

国民医療を守る全国大会



会長 宮城 信雄



去る5月18日（金）、東京都千代田区の九段会館において、国民医療推進協議会主催による標記全国大会が、加盟41団体より1,200人余の参加の下盛大に開催されたので、その概要を報告する。

1. 開会宣言

萩原正日本柔道整復師会長より、「国民と共に国民医療を守るため」只今より国民医療を守る全国大会を開催する旨の開会が宣言された。

2. 挨拶

主催者代表

唐澤祥人国民医療推進協議会長（日本医師会長）

日本はこれまで世界の先進諸国に比較して決して高くない医療費水準で、最も公平、平等

な医療制度を維持してきた。WHOが公表したデータを見ても平均寿命、健康寿命とも世界第一であり、乳幼児死亡率の低さも世界トップクラスの評価を得ている。

しかし、今後医学医術のさらなる進歩、国民における医療ニーズの高まり、高齢社会の進展に対応して行くためには医療費は十分な大きさに引き上げなければならない。ところが政府は、財政優先の医療費削減政策を断行し、その結果、極限状態での医療提供体制が強いられ、地域医療の崩壊とも言うべき危機的状況を招いている。さらに、高齢者のための長期入院施設は削減される方向に進められており、日医による調査結果では医療難民が2万人、介護難民が4万人発生する試算が出ている。また、全国各地で医師、看護師不足による病院閉鎖や診療科の縮小など

の影響が出ている。このような状況下では日本が直面する超高齢化社会を乗り切ることが困難である。日本はここ数年経済成長がプラスで推移しデフレ不況を脱却したと見られている。

なぜ国民から医療のフリーアクセスを奪うのか、患者の負担を増やす政策が取られるのか、国民の生命・健康を預かる者として世界に誇る日本の公的医療保険制度の維持、再構築に向けて最善を尽くす責務があると考え。そのような思いから日本の医療を守る国民運動の展開並びに、本日の全国大会を決意した次第である。

社会保障制度のあり方が論ぜられる今こそ、国民と共に運動し国民医療を守っていかねばならない。本日の大会が国の誤った政策に対し、国民の声を届ける端緒となるようよろしくご理解とご協力をお願いしたい。

協力団体代表

鈴木聡男東京都医師会長

我々は国民の医療に対する不安を聞くだけでなく、その声をまとめて大きな行動を行う役目がある。例えば、患者さんはこう話しをしている。「医療保険は病気したときの困った時のものではないか、それを保障してくれないのなら民間保険に加入しないといけないのではないか」、また、高齢者は「私たちは長い間にわたって日本の経済、社会を支えてきたのに、年をとって病気が多くなってくると負担が増えるということは残酷ではないか」、ある妊婦は開業医で「妊娠しています、おめでとうございます。しかしここでは出産できないので、出産できる病院を探しなさい」と言われた。

一方、医療現場では、看護師等医療従事者は患者さんに十分な時間をかけて接したいがそれができない。勤務医は過酷な勤務状態で燃え尽きている。私どもはこのような国民の声、医療現場の声をしっかりと受けとめ、国や、国会議員、厚生労働省等関係機関へ働きかける責務があり、今その行動を起す時である。

来賓挨拶

自民党社会保障制度会長の鈴木俊一をはじめ多数の国会議員が挨拶に立たれ、異口同音に「国民の大きな願いは健康であり、そのための医療財源の確保に皆さんと共に頑張りたい」旨の挨拶が述べられた。

趣旨説明

竹嶋康弘日本医師会副会長より、資料に基づいて本大会の趣旨説明が行われた。

決意表明

国民医療推進協議会加盟団体を代表して、大久保満男日本歯科医師会長、中西敏夫日本薬剤師会長、木下毅日本療養病床協会会長、杉山友宏日本ウオーキング協会副会長が決意表明が述べられ、その中で歯科医師会の久保会長は概ね以下のような意見を表明した。

我々医療関係者は昭和36年の国民皆保険施行以来、当該制度の維持のために努力してきた。それで世界長寿一を達成することができた。

確かに医療制度は難しい。我々医療機関を受診される患者さんは同じ病気でも個人個人で状態が違う。しかし、制度は国民が全て違うということ的前提には作れないし、制度を効率的に運用するために何処かで線引きしなければならない。大事なことは、我々医療提供者が制度を作る国側と制度を受ける国民との間に入って、その距離を縮めるための努力をすることである。しかし近年の医療政策はその距離が益々開きつつあり、我々医療関係者の声は制度の中に届きにくくなっている。

今のような医療費抑制策が続けば、地域医療の崩壊、医療そのものが崩壊の道を歩むのではないかと最大の危機を持っている。

現在、日本には80歳で20本の歯を残し健康であることをささやかな幸せと感じ日々暮らしているお年寄りが大勢いらっしゃる。そのようなお年よりを支えるのは家族や地域社会であり、いざとなったときは我々医療関係者である。しかし、何よりも大切なことは国がその高

齢者を見守る制度を確立することである。

人間の生きることの根幹は、「食べることと会話をする」ことであり、生きることの根幹を支えるが歯科医療である。我々6万5千人の歯科医師会員は常に「人間の生きる根幹を支える」という言葉を胸に秘め日々診療活動に励んでいる。私どもは今後とも皆様と共に歩むことをお誓い申し上げる。

決 議

羽生田俊日本医師会常任理事より下記決議文の朗読説明があり、全会一致で原案通り承認された。

頑張ろうコール

最後に川合秀治全国老人保健施設協会長の音頭で頑張ろう三唱が行われ、大会の幕を閉じた。

決 議

現在、国民不在の医療制度改革が断行されようとしている。私たちは国民とともに、国民の生命と健康を確保し、国民が「格差」に苦しむことなく、安心して暮らせる社会作りを目指す。

よって、本大会参加者全員の総意として、次のとおり決議する。

- 一 国民のための医療の実現
- 一 高齢者のための入院施設の削減反対
- 一 医師・看護師不足の解消
- 一 医療における格差の是正
- 一 患者の負担増反対
- 一 国民の生命と健康を守るための医療費財源の確保

玉城信光先生沖縄県政策参与就任激励会

～新しい沖縄の医療を目指して～



理事 村田 謙二



去った4月26日沖縄ハーバービューホテルで
 挙行された「玉城信光先生沖縄県医療政策参与
 就任激励会～新しい沖縄の医療をめざして～」
 が開催されました。常任理事の大山朝賢先生司
 会のもと以下の式次第で進行了しました。

開会の辞	司 会
主催者挨拶	沖縄県医師会会長 宮城信雄
挨拶	沖縄県知事 仲井眞弘多
花束贈呈	
挨拶	沖縄県政策参与 玉城信光
乾杯	琉球大学次期学長 岩政輝男
懇談	
閉会	司 会

参加人員は全員で212名、来賓出席者は総勢
 37名、仲井眞知事、仲里全輝、安里カツ子両
 副知事、県庁の関連部局の各部長、福祉保健部
 の各課長、政治畑からは西銘順志郎参議院議

員、儀間光男浦添市長、自民、公明党の議員
 方々、教育畑からは仲村守和県教育長、野口美
 和子県立看護大学長、等各界各分野の方々がご
 参集下さいました。一般の参加者の面々は医療
 分野だけでなく、経済界の方々も多く、玉城先
 生の交友の広さ深さをうかがわせました。参集
 者が多かったのは期待の大きさが反映している
 のでしょう。

式次第からお解かりのように、挨拶者の数を
 少なくし、各スピーカーの持ち時間も少なくし
 て出席者と直接ひざを交えて意見を交換する時
 間を多く取りたいという玉城先生の意向を体现
 した激励会となりました。これまで機会あるご
 とに玉城先生が述べておられるように、「県はこ
 れまで決めることはしてきたが、実行力が充分
 では無かった」この課題を先生の強烈なリーダ
 ーシップで解決して頂きたいと切に望みます。

会の副題にあるように、新しい沖縄の医療をめざして多くの人が集い語った一夕でありました。

以下に各ご挨拶の中でポイントになる語句を取り出しましたので、ご一読下されば幸いです。

沖縄県医師会会長 宮城 信雄



前置きの挨拶…省略…現在、本県は、普天間飛行場の辺野古沖への移設問題、失業・雇用対策、観光等産業振興、医療・福祉対策、離島振興等様々な問題が

山積しております。かかる状況の中で、仲井眞知事には、県民の命にかかる医療・福祉部門の重要事項について、直接知事に提言できる政策参与として玉城信光先生を任命していただきましたことに対し県民の健康を担う沖縄県医師会といたしまして衷心より感謝申しあげる次第であります。

この度の、医療分野の政策参与ポスト設置に際しては、種々困難な高いハードルがあったと伺っております。そのような中で政策参与が実現したのは、仲井眞知事の医療・福祉に対する強い思いの表れであり、重ねて厚く御礼申しあげる次第であります。

本県が抱える喫緊の医療問題は、離島へき地の医師不足、産婦人科医不足、小児科医不足、県立病院の赤字解消、助産師・看護師不足対策、療養病床削減問題、長寿県復活のための県民の生活習慣の改善等、枚挙に暇がありません。その問題解決のためには、医療現場の声を踏まえた行政へのアドバイスが重要かつ不可欠なものであると認識するものであります。

玉城先生は、1973年東大医学部を卒業され、同附属病院外科勤務後、79年より17年間県立那覇病院に勤務、96年那覇西クリニック開業、2005年には那覇西クリニックまかびを開業され、皆さんご承知のとおり乳癌治療の専門家として全国に名を馳せております。先生は、日常診

療で多忙を極める中、県医師会役員、那覇市医師会役員を歴任すると共に、沖縄県保健医療協議会長、琉球ルネッサンス研究会座長等、県や各関係団体の多くの委員会に参画され、永年の経験と先見性に満ちたアイディアを發し、県内医療界きっての論客として鳴らしております。玉城先生は私共が自信を持って仲井眞県政に送り込んだ沖縄医療界のエースであります。…省略…沖縄県医師会は会を挙げて玉城政策参与を支える所存であり、近々、そのための委員会を設置する予定であります。…省略…

終わりに臨み、ご参会の皆様方のご健勝を祈念すると共に、玉城信光先生へのご支援ご協力をお願い申しあげまして主催者の挨拶とさせていただきます。

沖縄県知事 仲井眞 弘多



皆さんこんばんは。今度、政策参与になって頂いた玉城先生の激励会にこんなに大勢お集まり頂きまして、私も我が参与ながらあっぱれという気でいっぱいのご

ざいます。私の選挙期間中に色んな公約があるわけですが、観光業界では「観光参与を置くべきだ」、女性団体からは「女性政策参与を置くべきである」といういくつかのご提案を頂いたのですが、まず最初に医療分野の政策参与を玉城先生にお願いしようということに相成りました。

私も医療の分野は全くの素人ですから一種の補佐官のイメージでいたわけで、わかりやすく素人に話しするように教えて頂こうと考えております。県庁には伊波福祉保健部長、知念病院事業局長が率いる大きな集団がありますから、政策の方向とポイントさえはっきりすれば、すぐに実行できる体制は出来ております。

保健・医療・福祉が大きく動いている分野ですから、我々素人が考えるといろいろ有りすぎてシステムの捉え方が難しいという部分があ



玉城信光参与と恵子夫人

ります。

ひとつひとつの課題というのはある意味で目標さえ設定すれば、結果が出せる課題であると思えるのですが、全てをシステムとして見たときに全体を課題解決しながら、仕組みを変えていくというか、ネットの概念から言うと一つ一つの課題に目をとられていると中々全体の解決に至らないという感じをもっており、私のような素人に優しく説明して頂きたいと考えております。

後援会長が沖縄県医師会長であるため非常に私は医療福祉の専門家に恵まれてハッピーな状況にあります。

これから是非皆さんのお力を得て玉城先生にはフルに働いていただこうかと考えておりますので、よろしく願いいたします。

沖縄県政策参与 玉城 信光

高い席から失礼致します。…前置きの挨拶…省略…本日は私も県も初めてという、政策参与就任の激励会にお越し頂きまして大変ありがとうございます。

4月1日付で仲井真知事より委嘱状を頂戴いたしました。大変身の引き締まる思いをいたし

ております。宮城会長はじめ医師会の先生方のご推薦を受けまして政策参与の仕事させていただいております。大変ありがとうございます。仕事を始めまして1ヵ月になりました。実際は週1回の非常勤ということで時々外交ということでもないのですが、よそで仕事を拝見したりしているものですから少し県庁への出勤時間は短いかもしれません。

私は県立那覇病院で17年間仕事をさせていただきました。しかしながら県庁内の仕事はやったことがありません。最初は多少戸惑っておりましたし、今のところ知事、副知事の隣の部屋で一人ぼつんと座っております。

5月からは激しく動けるのではないかと考えております。

先ほど宮城会長からお話がありましたように、沖縄県では産婦人科医の不足、小児医療、救急医療における病院の過重労働、離島僻地の医師確保対策、看護師特に助産師の不足が全国的にも問題になっております。女性が安心して出産・子育てが出来るような環境を創ることが沖縄県でも急務ではないかと思っております。

また、来年度は沖縄県の保健医療計画が策定されます。いろいろ政策が提言されていくわけ

ですが、実はこの政策は平成16年度にも掲げられております。私が拝見したところ、その中に殆ど書かれています。ただ、その提言された政策をどのように実行していくかが一番大きな課題だと思っております。昨年1年間、離島僻地医師確保対策事業の専門部会で福祉保健部、琉球大学、県立病院の方々と多くの議論をさせていただきました。その成果の一つが今年から施行されたドクターバンク事業です。今日も県立南部医療センターを拝見してきました。沖縄の医師確保のためにこれからドクターバンクが力を発揮できるように私も医師会も応援していくつもりでおります。

しかしながら私一人ではこれだけ沢山の問題を解決することは出来ません。今日ここにお集まりの皆様方のお力とお知恵を貸していただきまして、沖縄の福祉・保健・医療が全国のモデルになるようなすばらしい沖縄になることを夢見ております。

皆様どうぞ一緒に前に進もうではありませんか。

次期琉球大学長 岩政 輝男（乾杯の挨拶）



玉城信光先生の政策参与ご就任心からお喜び申し上げます。おめでとうございます。

玉城先生は皆さんご存知のように大変優れた方でいらっし

やいますので、将来に対してもしっかりと見通しをもっておられます。更に先生は大変、知力、体力、実行力に優れた方で正にピッタリの先生だと思います。沖縄県の医療を考えますと、一番大事なのは第一線で活躍している医師会の先生方でございますから、その医師会の先生方の中から政策参与を任命された仲井眞県知事にも大変敬意を表したいと思っております。

玉城先生が遺憾なく実力を発揮されるようお祈りして、私どももしっかり先生を支えて協力していきたいと思っております。

—乾 杯—



九州医師会連合会医療保険対策協議会

理事 今山 裕康



去る4月21日（土）博多都ホテルにおいて、九州医師会連合会医療保険対策協議会が開催された。

挨拶

【九州医師会連合会長 井石哲哉】

九州医師会連合会井石会長より、概ね次のとおりご挨拶があった。

本日は九州各県より医療保険担当理事の皆様方に参集いただき、また日医より鈴木常任理事にもお忙しい中、ご出席賜り重ねて感謝申し上げます。

社会保険関係の財政はまずもって削減有りきの財政主導が行われている。診療報酬の次回改定も相当に厳しいものと危惧している。今後、6月に開催される財政制度等審議会、続いて政府より発表される「骨太2007」、さらに来年度予算の概算要求の流れの中で、日医としては国民の健康を守るという医療提供側の医療政策論

をしっかりと取り纏め、良質で安全な医療提供できる財源の確保に最善の努力をしなければならぬ。本日はかなり難しい会議になると思うが、皆様の知恵を拝借し、九州ブロックの要望を取り纏められるようよろしくお願いしたい。

