

平成 29 年度 中国四国医師会連合総会

と き 平成 29 年 9 月 30 日 (土) ~ 10 月 1 日 (日)

と ころ ホテルクレメント徳島



今年度の総会は、徳島県医師会の担当により開催され、初日、まず中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、分科会・総会の運営、医療事故調査制度における中央と支部の連携（情報のフィードバック）、医療事故調査支援団体連絡協議会のブロック内連絡会議の設置、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、中国四国医師会連合医療保険分科会の開催、次期開催県等についての協議が行われた。その後、3つの分科会が行われた。

第 1 分科会

医療保険（診療報酬、地域医療構想・基金（医療分）、労災・自賠責保険含む）

日医の松本純一 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言について討議した。

各県からの提出議題

1. 各県における地域医療介護総合確保基金の取り組み状況について（鳥取県）

本県では、医療機関の役割分担と連携、在宅医療・介護の確保、医療・介護従事者の確保と資質

の向上等の課題を解決し、医療や介護が必要な者が、地域において安心して生活できるよう、以下について目標を設定している。各県における取り組み状況及び問題点があれば教えていただきたい。

- ①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備
- ②居宅等における医療の提供
- ③介護施設等の整備
- ④医療従事者の確保
- ⑤介護従事者の確保

山口県では基金の医療分（①、②、④）について、国は事業区分Ⅰ（①）へ重点的に配分し今後もその方針は続くようであるが、特に区分Ⅲ（④）の配分が重要であり、その財源確保に毎年度苦慮している。

基金の介護分（③、⑤）については現在、各市町で進めている地域包括ケアシステムの構築との関連が強く、市町事業と連携した上で取り組みを進めていくことが重要であるが、実施主体及び財源（介護保険、基金）が異なることから、同種類の

事業や会議が複数存在したり、県全域又は圏域単位での事業でなければ基金が活用できないなどの課題が挙げられる。

各県においても、基金事業が原則として単年度の事業計画とされていること、さらには国への協議後、県へ内示される時期が非常に遅いことが事業の効果的実施を妨げているとの意見であった。

日医からは、医療区分間で柔軟に対応できる制度にすること及び執行残については減額されることがないよう、県が国へ十分な説明をすることが重要であるとの発言があった。

2. 地域医療連携推進法人について（島根県）

平成 28 年 10 月に本県においても地域医療構想が策定され、これを受けて圏域ごとに医療機能、病床機能報告に基づいた医療提供体制の見直しがスタートしている。また、在宅医療、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みが本格化しつつある。

そういった中で、今、注目されているのが地域医療連携推進法人である。各県において地域医療連携推進法人化の動き、又は具体的な取組み事例があればご教示願いたい。

広島県で地域医療連携推進法人化が進められており、岡山県、高知県が検討中であった。その他の県に動きはなかった。

日医からは、全国で 4 県（広島県、鹿児島県（奄美大島）、兵庫県、愛知県）で同法人化が進められているが、患者の囲い込みに繋がることのないよう、各県の医療審議会でも慎重に対応することが重要であるとの発言があった。

3. 集团的個別指導・新規個別指導について

（岡山県）

平成 19 年に閣議決定された、「経済財政改革の基本方針 2007」において「個別指導の件数を毎年 8,000 件をめざす」とされたことにより、本県でも毎年 70 件余の個別指導・新規個別指導が行われている。さらに、26 年度に平成 13 年から中止していた集团的個別指導を再開した。これに今年度は、いわゆる「集個コロナ」が 40 件

追加されることになり、実際に行われる「集個コロナ」は 20 件程度となるため、指導医、立会医師の負担は大きいものになる。

「集個コロナ」の個別指導について、結局、「高点数」が理由になって呼び出されているだけで、診療内容には問題ないと思える。医療機関にしてみれば、高額薬剤を使用することにより 4 年周期で「集個コロナ」となるわけだが、各県の状況はいかがか。

また、新規個別指導については本来、教育的観点から丁寧に指導するとされているが、最近、返還金を伴う事例が増加している。九州厚生局においては指導医療機関の半数以上に返還を求められたとの報告があり、本県においても 20% 程度は返還を求められているが、各県の状況を伺いたい。

本会では新規開業医に対し、開業 6 か月を目途に保険診療の研修会を開催しており、一定の効果あったと考えている。同様の取組みを行っている県があればアドバイスいただきたい。

4 年周期での「集個コロナ」については各県とも同じ状況にあり、高点数のみを理由とした個別指導（指導大綱）の改善が望まれるが、日医としては「指導大綱」の見直しにはリスク（却って扱い難い文章になる）があるため、運用で対応していくとのことであった。

新規個別指導の返還については、対象となる範囲が指導時のレセプトに限られることから、この時点で、会員に保険医療の認識を深めていただくことを目的として、後に大事に至らないことを願って事態を容認している状況もある。

新規開業医（新規会員）への研修は開催のタイミングにより、当該研修会が新規個別指導の後になる医療機関があることは課題である。

日医は、個別指導についての各医療機関の点数を、厚労省の抵抗はあったものの地方厚生局が公表する制度に変更した。また、院外処方・院内処方の違いによる点数の誤差問題については、薬剤費を除外した点数設定を検討しているとのことであった。

4. 在宅療養支援診療所の役割について（広島県）

在宅療養支援診療所についてはこれまでも議論されてきたが、地域包括ケア体制を構築するためにも、地域で拠点となる在宅療養支援診療所の発展は必要不可欠である。

このような重要な役割は認識されているが、厳しい要件や実態に合わない看取り要件等から届出医療機関数は減少傾向にある。今後、増加が見込まれる脳血管疾患や認知症 BPSD などを長期にわたり地域全体で支えていくため、個々の医療機関で縛るのではなく、面となる要件への改定が必要と考える。

については、来年の医療・介護同時改定に向け、在宅療養支援診療所を深化させるべく、現状確認と意見交換を行いたい。

広島県の在宅療養支援診療所届出数

	平成 27 年 4 月	平成 28 年 4 月	平成 29 年 4 月
支援診 1	4	3	4
支援診 2	82	78	74
支援診 3	498	504	450

山口県の届出数の推移は以下の表のとおりであり、各県とも増加はほとんど見られず、「支援診 3」は減少を続けている。

これからの地域包括ケアの構築、在宅医療の推進に向けて、在宅療養支援診療所が重要な役割を果たすため、これを増やしていくためには施設基準等の要件緩和が求められた。

日医からは、24 時間対応の負担軽減及び看取りの件数で診療報酬を定めることの矛盾の解決が喫緊の課題であり、厚労省も理解を示しているとの発言があった。

山口県の在宅療養支援診療所届出数

	平成 27 年 4 月	平成 28 年 4 月	平成 29 年 4 月
支援診 1	2	2	2
支援診 2	10	11	12
支援診 3	143	139	112

5. 消炎鎮痛等処置の回数について（山口県）

「消炎鎮痛等処置」の回数（1 か月）について、各県審査委員会の状況を伺いたい。

各県とも、頻回算定のある医療機関に対しては個別対応としている状況であった。日医からは、審査委員会としっかり協議するよう助言があった。

6. 自賠責新基準の制度化について（香川県）

昭和 59 年の自賠審の答申に「診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着した段階で算定基準としての制度化を図る。」とあることから、昨年、最後に山梨県も合意した現在、制度化に向けての検討は必要と思われる。制度化することにより、診療費の請求方法がルール化され、医療費請求のトラブル（健保使用の強要、過失相殺）が生じなくなるメリットが考えられる。また、制度化の議論のタイミングで、柔整の長期にわたる施術期間や多部位への過剰施術費用の増加傾向に対し、「適正化」の議論も必要と思われる。制度化に向けて各県の意見を伺いたい。

各県とも、「健保使用の強要」解消のための同制度が全国に浸透した以上、制度化を図るべきとの意見であり、日医も検討したいとのことであった。

7. 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会の実施状況について（愛媛県）

かかりつけ医機能は、病床機能の分化と連携、居宅等における医療提供、医療・介護連携、地域包括ケアシステムの構築、重症化予防の推進等、今後求められる地域の医療提供体制を中心で支える重要なファクターであることは論を俟たない。

本会では、日医が提唱した「日医かかりつけ医機能研修」と同様のプログラムによる研修会を開催したところ、初年度において同制度認定証を 87 名の会員に交付することができ、今年度も同様にテレビ会議中継により 179 名と多くの会員が出席されているので、「かかりつけ医認定証」を取得していただきたいと願っている。

そこで各県において、①応用研修会の開催状況、②講師の選定、③認定証の発行状況、④必修項目のみで退出される場合や途中で退席・出席される場合の受講確認のチェックをどのように対応されているか伺いたい。

各県の状況は以下のとおり。

- ①日医のテレビ会議システムによる研修会は実施しているが、県単独での研修会の実施は区々であった。
- ②県単独で研修会を実施する場合の講師は役員の中から選定されている。
- ③認定証を発行した県は半数程度であったが、その他の県も今後は発行予定とされている。
- ④各県でそれぞれ工夫されているが、山口県では会場の入室の確認が必要な場合は、入室用と退室用の2種類（紙色が異なる）の受講票を用意し、それぞれに氏名・医療機関名等を記入する。入室用は県医師会が控えとして用いている。退出時に、退出用受講票を提出していただき、受講証明書を手交する。早退の場合は、退出受講票に退出時間を確認・記載し、受講していない単位に斜線を引いて受講証明書を手交する。遅刻の場合は入室用受講票に必要事項を書き添えていただき、退出用受講票に入室時間を記載したものを渡し、退出時に受講していない単位に斜線を引いて受講証明書を手交している。

なお、日医は、平成 31 年度以降に同研修会の内容をリニューアルするとのことである。

8. 地域医療構想調整会議の実施状況について

(高知県)

本県の地域医療構想は平成 28 年 12 月 9 日に策定されたが、各病床機能における必要病床数の推計値によると、いずれの構想区域でも回復期機能以外はすべて現在の病床数が過剰と評価された。現状ではどの医療機関も国の具体的方針を見極めている段階であるが、中小の公的病院の多い青森県などでは調整会議における病床機能再編が進めやすい環境にあると言える。しかし、民間病院が多い本県においては調整会議でどこまで調整が行えるか不安や疑問の声が多く、結局は診療報酬に影響、誘導された各病院管理者の経営判断での病床転換になると予測される。各県の病床転換の現状と地域医療構想調整会議の実施状況について教示願いたい。

各県とも収支に直結する機能転換には極めて慎重にならざるを得ない状況にある。

山口県の病床転換の現状については、毎年度の病床機能報告の比較により各医療機関の転換状況がある程度把握できるが、医療機関の判断による選択、病棟単位の報告であることなどから、正確な状況を把握することは難しい。また、回復期機能が少ないことから既存病床から回復期病床へ転換する際の補助事業（基金・医療分）が実施されており、平成 27～28 年度に計 14 病院、544 床に活用されているが、現時点では、調整会議における協議の結果によって具体的なハード整備に結びついている例はほとんどない。

日医は、地域医療構想調整会議が病床削減に向けたシステムにならないよう注視していくとのことであり、厚労省医療課は病床転換と診療報酬改定はリンクしないとしているとのことである。また、厚労省医政局は回復期機能病床への転換は同調整会議で慎重な検討が必要としている。

9. 審査状況について（徳島県）

本県では、支払基金における審査の一般的な取扱いの他、基金や国保での審査情報で公表できるものは、県医師会報や会員向けホームページで公表している。支払基金や国保連合会での審査において、審査取り決め事項等の審査情報について各県での対応を伺いたい。

山口県では 30 年以上前から社保と国保の審査取扱いの平準化を目的とした協議会を（各審査委員出席の下）大小合わせて開催し、その協議結果（審査取扱い）を医師会報で周知しているが、各県においても同様の協議会が設置されてきている状況である。

日医は、支払基金の「審査の取扱いに関する一定の見解について」により 80 事例（薬剤関係は 272 事例）程度が公表されてきているが、厚労省と支払基金が公表（本年 7 月）した業務効率化・高度化計画では、レセプトの 99%をコンピュータ審査とする準備については、医療側も支払側も承諾していない状況であり、今後ブラッシュアップしていくことになるとのことである。

日医への提言**1. いわゆる別紙様式 14 の廃止を希望します！
(鳥取県)**

平成 26 年 10 月から添付が必須化された施設入居時等医学総合管理料算定における「別紙様式 14」については、導入された当時とは状況も変化していることから廃止を要望する。

日医 在宅医療の不適切事例の対応策として導入された「別紙様式」であるが、不適切事例の撲滅が証明できていない状況の中で、支払側は廃止に反対しているところである。引き続き対応していく。

2. 審査支払機関のあり方について (鳥根県)

医療費適正化の掛け声の下、規制改革会議において審査支払機関のあり方についての議論が加速され、審査業務等については、①業務の効率化（9割のコンピュータ審査）、審査基準の統一化を図るため支払基金、国保連合会の改革を一体的に検討する。②審査業務の効率化、審査基準の統一化は、まず支払基金が改革の取組みを加速させる。

ビッグデータの活用については、①個人の健康・医療・介護に関するヒストリーをビッグデータとして分析する、②健康・医療・介護のデータベースを連結してプラットフォーム化する、③プラットフォーム化に関して支払基金・国保中央会において管理・運営を行う、とある。

このような改革が性急に進められることによって医学的判断、医師の裁量権の範囲が徐々に狭められ画一的な審査となり、より良い医療、きめ細かな医療、先端的な医療の提供に齟齬を来すことになることが心配される。

行き過ぎた改革にならないように日医として最善の努力をお願いしたい。

日医 協議題 9 と同様であるが、現在の審査制度は医師が審査を行っているから安心して請求支払が行われている。AI の業務は審査支援までに止めることが重要である。

3. ICT 活用の診療報酬上の評価と「医療専用相互接続基盤整備」に関する要望 (岡山県)

日医では「日医 ICT 宣言 2016」を発表し、ICT 活用を進められていることは評価され、これに伴い、平成 28 年度診療報酬改定に伴い、電子的診療情報提供加算が認められることになったと考える。ただし、残念なことに算定要件が極めて厳しく、タイムスタンプや電子署名（医師資格証 HPKI で可）などが必要なこともあり、各地での普及の状況は必ずしも順調ではなく、この改定に恩恵を被っている医療機関、患者は少ない。

