

第115回日本医師会臨時代議員会



副会長 玉城 信光



会場風景

唐澤執行部が活動を開始してから最初の代議員会である。主たる議題は平成17年度日本医師会決算の件である。

まず最初に唐澤会長の挨拶があり、会務報告が竹嶋副会長よりなされ、決算についての議事に入った。

日本医師会の会計は、1) 一般会計、2) 医賠償事業特別会計、3) 日医総研事業特別会計、4) 治験促進センター事業特別会計の4つの決算が報告された。場所はもちろん日医会館である。次いで18年度の補正予算として、5) 治験促進センター事業特別会計、6) 医師再就業支援事業特別会計予算補正の件、7) 日本医師会会費賦課徴収の件が上程されたが、300名余りの代議員会で議論することは出来ないため決算委員会と予算委員会に付託された。

決算委員会には九州より私（玉城）、も推薦

されており、別会議室で委員会が開かれた。日医の会費収入は146億円である。ちなみに沖縄県の会費は1億4千万である。人口比に応じた1%であることに驚いた。その他の事業収入としては臨床検査制度管理で16,379万円、認定産業医登録7,306万円、医療安全推進講座4,020万円などである。会費収入は予算の99.5%の執行である。

支出は事業費の1) 医の倫理・国民医療442,312万円：執行率49.4%である。2) 医学教育・生涯教育 28,033万円：執行率81.9%、3) 社会保険・医療経済 37,952万円：74.6%（中医協打合せなどを含む）、4) 広報活動36,062万円：63.2%であった。決算委員会では私を含め二人が執行率の悪さを指摘した。今村 聡 常任理事が担当ではあるが、常任理事も執行率の悪さを認識はしている。今後、大切な

施策には予算を重点的に配分し、日医の存在をアピールする必要があると痛感した。特に広報の執行率はもっと高くあるべきだと考えたが、時間が少なく議論にはならなかった。

代表質問では看護師不足、医療保険者が施行する新たな健診・保健指導について、介護保険法および障害者自立支援法に基づく認定審査のあり方について、病床大再編時代の到来について、などと個人質問が多くなされた。今回の質問の中で印象に残ったのは植松執行部のときに発足した国民医療推進協議会に対する考えを問われた。たくさんの署名を集めた協議会に関しては今後も継続して協議会を持っていく方針が述べられた。

これまで日医総研の不正疑惑などの問題がいわれてきたが、竹嶋副会長の調査ではそのような疑惑はなく、ただこれまでの取り決めで役員会社に業務を委託してはいけないとの項目がなかったことで、疑惑を招くようなことは今後しないとの約束がなされた。また代議員からは日

医総研の強化は日医にとって絶対不可欠な要素であると述べられ、執行部もそのような方針で日医総研の強化に取り組んでいくことが約束された。

前執行部の役員から激しい追及もあったが、私の印象ではこれで日医の仕切り直しが出来たものと思われた。

最後に大変疲れた代議員会であった。その理由は東京に台風の余波があり、成田、羽田の航空機の発着が制限されたことである。19：10発の飛行機が22：40に出発した。羽田着午前1時である。モノレールも京急も動かずタクシー乗り場には数百メートルの列である。札幌発の便が1時過ぎに到着した。日本中のすべての便が遅延した。羽田で夜を明かすこと4時間、5時30分に京急が走りやっとな都内に入り、朝食をして代議員会に臨んだのである。台風時の那覇空港の状態を背広を着たまま体験した。決算委員会がなければ帰るところである。

お知らせ

日医白クマ通信への申し込みについて

さて、日本医師会では会員及び、マスコミへ「ニュースやお知らせ」等の各種情報をEメールにて配信するサービス（白クマ通信）をおこなっております。

当該配信サービスをご希望の日医会員の先生方は日本医師会ホームページのメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/japanese/members/>) からお申し込みください。

※メンバーズルームに入るには、ユーザーIDとパスワードが必要です。(下記参照)

不明の場合は氏名、電話番号、所属医師会を明記の上、info@mm.med.or.jpまでお願いいたします。

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

九州医師会連合会 平成18年度第1回各種協議会

去る9月30日（土）午後4時から、大分県において、標記協議会（医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会）が開催されたので、その概要を下記のとおり報告する。

1. 医療保険対策協議会

理事 今山 裕康



会場風景

【大分県医師会 近藤副会長挨拶】

4月の診療報酬改定、6月の医療制度改革法案と小泉内閣は聖域無き構造改革を掲げ、社会保障費削減を行っている。医療の安全、良質の医療を行う為には診療報酬を格段に上げなければならない。診療報酬を下げたり、国民負担を3割にしたり、また10月からは高齢者の負担割合が変わる等、医療関係者や弱者である患者さんにとって非常に厳しい改革となっている。本日の

協議会にもあるようにリハビリテーションや療養病床の問題等、数え上げればきりが無いほどの問題があるが、小泉首相が退任され、国民医療推進協議会の宮内議長も退任されたことから、私共は何となくホッとしている状況である。

先般、小泉内閣を継承する形で安部内閣が誕生したが、厚生労働大臣に柳沢さんが就かれた。柳沢さんは財政支出だけではなく、社会保障を良くするためには税金も投入しなければな

らないとご発言されているが、まだまだ安心は出来ない。このような中、私共が推薦する武見敬三先生が厚生労働副大臣に就任された。労働行政担当ではあるが医療について造詣が深い方であり、6月の医療制度改革完成法案に関しても西島英利先生、竹嶋康弘先生と一緒に「附帯決議」を付けて、ある程度日医の要望を聞いていただけるようにご尽力されたわけで、とりあえず明るい兆し、展望が見えてきたように思える。本日は医療保険担当ということで竹嶋副会長、鈴木常任理事をお迎えしてこの会を開催できることを非常に有難いと思っている。どうぞ各県より忌憚のないご意見をいただき、この会が実りあるものになるようにしていただきたい。

【日本医師会竹嶋副会長挨拶】

九州医師会連合会各種協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

先般安部内閣が誕生したが、小泉首相の改革を踏襲することが懸念される。

4月から私共は厚生労働省の医療政策を作るところに足を運び、出来るだけ接触することで、私共の考え方を聞いていただいた。その感触として、安部新首相がまだ官房長官の時に会いしたときには社会保障について大変関心をもたれており、逆に向こうの方から「どのように進めたらよいか」と訪ねられた。皆さんもお気づきかもしれないが先日の記者会見では生活保護制度について述べられていて、その内容に細かな配慮を持たれていると感じた。先程、近藤副会長からもお話があったが、今回、厚生労働大臣に自民党税制調査会長の柳沢伯夫氏が就任された。柳沢氏ともこれまで何度かお会いしたことがあり、今村聡税制担当理事と資料を持って行き説明を行ったところ、医療費の総枠管理や保険免責制度については慎重に取り組むと述べられており、とても良い印象を受けている。また武見先生が厚生労働副大臣になられたことについても我々にとって大変良いことであった。新厚生労働大臣が社会保障制度に取り組む意欲が大きい中で、我々も日医のグランドデ

ザインの作成を進めており、来年3月の代議員会に中間報告、7月には医療保険を含めた財源について提案していく予定である。

この水曜日に開催される日医代議員会でも医療保険関する問題が多く出されており、現場では大きな問題が生じていると感じている。

国は療養病床に関するアンケートを9月から開始し、来年の2月に公表する予定である。私共も診療報酬改定並びに療養病床に関するアンケートを行ない、その結果を現在分析中である。ご協力いただいた会員の皆様方には感謝申し上げます。この調査結果については10月に開催される第2回中医協で発表し、意見を述べる予定である。

本日の協議会の協議内容についても中医協での意見を示す際の材料としたいので、活発なご意見を頂きたい。

座長選出

慣例により、大分県近藤副会長が選出された。

協議

(1) リハビリテーションの日数制限の撤廃について（長崎県）

【提案要旨】

平成18年4月の診療報酬改定で、リハビリテーションに算定日数の制限が設けられた。

算定日数を超えた場合は、たとえ医学的に必要であっても、リハビリテーション医療の保険診療が受けられなくなることから、慢性期、維持期のリハビリテーションが全く無視されている等、現場では様々な問題が生じている。

また、人員基準など施設基準の要件のハードルが高くなっており、かかりつけの先生方が指定を受けられないような事態にもなっている。各方面から算定日数制限に対する反対意見が出されているが、医師会としても患者、現場を無視した算定日数制限の即時撤廃と、かかりつけ医がリハビリテーションを行えるような要件の緩和を強く求めるべきと考える。

**(2) リハビリの制限日数について
(福岡県)**

【提案要旨】

4月の診療報酬改定により、リハビリに関しては4つの疾患別リハとなり、それぞれに日数制限が設けられている。新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日を起算日とすることができる等の取扱いも追加されたが、そもそも一律に制限日数があること事態に疑問がある。4月に緊急避難的に日数制限のリセットが実施されたが、患者個々により病状の経過も異なり、医学的な見地からも日数制限についての根本的な見直しが必要と考える。

各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

(3) リハビリテーションの算定日数制限の撤廃について (鹿児島県)

【提案要旨】

リハビリテーションの算定日数制限により、現場は患者を巻き込んで大変な混乱を来している。

中医協診療報酬改定結果検証部会では、10月に疾患別リハビリテーションの実施状況調査を行うようだが、日医においても算定日数制限の撤廃に向けて緊急提言を行うなど、早急に改善の方向にもって行ってほしい。

※協議事項 (1)、(2)、(3) は一括協議

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

今回の改定で急性期、並びに回復期のリハビリ6ヶ月と規定し、それ以後は医療保険から介護保険で対応しなさいということで既に社会問題となっている。今回の改訂の際に日医では3つのポイントとして療養病床の問題、リハビリ、看護の70日間の問題を挙げていた。今回はその中のひとつであり、早急な対応をお願いしたい。また、今回のリハビリの改定によって予想される診療報酬の圧縮額がどのくらいにな

るのか教えていただきたい。

脳卒中に関することで一部麻痺のある患者さんは除外することになっているが、医師が判断する条件をもう少し明確化していただかないと、多くの脳卒中の患者さんがリハビリを打ち切られている状況が起こっている。(福岡県)

リハビリテーションは地域医療に密着するものであるが、今回の改定による人員基準のハードルが高くなり、より専門性が高くなったことから、小さな診療所ではリハビリを行うことが出来ない状況になってしまった。

また、国では「健康日本21」という壮大な目標を掲げながら、一方ではこのような日数制限等を設けることが果たして良い事なのか。厚生労働省の中では縦横の連絡が行き届いてないのではないかと思う。(鹿児島県)

今使われているリハビリテーションという用語の意味について範囲を見直さなければならないのではないか。患者さんのニーズである消炎鎮痛について再評価をしてはどうか。また、今後日医の戦略としてリハビリテーションと同時にリハビリテーションの周辺での患者さんに対する医療行為・医療補助行為等、人(トレーナー)を使って行っている行為をもう少しクローズアップしてみたいはかがだろうか。(熊本県)

【近藤議長】

平成14年に再診料の逓減制が導入されようとしたときに、日医は調査を行い大至急厚生労働省に掛け合うことで再診料の逓減制を廃止することができたが、今回も同様に行うことでリハビリの条件を緩和するひとつの方法かもしれない。リハビリについては算定日数制限、施設基準、疾患別としたことが大きな問題であると思う。また、脳卒中の患者さんのリハビリについて、リハビリ改訂による圧縮額等、追加発言のあった項目と併せて日医鈴木常任理事よりコメントをいただきたい。

【日医鈴木常任理事】

今回のリハビリ改定については問題があるこ

とは承知している。どのように見直すかは先生方から直接お話を伺いたい。どのようにすれば矛盾がなくきちんと整理された形にする事が出来るのか検討の必要がある。今回のリハビリの問題は疾患別、専門別重視ということで足切りのようなイメージであり、本当に正しいことが出来たのかどうかについては議論のとおりである。リハビリの財源をマイナスにしたとは聞いておらず、プラスマイナスゼロであるはずなので、中身についてきちんと議論をし、再構築しても良いと考える。

(4) 在宅療養支援診療所に対する各県の対応について (宮崎県)

【提案要旨】

今回の診療報酬改定は、診療所にとっても厳しい内容となった。

医療機能の分化・連携を推進する視点、入院から在宅への患者誘導への受け皿として在宅療養支援診療所が創設された。診療報酬は高く設定されているが、24時間体制の往診や訪問看護・緊急時の入院確保が算定条件となっている。他の保険医療機関、訪問看護ステーション及び介護専門員（ケアマネジャー）等との連携が必要となるが、各県の取り組み状況をお伺いしたい。

(5) 在宅療養支援診療所とそれ以外の診療所の格差について (大分県)

【提案要旨】

今回の診療報酬改定では、平均在院日数の短縮だけでなく療養病床の患者分類、リハビリテーション期間の制限が設けられ、在宅療養を必要とする高齢者が増加している。それに対し、退院後も住み慣れた地域・住まいで終末期までの生活がおくれるように支援する医療機関の役割は重要である。

在宅療養支援の中心となるのはかかりつけ医療機能を持つ診療所であるが、その一部は診療報酬改定で「在宅療養支援診療所」として位置付けられ、経済的誘導も加わってその評価は高く

設定されている。それに対して在宅療養支援診療所以外は「それ以外の診療所」として評価も受けず、診療所間に大きな格差が生じた。

都市部では訪問看護ステーション、介護支援専門員等の介護資源、近隣の医療機関等との連携は取り易いが、郡部ではこれらの社会資源が少ないため在宅療養支援診療所として届出ができない診療所が多い。現在、すでに地域で在宅医療や在宅ターミナルケアを担っている「それ以外の診療所」があるが、これらの在宅医療・介護サービスの提供に対する意欲を削がないような評価や対応が求められ、報酬の格差の是正が必要となっている。各県の御意見及び日医の見解をお伺いしたい。