【日本医師会常任理事 鈴木 満】

日本医師会 鈴木常任理事より概ね次のとおりご挨拶があった。

日医役員として2年目となるが、本日このような場にお招きいただき感謝申し上げます。皆様方の率直なお話をお聞かせ願いたいと考える。

また連絡事項として、先週（4/17）厚生労働省が開催した第2回医療構造改革に係る都道府県会議の中で、療養病床について厚労省からの計算式が示され、2012年度の医療療養病床の目標数を15万床とし、各県別に必要な病床数を積み上げることになると説明が行われたよう

である。この件について早速日医では、5月11日（金）15時から説明会を開催し、各県より医療保険、介護、地域医療を担当される先生方へご出席をお願いすることになった。正式な文書は来週にも発送する予定である。

座長選出

座長として、担当県である長崎県医師会の高村副会長が選出された。

協 議

協議に入る前に、九州ブロックの日医診療報酬検討委員会委員である福岡県医師会・秋田先生から現在日医で検討されている次回診療報酬改定に関する事項について、次のとおり報告があった。

【日医診療報酬検討委員会委員・福岡県医師会秋田先生】

日医の診療報酬検討委員会では、会長より諮問された「前回の診療報酬改定の影響とその対応について」「診療報酬改定に対する現在の問題点」について、各県より意見を提出していただき、取り纏めて検討を行っているが、その中で総論的な改定にかかわる4つの重要事項として、①7対1入院基本料について、②療養病床について、③リハビリテーション問題について、④在宅療養支援診療所問題について取り上げられている状況である。今申し上げた事項の他に、本日の協議会には各県より「有床診療所の問題」が複数提案されているが、この事項は特に九州からの要望が強いと感じられるものであり、九州ブロックの重要項目として提案しても良いのではないかと思う。

また診療報酬検討委員会ではその他に、医療政策、診療報酬体系の不合理・問題点、診療報酬のIT化、国保中央会から出された後期高齢者支援金の人頭割負担問題等についても検討する予定である。

今後の日程としては、来月5月19日に小委員会が開催され、6月6日には本委員会が開かれる予定であり、そこで九州ブロックとしての意見をしっかり述べたいと考えているので、その

向きで意見の取り纏めをお願いしたい。

高村座長より要望事項の重点項目を取り上げる方法として、先ず各県より要望の多かった事項について検討を行った後、複数要望があがっていない事項についても重要事項と思われるものはピックアップをして検討し、先ほど秋田先生からご報告いただいた日医診療報酬検討委員会の状況も参考にしながら、要望事項の重点項目を取り纏めてはどうかと提案があり、協議した結果、承認された。

※次回診療報酬改定に対する要望事項について

九州各県より提案された要望事項のうち、九州ブロックの「次回診療報酬改定要望事項」の重点項目として取り上げられたのは次の8項目である。

なお、各重点項目の提案趣旨については担当県である長崎県が、各県からの提案要旨を取り纏めて文書を作成することになった。

各重点項目に関する各県からの提案要旨は次のとおり。

①国民の安心・安全な医療確保のために人件費、技術料等を考慮した診療報酬プラス改定を。経営可能な診療報酬体系を要望する。

～各県からの提案要旨～

- 過去3回の診療報酬マイナス改定と急激な医療制度改革により、医療機関はかつてない医療安全を損ないかねない深刻な局面に立たされている。国民が求める安心・安全な医療確保のために診療報酬プラス改定が是非とも必要である。＜福岡＞
- 入院・通院を問わず、診療に必要な器材、環境整備費等必要な原価計算をしっかりと行い、それに技術料、人件費、医療の社会的価値等を総合的に考慮し診療報酬を算出すべきである。＜佐賀＞
- 今の医療費では、配置基準等から考えて人件費の上昇から経営困難に陥っている。予測が

つかない変更で医療機関を痛めつけた上で自分の意図する方向の指導を仕掛けていく手法は強権国家観に基づくものとしか考えられない。医療事故、院内感染、褥創対策の対策は国民の要求が年々高度となっているため、入院、入院外を問わず医療の安全、質の確保のための給付を引き上げを要望する。正当な医師の技術料の評価、看護師・理学療法士等の人件費の評価、全てを経済的な評価にとらえるなら、適正な医療費用もその観点から計算すればもっと報酬は上がることになる。材料費（特にカテーテル、ステント、人工関節、ペースメーカー等）、薬剤費をまとめてしまうので、不当に純粋な医術に関する報酬が高いように誤解されている。＜宮崎＞

②有床診療所について

～各県からの提案要旨～

- 「病院病床」と「診療所病床」は“別個の概念”で捉えるべき。高度で専門的、且つ多様な組織医療を提供している病院と、患者の生活圏の中で、患者の身体的既往にとどまらず、社会的、家庭的、個人的背景などをも知った一人の医師が、地域に密着してプライマリケア機能を果たしている有床診療所とは、その規模や患者に対する機能が大きく異なる。従って、医療法改正を機に従来の考え方を改め、「病院病床」と「診療所病床」は“別個の概念”で捉え、最大でも19床という経営効率の悪い小規模の有床診療所には、複雑な病床区分や制約を設けず、実態に即したものにし、急性期から慢性期、終末期まで医療・介護が行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持させるべきである。＜佐賀＞
- 在宅療養の中心的役割を担うと期待されている「在宅療養支援診療所」の約60%以上が有床診療所である。その入院基本料が余りにも低額で、在宅医療の待期病床を含め、完全に赤字部門であり、その存続が危惧される。在宅医療の場合、夜間緊急往診も多く、夜勤帯の看護職員二人体制に見合う診療報酬の設定が望まれる。＜熊本＞

- 地域に根差した有床診療所では、急性期の対応だけでなく、介護疲れの家族支援や終末期の支援に対する適切な期間の入院が在宅医療を支えているが、そのような状態でも良質、安全の医療提供が課せられており、「1ヶ月以上の入院基本料」の大幅な評価が必要である。＜大分＞
- 余りにも点数が低く、現行点数では赤字となる。有床診療所の地域における役割、病院と大差のない基準等を考慮し、安全、安心の医療提供ができるように適正な点数となるよう増点を求める。＜長崎＞
- 地域医療で有床診療所の果たしてきた役割は非常に大きい。平成18年改定で入院料は大きく減額され、看護配置や算定要件が厳しくなり無床化が進行している。今後の療養病床廃止に伴う在宅医療推進のインフラ整備のため、その果たすべき役割は重要で十分な評価が必要である。＜福岡＞
- 看取り加算の新設（中小病院、有床診療所）
長期間、在宅医療を行ってきた患者であっても終末期には病床で、看取る例が多い。看取る労力に対する加算の新設を要望する。＜大分＞
- 終末期医療の同意書作成にかかる文書料を新設。＜佐賀＞

③医療療養病棟の入院基本料（医療区分、ADL区分）の見直し

～各県からの提案要旨～

- 日医を初め各医療関連団体の実態調査からも明らかなように、医療区分1、2、3の設定は矛盾ある未熟な制度設計で、対する診療報酬も「医学管理」や「ケア時間」と連動しない、現場の実態とは乖離したものとなっている。特に、医療区分1に含まれる経管栄養、胃瘻の管理、膀胱留置カテーテルや喀痰吸引等の医療行為は認められず、低い診療報酬となっており算定日数制限ともに早急に改善すべきである。そもそも医療区分1で入院する患者の大部分は、基礎疾患の急性増悪・寛解を繰り返しており、決して医療の必要度が低いものではない。＜熊本＞

- 病院の療養病床では生き残りのために、医療区分2、3の重症者をかかえ込んでいる。その為、人手や経費も益々増加し、経済的にも苦しくなっている。医療区分1の点数増加、医療区分2の対象拡大が必要である。有床診療所の療養病床は、病院の療養病床の医療区分1の受け皿となっており、医療区分1が半数を超えている。極めて低い点数で病床の維持が困難となっており、政策的ではなく正しい評価が必要である。<大分>
- 療養病床（とりわけ医療区分1）の入院基本料が著しく低く設定され、入院医療の維持が困難である。しかし、医療区分1の患者は病状不安定で退院の見込めない人たちが多く、又、退院できる病状であっても在宅受入れができない人もいるため、医療機関は非常に困っている。療養病床の入院基本料も増額、区分の見直しを求める。<長崎>
- 医療療養病棟の医療区分・ADL区分による入院基本料の設定は、医療現場を無視した、露骨な医療費削減策であった。慢性期入院医療の包括評価調査分科会の調査で検証中だが、エビデンスに基づいた医療処置・介護必要度・職種別人件費による重みづけ等を参考にした各区分の点数改定が求められる。<福岡>
- 医療区分の設定が現実に即しておらず医療区分3、2以外は1との判断もおかしい。これでは十分な医療を提供できない。本来、医療は患者の状況にあわせ提供されるもので、いたしかなく区分を設ける場合も、最低限医療が提供できるように医療区分1の適正評価をお願いしたい。<宮崎>

④7種類以上の投薬時の処方料の減算の廃止・処方せん料の統一

- ～各県からの提案要旨～
- 7種以上の薬剤使用は総薬剤料の90/100の減額査定と処方料・処方箋料の減額処置がとられている。以前は、薬価差目的に多剤傾向になることがあった為、それを防ぐために設けられた制限だと思われるが、現在はそのようなことはなく、内科では合併症の多い患者

に対し症状に適応した多剤薬剤処方が必要なケースがあり、多剤薬剤が罰則のように扱われるのは不合理である。<沖縄>

- 療担規則第20条には、「投薬は、必要があると認められる場合に行う。」と規定されているが、7種類以上の投薬時の処方料ならびに薬剤料を一律減算する現在の規定は医師の裁量権を犯すものである。また、かかりつけ医の役割として他科にわたり疾病を持ち多剤の処方を必要とする患者に多剤処方を行うことはよくあることだが、ペナルティを課す現行制度は、かかりつけ医の役割をも軽視するものであり、廃止を強く求める。<福岡>
- 薬価差は、消費税を含めると殆どなく、利益追求の多剤投与はありえない。高齢者は複数の疾病を持つことも多く、必要な薬剤に制限を加えるべきではない。直ちに罰則的報酬削減は、廃止すべきである。<大分>
- 高齢者は複数の疾患を持ち、7種類以上の薬剤を投与することは珍しいことではない。一律に調剤でペナルティ的な減額は矛盾している。<長崎>
- 後発医薬品を含む場合と含まない場合とで、処方箋料に差をつけないでいただきたい。成分は同じかもしれないが、患者さんから後発薬品は効かないと言われる場合がある。<宮崎>

⑤外来管理加算と処置点数の不合理的消滅、処置点数の増点

- ～各県からの提案要旨～
- 現在、処置には、外来管理加算（52点）以下の点数設定のものがある為、外来などで処置行為を行った時と行わなかった時で患者自己負担が異なる状況が生じている。しかも、処置行為を行わなかった時が高くなるために混乱が起きている。患者と医師の信頼関係を損なう恐れがあるため52点以下の処置を52点以上に見直していただきたい。<鹿児島>
- 処置をした場合、外来管理加算が算定出来ないため患者負担が下がる矛盾点を患者さんにどう説明するのか。各処置の点数は外来管理加算と同点数にしてもらわないと、領収証を

発行した際、患者さんの疑問に答えるのが難しく窓口の混乱を招く。＜長崎＞

○従前からの指摘だが、外来管理加算と処置を行った場合の差を患者に納得ゆく説明をすることが困難、又、カルテを閲覧する個別指導でも不正請求と疑われかねない事例も多い。領収証発行や窓口負担が高くなり、患者への説明責任が重要視されていることから、早急な改善を望む。＜熊本＞

○外来管理加算の点数と処置点数の不合理を解消して頂きたい。昨年改定の腔洗浄の増点は評価するが、治療しない方が点数が高くなる現象が解消されていない。せめて外来管理料と同点数にしていきたい。＜宮崎＞

⑥リハビリテーションについて

～各県からの提案要旨～

○リハビリテーションは、平成19年4月に部分的改定が施行されたが、根本的に今現在あり方を再検討して頂きたい。又、維持期リハビリテーションは、医療保険と介護保険で行うリハビリテーションの間で、スムーズな移行が出来ない。従って、リハビリテーションの継続が必要な患者へ、必要量のリハビリテーションが提供出来るように日数制限の緩和を含め、改革を要望する。＜沖縄＞

○平成19年4月よりリハビリテーション算定日数上限の緩和が決定されたが、医学的に改善の見込みがある場合しか継続が認められないこと、また、維持期リハビリが医療保険より除外される方針は変わっていないことから、患者の医療保険でのリハビリを受ける機会を奪うもので到底納得いかない。完全な上限廃止を求める。＜福岡＞

○医療の現実を踏まえ見直しが行われたことは一定の評価はするが、リハビリに制限日数があること自体に疑問を感じる。現行の制度では医療保険、介護保険を通じ、患者のために良質のリハビリテーションを継続して行うことは不可能である。財政面のみを重視した短期改正ではなく、現場の状況をしっかりと調査分析し、患者の望む安定した制度改定を要

望する。＜宮崎＞

○マッサージ師等のいる所でのリハビリテーションの算定を整形外科学会やリハビリテーション学会認定医のみに限定しないで、他科でもとれるようにしてほしい。＜長崎＞

⑦7対1入院基本料受理の即時凍結について

～各県からの提案要旨～

○平成18年4月の診療報酬改定において導入された、7対1入院基本料は、急性期入院医療の評価を目的としたものであったが、一部大学病院等による看護師の大量採用のため、地域の中小病院に深刻な看護師不足を引き起こすなど、地域医療に深刻な影響をもたらした（例えば、静岡県・沼津市立病院における看護師不足のための一部病棟休止など）。これを受け、中医協は、1月31日に、看護職員の募集・採用に当たっては、地域医療への配慮と節度を持った対応を期待するとともに、次回改定での7対1入院基本料の基準の見直し、看護必要度の導入等を求める建議書を厚生労働大臣に対して提出したところである。しかし、建議書の提出後も、依然として一部の大病院や大学病院では、看護師の大規模な募集を続けており（一部、引き抜きの存在も指摘されている）、地域の中小病院、有床診療所をはじめ、介護施設等では看護師確保が儘ならない状況に立ち至っている。

平成19年4月12日付けメディアファクスによると、全国の45国立大学病院のうち、新たに19病院が今夏までに7対1入院基本料の届け出に必要な看護師を確保したと報じている。

柳澤厚生労働大臣は、3月19日の参院予算委員会で、平成20年度診療報酬改定で、入院患者が手厚い看護を必要としている病院に限り届け出を認めるよう、現在の基準を見直すとの考えを表明しているが、一刻も早く施設基準の見直しを行わなければ、地域の医療提供体制を維持することは困難となり「医療崩壊」という深刻な事態を引き起こすことは必至である。

については、九医連として、“7対1入院基本料受理の即時凍結”を求める要望書を日医へ

提出し、日医から早急に国に働きかけていただきたく、ご検討をお願いしたい。＜佐賀＞

- 看護師絶対数の不足の中で新設された7対1入院基本料、月平均夜勤時間数72時間の入院基本料への通則化は地域医療の崩壊を招いている。厚労大臣への建議書により20年改定に向けて検討されるが、地域医療を守ってきた中小病院では看護師不足のため病棟閉鎖や閉院を余儀なくされているところもある。急性期医療ばかりに人材・報酬を集中するような改定ではなく、急性期から慢性期、介護と医療全体を考えた、時間をかけた緩やかな診療報酬上の改革を望む。＜福岡＞

⑧在宅療養支援診療所の要件緩和について

～各県からの提案要旨～

- 前回の診療報酬改定より在宅療養支援診療所が新設された。高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できることを目指すもので、日医のいう「かかりつけ医」（在宅型）に通じるものとする。

しかし、在宅支援診療所の要件は、離島や過疎部等、地域によっては条件を満たすことが難しく、申請が出来ないところが多く見受けられる。本県では複数の医療機関でグループ化を図り取り組んでいるが、連携等がなかなかうまくいかない状況であるので、施設基準を緩和することで、地域による申請の偏りを解消し、よりいっそうの普及を図ることを目的として要望する。＜沖縄＞

