

令和元年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和元年9月28日(土)、29日(日)

ところ ザ クラウンパレス新阪急高知(高知県)



今年度の総会は、高知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。

第1分科会「医療保険・産業保健」

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. 診療所に対する、生活保護法による指定医療機関個別指導について(鳥取県)

生活保護法による個別指導について、病院に対しては以前からあったが、診療所に対する個別指導は今年度で3年目になる。生活保護法による診療所に対する個別指導について各県に伺いたい。

① 選定される診療所の件数について、当県では毎年4か所の診療所が指導対象として選定されることとなっているが、各県の選定される診療所の毎年の件数について伺いたい。

② 生活保護受給以外の請求点数に比べて生活保護

受給者のレセプト1件当たりの点数が高い医療機関が選定されることから、当県では在宅医療支援診療所から選定されることがほとんどとなっているが、選定される診療所の診療科に関しても各県に伺いたい。

回答

① 各県とも状況は同様であった。山口県では、平成29年度4件、平成30年度2件、令和元年度4件となっている。

② 選定基準は、「各福祉事務所ごとに委託患者が概ね月平均10人以上いる診療所が対象(病院は15人以上)」とのみ示されている。なお、山口県において直近3年間に複数回選定された事例は発生していない。

日医からは、特殊な選定状況が窺えれば報告してほしいとの発言があった。

2. 漢方薬の多剤投与について(島根県)

同一処方内における漢方薬の多剤投与について、漢方薬が3剤以上処方される事例も多くみられる。特に一般薬と併せて多剤投与となっているケースも多数みられるが、各県の審査会において、

漢方薬を何剤まで認めているか。

なお、当県の国保審査会では、原則 2 剤までとしている。

回答 各県の報告では 2 剤までとする県が多かった。山口県では、低薬価薬剤ルールの場合とは別として、3 剤以上処方された場合は、「同一処方の上限量を合計で 2 剤用量まで」（1 剤を 2/3 量ずつにする等）と社保・国保において合議し、周知していると報告した。

日医からは、各県の取扱いには多少の差異がある旨、報告された。

3. 交通事故医療における後遺症診断書作成の問題点について（岡山県）

交通事故医療においては医療類似行為での治療、同意書、物件事故扱い、新基準採用などさまざまな問題点が取り上げられ論議されている。後遺症診断書についても同様に問題点が多く、以下の点で作成に苦労している医師は多いと思われる。

後遺症診断書は治療開始から 6 か月以上で申請可能となるが、損保会社が症状固定に納得しない患者に対して治療終了の一手段として患者に申請を促していることが多い。しかし、患者は交通外傷で多い疾患である頸椎捻挫の頭頸部痛、めまい、上肢の痺れ程度では等級が認定されないことを知らないため、治療終了後に患者と損保会社、加害者間あるいは患者と作成医師間でトラブルになることがある。また、弁護士から診断書の内容について、症状を誇張した表現を用いる指導を受けて作成者に要求してくる場合は遺憾である。所見が抜けることも問題であるが、カルテ上にないことを記載することはもっと問題である。経験の少ない若い医師も診断書作成にあたり、トラブルを避けるためにガイドラインを示すことが必要であると考えられる。

等級認定については、頸椎外傷などで明らかに筋力低下、運動麻痺症状がある場合や強い頭痛、めまいなど低髄圧症の症状があっても画像検査などで所見がない場合は、認定されないか最低等級となることが多い。認定における書面上での判断

は公平性という点では意味があるが、診断書の形式上、症状が伝わり難いことも問題である。裁判になる前に再審査の場合だけでも別の医師の直接の診察、診断書を参考にした判断が必要であると考える。

各県における後遺症診断書作成に関する問題点や対策について伺いたい。

回答 同様のトラブルは各県でも頻繁に発生している状況であった。現時点では、患者に対して（なるべく大規模病院への）セカンドオピニオンを促し、再検査の上、判断することが勧められる。なお、「後遺症診断書は治療開始から 6 か月以上で申請可能」とする規定はない。

日医は、後遺症診断書にはあくまで主治医の医学的所見の記載が必要であるとの見解であった。

4. 地域包括診療加算・地域包括診療料の算定要件の緩和について（広島県）

地域包括診療加算・地域包括診療料は主治医機能を評価したものであり、所定の算定要件や施設基準を満たせば、診療所は加算（加算 1：25 点、加算 2：18 点）又は診療料（診療料 1：1,560 点/月 1 回、診療料 2：1,503 点/月 1 回）のどちらかを選択し、算定できる（200 床以下の病院は診療料のみ）。

この加算又は診療料を算定するためには、対象疾患として 4 疾病のうち 2 つ以上を有する患者に対して在宅医療の提供（24 時間連絡・往診）、服薬管理（原則 24 時間対応）などが必要な上に、担当医となった医師は、研修要件として 2 年間で 20 単位（時間）の研修を受講し、かつ継続的に厚生局に届出し続ける必要がある。

最近では、この単位取得について、日医の研修会を録画したビデオ研修や e-Learning による単位取得もできるようになっているが、多くの医師は研修会へ出席することで単位を取得しているものと推測される。働き方改革が叫ばれる中、24 時間対応を迫られる主治医機能を有するかかりつけ医が、さらに日曜の朝から晩まで研修会場に缶詰にされることには些か疑問を感じる。

また、平成 30 年度から日医の研修会を録画し

たビデオ研修も可能となったため、当会では本年度は 8 月 25 日（日）のテレビ会議による研修に加えて、10 月 27 日（日）に県北の三次市でもビデオ研修を企画している。来年度からは各市郡地区医師会主催でもビデオ研修を開催できるように調整する予定であるが、各県ではどのような形で研修会を企画されているか伺いたい。

なお、今後は日本医師会認定産業医制度のような基礎研修・更新研修の導入や取得単位数を減らすことなど、要件の緩和を強く望むものである。

回答 山口県医師会でも、8 月 25 日（日）のテレビ会議による研修会に加えて、10 月 27 日（日）にビデオ研修を開催する。

日医は、県又は郡市区単位の開催でも算定要件を満たすので、検討願いたいとのことであった。

5. 10 連休中の休日加算をめぐる各都道府県の取扱いについて（山口県）

本年 4 月から 5 月に掛けての 10 連休中における休日加算の取扱いについては、算定要件である「地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関」の解釈をめぐる、各都道府県又は市町村間で取扱いが区々になったようである。

このことは患者の自己負担金にも影響することであり、一物二価を容認することは、今後、長期連休がある度に議論が起きかねず、また、これを前例として「都道府県別の診療報酬制度」を是認することにも繋がりがかねない。

次の年末年始は 9 連休になるわけであるが、休日加算は全国統一的な取扱いをするべきと考えることから、各県の意見及び日医の方針を伺いたい。

回答 各県の対応は大きく分けて二つあり、本加算は算定要件にもあるとおり、地方自治体と協議の上、救急医療対策事業の一環として「位置づけた」か「位置づけなかった」かの違いである。取扱いの県数もほぼ半々に分かれたが、各県の救急医療体制が異なるため、同位置づけも区々となった。しかし、診療報酬体系として、これでよかつ

たのかは疑問が残るところである。各県とも、次の年末年始を含め、当面、特別措置を行うことはないとのことであった。

日医は、10 連休中の本加算について、厚労省から「算定要件は従来どおり」と通知されたことに伴い、各都道府県の解釈が区々なることを防ぐため、事態の收拾を図る目的から、「休日の医療体制を構築した場合は、休日加算が算定できる」旨の通知（平成 31 年 1 月 31 日）を発出したが、各県の救急医療体制が異なる中では十分に意図が伝わらず、申し訳ないとのことであった。

6. 労災レセプトに係る審査会の画面審査について（香川県）

労災レセプト電算処理システムを利用する医療機関が増えるとともに、審査会での画面審査の機会も増えている。しかし当県では、社保国保の審査に比べて画面操作が煩雑で時間を要し、審査委員の負担となっている。

そこで各県に以下について伺う。

- ① 労災レセプト電算処理システムによる労災診療費請求の割合
- ② 画面審査の問題点等

回答

- ① 各県の状況は 20%～30%程度であった。
- ② ほとんどの県では、PC が 2 台しか導入されておらず、かつ、操作性が悪いことから利用されていない状況にあった。

7. あはき療養費に関して（愛媛県）

2019 年 1 月から、あはき（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）療養費の受領委任払いの導入が開始された。その際に同意書の有効期間が 3 か月から 6 か月に延長され、再同意には施術報告書が必要となった。しかし、このあはき療養費に関しては多くの問題を抱えている。

その一つに「B013 療養費同意書交付料」に関して、診療報酬明細書（レセプト）審査支払機関の国保連合会、社会保険診療報酬支払基金では、ほぼ無審査状態という問題がある。また、この療養費同意書交付料には「マッサージ」と「はり・

きゅう」の区別がない点も問題である。少なくとも療養費の支給条件が異なる点を考慮すると、医師の同意が「マッサージ」なのか「はり・きゅう」なのかが分からなければ審査支払機関では審査はできない。社会保険診療報酬支払基金では「B013 療養費同意書交付料」については原則無審査とされ、すべて保険者に一任されている。

そこで、各県医師会ではき療養費について問題視し、調査をしたことがあるか伺いたい。

回答 調査に及んだ県は少数であったが、「ケアマネ協会へ問題点を指摘する」、「国保連合会において、初診患者で B013 療養費同意書交付料の算定がある場合は、注意文書を通ずる」等の措置を講じた県があった。山口県においては、会員へ事務連絡「柔道整復・鍼灸等の施術への同意書交付について」（平成 24 年 4 月）を發出して注意喚起を行っており、また、整形外科を標榜する医療機関へポスター「柔道整復・鍼灸・マッサージ等を受ける場合の注意事項」を作成の上、配布して患者への情報提供も行ったところである。なお、事務連絡發出後は諸団体から何件も抗議を受けたところであるが、それだけ影響があったものと考えている。

日医は、厚労省の関係委員会へ担当理事を出席させており、今後も「柔道整復」の問題と併せて、適切に対応していくとのことであった。

8. 医療機関における産業医の活動状況について (徳島県)

医師の働き方改革が問題となっている。これまで、医療機関では産業医が選任されていても、一般企業のように、産業医による長時間労働やストレスチェックでの高ストレス者の面接、また、職場巡視や安全衛生委員会への出席が確実に行われている状況にはないところもある。当会産業保健委員会でも、これまで医療機関での産業医の活動状況についての調査は行ってこなかった。医師の過重労働対策は、2024 年までに地域医療暫定特例水準対象を除いて、960 時間を超えないようにしていかなくてはならない。勤務間インターバル、連続勤務時間規定は非常に重要である。医療

機関も労働現場として、産業医の適切な配置、職務の遂行が重要となる。働き方改革関連法案成立で、産業医・産業保健機能の強化として、産業医に対する情報提供、産業医権限の明確化、産業医勧告の実効性確保などが新たに定められた。これを医療機関にも展開していく必要があるが、県医師会として医療現場での産業医活動状況について、調査された経緯があれば教示いただきたい。また、今後の医療現場における産業医活動に対する取組み支援について、医師会としての見解も伺いたい。

回答 各県とも調査した例はなかった。なお、医療機関における産業医について、院長が産業医を兼務してはいけない点は、難しい問題であるとの共通認識であった。

日医も、医療機関における産業医は院外・院内のどちらがよいのか、今後も検討会で協議することであった。

9. 県医師会における産業医活動の組織化について (香川県)

働き方改革関連法が成立し、今まで以上に産業医に求められる職責は重くなっている。そういった状況の中で、日医は産業医が安心して産業医活動に専念できる環境・体制作りに向け、各都道府県医師会に設置されている産業医（部）会と連携して産業医の組織化に取り組んでいると理解している。

現在、当県の産業保健活動は、県医師会と香川産業保健総合支援センターが連携して行い、産業医研修会などを実施している。さらに小規模事業場に対応するための地域産業保健センターは、県内 5 か所に設置され、それぞれ所属する郡市医師会と連携して運用されている。

しかし、現在のところ産業医が互いに情報交換や業務上の課題の相談をしたり、又は日医からの情報の共有や提言をあげるような県単位の産業医会の活動はない。

産業医の組織的活動に関する県医師会としての取組みについて、各県の状況を伺いたい。

回答 各県とも研修会等が頻繁に開催されている状況であった。山口県医師会産業医部会では、県内の産業保健活動を推進するために、山口産業保健総合支援センター、山口県産業医会等との連携のもと年間 18 回の郡市医師会協力の産業医研修会を開催している。県医師会では部会の総会時等、年 2 回の産業医研修会を開催し、山口労働局による特別講演「最近の労働衛生行政について」等の研修を行っている。

また、各郡市医師会産業保健担当理事を集めた会議を開催し、産業保健活動推進全国会議の報告を行うとともに各郡市医師会における産業保健に関する課題等の意見交換を行っている。

日医は、産業医についてはカンファレンス、事例研究等が難しい分野ではあるが、組織化の道筋が見えてきたので、相談窓口の設置等に取り組んでいきたいとのことであった。

10. 回復期リハビリテーション病棟のリハビリについて（高知県）

会員からの質問で、国保で入院の運動器リハビリテーション料（1）の請求で 7 単位以上算定しているのを 6 単位に査定したり、7 単位以上のレセプトに必要性を記載させる返戻事例があるが、各県の状況を伺いたい。

【国保審査委員会の見解】

疾患別リハビリテーション料については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断された場合には、患者 1 人につき 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できるとなっている。個々の病態、年齢（超高齢者）等を考慮して適切なリハビリの単位数の請求をお願いする。

