

平成 30 年度 第 4 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議



副会長 宮里 善次

日 時：平成 31 年 1 月 24 日（木）

13：00～14：00

場 所：沖縄県庁（6F 第 2 特別会議室）

出席者：安里会長、宮里善次副会長、宮里達也副会長、照屋常任理事、田名常任理事（以上医師会）

砂川保健医療部長、大城医療企画統括監、糸数保健衛生統括監、諸見里医療政策課長、山川地域保健課長（以上沖縄県保健医療部）

久貝子育て支援課長（以上沖縄県子ども生活福祉部）

田仲斉医療企画監（以上沖縄県病院事業局）

上江洲防災危機管理課主査（以上沖縄県知事公室）

議題

(1) 救急安心センター事業（#7119）について （提案者：県医師会）

＜提案要旨＞

近年、救急出動件数は、高齢化の進展等を背景に増加の一途を辿っている。限りある搬送資源を緊急性の高い事案に適切に投じるためには、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要がある。その様なことから、現在、国においては「救急安心センター事業（#7119）」の全国展開を加速させているが、本県での実施予定や必要性等について県当局の考えを伺いたい。

本会としては、当該事業の普及促進が、救急出動の適正化や不要不急の時間外診療の抑制に効果があると期待している。

＜回答＞

県知事公室より次のとおり回答があった。

県防災危機管理課では、平成 28 年度末の県 MC 協議会総会にて、県内消防本部（救急事務担当課長会議）より、#7119 の導入検討にかかる要望があるとの連絡を受け、平成 29 年度から調査を開始した。

これまでに、類似した保健医療部の #8000 事業や先行団体の情報収集、事業者のサービス概要調査、国の財政支援の確認等を行った。平成 29 年度末からは、県内消防における情報提供や救急担当課長会議での説明を行った。また平成 30 年 11 月には県内消防長会総会にて各消防長に対し説明を行った。

同事業については、#8000 事業とは異なり、運用にあたり市町村常備消防費として交付税措置がなされており、現在のところ、県防災危機管理課を主体とした事業の実施や運用に対する財政支援等は想定していない。当課では、今後、継続して更なる情報収集を行うとともに、消防本部からの要請等に応じ、実施する場合には、市町村協議会等による運用を前提としつつ、整備に向けた助言等協力を行っていく予定である。

また、その一環として、市町村の理解を深めるため、平成 31 年 1 月には消防庁の「#7119 普及促進アドバイザー制度」を活用し、アドバイザー派遣による消防職員等を対象とした説明会を開催する。沖縄県消防長会においても、「11 月の県からの説明や当該説明会を参考に議論する予定」とのことである。

#7119 は医療機関受診の適正化、従事者の負担軽減にもつながるものであり、他県では医療部局による #7119 事業の実施や財政支援が行

われている事例もあることから、今後も保健医療部と情報交換を図っていきたい。

<主な意見>

◇県医師会：

実施は市町村単位で展開することになるのか。消防長会での議論が進めば、県当局も前向きに考える余地はあるのか伺いたい。

■県知事公室：

今後、消防側で事業導入の有無や範囲等について検討するものと思う。その判断は全て消防に委ねている。当課としては、今後消防長会が協議会を設けた場合、委員として参画し、協力を行っていく考えである。

◇県医師会：

主体にならないということは、よく理解が来た。県としても、このような事業を前向きに進めることを、常に考えていただきたい。先日、日本医師会の会議の中でも、消防庁から推進の求めがあった。医療現場からの切実な願いとして、ご検討いただければありがたい。

◆県保健医療部：

担当職員につき、持ち帰り検討いただくということをお願いしたい。

(2) 2019 年 10 連休に係る医療提供体制について（提案者：県医師会）

<提案要旨>

2019 年 5 月 1 日に新天皇が即位されることに伴い、実質 10 連休が決定した。当連休を迎えるにあたり、地域の医療提供体制を確保するため、関係機関及び医療機関において、問題意識の共有が必要と考える。行政からの注意喚起や連携の要請等、行政の役割や医療機関間の連携について、事前に調整をしておく必要がある。毎年、県当局が行っている「年末年始における医療施設の診療予定調べ」を、当該連休の際にも実施しては如何かと考えている。

ついては、当該連休にかかる医療提供体制の確保について、県の考えを伺いたい。くわえて、

会員施設より「保育園の休園につき、子どもを預けることが出来ないため、出勤に支障を来す」等の声が寄せられており、上記と併せて必要な対策についても伺いたい。

<所管課回答>

内容により所管する課が異なるため、諸見里医療政策課長より次のとおり一括回答があった。

①「年末年始における医療施設の診療予定調べ」を 10 連休の際に実施することについて（医療政策課）

県は、「年末年始における医療施設の診療予定調べ」と同様、「2019 年 5 月大型連休における医療施設の診療予定調べ（仮称）」を実施する。

②行政からの注意喚起、連携の要請について（医療政策課）

県としては、「2019 年 5 月大型連休における医療施設の診療予定調べ（仮称）」を実施し、#8000 の利用案内とともに、県ホームページ及びマスコミを通じて広く情報提供を行うことを予定する。

医療機関の連携については、専ら対象が地域の医療機関であることから、各地区医師会を中心に連携を呼びかけることが効果的と考えている。

③ 10 連休の医療提供体制の確保について保健医療部の考え方（医療政策課）

(1) ア 救急（一般科）について

県としては、当該期間に多くの医療施設の休診が予想されることから、事前に把握した各医療施設の診療予定日を県民に情報提供することで当該期間の救急医療提供体制の確保及び周知を図りたいと考えている。

(1) イ 救急（精神科）について（地域保健課）

本県精神科救急医療体制では、各精神科病院の輪番体制により精神科医療提供体制を確保しているところであるが、2019 年 5 月の 10 連休については、北圏域と南圏域それぞれの休日夜

間当番となる琉球病院、精和病院の負担が大き
く、患者の受診状況によっては、診療体制や病
床の確保が困難となることが予測されるため、
事前に各精神科病院院長宛て当番病院受入困難時
等の協力依頼通知を予定している。

また、上記のことについては、平成 30 年 12
月 5 日に行われた平成 30 年度第 2 回精神科救
急医療責任者等連絡会においても琉球病院、精
和病院より各精神科病院へ依頼・周知がなされ
ている。

(2) 人工透析について（地域保健課）

人工透析については、これまでと同様に通院
先医療機関において計画的に医療が提供される
ものと考えており、特に当課からの対応は考え
ていない。

(3) 在宅医療等について（医療政策課）

医療機関の連携については、専ら対象が地域
の医療機関であることから、各地区医師会を中心
に連携を呼びかけることが効果的と考えている。

(4) 病院事業局の対応について（病院事業総務課）

2018 年 12 月 20 日に開催した平成 30 年度第
8 回県立病院院長会議において、今年の 10 連
休に係る医療提供体制について協議した結果、
全ての県立病院において、2019 年 4 月 30 日（火）
及び同年 5 月 2 日（木）の両日、平日診療を行
うことを決定した。

後の意見交換にて、画一的な対応は厳しい旨訂
正の連絡があった。

④ 10 連休における保育園の対応について

（子ども生活福祉部子育て支援課）

保育所は、原則土曜日を含む週 6 日間の開所
が求められる施設であり、日曜日、国民の祝日
及び休日（以下「休日等」という。）は、多く
の施設において閉所となっている。

休日等における保育の実施は、休日保育に要
する費用として公定価格に加算することが制度
上認められているが、保育士の負担軽減や休日
等における家庭保育の重要性等の観点から、実
施が進んでいない状況である。

国会においては、保育施設などの長期休業が
国民生活に支障を来すことのないよう、政府に
対応を求める附帯決議を全会一致で採択してい
ることから、国の動向を注視するとともに、今
後、市町村及び保育関係団体等と意見交換を実
施するなど、対応策を検討する。

<主な意見>

◇県医師会：

診療調べは、いつ頃までに実施し、いつ頃公
表されるか。

◆県保健医療部：

具体的なスケジュールは組んでいないが、余
裕をもって周知したい。

◇県医師会：

恐らく救急病院に集中すると思われるが、新
型インフルエンザが流行った時には、病床利用
率が 100%を超えても問わない約束事があった
が、今回は如何か。後方病院が休みで、移動で
きない場合が想定される。

◆県保健医療部：

先週全国衛生部長会が開かれた。厚労省より早
めに調査を行い、情報を整理するようにとのこと
であった。その中で、薬剤がしっかり調達できる
か、或いは、満床時の受入先の確保ができてい
るか、それぞれの医療機関に確認することになる
と思う。そういう情報も集めて、整理をして、オー
バーする場合の対応を考えることになる。

◇県医師会：

観光客に対しては、どの様に周知するのか。

◆県保健医療部：

観光部局とは未だ調整を行っていない。問題
点については、観光部局とも協議の上、対応を
詰めていきたい。

◇県医師会：

先日、都道府県医師会長会議に会長代理で参
加した。この問題は全国的に、県民への認知も
必要だが、行政機関そのものが、医療機関に大
きな問題が孕んでいることを、前兆的な問題意
識を持っていないという発言が複数県から挙

がった。通常の事態ではないため、部長会等を通じて、この様な問題があることを、是非告知いただきたい。

次に、九州厚生局と調整の必要があると思う。具体的には、病床の弾力的な運用について、或いは休日加算のあり方について、明確な方針を示して欲しいと、是非申し入れていただきたい。

次に、北部地区医師会病院では院内保育所を持っているが、県立北部病院は院内保育所を有していない。宮古や八重山も同様かもしれないが、医師が揃えば医療体制は成り立つ訳ではない。どういうシステムで運営していくのかを含めて、早急に議論を喚起していただきたい。

■病院事業局：

実は12月20日開催の県立病院長会議にて、全県立病院は4月30日と5月2日を開院する予定であったが、一昨日行われた院長会議の中で、一部職員の確保が難しいとの懸念から、地域の事情によっては連休体制を継続する病院もある。開院日の指定は、院長権限に委ねることになったことをお知らせする。現時点では正式なアナウンスはできない状況にある。

◇県医師会：

この問題は、保健所主催により地区医師会や救急を担う医療機関を集めて会議を持ていただきたい。切迫してから慌てないように、どの様な連携のあり方が必要なのか検討いただきたい。

◇県医師会：

参考までに、那覇市が先行調査を始めている。南部地区医師会も現在集計中である。医療機関で対応にバラツキがあるため、調査を急いだ方がよい。全県的な実施が望ましい。また診療所や病院、透析等を区分した方がよい。

□県子ども生活福祉部：

回答に記載のとおり、保育所は、原則として、土曜日を含む6日間の開所が求められる施設だが、日曜日は、保育士の負担軽減と、休みの日は家庭内保育を優先する、これは国の方針である。しかし、医療機関に限らず観光分野やサービス業等からも連休の対応を心配する声が上がっている。

国会でも長期休養が国民生活に支障を来すことがないように、労働者の子どもの保育は確保されるように、当該労働者の勤務時間等について、事業主は配慮するようにとある。一義的には医療機関においても保育を要する看護師等のシフトについて配慮をお願いしたい。また国の動向を注視すると共に、今後、市町村や保育関係団体等と意見交換を行い、検討していきたい。

○田仲医療企画監：

地域のベッドコントロールが最も困る。救急病院で入院が集中した場合、医師会や保健所で受入先の調整や相談が出来るものなのか伺いたい。

◇県医師会：

今のような課題があることは事実。全域で統一した対応を行うのではなく、地域毎に対応を検討していく必要がある。是非保健所を中心に計画を作っていただければと思う。もう1点、九州厚生局との調整時に、是非長期処方に関する弾力的な運用も申し入れて頂きたい。

◇県医師会：

年末年始と10連休は全く違う背景だと思う。年末年始はあまり手術もない。また患者も年越し等諸事情を理由に退院するケースも見られる。

◇県医師会：

当院は3日間開ける。手術が入る見立てが一つ。それから1日に元号が変わる。2000年問題のような懸念事案への対応が求められる場合に備え、開けることとした。

◇県医師会：

医師会病院は2日間開ける予定である。手術も出来る限り引き受ける体制を執る。

◇県医師会：

この問題は引き続き問題意識を持って対処していきたい。

(3) 病床設置届出診療所の要件について

(提案者：県保健医療部)

<提案要旨>

医療法施行規則第1条の14 第7項第1号及び第2号の規定に基づく診療所（病床設置が届出により可能になる診療所。以下「病床設置届

出診療所」という。)は、平成30年4月1日から「医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所」が新たに加わった。

認められる要件として、地域における医療需要を踏まえた機能を有することなどが規定されているが、国では基準が明確に定められていないため、県の基準を定めることについて、県医師会の意見を伺いたい。

なお、病床設置届出診療所として適当であるか否かについて県が判断する際には、必要とされる医療に関する地域の実情を踏まえて検討する必要があることから、地域医療対策会議の協議を経た後、医療審議会の意見を聴くことになっている。

県から提示された基準(案)は図1のとおり。

<県医師会回答>

県医師会より次のとおり回答があった。

これは重要な案件であるが、医師会内で十分な検討が出来ていないということを前提に、現段階で回答できる内容を説明する。

病床設置が届出により可能になる診療所(「病床設置届出診療所」)については、地域包括ケアシステムに資することを目的に、整備が求められているところである。地域の医療提供体制は、地域でしっかりと議論することが大変重要であり、本件についても、地区地域医療対策会議等において吟味し、医療審議会の意見を聞く流れで良いと考える。また、今後の地域の医療提供体制を整備していく上で、これらの議論に、皆が責任をもって参加することが必要と考える。

ただし、本診療所を設置することになった場合は、あくまでも「地域包括ケアシステムの構

地域包括ケアシステムの構築のために必要な有床診療所の基準(案)

1のア～キのいずれかに該当し、かつ2に該当すること

基準	具体的事項
1	
ア 在宅療養支援診療所の機能	① 訪問診療を実施する機能を有していること(国通知及び県要領) 〈判断基準〉訪問診療を週に1回以上実施すること
イ 急変時の入院患者の受入機能	① 年間6件以上の受入が可能な人員、施設を有すること(国通知及び県要領) 〈判断基準〉・入院可能な病床を常に1床以上確保していること ・医師が宿直していること又は30分以内に診療を行うことができるオンコール体制を確保していること ・夜間における緊急時の体制として看護要員を複数人配置していること
ウ 患者からの電話等による問合せに対し、常時対応できる機能	① 相談担当、窓口を設置すること ② 24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置していること
エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入を行う機能	① 受入入院患者の1割以上を、他の急性期医療機関の一般病棟から受け入れる機能を有すること(国通知及び県要領)
オ 当該診療所内において看取りを行う機能	① 看取り時の医療・ケアの方針の決定や患者本人や家族等への説明や手続き等について診療所としての手順を定めていること
カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔を実施する機能	① 年間30件以上の麻酔を実施する機能を有すること(国通知及び県要領)
キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能	① 地域において他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者(ケアマネージャー等)と連携する職員を配置していること ② 地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議に参加していること
2 (本文) 地域における医療需要を踏まえた診療所	地区医療提供体制協議会において病床設置に関する事業計画が協議されていること。

図1

築のために必要な診療所」となっている為、設置後の管理（地域包括ケアシステムに資する運用になっているか等）は、県行政においてしっかりと行う必要があるのではないかと考える。

この他、案件が中部地域管内ということもあり、宮里達也副会長から留保付きながら、中田安彦中部地区医師会長の個人的意見（留保条件付き）を伺ったとして、次のとおり紹介があった。

設置後の管理例としては、介護保険での地域密着型サービス施設においては、行政関係者（市町村）や地域関係者を委員とした運営推進委員会が2カ月に1回開催されている。これらの例より、当該診療所においては、地区医師会を含めた運営委員会を2カ月に1回開催し、更に3～6カ月に1回、地区地域医療対策会議等で運営状況を報告して頂くことが大切である。

※認可後の病床の他施設への移動を禁ずること。

※病院併設型ではなく、独立型であること。

<主な意見>

◇県医師会：

基準（案）に示された「他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入を行う機能」に関する解釈と、「全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔を実施する機能」を有する診療所の想定について伺いたい。

◆県保健医療部：

「他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入を行う機能」については、その一文しか通知等がなく、判断に困っている。国への照会も行ったが、それ以上は無いため、各県で考えるようにとのことであった。従って、その一文の通りとなる。また具体的事項に記した「受入入院患者の年間1割以上を」が判断になると理解している。制限記載がないため、医療機関であれば、どの施設でも良いと読みたい。また麻酔の件についても、説明がなく、問い合

わせてもそれ以上の答えは来ないため、この言葉の通り「年間30件以上の麻酔を実施する機能」を有していることの確認が取れば条件はクリアすると考えている。

◇県医師会：

基準（案）に示されたア～キの7項目について、一つでも該当すれば認可することのだが、項目の中には、オンコール体制の確保等、独立事項というよりも前提事項のように思う項目があるが、その辺りの解釈は如何か。

◆県保健医療部：

実際、通知等に示された基準は、この記載しかない。例えば「在宅療養支援診療所の機能」では、「訪問診療を実施する機能を有すること」のみが通知である。担当者によって有しているか否かの判断基準が異なれば申請者は困る。年1回実施していれば、その機能を有すると思われる人もいれば、月1回必要と考える人も想定される。我々は少なくとも「週に1回以上実施する」が、その機能を有するものと考え、判断基準に加えた。

「急変時の入院患者の受入機能」についても、①入院可能な病床を常に1床以上確保していること、②医師が宿直していること又は30分以内に診療を行うことができるオンコール体制を確保していること、③夜間における緊急時の体制として看護要員を複数人配置していることが、その機能を有するものと考え、判断基準に加えたが、現場感覚を伺いたい。

◇県医師会：

「他の急性期病院を担う病院」の解釈は、地域包括ケアの概念から、設置主体の法人施設間のみで利用するものではなく、他の急性期病院からも一定程度受入るようにするものと解釈する。

地域包括ケア病棟に行く患者は、急性期から回復期、地域包括ケア、慢性期、在宅、施設への流れとなる。疾患的には非常に安定しており、次へ移るための施設である。急変すること自体、少ないと考えられる。そのため、看護要員の複数人配置を条件づけると、経営的にも手を挙げる施設が減る可能性は強い。緊急時には、急性

期病院への迅速な搬送体制の確立が重要であり、患者にとっても安全性が高まる。診療所単独では赤字経営になってしまう可能性が強い。他の地域包括ケアと言われる、例えば看護多機能、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、その様な施設との連携体制を構築しなければ、恐らく回らないと思う。

◆県保健医療部：

宿直やオンコール体制もいないということか。

◇県医師会：

宿直は、恐らく日本全国で誰も手を挙げない。

本件については、平成 29 年 11 月に開催された第 3 回当連絡会議において、本会から議題として提案し、県の見解を伺った。翌年 2 月の県医師会報へ情報を掲載し、この 11 ヶ月間、周知を図っているが誰も手を挙げていない。

厚労省の意向としては、診療所の先生方に一人で担って欲しいとの考えもあるようだが、24 時間体制は恐らく厳しい。ある程度、医師に余裕がある病院でなければ先駆けにならない。沖縄県は地域包括ケアの連携体制が未だ整備出来ていない現状がある。

◇県医師会：

当診療所は基準病床の枠内で考えるのか。

◆県保健医療部：

当然、認められれば既存病床数に入る。基準と既存を比較する時には影響は出てくると思う。

◇県医師会：

病床過剰地域でも獲得は可能ということか。

◆県保健医療部：

過剰地域ということでも許可しないということにはならない。

◇県医師会：

この様な機能を有する診療所を開設するのであれば、予め示された必須条件はあるのではないか。どれか一つの機能を有していれば良いという話ではない。従って、必須条件をある程度皆で議論して定める必要があると思う。また病床を有する医療施設だが看護体制は如何になっているか。

◆県保健医療部：

基準（案）に示していることのみである。具体的なものはない。裏を返せば地域医療構想を推進して行くために設けられた側面があるため、届出扱いにより、例え過剰地域であっても開設ができる。厳しい規制は設けられていないと考える。

◇県医師会：

本島内で許可する場合は、「年間 30 件以上の麻酔を実施する機能を有する」以外の 6 項目は全ての条件を満たすべきと考える。離島は、緩和しても良いと考える。

◆県保健医療部：

基準（案）に示す、「いずれかに該当し」は、法令の用語である。そういう中において、県が独自に必須条件を定めることは、法制的に厳しい。

◇県医師会：

麻酔を実施する機能は、何を想定した条件なのか。

◆県保健医療部：

確認はしているが、厚労省から具体的な考え方が出てこない。

◇県医師会：

県で基準を決めようというからには、国の基準以上の措置を取って良いと考える。これから大きく逸脱しなければ、厳しくしても構わないと思う。

◆県保健医療部：

県の基準というより、国の基準が曖昧模糊としているため、定量的にしようということである。

◇県医師会：

いずれかに該当し、という言葉が外せないということか。

◆県保健医療部：

その通りである。

◇県医師会：

それであれば議論の余地はない。

◆県保健医療部：

申請してくる方々が、県がどの様な基準で認めたか、透明性に欠けるため、具体的事項の中で、定量的な文言を付け加えた。もしその様な

基準がなければ、県が抽象的な言葉で認める、認めないという形となるため、申請者にとっては如何かという側面がある。そのため、少し具体的な判断基準を設けたところである。

◆県保健医療部：

今日結論は出ないと思う。この件はもう一回キャッチボールするとして納めたい。

<その他>

(1) 医療提供体制協議会設置要綱について

(提案者：県保健医療部)

<内容>

県保健医療部より次のとおり説明があった。

医療提供体制を協議するための会議体として、沖縄県地域医療体制協議会がある。これまで当協議会にて医療計画や地域医療構想等を議論してきたが、医療法の改正により、今後は医師確保に関する協議会となる。

そのため、地域医療構想や医療計画を協議す

る場として、新たに医療提供体制協議会を設置(図2)する。医療提供体制協議会は、県全体の医療提供体制を話合う協議会と、従来圏域に置いている協議会を、一つに包含し一体的に連携する。名称も「県」と「地区」という形で分かり易く整理した。

また県協議会に部会(脳卒中对策部会、心筋梗塞等対策部会、糖尿病対策部会、精神疾患対策部会、救急医療部会、災害医療部会、小児医療部会、へき地医療部会、在宅医療部会)を置き、部会長等は県協議会に出席し、意見を述べる事が出来ることとした。

さらに、圏域と県全体がバラバラであったため、地区の協議会から代表者等の出席を求め、意見を聴取する関係性を持たせた。また県協議会の構成員は、診療に関する学識経験者の団体、地域の医療関係団体、特定機能病院、医療法第31条に規定する公的医療機関等から構成される予定をしている。

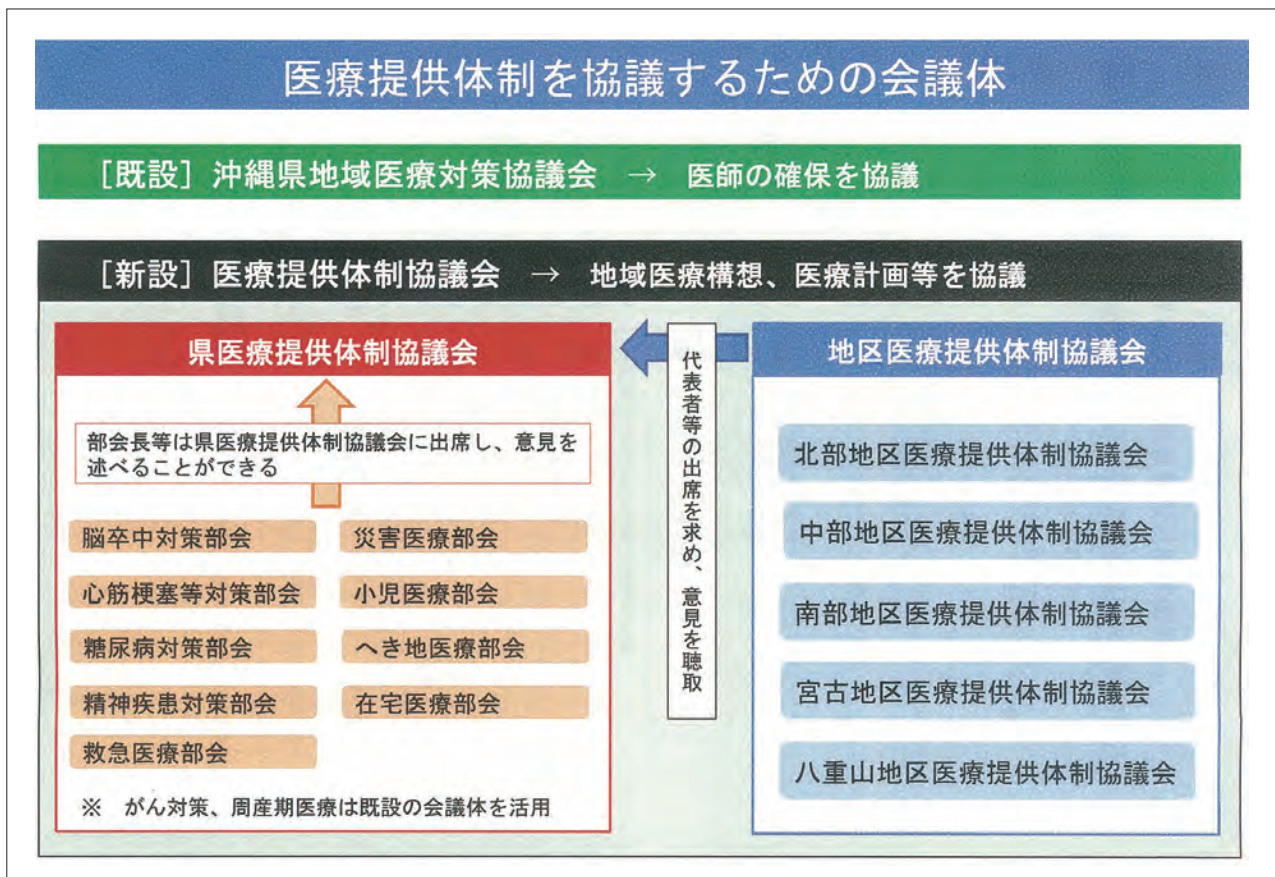


図2

印象記

副会長 宮里 善次

平成 31 年 1 月 24 日に県庁で「平成 30 年第 4 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議」が開催された。県医師会から 2 題、県側から 2 題の提案があった。

