

国民医療を守る沖縄県民集会

～ “救え” 地域医療崩壊の危機～

常任理事 真栄田 篤彦



沖縄県医療推進協議会（加盟28団体）主催の標記県民集会が去る5月30日（水）午後7時より、ロワジュールホテル那覇において、加盟各団体より約600人が参加して盛会に開催された。

当県民集会は、財政制度審議会の建議書および経済財政諮問会議の「骨太方針2007」の公表に先立って、医療を取り巻く厳しい現況を国民の声と共に政府や厚生労働省、国会議員などに届けることを目的に、全国医療推進協議会（会長：唐澤祥人日本医師会長）の活動と連動して開催されたものである。

当日は、当医療推進協議会の神村武之副会長（沖縄県薬剤師会長）より開会の挨拶が述べられた後、主催者を代表して挨拶に立った当医療推進協議会の宮城信雄会長（沖縄県医師会長）は概ね以下の通り挨拶を述べた。

挨拶：宮城信雄会長



我が国は、保険証1枚で、誰でも、いつでも、どこでも、平等にしかも安価な費用で医療が受けられる「国民皆保険制度」となっており、世界でも最も優れた

制度と評価されている。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や、長期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いる。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

ている。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えるべき危機的状況を招いている。

沖縄でもこれから数年、毎年750人の看護師不足が見込まれており、そのような中で、県は唯一の県立看護師養成施設である県立浦添看護学校を民間に移行しようと計画している。かかる状況の中で県行政が看護師養成から手を引くことは県民福祉の後退を招く結果となるのではないかと懸念している。

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県民と共に強く求めていく国民的な運動の展開が是非とも必要であり、ここ沖縄でも大きなうねりを起こし、国民の声として政府や関係機関に届くよう皆様方の絶大なるご支援ご協力をお願い申しあげる。



ゆうりきやー

その後、地元の人気お笑いコンビ「ゆうりきやー」のコントによる、今日の医療制度の矛盾点を指摘した寸劇が行われ会場を沸かせた。続いて、ビデオ「ベッド難民は何処へ行く」の放映、宮城会長によるパワーポイントを用いた当県民集会開催の趣旨説明が行われた。

意見表明では、沖縄県老人クラブ連合会理事の上原苗子氏、沖縄県療養病床協会長の松岡政紀氏のお二人が以下のとおり意見表明を行った。

意見発表：上原苗子氏

(沖縄県老人クラブ連合会理事)



現在、医療制度が改悪されようとしています。我々高齢者は大きい不安と不信を抱いています。高齢者は加齢と共に2つや3つ病気を抱えながら生活してい

ます。受け取る年金は目減りしています。淋しい空しい思いです。

その現実とは裏腹に健康保険料や介護保険料は、いやおうなしに増額され、ため息が出てきます。病院で受診すると一部負担金も増え、財布から引き出す時の心境を察してください。明日からは食べ物を節約しなければと瞬時に思えます。又、年金受給日前にはお金が足りなくて、病院受診を我慢して、苦しい日々を送っている人も現実にはいます。病院に行き、医師より「なぜ薬を切らしたの。命に関わりますよ。」と言われ、診療室を出る時に思わず涙が出て仕方がなかったと訴える人もいます。

戦中、戦後と苦勞し、社会貢献もしてきたのに、年老いてこんなみずぼらしい思いを強いられている。これで尊厳をもって生きていけるでしょうか。

現在、老人福祉、安心して暮らせる社会、美しい日本等の言葉の流布は一人歩きしていますが、空しく聞こえます。また、核家族化で地域では一人暮らし、老夫婦のみの世帯が多く、介護力の低下は顕著な事実です。療養型病床や老健施設、老人ホームからも地域に戻るような施策がすすめられています。行き場のない人、家はあっても介護してくれる人のいない現実も多々あります。不安を抱きながら涙を流す方もいます。

この現実を見据えて受け皿づくりを十分政治の力で整備してください。老いた高齢者ではどうしようもない現実です。

高齢者の偉大なる支えとなる医師、看護師が不足して大変な混乱を現場にきたしているようですが、2～3年前は医師は充足している、む

ろん看護師も充足しているというマスコミの情報は私の脳裏に残っています。現在もマスコミで大騒ぎしていますが、正に政治力の医療制度に対する貧困さの現れだと思えます。「一体どうなっているの。厚生労働大臣殿」と声を張り上げて叫びたくなります。

昨今、地域で保健師さん、看護師さんの姿が見受けられなくなりました。平素、住民や高齢者の健康相談は打ち切られた感があります。これで地域住民の健康は守られるのでしょうか。心配です。医師、保健師、看護者や医療従事者の養成を強力に推し進めてください。

- 一、病気になっても安心して暮らせる医療制度を構築して下さい。
- 一、医療従事者の養成を強力に推し進めて下さい。
- 一、衰えていく高齢者が地域で安心して暮らせる施策を確立して下さい。

意見発表：松岡政紀氏（沖縄県療養病床協会長）



今回の医療療養病床の診療報酬改定では、難病患者、特定の重症患者ならびに重度障害患者だけを医療区分2・3とし、それ以外の医療療養病床を活用してきた高齢者の約5割を、一括して医療区分1とした。さらに医療区分1の診療報酬を低額にし、患者に必要な医療も充分提供できないようになった為、退院を迫られて、結果的に医療難民を生む原因になろうとしている。

医療療養病床は急性期病院からの継続医療入院のほか、在宅や介護施設などからの、急性期病院でなくても対応できる程度の初期入院医療が必要な患者さんを受け入れて、在宅支援機能を果たしてきた。しかし今回の診療報酬では難病や重症患者のみが、医療区分2・3とされ、それ以外はすべて医療区分1とされたため、医療療養病床が地域で果たしてきた全般的な初期入院医療機能が出来なくなった。

医療療養病床が果たしてきた高齢者などの在宅支援機能としての初期入院を、医療区分2の範疇に入れて評価し、医療保険財源の効率化を図るべきである。

療養病床の機能の特徴は、休日や夜間を含め365日24時間体制で医師と看護師が配置され、手厚い看護、介護を医療が常時提供でき、急性期病院からの受け入れから、在宅復帰支援や終末期医療ケアまで、対象患者のさまざまな複合的なニーズに適切に対応してきた。

療養病床は、長期療養から終末期医療ケアまで対応することで、高齢社会の効率的な医療介護制度を担ってきた。

介護療養病床の退院に占める死亡の割合は、25.7%あり、老健施設では2.2%である。医師、看護師の配置基準が反映されている。このまま介護療養を、老健施設に移行すれば、終末期医療ケアが出来なくなる。現在の老健施設をAとすれば、人員体制を整えたより高度な老健施設Bとして、介護療養病床からの転換を考慮すべきである。

今後、急速に増加することが予想される高齢者の医療ができる療養施設として、介護療養の施設基準を継承し、引き続き活用すべきである。

最後に実態調査とその推計から、医療療養病床は2005年度には、25万床であった。今後、一部在宅復帰を実現しても、高齢者の増加に伴い2015年度には27万床が必要となる。介護難民、医療難民を発生させないために医療療養病床の削減はすべきでない。

その後、決議に移り、国や関係機関に対し「国民のための医療政策実現」を求める決議1(案)について当医療推進協議会高嶺朝彦副会長(沖縄県歯科医師会長)から、沖縄県知事等に対し「県立浦添看護学校の県立としての存続と助産師養成課程設置」を求める決議2(案)について沖縄県医師会小渡敬副会長からそれぞれ提案があり、満場一致で二つの決議案が採択された。

最後に、沖縄県看護協会仲宗根幸子副会長(代理)より閉会の挨拶が述べられ、会の幕を閉じた。

決 議 一

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。私たちは沖縄県民とともに、県民の生命と健康を確保し、県民が「医療格差」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 国民のための医療政策の実現
- 一 高齢者のための入院施設の削減反対
- 一 医師不足、特に産科医不足の解消
- 一 看護師、助産師の養成確保
- 一 医療格差是正
- 一 患者負担増反対
- 一 国民の生命と健康を守るための医療費財源の確保

平成十九年五月三十日

国民医療を守る沖縄県民集会

決 議 二

安全で安心な医療提供体制の構築や少子高齢社会における医療制度改革への対応から、看護職者は今後更に大幅な需要が見込まれる状況にある。

しかしながら、平成十七年に沖縄県が策定した看護職員需給見通しでは、平成二十二年迄、毎年約七五〇名の看護職不足が続くと予測されている。しかも、同需給見通しには昨年四月の診療報酬改定により導入された看護配置基準の引き上げなど、医療法改正による影響は全く反映されておらず、現場はより深刻な看護職不足を来し、未だ改善される見通しは立っていない。

また、本県の産科医療の厳しい状況は、周知のとおり産科医師の不足と併せて助産師の確保は極めて深刻な問題であり、医療現場は正に危機的状況にある。

このような状況を背景に、平成十六年沖縄県議会「十一月定例会」並びに平成十七年「六月定例会」においては、その重要性に鑑み「県立浦添看護学校での看護師、助産師の養成に関する意見書」を二度決議し、計画的な看護職者の養成確保を図るため、引き続き公的に存続することを提唱し知事への要請が行われている。

沖縄県民の保健・医療・福祉の向上並びに安全・安心の医療提供体制を構築するためには、安定的な看護職者の養成及び確保を図ることが急務である。

よって、本大会参加者の全員の総意として次のとおり決議する。

- 一 行政改革で民間移譲が予定されている県立浦添看護学校は今後県立として引き続き存続させる
- 一 県立浦添看護学校に助産学科を早期に新設する

平成十九年五月三十日

国民医療を守る沖縄県民集会

第1回地区医師会長会議

常任理事 真栄田 篤彦



去る6月4日（月）、パシフィックホテル沖縄において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、宮城信雄会長から下記のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会長 宮城 信雄

沖縄県内を巡る医療の状況、あるいは日本の医療を巡る状況は非常に大きく様変わりしてきている。昨年6月に成立した医療関連改革法案の影響も出てきている。療養病床削減や、7対1基準看護が昨年4月から導入される等色んな問題が出てきている。また、来年の4月1日から後期高齢者医療の全く新しい医療保険制度が待たなしで実施されることになっている。この件については保険料の徴収方法については決まっている

が、どんなサービス提供になるのか等、中身が全く見えてきていない。このような状況のまま、来年の春頃に突然出され賛成・反対も言えぬまま実施されてしまう可能性もある。医師会としても情報を掴んでいないため、どんな医療制度になるか注視していかなければいけない。

また、保険者に課せられている特定健診・特定保健指導についても医師会が取り組まなければいけない非常に大事な事項である。日本医師会としては、各地区医師会が各自治体、保険者と委任契約をするよう勧めている。窓口は地区医師会に置くことを前提にして交渉を始めてもらいたいとのことであるため、各地区医師会におかれては先頭に立って情報を集めながら契約の段取りを進めていただきたい。

本日は主に会館建設の問題について論議をすることになっているが、土地の等価交換につい

ては、当時の県福祉保健部長から、新川の土地が医療福祉ゾーンになっているため、そこに会館を造ることを検討してはどうかとの提案が出てきたため、医師会として検討を行い最善策として等価交換を行うことを決定し、その後福祉保健部や総務部等行政側の配慮により、等価交換が実現した。

については、本日は来たる6月27日開催の代議員会を前に、各地区医師会長にお集まり頂き、会館建設に係る諸案件についてご審議賜りたいと思うので、よろしくお願ひしたい。

以上の挨拶の後、引き続き、宮城会長の進行で協議が行われた。

議 事

1) 会館建設の件

①沖繩県医師会館建設実施設計（概要）の件

真栄田常任理事から概ね下記のとおり説明があった。

会館建設検討委員会はこれまで12回の委員会を開催し、結果についてはその都度各地区医師会へ報告して、必ず地区医師会の理事会でも協議頂いた上で、更に委員会で検討を重ね進めており、その結果、機能・規模を検討した結果3階建てになった。

各階の面積はそれぞれ、1階1,178.71㎡、2階881.99㎡、3階770.22㎡、屋上12.19㎡で述べ2,843.11㎡（861坪）となっており、駐車場は136台収容である。近隣の薬剤師会、小児保健協会の駐車場も互いに有効利用することになっている。

以上の説明の後、宮城会長より本件の承認が得られれば来たる27日（水）開催の臨時代議員会に上程したい旨の説明があり、特に異議無く承認された。

②沖繩県医師会館建設工事業者の決定の件

真栄田常任理事から概ね下記のとおり説明があった。

工事業者の選定について検討した結果、建築工事業者、電気工事業者、衛生・空調工事業者

において、それぞれ最低価格を提示した業者に絞り込んだ。

合計が4億8,993万5,000円となり、その他の諸費用を合計すると会館建築工事費の総額が5億7,222万2千円となっている。

③「沖繩県医師会用地特別会計」の廃止並びに「沖繩県医師会館建設特別会計」の新設の件

④沖繩県医師会館建設にかかる借入金の件

⑤沖繩県医師会館建設負担金賦課徴収賦課額の件

上記③～⑤については関連しているため真栄田常任理事より一括して説明があった。

会館建築工事費の総額5億7,222万2,000円に対し、会館建設のための自己資金として、用地特会1億9,990万円と一般会計の会館建設積立金4,200万円の合計2億4,190万円があり、不足額が3億3,032万2千円となる。