レセプト内容のみでは判断しにくいケースにおいては、返戻してリハビリの必要性、具体的なリハビリの内容、経過等を確認する場合があるので、協力をお願いする。

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション 9 単位までは 1 日の上限であるが、患者の疾患、状態、年齢等を総合的に判断して実施していただくようお願いする。

山口県 各県とも同様の事例は多く発生しており、年齢や疾患が影響している様子である。本県においても、社保及び国保において、「高齢者などに対して傾向的又は画一的な多単位請求がある場合は、過剰な保険診療（高額診療）となることから、理由確認のうえ査定もあり得る。」と合議されているところである。

日医は、一律の査定には適切な対応が必要との見解であった。

日医への提言・要望

1. 定額制の導入について（鳥取県）

国は、患者が自らの「かかりつけ医」を登録し、診察料が月単位の「定額制」になる制度の検討を始めたとの新聞報道があった。

一定の診察料を払えば、医者に「かかり放題」。しかしながら、国の本当の狙いは医療費の伸びを抑えることである。

定額制で頻回に来る患者の診察を繰り返しても、その分、診療報酬が増えるわけではなく、医療機関はできるだけ定額制の患者が来ないように誘導し、来院しても手間や費用をかけない診療になってしまうおそれがある。その結果、定額制の患者に対して、医学的に本当に必要な診療が疎かになり病状が悪化したり、重大な疾患が見落とされたりする可能性がある。

厚労大臣は、「定額制の導入は検討していない。」とコメントしているが、国はこの制度を導入して医療費を抑制しようと考えている。日医としては、このような制度を導入しないように国に強く求めるとともに、しっかりと監視していただきたい。

日医 この考え方は、財務省にはあり得るであろう。しっかり反論していく。

2. 職域検診における産業医によるがん検診勧奨について（鳥取県）

当県では、がんによる 75 歳未満年齢調整死亡率が高く推移しており、がん検診受診率向上に向けさまざまな取組みを行っているが、職域で行われているがん検診については現状も十分には把握できていない状況である。保険者、事業所の任意

である検診内容を把握するための統一したフォーマットも検討されているものと思われるが、現状での受診率向上については、特に小規模事業所において産業医の関わりが重要と考えられる。被扶養者を含め職域でがん検診を受ける機会のない者に対しては市町村がん検診の勧奨などが期待されるが、有効な取組みを教示願いたい。

日医 強制力があるものはないが、推進には取り組んでいる。また、産業医の関わり方も改善が必要と考えられる。

3. ニコチン依存症管理料の届け出および減算規定について（島根県）

禁煙外来を行う医療機関は、まず施設基準を満たしている旨を厚生局へ届け出て、受理後にニコチン依存症管理料を算定するが、この事務作業の煩わしさから禁煙外来を敬遠する医療機関もある。

その上、禁煙外来を継続するために毎年 1 年間の実績を届け出る義務があり、1 年間で平均継続回数 2 回以上又は算定実績がなかった場合は届け出直しが必要となり、次年度は所定点数の 100 分の 70 で算定するという減算規定を守らねばならない。

昨今、政府の受動喫煙対策により 2018 年 7 月に健康増進法が一部改正され、2020 年 4 月より飲食店を含むほぼすべての施設で原則、屋内禁煙となる。このような情勢の中、ニコチン管理料の施設基準を毎年の届け出る規定は禁煙外来の推進を圧迫するものと考えられる。多くの方に禁煙していただき、受動喫煙による害を減らすためにも、できるだけ多くの医療機関が禁煙外来を行って継続していけるよう、届出及び減算規定は廃止していただきたい。

日医 貴見のとおり理不尽な規定であり、改善していく。

4. 『医科点数表の解釈』の電子書籍化について（岡山県）

『医科点数表の解釈』（いわゆる「青本」）は各審査機関でも長年使用されている医療関係者必携

の書であるが、その情報量の多さゆえに約 2,500 頁に及んでいる。必要な事項を検索する場合にも慣れていなければ時間のかかる作業になってしまうが、これを電子書籍化すると同時に簡素化すれば、検索、閲覧などに費やす時間も短縮され、非常に効率的に参照することが可能となる。また、一般的な出版物に比べて質量、容積ともに大きく郵送等の費用も看過できないため、これらの問題も電子書籍化することによってすべて解決すると思われるので、日医で検討していただきたい。

日医 民間企業（社会保険研究所）の判断となるが、かつての CD 化と同様に要望していきたい。

5. ICT 化における診療報酬評価と医療等分野の相互接続基盤の早期導入（岡山県）

現在、国においては医療の ICT 化を推進しており、オンライン診療はもとより、診療情報提供や退院時カンファレンス等さまざまな領域での使用が認められている。しかし、医療情報という機微な情報（要配慮個人情報）の交換のため、セキュリティ管理をはじめとする設備経費が利用の足かせになっている。これらの負荷を少なくする目的で、被保険者資格確認、オンライン請求、電子紹介状、電子処方せんなど ICT サービスを共通利用する相互接続基盤ネットワーク整備が総務省、日医などの協力で実証されてきたが、一向に方向性が見えてこない。個々のサービスが進む中、その接続には 1 対 1 の固有の回線が必要となるが、これも経費負担の増加につながり、ICT 化の阻害要因となる。今後の ICT の導入は避けられないため、これらの現状を踏まえ会員の負担軽減を見据えた診療報酬上の適正な評価を働きかけていただきたい。

日医 積極的に要請していく。

6. データ提出加算（中小病院）の経過措置について（山口県）

入院基本料の加算である「データ提出加算」において、中小病院（50 床未満）については、経過措置として令和 2 年 3 月 31 日まで当該施設基

準を満たしているものとみなされ算定できる。ただし、経過措置終了後も算定を継続するためには、同施設基準である DPC 請求の体制を有し、また、その届出を（2 か月分の試行データが必要であるため）期限である本年 11 月 20 日までに提出する必要がある。中医協においても、提出項目の簡素化や 200 床以上における検証結果を踏まえた上での導入等、現場の負担を考慮する等の意見が支払側、診療側双方からも出されているが、現状では、中小病院の多くが間に合わない状況と仄聞する。経過措置の対象である入院基本料等については、データ提出加算の届出要件を延長又は緩和されるよう要望する。

日医 現在、交渉は進めている。

7. 支払基金改革について（徳島県）

健康保険法改正案が可決し、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法の一部を改正する法律が施行され、支払基金改革が現実のものとなる。

① 支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンス強化（2021 年 4 月施行）

② 職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国 10 か所程度の審査事務センター（仮称）に順次集約（2022 年 4 月以降～）

③ 審査委員会は、本部の下に設置（現行は支部の下に設置）

・ 地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47 都道府県

・ 審査委員会の審査補助業務は 47 の審査事務局で実施

となり、かろうじて今まで審査委員会と県医師会等の間の顔の見える関係は残されたが、全国で 10 か所の審査事務センターでの審査が中心となり、支部間差異の解消にはなると思われるものの、各県の医療事情に照らした細やかな審査が難しくなる。支部間差異には、審査以外にも保険者からの再審請求もあり、特に 6 か月を経過しての再審請求については、当県では「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」（昭和 60 年 4 月 30 日）、厚生省保険局課長通知等

による「支払基金に対する再審査の申出は出来る限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則 6 か月以内）を遵守すること。」等を踏まえ、平成 28 年 3 月に県医師会より基金に申し入れを行い、現在 6 か月を超える再審査は激減している。しかしながら、全国的には 30 か月を超える再審査請求がいまだにあるなど、厚生省課長通知を無視している事例が認められ、今後、審査の集約により今までの当県の再審査の取り決めも反故にされるおそれがある。

日医は、再度厚生省通知を徹底するよう、厚生労働省、支払基金、保険者団体に強く働きかけることを要望する。

日医 性急な改革には疑念がある。もう一度、実態に応じた実証テストを実施することが必要であり、10 か所への集約は反対していく。

8. オンライン資格確認等について（愛媛県）

2021 年 5 月から、従来の被保険者番号（世帯単位の番号）に個人単位の 2 桁番号を付してレセプト請求が計画されている。そのため、2020 年 4 月以降、各保険者で個人単位の 2 桁番号が発行開始され、可能な保険者から保険証の順次切替えがはじまる。また、現在発行されている保険証を回収するまでの対応として、さまざまな運用案が検討されている。

・ 保険者から加入者本人に 2 桁の番号を通知する（通知方法は紙のほかメールも可）。

・ 通知には、保険証の氏名、生年月日、記号・番号、発行機関名・所在地等も記載。

・ 本人は受診時に保険証を提示するとともに、通知の紙又はメールの文面（携帯電話のメール画面も可）を提示し、2 桁の番号を申告する（2021 年 4 月診療分から）。

・ 紙などの通知の提示に代えて、保険証の本人住所の自署欄に 2 桁番号を自署する、保険者が 2 桁番号のシールを貼るなどの方法を選択することも可能とする。いずれにせよ、医療機関の受付では患者本人から 2 桁番号を得るために混乱が生じることが考えられ、保険証の切替えまで本人が 2 桁番号を申告できない高齢者等も出ると思われる。

また、2桁番号を得られなかったレセプトも、社保、国保で受理されるのか不明である。

次に、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認は、正式に法律で定められた制度となったので、これを推進して保険証発行コストを削減しようとする（保険証の発行を止めようとする）保険者も出てくるものと思われ、医療機関の事務ではオンラインでの資格情報取得と現状の被保険者証確認による事務が交錯する状態になるが、日医はどのような対応を考えているか伺いたい。

日医 当分の間、実施は難しいと考えられる。

9. オンライン診療料について（高知県）

2018年4月の診療報酬改定で「オンライン診療料」などが新たに導入されたが、医療は対面診療を原則とし、オンライン診療はあくまでも補完としての位置づけであると理解している。離島僻地などにおいては非常に有益なことであり、今後、医師偏在問題や働き方改革において利用拡大が期待されるものとする。しかし、離島僻地と都市部におけるオンライン診療は、明確に異なる性質のものであり、別々の算定要件及び診療料を設けるよう働きかけていただきたい。

日医 患者の利便性にのみ注目すべきではなく、不用意な拡大は危険であるため、あくまでエビデンスに基づいて慎重に対応していく。

報告：常任理事	萬	忠雄
理事	伊藤	真一

第2分科会「地域包括ケアシステム」

第2分科会は、日本医師会の江澤和彦 常任理事をコメンテーターとして迎えて、担当県の高知県医師会の進行により開催された。今回の分科会では、「地域包括ケアシステムの構築」に関して各県の取り組みや課題をそれぞれが発表し、「認知症関係」「有床診療所と介護医療院転換」「災害避難」については、指名のあった県が回答していた。

各県からの提出議題

- (1) 医療、介護、行政等における多職種連携システムの商用又は自前での構築及び活用例について（鳥取県）
- (3) 地域包括ケアシステムを地域住民に啓発する活動に関する取組みについて（岡山県）
- (4) 高齢者だけでなく障害児者や子ども・子育て家庭など幅広い対象に向けた地域包括ケアシステムの構築への取組みについて（広島県）
- (5) 小規模医師会等における中山間地や離島等での地域包括ケア構築への取組みについて（山口県）
- (7) 地域包括ケアシステム推進に向けての住民組織や産業界との連携への取組みについて（香川県）

鳥取県

- (1) 多職種連携システムについては、本県西部において商用システムの「バイタルリンク」を昨年度より導入して、徐々に活用が始まっている。
- (3) 地域包括ケアシステムの住民啓発については、東部地域を中心に行政からの委託の中で、仮想症例の寸劇DVD、独自のACPパンフレット、ACPの考えを盛り込んだ終活支援ノートの作成などにより地域住民学習で活用している。参加者からは良い評価をいただいているが、参加者のほとんどが高齢者であるため、介護を支援していく側の若い世代にどのように参加・理解を深めていくかが課題である。
- (4) 幅広い対象に向けた地域包括ケアシステムの構築については西部地区で全国に先駆けて鳥取大学医学部小児科を中心に組み立てられており、今年度、米子市には発達障害の小児や医療的ケアを必要とする小児の在宅医療に取り組む2院が開設された。まだ、始まったばかりであるが、障害を持つ小児を如何に地域で支えていくか、行政とともに医師会も模索していきたいと考えている。
- (5) 中山間地域、離島等での地域包括ケアシステムの構築については、自治医大卒業医師及び鳥取大学医学部特別養成卒卒業医師を県職員として採用して、指定勤務期間内に不足する自治体立病院や診療所へ派遣することにより地域医療を支えている。

る。しかし、特に特別卒業医師の進路については、入学時の厳しい制限が課せられており、学生のキャリアパスの中では不満が生じているようである。入学時と卒業時の社会情勢等の変化により、当初の規制が時代に合わなくなっていることもあり、県行政と医師会とでも協議をして、ある程度は学生の希望通りにできるよう軌道修正を図っているところである。(7) 産業界との連携はほとんどない。

島根県

(1) ICT について、平成 25 年に全県ネットワーク「まめネット」が稼働しており、平成 27 年から「まめネット」の中で、介護分野への連携を進めている。現在、参加施設は 841 施設、医療機関は病院 41 施設で全病院の 80% を占める。医科診療所は 281 で全体の 40% が参加している。

①在宅情報共有サービス、②認定情報共有サービス、③ケアプラン交換サービス、④汎用文書送信サービスを活用しており、情報連携による円滑な情報共有と各職種において課題であった業務負担の軽減効果が実証され、介護分野で 368 施設が参加している。今年 10 月からは、「まめネット」の回線を利用した Web 会議システムを導入する予定である。