このような状況の中、「医療専用相互接続基盤整備」が進められようとしている。このネットワーク利用により保険証の認証確認、レセプトオンライン、全国がん登録などそれぞれの業務サービスごとに必要であった VPN（専用回線）が集約されることは医療機関にとっては経費節減の観点からも非常に望ましく、このシステム内で患者情報の共有についても地域医療連携システム間の接続を可能にし、全国的に共有できる体制整備の構想もあるが、設備投資の面などで地域医療連携システムに参加していない、できない医療機関の接続に関してはどのような方針であるか伺いたい。

日医 ICT については情報漏えいへの細心の注意を払い実績の検証を行っている。各地域医療連携ネットワーク参加への財政支援は要望していく。

4. 有床診療所での入院におけるターミナルケア加算新設・看取り加算の要件緩和 (広島県)

有床診療所は、急性期から回復期、療養期、ターミナルケアまであらゆる地域のニーズに柔軟な対応が可能であるが、その機能を十分に評価されていない部分が多い。一方、介護施設の老健・特養には、入所期間にかかわらずターミナルケア加算・看取り介護加算として評価があるが、死亡から遡って 30 日間を加算対象期間としている。それに対し、有床診療所は、ターミナルケアについて評価はなく、看取り加算も「入院日から 30 日以内に死亡した場合」と現実とかけ離れた要件になっている。したがって、有床診療所でもターミナルについて評価していただき、入院における看

取り加算の要件を見直す必要があると考える。

日医 有床診療所のニーズについては中医協でも分析が行われている。各県でも、例えば選挙のときに本件の重要性について働きかけてほしい。

5. 在医総管（施設総管）の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」について（山口県）

在医総管の「月 2 回以上（別に厚生労働大臣が定める状態の患者）」（特掲診療料の施設基準等別表第 8 の 2）については、「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」とあるが、疑義解釈その 5（平成 28 年 6 月 30 日）が発出されて以降、胃瘻造設患者に経管栄養を行っていても（施設基準で別に認められている）在宅成分栄養経管栄養法を算定していなければ対象とされない取扱いとなった。しかし、在宅成分栄養経管栄養法の経腸栄養剤はエレンタール配合内用剤、エレンタール P、ツインライン NF に限られているため、ラコールやエンシュアリキッド等を使用する場合は先の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」の対象外になってしまった。胃瘻の指導管理の手間は同じであるにもかかわらず、経腸栄養剤の種類で算定の可否が生じるのは理解できないため、疑義解釈通知を改め、胃瘻造設患者はすべて在医総管（別に厚生労働大臣が定める状態の患者）の算定対象とされるよう改善をお願いしたい。

日医 手間が同じで診療報酬が異なる矛盾点については、通知の是正を求めていく。

6. 地域医療構想について（愛媛県）

地域医療構想は、来年 3 月までにすべての都道府県で策定が完了し、これから実現に向けて動き出そうとしており、各医療圏で調整会議が開かれている。この地域医療構想は、各医療機関の自主的な取組みによる病床転換により自然に収斂されていくもので、病床削減ありきではないとされている。

今、国は医療費削減の手段として病床削減を目論んでいると思われ、病床削減、病床転換に応じ

ない場合は、医療機関名の明示、保険医指定の取消し、県知事の権限強化など、行政による指導・命令・圧力が予想される。

この中国四国地方は、かなりの病床過剰地域であるが、今後の対応についてご意見を伺いたい。

日医 国の対応において「保険医指定の取消し」の文言は削除してもらった。あくまで自然に収斂されるものであり、診療報酬に影響を与えるものでもない。

7. 地域医療介護総合確保基金について（高知県）

全国的に、事業区分 I へ重点的に配分を行うことと示された。本県は地域医療構想で急性期・慢性期病床の大幅な削減及び回復期病床の拡充が決まったが、現実として回復期病床に転換するところはない。各地域でもっと使い勝手のよい基金を望む。

日医 議題 1 のとおり。

8. 療養病棟入院基本料 2 の平成 30 年 4 月以降の存続を求める（徳島県）

療養病棟入院基本料 2（25 対 1）は平成 30 年度で廃止が決定されているが、本県でも現在 21 の医療機関が療養病棟基本料 2 を算定しており、先に公表された介護医療院への転換を図るにもケアマネージャー等の新たな介護職員が必要なこと、8 m²の規制等の施設基準問題等があり、いまだに対応を迷っている医療機関がある。それに拍車をかけるように他の病院団体の研修会では 25 対 1 は存続が決定している等の発言もあり、本県で昨年に行われた田村前厚労大臣との意見交換会での「廃止します」発言と食い違うことにより、さらに混乱を深めている。日医は早急に全国規模でのアンケート調査を行い、現状を把握した後、存続に向けて活動していただきたい。

日医 関係審議会で存続を求めているところであり、中医協でも 6 年間の経過措置を設けるよう要請している。

[報告：常任理事 萬 忠雄]

第 2 分科会**介護保険（介護報酬、地域包括ケア、基金（介護分）、在宅医療、認知症関連）**

日本医師会の鈴木邦彦 常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県の提出議題を「認知症関連」、「在宅医療・介護連携」、「介護医療院」の 3 テーマに分けて討議された。

「認知症関連」**各県からの提出議題****各県における認知症初期集中支援チームの立ち上げ状況と認知症サポート医の養成並びに認知症に関わる地域医療連携体制について（鳥取県）**

平成 30 年度までにすべての市町村で、認知症初期集中支援チーム（以下、「支援チーム」）を立ち上げ、新オレンジプランに謳われた認知症をもつ人にやさしい地域づくりが求められている。この課題と向き合うためには、医療機関の協力が重要で、とりわけ認知症に関わる地域医療連携並びに介護保険等の福祉サービスとの連携が重要である。各県における現況を伺う。

認知症の対応については、地域の認知症疾患医療センターを中心として、地域包括支援センターやサポート医の連携が重要となるが、各県では、サポート医の数は増えてきているものの、十分な連携を取って活動ができていないサポート医はまだ少なく、あまり機能していないとする意見も少なくなかった。以下、各県の回答である。

鳥取県 支援チームは、29 年度までに 9 市町が設置し、30 年度には全市町村が設置予定である。

島根県 県が設置する認知症対策検討委員会に医師会役員 2 名が参加し、それぞれの施策に対して積極的に意見を述べている。支援チームは、直営 12 市町村、委託 5 市町で設置され、準備中が 2 町である。認知症サポート医は現在 67 名で、今年度 11 名が新たに養成研修を受講予定である。

岡山県 平成 29 年 3 月末現在の県内サポート医は 126 名で、人数は順調に伸びている状況である。支援チームは、全 27 市町村のうち 10 市町で

設置され、倉敷市では県内で唯一、最初から民間委託され、サポート医のいる医療機関がチームをつくっている。認知症カフェは県内 85 か所で取組みがあり、5 万円を上限とした補助をしている市町村もある。倉敷市では平成 19 年に地域ケア会議が発足し、現在、認知症カフェが市内に 17 か所オープンしている。平成 27 年から、認知症に関する座学の受講と実際にグループホーム等で認知症の方とコミュニケーションをとる見学実習を受講した地域のボランティアや社会参加に意欲の高い高齢者を「認知症マイスター」に認定し、地域でリーダーシップがとれる住民の養成に取り組んでいる。現在、50 名を超え、29 年度から倉敷市全域での正式な事業とされている。さらに、住民からの相談窓口等にも対応してもらえるような「地域マネジャー」の養成も、老人クラブ・町内会・民生委員等と一緒に取り組んでいる。

広島県 7 月時点で支援チームは全 23 市町のうち 17 市町、25 チームが立ち上っており、県内のサポート医は 259 名である。サポート医のフォローアップは、県指定の認知症疾患医療センターを中心に繰り返し研修をしてもっている。県内には、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの機能を合併した「合併型センター」が 1 か所設けられ、医療と介護のワンストップサービスの提供、支援チームと認知症地域支援推進員の配置等により、連携したサービスを提供する事業が行われている。

山口県 支援チームは、全 19 市町村のうち 12 市町・13 チームで設置され、2 市町が平成 30 年 4 月までに設置予定である。実際の活動状況は思ったほどでなく、問合せは毎月 1 件程度で、なかなか情報が入ってこない状況である。サポート医は 84 名で、近年増えてきている。全市町に最低 1 名以上のサポート医はいるが、医師の少ない町での支援チームの立ち上げは難しい。

香川県 全 17 市町村のうち 14 市町で支援チームが立ち上がっている。サポート医は 42 名で、サポート医養成研修への推薦を増やして、増員を

図っているところである。

精神科等を標榜して専門医が常勤すること、認知症の診療・鑑別診断ができることなどを要件として、県独自による「認知症専門医療機関」（平成 29 年 1 月現在、81 施設）を公表している。

愛媛県 支援チームは、全 20 市町のうち 18 市町で設置され、残り 2 市も 30 年度に設置予定である。サポート医は 77 名で、全市町にサポート医がいることになった。サポート医養成研修は、大都市部で開催されるため、行政等に依頼して、再来年に本県で開催できるように調整いただいているところである。

高知県 支援チームは 24 チーム、サポート医は 63 名で、サポート医がいない市町もあり、支援チームの立ち上げに苦慮している。また、支援チームの活動としては、認知症患者への対応困難事例が多く、本来の目的である早期診断・早期対応にはなかなか結びついていない状況にある。土佐長岡郡医師会では、支援チームとの連携や認知症の初期対応について、認知症ケアパスに参加・協力できる医療機関を登録する郡市医師会主導によるモデル事業が実施されている。

徳島県 支援チームは全 24 市町村のうち 12 市町村で設置されており、サポート医は 40 名で、今年度 10 名養成される予定である。認知症ケアパスが 4 市町で作成済で、30 年度までにはさらに 17 市町村が作成予定である。

道路交通法改正後の状況（島根県）

今回の道路交通法改正は警察庁主導で行われたもので、判断について医学的根拠にも問題を残し、事後に予想される生活への影響などが十分配慮されずに施行された。

- ① 認知症診断書の作成において、かかりつけ医の混乱はあるか。また、保険病名が認知症となれば即免許証停止となりうるが、どう考えるべきか。
- ② 認知症診断書の作成件数は予想より相当少ないが、その理由は自主返還と再受検により判定が

覆ったものが多く、本県では予想の 3 割以下であるが、各県の状況はどうか。

- ③ 免許返納後、交通弱者となり、特に山間地・僻地では本人や家族を含めて、買い物・受診等に不便が生じている。従来にも増して交通弱者に対する支援が必要であり、地域包括ケアシステム構築の中で検討する必要があると思われる。代替交通手段のみならず、生活・医療福祉を含めた衛星機能を持つ場の配置、コロニーの形成など実際的な構想、好事例などあればご教示願いたい。

鳥取県（渡辺副会長／日医の診断書作成の手引き作業メンバー） 今般の改正道路交通法の施行に際しては、日本老年精神医学会からも懸念する声明が出される一方、現実的課題として、改正法が施行される状況の中で、かかりつけ医と患者との信頼関係を維持しながら、混乱なく診断並びに患者への支援・指導がなされることが重要であり、日医から『かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』が法施行前の 3 月 1 日に発行された。また、少し遅れて 3 月 14 日には、専門医向けに『認知症高齢者の自動車運転に関する専門医のための Q & A 集』が 5 学会（日本神経学会、日本神経治療学会、日本認知症学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会）共同で発表されている。

① 診断書作成についての混乱又は問い合わせの事例はない。また、保険病名に認知症がついているケースについては、かかりつけ医に診断書が求められた場合、認知症ではないと診断することは、倫理的に問題がある。この場合、認知機能の障害が日常生活に支障がないレベルのケースについては、セカンドオピニオンに準じる形で他の医療機関を紹介し、当該医療機関においても HDS-R、MMSE 等の施行結果を総合して、MCI と診断される場合は、その旨、当該医療機関で診断書を発行してもらうことも可能である。

② 診断書作成の件数は少ない。要因としては、第 1 分類とされた者のうち、再受検して第 2 分類になるケースも少なくない。さらに免許センターの担当者の説明により、免許証を自主返納する

ケースも多い。改正法施行後の 7 月 26 日現在、公安委員会による免許証取消しのケースはまだないとのことであった。

③ご指摘のように、公共の交通機関が少ない中山間地では、生活のため、また、農作業等のために毎日、車の運転をしている高齢者にとって、運転を禁止されることは生活上深刻な影響を受けるケースが少なくないと推察される。これらのケースに対しては、市町村、地域の団体、ボランティア活動等と連携して、生活の障害に対する支援を考えることが重要で、かかりつけ医の新たな役割とも言える。市町村の地域包括ケアに関連した施策の中で、積極的にかかりつけ医の立場で車の運転に依らない外出支援策を患者と一緒に考え、行政へ提言していくことも重要と考える。

岡山県 ①現時点で、かかりつけ医からの相談等については、県医師会、県警への相談事例は 2 件に留まっており、大きな混乱等は聞いていない。免許証の取消しは、あくまで公安委員会での行政判断となることであり、かかりつけ医としては求められた診断書について真摯に対応することが求められている。保険病名が認知症であれば、診断書も認知症の診断になると思われるが、公安委員会が免許取消しの判断を下す可能性が高いと察する。また、本人・家族と運転免許証の自主返納に向けての話し合いを行うことも、かかりつけ医の対応の一方策と考えられている。

