

平成 28 年度医療政策シンポジウム



副会長 宮里 善次

平成 28 年度医療政策シンポジウム

日 時：平成 29 年 2 月 8 日（水）13:00 ～ 17:00

場 所：日本医師会館 大講堂

テーマ：社会保障と経済の好循環

～医療保障を中心に～

次 第

開 会

開会・主催挨拶：横倉義武（日本医師会会長）

司 会・座 長：中川俊男（日本医師会副会長）

講 演 1：「日本医師会の医療政策」

横倉義武 日本医師会会長

講 演 2：「2000 年代以降の医療政策と経済」

遠藤久夫 学習院大学経済学部教授

講 演 3：「医療費と経済」

印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授

司会・座長：中川俊男（日本医師会副会長）

石川広己（日本医師会常任理事）

パネルディスカッション：「テーマ：社会保障と経済の好循環～医療保障を中心に～」

パネリスト：

新浪剛史 サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長

遠藤久夫 学習院大学経済学部教授

印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授

横倉義武 日本医師会会長

閉会挨拶：中川俊男（日本医師会副会長）

去る平成 29 年 2 月 8 日に日本医師会館に於いて、「社会保障と経済の好循環～医療保障を中心に～」をテーマに「平成 28 年度医療政策シンポジウム」が開催された。

横倉会長はご挨拶の中で、特に二つの事を強調して述べられた。

医の職業倫理を改めて重視する姿勢と、地域包括ケアの精神に沿った町づくりの二点である。特にかかりつけ医を中心とした町づくりを推進することで「健康寿命の延伸」がもたらされれば、「支えられる側」であった高齢者が「社会を支える側」になれる可能性がある。

本日は社会保障と経済の好循環と言うテーマで、医療と経済に関する講演とシンポジウムを予定しているところ挨拶があった。

講演 I で、横倉会長は 2015 年度の国の貸借対照表を掲示し、国の借金は 520.8 兆円もあるが、企業や個人の貯金も 2,130 兆円に及んでおり、決して悲観するような状況ではない。

また 2014 年度の国民医療費（40 兆 8,071 億円）の財源構成を見ると、自助（患者負担）が 11.7%、共助（保険料）が 48.7%、公助（公費）が 38.8% となっている。

中でも公費部分是对 GDP 公的医療費が G7 平均よりも低いが、税収が伸び悩む中で年々増加傾向にあると説明があった。

また、被用者保険の保険料率には大きな格差があるので、大企業が組織し、平均給与の高い組合健保や事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせて公平化すべきと述べられた。仮に協会けんぽにあわせて全てを 10% にすると、現状の保険料収入に比べると約 1 兆円の増収効果があると示された。（図 1）

日本医師会の政策判断基準として、①国民の安全な医療に資する政策か。②公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か。と言う 2 点が示され、少子高齢化により国民の不安が高まる時こそ、社会保障を充実することで将来の

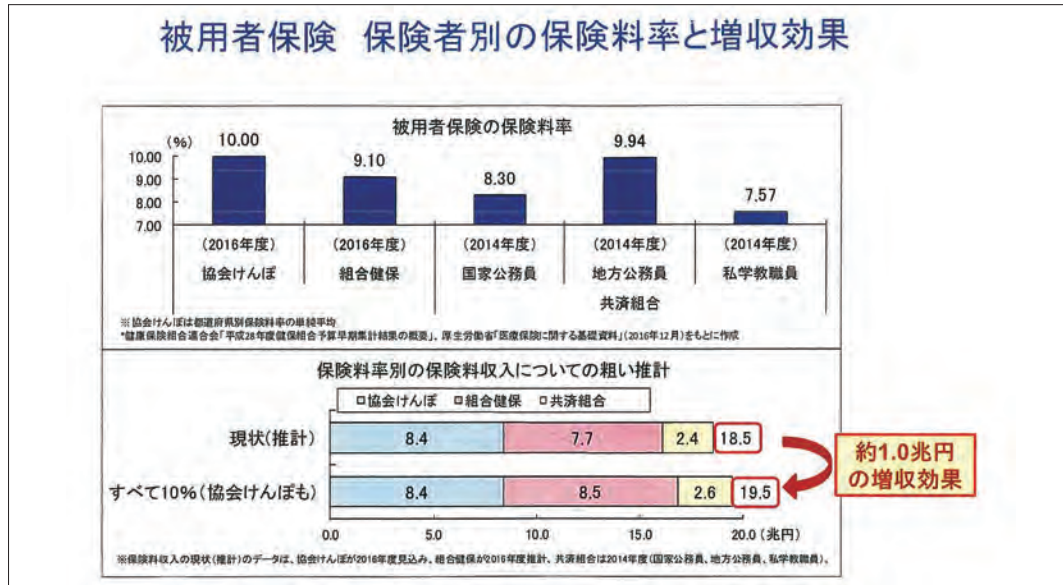


図 1

不安が社会を安定させ、経済成長につながると強調された。

さらに社会保障が持つ経済効果として次のように述べられた。

①「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は相互作用の関係にある。②経済成長が社会保障の財政基盤を支え、他方では社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支えする。③医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の安定に寄与する。④国民が安心して老後を迎えられるようにするためには、社会保障を充実させる必要がある。⑤老後が不安であるという思いを持つ多くの国民に、安心を示すことは経済成長を取り戻すための出発点である。

ところで全国の医療機関には 300 万人以上が従事している。

2009 年度から 2015 年度の平均給与の伸び率をみると、製造業では 7.5% 伸びているが、医療機関では -2.5% で伸びていないことが分かる。(図 2)

さて、高齢社会にあって医療・福祉分野は需要の増加が見込まれており、実際に 2000 年から 2011 年にかけての医療・福祉分野の国内生産額の伸びは最も高い。

医療に財源を投入すれば特に医療従事者の比率が高い地方では経済活性化につながり、さら

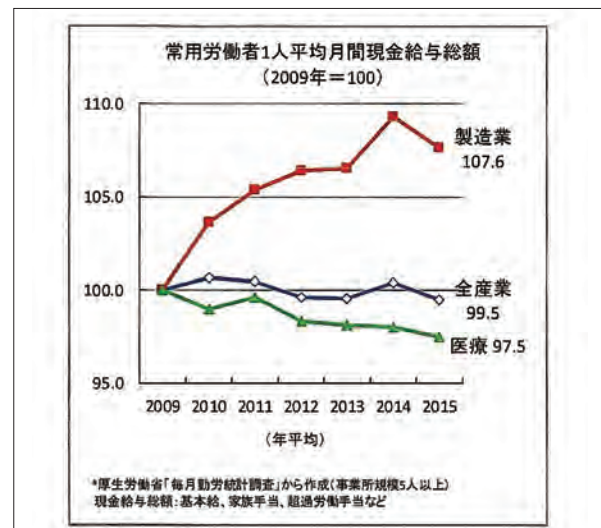


図 2

に経済活性化が経済成長を促して、地方創生への多大な貢献につながると強調された。

また、「健康寿命の延伸」は社会保障制度の堅持をもたらすと述べられた。(図 3)

講演Ⅱは「医療政策と経済」、講演Ⅲは「医療費と経済」のタイトルで、人口動態や医療費の年次推移などの提示資料も共通点が多かったので、報告する。

1955 年から 2011 年までの「経済、医療費、医療政策」を示す。(図 4)

折れ線グラフで示した医療費は年々右肩上がりを示しているが、上昇角度に違いがあること

が分かる。特にオイルショックやバブル経済崩壊、リーマンショックの後は上がり方が急激である。そしてその後の医療政策が次々と発表されているのが分かる。

2000 年以降経済は低成長期で第 2 次医療費適正化時代として官邸主導型の医療政策となっている。

医療費問題はオイルショック以前は個別保険財政の問題で、2000 年までは経済成長の問題であった。2000 年以後は財政赤字の問題となっており、財源として消費税増税が見込まれている。しかしながら、やり方によっては諸刃の刃になりかねない。

横倉会長は医療分野に財源を投入すれば、経済活性化につながると強調されたが、印南教授

は「医療分野に財源を投入して、経済活性化につながると云う考え方があるが、アカデミックエビデンスはない」と述べられた。また一方の考え方として、いわゆる「医療亡国論→成長あしかせ論」もあると紹介された。

いずれにしても、今後の医療保険制度回りでは医療費全体の伸び利率管理が重要であり、特に図 4 で示した医療費伸び率から見ても、来年の診療報酬の同時改定は厳しいものが予想されると述べられた。(図 5)

なお、本シンポジウムは後日日本医師会のホームページ上に記録集として記載が予定されているので、拙い報告をカバーする意味でも参照して頂ければ幸いである。

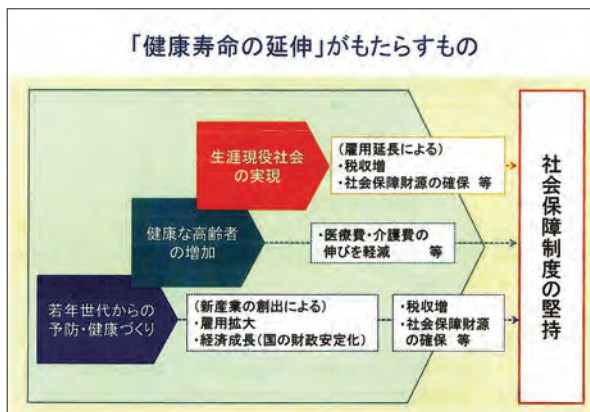


図 3

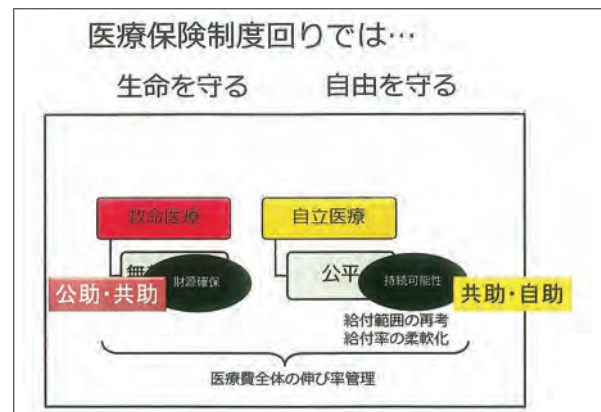


図 5

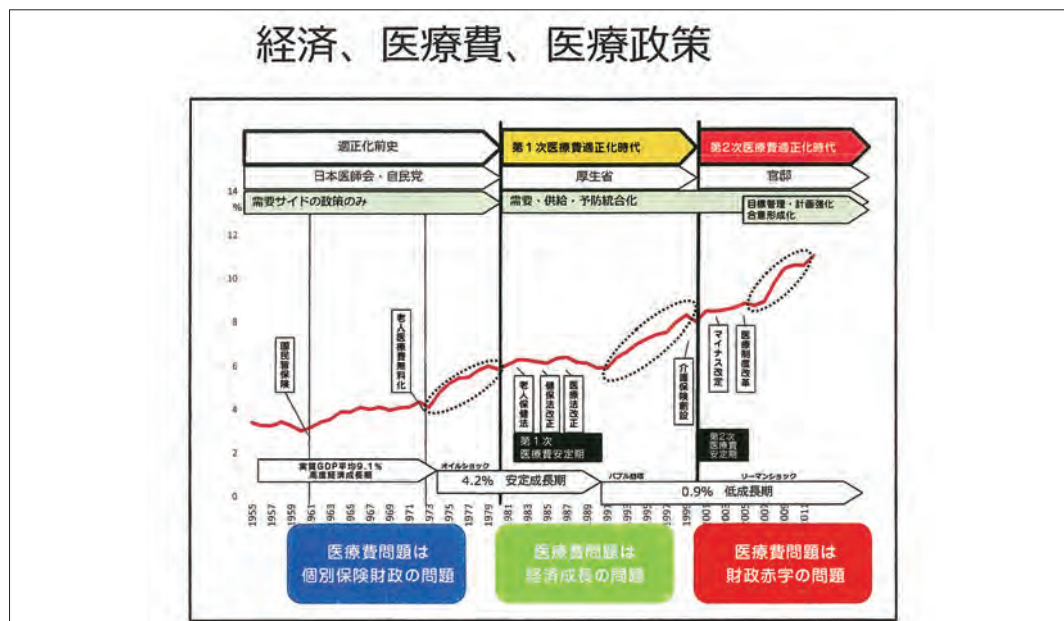


図 4

平成 28 年度日本医師会 医療情報システム協議会



理事 比嘉 靖



平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会プログラム
メインテーマ：日医 IT 化宣言 2016 さらなる医療 IT 基盤をつくる
平成 29 年 2 月 11 日（土）13:00-18:50/1F 大講堂
総司会者：石川広己（日本医師会常任理事）

開会挨拶

横倉 義武（日本医師会会長） 松原副会長代読
蒔本 恭（運営委員会委員長・長崎県医師会長）

I. 日医 IT 戦略セッション

座長／運営委員（川出委員、富田委員）

- ①日本医師会の IT 戦略について【日医 IT 化宣言 2016】
日本医師会常任理事 石川 広己
- ②日本医師会 ORCA 管理機構（株）の今後について
日本医師会 ORCA 管理機構（株）代表取締役社長 上野 智明
- ③日本医師会文書交換システム（MED Post）について
日本医師会 ORCA 管理機構（株）開発部長 西川 好信
- ④なぜ HPKI をやったのか、医師資格証の今後について
日本医師会電子認証センター システム開発研究部門長 矢野 一博

【質疑応答】

II. 事例報告セッション

座長／運営委員（牟田委員、小室委員、服部委員、吉田委員）

【日医認証局・日レセを利用した事例】

- ①セキュリティをコントロールする「ゆけむり医療ネット」におけるコンテ
キスト・スイッチの応用～
別府市医師会 ICT・地域医療連携室 室長 田能村 祐一
- ②あじさいネットにおける検査・画像情報提供加算の実践
長崎県医師会常任理事・あじさいネット理事 牟田 幹久
- ③日本医師会文書交換ソフトを利用した医療連携の模索
碧南市医師会顧問・碧南市健康を守る会会長 山中 寛紀
- ④ORCA 連携自動健診システム「健診オートボーイ」
佐世保市医師会顧問・医療法人光省会 福田 俊郎
- ⑤「まめネット」における日医認証局活用事例報告
島根県医師会常任理事 児玉 和夫
- ⑥日医標準レセプトソフト（ORCA）を利用した点眼薬の表示システムの試作
坂出市医師会 広報・情報担当理事 久保 賢倫
- ⑦いばらき安心ネット医師資格証を用いた運用及び ORCA の役割
茨城県医師会副会長 松崎 信夫

【質疑応答】

【地域での取り組み事例】

- ⑧患者・家族参加型システム「Note4U」の運用と課題
鶴岡地区医師会理事 三原 一郎
- ⑨診療支援ツールの新たな展開：ICT 化糖尿病連携手帳による地域包括ケア体制
構築と広域運用への課題
独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター医長 幸原 晴彦
- ⑩A ケアカードシステム 浪速区での挑戦
浪速区医師会副会長 久保田 泰弘
- ⑪かかりつけ医における外来診療要約「年刊サマリー」の様式考案と実践
医療法人明輪会 荒川医院 副理事長 荒川連生
- ⑫医師会プライベートネットワークと画像公開システム
岡崎市医師会システム担当理事・日名南おはまクリニック院長 大浜 仁也
- ⑬「うすき石仏ねっと」でもっと地域を元気に！
白杵市医師会医療福祉統合センター長 舩友 一洋
- ⑭なごや地域における医療連携ネットワークの活用事例
名古屋市医師会理事 若松 建一

【質疑応答】

去る 2 月 11 日（土）～ 12 日（日）の 2 日
間に亘り、日本医師会館において開催された標
記協議会について報告する。

冒頭、本協議会の前身である全医協の代表幹
事である宮城県医師会顧問の安田先生が去る
12 月 28 日に亡くなったことを受け、宮城県医
師会の嘉数会長より追悼の言葉が述べられた。

< 2 月 11 日（土） >

挨拶

日本医師会会長 横倉義武

（代読：日本医師会副会長 松原謙二）

昨年 4 月の診療報酬改定で、検査・画像情報
提供加算及び電子的診療情報評価料が新設され
た。これは、IT に対する診療報酬上の評価が
なされたということであるが、日進月歩で変貌
している医療の IT 化に時機を逃さず、適切に
対応することが求められるなか、日本医師会が
本協議会を通じて活動してきた成果であると思
えている。

検査・画像情報提供加算を算定するためには、技術的に保護され、外部からの攻撃や侵入、盗聴、改ざんなどの危険が無いセキュアなネットワーク回線が不可欠である。日本医師会は医療分野の IT 化の新たな指針「日医 IT 化宣言 2016」を公表し、安全なネットワークを構築していくことを宣言した。この新たな日医 IT 化宣言は、従来の「ORCA プロジェクト」の推進のみの内容にとどまることなく、医療分野の IT 政策全体を包括する内容となっている。

このような流れから、今年度の協議会は、「日医 IT 化宣言 2016 ～さらなる医療 IT 基盤をつくる～」をメインテーマに取り上げた。

同宣言を基に、医療等 ID や HPKI 利用の普及拡大に向けて、全ての医療機関等が接続できる公的な全国ネットワークとして「医療等分野専用ネットワーク構想」を日本医師会が提唱している。本ネットワークは、厳格な機関認証を受けた医療機関等や接続要件を満たした AP 事業者のみを接続可能とし、全国の医療機関等をカバーする公益性を担保するとともに、コスト効果に優れた全体的に最適化されたネットワークとなるよう現在、会内委員会を設置し、検討している。

さらに、内閣官房の次世代医療 ICT 基盤協議会においては、改正個人情報保護法施行後に、病歴情報等、配慮が必要な個人情報は本人の許可なく第三者に提供ができなくなるため、第三者等に研究等に必要情報を提供できる「医療情報匿名加工・提供機関（仮称）」を創設するとして議論が行われているが、日本医師会は「医療情報匿名加工・提供機関（仮称）」に関し、積極的に関与していく所存である。

今後も、日本医師会は従来以上に力を入れて、患者の医療情報を厳格なセキュリティで守りつつ、医療分野の IT 化に取り組んで参る。

運営委員会委員長・長崎県医師会会長 蒔本恭

さて、日本医師会は医療 IT 委員会で、地域医療推進のための新たな日医 IT 化宣言と、医

療介護における多職種連携のあり方について検討を行い、昨年、日医 IT 化宣言 2016 を公表した。

今回の協議会は、日医 IT 化宣言をテーマに取り上げ、「日医 IT 化宣言 2016 さらに医療 IT 基盤をつくる」と題して開催されていた。

現在、地域包括ケアシステムの構築が進められているなかで、かかりつけ医を中心とした多職種連携を進めていくためには、ICT による地域医療連携システムは欠かすことの出来ないものとなっており、全国各地で医療における ICT の活用が進められている。

一方、政府はマイナンバー法施行等、医療現場に対しても本制度の利用を勧めようとしている。日医としては、当初より医療情報とマイナンバーが直接結びつかない仕組みが必要としており、医療等分野専用の ID の導入を提案している。その甲斐あって、政府でも医療等 ID の導入に向けた具体的な検討が行われていると伺っている。

地域医療連携システムを進めるうえで、安心安全な医療 IT 基盤を作っていくことが大変大切な事である。各地でネットワークが構築されてきたが、これから地域を超えて行われ、様々なサービスの普及に向けて高度なセキュリティが保たれた共通利用ができる広域ネットワークが求められている。

現在、日医は、情報を安全に安心して連携させるための医療等分野専用ネットワーク構想を提唱している。

当件に関しても、本協議会の中で、詳しく説明があると思われるので、先生方にも議論いただき、日本医師会を中心とした医療連携のための IT 基盤を作っていただければ良いと切に願っている。

今回のプログラムは、日医 IT 戦略セッション、事例報告セッション、医療等分野専用ネットワーク構想について、大きく 3 つのセッションに分けている。

大きく変化している医療分野のIT化については、日医より最新の報告をいただくとともに、事例報告では、日医認証局・日レセを利用した事例として名高い地域の報告をいただくことになっている。

大変興味深い内容ばかりのため、最後までご清聴いただき、活発な議論をいただきたい。

I. 日医IT戦略セッション

①日本医師会のIT戦略について【日医IT化宣言2016】

日本医師会の石川広己常任理事より、概ね以下のとおり講演が行われた。

日本医師会では、2016年8月に「日医IT化宣言2016」を公表した。

宣言内容は、「安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守る」「医療の質の向上と安全の確保をITで支える」「国民皆保険をITで支える」「地域医療連携・多職種連携をITで支える」「電子化された医療情報を電子認証技術で守る」となっている。

宣言の中で触れている「安全なネットワーク」については、高いセキュリティを確保したネットワークの実現により、各医療機関が電子紹介状などを安心してやり取りできる環境づくりに取り組めるよう、「医療等分野専用ネットワーク」の構築を目指している。

日本医師会のIT戦略と医療等分野ネットワーク構想は、医療・介護情報連携と医療情報ICT化の共通基盤の構築を行うため、HPKI認証局や改正個人情報保護法、医療等ID、保健事業IDの取り組みを進めていく。

また、医療・介護分野のビッグデータ構築と利活用を推進するための代理機関（仮称）に手上げし、公益性の担保等を行っていくとともに、ORCA事業の継続のため、日本医師会ORCA管理機構株式会社の創設や広範な医療・介護分野における医療等分野専用ネットワークの形成を行うことで、日本の医療・介護ICTの発展を目指すこととしている。

日本医師会ORCA管理機構株式会社の2nd stageは、日本医師会より委託を受け、①従来のORCA事業を継続し、クラウド環境の提供を開始すること、②レセプトエンジン化を推進し、日本電子カルテメーカーに提供することを事業構想し、医療機関のIT化とコスト削減をさらに支援していくこととしている。

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価は、高いセキュリティが求められていることも含め、手軽で安価に対応するためのツールとして、紹介状ソフト（MI__CAN）、HPKI対応の電子署名ソフト（Signed PDF Client ORCA）、安全な送受信が行えるソフト（MEDPost）を推進していく。

マイナンバーに関しては、個人番号を医療の現場で利用するべきではないと主張しており、医療の現場で個人番号カードを登場させるような仕組みや、医療情報と個人番号が結びつくような仕組みにはいけなく、医療等IDを用意することを提案している。

また、様々な年齢での健診データを健診用IDで繋げることで、「生涯保健事業」として体系化することを目指していく。

医療分野の研究等では、匿名加工情報による統計的なデータが必要とされている。但し、統計的な処理を行う際、複数の医療機関に渡る診療と結果の時系列での追跡や健康に関するライフログの連結等、トレーサビリティが重要となってくる。

そのため、第三者（研究等を行う者）に匿名加工情報を渡す前の段階で、信頼できる者が、オプトアウト手法等により大規模な医療情報を集積しつつ、複数の医療機関の医療情報を連結して匿名加工情報を生成し、第三者が求める研究に必要な分析結果等を提供するしくみが必要である。医療施設が各々、匿名加工処理を行うのではなく、信頼できる者が一定程度、一括してこれを行う方がセキュリティ、経済性からも合理的であり、その機関として日医が手上げをしている。

その他、医療・介護連携において、クラウド SNS 利用の推進や、TLS1.2 による利用者認証、BYOD の利用はしないことを述べられた。

医療等分野においては、従来より目的別・地域別にネットワークが構築されてきたが、今後見込まれる様々なサービスの普及に向けては、共通利用できる高度なセキュリティが確保された公的広域ネットワークが求められており、医療サービスの充実と社会保障費の適正化を目指すうえで、「医療等分野専用ネットワーク」の構築を必要としている。

まずは、実用化に向けたパイロット事業を行い、技術検証および運用ルール策定を行うことが望ましいとされており、日医も積極的に関与していくこととしている。

②日本医師会 ORCA 管理機構（株）の今後について

日本医師会 ORCA 管理機構（株）の上野野明代表取締役社長より、概ね以下のとおり講演が行われた。

日医標準レセプトソフト導入は、レセコン業界でシェア 3 位に成長し、導入医療機関数は 1 月現在で、16,048 施設となっている。また、連携電子カルテも急増しており、約 40 メーカーが対応している状況である。

ORCA の市場投入により、メーカー製のレセコンの市場価格は大幅に下落し、新しく開発される電子カルテの多くが ORCA 連携型電子カルテとなっている。

ORCA の次の 10 年戦略としては、医事・介護の会計処理エンジンとして組み込みが可能なものに発展させていくこととし、全国の医療・介護施設に共通して存在する保険請求の基盤としていく。

また、新たな取り組みとして「次世代型医療 ICT 基盤」関連事業に着手し、診療所及び健診施設情報等の臨床データの収集と利活用事業（仮）を展開するなど、生涯保健情報統合基盤の構築を進めていく予定である。

③日本医師会文書交換システム（MED Post）について

日本医師会 ORCA 管理機構（株）の西川好信開発部部長より、概ね以下のとおり講演が行われた。

日本医師会文書交換システム（MED Post）は、日本医師会が発行する医師資格証を用いて、安全性を確保した回線で全国の医療機関と医療機関を結び、医療文書や電子ファイル等を送受できるシステムであり、地域包括ケアの推進における他職種連携の情報連携ツールとなっている。

当システムでは、「検査・画像情報提供加算」と「電子的診療情報評価料」の施設要件を備えているとともに、安心安全にデータファイルの送受を可能としており、PC で取り扱えるファイル全てを扱うことが出来る。

例えば、自治体や介護連携を視野に入れた市民病院と医療機関との文書連携や、医師会を中心とした内科・歯科・調剤・介護・自治体を網羅する文書ファイル連携、自賠責診断書と自賠責レセプトの on-line 提出等々が可能となる。

利用するには、個別契約または団体契約があり、それぞれでサービス提供価格が設定されており、IC カードリーダー・ライターが必要となる。

④なぜ HPKI をやったのか、医師資格証の今後について

日本医師会電子認証センターの矢野一博システム開発研究部門長より、概ね以下のとおり講演が行われた。

日本医師会が HPKI を行った最大の理由は、国に管理されるのではなく、医師会が医師の資格を管理し、主導権・コントロール権を持つ、Professional autonomy に基づくことから始めている。

2017 年 1 月 31 日現在、7,790 枚の医師資格証が発行されているものの、日医会員約 17 万人に比すると、未だ少ないという意見も聞かれる。

医師資格証は、統合的な研修会や講習会等における出欠単位管理での利用が可能となり、受講実績の確認や受講履歴のリアルタイム確認が行えるとともに、証明書の印刷も行える。将来的には学会との連携にも拡充し、学会の講習ポイント等も管理可能とすることとしている。

また、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書や訪問看護指示書等について、電子署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受することも可能となっている。

新たな試みとしては、オンライン等による医師資格証の発行時における公的個人認証サービス（JPKI）の活用を検討しており、現行の発行・利用フローと、JPKIを活用した場合の発行・利用フローについて、制度面・運用面の課題検証や、メリット・デメリットの比較検証を行う予定としている。

Ⅱ. 事例報告セッション

【日医認証局・日レセを利用した事例】

①セキュリティをコントロールする～「ゆけむり医療ネット」におけるコンテキスト・スイッチの応用～

別府市医師会の矢田公裕会長並びに田能村祐一 ICT・地域医療連携室室長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

ゆけむり医療ネットでは、地域医療連携システムが使われない理由の第1位である、ID・パスワードの入力の手間を省く試みとして、コンテキスト・スイッチの実証を行った。

コンテキスト・スイッチとは、利用者のコンテキスト（いる場所、時間、資格、人やモノ）が合致すればアプリが起動し、合致しなければ使えなくすることが出来る仕組みとなっている。医師資格証などの IC カードより、ビーコンと呼ばれる光や電波などを発する固定された装置より、Bluetooth 通信を利用し、ユーザーを認証するものとなっている。

例えば、診察室で利用する場合、医師資格証を持つ医師が診察室へ入ったり、IC カードを

専用のケースに差し込むと、マウスやキーボードに触れずに自動でログインし、電子カルテや EHR システムの画面が表示される。医師が診察室から退出したり、専用のケースに差し込んだ IC カードを抜くと、マウスやキーボードに触れずに自動でログアウトされ、画面ロックにも対応できるようになっている。

また、在宅医療で利用する場合、医師や看護師が在宅患者宅へ入ると、在宅患者用ビーコンから通知があり、1 タップでログイン後、ipad 等を用いた運用が可能となる。在宅患者宅から出る際には、ビーコンから通知があり、1 タップでログアウト、画面ロックが行える仕組みとなっている。

コンテキスト・スイッチを利用することで ID・パスワード入力を省略することができるが、単純に自動化したのではなく、利用者と場所と対象者（対象物）と時間でコントロールできるため、セキュリティを向上させつつ、利便性と汎用性が向上できると述べられた。

また、システムと利用者と運用をスイッチで管理できる仕組みのため、あらゆる業務（シーン）に活用でき、システムの業務と運用を効率化でき、HPKI カードと併用すれば処方箋の電子化等にも対応する等、更なる利便性の向上が期待できると述べられた。

②あじさいネットにおける検査・画像情報提供加算の実際

長崎県医師会の牟田幹久常任理事より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

今年度より新設された検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の算定に係る診療情報の電子化や送信するまでの現時点での運用手順が示され、以下の問題点が指摘された。

- 作成から電子署名、送信まで手間がかかる。
- 日常診療において、診療情報提供書を作成すれば、以後の処理は事務が行うが、事務員に医師資格証を与えることが出来ない現状では、全ての処理を医師が行わなければならない。

○通常のインターネット通信と、VPN 通信は併存しない。

上記、問題点解決のために、以下の解決策が提案され、問題解決のために医師会が取り組むべき課題が示された。

○文書作成から PDF 化し、電子署名を行うまでの作業の簡略化。

○資格証を事務員に付与したり、施設認証を認めるなど、事務員の電子認証許可。

○VPN 通信上で電子認証が行えるシステム。

○院内 LAN 用 PC と VPN 通信用 PC が同一の PC である。

【医師会が取り組むべき課題】

○医療のために特化した IT 網の整備。

○個人情報とセキュリティ（セキュリティと使い勝手の問題や、地域包括ケアにおけるグループ医療への対応等）。

○個人の IT リテラシー向上に向けた組織としての対応。

③日本医師会文書交換ソフトを利用した医療連携の模索

碧南市医師会顧問・碧南市健康を守る会の山中寛紀会長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

碧南市では、市民ぐるみの健康づくりを碧南市、碧南市医師会はじめ各種団体との共同により「碧南市健康を守る会」を設置している。

当会では、健康ネットワークプランを策定し、いつでも、どこでも、だれでも同じ診療を受けられること（1 患者・1 カルテ・1 地域）を基本理念の一つとしている。

碧南市医師会では、在宅医療における悩みや相談の受け皿として、在宅医療サポートセンターを設置しており、医療・介護を要する市民に関わる職種間の調整も図っている。

また、各職種間の連絡ツールの一つとして、愛知県医師会の推奨する「電子連絡手帳」を利用した連携が始まろうとしている。

用した連携が始まろうとしている。

そのような中、医師会内で種々模索するうち、日本医師会の文書交換ソフトが本稼働することに触れ、同ソフトを利用した医療連携について検討を行った。

今後の課題として、1) ORCA 認定事業所のサポートが必要、2) ソフト導入費用と回線利用についての費用の捻出、3) 会員への周知、4) 市民病院との連携ツールとなるのか？、5) 市民病院との連携で利用できること、6) 行政の協力は得られるのか、7) 在宅医療に関係ない会員へのメリットは？あるいは将来的な発展性は？等々があげられ、今後の更なる発展と飛躍を夢見て取り組みを行っていくと述べられた。

④ ORCA 連携自動健診システム「健診オートボーイ」

佐世保市医師会顧問・医療法人光省会福田外科病院の福田俊郎院長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

当院では、ORCA と連携する自動健診システム『健診オートボーイ』、電子カルテ、オーダーリングシステムを開発し、特許を取得している。

主な特徴は、データを自動的に取り込み、病名等を一部自動表示していること、直ちに結果の説明が出来、各種帳票に出力が可能であること、請求業務や CSV・Excel へ変換し、集計や管理作業が可能であること、ORCA との連携が可能であること等となっている。

現在は、『健診オートボーイⅡ』を開発し、受診者の検査データを取り込み、特定健診に反映させることや、ダブルチェック機能の追加、産業医としてのコメントの自動出力、介護情報、長谷川式、握力など運動結果を自動取り込み出来る仕組みを実装している。

その他、集団健診における業務効率化への取り組みや、給管島連携の介護管理システムの紹介が行われた。

⑤「まめネット」における日医認証局活用事例報告

島根県医師会の児玉和夫常任理事より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

まめネットは、平成 25 年 1 月に全県を結ぶヘルスケアのための専用ネットワークとして、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護、薬局、介護事業所等の参加により、稼動している。

平成 28 年 10 月末現在の参加施設は、病院 43、診療所 274、歯科 9、薬局 69、訪問看護 35、介護事業所 318、行政他 23 となっており、まめネットカード発行枚数は 33,071 枚となっている。

まめネットの特徴は、基本サービス（①掲示板、②紹介状サービス（HPKI 電子署名）、③共有ファイルサービス）およびネットワーク基盤の運用費用を島根県が負担し、加入者全てが利用可能な基本的なサービスとなっている。

その上、連携カルテや、画像、診療・検査予約等々、利用者が連携アプリケーションサービスを選択できることとし、選択したサービス部分の運用費を利用者が負担している。

なかでも、連携カルテについては、全国的な標準規格 SS-MIX によるデータ出力とし、将来的には全国の医療機関との連携や、電子カルテの標準機能化を目指すとともに、共用型の中継サーバーを設置し、診療所の簡易な情報を出力する等、双方向での情報連携を進めている。

日医認証局を利用した医師資格証の活用も進めており、ログイン認証や診療情報提供書への HPKI 電子署名のほか、各種研修時の受講履歴、取得単位管理、JAL DOCTORS 登録等にも活用している。

平成 28 年 12 月現在の日医認証局 HPKI カード発行枚数は 182 枚となっており、紹介状の送受信の際に、HPKI カードを利用した電子署名の付与により、連携を進めている。

HPKI 電子署名のメリットは、患者を待たせなくて良いことが一番で、患者さんの手間を省いたり、正式な文書を相手に速く確実に届ける

こと、原本がいつでも確認できること、経費削減、ICT 加算等々があげられた。

今後は、HPKI 電子署名の機能の更なる充実や、医師以外での利用、参加機関・参加同意取得、電子加算等々に対し、効率的に実施出来る仕組みづくりをしていく必要があると述べられた。

⑥日医標準レセプト（ORCA）を利用した点眼薬の表示システムの試作

坂出市医師会の牟田幹久広報・情報担当久保賢倫理事より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

眼科外来での点眼薬の問題点として、高齢者が多いことや、点眼薬に書かれている文字が小さくて見えず、キャップの色や形で判断する等、誤って点眼することがある。

このような問題を解決するため、2013 年 6 月 18 日より、ORCA を利用した点眼薬の表示システムの運用を開始した。

当システムは、Android 端末より ORCA データベースに点眼薬表示の要求を行い、必要な情報を返却することで、Android 端末から 42 型液晶テレビに点眼薬を表示するものとなっている。

