

九州医師会連合会第287回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る4月14日（土）、午後4時から第287回常任委員会がホテルニュー長崎で開催された。はじめに井石長崎医師会長より開会の辞があり、前九州医師会連合会長の嶋津大分県医師会長の挨拶の後、本年度九州医師会連合会を担当する井石会長より「各県医師会役員のご指導並びにご理解をいただき、次回担当の北野熊本県医師会長にもご相談を申し上げながら一年間を担当していきたい」との挨拶があった。引き続き協議・報告が行われたので概要について報告する。

協 議

(1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について（長崎）

九州医師会連合会長に井石哲哉長崎県医師会長、副会長に北野邦俊熊本県医師会長が選出された。任期は平成19年4月1日～平成20年3月31日迄。

(2) 九州医師会連合会監事の選定について

（長崎）

監事の選任は隣県より選出することが慣例となっており、佐賀県と熊本県からご推薦いただき、来る5月19日（土）に開催する第93回定例委員総会で承認を得ることになった。任期は平成19年4月1日～平成20年3月31日迄。

(3) 第288回常任委員会並びに第93回定例委員総会（5月19日（土）長崎市）の開催について（長崎）

みだし常任委員会並びに定例委員総会を下記のとおり開催することに決定した。尚、来賓は唐澤日本医師会長、今村常任理事、武見・西島両参議院議員を予定しているが、当日は唐澤会長に代わり竹嶋副会長が出席することになっている。

- 期日 平成19年5月19日（土）
- 場所 ホテルニュー長崎
 - ①第288回常任委員会 15：30～16：30
 - ②第93回定例委員総会 16：40～18：00
 - ③九州医連連絡会第8回執行委員会
18：10～18：40
 - ④懇親会 18：50～

(4) 九州医師会連合会医療保険対策協議会（4月21日（土）福岡市）について（長崎）

みだし医療保険対策協議会を4月21日（土）午後3時から博多都ホテルで開催し、「平成20年度診療報酬改定の要望事項」について協議を行うことになっている。尚、協議結果は、5月に開催される日医社会保険診療報酬検討委員会に付することになっている。

(5) 日本学校保健会九州ブロック理事候補者の推薦について（宮崎）

前任の秦宮崎県医師会長の任期満了に伴い、鹿児島県の米盛学会長を推薦することに決定した。任期は2年（平成19年～20年）

(6) その他

横倉福岡県医師会会長より平成19年度（第29回）九州各県・政令指定都市保健医療福祉主管部局長及び九州各県医師会会長合同会議を下記のとおり開催する旨説明があった。

- 平成19年11月2日（金） ホテルレガロ福岡
- ・九州医師会連合会第291会常任委員会
15：00～

- ・平成19年度（第29回）九州各県・政令指定都市保健医療福祉主管部局長及び九州各県医師会会長合同会議 16：00～18：00
- ・懇親会 18：15

報 告

(1) 日本医師会「年金委員会」委員の推薦について（大分）

日本医師会会長より推薦依頼のあった年金委員会委員について、鹿児島県の江畑浩之先生を推薦したとの報告があった。

(2) 平成19年度九州医師会連合会行事予定について（長崎）

平成19年度行事予定並びに第107回九州医師会総会・医学会日程について、資料により説明があった。

(3) その他

- ・日本医師会から各都道府県医師会に依頼がある「国民運動の展開について」、長崎県医師会で作成した長崎県地域医療推進協議会パンフレットの紹介があった。
- ・秦宮崎県医師会会長より今回事務局長に就任した「田中六男」氏の紹介があり、田中事務局長より就任の挨拶があった。

閉 会

感染症危機管理対策協議会

理事 金城 忠雄



去る3月8日（木）、日本医師会館において標記協議会が開催されたので、その概要について報告する。

定刻となり、飯沼雅朗日本医師会常任理事より開会が宣言され、唐澤祥人日本医師会長より次のとおり挨拶があった。

「日本医師会では昨年5月に子ども支援日本医師会宣言を行い、宣言にある子どもの育ちやすい医療環境の充実の具体的項目として、予防接種の充実と接種率の向上を挙げている。日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省の主催により実施している子ども予防接種週間は、健やか親子21においても高く評価されている事業である。

また、4月1日より結核予防法が感染症法と統合されるが、結核対策が後退することのないよう我々といたしましても注視していかなけれ

ばならない。日本医師会において、感染症危機管理対策室を設置して10年になる。国民の生命・健康を守るため、新型インフルエンザの発生等に備えるため、さらに万全の体制を期す必要があると考えている。」

報 告

（1）感染症対策をめぐる最近の動向について

飯沼雅朗日本医師会常任理事より、以下のとおり報告があった。

①子ども予防接種週間について

日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省の主催により3月1日から7日までの一週間、普段、予防接種を受けられなかったり、病気等で延期になった子ども達のために全国で実施している。

平成15年度から毎年行っており今年度で4回

目の実施となる。昨年度は8万人の接種が行われ、健やか親子21においても非常に高く評価されている。

また、日本医師会では昨年度より、都道府県医師会に対し、住民に対する啓発、講習会等の実施のために30万円の補助をしている。

今年度の実施医療機関は、11,000以上となっており、朝日新聞や読売新聞等に掲載して周知を図ったところである。

②日本脳炎の予防接種及びDPTの接種間隔について

昨年は、熊本県で小児の日本脳炎患者が発生し、この問題の重要性については認識しているが非常に対策が難しい。

ADEMの頻度が高いことから、ペロ細胞でウイルスを増殖させ、それをワクチンにするという試みが1～2年前から行われており、うまくいけば今年か来年には間に合うとのことであったが、組織培養ワクチンが少し遅れている状況である。

DPTの接種間隔については、3～8週間の間隔を過ぎたものも定期で予防接種を行えるよう厚生労働省にお願い申し上げているところである。

しかし、法改正を行うことはなかなか難しいことから、なるべく8週間以内で接種していただいて、接種できなかった人を救う方法を考えなければならないと考えている。

また、市町村が独自で行うケースがあるが、この場合は、行政と相談をしていただきたい。

③感染症法改正について

今年4月より結核予防法が感染症法と統合されること等の法改正に伴い、二類感染症に結核が新たに追加されることや重症急性呼吸器症候群（SARSコロナウイルスに限る）が一類感染症から二類感染症に移行するなどの感染症法上の感染症類型について見直しを行った。

また、「高病原性鳥インフルエンザ」という名称を「鳥インフルエンザ」で統一することとなった。

④市民公開講座について

昨年10月に市民公開講座「知って防ごう性感染症～現状と対策～」を開催し、NHK教育

テレビで放映したところ反響も高く、45分間に短縮したDVDを今月の終わりには全国の高等学校に配布することになっている。

来年度の感染症についての市民公開講座は、「新型インフルエンザ」をテーマに5月12日に開催予定。NHK教育テレビでは5月27日（日）18：00～19：00に放映する予定である。

⑤肝炎対策について

C型肝炎ウイルスの検査が保健所等で検診以外にも行われているが、受診者が非常に少なく、都道府県から各医療機関でも行ってほしいという依頼がおそらくあるのでご協力を賜りたい。

また、依頼がない場合も都道府県に対して積極的に働きかけていただきたい。

(2) 感染症改正及び新型インフルエンザ対策について

三宅智厚生労働省健康局結核感染症課長より、今回の感染症法改正並びに新型インフルエンザ、肝炎対策について次のとおり報告があった。

まず、感染症法に基づく対応として、感染症の発生の予防、及びそのまん延の防止を図ることを目的とする。その手段には、①基本指針、予防計画の策定、②感染症発生動向の把握、③感染症発生時の適切な措置（就業制限、入院等）、④適切な医療の提供（感染症指定医療機関）がある。

今回の感染症法改正には次の3つの大きなポイントがある。

○生物テロや事故による感染症の発生・まん延を防止するための病原体等の管理体制確立

炭疽菌等を使用したバイオテロリズムへの備えをすることや、SARSなどに関しては、実験室内感染で発症したという例もあることから、そういった事故防止を目的とする。また、一種～四種病原体等においても病原体等に応じた施設基準、保管、使用、運搬、滅菌等の基準（厚生労働省令）の遵守や厚生労働大臣等による報告徴収、立入検査、厚生労働大臣による改善命令、改善命令違反等に対する罰則を行う。

また、感染症の発生状況及び動向の把握につ

いて、新興感染症やバイオテロリズムが起こっている場合には、症候群サーベイランスを立ち上げ、38℃以上の発熱及び呼吸器症状のある者や発疹や水疱の皮膚の症状が出ている者を届出なければならない。

さらに、感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報並びに当該感染症の予防及び治療に必要な情報を新聞、放送、インターネットその他適切な方法により積極的に公表しなければならない。

○最新の医学知見に基づく感染症の分類の見直し

- ・1類感染症追加→南米出血熱
- ・2類感染症へ移行→SARS コロナウイルス (感染力があまり高くない)
- ・2類感染症追加→結核
- ・3類感染症へ移行→コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス
- ・4類感染症追加→オムスク出血熱など11疾患が追加

○結核を感染症法に位置付けて総合的な対策を実施

結核に関する感染症法については、平成19年4月1日から施行される。感染症法との統合後も、高齢者の結核や都市部での結核等の大きな課題に取り組まなければならない。

結核患者の入院と公費負担制度については、現行の結核予防法では、診査協議会を開き、入所命令を出さないと公費負担ができなかったが、今回の改正感染症法では、72時間以内に入院勧告を出すことができ、入院してすぐに公費負担ができるというメリットがある。

また、結核患者等の届出に関しては診断後直ちに出していただくこととする。

新型インフルエンザ対策については、現在、フェーズ4以降のガイドラインを策定中であり、詳細は以下のとおりとなっている。

- ①早期対応戦略ガイドライン「国内発生初期における対応（予防投与等）」
- ②検疫ガイドライン（海外からの水際対策）

- ③個人及び一般家庭等におけるガイドライン（個人・一般家庭における対応）
- ④医療体制に関するガイドライン（国内発生時の医療体制）
- ⑤ワクチン・抗ウイルス薬ガイドライン（薬剤の優先投与、供給体制）等

現在、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄については、タミフルを中心に、平成19年度までに治療用を約2,500万人分備蓄することを進めている。さらに、予防投与用も300万人分備蓄予定である。

ワクチンの開発、生産については、Clade1のベトナムの株とClade2のインドネシアの株でプレパンデミックワクチンを1,000万人分事前備蓄をしている。これは、最低限の社会機能維持用と医療従事者用である。

また、インフルエンザ（H5N1）については、指定感染症・検疫感染症として定め、フェーズ4に入ってもすぐに措置が取れる状態に引き上げている。

さらに、新型インフルエンザ対応訓練や国際協力（特にアジア諸国でのインフルエンザ対策）等を行っている。

課題は、患者が多数発生した場合の医療施設の病床数である。現状の行動計画の中では、感染症指定医療機関の病床や結核病床の陰圧病床を合わせた全国約5,000床で対応するとあるが、緊急時には、大型施設（体育館等）を利用するなどの対応を考えていかなければならない。

タミフルの副作用の問題に関しては、インフルエンザでも同じ症状が出る場合がある。一昨年にインフルエンザ患者の中でタミフルを服用した患者と服用しなかった患者の比較研究を行ったが有意差は見られず、精神症状がタミフルの影響とは言えないという結果が出ている。

しかし、これからも副作用に関しての情報収集は引き続き行っていく。

また、ワクチンができるまでは半年以上かかることが想定されるため、それまでの間はタミフルが大きな支えとなる。WHOとしてもタミフルを推奨しており、アメリカやヨーロッパなどの諸

外国でもタミフルを備蓄している状況であることから、我々の方針としてもタミフルを備蓄するという状況は変えずに取り組んでいく。

感染拡大防止策としては、①家庭・施設内予防投薬、②接種者予防投薬、③地域内予防投薬、④薬剤以外の感染拡大防止策等を行うこととしている。

フェーズ4になった場合には、検疫所においては国外から到着した飛行機等に検疫官が入り検査を行い、医療機関においては、発熱外来を設置し対応する。

肝炎対策については、従来どおり、かかりつけ医が専門医療機関と連携を図るとともに、今後、都道府県に原則1ヶ所設置される肝疾患診療連携拠点病院（仮称）が診療支援をするという形や、全国肝炎対策懇談会や都道府県肝炎対策協議会が情報提供等の連携を行っていくことなどを考えている。

