

## 第184回県医師会臨時代議員会報告

—平成18年度会務・決算並びに会館建設に関わる諸案件を承認—



挨拶をする宮城信雄会長



去る6月27日（水）、午後7時15分より沖縄ハーバービューホテルにおいて第184回沖縄県医師会臨時代議員会が開催された。

はじめに、新垣議長より定数の確認が行われ、定数53名に対し、41名が出席し、定款34条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。

続いて宮城会長より次のとおり挨拶があった。

○宮城会長 皆さん、こんばんは。今日は、第184回臨時代議員会を開催し、平成18年度の会務報告、諸決算並びに会館建設にかかわる諸議案についてご審議をいただくためご案内を申

し上げましたところ、多数の代議員にご出席を賜りまして厚く御礼を申し上げます。

お陰をもちまして平成18年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位のご協力により予定をしておりました諸事業も滞りなく推進することができました。

とりわけ、稲富前執行部からの継続事業で会員の待望する会館建設に関しましては、会館建設検討委員会、それから各地区医師会のご尽力により、実施設計、建築業者の選定、それから設備、電気、三業者、会員の負担金等についての最終案をまとめることができました。詳細は後ほど、担当理事からご提案、ご説明をさせて

いただきますので、慎重に審議くださいますようお願いを申し上げます。

さて、昨年6月に医療制度改革関連法案が成立しました。昨年10月から実施された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に加え、都道府県ごとの「医療費適正化5カ年計画」の策定、疾病予防を重視した保健医療体系の転換を図るための「特定健康診査・特定保健指導」の実施、それから75歳以上を対象とした「後期高齢者医療保険制度」の創設が来年の4月実施に向け準備が進められております。

ご承知のように、当該医療保険制度改革関連法案というのは、様々な問題を内包しております。日本医師会はその成立過程において非常に苦慮しておりました。これは与党を支持するという立場で法案が出てきたときに賛成をするのか、反対をするのか、非常に困っておりました。

昨年の4月の日医の会長選挙の中で、その問題への対応が非常に遅れておりました。しかし、4月、日医新執行部が誕生したときに、日医が推薦をした武見議員、それから西島議員が非常に頑張ってください、その法案が参議院に送付されてきましたときに、問題点を指摘して、残念ながら法案の文言そのものを変えることはできなかったのですが、21項目の付帯決議を付けさせることができました。本来、付帯決議というのは、法案が出てきて、当然、野党はいろいろ反対をします。野党をなだめすかせるために付帯決議を付けるというのが通常の経過であります。今回の関連法案というのは、これは西島、武見議員がかなり頑張って問題点を改めるためにつけた付帯決議です。そういう意味では関連法案が実施されるときに、この付帯決議が生きてきます。与党が提案をした付帯決議ですから、必ずその付帯決議は生かされるということになっております。

そういう意味で、医師会が要望する医療制度改革というのを、国会の中で決めていくためには、議員の働きというのが非常に大事になってきます。そういう中で今度の選挙が行われま

す。武見議員の得票がどうなるかによって、国は医師会の言うことを聞くのかどうか、あるいは全く無視をするのかどうかという方向にいきます。今は、日医の執行部と参議院、武見議員、西島議員の連携が非常にうまくいって、法案が審議の過程でそれを改めるという方向に出てきておりますし、国のほうもそれはある程度は尊重はしてくるようになってきております。しかし、今度の選挙で武見票が6年前の22万、23万票であれば、また日本医師会の言うことは聞かなくなるだろうという思いがあります。そういう意味では、今度の選挙というのは非常に大事な意味があるということをぜひご理解をしていただきたいと思っております。

それからもう1点、沖縄にとってもこれは非常に大事な意味があります。

昨年の知事選の際には、先生方に非常に頑張ってください、沖縄県医師連盟推薦の仲井眞さんが当選をしました。

その甲斐あって県庁内に政策参与を置くことが実現し、医師会が抱える問題点・要望等について直接知事に相談することが可能となりました。

このようなことから、医師会の政策を進めるためには来月に迫った参議院議員選挙も重要な意味をもっており、武見敬三議員、西銘順志郎議員へのより一層のご支持をお願いいたします。

本日は、お手元の資料にお示ししてありますように、報告2件、議事10件を上程しております。詳細につきましては、各担当理事よりご説明をしていただきますので、慎重にご審議の上ご承認賜りますようお願い申し上げます。ご挨拶といたします。ありがとうございます。

その後、議長より議事録署名人として、浦添市医師会の久田友一郎代議員、那覇市医師会の伊良波隆代議員が指名され、両者共に承諾した。

続いて、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成18年度沖縄県医師会会務について、稲福監事より平成18年度沖縄県医師会会計監査について報告があった。議事は以下の議案について各担当理事から説明が行われ、全

て原案どおり承認可決された。

- 第 1 号議案 平成18年度沖繩県医師会一般会計収支決算の件
- 第 2 号議案 平成18年度沖繩県医師会用地特別会計収支決算の件
- 第 3 号議案 平成18年度沖繩県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第 4 号議案 平成18年度沖繩県医師会共済会特別会計収支決算の件
- 第 5 号議案 沖繩県医師会館建設（実施設計・工事業者決定・建築工事費）の件
- 第 6 号議案 「沖繩県医師会用地特別会計」廃止並びに「沖繩県医師会会館建設特別会計」新設の件
- 第 7 号議案 沖繩県医師会共済会特別会計積立金運用の件
- 第 8 号議案 会館建設に係る借入金の件
- 第 9 号議案 会館建設費負担金賦課徴収（案）の件
- 第10号議案 平成19年度沖繩県医師会会館建設特別会計収支予算（案）の件

なお、第5号議案から第10号議案までは沖繩県医師会館建設に係る諸案件であり、南風原町新川の地に建設予定である会館の設計、工事業者、建設工事費、共済会からの建設資金の借入れ、会員に対する建設費負担賦課徴収等について上程がなされ、異議なく了承された。

建築工事は高橋土建（3億6,740万円）、電気工事は海邦電気工事（7,350万円）、衛生・空調工事は東洋設備（4,903万5,000円）に決定した。合計4億8,993万5,000円、その他、設計・監理費、土地開発申請、ボーリング、下水道工事等に8,258万7千円が必要となり、合計5億7,252万2,000円が会館建設に関わる工事経費となる。

会館建築工事のため、沖繩県医師会用地特別会計を廃止し、その残高1億9,973万円を新たに新設する沖繩県会館建設特別会計に繰り入れる。

これに、一般会計の会館建設積立金18年度累計4,200万円、平成19年度積立金1,000万円の合計額5,200万円を上記工事経費より差し引いた額3億2,079万2,000円が不足額となる。この不足額を補うため、共済会より1億5,000万円を無利息で借り入れる（平成35年度までに完済）と共に、銀行から1億5,000万円を年利2.675%で借り入れる（返済利息4,397万7千円）。

また、会館建設費負担金として、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）を20年間徴収すると共に、会館維持・管理費としてA会員月額1,000円、B会員月額500円、C会員月額500円を徴収する。

なお、会館建設費負担金については、資金不足のため平成19年10月分から徴収することが承認された。

当代議員会における質疑応答の主な内容は次のとおり。

### 質疑応答（要旨掲載）

#### 1. 議事に関する質疑

##### ○呉屋五十六代議員



共済会特別会計について幸地先生にお尋ねするが、雑収入570万円というのは利子なのか。受取利息577万円、これの元金というのはいくらで、何パーセン

トの利子になっているのか。

##### ○幸地賢治理事



元金が2億2,635万7,000円となり、利率が1.16%である。

○山内英樹代議員



質問ではない。報告がたら依頼をしたい。

浦添医師会は収支関連で運営がかなり厳しくなっている。

つい2日前に総会を開き、いろいろ協

議をしたが、まず、会費の値上げが当然議題になる。しかし、この会館建設による会員の負担が10月から発生するので、会費値上げというのはまず厳しいということで、ほかの項目をいくつか挙げて収支のバランスを何とかするという形で総会を終えた。

ということで、ぜひとも、真栄田先生がおっしゃっていたが、経費削減あるいはいろんな質素に運営していただくようお願いしたい。

○渡久山博美代議員



会館建設については、従来から会館建設検討委員の先生方が十二分に念を入れて、いろいろご審議のうえ今日に至ったと思うが、これだけの立派な施設をつ

るので、のちのちのランニングコストというものを考えなければならないと思う。これだけの会場をいろいろ利用する意味で、もしもよその学会とか、あるいはまた地域の方々からの要請依頼があれば、それなりの料金を徴収して、それらをランニングコストに充てるようなお考えはないのかどうかお聞きしたい。

もう1つは、1億5,000万円は共済会費から無利子で借り入れることになっているが、あとの残りの1億5,000万円を3%近い銀行利子を払って借り入れすることになっている。この場合の債務者というのは、会長はじめ理事の先生方になるのかどうかをお教えいただきたい。

○真栄田常任理事



確かにいろんな運営がある。例えば那覇市医師会も会員以外が借りるときにはちゃんと料金設定をして貸し出している。そのため会議室に空きがある場合に

は積極的に会員以外に対する貸し出しすることももちろん検討していく。そして、会員内においては、その料金等もできれば無料であるが、会員以外は会場利用料とか、そういうのも設定して、できるだけ回収するように努めてまいりたい。

それから駐車場が130台分あり、日中はほとんど県医師会の催物は無いので、もし県立病院からの依頼があった場合には料金を設定して駐車場として貸し出すというようなことも検討したい。

○宮城会長 銀行から借り入れる場合の契約は当然、会長名でやるということになっているが、ただ、法的には理事が責任を持つことになる。そのため会員ではなく医師会の理事が責任を持つことになると思う。

2. 代表及び個人質問

「日本脳炎ワクチンについて」

○中田安彦代議員



過日、日本脳炎ワクチンメーカーより当ワクチンの販売中止のお知らせがあった。メーカーからは年内で無くなるのではないかということ

を告げられ、不安を抱いている。今のまま日本脳炎ワクチンを接種しない状況が続けば、沖縄県をはじめとする西日本の子供たちの未来は不安でいっぱいである。日本脳炎ワクチンの安定供給をするための

実効ある方策をただちに厚生労働省は策定し実施すべきであると考えている。沖縄県医師会としての対応をお尋ねしたい。というのも、今春、流行のはしかに対するワクチン供給体制は不備であった。中部地区では麻疹ワクチン接種希望者に対してワクチンを接種することができなかった。厚生労働省はいつも各県で業者に指導しているという話をしているが、ないものは打てない。そういうことで、今後、県としても対応する必要があるかと思い質問させていただく。

○金城忠雄理事



日本脳炎ワクチンに関しては、新しいタイプのワクチンの供給についてまだ具体的に公表できない状況である。現在のワクチンについて、今後、

製造中止を発表しているが、在庫に関しては定期の予防接種として実施するにあたり、県内での在庫が確保できるように、厚生労働省ではメーカーで在庫がなくなる前に対策をとるべきであるとの回答を得ている。

また、沖縄県でも他の都道府県へ在庫の融通等について申し入れを行うとのことである。

平成19年5月7日時点でのワクチンの在庫数量、供給予定量及び昨年在全国販売数量は以下のとおりである。平成19年1月から5月7日までの全国出荷量は13万本、平成19年5月7日現在の全国在庫数量23万本、今後の供給予定量が19万本である。

なお、昨年、全国販売量は22万本であるから供給については十分だと察している。

○中田安彦代議員 失礼だが、平成16年前後の販売量を教えていただきたい。なぜかという、平成17年の5月31日、突然、厚生労働省はマスコミに報道して日本脳炎は廃止になったというような印象を受けていたと思う。だが、去年、日本脳炎が熊本県や他の県で発生したときに、マスコミが報道すると接種者が急激に増

えた。先ほど言ったように必要対象とすべき人数のわりに今は打っていないと思う。

もし日本脳炎が県内で発病した際に、新聞報道で流行するとの記事がでた場合、この数で足りるのだろうかというのを私は危惧している。厚生労働省はいつもメーカーの責任、医師会の責任という言い方をするので、このまま受け身でいいのだろうかという意味で質問させていただいた。厚生労働省はこの回答で本当に良いのか。

○金城忠雄理事 平成16年度の供給量については資料を持ち合わせていない。今後のことについては厚生労働省もADEM（アデム）のことで、積極的に予防接種をしないようにということを言っている。サルの腎臓からつくるとい話もあるが、これが1年以内にできるのではないかという予想だったようだが、いつできるかということについては把握していない。

確かに沖縄県あるいは西日本は日本脳炎のリスクが高いところであるため、このことについてはもちろん厚生労働省への進言をしていきたいと思っている。沖縄県もそのような対応をしているようである。

感染症については、真栄田常任理事とタイアップをして努力していくつもりである。

「特定健康診査に対する県医師会の対応について」

○久田友一郎代議員



特定健診と健康診査、それから特定健康保健指導が平成20年度から開始する予定になっている。実は保険者側というか、市町村とか企業等は、

一体これはどういうふうにしてやればいいのかと、対応にとっても苦慮している。特定健康診査というのは血圧測定と血糖と中性脂肪などで、これはどこのクリニックでもできると思うが、特定保健指導については医師と管理栄養士とそ

れから保健師というチームで組んでやることになっている。国は受診率を60%以上に上げたいということであり、その受け皿として特定健康診査は、おそらく医師会あるいは地域の医師会がやるべきではないかと考えている。

7月4日に勉強会があるということなので、その結果を待たないとわからないと思うが、実はその特定健康診査の対象者がとてもたくさんいるので、全てを健診センターがやるわけにもいかないし、それをやる受け皿として各地区の医師会が対応すべきではないかと思っているがいかか。

○大山朝賢常任理事



久田先生の質問内容の1番目が、各地区医師会内のクリニックで特定健康診査が可能かどうか、2番目が市町村の従来の人間ドックが廃止され、

特定健康診査にかわるようだが、各市町村の対応を把握しているのかどうか、各地区医師会が管内の市町村と協議し決定するのかというご質問である。

一つめの質問に対しては、この特定健康診査は各地区医師会内のクリニックで可能である。可能ではあるが、そのためには資料にあるように、重要事項に関する規定の概要を事前にホームページ等で公表するとともに、9月頃から予定されている社会保険診療報酬支払基金への健診保健指導機関の登録に向けて準備する必要がある。この重要事項に関する規定の概要というのは何かと言うと、厚生労働省がやっているのは、例えば健診だけしようとするもの、あるいは特定の保健指導の両方を行う場合には、それぞれフォームがあり、例えばうちには保健師がいる、あるいは管理栄養士が揃っている、医者がいるといった事をホームページで公表しないといけないとのことである。それをある1つのマニュアルというか、1つの様式ができており、

ある程度概要はできているが、これというはっきりしたものはまだ出ていない。大体決まったパターンがあって、それをホームページに載せないといけないという規定がある。

それから、特定健診・特定保健指導を実施するためには、各医療保険者と契約する必要がある。この契約の場合には、個別契約と地区医師会等を代表窓口として契約を結ぶ集合契約の2つのパターンが考えられる。日本医師会では各医師会が代表窓口となる集合契約の方法を検討してほしいという旨を言ってきている。そのため各地区医師会で保険者と契約をして、それを個々にまわすということになるかと思う。

それから、次の2番目の質問である市町村の人間ドックが廃止されて特定健康診査にかわる件について、市町村の対応を把握しているかどうかということに関しては、本会ではまだ把握していない。しかし、現在、県の医務国保課が各市町村を対象としたアンケート調査を実施しており、その調査項目の中で特定健診、特定保健指導の実施内容等が問われている。当アンケート調査が集計され次第、本会にも情報提供していただくよう申し入れている。まだアンケート調査をしているところであるが、来る7月4日に8時から開催予定の特定健診、特定保健指導に関する検討委員会で行政側からも説明していただくとともに、各地区医師会の考え方についてもご協議いただく予定になっている。

那覇市医師会から質問があって後日それが取り下げられたが、特定保健指導をするためには、勉強会をやらないといけない。県において勉強会を2日間にわたって行っているが、ウィークデーのため開業をしている先生方は参加が難しい。月、火、水に開催されていると思うが、これを休みを利用して2日間の間に特定保健健診や、特定保健指導のやり方というのを講習会を持つことにしているので、そのへんも含めて7月4日に医師会長の宮城会長や玉城副会長を交え、郡市区医師会の方々と検討していきたい。

**「総合診療医について」**

**○友寄英毅代議員**



厚生労働省から総合科、あるいは総合医という考え方が出されているが、これに対する日本医師会の見解、あるいはこの問題について沖縄県医師会の

今後の取り組みなどを教えていただきたい。

**○安里哲好常任理事**



厚生労働省の見解としては、総合科の新設を積極的にしていきたいという気持ちをもって

いるようである。ただ、医道審議会に対し、各関係者の意見をもらって検討していく方向にあるようである。

狭い専門領域の専門ではなく、内科、小児科等の幅広い領域について、総合的かつ高度な診断能力を有する診療科を総合科として、医療法上、診療科名に位置づけ、国の個別診査によって標榜医師資格を増やす。要するに国家的なライセンスのような考え方をもって

いるようである。また、総合医に求められる能力として内科、小児科を中心とし、診療科全般にわたって高い診療能力を有している、患者の疾患の状態にあわせた医療の選定など基本的予防から治療、そしてリハビリテーションに至る過程において継続的に地域の医療資源を活用できる能力を有していると解釈しているようである。

それから、日医の見解としては、総合科、総合医としての国家ライセンスは反対だと述べている。それとゲートキーパーとしてのフリーアクセスの障害になることも反対。それから人頭払い関与することも反対と述べている。この3点は反対だが、それを除いては積極的に推進し

ていきたいとしている。3つの学会、日本家庭医療学会、日本プライマリーケア学会、日本総合診療医学会と連携をとって総合認定、あるいは専門医制度を構築していきたいとしている。聖路加病院の福井病院長が日医の生涯教育の委員長になっており、福井先生を中心に、三学会とで検討しているようである。沖縄県の見解としても、日医の意見と同じである。

2番目として、どのような制度になり、どの年代から適用していくのか、現行の学会の認定、専門医制度との整合性も含め注意深く経過を見ていくと同時に、必要に応じて早急な対応をしたいと考えている。

それから、3番目に積極的に研修会等の協力実施をしていきたいと考えている。

**「消費税について」**

**○中田安彦代議員** 現在、医療費は非課税となっている。従来の説明では医療機関は最終消費者の立場に似た立場であるとして、納入価につく消費税を差し引くことはできず課税となっている。

一方、輸出企業は輸出品を非課税であるとして納入価にかかる消費税は戻し税として国から払い戻しを受けていると聞いている。輸出企業が払い戻しを受けることができるのであれば、医療機関においても同様な措置を講ずるように国に要請すべきと考えている。県医師会としてはどのようにお考えかお聞きしたかったが回答(書面)のとおりでいいと思う。