操作は簡便で、自院のカルテ番号を入力することで、患者さんが呼び出され、禁忌事項やアレルギー情報などが表示されるようになっている。

特徴は、① ORCA データベース内の内容は全て利用可能であること、② Android 端末にはデータを保存しないため漏洩は発生しないとしている。

さいごに、①キーボードを使わず、Android 端末の画面だけで操作するため、PC 嫌いでも簡単、②視力の悪い高齢者に大好評、③テレビ画面を通じ、看護師が対応するため、患者とのコミュニケーションが取りやすい、④ Android 端末だけでなく、Mac や Windows の PC 利用により患者とのコミュニケーション向上、アビヒアランス向上、経営サポートが見込まれる

とし、ORCA にはレセプトの業務だけでなく、診療所の ICT のコアとしての大きな将来性を感じると述べられた。

⑦いばらき安心ネットー医師資格証を用いた運用及び ORCA の役割ー

茨城県医師会の松崎信夫副会長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

いばらき安心ネット (iSN) は、①標準化されたデータを提供・共有するための基盤を構築、②分散型のデータ管理、③医師資格証による認証システム、④診療情報提供書などの医療文書の電子的交換の実現等々を整備していくこととしている。

ネットワーク構成は、医療情報に特化したネットワーク (閉鎖網) と通信方法を用い、セキュリティを実現している。

iSN に参加する医師は「医師資格証」を必要としており、院内ネットワークと iSN のゲートウェイサーバーとの接続や、電子カルテ等からゲートウェイサーバーへ SS-MIX2 対応の HL7 の出力を必要としている。

課題として、①接続形態等の見直し、②災害時対策の検討、③在宅医療の機能検討、④運営費があげられた。

また、iSN 上に在宅患者のみを登録する仮想病院「在宅いきいきネット病院」を構築し、その参加医師は、仮想病院の医師として紐付けられ、在宅患者さんの診療情報を共有することとしている。

在宅患者のみを紐付ける「在宅いきいきネット病院」用のゲートウェイサーバーを取手市医師会に設置し、情報はゲートウェイサーバーを介して、各医療機関の情報を見に行くこととしている。

iSN を利用した在宅医療連携には、診療情報の共有や、文書・画像の送受信、電子連絡手帳の利用を可能としている。

iSN という基盤を活用した将来の展望として、①その他サービス (特定疾患等) 機能の検

討、②県境越え医療機関の参加、利用についての検討、③検査会社との連携機能の検討、④特定健診、健診データとの連携機能の検討、⑤患者が参加する PHR、電子お薬手帳等の機能検討があげられた。

【地域での取り組み事例】

⑧患者・家族参加型システム「Note4U」の運用と課題

鶴岡地区医師会の三原一郎理事より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

Net4U は現在、全国 6 地域に導入されており、合計 793 施設にて利用されている。多職種多施設での医療介護連携を中心に、在宅看取り当番制や、認知症初期集中支援チームでの活用など、地域の特性に応じた運用がなされている。

また、SNS でありながら、医療者が満足できる診療情報の共有を可能とし、医療介護連携で必要な文書テンプレートを予め用意している。

2013 年には、医療・介護従事者の情報共有ツールとして Net4U とシステム連携する事が可能な患者・家族用 PHR「Note4U」を開発し、運用している。

Note4U では、共有ノート機能を実装し、患者や家族が在宅での情報を共有することを可能とし、それぞれが記入した見守り情報、連絡ノート、日記等の情報をタイムライン上に時系列で表示可能としている。

また、連絡ノート機能・日記機能も実装しており、在宅に置いてある「連絡ノート」を web 上で利用し、患者、家族、医療従事者、介護従事者が相互に連絡することを可能としたり、患者や家族が日々の健康状態や介護状況を日記として入力することが可能となっている。

Note4U は、在宅医療において、患者のみならず、家族支援が不可欠であるため、家族支援のツールとして地域電子カルテ「Net4U」と連携するシステムとして開発した。

とくにかん末期の在宅緩和ケアにおいて、患者・家族支援ツールとしての有用事例が蓄積されている。

一方、どんな情報を伝えるべきか、患者・家族の心情に十分な配慮を必要とし、いずれにしろ、サービス提供側のゴールを共有した信頼関係が前提であると述べられた。

⑨診療支援ツールの新たな展開：ICT 糖尿病連携手帳による地域包括ケア体制構築と広域運用への課題

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターの幸原晴彦医長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

電子カルテの診療支援ツールとして、チーム医療で作成した糖尿病サマリーシートは、必要な医療情報が1画面のDashboard上に一括表示される。その表示データは、糖尿病連携手帳形式と、一目で分かるイラストに変換し、患者へ説明後、患者に理解できるアナログ媒体を渡す。その後、『みんなで創ろう地域の医療』構想を紹介し、糖尿病連携手帳配信への患者同意を得るとともに、同意取得をカルテに明記する。患者は自己の診療環境向上のため、隅々の受信施設に糖尿病連携手帳を配信し、患者の自己責任で医療情報が提示可能となる。

これにより、患者が結ぶ医療と介護施設群を一体化した地域包括ケア病院モデルを構築した。

しかし、各社電子カルテの現状は、当院から他医療機関へプログラム譲渡ができず、支援ツール作成依頼費も高額なため、情報共有が不可能である。

そのため、激安汎用診療支援ツール作成プログラムの開発や、SS-MIX2による電子カルテベンダー間の隔壁除去、電子カルテや医療情報網の活性化などの環境を提供する必要がある。

⑩ A ケアカードシステム 浪速区での挑戦

浪速区医師会の久保田泰弘副会長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

浪速区医師会では、2009年11月に、患者の急変時対応に関し病診連携可能な「Blue Card」の運用をはじめ、2015年3月に、日常診察での医師同士の情報共有（診診連携）として、共通診察券の実証実験を開始した。

2016年11月には、多職種連携を可能とする「A ケアカード」の運用を開始した。

A ケアカードは、地域包括ケアシステムにおける多職種連携のためのツールであり、それぞれの職種の基本情報を共有したり、必要なときに必要な職種に双方向で連携できるものとなっている。

A ケアカードシステムへの参加は、入力用のPC、事前のVPN設定、データ入力したものをアップロードすることが必要となってくる。

運用の流れは、①かかりつけ医診察時にA ケアカードを説明し同意取得、②同意書のコピーを患者に渡し原本は保管、③協議会事務局から送られてきたA ケアカードを患者に渡し、④医療基本情報をかかりつけ医（責任者）が入力、⑤患者が各職種へA ケアカードを提示する手順となっている。

A ケアカードシステムを利用するメリットは、処方や検査の重複防止のほか、最新の状況取得により最適な診療アドバイス、介護サービスを受けることが可能となることである。

さいごに、①A ケアカード導入による血液検査や薬剤情報などが最新に更新、②多職種は、かかりつけ患者の管理がしやすくなり、介護情報もすぐに把握可能、③多職種の緊急時の連絡網として利用、④浪速区のデータとして集積分析し、未来の予防医療に向けての利活用が可能となると述べられた。

⑪かかりつけ医における外来診療要約「年刊サマリー」の様式考案と実践

医療法人明輪会荒川医院の荒川迪生副理事長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

外来診療要約の様式を標準化し、年1回程度の実施可能性、実施による利点と課題を分析することを目的に「年刊サマリー」の様式考案と実践を行った。

方法は、外来通院患者を対象に、初診時からの診療の全経過を網羅し、1年に1回程度外来診療要約「年刊サマリー」した。

年刊サマリーの様式は試行錯誤しながら、マニュアル編集を行い、Microsoft Office Excel 2010を用い、2015年からは電子カルテにDoctors Desktopを用いた。

2016年12月現在、年刊サマリーを作成した患者数は約400名となっており、年刊サマリーには、傷病名欄、対診医療欄、処方欄、検体検査欄、生体検査欄、画像診断欄、診療計画欄を設けた。また、全経過を実用的に提示するために、紙カルテや公式文書に倣い、A4判1ページに収めた。

考察として、作成には1回あたり新規患者で20分、継続患者で10分を限度とすることで意欲が持続する。

傷病名は、診療報酬明細書の者とは異なるが、記載目的が異なるため合理的である。また、諸検査や対診医からの診療情報等の再確認が必要となり、時間を費やす大部分となっているため、作成効率を図る秘訣は平常の点検であると考える。

診療情報提供書には、年刊サマリーを添付することで、対診医等の病態把握の的確化が向上し、医療機関内スタッフは年刊サマリーを共有することで、看護・事務業務を的確に実施できると述べられた。

結論として、年刊サマリーは朗直と時間のかかる作業ではあるが、診療の質が向上するとともに、対診医等には、診療情報の伝達を著明に改善できる。患者は自身の診療内容を医師と一

緒にPC画面で確認出来、かかりつけ医の信頼が増すと述べられた。

⑫医師会プライベートネットワークと画像公開システム

岡崎市医師会システム担当理事・日名南おおはまクリニックの大浜仁也院長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

岡崎市医師会では、1993年より、当会と会員施設をインターネットで結び、情報伝達や様々なサービスの提供を行う医師会ネットを構築・運営している。当初、17施設PC17台での運用が始まり、改善を繰り返し、2016年4月現在で210施設PC430台まで拡大した。

2001年～2005年は、医師会ネット5ヶ年計画を開始し、インフラ整備やサービス普及・拡充を行ってきた。

2006年には、第二次医師会ネットを開始し、VPN+MetaFrameによるサービスインフラの構築や、検査データ管理をローカルPCから医師会サーバー側に変更し、現在の医師会ネットの形がほぼ完成した。

2007年から現在では、2010年にVPNを更新し、IP-Sec方式からSSL-VPN方式へ転換、2013年にドック・健診で撮影した画像公開（閲覧）システムの稼働、2014年に検査オーダーシステムの稼働、2015年にはWEB化に至っている。

また、基幹システム（顧客一元管理システム）の構築を行い、年間数十万人に及び健診・検査等それぞれの業務データが様々なシステム上に散在していたため、情報管理上課題を解決すべく、データの一元管理を行った。

さらに、画像公開（閲覧）システムは、①データ開示・閲覧システムの利用について同意を得る場面が必要、②フォロー時にどこの医療機関・かかりつけ医にかかれるか事前把握できない、③センターとかかりつけ医間ネットワークの安全性、④施設内の運用・画像管理に支障をきたさない、⑤かかりつけ医での操作が簡便

という要件を付けて構築を行った。

現在の運用は、①健診受診、②結果報告書が発送、③受診者が結果報告書を持参、④結果報告書に付与されたバーコードを読み取る、⑤画像リストが表示される仕組みとなっている。

⑬“うすき石仏ねっと”でもっと地域を元気に！

白杵市医師会の舩友一洋医療福祉統合センター長より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

うすき石仏ネットは、平成 20 年 3 月に稼働し、随時、訪問看護、調剤薬局、福祉施設、歯科、消防、介護支援事業所が参加するネットワークとなっている。

当ネットは、データ集約統合型データベースとなっており、石仏カード（地域共通 ID）を用いた情報管理により運用されており、参加施設間における双方向性の連携が行われている。ただし、同意者による閲覧許可は 60 日の共有期限を設けており、60 日を過ぎると情報が参照できない仕組みとなっている。

機能は異なる医療機関の検査結果を表示できる検査結果参照機能や、薬歴情報、メール機能を実装している。

消防署通信指令室にも専用端末を設置し、調剤情報により救急用アラート項目（低血糖、出血傾向、認知症、アレルギー）を自動判定したり、既往歴や病名、介護度等も閲覧できるようになっている。

また、ケアマネ連携に利用する緊急時連携シートや歯科情報（DENNTAL FINDER）等もあり、災害対策にも備えている。

さらに、糖尿病連携パスもあり、糖尿病マークがあれば、歯科情報や眼底情報等を記入いただき、歯科や眼科との連携も可能となっている。

さいごに、①多職種が参加する医療・介護 ICT ネットワークは可能、②仕組み次第で市民・患者の参加率は増す、③システムを継続するに

は行政との協力が不可欠、④データ利活用により医療費削減の可能性がある、⑤多職種からの情報を救急医療や災害対策に活用可能であると纏められた。

⑭なごや地域における医療連携ネットワークの活用事例

名古屋市医師会の若松建一理事より、概ね以下のとおり事例報告が行われた。

昭和 60 年、名古屋市医師会が中心となり、電話・FAX・郵便を利用した病診連携システムを開始した。現在では、32 登録病院、約 1,700 名の登録医となっている。

約 10 年程前から、ICT を利用した 1 対 N 連携が可能となり、現在、12 施設で運用が行われている。

その問題点として、複数の 1 対 N 連携を利用する場合、各々の 1 対 N 連携と VPN 接続をやり直す必要があり、繁雑であった。

解決策として、カルテベンダーに依存しない 1 対 N 連携を繋ぐ広域的なネットワーク（N 対 N 連携）とすることが合理的と考え、シングルサインオンを可能とする「なごや病診連携ネット」を構築した。

なごや病診連携ネット構築にあたっては、日常診療で使えること、名古屋市医師会が中心となること、低コストで安心・安全を実現することを前提とした。

現在は、4 施設が参加しており、今年度中に 3 施設が参加予定となっており、来年度中の参加に向けて 3 施設が準備しているところである。

今後、①診療所からの情報提供機能の充実、②病病連携での活用、③診療情報提供書等の電子的送付を可能とする基盤整備、④ BCP として活用できるネットワーク環境の構築に向けて取り組んでいくと述べられた。

< 2 日目 2 月 12 日 (日) >

平成 29 年 2 月 12 日 (日) 9:30-12:30/1F 大講堂	
総合司会：石川広己（日本医師会常任理事）	
Ⅲ. シンポジウム「医療等分野専用ネットワーク構想について」 座長／運営委員（藤原委員、目々澤委員、若林委員）	
①「医療等分野専用ネットワーク」の実現に向けて	電子認証センター システム開発研究部門長 矢野 一博
②医療用 IX、HPKI、JPKI を用いた「医療等分野専用ネットワーク」構築について	東京工業大学科学技術創成研究院社会情報流通基盤研究センター教授 大山 永昭
③医療等ネットワークのあるべき姿	一般財団法人医療情報システム開発センター理事長 山本 隆一
【休憩】	
④医療等分野の ICT に関する取組について	厚生労働省政策統括官付情報化担当参事官 佐々木 裕介
⑤日本の IT 戦略の中での医療等 IT の取組について	内閣官房情報通信技術(IT)総合戦略室社会保障改革担当室内閣参事官 上村 昌博
パネルディスカッション	
石川常任理事、矢野部門長、大山教授、山本教授、佐々木参事官、上村参事官	

Ⅲ. シンポジウム「医療等分野専門ネットワーク構想について」

①「医療等分野専用ネットワーク」の実現に向けて

電子認証センターの矢野一博システム開発研究部門長より、概ね以下の説明があった。

医療等分野においては、目的別・地域別にネットワークが構築されてきたが、今後見込まれる様々なサービスの普及に向け、共通利用可能な高度なセキュリティが確保された公的広域ネットワークが求められている。以上を踏まえ、医療等サービスの充実と社会保障費の適正化を目指すうえで、「医療等分野専用ネットワーク」の構築が必要である。

医療等分野のネットワークにおける現状の課題として、『地域医療連携、医療介護連携、電子紹介状、電子処方箋、治療・検査 DB 等、機微な情報を扱う様々な医療等のサービスを共通利用するための高度なセキュリティが確保されたネットワークが存在しない』こと、『医療等 ID、被保険者資格確認、HPKI の普及に向け、悉皆性のある公的全国ネットワークが必要』等があげられる。各課題の解決の方向性として、『厳格な機関認証を受けた医療機関等並びに接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続する、セキュリティが確保された医療等分野に閉じたネットワーク』、『医療等分野におけるサー

ビスの共通利用が可能な、全体最適化されたネットワーク』、『公益性を担保し、全国をカバーする、ユニバーサルサービス』が望まれており、これが医療等分野専用ネットワークの基本コンセプトとなっている。

医療等分野専用ネットワークの実用化に向けては、技術的課題として、「地域医療連携ネットワーク間の相互接続」、「機関認証方式」、「多拠点収容方式（IPv6 対応）」、「様々なアクセス方式への対応」等の検討や実証が必要であり、また運用課題として、「審査・監査ルール」、「セキュリティ運用」、「開通・運用オペレーション」等の検討や実証が必要となる。

医療等分野専用ネットワークで想定するサービスの範囲として、医療等分野専用ネットワークが基本機能として提供するサービスと、医療等分野専用ネットワークに接続するサービスに区分され、基本機能については、HPKI や機関認証、医療等 ID 管理サービス等が想定され、接続サービスについては、医療等 ID の発行や被保険者資格確認、オンライン請求や地域医療連携、PHR や代理機関等との接続サービスが想定される。

また、現在、医療機関等におけるネットワークの現状は、オンライン請求や地域医療連携等、それぞれの目的別に複数の回線（VPN）が敷設され、それぞれに料金の支払いが発生しているが、医療等分野専用ネットワークを介すことで、一つの回線（VPN 等）の利用で、安全に様々なサービスの利用が可能となる姿を目指しており、今後、日医において実証等を行うこととしている。

②医療用 IX、HPKI、JPKI を用いた「医療等分野専用ネットワーク」構築について

東京工業大学科学技術創成研究員社会情報流通基盤研究センターの大山永昭教授より、概ね以下の説明があった。

ICT の進展、番号制度の実施、電子紹介状の電子化加算等の環境変化により、医療用ネットワークの必要性が高まっている。

医療用ネットワークは、セキュリティの観点から専用回線と同程度のセキュリティ確保が不可欠である。

現在、目的別に様々なネットワークが運用されており、これらを相互接続することで全国をカバーする面展開が必要となっている。既存のネットワークは暗号方式やデータフォーマット等が異なっており、これらを相互接続するためにはIX（Inter-network eXchange）の構築が現実的なソリューションとなる。その際、既存ネットワークを単に接続するだけでなく、ステークホルダー間の責任分解点や同意取得、情報連携のトリガーから完了までの監査証跡の在り方、HPKI や JPKI の役割分担等に十分に配慮する必要がある。

総務省の平成 28 年度補正予算による実証事業として、『HPKI カード申請手順の簡略化』や、『全国レベルにおける IX の構築』、『JPKI を用いた医療機関への共通チェックイン機能の実証実験』、『地域を跨る医療情報の連携および提供』が実施されるところであり、現在、全国版医療ネットワークを実現するための医療用 IX の構築プロジェクトが準備中であるとともに、HPKI の普及促進プロジェクトを厚労省・総務省の協力で準備中となっている。

③医療等ネットワークのあるべき姿

一般財団法人医療情報システム開発センターの山本隆一理事長より、概ね以下の説明があった。

英国は、2003 年から英国保健省と NHS のプロジェクトとして HPfIT-CfH の名のもとに大規模な医療 IT 基盤の整備を進めてきた。一定の成果はあるものの、相当厳しい非難を受け 2013 年にプロジェクトは消滅した。その要因として、「技術的検討が先行し、臨床現場の関与がほとんどされなかった」、「中央駆動型のプログラムであり、柔軟性に欠けた」、「政治主導のトップダウンで構築が進められ、現場で不具合が起これば、仕様が追加されるという混乱の

多い構築手法」、「投入資金が大きいにもかかわらず、現場での保守費用が小さく、混乱を来した」、「調達手続きに膨大な時間がかかり、納期が非現実的なものとなった」、「リーダーシップが頻繁に変更され、継続的なガバナンスがとられなかった」があげられる。

我が国で、医療等ネットワークのような単なる誘導ではなく、公的支援による基盤の整備を進めるにあたっては、英国を他山の石として、社会的コンセンサスや、医療現場のコンセンサスを得つつ、一方では少子高齢化社会が間近に迫っていることを考えると、大胆かつ慎重に進める必要がある。

ネットワークの進展においては、インターネットの諸課題（ネットワーク技術の進展、サービスの高度化等）や情報爆発への対処、ユビキタスネットワークの進展や多様な端末の出現、また安全性・信頼性への不安等の課題があげられるため、新世代ネットワークへの期待として、「生活や社会にとけ込むネットワーク」、「柔軟で環境に優しいネットワーク」、「端末の概念の変化」、「安心・信頼できる社会インフラとしてのネットワーク」が望まれている。

④医療等分野の ICT に関する取組について

厚生労働省政策統括官付情報化担当参事官の佐々木裕介先生より、概ね以下の説明があった。

厚生労働省においては、日本再興戦略 2016 等に基づき、医療データのデジタル化・標準化、患者・現場をつなぐネットワーク化、イノベーションを生み出すビッグデータ化を推進することとしている。

医療データのデジタル化・標準化（医療情報の利活用の基盤整備）については、一般病院（400 床以上）における電子カルテの普及として 2020 年度までに普及率 90% を目指すこととしている。患者・現場をつなぐネットワーク化（医療情報の共有・連携）については、地域での医療介護連携や、医学研究を推進等するため、医療保険のオンライン資格確認や医療等分

野の ID の導入を図るとともに、地域医療情報連携ネットワークの普及を推進することとしている。イノベーションを生み出すビッグデータ化（医療情報の収集・分析）については、ナショナルデータベースや DPC データ、介護保険総合データベース、MID-NET（医療情報データベース）等、医療に関する様々なデータの集積や多様な分析により、医療の質の向上、医療機関のコスト・経営の効率化、研究開発の推進等を行うため、データベースの横断的な利活用の推進等を行うこととしている。

特に、オンライン資格確認のインフラを活用した医療等 ID の導入に向けた検討を進めるとともに、医療等分野における複数のネットワークの相互接続について、技術面、運用面等に関する調査研究を今年度実施しているところである。

さらに、「保健医療分野の ICT 活用推進懇談会」の提言（2016 年 10 月）等を踏まえ、健康・医療・介護の公的データベースを連結し、ビッグデータとして活用するプラットフォーム構築に向けて、今後、検討を進めていくこととしている。

厚生労働省では、ICT・AI 等を活用した医療・介護のパラダイムシフトを実現するため、データの収集段階から、集積・分析・活用（出口）で使えるアウトカム志向のデータをつくるという観点から、「集まるデータ」から「生み出すデータ」へ、個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データをその人中心に統合するという観点から、「分散したデータ」から「データの統合」へ、産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして医療・介護データをビッグデータとして活用するという観点から、「たこつぼ化」から「安全かつ開かれた利用」へと検討を重ねているところである。

⑤日本の IT 戦略の中での医療等 IT の取組について

内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室社会保障改革担当室内閣参事官の上村昌博先生より、概ね以下の説明があった。

2001 年 1 月に「高度情報通信ネットワーク社会形成基本法（IT 基本法）」が制定され、急激かつ大幅な社会経済構造の変化に対応するため、またデジタル社会のための IT 施策を迅速かつ重点的に推進するため、「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT 総合戦略本部）」が設置されるとともに、我が国の IT 戦略が策定された。

その後、IT 総合戦略本部に政府 CIO が置かれる等の体制強化が図られ、IT 戦略も数回の改訂を経て来ている。

内閣情報通信政策監（政府 CIO）の役割としては、①府省横断的な指令塔機能（府省横断的な「横串」、重複排除、連携強化）、②政府、地方、民間を含む我が国全体の IT 戦略の策定（IT 投資の全体最適化、見えるか、PDCA の徹底、地方公共団体・民間との連携）、③民間視点での改革の推進（利用者、業務改革、ICT、競争力）があげられる。

世界最先端 IT 国家創造宣言において、「国から地方へ、地方から全国へ」の横展開を加速することとしており、IT 利活用の更なる推進として 3 つの重点項目を定めている。重点項目 1 は、「国・地方の IT 化・業務改革（BPR）の推進」として、クラウドの活用や投資対効果の徹底検証に取り組むこととしている。重点項目 2 は、「安全・安心なデータ流通と利活用のための環境の整備」として、データ互換性のための語彙基盤の統一（標準化）や研究開発、人材育成やオープンデータ 2.0 に取り組むこととしている。重点項目 3 は、「データを活用した社会課題の解決」として、ビッグデータを活用した社会保障制度の変革や子育てワンストップ、産業協力強化や地方創生、国民利便性向上や災害対策等に取り組むこととしている。

また、医療等分野の重点取組として、治療や検査等の大量のデータを収集し、安全に管理・匿名化し利活用に資する「代理機関（仮称）」に関する法制度の構築や、個人の医療や健康等の情報を管理・活用する PHR のユースケース、

課題解決に向けた検討、医療等 ID 制度、医療保険のオンライン資格確認の導入、IT 利活用による診療報酬の審査業務の一層の効率化等について検討しデータヘルス時代の質の高い医療の実現等を示しているところである。

パネルディスカッション

①～⑤のそれぞれの発表後、活発なディスカッションが行われた。

印象記

理事 比嘉 靖

平成 29 年 2 月 11 日 12 日の両日、日本医師会館にて平成 28 年度日本医師会医療情報システム協議会が行われた。今回はあじさいネットの運営をしている長崎県医師会の担当であった。会長挨拶では（松原副会長代読）日医は、医療等分野専用ネットワーク構想と医療情報匿名加工・提供機関（仮称）に積極的に関与する方針を表明された。参加者は 500 人を超えており、大講堂では収まらずに室外モニターでの閲覧も多く、ICT 連携用ソフト、電子カルテソフト、日医医師資格証コーナーなども設けられており大変盛況であった。

初日は、前半に日医の IT 戦略セッションが行われた。まずは石川常任理事から、より総論的な説明があり、医師資格証の普及、医療等 ID の導入に向けて日医の取り組みや、今後のビッグデータの 2 次活用に想定されている「医療情報匿名加工・提供機関（仮）」にも医師会としては積極的に関与すること、政府のマイナンバーカードの使用方針について厳しく見守っていることを述べられた。その後には、ORCA 事業の今後について、HPKI を用いた診療情報提供書の電子加算の算定以外にも応用可能な文書交換システム（MEDPost）についての紹介、日医電子認証センターからは医師資格証についての紹介があった。

次に事例報告セッションがあり、HPKI を用いるログインの煩わしさの解消の試み、電子加算を取るための診療情報提供書の作成の困難さについての問題提起、カルテベンダーに左右されない公開サーバーを用いた連携事例、ORCA や MEDPost を用いた連携、健診システムの報告、医療連携システム EHR から在宅医療に関連する人を対象とする連携 PHR への機能拡張など、「おきなわ津梁ネットワーク」への応用が期待できる内容が多くみられた。

2 日目には「医療等分野専用ネットワーク構想について」のテーマでシンポジウムが開かれた。横倉会長挨拶では、医療介護情報連携、電子化を推し進め整備していく。また、個人情報保護も重要で、医療等分野専用ネットワークについての各方面から報告、意見を共有したいとのことであった。

各地の医療連携システムや、その他の医療介護関連施設の VPN 回線を統一し、施設側の負担を軽減する一方で、セキュリティレベル向上を図る構想を日医、東工大大山教授、医療情報システム開発センター山本先生、厚労省 佐々木情報化担当参事官、内閣官房 上村参事官から、構想についての説明があった。今後は地域のシステムはそのまま共通プラットフォームである IX（Inter-networking eXchange）を日医、国が協力して構築していくとの方向性が示された。シンポジウム会場には、自見はなこ参議院議員も参加されており、自民党 IT 戦略特命委員会の幹事に就任し、医師会と政府との間で頑張るとの報告があった。また、先日の沖縄県医師会での講演会に参加された総務省の吉田ヘルスケア推進室長にも、座長よりコメントが求められ、総務省としてもこの構想の実現に向けた施策を行なっているとの発言があった。

今回の協議会では、日医からは早速、当構想への協力を求められており、日々、進化しつつある「おきなわ津梁ネットワーク」の方向性も、国、日医など中央の意向に沿ったものであると強く感じた。

平成 28 年度女性医師支援事業連絡協議会



理事 城間 寛



去る平成 29 年 2 月 17 日（金）日本医師会館において「平成 28 年度女性医師支援事業連絡協議会」が開催され、沖縄県医師会女性医師部会より、外間雪野副部会長、仁井田りち委員、事務局 1 名で参加した。

今年度、全国 6 か所で開催された内容を踏まえて、都道府県医師会での特徴的・先進的な取り組みを行っている県を各ブロックの代表として 6 県（①秋田県、②千葉県、③静岡県、④京都府、⑤山口県、⑥沖縄県）より、概ね下記のとおり発表が行われた。以下に会議の様態を報告する。

挨拶

日本医師会長 横倉義武

平成 28 年度女性医師支援事業連絡協議会の開催にあたり、ひとことご挨拶を申し上げる。本会では、平成 18 年度から厚生労働省の委託事業として「女性医師支援センター事業」を開始し、就業継続の支援をはじめとする様々な女性医師支援を実施してきた。中でも、この事業の中核である「日本医師会女性医師バンク」は、平成 19 年 1 月の開設以来今年で 10 年目を迎

えた。この間 500 件を超す就業実績をあげている。この場を借りて、皆様方のご理解とご協力に厚く御礼申し上げると共に、引き続き皆様方との相互理解をさらに深め、ご協力をいただき、本事業の一層の活性化を目指していく。

さて、当センターでは女性医師バンク以外の事業のひとつとして、全国 6 ブロックで開催している「女性医師支援センター事業ブロック別会議」では、昨年 9 月に秋田県での北海道東北ブロックを皮切りに、京都府での近畿ブロック、岡山県での中国四国ブロック、静岡県での中部ブロック、沖縄県での九州ブロック、先月、日本医師会館において開催した関東甲信越・東京ブロック会議をもって、今年度、全てのブロックの開催が終了した。会議の開催にあたり、準備や当日の対応に尽力をいただいた各医師会の役職員の皆様、また、当日ご参加をいただいた皆様方に、改めて御礼申し上げる。このブロック別会議は、平成 21 年度より開催しており今年度で 8 回目となる。回を重ねるに連れて、各都道府県および地域医師会等での女性医師支援が広がり、様々な取り組みをご報告いただくようになった。

本日の協議会では、今年度各地で開催された

「ブロック会議」の議事内容を踏まえて、各ブロックでの取り組みをご紹介いただき、ブロック内に止まらず、全国で情報を共有することを目的に、6つの医師会にご報告をお願いしている。また、日本医師会女性医師センターと、各都道府県医師会の連携強化について提案させていただくことにしている。ご出席の先生方には、発表内容をご参考としていただくと共に、女性医師支援活動について活発な意見交換を行っていただき、またその内容を各地域においてご活用いただければ幸いである。併せて、当センターと都道府県医師会との連携強化をより深めていただきますようお願い申し上げます。

女性医師の活躍を支援するということは、女性医師のためだけでなく、ともに働く男性医師のためにもなる。医療現場での勤務環境の改善につながり、引いては少子高齢化社会における医療界の望ましい方向への発展のために必要不可欠である。日本医師会としてもその実現のため、真摯に取り組みを進めていく。本日の協議会を通じて今後とも一層のご協力を賜うようお願い申し上げます。

議 事

1. 女性医師支援センター事業ブロック別会議 開催報告 (各ブロック会議の総括や特徴的、先進的な 取り組みの紹介)

①北海道・東北

秋田県医師会 男女共同参画委員会委員長
蓮沼 直子

平成28年度の秋田大学の女性医学部生は43.8%となり、全医師の20.4%が女性医師となっている。子育て中の女性医師が安心して働ける環境は、介護にかかわる医師、病気や不妊治療中の医師にとっても安心して働ける職場になり、すべての医師にとって働きやすい環境といえる。

このような中、秋田大学県医師会主催でイクボスセミナーを開催した。セミナー内の講演では、ファザーリングジャパンの安藤氏より、父親が変わると社会が変わる、組織全体で働き方の見直しをする必要性があると指摘され、男性が子育てにかかわるメリットとして、母親の負

担軽減やパートナーシップの醸成、仕事で有効な能力アップがあると示した。講演後、医療界では初となる「イクボス宣言」を秋田大学医学部長・附属病院長・看護部長、秋田県医師会長と共にを行った。

イクボスとは、職場で共に働く部下・スタッフのワークライフバランスを考え、その人のキャリアと人生を応援しながら、組織の業績も結果を出しつつ、自らも仕事と私生活を楽しむことができる上司のことを指している。

②関東甲信越・東京

千葉県医師会理事 松岡 かおり

関東甲信越・東京ブロックの主な取り組みは以下のとおり。

○千葉県

男女共同参画推進委員会、なのはな懇談会(2020.30 実現をめざす地区懇談会)、医学生・研修医等をサポートするための会等の事業を行っている。

○茨城県

医療勤務環境改善支援センターと連携した取り組み、茨城県からの委託による医師保育支援事業等の事業を行っている。

○栃木県

女性医師の積極的参加による医師会活動の活性化及び女性医師の勤務環境の改善、社会的地位の向上、会員相互の親睦等を図ることを目的に、平成27年に女性医師部会を立ち上げた。

○群馬県

育児支援を必要とする子育て医師に対して、子育て医師保育支援相談員が、そのニーズに沿った保育サポーター等の情報提供・紹介を行うことにより、就業継続を支援することを目的に、群馬県医師会保育サポーターバンクを設置した。

○東京都

会長諮問「次世代医師キャリアサポートのさらなる推進」について、次世代医師育成委員会において鋭意検討を行っている。

③中 部

静岡県医師会理事 小林 利彦

中部ブロックの主な取り組みは以下のとおり。

○石川県

石川県女性医師支援センターでは、女性医師の就業継続のため、経験豊富な5名の女性医師がコーディネーターとして相談に応じるほか、病院訪問活動やセミナーの企画等、様々な女性医師支援活動を行っている。また、県内14病院に、計21名の女性医師を女性医師メンター（助言者）として委嘱している。

○愛知県

医学生、研修医等をサポートするための会において、「愛知県医師会イクボス大賞」企画として、若手医師の仕事・育児両立に向けた環境整備に努める上司の事例を紹介した。

○岐阜県

平成22年度から開始している岐阜県医師会女性医師等就労支援事業を、平成28年度に「医師ワークライフバランス推進事業」と改称し、「新入研修医 welcome party」、病院訪問事業、大学医学部との連携強化等の事業を実施している。

○三重県

「三重県医療勤務環境改善支援センター」との協働で、三重県「女性が働きやすい医療機関認証制度」を実施している。平成27年度時点で5医療機関を認証している。

○静岡県

平成27年に女性医師支援委員会を設置し、「女性医師ロールモデル講演会」、「女性医師支援フォーラム」等の事業を行っている。今後、「男女共同参画委員会」への名称変更を予定している。

④近畿

京都府医師会理事 三浦 晶子

近畿ブロックの主な取り組みは以下のとおり。

○和歌山県

メンター（経験豊富な先輩）とメンティー（後輩）が双方向の対話を通じて、メンティーのキャリア形成上の課題解決や悩みの解消を援助し、個人の成長をサポートする女性医師メンター制度を実施している。県内6施設計7名の医師をメンターとして委託している。

○大阪府

平成22年度から、大阪府医師会女性医師支援プロジェクト「－ Gender Equality －」を実施している。大阪府内を11地域ブロックに分けWG（ワーキンググループ）を設置し、地域ブロックWGで、女性医師の仕事と子育ての両立に関する問題点を探り、改善策や支援策について検討を行っている。各地域ブロックWGの活動内容を、定期的に男女共同参画検討委員会および勤務医部会に報告している。

○京都府

平成22～27年までは、京都府医師会勤務医部会幹事会の下部組織「女性医師ワーキンググループ」として、女性医師の抱える勤務環境の問題を専門に協議していたが、活動内容の制約もあり年2回程度の開催に留まっていた。

平成28年から、女性医師のみならず、男性医師や管理者等が様々な視点や角度から幅広い議論を行い、男女共同参画の考えに基づく新たな事業の展開を目指し「医師のワークライフバランス委員会」を発足している。