平成19年度老人保健法における肝炎ウイルス検診等の実施の考え方（案）については、老人保健法に基づく健康診査において、①平成19年度に40歳になる者を対象に節目検診として、また、②平成19年度基本健康診査において肝機能異常と判定された者、及び③過去5年間の肝炎ウイルス検診の対象者（節目検診対象者及び節目外検診対象者）であって受診機会を逃した者を対象に節目外検診として、肝炎ウイルス検診を行い、対象者等に対する健康教育・健康相談も実施する。

また、老人保健・政管健保以外での肝炎ウイルス検査は、これまで保健所のみで実施されていたが、医療機関委託での実施が可能になった（一部自己負担あり）。検査費用としても老人保健事業の節目外検診の基準単価及び費用徴収基準額に準じた額としている。

(3) ワクチンビジョンについて

関英一厚生労働省医薬食品局血液対策課長より、次のような報告があった。

新しいワクチンについて、日本はアメリカと比べて未導入品が多いというような状況であ

り、海外で使用しているワクチンを日本でも使えるようにするという観点からするとこういう状況でよいのかという問題意識がある。

ワクチンの開発や供給等の政策については、予防接種法への位置付けや社会的にどういう風に認知されているかで顕著に状況が変わってくる。また、先の見通しが立ちにくく、市場予測が難しいというような特徴があるので供給者側からはリスクが高く、研究開発意欲が湧かないという状況にもなる。

このような状況を打開するため、平成17年に「ワクチンの研究開発、供給体制等のあり方に関する検討会」を発足し、ワクチン産業ビジョンの要点として次の7つの柱を取りまとめた。

ワクチン産業ビジョンの要点

1. 基礎研究から実用化（臨床開発）への橋渡しの促進
 - (1) 基礎研究では、研究開発における官民連携／研究機関連携の促進
（官民共同の政策創薬研究の推進や研究機関協議会の形成）
 - (2) 日本医師会「大規模治験ネットワーク」の活用推進
（例）新型インフルエンザワクチンの治験への日本医師会の協力
2. 関係企業の戦略的連携による臨床開発力強化→国際競争力のあるワクチン生産基盤の確保
 - (1) 国民のニーズに合った新しいワクチンを旧来からのワクチンメーカーと研究開発企業とが連携して開発→臨床開発力の強化、開発の効率化
 - (2) 新ワクチン導入による競争力強化、収益構造の転換による事業の安定化、ひいては、国内製造体制の確保
 - (3) 外国企業との協力の促進（シーズの導入、外国市場への展開）
3. 危機管理上必要だが民間の採算ベースに乗りにくいワクチンに対する国の税制、研究開発助成等の面での支援
（例）新型インフルエンザに備えるプレパンドミックワクチンについて、オーファン制度

の対象として位置づけ、税制上の優遇措置 (H18～)

4. 疾病のまん延に備えた危機管理対応ワクチンの生産体制の確保のための国による支援や買上げ
(例) 新型インフルエンザに備えるプレパンデミックワクチンの製造と国家備蓄
5. ワクチンの薬事承認・実用化に向けた制度基盤の整備
 - (1) ワクチンの治験・承認審査に有用な試験実施に係るガイドライン作成
 - (2) 治験相談、審査に係る体制の質・量両面にわたる一層の充実
6. ワクチンの需要安定化に資する調整機能の整備
 - (1) 感染症疫学的なデータに基づく需要予測と需要調整機能の確保
 - (2) 危機管理に強い地域ブロック単位の在庫管理・配送ネットワーク体制の準備
 - (3) 需給安定化のための必要量を一定程度予備的に生産確保することについて、受益する関係者によって幅広く社会的に支えていくことへの合意形成
7. ワクチンに関する普及啓発
 - ・ワクチンの意義や重要性についての正確で分かりやすい情報を、幅広く国民に提供するための普及啓発活動の推進
 - ・ワクチンの有用性を総合的に評価する医療経済学的な調査分析の推進→その結果を、関係者の協力を通じて、国民がワクチンの意義を理解する上で活用できるようにしていく

質疑応答

○三種混合予防接種について

Q：千葉県医師会

三種混合のⅠ期初回においては3～8週間の間隔を過ぎたものは定期の予防接種の扱いでないため、患者に不利益を与えており、任意接種でなく定期で可能とならないのか。

A：三宅課長

現時点では、予防接種法に基づき実施することになるが、本件についてはいろいろとご意見を伺っており、予防接種に関する検討会においても有効性・安全性、接種間隔などについてはデータ等を集めて検討を進めている。

○子ども予防接種週間について

Q：千葉県医師会

千葉県内においても多数の医療機関の協力のもと、予防接種週間に取り組んでいるが、土曜日、日曜日の両日に予防接種を受ける患者は少なく、副反応等が起こった場合に、バックアップする医療機関がない。接種率の向上を考えるのであれば、行政による集団接種への協力体制などを検討すべきである。

A：飯沼常任理事

小児救急医療体制については、ご案内が遅く申し訳ありませんでしたが、各都道府県衛生主管部(局)に対し、協力依頼は出されているとのことであり、2次、3次救急医療機関では、その対応がなされていたと理解している。土曜日、日曜日に関しては、体制を整えてこれからも同じく実施していきたいと考えている。

○日本脳炎ワクチンについて

Q：東京都医師会

日本脳炎ワクチン定期接種再開の予定について

Q：和歌山県医師会

今後の日本脳炎ワクチンの出荷本数並びに培養細胞を用いた日本脳炎ワクチンの許可の見通しを教えてください。

A：関課長

新しい組織培養ワクチンについては、2社が承認申請をしているが、データにおいて充分検証する必要があるため時間を要しており、1年という期間では見込まれていない。

当面は現行ワクチンの在庫に関して問題ないが、急激な需要があった場合の対応についてはよく考えていく必要がある。

○新型インフルエンザ対応ガイドラインについて

Q：兵庫県医師会

「発熱外来」を全機関に特設することは困難であり、むしろ発熱を含めたトリアージのための「専用外来医療機関」を設定して、初診者はそちらに保健所より誘導すべきである。

搬送は、一般機関が個別患者毎に感染防御しながら自前で搬送することは困難である。保健所の指揮する専用車か、担当者同乗による当人自家用車等にて、隔離環境で上記「専用外来医療機関」受診とすべきである。感染症対応の専用救急車の増配も必要である。

A：岡部感染症危機管理対策委員会委員

「発熱外来」によってスクリーニングを行うことにより、一般外来に新型インフルエンザが紛れ込む等の問題点は多少解決できると思う。発生初期においては少ないステーションでよいが、患者数や医療従事者の確保状況に応じて数多く設置する必要があると考える。

しかし、実際に「発熱外来」を運営するためには、行政機関や保健所の人だけではとても間に合わないので、医師会の先生方のご協力が必要である。

搬送について、患者発生の初期段階においては、保健所へ連絡の上、救急車で行えるとのことである。

Q：奈良県医師会

発熱外来を含め、医療従事者に対するPPE等は行政側が準備をしてしかるべきものと考えが如何か。

ワクチン接種ガイドラインについては、フェーズ4に入ってからパンデミックワクチン製造までの期間が半年と聞いていたが、今回突然発生時期によって1年以上の期間を要すると変更された。その根拠と、期間の幅（早い時、遅い時）を示していただきたい。

A：飯沼常任理事

PPE等については、「新型インフルエンザの流行と拡大に備え、医療機関等で使用されるマスクや消毒薬が充分確保されるよう必要な

対策を講ずること」と感染症法の附帯決議の中にある。

しかし、地方交付税の措置ということになっているので、都道府県に対して申し入れをしていただきたいと思います。

A：関課長

ワクチン製造までの期間として、まず6ヶ月というのは、製造ラインが回る期間であり、実際に生産に着手するためには、有精卵が絶え間なく生産ラインに流れ込まなくてはならない。その有精卵を産む親鳥の確保にも最低6ヶ月はかかる。また、株の調整（特に弱毒化プロセス）が必要になるため、全体像として、パンデミックが起こって、そこから引算して1年という期間は避けることができないと考える。

Q：宮崎県医師会

現時点で新型インフルエンザが疑われても、各医療機関からすぐに抗原同定などの検査依頼を受けるシステムが構築されてない。

また、検査委託先として、保健所だけでなく、小回りのきく一般の検査委託業者などが利用できないものか検討願いたい。

A：三宅課長

各地の衛生環境研究所が担当するという体制になっており、国立感染症研究所が技術的なバックアップ等を行うことになっている。

総 括

感染症対策を強力に進めていくということは、日本医師会の大きな仕事のひとつであり、国民の生命・健康を守るために全力で取り組んでいかなければならない問題であると認識している。

また、感染症対策全般についても問題等が生ずることがあれば、厚生労働省と協議を行う所存であり、ご遠慮なく感染症危機管理対策室まで申し出いただきたいと思っている。

今後とも、都道府県医師会及び郡市医師会に対し、速やかに情報提供をしていくが、その情報が地域医師会から医療機関へスムーズに流れるよう、ご協力いただきたい。

印象記



理事 金城 忠雄

日本医師会は、感染症危機管理に過剰と思えるほど重大な関心を払っている。私自身の認識の甘さをつくづく思い知らされ、恥じ入るばかりであり、いい薬になった。

子ども予防接種週間は、新聞や多くのメディアを活用して啓発活動に多大の努力をしている。

子どもの健康状態や何らかの事情によりDPTが法定の定期に接種できない時の対応等諸々の問題が指摘された。日本脳炎ワクチンも急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の副作用のため、厚生労働省は、平成17年5月に積極的な接種を差し控えるよう勧告を出している。安全な新しいワクチンはいまだに開発されず、特に当地沖縄県は日本脳炎の汚染地域にあるので危惧するところである。

次に、厚生労働省の担当課長の講演では、改正された感染症法に基づく行動指針とその対応等があった。

特に鳥インフルエンザから派生した新型インフルエンザは、全世界的に爆発的に流行するいわゆるパンデミックの発生は必ず起こり、日本では2,500万人発症し、死亡者64万人、オーストラリアの研究所の試算では、210万人の死者を予想していると。そうなると、患者の集中により、まず真っ先に医療関係者が危険に陥るし、あげくは、莫大な数の死者により埋葬もままならなくなるので全国民が対処の方針を充分準備すべきであり、のんびりしてはいけないと。ワクチンの開発には時間がかかるし、タミフルの備蓄計画や日本国民全体の啓発活動など身の毛もよだつ空恐ろしい講演であった。

日本医師会あげての最重要課題のこの感染症危機管理対策は、感染症専門医は勿論のこと、小児科医の参加が絶対に必要である。2002年に出現したSARSが沈静化したように、この新型インフルエンザも日本では、静かに通り過ぎるよう祈るばかりである。気が滅入る思いで帰路についた。



「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

第13回都道府県医師会介護保険 担当理事連絡協議会



副会長 小渡 敬

去る3月15日（木）、日本医師会において標記協議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会長より、概ね次のとおり挨拶があった。

療養病床の再編を巡る動きについては、平成18年6月に介護療養型医療施設を平成23年度末をもって廃止すること等を内容とする介護保険法の改正を盛り込んだ「健康保険法の一部を改正する法律（案）」が可決成立し、国から具体的な政策が打ち出されているところである。

日本医師会としては、療養病床の再編及び診療報酬改定の影響により、医療区分1の入院患者の実態と診療報酬上の影響等を把握し、今後の本会の政策等の策定、検討する際の基礎資料とすることを目的に、都道府県医師会にご協力いただき、療養病床再編に関する緊急調査を実施した。この調査の結果については、中医協に資料を提出の上で意見陳述を行った。また、厚生労働省実施の介護サービス施設事業所調査の結果等を合わせ、在宅医療を推進するにあたり、これからの療養病床や介護保険施設の在り方について、その重要性を改めて主張しているところである。