**○嶺井進常任理事**



少し訂正がある。これまで日本医師会はゼロ税率、軽減税率を一生懸命目指して要望してきたが、最新の情報によると、第一優先はゼロ税率、次に軽減税率、

両方だめなら一般事業所と同じような課税対象にしてもらうという方針らしい。これは私



もそう思っているが、おそらく消費税のアップのときに、日本医師会は軽減税率にするいいチャンスだと思っているようである。

輸出品がゼロ税率というのは、最終消費者が海の向こうにいるため、これはやむを得ない事態である。しかし、医療もそれと同じようにしてくれというのは、はたして可能かどうかかわからないが、日医は頑張ってくれるものと思う。

**「県立病院の医師確保及び医師手当の廃止問題について」**

○長嶺信夫代議員



今日の新聞にも、離島・へき地問題、医者確保、県立病院等、いろいろ問題の記事が掲載されている。

そのような中、県立病院の医師手

当の廃止が県で検討されているとのこと、まず保健所のドクターからアドバルーン的に、医師手当の廃止について報道機関にリークしている感がある。少なくともそういうことを念頭に置いて全体の医師会、あるいはそういう関係方面の意向を伺うようにしているのではないかと。厚生労働省あたりがいろいろな施策をするときに、1つ新聞社にリークして、反応をみるような感じである。

玉城副会長からの返事はここに書いてあるが、県立病院が救急等で忙しければ民間医療機関にそういうのを負担してもらえばいいのではないかと。ということがいつも出てくるわけだが、現実問題として採算性を考えている民間病院が、現在の救急医療やいろんな意味で県立病院が担っている問題をすぐ簡単に移行できるような体制ではないと思う。

現実には、これは仕方ないといえば仕方ないかもしれないが、県立病院の優秀な医者がどんどん辞めざるを得ない状況である。過重労働の中でこれ以上やっていけないと辞めて民間病院に

移っていく優秀な先生方がいる。それはそれで民間病院がちゃんとできる体制ならばいいだろうという考え方も出てくるかもしれないが、しかし、現実の沖縄の医療体制を、あるいは救急医療体制はかなり公務員医師会、そして県立病院に負担してもらっている。沖縄県の医師会会員、私も開業医ではあるが、何とかなるだろうとよそから見てはよくないのではないかと。そういう意味では県医師会は県医師会としての立場で、県の意向が出てくる前に常々そういう意見を述べて、それに対しての見解を十分述べていく必要があるだろうと思う。

アンケートでもあったが、保健所やその現業部門で医師手当が削減されたら、半分近くの医者が辞めるとアンケートに答えている。もちろんそのとおり辞めるかどうかはわからないが、そう追い込まれるような体制は、現在の医師確保、県立病院や離島の医師不足が叫ばれて、医師確保に非常に困っている状態に追い討ちをかけるような感じになる。それに対してやはり県当局が1つの方向を出す前に積極的にそれに対する対応、そういう意見を述べていくべきではないかと感じているので質問した。

○玉城信光副会長



お答えになるかどうかはわからないが、先生が話されていることは、おそらく医師会全員がよくわかっていることだと思う。それで論点を3つに分け

させていただいた。

医師不足に関しては、今、ドクターバンクが働いていて、県立北部の産婦人科医師が1年間何とかできるということとか、それから座間味診療所も何とかできるという話が出ている。ただ、それは一時しのぎだろうという気がしており、昨年ずっとやっていた。「離島・へき地の医師確保対策事業」というのがあって、その延長上でドクターバンクができたが、本当に医師



を確保するためには先の問題を見ながら、後期臨床研修、その定着を沖縄に図るべく今いろいろ福祉保健部にも働きかけているが、なかなかRyu MIC、琉大のグループと県立病院のグループと、それから民間の群星の3グループの提携という動きが出ていない。それを先日、琉大学部長とも話をしたが、早急にやりたいと思っている。県がだめであれば県医師会が一応、音頭をとりながらやっていこうと今考えている。

それから、医師手当の削減については、伊波部長と知事との話でもちらっと出たが、具体的にどこでどうするかというのがまだはっきりわからない。ただ、少なくともそれは保健所の医師という話が出ていたが、何をどうするかということと私もわからないところがあって、いろんな手当てが輻輳して出ているようである。そのため手当を整理することが1つの解決策かという感じもするが、給与についてはちょっとまだわかっていない。

ただ、先日の地区医師会長会議の中で、公務員医師会長から話題提供があったので、もしどのような動きになるかはわからないが、出てきたら県医師会としては十分バックアップをしていきたいと思う。

それから、先ほど長嶺先生が言われたように、過重労働という問題は、必ずしも県立病院だけではないが、県立病院の過重労働というのは、救急がかなり足を引っ張っているというのは私の頭の中にはある。そうすると救急というのは政策医療の分野で、県立病院の全体の仕事を100%としたら、どのぐらいの重さでそれを見ているのか確認しなければならない。そのへんの分離ができない限り、どの分野が政策的にいろんなものを補填すべきところなのか、一般の分野までそうなのかということ調べないといけない。県立病院の救急医療を受け入れられる民間病院は、おそくないと思っている。そのため救急以外の分野を民間病院がかなりカバーしていけば、県立病院の救急医療の過重労働が軽減できるのではないかとということと、知事、両副知事、福

祉保健部長、病院事業局長とも一緒に話しをしているが、この経営健全化計画というのが過去に何度も立てられているが、知事はそういう答申が出ていることは知らなかった。そのためそれについての経営健全化を本当にやってみようという話が今起こっている。そうすると各県立病院は一律に図れないと思うので、各々の地域で自分たちがどういう医療をすべきか、そして経営を健全化するためには何をどうしたらいいかということ自分たちで解決策を出さなければならぬ時代がきていると思う。

1年間に県立病院に沖縄県が繰り入れている金額は69億円、必要があればいくらでもいいと知事は言っている。ただ、この69億円が根拠なくどんどん増えていくということに何らかの危機意識をもっているということである。

いずれにしてもそういうものとの絡みで、地域医療をどう考えるかということで、地域医療というのは決して県立病院だけが担っているのではないということを念頭に置き、ほかの病院を利用するという方法も考えていきたい。昔、地域完結型医療ということで県医師会もいろいろお話をさせていただいたが、それにもう1回戻らないと、県立病院の過重労働は県立病院だけで絶対解消できるものでないということ、私の考えだが思っている。なかなかこれは一律に解消できないが、一番本当に考えるべきは県立病院の中の先生方だと思っている。

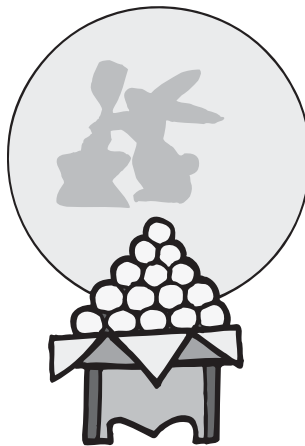
最後に北部の名嘉眞透代議員、高芝潔代議員より、沖縄県保健医療計画が国の方針により、予定より1年早く平成20年に策定することになっており、タイムスケジュールでは本年4月から10月の間に各二次医療圏からの地域医療計画の素案を作成するようになっている。そのため、北部地区医師会として素案の中に取り入れてもらうべく、“北部地区医療提供体制計画案「主に急性期医療を中心に」”を作成したとのことで、パワーポイントを用いて説明が行われた。

収 支 計 算 書 総 括 表

平成18年4月1日から平成19年3月31日まで

社団法人 沖 縄 県 医 師 会

科 目	合 計	一 般 会 計	用 地 特 別 会 計	医 事 紛 争 处 理 特 別 会 計	共 済 会 特 別 会 計
I 収 入 の 部					
1. 入 会 金 収 入	1,642,000	1,642,000	0	0	0
2. 会 費 収 入	225,987,300	196,401,300	0	3,612,000	25,974,000
3. 補 助 金 等 収 入	38,640,400	38,640,400	0	0	0
4. 負 担 金 収 入	7,394,000	7,394,000	0	0	0
6. 雑 収 入	12,501,296	6,719,662	981	1,862	5,778,791
8. 特 定 預 金 取 崩 収 入	40,707,500	24,574,000	7,500,000	2,000,000	6,633,500
当 期 収 入 合 計	326,872,496	275,371,362	7,500,981	5,613,862	38,386,291
前 期 繰 越 収 支 差 額	50,983,612	30,670,663	1,926,766	784,292	17,601,891
収 入 合 計	377,856,108	306,042,025	9,427,747	6,398,154	55,988,182
II 支 出 の 部					
1. 事 業 費	133,169,642	110,510,797	0	2,424,345	20,234,500
2. 管 理 費	139,470,416	130,647,429	4,254,923	2,583,136	1,984,928
3. 会 議 費	15,940,386	15,940,386	0	0	0
4. 固 定 資 産 取 得 支 出	4,420,000	0	4,420,000	0	0
5. 特 定 預 金 支 出	33,000,000	13,000,000	0	0	20,000,000
当 期 支 出 合 計	326,000,444	270,098,612	8,674,923	5,007,481	42,219,428
当 期 収 支 差 額	872,052	5,272,750	△ 1,173,942	606,381	△ 3,833,137
次 期 繰 越 収 支 差 額	51,855,664	35,943,413	752,824	1,390,673	13,768,754



## 平成19年度第1回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



みだし都道府県医師会長協議会が平成19年6月19日（火）午後3時から日本医師会館で開催された。

はじめに、司会を務めた羽生田常任理事より開会の辞があり、会長挨拶、協議が行われた。

唐澤会長からは、「年金問題をはじめ、医療の状況も医師不足の偏在、へき地医療、離島医療、小児救急医療、産科医療と課題を列挙すると枚挙に暇が無い。課題山積の状況の中で一つ一つ丁寧に取り組んでいきたい」との挨拶があった。引き続き、協議に入る前に去る6月4日ご逝去された大輪次郎前愛知県医師会長の葬儀について、瀬尾愛知県医師会長から関係各位より供花、弔電等を賜り無事葬儀が執り行われたことに対し御礼の言葉が述べられた。

その後、提案された16題について協議が行われたので概要について報告する。

### 協 議

#### (1) ノロウイルス検査の保険適用について (鳥取県)

##### 提案要旨（抜粋）

鳥取市で発生した集団食中毒事件後、給食調理員や食品加工業などの従事者が「ノロウイルス検査をしてほしい」として医療機関を受診するケースが増えている。ノロウイルス検査は保険適用外で混合診療になるのではないかと懸念も生じる。感染の拡大防止のため、迅速なる診断、治療、保健指導が求められるところであり、保険適用すべきと考えますが日医の見解をお聞きしたい。

又、アースウイルスについて、感染してひどくなると生命に危険を及ぼす病気であるが、入院しない人には保険適用ができないという理不尽なことになっているので、ガイドラインで検査して重症化を防ぐことができるようにしてもらいたい。

**【鈴木常任理事説明】**

昨年11月30日に疑義解釈委員会にノロウイルス検査の保険適用について申請があり、協議が行われた。審議の結果、公開の検査キットは擬似衛生の問題等、その精度が十分とは言えないという事で見合わせる事になった。この検査キットは他に機器が必要になり、測定が難しく、且つ結果が出るまでに数日を要することになり、その間にノロウイルスの症状が消えてしまうところがあり、現時点での保険適用は認められないとの結論になった。しかしながら、ノロウイルスの拡大防止の観点からは必要なことであり、迅速、簡便な検査キットが開発されれば保険適用は前向きに考えていきたい。

アールスウイルスは従来3歳未満となっていたが、平成18年4月から入院患者にも年齢制限しないで拡大されている。外来患者への保険適用については、各医会、学会等からの要望を踏まえ地域診療報酬改定の議論の中で進めていきたい。

**(2) 婚姻の解消又は取り消し後300日以内に生まれた子に対する医師の「懐胎時期に関する証明書」について（新潟県）**

**提案要旨（抜粋）**

法務省は離婚後に妊娠したケースに限り、医師の「懐胎時期に関する証明書」があれば現夫の子或いは非嫡出子として出生届けを受理する通達を5月7日に出したが、証明書について質問したい。

懐胎時期の算出根拠は3つあり、いずれかを選択することになっている。

その他 (3) で示された事項で、西島議員の質問に対し、松谷医政局長は「懐胎時期について診断できた場合には診断書を交付することになるし、診断できない場合は正当の事由に当り、必ずしも診断書交付の義務は課せられない」と答弁しているため、一まず安堵している。

もしこの懐胎時期に複数の男性と性交渉があり、その内の一人の嫡出子として出生届けが提出され、その後DNA検査等で嫡出子を否定さ

れた場合、証明書に記載された懐胎時期が違っていたとして「虚偽診断書作成罪」や「公正証書原本等不実記載罪」等に問われたり、裁判所に召喚されたりすることはないであろうか。

**【今村定臣常任理事回答】**

**①犯罪に問われる可能性について**

刑法第160条の「虚偽診断書作成罪」及び同法第157条の「公正証書原本等不実記載罪」、これは共に故意犯の規程であり、犯罪の成立にはいわゆる故意というものが必要になってくる。犯罪が成立するためには虚偽の診断書作成であること、又、公正証書への不実の記載をしたことを本人が認識、任用していなければならない。

よって、医学的な根拠を持って懐胎時期を推定する限りにおいては、虚偽ないし、不実の記載の認識がないのが通常であり、同罪にとわれることはない。又、医師が証明するのは母の懐胎時期であり、特定の父と出生日との親子関係を証明するものではないので、後にDNA鑑定等で生物学的に父子関係が確定されたとしても虚偽の記載あるいは不実の記載をしたことにはならない。

**②裁判所へ召喚されるケースについて**

嫡出否認の訴え或いは親子関係不存在の訴えにおいて、召喚される可能性はゼロとはいえないが、生物学的親子関係の有無はDNA鑑定等で明確になるので、懐胎時期に関する証明書を作成した医師が改めて召喚されるケースは殆どないと考えている。又、後に嫡出子が否定され、生物学的な父子関係が否定された場合でも、診断書を作成した医師が証明したのは懐胎時期であり、親子関係ではなく、民法の第772条の効果であり、これにより損害賠償を請求されることはないと考えられる。

明らかに懐胎時期を間違った診断をした場合は、損害賠償の責任を負うこともあるが、これは他の診断、治療と同様であり、本件に特有な問題ではないと思っている。日頃から不必要なトラブルを避けるために証拠を保全しておくことを習慣付けることが肝要であると考えている。

### (3) 医療財源確保について (山口県)

#### 提案要旨 (抜粋)

公的医療費増加の主財源には保険料の引き上げや事業主負担金の増額、税金(消費税・たばこ税)等があげられるが、引き上げの是非には理論構築が必要となり、日医の考え方を明確にしておく必要がある。又、国の特別会計から医療財源の一部を捻出する方策についても検討の余地はある。

2025年度の厚労省推計48兆円に対し、日医のグランドデザインの中では46兆円と厚労省の推計を下回っているが、現行改正法下での推計値だけでなく、医療の質と安全が十分に担保され、医療関係者の士気が揚がって医療現場での諸問題が解消される状況を踏まえた推計値も示し、そのための医療財源をいかに確保するかについても国へ提言していただきたい。

#### 【中川常任理事回答】

国の医療費抑制の結果として医療、特に地域医療が崩壊の危機に瀕していることはご指摘のとおりである。この危機の緊急的な脱却を目指して、特に骨太の方針2007に向けてロビー活動、マスコミとの懇談会、毎週の記者会見を含め精力的に取り組んできた。日医の主張のポイントは6月7日付送付した「あるべき医療の確保に向けた緊急提言」に示したとおりである。この提言をもって日本の医療の疲弊した実態、医療現場を守るためには、まず診療報酬の引き上げが必要であることを説明し理解を求めてきた。又、この提言の中で医療費の推計も行い、厚生労働省は制度改革後の2015年の医療費推計を44兆円としているが、日医による試算のあるべき医療費は45兆円となっている。この財源の一つに国の特別会計が2005年度決算で53兆円剰余金が出ているが、この特別会計の内容が非常に分かりにくい仕組みになっており、その透明性を高めていくことにしている。

消費税に関してはご提案のとおりであるが、日医は、国民負担は最大限に少なくするという方針であり、医療費財源のことで自ら消費税の引き上げを求めるということは得策でないと考え

えている。保険料の事業主負担金の増額等を全て検討し、最終的に消費税というのが日医の考えである。仮に国が消費税を引き上げた時の準備は併行して進めている。

#### 長野県医師会から追加提案があった。

長野県医師会から、①医療費の総枠の拡大と②医療費の患者窓口負担を増加させないために「国民が安心できる医療費を確保するための請願書」を長野県議会に提出することにしており、日医が指導制をもって各県でも取り組んでもらうようお願いしたいとの要請があり、羽生田常任理事より各県への協力を求めるコメントがあった。

### (4) 医療財源確保について—消費税と後期高齢者医療制度— (石川県)

#### 提案要旨 (抜粋)

後期高齢者医療制度については、高齢者への感謝という観点から、消費税の増税にあたっては、その財源の後期高齢者医療制度への重点的な投入が国民の理解を得やすいと考えるが、日医の考え方をお聞かせ願いたい。

#### 【今村聡常任理事回答】

医療の財源に消費税を投入することは当然考えられることであり、日医の方針は中川常任理事のコメントのとおりである。いざ消費税が上がるとなった時に、医療の財源になるための理論的な構築は当然必要であると思っている。今、二つの準備をしており、一つは4月から会内の常任理事6名と日医総研、事務局で検討会を設置して、これまで4回(ほぼ終了間近)医療財源の必要性、税率等の数値を当てはめて理論的な構築を進めている。ただこのことを日本医師会が公に外に向かって医療の財源として消費税を考えていることを、声高に言えるかどうかについては慎重に取り扱い、会内の検討として進めている。それから日医の主張だけでいいのかという意見もあり、外部の学識経験者で社会保障の財源と医療の財源として、如何に消費税がふさわしいかということについての理論的な論文も作成している。



- ②新医師臨床研修制度の見直しについては、日医でもプロジェクト委員会の中で検討をしているところである。定数の見直しの今のあり方はいろんな偏在を助長する流れがあり、そのところの適正化を主張している。そこは骨太の方針、政府与党の緊急的な医師不足対策の中にも盛り込まれているので、その辺の見直しは早急に進むのではないかと考えている。
- ③地域医療提供体制については、第6次医療法改正を睨んで地域医療提供体制のあり方検討委員会で話しが進められている。その中では地域医療支援病院、特定機能病院、そしてかかりつけ医と言われている開業医の役割が課題として上がっている。この課題に関しては、厚生労働省から先走っているような提言が出ているが、逐一医療現場を守る立場から計画のみ直しを行うことで対応させて頂いている。今年夏ごろに中間答申のとりまとめを行うことにしており、会内でも検討を進めている。

**(7) へき地勤務等最近の日医の提言について (茨城県)**

**提案要旨 (抜粋)**

「後期高齢者医療制度における一部包括化」「総合医」「9時から5時まで」「勤務医のへき地医療研修」などの日本医師会の提案は厚生労働省に逆手を取られ、とても受入れがたいものとなっている。