⑤中国四国

山口県医師会常任理事 今村 孝子

中国四国ブロックの主な取り組みは以下のとおり。

○鳥取県

鳥取大学医学部附属病院では、大学病院に勤務する職員の子で、米子市の小学校へ通う1～6年生を対象に院内保育所を開設した。

○岡山県

女性医師に限らず、男性医師も含めた医師全員が働きやすい環境整備を行うことは、女性医師支援そのものであるという観点より、今年度からは例年行っていた「勤務医部会・女医部会合同総会」を、「医師の勤務環境改善ワークショップ」とし、医師の勤務環境改善事業に発展させた。毎年、取り組み事例を2病院ずつ発表していただく予定にしている。

○徳島県

ワークライフバランスの実現には、仕事と育児の両立だけでなく仕事と介護の両立・支援も重要な問題である。女性医師のさらなる活躍を

実現するためにも、育児だけでなく介護休業法も使いやすくする体制の確保が必要である。

平成 29 年 1 月 1 日育児・介護休業法が変わることを機に育児・介護に対する会員、基幹病院勤務医の意識並びに状況、実態を把握するためにアンケートを行った。

○山口県

中国四国ブロックにおいて、医師会員の係わる介護問題への県医師会の取り組みについてアンケート調査を行った。結果では、会員に対する介護支援の必要性の問いに「必要性あり 7 県」、「必要性なし 2 県」の回答があった。「必要性あり」の理由として、「開業医の年齢層では介護に係わる年齢層が多数を占めており代診医師の確保や、休業補償等、深刻な問題である。現状では家族のサポートが得られにくい女性医師も多く、男性医師に比べ負担は多大である。勤務医に関しては基本的には出産・育児と同様介護休暇も今後整備されていく方向にあるが、医師不足の現状では他職種のように行かず男性医師・女性医師共に介護休暇は取れていないのが実情である」、「管理職世代等、職場にとって重要ポストにかかることが多くその離職は職場にとって大きな損失である。大きな病院では対応できるかもしれないが、開業医は厳しい」等の意見があった。

⑥九 州

沖縄県医師会 女性医師部会副部長 外間 雪野

九州ブロックの主な取り組みは以下のとおり。

○長崎県

平成 24 年度に長崎大学病院が長崎県の委託を受けて、メディカル・ワークライフバランスセンターを設置し、長崎県内の医師が「働きやすさ」と「働きがい」を感じて医療に取り組める環境整備を検討、推進している。長崎県医師会保育サポートシステム事業は、平成 26 年から進めており、支援地域を長崎大学から長崎市の病院、医院に拡大し、広域のサポーターの募集をしている。男性医師の利用もあり、男女ともに仕事と育児の両立支援を行なっている。

○熊本県

平成 26 年度から、熊本県地域医療支援機構、熊本県医師会男女共同参画委員会、熊本市医師会女性医師キャリア支援センター、熊本大学医学部附属病院男女共同参画推進委員会がまとめ、「熊本県医療人キャリアサポートクローバーの会」を組織し、医師の復職とキャリア形成の支援活動、女性医師に対し就業支援や保育支援、介護支援の情報提供等が行われている。その他、熊本市医師会立の保育所「メディッコクラブ」の開所、復職支援コーディネーターによる「医師短時間勤務制度」の実施、「熊本県地域医療支援機構女性医師メンター制度」等の事業を展開している。

○宮崎県

急な残業や出張、お子様の病気時（病気回復期）で仕事を休めない時に保育サポーターの自宅または女性医師の自宅等において、お子様の一時的な預かりを行う「宮崎県医師会女性医師保育支援サービスモデル事業」を実施している。既存の子育てサポートについての女性医師の意見を取り入れ、医師会が保育サポーターを養成し、病後児を預ける条件の緩和や当直時に預けられるような宿泊の利用も可能とした保育サポートシステムの構築を目指し開始している。利用会員を女性医師に限定し、保育サポーターを県医師会が養成するという形で、事業費は宮崎県医師会と宮崎県で半分ずつ負担している。

○沖縄県

「沖縄県女性医師フォーラム」、「琉球大学医学部 3 年生向けキャリアアッププラン講義」、部会役員が県内の病院に出向いて、意見交換を行う「出張事業（プチフォーラム）」、「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会」を開催した。

特に沖縄県女性医師フォーラムでは、「どうなる新専門医制度～指導医、研修医が知っておくべきこと～」をテーマに、県内 3 臨床研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄群）の立場から新専門医制度の基本的な解説に続いて、新専門医制度では出産・育児・介護といったライフイベントによる中断に対する配慮がどのようになされているのか、また県内 3 臨床研修医

群それぞれの女性医師のキャリア形成に対する配慮について議論を行った。

質疑応答・総合討論

○奈良県医師会

女性医師の昇進意欲が必要であると考え。大学の調査では、学生・研修医ともに女性の昇進意欲が低い。昇進意欲をあげる教育方法があればご教示いただきたい。

○秋田県医師会

確かに女性医師のほうが昇進意欲は低い、医師としての仕事に対する熱意は非常に高い。意欲を削がないようなサポートをすることが重要と考える。

○静岡県医師会

評価が大事である。女性医師が自身を持ってもらうための評価基準が設定できればよいと考える。

○日医女性医師バンク

医学部生の時は、将来のことはまだわからないのではないかと。自分なりに様々なことを考える30代半ばから30代後半にかけて決めるのではないかと。大阪府では、常勤でも子どもを育てられるように、まず環境を整備した。

○日医男女共同参画委員会

私は今非常勤である。仕事に対するモチベーションがでてきたのは、40代前半であった。若い時に子どもを授かったこともあり、同級生と同じ道を進めなかった。小児科医で、得意、不得意の差が大きく出来ないこともたくさんある。現在勤務している病院では、子どもの心を診ることや、発達障害、不登校等を一人で担当している。産休・育休で休んだ後、「戻ってただけでOK」との言葉に助けられた。常勤にこだわらず、「あなたがいてありがたい」という環境をつくることが重要である。

○島根県医師会

長年、産業医の観点から事業所をみると世界がまるで違う。医療界のワークライフバランス

は遅れている。患者のためにとということが大前提ではあるが、他業種に学んで医療界を変えていくことも重要である。トップが変えないと変わっていかないという意味で「イクボス」の取り組みは素晴らしい。

2. 女性医師バンクの新たな取り組みについて

女性医師バンクでは、以下4つについて改革する。

○ホームページの刷新

現在のホームページは、利用者にとって操作性・利便性が低く、「医師求人」等のキーワード検索で当バンクのサイトが検索結果の上位表示されず、休職者の目に触れる機会が少ない等の課題がある。新しいホームページは、利用者が登録しやすく、求人検索を容易にする。また、スマートフォンに対応し、全世代から親しみやすいサイトへ変更する。

○広報活動の強化

学会・総会等での展示が中心であった広報活動をより強化するため、①学会・総会等でのブース展示に加え、セッション等への更なる参加等を検討、②新たに求人用のチラシを制作し各医療機関の医師採用担当者宛に送付、③雑誌媒体への広告および女性医師支援に関わる記事の掲載、④WEB広告、リスティング広告等のネット系広告ツールの活用に取り組む。

○登録者へのフォローの強化

既に登録いただいている求職者、求人施設の現状把握を行い、常に最新の情報を提供できるようフォローを強化する。

○都道府県医師会との連携強化

女性医師バンクは全国から求職者が登録しているが、地方の求人情報や女性医師支援の情報が乏しい。都道府県医師会の担当者との連携を強化することで、全国の求職登録者へのフォロー体制強化につなげる。また、都道府県医師会のドクターバンクの情報や都道府県医師会で持っている求人・求職情報と女性医師バンクの情報を共有することで、お互いの成立件数の増加につなげる。

平成 28 年度母子保健講習会



常任理事 宮里 達也

2月19日の日曜日、日本医師会館大講堂において平成28年度母子保健講習会があり参加する機会があったのでその概要を伝達する。

講演者（敬称は略する）は日本医師会常任理事：今村定臣、東京大学医学部附属病院女性診療科・産科：能瀬さやか、国立成育医療研究センターこころの診療部思春期メンタルヘルス科長：田中恭子、富山県医師会常任理事：種部恭子、東京大学医学部附属病院小児科科長：岡本の5氏であった。それぞれの講演について私が特に心に残ったことを記すこととする。

1. 母子保健 10 年の歩み（今村定臣）

2006年5月16日に日本医師会は子ども支援日本医師会宣言を行った。これは3.満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備、4.子供たちが育ちやすい医療環境の充実、5.子育てに関する社会環境の整備、6.学校保健の充実、7.障害児への支援、8.政府等関係各方面への協力と働きかけの8項目からなる宣言であった。このような日本医師会の宣言とそれに基づく活動によって多くの成果が得られた。今回は特に私が特記すべきと感じたことだけを箇条書きで紹介する。

①特定不妊治療費助成の増額②妊産婦死亡率の減少③出産一時金の増額の実現④育児支援に重点をおいた乳幼児健康支援を行っている自治体の増加⑤予防接種率の増加⑥Hibワクチン等多くの予防接種の定期接種化の実現⑦子どもに関する難治性疾患治療及び先端医療の充実・拡大⑧病児保育の充実⑨十代の喫煙率の減少⑩情緒障害児短期治療施設数の増加⑪長期入院障

児の後方ベッド確保の推進などである。そのほかにも多くの成果が得られた事がよくわかる講演内容であった。日本医師会の末端会員の一人としてとても誇らしく感じた。

産科医、小児科医、助産師の不足と偏在の解消等、まだまだ解決に向けて努力の必要な事項も多数のこっている。しかしながら、医師会のような専門団体が具体的目標を掲げて政府と交渉することの重要性を改めて感じた。

2. 思春期女性アスリートの健康管理

（能瀬さやか）

世界的な競技会での女性アスリートの活躍や女性競技の拡大もあり、女性アスリートの調査研究がすすみ、ジュニア期からの健康管理の重要性についての認識も高まっている。アスリートと聞くとトップ選手を想像するが、競技会に参加していればアスリートという扱いになるため決してトップのみを指す言葉ではない。

女性アスリートに多い健康問題として、アメリカスポーツ医学会では「視床下部性無月経」[Low energy availability (摂食制限によるエネルギー不足)]を女性アスリートの三主徴と定義し予防に向けた管理指針を作成している。

アスリートでは一般女性と比較すると摂食障害の頻度も高く、その発症も10代のアスリートで多いことが報告されている。競技成績を求めるあまり、極端な体重制限を強いられ無月経や低体重、骨粗鬆症を認める10代の学生は決して珍しくない。

調査結果によれば、10代で1年以上無月経を経験しているアスリートは、20代以降で低

骨量となるリスクが 23 倍高くなる。また、最大骨量獲得後である 20 歳以上になってからエストロゲンによるホルモン補充療法を行っても、10 代で失った骨量は回復しない。

女性アスリートの三主徴の起点はエネルギー不足であり、競技生活後の女性の健康を考えると、10 代からの運動量に見合った摂取エネルギーの確保が最も重要である。

3. 思春期の子どもの心とからだを健やかに育むために (田中恭子)

子どもの心の発達にはその基盤となる愛着が重要である。愛着は情緒的親和感及び身体的満足感と相互接触、母子間相互作用で促される。乳児期の発達課題が、基本的信頼感でありいわゆる“愛着形成”である。これはその後の自立の基盤となる。

思春期青年期（発達の課題は自我同一性の獲得）は、第二性徴による身体面での大きな変化に始まり、思春期特有の“思春期心性”をもつ。不安や自己不全感から、引きこもり、性行為への執着・暴言・暴力などの行動上の問題として表れることも多い。

また、ストレスが身体化という防衛機制を生じ、腹痛、頭痛などの疼痛症状や失立などの解離、転換性症状を呈し、言葉にできない SOS を訴える。

その要因の 80% 以上は、生物学的因子に帰結できるものでなく、そのケアは本人への心理教育や親ガイダンス、学校を含めた環境調整を丹念に行うことで症状緩和につながる事が報告されている。また、思春期における前向きな支援機会は、乳幼児期に被った危害の一部を相殺し、かつ将来の被害を緩和するためのレジリエンスを構築する可能性をもつ。

思春期の子どもへの対応として大事なことは、より丁寧により真剣に、そして対等に、子供から発せられる言葉を聴くこと、聴くための時間と場所を積極的に創ることが今社会に求められている。

米国の Bright futures は子どもの包括的な健康管理のガイドラインである。

4. 思春期の子どもに必要な性の健康教育 (種部恭子)

性はいのちを作り、ふれあいをはぐくみ、人生を豊かにするものである。一方、性暴力、性感染症、性産業といった負の側面も持つ。

日本においては学校教育において性教育のその行い方については広範な同意が得られてない現状がある。講演者は現在の学習指導要領や教科書検定意見書について批判的であった。

10 代の性行経験率や中絶件数は減少傾向である。また、未婚率も上昇してきている。他者との密な関係性の構築を苦手とする人が増加しているのであろう。その表れとして、バーチャルリアリティの世界で恋人を作り、タマゴッチのように育てるゲームを行うものが増加しているとのこと。そして、そのバーチャルな恋人と温泉旅行を楽しんだりする人が増加していると、笑うに笑えない話の紹介もあった。

いずれにしろこの分野の教育に関してはまだまだ課題が多いように感じた。

5. 思春期の心に向き合うプライマリケア (岡 明)

思春期の「難しさ」の背景には①親からの自立②仲間関係への依存③それを通じた自我の形成のプロセスがある。家庭の中から少しずつ親から自立していく過程は、不安定で、親や大人に対する肯定する気持ちと否定する気持ちの中で揺れ動く時期である。

自立していく過程がうまくいくかどうかは、代わりとなる集団に帰属できるかどうか大きな要素となる。しかし、いじめの問題などで垣間見る現在の思春期の子どもの状況は、この点でも問題がありそうである。特に、スマホなどの SNS によるいじめは日本だけでなく世界的にも大きな問題になっている。

二次性徴の出現に伴って異性への関心が芽生えるが、その性衝動が心の揺らぎも伴って問題となる時期でもある。性の問題は、社会的・文化的な課題でもあるので、医療保健の立場からだけで決めることはできない。しかし少なくとも性教育による健康被害の予防はますます重要になってきている。

思春期は受験という選別を経験する時期でもある。心理的な揺らぎの中で、強い期待と不安があるはずであるが、うまくその気持ちを整理し表現することは難しい時期でもある。

これまで思春期の心の問題は、本当にこじれたり不適応状態になったりするまで、医療や保

健が関与することはあまりなかった。もっと早期の段階で、プライマリケアの中で相談を受け、学校や家庭などの環境を調整するなどして解決に向けての取り組みをする必要がある。思春期は小児医療と成人医療のはざまにあり、今後整理していく必要がある。しかし、プライマリケアでは、まずは小児医療保健の側から積極的に手を差し伸べる必要があるとされている。

以上が私の学びのすべてであるが、さらに興味のある先生方は、スライド原稿をまとめた冊子もあり県医師会で収蔵しておきますので、係りに申し込んで直接調べることをお勧めします。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

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

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 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

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

九州各県医師会医療事故調査制度 担当理事連絡協議会



理事 田名 毅



去る2月4日（土）、ホテル日航熊本において標記協議会が開催されたのでその概要について報告する。

挨拶

八木剛志熊本県医師会副会長

本日は各県より7題の議案を頂いている。本制度は医師会会員にとって大変重大な制度であり、地域の問題について活発にご議論賜りますようお願い申し上げます。また、今村日医常任理事におかれては、様々な問題についてコメント頂くことになっているのでよろしくお願い申し上げます。

今村定臣日本医師会常任理事

制度の発足当初から不完全なままでの制度運用ということで、非常に危惧していたが、先生方のご大変なご努力により、いくつかの課題があるものの、概ね良好にスタート出来たのではない

かと思っている。日医は独自にあるいは支援センターと協力しながら、様々な施策に取り組んできた。その中でも会内の医療対策委員会での議論の取り纏めや、支援センターから委託された制度の普及啓発のためのセミナーを全国で開催させて頂く。その中では福岡県の上野副会長には大変なご指導とご支援を頂くと共に、八面六臂のご活躍を頂いている。この場をお借りして厚く御礼申し上げる。本日の会議を拝聴し、今後の制度運営に活かして参りたい。

協議

(1) 院内医療事故調査委員会への支援状況について（鹿児島県）

<提案要旨>

本会では、医療事故報告判断に関する相談に対し、担当役員等での協議は行われているものの、院内医療事故調査委員会への外部委員として本会から派遣を行った事例は0件である。

すでに、院内医療事故調査委員会への支援に関わっている医師会もあると思うが、困難であった点や工夫している取り組みなどあればご教示いただきたい。

<各県回答>

各県共に外部委員の人材確保に苦慮しているとの回答であった。

<福岡>

本県では全ての事案について初期対応から関わっている。ポイントは論点整理が出来るか、事例の概要が纏められるかという点になるが、中々うまくいかない時がある。

報告書作成にあたっては、時間と労力を要するものであり、その専門員を選任することに苦慮している。委員会には院外の専門員として福岡県医師会から職員を含め4名以上参加することとしている。

<佐賀>

比較的大きな病院等では医療安全管理者がいるためスムーズに進むが、クリニックについては全面的に医師会がバックアップしていくことになる。今のところAiを斡旋したことは無い。委員会に院長などの肩書きがある人が入ると、若い先生が委縮してしまうことからその点に配慮していきたい。

<宮崎>

外部委員については県医師会が中核となって4名（委員長1名、専門医2名、看護スタッフ1名）を選定派遣している。現在のところ2～3回の委員会開催で報告書を作成している。現時点で一番の問題点は、委員長の候補者が絶対的に不足していることである。

<沖縄>

外部委員の派遣については、事前に設置した事故調査委員会委員に相談しながら担当理事を含めた4名程度で対応している。

事故調査委員会の開催場所は当該医療機関において行い、委員長は公平性の面から外部委員に就いて頂いている。本県の特徴としては、本会の顧問弁護士にオブザーバーとして参加して

頂き、医療従事者と違う視点から適格なご意見を頂いている。

<大分>

本会の初期対応として、Aiの依頼が1件あった際に当該病院にCTが無かったことから他の病院を紹介した。その後担当理事が予備調査として、大学の医療安全専門の先生と一緒に訪問し、書類の書き方、時系列の並べ方を指導した後に医師会で外部派遣医（内1名は担当理事）を選定し委員会を開催した。

<長崎>

今の取組としては、支援団体連絡協議会開催、研修会、各郡市区医師会での説明を行っている。ある事例については、院内調査を行っているが、経験が無い分、大学の医療安全に関する専門の先生の見解に依存した調査になっていることを実感しており、マンパワーとしての研修の必要性を感じている。

<長崎>

院内事故調査委員会に医師会から副会長、理事が参加し、事案によってその他委員を派遣している。特に今後の医療機関からの報告に影響が無いよう、秘匿性には十分に配慮している。なお、本会は人材には非常に恵まれており、Aiや剖検等県内で対応できるような体制となっている。初動の経験は無いが委員の派遣は相当数増えている。

(2) 医療機関から初動調査の支援要請に対する対応について（長崎県）

<提案要旨>

医療事故調査・支援センターの纏めによると、制度開始後1年間で全国から388件がセンターに報告され、その内、九州からは57件が報告されている。

長崎県でも該当事案か否かの照会、外部委員の派遣、報告書作成等の支援を行っているが、支援要請のあった医療機関は比較的規模の大きい医療機関だったため、初動調査から支援した事案の経験は無い。

本会では初動調査時の手引きを作成してい

るが、初動調査から支援を行った医師会があられたら、経験を踏まえた留意点等を御教示いただきたい。

＜各県回答＞

初動調査からの経験がある県は少なく、初動から関わったのは福岡、大分のみであった。

福岡からは、初動から関わることで公平性が保たれると考えているため積極的に取り組んでいるが、やはり人材確保に苦慮しているとの回答があった。

また、初期から関わることは病院と医師会の信頼関係を築く意味でも非常に大きく、事例の概要、論点整理を纏めて頂くためにも直接伺うことにしているとの説明があった。

(3) 院内事故調査委員会に推薦する外部委員の養成について（宮崎県）

＜提案要旨＞

事故報告件数が全国に比して多い宮崎県では、院内事故調査委員会に推薦する外部委員、とりわけ委員長をお願いする人材の確保に苦慮している。

外部委員の人選にあたっては、対外的に第三者性等を鑑みて、出身大学がなるべく重ならないように注意し、委員長は公的医療機関の長等、社会的信用度の高い方をお願いするよう心がけている。

本県では、事故報告からセンターへ最終的な調査報告書を提出するまで約10か月（院内事故調査委員会が稼働してからは概ね4～6か月）を要しており、期間短縮には人材養成が欠かせない。

各県では、外部委員をお願いする方の人選及び育成について、どのようにされているのかお聞きしたい。

また、九州ブロック内で人材養成のための研修会を、できればアクセスの良い福岡県で開催していただけないか、ご検討をお願いしたい。

＜各県回答＞

各県共に、人材の教育・育成に試行錯誤している段階であり、今後事案が増えていくことを考慮し、九州ブロックでの人材育成研修会の開催が希望された。

(4) 院内事故調査委員会における支援団体（県医師会）としての状況と課題について（熊本県）

＜提案要旨＞

制度発足1年数か月を経過し、支援団体（県医師会）としての役割を果たす中で各県の状況（相談件数、対象案件数（院内事故調査委員会設置の支援件数））や初動支援から院内事故調査委員会の開催で課題があればご教示下さい。

特に、専門医の選任に苦慮しているところです。

＜福岡＞

医師会としては支援団体として積極的に関わるべく、会員医療機関に対し早期から参加の必要性を周知している。やはり外部委員の選任に苦慮している。

＜佐賀＞

本件では、啓発と再発防止の点から郡市区医師会長と担当理事に委員としてご就任頂いている。

＜宮崎＞

医療事故調査支援体系図を作成し、各医療機関に配布している。

医療事故調査支援団体連絡協議会に参加している施設、団体、各専門分科会、郡市医師会等から協力専門委員を推挙して頂き、174名が登録されている。なお、当事者と専門委員が同じ大学の出身者という事案があり、例えば九州ブロックにおいて専門医に意見を伺うことができるシステムがあれば有難い。

委員長が報告書を纏めているため負担がかなり大きいことから、その人材育成・確保に苦慮している。

＜沖縄＞

支援団体連絡協議会において、全医療従事者がこの制度を支えていかなければならないと繰り返し話している。管理者に対しては、「明日

は我が身」という共通認識を持っていただき、外部委員へのご就任も快く引き受けて頂いている。今後もよりよい関係が築けるよう環境づくりに努めていきたい。

<大分>

宮崎県が既に多くの対象事例があり、宮崎より人口の多い大分で同数の対象事例が発生すれば、派遣がかなり厳しくなる。実際にこの4か月間で数例発生しており、今後増えていくことになるかと非常に不安である。委員に看護協会の方をいれてみたが、医師と違う視点での発言があつてよかった。

<長崎>

看護師が事案の対象となった場合に有効であるため、本県も看護師2名に入ってもらっている。人材派遣については比較的うまくいっている状況であるが、同制度に対する温度差が医療機関によってかなり違う点が大きな課題である。また、同調査支援委員会のメンバーのみが情報交換できるメーリングリストがあり、その内容を院内調査委員会で反映させるようにしている。

(5) 遺族が警察へ届出たことにより司法解剖に至った事例の「医療事故調査制度」に関する医療事故調査・支援センターへの報告について (佐賀県)

<提案要旨>

全国医学部長病院長会議では、日本医療安全調査機構へ確認すべく申し入れを行っている。

遺族が警察へ届出たことにより司法解剖に至るなど、係争の手段として行われる事例については、医療事故調査制度の埒外にて処理されるべきであると考え、各県のご意見をお伺いしたい。

<福岡>

遺族の意思によって警察に届けが出される。巻き込まれた医師・看護師は大きな負担となる。私自身としては、こういった事例は積極的に取り上げ、粛々と調査をして報告書を提出することが正当な支援と考える。

<鹿児島>

報告書を出さなかったことで、後になって隠ぺい工作を疑われ兼ねない。そういうことが無いように、主治医が死亡診断書を書いた後に院長が事故調の対象かどうかを判断するチェックシートをもって確認することになっている。

同制度は粛々と進めるべきである。

<宮崎>

死因究明について真摯にご遺族に説明することが一番重要かと考える。ご遺族が司法に訴えると言えばそれを止める術は無いため、そうならないためにも日頃からの信頼関係の構築が必要である。医療側から専門的な見地で調査を行い、再発防止に活かすためにも、今よりももっと門戸を広げて、多くの事例が報告されるようになればこのような事案は減っていくのではないかと。

<沖縄>

本県では、長期に亘ってレスピレーターケアをされていた方が深夜帯に外れてしまい、心肺停止で見つかり蘇生を行いながら救急病院に搬送したものの到着時死亡として、救急担当医と同伴した当直医の判断により警察へ届け出たケースがあった。

その際、警察により資料、モニター等が押収され、司法解剖も行われた。本件については速やかに管理者から本会に相談があり、該当事案として調査することになった。解剖の詳細なデータは確認できなかったものの、窒息死であるとの診断名を確認できた。また、外部委員も含め同施設の実際の現場でレスピレーターが外れた経緯や、アラームがうまく作動しなかった経緯等を確認出来、今後に繋がる前向きな調査が行えた。

ここで提案したいのは、医療機関から搬送されて救急外来で亡くなった事案については、すべて警察に届け出るのではなく、搬送元の管理者に相談のうえ、ケースによって医療事故で対応するというのを、是非救急告示病院にも説明していくべきではないかということである。今後、同制度をより機能させるためにも、警察に届け出る際は病院側に慎重に判断して頂きたい。

<大分>

調査委員会は肅々と進めるべきであると考え
る。出来るなら、刑事事件は調査委員会の後に
動くような法律にしてもらいたい。

<長崎>

もともと制度が別のため、それぞれで運用すべ
きであり、それを前提にして動くべきである。逆
に警察が事故報告書を待っているケースもある。

<熊本>

司法解剖が行われた事案があるが、その結果
報告については紙面はもちろん口頭でも法律上
難しい。原因究明・再発予防の観点から司法解
剖の結果は非情に重要であるが、法律の壁が高
く非常に苦勞している。

(6) 調査の質を担保するための人材確保及び 育成について（福岡県）

<提案要旨>

本県では、初期対応は担当役員が行い、院内
事故調査委員会には委員長その他、事案に関係す
る診療専門家を外部委員として本会より派遣し
ている。専門家は医療事故調査等支援団体連絡
協議会に参画いただいている医療機関に依頼。
また、院内事故調査報告書は外部委員が案を執
筆し、当該医療機関を含めた全委員で修正協議
を行い作成している。

本制度をめぐっては、医療機関から医療事故
調査・支援センターへの届け出件数が当初の想
定を大幅に下回っていることが指摘されている
が、重要なのは件数ではなく本制度の趣旨に沿
った調査であり、報告書の内容である。

本県では調査及び院内事故調査報告書の質
を担保するためにも初期対応者・委員長・院
内事故調査委員会報告書（案）作成者の確保・
育成は重要課題だと考えているが、各県の人材
確保及び育成に関する対応及びお考えをお伺
いしたい。

<各県回答>

報告書の作成にあたっては、当該医療機関側
で案を作成する県、外部委員にて案を作成する

県に分かれた。なお、沖縄県では、最終的に顧
問弁護士に報告書の内容を確認頂き、アドバイ
スを頂いている旨報告を行った。

また、各県とも人材確保・育成に苦慮しており、
支援センターや九州ブロック、日医において
研修会を複数回開催できるよう要望があった。

(7) 医療機関への周知啓発について（沖縄県）

<提案要旨>

本県ではこれまで数件の該当事案が発生しセ
ンターへ報告しており、内1件は調査を終え報
告書を提出している。

該当事案以外にも相談が数件あったが、各医
療機関において同制度がスムーズに取り組み
れているのか把握できていない状況であり、各
県における当制度の周知方法等についてアドバ
イスをいただけると有難い。

<福岡>

会員に対し、医療事故の判断は管理者に任さ
れていること、責任追及では無く再発防止が目
的であることに重点を置いて説明している。ま
た、当事者の負担を減らすため、事故発生早期
から医師会が支援団体として支援できることや、
公共性を高めるためにも早期から支援団体が参
加するメリットについて説明を行っている。

届出による負担感を感じさせないような環境
づくりに努めている。

<鹿児島>

郡市医師会に対し研修会等を開催しているが、
どれだけ浸透しているか確認は出来ていない。

<佐賀>

逃げ場の担保としてこの制度があると理解し
ている医療機関も見られ、この制度を知らない
管理者も多いと実感している。プロフェッショ
ナルオートノミーを広げていく崇高なものであ
るとの認識で啓発していきたい。

<宮崎>

制度が発足する前に各郡市医師会に出向き、
医師会の取組、調査の流れ等を詳細に説明し
た。その趣旨が伝わったことから、うまく機

能し現在の報告件数に繋がっているのではないかと思う。ただ、ご遺族側に報告しておらず、ご遺族から問い合わせがあって報告したケースがあった。この制度は医療側が積極的に調査し、再発防止に活かすと共に、死因について真摯に究明を行うものであるということを管理者側に周知徹底していきたい。

<長崎>

同制度は紛争とは全く別の制度であることを説明してきた。比較的各病院は協力的である。今後は連絡協議会を中心に周知を徹底し、実際の運用に関わっていただくよう努めていきたい。

<日医今村常任理事コメント>

この協議会の最大のテーマは人材育成であると思っている。日医の会内委員会での会長諮問もこの件であった。「(1) 院内医療事故調査委員会への支援状況について」は、いずれの県医師会も積極的に支援活動を展開されており非情に心強く感じている。福岡県医師会のまとめて頂いた問題点については、上野副会長に副委員長をお務め頂いている日医の会内委員会の答申でも強調されている点である。今後事例の概要・論点整理を事故調査の中心と捉えて、研修の重点とする必要があると認識している。また、佐賀県にご指摘いただいたように忌憚りの無い議論、あるいは当事者が思いを自由に語ることが出来る雰囲気も大変重要な点である。診療所への支援も県医師会としての重要な役割である。また、県医師会役員の参画も支援の重点施策として今後積極的に進めていく。「(2) 医療機関から初動調査の支援要請に対する対応について」は、殆どの県で大規模、小規模の医療機関を問わずあまり経験をされていないことが実情であった。日医としては経験の少ない担当者の方に情報やノウハウを十分に伝えられるような研修を目指していく。

「(3) 院内事故調査委員会に推薦する外部委員の養成について」は、日医としても人材の養成と確保は現段階で最も重要な課題と思って

いる。人材をいかに育て、増やしていくかがこの制度の成否を左右すると言っても過言ではないと認識している。今季の日医医療安全対策委員会も広島県の平松会長が委員長、福岡県の上野副会長が副委員長としてご就任頂いているが、横倉会長からの諮問事項は「医療事故調査制度における確実な院内事故調査を担える人材育成のあり方について」となっている。人材育成と一言で申し上げても、宮崎のような外部委員はもちろん、支援団体の中核をなす県医師会の担当役員あるいは事務方の職員、様々な分野があり、それぞれに適した育成の方法がある。現在は日本医師会や医療安全調査機構などいわゆる中央組織を中心とした育成体制となっているが、ある程度人材の数が増えてくれば、ブロック単位あるいは都道府県ごとに育成の取組を進めて頂くことも考えてよいと思う。また、若干ニュアンスが異なるが、日本医師会は日本医療機能評価機構と協力し、医療メディエーターの育成も力を入れている。これにつきましてもご参画頂くと共に、各県で開催して頂くこともご検討頂きたい。各県からのご意見を拝聴し、福岡県に負担が増えることを懸念しているが、日医としても出来る限りのサポートをしていきたい。ブロック内での研修についても、複数回の開催を視野に入れても良いかと考えている。看護協会、看護師との協力も重要であるとの指摘があった。「(4) 院内事故調査委員会における支援団体（県医師会）としての状況と課題について」は、特に専門委員の選任がネックであるということが各県に共通の事情と認識した。予め協力委員をリスト化しておくことは非情に効果的であるが、そのリストを作成することが困難であるという地域もあるのではないかと思う。なお支援センター、日本安全評価機構でも各学会の協力医に関する全国の情報を持っているので、今後医師会組織との相互協力について検討していく。地域での専門医の選定がどうしても難航する場合には、支援センターに直接ご相談頂くことも考えて良いかと思う。「(5) 遺族が警察へ

届出たことにより司法解剖に至った事例の「医療事故調査制度」に関する医療事故調査・支援センターへの報告について」は、法の解釈としては、医療法に基づく医療事故調査制度であるので、刑法上の業務上過失致死罪あるいは民法上の損害賠償等とは別個の制度であるため警察に届け出られた事例は対象外になるという解釈はない。そのため、院内事故調査は粛々として行くことになる。刑事事件化された場合は様々な資料が証拠として押収され、その後は刑事訴訟法との制約等から院内調査で参照できなくなる可能性が高くなる。警察としても相当と認められる事由がある場合は提供が可能という考えもあるため、例えば沖縄の報告にもあるように警察側の理解を得て情報を入手していくことも必要になるかと思う。警察側の理解を得やすくするためにも、医療側が医療事故調査制度の下でしっかりと院内調査に取り組む姿勢を示すことが重要である。なお、医療行為と刑事罰に関しては、近々の内に法曹界と医療界が参画をした検討会が設置されることになっている。可能であれば1年の間で取り纏めたいと考えている。「(6) 調査の質を担保するための人材確保及び育成について」

は、日医としても人材育成は目下の最重要課題と認識している。調査委員会委員を含めた人材育成についてのご意見も十分に参考にさせて頂き、今後の研修会等についてさらに内容を充実させると共に、より受講しやすいスケジュール、あるいは開催回数、開催地についても検討する。「(7) 医療機関への周知啓発について」は、各県において周知にご尽力頂いていることに感謝申し上げる。日医としては、日医雑誌に医療事故調査支援センター作成のポスター・リーフレットを同封し、全会員に配布するなど、周知活動に取り組んでいるが、物を配布するだけでは効果は極めて限定的であるため、研修会・説明会等の地道な啓発活動は欠かせないと考えている。また「事故調査」という名称そのものも事故＝過誤・ミスといったイメージが先行することから、適切な名称に変更すべきとすることが多々ある。日医から制度見直しのワーキンググループでも意見を述べているが、未だ実現していない。引き続き改正にむけて働きかけていく。内部資料の取扱いについては、証拠資料として提出する必要は無いと考えている。報告書のみの提出で良いと考える。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

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

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

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

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

○「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

九州医師会連合会第 361 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 2 月 4 日(土)、ホテル日航熊本において、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、提案議題説明の関係で日医今村定臣常任理事が参加された。又、当日は医療事故調査制度担当理事連絡協議会、第 2 回各種協議会(地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会)が併せて開催された。

報 告

1) 第 116 回九州医師会連合会総会・医学会及び関連行事について(熊本)

去る 11 月 18 日(土)・19 日(日)に熊本県において開催された九医連総会・医学会について下記のとおり報告があった。

(1) 参加者数について

平成 28 年 11 月 17 日(土)	総会・医学会	320 人
11 月 18 日(日)	分科会(4 分科会)	1,546 人
11 月 18 日(日)	記念行事(7 種目)	429 人
延べ出席者合計		2,295 人

(2) 宣言・決議の取扱いについて

総会において可決、決定した宣言・決議文について、内閣総理大臣をはじめ関係機関へ送付しその実現方を要請した。

協 議

1) 九州医師会連合会第 362 回常任委員会(3 月 25 日(土) 東京都)の開催について(熊本)