さらに本会としても、これからの国民の健康と安全を守り、生活、人生を保障していく上で在宅医療の役割が重要と考え、平成19年1月10日、三つの基本的考え、及び7つの提言からなる「在宅における医療・介護の提供体制—『かかりつけ医機能』の充実—」指針を公表している。

今回のテーマである、厚労省の打ち出した

「地域ケア整備指針（仮称）」が、今後の療養病床の再編に関わる施策の一つであり、都道府県においては、地域ケア体制、整備の基本的考え方の提示、将来のサービスニーズや利用見込み、年次別、圏域別の療養病床の転換計画を定める「地域ケア整備構想（仮称）」を発表することとなっており、現在、全国8地域においてモデル事業が実施されている。本日はモデル事業を行った8地域のうち、新潟県、東京都、北九州市より報告いただくことになっている。

今後、各都道府県において予定されている地域ケア整備構想（仮称）の策定については、地域の特性に応じたものとなるよう、本日の内容をご参考にしていただき、医師会として積極的に関わっていただきたい。

議題

（1）「地域ケア整備構想（仮称）—モデルプラン作成地域からの報告—」

①新潟県（高齢化地域）

新潟県医師会理事の吉沢浩志先生より、新潟県におけるモデルプラン作成の概要について報告があった。

新潟県のモデルプラン作成は、新潟県下越圏域を対象とした療養病床アンケート調査の結果を基に行われている。調査対象施設は6医療機関で、医療療養病床195床、介護療養病床393床の計588床となっている。

調査結果より、医療療養病床、介護療養病床の両施設ともに、寝たきり状態の患者さんが最も多く（ADL区分3の患者さんが、医療療養病床で56.4%、介護療養病床で56.2%と、それぞれ最も多い）、また、介護重度者の占める割合

が高い（要介護5の患者さんが、医療療養病床で45.5%、介護療養病床で60%と、それぞれ最も多い）ことが報告された。

調査結果の概況が報告された後、今後の検討課題として、「療養病床からの退院患者には医療区分2の喀痰吸引、経管栄養、胃瘻管理などを必要とする例も多く、老健や特養は現行の施設設備や人員基準等で受け入れは困難である。」「医療機関の転換意向と患者の状態から望まれる施設に大きな乖離が見られる。また、望ましい施設が介護療養病床とされた患者の廃止後の受け入れ施設の検討が未着手である。」「療養病床を退院する患者が介護施設に入所する場合、待機者との関係もあり、優先入所を保証できない。」「圏域内の医療資源のみでは在宅医療を支える地域医療体制を構築することが困難な状況のなか、『現に高齢化率が高い地域』としてのモデルプラン作成は困難な作業と考える。」と意見が述べられ、新潟県から国へ「介護施設サービス体系の明確化」、「老人保健施設における医療体制の見直し」、「老人福祉施設における医療サービスの見直し」、「定員の超過等」、「療養病床転換に係る財政支援措置の拡充」を提言していきたいと説明があった。

②東京都（都市地域）

東京都医師会理事の玉木一弘先生より、「東京都区西北圏域における地域ケア整備構想モデルプランの概要と課題及び東京都医師会の取り組み」について報告があった。

東京都区西北部圏域は、人口1,796,419人、高齢者人口349,427人、高齢化率19.5%、医療療養病床が40施設（病床数1,874床）、介護療養病床が22施設（病床数1,504床）となっている。

調査結果より、医療療養病床では、医療区分2が43.6%、医療区分1が44.1%とほぼ同じで、ADL区分は2が40.7%と最も多くなっている。介護療養病床入院患者の要介護度は、要介護5が52.4%と最も多く、要介護4と5で全体の86.2%となっていることが報告された。

調査結果の概況が報告された後、今後の検討課題として、「転換意向について、未定が多く

短期的な対応の方向性を定められない状況」、「65歳以上人口10万対で、療養病床数は全国平均より4割弱、介護保険施設は5割弱、引き続き、医療又は介護施設サービスを担う必要がある」、「医療療養病床には、急性期の治療後の受け皿機能や在宅療養の後方支援機能などの役割が想定され、真の必要数の把握が重要となる」、「今回のアンケートでは、転換意向が未定の医療機関が多く、再度意向調査を行い、秋までに策定する地域ケア整備構想に反映させる必要がある」、「そのためには療養病床の再編、転換の判断に必要となる情報等を早期に提供することが重要」、「介護保険施設における今後の医療提供のあり方等、転換の判断に必要となるものについて、早期にその考え方を示すように国に求めていく必要がある」と意見された。

また、東京都医師会では、都に対し地域ケア整備における取り組みの方向性として、介護施設の偏在については参酌基準の弾力的運用（真の医療療養病床必要数の把握等）、在宅の介護・医療提供力の不足については在宅療養基盤の充実（後方補完病床の確保等）、厳しい経営環境については実情に即した都の補助・支援の充実（転換施設の居室面積の緩和、医療療養施設への経営支援等）等を要望している旨が説明された。

③福岡県北九州市（療養病床地域）

北九州市医師会理事の白石公彦先生より、北九州市におけるモデルプラン作成の概要について報告があった。

北九州市は、医療療養病床3,887床、介護療養病床1,440床の計5,327床となっており、高齢者人口に対する病床数は47都道府県政令指定都市中第6位となっている。

調査結果より、療養病床の転換意向について、医療療養病床から老人保健施設へ転換意向を示した施設は非常に少なく（医療療養病床の維持を回答した施設が70.7%と最も多い）、介護療養病床については、老人保健施設より医療度の高い施設への転換意向が多い結果（医療療養病床への転換16.7%、一般病床等への転換

19.6%、老健35.2%)が示されている。各施設が老健への転換の際に重要と考える事項として、老健の永続性、医療療養病床の医療区分と診療報酬の見直し結果、老健での医療提供が可能であること、老健の介護報酬の成り行き、等を挙げていることが報告された。

調査結果の概況が報告された後、今後の検討課題として、「医療療養病床数は厚生労働省の再編シナリオ以上に必要であり、長期療養の他、急性期、亜急性期の病床としてさらに病床が必要である」、「老人保健施設へ転換への意思決定に必要な情報が遅れている」、「患者と家族の視点で療養病床再編に当たる必要がある」と意見された。

また、モデルプラン作成上の問題点として、行政と医師会の視点のズレが考えられると説明があり、「医師会は高齢者の住まい、見守り、在宅医療（再編後の受け皿づくり）について、十分に意見を出さなかった。行政は独自の療養病床転換の支援策を示さなかった」との見解が示された。

(2) 講演「地域ケア整備構想と慢性期医療区分の考え方」

杏林大学医学部高齢医学教授の鳥羽研二先生より、「地域ケア整備構想と慢性期医療区分の考え方」と題して講演が行われた。

先ず始めに、「療養病床の入院患者のうち医師の対応が殆ど必要のない人が概ね半分（中医協資料）という数字は本当か」と提言があり、「(行政は)急性期医療の物差しでしか考えていない。チープアプローチによる医療への無理解。ベッドサイドでの機能維持（ADL、認知、ムード）の理解不足。寝たきりは手がかからないと言うが手をかけないの間違いでは。老年症候群が置き去りにされている可能性。等々、広い意味での慢性期医療対応が必要であるが、行政・マスコミ・医師の一部が医療不要のレッテルをはっていないか」と療養病床再編に係る意見が述べられた。

また、慢性期ケア施設の医療需要と介護需要

の特徴、実情に合致したモデルが現状で整備されているかを考える必要があると問題提起され、「急性期病院で対応できないADL低下、骨粗鬆症、嚥下困難、尿失禁、褥瘡、等の慢性期ケアこそ医療が必要なものである」と意見された。

日本老年医学会の基本的立場（後期高齢者の心身の特徴と医療の現状認識と問題点）としても、「高齢者医療全体は、国民の福祉に貢献している。我が国は世界一の長寿国で、かつ、健康寿命も世界一である。現状の医療費の総額、GDP比、今後の医療費の増加といった医療経済的視点以外は、高齢者医療のマクロ的な欠点は見いだせない」という考えを示していると説明があり、「高齢者は複数疾患にかかりやすく、多くの医療機関を受診し、検査・薬剤処方も多くなる。この件に関し、一疾患あたりの医療費が非高齢者より高いかを論ずるべきであり、病気が多いから、一つ一つの疾患の検査や投薬を経済的に制限するという議論は、高齢者差別であり、反対する。高齢者の心身の特性に配慮した医療が行われるべきである」とした見解が述べられた。

「85%の人が住み慣れた自宅で療養したいと考えている」という国の調査結果についても、「在宅で元気な高齢者の調査を、寝たきり高齢者の希望に転用している。実際に生活自立困難で廃用症候群が出てこの答えは変わらないのか。」と意見され、老健施設入所者、家族の退所指導時の希望療養場所を調査した結果では、本人、家族双方が在宅療養を希望した数は全体の2%しかなかったことが報告された。また、在宅寝たきり高齢者医療の語られない問題点として、褥瘡、カイセン、オムツ交換等について、施設と同程度のケアを在宅で行うことは可能かと意見された。

最後に、地域ケア整備構想の策定について、「地域ケア整備計画においては、高齢者の生活自立度と疾患・老年症候群に配慮し、高齢者本人に最適な生活・療養場所が選択できる制度を構築することが、国民の老後への安心をもたらす。高齢者住宅単独では、十分な医療とケアの

受け皿とならない。労働集約型の医療・ケアミックス施設の活用方法を再考すべきである」と述べられた。

(3) 講演「地域ケア整備構想（仮称）策定に向けて」

厚生労働省老健局地域ケア・療養病床転換推進室の榎本健太郎室長より、「地域ケア整備構想（仮称）の策定に向けて」と題した講演が行われた。

始めに、地域ケア整備構想（仮称）を作成する趣旨として、「①地域差が大きい中で、地域ごとの対応方針を整理する。」、「②療養病床の転換推進が惹起する住民や医療機関の不安に応える。」、「③療養病床の再編成に係る関係3計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画）の整合性を図る。」の3項目が挙げられる旨が説明され、現在、厚生労働省では、各都道府県による地域ケア整備構想（仮称）策定のための作業ツールとして、地域ケア整備構想（仮称）に盛り込むべき事項を取りまとめた「地域ケア整備基本指針（仮称）」並びに、20年後、30年後を見通した地域ケア体制確保に向けた対応指針を検討するための作業ツールで、高齢者の見守り、住まいの在り方や在宅医療の在り方を検討する際の検討のポイントを示した「長期ワークシート」、平成23年度までの療養病床転換分も含む介護サービスの見込み量や、見守り機能がついた住まい等の量を見込むための作業ツールで、介護保険事業計画のワークシートをベースとして、直近の給付実績や療養病床の転換に伴う所要量を反映させた「短期ワークシート」を公表（平成18年12月26日公表）し作業を進めてもらうことになっていると報告があった。

地域ケア整備構想（仮称）に盛り込むべき事項の具体的な内容は、現時点で、「地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本的事項」や、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、その他関係計画との調和、市町村との関係を盛り込んだ「地域ケア整

備構想の策定に関する基本的事項」、平成47年（2035年）に向けた10年ごとの高齢者の介護及び見守り等のサービスの需要の見通しを盛り込んだ「地域における高齢者の介護及び見守り等の将来像と中長期的な体制の確保に関する事項」、平成23年度までの各年度の介護サービス及び住まい等の量の見込みを盛り込んだ「療養病床の転換が行われる期間の地域における高齢者の介護サービス及び住まい等の量の見込み及び体制の確保に関する事項」、地域における療養病床の現状と課題や、療養病床の転換の保険財政上の影響と試算等を盛り込んだ「療養病床の転換の推進に関する事項（療養病床転換推進計画）」となっている。