(3)・(5) 地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想とが同時進行しているが、特にへき地での医師不足は他県同様に課題である。平成 29 年に在宅医療の供給体制について、全県的に往診件数、訪問診療件数、在宅療養指導管理の患者数、夜間往診、2025 年に予想される往診・訪問診療件数、継承等について調査された。予想どおり開業医の高齢化、継承者不在などにより、在宅医療を実施する医師が不足する見込みで、へき地・山間部において特に夜間の往診が減少するという結果となった。その対策としては、フォーラムなどによる健康づくり・介護予防と一体となった在宅医療・在宅介護への住民への理解促進、通院支援等の移送サービスや居宅介護に対応した小さな拠点づくり、訪問診療設備・機器の支援、訪問看護ステーション及び訪問看護師養成への支援等を行う対策を考えている。

岡山県

地域包括ケアシステムそのものは、基礎自治体と地区医師会が頑張るところだろうと思ってきたが、県医師会として何らかの働きかけができないか、特に、地域住民に対する啓発活動について考えてきたところで、現会長自らが地域に出向き、地域の住民と直接対面して、ACP・人生会議、フレイル対策、受動喫煙防止などについて、健康で生活し続ける意義やそのための方策について議論が展開されている。少人数で対話をしたいということで、毎月 1～3 回をこなしている。同時に、地区医師会の活動をバックアップするために、大きな額ではないが費用の支援をしている。今後、これらの活動を総括・評価して、県医師会としてできることを更に考えていきたい。

広島県

(1) 平成 25 年度から ICT を利用した地域医療連携システム「HM ネット」を運営しており、診療情報開示・参照システムの他にさまざまなグループウェアを構築し、歯科医師会、薬剤師会、看護協会など多職種を含めて稼働させている。26 年度からは自前で構築した在宅医療支援ツールの運用を開始しており、複数医師の協働による在宅診療を支援する共同在宅診療システムと、多職種連携を支援する在宅医療介護支援システムがある。県内の活用状況は、連携施設 133 施設、登録患者数 526 名で、県内全域で活用されているとは言えないが、特定の地域では利用されている。30 年度には、商用の TV 会議システムを導入し、多職種における退院時のカンファレンスや小会議が HM ネットを利用して実施できるようになった。

(3) 啓発活動については、大きく 2 つの取組みを行っている。①県歯科医師会、薬剤師会、看護協会と共同で「県民が安心して暮らせるための四師会協議会」を立ち上げており、健康寿命の延伸をテーマとしたフォーラムを毎年開催している。今年度が高血圧予防、昨年度がメタボ予防といったテーマで取り組んでいる。②医療・介護・福祉の職能団体や老人クラブ連合、県民生委員児童委員協議会など 22 団体で構成する「21 世紀、県民の健康と暮らしを考える会」を平成 13 年度か

ら設けており、そこでは在宅医療、がん、健康寿命の延伸、人生会議といった医療・介護・福祉に関わるフォーラムを毎年開催している。その他、ACP に関して、広島県地域保健対策協議会に委員会を設け、広島版の ACP 説明ツールの手引きの作成をしており、現在のものが第三版に至る。本県では、「元気なうちから、もしもの時のことを話し合う文化」を醸成する事業を進めてきている。

(4) 厚労省では、地域共生社会の実現を政策として掲げられているが、現在の地域包括ケアシステムでは、介護を必要とする高齢者が主体である。今後、ネウボラを含めた医療的ケア児や障害者等を対象としていくのならば、人材育成を含むマンパワーや財政的な課題がある。各県の回答によると、取組みが始まっているのは、香川県のモデル事業、高知県での小規模多機能拠点の事業であり、取組みが進んでいるとは言えない現状ではないか。本県も同様で、現在は、それぞれの事業が細切れに取り組みられており、横断的に包括的な取組みが見られないのが現状にある。日医からも、厚労省へ明確な運営方針を示すよう要望していただきたい。

高知県

(4)・(5) 本県は、中核市である高知市に人口の約 47%、中央圏では 76% が集中しており、医療施設も約 80% が中央圏に集中し、人口のみならず医療においても偏在が顕著である。本県で特徴的なものは、県の施策で、国の「ふるさと雇用再生特別交付金」を活用し、既存の福祉制度の枠組みを超えて、子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、誰もが 1 か所で必要なサービスを受けられる小規模多機能支援拠点を整備する「あったかふれあいセンター事業」(実施主体：市町村)を創設している。いわゆる共生型の支援を目指す拠点であるが、10 年が経過し、サテライトを含め全県下 270 ケ所に広がっている。本県では、地域包括ケアシステムの構築は、中央圏域と中山間地域とでは全く異なるものとなっており、中山間地域では、行政によるインフラ整備では追いつかないところで、やはり人・施設・

サービス等の集約が必要となっている。その中で、「あったかふれあいセンター」事業を利用して人を集約し、その上で、地域包括支援センターを中心として外付けし、住民の医療・介護を確保してきた。一方、中山間地域の訪問看護体制を整備することにより医療の幅が出てきている。行政と両輪で地域包括ケアシステムの今後を考えていかなければいけない。

(1) ICT 利用のシステムについて特徴的なものはなく、他県と比べると遅れているのではないかと思われる。

(3) 啓発事業は、高知市医師会がフレイル、地域包括ケア、在宅医療等をテーマに市民フォーラムを毎年開催している。昨年度は「自分が願う人生の終末期」と題して、ACP をテーマに開催して多くの参加者があり、市民の関心の高さが窺えた。

愛媛県

(1) ICT を活用したネットワーク構想は、20 年経過しており、その結果、それぞれ地域の個別のネットワークを支援するための全県対応のネットワーク基盤を構築している。介護のネットワークについては、一部の地域で商用のシステムが導入されているが、県全体のネットワークへつなぐことについて、現状では必要性をそれほど感じておらず、必要があれば運用状況等を把握して今後検討していく。

(3) 地域包括ケアシステムは基本的には 2025 年に向けて考えられたシステムと考えているが、日本はそろそろこのシステムから次の段階を考えていかなければいけないレベルにあると考える。2040 年には、今まで在宅医療を進めていた地域でも、対象の人口が減っていき、最終的には住み慣れたところで最期まで暮らしていくことは難しくなると思われる。地域包括ケアシステムは、県が主導というよりは、それぞれの地域、郡市医師会又は地域包括支援センター単位でそれぞれ考え、それをサポートしていくのが県の役割だと考えている。

(7) 住民組織や産業界との連携について、産業界は利によって動くため、例えば認知症対策による GPS 等の監視に粗利益が出るのであれば、産

業界は動くかもしれない。個人的には、これらとの連携は厳しいのではないかと考えている。

(4) 幅広い対象の地域包括ケアシステムについては、最も立場の弱い子どもや身体障害者について、本県でもその対応が難しいものの、今後検討していきたい。個人的には必ず 2040 年、2050 年を見据えて動かなければいけないため、コンパクトシティ化していかないと将来は成り立たないのではと思っている。

香川県

本会では、主に基金を利用し、多職種による研修会を地区医師会及び本会で実施してきた。また、住民向け講演会も地区医師会の実施を支援する形で行ってきた。さらに、在宅医療については、人材確保の観点から研修会やベテラン医師との同行実習などを行ってきた。このようにして、「在宅医療介護連携推進事業」を県全体では取り組んだことになっているが、その内容には地域で大きな温度差がある。課題としては、熱心な地域はさらに新しい方向性を見つけて進んでいる一方で、他地域の状況についての情報共有ができていないとのことである。

(7) 産業界との連携については、介護保険サービスだけでなく、健康増進・予防といったヘルスケア的な連携が必要と考えている。今後の方向性としては、行政の縦割りがあるので難しいが、医療介護及び障害を一緒に取り組めれば良いと思っている。

(1) ICT に関しては、K-MIX、K-3MIX + (かがわ遠隔医療ネットワーク) が運用されており、介護分野でモデル事業を行ったところであるが、コスト、使いやすさ、セキュリティ等の課題や開示情報の内容について整理し、今後検討していくことになっている。

(5) 本県も島が多く、患者サービスが不足している。一部の市町では独自の施策として、訪問介護事業者等に対する船賃等の助成を行って、何とか維持しているところである。

徳島県

平成 30 年 1 月の県全体の高齢化率が 32.5% で、

地域別では 23.9% (藍住町) から 55.5% (上勝町) まで幅広く、それぞれの市町の特徴に合わせた地域包括ケアシステムの構築、まちづくりがされている。また、同じ町の中でも、市街地と山間地で状況が異なっており、地域特性に合わせた社会資源の把握が必要と考える。

(5) 離島、山間地域でのシステムについて、県南部の海部・那賀地域における医師不足の打開に向け、公的医療機関が一体となった医療提供体制「海部・那賀モデル」を構築している。地域全体で医師をはじめとする医療従事者をフォローする体制づくりに取り組むため、平成 27 年に「海部・那賀モデル推進協議会」を立ち上げ、地域の医療関係者や行政関係者と情報共有に努めている。その他、那賀町では認知症対策を核にして、地域包括ケアシステムの構築が取り組まれている。27 年度に認知症サポーター養成、見守りネットワーク、認知症行方不明者捜索訓練を行い、28 年度にはサポーターを若者にも拡大し、認知症 VR 体験等もしている。29 年度には、SOS ネットワーク事業、認知症見守りネットワーク模擬訓練では小・中学生も参加し、世代間交流もなされた。30 年度には、「那賀ライフシフトカレッジ」として、より多くの住民が主体的になれるように人生 100 年時代に向けて、必要な知識を学ぶ目的で、徳島大学が協力して、地域住民と専門職がともに地域づくりを行うことを目指す勉強会が開催され、居場所・つどいの場の立ち上げ支援が行われている。今年度は、ご近所サポーター養成講座を行い、自助・共助・公助のネットワークづくりを展開しているところである。

(7) 産業界との連携については、県西部のみよし市で、高齢者が安心して在宅生活を続けるために役立つ社会資源の活用を目的とし、地域や関係機関を対象としたアンケートを基に、情報共有ツールとなる「まごのて手帳みよし」を作成している。具体的には、高齢者向けサービスを行っているお店の情報をはじめ、物忘れ相談ができる医療機関や訪問診療が可能な医師、歯科医師、薬剤師等の情報をリストアップするなど、在宅で利用できる医療サービスの充実にも繋げている。引き続き、支援者、商店、要支援者をつなぐツールと

して活用されるよう、定期的に更新することが今後の課題である。また、医療や福祉と関係の薄いジャンルの方々も巻き込んだ「住民、商店」プラス医療と介護の連携などの街ぐるみのネットワークや支援体制が構築できないか検討している。

山口県

本県は全国 4 番目の高齢化県で、高齢者 2 人世帯及び高齢者 1 人暮らしの世帯割合もそれぞれ全国 1 位、4 位となっており、人口は急激に減少しつつある。また、地理的特徴として、いわゆる中核都市がなく、中小都市が分散点状に存在している。各都市医師会の規模もそれほど大きくはなく、医師の偏在も顕著である。加えて、若年医師の県外流出が顕著となっており、県内医師の平均年齢は全国最高齢で医師会員数も減少傾向にある。一方で、従来の介護保険三施設（介護療養、老健、特養）や有料老人ホーム、グループホーム等の総定員数は全国平均程度であるが、人口当たりの療養病床数は高知県について全国 2 番目で、今後は介護医療院への転換が進んでいくこととなる。そのため、現状でも数的には在宅医療は居宅よりも施設在宅、施設介護が圧倒的に多く、地域包括ケア構想のシエマである「重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で、可能な限り自分らしい生活を継続することができる」とはかけ離れているのが現状である。

自治体によって医療・介護資源には大きな格差があり、当然、地域包括ケアの取組みも自治体によるばらつきが大きい。それでも、会員数の多い医師会ではさまざまな取組みが行われているのも事実であり、在宅ニーズも少ないせいか、在宅医療に関わる医師が不足しているということもない。

問題は高齢化が進行する中での医療・介護資源の乏しい中山間地や離島での地域包括ケア構築への取組みである。医師会員数も少なく、自治医大出身者中心の県立総合医療センターの地域医療部が主として支えている状態ではあるが、地域の共同体も人口減少で崩れつつあり、人材不足や高齢化によりキーパーソンもいない状況では、高齢になれば早期に施設介護となることも多いのが現状

である。

(1) ICT に関して、本県では、以前、県行政主導による全県的な地域医療連携情報システムが破綻しているため、県が熱心ではない。現在、8 医療圏で個別にシステムをつくっており、お互いがリンクしていない。介護についても、医療情報システムに乗っかっているが、それほど活用されていないのが実態である。

地域包括ケアシステムへの本会としての関与はなかなか難しいが、地域包括ケアの啓発活動としては、当初、平成 29・30 年度の 2 年間に限定して、県内の各都市医師会の実施する、行政からの委託・補助事業の対象とならない事業に対して、県医師会の地域包括ケア推進事業として、上限額を決めて事業費を補助した。2 年間でほぼすべての都市医師会で地域包括ケアに関する市民公開講座やシンポジウム、医療・介護関係者向けの研究会等が実施されたが、財政基盤の弱い都市医師会も多いことから、この事業は当初予定の 2 年間に留まらず現在も継続実施中であり、都市によっては行政とタイアップしての恒例行事となっているところもある。しかし、まだまだ入院や施設介護への依存度が高いため、一般市民には地域包括ケアの概念が浸透しているとは言えず、意識改革も進んでいない。高齢者対象の地域包括ケア構築に汲々とする状態では、その他の社会的弱者を対象とした具体的な取組みは見られないし、産業界との連携等も無い。

地域包括ケアに完成型はなく、今後も啓発活動の継続が必要であろうし、全般的に在宅看取りも横ばいであることから、特に ACP の普及に関しては、県行政との協議を通して、合同で取り組んでいく予定である。

質疑

広島県 岡山県では ACP や人生会議の普及啓発に取り組まれて中高生にも話しに行かれているものの若い人にとってはあまり関心がないといった印象があるが、その反応は如何か。