※協議事項 (4)、(5) は一括協議

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

在宅療養支援診療所については24時間対応等大変な状況で、佐賀県においては24時間対応をしているところは殆ど無い。とりあえず訪問看護を行っているところは届出している状況だが、実際に条件にあっているかどうかを調べると難しいところである。(佐賀県)

都市医師会によって取組状況が異なる。積極的に取り組んでいるところでは医師会立の訪問看護ステーションの担当者を決め、連携医療機関については、その地区の中核となる病院へ連携病院になってもらうよう地区医師会役員からお願いをし、会員が届出をし易いように取り組んでいる。(福岡県)

実際に届けている医療機関には様々なレベルがある。後方支援病院や訪問看護ステーションへ患者情報をその都度報告する等、自分たちで高いハードルを設けて取り組んでいるところもあり、今後はこの動きを指定に関することだけでなく長崎県全体に広げていきたい。(長崎県)

ハッキリ言って医療費抑制の表れではないか。実態としては厳しい条件があり、本当に24時間責任を持って患者さんが満足できる体制を維持

できるのか。今後必ずトラブルが生じるのではないか。在宅で看取することは様々な問題があり、今の実態を踏まえた上でこれが本当に良いことかどうかを見極めていただきたい。(宮崎県)

沖縄では全医療機関の5.4%の届出があり、全て本島のみでの届出である。離島では申請したくても、やりたくても出来ない。しかし、実際のところは24時間対応を行っている状況でありながら、点数を算定できない。このような制度が全国一律であるということが問題であり、もう少し地域性を考慮すべきであると考えている。また、在宅系サービスの整備が先にされて成り立つ制度であり、その辺の整合性をとることが必要である。(沖縄県)

在宅支援診療所のオープン性というのは多くの医師が理解できるものであると思う。しかし、実際の現実との乖離は大きいことも確かである。グランドデザインの中に在宅でどこまで医療が出来るのか、福祉施設でどこまで医療ができるのかという医療機関以外のところでの医療の質というものを考えてかなければならない。都市部と離島では同じ医療は出来ないし、郡市医師会のパワーも様々である。また、この制度が出来たからやるのではなく、今まで行ってきた先生をどのように評価するのも大切ではないか。現実合うような在宅療養支援の形を日医から提案できないか。(熊本県)

【近藤議長】

現在、在宅医療ターミナルケアをやっているのに評価されないという問題等、それぞれの問題があると思うので、届出たから評価するのではなく、従来からやっていたところについてもちゃんと評価できるよう日医には取り組んでいただきたいと思う。また、在宅支援診療所が発展し、患者と医師の間に信頼関係が生まれればよいが、トラブルが生じないとも限らない。届出たからうまくいくとは限らず、やはり従来から取り組んでいるところが将来は生き残ってい

くのではないかと思う。日医鈴木常任理事よりコメントをいただきたい。

【日医鈴木常任理事】

離島の先生のお話があったが、離島の先生は四六時中忙しい状況ではなく、24時間対応は可能であると考えている。実際は夜間に比べ、診療中である日中に呼ばれることが大変である。24時間について厳しく提言されている社会保険事務局では届出を受けけないとの話を聞いているが、そのようなことが生じた場合には県医師会を通じてお知らせいただき、社会保険事務局にその真意を確認したい。患者さんとの信頼関係の構築だけといえば24時間対応することは可能であるので、先生方には是非届出をしていただきたい。平成20年からは高齢者医療制度が創設されるが、厚生労働省はそちらを見ながら、今から我々に在宅療養支援診療所を振ってきたのではないかと思う。離島で行う際にはヘリや船での搬送の準備が必要となるが、診療所が一生懸命にやっていることは患者さんが判断される。お叱りを受けるかもしれないが、制度の良し悪しは別として一度成立してしまった以上は病院病棟が地域に関わってくるので、在宅支援診療所について医師は今後義務になってくるものと思われるし、それに応えていかなければならないと思う。

(6) 医療療養病床の問題点 ～特に医療区分について (熊本県)

【提案要旨】

「療養病床」の改定以来約3ヶ月を経過するが、低い入院基本料、不合理な医療およびADL区分の設定、周知期間のない急激な制度改革等に医療現場は大きく混乱している。

これは平成17年「慢性期入院医療包括評価調査分科会」の作成した「患者分類」を基本としているが、論点として次の3点があろう。

- ①医療必要度が低いと判定された全ての患者が「介護保険」適用に該当するのか。脳血管障害等で「寝たきり」となり、「経鼻栄養」、

「胃瘻」等を行う患者の中には、介護保険では要介護度5でも医療区分1に該当する人が多数みられる。そもそも「医療保険」と「介護保険」の接点部を無視した稚拙な制度設計になっている。

- ②「日常生活障害加算」や「認知症加算」が廃止され、医療区分2、ADL区分1のみに「認知機能障害」加算（5点）が認められた根拠が不明である。

医療の合併症をもつ重症認知症患者の評価がなされていない。

- ③医療区分の中で、不合理で医学的根拠に乏しい評価項目と日数制限が多い。「中心静脈栄養を実施している状態」、「24時間持続に点滴を実施している状態」、「悪性腫瘍の疼痛コントロール」、「頻回の血糖検査を実施している状態」、「酸素療法を実施している状態」など

(7) 療養型病床における医療区分の見直し等について（福岡県）

【提案要旨】

療養病床の見直しについては、現在様々なところで議論がなされ検証が行われているが、本県においても6月に「療養病床緊急アンケート調査」を実施した。その報告は別紙1のとおりであるが、医療区分1の患者が診療所では6割を占めており、そのうち医療の必要性の高い患者が4割弱で、患者の受け皿の問題、医業経営の問題等非常に深刻な状況にあることがわかる。

また、医療区分について様々な問題や矛盾点があるとして、本県より5月に日本医師会に対して別紙2のとおり要望書を提出した。

現在、中央において医療区分見直しの検討がされていると伺っているが、どの様な議論が行われているのか。

また、療養病床の問題については、医療機関は今後の方向性が見出せず、どうすべきかの判断に困っている状況である。今後の方向性についても日医の見解をお伺いしたい。

※協議事項（6）、（7）は一括協議

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

厚生労働省からの療養病床に関するアンケート調査の中に病床の転換についての問いがあった。現状では将来の転換を考えることが出来ない現状である。特に有床診療所でも療養病床を5～6床もっているところがわずかな補助金でどうして転換できるのか、この点について不満を持っている。現場と政策を決める国とは乖離があり、その辺りについて日医で対応していただきたい。（福岡県）

佐賀県では療養病床を持っている病院56施設に対しアンケート調査を行った。その動きとして療養病床を一般病床に移すケース、とりあえずは介護型療養病床へ移行するケースが見受けられる。病状にはいろいろな状況があるが、病状Aと病状Bが合わされれば医療区分が2から3になるとかの配慮も必要ではないか。（佐賀県）

【近藤議長】

療養病床については医療区分を3つに分けたのが問題である。メディファクスによると中医協で医療区分を決定する前に出さなければならなかった資料が間に合わず、このような間違った結果になってしまったという決定のプロセスにも誤りがあったと思う。今回はこのような矛盾している医療区分を是非改善して欲しいと思っている。日医鈴木常任理事よりコメントをいただきたい。

【日医鈴木常務理事】

ADL区分・医療区分については見直しを前提に検証作業を行うことが今回了承された。先日まで協力いただいた療養病床に関する緊急調査のパイロットの結果についてご報告する。2006年4月の有床診療所の入院の構成内容について、医療区分1が64.8%、医療区分2が31.1%、医療区分3が4.1%、病床数別に見ると49床以下で医療区分1が45.5%、50～99床では医療区分1が44.3%となっている。やはり4、5月で

医療区分1と2に対する患者さんの対応が進められた結果だと思われる。急性期病院についても円滑に引き受けが出来ているようで感謝している。

**(8) 領収証発行の義務化について
(長崎県)**

【提案要旨】

領収証発行は患者サービスとしては必要なことではあるが、問題は内容のわかる領収証の発行が義務化されたことである。

現行の診療報酬点数表には我々でも理解できない矛盾点が多く、説明しても患者には誤解を招くだけで、医療不信をあおる結果になりかねない。

領収証は金額だけを記載するのが世間一般の常識であり、このような理不尽な要求に対しては撤回させるべく日医ともども我々も戦術を構築する必要がある。

各県のご意見を伺いたい。

【近藤議長】

診療報酬点数表を整理して簡単にしたいということ、現場で納得できる適切なものにしていただきたい。しかし、これは大変な作業であり、今日、明日すぐ出来るものではなく、当分はこのままになるかと思う。本来は内容ではなくて金額だけにいただければ一番良いと思っている。日医鈴木常任理事よりコメントをいただきたい。

【日医鈴木常務理事】

領収書発行は妥当なものである。支払者側は部別・診療行為別の領収書の発行ということで押し込められた形だが、事務手数料等の納得できない部分については反対を貫いていきたい。

しかし、医療費通知同様、患者さんが領収書を必要としないとした場合には発行しなくてもよいことになっているので、運用方法で業務の煩わしさを解消していただきたい。

(9) 処方せん様式について (福岡県)

【提案要旨】

4月の診療報酬改定により処方せんの様式が変更され、後発医薬品への変更確認欄が設けられた。

国は、医療費抑制のため後発医薬品の使用を全面的にバックアップしているが、後発医薬品については、治験がないために安全性・有効性・品質などの面で疑問のあるものも多く、それぞれの後発品の情報自体が分からない。1つの先発品に対して数十種類の後発品がある場合もあり、一部適応症の異なるものもある。

主治医が後発品への変更を認める場合には、署名・押印し、後発品への変更があれば調剤薬局からその旨の連絡があることとなっているが、あくまでも変更後の連絡であること、また不安定な後発品の使用により問題が発生した場合の責任の所在、何より、多種の後発品の中から薬剤師が選択するのは処方権に照らして大いに疑問であり、医療費抑制のために後発品に容易に誘導してはならない。

以上のことから本制度・処方せんの様式等の見直しが必要であると考えますが、各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

後発品の使用によって全体の医療費が下がることは良いことだと思う。ただし、様々な問題がクリアされた場合についてである (沖縄県)

【近藤議長】

後発品については、安全性・有効性・品質についての問題、処方権の問題、勝手に薬剤師が変えてしまった場合等、その責任の所在についての問題等があるかと思う。現時点ではまだ時期尚早であると思うので処方箋様式の見直し等について、日医で対応していただきたい。

【日医鈴木常務理事】

後発品については飯沼常任理事で対応中である。後発品の質についてバラつきがあることから、その問題に対する責任の所在については、現在日医で作業中であるので結論は次回にお答えさせていただきたいと思う。しかし、今の処方箋でも後発品に変えないという選択も可能であるし、後発品に変更した場合は調剤薬局から医師へ連絡することになっているので、それを怠った場合は明らかなルール違反であるので、その辺で対応が出来るのではないかと思う。

(10) 指導、管理等のカルテへの記載義務事項の増加について（長崎県）

【提案要旨】

診療報酬が改定されるたびに、指導・管理等のカルテへの記載義務事項が増え、更に提出期間が限られた施設基準等の申請書類が増えている。このために臨床医は患者の診療時間を書類書きに割かねばならなくなっている。この傾向は、診療所のみならず病院ではより顕著である。

屋上屋を架す方式の診療報酬改定や厚労省の医療機関に対する管理強化が根本原因と思われるが、このままでは診療がおろそかになり、医療の安全に支障を来すことが懸念される。

指導・管理料を診察料に包括したり、余裕をもった診療報酬改定の告示が必要と考えるが、各県のご意見を伺いたい。

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

今回領収書の問題が出てきたことで、指導・管理料について患者さんに説明することが非常に難しい診療報酬の部分だということがクローズアップされてきた。窓口でトラブルになるような診療報酬についてはやはり無理やりに作られたものであり、基本的には診察料に包括する方向が良いのではないか。このままにしておけば日医やその政策に対する不信感に繋がるのではないか。（長崎県）

医師の技術についてどのように表すのか、手術を行う外科系では技術料として表し易いが、内科系やその他の科については指導・カウンセリングといったものが指導・管理料に纏められている。改めて各診療科の技術というものをもう一度根本的にハッキリさせる必要があるのではないか。（熊本県）

【近藤議長】

この問題は診療科によって異なるので難しい問題である。日医には包括に代わる新しい方法を考案していただきたいと思う。また、カルテに記載がないと個別指導の際に返還されるという現状であるが、何も書かれていない場合でも患者さんの診察内容が書かれていればその都度指導管理を行っているはずなので、指導・管理料を査定されないように日医から社会保険事務局へご相談いただければ少しは医師の労力が省けてよいと思う。また、指導・管理をする際に看護師に医師が患者さんに指導したことを書き留めてもらって後でカルテに記載するという方法もあると思う。日医鈴木常任理事よりコメントをいただきたい。

【日医鈴木常務理事】

療養担当規則の中では、指導料と管理料の名前が変わっただけで中身は一緒である。個別指導等でカルテに記載がなければ当然自主返還させられる。これを変えることについては国民のコンセンサスを得ることは難しいので、何らかの方法でカルテに記載をしていただきたい。包括化については完全な包括化はない。患者さんにも重症の方から軽症の方まで様々であり、提案事項11でのお話にもあったとおり重症患者だけを扱う病院から不満がでるのは当然であると思う。