標記常任委員会を、日医代議員会前日に下記のとおり開催することに決定した。

日 時 平成 29 年 3 月 25 日(土) 17:30 ~
場 所 第一ホテル東京「4 階 シクラメン」

2) 第 139 回日本医師会臨時代議員会及び九州ブロック日医代議員連絡会議(3 月 26 日(日) 日医)の開催について(熊本)

標記代議員会が来る 3 月 26 日(日)日医会館において開催されるに当たり、九医連として下記のとおり対応することが了承された。

①九州ブロック日医代議員連絡会議

当日、午前 9 時より 9 時 30 分迄の間、九ブロック控室において当連絡会を開催する。

②第 139 回日本医師会臨時代議員会

議事運営委員 近藤 稔 先生(大分)
財 務 委 員 織部 和宏 先生(大分)
〃 宮里 善次 先生(沖縄)

③九州ブロック代表・個人質問について

各県から提出された質問の取扱については、九医連会長、副会長で調整し代表質問、個人質問を決定することになった。

3) 九州各県医師会医療情報システム担当理事 連絡協議会（4月8日（土）熊本市）の開催に ついて（熊本）

標記協議会について下記の内容で開催すること
を決定した。

日 時 平成 29 年 4 月 8 日（土）

16：00～18：00

場 所 ホテル日航熊本

内 容 ①講 演 「日医のIT戦略について
（仮題）」

講 師 石川 広己先生
（日本医師会常任理事）

②協 議

4) IPPNW 核戦争防止国際医師会議への参画 について（熊本）

日本医師会の今村定臣常任理事より、標記会
議への参画について要請があった。

その他

1) 平成 30 年度・平成 31 年度九州医師会連合 会及び各種関連行事予定表（案）について（鹿 児島）

平成 30 年 7 月から 31 年 6 月迄の九州医師
会連合会及び各種関連行事予定（案）について
資料に基づいて説明があった。

2) 世界医師会総会について（福岡）

横倉日本医師会長が本年 10 月に開催される
世界医師会シカゴ総会において世界医師会長に
就任されることから、九州各県医師会長にも横
倉会長の一行団として是非参加していただきた
いと要請があった。

お 知 ら せ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について（お願い）

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

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

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

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 経理課：平木怜子 池田公江

九州医師会連合会平成 28 年度 第 2 回各種協議会

去る、2月4日（土）ホテル日航熊本において開催された標記協議会、地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会について、以下に概要を報告する。

I. 地域医療対策協議会 (地域医療構想、新専門医制度を含む)



副会長 宮里 善次



挨拶

熊本県医師会の坂本副会長、日本医師会の松原副会長よりそれぞれ概ね以下のとおり挨拶があった。

熊本県医師会 坂本副会長

大変ご多忙のところ、本会議へご出席いただき感謝申し上げます。また前回に引き続き、日本医師会から松原副会長にご出席いただいております、重ねて感謝申し上げます。

昨年開催した第1回各種協議会では、2つの災害医療施策に関する協議項目が提案されていたが、時間の都合上、趣旨説明のみで終了していた。本議題については、去る1月7日（土）に開催した「九州各県医師会救急・災害医療担当理事連絡協議会」において協議を行ったことを報告する。

本日は、11の協議題が提案されている。スムーズに進行できるよう先生方のご協力をお願いしたい。

日本医師会 松原副会長

本日は主に地域医療構想について提案されている。本件については中川副会長と良く相談しており、あくまでも目安の資料であり、構想に基づいて全てを変えるということではないことは日医の中でも一致した認識である。

全国で7,000人～8,000人の卒業生がおり、その内、地域卒の先生方が700人位いる。ところが、地域で費用を出しても大学を卒業すると、あるところからお金を借りて返済し、別の所に行ってしまうということが多々起きている。そのようなことがないように、専門医制度をしっかりと、研修が終わった後もその地域に残っていただけるように考えているところである。科によって、また都道府県によって状況が異なる。特に東京、神奈川、大阪、愛知は大学も多く、地方から集まり、医師不足になっている。これらを解消しなければならないということで、内科、外科、整形外科を含め、他科と深く議論した結果、少しずつ落ち着くだろうと考えている。

今後、様々な問題点を整理し、地方に住んでいる人たちが幸せに暮らせるよう努力していきたいと考えている。先生方のご協力もお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

協 議

※協議事項 (1) ～ (7) については、地域医療構想に関連していることから、一括して提案要旨の説明が行われた。

(1) 地域医療構想策定後の取り組みについて (福岡県)

<提案要旨>

本県では来年2月末に地域医療構想を公表する予定である。九州各県においては既に策定済の県もあり、当該県では策定後の地域医療構想調整会議が開催されていることと思われる。今後、地域医療構想も含めた一体的な第7次医療計画の策定にあたっては、公的医療機関等と民間医療機関がその地域の実情に応じた地域医療に混乱を来さない機能分化・連携の実現のため

に、それぞれがどのような役割を担うかを明確にすることが重要である。現在、経営母体が異なる医療機関の間での機能分化の協議がどの程度進んでいるのか、また、病床の機能転換等における地域医療介護総合確保基金の配分時期及び具体的な方法などについて、各県の状況をお伺いしたい。

(2) 地域医療構想調整会議のあり方について (鹿児島県)

<提案要旨>

鹿児島県では、平成28年11月11日付けで鹿児島県地域医療構想が策定され、今年度中に1回、構想区域ごとに地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という）が開催される予定になっている。

厚生労働省では、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、「調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理」がなされているところであるが、医療機関の役割の明確化を過度に推進してしまうことで、医療機関の差別化、格差がひろがるような事態も想定される。

調整会議では、郡市医師会長が議長を担うことが予定されているが、本来なら連携推進が望ましいものの、医療機関間の競争の形態が浮き彫りにされてくるため、建設的な話し合いが損なわれるのではと危惧しており、非常に議事運営が難しいものと考えている。そのため、県単位で調整会議の運営方法をあまり細かに決めるのではなく、構想区域ごとの実情に応じた対応で、拙速ではなく中長期的な視点で考えていく必要があると考えている。

県医師会の役割としては、県行政並びに郡市医師会から定期的に調整会議での議論の進捗状況を把握し、構想区域ごとの協議のサポートを行っていききたいと考えているところである。

また、県行政では、調整会議の議論の状況は、県地域医療対策協議会で報告することとしている。

各県医師会で地域医療構想策定後の構想区域ごとの調整会議の進め方や県単位での進捗管

理・議論のあり方などを具体的に検討されているらっしゃればご教示いただきたい。

【各県回答】

福岡県、沖縄県、熊本県は、今年2月～3月に地域医療構想の策定予定となっており、それ以外は既に策定済とのことであった。

地域医療構想調整会議の進め方については、経営母体が異なる医療機関間で機能分化の協議を行うことは難しく、具体的な協議内容については検討出来ていない旨の意見や、各医療機関が病床機能報告のデータ等を踏まえ自主的に取り組むことを基本とし、現時点で医療機関の役割の明確化等、一律の議論を行うことは想定していない旨等の意見が示された。

佐賀県では既に調整会議を開催し、「調整会議における協議の進め方」として「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」が決定され、関係機関に通知されているとのことであった。本取扱要領では、第1.地域医療構想調整会議において協議を要する事項、第2.地域医療構想調整会議において協議を行うことができる事項、第3.その他の大きく3つにまとめられ、地域における中核病院が医療機能の大幅変更等を計画した場合は、地域の医療機関への影響が考えられることから、地域医療支援病院及び特定機能病院の医療機能の大幅な変更等、医療機関の統合については、構想区域毎に設置されている調整会議分科会において協議を要することとされる等について、取り決めがなされているとのことであった。

(3) 保健医療計画における基準病床数と地域医療構想の関係性等について（沖縄県）

＜提案要旨＞

ご存知のとおり、保健医療計画における基準病床数と地域医療構想における必要病床数の性質は、全く異なっている。今後、各圏域毎に病床整備に関する議論を行うにあたっては、地域医療構想で示される高度急性期～慢性期までの機能分化という視点がある一方で、法的な効力（抑制力）を持つ基準病床数は、一般病床と療養

病床という2つの性質しか示されておらず、地域医療構想で示された考え方を優先するにしても、違和感がある状態である。全国的に回復期が足りないこととされ、構想区域毎の調整会議においてそのようなことが示されたとしても、基準病床制度の下では回復期という概念がないことから、調整会議における現場の意見を反映させる必要があるかと考えるが、調整会議と医療審議会の関係等、どのように整理していくべきか。

また、現在厚生労働省で開催されている「医療計画の見直し等に関する検討会」にて示されている次期計画の療養病床の算定式に、「在宅医療等対応可能数」という新しい係数が示され、介護施設対応可能数を減ずることは行わないことが示されているものの、在宅医療の整備状況等が地域によって異なることから、都道府県において必要に応じて減ずることができるように見直すこととする旨も示されており、その内容は不明な状態である。

上記2点について日医の見解及び把握している情報についてご教示いただきたい。

【各県回答】

基準病床と地域医療構想における必要病床数は全く異なる概念であることから比較できないものであり、そのことを繰り返し説明していく必要があることや、状況に応じた取扱いをしている旨の意見が示された。

また次期計画の療養病床の算定式にある「在宅医療等対応可能数」については、具体的な考えが示されていないことから、今後の「医療計画の見直し等に関する検討会」の議論等を注視していく旨の意見が示された。

(4) 地域医療構想における各医療圏の特徴の把握と各ステージの必要病床数の妥当性について（大分県）

＜提案要旨＞

都道府県、二次医療圏毎の必要病床数の推計をDPCデータやNDBデータをはじめとして、様々なデータを用いて行っているため、関係者が推計方法や推計結果が持つ意味を理解するこ

とが困難であり、未だに納得できず不安な状態
 である。地元の医療関係者が抱いているイメー
 ジと必要とする各ステージの病床数がほぼ同じ
 であれば、不安が幾分解消されて対応策に専念
 することができるのではないかと考え、現在公
 表されている大分県（6 二次医療圏：図 1）の
 データを一部分析してみた。

【結果】

1. 人口減少により必要病床数が減少するのは
 理解できるが、大分県全体では人口が 7%

減少（93%に減少）するのに伴い、必要病
 床数は 22.1%減少（77.9%に減少）していた。
 人口が 8.1%減少（91.9%に減少）する中部
 医療圏の必要病床数は 9.6%の減少（90.4%
 への減少）にとどまるのに対し、西部医療
 圏は人口が 13.0%減少（87.0%に減少）な
 のに必要な病床数はなんと 43.0%減少（57.0%
 への減少）と著減していた。必要病床数の
 推計には人口以外の大きな要素があること
 がわかる（表 1）。

2. 各ステージ（高度急性期、急性期、回復期、
 慢性期）で、「人口 1 万人当りのベッド数」
 を 6 二次医療圏で比較した。別府市を含む
 東部医療圏が「人口 1 万人当りのベッド数」
 は最も多く、168.1 床であった。また、東部
 医療圏は、すべてのステージで「人口 1 万
 人当りのベッド数」が多い傾向がみられ、
 高度急性期から慢性期まですべての医療を
 担うことを期待されているとみなされる。
 それに対して、最も人口が多く、高齢化率
 の低い大分市を含む中部医療圏は、高度急
 性期の「人口 1 万人当りのベッド数」が最
 も多く、13.7 床であった（他の 3 ステージ
 は 6 医療圏中 2～3 番目であった。）。特に
 高度急性期医療を期待されているのであろ
 う。南部医療圏は、急性期・回復期（6 医療
 圏中 2 番目に多かった。人口の割に面積が
 広いためか。）、豊肥医療圏は慢性期（6 医療



図 1 大分県の構想区域（二次医療圏）

表 1 各医療圏における「2025 年と 2014 年の人口、各ステージの病床数の変化とその増減率」の比較

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択等	計	①2025年人口(人)	②2014年人口(人)	人口増減率(①/②)	病床増減率(A/B)	病床増減率/人口増減率
県全体	A 必要病床数(2025年)	1,295	4,908	5,391	3,055		14,649					
	B 病床機能報告(2014年)	1,327	10,216	2,127	3,842	1,292	18,804	1,093,634	1,176,563	93.0%	77.9%	83.8%
東 部	必要病床数(2025年)	265	996	1,223	793		3,277					
	病床機能報告(2014年)	492	1,997	579	1,233	354	4,655	194,977	212,260	91.9%	70.4%	76.6%
中 部	必要病床数(2025年)	759	2,545	2,571	1,463		7,338					
	病床機能報告(2014年)	826	4,585	897	1,286	520	8,114	552,631	570,469	96.9%	90.4%	93.4%
南 部	必要病床数(2025年)	60	305	447	128		940					
	病床機能報告(2014年)	3	894	128	177	21	1,223	63,713	73,991	86.1%	76.9%	89.3%
豊 肥	必要病床数(2025年)	33	177	223	175		608					
	病床機能報告(2014年)	0	542	117	208	46	913	50,512	60,788	83.1%	66.6%	80.1%
西 部	必要病床数(2025年)	55	245	369	141		810					
	病床機能報告(2014年)	6	780	114	292	228	1,420	82,278	94,587	87.0%	57.0%	65.6%
北 部	必要病床数(2025年)	123	640	558	355		1,676					
	病床機能報告(2014年)	0	1,418	292	646	123	2,479	149,523	164,468	90.9%	67.6%	74.4%

圏中2番目に多かった。これは図2のように高齢化率が最も高いことが影響していると考えられた)、西部医療圏は回復期(6医療圏で「人口1万人当たりのベッド数」は最も少なく、98.4床であった。また、回復期以外は5～6番目と最も厳しい状態であった)、北部医療圏は中部医療圏、東部医療圏ほどではないが、急性期を期待されているようだ(表2)。これらには、人口や高齢化率以外に図3の「患者の流入・流出の数」が大きく関与していると考えられた。

3. 各医療圏のステージ別の必要病床数の割合をみると、表2とほぼ同様の結果であった(表3)。

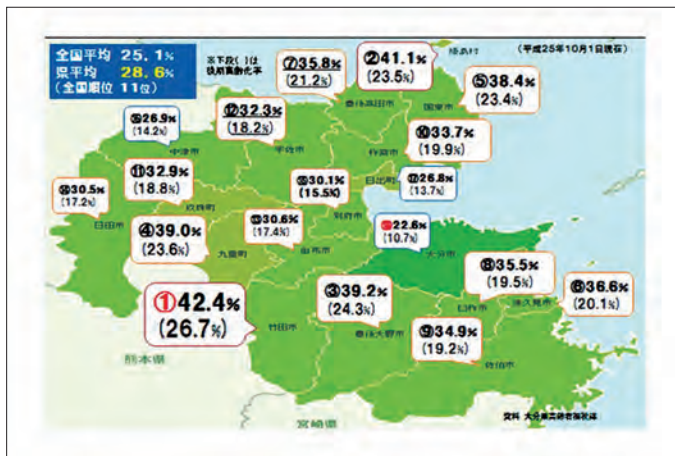


図2 大分県①高齢化率の比較(大分県)

表2 各医療圏における各ステージの「人口1万人当たりのベッド数」の比較

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	2025年人口(人)
県全体	必要病床数(2025年)	1,295	4,908	5,391	3,055	14,649	1,093,634
	人口1万人当たりのベッド数	11.8	44.9	49.3	27.9	133.9	
東部	必要病床数(2025年)	265	996	1,223	793	3,277	194,977
	人口1万人当たりのベッド数	13.6	51.1	62.7	40.7	168.1	
中部	必要病床数(2025年)	759	2,545	2,571	1,463	7,338	552,631
	人口1万人当たりのベッド数	13.7	46.1	46.5	26.5	132.8	
南部	必要病床数(2025年)	60	305	447	128	940	63,713
	人口1万人当たりのベッド数	9.4	47.9	70.2	20.1	147.5	
豊肥	必要病床数(2025年)	33	177	223	175	608	50,512
	人口1万人当たりのベッド数	6.5	35.0	44.1	34.6	120.4	
西部	必要病床数(2025年)	55	245	369	141	810	82,278
	人口1万人当たりのベッド数	6.7	29.8	44.8	17.1	98.4	
北部	必要病床数(2025年)	123	640	558	355	1,676	149,523
	人口1万人当たりのベッド数	8.2	42.8	37.3	23.7	112.1	

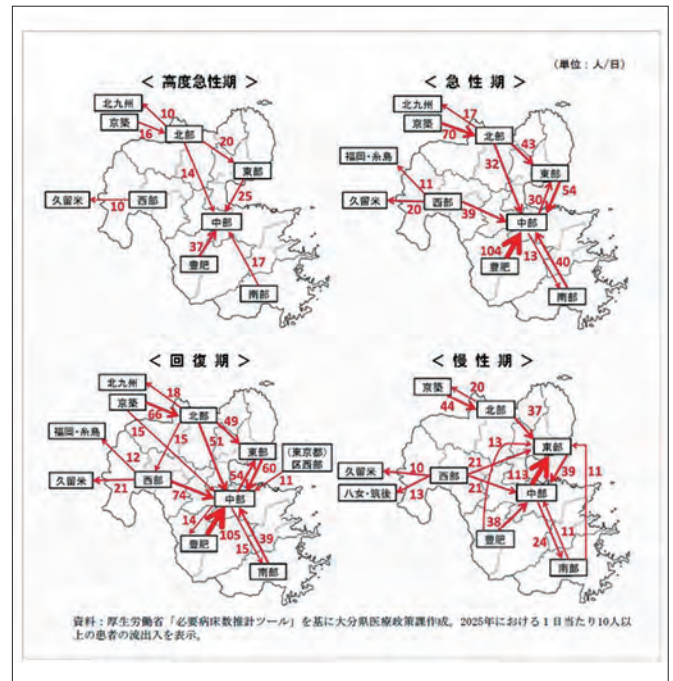


図3 患者の流入・流出の状況(大分県)

表3 各医療圏における「ステージ別比率(%)」の比較

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	2025年人口(人)
県全体	必要病床数(2025年)	1,295	4,908	5,391	3,055	14,649	1,093,634
	ステージ別比率(%)	8.8	33.5	36.8	20.9	100.0	
東部	必要病床数(2025年)	265	996	1,223	793	3,277	194,977
	ステージ別比率(%)	8.1	30.4	37.3	24.2	100.0	
中部	必要病床数(2025年)	759	2,545	2,571	1,463	7,338	552,631
	ステージ別比率(%)	10.3	34.7	35.0	19.9	100.0	
南部	必要病床数(2025年)	60	305	447	128	940	63,713
	ステージ別比率(%)	6.4	32.4	47.6	13.6	100.0	
豊肥	必要病床数(2025年)	33	177	223	175	608	50,512
	ステージ別比率(%)	5.4	29.1	36.7	28.8	100.0	
西部	必要病床数(2025年)	55	245	369	141	810	82,278
	ステージ別比率(%)	6.8	30.2	45.6	17.4	100.0	
北部	必要病床数(2025年)	123	640	558	355	1,676	149,523
	ステージ別比率(%)	7.3	38.2	33.3	21.2	100.0	

【まとめ】

高度急性期、急性期の必要病床数は、「患者の流入・流出の数」、慢性期は高齢化率の関与が大きいという印象を受けた。回復期は特に特徴がなく、6医療圏中5医療圏で最も必要病床数が多かったが、現在が空き(5,391床中2,127床しか埋まっていない)で急性期からの転換はどうなるのであろうか。各ステージ、特に急性期の必要病床数を今後増加させるためには、流入を増やし、流出を減らす工夫と努力が求められる。

日医、各県の見解および工夫等があればご教示いただきたい。

【各県回答】

調整会議において、構想区域毎に、病床機能報告等により、各医療機関が担っている病床機能の現状の把握・分析を行い、不足している機能への対応等について検討を行っていく必要があることや、現状の医療機能を残しつつ、構想区域毎の実情に応じた対応で、拙速ではなく中長期的な視点で対応を考えていく必要がある旨の意見が示された。

また、必要病床数はあくまでも参考値であり、過度にとらわれないことや、必要な医療機能を整備し患者流出を減らしていく努力は必要であるが、高度急性期や急性期は、既存の医療資源を活用、いわゆる流入流出を容認することも必要である旨の意見が示されるとともに、地域医療構想実現に向け、策定後においても推計の基礎となる数値を見直す等により、地域の実情把握や将来見通しの制度を高めるよう努めていく旨の意見が示された。

(5) 地域医療構想による病床数の議論について（熊本県）

＜提案要旨＞

ある記事によると、「大分県が6月に策定した地域医療構想では、病床機能別に見ると、14年度には1万216床が急性期病床と報告されました。これは、25年に必要な4908床の2倍を超える値で供給過剰ぶりが目立ちます。一方、回復期病床は25年には5391床が必要になる見通しですが、14年度の報告数は2127床にとどまりました。単純に計算すると、需給を均衡させるにはほぼ2.5倍増やす必要があります。在宅医療の需要は、13年の1日1万5691人分から25年には1万9518人分（13年比24.4%）、ピーク時の35年には2万1871人分（同39.4%）と急増が見込まれる。入院医療の需要がすでに減少し始めている地域がある一方で、在宅医療への需要が大幅に増える見込まれ、在宅療養の患者を支えるシステムづくりが

「喫緊の課題」です。」

という記載を見て、まだまだ初めに病床数削減ありきという雰囲気が続いていると感じました。地域医療構想の策定が進む中、病床数に対する議論は各県にて現在どのようになっているのか今一度確認したい。日医の見解もお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、県行政等に対し、地域医療構想における必要病床数は、病床を削減するのではなく、今後不足する医療機能にどのように対応していくかを考えるための参考値であることを説明、もしくは構想の中に盛り込むよう要請しているとのことであった。

(6) 地域医療構想における在宅医療についての今後の見通しはどのようなになっているのか（長崎県）

＜提案要旨＞

病床機能を4機能区分とし、病床の必要数を充足させる目的で、各県において地域医療構想が次第に策定されつつある。しかし、在宅医療の根本である地域包括ケアシステムについての対策が果たして十分にできているのだろうか。

例えば、長崎県の場合、病床の医療需要は横ばいであるが在宅医療などの医療需要が大幅に増加する傾向にあると言われている（参照：長崎県医療構想平成28年11月11日策定。すなわち、65歳以上の人口のピークは2025年であるが、75歳以上の人口は2035年を過ぎても伸び続ける傾向にある。

更に、2035年には、65歳未満の人口は、98万人から70万人と著しく減少する予想なので、医療・介護従事する人員も不足すると考えられる。

そのなかで、現在在宅医療を行っている医師も、あと9年、19年後には高齢者となりどこまで在宅医療が出来るかが不明である。更に、在宅医療は時間がかかるので、多くの人数を見ることはできない。（午後から在宅を診療してもせいぜい移動時間と診察時間で最大8名程度であるが、点滴や褥瘡などの処置が必要になると、訪問看護を利用してもさらに少なくなる。）

今後、訪問看護師や在宅医療をやる若い医師が確保出来れば良いのだが、果たして病院の医師の人数も減ると予想される中で在宅医療が出来るか不安である。

在宅医療を担う医師及び医療スタッフの確保に対し県の見解を教えて頂きたい。

【各県回答】

各県ともに、在宅医療を担う人材の確保は深刻な問題であるものの、その具体策は見出されていない状況であった。

地域医療構想で推計される在宅医療等の患者への対応は、現状の介護施設の整備状況を鑑みると多くの患者を自宅に対応しなければならず現実的ではないことや、地域医療構想調整会議の中で需給見通しを踏まえて議論すること、強引な在宅医療への誘導は地域医療の崩壊を招かないか憂慮されるところであり、住民の理解を得ながら住み替えや集住化も推進して一時的には施設在宅を増やす等、現実的に確保可能な人材でどこまで在宅医療を広げられるか地域ごとに対策を立てることも重要と考える旨の意見が示された。

また、地域医療介護総合確保基金やかかりつけ医の在宅医療機能強化事業で、多職種を集めたグループ研修や、医師を対象とした在宅医療に関する研修会を実施している旨の取り組みが紹介された。

(7) 療養病床に関する最新の情報と日本医師会の考え方（宮崎県）

＜提案要旨＞

各県で、地域医療構想が公表され、慢性期における必要病床数、在宅での必要量が示されている。地域包括ケアシステムの構築は未だ未整備の地域が多く、在宅診療を行う医師が不十分な現状では、想定される患者数を在宅へ移行することは困難と思われる。さらに、今後は死亡者数が増加することから「看取り難民」の増加も危惧される。

「療養病床のあり方等に関する検討会」における整理案に基づいて、現在「社会保障審議会」の特別部会で検討がなされているが、現行の介

護療養型、医療療養型病床 25 対 1 は本当に 29 年末で廃止となるのか？新たな施設系サービスに移行する場合は、施設基準、人員配置、報酬等はどうなるのか？また、移行する場合の経過措置は何年位を考えているのか？現時点での情報、及び、日本医師会の考え方をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、日医の見解を伺いたいとのことであった。

【日医コメント】

地域医療構想における必要病床数は、あくまでも机上の空論であり、基準病床数ですら、極めてあいまいなものである。これまで基準病床数では病床過剰地域であったものが、必要病床数では圧倒的な病床非過剰地域になる等、それぞれの数字が机上の空論であることが分かる。現場がどのようになっているのか、その意見を大事にするべきである。

介護療養病床については、誰も理解しないまま突然廃止する方向が決まり、延長でここまで来ている。本来、患者を診る時に、医療でなければ診れない方、介護でなければ診れない方を簡単に分けられるはずはなく、介護が必要であり、かつ医療が必要な方もおり、その中でお年を召して動けなくなったり食事が摂れなくなったり、下の世話をしなければいけなくなったりすることは必ず出てくる。このような方々を全て在宅で診るのは無理である。在宅医療は医師もかなりのエネルギーを使うということと、家族の方々がよっぽど受け入れる体制を整えていない限り、最後まで在宅で看取することは出来ない。病院の数を減らす等の議論ではなく、日本国民がどのように終末期を迎えていただくかという議論なしに数字だけいじるのは間違っている。介護療養病床というそれなりに機能しているものを名称を変えて取り扱いを変えようとしているのかが疑問である。介護療養病床は 6 年間の措置をもって変えることは決定したので、医療療養病床の措置も 6 年間にしていきたいと議論しているところである。

地域医療介護総合確保基金については、区分1は約500億円、区分2、3は約400億円ということはほぼ決定している。基金の手続きをしていくにあたり、おかしいと思う点があれば是非日本医師会へご連絡いただければ、厚生労働省の担当者は理解している為、その担当者から各県へ連絡いただくよう調整する。問題は、この基金を作った時に、財務省と紐づきになっており、財務省が承認しなければ使えないという中途半端なことに厚生労働省が承認してしまったことである。厚生労働省にはもう少し主体的に考えていただき、現場を預かっている私たちが主張するようにしていただかなければ、いくらお金を積んでも間違った方向に使われるのであれば意味がない。そのようなことがないように引き続き頑張っていきたい。

先生方からご提案いただいたことは常に厚生労働省と議論していることである。私たちも疑問に思いながら修正するべく頑張っているところである為、是非、チーム横倉が財務省、厚生労働省と戦えるように、先生方のお力添えをいただければ幸いである。

<その他意見交換等>

○福岡県

調整会議で議論していく中で、在宅医療等という言葉でカウントされている数字が、老健等、介護保険対象のものも全て入っている。施設在宅と居宅在宅を一緒にしている。施設在宅を念頭におく方とおかない方とでは、議論がかみ合わない。議論をする上では、この数字は何の数字なのか整理する必要がある。医療から介護への流れが、別で考えられる可能性があり、在宅医療の議論が難しくなる。この整理を是非日医にお願いしたい。

○松原副会長

行政が「等」と使う時は、有利に議論するためである。行政としては、病院外で治療するという意味で使っているが、在宅で看取るのと、特養等で看取るのでは全く状況が違う。都心の特養において最後に責任を取る医師がいらない為、3次救急に送り、救急で運ばれてきた方は

どんなに高齢であっても全力で救命しなければならず、現場はかなり疲弊している。

特養の配置医師は、健康管理だけを診るという約束になっている。最後のところは配置医師が診れる訳がない。サ高住では、在宅を実施しているあるグループが、毎週都市部からバイトで医師に来ていただき、そのバイトで業務を回し、最後は救急に送っているということがある。このような責任がないことをやっている国民が困ることになる。このようなことをなくすためにも、「在宅医療等」の中でまとめるのではなく、自宅在宅、サ高住在宅、特養在宅等、しっかりとデータとして分けるべきであると考ええる。

私としては、全部を在宅で診るということは無理である為、25対1でも、病院で最後は対応できるという仕組みを残しておく必要があると考える。厚生労働省は病院から追い出すことだけを考えている。在宅医療の整理については是非検討してもらいたいと考えている。

(8) 医師の地理的偏在の解消に向けて

(熊本県)

<提案要旨>

「老若男女が一堂に会する参加型市井会議」として発足したNPO法人全世代は、地域偏在解消、保険医制度の見直しで、「保険医」登録の条件や「保険医療機関の責任者」(院長など)となるための条件として、専門医研修修了後の一定期間について「深刻な医師不足地域」での勤務実績を求めていると提案しました。また、保険医登録証を1種登録証と2種登録証に分け、1種については医師免許取得時に全医師に与えますが、2種については臨床研修修了後の勤務実績によって授与を制限することを提案しました。

「保険医」制度の運用については次の2つの方法を示し、国民や医療関係者での合意形成を図りたい考えです。

選択肢1:1種でも継続的に保険診療を提供できるが、2種が取得しないと保険医

療機関の責任者になれない。

選択肢 2：1 種で保険診療を提供できる期間を制限（例えば 10 年）する。保険医療を提供するには 1 種の更新を必要とする。

提言実現により期待される効果として、NPO では次のように説明しています。

- ・ 地理的偏在は短期間に解消される。
- ・ 第一線の現場を経験することで医師の視野が広がる。
- ・ 一部の医師だけに地域医療の負担を負わせる状態が改善される。

本当にそうでしょうか。この点について各県、日医のご意見をお伺いしたい。

【各県回答】

当該 NPO 法人の提言に対しては、医師の偏在に関する多くの要因を考慮していないことや医師の居住、移転の自由、職業選択の自由等の基本的な人権を公共性の名目のもと制限する内容であること等により容認出来ない旨等の意見が示される一方で、本提言を実行するには課題が多いものの、一つの提案として検討してはどうかとの意見も示された。

また、福岡県からは、医師の偏在に関する問題は、これまで色々な組織や団体で既に長く議論されている問題であり、そのような方々の意見を集約していただきたい旨の意見や、宮崎県からは、日医で行われている「医師の団体の在り方検討委員会」において医師会としても保険医や保健医療機関の在り方等も含め、早急に偏在対策の論点をまとめていただきたい旨の意見が示された。

【日医コメント】

医師需給の在り方検討会という会議があり、その中でかなり議論をしている。

へき地がどこなのかと厚生労働省へ確認しても、医療的にへき地という定義があるにも関わらず、どこの病院で研修を行えば良いのかとい

うことは出さない。そのような議論がないまま、管理医師になる為にはへき地で 1 年くらい研修してはどうか等の意見が出ている。慎重に議論していく必要があると考えている。

10 年くらい前に、管理医師は、研修医が終わっていないければ、管理医師になれないということが法律上書き込まれた。そのコピーで、研修医が終わっていないのであれば、へき地で 1 年間勉強しなければ管理医師になれないというのは極めて安易な発想である。私はこれは最終手段だと考えている。医師が自ら決めるべきことであると考えている。

偏りがないように専門医が育ち、その先生たちが根付いて、結果として国民に良い医療が提供できるという発想で進めていきたい。

<その他コメント>

○沖縄県

沖縄県は離島を多く持っている。私の病院では、初期研修医が 58 名おり、この方々が離島を全てカバーしている。研修医は離島に 2 年間行くが、専門医がいるという訳ではない。この若い先生方を研修施設できちんとトレーニングして送れば、そこはカバーできる。卒後の研修の仕方を考えなければ、難しくなってくる。

地域医療構想では、地域から人がいなくなるから病床が減るという話をしているが、地域に人を定着させるためにどうしたら良いかという社会基盤を同時に考えなければ地域医療構想は成り立たないのではないかと考える。

地域に人がいるのであれば、医療がないと困るということを考えていかなければならない。

○松原副会長

専門医というのは一つの仕組みであるが、大都市で簡単に専門医が取れてしまうとそこに一気に集まってしまう。そうではなく、地域に行かなければ専門医が取れないようにすると自動的に地域に残る。中間病院でしっかりと教育して、その後 2 年目、3 年目で地域で対応、勉強していくことを行えば、根付いていくのではないかと考えている。このような仕組みでしっかりと行い、いくつかの専門医も取れるという方向性を見

せてあげることで、地域枠の先生方がお金を返して都心に戻るといったことが減るのではないかと考える。彼らも医師となった以上は様々な夢がある。それが叶うようなことを考え、一生懸命努力しているところである。専門医のために何かやれば上手くいくのではなく、それも一つの手段として地域で十分な対応ができるよう頑張っていきたい。

(9) 看護職確保に係る施策について (佐賀県)

<提案要旨>

各県で、地域医療構想が公表され、慢性期における必要病床数、在宅での必要量が示されている。地域包括ケアシステムの構築は未だ未整備の地域が多く、在宅診療を行う医師が不十分な現状では、想定される患者数を在宅へ移行することは困難と思われる。さらに、今後は死亡者数が増加することから「看取り難民」の増加も危惧される。

「療養病床のあり方等に関する検討会」における整理案に基づいて、現在「社会保障審議会」の特別部会で検討がなされているが、現行の介護療養型、医療療養型病床 25 対 1 は本当に 29 年末で廃止となるのか？新たな施設系サービスに移行する場合は、施設基準、人員配置、報酬等はどうなるのか？また、移行する場合の経過措置は何年位を考えているのか？現時点での情報、及び、日本医師会の考え方をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、離職時等の届出を行っているものの、総数からみると届出数は少ない状況であり、看護管理者に対する研修会や関連会議、沖縄県においては、モノレールの車内広告を利用する等で制度の周知を図っている旨の意見が示されるとともに、離職中の看護職員を対象に就職に関する情報提供や復職支援研修の案内、実施することで、看護人材確保に取り組んでいるとの意見が示された。

また、沖縄県、大分県、熊本県においては、潜在看護職を対象に、最も不安が強い注射や点滴等の実践力向上や基礎的医療・看護知識の復讐支援を目的に「潜在看護職員再就業研修」を

実施している旨の意見が示された。

これらの取り組みを行うものの、看護師不足は解決されていないとの意見があった。

【日医コメント】

病院で夜勤をするということは大変なことである。子どもがいるのであれば旦那に家で見てもらって出てくるという状況である。それなりの報酬を出さないと出来ないのは当たり前である。そのようなことをコンビニ等と同じようなレベルで考えている財政諮問会議が間違っている。技術職としてのかなりの業務があるところに行かせているので手厚くするのは当たり前であるということは引き続き主張していきたいと考えている。

また看護師は女性が多く、出産されると子ども第一となり、常勤ではなくバイトで勤務することが多いのではないかと考える。しかし、看護師という資格を取るまでの勉強をしたので、その方たちをいかにして仕事に復帰してもらうか、働きやすさをどう整えていくか注視しながら、チーム一丸となって改善に努めていきたいと考えている。

制度については、リーフレットの作成等、広報は行っているが、さらにナースが十分に把握できるよう努めていきたい。

(10) 医師への警察の不当な扱いに対する医師会の対応について (長崎県)

<提案要旨>

最近、柳原事件での被疑者の医師に 3 か月を超える拘留が続いたり、奈良県警での医師の変死に対する法医学者からの告発など医師個人に対する不当な行為が報告されている。