救急車の搬送台数は全国的にも年々増加傾向にあり、沖縄県も例外ではない。沖縄県においては高齢化率の高い自治体ほど搬送率が高い値を示すデータがある。一方、軽症にも関わらず救急車要請をする事例も少なからず見られ、救急現場の負担増につながっている現実がある。

現在、国は救急活動の適正化や不要不急の時間外診療の抑制効果を期待して「救急安心センター #7199」事業の全国展開を加速している。沖縄県の現状を伺った。類似の #8000 事業では保健医療部が主体であったため補助事業の支援ができたが、#7199 の運用に当たっては県ではなく、市町村常備消防費として交付税措置がされているため、主体は自治体となる。従って、事業の実施や運用について財政支援は想定していないが、市町村協議会の運用を前提として整備に向けた助言等協力の予定であるとの回答であった。医師会の現場側としては、消防長会の早期な協議会立ち上げを切望する。

5 月の 10 連休では医療提供体制だけではなく、投薬日数、病床利用率、後方病院への転院、職員（特に看護師）の確保、人工透析や在宅医療、観光客への医療機関のお知らせ等など多くの問題が指摘されている。県民や受療者に対してどのように周知をはかるのか？二次医療圏毎に保健所も巻き込んだ対策が喫緊の課題である。

医療法施行規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号及び第 2 号の規定に基づく診療所については平成 29 年 11 月の連絡会議において県の対応を確認し、平成 29 年度の医師会報・2 月号に掲載して医師会員に周知をはかったところである。今回中部地区から 1 つの届け出事例があり、県側では検討に入ったが国の基準は理念法となっており、具体的な数量化や条件などが記されていないため判断が困難である。そこで国の理念を壊さない範囲内で具体的事項の肉付けを行ったので検討して頂きたいと提案があった。医師会側からは具体的事項については 2～3 の検討事項があると思われるが、基本的には各地区地域医療調整会議で十分に吟味を加え、設置後の管理は行政がしっかりと行うべきであると提案がなされた。また中部地区医師会長の懸念もその場で県に伝えられた。

最後に“地域医療対策協議会”と云う名称は県全体の 2025 年問題等の地域医療構想等を話し合う協議会の名称であったが、医療法の改正により今後は医師確保に関する協議会の名称となった。それを受けて、医療提供体制を協議するための会議体をまとめ直した案が示された。県の協議会は 5 疾病 6 事業に則した協議会になっており、二次医療圏では地区医師会毎の協議会になっているが、詳細は本文をご参照して頂きたい。

地域医療にかかる協議会では似たような名称が多く、類似しているとは云え、用語の定義が全く異なるため、議論するにも困難を来すことが多いが、新設の名称は分かりやすいものとなった。

第 10 回沖縄県医師会県民健康フォーラム 麻疹（はしか）・風疹はなぜ流行る？

～知っておきたい麻疹・風疹のあれこれ～

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：沖縄県医師会副会長 宮里 達也

「痛かった麻疹流行 2018

一何が起きたかお伝えしますー」

沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一

「これまでの沖縄の麻疹・風疹」

ぐしこどもクリニック 具志 一男

「あなたも必要？予防接種」

那覇市保健所長 東 朝幸

4. 質疑応答

5. 閉 会

今回は、昨年当県で流行した麻疹（はしか）と、現在各地で流行し始めている風疹に関する啓発を行うためフォーラムを開催した。インフルエンザが流行中で、参加人数に不安はあったが、約 110 名の熱心な聴衆を迎え、濃厚な時間を持てた。

中部病院感染症内科の椎木先生は、「1 例目は、ふらっとやってくる」と、医療機関側への注意喚起とともに、いつでも昨年のような流行が起きる可能性についてわかりやすく話された。次いで、ぐしこどもクリニックの具志院長は、沖縄で復帰前におきた風疹大流行について話され、400 名を超す先天性風疹症候群の方々が誕生された歴史を忘れないようにと強調された。現在、首都圏などで風疹の発生が増えており、県内での予防接種の接種率向上が急務とされた。那覇市保健所の東所長は、感染症流行期の保健所の業務の重要性を説明された後、今後、公費で進められる成人男性への風疹抗体価測定と、陰性者への予防接種実施までの流れを解説された。フロアからは様々な質問が寄せられ、予定時間いっぱいを使用した活発な質疑が行われた。

講演の抄録

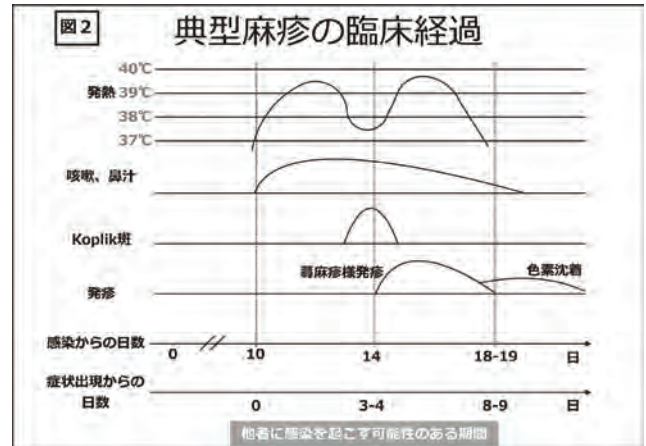
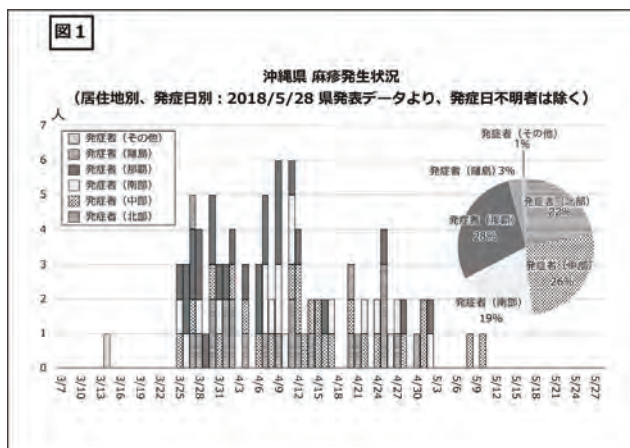
「痛かった麻疹流行 2018 —何が起きたかお伝えします—」



沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一

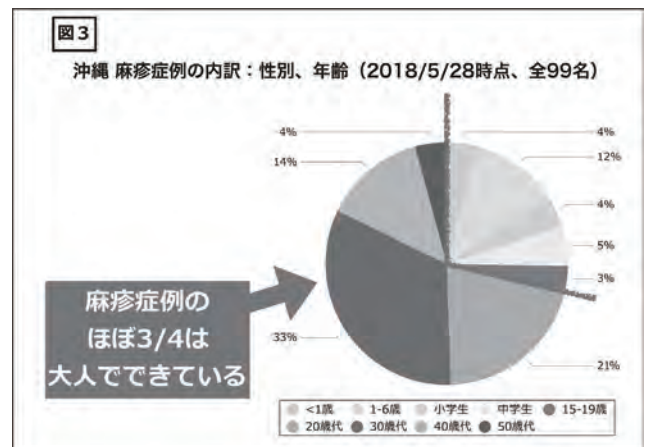
○麻疹の一例目は「ブラリと」受診されました
海外からの成人旅行者で、発熱や咳の症状がありつつも沖縄観光をされていました。沖縄に着いてから高熱と発疹が出てきたので当院救命救急センターに来られました。詳しい検査で麻疹であることが確認され、そこから2ヶ月に渡る流行が始まったのです。

麻疹は非常に感染力が強く、免疫を持たない方はほぼ皆さん発症します。インフルエンザと違って、発症者に近づかなくても同じ空間でその空気を吸えば感染を起こすことがあります。また、麻疹は最初は風邪のような症状だけで他の病気と区別がつかず、インフルエンザのように簡便迅速に検査する方法がありません。そのため、一人の患者から98名の患者が発生する大流行となりました(図1・2)。



○2018年 麻疹流行: 沖縄で起きたこと

「麻疹は子供の病気」というイメージを持たれがちですが、今回の沖縄での麻疹症例の3/4は大人でした(図3)。多くの子供は麻疹ワクチンを接種されて守られていた一方で、20歳から50歳までの年齢層はワクチン接種回数が不足していたり、接種がなかったために免疫がなく、発症してしまったのです。



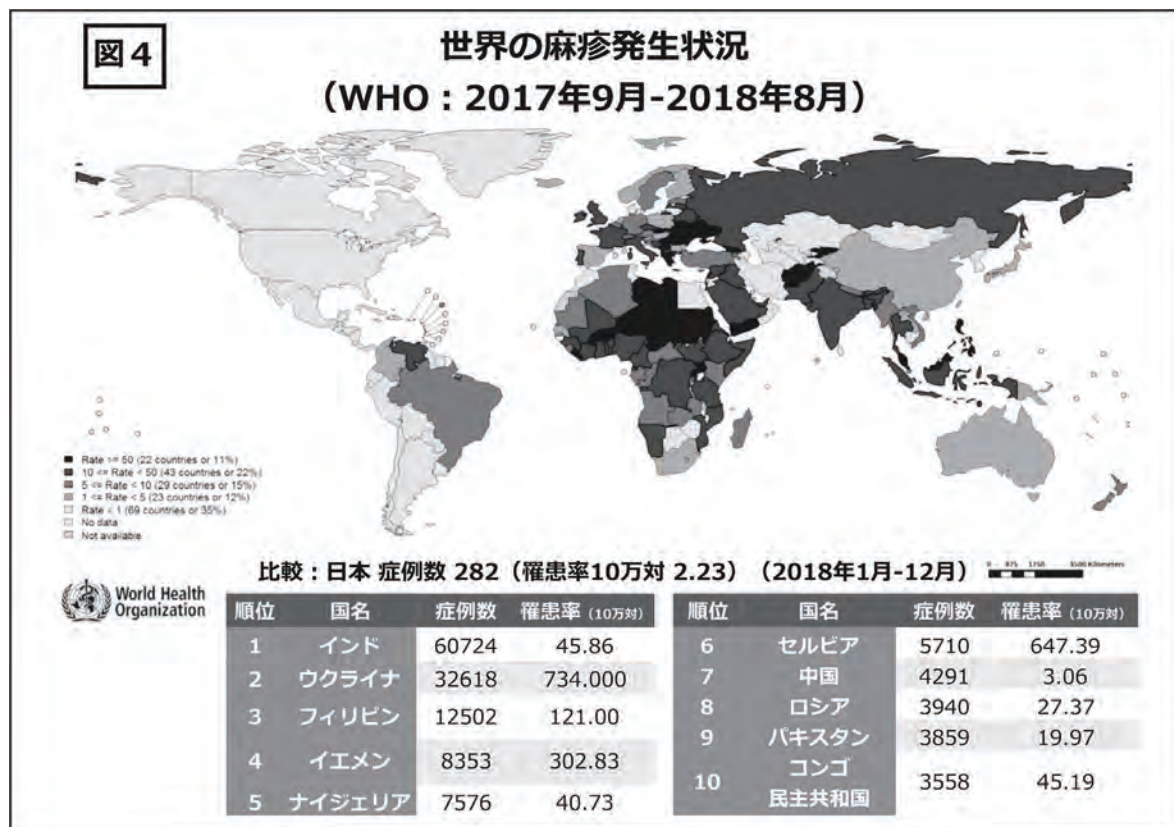
当院で麻疹と確定した方が6名おられましたが、それ以外に「麻疹かもしれない」ということで心配されたり疑われて100名以上の方が受診されました。感染が広がらない備えをしながらの診療になるので、非常に時間がかかり受診された方をお待たせすることもありましたし、それ以外の理由で救急受診をされた方々にも少

なからず影響がありました。麻疹は重症化すると肺炎や脳炎など重篤な合併症を引き起こしますが、幸いなことは、今回の沖縄麻疹流行で生命を奪われた方はおらず、乳幼児や妊婦の方で重症になられた方はいませんでした。しかしそれで安心できるのでしょうか。

○転んでもただでは起きない：麻疹に強い沖縄県を作るには？

日本は2015年に「麻疹排除国」と認定されているに、なぜまた麻疹が流行るのでしょうか？ 実は海外では麻疹流行が多くの地域で続

いており（図4）、こうした国々からの持ち込み・持ち帰り例をきっかけに、日本でも麻疹流行は各地で起きています。つまり、また沖縄で同じような流行がいつ起きてもおかしくありません。沖縄が観光立県として発展をするには、多くの旅行者を迎え入れながら感染症に対応できる力を身につける必要があります。そのためには、小児のワクチン接種をしっかりと行うこととともに、成人世代が必要な追加のワクチン接種を受けて免疫を備え、県民の皆さんがお互いを守る盾になることが望まれます。



「これまでの沖縄の麻疹・風疹」



ぐしこどもクリニック 具志 一男

麻疹（はしか）と風疹（三日はしか）は、かつて沖縄に大きな影響を与えていました。予防接種が浸透して来た今日、かつてのような脅威は激減していますが、まだかかってしまう可能性のある人達が残されておりこの二つの疾患の脅威に関して記憶を新たにしたいと思います。

【麻疹】

予防接種のない1970年代前半までは、一生に一度はかかるといわれ、乳幼児を中心に全国で年100名近くの死亡例が見られていました。1978年から定期接種が開始され、これらの脅威から解放されるかにみられていましたが、1998年から1999年にかけてと2001年に、合計3,600例の患者発生と9例の死亡例が県内で見られてしまいました。予防接種のある時代にこのような惨事を繰り返してはいけないと、小児科医を中心としたグループが、沖縄県医師会、沖縄県と取り込んで、「沖縄県はしか“0”プロジェクト委員会」を結成、予防接種率向上に向けての啓発活動や、麻疹患者の全数把握、麻疹発生時の対応ガイドラインによる流行時の速やかな対応により封じ込めを行いました。

抵抗力を長く維持させるため2006年から就学前の1年間に2回目の接種が開始されましたが、2006年～2008年にかけて全国的に高校生・大学生の麻疹流行があり、2008年からは高3、中1への2回目の接種を5年間行い、現在28歳以下の年代は、麻疹にかかりにくくなっています。

【風疹】

風疹ウイルスによる感染症で、発熱、淡い発疹、頸部リンパ節腫脹が見られますが、3～4日間で軽快する疾患です。小児では重症化することは少ないのですが、妊娠初期の方が感染すると胎児に難聴や白内障、先天性心疾患が見られることがあります（先天性風疹症候群：CRS）。予防接種のない1965年に沖縄県で大流行があり、その数か月後にCRSの児が400名余り生まれてきました。その後その子たちのために小学校や中学校で難聴学級やろう学校を新設する必要がありました。1977年から女子中学生に対して風疹の定期予防接種が開始されましたが、幼児の風疹の流行は防げず、1989年から1歳での接種が開始されました。これにより、風疹の流行は減り、CRSの発症も激減しました。しかし、定期接種の対象になっていない世代を中心に2012年以降流行がたびたび見られるようになり、昨年から関東を中心に大きな流行が見られています。

【まとめ】

これからも、流行を防ぐには麻疹・風疹定期接種の接種率を向上・維持させる必要があります。また、予防接種を充分に行っていない世代の流行が繰り返されており、この世代への接種を充実させる必要もあります。

「あなたも必要？予防接種」



那覇市保健所長 東 朝幸

昨年の麻疹集団感染では那覇市においても28名が発症し、疑い例としては125件、2週間の経過観察者は約2,050名に達しました。連日複数患者の発生があり、積極的疫学調査や72時間以内の予防接種勧奨対象者への対応、外出自粛の要請、各医療機関からの検体搬送や結果連絡等、更にはマスコミへの記者会見、他の市町村に先駆けて始めた0歳児の緊急予防接種業務等も重なり、まさに保健所全体が火の車のような状態が続きました。事の顛末を一部紹介します。

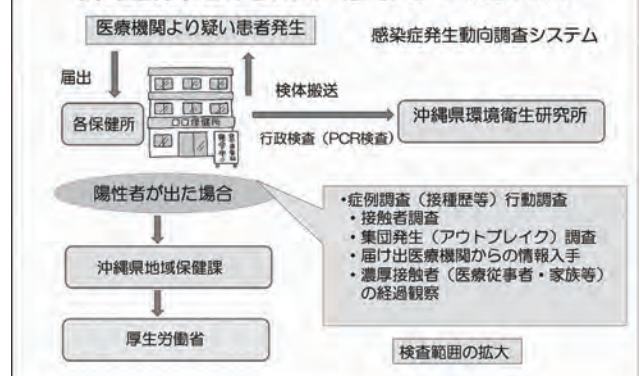
今回の集団発生は成人が中心でした。また、日本は2015年にWHOから麻疹排除状態認定を受けていました。それなのにどうして集団発生が起こるのでしょうか。患者のほとんどが未接種者か抗体が不十分な人達で、対策により年代により差があることが解っています。1歳時に予防接種を1回受けていれば良かった筈ですが、麻疹が減少した結果、時間の経過に伴いその免疫が減衰した人が増えて来てしまったのです。そこで2006年度はMRワクチン2回接種を開始し、2008年には5年間の限定処置で中高生の接種を奨めました。1回の接種で免疫がつかなかった数%の人達や接種しそびれた人達にもう一度接種のチャンスを与えたのです。その集団の95%以上が免疫を獲得していれば、免疫力が低いために予防接種を受けられない新生児や免疫不全の人も含めて社会全体が守られ流行は防げると言われています。

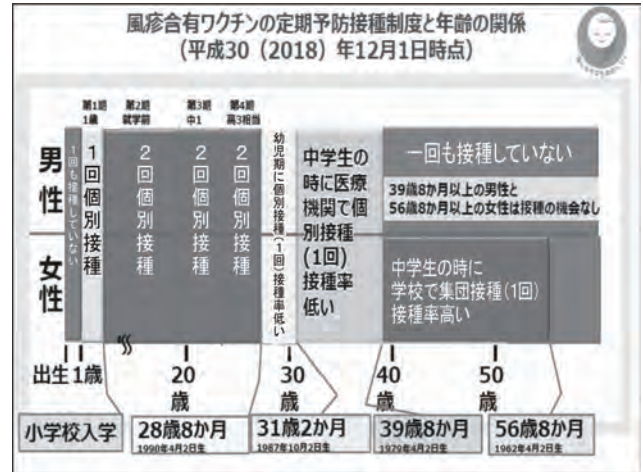
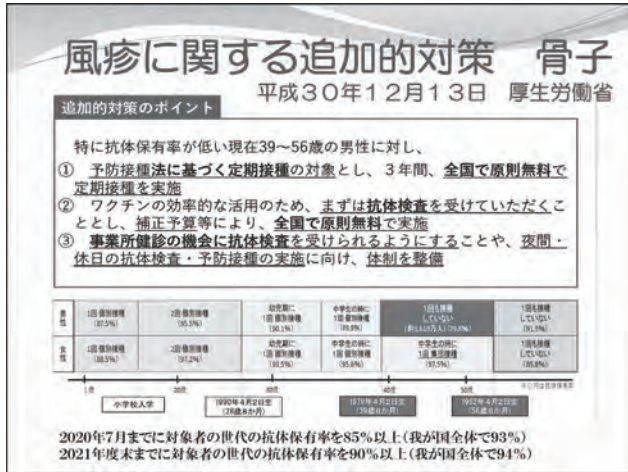
麻疹だけではありません。昨年から今年にかけても、全国で風疹の流行がありました。2018年の風疹患者累積報告数は2,917人で2019年の1月9日の時点で2008年の全数届出開始以降では、2018年に次いで2番目に多く、2017年1年間(93人)の31倍の報告数となりました。先天性風疹症候群の発生を予防するために妊婦対策が重要になってきます。そこで平成30年12月に厚生労働省から風疹に関する追加的対策・骨子の発表がありました。内容は特に抗体保有率の低い現在39～56歳の男性に対し、予防接種法に基づく定期の対象とし、3年間原則無料で予防接種を実施するとのこと。まずは抗体を調べて、そこで陰性が確認された場合予防接種となり、その際MRワクチンなので麻疹と風疹の両方防げる事になります。しかし本当にこれだけで充分でしょうか？私見を交えて報告します。

主な内容

- ・何が大変だったのか (那覇市保健所の状況から)
- ・予防接種の歴史から (天然痘 ポリオ 果たして来た役割)
- ・麻疹風疹混合(MR)ワクチン (WHOから麻疹排除状態認定)
- ・成人麻疹の問題・集団免疫とは
- ・風疹の感染拡大 (男女とも若い世代が発症している)
- ・平成30年度那覇市風疹抗体検査事業
- ・風疹に関する追加的対策骨子
- ・予防接種を受けた方がいい人は？

保健所は何が大変だったのか





意見交換会

○白井理事

先生方、本日はご講演いただきありがとうございました。本日は非常に良いテーマで先生方のご講演内容はとても分かりやすく、来場者の皆様も非常に熱心に聞いておられ、とても有意義な講演会になったと思います。また、ここ数日は関西を中心に罹患者が出たとの事でメディア報道においても麻疹や風疹についてもニュースで度々取り上げられている状況でしたので、非常にタイムリーなお話を聞く事が出来る貴重な講演会になったと思います。

それでは、講師の先生方へ本日のご感想をお聞かせいただきたいのですが、東先生いかがですか。

○東先生

本日の講演の中でもふれていますが、大人に予防接種を受けていただくのはやはりハードルが高いなと感じています。国や県が予防接種の重要性に関して積極的に広報している訳ですし、抗体検査の方も予防接種が1回の世代には無料で対応しています。

また、当県では「はしか“0”プロジェクト」もありますので、全国でも高い水準の予防接種の受診率を目指していきたいと考えております

ので、マスコミや県医師会とも協力し、大人の予防接種受診率の向上に向けた取組み等について、皆様のご協力をお願いしたいと思います。

○具志先生

本日来場者の皆さんは、講演会を非常に熱心に聞かれていたなという印象がありますし、質問についても、講演会を真剣に聴講されてからの質問だったと感じますので、とても有意義な講演会ではなかったかと思います。

○椎木先生

本日はこのような貴重な講演会にお声掛けいただき感謝致します。感染症に関しては、このような講演会を1回だけの単発での開催ではなく、少しずつでもこういった県民に周知できるような機会を年間を通して開催し、広報していく事により、徐々にではあるかもしれませんが、県民の皆様理解いただけるようになっていくのかなと思います。当県では感染症の診療や感染症対策に精通されていらっしゃる先生方も多く、看護師や保健師の方々も優秀な方が多いので、様々な形で県民へ継続して周知していく事が重要だと考えています。

○宮里達也副会長



皆さん本日はお疲れ様でした。講師の先生方には大変分かりやすくご説明いただき、来場者もとても熱心に聞かれていたので、有意義な会になったのではないかと感じております。

東先生からも少しお話がありましたが、県議会の方でも平成31年度より大人の予防接種の助成が出来るよう、現在、議論が行われているようですので、是非、まだ予防接種を受けていない方はこの機会に受診していただきたいと考えております。

東先生からも少しお話がありましたが、県議会の方でも平成31年度より大人の予防接種の助成が出来るよう、現在、議論が行われているようですので、是非、まだ予防接種を受けていない方はこの機会に受診していただきたいと考えております。

○東先生

宮里先生ありがとうございます。まずは、抗体検査の方を受けていただくような形になると考えますが、この機会に是非、ご自身の予防接種履歴が分からない方は検査を受けていただき、抗体がない方は予防接種を受けていただきたいと考えております。