そのため、会員の負担を少なくするため、共済会特会から1億5千万円、銀行から1億5千万円を借入れて賄うことにしている。銀行からの借入れについては4,397万7千円の利息（年利2.675%）の返済を予定している。

借入れ金及び銀行からの借入金の利息4,397万7千円（年利2.675%）の返済に係る会員への賦課額については、会館建設検討委員会で検討した結果、20年間徴収することにし、A会員36万円（月額1,500円）、B会員24万円（月額1,000円）、C会員12万円（月額500円）という案となった。

また、会館建設特別会計は20年間で収支を賄うことが出来るが、当面は単年度資金が不足するので、平成19年10月から負担金を徴収したいと考えている。

なお、昭和50年度から58年度の間、用地特別会計拠出金を納付した会員については、その納付額に応じた賦課徴収を行う。また、会員種別を変更した場合は変更後の会員種別の負担金に達するまで徴収することになっている。

資金計画については、不足が生じた場合には一時的に共済会から借り入れすることも考慮する。

以上の説明を受けて協議を行った結果、特に異議なく原案どおり承認され、来たる6月27日に開催する代議員会へ上程することに決定した。

なお、本件に関し概ね下記のとおり質疑があった。

会員への負担金について確認があり、既入会・新規入会問わず20年間支払っていただくとの説明があった。また、維持管理費についても確認があり、負担金同様に高齢77歳になるまで徴収するとの説明があった。

負担金の徴収方法についてはしっかり検討して欲しいとの要望があると共に、現在の会費に加えて徴収する方がよいとの意見もあった。

以上の質疑の後、真栄田常任理事から負担金徴収方法については10月の引去までに検討したいと説明があった。

⑥ 沖縄県医師会館維持・管理費負担金賦課徴収額の件

真栄田常任理事から概ね下記のとおり説明があった。

会館建設負担金とは別に、会館を維持するための必要経費として、会館維持・管理費負担金を全会員から高齢会員になるまで徴収することになっている。収入として医師会、各事業所から医師国保組合、医師協同組合、沖医商事、医師連盟の年間負担金を予定し、合計年間1,200万円受けることにしている。年間維持費については2,306万7千円を予定しており、その収支不足分1,106万7千円を会員から徴収することになっている。(A会員月額1,000円、B会員月額500円、C会員は500円)

以上の説明の後、宮城会長より各事業所からの負担金については了解を得ているとの説明があり、原案どおり承認された。

2) 共済会積立金運用の件

幸地理事から概ね下記のとおり説明があった。

本会共済会特別会計の積立金については、会館建設資金への運用と中部地区医師会から看護学校建設に伴う学債購入資金への運用依頼があ

ることから、理事会にて共済会特別会計積立金運用について協議した結果、共済会としては沖縄県医師会館建設資金として、沖縄県医師会へ1億5千万円貸付けることとし、中部地区医師会の学債購入資金に1億円を充てることを考えている。但し、学債購入については、中部地区医師会の学債償還開始時である平成23年度を目処に共済会積立金の残高を見て購入額を決定したいと思う。

共済会積立金運用については、来る6月27日の代議員会に上程することになっているため、予め地区医師会長会議においてご説明申し上げ、ご了承いただきたい。

以上の説明を受けて協議した結果、原案どおり承認され代議員会に上程することに決定した。

3) 公益社団法人移行のタイムスケジュール作成について

金城中部地区医師会長より、去る5月17日に行われた日医での説明会において、日本医師会が公益社団法人に移行することを勧めていることを受け、今後、地区医師会として作業をしていくにあたっては、各地区医師会に共通することであることから、日医からの情報については県医師会で取りまとめ、事務局連絡会等において勉強会を進めて頂きたい旨の提案があった。

本件について真栄田常任理事より、今夏制定予定である新法の詳細となる「政省令」「布令」並びに、年末発表予定の税制内容、来年3月に提示予定の「制度運用指針」の内容を確認したうえでタイムスケジュールを立て、各地区医師会と情報交換を行いながら新制度への移行手続きを行いたい旨の回答があった。

4) 医師手当報道について (報告)

沖縄県が知事部局に属する医師に支給していた医師手当を沖縄県行財政改革プランに従って廃止することを検討し、特殊勤務手当見直しに係る調査を総務部長が関係部長に依頼したことについて、沖縄県公務員医師会の大城清会長からこれまでの対応について概ね下記のとおり報

告があった。

5月11日の琉球新報報道では、危険手当の意味合いが強調されていたが、実際には医師の偏在（地域・職域）を解消するように配慮されている。

沖縄県公務員医師会では緊急アンケート調査を行い、その結果に基づき意見書を平成19年5月21日福祉保健部部長に届けているが県側からの回答は未だ届いていない。

以上の報告を受けて下記のとおり意見があった。

民間と比べても医師の給与が高い訳ではない反面、コ・メディカルの給与が非常に高い点が問題視されると共に、玉城副会長（県政策参与）より概ね下記のとおり説明があった。

県立病院の経営状況の改革と、みんなが夢を持てるような病院にしなければならないとする知事の考えがあり、今後、プロジェクトチームを立ち上げる話が出ていることから、病院事業局内にそれが出来れば各病院に降りてくると思うのでその中で全体の給与体系が検討されるものと思われる。知事は決して繰入金金を減らそうという気を持っている訳ではなく、このままだと方向性が見えないため、一度仕切り直しをしたいとのことである。現在、繰入れが69億あるが、その内20億を減らすことが出来れば10億は有効に活用して良いと言われている。今年度中には県立病院の改革の道筋は見えてくると思う。

その他

○保健医療計画について

名嘉真北部地区医師会長より概ね下記のとおり説明があった。

県の保健医療計画が国の方針により1年間前倒しで作り上げなければならなくなったことを受け、今年5月から10月までに地区の保健医療協議会で素案が出されるにあたり、北部地区医師会として医療計画の案となるものを作成したので、来たる6月27日開催の県医師会代議員会において説明したいとの提案があり、特に異議なく代議員会当日にご説明いただくことになった。

以上の説明を受けて、玉城副会長（県政策参与）より、各地区でも同様に対応いただくとありがたいと、お互いに知恵を出し合っけて県と数字をすり合わせて行きたい旨の説明があった。

○麻しんワクチンについて

金城県医師会理事より麻しんワクチンの在庫調査について下記のとおり協力依頼があった。

本日、県庁にて麻しんワクチンの在庫調査について会議が行われた。本来であれば県医師会理事会で諮った後にお願いするところであるが、6月11日から当ワクチンの在庫調査を直ぐに始めたいとのことであったため、この場を借りて協力をお願いしたい。後日、県医師会から各地区医師会に調査依頼を行うので、各地区医師会におかれては各施設への調査票送付をお願いしたい。

○次回地区医師会連絡協議会について

山内浦添市医師会長より、今年度の各地区医師会連絡協議会は浦添市医師会の担当により、来たる8月12日（日）に開催することが内定したとの報告があった。

印象記



常任理事 真栄田 篤彦

本年度第1回目の地区医師会長会議の議題は主に県医師会会館建設に関する具体的な宮城執行部の提案について、各地区医師会長にご説明あげ、質疑応答ののち、実際的な第一歩として、第184回沖縄県医師会臨時代議委員会への上程を了解してもらった。

沖縄県医師会会館の建設にあたっては、長年に渡って繰り延ばしになってきただけに、正に機は熟したと思う。これまでの経緯で、会館建設検討委員会は、昨年7月から開催し延べ13回開催してきた。協議事項に関しては、毎回各地区医師会の理事会でも協議して頂き、その理事会での協議結果を踏まえて、要望・提案等について検討委員会で会館建設に関する全てを協議した。毎回、各地区医師会からの了解を取りながら議事を進めてきたので、そのコンセンサスに関しては、各地区医師会で了解してもらえたと思う。当会館は、学会・研修会・講習会など医師としての研鑽をつんで頂ける施設であり、その他種々の行事に利用できる施設である。

臨時代議委員会で執行部提案が承認いただけた後、いよいよ会館建設の着工が始まる。風格ある、重厚感のある機能性重視の県医師会館が完成するには、あと1年くらい掛かるが、その建設費用・維持費用等にかかるご負担については会員全体でのご理解・ご協力を頂けなければ成立しません。今後益々全医師会員の厚いご協力・ご支援の程お願いします。

原稿募集！

「ロゴマークは語る」コーナー

「病・医院のロゴマーク」の原稿を募集しています。
どうぞお気軽にご紹介下さい。

第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会

常任理事 安里 哲好

去る5月18日（金）、神戸国際会議場において標記連絡会が開催された。

1. 挨拶

主催者・共催者より

総務省消防庁高部正男長官より主催者挨拶が行われた後、厚生労働省並びに日本医師会より共催者挨拶が述べられた。

2. 開会

全国MC協議会連絡会・小林國男会長 挨拶

全国MC協議会連絡会小林國男会長より、開会の挨拶が述べられた。

3. 基調報告：厚生労働省科学研究費補助金

「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」報告書について

（主任研究者：山本保博 日本医科大学教授）

発表者：近藤医局長

標記に関する研究として、MC協議会の評価指標を開発するための基礎となる情報の収集を目的に、WGによる評価項目の検討、それに基づいた調査票の作成、更には、その調査票を厚生労働省、各都道府県を通じて各MC協議会にアンケート調査を行った。

回収結果は、37都道府県からとなっており、今回の分析は35都道府県とした。

アンケート調査結果では、MC協議会の構成や予算、開催回数が報告された。また、地区医師会MC協議会を対象としたプロトコルの作成状況、オンラインMC（24時間、365日）の状況、事後検証の過程及び実績、再教育の現状について報告された。

今回の調査結果から、考察並びに課題として、予算の最低基準や都道府県MCと地域MCの役割分担を検討する必要があり、プロトコルに関しては、作成主体と適正規模が大きな問題となっている。

また、オンラインMCの24時間365日カバーの課題と適正規模や件数の最低基準を検討する必要があるほか、事後検証事例の選定、件数の最低基準、再教育に関する課題の提示、実施医療機関と適正規模等を検討する必要がある。

今回、調査結果を提示した事で、今後、全国においてディスカッションし、検討されれば良いと期待している。

4. 基調報告：救急振興財団委託研究事業

「救急救命士の病院実習を効果的に行うための研究」報告書について

（主任研究者：鈴木正之 自治医科大学教授）

発表者：加藤助教授

2006年9月、全国の811消防本部に所属する資格取得後3年以上経過した各2名の救急救命士を対象に消防本部経由でアンケート調査を実施した。調査内容は、病院研修の実情、実際の研修内容、研修が現場に生かされているか等、自由記載を含め全58項目とし、救命士名、消防本部名とも無記名で県名のみを記入していただいた。

全回答数は、1,533（94.5%）と回答率が高く、有効回答数は1,495（92.2%）であった。

調査結果より、県・地域MC協議会に求められる役割は、定められた病院研修を個々の救命士が遂行しているか否かのチェックは各消防本部が行うが、地域MC協議会はその結果を把握しておく必要がある。

また、現行の制度では、病院実習の質は地域

MC協議会の他に補償するシステムがない。実習病院の選定や実習カリキュラムの策定について、地域MC協議会が消防組織と研修病院の調整役を担い、研修そのものを検証する事が望ましい。

よって、全国MC協議会には、都道府県により格差がある救命士の病院研修の実態を認識し、これを是正する役割が求められている。

県・地域MC協議会は、消防組織と研修病院の調整を行い、救命士の病院研修の質を担保できる事が望ましいものである。

5. ワークショップ「地域MC協議会の区分について」

座長：日本医科大学教授 山本保博

「1県1MC協議会」・・・奈良県（奈良県立医科大学・奥地教授）

奈良県では、救急業務高度化推進委員会報告書の提言により、平成15年に人的資源を考慮して、地域のMC協議会を兼ねた県単位の協議会を設置し、同年4月25日に第1回奈良県MC協議会を開催した。

同協議会では、指示、検証、教育の3つの専門委員会を置く事となり、基幹病院として4つの病院を選定した。

本県の特徴である1県1MC協議会の利点として、13の消防本部（局）が独立して救急業務を行っているが、1県1MC協議会を立ち上げる事により、全県の消防機関及び関連する医療機関の横断的な連携が公的に可能となった。

これまで、1県唯一のMC協議会としてMC整備を進めてきたが、プロトコールなどの県下統一的に進めるべき主幹部分に関しては既になし得たといえる。

今後は、地域MCに分割するために、人的資源を増加させるべく、MCに協力していただける病院と医師の数を増やす事が重要であると考えている。

【質問】

MCに参画していただく医療機関を増やさなければならぬとしているが、組織図からは、ほと

んどの医療機関がMCとして参加していると思われる。基本的には、4つの基幹病院がほとんどのことを実施していると考えてよろしいか。

【回答】

気管挿管や薬剤投与等の指示については、4つの基幹病院、特に奈良医大が指示を多く出している。一般的な救急告示病院でほとんどの指示が出せるよう、メディカルコントロールに係るような病院を増やしていくことが課題と考えている。