岡山県 臓器移植の問題から始めた経緯がある。実際には、岡山大学で臓器移植をされている先生から、その時にご両親がどのように考えて決断さ

れたか等の経験をお話しされたりしている。生徒はそれなりに真剣に考えてくれていると聞いている。

山口県 かなりの頻度で開催されているが、会長がすべて参加されるのか。また、時間はどのくらいか。

岡山県 会長がすべて参加されている。会長のもう一つの想いとして、県医師会の活動内容をぜひ伝えたいという強い気持ちがあるため、ハードスケジュールではあるが、こなされている。時間は約 2 時間で、平日は昼間になる。

認知症関係

(2) 認知症サポート医の活動等に関して、これまでの行政主導の施策から、医師会として、今後どのように事業・支援の計画立案又は関わり合いを持っていくのか（島根県）

(8) 認知症による徘徊者の死亡撲滅についての各県の現状と対策について（愛媛県）

鳥取県

サポート医は、資格というよりも認知症の地域医療の中での役割を表していると言える。県医師会としては、特に、地域の中で連携がスムーズにいくような形で、各地域で多職種の症例検討会を行っている。

島根県

本県では徘徊による死亡例はほとんどないと思うが、住民からの情報は警察へ届けてもらい、連携して対応している。GPS が有効だと思われるが、コスト面などに課題がある。保護した際に、誰か分からないという場合があり、個人を特定するためのツールが望まれる。

広島県

認知症の早期発見や早期診療体制の充実を図るため、所定の研修修了者を物忘れ・認知症相談医、いわゆる「オレンジドクター」として認定している。本会としての関与は、今後も積極的に認知症サポート医の養成に協力していくことをメイン事業としていく。また、県行政と本会が構築してい

る HM ネットを活用して、広島県認知症地域連携バス（ひろしまオレンジパスポート）を普及啓発していく中で、認知症についてより専門的な知識を有するサポート医が地域の医療・介護資源をコーディネートすることができるようにステップアップ研修に協力するとともに、関係各部署と密接に連携しながら取り組んでいきたい。

有床診療所と介護医療院転換

(9) 在宅医療の後方支援としての有床診療所の活用について（在宅患者緊急入院診療加算の算定状況）（愛媛県）

(10) 介護医療院への転換に関する現状と課題について（高知県）

山口県

(9) 2017 年度の NDB を活用した各診療行為（診療報酬の算定回数）の地域差を見える化したデータによると、本県は全国平均よりかなり低い。在宅患者で増悪した場合、救急対応は有床診より病院への入院がかなり多いのが現状である。

(10) 本県では、726 床、12 施設が開設され、定員数は全国 4 番目になる。元々、療養病床の多い県で、これから更に介護医療院へ転換されることが考えられる。介護療養病床からの転換は地域医療介護総合確保基金、医療療養病床からの転換は病床転換助成事業により補助金等の交付があり、積極的な転換が順調に進んでいると考えられる。計画上はまだ余裕があり、転換はこれからも進むものと予想される。

徳島県

(9) 有床診療所の在宅患者緊急入院診療加算の状況は把握していないが、国保連合会及び支払基金へ問い合わせたところ、ほとんど活用されていない状況にあった。在宅医療を行っている診療所や後方支援を行う急性期機能を持つ病院とのネットワーク構築はこれからの課題であり、有床診療所の活用はまだこれからである。

(10) 令和元年度 7 月末現在、8 施設（235 床）で医療療養からの転換が 2 施設（98 床）になる。転換が遅れ気味に感じるが、これから計画されて

いる施設もあるので、転換が進んでくるものと考えられる。ただし、医療機関としては、人材確保の問題や医療機関でなくなることを危惧する声がある。また、医療療養からの転換の場合は、介護保険事業に慣れていないために、重要事項説明などの契約関係や処遇改善加算、情報公開など、戸惑うことも多いと思われる。

香川県

(9) 在宅患者緊急入院診療加算の状況については、よく把握できていない。

(10) 制度開始当初、2 施設が転換されたが、それ以後はない状況が続いている。介護保険への移行には心理的なハードルがあるように見える。

愛媛県

(9) 今回、アンケート調査を実施した結果、有床診は在宅療養支援診療所としての施設基準の届出にかかわらず在宅患者の入院が多数あり、そうした意味では重要な役割を果たしていると考えられる。在宅患者緊急入院診療加算は、有床診療所よりも病院での算定が増えている様子である。

(10) 令和元年 6 月末現在、転換施設は 3 施設、141 床であった。転換方法がわからず足踏みしていた施設も、転換した施設の方法を参考に今後は転換が進むと予想している。医療療養病床、転換型老健から介護医療院への転換は多少ハードルが高いように感じられるが、2025 年度で介護療養病床の廃止が決まっているため、介護医療院への転換は確実に進むと考えている。

災害避難

(6) 病院や施設では、地域により洪水・浸水、土砂災害、津波に係る避難確保計画作成や避難訓練等が義務付けられているが、在宅患者の避難に関する対応手順の作成や情報共有方法はどのようにされているか。(徳島県)

岡山県

昨年の西日本豪雨において、避難困難であった在宅患者の方々で残念ながら被害に遭われて亡くなられた方が少なからずあった。これを機に本

県では地域防災計画が見直され、避難行動をとることの難しい避難行動要支援者がいることに留意し、地域において自主的な防災組織の設置・育成によって、要配慮者への安全確保に対する体制を整備することが謳われている。具体的には、①避難行動要支援者名簿の作成、②福祉避難所の確保、③防災知識の普及、④災害広報と情報提供、⑤生活支援に対して県、市町村、住民のなすべき行動目標の設定とその実践に取り組んでいる。これらに郡市医師会も積極的に関与していくことにより、地域住民が要配慮者とともに助け合って避難できる体制づくりに努力している。

山口県

本県では、平成 18 年に「災害時要援護者支援マニュアル策定ガイドライン」が策定され、それ以後の事例や、東日本大震災等から得られた教訓により、対策ガイドラインの改訂が行われている。

市町が個別に決めていくことになるが、避難行動要支援者の例として、

生活の基盤が自宅にある方のうち、以下の要件に該当する方

- ①要介護 3～5 を受けている者
- ②身体障害者手帳 1・2 級（総合等級）の第 1 種を所持する身体障害者
- ③療育手帳 A を所持する知的障害者
- ④精神障害者保健福祉手帳 1・2 級を所持する者で単身世帯の者
- ⑤市の生活支援を受けている難病患者
- ⑥上記以外で自治会が必要を認めた者

を定めて避難行動要支援者名簿を作成し、氏名や連絡先、避難支援を必要とする事由等を掲載し、情報の管理が行われている。

日医

(1) 医療・介護連携について、介護事業者は小規模事業所が多く、経営体力がそれほど強くないため、多額の費用をかけて取り組むことは難しい。また、医療現場より介護現場のほうが ICT の導入が遅れているため、ICT に関するリテラシーや意識が必ずしも高くないところもあるので、留意して医療側から手を差し伸べてアプローチす

ることが必要。日医としては、安価又は無料で利用でき、タイムライン等の機能を備えるコミュニケーションツールである SNS は、医療・介護連携には最適なツールとしている。医療・介護関係者が患者の究極の個人情報扱う重要性和責任についての認識を今一度高めていただき、留意して拡大していく必要がある。ネットワークは構築することが目的でなく活用することが目的であり、費用対効果を十分に勘案していく必要がある。

(2) 認知症サポート医の研修については、昨年度末までに 9,950 人が修了され、近年、参加者が増えている。当初の新オレンジプランでは 1 万人が目標であったが、今年度第 1 回の研修会で既に突破している。現在、目標が上方修正され、2025 年に認知症サポート医を 16,000 人以上になっているが、このままで推移するとおそらく目標は達成されるのではないと思われる。かかりつけ医認知症対応力向上研修についても、29 年度末で受講者が 6 万人近くになっている。現在、地域支援事業における一般介護予防の検討会が行われており、また、日本健康会議に介護予防 WG が設置されており、いろいろな場で介護予防の議論が始まっている。全国各地に相当数設置されてきたが、「住民主体の通いの場」に医師会あるいはかかりつけ医等の専門職が関わっていくことで、より質の高い取組みができると考えている。

(4) 厚労省の「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」の中間とりまとめが 7 月にされた。高齢者以外を含めて、住民が地域共生社会の中でいかに生き生きと暮らしていくかということである。高齢者以外の地域包括ケアシステムについては、医療的ケア児以外にも、昨年度から精神障害にも対応したシステムの構築に向けた目標設定が検討されてきた。

(5) 現存する社会資源をいかに有効に活用するかが重要と考える。新たに資源を投入して、仕組みをつくって活用することは、なかなか難しい。ここ約 10 年間において、地域枠に 1,795 名の医学部定員が増えている。2018 年度の医学部定員は 9,419 人で、臨時定員増による地域枠・地元枠は 1,010 人に達している。2011 年度でこの臨時定員増は一旦解消されたが、日医としては恒久

定員の中に地域枠・地元枠を確保すべきと主張してきた。今年 3 月の医師需給分科会で、そういった方向性が取りまとめられ、昨年の医療法改正においても、地対協の協議を経た上で、地域から大学に対して地域枠・地元枠の設置・増員について要請できるような仕組みができた。

(8) 警察庁の公表資料では、平成 30 年の行方不明者 87,962 人のうち認知症患者は 16,927 人と、2 割近くになっている。厚生労働省は各都道府県のサイトへリンクする「行方のわからない認知症高齢者等をお探しの方へ」を掲載している。

(10) 介護医療院については、厚労省としては失策は許されない状況にあるので、今後も転換を進めていくものとする。

日医への提言・要望

1. 過疎地域の地域包括ケアシステムについて (鳥取県)
2. 介護老人保健施設のさらなる「在宅支援と在宅復帰」を目指して (島根県)
3. 介護医療院の普及について (岡山県)
4. 在宅医療を含めた地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の負担軽減について (広島県)
5. 在宅療養後方支援病院の施設要件の緩和を (山口県)
6. 中小医療機関の介護医療院への転換支援策について (徳島県)
7. 介護老人保健施設の地域包括ケア病棟への在宅復帰分子への回復について (愛媛県)
8. 介護人材の育成と確保について (高知県)

[報告：理事 吉水 一郎]

第 3 分科会「地域医療・地域保健」

日本医師会の釜范 敏 常任理事をコメントーターにお迎えし、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

医師会立の看護職員養成施設の状況について

(鳥取県)

当県は、3 つある地区医師会がそれぞれ准看護師養成施設(看護高等専修学校)を運営している。

そのうち、米子看護高等専修学校（西部医師会）では、入学者の確保とその質の担保が難しいことより廃校を決議し、本年 4 月入学の生徒募集を停止した。また、鳥取と倉吉の看護高等専修学校では、本年 4 月の入学生が定員を大幅に下回り、運営に支障をきたしている。倉吉では、数年前から入学者数が定員を下回るとともに、退学者もかなりいることから、中部医師会より数百万円を支出している。次年度も入学者数が少なく、今年度並の入学者数として試算すると約 700 万円の支出が必要となり、会費の値上げの必要性が生じることから廃校を決議し、来春の入学生を最後とした。

全国的に准看護師の応募者数がここ 3 年間で急激に減少している。残る鳥取の 1 校も定員 40 名に対し入学者は 7 名である。こども赤字ではあるが、急患診療所を併設しているため、その利益で学校の運営ができています。

については、各県の准看護師養成施設の運営状況並びに持ち出しがどの程度であれば耐えられるのか等、今後の動向をお聞かせ願いたい。

広島県 当県もほぼ同じ状況である。広島市の養成所は全国一のマンモス校である。大きい学校ほど経営が逼迫している。看護科の学校が増えると准看の応募者が減ってくる。また、看護協会の影響で、准看の教員になりたがらない。教員の養成自体も難しくなっている。

山口県 当県には医師会立看護職員養成所が 8 校（准看護師科 7 課程、看護師科 2 年 3 課程、看護師科 3 年 1 課程）ある。近年は応募者の減少により入学者数が定員割れしているが、本年度はすべての課程で大幅な定員割れを来した（定員に対する入学者の充足率は、准看護師科 64.4%、看護師 2 年課程 56.4%、看護師 3 年課程 71.4%）。校納金の減少等による運営の困難さから、本年 6 月に 1 校（准看護師課程、看護師課程を有する）が次年度からの学生受け入れの停止を決定した。

当会は本年度、准看護師科 1 課程に 120 万円、看護師科 1 課程に 100 万円を助成している。郡市医師会からの助成金は、1 校（准看護師科+看

護師科）で約 320 万円、3 校（准看護師科）で 10 万円～ 150 万円、助成なしが 4 校である。学生の受け入れ停止を決めた学校では、所管郡市の A 会員全員からの運営のための寄付により本年度の運営は可能となったが、次年度以降も寄付を継続することに対し、会員の約 8 割が反対し、受け入れ停止が決定した。

今後の運営に関して、1 校が養成所の統合再編の必要性を訴えているが、他の学校は、統合再編のメリットを現時点では見出だせない、当該地区には他に学校がないため養成所を廃止できないなどの理由で、経営的には厳しいが運営を続けたいという意向である。

徳島県 県立の学校があるが、経営的には苦労はしていない。県医師会が県からの委託により県立総合看護学校第二看護学科・准看護学科を運営している。県立総合看護学校第二看護学科の定員は 100 名、入学者は 57 名、准看護学科の募集定員は 80 名、入学者は 71 名である。三好市医師会が運営している三好市医師会准看護学院では定員 20 名、入学者は 18 名でいずれも定員を下回っている。もっとも苦労しているのは教員の確保である。教員が足りないために、准看護師の定員を減らしている。平成 30 年度における資金面での補助金額は、県立総合看護学校に約 778 万円、三好市医師会准看護学院に 250 万円となっている。

