

平成 29 年度
第 52 回
九州各県内科医会連絡協議会

期 日：平成 29 年 10 月 21 日（土）午後 4 時～ 6 時 30 分
会 場：ホテル日航福岡 4 階「志賀の間」

第 52 回九州各県内科医会連絡協議会

期日：平成 29 年 10 月 21 日（土）午後 4 時～6 時 30 分

会場：ホテル日航福岡 5 階「志賀の間」

（福岡市博多区博多駅前 2 丁目 18 番 25 号 092-482-1117）

次 第

司会・進行 福岡県内科医会 理事 長尾哲彦

1. 開 会
2. 担当県会長挨拶 福岡県内科医会 会長 江頭 芳樹
3. 来賓挨拶 日本臨床内科医会 会長 猿田 享男
4. 報 告 前年度九州各県内科医会連絡協議会担当 熊本県内科医会
5. 協 議

◇提案事項

- （1）貴県の学術活動の取り組みについて （鹿児島県）
- （2）「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」について （佐賀県）
- （3）かかりつけ医における認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成にあたっての各県の取り組み状況について （宮崎県）
- （4）医業支援体制について （沖縄県）
- （5）地域包括ケアの担い手としての内科医会会員に対するサポートの必要性（大分県）
- （6）地域包括ケアシステムにおける各県医師会、臨床内科医会の取り組みについて（長崎県）
- （7）民間企業による医療の取り込みについて。（施設への在宅医療等） （熊本県）
- （8）地域包括診療料と地域包括診療加算、時間外対応加算の届け出状況と今後の展望について （福岡県）

提 案 事 項 及 び
各 県 か ら の 回 答

提 案 事 項

(1) 貴県の学術活動の取り組みについて（鹿児島県）

《提案要旨》

内科医会の役割は最新の内科医学の吸収とその実践、それを支える保険診療制度への内科医会としての主張があげられます。本県内科医会では学術講演会の開催の他、27 年 10 月に学術委員会（各分野の専門医 8 人で構成）を設置し会報へ各分野のトピックスを掲載、大学が実施する臨床研究への協力、会員の各学会等での発表論文・発表演題を会報で紹介しています。貴県での学術活動は如何でしょうか？

各県からの回答

【鹿児島県】

提案県

【佐賀県】

本県では、年 1 回の総会・講演会、年 1 回の学術講演会、また、県医師会、県精神科病院協会、佐賀精神科診療所協会等との共催により、年 2 回「佐賀県かかりつけ医対応力向上研修会」を開催している。

加えて、郡市医師会単位で開催する研修事業への補助を行っている。

なお、会報誌の発行、ホームページの運用等はない。

【宮崎県】

総会を 3 月と 6 月に 2 回開催しており、3 月の総会では、会員発表、保険診療についての講演および特別講演（1 題）を行っており、6 月の総会では、特別講演（2 題）を行っています。このほかに昨年度は、県内科医会共催の講演会を 12 回開催しています。また、宮崎県内科医会誌を年に 2 回発刊し、会員の投稿論文を掲載、卒後教育として各分野の専門医のレクチャーを掲載しています。

各郡市医師会ごとに毎月学術講演会を開催している他、他の診療科と合同での講演会も年に数回開催しています。

各県からの回答

【沖縄県】

当県では、学術活動の取り組みに際し主として会員の日常の实地臨床に寄与することを目標に掲げている。

第一の取り組みとして、ミニレクチャー・症例検討会の開催がある。これは、隔月に行われ、講師は各専門領域で活躍中の専門医に依頼し、基礎から最近のトピックスを含め、分かりやすい解説が好評である。少人数で行われ活発な質疑応答が特徴である。講演後の症例検討会では、診断や治療に難渋した症例を持ち寄り、講師の先生を中心に検討を行っている。また、沖縄県内科医会学術講演会を、メーカー共催で年数回行っている（昨年実績3回）。その際、あくまで本会が主導し会社の思惑に左右されないように心掛けている。『不眠症』、『神経因性膀胱』、『CKD』等など、内科関連領域の疾患をテーマにし、現在の県内の診療上の問題点などの現状の調査報告を織り込み、詳細な講演が行われている。この講演会は、会員以外の県内の各医療機関の先生方に広く案内している。また会の中で当会の活動の紹介や入会の案内などを行い、会員増強の意味合いも持たせている。更に、当会主催の講演会以外でも、他の研究会等から共催の依頼があれば、できるだけ応じることで関わりを築いてきている。

その他、県医学会総会において教育講演や特別講演の演者の推薦、一般演題の座長推薦や県医学会雑誌の査読者の推薦などに関わることで県内の学術活動に積極的に関与している。

【大分県】

当県においては年間2-3回程度の学術講演会を行っているが、貴県のごとく学術に特化した情報提供は行っていない。今後大学や基幹病院と連携して少しずつでも取り組んでいきたいと考える。

【長崎県】

長崎県臨床内科医会として年4回程度（平成28年度は第106回から第109回）の学術講演会を実施（内科系2題、微生物予防注射1題、泌尿器1題）。

ところで長崎県は離島が多く、また交通の便の問題から全県的に集まり難いため、長崎市臨床内科医会と県北臨床内科医会が別個に講演会を実施しています。平成28年度は長崎市で第286回例会から第292回まで計7回、県北で第326回学術講演会から第335回まで計10回実施しました。

内容は幹事会で検討し、最近の話題、会員の興味を反映させ、内科系に限らず、各種外科系、精神科、放射線科から診療報酬、医療情勢の話などをカバーしています。スポンサーが付かない内容では、年1回程度ですべて臨床内科医会の予算から支出して独自に実施することを行っています。また、日本臨床内科医学会で発表された内容は会報に掲載しています。

以上のような活動を行っています。

各県からの回答

【熊本県】

熊本県ではそのような取り組みは行っておりませんが、県内科医会では県内の各地域内科医会の要望を取り入れ、各地域（年間に6～8回、県内の内科医会がある地域で）で講演会を開催しております。演題や演者も地域内科医会らの要望に沿うような形で行っております。

又、その折、保険診療Q & Aコーナーを設け、保険診療の啓蒙活動も行っており大変好評です。

【福岡県】

福岡県は北九州、筑豊、福岡、筑後の4ブロックに分かれて活動している。勿論、全体として活動することも少なからずあるが、地域性を重視して集まりやすいこの4ブロックに分けている。それぞれにブロック講演会を年1回開催しており、ブロックの総会に合わせて行っている。また、年1回保険診療懇話会をブロックごとに開催している。これは会員のレセプト審査の疑問に答えることを目的にしている。ブロック出身の審査委員と執行部の審査委員で会員の疑問に答える形式をとっており、資料は疑問に思われたレセプトをたたき台にして質問に答えている。どちらも執行部は必ず出席している。福岡ブロックではこのほかに勤務医内科医会との共催で年2回の学術講演会を実施している。なお県内科医会総会は4ブロック持ち回りで、年1回開催しその時に学術講演会も行っている。両方で学術の向上と保険審査の充実に資するものになっていると考えるが、このように年に数回会って懇親会を行うことでブロックの結束が固められるという側面もある。

(2)「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」について（佐賀県）

《提案要旨》

6月1日にWEB上で厚労省の“抗微生物薬適正使用の手引き 第一版”が発表されました。急性気道感染症と急性下痢症に対しての適正使用に対しての指針となっています。耐性菌に対しての現状からの指針で大筋は理解できますが、具体的な内容からは、最前線の臨床医として、いくつかの問題を感じざるを得ません。

佐賀県内科医会としては、後日、会員へのアンケート調査を行う予定です。この件に関して他の県での動き、内容に対してのご意見はいかがでしょうか？

また、日本臨床内科医会としての意見表明等必要ではないでしょうか？

各県からの回答

【鹿児島県】

2050年には薬剤耐性菌による死者が年間1000万人と推測されている。これに備えた「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」は有用な施策と考える。

「抗微生物薬適正使用（AMS）の手引き」のフローチャートは実臨床にそぐわない場合もあるが、この手引きが感染症診断・治療を規制するわけではないので、おおよその診断・治療の流れを示していると理解したうえで、個々の症例に合わせた診療を行えばよいのではないかと考える。

当県内科医会では「AMSの手引き」・「AMR対策アクションプラン」を会員に周知していく予定である。

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

抗微生物薬適正使用の手引きの内容は妥当だと思います。我々内科医は正確な診断の元に治療を行うべきであり、指針のフローチャートは適正使用に有用だと思います。ただし、かかりつけ医として患者一人一人の状況に応じて治療を考えるべきです。たとえば、ウイルス感染だとしても細菌感染予防をすべき患者には抗菌剤投与は忌避されるべきとは思いません。主治医として患者の基礎疾患を勘案し、本手引きを活用すべきと考えます。また、同時に国民教育も重要です。有用性の証明されていない健常人のマスク着用、うがいなどはマスコミのミスリードによる影響です。今回の対応策も臨床医だけでなく、国民教育もマスコミに間違った知識を広げられないような啓蒙を考えるべきと考えます。

宮崎県内科医会として会員への活動は未定ですが、日本臨床内科医会としても会員に周知すべきと考えます。

各県からの回答

【沖縄県】

貴県のご指摘通り、この手引きには、相当な疑問点があると思われる。まず、既に関連学会から同様なガイドラインが出ている中で、今回、国が主導する形でこの手引きが唐突に発表されたことに戸惑いを覚える。

内容に関して、抗菌薬の不適正使用による耐性菌増加は喫緊の重要な問題であることに疑問の余地はないが、この手引きで取り上げられている急性気道感染症、急性下痢症以外にこれらと同様またはそれ以上に問題となっている尿路感染症に全くふれないのはなぜか。大変疑問である。

気道感染症に関し詳細に記載されているが、実臨床において短時間で多数の症例を扱うときにこのように全ての症例に対し詳細に鑑別を行い、確定診断をつけてからでないと抗菌薬使用が行えないとするなら非現実的である。また手引きの中で、成人のA群β溶連菌感染症に対し、迅速抗原検査陽性を条件にペニシリン系抗菌薬の使用を推奨しているが、そもそも保険上、成人に対して同検査を認めていないため、意味のない記載となっている。

