

平成 30 年度 中国四国医師会連合総会

と き 平成 30 年 9 月 29 日 (土)

ところ ホテル一畑 (島根県)



今年度の総会は、島根県医師会の担当により開催された。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、中国四国医師会連合医事紛争研究会の開催、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。

なお、9月30日に開催の予定であった**中国四国医師会連合総会**は、台風24号による悪天候のため急遽、29日の開催となり、中国四国医師会連合の平成29年度事業・会計報告及び平成31年度は高知県の担当で開催することが承認された。また、予定されていた特別講演2題は中止となった。

第1分科会「医療保険・医療政策」

(診療報酬、地域医療構想、在宅医療・基金(医療)、消費税問題、労災・自賠責保険等)

日本医師会の松本吉郎 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・要望について討議した。

各県からの提出議題

1. 地域包括ケア病棟の在宅復帰率について

(鳥取県)

今年度の診療報酬改定により、地域包括ケア病

棟における在宅復帰率の「分子」から療養病棟と介護老人保健施設が削除された。これにより、一部の病院からは地域包括ケア病棟の在宅復帰率7割を継続していくのが困難になる可能性があるとの指摘がある。

また、「分子」には介護医療院も含まれているが、本県では介護医療院への移行が全く進んでおらず、予定も含めて現在のところ皆無である。

そこで各県にお聞きしたい。

- ①地域包括ケア病棟を有する病院において、在宅復帰率7割を維持していくことが困難となるような病院が存在するか。
- ②介護医療院への移行はどのような状況となっているか。

①各県とも「在宅復帰率7割の維持が困難」でそれなりに苦勞をしているという状況であった。特に療養病床、介護老人保健施設を併設している医療機関では苦慮されている。

②県によっては「移行なし」もあったが、ほとんどの県では緩やかに移行が進捗している。(山口県では6施設369床が移行：9月1日現在)

日医 地域包括ケア病棟の算定要件に導入された

「在宅復帰率 7 割の維持」について、具体的な困難理由を報告してほしい。

2. 診療報酬請求における審査支払機関（基金、国保連合会）との合意形成について（岡山県）

近年、診療報酬請求審査にコンピューターシステムの導入が進められ縦覧・横覧でより厳しい査定が行われている。

一方、診療報酬に関する疑義に関して一般的な解釈説明は疑義解釈で公表されているが、細かな運用ルールは都道府県の審査支払機関の裁量に任されているのが現状である。このような状況の中で社保と国保による審査判断基準が異なることがしばしば問題視されているため、本会では年 2 回、審査支払機関との合同会議を開催し、これらの審査判断基準について現状の説明と摺合せの会議を設定している。

各県においてはどのような対応をされているか。また、それらの情報の会員へのフィードバック方法などについても伺いたい。

山口県では昭和 55 年から同様の協議会を開催し、協議した項目は既に 1,300 を超える状況であるが、各県においても社保と国保の審査較差は正策は積極的に行われている状況であった。

日医 都道府県ごとにローカルルールが存在していることは承知しているが、実際にはやむを得ないところがあると認識している。ただし、同一県内での社保と国保の較差は望ましくない。

3. 地域医療構想調整会議における都道府県医師会の役割について（広島県）

現在、各構想区域において調整会議が開催され、病床の機能分化・連携等について議論が進んでいるかと思う。

先般、厚労省が開催した都道府県医療政策研修会でも、各県の先進的な検討事例が示されたが、実際に議論に携わる立場である地区医師会からは、調整会議の進め方等に対する懸念の声が届いている。

各県医師会におかれては、どのように地区医師会や会員への支援を行っているかご教示いただき

たい。

高知県からは、現在、具体的な病床転換・削減の議論は進んでおらず、会内委員会で県行政と密に連携を取り、情報共有及び提言を行っているとの報告があった。また、病床の休床及び再開に関し、県からの情報提供が遅れたため会員が不利益を被った事例があり、県医師会が窓口となるようにされている。愛媛県は全域が病床過剰地域とされているが、過剰とされている病床にもそれぞれ使い道があるとの認識で、会員の意見を聞きながら、県医師会として病床を減少させない方向でいると発言された。岡山県からは、地域住民の視点で、意見交換・情報共有していくことが肝要であるとの指摘があり、司会の島根県から、いずれにしても、地域住民が安心して医療が受けられなくなれば、“何のための地域医療構想か”ということになるので、その点を踏まえて、医師会が中心になって調整していくことになるだろうとまとめられた。

日医 医療資源が限られた区域では、なくてはならない公立・公的医療機関等にダウンサイジングを求めていくことは難しい。あくまでも、都市部などで民間と競合している場合に、三次救急等そこでしか担えない機能に重点を置いていただき、それができない場合には、ダウンサイジングや撤退等を求めることになる。日医では、新公立病院改革プランにおいて、国立病院を含む公的医療機関等においてもプランを策定して、それが地域医療構想に齟齬を来すのであれば、プランを修正させる仕組みを要求してきた。また、公立病院や公的医療機関等はプランを作成したら調整会議に提出、協議いただき、修正すべきところは修正することになっている。国立病院機構や JCHO、あるいは厚生連など全国的、全県的な公的機関の場合も、本部の方針と地域で担うべき機能の異なる場合には、当然地域のほうを優先していただく必要がある。厚労省通知でも、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえて、公立病院・公的医療機関でなくては担えない機能に重点を置くことを確認することが明記されているし、骨太の方針においても、

そのような記載がある。

普段から連携している病院に対して、なかなか言い出しづらいところもあると思うが、担当副会長の中川先生がいつも言われているとおり、「心を鬼にして発言してほしい」ので、言うべきことは言っていたきたい。

4. 地域医療構想調整会議について（徳島県）

平成 30 年度は、2025 年までに目指す医療機関機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定を行う重要な年となっている。地域医療構想の進捗状況については各県、各医療圏で異なっていると思われるが、本県では、今年の調整会議が 2 回開催され、県内公的病院の「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」について説明された状態で止まっており、調整会議がうまく機能しているとは決して言えない状態である。厚労省は本年度中に地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けて、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置、都道府県主催の研修会の開催、地元に密着した「地域医療構想アドバイザー」の育成を行うと言っている。

そこで、各県の地域医療構想調整会議の状況について、

- ①調整会議の開催回数（昨年度の回数と本年度の予定）
- ②調整会議の議長（都市会長、保健所長等）
- ③調整会議の事務局の体制（都道府県、保健所、市町村等）
- ④調整会議以外の県当局からの説明会・意見交換会等の有無
- ⑤都道府県単位の地域医療構想調整会議の議長
- ⑥地域医療構想アドバイザーの人選
- ⑦議論を活性化するために特に取り組まれていること

以上について、ご教示願いたい。

- ①調整会議の開催回数は年 2 回、専門・検討部会を設置している県では計 4 回／年開催している県が多かった。
- ②調整会議の議長は各地区の医師会長であり、一部保健所長が務めている地域もあった。香川県では、県内が 3 圏域だけであることもあり、す

べて県医師会長が議長を務めている。

- ③事務局は全県で保健所及び県行政が担っている。
- ④調整会議以外での説明会や意見交換会については、徳島県では 29 年度に各地区医師会を回って説明会が実施されていた。広島県では、地区医師会長が協議や意見交換を行う場を設けるほか、地域医療構想に特化した会ではないが、関係団体が行う会議や講演会で県行政からの説明や講演が行われているとの報告があった。
- ⑤都道府県単位の調整会議については、今年度 6 月の厚労省通知により示されたところだが、その設置や議長については、県行政で検討・調整中の県が多く、岡山県と徳島県は県医師会長が議長となる予定との報告があった。
- ⑥アドバイザーについては、全県において、県医師会から役員等が推薦されており、本県では大学病院長、県立病院理事長、県医師会担当役員が選任されている。
- ⑦議論の活性化については、各県でも課題となっており、なかなか妙案がないとの回答が多かった。

日医 日医としても地域医療構想調整会議の活性化は大きな課題だと思っている。厚労省の担当課とも協議を重ねてきたが、県単位の調整会議を提案した。佐賀県のように、都道府県医師会が行政としっかり連携している事例を基に、各区域の調整会議の議論が円滑に進むように支援することが役割だと思う。各地域の協議事項や年間スケジュール、議論の進捗状況、データ分析、高度急性期の医療提供体制などは、構想区域を越えた広域での調整が必要になる。日頃から、非常に近い・親しい区域の中の会議だけでは、逆に言いにくい面があることも想像して、少し大きな会議を別に設けて、意見が出れば良いと思っている。アドバイザーについては、各県の回答を聞くと、医師会役員の先生方や大学病院、病院団体の役員などが推薦されている。いずれにしても、現場の状況をよく知った方に務めていただければ良い。都道府県主催の研修会等で、地域医療構想の進め方について、事例紹介やグループワークを交えながら、多くの方々の理解を進めていただきたい。

この地域医療構想については、実際には、なか

なか進みにくいことは重々承知している。性急に進めることではないと認識しているので、地域の実情に鑑みながら、じっくりと慎重に進めていただきたい。

5. 地域医療構想調整会議における公立・公的病院等の医療機能についての協議について（高知県）

各構想区域においては、公立・公的病院等の医療機能がその地域の民間病院と競合しないよう、不採算医療などに特化するなどの調整が地域医療構想調整会議に求められているが、経営母体（NHO、JCHO、JA 厚生連など）の経営方針や政治的な背景があり、必ずしも病院長の考えが反映されない等、調整には困難を極めることが予測され、座長を務める郡市医師会への負担は大きい。また、調整会議の決定事項は努力目標であり法的な拘束力はない。国や県レベルで公的病院の機能縮小、病床削減などの方針を明確に打ち出すべきと考えるが、各県のお考えをお聞きしたい。

岡山県から「OUMC」構想について、6 病院の統合を目指して検討されていたが、経営母体が全て異なり、経営方針は本部の意向が重視されたために頓挫したことが報告された。また、空床からは医療費は発生しないので 2025 年、2040 年と自然に収束していくため、慌てることなく進めべきとの意見があった。

愛媛県からは、公立病院・公的病院には救急・災害・感染症等の不採算部門を地域の中で担ってもらっていることもあり、今、敢えて積極的に言及するのではなく、必要最低限の現在の機能を維持してもらうということが概ねの総意であるとの報告があった。

6. 審査事務の集約に向けた実証テストについて（社会保険）（山口県）

社会保険診療報酬支払基金では、規制改革会議の医療 WG において指摘された事項について厚労省の回答に沿って進められている審査事務の集約に向けた実証テストが、本年度において全国 3 か所で、周辺県のレセプトや職員等を集約して審査を行い、事務の効率化について調査が行われる。中国四国ブロックにおいては実証テストの該当県

がないことから情報を得難い状況にあるが、本テストの結果により審査委員会はブロックごとに集約される方向にあり、それでは公的医療保険の審査が医療現場から乖離していくものとなる。また、同様のことは国民健康保険でも起こり得ると考えられる。

この施策に対する各県の意見及び日医のスタンスを伺いたい。

各県とも審査委員会が集約されることには反対であった。

日医 本実証テストは事務組織におけるものであり、審査委員会の集約は前提とされておらず、それを認める訳にはいかない。国は韓国型の HIRA を参考として制度改革を計画していたが、社会保障の制度が違うことから、日本には適合しないことが認識されてきた状況にある。

7. 警察用診断書の提出のない自賠責診療に対する対応について（香川県）

警察用診断書の提出のない（いわゆる物損扱い）自賠責診療が全国で 5 割を超えているという報告もある。各県の現状と県三者協議会での対応について伺いたい。

各県とも同様（5 割程度）の状況であったが、物損扱いの中には柔整案件が含まれているのではないかと推察される。

日医 警察内及び損保内での取扱い上の問題が影響しているようであるが、患者及び医療機関側に不利益が生じないように、日医の労災・自賠責委員会で引き続き対応する。

8. 機能強化加算と算定要件について（愛媛県）

今回の診療報酬改定で、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算 80 点が新設された。算定要件で、地域包括加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料などを届け出ている診療所又は 200 床未満の保険医療機関において、

初診を行った場合に、対象疾患、対象患者に限定されることなく、初診料を算定する患者すべてに加算が可能とされたことは大いに評価され、本加算は算定要件の緩和もあり、今後、全国的に届け出医療機関が多くなっていくものと推測する。

一方で、医師に対して 24 時間対応を求めている、働き方改革が云々されている中で、一人の医師の対応では長期的に見て負担増になる可能性があり、かかりつけ医として地域で活躍される高齢の開業医にとっては、体力勝負の側面がある本加算の取得に躊躇されている医師も少なからずいると推察する。

かかりつけ医機能評価の充実という国の在宅医療への誘導が目的としても、初診料を算定するすべての患者に算定可能であるとする事は、毎年の感染症の発生動向や生活習慣病での初診患者数増から考えても、かなりの医療費の増加が予想されるが、次回の改定で、本加算の大幅な見直しが行われ、24 時間対応要件のまま減算されるのではないかと危惧される。