(11) 人工透析におけるエリスロポエチン製剤の包括化について（佐賀県）

【提案要旨】

平成18年4月の診療報酬改定において、エリ

スロポエチン製剤の費用は人工透析の所定点数に含まれることとなった。

エリスロポエチン製剤は、透析患者の貧血管理のために不可欠な治療法であるが、エリスロポエチン製剤の費用が包括されたことにより、種々の合併症を有する重症患者や高齢者に対応している医療機関に多大な経営的影響を及ぼしている。

一方、主に比較的元気で仕事も可能な患者を扱う透析医療機関では、むしろ保険点数が高くなるといった矛盾が起きている。

すなわち、包括化の間違い或いは保険点数設定のミスと考えられる。

この件について、九州各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

この件については比較的重症患者を扱う病院からである。透析会から要望があり包括化になったということだが、一般的な患者さんへ透析を行った場合に点数が高くなる。重症例にこのようなエリスロポエチン等を使う場合は下がってしまう。透析会が点数を包括化したことが間違いではないか、或いは点数の設定ミスではないかとの意見である。(佐賀県)

(12) 医療費の未払いについて (福岡県)

【提案要旨】

8月2日の西日本新聞に医療費未払いの調査結果が掲載され、04年度の未払いは全国で218億円にもものぼっている。九州各県の状況は別紙のとおりである。

今後、高齢者人口は膨らむ一方であるが、当然ながら高齢に伴い医療の必要性は増す。しかし、年金収入の減少、負担金の増額、そして格差社会の拡大などにより人口増加に比例して、未払いの額はますます莫大なものになることが予想される。

未払いが続くと、救急医療の崩壊に繋がるこ

とも考えられ、応召義務を課している以上は、未払いに対しては保険者が一定の責任を持って対応すべきである。

未収金が収入として課税対象となることを考えると、損金としてあげる場合の基準を明確にすべきと考える。また、負担金に変更があった場合、医療機関において患者に説明しているが、説明義務は本来、国にある。

窓口での一部負担金徴収を廃止するというのを検討されるのも一つの方法かもしれない。国の財政支出を減らすためだけに患者や医療機関に過大なしわ寄せが来ることに大きな矛盾を感じる。

本件に関して日医の見解をお伺いしたい。

【近藤議長】

昔であればお金が無くても治療するということもありえたが、現在では医療機関が倒産する現状であり、何か良い案があれば日医より考案していただきたい。

【日医竹嶋副会長】

日医の医療対策会議において池上先生からは応召義務、現物給付の観点から保険者が支払うべきと話されていた。田中教授についても医療機関の未処理の件については非常に興味をもたれており、見解は保険者側の負担となっている。日医としてはこのような学識経験者の意見をもとにそのような方向に持って行きたいと考えている。

(13) レセプト完全オンライン化とその対応について (熊本県)

【提案要旨】

厚労省は「療養の給付、老人医療および公費負担医療に関する省令」の改正案で、平成23年3月31日までに、順次オンライン請求を行う工程表とレセプトデータ変換ソフト「レセスタ」を発表した。

現在、オンライン化の前提である磁気媒体でのレセプト電算処理システム(レセ電)でさえ

普及率は約14%（病院24.5%、診療所9.8%）に過ぎない。

日医は8月初旬、「周辺整備がなされないまま、オンライン請求が本格稼働すれば医療現場は混乱する。基盤整備を行った後に、IT化の財源措置を講ずるべきである」と言及した。薬理薬効の作用に基づいた医薬品の投与を認めること、被保険者証の有効性確認システムの確立、レセコンの統一基準、レセプトデータ利活用に関する問題、IT化財源の別途確保の5つの問題点を指摘した。

医療機関のコスト負担で保険者側の業務軽減や審査強化が窮えるIT化の短兵急な政策の推進は論外である。「ナショナルデータベース」の蓄積による医療費適正化、診療報酬改定への利用や民間も含めたデータベースの利活用などの禁止を担保すべきである。また、情報漏出の危険性や約650億円と推定される財源の確保など解決すべき問題点は多い。

熊本県医師会では、日医標準レセプト（ORCAプロジェクト）の啓発、普及に努めているが、日医は早急に「必要な情報を収集できる体制」を構築し、全国規模での解析と政策提言が出来るよう期待したい。日医と各県の状況や対応についてお伺いしたい。

**(14) レセプトオンライン化について
(福岡県)**

【提案要旨】

本件については、国が2011年までに完全義務化を決定し、医療機関の規模により、順次体制を整備することが強制的に求められている。今後、医師会としても対応を検討し会員への周知も必要であるが、様々な問題点が考えられる。

オンライン化は医療費適正化を大前提としており、データの収集により保険者機能を強化し、個人データの国家管理につながりかねない。

また、オンラインシステムの導入にあたり、医療機関によっては職員の増員が必要となる等コストもかかり、その後のメンテナンス料、セキュリティにかかる費用等併せると、小規模の

医療機関にとっては莫大な負担が押し掛かり、診療報酬の改定による減収と相まって、医業経営が更に厳しくなる事は、安全・安心で良質な医療提供にも悪影響を及ぼすと予想される。

以上に関して、各県のご意見並びに日本医師会の見解と中央情勢をお伺いしたい。

**※協議事項 (13)、(14) は一括協議
【各県回答】**

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

IT化は避けては通れない状況であり、実現されることは間違いない。
それならば我々が集められたデータをいかに有効活用できるかを考えた方が得策ではないかと考える。(沖縄県)

【近藤議長】

この問題についても、機械・機器の導入にコストを各医療機関が負担しなければならないのかという財政の問題や、個人データを国家管理し、保険者機能の強化やデータベースを基に医療機関の適正化を図る等に利用されるのではないかとの問題があり、このようなことを防ぐ為に日医が行っている対応についてお聞きしたい。

【日医鈴木常任理事】

IT化は時代の流れで必須である。前執行部からの検討事項であった薬理作用や適用外投与の問題、保険証の資格有無の確認についてクリア出来るように努力してきた。周辺整備の件についてもクリアしてご迷惑にならないような形作りを考えていきたいと思っている。

**(15) 個別指導の実施状況について
(鹿児島県)**

【提案要旨】

本県では、例年個別指導は、全保険医療機関の4%程度である50件程度を対象に実施されている予定。

本年度は、社会保険事務局の都合により、22件となったが、来年度は、従来どおり、50件程度に戻される。

平成16年度の全国の個別指導実施件数は917件なので、1県当たり20件程度となり、これとくらべても本県は特に多い。

本県の本年度の実施予定は別添のとおりであるが、各県の状況をお伺いしたい。

(16) 医師会として指導を行っているか (沖縄県)

【提案要旨】

社会保険事務局および県では、指導大綱に則り、医療機関の指導・監督等が行われているところである。

前年、山梨県医師会が全国の都道府県に対して行ったアンケートによると27の医師会で、医師会としての指導を行っていると回答している。

九医連において、各県の実情と、もし行っているのであれば実施内容について教えていただきたい。

上記2題については関連している為、一括協議を行った。

【各県回答】

資料の回答事項とは別に各県より追加発言があった。内容は概ね次のとおり。

沖縄県では高点数もあるが、新規・個別指導後、経過観察になっているものを再指導として指導を行っている状況である。(沖縄県)

【日医鈴木常任理事】

各県とも指導数が異なっている事実がある。個別指導には問題があるとされた医療機関を対象に実施する場合と、医療機関数を平均化し選定する方法があると思うので指導医療機関数を単純に全国と比べることは難しい。

日医としてはDPCを行う医療機関を主体に指導するようお願いしたいと考えている。

印象記



理事 今山 裕康

協議会の冒頭に竹嶋副会長があいさつされ、安倍新政権、柳澤厚生労働大臣、武見敬三厚生労働省副大臣就任等に関する所感を述べられた。多少気にかかるのは今までの日医の活動に対する総括に乏しかったことで、問題設定の妥当性、活動の適正、再評価、今後の課題等を話して戴きたかった。いずれにしても今後医療供給体制は大きく変わっていくが、その変革に医師会が貢献できなければ医師会の存在意義そのものが問われることになり、日医をはじめ、各県、地区医師会の責任は大きいと考えられた。

次いで各協議議題について活発な意見交換が行われた。

リハビリテーションに関して

今、マスコミにも取り上げられ社会問題化しており、医師会としても何らかの行動を取るべき

だとする意見が多かった。しかし、その中でリハビリテーションの定義そのものを考えなおすべきで、特に維持期のリハビリテーションは消炎鎮痛処置で良いのではという意見もあり、そのような見方をしたことがなかったので新鮮に感じた。ただ、リハビリテーション問題に対する日医の解答がいまひとつ明解ではなく、問題意識はあるが見直しの方向性を見いだしていないことに少々驚きを憶えた。今後、我々はこの問題に関しEvidenceを積み上げ、それを元に改革案を作りあげることが必要だと考えられた。

在宅療養支援診療所に関して

届出が10%以下と低調である（特に沖縄では5.4%と非常に少ない）。理由は明確でないが、施設基準として24時間の応需体制が必要であること、その体制を作るのに準備時間が不十分であったことなどの意見が出された。在宅療養支援診療所の対象は在宅系の患者であり、現在の療養病床再編、居宅系サービスの再構築といった制度面が整備されてはじめて有効といえるのではないかと考え、その旨の発言も行った。また、各県の医師会として対応はマチマチで、我が県として今後は在宅医療の推進、医療供給体制の再構築の中での病診連携の在り方等を踏まえ、個々のケースに合ったモデルケースを示し、数多くの診療所が在宅療養支援診療所として届けられるようにしていきたいと考える。

療養病床再編問題

療養病床再編問題は我が国の医療供給体制、医療保険制度を根幹から改革する入り口であり、いずれ医療・介護の大改革が行われる。厚生労働省は10月のアンケート調査の結果を踏まえて「地域ケア構想」を発表する予定になっており、その成り行きを注目するとともに、そこに医師会の意見が反映されなければならないと強く感じた。

その他の問題について

領収書の問題は、根本に医療に対する不信感が存在するのではないかと考えられた。医療事故、医療紛争、医療事故に対する警察の介入、不正請求など、マスコミの取り上げない日がないと思われるほど報道がなされ、それに呼応して世論が医療不信を募らせていると感じられる。本来患者・患者家族とは協調すべきであるが反対に対立する関係になろうとしている。領収書は時間とコストの問題があるものの、どうすれば医療に対する信頼を取り戻せるかを考えたとき、領収書、明細書の発行、カルテの開示等は透明性、質と安全性を担保し、信頼回復への必要条件と考えられる。

一方、オンライン化による請求に関する議論の中で、IT技術改新ならびに、IT技術の普及を国家政策としている現状で、医療界だけ反対することは不可能である。従って、これからの戦略は集められたデータの取り扱いに向けるべきである。そもそも国民より集められたデータは国民全員の共有財産であり、全ての国民が利用出来なければならず、日本医師会としては集積されたデータを利用して、医療政策を立案すべきで、データが国家機密の様な取り扱いにならないようにする仕組みを考えるべきである。

未払い問題は、医療機関にとってとても大きな問題であり、早期その解決を望むもので、日医活動に期待するものである。

以上、協議会の内容について感想を述べた。

2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



会場風景

協議

<地域包括支援センターについて>

(1) 地域包括支援事業と介護予防について (福岡県)

今回の介護保険制度改正では、介護予防が重視され、65歳以上の高齢者については基本健康診査に生活機能評価が加えられることになった。特定高齢者の選定のために「基本チェックリスト」が用いられるが、現行の判断基準が厳しいために、該当する対象者が少ないという意見がある。

また、基本健康診査を受ける人は比較的元気な方が多く、生活全般が不活発で閉じこもりがちな高齢者へのアプローチについても検討すべきという意見が多い。

住民への周知が徹底されていないため、患者の理解が得られず、さらには、行政や地域包括

支援センター、医療機関の理解もまだまだ不十分であり、周知の徹底と関係者への研修の実施も検討すべきである。本件について、各県の現状並びに日本医師会の見解をお伺いしたい。

(2) 地域包括支援センターの各県の設立状況等について (長崎県)

本県では、36の地域包括支援センターが設置されている（内、郡市医師会立は4医師会、5カ所）。

しかし、運営状況や地元医師会との連携については各地域で様々である。

各県の状況をお伺いしたい。

(3) 地域包括支援センターの運営状況について (佐賀県)

本県では、7保険者23市町全てに地域包括支

援センターが設置されている。

地域包括支援センター運営協議会については、6保険者で既に設置済みで、1保険者においては、委員の選考中（8月現在）である。

いずれの運営協議会へも医師会から委員として参画している（未設置の保険者については参画見込み）。

しかし、保険者によっては地域包括支援センターの体制整備が遅れており、地域支援事業における特定高齢者施策に遅れが生じているようである。

①地域包括支援センター運営協議会への医師会からの委員参画の有無、②地域支援事業における特定高齢者施策の実施状況について、各県の現状をお伺いしたい。

(4) 地域包括支援センターについて (福岡県)

介護予防の導入に伴い、地域包括支援センターが設置されたが、本来期待されていた機能が果たせていないという現状がある。

本県で郡市医師会にアンケート調査を実施した結果、地域包括支援センターの職員の人数に対し、事業が多岐に渡り、業務量も多いため増員が必要であるという意見が多く見られた。その他に、介護予防プランについては民間の介護支援事業所へ委託したいが、報酬が低いため、受託を拒否されたとの意見も多い。平成19年4月以降は経過措置が切れ、介護支援専門員1人当たりの委託件数が8件までと制限される予定であり、このままでは「ケアプラン難民」の発生が懸念される。