- 地域の社会資源の有無で在宅療養支援診療所の届出が左右され、報酬にも格差が生まれている。同行為ならば、「それ以外の診療所」も評価されるべきで、このままの格差が続けば、地域での在宅医療が育たない。＜大分④＞
- 在宅の末期悪性腫瘍患者で在宅療養支援診療所の主治医が行う医学管理や看取りが期待されているものの、施設基準の届出に担当する医師、看護師と記載されているため、看護師確保に困難な山間部や郡部医療機関は当該診

療料を算定できない場合も多い。他の届出と同様に「看護師」を准看護師を含む「看護職員」として改定して頂きたい。＜熊本＞

- 在宅悪性腫瘍患者指導管理料において鎮痛療法は「ブプレノルフィン製剤、ブトルフェノール製剤もしくは塩酸モルヒネ製剤」に制限されているが、フェンタニル注が癌疼痛に対して保険適応拡大されたため、フェンタニル注も鎮痛療法適応薬剤への追加を要望する。＜宮崎＞
- 現在は訪問診療を月1回だけ行くと、在宅患者訪問診療料830点と特定疾患療養管理料の225点の合計1,055点しか算定できない。訪問診療を2回以上行った場合は、在宅患者訪問診療料830点プラス在宅医療総合管理料イ（※在宅療養支援診療所で処方箋交付する場合）4,200点を算定できるが、患者さんの自己負担が大きく訪問診療を一回だけと断る患者さんが増えている状況である。患者さんの経済的な負担のことを考えると、これからは訪問診療を2回以上行うことは現実的ではないと考えられるので、この際1回の訪問診療にして点数の引き上げを要望する。＜沖縄＞

中央情勢報告

【日本医師会 鈴木常任理事】

日本医師会 鈴木常任理事から「医療保険関連事項の最近の動向」と題して、パワーポイントを用いて報告が行われた。

その中で「療養病床」については、医療区分1の患者さんが当初50%を見込んでいたものが30%程度に減少し、その反面医療区分2、3の患者さんが増加したことについて、実際のところ療養病床数は殆ど変わらず、療養病床病院の収入は増加しているように思われるが、その反面、有床診療所が受け皿となっている区分1の患者さんが減るということは全く無く、推測値よりも増えており増々厳しい状況が続いていることから、中医協でも療養病床と併せて有床診療所の問題をいろんな角度から分析を行っているところである。今後は団塊の世代についても年齢を重ね順次、後期高齢者となる為、後期高

齢者の推定入院患者数は年々増加することが見込まれており、今回、厚生労働省から示された算式は再度検討を行う必要があると説明があった。(厚生労働省算式：医療療養病床、介護療養病床に入院していた患者のうち、「医療区分2」に該当する者の7割と「医療区分3」に該当する者とし、「医療区分1」と「医療区分2」の3割は在宅や老人保健施設への移行分として対象外とする計算式を示した。この式をベースに第1次計画の終了年度である2012年度の医療療養病床数を機械的に計算すると、約15万床になるという(いずれの場合も、回復期リハビリテーション病床は除く))

また、「7対1入院基本料」については以下のQ&Aが今後示されるということである。

病院の入院基本料に関する施設基準について

- 当該病棟で勤務する実働時間数に休憩時間以外のみが除かれたが、院内感染防止対策委員会(月1回程度)、安全管理のための委員会(月1回程度)および安全管理体制確保のための職員研修会(年2回程度)を行う時間も除かれる。
- 夜勤専従者が、日勤の看護職員の急病時などの緊急やむを得ない場合に日勤を行った場合には、当該月の日勤1回を限って、夜勤専従者とみなされる。

最後に平成20年度診療報酬改定に向けた今後予定(案)として、

- ①4月～6月
各部会・分科会等における議論を行う
- ②7月～10月
社会保障審議会後期高齢者特別部会において後期高齢者医療の新たな診療報酬体系骨格の取り纏め
- ③11月～12月
改定項目について、基本小委員会等において集中的に議論
- ④1月～2月
診療報酬点数の改定について諮問・答申

⑤平成20年4月

平成20年度改定・後期高齢者制度施行

上記のとおり予定されている旨の説明があった。

質疑応答

Q：リハビリ改定の経緯について(鹿児島県)

今回のリハビリ改定の経緯については、3月12日の中医協の診療報酬改定結果検証部会で報告が行われ、14日の中医協総会で決定されたと聞いているが、診療報酬の改定・変更等に関しては通常、基本小委員会において決定されると思うが、なぜ今回はそのような形になったのか。

A：鈴木常任理事回答

今のご質問は支払者側からも同様であった。おっしゃるとおりである。

しかし、今回は弱者救済という緊急的なことがあったので、中医協総会で決定しなければ4月1日に間に合わなかったのが実状である。もちろん今回の改定の際には、日本リハビリテーション学会をはじめとする関係4団体に事前に意見を聞き、「100%納得は出来ないが、現状より良くなるのであれば改定はやむない」と同意を得ることができたので、我々は改定を了承したところである。

Q：眼科の個別指導について(宮崎県)

今回コンタクトレンズ検査料について全国的に個別指導が行われているが、眼科医療機関に通常の個別指導が入り、初診料と再診料の差額を今年の2月から遡って返還するよう求められている事例がある。平成18年4月改定後、青本や通知関係が会員の手元に実際に届くのが7月頃であり、それまでは正規の請求を行うことは難しいと考えるが、社会保険事務局の指導についていかがか。

A：鈴木常任理事回答

もし実際にそのような指導があるとすれば、問題であると考えます。日医の診療報酬検討委員会に眼科の先生がいらっしゃるので早速確認したいと思う。

閉 会

印象記



理事 今山 裕康

予定時間を超過して会議が行われた。

これまで診療報酬改定の度に行われていた九州医師会連合会の要望の取りまとめが日本医師会の要望作成に間に合わなかった感があり、歯がゆい思いをしてきた。今回は要望が確実に反映されるようにするため、沖縄県の提案で早めの取り組みとなった。

各県より提案された要望事項は30を越えていたが、各診療科に固有のものは各学会等から要望していただくこととなり、九州医師会連合会の要望としては総論的なもの、各診療科に共通なものを重点項目として5つにまとめようということで議論が始まった。最終的には8項目の要望としてまとめられた。

まず、第1番目の要望はプラス改定である。過去3回の改定は、マイナス、ゼロ、マイナスと、いずれも厳しいものであった。この結果、医療、社会福祉に起こったことは、自己負担の増加と地域医療崩壊の危機といった国民にプラスとならないことばかりである。

漸くマスコミが医療崩壊を話題にするようになり、国民的関心となってきている。この時を、国民世論を味方につける千載一遇のチャンスととらえ、いつでもどこでもだれもが良質で安全な医療を受けるには、コストがかかることを国民全体に理解してもらうことが重要な課題と考える。

次に、有床診療所入院基本料の問題である。これまでの医療供給体制の中で、有床診療所の果たしてきた役割は大きい。ところが、現在の診療報酬体系は有床診療所そのものの継続が不可能となっている。これから在宅医療の中心となるべき有床診療所の診療報酬体系を根本的に見直すことが必要との認識で一致し、要望として取り上げられた。厚生労働省の在宅中心の医療という施策に乗らされるという一面もあり片腹痛くもあるが、現実には厳しいものである。

他に、入院基本料の見直し（特に7：1入院基本料については厳しい意見が多かった）、リハビリテーションの問題、在宅療養支援診療所の問題、療養病床入院基本料の見直し、7種以上の投薬処方箋減算の廃止、外来管理加算と処置点数の不合理の解消が取り上げられ、いずれも大切な要望と考えられた。

ところで、フリーアクセス、コスト、質を考えた場合、フリーアクセスを強調すれば大病院集中は避けられず、コストの上昇、質の低下を招く可能性が高い。一方で、コストを下げようとするならば、フリーアクセスの制限、もしくは質の低下を考慮しなければならない。この3つの要素をバランス良く実現したのが日本の医療であり、昭和34年、国民皆保険制度が設立されて以降、医師の崇高な使命感とボランティア精神がそれを支えてきたと言っても過言ではない。しかし、それも財政至上主義による医療費抑制策により崩壊しようとしている。国の医療費抑制策は増加する医療費を国民負担につけ換えているだけの政策であることを指摘しておかなければならないが、さらに医療供給側に疲弊を生じさせたただけであった。今こそ、我々は国民世論を味方につけて、医療供給体制を現場で支えるべく立ち上がらなければならないと強く感じた。

沖縄県医療推進協議会



常任理事 真栄田 篤彦



去る4月25日（水）ロワジュールホテル那覇において標記協議会を開催した。

真栄田沖縄県医師会常任理事の司会のもと開会が宣され、冒頭宮城沖縄県医師会会長より次のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会会長 宮城信雄



本日は、時節柄ご多忙の中を沖縄県医療推進協議会にご出席賜りまして厚く御礼申し上げます。

当協議会は、沖縄県における医療・介護・保健および福祉行政の充実強化を

目指し、積極的に諸活動を推進することを目的に掲げ、当該趣旨に賛同する26団体が参加し、

平成16年11月に設立されました。当協議会では、平成16年11月の「混合診療の解禁阻止」のための署名活動や県民集会を開催し、混合診療の全面解禁は阻止することができました。また、平成17年末の「高齢者のさらなる負担に反対」する署名活動を展開し、政府が進めようとしていた大幅な患者負担増を中心とする医療制度改革に反対の意思を明らかに致しました。

しかしながら、昨年6月に医療制度関連改革法案が成立し、医療費抑制策の一環として昨年10月からの高齢者の窓口負担増、長期に療養する療養病床に入院する高齢者の食費と居住費の自己負担が実施されております。また、平成24年には38万床あるこれらの病床が15万床に削減されようとしており、行き場を失う多くの医療、或いは介護難民が出るのが危惧されております。

加えて、現在全国各地で産婦人科医をはじめとする医師不足や看護師不足は、病院閉鎖や診療科の縮小に追い込まれ、地域医療の崩壊とも

いべき危機的状況を招いております。

かかる状況に鑑み、これ以上患者負担が増えないよう、国における適正な医療費の確保と、地域住民が安心できる医療提供体制の再構築並びに国民皆保険制度の堅持を国民と共に強く求めていく国民運動の展開が是非とも必要であると思料するところであります。

本日ご参会の皆様には、国民の生活基盤の一つである医療・介護・福祉を取り巻く環境が非常に厳しい現状にあることにご理解下さり、沖縄においても国民運動を展開していくことについてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

議 事

(1) 新規加盟団体について

新たに、沖縄県老人保健施設協議会、沖縄県療養病床協会の2団体の当協議会への加盟について提案があり、特に異議なく加盟が了承された。

(2) 沖縄県医療推進協議会役員選任について

沖縄県医療推進協議会規則に基づき役員について協議を行い、以下のとおり新役員を決定した。

会 長：宮城 信雄 沖縄県医師会長
副会長：高嶺 明彦 沖縄県歯科医師会長
 神村 武之 沖縄県薬剤師会長
 大嶺千枝子 沖縄県看護協議会長
理 事：その他の団体から選出

(3) 国民医療を守る沖縄県民集会（仮称）開催について

続いて、会長に選任された本会の宮城会長が進行を行い、今回の県民集会を開催するに至った趣旨説明として、政府の政策である「高齢者患者負担の増額」、「療養病床再編」、「リハビリ日数制限打ち切り」、「高齢者医療制度創設」等について、又、沖縄県の小児科医師・産婦人科医師・看護師不足について説明があり、安い医療費で世界一の評価を受けている日本の医療制度を守るべく県民集会を開催したい旨の提案が行われ、来たる5月30日（水）にロワジールホテル那覇において開催することが了承された。

なお、当日の司会と寸劇については会長に一任することになり、意見表明は沖縄県療養病床

協会、沖縄県老人クラブ連合会にお願いすることになった。

また、決議案については、会長・副会長で調整のうえ作成し、事前に各団体にご確認いただくことになった。

※当協議会の活動に関して各委員より以下のとおり意見があった。

○75歳以上の高齢者を対象とした新しい後期高齢者医療制度が来年の4月から導入されるにあたり、地域の医療費の状況によって保険料が変わることから沖縄県での保険料の更なる引き上げが危惧される。更に診療報酬においても、包括払いが導入されるようなことになると本当に必要な医療が提供できなくなる恐れがある。これらの問題と併せて、医師・看護師不足問題についても医療推進協議会として声をあげる必要がある。

○沖縄県における小児科・産婦人科医の不足、看護師・助産師不足が延々と続く恐れがある中で、県立浦添看護学校を廃止して民営化する動きがあることから、これを撤回させるべく沖縄県医療推進協議会として要望書を県知事に提出するよう提案してはどうか。

○新設された県立こども医療センターが時間外診療で患者が殺到している現状を鑑み、当センターが本来の機能を十分に発揮できるよう県知事に要請してもらいたい。

○全日本病院協会では、地域一般支援病院という言葉を使って超急性と療養病床の間の病床を確保して医療の継続性、連続性を維持したいと主張しているが、医師会あるいは当協議会も本件を一つの話題として取り上げてご検討頂き、可能であれば措置の主張をしていたきたい。

○沖縄県民の声であるため、県民がこの医療制度に対して強い意向を持っていることを示す意味でも沖縄県知事にも決議は送付したほうがいい。

医師の倫理に関する講演会

倫理意識を高めるための具体策
—患者とのトラブルを防ぐために—

常任理事 真栄田 篤彦



田中正博先生



平素、医師会の活動にご協力感謝申し上げます。
さて、去る1月24日（水）、パシフィックホテル沖縄にて開催した医師の倫理向上に関する上記講演会に関して報告をします。

昨今、医療安全に関して社会の批判・風当たりは強いものがあります。平成16年度から、国の医療安全推進事業の一環として、県に公的な相談窓口「沖縄県医療安全相談センター」が設置され、患者さんから多くの苦情が寄せられています。その苦情の内容に関して、医師の倫理に関係するものも含まれており、今後益々医師に対する苦情・要望等が増加することが予測されます。そこで、日本医師会の提唱する「医の倫理綱領」にある第3項の「医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るよう努める。」に関して、医の倫理に関する講演をおこないました。

沖縄県内における苦情相談等の状況報告

沖縄県医師会常任理事 真栄田篤彦

スライド1

「沖縄県医師会医療に関する相談窓口」への苦情・相談件数

年 度	苦 情	相 談	計
平成12年度	6	2	8
平成13年度	6	2	8
平成14年度	12	12	24
平成15年年	32	1	33
平成16年年	21	10	31
平成17年度	25	29	54
平成18年度 (平成19年1月現在)	31	23	54
合 計	133	79	212

説明：本会では、医師と患者さんとの信頼関係の構築を目的に、平成12年1月に「医療に関する相談窓口」を設置し、患者さんからの苦情・相談を受けています。表のとおり、相談件数は年々増加しており、殆どが苦情に関する相談で

す。地区医師会でも相談窓口を設置しており、1年間に約50件程の苦情が寄せられています。

スライド2

医師の説明不足に対する苦情

(40代男性)：A医師は、診察室に入ると同時に、レントゲンフィルムをみて「この部分が薄くなっているね」とだけ言って、何の説明も無く、診察を終えた。カルテにも目を通さずに流れ作業のように事務的であった。いろいろ質問もしたかったが、質問できる状況ではなく、とても不愉快な思いをした。

説明：医師会に寄せられる苦情には、医師の説明不足に対する苦情が多くあります。医師と患者との信頼関係を構築していくためにも、患者の立場を理解し、治療内容について出来るだけインフォームドコンセントをおこなう必要があります。専門用語等での説明は出来るだけ避け、判りやすい言葉で懇切丁寧にご説明いただきますようお願い致します。