「救命センターを中心とした地域割のMC協議会」・・・横浜市（安全管理局・高橋部長）

横浜MC協議会は、平成14年12月5日に発足し、MC体制を整備してきた。

同協議会からみたメリットとして、①指示を出す医師（救命指導医）の派遣医機関と事後検証・再教育を担当する医師が同一のため、一貫したメディカルコントロールが可能、②救命指導医が司令センターに常駐しているため、119番通報時からのメディカルコントロールが可能、③管轄する消防本部が1カ所であるため、医療機関との連携確保がしやすく、救急隊に対する活動上の徹底が図りやすくなっている等がある。

一方で、他の地区MC協議会の中には、複数の消防本部を管轄する場合もあり、異なる消防本部の救急隊の活動に斉一を期すには時間がかかるのを課題とした。

今後の方向性として、県及び地区MC間の情報の共有化を図るとともに、個々のMCがそれぞれの特性を生かしつつ、地域の医療機関と連携する事により、救急業務の一層の高度化の推進及び救急医療体制の充実により、更なる救命率の向上を図っていくことが出来るのではないかと期待している。

「行政区域を中心とした地域割のMC協議会」・・・広島県（広島大学・谷川教授）

広島県MC協議会は、県MC協議会の下に、7つの地域MC協議会で構成されている。

メリットは、災害医療圏域と同様であり、医療行政上抵抗のない区分けがされている。

MC体制（教育、オンラインMC、検証）の課題として、①再教育として病院実習が実施困難な地区が存在した。また、気管挿管病院実習受け入れ医療機関が圏域内で確保できない地区が存在した。②救急救命士による薬剤投与が許可されるにあたり、オンラインMCを実施できない圏域が発生した。③検証事案件数は、圏域において大きなばらつきが存在する。また、検証医1件あたりの検証数にも地域差が存在し、一部の地域では検証医へ過度の負担がかかっていることが示唆された。

MC体制を支える基盤の課題として、①救命救急センターが設置されている圏域は3カ所のみで、保健医療計画では新たな設置予定はない。②救命救急センターがない地域においては、MCを担う救急医療機関は現状体制で行う必要がある。③専門診療科における日常診療業務の負担は増加傾向にあり、MC関連業務が更なる負荷となっている。④病院群輪番制病院の機能低下により、救命救急センターへの救急患者の集中が進んでいるため、日常臨床業務の多忙化からMC関連業務への貢献が困難となりつつある現状が懸念されている。

これら課題解決に向けて、①MC圏域の区域わけの再検討として、プロトコル管理・オンラインMCの集約化及び再教育プログラムの検討、②MC中核医療機関の整備として、財政的な支援と評価制度の導入、③MCを担う医師の教育と育成として、地域における計画的な医師育成、④財政基盤の再整備等が重要である。

6. 意見交換

【広島県 谷川教授より質問】

私どもは、奈良県とは逆にMCを集約化するという方向で考えている。

MCの業務を考えた場合に、必ずしも細かく分けなくていい活動と、細かく分けるべき活動があると思う。そういう意味では、MC体制を行政的な区分けにするのも一つの方法であり、

また、一つの県単位のMCで業務区分を分けて、それをどの地域に下ろしていくか等、MCを任せる業務に応じて分ける部分と中央集約化したものに分ける部分を区別した方が良いと考えるがいかがか。

【奈良県 奥地教授より回答】

報告の際にも述べたが、プロトコルの作成作業等については、1県1MCの方が良いと考える。しかし、顔の見える関係を構築する事において、教育研修に関しても地域の搬送を依頼する病院の先生に教育をして頂くということを消防も望んでいる。

また、検証に関しても、より細分化して地元密着とした方が良いと考える。

我々は、細かく分割する気はない。2つ3つが適当と考えている。特に南部の地域では、病院自体が医師確保に難渋しているので、MCに協力してくれる医師を確保する事は極めて困難であると考えている。

【埼玉県より質問】

本県では、4つの輪番病院が2つに減り、人的な資源が確保されずMCへの参加が困難な状況である。

広島県の報告で、財政基盤を強化するという解決方法を掲げているが、全ての医療の問題、メディカルコントロールの問題等、財政基盤が強力でないと、どんなに一生懸命にこのような協議会を開いても意味がない。財政基盤を強力に強化する方法があれば伺いたい。

【広島県 谷川教授より回答】

まず、行政に交付金を使っただけ。それを我々が積極的に声を出していかなければならない。

また、メディアを含めた外部評価委員を取り入れて、県のMCが何を行っているのかを県民・市民に発信し、味方につけることで予算をつけていただくことができないか。

更には、可能であれば外部機関からMC関連予算という形で、募金を募る方法が考えられる。

印象記



常任理事 安里 哲好

救急救命士法は平成3年に成立・実施され、救急救命士が平成4年に誕生、活動が開始された。平成15年4月より包括的支持による除細動の実施、平成16年7月より、医師の支持による気管内チューブによる気道確保の実施及び平成18年4月から医師の具体的指示によるアドレナリン投与がすでに実施されている。病院前での医療提供に関する監督・監修を目的とした管理運営を行い、傷病者へ質の高い医療の提供等を図るものとしてメディカルコントロール（MC）があり、県MC協議会を中心に圏域ごとに医師会、救急医療機関および消防関係の代表者から成る諸組織などの参画によりMC協議会の充実化が図られてきた。

この度の協議会は第10回日本臨床救急医学会総会・学術集会（神戸）が終了した直後に行なわれた。全国のMCを高め、情報を共有し、MCの地域差を改善し、全国的充実を図る目的で開催された。評価指標として、協議会の構造、予算、プロトコルの作成、オンライン指示体制、事後検証や再教育が提示された。その中で、全国規模の指標として県別病院実習時間達成度と2年間の平均病院研修期間について報告があり、沖縄県は前者40～60%、後者60から104時間で、両方とも全国で中位に位置していた。

沖縄県の事後検証状況（心肺停止事例、包括指示下除細動、気管挿管、薬剤投与）と気管挿管の実習修了状況を県防災危機管理課より提供してもらったので提示する（表1、2）。これまで、301名の救急救命士が育成され、気管挿管病院実習修了者は30名、薬剤病院実習修了者は20名であった。事後検証実績は1年間で心肺停止945例、包括的指示下での除細動114例、気管挿管24例、薬剤投与18例であった。プレホスピタル・ケアは徐々に充実してきているが、今後とも、気管挿管病院実習修了者の増加に伴う気管挿管例の増や薬剤病院実習修了者の増加に伴う薬剤投与例の増を期待したい。そのためには、引き続き、MC病院の積極的協力を今後ともお願いしたい。

表1

平成19年4月1日現在

		第1回～第29回国家試験合格者救急救命士数							
		第25回以前国家試験合格者			第26回～第29回国家試験合格者		第1回～第29回国家試験合格者のうち薬剤投与追加講習修了者		
		うち気管挿管追加講習修了者	左記講習修了者のうち気管挿管病院実習修了者		うち気管挿管病院実習修了者		うち薬剤病院実習修了者		
北部地区MC	名護市消防本部	14	11	6	0	3	0	2	2
	本部町今帰仁村消防組合消防本部	9	7	2	0	2	0	2	2
	金武地区消防衛生組合消防本部※	12	10	5	0	2	0	1	1
	国頭地区行政事務組合消防本部	10	8	5	0	2	0	1	1
中部地区MC	宜野湾市消防本部	22	14	7	2	8	1	1	1
	沖縄市消防本部	24	23	5	0	1	0	1	1
	うるま市消防本部	36	26	10	1	10	0	1	1
	中城北中城消防組合消防本部	9	8	4	2	1	0	0	0
南部地区MC	金武地区消防衛生組合消防本部※	12	10	5	0	2	0	1	1
	比謝川行政事務組合ニライ消防本部	25	22	1	1	3	0	2	2
	那覇市消防本部	38	31	9	4	7	0	2	2
	浦添市消防本部	18	16	5	3	2	2	1	0
八重山地区MC	糸満市消防本部	12	9	4	2	3	1	2	2
	豊見城市消防本部	5	4	2	1	1	1	1	1
	久米島町消防本部	10	8	1	1	2	0	0	0
	島尻消防、清瀬組合消防本部	11	8	3	2	3	0	1	1
宮古地区MC	東部消防組合消防本部	20	17	8	6	3	0	2	2
	石垣市消防本部	11	9	3	0	2	0	1	1
宮古市消防本部	15	9	3	0	6	0	0	0	
合計		301	240	83	25	61	5	21	20

※金武地区消防衛生組合消防本部は、北部地区MCと中部地区MCに参加している。

表2. 事後検証実績（平成18年4月1日～平成19年3月31日まで）

		心肺停止	包括的指示下での 除細動	気管挿管	薬剤投与
北部地区MC	名護市消防本部	55	1	0	2
	本部町今帰仁村消防組合消防本部	29	5	0	2
	金武地区消防衛生組合消防本部※	25	0	0	2
	国頭地区行政事務組合消防本部	11	4	0	0
中部地区MC	宜野湾市消防本部	40	2	1	0
	沖縄市消防本部	91	8	0	0
	うるま市消防本部	94	8	4	0
	中城北中城消防組合消防本部	24	3	1	0
	金武地区消防衛生組合消防本部※	25	0	0	2
	比謝川行政事務組合ニライ消防本部	58	10	0	6
南部地区MC	那覇市消防本部	222	36	12	1
	浦添市消防本部	36	5	0	0
	糸満市消防本部	45	8	2	0
	豊見城市消防本部	34	4	4	2
	久米島町消防本部	9	0	0	0
	島尻消防、清掃組合消防本部	56	3	0	0
	東部消防組合消防本部	62	10	0	3
	八重山地区MC	石垣市消防本部	49	7	0
宮古地区MC	宮古島市消防本部	5	0	0	0
	合計	945	114	24	18

※金武地区消防衛生組合消防本部は、北部地区MCと中部地区MCに参加している。

原稿募集！

随筆のコーナー（2,500字以内）

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

都道府県医師会地域医療問題 担当理事連絡協議会

常任理事 安里 哲好

去る5月11日（金）、日本医師会館にて標記会議が開催されたので報告する。

挨拶

日本医師会長唐澤祥人（宝住副会長代読）

次のとおり挨拶があった。

「去る4月に厚生労働省が纏めた「医療の経緯、現状及び今後の課題について」は、都道府県医師会担当職員向け資料として作成されたものであるが、これが今後の医療政策の重要な方針とも思われるので、日本医師会では緊急に各都道府県医師会担当役員にお集まりいただいた。関係役員から、同資料の問題点と、日本医師会の対応についてもご説明申しあげたい。

各都道府県医師会におかれても、各地域において、行政との調整が重要になってくるものと思われるので、よろしく願いしたい。」

協議

「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」

～厚生労働省案に対する日本医師会の考え方を中心として～

(1) 地域ケア整備計画における各都道府県医師会の対応について（療養病床の再編）

天本常任理事より、次のとおり説明があった。

各都道府県で地域ケア整備計画が策定される。国は15万床に削減という指針を出そうとしたが、いろいろ議論があって地域の特性をいかした都道府県の地域ケア整備計画の数値をたしたものをこれからの数値目標に取り組もうということになった。各都道府県が計画を策定する

際には、都道府県医師会や識者の会合における協議・検討により、療養病床再編が大きく変わってくるものと思われる。

国は、15万床ありという財源を目標数値にしたものであり、地域住民のニーズに沿うという我々の考え方と大きく隔たりがある。

各都道府県医師会で行政と議論し、療養病床再編計画を立てる際には、このようなことを理解して取り組んでいただきたいと急遽お集まりいただいた。

第3期介護保険事業計画が、診療報酬改定と同時にスタートしたにもかかわらず、受け皿の第3期介護保険事業計画に考慮されていない大きい矛盾がある。

○医療保険・療養病床医療区分構成

厚生労働省は、医療区分1を53.3%、医療区分2を37.8%、医療区分3を8.9%と想定している。これは、実情にあっていない。

○患者分類（11区分、患者区分・医療区分）別のケア時間の状況

区分が違っていてもケア時間はほとんど差がない（医療区分1ADL区分3と医療区分3ADL区分1はほぼ同じ時間）。しかし、診療報酬は相当差がある。厚生労働省の政策的な誤りがある。従って、これに基づいて療養病床再編計画を作成すると、医療難民が生じる恐れがあることを日本医師会は主張している。

○介護療養型医療施設で行っている医療処置の実施率

医師の指示が必要な経鼻経管栄養が14%もあるが、この状態でも医療区分は1と低い。これらの処置は医療施設で行うべきものである。診療報酬だけが先に決まっていって介護保

険事業計画に反映されていない。

○平成18年度療養病床の報酬改定における手続き上の重要欠陥

第3回介護事業計画には医療区分1の大量の医療難民、介護難民への対策は盛り込まれていない（地域ケア体制整備指針ができていない）

介護施設サービスの実態を無視した廃止、介護施設における医療のあり方についての議論はない（介護施設へのビジョンがない）、医療区分導入の大前提が覆されたにもかかわらず整合性のない同時改定を断行、医療区分におけるコストが見合っていない、受け入れ体制に関する検討は一切していない。