総合医の提案も内科以外に、整形外科はもちろん耳鼻科、眼科などの専門診療科医の事を考えているのでしょうか。私が許すことができないのはへき地勤務に関する発言です。地域医療対策委員会の「へき地勤務の義務化」中間答申は信じられない答申です。臨床研修を終わったばかりの医師にへき地勤務を義務化することなど許されることではありません。

日本医師会がやらなければいけないことは、現在のへき地における医療提供体制の不備を指摘し、環境整備をし、後方支援体制を整え、意欲ある医師が進んでへき地勤務ができる体勢の構築を政府に要望することではないでしょうか。

日本医師会は国民の健康を第一に考えていくことが使命ですが、医師会員の協力がなければなりません。このままでは医療崩壊の前に日本医師会が崩壊してしまうのではないかと危惧しておりますが如何でしょうか。

**【内田常任理事回答】**

へき地義務化について、地域医療委員会でのような中間答申が出されたというのは事実であるし、今年度も継続して審議している。再三申し上げているように地域における深刻な状況を反映した答申であったということでの認識がある。今回政府与党案で医師確保対策がだされたが、そこには義務化は入っておらず医師会としてもこのような提言をしたことはない。各地域の実情に応じた柔軟な対応というものをやっていかないといけないし、実効性のあるものに関して取り組んでいく議論が必要だと思う。

総合医については、現在学術推進会議、生涯学習推進会議、プライマリケア学会等の関係の学会が連携してカリキュラムを調整しているところであり、様々な診療科で開業され経験も豊富であり、地域での役割を果たしている先生方を排除するような制度にはならないと認識しているし、そういう制度にすべきではないと考えている。厚生労働省が出した総合科情報といった認定制については、これは厚生労働省の方で事実上撤回している。今後もそういうことが出てくる可能性があるが、そういうことが絶対ないようにしっかりと取り組んでいきたい。

後段の会員からのご批判については、謙虚に受け止め、そういうことがないように対応していきたいと考えている。又、ご指摘の診療科選択の制限、自由開業制の制限、保険医定年制、保険医定数制等が厚生労働省の先取りとなることがないように、今後ともご指導とご協力をいただきたい。

**(8) 総合科、総合医なる名称についての見解を (京都府)**

**提案要旨 (抜粋)**

昨年来、日医執行部から「かかりつけ医」と



という言葉が漸く消えたと思っていたところ、最近「総合医」「総合科」ないしは「高い総合診断能力」を持つ医師という言葉が、厚労省をはじめ日医執行部からもきかれるようになってきた。今、言われている「総合医」なるものと、多くの会員が提供している現在の医療とどう違うのか、現在の開業医は「心を診ていない」のでしょうか。

日医の提唱する「総合的な診断能力を有する医師」は、厚労省医道審議会の分科会で論議されている「総合医」なるものとどう異なるのか、どのような定義になるものか明らかにすべきではないでしょうか。

へき地への若手医師や勤務医への義務化の報道については、多くの勤務医から日医への反発が噴出しています。今回の「総合医」「総合科」なるものへの対処を明確にされないと、今度は、診療所の会員の多くが執行部への反発と不信感を招くと危惧します。又、「総合医」をゲートキーパーとする後期高齢者医療制度の創設と人頭割制導入の流れが明白であることを多くの会員は認識しております。執行部のご見解を伺いたいと思います。

**【唐澤会長回答】**

「総合診療科」または「総合科」という表現は、厚労省が勝手に言っただけのことであり、我々は一切関知していない。早急に取り下げて貰うことを迫っている。

ここで私の思いを述べさせていただくが、歴代の日医生涯教育委員会では、日医生涯研修で発行された認定書を価値あるものにしようという提言が度々出された。世間に日医生涯研修制度があることや、それを通じ発行された認定書の重みを世間に知らしめたい。これが第一の目標である。また、認定書を持つ医師は多様な研修を長期にわたり行った医師であり、社会からもっと評価されるべきだと考えている。厚労省もこの制度について、明確に理解し評価すべきであると考えている。そして、このことをしっかり社会に訴える手助けをするのが厚労省の役割だと考えている。日医が求める認定はそういうレ

ベルのものである。

唐澤会長コメントのあと、再び森会長から「3月16日の生涯教育担当理事連絡協議会で出た日医案はないと理解して良いか。」との質問があり、唐澤会長から「現在、日医生涯教育に関する検討会で検討中であり、今のコメントは私の考えを述べたまでである。」と回答があった。森会長は「会長の考えを実現するためのお話であれば、今懸念している事項は解消されると思っている。このような文言が再びでてくることがないように要望したい。」と述べた。

また、追加発言として、埼玉県吉原会長より「各県で行っている日医認定生涯教育講座に重みを持たせ、実際に会場に来て勉強したという証明を各県会長が証明し認定とするならば、厚労省もマスコミも認めると思う。生涯教育の優良化を真剣に考えて頂きたい」と要請した。

**【飯沼常任理事回答】**

医師の生涯教育に関するボトムアップのためにどうすべきかという単純な発想であり、厚労省の話とは全く無関係な私たちでスタートした。家庭医に関する学会が3つあり、日本プライマリケア学会、日本総合診療医学学会、日本家庭医療学会との共同で、ワーキンググループに近い形で検討しようという運びになっている。将来認定機関になれば、合同もしくは日医単独も有りうる。また、生涯教育の指針をつくるために、聖路加の福井先生を委員長にカリキュラムを作っているところである。いろいろな方策が考えられるので、今後どうしていくかを検討しており、そのたたき台として、昨年、私案を出した訳である。委員会でのこれからの進展をご報告したい。

**(9) 感染症対策について (京都府)**

**提案要旨 (抜粋)**

以下のことを感染症対策として国が実施するよう日医の働きかけを要望するとともに、麻疹の排除に向けての積極的な介入を要望します。

この間に厚労省を通じて日医から流れてきた

が、日医からの明確な指示が何もない。厚労省からの通知文をそのまま流している。これでは感染症対策で地域医療対策に従事する意味がない。是非、ここは日医が総力をあげて国に働きかけを行っていただきたい。

また、ワクチン行政の中で、この数年間小児科医を中心に、予防接種を行っている人達に不都合な通知が厚労省から出されていることについても伺いたい。

**【飯沼常任理事回答】**

厚労省の発信する内容と、日医から発信される内容が同じということについては、結核感染課血液対策課との意思疎通が図れており、都道府県に出す前には必ず日医へ相談に訪れ、最終の調整まで、しっかり我々と協議を行っているので、一字も違わないのはそのとおりである。

今日は厚労省と交渉結果で成果をあげた事項について報告する。一つ目は、DPTジフテリア、百日、破傷風のワクチンが3週～8週の間、に打たなければいけないとされていたが、日にちが過ぎていても先生方のご判断で接種できるようになった。まず一つの風穴が開いたと思う。二つ目は、麻疹に関しては、6ヶ月に予防接種をした子が、1歳になった際に定期接種を行いたいと希望した場合も接種が可能となった。これからも続けていきたいと考えている。

また、予防接種インフルエンザのワクチンが間もなく市場に出回るが、我々はこれを勧奨による予防接種にしたいと考えており、そういうことも少しずつ厚労省にはシグナルを送っているので、交渉を粘り強くしたいと思う。

**飯沼常任理事回答の後、京都府森会長より、追加説明があった。**

厚労省からの通達に関する真意は、日医からプラスアルファ（接種者の費用負担等を国に要望等）を期待してのこと。国からの通達は、どうしても通達通りにならざるをえないことは理解している。日医としては、こういうことを要望しているということを伝えて欲しい。

DPTについては発熱を呈している等というこ

とで勘案されている様だが、実際は京都市がこの件に関し厚労省に問い合わせたところ、「この場合、最終日において予防接種を行うことが不適当な状態にあったという医師の証言が必要である」との文言がつくとのことである。この辺りが通達として出る場合、おかしなことが出てくる。各自治体も厚労省に問い合わせると、あまり良い答えが得られず、自らの首を絞めるようなことになりうるので、そのあたりの整理をして頂きたい。

**また、三重県加藤会長代理からも予防接種行政について追加要請があった。**

予防接種行政については、予防できるワクチンを全て予防接種で行うというコンセプトが欠けているため、諸外国に比べ麻疹が発生したりする。

一つには官の組織が弱い。例えばアメリカのシステムでは、官の組織と民の組織、専門機関が対立を軸としてシステムが成り立っている。我が国は、厚労省の数人の係官で通達を出すシステムであり全く異なる。日本は中長期までの戦略が立てられないシステムになっている。組織の構築に向け日医の積極的な運動をお願いしたい。

**(10) 禁煙条例を制定する要望書の提出について (徳島県)**

**提案要旨 (抜粋)**

徳島県医師会では、世界禁煙デーに合わせて「禁煙条例を制定する要望書」を県知事宛に提出した。各都道府県医師会でも同様な取り組みが出来れば大きな力となる。日医としても是非法制化できるよう一歩踏み込んで頂きたい。

**【内田常任理事回答】**

先ごろのガン対策推進法の基本計画策定にあたっては禁煙に関する具体的な数値目標の設定に踏み込むことは出来なかった。政治的な圧力が強くて具体的な一歩が踏み出せなかった。今後、基本計画の策定は都道府県の策定に移っていくため各県で是非盛り込んで欲しい。日医で

は平成15年3月に策定した禁煙推進に関する日医宣言がある。全国の病院、診療所および医師会館の全面禁煙を推進する。従来から医師会は禁煙に関し積極的に多彩な取り組みを進めなければならないというところである。また、平成19年5月20日号の日医ニュースの折込で健康ぶらぎのやめよう悪い習慣、恐ろしいタバコの害という記事を作成しているの、是非活用いただきたい。

今回、徳島県からの要望書については、全面的に賛同する。日医としても今後の団体推進計画等の具体化の中で、このような取り組みが積極的に展開されることを全面的に支援していきたいと考えている。

**(11) 政府あるいは厚労省に対する反論を速やかに (岡山県)**

**提案要旨 (抜粋)**

「開業医を人間並みに扱わないような発言があった。」こういう時は是非、記者会見や今後の対応を検討するというのではなく、即、担当理事や会長が厚労省に行き、注意を行えば訴えそのものが強くなる。

また、新聞広告についても各社競合させていく必要がある。厚労省に出かける際には、ベテランの記者をつける等パートナー取り引きをして頂きたい。日医の記者会見など一般の新聞では一度も見たことがない。少々手荒な方法でも構わないので、対応して欲しい。

**【中川常任理事回答】**

今回の質問の趣旨としては、厚労省の方針が出される前に、事前に情報を把握し問題がある部分は予め修正削除させるべきとのご指摘と理解している。全く同感である。我々執行部も厚労省が検討を進める以前に情報を把握し、問題点の認識を執行部全体で共有し迅速な対応を取るよう今後も努力していく。

更に、現在日医は政府厚労省の政策案について、その結果に抗議反論するだけでなく一步先んじて、主張していくことに努めている。例をあげるならば、財政制度等審議会は6月6日に

建議を提出したが、日医は建議検討段階の5月23日に財政審の認識の誤りを正している。これに続く、骨太の方針2007は6月12日に原案が取り纏められた。ここでも日医は5月16日、6月6日に検討の方向性について問題点を指摘し、6月7日に日医として主張、あるべき医療の緊急提言を発表した。延べ30名以上の関係国会議員に対して、精力的にロビー活動を行った。基本方針2007は本日19日、諮問答申となる予定だが、日医の主張も取り入れられた内容となる見込みである。これについては正式に発表された後に追って報告したい。

2点目は、新聞の意見広告のあり方を含めてのご指摘である。新聞の意見広告については発行部数、読者層、掲載時点での社会情勢はもとより一定の費用で最大限の効果が得られるよう努めている。また、都道府県医師会長、代議員の理解を得ながら、積極的に責めの広報を展開していきたいと考えている。広告を通じた国民への啓発と同時に、国会議員に対するロビー活動や広告掲載元であるメディア各社への対応が一体的に行われてこそ、医療を取り巻く状況は正しく認識され、あるべき医療の国民的合意が生まれるものと考えている。

また、このような活動は地域の医療現場から発信されてこそ意義があり、啓発・広報活動、国会議員への働きかけなど、医療崩壊の機にある今こそ、都道府県医師会の先生方のこれまで以上の取り組みをお願いしたい。

**中川常任理事回答の後、三重県加藤会長代理より、追加要請があった。**

広報のありかたも関係すると思うが、如何にタイムリーにカウンターパンチを出すかが広報の基本である。普段から理論武装しておかなければならないという点と、相手に手強いということ的印象付ける必要がある。マスコミにくどくなると圧力団体のレッテルを貼られてしまう。如何に官庁に対してカウンターパンチを迅速に出せるか是非お考え頂ければ幸いである。

**(12) 都道府県医師会の医事紛争処理機関が  
弁護士会のADRに参画することについて  
(大阪府)**

**提案要旨 (抜粋)**

裁判外紛争処理解決手続きの利用促進に関する法律（ADR促進法）の施行に伴い、弁護士会やNPO法人が単独で、もしくは専門団体と共同で、医療問題の紛争手続きを含めたADRを設置しようという動きが見られる。茨城県医師会におかれては、「医療問題中立処理委員会」を設置され一定の成果をあげておられると仄聞している。医師賠償責任保険制度を運営される日本医師会としてこのような弁護士会の動きをどのように考えているのか。

また、本会を含めて、多くの都道府県医師会では、会員の負担軽減を主たる目的として、医事紛争処理機関を設置して活動している。都道府県医師会の医事紛争処理機関が弁護士会のADRに参加を求められた場合、どのような対応が望ましいのか。医師賠償責任保険制度との関連を含めて、日本医師会の見解を賜りたい。

特に平成20年度に公益法人改革関連三法が施行されるが、医師会が会員互助を目的として医事紛争処理機関や医師賠償責任保険制度を運用することにつき、かかる事業が公益認定をうけることに支障がないか、日本医師会のご見解をお聞きしたい。

**【木下常任理事回答】**

ADRとは（Alternative Dispute Resolution）の略である。仲裁、調停、あっせんなどの、裁判によらない紛争解決方法を広く指すものである。例えば、裁判所において行われている民事調停や家事調停もこれに含まれ、また、行政機関（例えば建設工事紛争審査会、公害等調整委員会など）が行う仲裁、調停、あっせんの手続や、弁護士会、社団法人その他の民間団体が行うこれらの手続も、すべて裁判外紛争解決手続に含まれている。

ADRでは、紛争への原因究明と再発予防だけであれば良いのだが、金銭的な問題を処理しなければならない点で問題が出てくる。ADRは

医師会のみならず、他の全ての紛争に対する処理機関である。特に医療事故に関する問題は特殊であり、この運用に合うのかどうか検討が必要である。ADRを特に勧めようとする傾向が患者側の弁護士サイドに多く、患者サイドにシフトした結論・結果が多くなることが懸念される。また、保険会社との絡みも問題を残す。通常、裁判で判決が出たものについては、支払い義務が発生するが、このADRでは、仮に賠償金額が決まったとしても保険会社は飲むとは限らない。再審を求められるケースも予想される。保険会社も今の段階ではあまり乗気で無い様である。そうなると賠償金は増え、結果、掛け金が増えてくることも考えられる。

ADRには、保険業界が共に乗るかという問題、結論・結果が患者サイドにシフトしていくという問題がある。

今、医師会の医賠償保険制度は良いものである。各地区の紛争処理委員会で事例を検討し、その事例が日医へ上がって来る。審査委員会では、保険会社の役員や日本医師会役員、双方の弁護士も加わり有責・無責を判別したり、賠償金額を決めるため、ADRの様な保険会社からの再審というケースはないと考える。

日医の医師賠償制度は非常にうまく機能している。その機能している状況の中で、ADR参画については、慎重に対応しなければならない。医療問題は特殊である。特に会員の為が大前提である以上は軽々に乗るべきでないと思う。日医としてはその必要性はないと考えている。

**木下常任理事回答の後、茨城県小松会長代理より、追加説明があった。**

茨城県では、昨年からADRを始めた。事例としては6件の内、解決が1件、残りは現在継続中である。私なりには成功したと考えている。弁護士会、NPO団体からのADRの推進にはあまり乗るべきではない。茨城県の場合は、医師会が主導したことが良かった。名称にこだわったが、中立を全面に出すことで共通認識心がけた点は良かった。弁護士は解決に賠償金

の事を始めに言うてくるので当初は混乱もあった。第三者がいることによって、患者の要求を冷静に考える事が出来た。しっかりと運営されれば、良いと思う。

**(13) 生命保険の書類の書式統一について  
(秋田県)**

**提案要旨 (抜粋)**

勤務医の加重労働が問題になっているが、その原因の一つに作成しなければならない書類の数が極めて多いことが上げられている。

現在、生命保険の「入院・手術証明書(診断書)」「死亡診断書」をはじめ、ほとんどの書類は手書きしなければならないようになっているが、これらの書類を電子化し、医師がパソコン等を使用して記入できるようにすれば、作業の大幅な軽減が図られるものと思われる。各種書類を電子化して医師が利用できるようにする体制整備を進めていただくことを希望する。

生命保険協会へ照会し、様式の統一化。日医主導で統一化して頂きたい。

**【今村聡常任理事回答】**

生命保険の書式の統一と電子化の提案の趣旨については私も同感である。我々の取り組みについて経緯について説明する。

昨年、大手の保険会社に対して、書式の統一化・電子化について可能か如何かを問い合わせた時点では、商品が多様にあり、統一は困難であるとの返事を頂いた。そこで日医総研などで、骨格部分だけでも出来ないものかと検討したが、多様に増え続ける民間商品の中で、フォローアップも行わなければならない、会員の会費を使ってまで、保険会社のソフトを作ることは如何なものか考えると、ペンディングとなっている。

大手の生命保険会社の一社が制作したソフトを、生命保険協会として活用しているようで、既に民間の病院でも取り入れた機関があるとのことであった。しかしこれは、保険金の不払い問題に対し、環境整備を図る目的から制作されたソフトとなっており、有料とのことであ

た。我々は医政局に対し、こういったソフトについては、生命保険会社の責任のもと無料で利用出来るようしっかり指導頂きたいと申し入れてある。また、本当に勤務医の過重労働を減らせるかと言うことを実証して欲しいということで、生命保険協会に申し入れるところである。

**(14) 医療費抑制策を進める政府にどう対処するか? (福岡県)**

**提案要旨 (抜粋)**

医療費抑制策は20年前から厚労省が医療提供体制を兼ねて如何に日本の医療費を抑制するかを長年考えてきた案である。この政策を変えさせなければならない。日医を中心として医師会全体が一致団結をしなければ軽々に政策転換はできない。その為には、しっかりと日医のリーダーシップをお願いし、我々もまたそれを支えていくことが大切である。

先程来、北海道や長野県からも運動の試みについて教えて頂いた。日医が良いことを率先して、全国の医師会を引っ張って頂きたい。

本日も、日医の方針について、様々な疑義が行われたが、十分論議をし一旦決まれば、それに向け力を合わさなければならない。今後、日医が都道府県医師会をどうリードし、どう会員に示して行くかについて日医の決意を伺いたい。