平成 28 年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会でも公式、非公式にも問題として取り上げられた。これらの事件についてその地域での医師会の対応やコメントも見られていない。今回の個人の医師が巻き込まれた事件については真相が不明でも人権を無視したような警察の行為は問題であり、その医師のために医師会は少なくともコメントを発言すべきではないか。

各県および日本医師会の意見を伺いたい。

【各県回答】

各県ともに、警察の対応については問題があると考える一方で、事件の詳細が不明な状態で医師会から公式な見解を述べることは難しいのではないかとの意見があった。

【日医コメント】

私たちは、会員がしっかりと仕事ができるようサポートすることが大きな業務である。

このような事件が起きた際は、かなりのアンテナを張っており、すぐに本会の弁護士を派遣し、警察、相手方弁護士等と十分に議論し、状況把握に努めている。その状況によって、医師会としてのコメントの判断を行っているところである。

(11) 脳卒中地域医療連携に係るパスの運用等について（沖縄県）

＜提案要旨＞

本会では、平成 22 年 4 月より南部医療圏において、統一したパスシートを用いた脳卒中の地域医療連携を運用してきた。

平成 23 年 6 月には中部医療圏、平成 25 年 8 月には北部医療圏、宮古医療圏、平成 27 年 5 月には八重山医療圏に拡充し、現在では全県的な脳卒中の地域医療連携体制が確立され、これまでの運用に至っているところである。

脳卒中地域医療連携では、これまで「地域連携診療計画管理料（900 点）」「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（600 点）」「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（300 点）」の算定が可能となっており、年 3 回の会合を持つことが算定要件となるが、その会合を本会が運営してきた。

しかしながら、平成 28 年診療報酬改訂により、上記管理料・指導料が廃止され、代わりに「退院支援加算」と「地域連携診療計画加算」を算定することとなった。

これには、これまで同様、連携している保険医療機関と年 3 回以上の頻度で面会することが

要件とされているものの、「直接に対面して業務上の意思疎通を行う」「会合や研修で一同に会することでは要件を満たさない」「全ての連携保険医療機関の職員と相互に十分な意思疎通を図る」など厳しい要件となっている。

参加機関には、診療報酬算定の有無に関わらず、この会を継続すること、パス利用を継続すること、データ分析し各病院にフィードバックすることとし、最低 1 年間は継続していくことで総意を得たものの、直接的なインセンティブが見込まれない中で、次年度以降の継続運用の確約はない。

本会としては、これまで築き上げた全県下の脳卒中地域医療連携を継続していくためにも、参加機関の総意が得られる運用を検討しているが、九州各県における脳卒中地域医療連携の運用状況を伺うとともに、診療報酬算定が可能となる具体的な運用方法等があればご教示いただきたい。

【各県回答】

脳卒中地域連携パスについては、県下、医療圏下、都市医師会下、病院下等、各県それぞれで運用が異なっている状況であった。

各県ともに、平成 28 年度診療報酬改訂での算定内容変更については、現場からも従来行っている研修会では要件が満たされない等、算定要件が非常に厳しい旨の意見があがっており、具体的な運用方法は把握していないとのことであった。

長崎県から、研修を行う際に、正確な名簿と面会予定一覧表を作成し、会の終了後に相互面談を行う時間を設ける等の具体的な検討策を考えている旨の意見があった。

【日医コメント】

問題は、平均在院日数をどのようにすれば短くなるかということに注視しているところである。その後ろに財務省がいて、平均在院日数を短くすれば、安くなると思い込んでいる。

実際に現場が困っており、そのようなことは

してはいけないと考えている。社会保険診療報酬検討委員会でも本件についてご意見を賜っている。力及ばず申し訳ないが、現場で実際に使

えるよう、そしてそれがプラスになるよう変えていきたいと考えており、そのような方向で検討していく。

印象記

副会長 宮里 善次

地域医療対策協議会では11の協議事項が提案されたが、地域医療構想に関する議題が多く7つを占めた。ほとんどの県が構想の策定を終え、調整会議が始まる時期でもあり、関心の高さを伺わせる件数と内容となった。

沖縄県でも3月末日をもって地域医療構想が策定され、4月以降に各地区医師会に於いて調整会議が開催される予定となっている。

ところで、2025年度に向けた「地域医療構想」の全国集計がまとまり、最低でも15万床削減して必要病床数は119万床となることが発表された。削減率が3割を超える県は8県に及び、最も高いのは鹿児島県の34.9%である。

そもそも「地域医療構想」は団塊の世代が後期高齢者に突入し、超少子高齢化社会が到来した時の2025年度の医療提供体制を想定した計画である。高齢者が増加する首都圏と大阪、それに沖縄県の6都府県以外は人口減となり、計画は“医療提供体制の縮小路線”である。今回の九州医師会連合会に於いても、沖縄県以外の県に於いては明らかな縮小路線である。

一方、沖縄県は首都圏や大阪とも異なり、2030年まで人口の自然増が見込まれており、2040年度までプラトーで推移することが推察されている。縮小路線を計画せざるを得ない他府県と同じ人口動態となるのは、沖縄県では2040年度以降である。

しかしながら、2025年度以降は後期高齢者の急増と云う問題も抱えており、他府県とは状況が極めて異なっている。

つまり、沖縄県では2030年度までは“医療提供体制の拡張路線”をとりながら、“後期高齢者医療”にも対応しなければならない。そうした観点からすれば、他県の縮小路線は参考にし難いのは明らかである。ただ、福岡県が提案した公的医療機関と民間医療機関の機能分化や役割分担を明確にするなどは多いに参考とすべきだし、まずは自院の役割や立ち位置をしっかりと確認してから、調整会議に入るべきと思う。

そして、長崎県が提唱した地域包括ケアとの連携が極めて大切である。地域医療計画が県の事業であり、地域包括ケアは自治体の事業なので、両者をしっかりと連携させる仕組み作りが望まれる。

開催に先立って日本医師会の松原副会長は「構想はあくまでも目安の資料であり、構想に基づいて全てを変えるということではないことは日医の一致した認識である」と述べられたが、違和感を禁じえなかった。調整が人口動態に合わせた病床の増減調整になるのは致し方ないだろう。

問題はそこに「連携」を組み込むことが肝要であろう。

ところで、鹿児島銀行が沖縄進出してきた背景には鹿児島県と沖縄県の人口動態の動きが絡んでいるのは経済に疎い医療人でも分かることである。銀行から見れば、沖縄県は“拡張路線”が見込まれ、鹿児島県は“縮小路線”が推察される。沖縄県の地域医療計画を考える時に、人口動態的に拡張路線を念頭において議論しなければならないと思う。

敢えて繰り返すが、沖縄県に於ける2025年度の医療提供体制は“拡張路線”＋“後期高齢者への対応”である。他県とは極めて異なる対応を迫られると云うことを強く感じた協議会であった。

Ⅱ. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



挨拶

熊本県医師会 八木副会長

本日は九州各县よりお集まり頂き感謝申し上げます。医療保険は我々にとって非常に重要な分野であるので中身の濃い議論になればと考えている。また、本日は大変ご多忙の中、日本医師会より松本吉郎常任理事にお越し頂き感謝申し上げます。松本先生には後程、各協議事項に対し適宜コメントを頂く予定である。

本日は皆様より忌憚のないご意見をいただき、本協議会が実り多きものになるよう祈念する。

日医・松本常任理事

本日は、医療保険対策協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

本来であれば、日医医療保険担当である松本純一常任理事が出席すべきであるが、急遽参加出来なくなり、私が代理で出席させていただくこととなった。

本日は皆様のご意見を伺いながら、日医の考え方、現時点での対応についてご説明させていただきたい。本日はどうぞ宜しくお願い申し上げます。

なお、同協議会の座長には九医連担当県である熊本県医師会 八木副会長が選任された。

協議

(1) 療養病棟入院基本料2の行方（福岡県）

<提案要旨>

平成30年3月までの経過措置となっている療養病棟入院基本料2は、平成28年度改定で医療区分2及び3の患者が5割以上を満たすこととの要件が加えられ、9月30日までは5割以上を満たしているとの経過措置が設けられた。しかし、経過措置以降は看護職員数が25対1を満たしていないが、30対1を満たしている場合と、医療区分2・3の割合が5割を満たしていない場合は療養病棟入院基本料2を平成30年3月31日までは95%の算定に引き下

げられた。慢性期医療を含めた療養病床軽視との意見が聞かれている。新類型の議論も行われているが、新たな資金投資が必要であり、まず既存病床の有効活用のための十分な配慮が必要と考えるが、各県の状況及び日医の意見を伺いたい。

【平成 28 年 11 月 28 日現在】

療養病棟入院基本料 1 149 件（医療機関数）
9,851 床（合計）

療養病棟入院基本料 2 79 件（医療機関数）
4,426 床（合計）

95%療養病棟入院基本料 2 算定
26 件（医療機関数）
1,491 床（合計）

<協議事項(1) についての各県の主な意見>

各県ともに療養病棟入院基本料の経過措置が終了する平成 30 年 3 月の更なる延長を求める意見や、新類型区分への転換の際には既存病床の利用を可能とする等の配慮を求める意見が主であった。

<追加発言・質疑応答>

■鹿児島県

当県でも療養病床は数多くあり、既存病床の有効活用のための十分な配慮が必要と考える。また、現在は在宅医療を推進すべく、医師会としても取り組んでいるが、地方では、介護力の問題から、入所せざるを得ない高齢者が多く、療養病床は地域の貴重な医療・介護の資源である為、日医へは、現状の療養病床の新施設類型への転換が円滑に行えるような経過措置を設ける等、国に対して更なる働きかけをお願いしたい。

■佐賀県

1 番の問題点は医療区分 1 が軽症例として判断されていることではないかと考える。医療療養病床に入院している医療区分 1 の患者の中には、介護保険だと要介護 4 や 5 相当の患者が多く含まれており、誤嚥等で肺炎を繰り返す等、医療必要度の高い患者も多く、在宅や介護系施

設への移行が困難な例を介護療養病床よりもかなり低い報酬で診ているのが現状であるので、適正な評価となるようお願いしたい。

■沖縄県

各県と同様の考えである。急速な高齢化に伴い、国は在宅推進を掲げてはいるが、在宅医療の在り方も迷走しているのが現状である。今後は療養病床がより重要になると考えるので、いたずらに引き締めや新類型への転換等を行うと現場は混乱することが目に見えており、国が今後どのように進めていきたいのか疑問である。

■大分県

今後の新しい類型の基本料については未だ不明であるが、必要な医療が提供できない低い基本料に設定されることになれば、今よりも有床診療所が減少する事が予想され、過疎地域の更なる過疎化を招く恐れがあることから、慎重に議論していただきたい。

■長崎県

療養病棟入院基本料 2 の経過措置がなくなれば、地域医療への影響は大きなものとなるため、十分な配慮をお願いしたい。

□日医松本常任理事

医療療養病床の在り方については、社会保障審議会において療養病床の在り方に関する特別部会を設置し、日医からは鈴木常任理事が参画している。なお同部会において、昨年 12 月に「療養病床の在り方等に関する議論の整理」として取り纏められているが、あくまで同部会は決定機関ではなく、様々な問題について各分野から出された意見を整理する為の部会であり、中医協の様な決定機関とは異なるものであることをご理解いただきたい。

なお、日医としては新類型に関する意見として、経過措置は 6 年の期間が必要であると主張し、有床診療所や地域への配慮も必要であると意見させて頂いた。また、議論の整理の中でも、療養病床入院基本料 2 の 25 対 1 の取り扱いについては、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等を勘案しつつ、中医協で検討する事が妥当であるとされている。

直近の中医協での議論の状況では、平成 28 年度の診療報酬改定において療養病棟入院基本料 2 について、医療区分 2 及び 3 の患者が 5 割以上満たす事の要件が追加されたことにより経過措置が設けられているが、この件の影響についても入院医療等の調査・評価分科会において調査が実施されている。

1 月 25 日に開催された中医協においては、次期改定に向け、入院医療（その 1）について議論されており、その中で中川副会長より介護療養病床については、新たな施設類型への転換を 6 年間の経過措置を設けることが検討されていることから、医療療養病床からの新類型への転換についても現場の混乱を避ける為、6 年間の経過措置の期間を設けるべきであると発言している。

なお、日医においては会長の諮問委員会である、社会保険診療報酬検討委員会に対して、平成 28 年度診療報酬改定の評価の提出をお願いしているところであり、療養病棟入院基本料 2 の取扱いに関しては当検討委員会での議論を踏まえた上で、最終的に日医としての対応方針を決定させていただきたいと考えている。

(2) 入院患者救急搬送時の入院基本料と救急搬送診療料の同時算定と、救急搬送時の看護師同乗に関する新たな診療報酬の設定の要望について（佐賀県）

<提案要旨>

救急搬送時の医師の同乗については、救急搬送診療料が算定出来るようになり、ある程度の評価を頂いたものと考えているが、入院患者については、入院基本料との同時算定が不可となっている。

入院基本料には確かに診療料が含まれてはいるが、その他に看護料や部屋代なども含まれており、同時に算定が出来ないことには疑問を感じる。特に療養病床においては、救急搬送に至るまでの検査料、注射料、画像診断料、処置料までも算定が出来ず、その損失はかなり大きいと考えるが、各県、日医のご意見を伺いたい。

また、救急隊や搬送先から看護師の同乗を求められるケースも多いが、その際は、搬送元の業務に支障が生じた上、同乗した看護師の自院への帰路の交通費を患者側に求めることも難しく、搬送元の負担はかなり大きいものと思える。確かに、診療という行為はないものの、看護師には状態や経過の報告など、診療情報提供書には書ききれない情報の伝達を担わせて送り出しており、少なくとも正看護師については、診療報酬上でその評価をして頂きたいと考えるが、各県、日医のご意見を伺いたい。

<協議事項（2）についての各県の主な意見>

入院患者の入院基本料と救急搬送診療料の同時算定については、将来的にはどの入院施設においてもハイリスク患者が増える事が予想され、その場合、負担が大きくなる療養病床については負担軽減を図る上でも同時算定を可能にさせていただきたいとの意見が上がり、看護師の帯同については、各県ともに正・准看護師を問わず評価をお願いしたいとの意見が主であった。

<追加発言・質疑応答>

■福岡県

現状のルールでは算定することは難しいと考えるが、将来的にはどの入院施設でも急変の可能性が高いハイリスク患者の入院基本料が増加することが予想される為、評価いただきたい。

また、看護師の同乗についても送り出す側の病院がタクシーチケット等で負担しているのが現状であるので、看護師（正・准問わず）評価いただきたい。

■宮崎県

緊急搬送時の看護師の同乗については、正・准問わず評価いただきたい。

また、地方の有床診療所から大病院への移動は距離が遠くまた負担も大きい為、距離と時間を考慮した点数設定をお願いしたい。特に産婦人科では救急搬送時は医師が同乗するケースがほとんどであり、その間の外来診療が止まる事

が大きな負担である為、救急搬送診療料自体の増額をお願いしたい。

■沖縄県

何とかしていただきたい問題であると考えますが、色々と整理して考えていく必要がある。

■長崎県

看護師の帯同は是非評価していただきたい。

■熊本県

慢性期医療で入院している患者の急性増悪等については、既に慢性期医療ではない為、急性期病院への転送時の看護師の帯同については何らかの形で評価をお願いしたい。

□日医松本常任理事

この件に関しては、日医へ持ち帰り医療保険担当の松本純一先生へ伝えさせていただきたいと考えているが、日本医師会内の社会保険診療報酬検討委員会で、診療報酬次期診療報酬改定要望事項の取り纏めをお願いしているので、ブロック内においても検討いただき、ブロック代表の委員経由で要望事項として取上げていただきたい。

なお、1点補足させていただくが、療養病床に入院している患者が急性増悪により、他の医療期間へ入院する場合には、その当日を1日目として、3日前迄の間については、入院基本料1での算定となるが、包括されている検査、投薬、注射等については、出来高算定が可能となっている。しかし、この対応でも不十分との事であれば、その点も記載いただきご要望いただきたい。

また、緊急搬送時の看護師の同乗の評価についてはご指摘通りであり、以前からご指摘がある要望事項ではあるが、財源をどうするかという点で議論が前に進んでいないことから、この点についても次期改定の要望事項としてブロックより提出いただきたい。

(3) 在宅医療専門の医療機関について(沖縄県)

＜提案要旨＞

これまで在宅医療を専門で行う医療機関は認められていなかったが、平成28年度医療報酬改定で認められることとなったのは周知の通り

である。在宅医療の提供体制を補完するために将来必要となることを見越しての方向転換であり、申請にあたっては外来応需体制を有していることが原則であるが、一定の要件を満たす場合に例外的に認めるものとされている。当県ではこれまでにこのような在宅医療専門での届け出は今のところないが、今後はそのような医療機関を開設しようとする動きは出て来るものと思われる。

例外的に認めるための開設要件として7項目が規定されているが、あらかじめ在宅医療を提供する地域を規定していることや地区医師会からの協力の同意を得ることも要件の一つとなっており、開設にあたっては一定の地域のコンセンサスを得ることが前提であるかに見えるが、一方では規定した地域内に2ヶ所以上の協力医療機関があれば医師会の同意は不要であること、さらに、いずれ在宅医療を専門に行うつもりで形だけの外来機能を置き通常の診療所として申請し、実態として当初から在宅のみを行っても要件に抵触しない可能性があること、など危惧される点があるのではないかと考える。

これまでに在宅医療専門の医療機関があったかどうか、その際に医師会としてどのような対応を行ったか、事案がなければ今後このような事案が出てきた際にどのように対応するのか、検討されていることがあればご意見を伺いたい。また、この点に関して目医の見解もご教示頂きたい。

＜協議事項(3)についての各県の主な意見＞

九州各県ともに、在宅医療専門の医療機関で問題となっていないが、今後はより地域医師会との連携を密にし、在宅医療を支援する仕組み作りを行う事が重要であるとの意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

＜追加発言・質疑応答＞

■福岡県

当県では、「在宅医療のみを実施する保険医療機関」の指定を受けた医療機関はない為、本会では具体的な対応は行っていない。今後地

域包括ケアシステムを構築していく上で、在宅医療提供体制の充実是不可欠である為、在宅医療専門医療期間は、必ず「地域医師会から協力の同意」を得て、各地域で構築されている在宅医療の提供体制に混乱を招く事のないよう地域医師会と積極的に連携して在宅医療を守っていくことが必要であると考え。

■鹿児島県

当県においても「在宅医療専門医療機関」の指定はされていない。

しかし、外来診療を平日の1時間のみ、或いは平日1日のみを予約制とし、主に在宅医療を中心に行なっている医療機関はあるが、そのような医療機関は群市医師会の在宅医療の事業にも協力していただいております、大きな問題となっていない。

今後、在宅医療に限らず不適切な診療を行っている医療機関については、厚生局の個別指導等で対応せざるを得ないと考え。

■宮崎県

当県においては、2医療機関で「在宅医療専門医療機関」として届出ているが、それぞれ、外来応需の体制も取っており、近隣の医療機関との関係も良好である。

当県のように強化型の在宅支援診療所があまりない地域では、在宅医療を受けられない地域も多く、訪問診療を行わない診療所と連携して在宅を支援する仕組みは有用であると考え、在宅医療専門医療機関においては、モラルに則ったものであるべきだと考える。

■大分県

当県においても、2医療機関で「在宅医療専門医療機関」として届出ているが、地域医師会の中で特段問題となっていない。しかし、本来在宅医療が必要な田舎の方には在宅医療を行なっている医療機関は少なく、都市部に集中して在宅医療を行っている医療機関が多い事が問題ではないかと考える。

■長崎県

当県では、在宅に特化した診療所は開設されていないが、今後は在宅医療に対するニーズは

より高くなる為、在宅医療専門の医療機関は必ず必要となっていくと考える。在宅医療専門の医療機関が出てきた際には、警戒感を募らせるのではなく、設置当初より医師会に入会していただき、近隣医療機関との連絡調整を密にさせていただく事で、地域の在宅医療の充実に貢献していただく事を考えていく必要があるのではないか。

■熊本県

当県において、同事案の届出は出されていないが、届出が出た場合には、必ず地域医師会が関与する体制が必要であると考え。

□日医松本常任理事

同件については、去る1月17日に開催された、都道府県医師会長協議会の中で静岡県からも同様の意見が出され、松本純一常任理事より回答させていただいたところであり、各県とも既に日医の回答報告を受けているかと思うので簡略して回答させていただく。

日本医師会ではこれまでかかりつけ医の外来診療の延長上に在宅医療があると考えを示しており、この考え方に変更はない。しかし、超高齢社会を迎え、益々在宅医療の必要性が高まる中、かかりつけ医だけで在宅医療を対応することは難しい状況となっている。そのため、一定要件・開設要件を課した上でかかりつけ医を後方支援する在宅医療専門の診療所を容認することとした。要件の中に地域医師会から協力の同意を得ている規定を設けたが、地域包括ケアシステムの構築、在宅医療を推進する政策の中、地域医療を守る一因として、地域医師会に加入し、連携するものと考えた結果である。

地域内に協力医療機関を2か所以上確保しているもう一方の要件により申請を行い、地域医療にも協力的でない診療所も出てきており、先生方へ大変ご心配をおかけしている。こうした診療所が増え、地域医療を乱すことが生じることがないように次回改定では厳しく対応していく。各県においても悪用している事例があれば日医へ情報提供をお願いしたい。

■福岡県

在宅専門医療機関については、九州では特に問題となっていないようであるが、日医としては、日本全体でどの程度が在宅専門医療機関を新規開設し、各地域に問題等起きていないか状況確認の調査をしていただき会員へ周知していただきたい。

□日医松本常任理事

全国の在宅専門診療所の届出状況は把握出来ていないが、地方では1人の医師が24時間在宅を対応する事については負担が大きく、在宅専門医療機関であってもきちんと地域医師会との連携が出来ていれば容認するような意見も聞かれるが、ご指摘のように問題となっているケースもあると聞いており、日医の方で縛りをかけたものに対して抜け道をみつけ潜りぬけているところもある。次回改定においてはこういった事が無いように対応したいと考えているが、各地域の先生方より働きかけていただき医師会に加入していただくことで、地域の中で上手く対応するのが理想であると考えている。

(4) 小規模多機能型居宅介護・複合型サービスを受けているものへの訪問診療について

<提案要旨>

「要介護保険者である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」について、平成28年4月に「C001 在宅患者訪問診療料、C002 在宅時医学総合管理料、C003 在宅がん医療総合診療料」を算定している患者については、小規模多機能型居宅介護または複合型サービスを受けているものについては当該サービスの利用を開始した日から30日の間に限り算定できる、と定められた。

すなわち在宅で訪問診療を行っている医療機関は、患者がこのサービスを受けるようになって30日間までは前述の診療料を算定できるが、30日を越えた場合は一旦自宅に戻って訪問診療を行わないと算定が出来ない。

医療現場では当該サービスは在宅では治療が困難になっても、それまで親しく接していた施設職員とは離れがたく、独居などの事情で自宅

での介護が困難になった場合、やむなく30日を越えて入所しているケースも少なくない。

本サービスは短期間の収容を想定しているという趣旨は理解できるが、実際の現場では円滑な在宅医療を推進するためにはやむを得ない事情も生じている。個々の事情に即した柔軟な対応へ改善をお願いしたい。

<協議事項(4)についての各県の主な意見>

「要介護保険者である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」の取り扱いについて、30日を越えた分は請求出来ないが、一律に算定出来ないのではなく、個々人の状況に応じたものとして算定可能としていただきたいとの意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

<追加発言・質疑応答>

■福岡県

小規模多機能サービスは、短期間の利用を想定しているが、当県においてもやむを得ない状況により30日を越えて当該サービスを利用しているケースがあり、全ての患者を一括して30日で括ることはやめてほしいという意見が多く上がっている。

小規模多機能型サービスは、上述したように「通い」を中心としたサービスであり、蔓延とした長期の泊まりが不適切なのは理解出来るが、全ての患者でなく、個々の実情に合わせて算定できるようお願いしたい。

■鹿児島県

家庭の事情等で個別事案に応じた対応が求められるケースがあり、一定条件のもと、算定可能としていただきたい。

■宮崎県

30日縛りは、経済効率を単に優先したものであると考えられる為、実情に合わせて一律の30日縛りの要件緩和を希望する。

■沖縄県

当県においても何らの事情で30日を越えてしまうケースがあり、やはりやむを得ない事情等も考えられるので、福岡県のご意見であった

ように、個々の事情に合わせた要件設定が必要であると考える。

■熊本県

要介護保険者には家族構成も含めて、その生活形態は多様であり、一律に定めたルールにより縛るのではなく、実際の現場において円滑な在宅医療が行われるよう要件緩和を求める。

□日医松本常任理事

当提案要旨の件については、入所中の患者に対して訪問等を算定出来る場合の取り扱いが厳格となったものであると理解している。柔軟な対応が出来ないかと意見があることは日医としても承知しているが、30日に一度自宅に戻すことが難しいケースや、引き続き施設での訪問診療の算定を可能にする為、一時的に帰宅させる等の色々な指摘がある不合理点等について次期診療報酬において勘案させていただき、ブロックより要望事項として提出いただき、次回同時改定において運用しやすい形に修正できるよう検討させていただきたい。なお、1点補足させていただくが、仮に宿泊サービスの利用が結果的に30日以上長期となった場合でも患者の求めに応じて往診を行った場合においては、往診料を算定することは可能である。

(5) 有床診療所の活性化について（熊本県）

＜提案要旨＞

有床診療所は医療法でその役割が規定され"地域包括ケアシステム"の担い手としてまた"かかりつけ医"を担う医療機関として評価されている。しかしながらその数は年々減少の一途をたどっている。最近の診療報酬改定時には、ある程度評価されたが、現実には病床数の減少に歯止めがかかっておらず開設者の高齢化、夜勤看護スタッフの確保、後継者問題等がその一因とされている。

入院基本料の底上げ、夜勤看護配置加算、医師配置加算など更なる手当てを施さないと消滅の危機に陥りかねない。その点に関する診療報酬上の配慮を日医へ要望いたします。

＜協議事項（5）についての各県の主な意見＞

各県ともに、有床診療所は減少傾向であり、有床診療所の減少を食い止める為、有床診療所に対して更なる評価を求める意見が主であり、日医の有床診療所に対する見解を伺うこととなった。

＜追加発言・質疑応答＞

■福岡県

平成26年度改定において、入院基本料の1～3の新設、看護補助加算の新設等がなされ、有床診療所の入院機能が評価されたが、当県においても有床診療所の減少に歯止めをかけるまでには至っておらず、地域医療提供体制の再構築及び地域包括システムの構築を進める中で重要な役割を担う有床診療所に対し、更なる評価をお願いしたい。

■鹿児島県

地域包括ケアシステム構築の為、有床診療所がこれ以上の減少とならないよう更なる評価をお願いしたい。

■佐賀県

有床診療所は今後、地域包括ケアシステムを担う医療機関としての必要性があることから、専門性の高い診療所（産科、透析等）は有床診療所としての機能をそのまま残し、その他の診療科では、超急性期病床からの療養継続の受け入れや在宅患者の急性疾患発症の受け入れ先として新類型への移行が妥当であると考える。

■宮崎県

やはり有床診療所の入院基本料を引き上げて頂かないと減少する一方であると考える。少なくとも50点以上は引き上げていただきたい。また、有床診療所では1人の医師で経営しているケースが多く、医師の負担軽減となるよう2人体制でも経営出来るよう配置加算等についても検討いただきたい。

■沖縄県

各県同様、診療報酬上の評価は必要であると考える。また、有床診療所においても入院基本

料を算定している為、個別指導等では厳しくチェックされており、診療科によっては要件が厳しいと思う部分もあるので、診療科毎の施設基準を設ける等の要件緩和を検討いただきたい。

■大分県

有床診療所は深刻な状況になっており、当県の有床診療所の状況は16%が1人も患者を入院させておらず、40%が保有病床の10%未満の患者しか受入れていない。有床診療所のほとんどが平均2～3人程度の受入状況であり、おそらく平成37年にスプリンクラーの設置が義務化された際には、ほとんどの有床診療所が病床を残さないとと思われる。

現在、県内では全体で3,000床の病床があるが、平成37年には1,000床程度が消滅することが予想されており、非常に危機感をもっている。有床診療所の減少は高齢化した医師のモチベーションの低下、看護職員の確保の困難さ、毎年必要な行政への報告の煩わしさ、入院患者の減少に伴い施設を維持するための諸経費負担の増大等の様々な要因で減少しており、これらの医療機関の負担を少しでも軽減するために、スプリンクラーの設置義務がない3床以下の有床診療所でも運用出来るよう、短期間の入院が可能な給食や看護職員等の規制を緩和した小規模入院病床料等の創設を望む。

■長崎県

有床診療所は、「地域包括ケアシステムの中核になる」と考えており、国は地域包括ケアシステムの担い手は在宅と考えているようだが、我々は有床診療所と考えている。

高齢の方が、在宅で診ている時に高熱等が出た際にはどこで診るのかと考えた場合、高度急性期病院等ではなく、やはり有床診療所であるとする。そういった点から地域包括ケアの中核は在宅ではなく有床診療所とする為、もう少し有床診療所に対する評価をお願いしたい。有床診療所が一度無くなってしまうと元に戻す事は難しいという事を強く強調させていただく。

□日医松本常任理事

九州各県のご意見を聞かせていただき、身に染みて危機感を感じさせていただいた。有床診療所は今も、毎月約30施設のペースで減少が進んでおり、日医としても地域の貴重な医療資源である有床診療所をこれ以上減らさないよう、これまでも様々な場所有床診療所特有の機能の必要性を述べさせていただいている。また、診療報酬部分においても、地域医療における有床診療所の機能を評価するものとして長年強く要望されてきた、入院基本料の底上げや各種加算等での評価等、一定の機能を有する有床診療所については、財源が厳しい中でも重点的に評価してきたと考えている。さらに、入院医療の評価に限らず、かかりつけ医機能の評価や在宅療養支援診療所の評価等、外来医療においても有床診療所の機能を発揮しやすい項目を中心に評価してきた所であるが、本日の九州ブロックの先生方からのご指摘を受け、まだまだ手当が足りていないという事を認識させていただいた。しかし、次期診療報酬改定において更なる評価を行うためには、有床診療所特有の機能を世の中に示していく必要があると考えている。

次期改定の財源は極めて厳しいことが予想されているが、そういった中でも有床診療所に関する項目の点数を引き上げるためには、十分なエビデンスが必要である為、日医へ更なる要望や情報提供等をお願いしたい。

また行政側の有床診療所の考え方についても、行政が全て有床診療所の減少を黙認して、病床削減を進めているのではなく、行政側でも厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、有床診療所の要件緩和については議論されている。個人的意見ではあるが、国としても地域包括ケアシステムの担い手として有床診療所の役割を期待しているのではないかと感じている。

最後にスプリンクラーの問題についてであるが、スプリンクラーの補助金を受けた場合、8年以上有床診療所として運営していただく必要

があることから、補助金を受け取らない有床診療所も多くあることは承知しており、この点についても補助金とは別の形で厚労省へ何らかの手当で補助していただけるように要請させていただいている。

■長崎県

日医の有床診療所検討委員会において、今後は新たな枠組みで有床診療所を増やしていきたいと議論されたと聞いているが、この中では夜勤の看護師の配置基準等のハードルが高い内容を求めるものとなっているようであるが、日医としてはどのように考えているのか。

□日医松本常任理事

当委員会においても、有床診療所は様々な課題を抱えているという事はご指摘の通りであると理解しており、有床診療所を少しでも継承しやすいよう、或いはモチベーションが下がらない様、同委員会において検討したものである。日医としては有床診療所に対して、有床診療所特有の機能をより発揮出来るような方法がないか考えているところである。今後も要望事項として日医へ上げていただきたい。

■熊本県

有床診療所の看取りに対しては、肉体的にも精神的にも負担が大きい部分であるので、評価をお願いしたい。

■大分県

日医は建前上、有床診療所を守ると話されるが、有床診療所は自然に少なくなると考えている方々も中にはいるようである。有床診療所の自然減少は行政側が言う削減とは全く質が異なるものである。

(6) 審査支払機関の改革について(鹿児島県)

＜提案要旨＞

内閣府の規制改革推進会議において、診療報酬の審査の効率化と統一性の確保に向けた改革項目について平成28年内に結論を出すことになり、厚生労働省が設置した「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」(以下「検討会」という)において社会保

険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という)の審査のあり方や組織体制について検討が行われている。

平成28年11月30日の検討会では、審査業務において支払基金以外の者を保険者が活用することについての検討などもなされているようであるが、万が一、審査支払機関が複数できてしまうと、医療機関は患者(保険者)ごとに請求先を把握する必要があり、大きな事務負担が発生する。

また、社保・国保間の審査格差を解消していくことは、重要な課題であるが、全国審査業務の統一化、審査機関の統合などは慎重に考える必要がある。

今回の九医連各種協議会の開催時点では、すでに検討会において一定の結論が出されているものと考えているが、改革のしわ寄せを医療機関に強いことがないように、日本医師会には十分な対応をお願いしたい。

＜協議事項(6)についての各県の主な意見＞

各県ともに、改革に対するしわ寄せが医療機関にないように慎重な対応を求める意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

＜追加発言・質疑応答＞

■福岡県

審査の効率化・統一化は必要であると思われるが、公平で適正な審査が阻害されることがあってはならない。「検討会」での結果を踏まえた今後の審査の方向性について日医の考えを伺いたい。また、医療機関の負担となる改革にならないようお願いしたい。

■佐賀県

社保・国保間の審査格差の解消の前に、都道府県間の審査格差の解消を行うことも重要である。ある県では算定可能でも、他県では査定となるケース等が多く、診療を行う医師、レセプトをチェックする医事課職員に混乱をきたしている。全国一元化にしてチェックを行なうとなると、審査が画一化される可能性があり、地域

の状況等で判断されているケースもあることから、現状での効率性を検討すべきとも考える。

■宮崎県

審査及び業務の全国統一化等について、まずは、地域の医療提供体制が顔の見える関係をもとに適切な審査を可能として質を担保していることが重要であり、支払基金本部においてもその審査内容の整合性・客観性が地域の特性と合致していると認識されなければならないと考える。

■沖縄県

ビックデータの活用やICTを利用することは、データの活用や共有、医療の質の向上でいい面が大きいと考えるが、方向性が定まらずに議論される事で、現場に混乱が生じ、医療活動に支障を来たすことがないように方向性をしっかり定めて、迷走しないような形で進めていただきたい。

■大分県

審査基準の統一化は厳しい側に統一化しようと働きかけるであろう事は明白であり、なし崩し的な審査業務の統合化には反対である。医師会としては実診療に合致した、より緩和され柔軟な審査基準を求める必要があると考える。

■長崎県

審査基準にはローカルルールが存在しており、その部分がある程度統一化する事は仕方がない事ではないとも考えるが、全てを統一化する事には反対であり、審査員の裁量がある程度残すようにすべきである。

□日医松本常任理事

日医においても各県よりいただいたコメントと同じ意見である。

規制改革会議の「健康ワーキンググループ」において、現行の支払基金を前提とした組織体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す改革の方向性が示されている。また、日医より松原副会長が参画している、「データヘルス時代の質の高い医療実現に向けた有識者検討会」において、支払基金の支部については規制改革会議の構成員から「支部は都道府県に置く必要はなく、集約化一元化する