スライド3

医師の不適切な発言に対する苦情

(60代女性)：B病院に糖尿病で通院しているが、診察の際に医師から「こんなに太って」と診察室の外まで聞こえるくらいに大きな声で言われ、また、足の傷を診てもらおうと足を上げたら、「足をあげるな」と言われ、とても嫌な思いをした。

説明：医師の言動に対する苦情も多くあり、患者をリラックスさせようと思う医師の言葉がそのとおりに受け取られない場合があるので、患者一人一人に合わせた対応が必要です。また、苦情の中には、看護師の言動に対する不満もあります。患者さんの不満をなくすため、医師のみならず、全ての医療従事者が「安全でやさしい医療」に努められますようお願い致します。

スライド4

酒気帯び運転で偉業停止処分

(40代医師)：酒気帯びの状態、業務上自動車を運転していたところ居眠りし、前方に停車し

ていた車2台に玉突き衝突し、運転手らに頸椎捻挫などの障害を負わせ医業停止3ヶ月の行政処分となる。(道路交通法違反・業務上過失傷害)

説明：医師は、社会的にも指導的、模範的立場にあり、とくに高い倫理性が求められています。このような行為は、地域社会の医師に対する信頼を失墜させます。また、飲酒運転が社会的問題となっている昨今、今後ますます処分が厳しくなることが予測されます。医師をはじめ医療従事者に於かれましては、立場を十分に自覚し、倫理の高揚に努めていただきたいと思います。

以上、患者さんから寄せられる苦情の一部と医師の行政処分に関して情報提供いたしました。医師または医療機関と患者さんの間に良好な信頼関係が築かれ、良いコミュニケーションが取れている場合は、患者さんからの苦情は少ないと思われます。上記に紹介した苦情はどの医療機関でも起こり得るものと受け止めて、日常診療において患者さんに不満を生じさせないように努めていただきますようお願い致します。

講演「倫理意識を高めるための具体策—患者とのトラブルを防ぐために—」
講師：田中 正博 田中危機管理・広報事務所長
元日医広報戦略会議委員
内閣府食品安全委員会
「緊急事態発生時対応専門委員会委員」

- I. トラブル予防のカギはコミュニケーションだ！**
～コミュニケーションの良し悪しで決まる医療の満足度～
- ①医療の説明に「満足した患者」は「その後の医療に9割が満足」
 - ②「満足しなかった患者」は「その後の医療に満足したのは3割弱」
 (NTTデータシステム研究所の調査結果から、2004年)
 - ③医師の77%が「分かりやすく説明する」と思っているが、患者の方がそう思っているのは33%しかいない。
 - ④医師の81%は「質問しやすい雰囲気を心が

けている」が、患者で「そう感じている」のは32%しかいない。

(日本製薬工業協会の調査から、2005年)

II. 患者とのトラブルを防ぐために

1. “筋論クレーマー”の増加とその対応

- ①「それはおかしいではないか？」と疑問、指摘、抗議を言ってくる患者。
- ②それなりに筋の通った（一理ある）指摘や疑問を突きつけてくる。
- ③納得できないと「第三者」「監督官庁」「マスコミ」に持ち込む。
- ④自説にこだわり、最悪の場合、訴訟も辞さない。
- ⑤発端は、最初の対応で「誠意の欠如」にあることが多い。

2. 大切な「3つの対応心得」

- ①「傾聴」：相手の言い分を十分に聞き途中で話しをさえ切らない事。
「聞く姿勢」が「誠意」を伝える。
- ②「面談」：筋論クレーマーかな…？と思ったら「面談」せよ。
「面談」は最大の「誠意の表明」になる。
「あの時会っておけばよかった」と悔いを残すな。
- ③「迅速」：同じ対応行動をとっても、遅いと評価されない。
「迅速さ」は危機管理の必須条件である。
カギはコミュニケーションである。

III. 倫理意識を高める「3つの意識」

～大事なものは「知識」より「意識」である～

1. 常に「ちょっと変だな・・・？」という意識を持つこと！

- ①危機を招く元凶は「タブン、大丈夫ダロウ・・・」という甘い意識にある！
- ②仕事に当たっては、「ちょっと変だな。」一人一人が、「本当に大丈夫かな？」という意識で取り組むこと。
それが、「慣れから生じる思い込み」「うっかりミス」「未確認ミス」等の“危機の

芽”を気付かせ、未然防止に結びつく。

2. 「誰かに見られている」という意識を忘れないこと！

- ①「無知」から倫理違反行為をする者はいない。
- ②「誰も見ていないだろう」、「誰にも分からないだろう」という“悪魔の囁き”がつい、確認ミス、手抜き、点検省略、過失を誘惑する。
→TPOで生じる「性弱説」のなせる業。
いつも「誰かが見ている！」「誰かにみられている！」という意識をもつこと。
それが、倫理意識を保つことになる。

IV. 倫理意識を持続させるための「6つの行動指針」

—この行動指針が医療トラブルを未然に防止する—

- ①いつも「誰かが見ている」「誰かに見られている」という意識で仕事をしよう。
—この意識さえあれば、倫理観の欠如からのトラブルが防止できる—
- ②いつも「ちょっと変だな…」「本当に大丈夫かな…？」という意識を持って仕事をしよう。
—この意識があれば、医療事故は事前に察知でき、回避できる—
- ③自分の大事な家族にもそれが出来るか…と考えよう。
—この思いがあれば、患者への配慮が行き届く—
- ④クレームは大事な恩師や先輩からだと思って対応しよう。
—この気持ちがあれば、患者からのトラブルは大幅に減る—
- ⑤「おかしいと思ったこと」は「おかしい」と誰にでも問おう。
—この職場のコミュニケーション有無が、医療トラブルを左右する—
- ⑥それを敏腕な社会部記者が知っても問題にならないか、自問しよう。
—マスコミがそれをどう見るか、によってダメージが左右される—

V. 危機発生時はクライシス・コミュニケーションがカギ

—この適否がその後の批判、非難、信頼感を左右する—

1. 起きたとき「どう対応したか」が問われる。
2. 「クライシス・コミュニケーション」とは
クライシス（危機）が発生した場合、そのダメージや批判、非難を最小限に留めるため「情報開示」を基本にした内外のさまざまな対象に対する「適切な判断」に基づく「迅速なコミュニケーション活動」。

人は起こしたことで非難されるのではなく、起こしたことにどう対応したか、によって非難されるのである。

3. マスコミ対応はクライシス・コミュニケーションの典型的な場である

—事例に見る失敗例と応答時のノウハウ—

- ① 「一問一答」を基本に。「一問多答」は控える
—“アミダくじ話法”は誤報の元。「Within 30 seconds」を—

②説明する時は「それには3つの理由がありまして～」と前置きして説明する。

—きちんと認識して答えている印象を与えることが出来る—

③謝るべきことは最初に率直に謝ること。

—反論、釈明、弁解は言い逃れと受け止められ、トラブルを拡大させる—

④記者会見は「法廷の場」ではない。理屈と法的説明はタブー

—記者が問うのは「法的責任」より「社会的・道義的責任」と「配慮」だ—

⑤記者と議論しないこと。「ブリッジ話法」を生かす

「その点も確かに重要ですが、あの状況で配慮しなければならなかったことは…」

「ご批判は分かりますが、あの状況で、最優先の課題だったのは…」

「ご疑問はごもっともと思いますが、あの時点で最重視すべきことは…」

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。開業顛末記、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。

腎臓の働きが衰えると

腎臓は運ばれてきた血液をろ過して、有害物質や老廃物を尿として体外に出すことが主な役割です。その働きが衰えて腎不全になると、人工腎臓（血液透析）で血液をろ過しなければなりません。わが国では透析の患者さんが毎年約1万人のペースで増え続け、2010年には30万人を突破すると言われています。

腎臓が悪くなると透析が必要になるだけでなく、心筋梗塞や脳卒中の頻度が増加します。



悪化の目安

一方、軽度の腎臓病でもタンパク尿などの異常がある場合、あるいは腎機能を示すGFR（糸球体ろ過量）の値が一定以下の場合に、末期の腎不全になりやすく、また、心筋梗塞や脳梗塞を引き起こしやすくなることが分かってきました。

腎臓病は自覚症状に乏しいので、気がつくとき透析が必要なほど悪化していることもあります。生活習慣病も腎臓を悪化させる原因となり、腎機能が低下している人は多くなっています。

そこで、透析や腎移植を受けている人も含めて、慢性的な経過で腎臓に異常のある人を、それぞれの腎臓病の病名にかかわらず「慢性腎臓病（CKD）」として大きく取り扱おうという動きが出てきました。その進行度に応じて適切な対策を行うことが目的です。2002年に米国腎臓財団が慢性腎臓病の定義（CKD分類）を提唱して、現在では、わが国でもその分類が使われるようになっています。

早期診断、早期治療のために

慢性腎臓病として早期に診断・治療ができれば、透析に至る時期を先に延ばしたり、心筋梗塞、脳梗塞などを予防することが可能になります。慢性腎臓病の患者さんがかかりつけ医を受診することも多いので、日本人向けの「CKD診療ガイド」が日本腎臓学会から今年発表されました。今後、腎臓病専門医とかかりつけ医が連携して慢性腎臓病の診断や治療に当たっていくことが期待されています。



日医総研創立10周年記念市民公開講座

日本の医療の未来像 —世界から見た日本の医療—

常任理事 真栄田 篤彦



去る平成19年4月13日（金）、日本医師会館にて開催された上記講演会に参加してきたので報告する。

開催にあたって、主催者を代表して唐澤会長から概ね次のとおり挨拶があった。

「600名余参加いただき感謝申し上げます。また、コーディネーター役を引き受けて頂いた順天堂大学医学部の丸井教授にはひとかたならぬご協力を賜り御礼申し上げます。

本日は、ゲストとして、ハーバード大学公衆衛生大学院のマイケル・R・ライシュ教授と日本側から武見敬三厚生労働副大臣に来ていただいた。東西の医療政策分野において最も実力のあるお二人に、それぞれの立場から、20分間講演を頂く。

さて、わが国には270機関に及ぶ多様なシンクタンクがあるという。シンクタンクの広義の意味は、政策に関する調査研究を行う。日医総研は、「日本医師会総合政策研究機構」の略で組織的には未だ発展途上である。医療政策に関する平成9年から10年間の日医総研の活動と成

果を1つ挙げるとするならば、政策決定過程において「医療政策形成論議を活性化させる原動力になったこと」であろう。

医療政策に関しては日医と密接に連携して政策立案に貢献することを念願する」旨の挨拶があった。

講演1

日本の医療制度のパフォーマンス

—ハーバード式医療制度分析—

マイケル・R・ライシュ

(ハーバード大学公衆衛生大学院教授)



ハーバード大学院の4名の教授によって開発された医療制度のパフォーマンス評価の分析方式を用いて日本の医療制度の分析を行った。

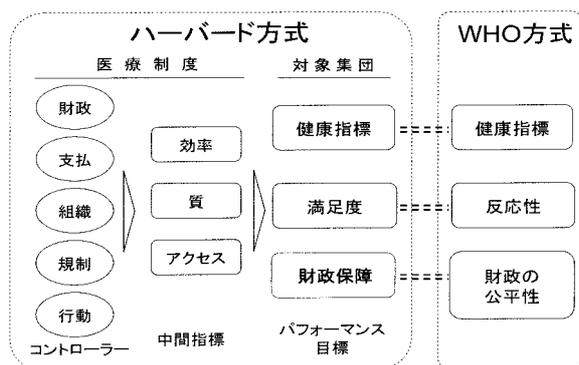
医療制度のパフォーマンスの向上に必要な、技術的分析、倫理的分析、政治的分析と三種類の分析が含まれている。この方式では健康指標、満足度、財政保障と三種類の最終目標で測定される医療制度のパフォーマンス向上を目指している。このため、ハーバード式医療制度分析では、財政、支払、組織、規制、行動と五つの「コントローラー」の使用を提案している。

本発表では、三種類の最終目標に従って、日本の医療制度のパフォーマンスを簡単に評価し、日本が素晴らしい健康指標と優れた財政保障を達成したものの、満足度にやや問題があることを指摘している。更に日本の医療制度の二つの課題である満足度と生活習慣病について何がなされるべきか分析する。これらにより、パフォーマンスの問題をいかに診断し、いかにコントローラーを用いて改善し得るかを示す。本発表により医療改革が技術的、倫理的、政治的決断を要する複雑な過程であることを確認する。ハーバード方式医療制度分析の五つのコントローラーは日本の医療改革の政策選択に役立つと思われる。国レベルでも、個人レベルでも、医療改革は容易ではないが、ある条件下では公平性とパフォーマンスを著明に改善することが可能である。

医療制度とは

- 医療制度は目的のための手段
- 医療制度は複雑で、多くの関係者を含む：
 - ・ 医療提供者—個人と施設
 - ・ 保健サービス提供者
 - ・ 財政仲介者
 - ・ 医薬品・医療機器メーカー
 - ・ 行政担当者
 - ・ その他、制度のアウトカムに寄与する者

パフォーマンスをどう測定するか？



医療制度改革の決断のために三種類の分析が必要

1. 技術的分析、2. 倫理的分析、3. 政治的分析

ハーバード方式で日本を分析する

- ・ 日本の医療制度のパフォーマンスについて何が言えるか？
- ・ 日本の医療改革の方向性について何が言えるのか？

目標1：健康指標：すばらしい、Excellent

	日本	カナダ	イギリス	ドイツ	米国
平均余命 (2003)	81.8	79.7	78.5	78.4	77.2
乳幼児死亡率 (2003)	3.0	5.4	5.3	4.2	7.0

(OECD2005)

目標2：財政保障：とてもよい、Very Good

国民皆保険、フリーアクセス、広範囲の公的保険、高額療養費制度

総医療費 (2003)

	米国	ドイツ	カナダ	日本	イギリス
% of GDP	15.0	11.1	9.9	7.9	7.7
一人当たり Per capita (PPP)	\$ 5,635	\$ 2,996	\$ 3,001	\$ 2,139	\$ 2,231

(OECD2005)

将来の持続可能性は不確か、なぜなら高齢化・国民医療費の増加、国民所得比%上昇…

目標3：満足度：ちょっと問題、Fair to Poor

- ・ 満足度は調査によって異なる。19%～82.4%の満足度
- ・ ただし、主要先進国では順位はかなり低い
- ・ 不満の例：説明責任と透明性の不足

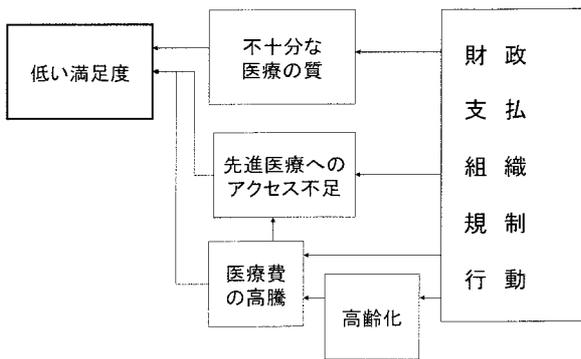
先進的医療へのアクセス不足

どうすべきか？

医療改革にはパフォーマンス向上のためにコントローラーの調整が必要

ハーバード方式では問題からコントローラーを導くため診断樹を使う

①まず「低い満足度」の診断樹を作る

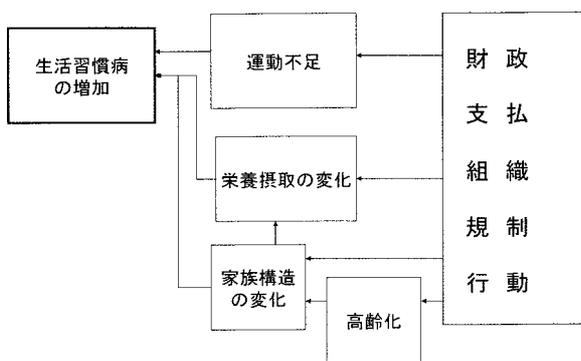


コントローラーを考えると、上記表では、財政コントローラーを改善すればよいことになる。

財政コントローラーの使用例

- ・ 公的保険への部分的な自費診療／民間医療保険導入の検討
- ・ 診療選択増加
- ・ 医療の質向上
- ・ 患者満足度の向上
- ・ ただし、公平性の問題と民間保険会社の政治性に要注意

