入れた。その上に、給付費分科会の下に検証委員会を設けたので、その調査をなるべく4月からの報酬改定の後、秋位までに行い、その辺についてはメスを入れたいと考えている。

**(8) 介護現場の処遇改善に関し、介護職員以外にもスポットを当てていただきたい。
(宮崎県)**

<提案要旨>

現在の「介護職員処遇改善交付金」は、本年度で終了するがその後の措置として「処遇改善加算」を創設して介護報酬で対応する方向のようだ。まだ決定ではないが、本協議会が開催される頃には決定されていることと思う。交付金では請求事務や報告事務が煩わしい。小さな介護施設ではそのための余力もなく、さらに受け取れる職員とそうでない職員間の気持ちの問題もある。それが原因で請求しない施設も多い。処遇改善は介護報酬で対応されることがベターと考える。

一方、社保審等ではこの加算が必ず介護職員に支払われるよう担保すべしとの意見がある。しかし、いつまでも介護職員だけにスポットを当てるのはいかがなものかと思う。これまで、介護現場では厳しい予算の中必要な出費を削って、まさに爪に火を灯す思いで介護職員の給与や研修、それに利用者の生活向上に直接関わる費用等全てが犠牲になっている。施設に寄っては、事務職員や看護職員、厨房職員も食事介助等を手伝っている現実もある。それなのに一方には支給可能であり他方には支給されないのは職員間の信頼関係にも影響を与える。「いくら手伝っても自分らには加算はこない」と考えれば、職員のモチベーションも下がるのは当然である。これまでの交付金は職員同士の連帯を阻害する要因となった側面もある。

このことから、新設される処遇改善の使い道は無条件に施設に任せていただきたい。もし、処遇改善に使うべしとの条件がつけられるのな

らば、介護職員だけでなく全職員の処遇改善に使えるべきだと考える。日医の考えをお聞かせしたい。

<各県回答>

各県ともに、処遇改善加算については、事業所で柔軟に運用できる仕組みが必要であるとの回答が示され、佐賀県からは、「介護報酬自体が低すぎるので、引き上げをするべきである。」との意見も示された。

<日医コメント>

介護現場が厳しいことは十分に承知している。その中で資格がある人ない人の差をつけなければならない。交付金がこういう形になったが、良い人材がいないと良い介護ができないということは当たり前のことである。

<日医事務局コメント>

介護職員の賃金の改善に関する見込額が、介護職員の処遇改善加算の算定を上回る賃金の改善に関する計画を立てる。当該計画に基づく適切な処置を講じていること。ただし、実際に入ってくる報酬額が減った場合はそれに見合ったようにする。従って、最終的には1年後等ということで処遇改善が決まると考える。基本給を下げるということではできないかもしれないが、一時金等いろいろな方法はあるかと思う。

(9) 小規模多機能型居宅介護施設の介護度別報酬の平準化について (鹿児島県)

<提案要旨>

全国の小規模多機能型居宅介護施設の1事業所当たり登録者数は17.8人である。また4年以上経過した事業所のうち44.2%が赤字である。(平成23年11月10日社保審介護給付費分科会資料)

制度が設けられた平成18年度では利用者の平均介護度3が想定されていたが、現状では、平均介護度2.4である。(財団法人介護労働安定センター調査)

登録者数が25人に比べかなり低いこと、介護度が低いことが原因であるが、小規模多機能型居宅施設の介護度別の介護報酬は、重度者と軽度者とは大きな開きがあり、軽度者の登録が多い場合、経営が厳しい状況である。

国が進めている地域包括ケアシステムの中では、小規模多機能施設は、地域の高齢者に介護サービスを提供する重要な事業所として位置づけられており、介護度に関わらず通所・ショートステイ・訪問介護を受けられる機能を十分に発揮するために介護度別介護報酬の平準化が必要と思われるが、各県のご意見を伺いたい。

<各県回答>

各県ともに、小規模多機能型居宅介護施設を効果的に機能させることは重要であるとの認識であり、熊本県からは、「小規模多機能型居宅施設と介護保険入所施設の充実や機能分担、住み分けを明確にすること、または小規模多機能型居宅介護での夜間受け入れ態勢の充実を図るために看護師等医療職の配置をしたりする等の改革も必要ではないか。」との意見も示された。

また、大分県や福岡県、佐賀県からは、介護度別の介護報酬の平準化を行うと、介護度の低い利用者を多く集める施設が出ることも危惧されるとして、平準化よりも介護報酬自体の引き上げを行うべきであるとした意見が示された。

<日医コメント>

小規模多機能型はこれからの目玉となる。在宅に近いところで高齢者をみていくシステムづくりの目玉になってくると考える。今後注目していただきたい。

**(10) 介護サービス情報公開制度について
(福岡県)**

<提案要旨>

本情報公開制度は、厚労省で制度の見直しが行われ、次期介護保険改正に伴い、都道府県知事が必要と認める場合に実施（都道府県において指針、国においてガイドラインを作成。基本

情報も調査対象とする）となされている。

福岡県においては、まだ確定はしていないが、調査の定期的な実施は廃止し、必要に応じて集団指導等の形式で行うことで、全体的に簡素化するよう話しが進められている。

各県の現状および、今後の方向性について日医のご意見を伺いたい。

<各県回答>

各県ともに、介護サービス情報公開制度の見直しに伴い、今年度より既存事業者の報告及び調査は行われず、新規事業者のみの報告としているが、次年度からの対応については検討中となっている旨の回答であった。

<日医コメント>

非常に不評な仕組みで、やっとなんかなくなるといって非常に良いことだと考える。調査は、指定更新後3年とか、あるいは新規の時にはやられるかもしれないが、その程度で、無駄なお金を出さなくて良いという形に変わっていくと考える。

(11) 要介護認定における記載不備の主治医意見書に対する対応について (鹿児島県)

<提案要旨>

要介護認定の判定において、主治医意見書が重要な資料であることは言うまでもないが、介護保険制度が発足して10年以上が経過したにも関わらず、未だ一部の主治医意見書で記載不備が見受けられ、その対応に苦慮している。

現在の介護認定審査の仕組みにおいては、介護認定審査会で、認定調査員の結果に疑義がある場合は再調査を要請しているが、主治医意見書については再提出を求め難い状況にある。本県の一部市町村では、医師である合議体長に確認のうえ、介護認定審査会事務局から主治医に対し疑義照会をしているのが現状である。

各県において、記載不備の主治医意見書に対しどのように対応されているか伺いたい。

＜各県回答＞

主治医意見書の記載不備への対応については、沖縄県、長崎県、佐賀県では、市町村事務局より医療機関へ電話連絡を行い、疑義照会を行うことである程度の対応は図られているとの回答であった。

宮崎県では、平成20年度より、予め利用者ご本人や主たる介護者等に「主治医意見書予診票」を作成していただき、予診票も併せて確認している等の取り組みを行っているとの報告があった。

大分県では、認定審査会に示される主治医意見書の医師氏名がマスクングされていることから、認定審査会委員長から直接連絡することができず対応に苦慮しているとの報告があり、その点については、福岡県より、医師名をマスクングすることについては、介護保険制度が開始された当時、日本医師会からそのような要望があったからと考えられると説明があった。

＜日医コメント＞

やはり未だに意見書の不備はある。医療の診断書ではなく生活の診断書だということを、医師会活動の中でそれぞれ言っていただく必要がある。まさにピアレビューの問題になると考える。

＜日医事務局コメント＞

個人的なコメントとして、形上は保険者である市町村長が主治医に依頼する。それをマスクングするかしないかはそこでの取り決めかと考える。

(12) 介護保険制度に関わる介護認定調査員の不足について（沖縄県）

＜提案要旨＞

介護保険制度での各種介護サービスを利用するには「要介護・要支援認定申請書」を居住地の各市町村窓口提出する必要があり、その申請書を提出後、認定調査員による認定調査を実施すると同時に主治医意見書の依頼を行い、その後、介護認定審査会へ諮るが、現在、沖縄県

広域連合では、その介護認定調査員の遅れにより、調査員が調査する段階から介護認定審査会へ諮るまで、とても時間がかかっている。

平成22年度（平成22年4月～平成23年3月末日申請分）の認定状況は、要介護認定審査対象者15,435人のうち、遅延なしの認定者数は認定審査対象者の19.8%を占める3,059人、認定遅延者が80.2%の12,376人となっており、そのうち主治医意見書の遅れが29.3%の3,621人で、認定調査の遅れが54.4%の6,731人となっている。それは平成18年度から遅れの原因が未だ改善されていない。

そこで、他県ではどのように行っているのか、また、このような状況をどう対処したら良いのかご教示願いたい。

＜各県回答＞

各県ともに、要介護認定の遅延が課題として認識されており、大分県では、嘱託調査員の増員や調査員の複数体制から1人体制への変更を行うことにより、調査までの日数の短縮や調査件数の増加に努めているところであると報告があった。長崎県では、1件当たりの報酬単価を3,150円から4,050円に引き上げることや、在宅看護師を調査員に指名し調査員を増員する等の取り組みを行っているとの報告があった。

また福岡県からは、2年前までは沖縄県と同様の課題を抱えていたが、保険者がどこかに調査委託をするのではなく直接調査員を雇う形態にすることで、本事案についてはほぼ解決したとの報告があった。

(13) 介護職員等によるたん吸引等に係る各県の対応状況等について（長崎県）

＜提案要旨＞

第1回の本会でも話題になったが、24年4月から“介護職員等によるたん吸引等の実施”が施行される。10月8・9日の指導者講習会から、1月21日の筆記試験までの短期間に50時間の広義を行わねばならず、慌ただしい中で準備が行われている。

各県が本省令にどのように対応し、何人の受講者があり、また、24年度からいくつの実施事業者が登録予定であるのかお聞きしたい。また、次年度以降の計画も分かれば教えていただきたい。

ちなみに、長崎県では、県医師会から2名の医師と他団体からの6名の看護師が指導者講習会に参加。以下の日程にて、長崎県福祉保健部が窓口となり、12月4・5日に、県内で指導者講習会を開催。12月11日～15日、1月18日～20日の2回に分けて講義を行い、1月21日に筆記試験を行う予定になっている。

現時点での、受講希望者数、実施登録希望施設等は未定である。

<各県回答>

介護職員等によるたん吸引等に係る厚生労働省主催の主導者講習会については、宮崎県10名（医師1名、看護師9名）、沖縄県6名（看護師）、大分県7名（看護師）、熊本県14名（医師4名、看護師10名）、福岡県7名（福岡県老人福祉施設協議会から推薦）、鹿児島県10名（医師1名、看護師9名）、佐賀県3名（看護師）が参加し、各受講者が講師となり、各県内においてそれぞれ研修会が実施されているところであると報告があった。