○厚生労働省の療養病床再編について

療養病床の入院患者の医学的ニーズに基づいて行った推計は、財源に基づく療養病床数の推計を大きく上回る。2012年以降も医療療養病床の必要性は高く、それらを踏まえた議論が必要である。病床の削減を行い、その後、再度、病床を新設することが起これば、明らかに社会的資源の無駄遣いである。

○将来の推計人口・主要な疾病別にみた推計入院患者数の推移（75歳以上）

将来の推計人口を見ると、90歳以上の人口は2030年まで増加する。推計人口と、疾患別入院受療率脳血管疾患のみから将来を予測すると、認知症・脳血管疾患・心疾患・肺炎の入院患者数は今後も増加する。

○介護療養型医療施設廃止後の課題

長期療養者をどこで受け入れるのか、受け入れ施設における医療提供はどうするのか、介護医療施設でこれまでみていたターミナルケアをどうするのか（病院死を減らす）、医療費適正化後介護保険でカバーできるのか、サービス構造による各種保険が給付になるのか、明確に決まっていない。検討する判断材料が少なすぎる。

○高齢者の介護施設の将来像（私案）

これから、介護保険3施設が一元化し、中重度者対応に機能特化した老人保健施設と特定施設に二極化される。しかし、介護療養型

医療施設がない中で老人保健施設の役割がどうなるのか、特定施設の機能がどうなるのかははっきりさせなくてはならない。

○長期療養・介護施設の整合性

新型老人保健施設と旧型老人保健施設との違い・役割分担、介護施設と老人保健施設との違い、旧の老人保健施設から新型に転換可能か、新型老人保健施設と医療療養病床との違い・役割分担、医療療養病床の機能と施設体系全体像における役割、等々明らかになっていない段階で財源削減を強調するのは、社会資源の損失である。

○2005年時点で必要な医療療養病床数・必要な医療療養病床の推計

そのようなことから、日本医師会は、財源からではなく、地域ニーズに沿った形で予測・整備計画を立てることが必要であるという主張をしている。

医療・介護療養病床を患者の医学的ニーズからみた必要数を推計すると、2005年の医療療養病床は22.0万床となる。2025年は、33.5万床となる。15万床に減らしたものをまた増やすのは大きな社会資源の損失につながる。ニーズに対応できていないことになる。

各都道府県においても、2025年には33.5万床必要になることをもきちんと主張していただきたい。その計算方式として日本医師会の考え方を述べた。

(2) 医療提供体制：医師確保、医療機能の分化と連携

内田健夫常任理事より、次のとおり説明があった。

18年度及び今後の医療制度改革、今後の課題～病床の今後のあり方について、医師の確保の3点について説明。

○第5次医療法改正の概要

有床診療所に対する規制の見直し・情報提供の推進・医療計画見直しと医療連携体制の構築・医療従事者の確保・医療安全の強化・

公的医療機関の見直し・医療法人制度改革。

- 医療法は、それだけで考えるべきではない。
生活習慣病対策、医療保険、後期高齢者医療制度、介護保険と相互に関連付けて考えるべき。
- 医療法改正の主要テーマ
医療連携体制の構築・・・地域の医療機能分化と連携、在宅医療の推進、連携。
医療費の伸びの抑制・・・平均在院日数と総入院期間の短縮、病床の削減。
- 医療連携体制の構築
 - ①疾病ごと、事業ごとの医療連携体制の構築
4疾病（がん、糖尿病、急性心筋梗塞、脳卒中）
5事業（救急医療等確保事業、救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児救急を含む小児医療）
 - ②医療計画の見直し
疾病ごと、事業ごとに数値目標を設定する。
医療費適正化計画と、医療計画・健康増進計画・介護保険事業計画と調和を保つ必要がある、目標を達成できなければペナルティがある。
 - ③保健・医療・福祉の連携
病院・診療所の管理者に退院調整機能の義務付け。
地域連携クリティカルパスの努力義務化、医療提供施設に「調剤を実施する薬局」の新たな位置づけ。
 - ④医療機能情報の住民・患者への提供
医療機能情報の提供制度の創設。
広告規制の緩和。
院内クリティカルパスの義務化、地域クリティカルパスは努力義務化。
 - ⑤公的病院の役割
救急医療等確保事業の実施義務付け、公的病院の民間への委託・譲渡、公的病院を中心とする集約化・重点化、医師等医療従事者確保策への協力義務付け。
→ 公的病院や社会医療法人を中心とした医療連携体制を構築しようとしているのか。

⑥医療法人制度の改革

- 社会医療法人を自治体病院等の受け皿として位置づけ。
→ 自治体病院を中心とした保健、医療、福祉のグループ化にならないか？
- 医療連携体制の構築のあり方
医療機能の分化と連携は「どのような地域でも、公平で平等な医療が受けられる体制」を確立するためのものでなければならない。医療費抑制の見地に立った、平均在院日数の短縮策、病床の削減策であってはならない。患者が特定の地域や医療機関に集中することなく、適切な医療連携が行われることが必要。
医療連携体制の構築は、地域の医療体制を代表する地域医師会が中心となるべき。
- 医療制度改革の主なスケジュール
段階的に実行される医療制度の中で、特に平成20年、24年の施行分が重要。
- 今後の課題～病床のあり方
今回の医療制度改革は、医療連携体制の構築により医療機能の分化が進展する。医療制度改革は、日本の病床のあり方にも影響。
- 病院や診療所、「一般病床」の機能
厚労省「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」では、中小病院や有床診療所、あるいは一般病床の機能、役割分担が明確ではないとしている。しかし、地域の医療機関の機能はそれぞれの地域の医療ニーズにより決定されるものであり、行政的に制限するものではない。
- 平均在院日数の考え方・国際比較
病床削減、医療費抑制を目的とした平均在院日数の短縮は、医療難民、介護難民の発生につながる。
平均在院日数の短縮は、退院から社会復帰までの橋渡しが前提。
適切な医療連携の確立が前提である。
国により病床の定義が違うので、国際比較は意味がない。
- 医師の確保・主な医師確保策
「どのような地域でも、公平で平等な医療

が受けられる体制」に関わる課題であり、現在の医師不足の状況は、国の医療費抑制策もたらしたものだ。

主な確保策としては、ドクターバンク・女医支援・女医バンク・大学医学部の地元卒と奨学金・臨床研修マッチング・後期研修でのへき地診療の実施など。

また、医療機能の分化・連携を図るため、かかりつけ医の普及・地域医師会による初期救急医療体制の運営・医療機関の集約化などを行う。

医療安全・医療事故については、無過失補償制度の創設の働きかけ・医師法第21条の検討・医療事故報告や調査の第三者機関創設の検討など。

その他、診療報酬財源の確保・人員基準標準の見直しなど。大学医学部の定員増は、即時的な効果はない。

○マグネットホスピタル

厚生労働省はマグネットホスピタルの活用を検討しているが、これは、公的病院等への医師等の医療資源の集約化に繋がるものである。

公的病院等中心の医療連携体制の構築は、地域医療のバランスの観点から慎重に検討するべき。(地域医療対策協議会：医師会を中心に)

○開業医の役割

勤務医の厳しい現状は、医療費抑制策の結果である。

多くの開業医は、日常診療だけでなく、休日夜間の在宅医当番医など一次救急にも携わっていて、医業経営にも尽力しなくてはならない。

こういう状況にあって、財源の裏づけもなく、開業医に過大な負担を押し付けることは容認できない。開業医全体が何もせず高収入を得ているかのような報道がなされることは極めて遺憾である。

○厚労省「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」に対する日本医師会の意見

①多くの開業医は、休日夜間の在宅当番医な

ど一次救急体制にも携わっている。

財源の裏づけもなく、開業医に負担を押し付けることは容認できない。

②「総合的な診療に対応できる医師」構想は、医療抑制策を目的としたものであり、医師会の生涯教育制度が組み込まれることは認められない。

日医で検討している認定制度は、あくまでもフリーアクセス・国民皆保険・現物給付の三本柱からなる日本の医療制度を前提としたものである。

③「在宅主治医」は、フリーアクセスを侵害するものであり、「総合的な診療に対応できる医師」構想とともに、官主導による机上の構想である。国民の医療に対する信頼を崩壊させかねない。

○今後のスケジュール (19年度)

6月頃、骨太の方針の閣議決定、政府・与党による医師確保策とりまとめ、7月が参議院選挙、7月から9月まで、2007年度の予算欲求、8月にグランドデザインの各論発表、秋には次期診療報酬改定の基本方針のまとめ、12月は自民党税制改正大綱まとめ、12月から3月にかけて診療報酬改定作業となる。

7月の参議院選挙がとても大事なので、各都道府県医師会においてもご協力いただきたい。

(3) グランドデザイン2007—国民が安心して最善の医療を目指して—総論

中川俊夫常任理事より、次のとおり説明があった。

2007年3月にグランドデザインを発表。骨太の方針・概算要求といった来年に向けた我々の最大の武器にしようという考えである。

日本医師会のグランドデザインは、総論と各論に分けており、今回は総論を出した。各論は今年8月に発表予定。

総論は、<第1章あるべき医療の実現に向けて><第2章国民のニーズにこたえる医療提供体制><第3章医療保険制度のあり方><第4章社会保障資源の可能性>からなる。いったい

国民はどのような思いで医療に期待しているのかを検討した上で公的医療保険の再構築をした。

一方、先月の中旬に厚生労働省が作成した「医療政策の現状と課題」は、医療機関の集約化、病床数削減によりフリーアクセスの権利を侵害しようとする内容であり、日本医師会のグラウンドデザインとは別の次元だと考えている。

生計・生命の不安が最小限になったとき、人は安心して生きることができる。社会保障と防衛・外交は国家安全保障であり、医療は社会保障の中核としてあるべき。社会保障を向上させることは、国の責務である。

<第1章あるべき医療の実現に向けて>

○国民が望む医療（一般国民・外来患者・医師の三者にアンケート調査）

医療保険のあり方として、医師の72.1%、患者の76.8%が、所得に差があっても医療には差がないことを望んでいる。それに対して、医師は58.3%で公的医療保険で十分な医療が提供できない苦悩がでているものだと思われる。

今、後期高齢者は在宅という考えが主流になっているが、我々は警鐘を鳴らしたいと考える。国民が考える終末期医療については、必ずしも高度な医療を望まない傾向があり、看取りの場としては自宅と同じくらい緩和ケア施設を挙げる人がある。国民は多様な選択肢を残してほしいと考えている。国がきまりとして在宅でという方向性を取るべきではないと日本医師会は考える。

○経済力と医療資源（総医療費支出・医師数）のバランス

日本医師会が、一貫して主張してきたことは、国民はその国の経済力に見合った社会保障・医療を受けるべきであるというのが大前提である。今回数字を分析することにより説得力を出そうと考えた。

日本の2003年の対GDP比総医療費支出は、8.0%で30か国中18位。OECD加盟国平均の8.8%にするためには、約10%引き上げる必要がある。イギリスは最新データでは日本を

追い抜く勢い。

国際的にみれば、日本は経済力に比して、医師数もかなり少ない。総医療費支出の増加を前提として、医師数の増強も必要である。

<第2章国民のニーズにこたえる医療提供体制>

○医療を取り巻く環境

在宅医療が困難な75歳以上のみの世帯が増えている。2005年には75歳以上の3人に1人が「独居」または「老々」世帯である。在宅重視の政策は危険を伴う。医療施設などハード面の整備も求められる。

○療養病床の必要性

医療療養病床は、2005年度には25万床であった。今後、一部在宅復帰を実現しても、高齢者の増加に伴い2015年度には27万床が必要となる。

○一般病床の必要性

高齢社会に突入しており、急性期の病床の必要性も高まる。

<第3章医療保険制度のあり方>

2015年のあるべき姿は、43兆円と推計される。

日本医師会は、給付割合を一般8割（患者一部負担2割）、後期高齢者9.5割（患者一部負担0.5割）にすることを提案する。この場合でも、2015年度の給付費推計は、厚生労働省の推計値とほぼ同じ。2025年度は下回る。

○後期高齢者医療制度の基本的スキーム

- ①格差に苦しむことなく、公平な医療を受けられることを目的とする。
- ②75歳以上対象
- ③保険者は都道府県単位
- ④後期高齢者は疾病の発症リスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担となるので、所得格差の不安なく国が支える
- ⑤財源は、医療費に対して公費9割、後期高齢者の保険料・患者一部負担1割
- ⑥診療報酬は、外来出来高払い、入院も原則

出来高払い、慢性期の一部のみ選択性の包括払い、都道府県単位の特例診療報酬の設定は認めない。

○後期高齢者医療制度は保障原理で運営する

75歳以上では、疾病の発症率、受領率、医療費（特に入院）が急速に高まり、保険原理は機能しにくい。したがって、保障原理で運営し、公費負担割合を医療費の9割に引き上げる。