**【中川常任理事】**

色々な報道にあきれる。勤務医が疲れているのは開業医が楽をしているからだといふとんでもない発想で、開業医から税源を取って勤務医に充てるという考えである。

そういう中で我々はロビー活動や会見を通じ、診療所の医師は診療時間を終えてから、第2の仕事が始まることを説明。例えば、急患センターへ出動や、学校医・産業医・警察医・予防接種・検診・介護保険認定審査会など、ありとあらゆることをやっていることを各方面に強調してきた。この多忙さについて一定の理解を示す議員もあり、もっとPRすべきだと激励もされた。

こういう背景の中で、我々は今後やるべきこ

とは、3月に策定したグランドデザインを起点に3つある。日医がやることと、都道府県医師会がやるべきことは全く同じである。

まず1番目は、ロビー活動である。各県選出の国会議員に対しロビー活動を自動的にやっていただくこと。単なる陳情にならない様データを持ちお示し頂きたい。先日、都道府県医師会長あてお送りした「あるべき医療に対する緊急提言」を是非参考にやって頂きたい。

2番目に、マスコミに対する持続的なコミュニケーションをとって頂きたい。その中で、厚労省の検討中の課題や財政時の建議に対する内容というものも、日医も問題点を指摘するが、全国各地でも地方紙に対して問題点を指摘して頂きたい。

3番目は、日本医師会は国民に、都道府県医師会は県民に対して、断続的な情報提供と啓発活動を行って頂きたい。

特に3点目に関しては、日医からデータとツールを定期的に提供することで支援していきたい。

今年度は医療費適正化計画、地域ケア整備計画も策定されるが、地方行政の中には、厚労省の方針をそのまま書き写す県も少なくないと予想される。先生方に於いては、地域の現場の現状を正確に、実態を遠慮なく把握頂き、地域実情に合わせた計画をお願いしたい。我々も支援していくので、行政と共になって厚労省に対し強い主張を行って頂きたい。

### (15) 医師会が行う研修会での託児室の設置について (お願い) (日医)

羽生田常任理事より標記託児所の設置について依頼があった。

日本医師会では、平成19年度より日本医師会が行う研修会等では託児室を併設するようしており、事業計画にも明記している。

このことから、都道府県医師会及び郡市医師会が行う研修会等についても、同様の措置をお願いしたい。また、共催・後援して頂ける薬品メーカーにもその旨お願いしているので、是非、ご協力頂きたい。

### (16) 地域における会議の開催日程について (お願い) (日医)

来る11月17日、18日の両日に、ブロック会議が3つ重なっており、それぞれに担当理事を派遣することが物理的に不可能に事態となっている。

これから日程を変えるには無理だと思うので、今後の対応として、ブロック間で事前に日程確認をして頂くか、若しくは早めに日医へ照会をして欲しい。出来る限り重ならない様、また、担当理事が全ての要請に応えられるよう務めたいので、その点のご配慮をお願いしたい。

### その他

#### ○地域における自殺予防研修会 (6/23) について

来る6月23日の土曜日、標記自殺予防研修会を日本医師会で開催する。学校保健や産業医等でも関係する内容であるので、多くの先生方に出席を頂きたいとの説明があった。

### 閉会

日本医師会年金で将来の安定した生活を！

# 勤務医のゆとりある老後 確かな備え

## ＜ご加入のご案内＞

各学会に加入されている先生方も多くご加入されています。  
この機会に日本医師会年金に是非ご加入下さいますようご検討下さい。

### I. 特 色

日本医師会年金(以下「医師年金」という。)は、昭和43年に創設されたわが国最大規模の私的年金であり、日本医師会の事業として運営する会員福祉です。

会員及び遺族の老後の生活保障のため、世界的な資産運用会社に運用委託し、医師のライフスタイルに合わせ、日医が独自に創設した年金制度として、他に類をみない多くの特色を備えています。

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。
2. 勤務医、開業医が法人化しても医師年金は継続が可能です。
3. 掛金は、ご希望の年金額を受けるため、自由に設定・変更が可能です。
4. 65歳をすぎても現役の先生は、年金の受取を75歳まで延長できます。
5. 年金の受取が始まる時に、年金の受取コースの自由な選択ができます。
6. 事務手数料が非常に少額です。(掛金がいくらでも1回の手数料は100円です)

### II. 加入の要件

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員(会員種別は問いません)

☆パンフレットのご請求とお問い合わせについては

日本医師会 年金・税制課

TEL:03-3946-2121(代表) 03-3942-6487(直通)

FAX:03-3942-6503 E-mail:[nenkin@po.med.or.jp](mailto:nenkin@po.med.or.jp)

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>





# 平成19年度都道府県医師会地域医療 担当理事連絡協議会

～新たな医療計画について～



常任理事 安里 哲好

去る6月21日、日本医師会において標記協議会が開催されたので報告する。

医政局総務課長二川一男氏は『今般の医療法改正について』の7項目の概要(図1)について、特にその中の「新たな医療計画について」と「医療法人制度改革について」を中心に、また、『今後の地域医療のあり方等について』の4項目の概要(図2)については、特に「医師不足問題について」を中心に話された。

制度上の医療機関の機能分化(特定機能病

院、地域医療支援病院、各拠点病院・救命救急センター等)や病床区分に加え、「新たな医療計画」の中心である4疾病(がん、糖尿病、急性心筋梗塞、脳卒中)別、5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)別の医療機能の分化と連携の推進(図3)が提唱され、実施されるようになる。最初、日医は疾病別のヒエラルキーに成りかねないということで反対していたが、今回は地域医療を担っている地域の医師会(県医師会或いは地区医師会)が中心となるべきで、県の医療計画に、お節介でも良いから出て行って、県医師会は積極的に関わって頂きたいと述べていた。

がんを取って見ても、国立がんセンターが頂点にあり、都道府県レベルの県がん診療連携拠点病院(県に1ヶ所)、2次医療圏レベル(1ヶ所以上)の地域がん診療連携拠点病院と他の医療機関との連携そして在宅療養・訪問診療となるのであろう。糖尿病はどうであろう、国立国際医療センターが頂点にあり、県レベル・2次医療圏レベル(2次医療圏を越えても良いとのこと)の医療機関の分化・連携はどう構築して



図1

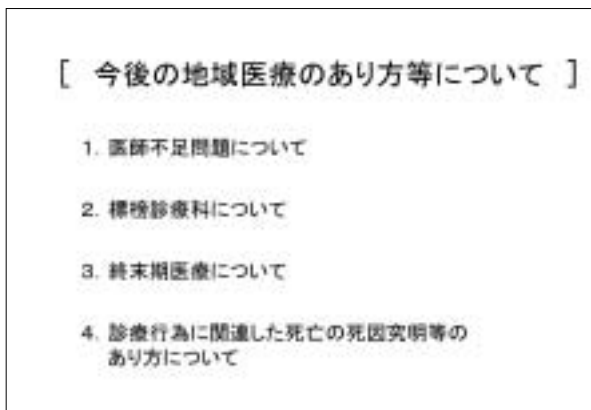


図2



図3

いくのだろうか。急性心筋梗塞・脳卒中は国立循環器センターが中心となり、県レベル・2次医療圏レベルそして他の医療機関との連携になろう。すなわち、4疾病を中心に旧国立センター、都道府県の中心的な急性期・専門の医療機関、亜急性期・回復期の医療機関、診療所と維持期の施設そして在宅療養・介護との連携があり、その中で、地域連携クリティカルパスの普及と効果的利用がなされ、切れ目のない医療が提供されることが、「新たな医療計画」の趣旨である。厚労省は12月までに、医療計画を作成し、現状でできる範囲で書いてもらい、医療の現状にあわせて、他府県も参考にし、少しずつ進歩してもらいたいと述べていた。

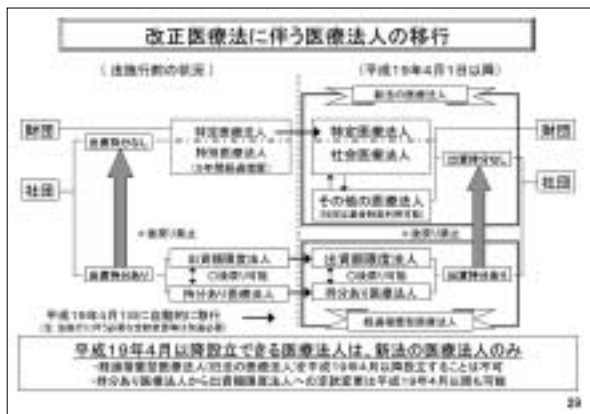


図4

医療法人制度改革（図4）については、①医療法人存続のための相続課税の問題、②退社・死亡時の出資持分に応じた支払いは企業となんら変わらないという事を脱却（株式会社の医療への参入阻止のため）して、医療法人の非営利性・公益性を高めるため平成19年4月より出資持分なしの医療法人の設立のみが認可された（出資持分のある90%以上の既存医療法人の行方は？）。③社会医療法人の設立（図5）は公立病院が担っている医療の多くを担ってもらい、時として公立病院の受け皿にも成りうる。収益事業や法人債の発行が可能とは言え、法人税（図6）が最終課題であろう。

医師不足問題に関しては、その背景に、①大学医学部（いわゆる医局）の医師派遣機能の低下、②病院勤務医の過重労働、③女性医師の増加、④医療に関わる紛争の増加に対する懸念、そしてそれに加えて、個人的には⑤医療費の抑



図5

医療保健業を行う非営利法人の法人税一覽						
	医 療 法 人	特 別 医 療 法 人	特 定 医 療 法 人	社 会 医 療 法 人	社 会 福 祉 法 人	学 校 法 人
基 礎 課 税	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%
加 算 課 税						
合 計	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%	課税 10%

平成19年度税制改正前までは「長期課税」  
【今後の対応】  
※ 社会医療法人の税制上の優遇について平成20年度税制改正要綱予定

図6

制が大きく影響を及ぼしていると強く感じている。対策として、Ⅰ) 医師派遣についての都道府県等の役割と機能の強化、①都道府県における「医療対策協議会」の制度化、②医師が集まる拠点病院を活用した医師の派遣や、医師不足地域での医療への従事を組み込んだ研修事業への助成、③国レベルでの「地域医療支援中央会議」による都道府県等への支援。Ⅱ) 開業医の役割強化。Ⅲ) 地域の拠点となる病院づくりとネットワーク化及び患者のアクセスの支援。Ⅳ) 女性医師の就労環境の整備。Ⅴ) 医事紛争の早期解決。Ⅵ) 診療報酬上の措置。Ⅶ) 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（10県を対象に最大10人を、最大10年間増員）、自治医科大学の暫定的な定員増が提案および実施されることになった。

近日、「緊急医師確保対策について」が政府・与党（平成19年5月31日）より出された。その内容は、①医師不足地域に対する国レベル

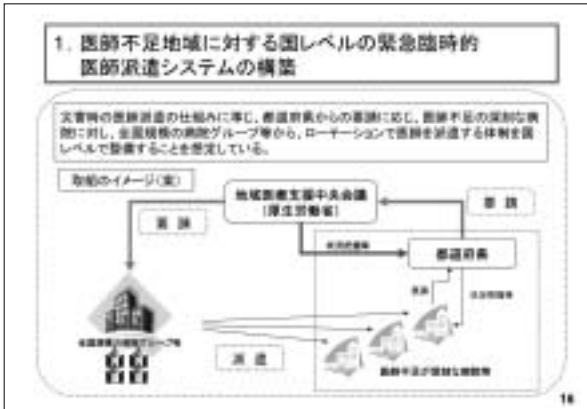


図7



図9

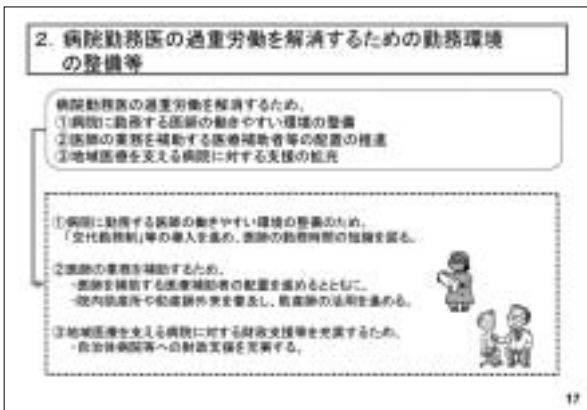


図8

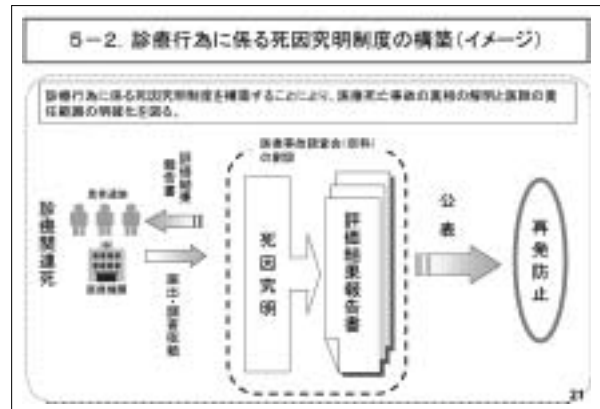


図10

の緊急臨時的医師派遣システムの構築(図7)、②病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等(図8)、③女性医師等の働きやすい職場環境の整備、④研修医の都市への集中是正のための臨床研修病院の定員の見直し等、⑤医療リスクに対する支援体制の整備(\*産科医療補償制度、\*診療行為に係る死因究明制度の構築)(図9、10)、⑥医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進(図11)(医師が不足する地域や診療科で勤務する医師を養成するための医学部定員を、一定期間、臨時応急的に増加する)であった。

新医療計画、新保健事業(特定健診・特定保健指導)、介護事業(地域ケア整備構想等)が縦軸とすると、医療費適正化計画(医療費抑制計画?)が横軸にある。医療制度は大きく変わろうとしており、患者中心の、それでいて経済的に効率的な医療制度をと、しかし、医療費増無くして、上記一連の事業や医師不足問題の対策の実現は不可能と考える。医療そのものの破綻を来たしているイギリスでさえ、2005年の対



図11

GDP比総医療費支出は8.4%と報告されており、日本(2003年8%)も思い切って、10%にまで増額したら(ドイツ10.8%、フランス10.4%)、患者中心のゆとりある、安全で質の高い医療が提供できるのではと考え、そのことを提案する時期(地域医療崩壊の前に)が来ているのではと如実に感じる昨今である。

以下、日本医師会の方針と取り組み及び質疑応答を記す。

## 日本医師会の方針、取組み

日本医師会では、これまで医療関係諸委員会等において、参考人として出席し、様々な意見陳述や問題点の指摘、あるいは附帯決議に向けた活動等を行ってきた。

医療制度改革関連法案審議に対する日本医師会の立場および姿勢は、医療担当者として、国会審議等の場で、医療制度改革関連法案の問題点を指摘する等、より良い医療提供体制の確立を目指し、附帯決議や適切な運用を要求していくことである。段階的に実行される医療制度改革の中で、特に、平成20年、24年の施行分が重要で、今後の主な課題は、新しい医療計画のスタート、医療機能情報提供制度および広告規制緩和、医師・看護職員等の確保、医療法人制度改革、療養病床の再編等、解決すべき事項は山積している。医療制度改革のキーワードは、医療連携体制であり、医療機能の相互の分担及び連携を確保するための地域毎での体制構築が必要である。また、医療連携体制を主軸とし、様々なテーマが重層的、複合的に関わっているのが、今回の医療制度改革であり、一つの病院で医療を完結するのではなく、医療連携により、地域で完結させるというのが方針である。

しかし、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らなければ、より良い体制が確立されない。

また、今後の地域医療のあり方の主な課題として①医師、看護職員等の養成、確保、②地域医療支援病院、特定機能病院（地域におけるあり方）、③専門医、専門性資格、④構築後の医療連携体制、⑤長期療養、入院、外来、在宅療養のあり方、⑥国公立・公的病院、社会医療法人等の地域医療における位置付け、役割、⑦かかりつけ医機能、総合医、診療科標榜、⑧医療機関の施設基準をあげ、課題は多いが現場の声を聞きながら政策に繁榮したいとした。

## 質疑応答

（予め提出されている質疑およびそれに関連する主な質疑）

（1）日医の総合認定医制度と厚労省の進めている総合科との係り方とその対策について

（千葉県医師会）

## 回答（内田常任理事）

総合的な診療能力を持つ医師の養成は、今後の地域医療の中でも、国民的な要求が高いと考えている。それに対する検討として、今期の学術推進会議に主たるテーマとして検討しているところである。また、プライマリ・ケア学会等と連携し、日医が勧める総合医のあり方及び名称、カリキュラムの内容についても検討している。

厚労省が勧めている総合科については、麻酔科と同様、厚労省が標榜を許可するという制度を立ち上げたいと提案している。これは、医師免許の二重保持、フリーアクセス、人頭払い等の制度に繋がりがかねないものであり、厚労省認定という制度化に関しては、日本医師会としては絶対反対である。

## 回答（厚労省二川課長）

5月の連休明けに、医道審議会医道分科会診療科名標榜部会へ叩き台として提出した。標榜科の見直しと併せて、新しい総合科の立ち上げについて提案した。

もちろん標榜科の部分に関しても、色々な学会の先生方の意見も聞いているので、見直しをしながら、最終的に了解を得て纏めていきたい。

また、総合科についても厚労省としては、総合診療を目指している医師に公的な措置をとるという意味で提案した。あくまで叩き台として提案しているので、十分に議論していきたい。

## 現状報告

現在、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医学会、日本総合診療医学会の3学会（日本医学会には認定されていない）で、総合医にあたるようなカリキュラムを作成している。

認定・指定に関係なく、総合医になるべくカリキュラムを学習したということを証明する単体的なものである。

## 質問

総合科というのは欧米でいうGP（一般医療）を目指すものなのか。総合医を増やして危惧されることは、診療行為が制限されることである。例えば、フランスでは、処方仕方の仕方でも精神科の専門医しか出来ないという制限等がある。

## 回答（内田常任理事）

日本医師会の目指している総合的な診療能力

を持つ医師に関する養成では、フランス等で行われている二重の医師免許を持つシステムを考えているわけではない。専門医を持ちながら、総合的な診療能力も関与するというふうに取り組んでいる。

**回答（厚労省二川課長）**

基本は、日医と同じである。少し違うのは、専門医と同等なものを厚生労働大臣の認定にすれば、それを目指す医師もいるのではないかと一つ提案である。内容は、日医や関係学会で考えているものと十分に調整したものでなければならない。

**質問**

以前、総合病院というものがあ、総合というのは何でもできると捉えられていた。しかし、実際にはできないのが現状である。

現在の臨床研修制度は、最初から専門科にならないように研修医で2年間ローテーションした後にスペシャリストを目指すものである。現に、2年間にベーシックな総合医としての能力を付けるということをやっているにも関わらず、そこへ新たに総合科を出していくと混乱を招く。専門医に行く前に、総合診療医で患者が止められ、非常にネックになってしまう。