○具志先生

私は小児科なので、母子手帳を持ってこられた際にご両親の予防接種履歴についても確認し、予防接種を受けていない方は予防接種を勧めております。

○椎木先生

具志先生の取組は非常に重要だと思います。個人的な意見ではありますが、産婦人科に通院するとなった場合には、ご主人さんも一緒に来院する事もあると思いますが、その際に男性に予防接種を勧めて、履歴が無い方はそのまま予防接種を受けていただく事が理想かなとも思います。

○宮里達也副会長

産婦人科での麻疹・風疹のワクチンの予防接種については、誤って妊婦さんに打ってしまう

ケースも考えられる為、産婦人科での予防接種は難しいのかなと思いますが、ワクチン予防接種については、旦那さんは妊婦を守る為のマナーだと思って是非、抗体検査を受けていただき、抗体が無い場合は予防接種を受けていただきたいと思います。

○椎木先生

妊婦さんの旦那さんの世代が、本来は予防接種を一番受けて欲しい世代ですし、また、減多に医療機関にも受診されない世代なので、妊娠が分かっただけで両親と一緒に来院する際には抗体検査を受けていただくようになればと考えています。

○白井先生

産婦人科の方では抗体検査を必ず行うようにしていただき、抗体が無い方は産婦人科以外で予防接種を受けていただくような流れになればいいのかなと思います。

○椎木先生

産婦人科、小児科、内科で上手く連携し、抗体が無い方にどうにか予防接種を受けていただくような形に持っていくような話を行政とも連携しながら対応していくのが望ましいかなと思います。

○白井先生

先生方、貴重なご意見ありがとうございます。本日、共催をいただいております、琉球新報の新垣さんにもお話を伺いしたいと思いますですが、いかがでしょうか。

○新垣氏（琉球新報）



先生方、本日はお疲れ様でした。今回のテーマの様な感染症については観光業界は死活問題につながりますし、本県は観光立県でもありますので、マスコミも重要性を

広報していくのは勿論ですが、観光業界全体を巻き込みながら予防接種の重要性をPRしていけば、県民にも広く周知出来るのかなと思います。

○椎木先生

今回の麻疹の広がりによる観光業の損失は約4億円と言われており、仮に観光業界の方全員が予防接種を受けても2億円程度であったと言われていますので、そういった事をアピールしていきながら、まずは観光業に力を入れて対応していただき、その後様々な業種に広げていければと考えております。

○具志先生

抗体検査や予防接種を受けさせた企業や団体を表彰する等の取組みも、1つのアイデアではないかと思います。

○新垣氏（琉球新報）

本日の講演会は先生方にとっても分かりやすくご説明いただいておりますので、後日、紙面に詳細を掲載致しますので、企業等で切り取っていただいて、社内等に掲示できるような形で掲載出来ないか検討したいと思います。

○白井理事

それではお時間がきていますので、これにて今日の会を閉めさせていただきます。今日はありがとうございました。お疲れ様でした。



沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 安里 哲好

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 30 年度の募金がまとまりました
ので、去る 2 月 22 日（金）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 634,717 円の寄付がで
きました。4 団体からの贈呈は今年度で 29 回
目となり、これまでの募金額は 20,195,513 円
になります。

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
寄付を主な財源に、交通遺児の学業支援として
奨学金など返済不要の給付事業を実施しており
ます。同育成会の報告によりますと、平成 30
年度は、奨学金・育成金の給付対象者に 104 人
が認定され、支給総額は 1,009 万 2 千円で、激
励金、見舞金、健全育成を目的としたリーダー
育成金は 16 人に計 39 万 5 千円の給付が決定
しているとのことです。

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。

記

沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日 時 平成 31 年 2 月 22 日（金）午後 2 時～
場 所 琉球新報社（10 階 応接室）

出席者 沖縄県医師会会長 安里 哲好
沖縄県歯科医師会副会長 米須 敦子
沖縄県薬剤師会会長 亀谷 浩昌
沖縄県看護協会副会長 阿波連由美子

募金額	沖縄県医師会	472,487 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	62,230 円
	合 計	634,717 円



左より、阿波連副会長（看護協会）、亀谷会長（薬剤師会）、
米須副会長（歯科医師会）、小生、坂名城理事長（交通遺児育成会）

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会理事 徳永義光

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用外となります。**

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

日本医師会 医療政策シンポジウム 2019



副会長 宮里 善次

2019年2月13日、日本医師会大講堂に於いて「医師の地域偏在」をテーマに医療政策シンポジウムが開催された。

講師は世界医師会事務総長の Otmar Kloiber 氏とジャーナリストの河合雅司氏、聖路加国際大学学長の福井次矢先生の三人で、講演後にパネルディスカッションが行われた。

初めに Otmar Kloiber 氏は①医の倫理、②社会倫理、③世界の代表宣言「ヘルシンキ宣言、東京宣言、リスボン宣言など」について述べられ、プライマリ・ケアに言及した“Asthama 宣言”に言及された。

高齢化が進む中で地域の医師偏在における健康と予防の役割を考えるとプライマリ・ケアの果たす役割は大きい。

しかしながら、医師の地域偏在は医師の問題だけでは解決しない。

ディスカッションでは、高齢で足の不十分な住民が必要な場所に徒歩で容易にアクセスできる環境と、社会生活する上で必要な設備などが、小ぢんまりとしたコミュニティとして揃っている事が重要であり、なお且つ医師が住みたいと思う地域で、家族や子供の教育も含めた一体的な環境整備が必要である。また都市部で働く医師が地方を“第2のオフィス”として週に数日勤務するなど、医師が地方で働き続ける事を経済的に保障する仕組みや、地方で働くことの魅力を高めることが有効である。スウェーデンやノルウェーではそうした事が既に行われていると述べられた。

次に河合雅司氏が「人口減少で日本に起きること」と題して講演された。

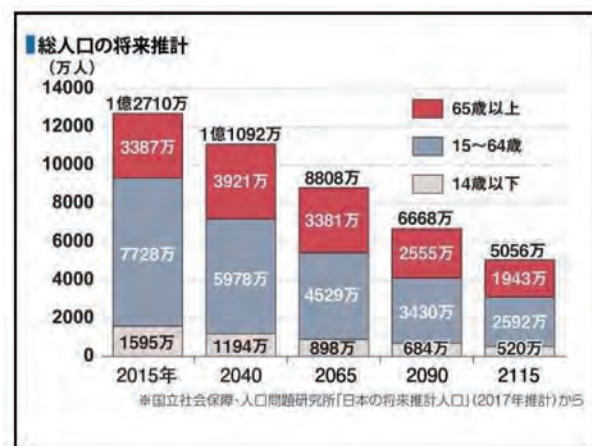
日本の人口動態は2043年まで老人が増えて、2043年からは若年層も減少する。

また出産年齢の女性数は2015年を100%とした場合、50年後の2065年には56%まで減少することが見込まれている。(スライド1)

総人口は2015年の1億2,710万人から2065年には8,808万人、更に100年後には半分以下の5,056万人と予測されている。(スライド2)



スライド1



スライド2

国家の安全や国民の安全を守るための自衛隊や警察官さえも不足する状況さえ想像される。こうした経験したことのない高齢化社会の特徴は①高齢化する高齢者、②女性高齢者の増加、③一人暮らし高齢者の増加、④貧しい高齢者の増加、である。(スライド 3)

当然医療を取り巻く環境が激変し、2040 年まで就業者が 1,285 万人は減るだろうと予測値を述べられた。結果として①医療介護の人手不足、②医師の高齢化で無医地区拡大、③住民の高齢化で疾病構造変化、④患者不足で地域偏在拡大がおきるだろう。さらに①独居や夫婦のみの高齢者世帯激増、都会特有の希薄な人間関係、③女性の社会進出で地域に支え手不在となり、「家族」や「支え手」がいない事が課題となって、地域包括ケアは機能しないことが予想される。

そうした悲惨な状態から脱却する戦略として、大都市集中型から拠点型国家への転換を提案された。(スライド 4)

また、社会保障改革だけでは限界であり、国民の意識変化と国家戦略が問われる時代であると指摘された。

最後に福井次矢先生は「我が国が直面する課題 一医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療一」と題して講演された。

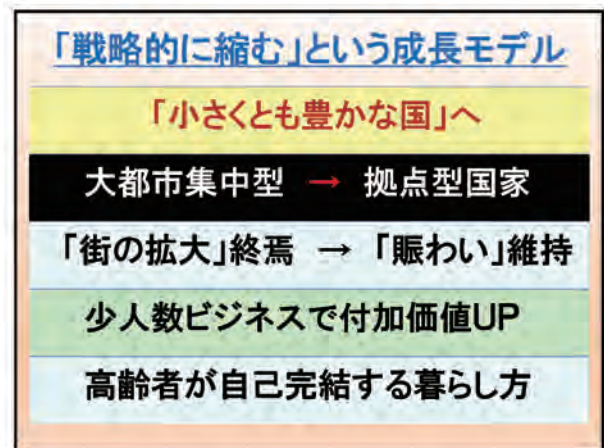
まず保険医療 2035 提言書(2015 年 6 月 保健医療 2035 策定懇談会)の紹介がなされた。①変化するニーズに医療制度や提供体制が十分に対応できていない。②プライマリ・ケア、慢性期療養(特に長期療養、介護)は大きな課題である。③複数施設間の情報の供給が進んでいない。④近視眼的な見直しを繰り返し、制度疲労に陥っている。

次に OECD における我が国の医療の評価は、①未熟なプライマリ・ケア提供体制、②病院医療の質の不確実性・恣意的データの不足、③精神科医療の後進性・プライマリ・ケア医関与の必要性があると述べられた。

その上で我が国の医療が直面する課題として、①我が国の医療の課題(OECD による評



スライド 3



スライド 4

価など)、②地域偏在・診療科偏在(現状と厚労省対策案)、③求められる総合診療医、④総合診療医への障害と展望を示された。

結論として医師の地域偏在に対してプライマリ・ケアと総合診療医を強調された。

先生ご自身が米国留学で総合診療医を学ばれ、国立大学医学部で総合診療医を育てるべく奮闘されたが、大学の研究と専門医志向中心の環境下では総合診療医の育成に多大な協力は得られなかったし、そうした雰囲気も小さいと感じた。まだしも民間の方が育てやすいかと現在の立場にいますが、医師偏在・地域偏在と云う国家的な問題により貢献できるのは総合診療医だと確信している。

やはり各大学医学部で総合診療医を育てる努力をして頂きたいと提案があった。

総合診療医の臨床能力(福井次矢 京都大学

1994年)として、(A) 変化する幅広い臨床問題・医療的課題に適切に対応できる — ①臓器疾病にこだわらない、②機能的・心理的な問題にも対応する、③社会的な問題にも対応する、④予防医療的側面にも対応する、⑤頻度の高い慢性疾患の継続的ケア。(B) タイミングよく専門医への紹介ができる。と述べられた。

最後のディスカッションでは大都市集中型か

ら拠点型国家への転換に加えて、医師が住みたいと思う地域で、家族や子供の教育も含めた一体的な環境整備を成すことが大切であり、プライマリ・ケアの重要性と総合診療医の役割が重要であると示唆された。

本シンポジウムは動画として日本医師会 HP に掲載されるとアナウンスがあったので、ご興味のある方はご参照頂きたい。

お知らせ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

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

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

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

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 経理課：平木怜子 池田公江

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 862-0007 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

九州医師会連合会第 375 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 2 月 2 日（土）、城山ホテル鹿児島において、標記常任委員会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会第 2 回各種協議会（①医療事故調査制度担当理事連絡協議会、②地域包括ケアシステム対策協議会、③地域医療対策協議会、④医療保険対策協議会、⑤介護保険対策協議会）が併せて開催された。

報 告

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

去る 11 月 17 日（土）・18 日（日）に鹿児島県で開催された第 118 回九州医師会総会・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 30 年

11 月 17 日（土）総会・医学会 340 人

11 月 18 日（日）分科会（7 分科会）1,620 人

11 月 18 日（日）記念行事（7 種目）421 人

延べ出席者合計 2,381 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願った。

協 議

1) 第 144 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 31 日（日）日医）の開催について（鹿児島）

標記代議員会が来る 3 月 31 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に決定した。

(1) 九州ブロック日医代議員連絡会議

9 時より九州ブロック控室で開催する。

(2) 第 144 回日本医師会臨時代議員会

議事運営委員 福田 稔 先生（熊本）

財 務 委 員 瀬戸 裕司 先生（福岡）

〃 志田 正典 先生（佐賀）

(3) 九州ブロック代表質問について

九州各県より 2 月 21 日迄に担当県へ提出していただき、質問事項の選定については九医連会長、副会長で調整の上決定する。

2) 九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会並びに第 3 回九州ブロック災害医療研修会（4 月 6 日（土）・7 日（日）鹿児島市）の開催について（鹿児島）

標記担当理事連絡協議会並びに研修会を下記のとおり開催することに決定した。

(1) 九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会

日時 2019 年 4 月 6 日（土）16:45 ～ 18:30

場所 鹿児島県医師会館

(2) 九州医師会連合会第 3 回九州ブロック災害医療研修会

（1 日目）

日時 2019 年 4 月 6 日（土）14:00 ～ 16:30

場所 鹿児島県医師会館

（2 日目）

日時 2019 年 4 月 7 日（日）9:00 ～ 13:00

場所 鹿児島県医師会館

3) 九州医師会連合会第 376 回常任委員会（6 月 1 日（土）鹿児島市）の開催について（鹿児島）

標記常任委員会について、下記のとおり開催することに決定した。

日時 2019 年 6 月 1 日 (土) 16:00 ~ 16:50

場所 城山ホテル鹿児島

4) 九州ブロック日医代議員連絡会議 (6 月 1 日 (土) 鹿児島市) の開催について (鹿児島)

標記日医代議員連絡会議を下記のとおり開催することに決定した。

日時 2019 年 6 月 1 日 (土) 17:00 ~ 18:20

場所 城山ホテル鹿児島

日医委員会報告

①予防接種・感染症危機管理対策委員会

峰松 俊夫 委員 (宮崎)

②母子保健検討委員会

福田 稔 委員 (熊本)

森崎 正幸 委員 (長崎)

5) 九州ブロック日医代議員連絡会議懇親会 (6 月 22 日 (土) 東京都内) 並びに同連絡会議 (6 月 23 日 (日) 日医) の開催について (鹿児島)

標記日医代議員連絡会議懇親会並びに同連絡会を下記のとおり開催することに決定した。

(1) 九州ブロック日医代議員連絡会議懇親会

日時 2019 年 6 月 22 日 (土) 19:00 ~

場所 第一ホテル東京 4F・プリマヴェーラ

(2) 九州ブロック日医代議員連絡会議

日時 2019 年 6 月 23 日 (日) 9:00 ~ 9:30

場所 日本医師会館 九州ブロック控室

6) 日本医師会年金委員会委員の推薦について (鹿児島)

現委員の任期が来たる 3 月末日となっていることから、次期委員として福岡県から推薦のあった西秀博先生を推薦することに決定した。

7) 九州医師会連合会第 15 回事務局長連絡協議会 (5 月 10 日 (金) 鹿児島市) の開催について (鹿児島)

標記事務局長連絡協議会を下記のとおり開催することに決定した。

日時 2019 年 5 月 10 日 (金) 16:00 ~ 17:30

場所 鹿児島県医師会館

8) 九州ブロック認定産業医制度基礎・生涯研修会について (福岡)

平成 31 年度の九州ブロック認定産業医制度基礎・生涯研修会について、本年 6 月 8 日 (土)・9 日 (日) に産業医科大学実務研修センターにおいて開催することを了承した。

その他

1) 医師が災害活動に参加する要員に関する研究」アンケート調査について (熊本)

標記アンケート調査に際し、九州各県医師会の協力をいただいたとして謝意が示された。

2) 風しんに係る予防接種の対応について

(鹿児島)

前回の常任委員会において宮崎から提案のあった標記の件について、平成 30 年 11 月 20 日の日医理事会において、九医連からの要望として「日医から国へ、ワクチン増産と必要者への早期予防接種の実施」をお願いしたところ、去る 1 月 16 日の都道府県医師会長協議会で横倉会長から説明があったとおり、「39 歳から 56 歳の男性については、今後 3 年間で抗体検査並びにワクチン接種を無料で実施されることになった」との報告があった。



九州医師会連合会平成 30 年度 第 2 回各種協議会

去る 2 月 2 日 (土) 城山ホテル鹿児島にて開催された標記協議会、地域包括ケアシステム対策協議会、地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会について、下記に概要を報告する。

I. 地域包括ケアシステム対策協議会 (在宅医療含む)



理事
城間 寛

挨拶

鹿児島県医師会 林芳郎副会長

今回は、福岡県医師会から、強いご要望をいただき、介護保険対策協議会とは別に地域包括ケアシステム対策協議会を開催することとした。当面の目標となっている地域包括ケアシステムの情報と、各地域の地域資源、抱える課題は種々あり、今の環境の中でこういった整備ができるか模索しなくてはならない。その解決の糸口を見つけるべく、九州各県、また日医の状況を九州全体で共有していく必要があるのでは、是非、先生方の忌憚の

ないご意見を賜りたく考える。本日は各県から 7 題の議題が提案されている。限られた時間ではあるが、活発なご議論をお願いしたい。

日本医師会 江澤和彦常任理事

現場のご意見を踏まえどう政策に活かしていくのか、そこをきちんと伝えて政策に結びつける、これが日本医師会役員の役割であると認識しているので、本日は、ご忌憚のないご意見、ご要望、あるいは現場等について教えていただきたい。よろしくお願いしたい。

協議

(1) 地域における在宅医療推進サポート体制について（熊本県）

<提案要旨>

今後の在宅医療の充実強化策については、平成30年10月6日（土）に開催された第1回各種協議会「介護保険対策協議会」において福岡県医師会から提案があり、本県から医療介護総合確保基金を活用した県の補助事業である「在宅医療サポートセンター」事業について報告を行った。

本事業は前回報告したとおり、県サポートセンターと地域サポートセンターは県知事の指定による2層構造になっており、県サポートセンターは本会が指定された。

県サポートセンターでは、1. 県内在宅医療連合会（医療・介護・住民関係の29団体）の運営、2. 地域在宅医療センター連絡会議（仮称）の運営、3. 医師を対象とする人材育成、4. 在宅医療に関する多職種向け研修・優良事業所の顕彰、5. 在宅医療の普及啓発の五つの事業を柱としている。

地域サポートセンターは二次医療圏毎に設置することを目標にしていたが、現在、10カ所が指定された（未設置は3医療圏）、地域サポートセンターは

(1) 在宅療養の取組みの充実

- ①急変時対応の取組み（必須項目）、②入院支援の取組み（必須項目）、③日常の療養支援の取組み（任意項目）、④看取りに関する取組み（任意項目）

(2) 地域における在宅医療の普及促進

- ⑤訪問診療等のサービス提供量の増加に向けた取組み（必須項目）、⑥普及啓発に関する取組み（任意項目）、⑦地域在宅医療サポートセンターに係る事業の連絡会の開催（必須項目）

(3) その他

- ⑧その他、在宅医療の充実に資する地域独自の取組み（任意項目）

などの、在宅医療を行う医療機関の24時間体制の構築を視野に入れたより地域に密着した

在宅医療への支援を行うこととなっている。

本会では県サポートセンターの事業として、平成30年11月14日（水）に第1回目の地域在宅医療サポートセンター連絡会議を開催し、各地域の具体的な取り組み事例（予定も含む）の報告がプレゼン形式で行われ、患者が入退院時に医療圏をまたがることによるサポートセンターの交流の必要性など活発な意見交換が行われた。

本会議を受け、本会では県サポートセンター事業の一環として、本会が運営するICTツール「くまもとメディカルネットワーク」活用のサポート体制や本会に事務局を設置する県訪問看護ステーション連絡協議会の活用など地域への具体的な支援も見えてきた。

また、本県が九州の真ん中にあり県境をまたがる医療圏も複数あることから、境においては他県との連携も必要と考えている。

本事業については、全国の先進県の取り組みなどを参考に実態に即した支援体制が行えるよう日々議論しながら進めているが、各県医師会及び郡市医師会に同様の取り組みがあれば、その支援内容等ご教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、熊本県から報告のあった県単位及び2次医療圏単位による2層構造のサポートセンター等の取り組みは実施しておらず、県単位において各地区相互の情報共有や地域課題の抽出、対応策の検討を行うための連絡会議等の設置を行う等の取り組みを行っているとの回答であった。

佐賀県より、在宅医療介護連携推進事業として厚生労働省が定める（ア）～（ク）の事業メニューは分かりづらく市町村がどの事業から着手して良いか分からない等の課題から、まずは①医療と介護の情報共有の基盤を整える、②地区の現状把握と継続的な確認を行う、③地域住民の理解と多職種の連携のしやすさを向上させるという3つの取り組みを推進することにしておりと報告があった。

宮崎県より、多くの市町村において在宅支援診療所や支援病院が増えないため在宅医療の将来像が描けない等の課題から、宮崎市では「在宅医会」を設立し在宅療養支援診療所のバックアップ体制を図ろうとしているとの報告があった。また、宮崎大学医学部では、今年度より新しく始まったクリニカルクラークシップの中で、全員が地域研修を6週間受けることが義務化され、地域の急性期から回復期そして在宅への流れを実際に経験してもらい、今後必要とされる医療を実感してもらう等の取り組みが開始されていると報告があった。

福岡県より、本年度より3か年計画で地域医療介護総合確保基金（医療分）を財源として、郡市区医師会が休日夜間や容態急変時の対応及び主治医・副主治医制等に関するルールを策定する等を行う「在宅医療充実強化支援事業」が実施され、福岡県医師会としては当該事業を支援する「在宅医療充実強化支援事業」が実施されたところであると報告があった。本事業において、本年度は、訪問診療調査より得られた訪問診療の将来推計や地域特性を郡市区医師会や各構想区域の地域医療構想調整会議にフィードバックし、地域毎の具体的な目標を立て今以上に地域格差が広がらないよう支援しているところであると説明があった。

<日医コメント>

「在宅医療・介護連携推進事業」は（ア）から（ク）まで取り組まれているところであるが、できれば抜本的に見直した方が良いのではないかと考えている。実状が異なる市町村において、全て同時に積み上げていくやり方が果たして良いのだろうか、今、議論を検討しているところである。特に、取り組んでいる、取り組んでいないという集計は、量や質が見えず分かりにくいということもあるため、今後どうするかを検討し、来年度もしくは再来年くらいからの見直しを検討しているところである。

在宅医療・介護連携推進事業は、市町村がはじめて医療行政に着手する医療行政の登竜門的

事業である。地区医師会と連携をしない限りこの事業は上手くいかない。医師会との連携が8割ある一方で、1割強の市町村においては医師会と連携していない。これは大きな課題ではないかと考える。また、在宅医療・介護連携推進事業と連動して、認知症関連施策や入退院調整支援施策に取り組んでいるところもあれば、約半数は特に連動して取り組んでいないという回答であった。在宅医療・介護連携推進事業に係る取り組みの評価状況については、7割の市町村が「評価していない」という結果であった。在宅医療・介護連携推進事業のストラクチャー指標であるが、目標値やゴール、データが無いまま事業を実施している状況もある。

65歳高齢者人口が減り始めている地域も決して珍しくはない。全国の自治体別でいうと2015年から25年の10年間に、75歳以上の後期高齢者が増える自治体は1割以内しかない。減るか、あまり変わらないという自治体が1/3を超える。特に西日本が顕著であり、多床室型特養に空きが出始めている。全国平均で稼働率が9割を切っている。訪問看護ステーションも数が多く利用者が少ないため、経営が上手くいかないという地域もある。過不足ない提供体制が必要であると考えている。

市町村が課題と考えていることについては、「資源の不足」があり、今ある社会資源の中でどうやって考えていくのか、もちろん在宅医療に携わるスタッフが増えることは良いことだが、地域によってはなかなか厳しい現状があるので、どう取り組んでいくか、場合によってはコンパクトに効率良く提供していくことも考えていかなければならない。「ノウハウの不足」については、市町村が苦勞しながら取り組んでいるが、国や都道府県からの支援も必要ではないかと考えている。

(2) 訪問診療の地域格差について（福岡県）

<提案要旨>

本会では県行政と共同で、平成28年度より県内の詳細な訪問診療調査を行っており、今

年度も同様の調査を行った。結果は昨年度比約2,100人増のおよそ33,200人の訪問診療が行われており、国の予測にほぼ一致する広がりが見られる。しかしながら、平成28年度の調査当初より、医療圏別には大きな格差がみられたため、本年はこの格差を精査する目的でそれぞれの医療圏を超えた訪問診療の現況調査を合わせて行った。

結果的には、訪問診療の地域完結率は2極分化しており、13医療圏のうち7医療圏では90%を越えるのに対し、2医療圏では80%前後、4医療圏では55%前後となっている。また地域完結率が低い地域は、訪問診療数が増えない、もしくは減少している医療圏であった。地域医療構想では医療圏毎の訪問診療数や看取り数の将来推計を行い、適切な資源整備をすることとなっているが、地域完結率が低い医療圏では将来推計が困難であり、今後は地域特性を見極めながら隣接する医療圏を含めたより広い範囲での将来構想が必要となると考えている。