②県警の発表では、法改正後の医師の受診者は、改正前の 12 倍に当たる年間約 1,200 人と推計されている。

③県内に住む 65 歳以上の方のうち、運転免許証を自主返納された方及び運転免許証の取消しとなった方に「おかやま愛カード」が申請により発行され、協賛店（約 1,900）や協賛車でこのカードを提示すると、商品の割引や主要路線バス・鉄道運賃（JR を除く）が半額、タクシー運賃（一部タクシー会社を除く）の 1 割引などの各種サービスが受けられる。

なお、本会においては、県長寿社会課、県警察、認知症疾患医療センター等の医療機関との定例協議会を設置し議論を重ねている。

広島県 ①認知症の診断による免許の自主返納が理想だが、本人が納得されない場合には、過去の悲惨な事故を思えば行政的な停止もある程度は致し方ないと理解できる。

②認知症診断の対象者が年間 3,000 人と予想されていたが、施行されて 7 月 31 日までの約 4 か月で 494 人と予想を 5 割も下回り、かかりつけ医や認知症の専門医不足といった問題は発生していない。

③山間地・僻地はもとより、都市部から少し離れると自家用車で生活が成り立っている高齢者が多く、免許返納は深刻な問題となっている。地域包括ケアシステムの構築は行政と医療者・介護サービス事業者、そして地域住民のコミュニティの連携が欠かせないが、この構築は地域の事情によって格差が大きく各地域で課題山積といった状況である。

山口県 ①診断書作成に当たっては、記載内容が煩雑なため、診断が難しいとの意見があった。また、認知症と診断され即免許証停止になると、特に山間地・僻地では本人、家族を含む買い物・受診等生活に不便が生じるため、見直しをしてほしい。

②通知が届いた時点で自主返納される方や再受検により判定が覆ったものもあり、診断書作成件数は予想より低いようである。

③運転免許を自主返納された方には、「運転卒業証」と「運転卒業サポート手帳」や「運転経歴証明書」を受けることができ、提示することで公共交通機関の割引等が受けられることができる。この制度は、協賛企業・団体が行っているために、タクシー以外に公共交通機関利用時の特典がほとんどないため、行政主体による認知症高齢者に対する抜本的な対策が必要である。

香川県 ①現在までのところ、認知症診断書作成に関する問題は聞いていない。道路交通法において、認知症は運転免許の取消し等の事由として規定されており、運転免許の付与や取消・停止は医師の診断を参考にしつつ、公安委員会の責任において行うものと考えている。

②新法施行後 3 か月で、診断書提出命令を受けた者は 11 人である。年間の同命令対象者の予想数は約 750 ～ 1,150 人であったので、当初予想数と乖離のある現状となっている。

③交通弱者への対応は地域にとって重要な課題である。各市町は、コミュニティバスやデマンドタクシーなどを運行しているが、住民のニーズを満たしていないものが多い。県内では、いくつかの社会福祉法人が地域のボランティアと協力して、買い物支援を行っているが、地域や回数が限定されているようである。

愛媛県 ①かかりつけ医レベルで混乱している等の話は、本会には特段上がっていない。保険病名が認知症（認知症と診断して薬剤投与中）の場合、診断書は認知症とならざるを得ない。薬剤添付文書でも運転を控えるようにとの記載があるため、致し方ない。

②制度開始当初、本会としては、自主返納と再受検の勧めを選択肢にすること、かかりつけ医から必要に応じて専門医療機関を紹介する通常の医療連携の流れに則ること、日医のマニュアルに沿って対応することを会員に周知した。自主返納と再受検で診断書作成までに至る例は予想より少ないと思われる。

③免許取消・返納によって移動の不便を余儀なくされる高齢者の生活の足の確保は、生活支援として地域包括ケアシステムの根幹であって行政の責務である。本会としても県担当課にその旨を申し入れしたが、県知事から各市町長に対して、高齢者の移動手段の確保のための環境整備への取組みを依頼する通知が出されている。

高知県 ①保険病名「認知症」として認知症治療薬を処方している場合は、患者家族に対して「運転は控えるように」指導することが保険適用として義務付けられているものの、実態として運転されている方がほとんどと思われる。問題は、MCI から中等度のような認知患者に対して、認知テストで第一分類となった場合に、診断書としては「認知症」と書かざるを得ないので自動的に取消しとなることである。この場合、再受検で

の対応や診断書を発行する医師が 6 か月の猶予を見て再診断とするなどの方策を考えるべきである。外出支援がない場合に、主治医が診断書発行を躊躇することは考えられる。

②診断書作成数は当初想定していたよりも少なく、「認知症診断書」による免許取消しは平成 29 年 7 月現在 1 件、自主返納は 11 件である。

③免許返納・取消し後の外出支援・生活支援については市町村により温度差があり、特に中山間地では、スーパーへの買い物、医療機関への受診、農作業への移動手段など生活に支障を来すため、デマンドタクシーや巡回バスの運行を余儀なくされている地区もあると聞く。今後の問題は、県及び市町村が、それぞれ独自の政策として稼働しているために、統一性がなく、財政支援も含めてきめ細かな政策が必要と感じている。一方で、免許システムとして生活圏域限定の免許や今後整備されるであろう自動運転も視野に入れて、法整備とともに検討されるべきである。

徳島県 ①診断書作成について大きな混乱はない。診療現場では、本人が認知症の場合、丁寧な説明をしても記憶していないことが多いため、必ず家族と一緒に来院するよう指導している。保険病名が認知症となることについて、従来は MCI の患者は病名の意味を説明し、本人の希望があれば抗認知症薬を処方していたが、今回の法改正を説明すると 7 ～ 8 割の方が経過観察を選択されている。また、軽度のアルツハイマー型認知症と診断し、抗認知症薬の使用をすすめても断固拒否する患者もいる。認知症の診断による即免許停止は問題が多い。

②法改正施行日以降 7 月末現在、診断書提出命令通知は 186 件で、75 才以上の高齢者で自主返納が進んでおり、また、自主返納者のうち診断書提出命令を受けた者が 57 件となっている。

③現在のところ対応策としては、バス運賃やタクシー料金の割引などがあるが十分ではない。

認知症と成年後見制度について（徳島県）

高齢独居認知症の増加、家族関係の変化及び行政（市区町村長）の申し立てにより、法定後見人

が介護サービス提供側（ケアマネジャー含む）との交渉に当たるようになった。しかし、サービスの変更や自己負担分未払いなどの交渉が必要となったにもかかわらず、後見人との連絡不能等、後見人業務が十分に果たせない場合は、家庭裁判所へ報告すべき事案と考えるが、その後の後見人との関係性や対応等も考え、なかなか家庭裁判所へ報告できないのが現状である。各県において成年後見人制度に関するトラブル等の事例があれば、その解決策も含めてご教示いただきたい。

島根県 成年後見制度に伴うトラブルについては、市町村でも把握されておらず、公にされていない。おそらく家庭裁判所では、認知されている。市町村の役割として中核機関の設置、地域ネットワークの整備、都道府県の役割として広域的視点で市町村の支援などの役割が期待されているが、今後の課題と考えられる。

岡山県 成年後見人制度に関しては、個人情報保護法との関係もあり、個別事案のトラブル等を把握することは困難であり、本会としても把握できていない。行政申し立てによる法定後見人には、弁護士等の専門職が選任されることが多いと思われる。本会は、岡山弁護士会と 28 年度に協議会の場を設け、人権擁護に関する協定を締結していることから、これらの場を活用することも一案と考えている。また、成年後見人制度に関しては、今後ますます利用が増えることが予測されていることから、トラブル等についても、むしろ積極的に弁護士会や家庭裁判所に連絡してほしい旨、岡山弁護士会から伺っている。

広島県 成年後見制度の利用に関する相談相手としては弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職となるが、急増する認知症患者に対応するため、一部の地域では制度を利用しようとする人に身近でアドバイスをしたり、市民感覚で活動できる人材「市民後見人」を養成している。また、地域包括支援センター・区役所などに相談窓口がある他、県内各地の社会福祉協議会により認知症や知的障害、精神障害により判断能力が不十分なために日

常生活を営むうえで不安のある県民が利用できる福祉サービス利用援助事業（日常生活自立支援事業）「かけはし」が実施されている。これらの事業を拡充・発展していくべきと考えている。

山口県 ケアマネジャー等の介護サービス提供側において、成年後見人との連絡不能などにより、被後見人のために必要な身上監護に関する交渉ができない状況にある場合は、家庭裁判所から成年後見人に対し指導を行うなど必要な措置を講じることになり、問題解決の一助となるものと考えられるので、家庭裁判所に一報いただくようお願いしている。

鳥取県 後見人、保佐人が適切に役割を果たしているかについては、疑問を抱かざるを得ないケースも稀ではないと思われる。地元の家庭裁判所の調査官の見解は次のとおりである。

「制度の適切な運営のため、後見人、保佐人の業務遂行に関して不適切なことがあれば、相談していただきたい。家庭裁判所は後見人、保佐人をただ選任するだけではなく、適切に業務が行われていることを慎重に聞き取り調査、情報収集をしている。後見人、保佐人の業務が不適切と判断される場合は、解任して、別の親族に変更することもある。さらに、親族内に後見人の候補者がなければ、弁護士、司法書士等に後見人の依頼をすることもある。また、業務遂行が不適切ではないかと疑義が生じた場合等に、後見人の親族以外に別な親族を監督人として付けるという方法をとることもあるが、この場合、後見人、保佐人への報酬とは別に監督人への報酬も発生する。介護保険事業者が、『その後の後見人との関係性や対応等も考え、なかなか家庭裁判所に報告できない現状』とあるが、家庭裁判所としては、利用者本人に不利益が生じることがないように、些細な情報でもお知らせいただきたい」。

香川県 後見人の選任は、家庭裁判所から調整があり、県社会福祉士会（パートナー）、県司法書士会（リーガルサポート）、県弁護士会などが選任作業を行っている。法人後見については、県

や市町社会福祉協議会が受任しているケースが多い。医療機関で起こっている問題では、医療費の支払い、治療等の同意、死亡後の対応などがある。

日医 認知症に関しては、平成 26 年度診療報酬改定の地域包括診療加算・診療料のかかりつけ医が診るべき 4 つの疾患の中の一つになり、今や専門医だけが診る疾患ではない。かかりつけ医機能研修制度の中においても、認知症を取り上げているので、ご理解をいただきたい。

現在、地域包括ケアシステムの構築が進められているが、認知症は地域の中で診ていく疾患になるため、認知症サポート医の役割も重要になってくる。養成数が既に 6,000 人となり、1 万人という新たな目標が設定されているが、数だけでなく実際の活動が重要である。当初は、資格を取っても役割がないといった声も聞いたが、認知症初期集中支援チームの医師の要件にもなったところである。サポート医制度については、厚労省でも今後のフォローアップや活用方法などが検討されている。

認知症高齢者の運転免許の関係は、昨年暮れまでは混乱している部分もあったが、日医としても手引きを作成して、一つの役割を果たしたと思っている。その後、免許証を返納した方への社会的な地位が問題となり、警察庁には「高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議」が設置され議論されている。さらに、3 つの分科会がつくられ、①「認知機能と安全運転の関係に関する調査研究」分科会では、初期の認知症の方の認知機能に応じた対策の在り方について検討され、②「視野と安全運転の関係に関する調査研究」分科会では、視野障害と交通事故との関係、高齢者の視野検査のデータ収集などがされ、③「高齢者の特性等に応じたきめ細かな対策の強化に向けた運転免許制度の在り方等に関する調査研究」分科会では、認知症以外にも加齢によって伴う身体機能低下への対応について、実車試験や限定付き免許などを含めて検討されている。

成年後見制度については、昨年、成年後見制度利用促進法が成立し、内閣府に「成年後見制度利用促進委員会」が設置された。本年 3 月に、成年

後見制度基本計画が策定され、閣議決定されている。そのポイントは 3 つあり、①利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、②権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、③不正防止の徹底と利用しやすさとの調和、とされ、このうち①の中で、診断書の見直しの検討が打ち出されたということで、本年 8 月に最高裁で開かれたヒアリングにも出席して意見を述べた。日医としては、家庭的・社会的状況に関する情報は重要な資料となるため、これらの情報を入手できるような仕組みが構築されること、診断に至った背景などについても記入しやすいように工夫されることが望ましいこと、診断書の作成を行う医師等の意見を十分に尊重して進めていただきたいことを要望した。これに対して、最高裁からは、引き続き日医と相談して進めていくとの回答をいただいている。その他、認知症の方の意思決定支援については、厚労省の老健事業においても調査研究が行われており、私も参加して検討されているところである。

日医への要望・提言

認知症サポート医の今後の展望（愛媛県）

改正道路交通法により、一部の高齢者で、専門医による臨時適性検査、あるいはかかりつけ医による診断書の提出が必要になった。本県では、そうした場合の初診と必要に応じて専門医療機関へ繋いでいただく役割を、認知症サポート医で協力を同意いただいた 39 名に担っていただいている。しかし、認知症サポート医の中でも、各々で認知症対策に対する考え方に温度差があり、厚労省の示す、かかりつけ医・サポート医が参画した地域における認知症高齢者支援体制を実現できれば理想的と思われるが、各々の先生方のボランティアに頼る部分が多い。認知症サポート医に対する日医の今後の展望を伺いたい。

日医 目標として、サポート医を 1 万人にすることが先立ってしまうが、大分県のように県独自にサポート医の組織をつくり、フォローアップ研修などの活動をされているのが一つのモデルになる。厚労省において、新オレンジプランは介護保

険とは別枠で進められていたが、今回の介護保険法改正によって、介護保険の中に入った。よって、既存の枠組の中で活用していくということになるので、フォローアップ研修についても厚労省で検討中である。認知症対策については、「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」の研修等にも組み込まれているので、サポート医の先生方にはさらにレベルアップを図っていただきたい。

認知症高齢者の運転免許取消し後の外出及び生活支援について（高知県）

認知症と診断された 75 歳以上の高齢者は免許取消しとなるが、過疎地においては、病院への通院やスーパーへの買い物、農作業への外出等において、生活権を脅かされる事態となっている。交通の安全を考えれば、強制的な運転免許取消しは必要であるが、MCI などの早期の認知症患者にとってはまだまだ運転能力があると考えられるため、本人や家族にとっては不満が出てくる。このことは主治医と患者の信頼関係も損なわれる。また主治医にとって、診断書の発行はその患者が外出を阻まれることが想定されるため発行を躊躇する。