また、地域包括支援センター運営協議会については、地元医師会の積極的な関与が求められるが、保険者によりその体制に温度差がある。

各県の地域包括支援センターの現状・課題及び医師会の関与についてお伺いしたい。

※協議事項 (1)、(2)、(3)、(4) は一括協議 【各県回答】

各県ともに、地域包括支援センターの設置は

進められているもののセンターに求められている機能は果たしきれていない状況との意見であった。また、地域包括支援センターを効果的に機能させる役目をもつ運営協議会においても、センターを具体的にどう動かしていけばよいかのかが明確にされておらず保険者の意図する運営は行われていない状況であることが報告された。

地域包括支援センターの主な仕事となっている介護予防事業については、各県ともに、基本健康診査の受診率の向上、生活機能評価の住民への説明、並びに医療機関への研修等を繰り返す必要があるとの認識であった。

地域支援事業については、各県ともに現状ではほとんど実施されておらず、今後、保健師、民生委員、自治会等が関わる「地域のネットワークシステム化」が非常に重要であるとされ、併せて保険者は住民への周知と理解が得られるように務める必要性が示された。

基本チェックリストについては、判定基準が厳しく特定高齢者の選定が難しいとの意見が多く、かかりつけ医がサービスを必要と判断した場合でもサービスを受けてもらえない状況が見受けられるとのことであった。

大分県医師会の田代先生より、地域包括支援センターに関する協議事項の総括として、現時点では運営協議会の機能が明確にされておらず、また、厚労省自体がセンターを効果的に機能させたいという意思があるのが見えないと意見され、非常に準備不足の感は否めず、介護保険費用を削減するための単なるジェスチャーに見える。今後、主治医として、できる範囲でセンターを動かしていくしかないとの意見されるとともに、センターの機能を検討し直す必要があるとまとめられた。

その他各県より、地域包括支援センターのスタッフの増員、在介センター等への介護予防事業の委託、介護支援専門員一人当たりの委託件数が平成19年4月より8件までに制限されることへの危惧等について追加発言され、今後、これらの課題についても検討していく必要があるとされた。

【日医コメント】

飯沼日医常任理事より、地域包括支援センターの機能は非常に難しい問題だと認識しているとの話があり、個人的には、センターは平成20年4月までに設置すればよい事であるため、それまでにしっかりモデル事業を行うべきと考えていたと意見された。

介護保険は市町村が行う事業であり、各地域で特色のある取り組みが出されることが一番良い方策であると考えます。また、センターの人員等については、現状のままでは“これだけしかできない”ということをはっきり示していただければ、それなりに改善が図られると説明された。

飯沼日医常任理事からのコメントを受けて、小渡副会長より、厚労省は軽度の要介護者を介護保険適用から外すという過程の中で地域包括支援センターを創設している。また、介護保険自体を市町村の老人保健事業で実施してほしいと考えている。日医は介護保険のこれまでの5年間を総括し、もっと積極的に考えていかなければならないと発言があった。

これに対し、飯沼日医常任理事より、日医から厚労省に意見するためのデータがほしい。年金、医療保険、介護保険と、それぞれ保険者が違うため、各方策を模索する必要があるとコメントされた。

<介護療養病床について>

**(5) 介護療養病床の廃止について
(福岡県)**

平成23年度末をもって介護療養病床が廃止されるが、多くの課題を抱えており、本会の会員はその方向性が見えず混乱している状況である。

今後の方向性としては、選択肢として、医療療養型病床、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟への転換があるが、それには、マンパワーの問題がある。また、老健や特養、有料老人ホーム等の施設、経過型介護療養病床という選択肢もあるが、職員配置の問題に加え、参酌標準や経営面での問題がある。いずれにし

ても6年後の方向性が明確ではないため、会員も混乱している状況である。

本県では、「療養病床に関する緊急調査」を実施し、現在その分析を行っているところであり、それによって今後の対応を検討することとした。

また、介護療養病床廃止によって、帰る場所の無い介護難民が出たり、高齢者の孤独死が増加したりする。

本件に関して、各県並びに日本医師会の見解をお伺いしたい。

(6) 療養病床の再編について (大分県)

厚生労働省は2011年末までに介護療養型医療施設(介護療養病床)を廃止し、老健や有料老人ホームに転換させることと、医療療養病床の対象患者を大幅に削減する再編計画を打ち出した。当県では、医療区分1に分類される患者や要介護度の低い認知症の患者など1,000人以上がマンパワー不足の在宅へ短期間に誘導されると推測している。このような患者は、常時の状態観察や対応が必要と考えられ、転倒事故や認知症の重症化等様々な弊害は避けられず、医療依存度は一層高くなると予想される。今後は療養病床を有する会員を対象にした懇談会を定期的に開催し、再編に伴う課題について幅広く検討する予定である。各県の取り組みについて伺いたい。

**(7) 療養病床再編に伴う転換について
(鹿児島県)**

国は、療養病床再編の受け皿づくりに、地域ケア整備構想をまとめ、2009年度からの第4期介護保険事業支援計画等に反映させる考えだが、現場では、施設転換を含めた今後の方向性について不安が広がっている。本県では、現在の参酌標準では療養病床から他の介護施設への転換は困難な状況にあるが、各県の療養病床の介護保険施設への転換状況をご教示願いたい。又、今後の見通しについて日医の考えを伺いたい。

(8) 地域ケア整備に関わる介護療養型療養病床の再編問題（熊本県）

平成22年まで、介護療養型医療施設が廃止されるとの地域ケア整備構想の中にあつて、現在の介護療養型医療施設の方向又は在り方をどのように考えるべきか。

特に診療所における病床転換がかなり困難である。

(9) 療養病床の介護施設への転換について（宮崎県）

政府は、2011年度末で介護保険適用の療養病床を廃止し、医療保険適用を含めて38万床ある療養病床を老人保健施設などに転換することで、15万床に削減する方針を出しているが、現在のところ、さまざまな理由から転換が進んでいない。医療機関は目まぐるしく変わる医療政策に不安を感じている。市町村は、介護保険の財政的理由から乗り気ではない、施設を認可しない。各県の状況、対策について伺いたい。また、日医のご見解を伺いたい。

※協議事項 (5)、(6)、(7)、(8)、(9) は一括協議

【各県回答】

各県ともに、療養病床の再編は不透明であり、現場では将来が見えず不安・不信を持ちながら転換の方向性を模索している状況であった。日医の今後の方向について強い指導を期待するとともに、受け皿作りの早急な対応を求めたいとの認識であった。

今後の方向性として、各県ともに、病院の療養病床については、医療療養病床への転換は医療区分の導入により運営が困難とされ、老人保健施設への転換は参酌標準の問題により対応は難しい状況となっているとのことであった。また、併せて、有床診療所の療養病床については、転換先がなく大変厳しい状況であることが報告された。

患者に関する問題としては、退院が困難な患者の受け皿作りが早急の課題であるとされ、現

状のままでは医療難民、介護難民、高齢者の孤独死等が危惧されるとの認識であった。

このような状況を受け、医師会の今後の対応として、療養病床の枠の確保を都道府県に要望するとともに、市町村の計画策定、都道府県の「地域ケア整備構想」へ医師会の意見が反映されるような働きかけが重要とされた。

福岡県、熊本県、鹿児島県では、療養病床再編に関するアンケート調査を独自に実施しており、その調査結果も併せて報告された。

福岡県の調査結果によると、22,000人の療養病床入院患者（有効回答数上の数字）のうち病状が比較的安定しており在宅に戻れる可能性のある患者数は1,200人と少なく、逆に独居や家族が犠牲になる場合であっても在宅復帰をせざるを得ない恐れのある患者が相当数になることが結果として示された。また、今後の施設のあり方や医療機関経営の観点に関する調査結果から、現場は非常に厳しい状況に置かれている、またはおかれる可能性があることが示されていると報告された。

熊本県、鹿児島県の調査結果からも同様の結果が示されていることが報告された。

その他各県より、療養病床の再編は中医協のアンケート調査が大きな試案になっているが、アンケート調査そのものに疑問を感じる。同じアンケート調査をもう一度行くと全く違うデータが出るのではないか。日医が同調査を実施してはどうかと提案された。

【日医コメント】

飯沼日医常任理事より、中医協の基のデータを全て取り寄せて調べたところ調査した総数が少ないことが分かったが統計学的に問題無いことが説明された。しかし、福岡県の調査結果による療養病床入院患者22,000人のうち在宅へ戻れる可能性のある患者数が1,200人であるという数字は少ない数字であり、当協議会（介護保険対策協議会）から日医に対し療養病床再編



小渡副会長（左）、大山常任理事（右）

の検証と見直しについて提案していただきたいと述べられた。日医ではこれらの提案を受け、厚労省に意見していく姿勢であることが説明された。また、既に療養病床の廃止等をされている先生方がいるので、少なくとも日医が厚労省に対して動き始めたということ伝えていただきたいと加えられた。

医療区分とADL区分に応じた療養病棟入院基本料の元になったコスト調査の結果と実際の点数が乖離していることについても説明があり、厚労省が作為的に数字を出しており嚴重に抗議を申し込むことにしていると報告があった。

<介護サービス他>

(10) 地域密着型サービスの中核となる「小規模多機能型居宅介護事業所」の各県の状況とかかりつけ医の役割について（宮崎県）

平成18年4月より介護保険で新設された地域密着型サービスの中核を担う小規模多機能型居宅介護事業所については、地域の在宅で生活している認知症の方々の介護支援に重要な役割を果たすと考えられるが、かかりつけ医のサービス概要・内容に関する理解について、及び、今後の小規模多機能型居宅介護事業所との関係の構築についてお伺いしたい。

また、事業所に設置される運営推進会議への

かかりつけ医の関わりについて各県の現状をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、小規模多機能型居宅介護事業所については、医療機関は積極的に参加、総合的な関与が必要であるとともに、事業所に配置される看護師やケアマネとの連携が重要であるとの認識であった。

沖縄県としては、厚労省は推進していた事業を都合が悪くなったら簡単に廃止することがあり、この小規模多機能型居宅介護事業所もその可能性は否定できない。日医は厚労省のこういうやり方を追求すべきであると意見し、小規模多機能型居宅介護事業所は経営が難しいため株式会社が参入していないこととも関連して、厚労省が介護保険への株式会社参入に関する調査を行っていない点に触れ、日医は日医総研を活用し市場原理が導入されたことで結果どうなったかのデータを調査し厚労省に突き付けるべきであると提案した。

(11) 介護サービス（施設サービス、居宅サービス）における疾病治療のかかり（熊本県）

医療保険と介護保険の機能分担においてかな

り支障があり、シームレスな運用がなされない。特にリハビリテーション医療を中心として急性期リハ、回復期リハ、それに維持期リハへの流れが充分理解されていないし、対応がなされていない。今後、地域連携の立場からも医療保険と介護保険の連携が重要である。

【各県回答】

各県ともに、医療保険と介護保険の機能分担が行われている状況であってもシームレスな運用が行われるべきであるとの意見であり、リハビリを軸にした、急性期、回復期、維持期という流れをシームレスな医療として捉えていくべきであるとの認識であった。

また、以前から議論されている介護施設における医療の在り方についても、老健であっても特養であっても必要な医療を提供できるような対応を望む意見が多く、また介護保険の施設であっても医療保険が使えるようにしてほしいと意見された。

(12) 介護サービス情報の公表制度について (長崎県)

平成18年4月1日改定の介護保険法に規定される「介護サービス情報の公表」について、各県の状況及びご意見をお伺いしたい。

本県では、9月から開始されることとなっているが、調査及び公表手数料については何ら相談なく6万円と条例により規定し、また複数サービスを行っている事業者に対しては各サービスごとに6万円となっている上、毎年調査が行われるとのことである。

また、調査機関は4機関が株式会社、有限会社などが指定されているが、中立性、公平性、個人情報保護法の厳守や調査の質の確保などが担保出来るのかも疑問である。

来年度からは介護療養型医療施設も対象となり、最終的には全サービスを対象とすることとなっていることから、今後大きな問題になってくるものと思われる。

本制度について、医師会としても対応を考え

る必要がある。

【各県回答】

各県における調査費用の平均は約45,000円(毎年/サービス毎)、公表費用は約15,000円(毎年/サービス毎)であった。調査機関は、民間会社、社会福祉法人、NPO法人、財団法人、県社会福祉士会、県医(宮崎県)に委託されており、情報公開センターは社会福祉協議会、国保連合会に委託されている状況であった。

今後の課題として、各県ともに、調査機関並びに情報公開センターの中立性、公平性、調査の質の確保が必要であるとの認識であった。

沖縄県としては、これまで介護保険で導入されてきた制度が医療保険にも導入されている経緯から、この介護サービス情報の公表制度と同様の制度が医療に入ってくる可能性が懸念される旨、発言し、このことを日医が理解していないことが不思議である。重大な問題と認識し対応していただきたいと意見した。

日本医師会介護保険委員会報告

日本医師会介護保険委員会副委員長(大分県医師会副会長)の島田丞先生より、これまでに2回開催されている日医介護保険委員会について報告があった。

第1回目は平成18年7月20日(木)に開催され、唐澤会長より「地域医療から捉えた地位ケア体制整備について」諮問されたと報告された。また当日は委員長、副委員長の指名もあり、委員長に前日医執行部の野中博先生が就任され、副委員長に島田先生その他、慶應義塾大学教授の高木安雄先生、新潟県医師会副会長の渡部透先生が就任されたことが報告された。