<厚生労働省「医療の経緯、現状及び今後の課題について」の問題点>

政策の主な失敗例、地域医療の崩壊（1）（2）（3）、今後の対策について次のとおり説明があった。

○政策の主な失敗例 — 「Ⅱ わが国の医療提供体制の現状と課題」より—

①患者は、フリーアクセスということで大病院でも専門病院でも直接に受診が可能であるが、（中略）勤務医に過度の負担がかかる」
 ※日医の意見：フリーアクセスのみが犯人にされているが、医師不足から来る勤務医の疲弊は、医療費抑制政策の結果である。

②「新たな臨床研修制度の導入を契機として、（中略）大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、一部地域において医師の需給のミスマッチが発生している」

※日医の意見：ミスマッチの原因は、新臨床研修制度にあることを認めているが、「一部地域」に矮小化できる問題ではない。

○地域医療の崩壊（1）—開業医の管理強化—

①在宅当番医制ネットワークを構築、休日・夜間の救急センターに交代出務。

時間外でも携帯電話で連絡がとれること、在宅療養支援診療所として24時間体制での対応

※日医の意見：「在宅療養支援診療所は、「24時間体制」のハードルが高く、開業医の疲弊へ繋がっている。（福岡県医師会2007年1月調査参照）

○地域医療の崩壊（2）—在宅主治医の特定—

①「普段自分がかかっている医師の中から在宅主治医を選ぶこととし、その在宅主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行う

「病気になるまでは地域に主治医がいない患者の場合でも、（中略）、予め公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、（後略）」

※日医の意見：国民と医師の行動を限定し、さらに不安に落とし入れるような施策。

公的医療保険の最大の特徴である「フリーアクセス」崩壊の第一歩

○地域医療の崩壊（3）—公立公的病院への資源の集中

①公的病院を中心としたマグネットホスピタルで医師の供給調整機能を発揮。

へき地での勤務をマグネットホスピタルに勤務する医師のキャリアパスに組み込み、ここから派遣。全国的な病院ネットワークを有する団体に働きかける。

※日医の意見：十分な医師数を確保しなければ、派遣元の急性期病院が共倒れ。

これまでの財政中立の理屈からいえば、民間病院の財源（診療報酬）を抑制する。

民間病院は公立公的病院の下請け化につながる。

全国的な病院ネットワークを有する団体とは、全国社会保険協会連合会（社会保険病院）の生き残りか？

アクセスポイントの縮小（フリーアクセスの崩壊）

※日医の意見：今後の対策

都道府県は、国の考えを鵜呑みにするのではなく、医療現場との緊密な連携により、地域の実情を反映した計画を策定し、積極的に国に発言し、あるべき方向に向かわせていくべきである。国レベルの全国医療費適正化計画・医療政策に反映させる。

質疑応答

Q：平均在院日数を、一番低い長野県との差ではかるのはどうかと思う。医療の必要な患者は診なくてはならない。病院から出された患者への対応を含めて日医の考えを伺いたい。

A：平均在院日数については、厚生労働省の算出したものを外国との比較は意味がない。今の方向でいくのは大変乱暴である。

厚生労働省は、一般病床と精神病床を含めて長いと言っている。一般ではすでに20日をきっており、限界に来ていると考えている。医療が必要かどうかは地域で判断するものである。

Q：日医は、医師確保について、医学部の定員増は即時的な効果がないという定員増について明確でないが、ご意見を伺いたい。

A：10県1医科大学が10名の定員増が認められた。戦力となるのは、10年後である。日本は、1,000人に対して2.1人、先進国に比べて少なく医師数の充足が必要である。しかし、これは単に高齢化に合わせて増やす必要はあるが、将来、偏在、へき地・外科系の不足が起こり混乱する。

医師不足対策を解決するには、どこから財源をもってこないといけない。7月の選挙の前にはっきりとした政策を出していきたい。

Q：偏在という言葉は余っているところがあることにに対して使うので、使わないでもらいたい。徳島県ではそういう状況にない。

Q：地域ケア整備構想について一度行政と話し合った。行政はとんでもない数字を出してくる。我々も医師会の案を出しているが、日本医師会でも検証していただきたい。どの部署に聞けばよいのか。それぞれの地域で加味すべきことがあれば教えていただきたい。

A：本年5月から総合医療政策課を作った。課

を横断してやる。他の事務局でやるか、総研でやるかを判断する。各県のデータ、尺度を作りたい。検討中であるのでお待ちいただきたい。

Q：リハビリ日数については、日医で病気別・年齢別にデータを出して欲しい。

A：90歳以上の方のリハ、疾患、年齢、これをどう加味していくか、リハ学会等の意見をとり寄せて対応していきたい。

Q：日本医師会は、25万床がどうしても必要だということをしかり主張して欲しい。とても都道府県医師会で行政と交渉できない。

A：公のデータは、都道府県ごとにはないと思うが、疾病ごとの90歳以上の25年からの資料を出してほしいと、住宅状況の資料を出してほしいと都道府県に言ってもらいたい。日医としても厚生労働省にもマスコミにも言う。厚生労働省は簡単に数字を変えないが、15万床では苦しいことがわかってきている。地域から出てきた数を中央で積み重ねるので、きちんとした数字が出てくると思われるので、各県でも行政との調整をお願いしたい。

最後に、竹嶋康弘副会長より、次のとおり今後の方針について説明と協力依頼があった。

○私どもは、あくまで療養病床は26万床と言っている。厚生労働省の各部門の責任者に集まっていたら、15万床がどこから出てきたのかとはっきり聞いている。各県でも是非行政に確認していただきたい。

○日本医師会総合政策課で作った資料を持って関係者のところに説明に行っている。諸問題を明確に出していきたい。その中で、財源をもってくる。地域の医療体制を作っていく。

○各県で行政と調整される際には、データなどについては日医総合政策課にご連絡いただきたい。

印象記

常任理事 安里哲好

上記緊急連絡会議が5月11日、日本医師会館大講堂にて行なわれた。会議の趣旨は19年4月に、厚生労働省医療構造改革推進本部総合企画調整部会より、「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」が取りまとめられた。同報告書は、都道府県職員向け参考資料と位置づけられているが、わが国の医療・介護の将来にとって、大きな影響を与えかねないものである。厚労省案（同報告書）に対する、今後の医療・介護のあり方について、日本医師会の考え方を中心に議論を行うことにある。

天本宏常任理事より、「地域ケア整備計画における各都道府県医師会の対応について（療養病床の再編）」についての日医の考え方を話された。国は、財源を目標数値にした15万床の提示であり、地域住民のニーズに沿うという我々の考え方と大きな隔りがある。高齢化社会で今後更にニーズが高まり、必要医療療養病床は07年25万床、25年は33.5床と考えている。各都道府県が計画を策定する際には、都道府県医師会や識者が意見を各会議の中で主張することによって、療養病床編成が大きく変わっていくものと考えている。このことを理解し、各都道府県医師会は行政と議論し取り組み、25年には33.5万床必要であることを主張することを切望する。

内田健夫常任理事より、「医療提供体制：医師確保、医療機能の分化と連携」について報告があった。医療法改正の主要テーマは医療連携体制の構築（地域の医療機能分化と連携、在宅医療の推進と連携）と医療費の伸びの抑制（平均在院日数と総入院期間の短縮、病床削減）にある。医療連携体制の構築は、①4疾病（がん、糖尿病、急性心筋梗塞、脳卒中）ごと、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）ごとの医療連携体制の構築。②医療計画の見直し：医療費適正化計画と、医療計画・健康増進計画・介護保険事業計画と調和を保つ必要があり、疾病ごと、事業ごとに数値目標を設定し、目標を達成できなければペナルティがある。③医療機能情報の住民・患者への提供。④公的病院の役割：救急医療等確保事業の実施義務付け、医師等医療従事者確保策への協力義務、公的病院を中心とする集約化・重点化、公的病院の民間への委託・譲渡。⑤医療法人制度の改革：社会医療法人を自治体病院等の受け皿として位置づける。

日医の考え方として：医療機能の分化と連携は「どのような地域でも、公平で平等な医療が受けられる体制」を確立するものでなければならない。医療費抑制の見地に立った病床の削減、平均在院日数の短縮策であってはならないし、そのことは医療難民・介護難民の発生につながるもので、平均在院日数の短縮は退院から社会復帰までの橋渡しとしての適切な医療連携が大切であると述べていた。患者が特定の地域や医療機関に集中することなく、適切な医療計画が行われるのが必要。医療連携体制の構築は、地域の医療体制を代表する地域医師会が中心となるべきであると述べていた。また、厚労省は中小病院や有床診療所、あるいは一般病床の機能分化・役割分担が明確でないとしているが、地域の医療機関の機能はそれぞれ地域医療ニーズにより決定されているものであり、行政的に制限するものではない。その他、医師の確保、マグネットホスピタル、開業医の役割等についての日本医師会の考え方を述べていた。

中川俊夫常任理事より「グランドデザイン2007—国民が安心してできる最善の医療をめざして—総論」について説明があった。2007年3月にグランドデザインを発表。骨太の方針・概算要求といった来年に向けた我々の最大の武器にしようという考えである。日本医師会のグランドデザインは、総論と各論とに分けており、今回は総論を出した。各論は8月に発表予定である。総論はすでに日医会員に郵送済みであるので、ご一読いただきたい。

医療制度は大きく変わろうとしている。地方分権の時代に、県における医療連携体制の構築のマップ、新医療計画や県が担当（どの部署が担当するのか）する総医療費とその分配をどのようにして行うのか、また、県医師会は日本医師会の様に県行政（厚労省の役割を担うであろう）や医療保険者組合と交渉して行くのか、ロビー活動は誰に対して行うのか、まだ十分なイメージはできていない。しかしながら、それに対応する県医師会の担当理事や担当部署（比較的独立した）の設置も視野に入れ、それを中心にワーキンググループを作り、即時に対応できる環境（会員への説明、情報提供も含め）を作っていく必要があることを強く感じた。

原稿募集！

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

医師年金のおすすめ

医師年金で将来の安定した生活を!!
日本医師会が会員のために運営する年金です!!

- 医師年金は、日本医師会が運営する会員福祉事業です。
- 制度の設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会が独自に運営しています。
- 会員医師やご家族の皆さまの生活実態に合わせた年金計画を、自由に設計することができ、将来の生活設計に役立つ制度となっています。年金プランの設計をご案内しますので、お気軽にご相談ください。

 日 本 医 師 会
JAPAN MEDICAL ASSOCIATION



医師年金は、日医会員だけの大きな特典です!!

◆◆◆ 医師年金の主な特徴 ◆◆◆ (詳しくは、裏面を!!)



- その1 積立型の私的年金です。若人が老人を支える公的年金とは異なります!
- その2 法人化しても医師年金は継続することができます!
- その3 ご希望の年金額を受けるため、自由に掛金を設定・変更できます!
- その4 65歳過ぎてもまだ現役の先生は、年金の受取を75歳まで延長できます!
- その5 年金の受取コースは、受給を開始する時に選択できます!
- その6 事務手数料が少額なので、掛金が効果的に積み立てられます!

●お問い合わせは本会まで●

日本医師会

(年金・税制課) TEL 03-3946-2121

FAX 03-3946-6295

ホームページ

Eメール

<http://www.med.or.jp/>

nenkin@po.med.or.jp

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

九州医師会連合会第288回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る5月19日（土）午後3時30分からみだし常任委員会がホテルニュー長崎で開催された。

始めに井石九州医師会連合会長から、九州各県より遠路ご出席いただいたことについてお礼があり、常任委員会における議案説明のため出席した大分県の阿南委員（決算の説明）、長崎県の粟津委員（事業計画の説明）・福島委員（予算等の説明）の紹介があり議事が進められたので、概要について報告する。

報 告

1) 九州医師会連合会事務引継ぎについて（長崎）

去る4月21日（土）、大分県医師会館において九州医師会連合会の公印、帳簿、繰越金等の確認を行い、大分県医師会から長崎県医師会へ事務引継ぎを行った旨報告があった。

2) 第93回定例委員総会について（長崎）

同常任委員会終了後、引き続き開催される定例委員総会について開催内容、来賓、懇親会等について説明があった。

3) 春の叙勲受章者への慶祝について（長崎）

九州医師会連合会役員慶弔規程に則り、受章者お二人に慶祝（祝電）を表した旨報告があった。

藍綬褒章

鈴木 満 先生（日本医師会常任理事）

旭日小綬章

有山雄基 先生（日本医師会代議員会副議長、奈良県医師会長）

議 事

第1号議案 平成18年度九州医師会連合会歳入歳出決算に関する件（阿南委員）

第2号議案 平成19年度九州医師会連合会事業計画に関する件（粟津委員）

（別紙参照）

第3号議案 平成19年度九州医師会連合会負担金賦課に関する件（福島委員）

前年度と同額 1,500円

研修医 500円

第4号議案 平成19年度九州医師会連合会歳入歳出予算に関する件（福島委員）

第5号議案 平成19年度九州医師会連合会監事（2名）の選定に関する件

（井石常任委員）

佐賀県：松永啓介委員

熊本県：地後井泰弘委員

第6号議案 平成19年度第107回九州医師会医学学会事業計画に関する件（福島委員）

第7号議案 平成19年度第107回九州医師会医学学会会費賦課に関する件（福島委員）

前年度同額 2,500円

研修医 1,500円

第8号議案 次回108回（平成20年度）九州医師会医学学会開催担当県の決定並びに次々回第109回（平成21年度）同学会開催担当県の内定に関する件

（井石常任委員）

上記、第1号議案から第7号議案まで各委員より提案内容等について説明があり、協議の結果各議案とも提案どおり承認され、この後開催される第93回定例委員総会へ上程することになった。