一方、急性下痢症に関しても、確定診断後の治療を推奨している。しかしながら、主要な起炎微生物である、ノロウイルスの診断キットは保険上、3歳未満の乳幼児や65歳以上の高齢者成人や免疫抑制状態にある者にその使用が限られ、それ以外の患者層では用いることができない。加えて日常診療で急性下痢症に対し便培養を行うことはほとんどない。以上より、実臨床で急性下痢症の起炎微生物の確定診断は困難である。また、そもそも急性下痢症において抗菌薬が乱用され、耐性菌が問題となっている実態があるのかどうか。少なくともそのようなデータにお目にかかったことがない。

このようにこの手引きの内容には、実臨床、保険診療の実態に基づかない部分が散見され、検討が不十分であると言わざるを得ない。

【大分県】

AMR(Antimicrobial resistance) についての手引きについては概ね妥当と思われる。一般の診療所レベルでの対応については特に一般市民の方々への啓発も必要だと思われる。AMRについては病院入院中の抗生物質使用も問題と思われるのでバランスのとれた対策が望まれる。

アンケート調査についてはどのような内容にするか、難しい点もあると思われるので佐賀県のケースを参考にさせて頂きたい。日臨内としての意見表明についてはもう少し様子を見て良いのではないかと考える。

各県からの回答

【長崎県】

現在、耐性菌の問題は、マイコプラズマ感染症に対する、マクロライド耐性。多剤耐性菌による、肺結核の増加。尿路感染症に対する、耐性菌の増加など、極めて身近な臨床上の問題となっています。また、新しい抗生剤の開発が、最近は全く行われておらず、耐性菌に対する治療の、新たな課題となっています。

我々、臨床医にとっても、身近な問題としてとらえ、また、問題にしなくてはならない課題だと思われます。今回の指針では、急性気道感染症と急性下痢症が取り上げられていて、納得のいく内容となっています。しかしながら、咳などの症状は、治るのに時間がかかりますとか、抗生剤の効かない腸炎ですから、症状は時間が解決してくれますとかは、医療関係者だと納得がいくと思われそうですが、一般の患者さんに納得してもらうには、かなりの時間が必要ではないかと思います。少しでも、耐性菌の発生を防ぐためには、地道な取り組みが大切で、とりあえず抗生剤を、とりあえずキノロンを、と言うような安易な投与を控え、患者さんへの説明の仕方など、努力しなくてはならないとは思いましたが、抗生剤を使用する時の、第一選択薬剤として、ABPCの使用や、第一世代のセフェム系薬剤の使用を薦められているのは、なかなか簡単ではないのかなと感じました。

【熊本県】

貴県の言われるようにいくつかの問題点がると考えています。なるべく抗生物質の使用は控える方向のように見うけられます。経過観察で重症化した場合などの対処法に問題があると考えています。貴県の意見には賛成です。

【福岡県】

現在とくに行動を起こすことは考えていない。我が国の抗生剤の使用が他の先進諸国に比較して多いのは事実である。その解決を図るのが今回の指針であると考えている。まずはガイドラインを会員へ周知して、その結果何が問題であり、どのようにすべきなのかが見えてくると思われる。第一線の臨床医は無駄な抗生剤を使用しているとはとても思われませんが、使用量が多いのも事実であり、まずは行動をしてからと考えている。

抗菌剤の適正使用に関する アンケート調査結果

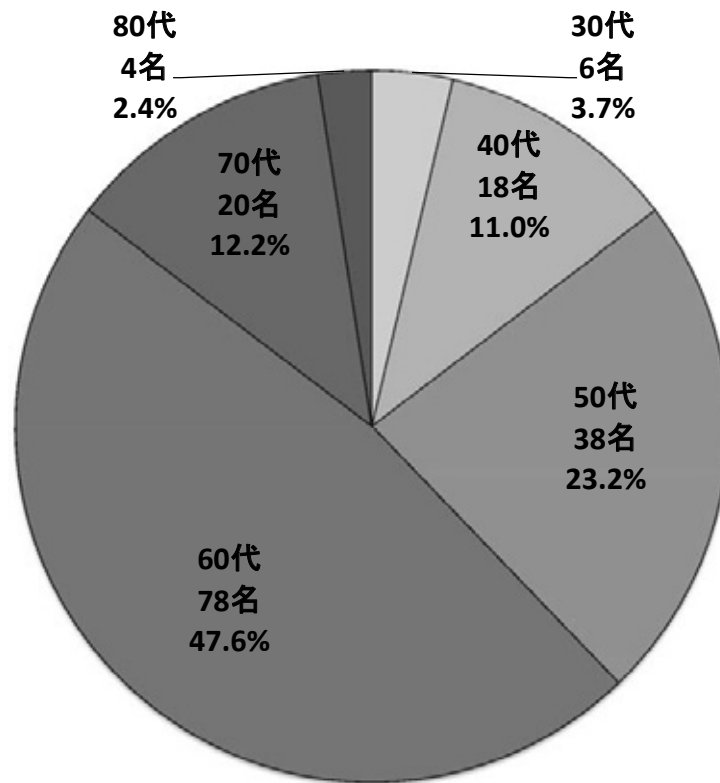
H29.10.21

佐賀県内科医会

1

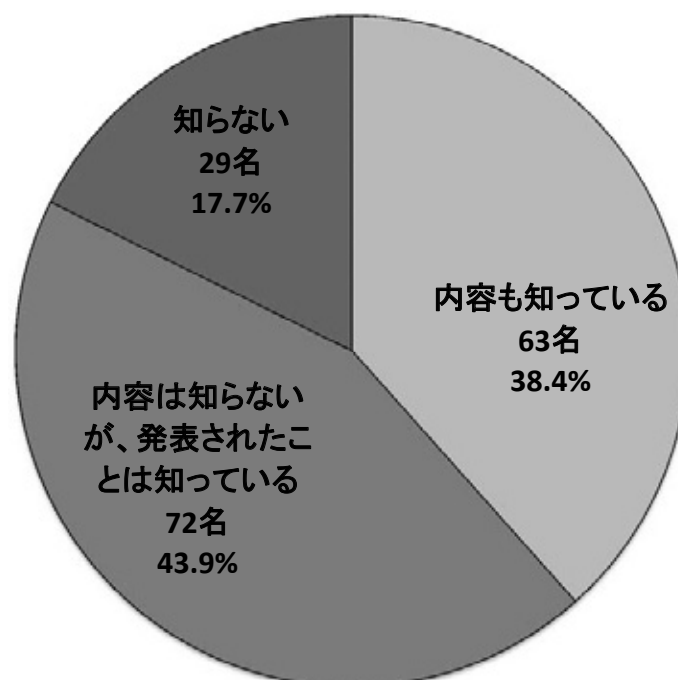
- 平成29年6月に厚労省から「抗微生物薬適正使用の手引き 第1版」が出された。この件に関して佐賀県内科医会会員に意識調査のアンケートを実施し、292名中、164名（56.7%）の回答を得た。

1:先生の年齢は？



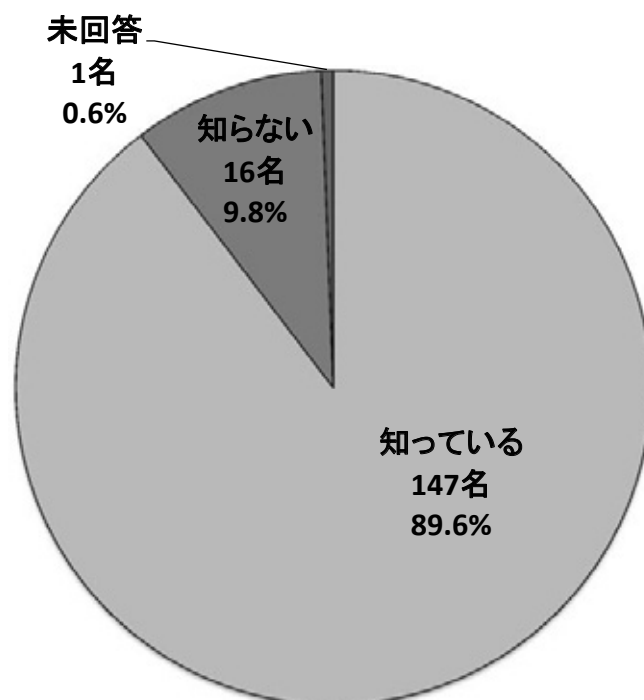
3

2:今回の指針はご存知ですか？



4

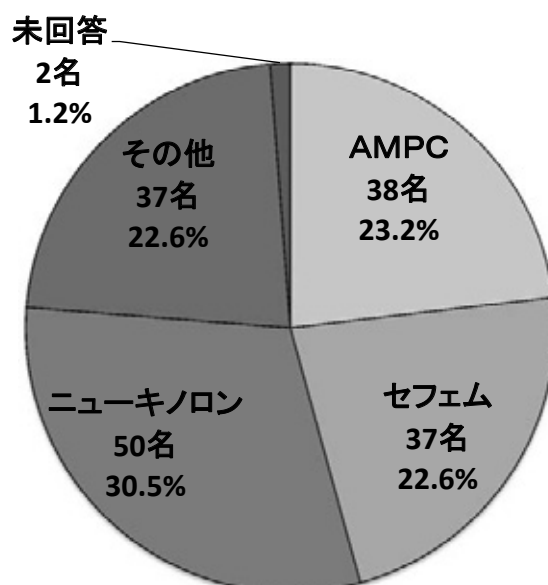
3: 世界の中では日本が諸外国に比し外来ではペニシリン系よりセフェム系、キノロン・ニューキノロンの使用割合が多いことはご存知ですか？