司会 山口県では赤字を補填してでも准看護師の養成を続けるべきと考えているか。

山口県 当県には他に大学や学校法人の看護学校もあるが、県内就業率が低い。医師会立養成所がなくなると、地元で就職する看護職員がいなくなる。各養成所とも、運営は厳しいが潰すわけにはいかないという気持ちで頑張っている。県にも運営補助金の増額をお願いしているが、なかなか叶わない。

司会 広島県では医療機関の准看のニーズを調査されるということを昨年話されたように思うが、その点は如何か。

広島県 全医療機関に准看護師を雇用したいかと尋ねたところ、34%が「したい」と回答した。「必要があれば検討する」が43%であった。准看護制度を存続すべきかどうかについては、80.9%が「存続すべき」という回答であった。

司会 存続のために経済的な負担が増えてもということか。

広島県 一般会員なので、県医師会・各支部医師会の負担ということはあまり考えていないのではないと思う。当県は1,500万円を上限として、人頭割とベースで補助している。それでも苦しいことは常に訴えているが、会費以外の負担を求めることは難しい。

県内の医師会立養成所は現体制で継続するところが6割くらいである。行政に移管してはどうかというところが13.5%、民間移管希望が10%である。

鳥取県 廃校というよりも、准看護制度そのものをどうするか、本当に必要なのかということも議論していただきかった。7対1の看護配置が廃止になって、東京の急性期病院では新人看護師の募集を停止したところもあると聞く。そうすると、看護職全体が何年かすると余ってくるのが想像されるので、必然的に准看護のニーズも減ってくると思われる。無理して准看護の養成を続ける必要があるのか、ということをお聞きしたかった。

司会 日医としては准看護の養成を堅持していくということではよろしいか。

日医 国の方針としては、2025年あるいはその後を踏まえて、看護職については准看護師を含めて必要な人材を確保するという方針であり、准看護師が今後必要なくなるという議論は出ていない。しかし一方で、今後の状況の変化も推測しながら考えなければならないが、日医としては、准看護師の養成をやめるという選択は考えていない。しかし、各養成所のご苦労はつぶさに伺っているし、毎年行っている医師会立養成所に対する

アンケート調査で、今回初めて医師会からの繰入金に関するお話も伺った。全体として、6割の施設に医師会からの繰り入れが行われており、金額も1,000万円を超える助成をしているところをもっとも多かったという結果からも、それぞれの医師会が大変苦労されて養成を続けておられることも確かである。その中で、准看護師の今後の役割についていろいろと考えているが、看護基礎教育の見直しは、今行われているところである。社会人が医療職に入る一つの道筋として准看護師という仕組みは是非必要であろうということ、准看護師の2年課程はこれまで看護師課程とあまり関連がないような印象もあったが、准看護師の2年課程の上に、看護師あるいはそれ以外の医療職の養成がしっかりと行えるように、准看護師の2年課程はもっとも基礎になる共通の基盤であるということがかなりはっきりしてきた。今後必要な医療職（看護職だけでなく他の医療職も）を養成していく中で、共通の基盤が大事であると考えている。

大変困っている養成所のいくつかが連携したり統合したりということも検討課題としては出ているが、実際には難しい面がたくさんある。その中で、e-ラーニング等の仕組み、あるいは遠隔で幅広く同じ講義を、双方向性を担保しながら、遠隔地でも講義を聴講できるようにするという仕組みを多用することにより、少しでも講義等の負担を減らせる仕組みができないかということを考えている。准看護師課程と、例えば介護福祉士課程の共通セミナーということも議論はされているが、実際には共通している部分は極めてわずかであるため、名案というわけではないが、日医としては准看護師の養成を引き続き前提とした形で、看護職の必要数を確保していくという方針が現時点では適切であると考えている。

[報告：常任理事 沖中 芳彦]

医療過疎地の病院での医師・看護師確保について（島根県）

看護師不足で地方の病院では一部の病棟の閉鎖や人手不足を補うために看護師の勤務を三交代制から二交代制にするなどの努力がなされている。

病院勤務の看護師が介護・福祉施設に流れ、ハローワーク等に公募しても反応がなく、中規模病院の経営を圧迫している。一方、在宅医療に関しては、訪問看護ステーションの数は増加傾向にあり、訪問看護の協力で医師会員にとってありがたい反面、病院勤務の看護師不足は病院の存続・継承をも困難にしている。このような状況の中、地方の医師不足、人手不足を解消するために、当県西部の中核病院で地域の医師会と連携し地域医療連携推進法人（江津メディカルネットワーク）が設立された。中核病院の勤務医と開業医とが互いに協働し治療を兼務し、機器の共同利用を行い、全国から勤務医や地元の開業医の後継者の U・I ターンを促す効果が期待されている。

各県の構想区域での地域医療連携推進法人の設立、公立・公的病院の再編・統合の状況、看護師などのマンパワー確保のための取組み・状況についてお訊ねしたい。

広島県 当県では、平成 29 年 4 月 2 日に全国に先駆けて県北部、備北医療圏で地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク」が設立された。医師派遣については、地域医療連携推進法人以外にも派遣できる状況である。看護師については相互受け入れを行っている。今、看護配置基準が苦しい。せっかく地域医療連携推進法人を作っても、税法上、医療法上、全くメリットがない。法人のメリットを活かすためにはネットワーク内で医療法上の人的配置基準の緩和や医薬品・医用材料などの融通措置などが必要であり、厚生労働省に要望しているところである。配置基準について見直しをしていただければ、地域医療構想の中でもう少し連携推進法人が進むのではないかと思っている。また、県北部は医療過疎地域である。いくつかの病院が協議会を発足させ、構想区域の中で、病床のやり取りを行った。

司会 山口県は看護職の離職防止・再就業支援として医療勤務環境改善支援センターを作っておられるが、誰がどのようなことをしているのか。

山口県 県の医療政策課の中に、医療勤務環境改

善支援センターが設置されている。医療機関が行う勤務環境改善に向けた取組みを支援し、医療従事者の離職防止や医療安全の確保を図るとされている。

高知県 今年度新たに、県行政に地域医療連携推進法人設立に向けた検討を行うための支援制度を設けていただいた。幡多圏域において設立に向けて民間の医療機関を中心とした具体的な検討が行われている。現在、その幡多圏域の土佐清水市では、3 病院 2 診療所で医療提供体制を維持しているが、3 病院とも中小民間病院で、医療スタッフが高齢化、新規スタッフの確保が困難な状況である。医療を継続するため、官民一体となった再構築を考えなければならないが、市政約 60 年にして公的医療機関のない市行政では難しく、官民一体とするには県行政との連携が不可欠となっているので、地域医療連携推進法人設立に向けた支援制度を活用して、今後立ち上げることを考えている。将来的には二次医療圏の中核病院である「県立病院」との連携を視野に入れて進めていければと考えている。設立後は、県行政が進める「地域医療構想」を視野に医療機関の役割を明確にし、市全体で医療スタッフの効率的配置や共同で行う教育体制の構築を進め、それぞれのステージ（急性期から在宅、公的機関との連携）を経験した人材を確保しながら、一次医療圏を再構築し、二次医療圏の医療体制の継続に繋げるべく検討していきたい。公立・公的病院の再編・統合の状況については、平成 11 年度から県西部、平成 17 年度に県中央部、平成 24 年に県東部の、それぞれの県立と市立病院の統合が行われてきている。今後、厚生労働省から各地域における全医療機関の診療実績データなどの分析結果が示される予定となっていることから、これらを活用しながら、それぞれの地域において公立・公的医療機関の担う機能などについて検討しながら、再編を検討していく予定である。

看護師のマンパワー確保のための取組状況については、当県では、人口 10 万人あたりの看護師数は全国 1 位であり、看護師不足というほどではないが、現場によっては不足感はあるとの声が

ある。東西に長く中山間部を多く抱える当県において、郡部にある医療機関では看護師確保は課題である。そのため、新卒の看護師を確保・定着させるために看護師等養成奨学金制度を設けて確保に努めている。看護学生に対しては、各地域の医療機関が就職説明会を開催したり、就職ガイドブックを作成して配布したりしている。新卒者の今後のキャリア形成において、卒後教育は非常に重要であると考え、県内のどこの施設に就職しても、厚生労働省の示す新人看護職員研修ガイドラインに基づいた研修体制が構築できており、また、集合研修として看護協会と連携して研修が受講できる体制ができています。看護職員の確保、離職防止には、ワーク・ライフバランスの体制整備が必要不可欠である。事務長や看護管理者を対象として、多様な勤務形態（働き方・休み方の制度）を導入する方法や、自施設の課題解決のための手法等研修を通じて学ぶ機会を設けている。

広島県 民間医療機関だけで連携推進法人を作っているところもたくさんあるので、公立・公的ということを考えずに、その地域でしっかりとした医療提供体制を作るために、このような方法も利用していただきたい。

司会 マンパワー確保のための、岡山県の高梁医師会の取組みについてご説明いただきたい。

岡山県 高梁医師会は中山間地域にあるが、保健医療従事者の人材確保に向けて「看護の魅力ガイダンス」を平成 29 年度から開催しており、昨年度は吉備国際大学で開催した。吉備国際大学保健医療福祉学部看護学科 2 年生、順正高等看護福祉専門学校看護専門課程看護学科 1 年生とその教職員の計 130 人の参加があった。高梁医師会会長の仲田永造 氏の基調講演「中山間地の医療の現状、看護の役割と魅力」と活動報告「中山間地域の看護の魅力について」が行われた。その結果、高梁市 4 病院での看護師採用状況は、平成 30 年度が 5 名だったのに対し令和元年度には 18 名になった。

[報告：沖中 芳彦]

今後の一次救急について（山口県）

各地域での休日夜間急患センター（以下、「急患センター」）の運営に、今後どのような問題が起こると予想され、それに対し、どのような対応を検討されているのか、各県医師会で把握されている範囲でお教えいただきたい。

地域の一次救急は、在宅当番医かつ／又は急患センターにおいて対応されている。診療時間及び対応診療科は各地域の医療資源により異なり、在宅当番については、医師や職員の高齢化、閉院に伴う医療機関の減少により、当番を回すことが困難な地域も増えている。

急患センターの運営主体、出務医師の所属（地元医師会からの出務、他圏域からの派遣など）、医師以外のセンター職員の所属（出務医師帯同、センター専従など）、カバーする圏域などにも違いがあり、複数の郡市医師会や市町が一つの急患センターを運営する地域もある。医療職の不足の進む地域では、在宅当番医制度だけでなく、急患センターの運営にも再編を含めた対応を考えざるを得ないと認識しており、各地域での対策を参考にさせていただきたい。

岡山県 岡山市を例にお答えする。岡山市医師会が一次救急を市から委託されて行っている。周辺の病院が選定療養費を徴収するようになってから、急患センター受診者数が増えている。急患センターの経営そのものは順調だが、出務医の高齢化と小児科医の減少が問題となってきている。内科医と小児科医がペアで出務し、小児科患者でも内科医が診察できる場合は、小児科医の了承のもと、内科医が対応するようにしている。

広島県 広島市の急患センターは広島市医師会が受託している。開業医だけではなく、病院勤務医も急患センターに出務してもらっている。眼科にも対応しており、眼科医は広島市だけでなく広域で出務している。

呉市は人口 20 万人で、小児科一次救急を 365 日行っている。出務の半分は勤務医がカバーしてくれるが、その勤務医の半分は医師会会員ではない。受診患者は内科と小児科は同程度の数だが、

内科は黒字、小児科は赤字である。赤字なら呉市から補填されるが、収支は相殺されてしまう。小児科医は平日夜は 2 週間に 1 回、日曜日は 2 か月に 1 回は出務となる。

東広島市では小児科医が少なく、週に 1 回以上出務、三原市は人口 10 万人で、小児科は急患センターに 3 日に 1 回出務し、限界をきたしている。

県庁所在地以外は、20 万都市でも 10 万都市でも、特に小児一次救急はうまくまわらなくなっていく。複数自治体で対応する話もでてくるであろう。

内科医が小児に対応する地域もおありであろう。呉市は、以前は小児科医を助けるため内科小児科医（内科医が小児患者を診察）を設定していたが、内科医が小児を診察すると「専門でない」と親が怒るので、内科小児科医が辞めてしまった経緯がある。

広島県小児科医会が小児の親に調査したところ、瀬戸内側と県北との患者意識の差が大きかった。呉や福山などの瀬戸内側の親は、専門医に診てほしい。県北の親は、だれでもいいから診てほしい。行政やより大きな部署が保護者の意識を変えるよう働きかけていただきたい。

徳島県 当県の年間の一次救急受診患者は約 10 万人、徳島市（県東部）の急患センターには年間 1 万 7,000 人が受診する。うち、小児科受診が 1 万人で小児科医が足りない。勤務医出務もお願いしている。

県西部・南部の小児救急は、救命センター（日赤、県立病院、大学病院など）が対応していると認識している。そのうち一つの救命センターで小児救急担当が 2 名産休に入り、24 時間対応が困難となった。一部の患者が徳島市の急患センターに流れる可能性がある。

全県的には #8000 の効果があると考ええる。2017 年の 1 万件弱の電話相談のうち、本当に救急搬送を要するのは 31 件であった。今後、#7119 も導入の予定である。

働き方改革で、大学からの救急当直派遣を 10 枠引き上げることになる。また、専門医制度に関

連し、若い医師は自分の専門領域のみ対応し、他科の一次救急患者を診察できなくなっていると感じる。

県南部・西部の医療過疎地域については、大学の 7 つの寄付講座で海部・那賀モデルを推進しており、医師を派遣するとともに、若い医師にも地域に出てもらうようにしている。