尚、第4号議案 平成19年度九州医師会連合会歳入歳出予算の中で歳出の事業費・補助金(①九州地区共同利用施設への補助金 ②九州ブロック学校保健学校医大会補助金 ③九州学校健診協議会補助金)については、開催担当県で持ち出しがあることから、各県の負担軽減をはかるため平成20年度補助金を増額することで承認され、次年度担当の熊本県で検討することになった。

第8号議案、九州医学会開催担当県の件は、九州医師会連合会(九州医学会)施行細則の付則(開催県順序)に基づき「次回第108回九州医学会は熊本県に決定し、次々回第109回九州医学会は福岡県に内定」として委員総会で報告することになった。

協 議

1) 第289回常任委員会(8月4日(土)宮崎市)の開催について(長崎)

次回常任委員会を宮崎市で開催される九州ブロック学校保健・学校医大会の関連行事に併せて、下記のとおり開催することに決定した。

日 時 平成19年8月4日(土)

16:00~17:00

場 所 宮崎観光ホテル

2) 第290回常任委員会並びに第1回各種協議会(9月15日(土)長崎市)の開催について(長崎)

9月に開催する常任委員会、第1回各種協議会を下記のとおり開催することに決定した。尚、各種協議会は3協議会を予定し、協議会の開催内容については6月初旬ごろ照会することになった。

日 時 平成19年9月15日(土)

16:00~18:00

場 所 ホテルニュー長崎

1) 第290回常任委員会(16:00~18:00)

2) 第1回各種協議会(16:00~18:00)

3) 懇親会(18:10~20:10)

3) 平成19年度九州医師会連合会医療保険対策協議会(19年4月21日・土・福岡市)における要望事項の取り扱いについて(長崎)

去る4月21日(土)、福岡市で開催された「九州医師会連合会医療保険対策協議会」において、九医連として日医へ「7対1入院基本料受理の即時凍結を求める」要望書を提出することになっていることから、要望書の提出について常任委員会で検討した。

協議の結果、早急に国に働きかけていただくため日医へ要望書を送付することに決定した。

閉 会

**第107回九州医師会総会・医学会
担当：長崎県医師会**

《前日諸会議》

期日：平成19年11月16日（金）

場所：ホテルニュー長崎

長崎市大黒町14番5号 TEL (095) 826-8000

- 1. 九州医師会連合会常任委員会……………16：00～16：50
- 2. 九州医師会連合会臨時委員総会……………17：00～17：50
- 3. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同懇親会……………18：20～20：20

《合同協議会》

期日：平成19年11月17日（土）

場所：ホテルニュー長崎

長崎市大黒町14番5号 TEL (095) 826-8000

- 1. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会……………10：00～11：30
 ・「中央情勢報告（仮称）」 日本医師会会長 唐澤祥人 先生

《総会・医学会》

【第1日目】

期日：平成19年11月17日（土）

場所：ホテルニュー長崎

長崎市大黒町14番5号 TEL (095) 826-8000

- 1. 第107回九州医師会連合会総会 ……………13：00～13：40
 - (1) 開会の辞
 - (2) 国歌斉唱
 - (3) 黙 禱
 - (4) 九州医師会連合会長挨拶
 - (5) 来賓祝辞
 - (6) 祝電披露
 - (7) 宣言決議
 - (8) 次回開催担当県医師会長挨拶
 - (9) 閉会の辞

- 2. 第107回九州医師会医学会 ……………13：50～16：00
 - (1) 特別講演Ⅰ 13：50～14：50
 演題「医療を崩壊させないために」

報 告

講師 虎の門病院泌尿器科部長 小松 秀樹氏
 座長 長崎県医師会会長 井石 哲哉

(2) 特別講演Ⅱ 15:00~16:00

演題「小さな生命を撮る」

講師 生物生態写真家 栗林 慧氏
 座長 長崎県医師会副会長 高村 邦彦

【第2日目】

期日：平成19年11月18日（日）

場所：長崎市内及び近郊会場

[分科会]

学 会 名	会 場
第1分科会 内 科 学 会 (第279回日本内科学会九州地方会) (第36回日本内科学会九州支部生涯教育講演会)	長崎大学医学部記念講堂及びボンペ会館、第1講義室 長崎市坂本1丁目12番4号 TEL 095-849-7000
第2分科会 小 児 科 学 会 (第60回九州小児科学会)	ロワジールホテル長崎 (4F・花鳥風月) 長崎市大浦町2番33号 TEL 095-824-2211
第3分科会 産 婦 人 科 学 会	長崎県医師会館 (2F・講堂) 長崎市茂里町3番27号 TEL 095-844-1111
第4分科会 外 科 学 会	長崎新聞文化ホール (3F・珊瑚の間) 長崎市茂里町3番1号 TEL 095-841-2412
第5分科会 東 洋 医 学 会 (第33回日本東洋医学会九州支部学術総会)	長崎新聞文化ホール (2F・大ホール、3F・真珠の間) 長崎市茂里町3番1号 TEL 095-844-2412

[記念行事]

学 会 名	会 場
テニス大会 (第84回全九州医師テニス長崎大会)	やすらぎ伊王島 長崎市伊王島町1丁目3277番地7 TEL 095-898-2092
サッカー大会 (第29回全九州ドクターズサッカー大会)	長崎市総合運動公園 かきどまり陸上競技場 長崎市柿泊町2210番地 TEL 095-843-8100
卓球大会 (第22回九州・山口医師卓球大会)	三菱重工総合体育館 長崎市淵町2番18号 TEL 095-862-8810
ゴルフ大会 (第47回メディカルゴルフ大会)	長崎国際ゴルフ倶楽部 諫早市小ヶ倉町51番地 TEL 0957-22-4086
囲碁大会 (第27回九州医師囲碁大会)	長崎県医師会館 長崎市茂里町3番27号 TEL 095-844-1111
走ろう会大会 (第33回九州医師走ろう会大会)	長崎水辺の森公園 長崎市常盤町
ラグビー大会 (第18回全九州ドクターズラグビー大会)	長崎大学医学部総合グラウンド 長崎市坂本1丁目12番4号 TEL 095-849-7000

九州医師会連合会第93回定例委員総会

常任理事 真栄田 篤彦



去る5月19日（土）、長崎市（長崎県担当）において標記定例委員総会が開催され、九州医師会連合会の平成18年度決算、平成19年度事業計画並びに予算等が審議され承認されたので、会議の概要を報告する。

はじめに、司会より開会が宣され、前年度九州医師会連合会担当県の嶋津大分県医師会長より平成18年度の九州医師会連合会諸事業への協力に対するお礼が述べられた後、九州医師会連合会長及びご来賓の方々より概ね以下のとおり挨拶が述べられた。

九州医師会連合会長挨拶

○井石哲哉会長（長崎県医師会長）

去る4月14日の常任委員会において九州医師会連合会長に選任していただき、今年度1年間九州医師会連合会をお世話することになった。

医療を取り巻く環境はより厳しさが増し、私どもは一層結束を固め日本医師会を支援しつつ、この難局を乗り越えなければならないので、皆様のご理解ご支援をお願い申し上げます。

来賓挨拶

○唐澤祥人日本医師会長（代読：竹嶋副会長）

昨日東京で開催した国民医療を守る全国大会に際しては九州各県医師会には多大なご協力を賜り厚く御礼申しあげる。

医学医術の進歩、国民における医療ニーズの増大、高齢化の急速な進展を考える時、我が国の医療費が拡大していくことは明らかである。しかしながら、政府は、財政優先の医療費削減政策を断行し、その結果、人的にも機能的にも厳しい極限状態での医療提供体制が強いられ、今日の地域医療提供体制は崩壊とも言うべき危

機的状況を招いている。高齢者のための長期入院施設の削減や患者一部負担金引き上げ、リハビリの日数制限といった政策は、患者が受ける医療の格差拡大となり、医療に対する国民の不安を煽り、医療従事者と国民との信頼関係に大きな溝を生じさせている。

日本は全ての国民が公的保険に加入し、何時でも何処でも医療機関を受診することができる。世界的に見ても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、医療に対する国民の信頼を得てきた。国民の命、健康を預かる医療従事者にとっては「安全で安心な医療」の提供だけではなく、財源を含めた確固とした医療提供体制の構築に向けて最善を尽くす責務がある。そのため社会保障制度のあり方が大きく論じられている今こそ国民医療の堅持を求める運動の展開が是非必要と判断し、国民運動を守る全国大会を開催した次第である。今後とも日本医師会の活動方針に対してご理解、ご協力を賜りたい。

○西島英利参議院議員

昨日久々に政治家としての醍醐味を実感した。それは何かと言うと、今朝テレビを見ていたら、日本経済新聞に「厚生労働省は初診料・再診料を引き下げる方針」であるとの記事が掲載されているとのことであった。私は早速国会へ行って関係筋に話しをすると共に、厚生労働省の担当官を呼んでそのことを確かめた。すると約1時間半後厚生労働省から、これは事実ではなく検討すらしていない。日本経済新聞社には厳重に注意をしたとの文書が流れてきた。そして、午後1時半から厚生労働省で記者会見が開かれた。このような新聞記事に対する記者会見は異例なことである。そのような意味で昨日は久々に政治家としての醍醐味を味わったということである。

国の制度を作るための審議を司りそれを動かすのは与党である。7月の参議院選挙については、武見敬三先生に絶大なるご支援を賜り高位

当選をさせて下さるようお願い申しあげて挨拶とする。

その後、座長に井石九州医師会連合会会長が選出され、報告、議事が進められた。報告(1)の第288回常任委員会については、座長の井石会長より、また、(2)の平成18年度九州医師会連合会庶務並びに事業報告については、大分県の近藤委員より資料に基づいて平成18年4月から平成19年3月までに開催された主な事業内容について報告が行われた。

引き続き行われた議事については次の7議案が上程され、それぞれ各担当委員より提案理由の説明があり、協議した結果、全議案とも全会一致で原案通り承認された。

- 第1号議案 平成18年度九州医師会連合会歳入歳出決算に関する件
- 第2号議案 平成19年度九州医師会連合会事業計画に関する件
- 第3号議案 平成19年度九州医師会連合会負担金賦課に関する件
- 第4号議案 平成19年度九州医師会連合会歳入歳出予算に関する件
- 第5号議案 平成19年度九州医師会連合会監事(2名)の選定に関する件
- 第6号議案 平成19年度第107回九州医師会医学会事業計画に関する件
- 第7号議案 平成19年度第107回九州医師会医学会会費賦課に関する件

なお、第5号議案の監事(2名)の選定に関する件については、佐賀県の松永啓介委員、熊本県の地後井泰弘委員が選出された。

第6号議案の平成19年度第107回九州医師会医学会事業計画に関する件については、平成19年11月17日(土)、18日(日)の両日、ホテルニュー長崎及び近隣会場において九州医師会総会・医学会が開催される旨報告があった。

第104回沖縄県医師会医学会総会

会頭挨拶

第104回沖縄県医師会医学会総会 会頭 新垣 敏雄



今回、はからずも第104回沖縄県医師会医学会総会の会頭に御指名を頂きました新垣でございます。歴史と輝かしい伝統のある本医学会総会において、このような機会を与えて下さいましたことを、この上ない光栄に存じますとともに、深く感謝申し上げます。

御指名を頂きました県医学会会長比嘉實先生、県医師会会長宮城信雄先生、医学会幹事の先生方はじめ会員の先生方に厚くお礼を申し上げます。

歴史を繙いてみますと、1372年、明の洪武帝が楊載を琉球に派遣し、明国に入貢するようすすめました。それをうけて、察度王は弟の泰期を遣わして入貢し、冊封体制がはじまりました。1392年になって、明の太祖は閩人（福建人）36姓を琉球に下賜し、琉球王府の政活顧問、通訳、水先案内人、舟大工として貢献させます。同時に、北京の国子監にはじめて留学生（官生）が派遣されました。しかし、医療関係については明らかな記録がありません。1534年、冊封使として来琉した陳侃は「使琉球録」に「医薬はないが、民は若死することはない」と書いています。琉球人はその頃から長寿の遺伝子を持っていたのではないのでしょうか。その頃の琉球の医療は、民間療法や経験的医療だけだったようです。

1589年、越前（福井県）の山崎守三（二休、葉氏）が琉球王国に来て帰化します。彼は、琉

球国は中国と往来が盛んだし、中国の名医「扁鵲」の流れをくむ漢方の名医がいるはずだから師事したいと来琉したが、期待を裏切られ嘆いたそうですが、後に王府の御典医になっています。1609年の薩摩の侵攻以後は、薩摩から医者をして人民の医療にも当たらせたとされています。