べき」と抜本の見直しを強く求められたが、最終的には「支部を都道府県に残すべき。支部で必要な機能を明らかにした上で方向性を決めていくべき」となった。

日医としても、現在の診療報酬の審査支払機関の在り方については慎重に検討すべき問題であるが、経済優先の一方的な考え方による改革は受け入れることは出来ないと考えている。

また、公的な医療保険の診療報酬の審査を民間業者にも拡大する話が出ているが、医療機関、保険者双方に公平中立である事や、様々な要件があることから、かなりハードルが高いものであると考えている。

(7) 厚生局指導要件について（宮崎県）

<提案要旨>

集団的個別指導を受けた医療機関で、翌年度の実績においても、なお、高点数であった医療機関は、特に診療上問題になる項目がなくても、個別指導の対象となっている。

このような医療機関においては、次の個別指導の対象になった場合には、対象医療機関から外すようにして頂きたい。正規の診療をしているにもかかわらず、数年おきに個別指導対象となることは本来の指導指針にそぐわないのではないかと考える。

毎年のようにこのことについて、厚生局に要望として出しているが、改善の余地があるのかどうか日医のご意見を伺いたい。

<協議事項（7）についての各県の主な意見>

各県ともに、単に高点数というだけで個別指導対象とするのではなく、高額薬剤等を使用した場合は除外する等、何らかの改善を求める意見が多数上がり、日医の見解を伺うこととなった。

<追加発言・質疑応答>

■福岡県

高点数のみを理由にすることは医療現場の実態にそぐわない。2013年12月に日医診療報酬検討委員会ブロック代表委員間で「集団的個

別指導の対象除外期間の延長」について議論されたことがあるが、その後の日医の見解を伺いたい。

■大分県

当県においても同様な対応が取られている。結果として、集团的個別指導は厚生局から医療機関に対して「とにかく平均点数を下げよとの警告」というメッセージになっている。これは適正な保険診療を行うための指導という本来の目的から逸脱した好ましくない状況である

■沖縄県

以前から言われている問題であると考えますが、根本を変えていかないと解決しないのではないかと考える。

当県においても、ある大学と連携して高額薬剤を投与した医療機関が個別指導を受けた事例等があった。以前からこの問題が出た際の日医からの回答では根本を見直した場合には厳しくなるとの意見であるが、類型区分の見直しも含め、やはり根本的な見直しが必要ではないかと考える。

■長崎県

当県においても、高点数で集团的個別指導を受けた医療機関は5年周期で個別指導を受けることが多く、集团的個別指導が高点数だけ理由に選定対象とするのは問題であると考えます。

□日医松本常任理事

この件については、日医としても長年問題となっていることは認識している。先生方のご意見の通りであり、診療内容に問題があるケースは例外として、集团的個別指導も高点数が継続した場合は個別指導の対象となることについては、継続して厚労省へ是正を要望していきたいと考えている。高点数での単なる選定は萎縮診療に繋がりがねず、本来は、診療内容に問題があるところを選定していただきたいと考えているが、一番の問題点は、厚生局側の1年間のノルマが8,000件であることと考える。これは当初平成20年から、平成24年の間の目標値であったはずだが、行政では現在もなお、その考え方は変わっておらず、個別指導はノル

マの件数をこなすことが目的となっている。本来の指導の目的は目標数値ありきではないはずであり、聖域なき構造改革に基づき医療費抑制を狙った、基本方針2007の考え方が継続されていることについては再検討すべきであり、日医としても、継続して主張していきたいと考えている。

(8) 診療情報提供料に関しての個別指導での指導について（長崎県）

＜提案要旨＞

数年前から、個別指導時の診療情報提供料の内容についての指導が厳しくなっている。

1. 眼科の医師が、白内障手術の為に、かかりつけ医における診療内容や手術の可否を問う内容の診療情報提供書では診療情報提供料を算定できない。
2. 泌尿器科の手術が終了し退院する際に、紹介元の内科かかりつけ医に手術の内容を報告するだけの診療情報提供書では診療情報提供料を算定できない。

等の指導が本県ではなされるようになった。

青本には「別の保険医療機関での診療の必要を認め、」と記載しており、この文言に基づく指導である。

文言どおりの解釈であれば、指導に間違いはないが、眼科医が手術を行うために詳しい情報を得ることは大切な事である。また、紹介元は専門診療科が違い、手術後のフォローをしないとは言え、かかりつけ医が患者の他院での診療を知ること大切である。診療情報提供書は、かかりつけ医と専門医を繋ぐ大切な情報源と考える。

この指導につき、日医および各県のご意見を伺いたい。

＜協議事項（8）についての各県の主な意見＞

各県における指導状況は異なるが、診療情報提供料については年々厳しくなっていると回答した県が約半数あり、「厚労省の各地方厚生局の指導官に対する講習会等で重点事項として

取上げられているのではないか」との意見が上
がった。

＜追加発言・質疑応答＞

■福岡県

貴県と同様、眼科医が白内障手術を行うに当
たり、内科のかかりつけ医に対し、診療内容や
手術可否を問う診療情報提供書は「問合せ」と
判断され、外科が手術後、紹介元のかかりつけ
医に情報提供しても「報告」と判断され返還に
なった事例もある。患者の診療に関する情報を
相互に提供することにより、継続的な医療の確
保、適切な医療を受けられる機会の増大、医
療・社会資源の有効利用を図ろうとするもので
ある。情報提供料には「診療に基づき他の機関
での診療の必要性を認め、患者に説明し、その
同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者
の紹介を行った場合」や、「事前に紹介先の機
関と調整し交付」などの算定要件があるが、今
回の件については、個人的には算定要件を満た
しているものであると考ええる。

■佐賀県

本県では、受診行動を伴わない場合、診療情
報提供が行われても返戻となるが、それ以上厳
しく指導はされていない。

■宮崎県

本県でも、集団指導、集団的個別指導におい
て、患者の受診を伴わない単なる経過報告では、
診療情報提供料は算定できないとの指導があっ
たので、算定を自粛している医療機関は多いと
思われる。

■沖縄県

診療情報提供書については、以前は原本のコ
ピーがきちんと保管されているか程度のチェッ
クであったと思うが、ここ数年で中身に対して
色々指摘するようになってきている。これまで
認めていたような内容のものにも色々指摘する
ようになっており、各県においてもここ数年で
厳しくなっている項目のようであるので、個人
的な考えではあるが、厚労省の各地方厚生局の

指導官に対する講習会等で重点事項として話が
あったのではないかと考える。

■大分県

この指摘は最近個別指導の際に特に多くなっ
ており、患者の移動があり継続して提供先の医
療機関で診療を受ける場合にのみ診療情報提供
料が認められると指導の際に厳命される。

■熊本県

本県では診療情報提供料に関しては、情報提
供先不明の場合の指摘はあるが、貴見のような
指摘事例はなく、医療機関同士の医療情報提供
については、今後の地域包括ケアシステムにお
いても非常に重要なことで、ICT の活用も含め
て診療報酬上での評価を行うべきである。

□日医松本常任理事

情報提供料については、提案要旨にあるよう
に診療に基づき他の医療機関での診療の必要性
等を認めた場合であり、患者の移動を伴う場合
に算定出来るものとなっている。ご指摘の「眼
科が手術を行う為に必要な情報を得る」ことや、
「かかりつけ医へ手術内容を報告する」ことに
ついては、療養担当規則第 16 条の 2 の部分に
おいて、「保険医は診療した患者の疾病に関し、
他の保険医療機関又は、保険医より照会があっ
た場合はこれに適切に対応しなければならない」と規定されていることから、療養担当規則
上に基づいて適切に情報共有を図っていただき
たいとの回答を述べることは出来ないが、個
人的には必要な情報提供に関しては診療報酬上
評価されることは当然であると考えるので、何
とか条件の見直しや要件の拡大等について検討
していきたい問題であると考えている。

＜追加発言＞

■宮崎県

今年度の第 1 回の各種協議会の際に話をさせ
ていただいた「個別指導時にビデオ撮影を行う
ことを厚生局に認められなかった医療機関」に
ついての経過報告である。

厚生局宮崎支部では当初、監査の方向で調整していたが、再指導として当該医療機関へ文書通知したところ、文書の受取りを拒否し、指導当日もビデオ撮影が出来ない事を理由に欠席し

ている。厚生局宮崎支部では今後の対応として、再度監査も含め検討するようだが、厚労省からは慎重に対応するよう指示があるようである。進展が全くなく、頭を悩ませている状況である。

印象記

理事 平安 明

平成 29 年 2 月 4 日、ホテル日航熊本にて平成 28 年度第 2 回九州医師会連合会各種協議会が開催された。

昨年 4 月の熊本大震災から 9 ヶ月余が経ったが、街中には所々当時のまま手付かずの状態の家屋が残っており、改めて震災のことを忘れてはならないと感じた。

さて、今回の医療保険対策協議会は地域医療構想に絡んで有床診療所の現状と今後のあり方について主に話し合われた。有床診療所はこれからの地域包括ケアを考えていく上で重要な位置付けであることを再確認したが、その評価が十分とは言えず有床診療所の減少を食い止め切れない現状である。厳しい環境の中、地域医療を気概だけで支えている先生方も疲弊し、続けていくモチベーションを保つことも難しい状況となっている。さらに個別指導では病院並みの体制を要求され、追い打ちをかける国の姿勢に各県から様々な批判や不満が噴出した。次期改定ではさらに踏み込んで対応しないと、地域包括ケア自体が絵に描いた餅になるのではないかと危惧される状況である。

当県からは在宅専門の医療機関について提案した。平成 28 年度改定で一定の条件を満たせば在宅専門の医療機関の開設を認めることとなったが、九州圏内ではまだ問題にはなっていないようだが、この会議に先立って行われた全国会長会議では静岡県医師会より「アルバイトで週末だけ首都圏から医師が来て開業している在宅専門の診療所が開設され、地域医療が混乱している」との報告があったようだ。在宅専門の医療機関開設の際は、地区医師会との連携や協力が条件となっている一方、「2 ヶ所以上の医療機関との連携」があれば地区医師会との連携は特に必要としない旨の文言もあり、地域医療が混乱する要素は最初から内在していた。また、外来応需体制をとっている形で申請を行い、実体としては外来が機能していないような診療所が、結果的に在宅訪問のみを行うことも可能ではある。

これからの超高齢社会を見据えると、在宅専門の医療機関の必要性について異論はないところだが、地域医療に混乱を招くようなあり方は望ましくないし、ましてや経済的理由での囲い込み等不適切な事例がまたぞろぞろと出てくるようではとんでもないことである。この点は九州各県でも認識を同じくし今後を注視していくこととし、日医からは次回改定の際にこの点の見直しを図っていく旨の考えを示していただいた。

この会議も既に何度目の参加か分からないほどになってきた。いつの間にか他県の先生方も別の方に変わっていたりするが、顔見知りの先生方も増え、いろいろと情報交換が行える場となっているように感じる。今後もこのような会議で得られた情報や各県の状況等を会員の皆様にお伝えしていきたい。

Ⅲ. 介護保険対策協議会 (在宅医療・地域包括ケアを含む)



副会長 玉城 信光



挨拶

熊本県医師会の林邦雄理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

本日の協議会では、各県より9題の提案をいただいている。在宅医療と介護の連携や地域リハビリテーション活動に関して、改正道路交通法施行による認知症診断の見直しについて等、介護保険分野における様々な課題について提案がなされている。

先生方には活発なご意見を賜り、九州における介護保険対策の推進が図られればと考える。よろしくお願いいたします。

日本医師会の鈴木常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

議題を確認すると、非常に沢山の議題が出ている。九州の先生方は熱心であり私も楽しみにしている。よろしくお願いいたします。

協議

(1) 地域医療構想と地域医療計画における在宅医療の整備について（福岡県）

<提案要旨>

本県では、平成29年2月末に地域医療構想を公表する予定で、現在策定の最終段階に入っているところである。

地域医療構想の中で、地域医療の最後の受け皿となる在宅医療が「在宅医療等」と一括りに示されており、本県では83,000人を「在宅医療等」で確保しなければならないこととなっている。

しかし、地域医療構想で示されている数値が漠然としていること、地区によっては病床転換等によりさらに在宅医の不足が加速することが強く予想される中、在宅医療の総数、さらには自宅在宅と居宅系施設在宅を市町村単位、地区医師会単位で具体的にどの程度まで整備しなくてはならないかは苦慮している状況である。

福岡県行政においては、平成 24 年度より「在宅療養支援診療所」及び「在宅療養支援病院」を届け出ている医療機関を対象に「在宅医療実態調査」を実施しているが、本会では、より正確な訪問診療の数を把握するため「在宅時医学総合管理料」を届け出ている医療機関への調査を実施する予定である。この調査結果を二次医療圏（構想区域）及び地区医師会単位に細分化して、地区医師会、市町村単位で具体的な計画目標を提示したいと考えている。

各県において、地域医療構想や地域医療計画策定に向けての在宅医療に関する取組みがなされていればご教示頂きたい。

また、自宅在宅と居宅系施設在宅の整備目標をどのようにお考えか日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県の 2025 年における「在宅医療等」の医療需要が示された。

また、鹿児島県より、新たに受け皿を整備することは現実的に難しく、現在入院している慢性期の患者の受け皿として考えられる特養と老健等を有効に活用する等、平成 30 年の医療計画と介護保険事業計画の見直しの中で、慢性期の入院医療と在宅医療等での対応について、両計画の整合性を図りながら検討する必要性について意見があげられた。

<日医回答>

広義において「在宅医療等」には特養や老健等含まれており、多様化している。

在宅介護を受けながら通院や、必要に応じて入院される方が多く、在宅医療だけを切り出して検討することは出来ない。住み慣れた地域において、入院医療、在宅医療、外来医療等を一連のものとして考えることが必要である。

今後、在宅で全てを診るのではなく、地域の有床診療所や施設も含めたケアが重要であると提言していきたいと考える。

(2) 在宅医療と介護の連携を図るためには人材育成が重要だと考える。各県での人材育成の状況はいかがでしょうか。(沖縄県)

<提案要旨>

沖縄県では、在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業の一環として市町村コーディネーター連絡会議を開催している。市町村は規模においても大小あり、人材の育成に難渋する場合もあるが、地域包括ケアシステムにおいては市町村の働きが重要であり、コーディネーターとしての保健師や他の職種からのコーディネーター育成を積極的に進める必要があると考える。またこれらの職種の市町村での身分の保障も図られなければならない。

各県において、在宅医療介護連携に関するコーディネーター養成等の事例があればご教示頂きたい。

<各県回答>

各県とも、在宅医療と介護の連携を図るために、人材育成が必要であると意見があがった。

佐賀県では、相談・調整業務に専門的な人材を配置することで、より円滑な関係機関・施設・行政・住民との連携を推進する目的として、平成 28 年度の地域医療介護総合確保基金事業「佐賀県慢性期病床等機能分化促進支援事業（2 カ年事業）」の 1 つのメニューとして県内 8 郡市医師会で「機能分化・連携促進コーディネーター配置事業」が実施されているとの報告があった。

その他、各県より在宅医療と介護連携の推進を目的とした研修会や連絡会議の実施について報告があった。

<日医回答>

在宅医療に限らず、人材確保及び人材育成が重要になる。

コーディネーターに限定せず、都道府県が市町村支援として人材育成の取り組みを行っている

る都道府県は36あり、特に福井県において在宅医療・介護連携事業が進んでいる。

福井県では全ての市町村において、在宅医療・介護連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を配置し、地域の実情に応じた体制整備を行うとともに、コーディネーター研修会等を実施しているとのことである。

(3) 在宅医療を担う医師、訪問看護師の地域偏在について現状と対策（大分県）

<提案要旨>

地域包括ケアシステム構築において、在宅医療は要となる存在である。「住み慣れた地域で自分らしく生き、最期を迎えること」を実現するためには、在宅かかりつけ医、訪問看護師の存在は欠かせない。しかしながら、当県においてもこれらの医療資源には地域格差（偏在）があると言わざるを得ない。各県の現状と対策についてご意見を頂きたい。また、日医の対策をお伺いしたい。

<各県回答>

各県の現状として都市部と地方での地域資源偏在がある旨、回答があった。

長崎県では、長崎大学「離島・へき地医療学講座」、長崎県「離島・へき地医療支援センター」が離島、へき地の医療に取り組んでいるとともに、平成29年度より「地域医療介護確保基金事業」として地域のかかりつけ医総合診療医の育成を目指し、①地域医療継続支援事業、②ながさきキャリア・チェンジ支援事業、③高校生地域医療体験セミナー事業に取り組むことを予定しているとの報告があった。

<日医回答>

県庁所在地から離れれば離れるほど人材不足も顕著になってくると考える。

今後、自宅以外の在宅も増えてくることが予想され、かかりつけ医の先生方にも積極的に取り組まれて頂くよう、日医としてもかかりつけ医機能研修を実施し、在宅医療リーダー研修を続けている。

また、一人ひとりの先生方の負担が大きくならないよう訪問看護ステーション等、地域の資源を十分に活用頂きたい。

(4) 療養病床の今後のあり方について

（鹿児島県）

<提案要旨>

療養病床のあり方については、現在、社会保障審議会の特別部会で議論されているところであるが、介護報酬や具体的な施設基準は、今後「介護給付費分科会」で議論される予定となっている。

本県では、平成29年度末で廃止が予定されている医療療養病床（25対1）が、54病院2,635床（平成28年10月現在：九州厚生局より）、介護療養病床が46医療機関963床（平成27年10月現在：介護サービス施設・事業所調査より）存在している。在宅医療が推進されており、医師会としても取り組んでいるところではあるが、地方では介護力などの問題から、入所・入院せざるを得ない高齢者が多く、療養病床は地域の貴重な医療・介護の資源として活用できるよう、会員を支援していきたいと考えている。

日医におかれては、新施設類型への転換が円滑にできるよう経過措置、施設基準、そして介護報酬の手当てについて、国に対し更なる働きかけをお願いするとともに、現在の検討状況など最新の情報をお伺いしたい。

<各県回答>

各県の現状として、医療療養病床並びに介護療養型医療施設定員数等の報告が行われた。

<日医回答>

「療養病床の在り方等に関する検討会」に参加してきたが、最終的には法案が国会に提出され新たな施設類型に関する具体的な施設基準や報酬等については、「社会保障審議会介護給付費分科会」等で検討されることとなっている。

日医としては、現行制度の延長は第一選択肢として主張しつつ、ただし転換したい方への魅

力ある選択肢についても意見してきた。また、転換するにあたっては、大規模な改修を行わずして出来るものとすべきと意見している。

移行期間については、2段階6年とし、次期介護報酬が出るのが平成30年2月となっている。すぐに転換を決める方が少ないと考えられるため、第7期介護保険事業計画においては見込みで枠を創ることとし、第8期に向けては療養病床に手上げをした方については、必ず確保することとされたいと意見している。

(5) 地域リハビリテーション活動について

(佐賀県)

<提案要旨>

本県では、国庫補助廃止後も継続して、県単独事業として「佐賀県在宅リハビリテーション支援センター事業」を実施してきた。

本事業は、県からの委託を受けて県医師会及び5広域支援センターで実施していたが、厳しい県財政の中、各センターへの委託費は減額が続き、実際のところ、広域支援センターの人的及び財政的な負担により事業が成り立っている現状であった。平成27年度、平成28年度は、地域医療介護総合確保基金により実施をしているが、来年度以降の運営については、県担当課からも明確な先行きが示されていない。また、市町村における介護予防・日常生活支援総合事業の中に「地域リハビリテーション活動支援事業」が追加されているが、県担当課に問い合わせても、現行の事業との関わりや、県行政の関与の範囲等が整理されていない状況である。各県における地域リハビリテーション活動の取組状況を伺いたい。

また、地域リハビリテーション活動を含む介護予防やフレイル予防の活動には、日本医師会認定健康スポーツ医の関与が必要と考える。日本医師会認定健康スポーツ医の今後の活用を含め、地域リハビリテーション活動の今後の動向について、日医の見解を伺いたい。

<各県回答>

各県の現状が報告されるとともに、熊本県より県行政から委託を受け県医師会に事務局を置く「熊本地域リハビリテーション支援協議会」について説明が行われた。

当該協議会では、県内17カ所の地域リハビリテーション広域支援センターに対する技術的支援（研修会・連絡協議会の開催、運動器評価システムの運用等）を行っており、熊本地震後の昨年7月に当該協議会の中に「熊本県復興リハビリテーションセンター」を設置し、県、理学療法士協会、作業療法士会、言語聴覚士会等と連携し、仮設住宅等で生活する高齢者等を対象に、生活不活発病の予防やコミュニティーづくりを目的とした活動を行っている旨報告があった。

<日医回答>

地域リハビリテーションとは、地域包括ケアの考え方のもとになったものであり、障害を持つ人々や高齢者及びその家族が、住み慣れたところでそこに住む人々と共に、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保険・福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力しあう活動の全てである。

平成12年から平成18年度まで「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が国の補助事業で行われた。

その後、各県において単独事業等において、なんらかの形で残った都道府県は30程度であり、今回改めて活性化に向けた取り組みが、市町村における介護予防・日常生活支援総合事業「地域リハビリテーション活動支援事業」である。

当該事業の実施については、医療機関のリハ職等の活動においては、勤務体制や賃金等の課題もあるが、しっかりとした体制づくりが必要であると考えます。

また、他の職能団体等を束ねることが可能なのは医師会であり、先生方にはご協力賜りたい。

(6) 特別養護老人ホーム(特養)の入居資格(要介護度)について(宮崎県)

<提案要旨>

特養の入居資格は要介護Ⅲ以上の縛りがあるが、これを緩和すべきである。

平成 27 年の改定により、特養の入居資格は要介護Ⅲ以上に決められた。要介護Ⅱは重度ではないので、在宅で生活できるという考えからであろう。

しかし、ある程度行動できるだけに家族に大きな介護負担がのしかかる。寝たきりの方々より、家族の負担はむしろ要介護Ⅰ、Ⅱの方が大きい場合もある。病院受診の機会も多く、軽度認知症があれば徘徊で行方が分からなくなり、そのたびに家族が仕事を休んで対応しなければならないケースもある。また、独居や老々介護の世帯においては、事態はさらに深刻である。

要介護Ⅱでも市町村が認めれば入居できる事になっているが、実際には市町村は動かない。

特養に入れないので、より費用負担が大きい有料老人ホーム等に入居される方も多い。ここでは最大限の介護保険を使う(最大限の介護保険を使わなければ有料老人ホームなどは運営できない)ので、結局介護保険財政の負担は変わらない。家族の自己負担も大きい。

また、要介護Ⅰ、Ⅱの段階で有料老人ホーム等に入居するので、要介護Ⅲになっても特養に移動することができず、結局特養に空きベッドができることになる。多くの特養で待機者が急速に減少しており、すでに待機者ゼロという施設もある。

国が多額の費用を出し、整備してきた特養に空きベッドがあり、十分に活用できないという状態がもう始まっている。

入居資格の制限を緩和して、要介護ⅡまたはⅠ以上に変更することを望む。

各県のご意見をお伺いしたい。なお、日医におかれては要介護Ⅲ以上との条件が付いた経緯についてお教え願いたい。

<各県回答>

福岡県より、要介護Ⅲ以上のルールがあり、市町村において要介護Ⅰ、Ⅱにおいても、必要であれば特養を利用することが出来るのが本来のあるべき姿ではないかとの意見があげられた。また、特定入所に関してケアプランだけではなく主治医意見書の情報提供についても用いて良いとされており、ルールの変更については課題が残るのではないかと述べられた。

その他、特養の空きについて、介護職員が不足しオープンが出来ないことや、個室料金が高く入所出来ないため、サ高住や安価な有料老人ホームへ流れている等の理由があるのではないかとの意見があった。

<日医回答>

特養の入居資格である要介護度Ⅲ以上になった経緯について、平成 25 年 8 月に 2025 年までの道筋を示すこととし「社会保障制度改革国民会議」が開かれ、特養は中重度者に重点化する必要があるとされ、それを受け「社会保障審議会介護保険部会」において議論が行われた。

当時、特養の入所者の割合について要介護Ⅲ以上は 88%、要介護Ⅰ、Ⅱは 12%であるというデータや在宅療養を行っている要介護Ⅳ、Ⅴの特養入所申込の数が約 6 万 7 千人というデータ等が示され、部会等において、特養については中重度者で在宅での生活が困難である要介護者を支える施設としての機能の重点化を図るべきであり、特養への入所を要介護Ⅲ以上に限定することが適当であるとされた。

他方、要介護Ⅰ、Ⅱの要介護者であっても、やむを得ない理由により特養以外の生活が著しく困難であると認められる場合は、市町村の適切な対応の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て特例的に特養への入所を認めることが適当であるとされた。

上述した議論を踏まえ、平成 26 年に介護保険法の改正が行われ、平成 27 年 4 月から特養の入居資格は原則要介護度Ⅲ以上となった。

やむを得ない事情として、各自治体が定めている入所指示において詳細は示されており、具

体的には「認知症者や精神障害であった日常生活に支障をきたすような症状、行動例が頻繁にみられること」、「家族等による深刻な虐待が疑われることにより心身の安全安心の確保が困難であること」、「単身世帯あるいは、家族が高齢または病弱であることから、家族からの支援が期待できずかつ地域からの生活支援が不十分である」という場合において、要介護Ⅰ等であっても特例として認められると考える。

特例事例においては、主治医意見書の記載が重要になってくることから、しっかりご対応頂きたい。

(7) 居住系施設における施設看護師の医療行為について（宮崎県）

<提案要旨>

有料老人ホームやグループホームなど居住系の介護施設においては、点滴治療を行う際に、終了後の抜針を施設看護師ができないと拒否する施設が多い。そのために、医師や訪問看護師が2回訪問しなければならないのは、時間的なロスが大きい。

何か偶発症があった場合の責任の所在がはっきりしないというのが理由であるが、最終的には点滴の指示をした医師に責任があるのだから、そこまで厳格に対応しなくてもいいと思われる。

少ない医療人材を効果的に活用するためには、施設看護師の医療行為への関与をもっと認めていいのではないかと考える。

他県の状況と日医の見解をお聞きしたい。

<各県回答>

各県から、医師の指示による医療行為の範囲内であれば問題ないとの解釈が示されるものの、責任の問題等から積極的でない状況がある旨、報告があった。

<日医回答>

居住系介護施設の看護師が医師の指示の下、治療の抜針を行うことは業務上可能である。施設側の方針等もあるかと考えるが、施設の理解を得る必要がある。

また、責任の所在については、指示を行った医師の責任を問われる場合があるため、医療機関として万が一の対応について施設の十分な話し合いが必要となると考える。

(8) 改正道路交通法に対する医師会の対応について（長崎県）

<提案要旨>

最近、高齢運転者の人身事故の報道を聞くことが多くなっている。その背景には認知症が関連しているとの認識で、2017年3月の改正道路交通法でその対策を強化することになっている。それによると違反の有無に関わらず、検査で認知症の疑いがあると判断された75歳以上のすべての運転者に専門医または主治医の診断書の提出を義務付ける。そして診断書で認知症と診断された場合、免許の取り消しか効力停止となることである。これについて日本精神科病院協会は診断書のみで免許取り消しの決定がされることに慎重な判断を求めた要望書を出している。

本来なら医師の診断書に加え、本人の技量や判断能力なども考慮し、最終的判断は警察署が行うべきと考える。また、認知症の診断方法について一定の見解がなく、非専門の主治医には判定は困難である。かと言ってすべて専門医に判断させるとなると外来での負担が大きいことが予想される。

各県医師会にも警察交通課からの協力要請が始まっているものと思われるがどのような判断をしているのか意見交換をしたい。また、日本医師会の意見も伺いたい。

<各県回答>

各県とも、日本医師会において検討されている診断書マニュアルを以って会員施設へ周知を予定している旨報告があった。

鹿児島県では、県警と4回協議し、「診断書を作成できる医師の基準」、「診断費用の支払い」、「医師の責任」について、認知症の専門医への負担過多を考慮しながら次のとおり決定したとの報告があった。

- 1)「診断書を作成できる医師の基準」は、「専門医」としていた県警の当初の提案を「主治医」まで対象を広げ、「主治医」の解釈として「1ヵ月以上、継続的に診察している医師で、当該病気について診断可能な医師」とするとした。
- 2)「診断費用の支払い」は、認知症機能検査において対象者が“認知症の疑い”であることから、健康保険の取り扱いとし、診断方法（画像診断）については、個々の医師の判断に委ねることとした。
- 3)「医師の責任」は、医師が記載した診断書により、対象者が訴訟を起こされることが懸念されるが、県警より「取消処分又は停止処分を決定するのは公安委員会であり、医師の診断書は一つの判断材料であり、直接的な責任を負うことはない」との回答を得ている。

<日医回答>

日医においては、手引きを作成しているところであり、また来る3月1日の都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会において、鳥取県医師会副会長の渡辺先生より「高齢者の自動車運転と認知症の人を地域で支える取り組み」についてご説明させて頂くこととしている。

本件については非常に関心が高く日医としても、警察庁、厚労省と協議を続けており、ほぼ固まりつつあるところである。

手引きの内容については、警察庁による制度の概要及び留意点、かかりつけ医の記載についてはフローチャートを用いて分かりやすく記載し、診断書記載のモデル事例も示すことと等している。

高齢者が警察で受ける簡易認知症機能検査の結果、認知症の疑いがあるとする第1分類と判断された場合、各都道府県公安委員会から本人宛に、民事適性検査（公安委員会が医師を指定し行う検査）通知書もしくは、診断書提出命令が発出される。

費用について、民事適性検査は公費となり、民事適正検査対象ではない高齢者に対する診断書提出命令について、高齢者が希望するかかりつけ医等医療機関を受診してもらった場合、診

断書作成料を除いて、通常の保険診療と同様の扱いにて対応できる予定となっている。

責任について、警察庁に行っているところであるが、認知症と診断された方の免許取り消し等、保安委員会の責任で行うことになっている。

(9) 新しい地域支援事業の推進について

(熊本県)

<提案要旨>

この新しい地域支援事業をどのように展開していくか、全国の市町村は大変苦勞していると考えられる。

少数だが非常に関心を持って実行しようとしている市町村、仕方なくどうにか実行しようとしている市町村、どうしてよいか分からずお手上げの市町村等が多く存在していると想像している。

このように市町村の行政力に大きな差がある（県内においても然りである）。これを少しでも解消する方法は、各地の市町村行政と地域医師会がもう少し連携へ向けて努力すべきと考えている。

そのためには、厚労省は県、市町村行政を指導し、日医からも厚労省へ提言いただきたいと思っている。

各県及び日医のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県とも地域支援事業の実施主体が市町村となっているため、温度差が生じている旨報告があった。

沖縄県より、県高齢福祉介護課から委託を受け実施している「在宅医療・介護連携市町村支援事業」として、市町村職員・地区医師会を対象とした本事業の制度設計について、先進地域の取り組みを内容とした講演会の開催及び、相談事例集の集積及び実施状況の確認調査を目的とした医療・介護連携支援センターを設置、定期的に市町村担当者及び地区医師会担当者を対象とした連絡会の開催等を実施している旨報告を行った。

＜日医回答＞

本事業の推進に向けて、市町村も少ない職員で実施しなければならない事業が多く困っていると考えるため、郡市区医師会から市町村行政への

積極的なアプローチを行うことについてご協力頂きたい。

また、都道府県医師会においても郡市区医師会の支援にご協力をお願いしたいと考える。

印象記

副会長 玉城 信光

熊本県で2月4日に開催された。初めて介護保険対策に出席した。

一番の収穫は、地域医療構想や介護の場でも在宅医療が協議されるが、在宅の定義が「自宅」のみではなく、病院や診療所の入院以外を指すことである。かかりつけ医は特養や老健施設、サ高住などの“在宅”の応援をお願いされることが多くなるかもしれない。在宅医療の専門医でなくとも研修により、従来の“往診”で出来るのではないかと考えた。

介護の多くの問題が提起されているが、ほとんど日医常任理事鈴木先生のご意見を伺うことになった。

在宅と介護の連携は各県ともこれからの感じである。人材の育成なくして在宅医療、介護も成り立たないようである。全国47都道府県のうち36カ所で進んできた。福井県は全市町村でコーディネーターの配置が進んでいるようである。近日中に福井方式の報告などがあるようだ。

居住系施設においても訪問診療を行う医師と施設の看護師でしっかり協議を重ねるのなら、輸液の抜針などは看護師でできることであると言われた。

療養病床の今後のあり方は重要な課題である。介護療養病床の転換が示されるが、従来の4人部屋の面積の変更を求めず、6年かけて移行する方向である。また大都市圏での施設の容積率なども勘案されているようである。鈴木常任理事より理想的な、夢のある施設づくりを目指していると言われた。特養など他の施設からの転換もあるかもしれない。3年後に使い勝手など検証しながら、6年後の理想像に持っていくと言われた。医療療養病床からの転換も良いとの話だが、医療療養病床は地域包括ケア病床への転換も可能なので、沖縄県の地域医療構想では回復期の病床不足があるので、そちらへの転換を模索して欲しいものである。そのためには人材の配置など検討事項が生じる。

改正道路交通法による認知症の方の免許証をどうするかが議論になった。沖縄県でもこれから認知症サポート医フォローアップ研修会を催すが、MIC（軽度認知障害）の診断は難しいとされている。75歳以上の方の免許更新時の認知症テストなどが行われる。医師の診断書をどうするのかが大きな問題になった。鹿児島県が先行しており我々の参考になると思われた。日医は3月1日に手引書を作成すると言っている。沖縄県方式を県警と協議する場が必要になるであろう。

介護の議論は病床の議論ではなく、自分自身の問題、両親の問題、身近な家族の問題である。皆で素晴らしい地域包括ケアシステムの開発と実践が必要になるであろう。

平成 28 年度第 3 回 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

副会長 宮里 善次



平成 29 年 2 月 2 日（木）県庁 4 階第 1、2 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（出席者は以下のとおり。）

出席者：安里会長、玉城副会長、宮里副会長、宮里常任理事、田名理事（以上医師会）
砂川保健医療部長、糸数保健衛生統括監、阿部参事、大城保健医療政策課長、山川健康長寿課長（以上沖縄県保健医療部）
山城子ども福祉統括監（以上沖縄県子ども生活福祉部）
與那覇医療企画監（以上沖縄県病院事業局）

議 題

(1) 大規模催事における主催者の危機管理について（提案者：沖縄県医師会）

<提案要旨>

県内の多くの市町村においてマラソン大会等のスポーツイベントを行なっているが、主催者

側から当日の医療救護を安易にお願いされるケースが多い。実際には、かなりの傷病者の対応に追われる事案が発生している。その様な事から主催者のイベントに対する姿勢に非常に危機感を持っている。是非、沖縄県から各市町村担当者向けに、その点に関しての啓発を促していただきたい。また場合によっては講習会等を開催していただき、大規模催事での必要な備えについて、県からの指導をお願いしたい。

<回答：保健医療政策課>

大城保健医療政策課長より次のとおり回答があった。

季節や規模にかかわらず、何らかのイベントを実施する場合には、傷病者の発生に備え主催者がその対策を行う必要があると考える。特にイベントの規模が大きい場合には、傷病者発生時の連絡方法、搬送ルートのほか、傷病者の発生しやすい場所等を踏まえた救護所の設置など、主催者は、準備段階から地域の救急病院等と連携し、医療救護体制を構築する必要があると考える。県の関係機関及び市町村に、イベン