②まず生活習慣病の診断樹を作る



上記コントローラーを考えると、行動コントローラーを改善すればよい。

行動コントローラーの使用例

- ・ 日本を含め、国際的に生活習慣病の問題の多くは下記などの行動変容に関連：
- ・ 個人の栄養摂取の変化
- ・ 個人の運動習慣の変化

結論1

- ・ 医療改革は技術的、倫理的、政治的決断を要する複雑なプロセス

結論2

- ・ ハーバード方式における5つのコントローラーは日本の医療改革の政策選択に役立つ

結論3

- ・ 医療改革も個人の体型改革も容易ではないが、不可能ではない。

講演2

国民誰もが健康に過ごせる社会を目指して
厚生労働副大臣 参議院議員 武見敬三



まずはじめに先ほどの報告に関して、ハーバード式医療制度分析の武見の見解は、中間指標として、順番が先ず①予防、②アクセス、③質、④効率とした方がよい。

アクセスが順番としては上に位置すると考えている。

1. 医療制度の中間指標について

①予防→健康増進・特定疾患予防

今回の医療制度改革の柱のひとつ「生活習慣病対策」等。

メタボ退治もここに含まれる。

②アクセス→地域医療・かかりつけ医機能の充実

医師の地域・診療科偏在の是正

日本の医療制度で最も優れた部分はアクセスにあり、これが国民に安心感を与えている。先進医療へのアクセスは課題。

③質→急性期医療・先進高度医療の水準

終末期医療・緩和ケアの普及・充実

欧州諸国にてコスト管理主導の医療制度改革により急性期医療の質が低下。日本でも「勤務医の離脱現象」により同様の傾向が懸念される。

④効率→地域医療の連携促進

患者を中心にしたかかりつけ医機能、急性期病院、回復期病院の連携による切

れ目のない医療のサービスの提供。
登録医制度は行き過ぎ。

2. 人口構造の急激な変化

死亡数の将来推計（平成18年推計）

将来推計人口（平成18年中位推計）によると、わが国の死亡数は、団塊世代の高齢化とともに増加し、2040年には最大となり、166万3千人となる見通し。

2005年現在の死亡数 108万4千人

2040年の死亡数 166万3千人（団塊世代：91～93歳）

以上から、後期高齢者医療制度の導入が必要となる。

3. 後期高齢者医療制度の導入

国が負担していかないと、国の保険制度そのものの持続可能性が崩壊する危険性。平成20年導入。

	老人医療費	給付費	公費	「公費」の内訳		
				国	都道府県	市町村
2008年度	11.4兆	10.3兆	4.7兆	3.1兆	0.8兆	0.8兆
2015年度	16.4兆	14.8兆	6.8兆	4.5兆	1.1兆	1.1兆
2025年度	24.9兆	22.6兆	10.4兆	6.9兆	1.7兆	1.7兆

単位：円

財源：患者負担：1割（現役並みの有所得者の高齢者3割）
公費負担：約5割（約46%）
後期高齢者支援金（現役世代からの支援）
保険料：1割

4. 国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来の見通し

（医療制度改革ベース、平成18年1月）

厚生労働省資料

年 度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
改革後			
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
老人医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48
改革実施前			
国民医療費(兆円)	34.0	47	65
老人医療費(兆円)	11.1	18	30
医療給付費(兆円)	28.5	40	56

（注）平成18年度の老人医療費は74歳以上の高齢者が対象、平成27年度、平成37年度は75歳以上が対象。

5. 国づくりの単位と役割

- 個人・家族・地域・職域・国家のかかわり
- 機能低下と流動化する各社会単位の現況
- ・家庭の絆と核家族化、家庭教育・子育て機能の動揺
- ・自由と責任の共存
- ・地域社会においては助け合いの絆の希薄化
- ・職域では終身雇用制の弱体化

医療を通じて再構築

1. 国家：国民皆保険制度に基づく人間の安全保障
2. 職域：産業保健を通じた健康保障
3. 地域：地域医療・患者の立場に立った地域医療連携の推進
4. 家族：食育・健康づくりの拠点機能・在宅医療
5. 個人：生活習慣病予防
自分の健康は自分で守る責任と自覚

以上兩名の講演を紹介した。

将来的に供給医師数はいつ必要医師数を上回るか

—日本医師会地域医療対策委員会活動状況報告—



常任理事 大山 朝賢

はじめに

沖縄県では県立北部病院、八重山病院等で産婦人科の診療が行われなくなり、また県立中部病院では耳鼻科の医師が不幸にも過労死するなどして医師不足がにわかにクローズアップしてきた。このような現象は本県にとどまらず他府県でもおこり、厚労省は「医師需給に関する検討委員会」を立ち上げ対応している。医師確保に関し日本医師会も地域医療対策委員会を平成18年8月新設して、第1回委員会を開いた。同年10月には医師確保に対し独自の見解を公表し医師不足の是正に努力している。

本論では医師需給に関するこれまでの経緯や、わが国の医師数と諸外国との対比、女性医師数のわが国でしめる割合などについて報告する。

1. 医師需給に関するこれまでの経緯

厚労省は昭和45年、「最小限必要な医師数を人口10万人対医師数150人とし昭和60年を目途に満たそうとすれば、当面ここ4～5年の間に医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある」との見解を明らかにした。昭和48年には無医大県解消構想が打ち出され、10年後の昭和58年には人口10万人対医師150人の目標を達成している。昭和61年、厚労省は医科大学の入学定員をこのままにしていくと医師過剰になるとの懸念から、昭和70年を目途に医師の新規参入を最小限10%削減する必要があるとの見解を示した。国公立大学医学部の努力により、平成10年には医学部入学定員は7,705人（昭和61

年からの削減率7.8%）となった。その後全体としての医師数は徐々に増加、平成16年の医師数は27万を超え人口10万人対医師数は212人となっている¹⁾。

しかしながら医師数の増加とは裏腹に、僻地や地域によっては小児科・産婦人科といった診療科で医師が不足し社会的問題となってきた。そこで国は厚労省、文科省、総務省の三省合同による「地域医療に関する関係省庁連絡会議」を平成15年11月に設置し対策を練った。平成16年4月、新臨床研修制度がはじまると医師不足はさらに深刻さを増してきたことから、関係省庁連絡会議は「医師確保総合対策」を緊急策として打ち出した（平成17年8月）。即ち、医療対策協議会の制度化、医学部定員の地域枠の拡大、僻地医療等に対する支援の強化、女性医師バンク事業の創設や就労環境の整備等を謳ったもので、平成18年度の医療制度改革案として国会へ提出された。さらに平成18年8月、地

表1

新医師確保総合対策	
【長期的対応】	
○医学部卒業生の地元定着の促進	
①	医学部における地元出身者のための入学枠（いわゆる地域枠）の拡充や、都道府県による地元定着を条件とした奨学金の積極的活用
②	医師不足深刻県における暫定的な定員増 ※人口要件（人口当たりの医師数）を基本としつつ、医療へのアクセスの観点から面積要件（面積当たりの医師数）も考慮し、10県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）を対象に、最大10人を、最大10年間増員。 ※医師養成の前倒しという趣旨から、地域定着が図られない場合の見直しを条件
③	医師不足の都道府県への自治医科大学の暫定的な定員増 ※現定員100人に、最大10人を、最大10年間増員。

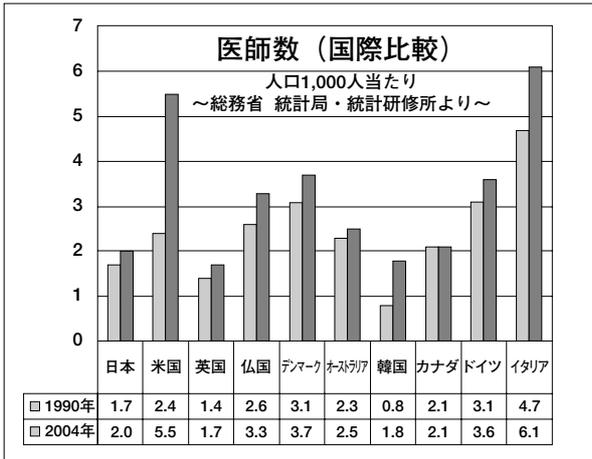


図2

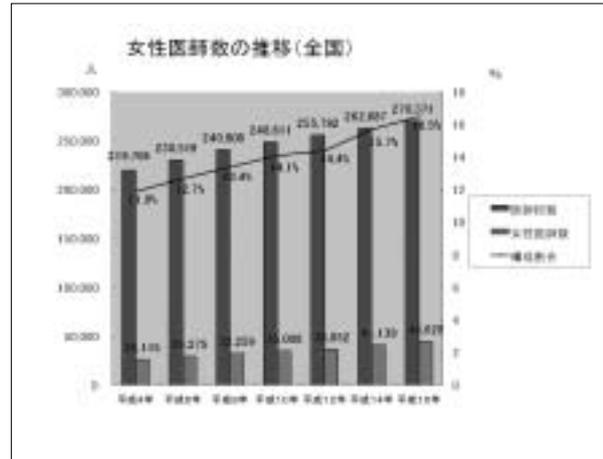


図4

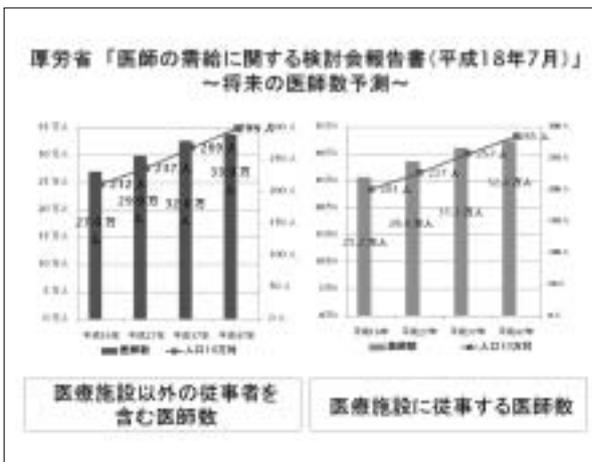


図3

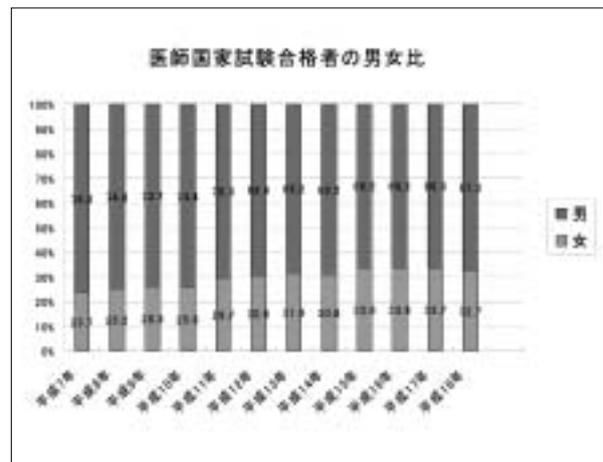


図5

が国が2.0人と増加したのに対し米国5.5人、英国1.7人、仏国3.3人、デンマーク3.7人、独国3.6人と諸外国も医師数は増加している。とりわけ米国の医師数の増加が著しい(図2)。厚生省はまた我が国の将来の医師数も予測しており、平成47年の医療施設に従事する医師数は2.85人となっている。現在(平成16年)から31年後の我が国の予想医師数は、現在の仏国や独国の医師数には達していない(図3)。

3) 女性医師の割合

我が国の女性医師数は44,628人で、全医師数の16.5パーセントを占める(平成16年)。医師国家試験の合格者の男女比を見ると女性は平成11年の合格者が29.7%を占めて以来毎年30%以上の合格者をだし、しかも合格者は徐々に増加している(図4、図5)。診療科別に男女別の医師の割合を見ると、女性医師が最も多く専攻

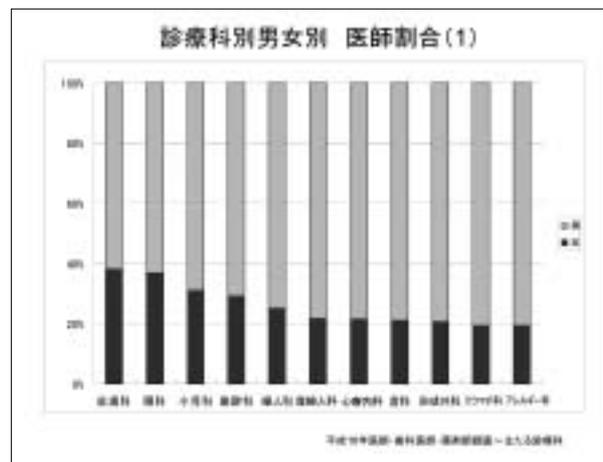


図6

するのは皮膚科ついで眼科、小児科、麻酔科、婦人科、産婦人科の順である(図6)。公立病院の医師不足でクローズアップしてきた小児科は31.5%が女性、婦人科は25.1%、産婦人科は21.7%、産科は21.1%を女性医師が占めている。これらの数字の羅列を見ると女性医師が小

表3

卒業年度	男性医師	女性医師	計	女性医師%
平成15～平成11	2	17	19	89.5%
平成10～平成6	11	13	24	54.2%
平成5～平成元	13	6	19	33.3%
昭和63～昭和59	20	3	23	13.0%
昭和58～昭和54	12	1	13	7.7%
昭和53～昭和49	25	0	25	0.0%
昭和48～昭和44	11	1	12	8.3%
卒業年度	医師数	産科数	婦科数	
平成15～平成11	2(2.2%)	0	2	
平成10～平成6	11(24.4%)	1(9.1%)	10	
平成5～平成元	13(28.7%)	0	13	
昭和63～昭和59	20(44.4%)	2(10.0%)	18	
昭和58～昭和54	12(26.7%)	0	12	
昭和53～昭和49	25(55.6%)	0	25	
昭和48～昭和44	11(24.4%)	0	11	
卒業年度	医師数	産科数	婦科数	
平成15～平成11	17(22.2%)	17	0	
平成10～平成6	13(17.2%)	13	0	
平成5～平成元	6(7.8%)	6	0	
昭和63～昭和59	3(3.9%)	3	0	
昭和58～昭和54	1(1.3%)	1	0	
昭和53～昭和49	0	0	0	
昭和48～昭和44	1(1.3%)	1	0	

見科や産婦人科を専攻するのはたかだか2～3割にししか見えない。しかし神谷先生²⁾によると、沖縄県では医師の卒業年度が新しくなるにつれ産婦人科を専攻する医師は女性が多くなっている。ちなみに平成11年から平成15年の間に卒業し、産婦人科を専攻した医師は19人であったが17人(89.5%)が女性であった(表3)。

3. 考察

昨今の医師不足の原因として、幾つかのファクターが挙げられよう。最も大きなものは永年の国の医療費抑制策であろう。医師の偏在化、医療訴訟の増加、患者さんの公立病院への集中化等もかなり影響していると思うが、女性医師の増加も看過できない。厚労省は昭和45年、最小限必要な医師数を人口10万人対医師数150人を目標に医科大学や医学部の増設を図った。昭和48年には老人医療の無料化も打ち出しており、当時の厚労省はかなり余裕を持って政策を展開できたと思う。昭和58年には目標の人口10万人対医師数150人に達している。医師の増加によって医療技術は向上し、また病院や診療所が増加したことは国民にとって容易に施設が選択できかつ安心して医療が受けられるようになった。これらの社会環境はすばらしいことではあったが、国民総医療費は昭和45年には年間3兆円足らずであったものが昭和60年にはその数倍に増加していった。そこで国は医療費を抑えるためには新規参入の医師を最小限必要数