第2回目は平成18年9月21日(木)に開催され、各委員より提出された「高齢化社会における、在宅医療を担う医師の役割と機能」のレポートが各委員よりプレゼンテーションされたと報告があった。

印象記



副会長 小渡 敬

平成18年度第1回各種協議会（介護保険対策協議会）が9月30日に大分全日空ホテルで開催され、各県の介護保険担当理事の先生方と日医の飯沼常務理事が参加し会議が行われました。会議の詳細については本文に掲載しました。

今回の会議の中で各県から多く提出されたテーマは、①地域包括支援センターについて、②介護療養病床について、③介護サービス等についてであった。療養病床の再編については、現在、日医の方で国会議員も巻き込んで強力で折衝しており、まだまだ暗中模索の状況であるように思われる。地域包括支援センターについては、すでにメディアファクス（2006.10.3・5017号）でも紹介されているように、センターの運営を不安視する声が多く寄せられ、「何をしたいかわからない」「市町村でスタッフが揃っておらずやっつけ仕事で何とかつじつまを合わせ、ごまかしている。きちんと行っている所は少なく、われわれ医師もどのように活用するかピンとこない」「センター職員自体何をしたいかわからないようだ。上手く行っているところは1ヶ所もない」等の意見が各県から述べられた。さらに介護サービスについては、地域密着型サービスも同様に上手く運用がなされていない、ないしは先が見えない等の意見があったが、それに対して日医からは、各県でそれぞれ努力して欲しい旨の話のみで終始しており、あたかも日医が厚労省の出先機関のようなことを言うので、私としては腹が立ち、このような状況を中央に持ち帰って改善すべきであり、日医はもっと戦略的に介護保険制度に介入すべきである旨の発言をした。

今回の介護保険対策協議会は、今年4月に介護保険制度見直しが行われて初の会合であることから、まずは個別のことより厚労省が行った介護保険施行5年後の総括を、医師会も議論すべきである。そのなかで、株式会社を介護保険に参入させた功罪については全く議論がなされておらず、このことを日医総研等で十分な検証を行う必要があると思われる。

これまでの流れを見ると、食費や居室料の利用者負担、情報開示の法制化、介護サービスの制限等々、先ず介護保険に導入し既成事実を作った後に、なし崩し的に医療保険にそれらを組み入れる傾向にある。これらを考えると、日医は介護保険の制度改正時にもっと戦略的に取り組むことが必要であると思われる。

3. 地域医療対策協議会

副会長 玉城 信光

去る9月30日（土）大分県において、みだし協議会が開催されたので報告する。

協議会開始にあたり、担当県の阿南大分県医師会副会長より次のとおり挨拶があった。

日医より今村定臣常任理事、今村聡常任理事にご出席いただきました。医療界全体が非常に厳しい状況におかれている中、地域医療についても難問山積であり議論を尽くせないものがあるかと思えます。以前より本協議会は活発な議論がなされておりますが、本日もより有意義な議論ができるようお願いしたい。

続いて、日本医師会今村定臣常任理事、今村聡常任理事より次のとおり挨拶があった。

【今村定臣常任理事挨拶】

先生方のご推薦により4月より日医で仕事させていただいている。本日の協議会の提案議題を見ますと難問が多くありご苦勞のことと思えます。地域医療の担当ではないが、先生方のご意見・ご提言を承って日医総研での研究でお役に立てていきたいと考えております。

【今村聡常任理事挨拶】

4月より日医常任理事をさせていただいております。地域医療は、内田常任理事が主担当で私は副担当ではありますが、標準的な保健指導プログラムに関してはワーキンググループに参加している。十分な回答はできないかも知れませんが、皆様方のご意見・ご要望については、きちんと日医に持ち帰り検討していきたい。

続いて、大分県医師会の半澤副会長の進行により協議に入った。

協議では、各県より提案された10題の提案

議題を、Ⅰ. 次期医療計画について、Ⅱ. 中小病院について、Ⅲ. 老人医療についての3項目に分けて行われた。提案要旨・問題点を要約したレジメ（事前に配布）を参考にして、提案県からの追加説明を行い、検討・協議が行われた。また、それぞれの議題について日医の今村（聡）常任理事ならびに今村（定）常任理事よりコメントをいただいた。

以下、協議内容。

Ⅰ. 次期医療計画について

下記5題の提案及び回答があった。

提案要旨

（1）次期医療計画の見直しについて （福岡県）

次期計画では、事業項目ごとの医療連携体制の構築や数値目標の設定がおこなわれることになっているが、如何に実効性のあるものにするかが重要である。各県の取り組み状況はどうなっているか。

（2）第6次医療法改正における基準病床数の取扱いについて（佐賀県）

次期医療法改正では病床種別を「急性期」「一般」「有診」「療養」等に区分し、種別毎に基準病床数を定める方向での検討が予想される。今後、各県毎に設定される政管健保の保険料率の決定にも大きな影響が危惧される。また、平成19年より有床診療所の基準病床数にカウントされる。各県の対応と日医の対応方針はどうなっているか。

【各県回答】

次期医療計画については、各県とも各県医療審議会・保健医療協議会・医療計画策定委員

会への参加や行政との勉強会・意見交換を開催するなど、医師会と十分に連絡を取り合うことについて県行政と確認している。また、県医師会内及び地区医師会内に連携推進委員会を設置し協議検討を始めている県もある。

特に、今回の改正は、新しく医療計画に盛り込まれる指標（主要疾病の入院日数・地域連携クリティカルパスの普及目的等）、健診・保健指導の実施率などの数値目標設定など地域医療の推進に与える影響が大きい。また、健康増進計画・介護保険事業支援計画とともに、医療費適正化計画との整合性を持って行うことになっており、いずれの計画にも都道府県医師会は積極的に参加する必要があるとの意見が多く出された。

また、熊本県では、本年8月～11月にかけて全国6～7箇所の自治体単位でのモデルで実施される「地域ケア整備構想（仮称）」のモデル事業に参加を了承している。

九州は医療提供体制の完成度の高いブロックである。2年間非常に重要な時期を迎える。しっかりとした取組みが必要（座長）

(3) 地域における救急医療の取り組みについて（熊本県）

【提案要旨】

基幹病院の医師確保困難。診療科によっては常勤医不在も見られる。医師確保も含め連携がスムーズに行っている地域の意見を聞きたい。

【各県回答】

医師会・大学・開業医が専門医会、輪番病院等との連携を図り工夫しているが対応できない地域が出てきているなど、救急医療体制の確保に苦慮している状況であるとの回答が多く出された。特に小児科医不足から小児救急が最も困難な状況であるとのことであった。

沖縄県からは、県立病院・市立病院・民間病院等が取り組んでおり、ある程度整備されているが、小児救急に関しては救急病院の小児科医が疲弊するような夜間診療所の状態がおきており今後の課題となっていること、休日等は医師会員が数日分担していることなどを回答した。

(4) 標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）について（福岡県）

【提案要旨】

厚労省提示の標準的な健診・保健指導プログラムでは今までの地域医師会が行ってきた保健活動は否定されかねないため、基本的に賛同できない。

各県での対応と日医の対応策はどうなっているか。

【各県回答】

早急に積極的な取り組みを行う必要があるとの意見が多く出された。「保険者協議会」や「地域・職域連携推進協議会」等に参加して、医師会がこれまで行ってきた健診事業への取り組みを踏まえて意見を述べていきたいとの意見が出された。

(5) かかりつけ医について（福岡県）

【提案要旨】

次期医療計画見直しなどにおいて「かかりつけ医」は益々重要。本年4月より「新かかりつけ医宣言」を開始している。今後、官僚主導の「かかりつけ医」が出てくる可能性有るが、日医の対応策はどうなっているか。

【各県回答】

専門性が特徴のわが国の診療体制のなかで「かかりつけ医」はますます重要になってくる等の意見があった。

本会からは、かかりつけ医の基本は病診連携・診診連携が上手に出来ることが基本で、さらに医療の進歩に追いついていかなければならぬので日医の生涯教育講座への参加を義務付けることが必要と回答した。

・厚労省が有床診療所の療養病床の転換を勧めているが、数日前に補助金の締め切りなのですぐに提出するように言ってきた。厚労省がそういうので市に申し込んだら市担当にだめだと言われた。行政が混乱している（宮崎県・福岡県）。

【今村（聡）常任理事コメント（1～5について）】

- ・各県医師会は、医療計画だけに关わるのではなく、全体の中でよく把握し対応が必要である。医療計画・健康増進計画・介護保険事業支援計画の3計画は、医療費適正化計画との整合性、医療費適正化計画と相互に整合することとなっている。都道府県によって違うと思うが、有能な人材をそこに配置しているところもある。
- ・今の有床診療所のベツトが将来的にどうなっていくのか、日医より2人の委員が出ている。質問の具体的なことについては、まだ出ない。
- ・健診事業が大きく変わったのは、医療費適正化により医療費を減らすために厚生労働省が考えたことによる。電子化とは言っているが、オンライン化とは言っていない。
公衆衛生上のデータが今まで無かった。
間違った方向に行ってしまう危険性ある。これまで、医師会と町村国保とどういう連携を取っていたかに影響される。市町村も国から急に言われていることで困惑しているようであり、医師会の協力なくしてはできないと言ってきているので、医師会は、市町村・県と調整を図っていただきたい。
日医も、医師会でないと保健指導は難しいと主張していく。
- ・国がかかりつけ医とはこれであると言っていく可能性ある。かかりつけ医という言葉が独り歩きしている。是非、日医で全国共通のものを作りたい。
- ・DPCについては、日医は特定機能病院でと主張している。

【今村（定）常任理事コメント（2について）】

- ・日医も先生方の不安共有している。公式の見解は出していないが、DPCに移動するのは、国立・高度医療機関に限った方がよいとの内々の感想を持っている。

なお、宮崎県・福岡県から質問のあった有床

診療所の療養病床への転換のための補助金については、国と市町村は往々にしてあることだが、今始めて聞いた」として、持ち帰り検討してもらおうこととなった。

Ⅱ. 中小病院について

下記3題の提案があった。

(6) 民間の200床以下の中小病院の存続の見通しについて。特に一般病床（急性期）の未来はあるのか。

（佐賀県）

【提案要旨】

厚生省の急性期病床削減計画により多数の民間病院は閉鎖に追い込まれる。

将来的に外科系医局を目指す医師が少なくなることでのマンパワー不足で地域医療は崩壊の危機。各県及び日医の考えを伺いたい。

【各県回答】

外科系は若者に人気が無くマイナーな科であり対応が急務である。若い医師は都会志向、大病院志向であり、県単位・九州単位での問題としては解決難しく、今後の日本の医療提供体制の構築を全国的な問題として捉えるべき等の意見があった。

国は、DPCをやらないと急性期だめだという可能性を孕んでいる。

本会からは、中小病院の生き残る道は有床診療所も同じであるが、特化した医療を進めることであり、若き力のある外科医に思い切り仕事をしてもらう方法を取るべきと回答した。

(7) 医師の偏在化（地域別・診療科別）の問題について—有効な対策はあるのか—（長崎県）

【提案要旨】

毎年3,000～4,000人の医師の実質増にも関わらず、地域別或いは診療科別に医師の偏在化が社会問題となっており、地域医療崩壊の危機である。喫緊の問題として有効な対策はないか。各県の意見・日医の取り組みはどうか。

【各県回答】

診療科・地域による格差が大きく社会的な問題である。医学部定員枠を増やす、地域枠を設ける、研修医を確保する等、各県医師会とも県行政や大学と調整を図っていると回答があった。

本会からは、麻酔科医・外科医の派遣が上手く行っている例として、離島勤務のあとの待遇をよくすることや、離島勤務前に手術ができるよう事前に研修を行うことなどにより、ほとんどの勤務医師が離島勤務に満足していることを紹介した。また、産婦人科や脳外科など医師数の少ない科ではまだ問題が多く、現在解決策を探っていると説明した。

【今村（定） 常任理事コメント（6～7について）】

- ・ 妙案なかなかない。一律の給与ではなくて負担がかかっている外科系などに給与の差を持たせれば（ハイリターン）労働に耐えられると思う。そういうことも検討していく。
- ・ 厚生労働省も日医も医師確保は重点政策であると考えており、各種アンケート調査で検討している。その中でも産婦人科の医師確保については、日医総研でもPTを作って検討している。

【今村（聡） 常任理事コメント（6～7について）】

- ・ 日医地域医療委員会で協議しており、11月初旬までには考えを纏める。診療科・地域の偏在がある。重点化・集約化も一つの考えではあるが、あくまでも都道府県の中で都道府県医師会が中心となって調整を図り、それでもだめなら国がやる。最終的な責任は国が責任を持って対応していかななくてはならない。
- ・ 日医の委員会で検討している。女医が働きやすい環境をつくっているところもあると伺っている。待遇改善が必要。

**(8) 看護職員の需給問題（特に看護師、准看護師確保の困難性）について
（長崎県）**

【提案要旨】

7：1の看護配置基準が認められ、公的病院や大病院の看護師の増員を図っている。地方にまで触手が伸びている。看護職員の確保に有効

な手立てはないか。

【各県回答】

関東・関西の大学病院・大病院の看護師募集が展開され、地元大学病院でも看護学校めぐりをするなど看護師獲得に奔走していると現状の説明があった（鹿児島県）。特定機能病院の認可のために7：1基準をとるため看護師多数の募集が行われており、これでは地域医療の崩壊に繋がってしまう。