そこで、各県における機能強化加算届け出医療機関数の現状確認及び評価について伺いたい。

機能強化加算の算定状況（施設数）

鳥取県	73	島根県	107	岡山県	351
広島県	535	山口県	165	徳島県	163
香川県	152	愛媛県	223	高知県	56

各県とも本加算については一定の評価をされていたが、かかりつけ医とそれ以外の医療機関との格差が広がることへの懸念も聞かれた。

日医 算定要件は緩く設定されているため、基本診療料の増額が見込めない中では、本加算をすべての医療機関が算定できるように引き続き対応していく。

9. かかりつけ医機能評価の充実に向けた各県医師会での取り組み状況について（高知県）

今回の診療報酬改定では、地域包括ケアシステム構築の推進でかかりつけ医機能評価の充実が推し進められている。これは郡市医師会が中心になると思うが、各県医師会で取り組んでいること、また、その中で 24 時間の連絡体制が求められて

いることについて、これを推進するよい方法があれば伺いたい。

各県とも県医師会には関与しておらず、郡市医師会からの要請があれば行政等との交渉にあたるという状況にあった。

日医 24 時間連携体制の構築は医師会が中心になってほしい。ただし、これを制度化することには反対の立場である。

10. 地域包括ケアシステムの進捗状況と医療連携推進コーディネーター配置について（島根県）

現在、圏域ごとに地域包括ケアシステムの構築に向けて協議・話し合いが進められているが、進捗状況は圏域・地域によって大きなバラツキがある。医療資源に恵まれない地域にあっては危機意識が強く、医師会病院あるいは民間病院を中心に行政をはじめ多職種が参加した取り組みが進められている。

一方、都市部では、医療資源に恵まれているため、あるいは病院経営の観点から病院間の連携・役割分担が進んでいないのが現状である。

そこで、県では郡市医師会等に在宅医療の供給についての検討や病院・行政等との各種調整を行う人材（医療連携推進コーディネーター）を配置し、

- 1) 地域の医療・介護資源の機能等の把握
- 2) 訪問看護ステーションの活用推進
- 3) 在宅医療に取り組む医師による連携に向けた情報交換会の開催
- 4) 効率的で質の高い在宅医療提供体制の構築
- 5) 病床の機能分化・連携に向けた調整への参加等を行うセンター連携拠点を郡市医師会等に設置し、委託する案を示した。コーディネーターは医師、ベテランの保健師等を想定している。

医師会に連携拠点を置きコーディネーターを配置して多職種が参加した取り組みを行っている医師会があるか、あれば、コーディネーター配置がうまく機能しているかご教示願いたい。

医師をコーディネーターとして配置する事業を医師会が受託しているという県はなかった。しか

し、ケアマネや看護師等がコーディネート機能を持ったものとして、現在、市町村が介護保険事業である「在宅医療・介護連携推進事業」で進めている「在宅医療・介護連携に関する相談支援」があり、郡市医師会が受託している地域もあった。

日医 地域包括ケアシステムは、保険者である市区町村や都道府県が地域の独自性、主体性に基づいて、特性に応じて作り上げていくものになる。各地域の取組みの情報をいただいたので、持ち帰って参考にさせていただく。

日医への提言・要望

1. 医療や介護の財源について（鳥取県）

「日本は 1,000 兆円の借金があり、社会保障に無尽蔵にお金を使うことはできない。社会保障を充実させるためには消費税を上げざるを得ない。」という財務省の嘘に国民はだまされている。また、「医療や介護にお金を使うことでますます、国の借金が増える。」という嘘も国民は信じさせられている。

政府は消費税はすべて社会保障に充てるということで消費税を 3% 増税し、その増税分は約 5 兆円もある。ところが、社会保障に充てたのは約 5,000 億円にすぎない。医療や介護に十分にお金を使うことで、日本の GDP を押し上げる効果があることは事実が証明している。

日医としては、財務省や政府の嘘に騙されることなく、医療や介護にしっかりと財源を手当することを政府に求めている。少なくとも増税分の 5 兆円はすべて社会保障に回すことを申し入れてもらいたい。

日医 日医は、これまでも「社会保障の充実」によって国民不安を解消することが、景気・経済の好循環につながるということを主張してきた。受益と負担との関係を明確にしつつ、増税の結果として、安心して社会保障を受けられるようになったという成功体験をもてることが重要である。そのためには、ご指摘のとおり、消費税収の用途を「債務の増の軽減」から、「社会保障の充実」へ変更するということは一つの良い方法である。他の財源に活用できるのであれば、教育だけではなく、

医療を始めとする社会保障の充実に充てる考えは当然であって、そうなることが望ましい。

ただし、政府全体の支出が増加することによって、今後、骨太の方針等で支出にシーリングがかけられることにも懸念を抱いている。こうした政局を注視しながら対応し、あくまでも国民皆保険を堅持していくとともに、国民の間で医療と介護の享受に格差が生じないように、医療・介護の更なる充実・強化を図るように政府に対して強く求めていく。

2. 控除対象外消費税の問題（岡山県）

消費税が導入された際、医療は無税としたために医療機関が消費税を負担する損税が生じている。消費税は現在 8% で、来年 10 月には 10% への引き上げが予定されている。諸外国では先進諸国の消費税は平均 19% とされ、IMF（国際通貨基金）や OECD（経済開発協力機構）は日本に対し消費税 19% を勧告している。

消費税を 8% に引き上げた際には基本診療料・調剤基本料等への上乗せによる対応が行われたが、診療科により薬剤費や医材料費の較差が大きく不十分な対応となっている。すなわち診療報酬改定のなかで、消費税分として 2.89% が充当されたものの、5.11% が医療機関の損税となっており、日医はこの 5.11% 分の還付を求めている。

一方、自民党幹部（三役）は消費税 10% までは軽減税率に消極的とされ、税制の改正を発議する自民党税制調査会でこうした控除対象外消費税の議論さえ進んでいない。消費税 10% のシナリオが出来上がる前・適切な段階できちんと働きかけを行わなければ控除対象外消費税の問題が解決されることなく、一方的に消費税が引き上げられることになりかねない。

平成 29 年の病院運営実態分析調査では、赤字病院の比率は 69.0% と、2/3 を超える医療機関が赤字となっている。今後、人口減少社会を迎え、地域医療構想調整会議でさらに病床削減が進められようとしている。低侵襲治療の普及が進む急性期医療の現場では材料費率が 40% にも及び、院外薬局のない地域の開業医においても、控除対象外消費税の問題は切実であり、問題解決に向けた働きかけが急務である。

日医 日医の方針は、現状の制度を維持し、補填の過不足を確定申告で対応する方向であり、厚労省と協議を行っている。各県においても地元選出国會議員への説明を続けていただきたい。

3. 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について（広島県）

日本医師会地域医療課より、各都道府県における地域医療構想に関する議論を一層活性化する 4 つの方策が厚生労働省医政局地域医療計画課長より各都道府県衛生主管部（局）長宛に通知にて示されたとの情報提供があった。

4 つの方策の具体的な内容としては、

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について
2. 都道府県主催研修会について
3. 「地域医療構想アドバイザー」について
4. 各医療機関の具体的な対応方針に関する協議の進め方について

特に、「地域医療構想アドバイザー」についてどのように考えているのか教示願いたい。

日医 提出議題 3～5 でのコメントのとおり。（省略）

4. 老健施設と介護医療院の関係について（山口県）

本年 4 月に新設された介護医療院については、診療報酬上は自宅や老健施設等入所者と同様の取扱いとなる。今後、医療機関が介護療養病床から介護医療院への転換の判断に際し、老健施設と介護医療院の二つの制度はいずれ一つの制度となり、統合された介護施設として運営していくことになるのかと医師会が質問を受けることがある。このことについて、日医の見解を伺いたい。

日医 介護保険法第 8 条において、（居住施設である）老健施設と（医療必要度が前提である）介

護医療院は法的に異なった施設であり、当面は同一制度になり得ないと判断している。

5. 全国保健医療情報ネットワークに対する日医の見解について（徳島県）

「全国保健医療情報ネットワーク」は、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」からなり、2020 年度からの本格稼働に向け、2018 年度より実証事業が開始される。

中国四国地区では、島根・鳥取・広島・岡山・香川・愛媛の各県において、全県単位の医療情報連携ネットワークが既に構築され、地域医療構想に盛り込まれている先進県もあり、本県でも現在「阿波あいネット」による県内ネットワークの構築が進んでいるが、このネットワーク構築時にも特に問題になったのは、医療機関が負担する費用の問題と参加する患者の同意の問題であった。今後、これらのネットワークを繋ぐのか新たに全国ネットを立ち上げるのかは分からないが、更なる医療機関の費用負担の発生や、初診時に患者の同意を得るための説明に費やす苦勞が予想される。これらについて現在の進捗状況と日医の見解を伺いたい。

日医 ご指摘のとおり、昨年 6 月に閣議決定された「未来投資戦略 2017」において、国の施策としての「全国保健医療情報ネットワーク」の構築が、2020 年度内の本格稼働を目指して推進されることになっている。この戦略においては、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等から

構成され、自らの生涯にわたる医療等の情報を本人が経年的に把握できる仕組みである PHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指すと説明されている。



一方で、日医では 2016 年 6 月に公表した「日医 IT 化宣言 2016」において、安全なネットワークの構築を謳っている。従来、医療分野のネットワークは、レセプトオンライン請求用や各地の地域医療連携ネットワークなど、目的別・地域別に構築されてきた経緯があり、多職種連携や電子紹介状のやり取り、治療・検査データベースとの接続など、機微な情報を扱うさまざまな医療等のサービスを共通利用することができる、高度なセキュリティが確保されたネットワークというものとは存在していない。そのため日医では、①厳格な機関認証を受けた医療機関等並びに接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続するセキュリティが確保された医療等分野に閉じたネットワーク、②医療等分野におけるサービスの共通利用が可能な全体最適化されたネットワーク、③公益性を担保し、全国をカバーするユニバーサルサービスとしての医療等分野のネットワーク構築を目指している。

日医が考えるネットワークの構築に向けた働きかけを今後とも進めていくとともに、あくまでも医療機関の負担増へつながらないようにコストの問題も今後議論を深めていきたい。

6. オンライン資格確認について（愛媛県）

厚労省が計画しているオンライン資格確認については、医療機関で対応するためには資格確認用回線と IC カードリーダーが必要となる。また、医療機関内の既設の電子カルテシステムと連携しようとするならば、大幅なシステム改修の必要性もでてくる。医療現場の混乱を最小限に抑えるために、あくまでも従来どおりの健康保険証の券面の確認が基本であり、オンライン資格確認が義務化されるようなことがないことを要望する。

日医 オンライン資格確認は、マイナンバーを使用するものと（被保険者証の）IC カードによるものがあるが、想定されているのは支払基金及び国保連合会の使用する回線を用いた資格確認であり、医療機関の窓口業務は従来どおりと考えられている。

7. 夜間看護体制特定日減算について（高知県）

本制度は、かかりつけ医が患者に「いつでもいらっしゃい」と言えなくなり、地域包括ケアシステムに逆行する内容である。地方厚生支局は当初、これが通知された以上は規定どおり対応すると言っていたが、少しトーンダウンしているようにも感じる。日医の指導力に期待する。

日医 医療機関の負担軽減が目的であり、看護師の病棟間の往来は自由であるとするものだが、運用には注視していく。

8. 地域別診療報酬について、日医として反対の意思表示を鮮明にして頂きたい（島根県）

地域別診療報酬の復活が財政制度諮問会議等で議論となっている。もし具体化されると都道府県間に地域差が生じ、大混乱は必至となる。過去に地域差解消に向け先人が大変な苦勞の下に全国一律を勝ち取り、現在の診療報酬体系ができ、全国の地域医療の発展に大きく貢献したことは間違いのない事実である。都道府県の医療費適正化の名の下にこのような先祖返りを許してはいけなく考える。もちろん日医として反対を表明されているが、一般会員に浸透していないため、あらゆる機会をとらえて全国にアピールしていただきたい。

日医 日医の姿勢に変更はなく、地域別診療報酬の復活には断固反対していく。

9. 自賠責保険診療費算定基準の制度化（島根県）

交通事故の患者及び医療費適正化のために、保険者を国土交通省や金融庁とした自賠責保険診療費算定基準の早期の制度化を積極的に進めていただきたい。

日医 長年の課題であり、アンケートの結果では 37 都道府県が制度化に賛成となっているが、反対も含めて意見に差異があることも事実であり、引き続き調整していく。

報告：常任理事 萬 忠雄
常任理事 前川 恭子

第 2 分科会「介護保険」

(介護報酬、地域包括ケア、基金(介護)、在宅医療、認知症関連等)

日本医師会の江澤和彦 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・要望について討議した。

1. 各県における認知症サポート医の養成状況ならびに認知症に関わる地域医療連携体制について(鳥取県)

従来、認知症サポート医は研修を受けてサポート医として登録されても、あまりメリット(活躍の場)がないと言われていた。その後、今年度までにすべての市町村において設置が義務付けられている「認知症初期集中支援チーム」においては、サポート医が重要な役割を果たすこととなり、今回の診療報酬改定においても、サポート医の地域における認知症医療連携が評価されることになった。

以上をふまえ、各県における認知症サポート医の養成状況並びに地域における認知症の医療連携体制(かかりつけ医・サポート医・専門医・認知症疾患医療センター等)について伺いたい。

鳥根県 認知症サポート医は 75 名で、新オレンジプランの数値目標にはほぼ達している。圏域によっては、医師会や認知症疾患医療センター、保健所をはじめ医療・介護関係団体や行政、家族の会等で構成する「認知症ネットワーク会議」を設置しているところもある。

