

大学医学部女性医師支援担当者連絡会



沖縄県医師会女性医師部会委員 銘苺 桂子



去る9月27日(金)日本医師会館に於いて「大学医学部女性医師支援担当者連絡会」が開催され、今回は琉球大学医学部附属病院から女性医師支援の先生も含め計4名で参加した。協議会では、日本医師会の女性医師支援センターの取り組みや特徴的・先進的な女性医師支援を行っている全国の大学を代表して、3大学(①東北大学、②岐阜大学、③九州大学)より発表が行われた。以下に会議の様子を報告する。

挨拶

日本医師会長 横倉 義武

日本医師会では、平成18年より厚労省の委託事業として、日本医師会女性医師支援センター事業を実施し、就業継続の支援をはじめとする多角的な女性医師の支援を行って参った。なかでもこの事業の中核である日医女性医師バンクは、平成19年1月の開設以来、今年で7年目を迎えたが、全国各地に常駐するコーディネーターの尽力と皆様方の協力により、先月末ま

での就業実績は366件と順調に運営をしている。引き続き、皆様方との総理解を更に深め、ご協力をいただきながら本事業の一層の活性化を目指す所存である。全国各地での情報交換を目的とした女性医師支援センター事業ブロック別会議も今年度で5年目を迎え、全国6ブロックでの開催を予定している。回を重ねるにつれ、各医師会での女性医師支援の取り組みが活発になり、それに加え、各大学での取り組み事例も多々報告いただくようになってきた。

そこで本日の連絡会では、日本医師会での女性医師支援に関する取り組みを紹介すると共に、各大学における女性医師支援や男女共同参画の取り組みに関する情報を全国で共有していただくことを目的に、3つの大学に取り組み事例の発表をお願いしている。出席の皆様には、是非この機会を情報交換の場としてご活用いただきたい。

女性医師の活躍ならびに男女共同参画の推進は、医療の望ましい発展の為に必要不可欠であ

るため、日本医師会として、その実現のため真摯に取り組みを進めて参る所存である。今後とも一層のご協力をお願いしたい。

日本医師会女性医師支援センター長 羽生田 俊

本日は、全国各地より多くの大学関係者に参加いただいた。この様な機会に是非多くの大学での取り組みについて情報を交換、共有し、今後の女性医師がますます活躍できる場を広げていただき、働ける職場環境づくりに尽力賜りたい。

先に国連で安倍総理が演説をされたが、これからの日本は「女性」にしっかりと良い日本を作っていただく旨の挨拶を行ったとのことである。総理自身、女性の力に大きな期待をしている表れだと思う。

日本医師会としても、政府に負けず女性医師がしっかりと働ける職場環境作りを支援して参りたいと考えているので、今後ともより一層のご理解とご支援をお願いしたい。

議事 1

「明日の医療は貴女が創る」－日本医師会の女性医師支援に関する取り組みについて－

日本医師会常任理事 小森 貴

日本医師会女性医師支援センターでは、すべての女性医師の活躍を支援すべく各種事業を展開している。

1. 日本医師会女性医師バンクでは、平成 19 年 1 月の開設以降、平成 25 年 8 月末までの就業実績件数は 366 件（内訳：就業成立 349 件、再研修紹介 17 件）である。民間業者とは異なり、現役医師が相談・マッチングに応じており、すべて無料の対応である。
2. 「医学生、研修医等をサポートするための会」については、都道府県医師会や学会・医会等との共催により、年々開催箇所数が増加傾向（H23：57 回、H24：60 回）にある。本講習会等を通じ、医学生や若い医師がキャリアを中断せず就業継続できるよう、多様な医師像のモデルを提示いただいている。
3. 女性医師支援センター事業ブロック別会議で

は、本センターと地域との双方向による情報交換を目的に全国 6 ブロックで会議を開催している。九州ブロック会議は、平成 25 年 12 月 8 日（日）鹿児島県医師会館で予定されている。

4. 医師会主催講演会等への託児サービス併設促進と補助については、育児中の医師の学習機会の確保を目的として、各医師会が主催する講習会等への託児サービスを併設する費用を補助している。平成 24 年度は 23 医師会で利用があり、284 人の子どもが利用した。
5. 「『2020.30』推進懇話会」については、指導的立場、意思決定機関への女性の積極的参画を目的に、女性医師会員に日医の組織・運営・活動内容に理解を深めていただき、将来日医の活動への参加を働きかけるものである。年度内に 2 回懇話会を予定している。
6. この他、本日開催の「大学医学部女性医師支援担当理事連絡会（9 月）」や今年度再開した「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会（各県実施）」、全 6 ブロックで実施されたブロック別会議の内容を全国規模で情報共有する「女性医師支援事業連絡協議会（2 月）」の開催等がある。
7. また、女性医師支援における広報活動の一環として作成された冊子「女性医師の多様な働き方を支援する」や「キャリア支援のための DVD」、各種支援情報を掲載した「女性医師支援センターホームページ」等がある。

その他、日本医師会では国への働きかけとして、①「臨床研修中の産休・育休の規程の整備」について、産休を含めて延べ 90 日間の研修の休止を厚生労働省の省令に明記させ、臨床研修中の妊娠・出産・育児等による中断についてのルールを明確にしてもらった。また、②「医療機関での短時間勤務正職員制度の導入」についての支援策を要望し、平成 20 年度診療報酬改定の入院基本料等加算の施設基準等において、短時間正規雇用の医師の活用が算定条件に加えられた。③「日本医療機能評価機構の医療機能

評価項目」に、「ゆとりある勤務体制」「子育てしながら勤務できる支援体制」「休業後の再就業を支援する体制」の要望を行い、平成 21 年 7 月運用開始の病院機能評価統合版評価項目 V6.0 より項目に加えられた。④防災・災害対策計画および復興計画などの政策決定過程において男女共同参画の視点が反映されるよう要望を行い、政府から積極的に取り組むとの説明を受けた。⑤医学教育モデル・コア・カリキュラム - 教育内容ガイドライン - に「男女共同参画やワーク・ライフ・バランス」の導入促進を図った。

議事 2

取り組み事例発表

特徴的・先進的な女性医師支援を行っている全国の大学を代表して、3 大学（①東北大学、②岐阜大学、③九州大学）より発表が行われた。

①包括的女性医師支援戦略 一東北大学病院一 東北大学加齢医学研究所老年医学研究分野 助教 海老原 孝枝

本大学病院では、院内保育園（民間委託）、病後児保育のハード面の支援に加え、育児時間短縮勤務医員制度のソフト面の支援を加えた包括的女性医師支援戦略を展開している。また、周辺サポートとして、駐車許可証の優遇発行や勤務証明証の EASY 発行、宮城県医師会女性医師支援センターと連携して、各種支援を得ている。

なかでも育児時間短縮勤務医員制度は、大学病院の人事組織の構成上、医員（非常勤職員）、研究生に若い医師が多いことから妊娠中に契約更新時期が挟まれた場合、医員辞職、結果として研究生（学費払い）となり各種制度が受けられないことがある。また、研究生の身分では学生扱いとなり保育園の入所も難しい。さらに、研究生は通常の臨床業務や研究業務を課せられる一方、アルバイト収入に頼っており、給与補償も無く、社会保険制度費用や研究生として所属するための学費の支払いも必要である。そのため、医師と家庭の両立の難しさから中断離職するケースも多い。これ等の支援を行うべく、

新たな勤務体系を創設したものである。本制度では、身分が医員（時間雇用医員）のうち、小学校就学前の子を養育する方を対象に、週 30 時間を上限とする勤務時間で、給与は時給 1,405 円換算としている。宿日直勤務は免除願いを届出したものは必ず免除し、超勤務も原則命じないこととしている。ここ数年 15 人前後の利用があり、4 年以上利用している方もいる。

本大学の総医師数における女性医師の割合は平成 20 年度を境に、年々増加傾向にある。また、医局員の構成割合も助教、講師、准教授も年々増加している。女性医師支援環境整備は、一定の成果を上げてきたものと考えますが、今後は就学時以降の支援拡充や高齢化社会を見据えた介護への応用拡充も必要だと考えている。

②よりよい男女共同参画を目指して

岐阜大学の取り組み

岐阜大学大学院医学系研究科皮膚病態学講座 教授 清島 真理子

岐阜大学医学部附属病院女性医師就労支援の会は、2009 年 10 月、女性医師のキャリア形成支援を目的に発足した。発足に先立ち実施したアンケート調査から得た意見▽先輩女性医師の経験を聞きたい▽ロールモデルが少ない▽ワーキングシェアは一つの解決策だが特定の専門科では非現実的▽保育所等の施設整備が急務▽未だに男尊女卑的な態度がある▽周囲の無理解▽夫が非協力的、男性医師への教育が必要 - 等を参考に、会としての方向性を、①保育所、施設、勤務体制の整備、②先輩女性医師との交流会、③男性医師、医学生との交流を柱に活動を開始した。

就労環境への意識改革を図るべく、女性医師を取り巻く現状や諸問題の解決に向けた様々なテーマで講演会を開催。また、女子医学生と若手女性医師との意見交換会、職員の子供対象の職場見学を兼ねたキッズ・サマー・ウインター・スクール。更には、M1・M4 学生全員を対象としたキャリア教育や女性医師問題の講義を行っており、医学教育の中からの意識改革をめざしている。とりわけ、M4 学生には臨床実習入門の中で「キャリア形成を考える」講義を行って

おり、「専門医制度」「ワーク・ライフ・バランス」「女性医師問題」を課題にグループ討議を行っている。討議では、キャリアプランの形成や出産間近の女性医師を例に挙げ、①復帰に向けて準備すべきこと、②復帰後の起床から就寝までのスケジュール、③夫はどの様に協力すべきか、④上司、同僚はどの様に配慮をすべきか等、考える機会を与えている。

女性医師がキャリアを決定する最大の原動力は本人の意思・プロフェッショナリズムである。自らのキャリアパスを想定し、自力でハードルを乗り越えていく力・たくましさを、医学教育の中で植え付けなければならない。今後の医学教育で重要な点は、男性医師も含め医療界全体の中で女性のキャリアに対する理解と、女性医師に対するキャリア教育、プロフェッショナル教育だと考えている。

③より良い男女共同参画を目指して

九州大学の取り組み

九州大学大学院医学研究院保健学部門
臨床研究支援看護学 教授 樗木 晶子

九州大学では、やめない支援・働ける支援・戻れる支援への取り組みとして、平成19年度から3年間、文科省の補助金を活用し、女性医療人きらめきプロジェクトを展開した。その後は、九州大学病院独自の取り組みとして、同事業を継続している。通算7年目を迎え、病院長や上司の意識改革にも繋がっている。本事業を通じて延べ60名が短時間勤務で就業を行い、後に10名がフルタイム職への復帰を果たした。また、9名が専門医などを取得している。この他、

同プロジェクトでは、①育児支援、②ライフステージに応じた教育プログラム支援、③管理者への啓発講演会、④学生への講演・交流会、⑤各種行事や取り組みの情報配信、⑥きらめきスタッフによる成果発表会を行っている。今後はこの様なプロジェクトを他の教育研究機関や研修指定病院でも取り組んで欲しいと願っている。

また、大学全体の取り組みとしては、女性研究者への研究補助者措置制度、若手研究者支援(国際学会参加に対する支援)、さらに、教員が出産・育児・介護に係る長期休業を取得する場合に、代替教員を中長期的(3～5年間)に雇用する制度を導入しており、休業取得をしやすい就労環境整備や部局の教育研究業務への影響の軽減、優秀な人材の雇用促進、代替教員のキャリア保持にも繋がっている。

質疑応答・総合討論

質疑応答・総合討論では、時短勤務からのキャリア形成支援、終夜保育の問題点、各大学におけるキャリア教育のアプローチ、ワーク・ライフ・バランスの充実強化、様々なバックグラウンドを持った医師に配慮した新専門医制度設計等について活発な質疑応答が行われた。

閉会

最後に、小森貴日本医師会常任理事より「みんなの力で、明日を創っていききたい」と挨拶し、本協議会を終了した。

引き続き、会場を移動して茶話会が開かれ、多くの大学部関係者が交流を深めた。

印象記

沖繩県医師会女性医師部会委員 銘苺 桂子

女性医師支援について報告された東北大学、岐阜大学、九州大学の取り組みはどれも素晴らしい内容で俄かに信じがたいほどでした。院内保育などのハード面、短時間勤務などのソフト面、専門医取得などのキャリア教育や学生への教育に至るまで、まさに必要と思われることをとても細やかに対応されていました。私自身は、育児をしながら日々の診療に追われており、少なくとも私の属する産婦人科医局が女性医師にとって働きやすい環境になるよう手の届く範囲で努力はしてきたつもりでした。しかし、他科の現状はほとんど情報を得る機会がなく、他科の女性医師が何を求めているのか全くわからない状況でした。正直言って、どうして大学全体としての取り組みが可能だったのか、思い切って懇親会で質問してみました。そうすると開口一番、「先生、それはトップダウンですよ！」の声。確かに、岐阜大学と九州大学の演者は教授であり、東北大学と九州大学は女性医師支援モデル大学として文科省から外部資金を得ていました。そして、女性医師支援専任の医師がいる（！）、または担当講座がある（！！）ということが非常に大きいとのことでした。トップの意識改革と、そして女性医師自身がリーダーになるという意識改革も必要だと述べられていました。医師に限らず多くの女性は「リーダーを目指すことに自信がもてない」「自分でキャリアビジョンが描けない」「目指すべきロールモデルがない」というような理由から、そもそもリーダーになろうと思わない女性が多いといわれています。家庭や育児と仕事の両立で疲労困憊な上に、社会で戦っていく余力はないというところが本音かもしれません。

先日、2つの女性の会に参加する機会がありました。一つ目は琉球大学の男女共同参画室のもとに設置された「うない研究者支援センター」の企画した「ゆいカフェ」です。女性研究者間の情報交換や交流を目的にランチをとりながら様々な意見を交わしました。他学部の女性教授、准教授など大学で女性リーダーとして頑張っている先生方にお会いすることができ、非常に勇気づけられました。もう一つは、琉大附属病院女性医師会「女医ふる会」です。産婦人科医局の女医グループが発起人となって、初めての琉大女医会が実現しました。やはりロールモデルが存在しない、この先のキャリアが描けない、大学で頑張っていくことの自信がない、といった声が聴かれました。しかしそこで感じたのは、それぞれの科、世代、立場によって悩みは尽きないものの、皆とてもイキイキとしている！ということでした。この中からいずれそれぞれの科のリーダーとなっていく人が現れたとき、私がゆいカフェで感じたように、科が違って先輩医師がイキイキと働く姿、語る姿はやがて若手医師の道になるかもしれない、と感じました。科を超えた女性医師同士のコミュニティーから発する生の声を大事に拾いあげていける会になればいいと思います。12月には県医師会女性医師部会と合同で医学生対象にキャリアプランの講義も予定されています。今回の各大学の女性医師支援の取り組みを参考に、琉大附属病院の女性医師支援につながっていければいいと思います。

九州医師会連合会第 336 回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る9月28日(土)、ANAクラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会第1回各種協議会として、在宅医療対策協議会、地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会も併せて開催された。

報 告

1) 第113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申込状況について(沖縄)

来る11月16日(土)・17日(日)の両日、ANAクラウンプラザホテル沖縄ハーバービュー及び周辺施設で開催される標記医学会の一般演題並びに記念行事の参加申込み状況について、下記のとおり報告した。

○分科会一般演題申込状況

(平成25年9月21日現在)

分科会名	申込数	備考
第1分科会 内科学会	212	申込締切：8月19日
第2分科会 小児科学会	12	申込締切：8月30日
第3分科会 産科婦人科学会	講演のみ	
第4分科会 外科学会	20	申込締切：8月16日
第5分科会 東洋医学会	31	申込締切：8月16日
第6分科会 産業医学会	講演のみ	
第7分科会 心身医学会	講演のみ	
第8分科会 皮膚科学会	13	申込締切：8月16日
第9分科会 脳神経外科学会	講演のみ	

○記念行事申込状況(平成25年9月21日申込締切)

(平成25年9月21日現在)

	大分	長崎	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	九州外	計
テニス			1	10	2	2	1	1		17
サッカー				5				11		16
剣道		2	2	1	1	1		9		16
卓球		6	6	3	9	5		1		30
ゴルフ		10	19	25	8	6	5	7		80
囲碁								8		8
走ろう会		2		1	2			1		6
計	0	20	28	45	22	14	6	38		173

	チーム数
サッカー	2

なお、記念行事については、ゴルフ以外は、参加申込みが少ないことから、ゴルフ以外の申込み期日を10月末日まで延長することとし、各県においても引き続き参加の呼びかけを行うよう要請した。

2) 九州ブロック日医代議員連絡協議会について (沖縄)

来る10月13日(日)、日医会館において、役員補欠選挙(副会長、常任理事、理事)行うべく、日医臨時代議員会が開催されることから、日医代議員会に先立って、13時より13時30分迄の間、九州ブロックの控室において、標記連絡会議を開催することを報告した。

協 議

1) 九州医師会連合会第337回常任委員会並びに第106回臨時委員総会(11月15日(金)那覇市)の開催について(沖縄)

標記常任委員会並びに委員総会について、九州医師会総会・医学会の関連行事として下記のとおり開催することに決定した。

期 日：平成25年11月15日(金)

場 所：ANAクラウンプラザホテル沖縄
ハーバービュー

- 会 議：①九州医師会連合会 第337回常任委員会 (16:30～17:20)
②九州医師会連合会 第106回臨時委員総会 (17:30～18:20)

2) 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16日(土)那覇市)の開催について(沖縄)

来る11月16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、日本医師会の横倉会長より、中央情勢報告としてご講演いただくことになっている。今回も、従来どおり各県より日医への意見・要望を提出して貰い、横倉会長にご講演の中で説明していただくよう依頼することとし、各県より、日医に対する意見・要望を提案していただくことに決定した。

3) 第113回九州医師会連合会総会における宣言・決議について(沖縄)

来る11月16日(土)の第113回九州医師会連合会における宣言・決議(案)について協議した。

宣言(案)については、文言を一部修の上決定した。

決議(案)については、過去と比べると、項目が多いので、少し数を絞ったほうがいいのではないかとの意見があり、担当の沖縄県で練り直し、再度各県と意見の摺り合わせを行い最終案を取り纏める事になった。

4) 九州医師会連合会第338回常任委員会並びに第2回各種協議会(1月25日(土)那覇市)の開催について(沖縄)

標記常任委員会並びに各種協議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 26 年 1 月 25 日（土）
 場 所：ANA クラウンプラザホテル沖縄
 ハーバービュー
 ・ 常任委員会 16：30～18：20
 ・ 各種協議会 16：30～18：20
 ・ 各種協議会報告会 18：30～19：20

5) 平成 26 年度（第 36 回）九州各県保健医療
 福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議開催
 （案）について（宮崎）

次年度標記合同会議を担当する宮崎県の稲倉
 会長より、従来、当合同会議は 6 月の第一週に
 開催しているが、平成 26 年の 6 月は、公益法
 人制度改革に伴い各県とも 6 月に役員改選が行
 われる。当合同会議には新会長が出席するのが
 望ましいと考えることから、次年度は下記のと
 おり開催したいとの提案があり、了承された。

日 時：平成 26 年 7 月 4 日（金）
 17：00～19：00
 場 所：宮崎観光ホテル
 （宮崎市松山 1-1-1）

6) その他

(1) 九州各県医師会医療情報システム担当理事
 連絡協議会(1月25日(土)那覇市)について(沖縄)

昨年に引き続き標記連絡協議会を下記のと
 おり開催することに決定した。

日 時：平成 26 年 1 月 25 日（土）
 14：00～16：00
 場 所：ANA クラウンプラザホテル
 沖縄ハーバービュー
 那覇市泉崎 2 丁目 46 番地
 TEL：098-853-2111

その他

1) 日本医師会選挙管理委員会予備委員変更
 について（鹿児島）

鹿児島県の池田会長より、日本医師会選挙管
 理委員会予備委員が下記のとおり変更になった
 旨報告があった。

旧予備委員

黒木 康文（鹿児島県医師会常任理事）

新予備委員

増田 吉彦（鹿児島県医師会理事）

2) 九州医師会連合会会則変更について（沖縄）

この度の、公益法人制度改革に伴い、各県医
 師会役員の任期が従来の 3 月末日から 6 月の定
 例代議員会終結時迄になったことから、各県医
 師会の役員の任期と九医連の役員の任期がずれ
 ることになることから、その対応について協議
 した。

協議の結果、九医連の役員の任期は各県の役
 員の任期と連動した方が良いとの認識で一致
 し、会則を変更し、役員の任期と会計年度を「毎
 年 7 月 1 日に始まり翌年の 6 月 30 日迄とする」
 向きで進める事になった。

ご 注 意 を !