各県において、看護職の定着・確保対策が行われており、県内就業促進・離職防止・潜在看護婦の掘り起こし・看護職員養成・ナースセンター事業など取り組まれている。

医師会看護学校においては、県外流出が8割にも及んでいる県もあり、コースの廃止なども検討されている。また、補助金を出してくれるよう行政と交渉している県もある。

本会からは、那覇市医師会の看護学校准看コースに受験する社会人が増えている現象があることを紹介した。

【今村（聡） 常任理事コメント（8について）】

- ・ 重要な問題である。厚生労働省の第6次看護需給計画は実態と違う。実態をよく調査し、把握する。

Ⅲ. 老人医療について

**(9) 老人医療会としての、早目の対応の必要性について（話題提供）
（長崎県）**

【提案要旨（話題提供として）】

老人医療費が各県とも全国レベルより高いが、今後、ペナルティの可能性有り。九州各県で足並みを揃えた対応策の必要性があるのではないか。

地域による医療格差の出現が憂慮される。

【各県回答】

足並みをそろえた早急な対策が必要と回答した県もあった。

本会からは、後期高齢者の老人医療保険制度を別枠で作成する予定としているので、この推移を見極めながら検討してはどうかと回答した。

**(10) 後期高齢者医療広域連合の設立
準備委員会の設置状況について
(鹿児島県)**

【提案要旨】

後期高齢者医療制度では都道府県単位で全ての市町村加入の広域連合が財政運営の主体になる。各県での設立準備委員会の進捗状況はどうか。

【各県回答】

各県とも設置済みとの回答もあり。

協議の終了に当たって、今村（定）常任理事から、先生方の提言・要望等聞いて、日医で対応できていないものは持ち帰って検討していきたい。また、日医総研で出来ること、調査して欲しいことがあれば是非あげていただきたいと発言があった。

印象記



副会長 玉城 信光

平成18年9月30日大分県で開催された。揺れるJR九州に乗り二度目の大分入りである。会に先立ち大分県医師会館の見学に行った。健診センターを併設した立派な会館であった。大会議室など日本医師会館を少し小さくした規模である。補助金がたくさん出ており、理事者の個人の机など執務室もある。とても沖縄県医師会では真似の出来ることではない。

会議は16：00スタートである。阿南大分県医師会副会長より挨拶があり、日医より今村定臣常任理事、今村聡常任理事に出席いただき協議会が始まった。詳細は別頁報告を参照していただきたい。

協議内容は3題で、1. 医療計画、2. 中小病院の存続、3. 老人医療についてである。

1. 医療計画

次期医療計画については各県とも療養病床の再編や有床診療所のベッドカウントなど必要病床数が検討されることになるが九州各県とも病床過剰状態にあり、今後、医師会として行政と積極的にかかわることが必要であると確認された。

福岡県から今後かかりつけ医が重要になるので、福岡県はかかりつけ医宣言を開始したと報告があった。たいへん印象的であったので下記に記す。

「新かかりつけ医」宣言

- ①自己の専門性も含めプライマリ・ケアに努めます。その際、患者さんの生活背景を把握し、全人的に接するよう努力します。
- ②自己の範疇を超えるケースに対しては、的確な病院と他の診療所、あるいは診療所同士の連携を駆使し問題解決に当たるように努めます。
- ③医療の継続性を重視します。
- ④健康相談、学校医、産業医、各種検診の協力など社会的活動、行政活動には積極的に参加します。

- ⑤保健・介護・福祉関係者との連携に努めます。
- ⑥地域の一員として地域住民との信頼関係構築に努めます。
- ⑦地域の高齢障害者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示します。
- ⑧右記を達成するため、日常の研修に積極的に参加するよう努めます。

2. 中小病院の存続

医師の偏在や看護職員の不足などが取り上げられたが、各県抱える事情は異なり基本的には各県の対応策を考えることが大切である。沖縄県の医師確保対策事業の経過を説明した。国の第6次看護需給計画は実態と異なるので日医は実態を調査し厚労省に申し入れたいと今村（聡）常任理事は答えた。

3. 老人医療

後期高齢者医療広域連合の設立準備委員会の設置状況が報告された。各県とも設置されており今後内容の検討がなされる。医師会の役割が期待されるところである。

協議会参加者は以前から地域医療の役割を担っているようで継続的な議論になっている。初参加の私にはまだ制度の面で理解不足があり、今後の課題が見えてきた。

お知らせ

「第62回沖縄県医師会定例総会」開催のお知らせ

下記の日程で開催いたしますので、会員多数のご参加をお願い致します。

記

会 期：平成18年12月9日（土）14：00～
 会 場：パシフィックホテル沖縄（万座の間）

報 告

- 1) 平成17年度沖縄県医師会会務について
- 2) 平成17年度沖縄県医師会一般会計・諸特別会計収支決算について
- 3) 代議員会決議事項について

議 事

- 1) 沖縄県医師会館建設用地等価交換について

**健康
交差点**

知って役立つ「医師会」の情報⑨ ー健康スポーツ医制度について
日本医師会では、「健康スポーツ医」の
養成・認定をしています。

スポーツの秋だね!!

「健康スポーツ医」は、
一人ひとりに合わせた健康づくりから、
生活習慣病予防や治療のための
運動指導ができるお医者さんなんだ!



このご認状は
誠にありがとうございます。



日本医師会「健康交差点」

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
Fax:03-3946-6295 E-Mail:kousaten@po.med.or.jp

健康交差点では、皆さんからの
ご意見・ご要望をお待ちしています。

日本医師会ホームページでもご覧いただけます。 <http://www.med.or.jp/kousaten/>

第13回沖縄県医師会県民公開講座

ゆらぐ健康長寿おきなわ

骨粗鬆症～元気な骨をいつまでも～

理事 玉井 修



会場風景

10月14日（土曜日）は秋の晴天となり、会場のロワジールホテルには早い時間から多くの方が会場に入り、準備した座席は700人の聴衆でいっぱいとなりました。

会は、ほぼ定刻通り開催され、まず宮城信雄沖縄県医師会会長よりご挨拶頂き、続いて沖縄県福祉保健部保健衛生統括監の仲宗根 正氏よりご挨拶を頂きました。

進行を座長の大湾一郎琉球大学医学部整形外科学助教授にお願いして、講演に入っていました。まず、大湾助教授より骨粗鬆症の疾患概念と沖縄県の現状についてお話頂き、その中で、無症状の時期に早期発見することの重要性

について強調して頂きました。続いて、吉川朝昭先生より骨が如何にactivityの高い臓器であるかをユーモアを交えながら講演頂きました。「人は死んだら骨になるなどと言われるが、骨は実際はとても活動的なイキキとした臓器の一つであり、人は死んだら死んだ骨になるというのが正解！これは試験に出るからね！」等と軽妙なお話にて会場が和やかなムードになりました。続いて、屋良哲也先生より骨粗鬆症の治療についてお話があり、最近では薬物療法が長足の進歩を遂げている事を詳しくお話頂きました。廣瀬友香さんからは、管理栄養士のお立場から骨粗鬆症を予防するための食事についての

報 告

アドバイスと、特に今回は若い女性の痩せ願望がpeak bone massの低下を招き、将来の骨粗鬆症発症の温床となる可能性があることとお話頂きました。また、石嶺友恵さんからは理学療法士の立場から骨粗鬆症を予防し、転倒、骨折を予防する為の運動療法について動画を交えながらお話頂きました。

その後、会場からの質問にお答えする形でディスカッションが行われました。その中でも特に印象深かった内容に関しては座談会の中で話題となりましたので、是非お読み下さい。特に最後、「今日の公開講座は先生方が大変優しくて良かったです、今後も患者が質問しやすい優

しいお医者さんで居てください」とフロアからのご要望がありました。県民公開講座が正確な医療情報の発信源であるだけでなく、医師と患者の距離感を縮め、医療と県民との関係をより良好にするための一翼を担っていると感じました。

会場を見回すと、ご年配の女性が多く、前回脳卒中の県民公開講座を開催したときとは聴衆の構成が違っているように思えました。県民公開講座はテーマの選び方によって来場する方が違うような気がします。各地催し物が多い中で、県民公開講座に足を運ぶきっかけはテーマの選び方が大切であるという事を認識しました。



会場風景

講演の抄録

骨の健康を考える



琉球大学整形外科 大湾 一郎

昭和63年 琉球大学医学部医学科卒業
 平成2年 琉球大学大学院医学研究科入学
 平成6年 同上卒業後、米国インディアナ大学留学
 平成9年 帰国後、琉球大学医学部助手
 平成12年 琉球大学医学部附属病院講師
 平成14年 琉球大学医学部助教授

日本整形外科学会専門医、日本リウマチ学会専門医

骨粗鬆症は、骨の量が減少、あるいは骨の質がもろくなることによって、骨の強さが低下し、骨折しやすくなる病気です。高齢者や閉経後の女性に多く、日本では約1千万人の患者が存在すると推定されています。骨粗鬆症になっても、最初のうちは自覚症状はありません。そのうち、腰や背中が痛くなったり、身長が低下して腰が曲がったり、ひどくなるとちょっとした転倒でも太ももの付け根や背骨の骨折を生じます。このため、負担の大きい手術や長期間の入院が必要になってしまい、寝たきりになることも少なくありません。

太ももの付け根の骨折を股関節骨折といいま

すが、日本では年間10万人以上の方がこの骨折を受傷しています。年代別では80歳代での受傷が最も多く、80歳から84歳で100人に1人、85歳以上では50人に1人の割合です。沖縄県では2004年の1年間に1343人の方がこの骨折を受傷しました。骨折が治癒しても、歩行能力は骨折前のレベルに戻らないことが多く、骨折は高齢者の生活の質（QOL; quality of life）の低下に大きく関与しています。現在、日本国内で寝たきりの生活を送っている人は120万人を超えますが、寝たきりの原因として脳卒中に次いで多いのが骨粗鬆症性の骨折です。

高齢化社会を迎え、骨粗鬆症の予防と治療の重要性はますます高まっています。日本人の平均寿命（2005年）は、男性で78.5歳（世界第4位）、女性で85.5歳（第1位）になりました。人の一生のうち、自立して健康に暮らせる期間を健康寿命といいますが、日本人の男性で72歳、女性で78歳と報告されています。健康寿命を過ぎて亡くなるまでの期間、男性で6.5年間、女性で7.5年間は、誰かの介護を受けていることになります。年老いて骨折し、足腰が弱くなり、歩くこともままならない状況を想像してみてください。ただ長生きするだけでなく、介護に頼らない自立した人生を送りたいと誰もが願うはずで

健康寿命を延ばしましょう。そのためには、高血圧などの生活習慣病に対する対策だけでは不十分です。骨粗鬆症についても十分な知識をもち、できるだけ早い時期から骨粗鬆症対策を開始し、骨折を予防することが大切です。

では骨粗鬆症対策として、まず行わなければならないことは何でしょうか。それは骨密度の検診を受けることです。自分の骨密度を知るとは、骨の健康を考えるきっかけになるはずで

す。是非、お近くの骨密度測定装置を備えた病院で検査を受けて下さい。20～30歳代の人の骨

密度を100%としたとき、70%以下に低下した状態を骨粗鬆症と診断しています。自分の骨密度は若い人の何%に当たるのかを確認しましょう。血圧の値を知らないで高血圧の治療を受ける人がいないように、骨密度の値を知らなければ自分に迫り来る危険を知ることができません。

検診の結果、骨粗鬆症と診断されても手遅れではありません。しっかりと治療すれば、骨折は予防することができます。骨粗鬆症の治療は、食事療法、運動療法、薬物療法の3本柱で行います。どれか1つが欠けても効果は不十分です。薬は飲みたくないで食事と運動で頑張りたい、薬の代わりにサプリメントで補給するといった考えは危険です。骨密度を上げる治療効果の高い薬剤が使用可能となり、骨量増加や骨折予防に役立っています。症状がないからといって油断し、放置することがないように願います。

骨粗鬆症は、自覚症状がないまま、いつのまにか進行し、ほんのささいなことで骨折しやすくなる病気です。60代女性の半数、70代女性の7割が骨粗鬆症といわれるほど、誰にも身近な病気です。いつまでも足腰が丈夫で、健康で自立した生活を送ることができるように、骨の健康を考え、早めの骨粗鬆症対策を実践しましょう。

「骨粗鬆症 基礎と臨床」



西崎病院 副院長・整形外科 吉川 朝昭

- 昭和60年 山梨医科大学卒業後、琉球大学医学部整形外科入局
- 昭和61年 琉球大学医学部大学院入学
- 平成3年 同上卒業後、米国インディアナ大学留学
- 平成5年 帰国後、琉球大学医学部附属病院助手
- 平成6年 琉球大学医学部整形外科助手
- 平成9年 琉球大学医学部整形外科講師
- 平成12年 西崎病院 副院長

生体における骨の役割は、①筋肉と連動し、姿勢の保持や運動機能を司る、②骨格を形成し重要臓器を保護する、あまり知られていないものとして③骨の内部（骨髄）での造血、④カルシウム代謝への関与、などがあります。④について補足しますと、骨はカルシウムの貯蔵庫として重要なのです。血液中のカルシウムの濃度は常に一定であるべきで、その異常は生命の危機に直結します。血液中のカルシウムが少なくなりかけたら、すぐさま骨からカルシウムを動員し、その危機を回避するのです。①と④が骨粗鬆症を理解する上で重要となってきます。

骨は生下時から成長期終了までは、成長という重要な任務をこなします。食事から得たカルシウムやリンを積極的に骨に添加し、長く太くなり、生体の活発な活動を支えます。成人してからは成長という要素がなくなるので、骨の主