ト実施における医療救護体制の準備について通知することを検討したい。くわえて、医師会から講習会等講師派遣の協力も可能であることも言及したい。

<主な意見>

◇県医師会：

全市町村に講師として行くのはなかなか難しい面がある。可能であれば県から市町村関係者を集めていただき、そこに出向く方がより効率的だと考えている。担当者に責任感を持って貰う為には通知のみならず、積極的に指導いただく方が徹底できると考えている。是非ご検討いただきたい。

◆県保健医療部：

スポーツイベントの開催を所管する部局とも相談しながら検討させていただきたい。

◇県医師会：

ハーフマラソンでの心肺停止例やフルマラソンでのかなりの搬送事例が発生していることを踏まえると、死者が出てからでは遅いと認識している。関係部局の横断的な連携をお願いし、ご指導賜りたい。

■県病院事業局：

消防との連携も大事だと思う。石垣島トライアスロン大会では、傷病者が発生し易いポイントを絞り、どのようにすれば迅速に病院搬送ができるか、消防と搬送経路などについて議論した経験がある。

◇県医師会：

この問題は市町村の仕事である。医療界に丸投げすれば、これで良しとする節がある。本来は市町村が責任をもって対応しなければならない。地域の病院や救急医、県警、消防等との連携が必要であるが、誰が音頭を執るかというところで行き詰まっている。催事者には傷病者や死者が出る可能性があることの意識作りが必要であると考えている。

◇県医師会：

救護班として応援協力した医師に対して、保健所から診療所の開設届出を求める事例があ

る。基準を明確に示して欲しいという声があるので検討いただきたい。

■県病院事業局：

宮古島トライスロンでも3箇所のエイドステーションについて診療所の届出が必要になるのではという話が あがった。主催者は宮古島市だが診療所の開設者は誰にするか、3ヶ所あると誰が責任者の医師として開設の届出を出すのか、非常に複雑であったので整理は必要だと思う。

◆県保健医療部：

医行為をするのであれば診療所の届出が必要となる。許可行為ではない為、事前に指定した場所を届出れば良い。立入検査をする訳ではないので形式的に提出いただければ良い。届出には出向く医師の医師免許証が必要となる。

◆県保健医療部：

届出の件については整理していきたい。また講習会については前向きに検討したい。

(2) 災害拠点病院（県立病院）における災害時事業継続能力強化について（提案者：沖縄県医師会）

<提案要旨>

本県は島嶼県であり、大規模災害時に水道及び電力関係施設や設備が重大な被害を受けた場合には他府県からの送水・送電は不可能である。また外部からの医療支援並びに県外広域搬送も他府県のように迅速に開始されることは困難と思われる。災害時に県民の救命の最後の砦となるのは、やはり災害拠点病院である県立病院だと考えている。病院各々の自力による事業継続能力は、本県特有の上記事情により少なくとも1週間は確保しておく必要があると考えている。しかし、過去本会が実施した医療機関の実態調査ではそれらの能力は不十分であるものと推測される。そのため、必要な水や自家発電能力の強化・確保が必要だと考えているがご意見賜りたい。

<回答：沖縄県病院事業局>

與那覇医療企画監より次のとおり回答があった。

県立中部病院は基幹災害拠点病院の指定を受けており、北部病院、南部医療センター・こども医療センター、宮古病院、八重山病院は地域災害拠点病院の指定を受けている。自家発電の燃料備蓄量は、5病院ともに3日分となっており、水についても、受水槽の容量が5病院ともに3日分となっている。燃料や水の備蓄可能な容量は設備上の制約を受けるため、病院の備蓄量を増やすことには限界があるが、災害時には優先的に燃料を確保できるよう努めていく考えである。なお、中部病院には井戸設備があるため断水時にも継続的に水を確保することが可能であり、南部医療センター・こども医療センターにおいても導入が検討されているところである。また沖縄県地域防災計画では災害時に医療施設等への優先的給水が規定されている。

<主な意見>

■県病院事業局：

自家発電や受水量を含めて、すべて対応できるのは3日分が限界である。それ以上を超えるような発電機はなく、今のところ貯水池を作るという考えもない。その時はやはり民間などに協力を求めるという話はしている。透析患者は基本的に被災地外の地域に送り出すことを考えている。また配管空調のパイプを通る冷却水は季節によってかなり使用量に差がでるため、読めない部分がある。

◆県保健医療部：

水道水の場合、長く滞留すると次塩素酸が抜けてしまい、水が腐る。大凡、滞留時間は3日程度が限度である。それ以上だと、水の使用が難しくなる。

◇県医師会：

災害への備えに関して、倍の量を求める難しい提案だったかと思うが、危機感を認識いただく機会になればと思い敢えて提案した。災害時、本県は救急車の台数も含めて、医療資源はかなり厳しい。常日頃から災害への備えを考えてお

く必要がある。

■県病院事業局：

各県立病院では災害時対応シミュレーションを行っており、周辺医療機関との協定や透析患者の搬送タイミングなど検討を重ねている。今後地域と共有を図りたい。

◇県医師会：

民間病院はいざとなると県立病院に頼ろうと思っている。台風時もそうだがやはり最後の砦である。民間に頼ることを、安易に言って欲しくはない。その砦として、対応能力の向上に努めていただければありがたい。

◇県医師会：

現在、県立・民間を含めて県内に災害拠点病院は11病院あり、我々としても心強い。水を大量に必要とする透析患者は、県外搬送対応を含めて検討している。現在策定中の災害医療マニュアルにも反映できるよう考えている。皆さんの協力・知恵を拝借しながら良いマニュアルを作っていきたい。

◇県医師会：

我々も県当局と協力しながらマニュアル作りにあたっている。災害拠点病院の役割・位置づけに関しても是非マニュアルに書き込んでいただけるとありがたい。

◇県医師会：

東日本大震災時、東北大学病院長は食料がなくなることを懸念し、各大学に食糧物資の提供を呼びかけ調達したとのことである。本県も事前に九州各県等との協力体制を整え、食料や水その他の物資を送って貰う等の協定を結ぶ必要がある。島嶼県だから出来ないのではなく、今の飛行能力があれば半日で調達できると思う。このような発想を持って取り組んでいただければありがたい。

◇県医師会：

地震のタイプにより、その対応は大きく異なる。我々はいま医療に絞り込み話を進めているが、県全体としての災害シミュレーションは考えられているか。

◆県保健医療部：

県全体としての想定はある。

◆県保健医療部：

このテーマは勉強してもし足りない部分があると思う。引き続き、情報の共有、意見交換を図っていきたい。

(3) 北部医療圏の医療施設に従事する看護師を対象とするアンケート調査について（提案者：保健医療政策課）

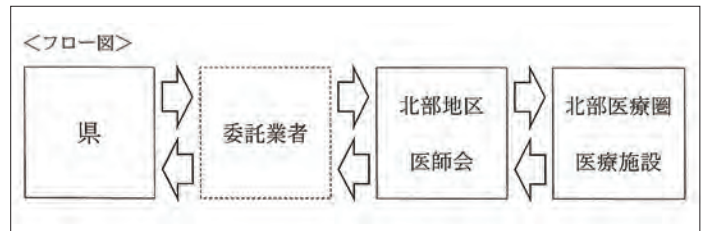
＜提案要旨＞

平成 28 年 11 月 4 日に開催した前回の連絡会議における議題 4「北部医療圏の医療施設に従事する看護師を対象とするアンケート調査」については、宮里常任理事より、北部地区医師会など関係者の意見を聴く必要があるとの意見があり、本日の第 3 回連絡会議で再度話し合うこととした。

ついては、北部地区医師会など関係者の意見等を踏まえた貴会の意見を伺いたい。

なお、本アンケートは、今後、中南部医療圏の医療需要の増加により、北部医療圏の看護師が中南部医療圏へ流出するおそれがあることから、看護師確保対策の基礎資料とするため、北部医療圏の医療施設に従事する看護師を対

象とする全数調査をすることを目的としており、以下のフロー図のとおり実施したいと考えている。



＜主な意見＞

◇県医師会：

本件について、北部医療圏の 4 病院に照会を行ったが、懸念された質問 6「将来、中南部医療圏の医療施設が看護師の求人をした場合、どのようにされますか。」については、中南部への誘導の原因になりかねないこと、また、職員を動揺させる可能性がある等の意見があり、調査への協力については積極的な姿勢が見られなかった。

◆県保健医療部：

医療機関からの協力が得られないことが想定されるため、本アンケート調査の実施は見送ることとする。



印象記

副会長 宮里 善次

平成 28 年度の第 3 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議が 2 月 22 日に県庁で開催された。

県内では那覇マラソンや沖縄マラソンを筆頭に、各自治体で多くのスポーツイベントが開催されている。しかしながら安易な医療救護依頼は参加者の安全管理を十分に考えたと思えず、実際に多くの傷病者の手当てに追われる事が多い。救護班として現場を担当せざるを得ない会員の先生方の声として、主催者側の危機意識の認識の甘さが指摘されている。死者が出てからでは遅いので、県から市町村への啓発をお願いしたいと云う提案がなされた。

それに対して、県の保健医療部政策課長から安全対策の必要性和負傷者発生時の救急隊との連絡や搬送方法などの連携構築が重要との答弁があった。またイベント実施にあたっては医療救護体制の準備について通知することを検討する旨の発言があった。医師会と県とのコラボで講演会を開催することは担当部署と検討したいと云う回答だったので、是非とも早めに動いていただきたいと思う。

しかしながら、主催者である自治体はこの会議からすれば第三者にあたるので、医師会側の危機感がどの程度伝わるのか疑問に思うところである。玉城副会長の以下の発言がその事を最も表現しているように思う。

「この問題は市町村の仕事である。医療界に丸投げすれば、これで良しとする節がある。地域の救急病院や県警、消防等との連携が必要であるが、誰が音頭を執るかと云うところで行き詰っている。本来は市町村が責任をもって対応しなければならない」

県から自治体へと云う通達や啓発も大切だが、依頼を受けた会員の先生方から現場の声を直接依頼者に伝えることも重要且つ解決の糸口と考える。

次に災害拠点病院（県立病院）における災害時事業継続能力強化について協議がなされた。医療企画監から県立 5 病院の燃料と水の備蓄量は 3 日分であるが、沖縄県地域防災計画では災害時には燃料と水を優先的に災害拠点病院に配備する規定になっているが。民間病院にも協力をお願いし、透析患者においては被災地外に送りだす考えであると回答があった。

最後に安里会長から「このテーマは勉強しても、し足りない部分がある。引き続き情報の共有と意見交換を図っていききたい」と発言があったように、節目節目で議題として上げていかなければならない大きな問題である。

ところで、東日本大震災から 6 年が経過したが、復興は遅々として進んでいない。特に医療機関が崩壊した地域では人口流出地となっている。災害拠点病院は災害時に被災した人々を救うのは勿論であるが、被災後の復興においても復興の核として存在そのものが大きな役割を担っていると実感した 6 年後の 3.11 であった。

第8回沖縄県医師会県民健康フォーラム

「もっと知りたい大腸がん～早期発見で命を守る～」

理事 白井 和美



式次第

司 会：沖縄県医師会理事
白井 和美

1. 開 会

2. 挨拶

沖縄県医師会長 安里 哲好
沖縄県保健医療部長 砂川 靖

3. 講 演

座 長：増田 昌人

①「どうにかしないと！沖縄の大腸がんの現状」
那覇市立病院 がん診療連携室室長（消化器外科部長）
宮里 浩

②「検便で 早期発見 大腸がん」
沖縄県保健医療部 保健衛生統括監
糸数 公

③「がん相談支援センター ～あなたの身近な相談場所として～」
沖縄県立中部病院 がん相談支援センター副看護師長
島袋 幸代

4. 質疑応答

5. 閉 会

去る2月18日（土）13時30分から、パシフィックホテル沖縄で、標記フォーラムが開催された。今回は、2014年の統計で、沖縄県女性の75歳未満の年齢調整死亡率が最下位と成り、以前から46位（ワースト2位）である男性を合わせて、深刻な状況にある大腸がんについて取り上げた。演者の宮里先生は、沖縄県の大腸がんの現状を説明された後、よりよく理解できるように症状、検査、治療についてお話下さった。沖縄県保健医療部保健衛生統括官 糸数先生は、さらに細かい統計上の説明から、早期発見がいかに重要かを強調され、手軽にできる大腸がん検診の受診、検診陽性時の精密検査受診を強く勧められた。がん罹患時には、誰しも様々な悩みを抱える。それに親身に寄り添う存在として、県立中部病院がん相談支援センター島袋副看護師長から、同センターでの活動内容の説明があった。座長は、琉球大学医学部附

属病院がんセンター センター長・診療部長の増田昌人先生にお願いした。先生のわかりやすい丁寧な進行で、重く暗い雰囲気になりがちな

がん関連の講演会を、時折笑いの漏れる和やかなフォーラムとすることが出来た。参加者は約200名であった。

講演の抄録

「どうにかしないと！沖縄の大腸がんの現状」



那覇市立病院 がん診療連携室室長（消化器外科部長）
宮里 浩

2014年の沖縄県の女性の大腸がんの75歳未満年齢調整死亡率が全国最下位となりました。ちなみに男性はワースト2位で、男女ともに大腸がんの死亡率が高いことになります。その対策は、長寿県復活を目指す沖縄県においては、喫緊の課題といえます。

大腸がんについての基礎的な事柄は下記の通りです。

症状としては、血便、便が細くなる、便秘、腹痛、しぶり便がありますが、初期の段階では、自覚症状はほとんどないことが多いです。このため、初期の段階で発見するには、検診が重要になってきます。

検診としては、便に血液が混じっているかどうかを検査する便潜血検査があり、この際、検査にて陽性となった場合には、必ず2次検診（通常は大腸内視鏡検査）を受けることが重要です。

治療法としては、病気の進行度により内視鏡的治療、外科手術、化学療法、放射線療法があります。がんが大腸壁の浅い層にとどまり、リンパ節転移の可能性が無い場合には、内視鏡的に、より身体に負担が少ない（低侵襲）治療で治癒が得られます。外科手術は、技術、器械の進歩により傷の小さな腹腔鏡下の手術の割合が増えています。切除が難しい遠隔転移を伴う場合や再発した場合には、化学療法が必要になります。

大腸がんは、早期であれば、9割がた治癒が得られ、低侵襲な治療法も選択でき、早期発見のメリットが大きながんの一つです。さらに、大腸がんの発生経路は、腺腫（ポリープ）を経てがんになるのが最も多く、ポリープの段階で切除できれば、がん予防、究極の早期発見になるといえます。

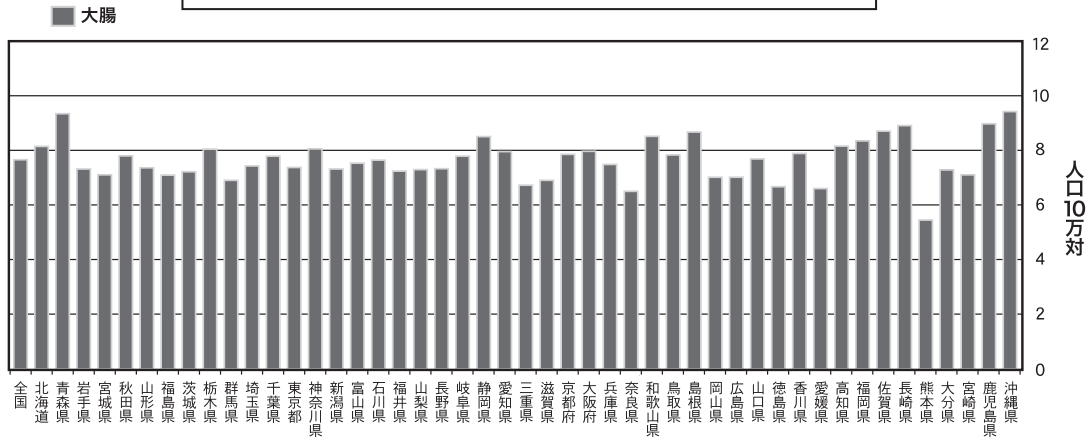
大腸がんのリスクを上昇させる因子としては、肥満、内臓脂肪、加工肉、赤身肉、飲酒（男性）などが報告されており、沖縄県は肥満が多く、メタボリックシンドロームの割合も全国1位で、リスクの高い県といえます。

当院は、地域がん診療連携拠点病院に指定されており、沖縄県の大腸がんの死亡率の低下を目指して、昨年より院内で取り組みを始めました。外来通院中の生活習慣病やがんの経過観察中の患者さんに、大腸がん検診のチラシを配り、自身および身内の方の検診受診を呼

沖縄県の大腸がん 75歳未満年齢調整死亡率

2014年 女性 全国ワースト1 🐼

都道府県別 年齢調整死亡率 2014年[女性, 75歳未満]

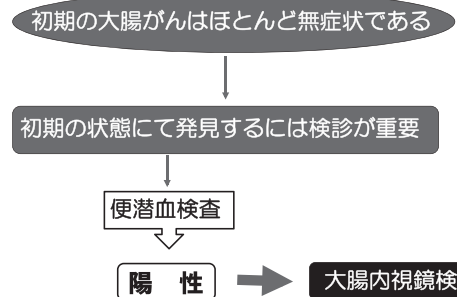


び掛けています。今後は、かかりつけ医へ通院中の患者さんへの呼びかけも含め、医師会、那覇市とも協力を計り、取り組みを進めていく予定です。

本日参加された皆様は、健康意識が高い方と思われていますが、自身を含めて、周りの方への大腸がん検診受診の呼びかけをお願いします。

早期発見で大腸がんから命を守りましょう！

大腸がんのスクリーニング



大腸がんの症状

血便
便が細くなる
腹痛
便秘
下痢



初期の段階では、自覚症状はほとんど無いことが多い！

本日ご参加の皆様へお願い

皆様、周りの方
40歳以上の方で
・生活習慣病を患っている
・がんの既往歴がある
・近親者にがんの家族歴がある

明日からできる取り組み！

↓

大腸がん検診＝便潜血検査の受診の呼びかけ
陽性者への精密検査受診の呼びかけ

「検便で 早期発見 大腸がん」



沖縄県保健医療部 保健衛生統括監
糸数 公

平成 25 年 2 月に公表された 2010 年の都道府県別生命表において、沖縄県の平均寿命の都道府県順位が女性 3 位、男性 30 位といずれも順位を落とした。特に、それまで 1 位を保っていた女性が、初めて 3 位に転落した衝撃は大きく、県内の幹線道路をもじって「330（さんさんまる）ショック」と呼ばれている。

順位は落としたものの、沖縄県の平均寿命は伸び続けている。ただ、その伸びが他県と比べて鈍くなっており、その要因としては、20～64 歳のいわゆる働き盛り世代の死亡率が全国に比べて高いことにある。県では、この世代の死亡率を将来的に減少させることによって 2040 年には再び日本一の座を取り戻そうと取り組んでいるが、その鍵を握る疾患のひとつが大腸がんである。

現在、沖縄県における死因の第 1 位はがん（悪性新生物）であるが、部位別にみると、大腸がんが男性で 2 位、女性では 1 位であり、75 歳以下の死亡率を経年的に見ると、全国では減少しつつあるのに対して、沖縄県は横ばい～増加傾向にある。また、大腸がんと診断されてから 5 年後の生存率（5 年相対生存率）を計

算すると、全国が 72.1%であるのに対し、本県は 63.6%と低くなっており、診断された時にすでに病期が進んでいる例が多いこと等が影響していると考えられている。大腸がんは、年齢的には 40 歳を超えた頃から大腸がんにかかる人が増え始め、50 代、60 代で急激に増加するため、県民の「早世」の原因となっている可能性が高い。

大腸がんの予防については、「赤身肉・保存肉やアルコールの摂取量を少なくし、たばこをやめましょう。また、野菜をたくさん摂り、定期的に運動をするように心がけましょう」（がんになる人 ならない人 科学的根拠に基づくがん予防、津金昌一郎）ということが提唱されているが、その一方、「年齢が現時点で最大の予測因子」という意見もあるため、この世代の県民の多くが、大腸がん検診を受けることが重要である。

大腸がん検診については、検便による潜血検査（免疫法）が、死亡率減少の効果があり、かつ不利益を被る可能性も少ないため、市町村や職場で行うがん検診に限らず、人間ドック等においても採用されている。ところが、市町村で行われる大腸がん検診の受診率は 11.7%で全国の 19.2%を下回っている。また、精密検査が必要と判定された人のうち、受診したことが確認できた人は 56.2%（全国 65.9%）という状況である。未受診の原因として「がん検診の必要性を感じない」、「受診する時間がない」という意見が挙げられており、がん検診の重要性について県民の意識を高める取組みが求められている。

「がん相談支援センター
～あなたの身近な相談場所として～」



沖縄県立中部病院 がん相談支援センター
がん専門相談員 副看護師長 島袋 幸代

がん相談支援センターはがんに関する相談窓口です。がんの治療や療養生活全般に関する相談をお受けし、情報の提供や不安を解消するためのお手伝いをさせていただくところです。患者さんやご家族、大切な方、どなたでも無料でご利用いただけます。がん相談支援センターは全国すべてのがん診療拠点病院に設置されており、沖縄県では、琉球大学医学部附属病院、沖縄県立中部病院、那覇市立病院、沖縄県立宮古病院、沖縄県立八重山病院、北部地区医師会病院の6施設に設置されています。その施設に通院されていない方でもご利用して頂けます。相談の方法は面談や電話があり、専門の研修を受けたソーシャルワーカーや看護師などが相談員として対応しています。

相談の中でも大腸がんに関する相談はどの施設でも多く、医療に関する情報や日常生活について、医療者や家族との関係性などさまざまな内容があります。大腸がんは、早期発見・早期治療で完治できると言われています。“便に血が混じっている”“がん検診で再検査の通知があり不安でたまらない”“がんの疑いがあり、大きな病院で検査するように言われたがどこに行ったらよいかわからない”など情報の不足による不安もあると思います。そのような時には

「がん相談支援センター」があることを思い出してください。私は、相談された方に合った“向き合い方”を考えていくお手伝いをすることが大切だと考えています。ご相談いただいた内容が、相談された方の同意なしに他者に知られることはありません。また『匿名』での相談も可能です。安心してご相談していただきたいと思っています。

がんと診断されると、ショックで頭が真っ白になることがあります。短い期間で治療方針を決めなければいけないのが現状です。何をどうしたらいいのかわからない、治療や療養生活に対する不安、医療費の負担を減らしたい、治療を続けながら働きたい、など疑問や不安を感じた時には一人で悩まず、お気軽にご相談ください。また、同じ体験をされた患者会への参加もお勧めします。あなたの身近な相談場所として、がん相談支援センターをご利用ください。



意見交換会

○白井理事 本日はありがとうございます。フォーラムのご感想をお一人ずつ頂けますでしょうか。

○増田先生



これまでも何度か伺っていますが、3名の先生の発表はわかりやすく良かったと思います。持ち時間が短く、豊富な内容ということもあり、まとめるのに

苦労されたと思います。質疑応答では、明らかに誤解した質問票がその一部にあったので、それは出しませんでした。全体的にくだけすぎたかなと思っています。申し訳ありません。

○白井理事 今回の先生のご判断は適確だったと思います。前向きなメッセージを持ち帰っていただくことが大切かと思ひます。

○宮里先生 こういう機会を設けて頂いてありがとうございます。大腸がんについては以前から課題ではありますが、医療者も危機感を持っています。それを共有していくことが大事だと思います。増田先生を中心にがん拠点病院で取り組みを始めていますが、それを組織してやっていくことと、当院でも明日からできることをやっていこうということで、かかりつけの主治医から呼びかけするようなことを考えています。

先ほどの質問にも繋がりますが、実際の2次検診の体制づくりを内視鏡会とやって精度管理の診断や手技に関しても体制を整えていく必要があると思ひます。

大腸がんの場合は外科が化学療法も兼ねることも多いので医療のレベルも管理していく取り組みを始めています。全体の意識を共有する場にできれば良いかなと思ひます。

○増田先生 補足ですが、今回は宮里先生が上手に纏めて頂きました。

講演会等では、ごく一部ではありますが、医師会や医療者に対して誤解されている方がいますが、このような方の質問を全く無視するわけにもいきません。今回の技術の差の問題は、宮里先生が上手に回答してくれました。そういうこともしっかり受け止めて回答すると、「医師会はこのような質問も嫌がらずに、しっかり回答してくれる」と感じてくださいます。昨今では、今回のようにしっかり認める方が医師会や団体の印象が良くなると思ひます。

○宮里達也常任理事



宮里先生がスポーツ選手にも差があるように例えて回答したのはそういう意味だったわけですね。

○宮里先生 質問の中に「検査による疼痛がきつかった」とか「見落としではないか」などという手技に対する不満を訴える質問があったので、それに回答する意味でお話ししました。

○増田先生 私ではなくて宮里先生が上手に回答してくれました。しっかり受け止めた上で回答したので医師会としても良かったのではないかなと思ひます。

○白井理事 話しは変わりますが、去年の那覇市のがん検診の検診率が落ちています。先生方もご存知でしょうが、いかがでしょうか。

○宮里先生 先日、那覇市保健所の仲宗根先生とミーティングを持った時には補助金が無くなった後の落ち込みが激しいと言っていました。内閣府が全国的なデータを取った時には料金の問題ではないようでしたが、全国的なNPO団体の沖縄県のアンケートのデータでは、資金的な問題がある程度のウェートを占めていると出ています。ただ、一つ問題なのは補助があるから検診を受けている方は毎年検診を受け

ている方かもしれないです。組織として啓発をする場合はそういう人たちも大切ですが、全く検診を受けたことが無い人達や便潜血検査がわからない人達が課題だと思います。医療者だけではなく、今日いらした方にも意識を広く共有して頂きたいと思います。

○増田先生 これまでの報告では、費用負担を改善しても受診率は上らないというエビデンスがあります。沖縄の地域性が有ると思いますが、エビデンスベースでいうと、休日や夜間検診があると検診率が上る、アクセスが良くなると上るようです。

○糸数先生 県の立場で、現在、健康長寿復活のための取組みを展開していますが、働き盛り世代の死亡率が減少していないため、次の平均寿命公表の際に、前回よりもさらに順位を下げる可能性があります。これまでの取組みに加えて、死亡率を改善させるために新しいターゲットが必要になり、まさに大腸がん対策がそれにあたります。今日は、大腸がんによる死亡が県民全体の健康にとって大きな負荷となっているということを伝えたくてお話をしたつもりです。早期発見のための検便が非常に費用対効果が良いため、検診を活用してもらって、これで救える命があるということを目指していくべきだと思います。実際には、市町村で特定健診特定保健指導をやっているためにがん対策に手が回らず、ハイリスク者のフォローができないという話も耳にしますので、もう少しがん検診に注力できる体制を作っていきたいと思います。質疑応答では、ライブのように調べもせずに回答した場面もありましたが、座長の増田先生が上手く流れを作って頂いたので話ができました。いい機会を与えて頂き、ありがとうございました。

○宮里達也常任理事 北部地区医師会病院は1日に約10例ぐらいまでだと言っていました。

○糸数先生 人間ドックの健診をしているところではなかなか入れないと聞いたこともあります。

○宮里達也常任理事 施設能力はあると思います。全員出来るかというのは難しいと思う。

○宮里先生 大腸内視鏡については、開業医でもできる場所が増えていきますので、殺到するとパンクするかという状況にはならないと思いますが、逆にそういう状況になればその次の対策をすればいいと思います。まだそういう状況にありませんので、お互いにとってWin-Winの関係ですから検査する側も良いですし、患者さんにとって良い、県にとっても良い、これは嬉しい悲鳴ととっていいんじゃないですか。

○本竹理事



昔、乳癌検診をやっていましたが、ほとんどリピーターなんです。大腸もそうだろうと思いますが、リピーター以外の人をどうするかが一番の問題で、拠点

病院でも地域に入って行って啓発しないといけないと思います。市町村の首長含めてやっていかないとダメだろうと思っています。当院では今うるま市長と話し合いを持ちたいと考えています。糸数先生を助けるわけじゃないですけど、あまりにも県に依存する沖縄県の市町村の体質があるので、地域の拠点病院がそれぞれの市町村に入っていけないと、保健医療部だけではなかなか結果が出ないと思います。

○白井理事 サポートすると患者さんも助かると思いますし、医療側も忙しい中で丁寧な説明が必要ですが、カバーできない部分も絶対ありますので、重要な立場だと思います。島袋さんいかがですか。

○島袋氏 今回、質問にも出ていましたが、「がん相談支援センターがある病院で手術したのですが、がん相談支援センターがあるなんて知らなかった」という声もありました。このような機会を与えて頂いて有り難いと思っています。ただ、自分達で全部できるかというところ難しいので、チーム皆で補える環境をつくって中部病院も取り組んでいるところです。充実させていかないといけないと感じています。

やはり地域との連携が大事で、病院から自宅に戻られますが、戻った後のことを見据えてサポートする必要があると思います。入院してもスムーズに帰れるようなこともサポートしていければと思っています。今回大変勉強になりました。ありがとうございました。

○本竹理事 今回、広報委員会で宮里先生を推薦しましたが、先ほど増田先生が「くだけた」と言っていました、良くわかっている人しか、くだけた表現はできないと思います。くだけた話をしないとオーディエンスは食いついてこないし、非常に良い講演だったと思います。そういう意味では非常にプロフェッショナルだと思います。ありがとうございました。

○安里会長



本竹理事が仰いましたように、素晴らしい講演でした。来場者に如何に伝えるか、質疑応答に関しても、増田先生を始め素晴らしいディスカッションだったと思います。

大腸がんは加齢とともに出現すると言われていますが、沖縄県の65歳未満の大腸がんの死亡率はどの年代でも上位5位以内です。そういう意味で65歳未満の健康状態の悪化の一因になっていると思っています。地区医師会を通してかかりつけ医に協力して頂くことも一つですが、市町村への協力も一つかと感じました。

それから、大腸ファイバーは5年に1度で良いとの話がありましたが、当院でもドクターが毎年大腸ファイバーをやっている人がいます。やるべき方はしっかりやって効率的にやる必要があると思います。がんの主な部位別死亡数として大腸がんが女性1位男性2位ですから、これをどう戦略していくか、医師会でも大きな課題と思っています。皆さんとスクラムを組んでやっていきたいと思っています。よろしくお願い致します。

○白井理事 最後に琉球新報社よりご感想いただけますでしょうか。

○新垣氏（琉球新報社）



今回も聴衆の方が満足いただろうなと思います。がんの話題だと深刻なイメージですが、時折笑いがあって、ストレートに入ってきたと思います。難しい言葉

葉だとずっと緊張した雰囲気になりますが良かったと思います。マスコミでも報道してきましたが、浸透しきれていないと再度認識できました。受診率の問題がありますが、弊社でも300人ぐらい社員がいますが、受けなかった社員が4人いてみんなですっとフォローしてやっと0にできました。事あるごとにそういう報道をしていくことと、男女で1位と2位というのは非常に酷い数字だと思います。改善するには検診をどのように受けて頂くかだと思いますので新聞社も協力していきたいと思っています。今日は生活担当の記者も来ていましたので、彼女たちと打合せしてしっかり纏めたいと思います。今日の内容は26日の朝刊に掲載されます。よろしくお願いいたします。

○本竹理事 一般の人が県庁のHPを開けて読む人は少ないと思いますので、やはり新聞だと思います。小さい欄でもいいので、沖縄県の健康関連を継続して載せて頂ければインパクトがあると思いますので、よろしくお願い致します。

○白井理事 ではお時間となりました。本日は皆さんありがとうございました。



沖縄県医師国民健康保険組合からのお知らせ

■医師国保組合とは

沖縄県医師国民健康保険組合は、国民健康保険法に基づき、国民健康保険を行う目的で昭和49年10月に設立された公法人で、沖縄県内で医業関係のお仕事に従事されている方を組合員とした「国民健康保険組合」です。



■加入対象者について

- ・医師 … 沖縄県医師会会員で医業に従事しており、社会保険等に参加していない方。
(※開業医、勤務医等は問いません。詳しくは事務局までご連絡下さい。)
- ・家族 … 医師、従業員組合員と住民票が同一で社会保険等に参加していない方。
- ・従業員 … 医師組合員が開設する医療機関に勤務する従業員の方。

■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医 師	26,500	3,100	3,600	33,200	398,400
家 族	7,500	3,100	3,600	14,200	170,400
従業員	8,500	3,100	3,600	15,200	182,400

※介護分(介護保険料)は40歳から発生し、64歳までは組合で徴収します。
65歳からは市町村へ納付することになります。

■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

- 半日人間ドック助成事業 … 半日人間ドックの受診費用を一部助成します。
- インフルエンザ予防接種助成事業 … 予防接種の接種費用を一部助成します。
- 宿泊助成事業 … 県内ホテルへ宿泊された場合、宿泊費用の一部を助成します。
- 育児支援事業 … 出産された被保険者の方へ、育児支援本を1年間提供します。

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

沖縄県医師国民健康保険組合

住 所：南風原町字新川218-9
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
事務局：高良、與那嶺まで



沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 安里 哲好

記

本会では、沖縄県交通遺児健全育成資金造成の為、沖縄県歯科医師会、沖縄県薬剤師会、沖縄県看護協会と協力して募金活動を行っております。

この度、平成 28 年度の募金がまとまりましたので、去る 2 月 21 日（火）に下記のとおり沖縄県交通遺児育成会へ募金を贈呈して参りました。同育成会への募金は、チャリティー写真展を開催した平成 2 年度から平成 11 年度までの 10 年間、その売上金を寄付しておりましたが、写真展終了後の平成 12 年度からは会員施設に募金箱を設置頂き、集めた募金を贈呈しております。今年度も経済情勢が厳しい中、皆さまの温かいご支援により 733,962 円の寄付ができました。4 団体からの贈呈は今年度で 27 回目となり、これまでの募金額は 18,951,760 円となっております。

募金にご協力いただきました会員の皆様へ厚く感謝申し上げます。

同育成会では、個人をはじめ県内外の企業・団体・学校・賛助会員など多くの方々から頂いた寄付を交通遺児の学業支援に毎年給付しております。平成 28 年には、県内に通う交通遺児の小学生から大学生ら合計 103 人に学業支援として奨学・育成金が給付され、激励金、見舞金を含めると延べ 137 人に対し総額 9,940,000 円が給付されております。

本会におきましては、今後も交通遺児育成募金事業を継続いたしますので、募金箱の設置について引き続きご協力をお願い致します。

また、募金箱を設置していない医療機関においては、是非ともこの主旨にご賛同いただき、募金箱の設置について本会事務局へご連絡下さいますようお願い申し上げます。

沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日 時 平成 29 年 2 月 21 日（火）午後 1 時半～

場 所 琉球新報社（9 階 社長室）

出席者

沖縄県医師会会長	安里 哲好
沖縄県歯科医師会会長	比嘉 良喬
沖縄県薬剤師会会長	亀谷 浩昌
沖縄県看護協会会長	仲座 明美

募金額	沖縄県医師会	583,962 円
	沖縄県歯科医師会	50,000 円
	沖縄県薬剤師会	50,000 円
	沖縄県看護協会	50,000 円
合 計		733,962 円