総合科のあり方を今の研修医制度としっかり比較しながら進めていかないと、別のものを新たに作るというニュアンスが、マスコミによって、オフレコの情報で初診料、再診療を下げるといようなことと同じようなことをやってしまった。国民は総合科ができるということを認識している。しかし、そういう協議、結論は一切出ていない。それを厚労省がマスコミに流してしまうと医療の現場は非常に混乱してしまう。厚労省はそれをしっかり反省していただきたい。

**回答（厚労省二川課長）**

総合科が出来るということを使ったことはない。審議会にこれから諮るといことはもちろん言っている。

**回答（内田常任理事）**

総合科が先走っているが、今、日医でやっていることは、学術推進会議に諮問して検討していただいている。その中で、プライマリ・ケア学会等、関連3学会と内容の検討を詰めていただいている。今後、学術推進会議で検討した上で、

日本医師会のはっきりした方向性を提供したい。

**(2) 従来、大学病院（医局）からの医師派遣が皆無とされているが、その補給（供給）はどういう病院がやるべきか。また、厚労省のいわゆるマグネットホスピタル（公的想定）のうち、国立病院機構は手を引いているが、地域として想定される構想をご教示いただきたい。（千葉県医師会）**

**回答（厚労省二川課長）**

これまで医師の供給は大学に任せてきた。しかし、医師が大学に集まらなくなってきた。大学は最大のマグネットホスピタルであることは確かであるが、従来ほど大学だけで行えるとは言えない。

基本的には、どこの病院も県の地域医療の担い手として、地域医療を担うと共にその地域の医師派遣機能を一定程度の役割を持って欲しい。

病院の意向で派遣するのではなく、県の医療体制確保をどのようにするかを各県でやっていただく等、県内版マグネットホスピタルとして機能して欲しい。

県内版で全て賄えれば良いが、出来ない場合には中央で対応するという仕組みである。

国立病院機構については、国レベルでの対応に協力していくという姿勢をとっているし、各県にある国立病院については、県の医療行政に協力していくのは当然だと考えている。

**回答（内田常任理事）**

当初、マグネットホスピタルの相談があがった時には、ヒト、モノ、カネが全て一つに集まってしまうのではないかと、周りの病院がますます疲弊していくのではないかと危惧していた。特に、一部の私的病院グループが医師の抱え込みに乗り出して、自分達のグループの中でやり繰りするのではないかと問題がある。

これに関しては、公の場でそうならないよう主張していきたい。また、地域において現実におこらないよう医師会として、地域医療対策協議会の中で取り組んでいただきたい。

**要望**

大学は決してマグネットホスピタルではない。愛知県の医療現場から見ても、現在の医師数は圧倒的に不足している。それは、医療費の抑

制から繋がっていると考えているので、厚労省も十分に認識していただきたい。

また、一次救急医療というのは、医師会が連携をとり、夜間診療を充実させようと考えているが、単独の医師会ではできない状況である。日医は、医師会同士の連携が大事であるということのアピールしていただきたい。

さらに、研修医はアルバイトが禁止されているが、2年目の研修医のアルバイトについては、認めていただく等、緩和していただきたい。

**質問**

厚労省は、医師不足問題が生じた原因は、新医師臨床研修制度が始まってからであると認識しているのか。

また、研修医の定員を削減する等の案が示されているが、実際にいつ頃からどのようにしようと考えているか具体的にお伺いしたい。

**回答（厚労省二川課長）**

大学に若手医師が集まらなくなったのは、新医師臨床研修制度が引き金となったことには事実として認識している。しかし、これを止めたら元に戻るのかというに戻るわけではないと考えている。これまで大学に頼り切っていた部分をもう少し県の行政の中で、各地域での医師確保体制を新たに構築し直さなければならないと考えている。

また、臨床研修医の定数や配置の見直しの具体的な計画については未定だが、今後、詰めていきたい。

**要望**

急性期病院では、在院日数も少なくなっている。

また、医療安全の確保、感染対策、卒後研修医の指導、患者からのクレーム対応、外来等、勤務医の仕事が非常に増えているという医療背景を鑑みて検討いただきたい。

**回答（内田常任理事）**

マクロ的解決法には、医師を増やすという議論があるが、何よりも新たな財源の確保がないと、この問題は限界にきているというのが現状であるので、現在取り組んでいるところである。

(3) これまで日本の医療は病診連携で分担され非常に良かった。今後、病院がこれらを補正する方向、病院の方針についてお聞きした

い。また、病院における正常な診療報酬の定めはあるか、お尋ねしたい。(千葉県医師会)  
**回答（厚労省二川課長）**

この場で診療報酬についてははっきりした事がいえない。

医政局は、中医協を所管している保険局に対して要望していく立場であるので、今日の内容を保険局へ話していきたい。特に、病院勤務医への報いが必要であるということは日々認識している。本日の医師会の先生方の意見を十分受け止めて、今年の予算等々十分に検討していきたいよう努力したい。

**回答（内田常任理事）**

今回の医療法改正は、地域医療連携体制をどう構築するかというのが一番のポイントである。その中で、各病院・診療所の地域性や特性を活かしながら、地域医療対策協議会の場で地域医療提供体制の構築を取り組みたい。

**質問**

厚労省は、病院は専門外来に特化、開業医は午前中は診療、午後は往診、夜は救急対応するようはっきりと言っているのにもかかわらず、財源の確保を考えないということは何り得るのか。そこまではっきりいうのであれば、厚労省としても財源を確保した上で提示する等、責任を持っていかなければ安易にいても困る。

**回答（厚労省二川課長）**

政策実現のため診療報酬等で政策を推進することは示している。具体的に何にいくらというのは言えない。気持ちとしては十分認識している。無料で医療が進むとは考えていない。

**要望**

来年の診療報酬改定で、在院日数を30日、看護師比率を70%等、しびりを厳しくした時点で殆どの医療機関はお手上げである。内科の施設であれば、慢性期の回復期リハや療養型で対応できるが、外科系の急性期医療機関が全て慢性期になれば、外科系がどんどんなくなる。そうすると若い医師が外科系を目指さなくなり、10年後、20年後には外科系が医師不足になる等、拍車をかけている。

以前より、厚労省は医療費を削減することを考えているが、これは、年金問題で誤りを起こした社会保険庁と全く同じことである。かつ、



誰一人として厚労省の政策担当者が責任をとらないという無責任な官僚支配の医療制度が続くことになる。そろそろ医療制度について官僚支配の責任をとらない体制を直していただきたい。

我々日本医師会は、都道府県、市町村での委託事業を受け、厚労省の政策を現実を実現している。それらを我々が許容しなければ日本の医療は崩壊する。いつまでも日本医師会をいじめるような政策はやめていただきたい。

**回答（厚労省二川課長）**

急性期病院の問題については、産科・小児科の医師不足の問題と同様に話はあがっている。

病院の体制を整備する事を医師不足対策に一般論として提示しているが、具体的方策については、まだ知恵が回っていないところである。今後、具体策として医師会の先生方のご意見をお伺いいただければありがたい。

**質問**

社会医療法人について、日本医師会から具体的に厚労省にどのような要求等をあげているのか。例えば、所得税についての減税等は要求しているのか。あるいは、厚労省は財務省と調整されているのか。

**回答（厚労省二川課長）**

所得税に関しては、法人か個人開業医なのかで差があるのは普通では考えにくい。税制措置については日医としっかり取り組んでいきたい。

**回答（内田常任理事）**

担当が違うので具体的な内容については正確には把握していないが、税制改正に向けての要望事項に所得税の減税は取り入れている。

**(4) 病院、有床診療所の今後について、また、開業医の位置付けについて、日医および厚労省より見解いただきたい。(大分県医師会)**

**回答（厚労省二川課長）**

各地域において、その医療機関における役割を良く考えていただきたいと言ってきた。各地

域における機能をしっかりして欲しいと考えている。あえて言うと、どこの医療機関も同じ機能で、デパートみたいに何でもしますということがいいのかということは、今後、医療機能というものをよく考えていただきたいと色々な所で言っている。

開業医については、普通は診療所と使っているが、分かりやすい言い方、書き方として使われている一般的なものであると思う。

**回答（内田常任理事）**

これまで地域の診療所あるいは公的病院以外が果たしてきた役割は非常に大きく重く受け止めている。

個人的な意見にはなるが、日本は低医療費の中で、非常に質の高い医療を提供してきた。これは地域における診療所の先生方、公的・私的の先生方による献身的な努力によって支えられてきたものである。これに対する厚労省の医療法改正というのは、既に大筋として政府・与党の中で決まっていたことであるが、制度改正について感じるのは、厚生労働省は2年間ごとにポジションが変わり、2年間の実績でキャリアアップされ、評価されるというシステムが非常に強い。そのため、医療の現場をきちんと評価し、問題点・矛盾点を解決していくという立場ではないというのが見受けられる。そこに対する医師会としての関わりが極めて重要であると考えている。

今回の制度改正においては、医療提供体制の再編というのが非常に多く示されてきている。

この改革に当たっては、新たな安定的な財源を付けるというのが最大の課題である。その中で公的・私的医療機関という形ではなく、地域の医療提供体制が如何に地域特性を生かしながら地域のニーズに応じることができるよう、病院・診療所の区別なく連携して構築していくことが重要である。今後とも中小病院、診療所の役割は極めて重要であると述べていた。



## 第39回九州地区医師会立共同利用施設 連絡協議会



理事 金城 忠雄

去る7月7日（土）・8日（日）の2日間に亘り、ホテルニュー長崎において、長崎市医師会主催によるみだし協議会が開催されたので、その概要について報告する。

7日の1日目は、諸岡久夫連絡協議会長（長崎市医師会長）から歓迎の挨拶があり、日本医師会長（代理 今村常任理事）並びに九州医師会連合会会長の井石会長から来賓祝辞が述べられた。続いて、今村日医常任理事より「特定健診・特定保健指導における医師会共同利用施設の活用」と題して基調講演が行われた。その後、施設長会・事務長会・技師長会等が行われた後、懇親会が盛大に催された。

翌日8日の第2日目はシンポジウムが行われた。

### 基調講演

演題「特定健診・特定保健指導における医師会共同利用施設の活用」

日本医師会常任理事 今村 聡

特定健診・特定保健指導については、厚生労働省がこれだけ大きな制度改革をやったことがないというぐらいの大きな改革である。関係している局も、健康局、保険局、労働基準局、老健局の4局が関わっている。しかしながら、行政の縦割りの為に、いろんな問題が残ったまま法律が出来ており、現場の先生方にこれから大変な負担が掛かるだろうと予想されると説明があり、パワーポイントを使用して講演が行われた。

### ○現行の各種健診

制度改革の説明に入る前に、各種健診の現状から理解してもらいたい。

・「老人保健法」の中で、市町村が40歳以上

の基本健診を行っている。

- ・「医療保険各法」の中で、健康保険組合が健診等の努力義務というところで行っている。
- ・「労働安全衛生法」の中で、事業主が義務で一般健診を行っている（上乘せ健診、人間ドックを同時に実施する場合がある）。
- ・「介護保険法」の中で、市町村が65歳以上について、生活機能評価ということで行われている。
- ・「法律に基づかない事業」の中で、市町村が40歳以上に胃がん・肺がん・大腸がん検診、40歳以上女性に乳がん検診、20歳以上女性に子宮がん検診を行っている
- ・「老人保健法」の中では、市町村が歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診を行っている。

このような健診が地域の中で行われているものであるが、それぞれの自治体が独自に行ってきたというのが実態である。

### ○平成20年以降の各種健診

今回の医療制度改革関連法により、老人保健法が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正された。この高齢者医療確保法の中で、「特定保健・特定保健指導、データ管理」は医療保険者において実施することが義務化された。市町村では医療保険者として国民健康保険、職場では、共済組合や健康保険組合などが実施主体となる。

なお、労働安全衛生法に基づく「職場健診」はこれまでと同様に事業主に義務づけられる。職場健診に特定健診項目が追加される。

### ○医療制度構造改革のポイント

将来の医療費の伸びを抑えることが重要だとしている。今回の改革のポイントは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。②糖尿病等の生活習慣病有病者・予備軍25%の削減目標を設定。③医療保険者に健診・保健指導を義務化したことである。

①メタボリック・シンドロームの概念導入について

メカニズムを理解すれば、保健指導で予防が可能になる。

保健指導の対象者が明確になる。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。

腹囲という分かりやすい基準により、生活習慣病の改善による成果を自分で確認・評価できる。

②糖尿病等の生活習慣病有病者・予備軍25%の削減目標について

25%削減の目標を達成するためには、標準的な健診・保健指導プログラムを作成し、健康づくりのための運動指針等ポピュレーションアプローチを充実させ、国民に分かりやすい学習教材を開発することになった。

標準的な健診・保健指導プログラムは、①健診の標準化、②保健指導の標準化、③データ分析・評価の標準化をする。健診の標準化については、健診項目、判定基準の標準化により保健指導の対象者を客観的に絞り込むことができる。健診データの電子的提出様式を標準化する。保健指導の標準化については、階層化基準の標準化により保健指導の対象者に優先順位をつけることができる。保健指導データの電子的提出様式を標準化する。データ分析・評価の標準化については、保健指導の成果を客観的に評価できる。

③医療保険者に健診・保健指導を義務化について

40歳～74歳の被保険者・被扶養者が対象であり、40歳未満、75歳以上は努力義務である(75歳以上は後期高齢者医療制度で対応)。対象者を明確に把握でき、健診未受診者を把握し、発症予防できる。

健診・保健指導をデータ管理する。レセプトと突き合せ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、重症化を防止できる。

特定健康診査等実施計画を策定する。健診実施率、保健指導実施率、メタボリック・シンドローム該当者・予備軍の減少率を明記。後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算に反映させる。

○内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方

老健法に基づく基本健康診査と保健指導の目的は、個別疾患の早期発見・早期治療であったが、これからの健診・保健指導は内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容へと大きく変わる。これまでは健診結果の伝達、理想的な生活習慣病に係る一般的な情報提供であったが、対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげることになった。

○標準的な健診・保健指導プログラム

- ・ 特定健康診査の項目は、質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査、検尿を必修項目とする。心電図検査、眼底検査、貧血検査は詳細な健診項目として、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施できる。
  - ・ 保健指導対象者の選定については、ステップ1(内臓脂肪蓄積に着目してリスクを判定)～ステップ4の流れで対象者を選定する予定である。
  - ・ 標準的な保健指導プログラムについては、生活習慣病の予備軍に対する保健指導を行う。対象者ごとの保健指導プログラムは、保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」に区分する。又、各保健指導プログラムの目標を明確化する。
- 情報提供：健診結果の提供にあわせて、基本的な情報を提供する。
- 動機づけ支援：医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取り組みに係る動機づけ支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評

価を行う保健指導。

積極的支援：医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のため、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価と計画の実績評価（計画策定の日から6ヶ月経過後に行う評価をいう）を行う。

### ○特定保健指導の実施者

- ・特定保健指導実施者のうち保健指導事業の統括者は医師、保健師、管理栄養士である。
- ・①初回面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者の範囲は、医師、保健師、管理栄養士、そして一定の保健指導の実務経験のある看護師としたら、看護課の猛反発があり、看護師は5年間に限ると条件つきになった。
- ・特定保健指導の実施者の範囲とは、医師、保健師、管理栄養士の他、食生活、運動指導に関する専門的知識および技術を有する者をいう。例えば、健康運動指導士、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等である。

### ○標準的な健診・保健指導プログラム確定版における健康スポーツ医の位置づけ

第3章 保健指導の実施（基本的事項—保健指導の実施者）の中で、「なお、医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい」としている。

また、（委託基準—基本的考え方）の中で、「保健指導として運動を提供する施設については、日医認定健康スポーツ医を配置、あるいは勤務する医療機関と連携するなど、安全の確保に努めることが必要である」との書き込みになっている。

### ○標準的な健診・保健指導プログラム確定版における産業医の位置づけ

委託基準—基本的考え方の中で、「保健指導対象者が勤務する事業者には保健指導業務を委託する場合は、その事業者の産業医が中心的な役割を担い保健指導を実施することが考えられる。」また、「産業医の選任義務のない小規模事業場の労働者に対しては、日頃から、地域産業保健センターに登録された産業医等が中心的に産業保健サービスを提供していることから、こうした産業医が勤務する医療機関等が、小規模事業場の労働者等に対して、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる」との書き込みになっている。

### ○医師会の健診・保健指導の受託パターンとその準備

- ・特定健診の費用の考え方として、医療機関が必修項目を個別方式で、診療報酬をもとに試算したもので、価格は7,461円となっている。
- ・特定保健指導の費用の考え方として、必要な資源の提供に係る経費して試算したもの（人件費、設備費、通信費、材料費、評価のための血液検査費を含む）で、価格は1人当たり21,544円となっている。（「第6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」に対して積極的支援の価格として提示されたもの）
- ・なお、事業者団体の独自の支援パターンによる試算は18,709円で、特定健診・特定保健指導の実施に関するアンケート調査からの試算は、動機づけ支援が7,000円～12,000円、積極的支援が30,000円～60,000円の価格が示されている。
- ・受託パターン例としては、診療所や病院が、特定健診・保健指導を行っても良いし、健診だけを行い、医師会検査・健診センター等他の機関に指導をお願いしても良い。また、医師会検査・健診センターが特定健診・保健指導を行っても良いし、健診だけを行い、運動施設等他の機関に指導をお願いしても良い。
- ・特定保健指導を地域医師会が受託した場合、「共同利用施設活用型」という。今後、医師会共同利用施設が取り組んで行くにあたっての準備について、日医総研が「特定健診・特定保健指導の共通業務」、「特定健診の管理業

務と実施業務」、「特定保健指導の管理業務と実施業務」等機能別に分けた表が示されているので、活用いただきたい。

#### ○特定健診の契約関係と健診結果の送付先

市町村や市町村国保（国保加入者）については、医師会と契約を結び、健診結果を市町村へ送付する。

被用者保険（政管健保、組合健保、共済組合等の被保険者、被扶養者）については、都道府県の代表保険者に連なって、医師会と集合契約を結び、データは支払基金を通して、それぞれの組合へ送付する。

#### ○特定保健指導の契約関係と健診結果の送付先

特定健診と同様な契約になると思う。但し、健診は1ヶ所で行うが、保健指導の契約は、必ずしも1ヶ所で行う必要はない。いろんな機関と契約するというパターンがある。

#### ○特定保健指導受託の作業工程

これから、国保・健保等における特定健診受診者数の推計（年間）、特定保健指導対象者の推計（年間）をしていかなければならない。

それぞれの保険者が2012年度までに健診受診率を参酌標準で65%まで持って行くために計画し、5年間で徐々に増やしていく。そうする事で、動機付け対象者、積極的対象者も増加する。こういう計画を地域の中で、きちんと考えておく必要がある。