本県より、「日本医師会は、そもそもたん吸引を医行為から外すという見解であったはずだが、なぜそれができなかったのか。」と発言し、日本医師会からのコメントを求めた。

<日医コメント>

医行為から外せば普通にできる。あるいはそれ以上に深いところをやる人は医師が判断するというだけでも良いと考えるが、訳の分からない人たちが質を上げると称して質を下げている。あるいは混乱を巻き起こす今の国の審議会がおかしいと考える。

<日医事務局コメント>

たんの吸引の委員会があり、座長が国立長寿

研究センターの大島先生であった。医療関係者は日本医師会の三上常任理事、後は看護協会、その他は介護福祉の団体。介護職員、法学者、学識経験者となっている。三上常任理事は、当然口腔内は問題ないし、医師が判断すれば医行為ということで整理しようとした。しかし、例えば、耳かきが医行為から外れたことで商売になった。要は、医行為から外すと誰でもできる。研修をしようがしまいが誰でもできるという法解釈になってしまうから駄目だということで、医行為から外さないということになった。

医学的な観点からみれば非常に馬鹿げているが、法律学的からみるとだれでもできるものを研修も義務づけられない、何も義務づけられない、そういう基礎がないとできないということで、医行為からは外せないということが実情である。

(14) かかりつけ医認知症対応力フォローアップ研修の開催について（長崎県）

<提案要旨>

長崎県医師会では、県からの委託により平成19年度から「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を開催しており、本年度まででほぼ県下全域で開催した。

認知症疾患患者の増加に伴い、本研修会の来年度以降の継続も必要と思われるが、これまで受講されたかかりつけ医の先生方に対し、より内容の濃い研修会開催の必要性を感じていたところ、県では来年度の予算要求で、研修内容の自由度の高い「かかりつけ医認知症対応力フォローアップ研修」の開催を考えているとのことであった。

インターネット等によると数都県で同様の研修会が開催されているが、各県の同趣旨の開催状況、予定等についてお伺いしたい。

<各県回答>

大分県、熊本県、福岡県、佐賀県においては、かかりつけ医認知症対応力向上研修会が今年度も実施されており、沖縄県と鹿児島県にお

いては、今年度よりフォローアップ研修会が実施されていることが報告された。

各県ともに、修了証の発行や修了者名簿を県庁ホームページに掲載する等の取り組みを行っているところであるが、沖縄県より「研修会を

開催しても、毎回同じ方が参加され裾野が広がらないことが課題である。」と提起し、本事項は各県においても課題となっていることを確認するとともに、課題解決に向け情報を共有し今後とも検討を行っていくこととした。

印象記

副会長 小渡 敬

平成24年1月28日に九州医師会連合会の平成23年度第2回各種協議会が佐賀県で開催され、日本医師会からは高杉敬久先生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14の議題が提出され、今回は地域包括ケアシステム構築の議題が幾つか挙がりました。医療と介護の連携にとってこのシステムは欠かせないと言われていますが、現在ある地域包括支援センターとの関係も不明であり、やたらにセンターばかりを設置し、複雑にしている感があります。また、特養の個室化についても、本文にあるように入所者にはメリットが少なくデメリットばかりであり、このような施策は改善すべきであります。日医も持ち帰って検討すると話していました。

今回は懇親会の場で佐賀県の池田会長から、突然、日医の会長選に横倉副会長が立候補するという発言があり、場内がどよめき私も驚きました。



3. 地域医療対策協議会



副会長 玉城 信光



常任理事 安里 哲好



協 議

(1) 九州各県における災害等への対応状況および九州各県の連携構築について（沖縄）

【提案要旨】

本会では、今回の東日本大震災における災害支援を通して、今後の県内における災害が発生した際の対応と支援体制を検討していくにあたり、九州各県の対応状況を確認にしたい。また、原子力災害対策も含め、九州各県の災害支援計画等の対応状況について伺いたい。

また今後、大規模災害発生時への対応が的確に行われるよう、行政側も含めた九州ブロックとしての協力体制について協議の場を持つこと

が必要であると考えている。各県の意見を伺いたい。

(2) 緊急時の各県における防災対策について（福岡）

【提案要旨】

各県の防災計画見直しの内容並びに進捗状況について伺いたい。また、原発がある県並びにその隣接県においては原発に対する今後の対応策についても併せて伺いたい。

因みに本県では、地域防災計画の見直しとして、地震・津波及び原子力に関する学識経験者14名を専門委員に委嘱し、検討することとなっ

ているが、具体的な内容は未だ示されていない。

(3) 原子力災害対策について (佐賀)

【提案要旨】

原子力発電所設置県である佐賀県では、現在、地域防災計画の見直しが進められており、原子力災害に備えた対策が強化されることになっている。

原発から20キロ圏内は避難計画を策定すること、20～30キロ圏内は屋内退避に備えるとともに避難先を確保することが規定される。

入院設備をもつ医療機関については、入院患者の転院先を決めておかなければならず、災害弱者である入院患者等の転院先については、医療機関毎に転院先を決めることは現実的には難しい。この問題は医療提供体制全体に影響を及ぼすことから、県及び市町の行政機関が主体となり、郡市医師会、県医師会と連携し、転院先や避難場所を確保する必要があると考える。各県の状況と日医の見解を伺いたい。

上記3題については関連議題として一括協議された。

【各県回答】

各県で念頭に置かれている災害の種類や重要性については、一部異なる部分はあるが、今回の震災で地域防災計画や災害マニュアルなどの見直しが始まっているとの報告があった。主な意見は次のとおり。

宮崎県：平成18年3月に策定された「宮崎県災害医療活動マニュアル」の改訂の検討が行われている。特に救急告示医療機関への防災無線等の通信手段確保や各郡市医師会への衛星電話の配備、JMATの定期的な研修等の開催を要請している。また、防災対策については、国の防災会議の指針に基づき、今後検討される。

原子力災害対策については、原発の隣県ではあるが具体的な検討は行われていない。

沖縄県：今後、県地域防災計画の見直しにあたり、他県での災害にも医療支援活動の対応がで

きるよう協定の締結をめざす。また、出動した際に県行政からの費用負担等についても検討を進めていく。

原子力災害対策については、国や県による安全な避難策が講じられるべきであり、避難困難者への対応についても、医療機関任せではなく、行政による避難場所の確保や人的支援も検討されるべきである。

大分県：「大分県地域防災計画（地震・津波対策編）」について、生活・福祉・医療など区分毎に見直しを行っている。原子力災害対策については、平成21年8月から隣県の愛媛県（伊方原子力発電所）と安全対策について情報交換を行っている。また、県防災計画には、県内で放射性物質の漏洩や飛散等を想定した対策を定めている。転院先や避難場所の確保については、行政を中心に医師会や保健所等が連携し、広域災害救急医療情報システム（Emis）などの活用を検討している。

長崎県：原子力災害対策については、従来避難対象地域を10キロ圏内としていたが、3.11以降、国の見直し決定を待たず、地域性を考慮し30キロ圏内に拡大し、これに合わせ輸送体制や医療体制も今後検討していく。11月20日には松浦市を中心に大規模な防災訓練を実施した。

県境を越えての緊急時医療体制については災害・救急担当の医師会理事を始め、医師会の事務方や県行政も含めた包括的な話し合いの場を早急に立ち上げるべきである。

熊本県：県と県医師会との間で「県との医療救護に関する協定書（災害時の医療救護に関する協定書）」を締結しているが、解釈上、県外の災害救護には対応しておらず、来年度の県防災計画見直しにおいて、大規模災害時における広域応援の必要性を検討する。

また、本年1月より熊本県へリ救急搬送体制が2機体制になった。運営要綱では活動範囲が熊本県圏域となっているが、県境が4県に跨っているため、緊急度に応じ応援体制を取るよう要望した。

原子力災害対策については、九州内に立地する2原発からPPA（概ね50km圏内）に4市町がかかる見込みで、今後国での検討結果を踏まえ対応する。

福岡県：県内災害について、会員毎に各地域50名の会員に対して、医師2名、看護師1名、連絡員1名の医療救護チームを編成している。

東日本大震災でもJMATとして一部が出勤した。また、日本DMAT・福岡DMAT、併せて30チーム程度あり、年に3回程度訓練を行っている。この他、我々が災害を受けた際に、他から応援を求めるときの段取りも考えなければならない。

津波・原子力災害については、第一に避難が重要であるが、急性期の救護活動については、我々がしっかり出ていく必要がある。

鹿児島県：新燃岳の火山災害や奄美豪雨災害、高速船の海難事故、原子力発電所もあり、多彩な課題を抱えている。2年前に県医師会で災害医療救護計画を作成した。事故が起きた際、県医師会内に対策本部を設置し、対応する手順書はできている。原子力災害対策については、県が策定した「原子力防災計画」の中で対応することとし、現在、福島での原子力災害を受けて「原子力災害対策暫定計画」を作成中である。

基本的には原発の計画は、情報の伝達、収集、非難が主体であり、救護計画はごく一部である。救護被ばく医療は、1次除染チームが9チーム、2次除染チームが地元の2チームとなっている。高度被ばくは、県内での治療が出来ず、千葉県の放射線医学総合研究所にお願いする手順である。

佐賀県：原子力災害対策も含めた地域防災計画の見直しを行っており、今年度中に新計画を纏めることにしている。加えて、災害医療提供体制の見直しも必要となることから、県災害時医療救護マニュアルや県緊急被ばく医療マニュアルの見直しについても検討している。

【提案】

●行政を含めた九州ブロックとしての協力体制構築のための協議の場の設置について

古賀義行座長より標記の件については、殆どの県で「賛成」との回答が得られた為、次回福岡県で開催される「九州各県保健医療福祉主管部長および各県医師会長合同会議」において提案されることが確認された。

【藤川謙二日医常任理事からのコメント】

災害支援計画の対応状況について

1. 日本医師会では、東日本大震災の一年前にJMATを提案した救急災害医療対策委員会において、今回のJMAT活動の課題、今後のあり方を検討している。来月中には、報告書がまとめられる予定である。
2. その報告書(案)の中では、医師会ブロックでの都道府県医師会相互の協定、あるいは都道府県医師会と知事との協定の締結の推進を改めて主張する方向で書いている。また、知事との協定の中では、費用負担や二次災害時の補償責任の規定、緊急時は医師会の判断で出勤し、事後承諾を以て知事からの要請があったと見なす規定、都道府県の境界を越えた県外派遣の規定、協定の形がい化、風化を防ぐための定期的な見直しの規定などが重要であるとしている。
3. 日医では3月10日(土)に「JMATに関する災害医療研修会」を開催することにしている。
4. 本研修会では、従来の災害医療教育とは一線を画し、避難所等の支援活動に必要な公衆衛生や災害における倫理を含んだ教育を内容とし、今後、各地域医師会で行われる災害医療研修会におけるモデルケースとなることを目指すものである。また、都道府県医師会災害医療担当理事連絡協議会を兼ねて開催する。

緊急時の各県における防災対策について

1. 都道府県の防災計画や5疾病5事業や医療計画においてもJMATを位置づけて頂けるようお願いしたい。
2. 日医でも国に対し、JMATの位置づけを要求しているが、日医が現在、指定公共機関でなく中央防災会議の一員ではないため、

JMATを国の防災基本計画に未だ記載されていない。

3. 原中会長が中央防災会議の専門調査会である防災対策推進検討会議の委員に就任したので、災害対策の中での医療の重要性、とりわけ今回のJMATの活躍を強く主張している。
4. 近く当会議が開催されJMAT活動報告をする予定である。

原子力災害対策について

1. 原子力災害対策を始め、CBRN、ケミカル、バイオロジカル、ラジオリジカル、エクレアル災害への対応はこれまで最も遅れた取り組みと考えている。
2. 佐賀県医師会のご指摘の通り、都道府県医師会、郡市区医師会が行政と連携し、原発事故時の対策プランを作る必要があると思う。
3. 日医としても、放射線医学総合研究所、自衛隊などの特殊災害を担う機関との連携をさらに強める所存である。
4. 3月10日（土）に予定しているJMAT研修会では、緊急被ばく医療として郡山一明先生に講演をいただく予定である。
5. 翌日の医療シンポジウムでは福島第一原発事故と放射線被ばくについて、明石真言先生に放射線医学総合研修所理事、兼緊急被ばく医療研究センター長へ講演をお願いしている。
6. さらに救急災害対策委員会報告書には、郡山一明先生、明石医師協力のもと一般の医師に対する放射線の入門テキストを添付している。一般の医師が患者に説明できるようわかりやすく解説されており、被曝や放射線に関する基本的な事項を含んだものとなっている。
7. なお現在までの日医の主な対応としては、原子力災害に関し国庫補助の要望、23年度の補正予算、24年度の通常予算、日医総研の調査支援、東京電力との交渉、福島県知事への要望、日医ニュースへの掲載、放医研・自衛隊との連携強化、防災担当大臣への要望、被災者健康支援連携協議会の定期的な開催、学校医対象の講習会、除染等の問題で文

科省への抗議等を行っている。

(4) 広域災害・救急医療情報システム (EMIS) の有用性について (宮崎)

【提案要旨】

本県では、広域災害情報システムとして平成13年に「ひむか救急ネット」を構築運用したが、年間運用経費が約3,500万円を要する一方で、有効性に乏しいとの判断の下、平成19年度に運用を中止した。

今後、システム導入を検討するにあたり、導入県の実情と未導入県の今後の対応について伺いたい。また、日医のEMISへの評価および、現場に関わる医師会の広域災害・救急医療情報システム構築への関わりについて伺いたい。

【各県回答】

EMISを導入している大分・福岡・佐賀の3県から運用面等について意見があった。

- 大分県：EMISは画面が見辛い等、使い勝手が悪く、今後システムの改善が必要である。
- 福岡県：入力訓練を適度に開催するも一部の機関で使いこなせていない現状があり、今後どう使いこなすかが課題であると提起した。
- 佐賀県：同様、近年入力訓練の入力率は約7割程度に留まっていると報告があった。

【藤川日医常任理事コメント】

1. EMISは、平時は県内の救急医療情報システムとして活用するものであるが、東日本大震災の発生前から実際の運用稼働状況は十分ではなかったとされている。
2. 厚生労働省の科学研究調査によれば、情報システムの予算措置、人員確保、依存度、稼働率等に地域差があるとのことである。
3. 日医としても入力容易な端末システムの開発などを要望し続けている。その上で、厚労省に対し、被災地、全国の関係医療機関、行政関係団体などが有効活用できるようシステムの改善について予算要望した。
4. 参加医療機関も災害拠点病院や救急病院だ

けではなく、被災地の患者の後方転送を受け入れる医療機関も参加できるよう求めている。

5. さらに今回EMIS上のDMATの掲示板で活発な情報交換が行われたことを聞いているので、日医としてもJMATや全国の医師会が情報が得られるよう要求している。

(5) 災害時医療救護体制への医師会の関わりについて (佐賀)

【提案要旨】

佐賀県では、総合防災訓練や航空機事故対策総合訓練、原子力防災訓練などに出動し、実際の事故を想定したトリアージ・医療救護実地訓練を行っているが、災害の種類や災害発生からの時間軸により、医療救護班の活動・支援内容やそれに伴う装備なども異なることから、医療救護班は今後更に実態に即した訓練や研修が必要になってくると思われる。各県の意見を伺いたい。

【各県回答】

各県ともにJMATの明確な位置づけを求める意見があった。

また、災害時の基本的対応や訓練方法等について、定期的な研修会等の開催を求める意見が相次いだ。各県からの主な意見は次のとおり。

○**沖縄県**：平成19年那覇空港で起きた旅客機炎上事故に際し、医師会医療救護班が自衛隊ゲート前で通行を拒否された事例や警察による交通規制で空港への道路が封鎖されてしまい、現場に辿りつけなかった医師もいた。指揮系統の検証や見直しも必要である。

○**大分県**：県知事が災害対策本部を組織する際、統括JMATのような人事を配置するとして、県医師会に派遣要請がある。また、日医に対して、JMATが今後災害時に地域でどの様にかかわるかガイドラインやモデルケースを作成するよう求める。

○**長崎県**：情報の集約化と医療救護班などの派遣・配置調整をコーディネートする機関の設置

が必要ではないか。

○**福岡県**：九州医療センターや四大学を中心に11の災害拠点病院を有しており、当施設に従事する救急救命専門医等を通じて、地域での研修指導をお願いしている。また、3年前に救急医療活動時のテキスト本としてポケットサイズの冊子を作成し、ゴールドスタンダードとして有効活用している。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 国の防災基本計画の中へのJMATの位置づけは、日医が指定公共機関の指定を受け、中央防災会議に参画することが先ず大前提になる。
2. 現在のところ指定が得られていないため、会に参画はできていないが、何とか乗り越えていきたい。
3. 都道府県知事や空港などとの災害時の医療救護協定の締結、費用負担や二次災害時の補償責任、緊急時には、知事の要請がなくともプロフェッショナルオートノミーに基づく、医師会の判断で出動し、事後承諾で要請があったものとみなす規定や県外派遣、形骸防止のための定期的な見直しとすべきと考えている。
4. JMATに関する災害医療研修会は定期的に行っていく予定であり、各県においても連動して様々な研修会を催してほしい。
5. コーディネート機能は被災地の医師会・郡市区医師会が中心となるべきと考えており、厚労省や消防庁などの検討の場で繰り返し要望している。
6. 今回、東京都知事が3人のコーディネーターを指名したが、内1人は都立医師会病院の医師である。
7. コーディネーター機能を持つ医師については、災害救急を訓練したような医師が望ましく、時には寝ずに体力勝負や精神的なタフさが求められると思うので、コーディネーターの候補になるような人を早めに人選する必要がある。

(6) 県境地域での救急医療体制整備について (熊本)

【提案要旨】

熊本県は、県境地域の救急体制整備の一環として、県境を越えた各医療圏との連携強化に取り組んでいる。今後、医療連携を着実に進めるため、各県で取り組んでいる好事例や方策があれば教示いただきたい。

また、救急搬送体制をスムーズに進めるためには、MC協議会でのプロトコル・プレホスピタルレコードの共通化が必要と考えるが、検討している地域があれば教示いただきたい。

【各県回答】

県境を越えた各医療圏との連携強化への取り組みについては、他県自治体からの運営補助金の拠出や診療報酬上の評価など様々な例が報告された。

また、長崎県から、今後、九州ブロック内の県境地域で、災害・救急担当の医師会理事を始め、医師会の事務方や行政も含めた包括的な話し合いの場を早急に立ち上げるべきとの意見があった。

プレホスピタルレコードの共通化については、長崎県で平成16年4月から県内全域で統一された様式(救急活動記録票)を活用しており、鹿児島県では、県内6地域において試験運用を開始、現在他地域への導入も検討中とのことである。佐賀県では今年度から「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定しており、県外搬送にも活用しているとの報告があった。

主な事例は次のとおり。

県境を越えた主な医療連携の事例について

○宮崎県：都城市が鹿児島県曾於市との間で、救急患者の受入体制を確立する代わりに自治体から運営補助金を拠出してもらっている。また、えびの市と熊本県人吉市の病院間で患者の転院受入態勢の協議を予め行う等の対応を取っている。この他、「救急搬送患者地域連携紹介

加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」等、診療報酬上の評価枠を設け、地域医療の連携を図っている。

○大分県：県境の西部・北部医療圏において、平成18年度から福岡県のドクターヘリの共同運航(福岡県、佐賀県、大分県)を開始しており、福岡県と連携した広域救急医療体制の整備を図っている。

○福岡県：大牟田市医師会と荒尾市医師会(熊本県)が協力し休日在宅当番制を実施している。また、豊前築上医師会と大分県(中津市、宇佐市、豊後高田市)で広域医療圏(24万人の住民が住居)の医療体制の確立に向けて「中津市民病院広域医療圏対策研究協議会」を設けている。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 日本は地形が複雑で長い歴史を誇り更に交通網が高度に発達した国である。九州以外の地域でも瀬戸内海のように県境を越えた地縁的な繋がりがあり、隣の県の方がアクセスが良いと言うケースは全国で各地にみられる。
2. また、大災害のような災害対策は県境を越えた連携を前提として策定されなければならない。
3. 平成21年消防法改正に基づく傷病者の搬送受入実施基準は、この度47都道府県で策定された。
4. 日医としては、実施基準は現在の体制を壊さないよう、なるべく既存のシステムを基につくり、その上で必要な補強をして、定期的に見直していくことを主張している。
5. そして、見直し作業の中で、当然県境を越える救急搬送体制も考えていくべきと考えている。都道府県医師会は常にブロック単位で連携をしている。更に県境で隣り合っている郡市区医師会同志でも日頃から連携が取られていると思う。
6. 日医は、地域の医療連携はそれぞれの地域の実情に応じて構築されるものでなければならぬと考えている。

7. 地域の実情を鑑みて、県境を越えた連携が必要であるならば、それが反映されるシステム作りが必要である。
8. 都道府県医師会メディカルコントロール協議会、地域メディカルコントロール協議会では、医師会代表が重要なポストに就いていると思うが、県境を越える搬送体制の立案を是非ともお願いしたい。

(7) 救急医療に関する特例病床と今後の二次保健医療圏における基準病床、そして医療連携について (沖縄)