な働きは、造血やカルシウム代謝となるのですが、運動や労働あるいは単に体重増加などで骨に対してさらなる力学的強度が求められるようになると、骨はそれに応じて強くなります。一方、生体の活動性が低下すると、骨に対する荷重刺激が減り、「私はそれほど必要とされていないんだ。」と骨がいじけて(?)、骨塩量(骨のカルシウム密度)が低下し骨は弱くなります。もうひとつ骨に対する環境の変化は加齢です。加齢とともに、腸管からのカルシウム吸収が低下、骨塩量維持に重要な女性ホルモンが減少、運動量の低下など様々な要因が、骨からのカルシウム動員を促し、骨を弱くします。

壮年・老年期における骨塩量の減少は、生理的な範囲であれば、大きな問題を引き起こすことはありません。しかしそれが病的になると、軽微な外傷で骨折したり、円背などの胸郭の変形や姿勢変化を引き起こします。このような病態を骨粗鬆症といいます。高齢での骨折は、寝たきりの原因の第2位で、胸郭の変形は呼吸機能や腸管運動の低下をもたらします。また姿勢の変化は審美的な観点から引き籠もりの原因ともなります。高齢化社会の課題である老齢期のQOLを考える上で、骨粗鬆症の正しい理解と予防、適切な治療は今後ますます重要なものになると思われます。

骨粗鬆症の治療



那覇市立病院整形外科部長 屋良 哲也

昭和61年 島根医科大学卒業
 昭和61年 琉球大学医学部医員(研修医)
 平成9年 琉球大学医学部助手
 平成11年 琉球大学医学部講師
 平成13年 那覇市立病院整形外科部長

日本整形外科学会専門医
 日本脊椎脊髄病学会指導医
 医学博士

日頃から食事、運動、日光浴を行い丈夫な骨づくりをこころがけることはもちろん大事なことです。骨粗鬆症と診断されたなら治療を受けなくてはなりません。骨粗鬆症の治療薬にはカルシウム、ビタミンDおよびK、カルシトニン製剤、エストロゲン製剤、ビスフォスフォネートなどがあります(図1)。カルシウムは食事からの摂取が不足している方に処方されます。ビタミンDおよびKは体の中で作用しやすいように活性型ビタミンとして製剤されており骨の代謝を助けます。カルシトニン製剤は週に1~2回注射することで、骨を丈夫にするとともに骨折の痛みを和らげることもできます。エストロゲン、ラロキシフェンは骨密度を維持する作用があり、女性ホルモン分泌が著しく減少する閉経後女性に用いられます。ビスフォスフォネ

ートは骨を壊す破骨細胞を減らし、骨を作る骨芽細胞を増やすことで骨密度を高めることができます。実際の治療はこれらの薬から1~2種類を選んで処方し、骨密度や血液・尿検査にて効果を判定しながら薬を変更したり追加したりします。

それぞれの薬は服用法がまちまちで、また他の病気の治療薬との併用ができないものや寝たきりの方には使用できないものがありますので、服用にあたっては医師への確認が必要です。治

療によって老化に伴う骨密度の低下を防ぎ、骨折の頻度を下げることができます(図2)。

骨粗鬆症の治療は整形外科、婦人科、内科などで行っています。骨折や腰痛のために整形外科、更年期障害のために婦人科、かかりつけ医であるため内科といった具合に各診療科を受診してはじめて骨粗鬆症と診断されることが多いようです。気になる方は人間ドックで骨密度を調べてもらうか、最寄りの専門医を受診してみてください。

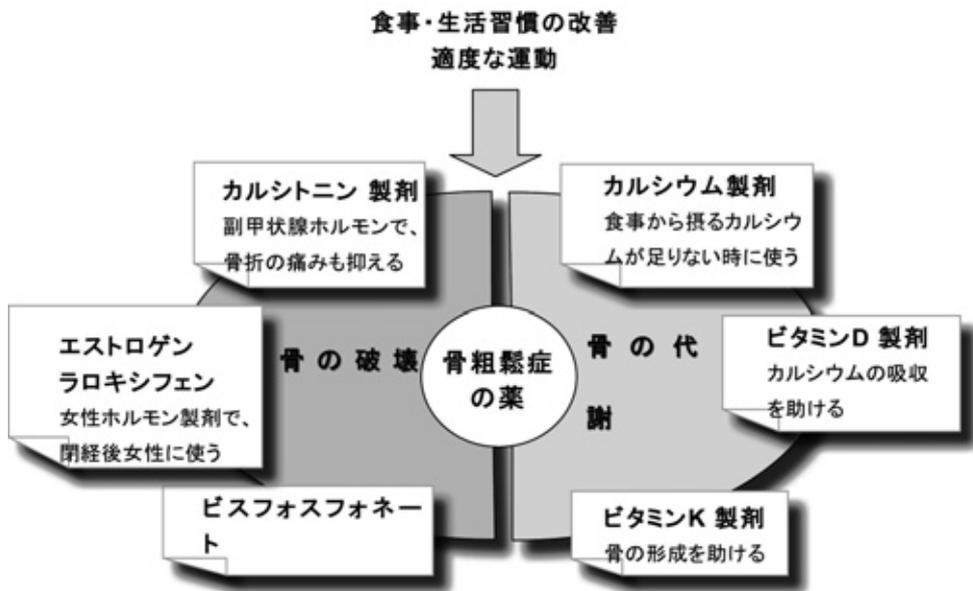
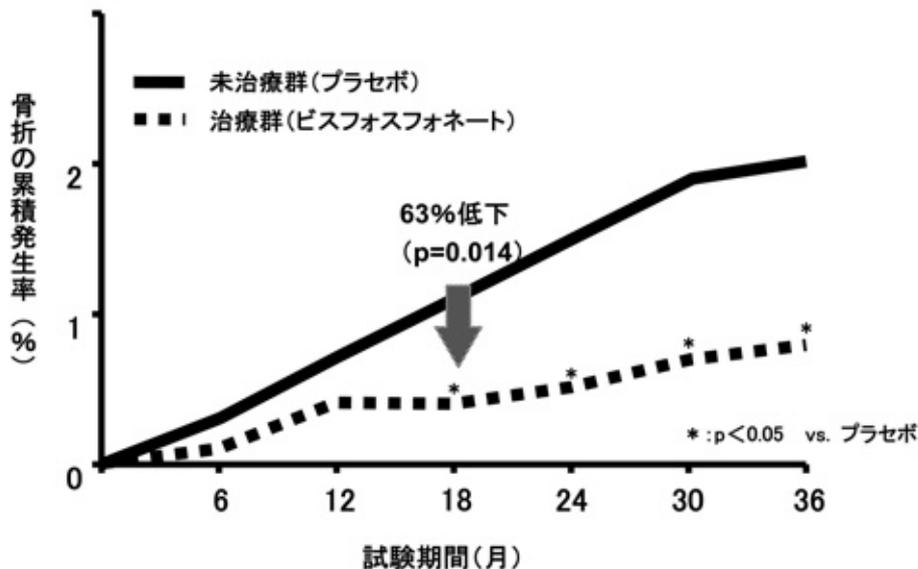


図1 治療薬のいろいろ



Black, D.M., et al.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 85(11):4118-4124,2000

図2 治療の効果(大腿骨頸部骨折の発生率)

「やせと肥満と丈夫な骨」



Nutrition Support Office えいよう相談室
管理栄養士 廣瀬 友香

平成 7 年 大阪市立大学生生活科学部食品栄養科学科卒業
平成 11 年 医療法院沖縄徳洲会 南部徳洲会病院
平成 14 年 医療法人信和会 沖縄第一病院
平成 16 年 屋宜内科医院
平成 18 年 Nutrition Support Office えいよう相談室
管理栄養士・健康運動指導士・糖尿病療養
指導士
クリニックでの栄養相談を中心に健康づく
り活動に携わる

「骨」と言えば「カルシウム」と答える方は多いでしょう。テレビやラジオ、雑誌や広告など、黙っていても健康情報が勝手に耳に入ります。

「一体どれが本当なの？」と戸惑ったことはありませんか？

「骨」に関わる栄養素は、カルシウムの他

に、リン、マグネシウム、ビタミンD、ビタミンK等があります。他にも様々な栄養素が関係しています。栄養の過不足は食事が決め手です。骨粗鬆症予防に努めたいという気持ちから、何か一つの食品ばかりを一生懸命食べても、骨粗鬆症以外の疾病にかかるとは、健康にとって逆効果ということも考えられます。骨粗鬆症予防に限らず、食事については、「量とバランス」が大切です。正しい知識を養ってください。

骨を作る重要な栄養素であるカルシウムの必要量は、1日600mg以上とされています。日本人のカルシウム平均摂取量は1日536mgですから（平成15年国民健康栄養調査）、平均的にカルシウム摂取量は不足していることとなります。

牛乳の吸収率が一番高いのですが（表1）、牛乳だけでカルシウムの必要量を満たすには、大量に牛乳を飲むことになり、そのために健康を害すことも考えられます。極端に一品を摂取するのではなく、小魚や緑黄色野菜、海草類等、いろいろな食品からカルシウムを摂ることが大切です。表1以外の食品では、大豆製品はカルシウムもあり、大豆製品の大豆イソフラボンは骨密度減少抑制に役立つといわれています。

サプリメントの利用も有効ですが、吸収率の点からも食事のバランスが大切です。尿管結石などの既往のある場合は主治医と相談されたほうがよいでしょう。

骨のためには、摂取量を増やしたほうがよい栄養素（表2）がある一方、摂取量に注意が必

牛乳	約40～50%
小魚	約30%
緑黄色野菜	約20%

カルシウム
リン
マグネシウム
ビタミンD
ビタミンK

<p>表3) 丈夫な骨のために 摂りすぎに注意するもの</p>
<p>加工食品</p>
<p>インスタント食品</p>
<p>アルコール</p>
<p>コーヒー</p>
<p>塩分</p>

要な食品(表3)もあります。加工食品、インスタント食品の摂りすぎは、多く含まれているリンがカルシウムと結びつき、カルシウムの吸収を妨げることがあります。アルコール、コーヒー、塩分の摂りすぎも影響があると言われています。アルコール、コーヒー、塩分、これらの過剰摂取は利尿作用があり、尿中にカルシウムが排泄されてしまいます。アルコールの過剰摂取は肝臓に、塩分の過剰摂取は血圧に悪影響を与えることが一般に知られています。骨のためだけでなく、健康保持のためにも摂りすぎには注意しましょう。

さあ、あなたの食事はどうですか? 「牛乳がよい、リンやマグネシウム、ビタミンDのために脂質の多い魚や肉を食べて、大豆、豆腐、納豆も加えて、さらにヨーグルトも・・・?」そんなに食べたらエネルギー過剰になりません

か?

沖縄県は肥満大国。肥満の割合が全国1位です。原因として、油の摂りすぎが考えられますが、1人前の量が多いということも原因のひとつです。カルシウムなどのミネラル等を摂るために、カロリーオーバーになっては困ります。量と質のバランスが大切です。

肥満が問題視される中、若い女性の「やせ」も深刻な問題となっています。特に、骨の形成に大事な時期である思春期に朝食の欠食や、無理なダイエットが増え、20～30歳代女性の「やせ願望」も強くなっています。骨折する人は、「やせ」の人が多いと言われています。低栄養が骨も弱くしてしまうのです。過度のダイエットは、カルシウムが不足することは必至です。他のミネラル、ビタミンも不足し、ホルモンのバランスも崩れてしまいます。また、受精時の母親の低栄養状態が、低体重児の出生につながっていると言われています。胎内で低栄養状態であった低出生体重児は、出生後の満たされた食環境に適合できず生活習慣病を引き起こすとも言われています。

丈夫な骨のために「カルシウムさえ摂っていれば大丈夫」というわけではありません。年齢ごとの適正体重を知り、その体重を維持すること、そして、そのために適量でバランスの良い食事を心がけることが大切です。

“丈夫な骨は一時にして成らず”



骨粗鬆症と運動



中頭病院 理学療法士 石嶺 友恵

- 平成11年 沖縄リハビリテーション福祉学院
理学療法学科卒業
- 平成11年 永生病院勤務
- 平成13年 永生クリニック勤務
- 平成17年 浦崎整形外科クリニック勤務
- 平成18年 中頭病院勤務

・排泄ケア専門員

“背が縮んだ” “最近、背中が丸くなった” “腰や背中が痛い” などの症状はありませんか？実はこれは単なる加齢による症状ではなく、骨粗鬆症の可能性がります。骨粗鬆症は骨がもろくなってしま病気の事ですが、何故私達の健康を脅かすのか考えていきたいと思

ます。

骨粗鬆症になると姿勢が悪くなったり、骨折することで日常の活動性や筋力の低下を招き、寝たきりになる可能性があります(図1)。寝たきりになる原因の第1位は脳卒中、第2位が骨粗鬆症による骨折であるため、骨粗鬆症の予防が寝たきりの予防にもつながるのです。

丈夫な骨作りや、日常の活動性を上げるのに欠かせないのが運動です。骨に負荷を加えることで、骨の形成サイクルが活性化されて骨の強度が増します。骨の量は成長期・思春期に増加し、20～30歳をピークに年々減少していきます。この骨の量の最大値を最大骨量(ピークボーンマス)といい、若い時にこの値が高い人ほど骨粗鬆症が発症しにくくなります。このためにも若い頃から最大骨量を増やすことが大切です。最大骨量を高めるためには、そのピークの時期までにしっかりと骨に刺激を加えることが大切になってきますので、若年期にはクラブ活動や屋外での活動が適切です。しかし過度な運動はホルモンバランスを崩し、月経不順など閉経後と同様の状態になってしまうのであまりよくありません。またピーク後の骨の減少が始まる時期からは、ジョギングやウォーキング、水泳、水中ウォーキングなどが適切です。ウォーキングや水泳は骨にかかる力は多くありませんが、継続して行えば効果がでます。運動が苦手という方は、散歩などから始めると良いでしょう(図2)。