広島県 本年 5 月 8 日時点でサポート医が 236 人養成され、各市町で活発に活動している。加えて「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講も促進されており、いずれかの研修を受講した医師は、県から「オレンジドクター」に認定され(970 人)、地域の患者が気軽に認知症について相談できる窓口としての役割を担っていただいている。また、本県では認知症疾患医療センターが各二次医療圏に設置が完了しており(平成 26 年度: 県 7 機関、広島市 2 機関)、地域で開業している認知症サポート医やかかりつけ医とも連携し、認知症の鑑別診断や相談対応に関して大きな役割を担っている。

岡山県 本県の児島医師会では、専門医や認知症疾患医療センター、多職種とも連携し認知症連携パス「健康パスポート事業」を展開している。この事業は、「相談し合え、協力でき、支え合える地域作り」を目指し、認知症の連携パス(健康パスポート)を作成し、患者・家族を含め多職種連携のために、①より具体的に連携する、②関係者は誰でも全員参加できる、③簡単に連携できる(低コスト)、④内容は最後まで残せる(流れは途切れない)、の 4 つを連携のカギとして展開している。

日医 地域づくりと認知症の支援体制を構築する役割、かかりつけ医のアドバイザーとして役割を担うことを目的に平成 17 年度に認知症サポート医養成研修が始まり、現在 8,217 名が受講している。

昨日、認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業委員会の議論の中で「サポート医が認知症の診断能力をもう少し高める必要があるのではないか」とのご意見があったが、サポート医は診断能力よりも地域のかかりつけ医との連携や地域の認知症支援体制を構築するコーディネーターという位置付けで考え、必ずしも専門的な診断をする必要はないのではないかと助言した。一方で今、サポート医の活躍の場がないという意見がある中で、医師会においてフォローアップ研修を開催しているところもあるが、サポート医が活躍しやすい(時間帯も含めて)物理的な条件も含めて、日医としてはサポート医を取得された先生方には地域でのリーダーシップを発揮していただくことを期待している。なお、本年 4 月にできた「認知症サポート指導料」は日医が要望し、地域で活躍している認知症サポート医を算定要件に入れていただいている。

2. 認知症初期集中支援チームの活動状況について(山口県)

本県では、本年 4 月までに全市町において認知症初期集中支援チームが設置された。各々の設置時期も異なるため、その活動実績にはばらつきもあるが、総じてやや低調といえる。各チームへのアンケートによれば、1) その存在が市民に認

知されていない、2) 情報が上がって来にくい
ため対象者の選定・把握が困難、3) 独居でキ
ーパーソンがいない場合や本人が介入を拒否
する場合等は支援が困難、等の意見が挙げら
れている。また、認知症疾患医療センターや
他のサポート医との連携の在り方等にも課題
があるものと思われる。各県における状況や
問題点をお伺いしたい。

徳島県 徳島市では市内を 4 地域に分け、現
状は北部・西部チームと南西部・南東部チ
ームの 2 チーム構成している。チーム員サ
ポート医は 11 名おり、2 ～ 3 か月ごとの
交代制による参加としている。チーム員会
議はサポート医の医療機関での開催等も行
っている。かかりつけ医との連携のため専
用の情報提供書も使用している。平成 29
年度受付事例 80 件、チーム員会議開催 44
回、鳴門市ではチームは一つで 3 名のサ
ポート医が交代制で担当、29 年度チーム
活動実績 10 件、うちサポート医同行訪問
3 件。オレンジ連携シートを使用し、かか
りつけ医との双方向の情報交換をしている。
そのほか、市町村ごとに取組み具合はまち
まちであるが、対象者の把握として 60 ～
74 歳の全住民に郵送でスクリーニングテ
ストを行っている自治体もある。29 年度
末の徳島県認知症対策連携推進会議で示
された、認知症初期集中支援チームにつ
いての市町村アンケートで出てきた「取組
上の課題」は、①認知度が低く実績が少
ない、②対象者の把握が難しい、③かか
りつけ医への周知が不十分、④インフォ
ーマルなサービスや重度化しないための
介護予防サービスの充実、⑤家族や本人
が支援を拒否した際の介入の仕方、⑥支
援対象・支援終了の判断、⑦事務作業の
効率化、⑧マンパワー不足、⑨若手のサ
ポート医養成希望、⑩主治医とサポート
医との連携強化である。新オレンジプラ
ンにより、一般診療所 10 か所に対して一
人のサポート医配置と養成の目標が引き
上げられ、身近なサポート医が増えるもの
と思われる。サポート医養成推薦時に地
元医師会に初期集中支援チーム等での地
域での活動意思があり、かかりつけ医と
の連携も取れる医師の推薦をお願いして
いる。

香川県 地域包括支援センターは、ほと
んどが直

営となっており、いろいろな情報が集まり
やすいことから、初期集中支援チームを設
置されているところが多い。全市町設置
はされているが、会議については毎週開
催しているところから年数回というところ
もある。今回、サポート医フォローアップ
研修会のグループワークにおいて、地域ご
とに具体的な情報交換を行った。グルー
プワークの時間が短かったという意見が多
く、今後もこのような機会を作りたい。

日医 平成 29 年度の事例報告書では 715
チームで、チーム概要は地域包括支援セ
ンター 56 %、行政 18.6 %、医療機関
13.9 %で、直営のところもある。情報
の把握経路は、家族 40.2 %、民生委員
6.2 %、近隣住民 4.6 %、ケアマネ
9.7 %、困難事例取扱：該当する 37.9 %
、訪問・支援回数が平均 4.6 だが、1 ～
2 回が 41 %となっており、これで支援
ができていくかという声をお聞きする。初
回訪問が 60 分程度で、一般的にはコメ
ディカル 2 名が多い。把握から初回訪問
日数は平均 12.7 日、初回訪問から引継
日数は約 2 か月、医療・介護に繋がるま
での日数は医療 70 日、介護 84 日である。
支援開始時に認知症による受診をしてい
なかった者のうち 52.5 %は認知症の診
断又は通院につながっている。介護サー
ビスを利用していなかった者のうち 60.3
%は介護保険サービスの利用につながっ
ている。

施設基準を満たすためだけに受講され
る方もおられるが、地域で活躍していただ
けるとありがたい。日医としても、その
点をどうするか議論している。

3. 改正道路交通法施行後の現状について(愛媛県)

平成 29 年 3 月 12 日に施行された改正
道路交通法により、75 歳以上の高齢者が
一定の違反等をした場合や、運転免許更
新時の認知機能検査で認知症の恐れがあ
ると判断された場合、専門医による臨時
適性検査を受けるか、かかりつけ医の診
断書の提出が必要になった。認知症と診
断された場合には、公安委員会の審査を
経て運転免許は取消処分となる。

この制度は、医師がその良心と見識に
もとづき

作成した診断書について、診断書作成医師に刑事上の責任が生じることはないが、民法上の責任はこの限りではなく、診断書作成に不安を抱えることとなった。そのため、かかりつけの患者であれば、かかりつけ医に日医の手引きに従って対応をお願いし、かかりつけ医がいない患者の初診対応は認知症サポート医に協力要請し、診断困難例は認知症疾患医療センターに依頼することした。

また、認知症と診断され生活の足を奪われた高齢者に対する生活支援に対して、行政に依頼し、愛媛県知事より各市町村行政に対して支援サポートの充実要請の通知を出していただいた。ただ、支援サポートは不十分で今後の課題と思われた。

愛媛県では大きなトラブルなく経過しているようだが、各県の現状は如何か？

鳥取県 全体的にはスムーズにいつている。第 1 分類になっても医師の診断までくる人は意外と少ない。警察庁の発表によると、改正道路交通法の施行（平成 29 年 3 月 12 日）から平成 30 年 3 月末までの 1 年余りの間に 210 万 5,000 人が運転免許証の更新のための認知症機能検査を受検し、うち 5 万 7,000 人（全受検者の 2.7%）が第 1 分類と判定された。このうち医師の診断を受けた人は 1 万 6,470 人で、約 4 万人は免許証の自主返納ないし更新手続きを中止したケース等と考える。このうち、医師の診断書により運転免許取消となった人は 1,836 人（診断を受けた人の 11.1%、第 1 分類とされた人の 3.2%）にとどまっている。本県においても免許証の取り消し、更新が拒否されたケースは今のところない。実際に免許センターで第 1 分類になった方が自主返納を勧められた事例はある。一方では、自主返納を勧めすぎている弊害も感じられ、今後の課題と思われる。

高知県 インフォーマルの面はまだまだ発達していないが、「あったかふれあいセンター」など、人を集約する場所を確保しながら行っていこうという行政側の努力が一つあげられる。

山口県 本県でも人口が減ってきて、公共交通機関が少なくなっており、あまり進んでいない。

岡山県 平成 21 年 11 月から 65 歳以上の運転免許を自主返納された方及び運転免許取消となった方に「おかやま愛カード」が申請により発行されている。このカードを提示すると商品の割引が受けられ、主要バス路線や鉄道の運賃（JR 以外）が半額となり、タクシー運賃も 1 割引になる。平成 29 年 3 月時点で協賛事業所は約 2,000 で、バス 17 社、鉄道 3 社、タクシー 171 事業所（2,000 台）が参加している。また、吉備中央町では住民互助による通所付添活動が、昨年 9 月より県の通所付添活動促進事業のモデル事業として施行されている。これは、養成講習を受けた通所付添サポーター 2 人が、片道 100 円の負担で利用者が自宅と「通いの場」の移動するのをお手伝いするというものである。通所付添サポーターは 50 ～ 70 代までの前期高齢者世代を中心に 17 人が誕生しており、特養の車両 1 台と町契約リース車両 2 台でスタートしている。町は 1 組につき 2,000 円を付添活動の対価として補助している。30 年度は備前市、奈義町、欠掛町でも施行されている。また、一部の地域では予約型乗合方式のワンボックスカーが運行されており、1 人 300 円で戸口から目的地までの送迎を行っている。これを利用できない要介護や要支援者、身体障害者などに対しては、介護タクシー、福祉有償運送、福祉タクシー運賃の支払いに使える年間 5,000 円までのチケットを交付している。本会は、本県長寿社会課、本県警察署、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、年 1 回議論を重ねている。

日医 平成 29 年における 75 歳以上の高齢運転者による死亡事故は、前年と比較して死亡事故件数・構成比ともに若干、減少しているものの、75 歳以上の免許保有者数は増加している。免許人口当たり死亡事故件数は減少傾向にある。死亡事故を起こした運転者は第 1 分類、第 2 分類の割合が高いので認知機能の影響があるのではない。また、多くのかかりつけ医の先生方が診断書を作成されているが大きなトラブルは生じていない。なお、診断書命令があったときは、かかりつけ医が診断のために行う診察、検査等については保険診療となる。

4. 地域包括ケア推進へのテレビ会議システムの活用を（岡山県）

地域包括ケアはまだ確立していないが、まず連携の手段としてテレビ会議システムの活用を提案したい。

地域包括ケアでは多職種連携が重要視されており、その連携のケースも医師とコメディカル、コメディカル同士とさまざまな場合が想定される。また、各地域でさまざまな事情があるため、すぐに同じシステムを構築するのは難しいと思われる。

本県の新見地域のモデル事業で下記のような実証実験を行ったところ、コメディカル同士や多職種連携会議の利用でも有効であった。

そうしたことを踏まえ、まず地域で活用できるテレビ会議システムあるいは Web 会議システムを構築していきたいと考えているが、各県の状況をお伺いしたい。

（参考）

テレビ会議システムの実証実験例

- ・新見地域内での利用

- ①退院前担当者会議
- ②通所リハビリ担当者会議
- ③在宅患者の多職種連携相談
- ④新見地区 4 病院の定期地域連携室会議（月 1 回開催）

- ・新見地区と他地域との利用

- ①他地域の病院との担当者会議
- ②認知症患者への他地域専門医の担当者会議参加
- ③メディカルコントロール症例検討会への川崎医大検証医の参加（年 2 ～ 3 回定期開催）

香川県 かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）に加入している施設があれば、（株）ブイキューブのテレビ会議システム（V-CUBE ミーティング）を無料で利用できる。現在、認知症初期集中支援チームのチーム員会議や、医療機関同士でのミーティングなど、参加者が一堂に会することが難しい会議などに活用されている。課題としては、会議の際、他からパソコンで参加するときに、全体を把握するためのカメラ等が必要で現在、取組みをすすめているところである。

愛媛県 本会地域医療連携ネットワークの中で、全県を対象とした VPN 接続環境下で Web 会議システムを用意している。現在までの使用事例は、郡市医師会で開催している在宅緩和ケア症例検討への松山市内からの遠隔参加、がん診療連携拠点病院間の勉強会などである。現場への普及はこれからだが、技術的な問題はなく、医療機関・訪問看護事業所からは希望すれば利用できる状態にある。介護事業所が使うことを想定したアクセスの経路も用意しており、関係団体との協議が整えば、介護支援専門員等にもオープンにすることが可能である。本会はインフラとしてこの仕組みを用意しているが、使用することを強制はしないし用途も限定しない。多地点のカンファレンスや訪問看護師立会のもとでの居宅の患者との遠隔診療など、どのようなシチュエーションで使うかは、ユーザーの自由な発想で関係者の合意を得て柔軟に対応してもらえば良い。今のところ、このシステムの利点としては無料で提供できることである。

島根県 しまね医療情報ネットワーク（まめネット）のインフラを利用して、TV 会議システムの導入に向けて実証事業を行っている。実証事業に参加していただいている施設が約 40 あり、安来、松江、出雲、隠岐の各所で実証されている。タブレット端末（iPad）au の専用回線を使っており、より安全なネットワークになっている。山間地をカバーするには au の回線は弱い点が難点である。アンケートによると概ね、それぞれ病院、訪問介護施設、診療所、介護施設等での評判は上々で、本年 11 月までの実証実験だったのが、来年 3 月末まで延長された。

5. 地域包括ケアシステムの構築について（広島県）

本県では、各日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築状況を判断するために評価指標を定め、各市町や地域包括支援センターが自己評価を行っている。評価指標は広島県地域包括ケア推進センター（医療・介護関係団体や行政等で構成）で作成しており、達成状況を点数化している。昨年度、全 125 圏域で 7 割以上の点数を達成し一定の成果を得たが、今後は評価指標をより明確化し、定量評価で客観性を持たせ、判断基準の統

一化することで今後の推進に活かしていく予定である。

各県では地域包括ケアシステムの構築状況について、どのように評価しているか、また、評価した状況をどのように各圏域や市町間、県などで共有・活用しているかお聞かせいただきたい。

その他、県など行政が主導して実施している地域包括ケア推進事業に対する評価指標、方法等があればご教示いただきたい。

島根県 広島県のツールを利用させていただいて「地域包括ケアロードマップ作成支援事業」を平成 30 年 4 月に策定し、モデル事業 3 か所でいずれも好評である。

山口県 広島県のようなきめ細かな対応は行っていない。確かに県において数値目標を設定しているが、現状の医療・介護のサービス、連携等に関しては、各郡市で比較するような指標をもっていない。今回、アンケート調査を実施してみたが、なかなか回答いただけないのが現状で、市町によって進捗状況も異なっている。

日医 国が国費 200 億円投じて、今年度から実施しており、次年度も 200 億円で要望する予定であるが、そのうち 10 億円が都道府県に関するもので、残りの 190 億円は市町村に関するものである。評価指標を作り 190 億円を投じて、評価をつけて全国の市町村のランキングによるインセンティブをつけるという取組みが今年度から始まる予定である。市町村の保険者機能の強化、地域包括支援センターの事業評価が始まっており、近々、全国の市町村や支援センターに全国平均値をお示しする予定である。

6. 地域包括ケアシステム推進に向けての行政、関係団体等との連携について（香川県）

国全体で地域包括ケアが推進され、市町村、郡市地区医師会単位で在宅医療介護連携を始め、幅広い事業が行われている。また、各職能団体も地域医療総合確保基金などを用いて多様な事業を実施している。それら関係者などと情報交換・共有することにより相互理解が深まり、さらに各地域

の地域包括ケアシステムの質の向上を図ることができると期待される。しかし、それとともに県全体、医療・保健福祉圏域などの広域において、統一化すべき検討課題も多いと考えられる。県医師会としての取組みについて、ご教示いただきたい。

島根県 地域包括ケアシステム関係者連絡会議を年 3 回開催しており、今年度も 124 名の参加であった。

岡山県 地域包括ケア部会を設置し、「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」を設立した。地区医師会の医療・介護連携体制整備を今年からバックアップしようということで進めている。また、必ず医療と介護の行政担当者をディスカッションの場に巻き込んで、プレゼンテーションを行ったりしている。在宅介護連携推進事業では地区医師会と市町村の連携が不可欠なので、行政関係者、保健所の所長、地域包括支援センター職員、地区医師会の会長、地域包括ケア担当理事の講演を行い、そのあと同じ地域でテーマを決めてグループワークで話し合っている。

7. 在宅診療における他科訪問診療コーディネート事業について（徳島県）

今年度より「在宅患者訪問診療料」が新設され、かかりつけ医からの依頼で他の医療機関（現実的には他科医師による）訪問診療が政策として推進されるようになった。在宅療養患者は慢性疾患、ADL 低下以外にも臨床的に尿路感染、摂食嚥下に起因する誤嚥性肺炎、褥瘡などのハイリスクを有し、かかりつけ医の専門外の疾病に対応せざるを得ないと考えられる。在宅医療支援の一環として、かかりつけ医と他科医師の訪問診療をコーディネートする需要が高まっていると思う。

本県では、平成 27 年から「地域医療介護総合確保基金（在宅医療同行訪問診療事業）」なるものを立ち上げた。過去 3 年間の実績は数名の医師が参加してきたが、現在はほぼ活動していない状況である。かかりつけ医と他科（泌尿器科、耳鼻科、皮膚科など）医師の連携を促進するコーディネート事業に関し、他県での計画や現況はいかがか。

愛媛県 松山市医師会では在宅医療支援センターを設立し、「主治医・副主治医制」とともに「他科往診依頼制」を運用している。在宅医療連絡会を松山市内 5 地区に分けて、合同開催を含めて年 12 回開催して顔の見える連携を推進するほか、在宅医療連絡会のメーリングリストを立ち上げ、情報交換を行っている。依頼先は各主治医の判断で決定できるが、依頼先が見つからない場合は、在宅医療支援センターで紹介を行っている。

島根県 今年度から医療連携推進コーディネーターを配置しているが、実際には動いていない。松江市では、在宅医療システムを構築して、看取りを代行できるような取組みをしようと検討している。

日医 日医では、小児を診ることに苦手意識を持つ会員がいることから、2 年前から「小児在宅ケア検討委員会」を立ち上げている。日医と厚労省との議論においては、地域包括ケアは各地域の人口推移等がまちまちであるため、これを地域単位で、都道府県や地域に見合った枠組みにしたいと強く申し上げている。

8. 介護人材の確保とスキルアップの各県の取り組み状況について（高知県）

昨年、県と高知市に介護従業者の充足状況の調査を依頼した。県からは介護職員の充足率は 95% 程度と報告された。高知市からはアンケート調査による施設の整備状況と職員の充足率状況が報告され、施設数は増加するも職員数は変わらない実態が見えてきた。特に入所系では職員数の減少が見られた。

以上を踏まえ、介護人材の確保とスキルアップについて各県の取り組み状況について伺いたい。

鳥取県 介護人材の確保のため「介護に携わる人への感謝の手紙を募集し、それを活用した広報」、「とっとり介護フェアの開催」等、介護の仕事への理解とイメージアップを図る取組み、介護福祉士等の養成確保を図る「介護福祉修学資金等貸付事業」、介護報酬上の処遇改善加算の取得を支援

する「介護職員処遇改善加算取得対策研修の開催」等に取り組んでいる。介護職員のスキルアップのため、介護の基礎知識や技術等の習得を図る「介護専門職研修の開催」、介護福祉士資格取得に向けた「介護職員実務者研修の受講支援」介護職員による医療的ケアを推進する「喀痰吸引等研修の開催」等に取り組んでいる。また、「介護サービス情報の公表制度」、「介護人材育成事業者認証評価制度」（平成 30 年度～）の運用等を通じて、事業者による自発的な取組みも後押ししていきたい。

広島県 「広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会」（国・県、福祉・施設関連団体、職能団体、養成校等 26 団体で構成）を中心として、①人材のマッチング、②職場改善・資質向上、③イメージ改善・理解促進、の 3 点を施策の柱として、総合的に人材の確保・定着、育成事業に取り組んでいる。このたび、アンケートを行い、課題を抽出して、それを検討したところ離職率が高いという課題が見つかった。このため今後は「採用してもすぐ辞めてしまう」組織ではなく、「人が育ち質の高いサービスを継続的に提供できる」組織への転換を業界全体で目指すこととし、経営者・管理者向けのセミナーの開催や、「魅力ある職場宣言ひろしま」の登録を促進、他法人のロールモデルとなる優良事業所認証制度の創設、ICT や介護ロボットの活用等による職場の負担軽減や業務の効率化の促進等を、重点的に事業に取り組むこととしている。

島根県 介護福祉士養成校への入学も減少し、医師会立准看学校もなかなか入学者が増えないため、人材確保が難しくなっている。いろいろな取組みはされているが、改善の兆しが見えないのが現状である。

徳島県 介護人材の確保のために「まんじゅう型」から「富士山型」と言われているが、介護現場の業務から周辺業務を切り分けて、これを元気なシニアに担っていただく徳島県版介護助手制度を昨年度創設した。介助助手として働くシニアの方や、受け入れた介護施設からも大変好評であった。

9. 地域での介護医療院の役割と設置状況について（島根県）

地域医療構想の中で、今後、慢性期医療を必要とする患者さんが増大することが予想されている。すべての患者さんを在宅で支えることは困難で、医療が必要な患者を支える仕組みとして、特に医療区分 2, 3 の重度の方、医療区分 1 の方で、がん末期で食事が十分に摂れない、点滴が必要、喀痰吸引が頻回に必要な方など、何らかの医療が必要だが、急性期病院にも入院できず、医療療養病床にも入院できない。そういう方を受け入れる病床を廃止すれば、多くの患者さんが行き場を失うことになる。その対応として「介護医療院」が新しく創設されると認識している。

本年度以降、介護医療院は、介護保険法の本則に定められる新しい施設となるが、介護老人保健施設、介護福祉施設、介護医療院の三つの施設がそれぞれ役割・機能を果たしていくことが期待される。例えば、昨年の介護保険法の一部改定で、老健施設は「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と改正が行われた。居宅における生活への復帰を目指すものでなければならないとされた。超高齢社会の状況で、在宅を含め全体の 8 割の患者さんは慢性期医療を必要としている。特養は終の療養施設として、介護医療院は医療ニーズの高い方の受け入れ先として、今後ますます期待されるであろう。平成 30 年度からの第 7 期介護保険事業計画には、「介護医療院」のベッド数なども盛り込まれる必要がある。市町村の財政面の負担にならないよう、それぞれの地域で協議が必要と考えられる。本県では、本年 4 月から、介護療養病床からの転換先として、1 施設 52 床が認可された。各県での開設状況や今後の課題などについて伺いたい。

山口県 6 施設で 369 名収容。一つが医療療養であとは介護療養からの転換である。

高知県 現在のところない。

愛媛県 介護療養型医療施設 746 床、医療療養型病床 4,548 床あり、6 年後には介護療養型医療施設の廃止が決まっている。本年、1 医療機関が転換支援を受けて、医療療養病床 31 床を介護医療院に転換する。その他、別の 1 医療機関が介護療養型医療施設 94 床をすべて介護医療院への移行を検討している。また、介護医療院への転換支援策として移行定着支援加算（1 日 93 単位 / 床）が新設された。転換の届け出から 1 年間算定できるが、ただし 2021 年 3 月 31 日までしか算定できない。2018 年 4 月 1 日～2020 年 4 月 1 日までの 2 年間のうちに転換しなければ 1 年分の支援は算定できず、今後、医療・介護療養病床から介護医療院への転換は急速にすすむと予想される。

日医 昨年の 8 月 10 日に総量規制の対象外ということで医療療養と介護療養と転換老健については、市町村が事業計画を 0 と見込んでも拒むことができないと通知を提出されている。実際問題、介護→介護に移行は問題ないが、医療→介護に転換の場合は市町村にとっては大きな問題である。そのような事例があれば、日医に挙げていただきたい。

日医への提言・要望

1. 介護施設での医療に関して（鳥取県）

介護施設における医療費に関しては、さまざまな矛盾が存在する。特に老健施設における医療のマルメの問題と特養における厳しい算定制限はその最たるものである。

老健は介護保険発足以前に医療の一部として制度設計されたため、医療費がマルメのまま放置され入所者が入院、外来などで受けていた医療、特に比較的高薬価の薬剤の使用が困難となる問題を抱えている。特養においては初診、再診料、各種管理料などほとんどのコストが医療費としては算定できず施設が受け取る介護報酬に含まれるとされるため、これらは施設と配置医との間の契約に任されている。また、実際にどの程度の医療的コストが介護報酬に内包されているのかも不透明

である。これらの矛盾を解決するためには介護報酬と診療報酬を明確に分ける必要があると考える。このことを実現するには両報酬が同時改定される機会を除いて困難である。残念ながら今回の同時改定では全く議論されなかったが、次の同時改定まで時間がある今こそ長期的視野でこれらの矛盾を解消するために検討を始めていただきたい。

日医 抗がん剤の強力な化学療法等は老健では行わないが、関節リウマチのバイオ製剤やパーキンソンの薬剤等については要望していきたい。老健の場合は、前立腺がんの注射製剤は 3 か月に 1 回投与するが、残念ながらホルモン療法に入っている。施設によっては、そのために一日退所する手続きを取っているところや施設が負担しているところもあり、今後検討していきたい。特養において、看取りの推進や不要な救急搬送は抑制していこうという中で、配置医師や協力医療機関による 24 時間対応の体制がない施設の場合、特養は看取り介護加算を算定している場合であっても在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算ができるように改定された。配置医師や協力医療機関による緊急時 24 時間対応の体制にする施設や特養で看取った場合、看取り加算は算定できないが、在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア算定が改定されたので、ご検討いただきたい。

2. 患者の意思を尊重した医療及びケアを実現していくために、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の研修体系の充実について（岡山県）

高齢・多死社会を迎え、人生の最終段階における医療やケアの在り方が、これまで以上に大きな課題となっており、患者の意思を尊重した医療及びケアを実現していくための ACP の重要性が指摘されている。

現在、厚労省から委託を受けた神戸大学が「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」を開催しているところである。しかしながら、指導者研修は 2 年に 1 回東京で、1 年に 1 回ブロック研修が開催されているが、受講希望に比して募

集枠が限られ、抽選漏れが半数近くになっているのが現実である。

そこで、日医としても ACP 等に関する体系的な研修会を企画実施していただけるように要望するものである。

日医 遅くとも次年度には研修会を開催したい。ご存知のとおり、在宅医療や訪問看護の要件となり、療養病床やケア病床においても「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿ったターミナルケアの指針を用意しておくことが算定要件になっている。今後、具体的事例についての研修会ができればと思っている。

3. 働き盛り世代の認知症対策について（広島県）

働き盛り世代の認知症の特徴は、就労の継続が妨げられることにより、家族を含めた生活基盤が崩壊することにある。本県では県行政により若年性認知症対策ネットワーク会議が設置されたが、働く職場への浸透が課題のように感じる。そのため、民間企業も含め、厚労省（ハローワークなど労働部門）への働きかけをお願いしたい。

日医 新オレンジプランの 7 つの柱の 3 番に「若年性認知症施策の強化」があり、若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等の強化、若年性認知症の人への支援として、各県で若年性認知症支援コーディネーターが任命されている。医療・介護の支援だけではなく、就労支援が入っている。支援コーディネーターと検討いただき、ぜひ、連携していただきたい。働き方改革については、日医としても働きかけを行っていきたい。

4. 混合介護の更なる拡大に十分な注意を（山口県）

先般、厚労省は介護保険適用サービスと適用外サービスをニーズに合わせて提供する混合介護について、そのルール明確化のために今後発出予定の通知内容を明らかにした。しかし、さらなる規制緩和を求める意見も根強い。介護を必要とする高齢者には貧困層も多数存在し、社会保障費削減の流れから混合介護が拡大されると、大きい介護格差を生じる懸念がある。介護は生存権・生活

圏を保障するための社会保障制度であり、市場原理を前提とする混合介護の拡大には歯止めをかけるべきであり、日医としても今後の方向性に十分な注意を払っていただきたい。

日医 通知を出すにあたって、厚労省と協議させていただいた中で、「介護保険制度は、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供することを目標とするものであり、介護支援専門員は、区分支給限度額を超過する居宅サービス計画を作成しようとする場合には、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じた適切なサービスであるかどうか、アセスメント等を通じ十分に検討しなければならない。」を追記させていただいた。介護保険はもともと尊厳の保持と自立支援が大前提であり、ケアマネが保険外サービスでもその人に適切で、ふさわしいものであるということ担保する意味で追記していただいた。もし不適切なサービスがあるようであれば、日医に情報を上げていただきたい。

5. 介護職員処遇改善加算を医療機関にも(徳島県)

平成 29 年 12 月 8 日に政府与党政策懇談会にて安倍総理が、「介護離職ゼロに向けた介護人材確保のため、介護職員の更なる処遇改善を進め、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について、月額平均 8 万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、2019 年 10 月から処遇改善を行う」と発言された。介護福祉士が評価されたことは大変ありがたいが、現状、同じ介護福祉士でも介護保険適応事業所では処遇改善加算が付くが、福祉施設や医療保険の医療機関では付かない。医療機関でも高齢患者が多く、介護の専門職の働きなしには入院医療が成り立たないことを考えると、2019 年 10 月の時点では医療機関の介護職員にも加算が付く仕組みとなるよう、日医から働きかけていただきたい。

6. 適切な介護職員（看護補助者）への処遇改善手当の設定、マンパワーの確保のために(島根県)

施設の過剰整備に加え、本県においても、全産

業的に労働力の確保が困難になりつつある。とりわけ介護人材の確保については、本県の推計では 2019 年に 3,500 人の人材不足が予測され、更に介護福祉士養成校への入学者の減少にみられるように、高卒者の介護職への希望が大幅に減少し、同時に景気の動向から、介護職の離職率も増加し、人材確保が年々厳しさを増している。住民のセーフティーネットの基盤である介護・医療サービス事業の将来にわたる安定的な経営と、それを支える介護人材の安定的確保が強く求められる。そのためには、介護職員の努力によるキャリア・アップなどによりモチベーションを上げ離職を防止しながら、介護職の処遇を改善し魅力ある職場とする必要がある。

現状は、平成 25 年度賃金構造基本統計調査（厚労省）によれば、全産業平均賃金が月額 324.0 千円に対して、介護職は 218.9 千円と 10 万円を超える差が生じている。少なくとも全産業平均並みの賃金の水準となるように日医としても国に提案していただきたい。更に、介護報酬では介護職員に対しては、処遇改善に対する加算が設けられているが、診療報酬では病院勤務の介護職員（医療保険では「看護補助者」と呼ばれている）には、処遇改善手当は設けられていない。疾病構造が変化する中で、ケアからケアへの比重が増す中で、介護職の役割は増大すると考えられる。同一労働同一賃金の国の方向からも外れた処遇が行われている。処遇改善手当の加算の対象に病院介護職員（看護補助者）も追加していただきたい。現状では、人件費の高騰は医療・介護事業所の経営を圧迫し、昇給などの賃金の改善を困難にしており、医療介護総合確保基金を利用し、賃金・処遇の改善を目的とした助成制度を設けるなどの提案もお願いしたい。

日医 2017 年の介護離職は 9 万 9,000 人となっており、5 年前の 2012 年も 10 万 1,000 人でわずかに 2,000 人しか減っていない。2040 年には労働者人口が 5,650 万人にまで落ち込む中で、そのうち 19%、5 人に 1 人は医療福祉職についていないといけない。2025 年には約 55 万人の介護職員処遇改善は、これまでの数回の積み重ねで、月額平均 5.7 万円相当が改善されているが、

新しい経済施策パッケージとして、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について月額平均 8 万円相当の処遇改善を算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、処遇改善を行う。実施時期は、消費税率の引き上げに伴う報酬改定において対応し、2019 年から実施するとされており、先般から国の審議会で議論が始まった。一定割合は勤続 10 年以上の介護福祉士に配分されるべきだが、残りの一定割合については、介護事業所の裁量に任せていただきたい。保険料を 1,000 億円使うのであれば、保険者と被保険者のコンセンサスが必要であるし、今後、こういったことを介護職員処遇加算でいくのか、当初は交付金として公費だけで行っていたが、少し公費に戻すのか、加算を継続するかについての議論をお願いしたい。今回の要望にある 5 万 7,000 円に加えて 8 万円相当の差額がでると医療現場で働かれる介護職員がいなくなるので、医療現場の介護職員処遇改善を併せてセットで行っていただきたい。日医としても検討していく予定である。

7. 今後の療養病床の再編について（愛媛県）

平成 30 年 4 月より、介護療養型医療施設・医療療養病床・介護療養型老人保健施設からの転換を目的に、新たな居住系介護施設として介護医療院が創設された。

本県では、愛媛県介護保険施設等の整備方針において、新規参入を制約するとともに、まずは、現存する療養病棟等から転換による対応を優先することとなった。平成 29 年 12 月 1 日現在で、本県には、介護療養型医療施設 746 床、医療療養型病棟 4,548 床あり、6 年後には介護療養型医療施設の廃止が決まっている。

医療療養病床から介護施設へ転換することを支援する目的で、愛媛県療養病床転換助成事業費補助金交付要綱が公布された。助成の対象となる病床は、医療療養病床転換助成申請時において使用許可を得ている療養病床（介護療養病床を除く）である。

これに続いて、地域医療介護総合確保基金（介護分）により、介護療養病床に対しても同様な助成が検討されており、今後、医療・介護療養病床から介護医療院への転換が急速に進むことが予想

される。

今後の介護医療院も含めての療養病棟の展望について、日医の見解を伺いたい。

日医 介護医療院は、住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設され、長期療養と生活施設が大きな役割である。また、今回特例として、すでに療養型から老健に転換された施設は認められている。看取りの役割もあり、介護医療院は通所リハ、訪問リハ及びショートステイが提供できる在宅療養支援も可能で、地域に開かれた交流施設として地域に貢献することが大事と考えている。

〔報告：常任理事 清水 暢〕

第 3 分科会「地域医療・医療環境」

（勤務医、新専門医制度、働き方改革、感染症、救急災害、看護師対策、医療廃棄物等）

日本医師会の釜范 敏 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

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、本県では准看護師養成校が 3 校あるが、うち 1 校は受験者数・入学者数の減少、教員の確保困難などを理由に、平成 30 年 4 月の入学生を最後とし、平成 32 年 3 月をもって閉校が決まっている。

本県では、平成 27 年に鳥取看護大学と鳥取市医療看護専門学校が新たに開設され、看護師養成の定員が 160 名増加した。今年度、鳥取市医療看護専門学校では、初めての卒業生が就職等をし、来年度には鳥取看護大学の卒業生が就職等をする予定である。

一般的に、准看護師養成校の卒業生に関しては県内への就職率が 80%といわれているが、各県における新規看護大学設置の状況と、看護大学卒業後の進路について、どのような状況かお伺いしたい。

また、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。准看護師資格

を国家資格にする方策を考えるなり、あるいは在宅医療、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ど、今後、さまざまな業務に准看護師を登用していくことが必要と考えるが、各県の意見を聞かせていただきたい。

司会 准看護師資格に関しては、後ほど釜谷常任理事からお話を伺いたい。准看護師養成校は各県で定員割れを起こしているようである。山口県には看護関係の学校が多くあるので状況をお話したい。

山口県（沖中常任理事） 4 年制の看護学部は 3 校あるが、最近開設されたものはない。3 校合計の平成 29 年 3 月卒業生の県内就業率は 41% と高くはない。総合カリキュラムの保健看護学科の県内就業率は 32% とさらに低率である。一方、医師会立看護職員養成所の卒業生のうち看護職員として就業した者の県内就業率はいずれの課程も 80% 以上と高いが、応募者も減少し、合格しても入学しない者もあり、定員割れをしている。

司会 岡山県の准看護学校は 1 校と人口を考えると少ないようだが、状況をお話したい。

岡山県 人口に比べて少ないかは分からないが、定員 20 名が定員割れを起こしたことはない。卒業生の半数は県内の診療所などに就職し 9 名は進学した。

「特定行為に係る看護師」の研修制度について （愛媛県）

医師の働き方改革にはタスクシフティングが欠かせないことから、医師法、医療法の見直しを含め、医師事務作業補助者のさらなる活用と特定行為研修を修了した看護師の養成や救急救命士等、他の医療従事者の業務拡大、PA（physician Assistant）制度、NP（Nurse practitioner）制度等の整備を行うことを要望していく必要がある。この中で特定行為研修を修了した看護師は、昨年までに全国で 585 名が誕生し、中四国においても 26 名が各医療機関で活躍中とのことである。さらに、看護師の特定行為研修を行う指定医療機

関数も全国で 69 医療機関と増加し、中四国にもすでに 6 箇所誕生している。

この看護師を雇用する医療機関側が積極的にならない理由の一つは、診療報酬上の評価を含めたインセンティブがついていないことである。医師事務作業補助体制加算は今回の改定でもさらに点数はアップした。将来的に特定行為に係る研修修了看護師の数が揃い、その臨床レベルが上がり、早期発見・早期対応によって患者の病状悪化を食い止められるようなことになれば、医師の過重労働の抑制とともに在院日数の低下等の臨床指標の改善にもつながる。一般国民がこの制度を認知して、修了者を揃えることで病院の評判が上がれば職員数、患者数が増えるなどの効果が出てくる可能性もある。

看護師の特定行為研修制度については、主に日本看護協会と厚労省が推進している。日医は、この特定行為研修修了看護師の養成に関して、医師の働き方改革には必須事項として盛り込んでいるが、現時点であまり積極的ではないと思われる。中国四国各県医師会の今後の方針をお聞きしたい。

司会 この制度については積極的な県と慎重な県があると思う。島根県のご意見を伺いたい。

島根県 この制度は 2015 年 10 月から始まり、救急医療あるいは在宅医療に必要だと考えるが、本県には十分に浸透していない。その理由として、本県には研修する場所がなく、ほとんどの人は東京の自治医科大学又は地域医療振興協会で研修されていることが挙げられる。この資格を取るのに少なくとも 1 年はかかると聞いている。県は 2025 年までに 100 名を予定しているが難しい。研修費用の 3 分の 2 を県、3 分の 1 を勤務先が負担しているのが実態である。

医師の指示がないとできない行為が 21 区分あるが、トラブルが起きた場合、医師の責任が問われる可能性があるので、県は 100 名と言っているが、これからの研修予定者などを考えると 2025 年までに多くても 35 名程度とみている。

日医 全国の医師会立の看護職員養成所へのアン

ケートによると、どこの地域においても准看護師を目指す人の数が減っており、定員を満たせていないところが非常に多い。若年人口の減少があり、どの職種も人手不足で募集がうまくいかないが、准看護師の魅力が十分に伝わっていないと思われるので、日医としてしっかり取り組む必要がある。2 年間で看護職の入口部分に立てることは大きなことである。社会人の希望者が増えているが、先々の経済的な基盤を確保しようと 2 年間頑張っている准看護師資格を取るという需要は今後も見込まれるので、さらに准看護師の魅力を高めるよう工夫をしなければならない。准看護師の養成所がなくなってしまうと地域の看護職が足りなくなることは目に見えているので、各医師会立の養成所には引き続き養成に力を尽くしていただきたい。

看護師の特定行為研修については、日医はあまり積極的にこれを推進していないのではないかという指摘があったが、決してそのようなことはなく、当初から積極的にこの仕組みが必要であると考えている。名称については、「特定行為研修修了者」として厚労省に届けられる。医師の場合は、国家試験に合格した段階で医籍に登録されて、2 年の臨床研修が修了すると医籍が上書きされるが、看護師の場合は、特定行為研修が修了したことによって看護師籍が上書きされることはない。厚労省で修了者の名簿が管理できるようになっている。

特定行為研修について、平成 25 年にこの仕組みが決まった段階では、新たな職種は設けないという合意がなされている。フィジシャンアシスタントなどの名称が必要であるとの意見があるので今後検討が行われると思うが、少なくとも特定行為研修の仕組みができた段階では新たな職種は設けていない。特定看護師という名称を使われる方もいるが特定看護師という資格や定義があるわけではない。

平成 30 年 3 月の時点でようやく特定行為研修修了者が 1,000 人に届く。厚労省は 2025 年には 10 万人の特定行為研修修了者を見込んでいるが、とても目標には届かないと思われる。この仕組みが広がっていくことは必要だが、そのためには医師と特定行為研修修了者の間のしっかりした信頼関係が何より大切である。急性期に関しては、

すでに一緒に仕事をしている中で看護師に十分な信頼がおける場面は多いと思うが、在宅の分野においても特定行為研修修了者は非常に大事な役割を担うことになるので、指示書を出す医師と看護師の信頼関係をしっかりと構築することが今後の課題と思われる。

医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携について（岡山県）

改正医療法において、医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携が義務化されることになっている。本県においても医療勤務環境改善支援センターの設置以来、講習会やアンケート調査などを行ってきた。今年度はさらに地域医療支援センターとも連携して、働き方改革などもすすめられる中で医療勤務環境改善支援センターの更なる活用が求められるものと思う。そのツールとしての医療勤務環境改善マネジメントシステムの医療機関への導入はなかなか進まないのが実情である。本センター事業に対する各県の取組み状況と今後の方策などについてお聞きたい。

司会 医療勤務環境改善支援センターが医師会に委託されているのは、中四国では岡山県と鳥取県だけのようである。また、多くの県が両センターの連携について課題があるようである。高知県では両センターの連携はないが、多くの取組みを行っているのでお話をしたい。

高知県 専門アドバイザーによる相談支援やアンケート調査をしているが、勤務環境改善支援マネジメントシステムの認知度があまり高くない。日本病院機能評価機構の認定を受けているような大きな病院はセンターからのアドバイスを受ける必要はないが、それ以外の病院にはシステムを使っていたきたいと広報している。なかなか手を挙げていただけないのでモデル医療機関を二つ募集し、好事例として提示している。

香川県 医師の働き方改革について、来年の春には一つの提言が出されると聞いている。今後、法制化されるにあたり各病院が揺らぐと思われるの

で、マネジメントシステムの売り込みどころと考えている。

日医 確かに医療勤務環境改善支援センターの仕組みはできたが、中国四国ブロックだけを見ても医師会に委託されているところとそうでないところがある。まだ医師に対する役割が十分に果たされていないが、医療法の改正により地域医療支援センターの機能の強化及び地域医療対策協議会との関連について明確に示されたので、両センターが連携して動くよう日医としても都道府県医師会から情報を収集し、好事例を発信していきたい。現状ではまだ十分機能していないと評価しており、努力が必要と考えている。

専攻医と地域枠卒業生について（広島県）

専攻医の 2018 年の採用状況が明らかになり、本県は初期研修が県内 178 人から専攻医 144 人と 34 人の減少となっている。岡山県では 176 名から 215 人と 39 人の増と明暗がわかれた状況であり地対協「医師確保対策協議会」で対策を検討の予定である。

また、広島大学「地域枠」の卒業生は、奨学金の貸与を受けて義務年限を果たす必要があり、初期研修は全員が県内で、今回の研修プログラムで専攻医となった。地域枠の扱いについては各県によりさまざまで要件が異なっており、今回の新専門医制度の影響や中山間地域への派遣状況についてご教示願いたい。

司会 新専門医制度が始まってから人数が減少している県はあるが、まだ始まったばかりの制度で今後どのような影響が出るのかわからない。地域枠制度はそれなりの効果があり、特に岡山県では地域医療支援センターが大きな役割を果たしているようである。

岡山県 地域医療支援センターが地域枠卒業医師の勤務病院を決定している。平成 29・30 年度は県北の病院に配置する、地域医療支援センターの作成した勤務病院選定方法に基づき地域枠卒業医師数の 2 倍程度の数の候補病院を選定し、マッチングを行うという基本方針を岡山県医療対策協

議会で決定している。選定方法は厳しく、医師不足状況、教育指導体制等、いろいろなファクターを点数化し病院をランキングしており、このランキングをもとにマッチングを行っている。

また、それぞれの病院で随分と給与のばらつきがあった。平均化をしないと地域枠の学生の中でいろいろな噂が流れ、卒業時に貸与額を返済する学生が出るのではないかと憂慮して地域医療支援センターで活動している。

広島県 本来、地域枠の学生には地方においてジェネラリストとして活動することが求められている。新専門医制度を受けて 3 年目に特定の専門分野・科を選ぶとなると、本来の主旨と異なったことになるのではないかと危惧している。

岡山県 学生にはいわゆるジェネラリストをしていただく地域枠卒業生として残ってもらっている。卒後の進路について制約を設けていないので、地域医療支援センターを始めとした岡山大学の関係者が徹底的に教え込み、そのような道を選んでもらうようにしているが、中には特定の科に進みたいと地域枠を返上された方もいる。

各県の初期研修医のマッチング定数、採用数、後期研修医採用数の推移と医師確保対策について（山口県）

本県の 45 歳未満の医師数は平成 10 年と 28 年を比較すると 441 人減少しており、人口減少を上回るスピードで若手医師が減少し、救急医療の維持等に苦慮している。

若手医師数の減少は、1985 年から 2007 年まで続いた医学部入学定員数削減と、2004 年からスタートした新医師臨床研修制度によると考えられる。医学部入学定員数は増加したものの、本県の若手医師の増加につながらず、新医師臨床研修制度のマッチング制度が変わらない限り、地域による医師の偏在は解決できないと考えている。

過去 5 年間、本県のマッチング定数の推移は 114、124、121、121、121 である。この定数に対し、初期臨床研修医の採用数の推移は、69、66、75、79、88 である。後期研修医の採用数は 46、47、46、43、44（県外で研修

したものを含まない) である。

最近 5 年間の各県のマッチング定数、初期臨床研修医の採用数、後期研修医 1 年目の採用数（平成 30 年度は専攻医 1 年目の医師数）の推移はいかがか？

本県では、レジナビや e レジでの病院説明会への参加、初期臨床研修医交流会の開催、臨床研修から専門医取得まで一貫したキャリア形成プランを提示する県内病院合同説明会の開催、医師修学資金の貸付事業などを行っているが、大きな成果となっていない。各県の有効な医師確保対策を教示いただきたい。

新医師臨床研修のマッチング制度の変更（シーリングの強化など）が、医師数の地域格差是正に有効と考えるか否か、を問いたい。

司会 どの県においても臨床研修医の確保に向けていろいろと工夫されているが、マッチング定数に対する採用率は、良好な岡山県と広島県以外の県は 50 ～ 60 % 程度のようなのである。広島県では公益財団法人広島県地域保健医療推進機構を設立して活動している。

広島県 各学会によって専門医研修プログラムは大幅に違うが、特に内科の研修が一番問題になっていると思う。平成 30 年度は県内で臨床研修を修了した 178 名のうち 131 名が県内で専攻医となり、県外で臨床研修を修了した者を加えると 144 名である。広島県東部地区は岡山県のプログラムとの兼ね合いもあり、本県としてはあまり変わっていないとの意見もあるが、現状は随分と少なくなっている。

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構の活動は、後期研修医対策だけではなく、本県に帰ってきたいという医師から電話があれば、担当の医師は相手が北海道でも面談に行き、病院紹介などを行っているが、5 年以上経過しても採用者は 1 ～ 2 名である。

新専門医制度や医師偏在対策への県医師会としての取り組みについて（香川県）

新専門医制度が始まる前から新制度になってどのように研修医が動くか注目されていたこともあ

り、一層クローズアップされている。

専門医機構からの資料により、各県における研修医から専攻医登録をする段階での人数の推移が明らかになったが、随分と地方差を感じた。本県も数的には減少している。

県内の専攻医数を増加するための施策は、県単位の行政と協調しての取り組みが必要であるが、有効な施策の試みがあればご教示いただきたい。また、地域の医師偏在対策について行っている施策についてもご教示いただきたい。

司会 島根県は特に具体的なことはしていない。鳥取県は面談を重要視されており、岡山県や広島県は地域医療支援センターを中心として取り組んでいる。徳島県では専攻医は増加しているようである。

徳島県 増加というには、おこがましい状況である。臨床研修医 51 名に対して専攻医は 60 名であった。流出する初期臨床研修医数を上回る隣県などからの流入があり、結果的に専攻医数は微増していた。

新医師臨床研修制度が始まる以前は、本県に残る医師数は平均 70 名であったが、同制度の開始に伴い随分減少した。以前より 10 名以上少ない状態が続いていたが、他県から戻ってくるケースが目立った結果、今回初めて増加した。

本県の取り組みが奏功しているのかどうか全くわからないが、臨床研修医定員の決定権限の都道府県への移譲が行われることもあり、県とタイアップして医師会が関与し、力を強めていくよい機会になると考えている。

有効と思われる行政と協調した取り組みを三点挙げる。一番目は地域を愛し、地域に貢献したいという、若者へのさらなる意識教育で、これは重要と考えている。二番目は地域枠制度の維持だが、度を超えると、大学の競争力、国際競争力低下に繋がる。地域枠医師をマッチングから別枠にする動きもあり、学生時代の離脱に拍車をかける懸念がある。三番目は新専門医制度の基幹病院認定要件のハードルを少し下げることである。特に地方では大学以外の病院が基幹病院となることが困難であるので、ハードルを少し下げて地方の大学以

外の病院で新専門医制度のプログラムを作る機会をたくさん与えることが必要と考える。ただし、専門医制度の根幹にも係わるためハードルを下げるのは難しいと考えている。

香川県 香川大学は新設後発であるため、本県の大きな病院は他の県の関連施設となっている。新専門医制度の中で多くの症例数を求められるようになると、大きな基幹病院に行くようになる。行ったところでやはり本県に残らない、関連施設である（他県の）大学のほうに専攻医としてあがるという構造が明らかになっている。新専門医制度の中で問題になっていると感じている。

愛媛県 県が中心となって地域枠医師の派遣先を決めている。地域枠の方々は地域で活躍したいと思われている一方で、専門医になるための研修をきちんと受けたいとも思われているが、県が指定している勤務先だけでは不十分である。医師を確保したい医療機関との間を医師会が取り持つような活動をしていきたい。

広島県 本県でも地域保健対策協議会において行政及び大学と一緒に対応している。初期研修については研修病院の多くが募集を頑張っている。はっきりとは言いにくいが後期研修の問題として大学の影響がある。先程、基幹施設の要件が厳しいから緩和するようにという意見があったが、本県ではすでに多くの病院が認定されている。ところが、大学に集中させたいという大学の意向があるので、正直なところ、基幹施設や医師会としては動きが取りづらいという現状がある。他県も同様と聞いている。

日医 平成 16 年に導入された新医師臨床研修制度に対する評価はさまざまだが、医師の動きが変わってしまい混乱をきたしており、14 年の経過をみると大きな反省点である。少しずつ手直しが加えられ、現在までにマッチングの募集定員は参加学生の 1.1 倍になるよう少しずつ減少させてきた。このことはある程度は効果を上げている。日医はこの件について長年関与してきているが、マッチングの仕組み自体が、地域に医師を定着さ

せることとは反対に作用しているのは明らかである。一方で、これまで大学に集中していた研修が、大学以外の病院にも広がってきたこともいえる。初期研修の在り様については今後も引き続き注視し、改めるべき点は改めなければならないと考えている。

地域枠の方々については、本来、ジェネラルな領域についてほしいという希望をもって採用したが、必ずしもそうっていないとのご指摘があった。この点は、大学入学時点あるいはその前の時点からしっかりと地域に根差した医師を育てるという姿勢を一貫して取っていただくことが大事と考える。高知県では AO 入試を行うことにより、入学時点で人物像を把握し適性をしっかり判断していると伺ったことがある。地域枠の学生は学力が低く問題であると懸念する動きが一部にあったが、地域枠の学生は入学後もよく頑張っており、それ以外の学生と比べて遜色ないと全国医学部長病院長会議から発表されている。選ぶべき専攻科については、科を強制することはできないので、本人の意向を尊重しつつ、入学時点からのきめ細やかな対応の中でよい方向に導いていくことが必要と考えている。

専攻医の問題については、医療資源が不足しているところにとって専攻医が来てくれることは非常に大事であることは言うまでもないが、医療体制をしっかりと構築するという視点では、できれば専攻医研修を修了して一人前になった医師、少なくとも卒後 5 年程度の研修が修了した医師を配置するということが理想だと思うが、なかなかそうはいかない。専攻医の研修施設は症例数が多く専攻研修の実があがるところが望ましいが、それでは都市部に専攻医が集まってしまい、そのまま居ついてしまう。そのバランスが非常に難しいと感じている。

今後の医師需給のあり方として、医師不足地域の線引きをしっかりと行い、そこに重点的に医師を配置するという試みが進む見通しである。診療科の偏在については対応が難しいが、最初の対応段階で可能と思われるのは産科と小児科である。これらの科は疾病の分布とそれを担当する医師の関係が一对一に近い関係であることから診療科の必要人数を出せる。しかし、例えば脳卒中の治療

をどの診療科で行うかを考えるとこれはさまざまであり、脳卒中の治療に必要な診療科としてどこを増やすか決めづらい。このようなことも踏まえ今後の検討が進んでいく。

基幹研修施設として、大学病院以外の病院も幅広く認められるべきという指摘はその通りだと思う。医療法の改正において、地域医療対策協議会で取り組むべき大きな課題とされているので、地域の実情を一番わかっている都道府県でしっかりと協議され、その地域に即した運営が行われることが必要になると感じている。

専攻医の分布については、日医からもいろいろと意見を申し述べている。広島県東部は岡山県の関連であることなど、都道府県からの生の情報を専門医機構が吸い上げる努力が足りていない。都道府県の生の情報を機構がしっかりと把握したうえで考えるという体制がまだ十分できていない。シーリングとして、東京をはじめとする 5 都府県において募集のキャップをかけ、その次年度においては 5%削減と言われているが、その根拠となる数値自体が実はしっかり固まったものではないということがわかってきた。それぞれの都道府県が持っている必死に把握されたデータが集約されて国全体の分布が明確になることが必要であり、専門医機構は早急に取り組むと思う。例えば、東京で研修した医師の一定割合は北関東に分散しているので問題ではないとの指摘があるが、現状にそぐわないことについては精査をしていくことが必要である。一方で、専攻医研修を受ける医師の意向、どのような研修を受けたいかという視点も日医としてはよく受けとめて、意見を発信していかなければいけないと考えている。

山口県（加藤専務理事） 臨床研修マッチング制度への日医の係わり方がよくわからないので、ご説明いただきたい。

日医 日医が参画する検討会において、全体の募集定員枠を下げていくことが合意された。1.1 倍が妥当かどうかについては今後の検証が必要であるが、専攻医の場合は枠のほうがはるかに多く今後どうなるのかと考えている。平成 16 年に制度が始まり、平成 22 年に枠を絞るよう変更したが、

急に絞ることはできないので少しずつ絞ってきた。このことに日医はしっかりと関わっている。

山口県（加藤専務理事） われわれの要望としては、1.1 倍よりももう少し厳しくしていただきたい。

後期研修医の医師会定着に向けた各県の取組みについて（高知県）

日医（医賠責保険料部分を除く）・県・都市医師会が前期研修医の会費が無料となったこと、初期臨床研修医共通オリエンテーションにおいて担当理事が医師会活動や賠償保険制度もアピールした結果、以前は会員数 0 であった初期研修医が 2 年前から入会するようになった。彼らが後期研修医になった今年度からは勤務医の医賠責保険料は減額され、特に 30 歳以下であれば下げ幅も大きく、会費面で入会継続がしやすくなったと思われる。それを受けて本県医師会及び都市医師会は今年度から 30 歳以下の勤務医の会費は無料とした。しかし、退会者が出てきており若手勤務医会員の定着は難しい現状がある。初期研修医が 33 名入会したが、17 名が退会した。各県の現状と定着を促進するための取組みがあればお教えいただきたい。

司会 後期研修医の医師会定着とのことだが、初期研修医ですら入会は難しく、入会した初期研修医をいかに定着させるかということと思われる。各県でさまざまな取組みが行われている。

香川県 本県でも大変苦労している。会費を無料にしてある程度の入会はあったが、後期研修医として会費が賦課されると退会される。医師会に入会する魅力を感じてもらえないことを反省しているが、妙案はない。

司会 山口県では県医師会長が大学で講義をされている。このことについてご説明いただきたい。

山口県（中村常任理事） 大学所属の県医師会理事と協議して、授業として県医師会長から医師会についての講義ができるように話を進めた。対象は 4 年生である。評判もよく出席率も高いと聞

いている。

組織強化関連（島根県）

平成 30 年 6 月 8 日に都道府県医師会組織強化担当役員連絡協議会が開催され、今村日本医師会副会長の講演において都道府県内の医師数に対して都市医師会加入割合が極めて高い医師会と都市医師会加入者数に対して日医加入割合が極めて高い医師会が示された。都道府県内の医師数に対して都市医師会加入割合の全国平均は 63%で、本県は全国平均を下回る 60%弱であるが、広島県は約 94%と極めて高く、勤務医の加入率が高い。医師会への入会について、特に勤務医に対して各県ごとに何か特別な働きかけをされているかお聞きしたい。

広島県 94%という数字が高すぎるという印象は私にもある。私は現在の病院に勤務して 24 年になるが、新しく来た医師にはまず医師会に入るよう言われている。全県的なことは分からないが、自分が見える範囲では病院が医師会への入会を勧める風土があると思う。医師会から勤務医や研修医に対してダイレクトな勧誘は行っていない。主だった病院の医師が県医師会の理事となっていることが影響しているかもしれない。

司会 愛媛県は中国四国内で 2 番目に高い 82%となっているが、どのような対応をされているか。

愛媛県 以前から組織率が高く誇りに思っているが、何か対策を立てているわけではない。都市の医師会の先生方は、組織率を上げるためにあらゆる努力をされていると思うが特別なことはしていない。毎年 4 月に新研修医を対象にオリエンテーションを集団指導という形で厚生局と一緒に開催しており、医師会の活動について説明している。半年後の秋に、再度、研修医を全員集め医賠責等の話をしている。その中で医事紛争に対しては、愛媛県として君たちを守っていくと伝えている。

香川県 昨今話題になっている働き方改革、冤罪、専門医制度等の問題はまさしく勤務医の問題であるが、勤務医が置き去りになっているような印象

を受ける。県医師会として勤務医を取り込むことは重要な課題と認識している。内科医会や外科医会等から事務局を県医師会に委託したいとの要望があるので、それを勤務医への医師会活動の窓口とすることを考えている。

司会 この問題は医師会にとって永遠のテーマと思う。今回を機会に勤務医の加入促進、組織強化についていろいろと考えていきたい。

日医 各県が積極的に組織強化へ取り組まれていることについて敬意と感謝を申し上げる。戦後の GHQ の方針に従い医師会は任意加入となっている。横倉執行部では「医師の団体の在り方検討委員会」（本庶 佑 委員長）を設けており、医師全員が加入できる組織を目指すべきとの提言をいただいたが、皆さんもそのようにお考えいただいていると思う。医師会は都市区医師会、都道府県医師会、日医の三層構造であることから、都道府県医師会、都市区医師会の加入促進がなされて、はじめて日医の会員が増加する。本日お示しいただいたさまざまな取組みを全国に広めていきたい。

県内学校管理下における事故事例を検討する、アレルギー疾患対応検討委員会の設置について（医師会と教育委員会との連携）（徳島県）

平成 29 年度より本会と県教育委員会が良好な関係を構築し、アレルギー疾患対応検討委員会を開催するに至った。平成 30 年 9 月 3 日には本会と県教育委員会が協定書の締結をした。協定書には、学校保健推進のために両者が連携協力することを明記し、また、協定に基づき両者が知り得た秘密事項については、守秘することを厳守とした。他県の取組みは如何か。

愛媛県は、県レベルの検討委員会は設置していない。都市医師会と市町教育委員会が協力して、食物アレルギーやアレルギー性皮膚炎の検討委員会を設置している例があるが、アレルギー疾患全般を一元的には扱っていない。

香川県からは、事故事例を医師会がきちんと入って詳しく対応できるためには協定書があるとういように考えるとの意見があった。

山口県は、県教委が県内統一様式を示して「アレルギー疾患緊急時対応事案」と「ヒヤリハット事例」報告を求めている。報告事案は「アレルギー疾患対応委員会」にて集約・検討し、市町教委や学校にフィードバックしている。

他県から、守秘義務を厳格に守って対応すると、必要な情報が出てこないため検討・対応が困難となりがちである、個別事例を検討してもフィードバックが難しい、フィードバックは県教委から行うようにしている等の発言があった。

日医から、協定の締結は大事なことで先見性がある。今まで医師会として医学的な意見を述べる機会がなかなか無かったので、県教委の了解を得ながら医師会として対応すべきことに取り組むことは素晴らしい。アレルギーに限らず、喫煙の課題である喫煙、がん、性教育についても教育委員会としっかり意見交換をして、子どもの健康を守るために教える必要があることなどについて医学的な見地からしっかり意見を述べる必要があるとされた。

各県の高齢者肺炎球菌ワクチンの接種率について（高知県）

高齢化と相まって肺炎の死亡率が第 3 位であり、今後の増加も見込まれるが、高齢者肺炎球菌ワクチンの接種率は低迷している。その原因は如何に。

9 県の接種率に大差なく 40% 台でここ数年も微増程度である。

山口県の接種率は平成 27 年度 38.1%、28 年度 42.2%、29 年度 42.6% であった。

全体的な意見として、広報不足、一部負担の金額、接種医療機関の努力不足、県民の健康意識（自分は健康という過信？）、「健康リテラシーが高いと推定される教育年数が長い集団ほど接種率は低い」等、共通していた。

日医から、高齢者の肺炎球菌ワクチンの接種率については母数の把握が問題となっているが、接種率は全国でおおむね 40% 台と厚労省は判断している。日医はワクチン接種を支援していきたい。今のところ、再接種を必要とするエビデンスが揃っていないことから、国は再接種を積極的に

推奨し、費用負担をすることにはなっていない。現在の仕組みは平成 31 年 3 月までになっており、今後のことはいまだ決まっていないとの発言があった。

日医への提言・要望

※医師偏在問題に関する広島県、山口県、徳島県からの提言・要望について、日医から一括してコメントがあった。

専攻医の東京集中について（広島県）

2018 年度の専攻医の採用数は、5 都府県（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）の 14 の基本領域については、「過去 5 年間の専攻医の採用実績を超えない」という上限が設定された。専攻医の採用状況は初期研修の都道府県（又は住所地）からみると、東京都で初期研修 1,350 人から専攻医 1,825 人、神奈川県 569 人から 497 人、愛知県 446 人から 449 人、大阪府 602 人から 650 人、福岡県 380 人から 451 人と東京、大阪、福岡県で専攻医数が増加しており東京が突出している。

今回、上限設定が見直されるのか、日医としては専門医機構の中でどのような対策を考えているのかご教示願いたい。

医師の偏在問題解消策について（山口県）

地域における医師数の偏在、診療科における医師数の偏在が言われて久しいが、一向に改善されず、具体策も乏しいようである。これらの問題を解消するために、経済的インセンティブの導入を検討していただきたい。

現在の診療報酬の体系において、DPC 参加病院（2003 年スタート）では機能係数でインセンティブがつけられている。さらに、本年度から保険者においても、検診の受診率やジェネリック医薬品の使用度などに応じてインセンティブがつけられるようになった。DPC 参加病院は、現在、一般病院の 3 割ぐらいであるが、中小病院で増える傾向にある。機能係数の中に、へき地の医療係数があるが、へき地を医師少数区域などにするによって、地域の病院に対する経済的インセンティブとすることが可能と考えられる。また、出来高部分である手術や高額処置などに対して、

ドクターフィーをつけるようにすることによって診療科に対する経済的インセンティブとすることが可能と考えられる。米国では spent time、skill、mental effort、stress の観点から各科の選ばれた医師が点数をつけ、Relative Value Unit (RVU) として算出されるとのことであるが、わが国においては手術や処置に対して外保連や内保連の評価が役立つと考えられる。

新専門医制度の議論の中で再浮上した、医師の地域偏在と診療科偏在に対する日本医師会の今後の取組について（徳島県）

新専門医制度がさらなる医師の地域偏在を助長するのではとの懸念から、多くの医師団体・学会・行政機関などは日本専門医機構に強い要望を行ってきた。日医は加えて機構に松原副会長を副理事長として送り込み、種々の難題対応に尽力した結果、新専門医制度初年度は、数字上、都市集中や都道府県偏在を助長するものではないことが示されたことは評価に値すると思われる。今後も機構にはプログラム制の利点を活かして追跡分析を行い、制度の改善さらには偏在の是正への貢献にも期待する。

しかし、医師の医療圏間偏在は深刻で、年齢人口構成の変化から今後はますます増幅することが予測される。都道府県要件であるとはいえ、日医は各都道府県医師会に地域医療構想調整会議においてイニシアティブをとるよう一層の権限を持たせるよう要請するとともに、会員医療機関・公的医療機関の病床機能配置案を提議するなど、より積極的な関与を推進してはどうか。

また、新専門医制度のもう一つの問題点がメジャー科志望者の減少と総合診療専門医志望者数の少なさである。特に後者は機構の対応の遅れが目立ち研修医に与えた不安が大きな要因と考えられるものの、日医としてもかかりつけ医の養成・教育に影響は大きく、会員医療機関のプログラムへの参入など、積極的関与の余地はあると思われる。

いずれの問題も改善には、医療機関・医師・診療科などの正確な医療圏内分布と分析、そしてその推移の把握が必要である。それに加えてレセプトデータの出現数を組み合わせることで、医療圏ご

との医療機能の傾斜・医師配置案など多くのデータ情報を、都道府県や各地域医療支援センターと医療機関が共有できて相互協力が可能となる。日医には、総合政策研究機構などで情報分析し、不足データに関しては国に収集要望を出すなどの積極的関与を行い、医師の地域偏在と診療科偏在の解消にむけて貢献し続けていただきたい。

日医 専攻医の東京集中については、その実態をしっかりと評価し、それを共通認識としたうえで、どのような対策を講ずるべきか検討する必要がある。東京の基幹研修施設で研修をする医師は、近隣地域の協力施設等でも研修をしているので、その地域にも貢献しているという意見があるが、現実とのギャップは大きいと思う。それぞれの県の現状はそれぞれの県が一番よく把握しているので、専門医機構がその情報を収集し全体像を把握したうえで、今後の検討を行う必要がある。臨床研修を修了した時点でその地域から離れてしまう医師が一定数いる問題については、専攻医研修を受ける医師側の希望と上手く擦り合わせていく必要があり、日医としてしっかりと役割を担わなければならないと考えている。専攻医の分布を調整すれば医師の偏在がすべて解決するわけではないが、専攻医に関する新たな仕組みの導入によって、医師の偏在が一層ひどくなることは避けたい。東京に予想以上に専攻医が集まっていることは、深刻に受け止めて考えなければならないと感じている。平成 30 年から既に動き出している制度をゼロに戻してやり直すことはできないので、適切な手直し及び調整を図っていく。最終的には都道府県の医療審議会あるいは地域医療対策協議会等で知事が意見を集約するので、各県医師会には認識のすり合わせをよろしく願いたい。

広島県 東京集中をなんとか現実的なことで対応していただきたい。

山口県（加藤専務理事） 何らかのインセンティブを設けない限りは医師の偏在は解決できないと考えている。保険者のインセンティブは増えてきており、DPC 病院に対しては基本の 1.4 倍程度の診療報酬加算がある。アメリカのように診療科

によって医師のサラリーが大幅に違うような制度は求めているが、ほんの少しであってもインセンティブをつけることが偏在の解消にもっとも効果的だと思う。

日医 ご指摘のとおりである。医療法の改善の中で第一段階に手をつけたが、現状の施策だけではうまくいかないと認識しており、インセンティブの視点は非常に大事だと考えている。

今回の医療法の改正で医師不足地域に勤務した医師に対しての国全体の感謝の気持ちと管理者要件との結び付けが謳われているが、それは入口にすぎず、それだけで何かが解決するとは思えない。医師不足地域に勤務した医師へのインセンティブを考える一方で、その医師がそれまで勤めていた、送り出す側の医療機関へのインセンティブも検討されるべきと考える。まだ十分な議論が深まっていないのであまり踏み込んだ発言はできないが、ご指摘のとおり診療報酬上で DPC の評価を変えることは、送り出す医療機関へのインセンティブとしては大いに有り得ると思う。一方で、診療報酬の総枠には厳しい枠がはめられており、なかなか弄るところはないが、偏在解消は待たないで早急に前に進めていかなければならない。日医は大変強い危機感を持っており早く形にしたい。

徳島県 地域偏在、診療科偏在については、医師個人に与えられている選択する自由を弄ってよいのか。医師会としてどのような立場で早急に偏在を解消する方法を望むのか、いろいろな項目を進めていくことで偏在解消に仕向けて行くのかをお聞きたい。

日医 データを収集して公表していくことが必要である。診療科ごとの医師の必要数を出すのが難しいが、そこを示して合意を形成する必要がある。その全体像が出てから、この診療科の医師がこれほど多く毎年出てよいかどうかを、これから医師になる人にしっかり示して、適正なところをもっていく。必要な診療科を優先して養成するためには、どのようにしなければならぬのかを早急に考えなければならない。

医療計画のなかで医師確保計画を出すことは決

まっているので、今後お示いただくことになる。人口あたりの医師数や人口あたりの診療科の全国平均をもとに、その県や地域はどの診療科が多いか少ないかを出していく。それを基に確保計画を作ることはできるが、それをどのようにして実現するのかとなるとなかなか難しい。

最近の事例であるが、茨城県では病院と診療科を指定して医師何人増という目標の実現を最重点で掲げられた。いろいろな調整が難しくなってきた。そこまで踏み込めないと思う。私は群馬県出身なので群馬県庁とは頻りに情報交換しているが、群馬ではなかなかそこまでは踏み込めない。それぞれの県において、どの病院のどの診療科に医師を何名増員させたらその地域の医療は大きく改善するというイメージは、根拠はなくても皮膚の感覚で示せると思っている。最重点の目標はそのくらい具体的に示さなければ実現に近づかないと強く感じた。基本的にその目標の実現に向けては、それぞれ県が最大限の努力を払うことになるが、県の努力だけでうまくいかない場面は必ず出てくる。全国でそこを支援するように話を持っていくことができれば、それほど多くの医師を異動させなくても状況は改善すると感じている。今後は、医師確保計画がより具体的なイメージの基に作成され、早く実現を目指されることが望ましいと考えている。

※医師の働き方改革に関する香川県、島根県からの提言・要望について、一括して日医からコメントがあった。

医師の働き方改革に伴う財源の確保について

(香川県)

医師の働き方改革の具体的施策については現在議論されているところだと認識している。この施策の実施には人が必要であり、それに見合う賃金が必要である。現在、多くの病院で人件費が経営の課題となっているが、この施策の実施に向けての財源の議論がなされていないように思う。日医には、診療報酬などでの財源の確保をお願いしたいが、いかがか。

医師の働き方改革について (島根県)

国民皆保険は世界に誇る医療制度であり、これはひとえに先達医師による献身的努力のおかげで

あると思われる。しかしながら、最近このシステムを根本から揺るがす議論がなされている。「医師の働き方改革」である。

働き方改革は安倍政権による経済対策の一つで、働き方の抜本的な改革を行い、企業文化や社会風土も含めて変えようとするものであるが、医療界においては種々の課題がある。医師も一般労働者という考えに立ち、医師の働き方改革では「地域医療の継続」と「医師の健康への配慮」という両方を考慮する必要がある、医師については 5 年後を目途に適用することになった。

日医が現在把握している進捗状況についてご教示いただきたい。

日医 医師の働き方の検討は現在盛んに行われており、来年 3 月末に提言を出すことになっている。

最新の状況として、医師の応召義務に対する考え方がもう一度整理されてきている。どのような場面でも医師は患者さんの求めに応じなければならないという考え方を整理して、医師としてはそうありたいと思っているが、現実的にどのようにすべきか徐々に合意形成に至ってきている。

また、宿直・当直に関しては、ほぼ通常の業務をしなくて済む働き方と、日中の通常業務と全く同じ働き方の二つの分け方しかないが、この中間的な働き方に対する報酬体系を新たに作る必要があるとの合意が得られてきている。どこで線引きをすべきかについては議論が必要だと思われる。

労働時間の上限については、医師の特殊性についてある程度理解が得られてきているが、一方で医師の健康被害を出さないためには、上限をどのようにすべきか議論が進んできた。

タスクシフティングについては、声高に言われているが、経済財政諮問会議等の返答を考えると、どれだけ財源をつぎ込めるかにかかっている。医師の負担軽減に一番役立つのは医師事務作業補助者を大幅に増やすことで、だれも疑問がないところである。これに対する莫大な財政的な裏付けが大きな課題となるが、まだそこまでの話にはなっていない。新たに医療職をどれだけ養成できるのかについては、若年人口が減少する中では限りがあることは明らかである。医師や看護師を一人養成するのに必要な費用も考えながら探っていかなければ

ならない。財源を考えずに医師の働き方を変えて負担を軽減するのは無理である。財源を確保できる範囲で改革していくしか方法はないと感じている。

准看護師資格の国家資格化について（鳥取県）

医療ニーズの増大していく社会状況の中、准看護師養成の必要性は引き続き高いものとする。資格試験についてもおおむねブロックごとに委員会を組織して試験問題を作成しているが、試験日を同日にできればブロックごとに別の試験問題を作成する必要性もないものとする。准看護師の国家資格化を含め日医からの働きかけをお願いしたい。

日医 従来、准看護師の資格試験は都道府県が行っており、六つのブロックに分けて実施していたが、2019 年 4 月から、外部の指定試験機関に委託してもよいことになった。その受け皿を日医が中心になって作ろうと進めており、私が 10 月中に六つのブロックの幹事県に行って協議する予定である。統一試験に向けて進めていこうと思っており、看護師の国家試験とは別の日に試験を実施したい。これまでブロックを跨いで受験する人がいたので、可能であれば二種類の問題を作成し、試験日を変えて二回の受験機会が得られるように考えている。今後、47 都道府県と個別の契約を指定試験機関として結ばなければならないが、それには都道府県医師会の協力が不可欠であるのでよろしくをお願いしたい。その仕組みができた段階で国家資格への議論が考えやすくなると感じている。

梅毒のアウトブレイクへの対策について（岡山県）

全国的な梅毒の増加が止まっていない。特に瀬戸内海沿岸での増加傾向は加速している。日医は感染症法改定の際に梅毒を第 3 類感染症とする、あるいはベンジルペニシリンベンザチン水和物筋注剤の早期の承認など厚生労働省に対しスピーディーな対応を求めてくださっている。

しかし、行政の対応は感染拡大のスピードに追いついていない。行政の動きを待つことなく活動でき、個人保護法と臨床研究法に抵触しないデー

タ収集方法の確立にご協力いただきたい。また、感染拡大の要素の一つである Web ルートの対策に関して、サイトの追跡等は医師の裁量を超えている。追跡する権限を持つ行政組織への協力依頼を是非ともお願いしたい。

日医 ご指摘のとおり、近年、梅毒感染者の著しい増加を認める。性行為感染症は梅毒以外にも多数存在するが、クラミジアや淋病は増加を認めておらず、なぜ梅毒だけ突出して増加しているのかはまだ解明できていない。いわゆる性風俗の産業形態の多様化が影響している可能性も否定できない。第一類のエボラ出血熱やペストについて、個人情報保護と公衆衛生上の観点からどのように整理すべきか議論が始まったところだが、梅毒についても感染症法のどの分類に指定され、どの情報まで開示するのかについて早急に整備するよう検討する。

また、岡山県より、患者の Web による追跡調査などは医師の範囲を超えており、日医から関係団体へ働きかけるよう要望があった。

日本健康会議の都道府県版の設置について

(広島県)

先般開催された都道府県医師会予防・健康づくり(公衆衛生)担当理事連絡協議会や第 143 回日本医師会臨時代議員会などで、横倉会長より日本健康会議の都道府県版を全国に設置し、地域性に配慮した予防・健康づくりの推進について言及されている。

今後、推進にあたり、各都道府県医師会レベルでの受け皿をどのようにお考えか、また、健康増進法に基づき設置している健康日本 21 や各都道府県での健康増進計画等との棲み分けについてはどのようにお考えか、お示しいただきたい。

日医 日本健康会議については、横倉会長と日本商工会議所会頭の間の話が起点となり、企業の健康経営を促進するという視点から、日本健康会議を主体として活動している。都道府県単位で健康会議を組織し、各々の地域の実情に合った形で、医療従事者だけでなく他のいろいろな業種を盛り込んだ形で、将来の健康について考えることが必

要であり、日本健康会議の都道府県版を要望している。

日本医師会テレビ会議システムの更なる利便性の向上について(愛媛県)

日本医師会テレビ会議システムの運用が開始されて以来、日医が開催される各種協議会等については、われわれ地方医師会の役員は東京へ赴く負担の解消が図れており、大変ありがたく感じている。

現在のところ、各都道府県医師会で 1 アクセスが基本となっているため、関係役員が県医師会館へ赴いて視聴しているが、各都道府県医師会で複数アクセスが可能といただければ、県医師会館へ赴かずとも役員の医療機関あるいは郡市医師会からの視聴・録画が可能となり、県内移動の負担も軽減される。

また、そのことで、より多くの関係者に同時に情報を共有していただくことが可能になる。

必要であれば機能を拡張していただいて、テレビ会議システムのさらなる利便性の向上を図っていただければと考える。

日医 機器等の進歩により、音声や画像が良好な状況で利用できるようになった。アクセス数を増やしてほしいとのご要望はよく分かったが、今のところ費用の問題がクリアできていない。強い要望をいただいたことを理事会等で報告し、努力してまいりたい。

報告：副会長	今村 孝子
専務理事	加藤 智栄
常任理事	沖中 芳彦
常任理事	中村 洋
理事	伊藤 真一