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適応外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。** その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会 : TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート : TEL (098) 888-1241

九州医師会連合会平成 25 年度 第 1 回各種協議会

去る 9 月 28 日（土）ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて開催された標記協議会（在宅医療対策協議会・地域医療対策協議会・医療保険対策協議会・介護保険対策協議会）について報告する。

1. 在宅医療対策協議会

副会長 安里 哲好
理事 比嘉 靖
監事 山里 将進



挨拶

○沖縄県医師会 安里副会長

例年、在宅医療の分野については、地域医療対策協議会の中で議論されていたが、今回は在宅医療分野の重要性に鑑み、また各県の取り組み状況について情報共有させていただくことを目的に、在宅医療対策協議会として単独の会を設けさせていただいた。本協議会の協議が、会員のための一つの指標になればと考える。忌憚のないご協議をお願いしたい。

○日本医師会 中川副会長

中央は非常に緊迫した状態にある。来週の火曜日に経済政策パッケージというものが出され閣議決定される。国家戦略特区ということで、新自由主義政策をどんどん進めようと、医療を営利産業化しようという体制になっている。特に、医学部の新設をしようと、被災地の東北の一つ、特区として成田市、国際医療福祉大、また提案としては静岡からも上がっている。この流れを何とか横倉執行部一丸となって阻止しようと戦っている。

そういう意味でも、医療提供体制の構築を我々医師会自らがつくるのだということを示すことが非常に大事である。その中でも、本日最初の在宅医療対策協議会は、極めて重要で、地域医療包括ケアの構築は是非しっかりと議論しつくっていただきたい。地域の実情に合わせたものをつくらせていただきたい。よろしくお願ひしたい。

○日本医師会 三上常任理事

在宅医療対策協議会は今回からということで、これまでは地域医療の中で在宅医療は語られてきたが、平成 23、24 年度と、在宅医療連携拠点事業が医政局の事業として行われており、25 年度からは在宅医療推進事業として地域医療再生基金の中で行われるという形に変わった。在宅医療の基本は、通院困難者に対する医療ということがある。100%介護が必要ということから、今後、介護保険の中でやっということで、介護保険の中にある包括的支援事業いわゆる地域包括支援センター事業の中で、このような在宅、医療と介護の連携の推進についても行うところになっている。介護保険の視点からいろいろな意見を申し上げたいと考える。よろしくお願ひしたい。

日本医師会の鈴木常任理事より概ね以下のとおり挨拶が述べられた。

医療を取り巻く環境は非常に厳しいものがあるが、医療の中においても通常の改定の年と違い、国民会議の報告書や消費税の引き上げ等があるが、前倒しでいろいろなことが進んできている。在宅医療については、とにかく医師会がやるということと言わないと、医療機関から自ら取り組むという姿勢を示す必要があるということで取り組んでいきたい。よろしくお願ひしたい。

協 議

(1) 在宅医療連携拠点の取り組みについて

(熊本県)

<提案要旨>

国が示した第 6 次医療計画の作成指針では、「地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護

事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。」とされている。

本県では、連携拠点の位置づけとして行政や拠点病院とも連携して地域を面として捉えネットワークづくりを目指してきた地域医師会が、公平・中立な観点から地域連携の調整の役割を果たすべきとの考えで、本年 3 月末～5 月に県行政と県医が合同で 2 次医療圏毎に在宅医療に関する地域医師会説明会を実施し、今後も引き続き地区医師会などが連携拠点として中心的役割を果たせる様努力している。

各県における「在宅医療連携拠点」の取り組みの状況、考え方についてご教示下さい。

<各県回答>

各県ともに、平成 23、24 年度における厚生労働省の在宅医療連携拠点事業として、郡市区医師会等が事業を受け各種取り組みを行っているとの回答であり、今後も地域医師会が中心となり、二次医療圏ごとに在宅医療連携拠点が整備されることが望ましいとの見解が示された。

熊本県では、二次医療圏毎の取り組みを推進することを目的に、県行政と県医師会が合同で、二次医療圏毎に在宅医療に関する説明会を行っているとの報告があり、また佐賀県より、「段階的ということで、1 番上に県医師会があり、2 番目に地区医師会を在宅医療連携拠点に位置づけ、その下に、中学校区程度の範囲の在宅医療・介護連携のグループを想定したグループ窓口施設（医療機関等）を選定する。」という形が有効ではないかとの意見が示された。

<日本医師会コメント>

どの範囲で在宅医療連携拠点を設置するかということで、二次医療圏という話があったが、やはりもう少し小さな範囲を想定したものである。地域包括ケアシステムの中でもだいたい 1～2 万人、小学校区、中学校区、ということである。また、どこがやるかということが一番問題であるが、平成 24 年度の在宅医療連携拠点

事業 205 箇所の中で、医師会の実施が 18 か所、行政の実施が 15 か所、医療機関の実施が 63 か所、訪問看護ステーションが 6 か所となっている。これまでの経験から行政か医師会が関与したところが一番中立性公平性が保たれているので良いということがはっきり分かってきた。25 年度より、在宅医療連携拠点事業として市町村を中心に地区の医師会と連携しながらやっつけていこうということが決まっていたが、今回、地域医療再生基金を使い地域医療再生計画の中に位置づけてやるということで都道府県が担当となり、市町村が元々予定していた連携拠点事業が直ぐに動かなくなった。都道府県医師会と郡市区医師会がよく話し合いを行い、その事業が上手く連携できるような形に進めていただきたいと考える。またその中で、地域包括支援センターに医師会の関与がなかったという意見があったが、地域包括支援センターを核としてやるのが一番良い。4000 箇所以上の全国全ての自治体に地域包括支援センターがあるので、ここに地区の医師会が十分に関与する。これは運営協議会だけではなく、実際に連携拠点事業を行う地域包括支援センターに地区医師会の先生方が十分に関与しながら、中立性、公平性を担保しながら連携をしていくということが一番大切だと考えている。

今後、介護保険法の中で、恒久的な制度として位置づけていくということで、包括的支援事業の中で、すなわち地域包括支援センター事業の中で、こういった在宅の医療、介護連携の推進を行うことを明記しようということが話し合われているところである。このことについても医師会の先生方の理解を十分にいただき、地域包括支援センターの活用と、そこに十分な予算が付くような働きかけが必要となる。地域包括支援センターは、介護と医療の問題だけでなく、精神、自殺対策、認知症対策等にも活用できるということで、これらの活用についても十分に議論し、予算を付けていただけるよう働きかけをしていきたいと考えている。

(2) 地域包括ケアシステム構築に関する視点について (鹿児島県)

<提案要旨>

都市部においては、今後急増する高齢者数に対して、国が現在進めている内容での地域包括ケアシステムが適合し、地域包括ケアシステムの中心となる在宅医療連携拠点も国が考えている内容で適合する。

一方、過疎地においては、高齢化率は上昇するが、75 歳以上の高齢者の絶対数はさほど増えない状況である。

総人口の減少と高齢化率の上昇は、医療・介護のサービスを提供する人的資源の減少を招いており、当然の帰結として、医療・介護サービスを提供する医療機関・事業所の減少が生じている。過疎地では、少ない資源の中で、急増する高齢者数ではなく、高くなる高齢化率に対応する必要があり、錦江町・南大隅町においては、肝属郡医師会がリーダーシップをとり、在宅医療を中心にした地域包括ケアシステム構築を進めており、肝属郡医師会立病院は在宅医療拠点として機能を発揮しつつある。

肝属郡医師会は、過疎地においては、国のイメージと異なった地域独自の地域包括ケアシステムの構築を行う必要があることを示しているが、このような例は少なく、今後、過疎地において地域の実情に合ったシステムづくりを進めていく上で、各県において参考となる考え方や視点、事例があれば御教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、地域包括ケアシステムについては、地域の実情を反映させた体制づくりが望ましいとの見解であった。

大分県より、「地域包括の本当の意味は何か、未だによく把握できていない。多職種協働とは、それぞれの職種がきちんとそれぞれの仕事を果たしトータルとしてまとまることで、はじめて良い仕事になる。それを引っ張るには医師の役割が重要になる。地域包括支援センターがそもそもあの形が良いのかということから考える必要がある。我々から問題を出し、むしろ築き上

げていくほうが大事ではないかと考える。」と追加発言があり、佐賀県からも、「地域包括の中において、地域包括支援センターの役割が全く分からない。地域ケアの本会議を年に1回、医療介護部会を年に3～4回、実務者会議を毎月開催等、段階的なケア会議のシステムを構築する必要があると考える。佐賀県では、現在、ケア会議の実施状況や包括支援センターの実態について、現在調査集である。」等の追加発言があった。

また、鹿児島県より、熊本県の回答に示された、「中山間地域等の条件不利地域で、現在訪問看護サービスの提供が困難となっている地域で新たにサービスを開始する事業者に対する補助事業を今年度から創設する。」という点について詳細を伺いたい旨発言があり、熊本県より、「熊本県に訪問看護ステーションは130箇所あるが、訪問看護ステーションが無い市町村が13箇所ある。その様な市町村に訪問看護ステーションを作るために350万円程度を補助する。それとともに、平成25年度在宅医療訪問看護普及啓発事業として二次医療圏毎に80万円程補助をするという形になっている。」と報告があった。

<日本医師会コメント>

柏モデルということで、集中化して効率良くやる、そこに医師会が関与してモデル的なことをやるということで、これは重要だが、山間僻地については、集中化ということで収容できるようなところに集まっていただき、効率的に提供する以外にはないのではないかと考えている。

もう一つは、地域包括支援センターが何をしているか分からないという話があるが、確かに現状の地域包括支援センターはケアプラン作成に忙殺されており、本来、地域ケア会議として、包括的・計画的マネジメント事業、困難事例に対するアドバイス助言を行うという事業があるが、そういったことが動いていないということで、今回、地域ケア会議を別の事業としてやろうということに決まった。そこに地区の医師会の先生方が入り、助言アドバイスをするという

ことになる。

また、協働ということが何か分からないということがあったが、協働と連携は違い、協働はチームリーダーがいる。連携の場合はそれぞれが独立し連携するというので、この多職種協働の在宅医療に関しては当然医師がリーダーとなる。地域リーダーの研修会が平成24年度までにだいたい終了しており、これからは地域リーダーがそれぞれの多職種に対して研修を行うということで、地区医師会の先生方が率先してそれをやっていただくということが25年度以降の事業となる。その辺をご理解いただきたい。

(3) 平成25年度地域医療再生計画の概要について (福岡県)

<提案要旨>

福岡県では、平成21年度・23年度に地域医療の課題解決に向けて地域医療再生計画を策定し、国の地域医療再生臨時交付金を基金として積み立て、平成25年度までの事業を実施していく予定である。その中で、介護と連携した在宅医療体制としての在宅医療推進事業を推し進めている。

厚生労働省「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」については、参考資料のとおり、平成24年度は、厚生労働省が実施した「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業に係る都道府県リーダー研修会」において育成された各都道府県リーダーが、県内30の郡市区医師会単位で地域リーダーを育成するための研修会を県行政と共同して開催した。

平成25年度は、各郡市区医師会単位で育成した多職種228名の地域リーダーが、各地域で実際に活動するための連携を深め、協議する場としての研修会(地域リーダーのためのフォローアップ研修)を8月までに開催した。

9月以降は、県行政が各郡市区医師会と直接委託契約し、各地域で在宅医療に係る多職種協働研修を実施してもらう予定である。

また、今回、国から平成24年度補正予算に係る地域医療再生交付金が提示されており、同交付金の活用方法については、本会で作成した

骨子を県行政に申し入れをしており、それをもとに国に申請がなされている（8月中旬に交付決定予定）。同交付金については、県内30の郡市区医師会に配賦し、各々の医師会において、在宅医療の推進のための事業を計画・実施していただく予定としている。

上記の在宅チーム医療を担う地域リーダー研修並びに地域医療再生交付金の活用方法について、各県医師会における現状をお教えてください。

また、現在、在宅医療推進を図るため、国又は県において上記事業の他にも多くの事業が実施されているが、実際に事業を実施する県医師会や地域医師会においては、縦割り行政のためか重複するような事業も見受けられ、対応が難しい場合も見受けられる。

在宅医療を含む地域包括ケアに関して日本医師会としての御意見をお聞かせ下さい。

(4) 介護と連携した在宅医療体制を整備する事業など地域医療再生基金の各県の用途と医師会の関わりについて（佐賀県）

<提案要旨>

昨年度までの在宅医療連携拠点モデル事業に引き続き平成25年度より3年にわたり、介護と連携した在宅医療体制を整備する在宅医療推進事業と在宅医療連携体制の先進事例を県内全域に普及するための伝道研修等の開催に関して地域医療再生基金が交付されることになっている。

佐賀県では在宅医療連携拠点モデル事業を県として受け、在宅医療連携拠点を8地区医師会に置くことを前提とし、佐賀県在宅医療連携拠点事業連絡会議や医療圏ごとの地域医療介護連携ネットワーク会議の開催、リーダー研修、アンケート調査とそれに基づく医療圏ごとの介護マップを作成した。今年度からは地域医療再生計画の中で、県医師会では在宅医療連携拠点連絡会議の設置開催と拠点間の連絡調整を、地区医師会では在宅医療連携拠点として、自治体・地域包括支援センターも含めた在宅医療拠点施設運営委員会の設置や人材育成のための多職種協働研修会、中学校区程度の範囲の在宅介護医療連携のグループを想定し連携窓口施設を置き

リーダー役として多職種協働の活動を促進することなどを行うこととしている。また地区医師会独自に訪問看護ステーションの機能充実、在宅医療介護の情報交換システム運用も同事業として行う予定がある。

この基金やモデル事業に継続した県の事業交付金を利用しての在宅医療介護連携に関する各県の取り組みの計画と、それらの事業に対する医師会のかかわりについてお伺いしたい。

○協議事項 (3) (4) は一括協議

<各県回答>

多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業については、本県を除く各県において、平成24年度より地域リーダー研修会等が実施されており、今年度においても地区医師会等が当該事業を継続的に実施していくとした回答が示された。

地域医療再生事業との関連については、県医師会が事業を受託し実施する県と、地区医師会が事業を受託し実施する県とそれぞれあったが、いずれにおいても在宅医療連携拠点は地区医師会を実施主体とする方向で在宅医療推進に取り組む旨の見解が示された。

大分県より、「当初よりICTを活用した多職種連携を行っているが、イニシャルコストの他、ランニングコストが予想以上に多くかかり、在宅医療連携の軸足をICTで大きく担うと、後になり厳しい状況になることもある。多職種連携は、顔の見える連携が大切であり、風通しの良い連携が多職種協働を上手く進め、顔の見える連携による自浄作用も期待できるのではないか。」との追加発言が述べられた。

大分県の発言を受け、地域医療連携の先進県である長崎県より、「あじさいネットは大きく誤解されている部分がある。地域のインフラ整備があじさいネットの一番の目的である。その中で、サーバーを設置する等いろいろな事業を行っている。ICTを進める上で一番大切なことは、セキュリティをいかに高めるか、そのインフラを整備するかということだと思ってい

る。まずはきちんとしたインフラを医師会が整備し、その上でそれをどう利用するか、その運用はそれぞれの郡市医師会にかかるということを考えている。先日の日医の医療IT委員会の中でも、是非日本医師会において日本中の医療インフラを作っていただきたい、その中で、各県医師会や郡市医師会がどう使うかということをやっていくことが一番良いという話をした。ICTに関してはお金がかかりすぎるので、それぞれの郡市医師会でやるということは無理だと考える。」旨の追加発言が述べられた。

また鹿児島県より、「地域医療再生基金は非常に大事である。27年度までこれが続くが、今後とも地域医療再生基金を是非継続させていきたい。それに加え診療報酬にそれなりの上乗せをしながら両方でやっていくということが非常に良い。2025年に向け、そういう流れの中で日医も努力していただきたい。」との意見が示された。

<日本医師会コメント>

□鈴木常任理事

在宅医療の拠点となる地区の医師会が、地域特性に応じて取り組んでいただければと考える。都市型と地方型とあり、地方型については人口が最低10万人以上あれば医療資源もそれなりに揃っており問題ないと思えるが、人口3～5万人のところは問題である。それ以下の人口だと1箇所しか医療機関がないからそこを中心にするしかない、そういうことで逆に見えると思うが、やはり人口3～5万人のところはそこにある医療資源を使い、地域の医師会がそれぞれのやり方をつくっていくということで、地域包括ケアはそれだけ多様性があるということである。日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が中心となる必要がある。横倉会長が、在

宅医療は日本医師会が中心に取り組むということ強く打ち出した。これまでは在宅医療は介護保険ということであったが、医療保険、地域医療とまたがりやっていくこととしている。

□三上常任理事

23、24年度は、在宅医療連携拠点事業は様々な事業主体があったが、どうも上手くいかないということで、25年度からは、やはり行政か医師会ということで、ここが一番公平性が保たれるといことで、その方針がはっきり決まっていた。今回、地域医療再生基金の中でやるということで少し変わったが、都道府県が市町村から引き継ぐ。同じ方針でやる。是非地区医師会の先生が主導的にやっていただきたいと考える。顔の見える関係が大事。これは地区医師会の一番大きな役割ではないかと考えている。連携を行うということについては、やはり顔の見える関係をつくっていくことが非常に大事である。全国で成功事例があるが、そこではやはりカリスマ的な人達が顔の見える関係をつくっていることで成功しているということを感じる。継続性ということについては、市町村行政を巻き込み、常に入っていただくということも大事である。それも地区医師会の大きな役割だと考える。

□中川副会長

地域医療再生基金は27年度まで継続するということは決まっているが、その先は政治的な判断であり我々も強く働きかけていきたいと考えている。各県において、県庁と県医師会との関係に非常に温度差がある。使い勝手を非常に良くしたはずである。県医師会主導で地域医療再生基金の使い方を決めるということをやっていたらもっと有効に使えようと思える。

印象記



副会長 安里 哲好

平成 25 年度第 1 回各種協議会における在宅医療対策協議会は、3 各種協議会から独立した会として運営された。その理由の一番目として、超高齢化社会に加え多死時代を迎え、在宅医療の重要性と介護領域や生活支援との連携が今後大きな課題となる事、二番目は介護保険の担当理事と在宅医療の担当理事が重なる県が多い点であった。

協議事項は 4 項目で、各々が互換性のある内容であった。(1)「在宅医療連携拠点の取り組みについて」は、県医師会の役割は研修会を通じて助言・指導を行ったり、意見交換や情報共有の場を設定したり、連絡会・協議会を持ち連絡調整を担い、事業に関する補助金の確保に努めている現状が示された。郡市医師会が在宅医療連携拠点の中心的役割を担うのが望ましいとの意見が殆どであったが、実際的には各県とも 1 - 3 地区医師会がその拠点として活動し始めている様だ。中心となる圏域は、2 次保健医療圏や郡市医師会域を提示していたが、中学校区程度の範囲の在宅医療・介護連携のグループ（グループ窓口施設）を選定し設置している県もあった

(2)「地域包括ケアシステム構築に関する視点について」は、少子・高齢化時代において、支える医療・介護スタッフも十分でない過疎地域があり、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築が望まれるのではないかと述べていた。長崎県においては、市の地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの構築を担ったり、市民病院や介護施設との機能的連携で行っているところもあり、また郡市医師会主導で行っている地域もあると述べていた。多くの意見は、地域により医療・介護資源に大きな格差があり、協議会等を中心に情報交換し、出来るだけ地域の実情を反映した体制づくりを目指すのが望ましい点に集約された。

(3)「平成 25 年度 地域医療再生計画の概要について一特に、在宅医療推進事業一」と (4)「介護と連携した在宅医療体制を整備する事業など地域医療再生基金の各県の用途と医師会のかかわりについて」は内容が重複するので一括で討議した。在宅チーム医療を担う地域リーダー研修は 5 県が終了していて、3 県が近日予定していると報告していた。在宅医療にかかわる地域医療再生基金の利用状況は、5 県が在宅医療連携拠点推進事業に、2 県が在宅医療連携拠点推進事業に加え IT 連携、1 県が IT 地域連携の更なる充実を通じて在宅医療へと進めていた。医師会のかかわりについては、県医師会と郡市医師会との共同参画、郡市医師会が中心となる県と、モデル市町村を選定し郡市医師会の協力の下に情報共有システムを開発し全県下に広げて行く県もあった

沖縄県は、1 次地域医療再生基金で脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の地域医療連携を進め「おきなわ津梁ネットワーク」を構築し、紙パスから IT 化へと進みつつある。2 次地域医療再生基金は、特定保健指導支援・疾患管理センターと健康教育・広報活動の部門を設置、特定健診データ約 18 万件と糖尿病患者データ数万件の一元管理も進めている。3 次地域医療再生基金は、在宅医療連携拠点の構築と利用者の使いやすい「おきなわ津梁ネットワーク」の充実に向けての内容で申請し、受理された（期間は H25 年より H28 年 3 月まで）。

2. 地域医療対策協議会

副会長	玉城	信光
常任理事	稲田	隆司
理事	本竹	秀光
理事	玉井	修
理事	石川	清和



挨拶

○日本医師会 中川俊男 副会長

中央は緊迫している。安倍政権が、昨年総選挙で圧勝して、参議院選挙でも圧勝し、独裁政権になったのではないかという言い方をするマスコミもある。更に、東京オリンピック招致が決定したということで、長期政権を見据えて、我々にいろいろな問題がある。規制緩和、新自由主義政策的な政策をどんどん進めていくという流れがある。民主党政権時代の比ではない。来週の火曜日に経済政策パッケージというものが閣議決定される。その中で国家戦略特区というものを作り、医学部創設や病床規制の例外を認める、混合診療を更に拡大する、外国人医師の診療を可能とする、我々が TPP の関係で心配したことをどんどん進めようとしている。横倉会長以下全力でなんとか阻止しようと思ひ頑張っている。そういう中で、地域医療も含め医療提供体制を医師会主導でつくっていく、我々も地域医療提供体制の構築は全国一律のことはありえない、47 都道府県あれば 47 通り、かつ