#### ○決済について

- ・健診・保健指導機関はデータや請求を電子的媒体にて行う（オンラインではない）。
- ・フリーソフトが厚生労働省より提供される（ソフトは完成していない。現在進行中である）。
- ・データの受け渡しは支払い基金、代行機関が関与する。
- ・なお、参考までにフリーソフトの流れを説明すると、保険者が健診についての「受診券」を発行し、利用者の被保険者に送る。健診できるリストがあるので、それに基づき被保険者は受診する。健診機関でリストが出ると、

それを支払い基金等に送付され、更にデータは保険者に送付。健診結果に基づいて、保健指導対象者を決定し、「利用券」を発行する流れとなっている。

- ・代行機関については、集合契約方式により、特定健診・特定保健指導の実施を行う場合、健診等結果の収集、請求・支払業務等、膨大な事務量となるため、保険者による円滑な健診・保健指導の実施を図るため、この事務等を代行する機関が必要と考えられる。

#### ○医療保険者との契約について（被扶養者）

健診機関の全国組織と代表医療保険者（健保連等）が健診委託契約を結ぶパターンがある。なお、被扶養者について、全国にある健保連と日本医師会が集合契約を結べないかという話を進めている。そうすれば、健保組合等の被扶養者は地元の健診機関で健診を受けることができる。

#### ○市町村における各種健診の連携について（保険担当課等に執行委任）

住民に対して従来実施してきたがん検診等について、厚生労働省の指導により、地域住民に一体的な提供をするために「実施取りまとめ部局」を設置する予定である。今後、医師会はこの部局と交渉することになる。いろんな自治体の関係部署を同時に呼び、話し合いをする事が重要である。

#### ○国保ヘルスアップモデル事業について

国が指定した市町村が実施主体となり、高血圧、糖尿病等の生活習慣病予備軍に対する個別健康支援プログラムを3年かけて開発・実施・評価してきた。

今回、国保ヘルスアップ事業の実績を踏まえた、特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書を発行しているので、参考にしていただきたい。（医師会も関与している）

#### ○今後の課題

- ・保険者と健診、保健指導機関の契約準備（単価の設定、事業実施地域の検討等を前提）

- ・ 従来の健診との整合性（項目、費用、体制）を行政と検討
- ・ 健診機関、保健指導機関における体制整備（人材の養成等）
- ・ 契約締結
- ・ 要治療者の受け皿

## 印象記

理事 金城 忠雄

平成19年7月7日（土）・8日（日）長崎市医師会主催の第39回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会に参加した。九州各県医師会立施設代表が500名以上集まり、熱心なディスカッションがなされた。

メインテーマは、平成20年4月から施行される「共同利用施設における特定健診・保健指導の対応策について」の基調講演とシンポジウムである。

まず、「特定健診・特定保健指導における医師会共同利用施設の活用」と題して日医本部からの今村聡常任理事の基調講演を拝聴した。

今度の医療制度改革の目的は、ひとえに国民医療費の伸びを抑制するためである。

厚生労働省の過去最大の改革であり、健康局、保険局、労働基準局、老健局の4局に関わり、法律は成立しているが、具体的な対策は調整進行中との事。

医療制度構造改革のポイントは

1. 誰にでも分かる腹囲を基準に内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）の概念導入
2. 糖尿病、心脳血管病等生活習慣病予備群の管理
3. 医療保険者に健診・保健指導の義務化

- ・ 40～74歳を対象に健診データの管理と保健指導

要約すると「糖尿病や心脳血管病等の生活習慣病を予防に関して特定の健診」と、その健診の結果から「健康保持のため特定の保健指導」の実施を義務づけたことにある。

- ・ 特定健診・特定保健指導の実施者について

統括者は医師、保健師、管理栄養士が担当する。

保健指導実施の業務は、一定の保健指導実務経験のある看護師にも当たらせるとしたところ、看護課の猛反発があり、看護師は、5年間に限るとの条件付になった。保健師が充分おればいいのだが、看護師の活用ができないのなら、今村常任理事の危惧しているように保健指導者スタッフ不足が気付きである（産婦人科における助産師不足の例にならぬよう）。

保健指導の中に日本医師会認定スポーツ医や産業医と積極的に連携して活躍の場を求められる。

全般的な印象として、現在のところ厚生労働省、保険者も医師会等の「特定健診・特定保健指導」を受託する私供も手探り状態である。法律は出来ているので、確実に「特定健診・特定保健指導」の準備はせねばならない。

厚生労働省から提供予定になっているデータのフリーソフトや費用などまだ決まっていないため、実施機関すなわち私ども医師側の具体的な対応のための準備、試行錯誤がしばらく続きそうである。

# 沖縄県医師協同組合第16回通常総代会

沖縄県医師協同組合専務理事 真栄田 篤彦

日頃の医師協同組合へのご参加とご利用ありがとうございます。平成18年度の決算と平成19年度の事業計画に関して、総代会を去った5月31日（木）ロワジュールホテルにおいて開催し、ご承認を賜りましたので報告いたします。

開催に当たり、宮城信雄沖縄県医師協同組合理事長から、厳しい医療環境の中における医師協同組合の役割に対して期待と重責があるので、今後とも、協同組合事業に対する理解と協力をお願いしたいとの挨拶がありました。

総会議事進行は、那覇市選出の糸数健総代に議長役を受諾いただき、会を進行して頂きました。以下に報告します。

## 第1号議案

### 平成18年度決算書類承認の件

#### 事業報告概略

平成18年度の医療界はこれまでになく厳しい、診療報酬減額改定、老人医療費等患者負担の増額、療養型病床削減の数値目標の設定等々、老人や弱者の切り捨てが経済再建という名のもとで、次々と打ち出された年でありました。

この様な厳しい医業環境と経済情勢の下、沖縄県医師協同組合は医師協同組合の存在の必要性を大いに自覚し、九州医師協同組合連合会及び全国医師協同組合連合会との更なる連携と取り組みの強化を図り、購買、保険の各種事業を積極的に推し進め、一定の効果を上げることが出来ました。

#### 会議開催の概要

- (1) 第15回通常総代会 平成18年5月31日  
協議題 1号～6号議案すべて承認。
- (2) 理事会 4回開催
- (3) 剰余金処分案一覧
- (4) 損益計算書一覧

沖縄県医師協同組合

#### 剰余金処分案

自平成18年4月1日  
至平成19年3月31日

<b>I 当期末処分利益</b>		
当期損失	8,540,776円	
前期繰越利益	21,470,999円	12,930,223円
<b>II 次期繰越利益</b>		
		12,930,223円

以上のとおり、平成18年度事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書及び剰余金処分案を提出します。

平成19年5月31日

沖縄県医師協同組合

理事長 宮城 信雄	理事 金城 忠雄
副理事長 玉城 信光	理事 幸地 賢治
副理事長 小渡 敬	理事 野原 薫
専務理事 真栄田篤彦	理事 稲田 隆司
理事 安里 哲好	理事 今山 裕康
理事 嶺井 進	理事 玉井 修
理事 大山 朝賢	

各地区医師会別組合員数

地 区	組合員数	口 数	金 額	前年度比較
北 部	36	36	360,000	増減なし
中 部	161	169	1,710,000	増2名
浦添市	51	56	570,000	減1名
那覇市	190	217	2,190,000	増2名
南 部	62	72	750,000	増3名
宮 古	17	17	180,000	増1名
八重山	15	15	150,000	増減なし
合 計	532	589	5,890,000	増7名

沖縄県医師協同組合

損 益 計 算 書

自 平成18年 4 月 1 日  
至 平成19年 3 月31日

(単位：円)

費 用	金 額	収 益	金 額
<b>I 事業費</b>	<b>6,741,548</b>	<b>I 事業収益</b>	<b>38,573,276</b>
売上原価	6,359,715	共同購買売上高	7,554,645
購買事業費	381,833	受取購買手数料	5,861,814
<b>II 一般管理費</b>	<b>41,674,160</b>	受取事務代行手数料	20,760,531
役員報酬	4,140,000	受取斡旋手数料	4,396,286
職員給与手当	8,002,232		
賞与	2,042,714	<b>II 事業外収益</b>	<b>1,176,856</b>
退職金	<b>11,097,496</b>	事業外受取利息	27
福利厚生費	1,417,286	事業外受取配当金	740,514
印刷費	300,825	雑収入	436,315
関係団体負担金	326,200		
広報宣伝費	154,787	<b>III 特別利益</b>	<b>124,800</b>
交際費	680,930	前期損益修正益	124,800
会議費	446,543		
旅費交通費	1,774,636		
通信費	2,004,034		
消耗品費	1,825,879		
新聞図書費	142,801		
支払手数料	804,240		
支払保険料	1,202,580		
寄付金	0		
賃借料	3,444,000		
租税公課	379,100		
棚卸減耗損	120,015		
雑費	480,102		
指導教育事業費	1,980		
支払リース料	885,780		
<b>III 特別損失</b>	<b>0</b>		
税引前利益			
法人税等引当金	0		
当期損失	<b>-8,540,776</b>		
	<b>39,874,932</b>		<b>39,874,932</b>



平成19年度沖縄県医師協同組合収支予算

収入の部 NO-1

項目	H19年度予算	H18年度実績	H17年度実績	H16年度実績	摘要(平成18年度実績比較)
<b>I 事業収入</b>	<b>36,387,000</b>	<b>38,573,276</b>	<b>42,792,792</b>	<b>46,532,787</b>	<b>94.3% ▲ 2,186,276</b>
①. 共同購買売上金	5,490,000	7,554,645	6,245,806	8,998,962	72.7% ▲ 2,064,645
1. 用紙売上	5,437,000	5,722,552	6,147,711	6,406,341	カルテ・レセプト販売
2. 会員名簿売上・広告料	53,000	1,832,093	68,250	2,556,500	名簿販売・広告料
3. その他	0	0	29,845	36,121	ウチナー健康歳時記、N-95マスク等
②. 受取購買手数料	6,115,000	5,861,814	4,918,391	4,881,351	104.3% 253,186
1. 沖縄綿久白衣手数料	101,000	83,354	71,107	91,374	白衣・シューズ等
2. 新報開発コピー用紙手数料	116,000	105,324	136,692	130,928	コピー用紙
3. 全国医師協同組合手数料	2,200,000	2,532,218	2,037,086	2,443,725	書籍・蛍光灯・JMCキャンペーン等
4. 九州医師協同組合手数料	118,000	97,692	109,780	141,255	乾電池・聴診器等
5. アシストOA機器消耗品手数料	200,000	173,756	186,797	233,337	OA消耗品トナー、カートリッジ
6. 沖食商事給食用米手数料	85,000	76,394	83,644	93,707	給食用米・ギフト券取次ぎ
7. 村中医療器手数料	2,800,000	2,248,375	1,390,325	588,535	カタログ販売・インフルエンザ試薬・輸液セット等
8. エチレンオキッドガス手数料	259,000	215,250	220,500	141,750	測定手数料
9. 法規集手数料	27,000	8,730	16,644	39,967	第一法規出版他
10. 医療機器等販売手数料	159,000	145,206	665,816	976,773	医療器具販売手数料
11. その他	50,000	175,515	0	0	電子辞書販売手数料等
③. 受取事務代行手数料	20,200,000	20,760,531	27,136,269	27,617,246	97.3% ▲ 560,531
1. 生保手数料	13,037,000	13,439,898	15,863,670	16,709,754	生保等13社手数料
2. 損保手数料	7,163,000	6,954,351	6,934,121	6,563,209	損保3社(損保J、大同火災、エース保険)
3. 寝具料・沖縄綿久	0	366,282	4,338,478	4,344,283	沖縄綿久手数料(平成18年度4月で中止)
4. 寝具料・日琉リネンサプライ	0	0	0	0	平成16年度より取引中止
④. 受取斡旋手数料	4,582,000	4,396,286	4,492,326	5,035,228	104.2% 185,714
1. 医協カード売上手数料	567,000	539,060	591,560	611,270	オックスVISAカード手数料
2. 沖縄ヤクルト手数料	1,280,000	1,218,210	1,241,262	1,106,781	自動販売機飲料
3. 全医協連保険手数料	2,309,000	2,262,788	1,888,331	2,309,663	保険手数料
4. 航空券等斡旋手数料	301,000	270,721	313,540	276,164	航空券等手数料
5. サニクリーン九州手数料	55,000	52,242	63,943	62,802	清掃作業・用品手数料
6. 日立キャピタルリース手数料	34,000	16,977	128,614	150,355	医療機器、自動車リース・割賦手数料
7. 宮古健藻売上手数料	36,000	36,288	32,976	18,000	売上斡旋手数料
8. 住宅建築斡旋手数料	0	0	200,000	400,000	沖縄パナホーム・ダイワハウス工業
9. カニパック売上手数料	0	0	32,100	106,720	カニパック

平成19年度沖縄県医師協同組合収支予算

収入の部 NO-2

項目	H19年度予算	H18年度実績	H17年度実績	H16年度実績	摘要(平成18年度実績比較)
<b>II 事業外収入</b>	<b>1,204,000</b>	<b>1,176,856</b>	<b>964,463</b>	<b>2,068,129</b>	<b>102.3% 27,144</b>
①. 事業外受取利息	1,000	27	302	1,654	3703.7% 973
②. 事業外受取配当金	753,000	740,514	645,516	1,809,895	101.7% 12,486
1. 全医協連	500,000	496,473	440,731	1,543,151	配当金
2. 九医協連	250,000	241,041	201,785	263,744	配当金
3. 商工中金	3,000	3,000	3,000	3,000	配当金
③. 雑収入	450,000	436,315	318,645	256,580	103.1% 13,685
1. 宛名ラベル・封筒販売	450,000	436,315	318,645	256,580	宛名ラベル・封筒販売
<b>III 特別利益</b>	<b>0</b>	<b>124,800</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.0% 前期消費税修正益</b>
<b>収入合計</b>	<b>37,591,000</b>	<b>39,874,932</b>	<b>43,757,255</b>	<b>48,600,916</b>	<b>94.3% ▲ 2,283,932</b>

平成19年度沖縄県医師協同組合収支予算

支出の部 NO-1

項目	H19年度予算	H18年度実績	H17年度実績	H16年度実績	摘要(平成18年度実績比較)
<b>I 事業費</b>	<b>4,298,000</b>	<b>6,741,548</b>	<b>4,940,216</b>	<b>7,647,902</b>	<b>63.8% ▲ 2,443,548</b>
①. 売上原価	3,750,000	6,359,715	4,522,882	6,758,123	59.0% ▲ 2,609,715
1. カルテ・レセプト	3,750,000	3,848,115	4,522,882	4,353,623	カルテ・レセプト仕入
2. 会員名簿	0	2,511,600	0	2,404,500	会員名簿作製費用
②. 購買事業費	548,000	381,833	417,334	657,856	143.5% 166,167
1. カルテ等委託販売手数料	348,000	381,833	417,334	425,933	那覇・中部カルテ・レセプト委託販売手数料 (1冊に付き35円)
2. 指導教育事業費	200,000	0	0	231,923	
<b>II 事業間接費及び一般管理費</b>	<b>30,727,180</b>	<b>41,674,160</b>	<b>32,920,964</b>	<b>32,708,894</b>	<b>73.7% ▲ 10,946,980</b>
1. 役員報酬	4,140,000	4,140,000	4,140,000	4,140,000	13名分
2. 職員給与手当	6,104,000	8,002,232	8,309,901	8,272,376	2名分(H18年度は4月~10月3名,11月~3月は2名)
3. 賞与	2,120,000	2,042,714	2,624,241	2,631,697	2名分
4. 退職金	0	11,097,496	0	0	2名分(9,580,160+1,517,336)
5. 給与負担金	0	0	0	0	
6. 賃金	0	0	0	0	臨時職員給料
7. 福利厚生費	1,207,000	1,417,286	1,453,113	1,493,562	社会保険料等2名分
8. 印刷費	300,000	300,825	422,580	283,500	領収書・議案書印刷、事業案内作成費
9. 関係団体負担金	326,000	326,200	316,200	316,200	全医協・九医協・中央会賦課金
10. 広報宣伝費	200,000	154,787	269,894	450,625	県医師会報掲載料等
11. 交際費	650,000	680,930	537,489	1,210,190	新年宴会負担金・囲碁・ゴルフ大会他
12. 会議費	750,000	446,543	691,042	730,958	総代会・理事会
13. 旅費交通費	1,705,400	1,774,636	1,467,517	779,930	全医協連・九医協連出張旅費
14. 通信費	2,500,000	2,004,034	3,453,920	3,362,444	電話・郵便・宅配料
15. 消耗品費	1,850,000	1,825,879	2,090,092	2,044,151	県医師会事務消耗品等
16. 新聞図書費	145,000	142,801	146,036	137,736	県内2紙、本土1紙
17. 支払手数料	800,000	804,240	966,000	987,000	会計事務所管理手数料
18. 支払保険料	1,250,000	1,202,580	1,271,990	1,160,520	役員・職員傷害保険
19. 寄付金等	1,000,000	0	1,000,000	1,000,000	地区医師会寄付金
20. 賃借料	3,444,000	3,444,000	2,880,000	2,760,000	会館維持費・印刷機・情報システム費用等
①. 会館維持費	240,000	240,000	120,000	120,000	
②. FAX・印刷機リース	24,000	24,000	60,000	60,000	
③. 複写機使用	780,000	780,000	720,000	720,000	
④. 医療情報システム	2,400,000	2,400,000	1,800,000	1,800,000	会員管理システム、引去システム、ソフトウェア等
⑤. その他	0	0	180,000	0	
21. 租税公課	850,000	379,100	869,900	1,277,900	消費税等
22. 棚卸減耗損	50,000	120,015	36,540	160,443	H18年度 会員名簿72冊、カルテ165冊廃棄
23. 雑費	450,000	482,082	495,089	535,262	振込み手数料・駐車料等
24. 支払リース料	885,780	885,780	229,320	0	公用車リース料
25. 減価償却費	0	0	0	132,300	パソコン2台

平成19年度沖縄県医師協同組合収支予算

支出の部 NO-2

項目	H19年度予算	H18年度実績	H17年度実績	H16年度実績	摘要(平成18年度実績比較)
<b>III 事業外費用</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IV 特別損失</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>V 予備費</b>	<b>2,565,820</b>	<b>-8,540,776</b>	<b>5,896,075</b>	<b>8,244,120</b>	<b>-30.0% 11,106,596</b>
<b>支出合計</b>	<b>37,591,000</b>	<b>39,874,932</b>	<b>43,757,255</b>	<b>48,600,916</b>	<b>94.3% ▲ 2,283,932</b>

**第2号議案**

**平成19年度事業計画・収支予算承認の件**

事業計画

1. 共同・受取購買事業

平成19年度は同事業の目標を11,605,000円に設定。

2. 受取事務代行業の目標を20,200,000円に設定。

受取事務代行業

項目	取扱総額	手数料率	手数料高
生命保険手数料	434,567,000円	3%	13,037,000円
損害保険手数料	238,767,000円	3%	7,163,000円
		合計	20,200,000円