5

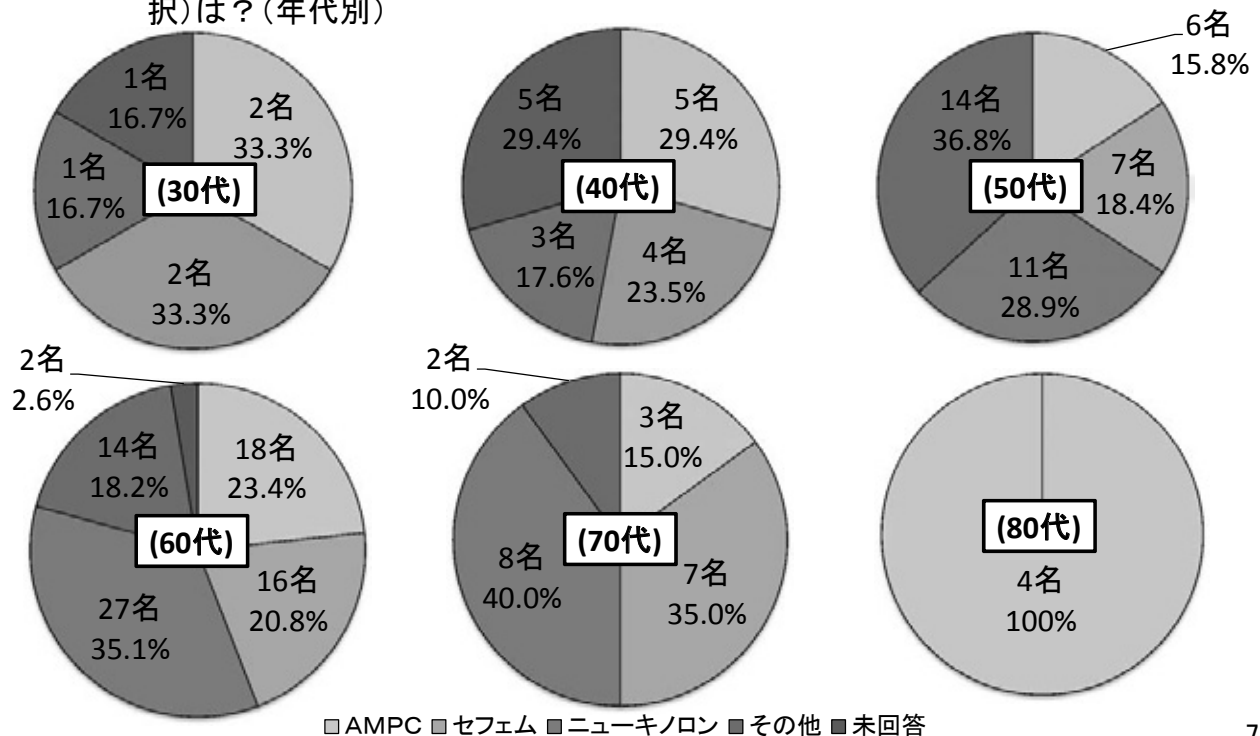
4: 指針では、いわゆるウイルス性の風邪症状 に抗菌剤を使用しない、風邪から進行した副鼻腔炎、咽頭炎(扁桃腺炎を含む)、気管支炎(咳・黄色たんを主症状とする)の程度によりアモキシシリン(AMPC: 代表的な商品名はサワシリン)を使用する事を推奨しています。

4-A: 抗菌剤が必要と判断した副鼻腔炎に対して使用する経口抗菌剤(一番多い選択)は？



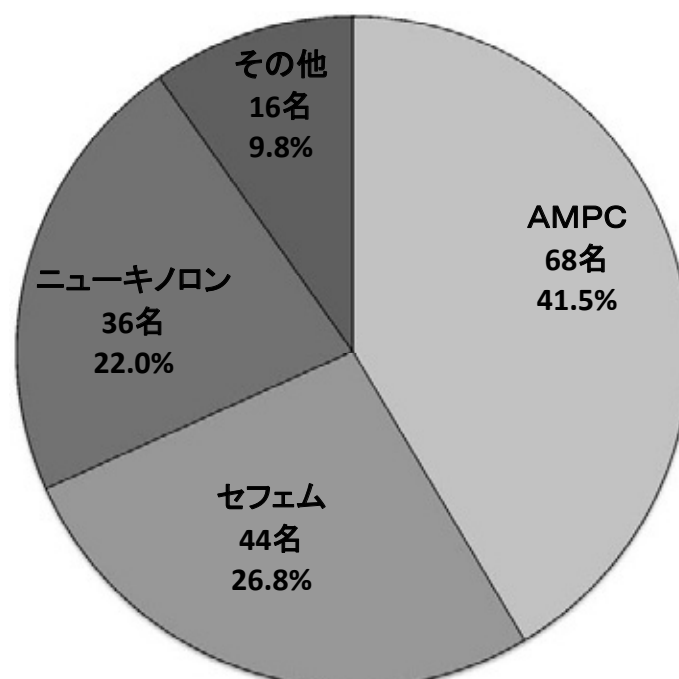
4: 指針では、いわゆるウイルス性の風邪症状 に抗菌剤を使用しない、風邪から進行した副鼻腔炎、咽頭炎(扁桃腺炎を含む)、気管支炎(咳・黄色たんを主症状とする)の程度によりアモキシシリン(AMPC: 代表的な商品名はサワシリン)を使用する事を推奨しています。

4-A: 抗菌剤が必要と判断した副鼻腔炎に対して使用する 経口抗菌剤(一番多い選択)は？(年代別)

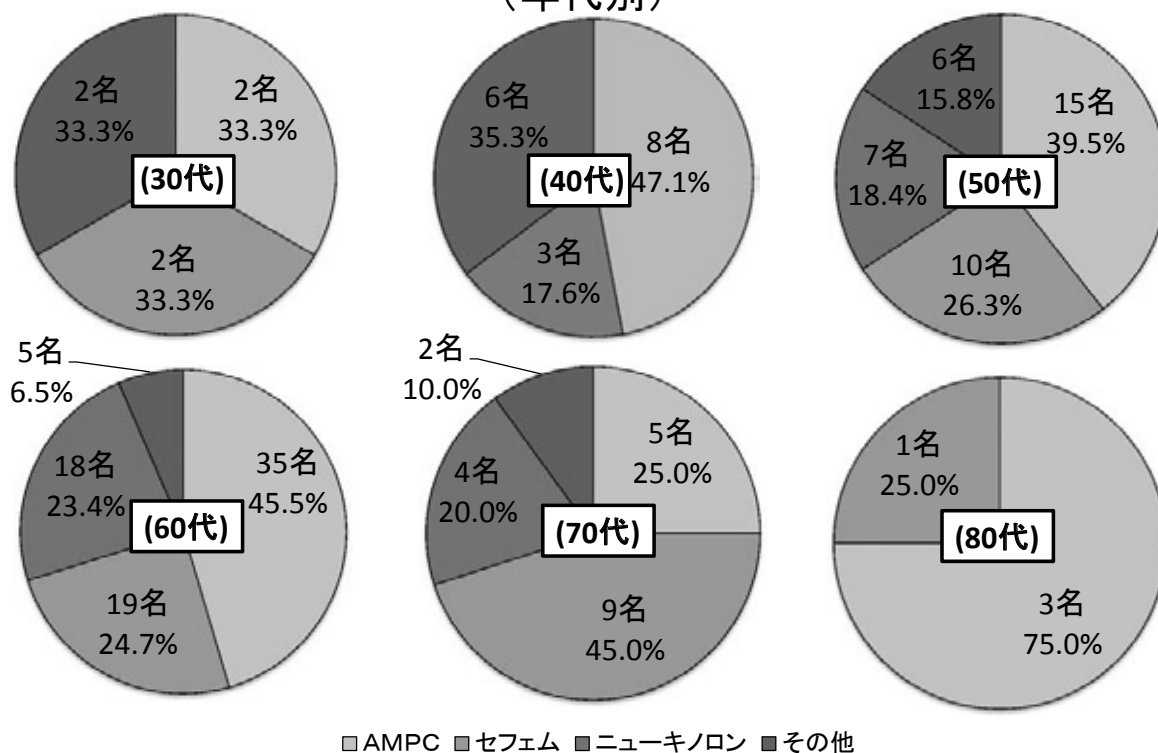


7

4-B: 抗菌剤が必要と判断した咽頭炎・扁桃腺炎に対して使用する経口抗菌剤(一番多い選択)は？

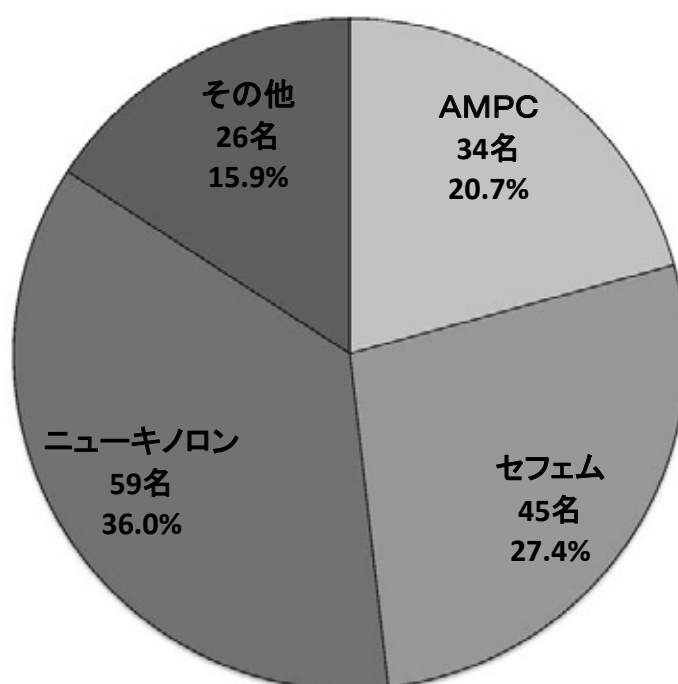


4-B: 抗菌剤が必要と判断した咽頭炎・扁桃腺炎に
対して使用する経口抗菌剤(一番多い選択)は？
(年代別)