にしたいため、昭和61年には当時の医科大学や医学部の入学定員を10%削減する方向を打ち出した。平成10年には医学部入学定員は7,705人となったが、医師は徐々に増加していった。しかし増加したといっても先進国との国際比較(人口千人あたりの医師数)では、わが国の医師数2.0人は英国の1.7人より若干多いものの、3.0人以上の仏国・独国・デンマーク等の国々には遠くおよばない。しかも平成47年の予想医師数2.9人は前記3国の、現在の医師数にも達していない。

国は医師の偏在化だけでもその改善には時間がかかるとして、現在の医師不足を医学部の入学定員の増加で解決しようとしている。新医師確保対策では青森、岩手、秋田、山形県等10県と自治医大に対しこの10年で1,100人程度の定員の増加となっている。しかし女性医師に対して国はドクターバンクを立ち上げたものの就労環境の整備は立ち後れているし、公立病院に対する患者さんの集中化の改善、訴訟の増加に対する対策、分娩時の無過失責任の補償など問題は山積している。従来増加する医師に対し1,100人の新規参入の医師を新たに増やすだけでは医師不足は解決しそうもない。日本医師会は今以上に国に歩み寄り、医師不足に対し是は是とし非は非とし、医師会員に十分な説明と理解を得ながら積極的に改善策を提言していくべき時期に来ているのではなかろうか。

本論は去った3月17日、大分県医師会主催の九州ブロック日医代議員連絡会議で、日本医師会地域医療対策委員会の活動状況を報告した一部である。

文献

- 1) 日本医師会地域医療対策委員会中間報告書「医師確保に関する喫緊の対応」
沖縄県医師会報 43(5) : 41～49, 2007
- 2) 神谷 仁 : 南部地区医師会理事
沖縄県の産婦人科医事情
南部地区医師会報 216(10) : 2～3, 2006

第1回都道府県医師会特定健診・ 特定保健指導連絡協議会

常任理事 安里 哲好



去る4月21日（土）午後10時より日本医師会館において標記連絡協議会が開催された。

研修

〔1〕「新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室
室長 矢島鉄也

・医療制度構造改革のポイント。生活習慣病対策が一丁目一番地、入り口である。国民皆保険制度を持続可能なものとするために、将来の医療費の伸びを抑えることが重要。

ポイントは3つで、①健診・保健指導にメタボリック・シンドロームの概念を導入したこと②糖尿病等の生活習慣病有病率・予備群25%の削減目標を設定③医療保険者に健

診・保険指導を義務化したことである。

病気になったら問題、何にもまして病気にならないことに勝るものはい。生活習慣病は予防が可能であり、まず患者を出さないようにする。

・生活習慣病対策と老人医療費への影響

加齢とともに疾病のリスク要因が高まり一人当たりの医療費が高騰する。若いうちに健康増進を行い、その後発症抑制、重症化抑制を行うことにより、老人医療費の適正化を図る。

・メタボリック・シンドロームの概念を導入する。メカニズムを理解すれば保健指導で予防が可能になる。内臓脂肪の改善で予防できる対象を絞り込むことができる。リスクの数に応じて保健指導に優先順位をつけることがで

- きる。腹囲というわかりやすい基準により、生活習慣の改善による成果を自分で確認・評価できる。
- ・メタボリック・シンドロームの疾患概念は、内科学会等8つの学会のコンセンサスを得たもの。
 - ・糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れに対応した客観的指導を行う。リスクの高い方から優先的にやっていただく、一緒に内臓脂肪を減らすことが大事。
 - ・今回保険者に健診・保健指導をやっていただくことにより、健診データとレセプトデータを一緒に見ることができる。予防事業の成果を見ることができる。
 - ・生活習慣病受診者の有所見の状況（所見が出現する順序）をみることができる。脳・心臓疾患に至る前に保健指導を行うことが重要。リスクが重なると危険。リスクが始まる時指導する（動機付け）。
 - ・25%削減の目標を達成するために、①標準的な健診・保健指導のプログラムを作成し、②ポピュレーションアプローチを充実させ、③国民にわかりやすい学習教材を開発する。
 - ・標準的な健診・保健指導プログラムの確定版を策定し、健診・保健指導・データ分析・評価をそれぞれ標準化する。
 - ・健診検査項目の健診判定値を示す。判定基準にご留意いただきたい。特定保健指導の階層化基準は、空腹時血糖が100、HbA1cは5.2である。糖尿病予備群の基準は、それぞれ110と5.6、糖尿病有病者の基準もそれぞれ126と6.1、受診勧奨の基準は、糖尿病有病者と同じである。
 - ・生活習慣病の程度と階層化による保健指導のレベルはリスク数に比例する。
 - ・生活習慣病予備群だけでなく、不健康な生活習慣を送っている人、生活習慣病の有病者もターゲットとする。3つやらないとだめ。
 - ・生活習慣病有病者・予備群25%削減のための戦略。
個人および集団データを改善⇒集団のリス

ク改善、リスク重複の減少⇒メタボ該当者・予備群の減少⇒糖尿病等の生活習慣病・予備群の減少⇒医療費の伸びの減少

- ・HbA1cと治療の有無を調べてみると、治療中なのに血糖コントロールができていない人がまだまだいる。HbA1cを指標にした糖尿病の疾病管理を行う。どうやって重症化を防ぐかを戦略的に可能となるよう地域の医師会や糖尿病対策推進会議等連携して取り組んでいただきたい。
- ・健診・保健指導の費用対効果の分析方法例（水嶋研究班）

5年間健診・保健指導をすべて受けた集団の医療費と健康増進費用を足したものが、5年間健診・保健指導をまったく受けなかった集団の医療費よりも低くなっていれば効果が評価できる。10～20年後の評価も重要。

- ・保健指導における学習教材集は、国立保健医療科学院HP上に掲載し、保健指導実施者が必要に応じてダウンロードでき、自由に改変して使用できるような仕組みを講ずることとしている。そのような教材を使って厚生労働省副大臣に実践してもらっている。このメタボ退治はホームページに公表されているとおりで、行動変容のために具体的に何をどうすればよいかを選択できるための教材例・健康づくりのための運動指針<エクササイズガイド>等も掲載している。
- ・健康運動施設認定制度について、温泉利用指導者・温泉入浴指導員について、新しい「健康運動指導士」についてなど、資格をいろいろ見直しを行っている。
- ・今回の改正は、医療保険者に健診・保健指導を義務化した。

40～74歳の被保険者・被扶養者が対象
40歳未満、75歳以上は努力義務。対象者を明確に把握でき、健診未受診者を把握し、重症化防止ができる。

- ・健診・保健指導のデータ管理
レセプトと突合することにより医療費との関係を分析できる。治療中断者、治療未受診

- 者を把握し、重症化防止ができる。
- ・特定健康診査等実施計画の策定
- ・健診受診率・保健指導実施率・メタボリック・シンドローム該当者・予備群の減少率を明記。後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算に反映
- ・後期高齢者医療制度支援金の加算・減算

尼崎市に試算していただいた。0～74歳国保加入者数見込み数15万人で、支援金基準額が約54億円、加算だと10%で+5億4千万円、減算だと10%で-5億4千万円である。負担の差は約11億円になるので、相当気合が入っている。

- ・医療費適正化計画のサイクルであるが、これは第2期からになる。
- ・健やか生活習慣病国民運動（仮称）をこれからやっていかななくてはならない。

日本栄養士会は、都道府県と栄養ケア・ステーションを進めていく。

18年間で4千万歩歩行し、日本地図を完成させた伊能忠敬の映画（加藤剛主演）は、厚生労働省推薦として「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」を実践するものとしてPRしていく。

(2) 「標準的な健診・保健指導プログラム 保健指導の概要」

厚生労働省健康局総務課保健指導室室長
勝又浜子

- ・保健指導の基本的考え方
生活習慣改善に繋がる保健指導の特徴、必要とされる保健指導技術、ポピュレーションアプローチや社会資源の活用。特徴に合わせて指導する。
- ・保健事業（保健指導）計画を作成する。医療費が高騰しているのは何なのか。医療保険者が中心になって作成する。積極的に対応しなくてはならない現状の分析を行う。
- ・保健事業（保健指導）の目標設定をする。保健指導レベル毎の目標設定を行い、保健指導対象者の優先順位をつける。

- ・保健指導の評価を行う。何回やったかではなく、結果どうなったかを評価する。
- ・保健指導の実施者は、動機付け支援、積極的支援の初回は、医師、保健師、管理栄養士であること。上記のうち、食生活・運動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士のほか、健康運動指導士や産業栄養指導、産業保健指導担当者等が行う。

禁煙指導については、他職種との連携を図ることが望ましい。

医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医と連携することが望ましい。

保健指導を実施するものは、保健指導のための一定の研修を修了していることが望ましい。

- ・標準的な保健指導プログラム

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導

対象者ごとの保健指導プログラムについては、情報提供・動機付け支援・積極的支援を行う。

- ・望ましい積極的支援の例

面接による支援は、個別支援（30分以上）またはグループ支援（90分以上）。次回の健診までに確立された行動を維持できるような支援を行う。

- ・情報提供する内容は、支援形態（健診結果に合わせて情報提供用紙を送付あるいはIT等で個人用情報提供画面を利用）
- ・動機づけ支援の内容は、面接による個別支援、グループ支援、電話、e-mailによる。
- ・行動目標は、指導者が決めるのではなく、初回面接時に本人が決める。3ヶ月で効果が出なくても6ヶ月の結果を見て終了する。
- ・積極的支援における支援形態のポイント数は、個別支援・グループ支援・電話・e-mailなど支援形態に合わせたポイント数を計算する。
- ・対象者の自己の健康行動と、科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定を行うことが重要。
- ・人員（医師・保健師・栄養士の配置等）・施

設及び設置（受動喫煙防止措置等）・保健指導の内容・運営等に関する基準を設ける。

- ・メタボリック・シンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業を行う。

(3) 「特定健診・保健指導の実施にむけて」

国民健康保険中央会理事 田中一哉

○はじめに一医療保険の概念の変化

もともと医療保険は、病気になったとき心配しなくていいというものである。今回の制度改革で、国民が病気にならないようにするのも保険者の仕事だということになった。

1. 保険者事業の意味するもの

事業の財源が違う。一般衛生の財源は税金であるが、保険者は国民から預かっている保険料である。使った費用に見合う効果を上げないといけない。より経済、より効率的でなければならない。これが保険者が実施することとの大きな違いである。

2. 国民健康保険事業の意味するもの

国民保険と社会保険は違う。最大の違いは、被用者保険は、事業所単位、国保は市町村単位、市町村長が責任を持つ。市町村で事業が完結する。

3. 保健事業の効果的手法

保険事業に取り組むうえで関係者が十分意識しておかなければならないこと、承知しておかなければならないこと、単に機会を提供すればよいということではなく、保健活動がもっとも効果をあげるのは、“相手の顔が見える”こと。頼りにされ、頼りにする。そういう関係が効果的。顔の見えない関係では成り立たない。

市町村医師会をお願いしてやっていただく。医師抜きには考えられない。地域在住の医療機関、医師、保健師、これから皆さんと市町村レベル、保険者レベル、国レベルで医師にご協力いただく。

4. 健診と医療機関

健診にかかる費用はきちっと支払う。健診はあくまでも情報であり、これをいかに活用

して予備郡を調べて保健指導を行うことが医療費適正化につながる。

5. 保健指導と医療機関

保健指導なくして健診はない。料金、これは我々の最大の課題。市町村の保健師が2,000人おり、これだけあれば対応できていると思っている。市町村長の判断による。自らのマンパワーによる。医師には保健指導はないのかということそうではない。メタボリック・シンドロームをはじめ、医療的知識が必要となる。知識のある保健師・医師に指導していただく。実施計画策定の段階で力をお貸しいただきたい。

6. データ管理

連合会がデータベースを持ち、健診費用の支払をする。分析情報を提供する。システム構築中である。

○おわりに一医師は地域住民の頼りどころ

我々国保関係者、地域住民、先生方の協力なくしてはやっていけない。ご指導・ご協力をお願いしたい。

(4) 「特定健診・特定保健指導の実施体制について」

厚生労働省大臣官房参事官・保険局総務課 医療費適正化対策推進室室長 深田修

深田修室長より、先ず始めに、今回の特定健診・特定保健指導は、医療制度改革大綱の基本的な考え方に基づいて行われるものであると説明があり、具体的には、メタボリックシンドロームの概念を導入し「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動の展開（ポピュレーションアプローチ）、保険者の役割の明確化として健診・保健指導の義務付け（ハイリスクアプローチ）、医療費適正化の総合的な推進、という3つの考え方に基づいて行われるものであることが示された。

医療費適正化方策（中長期的）の基本的な考え方としては、平成20年度を初年度とした医療費適正化計画（5カ年計画）が策定され、その中に、生活習慣病予防の徹底、平均在日数の短

縮等の項目が盛り込まれることになっている。生活習慣病予防の徹底というところで、効果的・効率的な健診の実施、該当者・予備群の確実な抽出、保健指導の必要度に応じた対象者の階層化、保健指導プログラムの標準化等が図られることが示されており、その結果として、国民の健康増進・生活の質の向上並びに中長期的な医療費の適正化が望めるとされている。

特定健診・特定保健指導の基本的な方向性としては、各医療保険者に40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内蔵脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけることが法律上規定され、医療保険者毎の健診の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の達成状況により、平成25年度からの後期高齢者支援金の加算減算の取り扱いが行われることになっている。後期高齢者支援金の加算減算の具体的な方法については、実際の実施状況を見ながら考えるとされており、平成22年頃を目処に計画が作られていく予定であることが報告された。

その他、特定健診・特定保健指導を実施する際の膨大な事務量を代行する機関についても説明があり、代行機関は支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関及び保険者の情報を管理する機能を持つ必要があることや、簡単な事務点検のために契約情報、受診券（利用券）情報を管理する機能を持つ必要性があること等が示された。

今後の予定については、保険者と健診、保健指導機関の契約準備（単価設定、事業実施地域の検討等）、保険者における計画策定等の体制整備、保険者と健診機関、保健指導機関との契約締結等が行われていく予定であることが説明された。

(5)「日本看護協会の取組み」

日本看護協会常任理事 漆崎育子

漆崎育子日本看護協会常任理事より、「日本看護協会では、今までの経験・知見から生活習

慣とその変容の困難性に着目し、行動変容を促す方法を組み入れたプログラム（対話型共同活動プログラム）を平成18年度に開発した。平成19年度においては、このプログラムに加えて、標準的な保健指導との比較検討を行い、その精度を高め普及を図りたいと考えている。」と説明があり、今年度に予定されている活動内容について報告があった。

また、本プログラムを実際に実践する保健師を育成することが最重要課題であると述べられ、日本看護協会では、保健師の確保と機能強化に向けて、定年退職した保健師の再就業促進や、地域包括支援センターへの保健師の就労促進等を積極的に行っていく考えが示された。

(6)「日本栄養士会の取組み」

神奈川県立保健福祉大学教授

日本栄養士会会長 中村丁次

中村丁次日本栄養士会会長より、日本栄養会の特定保健指導への取組みについて報告があった。

日本栄養士会では、全米心臓病協会前会長のロバート・H・エッケル氏が実施した心臓病とライフスタイルとの相関関係を研究した大規模な調査結果においても、健康な心臓には栄養と運動が有効であることが示され、また、癌、糖尿病、心臓病を防ぐ要因の一つとしても栄養の改善が有効であるとのエビデンスが示されたことから、より実践的かつ効果的な保健指導の取組みが検討されており、具体的な方法の一つとして、デジタルカメラとe-mailを活用した保健指導の手法を検討していると報告された。この方法は、保健指導対象者が毎日の食事内容をデジタルカメラで写真に撮り、管理栄養士宛にe-mailを利用して報告する内容となっている。このことでよりの確な保健指導を実践することが可能になるとしている。

また、日本栄養士会では、各都道府県に「栄養ケア・ステーション」の設立を進めており、栄養ケア・ステーションに連絡いただければ各医療機関に対して管理栄養士の派遣や紹介を行

えるような体制作りを検討していることが説明された。

(7)「特定健診・特定保健指導 医師会の役割」

日本医師会常任理事 内田健夫

内田健夫日本医師会常任理事より、特定健診・特定保健指導が施行される背景には、健康増進計画や健康日本21等の取り組みの見直しや、治療から予防へという考え方、財政支出削減を意とする医療費適正化の考え方、保険者機能の強化、新たな市場創出という考え方があると説明があり、厚労省は、当制度を導入することで、健診受診率の20%アップ、有病者・予備群の25%削減、結果として2兆円の抑制を試算しているところであるが、金額については、現在、様々なところで議論が行われていると報告された。また、特定健診・特定保健指導の実施は、健診・保健指導率を上昇させるという点で言えば医療機関にとっても良い制度であり、長期的にみると、国民、保険者、医療機関と互いにメリットがあると述べられた。

特定健診・特定保健指導の実施に向け、今後、各都道府県では、都道府県健康増進計画の改定が行われることが予定されており、その中心的な役割を担うとされる「地域・職域連携推進協議会」並びに、特定健診・特定保健指導の実施主体者である各医療保険者間の調整・連携を担う「保険者協議会」など、特定健診・特定保健指導の中核をなす各会議への医師会としての参加の重要性が改めて示された。

当制度実施に係る今後の課題についても説明があり、統一料金設定の検討、精度管理、アウトソーシングの把握・評価、第3者評価機構のあり方等、まだまだ議論が必要な点が山積していると意見された。

質疑応答抜粋

<制度全般について>

Q. 被扶養者にも受診券、利用券が発行されるのか？

A. 受診券や利用券が必要でないと混乱が起きると考えているケースは、集合契約というまとめて実施するパターンの場合で、これがないというルートで、という料金のどのような契約内容かということが分からないので、そういうところには前提としてお願いしている。それ以外の保険者でも分かるように出したいということであれば出しても構わない。

Q. 「第3回保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」にて「市町村国保における健診体制」および「被用者保険における健診体制（被扶養者分）」が示されている。その中で、市町村国保の契約スキームを利用したい医療保険者（健保組合や共済等）は、契約を委任した代表医療保険者から都道府県（市町村）医師会に委託し、個別医療機関で実施することとなっている。この実施方式の場合、自己負担金および健診項目、保健指導方法等全てにおいて、市町村国保と医師会の契約内容が適用されるのか？そうではなく、代表保険者または医療保険者の実施条件で医師会が委託を受け、各実施医療機関は、QRコードを利用するという話もあるが、各医療保険者が情報をコード化して受診券にQRコードを印刷することができるのか？また、QRコードを読み取る機器がなければ、医療機関はどのような方法で受診者が属する保険者の委託条件（実施条件）を判別すればよいのか？

A. 市町村国保の契約スキームを利用した医療保険者の契約内容については、契約の内容全てということではなくて、個々の契約内容に準じる被用者保険の契約というのは実施項目となる。単価というのはそれぞれ契約の際に協議ということはあると思う。QRコードについては、QRコードは利用券や受診券の表面に書いてあることをコード化するというものである。読み取り機

のあるところではそのまま利用できる。読み取り機が無くても券面の情報を入れれば良いようにしている。

Q. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）では「保健指導の評価」において、アウトカム評価は、肥満度や血液検査などの変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などが評価指標として考えられている。保健指導の評価は、医療保険者が構成員である保険者協議会において行われる。医療費抑制のみを評価指標とされるかもしれない危険に対してどのように指導されるのか？

A. 保健指導の評価というのは当然各保険者が行う。医療費は健康な方が増えていけば下がっていくという関係になるので結果としては達成される。基本的には医療費適正化計画においても医療費の変化について目標としている訳ではなく、あくまでも特定健診の基本趣旨にあるように、実施率や減少率を見て評価をするということで考えている。

Q. 費用対効果が医療費抑制を最大の目標としているが、健診後の指導に関して保険者が支出する直接経費をどのくらいに見込んでいるか？

A. 具体的にまだ健診単価が出そろっていない段階であるが、これまで行われてきた老人保健事業等を参考にすると、対象になる方は健診だけで5,600万人くらい、その内の実施率が7割くらいと見込み単価を5,000円くらいと見込むと2千億円くらいになる。

Q. 保険者の増加する事務量に対しての新たな人件費等間接経費はどうなるか？

A. 間接経費がどの程度になるかはまだ分らない。

Q. 25%削減は何を根拠にしているか？医療費として仮にわずかに減少しても特定健診・特定保健指導にはマンパワーを含めて膨大な金額

が必要となるのではないか、それを含めると結局削減ではないと思うがいかがか？

A. 特定健診・特定保健指導は、医療制度改革の大きな流れの一つの柱である。医療制度改革の大綱の中で、この政策を実施していくうえでの目標として25%というのが示されている。考え方ではあるが、最初の5年間で実際にそれだけの効果が出るかという10%くらいの減しか見込めない。直ちには効果が出ないと思っている。あくまでもこの対策は中長期的な観点で見たものということで、なるべく病気にならないようにできるだけ健康状態を保てるよう勧めているところである。我々のつくる医療費適正化計画でも、この第1期の中で確実に効果が出て医療費が下がっていくにはもう少し時間が必要と考える。

Q. 乳幼児期からの生活習慣病対策も必要と考えるが？

A. 生活習慣病対策が40歳からでは遅いというご指摘。生活習慣病対策全体の取り組みとしてハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動が基本だと考える。まず40歳未満についてポピュレーションアプローチを主体として適正な生活習慣を身につけていただくというのが一つある。もう一つが健康栄養調査でメタボリックシンドロームの該当者予備軍の割合を見てみると40代からかなり増えてきているということもある。その辺りで40歳以上からハイリスクアプローチをやっていくのが現時点では合理性があると思う。

<健診について>

Q. 服薬中のものは特定保健指導の対象と示されていないと示されている。しかし、保健指導対象者の選定と階層化の方法で、ステップ2追加リスクのカウント「薬剤治療を受けている場合（質問票より）」が含まれている。追加リスクに含めるのかどうか。

- A. 今までの老人保健事業と違って、基本的には治療を受けている方も健診は受けていただくことが前提。その後判定の中で治療を受けている方を確認していく。
- Q. 自院で対応できない検査（例えば眼底検査とか）がある場合には、その検査のみ他院に依頼することは可能か。特定健診・保健指導実施医療機関名簿で区分けが必要か。
- A. 従来への対応でよい。
- Q. 後期高齢者に対する健診は、広域連合で健診項目のうち必須項目のみ実施（努力義務）することとしているが、心電図等の詳細な検診項目は実施しないと解釈してよいか。
- A. 40歳未満、75歳以上はあくまでも努力規定。
- Q. 特定健診事業は一部の健診事業者ばかりでなく、手あげ方式によりどこの医療機関でもできるように制度化していただきたい。
- A. 医療保険者との契約になるので、保険者と話し合いをしていただきたい。
- Q. 現在の健診の受診率は、18%～20%弱である。これから特定検診・特定保健指導を始めて受診率60%にあげるということだが、指導する対象者を集めるのはだれが担うのか。
- A. 受診率の向上はとても大事なことである。アップはなかなか難しい。医療保険者との契約の中でやっていただくこともあると思う。
- A. 医療保険者が、国が求めることをすべてできるとは思っていない。やらなければならないという理解は持っているが、一つは、健診データ、レセプトデータは確かに我々が持っているが、データを落とすのは半年前のものである。さまざまな検証に労力を要すると思う。壮大な計画であり、労多くしてということもあり、考えていかななくてはならない。しかとやらねばならぬことと、やれることは違う。一般衛生もあるし、割り振りもある。
- Q. 医師会員所属の医療機関や健診機関が特定健診・保健指導について取りまとめの上で保険者と受託契約を取り交わす際、契約単位は県医師会、あるいは地区医師会、またはそれ以外の方法のいずれが妥当でしょうか？
- A. いずれの場合もあり得ると思われる。できれば県単位で対応していただくというのが一番良いと思うが、それぞれの市町村によって、健診の上乗せ部分に関しての問題等と絡んでくる場合もあるので、それぞれの地域特性が関係し市区町村での対応が必要になる場合もあると思う。
- Q. 契約締結時期について、今後の行政施策等を踏まえればいつ頃が適当（可能）でしょうか？
- A. 20年4月から健診事業がスタートする。今後の段取りについては各保険者によって少し違うと思われるが、だいたい秋頃からどういう契約をしていくかという具体的な契約内容の協議が始まると考える。最終的には年度末2月頃に終われば良く、4月に契約が正式に成立する段取りと考えている。
- Q. 生活習慣病で受療中の場合は健診不要となっているが、健診は行い保健指導が不要と考えでよいか？
- A. 75歳以上の後期高齢者の場合に健診は不要。75歳未満の場合は健診は必要という考え方。
- Q. 特定健診の料金は？
- Q. 特定保健指導料金は（動機づけ、積極的情報提供の料金は）？
- A. 料金は契約で決まる。それぞれどういったサービスをしていくかで決まっていくと考えている。今年度後半になると思うが徐々に健診機関から示されて保険者が選ぶという

形になると思う。契約の有効期限については、契約自体は年度単位で行う。従い契約は単年度ということになるが、保健指導については年度をまたぐケースも考えられる。その場合の単価は当然年度をまたがっても変わらない。次年度に行う健診・保健指導の単価は、前年度に契約するときに示される。

Q. 健診価格は、診療報酬に準じて算出されると考えられる。しかし、日本経団連は保健指導の積極的支援の価格として、21,000～85,000円という価格幅を示している。健診・保健指導における保険料がいくらになり、特定健診受診者及び特定保健指導利用者の窓口での自己負担金も支払う受診者や利用者にとって、コストパフォーマンスを視野に入れた金額設定が是非とも必要と考えるが、医療保険者はいつ頃公表する予定なのか？

A. 自己負担が分からない、あるいはいつ頃出なのか、ということについて、医療保険者は実施計画を作っていく形になる。保険料を財源として行う。対象者数がどの程度になるのかという財政シュミレーションを行ったうえで保険料に反映していく。その場合に自己負担をいくらぐらいに設定していくのかという段取りになっていくと思われる。各保険者によって予定が違うとは思いますが、今年12月頃になると思われる。

Q. 医療保険料の中で、健診保健指導の部分に払われる部分とあるいは本来の医療費に使われる部分とがはっきりしなくなり、医療費が影響を受けるのではないか？

A. 基本的には保険料が上がるときには、来年はこういう計算でこういうふうになりますというのが当然各保険者に知らせられる。そういう形で示されていくと思われる。

Q. 日医として医師会としての健診価格プラン

を示してはどうか？

A. 日医総研で検討している。本日の国保中央会の話にもあったが、必要な経費については出し惜しみすることなく適正な価格で対応したいということであるため、これまでの老健事業の中の基本健診をベースに検討していただくというのが良いと考える。地域の行政と医師会の中でこれまで委託契約でやられていた話となるのでそこを踏まえて対応していただければと思う。必要な経費については、総研の方である程度の試算はやっており数字が出ているので、それは個別に連絡させていただければと思う。

Q. 値段の違いが受診者の流れを変えると考えるが、統一的な単価にできないか？

A. 医療では、診療報酬という制度で何をしたらいくらということが単価として示されているが、これは保健事業として行われ診療報酬の制度に乗らない。これまででも健診事業についてはそれぞれが契約をして決めている。契約相手によって中身も違うし単価も違う。そうならざるを得ない。今後の課題としては理解している。

Q. 被用者保険の中で被扶養者の方の特定健診あるいは指導に係る費用の面だが、市町村毎で決めるという話があったが、各企業が受診券で対応した場合、各自治体の国保に払う費用は変わってくると解釈して良いか？

A. 全国統一の単価ということになっていない。それぞれの契約単位で単価が違って良いかということであれば、結果的にはそういうことは起こりえる。隣の市でも契約をしている健保組合があった場合、医療機関側は契約した単価で請求する。

<保健指導について>

Q. 指導時間は、一人20～30分とのことだが、これだけの時間をとることが果たして可能かどうか。

A. 人の行動を変えるのは非常に難しいと考えている。一人最低20分は必要。具体的にどうやればよいのかはこれから示す。

A. アセスメント、計画を含めて20分である。計画は作っていただいて実施していただく。

Q. 生活習慣病の患者さんの対応を長い期間やってきている。会社に働いている人はストレス大きく、これ以上取り組めないという方もある。保健指導で、1に運動、2に食事というが、実際には本人の負担が大きい。また、心臓病の方が多いので、メディカルチェックをきちんとしないと却ってあぶない。

A. 本人にきめてもらう、やることを押し付けるのではない。自分自身でできることをやっていただく。チェックシートを参考にしてください。治療されている方には、医療機関の方でしっかり対応していただくことは必要であると考えている。今回の特定保健指導は、心臓病の人は対象にならない。

Q. 保健指導で成果が出ない場合は？また、中断する人にあたっては次回の健診の検討は？

A. 基本的には、積極支援等の場合は、中間評価あるいは次年度に成果の出る方法に変更していただくという形になる。中断者であるかどうかに関わらず健診は毎年受けていただく。

Q. 事業者団体における積極的支援の価格について、面談1回と電話やメールでのやりとりだけで¥21,000～85,000/人は高すぎないか？

A. 価格は実施するところから示されていく。厚労省が考えていることは、安ければ良いとか高いのは困るということではなくて、効果が出るにはどうしたら良いかと考えて、その中でもできるだけ安いサービスが良いと考えているので、そこは保険者がどう選んでいくかだと思っている。

Q. 受診者へのインセンティブはないのか？

A. 保険者としては、実施率なり受診率あるいは参加率といった保健指導を受ける割合を高めることはどうしても必要である。その向上策を当然考えていかれると思う。必要であれば厚労省としてもいろいろご相談に乗りたい。

Q. 上記価格は指導の中身ではなく事務連絡や教材費のコストを反映しているだけではないか？

A. 事務費や教材費はコストに含まれる。价格的にどうなのか効果が出るやり方なのか、というところが保険者としては選ぶポイントになると考える。

<保健指導実施者について>

Q. 保健指導実施者は一定の研修を修了したものが望ましいとある。医師に関しては、健康増進施設の嘱託医など日本医師会認定健康スポーツ医を活用することが望ましいとのことだが、研修の具体的な内容が示されていない。地域医師会において、今年度実務者研修を開催する必要があるので研修内容を早く示していただきたい。

A. プログラムのCDの中にガイドラインを入れているので、ご参考にしていただきたい。

Q. 県内市町村で事情が違っている。糖尿病指導療法士が活発にやっているところもあるが、今回の健診とのかかわりはどうなのか。

A. 糖尿病指導療法士は、糖尿病の治療をしているのであり、保健指導ではない。特定健診・保健指導は、治療中のものは含まないものとしている。健診は保健師が中心に、治療は看護師が中心に行う。

Q. 保健指導は、医師・保健師・管理栄養士が行うとなっているが、我々の医師会は健診事業部門を持っていないので、健診は各会員の医療機関で行い、保健指導を医師会立

の訪問看護ステーションの事業を拡大して実施することは可能か？

A. 訪問看護ステーションの事業を拡大し、そこに委託という形だと思われるが、可能である。

Q. 特定保健指導のリーダーとは具体的にどういう意味を指しているのか？医師、保健師、管理栄養士、という指導に当たる職種全てが対象か？特別に資格と考えるものではないと考えてよいか？

A. 特定保健指導のアウトソーシング基準に関係すると思っているが、その中で特定保健指導の管理者というのは医師、保健師、管理栄養士の3職種でお願いしたいと示させていただいている。保健指導を実際に実施する方に関する研修としては、一定の研修を受けていただくことが望ましいとさせていただいている。その研修の実施主体はそれぞれの関係団体で行われると考えている。研修を行う機関の関係者に対する研修として、保健医療科学院で来月2回開催する予定である。関係団体ではその研修に参加していただいた上で、各団体で実際に実施する方への研修を行っていただきたいと考えている。

Q. 健康運動指導士育成について、現在、財団法人健康体力づくり事業団が日本健康スポーツ連盟に委託して運動指導士の養成について全国的に行っているが、この事業は信頼のおけるものと考えてよいか？

A. カリキュラムを定めているので、そのカリキュラムを終了した方については健康運動指導士という資格を認定しているの、信頼をおいていただいてよいと考える。この資格を終了した人については特定保健指導の有資格となる。特定保健指導というのは初回面接などのコアな部分を医師、保健師、管理栄養士の3職種が、実践的な運動指導などを運動指導士が担っていくと考えている。

Q. 日医、厚労省でこれから別の運動指導士養成の機会を考えているか？

A. 日医としては運動指導に関しては健康スポーツ医の関わりが一番重要であると考えているので、そのカリキュラムの中に特定保健指導の内容を盛り込むということで対応すると考えている。厚労省としては現時点では新たな養成は考えていない。

<保健指導対象者の判断基準について>

Q. メタボリック・シンドロームは疾患概念であり、特定保健指導では該当者ではなく、受診勧奨すべきと考える。

A. 有病者予備群、生活習慣の改善として糖尿病学会のガイドラインにしたがって、3ヶ月、6ヶ月、生活習慣の改善をやっただいて、それでうまくいかないのであれば、投薬治療を行っていただく。地域の糖尿病対策推進会議とも連携していただいて地域全体でやっていただくことが望ましい。

Q. 判断の基準となる検査正常値の数値は現在一般として使われている正常範囲と同じにしないと国民にダブルスタンダードを生じ混乱しやすい。また、腹囲から尿酸値を推察できるがごとき発言も困惑する。

A. あくまでも保健指導するための基準ということで理解していただきたい。

Q. 例えば、血液検査でガンマが異常に高いなどの結果が出ても、保健指導の対象にはならないのか。

A. 今回の特定健診・保健指導にはならない。従来の一般保健指導で行う。

Q. 二次健診はほとんど保健指導をやっているのだが、腹囲は指導の範囲内でもガンマが高い方は対象に入らないのか。

A. 今回の特定保健指導の対象ではないが、従来の健診はそのままである。今回の対象は、ロジックでステップ1・2・3で決まっ

はもう一つは、被用者保険の中には被扶養者の割合が多いところと少ないところという差があると考えている。それぞれ毎に見合った実施の目標は分けている。単一健保のように大きなところは80%くらいの目標を立てられないかと考えており、総合健保や政管健保は70%くらい、市町村健保に至っては65%くらいできないかと考えている。それぞれの保険者ごとにジャンルを分けて定めている。

<他の健診事業との関係について>

Q. 制度を安衛法と類似のものとすると特定健診の意味が失われる。

A. メタボリック・シンドロームは入り口であるが、心筋梗塞・脳卒中は同じような心臓疾患も対象にしているので、健診項目はなるべくあったほうがよい。プラス労働安全で職場健診など重要な検診が定められているのだと認識している。

Q. 健保組合の被扶養者が市町村国保を通じて健診を行う場合、健診項目と健診単価は市町村国保との契約に基づくが、一部負担金は保険者毎に違うと理解してよいか？

A. そのとおり。

<アウトソーシングについて>

Q. 保健指導事業を地区医師会が担うことは可能か。何を、またどのような機能を持つことが条件とされるのか。

A. アウトソーシング基準が条件となる。

Q. 各実施医療機関が特定健診・保健指導の結果を代行機関（支払基金・国保連合会）に報告して、保険者は代行機関から実施結果を電子媒体で受け取るように示されている。医師会が各医療機関の結果を取りまとめて、代行機関を通じて保険者に結果を報告することはできないのか？（代行機関には請求、回収、支払業務を行ってもらう）

A. 代行機関について医師会ができるかということであるが、これは参加自由ということにしているので可能である。

Q. 医療機関が特定健診と特定保健指導を一体的に実施し、特定保健指導の「積極的支援レベル」の対象者にe-mailやFAXを利用して支援する場合、e-mailやFAXの作成を当該医療機関以外の事業者（情報提供サービス会社）等にアウトソーシングすることは可能か？

A. 医療機関以外の事業者にアウトソーシングするということについては、契約内容に定めて行われれば可能である。ただ、委託する際はアウトソーシングの基準でどういう人が必要かという基準があるので、それは当然守っていただくということになる。

Q. 「特定健診等を実施するための集合契約について」において、医療保険者と地域医師会との関係が言及されている。平成19年度まで、市町村は老人保健法に基づいて住民に対して健診等を提供する義務があり、地区医師会との契約により、会員医療機関が健診医療機関として基本健康診査を行ってきた。このスキームを踏襲する際、健診・保健指導の「代行機関」としての役割を期待される地域医師会も少なからずあると考えられる。代行機関は、社会保険支払基金と国保連合会が挙げられているが、地域医師会は「代行機関」として事業展開が可能か？

A. 代行機関のご質問だと思うが、参加は自由である。ルール上可能である。どういうシステムを作られるかということにもよる。コストをよく考えていかないと保険者に選ばれるかどうかは別の問題である。

<個人情報保護について>

Q. 医師会が結果を取りまとめて良いとした場合、個人情報保護の観点から、実施医療機

関が医師会へ情報提供することについて、実施医療機関が個人毎に書面で同意を得ておく必要があるのか？

A. 個人情報保護の観点からのご質問については、医師会は契約先と考えている。当然契約書に定めた個人情報保護の取り扱いを順守していただければ、個人毎に同意を得る必要はないと考える。

Q. e-mailやFAXの作成を当該医療機関以外の事業者（情報提供サービス会社）等にアウトソーシングすることが可能な場合、個人情報保護法の問題があるかと考えるかが、実施機関が個人毎に書面で同意を得ておく必要があるのか？

A. 個人情報の保護については、保険者との委託契約条件に準じた保護対策をしていただけたらと契約していただければ可能である。

Q. 個人情報保護については触れられているがあまり保障がないのではないかと。実際にアウトソーシング先に対するチェックはできないと思うが？

A. 個人情報保護は当然保険者としてやっていただかなければならない。アウトソーシングする場合もそれが守られるところにアウトソーシングしていただくと考えている。したがって、各保険者は個人情報を守れているところに、守られるという保証をもってやっていただくことになる。それをどう担保するかというところは今のところでは明確に示していない。具体的には実施していく中で個人情報保護の状況について、アウトソーシング先から報告を受けるといふことをしていただく必要があるかと考えている。

<医療事故について>

Q. 保健指導中に不幸にして心筋梗塞や脳梗塞が発症した際の責任の所在はどこか？

A. ケースバイケースだと考える。大前提だが、運動指導といっても走らせる等のことは想定していない。日常生活の中での活動が大前提であることを理解していただきたい。メディカルチェックの必要性等とどこに責任があるかということとは別の話となる。事前のチェックで重大な見落としがあれば、運動指導を行った機関に責任が及ぶこともあるかと思うが、事前に予測ができない場合もある。その辺りを担保するような保証制度ということであれば、実施機関が個別に契約をすることになると考える。

Q. 医療事故の話だが、保険者が委託者なので当然責任は保険者にある。保険者と契約するときに、その項目を含めて契約した方がよいと考えるが？

A. 当事者間のケースバイケースに限るわけではない。原則は保険者と理解してよい。現在、契約書のひな型を検討しているところである。いただいた問題点はその中で検討したいと考える。

<IT報告について>

Q. 特定健診を診療所において個別健診で行った場合、保険者へのIT報告を行う必要があるが、このIT報告を地区医師会等で代行して行うことは可能か？

A. 可能である。IT報告ということであるが、必ずしもオンラインを意味している訳ではない。

Q. 結果を保険者が電子媒体で受け取るとなっているが、保険者の環境が電子媒体を利用できるとは限らないと思われるが？

A. 保険者は電子媒体で受けるという前提で現在準備を進めている。

<データ活用について>

Q. 国民の健康を守るという立場で参加している。先程の説明で、特定健診・保健指導の

効果判定は費用がいくら下がったかで判定するとのことだがどうなのか。また、健診データとレセプトデータを突きあわせるとのことだが、どこでどなたが突き合わせるのか。

A. 目的は、生活習慣病予備群、糖尿病予備群を25%下げることが目的である。その結果として、医療費の伸びが抑えられ、国民皆保険制度を維持できると考えている。

Q. 今後、国保連合会・支払基金ともレセプト情報・健康情報を取得することで、ますます管理医療に進んでいくことを危惧しております。これら情報管理について法律の問題・罰則等を含め国民に納得いく形で制度設計をしていただきたい。

A. 各保険者は個人情報保護法に基づくガイドラインに沿って内部規定を設けて事業を行っている。その定めに沿った範囲内で情報の管理活用を行う。ガイドラインの利用目的として定められているのは疾病分析、医療費の分析を行うということで、レセプトや健診情報を利用するという事になっていくと思われる。

<精度管理について>

Q. 精度管理の問題は？

A. プログラムの中でも基準値を決めて、内部精度管理、外部精度管理をやるということがアウトソーシングの企画の中に明記させていただいている。成績については、情報公開の時代であるため、おそらく請求すればデータを出してくれるのではないかと思う。出さない検査機関に関しては、それなりに問題があると思う。

<その他>

Q. 行政から保険者への天下りが発生するのではないか？

A. 行政に携わった人間が再就職をどのようにしていくかということは、今国会でも議論されているところである。そういったもの

に乗ったやり方で再就職が進んでいくと考える。

Q. 公衆衛生委員会の中間答申の中に特定健診・特定保健指導に関する事柄が地域の医師会では健診・保健指導委員会を設置してこの交渉に当たるべきであるとしてあるが、地域の医師会でこれを設置した方が良いか？

A. これからいろいろな問題が出てくると思うので、できればそういう対応をしていただければ一番良いと考える。そこで出てきた議論を日医に挙げていただければ検討する課題となる。

Q. 栄養ケアセンターは全国的にどういった規模で設置されるのか？設置した箇所について通知をいただければと思う。

A. マンパワーは大変重要な課題と理解している。対象者が2,000万人おり、食生活の問題については管理栄養士が対応しなければならないと思う。管理栄養士のライセンス取得者は13万人いるが、実際に働いているのは5、6万人。資格が全く使われていない。これがどうマンパワーになっていくか課題である。先生方と連携する仕組みとして栄養ケアセンターを考えている。保健師も同様に有資格者は多くいるが就職先が少ない状況である。是非雇っていただき活用いただきたい。段階の世代の再就職も考えたい。掘り起こし作戦をしようということで昨年第一弾をやった。

Q. 電話・e-mailを証拠として残すのはどうやればよいのか。

A. 電話とか、e-mailなどは、チェックシートに書いていただければよい。

Q. 次回以降の研修会は少なくとも一ヶ月以上前にアナウンスが欲しい。できれば月曜日開催を希望。

A. 4月17日に厚労省で都道府県の担当者を集めて説明会が開催され、それを受けて今回開催しようということになった。月曜日の開催については、いろいろなご意見がある

と思うので、検討したい。

閉会

印象記



常任理事 安里 哲好

介護保険の双極としての保健事業（特定健診・特定保健指導）が平成20年4月より実施される。今こそ、医師が保健活動に積極的に関わるチャンスの到来で、また、そのことが長寿県復活の大きな第一歩となろう。医師が介護保険領域と同じく特定健診・特定保健指導への関心が希薄になると、長寿県復活への道のりも遠くなると同時に、医師の本来の役割が果たせず（医師法第1条：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）、その評価が低下する可能性がある。特定健診のみを実施するのか、特定保健指導のみを実施するのか、あるいはその両方をやるのかは別として、医師全員で関わっていききたいものだ。

厚労省は平成12年からの「健康日本21」について、糖尿病有病者・予備軍の増加、肥満の増加や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少等にて敗北を宣言した。国民の健康を願い、新たな視点で、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備軍の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し特定健診・特定保健指導プログラムを構築するに至っている。従って、生活習慣病・メタボリックシンドローム対策をここ10～15年の一丁目一番地の気持ちを強く持っているとして述べていた。

特定健診・特定保健指導は平成20年4月より実施され、医療保険者に健診・保健指導が義務化される。健診の対象者は40～74歳（被保険者・被扶養者）で、保健指導の対象者は「腹囲」・「BMI」と「血糖」、「脂質」、「血压」で選定と階層化が成され保健指導レベルのグループ分けをし、積極的支援レベル、動機づけ支援レベル、情報提供レベルの3グループに分ける。65～74歳までは動機づけ支援にとどめ、医療機関に通院し服薬中の者は保健指導の対象外となろう。

特定健診を実施する施設基準等は、1) 健診を適切に実施するために必要な医師・看護師等が質的・量的に確保されている、2) 検査値の精度管理、3) 医療保険者に対してCD-R等の電磁的方式で提出する、4) 受動喫煙の防止措置・健診機関は敷地内禁煙、5) 利用者の利便性を配慮した健診（土日・祝日・夜間に行なうなど）。特定保健指導の実施者の範囲は、1) 特定保健指導実施者のうち保健指導事業統括者の範囲 ①医師、保健師、管理栄養士：一定の研修の終了者であることが望ましい。2) 特定保健指導実施者のうち初回面接、対象者の行動目標・支援計画の作成、保健指導の評価に関する事業を行なうものの範囲 ①医師、保健師、管理栄養士 ②一定の保健指導実務経験のある看護師（ただし、施行後5年間に限る）：一定の研修の終了者であることが望ましい。3) 特定保健指導の実施者の範囲 ①医師、保健師、管理栄養士その他の栄養指導

又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者：例えば、健康運動指導士やTHP指針に基づく運動指導・産業栄養指導・産業保健指導担当者。

平成20年度において特定健診の対象となる人数（推計）は被保険者4,739万人、被扶養者879万人、合計5,618万人。特定保健指導者対象者の人数（推計）は動機づけ支援40～64歳（11.0%）、65～74歳（22.7%）、積極的支援は40～64歳（15.2%）で計1,400万人（内治療中約10%は対象外）。

医療保険者による保健事業の取組強化と後期高齢者医療支援金の加算・減算については、医療保険者に糖尿病等の予防に着目した健診・保健指導の実施を義務付けることで、健診受診率の20%アップ、有病者・予備軍25%削減、医療費2兆円抑制（2015年）を計画し、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率、目標設定時と比べた内臓脂肪症候群の該当者・予備軍の減少率の達成率をもとに平成25年度より、後期高齢者医療支援金の加算・減算を行なうとのこと。都道府県医師会と保険者協議会とのかかわりは医師国保として参加（15県）、オブザーバーとしての参加（37県）、保険者の同意による正式参加・知事の承認のもと（2県）の状況であることを報告していた。

特定健診・保健指導の財源は医療保険を用いるとの事だが、その総額、特定健診費用や諸保健指導の費用等は今年の12月頃に提示されるであろうと説明していた。後日、日医の回答によれば、日医総研の試算によると、健診費用はHbA1c等の検診項目の有無により601点、791点が基準点と考えられ、保健指導費用については、厚労省は25,000円～80,000円の範囲内を想定するとしており、基準となる費用については今後示すとのこと、ただし、具体的な金額については、医療保険者と健診・保健指導機関との契約によるものとしている。今後の課題は統一料金設定の検討（予防介護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、行政・保険者との折衝・連携や看護協会・栄養士会等との連携であろう。

新しい特定健診・保健指導を単に実施することのみでなく、その改善目標を県民が理解し実践していくために（その延長上に長寿県復活への道程であろう）、県行政・医療保険者と県医師会が協力していくことは重要であり、その対策として、当会もワーキンググループを作り積極的に行動する必要があると同時に、県民にとって真に実りある制度になることを切に希望する。