3. 受取斡旋事業の目標を4,582,000円に設定。

4. 教育及び情報の提供事業。

(平成19年度沖縄県医師協同組合収支予算一覧表掲載。)

**第3号議案**

**平成19年度における借入金の最高限度額決定の件**

今年度も例年のとおり900万円とする。  
(実際は予算内で執行しており、借入したことはなし。)

**第4号議案**

**役員報酬決定の件**

年間414万円以内とする。

**第5号議案**

**平成19年度における収支予算の事業計画の範囲内における補正ならびに流用についての権限を理事会に委任する件**

(これも、今日まで流用の執行をしたことはない。)

以上、沖縄県医師協同組合の第16回通常総代会の報告をした。

**印象記**

沖縄県医師協同組合専務理事 真栄田 篤彦

今日まで、会員によって利用・ご愛顧いただいている県医師協同組合の事業に対しては年々厳しくなる医療環境のなか、役割と期待が増加しています。私は、全国医師協同組合連合会理事として購買事業担当に参加してきましたが、なかなか購買に関する事業展開が難しく、さらに、保険事業に関しても中小企業の規則改正・定款変更等によって、休診、保険の中止の選択を余儀なく決定しています。それに取って代わる保険等の検討が進んでいます。

組合会員におきましては、今後とも医師協同組合事業にご参加くださるようお願い申し上げます。

第15回沖縄県医師会県民公開講座  
 ゆらぐ健康長寿おきなわ  
 メタボリックシンドローム  
 ～なぜ肥る？どうやせる？～



理事 玉井 修



去る6月16日（土）13時30分よりロワジュールホテル那覇において第15回県民公開講座を開催しました。

県民全体の意識を高めて健康長寿を取り戻そうと、平成15年から開催されてきた県民公開講座も今回で15回目を迎えました。その間沖縄県の健康長寿を脅かしている様々な問題を取り上げてきました。自殺や、肥満、癌、喫煙対策、認知症、脳卒中、そして危機的になりつつある慢性腎不全と透析の問題など、沖縄県の抱える健康問題は非常に多彩であることを実感し、繰り返し訴える大切さを認識して、たゆまない努力を続けてきました。県民公開講座は多くの県民に支持され、毎回700人前後の参加者を集め、県民はこの公開講座を通して沖縄県医師会

に大きな期待と信頼を寄せています。会場に詰めかける多くの参加者の真剣な眼差しに感銘を受け、これを支えるために多くの人が汗をかき、スタッフは県民の福利のために結束し、自分の仕事の範囲を超えた協力をしてくれました。担当理事としてこの県民公開講座を主催する事は、大きな誇りであります。

県民公開講座が開催された平成15年から、県民の健康増進の為にこの県民公開講座がどのような影響を及ぼしてきたのか、何がどう変わったのか、それを明らかなエビデンスで表すことはできませんが、私はこの県民公開講座に参加した県民が自分自身とその職場や家族に多くの良い影響を及ぼした事を信じて疑いません。この5年間、様々なテーマに対して、智恵を絞って

様々な工夫を凝らし、県民に効果的に健康長寿復活を訴える努力をしてきました。毎日が新企画であったと言っても差し支えないでしょう。そしてこのように積み上げた多くの経験や人脈がやっとここまでの県民公開講座として成長させたのです。一朝一夕にできるものではないのです。当公開講座の企画に携わっていただいた多くの方々並びに、ご理解を賜った会員の皆様には感謝申し上げます。

さて、今回はメタボリックシンドロームをテーマに選びました。カタカナ表記で理解してもらえらるだろうかと危惧もありましたが、メタボリックシンドロームは既に言葉として市民権を得ているので問題ないだろうということでそのまま使用しました。実際今回の会場も約700人が詰めかけて大盛況となりました。

私、玉井の司会で開催し、まず宮城会長が公務出張の為代って本会の真栄田篤彦常任理事よりご挨拶を頂き、沖縄県福祉保健部長の伊波輝美様よりご挨拶を頂きました。

講演は、座長を田仲医院院長の田仲秀明先生にお願いし、まずは田仲先生よりメタボリックシンドロームの解説をしていただきました。沖縄県に於いていかにメタボリックシンドロームが問題となっているかという現状を説明していただきました。健診を受けても、そのまま受けっぱなしで、問題をしっかり把握していないのが沖縄の現状の様です。メタボリックシンドロームの対策のためには、メタボリックシンドロームが自分自身の問題として気付けるかどうか大きなキーポイントであると訴えて頂きました。

次にメタボ対策市町村の取り組みと題して、南城市市役所保健師の井上優子氏に御講演して頂きました。沖縄県では40代から50代の比較的若い世代にメタボリックシンドロームが蔓延し、将来の健康長寿が危機的状況にあること。平成20年から導入される特定健診・特定保健指導に対応し、健診受診率のアップは地方自治体の健康行政上どうしても達成しなくてはならないと強く訴えて頂きました。

昨年末より沖縄タイムスで連載された『目指せBMI=22 メタボ兄弟の挑戦』で、実際にメタ

ボ対策を特集記事として連載した平良秀明記者と平良吉弥記者の講演は経験を基にした非常に興味のあるものでした。某テレビ番組事件に代表される偏ったダイエット報道の弊害、あれもダメ、これもダメではなく、できるだけ楽しくダイエットを継続する工夫を凝らしていった努力と非常に柔軟な考え方に会場からは感嘆の声と、時々交えるユーモアに笑いがわきおこりました。ダイエットは誰かと一緒に、声掛け合って、励まし合って継続するという工夫はとても参考になります。また、今日は誕生日なので少し食べ過ぎた、等と自分の言い訳などを書き込める楽しいグラフ化体重表は非常におもしろそうです。

琉球大学医学部附属病院第2内科の島袋充生先生には、なぜ悪い？メタボリックシンドロームと題して、内臓脂肪と心臓病との深い関わりを解説して頂きました。内臓脂肪が及ぼす脂肪毒性という考え方は非常に興味を引きました。海外でも高い評価を得ている島袋先生の脂肪毒性の研究は、内臓脂肪そのものが血管障害を引き起こすという興味ある報告で、最先端の医療情報でありながら一般県民にもその重要性を理解しやすいように易しく説明されていました。体重を2kg、腹囲をわずか2cm縮めるだけでもとても意味がある、できることからコツコツと継続する重要性をお話して頂きました。

講演のあとはフロアからの質問を受けて講演者とのディスカッションです。県民公開講座の見所のひとつです。直接フロアとのディスカッションが行われますが、何が出てくるかわからない分、パネラーの先生方の人柄が伝わるコーナーです。健康食品は本当に有効なのか？ダイエットを継続するコツは？医者から勧められた薬は一生飲まないといけないのか？など本音をぶつけてくる質問を座長の田仲先生がうまくパネラーに振り、これに関して少々戸惑いながらも講演者が一生懸命答えます。その様子はまさに県民との直接対話を見る思いが致します。健康長寿を訴える沖縄県医師会と、それをしっかり自分自身を含めて県民の問題として受け止めるフロアとの一体感を感じます。これが5年間積み上げてきた県民公開講座の姿なのです。

# 講演の抄録

## 肥満天国沖縄の現状



田仲医院 院長 田仲 秀明

昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業  
 平成6年 琉球大学附属病院第2内科助手  
 平成7年 英国ウェールズ大学医学部研究員  
 平成10年 沖縄県立南部病院内科医長  
 平成14年 豊見城中央病院糖尿病・生活習慣病センター所長  
 平成17年 田仲医院院長  
 現在に至る  
 学会活動 日本糖尿病学会専門医・指導医  
 日本動脈硬化学会会員  
 英国糖尿病学会会員

### 【メタボリックシンドロームとは？】

腹部肥満があり、これに加えて高血圧、高脂血症、高血糖のうち2つ以上が認められる状態をいいます。その基準は、

- 腹部肥満：腹囲男性85cmおよび女性90cm以上、
- 高血圧：130/85mmHg以上、
- 高脂血症：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満、
- 高血糖：空腹時110mg/dl以上です。

それぞれの異常は軽度ですが、集まると重大

な結果につながるため、健康上の重要課題として最近注目を集めています。私は10年ほど前よりだんご四兄弟（図1）として注意を喚起して来ました。

### 【沖縄のメタボリックシンドローム】

高脂肪食と車社会に代表される欧米型生活習慣を続けた結果、沖縄県は日本一の肥満県となってしまいました。これを背景に沖縄のメタボリックシンドロームは、成人男性の3人に1人、女性の10人に1人と他府県に比べて著しく頻度が高いことが分かりました。

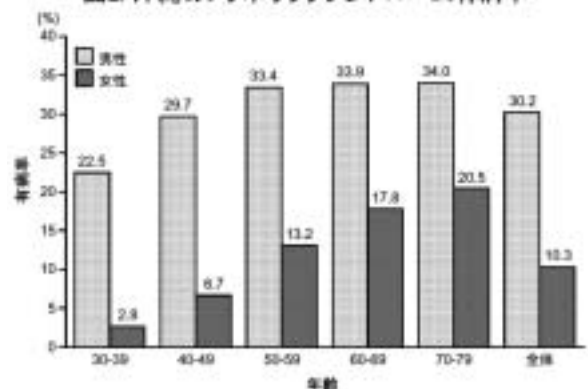
### 【現状は沖縄クライシス（＝危機）】

メタボリックシンドロームは加齢に伴って増えることが知られており、沖縄女性においてはその通りでした。しかし、男性では若い世代を含む幅広い年齢にメタボリックシンドロームが蔓延していました（図2）。沖縄県では心臓病、脳卒中、糖尿病等、動脈硬化に関連する病気で亡くなる方の割合が、若い世代になるほど全国の上位となっています。沖縄はこれまで長寿地域として有名でしたが、このままでは今後若い世代が健康に長生きすることが難しくなると考えられます。

図1. メタボリックシンドローム = だんご4兄弟



図2. 沖縄のメタボリックシンドローム有病率



Tomiko H et al. J Atheroscler Thromb 2005;13(3)

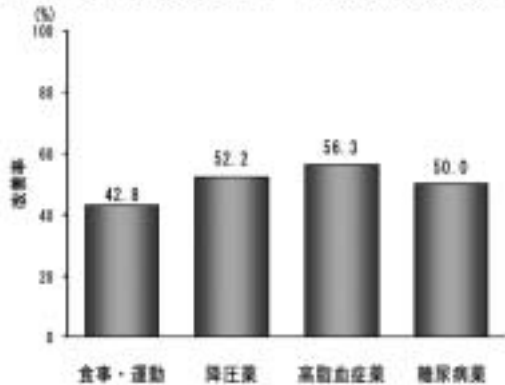
**【気付くか気付かないか、それが問題】**

ここに面白いデータがあります。人間ドックでメタボリックシンドロームではないと判断され指導を受けなかったグループから、1年後に男性13%、女性4%にメタボリックシンドロームが発生しました。一方メタボリックシンドロームと診断され、指導や治療を受けたグループでは、1年後に男女とも半数近くが改善し、メタボリックシンドロームから脱しました。しかもその際、非薬物療法と薬物療法の改善率には大きな差がありませんでした(図3)。

つまりメタボリックシンドロームに気付くか気付かないか、それが問題なのです。

長寿県沖縄を取り戻すには、メタボリックシンドローム撲滅を保健・医療上の運動としてだけでなく、禁煙運動のように社会運動として拡げていくことが重要なのです。

図3. メタボリックシンドロームの治療法別改善率



(鹿児島中央病院 2003-2005年成績より)

**メタボ対策—市町村の取り組み—**



南城市役所保健師 井上 優子

平成元年 県立那覇看護学校卒業  
平成5年 旧玉城村役場保健師  
平成18年 南城市役所保健師

沖縄県の健康実態をメタボリックの視点で見ると

**1. 健診**

人間ドック6項目異常頻度の県別比較

年	2001		2003		2005	
	順位	%	順位	%	順位	%
肥満	2	43.1	2	39.7	2	43.1
耐糖能	19	14.5	18	14	44	8.5
高血圧	5	23.7	17	18.8	20	17.4
高コレステロール	34	20.7	20	26.6	43	17.5
高中性脂肪血	14	18.7	8	19.2	28	14
肝機能異常	12	32.7	4	45.3	3	53
6項目異常	4		4		5	

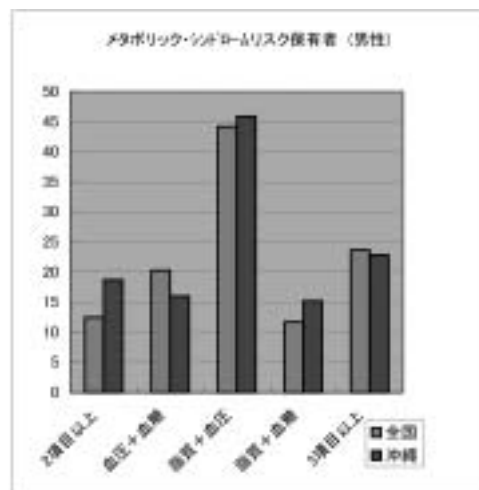
(社団法人日本病院会予防医学委員会報告2005)

肥満全国第2位、3人に1人が肥満。

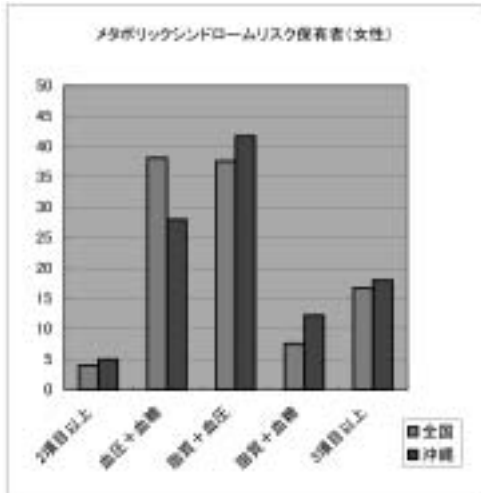
肝機能異常が年々上昇2005年第3位、2人に1人異常値

糖、高血圧、高中性脂肪はメタボリックシンドロームの必須項目

政府管掌健康保険実態  
メタボリックシンドロームリスク保有者







メタボリック保有者

男性全国 1位 女性全国 2位

リスク項目組み合わせ

- (男性) ・ 血圧+血糖・・・47位
- ・ 脂質+血圧・・・14位
- ・ 脂質+血糖・・・2位
- (女性) ・ 血圧+血糖・・・47位
- ・ 脂質+血圧・・・6位
- ・ 脂質+血糖・・・1位

## 2. 医療

沖縄県でお金のかかっている疾患は何なのか？

予防は可能なのか？

(ひと月200万円以上の医療費を使った153件の病名を見ると)

男女差で見ると

区分	合計	男性	女性
合計	153	104	49
	100%	68%	32%
65歳未満	63	45	18
	41%	71%	29%
65歳以上	90	59	31
	59%	66%	34%

お金のかかる病気は男性に多く65歳未満が7割を占める。

## 基礎疾患と大血管との関係

	糖尿病	糖尿病+高血圧	高血圧	なし	合計
心臓	11	43	27	24	105
	10%	41%	26%	23%	100%
脳血管	7	15	15	10	47
	15%	32%	32%	21%	100%

心臓の血管は、糖尿病と高血圧が重なったとき、脳の血管は、糖尿病と高血圧が重なったとき及び血圧単独でも障害を受けやすい。

疾患別に見ると

	合計	心臓	脳血管	大血管	癌	腎
600万円	2	2	1	1	0	0
	1%	100%	50%	50%	0%	0%
500万円	12	10	7	8	0	1
	9%	83%	58%	67%	0%	8%
400万円	16	14	3	9	1	2
	11%	88%	19%	56%	6%	13%
300万円	26	20	9	5	2	1
	18%	77%	35%	19%	8%	4%
200万円	97	59	27	4	22	12
	69%	61%	28%	4%	23%	12%
合計	141	105	40	19	25	15
	100%	74%	28%	13%	18%	11%

心臓の病気が一番お金がかかる。

(国保連合会医療費分析資料より)

## 3. 死亡

生活習慣病に関する都道府県別年齢調整死亡率 (平成12年度)

	糖尿病	心筋梗塞	脳内出血
男	2位	12位	3位
女	2位	13位	42位

- ①男女とも糖尿病が原因で死亡するのが、全国第2位
- ②男性は、心筋梗塞、脳内出血で亡くなる率が高い
- ③40～50歳代は、心筋梗塞、脳内出血での死亡が高い→平均寿命が男性26位になった背景か・・・

若い人の死亡で順位が全国平均を上回った疾患

	疾患名	順位
40歳前半	脳血管疾患	1位(男性)
40歳後半	脳出血	2位(男性)
50歳代	急性心筋梗塞	1位(男女)

健診、医療、死亡の実態を見ると共通性がある。内臓肥満があり、高血圧、高血糖、脂質異常が重なると、心臓や脳の血管がダメージを受けやすく、医療費も高額になり、死亡率も高い。そこで、健診項目の肥満を解消すれば糖や血圧や脂質が改善し、心臓や脳の血管にダメージを与えなくて済むことが読み取れる。

平成17年4月に日本内科学会等8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管発症のリスクが高く内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクの低減が図られるという考えを基本にしている。

さて、高血糖、高脂質、高血圧は自覚症状があるでしょうか？どうしたら自分の血糖や脂質や血圧の値がわかるのでしょうか？

国は平成20年度から、保険者に特定健診・特定保健指導を義務づけメタボリックシンドロームの概念を導入した健診を実施する。受診率、保健指導率、メタボの減少率の目標値に達成しなければ、ペナルティがかかることが決まっている。

**メタボ兄弟の挑戦**  
—沖縄の肥満とメディアの役割—



沖縄タイムス記者  
平良 秀明

沖縄タイムス記者  
平良 吉弥

平成3年 琉球大学法文学部卒  
同年 沖縄タイムス社入社

平成11年 琉球大学法文学部卒  
平成13年 沖縄タイムス社入社

「メタボ」という言葉が浸透し、健康機器や健康食品もブームになったが、追い風にならず。「楽しんでやせたい」という心理をついた単品ダイエットが問題に。

**②新聞に載った。でも、その後は？**

新聞は長寿県転落や肥満率全国1の記事を何度も書いて県民に訴えたが、効果はあったのか？読んでもらうことはできても、県民が行動に移し、生活習慣を変えるまでいくことは難しい。肥満問題を書いている記者からして100キロを超えていた。

**③メタボ兄弟スタート**

2006年末、減量を決意し、連載開始。同僚や家族にもひた隠しにしていた体重を正月の新聞紙上でカミングアウト。検診結果、内臓脂肪の写真まで載せると怖いものなしになった。二人でやると恥ずかしさ半分、やる気は二倍。