各県の状況及び日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、訪問診療の実施率については地域の医療・介護資源に比例する形で格差が生じているとの回答であった。

鹿児島県より、在宅医療を支える医療資源については地域差があるものの一定程度整っている状況にあるが、実際に在宅医療を受けた患者数は全国と比べ低い状況にあると報告があり、また長崎県より、医療・介護資源に乏しければ訪問診療の実施が低くなることは想像に難くないが、人口僅か2,000人程度の小値賀島では、有床診療所、訪問看護ステーション、特別養護老人ホームが1か所ずつしかないが、島内の看取り率が県下一であることから、資源ではない、かかりつけ医と住民の覚悟を含む関係性も大切であると見解が述べられた。

<日医コメント>

在宅療養支援診療の以外の診療所が訪問診療

を担っている。また往診の4割、看取りの2割が在支診以外で行われている。昨年4月の診療報酬の改定で、在支診でなくても在宅医療をされている先生にきちんと評価がなされるようになっている。

継続診療加算が月に1回216点算定できる。在支診以外の診療所が24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合に評価となる。24時間365日1人で対応するこれが一番の課題である。診療報酬上は200床未満の中小病院と診療所がかかりつけ医機能を担うことになっているので、200床未満の中小病院と有床診療所等が地域でチームを組むことが一番の施策ではないかと考えている。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果として、医療区分1の70%と将来介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数が新たに30万人。全国ペースで130万人が入院外で支える形となる。地域医療構想の非常に重要なコミットは、このポストアキュートを地域できちんと受け止められるかどうか。ここが機能すればおそらく地域医療構想はほぼ上手くいくであろう。しかし地域医療構想調整会議に介護の行政担当者あるいは介護の団体事業者はほとんど参加していない状況にある。新たに30万人増えて130万人は、在宅医療、あるいは介護施設、高齢者住宅そういうところで受け止められているので、この辺りを地域で十分に検討していく必要があると考えている。

介護職員数の推移について、平成28年度は直近で190万人が働いている。訪問系の50万人のスタッフの利用者と接している時間は、労働時間の4割、日中8時間なので3時間、その他の大半は移動時間となっている。その提供体制をどう考えていくか、地域においての課題となる。各市町村において詳細な人口推定、年齢階級別等が出ていると思うので、それを加味して市町村と地区医師会、都道府県医師会で連携をしていくことが重要ではないかと考えている。

そもそも我が国は2割の国土面積に8割の人口が集中しているという人口偏在の強い国柄である。その人口偏在に応じた医療介護提供体制が重要ではないかと考える。先ほど、地域医療構想と申したが、医師会の先生方のお力添えがないと出来ないことであり、よろしく願いたい。

(3) 2025年に向けた居住系施設の整備見通しと医療的支援の実現可能性について（宮崎県）

<提案要旨>

地域包括ケアシステムの構築は、各市町村レベルの実情に応じて行われるべきものである。ただそこに医療がどのように関与していくかについては、基本的には大きな差異はないと考えられる。地域住民が安心して暮らせる救急医療や周産期医療、小児医療などの充実を図ることと共に、人生の終末期を過ごす場所として、どこを希望しても医療的支援が行える体制を整えることが基本である。

しかしながら、医療や福祉の資源の偏在が大きい中で、宮崎県では自宅で最後まで過ごすことが叶えられない地域は多い。おそらく自宅ではなく居住系施設が終の住処にならざるをえない地域が増えていくと思われる。

だが、介護人材の不足も顕著な中で、それぞれの地域において居住系施設の整備が充足されていくものかどうかの見通しは不透明である。また、そこに赴いて医療的支援を行える医療機関がどの程度存在するかについて、当県においてシミュレーションがなされている市町村はない。

しかし、これは早急に地方自治体と郡市医師会とが協力して行うべき課題だと考えられる。各県において、2025年に向けた居住系施設の整備見通しと、そこで行われる医療的支援の実現の可能性についてシミュレーションが行われている例、もしくは計画があればご教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、2025年に向けた居住系施設の

整備見通しや医療的支援の実現可能性に関するシミュレーションは、現時点では行っていないとの回答であった。

大分県より、次年度からの新規事業として、レセプトデータ等を利用した在宅医療に関する分析や評価等を行うことを検討していると説明があり、本会としても同様の事業を検討していると説明した。

<日医コメント>

有料老人ホームの定員数が487,774、サービス付き高齢者向け住宅の定員数が222,085、合わせて70万。サービス付き高齢者向け住宅の22万のうち97%は食事を提供している。

サービス付き高齢者向け住宅は国土交通省の管轄で、有料老人ホームは厚生省の管轄となる。地域での実指導は2者同時に来る形となる。ただ医療と介護のサービスや中身についての指導があまりない。従って、非常に過剰な医療介護サービスや、一定の介護サービスを使うと家賃を減免するといった不適切な契約内容もあるため、そういうところは改善が必要だと考える。日本医師会としても過不足のない医療介護提供体制を整備していただきたいと強く考えている。

(4) 退院前共同指導について（長崎県）

<提案要旨>

医療依存度の高い患者さんの在宅移行や在宅看取りの方針が進み、重症患者の在宅移行が増加している。

適切な在宅医療を行うには、在宅移行時の退院前共同指導（退院前カンファランス）は必須と考える。

最近、病院の働き方改革が進められ、時間外でのカンファランス開催が制限される傾向があり、診療時間内での開催で在宅多職種（在宅医を含む）の参加が困難であったり、カンファランスの開催自体が制限される傾向にある。

各県の現状と今後の対応について各県、日医のお考えをお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、現状において「働き方改革」の影響で、退院前カンファランスの開催が制限される等の事例は報告されていないとの回答であった。

また、各県ともに、退院前カンファランスは、退院後に円滑な療養生活へ移行するための情報共有の場として重要な役割を持っているとの認識を示しつつも、各関係者の日程調整等が困難な場合があり、積極的な開催には至っていないとの報告であった。

大分県、熊本県、福岡県より、退院前カンファランスの開催については、ICTを活用したインフラ整備も一つの方策として検討すべきではないかと意見された。

佐賀県より、県北部地域では「退院支援ルール」を設け取り組みが行われていると報告があった。また大分県より、保健所単位で入退院時情報共有ルールを設け取り組みが行われていると報告があった。

＜日医コメント＞

医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進として、在宅患者緊急時等カンファレンス料は、「やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加した場合も算定可能である」と記載されているが、悪天候が著しい場合等、ほぼ通常では使えないような縛りになっている。

医師以外の働き方改革は4月1日から施行される。年休を取得させなかった場合罰則金を支払うことになる。小さな事業所、介護医療所、病院など特定業務しかできない職種、介護職員、調理職員等が心配されるが、お困りのことがあれば日本医師会までご意見いただきたい。

(5) 有料老人ホーム等での看取りにおける介護職の対応力について（大分県）

＜提案要旨＞

今後在宅等での看取りが増えてくると予想さ

れる中で、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など看護職が常駐しない施設での対応も求められてくるものと思われる。しかし、これらの施設に終末期の患者が入所している際に看取りの場面になると介護職が対応できず、救急搬送に繋がるケースも多いと思われる。

地域の介護職に対して、終末期の対応について研修など必要かと思われるが各県の現状、意見などをお聞きしたい。

また、昨年9月にNHK EテレのハートネットTVで、沖縄県立中部病院の高山義浩先生の介護施設での取り組みが紹介されていたが、可能であればその具体的内容や現状についてご教示いただきたい。

＜各県回答＞

各県ともに、介護職への終末期対応の研修等については必要と考えるとの回答であった。

なお、本協議事項に対する沖縄県立中部病院の高山義浩先生からのコメントは以下の通り。

沖縄県立中部病院では、2011年（平成23年）より地域ケア科を設置し、内科及び小児科医師による訪問診療を行っている。主として終末期患者への在宅緩和ケアを提供しており、年間で40人前後の看取りを行ってきた。

沖縄県では、高齢独居や老々介護世帯が増加していることから、高齢者施設における生活の質を向上させていくことが課題である。そして、自宅における看取りだけでなく、同じ生活の場である施設でも看取りができる地域づくりが求められている。

こうした課題に応えるため、当院では、ケアマネや介護職員向けの看取りの勉強会を開催したり、当院の緩和ケア認知看護師が施設看護師をサポートしたりしている。看取りの場として、自宅、施設、病院、それぞれに良さがあ限りもあるため、それぞれの能力を活かしなが住民の選択肢を増やしていきたい。

＜日医コメント＞

医療行為が出来る介護職員があまり増えていな

い。これをどうするか検討している。どれ位の介護職員が医療行為を出来るようになりたいと考えているのかデータがない。長時間の座学研修を高額の金額を支払って日中に受けるのはハードルが高い。私たちが提案していることは、きちんと出欠管理をし、夜間にDVDで受講する等の方法をこれから議論していくこととしている。予後予測が介護職やケアマネの弱いところである。予後予測を踏まえたケアプランを、福祉職、介護職とも共有していくことが必要と考えている。

特定施設で看取り介護加算が付いたが、ほとんど看護師が少ない。今回の改定で、入居継続支援加算ができた。喀痰吸引が出来る看護師がいない状況がある。在宅で喀痰吸引、医療行為ができる介護職に対応しているのは看護師であるので、今回この手当が付いている。そこには医師の指示が必要なので、必要に応じてご検討いただきたい。

(6) 訪問看護ステーションへの支援について (鹿児島県)

<提案要旨>

本会では、訪問看護ステーション協議会(以下、ST協議会)事務局を担っている。ST協議会の入会率は、52%(80/154事業所)となっている。

入会率が低い原因として、年会費(3万円)が高額である、研修活動が鹿児島市内で参加しづらい、他の訪問看護関係団体等の研修等で対応できている等が挙げられている。

昨年度より県看護協会が県行政からの委託を受け「鹿児島県訪問看護供給体制推進事業」に取り組んでおり、昨年度は「訪問看護事業者実態調査」を実施し、本県の課題抽出を行った。今年度は、上記調査により抽出された課題解決に向けた取り組みの検討が重ねられ、来年度からは新卒訪問看護師育成プログラムに取り組んでいく方針となっている。この事業に県医師会、ST協議会も参画しているが、地域包括ケアシステム、医療・介護連携の担い手として重要な役割を果たす訪問看護ステーションへの支援のあり方を検討していきたいと考えている。

そこで、下記の3点について各県の状況、日医のご意見をお伺いしたい。

- ① ST協議会と県医師会が連携した取り組みについて
- ② 小規模訪問看護ステーションへの支援策について
- ③ 地域医療介護総合確保基金を活用した取り組みについて

<各県回答>

佐賀県、宮崎県、長崎県、熊本県、福岡県より、訪問看護ステーション連絡協議会等を県医師会内に設置しているとの回答があった。これらの県において、地域医療介護総合確保基金を活用した小規模訪問看護ステーションへの支援策として、事業所開設のための整備補助事業や、事業経営に係るコンサルタント支援、アドバイザー派遣事業、人材育成事業等が取り組まれていると報告があった。

<日医コメント>

訪問看護ステーション連絡協議会について、「都道府県医師会内に事務局がある:9県」、「会長が都道府県医師会役員:11県」となっている。訪問看護ステーションにおいては看護協会よりも医師会の方が密接である。

地域医療介護総合確保基金のアンケート結果として、訪問看護のこれから強化していかなければならない部分は、おそらく小児や精神だと考える。

(7) 「地域共生社会」の構築に向けた取組について(佐賀県)

<提案要旨>

急速な少子高齢化・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、地域包括ケアシステムをはじめとする「地域共生社会」の構築が大きな課題となっている。

「地域共生社会」は、高齢者だけでなく、全世代を対象として、包括的な支援を行うことができる「全世代型地域包括ケアシステム」とも言われており、九州でも取組を加速させるために九州厚生局主催で「地域共生社会の構築に向

けた九州・沖縄研究大会」が、平成 31 年 3 月 9 日に予定されている。

本県でも、「地域共生社会」の実現に向けた包括的支援体制の構築に向けて取り組んで行かなければならないが、まだ、その柱となる高齢者分野での「地域包括ケアシステム」を構築・推進しているところであり、「地域共生社会」という地域づくりの支援体制については、手が付けられていない状況である。

各県の「地域共生社会」の構築に向けた取組状況及び日医の見解をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、現時点において「地域共生社会」の構築に向けた取り組みは行われていないとの回答であった。

鹿児島県より、地域共生社会の実現に向け「高齢者保健福祉計画」、「障害者計画」、「次世代育成支援対策行動計画」等の個別計画の上位計画として、「鹿児島県地域福祉支援計画（H31～35）」が今年度中に策定される予定であると報告があった。

＜日医コメント＞

社会保障給付費は、平成元年には 161 兆で、今年度末には 883 兆となり、平成の間に 5.5 倍に借金が膨らんだ。2022 年からは 1 年ごとに後期高齢者の伸びが 4% となってくるため、今、社会福祉が 6,000 億円程度だが、2022 年度からは 9,000 億円時代が到来するということで、子供たち将来世代にどうバトンタッチしていくのが最大の課題だと考えている。

日本医師会では松本常任理事が担当され、小児の在宅ケア、医療的ケア児の委員会を立ち上げており、そこで取り組みをまとめている。

やはり住民が主人公なので、住民と先生方が考えていくこと、特にキーワードとして社会的包摂、誰も排除しない社会、排除がおこると混乱が起こる。日本医師会でもいろいろ取り組んで行きたいと考えており、個人的にも、誰もが人生の最期まで尊厳を主張していけるようなシステム、社会が重要だと思っている。いろいろと知恵を授かりながら進めていきたいと考えている。

印象記

理事 城間 寛

各県から 7 項目が議題として提案されていた。その中で在宅医療の進み方や推進する方法は各県様々だが、宮崎、長崎、大分、佐賀県などは県として在宅医療を推進しようとしているが、現実的にはまだ進んでいない状況の様である。沖縄県では地域における在宅医療・介護連携事業で把握された課題を、「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業」として県から委託を受けて実施しているところである。熊本県では県サポートセンターと地域サポートセンターを設置して推進し、有機的につながり始めているようで、やはり各地域での取り組みと、県全体にかかわるような課題に対して広域的に取り組む組織が必要と考えられる。そのような中で宮崎県では県としてのサポート事業はなく、在宅医療支援診療所や支援病院の数が増えない現状があり、在宅医療の将来像が描けない状況であると報告しているが、宮崎大学医学部で新しく始まったクリニカルクラークシップの中で、地域研修を全学生が 6 週間受けることが義務化されたとのことである。訪問診療の地域格差を解消するためには、研修会や講習会が必要であるだろうし、若い医師が在宅医療に興味を持ってもらうためには学部教育の中に在宅医療が入る必要があるだろうと考えていたが、宮崎大学医学部で学部教育の中に在宅医療が入ってきたのは特筆すべきことではなかろうか、今後この分野が広く普及するきっかけになっていくだろうと考えられる。

Ⅱ. 地域医療対策協議会 (医療情報システム、感染症対策を含む)



副会長
宮里 善次



副会長
宮里 達也



理事
比嘉 靖



協 議

(1) 全国保健医療情報ネットワーク構築の進捗状況について (佐賀県)

<提案要旨>

平成 30 年 6 月に閣議決定された政府の成長戦略「未来投資戦略 2018」において、医療等分野の情報連携基盤については、2020 年からの本格稼働を目指して、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の間で共有できる「全国保健医療情報ネットワーク」を構築するとされている。

「全国保健医療情報ネットワーク」の構築に向けては、総務省事業として、平成 29 年度より、医療等分野のデータ共有基盤（相互接続基盤）の実証事業が開始されており、その中で、異なる地域間での医療情報連携ネットワーク相互接続の実証実験が行われている。

また、実証事業の一つとして、厚労省の主導で、現在、福岡県のとびうめネット、アザレアネットと本県のピカピカリンクをフィールドとして、各ネットワークに参加している医療機関

のレセコンデータを双方向に閲覧できる環境を構築し、課題等の整理が行われている。平成 31 年度には本稼働に近い環境での構築に繋げることとなっている。

今後、「全国保健医療情報ネットワーク」の構築により、ID-Link、Human Bridge など地域間で異なるシステムを利用した地域医療情報ネットワークの相互接続の実現が期待されるが、本事業の進捗、見通しについて、日医の見解をお伺いしたい。また、各地域における既存の医療情報連携ネットワークの事業展開に与える影響についても、併せてお伺いしたい。

<各県回答>

宮崎県、長崎県、熊本県、福岡県、本県において、県レベルの地域医療連携ネットワークが構築されており、各県ともに、各ネットワークが相互に接続することで、より効率的かつ効果的な医療インフラの整備を期待したいとの見解であった。

大分県より、「医療 ICT 化促進基金（仮称）」として 300 億円の予算がついたとの報道があることから、この基金と「全国保健医療情報ネットワーク」の関連についても情報提供いただきたいとの意見が示された。

＜日医コメント＞

保険医療記録の共有サービスの実証が各地区で行われている。九州各県でも大変積極的に取り組んでいただいているところである。この実証事業の目的は、全国の医療機関においてなるべく必要最小限の医療情報を簡単かつ安価に共有するためのサービス基盤の構築と考えられている。レセプト情報の共有から取り組むということである。実際にはレセプト情報では不十分であり、そこをどうするかということで、なるべく情報が多くなり過ぎない形で必要な情報を共有できるようにという検討が進んでいると理解している。それぞれの県で地域ネットワークが実施されており、それは非常に大切な仕組みであるため、仮に全国のネットワークとなった場合でも、それぞれの地域のネットワークがきちんと活きる形でやらないと、また新たに構築となると、とても無駄でお金がかかるため、全国のネットワークについては、どのようなデータを共有するのか、あるいは地域間の連携をどのように行うかということの問題が当然出てくる。そのことに加え、全国のネットワークの運営主体がどこで、費用負担をどうするかということが今後の検討課題となる。また、患者同意のあり方をどうするかということについても最後まで詰まっている訳ではないため、今後合意形成しながら進めていく必要があると考えている。

医療情報を匿名加工する代理機関というものが、京都大学と、東京大学と、日本医師会がそれに名乗りを上げ、日本医師会では新たな法人の設立までは至っていないが、準備を進めているところである。当初は東京大学と京都大学は病院を中心に、日本医師会は診療所の医療情報を中心に匿名加工をするという構想で始まったと理解しているが、必ずしもそのところ

はしっかり線引きが出来ている訳ではなく、連携をどのようにとり、役割分担をどうするかということについて、もう少し詰めが必要と考えている。いずれにせよ、それぞれのネットワークがきちんと繋がり役に立たないと駄目であるため、縄張り争いをしても仕様がなと考えている。

いずれにせよ、日本医師会が進めている匿名加工の代理機関の名乗りを上げることについては、日本医師会としても方針を決めているため、肅々と進めて参りたいと考えている。

地域のネットワークで既に積み上がっているノウハウをしっかりと大切にしながら、無駄のない形で、全国のネットワークをつくっていく、そこに診療所を中心とした匿名加工の部分の役割を担うというような構想で進めているところである。

(2) 地域包括ケアシステム構築における ICT の活用事例等について（長崎県）

＜提案要旨＞

地域包括ケアシステムづくりが各地で行われているが、思った以上に医療、介護、福祉の連携を上手く作り上げることは難しい。

ICT の活用は、多職種の情報交換、共有を容易にし、連携を上手く構築するには有意義であるが、それぞれの職種により、ICT リテラシーの違いがあり、なかなか有効に活用されるには至っていない。

また、それ以前に、多職種が一堂に会し、顔が見える関係（ヒューマンネットワーク）を作ることすら困難である。

各県で、多職種のヒューマンネットワークを形成する取り組みや、ICT を用いる取り組みで何か良い方法、或いは、現在取り組んでいることがあればお聞きたい。

ちなみに、長崎県では、VPN を用いたインターネット網を全県化に広げその中で医療、介護情報を共有するシステム「あじさいネット」を構築している。

医療情報として、基幹病院の電子カルテを病院・診療所で閲覧することが可能であるが、これらすべての情報を介護・福祉関係者が閲覧す

る必要はなく、また、カルテ開示や情報漏洩にも繋がるので、基幹病院のカルテの閲覧制限を介護・福祉関係者には設けている。

ケア会議、退院時共同カンファ等をテレビ会議を用いて行えるシステムも構築している。

これらシステムの説明を文章で隔月に医師会会員には流しているが、なかなか理解してもらえないのが現実である。

介護福祉関係にも、それぞれの郡市で説明会を開催しているが、参加者がなかなか集まってもらえない。

今後は、医師会や介護福祉の会合にこちらから押しかけていって、説明する時間を作ってもらおうと考えているところである。

<各県回答>

各県ともに、効率的な多職種連携を実現するためにはICTの活用は有効であるが、ICTリテラシーや共有情報の整理、セキュリティと利便性のバランス等により、積極的な活用には至っていないとの回答であった。

各県で活用している多職種連携の地域医療連携ネットワークについては、佐賀県では「佐賀県在宅患者情報共有システム（カナミックネットワーク）」、宮崎県では延岡地区・日南地区におけるICTを活用した情報共有ネットワーク、熊本県では「くまもとメディカルネットワーク」、福岡県では「福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）」、鹿児島県では「メディカルケアステーション（MCS）」をそれぞれ活用していると報告があった。

<日医コメント>

現場で新しい仕組みに慣れていただくことが大事であり、積極的に推進しようという意識と、リーダー、特に会長先生をはじめとしたリーダーの方々の積極的な取り組みが必要であろうと考える。長崎県からご指摘いただいたように、ペーパーレスに慣れると確かに効率が上がるというところがあり、それも含めてやっていく必要があると考える。

地域包括ケアの部分は、関わる職種がいろいろあり、その中で、しっかり連携をとっていくということが、医療の部分よりもさらに必要になると考える。本当に必要な情報を共有するということが、ある程度、情報の制約ということも考えなければならない。その辺りが大変大事になると考える。

協議事項（1）の部分に関連するが、オンライン診療について、政治の方からはどんどん進めるべきということがあり、その要請は日医にも来ている。オンライン診療のあり方については、ようやく枠組みが決まり、診療報酬をどうするかということが決まったばかりである。昨年4月の改定でかなり積極的に取り入れられている。見直しが必要だということであれば、きちんとデータを集めてやっていかなければならない。始める段階で抑制的な試みという形になっており、もっと積極的に進めるべきだというご意見もあるが、日本医師会では今村副会長を中心にこの問題の検討を深めており、まずは今の仕組みをしっかりと普及定着させ、不十分なところは改めていくというスタンスであり、もっと制約を取り払うべきだという意見に対しては、少し慎重に参りたいと考えているところである。

医療情報化支援基金について、300億円の予算が創設される予定であるが、申請の要件や補助率等の詳細が出てくるのは今年の秋以降と見込まれている。一方で、基本的にはオンラインによる保険の資格確認や電子カルテの標準化等に積極的に対応しようとする医療機関に対する補助金であるということは確かであるため、現場の意向をしっかり反映させ無駄なく活用できるような形にし、この予算を有効に利用できる形にしていかなければならないと考えている。

(3) 感染症危機管理対策について（福岡県）

<提案要旨>

本会では、韓国でのMERS発生や、風しん・麻しんの発生時の対応及び新型インフルエンザ

対策等について医療の専門家として行政に指導・助言していく必要があると考え、新興・再興感染症及び風しん・麻しん等を含む総合的な対策が必要となる感染症に対しての対策や体制について協議する場を設置する予定である。各県においても、そのような感染症危機管理に関する協議の場を設置していれば、協議内容及び構成員についてお伺いしたい。

また、本県では、平成 25 年、県行政により新型インフルエンザ等対策行動計画が作成されており、本会でも平成 26 年に同計画を作成している。内容としては、国や日医の行動計画とほぼ同一であり、地域の特性を踏まえた内容ではなく、具体的な対応マニュアルとはなっていないことから、今後速やかに見直していくこととしている。各県の計画においては、どのような対策をとっておられるのかお伺いしたい。

＜各県回答＞

佐賀県、宮崎県より、県医師会版の行動計画を策定しているとの回答があった。感染症危機管理に関する協議の場については、宮崎県より、県医師会、郡市医師会、県、保健所等の委員で構成する「宮崎県医師会公衆衛生・感染症委員会」を設置し、感染症等発生時の危機管理体制フローを作成するとともに、委員会メーリングリストを活用した情報提供・情報交換を行っているとの報告があった。

本県より、高い致死性と空気感染し大規模感染の形式をとる、いわゆる新型インフルエンザが実際に流行するののかについては注視していく必要があり、その反面、MERS 等の感染症は流行の蓋然性も高く、具体的な計画を策定する必要がある等、感染症の態態に応じた対応を検討していく必要があると意見を述べた。

＜日医コメント＞

沖縄県からのご指摘は大変大事なところだと考える。現状では、どういう感染症が出ているのかという情報を、いかに行政の中で情報共有するかということが大変大事である。その点に