[報告：常任理事 前川 恭子]

診療科の偏在対策（岡山県）

医療の進歩とともに専門分化が進み、医療需要が増大している。こうしたなか東京一極集中と地域格差が拡大し、地域医療における医師の地域偏在だけでなく診療科偏在が問題になっている。厚労省によると平成 6 年～28 年の間に医師総数は 1.4 倍に増加した。大きく増えたのは麻酔科約 2 倍、放射線科 1.7 倍、一方外科・産婦人科は一時 0.9 倍台に低下したが今ようやく 1.0 倍に回復した。とくに医師数が増えない診療科では残業時間の比率が高く 50 代の医師が主力であり、若手医師の充足が急務である。

当県（医師偏在指標・全国 5 位）では、外科・産婦人科医が不足している。地域（県北）によっては郡市医師会員数が減少し、（夜間）外科医の不在から二次医療圏外（県南）の医療機関に救急搬送している。地域医療支援センター、自治医大や地域枠の医師だけで解決できる問題ではなく、大学病院からの医師派遣、社会医療法人のへき地医療支援のほか、総合診療医の配置、医療機関の集約が必要との意見もある。県医師会としてどのような対策を打ち出すべきか意見を拝聴したい。

鳥取県 当県は医師多数県とされたが、小児科医が不足していた時期があり、自治医大卒・地域枠卒医師の義務内には、小児科・産婦人科・精神科・救急科を選べるとこととし、医師数は増えてきている。

シーリング及びサブスペシャリティが今後の問題と考える。サブスペシャリティによっては専門医となるまでに時間がかかってしまい、偏在を助長する。地域で総合診療医を育てる必要がある。

島根県 県が公立病院・公立診療所の勤務医の実態調査を行い、各病院のニーズを積算している。各圏域で少しずつだが医師が増えている。

大学からの派遣は医師派遣検討委員会でバランスよく回してもらえるようお願いしているが、地域で足りない科は大学でも足りないのが実情である。

香川県 県内の基幹病院は岡山大学、徳島大学、京都大学からの医師派遣に頼っており、研修関連施設であるため、研修医がそのまま当県に残るわけではない。岡山大学も徳島大学も医師数に余裕はなく、一部引き揚げる可能性もある。ここに香川大学にシーリングをかけられると、非常に厳しい状況となる。地域の状況を考えずに一律にシーリングをかけられると窮地に立たされる。

日医 厚労省の出すシーリングの根拠の計算式はよくわからず、検証できておらず、また賛同も得られていない。

島根県の実態調査は素晴らしいと思うが、必要医師数には客観的な指標がないことが問題である。そのような指標はすぐにはできないので、「この病院のこの科に医師が足りず困っている」ということを示していただく方がよい。

科の偏在があるといって、医師になる人たちにこの科を選べとは言えない。が、この科の医師が足りないという認識を学生時代から、特に地域枠医師や自治医大卒医師には醸成してもらいたい。

[報告：前川 恭子]

医師確保計画における「医師偏在指数」について（広島県）

厚生労働省から三次医療圏（都道府県）と二次医療圏の新たな医師偏在指標が示され、医師多数地域と少数地域に分けられ、この指標により医師偏在対策が具現化されることとなっている。

この指標の算定には、医療需要の地域間移動が盛り込まれ、当県の二次医療圏では、すべての過疎地域が医師多数地域に算定された。患者流出入の調整は各都道府県の裁量に任されており、本県では患者調査における「圏域別の入院患者の流入・

流出割合の推計値」の経年平均を用いて厚労省が示した流入出調整係数を調整している。

しかし、面積を勘案しておらず、いずれにせよ実態には即していない印象が拭えない状況である。今回公表された「医師偏在指数」について各県での実情と対応をお知らせ願いたい。

島根県 二次医療圏の広さや隣接する医療圏との兼ね合いなどは勘案されておらず、地域や科によっては不足感がある。

山口県 外来医師偏在指標も医師偏在指標も、外来医療計画や医師確保計画に使われるもので、参考数値と認識している。医師の必要数という点では、現場での「足りている・足りていない」の皮膚感覚を大切にしたい。

愛媛県 偏在指数を根拠に多数地域から少数地域に医師を無理に動かすことはできない。偏在について地域で解決するには限界があり、大学の段階から学生に働きかけるような、全国的な体制を整える必要があると考える。

日医 医師確保計画で、医師数だけ設定しても本当に地域の状況が改善するかはわからない。

都道府県や二次医療圏で本当に困っている地域・機関に対し、解決策を検討するのが医師確保計画だと、日医は考えている。

同計画に対しては、地域から国にボトムアップで方向性を示し、医師偏在指標に惑わされず、数はあくまで参考としてとらえていただきたい。

医師偏在指標は三師調査の不十分なデータを基にしており、計算に使用された受療率は平成 25 年の全国データを地域に当てはめただけであり、数値そのものが現場感覚と大きく乖離している。

指標の計算式が明らかになることは大切であるが、診療科偏在指標もシーリングについても、根拠が明らかにされていない。

[報告：前川 恭子]

シーリングに対する各県の取組について（徳島県）

専攻医のシーリングは 2018 年度には、専攻医

が多く集まる 5 都府県が対象だが、2019 年度より突然に 3 次医療圏単位の医師偏在指数が導入され、診療科別必要医師数に基づく年間医師養成数が、3 月 22 日の「医道審議会医師専門研修部会」において提示された。当初案より、日本専門医機構による激変緩和策が盛り込まれたが(参考資料: 2020 年度専攻医の募集におけるシーリングについて(第 2 報))、2024 年度の必要医師数を達成するための年間養成数は内科専攻医が徳島県 9 名と記載されるなど、今後の研修医の専門科の自由な選択に多大な影響があると思われ、それが研修医の地元離れにつながることを懸念している。この将来時点の必要医師数を達成する計算式もブラックボックスとなっており、性年齢階級別勤務時間にも疑問がある(参考資料: 仕事量の推計について)。研修医の採用人数も 2003 年(新医師臨床研修制度前)と 2018 年度と比較しても鳥取県、広島県、山口県、徳島県では減少したままであり(参考資料: 各都道府県の研修医採用人数の変化)、また、2018 年度より開始された新専門医制度と医師の地域偏在の検証も終わっていない。

厚生労働省医政局医事課は、頑なにシーリングの見直しを拒んでおり、2020 年は激変緩和策がとられているとはいえ、それ以降はさらに専攻医の人数制限が強化されると思われる。各県の取り組みと日医のご見解をお伺いする。

山口県 当県では、精神科、泌尿器科、放射線科、リハ科が、2016 年の充足率が 1 を超え、シーリング対象となり、最低シーリング数の 5 人の設定になっている。これらのいずれの科も 5 人を超える専攻医採用がなかったため、実質的にシーリングは働いていない。その他の科では、シーリング対象とはなっていない。

2016 年度の充足率が 1 を超えていると指摘された診療科も、急性期病院に勤務する医師数は全く足りていないとの実感であり、各診療科に従事する医師数の数え方に問題があるとの声が山口県医療対策協議会専門医制度部会であった。

司会 西日本、特に中四国はシーリングのかかった県が多く、特に岡山県は、中四国の県外の医療

機関に多数の医師を派遣しているが、9 診療科でシーリングがかかったということで、国に対しての要望書を提出したようだ。

岡山県 9 月 25 日に第 2 回目のシーリングが、専門医機構から厚生労働省に報告された。厚生労働省からの要請に対して、日本専門医機構が 9 月 25 日にシーリングの案を出している。それを見ると、ほとんど変わらないが、やはり 20 人ぐらい、当県としてシーリングがかかっている。特に内科は 8 人減というような厳しい状況だ。

当県は、大学が 2 つあり、当初の医師数はかなり多いが、県北と県南はだいぶ違う。岡山大学や川崎医大から近隣の県にたくさんの医師を派遣するという役もある。そのようなことを考えると、20 名近いシーリングは、当県にとっては憂慮される状況で、この 6 月に当会は、国に対する提案書を提出した。県知事名で、厚生労働省に、このシーリングをしばらく実情ははっきりするまで見直してくれ、見直しがつくまで延期してくれというような提案を出したが、9 月 25 日には次のシーリング案が出て、10 月 15 日からそれで募集を進めるということが決まっている。要望は通らなかったわけだが、現在の対応としては、次の次の年度の先を見越して、いろいろ策を練っていかなければならない。特に先ほど言ったように、医師の派遣の役割を持っているので、周辺の県や地域との連携プランをたくさん作って、その中で、このシーリングの数を全体として増やすような形を考えなければならないと思っている。

司会 続いて、香川県は、逆に県外の大学の専攻医を受け入れる立場で、県外の大学病院の研修プログラムが組み込まれていることが多いという実情があるようだが、9 科にシーリングをかけられたとのことだ。

香川県 岡大、徳大、京大からの派遣で各研修病院自体が大学の研修プログラムの中に入ってしまったという問題があり、シーリングが出た時点では 9 科にかかることになった。その後、医師会のお力添えによって、最少 5 名という話

が出て、小児科以外は、だいたいそれで助かったという感じだけでも、小児科に関しては、5 名では、香川大学の小児科の医師を育てるには足りない。例えば県中とか日赤とか、いわゆるほかの大学の研修プログラムが入っているところで枠を取られると、香川大学のプログラムが取れないというような状況になっている。最終的に、いろいろしてもらい、来年度は 7 名までということにもらった。

今後どうなるのかという、地対協でもそういう話があり、当県としては非常に困惑している状況なので、周辺の県とも話し合いたいという気もするし、地元の大学を今後育てるという意味では、特別枠みたいなことも考えてもらわないといけないと思っている。

司会 高知県でも 10 診療科がシーリングの対象となり、現状と矛盾するところがあるようだ。

高知県 シーリングの対象になった 13 診療科のうち、小児科、皮膚科、眼科を除く 10 診療科がシーリングの対象となっている。特に内科では、シーリング数が 15 人で、これまでの定員 38 人の半数以下となったが、2024 年の必要医師数を達成するための年間養成数 15 人が、過去 2 年の専攻医採用数 10 人より多いにもかかわらず、シーリングの対象とされた。

先ほど徳島県のほうから医師法の第 16 条の 8 に規定された手続きを踏んでいないということでお話もあったので、これは国にも提出しているが、香川県の久米川会長が言われたように、専攻医が、将来もその県ですべて診療をするとは限らないので、このシーリング自体、中四国のような地方でシーリングをかけること自体に反対という意見も当県の方ではあって、この前の会長会議の時にお話した。

司会 そもそもシーリングというのは、診療科偏在対策の一つとして掲げられたわけだけでも、それが全く機能していなかったり、実情と合っていなかったり、激変緩和策とか人口少数県への配慮は一定見られるものの、まだまだ課題の多い

テーマだと思う。

日医 今、既にお話があったとおりで、先ほど岡山もあったが、各県、また全国の知事会を通して、国に対するいろいろな要望を出してもらった。岡山県からのご要望が全面的に通ったわけではないというお話だったが、岡山からのご要望は非常にインパクトが強くて、あれが、その後の動きに大きな影響を与えたと私は感じている。日医も、そのことについては強く厚生労働省に働きかけてきたが、2020 年度の採用に関して、まだ不十分な点が多々あることはご指摘のとおりだ。

2021 年度の募集に関する検討を、今年の 12 月までに専門医機構の方でシーリングに対して考えて、また、それを厚労省に報告する。専門研修部会という所で、またそれを議論することになるので、しっかりと日医としても対応したいと思っている。

診療科の問題に関して、フランスのように、卒業時の成績で自分の専攻する診療科を選べるという仕組みをとっている国もあるが、わが国では、それぞれの医師が自分のやりたい診療科を自由に選べるという環境の中で、なんとかバランスがうまく取れてやってきたわけだが、それが今後もそのようにできるのか。あるいは必要な診療科に医師が行かなくなるのか。例えば外科系、特に外科を希望される方がどうしても少ないという中で、今後大丈夫なのか。それから、2～3 の診療科に人気が高まって、その希望者が増え、診療実態と合わないというふうなことも出てくるということもあるので、そのあたりもしっかり踏まえながら、検討しなければいけないと思う。

先ほど高知県からもお話があったが、都道府県ごとのシーリングを仮にかけたとしても、先々、その方がまた動いてしまうというのは、指摘のとおりで、ここは難しいところだが、過去にシーリングをかけられた、2018 年、2019 年のシーリングをかけられたところの方と話をすると、これまで先輩方には全然規制がなかったのに、自分たちから大きな縛りをかけられて大変悩ましいという不満は、たくさん寄せられているので、それらも踏まえ、日医として今後、対応していきたいと

思っている。

司会 先ほどの問題以外にも、女性医師のキャリア形成や近隣の関連病院での研修など、いろいろな要素がこれには含まれていると思うので、きめ細かい対応が必要かなと思う。

[報告：専務理事 加藤 智栄]

障害児を社会全体で見守り育てる地域づくりに ついて（高知県）

平成 17 年に施行された発達障害者支援法は、発達障害の早期発見、支援を行うことに国・地方自治体などの責務であることを明示し、発達障害者の自立・社会参加に資することを目的としている。そして、この法律は従来の障害者の枠組みでは対応が不十分な広汎性発達障害者と特別支援教育の対象となる障害者も支援する意図もある。

各県における発達障害者支援センターの設置・活動状況、並びに今後の課題についてお聞かせいただきたい。

鳥取県 県中部に『『エール』発達障がい者支援センター』を設置し、障害児・者と家族への相談・指導・助言を行っている。

鳥取市では精神保健福祉センターで調査、相談指導、関係機関への技術指導・援助を行っている。

平成 20 年度から鳥取大学医学部附属病院を診療拠点とし、「子どもの心の診療ネットワーク整備事業」を行っている。発達障害児や児童虐待、引きこもりなどの問題に対する支援ネットワークの構築が主な仕事だが、県内各圏域に子どもの心の診療やケアのできる医師・スタッフ育成のための研修会なども開催している。県民への啓蒙、受診ツールの作成なども行っている。