構想の作成に向けた地域における検討事項として、「高齢者が住み慣れた地域において出来る限り継続して生活できるようにするためには、先に検討する見守り及び住まいの在り方と合わせて、在宅医療の在り方を検討することも必要。粗い推計も参考としつつ、地域としての中長期的検討を行う」と説明があり、長期的将来像の検討を行うことで、今後の高齢化の進展に対応した地域としての施設・居住系サービスの今後の整備の方向性や、確保すべき見守りの内容や見守りを要する者の見込み、高齢者の生活に適した住宅の供給の必要量等の整備が期待できると意見された。

当面のスケジュールについては、平成19年3月末に、国が地域ケア整備指針・モデルプランを提示し、指針を受けた各都道府県は、4月から7月を目処に、先に行ったアンケート集計結果を踏まえ、短期ワークシートを活用して当面のサービスニーズを推計するとともに、平成23年度末までの介護サービスの量の見込み、医療機関の転換意向を踏まえた療養病床の年次別転換見込み等を整理し、財政試算等を行う。さらに、地域の特性に応じた検討課題を整理し、具体的な対応方策を検討することになっていると説明があった。

介護施設等の基本的な在り方の検討については、“介護施設等の在り方に関する委員会”を

設置し、介護施設等の入所者に対する医療の提供の在り方に関する事項等の検討を行っているとの説明があり、これまでに3回の委員会が開催されていることが報告された。

今後の高齢化の展望について、2015年には沖縄県を除く46都道府県で高齢化率20%を超え、2025年には25%を超えるのが45都道府県、30%を超えるのが28道県に達すると予測されており、また、高齢化の進展に伴い、高齢者の単身世帯及び夫婦のみ世帯の増加が著しいことや、認知症高齢者が急速に増加することが予測されているとの説明があり、このような状況を鑑み、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になると述べられた。

(4) 関連質疑等

Q. 療養病床の退出を迫られる方がいると考えられるが、その方の見込み量、中間施設として受け入れる施設はあるか。

A. 患者さんの状況を踏まえながら適切なサービスを受けられるようにしたいと考える。地域において必要なサービスニーズがどれくらいあるのかを踏まえ転換をしていく。

Q. 低所得者対策はどのように考えているか。高齢者への財政的支援は考えているか。財政的な観点からケア付き住宅への入所が困難な患者さんもある。

A. 今後、高齢者住宅等を一つのツールとして活用できるよう考えている。各都道府県計画の中で考慮することとして盛り込んでいきたい。

Q. 本来予防とは元気な時期からやらないといけない。これまでも取り組まれてきた各地域における福祉（健康）事業への財政的支援は考えているか。

A. 介護予防についてはより力を入れていかなければならないと考えている。チェックリストの見直し等。元気な方の予防を進めるということも重要であるとする。

Q. 疾病の治療だけでなく、生活機能という視点も考えなければならない。そこへの新たな医療提供体制の必要性。

A. 後期高齢者医療の中でも議論が進められているところである。介護と医療の連携をどうしていくのかということが大きな課題となる。議論を進めていきたい。

Q. 施設基準の緩和について。

A. 去る3月12日の介護保険施設等の在り方に関する委員会においても議論されている。アンケート調査結果からも支援策を考える必要が出てきていると考えている。どういう転換のイメージができるのか出来るだけ早く示していきたい。参酌標準、低所得者が多いという問題、特養ホームも一つの受け皿として考えるが、医療法人が特養を設置できないという制限があり、そこは本会議では申し上げないが、そういう議論もある。15万床では足りないという議論については、療養病床の在り方について、現在、保険局の方で検討作業を進めているところである。

総括および閉会

竹嶋康弘日本医師会副会長より、総括が述べられた。

平成18年度都道府県医師会 広報担当理事連絡協議会

理事 玉井 修



去る3月15日（水）、日本医師会館で行われた標記協議会について次のとおり報告する。

中川俊男常任理事の司会進行のもと、冒頭唐澤祥人会長より下記のとおり挨拶があった。

執行部では基本的な方針として広報活動の充実を最重要課題に据えているため、今後とも先生方のご協力をお願いしたい。

私ども執行部が誕生して1年が経とうとしているが、昨年4月の診療報酬マイナス3.16%改定、療養病床再編問題、リハビリテーション実数制限、7対1入院基本料問題等、矢継ぎ早に出される様々な医療費抑制策に対峙しているところである。その中で私どもが申し上げた、医療難民2万人、あるいは介護難民4万人という言葉がマスコミにも大きく報道されていることは先生方もご存知のとおりであるが、更に7対1の入院基本料による看護師の地域病床規模に

よる偏在不足問題に対する調査と問題提起により、中医協では10年ぶりとなる建議が行われた。これらの活動と同時に進めたことは、日医ニュースや白クマ通信等を通じて問題点を明らかにしたこと、また、広報担当の中川常任理事が中心となり、毎週水曜日に定例記者会見を開いてきた。そこでは報道関係者に対して我々の主張を伝えるだけでなく、国や厚生労働省が発表する基礎的なデータについても、例えば医療費の推計の誤り、財政赤字と社会保障費の伸びは無関係であることを指摘する等政策的な広報活動を展開している。本日のような情報社会では、情報の正確性のみならずスピード感も求められており、その点に力を入れてきたところである。

日本医師会はマイナスのイメージばかり押しつけられてきた経緯があるが、私どもがいくら

正しい政策を打ち出しても国民の皆さんからは正当な評価も支持も得られない状況である。そこで昨年の秋からテレビコマーシャルを用いて日本医師会のイメージアップ戦略を展開しているところである。

まだまだ端緒的段階ではあるが、いつの日かボディブローのように効き目を発揮してくれるはずだと確信している。

先生方には今後とも高い見識のもと知恵をお貸し頂くと共に、力を結集して国民から信頼される日本医師会のイメージづくりと、会員に向けた正確で素早い情報発信のための広報活動に対して絶大なご支援ご指導をお願いしたい。

続いて、日本医師会広報委員会委員の紹介があると共に、長瀬清広報委員会委員長より広報委員会審議報告について概ね下記のとおり報告があった。

昨年7月20日に第1回広報委員会を開催してから、本日第5回目の委員会を開催した。広報委員会の中の小委員会においては日医ニュース等の会内広報の部分を検討しているが、広報委員会としては唐澤会長より諮問を受けた「日本医師会の組織強化に向けた広報のあり方」について検討を行ってきた。第1回目においては、ホームページのリニューアルについて検討を行うと共に、ホームページに対するモニター（30名）を設け意見を伺っている。また、イメージアップ作戦としてテレビコマーシャルについて議論を行った。更に組織強化において一番の問題にあげられるのが勤務医対策であるが、日医が勤務医に対して何をできるか広報委員会の立場からフリーディスカッションを行っている。

報 告

「日本医師会の広報活動について」

日本医師会常任理事 中川俊男

中川俊男日医常任理事よりこれまでの日医の広報活動について説明があった。

長年日医は広報が下手だと言われ続けてきたことを受け、昨年の6月に実施した日医に対す

る意識調査について報告があった。調査では「日本医師会のことを好きでも嫌いでもない＝関心がない人」が6割をしめており、その対策の重要性が述べられた。更に医師会への関心とは裏腹に医療制度改革について関心がある人が5割を超えており、このギャップが解決しなければならない問題点であると述べた。

また、医師会の広報活動においては日医と地域医師会が同様の活動を行うのではなく役割を分担することが望ましいとして、日本医師会は医師会のイメージアップ戦略と中長期的広報戦略を、地域医師会は医療制度・疾病に関する啓発活動を行うことが重要と述べた。その中で、イメージアップ戦略として日本医師会が昨年10月7日（土）より放送しているテレビCMについて説明があると共にCMに対する一般生活者の評価結果が述べられ、女性の評価が高い反面、男性の評価は低いとの報告があった。

「広島県医師会における広報の取り組み－HMA-netを中心として」

広島県医師会常任理事 温泉川梅代

温泉川広島県医師会常任理事より同医師会の会内広報について説明があった。

広島県医師会では、HMA-net（イントラネット：組織内ネットワーク）を構築し、文書・資料等のペーパーレス化、速報デジタル化を図ると共に、理事会をペーパーレス化にしているとの報告があった。

なお、HMA-netの構築にあたっては6,000万円の構築費が掛かると共に、年間1,700万円の維持費が掛かっていたが、セキュリティーの関係上利用者を100名に限定していたことから問題点を改善し、全ての会員が利用できるよう改めて会員を募集することになり、現在では850名弱（会員の1割強）が利用しているとのことであった。

現在は広島県医師会のホームページを対外と会内用に独立させ、対内用ホームページは専用のソフト（デスクネッツ：グループウェアとしての基本的な機能であるスケジュールや掲示板

機能はもとより、便利な20の機能が標準で利用可能)を使用し、相互情報交換を充実させているとのことであった。

「福岡県医師会広報活動報告～医療モニター制度「メディペチャ」について～」

福岡県医師会理事 堤 康博

堤理事より同医師会が行っている医療モニター制度「メディペチャ」について説明があった。

同制度の目的として、双方向性を重要視し、医療・医師会・医療機関・医師等に対する意見や要望等について意見交換を行って「身近な医師会」を確立すると共に、マスコミ・行政に公開し開かれた医師会を印象づけているとのこと。

意見交換に重点を置くため、人数は10人程度に絞っているとのことであった。

運営については、医師会主導色を出さないために司会、企画、発言録のまとめは電通九州が行い、実施場所も医師会を避け、公共施設を利用している。

モニターについては、ホームページ、新聞、市民情報誌等において募集を行っているが、その際に医師会や医療全般について感じていることを記載してもらい、特に意見の厳しい人を採用するようにしている。

会合は3回開催するが、第1回目は医師会とは同じ席(ロの字)につかず、モニターに出来るだけ意見を言ってもらっている。医師会側は一切コメントしない。

主に医師と患者のコミュニケーション問題が話題となる。

(その際の意見が次回の会合の参考資料となるとのこと)

第2回目から同じ席につき、疑問、問題点、医療の限界等について話をすると共に、医師会活動やホームページ等の資料を配付して説明を行っている。

第3回目には、2回目の取り残したテーマについて話し合いを持つと共に、モニターから医師会への提言をしてもらっている。

最終的には、モニター制度の集大成として、モニターの代表者2名とマスコミ関係者その他著

名人を交えて、県民公開講座を開催している。

なお、第1回目で医師会のイメージとして圧力団体(悪いイメージ)であるとの意見を述べていたモニターが、第3回目には良い医療のためにやはり圧力団体(良いイメージ)であるべきだとする意見に変わったとのことであった。

意見をよく聴き、丁寧に応えていく姿勢を取ることが医師会を理解してもらう大事なポイントであり、ひいてはそのモニターが医師会を広報してくれることになるとの説明であった。

「対外広報での山口県医師会の取り組み～地元報道機関との連携について～」

山口県医師会理事 加藤欣士郎

同会ではこれまで、ホームページ、県民向け公開講座、電話相談、医療情報案内等を行ってきたが、その情報が十分に行き渡っているのか疑問が感じられたことから、県民の最大の情報源である“テレビ”、“新聞”に着目し、テレビの6時台のニュース番組において医療問題をシリーズ化し、月に1～2回放送しているとのこと。これまで、小児救急、小児科医不足問題、療養病床削減問題を取り上げたとのこと。

医師会が主催する行事については、県政記者クラブに取材要請していると共に、医師会の主張を訴えるべく記者会見を行っている。

なお、取材については、医療機関が取材班を門前払いすることがあるが、医療者と報道の連携を強化するために、会員の報道取材に対する柔軟な対応を求めているとのことであった。

協 議

各県の広報活動について

以上の各県の活動報告の後、広報に関する件について質疑が行われた。

Q佐賀県藤川常任理事

各都道府県においては、まだまだ医師会に対する偏見や勉強不足もあって中央の情報を曲解する記者が多いため、各都道府県医師会でも日本医師会同様に会長と担当理事が記者会見を行い詳しいデータを提供して記事にしてもらうことが重要ではないか。