このようなことは全国どこでも起こっていると考えられ、免許取消しや自主返納された高齢者の外出支援について、各都道府県、市町村において、具体的な方策を警察庁及び国交省、厚労省から予算措置されるように働きかけてもらいたい。

市町村による独自の対策も散見されるが、きめ細かな施策となっていない。また、都道府県の縦割り行政がこの施策を阻んでいる実態がある。これは医師会の問題ではなく、行政マターの事案である。現在の高齢化社会では認知症だけではなく、運動器障害や脳血管疾患にて外出ができない人も多数存在する。併せて対策を働きかけていただきたい。

過疎地域への支援について（徳島県）

過疎地域では、介護度の高い要介護者が多く、施設介護の需要が多いにもかかわらず、地域密着型特養は単価が低く、過疎地域で開設し単独で運

営することが困難である。過疎地域では高齢者は地元での看取りを希望するが、一人暮らしが多く介護度が高いと在宅での介護は困難である。住みなれた地域で施設介護を充実すれば若者の働く場が確保でき、過疎地域での人口増加も見込まれる。地域密着型特養の単価を上げ、施設基準を緩和し、使われなくなった学校などの施設を利用すれば運営も可能となるので、日医から政府に働きかけていただきたい。

日医 警察庁では、ガイドラインや有識者会議をはじめ分科会を 3 つ作って、対応を急いでおり、これがまとまってくると、初期の認知症の方の対応、実車試験や限定免許等も可能になるのではないかと考えている。

地域包括ケアシステムは、基本は医療機関の連携であるが、拡大していくと、全世代へ広まっていくものである。医師会だけではなく、地域のいろいろな機関や団体と連携し、資源を活用して、まちづくりに取り組む必要がある。かかりつけ医の先生方には、ぜひ地域や社会に目を向けることがわれわれにも求められていることをご理解いただきたい。

「在宅医療・介護連携」

各県からの提出議題

地域包括ケアシステムにおける多職種連携及び医療・介護情報ネットワークについて（山口県）

地域包括ケアシステムの構築、特に在宅医療・介護の連携に当たり 8 つの事業が国から提示され、地域の実情に合わせた組織づくりが進んでいる。そこで、①「多職種連携」の中で基幹病院の医師や病棟看護師との連携がうまくいっているか、②それらの連携に必要なネットワークシステムの活用状況について、各県の状況と医師会としての対応について伺います。

①基幹病院の医師や看護師との連携については、病院の方針や地域の医師や医師会、介護関係者との日常的な関わりの有無によって大きく異なるため、回答は難しいようであった。また、各県では、行政や医師会が在宅医療に関する研修等を

通じて、連携体制の構築に取り組んでいるが、特に急性期の病院の医師の参加は少ない状況であった。

②島根県「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）」、岡山県「晴れやかネット」、広島県「ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）」、香川県「かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）」など、多くの県で病院と診療所間の医療情報ネットワークが県内全域で展開されている。在宅医療・介護情報のネットワーク化については、医療専用のシステムに多職種がアクセスすることへのセキュリティの課題、アクセスできる情報や職種制限等の必要性が指摘された。また、介護側からは積極的な姿勢が見られるが、医療側にはそれほど必要があるのかといった否定的な意見もあり、医師の活用があまり期待できないため、県医師会（県単位）での新たな仕掛けを用意するのではなく、地域で自由に取組んでもらう方針という回答もあった。そうした中で、広島県では、HM ネットのグループウェアの一つとして在宅医療と介護に関わる多職種スタッフの連携を支援する「在宅医療 / 介護支援システム」を構築し、27 年度から運用が開始されている。利用状況は、まだそれほど多くないが、地域のニーズを取り入れながら各地区で運用されているシステムを連結するような形で多職種連携システムを拡充することが検討されている。

「在宅医療・介護連携支援センター」の設置状況と郡市区医師会への委託について（香川県）

在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」において、相談の受付、退院の際の医療関係者と介護関係者の連携調整や患者・利用者又は家族の要望を踏まえた医療機関や介護事業所の紹介などの業務を行うことになっている（「在宅医療・介護連携支援センター」の設置）。

このセンターは、市町村や地域包括支援センター以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等へ委託することが考えられるとされ推奨されている。各県の状況をご教示いただきたい。

在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況について（高知県）

平成 27 年度の介護保険法改正により 30 年度末までにすべての市町村で取組みを開始すべきとされる在宅医療・介護連携推進事業であるが、地域の実情によりこれまでの進捗状況や郡市医師会の関わり方は多様である。地域性に大きく影響される事業であるが、各県の取組みと進捗状況や、取組みが遅れている地域への県や県医師会レベルの支援策などがあれば併せてご説明いただきたい。

「在宅医療・介護連携推進事業」については、市町村が実施主体で、県全体として統一的なシステムをつくることはではないため、県医師会としての取組みはなかなか難しいといった意見が多かった。郡市医師会の取組みが期待されている在宅医療介護連携に関する相談窓口については、内容はそれぞれ異なるが、5 割以上の市町村で設置されている状況であった。しかし、医師会への委託はそれほど多くなく、専従職員の配置が困難、市町村の課題意識に差がある、行政と医師会の区域が異なるために難しいなどの課題が挙げられた。山口県においては、9 月時点で全 19 市町のうち 7 市町に設置され、うち 4 郡市医師会が委託されている。

日医への提言

地域包括ケアシステム構築を推進するためにはメリハリのある介護報酬の設定を要望する
(島根県)

老人保健施設は平成 24 年度の改定で、在宅復帰を目指す在宅療養支援施設と位置付けられた。それに伴い、従来型の施設に加え、在宅復帰強化型（要件として、在宅復帰率 50% 超、ベッド回転率 10% 以上、重度者・要介護 4, 5 の割合 35% 以上、重度者要件は喀痰吸引又は経管栄養実施者 10% 以上など）と在宅復帰・在宅療養支援機能型（加算型）とに分かれた。当然、地域包括ケア、在宅療養を支援するためには、強化型、加算型への移行が地域に必要とされる。このような機能を維持するためには、国の定める人員配置

では本来の目的を達成することは困難であり、基準を大幅に上回る配置を行っている。例えば、入所は看護・介護は 3:1（当施設では、定員 60 人に対し 20 人だが、実際は 34 人を配置、デイケアでは定員 35 人に対し 5 人だが 13 人を配置、リハビリスタッフは定員 100 人に対し 1 人という人員だが、実際は 5 人）医師は 1 名のところ 2 名を配置、その他、ケアマネージャー 3 名、管理栄養士、事務職など多職種の加配を行って、在宅復帰強化型として機能しているが、人件費率の上昇に伴い経営は苦しくなっている。このような現場の努力が反映されるような次期介護報酬改定を要望する。

日医 ご指摘のとおりである。地域包括ケアシステムを構築するためには、行政と医師会が車の両輪になる必要がある。行政には、地域包括支援センターと地域ケア会議があるが、医師会（かかりつけ医）には、在宅医療連携拠点（在宅医療介護連携支援センター）、多職種連携のまとめ役にぜひなっただきたい。このことについては、郡市医師会に頑張っていたかなくては進まないため、県医師会も強力に支援していただいで進めていただきたい。

また、在宅医療の推進に関しては、有床診療所や中小病院にもその機能を持ってもらう必要があり、こうした既存の資源を活用していくことも重要である。それを担うかかりつけ医は、日医かかりつけ医機能研修制度を活用していただきたい。

これまでの医療システムは高度急性期の大病院を中心として、かかりつけ医を底辺とする垂直連携が中心であったが、今後はかかりつけ医が中心となって訪問看護師や介護分野などの水平連携が中心になり、それが地域包括ケアシステムに他ならない。大きな転換期になるので、郡市医師会も大変だと思うが、チャンスと捉えてこうしたシステムを構築していただきたい。日医としても、それに相応する報酬上の評価はしてもらおうようにしていきたい。

入所者入院中の介護報酬について（山口県）

グループホームは居宅という概念から、入院翌

日から入所者の介護報酬は算定できない。もともと 1 単位 9 名の入所者施設では 1 名入院すると大変であるが、同時に 2 名入院することもあり職員給与も捻出できない事態となる。入院を理由とした強制退去はできない、契約による入院中の自費請求はできないとされており、制度と介護報酬との板挟みで困惑する問題である。入院中の介護報酬は施設によってさまざまであるが、小規模事業所は介護報酬の改定による減額、人件費上昇などへの上乘せ負担となり経営的に大変厳しいといわれる。また、グループホームでは職員が入院者支援すれば定額算定での入院時支援特別加算などが設定されているが、人員配置上、一人の職員が施設を抜けて病院に出かけている間は人員欠如を来すことになり、査定されるため現実的ではなく、改善を望む。

日医 これは歴史的経緯もあって、こうした扱いになったものもある。指摘された内容については、担当課とも話してみる。

「介護医療院」

各県からの提出議題

介護医療院の理念と役割について（岡山県）

現時点において、介護医療院の理念と役割及び付随する施設機能が不明瞭である。新たに誕生する介護医療院が担う役割を国民に明示し、医療機関も役割を踏まえて選択を行うことが重要と考えるがいかか。誰もが人生の最期まで誇りをもって暮らし、尊厳の保障が担保されることが最低限のハードルであることは、疑いの余地がない。

日医への要望・提言

平成 30 年度から新設される介護医療院における施設基準、介護報酬が、現在の介護療養病棟における内容が維持されるよう、厚労省へ引き続き強く働きかけていただきたい。（鳥取県）

「介護医療院」という新たな施設体系が設けられ、介護療養病棟の移行に 6 年間の経過措置が設けられ、ゆとりをもって将来計画に着手できる点は評価しているが、今後の施設基準、介護報酬についても、従来の院内の病棟における医師、看

護師の配置に準じて運営が可能となる等の対応をお願いする。さらに小規模施設において、1 病棟が医療療養病床（看護 20 対 1）並びに介護療養病床と併存する形で運営されている医療機関もあり、同様の配慮が求められる。

介護医療院の介護報酬について（岡山県）

「介護医療院」の（Ⅰ）の主な利用者像は、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等の療養機能強型 A・B 相当であり、人員配置基準も現行の介護療養病床と同等である。また、面積基準は、現行の 6.4 m²/床から 8.0 m²/床と広がっている。単純に考えると、介護医療院（Ⅰ）の介護報酬は、現行の介護療養機能強化型 A・B の介護報酬 + α が妥当と考えており、日医としても是非ご要望いただきたい。

日医 厚労省の検討部会や介護給付費分科会では、新設される医療介護院は、あくまでも太陽政策で、魅力的な選択肢をつくれるかどうかが重要であることを繰り返し訴えている。納得して、希望する先生方が移行していただくもので、追い込んで移らせる方法を取るべきではないとしている。

また、この介護医療院はもともと介護療養病床の廃止に対応するためにつくられたものであるため、来年度から 3 年間を計画期間とする第 7 期介護保険事業計画の期間は少なくとも介護療養病床からを優先するべきだと主張しているところである。しかし、法律上では新設される施設類型であるため、特定の病床のみを優先することはできないという法的解釈がある。結局は、8 月 10 日通知のとおり、第 7 期介護保険事業計画で市町村が枠を作れば新設を認めるということになった。しかし、どのくらいの転換が起きるか分からないために、第 7 期ではほとんど様子見かと思われる。療養病床からの転換は総量規制からの枠外になるということで、規制がない。よって、実際にどのくらい介護療養病床、あるいは医療療養病床から転換されるか予想が難しい。

介護療養からの転換は介護保険のままであるが、医療療養からの転換は保険料に跳ね上がるた

め、おそらく新設の枠はあまりつくらないと思われる。また、どのくらいの医療機関が転換するかについては、今年度末の報酬を見てからという意見が多い調査結果になっており、報酬に関しても、魅力のあるものにしていく必要がある。少なくとも、現状の報酬相当としたうえで、一定度の要件緩和をしていくべきではないかと思っている。

いずれにしても、できるだけ現状から大きな改修等しなくても転換できるようにしていきたい。

[報告：常任理事 弘山 直滋]

第 3 分科会

地域医療（感染症、救急災害（遺体検案含む）、勤務医、環境、看護師対策、生涯教育、医療安全、医療廃棄物、産業医、スポーツ医、母子保健等）

日本医師会の釜范 敏、温泉川梅代 各常任理事をコメンテーターにお迎えし、各県からの提出議題並びに日医への提言について討議した。

各県からの提出議題

1. 准看護学校について（島根県）

准看護師は医療機関、とくに開業医にとっては大変貴重な人材であるが、最近の傾向として、厚生労働省の統計によると准看護学校養成所と入学者は減少しており、ここ 20 年間で約 3 分の 1 になっている。また、神奈川県などでは平成 25 年 4 月を最後に准看護師養成のための入学者募集を停止し、以降はその枠を正看護師養成へ移行することを発表した。一方では、より高度の看護技術獲得のための看護大学は増加していて、看護師養成が准看護師や養成校から大学などにシフトする傾向が顕著になっている。その他、数々の原因により今後、准看護学校を継続するのは困難なことが予想され、現在のところ当県では具体的な対策はとられていないが、ある学校では高校にパンフレットの配付などを行っているところもある。

各県の准看護学校の入学希望者の減少があるか、また、減少があるようであれば、なにか対策をされているかどうかお聞きして参考にしたい。

山口県では、毎年の看護学校基本調査によると、過去 3 年間の応募者推移はほぼ横ばいである。各校の努力により定員の倍以上の応募者である学校が多く、定員を満たしている状況にあるが、休学・退学、留年等による生徒数の減少が問題となっている。

対策としては、学校訪問や学校説明会の実施・参加、HP や地元のテレビ・ラジオ局に協力いただいたの広報活動を行っているところが多い。また、各校でオープンキャンパスを定期的に開催し、各学校のよいところをアピールしている。オープンキャンパスについては、県医師会としても、今年度の新規事業として上限額を設けての助成を行っている。学校を運営していない医師会にもご理解いただき、「オール山口」体制で問題解決を図ることにしている。

他県では、県内でも地域差があるが、定員を満たすところもあれば、減少に苦慮するところもあった。減少傾向の県は、学校訪問や広報活動、オープンキャンパスで対応されている。オープンキャンパスの開催においては、社会人経験者が参加しやすいように、開催日に日曜日を含める等の工夫をしている県医師会もある。高知県では、対策を講じているにもかかわらず志願者減少に歯止めがかからないため、唯一の県医師会立養成所を 2 年後に閉校されるそうである。

2. 看護教員養成講習会について（山口県）

当県では県立大学にて標記講習会が開催されるが、過去は平成 24 年度、25 年度、28 年度に開催され、今年度は開催されない。その理由は事前の受講希望調査で定員（30 名）を満たさないためである。開催された年も、受講する場合は、他の職員が職務をカバーすることで何とか対処している状況があるが、もともと教員数の少ない小規模の医師会立看護学校ではそれも難しいようである。定期的に開催されれば事前に代替教員確保等の計画が立てられ、各校とも受講者を派遣

しやすくなると思われるため、現在、県に対し標記講習会の定期開催をお願いし、大学と交渉を行っているところである。

また、標記講習会は約 8 か月という長期間に亘って開催されるため、この点も受講者や学校の負担が大きいものとなっている。そこで、研修カリキュラムにおいて、e ラーニングの一部導入を要望しているが、「対面教育が基本」という大学側の方針により、現時点では実現が難しい状況である。

各県の看護教員養成講習会の開催状況と、e ラーニングの導入状況、導入されていない場合は今後の展望等について伺う。

広島県では、県立大学に委託して毎年開催されている。定員は 33 人で、内訳は県内の受講者が約 1/3、県外からの受講者が約 2/3 である。受講料は、県内の受講者を低めに設定しているが、その差額は広島県行政が実質負担することになっている。e ラーニングは平成 25 年度から導入されている。

その他の県においては、看護専任教員養成講習会は開催されておらず、必要な場合は、近県で開催される講習会に参加しておられる。通信制の大学で受講されるところもある。

釜范日医常任理事 准看護師養成については、国の方針として、継続することと准看護師を含めて看護職員の必要数を確保することを明確にしている。准看護師の養成が今後なくなるのではないかと不安は払拭しなければならないが、まだ、このことの周知徹底が十分ではない面がある。

社会人をターゲットにして入学生を獲得することが是非必要と感じる。准看護師の魅力が一般にまだ広まっていないのではないかと。2 年で看護



職の資格が取得できる仕組みであること（定時制は 3 年）、そして資格取得後はほぼ 100%就職先を確保することができ、収入も見込めるということもあり、准看護師養成については今後も幅広くやっていかなければならない。一方、学校としては、学生の確保、医師会からの経費負担、専任教員の確保、実習場所がないことなどの問題があり、これらの点に対しても日医としてしっかり取り組んでいきたい。

現在の中学卒業で准看護師課程に入学できる点については、日医会内で検討しているが、これを高校卒業に変更していくのが現実的な対応だと考える。現在、入学生の 5%弱が中学卒業（中卒が 1～2%、それ以外は高校中退）である。

単位制については、介護福祉士との共通の単位ということも検討されているが、准看護師を目指している人は、介護福祉士を目指すわけではないので、単位制のメリットに関する議論が必要である。カリキュラム検討会は今後開かれることになっている。

専任教員養成講習会については、開催されているところとされていないところがある。eラーニングについては、厚労省も取り組んでよいとの見解であるので、運営主体と話し合いを進めてもらいたい。養成講習会が近くで行われる体制をとってもらうように、行政や運営主体に働きかけてほしい。

〔報告：常任理事 沖中 芳彦〕

3. 「切れ目のない子育て支援体制」について

（鳥取県）

「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（平成 26 年 12 月 27 日閣議決定）を受け、現状さまざまな機関が個々に行っている妊娠期から子育て期にわたる支援について、ワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター）を立ち上げ、保健師、ソーシャルワーカー等を配置してきめ細やかな支援を行うことにより、地域における子育て世帯の「安心感」を醸成し、切れ目のない支援を実施、おおむね平成 32 年度末までに全国展開を目指すこととされている。これを受け、当県でも、産前産後を含めた母子保健に係る支援体制として、市町村

では「子育て世代包括支援センター」の設置が進み、妊娠期からさまざまな相談や助言指導する支援体制を整えつつある。各自治体は現在でも妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援として、妊娠期の各種教室、出産後の産後ケア事業、子育て支援、発達相談、乳児健診事業などを行っているが、その歩みはまだ過渡期であり、また、その内容は居住市町村により支援内容に差が大きいのが実情である。

鳥取県健康対策協議会（鳥取大学医学部、県行政、県医師会）の母子保健対策専門委員会において、県内どこに住んでいても一定水準以上の支援が受けられるよう、鳥取県版ネウボラ[※]の「切れ目のない子育て支援体制」の構築について検討したいと考えている。

- ①現在又は今後の予定となっている各県の「切れ目のない子育て支援体制」において、参考となる取組み（事業）についてご教示いただきたい。
- ②県医師会として、どのようにかかわっているか。
- ③今後の課題や問題点等あればご教示いただきたい。

※ ネウボラ：フィンランドで、妊娠期～出産～就学前までの間、母子と家族を支援する目的で、地方自治体が設置・運営する拠点のこと、いわゆる出産・子育て支援制度。

山口県

①子育て世代包括支援センターは 9 市に設置済で、平成 31 年度末までに全市町設置を目標としている。あわせて、産前産後の相談支援体制として「産後ケア事業」や「産前・産後サポート事業」、「産婦健康診査事業」を実施している市もある。当県では、「やまぐち子育て連盟」を中心として県民運動の推進、結婚・出産・子育て等の地域連携教育の充実に取り組んでいるが、支援事業の一つに「多子世帯応援保育料等軽減事業」があり、3 人以上の子どものいるすべての世帯について、第 3 子以降の保育料を軽減する事業などが行われている。

②当会は「やまぐち子育て連盟」の構成団体として参画しているものの具体的にはかかわっていないが、当会から周産期医療対策の推進を毎年、県に要望している。

③子育て世代包括支援センターの設置促進・機能強化が必要と考えており、相談支援や産後ケア事業等の実施など母子への支援の充実を図る必要があると考えている。また、妊娠期から就学期までのワンストップ支援も重要であり、さまざまな相談に対応し、地域子育て支援拠点や市町子ども家庭総合支援拠点との連携も図りながら、子育て家庭への切れ目のない支援を実施する必要があると考えており、当会としてもこれに協力する体制をとりたい。

高知県では、子育て支援は妊娠中からの良好な関係が必要という考えで、法定妊婦健診に子宮頸管長測定や膣分泌細菌検査を加えて早産防止対策を行った結果、全国最下位レベルだった新生児・周産期死亡率が、現在は向上している。また、県や医師会、産婦人科医会で協議して、出生後の子育て支援（地域子育て支援センター、乳児家庭全戸訪問、放課後児童クラブ、こども食堂など）を行っている。児童虐待を防ぐことも協議している。

そのほか、岡山県では、最近、子育て支援の統一的な検討会を県行政と医師会、小児科医会、産婦人科医会により形成して協議した。産科医が5年前からハイリスク妊産婦の表を作り、それを保健所や小児科の医療機関に貼ったり、気になる母子の抱える問題などに取り組んでいる。また、児童虐待の対応を充実させることにしている。

温泉川日医常任理事 各自治体の子育て支援策は、保健所のような活動をされているところもあれば、支援センター的な活動をされているところもあり、ばらばらであるので、子育て支援センター設置のためのガイドラインが作成されることになり、アドバイザーとして参画していた。子育て支援世代包括支援センターは、妊娠期～周産期～5歳児くらいまでを対象としているが、それでは足りないということで、日医として「生育基本法」を議員立法への取組みをしている。その後、学童

期～思春期も対象にしたいと思う。また、母子保健委員会では、新しい子育て支援の在り方について答申することになっているが、リスクある子どもたちをどうするかがこれまでの議論だったが、全般的にどう支援するかを検討しているところである。

4. 全産婦人科医に母体保護法指定医師資格取得を求める動きについて（岡山県）

最近の母体保護法違反事例を受け、日医に「母体保護法等に関する検討委員会」が立ち上げられたと聞く。6月に日医はすべての産婦人科医が指定医師登録するように求めたとのニュースが流れた。母体保護法指定医師の指定は各県医師会が行っており、そのほとんどは日医、日本産婦人科医会に所属している。一方、45歳以下の若手勤務医のほとんどが医師会に所属していない。医師会と産婦人科医会に所属していない産婦人科医に母体保護法指定医師になることを勧めることは困難だと感じている。各県ではどのようにこの問題に対処されているか。当県では本年、13施設を研修病院に指定したが、母体保護法指定医師が一人の施設には所属医師に申請をお願いし、複数医師が確保されるまで指定を留保するなど増員に努めている。

山口県 産婦人科医が担う重要な分野の一つが生命科学や生命倫理の領域の医学・医療である。産婦人科医が優生思想、生命倫理、リプロダクティブヘルス/ライツを内包している母体保護法に精通していることはとても重要なことであり、産婦人科医の全員が母体保護法指定医の資格を有していることは理想的である。しかし、全産婦人科医に指定医の資格を強制取得させることには、まだ議論が必要である。指定医の資格取得率をアップするためには、若手医師に資格を取得しようとする意識を高めることと取得要件をクリアしやすい環境の整備が必要である。当県では、組織強化に向けた取組みとして役員改選時に県医師会役員が郡市医会訪問を行い、勤務医等の医師会入会促進を行っている。また、一昨年は、医師会未加入者のある病院及び県医師会までは入会していても日

医加入率の低い病院の合計 35 病院を重点的に県医師会役員が病院訪問を行い、加入促進に取り組んだ。産婦人科医会の入会については、山口大学産婦人科学教室が入局医師に対して、産科婦人科学会に入会と同時に産婦人科医会にも入会するよう勧誘し、学会と医会が連携を取っている。

高知県では、産婦人科医師数が全国で 2 番目に少なく、年間出生は 5,000 人を 14 施設で対応している。医会会員のほとんどは指定医となっている。母体保護法指定医師の指定基準には、母体保護法の趣旨と適正な運用、医療安全・救急処置の 3 カリキュラムが入った研修の受講が義務付けられていることから、日医の考えに賛成である。また、県医師会が指定を行っている限り、医師会や医会への入会促進と会員増強にもつながると思う。

また、その他の県では、母体保護法指定医師申請料を、会員と非会員で大きな差をつけて設定しているところもあるが、すべての産婦人科医を指定医にすることは困難との意見が多い。

釜范日医常任理事 日医が産婦人科医全員に、指定医をとってほしいとの意見を表明したことはない。指定医でない医師が人工妊娠中絶手術をしたことが事故につながった事例があったので、そのところをきちんとすべきということを、日医から発したい。指定を受けない方も多いが、中絶手術を行うに当たり、しっかりと研修を積んでいくことは当然である。連携施設については、医師の臨床実習あるいは研修についても同様であるが、指導医がどう責任を担うかについては、非常に重い問題であり、安易に連携施設をお願いするということも、日医として申し上げることはできない。あくまで連携施設を担おうというように考えてもらい、手上げしてもらおうことだが、危険もある一方で、指定医を増やさないと安全に対応できないこともあるので、そのあたりをご理解賜りたい。

5. 勤務医環境（複数主治医制、医師事務作業補助者）について（広島県）

当会では、精神的な負担軽減を図るために複数主治医制の推進と医師事務作業補助者の増員について活動を行っている。前者については、日本医療機能評価機構が行う病院機能評価解説集に「チームの医師全員が主治医である状態は責任の所在が明確だとは言えない」などの記載があり、現在は活動を休止している。後者については、勉強会などを開催し、医師事務作業補助者の作業内容や導入することによる利点などについて学ぶ活動を行っている。逆に言えば、その程度しか行っていない。各県での勤務医環境の改善に向けての活動を伺う。

山口県 当会では勤務医環境（複数主治医制、医師事務作業補助者）について、県内の病院に問い合わせたところ、複数主治医制については、一部の医療機関で採用されている。勤務医部会のメーリングリストに登録されている 42 の医局に問い合わせたところ、24 の医局から回答があり、13 の医局では採用されていないが、11 の医局では診療科によって複数主治医制を採用している。勤務医の負担軽減には有効と思われるので、推進していきたいと考えている。

医師事務作業補助者については、医師の過重労働の軽減に有用であることから、平成 25 年度に、「業務分担による医師の過重労働の軽減～ドクターズクラークの活用について～」というテーマで勤務医部会主催のシンポジウムを開催し、県内各施設の現状を把握するとともに先進施設の取組みを学んだ。26 年度には、県内で活躍する医師事務作業補助者の代表者で組織する医師事務作業補助者連絡協議会を設置し、研修会やシンポジウムの開催などの支援を続けている。

愛媛県では、複数主治医制については、主治医と担当医の区別は必要であるが、基本的にすべての科で取組みは行われているようである。当直明けの業務免除、夜間深夜手術明けの休暇など過重労働に対する対応が必要であるとの考えである。医師事務作業補助者については、基幹病院では進

んでいるが、病床のある機関で医師事務作業補助体制加算を算定しているのはわずかであり、中小病院や有床診療所では遅れているようである。

そのほかの県でも、複数主治医制や医師事務作業補助体制について、推奨する立場であるが、各医療機関の方針に任せて、県医師会は積極的には関与していないところが多いようである。

釜范日医常任理事 複数主治医制に取り組むと同時に、患者がまだこの制度を十分にご理解いただけてなく、また、患者やご家族の思いもある中、そこを整理しながら対応しないといけないと思う。

6. 勤務医の環境について（香川県）

開業医・勤務医ともに、医師自ら、慢性病・脳梗塞・がん等を罹患した場合、十分な休業保障（補償）がなく、地域のかかりつけ医としての機能を失い、従業員を失業させるおそれがある。また、親子継承・婚活・妊活・育児支援等、いかに働く若い医師を、男女問わず休職させずに継続就業してもらうかが近年の課題である。

ワークシェア、ワークライフバランス、夜間・休日体制について、各県医師会の取組みをご教示いただきたい。

山口県 当会では病院訪問懇談会や地域の医局長等との情報交換会により、地域の実情把握に努めている。その際、勤務医の負担軽減には医師事務作業補助者の活用が有用であることを説明し、積極的な活用を勧めることもある。

医師の子育てと仕事の両立に関しては、2009年設置の保育サポーターバンクにて、県内のどの地域で働いても支援が受けられる体制をとっている。夜間・休日の診療体制、地域の救急問題など、地域が抱える諸課題等については、個別に協議を行っているが、一次救急に関しては積極的に地域の医師会が関与しているところもある。しかし、若手の医師不足により、二次救急体制が厳しい地域もある。

山口県行政を事務局として医療勤務環境改善支援センターが設置され、勤務環境改善に取り組む

医療機関への支援として相談や研修会の開催等の支援を行っているが、今のところ、院内保育所の設置に力点が置かれている。

鳥取県では、医師会内に「医療勤務環境改善支援センター」を設置していて、そこで病院・診療所の院長を対象としたトップマネジメント研修会を行っている。医療勤務改善事業に取り組んでいる病院が3件あり、院内アンケート調査を実施することで、課題や改善計画を把握している。なお、病院のトップ（経営者）と勤務医との利害の対立をどのようにしているかの問いに対しては、件の3病院は半公的なものであり、実際の問題点はあがってこないようである。そのため医師会が病院に出向いて全職員にアンケート調査をして取り組んでいるようである。

当会と同様に愛媛県医師会も病院懇談会を行って意見収集をしている。

保育サポーター事業については、広島県医師会では、医師協同組合が来年度から保育士を斡旋するシステムを作ることになっている。

婚活支援においては、高知県医師会では基幹病院の院長にお願いして、出会いの場としての懇親会に半強制的に研修医に出席してもらって、40人くらいが集まったようである。中には結婚されたケースもある。高知県では3年に1回、開催することになっている。

7. 中国四国ブロックにおける勤務医特別委員会の立ち上げに関して（愛媛県）

日本医師会勤務医委員会は、勤務医の視点から日医の組織改革への提言を行う組織であるべきで、医療に係る問題について勤務医の視点から検証し、日医の組織強化のために活動を活性化させる必要がある。勤務医の医師会への参加を求めるには、フレームワークによって勤務医の意見が医師会会務に生かされるように活動する必要がある。医師会組織強化検討委員会やワーキンググループにおいて、さまざまな提案を具体的に実行していくことが重要である。

平成 28 年 5 月 20 日に開催された平成 28 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の日

医勤務医委員会答申では、日医勤務医委員会において、各ブロック医師会に勤務医特別委員会を立ち上げ、各ブロックで集約された意見を日医に上げていくという枠組み（フレームワーク）をつくる方向で議論を進めている。また、日医内にブロック代表者会議を創設するとしている。短期的には、モデルとなるブロックを 3～4 か所設定し、日医勤務医委員会が支援する。中期的にはすべてのブロックでのフレームワークの構築を目指す。また、日医内にブロック代表による会議を創設する。その構成は、ブロック及び勤務医の多い都市圏から委員を選出する（8 ブロック+首都圏・中京圏・関西圏・北九州圏）。また、勤務医に関わる問題で活躍する医師・女性医師を選出する。小委員会とワーキンググループを設置し、活動を補助する。

中国四国医師会ブロック内に勤務医特別委員会を立ち上げていくべきかどうか協議したい。

山口県 地域の医師会がそれぞれの地域の実情に応じ、勤務医が医師会活動に参加しやすいような具体的な取組みを行い、組織強化を図ることは重要であると考えている。これまで、各都道府県医師会の実情において、勤務医の意見を医師会活動に反映させる仕組みづくりが検討されてきたが、都道府県医師会では解決困難な課題もあり、また、その標準的な取組みはないことから、各ブロックで組織を立ち上げ、意見を集約していくことは有効と考える。現在、勤務医に関する会議としては、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会と全国医師会勤務医部会連絡協議会があるが、ともに時間的な制約などから十分な協議をする場となりえていないことから、勤務医に関する課題についての情報の共有や、さらに議論を深めるために時間的に余裕をもって検討する新たな場が必要と考える。忙しい勤務医が集まることは時間的・空間的に難しい面があるので、メーリングリストなどを使い、課題について意見を出し合うような方法が望ましいと考える。また、勤務医の意見を吸い上げる手段として、県医師会の理事に勤務医を積極的に入れていくことも重要と考える。

全体的には反対の意見はなかった。勤務医と開

業医の立場の違いもあり、具体性がまだみえないため、検討の余地があるというご意見もある。香川県では、賛成ではあるが、勤務医は異動が多いので、中国四国ブロックに縛らずに全国的なもので話をすすめるほうがよいというご意見であった。

釜萯日医常任理事 日医はなるべく多くの勤務医に会員に入会してもらいたいところである。「医師会は自分たちと無関係」とっておられる勤務医が少なくないが、勤務医の方々のご意見をいただく仕組みやフレームワークを考えた上で、その意見を日医にしっかり集約するためにも、ブロック単位だと比較的顔の見える関係が構築しやすいのではないかと思うので、ぜひ設置のご検討をお願いしたい。他のブロックでも同様である。

8. JMAT に関して（高知県）

当県には正式な養成研修を受けた JMAT が登録されていない。そこで、JMAT の養成を検討しているが、養成研修や更新研修（何年毎）、研修を受けたスタッフの登録管理、都道府県と JMAT との協定書締結のための要綱など日医で標準化されたものが見当たらない。各県ではどのようにされているか、また DMAT のように日本全体で標準化の必要性はないのかを教えていただきたい。

各県の状況を検討して、必要なら日医にも標準化された JMAT 養成研修、更新研修カリキュラムや要綱、協定書の統一を要望したい。

山口県 「JMAT やまぐち」は、日本医師会災害医療チーム（JMAT）の山口県版で、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする「災害医療チーム」である。JMAT やまぐちのチーム編成がより迅速・円滑に行われるよう、また、チーム員が災害医療の知識・活動内容、指揮命令系統等を把握し、他職種との連携を図っておくため、原則、郡市医師会又は病院単位で事前にチーム（メンバー）を登録することとしている。事前登録に当たっては、養成研修の受講者といった条件を付していないが、万が一の事態に遭遇しても落ち着

いて適切な活動ができるよう、年に 1 回、研修会を開催している。

現在、日医では、都道府県医師会の役職員を対象に、JMAT に関する研修会を検討中と聞いており、当会としては、それらにも積極的に参加したいと考えている。

岡山県では、DMAT 隊員や消防隊に講師を務めてもらう研修会を開催している。他の隊員との連携をとることが必要であるため、このような研修会は重要である。また、医師が安全に避難所での医療に取り組める環境整備を行う統括 JMAT やコーディネーターの養成が急務と考える。災害現場では、他県の JMAT との連携を容易にするために、用語の統一や活動マニュアルがあればよい。

全体的な回答をみると、カリキュラムやマニュアル、手引きなどがあればやりやすいが、その反面、要件を厳しくすると各地域により、機能しづらい面もあるのではないかとこのものであった。県医師会で独自に研修会を行っていないところもある。

JMAT として出勤する際、開業医では、勤務医のようにスケジュールが組みづらいという面もある。その点については、香川県では県との協定を結び直し、JMAT と県救護班との 2 つのたすきをかけることを了承していただくことになり、開業医チームも今後参加する可能性があるようである。岡山県では東日本大震災では 63 チームが出動したが、そのうちの 40 チームが開業医であったとのこと。開業医では、手上げ方式にして自身の医院の運営については、それぞれに任せている。

釜 范 日 医 常 任 理 事 JMAT に関する都道府県と医師会の協定が必要になるが、日本医師会 JMAT 要領というものを作っており、これで協定をしてもらう必要事項を示している（日医 HP）。すでにそれぞれの県において、行政と協定を結んでいるところもあれば、ないところもあり、全部統一というわけではない。今後 JMAT を整備するに当たり、協定のひな形に盛り込んでもらいたい項目は、JMAT 要領に示している。一方、JMAT の

活動基本マニュアルが必要ではないかという指摘は、日医の会内委員会で検討中である。開業医のスケジュールと JMAT の参加については、開業医の休診日、代診医の見通しができた日などから、手上げして参加してもらっている。開業医は自身の医院もあるが、できるところはしっかりと役割を担いたいという方が非常に多かった。

9. 転院搬送における救急車依頼に関する状況および転院搬送依頼書の活用状況（徳島県）

近年、高齢者の増加とともに救急搬送件数が増加している。救急車搬送件数の増加は真に重症な患者への対応が遅れ、救命率が低下する可能性が危惧され、救急車の適正利用が図られている。救急車の適正利用に向けた取組みの一環として医療機関から医療機関への傷病者搬送、「転院搬送」の適正化が検討された。転院搬送は全救急搬送件数の約一割を占めており、その適正化の影響は大きく、消防庁は厚生労働省と連携し転院搬送における救急車の適正利用にかかわるガイドラインを作成し、それを参考に地域 MC 協議会の場において医師会や病院、消防など関係機関が協議し転院搬送のルール化に取り組むことを要望している。

転院搬送は緊急性のある場合にのみ利用し、緊急性のない場合は病院救急車などの代替手段を講じてほしいこと、転院搬送を依頼するときには転院搬送依頼書を提出すること、転院先を決定しておくこと、転院搬送は病院の管理下での搬送であり、医師あるいは看護師が同乗することを原則とし、同乗できないときはその理由を患者及び家族に説明し了承を得ることを求めており、そのことを転院搬送依頼書に記すことが提案されている。

当県では全県的に転院搬送依頼書を作成・使用することを検討しているが、各医師会では転院搬送をどのように実施されているのか、代替策を講じているのか、また、転院搬送依頼書の使用、様式等に関してどのように考えられているのか。

山口県 当県の救急出動件数及び救急搬送人員は、全国と同様、年々増加しており、平成 28 年は、いずれも過去最高を記録している。事故種別出動件数は、救急搬送が 60.2% と最も多く、以下、

一般負傷 15.0%、転院搬送 12.4%の順となっており、救急件数の減少は喫緊の課題となっている。下関市では、救急件数の減少及び救急出動の円滑化を目的に、平成 29 年 3 月、地域メディカルコントロール協議会及び下関市医師会、下関市保健部、下関市消防局が連携し、転院搬送における救急要請に係る統一的な運用方法を定めた「転院搬送における救急要請について」を策定し、6 月から運用を開始している。具体的には、①転院搬送依頼元医療機関の医師の判断により、②当該医療機関において治療が困難であり、③緊急に他の専門病院等に搬送する必要がある、④他に適当な搬送手段がない場合、の 4 つの要件すべてに該当する場合に「転院搬送引継書」により救急隊への引継が行われることになっている。転院搬送依頼元医療機関は、「転院搬送引継書」に①患者情報や、②搬送先医療機関や医師の名前も書くようになっているので、今まで以上に搬送時間の短縮が図られるものと期待されている。

ガイドラインでは、救急業務として転院搬送を行う場合、地域の実情を踏まえ、地域メディカルコントロール協議会等の枠組みを活用した関係者間のルールづくりが望ましいとされており、当会としては、地域での取組みを支援することとしている。

なお、県に確認したところ、現在、他の地域での同様の取組みは行われていないとのことであった。

鳥取県では「鳥取県救急搬送高度化推進協議会」があり、メンバーは医師、消防隊、看護師、介護職員、利用者代表、行政で協議を行っており、転院搬送における救急車の適正利用にかかる転院搬送要請マニュアルが今年 4 月から運用されている。このマニュアルには、転院搬送の要件やフローチャートが掲載されている。医師や看護師が救急車に同乗できない場合は、引継書を救急隊に渡して指示している。

岡山県では、転院搬送の率は、地域により差があるが、全国 8.3% に対して、10.7% と若干高めとなっている。医師と消防隊で信頼関係ができて

釜范日医常任理事 直近では昨年 3 月に日医と総務省、消防庁の三者でかなり議論をし、3 月に総務省と厚労省の連名で通知が出ている。その中で、担当医師において搬送が必要と判断することを重視することになった。その診療に当たった医師が、救急車で搬送が必要で、他の代替手段がないと判断して決めるということを尊重してもらうことは合意ができています。一方、実際の運用に当たっては、各都道府県、二次医療圏ごとのメディカルコントロール協議会の役割が重要である。そこで消防と顔の見える関係の中で、医師の立場をはっきりと理解してもらうべきである。救急車の出動要請は増えていて、対応は困難になっている現実もあるので、それぞれの医師がしっかり判断することに尽きる。

[報告：常任理事 加藤 智栄]

日医への提言

1. 今後の准看護師養成への新たな方策について（鳥取県）

現在、当県では准看護師養成校 3 校中 2 校が閉鎖を考えている。また、他県においても、養成校の存続はかなり厳しいようである。准看護師養成に関しては、日医としても継続の意思が固いと聞いている。昨年度の分科会でも日医へ提言したが、准看護師資格を国家資格にする方策を考えるなり、あるいは地域包括ケアシステムの中で准看護師に中心的な役割を与えるなり、日医の考えをお聞かせ願いたい。

釜范日医常任理事 立ち位置という点では、一つの視点として、准看護師の資格を国家資格にしたかどうかというご意見がある。これについては、2 年の履修課程で取得できる国家資格がないわけではないが、今、この准看護師の養成の仕組みを変えると、かえって存続が危ぶまれる事態になることを危惧している。看護師養成は 4 年間必要だという事を強く主張しているところもあるので、看護職の一端を担う准看護師が、まず 2 年で資格が取れることは非常に大事で、これを死守しなければならないと思う。そのためは、国家資格にするという選択がうまく機能するかどうか

は、大いに議論が必要と感じる。魅力の話になれば、介護あるいは在宅医療の現場などで、准看護師がもっと積極的に働けるようにというご意見もある。その場合、例えば在宅看護論のような内容を准看護の養成課程に組み込むことも考えられ、今後のカリキュラム検討会で行われると思うが、今の准看護師の履修時間をこれ以上増やすことはできないため、どこか削ることになる。准看護師の魅力がないというご指摘もあるが、私の担当としての思いとしては、魅力をまだ十分にお伝えできていないと思う。2年で看護職の資格が取れて、年齢制限はなく、就職率は非常に良く、収入も見込めるということをきちんとお伝えしていくことがまずは大事である。そして、この職に就きたい社会人の中で、どのターゲットに情報をしっかり伝えるかを工夫する必要がある。

単位制にして単位の互換とか、もっと介護に特化したようなものにすべきではないか、介護福祉士やそれ以外の医療関係職種との単位の互換性を、という話もあるが、准看護師を目指す人の立場からすれば、准看護師の資格を早く取ることが一番の目標だと思う。そのあたりの互換性ができて、他の職種の人が准看の資格を取りやすくなり、それで准看護師の数が増えれば良いと思うが、全体の人口が少なくなる中で、看護師の需要が今後どうなるかもはっきり見据えないといけない。准看護師に対する立ち位置としては、現状ではそのような状況である。

2. 新専門医制度と今後の地域医療（島根県）

最近、厚労省は在宅医療を推進しているが、これを円滑に進めるには、後方病院が必要と県内外の先生方から聞いている。ところが地方の病院は医師不足が深刻で勤務医師も過労で勤務環境は悪い状態が続いている。総合専門医については現在検討されているが、1～2年は医療資源の乏しい地方の病院での研修を義務づけていただきたい。

釜谷日医常任理事 まず、在宅医療を推進する上での後方病院に必要な医師をきちんと手当することは喫緊の課題である。これが、医師の地域あるいは診療科の偏在の解消と大きくかかわってき

て、これまで平成 20 年から、医師の医学部における養成の定員は、ずいぶん増やしてきたが、だからといって、足りないところに医師が行っていただいているかという、まだそういう状況にはない。診療科あるいは地域の偏在についての対策は、しっかりと担っていかなければならない。専門医の仕組みについては、大変紆余曲折を経たが、9月30日の時点では、総合診療科を含めて19の基本領域についてのプログラムを都道府県の協議会でみていただき、このプログラムの特に募集定員が、地域の医療を大きく変更することになってしまうのかどうかをご覧いただいている状況である。10月10日から一次募集が始まるが、総合診療科については、松原日医副会長が、僻地に準ずる地域の診療経験を特に重視し、その総合診療科のプログラムについては、医師不足地域における診療経験を加味できるような形で組んでほしいということで、そのような審査になっている。プログラムの一次審査の段階で、医師不足地域における勤務経験が十分積めないプログラムについては認めないという形で整理しており、それも効果が出ることを期待したいが、専門医の仕組みで医師の偏在を解消することは基本的に難しいものである。専門医は専門医として養成するが、医師の偏在に対する対応は、そのこととは別に考えないといけないと思う。

3. JMAT の研修について（岡山県）

東日本大震災から6年が経過するが、熊本地震、広島土砂災害等自然災害は後を絶たない。また、南海トラフ地震の発生までにはあまり時間がないのではないかとされている。当会では平成29年2月26日に、JMAT 研修会を開催し、当日参加などもあり63人の医師、看護師、ロジスティックス等が参加した。研修は、DMATの先生方を中心に計画し、「災害医学概論」、「透析医療災害対策」、「トリアージ」、「机上シミュレーション」、「JMATの概要」について、一日間の研修をし、参加者からも継続した研修の実施を希望する声が多かった。しかし、DMATの隊員も、訓練、研修など多忙であり、ましてや大災害等があれば参加できない状況もある。さらに、JMATの派

遣についても現地で有効な救援活動が行える体制の整備が必要となる。現地では、救援活動を行うチームが中心となるが、チームを支えるコーディネーターチーム、ロジスティックスのチームの役割も重要となる。派遣体制はかなりできあがっているが、受援体制の構築も急がなければならない。JMAT の派遣、受援に対してはさまざまな課題があり、その課題は DMAT と同じというわけではない。

そこで要望であるが、JMAT の研修について日医として標準化された研修シラバスを策定し、JMAT の言語を統一し、JMAT チーム同士の被災地での連携が容易になる体制を構築してほしい。

釜范日医常任理事 ご提案の通りであり、この形でのシラバスあるいは活動基本マニュアルは日医としてしっかり作っていかなければならないと思う。JMAT は開業医を含めてボランティア精神により、多くの医師が参加することが重要であるが、実際に有効に機能するためには、日頃の準備、JMAT の訓練の機会、実地研修が必要だと考える。そのような体制を今後とれるように、日医としても努力していく。

4. 日医かかりつけ医機能研修制度について

(山口県)

「日医かかりつけ医機能研修制度」では座学の応用研修(10 単位)が義務付けられ、「かかりつけ医機能研修制度応用研修会」(6 時間)は応用研修シラバスに基づいて開催することで、6 時間 6 単位が取得できる。しかし、「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」(6 時間 30 分)や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」(4 時間)は応用研修の「関連する他の研修会」に位置付けられているため 1 時間 1 単位ではなく、研修会の全受講・修了をもって応用研修の 1 又は 2 単位が取得できる。

「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」は診療報酬上の算定要件となっているが、講義内容はかかりつけ医機能に関するもので重複している部分が多い。また、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も応用研修に

認知症があるほどかかりつけ医機能に密接に関係する内容であるため、両研修会の単位数が少ないようにも思われる。同一内容であれば、単位も同一になるようにする方が、制度の普及をより図りやすくなると考えられるので、再検討をお願いしたい。

さらに、平成 29 年 3 月 26 日の第 139 回日本医師会臨時時代議員会の答弁で、「かかりつけ医機能には医学的機能と社会的機能があり、『地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会』は、医学的機能を中心に各疾患のエビデンスに基づく最新の知見を学習できる内容に、『日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会』は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、社会的機能も含んだ内容となるよう調整している」とのことだが、会員にとって研修会名や内容が紛らわしいので、整理をお願いしたい。

釜范日医常任理事 ご指摘いただいた点はよくわかる。日医かかりつけ医機能研修制度の仕組みについては、かかりつけ医をしっかりと養成してこうという考えの中で枠組みを作った。とくに、地域におけるいろいろな社会活動(学校医や健診への参画等)を十分評価しようというのが基本的な考え方である。一方、地域包括診療加算あるいは地域包括診療料の算定のための研修会は、厚労省との厳しいやり取りの中で、診療報酬の算定要件として、これを必ず受講することがあり、むしろ、診療報酬上の要件にこれが出てきているため、日医のかかりつけ医機能研修制度との整合性というところについては十分手当てができていない。ご指摘いただいたことを受けて、よく考えてみたいと思うが、診療報酬上の制限については、例えば、それを DVD にしたものを受講すればよいことには、今はなっていない。それは厚労省との話し合いの中で、現在の研修会の制度の管理の在り方を厚労省は求めているので、そのあたりは今後交渉が必要と考えている。持ち帰って、しっかり検討したい。

5. 予防接種委託料金について(高知県)

予防接種は子どもの命を守る重要な方法であ

る。小児の定期接種に指定されている予防接種委託料金は 9 割を国から補てんされている。残りは各自治体の財政能力により自己負担あるいは自治体の負担となっており、平等ではない。総務省による人口統計値から各自治体の接種対象者数は把握されていることから、100% の接種率を見込んで全額（10 割）を交付金として支給すべきである。9 割とは接種率を 90% までに抑えないと財政負担となることを意味している。むしろ、欧米のように 100% 接種率をめざして自治体が積極的に接種勧奨をして、100% 達成できなければ交付金の一部返還もありうるという制度が望ましい。

釜蒔日医常任理事 ご指摘の点は理解できるが、まず、今の予防接種、特に法定接種の仕組みについては、市町村の自治事務ということになっており、接種の主体は市町村である。それぞれの自治体の財政状況に応じて、地方交付税が出される仕組みであり、もともとは 2～3 割くらいしか出ていなかったが、平成 25 年から法定接種については 9 割に引き上げられた経緯がある。100% を目指すのに、ご提案いただいた仕組みも考えられるが、現状においては、地方交付税が交付される中で、自治事務として自治体が行うので、それがすぐに変えられる状況ではないと思う。

6. 働き方改革における日医の取組みについて

(徳島県)

平成 29 年 3 月 28 日、安倍内閣総理大臣を議長とする働き方改革実現会議において、働き方実行計画が決定され、労働時間に罰則付き上限が設けられることになったが、医師への規制適用には 5 年間の猶予が設けられるそうである。医師には応召義務や主治医制もあり、一般の労働者と同じように労働時間の規制をかけるのは難しい面がある。また、地方の病院での医師不足も深刻な問題であるものの、医師自身の心身の健康管理も非常に重要である。医療現場では産業保健の適応が難しく、産業医自身も医師の立場であるため、勧告がしにくいという問題もある。医師の勤務時間管理について、また、医療現場への産業医の関わり

方や産業保健の適応について、日医が今後どのように取り組んでいくのかを伺う。

釜蒔日医常任理事 この問題は日医が取り組むべき課題の中でも特に重要である。医師の過重労働で健康被害が発生する事態は、医師の団体として決して許してはならないことである。これをどう防ぐかについて全力を挙げて取り組まなければならない。一方、ご指摘のように、今の医療の提供を同じようにしながら勤務環境を改善していくことも、なかなか難しいところであり、国民の理解が得られなければ成し得ないと思う。社会保障審議会の医療部会でもそう発言してきている。産業医が医師の健康管理をすることも、同じ医師同士であるので、院長が産業医を兼ねる体制は原則としてなくなったが、産業医が医師の健康をどう守るかということも、大変難しいところである。これらについては、今後、会内の「医師の働き方に関する委員会」と厚労省の「今後の医師の働き方の検討会」があるので、そこで検討を重ねていくことになる。上限時間の問題、医師の勤務状況の現状をどう把握するかについて、今の時点で申し上げると、院内で例えば自己研鑽をしているところの判定が難しい。やはり院長あるいは管理者の指示・命令系統のもとにあるものは全部労働時間と数えないといけないので、そうなると院内での活動がどうなのかは難しいのであるが、その整理をしなければならないと思う。上限時間の設定については、できれば、医療の体制を大きく損なうことなく整理していきたいと、現時点では考えている。

[報告：沖中 芳彦]

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2 日目は、総会並びに特別講演 2 題が行われた。

総会

冒頭、徳島県医師会の齋藤会長より開会挨拶が行われ、続いて日本医師会の横倉会長より挨拶があった。

横倉日医会長 超高齢社会を迎えた日本におい

て、われわれの仕事である住民・県民の生命及び健康を守るためには、どのような医療提供体制を構築すれば、この高齢化社会の中での地域医療を守れるかということ、さまざまな取組みが行われている。その一つは地域医療構想であり、もう一つは地域包括ケアシステムになるかと思う。それと同時に、私どもの問題でもあるが、来年の 4 月から新しい専門医の仕組みが始まるということで、2018 年度は大きな変革をもたらす年になる。その変革をよりよい方向にすべく、医師会としてさまざまなご意見を申し上げたい。年末には来年の診療報酬・介護報酬の財源についての議論があり、12 月 20 日前後までいろいろと交渉するわけだが、現在、既に相当のところまで厚労省と話をしており、先週、さまざまな予算の説明があった。他省の予算は 10% シーリングということで相当厳しくなっているが、厚労省分はプラス 10% ということで予算編成しているとのことであった。その中で、われわれと直接関係がある診療報酬については、一つには 2015 年の「骨太の方針 2015」で高齢化による社会保障費の伸びを 1 兆 5 千億円にするという大きな枠の中での方針が決められたが、2016 年、2017 年の予算で、その枠の中のほぼ 1 兆円が使われており、残りの 5 千億円の枠の中に予算上はなんとか入れられており、その攻防がある。その中で、一つには保育所における待機児童の解消として 20 万人の保育施設を増やす計画を政府が出している。20 万人の保育所が増えるということは、年間約 500 億円の予算がかかるわけだが、この予算を次年度に出すかどうかのせめぎ合いが行われていた途中で解散になったが、ほぼ財源を増やすということであったので、なんとか診療報酬と介護報酬の改定の方は少しは良い方向になるかと思っている。この診療報酬だが、私が会長になってから、モノからヒトへの財源の移管を主張している。日本における医療費の中に占める薬剤費、また、医療材料費は欧米に比べるとかなり高く、薬剤費や医療材料費を減らして、その分を人件費にあたる技術料



に持っていかうということを主張している。

衆議院が解散になって選挙に向けていろいろな報道が伝えられているが、先週、自民党の二階幹事長に要望書を提出し、その際、これだけはやってほしいということを強く申し入れてきた。後程お話するが、その大部分を日医の政治団体である日本医師連盟常任執行委員会を開いて方針を固めているところであるので、ご理解のほど、よろしくお願ひしたい。

続いて本会の林 専務理事より平成 28 年度事業・会計報告を行い、全員の拍手により承認された。最後に次期開催当番県である島根県医師会の森本会長が挨拶され、総会は終了した。

[報告：常任理事 今村 孝子]

特別講演

I 日本医師会の医療政策

日本医師会長 横倉 義武

以下の項目で講演された。

1. 社会保障と経済成長
2. 健康寿命の延伸と日本健康会議
3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進
4. 平成 30 年度同時改定に向けて
5. 第 48 回衆議院議員総選挙を受けて
それぞれの内容をメモ的に簡単に紹介することで印象記としたい。

1. 社会保障と経済成長

この 7 年で、一般会計税収は伸び、一般会計歳出は横ばいに抑えられているが、税収は 1990 年当時に追いついておらず、国債に依存した状態である。このなかで医療費は高齢化とともに漸増している。しかし、平成 28 年度の医療費は 14 年

ぶりに前年比マイナスになった。これは、肝炎治療薬などの高額薬品の投与が一段落したためと思われる。

社会保障費は医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれる。持続可能な社会保障のためには財政主導ではなく、国民皆保険を堅持していくために医療者側から適切な提言をしていく必要がある。医療者側としては健康寿命の延伸、糖尿病患者や COPD 患者への早期あるいは適切な介入による透析患者の減少や在宅酸素療法患者の減少、コスト意識をもった診療ガイドラインの整備等による医療費抑制への努力をすることが重要である。

社会保障の充実によって国民の不安を解消するために財源を作り出すことも必要である。例えば、たばこ税を 1 本につき 3 円の値上げをする、働く人を増やして保険料を増額する、5 人以下の小規模事業者も社会保険に入れるようにするなどして財源を作り出すなどである。下関市は 25% が医療介護分野に従事しており、都会の 10% を上回っている。医療介護への投資は地方創生にも役立つ。

「医療は亡国」と言われることもあるが、医療がさまざまな分野で経済成長に役立ち、国民の安心にも繋がっている。某新聞が国民の不安をおおるような記事を掲載しているが、企業の利益剰余金（内部留保）に著しい増加が認められるなか、1% でも給与に反映させると保険料が増えるので社会保障費に役立つ。また、タンス預金も増える中、増やせる人と増やせない人を選別して再配分をしていくことも重要である。

医師会は学校医、産業医、かかりつけ医の役割を担っている。医師会は、子どもの貧困、所得・職業による貧困、生活習慣へのかかわりなどへの対応が出来、今後の街づくりにも貢献できる。

2. 健康寿命の延伸と日本健康会議

2025 年問題が言われているが、それよりも団塊ジュニアが後期高齢者になる 2060 年が一番大変である。将来女性の平均寿命は 90 歳を超え、男性は 83 歳を超える。元気な老人を作って医療費を減らす必要がある。健康寿命が延びれば定年を延ばすことで、税の増収、保険料の増収に繋が

る。医療・介護費用を減らすこともできる。若年世代らの予防・健康作りのための新産業が創出されて雇用拡大、経済成長をもたらし、財源が安定する。

日本健康会議には経済界、自治体、日本医師会、日本歯科医師会が入っており、「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を発表した。医師会として、糖尿病及び COPD を重点的に取り上げて、成果を示していく。

3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進

かかりつけ医とは「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている（「医療提供体制のあり方」2013 年 8 月 8 日 日本医師会・四病院団体協議会）。

経済学者は国民に強制的に持たせるよう言っているが、国民が自ら持てるようにかかりつけ医機能を強化することにより普及していくよう、日医が頑張る。

日医には「日医かかりつけ医機能研修制度」があり、疾患別の医師ではなく、かかりつけ医として幅広い能力を身につける研修を行っている。また、地域包括診療加算・地域包括診療料に係る「かかりつけ医研修会」も開催している。さらに、算定基準の緩和にも努めている。

4. 平成 30 年度同時改定に向けて

急に総選挙が入り込んだためにスケジュールが遅れる可能性がある。高額医薬品や医療材料の値下げをして財源の確保に繋げる。子ども・子育て支援の財源は、きちんと別の財源で確保すべきである。新薬の創出のために薬価に転嫁が行われているが、税制や補助金、官民ファンドなどの活用を考えていく必要がある。外国平均価格調整といった日本だから高くなるといった問題も議論していく必要がある。医療機関の費用に占める人件費の割合は、2000 年度は 50.2% であったが、2012 年度は 46.4% まで低下した。技術料に包括

されている医療用消耗品の上昇が人件費を圧迫している。また、医薬品費が 27.8%にまで占めるようになり、医療従事者の人件費への還元になっていない。医療従事者の給与は 2009 年を 100 とすると 97.5 に減っている。医療機関の従事者は 300 万人ほどだが、家族を含めると 1,000 万人にも上る。最近ではリハビリ関係者が増えている。医療への財源を投入すれば、医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化による地方創生の貢献に繋がる。

「日本国憲法 第 25 条

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2. 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

この憲法のもとに日医は適切な財源を求めていく。

5. 第 48 回衆議院議員総選挙を受けて

消費税増収分の使途について、子ども・子育てや教育に使おうとしているが、「医療をはじめとする社会保障の財源として引き続き充実すべき」と要望していく。また、日医は政権与党を応援していく。

【印象記：理事 山下 哲男】

II 神山プロジェクト

～創造的過疎から考える地方創生～

特定非営利活動法人グリーンバレー

理事長 大南 信也

神山町は徳島市中心部から車で 45 分ほどの山に囲まれた町である。人口は約 5,300 人、高齢化率はほぼ 5 割に達している。講師の大南氏は 1970 年代後半にシリコンバレーにあるスタンフォード大学へ留学した。当時、シリコンバレーは、まだ田舎町であった。しかし、一部の授業が周辺の IT 企業に有料配信されるなど、それが何かは分からないが、何か新しいことが起こりそうな空気が漂っていて、刺激的な毎日であった。

2 年間で過ごした米国から神山に戻り家業に専

心、結婚し子どももできた。平凡な毎日が続いた。

1990 年に久々に母校の神領小学校を PTA の会合で訪ねた時に廊下の端に飾られていた人形を見つけた。1927 年に米国から日本に贈られた友好親善人形（12,739 体）の内の一体であり、戦時中も神山町神領小学校で隠されていた。名前はアリス・ジョンストン。所持していたパスポートから出身がペンシルベニアのウィルキンスバーグということが分かった。もし、この人形を送ってくれた人が当時 10 歳くらいだったとすれば今は 70 代。ペンシルベニア市の市長に手紙を出し、人形を送ってくれた人を探してもらった。半年後に返事が来た。送り主は聾学校の教師で、すでに亡くなっていたが親戚が居ることが分かった。「日本の子供たちに人形を贈ってくれたお礼を兼ねて里帰りさせちゃろう」と、当時の PTA 会長らに声をかけて、1991 年 3 月、「アリス里帰り推進委員会」を立ち上げ、8 月にアリスの里帰りは実現した。小中学生を含め 30 人で渡米し、大歓迎を受ける。小さな成功体験をみんなで共有する。「あのときすごく気分が良かったな。わくわくしたな」という感覚をみんなで共有することが次の挑戦に繋がっていき、1992 年に「神山町国際交流協会」を立ち上げた。

当初は、めばしい成果は生まれなかった。そんななか徳島県のプロジェクトとして神山町に国際文化村が作られるという記事が新聞に載った。これから 10 年後、20 年後を考えれば、国や県が作るような施設であっても住民が主体となって管理、運営する時代になるだろう。そうだとすれば、お仕着せのものだとうまくいかないから、県に住民側のプランを提案しようとして国際文化村委員会を設置した。

議論を開始すると、会合に過去の失敗談から例にあげながらアイデアを破壊する人、“アイデアキラー”が現れる。アイデアキラーは、「この町では駄目なんだ、無理だ、できない」と言う。アイデアキラーが行政に現れると「前例がない」という言葉になる。

しかし、前例のないことであっても、はじめに誰かがそれを考えついでおり、それは逆に新しい時代の歯車を回すチャンスである。できない理由

より、できる方法を考え抜いて、とにかくやってみる (Just Do It!)。そのような前向きさがアイデアキラーを黙らせることになった。

1989 年、アドプト・ア・ハイウェイ・プログラムというものをアメリカで見つけた。道路標識に企業名 (スポンサー名) が掲示され、「これから 2 マイルの区間は、行政に代わって企業が散乱ごみの清掃をやっています」と書いてあった。

このような仕組みは将来、日本でも絶対に必要だと思い、神山町での導入を検討した。しかし道路法では、企業名入りの標識の設置は認められていなかった。1998 年 6 月に道路に企業名の入った看板を設置することで強行突破した。神山町発のアドプト・ロードが、今は全国で普及してきている。

1999 年から神山アーティスト・イン・レジデンスが開始された。本人 1 名、外国人 2 名のアーティストを招聘し作品をつくってもらう。

アートによるまちづくりには、二つの道がある。一つは、見学に訪れる観光客をターゲットにするもので、これには評価の定まった (有名な) 芸術家の作品を集める必要がある。さらに経常的に新しい作品を集めなければリピーターが増えない。維持管理費もかさみ、潤沢な資金がなければ時間とともにすたれていくことが多い。

神山が目指したのはもう一方の道で、アーティストを相手にする、つまり、欧米のアーティストたちから日本に制作に訪れるのであれば神山だと言われるような場所にしようというもの。

滞在満足度を上げ、神山町の持つ「場の価値」を高める。自費滞在を希望するアーティストに対して、宿泊・アトリエ等のサービスを有償提供する。ウェブサイト「イン神山」を立ち上げ情報発信し、ビジネス展開を模索した。

(<http://www.in-kamiyama.jp/>)

ところが、サイトが公開されると思わぬことが起きた。「神山でアート」の記事よりも「神山で暮らす」の記事が一番よく読まれていた。ここから、今まで I ターン者のほとんどいなかった神山町への移住需要が顕在化していった。

「イン神山」にはワーク・イン・レジデンスという仕組みを組み込んだ。これは、町の将来にとっ

て必要と考えられる働き手、起業家をピンポイントで逆指名しようというものである。例えば、この空き家は石窯で焼くパン屋さんだけに貸し出しする、この空き店舗はウェブデザイナーさんに、という具合である。

神山町のほぼ真ん中に上角商店街がある。1955 年当時、ここには 38 のお店が並んでいたが、ワーク・イン・レジデンスを始める前の 2008 年には郵便局を含めてわずか 6 店にまで減っていた。

ここを、こうして誘致した人たちでジグソーパズルのように埋めていく。このプロセスを繰り返すことによって、空き店舗を活用して住民が思い描くような商店街をつくることのできるのではないかと考え始めた。

2008 年、徳島市出身の坂東幸輔氏という建築家が訪ねてきた。東京芸大の建築科を卒業後、ハーバード大学デザインスクールを修了して、ニューヨークで活躍されていたが、「イン神山」を見て興味を持たれたようだった。2010 年 4 月から東京芸大の助手として帰国されるというメールが入ったので、長年懸案になっていた商店街の長屋の改修工事を一緒に進めることにした。

この改修工事には坂東氏のニューヨーク時代の建築家仲間であり、2010 年 6 月に帰国した須磨一清氏も加わってくれることになった。その一方で、須磨氏は慶応大学の同期生である寺田親弘氏が社長を務める Sansan 本社のインテリアの仕事を受けていた。

寺田氏は前職である三井物産社員時代にシリコンバレーでの勤務経験があったが、須磨さんから神山で空き店舗の改修状況、さらに神山では各戸に光ファイバーが引かれており、ネットの速度がものすごく早いということを知らされた。

その結果、働き方に革新を起こすという Sansan の掲げるミッションを実現する場所だと確信し、サテライトオフィスを生産につくることをほぼ即断された。

2013 年にはメタデータ (番組詳細情報) の先進企業プラットフォームが一層強固な体制を確立するため、サテライトオフィス「神山センター」(通称：えんがわオフィス) を開設した。東日本に災

害が再び起きたときにも、データのバックアップのみならず業務そのもののバックアップができる、屋内は最新設備、外観は築 80 年の古民家を再生したオフィスである。

2012 年 12 月には厚生労働省所管の 6 か月間の求職者支援訓練を行う神山塾が作られ、現在までに 9 期 165 名の修了者がいる。給与を貰いながら神山町に滞在して働いたり学んだりできるというプログラムであり、地域活性化コーディネーターの育成、地域農業振興アドバイザーの育成等の多くのプログラムがある。独身女性、20 代後半から 30 代前半、東京周辺出身者、クリエイター系の人も多く、40%の人が移住、20 名がサテライトオフィス企業に就職、12 組のカップルも誕生した。

人が集まるとサービス業が必要となる。ピストロ、ピザ屋、総菜屋、オーダー靴屋、かばん屋などがワーク・イン・レジデンスとして開業し、その中で地産地食 (Farm Local, Eat Local.) を目指したフード・ハブ・プロジェクトが始まった。そして新たな人の流れ、地域内経済循環がはじまった。

人が移り住んでくる、選ってくる、留まることを選択するためには地域に「可能性が感じられる状況」が不可欠である。可能性が感じられる状況とは、人がいる、いい住居がある、よい学校と教育がある、いきいきと働ける、富や資源が流出していない、安全性がある、関係が豊かで開かれて

いることであり、必要な施策として、すまいづくり、ひとづくり、しごとづくり、循環の仕組みづくり、安全な暮らしづくり、関係づくり、見える化が重要となる。そのために一般社団法人「神山つなぐ公社」が実施プロジェクトとして、子育て世代を軸にした集合住宅、教育コーディネーター、保小中高連携の地域教育、孫の手プロジェクト(高校魅力化)、進化型ワーク・イン・レジデンス、フード・ハブ・プロジェクト、役場から始める地域内経済循環、町の発表会、新たなメディアづくり等の事業を行っている。

人形の送り主に会えたときには「どうして人形を送ってくれたのですか？」と質問しようと思っていた。亡くなっていたため直接聞くことはできなかったが「友好のため」とか、もしかしたらほんの思いつきで送ってくれたのかもしれないが、その送られてきた人形がこのような大きな結果を生んだ。どんな小さなことと思っても、後世に大きな影響を及ぼすこともある。

皆さんにも「すきな」場所があると思う。それに「て」を加えることによって「すてきな」場所に変えることができる。皆さん頑張ってください。

[印象記：理事 中村 洋]

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山 福 株 式 会 社
TEL 083-922-2551