ついては、各都道府県におけるクローズドの情報として、どこで何が起こっているかということで、かなり具体的な情報の連携の仕方がほぼ構築出来つつあると認識している。一方で、例えば沖縄県で発生した時に、その情報をどのようにマスコミに出すかということは基本的には沖縄県の判断になるが、そこで麻疹と診断された方が、どう行動をとったかという情報は是非出すべき部分もあるし、却って混乱をきたすという面もあり、各都道府県が迷われる場面もある。その辺りは、国が方針を決め、都道府県が迷わずにほぼ同じ基準で情報を出せるようにすべきであるということまでは合意は得られている。その中で、疑いのある患者さんが直ぐに医療機関を受診し、待合室で周りに広げてしまうということがあるため、先ずは電話の相談窓口をつくり、そこに連絡を取っていただく等、各地域でしっかり対応が取れるようにしようということ、いま取り組んでいるところである。その結果として、感染症の指定医療機関の中で、ある程度、隔離された外来を設置する等のことが、普段それがどのように利用できるかという費用対効果のこともあるが、その辺りも含めて考えていくことが国で議論されているところである。

エボラ出血熱や MERS ということに対しての対応が必要になるが、佐賀県からご指摘のあった、任意による取り組みとして、関心をお持ちの方々が普段から顔の見える関係を構築し情報交換が出来るようにしておくということは大変大事だと考える。感染症の指定医療機関は日々の訓練が大事であり、それを積み重ねていただくということが大事であろうと考える。

新型インフルエンザについてもご指摘をいただいたが、2009 年の流行の際に、最初の情報は、かなり死亡率が高いということから入ってきたため、それを踏まえて特別措置法が作られ、少し現実から乖離したような対応ではないかというようなご指摘もあった。そこは実際に役立つ行動計画でなければならないということとはご指摘の通りである。荒唐無稽なことを

話していても駄目だと全く同感である。ワクチンの特定接種のご指摘をいただいたが、せっかく登録をしたが、果たしてこれが実際に機能するのかということがある。プレパンデミックワクチンを備蓄しようという方針が打ち出されたが、パンデミックが起こった時に役立つワクチンを予めプレとして用意するということは技術的にはかなり難しい。予測が当たらないのではないかとということが一つある。もう一つは、パンデミックが起こった場合に、そこから取ったウイルスによるパンデミックワクチンの生産ルートをきちんと確保しておくことで、比較的早くワクチンの生産ができるのではないかとこの見通しでやっている。従って、プレパンデミックワクチンの議論はほとんどなくなり、いかにパンデミックワクチンを確実に作る体制を維持するかということが今後の大きな課題になると考える。

(4) 風しん対策について(要望・提言)(大分県)

<提案要旨>

今年の風しん届出数は2,000人を超え2013年以来の感染拡大となり、先天性風しん症候群の発生などが危惧される状況となっている。国はワクチン接種歴がない感受性者が多いと思われる対象年齢(30歳～50歳代)の抗体検査に対する補助を行うとの方針であるが、その有効性については疑問を呈さざるを得ない。厚労省の小委員会でも、勤労世代が手間のかかる抗体検査を受ける可能性は低いとの意見が出ている。

先般、日医は釜谷常任理事名で厚労省健康局長宛に要請文を送っているが、より具体的対策については是非検討し国へ強く働きかけていただきたい。

MRワクチンの供給量が接種対象者に対して不足しているとされ、メーカーへの増産要請は論を待たないが、早急な対応は困難と思われる。厚労省の小委員会でも議論されたようであるが、高齢者の肺炎球菌ワクチンのようにたとえば35歳、40歳、45歳、50歳時に公費で受

けるべきであった人たちへのcatch upと考えれば、妥当と思われる。さらに接種対象者が勤労世代であることを考えると、産業保健のチャンネルからの啓発、ワクチン接種勧奨について日医、行政一体で取り組んでいただきたい。

<各県回答>

各県ともに、ワクチン接種歴がない対象年齢に対する具体的な対応について、日医より国に対し強く働きかけていただきたいとの回答であった。

佐賀県より、県の単独事業として、平成31年1月より「風しん抗体検査・予防接種事業」が開始され、予防接種歴及び風しん既往歴がない妊娠希望の女性と、抗体価が低い妊婦の同居者を対象に予防接種が行われていると報告があった。

鹿児島県より、39～56歳の男性に対し、3年間、風しんに対する抗体検査を受け、免疫が十分でないと判明した人に限り、原則無料の定期接種を行うこととする事業を実施していると報告があった。

本県より、現場からは、抗体検査を受けていただくのではなく、対象年齢層の男性には最初からワクチン接種を勧めた方が簡便かつ効果が高いのではないかと意見もあるがいかかと思意見を述べた。

<日医コメント>

沖縄県からのご指摘については、ワクチンの生産に限度があり、対象者全員に接種することが簡便ではあるが、それだけのワクチンが用意できないということが一番大きな理由である。ワクチンは、出生が1年に100万人として100万ずつ、予備を見て240万本は必ず確保している。妊娠の関連で、これから妊娠をする可能性がある女性あるいは妊娠した女性の家族で抗体価がない方に対する分として約60万本は既に確保している。1年でそれくらいのワクチンが出来るが、毎月出てくる数は月に5～10万本ずつ、通常のワクチン以外に増産できる部分はそれく

らいということである。対象年齢の39～56歳までを一度に対象にしてしまうことは少し無理であろうということで、今の段階では、3年の間に39～56歳まで必ず検査をしてもらうという方向であり、対象者に検査を受けていただき、必要があればワクチンを受けて欲しいという通知を出し、その年齢を最初の段階では少し絞るということが現時点での了解事項となっている。これは、今後の抗体価の検査がどのくらい進むかで、また方向を変えていこうということである。今後の方向として、対象年齢の男性は仕事に従事している年齢で、医療機関に行くことが難しいため、健康診断の機会を使ってその時に一緒に採血をするということをするべく推奨していこうということと、結果が出たら速やかにワクチンが受けられるようにということであるが、検査をしてその場で抗体価が出るという訳にはいかないため、結果を踏まえてワクチン接種が出来るような体制をとるということになる。これには、各地域の医師会の先生方にご負担をおかけすることになるが、是非よろしくお願いしたい。

(5) 任意予防接種の接種率向上に対する取り組みや助成について（宮崎県）

<提案要旨>

宮崎県は「愛の予防接種事業」と命名し、おたふくかぜ、ロタの任意予防接種の助成を行う市町村に対し交付金を支出してきた。その結果、平成29年はおたふくかぜワクチンの助成が県下26市町村中18市町村、ロタワクチンの助成が15市町村と増えており、任意接種の接種率が向上してきている。県単位で任意接種の接種率向上に対する取り組みがあればご教示いただきたい。

また、小児科学会は、今年度、年長児の三種混合ワクチンとポリオワクチンと二種混合ワクチンに代えて三種混合ワクチンを任意接種で接種することを推奨しているが、これらのワクチンに対し助成を行っている自治体があれば教えていただきたい。

<各県回答>

各県ともに、現時点において、三種混合ワクチンの助成を行っている市町村はないとの回答であった。

<日医コメント>

任意予防接種でなく、定期の予防接種に組み込んだ形で対応すべきだと日本医師会としては強く訴えている。まだおたふく風邪とロタのワクチンがすぐに定期に組み込まれるという見通しではないため、宮崎県からお話が合ったようなそれぞれの県での取り組みということで進めていただきたいと考える。三種混合ワクチンとポリオについては、三種混合ワクチンとポリオをそれぞれやるか、あるいは4種混合ワクチンを打つかということで、学校に入る前の年代への接種について早急に取り組まなければならないという認識は厚労省も持っている。さらに働きかけをしていきたいと考える。

(6) 九州各県における訪日外国人医療対策について（熊本県）

<提案要旨>

平成30年7月4日（水）に日本医師会において開催された「第1回外国人医療対策会議」では、国の政策概要が示され、対応が先行する都道府県医師会からの報告を受けた。

本県でも来年のラグビーやハンドボールの国際大会が控えており、訪日外国人が多数来熊することが想定されることから、県担当課へ早急な対応を求めているところである。

県の回答としては、県が設置する「多言語コールセンター」の設置等の説明程度で、医療機関が現場で困惑すると思われる医療通訳や医療費問題等の具体的な事項については示されていない。

このペースで外国人の来熊がピークとなると思われる来年のスポーツ世界大会開催時に十分な体制が整うのか不透明である。

九州各県における訪日外国人の医療対策についてお伺いしたい。

＜各県からの回答＞

佐賀県では、訪日外国人の医療対策について特別な取り組みは行われていない。

宮崎県では、県内事業者向けに「宮崎県多言語コールセンター」が設置され、電話による通訳サービスを提供しており、昨年12月から医療機関も対象となった。観光庁が整備・普及促進に取り組んでいる「訪日外国人旅行者受入医療機関リスト」に登録した本県の医療機関数は比較的多いが十分ではない。重点対象地域（宮崎市・高千穂町・えびの市）においても登録が増えるよう、本会としても協力し働きかけを行っている。

大分県では、診療費については入国者の3割が未加入とされる旅行保険への加入を促すこと、医療機関側から事前に診療費の目安を提示すること、クレジットカード支払いの導入等が対策として挙げられている。言語問題の対策として「多言語コールセンター」を設置し、本年4月から医療機関にも対応が可能になっており登録への周知が必要と思われる。また地域の基幹病院におけるコーディネーターの整備・育成について行政等の支援が求められる。

長崎県では、「多言語コールセンター」が設置され、会員医療機関の登録について周知している。言語対応、未払い、救急搬送の受け入れ等の対応すべき点も多く、国、行政は現場任せではなく、積極的な対応を求めたい。

福岡県では、「福岡アジア医療サポートセンター」が開設され、①医療通訳ボランティア派遣（5言語対応）、②医療に係る電話通訳、③医療に関する案内（17言語対応）等のサービスが提供されている。現在、国や日本医師会において外国人に対する医療提供について検討が行われているが、訪日外国人と在留外国人の医療上の諸問題は分けて考えるべきであり、これら諸問題への国の対策が示され次第、各会員が適切な理解と対応ができるよう周知徹底を図りたいと考えている。

鹿児島県では、平成28年に県知事に対して、①訪日外国人旅行者向け多言語コールセ

ンターの設置、②医療機関窓口に掲示する訪日外国人旅行者向けのポスター及び医療機関受診の際のパンフレット作成を要望した。平成29年度に、鹿児島県医師会が県委託事業として、訪日外国人のための緊急時医療マニュアルのリーフレットと、医療機関受診の際の啓発ポスターを作製し、市町村や観光地等へ配布した。多言語コールセンターは、平成30年4月から24時間365日対応の多言語コールセンターが開設されたが、医療に関する通訳対応は対象外としている。

沖縄県では、外国人観光客患者急増に伴う諸課題について、県内11地区医師会代表者で構成されたプロジェクト委員会で検討を行った。当委員会で明らかとなった医療機関側に過度な負担がかからない体制の整備及び困難事案に対応するための公的相談窓口の必要性を県行政（沖縄県知事及び沖縄県議会議長）に求めた。行政の取り組みとしては、訪日客医療費未払いへの対応を検討する医療費問題対策協議会の設置や24時間365日対応の「電話医療通訳サービス」、「メール翻訳サービス」、「医療機関向け相談窓口（実証実験）」が開設された。また医療機関の受入態勢整備推進者を対象として医療コーディネーター養成研修等も実施された。

＜日医コメント＞

日本医師会としては、受け入れ体制の整備、医療費未払いの補償、医療紛争の訴訟に対する対応について、国に働き掛ける準備をしている。

厚労省は、医療費については、基本的に自費診療にすべきであるとの見解を示している。併せて、通訳の手配で医療機関の支払い負担がないように、診療価格の設定に留意するよう見解を示している。また、受け入れ体制に関しては、軽症は二次医療圏、重症は三次医療圏で受け入れ窓口を整備するよう求めている。医療費未払いの対策として、入国者に旅行保険への加入を積極的に推奨している。

(7) 地域医療対策協議会について（宮崎県）

＜提案要旨＞

医療法及び医師法の一部を改正する法律により、平成 30 年度中に全国の都道府県に同法に基づいた地域医療対策協議会が改めて設置され、平成 31 年度中に各県の医師確保計画を策定することが義務付けられた。各県においての今後の医師確保の行方に大に関わってくると考えられるが、本県においては、県と協議中であり設置時期はまだ決まっていない。各県の現在の進捗状況をお伺いしたい。また、同法に基づいた地域医療対策協議会が設置されている県があれば、構成員等についてもご教示をお願いしたい。

＜各県回答＞

佐賀県では、地域医療支援センター運営委員会が地域医療対策協議会として位置付けられていたが、法的構成要件を充足していなかったことから、委員構成を見直し、平成 31 年 3 月より新たに地域医療対策協議会として設置されることとなっている。

大分県では、現在の地域医療対策協議会で医師確保対策も協議する予定である。構成員に民間病院の代表を追加する予定である。

長崎県は、平成 31 年 4 月に設置予定で、構成員については「地域医療対策協議会運営指針」にある構成員をベースとして検討しているとのことである。その中の「診療に関する学識経験者の団体」は都道府県の区域を単位とする医師会が考えられるとされており、県医師会にも参画頂く予定であるとのことである。

熊本県は、医師確保に関する会議体（地域医療支援機構評議員会議、へき地保健医療対策協議会、専門研修プログラム協議会）を地域医療対策協議会に一本化し、平成 31 年 4 月に設置予定であり、構成員等については年明けに県担当課から説明を受けることとなっている。

福岡県では、地域医療支援センター運営委員会を廃止し、「福岡県医療対策協議会」として再編成するとともに、運営委員会の下に設置し

ていた専門医に関する委員会を協議会の下に移管した。2019 年 4 月 1 日に施行される医師確保計画の策定に向けて、昨年 12 月に新たに構成員が選出され、医師確保対策並びに医師確保計画の策定について協議が行われた。

鹿児島県では、法改正に伴う地域医療対策協議会の構成を見直す予定になっているが、現時点では県行政と具体的な協議は行っていない。国の地域医療対策協議会運営指針に則った対応を行うことになると考えている。

沖縄県では、地域医療対策協議会を次年度以降に設置することで県と調整中である。構成員についても、調整中であるが現段階で、①特定機能病院、②地域医療支援病院、③医療法第 31 条に規定する公的医療機関、④臨床研修指定病院、⑤公的医療機関以外の病院（公的医療機関に準ずるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。）、⑥診療に関する学識経験者の団体、⑦大学その他の医療従事者の養成に関係する機関、⑧社会医療法人、⑨その他保健医療部長が適当と認める者のうちから、保健医療部長が任命することになっている。

(8) 医師偏在対策について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

医師法・医療法の一部改正に伴い、医師偏在指標の導入や医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定、医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設、地域医療対策協議会の機能強化、さらには外来医療機能の可視化・機能分化連携方針の策定など、来年度から新たな取組みが始まることになっている。

法改正に伴い、今後、医師偏在対策が進むことと期待しているが、大学医局の方針や医師個人の考えもあるので、実際に医師の派遣調整を行うことは困難な面が大きいと考える。

今回の法改正を踏まえ、医師偏在対策がどのように変わるのか、また派遣調整の具体策について日医の見解をお伺いしたい。

また、九州各県医師会において、医師偏在対策に係る取組み（例えば、地域医療介護総合確

保基金を活用し、各地域の拠点病院から中小病院への医師派遣に対する財政的な支援を行うなど）があればご教示いただきたい。

＜各県回答＞

佐賀県では、今後、地域医療対策協議会で協議していくことが予定されており、現時点では具体的な取り組みは行われていない。今後、国が定める「医師偏在指標」を踏まえて、「医師少数区域」、「医師多数区域」の設定、医師の確保数や不足診療科の特定を行う。佐賀県医師修学資金の見直し、将来不足が見込まれる診療科の医師確保を図る。地域医療支援センターにおいて、自治医科大学卒業医師および地域枠医師を活用し、キャリア形成支援と一体的に、医師派遣を必要とする医療機関の医師確保を図ること等の取組みを予定している。

宮崎県行政が、医師のキャリア形成と医療機関の医師確保の両立を図るため、医師修学資金貸与、宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座の設置、専門医研修資金貸与（小児科及び産科）、地域医療対策協議会における派遣調整等の施策に取り組んでいる。

大分県は、公的 16、民間 16 の計 32 へき地診療所があり、20 のへき地医療拠点病院がこれをサポートしている。平成 29 年度は、自治医科大学卒業医師をへき地診療所に 4 名、へき地医療拠点病院に 12 名の計 16 名を派遣したが、平成 30 年度はへき地診療所に 4 名、へき地医療拠点病院に 8 名の計 12 名であり、へき地医療拠点病院への派遣が 4 名減少した。これは、後期研修を受けるためと考えられ、大分大学の地域枠で補充した。

長崎県では、現在設置されている「長崎県保健医療対策協議会」の構成員を見直し、平成 31 年 4 月 1 日設置予定となっている。また、医師派遣に関する具体的な事項を協議するため、地域医療対策協議会の下に専門部会（ワーキンググループ）を設置する予定となっている。部会の構成員は、地対協と重複しないメンバーで構成される予定である。

熊本県では医療介護総合確保基金を活用し、各地域において安定的かつ継続的な医療提供体制を整備できるよう、地域の中核的な病院等、各医療機関が相互に連携し、域内の医療機関への医師派遣や人材育成等を行う新たなネットワークの構築（地域医療連携ネットワーク構想）について、県担当課と熊本大学医学部附属病院と協議中であり、その構想について本会にも意見を求められている。また、医師の働き方改革や女性医師の育休取得等を支援するため、県と協定を締結した医療機関からへき地等の医療機関に対して、医師を派遣する「ドクタープール制度」の創設に向けて、制度詳細が検討されている。

福岡県では、地域医療対策協議会（福岡県医療対策協議会）構成員の整理を行い、昨年 12 月に今後のスケジュール及び協議内容、キャリア形成プログラムについて確認を行った。本年度よりスタートした新専門医制度において、本県は 14 診療領域で定員にシーリングがかかり、シーリングの対象外である診療領域においては対象外にも関わらず、医師の必要数とされる募集定員に達していないなど、将来の偏在は明らかである。これまで、地域医療支援センターで実施してきた、専攻医の採用実績・配置状況調査や専門医養成プログラムの確認・検討、また総合診療専門医養成支援、臨床研修医確保支援、女性医師キャリア形成や女性医師確保支援事業、地域医療医師奨学金貸与事業、寄附講座の設置等を引き続き検討するとともに、今回の新たな仕組みのなかで、医師偏在指標だけでなく、様々な視点から、県行政、大学等と医師の養成課程を通じた実効的な医師確保計画の策定に向けて、県医師会が主体となってこれから具体的な協議を行っていく。また、九州全体での医師確保対策についても検討が必要であると考えている。

沖縄県では、特に医師偏在について取組みは行っていないが、県行政が主体となって、下記の事業を実施している。

地域偏在対策として、琉球大学における地域枠医師の養成、自治医科大学への学生派遣、県

立病院における離島・へき地勤務医の養成、医師が不足する医療機関への医師派遣に対する補助等の事業を実施している。

診療科偏在対策として、次年度以降、修学資金は、地域枠学生がより学業に専念できるよう充実を図り、研修資金は、医師の偏在の解消に実効性を高める方向で見直しを行う。

○指定診療科医師確保修学資金

対 象：一般枠5・6年次学生対象

診療科：外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、小児科、総合診療

○特定診療科医師確保研修資金

対 象：専攻医〔地域枠卒業生〕対象

診療科：外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、小児科、総合診療

<日医コメント>

各都道府県では、各県の実情に応じて、医師配置に工夫されているが、県内だけでは、対応できないことを認識としている。強制配置はできないが、合意を形成しながら配置できる仕組みが必要であると考えている。

印象記

副会長 宮里 善次

地域医療対策協議会では、熊本県から訪日外国人医療対策について質問がなされた。

福岡県では「福岡アジア医療サポートセンター」が開設され、医療通訳ボランティア派遣や電話対応サービス、医療に関する案内がなされているが、その他の県では「多言語コールセンター」が設置される程度で、対応に苦慮する現場と行政の認識の差が鮮明となった。

その中でも沖縄県は、県内の11地区医師会代表で構成されるプロジェクト委員会と県行政が共通認識の下に動いて様々な活動を具現化しており、他県に先行した活動を行っている印象を受けた。

次に宮崎県から地域医療対策協議会の策定について質問がなされた。

31年度中の策定が義務付けられているが、策定済の県はなく各県とも構成員の選定に苦慮している様子である。

沖縄県では、構成員については前年度の県・県医師会協議会で合意済みであるが、基本的に①県の医療保健部、②県医師会、③特定機能病院、④社会医療法人（2法人）とし、その他保健部長が適当と認める学識経験者を加える事で一致している。本文が県医師会報に掲載された段階で2回目の委員会が開催済である。

最後に医師偏在対策について鹿児島県から質問があった。

先の医師確保計画の具体策の一つとして医師偏在対策が求められているが、各県とも奨学金制度の活用や地域医療ネットワーク構想、ドクタープール制度を活用しながら対応策に模索している現状がうかがわれた。

今後の懸念として医師偏在指数や医師少数区域、医師多数区域などの定義が現実を正しく反映しているかが問題であり、紆余曲折な経緯をたどる事が予想される。

印象記

理事 比嘉 靖

平成 31 年 2 月 2 日（土）に城山ホテル鹿児島にて行われた九州医師会連合の地域医療対策協議会に参加した。鹿児島県医師会、日本医師会役員による開会、挨拶のあと早速協議が行なわれた。前半の 2 議題は ICT、地域医療連携システムについて、3、4 議題は感染症対策について、5 題目は任意予防接種の接種率向上に対する取組みや助成について、6 題目は九州各県における訪日外国人医療対策についての議論が行われた。私はシステム担当理事として最初の 2 題に対応させていただいた。

最初の議題は、全国保健医療情報ネットワーク構築の進捗状況について佐賀県からの提案であった。地域医療情報ネットワークの相互接続の実現が 2020 年を目処に予定されているが、本事業の進捗、見通し、既存の医療情報連携ネットワークの事業展開に与える影響について日医・各県医師会への質問がなされた。各県ともに、各ネットワークが相互に接続することで、より効率的かつ効果的な医療インフラの整備を期待したいとの見解であった。日医からは、この事業の目的は、全国の医療機関において必要最小限の医療情報を簡単かつ安価に共有するためのサービス基盤の構築と考えられており、国はレセプト情報の共有から取り組むということであるが、レセプト情報では不十分である一方、情報が多くなり過ぎない形で検討が進んでいるとの事であった。全国的ネットワークとなった場合でも、既存のネットワークがきちんと生きる形でないといけませんが、コスト面、共有するデータ、運営主体がどこで、費用負担をどうするかということが今後の検討課題であり、患者同意のあり方についても最後まで詰めている訳ではないとの事であった。最後に医療情報を匿名加工する代理機関として、京都大学、東京大学、日本医師会が名乗りを上げており、日本医師会は新たな法人の設立までは至っていないが、準備を進めているところであるとの補足もあった。この方面では沖縄県医師会は日医と共同の実証事業を行っており、一早い情報収拾に活かせるものと考えられた。

2 題目は、地域包括ケアシステム構築における ICT の活用事例等について長崎県からの提案。地域包括ケアシステム作りが各地で行われているが、多職種の連携を上手く作り上げることは難しく、ICT の活用は、情報交換、情報共有、連携構築には有意義であるが、職種毎の ICT リテラシーの違いがあり、有効に活用されるには至っていない。草分け的存在である「あじさいネットワーク」ですら多職種間の顔が見える関係を作ることは困難との事であり、各県の状況や取り組みについて問いかけであった。各県ともに、ICT リテラシーや共有情報の整理、セキュリティと利便性のバランス等により、積極的な活用には至っていないとの回答であった。日医からは現場で新しい仕組みに慣れていただくことが大事であり、積極的に推進しようという意識と、リーダー、特に会長先生をはじめとしたリーダーの方々の積極的な取り組みが必要であろうとの事であった。また地域包括ケアの現場では、関わる職種が多く、その中で、しっかり連携をとることが、医療の部分よりもさらに必要であり、本当に必要な情報を共有するため、ある程度、情報の制約ということも重要である。オンライン診療については、政治の方からは進めるべきという意見が強く、その要請は日医にも来ているとの事であった。オンライン診療のあり方については、ようやく枠組みが決まり、診療報酬をどうするかということが決まったばかりである。始める段階で抑制的な試みという形になっており、もっと積極的に進めるべきだというご意見もあるが、日本医師会

では今村副会長を中心にこの問題の検討を深めており、先ずは今の仕組みをしっかりと普及定着させ、不十分なところは改めていくというスタンスを取っているとの事であった。医療情報化支援基金として300億円の予算が創設される予定であるが、申請の要件や補助率等の詳細が出てくるのは今年の秋以降と見込まれているが、その使用目的は基本的にオンラインによる保険の資格確認や電子カルテの標準化等に積極的に対応しようとする医療機関に対する補助金であるということとは確かであり、現場の意向をしっかりと反映させ無駄なく活用できるような形にし、この予算を有効に利用できる形にしていかなければならないとの事であった。