左より、真境名勉副会長（歯科医師会）、小生 富田詢一理事長（交通遺児育成会）、亀谷浩昌会長（薬剤師会）
仲座明美会長（看護協会）

第 43 回沖縄県学校保健・学校医大会

理事 白井 和美



第 43 回沖縄県学校保健・学校医大会

一会次第一

日 時：平成 29 年 2 月 23 日（木）19：00～20：30
場 所：沖縄県医師会館 3 階ホール

司会：沖縄県医師会理事 白井 和美

1. 開 会

座長：沖縄県小児科医会会長 呉屋 良信 先生

2. 報 告

「運動器検診実施後のアンケート結果報告」

南城市立大里中学校養護教諭 平良ひろの 先生

3. 講 演

「運動器検診について」

沖縄こどもとおとなの整形外科院長
久光淳士郎 先生

4. 質疑応答

5. 閉 会

学校での運動器検診について

沖縄こどもとおとなの整形外科 院長

久光淳士郎



平成 28 年度より小学校、中学校、高校の内科検診に運動器検診が加わりました。従来はこの領域の検診は側弯症の項目だけでしたが、腰を前後に曲げて痛み

が出ないか、片足立ちでふらつかないか、かかとをつけたまましゃがめるか、肘の曲げ伸ばしに問題がないか、両手を挙げた時に腕が耳につくか、など 5 項目が追加されました。

具体的な疾患としては、野球肩、野球肘、脊柱側弯症、腰椎分離症、ジャンパー膝などの運動過多の児童や、体の硬い児童などをイメージしています。『最近の子供はすぐ骨折する』や『転んだ時に手が出ずに頭を打ってしまう』など、

生徒児童に何かが起こっているのでは？という疑問からこの検診が始まったと聞いています。

運動器検診の前に学校から調査票が配られます。調査票は家庭で当てはまる項目に印をつけてもらいます。あらたまってこどもの体の状態を確認することは少ないと思いますので、家庭でも良い機会だと思います。調査項目にチェックが入ると、まず学校で担任や養護教諭が確認し、必要があれば内科検診時に学校医等が確認致します。学校医が確認し、二次検診が必要であれば整形外科専門医を受診するように記入します。二次検診を勧められるのか、経過観察になるのかには基準があり、腰や関節を動かしたり押すと痛みが出る場合や明らかに関節の動きが硬い場合等です。側弯症検診は今までも行われていましたが、左右の肩の高さの違いや、

前屈した時に背骨が左右に曲がっているかなどです。ただし現在整形外科を受診している生徒は除かれます。

日本全国の学校（対象生徒は約 1,300 万人）にアンケート調査を行った結果、平成 28 年度に学校医が二次検診の受診を勧めた生徒は全生徒の 2.2% でした。このうち整形外科専門医の診察で学業に支障があると診断されたのは全生徒の 0.11% でした。一番多かったのは脊柱側弯症でした。驚くべき事に、この中には发育性股関節形成不全（先天性股関節脱臼）、ペルテス病や大腿骨頭すべり症なども少数ですが診断されています。まだ始まったばかりですので、今度この検診がどのように有効活用されるのか、期待したいところです。

印象記

理事 白井 和美

今回は、昨年の学校検診から新たに追加された運動器検診について取り上げた。

沖縄県養護教諭研究会のアンケートでは、やはり、導入初年度のため検診の周知に関する問題点を中心に指摘があった。次に、整形外科専門医の久光先生が講演された。日本臨床整形外科学会運動器検診後受診アンケートの結果報告では、1 医療機関あたりの検診後精査受診者数は、10 名以下が大多数を占め、外来対応力について、余力はまだ十分にあるとのご説明だった。疾患としては、側弯が突出して多い傾向は従来通りだが、先天性股関節脱臼が 20 例発見されたことには驚いた。事後措置は、指導観察と異常なしでほとんどが占められていた。運動器検診実施時に、従来の検診と所要時間に変化がなかった学校の工夫が紹介された。その内容は事前の周到な準備、学校医との連携、児童生徒への十分な指導と、これまでの検診に臨む態度と同じものであった。座長からは、学校検診では学校長が中心的役割を担い、全職員参加で、養護教諭はコーディネーター業務に従事できる環境の整備が望ましいとの意見が述べられた。

フロアからの質問は、地区での問題点も上がったが、養護教諭の現場での苦悩を感じさせる問題提議や、「この検診をすれば本当に怪我が少なくなるのか？」といった、検診方法そのものへの疑問など多岐に渡った。

これに関連して、県医師会学校保健常務理事会では、今後、整形外科の先生方のご協力を得ながら、県内で統一した運動器検診問診票の作成に取り組む予定だ。先生方のお役に立つ取り組みとなる様、頑張りたい。

沖縄県医師会 医療従事者喫煙状況調査の結果から

常任理事 宮里 達也



喫煙の健康に及ぼす大きさから、喫煙対策は健康づくり事業において最も大きな事項である。

沖縄県医師会としても、65歳未満の死亡率低減を大きな目標に掲げ、各種啓発活動を行っているところであるが、たばこ問題は其中でも重要な事項の一つである。

特に、人々の健康に直接関わる医療従事者の喫煙状況の改善は看過できない重要な問題であることから、平成16年度において、沖縄県内における医療従事者の喫煙状況の大規模調査を行った。

それを受け、10年後の平成27年度において、各関係施設の協力のもと、平成16年度と同様の調査を行い比較することとした。今回の回収率は81.5%であった。

我が国における喫煙対策としては、平成18年4月から「ニコチン依存症患者に対する医療行為（ニコチン依存症指導管理料）」として保険導入された。平成22年には健康日本21（第1次～第2次）における受動喫煙の防止、未成年者の喫煙防止対策等の取り組みにより、日本全国において禁煙・分煙の取り組みが拡大し、一定の前進が見られているのも事実であるが、社会全体において更に禁煙対策を推進する必要があると求められている。

沖縄県においては、喫煙率は年々減少しており県民の禁煙志向の高まりは伺えるが、依然として喫煙者の割合は、男性33.5%、女性7.7%

と無視できない高率となっており、特に、妊婦の喫煙率は8.7%と、少子化の時代において極めて大きな問題を孕んでいる（数値は「健康おきなわ21（第2次）」を参照）。

本調査では、各職種別、地域別、男女別の統計が取られており、今後の対策に有益な情報を提供するものと考えている。

○調査結果（概要）

医療従事者喫煙状況調査の全体の結果として、喫煙者の割合が平成16年度の19%と比較し、平成27年度は10%と、9%の改善が見られた。職種別の内訳については、保健師・助産師の喫煙率が0.4%と喫煙者の割合が最も少なく、その他職種においても喫煙率は減少している結果となった。

医師については、喫煙者の割合が平成16年度の13%と比較し、平成27年度は7%と、6%の改善が見られた。その中でも、女性医師については、409名からの回答中、喫煙者は0名との結果となった。

看護師・准看護師については、喫煙者の割合が平成16年度の20%と比較し、平成27年度は9%と、11%の改善が見られた。男性看護師・准看護師の結果については、喫煙者の割合が平成16年度の42%と比較し、平成27年度は26%と、16%の改善が見られた。

保健師・助産師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 4% と比較し、平成 27 年度は 0.4% と、3.6% の改善が見られた。その中でも、男性保健師については、15 名からの回答があり、喫煙者は 0 名との結果となった。

検査技師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 11% と比較し、平成 27 年度は 7% と、4% の改善が見られた。男性検査技師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 30% と比較し、平成 27 年度は 19% と、11% の改善が見られた。

放射線技師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 39% と比較し、平成 27 年度は 18% と、21% の改善が見られた。女性放射線技師については、77 名からの回答があり、喫煙者は 0 名との結果であった。

栄養士については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 6% と比較し、平成 27 年度は 3% と、3% の改善が見られた。女性栄養士については、252 名からの回答があり、喫煙者は 1 名との結果であった。

薬剤師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 9% と比較し、平成 27 年度は 6% と、3% の改善が見られた。女性薬剤師については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 1% と比較し、平成 27 年度は 2% と、1% の増加が見られた。今回の調査で唯一増加が示された職種であった。

理学療法士・作業療法士・介護福祉士については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 26% と比較し、平成 27 年度は 18% と、8% の改善が見られた。男性理学療法士・作業療法士・介護福

祉士については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 41% と比較し、平成 27 年度は 27% と、14% の改善が見られた。

事務職については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 12% と比較し、平成 27 年度は 8% と、4% の改善が見られた。男性事務職については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 35% と比較し、平成 27 年度は 21% と、14% の改善が見られた。

その他職種については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 22% と比較し、平成 27 年度は 16% と、6% の改善が見られた。男性のその他職種については、喫煙者の割合が平成 16 年度の 41% と比較し、平成 27 年度は 29% と、12% の改善が見られた。

○まとめ

現在の沖縄県の医療機関における全医療従事者の喫煙率は、平成 16 年度は喫煙者が 19% であったが、平成 27 年度は喫煙者が 10% に減少している。また、男女別の喫煙者の割合は、平成 16 年度は男性 34%、女性 12% であったが、平成 27 年度は男性 21%、女性 6% に減少している。

しかしながら、医療従事者の 10 人に 1 人は喫煙者であり、未だ解決が求められる重要な問題であることに変わりはない。特に医療現場における喫煙が、どこでどういう状況で喫煙がなされているか、副流煙の影響や患者に目撃される状況にないか等、懸念される事項も多々あると思われる。

今後とも、医療従事者自身への禁煙への働きかけが、より一層重要になると考える。

なお、各種生データについては、そのまま後掲することとした。

○全体

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計			
17,122	非喫煙者総数	13,919	81%	男性 3,463
				女性 10,456
	喫煙者総数	3,203	19%	男性 1,799
				女性 1,404

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計			
24,624	非喫煙者総数	22,044	90%	男性 6,170
				女性 15,874
	喫煙者総数	2,580	10%	男性 1,656
				女性 924

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	5,262	非喫煙者	3,463	66%
		喫煙者	1,799	34%
女性	11,860	非喫煙者	10,456	88%
		喫煙者	1,404	12%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	7,826	非喫煙者	6,170	79%
		喫煙者	1,656	21%
女性	16,798	非喫煙者	15,874	94%
		喫煙者	924	6%

【職種別内訳】

(平成 16 年度)

医師	1,311	非喫煙者	1,137	87%
		喫煙者	174	13%
看護師 准看護師	6,920	非喫煙者	5,549	80%
		喫煙者	1,371	20%
保健師 助産師	136	非喫煙者	130	96%
		喫煙者	6	4%
検査技師	382	非喫煙者	340	89%
		喫煙者	42	11%
放射線技師	240	非喫煙者	147	61%
		喫煙者	93	39%
栄養士	218	非喫煙者	206	94%
		喫煙者	12	6%
薬剤師	229	非喫煙者	208	91%
		喫煙者	21	9%
理学療法士 作業療法士 介護福祉士	1,062	非喫煙者	788	74%
		喫煙者	274	26%
事務職	2,621	非喫煙者	2,295	88%
		喫煙者	326	12%
その他	4,003	非喫煙者	3,119	78%
		喫煙者	884	22%

(平成 27 年度)

医師	2,203	非喫煙者	2,059	93%
		喫煙者	144	7%
看護師 准看護師	9,328	非喫煙者	8,513	91%
		喫煙者	815	9%
保健師 助産師	449	非喫煙者	447	99.6%
		喫煙者	2	0.4%
検査技師	623	非喫煙者	578	93%
		喫煙者	45	7%
放射線技師	387	非喫煙者	318	82%
		喫煙者	69	18%
栄養士	278	非喫煙者	269	97%
		喫煙者	9	3%
薬剤師	317	非喫煙者	297	94%
		喫煙者	20	6%
理学療法士 作業療法士 介護福祉士	2,731	非喫煙者	2,238	82%
		喫煙者	493	18%
事務職	4,296	非喫煙者	3,966	92%
		喫煙者	330	8%
その他	4,012	非喫煙者	3,359	84%
		喫煙者	653	16%

○医師

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
1,311	非喫煙者総数	1,137	87%	男性	994
				女性	143
	喫煙者総数	174	13%	男性	170
				女性	4

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
2,203	非喫煙者総数	2,059	93%	男性	1,650
				女性	409
	喫煙者総数	144	7%	男性	144
				女性	0

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	1,164	非喫煙者	994	85%
		喫煙者	170	15%
女性	147	非喫煙者	143	97%
		喫煙者	4	3%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	1,794	非喫煙者	1,650	92%
		喫煙者	144	8%
女性	409	非喫煙者	409	100%
		喫煙者	0	0%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

北部地区 医師会	83	非喫煙者	75	90%
		喫煙者	8	10%
中部地区 医師会	378	非喫煙者	325	86%
		喫煙者	53	14%
浦添市 医師会	109	非喫煙者	99	91%
		喫煙者	10	9%
那覇市 医師会	368	非喫煙者	329	89%
		喫煙者	39	11%
南部地区 医師会	298	非喫煙者	251	84%
		喫煙者	47	16%
宮古地区 医師会	36	非喫煙者	25	69%
		喫煙者	11	31%
八重山地区 医師会	39	非喫煙者	33	85%
		喫煙者	6	15%

(平成 27 年度)

北部地区 医師会	87	非喫煙者	80	92%
		喫煙者	7	8%
中部地区 医師会	871	非喫煙者	810	93%
		喫煙者	61	7%
浦添市 医師会	270	非喫煙者	252	93%
		喫煙者	18	7%
那覇市 医師会	703	非喫煙者	668	95%
		喫煙者	35	5%
南部地区 医師会	143	非喫煙者	128	90%
		喫煙者	15	10%
宮古地区 医師会	86	非喫煙者	83	97%
		喫煙者	3	3%
八重山地区 医師会	43	非喫煙者	38	88%
		喫煙者	5	12%

○看護師・准看護師

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計			
6,920	非喫煙者総数	5,549	80%	男性 717
				女性 4,832
	喫煙者総数	1,371	20%	男性 524
				女性 847

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計			
9,328	非喫煙者総数	8,513	91%	男性 1,120
				女性 7,393
	喫煙者総数	815	9%	男性 385
				女性 430

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	1,241	非喫煙者	717	58%
		喫煙者	524	42%
女性	5,679	非喫煙者	4,832	85%
		喫煙者	847	15%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	1,505	非喫煙者	1,120	74%
		喫煙者	385	26%
女性	7,823	非喫煙者	7,393	95%
		喫煙者	430	5%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計			
北 部	366	非喫煙者	251	69%	男性 27
					女性 224
		喫煙者	115	31%	男性 42
					女性 73
中 部	2,268	非喫煙者	1,860	82%	男性 155
					女性 1,705
		喫煙者	408	18%	男性 141
					女性 267
浦添市	637	非喫煙者	522	82%	男性 64
					女性 458
		喫煙者	115	18%	男性 41
					女性 74
那覇市	1,592	非喫煙者	1,320	83%	男性 104
					女性 1,216
		喫煙者	272	17%	男性 102
					女性 170
南 部	1,705	非喫煙者	1,317	77%	男性 356
					女性 961
		喫煙者	388	23%	男性 194
					女性 194
宮 古	195	非喫煙者	164	84%	男性 8
					女性 156
		喫煙者	31	16%	男性 3
					女性 28
八重山	157	非喫煙者	115	73%	男性 3
					女性 112
		喫煙者	42	27%	男性 1
					女性 41

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計			
644	非喫煙者	579	90%	男性 88
				女性 491
	喫煙者	65	10%	男性 27
				女性 38
3,454	非喫煙者	3,135	91%	男性 366
				女性 2,769
	喫煙者	319	9%	男性 152
				女性 167
1,080	非喫煙者	960	89%	男性 120
				女性 840
	喫煙者	120	11%	男性 60
				女性 60
2,971	非喫煙者	2,763	93%	男性 376
				女性 2,387
	喫煙者	208	7%	男性 100
				女性 108
719	非喫煙者	644	90%	男性 127
				女性 517
	喫煙者	75	10%	男性 41
				女性 34
276	非喫煙者	270	98%	男性 33
				女性 237
	喫煙者	6	2%	男性 4
				女性 2
184	非喫煙者	162	88%	男性 10
				女性 152
	喫煙者	22	12%	男性 1
				女性 21

○保健師・助産師

【総数】

(平成 16 年度)

人数		非喫煙者・喫煙者統計			
136	非喫煙者総数	130	96%	男性	6
				女性	124
	喫煙者総数	6	4%	男性	2
				女性	4

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
449	非喫煙者総数	447	99.6%	男性	15
				女性	432
	喫煙者総数	2	0.4%	男性	0
				女性	2

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	8	非喫煙者	6	75%
		喫煙者	2	25%
女性	128	非喫煙者	124	97%
		喫煙者	4	3%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	15	非喫煙者	15	100%
		喫煙者	0	0%
女性	434	非喫煙者	432	99.5%
		喫煙者	2	0.5%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	12	非喫煙者	12	100%	男性	4
					女性	8
		喫煙者	0	0%	男性	0
					女性	0
中 部	42	非喫煙者	39	93%	男性	1
					女性	38
		喫煙者	3	7%	男性	1
					女性	2
浦添市	8	非喫煙者	7	88%	男性	0
					女性	7
		喫煙者	1	13%	男性	0
					女性	1
那覇市	21	非喫煙者	20	95%	男性	1
					女性	19
		喫煙者	1	5%	男性	1
					女性	0
南 部	46	非喫煙者	45	98%	男性	0
					女性	45
		喫煙者	1	2%	男性	0
					女性	1
宮 古	3	非喫煙者	3	100%	男性	0
					女性	3
		喫煙者	0	0%	男性	0
					女性	0
八重山	4	非喫煙者	4	100%	男性	0
					女性	4
		喫煙者	0	0%	男性	0
					女性	0

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
21	非喫煙者	21	100%	男性	0
				女性	21
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0
194	非喫煙者	194	100%	男性	4
				女性	190
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0
25	非喫煙者	23	92%	男性	0
				女性	23
	喫煙者	2	8%	男性	0
				女性	2
147	非喫煙者	147	100%	男性	8
				女性	139
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0
37	非喫煙者	37	100%	男性	0
				女性	37
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0
13	非喫煙者	13	100%	男性	1
				女性	12
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0
12	非喫煙者	12	100%	男性	2
				女性	10
	喫煙者	0	0%	男性	0
				女性	0

○検査技師

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
382	非喫煙者総数	340	89%	男性	87
				女性	253
	喫煙者総数	42	11%	男性	38
				女性	4

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
623	非喫煙者総数	578	93%	男性	192
				女性	386
	喫煙者総数	45	7%	男性	44
				女性	1

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	125	非喫煙者	87	70%
		喫煙者	38	30%
女性	257	非喫煙者	253	98%
		喫煙者	4	2%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	236	非喫煙者	192	81%
		喫煙者	44	19%
女性	387	非喫煙者	386	99.7%
		喫煙者	1	0.3%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	14	非喫煙者	14	100%	男性	7
					女性	7
		喫煙者	0	0%	男性	0
					女性	0
中 部	98	非喫煙者	86	88%	男性	27
					女性	59
		喫煙者	12	12%	男性	10
					女性	2
浦添市	38	非喫煙者	35	92%	男性	10
					女性	25
		喫煙者	3	8%	男性	3
					女性	0
那覇市	85	非喫煙者	80	94%	男性	8
					女性	72
		喫煙者	5	6%	男性	5
					女性	0
南 部	133	非喫煙者	115	86%	男性	32
					女性	83
		喫煙者	18	14%	男性	16
					女性	2
宮 古	9	非喫煙者	6	67%	男性	2
					女性	4
		喫煙者	3	33%	男性	3
					女性	0
八重山	5	非喫煙者	4	80%	男性	1
					女性	3
		喫煙者	1	20%	男性	1
					女性	0

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
49	非喫煙者	41	84%	男性	16
				女性	25
	喫煙者	8	16%	男性	8
				女性	0
209	非喫煙者	200	96%	男性	69
				女性	131
	喫煙者	9	4%	男性	8
				女性	1
93	非喫煙者	86	92%	男性	21
				女性	65
	喫煙者	7	8%	男性	7
				女性	0
207	非喫煙者	192	93%	男性	67
				女性	125
	喫煙者	15	7%	男性	15
				女性	0
36	非喫煙者	35	97%	男性	7
				女性	28
	喫煙者	1	3%	男性	1
				女性	0
17	非喫煙者	15	88%	男性	8
				女性	7
	喫煙者	2	12%	男性	2
				女性	0
12	非喫煙者	9	75%	男性	4
				女性	5
	喫煙者	3	25%	男性	3
				女性	0

○放射線技師

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
240	非喫煙者総数	147	61%	男性	123
				女性	24
	喫煙者総数	93	39%	男性	88
				女性	5

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
387	非喫煙者総数	318	82%	男性	241
				女性	77
	喫煙者総数	69	18%	男性	69
				女性	0

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	211	非喫煙者	123	58%
		喫煙者	88	42%
女性	29	非喫煙者	24	83%
		喫煙者	5	17%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	310	非喫煙者	241	78%
		喫煙者	69	22%
女性	77	非喫煙者	77	100%
		喫煙者	0	0%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	16	非喫煙者	8	50%	男性	7
					女性	1
		喫煙者	8	50%	男性	8
					女性	0
中 部	64	非喫煙者	39	61%	男性	31
					女性	8
		喫煙者	25	39%	男性	24
					女性	1
浦添市	25	非喫煙者	16	64%	男性	16
					女性	0
		喫煙者	9	36%	男性	8
					女性	1
那覇市	51	非喫煙者	36	71%	男性	30
					女性	6
		喫煙者	15	29%	男性	15
					女性	0
南 部	71	非喫煙者	44	62%	男性	36
					女性	8
		喫煙者	27	38%	男性	25
					女性	2
宮 古	6	非喫煙者	2	33%	男性	2
					女性	0
		喫煙者	4	67%	男性	4
					女性	0
八重山	7	非喫煙者	2	29%	男性	1
					女性	1
		喫煙者	5	71%	男性	4
					女性	1

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
28	非喫煙者	22	79%	男性	18
				女性	4
	喫煙者	6	21%	男性	6
				女性	0
130	非喫煙者	113	87%	男性	80
				女性	33
	喫煙者	17	13%	男性	17
				女性	0
42	非喫煙者	34	81%	男性	25
				女性	9
	喫煙者	8	19%	男性	8
				女性	0
146	非喫煙者	117	80%	男性	94
				女性	23
	喫煙者	29	20%	男性	29
				女性	0
21	非喫煙者	18	86%	男性	15
				女性	3
	喫煙者	3	14%	男性	3
				女性	0
10	非喫煙者	6	60%	男性	4
				女性	2
	喫煙者	4	40%	男性	4
				女性	0
10	非喫煙者	8	80%	男性	5
				女性	3
	喫煙者	2	20%	男性	2
				女性	0

○栄養士

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
218	非喫煙者総数	206	94%	男性	12	
				女性	194	
	喫煙者総数	12	6%	男性	6	
				女性	6	

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
278	非喫煙者総数	269	97%	男性	18	
				女性	251	
	喫煙者総数	9	3%	男性	8	
				女性	1	

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計					
男性	18	非喫煙者	12	67%	
		喫煙者	6	33%	
女性	200	非喫煙者	194	97%	
		喫煙者	6	3%	

(平成 27 年度)

性別統計					
男性	26	非喫煙者	18	69%	
		喫煙者	8	31%	
女性	252	非喫煙者	251	99.6%	
		喫煙者	1	0.4%	

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計					
北 部	12	非喫煙者	11	92%	男性	0	
					女性	11	
		喫煙者	1	8%	男性	0	
					女性	1	
中 部	78	非喫煙者	72	92%	男性	8	
					女性	64	
		喫煙者	6	8%	男性	5	
					女性	1	
浦添市	20	非喫煙者	19	95%	男性	1	
					女性	18	
		喫煙者	1	5%	男性	0	
					女性	1	
那覇市	50	非喫煙者	49	98%	男性	1	
					女性	48	
		喫煙者	1	2%	男性	0	
					女性	1	
南 部	44	非喫煙者	43	98%	男性	2	
					女性	41	
		喫煙者	1	2%	男性	0	
					女性	1	
宮 古	7	非喫煙者	5	71%	男性	0	
					女性	5	
		喫煙者	2	29%	男性	1	
					女性	1	
八重山	7	非喫煙者	7	100%	男性	0	
					女性	7	
		喫煙者	0	0%	男性	0	
					女性	0	

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
28	非喫煙者	28	100%	男性	2	
				女性	26	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	
95	非喫煙者	90	95%	男性	5	
				女性	85	
	喫煙者	5	5%	男性	5	
				女性	0	
30	非喫煙者	30	100%	男性	1	
				女性	29	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	
94	非喫煙者	90	96%	男性	10	
				女性	80	
	喫煙者	4	4%	男性	3	
				女性	1	
18	非喫煙者	18	100%	男性	0	
				女性	18	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	
5	非喫煙者	5	100%	男性	0	
				女性	5	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	
8	非喫煙者	8	100%	男性	0	
				女性	8	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	

○薬剤師

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
229	非喫煙者総数	208	91%	男性	46	
				女性	162	
	喫煙者総数	21	9%	男性	19	
				女性	2	

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
317	非喫煙者総数	297	94%	男性	83	
				女性	214	
	喫煙者総数	20	6%	男性	15	
				女性	5	

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計					
男性	65	非喫煙者	46	71%	
		喫煙者	19	29%	
女性	164	非喫煙者	162	99%	
		喫煙者	2	1%	

(平成 27 年度)

性別統計					
男性	98	非喫煙者	83	85%	
		喫煙者	15	15%	
女性	219	非喫煙者	214	98%	
		喫煙者	5	2%	

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計					
北 部	11	非喫煙者	9	82%	男性	8	
					女性	1	
		喫煙者	2	18%	男性	2	
					女性	0	
中 部	70	非喫煙者	63	90%	男性	8	
					女性	55	
		喫煙者	7	10%	男性	6	
					女性	1	
浦添市	20	非喫煙者	19	95%	男性	5	
					女性	14	
		喫煙者	1	5%	男性	1	
					女性	0	
那覇市	48	非喫煙者	45	94%	男性	11	
					女性	34	
		喫煙者	3	6%	男性	2	
					女性	1	
南 部	69	非喫煙者	62	90%	男性	13	
					女性	49	
		喫煙者	7	10%	男性	7	
					女性	0	
宮 古	6	非喫煙者	5	83%	男性	1	
					女性	4	
		喫煙者	1	17%	男性	1	
					女性	0	
八重山	5	非喫煙者	5	100%	男性	0	
					女性	5	
		喫煙者	0	0%	男性	0	
					女性	0	

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計					
22	非喫煙者	20	91%	男性	7	
				女性	13	
	喫煙者	2	9%	男性	1	
				女性	1	
125	非喫煙者	115	92%	男性	31	
				女性	84	
	喫煙者	10	8%	男性	8	
				女性	2	
37	非喫煙者	36	97%	男性	12	
				女性	24	
	喫煙者	1	3%	男性	1	
				女性	0	
96	非喫煙者	96	100%	男性	25	
				女性	71	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	
17	非喫煙者	13	76%	男性	5	
				女性	8	
	喫煙者	4	24%	男性	2	
				女性	2	
10	非喫煙者	7	70%	男性	2	
				女性	5	
	喫煙者	3	30%	男性	3	
				女性	0	
10	非喫煙者	10	100%	男性	1	
				女性	9	
	喫煙者	0	0%	男性	0	
				女性	0	

○理学療法士・作業療法士・介護福祉士

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
1,062	非喫煙者総数	788	74%	男性	274
				女性	514
	喫煙者総数	274	26%	男性	190
				女性	84

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
2,731	非喫煙者総数	2,238	82%	男性	979
				女性	1,259
	喫煙者総数	493	18%	男性	357
				女性	136

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	464	非喫煙者	274	59%
		喫煙者	190	41%
女性	598	非喫煙者	514	86%
		喫煙者	84	14%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	1,336	非喫煙者	979	73%
		喫煙者	357	27%
女性	1,395	非喫煙者	1,259	90%
		喫煙者	136	10%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	68	非喫煙者	46	68%	男性	16
					女性	30
		喫煙者	22	32%	男性	16
					女性	6
中 部	416	非喫煙者	332	80%	男性	130
					女性	202
		喫煙者	84	20%	男性	63
					女性	21
浦添市	97	非喫煙者	70	72%	男性	17
					女性	53
		喫煙者	27	28%	男性	18
					女性	9
那覇市	202	非喫煙者	147	73%	男性	53
					女性	94
		喫煙者	55	27%	男性	44
					女性	11
南 部	232	非喫煙者	163	70%	男性	49
					女性	114
		喫煙者	69	30%	男性	39
					女性	30
宮 古	15	非喫煙者	12	80%	男性	3
					女性	9
		喫煙者	3	20%	男性	2
					女性	1
八重山	32	非喫煙者	18	56%	男性	6
					女性	12
		喫煙者	14	44%	男性	8
					女性	6

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
292	非喫煙者	211	72%	男性	88
				女性	123
	喫煙者	81	28%	男性	50
				女性	31
823	非喫煙者	662	80%	男性	280
				女性	382
	喫煙者	161	20%	男性	124
				女性	37
347	非喫煙者	291	84%	男性	114
				女性	177
	喫煙者	56	16%	男性	40
				女性	16
878	非喫煙者	728	83%	男性	367
				女性	361
	喫煙者	150	17%	男性	118
				女性	32
277	非喫煙者	246	89%	男性	95
				女性	151
	喫煙者	31	11%	男性	16
				女性	15
26	非喫煙者	25	96%	男性	18
				女性	7
	喫煙者	1	4%	男性	0
				女性	1
88	非喫煙者	75	85%	男性	17
				女性	58
	喫煙者	13	15%	男性	9
				女性	4

○事務職

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
2,621	非喫煙者総数	2,295	88%	男性	493
				女性	1,802
	喫煙者総数	326	12%	男性	266
				女性	60

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
4,296	非喫煙者総数	3,966	92%	男性	910
				女性	3,056
	喫煙者総数	330	8%	男性	249
				女性	81

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計					
男性	759	非喫煙者	493	65%	
		喫煙者	266	35%	
女性	1,862	非喫煙者	1,802	97%	
		喫煙者	60	3%	

(平成 27 年度)

性別統計					
男性	1,159	非喫煙者	910	79%	
		喫煙者	249	21%	
女性	3,137	非喫煙者	3,056	97%	
		喫煙者	81	3%	

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	177	非喫煙者	158	89%	男性	30
					女性	128
		喫煙者	19	11%	男性	16
					女性	3
中 部	813	非喫煙者	714	88%	男性	146
					女性	568
		喫煙者	99	12%	男性	80
					女性	19
浦添市	225	非喫煙者	199	88%	男性	44
					女性	155
		喫煙者	26	12%	男性	21
					女性	5
那覇市	727	非喫煙者	663	91%	男性	124
					女性	539
		喫煙者	64	9%	男性	52
					女性	12
南 部	510	非喫煙者	424	83%	男性	118
					女性	306
		喫煙者	86	17%	男性	77
					女性	9
宮 古	91	非喫煙者	74	81%	男性	16
					女性	58
		喫煙者	17	19%	男性	13
					女性	4
八重山	78	非喫煙者	63	81%	男性	15
					女性	48
		喫煙者	15	19%	男性	7
					女性	8

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
318	非喫煙者	297	93%	男性	68
				女性	229
	喫煙者	21	7%	男性	13
				女性	8
1,548	非喫煙者	1,426	92%	男性	311
				女性	1,115
	喫煙者	122	8%	男性	90
				女性	32
444	非喫煙者	404	91%	男性	89
				女性	315
	喫煙者	40	9%	男性	31
				女性	9
1,334	非喫煙者	1,236	93%	男性	318
				女性	918
	喫煙者	98	7%	男性	79
				女性	19
368	非喫煙者	345	94%	男性	65
				女性	280
	喫煙者	23	6%	男性	17
				女性	6
144	非喫煙者	133	92%	男性	29
				女性	104
	喫煙者	11	8%	男性	9
				女性	2
140	非喫煙者	125	89%	男性	30
				女性	95
	喫煙者	15	11%	男性	10
				女性	5

○その他

【総数】

(平成 16 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
4,003	非喫煙者総数	3,119	78%	男性	711
				女性	2,408
	喫煙者総数	884	22%	男性	496
				女性	388

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
4,012	非喫煙者総数	3,359	84%	男性	962
				女性	2,397
	喫煙者総数	653	16%	男性	385
				女性	268

【性別】

(平成 16 年度)

性別統計				
男性	1,207	非喫煙者	711	59%
		喫煙者	496	41%
女性	2,796	非喫煙者	2,408	86%
		喫煙者	388	14%

(平成 27 年度)

性別統計				
男性	1,347	非喫煙者	962	71%
		喫煙者	385	29%
女性	2,665	非喫煙者	2,397	90%
		喫煙者	268	10%

【地区別内訳】

(平成 16 年度)

地区	人数	非喫煙者・喫煙者統計				
北 部	375	非喫煙者	255	68%	男性	71
					女性	184
		喫煙者	120	32%	男性	63
					女性	57
中 部	1,506	非喫煙者	1,186	79%	男性	263
					女性	923
		喫煙者	320	21%	男性	161
					女性	159
浦添市	339	非喫煙者	273	81%	男性	65
					女性	208
		喫煙者	66	19%	男性	36
					女性	30
那覇市	712	非喫煙者	570	80%	男性	123
					女性	447
		喫煙者	142	20%	男性	82
					女性	60
南 部	708	非喫煙者	540	76%	男性	129
					女性	411
		喫煙者	168	24%	男性	124
					女性	44
宮 古	198	非喫煙者	185	93%	男性	39
					女性	146
		喫煙者	13	7%	男性	9
					女性	4
八重山	165	非喫煙者	110	67%	男性	21
					女性	89
		喫煙者	55	33%	男性	21
					女性	34

(平成 27 年度)

人数	非喫煙者・喫煙者統計				
344	非喫煙者	271	79%	男性	79
				女性	192
	喫煙者	73	21%	男性	38
				女性	35
1,406	非喫煙者	1,151	82%	男性	293
				女性	858
	喫煙者	255	18%	男性	152
				女性	103
358	非喫煙者	285	80%	男性	78
				女性	207
	喫煙者	73	20%	男性	36
				女性	37
1,368	非喫煙者	1,209	88%	男性	370
				女性	839
	喫煙者	159	12%	男性	103
				女性	56
359	非喫煙者	289	81%	男性	106
				女性	183
	喫煙者	70	19%	男性	46
				女性	24
121	非喫煙者	104	86%	男性	26
				女性	78
	喫煙者	17	14%	男性	6
				女性	11
56	非喫煙者	50	89%	男性	10
				女性	40
	喫煙者	6	11%	男性	4
				女性	2

お知らせ

平成29年度 県関係人事並びに琉球大学医学部の主な人事異動

平成29年4月1日付、県関係等の主な人事異動について、下記のとおりお知らせいたします。
(* ()内は前役職です)

<平成29年度 県関係人事抜粋>

○部長級

- ・ 北部病院院長..... 知 念 清 治
(北部病院副院長)
- ・ 宮古病院院長..... 本 永 英 治
(宮古病院副院長)

○統括監級

- ・ 北部病院副院長..... 久 貝 忠 男
(南部医療センター・こども医療センター医療部長)
- ・ 中部病院副院長..... 玉 城 和 光
(八重山病院副院長)
- ・ 南部医療センター・こども医療センター副院長..... 重 盛 康 司
(南部医療センター・こども医療センター医療部長)
- ・ 八重山病院副院長..... 篠 崎 裕 子
(中部病院副院長)

○課長級

- ・ 地域保健課課長..... 山 川 宗 貞
(健康長寿課課長)
- ・ 精和病院副院長..... 前 田 浩
(精和病院医療部長)
- ・ 八重山病院医療部長..... 松茂良 力
(南部医療センター・こども医療センター小児科副部長)

<平成29年度 琉球大学医学部人事 抜粋>

○琉球大学医学部長

- ・ 就任..... 石 田 肇