県内でも何通りもあるということも含め、ぜひ日本医師会、都道府県医師会、市区医師会が主導的な立場にたち、地域医療提供体制を構築していただきたいと考えている。

年末の予算編成では、次期診療報酬改定の改定率が決まる。そこで消費税の 8% 引き上げもほぼ決まっているが、その消費税を上げた分を財務省筋は、医療の機能分化やいわゆる効率化、改革が進まないとい 8% 分やらないといとんでもないことを言っている。消費税を上げるという目的は、社会保障給付費の国庫負担のために上げるということであったが、それをさせないということを行っている。そういう意味で緊迫したと申し上げた。

協議

(1) 各県の医療紛争への取り組みの現状(長崎県)

[提案要旨]

日医、厚労省ともに医療事故調査制度の創設をめざしており、今後の成り行きが注目される。

日医案、厚労省案ともに、まず院内調査委員

会で検討、日医案では独自の取組みが困難な医療機関に対しては、地域の医師会や大学、大規模病院、その他医療関連団体等が支援を行うと記載されている。細部ははっきりしないが今後医師会として対応せざるを得ない。

ここで現状認識として現在各県医師会が行っている医療紛争処理の実態をご教示いただきたい。又、各県で第三者機関を創設する場合に予想される問題点等について、各県のご意見及び日医の見解をお伺いしたい。

なお、1)～3)の回答について冊子掲載が難しい場合は、別途配布頂く形で御教示頂きたい。

- 1) 県医師会内または郡市医師会に医療紛争に対処する委員会はあるか？
- 2) 委員会のメンバー、委員会開催数
- 3) 最近3年間の医療紛争処理委員会にかけられた件数・診療科・日医付託件数・紛争結果等。
- 4) 県レベルでの第三者機関創設する場合の予想される問題点

(2) 医療事故調査制度における診療所・中小病院支援体制に関する各県の考え方について (熊本県)

〔提案要旨〕

医療事故調査制度の具体的方策として

- I . 全ての医療機関に「院内医療事故調査委員会」を設置・運営
- II . I の体制を支援するため、地域に連携組織（「地域医療安全機構（仮称）」、「地域医療事故調査委員会（仮称）」）を設置・運営
- III . I・IIに加えて更なる医学的調査や再発防止策の策定に向けた活動を行うため、第三者組織（「中央医療安全機構（仮称）」、「中央医療事故調査委員会（仮称）」）を設置・運営

三段階方式が提案されている。

Iにおける医療機関内の体制は、施設、人員、専門性等の面から独自での取組みが困難な医療機関においても適切に機能させるため、都道府県及び地域の医師会組織を中心に、近隣の大学病院、特定機能病院、地域医療支援病院、その他の大規模病院、病院・医療団体が参画する

連携組織（「地域医療安全調査機構（仮称）」）を常設し、適宜支援を行うとされている。

診療所、中小病院に対す支援体制に関する各県の考え方をご教示下さい。

**(3) 医療事故調査制度の創設について
～制度の実施に向けた支援体制の構築のために～ (福岡県)**

〔提案要旨〕

医療事故調査制度創設についてはこれまでに様々なところで議論が行われてきましたが、今般、厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等の在り方に関する検討部会」ならびに日本医師会の「医療事故調査に関する検討委員会」においてそれぞれ議論がまとめられた。

厚生労働省の内容は第三者機関を全国でただ一つとして設置し、これに全国の地域の医師会や大学病院などが中心となって、院内事故調査委員会への支援や院内調査報告書の内容の精査などを行うとしている。

一方で日本医師会の内容は、第三者機関を、都道府県ごとに、それぞれの地域の医師会、大学病院、医療関係団体などが連携した組織「地域医療安全調査機構（仮称）」として構築し、この組織が各医療機関の院内事故調査等の支援や第三者機関としての独自の調査を行うとしている。

どちらの案においても各都道府県医師会が主体となって、院内調査の支援、報告書の作成支援・精査を行っていかなければならない。

福岡県医師会としては、全ての医療機関に院内事故調査委員会の設置義務の議論が生じたと同時に、院内事故調査委員会を設置することが難しい医療機関への支援をどの様に行うか議論を進めてきた。

その形が、診療行為に関連した死亡の福岡県医師会調査分析事業であり、福岡方式である。事業内容としては、まさに、日本医師会が示している案と同様で、院内事故調査委員会の設置、報告書の作成支援である。原則、日本医療安全調査機構「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下、「モデル事業」）が受け

る事例、もしくは臨床的所見から死因が明らかでない事例を受付けることとしている。

現在4事例を受付けて、院内事故調査委員会を開催し、報告書の作成を行った。第1事例は周産期母体死亡事例で、審議で羊水塞栓と結論した。第2事例は、剖検を実施した肝臓がん死亡の他県事例で、報告書を当該県医師会を介して当該病院に届けた。第3事例は肺炎と心筋梗塞の事例で入院当日急死した。第4事例は肺塞栓死事例である。また、3事例ほど問い合わせがあったが、剖検ができず、受付に至っていない。剖検を実施した第2事例はモデル事業に登録した。課題として、中小病院で剖検の取得が特に難しく、県医師会は剖検の取得支援も表明しているが、うまく機能していない。剖検未実施（モデル事業に登録していない）の事例で、民事訴訟に移行した際の報告書の取り扱い、家族への報告書の交付手順等を、調査分析事業運営委員会で協議を進めている。

本会では福岡県方式を持って、厚生労働省・日本医師会の報告書に対応していこうと考えているが、各県において、厚生労働省・日本医師会の報告書に対する各県のご意見、また、実際に各県医師会が主体となって支援を行うこととなった際の問題点や障害となる点についてご意見をお聞かせ願いたい。

○提案事項 (1) (2) (3) は一括協議。

<各県回答>

各県ともに、医療事故調査制度の創設については概ね理解を示す旨の回答であったが、県医師会としてどのように関与するのか、また既存の医事紛争処理委員会等との整合性をどう考えるのか等の意見が示され、日本医師会の見解や、福岡県医師会が先進事例として取り組んでいる「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の取り組み内容を確認したいと提起された。

<日本医師会コメント>

日医が9月に出した医療事故調査に関する検討委員会の報告書は、福岡方式にならって構

想したものである。診療所、中小病院だけでなく大病院も大変だということを私も実感している。少なくとも拙速だけは避けたいと考えている。先生方におかれても遠慮なく厳しいことも含めご意見いただきたい。納得のいく形でつくりたくない、なんとなく字面だけで進んでしまうと大変だと考えている。現在でも年間80件が刑事訴追に向けた立件や送致がある。その流れをどう食い止めるかということもあり急ぐ必要もある。その辺のバランスを含めなんとかやっていきたいと考えている。ご助言アドバイスをお願いしたい。

○追加発言

<長崎県医師会>

第三次試案の際に反対した。反対理由は2点。1点目、医師会への反対意見としては、会員への周知がなかったということ。これは今十分に なされている。2点目は、医療事故調が医療懲罰のような形になっていた。9月に高杉常任理事をお呼びして、県医師会主催で医療事故調のお話をいただいた。その中で会員から質問が上がったのが、調査報告書の扱いをどうするのか。それを患者側に渡すということは訴訟の資料に使われるのではないかという意見があった。公平性も良いが、それ以上に会員をちゃんと保護していただかないといけないということがある。この点を福岡にお伺いしたい。もう1点、第三者を担保するという事は医師会がつくった場合に、本当に第三者担保ということになるのか。

<福岡県医師会>

刑事訴追の80例の中に、医療行為に何ら問題はなくても、私が間違ったと警察や検察に言った事例が含まれているのではないかと、それが心配でならない。とにかく早く作っていただきたい。ただし東京の体制をつくるのと、我々がきちんとそれに繋ぐ作業を続けるということとは別に考える仕事ではないかと考えている。

長崎県の質問については、今まさに県医師会

で一生懸命考えているところである。私達は、少しでも救おうという気持ちで出発した。最初の福岡県の方針は、モデル事業に繋ぐということで、5例のうち1例は解剖があったのでモデル事業に繋げている。我々の報告書はモデル事業への参画の支援であり、報告書を当該病院にお渡しし、おそらく当該病院からそれを報告書という形でモデル事業に登録され、今モデル事業の審議を待っている段階ではないかと考える。我々が出発したときは、モデル事業の参加ということであったが、実際に相談を受けると、剖検がない事例の方が極めて深刻である。我々の審議がお役に立てるならということで残り4例を引き受けたという形である。

どんな形で報告書をお渡しするか、これについても多種多様であり。最初は当該院長に交付し、当該院長に後の手筈はお願いするということが始めたが、その後いろいろなことを相談された。直ぐに民事事例になった例もあった。意見書の中に、事故防止策ということも含めていたが、それを民事に交付するということがおかしいということで、いろいろ議論し、我々の方に過誤が考えられるときは、第三者性や透明性等を考え事故防止策を残すべきではないかと、過誤がない例については、事故防止策を載せるのはおかしいという議論をして、今議論中である。専門医の名前、これも今最終決定ではないが、我々が参加するのは医師会員として参加するのではなく、それぞれの病院として参加する方が病院への支援効果があるのではないかと、ただそれに関しては、参加していただいている専門医のご承認をいただかないといけない。今審議を続けているところである。また意見書については、医師会から直接渡してほしいという意見もある。

もう一つは、医療機関にクレームがある際に、県医師会で中立性を持ち審議している、その結果を待ってくれということと言うと、病院に対するプレッシャーが減るようである。

医療事故調は医学的に解明する、医事紛争処理委員会ではもめたものを解決する。大切なことは隠すということは絶対にいけない。報告書は

出ても良いと考える。医学的に究明するということは大切なこと。第三者の担保性といっても誰がこの仕事を始めるのか、やはり医師しかいない。究明制度は医師しか作れない。

<熊本県>

実際の構成員はどのような形か。

<福岡県>

数名の委員が登録されており事例ごとに招聘している。事務局は福岡県医師会にしている。主なメンバーは学術的な裏打ちが必ず必要となるので、福岡県には4大学あるので、その中から主だった先生方を中心に入らせていただいている。中小の病院、一般開業医、事例ごとに集まらせていただいている。

<熊本県>

実際に福岡県が取り組まれていることをモデルにしてやっていかなければいけないと考える。これから講習会等を是非よろしくお願ひしたい。

<宮崎県>

患者満足度80%ということであるが、逆に20%は満足していないということであるが訴訟にはいっていない。その不満はどのような点か。

<福岡県>

先程の委員構成の回答は調停委員会の内容であり、事故調査委員会の委員は学問的な調査ということで医師と看護師に限っている。弁護士を入れるという話が最初はあったが、弁護士を入れると防御的な感じもするため、最初は医師と看護師ということで今やっている。

宮崎の質問については、多額の和解金を出しても不満が残ることが私の実感である。80%は素晴らしいことだと考える。福岡方式の一番の狙いは、少なくとも先ず我々医療従事者があらぬ刑事告訴の被害を受けないように、これだけを先ず最初に考えている。警察や検察の取り調べを受け、職を辞される看護師や、鬱になられる医師等を垣間見るときの気持ちは非常に残念である。

＜沖繩県＞

非常に大事なことだと考える。この議題に絞り、一度福岡のモデル事業を皆で勉強する機会が必要と考える。その機会を九医連としてつくっていくことを検討しても良いと考える。

＜長崎県＞

報告書を出した方が良いという考えがあったが、事案が起こった瞬間に患者様が警察に駆け込むケースがあると考え。先に刑事事件になり司法解剖になった際に、県医師会は何を対応したら良いか。もう一つは報告書の説明。報告書を説明する際に、患者様と医療機関、同時に説明することがあっても良いと考える。

＜福岡県＞

制度を変えないといけない。現状では、患者様が警察に駆け込む体裁が整っていると事件として警察が着手する。途端に捜査を受ける側とする側に別れる。調書を取られたり、重要参考人等、あたかも罪人のような雰囲気が出てくる。なんとしても排除しないといけない。体制を変えないといけない。また民事事件でやっているのに刑事告訴する場合がある。解決金を釣り上げるために。こんなことが許されてはいけない。ここはなんとしても、科学的に解明された事実を提示するためにモデル事業を進めなければならないと考えている。

警察に駆け込まれたり、送検されることを防ぐことが一番である。その試みの一つとして、患者様が亡くなられる前に福岡県医師会に出してくれと、非常に緊迫した関係の中で剖検することは難しい。医師会が間に入り取り持つということをお話している。患者様はいつでも警察に駆け込む心配がある。その時にこそ、そういう心配は分かれますと、きちんとした第三者機関、福岡県医師会にそういう機関、診療行為に関連した死亡事例の調査分析事業があると、そこに医師が5～6人、看護師1名、事務方を入れて調査している。その中の構成員は、公的病院の医師やかかりつけ医に入っただく、

必要に応じて大学の医師、九州大学、福岡大学も積極的な参加を表明していただいている。そこで調査を行うということが警察に駆け込む際の予防策になる。警察も本当は困っている。きちんとしたところが、きちんとした筋の通った話を出すと、それなりに対処してくれるような感じがある。

福岡県では、警察もこういう事業があるということを患者さんに言っている。

報告書の説明は、当事者と家族、説明会のような形で行い、最終的な報告書を渡している。

＜沖繩県＞

福岡モデルを九州モデルにできたらと考える。是非とも集中した会議を持ちたいと考える。

(4) 「地域医療支援病院の承認要件見直し」に関する問題点について (大分)

【提案要旨】

厚生労働省が「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、地域医療支援病院の承認要件見直しを行っている。その中で、従来紹介率算定の中で評価していた救急搬送患者受け入れ数を独立で評価することにし、2次医療圏の搬送件数の5%程度以上を担うことを要件に追加しようとしている。都市部の地域医療支援病院の多くはそれをクリア出来ると思われるが、同じ2次医療圏にあって都市周辺市町村の(医師会立)地域医療支援病院はその点が難しくなっている(大分県においても2医師会立病院が4%程度である)。各県の状況と、日医の取り組み及び見直しについてお伺いしたい。

【九州各県回答】

書面回答のみ

【中川副会長よりコメント】

本件は、私が委員を務めている厚労省医政局の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において見直しが行われているものである。

特定機能病院は殆どが、大学病院本院やナショナルセンター、がん研有明、静岡県立がんセンター等の病院が指定されている。

特定機能病院、地域医療支援病院ともに、経済的なインセンティブが非常に強く、特定機能病院は概形基準のままでいくと増え続ける可能性がある。

ご存知のとおり、医療費が特定機能病院に偏在しつつあり、そこに歯止めを掛けようと思いが行われ、日本医師会としては、大学病院本院に限定すべきだと主張している。

地域医療支援病院については、医療審議会等で審議されることになるが、要件を満たしていれば承認せざるを得ない現状にあり、多くの県医師会より見直しの要望があがっている。このままだと県内に地域医療支援病院が増え続け、特定機能病院と同様に県内の医療費が当該病院に偏在してしまうことを非常に危惧している状況である。

以上のようなことから、日医は、特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件の見直しを進めている。

地域医療支援病院は、当初、かかりつけ医の支援を目的とし、紹介率や逆紹介率の基準を設定していた。本来は医師会病院のみを指定する事であったが、国公立病院や民間病院が手上げし承認されてきた経緯がある。指定されるとされないのでは1億円以上の利益の差が生じる場合もある。

救急の評価については、二次医療圏、救急医療圏どちらでも都合の良い方で算定しても構わないことになっている。また、万が一新基準で対応できない場合のことを考慮し、なお書きを加えていただくこととしており、「新しい要件で基準を満たすことが出来ない場合、都道府県知事が救急搬送患者の受入数の基準値が止むを得ない範囲にあると認めた時は地域医療支援病院の承認を行うことが出来る」等、県知事の裁量により承認できる仕組みを付け加えたいと考えている。

(5) 各県の救急救命センターや特定機能病院の前方・後方支援に関する医師会としての取り組みについて (宮崎)

【提案要旨】

宮崎県では救命救急センターや特定機能病院である宮崎大学医学部附属病院へ患者が集中し、医学部附属病院の病床の有効利用に支障がみられる。

今年度、大学から前方・後方支援システムを県医師会と共に構築したいとの申し入れがあるが有効なシステム構築には至っていない。各県の取り組みについて伺いたい。

【各県回答の概況】

- ・ 県医師会独自の取り組みを紹介したのが、福岡と鹿児島 の 2 県で、福岡県では県民への啓発活動（救急の日のつどい、県民公開講座、メディアペチャ等）に努めており、鹿児島県では救急医療のアンケート調査結果をもとに、各郡市区医師会単位で医療体制の検討を図り、後に消防法における搬送基準リストや4 疾病 5 事業における医療連携のリストづくりに貢献したと回答した。
- ・ 一方、県医師会での取り組みはないものの、地区レベルでの取り組み状況を報告したのが 3 県あり、熊本県が一次救急は極力会員施設での対応を心がけ地域連携室中心の運用を図っていると紹介した。また、佐賀県は小児時間外の受入は医師会が中心に実施し、沖縄は救命救急センターから講師を招聘しての講演会や意見交換会を催している と回答した。
- ・ また、医師会以外の組織（福岡救急医学会や鹿児島臨床救急研究会、佐賀病院協会）も独自に取り組みを図る動きがあると回答した。
- ・ その他、大分県から県レベルでの情報統制は物理的に難しいが、医療圏単位の内容なら、ある程度情報統制できるのではないかと意見があった。

【中川日医副会長からのコメント】

医療機関の病床機能情報報告制度が来年度より少しずつ運用が開始される。その報告制度に

基つき、各県が地域の実情を詳細に把握し、どのような医療提供体制が必要か、地域医療ビジョンを作成することになる。同ビジョン作成のガイドライン作りの為の情報収集となる。

その結果として、地域医療ビジョンが作られ、各県の医療提供体制における「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」といった病床がどの様にあるべきなのか、地域医療計画に書き込むことになるので、是非、県医師会として県行政に早くから接触し連携いただきたい。

(6) 特定看護師の養成に関して (長崎)

【提案要旨】

特定看護師については、現在、まだその資格および責任が明らかになっていない中、本県では、某病院の広報誌に医師の業と看護師の技術を持つ特定看護師の養成を実施しているとの記事が掲載され、多くの会員から反発があった。他県でも類似のケースがあるか伺いたい。

【各県回答の概況】

- ・ 提案県の宮崎県を含め、4県（大分・熊本・福岡・宮崎）で養成があると回答した。養成はいずれも国の試行事業によるもので、実施指定施設は大学院や研修機関での「看護師特定能力養成調査試行事業」と、同事業の実施課程を修了した看護師が従事する施設（病院や老健、訪問看護ステーション等）での「看護師特定行為・業務試行事業」であった。

その他 (本事業に対する厚労省の考え方)

- ・ 本事業は、特定行為の範囲や能力認証を受ける看護師の要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施されている事業で、また本事業の対象となる看護師についても、今後、能力認証を保証するものではなく、併せて、対象となる業務・行為についても、特定行為として整理されることが確定したものではないとしている。

【中川日医副会長からのコメント】

現在は、特定看護師という名称は止めさせた。看護師が特定行為を実施する場合、研修を受けることを制度化する旨明記させた。この問題は、慢性的な看護師不足に悩む外科領域の悲痛な施設の声にも反映し対応した面もあるが、タスクシフト、時間的・場所的に限定された一次的なものだと認識している。本来医師の仕事を看護師が肩代わりすることについては間違っている。適正に、包括的指示ではなく具体的指示のもとに進めて行くものである。

(7) (8) については、関連議題につき一括協議が行われた。

- (7) 県と県医師会との災害時における医療救護に関する協定の進捗状況について (宮崎)
- (8) 「災害医療に関する県と県医師会との協定締結交渉」について (大分)

【提案要旨】

県外派遣への追認条項を含め、県との災害時における医療救護協定の進捗状況を伺いたい。また、JMATは日医からの派遣要請で動くのに対し、県がなぜ県外への事後追認を行わなければならないのか問われ対応に苦慮している。県知事も共に命令を下すような運用ができればと考える。また、来年の九州各県合同会議において、「九州・山口9県災害時相互応援協定」の見直しを協議するにあたり、何か良いご意見があれば伺いたい。

【各県回答】

- ・ これまで同様、全ての県で「県外派遣の追認条項」は認められておらず、未だ進展していない状況が続いている。また、この件について、殆どの県が行政と協議中であると回答した。
- ・ 「九州・山口9県災害時相互応援協定」については、ほぼ全ての県で継続協議を求める回答があった他、今後の方向性については「継続協議の場を求める意見 (長崎、熊本、大分、鹿児島、佐賀)」があり、福岡県や沖縄から「ブロック内派遣の実現」や「九医連としての働

き掛け」「九州知事会へのアピール」等の意見があった。

- ・医療救護班の件については、概ね殆どの県で県行政との協定がある以上、県側からの派遣要請が原則との認識であった。
- ・また、この件については、鹿児島県から「被災県医師会からの出動要請で追認が受けられる」運用を求める意見や佐賀県や宮崎県から「医師会の判断による出動を可能とする」意見も挙がった。
- ・この問題が進展しない理由として、各県とも「県外派遣＝追認条項の補償を担保してもらうことが必須条件」である一方、行政側は、一貫して国レベルでの協議が必要であるとの姿勢を崩しておらず、くわえて、JMATの明確な活動内容、指揮命令系統等の位置付けを求めているため、日医から国への積極的な働き掛けをお願いしたいとの意見もあった。
- ・さらに、周りに理解して貰うためには、JMATの定期的な研修会の開催が必要であり、質的担保を図ることが求められるとの意見が相次いだ。