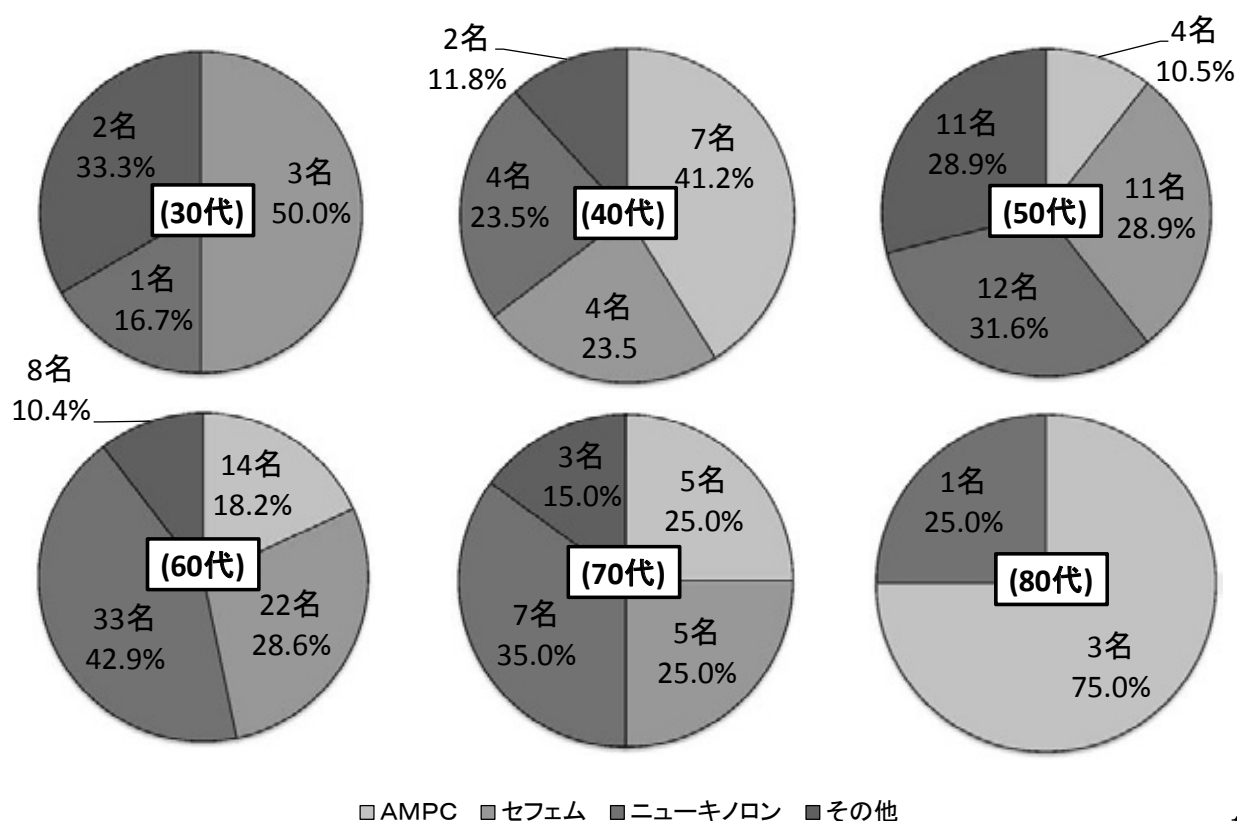


9

4-C: 同じく、急性気管支炎に対して第一選択は？

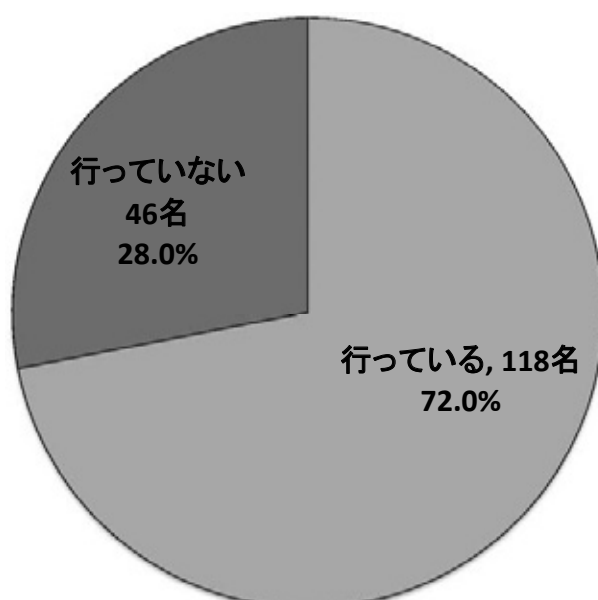


4-C: 同じく、急性気管支炎に対して第一選択は？（年代別）

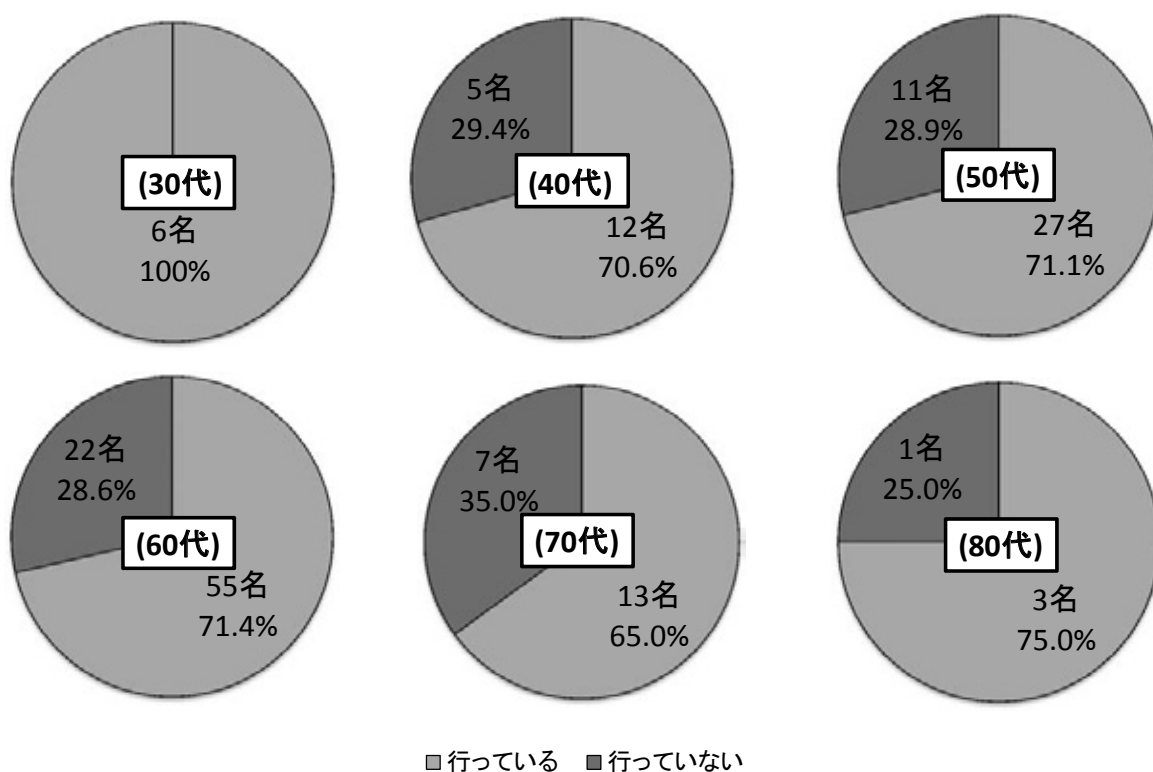


11

5: 今回の指針は重症度を判定する指標として経過、理学所見のみとなっていますが、重症度から抗菌剤の適応を決定するのに院内での白血球数やCRPの迅速検査は、行っていますか。

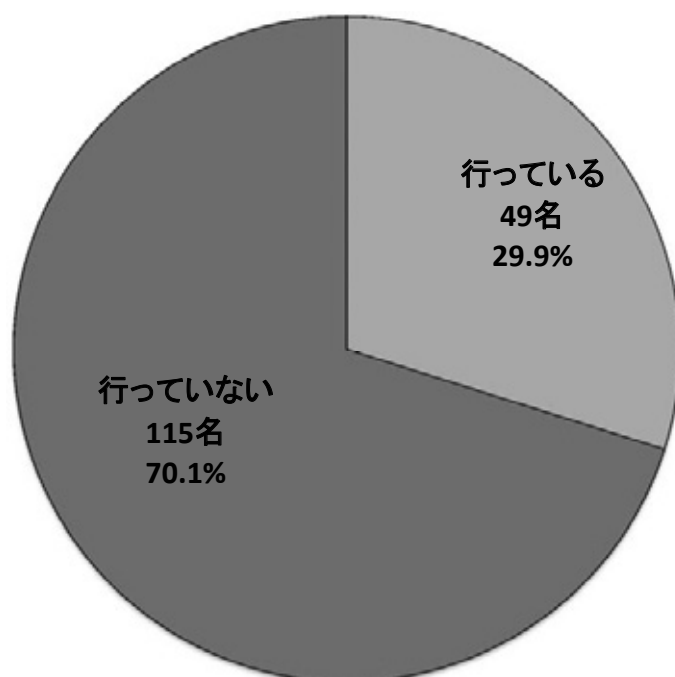


5: 今回の指針は重症度を判定する指標として経過、理学所見のみとなっていますが、重症度から抗菌剤の適応を決定するのに院内での白血球数やCRPの迅速検査は、行っていますか。(年代別)