※当意見をを受けて中川俊男常任理事から各県における記者会見の開催状況の確認が行われ下記のとおり回答が得られた。

- ・定例記者会見を行っている→3県
 - 福岡県：2ヶ月に1回（奇数月）開催 緊急記者会見も随時開催
 - 福島県：地元2紙に対して交互に会見を開催。年1回役員とマスコミ関係者との会食を持っている。
 - 愛知県：1ヶ月に1回記者懇談会を開催
- ・記者会見を不定期に行っている→15県
 - 広島県：問題があった場合には会長及び担当理事が会見を開催。年1回、記者と会長、副会長、広報担当理事と月見会を開催。誤った記事についてはその都度訂正記事を載せるよう対応。
 - 岩手県：年3～4回開催。誤った記事についてはその都度対応を行っている。
 - 茨城県：訴えたい事がある場合に行っている。記者との懇談会も開催している。

中川俊男常任理事より、日本医師会が各都道府県において地元医師会、テレビ局と共同で30分番組「ふれあい健康ネットワーク」を放送しており、日医の予算2,300万円と更にツムラのスポンサーもつき、来年度も8回の開催を予定しているが、いずれはこの番組をライブラリにしてホームページ上で全国の先生方がいつでも利用できるようなシステムを作りたいとの提案があった。

日医のCMについて

日医のCMについて下記のとおり質問・意見があった。

神奈川県熊谷理事

本会の理事会において、テレビCMは音楽も画面も暗いのではないかとあまり良い印象を国民に与えないのではないかと意見があった。

また、このCMにいくら掛かったのか教えてもらいたい。

宮城県小田常任理事

本会では、いじめについてのCMは非常に良いとの意見であった。やはり男性の評価は悪く声優の声が通らないとの意見もあった。

佐賀県藤川常任理事

男性会員は暗いのではないかとの意見であった。女性会員は訴えたいイメージが伝わってくるとの意見であった。

診療に限らず医療制度等で悩んでいる患者さんがドクターと話をしている場面をドラマティックに演出して、最終的に国民の誤解を解くようなCMづくりをしてほしい。（自己負担割合が増えて医療機関の収入が上がっているような誤解等）

また、明るいイメージにしてほしい。

宮城県橋本常任理事

十分討議をした上での制作であったらと思うが、なぜあのようなトーンにしたのか、また、最後の白地に薄い明朝体で日本医師会と表示したのはなぜか。

中川俊男常任理事

あのCMは考えに考え抜いた。対象は一般国民の女性である。男性からは受けないと思っていた。全国医師会の先生方の大半も男性である。グループインタビューではマジックミラーの後ろで伺っていたが、男性には非常に不評であった。全国医師会の男性の先生方も多分同様の意見だろうと思っていた。逆にグループインタビューで女性には大変好評であった。医師会員にはうけようとは思っていない。開き直りではなく、イメージアップの力点を何処に置くかを考えた。トーンについては、他のCMが明るい陽気なイメージであるため、その間に静かなCMが入ることによって逆に印象に残るような狙いとしている。最後の日本医師会の文字表示についてはやはり薄いと思うので直そうと思う。

一般国民には非常に評判が良いと思っている。逆に会員には非常に評判が悪い。

ただ、段々となじんでくるのではないかと考えている。

BS朝日で「be MEDICAL：（医療にまつわる疑問、不安、不満などを受け、専門家が答える番組）」という番組をやっており、3月までは5分間番組であったが、4月からは30分番組に変更する。薬品メーカーから協賛も頂いている。日医の広告費については、CM、テレビ番組等全て併せて1.5億円である。メーカーからの協賛についてはそれ以上に頂いている。

イメージアップには非常に有効であり、土曜日だけの放送でこれだけの効果が得られている。一般の企業においては50～60億円の広告費が使われている。先生方からもっとCMを流せとの強いご要望があれば予算も増えるものと期待しているので是非お願いしたい。

昨年の6月頃からNHKをはじめとするマスメディアの論調が急に変まっている。医師が悪い、医師会が悪いという事ばかりだけを言っていたらとんでもないことになるとの反省からである。そのスタート時点として唐澤会長がNHKの生番組に出演している。当初は厚生労働大臣と唐澤会長が真ん中に座る予定であったが大臣の都合がつかなかった。もう少し発言すべきだったとの意見もあったが、まずは国民の声を聴く姿勢を見せようとの考えからであった。

一般国民の唐澤会長に対する評価は低くない。感じが良く、地元のお医者さんのイメージと捉えられている。最初の出演としてはあれで良かったのではないかと考えている。今後は服装、表情、態度等も十分に気をつけていきたい。

蛇足だが、スピーチのコンサルタント会社に教育を依頼すると1人2時間で40～50万円掛かるとのことである。

佐賀県藤川常任理事

最終的なゴールは日本の医療を良くするために日本医師会の政策を法に反映させていくことだと思うが、選挙においては過去の選挙を見て

も福岡県の集票率が非常に高い。それは先ほどの市民参加型の「メディペチャ」の効果が効いているのではないかと思う。各県も医師会主導で県民を巻き込んで医療・福祉・社会保障問題に取り組むべきである。

日医ニュースについて

中川常任理事より日医ニュースについて改善点等について意見を伺いたいとの話があり下記のとおり意見が出された。

山口県加藤常任理事

各県の活動状況を載せてほしい。各県の大きなイベントについては日医から取材員を派遣してほしい。

日医中川常任理事

取材については十分対応は可能である。

長崎県赤司常任理事

日医ニュースの「オピニオンー各界有識者からの提言ー」という欄があるが、その中の梶本朝日新聞論説委員の「日医 ピンチはチャンス」における“欲張り村の村長さん”記述について本会ではかなり反響があり、日医はなぜこのような文を載せたのかとの意見があった。やはりそういう目で見られている面もあるという点からも、今後も外からの批判を載せていってほしい。

日医中川常任理事

その件については非常に厳しい意見が多数寄せられた。この欄はマスメディアの論説員中心に執筆してもらっているが、重大な事実誤認がない限りはあえてそのまま掲載するようにし、我々は聴く耳を持っているという姿勢を示すようにしている。

最後に宝住副会長より参加へのお礼が述べられ会が閉じられた。

印象記



理事 玉井 修

日本医師会のイメージは、『どちらとも言えない』＋『あまり好きではない』＋『嫌い』の合計で実に96.6%です。このデータを信用すれば、医師会は国民のほとんどからどうでも良いか又は嫌われているという事になります。嫌っている理由としては『閉鎖的』『解りにくい』『頭が固い』『庶民とは遠い世界』などの辛辣な言葉が続き、そこまで嫌わなくても良いじゃないの、という気が致します。しかし、これらのイメージは診療報酬改定をマイナス改定に差し向けるため、世論を医師側から遠ざけるために意識的に行った様々な間違った医師像植え付けの結果だと思われま。医師年収の誤った解釈、医療ミスと医療事故との誤った報道など、医師や医療をゆがめた形で報道し世論を誘導してきた結果が医師会を世の嫌われ者にしてきたのだと思います。嫌われているのは理解して嫌われているのではなく、誤解されて嫌われているのです。昨今の産婦人科や小児科不足に代表される医療の崩壊にはさすがに行政も慌てているようです。日本医師会も正しい医師のイメージを持って貰うために様々なイメージ戦略を展開していく様です。日本医師会のイメージ戦略の一端を見れたのは、CM広告でした。やや控えめなイメージのCMに会場の先生方からはインパクトが弱すぎるのではという疑問の声があがりましたが、それに対する日本医師会執行部の回答は明快でした。「イメージ戦略のターゲットは先生方ではなく、主に国民の女性層であります。万人受けを狙っているのではなく、まして先生方に受けようとは思っておりません。」との回答に私などは感心しきりでした。

また各県の対外広報に対する取り組みに関して報告があり、その中では福岡県医師会から出されていたメディペチャ（医療モニタリング制度）の取り組みが注目されていました。事前に医療に関する意見募集を行い、その中でやや批判的な意見を寄せた方々にモニター参加をお願いして10名程度の意見交換の場を設けるというやり方です。最初はかなり厳しい意見を言っていた方も、実際に医療現場の話聞いて理解を深める事によって医師会のイメージが良い方向へ変わっていくようです。理解をして貰うための草の根運動を根気強くやって行き、メディペチャの参加者が更に医師会の理解者を広げていくという地道な事をやっています。沖縄県医師会でも県民との懇談会や、マスコミとの懇談会を開催していますが、今後の発展に非常に参考になるお話でした。

平成18年度都道府県医師会 生涯教育担当理事連絡協議会

常任理事 安里 哲好



去る3月16日（金）、日本医師会で行われた標記協議会について次のとおり報告する。

唐澤会長挨拶

日本医師会では、昭和59年に医師の生涯教育を重要な政策の一つとして取り上げ、昭和62年より、日本医師会生涯教育制度をスタートさせた。本年3月をもって満20年を迎える。

同制度は、種々の学術団体が進めている専門医制度とは異なり、特定の専門制を発展させるのではなく、主としてかかりつけ医（幅広い診療能力、地域医療第一線の医師、自身の専門性を基盤とした全人的医療等）を支援する事業であると理解している。

しかし、まだ社会は医師不信、医療不信を声高に唱え、医師の臨床能力がその資質、専門資格を疑問視し、医師免許更新制や保険医再登録制を求める声も収まらない。

全国各地で開催される講習会等で医師がどんなに生涯教育に励んでも、国民や社会には見えにくく、認められていないというのが現状である。

日本医師会は、学術推進会議の委員に対し、国民に理解され、支持されるに相応しい内容の生涯教育制度を確立していただくことと、日医による認定医制度が可能であるかどうかを検討していただいている。

本日は、今後の日医の生涯教育に対して、忌憚のない意見を賜りたい。

議 事

(1) 生涯教育制度関連事項報告

日本医師会飯沼常任理事より、生涯教育制度に関する報告が下記のとおり行われた。

I. 学術推進会議

日本医学会と協力して、教育・研究に関する諸問題を検討する諮問会議であり、日医三大諮問会議の1つである。

平成16年11月、日医植松前会長より、「我が国における専門医のあり方」、平成18年10月、日医唐澤会長より、「かかりつけ医の質の担保について—日医認定かかりつけ医（仮）の検討」について諮問がなされた。

その中で、専門医制についての提言として、(1) 専門医制を「認定医」と「専門医」の二段階制にする。(2) 特定専門医(仮称)を設定する。(3) 専門医に関する第三者機関の設置(2006/8/25に日本専門医制審議会が発足し、当面、日本専門医認定機構の外部評価的な役割)。(4) 専門医制の新たな構築による医療提供体制の整備があげられた。

今期の学術推進会議への諮問については、今後、作業部会を設け、認定医制の素案作成に着手することとしており、名称は「総合診療医」あるいは「総合医」が浮上している。

日医の認定医(飯沼私案)として、初期臨床研修修了後、医学会分科会や第三者評価等の協力を得ながら、3年で日医認定「総合診療(臨床)医」あるいは「総合医」を取得する。その際は、日医会長が認定し、臨床経験30年以上には、特別措置を講ずる。

II. 生涯教育推進委員会

日本医師会は昭和62年、都道府県・郡市区医師会の生涯教育を推進するための環境整備、支援を図ることを目的に、日本医師会生涯教育制度を発足した。

具体的実行は、各地域の医師会の主体性に委ねており、医学的課題のみならず医療的課題も重要である。また、積極的な病診連携を図る等、体験学習を積極的に取り入れることとしている。

しかし、医師が生涯教育に取り組んでいる姿が国民にはみえにくく、分かりにくいのが現状である。一方、単位の自己申告率は、増加傾向にある。

生涯教育の成果を量的に判断するのであれば、100%が望ましいが、それは義務化になる。重要なことは、質の問題であり、生涯教育の目標、方略(方策)、評価のあり方を見直す必要がある。

今期の生涯教育推進委員会への諮問は、「日本医師会生涯教育制度の有効性について」となっており、今年度から次年度にかけて、生涯教育制度の目標を明確に打ち出すために「生涯教育カリキュラム」の改訂作業を進めているところである。また、方略(方策)、評価についても具体的に検討していく。