【中川日医副会長からのコメント】

- ・本年5月、各都道府県医師会と各県行政との医療救護協定における状況についてアンケート調査を実施した。その結果、全ての県において行政との間で協定が締結されており、その内、行政が経費や二次災害時の補償責任を負担するケースが大部分を占めているが、「県外派遣規程」の条文が盛り込まれているのは10医師会に留まった。この部分が問題であると認識している。
- ・国によるJMATの位置づけについては、東日本大震災を受けて設置された厚生労働省の災害医療等のあり方に関する検討会報告書において、震災でのJMAT活動は非常に高く評価されている。今後の災害対策の箇所においても、医療チームの派遣元関係団体として、日本医師会が明記されている。
- ・さらに、5疾病5事業に関する指針（厚生労働省医政局指導課長通知）における災害医療

分野でDMAT等医療従事者を派遣する機能の項目においても「災害急性期を脱した後にも住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、JMATや日本赤十字社、医療関係団体等を中心とした医療チームと連携を図る」ことが明記されている。

- ・くわえて、東日本大震災の際には、医政局長から日本医師会あてに被災地への医師等の医療従事者の派遣についての協力依頼があった事実もある。更には、JMAT活動をもとに、災害救助法の適用を要求し認められた実績もある。国におけるJMATの認識・位置付けについては、飛躍的に高まって行くものと考えている。これからも努力を続けていきたい。

一括協議の後、中川副会長のコメントを踏まえ、玉城副会長より「今の話だと国で決まれば各県に通知が出て、締結の兆しがあると解釈して良いか」質問したところ、中川副会長より「県行政は国の意向に弱いと、是非それを使っただけ、良いタイミングで県と交渉いただきたい」と返答があった。

また、長崎県から各県における平時からの災害医療連携体制の整備構築について、各県の取り組み状況を共有する場を求める意見があり、玉城副会長から中央の動向も踏まえ、九州でどの様に纏めていくか九医連を通じて会議を持ちたいと返答した。

(9) 地域医療再生基金（一次、二次、三次）の使い勝手について（沖繩）

【提案要旨】

地域医療再生基金の一次事業を推進する中で、もう一押し資金の後押しにより、事業の完成度が高くなると思われたが、二次、三次の追加基金の使途が指定されることが多く、事業の連携や未完成部分の補充をすることに大変苦勞するようと思われる。

各県の事業内容と進捗状況について、お伺いしたい。

本県としては、本来、各地域により重点的に

取り組むべき事業内容が異なると思われるので、各地域の実情に応じた事業の完成が図れるような資金にして頂きたいと思う。

【九州各県回答】

主な意見

- ・ 計画当初、県より意見聴取があり、県医師会としても各部署や代表者等を集め、かなり議論し意見書も提出したが、出来上がった計画が県の方で既に御膳立てされたものだった。県の計画のみで決まるものではないということを明確に示し、現場の議論の中から補助金が活用されるようにしていただきたい（熊本県）。
- ・ 研修医育成等を目的としたクリニカルシミュレーションセンターを設立し、寄付講座も設置した。今後、継続的に運用可能となる寄附が必要である（沖縄県）。
- ・ 行政と医師会とで議論し比較的よい方向に進んでいる。しかし、地域の実情に応じたといいつながら、事業を査定することがおかしい（宮崎県）。
- ・ 当初 15 億要請したが、9.6 億減額され内示された。医師会には 2.6 億内示があった。不満な部分は、一括して単年度 2.6 億円使ってよいとされていたが、県の意向で 3 年に亘って利用することになった。また、多職種連携事業は当初、別事業で実施されていたが、再生基金に盛り込まれている。本県では各地域の実情があるので、2.6 億円を 30 郡市医師会で均等に配分し、用途は一任することになっている（福岡県）。
- ・ 一括して補助していただき、後程、計画を出していくことができないか（佐賀県）。

- ・ 30 郡市医師会で均等に分けて協定書を締結している。計画は単年度ごとに提出いただき、使えなかった金額は相互の医師会で流用可能にしている（福岡県）。
- ・ 折角、県行政と一緒にやるので、より国民・市民に伝わるような啓発活動を展開していただきたい（宮崎県）。
- ・ 県民公開講座やマスコミとの懇談会を実施している（沖縄県）。

【中川副会長よりコメント】

本件については、厚労省医政局と何度も交渉してきた。

2009 年度から始まった補正予算であるが、2010 年度に厚労省より、地域医療再生計画の作成、推進、変更などにあたり、医師会等の地域の関係者の意見を聴くよう、厚労省通知に明記させた。

特に東日本大震災後に被災 3 県に対し、720 億円の積み増し基金をいただいた。しかし、県庁の計画そのものが、発災前と変わらない計画となっており、公立病院の建て替えが目立った。

一方、県医師会と郡市医師会が中心となって地域医療連携を推進してきた実績もあるなど、各地で温度差があり、現状を打破することとして日本医師会としては、次年度の政府の概算要求の中で地域医療再興基金の創設を要望している。それは、地域の自由度をより高めた新たな基金で、特に地域医療を担う民間医療機関に十分配慮し、地域の実情を反映した計画に基づいた中長期的な資金を確保して地域医療の再興を図ることを要望している。

政府与党や厚労省としても自由に使って欲しいとする一方で、県庁が抵抗するという、変わった図式になっている。

印象記



副会長 玉城 信光

9月28日に開催された。私の担当は「地域医療対策協議会」である。いつもたくさんの協議題が提出される。今回も9題の提出があり、110分でまとめなければならない。座長の任務は大きい。

医事紛争に関わる議題が3題あり、まとめて協議を行った。各県とも多くの紛争事例があり、担当役員のご苦労が思いやられた。その解決策のひとつに福岡県においてすすめられている「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」がある。4例の事例を受けて調査を行い、たいへん有意義な報告がなされているようである。医療事故に関してはこれで十分ということはないので、施行しながら改良を重ねていくことが重要であると思われる。九医連としては福岡モデルを九州モデルにしたいと思い、関係者の協議会をもつように提案した。

地域医療支援病院の承認要件見直しについての議題について、日医の中川副会長から、この制度は本来、医師会病院と地域医師会の施設間の連携をスムーズにすすめる為の制度であるが、多くの病院が手をあげるにより、診療報酬がこれらの病院に厚くなるような制度になってしまっている。今後厚労省との会議で本来の姿にもどしたいとの話があった。

県と県医師会との災害時における協定は各県で締結されているが、他県への派遣に関しては行政側が締結に難色を示していることが多いと話された。中川副会長は国で決定し通知が出されると解決される問題であると述べられたので、早急にはっきりと通知を出して頂きたいものである。

地域医療再生基金により地域医療の充実にかなり効果をあげているが、もう一押し各県の実情に応じて使い道を決定させて頂くような資金をお願いしたいと提案した。中川副会長からは日医として行政に対し、「地域医療再興基金」という自由度の高い基金をお願いしているとの話があった。これらの基金ができると津梁ネットワークや在宅医療の連携や沖縄版医療データベース化がすすむと考えられる。

沖縄県が担当県なのでとりまとめに忙しかった協議会であった。

印象記



理事 玉井 修

平成 25 年 9 月 28 日（土曜日）にハーバービューホテルにおいて行われました。沖縄県はホスト県として、お揃いのかりゆしウエアでの参加という事になりました。沖縄県医師会のユニフォームである浦添織のかりゆしウエアは少々高級なかりゆしウエアとの事で、普通に洗濯機では洗えないらしい。カミさんから絶対汚さないようにという嚴重注意を受けて、やや緊張しながらの会場入りとなりました。丁度良いタイミングで当院で研修中の Ryumic 研修医、山城貴之先生をお供に参加出来た事は研修医にとっても医師会というものを理解して貰うために良い機会となったはずです。

地域医療対策協議会は進行を玉城信光先生が担当され、日本医師会の中川俊男副会長が日医の見解を述べるといった流れで議事進行がなされました。僕の担当は救急医療に関する部門で、救命救急センターと前方後方支援病院との連携に関する事、また JMAT の公的位置付けと、そのプロフェッショナル・オートノミーのあり方に関する議論でありました。様々な医療政策は、医師会のみで達成出来るものではなく、行政との綿密な連携が無ければならないのは自明の理ではありますが、それを強力に厚生労働省に働きかける日本医師会のリーダーシップに期待する意見が多数寄せられました。中川副会長もこの事に関しては既に日本医師会としても具体的なアクションを起こしているのご回答をいただき大変心強く思いました。しかし、現場では行政との折衝事に関して常にのりくりとはぐらかされる現状に苛立を感じている県もあるようです。日本国政府と都道府県行政とのタイムラグがこの様な事態を生じさせているのか。あるいは意図的に医師会の要望をはぐらかしているのかは解りませんが、各県医師会の感じている苛立の構図は沖縄県でも同じです。今後しっかり行政との折衝にあたるべきとの覚悟を新たにされた会議でした。

3. 医療保険対策協議会

常任理事 真栄田篤彦
 常任理事 金城 忠雄
 理事 平安 明



挨拶

○沖縄県医師会 真栄田常任理事

本日はお忙しい中、九州各県よりご参集いただき感謝申し上げます。また、本日は日本医師会より、鈴木邦彦常任理事、藤川謙二常任理事にお越し頂いた。鈴木先生、藤川先生には後程、各協議事項に対し、適宜コメントを頂く予定である。

今回の協議会には各県から 14 題の提案事項が上がっているが、皆様には忌憚のないご意見をお願いし、実りの多い協議会となるようお願い申し上げます。

真栄田常任理事のご挨拶の後、日本医師会より鈴木邦彦常任理事、藤川謙二常任理事より一言ずつご挨拶を頂いた後、協議に移った。

協議

(1) 次期診療報酬改定について (鹿児島)

【提案要旨】

次期診療報酬改定に向けては、中医協におい

て現在活発に議論が進められており、日医においても「次期診療報酬改定に対する要望書」が取りまとめられたところである。

一方、自民党安倍政権においては、消費税増税、TPP への交渉参加、医療ツーリズムの推進、混合診療解禁など、医療機関に関連する問題が山積し、結果次第では国民皆保険制度・医療機関の崩壊になりかねない状況となっている。

特に、消費税増税については、医療機関経営にも直結する問題であり、また、増収分の次期診療報酬改定への配分についても十分議論する必要があると思われる。

次期診療報酬改定の進捗状況並びに 7 月の参議院選挙において日医推薦候補が当選し国会議員となったが、今後の中医協への関与について日医の考えを伺いたい。

(2) 次期診療報酬改定に対する日医の対応について (沖縄)

【提案要旨】

中医協では、社会保障・税一体改革で示され

た超高齢化社会を迎える 2025 年の医療の姿なども踏まえながら次期改定の議論が進められており、主要な論点は、「急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正」、「亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入」、「地域の実情に応じた病棟の評価のあり方」、「かかりつけ医機能の評価」、「大病院の紹介外来の推進」、「在宅療養支援診療所・病院の評価の検討」などである。

また、来年 4 月に予定されている消費税引き上げに伴う診療報酬の対応については、医療機関の高額な投資に対し診療報酬とは別建ての対応を行わず、基本診療料などに上乗せする方向で議論されているようである。

日医では、社会保険診療報酬検討委員会において平成 26 年度診療報酬改定に向けた要望事項が取りまとめられたところであるが、今後の改定の議論にどのように意見を反映させていくのか、日医の考えをお聞かせいただきたい。

(3) 日本医師会における中医協での診療報酬改定議論の精査について (宮崎)

【提案要旨】

平成 22 年診療報酬改定での「入院患者の他医療機関受診の取扱い」と、平成 24 年診療報酬改定での「入院基本料等における栄養管理体制」は、実際に改定が行われた際に突如として判明した問題点であり、現在も完全に解決していない。

このため、医療現場は混乱し、日医も厚労省との折衝に追われる形となり、後手の対応となっている感は否めない。

そのようなことから、鈴木常任理事の負担を減らすためにも、日医医療保険課もしくは日医総研内にプロジェクトチームを作り、厚労省の提案が実際に現場に則した内容なのかを十分に調査できる環境を作るべきと考えるが、日医の見解を伺いたい。

(1)、(2)、(3) については関連している為、一括協議された。

<各県の主な意見>

各県からは次期診療報酬改定、消費税対応、日医が取り纏めた「次期診療報酬改定に対する要望事項」について、中医協における議論の進捗状況並びに今後の方向性について、日医へ現状報告が求められた。併せて、日医より先の参議院選挙の結果、日医推薦候補者が当選した事により、今後の中医協等での関与等についても意見が求められた。

また、診療報酬改定に対応したプロジェクトチームを日医へ作ってはどうかとの提案についても各県一致しており、日医の見解を求めた。

□日医 鈴木常任理事

次期診療報酬改定は同時改定でもなく、一見、通常改定のように思われるが、今回は非常に大きな改定であると考えている。

まず一点目として、社会保障・税一体改革を受けた国民会議の報告書に沿う形で、病院の機能分化について診療報酬に合わせ前倒しで議論された為、これに危機感を持ち日医と四病協とで合同提言を出したところである。

もう一点は消費税引上げの問題である。この件については、去る 9 月 25 日の中医協において議論されており、その中で 8% の増税時には、高額投資への対応は診療報酬とは別建てとはせず診療報酬改定で対応する事になっている。

また、診療報酬の上乗せ項目の対象については、医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することになっている。診療所については、初・再診料、有床診療所の入院基本料に上乗せで対応するとし、病院は外来診療料に診療所の初・再診料と同様に点数を上乗せし、余った財源を入院料等に上乗せする形で方針が示されている。

社会保障・税一体改革や国民会議報告書では、病床の機能の分化について強く触れられており、具体的内容としては 7 対 1 を削減し、亜急性期を増やすといった内容となっている。厚

労省と我々との考えが異なる点は、在宅や施設の急変患者を急性期で診るのか、亜急性で診るのかである。厚労省は亜急性期でとの考えがあるようだが、我々は急変患者（サブアキュート）については、まず急性期で診て回復期等へ移すべきであると考えている。今後はこの点が議論の大きな争点になる事が予想されるが、医療提供体制のあり方について、四病協と一致して合同提言を出しており、いつも以上に強く主張していけるものと考えている。

また、羽生田先生については、10月中旬に初めて国会へ出席されるが、今後様々な方面での活躍を期待しているところである。また、最近では自民党議員を中心とした議員連盟「国民医療を守る議員の会」が結成されたようであり、そういったところの先生方とも協力を図りながら、診療報酬を含めた地域医療について連携が出来ればと考えている。

■熊本県

中医協における様々な議論の中で、日病協の中医協委員の選出等について病院団体の足並みが揃わないような印象を受ける。個人的な意見ではあるが、各病院団体、四病協、日病協に一任する事はあまり好ましくないと考える。各団体ともそれぞれの利益を考えているような印象を受けるが、日医で各病院団体の意見を取り纏めて頂く事は可能か。

□日医 鈴木常任理事

日病協は、病院に関する診療報酬問題について、日医と切り離して議論する為に作られた枠組みと言われているが、その後最近になって、診療報酬以外に関しても日病協が中心に動きたいとの意見に対し、四病協側と対立しているのが最大の理由である。

日医の中にも病院委員会はあるが、必ずしも病院の事を全て議論するという事には至っていない。今回、初めて日医と四病協が「医療提供体制の在り方」という非常に重要な部分について合同意見書を出し、それに対し厚労省から対抗案が出たことは大きな動きであったと考えている。

特定除外問題の緊急調査についても四病協と合同で行っているが、厚労省よりも10倍以上のデータが集まっており、回答率も高く、日医と四病協が共同して行うことで、かなり大きな事も出来るというのが示せたのではないかと考える。

現在、四病協とは毎月協議を持っており、以前に比べて非常に意思の疎通が図りやすい状況である。今回の合同提言のような事を定期的に行っていけば、結果的に1つに意見が集約されるような機会が増えていくのではないかと考えている。今回の改定は日医・病院団体にとって大変重要であり、出来るだけ共同で働きかけを行いたいと考えている。

■鹿児島県

メディア等で、大病院における選定療養費として、紹介状無しの外来受診の負担金を1万円にするという話があるが、その後の日医や中医協等での議論の現状についてご教示頂きたい。

□日医 鈴木常任理事

金額について様々な意見は出ているが、中医協では具体的な議論はされていない。

外来受診の負担金については選定療養というより、もう少し強制的なものの可能性があり、フリーアクセスの一部制限であるような方法であると考えているが、この点について何か意見等があれば、日医へご連絡頂きたい。

■佐賀県

日医の活動については広報が少なく、会員が日医の動きを全く把握出来ていない。

また、先ほどお話のあった「国民医療を守る議員の会」等についても是非、進捗状況を随時会員に広報して頂きたい。

□日医 鈴木常任理事

2025年度に向けた重要な時期であると考えている為、地方の先生方からも声を上げていただきたい。また、各先生方も議員連盟に加入して頂き、訴えかけて頂きたい。

■福岡県

診療報酬改定のプロジェクトチームについてであるが、再診料の引き上げや入院中の他医療機関受診、管理栄養士問題について、これまでの日医の対応の結果、未だ解決には至っておらず、今後はやり方を変えていかなければならないのではないかと考える。

もう1点は、中医協委員について、以前は日医より3名体制であったが、現在は鈴木先生お1人である。以前のように政権が自民党へ戻った事により今後の中医協委員について、日医のスタンスをお聞かせ願いたい。

□日医 鈴木常任理事

個々の問題点を優先順位を付けて対応したいと考えているが、全体の議論の中でなかなか難しい問題である。再診料は1号側の抵抗もあるが、消費税の部分で対応する事で調整している。管理栄養士の問題は次期改定で元に戻していただけるよう強く主張する考えである。

中医協の委員については、横倉会長に一任していることから、私からこの件について申し上げる事は出来ないが、時期がきたらご報告させていただきたいと考えている。

■沖縄県 真栄田常任理事

診療報酬改定のプロジェクトチームについては、どのような状況なのかご教示いただきたい。

□日医 鈴木常任理事

今回、新たに保険医療部を作った。今まで介護保険と医療保険を別に分けて議論していたものを一緒に議論している。例えば在宅医療は介護保険だけで議論していたが、医療保険でも多数出てくる事から保険医療部全体で対応している。

また、薬務対策室を新たに設置した。厚労省のOB等に在籍して頂き、薬事関係は強力に対応していけるような体制が出来ている。

(4) 次期診療報酬改定における亜急性期および医療療養病床への手厚い財源配分と医療療養病床の増床について (長崎)

【提案要旨】

前回の診療報酬改定の急性期病院への偏重と7対1看護の導入により、亜急性期と療養病床の診療体制が手薄になっている。そのため高齢者の急性期病院への長期入院が常態化して救急医療にも支障をきたしている。

このような非効率的な医療提供体制を是正するために、次回の診療報酬改定では亜急性期と慢性期医療に手厚く配分し、亜急性期および慢性期医療を充実させるべきである。とくに医療療養病床は在宅医療の後方病床としての要であり、在宅医療を更に推進するには医療療養病床の増床が必須と思われる。

日医は現状の22万床の医療療養病床を2025年に34万床に増やすべきと主張している。診療報酬の配分と医療療養病床の増床について、各県のご意見及び日医の見通しについて伺いたい。

(5) 社会保障・税一体改革のなかでの入院医療について (福岡)

【提案要旨】

厚労省は、前回の改定を「社会保障・税一体改革」の実現に向けた第一歩と位置付けし、示された「2025年のあるべき医療・介護の姿」へ邁進させようとしている。

中医協の入院医療等の調査・評価分科会で検討されている、「病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進」はウィングラス型になった現在の一般病棟入院基本料等の病床数を釣鐘型に変えようという医療機関にとっては厳しい大改革である。膨れ上がった7対1、10対1病床の整理が24年度に始まり、更なる平均在院日数短縮、重症度・看護必要度の見直しが行われたが、急性期病床での今後予想される次期改定での展開と日医のお考えを伺いたい。

一方、現在、亜急性期等に該当する病床数(13対1、15対1、回復期リハ、亜急性期入院医療管理料)が最も少ない状況であるが、次期改定

で考えられる「亜急性期」「回復期」の方向をお聞きしたい。

また、一般病床の中にある慢性期医療に含まれる特殊疾患病棟や障害者施設等の経過措置が中医協で問題視され厚労省から廃止の声が上がっているが日医には慎重な対応を願いたい。多くの民間病院はケアミックスの形を取って決められた平均在院日数等をクリアして存続しており、安易な廃止論は地域医療の崩壊を進めるものである。

各県のこれらに関するご意見と日医の方針をお伺いしたい。

(6) 病床の医療機能の報告制度と地域医療ビジョンについて (熊本)

【提案要旨】

厚労省は、社保審医療部会に医療機能の分化・連携を推進する「医療法改正案」を提示、協議を重ねている。これは、各医療機関が有する病床を病棟単位で、医療機能の現状と今後の方向を自主的に選択して都道府県に報告する制度の創設とその情報を基に、二次医療圏毎に各医療機能の将来の必要量を含めた医療提供体制を明示する「地域医療ビジョン」を策定、医療計画に盛り込むなどの内容である。