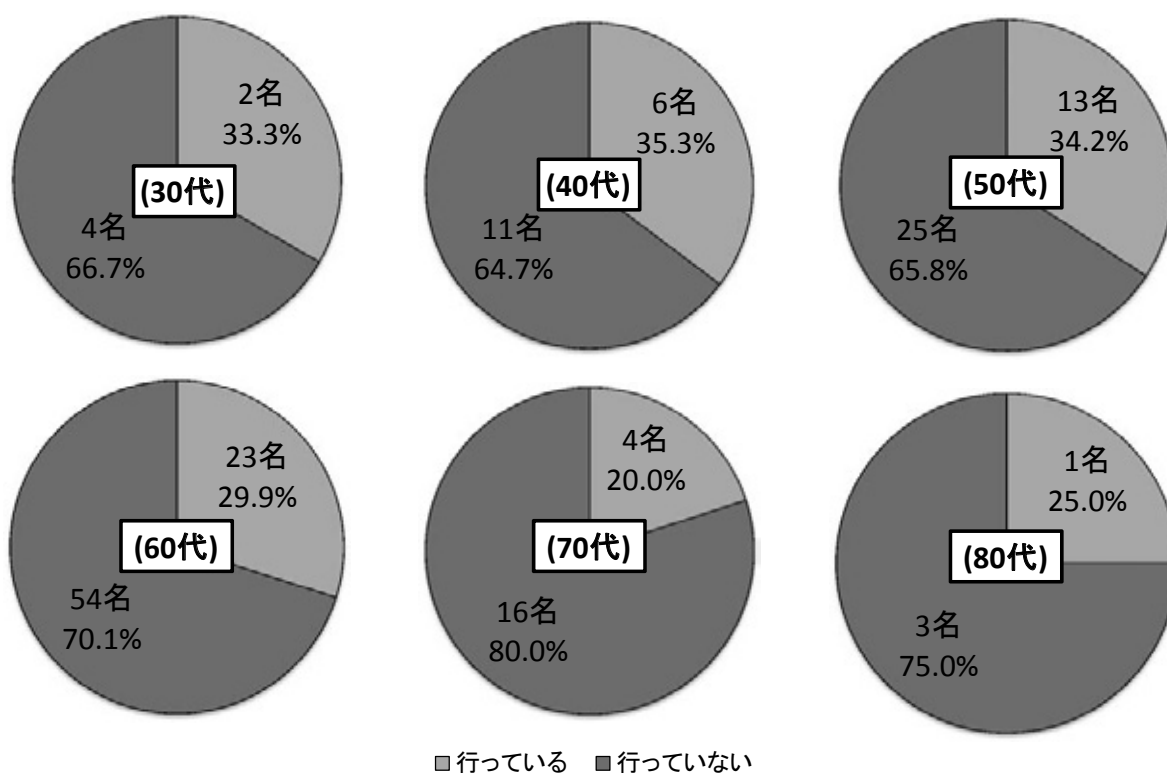


13

6: 咽頭炎・扁桃炎の溶連菌迅速検査(strepAテスト)は？

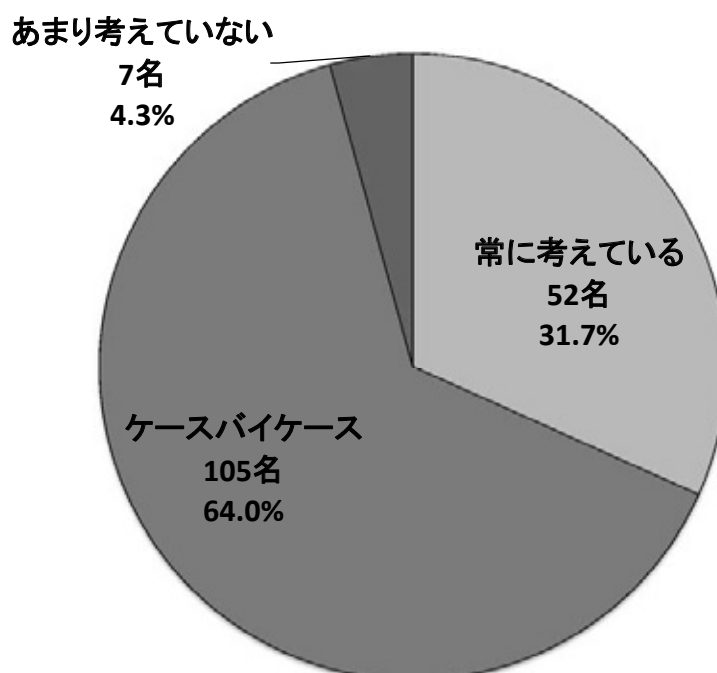


6: 咽頭炎・扁桃炎の溶連菌迅速検査(strepAテスト)は？(年代別)



15

7. 薬剤耐性菌の面からブロードスペクトラムの薬剤使用の見直しが提言されています。外来診療においてこの事を？



8:ご意見①

- ・75歳以上の高齢者に対してはブロードスペクトラムを選択してしまうことが多い。PC系は通院目標で1～2回多くなる様。
- ・AMPCの血中濃度に問題を感じる
- ・ブロードスペクトラムの薬剤使用の見直しについては、理屈は分かるが実際は難しい
- ・急性気管支炎に経口は使用しません。
- ・ペニシリンアレルギーが怖いです。
- ・耳鼻咽喉科では扁桃腺炎にニューキノロンがよく処方されている印象です。
- ・常に溶連菌感染は考えているが、ペニシリンアレルギーが多いこととstrep A テストの期限切れが多く、なかなかできない。
- ・種類も関係するかもしれないが、一回の処方でかなり長期に抗生物質も処方することもよくないと思われる。
- ・見落としに対する補償という話にならなければよいですが・・・
- ・抗生剤の服用に関して患者の指導も重要と考える。患者の飲み方を考慮すると一概にAMPCとはいかないことあり。
- ・AMPCの効果は実感しています。

17

8:ご意見②

- ・風邪症候群にはWBCの増加を確認して抗菌剤処方を。
- ・ペニシリンショックや、消化器系の副作用の頻度程度からペニシリン系をファーストチョイスにするのはかなり勇気がいります。
- ・保険診療で、以前、風邪のシーズンに重症度判定にCRPの定性をしていたら、減点となったケースがあった。
- ・年齢、基礎疾患の既往有無により異なる。
- ・耐性化を減らす為に皆で細菌感染に抗生剤を使用しましょう。
- ・抗菌剤を投与するなら、グラム染色をしてからが望ましい。
- ・眼科でニューキノロン系点眼薬を長期投与し、耐性菌をつくっていると思う。

(3) かかりつけ医における認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成にあたっての各県の取り組み状況について（宮崎県）

《提案要旨》

道路交通法改正後、今後益々、かかりつけ医が認知症診断書を作成する機会が増えると予想されます。一方、万一の事例が発生した場合、診断書作成医師が民事裁判の責任を取られる可能性もあると言われておりますが、その辺りも踏まえ、各県の取り組み状況について（また事例も含め）、ご意見を頂戴したい。

各県からの回答

【鹿児島県】

改正道路交通法の対応については、昨年 10 月から県警と複数回にわたり協議しており、本県においても貴県同様、診断書を記載した医師に対する民事訴訟が懸案であった。

今年度に入り、県警・弁護士・司法精神科医と打合せを行い、診断書を記載した医師に対する民事訴訟は避けられないとの見解から、県医師会会員に対して①医学的根拠無しに、認知症でないことの診断書を作成しないこと②臨床所見・検査結果から判断しにくい場合は、専門医療機関の診断を勧めること③臨床検査は簡易的な認知機能検査で確定できない症例は、画像検査結果等を踏まえて診断すること④認知症と診断した場合は、必ず患者並びに患者家族等に自動車運転の中止を促し、免許証を返納するよう説明するとともに、その内容を診察録に記録することを書面で通達した。

また、6 月 28 日には司法精神科医を講師に「民事訴訟に備えての対応について」の説明会を県警と共に開催し、注意喚起を促している。

（別添資料）

【佐賀県】

本県では、県医師会、県警察本部、県担当課、県認知症疾患医療センター、県精神科病院協会、県精神科診療所協会で協議が行われ、別添フローチャートの通り、対応することとなっている。また、診断書を記載する医師は、かかりつけ医、専門医・専門医療機関に区分され、手上げ方式によりリスト化されている。リストは、警察機関より対象者に配布されており、県医師会から全医療機関及び関係機関に配布されている。具体的には、かかりつけ医が診断書作成を行う場合、目安として一定の条件（かかりつけの患者で、かつ家族からの依頼があった患者）に該当する患者に主に対応することとし、かかりつけ医の対応範囲の目安が示され、専門医等と連携を図る体制が確立されており、民事裁判等のリスク軽減にもつながっている。

なお、医師の診断書作成（診断）が原因で、患者自身に身体障害が発生した場合は、「日本医師会医賠償保険」の対象となる等との通知が日本医師会より発出されている。

（別添フローチャート）

各県からの回答

【宮崎県】

提案県

【沖縄県】

平成 29 年 3 月に日本医師会が作成した「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」の中で警察庁が執筆した第二章において、「(前略) 良心と見識に基づき、医学的見地から行った診断に基づき作成した診断書について、結果的に異なる結果が生じたからといって、それを理由に刑事責任が問われることは通常想定できません」とあります。民事裁判(被害者本人、その家族の訴え)において医師が訴えられるという事案は、沖縄県内の 2 カ所の認知症疾患センターの相談員に情報を求めましたが、現時点ではそのような判例はないようです。前記のセンターのある相談員は、医師向けの認知症と運転免許に関する講演会のスライドを専門医の監修で独自に作成したので、医師会主催講演会などで講師を招聘して欲しいと話していました。内科医会でも今後講演会を検討したいと考えております。

【大分県】

改正道路交通法による認知症疑いの方(第 1 分類)の増加は全国的にも問題になっているところであるが、現時点では当県においては自主返納者が大幅に増加しており予想より第 1 分類で診断を求められるケースは少ない印象である。

一部の地域では地域内の認知症疾患医療センター(地域型)、認知症サポート医、大分オレンジドクター、警察、弁護士、地域包括支援センターなどが本件について情報交換、協議する場を設けて地域の事情にあった対応に取り組んでいる。

【長崎県】

長崎県では、県内を 7 つの地区に分け、認知症疾患医療センターが長崎・西彼地区に 2 か所、その他の 5 地区では各 1 か所、残り 1 地区ではセンターに代わる専門の医療機関が配置されている。また、県内で認知症に係る専門医の 19 名、これに加えて認知症に係る認定医の 32 名の医師の氏名の公表が、長崎県警からの各医師への依頼に同意のもと実施されている。