III. 学術企画委員会

○日本医師会雑誌の編集企画

1. 通常号の特集企画
2. 特別号(年2号:6月、10月刊行)の企画
3. 小記事・連載シリーズ等の企画および執筆

○日医生涯教育協力講座の企画

1. ラジオNIKKEI「医学講座」番組
2. テレビ東京「話題の医学」番組
3. インターネット生涯教育講座
4. セミナー「脳・心血管疾患講座」およびセミナー「精神・心身医学的疾患講座」
5. 日医雑誌綴込「カラー図説」

IV. 医師の臨床研修についての検討委員会(プロジェクト)

平成16年にスタートした新医師臨床研修制度は、一定の成果を上げ、評価されている一方、研修医の大学離れや基礎医学研究の減少、地方・へき地医療崩壊の危機などの問題を顕在化させた。

当委員会はこれまで、4回の委員会を開催してきたが、諮問は特にない。ただし、問題点を確実にあげて、検討していくこととしている。

主な意見としては、卒業生8,000人に対して、12,000人の受け皿があり、臨床研修病院の中には医師標欠病院もあるのは疑問である等、臨床研修制度については、さらに時間をかけて評価されるべきであり、次年度も継続して当委員会を開催することになった。

(2) 生涯教育推進委員会活動報告

日本医師会生涯教育委員会福井次矢委員長より、標記委員会の活動について、下記のとおり報告があった。

昨年7月に唐澤会長より、「日本医師会生涯教育の有効性について」検討するよう諮問がなされた。

これを受け、当委員会では、生涯教育の目的を明確化(将来は方略や評価についても検討)するために「日本医師会生涯教育カリキュラム」の改訂作業を今年度から次年度にかけて行っている。

同カリキュラムの内容は、プライマリ・ケア

の専門医としての総合医（総合診療医）一人ひとりが、最低限、身に付けておくべき臨床能力（知識・技術・態度）を明示しており、『基本的医療課題』と『医学的課題』を次のとおりあげ、今後検討していく。

『基本的医療課題』

- I. 社会的使命、プロフェッショナルリズム
- II. 医療倫理
- III. 医師患者関係とコミュニケーション
- IV. 医療制度と法律
- V. 医療の質と安全性（医療経済を含む）
- VI. 予防医療と保険福祉事業
- VII. チーム医療と地域医療
- VIII. 医療情報
- IX. その他

『医学的課題』

新医師臨床研修制度の到達目標として挙げられている35の経験すべき症状・病態・疾患（頻度の高い症状）、17の緊急を要する症状・病体について鑑別診断と初期対応、適切なタイミングでの紹介などができる臨床能力を身に付ける。

その他、これまで継続して行ってきた活動として下記をあげた。

- ①日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」の開催。
- ②都道府県医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」の承認。
- ③「知っておくべき新しい診療理念」の新しいテーマの選択。
- ④医師国試作成問題講習会の開催。

(3) 都道府県医師会生涯教育活動事例報告

①沖繩県医師会（指導医の育成から始まった地域医療臨床研修委員会の活動）



私（安里）より、『指導医の育成から始まった地域医療臨床研修委員会の活動』と題して、下記事項に沿って、本会の活動報告を行った。

- I. 地域医療臨床研修委員会の現状
- II. 新医師臨床研修との関わり
 - 1) 沖繩県の3研修病院群
 - 2) 研修医との交流会
 - 3) 研修医の経年的推移
 - 4) アンケート調査—臨床研修に関するアンケート調査結果（第1期生）
 - 5) マスコミとの懇談会
- III. 指導医の育成について
 - 1) 指導医のための教育ワークショップ（3回）
 - 2) 指導医のためのステップアップ講習会
- IV. 後期臨床研修（専門医研修）との関わり
 - 1) 研修医一期生140名の進路について
 - 2) 地域医療臨床研修委員会での議題
 - 3) 後期臨床研修：3機関が連携確認
 - 4) 平成19年度事業計画：初期研修に続く後期研修医の確保と研修システムの構築を行政及び他組織と共に図る。

②東京都医師会

東京都医師会上出良一理事より、下記のとおり報告があった。

【新医師臨床研修制度「地域保健・医療」に関する指導医・研修医へのアンケート結果について】

東京都医師会では、会員及び地域の医師会とのかかわりが大きい地域医療研修に関し、研修修了後の状況等を把握するため、都内13大学、都立病院における研修医及び「地域保健・医療」研修協力施設指導医に対し、アンケート調査を実施した。

《研修医に対するアンケート結果について》

回答数が392名で、約40%の回収率であった。現状としては、病院では経験できない様々な地域医療の現場を経験でき、概ね研修カリキュラムに満足しているが、33%が満足していないという回答であった。

また、地域医療の内容がほぼ理解できたとする者が92%であった。

改善点としては、医師であるので学生実習と同じような見学型の研修ではなく、参加型にしてもらいたい。また、研修期間については、特に保健所研修が長すぎる等、検討を要する課題があったとした。

《指導医に対するアンケート結果について》

回答数が195名であった。

現状としては、研修の評価が難しいとの回答が50%で、教育ワークショップに参加したことがない者が60%を占めていた。

また、地域医療研修は、研修医が地域医療の現状や医師会を理解するのに有用と思うのが91%を占めていた。

改善点としては、研修病院の担当者との事前協議の充実、評価法を分かりやすくする、指導医ワークショップへの参加促進、医療過誤が生じたときの対処法の整備、報酬・経費のサポート等を今後の検討課題としてあげた。

【東京都医師会主催「日本医師会生涯教育講座」アンケート結果について】

東京都医師会では、平成18年4月～平成19年2月開催分の「日本医師会生涯教育講座」に関するアンケート調査を回毎に行ってきた。

アンケート結果から、開催日時が木曜の午後であるためか、70歳以上の参加者が60%を占めている。

また、勤務形態では、開業医が53.8%、勤務医が32.8%と開業医の占める割合が半数を超えていたが、以外に勤務医の参加が多く見られた。

講演内容については、時に難しいとの回答があったが、概ね役に立つとの評価であった。

今後、希望するテーマを自由記載していただいているので、企画の際の参考にするとともに、開催日時について、参加者の要望を踏まえて変更したい。

③千葉県医師会

千葉県医師会石川広己先生より、下記のとおり報告があった。

【インターネットを利用した生涯教育 (e-learning)】

千葉県医師会では、PowerPointと動画を連動させたコンテンツ配信ソフト「メディアデポ」を利用し、インターネットによる講演の閲覧・聴講を会員向けに配信している。

同システムは、メディアデポとコンテンツを医師会内のサーバーに置いて、各地の講演会に事務局1人を派遣し、ビデオ収録を行ったものをスライド (PowerPoint) と結合している。ま

た、閲覧状況を事務局でまとめ、単位を積算している。

特徴は、全県の医師会員が対象で、インターネット環境があればどこでも視聴可能、実際の講演と変わらぬ臨場感、続きが簡単に視聴できる他、簡単な試験やアンケート、事務局での視聴率・学習進度等の把握、受講単位1単位の取得等がある。

今後の活用として、①全県的な普及、②周知徹底したい情報の配信 (新型インフルエンザ・BCG接種情報等)、③専門医・認定医更新単位取得の受講、④日本医師会、県医師会からの主張・見解 (混合診療問題・医療費抑制政策等)等を配信したい。

【セミナー慢性呼吸器疾患講座について】

去る4月8日にセミナー慢性呼吸器疾患講座を開催した。

当講座では、ガイドラインを中心に気管支喘息に対する新しい戦略として、「小児気管支喘息」及び「成人気管支喘息」の講演を行った。

また、新たな試みとして、業者等を交えた「吸入薬の正しい吸入指導」及び「ピークフローの指導」のグループ実習を行った。

参加者からのアンケートより、特に参考になったセッションとして最も多かったのが、グループ実習で、非常に好評であった。

生涯教育は「かかりつけ医宣言」運動の一つの重要な柱として認識し、会員の興味を引く内容や運営など工夫を凝らすことが大切である。

更には、会員の利便性についても考慮し、計画することも必要であり、千葉県では今後も会員の生涯教育に力を注ぎたい。

質疑応答

認定医・登録医制度と医師の生涯教育について (滋賀県)

最近、各種の認定医・登録医が設定され、その名称も複雑多岐になっている。

一般国民は、その名称の意味を理解できるであろうか。理解されないと医師仲間だけで通用する符丁になってしまうのではないか。

国民の理解には、general physician (適切な日本語を待望する) と専門医の両区分で充分

でなかろうかと考えている。

さまざまな認定医・登録医などいたずらに多くの資格を制定することは問題を複雑にするだけで、社会からの認知につながることはないと考えている。また、簡明な枠組みは来年度から創設される高齢者医療制度の運用を誤らせないためにも必要ではないかと考えているが、日本医師会の考えを伺いたい。

A. 飯沼常任理事回答

貴殿のおっしゃるとおりである。

日本医師会の基本的な考え方は、イギリス流の家庭医というものを100%拒否しなければならないと考えている。よって、家庭医＝人頭割というイメージは我々には全くない。

最近の情報によると、国が認定かかりつけ医なるものを言い出した。それを使い後期高齢者の資格を持っているものを当てはめようという話があがっている。当委員会では、地域医療に関する委員会と一緒にそれを潰そうと考えている。

日医の方向性としては、ワーキンググループにて、認定総合医（仮）を作ることで検討している。

また、医師免許更新について、しっかり対応すべきであると考えている。現在、免許更新制に対応できる内容で生涯教育カリキュラムの改訂作業を進めている。

A. 岩砂副会長

英国のホームドクターは、登録すれば、1～2年続き、変えることができない。オーストラリアは、常に変えられる。我々もオーストラリアと同様な方法で検討していく。

日本には、学会に認定されているものだけで102の医学会がある。その中で、認定医や専門医が分けられつつある。生涯教育を目的としたかかりつけ医や総合診療医については、これら学会と関わりつつあるが、その大きな流れの中でどうしたらよいのかを今後、見極めていきたい。

**今後の日本医師会生涯教育の方向性について
(広島県)**

医師会が行っている生涯教育講演会等の取り組みは、多くの情報を会員に与える意味から重

要であるとする。しかし、「参加」以上のメリットがないのが実情である。

学会が認める日医生涯教育でなければ無意味である。

医師会の生涯教育講演会への参加が実質的な点数として連動するように、学術団体との連携を幅広く進めていただきたい。

具体的な取り組みを含めて今後の方向性を伺いたい。

A. 飯沼常任理事回答

資料（略）にあるように、相互乗り入れが具体的に示されており、日医生涯教育制度と学会専門医制度との単位互換については、関係学会との連携に取り組んでいる。今後も積極的に取り組んでいく所存である。

日本医師会生涯教育単位について（熊本県）

熊本県医師会では、生涯教育講座の単位申請や医師会の後援について理事会で検討して許可を出している。講演内容を見ると、医学部の教授が演者や座長にするものがあり、その中には、企業色の強い事例があり、対応に苦慮している。

日医生涯教育協力講座と同じように、講演の企画段階から医師会の担当理事が関与していく必要があると考えるが、日医のご意見を伺いたい。

A. 飯沼常任理事回答

ご承知のとおり、日医生涯協力講座は、業者の宣伝や食事会を持つなどといったことは全くない。それを条件に始めたものである。

次年度も継続することになっている。

新卒後臨床研修制度の見直しに向けた日医の対応について（佐賀県）

日医では、新医師臨床研修制度の見直しにあたり、どのようなスタンスで対応されるのか、改善を求めるとすれば、どのような点について見直しを求めていく予定か、ご教示いただきたい。

A. 飯沼常任理事回答

現段階では、出来るところから改善するというしか申し上げられない。

そもそも、卒業生8,000人に対して、受け皿が12,000人あるという事が問題である。地域卒

を考慮するよりも、むしろ、マッチング枠を検討しなければならないと考える。

A. 福井委員長回答

昨年12月から厚生労働省の中に、医療審議会の医師部会、臨床研修分科会があり、5年後の見直しを見据えた検討が行われている。

その中で、私が最初のヒアリングを受けた。その中では、反対から賛成意見まで様々な意見があがっている。もう一度ヒアリングを行い、それを基に検討を行い、厚生労働省の見直しを公表することとなっている。