岡山県 当県としては、平成 17 年から支援センター機能を社会福祉法人旭川荘に委託、平成 20 年度からは県北にも設置している。岡山市は別に独自事業を行っている。

県の支援センターはスタッフ 9 名で運用しており、相談支援及び人材育成が大きな活動である。現場の気づきから初診までに数か月も要すること

が現在の問題であり、かかりつけ医の発達障害対応力向上のため、研修を年 4 回行っている。また、学齢期の支援、自立のための就労支援のための研修も行っている。

今後は医療的ケア児・者への支援も含めた内容の充実が課題と考える。

愛媛県 愛媛県立子ども療育センター内に平成 19 年から「発達障がい者支援センターあい♡ゆう」が併設されている。スタッフ 3 名で開始したが、医師として療育センター長が兼任、職員は増員され、専任職員 6 名、非常勤 1 名となっている。

相談・連携・人材育成を事業内容としているが、年間の相談件数が 4,000 件と、相談や診断の体制が整っていない地域からの相談が多く、本来の機能である人材育成や連携強化が十分進められていない。

身近な地域での小児発達障害の診断・治療を行う医師は増えてきたが、成人対応できる機関がまだまだ少ない。また、小児できちんと関わられていても、成人になって小児科から精神科への移行（トランジション）が、特に地方では円滑に進みにくい。当会としては県と共催し、かかりつけ医発達障がい者対応力向上研修事業を行っている。

乳幼児については、1 歳半健診や 3 歳健診で保健師が発達障害を疑う児をピックアップし、診断につなげられるようになってきている。が、グレーゾーンの児の保護者の困り感の軽減や本人の発達のために、診断を待たずに早めに療育につなげる、療育の裾野を広げる、地域で療育活動できることが必要と考える。

[報告：前川 恭子]

日医への提言・要望

健康食品について（島根県）

生活習慣病においては食事、運動、必要に応じて薬物治療を継続することが重要と考えます。一方、いわゆる健康食品は多種多様なものが存在し、消費者庁の許可を得た特定保健用食品（トクホ）や栄養機能食品、根拠の不明な健康食品が混在しています。中にはあたかも疾患が軽快するような誤解を与える表現がなされているものが

あり、またマスコミではさまざまな民間療法の情報が毎日のように流されています。患者さんの中には誤解のもとに、生活習慣の改善や健診受診から遠ざかり、場合によっては医療機関での治療を中断する例も見られます。

行政、各学会はもちろんですが、医師会としても世の中に氾濫する健康情報について何らかのチェックを行い、患者さんが誤解することのないように正しい情報を発信することはできないでしょうか。

日医 全くご指摘のとおりです。トクホの話も出しましたが、最近よく耳にします機能性表示食品は、個別にしっかり審査をしたわけではなく、届け出制であり、その届け出要件も不十分と思われる。ましてや全く根拠のない民間の伝承のようなものまでいろいろあり、日医としては、健康被害の情報収集、国民への啓発、情報の発信ということが非常に大事であると認識し、日医の中に健康食品安全対策委員会を立ち上げ、具体的な活動を行っております。

情報収集の観点からは、会員の先生から健康食品による被害情報を提供いただく健康食品安全情報システム事業を実施しております。情報発信の観点からは、委員会で検討した国民・患者さん向けの啓発ポスターを会員に配布し、健康食品は薬の代わりとはならず健康被害リスクもあること、気軽に健康の相談ができるかかりつけ医を持つこと、医師に健康食品を摂っていることを伝えていただくことを要点とした情報を、定期的に発信しております。委員会では、国民のヘルスリテラシー向上もテーマとして、医療に関する情報をより正しく受け止めるにはどうすべきかということについて、学校教育や産業医などさまざまな視点から具体的な検討をいただいております。

引き続き、国民の安全、そして不利益にならないように、しっかりと役割を担ってまいりたいと考えております。

[報告：副会長 林 弘人]

医師偏在対策について（広島県）

厚生労働省は都道府県、二次保健医療圏での新

たな医師偏在指数を算定し、医師確保対策における医師の偏在解消を目指している。

面積等を勘案せず全国の二次医療圏を一律の算定方式で評価・昇順表示し、医師多数地域や少数地域とするのは地域の実情を反映しておらず、医師偏在指数のみを重視した計画の策定は現実味がないように思われる。

医師多数地域と算定された二次医療圏にも医師少数地域が多く含まれておりスポット対応が検討されているが、医師偏在指数にとらわれず各県、地域での実情にあった対策ができるよう要望する。

加えて、公立・公的医療機関で医療機能の再検証を要請される公立・公的医療機関名があがったことは、あまりよくないことだと考えている。

日医 偏在対策については繰り返すが、医師確保計画について、下位 1/3 から脱出することや、偏在指標という数ではなく、各地域の困っている点を改善できる計画にしていきたいと考える。

地域医療構想については、調整会議が活性化され、地域に役立つ議論が進むことを願っている。が、今回の再検証の報道は、自身も予想していなかった。医療機関名が出たことで不利益にならぬよう、地域に必要な機関をしっかりと支えていただきたい。この件に関し、日医にはご意見・ご指摘を多く頂戴しており、対応に不行き届きがあったとすれば、反省してしっかり対応したい。

[報告：前川 恭子]

学校医と学校産業医（健康管理医）の契約個別化について（山口県）

以前は学校医の契約のみであり、しかも理事会などで頼まれ、口約束が多かったと思われる。その後、産業医制度が開始され、学校医が学校産業医（健康管理医）を兼務することが慣行となっている。近年、学校医の業務増加のみならず、ストレスチェックの開始など学校産業医（健康管理医）の業務強化も求められている。

しかしながら、その契約については、曖昧な部分も多く、学校医と学校産業医（健康管理医）の契約を明文化し、別々に契約することが求められ

る。この財源について文科省は地方交付金で手当てしているというが、実態は不明である。そこで、今後は 2 年ごとの契約にするなど明文化し、小児科の先生で産業医資格のない場合などは教育委員会が有資格者と産業医契約を行うなどの対応を求める。これら契約が全国的に進められるよう、日医より関係機関への働きかけを要望する。

日医 日医としても関係機関に働きかけを行いたいと考える。

[報告：常任理事 藤本 俊文]

医師の地域偏在解消に向けた日本医師会の重点的取組について（徳島県）

医師の都道府県偏在のみならず、三次医療圏単位での偏在解消に向けて、厚生労働省は医師需給分科会において、医師偏在指標が明示された。またこのデータに基づいて、都道府県は医師確保計画の策定を 2019 年度中に行い、今後 3 年ごとに医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成することを長期的目標とした。

都道府県は地域医療対策協議会と計画案の共有をしつつ、医師少数区域・医師多数区域の指標の差を埋めることをアウトカムとして、3 年ごとに改善・悪化を示されるわけである。移動対象となる医師は当然勤務医がほとんどであり、地域の医療需要を把握して、診療科ごとの医師数の目標を立てる必要があるが、医師の年齢によって、専門医取得の問題、教育環境の問題、家族の反対、望まれる医療内容とのギャップなど、さまざまな障害を克服する必要がある。

医師少数区域の病院・診療所で望まれているのは、いわゆる総合診療医であり、家庭医である。各科専門医をずらりとそろえる総合病院を医師少数区域で運営していくことは、人口減少と相容れない。総合診療医を核として、現在医師多数地域の地域医療支援病院と緊密なネットワークを形成していくことが、数だけではない地域偏在改善につながると思われる。

日医として、① 総合診療医と総合診療専門医の育成、並びに② 医師少数区域配属のインセン

ティブ、さらに③ AI も取り入れた医療ネットワークを推進するために、紙カルテ ver.2.0 のような現在の電子カルテの良好なデータ化への取組推進に注力していただきたいと思うがいかがか。

日医 一部既にお答えしたので、①～③につきご回答申し上げる。

総合診療医について、全人的な診療能力は医学部のカリキュラムの CBT や OSCE、及び臨床実習・臨床研修で養われることを、全国医学部長病院長会議などの場を含め、日医は強く訴えている。

総合診療専門医は、地域においても学問的にも指導的な立場に立っていただくことが望ましい。2018 年の 8,410 名の専攻医の中で、総合診療専門医は 184 名、2% 程度である。より多くの総合診療専門医を養成すべきというご意見もあるが、現実的には難しい。かかりつけ医機能研修での対応を考える。

医師少数区域配属にインセンティブをつけることは、現在の認定だけでは難しい。継続して議論し実効性のあるものを考えていく。

電子カルテについては、ベンダーの違いをそのまま乗り越えることは難しいので、カルテ内容が共通コードで抽出できるよう、SS-MIX2 などで検討がすすんでいる。

[報告：前川 恭子]

医師の働き方改革における財源・人材の確保と医師の事務作業の軽減について（香川県）

現在、医師の働き方改革の議論はまだ中途であるが、この働き方改革の達成には、医師数の増加やタスクシフティングのための医師事務作業補助者等の増員など、人件費のかかる問題である。

また、タスクシフティングなどで検討されている多職種の人材についても、事務作業補助者など、すでに人材不足の声が上がっている。さらに、病院薬剤師や一部の職種においては地域で確保するのも困難になっており、特定の能力を持った看護師の養成にも、研修機関が少なく、遠方へ長期間研修に送り出す余裕のある病院は少ない。タスクシフティングを行う職種の人材確保と教育が課題である。

その上、現在の診療報酬では、事務作業補助者、看護師や MSW など、何をやるにしても必ず「専従」項目がある。このために病院は多くの職員を抱えなければならず、人件費が病院経営を圧迫し、また大規模病院に人材が集中し、中小規模病院は人材不足に陥っている。加えて、いろいろな診療報酬で、「医師が説明して、必ずカルテの記載が必要」な項目が多く、医師の労働時間の多くがこうした説明やカルテ記載・文書作成に費やされている。

- 1) 医師の働き方改革には財源が必要である。財源の確保をお願いしたい。
- 2) タスクシフティングを行うための人材確保をお願いしたい。
- 3) 事務作業が医師に集中しているが、効率的な医師の働き方ができるような診療報酬体系にしていただきたい。

日医 医師事務作業者の確保ができるような診療報酬体系をこれまでも求めてきたが、進んでいない。タスクシフティングや働き方改革が叫ばれているので、中医協での議論もこのことに踏み込んでいかなければならないと思っている。病院薬剤師の役割が大事であるが、わが国では薬剤師の養成数が他国に比べて多いにもかかわらず、ほとんどが調剤薬局に就職し、病院薬剤師の確保が難しい。病院内で薬剤師が活躍することにより、タスクも変わると思っている。看護補助者の確保も大変なので、これも何とかしなければならない。香川県医師会では昨年度から日医認定医療秘書の養成を始めていただいている。中国四国では、岡山県、広島県医師会にも取り組んでいただいている。日医認定医療秘書は他の医療秘書に比べてレベルが高いため、この仕組みを普及させるとともに、資格取得者にきちんと報いることができるように思っている。

[報告：沖中 芳彦]

地域医療介護総合確保基金について（愛媛県）

平成 31 年 4 月 11 日に開催された平成 31 年度都道府県医師会税制担当事務連絡協議会において、中川副会長は、協議Ⅱ、今後のさらなる消費

税率引き上げに向けて、の、①消費税収と社会保障費、の中で、「消費税率 8%以降、消費税収（国分）の使途が社会保障 4 経費（年金、医療、介護、子ども・子育て）に広がり、『社会保障目的税化』になった。これは、社会保障費が不足した場合に税収や国債に依存できず、消費税率の引き上げで対応しなければならないという意味である。」と述べられている。

この説明を聞くと、将来的に医療費の増加分はすべて消費税で賄うことになるが、自然増の部分も含めて消費税で賄うとすれば、地域医療介護総合確保基金は将来的に先細りとなると考える。

実際、最近では、行政は、「地域医療介護確保基金は、2025 年に向けて地域医療構想の実現のための基金である」との説明をしており、2025 年以降の存続に関して不透明な状況である。

現在、地域医療介護総合確保基金を利用して行っている事業や看護学校の補助金など、将来にわたって継続が必要と考えるが、今後の見込み等について情報や日医のお考えがあればご教示いただきたい。同時に、継続について、強く要望させていただく。

日医 地域医療構想の実現が基金の大きな目的ではあるが、地域包括ケアシステム維持・運営も目的の一つである。いずれも 2025 年ではなく 2040 年をターゲットとしているので、2025 年で基金が終わるとは日医は認識していない。

看護学校の国庫補助の付け替えについては、基金対応になってから大変扱いにくくなっている。財務省は付け替え部分に踏み込み削減まで考えると言うが、とんでもない話である。そうならぬよう、しっかり注視し頑張るつもりである。

[報告：前川 恭子]

医療・介護施設におけるプラスチックごみの減量について（高知県）

医療・介護施設で使用されるプラスチックは飛躍的に増えている現状がある。プラスチックごみは世界的に大きな問題となっている。地球環境を守る観点から、日医もこの問題に関心をもち、今から対策をしていくことが必要だと考える。

日医 ご指摘の通りである。日医も関心をもって
いるが、目に見えた成果が出ていない。横倉会長
が参画している会議でも大きく取り上げられる方
向にあるので、日医として意見を述べなければな
らなと思うが、患者の利便性、安全性（無菌的
な環境で提供しなければならない）を高めつつ、
如何にプラスチックのゴミを減らすかの両方の視
点を持たなければならない。このことについてこ
れまで情報発信が十分でなかったことが反省点で
ある。本日のご指摘を踏まえて、しっかりと対応
していきたい。