この2議題からは、医療現場は電子化を積極的に進め、現行の地域医療連携システムは次のステップとして全国的連携への対応が要求されていると感じられた。沖縄県医師会としても医療情報化支援基金への早急な対応、会員施設でのオンライン資格確認システム普及への対応、電子カルテ普及率向上をおきなわ津梁ネットワークの普及と連動させ効率的に対応していく必要があると痛感させられた。

Ⅲ. 医療保険対策協議会



常任理事
平安 明

挨拶

鹿児島県 増田常任理事

本日は大変お忙しい中、平成30年度第2回医療保険対策協議会にご参集いただき誠に感謝申し上げます。また、日本医師会の松本常任理事におかれては大変ご多忙のなか遠路ご出席いただき感謝申し上げます。

前回の第1回各種協議会では台風25号の影響で交通の乱れもあり、ご苦勞をお掛けしたが、

今回は天候に非常に恵まれ、無事に皆様を迎え入れることができたことに安堵している。

さて、本日は診療報酬に関する議題の他、医療保険制度や個別指導に関する議題等、様々な分野から各県より8題の提案を頂いている。皆様方には現場の課題を大いに出して頂き、忌憚のないご意見を賜りたい。また、日医の松本常任理事からは各議題についてご意見を賜りたい。

松本常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。日本医師会では、私が医療保険の主担当となり、それ以外では、外国人医療対策、医師の働き方改革の担当となっている。地域包括ケア、地域医療、介護保険、医療事故調査関係も副担当となっている。

始めに、ご要望のあった10連休の件について、厚労省保険課長より1月30日付けで「本年4月27日から5月6日までの10連休等の長期連休における診療報酬等の取扱いについて」の通知を受け、1月31日付けに私の名前で都道府県医師会社会保険担当理事に連絡をさせて頂いた。内容は当該法律に係る国会の附帯決議を踏まえ、10連休における医療提携体制の確保については必要な医療が提供できるよう、地域の実情に応じて必要かつ十分な医療機関、薬局等が対応できる体制を構築するという通知が発出され、病院群輪番制度や在宅当番医制度に参画していない医療機関の更なる参加を促すなどの対応が求められる。初・再診料・外来診療料に係る休日加算の取扱い及び処方箋の交付の取扱いについては、いずれも「従前どおり」とする旨の内容である。

また、この取扱いは本年のみだけではなく、ほかの長期連休も同様であるとしている。1月15日に開催された都道府県医師会協議会では、まずは「地域の医師会が病院団体や自治体と相談をして、一般の医療機関の協力を得て在宅当番医や病院群輪番制による休日診療の体制を整えることが重要である」旨回答したので、よろしく願いたい。

協議事項

(1) 外国人材の受け入れ拡大に関する医療保険制度の課題について（佐賀県）

<提案要旨>

外国人労働者の受け入れ拡大に向けた入管法改正案が国会で論議され、2019年4月から新制度となり、今後5年間に35万人近くの

外国人労働者が入ってくると見込まれている。医療・介護現場での人手不足は厳しい状況であり、人手不足解消については歓迎するところである。

しかしながら、訪日外国人と同様に在留外国人の医療保険制度への加入拡大については、高額な医療を受けること等による医療費の増額等課題が多いように思える。

また、来日した技能実習生は、健康保険加入が義務づけられており、それに伴い外国人技能実習生の本国に居住する実子、父母等も要件が合えば加入できることとなっている。

今後、外国人労働者が増加し、滞在期間も長くなる中で、将来を見据えて健康保険制度の在り方を検討する時期に来ているものと考えられる。

各県のご意見及び日医の見解をお伺いしたい。

<各県の回答>

- 宮崎県、大分県、長崎県、熊本県、福岡県、及び本県からは、資格の厳格化、国民健康保険の不正使用を防ぐ為の早急な対応を求める意見があった。また、今後、医師国保にも外国人労働者が加入する可能性があることを示唆したうえで、日医へ今後の対応について意見を求めた。
- 鹿児島県からは、市町村国保では外国人資格加入調査について対応は困難として、外国人専用の保険会社を設立すべきではとの意見があった。

【松本常任理事コメント】

外国人労働者の受け入れを拡大する改正出入国管理法が成立して、医療費を巡る問題が指摘されている。本来ならば、会社員対象の健康保険は扶養家族が海外に住んでいても適用されるが、来日経験のない扶養家族が適用されるケースが問題になっている。ドイツ、フランス、韓国では、被扶養者に原則的に国内に居住要件を課しており、政府も非常に重要視している。

また、外国人が保険加入後、短期間に高額な診療を受けて帰国する例も問題視されている。更には他人の健康保険を使用し、診療を受ける「なりすまし受診」も問題視している。こういった問題を踏まえ、外国人による一方的な健康保険の不正利用を議論する自民党の在留外国人に係る医療ワーキンググループでは、昨年12月14日、政府に「制度の適正な医療確保の提言」を求めている。保険加入者の被扶養親族が適用を受ける場合、日本国内居住を要件とすることが柱となっており、来日経験のない親族の健康保険の利用に対しては、海外の居住化について、その国の法的処置社会保障を受けることが原則と指摘し、日本の社会保険を適用することは適切でないと明記している。保険加入後、短期間に高額な診療を受けて帰国する例に対しては、市町村による調査対象の拡大を提言し、「なりすまし受診」対策としては、医療機関が必要と判断した場合、本人確認書類として在留カードやパスポートの提示を求めることなどが提案されている。厚生労働大臣は記者会見で、「被扶養者の保険適用の問題については、適切な検討をしたい」と答えるとともに、厚生労働省は次期通常国会に医療保険制度の適正かつ、効率的な運用を図るための「健康保険法等の一部を改正する法律案」の提出を予定しており、ここにも取扱いの見直しを盛り込んでいる。

日本医師会としても、自民党の医療ワーキングの提言にもある通り、来日経験のない親族や、日本の保険制度の不適切利用に関しては、しっかりと対策を検討していきたいと考えている。その中で、日本人の被扶養者であって、海外留学をしている場合や家族だけ海外に残っている場合については、特別規程を設けるなど必要ではないかと考えている。

また「なりすまし受診」について、公平性という観点から日本人であっても顔写真付きの身分証明書の提示を求めるような意見もあるが、特に高齢者の中には運転免許証やマイナンバーカードを持っていない方も多く、顔写真付きの身分証の提示については現実的な

対応ではないと考えているので注意が必要である。日本医師会もこの問題に対してはしっかり取り組んでいかなければならないと認識している。

7月4日に第1回「外国人医療対策協議会」を開催した。また、会内委員会の「外国人医療検討委員会」では在留と訪日に分けたワーキンググループの設置を検討中である。

(2) 診療報酬における加算・減算について

(宮崎県)

<提案要旨>

先日、宮崎県の地方紙に、昨年の診療報酬改定で導入された妊婦加算の是非が話題になっているとの記事が掲載された。

小児科領域の加算については、小児科の医師に無条件で歓迎されているようだが、妊婦加算は素直には喜べない事情がある。小児科では医療費の公的補助が充実しているので自己負担は増加しないが、妊婦ではもろに負担が増えて、しかも診療明細を見た患者から受付事務に、加算の理由を問われて対応に苦慮するという事態が生じているようだ。

少子化対策のためには、小児のみならず、妊婦の医療費の公的補助の充実が喫緊の課題と考える。

また、前回の本協議会で、ベンゾジアゼピン系薬剤の長期処方に関する問題が討議されたが、多剤処方における減算は、院外処方が常識の時代には錯誤的規定なので、早期撤廃をお願いしたい。

九州各県の状況をお伺いすると共に、日本医師会の見解をお伺いしたい。

<各県の回答>

○各県とも今回の「妊婦加算」が凍結に至った経緯について、疑問視する意見が大勢を占めた。また、国民に正確な内容を理解して貰えないまま凍結になったことは大変遺憾との意見があった。

○福岡県からは、凍結となったことで他の診療報酬にも影響が出る可能性もあり、今後の対

応を日医に改めてお伺いしたいとの意見があった。

【松本常任理事コメント】

中医協での私の発言の内容について、改めてここで発言させて頂く。

妊婦加算は、平成 30 年度診療報酬改定において、妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療に対する評価として、支払側、診療側合意の下、創設したものである。中医協は、前回改定の際の「答申書」附帯意見に基づく検討をベースに、改定の影響を調査・検証の上、次回改定で修正するという流れが確立している。そのような中、創設から 1 年も経過していない状況で、本加算の凍結について諮問がなされることは、非常に異例なことである。このような期中での変更（改定）は、医療現場の混乱や様々な事務負担を増加させる場合があり、今後、同様の事例を作らないことを確認していただきたい。

医療技術の評価は診療報酬で対応するしかなく、その恩恵を受けた患者さんは一定の自己負担をする制度となっている。今回、妊婦さんへ妊婦加算分の自己負担をさせることが、少子化対策に逆行するということで、凍結が諮問されたが、あくまでも妊婦さんへの配慮という視点であり、医療技術を診療報酬で評価するという手法は変更できないと認識している。診療報酬はあくまでも医療サービスへの対価であり、患者さんの自己負担という観点、保険制度全体で議論すべきものである。患者負担の観点の議論を 1 つの報酬項目で行うべきではなく、さらに、中医協における議論も「医療技術を適正に評価する」という観点で行うべきと考える。妊婦の診療のあり方を検討する場を設けた上で、次回改定で再検討するという前提で、今回、妊婦加算を凍結することには同意したいと思うが、今回の対応は、報道などの一部の意見に偏っているのではないかと懸念もある。改めて申し上げるが、すべからず妊婦さんへの診療に

は、配慮が必要である。その上で、特別な配慮を伴う診療が必要な場合と、通常の診療と同じ診療の場合がある。今回、妊婦加算が凍結となり、今後、加算の対象となるべき診療内容は改めて議論されるとしても、医療機関が妊婦さんについても他の患者と同様に、状態に応じて一定の配慮をするということは当然なので、その点は継続されるべきことと思う。その意味でも、まずは、妊婦さんが医療機関を受診される際は、しっかりと妊婦であることを告げていただきたい。なお、今後の対応として、次回改定に向け、妊婦加算を創設した際の趣旨を診療に反映するためにはどういった対応が望ましいのか、中医協において患者調査などの検証調査を行い、妊婦さん、医療機関の双方にとって有益な対応をしっかりと議論していくべきと考えている。厚生労働省においては、患者さんをはじめ、医療機関、審査支払機関などに速やかに周知を図り、現場の混乱を最小限に抑える対応をしていただきたいと要望したいと思う。

以上、中医協で述べた全文である。

先生方の意見と全く一緒である。妊婦加算の創設に自己負担増を妊婦に求めることに批判と指摘が集中した結果、今回の凍結という対応になったと思われる。ご指摘の通り、乳幼児加算や小児加算について、多くの自治体において公的ビジョンにより、一部負担をゼロにしているため、今回の妊婦加算のような批判は全くない。妊婦さんの自己負担についても、公的補助とするのは一つの方法かもしれない。私が知る限り、妊婦さんの保険診療を公的扶助にしているのが 4 県ある。そういった手段も考えていかなければならないと感じている。小児のように全て自治体の負担とするのは、財政的にも難しいと思われ、国がどのように補助をするのかを含めて、国と地方の負担についても検討が必要と考えている。

近日、厚生労働省において、妊婦の診療の在り方を検討する会が設置される予定であり、そこにも日本医師会の委員が参加することになっ

ている。その内容を必ず、中医協にリターンして次期の診療報酬改定の方に議論させていただくことが確定している。

もう一方の、ベンゾジアゼピン系薬剤の長期処方に関しては、院内処方、院外処方に限らず減算対象になる。厚生労働省としては、漫然と処方されている状況を何とかしたいということから、一度処方の内容を見直してもらうきっかけとなるように考えたものである。

ベンゾジアゼピンに対する考え方は関係団体によってかなり違っており、薬を「使いすぎ」と主張をする団体もあるなど、医療界では意見がかなり分かれている。

日医としては、減算への対処としてeラーニングを受講していただき、単位を取得していただくこととした。受講証提出の必要はないが、証明書代わりに持っておくことは必要である。

(3) ICT を活用した迅速病理診断評価の今後の見通しについて (熊本県)

<提案要旨>

平成30年診療報酬改定において、病理診断については、その精度を担保しつつ、デジタル病理画像のみを用いて行う場合や、医療機関間の連携により受け取り側の医療機関において、標本作製を行う場合にも病理診断の算定が可能となった。

保険医療機関間の構築により、N003 術中迅速病理組織標本作製や N003-2 迅速細胞診のデジタル病理診断では、必ずしも送信側に病理医師が配属されていなくても診断可能とされる(施設基準届け出が必要)。

一方、皮膚悪性腫瘍切除術や乳腺悪性腫瘍手術(K476)においてセンチネルリンパ節加算を算定する場合においては、病理医師が必要で、加算はできない(センチネル加算の届け出が必要)。

乳腺悪性腫瘍手術(K476)ではセンチネルリンパ節生検は極めて重要な検査であり、生検結果により手術内容が変化することもあり予後にも影響してくる。

乳房特掲診療科の施設基準では、「病理部門・

病理医配属要件」が残っており、K476(1～9分類手術)へのセンチネル生検加算のとらえ方に混乱がある。合わせて、連携によるデジタル病理診断加算については、各医療機関の体制整備や要件解釈に混乱があり加算している医療機関は少ない。遠隔地の医療機関でデジタル病理連携体制がとれている場合には、病理医の有無に関わらずセンチネルリンパ節加算ができることが望ましいと思われる。

ICTを活用した医療連携の診療報酬評価はさらに進むと考えられるが、ICT活用による診療報酬(加算・施設基準等)評価などについて各県医師会、日医のご意見や改正の見通しについてお伺いしたい。

<各県回答>

○各県からは、「ICTの導入は慎重に行うべき」、「病理医の絶対的な少なさ、ICTの利便性を鑑み、今後の必要性が増す見込み」、「ICT活用の体制整備や評価体制の整備が求められる」等の意見があった。

<追加発言>

□長崎県

「保険適用機種が限定されている。日本にも優れた機種があるが、なかなか認可されない。ICT機種は高額なので、日本のメーカーの申請も進めていただきたい」との意見があった。

□沖縄県

今後、総務省が進めている新たな診療ネットワークシステムの設備投資が必要と感じており、算定内容も含めて今後検討していただくよう要望した。

【松本常任理事コメント】

日医では、DtoDに関しては、先生方が診療しやすい環境になるよう進めているが、DtoPについては「慎重に」というのが基本姿勢である。

今後は皆さんからご指摘を頂いた、ICTを利用した様々な診療を評価することになる。また、ICTは医師や医療関係職種の働き方改革におけ

る負担軽減の得策としても、おそらく利用されることになる。30年度改定では、病理診断に遠隔病理診断が採用された。改定前は病理診断を専ら担当する医師が勤務する保険医療機関において病理診断を行った場合、または、病理診断を専ら担当する常勤医師を配置している保険医療機関との連携による病理診断を行った場合に算定可であったが、病理診断の結果は治療方針の決定に大きく影響するため、病理診断の質の確保の観点から病理診断の一定の体制をとることが求められてきた。今後もICTを活用した医療機関間の提携がさらに増えていく予定である。それぞれの点数項目を照らして、皆様方の意見を頂きながら、今後もしっかり考えていきたいと思う。

一方、オンライン診療について、日本医師会としては、あくまで対面診療が原則であり、それを保管するものとして認めている。最終的に医療の責任を取るのは医師であって、オンライン診療は医師の対面診療を取って代わるものではない。オンライン診療は患者の様々なニーズに対応できるものと考えているが、やむを得ず緊急的に行うものと、単に患者の利便性を主体としたニーズとは、全く異なるものと感じている。したがって、今回12月26日付けで、厚生労働省医政局から、「オンライン診療における不適切な診療行為の取り扱いについて」通知が出されている。

- ①指針に規定された例外事由に該当しないにもかかわらず、初診の患者についてオンライン診療を実施する行為。
- ②指針に規定された例外事由に該当しないにもかかわらず、直接の対面診療を組み合わせず、オンライン診療のみで診療を完結する行為。
- ③情報通信手段として、チャット機能のみを用いた診療行為。

以上の事例を挙げ、非常に不適切な診療行為を行う医療機関に対して警鐘しているので、不適切な事例があれば日本医師会まで情報提供いただきたい。

(4) 退院前共同指導を行った患者さんが在宅復帰困難となり転院した場合の算定について (長崎県)

<提案要旨>

病診連携の推進、重症患者さん（末期癌を含む）の在宅移行が推進されている中、退院前共同指導の重要性は増加している。

然しながら、重症者（特に癌末期患者さん）の在宅移行に際し退院前共同指導を行った後、方針変更でホスピスへの転院となる事例もあり、結果として在宅移行が無い事より在宅医としての退院前共同指導料算定が出来ない事例も増加している。

退院前共同指導後に転院となった場合でも、何等かの形で退院時共同指導料算定が可能となるような診療報酬上の対応を求めたいと思うが、日医及び各県のお考えをお伺いしたい。

<追加意見>

○各県からは、退院時共同指導料が何等かの形で算定可能となるような診療報酬上の対応を行うべきとの意見があがった。

<追加意見>

□熊本県

「従来の診療報酬では1つの診療行為に対して1つの点数が決まっており、従って医師は患者に対してどの様に検査を行うのかで報酬が決定する。しかし、DPCは包括診療になり、医師が様々な診療行為を行っても退院という成果が得られなければ算定できないことから、何等かの形で退院時共同指導料算定が可能となるような診療報酬上の対応を求めたい。」との意見があった。

□福岡県

「退院時共同指導は多職種が共同して実施するものであることから人的にも、時間的にもかなりの労力を費やすものである。患者の同意を得て実施されるものであり、その後に転院となった場合でも何等かの評価がされるべき」との意見があった。

【松本常任理事コメント】

退院時共同指導料は元々取りにくい。在宅医療の評価については、過去に看取り加算も同様の問題が生じ、在宅医療で患者のターミナルケアを行っていたが、最終的に病院に搬送することになり、看取り加算の算定ができないという問題が生じたことから、在宅医療によるターミナルケアを評価する点数と、看取りを評価する点数を分離し、問題を解消した経緯があった。ご指摘の退院時共同指導料1は1,500点、それ以外に関しては900点、入院医療機関は400点である。退院前に在宅担当医師、看護師等による在宅療養に関する指導や、入院医療機関の医師、看護師等の診療を評価したものである。

在宅への移行ではなく、社会福祉施設や介護老人福祉施設、介護老人保健施設に入院、もしくは入所する患者または死亡した患者については対象とならない。在宅移行の予定で状況共有していたが、容態が急変して転移等となる場合や、死亡退院となる場合もある。

退院時共同指導は手間がかかるため、評価されるべきと考える。共同指導後に在宅に移行できなかった事例がどれくらいあるのかを調査していただき、ご報告いただきたい。この取り扱いを変更するためには、エビデンスの収積が重要になってくるため、ご協力いただきたい。

＜追加発言＞

□熊本県

地域包括ケアに関して、退院時共同指導がなかなか行われない。在宅医の不参加が原因である。ようやく共同指導の体制にこぎつけても、在宅医の不参加により、指導が成り立たない状況もある。

(5) 医科歯科連携について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を評価する診療情報連携共有料(B010-2

診療情報連携共有料120点)が新設された。

これは、骨粗鬆症や糖尿病など、慢性疾患を有する患者について、別の歯科医療機関の求めに応じて、検査結果や投薬内容等の情報提供を行った場合に3月に1回に限り算定できるものである。

医科歯科連携の取組みが、各県でも始まっていると思うが、ARONJ（骨吸収抑制剤関連顎骨壊死）予防のための医科歯科連携の状況についてお伺いしたい。

＜各県の回答＞

○各県とも具体的な取り組みは行われておらず、各県の状況を参考にしたいとの意見であった。本県からは昨年度より大学病院と歯科医師会による効率的・効果的な医療を提供する体制及び地域医療連帯ネットワーク構築に向けた取り組みが始まったことを報告した。

【松本常任理事コメント】

医科歯科連携は診療情報提供料により評価されてきた。あくまでも別の医療機関での診療の必要性を認めた場合のみ算定できる。しかし、歯科医療機関より、心疾患や骨粗鬆症などの患者さんについて、医科診療の依頼や、診療上の取り扱い等の照会が多いことから、今後も中医協で検証調査を実施する予定である。なお、各地域で行われている取り組みの好事例については今後も継続していただきたい。

また、ARONJは医科と歯科にまたがる疾患であって、医科と歯科との緊密な連携で予防治療するチーム医療体制の構築整備が望まれる。

(6) 保険指導医について（沖縄県）

＜提案要旨＞

当県では昨年度、九州厚生局沖縄事務所より「個別指導の対象となる保険医療機関の主たる診療科が多岐にわたることから、個別指導を実施するに当たり高度な専門的知識が求められており、専門的な見地から指導のできる保険指導

医を確保したい」との依頼があった。本会では各診療科部会へ依頼し、推薦のあった眼科、外科、産婦人科の先生方が今年度より保険指導医として実際に医療機関の指導に当たっているところである。

現在、保険指導医が指導に当たる場合には、沖縄事務所より事前にレクチャーが行われるとともに、個別指導の場には指導医療官も同席し、指導が行われているが、沖縄事務所では「将来的に保険指導医は専門領域だけに限らず、全科を対象として指導に当たすることも想定している」とのことである。

当初の目的であった「専門的な見地から」より対象が拡大することとなり、あくまでも囑託である保険指導医が他科の指導を行うことは負担が大きく、責任範囲も広がることから、当会ではできる限り専門科に限り、また指導の場には今後も指導医療官の同席を求めているところである。

九州各県において保険指導医が個別指導に対応されている場合、現状についてご教示いただきたい。また日医の見解をお聞かせいただきたい。

<各県の回答>

- 各県からは保険指導医に限らず、指導医療官についても人材不足との報告の他、指導者として推薦するに当たっては、見識や人物像等の考慮が必要との意見があった。各県における保険指導医の配置状況は次のとおり。
- 佐賀県…指導医療官が欠員の為、保険指導医1名で全診療科を担当。
- 宮崎県…推薦の依頼なく、配置なし。指導医療官の推薦にも人材を欠いているのが現状。
- 大分県…内科（糖尿病、循環器、在宅にある程度精通した医師）、耳鼻科、眼科、産婦人科、外科より配置。
- 長崎県…指導医療官経験者2名、公的医療機関退職者1名を保険指導医として配置されている。個別指導はこの内の2名と国保担当官1名が加わり3名で担当する。

○熊本県…内科、外科、眼科より配置。

○福岡県…県内18都市医師会より1名、2医師会より2名、精神科医2名の計24名を配置。新規個別のみ対応する。

○鹿児島県…指導医療官不在のため、保険指導医が指導に当たっている。厚生局鹿児島事務所の保険指導医2名、県指導監査専門官2名で全診療科を対応。

【松本常任理事コメント】

個別指導等の対象となった保険医療機関は非常にナーバスになっているものである。

したがって、指導を行う方には個別指導の制度、規則の周知徹底の場として、制度・規則等に精通しているほか、医学的見地を備えており、人物的にも問題のない人が求められると思う。

提案要旨にもあるように、「将来的に保険指導医は専門領域に限らず、全科に渡り指導に当たすることも想定している」の点については、医学的見識を有している点において、専門的分野以外で十分な見識を備えることができるのか、現在の進んだ医学的の中では中々難しい事と思うし、指導を受ける医療機関からの質問にその場での確に答える能力も必要であり、専門外では中々十分な見識を備えていない指導医の方もおられて、そのような方に指導されてもどうかと思う。

保険指導医は通常、審査員経験者が委嘱されていると思うので、ある程度見識のある先生方が推薦されていると思うが、多忙な先生方ばかりなので指導医療官的なことを求めるのは難しいと思う。なり手不足もあるので、指導医に全てを委ねるのではなく、その都度、指導医療官と連携して対応すべきと考える。人材不足の問題は中々解決できないと思うが、眼科や産婦人科の先生が、内科のレセプトを確認するというのも非常にご負担だと思ひ、提案内容については沖縄県のご指摘の通りだと思う。

(7) 個別指導における実施通知について

(福岡県)

<提案要旨>

九州厚生局及び都道府県による新規個別指導・個別指導時に医療機関宛に送付される実施通知について、来年度から九州厚生局での通知の統一化を図るため、事前提出書類及び当日準備書類に関し一部変更がある旨、九州厚生局より連絡をいただいたところである。

以前より電子カルテだけでも電子カルテのシステムチェック表をはじめとする膨大な資料の提出が求められていたが、今後は自費診療分の診療録や委託契約書関係帳簿と薬剤関連資料の追加、退院時要約（サマリー）等更なる資料の準備が対象医療機関には求められている。

適時調査については、本年度から実施要領、事前提出書類、当日準備書類及び各調査書等が詳細に厚生労働省ホームページに掲載され、全国で統一した内容で実施が始まっている。

新規個別指導・個別指導においても、全国統一の指導大綱に則り行われるものであり、適時調査同様、実施通知（主に事前提出書類・当日準備書類等）については各地方での統一ではなく、全国で統一したものが必要と考える。