[宮城県よりコメント]

新医師臨床研修制度は確かに有益であったが、逆に見れば、莫大な予算を費やしたので、すべての面において臨床能力の向上は当たり前でなければいけない。当制度が始まって以来、地域あるいは科の偏在が目立ってきている。5年後の見直しでは、ある程度クリアできるようにしていただきたいが、現制度では、大学あるいは厚生労働省が主導を握って、医師会の関与する余地はないのではないか。今後の見直しについては、地域あるいは科の偏在を含めて検討していただきたい。

[栃木県よりコメント]

マッチング制度が地域偏在の発端である。制限をかけるべきだ。

科別偏在に関しては、カリキュラムは良くなっているが、科を選ぶ時期が2年目の最後と疲弊しきった時に行われるので楽な科を選択する傾向にある。

これらの問題に対しても日医より積極的に関与していただきたい。

臨床研修協力施設の医療事故訴訟について

(東京都)

臨床研修協力施設としている診療所が、研修医の起こした医療事故をもとに訴訟対象となった場合の対応はいかに。

A. 飯沼常任理事回答

診療所に対しては、日医からの保険適用はなし。民間保険に加入いただく必要がある。また、医師個人(研修医)の訴訟に関しては、日医会員区分A2Cを勧めていただきたい。

その他

[埼玉県医師会]

日本医師会の定款には、40条に医学会を置く、41条に医学会には各分科会を置くとなっている。実際に認定を行っているのは、分科会である。

総合診療医の認定に関して、先ほど飯沼常任理事私案によると医師会長認定とあるが、医学会認定でないと認定が認められないのではないかと。

また、現在の医師数は約27万人で、医師会加入者は約16万人である。これからの医師は医師会への入会を拒否する方が結構いると思われる。医学会の会員になって、専門医の認定が取れるというふうになれば、医学会のみに加入する医師も増えてくる。

定款の中で、医師会と医学会は本来、別であると謳われている事に関して、医師会はしっかり考えなければならない。このままだとずっと平行線をたどるだけである。

A. 岩砂副会長回答

この総合診療医に関しては、学会という意味で行うのではなく、医師である以上、患者さんのために最低限の事は勉強しているという事を認定する制度であると考えている。

A. 飯沼常任理事回答

日本医師会の中に、日本医学会があるので定款上は日本医師会が上である。よって、日本医学会が認定するより、日本医師会長が認定した方が効力は断然あるといえる。

総合診療医に関しては、日医認定産業医・スポーツ医と同等な考えで捉えていただきたい。

[滋賀県]

昨日の新聞で、日本医師会の諮問委員会が医師確保対策として、臨床研修を終えた若い医師にへき地等での勤務を義務化するという中間報告書を取りまとめた。

今後、役員会等で合意すれば、具体案をまとめ、日医が厚生労働省へ提言するという報道がなされた。

初期研修を終えた医師たちは、各々のライフプランに従い、後期研修に入っていくが、このような時期にへき地勤務というのは、決して

生易しいものではないと考えるがいかがか。

A. 飯沼常任理事回答

生涯教育委員会は当該問題には全く関与はしていない。日医常任理事会でも問題となっており、継続的に協議の必要があるとしている。あくまで中間報告なので、マスコミの断定的な取り上げであると認識いただきたい。

[愛知県医師会]

大学の単位申告率が極めて少ない。もっとプライマリな事として、関与していただきたい。もしくは、申告率を大学とは別に切り離してはいかがか。

印象記



常任理事 安里 哲好

医師の生涯教育が国民に見えず、生涯教育の現状が認められておらず、医師への不信も加わり、教員免許更新制度導入の次の標的は医師免許更新制度も考えられる。そのような背景の中で、国民に理解されやすい生涯教育の認定制度を構築、充実させていく必要がある。

各科の専門医制度とその充実に、学会のみに任せずに、医師会が今後どのように関わっていくか、また専門医を定数制にできないか、そのことが診療科偏在の改善の一助にもなるとの意見もあった。日医生涯教育制度と学会専門（認定）医制度との単位互換について、27学会と互換が成されているとの報告を受けた。

「かかりつけ医」という表現は適切であるか思慮しているところであるが、今後「総合医」あるいは「総合診療医」等のいずれの名称が良いかを検討した上で、認定医・専門医制度を進めていきたいと述べていた。

都道府県医師会生涯教育活動事例報告において、沖縄県から「指導医の育成から始まった地域医療臨床研修委員会の活動」について40枚のスライドを用い報告したので、その概要を記す。Ⅰ. 地域医療臨床研修委員会の現状、Ⅱ. 新医師臨床研修との関わり ①沖縄県の3研修病院群 ②研修医との交流会 ③研修医の経年的推移 ④臨床研修に関するアンケート調査結果 ⑤マスコミとの懇談会 Ⅲ. 指導医の育成について ①指導医のための教育ワークショップ（3回） ②指導医のためのステップアップ講習会 Ⅳ. 後期臨床研修（専門医研修）との関わり ①研修医一期生の140名の進路 ②地域医療臨床研修会での議題 ③後期臨床研修：3機関（3研修病院群）が連携確認 ④平成19年度事業計画：初期研修に続く後期研修医の確保と研修システムの構築を行政及び他組織と共に図る。

当県では、初期臨床研修は充実しつつあるが、後期研修（専門医研修）に関しては各病院群の交流も含め多くの問題が山積しており、その問題解決の一步として、各関連病院の意見交流の場と責任ある立場の方の出席を得て、より良い実りある方向に進展したいものだ。

平成18年度都道府県医師会情報システム 担当理事連絡協議会

常任理事 大山 朝賢

去る3月22日（木）、日本医師会館において標記協議会が開催されたのでその概要について報告する。

1. 挨拶

唐澤祥人日本医師会会長より、概ね次のとおり挨拶があった。

本日は、三重県、兵庫県、高知県、佐賀県の4県の先生方がテレビ会議にてご参加いただいている。当システムが安定した機能で運営できれば良いと考える。

日頃から日医の情報システム推進事業についてご理解ご協力いただき感謝申し上げます。ORCAシステムについても大変普及してきている。

ご存知の通り医療を取り巻く環境は厳しい状況にある。主な厳しさというのは、政府の進める財政優先型の医療推進という形にある。社会保障制度全体が、国の中で非常に狭められた位置におかれており、特にその中でも、医療に対する国の取り組み方は誠に脆弱で、医療の質がますます低下を来しているのではないかと現状である。

国においてもIT戦略本部というものがあり、医療分野に関するIT化では、医療に関するデータの集積・分析、あるいはレセプトオンライン化等、様々な施策が行われているが、結局は医療費の抑制政策、及び非常に誤解を招きやすい産業振興策をとられかねない戦略となっている。そして、その先には管理医療が見えているという気がしている。IT化の真の目標は何なのか、IT化を推進することによってどのような社会的貢献があるのかということが不明確であり、IT化を推進するための課題や周辺整備がお

ざなりで、本格的に稼動してしまえば様々な混乱に陥る。

日本医師会は、医療分野におけるIT化は、安全で効率的な医療提供体制を実現するための手段であるという根本的な考え方、そして医療と患者に貢献するIT化であってこそ推進する価値があるという位置付けで考えている。平成18年度は、医療構築から実践へと具体的な施策を講じていきたいと考えている。情報化推進へご協力いただきたい。

2. 趣旨説明

日本医師会常任理事の中川俊男先生より、本協議会の趣旨説明が行われた。

懸案であるレセプトオンライン化の問題については、昨年8月に公表した「オンライン請求義務化に関する日本医師会の見解」の中で挙げた5項目の課題、①薬効薬理作用に基づいた医薬品の投与を認めること（デジタルによる画一的な審査をしないこと）、②被保険者証（保険証）有効性確認システムの確立（例：保険証の資格を医療機関が即時に確認できるようにする）、③レセコンの統一基準化、④レセプトデータ利活用に関する問題（民間利用の禁止）、⑤IT化財源の別途確保、という5項目について、現在、厚労省と折衝を重ねている。今年度中にはある程度の状況を報告できると考えている。

本日の議題について、テレビ会議システムについては、これまでに、委員会、協議会等で実践的な活用を行うとともに、都道府県医師会における運用を試みている。日本医師会のシステムを利用した都道府県医師会と郡市区医師会の文書管理システムについては、この4月には実

用化される見通しとなっている。ORCAプロジェクトについては、日医標準レセプトソフトの推進を強化した結果として3,000ユーザを超るとともに、データ収集を通じた医療費適正化の解析を行った。詳細については、情報企画課と日医総研の担当者から説明させていただきたい。なお、本日の協議会は、三重県、兵庫県、高知県、佐賀県、がテレビ会議を通じての参加という形態をとっている。

3. 議事

(1) TV会議システムの運用について

日本医師会情報企画課より、日本医師会TV会議システムについて報告があった。

日本医師会TV会議システムは、これまでに、日本医師会館で開催された日本医師会医療情報システム協議会等の講演会や講習会の配信（一方通行配信）、IT化推進検討委員会等の比較的小規模な委員会等（双方向通信）に利用されており、大規模な会議での双方向通信については本日の協議会が初の試みとなっている。当協議会では、三重県、兵庫県、高知県、佐賀県の計4県がTV会議システムを通じて参加している。

当システムは、次年度以降、より多くの講演会や講習会等の配信が予定されており、また、各都道府県医師会間並びに都道府県医師会と各郡市区医師会間の会議等への運用範囲拡大も検討されている。

TV会議システムを活用して日医が主催する協議会等へ参加した際の諸手当については、担当役員の自宅から各拠点（都道府県医師会館）分の交通費と規定通りの日当並びに委員報酬が支払われることになっている。

また、当システムは現時点ではWindows Vistaに対応していないが、今年5月中旬頃までには対応される予定となっている。

(2) 文書管理システムの拡張について

日本医師会情報企画課より、日本医師会都道府県医師会宛文書管理システムの拡張について報告があった。

日本医師会文書管理システムは、日本医師会が各都道府県医師会宛に発信した各種通知文書をWEB上で閲覧できるシステムとなっており、また当システムは、WEB上に新規に文書が登録された際に、事前に登録したメールアドレス宛にお知らせのメールを自動的に配信する機能を持っている。

当システムは、現時点では、日本医師会と都道府県医師会のみが利用可能となっているが、各都道府県医師会より、都道府県医師会と各郡市区医師会間でも当システムを利用したい旨の要望が挙げられていることから、今回、都道府県医師会と各郡市区医師会間でも利用できるようなシステム拡張されることになった。

当システムが拡張されることによって、各都道府県医師会が独自のシステムを開発・運用する必要がなくなり、また各都道府県医師会間のインフラストラクチャーの格差が縮小されるといったメリットが考えられるが、各都道府県医師会の文書が日医サーバに蓄積されることから、データ容量やアクセス集中といった懸念事項も挙げられている。

当システムを利用するためには、今年4月上旬に日医より通知される申し込み用紙に必要事項を記入のうえ日医宛に申し込む必要があり、申し込み受け付け後日医にてシステム登録を行ったうえで4月下旬から利用することが可能となっている。

(3) ORCAプロジェクトについて

日医総研の上野智明主任研究員より、ORCAプロジェクトについて報告があった。

ORCAプロジェクトの一つである“日医標準レセプトソフト（日レセ）”の導入施設数は3月15日現在で3,238施設を達成しており、2011年には1万施設への導入が目標に掲げられている。日レセへの移行作業を行っている施設（548施設）までを加えると、全国における日レセ利用施設数の割合は4.9%を達成しており、過去1年間に於いてレセコンを買い替える際に日レセを選択している施設の割合は11.1%となっている。