1637年になって、琉球王府も漢方医養成の必要性を痛感し、北京への留学生派遣が始まって240年余も遅れて、日本および中国に毎年医学留学生を派遣する制度を作ります。1637年には、山崎守庸（休意、葉自意）が薩摩へ留学して後、京都に上って3年間勉強し、帰国して御典医になっています。

1638年には、波名城政由が王府の命で、はじめて北京へ医学留学しています。日本への留学は専ら薩摩に限られ、中国留学は主に福州か北京でした。それからは、中国と日本の両国の文化の影響を受けながら、医療の面でも著しく変化・発展がみられました。1689年には、高嶺徳明が中国で学んだ補腎術を成功させました。1848年には、仲地紀仁により「牛痘法」が行われています。その以外は漢方医による医療が普及していました。1868年には明治政府となり、1879年（明治12年）沖縄県となります。

500年余にわたる中国との宗属関係が、一方的に断たれた琉球は、政治、経済、社会の混乱を来し、当然医療界にも混乱が生じました。1885年（明治18年）に、早急に医師を養成す

報 告

べく県立病院内に創設された「附属医師教習所」も、28年間の存立後、明治39年に医師法が公布され「医術開業試験規則」の改正により廃校となりました。その後も医療界をとりまく状況は、紆余曲折があり、困難を極めました。昔も現代も医療をとりまく環境は厳しさが続いています。

第2次世界大戦で、灰燼に帰した沖縄はさらに困難を極めましたが、各種伝染病、ハブ咬症、地域特性の風土病等に対応し、乗り越え、琉球大学にも医学部が創設され、世界長寿地域宣言も出しました。しかし、最近26位ショックが起きました。これは主たる原因が肥満であり、生活習慣の乱れ、食生活の乱れから来ており、メタボリックシンドロームと呼ばれ、その予備軍も多いことから、その対策が急務となっております。

ところで、東洋医学には「病を得て薬を求むるは、渴して井戸を掘るに似たり、聖人は已病を治すにあらず、未病を治す」との教えがあ

り、健康は日々の養生（食事・運動）が大切で、病気を未然に防ぐ健康管理の必要性を説いています。医食同源、薬食同源、薬食一如、身心一如東洋医学の知恵を生かして、健やかな長寿を達成したいものです。未病は、早期発見、早期治療による予防と相通じます。これからの医療は西洋医学と東洋医学を融合させ、その相乗効果でより良い治療効果を上げると、医療の幅が広がります。

本日は、特別講演に寺澤^{かつとし}捷年教授をお招きして、漢方医学をテーマに御講演いただきます。先生は昭和・平成の漢方医学会をリードし、その発展に寄与され、多くの漢方医を育ててこられた日本漢方医学界の第1人者であります。漢方医学の真髄に触れ、21世紀の医療活動において「そのとき歴史が動いた」と云われる程の意義のあるお話が拝聴できると思います。

最後にお世話をいただきました県医学会会長比嘉實先生、県医師会会長宮城信雄先生、幹事の先生方に感謝申し上げます。



特別講演講師 寺澤捷年 先生



特別講演 会場風景

印象記

理事 玉井 修



毎回多くのプレゼンテーションと、活発な意見交換がなされる医学会総会ですが、今回は140題と多くの興味深い演題が発表されました。日常診療の合間、日々の臨床現場における様々な出来事に問題意識を持って研究された演題が多く、熱のこもった発表と活発な質疑応答が行われました。

朝の8時30分からは一般講演が行われ、私は第一会場の一般・プライマリの座長を担当しました。一般・プライマリのセッションは主にプライマリケアを日常診療として行っている第一線の臨床医を対象に、興味ある報告が行われました。麻疹の流行や、夏期のインフルエンザ流行、医療安全の問題など明日からの臨床に直結する発表に先生方は食い入るように聞き入っていました。お昼前に開催されるミニレクチャーでは、自分の専門領域以外の疾患でありながら、日常遭遇しがちな疾患に関して専門の先生からわかりやすい講義を受けることができます。今回は琉球大学医学部附属病院精神科神経科の外間宏先生より『不眠症について』として講演を頂きました。患者さんの眠られないと言う訴えに対して我々は直ぐに睡眠薬を処方しがちですが、日常生活の中で睡眠障害を緩和させる様々な工夫を実践させてみる事も大切だと思いました。また県立中部病院内科消化器グループの篠浦丞先生より『胃食道逆流症 (GERD について)』と題して最近増加しているGERDの様々な症状について詳しくお話頂きました。咳や耳が痛い等の症状もGERDによって発生するので、驚きです。

12時からは分科会長会議が開催され、次回の沖縄県医師会医学会総会について話し合われました。次回は12月8・9日に開催が決定され、

特別講演は泌尿器科医会と内科医会からのご提案で『医療崩壊と医師の果たす役割』と題して、昨今の医療を取り巻く厳しい現状が医師の現場離れを促進し医療崩壊へ繋がる危険性を増大させている現状を虎ノ門病院泌尿器科部長小松秀樹先生、または済生会栗橋病院副院長本田宏先生に御講演頂く方向で調整する事になりました。またシンポジウムでは療養病床23万床削減によって生じる介護難民を含めた様々な問題を討論する事になりました。シンポジストとしては宮城信雄会長、行政担当者、ケースワーカーなどを予定し調整に入る事になりました。次回のミニレクチャーは小児科医会より最近MRワクチン等の登場により、やや混乱が生じている予防接種に関して整理してお話して頂ける事になりました。また内科医会からのご要望により、妊婦における薬物療法に関して産婦人科医会よりレクチャーをしていただける事になりました。次回のミニレクチャーの座長は小児科医会の具志一男先生にお願いする事になりました。よろしく願い致します。また、今回の第104回沖縄県医師会医学会総会の反省点として、ミニレクチャーの時間が短くて十分な討議ができなかった点が上がっております。また今後の会頭の選出に関しては各分科会で持ち帰って検討する事になりました。

昼の1時から千葉大学大学院・医学研究院・和漢診療学の寺澤捷年教授より「各科診療における漢方薬の活用と意義」と題して御講演を頂きました。なかなか理解しにくい漢方処方に関して、非常にわかりやすく解説して頂きました。同じ病名でも漢方処方はその人の状態によって使い分けが必要であり、場合によっては臨床経過を追いながら処方を変更していくこと

報 告

も必要です。フロアからは漢方処方ほどのくらい飲ませれば良いのか、常用している漢方処方がある場合に風邪などの急性疾患を合併した場合の対応、漢方薬の併用療法に関してなど非常に臨床的な質問が多く、漢方処方を日頃から行っている臨床医の先生方にとっては大変勉強に

なったのではないのでしょうか。

午後2時30分からは午後の一般講演が行われ、疲れを知らないドクターのバイタリティーにはただ驚くばかり、会場は生涯学習にかける情熱で熱気ムンムンでありました。



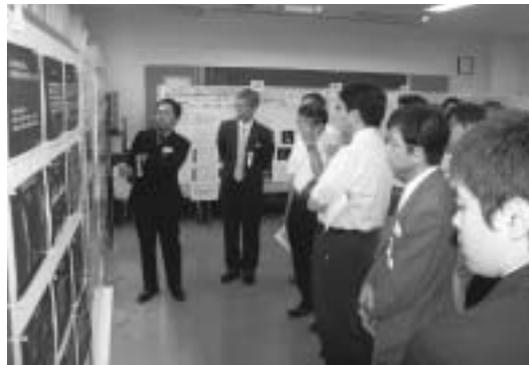
ミニレクチャー会場風景



ミニレクチャー講師
外間宏人 先生



ミニレクチャー講師
篠浦丞 先生



ポスターセッション会場風景

平成19年度第1回沖縄県医師会・ 沖縄県福祉保健部連絡会議

常任理事 安里 哲好

去る5月21日（月）、県庁において標記会議が行われたので以下のとおり報告する。

出席者：

（医師会） 宮城会長、玉城副会長、小渡副会長、真栄田常任理事、安里常任理事、嶺井常任理事、大山常任理事
（県福祉保健部） 伊波部長、仲宗根保健衛生統括監、比嘉福祉企画統括監、道躰参事、當間医務・国保課長
（病院事業局） 安慶田企画監

議 題

ヘリコプター等添乗医師等確保事業の円滑なる推進をお願いしたい（県医師会）

宮城会長より、概ね次のとおり、提案理由の説明があった。

標記事業については、自衛隊、海上保安庁、県内の医師や看護師の協力の下、これまで多くの搬送実績を残しており、多くの離島を抱える沖縄県においては欠くことのできない事業である。

しかし、先日の墜落事故の発生等、今後は、参加病院や関係市町村と綿密な調整を図り、本事業を円滑に推進していくためにも充実した、有意義な議論が積み重ねられるような会議を開催していただきたい。

< 當間医務・国保課長 回答 >

当該制度を円滑に推進するため、県、離島振興協議会、協力病院、医師会等を構成員として、ヘリコプター等添乗医師等確保事業運営会議を開催し、制度運営に関する諸問題を論議してき

たところであるが、今般の陸上自衛隊のヘリ墜落事故を契機として、協力病院から医師添乗のあり方について様々な意見が出されている。

県としては、当面の取り組みとして、搬送患者のトリアージの検証や、添乗医師と運航スタッフとの情報交換を図るとともに、ヘリコプター等の急患空輸に対する住民への啓発を市町村から行ってもらうこととしている。

また、平成19年度中にヘリコプター等添乗医師等確保事業のあり方について検討することとしており、運営会議等の中で十分議論していきたいと考えている。

《以下、主な意見・質問等》

真栄田常任理事：今回のヘリ墜落事故に関して、ヘリの運航については、自然が一番最優先であるとはいえ、何故、医師の要請を翌日まで待てなかったか、離島の医師を交えて意見を聞きたい。また、市町村長等ではなく、医師の判断を優先するという事を大前提にした方が良いと考えるがいかがか。

仲宗根保健衛生統括監：添乗も含め、急患搬送の基準作りのため、前年度3月の会議で検証を行おうと決めた矢先の事故であった。今年度4月の会議でも協力病院から医師添乗のあり方等について様々な意見が出ているので、保健医療計画の中でドクターヘリを絡めながら検討していく。

真栄田常任理事：2機関が撤退の意向を明らかにしているので、2機関を含めた詳細な打合せを早急に行うべきである。

嶺井常任理事：関係団体や各市町村の首長を交えて、トリアージや搬送等の基準を検討して

いくべき。

伊波部長：自衛隊や海上保安庁、ドクターヘリとの歩調、搬送・添乗条件等をこれから検証していく。

真栄田常任理事：浦添総合病院との今後の連携については、検討されているのか。

伊波部長：予算化はこれからだが、知事も衆議院への要望書の中に盛り込んでいるし、県として内閣府への要請にも盛り込んでいる。できるだけ早くドクターヘリ事業を展開し、昼間はドクターヘリで対応する等、緊急事態に備えたい。

真栄田常任理事：ドクターヘリ導入の条件には、救命救急センターに指定されている必要があるが、北部地区医師会病院の独自でのヘリ導入についての整合性について検討されているのか。

伊波部長：当然、視野に入るが、浦添総合病院のヘリポートは40箇所、着陸箇所の確保を検討する必要がある。長崎県においては、学校等を含め340箇所を確保している。本県においても、長崎県同様どこでも着陸できるよう体制整備に努めたい。

嶺井常任理事：こういう会議の場で検討するだけではなく、いつまでに何をするのか工程表を作成していただきたい。

宮城会長：今重要であるのは、添乗医師の確保と沖縄県のドクターヘリを含めた医療をどうするかである。浦添総合病院と琉大は緊密に宮古等と連携をとっており、北部地区医師会病院は、独自にヘリを運航する予定である。それに対し、県はどう動くか。会議だけではなく早急に実効性を出していただきたい。

伊波部長：予算が8月に決定する。11月の政策に向けて進めていくという形になる。まずは、予算を解決しなければ、先に進まない。

嶺井常任理事：予算の話をしたら前に進まない。官や自治体を頼るのではなく、NPO法人を設立する等、考慮してはいかがか。また、医療福祉事業団を活用するのはいかがか。

伊波部長：医療福祉事業団には一度働きかけを行った。県全体が活用できるよう、地域の病院等、どこを使えばうまく進むのか現在、検討中である。

當間医務・国保課長：ドクターヘリ導入に際しては、運営会議等を設置する予定であり、その中で議論する予定である。また、NPO法人設立に関しては、メディカルミッションや行政の関与がどうなのか等、研究させていただきたい。

大山常任理事：NPO法人にする場合、県はどのようにサジェストするか。

伊波部長：NPO法人にする場合でも、どこが主体になれば、県全体をコントロールできるか。その場合、保健医療計画の中で位置づけたい。また、運用に関するリクエスト等については、様々な課題を整理してやっていきたい。