身体を楽に動かすためには柔軟性も必要にな

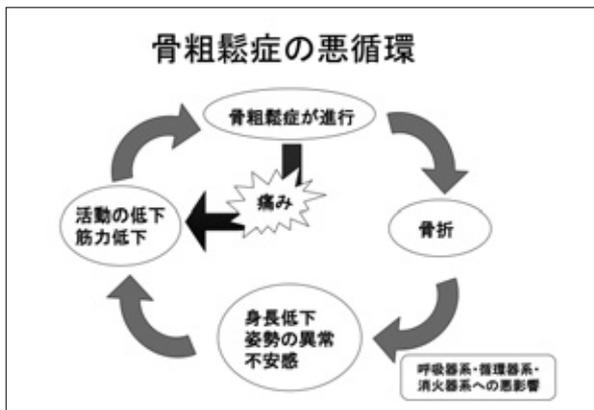


図1

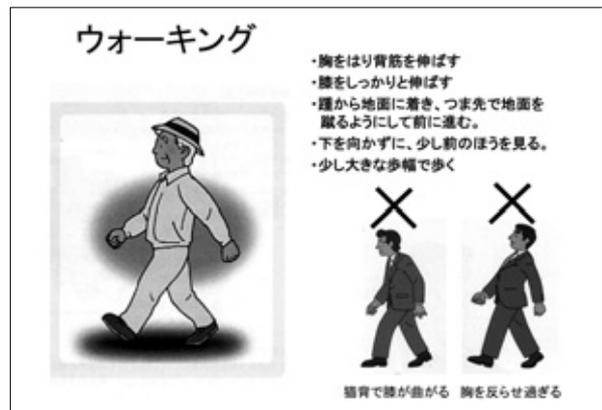


図2

ってきます。ストレッチ体操を行うと単に身体の柔軟性が増すばかりでなく、筋力も発揮しやすくなると言われていますので、他の運動と併用して行っていただきたいと思います（図3～5）。

また最近では、有酸素運動とともに筋力強化を併用して行うほうが、健康増進には良いと言われるようになってきました。今回は自宅でも行える筋力強化運動を紹介したいと思います（図6～10）。

このように運動を行うことによって、骨に良い刺激を与えると同時に、筋力や反射神経を強くして転びにくくなる身体作りもできます。関節の痛みや内科系の病気のある方は、身体の状態に合わせて無理の無い範囲で運動を行っていきましょう。

今回の講演会が、“寝たきり生活”ではなく、“元気な長寿生活”を送っていただくための皆様の参考になればと思います。



図3

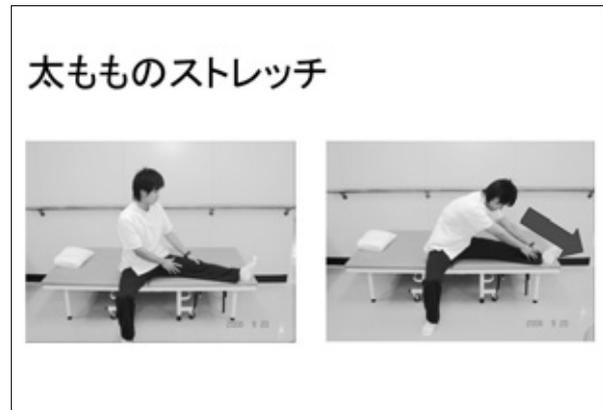


図4



図5

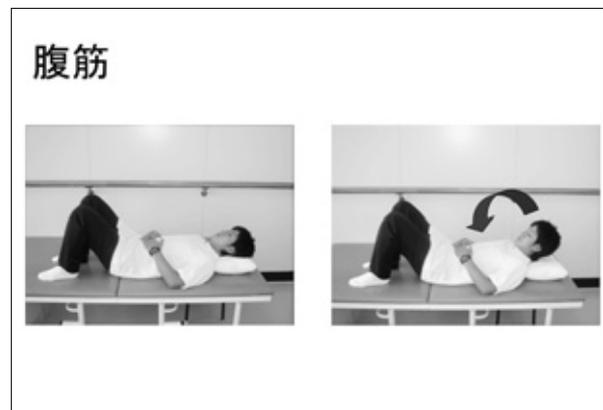


図6



図7

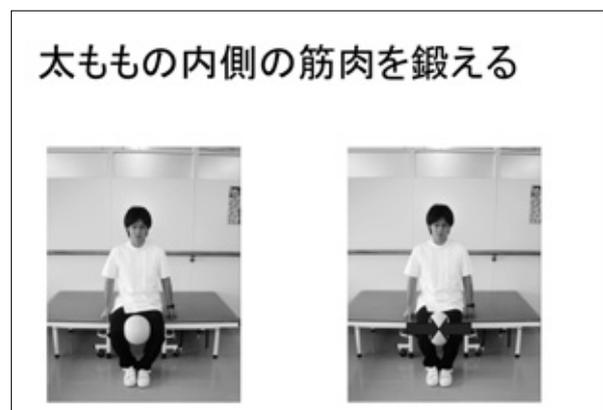


図8

脚を曲げる筋肉を鍛える



図9

腕の筋肉を鍛える



図10

第13回県民公開講座 骨粗鬆症～元気な骨をいつまでも～座談会

○玉井理事 みなさんお疲れさまでした。
大湾先生、今日は700名ぐらい来ていたかと思いますが、座長をされてみて雰囲気はいかがでしたでしょうか。
○大湾座長 よかったですね。吉川先生は趣向を凝らして大変ユニークでした。あれで大分感じが和みましたし、非常に良い雰囲気が進めたと思います。

外来での骨粗鬆症について

○玉井理事 骨粗鬆症はお年寄りの方に多いのですが、先生方、外来をやっていていかがでしょうか。
○大湾座長 そうですね。骨粗鬆症を心配される60代、70代の方の中で、予防意識が高い方は良く来るんですが、骨粗鬆症がひどくなって出歩くのがおっくうになるとなかなか受診しなくてどうしても閉じこもりがちになってしまいます。病院に来る方はまだ良い方なんです。もちろん骨粗鬆症にならないことが理想なんです。もしそうなっても治療すればある程度良くなるし、症状がとれることがあるということを知っていただいて、病院に足を向けていただけるようにできたらと思います。

○玉井理事 なぜ、病院に行かないのでしょうか。
○大湾座長 恐らく、骨粗鬆症の治療の知識が十分に行き渡ってなくて、老化現象のせいだと思っている患者さんがいらっしゃると思います。それで閉じこもってしまって、どんどん症状を悪化させる悪循環に陥っているのではないのでしょうか。
○玉井理事 寝たきりの流れになってしまうんですね。

石嶺さん、実際に年だからと諦めているような、そういったご家族の方は多いのでしょうか。
○石嶺先生 そうですね。痛いのも姿勢が悪くなってしまうのも、年だからと一言でかたづけしてしまう方が多いですね。多少痛みがあっても我慢してしまうのが沖縄の方の特徴なのかなとも思います。ひどくなる前に対応しないといけないと言ってはいますが、実際に日常生活に支障が出ない限り、なかなか相談にも来てもらえないですね。
○玉井理事 本人も治療をやる前に諦めてしまう、更に家族もしかたないと思ってしまう、そのまま寝たきりになってしまうパターンがあるのでしょうか。

○屋良先生 本来は早い段階で治療することが大切なのですが、出来れば診療所で骨塩量を測って治療を行ってもらい、必要に応じて専門医に紹介してもらいたいですね。

○大湾先生 出来れば、総合病院でDXA法診断をして、必要であれば開業医の先生のところで治療を行う。開業医の先生のところですのでどうしてもMD法等診断の種類が限られてきますので、それだと正確な診断が出来なくなります。

○玉井理事 骨粗鬆症は診断・治療が可能だということが、未だ十分理解されていないところもあるのでしょうか。

○吉川先生 患者さんが分からないことももちろんあるのですが、治療しているドクター自身があまり分かってないということもあります。骨粗鬆症を治すツールは揃いつつあります。僕も実際にビスフォスフォネート製剤を5年ぐらい使ってきて、骨塩量0.6ぐらいの方が0.9まで上がった方が結構いるので、将来の骨折を防ぐことが実感として分かって来ています。

そのようなことを解っていないドクターも多いように思いますので、ドクターの意識改革も今後必要ではないかと思えます。

○大湾座長 それはとっても大きいですね。例えば外来で50～60代の方が来ても症状がなければ、ドクターは計測しないですね。骨粗鬆症は自覚症状がありませんので、最初は年齢で判断し、閉経が有る無しで判断して検査するといったことを医師の側から進めないと効果は出て来ないですね。

○玉井理事 宮城会長、医師会の仕事と言えそうですね。

○宮城会長 私が診ている腎も骨代謝の最たるものです。それを見てると治らないということが頭の中にあるんです。今のお話を伺って、骨密度を上げるツールがあるということをもう少し、一般臨床医に対するアピールも必要なのではないでしょうか。

ピークボーンマスと肥満

○玉井理事 あと、今日頂いた質問の中で、

若い女性のやせ願望に関する質問も沢山頂きました。廣瀬さんも今日は大分それを強調されましたね。肥満も良くないけど、若い女性の十分なピークボーンマスを持っていくことも1つの課題ですね。

○廣瀬先生 そうですね。肥満は最近大分話題になってきていますが、一方の「やせ」についても強調してみました。

○玉井理事 大湾先生、このピークボーンマスについてこれから訴えたい事などはありませんか。

○大湾座長 特に食事と運動ですね。最大骨量を上げることが非常に重要です。骨粗鬆症は小児の病気だとする先生もいらっしゃいます。小児科で骨粗鬆症を専門にされている先生もいらっしゃいます。子供の時から治療していかないといけないとする考えもあるぐらいです。

県民の健康に対する意識

○玉井理事 銘苺さん、こういった県民公開講座をするにあたって、県民の健康に対する意識というものは高まっているような気がしますがいかがでしょうか。

○銘苺部長 そうですね。県民公開講座は今回で13回目を数え、ある程度関心が高まっていると思います。これまで脳疾患、うつ病、肥満等さまざまな問題を取り上げてきました。

本日は骨についてということで地味なテーマではありますが、今回は骨も重要なものだと大きくアピールできたと思います。本日の先生方のお話を聴いて、栄養のあるバランスの取れた食事、運動、早期発見・治療がやはり重要であると同時に、色んな疾患対策にもこの3点が当てはまることを再認識しましたし、本日の参加者の方々も実感したのではないかと思います。この県民公開講座も開催を重ねるにつれて重要度が高まってきていると思います。

○玉井理事 今日のテーマは「死に繋がる」というよりも寝たきりや介護、QOLに関わってくる問題ですね。屋良先生から寝たきりになった場合に4年間で1,500万円掛かるという

お話がありましたが、社会資本を上手く活用する上でも大きな課題でもありますね。

○**銘苺部長** 今日参加された方々の中には、実際に介護をしている方等、実体験をされている方が多いのではないのでしょうか。

介護保険と骨粗鬆症

○**玉井理事** 宮城会長、介護保険制度もどんどん変わっているようですが、骨粗鬆症対策の重要性も大きいと思いますが、今後はこの制度はどのようなふうになっていくのでしょうか。

○**宮城会長** 介護保険を一番使っているのは、要介護度1等の比較的軽い人が殆どなんです。色んな問題があって、サービスの掘り起こしをしていっています。都道府県によってその差は全然違います。使い方の問題です。そういう意味では、介護保険をきちんとやっていかないと医療保険と同じように必ず削減されることになっていきます。骨粗鬆症が原因で骨折を起こして寝たきりになった場合、4年間で約1,500万円が必要となる試算が出されておりましたが、そういうことをもっとアピールしないとイケないと思います。いかに健康を維持していくことが大事であるかということです。平均寿命26位ショック以来、色々な啓発が行われて来ましたが、これからは県民のみなさんが実践していかなくてはなりません。

医師の診療態度の大切さ

○**玉井理事** 大湾先生、最後の質問に「患者さんにやさしくしてください」という言葉があ

りましたが、どういうふうを受け止めていらっしゃいますか。

お年寄りの方などは、ドクターに対して怖いというイメージがあるのでしょうか。

○**大湾先生** 怒らないことは医者として当然のことだと思います。私もそうですが、反省点はそういった質問が出来ない雰囲気を与えていないか、忙しい診療の中だとそうなりがちではありますが、その辺を意識していかないとイケないと思います。

○**宮城会長** そうですね。患者さんが質問しやすい雰囲気を作ることが医師として大事なことです。

以前は医者の方の言うことを聴いていれば良いという態度でも許されていたのですが、これからはそういう訳にはいかないですね。医師全員がそれを自覚していかないとイケません。そうしないと一緒に予防や治療を実践できませんので、そういう意味でも診療態度は非常に大事だと思います。

○**大湾先生** 質問してくれると逆にうれしいですよ。身近に感じてくれるのかと思いますね。

○**玉井理事** 医療に携わる者すべての皆さんが、患者さんにやさしくありたいと願います。本日はどうもありがとうございました。

注釈：話し言葉で議論されているものを、発言者の内容趣旨を重んじながら、簡素化してまとめさせていただきました。
 広報委員会