ことがデータとして示されている。

日医標準レセプトソフトは、開発当初よりデータを収集することが目的に掲げられており、2006年12月よりデータ収集のための“定点調査研究事業”のパイロットスタディが10医療機関を対象に開始されている。当調査研究事業は、国の恣意的なデータ分析への対策として行われる事業となっており、日医標準レセプトソフトを導入している施設で、当事業に参加表明していただいた医療機関を対象に行われる。医療施設より収集されるデータは、患者個人が特定できる部分を削除したデータとなっており、主な内容としては、レセプト電算データ、院外処方、自費分等が挙げられている。今後、当事業を基に収集したデータを活用し、国へ先手を打った提言を行っていくこととしている。

(4) 質疑応答

質疑応答に入る前に、TV会議システムを通じて当協議会に参加されている、三重県、兵庫県、高知県、佐賀県の先生より、TV会議システムは概ね良好であったことが報告された。

<TV会議システムについて>

Q. 産業医、スポーツ医の研修会等をTV会議システムを通じて参加し単位を取得することは可能か。

A. TV会議システムの双方向性が確保されていれば問題無い。出欠は都道府県医師会事務局が行う。神奈川県では既に実施されている。(日医)

A. 画像、音声ともに良好であった。時間的制約がなく、映像が記録として残るといったメリットがある。(神奈川県医師会)

<ORCAプロジェクトについて>

Q. 返戻対応(事前チェック用)のソフト開発は考えているか。

A. 随時開発していきたい。(日医総研)

Q. オンライン請求が義務化された際、日レセで対応は可能か。

A. 対応可能である。そもそもオンラインに特化したレセコンである。(日医総研)

Q. オンライン請求に係るネットワーク体系はISDNと規定されているがどう考えるか。

A. ある一定水準のネットワーク体系であれば可能とするよう、現在厚労省と協議中である。(日医総研)

A. 何度も申し上げているが前提として日医はオンライン請求の義務化には反対である。(日医)

Q. 厚労省が“レセスタ”というレセコンを開発したとの情報があるがどうか。

A. “レセスタ”はレセコンではない。“レセスタ”は、レセコンからレセプト電算処理システム仕様の電子レセプトに変換するためのソフトウェアである。(日医総研)

Q. オンライン請求の義務化が進められた際、①補助金等の財政負担、②光回線やADSLでの対応、③情報漏洩の際の責任の所在、について国に要望していただきたい。

A. ①平成18年8月に日医が発表した「オンライン請求義務化に対する日医の見解」に沿って協議が行われている。②保険局と医政局で議論されている。③医療施設は個人情報保護のガイドラインに沿って対応していただきたい。(日医、日医総研)

Q. 後期高齢者への対応をお願いしたい。

A. どこよりも早く対応したい。(日医総研)

Q. 電子カルテ等に関するユーザーレビューを掲載するためのサイトを開設してはどうか。

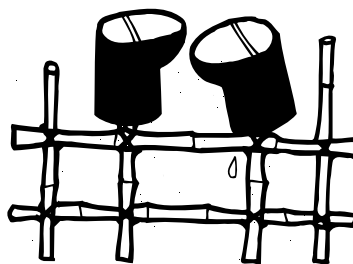
A. 宣伝が入る可能性がある為、日医での対応は難しいと考える。(日医)

印象記



常任理事 大山 朝賢

今回の情報システム担当理事連絡協議会のメインテーマはTV会議システムの運用であったと思う。日本医師会館でのTV会議の開催はこれまでIT化推進検討委員会のような比較的小規模な委員会では双方向性の通信が利用されているようであるが、講演会や講習会といった大きな会では一方通行配信であった。今回の情報システム担当理事連絡協議会では双方向通信による初めての協議会が開催された。今回のTV会議システムを通して参加していたのは三重県、兵庫県、高知県、佐賀県等であった。日本医師会館で「文書管理システムの拡張」や「ORCAプロジェクト」等について演者等の講演の最中に、これら4県の担当理事に講演の進行状況や感想等を日本医師会館側から問いかけていた。問いかけられた担当理事等の話しぶりの映像が不鮮明で音声のコントロールがうまくいかず、4県の担当理事の中には聞こえているときは○、聞こえてないとは×のサインが書かれたのを手に持って示していた。平成19年度から、このTV会議システムは協議会、委員会や講演会等大小の会議に限らず配信が拡張されるようである。しかし一方向の配信であればこの方法でいいのではと思われるが、正直なところまだまだ改良の余地が多々あるように思えたのは私だけだろうか。



正常な生理の期間とは？

正常な生理とは25～35日くらいの間隔で見られるもので、生理の長さは7日以内です。間隔がこれより短くても長くても排卵がみられないことがしばしばあります。

この場合、不妊となることはもちろんですが、この状態が長く続くと、30～40歳代で子宮の内側をおおっている子宮内膜という組織が悪性化することがあります。ただし、これはきちんとホルモン治療を受ければ予防可能です。

5						
1	2	3	4			
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

長く続いたり、痛みがある場合

生理が8日以上続く場合には、卵巣の働きがいくらか低下しているか、子宮の内側に子宮筋腫やポリープなどが発生していることがあります。

生理はきちんと来るものの生理痛が強く、薬をのんでも、つらくて仕事ができないようなときは、子宮内膜症や子宮腺筋症といった婦人科疾患がひそんでいることも考えられます。特に、ここ数年の間に痛みが次第に強くなってきたという場合には、これらの疾患が原因となっている可能性が高まります。



生理の量が心配？

生理の出血量が多くて心配という方もよく見受けますが、貧血がなければ、まず問題ありません。貧血を伴うときは子宮筋腫や子宮腺筋症が関係していることがよくあります。逆に生理の量が少ないという訴えもあります。これは不妊の原因になり得ますが、お子さんを希望されない場合には心配ありません。

生理が終わるのは48～53歳くらいが平均的です。45歳未満で閉経を迎えると、女性ホルモンの不足により、骨がもろくなったり動脈硬化が進むといったことがありますので、かかりつけ医にご相談ください。

第4回福祉保健部・県医師会連絡会議



副会長 玉城 信光



去る3月30日（金）午後1時より、県庁においてみだし連絡会議が開催され、①医療情報の公表について ②「うつ病対策」と「県立総合精神保健福祉センターの今後の方向性」について ③嘱託医推薦に係る提出書類について協議がなされたので報告します。

議題

1. 医療情報の公表について（玉城副会長）

〈要旨〉

昨年の医療法改正により、医療情報が公表されることになりました。本県において公表される際には、地域医療に混乱が生じないようにその個々の項目について、本会とご調整いただきたくお願いいたします。

〈県の回答：医務・国保課〉

法律の施行は平成19年4月1日ですが、現在の国の案では、経過措置として、平成19年度中に都道府県は、医療機関から提出される医療機能情報のうち、医療機関の名称、開設者、所在地、電話番号、診療科目、診療日、診療時間、病床種別及び届出・許可病床数の基本情報を検索機能付きのシステムによって公表し、平成20年度中には提出される全ての医療機能情報を公表することとしています。

また、各医療機関から報告される医療機能情報については、厚生労働省が設置する「医療機能情報提供のあり方等に関する検討会」において検討が行われ、現在、パブリックコメントが終了した段階です。確定した医療機能情報の項目については、法の施行前に公表される予定で

す。現段階では案として、病院57項目、診療所55項目が示されています。

県が公表する医療機能情報の項目につきましては、国が確定した項目を公表するのを受けて対応しますが、基本的には国が示した項目をもとに公表することを考えています。それ以外の県独自のものについては、未だ考えてはおりません。公表する記載項目等詳細については、その都度、県医師会へ提示する予定です。

また、沖縄県では、平成19年度中にシステムを立ち上げることにしており、各医療機関が自ら入力していただく形となります。

なお、現在実施している「沖縄県医療機能調査」がそのまま公表されるわけではありません。

以上の回答に対して、宮城会長から、入力（又は紙で提出）は医療機関の義務なのか確認したところ、福祉保健部から義務化であり20年度までには全項目入れていただくと説明があった。また、小渡副会長から、介護保険では既に行われているが県民にはわかりにくいものであると意見が述べられました。

2. 「うつ病対策」と「県立総合精神保健福祉センターの今後の方向性」について

(小渡副会長)

〈要旨〉

沖縄県の自殺者は300人を超える状況にあり、うつ病対策もさらに重点的に取り組む必要があります。今後、うつ病対策をどのように推進していきたいと考えておられるのか、お伺いいたします。

また、県立総合精神保健福祉センターが実施している「うつ病デイケア」は、沖縄県の行政改革により平成20年度から廃止すると決定されましたが、同センターの今後の役割と方向性についてもご教示願います。

〈県の回答：障害保健福祉課〉

うつ病対策については、今年度実施した研修会・自殺予防キャンペーン・相談事業などを、

引き続き関係機関の協力のもと行っていくこととしております。

県立総合精神保健福祉センターの「うつ病デイケア」については、平成17年度出先機関の見直しにおいて、民間病院への技術移転を図り、平成19年度に廃止することになっております。現在、民間病院からの実習受入等、技術移転に向けて取り組むとともに、これまでの実績や技術移転に係る計画及び進捗状況などを含め、内部評価を行っているところであり、廃止に当たっては県内における実施状況を十分に検証し、適切に判断する必要があると考えております。

同センターの今後の方向性については、うつ病デイケアの検証と併せて、従来事業に加え、発達障害や高次脳機能障害等、新たな課題への取り組みのあり方等を含め、平成19年度の早い時期に検討していくこととしております。

3. 嘱託医等推薦に係る提出書類について

(真栄田常任理事)

〈要旨〉

標記の件につきましては平成17年5月24日(火)に開催されました当連絡協議会に本会からご提案申しあげると共に、去る1月にも貴部担当課に要望させていただいたところであります。

当初、嘱託医の推薦に際しては、6種類(①医師免許証の写し、②承諾書、③履歴書、④健康診断書、⑤身分証明書、⑥面接調書)の書類が必要ということでしたが、過去2回に亘る本会からの要請に真摯に対応して下さり、今年の1月には②承諾書と③履歴書の2種類に省略する旨のご返事をいただきまして、感謝申しあげ次第であります。

しかしながら、現在、国を挙げてのIT化、個人情報保護法の施行等により個人情報保護の必要性が一段と高まっております。かかる状況の中で再々のお願ひですが、今後、貴関係部署からの嘱託医・各種委員会委員の推薦依頼に際しては、初回に限り、履歴書と承諾書とし、2回目以降の継続推薦は、承諾書のみとしていただきたくお願い申しあげ次第であります。

因みに、国の出先機関であります沖縄労働局の嘱託医は、初回は履歴書、承諾書、2回目以降は承諾書のみとなっているようです。九州各県では、大分県が初回は履歴書、承諾書、2回目以降は承諾書のみとなっております。他県は本県同様その都度履歴書、承諾書が必要とのことですが、今後は大分県に準ずるよう調整したいとのことでした。

〈県の回答：福祉保健企画課〉

嘱託員の更新に際しての提出書類については、昨年6月に県人事課が「非常勤職員等任用手続きの手引き」を作成し、新規任用及び更新に必要な書類等を示しているところです。

この中で更新に際して必要とされるのは、①健康診断書、②身分証明書、③各嘱託員に必要な資格証明書となっております。

昨年6月以前は、更新に際しても履歴書を添付させておりましたが、この手引き作成以降は、

更新に際して履歴書は不要となっております。

なお、健康診断書については、勤務日数が月1～2日で週20時間以内と少ない場合は、不要となります。

以上のことから、嘱託医の更新に際しては、本人の意志確認のための承諾書添付の上、手続きをしていただきますようお願い申し上げます。(大分県と同様の取扱となります。)

以上の回答に対して、宮城会長から、当該事項を何度も提案したのは、本会が推薦した嘱託医について、県は他の非常勤職員の任用と同様な扱いをし、3年経ったら辞めるようにと言われ、専門医を推薦している我々としてはやりにくい。また、嘱託医として推薦した会員からは膨大な書類の提出を求められ、嘱託医を引き受けたくないとの批判もあり、嘱託医の手続きはできるだけ簡素化に努めて頂きたく提案したとの追加説明が述べられた。