大山常任理事：地域支援に関しての国の平成19年度の予算はかなり上乘せされている。それを利用したらいかがか。

玉城副会長：先日の墜落事故では、離島医師からの逆メッセージがあれば良かったと思っている。送り出す側のコンセンサスや双方向の連絡体制を整備する必要がある。また、浦添総合病院、北部地区医師会病院を含め、共同体事業が出来るような体制を医師会が音頭をとって進めていければと思う。

伊波部長：ドクターヘリ事業の全体の負担は1億8千万円で、うち半分が県の負担である。全市町村にも負担していただくことを考えている。次のステップは、ドクターヘリを導入するという前提で、取り組んでいきたい。

印象記

常任理事 安里 哲好

新しい伊波輝美福祉保健部長が就任され、かつ今年第1回の連絡会議で、議題は「ヘリコプター等添乗医師等確保事業の円滑なる推進をお願いしたい」の1つのみであった。

会議のメンバーは、仲宗根正保健衛生統括監以外、當間秀史医務・国保課長も含め全員が交代していた。伊波福祉保健部長は積極的で、ほとんどの質問に対してご自分で答えていた。また、伊波部長はすでに、ドクターヘリに添乗しており、乗り心地は車よりも（公用車よりも？）良いと話されていた。ドクターヘリは、時速200km前後で、県本島内や周辺離島まで30分以内で行けるとのことであった。運行の時間的制限や飛行距離の問題、そして天候等の問題はあるが、ドクターヘリが日常の救急医療に運用される時代の到来を強く感じた。福祉保健部は、ドクターヘリ事業を積極的に推進していこうとする姿勢が見られ、具体的な予算も検討しているようであった。浦添総合病院は、平成17年より救急搬送ヘリをすでに運用しているし、北部地区医師会病院は、6月16日より救急搬送ヘリの運用を始めるとのことである。これまで陸上自衛隊（過去5年間：年間当たり平均221件）、及び第11管区海上保安本部（同：88件）が行ってきた急患搬送ヘリ（医師等添乗率：平成17年61.9%、平成18年71.4%）運用も含め、県民のために有効利用をしたいものだ。



第30回日本プライマリ・ケア学会 学術会議in宮崎 発表報告



沖縄県医師会地域医療臨床研修小委員会 田名 毅
(首里城下町クリニック第一)

平成19年3月21日に開催した沖縄県医師会第一回「指導医のためのステップアップ講習会」の内容について、宮崎で開催された第30回プライマリ・ケア学会学術会議で発表してきましたので今回その内容と学会の様子についてご報告します。

(1) 学会発表

二日目のポスター発表の中の「研修医教育」のセッションで発表しました。以下にその内容についてご紹介します(すでに県医師会報6月号に安里哲好先生が講習会の詳細についてご報告されていますので、今回は発表内容を中心に記載します)。

※尚、座長は当小委員会の涌波満先生(ファミリークリニックきたなかぐすく)が務めて下さいましたので、緊張せずに発表にのぞむことができました。

(演題)

沖縄県医師会第一回「指導医のためのステップアップ講習会」について

(目的)

新臨床研修制度も3年目を迎え新たな講習会のあり方を模索して、今回第一回「指導医のためのステップアップ講習会」を開催した。面接技法のスキルアップに加えて、地域医療研修協力施設医師・管理型病院医師・研修医の三者が一同に会することで地域医療研修の現状と課題についての意見交換を行うことを目標とした。今回は本講習会について報告したい。

(開催要項)

参加者①地域医療研修協力施設医師 ②管理型臨床研修病院医師 ③研修医
日時 平成19年3月21日(水) 13:00~18:45
方法 半日コースのワークショップ
参加費用 懇親会費を含む3,500円。

※研修医は無料

テーマ 1. 日常診療に役立つコミュニケーションスキル
2. 行動変容モデルを考えた患者教育
3. 「地域保健・医療」研修の問題点を探る

(参加者)

ディレクター (2名)

安里 哲好 沖縄県医師会常任理事
(ハートライフ病院院長)

瀧下 修一 沖縄県医師会理事
(琉球大学医学部附属病院院長)

チーフタスクフォース (2名)

箕輪 良行 聖マリアンナ医科大学救急医学教授

武田 裕子 東京大学医学教育国際協力研究センター助教授

タスクフォース (5名)

涌波 満 ファミリークリニックきたなかぐすく院長

仲本 昌一 仲本内科学長

稲福 徹也 琉球大学医学部附属病院地域医療部

安谷 正 県立中部病院放射線科医長

田名 毅 首里城下町クリニック第一院長

参加者（公募による）

- ①地域保健医療協力施設医師 15名
- ②管理型臨床研修病院医師 4名
- ③研修医 9名

(プログラムの概要)

プログラム1：担当 武田裕子先生

- ①グループワーク「“聴く”ということ」
- ②『行動変容モデルを考えた患者教育のコツ』
- ③模擬患者の参加によるロールプレイ

プログラム2：担当 箕輪良行先生

- ①『日常診療に役立つコミュニケーションスキル』
- ②医療面接の悪いデモ
- ③②に関するグループ討議
- ④医療面接の良いデモ
- ⑤良いデモに関するフィードバック

プログラム3：担当 タスクフォース全員

- 『この2年を振り返り地域保健・医療研修の問題点を探る』
- プレアンケート報告
- 全体討議

(各プログラム報告)

プログラム1

(1) グループワーク「“聴く”ということ」
参加者が3人一組になり、ひとりが「最近心に残ったこと」を話し、残りの二人がそれを要約して話すという流れでそれぞれの役回りを交代で行った。アイスブレイキングの目的があったが、参加者からは傾聴の重要性について学べたとの意見があった。

(2) 『行動変容モデルを考えた患者教育のコツ』
行動変容のステージのプロセスモデルを武田先生にご講演頂いた。参加者からは患者がどのステージにいるかを把握することの大切さと患者を指導する上で患者の自己効用感を高めることの重要性が理解できたとの意見があった。

(3) 模擬患者の参加によるロールプレイ
6～7人のグループに分かれて医師役の人が模擬患者と面談後、意見交換する方法をとっ

た。患者の訴えに対する傾聴、及び行動変容のステージを考慮したアプローチのあり方について武田先生のご講演を踏まえた上でグループで討議することができたことは大変有意義であったとの参加者の意見が多かった。

プログラム2

(1) 『日常診療に役立つコミュニケーションスキル』
箕輪先生に「患者満足度とコミュニケーションスキル」と題してご講演頂いた。患者満足度が医療経営の質の評価に関わっていることを再認識できたという意見があった。引き続き「基本的コミュニケーションスキル」のご講演を頂き、促し・催促、確認、共感解釈モデルなどの面接における重要なスキルが参加者には参考になったとの意見があった。

(2) 医療面接の悪いデモ、それに関するグループ討議
箕輪先生ご自身による悪いデモの実演に続いて、どこが悪かったのかをグループに分かれて討議した。研修医、指導医それぞれの視点から気付いた悪い点について意見交換することができたのは大変参考になったとの参加者の意見が多かった。

(3) 医療面接の良いデモ、それに関するフィードバック
悪いデモの実演を見た上での良いデモの実演は対照的で理解しやすく、研修医のみならず指導医からも日頃の診療において反省すべき点があることに気付いたという意見があった。

プログラム3

全体討議において出た問題点を項目別に要約し、それぞれの今後の課題を加えて紹介する。
(1) 地域医療研修の到達目標について
「研修医が診療所での研修に何を望んでいるのか知りたい」(協力施設・診療所医師)
「施設ごとの地域医療研修のしっかりとした目標を掲げる」(管理型病院医師)
(課題) 沖縄には幾つかの研修プログラムがあ

るが初期研修プログラムのカリキュラム、また地域医療研修の本来の目的・到達目標についての理解度が個々の協力施設医師間にも違いがあることがわかった。協力施設側と管理型病院側との意見交換の機会を増やし意識の共有化をはかる必要があると考えられた

(2) 研修医に対し、どこまで実践してもらうか？
「患者は研修医の診察を求めているのが現状である。見学重視になっている。」

(協力施設・診療所医師)

「コメディカルの仕事をする機会があり、大変貴重だった。」(研修医)

「最初の1～2週間は見学してもらい、その後実際に診察をしてもらう。診察後はディスカッションを行い、能力のある研修医は説明まで行ってもらおう。」(協力施設・診療所医師/タスクフォース)

(課題) 管理型病院から「実践」を求められると、「臨床的な手技」、「実際の診療」を行わせることを考える参加者が多かったが、研修医の到達度に応じた診療への参加は勿論、総合病院ではできないコメディカルの仕事への参加など研修医の満足度をあげる方法は他にもあり、研修カリキュラムについての議論が今後も必要と考えられた。

(3) フィードバック（振り返り）のあり方について

「ある離島の診療所へ研修に行った。その時は、フィードバックがなかった。」(研修医)

「毎日フィードバックがあった。午前は診察、午後は経験した症例をまとめたものを指導医と一緒にフィードバックしていた。指導医が患者背景などを把握していたことが印象的であった。」(研修医)

(課題) 研修医の到達度や個人の医師としての知識やスキルに対する評価、改善点について話し合い、また研修医の要望を研修医から聞く双方向性のフィードバックがどこまでできているかという議論をタスク

フォースは考えていたが、参加者は個々の臨床指導と混同した意見が多かった。短期間の研修において目標を達するためにはフィードバックが重要であり、協力施設医師へこの点の伝達が必要と考えられた。

(4) 研修期間はどのくらいが適当か？

「(離島診療所における) 1週間の研修は短い。さらに自由枠で希望する研修医もいる」

(管理型病院医師)

「(離島診療における) 2週間の研修は丁度よい。1週目に指導医との関係を構築し、2週目から自分のスタンスで動いている」

(協力施設・離島診療所医師)

「1ヶ月は必要」

(協力施設・診療所/タスクフォース)

「1ヶ月は短い、慢性疾患の経過が追えないため」(協力施設・診療所) ※透析施設

(課題) 協力施設の地域性・専門性などの特徴によって、地域医療研修の期間をそれぞれの施設で考慮した方が研修医・協力施設いずれにとっても満足のいくカリキュラムが組めるのではと考えられる。管理型施設の事情も考慮した上で管理型施設、協力型施設間で話し合う場をつくる必要があると考えられた。

(5) 研修医のモチベーションをあげるには？

「地域保健・医療研修が研修医のパケーションとなっている部分（解放感）がある。」

(管理型病院医師)

「研修医によっても地域医療に興味のある人、ない人様々である。地域医療に興味のない人はスタッフや住民にも意識の低さが伝わる。」

(協力施設・離島診療所医師)

「研修医がどのようなニーズを持っているかを指導医側にも理解しようとする姿勢が必要。それぞれの研修医のニーズにあったプランを立てると良いのでは。」(研修医)

(課題) 初期研修に対する社会のニーズ・期待があることを考え研修医が魅力を感じるように研修環境を整えることは重要であ

るが、どう指導しても研修医が医師として責任を果たす意思がない場合は、管理型病院への厳しい評価を伝えることも必要と考えられた。

(地域医療研修を充実させるための提言)

- (1) 地域医療研修の本来の目的、研修医の到達目標を管理型施設、協力施設間で明確にする。
- (2) 医師として実際の診療への参加以外にどのようなカリキュラムが研修医のやる気を引き出せるかを検討する。
- (3) 個々の症例の臨床指導以外に研修全体を振り返る双方向性のフィードバックを協力施設で意識する。
- (4) 研修期間は管理型病院の都合だけで決めるのではなく協力施設の特徴も考慮して検討する。
- (5) 研修医のモチベーションを維持する指導医の努力も重要だが、やる気のない研修医には厳しい評価を管理型施設に伝える。

(終わりに)

今回の講習会は指導医のティーチングスキルのレベルを向上させるプログラム及び地域医療研修に対する意見交換を、地域医療研修協力施設医師・管理型病院医師・研修医の三者が一同に会して行った。参加者にはそれぞれの立場の医師の考え方が理解できたことが有意義と受けとめられた。

今後も指導医の技術向上に加えて、地域保健

医療研修がその本来の目的を果たすことができるように、研修に関わる医師間の意見交換の場を沖縄県医師会が提供できるように取り組んで行きたい。

(2) フロアからの意見、感想をふまえて

医師会が主導して地域医療研修協力施設側医師との情報交換、また地域医療研修協力施設側医師を対象とした継続的な講習会の取り組みを行っていることを評価する声がフロアからでていました。他のポスターでもでていましたが、地域医療研修が3年目を迎える中で今回話し合った問題点は他の地域でも挙がってきており、今後の地域保健医療研修をより意義深く、充実したものにするためには地域医療研修協力施設医師・管理型病院医師・研修医と立場の異なる医師どうしの情報交換、意見交換が継続してできるような環境作りが大切であると感じました。今後のステップアップ講習会のあり方についてはまだ話し合っていないですが、今回発表しました「地域医療研修を充実させるための提言」を参考に再び意見交換や討論ができるような取り組みが次回以降もできればと考えています。

終わりに：今回の発表にあたり、多くのアドバイスを頂きました沖縄県医師会地域医療臨床研修小委員会の先生方、並びに武田裕子先生に感謝申し上げます。