[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

まず、本会委員長である岡林弘毅 高知県医師
会長のご挨拶があり、続いて来賓祝辞として横
倉義武 日本医師会長のご挨拶があった。その後、
前年度開催の鳥根県医師会より平成 30 年度事業
及び会計報告があり、承認された。最後に次期開
催県医師会として渡辺 憲 鳥取県医師会長よりご
挨拶と令和 2 年 10 月 3 日（土）、4 日（日）の
両日にホテルニューオータニ鳥取で開催を予定し
ている由のご紹介があった。

[報告：副会長 今村 孝子]

特別講演

1. 日本医師会の医療政策

日本医師会長 横倉 義武

1. 医師会の歩み

明治初年の西洋医学の本格的な導入以来、都市
部を中心に開業医が少しずつ増え、地域の開業医
が互いの医術の向上などを目的として研究親睦団
体を結成した。中国四国地区では最初に山口県で
明治 15 年(1882 年)頃に好生社が結成され、日々
新しくなっていく技術について討論し、医術を講
究、皆勤のものに賞金を授与していた。

明治 39 年(1906 年)5 月に医師法成立、医
師は医師会を設立できることとし、医師会の機能
が規定された。

明治 39 年(1906 年)11 月に「医師会規則」
制定、医師会を郡市区医師会と道府県医師会に分
けた。各地域における医師会の設立は任意だが、
医師会が設立された場合は、その所在地の官公
立病院以外の医師は医師会に強制加入すること
になった。

医師法と医師会規則が制定されたことによ
って、郡市区医師会と道府県医師会が続々と誕生
した。

地域的連合組織としてのブロック医師会が結成
(明治 43 年：関西医師大会、関東東北医師大会、
大正 2 年：九州医師会)され、全国組織の医師
会を作ろうという動きがでてきた。

1915～1916 年にかけて、日本薬剤師会が医
薬分業の運動を活発に推進したが、日本連合医師
会は組織が不完全で、会を推進するリーダーが不
在だった。そこで、医薬分業阻止のために全国的
な医師組織を新たに結成することになり、日本連
合医師会を発展的に解消、大正 5 年(1916 年)
11 月に大日本医師会が設立された(会長：北里
柴三郎)。

このたび、北里先生が新千円札の肖像に決まり、
2024 年度から新紙幣が発行されるが、現千円札
は野口英世 先生となっており、2 代続けて医師
が肖像となったことは医療が社会に欠かせない
という裏付けであり、医師が社会に果たす責任の重
さを感じる。

2. 「医師会の役割」と「医の倫理」

医療の根本は信頼であり、医師が専門職として
患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職とし
ての能力と倫理の水準を維持し高め、専門職自律
の原則に立って自己規律を行うことが必要。同時
に、医療は医学の社会的適用であり、医療制度・
政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意
見を自律的にとりまとめ、社会や政府に対し積極
的に提案することで、社会的責任を果たすことが
重要である。医師自らが国民に対して医師と医療
の質保証に責任を負う体制を構築する、これが医
師の学術団体・専門職能団体である「医師会」の
存在意義・目的である。

日本には 891 の郡市区等医師会、47 の都道府

県医師会、そして日本医師会があり、20 万人強の会員がいる。日本医師会には 2012 年ノーベル賞受賞の山中伸弥 先生、2018 年同賞受賞の本庶佑 先生も会員としておられ、世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体である。

専門職能団体に対し、①倫理の確立、規律の保持、品性・誠実性の確保、②研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩、③医業及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応、④監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保、⑤専門領域内での自主的な課題解決に向けた積極的関与、等を社会は期待する。私は会長になってすぐに日医の基本理念を明確化するために、日本医師会綱領を策定し、組織としての目的、目標、理想を、会員のみならず国民の皆様を示したいということで、日本医師会綱領（仮称）検討委員会を立ち上げ、議論を積み重ねて 2013 年 6 月 23 日の第 129 回定例代議員会にて「日本医師会綱領」が採択された。最近では代議員会の冒頭に出席者全員で唱和している。

日本の医療を守るために、われわれは理念をどのように共有するかということで、全国の郡市区医師会長が一年に一度、一堂に会する全国郡市区医師会長協議会を設置し、平成 30 年に初開催した。第 2 回目となる大会を本年 11 月 24 日（日）に全国医師会・医師連盟 医療政策研究大会として開催を決定した。

3. 明るい健康長寿社会に向けて

高齢化、高齢者の増加により社会保障費は増加しているとはいえ、「国による医療・介護に対する支出の抑制による質の低下」は国民の理解を得られない。急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前、後期高齢者医療制度導入の際に見られたように国民の反発を招きかねない。国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、その実現のために協力して取り組んでいかなければならない。

成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成

長を促すような取組みを進めていかななくてはならず、そのためには健康寿命の延伸が必要である。

1990 年が 15～64 歳人口比率のピーク（69.7%）であり、2025～2040 年は労働人口を 74 歳まで延伸できればピーク時の 1990 年の労働人口の比率と同じになり、それ以降も 2005 年の 64 歳までの労働人口比率と同じレベルで収束可能となる。実際、2009 年から 2018 年の 10 年間で、生産年齢人口は 660 万人減少したが、就業者数は 350 万人増加した。

高齢者の体力・運動能力をみると、6 分間歩行テストの結果では、「65 歳～69 歳」と「75 歳～79 歳」の歩行距離が年々伸びている。1998 年の 65 歳～69 歳と 2017 年の 75 歳～79 歳がほぼ同じ距離を歩いており、現在の 75 歳～79 歳の体力・運動能力は約 20 年間で 10 歳も若返っている。

人生 100 年時代に向け、妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障が必要になる。このため、かかりつけ医、学校医、産業医の役割はますます重要であり、地域の医師会側から行政、関係機関へ働きかけることにより効果的な施策につながる。医療＝予防・教育＋診断・治療＋再発重症化予防・見守り・看取りであり、「病を防ぐ」は医療の大きな役割である。

医師の役割は診断治療だけではない。「人生 100 年時代」において生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。日医では、①健（検）診データの一元化による生涯を通じた健康管理、②経済団体・医療団体・保険者・自治体等からなる日本健康会議の取組みなどにより健康寿命を延伸していく。

経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議」（事務局長：渡辺俊介）を 2015 年 7 月に発足した。自治体や企業・保険者における先進的な取組みを横展開するため、2020 年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を採択、この目標を着実に達

成するため、① 取組みごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。全国で地域版日本健康会議を立ち上げていただき、地域住民の健康増進の取組みをさらに進めていただきたい。

4. かかりつけ医機能のさらなる定着

日医では今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施している。かかりつけ医機能として、患者中心の医療の実践、継続性を重視した医療の実践、チーム医療、多職種連携の実践、社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践がある。

2016 年度から開催している「日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会」には多くの参加をいただいております。今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会の開催をお願いしたい。

5. 超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

現在、国においては、①地域医療の確立のため、かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供ができるような地域医療構想の実現、②医師の健康への配慮、地域医療の継続性をともに満たすようにバランスのとれた医師の働き方改革の推進、③医師の地域及び診療科偏在対策として新たな専門医の仕組み等が検討されているが、都道府県において地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、地域の実情に応じて医療資源を活用することが第一である。

外来医療計画については、「外来医師偏在指標」が出ただけで、地域を支える自由開業医制に制限が加えられるのではないかという声が地域から寄せられているが、このままでは間違った議論にな

る懸念がある。急激に制度を変更すると混乱が起きるので、徐々に変えていくことが重要である。都道府県が医療計画の一部として本年度中に策定する「医師確保計画」と「外来医療計画」については、厚労省の「医師偏在指標」に基づいて偏在の是正を行うのではなく、まずは、大病院、中小病院、診療所の外来機能について、検討を進めるべきだと考えており、その上で、地域の外来機能のあり方を医師確保計画の策定に反映すべきである。

都道府県が地域医療構想（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画に策定している。高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて病床は減少していく。病床を急激に減少させると、地域医療に混乱をもたらす可能性があり、ソフトランディングをしていく必要がある。

専門研修における専攻医採用のあり方については地域の実情に応じた都道府県からのボトムアップと、オートノミーに基づく適切な調整が必要であり、都道府県医師会の積極的な関与が求められる。日医も厚労省や医道審議会へ、日本専門医機構には副理事長、理事、監事として参画しており、オートノミーに基づく検討と適切な調整を求めている。

平成 20 年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の 2 つを両立することが重要である。両者のバランスが取れているかを常に振り返ることが必要と考える。

タスクシフティングについては、国民にとって安全な医療を守るため、医師による“メディカルコントロール”（医療統括）の下で業務を行うことが原則である。新たな職種の創設ではなく、既に認められている業務の周知の徹底、並びに、それらが実践されていない場合の着実な検証を実行

すべきであり、法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを経て行うべきである。また、タスクシフティング先の医療関係職種への支援が必要である。AI 等の ICT の活用は、医師のタスクをサポートするものとして推進していくべきである。

医師の応召義務については、医師が国に対して負う公法上の義務であるが、刑事罰はなく、行政処分の実例も確認されていない。診療に応じなかったことに伴う医師の責任は、民法上の過失の問題として議論されるべきであり、医師法上の「応召義務」の概念を過大に取り扱うことは適切ではない。ただし、医師の働き方改革との関係において、地域の医療提供体制を確保しつつ、他方、医師法上の応召義務の存在により、医師個人に過剰な労働を強いることのないような整理を個別のケースごとに示すことが必要である。最も重要な考慮要素は「緊急対応が必要か否か」（病状の深刻度）である。これに加えて「診療時間内・勤務時間内」か時間外かも重要な要素であり、さらに、患者と医療機関・医師の信頼関係の観点も重要である。個別事例ごとの整理として、「患者の迷惑行為」「医療費不払い」「入院患者の退院、他医療機関の紹介、転院」「差別的な取扱い」等、事例ごとに考え方を整理するとして「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」報告書に基づいた厚労省から応召義務の解釈を整理した通達が発出される予定である。

「経済財政運営と改革の基本方針 2019」（「骨太の方針 2019」）が閣議決定されたが、高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬、地域医療介護総合確保基金創設前から存在している事業も含めた大幅なメリハリ付け、は日医として容認できない。病床の機能分化・連携が進まない場合の都道府県知事の権限の在り方、国保の法定外繰入の解消、については慎重に検討する必要がある。予防・健康づくり、成育基本法に基づく取組みの推進、生活習慣病対策における地域の医師会等との連携、日本健康会議や全国知事会の取組みとも連携し、戦略的に全国展開、については推進すべき項目と考える。

「1 億総活躍」「働き方改革」「人づくり革命」（年間約 5,500 億円の効果）、被用者保険の保険料率を 10%（協会けんぽ）に合わせることで、共助（保険料）の増額を計り、消費税増収分を社会保障財源へ回す。たばこ税を増税し、社会保障財源にすることによって、公助（税金）の増額を計る。賃上げや設備投資が行われない場合の、いわゆる内部留保（463.1 兆円）への課税を行い、給与に還元させることによって保険料並びに税金の増額を計る。それにより、社会保障は充実し、需要創出・雇用拡大することによって国民の不安は解消される。

日医の設立記念日である 11 月 1 日を「いい医療の日」として、日本記念日協会に申請、審査に合格し、記念日として登録された。広く国民に認知されるよう、今後もさまざまな活動に取り組んでいきたい。

[報告：常任理事 中村 洋]

2. 森田正馬の人となり・その業績

東京慈恵会医科大学名誉教授 中山 和彦

不安障害に対する精神療法である森田療法の創始者の森田正馬は土佐出身。土佐には「犬神憑き」という、狐憑きとともに西日本に広く分布する犬霊の憑き物という土俗信仰があり、この風土が森田正馬の神経症性格の形成に大きな影響を与えたのではないかと中山先生の説から講演が始まった（横溝正史の「犬神家の一族」の舞台は那須湖畔、念のため）。

森田正馬が好きすぎてたまらないとおっしゃる中山先生は、東京慈恵会医科大学・精神医学講座初代教授の森田正馬の生涯、研究、周囲の人々、そして森田療法へと話を進める。

森田療法は、「症状」を取り去ろうとせず、「症状」となってしまった違和感をもとの自然な違和感に戻していくことを目指し、現実を目を向けて、身の回りのことから実践・行動していく。行動認知療法と共通点が多いが、「症状」にフォーカスしない点が異なるそう。

私には、限られた誌面でこの療法を伝える技量がないが、東洋的な印象を受けた。

後半は森田療法の実践。

集中すること：行動の目的だけを考えることを意識する。

さっさとやること：やるべきこと、日常の家事も含め自分でできることは、後回しにしないですぐやること。

できることの質を高めること：今できることは少なくとも、できることを丁寧に、集中して行う。

そして、常に楽しかったことをイメージして積極的に生活していくこと。それが「幸せな人生」に導かれるコツ、不安をこじらせないコツ。

中山先生の具体的な実践法は、受け入れやすく、この森田療法がぐっと身近に感じられた。百年近く前に編み出された治療法だが、現代社会においては、医療の場だけにとどまらず、より広い場面で多くの人の助けになるものと考えた。

[報告：理事 長谷川奈津江]

「会員の声」原稿募集

投稿規程（平成 27 年 5 月から）

- 1) 投稿は本会会員に限ります。
- 2) 内容につきましては、医療・医学に関連するものに限定させていただきます。
- 3) 他誌に未発表のものに限ります。
- 4) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 5) 字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
- 6) 外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
- 7) 学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。（『山口県医学会誌』への投稿をお願いします。）
- 8) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 9) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）をお願いします。
- 10) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 11) 原稿の採用につきましては、原稿をいただいた日の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527 E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp