

平成18年度第3回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



平成19年1月16日、午後2時20分から日本医師会館において第3回都道府県医師会長協議会が開催された。当日は本会から「無過失補償制度について」質問し、その他日医並びに各県から提案された13題の議題について協議が行われた。

はじめに司会の羽生田常任理事より開会の辞があり、会長挨拶、提案議題について協議が行われたので概要について報告する。

唐澤会長挨拶

役員として昨年4月に担当させていただき9ヶ月が経過したところであるが、今年1年しっかり頑張っていきたい。今年の事業計画、議案を審議する代議員会が4月1日に開催される。昨年のマイナス3.16%に象徴されるように政府の進める医療政策は財政削減である。6月に成立した医療制度改革関連法についても第一に掲げられているのが、医療費の適正化ということである。2015年度までに医療費を2.6兆円削減、

2025年までに7兆円削減して、そして2025年には医療給付費を48兆円にするということである。遡ると非常に高額な医療費の予測値を掲げ現今から厳しい削減を行っていくということであるが、国の財政赤字というものについても、その70兆円、80兆円とも言われる毎年の増加分という中で、医療費そのものは1兆円以内で、国債の増加に比して医療費は決して増加していない。2000年のこの5年間の医療費の伸び率は引き続き減額により、今後も大きく伸びていかない。日医総研によると2025年は42.1兆円の医療給付費であろうかと言っている。

私どもの医療というのは、やはり自己負担あるいは食料費、居住費といった負担を増やすことによって、今、高齢者の医療費がどんどん落ち込んで伸び率が低下するという流れになっている。これまで頑張ってきたけれど、いよいよ高齢者になって受ける医療費がこんなものだったのかという非常に悲しい現実を目の前にする

ということになる。団塊の世代が、今年還暦を迎えるという時期になるが、これから本当に我々も本気になって性根を据えて国民のための医療はどうあるべきか、そして国民の医療費の財源をどうして確保するか提言しなくてはならない使命感を感じている。そういう流れの中で、今年4月の代議員会までにしかるべき将来の医療のビジョン又はグランドデザインというものを描き、財源論を提言するような体制にしたいと思っている。

そのためには国民に説明する責任を果たし、また、新しい法の施行により地域に医療のしわ寄せが来ないように政省令を見据えて新しい対応をするよう努めていきたい。そして更に日医の組織強化を図ることに努めていきたい。

このような基本的スタンスに基き次年度事業計画を策定していきたいと考えている。いずれにしても医療界において今年は正念場であり、本気で取りかからなくてはいけないと思う。幸い、西島先生は国対副委員長、武見先生は厚生労働副大臣に就任され、情報が格段によくなってきており、国政、行政官庁に対しても適切な取り組みができる体制を作り上げることができている。多くの各都道府県医師会の先生方のご尽力によるものであると感謝し、会員の先生に私たちが担当させて頂いているという責任を果たすということに邁進してまいりたい。

協議

**(1) 地域産業保健センター事業について
(日医提案)**

【今村聡常任理事説明】

昨年11月の財務大臣からの通知で、公共調達の適正化により地域産業保健センター事業についても、公募の上での随意契約方式になることが決まった。さらに公募に参加するためには資格申請を昨年末までに行うことが必要であったが、郡市医師会の負担が大きいためから申し入れを行い、平成19年度は資格申請を行わなくても公募に参加できることになった。公募のための様式は簡単なもので公募だけをしていた

だければよいということになっている。平成19年から21年度までの3年間の契約については、18年度末までに参加資格をとっていただきたい。地域産業保健センター事業は、地域社会への貢献という大変重要な医師会活動であることを考えて実施していただきたい。

**(2) 診療報酬請求のオンライン化について
(香川県)**

【提案要旨】

診療報酬請求が紙レセプトからオンライン請求に義務化され、法的には平成20年4月より施行となっているが、経過措置として原則平成23年4月から実施することになっている。

高齢の医師の医療機関やレセプト数の非常に少ない医療機関数等、技術的にも経済的にもオンライン化し難い医療機関が少なからずある。これに対する日医の対応をお聞きしたい。また、前倒しの話もあるが教えていただきたい。

【鈴木常任理事回答】

レセプトをオンライン請求を前倒しすることについて担当に確認したところ、全く知らないということであり、厚生労働省は全く関知していない。オンライン化について、平成13年に厚生労働省で情報開示に向けてのグランドデザインを作成しているが、その時の平成18年度のオンライン化の状況は70%と設定しているが、実際に平成18年度末のオンライン化の状況は病院が39.2%、診療所が13%、医科全体で19.2%の普及率で非現実的な動きをしている。

本件に関する日医の見解としては、薬効薬理作用に基いて医薬品の投与を認めることを明確にし、被保険者証確認システムを確立し、またデジタルによる画一的な審査をしない、レセコンの統一基準をもって対応する、IT財源の別途確保、レセプトデータ利活用に関するルール作り、これは第三者機関の設立等で公平な運用をすべきということで主張している。

ご指摘の高齢医師の医療機関、レセプト枚数の少ない医療機関、学術的、経済的にオンライン化しにくい医療機関については、政省令によ

って月の平均枚数が100枚以下、年間1,200枚以下の医療機関が除外規定の対象となっている。これらの施設に対しては地区医師会では代行請求することが厚生労働省の意向であるが、医療機関のプライバシーも派生することから現実的ではないと解釈している。このような医療機関については義務化するのではなく手上げ方式等、もっと弾力的に運用ができるよう交渉していきたい。

(3) 医療におけるIT化の問題点について

(石川県)

—レセプトオンライン化と特定健診データについて—

【提案要旨】

平成23年度からのレセプト原則オンラインでの提出、又、特定健診・特定保健指導が平成20年度から開始されることと相俟って、レセプトデータと健診データはデジタル化された形で保険者に統合されることになった。

更に12月4日の経済財政諮問会議で検討された新中期方針「日本経済の進路と戦略」では、「レセプトオンライン化など、サービスの質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくなどの総合的な取り組みを計画的に推進する」とされ、国がIT化を通して韓国型の管理医療を目論んでいることが明らかである。

現状のままでは、保険者に統合された国民の健康に関する種々のデータは、最終的には国の一方的な取り扱いとなり、医療費抑制策の裏付けとして極めて恣意的に使用されることが明白である。

- ・ ソフトロジックによる画一的な審査は絶対に容認できない。
- ・ 国民の各種データが保険者と国のみの占有となり、恣意的分析数値を用いた医療費抑制策立案の根拠に使用させてはならない。

これら医療のIT化に関する問題点についての具体的な対応策について日医のお考えをお聞きしたい。

【鈴木常任理事回答】

手挙げ方式について、4月分から試行的オンライン方式がまず開始される。オンライン化による画面審査となっても現在の審査と変わらずに医学的判断は尊重され裁量権は委任されて、現在行われている事務共助の部分、例えば診療実日数と再診料の回数等についての確認等の域をでない範囲のみを処理すると約束されている。

ソフトロジックによる画一的審査について、薬効、薬理作用の問題対応を求めている。技術的な面として、オンライン請求のときに行われる事務点検について、この点検ロジックの公開を要請しており、これにより点検内容のブラックボックス化が避けられた。レセコンに組み込むことにより月1回のレセプト送信時でなく日々の入力時に手元でチェックすることが可能となるよう要求している。また、レセプトの保存について、現行では政管健保が5年、組合健保で10年が慣例となっている。日医としては、データの所有権が保険者であっても管理医療につながるプロジェクトに関しては、第三者機関に委託され、公平、公正かつ学問的に正しい方向で行われるべしという姿勢を貫く方針である。患者の視点、患者満足度に足場をおいた日本独自の医療のIT化を目指していきたい。

【内田常任理事回答】

—特定健診データとの関係について—

特定健診における受診者の健診データはオンライン化が義務づけられている。データが保健所に集積されることになり、医療政策への恣意的な利用の恐れがあることはご指摘の通りで、日医として最も危惧しているところである。情報の管理は、経済的な管理と並んで管理医療の極めて重大な手段になる。IT化が進む現代においてこそ、患者の健康や医療の情報は本人が管理し、かかりつけ医がバックアップすることが本来の姿である。今後、データの目的外使用等に関する第三者評価機関の創設による対応を含め努力していく。

**(4) ORCAのID申請登録項目に関する提案
(新潟県)**

【提案要旨】

新潟県医師会では、日医標準レセプトソフト (ORCA) を会員への拡大を図るため、日医総研に問い合わせたところ、院名の「未開示を希望する」という項目にチェックが入っているため医療機関名をお知らせできないとの回答であった。(新潟県でORCA利用の医療機関が54件、うち開示してもよいは8件)

これは、ORCAを導入する際にID申請登録項目の「貴院名の扱い」欄に1. 開示してもよい (各方面からの問い合わせ)、2. 開示してもよい (医師会のみ) 3. 未開示を希望するという3つの選択肢があり、「未開示を希望する」が初期設定となっていることが原因と思われる。

個人情報保護の点で大きな障害が無ければ、初期設定を廃止するか、或いは「開示してもよい (医師会のみ)」を初期設定にしてはどうか、提案する。

【中川常任理事回答】

ORCA普及への協力をお願いしているにも関わらず、各医療機関のプライバシーを過剰に保護するため、ORCA参加医療機関の把握が難しい形になっていた。今後は医療機関名の取り扱いについて、医師会に開示しても良いという項目を医療機関の初期設定に変更したい。同時に初期設定していることを明確に表示するようにしていきたい。又、初期設定の影響で非開示と登録されている医療機関については再確認していきたい。

2011年にナショナルデータベースに対抗するため、1万ユーザーを目指して普及推進活動を行っているが、極めて順調に推移していることを報告する。

(5) 無過失補償制度について (沖縄県)

【提案要旨】

この度、「分娩に関する脳性麻痺に対する障害補償制度」が実現する運びとなり、日医並びに関係者のご努力に深甚なる敬意を表する次第であります。日医は、当初、医療行為に関連し



宮城信雄会長

た全ての障害に適応すべく検討したが、財源問題等幾多の壁があることから、緊急度の高い「分娩に関する脳性麻痺に対する障害補償制度」の先行実施を求めたと聞き及んでいる。

当該制度は、本来、すべての医療事故被害に適応されることが最も望ましいことであり、日本医師会においては、今後とも引き続き、制度の対象拡大に向けご尽力下さる事をお願いしたい。

【木下常任理事回答】

現在、運用機関は日本医療機能評価機構と相談し前向きな返事を得ており、そこで制度が動くようにしていこうと考えている。試算するとかなりの額が余る可能性があり、その時は小児科に広げていくという考えで進めている。これを全事故に対応するとなると数千億円の財源が必要となり現実的には不可能であると思う。ご指摘のとおり産科から小児科へひろげるという視点で動いている。

【宮城会長追加】

まず、実現するということが非常に大事であると思うが、最終的には全ての疾患に対して適応するという視点を持たないと、何時までたっても実現しないと思う。そういう意味では方向性だけはそういう意思があるということを示してもらいたい。

(6) 医療政策と会員に対する広報活動について (福岡県)

【提案要旨】

先の12月1日に開催された日医医療政策シン

ポジウムは国家財政と社会保障をテーマに大変有意義なシンポジウムであった。シンポジウムで提起された問題を今後、日医の政策にどうつなげていくのか、政府与党にどう働きかけていくのかお聞かせ下さい。

シンポジウムの内容は、日医雑誌（別冊）で配布予定となっているが、既に稼働しているライブラリーシステムで閲覧できるようにしていただきたい。

TVコマーシャルで国民に対する広報も展開されている。会員に対して白くま通信などがあるが、日医が何をしているのか、会員に対する広報活動についても積極的な取り組みをお願いしたい。

【中川常任理事回答】

昨年12月に開催した医療政策シンポジウムは、社会保障費の財言論に風穴を開けて国民の不安をいたずらにあおる報道や政策の潮目を変えることを目的に企画した。5人のパネリスト全員が長期債務残高と社会保障の関係を明確に否定され、日医総研の前田主席研究員が述べた一般会計と特別会計を連結して議論すべきということが確認されたが、一番の収穫は財政当局がいうほど、我が国は財政破綻状態ではないということである。

シンポジウムの内容、要旨を日医雑誌の別冊として作成し、又、内容を完全にしたものを小冊子として来月中に発行する予定である。完全版はPDFファイルとして日医ホームページに掲載しインターネットで閲覧できるようにする。もちろん、必要に応じて政府与党へのロビー活動、財政当局、厚生労働省との議論に活用するつもりである。会員に対する情報発信は国民に対する広報活動と同等に最重要課題と位置づけている。日本医師会ではホームページからビデオライブラリーの検索やシンポジウム、講演会のオンライン映像配信等も行っており、今後これを拡大する方向で進めていきたい。又、毎週の記者会見でも情報発信、日医FAXニュース等による情報提供の他に、一般会員にもできるだけ速やかに日医の行動を知らせる手段を考えて実行していくつもりである。更には指摘のあつ

たテレビ会議を拡大して活用していきたい。

(7) 日医はマスコミを味方に世論喚起を

(岐阜県)

【提案要旨】

現在の優れた日本の医療を守るとは喫緊の課題であり、政治家の力を借りることも勿論大切であるが、今こそそれを守るための国民を巻き込んだ一大キャンペーン（日本の医療を壊すな！）が必要と思われる。そのためにはメディアを味方につけた世論の喚起こそ効果的であり、最大且つ最強の医政活動の一つでもあろう。今まで日本医師会のマスコミ対策は具体的にはあまり見えにくいですが、この観点に対する日医の見解を披瀝されたい。

【中川常任理事回答】

昨年、実施した広告代理店の調査では、日医について国民の36%が嫌いだと答え、60%の国民が存在すら気にかけていないということが分った。国民の日医を見る目は極めて冷め切っている。最近の情報では若い勤務医もこれに近い意識をもっていることが分ってきた。事態は極めて深刻であり、このような否定的な状況を打開するためには日医の主張が正しく伝わるような基盤整備を進めることが不可欠だと考えイメージアップ戦略を開始している。

その目的は既得権益を守る圧力団体という固定したネガティブ面の払拭である。昨年10月に始めたテレビCM放送により国民が少しずつ日医を理解し始めていると感じている。現在、週4~5本の放映であるが、回数を増やして患者、国民の側に立っているということをしり強く続けていく必要がある。又、同時にスピード感を持った情報発信を果たしていくため、一般紙、業界紙を対象にした合同記者会見を原則として毎週必ず行うようにしている。今後とも国民へのアピールに努めていきたい。

(8) 地域医療支援病院の展望について

(山口県)

【提案要旨】

平成18年10月現在、地域医療支援病院は

126施設を数え、このうち34施設（4分1強）を医師会病院が占めており、地域医療に貢献している。

医師会病院は、その機能からみても「かかりつけ医機能」を支援する地域医療支援病院として、最も適した病院の一つである。医師会病院の地域医療へ果たす役割が大きいことを考えるとき日本医師会として地域医療支援病院の展望と今後のあり方について明確に示していただきたい。

又、県行政による医師確保対策等の取り組みの中で、医師修学資金貸付事業における返還債務免除や小児科・産科医師の中核病院への集約化・重点化については、公立・公的病院であることが参入要件となっており、医師会立の地域医療支援病院は対象外とされている。

本来、地域医療支援病院の条件は地域医療に資する公共性の高い医療施設と位置づけられていることから、医師会病院であっても国や県等の公的制度の対象とされるべきと考えられる。このことについても日医の見解をお伺いしたい。

追加質問

第5次医療法改正に伴い、平成19年4月1日から特別医療法人は廃止されて、社会医療法人制度に切り替えられるという情報があるが、もし社会医療法人になった場合、医師会病院である地域医療支援病院はもっと公的制度の対象となるのか教えていただきたい。

【鈴木常任理事回答】

地域医療支援病院は、今回の医療法改正では大幅な制度改正は行われていない。第6次医療法改正への積み残しとして厚生労働省の検討会で議論が始まっている。制度がスタートして9年経過しているが、支援病院の承認数が126に留まっており地域医療支援病院のない地域も多数存在しており、紹介率という点で抱え込みとか門前クリニック等が問題視されている。課題は他にもあるが、地域医療支援病院に対するチェック機能の充実も挙げられている。地域医療支援病院が次回の医療法改正でどのような位置づけとなるかが検討会で議論されている。

具体的には平均在院日数の短縮が進む中で新たな役割として在宅患者の受け入れについて意見を述べている。ご指摘のように不要論の発言もあるが方向付けは一切なく、議論はこれからというところである。

小児科、産科の集約化については、公立病院を中心として地域の実情に応じて、他の公的病院等を対象としている。この中に医師会病院も入ると理解しており、民間病院の産科を拒否されているわけではないと思っている。医師の修学資金貸付事業を含めて、民間だからとして、医師会立の地域医療支援病院が公的制度から一律に排除されることは認められない。

(9) DPCの急性期外来への導入阻止について（埼玉県）

【提案要旨】

DPCは従来、特定機能病院を対象に導入されたものであるが、平成18年度診療報酬改定で民間病院にまで拡大されたこともあり、DPCを採用する病院は加速の一途を辿っている。（全国360病院で採用）

また、規制改革・民間開放推進会議の最終答申には、DPCの普及とともにDRG/PPSへの意向を来年度中に検討することが明記された。国家財政が逼迫する一方、少子高齢化が進む現在、国は医療費適正化の名のもと、入院や高齢者医療を中心に、ますます推進していくものと思われる。DPC採用が急性期病院として生き残れるための条件とされつつあるといっても過言ではない。

日医はこれまで「診療所は出来高払い」と唱えてきたが、このような国の施策に対して、どのように対処しておられるのか見解を伺いたい。

【鈴木常任理事回答】

これまでDPCについて光の部分だけ取り上げられていたが、最近になって影の部分が問題視されている。当初から問題点として指摘しているが、再入院の問題であると、外来の検査、頻回受診、DPCの算定のカテゴリーはきちんと決まっているが、拡大解釈してそのカテゴリー

一に請求し入れ込むことがある。ルールを逸脱した算定をされ、特定共同指導等においても担当役員が言葉を失う場面もある。現在、指定希望病院が300弱あるが、この問題が解決しない限り先送りされるのではないかと思っている。DPCも再構築を迫られている。

【唐澤会長への質問（埼玉県）】

- 1) 急性期診療に対してDPCを持ち込まないで出来高制度を是非堅持していただきたい。
- 2) 後期高齢者制度について、国保中央会より二つの提言があった。①75歳以上の老人に対してかかりつけ医の登録制 ②人頭制によるマルメ制の提言があり、厚生労働省は政策として決定し記者会見している。後期高齢者制度はマルメ制度、登録制度にならないようにしてもらいたい。

【唐澤会長回答】

- ①DPCは急性期においては不適切であり、これは日医の主張を守っていきたい。
- ②終末期医療についてもメディファックスにあったように、高額な医療費が短期間に提供されていることもあり、これも正しい形に是正することが大事であると思っている。その前に国が不必要に財源削減という医療に対する理不尽な方向を打ち出していることについては、何とか打ち破っていきたい。

(10) 医療における控除対象外消費税の解消に向けての対応について（鳥取県）

【提案要旨】

医療における控除対象外消費税の解消に向けて、日本医師会の考え方と現在の進捗状況の最新情報をお聞かせいただきたい。

【今村聡常任理事回答】

この消費税の負担を解消するために平成19年度の税制改正要望においてもゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めるという要望を出したところである。昨年夏以降、関係各省庁や国会議員との勉強会を行っている。また、秋の臨時代議員会終了後には自民党税調のメンバーや公明党への働きかけも行っている。今

後、国民の理解が必要になることからマスコミ、特に一般紙や経済紙、雑誌記者等との懇談会を中心に理解を深めてもらうよう活動を頻繁に行っている。

今後1年間議論が開始されるまでの夏までが非常に大事な時期になる。今回、鳥取県医師会における鳥取県議会への請願、さらにそれが採択されことについては素晴らしい取り組みである。医療関係者以外からの要望という形が制度改正の大きなうねりに繋がっていくと思っている。

(11) 病診連携とかかりつけ医の更なる推進（千葉県）

【提案要旨】

病院の医師不足の原因として医師の加重労働が挙げられる。その過重労働の理由の一つとして、外来患者の急増があります。朝から夕方まで、夜間も専門的医療を求めて患者さんは病院に押しかけている。元来地域医療では、日常的な医療はかかりつけ医で、入院または特殊な検査を要するものは病院でという機能分担が行われてきた。しかし近年では専門医療を求めて患者さんは病院に集まっており、病院も医療費抑制の影響を受け外来患者を積極的に迎え入れていない。その結果地域医療に混乱を生じております。それを解消するには「かかりつけ医機能」を高め、病診連携を進め、地域医療をあるべき姿に戻すことが必要と考えます。

日本医師会としてどのように考え、どのように進めるかお考えを伺いたい。

【内田常任理事回答】

現在、厚生労働省の委員会で医療提供体制のあり方の中で、病院外来のあり方、或いはかかりつけ医機能について議論をしている。今後の医療提供体制のあり方は、医療機関の機能分化と連携が非常に重要だと考えている。その中で、在宅医療や休日夜間診療も含めた地域における一次医療の充実、安全対策の向上等のいわゆるかかりつけ医の役割というもの極めて重要である。時代的、社会的要請でもあり、現在、地域医療や学術推進等の委員会で検討していただいている。

**(12) 日本医師会の政策決定プロセスについて
(大阪府)**

【提案要旨】

日医の政策決定プロセスについて、最近担当役員の個人的な考え方が日医の方針として一人歩きしているのではないかと。日医の組織決定のプロセス（会内委員会、常任理事会、理事会、代議員会等）があったのであろうか。

先日の学校医に関する朝日新聞の意見広告である。これについては先に近医連として質問状を出しているが、公告の内容は日医の学校医問題に係わる人々も含めて検討されたものとは思えない。執行部のお考えをお伺いしたい。

【羽生田常任理事回答】

10月の朝日新聞の意見広告については、テレビ等で小学生の自殺、いじめ等の問題がクローズアップされていたということ、たまたま10月に自殺対策基本法の施行があった関係、また、5月に子ども支援日本医師会宣言を出した関係上、こういった時期にタイムリーに出したほうが良いということで、議論したところである。議論の結果、常任理事会を経ず会長専決として出した。大きな問題であれば代議員会等で議論をいただき決めるのが通常の手順であるが、場合によっては会長の専決事項というのも案件によってはある。たまたま、この学校保健の意見広告並びに今回のテレビコマーシャルが広告の世界では認められてベストファイブに入ったということが雑誌に掲載されている。

**(13) かかりつけ医の認定について等
(兵庫県)**

【提案要旨】

① かかりつけ医の認定について

「かかりつけ医」という言葉は、患者さんの側にたったネーミングと理解していますが、如何ですか。医師の機能を表す言葉であり、ある特定の診療科を意味する言葉ではない、と第三次学術会議推進会議でも論点整理した筈です。従って「かかりつけ医」の認定はなじまないと思います。

仮にもし実現すれば患者さんのフリーアクセスは阻害され、厚生労働省などから待ってましたとばかりに診療科目別の医師数の制限、開業規制、人頭割りなどが推し進められ、地域医療の供給体制に大きな混乱が起こることが考えますが、如何ですか。

②平成18年11月に発表された日の医師確保対策の中に「認定かかりつけ医」のほか「地域における開業医の診療科別枠」の設定とか「開業調整の是非に関する検討」などという言葉が再三にわたって出て参ります。

これらは我々が長年にわたって築き上げてきた地域医療体制を根底から打ち崩すような内容に受け取られますが、どういう意図があるのか会長のご意見を伺いたく存じます。

【唐澤会長回答】

私はこのかかりつけ医という名称は決して賛成していない。今後、日医認定かかりつけ医制度というものができそうになるならば、私はその名称での日本医師会制度ができることには賛成しない。むしろ日本医学会の制度を補完するようないき方を望んでいる。まだ、委員会にお願いしている最中であるから、どういう形でこれがまとまっていくか分らないし、早急にこれができるかも分らない。将来の日本医師会に参加する先生方に示せるよう検討を進めていきたい。

その他

当日は、来年4月に大阪で開催される第27回日本医学会総会の参加・登録の協力依頼のため、堀 正二準備委員長が出席され、テーマは「生命と医療の原点」副題として「いのち、人、夢」として開催されるので、多くの会員の参加をお願いしたいとの挨拶があった。

因みに、本年1月9日現在における日本医学会総会への全国の登録数は4,580名（沖繩4名）、過去の総会出席者数を基に、各県別の参加期待数（全国18,160名、沖繩80名）を作成しているの、会員への参加登録を推進してもらいたいとのことであった。

健診・保健指導の指導者研修会

常任理事 大山 朝賢



会場風景

去る12月20日（水）、日本医師会館大講堂において、標記研修会が開催されたので、その概要について報告する。

挨拶（唐澤祥人日本医師会長）

平成20年度からの医療保険者に義務付けられ実施される健診・保健指導について、地域において円滑な事業展開がなされるよう指導者研修会を行うこととした。

医療制度改革により医療を取り巻く環境は転換期をむかえている。財政主導の課題が先行し、医療の質、安全の確保が十分にできないような状況に追い込まれている。経済財政諮問会議における医療費の総枠管理に対抗する具体的な政策として、予防重視の観点から生活習慣病対策が展開されてきたものである。国民が疾病に罹らず健康に生活できるよう支援していくこ

とが我々の大きな役割である。このためには平成20年度までという限られた時間であるが、国民の医療不信に繋がることがないように健診・保健指導の体制を医師会が中心となって構築していく必要があると考えている。

研修

（1）医師が行う運動指導

講師：津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター副センター長）

津下氏は、本人の準備度に合わせた保健指導、個別的・具体的・実現可能な方法により、健診から行動変容（生活習慣病予防行動）の持続、生活習慣病の予防・改善につなげる過程と運動指導の実際について講演された。以下概要。
○「これまでの健診・保健指導」と「これからの健診・保健指導」の違い

健診と保健指導：「健診に付加した保健指導」⇒「保健指導対象者を抽出するための健診」

目的：「個別疾患の早期発見・早期治療」⇒「Metsに着目した早期介入・行動変容」

内容：「健診結果の伝達、理想的な生活習慣の情報提供」⇒「自己選択と行動変容」

対象者：「要指導のうち、保健事業に参加したものの」⇒「必要度に応じ階層化された保健指導」

方法：「一時点の健診結果に基づく画一的な指導」⇒「健診結果の経年変化や将来予測も踏まえた保健指導、集団の健康課題の分析、ライフスタイルを考慮」

評価：「実施回数・参加人数」⇒「介入の効果、糖尿病患者・予備軍の減少」

○健康づくりのための運動基準2006

身体活動：23メッツ・時/週

運動：4メッツ・時/週

2～10メッツ・時/週

※メッツ・時（エクササイズ）/週

「メッツ」（強さの単位）とは、身体活動の強さを、安静時の何倍に相当するかを表す単位。メッツ量に体重をかけると消費エネルギーになる。メッツを理解しておくことが必要。

○メタボリックシンドローム対策

内臓脂肪を減少させる運動量は、週10エクササイズ程度かそれ以上。→速足に換算すると週に150分。1ヶ月で1～2%の内臓脂肪減少が期待できる。

○行動変容ステージモデル（無関心期→関心期→準備期→実行期→維持期）を理解し、ステージ毎のサポート・指導を行う。

無関心期（前熟考期 病識が無く行動変化を考えない）

関心期（熟考期 必要を感じている）

準備期（本人なりの行動変化）

実行期（行動期 適切な行動をはじめ、

6ヶ月以内）

維持期（適切な行動が6ヶ月以上継続）

○身体状況・運動習慣・運動の目的を確認のうえ、その人にあった運動処方、楽しく継続できる運動指導を行う。運動後の身体状況の変化の確認を行い運動処方にフィードバックする。

○運動処方のポイント

①有酸素運動を主体とする。筋力トレーニング・ストレッチングを組み合わせる。②運動強度は、3メッツ程度。高強度の運動をいきなり始めないこと。③運動時間は、5分、10分でもOK。トータルの時間を確保する。④週あたりの基準量を確保できるとよい。

○筋力トレーニング

目的に合わせた大きな筋群、中等度の負荷12～20RM、呼吸を止めない、負荷を漸増する。

○肥満の人に対する運動処方

運動は、有酸素運動を主体・荷重負担が少ないものがよい。運動強度は低～中強度。運動時間は短くてもよく、苦痛を感じない時間・方法を本人とともに考える。運動頻度は1週間単位とし、歩数計や体重記録等の活用により継続支援する。運動施設等の活用、連携を行う。

○肥満の方へ指導する際の留意事項

糖尿病・高脂血症・高血圧症・高尿酸血症などを合併している確立が高い。

膝関節・股関節などの障害、運動習慣が余り無い人、食事・飲酒などの問題をもっている人が多い。また、30歳代までに急に体重が増えた人では自分の体力を過信している場合も少なくない。

○生活習慣改善行動を起こすために必要なこと

①健診結果の理解・体験等により、自ら行動変容の必要性を納得できること。②行動目標を設定できること。③生活習慣の改善についてセルフチェックができること。④成果を評価し、本人が必要とする支援法を計画すること。⑤健康づくりに必要な情報を継続的に提供する。

○生活習慣病の人が安心して運動を楽しめるため、環境整備が必要。

- ①医療機関と健康増進施設との連携強化。②運動指導員、医師や保健師は情報共有化できるよう研修を行う。③リスク層別化管理体制の整備および利用者（患者）の教育。④運動処方のためのメディカルチェックの推進。⑤救急体制の整備。（器材整備や救急隊と医療機関の連携）

(2) 医師が行う栄養指導

講師：伊藤千賀子

（日本糖尿病学会「健康日本21」の糖尿病対策検討委員会委員長）

伊藤氏は、医師が行う栄養指導の実際について、(1) わが国の食生活の変遷 (2) 生活習慣病予防と食生活 (3) Healthy Menuの1,840kcal、1,600kcalの献立例の3点について講演された。以下概要。

1) わが国の食生活の変遷

国民総生産の増加・経済発展はしたが、エネルギー消費量は殆んど変わっていない。栄養等摂取量をみると、動物性脂質が増加しているが、たんぱく質やエネルギーは減少している。食品群別摂取量では、乳製品・肉・油脂が増加し、米は半分に減少している。

2) 生活習慣病予防と食生活

生活習慣病増加の背景として、摂取エネルギー量は変わらないが、労働・運動による消費エネルギー量が減少して、相対的な摂取エネルギー量が過剰になり、肥満（内臓肥満）が起り、IGT・高血圧・高脂血症・糖尿病を引き起こしている。

日本人と米国人を比較（1971年～2000年）すると、総エネルギーに対する各栄養素摂取比率の推移では、米国人が脂質摂取を減少させているにもかかわらず日本人は脂質が増加してきており、脂質を落す必要がある。

食生活指導・栄養指導は、①エネルギー摂取量の是正（労働度に応じた適正量）、②動物性脂質・蔗糖や果糖の過剰摂取の是正、③

植物繊維摂取の奨励、④減塩（薄味）を行う。

3) Healthy Menuの1,840kcal、1,600kcalの献立例

望ましい食事の取り方（朝・昼・夕食と散歩）を指導し、外食も含め食生活チェックする（チェック表使用）。

糖尿病食事療法のための食品交換表（日本糖尿病学会編）を生活習慣病対策の食事療法に活用していただきたい。食品分類表の使い方、1,840kcal・1,600kcalの献立例について説明。

・献立指導のポイント

- ①塩分は控えめに（塩辛い食品は避け、食塩摂取は1日7グラム以下。調理の工夫による減塩）
- ②食物繊維を十分に（野菜・海草・きのこをたっぷり食べる。生野菜・緑黄色野菜を毎日食べる）
- ③脂肪は量と質を考えて（脂肪とコレステロール摂取を控えめに。動物性脂肪、植物油、魚油をバランスよく摂取）

(3) 特定健診・特定保健指導と医師会の役割

日本医師会常任理事の内田健夫先生より、特定健診・特定保健指導と医師会の役割について説明があった。

まず始めに、医師法第1条に「医師は医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」と明記されていることから分かるように、医師は医療だけでなく保健指導を行うことも非常に重要な役割であると説明があり、平成20年4月より医療保険者に義務付けられ実施される糖尿病等の予防に着目した健診・保健指導の実施について、医師の積極的な関わりが重要であるとの認識が示された。

今回の健診・保健指導により、健診受診率の20%向上、その成果として糖尿病等の有病者・予備軍の25%削減、延いては2015年には医療

費2兆円の抑制を目標に掲げる等、国民の健康増進・生活の質の向上、中長期的な医療費の適正化が謳われているが、日医総研等の調査によると、健診費用、医療費等が逆に大幅に増加する可能性がデータとして示されていることが報告された。

健診・保健指導への医師会の関わりとしては、保険者協議会へ積極的に参加していくとともに、医療機関が保健指導の委託を受ける際に発生する膨大な事務作業を軽減するために、医師会が契約代行機関として機能することが必要であることが述べられ、また、健診・保健指導のアウトカム評価として、今後健診データとレセプトデータの突合が行われていくが、このことが管理医療や医療への介入に繋がらないよう、医師会が厳重に監視していく必要があるとの考えが示された。

生活習慣病で治療中の患者に対する健診・保健指導については、検診項目、問診項目の整合性、費用に関する取り決め等々、現在議論の最中であるが、日医としては、受療中の方に対する医師の各種指導は、特定保健指導で代替されるものではないと主張していると説明があった。

第三者評価機構については、健診・保健指導の質を担保する上でも絶対に必要であるとの考えが示された。

最後に、今後の課題として、統一料金設定の検討（予防保険制度創設の是非）、健診・保健指導の基盤整備と精度管理、各制度との関係、被扶養者の健診・保健指導実地体制整備、アウトソーシングの把握・評価、等々と具体的に決まっていないことが未だ多くあるが、我々の対応に間違いが無いよう取り組んでいかなければならないと述べられた。

なお、健診・保健指導に関する迅速な情報提供を図ることを目的に、日医ホームページ内に健診・保健指導の専用ページを来年1月に設置予定であるとのことであった。

(4) 健康スポーツ医・産業医との関わり

日本医師会常任理事の今村聡先生より、健診・保健指導における日医認定健康スポーツ医並びに産業医の関わりについて説明があった。

始めに、特定保健指導は、“情報提供”、“動機づけ支援”、“積極的支援”の三層に階層化された指導が行われることになっており、日医認定健康スポーツ医並びに産業医はその内の“動機づけ支援”、“積極的支援”の部分に関わることとなるが、保健指導を行うために日医認定健康スポーツ医並びに産業医の資格を有する必要があるという訳ではないことをご理解いただきたいと説明があった。

日医認定スポーツ医が必要とされるケースは、医師が配置されていない運動施設等で保健指導を実施する場合となっており、運動施設等で保健指導を行う際の質の担保という観点から、日医認定健康スポーツ医の関わりが望まれるとの考えが示された。また、日医認定健康スポーツ医が従来資格のまま良いのかという議論があり、現在カリキュラムの見直しを行っているところであることが説明された。

労働安全衛生法における健診・保健指導との関係については、基本的な考え方として、「事業者健診は保険者が行う特定健康診査に優先する。」「事業者は保険者から事業者健診データの提供を求められたときはそれに応じなければならない。」「保険者が行う特定保健指導は、事業者が行う保健指導に優先する。」「特定健診項目のうち、事業者健診と重複する部分は事業者負担。それ以外は保険者負担(?)。」とされているが、費用並びに健診項目等については現在調整中となっていることが説明された。

また、事業者が行う保健指導は産業医に委託されるケースが想定されることから、日医としては、ガイドラインに“産業医”と明記していただくことを主張しているが、これは産業医が保健指導を必ず行わなければならないという訳ではないことをご理解いただきたいと考えが示された。

質疑応答

Q：健診・保健指導料について。その金額。その負担区分。

A：被保険者の自己負担分割割合も含め各医療保険者が設定する。法律等で設定するものではない。(厚労省)

Q：各医療保険者が設定する費用はある程度の目安はあるのか。

A：将来的には何らかの目安を出していかなければならないと考えている。(厚労省)

Q：動機づけ支援、積極的支援、それぞれにおける運動指導、栄養指導等の指導の回数とその期間の目安について。

A：動機づけ支援については原則1回の指導となっており、6ヶ月後に評価を行うという考え方になっている。積極的支援の回数、内容については、現在検討中である。(厚労省)

Q：現に主治医の下で治療中の指導対象者も同じように指導を受けることになるのか。

A：かかりつけ医へ受診中の方に対して特定保健指導を実施するか否かについては、検討会で具体的に検討進めているところである。もう少し丁寧に議論しないといけない。基本的には主治医に治療していただいている場合でも保健指導は受けていただいた方がよいのではないかと考えている。いろいろなケースがあるので議論を重ねる必要がある。(厚労省)

Q：具体的なガイドラインはいつ頃示されるか。

A：年度末までには方向性がまとまればと思っている。3月には政省令や通知を出さなければならぬと考えている。(厚労省)

Q：健診項目は統一されるのか。各保険者によって追加項目は認められるのか。

A：医療保険者が独自の判断によって健診項目を追加することは可能であると考えている。(厚労省)

Q：介護予防を目的とした生活機能評価との関係は。

A：特定健診と生活機能評価は別の制度であるが、受診者の負担軽減を図る目的で市町村との共同実施は考えられる。今後、調整しなければならない。(厚労省)

Q：40～74歳以外の方の健診はどうなるのか。75歳以上の方の健診の取り扱い。39歳以下の方の健診の取り扱い。

A：まず、40～74歳の健診項目をどうするかが決まった段階で75歳以上をどうするかという議論になる。39歳以下の方の健診は従来通り各医療保険者において努力義務ではあるが任意に実施される。(厚労省)

Q：保健・栄養指導に係る経費はどのようになるのか。予算立てされる見込みはあるのか。あればどのくらいなのか。

A：原則として保険料財源として各保険者が保険料として徴収することになる。(厚労省)

Q：日医として、実務者の研修会開催の予定があるのか。あればいつ頃か。

A：指導者研修は継続的定期的に開催したいと考えている。実務者の研修会については都道府県の対応ということでお願いしたい。(日医)

Q：施設健診での保健指導・栄養指導はどのように実施することを想定しているのか。また、望ましいやり方は。

A：標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)の中に示しているが、健診結果に基づいて、実施者に対して“情報提供レベル”、“動機づけ支援レベル”、“積極的支援レベル”に保健指導のレベルを階層化して、

“動機づけ支援レベル”、“積極的支援レベル”に該当した方に対して個別面談的な保健指導を実施する。どのように保健指導を行うかについては検討しているところである。“情報提供レベル”については保健指導という言い方はしているが健診結果にいろいろな情報を合わせて提供していただくという形になる。(厚労省)

Q：集団検診での保健指導・栄養指導はどのように実施することを想定しているのか。また、望ましいやり方は。

A：暫定版に示しているが、健診結果に基づき、“動機づけ支援レベル”、“積極的支援レベル”に該当した方に対して保健指導を実施していただくということになる。どういうふうを実施するかは引き続き検討していく。(厚労省)

Q：メタボリックシンドロームを離脱するための運動療法や栄養指導の具体的なガイドラインは存在するのか。作成中なのか。

A：暫定版に参考として学習教材集をつけている。地域の特性にあった形に直していただくことが大事と考える。具体的な保健指導の内容については、対象者によって異なるので定型化することは困難と考える。対象者のニーズに合わせ指導していただきたい。(厚労省)

Q：行動変容のために行った運動指導中に万一心・血管事故が起きた場合の責任の所在は。

A：自己責任の範囲等難しい問題ではあるが、保健指導を行う機関が万一の事故に備え事前に書面で確認するということもあり得ると考えるが、保健指導は日常生活の中で工夫できる運動というものを今回のガイドラインで示している。負荷の高い指導を行うということではないということもある。(厚労省)

Q：健診・保健指導事業に向けて、アウトソーシングされようとしている業者の実態あるいは、健診・保健指導で国からパイロット事業で受けている実態は調査されているかどうか。(どのくらいの数があるのか)

A：具体的にアウトソーシング先となる機関の調査は行っていない。準備事業として千葉県、富山県、福岡県で行っている。(厚労省)

【保健指導の医師の役割について】

Q：かかりつけ医、産業医が保健指導を行うことが当然であると思うが、ガイドライン(暫定版)では保健師等の役割を強調しすぎているように思われる。医師が保健指導する体制を構築するように、日本医師会は強く主張してほしい。

A：特に医療が必要とされる方に医師が主導的に関わっていくということで主張している。(日医)

【職場健診にかかわる医師の役割について】

Q：多くの医師(開業医)は労働安全衛生法により小規模事業所の職場健診を行っているが、医療保険者による健診の導入により、今まで医師(開業医)が行っていた健診が中止にならないことを強く希望する。

A：従来通り労働安全衛生法における事業者の健診が特定健診より優先しているので、今回の特定健診が入ったからといって先生がやっておられた小規模事業所の職場健診が中止になるということはない。(日医)

【医師会の関わりについて】

Q：現行の老人健診は地区医師会と各市町村が委託契約を結び、医療機関が個別に健診を行っているが、国保の特定健診は今後も継続して医師会との契約を重視したものにしてほしい。

A：今後、この制度に対して医師会は積極的に協力していくべきであると思うので、医師

の関わりの重要性を強く主張すべきである。(日医)

Q：医師会立の検診センターの役割の重要性も主張してほしい。

A：どの健診・保健指導機関と契約を結ぶかということについては、保険者の判断となる。しかし市町村における健診・保健指導は医師会も委託を受けられるような体制作りということで取り組んでいきたいし、取り組んでいただきたいと考える。(日医)

Q：今後、国保連合会、支払基金とも膨大なレセプト情報、健診情報を持ち、ますます管理医療に進んでいくことを危惧する。情報管理については罰則等を含め国民に納得いく形で制度設計をしてもらいたい。また、保険者協議会（地域・職域連携推進協議会）への医師の参加は当然必要と考える。

A：医療保険者においては、情報管理について「健康保健組合等における個人情報の適切な取り扱いのガイドライン、あるいは国民健康保健組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン等々がすでに発出されており、それに基づいて個人情報保護の体制をとることになっている。今回の法律改正において、個人情報の取り扱いについては懲役刑を含む罰則規定の整備が行われている。(厚労省)

Q：保険者がレセプトデータと健診データを突合し医療費適正化の統計に利用することは、レセプトデータの新たな利用目的として、医療を受ける方に対して、個人情報保護法でいう「利用目的の通知」が必要だと思われるが、これは保険者が行うと考えてよいか。

A：健康保健組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインにおいて、医療費分析は通常の業務で想定される主な利用目的にあげられているので、被保険者

の個別の同意は必要ない。(厚労省)

Q：個人情報保護に関する意識の高まりから、レセプトデータや健診データがデータマイニングに利用されることを、患者さんや健診受診者が拒否する場合はどうなるか。

A：医療保険者は高齢者医療法において、健診・保健指導データの保存義務が課されている。したがってデータを保持しないという訳にはいかない。健診・保健指導を受診するか否かは被保険者の判断である、医療保険者が健診・保健指導データを保持することを理由に健診・保健指導を受診しない場合は、それは仕方ない。また、医療保険者が健診・保健指導データを保存する具体的な期間については検討中である。

Q：「健診のアウトソーシング」の人員に関する基準では「健診を適切に実施するために必要な医師、臨床検査技師及び看護師等が確保されていること」とされ、また精度管理に関する基準もある。検査を外部委託している医療機関の扱いはどうなるか。

A：精度管理が行われている検査機関に検査を委託しているということが条件となる、具体的などころの表現は確定版にて文言を整理していきたいと考えている。

Q：「保健指導のアウトソーシング」では、「利用者の利便性の配慮（例えば、土日祝日・夜間に行う等）をして保健指導の実施率を上げるよう取り組む」とされている。保健指導のためだけに新たな院内体制を組むことは難しいと思われるが、日医のお考えは。

A：義務ではないので対応できる範囲でご対応できればと考えている。(日医)

Q：労働安全衛生法では、事業主に対して健診の実施を義務付けているが、保健指導の実施は努力義務であるため、事業主が保健指

導を実施しない場合は、医療保険保険者が事業主から健診結果の提供を受け、保健指導を実施するとされている。

Q：医療保険者が保健指導を実施する場合、嘱託産業医の職務である「労働者の健康を保持するための措置」との整理はどうか。

A：医療保険者の保健指導はメタボリックシンドロームを中心とした保健指導となる。当然、労働安全衛生法に基づく健診の事後措置と一致しないことも考えられる。医療保険者が特定保健指導を実施した場合でも、労働安全衛生法の観点から措置を講ずる必要がある場合は、保健指導を行わなければならないということが事業主にもあるということを検討していかなければならない。(厚労省)

Q：また、事業主が単独の健保組合を持っているケースでは、事業主から健保組合に健診データが提供されることにより、当該事業所の嘱託産業医が健保組合から保健指導を依頼される場合も考えられる。その場合は嘱託産業医の契約とは別に、健保組合と特定保健指導の委託契約を交わすということでしょうか。

A：考え方としてそういう考え方でよい。(厚労省)

Q：また、当該嘱託産業医の医療機関は、「保健指導のアウトソーシング」の委託基準を満たしておく必要があるか。

A：医療保険者がアウトソーシング先になるということであれば、当然委託基準を満たしておく必要がある。(厚労省)

Q：事業主が保健指導を実施する場合、手法は標準的な健診・保健指導プログラムを用いるのか。その場合、一連の作業工程の中で、嘱託産業医の位置付け、事業主との契約はどのようになるか。

A：事業主が医療保険者から委託を受けて特定保健指導を実施する場合には、プログラムに定める方法でやっていただかなければならないと考える。その場合産業医として特定保健指導を実施するということになる。(厚労省)

Q：今回の医療保険者による健診と下記との整理についてご教示願いたい。

Q：介護保険法に基づく地域支援事業の特定高齢者抽出のための健診。

A：検討会にて検討していきたいと思っている。(厚労省)

Q：学校保健法に基づく教職員の健康診断

A：労働安全衛生法と同様に、医療保険者は学校の設置者に健診情報の結果を求めることができ、特定健康診査を実施する必要はない。(厚労省)

Q：保健指導は当然のことながらマンツーマン制になり、大変な時間と労力を要することになる。本業の診療との調整が困難になることが予想されるが、厚労省は指導料をどの程度と考えているのであろうか。

A：保健指導の単価については、医療保険者と保健指導機関との契約により設置される。(厚労省)

Q：保健指導は医師・保健師・管理栄養士が行うこととされているが、この三者間に順位があるのか。誰が行ってもよいのか。それとも夫々の立場で三者が指導を行うのか。

A：特に規定していない。対象者の健診の結果によって設定されると思われる。(厚労省)

Q：保健指導は当然のことながら対象者のデータ改善というアウトカムを期待して行う訳だが、その追跡も指導を行う医師の責任か。

A：暫定版では、特定保健指導を実施した場合は3ヶ月から6ヶ月後に評価を行うことにな

っている。評価は保健指導を実施した機関が確実にを行うということが条件である。評価するのが必ずしも医師であるということではない。(厚労省)

Q：特定保健指導は自由診療としてコストを算定しても構わないのか。健康診断と同様にコストはやるものの方が決めてよいのか。

A：医療保険者と保健指導機関との契約で合意のもとでコストを設定していただくことになる。(厚労省)

Q：保健指導は診療時間以外の時間で行うべきか。

A：通常診療と保健指導を明確に分ける考え方をしておかなければならないと考える。今後整理していく必要がある。(厚労省)

Q：医療保険が高くなると考えるが。

A：保険診療をやっている場合と、特定健診の保健指導をやっている場合の整理がこれから出てくる。誤解の起こらないような仕組みを整理してく。(厚労省)

Q：特定保健指導を行う職種の中に糖尿病療養指導士を入れていただくのはどうか。また、保険者が実施主体になると保険料が上がってくると思うが、どの程度上がるのか。国から保険者への補助はあるのか。

A：基本的には医師、保健師、管理栄養士が中心になる。保険料については、どの程度の方を保健指導の対象とするのか等、保険者の方からも同様な質問を受けているが、まずは対象者をどうするかということを検討しているので、その結果が出てから来年度のなるべく早い段階で目安を示していきたいと考えている。補助については、現段階で詳細は決まっていないが少なくとも保健指導については保険料で賄う、健診については現在同様、国が3分の1を負担する方向を考えている。(厚労省)

Q：ウエストが1cm減ると体重が1kg減というデータはどのように出したか。メタボリックシンドロームの有無でのデータの違いを示してはどうか。

A：1センチが1キロに当たるということについては、いくつかの介入研究の成果で示されている。階層化の中で、健診データで階層化する部分と、運動習慣の有無別に階層化した形で優先順位を決めていくということが提案されている。(津下先生)

Q：特定健診が始まるきっかけは医療費の削減ということであるが、第三者評価機関や契約代行機関等の事務コストが増大してしまうと考えるが、どうか。

A：今後検証しなければ正確な回答はできないが、事業の質の担保という観点から考えると、第三者評価機構というのはどうしても必要と考える。コスト上乘せという可能性はあると認識しているが健診保健指導の質を担保する方が大切であると考えている。契約代行機関については、個々の医療機関あるいは健診機関がそれぞれ医療保険者と契約するということは現実的ではないと考える。都道府県医師会が代行機関を担うということはどうしても必要であると考えている。(日医)

Q：政府管掌の生活習慣病予防検診はどのように変わっていくのか。

A：今後検討していく。(厚労省)

Q：保険料の未納者は健診対象から外すのか。

A：法律上、未納者だからといって外すということはない。(厚労省)

Q：腹囲が減ったから良いということだけで良いのか。保険者の評価項目は何を想定しているか。

A：腹囲だけでなく血液のデータ等も総合して評価する。保険者の評価については5年間

後に行い、その成果により、後期高齢者支援金の加算減算措置が10%の範囲内で設定できるということが今回の制度改正に盛り込まれている。健診の実施率であるのか、生活習慣病の方がどの程度減ったかということを項目として検討している。(厚労省)

Q：評価の項目を明確にする必要があるかと考えるが。

A：評価をすべき項目のたたき台は出ているが、分かりにくい等の指摘もある。最終的に加算減算のシステムが平成25年から出される

が、まだ5年以上も時間があるので、3月までには方向性を示したいと考えている。(厚労省)

Q：健診の受託パターンとして健康スポーツ医が示されたが、その他確定している資格等はあるのか。

A：医療機関が健診を行う場合には特別な資格は必要ないが、保健指導だけを運動施設等で行う場合、特に処方に基づいて運動指導を行う場合に健康スポーツ医のような資格を持った方が配置されていた方が望ましいという意味合いである。(日医)

印象記



常任理事 大山 朝賢

平成20年から特定健診・保健指導が始まります。従来の健診は個別の早期発見、早期治療が目的であり、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うことが中心でした。しかし「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21⇒本県では“健康おきなわ2010”として運動中）」の中間評価で、糖尿病有病者の増加、および予備群として特に肥満男性（20～60才代）の増加が指摘された。これを受けて「医療制度改革」（平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会）において、「生活習慣病予防の徹底」のため、医療保険者に対して、健診・保健指導の実施を義務づけることとした。さらに協議会は政策目標として平成27年度には平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしている。今年3月までに議会で特定健診・保健指導の標準的プログラムが決定されると言う。健診結果から打ち出されたデータを基に、メタボリック症候群（内臓脂肪症候群）を主として、医師、保健士、管理栄養士等が早期に介入し対象者に確実に“行動変容”を促すことをめざすとしています。メタボリック症候群を有していても既に医師の治療を受けているものは対象外で、「要精検」や「要治療」といわれながら“無視”している方々が対象となります。

平成18年12月20日に日本医師会館で、日本医師会常任理事の内田健夫・今村聡両先生等の研修会を拝聴し、ことの重大さを鑑みご両人に本県でのご講演を依頼しましたところ快諾を得ました。1月27日パシフィックホテルで宮城県医師会長や玉城副会長も参加され、両先生による研修会は盛況でした。この紙面を借りて両先生に改めて御礼を申し上げます。ありがとうございました。

九州医師会連合会第285回常任委員会



会長 宮城 信雄



会場風景

みだし常任委員会が去る1月20日（土）午後4時から大分全日空ホテルオアシスタワー（20階・シリウス）で開催された。

はじめに嶋津九州医師会連合会長より挨拶があり、引き続き報告・協議が行われたので概要について報告する。

報 告

(1) 第106回九州医師会連合会総会・医学会及び関連行事について（大分）

1) 参加者数について

みだし総会・医学会及び関連行事の参加状況について報告があり、ご協力いただき盛会裏に終了したことに対しお礼が述べられた。

平成18年11月

18日（土） 総会・医学会 390名

19日（日） 一般分科会（5分科会）
970名

18・19日（日） 記念行事（8種目） 457名
延べ出席者 1,817名

2) 宣言・決議の取り扱いについて

第106回九州医師会総会において可決・決定した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣はじめ151名の方々へ、支援並びに協力をお願いした旨報告があった。

協 議

(1) 九州ブロック日医代議員連絡会議について（大分）

みだし連絡会議を下記日程のとおり開催することに決定した。同連絡会議で行う日医各種委員会報告は九州各県からの希望順位に沿って、地域医療対策委員会と医療関係者対策委員会の二つの委員会を開催することになった。委員会報告は30分（報告20分、質疑10分）とし、地域医療対策委員会報告は沖縄県大山朝賢先生、医療関係者対策委員会は鹿児島県の野村秀洋先生をお願いすることになった。

1) 日程

①と き 平成19年3月17日（土）

②ところ 大分全日空ホテルオアシスタワー

③時間割

16：00～17：00 第286回常任委員会

17：00～18：00

九州ブロック日医代議員連絡会議

18：40～20：40

九州医師会連合会懇親会

(2) 第116回日本医師会定例代議員会について
(大分)

代表質問・個人質問について

4月1日に開催される第116回日医代議員会に向けて、九州各県へ代表・個人質問を2月末日締め切りでお願いしており、3月17日の常任委員会で協議したいとの説明があり了承された。

(3) 第38回中国・四国・九州地区医師会看護
学校協議会への各県医師会担当理事派遣依
頼について (大分)

横倉会長より提案要旨について説明があった。

みだし「中国・四国・九州地区医師会看護学校協議会」は、医師会看護学校42校が加盟し、毎年1回各校持ち回りで協議会が開催され、平成19年度は小倉医師会看護学校の担当で8月18日(土)並びに19日(日)の両日、小倉北区のリーガロイヤルで開催される。

同協議会について、日医からも「本協議会を継続し、日本医師会並びに厚生労働省に強力な働きかけをして欲しい」との意見があり、又、医師会立看護学校が経営問題を含め重要な時期にきており、運営に関する補助金等の取り扱いについても議論が行われるので、九州医師会連合会長名で九州、中国、四国の各県医師会長へ担当理事の派遣依頼文書を送付して欲しいとの提案があり了承された。

(4) 小児生活習慣病健診の義務化について
(宮崎)

大坪副会長より提案要旨について説明があった。

平成18年11月25日、福岡県で開催した「九州各県医師会学校保健担当理事者会」で「小児の肥満や糖尿病などの生活習慣病の健診を義務化し、学校保健法の健診項目に追加してもら

う」ことを日医会長宛に要望することが決定されている。

作成した要望書案を九州医師会連合会長名で日本医師会長宛に送付してもらいたいとの提案があり了承された。

(5) その他

1) 九州各県における社保、国保審査委員の選任について (熊本県)

支払基金の審査委員の改選について、70歳以上の推薦は認めないとの話があることから、予め九州各県に調査した資料について説明があり意見交換が行われた。

2) 保険者協議会設置運営規程 (医師会委員について) (鹿児島)

医療費適正化対策の一環として、各都道府県に「保険者協議会」が設置されているがその委員構成には医師会は含まれずオブザーバー参加となっている。今後、オブザーバー的参画を変えて委員として参画する必要がある、各県でも歩調を合わせて働きかけを進めていただきたいとの提案があり、各県でも関係機関に働きかけを進めていくことになった。

その他

(1) 日医総研セミナーについて (大分)

日医総研の畑中研究員より「第2回日医総研地域セミナー」開催について説明があり、参加協力の依頼があった。

概要

テーマ：民間病院等建設における適正な設計・建設発注方法と建設セカンドオピニオン
(建設発注に不可欠な設計事務所とのモデル契約書と建設会社選定のモデル入札要綱を中心に)

開催日時：平成19年3月24日(土)

午後2時～4時30分

場 所：福岡県メディカルセンタービル
(福岡県医師会館)

閉 会

九州医師会連合会平成18年度第2回各種協議会

去る1月20日（土）、大分全日空ホテルオアシスタワーにおいて開催された標記協議会（地域医療（含む救急医療）対策協議会、高齢者医療対策協議会打合会、高齢者医療対策協議会）について、以下のとおり報告する。

1. 地域医療（含む救急医療）対策協議会

副会長 玉城 信光
理事 玉井 修



会場風景

協 議

1. 救急医療

(1) 大規模災害、自然災害時の連絡体制の整備に関して（沖縄県）

本会から提案のある標記の件については、座長より次のとおり説明があった。

大規模災害時等の連絡体制については、何度か論議されているが、これといった有効な連絡手段等がない。重要であるのは、①ネットワークの構築方法、②連絡手段の2点であると考えられる。

方向性としては、行政—医師会、行政—医療機関等、ネットワーク構築先の明確化や連絡手

段として防災総合無線の利用が有効ではないかと考える。防災総合無線とは、防災無線とは異なり、関連する機関が総合で無線連絡を行えるものである。災害時の連絡手段では無線連絡が手っ取り早く、1機関60万円程度のコストで行える防災総合無線は現段階での有効な手段ではないかと考えられる。

本件に関しては、各県での連絡手段・運用方法についてアンケートをとり、それを一覽に纏め各県へ配布することで了承された。

【主な意見】

福岡：現在活用しているメール配信サービス

は、300件以内で役員を中心に登録している。実際の現場に想定した訓練的なものは行ってない。

また、地上デジタル放送を使って救急医療情報の放送をNHKとNTTで準備を進めているところである。

沖繩：本県では、携帯電話での緊急時優先回線の導入を検討しており、現在詰めている段階である。

また、福岡のメール配信サービスの操作性についてお伺いしたい。

福岡：現在のところ安否情報の返信等、一応の操作はできている状況である。

佐賀：平成15年に災害時医療マニュアルの作成と同時に救急医療情報システムを立ち上げた。現在、8割の医療機関が登録しているが、県内全医療機関の登録が望ましいと考える。

(2) 九州・山口各県の災害時医療救護支援体制整備について（福岡県）

福岡県医師会より、標記の件について、九州主管部局長及び九州各県医師会長との間で行われる合同会議で提案しているが全く進展がないので、今年の9月頃を目処に結論づけていただきたいとの提案があった。

本件については、各県とも同様な意見であり、行政と一体にならなければうまくいかないということを確認し、早急に結論づけていく方向で了承された。

また、身分保障の面で各県がバラバラでは扱いにくい事が考えられるので、日医の方で、全国で適用できるような身分保障等をご検討いただきたいとの要望があった。

【協定未締結の県の進捗状況】

沖 縄：地域防災計画の整理が不十分であるので、それらを整理しつつ協定締結に至りたい。

宮 崎：県内での締結は済んでいるが、県外については調整中。

鹿児島：一昨年に起こったトッピー事件の

際、海上保安庁との取り決め事項が一切なかったため、情報の集約一元管理が不十分で、指揮系統が統一されず、混乱を招いた。災害時には指揮命令系統及び情報発信の一元化が不可欠であり、行政との一体化が重要である事を認識しつつ準備を進めている。

【日医石井常任理事よりコメント】

福島県では出勤の際に準公務員扱いにしており、セーフティネットの面等において、公的活動に参加するという枠組みで行うことが重要である。

また、広域の協定については、一つの県が、隣県と協定を結んでいけば、その中の枠に入っていくという形をとれば各県で同様な協定が適用される。

更に、ヘリが導入されるということは、益々ボーダーを越えることになる。また、地域MCとの取り合い、それをもっと広域化する時の手法等が今後問題になってくると認識している。

(3) 小児救急医療の整備に向けて（沖縄県）

本会から提案のある標記の件については、「鹿屋方式」・「川内方式」を採用している鹿児島県医師会より、広域システムの構築による問題点について、次のとおり説明があった。

広域システムを構築することにより、①患者が増加する。②患者の増加に伴うスタッフ（医師・看護師等）への負担が増え、疲弊困憊を招く等の問題が生じる。これら総合的な問題を解決しなければ医師確保等の面においても影響が出る。

また、男女医師の割合が、昔は9対1であったのに対し、現在、鹿児島大学での割合は2対1である。卒業生人数は変わらず、労働量が増え労働力が減っている。

これらの10年前と現在の比率や労働時間等を日医総研でデータとして出していただき、エビデンスを持って、医学生入学数の増加や医師確保の面等で交渉を行っていただきたい。

【日医内田常任理事よりコメント】

実際の労働時間については、直近の調査は実施している。1人あたりの平均労働時間が約68時間となっていて、労働基準法で規定されている時間を遥かに上回っている。

中には、週に140時間働いている人もおり、労働量が明らかに増えており、負担が非常に大きいという状況である。

10年前のデータについては、恐らく統計資料がないかと思われるので、今後、具体的な検討の中でデータを出していきたい。

【主な意見】

熊本：平日・休日夜間の救急診療については、我々医療担当者としては社会的義務であると認識している。しかし、我々がどれだけ疲弊しているかを何らかの形で国民へ訴えるべきである。

沖縄：準夜帯への集中度が医師への疲弊を招いている。小児の医療は、小学校以下は小児の専門で良いと思うが、それ以上を内科小児科や救急医療、プライマリ・ケアを行っている医師が診るような体制を作っていかなければならないと思う。

本県の救急医療は、県立病院が中心に行っているため救急の壟回しがなく殆どうまくいっている状況であるが、集中度が増しているため解決策を検討していかなければならない。

(4) 周産期医療ネットワークの構築状況について (佐賀県)

標記の件については、予め回答いただいている各県の①産婦人科もしくは産科を標榜する医療施設数、②①のうち実際に分娩が行われている医療施設数(分娩実施率)を確認いただき、佐賀県医師会、宮崎県医師会及び長崎県医師会より周産期医療センターの状況について以下のとおり説明があった。

また、長崎県医師会より、①産婦人科もしくは産科を標榜する医療施設数79、②①のうち実

際に分娩が行われている医療施設数(分娩実施率)62(78.4%)との追加報告があった。

【佐賀県医師会】

佐賀県では、8月に全産婦人科医師を対象に緊急のアンケートを実施した。アンケート調査結果によると、10年先の状況が散々たるもので、産婦人科医師が半減する傾向がみられた。

また、全国で周産期医療センターがないのは8県で、その内の4県が九州である(佐賀県含む)。

しかし、佐賀県は、周産期死亡率が全国で一番低いことから、同センターがなくても、隣県(佐世保・久留米)の応援をいただきながら、結果を出している状況にある。

【宮崎県医師会】

宮崎県は、地域に根づいた拠点病院が二次医療病院として機能しているが、そのような中核病院を充実させることで、周産期死亡率を低くする体制ができている。必ずしも総合母子センターは必要ではなく、田舎の県においては、地域に根づいた拠点病院を充実させた方がはるかに良く、結果を出している状況である。

そのようなことから、本県においては、地域分散型の産科医療体制を貫くということを決めた。改良面としては、拠点病院に医師を集約させ、二次医療施設から一次医療施設へ応援を送ることで救命率の向上を図る。

また、宮崎大学より、産婦人科と小児科が連携した医師養成プログラム作成のための予算をとっていただいております。将来の医師育成あるいは産婦人科・小児科医師の確保に努めていただいている。

【長崎県医師会】

長崎県では、国立医療センター長が熱心に総合周産期医療センターの設置に取り組んでいる。3,000万円を投資しハード面を整備したが、医師の確保には不足をきたしている状況である。

【日医今村常任理事よりコメント】

周産期医療については、他の分野に比べ、なお一層地域の事情がある。中央で策定した計画

が必ず一致するものではない。

また、総合周産期医療センター未設置の県で実績を証明しているの、厚労省にも画一的な整備はやめていただきたいと申し入れている。

(5) 災害医療シミュレーションキット・エマルゴトレーニングシステム導入について (長崎県)

(話題提供)

長崎県医師会より、標記トレーニングシステムについて、次のとおり話題提供があった。

—昨年に県で災害医療シミュレーションキット・エマルゴトレーニングシステムを購入した。同システムはスウェーデンで開発され、災害の規模や種類が選択できる。また、割と安価である(150万円)。できれば各県でも同システムの導入を検討いただきたい。昨年12月に行った訓練内容の紹介があった。

(6) ドクターヘリ運航について (長崎県)

標記の件については、長崎県より本県では12月1日よりドクターヘリの運航を開始しているが、すでに運航している県で運航の活動状況や問題点などがあればお伺いしたい。また、国会では、全国にドクターヘリを整備しようという事があるので日医にお伺いしたい旨の提案があった。

【日医石井常任理事のコメント】

ドクターヘリに関しては、既に議員立法による促進が与党内で検討されている。日医の救急委員会でも議論し、それを基に折衝した。昨年度の最後の国会で上程されるかどうかであったが時間切れになり、来る1月25日の通常国会の冒頭処理を予定しており、現在進行中である。

ドクターヘリの法制化については、法律で補助金の枠が既に決まっている。

法制化に関する課題としては、①医師会によるドクターヘリ事業の整備指針(国)、体制整備計画(都道府県)への関与、②メディカルコントロールの確保、③ドクターヘリの運用費(航空会社への委託費、医師等の人件費等)の負担財源、以上の3点を取り纏めた。

なかでも、健康保険財源による運用費の負担は、絶対に認められないとしている。ただし、3年後に見直しを行うことになっており、それを中医協で見直すということに対しての反対意見がなかったの了承したものとみている。

中医協で見直すことにより、医療費の中身の運用や公費・基金による財源の拡大が図れる。

【福岡県医師会】

医師会としての注意事項としては、運航調整委員会へきっちりと意見を述べ、消防・地域医療機関等との連携を良くする必要がある。

活動実績では、病院間搬送から現場出動ヘシフトしているが、病院間搬送とオーバートリアージの問題をきちんと協議しておかないと非常に動きが悪くなる。

その他、構内のグラウンドへ着陸した際に砂塵の問題で地域住民から苦情があり、パイロットから芝生のある所が望ましいとの意見をいただいている。

また、全国に配置された場合の境界線については、日医で検討いただきたい。

【長崎県医師会】

実績を報告すると12月で18件、1月は、15日現在で12件とこれまで30件の搬送例がある。また、高速道路への着陸については認可が下りていないが早急に折衝したい。

長崎県では離島が多く、ヘリを要請する過程が曖昧であるが、説明会では県行政が柔軟に対応するとの回答を得ている。また、隣県に対しても対応できるよう努めるとの回答を得ている

(7) 地域における救急医療の取り組みについて (熊本県)

熊本県医師会より標記の件について説明があった。

熊本県では、平成13年に92の救急告示医療機関があったが、5年後には78機関に減少している。減少した医療機関は全て会員の施設で、減少した理由として、①大学からの若い医師の引き上げ、②救急車で搬送が公的医療機関に

偏っているの2点があげられる。対策として何かあればお伺いしたい。

【佐賀県医師会】

救急救命士が増えており、患者をどこに運んだら良いか把握している。

【大分県医師会】

一番問題なのは、専門志向が増えていることである。大分県では、一次救急医療機関から、二次救急医療機関が見て欲しいとの意見が出る等、患者も医療提供側も昔の一次救急の感覚が変わってきている。

【日医石井常任理事のコメント】

解決策はないが、事象としては、昔の一次、二次、三次という予算で地域の救急医療体制を整備したという概念は政府にもない。患者の意向で自分の行きたい医療機関を選ぶようになっている。よって、コンビニ救急の問題、医療提供体制とのマッチングが取れていない等の問題が出てくる。

そうすると、救急の理想数の再配度というのは、再配置、場合によっては集約化あるいは別の形をいろいろ考えなければならない。

宮城県仙台市のある休日夜間診療所では、小手術ができる体制を市内2箇所に設置し、財団化している。そこでは一年間で黒字になり、市役所へ返金している状況である。

現場そのものが変わりつつあり、それに合わせる方向は幾つかあるかと思われるので、救急委員会で検討しながら問い合わせには答えられるようにしたい。

2. 次期医療計画

- (8) 次期地域医療計画の見直しについて (福岡県)
- (9) 地域医療計画の見直しと医療費適正化計画との関係について (大分県)

標記2題については、一括して協議が行われた。

地域医療計画については、なかなか中央から情報がなく、県行政に聞いても全く上からの情

報がないとのことである。各県の状況をお伺いしたい。

〈各県進捗状況〉

長 崎：昨年度、医療機能調査を行い、同医療計画を策定した。また、各疾患毎の医療提供体制も作成した。今後はそれらの具体化に照準を絞って検討する。

熊 本：同じ土俵で検討できるように4つの検討会を設置した。細かな進捗状況は未だ分かってない。

鹿児島：県民の意識調査及び医療機関の機能調査を実施している。

また、地域ケア整備構想等、国の指針通りにはいかないのではないかと。

佐 賀：医療機能調査を1～2月に実施。県主導でやりたがるが、医師会でブレーキをかけ、会員に苦情が出ないようにしている。救急医療ネットワークと連動させて行っていく。主な疾病事業は委員会の中で、来年4月までに間に合うように、現在の救急医療ネットワークを会員並びに県民に分かりやすくインターネットに載せる。会員から不安感を抱かれているため、地区医師会で十分に議論して県医師会で協議している。また、行政と医師会が歩調をあわせて行っている。

宮 崎：様々な事情で遅れている。基礎的な調査も今からで、行政もあせっている。何とか国の指針に則って仕上げたい。

沖 縄：本県では県医師会の担当理事が保健医療計画策定委員会の委員長を務めている。今後、アンケート調査を元に策定を行っていく。

大 分：問題点として、①会内的な取り組み、②会外的な取り組みがあげられる。医療審議会や医療費適正協議会等へ医師会がどのように参加して

いるか。何が問題視されているか。それらについて、アンケートを行ったら如何か。出来れば、一つにまとめて各県に提示した方が良いのでは。また、日医への要望として、「医療費の問題」、「地域での在院日数等、細かいデータを入手する方法」、「保険者協議会へのオブザーバーでの参加は直接的な意見は言えない。方法として知事を使ってできるか。」お伺いしたい。

【日医内田常任理事のコメント】

都道府県別の在院日数のデータはあるが地域別でのデータはない。

保険者協議会への参加については、基本的には、メンバーの同意があればよいとの事である。ただし、最終的な権限は知事にある。

(10) 7対1看護の届出状況及び医師会立看護学校の進路状況について (佐賀県)

標記の件については、資料を参照いただくことで了解され、1月17日に提示された「看護職員の需給に関する調査—2006年10月調査—速報版」を基に、日本医師会内田常任理事より、次のとおり概ね、調査結果で得られた課題についての説明があった。

本調査は、中医協で発表したものであり、日医から調査結果を提示している。

調査対象は、全国3,185病院に対する抽出調査及び看護学校養成所全数調査とした。

回答率は、病院2,091 (回答率65.7%)、看護学校養成所1,014 (回答率77.4%)であった。

調査結果から得られた課題として、以下のとおり述べられた。

- ①看護配置基準の引き上げは、段階的に行うように方向修正すべきである (激変緩和)
 - ここ1年半の間に、急激な基準引き上げが予定されている。
 - 看護配置基準達成のため、一般病床2万床以上の閉鎖も検討されている。
 - 病棟・病床を閉鎖しても、今後1年半の間

に看護職員約7万人の増員が必要であるが、近年の就業者数増加分は、病院以外も含めた全てで年約3万人である。

- 都市部の病院からの求人が増えており、給与面で国公立病院に水をあけられている民間中小病院では、経営が成り立たない。
- ②早急に准看護師養成策を見直すべきである
 - 看護師・准看護師不足の背景の一つは、准看護師課程卒業生数が激減していることにもある。
 - 病院は看護配置基準の引き上げのため、診療所の准看護師もターゲットにしかねない。地域の診療所で深刻な准看護師不足が起きる。

(11) 地域・職域連携推進協議会の設置について (鹿児島県)

標記協議会の設置状況については、各県既に設置済み、あるいは今年度の設置を予定している。

(12) 糖尿病対策推進会議の設置について (熊本県)

標記会議の設置状況については、各県既に設置済みである。

活動状況として、市民公開講座の開催や研修会、講習会等が行われている。

(13) 医療連携体制推進事業の進捗状況について (佐賀県)

標記事業の進捗状況については、基本的に各県とも国が示した4疾病5事業について、今後検討されるものとしている。

【日医内田常任理事よりコメント】

国が基本指針を策定し、それに則って行っていくことになる。ますます医師会の役割が大きくなっていく。

日医としては、地域の医療資源を的確に把握するために調査し、情報提供を行っていくつもりである。

あくまで、医療費抑制にもっていくのではなく適切な医療提供体制を築いていくことが目的である。

(14) 医療機能情報の公表について (宮崎県)

標記の件について、提案県（宮崎県）より、国の示した公開項目が本当に必要なのか疑わしいものまで含まれている。ある程度の情報公開は必要だが、厚労省のみでなく、医療サイド、医師会サイドで自主的に作成したものを公表してはいかかがか、日医の見解を伺いたいとの説明があった。

【日医内田常任理事よりコメント】

東京、北海道が実際に医療機能情報の公表を行っているので、それに基づいた項目があげられている。項目の変更については、今からでも変更可能であるので、日医の立場から修正を依頼する。

(15) 終末期医療について (佐賀県)

佐賀県医師会では、7月に委員会を立ち上げ、佐賀県における地域性を考慮した終末期医療対応ガイドラインについて、検討を続けている。国や日医において考え方が示される前に理論を整えておく必要があり、何らかの方向性を示せばと考えているとの説明があった。

本件については、佐賀県医師会のガイドライン（案）をもって進めていくこととした。

なお、ご意見や情報等があれば、佐賀県医師会へ連絡することとなった。

印象記



副会長 玉城 信光

いつもながら福岡を除いて九州各地へは揺れるJRの中での旅である。車酔いをしながら大分に到着である。大分全日空ホテルで下記の膨大な議題を玉井理事と二人で議題提出と協議を行ってきた。

1. 大規模災害、自然災害時の連絡体制の整備に関して、玉井理事の議題提出であった。
2. 九州・山口各県の災害時医療救援支援体制の整備についてもこれまで協議が行なわれているが、行政との関係もあり早急に期限をきめて確立したほうが良いであろうとのことである。
3. 災害医療シミュレーションキット・エマルゴトレーニングシステムを導入して活用した長崎県からの話題提供があったが、沖縄県では那覇空港災害救援の演習を毎年行なっているので、沖縄が先行していると思った。
4. 小児救急の問題に関して私が議題提出した。鹿児島方式では一次救急を一般輪番制で担当し2次基幹病院に転送するようにしてうまくいっているが、そのために逆に救急の患者さんが多くなり、小児科医の疲弊状態を招いているとのことである。準夜帯の救急受診者の解消が行政上げての問題である。
5. 周産期医療ネットワークの構築状況についての報告があった。宮崎県では周産期医療に関して、これまでの取り組みのおかげで周産期死亡率が全国でも最低を記録しているので、これ以上の集約化は必要ないと答申したら、宮崎県は周産期医療に関して何もしない県であるとテレビ報道になったといわれた。沖縄県でも周産期医療に関しては県立病院などを中心に確立されているので、これ以上の集約化の議論は起きないであろう。各県の産婦人科標榜の医療機関で実際にお産を扱っている医療機関の調査があった。沖縄の出生率の高さを反映してか沖縄の産婦人科医は80.6%がお産を扱っているのである。

長崎 (62/79:78.4%) 熊本 (44/84:52.4%) 福岡 (101/199:50.8%) 鹿児島 (52/86:60.5%)
 佐賀 (報告なし) 宮崎 (45/75:64%) 沖縄 (75/93:80.6%) 大分 (40/62:64.5%)

6. ドクターヘリの運行に関しては長崎や福岡が先行している。沖縄県でも真剣に討論されなければいけないであろう。
7. 救急医療の取り組みも沖縄県は充実していると思うが、医師の疲弊や離島の医師確保など問題は山積している。
8. 次期医療計画については各県とも医師会が積極的にかかわる必要があるとの認識で一致した。
9. 7対1看護の届出状況と医師会立看護学校の進路状況について
10. 地域・職域連携推進協議会の設置について
11. 糖尿病対策推進会議の設置について
12. 医療連携体制推進事業の進捗状況について
13. 医療機能情報の公表について
14. 終末期医療について佐賀県では日医のガイドラインが出来る前に独自にガイドライン作りをしており、まもなく完成するとのことであった。出来上がったら各県に配布して欲しいとの要望があった。

盛りだくさんの内容で2時間以内に収まりきれないが、多くの課題に対して日医での政策が必要な部分もあり、出席した日医の理事から積極的に取り組んでいく旨の発言があった。

各地区医師会にあっても九医連に要望があればどしどしあげて欲しいと思う。大分の九医連の担当もあと1回である。

印象記



理事 玉井 修

大規模災害や自然災害時に於ける九州山口各県の協力支援体制に関して、特にその初動時における連絡体制が各県によってバラバラであります。ダメージを受けたライフライン、基地局そのものが被害を受けた場合の連絡体制、特に回線が混雑した場合には通常の携帯電話回線はほとんど使い物にならなくなるという事はこれまでの自然災害時に既に明らかとなっている事であります。

緊急事態において、医療救護活動を円滑に、効率的かつ安全に行うためには連絡網の整備と各地区医師会との申し合わせは非常に大切になってくるものと思われまます。携帯電話回線の災害時優先回線の利用、メールの活用、防災無線の使用など様々な方法が考えられますが、それぞれに利点と欠点があるように思われまます。維持費、災害時に於ける信頼性、使いやすさなどを総合的に考えて最も適した通信手段を今後検討していきたいと思ひまます。

今回の会議において福岡県医師会から説明のあったメール配信サービスを利用する方法は一度に多くの情報を伝達でき、効率的に思われる反面、操作性に関してやや疑問が残りました。長崎県医師会より説明のあった防災無線の利用は確実かつ双方向性が期待できる反面、維持費が高いのが難点の様でした。緊急情報の手段も重要ですが、この情報を医師会側だけでやりとりするのではなく県や市町村との共有をどのように成し遂げていくかも大きな課題です。

いずれにしてもまだ切り札的な方法があるわけではなく、各県で手探りをしている段階のようです。各県の取り組みや問題点などを今後アンケートという形で収集することを確認しました。

2. 高齢者医療対策協議会打合せ

副会長 小渡 敬
常任理事 大山 朝賢
理事 今山 裕康



会場風景

議 題

1. 診療報酬関連

診療報酬改定に対する要望取り纏めの前倒し開催について（沖縄県）

【提案主旨】

例年九州医師会連合会として診療報酬改定に対する要望を取り纏めているが、取り纏めに時間を要し提出した時期は中医協での検討半ばになってしまった。

このような状況では、日医の方針決定にどれだけ反映されているか甚だ疑問である。

従って、平成20年度改定にむけて要望の取り纏めを前倒しして開始し、早期に要望を提出することで日医の方針決定に反映させたいと考える。

各県の意見を伺いたい。

【補足説明】

平成17年度の九医連は本県が担当し、医療保険対策協議会において平成18年度診療報酬改定に対する要望書を取り纏め提出したが、中央では既に診療報酬改定作業が進んでおり、提出した要望書が実際に検討されたかどうか疑問であるとともに空しさを感じた。

次回、平成20年度診療報酬改定に向けて、要望書の取り纏めを早期から行い、日医の方針決定に反映させたい（沖縄県）

【各県の回答状況】

※貴見のとおり。同意・・・7県（全県）

長崎県…改定から9ヶ月、現場で不合理、要望が揃っている。

福岡県…毎回6月の開催の医療保険対策協議会の開催時期の変更（検討）

佐賀県…協議会を前倒しして開催し、早期に日医へ要望を。

宮崎県…診療報酬改定前年度8月頃までに、日医の要望を取りまとめる必要がある。

【主な追加発言】

- ①中央では6月頃に大枠がほぼ決まっているおり、あとはパズルのようにその隙間を埋めていく作業である。本ブロックでの取り纏め作業は3月頃から開始し、6月には要望書を提出することでどうだろうか。また九医連から日医に対し、中医協へ早めに要望を出すように促してはどうか。これまでと同様な過ちを繰り返してはならない（鹿児島県）
- ②今回の療養病床やりハビリ等の問題については直前にならないと分からず、早い段階で要望書に取り入れることは不可能であったと思われる。改定については様々な問題が発生することが考えられ、要望書を取り纏めるタイミングは大切であると考え（福岡県）

【座長・大分県新森先生】

早期に要望書を取り纏め、日医へ要請を行う件については各県とも一致している。平成20年の診療報酬改定に向けて、要望書取り纏めは早期に行うことにし、その時期については平成19年度の担当県である長崎県へ一任したい。

2. その他

個別指導における投薬、処置、理学療法等について（長崎県）

【提案主旨】

最近、個別指導の際に診療記事のない日の処方、処置、理学療法が無診察診療と解釈され返還を要求されるようになった。

従来、暗黙の了解として認められていた事であるが、九州各県の状況を伺いたい。

【各県の回答状況】

鹿児島県・佐賀県・宮崎県・大分県…そのような理由での返還は求められていない。

福岡県…程度によって自主点検の上、返還が求められる。

沖縄県…カルテに記載がなければ返還になる。（但し処置伝票、理学療法の記録でも可）カルテの記載が医師法、療担規則で義務付けられている（記載について厳しく指導される）

大分県…個別指導で記載について指摘、指導を受けている

熊本県…医師の対面診療のない場合には、算定できないとされている。個別指導で記載の要件を満たしていなければ、自主点検・自主返還

大分県…診療内容の記載は請求の根拠であり、必要事項を記載することが基本。

福岡県…日常より集団指導で保険診療の基本について、会員へ指導することが重要。

熊本県…会員に常に広報誌か講演会を通して、レセプトの記載や整備について注意を喚起している。

沖縄県…医療情報開示の視点でカルテの開示は不可欠であり、必要最小限はカルテの記載が必要。それが医療に対する不信感を払拭する。会員にはカルテの記載を徹底したい。

【主な追加発言】

①カルテに診療内容が書かれていなければ自主返還となる。

今回社会保険庁が解体される事に伴い、九州地区は九州厚生局が管轄に当たると考えられるが、今後、全国で厚労省の考え方どおり画一化されないか危機感がある。

②本県でも同様に個別指導の際に診療内容の記載のないものは無診察診療として指摘されるが、すぐに返還ではなく、当該医療機関に対して一年後に改善されたかどうかを確認するための個別指導を行ない、改善されていればペナルティーなし、改善無しだと返還という「再指導スタイル」を取っている（佐賀県）

③本県では、診察を受けていないにも関わらず

診察料金が含まれているとして、患者さんからの領収書に関する情報提供が個別指導に繋がっており、1ヶ月の個別指導総件数の大半がそれにあたる。

また、保険診療に求められる・望まれる記載方法に関する研修会が少ないように思われるため、本県では試みとして毎回の個別指導における指摘事項を会報に掲載しているほか、過去5年分の個別指導内容をまとめ会員へ情報提供し啓発を図っている。

今後の試みとして、審査は各担当官で差があると思われるが、診療録の記載方法・モデル・マニュアル等について検討したい（熊本県）

- ④本県でも熊本県同様、記載方法についてモデルを作り、パンフレットにして講習会の際に会員へ配布している（鹿児島県）

【座長・大分県新森先生】

診療内容の記載は診療報酬請求の根拠であり、必要事項を記載することが基本である。

記載のない診療報酬請求はなく、今後、このようなことが続けば、医師の信用に関わる問題になるので、会員へ対する指導は大切であり、継続していただきたい。

○第3回日医介護保険委員会報告（日医介護保険委員会 副委員長 嶋田 丞）

大分県 嶋田副会長より、平成18年11月2日（木）日本医師会で開催された標記委員会について資料に基づき報告が行われた。



3. 高齢者医療対策協議会

副会長 小渡 敬
 常任理事 大山 朝賢
 理事 今山 裕康



会場風景

挨拶

竹嶋日本医師会副会長より、概ね次のとおり挨拶があった。

高齢者医療制度については、医療全体にとっても、また国民にとっても大きな問題であり、日医でも喫緊にプロジェクトを立ち上げ対応していかなければならないと考えている。本日の協議内容を持ち帰り日医でも検討させていただきたい。活発な議論をお願いしたい。

協議

1. 高齢者医療制度について

(1) 後期高齢者医療制度について

(熊本県)

本件に関しては、運営主体として都道府県単

位で広域連合を設立し、平成20年4月からの実施に向けた具体的な検討がなされている。

本制度の実施に伴い、後期高齢者は介護保険料と併せて、新たな保険料負担が年金から天引きされることとなる。また、今まで保険料徴収の対象ではなかった健保の被扶養者も対象となり、押しなべて多大な負担を強要することとなる。

本県においても、保険料の設定について検討されている段階であるが、県民に対する十分な説明と意見の集約から検討することも必要であろう。地域の特色が色濃く反映されるため、あまりに高い設定とならないよう県医師会がしっかりと関与し、県行政あるいは広域連合に対し意見を述べていくことが重要であると考えている。

各県のご意見をお伺いしたい。

また、本制度において、介護保険制度に倣い給付額の上限が定められるようなことがあれば、医療の制限、抑制に繋がり必要な医療を受けることができない状況にもなりかねない。

このことについて、日医の見解、現在の状況をお伺いしたい。

(2) 後期高齢者医療制度の創設について (福岡県)

社会保障審議会の特別部会では「後期高齢者医療制度」について、外来、入院や在宅医療、医療と介護の連携、また終末期医療等について検討されているが、「病院の領域」から「地域コミュニティー」へ、「治す医療」から「生活を支える医療」へ等が伝えられている。

「必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その心身の特性等にふさわしい診療報酬体系の策定」や「保険料の基準は、その負担が過度にならないよう十分な配慮」を示した先の通常国会の「附帯決議」の精神に沿って、「かかりつけ医の普及」、「在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療の推進や包括化によらない配慮ある診療報酬体系」などについて、日医は積極的な問題提言と後顧の憂いのない、心優しい制度構築に向けた努力を期待し、要望するものである。日医の見解と各県のご意見をお伺いしたい。

上記の2題については関連している為、一括協議を行った。

【補足説明】

現在、熊本県では、行政の窓口と郡市医師会の先生方との情報交換として後期高齢者制度をめぐるプロジェクトチームを立ち上げ、都道府県の広域連合が保険者になることから行政との話し合いの場を作って活動中である(熊本県)

後期高齢者制度について大きく分けると制度の問題と診療報酬の問題に分かれると思う。質問では付帯決議(4)(5)で記載されている「患者さんの負担にならない制度」となるよう

に政策を考えていただきたいとして、制度について取り上げた。

診療報酬の問題に関しては、国保中央会から「かかりつけ医を大切にする」という内容の案が出されている。日医はかかりつけ医について「一般の開業医の先生が患者さんを診て、そしてそれを病院に送るというシステムを考えている」と記者会見で発表しているが、これは皆保険制度の「いつでもどこでも誰でも」というようなフリーアクセスが削られることになり、大きな問題ではないかと考える。また、もし診療所だけが初診可能となると、日本では中小病院が多いが、この辺のアクセスがどうなるのかということも大きな問題となる。日医はこの件について十分にご検討していただき、最初のアクセスが診療所だけになるのか、中小病院についてはどうなるのか等、もう少し細かくご説明いただきたい。

最後に、福岡県では広域連合の規約、また人員についても決まっておらず、まだこれからという段階である(福岡県)

【各県の回答状況】

※高齢者の医療は「病院の領域から地域コミュニティーへ、治す医療から生活を支える医療へ」が検討されている。

※附帯決議の精神に沿って、「かかりつけ医」を普及し、在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療の推進を図る。

※国の施策は在宅医療であり、医療の中心を医療機関から在宅へ移した医療費削減である。しかし、地域においては基盤整備がされてなく、療養病床再編の問題の解決、高齢者家族の経済的、身体的な負担の増大などがあり、直ぐには国民に受け入れられない。医療機能も診療報酬引き下げで低下しており、将来的には介護保険との一本化も懸念される。

※保険料について

保険料は介護保険と同じように年金からの天引きでは強制的な徴収であり、高齢者の生活を脅かす。高齢者の保険料負担の増加に対し

て十分な説明、意見の集約を図り検討する必要がある。

※給付について

医療の制限、抑制により必要な医療は受けられなくなるので、包括によらない診療報酬体制を。

※医師会が高齢者の側に立ち、高齢者医療制度に関わり、県行政、広域連合へ意見を述べていく。都道府県に中医協と同様の機能を持つ協議会の設置が考えられるので、県医師会は積極的に働きかけるべき。

【日医・竹嶋副会長】

福岡県からの質問に対して、かかりつけ医については「診療所」ということであったが、日医では中小病院の先生方についても頭に入っている。元々「かかりつけ医」については日医ではまだ定義しておらず、学術推進会議の一つの大きなテーマとして諮問中である。また地域医療対策委員会においても「かかりつけ医機能」について検討をしている段階である。

2. 在宅医療関係

(3) 地域での自立支援（在宅医療を含む）体制の構築について（熊本県）

これからの高齢者中心の医療・介護の在り方について、医療保険・介護保険の方針で在宅医療・在宅介護を中心に自立支援が推進されようとしている。

しかし、地域における支援体制は構築されておらず在宅医療サービス・介護サービスにおける医師及び医師会の役割も充分ではない。

今後の地域支援体制の整備が急がれる状態と思われる。

(4) 施設入所者に対する今後の医療提供について（福岡県）

現在、介護施設等のあり方に関する委員会において老健、特養の役割や機能を全面的に見直すことを含めて将来像が検討されている。

特にこれら施設入所者に対する医療サービス

の適用範囲や、医師・看護師の配置基準の見直しが重要課題となっている。

従来、これら施設における医療提供については多くの制約が課せられていた。今後、療養病床より、医療度の高い入所者を受け入れるには問題が多い。

これら介護施設入所者にも必要かつ十分な医療サービスが提供できる仕組みを具体的に日医より提案する必要があると考える。

各県のご意見並びに日医の見解をお伺いしたい。

(5) 在宅重介護者に対する医療体制の整備やその介護者の介護疲れ軽減のための取り組みについて（宮崎県）

2006年7月1日に施行された療養病床慢性期入院基本料の改定及び2012年に予定されている介護療養型医療施設の廃止に伴い、医療区分1に分類される患者さんを中心に退院を迫られ、在宅療養を余儀なくされるケースが多数発生するものと予想される。

厚労省では、これらの方々の受入先として老健施設、特定施設及び在宅等を予定しているが、現状では医療的管理が十分とはいえない状況である。特に、重介護者の入所を受け入れている特定施設などでは夜間の診療や入院受け入れなど、協力医療機関との連携が十分機能しているとはいえない。まして、在宅療養者であればなおさらのことである。

さらに、在宅介護の場合は介護者自身に対する心身両面での健康管理が重要な課題になると思われる。

各県の現状及び対応についてお伺いしたい。

(6) 認知症治療の中核的医療機関の整備について（宮崎県）

これからの高齢者問題の大きな課題のひとつとして、「認知症の予防、治療、介護」があげられる。

しかし、残念ながら当県ではその役割を担い、かつ一般医療機関を支援できるような中核医療機関の整備は不十分と思われる。

認知症の早期発見、専門的治療と介護、住民の啓蒙活動や支えあう組織作り等を積極的に展開するような体制作りに各県医師会としてどのような取り組みがなされているのか、現状をお伺いしたい。

(3) (4) (5) (6) は一括協議

【各県回答】

各県ともに、介護療養病床に入院されている患者の多くは重度の要介護者となっていることから、現在の老人保健施設や在宅サービスにおける医療提供体制や人員配置等では受け入れは難しいと考えるとの意見であった。よって早急に、かかりつけ医が継続して医療を提供できる仕組みを作ることが先決であるとされ、その為には地域医師会が中心となった各種介護サービス事業所等との連携システムが必要であることが示された。

また、認知症の予防、治療、介護にかかる課題については、長崎県、福岡県、鹿児島県、熊本県の4県において、県の委託を受け「認知症サポート医養成事業」が実施されていると報告され、佐賀県では認知症患者の早期発見、早期治療を目的とした医療機関のネットワークとして「もの忘れネットワーク」が設置され、認知症の対応が可能な医療機関のリスト作成等が行われていると報告された。

【日医コメント】

天本宏日本医師会常任理事より、「今後、当協議会のように医療と介護が一緒になって話し合うスタンスが非常に重要となる。」と述べられた後、療養病床再編に係る老健施設や在宅サービスにおける医療提供体制等についてコメントがあった。

天本常任理事は、「これからは施設という概念が、病院も含め箱で決まるということから個別サービスという形で利用者に必要な医療、介護、生活支援を提供するという方向に動きつつあり、住宅整備と施設整備がミックスした形で進もう

としている。」と今後の施設の方向性について述べ、具体的な施設機能については現在検討が行われているところであるが「これまで老健施設がもっていた機能は継続していかなければならない。これは老健協会並びに行政側も一致した意見である。しかし、介護療養病床が廃止されると、療養病床に入院されている患者の8割が要介護度4、5を占めており、このような重介護者をサポートする機能を老健施設に新たにもたさなければならない。この2つの機能がこれからの地域ケア体制整備に必要なものである。」と施設機能の再構築の必要性が示された。

【追加発言】

鹿児島県より、介護療養型病床は地域の実情によっては残す必要があるということをお我々は主張すべきであると追加発言があった。

【日医コメント】

天本常任理事より、「地域ケア整備構想は国ではなく各都道府県で策定されるため、各都道府県において主張していただきたい。このような意見は市町村や都道府県からも出されている、ただし制度上の法律は通っているという事実もある。」と意見された。

3. 地域ケア関連

(7) 地域ケア整備構想について

(鹿児島県)

療養病床の再編は、介護保険事業計画のほかに、都道府県の医療計画、医療費適正化計画とも摺り合わせて行う必要があることから、国は07年3月に地域ケア構想指針を策定し、各都道府県が07年の夏から秋にかけて、地域ケア構想を策定し、中長期的な地域ケア体制と、療養病床の転換計画を年度別・圏域別に定めることになっている。

本県では、現在、県が療養病床のアンケート調査を実施中（ほぼ9割以上回収済）であり、来月には検討準備会、その後、検討委員会を立ち上げていく予定である。

本整備構想は、療養病床の再編のいわば要になるものであり、慎重かつ、入念な検討が望まれる。

については、各県における検討委員会の構成メンバーや、策定の進捗状況と日本医師会の考えを伺いたい。

(8) 療養病床の再編に伴う地域ケア整備構想における医師会の取り組み (熊本県)

医療施設における病床数とその体制は非常に重要なことであるが、今回の療養病床の再編には現実とかなりかけ離れた計画のように思われる。

我々の医師会はこれからの高齢者医療の中の病床のあり方について正確なことを把握していく必要があると思われる。

(9) 地域療養支援病床の新設を要望 (大分県)

療養病床再編に見られるように、施設から在宅への流れが作られ、患者分類でも医療区分1の対象者は居宅での療養を迫られている。地域が居宅と位置付けられ、地域の在宅療養者の大幅な増加が予想されるが、現状は受け皿の整備は考慮されてなく多くの医療難民、介護難民が生まれる。

在宅では肺炎等の急性期の対応、終末期の看取りにも対応できる環境は整備されていないことから、地域での療養を継続する為には、これを支援する病床が必要となっている。それには地域療養支援診療所の病床や、既存の療養病床を活用し、地域医療を支援する機能を持つ「地域療養支援病床」の新設を要望したい。

各県のご意見、日医の見解をお伺いしたい。

(10) 療養病床再編にかかる療養病床の動向について (佐賀県)

厚生労働省は、療養病床38万床（医療療養25万床、介護療養13万床）を、平成23年度末までに15万床まで削減する方針である。

佐賀県における、平成18年4月1日から10月

末日までの療養病床の動向は【表1】のとおりとなっており、病床転換後の内訳は【表2】となっている。

各県における、療養病床の動向についてお伺いしたい。

(7) (8) (9) (10) は一括協議

【各県回答】

地域ケア整備構想を策定する委員会については、長崎県、熊本県、鹿児島県、宮崎県、沖縄県の5県においては、ある程度具体的に委員構成が定まっております、今後会がもたれる予定であることが報告された。（本県では、既設の「高齢者福祉計画策定委員会」を活用することが予定されている。）

また、各都道府県では「地域ケア整備構想」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」、「医療費適正化計画」が策定されることになっていることから、各県ともに地域ケア整備構想の策定に対し医師会として積極的に意見していくべきとの考えが示された。

大分県より提案された「地域療養支援病床の新設」については、各県ともに概ね在宅医療を継続する為に利用者を一時的に入院させる病床として“地域療養支援病床”の創設は検討する必要があるとの見解であったが、福岡県より、「療養病床再編後の15万床で本当に医療提供が必要な患者をカバーできるのか療養病床のあり方を見直すことが先決ではないか」との認識が示された。

療養病床再編にかかる療養病床の動向については、県によってデータ不足があり8県中6県の共通データで概算が行われた結果、一般病床は2.8%増加し、療養病床は6.4%減少していることが分かった。特に医療療養病床の減少が顕著であり、かなりの部分が一般病床へ転換していることが推測された。

【追加発言】

現在、熊本県と北九州市が“地域ケア整備構

想モデル団体”として先進的な取り組みを行っていることから、熊本県、福岡県よりそれぞれ報告があった。

熊本県

熊本県では、行政、県医師会、地域医師会等とで構成する熊本県地域ケア整備構想モデルプラン検討会議が発足されている。オブザーバーとして厚生労働省地域ケア整備に関する研究班、厚生労働省老健局地域ケア・療養病床転換推進室より参加していただいている。

地域ケア整備構想の策定については、各県と同様に療養病床アンケート調査を実施した。2月後半に全国のモデル事業の調査結果を公表することになっている。平成19年12月頃までに熊本県の地域ケア整備構想(仮称)を出すようになっている。

アンケート調査結果から、療養病床に入院されている患者について、医療区分1が半数を占めており、ADL区分の2が40%近くを占めている。また介護療養病床の74%を要介護4、5が占めているということが分かった。

療養病床再編後の転換先については、医療療養病床の86%が医療療養病床に留まる、1%がケアハウスに転換する、12%が未定と答えており、介護療養病床については、8.7%が介護療養病床として留まる、12.6%が老健に転換する、14%が医療用病床に転換する、残り半数が未定と答えていた。

今後、このような調査結果を踏まえてモデルプランを策定していきたい。

北九州市

北九州市では、北九州市地域ケア整備構想モデルプランの案が出ている。医師会の意見が十分反映させる部分は多くはない。一番注目するのが療養病床転換についてである。医療療養病床については、74.7%が医療療養病床に留まる、2.1%が老健施設に転換すると答えており、介護については、15.5%が医療療養病床に転換する、20%が一般病床に転換する、36.3%が老健に転

換すると答えている。このような現場の実態を認識していただくということが重要である。

【日医コメント】

天本常任理事より、地域ケア整備構想に係る具体的な内容については、「来る3月15日(木)日本医師会館において都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会を開催し、地域ケア整備構想について各モデル地域からご報告いただくことになっている。また地域ケア整備構想の指針を作成した方や厚労省にも話をさせていただく。是非ご出席いただきご議論いただきたい。」と述べられ、また、「地域ケア整備構想においては、都道府県内における地域差が顕著であり一律にできない。各地区の医師会の要望をお集めいただき、各地域で必要なサービスをきちっと主張していただきたい。」と医師会の対応の必要性が示された。

老健施設への転換が少ないことについては、「老健施設の今後の機能や人員配置基準が見えないので手を挙げられていないと考える。いざ老健をやろうとした時に枠がないと言われないうち注意する必要がある。」と意見された。

【追加発言】

15万床という数が表に出てしまって、15万床に削減しなければならないという雰囲気がある。そこを医師会として打破していただき、現場に必要な数はもっと多いということを日医に力を出していただきたい。(福岡県)

【日医コメント】

15万床は根拠のない数字である。また2月には中医協でも区分の妥当性について検討する。15万床というのは厚労省の希望数字、これを都道府県で割り振る必要は全くない。都道府県毎に主張をきちっと述べていただきたい。

【追加発言】

厚労省は療養病床を減らしたいのではなく、病床全体を減らしたいのではないか、実際に療

養病床を23万床減らすのは不可能である。(熊本県)

【日医コメント】

療養病床の再編というのは一般病床も含まれている。

以下、大分県が作成した「まとめ」より抜粋。

平成18年7月からの療養病床再編によって、医療機関は存続のため仕方なく、かなりの療養病床を一般病床に転換している。療養病床は、長期の療養を要する患者の安全弁の役割を果たしてきたが、このままでは、安全弁を失うと共に、単価の高い一般病床増加のため医療費の削減もできず、さらなるより厳しい削減策が実行されるにすぎない。

「地域ケア整備構想」は、転換先の準備も全くないまま行われる療養病床廃止・削減を正当化、妥当化するための方策として考えられたものであり、療養病床再編に対して見直し要求が全国から出され、中医協で検討されている段階で、積極的に関与するのは厚労省の案を医師会が推進することになり、問題が極めて大きい。現段階では、いざという時のために、資料を集め、医師会内での検討・準備に止めておくべきと考える。しかし、九州では、熊本県、北九州市が「地域ケア整備構想モデル団体」になっており、地域ケア整備構想モデルプラン検討会で両医師会に主導権を握ってもらうためには、また、都道府県が「地域ケア整備構想」を踏まえて「介護保険事業支援計画」、「医療計画」、「医療費適正化計画」を策定することになっており、無視もできない。

それでも、まずやるべきことは、今回の療養病床再編が国民を不幸にすることになると考えるのであれば、現場からデータを示して、見直しを強力に要求することである。それでも叶わない時のために、十分練った「地域療養支援病床」等の案を即座に提出することができるように準備しておく必要もある。そのためには、

今後も、各県が知恵を出し合うための十分な議論が必要である。

4. 診療報酬関連

**(11) 在宅療養支援診療所の訪問診療
～在宅時医学総合管理料の算定について(熊本県)**

高齢者医療では「かかりつけ医」と共に、在宅医療の中心的役割を担う「在宅療養支援診療所(在支援診療所)」機能の充実が期待されている。

熊本県でも約200の医療機関が「在支援診療所」の施設基準を取得して在宅医療を行っているが、その診療所が行う訪問診療で「在宅時医学総合管理料(在医総管)」の算定を巡って少なからず混乱が起きている。

社会保険事務局は、「在支援診療所」であっても「在医総管」1の「イ」又は「ロ」の算定は、症状が不安定で医学管理を要するもの、又は症状は比較的安定しているものの、病態の急変が予想される者で頻回の訪問診療を必要とする患者を対象とすることが求められ、それ以外は「往診及び訪問看護により24時間対応体制」を確保し患者にその旨の文書を交付しても、「在医総管」2の「イ」又は「ロ」に査定されている。

「在支援診療所」の主治医が、当該患者以外の患者に対し・・・「在医総管」2を算定する(点数表の解釈)は「24時間対応体制」を取る、取らないに拘わらず、同一の診療報酬となる不合理な体系であり、「その体制」を取っておれば患者の病態像に関係なく「在医総管」1が算定出来ると主張する意見もある。

日医の見解と各県の状況及びその対応についてお伺いしたい。

【補足説明】

在宅支援診療所の絶対的な要件は24時間連携体制ということであるが、在宅時医学総合管理料「2」について、24時間連携体制の必要はないということであれば、点数表の解釈には記

載しなくてもよいのではないか（熊本県）

【各県の回答状況】

※特に問題なく、青本の要件を満たせば可能。

（7県）

福岡県…医師が患者の状態判断できる。日医、社会保険事務局とも申し合わせ済み。

宮崎県…在宅時医学総合管理料の算定基準が厳しく、在宅療養支援診療所は少ない。

沖縄県…対象患者は“居宅において療養を行っている患者で、通院困難な者”である。

「1」か「2」の解釈は文書を提供しているか、いないかの差と解釈

【主な追加発言】

①審査会と社会保険事務局では話が異なるし、まずは審査会委員の先生方が査定しているので審査会に話を通さなくてはいけないのではないか。特にリハビリの問題でも脳卒中の後、6ヶ月後でもリハビリが出来る・出来ないで意見が異なり、最終的には審査会が認めるか認めないかの問題であると思われるので、まずは審査会との関係についても原因があるのではないかとと思われる（福岡県）

【日医・天本常任理事】

在宅時医学総合管理料の算定については都道府県ごとに差はあるが、概ね青本どおりであると思われるが、一度持ち帰らせていただいて検討したい。しかし、このような文章はどこにでもありと考える。

また都道府県医師会と審査会との関係については、各都道府県医師会から審査会に審査委員として出ていると思うので、先ほどのリハビリの問題に関しても全国がそうであったとしても、地域のリハビリ専門委員の意見を確かめたい。

（12）有床診療所の入院基本料（一般・療養）の設定について（長崎県）

急激な高齢化社会を迎える中、医療費削減を目的とした病床削減が行われ、その対応のため

介護施設整備を推進するとしているが、高齢者の増加に比例し介護施設では対応できない、医療が必要な高齢者も当然増加していくものと考えられる。

一方、これまで地域に密着した入院施設として地域医療に大きな役割を果たしてきた有床診療所は、一般病床、療養病床とも入院基本料の設定が極端に低い点数に抑えられていることから次々と無床診療所へ変更せざるを得ない状況にある。

このままでは、高齢者が入院医療を必要としても近隣に入院医療機関が存在しない、長期の入院待ちという事態が現実になり得ると考えられる。

国は有床診療所の役割をもう一度再認識し、存続可能な入院基本料の点数設定となるよう早急に対応する必要があると考える。

九州各県及び日医の考えと今後の対応を伺いたい。

【各県の回答状況】

※貴見の通り（7県）

熊本県…特に入院施設の未整備な山間、郡部で有床診療の果たす役割は大きい。

熊本県…日医は存続可能な診療報酬体系の設定と、地域密着の有床診療の活用に関係各機関に要望してもらいたい。

鹿児島県…無床化する診療所が増えている。それぞれの役割分担を再検討し、存続可能な点数設定を望む

沖縄県…有床診療の果たした役割は大きいのに、入院基本料は大きく減額した。看護要員の配置、医療安全、院内感染、褥瘡対策まで診療所に求められ負担は大きい

診療所は在宅医療の中心的役割を担うが、改定はそのような制度設計になっていない。果たすべき役割の十分な議論を

大分県…医療・介護難民が生まれ、重症化した在宅患者の受け皿はない。住民の身近で地域医療・介護に重要な役割を担う有床

診の入院機能は、地域医療の支援病床として重要。長期の療養に対応する必要があり、入院基本料の評価が必要。

【主な追加発言】

①7：1の看護師確保問題のしわ寄せがここに出てきている。

患者側に立った「手厚い看護」は医療の理念であるが、看護師を確保する為には大病院と同等な採用条件を出さなければならなくなっている。

人件費の問題から診療報酬の引き上げを提案できるのではないかと（鹿児島県）

②日医、厚労省のスタンスがそれぞれに異なる。全ての保険点数改正は病院中心に行われそこで決まったことを有床診療所に準用されていると思われる。

また殆どの病院は人口の多い都心部にあるが、有床診療所は全国津々浦々、医師一人で看護師を抱えてやっている。日本の医療の原点である。もう少し有床診療所の方に重きを置いた考え方を日医、厚労省にも持ってもらいたい（長崎県）

③一般病床と言うのが大都会の大病院と地域の田舎の一般病床とでは意味が異なる。地域性にあった点数配分をしていただきたい（佐賀県）

【大分県・新森先生】

有床診療所は地域に根ざしたものであり、それぞれの地域性により点数配分を行うべきである。

また近い将来、療養病床廃止に伴う療養難民の受け皿になるのは有床診療所ではないかということで、今のような低い点数では到底やって行けない。実際、本県でも療養病床を出したが、在宅では診れないという患者さんを有床診療所が犠牲となって診ている状況となっている。是非、入院基本料を引上げていただくよう強く要請したい。

【日医・竹嶋副会長】

日医としては極めて重大に考えている。昨年4月に執行部に就いた際にプロジェクトを有床

診療所に関する検討委員会に昇格させ、そのなかで検討中である。おそらく3月中には中間報告が出せると思う。基本的には長崎県、佐賀県の先生方がおっしゃったとおりである。大都会と地域の医療のあり方についてもっと触れるべきであり、持ち帰って検討したい。

（13）訪問看護及び訪問リハビリテーションは医療保険で統一を（大分県）

訪問看護及び訪問リハビリテーション（以下訪問看護等）は医療保険、介護保険の両者から提供されており、一般には介護保険が優先して算定することになっている。

現在、療養病床の再編や患者分類の医療区分により在宅療養者や、終末期を地域の居宅で迎える高齢者は少しずつ増加している。

在宅療養も医療と介護に分け、生活支援に対しては介護サービスで対応し、医療については終末期まで含めた適切な医療を協調しつつ提供する必要がある。

在宅医療に伴う訪問看護等は医療とは切り離せない状況にあるのに、現在は特別な場合を除いてケアプランの制限を受けている。現場ではかかりつけ医と看護が同時に提供されていることから、訪問看護等はすべて医療保険で提供されるのが効率的であり、患者にとっても質の高い安心できる医療を受けることができる。

各県のご意見、日医の見解をお伺いしたい。

【各県の回答状況】

※貴見のとおり。（7県）

長崎県…看護・リハビリは医療サービスの中で重要。

福岡県…医療と介護と制度にまたがり、同じものが存在すること自体に疑問。

福岡県…訪看を必要とする利用者は、少なからず医療の必要性がある視点に立てば医療保険単独で。

鹿児島県…現在の基本枠とする制度では在宅医療の推進は困難、訪問看護等は医療保険とすべき。

佐賀県…介護サービスとの連携を十分に確保した上で、医療保険で統一を。

沖縄県…地域で必要とされる医療、提供される医療には地域特性がある。全国一律で考えることは無理。この状況でかかりつけ医がすべての在宅医療を担うのは不可能で、各制度を複合的に活用する必要あり。

※自立支援法で対象が増える。リハビリテーションの問題も解決できないか。

【主な追加発言】

①医療保険、介護保険に分かれたのは政治的な部分等いろんな要素が大きく、必ずしも医療の現場と一致しないのが現実である。現場としては、医療と一番関連のある訪問看護がケアマネジャーとの関わりなしに出来るようなスッキリしたシステムが必要であり、これは統一しかないと思うので、是非一緒にしていただきたい（福岡県）

(14) 診療報酬改定に対する要望取り纏めの前倒し開催について（沖縄県）

◆事前に開催された「高齢者医療対策協議会打合せ」において協議済み。（本誌30ページ参照）

(15) 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た「介護サービス情報の公表」については、第1回各種協議会においても議題を提出したが、各県とも調査等が開始されていると思われることから再び提出させて頂いた。

聞くところによると既に公表制度の対象となっている、全国老人保健施設協議会から本制度に対して異議が唱えられているとのことであり、調査等が進み、また対象サービスが増加するに伴いその声は更に大きくなるものと考えられる。

本制度による調査、公表を行ってもサービス利用者、各事業所とも有用性があるとは思われないことから、本制度に要する費用が無駄にな

る恐れが大きいと感じており、今後廃止に向けて強く働きかける必要があると考える。

九州各県及び日医の考えを伺いたい。

【各県回答】

福岡県、鹿児島県、宮崎県の3県より、介護サービス情報の公表制度について、その理念には賛成できるとした意見が示されたが、各県の統一的な見解としては、その調査のあり方、費用負担等、運営方法に問題があるとされた。また、当制度が医療へ波及することの懸念もあることから、今後医師会としての対応を明確にしておく必要性について意見がまとめられた。

【日医コメント】

天本常任理事より、介護サービス情報の公表制度について、「当制度の趣旨は、一つは利用者サービスの内容を選択する際の有効な手段とすること。もう一つの趣旨は営利企業に対する抑制効果となっている。医療への波及については今のところ全く無いが、いろんな意味で情報公開が行われていく。特に加算においてきちっと提示しなければならない。介護サービス情報の公表制度に係る費用については来年度見直しすることになっている。調査員の質の問題については、これは監査ではないという認識を受ける方も行う方ももってほしい。」とコメントがあった。

(16) 個別指導における投薬、処置、理学療法等について（長崎県）

◆事前に開催された「高齢者医療対策協議会打合せ」において協議済み。（本誌30ページ参照）

(17) 在宅療養支援診療所について（宮崎県）

今回の改正で設けられ指定希望医療機関の募集があったが、届出た医療機関数は地域により差がある。宮崎県では届出た78医療機関の半数が都市部に集中しており、都市部以外では少なく全域のカバーが出来ない。届出の少ない地域

では従来の診療・往診で対応されており特別な不都合は無い。全国的にも相当な地域格差がみられる。届出をしない理由としては、患者宅が遠すぎる、思い通りの診療が出来ない、患者の経済的負担が増える、24時間対応が不可能等々が挙げられる。このように指定された条件が厳しいこともあるが、そもそも同一の診療行為で届出の有無のみで診療報酬に差をつけるのは如何なものか？指定条件を厳しく設定し、申請し難くしておいて指定医療機関数が少なければ、国の推し進めている在宅医療の充実ができるのか？国としては本当に在宅医療を進めていく意志があるのか？日医のご意見をお伺いしたい。

【日医・天本常任理事】

在宅支援診療所は約9千程度まで増えてきているが、実質稼働しているかどうかは分からない。先ほどの協議の中にもあったが、いろいろな社会支援の有効活用、急性増悪した際の病院との対応、24時間・365日におけるのグループ診療的な対応、それから専門医、例えば皮膚科・歯科等いろいろな形の連携をすることが重要になってくる。しかしながらまだ様々な課題があり、その費用の配分をどうするか、リハビリとの関係、在宅支援診療所を有効活用するために、各地区医師会において在宅支援診療所を支援するシステム作りというものがこれからの段階であると思う。それからもう一つ危惧しているのは在宅療養のみをしている診療所が少しずつ出てきているが、その中には企業が運営している診療所もあり、医師会に加入していないのが目に付いている。そのような診療所といろんな意味で各地区医師会が連携し、地域内完結が可能かどうか。先ほどもあったように、医師会立の病院がある場合はそのバックボーンがある為、連携を取り易いということになる。各地区医師会はこの辺のシステム作りについて、今回公表した「在宅療養に関する指針」の基本ラインをズレないような形で取り組んでいただきたい。またもう一つの問題は在宅支援診療所と企業同士が自己完結的な形で対応していること

についても危惧をしている。そのようなことでも各地区医師会においては在宅支援診療所の支援体制についてご労力していただきたい。

様々な課題があると思うが、日医の介護保険委員会或いは地域医療委員会へあげていただきたい。今後の問題として在宅支援診療所をもっと普及できるものにならないといけないと日医では考えている。

【熊本県・米満先生（介護保険委員会委員）】

アンケート調査結果によると、医師会立病院を持っている地区医師会は病診連携が活発で土壌がしっかり出来ているので、今回の在宅支援診療所の立ち上げにおいてもかなり積極的にネットワーク作りを行っている状況である。そのような機関を持っていないところについてはどのように連携をとるのか。中心的な公立病院があるところはそれを活用することも可能であるが、そのような病院も全くない地域については難しい状況である。

【座長・大分県嶋田先生】

介護保険委員会でも在宅支援診療所については地域の療養を担う中核的な役割を持っていると考えているので、是非とも皆様方も地域医療を重視する方向で取り組んでいただきたい。

(18) リハビリ制限について（宮崎県）

4月の改正でリハビリ日数の制限が設けられた。予想された通りに「リハビリ難民」が多数出現している。[効果が明白で無いまま続けさせるのを防ぐ]としているが、症状改善のみでは無く悪化させない現状維持もリハビリの目的の一つと考えられる。リハビリを中止することにより、現状維持はおろか悪化した例も多数報告されている。効果があれば特例として認めるとの一項はあっても、現時点ではクリアすべきハードルが高すぎて、中断せざるを得ない場合が殆どである。要望事項として、日医は、国に対してリハビリの日数制限を無くすか緩和させるよう強く働きかけていただきたい。

【日医・天本常任理事】

医療保険と介護保険の継続性、あるいは一貫性というものが十分ではないということから、介護保険でもっと継続性を良くする為にどのような不備があるのかということと現在老健局とリハビリ協会・リハビリ学会、日医も一緒になって検討している段階である。訪問看護ステーションにおいて積極的にリハビリを行った場合でも、ある数に達すると訪問看護の点数が下がる等、いろんな矛盾がある。これからは病棟の中で行うのではなく、地域の中で生活に結びつく地域リハという考えがあるが、これを介護保険で行うことが良いのかということについてはこれから議論し、高齢者医療制度の中で訪問看護を含め、医療という中身について、どこまでを医療保険とするのか、どこから介護保険とするのか等について先生方の意見を参考にしながら検討していきたいと考える。

【日医・竹嶋副会長】

日数については非常に大事なことだと思う。昨年6月の医療制度関連法、健保の一部改正の中で非常に重要な問題として取り組んだのは、先程から何度も申し上げているが、療養病床の再編問題、看護師の7：1問題、それからこのリハビリテーションの日数制限問題についてである。一昨年の7月にある専門団体が厚生労働省と個別に折衝し、それから8月までの1ヶ月ちょっとの間に残り3つの団体が個別折衝を行ったが、そこに日医が何も関与することが出来ず、そのまま決まってしまったということが判明した。日医の対応の根本的な問題であると思う。今後、中医協の中では療養病床の再編問題、看護師の7：1問題に焦点を絞って、アンケート調査を行い、検討する予定である。更に先程述べた4つの団体にもヒアリングを行う予定である。

【主な追加発言】

①日本整形外科学会では、運動器リハビリテーションの150日制限のために中止せざるを得

なかった医療機関と患者さんのアンケート調査を実施中である。その結果を踏まえ、日整会では日医にもそのエビデンスをお知らせして、今後何かとお願いすることが出てくると思うのでよろしくお願ひしたい（鹿児島県）

**(19) レセプトオンライン化について
(福岡県)**

本件に関しては、9月30日開催の第1回医療保険対策協議会においても熊本県と本県より提案の上、各県のご意見と日医の見解をお伺いした。

日医より、「時代の流れとして、これを止めることはできない。しかし、薬理作用による適用外投与等の問題を整理する必要がある」との見解をいただいた。

これについては、本県としても止むを得ない部分があるとの認識を持っている。

しかし、全医療機関にオンライン化を義務付けるのは、余りにも性急すぎる感が否めず、国や保険者が、医療費適正化と謳い「医療給付費の削減」のためだけにデータを管理し利用することは避けなければならない。

平成20年4月から段階的に導入が進められるため、医師会として具体的に対応を検討し、会員医療機関に対して情報を提供する時期に来ている。

支払い側だけではなく、医療提供側、そして何より患者さんにとって本当の意味でメリットがある形で導入が進められるべきである。

本件に関し、あらためて日医の見解とこれからの対応についてお伺いしたい。

【日医・竹嶋副会長】

平成17年12月1日に出された医療制度改革大綱の中でレセプトIT化の推進として「平成18年から23年にかけて全てオンライン化して提出する」ことになっている。その翌日、前執行部は日医としても適正なIT化については賛成し促進すべきであると考えているが、レセプトオンライン化については提案事項の中にもあるようないくつもの問題がある為、現時点での義務化は時

期尚早であるとコメントを出している。平成18年4月10日に厚労省から今後の予定が示され、それに対して日医では6月13日の衆議院厚生労働委員会で厚生労働議員を通じて「レセプトオンライン化については目標年度に完全実施を確実にするよう努めるとともに個別の診療内容を示した領収書の発行を努める」として、努力規定とするよう発言をお願いした経緯がある。その後平成18年10月には日医の見解として、「IT化の実現に向けて我々としては努力する」という建前で発表した。またIT化されることによって保険者側は様々な情報収集を行うはずである。日医ではオルカを開発し、私共なりにデータの収集・分析を行っている状況である。このように日医は政策で決まったことについては実現出来るよう努力をするが、そこに何らかの条件、要素をつけて対応していることについてご理解いただきたい。

【主な追加発言】

最近、支払基金或いは国保連合会から、もうすぐ義務化されるので急いで準備するようパンフレットの配布や講演会が開催されているようである。会員から「どうしたらよいか」との質問を受けるが、どのように対応したらよいか。日医からはっきりとしたメッセージを出していただきたい（熊本県）

【日医・竹嶋副会長】

まだIT化に向けてハード・ソフトが充分でなく、手書きの方が何かと柔軟な対応が出来て便利な為、すぐに変更することは出来ないと言っている。各都道府県においての状況はそれぞれ異なると思うが、熊本県と同様に支払基金、国保連合会からの何らかの依頼があると思う。先程も申し上げたが、政策実現の為に「努める」という姿勢でやっていくが、その中で条件整備を行っている状況である。会員へはそのようにご説明いただき、何かあれば日医へご連絡いただきたい。

(20) 社会保険庁の解体に伴う、地方社会保険事務局の厚生局への移行について（福岡県）

これまで、保険診療に関する取扱いや医療機関に対する個別指導、集団指導の実施など各県ごとに社会保険事務局と県医師会とが協議を行い、地域の特性に応じた対応が図られてきた。

しかし、2008年を目途に社会保険庁が解体され、九州各県の社会保険事務局も九州ブロックとして、九州厚生局1ヶ所に統合される予定である。

これにより各県医師会と行政との連携に支障が生じ、今後、全国統一で厚労省の方針が一方的に優先される恐れがある。

日医の見解をお伺いしたい。

【日医・竹嶋副会長】

社会保険事務局の解体に伴い、厚生局に移行することは既に決まっている。年金事業の改正で行われるはずであったが、現在は廃案となっている為、修正して別の新しい法案が出されると思われるが、いつ頃国会に出されるのかについては私共も把握していない。この件については議員等を通じて情報収集したいと考えている。現在の決定状況・今後の予定については、地域社会保険事務局は廃止され、事務が厚生局に移行されることはハッキリしている。厚生局はブロックで1つとなっているので九州ブロックは九州厚生局のあるところに設置されることになっている。また地方社会医療協議会もブロック毎になる。事務処理はブロック一箇所では到底不可能な為、従来どおり各県とも何らかの事務所が設置されると思われる。各県とも行政との連携に支障が出てくるかもしれない。今後は全国統一的に厚生労働省の方針が一方的に優先されると考えられ、日医としては当然このことに対しては対応していきたいと考えている。

【総評 日医・竹嶋副会長】

いろいろな問題が現場で起きている。このようなものを受けて日医では各都道府県・各プロ

ックのご意見を出来るだけ収集したい。現在日医では、療養病床問題、7：1の看護師確保問題等を検討する際、保険医療担当理事、介護保険担当理事、地域医療担当理事の3名の先生方と事務局、そして日医総研が入り、常に一緒の場で検討し、データを作ろうと取り組んでいる。診療報酬改定の影響については4～7月の

間に先生方に急遽アンケートを取らせていただき、しっかりとした資料をいただくことが出来た。また引続き8月には療養病床の影響について同様にアンケートを行い、データを収集することが出来た。これまでのご協力に感謝申し上げ、今後も引き続き日医の取組みについてご理解いただけるようお願い申し上げます。

印象記



副会長 小渡 敬

平成18年度第2回各種協議会が平成19年1月20日に大分全日空ホテルで開催され、高齢者医療対策協議会という形で介護保険と医療保険が合同で行われた。今回は、各県の担当理事および日医の担当理事の先生方が参加し会議が行われたが、人数がかなりの数となったため広い会場で大会議となってしまった。そのため、各議題を十分に議論する時間がとれず報告会形式になってしまい、各理事ともいささか不完全燃焼であったような印象を受けた。

協議事項としては、①高齢者医療制度について、②在宅医療関連、③地域ケア関連、④診療報酬関連、⑤日医への意見、⑥その他等々の協議議題で各県から20項目の質問事項が提出されていた。協議の場にはマスコミが入るため、沖縄県が提出した「診療報酬改定に対する要望取り纏めの前倒し開催について」と、長崎県提出の「個別指導における投薬、処置、理学療法等について」の2題は、事前に協議がなされた。診療報酬改定に対する要望については、従来秋頃に提出されていたが、その時期には中医協での議論がある程度煮詰まっているので、我々の要望が充分反映されないと考えられるため、今後は出来るだけ早く4月頃までには取り纏める方向で決まった。

協議の中で重要な項目は、来年4月から動き出す後期高齢者の医療制度の創設、在宅医療と地域での高齢者の自立支援体制の構築（在宅療養支援診療所について）等が、今後重要になると思われる。これらの項目についての詳細は、本文を一読して頂きたい。

日医からは、現在問題になっている7対1看護について、中医協で日医の竹嶋副会長が中心となり、現状のままでは地方では看護師不足が深刻化し、中小病院では看護師の確保が困難となり地域医療体制が崩壊する危機にあることを強く訴え、中医協から厚労大臣に建議を提出したことが報告された。この建議はめったに出されることはなく最近では十年程前に提出されただけである。その意味でも看護の7対1問題の重大さを知ることができる。

印象記



理事 今山 裕康

今回、初の試みとして、医療保険対策協議会と介護保険対策協議会が合同で高齢者医療対策協議会として開催された。

当県としては、診療報酬改定に対する要望とりまとめの前倒し開催を提案したところ、満場一致で合意された。早速、地区医師会へ要望を募り、沖縄県としての要望を取りまとめたいと考えている。

また、高齢者医療、特に介護医療にまたがる諸問題を、合同で協議出来たことは、非常に有意義であった。特に、医療、介護、福祉を合わせた供給体制をどうしていくかについて、問題点が少し見えてきたような気がした。

沖縄県は、県全体が島嶼県であり、在宅医療に対する依存度は大きいと考えられるが、医療機関同士および各サービスの連携が充分とはいきれず、これからの課題と考えられた。

今後は、次期診療報酬改定、ならびに次期医療供給制度の基礎となる「地域ケア構想」、地域医療計画等の議論に積極的に参加していきたい。



楽しい笑いは 副作用のない薬

「楽しく笑うと、
心がすっきりして元気になる」

心と身体に密接な関連があることは、

皆さんも日頃よく経験しておられることでしょう。

女性の関節リウマチ患者の方々に落語を1時間聞いてもらったところ、

関節の炎症を悪化させる物質のインターロイキン・6とストレスホルモンの

コルチゾール値が、聞く前に比べて大きく減っていることが確認されました。

そのほかに神経・内分泌・免疫系の異常を正すことも確認されています。

笑いの効用は決して「気のせい」ではなく、科学的に実証されているのです。

人間だけに備わっているこの「楽しい笑い」を、大いに活用しましょう。



第103回沖繩県医師会医学会総会

会頭挨拶

第103回沖繩県医師会医学会総会 会頭 知念 正雄



1. はじめに

第103回沖繩県医師会医学会総会にあたり会頭としてご挨拶を申し上げます。

今回は、本学会においてこのような機会を与えられ、誠に光栄に存じます。この学会は県医師会主催による全科的な学会で103回も続いている伝統ある学会であります。各領域の先生方が一堂に会して臨床研究の発表をし議論することは、県内医療全体のレベルアップにつながり、私ども開業臨床医にとって卒後研修の機会でもあります。

2. 開業医と学会

さて私は昭和52年3月に小児科を開業して29年になります。開業する際に2つの課題をもちました。1つは日常診療と同時に予防医学的活動を積極的におこなう、2つめは毎日の外来診療を学問的体系に基づくものにしたかった。第1の課題は、私の勤務していた当時の県立中部病院小児科は実に多忙であり、少ないスタッフで一次から二次、三次救急外来もこなしました。したがって、開業して1.5次までの小児医療を分担すると同時に、予防医学的活動により病気になる子どもを減らしたい思いがありました。第2に開業したら勉強もしない学会にも出なくなるということがない様にしたかったと思いました。現在ではEBMの考えが浸透しており、小児科でも外来小児科学として体系づけら

れ、学会も開催されています。開業すると臨床研究や学会発表をしなくなることが多いのは事実です。さらに、学会への出席も少なくなりがちです。自己研鑽として学術書や文献を読み、最新の医学的知識を取り入れつつ外来診療をこなし、患者に信頼される医療を実践していればよいとの考えもあるでしょう。しかし学会参加や臨床研究の発表をすることには、それとは異なる別の意義がある様に思います。学会へ出席し何か新しいこと、分からなかったことの1つにでも出会えば、それは大きな収穫であり日常診療のStep upにつながる動機付けになります。臨床研究のテーマは日常診療の中にこそあり、ありふれた症例の積み重ね、普通の経過と異なる症例、治療に難渋した症例など、誰でも経験することです。さらに長い年月にわたる追跡や社会環境との関連を直接間接に把握しやすい立場にあるなど、開業医でなければできないことが多々あります。このような臨床医の有利な条件を生かして熱心な多くの研究がなされ、今後とも本学会で発表されることを望むものであります。

3. 少子高齢化社会における子どもの問題

少子化傾向が続くわが国で、平成17年はじめて人口が減少に転じ、合計特殊出生率は1.25で過去最低を記録しました。一方65歳以上の高齢人口の比率は全人口の20.7%に達し、高齢

化社会はどんどん進行しています。小児科医としては、もはや産めよ増やせよの問題ではなく、産むことができなくなった時代と考えます。高齢化社会を支えていく若い世代の減少は、国の存亡に関わる重大な問題であるにもかかわらず国の施策がいつも後追いの形でなされ、一時しのぎのものに思えてなりません。沖縄県でも昭和49年以来ずっと続いている全国一高い出生率は年々低下傾向にあり、高齢人口も増加しています。しかも長寿県を誇っていたのもつかの間に、今では全国一肥満県になり男性の寿命は年々短くなっています。長寿県を取り戻すべく、医師会と県が一緒になって県民の生活習慣の是正を求めて啓発活動をおこなっていますが、その根は深く長い年月にわたるチャレンジとなるでしょう。一方小児科医はこの少子化時代に生まれた子ども達の健康を守り、すこやかな成長を支援するために、小児のアドボカシー的活動を展開しています。新生児期の母乳哺育の推進、予防接種の積極的勧奨、事故防止の啓発、小児虐待防止の対策、禁煙運動への参画、各種ITメディアからの過剰な影響を抑制する対策、早寝早起き朝ご飯などの基本的生活習慣の確立、等々小児科医に課せられた課題は多いのです。少子化時代の小児科医は家庭における子どもを育てることの楽しさ、誇らしさの持てるような密度の濃い親子関係を取り戻すための行動をおこしつつあります。

4. 小児科医不足と小児救急医療体制について
最後に本学会のテーマである小児救急医療に

ついてひとことふれます。最近小児科医・産科医の不足、小児救急体制の不備などが指摘されています。国もそれに呼応して、平成17年12月に厚労省、総務省、文科省の3省4局長名で各都道府県知事宛に、小児科、産科における医療資源の集約化・重点化の推進について、平成18年度までに具体策をとりまとめ、平成20年度までに医療計画の中にその具体策を記載するよう求めています。その目的の1つに小児の時間外診療が、365日24時間を通して提供される様なシステムが各都道府県に構築されることが含まれます。小児の時間外診療の90%が軽症患者であることを考えますと、小児救急医療における小児科開業医への期待は大きく、私共の意識変革が求められることになるでしょう。

本日は特別講演に熊本市医師会熊本地域医療センター小児科部長後藤善隆先生をお招きして「小児救急医療の現状と対策」を拝聴し、さらにシンポジウム「小児救急医療について」が行われることになっております。これを機会に本県における小児救急医療のより良い姿が提示されることを期待します。後藤善隆先生、座長および各シンポジストの先生方よろしくお願いたします。

5. 謝辞

おわりに本学会の会頭をご指名くださいました県医師会会長宮城信雄先生、医学会会長比嘉實先生、および会員の皆様に深く感謝申し上げます。

原稿募集!	「発言席」のコーナー
	会員の皆さまの御意見、主張を掲載いたします。 奮ってご投稿下さい。

特別講演・シンポジウム・一般講演・ミニレクチャー



シンポジウム

去る12月9日（土）・10日（日）の両日、標記総会が開催されたので、その概要について、下記のとおり報告する。

[1日目：12月9日（土）]

パシフィックホテル沖繩にて開催された。



特別講演講師 後藤善隆先生

特別講演では、熊本県医師会 熊本地域医療センター 小児科部長 後藤善隆 先生より、「熊

本市の小児救急医療—医師会（員）主導の「熊本方式」を中心に」をテーマに、これまで小児（救急）医療がたどって来た「小児医療崩壊の危機への道」が、産科をはじめとして、外科系診療科などのいくつかの診療科に及んできて、医師不足＝病院勤務医不足、地域間格差、診療科間格差を生み、「医療崩壊＝医業崩壊」の危機が迫ってきていると懸念されていることなどを背景として、医師会（員）＝開業医主導で行っている熊本市の小児救急医療の現状を紹介していただき、開業医、勤務医、大学医師を越えた「地区医師会活動としての小児救急医療」という観点から、ご講演いただいた。

後藤先生は、熊本県における小児初期救急は、深夜を含むフルタイム体制で熊本市医師会・熊本地域医療センター医師会病院と熊本赤十字病院の2ヶ所で行われていると説明した。どちらも小児救急拠点病院として、県・国からの補助を受け、2次救急のバックアップ体制を

敷いており、少子化にもかかわらず受診者数は減ることはなく、広域化を反映して近隣市町村からの患児が漸増し、初期救急の約4分の1が市外の患児であるため、うまく運営されているとされている医師会病院の「熊本方式」も常時、体制崩壊の危機にあるのが実情であり、さまざまな要因に重なっての病院勤務医の「立ち去り」や開業志向には歯止めがかからず、病院小児科勤務医、大学小児科医の減少は救急に限らず、地域の小児医療レベルの維持に深刻な影響を及ぼしつつある。そんな中、「小児医療崩壊」をなんとか防ごうとして、小児科学会、小児科医会、医師会などが協議して、自治体主導の地域医療策定計画に盛り込まれようとしている病院小児科を再編しての地域小児（救急）医療の集約化・重点化（連携強化病院構想など）構想があるが、一点突破の全面解決にはならないと思われるため、今後、地域医療に対する状況、社会風潮、政策が良い方向へ変化してくれることを期待しつつ、医療側から、受療者＝国民に現状を理解していただき協働していく必要があるとし、その役割を担える唯一の機関である医師会は率先して活動していくことが、より一層求められるであろう。と述べられた。

引き続き、行われたシンポジウムでは、各シンポジストより、下記のとおりご講演いただいた。



シンポジスト 仲宗根正先生

県福祉保健部保健衛生統括監 仲宗根 正 先生
には、行政の立場から講演していただいた。

沖縄県における夜間救急の患者の大半が小児であり、その多くが軽症の患者である小児救急医療では初期救急医療が大きな役割を有するが、現状では救急病院が初期救急も担っているため、スタッフの負担が大きくなっていると述べ、小児科と産科の集約化・重点化を目指す国の方針を説明し、「限られた医療資源で適切に小児医療を継続するため、保護者との情報共有も必要」強調した。

また、今後の対応としては、今年度に設置した医師確保対策検討委員会における中間報告を更に検討および調査を行い、平成19年2月には最終報告を行う予定であり、新たな医療計画の策定として、年度内に医療計画策定のための基礎資料としての医療機能調査の実施、調査結果とりまとめをし、19年の夏頃には、医療機能調査結果（厚労省の公表）沖縄県保健医療協議会による医療計画の見直し作業、20年4月には、新たな医療計画制度の実施を予定していると報告された。



シンポジスト 屋良朝雄先生

那覇市立病院 小児科部長 屋良朝雄先生には、県内で最も多くの小児救急医療を担っている立場から発言いただいた。

那覇市立病院で行っている24時間小児救急医療システムは現在の医師数ではほころびやすく、将来的には、「地域小児科センター」のような集約された病院として、安定した人員の確保が必要であり、一層の琉大小児科のバックアップ、小児科開業医の応援、小児科後期研修医

の育成そしてそれらに補正予算を確保していただきたいと話された。さらに、県立南部医療センター・こども医療センターとの住み分け、開業医との緊密な連携、育児休暇中（後）の女性医師が気軽に参加できる小児救急医療現場の提供、患者への啓蒙活動などまだまだ多くの難題を抱えていると述べた。



シンポジスト 我那覇仁先生

県立南部医療センター・こども医療センター小児循環器科部長 我那覇 仁 先生には、県立南部医療センター・こども医療センターは、沖縄県の小児医療、研究医教育の中心的役割を担う高度医療機関として今年4月に開院したが、社会のニーズにまだ十分な対応ができていないことも事実であるとし、こどもの救急疾患のすべてを診ることは県立病院としての責務であり、今後、スタッフの充実と研修医の増員により、重症度の高い救急疾患の完結型の医療機関としてはもちろんのこと、1～3次救急医療体制と全県的視野に立った小児高度医療の提供を目標にし、車の両輪のごとく作用しながら発達することが大切であると述べた。

本会副会長 玉城信光先生には、沖縄県医師会の代表として意見を述べていただいた。

小児科医の負担軽減策として、「乳児と小児を分け、小児科医はより小さな子だけ診てはどうか」と提案し、医師の数が少ないから出来ないということでは解決にならないため、現状で出来ること、疲弊しないで出来ること、県民へ



シンポジスト 玉城信光先生

の理解を深めながら県民運動として取り上げていくための「地域の連携体制づくり」の着手を提唱された。



シンポジスト 真栄田篤彦先生

西町クリニック 院長 真栄田 篤彦 先生には、民間開業医の立場から発言していただいた。

かかりつけ医としての機能を出来るだけ果たすべく、時間以外の夜間でも、携帯電話で連絡をとり、できるだけ自分で対応しているが、出張中での連絡があった際には、患者の症状によっては救急病院への受診を勧めていると述べ、沖縄県内での小児科救急の現状は公的医療機関の果たす役割が大きいと説明した。また、共働きの家族が多いという沖縄県の特徴から、時間外での小児科医を受診するケース、日曜・祝日に受診するケースも多く、いわゆる小児の救急外来のコンビニ化という批判もあると述べ、「小児救急問題の背景には、育児不安の増大や保護者の看護能力の低下の問題もある。社会全

体で若い親を支援することも必要だ。」と呼びかけた。

[2日目：12月10日（日）]

2日目は、沖縄県立浦添看護学校にて開催され、ミニレクチャーではお二人の先生にご講演いただいた。



ミニレクチャー講師 豊永一隆先生

嶺井第二病院 院長 豊永一隆先生より、「頭痛」と題して、頭痛診療において重要なのは問診であると述べ、頭痛の多くは一次性の頭痛であるが、そのうちでも治療可能な片頭痛の診断は未だ十分にはなされているとはいえないため、頻度は少ないが危険な頭痛と疑われる場合には、速やかに検査が出来る施設に紹介する必要があると話され、危険とされる頭痛や片頭痛・緊張型頭痛の診断と治療方法についてレクチャーされた。



ミニレクチャー講師 鈴木幹男先生

また、琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科 教授 鈴木幹男先生より、「危険な‘めまい’、専門医の治療が必要な‘めまい’の見分け方」と題して、危険なめまい、専門医の治療が必要なめまいについて概説していただき、今般、MRIをはじめとする画像診断が発達してきたことにより、MRIで異常がなければ心配ありませんという患者さんへの説明をする医師が多くなってきているが、めまい疾患を取り扱う際には、改めて問診と診察が重要であるということを強調された。

また、ポスター提示による発表・討論としての一般演題は、170題あり、当日の参加者は362名と大盛会であった。



一般講演（ポスター発表・討論）会場風景

印象記



広報委員 野原 薫

第103回沖繩県医師会医学会総会が平成18年12月9日（土）、10日（日）の両日にパシフィックホテル沖繩及び県立浦添看護学校で開催されました。今回の会頭は知念小児科医院々長の知念正雄先生、特別講演及びシンポジウムのテーマが小児救急医療ということで、小児科医の私が印象記の担当となりました。医学会総会の詳細は沖繩医学会雑誌第45巻第3号及び事務局からの報告をご参照していただき、ここでは印象深かったことを中心に報告いたします。

特別講演は熊本市医師会熊本地域医療センター小児科部長の後藤義隆先生で、熊本市の小児救急医療についてご講演いただきました。後藤先生は冒頭から、インフルエンザ脳症の患児の対応を巡り、医療側からは治療が適切であったのに対し、保護者から言い掛かりのような被害者意識で数ヶ月間も脅され、担当の看護師や事務職員が数名退職、後藤先生自信も体調不良に陥ったという経験を通し、このようなことが小児救急医療のみならず多くの医療の問題点なのではないかと指摘しています。（保護者は最近、反省し、謝りにきたそうです。）即ち、現在の社会における医師・患者関係の崩壊により、多くの医療関係者が去り、まず小児科医や産婦人科医不足に及んだ、ということではないでしょうか。全く同感で、最近の世相は医療に対して感謝の気持ちがないどころか、夜間救急医療もコンビニ同様で、更に医療を不信の目でしか見ていないような風潮に感じます。

熊本市の小児救急医療体制は熊本市医師会病院の熊本地域医療センターを中心に初期救急を準夜、深夜を開業医、大学、勤務医が担当し、昼間は二次救急のみで、比較的うまく運営されているように見えますが、多くの小児科医の熱意で何とか持ちこたえているのが現状で、上記理由で常に体制崩壊の危機に立たされているそうです。後藤先生は医師会が率先して受療者＝国民の意識、風潮を改善していく役割を担っていくことが必要だと述べられていました。

シンポジウムは「小児救急医療」をテーマに、那覇市立病院外科総括科部長の川野幸志先生、県小児科医会々長の具志一男先生の両座長で、5名のシンポジストにご講演いただきました。

(1) 県福祉保健部保健衛生統括監の仲宗根正先生は行政の立場から県内の小児救急医療の現状を次のように述べられました。

- ・ 全国的に小児人口は減少傾向にあるが、小児救急患者はやや増加傾向にある。
- ・ 県内の小児人口当たりの小児科医は全国平均に比べてやや少ない。
- ・ 国は小児科と産科の集約化、重点化を目指しているが、県内では既に県立病院小児科、幾つかの病院小児科に集約化されている。
- ・ 平成20年4月には新たな医療政策を計画している。

(2) 那覇市立病院小児科部長の屋良朝雄先生は県内で最も多くの小児救急患者の診療を行っている現状と問題点について述べられました。

- ・ 患者の要求はいつでも診てもらえる、小児科医に診てもらえる、待ち時間が短い、高度医療、アクセスが良いことの順。
- ・ 県内の小児救急医療は他県に比べて恵まれている。
- ・ 那覇市立病院の救急患者は約6万人で、その41%が小児患者で入院率は4%。
- ・ まだ小児科医不足で、月10回前後の当直、日直をこなしている。

(3) 県立南部医療センター・こども医療センター小児循環器科部長の我那覇仁先生は県立病院、特にこども医療センターの小児救急医療の現状を述べ、また、今後こども医療センターは1～3次全ての小児救急医療体制と小児高度医療体制の提供を目標にすると述べられました。(ただ、個人的には全ての患者を診療するオールマイティーなこども病院は理想ではあるけれど、非現実的なように感じました。)

(4) 県医師会副会長の玉城信光先生は一般医の立場から、次のように小児医療についての提案を述べられました。

- ・ 乳幼児は小児科医が診療し、児童以降は一般医が診察を行う。
- ・ 保育園で園児が急病になったら、両親に代わって保母さんが受診させる。
(このことには個人的に反対で、小児科医の立場から必ず両親と共に受診して欲しいと思いました。理想論ですが、せめて病気の時くらいは両親が看病するべきです。)
- ・ 産前産後からかかりつけ小児科医を決め、育児などについての様々なアドバイスを受ける。
- ・ 救急医療体制の整備は基本的に市町村の責任で行う。
- ・ 県立病院の役割を考える。

(5) 西町クリニック院長の真栄田篤彦先生は小児科開業医の立場から述べられました。

- ・ 那覇市医師会では病診連携を進め、小児救急患者を紹介するシステムを構築。
- ・ かかりつけの患者には時間外でも電話で対応し、必要なら救急病院を紹介する。
- ・ 共働きの家庭では時間外診療になる傾向がある。
- ・ わらびの会(慢性の重症患者の集まり)からの救急受診時の不満として待たされる時間が長い、臨床経験の浅い研修医が診療するので不安、入院するまでの時間が長い、主治医が変わるなど。
- ・ 患者の両親への教育など社会全体で若い親を支援することが必要。

シンポジウムではそれぞれの立場から小児救急医療についての現状と問題点を述べられました。が、残念ながら問題点の解決法や今後の方向性については示されませんでした。ただ、このままでは小児救急医療のみならず、日本の多くの医療が行き詰まる可能性が伝わってきました。

第62回沖縄県医師会定例総会

— 会館建設用地等価交換承認される —



去る12月9日（土）、パシフィックホテル沖縄において標記定例総会が開催され、医師会館建設用地の等価交換等について審議された。

山城局長の司会により開会が宣され、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

宮城会長挨拶



本日は、第62回定例総会を開催致しましたところ、年末で何かとご多忙の中を多数の会員にご参加いただきまして有り難うございます。本日は、当総会の後に、特別講演、シンポジウムが開催されることになっておりますが、い

れのテーマも、昨今、全国的に大きな問題となっております「小児救急医療」について取り上げていただいております。小児救急医療の問題は、本県でも産婦人科医師不足問題と同様に、焦眉の急を要する重要な課題であり、示唆に富むご講演とディスカッションをご期待申し上げます。

さて、今年もいよいよ3週間を残すところとなっております。今年を振り返って、まずもって申し上げますことは、去る11月19日の県知事選挙において、沖縄県医師連盟が稲嶺恵一知事の後継者として支援いたしました仲井眞弘多氏が見事当選されたことであります。仲井眞氏は、長寿世界一復活プロジェクトの実施や出産子育て支援、ドクターヘリ導入等を公約に掲げると共に、医療政策を円滑に運用すべく医療政策参与の配置を約束しておられます。今後は、本会といたしましても、仲井眞県政と更なる連携を図り、保健・医療・福祉の分野から仲井眞知事を支え、県勢発展のためのお手伝いをしたいと考えております。

一方、私共医療界を見回しますと、全国的な

医師不足、看護師不足に見舞われる中、この度の診療報酬改定による看護基準7:1の導入により、大都市の大学病院等が各地方の病院に勤務する看護師引き抜きを行う等、地域医療に混乱を生じさせております。現在、本県では当該問題は浮上しておりませんが、それも時間の問題だと言われております。また、療養病床再編に関し、日医はアンケート調査に基づいて、4万人が介護難民になる恐れがあると公表し、その見直しを迫っております。さらに、財務省の財政制度審議会においては、70歳以上の高齢者の自己負担割合の引き上げや、保険免責の導入の再提案等が行われる等、安倍新内閣においても、なお予断を許さない状況となっております。

会内におきましては、永年の懸案事項でありました「会館建設」が、大きく前進し、具体化して参りました。本日は、会館建設に向けて本会の所有地と南風原町新川の県有地との等価交換について議事として上程してございます。当議案は財産の処分という重要な案件でありますので、慎重にご審議のうえ、ご承認賜り会館建設促進にご協力下さいますようお願い申しあげる次第であります。

終わりに臨み、4月に発足致しました私共新執行部も、会員各位のご支援ご協力により大過なく会務を執行することができました。ここに衷心より厚く御礼を申し上げます。私共に課せられた問題は山積しておりますが、今後とも全役員が一丸となって誠心誠意諸問題に取り組んで参る所存でありますので、引き続きご指導下さいますようお願い申しあげまして、挨拶とさ

せていただきます。

続く議長選出において、定款第28条第1項の規定により宮城会長が選出され、宮城議長の進行により議事録署名人として、中部地区医師会の新垣善一先生、那覇市医師会の友寄英毅先生が指名された。

次に報告に移り、定款第31条第2項の規定により総会において報告することになっている下記3議題については、玉城副会長並びに真栄田常任理事より報告が行われ特に異議なく了承された。

- 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

続いて、議事として、1) 沖縄県医師会館建設用地等価交換について、真栄田常任理事より、県福祉保健部から浦添市当山の県医師会所有地と県有地農業試験場跡地（南風原町新川）との等価交換が提案されたことから、本会代議員会において協議した結果、県有地との等価交換が望ましいとの結論を得たため、本総会に上程することになった旨提案要旨の説明があった。

重要な財産の処分についての決議は、定款第30条、並びに31条の定めにより、出席者の多数決によると規定されていることから、議長より賛成者の挙手が求められ、確認をとったところ挙手53名、委任状提出1,215名、計1,268名の賛成をもって承認が決定した。

原稿募集!	「若手コーナー」(1,500字程度)の原稿を随時、募集いたします。開業願末記、今後の進路を決める先生方へのアドバイス等についてご寄稿下さい。
--------------	--

第21回沖縄県医師会医事功労者表彰式

— 県知事表彰3名、県医師会長表彰32名 —

去る12月9日（土）、パシフィックホテル沖縄において、喜友名朝春沖縄県福祉保健部長（稲嶺恵一知事ご名代）のご臨席のもと、標記表彰式を開催した。

冒頭、本会宮城信雄会長より受賞者の先生方に対し、本県の医療事情の大幅な改善の陰には、日夜を分かたず保健・医療・福祉の向上確保にご尽力いただいた先生方のご労苦なくしては成し得ず、今後とも卓越したご見識によるご指導を賜りたい旨、お礼と感謝の意が述べられた。

なお、今年度は、県知事表彰3名、県医師会長表彰32名の先生方が榮に浴されており、はじめに喜友名県福祉保健部長より県知事表彰受賞者3名に対し、引き続き、宮城会長より県医師会長表彰受賞者13名（出席者）に対し、表彰状ならびに記念品が授与された。

その後、喜友名県福祉保健部長より来賓祝辞、続いて、受賞者を代表して県知事表彰を受賞された大城修先生より下記のとおり謝辞が述べられた。

来賓祝辞：稲嶺恵一沖縄県知事（喜友名朝春県福祉保健部長代読）



喜友名朝春県福祉保健部長

第21回沖縄県医師会医事功労者表彰式に当たり、ごあいさつを申し上げます。

本日、沖縄県医事功労者知事表彰を受けられた皆様に対し、深く敬意と感謝の意を表します。

大城修先生は、長年にわたり北部地区医師会の理事を務められ、北部地区医師会成人病検診センターの開設に携わり北部地域の住民の生活習慣病の予防に尽力されるなど、地域住民の保健医療の確保に大きく貢献されました。

宮城昭夫先生は、長年にわたり中部地区医師会の理事を務められ、組織の強化に尽力されるとともに、学校医やうるま市の予防接種担当医を務められるなど、地域住民の保健・医療・福祉の向上に大きく貢献されました。

石井和博先生は、長年にわたり那覇市医師会の理事を務められ、那覇市救急医療情報ネットワークの構築に尽力され、また、同時期に大浜第一病院の院長を務められるなど、地域住民の保健医療の向上に大きく貢献されました。

沖縄県医事功労者知事表彰を受けられました3名の先生の御功績に対し、改めて深く敬意と感謝の意を表します。

また、本日沖縄県医師会長表彰を受けられた32名の皆様には、多年にわたる各分野でのご尽力に対し、心から感謝申し上げます。

表彰を受けられました皆様には、これからもその高い見識と豊かな経験をいかし、ますますご活躍されますことを期待申し上げます。

本県は、復帰以来、保健・医療・福祉に係る各種施策が推進されたことにより、保健医療体制の整備は着実に進展しております。その一方で、急速な高齢化社会の進展と疾病構造の変化に伴い、県民の医療に対する需要も多様化し、県民一人一人の立場に立ったきめ細やかな保



被表彰者の先生方

健・医療の提供が求められております。

県としましても、関係機関と連携、協力し総合的な保健医療体制の確立に努めてまいりますので、沖縄県医師会の皆様には今後ともなお一層の御支援、御協力をお願い申し上げます。

終わりに、沖縄県医師会の限りない御発展と、会員の皆様の御健勝を祈念しまして、お祝いの言葉といたします。

被表彰者代表謝辞（大城修先生）



大城修先生

本日、私ども35名は、沖縄県医師会よりありがたい表彰を受賞させていただきました。被表彰者一同を代表いたしまして、一言ご挨拶の言葉を述べさせていただきます。

先ずはじめに、沖縄県医師会の定例総会が成り功裏に挙行されましたことを、会員の一人として心からお喜び申し上げます。そして、そのような晴れがましい場で、微力な私どもが表彰の栄誉を賜りましたことは、まことに身に余る光栄であり、関係者の皆様のご厚情には、ただただ感謝の思いでいっぱいでございます。

私どもが、地域医療・福祉・健康の向上に微力を尽くしながら、今日まで大過なく過ごすことが出来たのも、上司、諸先輩（県医師会の先生）、職員の皆さんのご指導ご鞭撻、ならびに、同僚、後輩の皆さん（先生方）のご援助、ご協力があったればこそであり、本日賜りました栄誉は、一個人の身にいただいたものではなく、地域医療を遂行して参りましたチームワークに授与されたものだ、ありがたくお受けしたいと存じます。

私どもは、きょうの表彰を、また一つの励みとして、今後ともますます地域医療に対する県民の正しい理解と認識を深めることに努力することをお誓いまして、お礼の挨拶とさせていただきます。

本日は、まことにありがとうございました。

なお、今年度の被表彰者は下記のとおり。

平成18年度
沖繩県医事功労者県知事表彰受賞者

(年齢順)

	氏名	生年月日	受賞理由	所属地区	備考
1	大城 修	S12.3.29	地区医師会役員10年以上	北部地区医師会	
2	宮城昭夫	S16.1.3	地区医師会役員10年以上	中部地区医師会	
3	石井和博	S21.7.30	地区医師会役員10年以上	那覇市医師会	

平成18年度
沖繩県医事功労者沖繩県医師会長表彰受賞者

(年齢順)

	氏名	生年月日	受賞理由	所属地区	備考
1	洲鎌盛吉	T8.2.12	米寿(数え年88歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
2	島袋全雄	T8.3.29	米寿(数え年88歳)	中部地区医師会	県医師会推薦
3	高良 進	T8.9.1	米寿(数え年88歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
4	久田友正	T8.10.18	米寿(数え年88歳)	南部地区医師会	県医師会推薦
5	比嘉 實	S5.1.14	喜寿(数え年77歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
6	山崎 順啓	S5.2.6	喜寿(数え年77歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
7	橋口英明	S5.2.9	喜寿(数え年77歳)	中部地区医師会	県医師会推薦
8	玉城通弘	S5.2.12	喜寿(数え年77歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
9	前田憲信	S5.7.12	喜寿(数え年77歳)	那覇市医師会	県医師会推薦
10	大城新蔵	S5.8.7	喜寿(数え年77歳)	中部地区医師会	県医師会推薦
11	宮城 梓	S5.8.28	喜寿(数え年77歳)	中部地区医師会	県医師会推薦
12	外間政哲	S5.9.19	喜寿(数え年77歳)	南部地区医師会	県医師会推薦
13	大城正義	S5.10.10	喜寿(数え年77歳)	南部地区医師会	県医師会推薦
14	宮城敏夫	S16.8.6	県医師会病院部会役員10年以上	浦添市医師会	県医師会推薦
15	仲尾 清	S16.12.1	県医師会病院部会役員10年以上	南部地区医師会	県医師会推薦
16	比嘉賀雄	S16.12.16	永年にわたる地域医療への貢献	国療沖繩公務員医師会	地区医師会推薦
17	高石利博	S17.9.2	県医師会病院部会役員10年以上	北部地区医師会	県医師会推薦
18	大伴正總	S18.6.13	学校医歴15年以上	中部地区医師会	地区医師会推薦
19	仲田一男	S19.4.17	学校医歴15年以上	中部地区医師会	地区医師会推薦
20	大見 尚	S19.7.9	学校医歴15年以上	中部地区医師会	地区医師会推薦
21	伊集守政	S19.8.27	臨床検査精度管理委員会委員10年以上	那覇市医師会	県医師会推薦
22	嘉数光一郎	S21.10.22	県医師会代議員10年以上	県公務員医師会	県医師会推薦
23	玉城信光	S23.1.9	県医師会・地区医師会役員8年以上	那覇市医師会	県医師会推薦
24	屋宜盛秀	S23.1.29	医療情報システム委員会委員10年以上	那覇市立病院医師会	県医師会推薦
25	甲斐田和博	S25.3.20	学校医歴15年以上	南部地区医師会	地区医師会推薦
26	我那覇 仁	S25.5.11	学校医部会委員10年以上	県公務員医師会	県医師会推薦
27	宮平守博	S25.6.27	臨床検査精度管理委員会委員10年以上	那覇市立病院医師会 ※現南部地区医師会	県医師会推薦
28	安慶田英樹	S26.8.30	臨床検査精度管理委員会委員10年以上	県公務員医師会	県医師会推薦
29	平良直樹	S27.5.19	県医師会病院部会役員10年以上	那覇市医師会	県医師会推薦
30	知念清治	S27.5.24	県医師会代議員10年以上	県公務員医師会	県医師会推薦
31	野原 薫	S27.10.26	県医師会・地区医師会役員8年以上 学校医歴15年以上	南部地区医師会	地区医師会推薦
32	仲間清太郎	S27.12.6	地区医師会役員8年以上	浦添市医師会	地区医師会推薦

「命ぐすい耳ぐすい」/沖縄タイムス 「うちなー健康歳時記」/琉球新報 原稿募集のご案内

広報委員会

広報委員会では、県民の健康増進に資するため、沖縄タイムス及び琉球新報の紙面を借りて医療に関する情報を提供しております。

つきましては、会員の皆さまからの原稿を下記のとおり募集いたします。

なお、執筆内容が専門的な傾向にならないよう、文章全体のトーンとしては、一般の読者が親しみやすいように「医療随筆」風の柔らかい感じを希望します。

記

掲載日

「命ぐすい耳ぐすい」

：沖縄タイムス毎週水曜日朝刊

「うちなー健康歳時記」

：琉球新報毎週火曜日夕刊

掲載要領：

字数

「命ぐすい耳ぐすい」：1000字

「うちなー健康歳時記」：1200字

・注釈をつける場合は、その字数も含める。

・執筆者の顔写真をご提供下さい。

原稿と併せて掲載致します。

原稿のタイトル並びにサブタイトルを10文字程度でお付け下さい。

図やイラスト、グラフの添付は可能。

・図やイラスト、グラフは簡単な原稿をいただければ、新聞社のデザイン係の方で紙面用に仕上げます。

本企画は、県民の健康増進に資するため、医療知識の適切な提供とその啓発普及を主旨としております。企画主旨にそぐわない内容・表現について、または修飾語、助詞、見出しについては、新聞社・編集側にて若干の手直しを行う場合がありますので、ご了承下さい。新聞掲載に際して著作権は本会に帰属されます。ご投稿は同意されたこととみなしますのでご了承下さい。

新聞掲載の採否については広報委員会にご一任下さい。

文中に固有名詞の使用はお控え下さい。

他誌に掲載済みの原稿は掲載いたしかねますので、ご了承下さい。

原稿の送付先

〒901-2104

浦添市当山2丁目30番1号

沖縄県医師会広報委員会宛