免許更新時の認知機能検査で認知症の疑いが高い「第 1 分類」に該当した場合には、診断書提出命令を受け、診断書を持参して原則的にはかかりつけ医を受診することになっている。診断書作成は義務ではないので診断に迷う場合には、上記の認定医または専門医に紹介することになるが、おそらくは専門医に集中することが予想される。明らかに運転困難と思われる場合には、自治体から種々の特典が与えられる免許の自主返納を勧めるのが妥当である。一旦、認知症であるとの診断書が提出されると免許は取消され特典もなくなる。自主返納の同意が得られず、やむなく診断書を作成する場合、患者様の生活を斟酌するあまり診断に齟齬が生じると交通事故が発生した場合、診断医に対して刑事責任は問われないものの民事責任を問われる可能性がある。客観的かつ公平、公正な診断が必須となる。

認知症の診断が下された場合、その後、適切な社会生活を送れるよう介護サービス導入など、かかりつけ医として積極的に係るよう県医師会から呼びかけられている。

各県からの回答

【熊本県】

熊本県では日医の認知症高齢者の運転免許更新医に関する診断書作成の手引を全会員に配布して対処するようになっていました。もし明らかに認知症が疑われた場合はご家族にも相談してなるべく自主返納を促すように指導し、またかかりつけ医が判断に迷うような場合は、近くの専門医に相談・紹介するか、各地域のＢＰＳＤサポートセンターに相談するようになっていました。

【福岡県】

日医は２０１８年度概算要求要望をまとめて公表したが、その中に認知症高齢者の運転免許の更新等における適時適性検査の拡充が盛り込まれた。最近の高速自動車道路での逆走などが社会問題となっていることを踏まえたものである。この点については鹿児島県が先進的な取り組みをしていると思われる。福岡県でも鹿児島県同様に、刑事責任には問われないが民事事件には問われる恐れがあるので慎重に検討している。すなわち運転が可能であるとの診断書は記載しないほうがよいとアナウンスしている。また最低 HDS-S,MMSE は施行するように指導しており、日医の診療報酬検討委員会ではこれを点数化し請求できるようにとの意見を述べているところである。運転可能との診断書は、専門医を受診して記載していただくのがよいと判断している。

平成２９年４月２１日

（地域保健課扱い：E）

各郡市医師会長 殿

鹿児島県医師会

会 長 池田琢哉

常任理事 林 芳郎

（公印省略）

道路交通法改正に伴う専門医・かかりつけ医の診断書作成について

時下 益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、去る１月２５日、県医師会館にて「道路交通法改正に伴う専門医・かかりつけ医の診断書記載に関する説明会」を開催し、既に会員各位のご協力を頂いているところでございます。

本制度において、懸念としておりました診断書を作成した医師に対しての民法上の責任（民事訴訟を提起された場合の対応等）について、今般、改めて弁護士並びに民事訴訟の鑑定人として経験を有する精神科専門医、及び県警と検討しました。

その結果、診断書作成を行う医師については、更なる慎重な検討が必要であると判断しました。今後、上記につき早急に検討し、ご報告いたします。

尚、ご報告するまでは、作成を待っていただくか、下記の事項に留意され、１月２５日の説明会に準じた対応をして頂くようお願い致します。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了解いただきますと共に、貴会会員への周知方について、改めてご高配賜りますようよろしくお願いいたします。

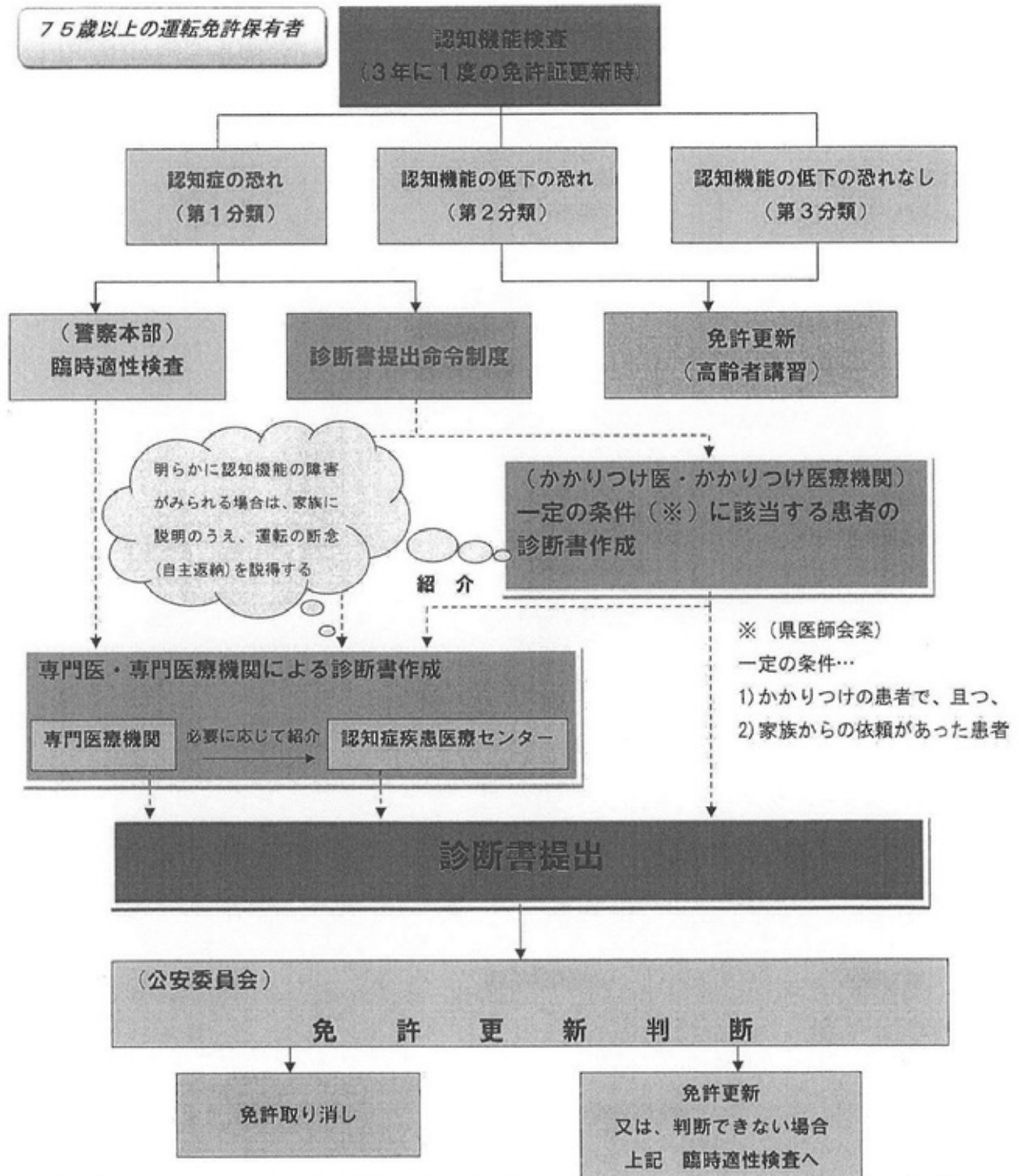
民事訴訟の判例をもとに、６月頃に本制度に関する説明会を開催する予定としておりますので、お含みおき願います。

また、本件は、鹿児島医FAXニュースに掲載することを申し添えます。

記

- 患者の求めに応じて、医学的根拠なしに、認知症ではない旨の診断書を作成することは厳に慎むこと。（診断書の提出命令が出された患者は、認知機能検査で第１分類「認知症のおそれあり」と判定された方であるので、「認知症でない」との診断を行う場合は、認知機能の低下がないことを、医学的根拠をもって説明できる必要があります。）
- 臨床所見・検査結果等からは診断しにくい場合、専門医療機関の診断を勧めること。
- かかりつけ医においても、HDS-R、MMSE等の簡易的な認知機能検査で確定出来ない症例については、臨床検査結果（頭部CT、MRI、SPECT、PET等の画像検査、あるいは特記すべき血液生化学検査、脳脊髄液検査など）等を踏まえ、診断すべきであること。
- 認知症と診断した場合（認知症治療薬を投与した場合も含む）は、必ず患者並びに患者家族等に自動車運転を中止し、免許証を返納するよう説明するとともに、その内容を診療録に記載すること。

平成29年3月12日スタート
改正道路交通法（認知症に係る診断書提出命令制度）
県医作成フローチャート



◇現行制度・・・75歳以上の高齢運転者で、認知機能検査の結果が第1分類であり、かつ、一定の違反行為を行った者が、臨時適正検査（専門の医師の診断又は主治医の診断書の提出）の対象

(4) 医業支援体制について（沖縄県）

《提案要旨》

多くの開業医は一人で医業を行い、万が一、体調不良や急病、災害時に長期の休院を余儀なくされる際でも自ら個人のツテで代診を依頼するケースが殆どであると思います。そのやり繰りも相当なストレスになり、病氣療養すらおぼつかないのが現状です。このような場合に備えて、開業医のための「医業支援バックアップ」体制を那覇市医師会で構築予定です。会員を守り、更に地域医療を守る意味では非常に重要であると思います。各地区での取り組みがございましたらご教示下さい。

各県からの回答

【鹿児島県】

本県では特別の対応はしていません。会員はそれぞれのネットワークの中で、解決をされているようです。

【佐賀県】

本県では、貴県と同様、代診は個人のツテで対応している状況であり、今のところそれを支援するシステムもない。

【宮崎県】

那覇市医師会の開業医のための「開業支援バックアップ」体制の構築予定とのこと、すばらしい取り組みだと思えます。地域医療を守る意味で非常に重要と考えます。

宮崎県では今のところそのような取り組みはなされていません。貴医師会でのノウハウを聞かせていただき、当県でも今後参考にさせていただきたいと思えます。

提案県

【沖縄県】

ソロプラクティスの診療所を守る取り組みとして興味深い取り組みと思われる。

【大分県】

当県では都市部とそれ以外の地域間格差が強まりつつあり、中には医師会自体の運営すら危ぶまれる状況が現実味を帯びてきている。このような状況下において地域内でバックアップ機能を持つことは非常に困難を伴うと考える。

着実に人口減が進んでいく地域において医療機能をどのように維持していくのか、より広域で多面的なバックアップ体制を考えていく必要があるのではないかと。

各県からの回答

【長崎県】

残念ながら長崎県では医師会として、沖縄県のような具体的な取り組みは行われておりません。出身医局に個人的に代診をお願いしているのが実情です。なお、資金面では他県と同様に医師会で損保ジャパンの所得補償を用意しています。

また、都道府県により金額に相違はあるようですが、長崎県でも医師国保組合として、75歳未満の組合員には傷病手当金を支給しています。初回支給は疾病等により業務に従事できなくなって11日目より1日につき5,000円365日支給。再支給は支給満了から3ヵ年経過後、1日につき2,000円365日となっています。75才以上の場合は入院に限り傷病見舞金を支給。入院して11日目より365日を限度として日額3,000円。再支給は満了日から3ヵ年を経過後、支給金額を減額して再開しています。

【熊本県】

私どもの地域でも同様な問題が話題になり地域医療連携会議で手上げ方式のチーム医療体制が提案され、現在協議中です。チームを作ることにより肉体的精神的負担の軽減が図られればいいかと考えています、又、熊大附属病院の医療サポートチームとの取り組みも協議中です。

【福岡県】

当県も貴県とまったく同様である。県医師会、市医師会にそれぞれドクターバンクはあるもののほとんど機能していないのが現状で、個人が必死の思いで切り抜けている。また業者へ依頼して解決している方々も多い。大学病院、基幹病院などと顔の見える親しい関係を日頃より構築しておくことが重要と思われる。

(5) 地域包括ケアの担い手としての内科医会会員に対するサポートの必要性（大分県）

《提案要旨》

2025 年以降の後期高齢者増加に向けて国を挙げての地域包括ケアの大合唱ですが、内科医会会員の多くは地域のかかりつけ医として地域包括ケアの中心的担い手になると予想されます。内科医会としても行政や他職種との連携に基づいた対応が必要かと思われませんが具体的な取り組みなど行われていれば教えていただきたい。

各県からの回答

【鹿児島県】

本県では、県医師会で、平成 27 年 4 月に認定かかりつけ医制度をスタートさせ、平成 29 年 4 月 1 日時点で 706 名認定している。また、地域住民への啓発として新聞広告やポスターの作成、県民公開講座の開催などを行っている。

ご指摘のとおり、かかりつけ医の中心は内科医であり、地域包括ケアの中心的な担い手として、内科医会員の役割は今後ますます大きくなっていくものと考えている。本会では医師会と緊密な連携のもと活動しており、本会役員が県医師会や郡市医師会の役員を兼任している者も多い。地域包括ケアシステム構築の中で、医師会と連携し内科医会員が十分役割を発揮できるよう引き続き取り組んでいきたい。

【佐賀県】

(6) にて回答。

【宮崎県】

内科医会としては、各地域行政の介護医療連携課と連携し、内科医会会員の地域ケア会議参加への推進、また、地域のかかりつけ医としての地域行事参加等の推進が必要と考えます。

以下、各地域です。

宮崎市では、宮崎市郡在宅医会を立ち上げて 4 月から活動を行っています。

延岡市では、市役所と保健所が中心となり「円滑な入退院・医療介護連携のための意見交換会」として、入院施設のある病院と介護事業所との交流会が始まったばかりです。在宅医療を行っている医院や福祉施設を運営している医院では、個々が地域包括支援センターを中心に地域会議を積極的に行っていますが、内科医会としての特別な取り組みは行っていないのが現状です。

また南那珂医師会においては 2015 年 04 月に日南市在宅医療・介護連携推進室（Sun オリーブ）を設置し、さらに地域内の病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護事業所等、施設や職種を問わず、患者に関わるすべての医療者、介護者が患者の情報を共有するために、地域包括ケアに対応したインターネット情報共有システム（Net 4U）の運用導入を 2015 年 09 月から開始しました。現在、登録患者数 約 400 名、情報共有患者数 105 名で、40 事業所（内、医療機関 15 施設）が登録しており、今後さらに規模を拡大させていく予定です。

各県からの回答

【沖縄県】

平成 27 年度までは沖縄県の地域医療再生基金事業として沖縄県医師会が委託を受けて、会内に「在宅医療連携体制推進委員会」を設置し、地域包括ケアシステムの効果的な展開を図るべく在宅医療・介護連携コーディネーター業務事業（医師会推薦の医師、単年度契約）を行っていました。各地区（一部地域除く）への在宅医療・介護連携業務開設に向け相談窓口業務を行っていました。しかし、基金事業であったため同事業、委員会は平成 27 年度をもって終了しています。そこで県医師会は上記委員会に代わって、「地域包括ケア対策委員会」を立ち上げ、各地区医師会の担当理事を集め情報交換を行う場を作っています。

私が所属する那覇市医師会では今年度より生活習慣病検診センター内に在宅部門を立ち上げ、4 名のコーディネーター（那覇市から予算あり）を配置し在宅医療・介護連携に取り組んでいます。まだ協力医の募集は行っておりません。私は地域のかかりつけ医の代表として、診療所が所在する地域の包括支援センター主催の「地域ケアマネジメント支援会議」に昨年より参加しています。あくまで一専門職（医師）として参加しており、包括支援センターのケアマネの司会進行のもとで、理学療法士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士などの専門職の方々と地域の問題症例に関して意見交換を行っています。大変有意義な場と感じております。

沖縄県内科医会としてはまだ具体的な取り組みは行っておりません。

【大分県】

提案県

【長崎県】

我が県からも同様な問題提起いたしました。

現在、医師会主導で「まちななかラウンジ」を立ち上げ、講演会・研修会を開催しており、その機能や取り組みについて啓蒙活動を行っております。

【熊本県】

熊本県でも、内科医会だけではなく多く科の医師、歯科医、薬剤師、訪問看護ステーション、介護職、行政などの“多職種連携会議”が開催され、多くの職種で地域包括ケアを構築すべく協議が進行中です。各職種の問題点、対処法、共同作業など話し合い、多職種で共同して地域医療をサポートできるような体制の構築を目指しています。

【福岡県】

地域包括ケアシステムに関して福岡県内科医会として独自に取り組んでいる企画はありませんが、多職種連携を念頭に置いた会合やかかりつけ医の研修会など、独自の活動を行っている地区の医師会や内科医会があります。詳しくは福岡県医師会の「診療所と地域包括ケアシステムに関するアンケート調査」の結果（www.fukuoka.med.or.jp/chiikiiryokousou/ank_kekka.pdf）をご参照下さい。

(6) 地域包括ケアシステムにおける各県医師会、臨床内科医会の取り組みについて

(長崎県)

《提案要旨》

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築をめざすとしています。しかし、国より事業を委託された市町村は、未だ十分なシステム構築が出来ていない状況です。

長崎県は平成 29 年 6 月 16 日地域包括ケアシステム推進協議会を発足させ同システムの早期構築に向けて医療、保健、福祉の各団体と会議を行いました。長崎市では地域包括ケアシステム構築に係る協力医師募集を開始しました。

各県の状況は如何でしょうか？

各県からの回答

【鹿児島県】

本県では、日本医師会と四病院団体協議会が合同提言を公表した『かかりつけ医の定義』を踏まえた上で、かかりつけ医として信頼できる医師であることを医師会が評価・認定することにより、地域医療の質を担保することを目的として、平成 27 年度に認定かかりつけ医制度をスタートさせた。

地域包括ケアシステムの担い手として、「かかりつけ医」を中心に取り組んでいきたいと考えている。在宅医療に関しては、平成 25 年度から平成 27 年度まで県医師会で地域医療再生基金を活用した「在宅医療提供体制推進事業」に取り組み、郡市医師会とともに多くの関係団体と連携して体制づくりに取り組んでいる。

平成 28 年度からは地域支援事業として、市町村と郡市医師会での取り組みに移行している。地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みには、地域差があるが、県医師会では活動報告会などを開催し、各地域の特徴的な取り組み紹介、県全体の体制づくりに取組まれているところである。

また、今年度から県が設置した「在宅医療・介護連携推進会議」では、本県の在宅医療・介護連携及び在宅医療提供体制の推進について、医療と介護の実務レベルの関係者により、在宅医療・介護連携の推進方策を協議することになっている。

各県からの回答

【佐賀県】

本県でも、市町村の状況は貴県と同様で、市町間で取り組みについて温度差がある状況である。

本県では、郡市医師会単位で、在宅医療を実施している医療機関を含めてグループ化が行われ、グループ窓口施設を設置し、窓口施設を中心として現場での取り組みが行われている。

また、県行政、介護保険者及び市町並びに関係団体等の地域包括ケアシステムに係る施策の情報共有及び連携を図り、地域包括ケアシステムの構築を推進することを目的とした「佐賀県地域包括ケア推進会議」(仮)が、予定となっている。

【宮崎県】

宮崎県医師会では日本医師会の絡みで地域包括ケアに関する講演会を年一回程度行なっております。そして別に宮崎県医師会の在宅医療協議会の一部構成メンバーにもなりますが、宮崎キュアケアネットワークという別組織が主体となり平成21年より在宅医療の多職種交流会を毎年一回行なっております。

例えば「地域包括ケアシステム」を成り立たせるために～今、私たちが望まれていること～といったテーマを持って基調講演やグループ討議、発表、多職種懇親会を行いました。そしてこれの縮小版を宮崎県医師会の在宅医療協議会も絡んで各市郡医師会レベルでも年一回程度行いはじめております。