現在の「カクテルグラス型」医療提供体制を、2025年に向けて是正、医療機能の再編成と医療費の適正化を目指している。過去に、社会的混乱を引き起こした療養病床の削減や看護配置基準による入院基本料の設定などの二の舞いになるのではないかと危惧する意見も多い。

この「医療法改正案」に日医はどのように対応するのか、また各県のご意見を伺いたい。

(4)、(5)、(6)については関連している為、一括協議された。

<各県の主な意見>

各県とも次期診療報酬改定における入院医療の評価と、医療法改正案として提示された病床の医療機能報告制度に関しては慎重な議論が必要と捉えており、次のような意見があった。

(4) に関する主な意見

- ・在宅療養や施設療養を補完し支援するためにも亜急性期および慢性期医療が担う役割は極めて重要。これからの地域包括ケアシステムの推進を議論する際にも、受け皿の確保とケア支援機能の充実が求められることから、これらの分野への財源支援を強く求める。
- ・亜急性期、回復期、慢性期病床は、急性期を終えた患者の受け皿であり、在宅医療における後方支援の役割も担っている。これらの現状を踏まえ、増床も含めて診療体制や診療報酬体系を見直す必要があると考える。
- ・医療療養病床の増床は必要であり、特に中小病院や有床診療所を活用できるような診療報酬の評価及びシステムを構築いただきたい。
- ・今後、より在宅医療に取り組む医療機関を増やし充実させるためには、後方支援、受入医療機関となる慢性期医療の充実が必要不可欠。
- ・一般病棟7対1、10対1に偏り、著しくバランスを欠いている病床数の見直しは重要課題であるが、但しそれぞれの実情をしっかりと把握した上で適切に行われるべき。

(5) に関する主な意見

- ・再編に当たっては医療機関に負担がかからないように改編すべきではないか。
- ・特に平均在院日数については、現在においても医療機関が頭を悩ませているものであり、更なる平均在院日数の短縮や平均在院日数計算対象除外の撤廃が行われれば、患者に十分な医療が提供できなくなることや、医療機関の経営にも大きく影響することが予想される。
- ・在院日数の短縮及び病床数の削減には、それを支える病院及び地域の医療・介護のマンパワーが必要であり、地域の実情についても考慮する必要がある。

(6) に関する主な意見

- ・地域の特性に応じた柔軟性のある医療提供体制を構築しようという考えは評価できるが、実際の運用は地域の財政状況に引きずられているのが現状。

- ・医療機関を集約するのではなく、現在ある個々の医療機関を活用する道を探るべきではないか。
- ・なぜ、「カクテルグラス型」医療提供体制となったかの検証が必要。地域医療ビジョンの策定には、各県ごとに又2次医療圏ごとに「カクテルグラス型」となっている現状の医療提供体制の把握と2025年の姿を比較し、そして既存病床数との整合を図る必要がある。
- ・適正化の名のもとに過去のように医療現場の混乱を招くものになってはならない。
- ・各地方が地域の実情に合わせて医療制度等を設計できるように地方に任せることは基本的に望ましいことである。一方、医療費の削減を目的としたり地方を切り捨てたりする危惧もあるので、そういうことのないように制度設計・財政支援等をお願いしたい。
- ・この制度の導入により、現場に混乱を招くことのないよう慎重な議論が必要。

□日医 鈴木常任理事

亜急性期、療養病床の問題であるが、厚労省は現在の病室単位の算定方法から今後は病棟単位での算定とし、7対1、10対1病床数が多い現状、いわゆるワイングラス型から、ワイングラスの柄の部分である亜急性期と回復期を増やし太くする予定である。

地域医療ビジョンについては、次期診療計画の策定期である平成30年度待たず、平成27年度に前倒しを考えているようである。各都道府県において2次医療圏ごとに基準病床数をきめ細かく決めていきたいようであり、今後は中央での管理を強化（イギリス型・フランス型）の方向で検討しているのではないかと考えている。

厚労省は病床機能報告制度について、地域医療ビジョンは法改正を伴う制度であり、来年4月の診療報酬改定に間に合うものではなく、診療報酬としては先立って、入院医療分科会の議論や前回診療報酬改定での急性期入院料の検証を進め、来年度の改定を行う方向で考えているようである。

先日の中医協では社保審医療部会・医療保険

部会がまとめた「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」の中で、回復期には中医協でまだ承認されていない入院分科会の中間まとめの内容が反映されていたため、急変時はまずは急性期であるとして日医・四病協による合同提言を基に申し入れた。次回からの実際の議論の場でも反映していきたいと考えている。

慢性期医療については、18年度、20年度改定の際にこれまでの特殊疾患病棟・障害者病棟から療養病棟へ転換した場合、一定期間点数を増加する話であったが、調査の結果、特殊疾患病棟や障害者病棟から療養病棟へ転移した所は殆どないという結果が出ている為、この部分については外しても特に問題ないのではないかと考えている。

■福岡県

一体改革の中で特殊疾患病棟や障害者病棟等がどこの分野に入るのか、今は一般病棟に入っているが、将来どうなるか決まらない中で経過観察を無理やりはずす事は、大きな混乱が生じると考える。日医としての見解を伺いたい。

□日医 鈴木常任理事

今回は本体部分を改定するわけではなく、7対1を減らすというのが厚労省の一番大きな狙いである。その受け皿として亜急性期病棟を増やすことと理解頂きたい。特殊疾患や障害者病棟へ転移は可能性があるが、本体の改定ではないという事を理解頂きたい。

■佐賀県

日本の今の医療制度で一番苦勞しているのは現状13対1、15対1の体制をとっている中小病院である。その中小病院の点数を削っておきながら、7対1を必要としない病院まで算定している医療の現状をもう少し認識して頂きたい。

大病院や国公立病院で、急患で受診すると、救急管理料やICUといった施設基準を満たしていることから一晚10万円程度となる場合があるのに対し、中小病院で同じ診療内容でも全

く点数が異なる。同じ医療内容なのに施設基準が異なるだけでこうも違う今の医療の現状を日医総研等を活用して、もう少し国民に理解して頂くべきである。

□日医 鈴木常任理事

療養病床の増床については、今後の在宅医療の推進と介護施設のこれからの方向性によるものと考えているが、日本の場合、急速に高齢化が進む為、今後在宅だけでみるというのは不可能な状況であると考えている。今後は、やはり施設や入院で診ていくことになると考えている。入院は高度急性期病院ではなく中小病院や地域包括ケアで診ることが理想である。国としても在宅や施設の急変が救命救急センターに行かないようにという考え方は共通しているが、国としては亜急性期で対応と考えているようである。亜急性期の13対1となればそれなりの対応しかできず、現場を理解していない机上の意見を無理やり押し付けるようなことに対しては今後も抵抗していきたいと考えている。

今後は亜急性期病棟の単価が大きな争点になるものと考えており、国が本気で亜急性期を増やそうと考えているのであれば魅力的な算定内容となるものと考えている。

また、国は無理に7対1のハードルを高くしており、急性期について平成19年度の議論では「不安定な状態から治療にある程度安定した状態に至るまで」としていたものを今回「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」という文言に変更しており、明確に減らそうとしていることは明らかであり批判していきたいと考えている。

しかしながら、国とも考えが共通している部分が多い為、今後は大きな地域包括ケアとして見た場合に、急変の対応を急性期とするのか亜急性期とするのかが相違点であり、今後の大きな争点と考える。

□日医 藤川常任理事

日医に役員になった最大の目的は13対1・15対1を守ることであったが、現在は日医、

中医協、四病協、病院部会等の会議の中でも一切議論されていない。大病院や四病協の国公立病院並みの大病院に水準を合わせ、その生き残りのための議論ばかりで、13対1、15対1の点数の引上げについて、または、中小病院や有床診療所に看護師が配置されるような体制作りについて全く議論されていない。

結局、13対1、15対1の中小病院はいずれ有床診療所にならざるを得ず、今は有床診療所に対する環境づくりの対策を頑張っている。今の流れではいずれ必ず中小病院は潰されると考えているが、本気になって、総理、厚労大臣、日医会長が本腰を入れればまだ間に合うものと考えているが、現状はそこにまで至っておらず、全国の有床診療所が議連を作ってまで懸命に意見を述べている。

現在の中医協委員は日医から一人である為、意見を反映しようがない。その他の中医協の委員は殆どが国公立病院並みの大病院の先生方であることから、全国の隅々で頑張っている先生方を守るよう努力しているが、中医協でも非常に取り残されているのが現状である。

これからも有床診療所、中小病院が多い九州から声を上げていただきたい。

(7) 地域ネットワーク構築のための医療情報交換に関する加算 (福岡)

【提案要旨】

検査や処方などの医療情報を診療所と病院とが共有のための取り組みが全国で試みられている。各医療機関が独自に把握している診断名、検査成績、処方内容、副作用情報等を電子的に共有できれば、無駄が少なく円滑な医療が提供できると思われる。この取り組みを推進していくための診療報酬上の加算をお願いしたい。

(8) 同一医療機関の複数の診療科に対する同一月の診療情報提供料算定について (佐賀)

【提案要旨】

同じ月の同一医療機関の複数の診療科の受診に対して、各々に診療情報提供料を算定することは不可とされている。

確かに、同一疾患について複数の診療科の受診を要することはあり得るし、CTやMRI検査などを放射線科に依頼し、その結果などから、同一月に同じ医療機関の別の診療科に入院となることもあり、多少の理解も出来なくはないが、ほとんどは異なる疾患の診療を依頼するケースかと思われる。また、たとえ、前記のような同一疾患であっても、診療科別に依頼する診療内容は異なるため、それぞれの科に対し診療情報提供書を書いていると思われるが、その労力に対する対価は評価されていない。同一月の複数回算定を認めるべきである。

(7)、(8)については関連している為、一括協議された。

＜各県の主な意見＞

各県とも情報交換に関する加算を設けることについては概ね賛成の意見であったが、以下のような課題についても意見があった。

- ・情報の共有を享受できる医療機関とそうでない医療機関に格差が生じることから、加算の内容については慎重な議論が必要。
- ・情報を共有することで検査、処方等の重複を省ける一方、高齢者等同一患者で複数疾患に対する治療管理が必要な場合、「主病はひとつ」の考え方で医学管理料等が機械的に査定されることがないように注意が必要。

また、同一医療機関の複数診療科に対する同一月の診療情報提供料の算定については、各県とも提案県と同様、その労力に対する評価を求める意見であったが、その一方では医療機関が収益目的で、些細なことでも情報提供書を作成する等、制度を逆用することも懸念されるとの意見があった。

□日医 鈴木常任理事

ネットワーク構築の為の医療情報加算については、日医総研の担当研究員にも確認したが、国が定めたベースとなるような法律等は整備さ

れておらず、問題点等も解決していない。例をあげれば医療従事者は守秘義務が課せられているが、IT関連者は守秘義務がない事や、日医認証局の患者情報へのアクセス関連、マイナンバー制度の連携等を解決していき、それからベースとなるような土台を固めてから検討したいと考えている。

また、企業の利益の源にならないような工夫も検討する必要がある。

同加算について、まずは条件整備が必要と考えられることから、次期改定での加算ということではなく次々回以降の改定で検討したい。

同一医療機関の診療情報提供料についても、今後繰り返し訴えていく事で妥当性が認められていくものとする。このような意見が全国から集まるようなら、要望事項の優先順位を上げて、議論をしていきたい。

(9) 診療所の個別指導、集団的個別指導の類型区分について（長崎）

【提案要旨】

個別指導、集団的個別指導に関して、被指導医療機関の選定理由が高点数であった場合、その選定の拠り所は、その医療機関が主に標榜している診療科に応じて前もって区分された、以下の表の12種類の類型区分のいずれかの中の高点数である。

しかし、例えば、8.は、形成外科と皮膚科が同一の類型区分に割り当てられているが、そもそも両科では患者一人当たりの診療単価が異なるのではないか。あるいは、3.は内科の透析無しの在宅（在宅療養支援診療所）であるが、内科以外でも在宅は行っているといった不安・不満を、機会あるごとに会員から再三耳にする。

各県におかれても同様の不満が会員から挙がっていないか伺いたい。

当県としては、この類型区分は不完全であり、平等性に乏しいことから、九医連全体の懸念事項として、日医を通じて厚労省へ再検討を再度お願いできないかと考えているが如何か。

<診療所の類型区分>

1. 内科 (透析有)	主として人工透析を行なうもの。(内科以外で、主として人工透析を行なうものを含む。)
2. 内科 (透析無：その他)	主として人工透析を行う内科を除き、呼吸器科、消化器科 (胃腸科を含む。)、循環器科、アレルギー科、リウマチ科を含む。
3. 内科 (透析無：在宅)	
4. 精神・神経科	神経内科、心療内科を含む。
5. 小児科	
6. 外科	呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児外科、こう門科、麻酔科を含む。
7. 整形外科	理学療法科、リハビリテーション科、放射線科を含む。
8. 皮膚科	形成外科、美容外科を含む。
9. 泌尿器科	性病科を含む。
10. 産婦人科	産科、婦人科を含む。
11. 眼科	
12. 耳鼻咽喉科	気管食道科を含む。

(10) 関係法令に基づく医療機関の行政指導体制の在り方について (鹿児島)

【提案要旨】

今年6月に行われた本会代議員会において、保険医療機関における指導及び調査・検査体制について要望が出されました。要望された会員の病院では、昨年、地方厚生局等による①保険個別指導、その翌月には保健所による②医療監視、更に今年に入り、地方厚生局による③適時調査、そして保健所の④医療監視と2年間で計4回の指導が行われたが、各指導における確認・指導事項は重複する内容も多く、今の行政指導の非効率的欠如と連携の不足は否めず、そのことで医療現場は翻弄されている。是正に向けた要望をお願いしたいとの内容でありました。

我々が医業を行う上で、健康保険法や医療法等の様々な関係法令により日頃から指導管理を受けております。国民の健康を守るという重大な責務を課せられた我々にとって、ある一定の法的制限を受けることは当然のことです。

しかし、行政指導体制の在り方により、医療の現場が、事務的、時間的にも、そして精神的にも重複した負担を強いられていることは問題であり、またそのために患者の治療に支障を来してしまっては本末転倒であります。

日本医師会におかれましては、厚労省に対し、

行政の組織上の横連携の欠如を是正していただき、効率且つ適切で、広く普遍性のある指導・調査体制を整備していただくよう提言していただきたい。

本件について日医の考えと各県のご意見を伺いたい。

(9)、(10) については関連している為、一括協議された。

<各県の主な意見>

(9) について、九州8県中6県から会員より不満があるとの報告があった。

類型区分を見直すに当たっては、次の意見があった。

- ・ 平均点数の算出方法が全く公表されていない。選定基準は「指導大綱」の根幹をなすものであり、透明性を担保し公正・公平性を条件としなければ指導・監査の正当性とその根拠を脆弱化させる要因になっているとも云える。現在の多彩な医療提供体制に即した精緻な類型区分への再検討を期待したい。
- ・ 診療所の類型区分はその類型の平均点数が個別指導等の選定基準の根拠となるので、診療の実態を正しく反映するものでなければならない。
- ・ 改正によってはさらに厳しい指導へと改悪さ

れる心配もあるので、慎重に対応していただきたい。

- ・ 類型区分の見直し、自院の類型区分の確認は当然のこととして、可能な限り選定基準の開示もお願いしたい。

(10) について各県からは、各行政機関による指導が重複する内容であるにも関わらず、根拠法が異なることや、縦割行政により連携が取れないことを理由に医療機関はその都度、大きな負担を強いられており、指導が効率的に行われるように日医から厚労省へ強く働きかけるよう要望があった。また、要件を満たさない場合は5年遡って返還となる適時調査については、早急な是正を求めるとの意見があった。

□日医 鈴木常任理事

累計区分は、平成7年に改正がされてから約17年たっており、様々な意見等があるが、本格的な改正を行うとなると中医協に囚らなければならない為、かえって厳しくなる可能性を秘めており、現在は運用で対応して頂いている。

25年度以降の類型区分については、各ブロック推薦の先生方と意見交換をしているが、そのままの区分で良いという認識で共有している。皮膚科に形成外科が含まれていることや、また内科だけに在宅が入っているのは当然納得がいかないという意見もあると思うが、そこを調整するとさらに細かく分類される恐れがあるので、今後詳細な分類が必要ということであれば、九州ブロックの意見として日医へ連絡を頂きたい。

もう一つは行政の縦割りの問題であると考えている。行政内部の情報交換は以前からお願いはしているが、状況は中々改善されていないのが現状のようである。

適時調査については、立会の情報もまったく得られないが、県によっては高点数の医療機関が個別指導と適時調査のどちらも対象になるといったケースがあるようである。

■鹿児島県

適時調査は医師会に通知が一切ない為、会員より情報を得ている状況である。

適時調査についても医師会へ通知するよう、是非、日医から厚労省に働きかけていただきたい。

□日医・鈴木常任理事

日医としても医師会に通知するよう厚労省へ今後も働きかけを行っていききたい。

(11) 配置医師の実態と医療行為について

(熊本)

【提案要旨】

介護老人福祉施設や指定障害者支援施設など医師の配置が義務付けされているいわゆる「配置医師」の医療行為について、ここ数年来会計検査院の立ち入り調査と指導が頻繁に行われている。

熊本県では、各施設の配置医師の現況と医療行為の実態について調査した。県下215施設における配置医師は264名(延べ人員301名)で医師会員194名、非会員53名であった。指定障害者支援施設など医療機関との直接契約も17件あった。配置医師は週1回程度の回診で入所者の健康管理、定期健康診断や予防接種、処方箋の発行、臨時の往診および処置「ターミナルケア」から「看取り」までの医療行為について、また施設内の医務室、医薬品、医療機器の整備状況や出勤日数、出勤時間および配置医師の委託料等はさまざまな調査結果であった。

配置医師の療養の給付については厳しく制限されており、医療ニーズの高い要介護者が増加するなかで、これらの施設における医療提供の在り方を再検討する必要があると指摘する意見も多い。

この問題における各県の現状とご意見および日医の見解をお伺いしたい。

<追加意見>

■沖縄県 平安理事

本県では平成25年4月現在の配置医師の状況は、施設数は112施設で嘱託医は187名、

そのうち 133 名が会員となっており、他県と同様な状況である。

また、今年の 1 月 28 日から 2 月 1 日に行われた会計検査院の实地調査では、7 医療機関に対して調査が行われた結果、やはり再診料、特定疾患療養管理料等の不適切な算定について指摘があった。会計検査院の指摘によっては厚生局も動くことになるので、医療機関としては負担になる。

また、みなし配置医師の問題等、医療機関に十分周知されていない部分もあり、会員に対して情報提供を行っているところである。

＜各県の主な意見＞

施設における配置医師の保険請求については、医療保険と介護保険の給付調整により範囲が定められているうえに、当該施設からの報酬も十分とはいえず、各県ともに配置医師の医療提供のあり方について検討、見直しを求めている状況である。

また、各県における配置医師の状況並びに会計検査院による指導及び指摘内容について報告があった。

□日医 鈴木常任理事

国は看取りの場を「病院から在宅へ」ということであるが、厚労省が中医協に提出したデータによると、在宅での看取りの割合は 12% とむしろ減少しており、老健、老親ホーム、特養等の施設での看取りが増えている。

これからは自宅や施設での看取りを増やそうということなので、今後の在宅の問題点としては、中重度の方の在宅をどう支えるかである。診療所や施設の当初の目的、役割が次第に変わってきているので、徐々に医療保険の分野が広がると思う。

しかし、施設における療養の給付については、介護保険と医療保険との縦割りの部分もあるので、なかなかすぐには進まない。歯がゆいような遅々たる歩みではあるが、先生方の苦勞に報いる方向で進めるように取り組みたいと考えている。

(12) 認知症患者の身体合併症発生時の対応について (大分)

【提案要旨】

認知症患者が身体合併症（消化器や循環器、整形外科疾患など）を発症し入院が必要になった場合、受け入れ先の医療機関より認知症のケアが困難という理由で入院を拒否されたり、家族の付き添いを暗に要求される場合がある。

受け入れる医療機関側にもそれぞれやむを得ない事情もあるが、このような事態に備えて何らかの対応策を講じているか、各県の状況を伺いたい。

＜各県の主な意見＞

認知症患者の身体合併症については、基本的には認知症疾患医療センターでの対応となるが、同センターの整備が遅れている地域や、治療に急を有する場合には対応可能な総合病院等を紹介する等、各県における対応状況について報告があった。

また、県によっては認知症に関する医療従事者向けの研修会を検討中、或いは開催している旨、報告があった。

□日医 鈴木常任理事

認知症は国の想定を上回る勢いで増えている。認知症患者の身体合併症については通常、認知症疾患医療センターで対応することになるが、整備が行き渡っているところは少ないので、このような問題が生じるものと思われる。

厚労省としては今年度から認知症施策推進 5 か年計画、いわゆるオレンジプランを策定しており、その中には病院勤務の医師や医療従事者に対する認知症ケアに関する研修や、医療機関で対応困難な事例があった場合には専門家を病院に派遣することも含まれているようである。

認知症は精神疾患であるが、精神科だけでは対応しきないくらいに増えてきているので、今後はかかりつけ医の役割として、出来るだけ多くの方で対応していかねばならない。今は過渡期であるが、かかりつけ医機能の充実も重要である。

**(13) 保険診療における在宅医療の適正化を
阻む「患者斡旋ビジネス」問題について(福岡)**

【提案要旨】

昨年9月の本協議会にて報告した、サービス付き高齢者向け住宅等における悪質な「患者斡旋ビジネス」問題について、類似の事例が日本医事新報の24年10月27日号のOPINION欄で「二極化する在宅医と患者紹介」と題したコラムで紹介された。

この問題は、平成25年2月20日の参議院予算委員会質問の中で取り上げられ、更に、田村厚労大臣から「在宅患者紹介ビジネス」について調査する旨の回答を頂いており、それを基に政府部内で有効な対策が講じられることが期待される。この様な「患者斡旋ビジネス」は全国的な広がりを見せている可能性があり、正当な診療報酬体系を阻害するこのような金銭授受(実例として月に患者1人あたり1.5～2万円、あるいは診療報酬の2割が医療機関から業者に支払われている)は、モラルハザードとして医療と介護の健全な連携を損ない、一方ではフリーアクセスについての患者の権利を侵害するものである。

このような問題を解決するために、地域医療において量と質を兼ね備えた在宅医療ネットワークを早急に構築することが地域医師会に求められており、その責任は重大である。また、残念ながら法制面の立ち遅れから医療・介護両面について行政からの適切な指導が有効に行えておらず、早急に法的拘束力のある立法措置を講じて頂くことが望まれる。

各県でのその後の実態はいかなるものか、また医師会として対応すべき予防も含めた対策についてご教示願いたい。

<各県の主な意見>

このような事例について、各県とも表面化はしてはいないが、完全にゼロとは言い切れないのが実情のようである。しかしながら、現状では法的な指導が難しい部分でもあることから、各県とも対応に苦慮しているとの報告があった。対応策として数県より、郡市医師会を中心

とした在宅医療ネットワーク等の構築が重要との意見があった。

□日医 鈴木常任理事

中医協では外来医療、入院医療、在宅医療の3つに分けて議論されているが、在宅医療の第1回目に在宅医療の不適切事例として話があった。最初に話を出すくらい厚労省は問題意識を持っていると考える。個人的には急激に増えたサ高住に医療サービスが追いつかない状況を埋めるような形でこのような斡旋業者が出てきているものと考えられる。私も朝日新聞から取材を受けたが、悪いのは業者であって、医師は利用されているケースが多いと考えられ、在宅の推進を阻害するような記事にはしないように話をしている。

厚労省は23年度に「在宅医療における患者紹介等について及び特別訪問看護指示書の交付について」通知を出しているが、今回「在宅医療における患者紹介等の報告様式について」通知を出した。このような事例があれば厚生局まで、是非ご報告頂きたい。今後、そのような事例が早く集まるようなら中医協の議論で改定に反映されることも考えられる。

厚労省保険局の宇都宮課長からは集合住宅への訪問診療の点数を下げるような話も出されたが、それは早計すぎるとして申し入れた。いかに不適切事例を排除する仕組みを地域で作るかと思うが、やはり医師会が地域においてコントロール仕組みが必要だと思う。在宅支援診療所の先生方を始め、在支所以外で在宅をやっている先生方も取り組むことで、多くの情報が得ることができるし、医師会としても行政と連携して動ける仕組みを作ることによって自浄作用を地域で発揮できるようにしていただきたい。地域の中でコントロール出来る仕組みを作りたいと思う。

■福岡県

厚労省からの報告書式について、福岡県では直接厚生局に報告するのではなく、いったん医師会に集め、情報収集して、対策を講じること

が出来るものは自浄活性化として利用したいと考えている。

□日医 鈴木常任理事

医師会が関わるのであれば、是非入っていただきたい。

今後の改定議論の中で押し出せるようなお話があれば、日医へご連絡頂きたい。

(14) サービス提供事業者への保険金直接支払い解禁について (福岡)

【提案要旨】

平成 25 年 6 月 7 日、金融庁は「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ」において、保険金を保険加入者(契約者)ではなく、サービス提供者である医療機関に直接支払いする方針を示している。

これは、保険会社が医療機関等に直接支払いをすることから、自動車保険・自賠責保険の一括払いに酷似した仕組みとなっており、運用上は、現在保険業法等で認められていない「現物給付」となんら変わりがない。また、ワーキング・グループ委員からは、「直接支払いサービスは現物給付に向けた一歩である」との発言があっている。

これが実際に導入されるとなると、民間医療保険がさらなる市場拡大を図ることとなり、また、現在「規制改革実施計画」において保険外併用療養費制度を拡大する動きがあることに加え、TPP への参加によって、これらが民間保険会社の医療業界への参入及び拡大を助長する形となり、公的医療保険・国民皆保険制度を脅かすことになりかねない。

本件についての九州各県のお考えと、日医の見解をお伺いしたい。

<各県の主な意見>

九州各県とも、サービス提供事業者への保険金直接支払制度の解禁が将来、国民皆保険制度に大きな影響を及ぼすこと危惧しており、この件に関する日本医師会の見解を求めた。

□日医 鈴木常任理事

現行においても、保険会社が特定のサービスを提供する事業所を顧客に紹介し、サービスの購入を希望した場合には、保険金を受取人ではなく事業者に対して支払うこと自体は禁止されておらず、それは止められないが、問題は生命保険における現物給付である。金融庁の金融審議会が取り纏めた報告書では、生命保険の現物給付の解禁については、将来の検討課題として先送りしているようだが、実際はかなりハードルが高いようである。

厚労省は金融庁から相談が無かったようだが、実際に商品としては成立し辛いのではないかと見ているようである。確かに生命保険で現物給付が認められると民間保険で自由診療、保険診療は公的保険となるが、民間保険の問題点は、サービス内容に関して民間保険会社が審査を行うが、審査の結果によっては、支払われないこともあり得る。また、保険会社が医療機関と個別に契約を結ぶことになるので、選ばれるところ選ばれないところが出てきて、安くするところを選ぶというアメリカ方式、保険者が医療を支配するということになりかねず、フリーアクセスの阻害にもなることから、トータルで認められない話だと思う。一気にそのような話にはならないと思うが、国は 10 月早々にも医療政策を含む経済政策パッケージを発表するようである。我々の意見が届かないようなところで議論が進んでいるようなので、今後このような流れがどのように含まれるのか、注視していかなくてはならない。

日本の公的医療保険制度は非常に恵まれた制度であり、制度が崩壊すると困るのは国民である。我々は、自分の利益の為ではなく、毎日、目の前で診療している方々が医療を受けられなくなるような制度にしたくないという使命感で動いている。日医としてもしっかり対応していきたいと考えている。

□日医 藤川常任理事

この問題は自賠責保険の問題と非常に酷似している。自賠責保険の 2 階建ての部分に任意保険が

あるが、任意保険の中に人身傷害補償保険がある。その定款に健康保険（公的保険）を使うという努力義務が入った。自賠責保険の交通事故を最初から健康保険を使わせるということで、我々、自賠責保険の担当としては長年戦ってきた。全国調査によると自動車事故で健康保険を使わせておきながら、救償していないという問題が生じている。調査をしてみると国公立病院や、社会医療法人という公的なところでは、自由診療は健康保険を使うように指導しているようである。

今回の直接支払制度の問題は、最初は介護保険の外出し部分を民間保険でやろうという話であった。この件について、厚労省はいっさい関知していないということから、石川常任理事と私の2人で主管である金融庁に調査に行った。金融庁は「国民皆保険制度を揺るがすつもりはさらさらない。あくまでも外出し部分の話」と回答があったが、「国民皆保険の崩壊につながる現物給付は認めない」ことを石川常任理事と2人で確認をしてきた。その結果、金融庁の報告書の一文に「生保における現物給付は今後の課題」の文書が付け足された。当初はいっきに行くということで、経産省と金融庁の大きな流れがあった。

しかしながら、現実には介護保険は株式会社が既にやっており、これは止めようがない。今度はこれを医療保険に持ってこようということである。アフラックのがん保険などは患者に保険金を支払うのではなく直接医療機関に支払われており、現物給付は現実的には破られている。他の疾患についてもこれに準じて可能となれば、医療機関は医療費の未回収が無くなることになる。これは自動車保険の一括払いにあたる。それがついに健康保険にきたということで、私は違和感がない。この問題は本当にゆゆしき問題であると考えている。例えば先生方にとっては合併症はダメとか、元々糖尿病を持っていたのに事前に申告しなかったからダメとか様々な問題が出てくる。患者にとっても非常にやりづらい。治療したくても加入している保険の対象疾患に含まれていないから治療出来ない等の問題が出てくる。しかし今の医療保険はどんな病気であろうと何でも診ることができる。このような保険は世界にはないので、これを絶対に守らなくてはならないという認識で日本医師会はもちろん一致している。



印象記



理事 平安 明

去った平成 25 年 9 月 28 日に ANA クラウンプラザ沖繩ハーバービューにて平成 25 年度第 1 回九医連各種協議会・医療保険対策協議会が開催された。日医より鈴木邦夫常任理事と藤川謙二常任理事が参加され、各議題に関してコメントをいただいた。協議事項は全部で 14 題あったが、効率的に会が進行するように関連した内容については一括協議された。

今回の協議会では、次年度に診療報酬改定があるため、診療報酬関連の議題が 8 題取り上げられ関心の高さが窺われた。鈴木常任理事によると次期改定は一見通常改定のように見えるが、日医も非常に大きな改定であると考えているとのこと。どの点が重要かという点、まず、社会保障・税一体改革を受けた国民会議の報告書に沿う形で、病院の機能分化について前倒しで議論されているという点である。国民会議報告書では看護配置基準 7 : 1 の急性期病院を削減し、亜急性期を増やすといった内容であるが、厚労省は在宅や施設の急変患者も亜急性期で診ると考えており、急変患者はまず急性期で診てから次に移すべきとの日医や他団体との考えに相違があり、今後議論が必要となってくる。今回改定に当たって特徴的なのは、この医療提供体制に関しては日医と四病協が一致して合同提言を出していることである。どの団体も今後の医療提供の在り方として非常に大きな問題と認識していることの現れである。今回の改定作業の成り行きのみならず、医療法改定に関わる事項もあるため、今後の動向を注視する必要があると強く感じられた。

次に消費税の問題である。来年 4 月から 8% に引き上げられる見込みだが、中医協消費税分科会の中間報告では、医療機関の高額投資（建替えや高額機器購入等）への対応は、診療報酬と別立てで行わず、初再診料や入院基本料等の基本診療料に上乗せと個別項目への上乗せを組み合わせで対応する方針が示され、おそらくそのように進んでいくであろうとのことであった。

他にも重要な議題が取り上げられたが、詳細は議事録をご参照いただきたい。今後非常に重要となってくることも多く、会員の皆様には、関心を持って国や日医の動向を注視していただきたいと思う。

今年度は当県が担当県であったため、どちらかという点、会の運営の方で大変苦勞も多かったと思う。医師会事務局の皆様、本当にお疲れ様でした。

4. 介護保険対策協議会

副会長 安里 哲好
 常任理事 宮里 善次
 理事 比嘉 靖



挨拶

○沖縄県医師会 安里哲好副会長

本協議会では、要支援の介護保険はずしに関する議題や、特養に係る診療報酬の問題等、非常に多岐にわたる協議議題が用意されている。各議題について各県よりご意見を賜るとともに、ご多忙の中、本協議会にご出席いただいている日本医師会の三上常任理事より、コメントあるいはアドバイスを頂戴したいと考えている。

本協議会の協議が、会員のための一つの指標となればと考えているため、忌憚のないご協議の程、よろしくお願ひしたい。

○日本医師会 三上常任理事

介護保険について2025年に向けてどういう社会を作っていくか、制度の不整合があれば我々の力で改善していきたい。

本日は、様々なご意見を拝聴できるのを楽しみにしている。

協議

(1) 要支援の介護保険はずしにどう対応すべきか (大分)

<提案要旨>

平成25年4月22日に開催された「社会保障制度改革国民会議」の論点整理で、「要支援の介護保険サービス廃止(要支援者約150万人、要支援者のサービス費用0.4兆円)」を打ち出した。引き続き開催された社会保障審議会の介護保険部会でもこれに同調する意見が出た。平成22年に続き2回目であり、次期改定の平成27年度からの介護保険見直しで実現する可能性が高いと考えておく必要がある。

介護保険制度開始時に要支援を介護保険サービスに組み込んだのがそもそも間違いであったとする意見も当初からあり、我々医師会としては、どう対応すべきであろうか。

現在の要支援者に対するサービスが有効か無効かを一律に判定して廃止するという方向性は、現場を知らない者の論理と言わざるを得ない。要支援者を分類すると、①認知症や独居等の状態にあり、現在の介護サービスでかろうじ

て在宅での生活を維持できているが、このサービスがなくなると、悪化して施設に入所せざるを得なくなる、②現在の介護サービスがなくなっても、家族等の支援で何とか在宅での生活を維持できる、③現在の介護サービスは本人や家族にとって過剰サービスであり、なくても在宅での生活を維持できる、またはない方がむしろ悪化を防ぐことができる、等のグループに分けることができる。

我々は今のうちからこの3つのグループを選り分ける方法を検討しておく必要があると考え、その一つの方法を検討した。

「主治医意見書」に具体的な問題行動等の記載を行うことによって、認知症の程度判定の信頼性を高め、介護認定審査会で他職種の認定審査会委員を納得させた上で、①のグループを要介護1に判定することが現時点では最善の対応と考える。

日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

(2) 次期介護報酬改定における予防給付の動向について (鹿児島)

<提案要旨>

4月22日に開催された第10回社会保障制度国民会議において、予防給付に関し、「軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保健給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。」との意見が出ている。

予防給付の対象である要支援1と要支援2とは、かなりの状態差があり、要支援2の方々は、状態の悪化を防止するために予防給付を受けているのではなく、生活に必要な部分を予防給付により補っていると考えられる。市町村事業に移行した場合、給付量は格段に下がり、要支援の方々の生活が支えられなくなるのではないかと考えられ、社会保障制度国民会議で出された意見は、生活者の視点を欠いた発言ではないかと考える。

予防給付がなくなれば、事業者の経営にも大きな影響を与えるが、何よりも居宅サービスを利用している要支援の方々の生活の質を落とすことになる。

今後、予防給付の取扱いがどのようになるのか情報があれば御教示いただきたい。

(1) (2) 一括協議

<各県回答>

各県とも、要支援の介護保険はずしを懸念する意見であり、その対応として、主治医意見書の記載の充実に取り組むとともに、福岡県医師会より、審査委員会との関わり方について改めて検討を加えてはどうかとする意見があげられた。

主治医意見書の充実については、予診票の記載及び主治医研修会における教育について意見があがり、予診票の家族の記載率の低さや、主治医研修会に積極的に参加する医師よりも参加しない医師の問題についても併せて検討していく必要があるとの意見が示された。

また、審査会との関わり方については、福岡県医師会より研修会に講師を派遣する取り組みについて報告があった。

次期介護報酬改訂における予防給付の動向については、全国一律であった制度が市町村に移行されることによって、サービスの格差が生じると懸念する声があがった。

<日医コメント>

認定審査会のあり方、主治医意見書の書き方の問題について、基本的には認知症のBPSDが2以上であれば要介護1となるが、主治医意見書に問題行動の記載がないとなかなか要介護判定はされないため、予診票等を利用することはいいと考える。

また、地域支援事業への移行についてだが、地域支援事業は介護給付の3%まで予算がつくことになっており、現在は2,500億円まで使っていることとなっている。しかし、自治体の体力等の要因から実際使われているのは、1500億円に留まっている現状にある。

厚労省は自治体に、介護保険予防給付事業等が移行しても予算は同じように確保（6,000億円）を行うこととしているが、自治体がきちっと使ってくれるかは分からず、地域によって格差が生じる可能性は十分あると考える。

また法的に、介護給付と地域支援事業は3%と決められており、今回の予防給付の部分を何%とするかは、法律上定めなければならないという作業があり、8.9%ぐらいが妥当と考えるが、介護給付と比較して3倍は難しいと考える。

地域支援事業には介護予防事業とともに、包括的支援事業があるが、在宅事業、連携拠点事業も乗り込んでくるため予算の使い方がファジーになってくることが考えられる。県医師会は地区医師会とともに、予算の担保するよう努めることが望まれる。

(3) 特別養護老人ホームにおける訪問看護等について（長崎）

<提案要旨>

国はいくつかの理由で在宅での看取りを積極的に進めている。都市部における看取り場所の不足や救急医療機関の飽和状態による機能不全も理由の1つと思われる。そういう流れを受けいわゆる居宅系施設と呼ばれるグループホームや有料老人ホームでも訪問看護を利用しての看取りが以前よりも見られるようになってきたが、より医療的重症者が多い特別養護老人ホームにおいては、癌の末期にしか訪問看護が利用出来ないため施設での看取りに支障を来している。

現在の嘱託医制度だけでは現場のニーズに応えられないと考えるがこの問題について日医や各県の意見を伺いたい。

(4) 特養や有料老人ホームの診察報酬の矛盾について（宮崎）

<提案要旨>

特養（特別養護老人ホーム）の配置医師は、その診療報酬として、再診料や往診料・管理料の算定は認められず、処方せん料の40点あるいは68点しか請求できない。一方、有料老人ホーム・サ高住等（集合住宅）入居者の場合は、

在医総管（在宅医療総合管理料）算定で5,500点程度の請求が可能である。

月2回往診するとして特養入居者では136点、集合住宅入居者では5,500点前後と診療報酬に40倍以上の差が有る。一方では、たった一人の患者さんのために片道40分も50分もかけて往診に行く医師も少なくない。

当局は、特養の嘱託医は嘱託手当で手当されており、それは介護報酬に含まれていると説明する。しかし特養経営者にそのような事情は理解されておらず、十分な嘱託医報酬を得ている嘱託医は少ない。

医療的な見地から見ると、特養も集合住宅もその内容に差はないにも関わらず、診療報酬にこのような差が有るのは不合理である。これは、介護保険制度もなく有料老人ホームなど集合住宅がまだ一般的でなかった頃に決められた制度で、現在のように高齢者の集合住宅が多くなると、両者の差を縮小する形で抜本的な改革が必要と考える。

「特養の嘱託医の診療報酬は嘱託手当で手当されており、それは介護報酬に含まれている」との説明には無理が有り、嘱託医も特養経営者も納得できない。また介護報酬改定に際してそのようなことが議論された形跡もない。この際、（介護報酬に含まれているという）嘱託医手当分を介護報酬から外し、新たに診療報酬に初診料、再診料、その他加算と言う形で付け替えることを提案したい。

(5) 特別養護老人ホームにおける配置医師の医療（診療報酬）について（熊本）

<提案要旨>

最近、熊本県でも特別養護老人ホームにおける配置医師の医療（診療報酬）について問題が起きている。たしか2～3年前に宮崎県医師会より同様な問題提起をされたと記憶しているが、熊本県でも起こってきたというものであり、今後は、他の県でも同様な問題が起こるものだと考えている。

配置医師となられているのは、大多数が医師会会員であり、見過ごすことのできない問題と

考える。基本的には行政（熊本県国保・高齢者医療課）の考え方は、配置医師が特養で診察した場合、初診料、再診料も算定できず、使用する医薬品、医療機材料も算定できないというもので、配置医師契約料にその料金が含まれ、医薬品、医療機材は特養自体が購入するものであるというのが基本的考えである。

このことは、配置医師契約料も高低さまざまであり、特養自体も医薬品、医療機材のストックを持つというのは現実的でないと考えられ、医師会会員たる配置医師の先生たちの不安を解消する必要が出てきた。

そこで、熊本県医師会も介護保険担当理事、医療保険担当理事と共に行政と話し合いの場を持ちたいと考えている。今回は九州各県における状況をご教示いただきたく本件を提案いたしました。

(3) (4) (5) 一括協議

＜各県回答＞

各県ともに、特養における嘱託医については、入所者が増加していく中で嘱託医制度での対応が不可能となりつつあることや、特養における診療報酬については矛盾点が多く、適切な報酬が得られるようにするべきとの意見があった。

大分県より、特養配置医師を対象としたアンケート結果が報告され、報酬額に大きなばらつきがあり、各施設の事情等によって様々な状況がある旨の発言があった。

福岡県より、大分県と同様に特養配置医師を対象としたアンケート結果が報告され、配置医師は、診療所管理医師が半数以上を占めていることや、特養ホーム等に出務している間の自院の状況については、休診としている旨の回答が半数を占めている事等について報告された。

また、福岡県より、「特養と有料老人ホーム、サ高住については、整理する必要がある。特養だけを見て諸問題について国に要望し、それが認められた時に、企業が参入してくることが考えられる。サ高住と同じような状況になるのではないか。」との発言があった。

＜日医コメント＞

施設サービスは、病院であれば介護サービスを診療報酬で併給調整することになっている。介護保険施設は、介護報酬の中で併給調整されていることになっている。サ高住や有料老人ホームのように、介護報酬と診療報酬を両方併給できるとなると、青天井になり、一人100万円以上等、とんでもない価格が出てくる。効率的なサービスをするには併給調整のシステムは必要ではないかと考える。

基本的には、介護報酬の中に配置医師あるいは看護師の医療行為分は入っている。それは全て特養という施設側に支払われる為、その中で配置医師や看護師に報酬を支払うという形を理解しないと全ての施設サービスについては、理解が出来ない。全ての施設を介護報酬、診療報酬の併給にすると非効率な形になるのではないかと考える。

配置医師の報酬、置かれている立場が、非常に低く見積もられていることについては、その通りであると考え。今後重症化していくと考えられるが、看取りについては、加算がつくことになっており、最後は1280単位、その前の2日間は680単位、30日遡った27日間は、80単位となっている。看取りについては施設に配置された看護師が、配置医師と看取りした場合に、看取り加算が取れることとなっている。評価は、徐々に言っていけば付いてくるだろうと考えている。

(6) 認知症サポート医の活動状況について

(大分)

＜提案要旨＞

2012年度から医療計画の中に認知症施策が含まれ地域における認知症対策は高齢化の急速な進行とともに喫緊の課題となっている。

2005年から国立長寿医療センターが養成を開始した認知症サポート医は地域での認知症対策のコアとなるべき存在として期待されているが養成後の国のサポートは十分とは言い難い。

当県では2012年6月に認知症サポート医連絡協議会を設立し現在県下39名の認知症サポ

ート医全員が参加している。2012年度は3回のフォローアップ研修と3カ所×3回のかかりつけ医認知症専門研修を行った。

また県医師会と県で専門研修を受講した地域のかかりつけ医と認知症サポート医、計227名を「大分オレンジドクター」として認定し認知症の相談を気軽に受けられる体制を整備しつつある。

認知症サポート医の活動状況については地域差が大きいとの指摘があり、下記の点を中心に各県の現状をお聞きしたい。

(7) 「認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル事業」及び「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」について（福岡）

<提案要旨>

厚生労働省では、市町村認知症施策総合推進事業として「認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル事業」及び「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」を打ち出しており、当該事業は今後の地域における包括的な認知施策の中心となるものである。これらに地域医師会が積極的に関与していくためには、県医師会からの情報発信も極めて重要であると考えます。

本会では、福岡県高齢者支援課と情報交換を始めたところであるが、未だ具体的な協議までいたっておらず、各県においての現状並びに今後の計画について情報交換をさせていただき、日医のお考えもご教示いただきたい。

また、今までは、認知症サポート医は地域のコーディネータ役としての位置づけと考え、受講者の選定を行っていたが、認知症医療支援診療所には認知症サポート医が必置となるなど、専門医としての色合いが強く打ち出されているように感じられる。今後の認知症サポート医養成について各県の見解をお伺いしたい。

(6) (7) 一括協議

<各県回答>

認知症サポート医の活動状況について、また「認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル

事業」及び「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」については、各県の取組状況に差異があることが示された。

福岡県では北九州市（政令指定都市）の精神科のクリニックにおいて、「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」が参加することとなっており、今後は、北九州市に要請し、県行政、郡市医師会、県医師会が運営協議会としてオブザーバーに入ることとなっている。

鹿児島県医師会では、南大隅町において「認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル事業」に参加することとしている。南大隅町では、平成24年度は在宅医療推進モデル事業を実施しており、平成25年度のテーマを認知症としており、肝属群医師会立病院がその一部を委託する形でスタートする予定となっている。

また、モデル事業に対して今までとおりの地域連携で対応可能であり、あえて実施せずともよいのではないかとの意見もあげられた。

<日医コメント>

認知症サポート医の養成は多くされているが、評価されていない。

認知症サポート医には、内科を中心に診るコーディネータ型の医師と、神経内科・精神科の専門医療と確定診断まで行う医師の二通りある。「認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル事業」及び「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」は、専門医型のサポート医をおくことで評価が決まっている。

その他にも、市町村認知症施策総合推進事業があり、サポート医が支援推進員（コーディネータ）あるいは嘱託医という形で地域包括支援センターの中に入って活用されるケースもあり、診療報酬として評価されるのではなく、行政より人材費（非常勤）として評価されている。

我々としても養成だけするのではなく、ちゃんと評価してもらいたいということを、審議会等で要望しており動向について見守っていただきたい。

それから県医師会としては、サポート医マップ作りについて是非取り組んでいただきたい。

(8) 介護保険における在宅介護サービスと施設サービスの問題点 (佐賀)

<提案要旨>

在宅介護は、家族の介護負担、経済的負担が大きいことから、サービスの利用が中々促進されず、現実的に介護保険施設への入所待機者が増加している。

在宅介護は、1ヶ月の利用者負担額が高額になった場合、高額介護サービスとして、所得に応じて一部負担の上限額が設定され、それを越えた分は後日償還払いで措置されるものの、一時的に費用の支払いが必要になることから、サービス提供の必要があるにも拘わらず、利用者は初めからサービス利用を控える状況にある。特に老老介護の世帯や独居の要介護者は、この傾向が強く、我慢が強いられており、介護保険施設の入所待機者が増加している一因になっている。今後の高齢者の増加を勘案すると、今後、在宅での介護は不可欠であり、在宅での介護が受けやすくなるよう、費用負担の方法も含めて制度を改善する必要があると考えます。

各県のお考えと日医の見解を伺いたい。

<各県回答>

各県より、在宅介護サービスの制度を改善するべきであるとの意見が示されたが、熊本県から、低所得者への配慮として社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度もあり、今後進められる介護保険制度改革においては、低所得者への更なる配慮が検討されることとなっていることから、制度改善の必要があるとは考えていない旨の回答が示された。

<日医コメント>

鹿児島県より、限度額適用認定制度と同様の取扱いをしてはどうかとの意見がある。限度額適用認定制度は、事前に申請し、上限を超えた金額については、償還払いではなく、全額現物給付するというものになっている。

しかし、介護保険で適用させる場合、様々な事業所を使う為、どの事業所の分を超えた分として現物給付するのかということが難しい。技

術的には良いと考えるが、医療の時は上限が分からなく、介護ではある程度の超える額が分かる為、このような制度は必要ないのではないかと考える。

一つの方法として、検討させていただきたいと考える。

(9) 介護療養病床の平均在院日数について

(長崎)

<提案要旨>

長崎県では、基準病床数の1.2倍のベッド数を有しながら、一部の地域では患者急変時のベッド確保に支障を来している。理由の一つに、慢性期ベッドの回転率の低さに起因する受け皿不足もある。

平成22年度病院報告では、長崎県では、平均在院日数は一般病床20.2日、医療療養病床132.0日、介護療養病床457.3日という状況である。

九州各県の状況は如何か。また、ベッドの回転を速めるためのインセンティブが必要かどうかについて、日医や各県のお考えをお尋ねしたい。

<各県回答>

各県より、一般病床、医療療養病床、介護療養病床の平均在院日数が示された。

大分県から、患者急変時のベッド確保の問題を改善させる為には、受け皿を増やすだけではなく、円滑に回転させるための必要な空床を常に確保しておく必要があるとの意見が示された。

鹿児島県から、退院後の受け皿となる介護保険施設や居住系施設等、また在宅医療推進等、更なる医療介護環境の整備を並行して議論する必要がある旨の意見が示された。

<日医コメント>

介護療養の入所者特性を見ると、医療療養とは機能分化されてきている。医療療養は医療区分1が減り、介護療養は医療区分1が増えている。介護療養の要介護度は平均4.5以上であり、老健も特養も全て重度化している。在宅復帰施

設というのは、定められているのは老健施設のみとなっており、ベッド回転率の評価が入っている。介護療養病床には、医療区分は1でも寝たきりの人等、要介護度5である為、その方々の回転率を良くするというインセンティブはどうかと考える。最終的に看取りを行うことの方が多いと考える。

リハビリを行えば回転率を上げる事ができるが、要介護3位の方は、リハビリをするとある程度在宅に変えられる可能性があり、短期集中リハ(3ヶ月)が、ベッド回転率をあげるインセンティブには繋がっていると考ええる。

元々介護施設を3施設作ったのは、それぞれの患者特性に応じて入居してもらう為である。在宅に変えられる人というのは老健施設に入っただけ、リハビリを受けて帰っていただく。特養については、要介護3以上しか入れないというとんでもないことが出てきているが、介護療養については、医療があり、医師や看護師がいなくていけない人達が入るといった特性であるので、ここでベッド回転率をあげるということについては、個人的には意味がないのではないかと考える。

(10) 定期巡回・随時対応サービスの事業性について (鹿児島)

<提案要旨>

厚生労働省の調べによると定期巡回・随時対応サービスの事業所数が伸びていない。

大まかな試算をすれば、要介護度4または5の方は、定期巡回・随時対応サービスを利用するより、個別の介護サービスを受けた方が経済的に有利である。

逆に、要介護1または2の方には、経済的に有利であるが、このことは、事業者にとって持ち出しになる。従って、定期巡回・随時対応サ

ービスでは要介護度3が利用者層となる。

つまり、利用者となる方々が限定的であることを示しており、都市部では、利用者の割合が低くても人口が多いので、絶対数は確保できるが、地方においては、利用者を確保できないと思われ、その結果が事業所数に表れていると考えられる。

国は、参入上の課題として、①未参入の事業所の「夜間・深夜の対応が中心」「利用者からのコールが中心」などの認識 ②訪問看護やケアマネジャーとの連携を上げているが、参入を妨げている一番大きな課題は、利用者の確保困難性にあると考えるが、各県の見解を伺いたい。

<各県回答>

各県から、定期巡回・随時対応サービスの事業所数が伸び悩んでいる要因として、介護報酬および人材や利用者の多い都市部を中心と考える制度のあり方に問題があるとする意見が示された。

<日医コメント>

定期巡回・随時対応サービスは、地域型と集合住宅型(サービス付高齢者向け住宅型。以下、「サ高住」という。)に分かれており、地域型ではほとんどサービスが提供できず(訪問看護週1回、訪問介護週3回、コールはほとんど電話対応でしかない)、サ高住でないと採算ペースに合わない。また、地域型では非常にサービスが手薄になってしまい、サービスを受ける高齢者の方々が不利益を被ることが懸念される。

地域型で24時間、安定的に医療と介護を行えるようにするには、現在あまり進んではないが、複合サービスを利用することがいいのではないかと考える。

印象記



理事 比嘉 靖

平成 25 年 9 月 28 日に九州医師会連合会の平成 25 年度第 1 回各種協議会が当県那覇市内ホテルにて開催され、日本医師会からは三上裕司常任理事が参加された。

介護保険対策協議会においては各県から 10 題が提出された。(1) 4 月 22 日に開催された第 10 回社会保障制度国民会議において取り上げられた要支援の介護保険はずし、予防給付の今後の動向についての 2 題については、主治医意見書の精度向上や予診表の活用についての有効性について話し合われた。(2) 特別養護老人ホームにおける訪問看護の制限や嘱託医の報酬や医療行為に対する診察報酬の矛盾についての 3 題では、日医からは看取りなど重症度の高い施設での医療と介護報酬の二本立てになる法外な報酬の発生が推測され一筋縄ではいかない問題とのコメントがあった。(3) 認知症サポート医の現状や包括ケアシステムにおける役割についての 2 題については、育成だけでなく、それなりの評価をしてもらえよう日医から審議会に要望中であるとの報告がえられた。(4) その他、介護保険の一部負担金の問題、介護療養病床の平均在院日数、定期巡回・随時対応サービスの事業性について（鹿児島）については個別に協議を行った。

各県からの提案については以前から継続的に出されている議題も多く、介護保険制度における問題点に焦点があってきている印象があり、今後の協議会ではより具体的な問題解析や報告、解決に向けた提案などが期待できるであろう。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

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

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前 10 時 00 分～午後 5 時 00 分

TEL (098) 868 - 0893 なくそうヤクザ 862 - 0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869 - 8930 (24 時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

平成 25 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 白井 和美

平成 25 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

日 時：平成 25 年 9 月 12 日（木）19：30～21：30
場 所：沖縄県医師会館（3 F ホール）

1. 開 会

司 会 白井 和美委員

2. 挨拶

沖縄県医師会女性医師部会長 依光たみ枝

3. 議 事

(1) 女性医師等就労支援事業の紹介

沖縄県福祉保健部医務課医療対策班主事 吉本 祐貴

(2) 意見発表

現場からの意見 那覇市立病院小児科 新垣 洋平

4. 意見交換

議題 1－女性医師が多く勤務している医療機関における連携の実態について

議題 2－外科系女性医師の育成について

議題 3－院内保育所の運営について

5. 閉 会

沖縄県医師会 副会長 玉城 信光

去る 9 月 12 日（木）沖縄県医師会館に於いて標記懇談会を開催した。

懇談会では、公的・民間病院を含めた施設の代表者や事務長等が参加し、沖縄県の医師確保対策関連事業の概要及び勤務医の立場から意見発表が行われた後、事前アンケートにて挙げられた 3 件の議題について意見交換を行った。

参加者は、病院代表者が 18 名、事務方 7 名、意見発表者 2 名、勤務医部会役員 2 名、女性医

師部会役員 8 名の計 37 名であった。その概要について次のとおり報告する。

はじめに、開会の挨拶を行い、続いて依光部会長から「病院長が集まる懇談会を毎年行っているのは全国的にみても本県のみである。本日は医療機関から提案された議題について、活発な意見交換が行われることを期待する」旨挨拶があった。

議 事

(1) 女性医師等就労支援事業の紹介

沖縄県福祉保健部医務課医療対策班主事

吉本 祐貴

平成 25 年度女性医師等就労支援事業について説明する。

この事業は復職した医師を対象とする復職支援研修の実施と、育児・介護等による事情から家庭と仕事の両立が難しい就労中の医師を支援することを目的とした事業である。平成 24 年度は 11 医療機関が利用した。

復職支援研修について、昨年度までは研修を開始する時期について特に明言していなかったが、実施要項の改正により本年度から復職後 3 ヶ月までに実施するものを対象とすることとなった。

また、昨年の懇談会で質問があった「院内で協力して医師の業務負担の軽減を図っている医療機関に対しての補助」については、院内の医師で代替する場合、代替した医師の負担が増すだけであり、この事業の本来の目的である職場環境の改善にはあたらない旨、厚労省から指導があった。

（資料 61～62 頁参照）

その他、県が実施している医師確保対策関連事業については以下のとおりである。

①医師就学資金等貸与事業（奨学金）

離島・へき地の医療機関に必要な医師を確保することを目的に、将来離島・へき地の指定された医療機関で勤務する意思のある医学生や後期研修医へ学費や生活の資金を貸与し、研修修了後に指定医療機関で勤務することにより、貸与を受けた資金の返還を免除するものである。琉球大学の医学生及び後期研修医が利用している。
* 利用実績：平成 21 年度→7 名、平成 22 年度から本年度まで→12 名

②専門医等人材育成・確保事業（旅費）

県内の専門医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。
* 平成 24 年度利用実績：6 医療機関 - 派遣人数 35 名、講師等招聘人数 8 名

③救急勤務医支援事業（救急勤務医手当）補助金

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に鑑み、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。
* 平成 24 年度利用実績：5 医療機関

④新生児医療担当医確保支援事業（新生児担当医手当）補助金

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。
* 平成 24 年度の利用実績：1 医療機関

⑤産科医等確保支援事業（分娩手当）補助金

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。
* 平成 24 年度利用実績：6 医療機関

⑥産科医等育成支援事業（研修医手当）補助金

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医療機関へその一部を補助することにより、将来の産科医療を担う医師の育成を図る。
* 平成 24 年度利用実績：申請医療機関なし

(2) 意見発表 ～現場からの意見～

那覇市立病院小児科医師 新垣 洋平



女性医師を妻に持ち、家庭と育児を両立させるための日々のスケジュールについて紹介する。現在夫婦共、那覇市立病院小児科に勤務しており、小学校 2 年

生と 3 歳の子どもがいる。

- 1) 双方の両親の協力と、院内保育を活用して育児を行っている。
- 2) 平日は、勤務が早く終了した方が保育所に預けている子を迎えに行く。
- 3) 上の子は、下校後、祖父母宅におり、下の子を連れて祖父母宅で夕飯をすませ、自宅に戻る。
- 4) 日曜日に勤務となった場合は院内保育所が休みの為、自宅近くの短時間保育を利用している。
- 5) 子どもが病気の場合には祖父母に預けることが難しいため、私（夫）が病児保育へ預けた後に出勤する。
- 6) 重症例を担当している場合でも、子どもの迎えがあるなど、夫婦どちらかのグループに負担がかかってしまうが、職場において上司や同僚などの理解があることとマンパワーがある。そのために、私たちは仕事と育児を両立することができている。

医師になった以上は男女共に社会に貢献する義務があり、また子育ても未来の社会に対する貢献であると考えている。これからは育児に積極的に参加したいという男性医師にも理解を示し、支援する職場環境を整備することが求められるであろう。子育て中は、周囲に協力を求めながら仕事と育児の両立を目指し、自身の子育てが一段落した頃には次の子育て世代に協力することで自分たちが受けた恩恵を還元していけば、男女共に仕事と育児を両立できる勤務環境が実現できるであろう。

意見交換

今回の懇談会を開催するにあたり、各医療機関に事前アンケート調査を行った。その中で、現在行っている取り組みについて伺ったところ、9つの医療機関から下記の回答をいただいた。

現在行っている取り組みで、紹介したい良い取り組みについて。

1. 国立病院機構 琉球病院

現在6名の女性医師が勤務しており、産休・育休、時短勤務、妊娠中の勤務緩和を行っている女性医師が3名いる。

平成24年度の当院における妊娠～育児制度とその実績は、以下のとおり。

- 妊産婦勤務軽減等→あり。超過勤務、夜勤等制限、通勤緩和、妊婦健診休暇（有休）。
- 産休→あり。（2件）
- 出産一時金→あり。¥420,000。
- 育休→あり。子が3歳まで。無給。（3件）
- 育児休業手当→あり（子が1歳まで。標準報酬の50%）。
- 時短勤務制度→あり。1週間の勤務時間は19時間25分～24時間35分の範囲内、小学校就学まで。（1件）
- 育児時間→1日2時間以内（無給）。小学校就学まで。
- 保育時間→1日2回それぞれ30分以内（有休）。1歳まで。
- 院内保育所→あり。午前7:30～午後6時（延長可能）。定員30名、医師優先。（3件）

2. ハートライフ病院

当直勤務を免除し、子どもがいる職員のための病児保育を行っている。又、駐車場を近くにするなど配慮している。

3. 沖縄協同病院

- 職員を対象にした保育園を立ち上げた（2013年6月病院敷地外、職員駐車場に隣接）
- 基本的に女性医師の深夜当直は制限している。
- 女性医師を対象とした短時間勤務正規職員就業規則を整備しており、子の育児、養育、その他の理由でフルタイム勤務が困難な場合の身分を保障している。

4. 琉球大学医学部附属病院

- ①周産期育成プログラムにより、病児保育室が5月より設置され、周産期専門医の就労支援、病院及び医学部職員の就労支援、復職支援が可能となった。
- ②「国立大学法人琉球大学職員の育児・介護休業に関する規程」の改正（平成22年6月30日適用）により、多様な勤務体制が導入された（育児短時間勤務、深夜勤務の免除）。

5. 琉球大学医学部附属病院第一内科

一人の医師に負担がかからないように、チーム医療を実践している。また、当直の回数を減らしている。

6. 琉球大学医学部附属病院第二外科

女性医師（秘書を含む）専用の部屋、シャワールーム、洗濯機を設置した。このスペースは男子禁制であり、リラックスして横になり休める。

7. 県立中部病院

県立病院でも本年度南部医療センター・こども医療センターと中部病院の2ヶ所で、本年度に院内保育所を整備することとした。

検討にあたっては、女性医師を含む各職種のスタッフで構成する検討委員会を設置して議論しており、できるだけ利用しやすいものにしたと考えている。

8. 公立久米島病院

現在、女性医師が産休中であり、地域医療振興協会系列病院から、一週毎の支援を受けて維持している。

9. 県立宮古病院

女性医師ラウンジがある。

議事に入る前に、事前アンケートに回答いただいた病院の中から、以下の3つの病院の取り組みについて紹介があった。

1. 仲程正哲院長 沖縄協同病院での取り組みについて



本院では現在23名の女性医師が勤務しており、その内育児等で7名が時短勤務職員である。時短勤務職員は原則として週20時間勤務とすることで、福利厚生を受けられるようにしており、育児などフルタイムでの勤務が難しい場合でもその身分を保障している。その他、女性医師の当直を制限している。

今年6月には病院敷地外の職員駐車場に隣接して院内保育所を設置した。夜間保育や病児保育にはまだ対応していないが、今後検討したい。

また女性医師専用の個室についても要望がされており、将来的には院内でスペースを設け、女性医師専用の個室を作りたいと考えている。

2. 福冶康秀副院長 国立病院機構琉球病院での取り組みについて



現在6名の女性医師が勤務しており、内3名の女性医師が産休・育休、時短勤務、妊娠中の勤務緩和などで支援を受けている。医師、事務職なども含め、全体の人件費率は72%~75%となっている。

昨年度クランクを3名採用し、先程沖縄県から説明があった沖縄県女性医師就労支援事業を利用し、その人件費の補助を受けた。今後もこれまで行ってきた取り組みを継続的行いたいと思う。

3. 我那覇仁院長 県立南部医療センター・こども医療センターでの取り組みについて



来年3月に院内保育所を設置する予定である。設置するにあたり院内でアンケート調査を行ったところ、利用したいと答えた職員は全体の約30%に留まっていた。

アンケートでは、院内保育所の保育料が高い、保育時間が短いなどの意見もあり、今後検討すべき課題も見えてきた。

説明の後、事前アンケートにより要望のあったテーマについて意見交換を行った。

議題1- 同じ診療科に女性医師が多く勤務している医療機関における、女性医師ならではの連携について

○銘苅桂子 女性医師部会委員

(琉球大学医学部附属病院産婦人科)



琉球大学附属病院は医師が多く、院内の女性医師で集まる機会はこれまでなかったが、昨年度女性医師部会が企画した本院でのプチフォーラムで初めて集

まることができた。

産婦人科では育児中の女性医師が4名おり、その内の3名は非常勤(30時間勤務)である。心がけている事として就業終了時間に帰りやすいように必ず声掛けをする。また、お互いの情報を共有した上で当直などのシフトを組むなど協力しあっている。

○涌波淳子 女性医師部会委員
(北中城若松病院院長)



本院では40～45床の患者を2人の医師が半分ずつ担当するシステムを取っており、日頃からお互いの勤務内容が確認できるようにしている。そのため1

人が休みの場合でも、病床の半分を担当しているもう1人の医師がその病床の患者を診ることができる。また、当直明けは半日休みとなっている。第一代診だけでカバーできない場合には第二代診、第三代診などパズルのように組み合わせることで、休みが取りやすいようにしている。

○知花なおみ 女性医師部会委員
(那覇市立病院内科)



那覇市立病院の女性医師は年に2回会合を持つことで情報交換を行っている。他にもマナー講座や科を超えての食事会などを催し交流を持つことが、支援

体制にも繋がっている。

○翠宮城正典 沖縄県医師会勤務医部会委員
(県立中部病院外科部長)



県立中部病院には約40名の女性医師が勤務しており、ジョイ(女医)ナーズと銘打ち年1回会合を開催していると聞くが、残念ながらそ

こでの情報が男性医師に伝わっていない。情報が得られればもっと協力できると思う。

○玉城信光 沖縄県医師会副会長
(那覇西クリニック院長)



女性医師の連携を取るには強力なリーダーが必要であり、女性医師の集まりで得られた情報を院長などの管理者が理解し支援する体制の両輪がそろえば勤

務環境は大幅に改善される。

○北部地区医師会病院 諸喜田林院長



勤務している医師が多い施設程、連携を取ることが難しいのではないかと思い、今回議題として提案した。当院にも女性医師が勤務

しているため、他の施設がどのように連携を取っているのかということが聞けて参考になった。

議題2-女性医師が外科医になる際の障害となるものはなにか

○川畑勉 沖縄県医師会勤務医部会委員
(国立病院機構沖縄病院副院長)



外科専門医となるには6年かかり、呼吸器外科などの専門医になるには更に6年かかる。専門医を取得するには術者として120例の手

術経験数が必要であり、その他にも論文提出、学会発表なども必要である。専門医を取得するにはこれらをこなしながら診療することとなり、家庭との両立は大変難しいであろう。

しかしながら、家庭でのサポートはもちろん、職場においても女性医師を取り巻く環境に理解を示し、またマンパワーの確保とグループ診療制が確立できれば、女性医師でも育児を行いながら外科専門医が取れるのではないかと考える。

○沖繩赤十字病院 高良英一院長



本院では14名の女性医師が勤務しており、医師全体の20%を占めている。看護師も含めワークライフバランスに配慮した勤務環境を整備するよう心がけて

おり、当直室の整備などハード面では整っていると見える。

勤務している女性外科医に聞いたところ、「診療科の中でお互いの状況を理解しあって当直や日直などをこなすなど周囲の助けがないと勤務は難しく、また女性同士の理解が必要である」とのことであった。(川畑副院長が言われたように)グループ診療制がとればよいと思うのだが、本院では医師数が少ないことから難しいところである。

管理者側は性別にかかわらず、ワークライフバランスを考慮した医師の診療勤務環境について取り組んでいく必要がある。

今後は育児や家庭に積極的に関わる男性医師が増え、現在女性医師の問題として取り上げられていることが、男性医師にも広がるのではないかと懸念している。

○宮里善次 沖縄県医師会常任理事
(中頭病院院長)



外科系の女性医師の支援については妊娠・出産時の支援が課題である。支援策については、5年前はハード面の問題が主に取り挙げられ、現在では産休育

休などのソフト面での問題が挙がっている。今後は個別の女性医師の働き方について考えていく必要がある。支援の仕方はその時々で変化していくものであり、将来的には長く働いてもらうためにはどのような支援を提供すれば良いか考えて行く必要がある。

○白井和美 沖縄県女性医師部会委員
(白井クリニック院長)

宮里院長のご意見は、この会の今後の方向性を言及していただいたものであり、大変参考になった。

医師が働き続けるためには、ワークライフバランスやキャリアパスなどについて医学生からの教育が必要であると思うが、琉球大学医学部ではどのような取り組みをしているのか。

○琉球大学医学部教育企画室 屋良さとみ助教



継続して働けるルートを構築するためには、学生の頃からライフワークについて考えてもらうことが大事である。人生設計を早めに考えることで方向性が見えて

くるであろう。大学では、これらのことを含めた講義やワークショップを企画している。

○琉球大学医学部教育企画室
名嘉地めぐみ特命助教



学部の早い時期からキャリアパスについて考えることをテーマに、昨年度は医学生と医師の交流会を開催した。交流会では秋田大学の蓮沼直子先生を

招聘して、同大学における男女共同参画講義の取り組みについて発表いただいた。その後、スモールグループに分かれ「子どもが発熱した場合はどうするか」など具体的な事項についてディスカッションを行った。参加した医学生からは「将来自分が医師になった時のことを考えるようになった」、また男性医師からは「妻である女性医師への負担について考えるよい機会となった」との意見が聞け、一定の効果があつたと考えている。

また、本年度は6年次の総合講義で佐賀大学の吉田先生を招聘した。同大では1年次と4年

次でキャリアパスについてのカリキュラムを取り入れており、キャリアパスの講義を受けた佐賀大学医学部4年生と受けていない琉球大学医学部4年生を対象にアンケート調査を実施し、その比較検討を行うこととしている。

○おきなわクリニカルシミュレーションセンター
阿部幸恵教授



本センターでは、これまで約1万2千人の利用があり、その内の5割が医師であった。当センターの復職支援プログラムに関しては看護師の復職ではかなり

のニーズがあり、実際にスキルの高いトレーニングを行っているのだが、残念ながら医師の利用は少ない。外科医のトレーニングなども可能なので、ぜひ利用していただきたい。また勤務医師やクリニックを対象としたプログラムではコメディカルも含めて利用できる。学生に対しては、1年次からシミュレーションセンターを利用したプログラムを組んでいる。

女性医師が働き続けるには育児支援など周りのサポートが必要であるが、復職やスキルアップも必要であり、シミュレーションセンターを積極的に利用していただきたい。

○琉球大学医学部附属病院 村山貞之院長



第一外科では、女性外科医師を育てるために力を入れているとのことである。現在、第一外科では助教1人、医員2人が勤務しているが「勤務終了時には、帰宅する

旨を伝えて帰宅してもよい」、「当直は希望に応じて対処する」、「女子医師が休んだ場合には女性医師全体で充当する」などのソフト面の支援の他に、女性用の部屋を準備するなどハード面での勤務環境を整える努力もしている。

病院としては、いろんなパターンでの勤務体制で働けるよう考えている。現在、非常勤で勤務している医員について、産休は取得できないが（産休の代わりに）6ヶ月の欠勤扱いとすることで医員としての身分を保障することができるようになったことは、医師の勤務環境改善に向けて一歩前進したといえる。

議題3- 院内保育所のある施設の運営方法に関して

○ハートライフ病院 奥島憲彦院長



1年前から、ハートライフクリニック内に職員のための病児保育室を開設し、一日3名の病児保育を行っている。月に10名ほどの利用があり、その8割は

看護師である。医師の利用は、女性医師8回、男性医師6回の利用があった。利用しやすい時間などについて、今後検討していきたい。

○豊見城中央病院 潮平芳樹院長



当院では現在25名の女性医師が勤務しており、うち6名が出産経験者である。当直回数などについては、それぞれで話し合うことでカバーしている。院内

保育所は病院敷地外に設置し、運営は外部に委託している。保育料は1歳以下が1万5,000円、2歳以上1万円であり、年間1,800万ほど病院側が負担している。保育時間が午後7時までには終了するため、利用者からはもう少し遅くまで預かって欲しいとの要望が出ている。また24時間の終日保育と病児保育についても要望が多く、将来設置できればと考えている。

○南部徳洲会病院 赤崎満院長



当院では女性医師が8名勤務している。院内保育所を立ち上げて4年になるが、その間、男性医師3名の利用を含め医師の利用もある。看護師の利用の方が多

い。保育所では週2回24時間保育を行っており、深夜勤のシフトをその日に合わせて組むことができる。また深夜勤務終了後も引き続き預けることができるので、一度家に戻って家事を済ませ、それから子どもを迎えに行くことができる。現在、子どもが通う塾へ保育所の職員が迎えに行ってもらえないかとの要望がでており、対応について検討中である。

ちなみに、現在妊娠中の後期研修医が勤務している。専門医を取得することができるか心配しているのだが、周りの男性医師が協力的であることから出産後も研修を続け、専門医を取得できると思われる。

○依光たみ枝 女性医師部会部会長
(県立八重山病院院長)



県内2ヶ所の県立病院にも院内保育所が設置されることが決まり、大変喜ばしいことである。以前は夜間保育、病児保育などの必要生について要望が多かったが、昨今では、施設管理者や医師自身の意識も変わってきたことが感じられる。

○豊見城中央病院 潮平院長

院内保育については、当初看護師の確保が目的であったが、現在では医師の確保も目的となっている。保育所の設置は24時間保育や祝日保育などを行うなど、利用しやすい環境を作らなければならないと感じている。

院内保育所の設置について、県事業局では何らかの支援策はないか。

○県福祉保健部医務課 吉本主事

今のところ支援策はない。持ち帰って検討したい。

○白井女性医師部会委員

これまでの意見交換されてきた内容についての感想、またはその他のご意見を伺いたい。

○上村病院 上村哲院長



本院には女性医師がいない為、現時点で支援体制はない。しかし、今後女性医師が勤務する可能性を考え、本会に参加した。

○沖縄中央病院 久場チエミ総務部長



女性医師支援について、医師の事務支援のための事務員を採用している。今回、他の施設の取り組みを聞いたことは大変勉強になった。

○オリブ山病院 上間一院長



勤務している女性医師は常勤が1人、半日勤務が1人である。基本的に当直は免除しており、また出勤時間を遅くするなどして配慮している。院内に保育所があるが、運営は民間に委託している。

○とよみ生協病院 高嶺朝広院長



もし夜間保育を行えば毎日行わなければならないのかと思っていたのだが、南部徳洲会病院のように週2回の夜間保育などの形態もあるとわかり、でき

る事から始めれば良いのだとわかった。他の施設の様子も見学したいと思う。

○知花女性医師部会委員

女性医師の勤務の仕方は出産・妊娠で分かれてくると思う。支援するには各科の雰囲気やその背景なども大事であろう。市立病院では緊急オペが出来なくても当直には入れるというように、柔軟な対応ができる雰囲気がある。自分達は何を求め、何をしていくのか目的をはっきりさせ、そして女性医師を受け入れるという文化を作っていたら女性医師も働きやすくなるのではないかな。

○ハートライフ病院 奥島院長

過去に女性の外科後期研修医を受け入れた際には、最初の2年は当直を制限するなどに対応した。この女性研修医は無事外科専門医を取得できたが、それは子どもがいなかったことが大きいと思われる。女性医師が出産を迎えると、マンパワーが少ない診療科は厳しくなると思う。3～5年目の若い研修医が多く勤務する環境を作っていくことが必要である。

○仁井田りち 女性医師部会委員



今後の支援協力や各施設間の情報交換などをスムーズに行うために、各施設で女性医師支援の担当医師を育てていただきたい。女性医師部会もその医師を

通じて連携を図ることができるようになる。

閉 会

沖縄県医師会副会長 玉城 信光

琉球大学の取り組みを聞き、近い将来、今までのように他県から講師を招聘するのではなく、沖縄県から他県へ講師を派遣できるようになるであろうと確信した。

様々な支援策について、自らの病院で何を目的に支援していくかその病院に勤務する者にしかわからない。夜間保育所に子どもを預けられる時に夜勤を入れる、病児保育所を設置する、英才教育を実践したいなど親の希望について院内で検討しているなど、各々の病院で一生懸命取り組む時代になった。

超高齢者社会への提言として、己を助ける「自助」、自発的に近い人を助ける「互助」、地域で共に助け合う「共助」、そして行政による「公助」という言葉がある。これからの高齢者が「自助」でがんばることで、少子化対策のための予算が増えていくものと考えている。各施設には今後とも県からの補助金などを利用しながら育児をはじめ、勤務環境について院内体制を整えて欲しい。

女性医師等就労支援事業（補助事業）

1 事業の目的・概要

医師の再就業の促進と、勤務環境の整備により離職防止を図ることで医師を確保する

↓

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（復職支援研修）

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職場環境の整備を行う（就労環境）

当事業は・・・
 復職した医師を対象とする復職支援研修の実施と、
 育児・介護等による事情から家庭と仕事の両立が難しい就労中の医師を支援するため、

2 事業の内容

① 復職支援研修

女性医師等の復職研修受入を行っている医療機関において、指導医のもとで復職研修を実施する。
 ※平成25年度から国の実施要綱改正にともない、復職後に実施する研修については、復職日から3ヶ月までに実施するものに限るとされております。

② 就労環境改善

育児、介護、その他配慮すべき事情のため家庭と仕事の両立が難しい医師の就労環境を改善する。

- ・医師事務作業補助者を採用して、医師の業務量を減らし、仕事と家庭の両立を図る。
- ・日直等の免除をすることで家庭との両立を図る
- ・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。

3 対象経費 基準額：11,140千円

①病院が行う復職研修に必要な指導医経費（謝金、人件費、手当）、賃金、報償費（謝金）、旅費、需要費（消耗品費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、雑役務費）、使用料及び賃借料、備品購入費、図書購入費、委託料（上記経費に該当するもの。）

②就労環境改善に取り組むために必要な代替職員経費（注）（謝金、人件費、手当）、賃金、報償費（謝金）、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、雑役務費）、使用料及び賃借料、備品購入費、図書購入費、委託料（上記経費に該当するもの。）

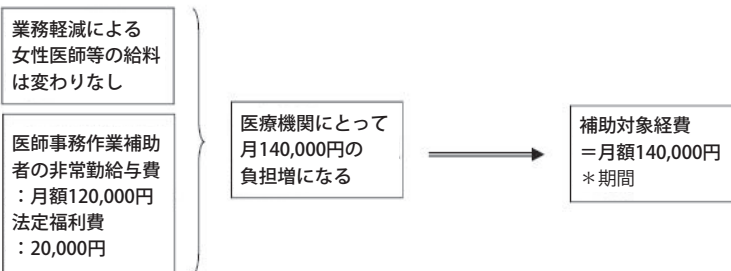
（注）代替職員経費は、女性医師等の短時間勤務や宿直免除等の利用に伴う代替医師の人件費等とし、代替として勤務した部分に限る。

4 補助率

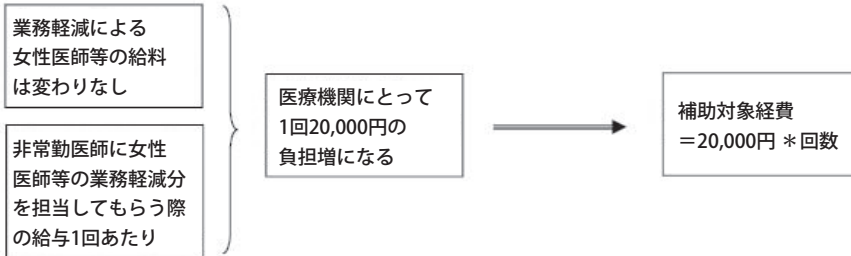
国 1/2 県 1/2以内（H25年度現在） ※ただし予算の範囲内

5 補助金活用例

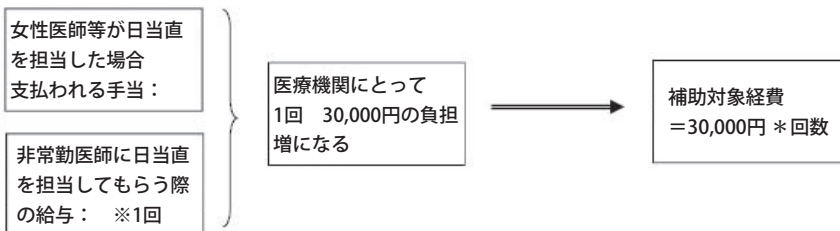
① 育児中の女性医師等の業務軽減のため医師事務作業補助者を配置する。業務軽減により時間外勤務をさせない。



- ② 育児中の女性医師等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。

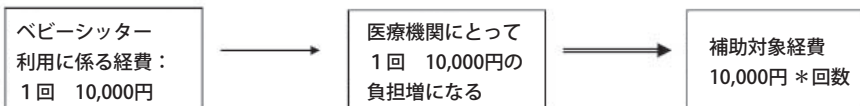


- ③ 育児中の女性医師等の日当直を免除する。
代わりに非常勤医師を雇い日直を担当してもらう。



上記②、③のケースで常勤医師が、女性医師等の代替医師として業務にあたる場合、単なる業務見直しにより、通常給与の範囲内で代替させている(=病院の追加負担がないなど)状況においては、補助対象とはなりません。

- ④ 女性医師等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できるようにする。



6 留意事項

- 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します。また、平成24年度から、研修医や非常勤医師についても支援の対象としています。
- 実績報告時に経費支出と事業内容について証明できる資料を提出していただきます。
賃金台帳、補助事業にかかわる医師の勤務状況を証する書類等々
- 当事業の実施状況のみでなく、事業により得られた効果等を報告していただきます。
- 医療機関の負担額に対して全額補助が受けられるということではありません。
- 各医療機関の事業計画額に対して、予算の範囲内で補助します。国・県の予算状況によっては、補助額が低くなる場合もあります。

印象記

沖繩県医師会女性医師部会役員 白井 和美

この会も今回で6回目を迎えました。これまでは、女性医師支援で先進的取組をして居られる病院の事例紹介、女性医師を対象としたアンケート結果の報告、日本医師会が主催する男女共同参画フォーラムの報告などを中心に行ってまいりました。しかし、昨年の同会終了後のアンケート結果で、「懇談会と銘打ってはいるが、懇談会となっていない。」との厳しいご指摘を頂き、今回は参加者相互の懇談を中心に、例年と少し異なった構成と致しました。

ここでは、討議された3つの議題に関して述べたいと思います。

始めに、「女性医師が多く勤務している医療機関における連携の実態について」

話し合われました。一般に、女性はコミュニケーション上手で、横のつながりが作りやすいため、誰かが困った状況にある場合など、周りがそれをカバーする自然の流れが出来上がるようです。私たち女性医師間では当然のこととと思っていましたが、改めて我々の調整能力に気がきました。

ただ、女性同士のコミュニケーションの枠内でカバーできることには限りもあり、まだまだ同僚・上司の先生方のご協力を頂かねば、妊娠・出産・子育て中の女性医師はキャリアを続けるのが困難だと感じました。

次いで、「外科系女性医師の育成について」話し合われました。

この中で特に印象に残ったことは、今回初めてご参加の勤務医部会の先生方から、県内に女性の外科系専門医がほとんどいない実態が紹介されたことです。そして、国療沖繩病院の川畑副院長からいただいた一部の専門医取得には約12年が必要とのご発言でした。独身であれば、女性も臆することなく挑戦できるでしょうが、20代後半から30代のいわゆる適齢期に、大きなライフイベントを抱えながら、専門医取得の努力を続けるには、本人の覚悟だけではどうにもならない実態が浮かび上がったように思います。これからの医師は、学生時代から自身のライフプランをしっかりと持つことが必要だと感じました。その点、琉球大学では、今後授業の中で、この問題に関しても取り上げていかれるとのことで、期待が持てました。また、クリニカルシミュレーションセンターでは、復帰支援用のコースが新設され、利用者の申し込みを待つのみとのこと。頼もしい限りです。

一方、沖繩赤十字病院の高良院長からは、今後は、男性医師も女性医師同様に多様な働き方を模索する時代が来るかもしれないという深刻な問題提議もありました。恒常的に過重労働を余儀なくされている医師の勤務環境の改善は喫緊の課題です。全ての医師がキャリアを絶やすことなく現場で仕事が続けられる様、今後ますます議論が必要となる問題と感じました。

最後に、「院内保育園の運営に関して」話し合いました。

その中で、南部徳洲会病院では、24時間保育を週2日だけ実施しているというご報告があり、特に先生方の興味を引いたようでした。何事にも万全の態勢で臨みがちですが、この様にできる処から始め、軌道に乗ればそれを拡大するという方法があったのかと、目から鱗が取れたように感じたのは私だけではなかったことでしょう。

「女性医師支援も、ハードからソフト、そして個別へ」との宮里常任理事のお言葉通り、今後は、個々の事情に合った対策、きめ細やかな支援策を模索し、女性だけでなく男性の勤務医、開業医も含め医師全体が働きやすい体制づくりを目指し更に密に情報を交換して行きたいと思いました。

最後に、全国でこの懇談会が毎年開催されているのは、おそらく本県だけとのこと。今後も毎年開催できます様、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。