【提案要旨】

本県の中・南部保健医療圏（全県人口の85%を占める）の救急病院は平均在院日数9～14日、病床利用率95～104%で、恒常的に満床状態である。特例病床の増床について、県福祉保健部に問い合わせたところ（県議会でも要望があったとの事）、救急病院の現状分析と消防隊の救急搬送件数も分析し、救急医療対策協議会・県医療審議会で検討し、かつ厚生労働省とも協議し来年3月頃までに増床を検討中とのことである。

平成25年度の県保健医療計画は、平成24年11月頃までに見直されると思われるが、二次保健医療圏の現状分析や5～10年後の医療需要分析に基づいて、平均在院日数及び病床利用率を加味した基準病床数（適正病床数）を早急（来年早々に）に検討することを県行政に要望している。

一方、救急病院では、長期入院患者（寝たきり患者も含め）が20～30%近くを占めていると言われている。医療型・介護型療養病床はすでに満床状態で、老人保健施設（在宅復帰・在宅療養強化型）等の増も含めた、医療・介護施設とのスムーズな連携、また、在宅・居宅療養との密なる連携や介護施設、在宅・居宅での看取りの推進が望まれる。

以上を踏まえ、下記3点について各県の現状をお伺いしたい。また、ネットワーク型在宅療養支援診療所等の今後と介護施設・在宅（居宅）

での看取りについて日医のお考えをご教示いただきたい。

- ①救急医療に関する特例病床の増床について
- ②平成25年度保健医療計画における二次保健医療圏の基準病床について
- ③医療と介護におけるスムーズな連携について

【各県回答】

①について、宮崎県では、宮崎大学医学部附属病院の救命救急センター化に伴う特例病床の増床（3床→20床）。大分県では、大分大学医学部附属病院でドクターヘリ導入による特例病床の増床を予定しており、厚労省と協議中となっている。その他の県は医療機関からの要望もあがっておらず、県に対しての要望も行っていない。

②について、九州各県ともに、今後の国の方針（医療法施行規則の規定）提示後に検討を予定している。また、福岡県では1月の医療審議会でも議論を予定している。熊本県では、熊本市が政令指定都市になることから基準病床の見直しが出てくると思われる。

③長崎県、福岡県、佐賀県では各県の実情に応じた連携が行われている。その他の県は具体的な連携は行われてはいないものの、高齢化の進展に伴い、その必要性を感じており、地域の様々な社会資源の活用による継続的かつ包括的な支援体制整備を求めている。

【藤川日医常任理事コメント】

ネットワーク型の在宅療養支援診療所等の今後と介護施設・在宅（居宅）での看取りについては介護保険対策協議会で詳しく協議されているところである。

特例病床については、都道府県医師会が地域の実情を勘案すれば特に問題ないと思う。

基準病床については、厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」に鈴木常任理事が参加している。二次医療圏を人口規模20万人、患者の流入・流出率を基に再編することとしている。当然、基準病床数の算定にも影響があ

る。これに対し、機械的に圏域を策定するのではなく、医師会を中心とした地域の特性・実情によって体制づくりを行うよう主張している。

医療と介護の連携については、平成22年以降、救急隊の出動件数や搬送数が急増している。搬送患者のうち急病者の搬送件数は6%以上増加しており6%弱が高齢者となっている。高齢化の進展が搬送件数の増加に繋がることは、消防庁の将来推計にも示されており、平成37年の出動件数は約600万件、搬送人員数は約547万件とされている。消防庁と厚労省に対し介護施設からの搬送例が課題であると訴えている。

高齢者の搬送については、地域医師会と救命救急センターで話し合い、介護施設から医療機関への搬送希望がある場合、まずは、かかりつけ医が診たり、二次救急医療機関である有床診療所が受け入れられるようにする。多死社会の中で、特別養護老人ホームや介護老人保健施設でも同意書をとって、看取りを出来るようにすべきである（今度の診療報酬改定に取り上げる）。

終末期を迎えた高齢患者の心停止事例への対応は救急搬送や救急医療の領域だけでなく、医療界全体又は国民全体で考えていかなければならないテーマである。施設で看取るということについて、地域の文化の中で納得のいく仕組みづくりをし、それが国全体で共有され合意形成されなければならない。

(8) 看護師不足（特に有床診療所）について（長崎）

【提案要旨】

平成18年の診療報酬改定において、看護師の配置基準が改定され「7対1」入院基本料が創設された。それ以来、中小病院の看護師不足が深刻となっている。また、夜間勤務者を必要とする有床診療所においても夜勤可能な看護師のなり手の減少により、無床化する施設もある等より深刻な状況となっている。各県の状況を伺いたい。

【各県回答】

各県ともに慢性的な看護師不足にあり、抜本的な改革を行われなければ地域医療が崩壊してしまうとの報告があった。

○大分県：看護の重要性や魅力の再認識に繋がるよう診療所や福祉施設などへの研修を毎年実施している。

○沖縄県・佐賀県：有床診療所の入院基本料の引き上げや癌患者の緩和医療への適正な評価を求める意見があった。

○熊本県：更に大きな問題として、医師会立准看護学校がこの10年で14校から7校に半減。また、カリキュラムの拡充で有床診療所に在籍したまま通学が困難な状況になっている。

○宮崎県：地域医療再生基金（拡充分）を活用して、医師会立看護師等養成所を通じ、看護教育教材整備事業、看護教員等養成支援事業を展開する。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 従来から看護職員不足において、7対1看護の導入が拍車をかけ、今なお看護師の引き抜き等が行われ、中小病院や有床診療所の特に夜勤可能な看護師の不足が深刻な状況となっている。
2. 特に有床診療所で看護職員の確保が難しいのは、もともと看護師不足であるのに加え、各県からご指摘のとおり診療報酬は極めて低いため、十分な待遇を提示できないことが大きいと思う。
3. 診療報酬上の適正な評価を得るための前提として、有床診療所に対する理解を得ることが必要である。
4. 日医としては2010年12月と2011年7月の社会保障審議会医療部会において、有床診療所の役割や現状について、横倉副会長が資料を提出し意見を求めている。
5. 他の委員からも有床診療所への期待の声が上がっており、大分理解が進んできたものと思う。
6. また、国民の方にも有床診療所を知っていただくことが必要であり、全国有床診療所協

議会と共催で、昨年12月4日「有床診療所の日」記念講演会を開催したところ300名を超える有床診療所関係者や一般の市民の方に参加いただいた。

7. 有床診療所の入院基本療法については、日医としても医師や看護職員が医学的管理を行い、密度の濃い医療を提供しているながら、介護施設よりも評価が低いのは不合理であるとして是正を求めている。
8. 引き続き、改善に向けて対応していく。
9. 有床診療所に限らず、地域の医療機関では本当に看護職員が足りず困っている。
10. 国の7次看護職員需給見通しでは、平成23年末で56,000人の不足、平成24年末では51,500人の不足が見込まれている。
11. この需給見通しは、各都道府県において医師会も関わり積み上げたものである。
12. 日医も努力はするが、各県でも行政に看護師・准看護師養成所を増やす等の対応をするよう強く働きかけていただきたい。
13. また、看護大学が急増しているが、県内への就業率は半分程度であり、加えて大病院、DPC等の7対1看護を実施している国公立病院への就職が多く、地域の中小病院や診療所の看護職員の確保には繋がっていないのが現状である。
14. 医師会立看護学校は、地域の看護職員の確保に重要役割を果たしているが、看護大学増加の煽りを受け、医師会立看護学校の実習施設の確保が非常に困難になってきている。
15. 地域の病院も実習を引き受けたくとも、ただでさえ看護師が不足し、実習指導者講習会に派遣することが難しい状況や、男性の母性実習等の問題もあり、厚労省に対し机上の理想論ではなく、現実に対応した柔軟な運用を引き続き求めていきたいと考えている。
16. また、既にお知らせのとおり教員確保については、来年度厚労省概算要求で教員養成講習会のeラーニング導入のための予算が盛り込まれた。24年度にコンテンツ等作成し、25年度より実施する方向で考えているとの

ことである。

17. 教員や学校の負担をいかに少なくするかが課題である。日医としてその点に注意し意見を述べていきたい。

(9) 特定看護師問題について (大分)

【提案要旨】

NP特区構想に始まり、特定看護師(仮称)論議・試行事業を経て、平成23年11月7日開催の第17回チーム医療推進のための看護業務検討WGにおいて、厚労省が「看護師特定能力認定制度」の骨子案を提示した。

現在民主、自民の各委員会においても議論されており、厚労省は、この制度の導入をめざし、今通常国会に保健師助産師看護師法改正案を提出する予定でいる。当初からの流れを考え、この制度は将来どのようなようになっていくのか、日本医師会の見通しを伺いたい。

【各県回答】

大分県・沖縄県・福岡県・鹿児島県からは明確に反対との回答があり、宮崎県・長崎県・熊本県・佐賀県からは日医の見解を伺いたいと回答した。

また、鹿児島県は、この問題は深刻な看護師不足を更に崩壊に突き進めるものであるとし、地域の看護師不足を助長させると指摘した。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 昨年11月に厚労省が示した看護師特定能力認定制度骨子案は、特定行為を法制上法令上に定め、一定の教育を終了し大臣の臨床を受けた看護師は医師の包括的指示での実施が可能であり、認証がない看護師は、安全体制を整えた上で具体的な指示を受けた上で実施するというものである。
2. 日医が実態調査を基に、現場では多くの医行為が医師の指示のもとに診療の補助として実施されており、新たな業務独占資格を創設すれば一般の看護師の業務縮小につながり、地域医療は成り立たないと主張したことを受け

- て、厚労省は「業務独占」も「名称独占」もしない「認証制度」とし、一般看護師も具体的な指示があれば実施できるという案を出してきた。
3. ますます制度創設の意味が不明確になってきている。
 4. チーム医療推進会議でも纏まっていないものを社会保障審議会医療部に諮ることは時期尚早であるとして、日医も医療関係団体も揃って反対したが、厚労省は社会保障審議会医療部に検討状況を報告するだけとして、12月の社会保障審議会医療部会の議題にのせた。
 5. 厚労省は報告するだけと言っておきながら、医療部会の意見の纏めの案の中に、しっかり「一定以上能力を公的に認証することは重要である」と入れてきた。
 6. 当然、出席していた横倉・中川副会長が強く反対し、病院団体からも反対意見が出され、最終的には「公的に認証することを含め、一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みのあり方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要がある」と修正された。
 7. 「法制化」という文言はなく、「公的」も国の認証とは限らず幅の広い物で学会等の認証も含まれることを確認している。
 8. 今後は看護業務を検討ワーキンググループで「特定行為を法的に位置づける場合と位置づけない場合の違いは何か」、特定行為を法的に位置づけた場合、「看護師の能力を厚労大臣が認証した場合としない場合の違いは何か」議論されることになっている。
 9. 1月24日、特定行為のたたき台が具体的に出され、非感染創の縫合や電気メス使用による止血、褥瘡等、腹腔穿刺もまだ残っている。
 10. これが本当に患者のための地域医療の推進に必要なのか、むしろ医療の質の低下や医療安全の低下は免れないのではないかと考えている。

11. 厚労省は今通常国会の法案提出を目指しているため、各県医師会に地元選出の議員への働きかけをお願いしたところそれぞれ対応いただき感謝する。
12. 業界誌の報道では、民主党厚労省部門会議、副座長の梅村議員は、関係団体や議員で賛否分かれている状態であり今通常国会での法案提出は絶対無理だと断言したとのことである。
13. しかし、厚労省として認証制度の旗を降ろしたわけではない。
14. 看護職員不足にあえぐ地域の現場において求められているものは、一般の看護職員不足の解消であり、認証を受けた看護師を求めているわけではない。
15. チーム医療推進会議の次回の会議は未定であるが、日医から3月までにあと1回会を開くよう厚労省には要望している。
16. 今後とも医療安全の視点を第一に、現場が混乱する事のないよう対応していきたい。

(10) 医師臨床研修制度における「基幹型臨床研修病院指定要件」の激変緩和措置継続について (宮崎)

【提案要旨】

本県の基幹型臨床研修病院数は6病院で全国で2番目に少ない県である。

平成21年度に実施された「基幹型臨床研修病院の指定基準」の強化において、現行の激変緩和措置が廃止されると、県内1病院が「入院患者数年間3,000人以上」に該当せず、指定取り消しになる。この他「2年間連続して研修医の受入れ実績がない場合の指定取り消し」の項目に3病院が該当しており、指定取り消しが危惧される。

九州各県の「入院患者数年間3,000人以上」と「2年間連続して研修医の受入れ実績がない」に該当する基幹型臨床研修病院の有無と意見を伺いたい。また、併せて日医の支援をお願いしたい。

【各県回答】

- 大分県・長崎県・福岡県：激変緩和措置が廃止されると指定取り消しが危惧される。
- 鹿児島県：既に1医療機関が入院患者数年間の要件を満たさず指定取消しになっている。
- 熊本県・鹿児島県・佐賀県：地域の実情を考慮し弾力的な運用が必要である。
- 沖縄県：大学病院に研修医を集め医師派遣機能復活の重要性を強調し、本年4月開設の「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」を中心に、県下3つの研修群（県立病院群、群星沖縄研修群、RyuMIC群）が連携の下、県全体の研修システムの確立に向けて医師会も支援している。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 宮崎県の稲倉会長には厚労省へ確認の上次のように回答した。
2. 要望（1）基幹型臨床研修病院の指定基準については、現在激変緩和措置の適応を受けている病院に対しては訪問調査を行うこととしている。
3. 本調査は、基幹型臨床研修病院の指定取り消しを前提として実施するものではないことを確認している。
4. 本調査により対象病院における研修の質を確認し、その結果を踏まえ医道審議会、医師分科会、医師臨床研修部会において当該病院の指定取り消しの可否を検討すると共に、今後の指定基準の見直しの際の参考とすることになっている。
5. この調査の訪問者は、地方厚生局医政局医事課、NPO法人卒後臨床研修評価機構の講習会を受講したサーベヤーが訪問する。
6. 調査機関については、今年の3月まで。宮崎生協病院は既に調査を終えているとのことである。
7. 評価方法としては、研修医の基本的診療能力と病院の指導管理体制を総合的に評価、臨床研修病院としての外形基準の審査、指導医等への聞き取りや研修医における症例提示ア

ンケート等となっている。

8. 要望（2）臨床研修病院の指定取消要件（2年以上研修医を受け入れていない時）については、2次医療圏において医師不足である場合には運用上、臨床研修病院の取り消しは行わない配慮をしている。地方厚生局に確認いただきたい。

**(11) 医学部での地域医療カリキュラムに地域の医師会がどのように関わっているか
(大分)**

【提案要旨】

当県においては2010年に大分大学地域医療学講座が開設され、本年から医学部6年生における地域医療実習が始まっている。県下8カ所の病院をベースにして1クール2週間の実習が行われたが、その中に診療所実習が含まれ外来診療・訪問診療・介護施設訪問などが行われている。医学部在学中から地域医療に接することで卒後の進路選択へとシームレスな効果も期待されると思われるが、各県における医学部の地域医療カリキュラムの現状とそれに対する医師会の関わりなどについて取り組みを伺いたい。

【各県回答】

- 福岡県：平成21年度より県下3大学（福岡大学、久留米大学、産業医科大学）において「地域医療活動や医師会の役割」をテーマに、役員が講義（1コマ程度）を行っている。
- 宮崎県：県医師会、宮崎大学、市町村及び県で構成された宮崎県地域医療支援機構において、宮大医学部地域医療学講座及び医学教育改革推進センターと連携した「医学生へき地医療ガイダンス事業」を実施し、へき地公立病院等での臨床等実習や講義が行われている。
- 鹿児島県：鹿児島大学において離島僻地実習（医学部6年生対象）が行われている。また県主催による同大学の地域枠医学生を対象に1年生から離島医療実習が行われるなど、離島・僻地診療、在宅医療等を学ぶ機会が設けられている。
- 佐賀県：佐賀大学医学部6年次を対象に地域

医療実習（必修）が行われており、診療所や小規模病院で2週間の実習を行っている。また、学部内に教育研究の先導的組織として「地域医療科学教育研究センター」が設置されているが、佐賀県医師会も同センターの運営委員を務めている。

○**沖縄県**：地域医療に関する動機付けを高めるべく、琉大医学部で地域医療カリキュラム（1年次：外来患者付添実習の実施、3年次：地域の医療・福祉施設を見学実習、4年次：離島地域病院実習、5～6年次：地域医療実習）を実施している。また、現在卒後研修2年間の内の半年間でも、内容を卒前研修に持っていけるような背景作りが検討されているか伺いたい。25年度に卒後研修の再検討がなされるとのことだが、国策として6年次の半年間を地域と一体となり実技研修ができる背景づくりを考えてほしい。

【藤川日医常任理事コメント】

1. 複数の医師会が医学部における地域医療の実習や講義にかかわっている事に関して敬意を表している。
2. 今後とも医学生に地域医療を理解してもらうために、地域の実情に応じて積極的に取り組んでいただきたい。
3. なお、日医においては「指導医のための教育ワークショップ」を開催しており、医学生の指導を行う医師や臨床研修制度の指導医の養成を行っている。
4. 同様のワークショップは都道府県医師会においても開催されており、既に4,500名以上が終了している。地域においてこの指導医の先生方に是非とも活躍して頂きたい。
5. 沖縄県から照会のあった卒前研修で6ヶ月程度を地域医療に参加させることについては、5年生や6年生へ出来る限り地域医療、救急医療に参加させ、卒業時点である程度の医療が熟せるようにしては如何かと考えている。
6. 早く現場に出すことで、多様なプライマリケアの習得が期待できる。卒業後、数年で相

- 当レベルプライマリケアが期待でき、また3年目以降、専門医取得をめざす際に、豊かな経験を活かせるのではないかと考えている。
7. 現在6年目が国試対策の予備校化してしまっている。勉強も大切なことだが、早く現場に参加させる方が良いのではないか。原中会長他、役員も殆ど同様の意見であり、その方向で提言していきたい。

(12) がん検診の受診率向上への取組みについて (福岡)

【提案要旨】

平成20年度の本協議会において、がん検診の受診率向上への取組みについて、長崎県医師会より提案があがっていたが、本県のがん検診受診率は毎年度わずかな増加はみられるものの、がん対策推進計画による平成23年度までに受診率50%以上の目標を達成することは非常に困難な状況である。

本県においては、平成20年度に乳がん検診部会に受診率向上のためのプロジェクトを立ち上げ、受診率向上のための対策について協議を行うとともに、県内市町村に対してアンケート調査を実施したところ、啓発事業を実施していない市町村が約4割あり、その主な理由としては、予算確保が困難なことやマンパワー不足によるものであった。

また、女性特有のがん検診無料クーポン事業においても、クーポン利用率は約20%にとどまっている状況である。

そこで、平成20年度以降の各県自治体における受診率向上のための具体的な取組みとその成果について伺いするとともに、受診率向上に結び付いた対策などあれば、ご教示いただきたい。

【各県回答】

九州各県ともに、医師会や市町村において様々な取組みが行われているものの、がん対策推進計画による受診率50%以上の目標達成には非常に困難な状況となっており、20～

30%台に留まっている。だからといって、今後、受診率の向上が望める具体的な取り組みがないのが現状である。

長崎県医師会の釣船常任理事（日医公衆衛生がん対策委員会委員）からは、国民事業として、①がん検診の義務化、②がん検診の無料化の2点が無ければ、受診率の向上は難しいと述べられた。

大分県医師会の井上常任理事からは、欧米では80～90%の受診率があるので、日医から国民への理解を得られるような働きかけをお願いしたいと述べられた。

鹿児島県医師会からは、医療と検診の整合性を図るべきであると述べられた。

【藤川日医常任理事コメント】

当件については、担当の保坂常任理事よりコメントをいただいている。

九州各県医師会からの報告にもあるように、がん対策推進計画による受診率50%の目標に対し、全国的にも各がん検診の受診率は20～30%に留まっている。

しかし、この受診率自体が対策型検診のみの対象としているのか明確でないことも問題であると認識している。

また、受診率をあげることと並列して検診の精度管理を徹底しなければならない。国は対策型検診を推進しているものの、有効性を検証したガイドラインそのものが、開かれた議論でないことから基本的な問題があると認識している。これらの課題について厚労省の担当局とも認識を共有しており解決に向けて参る所存である。具体的には厚労省として対策型検診の有効性に関する検討会を年度内に立ち上げることとしている。その中で、何をもって受診率とするのかを視野に入れて検討を行ってまいりたい。併せて精度管理の向上についても検討していきたい。さらに、補助金から地方交付税・交付金へ移行したがん検診費用のあり方について検討が必要であると考えている。

WHOでは、がん、脳卒中、慢性呼吸器疾患

等の非感染性疾患の警告を発するとともに、これらの疾患は生活習慣病の改善により予防できると強調していることを受け、日本も、がん、その他の疾患に対する包括的な対応を進めていくこととしている。

日本医師会としても、今後とも、がんをはじめ、様々な疾患に対する対策の推進に取り組んでいくので、ご理解ご協力を賜りたい。

(13) 地域がん登録について（福岡）

【提案要旨】

今般、健康増進法及びがん対策基本法に基づき、県内におけるがん患者について、がんの罹患、転帰その他の状況を登録し、本県におけるがんの実態を分析する等、今後のがん対策の総合的な推進を図ることを目的に、平成23年8月より再開され、9月から登録を行っている。

今回、届出票の提出先を本会にしたり、がん検診の講習会等でがん登録についての説明を予定する等、多くの会員医療機関の協力が得られるよう、本会でも地域がん登録の推進について積極的に関わっているところであるが、各県の地域がん登録の実施状況についてお伺いしたい。

【各県回答】

宮崎県を除く全ての県において地域がん登録を実施している。

本県では、昭和63年よりがん登録を開始しており、沖縄県衛生環境研究所に中央登録室を設置している。また、平成21年9月から全国基準の「地域がん登録標準データベースシステム」を導入している。

大分県では、平成23年1月症例分を同年4月より登録開始し、届出件数は、拠点病院で7,402件（平成21年1月～23年10月）、それ以外の医療機関で767件（平成23年1月～10月）となっている。

長崎県では、昭和33年に長崎市医師会が開始した時から始まり、昭和59年に「長崎県がん登録評価事業」として引き継いで実施している。全国でも精度の高い地域がん登録として、

全国の罹患率の推定やWHOの「5大陸のがん罹患率」等へ利用されている。

熊本県では、平成5年度から地域がん登録事業を県直営で実施し、地域がん登録に関することは、すべて県庁内登録室で実施している。

鹿児島県では、県民総合保健センターに委託して実施され、平成22年の医療機関毎届出数は、県内43機関から8,836件であった。

佐賀県では、昭和59年度から実施されており、平成17年度までは、届出票の配布と回収・返信用封筒の配布などの一部を県医師会が受託していた。平成18年度より、医療機関からの届出票の収集・解析等全ての事業について、財団法人佐賀県総合保健協会に委託して実施している。

【藤川日医常任理事コメント】

日本で地域がん登録が始まって半世紀になるが、未だ実施していない地域があるのが実状である。

地域がん登録が普及しない原因として、手続きの煩雑さや、その必要性が患者のみならず、医療従事者にも必ず十分に認識されていないこ

とがあげられる。また、登録事業が欧米より普及されていないことも要因の一つである。

がん診療連携拠点病院は、院内がん登録が指定要件となっており、国立がん研究センターと共通のフォーマットによる登録が行われてきた。しかし、データの共有化が図れず、これまでは国立がんセンター、各学会、地域、病院による様々なフォーマットにより、登録事業の普及の阻害要因となっていた。現在は、次第に標準化されつつある。

我が国のがん対策が遅れた理由の一つに、精度の高い罹患情報としての登録事業の形態が指摘されている。欧米諸外国や韓国は、国をあげてがん登録を事業化し、がん対策を推進している中、我が国も地域がん登録を推進していく必要があると考えている。がん対策の推進のためにも精度の高い標準化された罹患情報が重要であり、臨床現場で活用しやすいがん登録制度の確立と国民に対する周知、広報の徹底が必要である。そのためには、地域がん登録の法制化やそれに伴う個人情報保護法の徹底についても検討すべきと考えている。

印象記

副会長 玉城 信光

今年の1月28日佐賀市で九医連の協議会が開催された。

早朝那覇をたち福岡空港から地下鉄にのり、唐津に降り立った。唐津城にのぼりさて駅に戻ろうかと思ったとき、唐津城周辺にはタクシーがないのである。なんと田舎の町かと思ったが、駅まではさほど遠くないので歩いて行くことにした。歩くと面白いものが目に入った。唐津城の隣が早稲田唐津高校であった。佐賀に早稲田の高校を誘致したときいたが、唐津という人口の少ない町に誘致されているのであった。名護にも誘致したらどうかと思っている高校である。唐津駅から佐賀駅までSUICAが使えると思い入場したが駅舎のポスターをみていると途中駅ではSUICAは使えないと書かれている。駅員に聞くとやはり使えないらしい。SUICAの入場記録を消して頂き改めて切符を買ったのである。田舎の風景を見ながら、やっと佐賀駅に到着である。

各種協議会はいろいろな意見がよせられ面白いものである。しかし、今年は多くが災害時の医師会のありように時間が割かれた。

沖繩県からは「九州各県における災害等への対応状況および九州各県の連携構築について」質問させて頂いた。

今回の東日本大震災における災害支援を通して、沖繩県内において災害が発生した際の対応と支援体制を検討していくために九州各県の対応状況を確認したいと質問した。また、沖繩県には原発はないが原子力災害対策も含め、九州各県の災害支援計画等の対応状況について伺った。

今後、大規模災害発生時への対応が的確に行われるよう、行政側も含めた九州ブロックとしての協力体制について協議の場を持つことが必要であると考え各県の意見をもとめた。

各県ともJMATやDMATの活動を通じて災害対策の重要性を認識し、体制の再構築を検討していることがわかった。

宮崎でも「宮崎県災害医療活動マニュアル」の改訂の検討が行われ、救急告示医療機関への防災無線等の通信手段確保や各郡市医師会への衛星電話の配備、JMATの定期的な研修等の開催を要請していると報告された。

沖繩県が行った大槌の支援でも連絡手段の大切さが指摘されており、どのような手段が有効なのか検討が必要である。

行政を含めた九州ブロックとしての協力体制構築のための協議の場の設置については殆どの県で「賛成」との回答が得られた為、次回福岡県で開催される「九州各県保健医療福祉主管部長および各県医師会長合同会議」において提案されることになった。

九州各県の連携も大切ではあるが、基本は各々の県における体制固めが先で、それらの業務提携の中から基本的な行動が生まれると思われる。会員有志で作られた「災害医療支援にかかるワーキンググループ」より提言された「沖繩県医師会災害救助医療班派遣要領草案」の実行を見なければならない。

災害に際し、医師会が先に行動を起こすことが考えられる。それに対し行政があとから公的派遣であると承認することが大切であり、これらが九州各県への広がりを認めてもらうことが重要になる。

藤川常任理事からも日本医師会では、東日本大震災の一年前にJMATを提案した救急災害医療対策委員会において、今回のJMAT活動の課題、今後のあり方を検討しており来月中には、報告書がまとめられる予定であるとのべられた。

宮崎県から提案された広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の有用性についてであるが、そのようなシステムがあることを知らなかった。しかし、かなり使い勝手の悪いもののようで、国が考えることは金がかかる割には使いづらいシステムが多いものであることを改めて認識した。

沖繩県ではどのように災害対策を構築していくのか、来年度の大きな事業の一つであると認識した。

印象記

常任理事 安里 哲好

九州地区代表の藤川謙二日医常任理事の出席のもとに、佐賀県の古賀義行常任理事が座長され、各項目について日医の考えや方向性も述べてもらい、13項目について、2時間の協議が進められた。

小生は協議事項(7)より以降を担当し、印象に強く残った事項を報告したい。協議事項(7)：「救急医療に関する特例病床と今後の二次保健医療圏における基準病床、そして医療連携について」は、急性期医療から看取りまでの諸問題を含む大きなテーマを沖縄県から提案した。特例病床は宮崎大学医学部附属病院の救命救急センター化、大分大学医学部附属病院のドクターヘリ導入に伴う増床を予定しているとの事。基準病床については、各県ともこれから検討すると述べていた。藤川常任理事は両項目について、都道府県医師会を中心とした、地域の特性・事情によって体制づくりを行うのが望ましいと主張していた。一方、介護施設からの搬送数が急増しているのが課題で、多死社会の中で、特別養護老人ホームや介護老人保健施設でも同意書をとって、看取りが出来るようになるのが望ましいと述べていた。

(11)：「医学部での地域医療カリキュラムに地域の医師会がどのように関わっているか」については、各県1コマ程度の講義から2週間の実習(診療所や小規模病院)等が行われている様だ。平成25年に卒後研修の再検討がなされるとのことだが、卒後研修の2年間のうち、6ヶ月分を5・6年次に地域医療機関と一体となって実技研修ができる背景づくりを考慮して欲しいと要望した。

(12)：「がん検診の受診率向上への取組みについて」と(13)：「地域がん登録について」は、がん対策推進計画によるがん検診受診率の目標は50%以上で、各県は30%前後、本県は20%台でかなり低い印象を受けた。一方、がん登録に関しては、本県では昭和63年よりがん登録を開始しており、沖縄県衛生環境研究所に中央登録室を設置している。また、平成21年9月から全国基準の「地域がん登録標準データベースシステム」を導入しており、今後に期待したい。

今回は、日医での地域医療対策委員会の次の日に福岡に入り、博多駅で皆と合流した。また、当日、協議会終了後の懇親会や翌日の親善ゴルフ大会にも参加せず帰沖し、慌ただしい一日であった。今年度は佐賀県に何度も足を運び、その折り一度だけ唐津を回ったが、あいにく雨が強かったので、駅の近くの商店街の唐津焼の見学に終わった。第1回各種協議会の親善ゴルフコンペと第111回九州医学会総会の親善ゴルフコンペ(88名参加)で連続優勝をすることができ、思い出深い佐賀県医師会主催の1年で、池田秀夫会長並びに佐賀の先生方には心より感謝申し上げたい。平成25年度は沖縄県が主催することになっており、県医師会理事者は平成24年度の宮崎県の協議会には積極的に参加していただきたい。また、当県主催となる平成25年度には、各地区医師会の協力も得て、1年を精一杯乗り切り切りたいものだ。

沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

<p>●会議室1～4</p> <p>会議室1・2 S=42席 T=64席 □=35席</p> <p>会議室3・4 S=36席 T=54席 □=30席</p> <p>2F</p> <p>機能的に各種会議が開催できるよう 4つの会議室(40～60名)を備えています。</p> <p>各部屋とも小規模な研修会や委員会等(会議)が開催できるようスクリーンを設置し、必要に応じて音響への対応も可能となっております。</p>	<p>●ホール (S=144席 T=234席)</p> <p>3F</p> <p>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</p> <p>最大240名収容のホールを完備。仮設舞台や音響設備をはじめ、講師控室やラウンジなども設置しておりますので、スムーズな運営が可能です。</p>
---	---

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



会館利用に関する問い合わせ



沖縄県医師会事務局 経理課 (城間、山田)
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9
TEL:098-888-0087/FAX:098-888-0089

平成23年度第5回沖繩県・沖繩県医師会連絡会議



常任理事 安里 哲好



去る1月23日（月）、県庁3階第3会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。

議 題

1. 宮古、八重山地域における看護師の現地採用の件について（沖繩県医師会）

<提案要旨>

離島医療確保の観点から看護師等養成校においては、地域推薦枠を設ける等の対応を行っている。県立病院における看護師等の採用についても同様に現地採用枠を設ける等の対応があれば離島の看護師確保の有効な手段だと考えるが、現行制度ではどのようになっているか伺いたい。

<県立病院課回答>

現在、沖繩県病院事業局における看護師の正職員採用については、公務員採用の基本である

公平と能力主義の観点から、年に1回から2回公募を行い、試験・面接を通じ、能力に応じた採用を行っている。

一方、非常勤職員の採用にあたっては、常時、各県立病院において独自の採用を行っており、離島における地元出身者の採用が大半を占めている。

また、地元出身者への対応については、局としては、正職員採用における面接試験の際に、配置希望を確認の上、採用後に離島希望者を優先して離島へ配置することで、離島の看護師の確保を優先的に行っている。また、転勤の際、離島に継続的な配置を希望する者に対しても、最大限意向を尊重している。

この様なことから、現在、離島における地元出身者の割合（地元出身者の配偶者も含む）は、県立宮古病院で56%、県立八重山病院で45%と高い割合を占めている。

○主な意見交換は以下の通り

県福祉保健部：通常3年に1回の割合で転勤となるが、離島勤務者は、強い希望がない限り異動はしていないのが現状である。実質的には説明のとおり離島希望が全体の半分程度を占めている。

県福祉保健部：以前は沖看や那覇看卒者の離島出身者が多かったが、その割合は減少傾向にある。将来的に減る可能性がある。今後推移を見ながら対応を検討していかなければならない。

識している。

介護認定の処分を申請があった日から30日以内に行うためには、認定調査をスムーズに実施する必要がある。県としては、市町村に対して、認定調査員の確保を含めた組織体制の整備を求めるとともに、市町村と一緒に対応を検討していく。

また、県としては、認定調査員の確保に関して、認定調査員研修の取り組み強化、市町村からの認定調査委託を可能とするため、指定市町村事務受託法人の確保等を検討していく。

2. 要介護認定調査の遅れについて

(沖縄県医師会)

＜提案要旨＞

沖縄県介護保険広域連合が取りまとめた「第4期介護保険事業計画評価事業（平成22年度）」によると、平成22年度の要介護認定審査対象者15,435人のうち、認定遅延者が12,376人と全体の80.2%を占め、その原因の多くが「認定調査の遅れ」（54.4%）となっていることが示された。

認定調査の遅れにより、暫定的な介護度を基に申請者のケアプランを作成しサービスを提供するケースの増加が予測され、それにより、暫定的な介護度と本来の認定結果に相違が生じる等、被保険者への適切なサービスの提供や利用料の自己負担等において不利益を及ぼす可能性が懸念される。

その改善策としては、認定調査員の増員等が挙げられると思うが、県所管課としてどのような対応策を検討されているかお伺いしたい。

＜福祉保健部回答＞

市町村（「広域連合」含む。以下同じ。）は、認定調査員を必要に応じて増員しているものと思われるが、年々増加する要介護認定申請件数の伸びに対応できていない可能性がある。

認定調査の遅れは、介護認定の処分の遅れにつながり、介護保険制度の信頼を損ねる事になりかねず、介護認定の処分を法定期限内で実施する体制を整えることは喫緊の課題であると認

○主な意見交換は以下の通り

県福祉保健部：認定調査員を正職員として採用することは財政面からも難しいため、非常勤や嘱託職員を採用し対応を凶っているところである。また、介護支援専門員協会等と連携し、市町村が協会等に対し調査業務を委託できるような体制整備を検討しているところである。

また、各市町村から認定事務を簡素化できないか等の意見も寄せられていることから、現在、他県の状況について情報収集しているところであり、情報を整理次第、医師会に対しても改めて情報提供したいと考えている。

那覇市においては、平成22年度より、指定市町村事務受託法人に認定調査の一部を委託しており、認定調査員の数は平成21年度比で1名減となっている。

県医師会：指定市町村受託法人を増やした方が良いということか。

県福祉保健部：市町村で人員を増やすことは難しいため、人材確保という意味では法人の活用は効果があると考え。現在、指定市町村事務受託法人は那覇市の受託で手一杯の状況であり、他市町村の依頼は受けていない。今後、同様の受託法人の指定について検討を行いたいと考えている。

県医師会：脳卒中等の医療連携を検討する際、回復期病院から退院する時に介護認定がなされておらず入院が延長する場合がある。その結果、在院日数が短縮できない等の問題にもつながる。

市町村に対する具体的な取り組みはあるか。

県福祉保健部：定期的に、市町村職員連絡会議を行っているところであるが、現時点で、個別の事例については取り組めていない。今後情報共有を図る等検討していきたい。

3. 特定健康診査の受診率向上について

(沖縄県福祉保健部)

<提案要旨>

平成20年度から医療保険者に特定健診・保健指導が義務づけられ、各市町村国保においても受診率向上に努めているところであるが、平成22年度における市町村国保の特定健診受診率(法定報告速報値)は34.4%となっており、平成24年度の目標受診率である65%には、大きく乖離している状況にある。

市町村においては、電話や個別訪問による受診勧奨など、未受診者対策を推進しているものの、未受診者のうち医療機関に通院中の者が3~4割いるとされており、通院中を理由として健診受診に繋がりにくい状況があると推測される。

県においては、通院中の者も特定健診受診が必要な旨、テレビ・ラジオ等の広報により周知を図っているところである。

また、保険者協議会を通して、県医師会の協力のもと、主治医から本人へ特定健診受診勧奨を進めているところである。

今年度より、被保険者証を特定健診受診券と一体型とした市町村が2ヵ所あり、それ以外の市町村でも被保険者証に特定健診受診日記載欄を設け、重複受診の防止や受診日記載のない被保険者に対する受診勧奨への活用を図っているところである。

今後とも、特定健診受診について県民の健康増進を図る観点から、窓口での受診勧奨等、ご協力をお願いしたい。

○主な意見交換は以下の通り。

県医師会：医師会としては、1月30日に地区医師会特定健診担当理事者会を開催するとともに、来月に医療機関向けに説明会を行い、一体

型受診券や受診勧奨について周知を行う予定である。

受診率向上については、医師会、県行政が一体となって進めていくことは非常に大切なことであると考えている。

県医師会：現在、健診と診察を同時に受けても良いことになっているが、再診料が取れないので区別する必要がある。健診と診察を同時に受けることに関しては、受診率の向上につながると考えられるが、再診料の問題についても認識していただきたい。

また、市町村によっては、医療機関で診察や検査を行い、それを報告すれば特定健診を受けたことにしていただきたいという提案もある。そうすると、健診の意味が全くない。

医師会から見ると、受診率アップについての提案はいくつかあるが、色々な問題がある。しかし、受診率を上げるということは非常に大切なことであることから、医師会も担当理事を中心に受診率向上に努めていきたいと考える。

県医師会：市町村は必死になっていないのではないか。担当者が熱心なところは受診率が高い。そうであれば、他の市町村も担当者が必死になれば受診率も上がるはずである。

県福祉保健部：熱心に取り組んでいる市町村の取り組みを出来るだけ全県に広げられるようにしていきたいと考える。

4. ①沖縄県立看護大学における「専任教員養成課程」の設置について

②専任教員養成講習会の運用について

③沖縄県立看護大学における定員について

(沖縄県医師会)

<提案要旨>

現在、看護師養成所における看護教員養成のあり方については、厚労省の指導要領に基づき各種コースが設定されているが、看護系大学において「教育に関する4単位」を取得した者以外については、就労後、長期間の教員養成講習会等を受講しなければならない。

また、研修を希望しても現場の労働環境等の

問題があり、研修会への参加が困難であるとの窮状が看護学校からも寄せられている。

今後、教員の定年退職者の増加等に伴い、教員不足が生じる恐れが懸念される。よって教員の養成確保問題は喫緊の課題だと考える。

①以上の観点から、将来的な看護教員の養成並びにその確保に向けては、計画的な養成を促進することが望ましく、本会では、沖縄県立看護大学における人材育成、特に看護教員の養成に関して大きな期待を寄せている。

ついては、計画的な看護教員の養成・確保に向けて、学内に「専任教員養成課程」の設置等の措置をお願いしたい。

また、卒業後、教員を希望する者に対しても、常時受講ができる環境整備をお願いしたい。

②県ではこの程、沖縄県地域医療再生計画（二次）を活用した「看護教育専任教員養成事業（約35人予定）」を平成25年度中に実施すると伺っているが、専任教員の養成講習会は時間も膨大で、長期間に亘り集中的に実施されるため、継続して受講するにはシステムの難しい面がある。分割した受講方法等参加しやすい研修計画等を検討いただきたい。

③沖縄県立看護大学の定員について意見交換を行いたい。

文科省管轄の大学では110%の定員受け入れを容認している実情がある。医師養成に関しては、不足時に定員枠を広げるなどの柔軟な対応を採っていることから、看護大学においても同様の対応ができないか。また、近年の卒業生の状況を踏まえ、大学から定員増の要望があれば県の裁量で建設的な対応をしていただければありがたい。

<福祉保健部回答>

①沖縄県立看護大学における「専任教員養成課程」の設置について

専任教員の養成については、現在「看護師等

養成所の運営に関する指導要領」において、厚生労働省が認める者が別に示す専任教員養成講習会ガイドラインに沿って実施するものとされている。

県立看護大学で「専任教員養成課程」を設置するにあたっては、カリキュラムの見直し、教員の増、施設設備の拡充等が必要であるため、現状では厳しいと考えているが、今後検討していかねばならないと考えている。

全国的に見ても大学に専任教員養成課程を開設しているところはない。

②専任教員養成講習会の運用について

看護教員養成講習会については、厚生労働省の「看護教員に関する講習会実施要領（平成23年4月1日適用）」に基づき実施されており、講習会の時間、内容、実施方法が規定されていることから、現段階では、分割して実施することはできない旨九州厚生局より電話回答を得ている。

なお、看護師養成所の専任教員の有り方については、国において「今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書」を、平成22年7月に取りまとめており、その中で、看護教員の要件、看護教員養成講習会の実施体制・方法・教育内容に関する課題等が挙げられている。

改善策に関する提案として、eラーニングの導入、単位制の導入、複数年にわたる分割受講、将来的に大学や大学院での教員養成を促進することが望ましいと提案されているので、県としては、その動向を注視していきたいと考えている。

③沖縄県立看護大学の定員について

現在、看護大学の定員は80名となっているが、平成21年度卒業生は75名、22年度は74名、23年度は78名を予定している。国立大学でも110%までなら黙認するとしているが、それ以上の受け入れとなると授業料分を国に返還しなければならない制約が加えられる。

病院事業局と同様、定員の縛りの中で運用し

ており、今後、教員養成も含めて、弾力的な運用ができないか運営形態のあり方について検討していく予定である。

○主な意見交換は以下の通り

県医師会：①地区医師会立看護師等養成校は看護教員の確保に苦慮している。②県立看護大学の前田学長は、教務主任候補生の養成について、大学院博士前期課程での養成について県から要望があれば前向きに検討することを示唆している。③厚労省旧看護研修研究センターが実施していた看護師・保健師・助産師養成所教員専攻及び幹部看護教員養成課程については、平成22年4月5日付、厚労省医政局長から各県知事あて、看護教員の質向上のため専任教員養成講習会を実施するよう通達が出されているのでご配慮いただきたい。④文科省は教育環境がしっかり確保されているのであれば、1割程度の定員増は黙認するとしている。⑤看護師の過重労働やメンタルヘルス問題は偏に看護師不足が原因であり更に養成すべきだと考えている。

県医師会：医師会立看護学校も途中でドロップアウトされると学校運営がかなり厳しくなる。少なくとも入学時点で若干名増員して対応して欲しい。

県福祉保健部：厚労省管轄の看護師等養成校は、定員を超過すると厚生局から医務課に対して指導命令が届く。

県医師会：現場では看護教員の確保に苦慮している。

県福祉保健部：平成25年度に予定している専

任教員養成講習会（8ヶ月/900時間）は、従来5年おきに開催しているが、今回は前倒しで開催するため、早めに関係者へ募集を行うことにしている。定員が30名に満たなければ国庫補助が出ないなどの基準がある。

また、講習会が長期間であるため、学校側も代替要員の確保に苦慮しているとの話もある。

県医師会：現状を鑑み、講習会は定期的な開催をお願いしたい。

県福祉保健部：看護教員等の意見では、大学で4単位を取得し、教員資格を得るよりも、いろいろ現場を経験し、その上で講習会を経て、教員になる方が質が高いとの意見もある。

県医師会：免許があれば、国内年齢を問わず、いつでも採用されるメリットがある。

県福祉保健部：養成講習会については、行政主体の運営ではどうしてもスムーズな対応が難しいため、日看協会等が毎年開催している学会等とタイアップし、受講する等の運用が図られれば、分割で単位取得ができる仕組みも可能ではないかとの意見もある。

県医師会：現場の看護教員の悩みは、育児をしながら本土には行けない。県内受講を望む声は根強い。従って、県の意向が受けられる県立看護大学での設置をお願いしたい。

県福祉保健部：昨年から国も看護教員のあり方については検討を行っている。全国的に教員確保が厳しくなってきた表れだと思う。県も今後検討会を設け議論していくことにしている。国に要請すべきは国にする要請していきたい。

印象記

常任理事 安里 哲好

新しい年を迎えても、保健・医療・介護についての諸問題は途切れることなく生ずるものだと感じている。今回は、福祉保健部から1題、当会から3題の提案があった。

議題1.「宮古、八重山地域における看護師の現地採用の件について」は、年に1回から2回公募を行い、試験・面接を通じ、公平と能力主義の観点から採用しているとのこと。離島における地元出身者の割合は県立宮古病院で56%、県立八重山病院で45%と高い割合を占めている現状もあり、数年後の動向を見て行きたいと報告していた。

議題2.「要介護認定調査の遅れについて」は、県としては市町村に対して、認定調査員の確保を含め組織体制の整備を求めると共に、市町村と一緒に対応を検討して行くと述べていた。また、認定調査員研修の取り組み強化や指定市町村事務受託法人の確保等を検討して行きたいと話していた。

議題3.「特定健康診査の受診率向上について」の現状は、平成22年度における市町村国保の特定健診受診率は34.4%で、平成24年度の目標受診率65%には程遠いと述べ、医療機関の窓口での受診勧奨等の協力依頼があった。県医師会は平成24年1月30日に地区医師会特定健診担当理事者会を開催するとともに、2月に医療機関向けに説明会を行い、一体型受診券や受診勧奨についての周知を行う予定。また、県・市町村行政、保険者、県・地区医師会が一体となって進めて行くことが大切であることを述べた。平成24年度、県医師会は特定健診受診率向上について、地区医師会との連携を強化して市町村行政を後押しして行きたいものだ。

議題4.「①沖縄県立看護大学における「専任教員養成課程」の設置について」、「②専任教員養成講習会の運用について」、「③沖縄県立看護大学における定員について」を当会から提案した。①については、現状では厳しいとの事で、今後検討して行かなければならないと述べていたが、全国的にも大学に「専任教員養成課程」を開設しているところはないとの事。②については、現時点では講習会を分割して実施することはできない。専任教員の養成に関しては、eラーニングの導入、単位制の導入、複数年にわたる分割受講、将来的に大学や大学院での教員養成を促進することが望ましいと提案されているので、その動向を注視して行きたいと述べていた。③については、80名定員の内、卒業生は74～75名である現状を考えると、110%以内増はすぐにも実施したら良いと思う。また、琉大医学部地域枠12名の様に、7～8名は看護教育専任教員コース枠にしたらいかがだろうか。

県内のG看護専門学校は定員80名に対し、24年度は500名余の応募があり、倍率6.5倍である。しかも、国家試験合格率は100%近くで、就職率は100%以上の現状を鑑みると、今の2～3倍の定員増が社会ニーズに応ずることになる(定員割れの大学、大卒就職率70%の現在)。早急に、専任教員養成の推進をと思う。平成25年度に専任教員養成講習会(35名)を開催する予定との事で、各医療機関から1～2名の応募を頂きたいと切に希望する。

琉球大学医学部附属病院専門研修センター主催・ 沖縄県医師会女性医師部会共催プチフォーラム 「女性医師がいきいきと働くためには」(大学病院編)に参加して

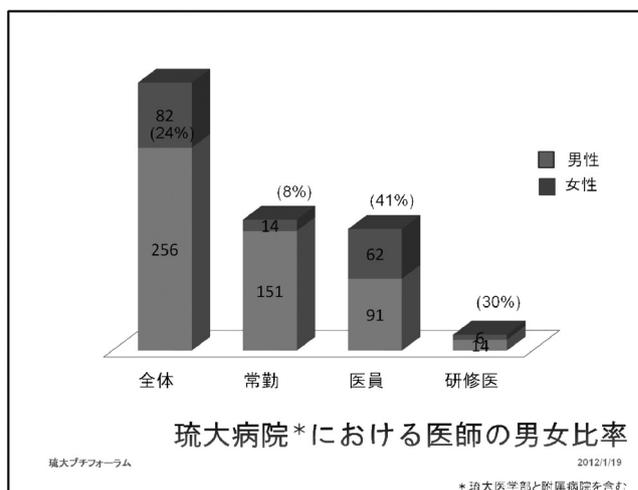
沖縄県医師会女性医師部会 部会長 銘苺 桂子
委員 外間 雪野



去った1月19日、琉大医学部附属病院専門研修センター主催、沖縄県医師会女性医師部会共催によるプチフォーラムが、同大専門研修センター特命助教・コーディネーターである宮城めぐみ先生の司会のもと、学内の臨床研究棟1階、大学院セミナー室にて行われました。お忙しい中、各診療科の1年目から20年目までという様々な年代の先生方にお集まりいただき、途中参加も含め27名もの先生方が参加されました。その中には、女性医師の就労支援にご理解のある男性医師4名も参加されました。

専門研修センター長、大屋祐輔先生のごあいさつのあと、女性医師部会役員であり、琉大周産母子センター助教の銘苺桂子先生に、「女性医師がいきいきと働くためには (大学病院編)」と題して、プレゼンテーションを行っていただきました。

銘苺先生のプレゼンテーションでは、全国的な女性医師の増加についての説明と、これまでの県医師会女性医師部会の活動内容について説明いただいた後、院内の女性医師の現状について報告がありました。



次に、銘苺先生が所属されている産婦人科における女性医師支援への取り組みについて説明がありました。

6、7年前に産婦人科医が激減し、激務→疲弊退職→残された人が更に激務に、という悪循環に陥り、医局崩壊の危機に直面していたとのことでした。その対策として、医局内にQOL 担当者を置き、女性医師が辞めない医局への模索を開始し、その努力が続けられた結果、入局者が徐々に増加し、現在では若手医師が13人と院内でも多数を誇る医局に成長されたとのことでした。またそのなかの9名(70%)が女性医師で、内8人(90%)が既婚者という既婚女性医師の多い医局になっているとのことでした。今後は入局した医師たちが「専門医を効率よく取得し、産婦人科を辞めずに働き続ける」という視点にたった働き方を行っていくとのこと、女性医師支援を考える上でも、また男女問わず医局員不足に悩む医局にとっても非常に示唆に富んだ内容でした。最後に、女性医師支援に関して今後は大学全体で考えていく必要があると思われる、とまとめておられました。

銘苺先生のプレゼンテーション後、各グループでの話し合いがもたれました。各テーブルでは各科の先生方が、診療科、医師年数の枠を超えて女性医師の境遇について話し合われました。このような情報交換の機会は初めてということもあって、各テーブルでは熱いトークが繰り広げられました。

グループで話し合われた内容として、以下のようなことが挙げられました。

- ①各科とも個別に主治医制、グループ制、短時間勤務制度等が取り入れられている
- ②琉大病院では数年前から育児支援のために、短時間勤務制度が制定され、復帰する女性医師が増加している
- ③民間病院では後期研修が終わるとその病院とは縁が切れることが多い。医局があるというのは大学のメリットであり、帰る場所があることは大きい
- ④専門医を取る上で大学に残るメリットは大きい

- ⑤各科で女性医師に対して時短勤務、当直免除等いろいろな工夫はされているが、女性医師というよりもマンパワーが足りず、なかなかそこまで手が回せない科が多い
- ⑥子育てをしているモデルとなる女性医師が大学にはまだまだ少ない
- ⑦大学は非常勤が多く、特に女性医師は非常勤の割合が多いため、福利厚生をどうするかという問題がある
- ⑧大学附属の保育園については、開園時間が短い
- ⑨女性医師に対して待遇がよい科が研修医に選ばれると思われる。研修医が一人増えるだけで医局は明るくなる。研修医を増やすためにも対策を考えていく必要がある

終わりに第一外科の長濱先生が、今後の日本の医療には女性医師が必要であり、継続性のある仕事をしていただきたいという言葉で締めくくられました。会が終了した後でも、まだまだ時間が足りないといった様子で、会場に残られた女性医師たちの熱いトークは続いておりました。

今後は大学全体で情報を共有し、統一した対応で女性医師の就労支援を考えていく必要があると思われる。その意味でも、今回のような会で女性医師たちの「生」の声を聞くことができ、また科の枠を超えてお互いの現状の情報交換が出来たのは、非常に有意義であったと思われます。主催された専門研修センターは、やむなく臨床の現場を離れた医師のスムーズな現場復帰をサポートする復職支援の窓口となっているとのことでした。専門研修センターの今後のさらなる取り組みに期待したいと思います。

※琉球大学医学部附属病院

専門研修センターへのご相談・お問い合わせ

〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字

上原207番地

TEL : 098-895-1372

FAX : 098-895-1500

E-mail : rsenmon@jim.u-ryukyu.ac.jp

働く場の環境支援部門 担当 宮城 めぐみ