また宮崎大学地域医療・総合診療医学講座では、平成28、29年度の文部科学省事業として「地域包括ケアを担う医療・保健・福祉の多職種連携教育コーディネーター養成プログラム開発事業」を実施しており、平成28年12月10日に第1回実証講座「オール宮崎で始める多職種連携教育～学生の声聞くことからはじめよう～」を開催、多職種学生や養成校・病院実習担当者、現場の多職種など100名の参加者があり、宮崎県内で行われている多職種連携教育の報告や、ワールドカフェ形式での交流会を行いました。

【沖縄県】

(5) の回答をご参照下さい。

【大分県】

貴見の通りと考える。市町村は県に比べると職員に医療職(医師)が殆どおらず多くのところは事業について暗中模索の状態ではないかと思われる。従って郡市医師会が行政と密接に連携して施策を進めて行かざるを得ないが、郡市医師会によって力量に差がある様に見受けられる。

当県では遅ればせながら県が医療・介護連携のための協議会を立ち上げる予定であるが県医師会からは第一線の現場で活動している多職種のメンバーをピックアップして単なる代表者会議にならないように要望している。このような協議会が市町村を支援する存在になることが望まれる。

【長崎県】

提案県

各県からの回答

【熊本県】

熊本県では地域包括ケアシステムの構築に向けて群市医師会会長会議などでその趣旨を説明され、各市町村医師会で早期に取り組むよう指導されています。私どもの所でも同会議が数回開催され、まず医師同士の理解を深めるべく行政と共同で数回の会議が開催されました。次の段階で基幹病院や他職種の医療機関を交えて同システム構築に向けての話し合いを進めていく予定です。

【福岡県】

ご指摘の通り国の構想が固まっていないため各地方自治体も手探りの状態です。そのため各都道府県医師会や内科医会でもケアシステム構築に苦慮しているのが現状かと思われます。地域包括ケアシステム用として開発されたわけではありませんが福岡県医師会は診療情報ネットワークとして「とびうめネット」を展開中です。「とびうめネット」とは、かかりつけ医から福岡県医師会通して症状、検査結果、病歴、処方、アレルギーなどの医療情報を登録しておくことにより、緊急時に迅速かつ適切な医療を提供する情報ネットワークですが、まだ解決されるべき数多くの問題点があり、すべての福岡県下部医師会が追従しているわけではなく、普及には時間がかかりそうです。福岡県の各下部医師会はそれぞれ独自の取り組みを進めている地区から、「とびうめネット」利用を模索している地区、まだ手つかずに近い地区など、その進捗状況は様々です。

(7) 民間企業による医療の取り込みについて（施設への在宅医療等）（熊本県）

《提案要旨》

昨今の民間企業による施設系サービスへの参入において、医療系を取り込んで、事業拡充していこうとする動きがあります。医療の取り組みとは異なる、民間独自の収入構造に医療機関も巻き込まれており、民間の介護系から医療系への浸食による医療への不利益が起き始めている。このような事例は貴県ではありますでしょうか？また、何か対策はありますでしょうか？

各県からの回答

【鹿児島県】

ご指摘の事案が、今後出てくるのではないかと懸念するところであるが、本県で具体的な事例は承知していない。

当県ではグループホームの 65%、サ高住の 70% が社会福祉人・民間（株式会社・有限会社）の経営であり、医療上の安心のため訪問診療医を指定する動きはある。そのため、これまでの「患者・かかりつけ医」の関係が途絶えることになり患者の医療上の安全が損なわれることを懸念している。

各県の見解を参考にしたい。

【佐賀県】

本県で同様の事例は確認していない。利益優先の運営によるサービスの質の低下、地域医療との連携が行われない等により、サービス利用者、医療機関等の双方に不利益をもたらす可能性があると考えられる。

これらを抑えるためには、現在のところ、行政の指導監査を徹底するしかないと考えられる。

【宮崎県】

問題となっている事例は今のところありません。

医療機関が民間の一部の営利企業に浸食されないためにも、医師が医療介護を主導し、倫理的規範をもって使命感と責任を果たしていくことが重要と考えます。また平成 30 年の医療・介護の診療報酬同時改定の動向と、地域医療構想で示された医療機関としての役割を検証しつつ、国民に周知していく必要があると考えます。

【沖縄県】

有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅等に併設する診療所は散見されますが、民間企業による経営かどうかは把握できておりません。また那覇市医師会における多職種連携の会等から入ってくる情報では特に問題となる事例は起こってない状況です。

【大分県】

当県において医療系については目立った動きはないようである。ただ、一部の地域で企業グループの訪問看護ステーションが精神科訪問看護に特化した業態で数カ所オープンしており今後の動きを注視している。

各県からの回答

【長崎県】

長崎では、まだそのような例は聞いておりませんが、情報では、全く医療とは関係のない企業が、介護系から医療系への進出を行っており、医療関係の経営状況などを帝国データバンクなどで、リサーチしているという話もあります。全国チェーンの薬局や ORIX など買収に参加しているという、話も聞いております。

医療以外の民間企業の医療の取り込みによって、医療への不利益となるような状況が生まれれば、最終的には患者さんの治療などに不利益が増加する危険性もあり、十分に気を付けなければならないと思います。

長崎では、具体的な対策はまだ何も行っておりません。

【熊本県】

提案県

【福岡県】

民間企業の施設系サービスに関しては、営利至上主義の傾向がみられる事が多く、特にサービスの質の低下がしばしば問題となっております。しかし合法的に施行されている場合は介入する具体的方策がないのが現状です。今後、何らかの規制を念頭に置いたアプローチが望まれます。

提 案 事 項

(8) 地域包括診療料と地域包括診療加算、時間外対応加算の届け出状況と今後の展望について
(福岡県)

《提案要旨》

「地域包括診療料」および「地域包括診療加算」は算定要件のハードルが高く普及していないのが現状である。平成 26 年の九内協でも議題にあがったが、その後九州各県における普及度はいかがなものであろうか。また、より算定しやすい「時間外対応加算」も半数近くの医療機関(特に無床診療所)が算定していないが、各県の状況をお聞かせ願いたい。

各県からの回答

【鹿児島県】

本県の届出状況は以下のとおり。
(九州厚生局ホームページより平成 29 年 7 月 3 日時点)

全医療機関数	1, 2 2 1 医療機関
地域包括診療料	1 1 医療機関
地域包括診療加算	1 2 9 医療機関
時間外対応加算 1	3 0 4 医療機関
時間外対応加算 2	2 1 7 医療機関
時間外対応加算 3	4 医療機関

【佐賀県】

本県の保険医療機関数は 7 0 5 件、佐賀県内科医会の会員医療機関数は 2 7 8 件で、

- ①地域包括診療料届出は 0 件
- ②地域包括診療加算届出は 5 4 件（うち、内科医会員医療機関は 3 9 件）
- ③時間外対応加算 1 は、1 3 7 件（うち、内科医会員医療機関は 5 7 件）
- ④時間外対応加算 2 は、1 2 8 件（うち、内科医会員医療機関は 6 2 件）

である。

【宮崎県】

宮崎県内には約 540 の診療所があるが 2017 年 7 月 3 日現在地域包括診療料の届け出医療機関数は 1 機関のみです。

地域包括診療加算は届け出は 35 機関と 2 年前（26 機関）に比べて若干増加傾向にある。地域包括診療料・地域包括診療加算ともに施設基準が厳しく、一般の診療所では算定要件のハードルが高い。そのため今後も届出数はそれほど増えないと思われます。時間外対応加算 1（5 点）は 134 機関、時間外対応加算 2（3 点）は 132 機関、時間外対応加算 3（1 点）は 1 機関でした。

各県からの回答

【沖縄県】

沖縄県の届出状況について

全 830 医療機関中（平成 29 年 7 月時点）

①地域包括診療料 0 医療機関

②地域包括診療加算 7 医療機関（0.8％）

③時間外対応加算 134 医療機関（16.1％）

平成 26 年 7 月時点と比較して地域包括診療料算定は同様に 0 医療機関、同加算算定は 15 医療機関から 7 医療機関に減少。

時間外対応加算は 81 件から 134 件に増加しておりますが、他県に比較してまだまだ少ない状況です。

今後の展望について

「かかりつけ医」機能評価として 14 年度に新設され 16 年度に基準緩和で常勤医師「3 人以上」から「2 人以上」となっているが、それでもまだまだハードルが高いと言わざるを得ません。算定要件のさらなる緩和が必要であると思います。常勤医師 2 名以上、24 時間体制等のしほりを地域での医療機関連携で認める事ができれば同加算の届出医療機関は増えると思われます。また時間外対応加算の算定医療機関もまだまだ少ない状況です。24 時間対応の対価が 5 点では低すぎる事が要因であるのは明白であり点数アップが望まれます。

【大分県】

特に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定する医療機関は伸びておらず算定要件などの見直しが望まれる。

H29.8.1 現在

地域包括診療料 4 件

地域包括診療加算 75 件

時間外対応加算 1 225 件

〃 2 158 件

〃 3 5 件

【長崎県】

この加算料のハードルを高くしている案件

初期、この加算が設けられた時期は施設基準を満たせば自由申請であったが、28 年度より施設基準の 1 つに研修の受講が必要とされ、慢性疾患の指導に係る適切な研修を 2 年間で 20 時間以上受講するという縛りが加えられました。

現在、長崎県では全診療所 1,170 件（うち内科 506 件）のうち診療加算機関は 159 件となっています。

各県からの回答

【熊本県】

熊本県でもハードルが高いのか算定されている医療機関は少ないようです。

地域包括診療料：１％

地位包括診療加算：９％

時間外対応加算：４１％

です。

地域医療の活性化のためにはハードルを下げてもらう必要があるのではないのでしょうか。

【福岡県】

提案県

当県における平成 29 年 7 月 1 日時点での保険医療機関等指定数は 4,554 件です。最もハードルの高い地域包括診療料は僅かに 13 件（0.3％）で、地域包括診療加算も 237 件（5.2％）と、届け出ている医療機関は極めて少ないのが現状です。比較的算定しやすい時間外対応加算は、時間外対応加算 1 523 件（11.5％）、時間外対応加算 2 1074 件（23.6％）、時間外対応加算 3 13 件（0.3％）という届け出状況です。