各県の状況及びご意見並びに日医の見解及び今後の対応をお伺いしたい。

(8) 電子カルテを使用している医療機関に対する個別指導について（大分県）

<提案要旨>

平成 29 年 5 月に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第 5 版）」が厚生労働省から発表された。これによると、コンピュータなどにより医療情報を保管、利用している医療機関に対して、個人情報保護を含めた安全対策、漏洩防止、不正使用の防止など多岐にわたって医療機関が守るべき安全管理が示された。

これに基づき電子カルテシステムを使用している医療機関は要綱を作成するとともに、定期的なデータのバックアップや、職員の訓練、監

査の実施などを行う必要があるとされている。これに伴い当県の個別指導においてもこれらが確認され、多くは不適切であるとの指摘を受けるようになった。

小規模な診療所では緩和規定があるものの、医療機関毎の規定の策定、定期的な監査や訓練等の守らねばならない規定が複数存在している。またそれらを請け負う業者も出現して、さらなる出費が起こりそうな気配となってきた。

個人情報扱う電子カルテの ID やパスワード管理が必須であることは理解できる。しかし過去に電子請求が必須となるに伴って、やむなく電子カルテや電子レセプトシステムを導入した医療機関も少なくない中で、また新たなガイドラインによる締め付けに小規模な医療機関は困惑している。

電子カルテを利用する医療機関には医療情報の管理に関してかなりの温度差があり、著しく杜撰な事案もあるようだが、日医や各県の取組などをお示しいただきたい。

提案事項 7、8 は個別指導の関連事項として一括協議となった。

<各県の回答>

○提案事項 7 について。適時調査と同様、全国統一の規定が必要との意見や、当日の準備書類については早めに通知を求める意見があった。

○提案事項 8 について。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」によって守らなければならない規定が増えており、規模によって負担にならないよう考慮して欲しいという意見や、そもそもガイドラインを履行していない電子カルテが多く、メーカー側の指導を求める意見が上がった。

<追加発言>

□大分県

指導は行政手続法に基づくものであり、受け

る側が不利益を被らないことになっていることを日医から厚労省へ機会がある毎に伝えて頂きたい。

□佐賀県

病院の個別指導の際、電子カルテ内への診療情報提供書の保存方法について「コピーを保存(印鑑が黒)」と指摘されて返還となった事例報告があり、各県の状況について確認したところ、同様の取り扱いであった。

また、電子カルテに関して、外部への情報漏洩も問題だが、医療機関内の「覗き見」による情報漏洩も多く見受けられており、モラルにも注意が必要との意見があった。

【松本常任理事コメント】

協議事項7について。指導や適時調査等、様々な問題への対応について、日医執行部は抜本的な法改正だけではなく、厚労省との運用の見直しで出来るだけ是正すべく協議を続けてきた。指導については、医療機関における事務負担の軽減や公平性の観点から、指導実施通知の通知時期の変更、指導対象となる患者名の通知時期、通知人数配分の変更、取り扱い件数の少ない医療機関の変更、医療機関が準備負担する書類等についての運用見直しを28年度から実施している。

施設基準の適時調査については、全国ルールでの実施を目的に、自己点検の導入、調査項目の重点化、事前提出資料等の明確化、実施通知の早期発出等の対応を行い、実施状況を踏まえて、医療機関の更なる負担軽減を図るよう努力をしている。

また、厚労省ホームページに新たに指導関連のページを作って、特定共同指導、共同指導における主な指摘事項、集団指導の際に用いられる資料、集団的個別指導及び個別指導の選定の概要等に加えて、各厚生局のホームページに診療科別平均点数一覧の公開もさせている。

この運用の見直しによって、医療機関に問題が生じた場合には、是非日医までご連絡を頂きたい。引き続き厚労省との運用の見直しの協議を進めていく所存であり、ご指導のほどよろしくお願いしたい。

協議事項8について。平成31年度の厚労省予算案において、医療情報化支援基金の創設として300億円が計上されている。これは技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務であり、この支援資金を創設し、医療分野におけるICT化を支援するものである。この医療情報化支援基金の対象事業は2つある。一つはオンライン資格確認の導入に向けた医療機関、薬局のシステム整備の支援であり、オンライン資格確認を円滑に導入するため、保険医療機関、薬局の初期導入経費を補助するものである。これにはシステム整備、改修等も含まれる。

もう一つが電子カルテの標準化に向けた医療機関への電子カルテ導入支援である。国の指定する標準規格を用いた相互に連携可能な電子カルテを導入する医療機関での初期導入経費を支援するものである。この予算措置によってご指摘の問題が直接的に解決されるものではないが、国としても電子カルテの標準化が必要と感じて予算措置を行っており、今後この予算を特に小規模の診療所等に活用して頂きたい。

電子カルテを使用する以上はガイドラインをある程度守って頂く必要があるが、結構、杜撰な業者も多いと聞いている。指導の現場で電子カルテのシステム環境に関する指摘を受けなくてもいいように、厚労省から電子カルテ業者を守るべき基準を正確に伝えることの必要性も本日のご提言で感じたところである。今後ともよろしくお願いしたい。

印象記

常任理事 平安 明

平成 31 年 2 月 2 日、鹿児島県の城山観光ホテルにて平成 30 年度第 2 回九医連各種協議会が開催された。日医から松本吉郎常任理事が来席され、各県から提案された 8 題の協議事項について話し合われた。詳細は議事録を参照して頂きたいが、特に気になった点について私見を述べたいと思う。

まずは外国人の保険医療に関する問題である。少子化から人口減少に向かい仕事の担い手としての人材が不足していく中、これからの日本にとって外国人材の受け入れは避けられないことであり、外国人が適切な医療を受けられるように整備することは重要な課題である。これらの問題に対応するため、自民党内の在留外国人にかかる医療ワーキンググループが、政府に「適切な医療確保を求める提言」を行っている。保険加入者の外国人の親族が医療保険の適応を受ける場合、日本国内の居住を要件とすること等が柱になっており、これらが認められればかなりの問題が是正されると思われる。なりすまし受診対策としては、医療機関が必要と判断した際には、本人確認の書類の提示を求めることができるとしているが、なりすましに関しては医療を提供する立場の我々が、本人確認をどこまで行えるのか難しい気がする。仮に巧妙に偽装されている身分証を提示された場合、素人が見抜けるだろうか。治療の必要度があればまずは治療を行うのが医療提供側の使命でもあり、その際にどこから本人かどうかを疑って行動に移すべきかの判断はなかなか難しいような気もする。あくまでもこれは犯罪レベルのことなので、見抜けなかったからといって医療機関が負担を被ることがないように対策を講じてほしい。

つぎに、妊婦加算の件である。これに関しては日医の松本常任理事の発言のように、中医協で検討し導入された医学管理料であり、診療技術の評価に対する対価である。これが政治の場で期中凍結されたことに対して非常に危機感を感じる。もちろん妊婦の負担が増すことに対しては公的補助での対応を検討する等、必要な議論が尽くされたとは言えず準備不足であった感否めない。さらに算定要件に曖昧な点があり、不適切な算定を行なっている医療機関が出たことも批判を強めた要因である。その点は今後早急に改善すべきである。しかしそのことと、政治的パフォーマンスとも言える手法で中医協の決定をないがしろにするようなやり方は後々大きな禍根を残しかねない。即ち、他の医学管理料に関しても「負担が増すから適切ではない」との理由で否定されかねないのではないかと。政府も一定の配慮を行なったのか、今回の措置は「凍結」であり「廃止」ではない。妊婦に関する配慮を評価し妊婦にとって必要な受診が滞らないようにするために、公的支援のあり方等必要な対応を講じながら、早急な凍結の解除ができるよう日医にも頑張っていただきたいと思う。他にも様々な議題が取り上げられたが、詳細は議事録をご参照いただきたい。

今回の協議会は平成最後の協議会となる。医療保険制度もほつれを繕っているようなやり方では限界が来ているように思われ、根本的な制度設計の見直しも含めた議論が早晩必要になろう。そのための基盤となるような協議の場は今後も確保していかなければならないと思われ、この協議会の意義もそこにこそあるように感じている。

IV. 介護保険対策協議会



理事
城間 寛

挨拶

鹿児島県医師会 銚野原副会長

本日の協議会では、各県より7題の提案をいただいている。先程の地域包括ケア対策委員会にも非常に重なる部分、一つの大きな流れがあるので、地域包括ケアの内容も交えながら議論していただければと思う。

皆様からの忌憚のないご意見を頂戴し、本会議が実り多いものとなるようお願いしたい。

日本医師会 江澤常任理事

日本医師会の役員は、現場の声や現場の実情をどのように政策につなげていくのが一番重要だと考えている。

現在、横倉会長の政策の一番地はかかりつけ医を中心としたまちづくりに注力しているので、先生方からの忌憚のないご意見ご要望をよろしく願いたい。

協議

(1) 介護医療院の転換はなぜ進まない(大分県)

<提案要旨>

介護医療院への転換は、全国的にもあまり進んでいない。当県でも未だ4医療機関である。

介護療養病床または介護療養型老健施設から単独での転換であれば、デメリットよりもメリット（移行定着支援加算：1年間に限り入所者1人1日につき93単位が加算）の方が大きく、大部分が転換しているはずである。

未だになぜ進んでいないのか、その理由を考えてみた。

一つは医療療養病棟等を同時に転換するかどうかを検討している医療機関がかなり多いのではないか。

①介護療養病棟を先に転換して、暫くのちに医療療養病棟等を介護医療院に転換した場合、移行定着支援加算を1年分丸々確保できない。

- ②医療療養病棟等の患者の要介護認定審査に時間がかかっている。また、要介護認定審査でどの程度の要介護度の判定が出るのか検討している。要介護度が3以上でないと、運営上支障が出る。
- ③医療療養病棟等を介護医療院に転換すれば、地域医療構想との絡みもあり、二度と医療病棟には戻せない。
- ④市町村によっては、医療療養病棟等からの転換を拒否される可能性がある。
- ⑤医療療養病棟の医療区分2、3の要件が診療報酬改定のたびに厳しくなっているが、次回介護報酬の改定がより厳しいものになる可能性を否定できない。(移行定着支援加算は「手切れ金」という話もある)。

転換をこれら以外の理由でためらっている医療機関もあるかもしれない。

各県の状況及びこれらの悩みの解決策を日医にお伺いしたい。

(2) 介護医療院の介護報酬並びに診療報酬制度の理解を深めるために(熊本県)

<提案要旨>

全国で介護医療院への転換が進む中、本県では2医療機関の転換が行われた。

介護医療院の全体像が見えてくる中で、本年11月28日(水)に熊本県と熊本市並びに本会の共催で医療機関を対象に介護医療院の説明会を開催した。

研修では許可申請に係る手続き、助成制度、施設及び設備に関する基準や人員に関する基準、運営上の注意点、介護医療院で算定できる加算など幅広く説明があり、更に、介護医療院のイメージを持って頂くために、事前に実施した転換が済み運営を行っている病院の視察報告などを行った。

会場から様々な質問がある中で、医療法上の病床から福祉施設と同じ住まいへと法律上は全く異なる機能へ転換される中で、特養などの福祉施設で算定出来る「看取り加算」などが介護報酬上介護医療院では算定出来ないことなどフロアから介護報酬上の質問があった。

医療費の請求上では現状の介護療養病床に近い請求形態となると考えるが、今回の介護医療院がその位置づけ上、医療保険と介護保険でどのような評価をされているか、又、医療と介護の連携が進む中で、医療保険、介護保険の給付調整を会員が理解できるようなマニュアルが必要と考えるが如何でしょうか。

また、各県のご意見と日医でのマニュアル作成をお願いしたい。

※協議事項(1)(2)は一括協議

<各県医師会回答>

介護医療院の転換について、各県ともに、転換後のイメージが分かりづらいことや、介護人材の処遇改善、報酬の引き下げ等の懸念から転換が進んでいない状況であるとの回答であった。また、各県より解決策として、県行政とともに会員施設への説明会を開催する等の情報共有を行っていく必要があるとの見解が示された。

<日本医師会コメント>

介護医療院の課題と展望として、介護医療院の大きな役割として、長期療養と生活施設の二つの役割を担うことになっている。住まいと生活を医療が下支えするという事で、転換モデルではなく新たな類型モデルとして創設されたのが介護医療院となっている。長期療養においては今まで通りと思うが、生活施設は新たなチャレンジになるケースが多いのではないかなと思う。生活施設の好事例はどこにあるのかというと、おそらく2000年から介護保険が始まり、色々な介護保険施設、老健、特養の中で好事例は蓄積されていると思うので、その辺りの生活施設のノウハウや好事例をどのように上手くミックスするのがポイントではないかと考える。

自分たちが目指す介護医療院の理念、方針を構築して、それを共有していくことが重要でないかと考えている。

また、加算等の取扱いについて、今までの介

介護療養等で算定できるものは算定可能である。昨年の介護報酬改定で出来た加算も算定可能となっている。

居宅サービス等の取扱いについては、短期入所療養介護、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションは、介護医療院においても提供することを可能としている。在宅三本柱の訪問、通所、ショートが提供可能となっており、在宅療養支援も提供可能ということになっている。

介護医療院の診療報酬での取扱いについて、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価として、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとすることとなっている。また、病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入退院加算の評価対象から除外することとなっている。

夜勤職員の員数の算定について、同一病棟で、一部を介護医療院にした場合には、介護療養で夜勤2人、医療療養で夜勤2人、合計で夜勤4人という形になっている。これについては指摘をされており、夜勤を増やす必要はないということになった。万が一そのようなことが起こっても遡って返還しないように強く伝えたところである。

許認可状況について、医療療養と介護療養と転換した療養型老健、この3つについては、市町村は、手上げがあった場合には事業計画に入っていないことも拒めないということになっている。医療療養から手を上げて断られた場合には、日本医師会にご連絡をいただきたい。

現場職員向けに説明会は、まだまだこれからであり、今年、介護医療院協会で6月に初めての研修会を開催する。

住民と入所者が一緒にイベントを開く、ボランティアに入ってもらうなど、フォーメーションを保つことが非常に重要である。厚労省の運営基準には、地域交流をすること、レクレーションをすること等が明記されているため、今後必要になってくるだろうと考える。

近々、事例集がまとまり公開する予定である。

日本医師会としては、第7期の3ヵ年に、介護療養、療養型老健、医療療養が円滑に転換することを第一義的に考えているところである。先ず第7期に関しては、円滑にソフトランディングすることを優先している。第8期以降は状況をみて検討していく。12年間を費やし、集大成を迎えたため、失敗に終わるのは許されない計画である。アドバイスをいただきながら進めていきたい。

日医のマニュアル作成については、前向きに検討しているところである。

(3) 居住系施設における医療系サービスの利用制限の問題点について（宮崎県）

<提案要旨>

以前から指摘されているように、有料老人ホームなどの居住系施設において、訪問看護や訪問リハビリなどの医療系サービスが利用されにくい現状は今も変わっていない。今後、団塊の世代のすべてが後期高齢になるとき、居住系施設に隣接する通所介護施設の利用以外の選択肢が選びにくい状況が変わらなければ、人生の最終ステージが魅力のないものになると思われる。高額な料金を払えば居住系施設でも自由度の高い介護保険サービスが受けられる。ホテルコストを高く設定できれば施設が経営を考える際に、介護保険からの収入に頼らなくてもいいからである。

一方で、ホテルコストを低く設定している施設は、介護保険を100%自施設で使ってもらわなければ経営が成り立たない。また、それを認めないと、低所得者の終の住処が無くなるというジレンマがある。宮崎県のように県民所得が全国でもワースト2と低い県ではなおさらである。

この問題に関して、各県で、行政、居住系施設及び在宅療養支援医療機関が一堂に会して話し合いを持たれているケースがあれば教えていただきたい。

また日医に対しても、この問題に関してどのようなビジョンを持たれているかご教示いただきたい。

＜各県医師会回答＞

佐賀県、大分県、長崎県、鹿児島県、沖縄県より、当該課題に対しての話し合いの場はもたれていないとの回答であった。

熊本県より、県行政（高齢者支援課）主催で、毎年1回、経営責任者を対象とした有料老人ホームの研修会が開催され、その中で県医師会からも「医療機関との連携」について講演を行っており、地域医療機関との平素の連絡・相談の重要性を繰り返し説明し理解を深めているとの説明があった。

福岡県より、福岡県介護支援専門員協会の設立当初より運営に参画しており、連携協議を行っている。その上で、福岡県介護支援専門員への各種研修において、本問題を踏まえた上での研修内容を企画し実施しているとの説明があった。

＜日本医師会コメント＞

社会保険の医療保険、介護保険の報酬を一体化することは、本来あまり好ましくないことであるが、世の中の実態的には、家賃が1万円程と、とんでもない差額をつくり、サ高住がその代わりかなりサービスを入れているという事例がある。もう一つは、一定程度の介護保険サービスを使うことを条件として家賃を減免する等がある。このようなことはあってはならないことである。そういった事例に対して、日本医師会は厳粛に対応すると決めている。

また、囲い込みに関して、事業所単位ではなく、地域単位でどう支えていくかという視点が非常に大事である。改定までに時間があるので、そのような情報が多く出てくるのであれば、報酬改定で対応していくべきであると考ええる。次回の改定までにご意見賜れればと思う。

また、サ高住においては、国土交通省関係からの実地指導が稀にある。有料老人ホームは厚労省の管轄になるため、厚労省からの指導が入ってくるが、施設基準レベルの指導となるため、ケアの内容等までの指導がない。今後適切な指導が必要になってくると考えるため、日本医師会の方で協議させていただきたい。

2025年の医療機能別必要病床数の推計について、地域医療構想の新たな30万人、従来の100万に加えて130万人が各地域で受け止めができるか、地域医療のポストアキュートの一番大きなポイントだと考える。地域によっては集住化をし、広域的に提供するところも必要となってくる。

介護職員の推移については、190万人の介護職員が現場で働いており、うち50万人が訪問系スタッフである。この50万においては、日中3時間程度しか働いておらず、ほとんどは移動で時間を要している。介護人材が不足する中で、どう広域的に提供していくのか。あまり自宅介護に拘り過ぎると、介護離職が増える結果になる。介護離職が現在10万人で、このうち9割が40歳以上、8割が女性。このような状況も含みながら、どのように地域をつくっていくかが重要である。引き続き先生方の声を賜れればと思う。

（4）認知症初期集中支援チームに対する取り組みについて（福岡県）

＜提案要旨＞

認知症初期集中支援チーム（以下、チーム）は平成30年度4月より全市町村での設置が必須とされており、すでに各地での活動が開始されているが、配置場所については、市町村本庁や地域包括支援センター、認知症（疾患）医療センター（以下、センター）など様々である。今後チームの活動が定着し、市町村における地域支援事業の充実のためには地区医師会との連携が不可欠であり、県医師会としても様々な関わりが必要になると思われる。

本会においては、会内に認知症（疾患）医療センター長等を委員とした認知症支援体制検討委員会を設置しており、各市町村におけるチームとセンターの関わり方に関する調査を実施し、各センター及び県行政等と情報共有を行っている。

また、県行政より各市町村に対してチームの設置状況及びサポート医の関わり状況について

の調査を行っており、その情報を地区医師会に伝えている。

そこで、各県における以下のような県単位での取り組み事例があれば、ご教示いただきたい。

- ①各地域での活動の状況を検証する検討委員会の設置有無
- ②地域内でチーム同士や同じ医療圏のセンターとの連携状況の把握
- ③チームのスキルアップのための研修会の開催

＜各県医師会回答＞

①について

佐賀県、宮崎県、熊本県では、県単位で検討委員会の設置は行っていない旨の回答であった。

大分県、長崎県では、県単位での検討委員会の設置は行っていないが、認知症初期集中支援チームを設置している市町村で検討委員会を設置しているとの回答であった。

沖縄県では、今年度より、県に「沖縄県地域包括ケアシステム推進会議認知症施策推進部会」が立ち上げられ、今後、認知症初期集中支援チームの支援体制も含めた認知症施策の検討が行われる予定であると回答した。

鹿児島県では、県行政に「県認知症総合支援対策促進協議会」、地域振興局に「認知症施策推進会議」が設置され、認知症対策全般に関し、関係機関で協議している旨の回答があった。

②・③について

佐賀県より、県より各市町を対象に、チームの設置状況及び訪問対象者の主治医と認知症疾患医療センターとの連携状況等について毎年調査が行われており把握ができています。また、③について、県単位での研修会は、平成 29 年度に 1 度開催されたが、今年度の開催は未定であると説明があった。

宮崎県より、ほとんどの市町村において、初期集中支援チームは地域包括支援センターを中心に活動を開始しているところであるが、各チームや認知症疾患医療センターとの連携については、まだ具体的な動きはないとの説明が

あった。また、③について、スキルアップのための研修会は一部の地域で行われているが、県全下を網羅する形での研修会はないと説明があった。

沖縄県より、②③について、県より委託を受けて実施している「認知症サポート医フォローアップ研修事業」において、研修対象を認知症サポート医のみでなく市町村の認知症初期集中支援関係者や地域包括支援センター関係者まで広げ、研修におけるグループワーク等を通じ、相互が担う役割の確認や連携体制のあり方等について検討を行っているとの説明があった。

大分県より、②③について、「認知症施策市町村担当者会議及び認知症初期集中支援チーム員（サポート医を除く）合同会議」において、連携状況について情報交換を行っている。また、県では、平成 30 年度「認知症施策市町村担当者会議及び認知症初期集中支援チーム員（サポート医を除く）合同会議」と「認知症初期集中支援チーム員合同研修（サポート医含む）」を開催し、課題の抽出、県内の好事例の共有や県外講師に特別講演を依頼している等の取り組みを行っているとの説明があった。

長崎県より、②③について、各医療圏において研修会・協議会が行われており、長崎市・佐世保市・島原市等の認知症疾患センター連絡協議会に近隣の市・町が参加している状況であると説明があった。

熊本県より、③について、基幹型認知症疾患医療センター（熊本大学）と県の共催にて取り組みが行われているとの説明があった。

鹿児島県では、②について、県行政が「認知症疾患医療センターセンター長会議」や「担当者会議」を開催し、認知症疾患センターと認知症初期集中支援チームとの連携の実際や連携のあり方について協議している。また③について、本会が実施する認知症サポート医フォローアップ研修において、県行政から①、②で記載していただいた会議の概要等の報告をいただくとともに、認知症初期集中支援チームの活動報告を行い、認知症サポート医の活動の

参考にいただいていると説明があった。

＜日本医師会コメント＞

日本医師会においては、サポート医の養成研修があり、診療報酬の算定を受けるためだけでなく、できる限りの範囲で、地域づくりや認知症の方を支援する地域の体制構築に尽力いただきたいと考えている。約1万人のサポート医のうち、一般かかりつけ医が半分、専門医が半分という状況である。

初期集中支援チームの訪問件数の推移について、訪問のべ人数は右肩上がりであるが、倉敷市の実情は3年目で件数が減ってきている。倉敷市では、訪問時に主治医がいるケースがあるので、主治医の許可を取ってから初めて訪問し、報告を行うことをルールとして、かかりつけ医と連携を行うようにしている。

また、推進体制について、認知症施策推進関係閣僚会議を設置し、政府一体となって総合的認知症施策を推進する体制の構築を行っている。2019年5月に各施策の指針となる大綱を取りまとめる予定である。

新オレンジプランの今後の方向性として、「共生」、「予防」とあるが、認知症の臨床治験は世界でことごとく倒れているため、簡単な採血でアミロイドデータが計れる等、今後「予防」の方にも力を入れる方向に入っている。

認知症施策関連の来年度予算について、「認知症総合戦略推進事業」として、認知症本人のピア活動の促進や認知症の人の支援ニーズに認知症サポーターをつなげる仕組みということが新規予算に入っている。

認知症疾患医療センター運営事業として、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携を円滑にするため新予算を取っている。認知症疾患医療センターの方にソーシャルワーカーを新たに置くための人件費等として非常に大きな予算をとっているが、本来は地域包括の方が人手不足であるため、逆ではないかと思うところである。必要なか疑問に思うところであるが、そのように決まっている。

(5) 外国人労働者（介護士）受け入れについて (長崎県)

＜提案要旨＞

少子高齢化が進行し、労働力不足を補うため、国においては、外国人労働者の受け入れに関し、法整備を行い、外国人の介護士の受け入れを行うようとしています。

長崎県では、2025年には、3,200人の介護士の不足が予想されており、長崎県では一部の介護施設が組合を作り、ベトナムから介護士を受け入れようとしているようですが、未だ実績が無いとの事です。

また、日医において、外国人労働者受け入れについてのご意見等ありましたらお願いしたい。

＜各県医師会回答＞

佐賀県より、EPAに基づく外国人介護福祉候補者の受入れに加え、佐賀県介護老人保健施設協会と西九州大学短期大学が連携を行い、平成28年に改正された「入管法」を活用し、留学生が同短大で2年学んだ後、県内の介護施設で就労する事業を開始する等、「海外から招き育てる」取組みに力を入れている。また、平成31年度からは、佐賀県介護老人施設協会及び外国人留学生育成協会が佐賀女子短期大学と連携して、介護士の育成に向けて創設した「留学生別科を活用した介護福祉士養成事業」が開始される予定であるとの回答があった。

外国人受入れに関する問題点について、各県ともに、現場での日本語能力の問題や、宗教、文化の問題等全てを現場で解決することが困難であることから、長期的に外国人労働者を増やすためには、行政や様々な団体と一体となり、勤務環境の基盤整理や人材育成の仕組みを構築する必要があるとの見解が示された。

外国人介護士の受入れ状況について、佐賀県より、介護福祉士を目指すミャンマー人留学生を11人迎え入れている。宮崎県より、平成30年7月に介護技能実習生として2人。沖縄県より、県内介護事業所4社が平成30年8月に「県外国人介護事業協同組合」を設立し留学生5人。

熊本県より、次年度に病院団体が管理組織となり介護実習生を4人受入れ予定。福岡県より、EPAに基づく介護福祉士候補者、平成21年度から平成30年度までで82人の受け入れ、介護福祉士養成施設に在籍する留学生、平成29年度29人、平成30年度67人と、それぞれ回答があった。

<日本医師会コメント>

介護に従事する外国人の受け入れについて、EPA（経済連携協定）、在留資格「介護」は平成29年9月1日から、技能実習は平成29年11月1日から、特定技能は平成31年4月1日からとなっている。

在留資格「介護」の実務経験ルートは、今回新たにつくるものである。他に注目されているものは、養成学校を卒業し、5年間介護に従事していれば、5年後には試験に受からなくても介護福祉士になれるというところである。これが平成33年卒までであり、この経過措置が伸びるかどうかについては、外国の方の大きな魅力となるのかどうかというところである。在留資格「介護」は、右肩上がりが増えており、日本医師会としても大変ありがたいことなので、人材不足を応援してあげられるような取り組み、あるいは日本人と同等以上の処遇等、引き続き検討して色々な制度をつくってアピールしていきたいと考えている。

(6) 介護人材の処遇改善について（佐賀県）

介護人材の処遇改善については、平成21年度介護報酬改定以降、多くの取組が行われてきた。近年では、平成24年度に、介護報酬において、介護職員の賃金改善に充てられることを目的とした処遇改善加算が創設された。その後、平成27年度に上乗せ評価を行う区分が、平成29年度に、介護職員の技能・経験等に応じた昇給の仕組みを構築した事業者について、更なる上乗せ評価を行う区分が設けられ、平成29年度末時点では、約90%の事業所が加算を取得している状況である。

「介護職員処遇改善加算」は、確かに介護職員の賃金増の対策としては効果があるが、介護の現場はチームで働いており、看護職員や事務職員等、他の職務に従事する職員の確保も同様に厳しい実態があることから、介護職員以外の職員にも給付対象を拡大し、職員の賃金の全体の底上げを行うことが必要であると考えている。今後は、事業所の判断でその他の職員の処遇改善にも充てられるようにできると、介護現場で働く人材の確保につながっていくと考える。また、併せて、医療機関で働く介護職員は、本加算の対象外となるので、今後検討が必要な問題であると考えている。

各県の見解及び日医の見解・今後の方針をお伺いしたい。

(7) 介護人材確保に対する介護報酬UPの提言について（鹿児島県）

介護職の人材確保は、5万円程度の賃金UPにより、他業種と同じレベルで人材確保競争に参加できると思われる（介護報酬の底上げ、あるいは助成金の確保が必要）。

現在の処遇改善加算は、介護施設で勤務する介護職のみが対象となっており、同施設で勤務する看護師等との差が生じてしまう。介護職員同様、看護師等についても賃金UPが必要である。現在、社会保障審議会介護給付費分科会で消費税増税分を活用した対応が検討されているが、事業所が柔軟に活用できる仕組みとなることを要望したい。

各県の見解及び日医の見解・今後の方針をお伺いしたい。

※協議事項（6）（7）は一括協議

<各県医師会回答>

各県ともに、介護人材の処遇改善について、多職種がチームで働く介護現場において、職種に限定した加算は職員の軋轢にも繋がり、同じ職場でバランスを欠いた賃金体系となってしまう懸念がある。また、今まで行われてきた処

遇改善策も、離職防止や新規参入の増加には繋がっていないため、他の職種にも運用できるような処遇改善を求める必要があるとの回答であった。

<日本医師会コメント>

介護人材の必要数について、2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある、外国人の受け入れも含めて、総合的な人材確保対策に取り組んでいるところである。

2040年には、労働生産年齢人口が6,580万人から5,650万人に減少することに加えて、医療福祉で働く職員が1,060万人いなければいけないということになっている。

総合的な介護人材確保対策のこれまでの主な取り組みとして、介護職員の処遇改善の交付金、あるいは加算の取り組みで月額平均5.7万円の改善がなされているが、介護職員の平均勤続年数はなかなか伸びていない現状がある。その原因について、もともとの本給のベースアップがし辛いのではないかと考える。また調理員についても、平均給与額は25万円となっている。現在、調理員は病院でも最も人材が足りない職種の一つであるため、日本医師会も行動を起こし、4月1日から技能実習で、外国人が病院でも調理が出来るということになる。

介護福祉士養成施設の定員等の推移について、平成30年度のデータでは日本人の介護養成学校の16%が外国人である。また、外国人だけの学校もある。この5年間の間に日本人の入学者数が1万人から5,000人に減っており、深刻な状況となっている。一方で、介護職員が、仕事を辞めた理由について、「収入が少なかったため」と回答したのは第6位である。どの職種でもそうだが、職場の人間関係、出産・妊娠・育児、女性の働きやすい職場等、お金だけでなく、そういったところも含めて対応していかなければ、なかなか離職率の低下や定着の上昇は望めないのではないかと考える。

新しい対策について、消費税の引き上げと同時に更なる処遇改善の実施を行う予定となっている。

- ①介護職員の更なる処遇改善
- ②経験・技能のある職員に重点化
- ③柔軟な運用を認めること

先ず①については、介護職員を中心に更なる処遇改善を行うこととしている。②については、今回は10年以上介護職の経験がある職員としている。③については、介護職以外にも少し配分できるようにになっている。この新しい加算をもらうためには、現行の介護職員の処遇改善加算を取っていないと1円も入ってこない。個人を評価するもので、施設を評価するものではないため、次の改定までには是非取り組んでいただきたい。

必ず次回までに要請したいことは、各事業所で10年以上の経験のある方の人数を調べることである。今回はデータがないので、介護福祉士が多いと思われる事業所は高めに設定し、多くないと思われる事業所は低めに設定する、2段階の加算率になっている。多いと思われる事業所は何かということ、現行加算の中から、一定の介護士の割合が要件に入っているサービス提供体制強化加算を取っているところ。訪問介護には、サービス提供体制強化加算がないため、特定事業所加算を使う。特養には日常生活継続支援加算がある。今回はこのような加算で暫定的にやっていくこととなっている。

職員への配分について、3通りの配分がある。

- ①10年以上経験のある介護福祉士や介護職員のみ限定して配分する方法
- ②経験・技能のある10年以上の介護職員と他の介護職員に配分する方法（経験・技能のある介護職員は、その他の介護職員の2倍以上とすること）
- ③経験のある介護職員、その他の介護職員、その他の職種に配分する方法。この場合比率が、0.5対1対2、全て2倍の差をつけるという方法

この3パターンは、事業所が全て選択可能となっている。また、介護事業所の介護職員には加算はつくのに病院の介護職員には加算がつかないことについて、これは誠にバランスが悪い。

看護補助が18万人いるが、2年間で1万人減っている。先般の厚生労働部会において、病院の介護職員においても加算が必要ではないかとの提案がつい最近出されたところである。

印象記

理事 城間 寛

今回の介護保険対策協議会では、主に介護医療院と介護報酬についての問題と介護人材確保に関する問題が中心に議論された。まず、介護医療院については、沖縄県においては1施設だけが転換申請されている。福岡県では転換意向は医療療養で732床、介護療養で1,780床となっている。長崎県は全国的にも進んでいる方で231床が療養病床となっているが、その他の九州各県ともそれほど進んでいなくて各県数施設が転換している現状である。この様に進まない理由は、みずほ情報総研が、医療療養病床及び介護療養病床を有する医療機関向けに行った調査結果レポートでは、施設経営の見通しが立たない事であった様である。また、介護医療院に転換すると医療療養病床に戻せないと言う点が、転換に二の足を踏む大きな理由になっているのではないかと考えられる。

また、有料老人ホームなどの居住系施設において、訪問看護や訪問リハビリなどの医療系サービスが利用されにくい現状は今も変わっていない。入所料金を高く設定できれば施設が経営を考える際に、介護保険からの収入に頼らなくてもよく、一方ホテルコストを低く設定している施設は、介護保険を100%自施設で使ってもらわなければ経営が成り立たない。また、そうしなければ低所得者の終の住処が無くなるというジレンマがある。沖縄県は県民所得ワーストワンなのでこの問題はいたるところで聞かれる。この件に対する日医の見解は、全国でも見られている現象であり、看過できない問題であり、早い時期に対応策を打ち出したいとのコメントであった。

外国人労働者受け入れについては、どの県でも介護人材不足が顕著に表れ、必要性を痛感しているようであるが具体的に導入しているところはまだ少ない。佐賀県では、西九州大学短期大学部と連携し外国人介護福祉士候補者を受け入れているようである。「海外から招き育てる」方向で、県全体で取り組んでいる。福岡県では、随分以前からEPAに基づく介護福祉士候補者の受け入れを行っていて平成21年から30年までに83人を受け入れ、介護福祉士養成施設に在籍する留学生が、平成29年度29人、平成30年度67人となっている。鹿児島県では情報なし、大分県、沖縄県、宮崎県では数人の外国人材が確認されている程度の様である。この様に介護人材不足は深刻で、次の介護人材の処遇改善についても大切である。「介護職員処遇改善加算」は確かに介護職員の賃金増には効果があるが、職員全体の賃金の底上げを行うことが必要と考えられる。

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	27,000	3,700	4,800	35,500	426,000
家族	8,000	3,700	4,800	16,500	198,000
従業員	9,000	3,700	4,800	17,500	210,000

※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。
- 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：宮城・與那嶺まで



平成 30 年度九州学校検診協議会 第 2 回専門委員会 全体協議



理事 白井 和美

去る平成 31 年 2 月 9 日（土）、福岡県医師会館において開催された標記専門委員会について、概ね以下のとおり報告する。

会長挨拶

九州学校検診協議会会長の松田峻一良先生の代読として福岡県医師会副会長の堤 康博先生より概ね以下のとおり挨拶が述べられた。

本専門委員会も 41 回目を迎え、これもひとえに各県の諸先生方や関係各位のご尽力の賜物であると心から感謝申し上げるとともに、今後の学校検診のより一層の充実を図って参りたい。

今回は、心臓部門、腎臓部門、小児生活習慣部門、運動器部門の 4 部門、11 題の提案事項となっており、十分なご協議を頂いた。今後とも忌憚のないご意見を賜りたく、お願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

報告

各専門委員会別協議として、15:00 から 16:10 まで専門委員会ごと（心臓部門、腎臓部門、小児生活習慣部門、運動器検診部門）の会場に分かれ協議が行われ、各部門座長より概ね下記のとおり協議が行われた。

心臓部門

（鹿児島県）

①心臓検診時の統一病名（平成 29 年度）について（報告）

②統一病名調査の診断名について

（①②一括報告）

九州管内同一レベルで心電図異常を抽出し、同じ診断名と頻度で抽出されるかを検討してい

る。これまで統一病名を細分類し、上室性期外収縮」を 3 種類に分類していたが、統一化した。

③平成 28 年度分までの若年者の心肺蘇生事例調査について（報告）

20 歳未満の院外心停止の調査については、2012 年から調査を開始し、一昨年までのデータで 701 例が集まっている。その中の重複例や自殺等を省くと 506 例の院外心停止となっている。その中での基礎疾患の多くは、心疾患 62 例、神経疾患 49 例であった。その結果からどのような状況で予防や良好かを検討したところ、消防庁が使用している脳機能カテゴリーで機能良好とされたのは、目撃者 CPR があったことが大きく影響している。オッズ比を見ると 300 倍ぐらいの差があることから、目撃者 CPR を普及することは非常に重要であると考え。学校現場では、目撃者 CPR が多いが、自宅だと行われていないケースが多いので数値が悪い。学校で起きた 58 例の内 84% に目撃者 CPR が行われ 82% が機能良好となっている。学校に AED が導入されてから学校の先生方の努力が功を奏していると考え。

腎臓部門

（鹿児島県）

①腎臓検診マニュアルに沿った保険診療の実施に関する課題について

現在、保険診療で腎臓健診を行う県が多数であり、最近では保険診療のレセプトが電子化となり、自動的なチェックにより尿沈査や尿蛋白 / クレアチニン比での検査を 1 日に 2 回した場合、地域によっては減点となることがあるため、マニュアルで認められるよう検討した。

②学校検尿に関する郡市医師会へのアンケート調査の実施方法と実施時期について

学校検尿がマニュアルに沿った形で行われているかを調査する予定としている。アンケートの内容は完成しており、九州全体でアンケートを行いたいと考えていることから、九州検診協議会松田会長との連名の依頼文を各郡市区医師会に発出することとなった。

③九州小児ネフロロジー研究会へのIgA腎症発見契機の継続的情報提供依頼について

学校検尿で予後が良いのはIgA腎症であることから、九州全体の大きいマスの中で情報を提供し統計を出していきたいと考えている。

小児生活習慣病部門

(福岡県)

①平成29年度九州地区尿糖陽性者群集計結果の纏めについて

一部の県で再調査中であるため未だ確定ではないが、中間報告を行った。当集計は九州全体で集計できるよう平成29年度から統一したフォームでの集計に変更し、年次推移で新規陽性者と既管理者を分けて新規発症率がわかるようにしている。尿糖陽性の精査の重要性のアピールのためにも九州検診協議会のHPで公開してフィードバックすることを考えている。陽性率については、スクリーニングの基準が各自治体によって異なるところがある。集計の際は(+)以上を陽性と統一して集計している。集計する場合は、各県でも注意して頂きたい。

②成長曲線・肥満度曲線の利用状況アンケート調査について(報告)

第1回目の委員会にて各県医師会に対して成長曲線・肥満度曲線の活用をお願いする要望書を提出する決議をした。各地域での活用状況を把握するアンケート調査を行い、各県は各学校医や教育委員会を通して要望書の提出やアンケートの協力について順調に進めているようである。次回の委員会で集計結果を報告する予定である。各地域の成長曲線の利用状況については、長崎県や鹿児島県では判

定委員会を設置されており、一方、学校医の方で判定診断まで行っているところなどもある。最終的には各地域の状況を踏まえて最低限の統一した基準、成長曲線で診断された疾患の集計も当協議会で把握できるような形で今後進めていくこととなった。

③尿糖緊急受診システムに関するアンケート結果のフィードバックについて

各郡市医師会の協力により、アンケート結果のフィードバックについては、既に緊急受診システムの有無、整備状況等の地域差があるので、可能な限り統一した基準でのスムーズな受診システムの提案を添えて、各郡市区医師会にフィードバックをさせて頂く。合わせてHP上に公表したいと考えている。

運動器部門

(福岡県)

①私立学校における運動器検診実態調査の集計結果について

前回の協議会で平成29年度の調査結果を出したが、一部補正があったため、訂正し再集計を行った。また、運動器検診を実施していない県があったが、今年から実施したとの報告があった。

②運動器検診に係る啓発について

運動器検診の2次検診の受診率が低い状況から、各県運動器検診の意識を高めることと、2次検診への受診を進める手立てがあるか協議した。長崎県と沖縄県については、新聞に「運動器検診とは何か」を掲載し県民に啓発をしたとの報告があった。宮崎県は運動器検診の啓発として県民を対象とした講演会を3回、県民健康セミナーを開催したとの報告があった。

その他

二宮先生より、アンケート結果を論文にまとめる予定であるが、その際は倫理委員会の承認が必要ではないかとの意見があり、九州検診協議会または、九州の倫理委員会があるのかご教示頂きたい旨の質問があった。

○小児生活習慣病部門 山本座長

当部門ではアンケート調査を行う際に、学会等で公表する旨の承諾を頂いた上でアンケートを行った。私が所属している産業医科大学の倫理委員会に諮って承認を頂いている。委員のどなたかが所属している倫理委員会で代表として通せばよいと考えている。

○心臓部門 吉永先生

心臓部会も私の所属する病院の倫理委員会を通して始めている。代表者の倫理委員会を通せばよいと考えている。

○稲光先生

福岡県九州全体の倫理委員会はないので、それぞれの代表の先生方の倫理委員会を通して頂きたい。

平成 31 年度九州学校検診協議会第 2 回専門委員会

日時：2019 年 12 月 21 日（土）15：00～

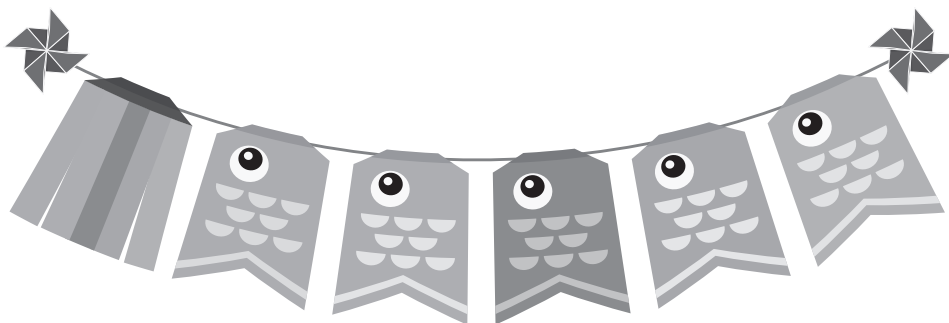
場所：福岡県医師会館

なお、第 63 回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成 31 年度学校検診協議会第 1 回専門委員会・幹事会および年次大会の日程は 2019 年 8 月 3 日・4 日、大分県において開催される。

印象記

理事 白井 和美

今回は、第 1 回専門委員会から約 3 か月間隔での開催であったため、主にアンケート集計結果の訂正報告などが中心となった。それ以外では、心臓部門は、集計で使用する病名に関し詰めの議論が行われ、今後の統計の精度向上に期待できると感じた。腎臓部門では、緊急モニタリングシステムについて各県の状況が協議された。また、このシステムの大きな成果として IgA 腎症の早期発見、治療成績向上に寄与したことが専門誌に発表されると披露された。小児生活習慣病部門では、成長曲線の利用に関して協議され、まだ十分な利用がなされていない現場への啓発方法について話し合われた。運動器部門では、私立学校でまだ検診が実施されていない学校への情報提供と、平成 29 年度のアンケート結果で判明した、各県の二次検診受診率が、特に高校で低率である（福岡県 16%、熊本県 11%）点について、受診率向上に向けた啓発方法について議論した。その中で、私は内科学学校医として、どのような場合に、特に強く受診を勧奨するかについて専門医にご意見を伺ったところ、「やはり、痛みを伴う異常所見が見られた場合には、一刻も早い受診を強く進める必要がある」とのアドバイスをいただいた。



印象記



沖縄県医師会学校医部会常務理事 神谷 武志

提案事項は（１）私立学校における運動器検診実態調査の集計結果について、（２）運動器検に係る啓発について、（３）その他、であった。

- （１）前回の集計結果に一部訂正箇所が生じたため、資料の差し替えを行った。私立学校において検診未実施校に対する各県の取り組みについて報告があった。いずれも「実施方法が分からない」という理由が主であり、平成 30 年度から取り組む予定である学校が多かった。
- （２）福岡県の調査では学校医から専門医へ受診勧奨された児童生徒のうち、実際に受診した児童生徒の割合が 34.6%（小学校 45.4%、中学校 33.3%、高校生 16.4%）と低値であることが分かった。この課題について児童生徒の保護者等への啓発について各県の取り組みが報告された。長崎県と沖縄県において、運動器検診の精度やその重要性に関する記事が地方新聞に掲載された。宮崎県では県民を対象とした講演会やセミナーを開催している。その他の県では学校検診の重要性に関する啓発が十分に行われていなかった。特に高校生における受診率の向上に関しては検診結果を学校にフィードバックし、検診の重要性を理解してもらうなどの地道な取り組みが必要という認識で一致した。
- （３）前回の本協議会において運動器検診結果の集計表が統一され、福岡県と熊本県から集計結果の報告があった。集計は県教育委員会で行われているが、福岡県の結果は政令指定都市である福岡市と北九州市が除かれている。今後の調査について各県医師会で協議していく必要がある。検診医の意識を高める取り組みとして、那覇市では検診医以外の那覇市医師会の医師が担当しており、事前に検診に関する説明会を行っていると言井理事から情報提供があった。今後はこのような説明会を学校医や養護教諭に対して行うことで、検診の重要性を県全域に啓発する必要性を感じた。



九州各県医師会学校保健担当理事者会



理事 白井 和美

去る平成 31 年 2 月 9 日（土）、福岡県医師会館において開催された標記担当理事者会について、概ね以下のとおり報告する。

協 議

(1) 第 63 回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成 31 年度九州学校検診協議会（年次大会）について（大分県）

〔提案要旨〕

本県では、開催要項（案）のとおり、標記大会並びに協議会を企画している。

内容等についてのご意見・ご要望等があればご教示いただきたい。

〔協議結果〕

九州各県より、特に意見・要望等はなく、内容等については開催県の大分県医師会に一任することに決定した。

(2) がん教育を推進する取組みについて（福岡県）

〔提案要旨〕

2020 年度よりがん教育が、小学校から順次全面实施されることとなっている。国は、外部講師を活用した教育ガイドラインの作成及び外部講師研修会の開催など外部講師の活用を推奨しているが、国が全国の小中高等学校等に実施したがん教育の実施状況に関する調査では、がん教育を実施した学校のうち、外部講師を活用した学校の割合は 12.6%にとどまり、活用し

なかった理由として最も多かった回答（62.7%）は「教師が指導しているため、必要ではないと思った」であった。

本県では本年度、県教育委員会からの依頼で外部講師として医師を希望する学校に対し本会より担当理事を派遣し、医療の専門家として児童生徒等に、がんに関する正しい理解及び命の大切さを伝える講演を実施している。また本会においても、小中高校生のがんに関する正しい知識と理解を深めることを目的として、がん教育を実施する際の教材として活用していただけるよう冊子（小学生向け・中高生向け）を作成しているが、各県においてもがん教育推進のためにどのような取組みをされているかお伺いしたい。

〔協議結果〕

長崎県では、福岡県同様に外部講師を希望した学校などに会員を派遣している。

宮崎県、熊本県、佐賀県、大分県では、専門医や学校医、学識経験者、行政、関係団体等で構成される協議会が設置され、参画している。当協議会にて、がん教育の取組方針や外部講師を活用できるような体制づくり、教材や学習指導案等の作成、授業の実践・公開等を行っている。

大分県、沖縄県では、具体的な取り組みが進んでおらず、九州各県の取り組みを参考に県教育委員会と検討していくこととしている。

印象記

理事 白井 和美

今回の理事者会では、本年8月、大分県で開催される第63回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成31年度九州学校検診協議会の開催につき、担当県より開催案が提示され原案通り開催することとなった。

また、福岡県から各県へがん教育に関する取り組みについて質問があった。文科省では、がん教育に関して、外部資源としてがん専門医などの積極的な参加を求めているものの、学校現場ではその認識は一部でしか浸透していないようである。今後当県でも、県教育委員会などと連携した取り組みが必要であると感じた。

お知らせ

沖縄県文化観光スポーツ部観光振興課からのお知らせ

インバウンド医療通訳コールセンターの開設について

今般、沖縄県では、外国人観光客の医療問題に対応すべく、24時間365日対応の多言語コールセンター（名称：Be.Okinawaインバウンド医療通訳コールセンター）を開設し、①電話通訳 ②メール翻訳サービス ③医療機関向け相談窓口 をすべて無償で実施しております。

各医療機関におかれましては、是非、有効利用下さいますようお願い申し上げます。

無料

24時間365日対応



① 電話医療通訳サービス

03-6635-0230

※対応言語：英語・中国語（北京語・広東語）・韓国語・ポルトガル語・スペイン語・タイ語

② メール翻訳サービス

okinawa_mi@bricks-corp.com

※対応言語：英語・中国語（繁・簡）・韓国語・ポルトガル語・スペイン語・ベトナム語・タイ語

③ 医療機関向け相談窓口

03-6635-0231

訪日外国人対応における各種問い合わせに対応いたします。例：他医療機関での未収金対応について教えて欲しい等



Be.Okinawaインバウンド医療通訳センター
（沖縄県行政支援事業）

医療通訳サービス運営事務局（株）ブリックス（株）シャイニング
TEL: 098-868-5230（平日9:30-18:00）/ FAX: 043-332-8868 / Email: okinawa@bricks-corp.com