**④久田式ゆるゆる減量法**

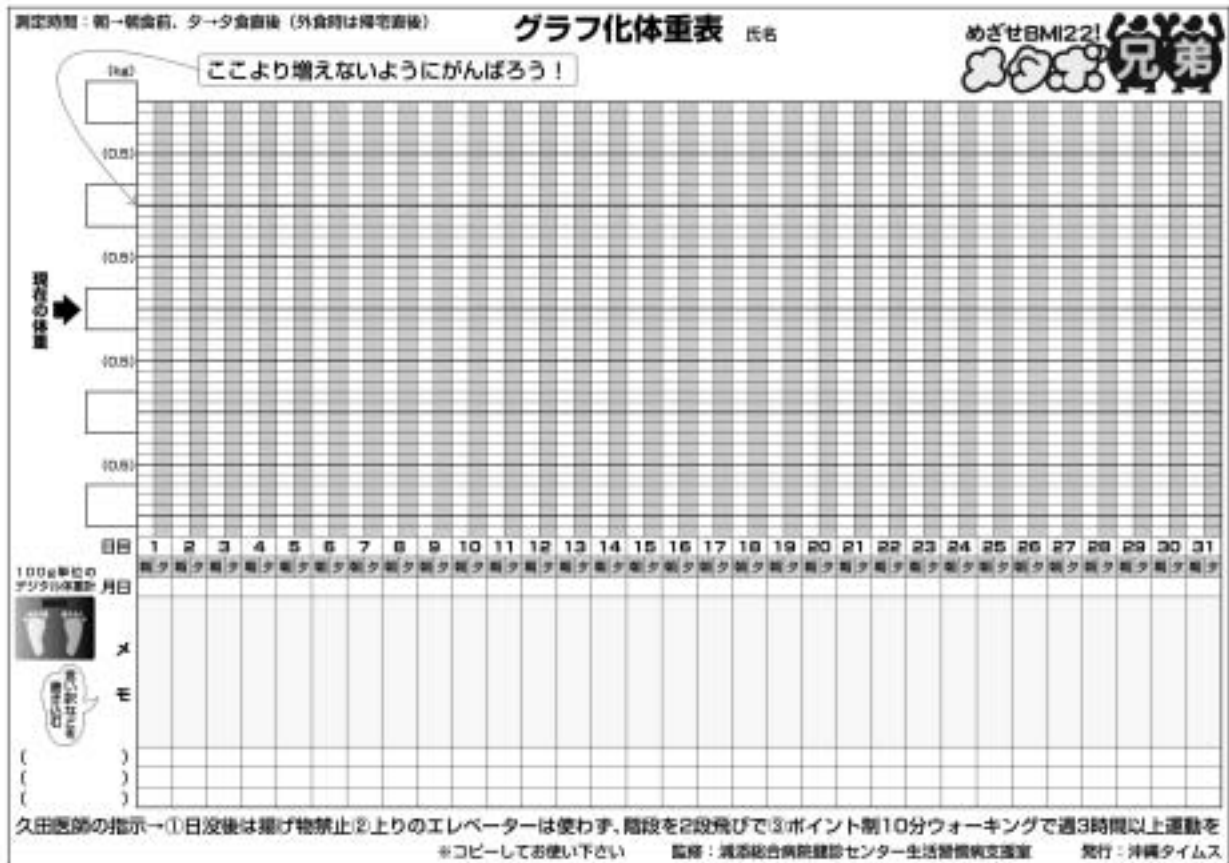
久田友一郎浦添総合病院健診センター長の指導を受け、1. 日没後の揚げ物禁止、2. エレベーターは使わず、階段を2段飛びで上がる、3. 週3時間以上運動する—の指示を守り、「グラフ化体重表」を毎日つけてきた。数字だけが自分の体の現実を正確に教えてくれる。

**⑤肥満は悪か？**

健康を取り戻し、ファッションにも幅が出てきた。何より、「やせたねー」と減量が明るい話題の糸口となり、人と会うことが苦痛でなくなった。超高齢社会で近い将来、生活習慣の乱れで病気・障害・介護状態になっても、「自己責任」とばかりに十分なケアが受けられなくなるかもしれない。太っていても健康な人はいるが、体重を落とすことによるメリットは大きい。健康は自分で守るしかない。

**①26ショックと「あるある大事件」**

26ショックから早5年。アンチエイジングや



なぜ悪い？メタボリックシンドローム  
—内臓肥満と心臓病の深い関わり—



琉球大学医学部附属病院第二内科 島袋 充生

1987年 琉球大学医学部医学科卒業、琉球大学医学部第二内科入局  
 1995～98年 テキサス大学サウスウェスタンメディカルセンター、博士研究員  
 1999年～現在 琉球大学医学部附属病院 講師、  
 2002年 自治医科大学大学院 (非常勤講師)  
 2005年～現在 山口大学大学院医学系研究科 (非常勤講師)

はじめに

社会資本、医療制度が充実した現代社会にいきる私たちは、歴史上かつてないほどに健康と長寿を謳歌しています。日本人は平均で男性78才、女性85才と長い人生を過ごしますが、年を

重ねるとともに心臓病や脳卒中をおこす可能性は高まり、結果的に3分の1は心臓病か脳卒中でなくなる事になります(残り3分の1はガン)。心臓病や脳卒中は中高年者の誰もがかかる可能性のある病気ですが、原因を明らかにし、うまくそれを取り除ければ十分に予防することが可能です。

内臓肥満は、心臓病、脳卒中のおこる最大の原因

心臓病、脳卒中は、高血圧、糖尿病、脂質異常症といった原因(リスクファクターといいます)で体内の血管が長年にわたり傷む結果おこります。世界中で心筋梗塞をおこしたヒトを調

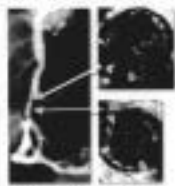
地域別の心筋梗塞9つのリスク：INTERHEART (Yusuf et al, Lancet, 2004)

Acute/AI 原因	%	脂質	内臓脂肪	心身社会	高血圧	糖尿病	全7因子
高コレステロール	45	64	39	22	15	94	
内臓肥満	51	60	51	19	8	99	
心身社会因子	74	58	40	30	17	97	
野菜・果物	68	58	27	38	21	94	
運動							
飲酒							

図1

報 告

冠動脈インターベンション症例  
琉球大学第二内科および調査協力施設 連続167症例 (2004-2005.9)



女性  
70±9才 (50-87)  
25.8±3.9 (20.4-39.6)

男性  
平均年齢: 62±11才 (35-87)  
平均BMI: 25.6±3.4 (17.3-36.5)

冠動脈インターベンション症例のリスク (男女別)

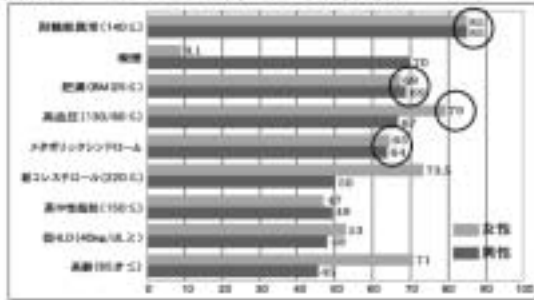


図2

べると、リスクファクターの割合はおどろくほど似ています (図1)。コレステロールが高い、喫煙、糖尿病、高血圧、内臓肥満、心身社会因子 (生活状況)、野菜・果物を摂らない、運動しない、過度の飲酒、という9つの原因がおおよそ95%を占めるのです。20~30年前はコレステロールと血圧が最大の原因でしたが、これらを治療するよいお薬が使えるようになり、最近では治療の難しい糖尿病 (およびその予備軍) と内臓肥満が原因となることが増えています (図2)。特に内臓肥満は糖尿病や高血圧症、脂質異常症 (コレステロール、中性脂肪の異常) の発症と悪化の主な原因になることから心臓病、脳卒中の最も重要な原因と考えられます。

メタボリックシンドロームは悪性的内臓肥満を表す

腹囲の増加 (男性85cm以上、女性90cm以上) で示される内臓肥満に加えて、高血圧症、脂質異常症、高血糖を合併するとき、メタボリックシンドローム (代謝症候群) と診断されます。沖縄でもメタボリックシンドロームがあるヒトは、ないヒトに比べおおよそ2.5~2.8倍心臓病あるいは脳卒中がおこりやすいことが明らかになっています (未発表)。沖縄県男性の青壮年層の内臓肥満者およびメタボリックシンドロームの頻度は全国一多いことがわかっており、過去

30年以上の脂肪由来の摂取エネルギー比増加が主な原因のひとつと考えられます。高脂肪食摂取、運動不足というライフスタイルの欧米化は、血管を傷めやすい生活を輸入したともいえ、このことが、欧米並に心臓病をおこりやすくしたと推定されます。

リスクファクターを減らし、心臓病、脳卒中を予防するコツ

高脂肪食、高カロリー食、高塩分食を中心とした食習慣の乱れと運動不足の結果、内臓肥満症となることで、多くの生活習慣病が起ってきます。中でも心臓病、脳卒中の頻度が多くなります。心臓病、脳卒中を防ぐ確実な方法は (図3)、1. 生活習慣を変える (食事療法、運動療法で内臓脂肪を減らす、塩分を減らす、野菜摂取)、2. 血糖降下療法による血糖コントロール、3. 卒煙、4. 降圧薬、脂血異常症改善薬によるリスクファクターの是正、5. 抗血小板薬による血栓予防です。それぞれの方法単独で、心臓病、脳卒中をおおよそ20~30%ずつ減らすことができます。さらにこれらすべて組み合わせるとおおよそ60~80%の心臓病、脳卒中を防ぐことができると考えられます。

心血管代謝リスクを減らす方法 (2006Narayan, 著者改変)

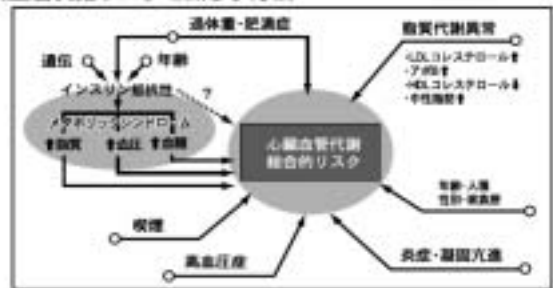


図3

おわりに

日本を含めた先進諸国では内臓肥満が増えており肥満に基づく病気が爆発的に増加しています。“内臓脂肪”という原因をうまく取り除き、リスクファクターを減らすことで、心臓病、脳卒中になることを予防することができます。是非、今日からここ沖縄ではじめましょう。

## 座談会～県民公開講座を終えて～

○玉井理事 公開講座を終えて、講師の先生方とタイムス社の諸見里編集局長、銘苺前社会部長、平良新社会部長を交えて、少し意見交換をさせていただきたいと思います。まず座長の田仲先生、今回いかがでした。

○田仲座長 質問がこんなに沢山でるんだなと思いました。

○玉井理事 だいぶ関心が高いといつも思っています。

サプリメントの質問が出てくると思ったのですが意外に少なかったですね。あと、隣のおばさんに「あなた一生この薬を飲むの?」と言われて薬を中断する方がいるんですが、ドクターがどんなに時間をかけて説明しても、近所のおばさんに負けてしまう現実をもう少し、分かってほしいところがありますよね。

○田仲座長 薬に一生依存すると思ったら飲まないですね。止めることはできるかもしれませんがよと言うと、飲んでくれるんですね。そうアピールしていくことも必要かもしれません。

○島袋先生 僕は、これは長生きする薬ですと言ってます。

○平良秀明氏 脅かすとダメなんですか。

○田仲座長 ダメですね。僕は糖尿病を専門で診てますので、重症になってどうしようもない人達が来るんです。数字を見ると驚くほどの値なんですけど、あえて冷静を装って「高くなってますね」と穏やかに話をしています。そう優しく接すると患者さんもほっとするんです。

○諸見里編集局長



僕らの感覚ですと、お医者さんからこれを飲みなさいと言われてたら、NOとは言わないで何でも飲んで、逆に飲み過ぎなところもある感じがするんですが。

○田仲座長 僕には言わないんですが、看護師さんにこれだけ薬が余りましたという方もい

ます。

○玉井理事 結局来なくなったりすることもありますね。

もうそろそろ薬がなくなっているはずなのに、結局飲んでなくて余っているという人がいるんですよ。

○田仲座長 薬は高いんですよ。量を減らしてあげるとは考えないといけないですね。糖尿病だと薬だけで5,000円以上かかっていると思います。

○玉井理事 格差社会といますよね。実際に血圧の薬を欲しくても給料日まで待って来る人がいますね。これが現実なんですね。

年金生活者もそうですね。

ですから、そのような人に「薬を飲まないで死んじゃうよ」と言うのと、患者さんは本当に悲しい思いをしてるんですよ。飲まなきゃいけないことは分かってるんですが、お金が無いので薬をもらいにいけないんですね。

ですから発言も気をつけてますね。

○田仲座長 200万円以下の収入の方が22%ということでしたね。若いうちは平良記者のように努力すればお金を使わずにできるんですよ。そこが基本ですよ。

その辺のところをもっとアピールできればいいと思います。

○玉井理事 結局、合併症を作ったり、脳梗塞を引き起こしてしまうと更にお金が掛かることになりますよね。

○田仲座長 社会資源の損失ですよ。

○島袋先生 ある試算で、境界型の人で月々大体5,000円掛かるんですが、糖尿病になると月1万円、心臓病で入院すると60万円、透析が始まると医療費の桁が全然違ってきます。ですけど実際には保険で支払われるので患者さん自体は実感が無いですよ。ものすごい安い負担で治療してる訳です。

○田仲座長 それはちゃんと分かるように知らせるべきですよ。

○諸見里編集局長 市町村単位あるいは県単位でそのような括りはつくれるんですか。

○田仲座長 今後はそれをやっていかないと、沖縄県からの出費が増えるんですよ。貧乏な県ほど苦労することになります。

○島袋先生 多額の医療費を県に負担してもらっているということを自覚してもらおうことと、それほど額が大きいのであれば、もう少し自分でも努力しようとする方向に導かないといけないですね。

○田仲座長 今後は、報道記事も経済的な事も含めて報道してもらいたいですね。

本当に経済的にたち行かなくなりますよね。

○平良秀明氏 3割負担になって、残りの7割は病院が貰っていると思っている人がいますよね。

「田仲先生儲かってるはずね」って言う人があるんですよ。(笑)

○井上先生 皆保険制度が崩れたら本当に大変な事になりますよね。

○玉井理事 こういった医療経済の事はなかなか分からないところがあって、診療報酬等が切り下げされているにも関わらず、例えば本人負担が2割から3割に引き上げられると病院が儲かっていると思われるんですね。実際は、病院がどんどん潰れていっている状態なんですね。

医療崩壊と言う言葉がありますが、それは誰の得にもなりません。そういう意味でも崩壊させないために社会の声を届けないといけないと思いますね。

先ほど、伊波輝美県福祉保健部長とお話したんですが、難しい事でもやさしく話してくれるチャンネルが無いといけない。難しい話を出るだけやさしく、わかりやすく伝える努力をしないとダメですね。メディアの分野でもそれをやってもらえると興味も出てくるだろうし、健診の受診率アップにもつながると思います。

それと、この会場に来て頂いた方達が地元で今日の内容を広めていただくことも大事ですね。

○田仲座長 今回メディアの方が実際に関わったことは大変影響力があると思います。

すべてにアンテナを張っている2人がやったということは、これはやらないといけないなと

思いますよね。

○玉井理事 最初は危機意識がなかったんだよという所から始まったのも良かったですね。

○田仲座長 平良記者2人も、あれだけ記事を書いて自分で気づかなかったんですからね。(笑)

○平良吉弥記者 耳学はある程度入っていて、他人に説明できるんですが、自分はやっていないんですよ。

○玉井理事 誰かダイエット仲間を作りなさいという話が出てましたが、あれは良かったですよ。

一人で頑張ろうとしても中々難しいですよ。これも誰かが声をかけていくとユイマールので良いですよ。健診にも繋がることです。

本当に大事なのは今日来てくれた人たちの回りの人にどうやって繋げるかということだと思いますので、そういう記事も是非載せて下さい。

○平良記者 僕らもこれだけ他のメディアがあると、新聞の影響力は果たしてどれだけあるのかと思っていて、ポピュレーションアプローチと言っていますが、僕らがどれだけ役に立っているのかということテーマにして動いているところです。書いた記事を読んで読者が実際に行動を起こせるかという点を考えながら、見せ方、読ませ方を工夫しているつもりです。

○諸見里編集局長 新聞がもっている信用力をどう活用していくかですね。当初「メタボ兄弟」が始まったときに正直言って驚きました。ある意味堅いイメージのある新聞に新たな試みとして両平良記者が豊かな発想で記事を書いていることで、新聞の枠が広がってきていると思います。

そういう意味からも情報提供を行って読者が応えてくれるよう、新聞社としても試されていると思います。

○島袋先生 おっしゃる通りです。目的がはっきりしてるので、わりと紙面的にバリエーションがあってもわかりやすくとても良い企画だと思います。

○玉井理事 正しい情報を伝えることは大事ですが、これを誰が、どう伝えるかということ

も大事なことです。伝わり方が違うことによって浸透力が違いますので、そうすると行動様式が変わってきます。特集記事などで特定健診の掘り起こしに繋がっていくことがもし起これば良いことだと思います。

最近では年金問題等で社会不安が増していますが、医師会は国民の味方であるということを訴えて行かなければいけません。

○銘苺前社会部長



今回初めて新聞社側から演者が出たのですが、先生方の有意義な情報と記者二人の発表が出たことで、ダイエットがより身近になったのではないかと思います。

あまりにもダイエットに関する情報が多すぎるのですが、やはり、食事療法と生活習慣の二つが基本であるということは今日の参加者に伝わったのではないかと思います。それがまた広がってくれればと期待します。

○平良社会部長



新聞記者の仕事は健康とはほど遠い世界で、夜は12時過ぎまで仕事したり朝は早くから出されたり食事も不規則ですが、その中で

今回、記者の2人がメタボ兄弟として発表しました。会場の雰囲気も良く、先生方のお話も非常にわかりやすく、僕も健康に気を遣っていないタイプで、ウチアタイしていたところです。

今後も経済的、社会的な部分から記事を掲載していきたいと考えています。

○諸見里編集局長 今年の年末には平均寿命順位が発表されますが、新たなショックを受けることになると思います。それに向けての新たな取材体制を整えていきたいと考えています。

話は少し変わりますが、受診制度の中で加算・減算の制度ができるとの話がありましたが、健康の領域まで出来高払いを導入して、しかも目標に達しない場合は罰を与えるということに疑問を感じますね。

ですが、健診率を上げることはお互いの健康のためになることですから、メディア側としても出来るだけ協力していきたいと考えています。

○玉井理事 いろいろな制度が激動している時代ですので、社会的な不安が渦巻いています。現場にいるとつくづく感じます。お年寄り、特に年金生活者は戦々恐々としているのが現状じゃないかと思います。是非そのような人たちのために、お力をお貸し頂きたいと思います。

本日はありがとうございました。

当日お越しいただいた方々の中から、数名の方にインタビューさせていただきましたので、その中から下記のとおり3名の方のご意見・ご感想を掲載致します。

また、医師会への要望が多数ありましたので、主なものを併せて掲載致します。

本会の広報活動にご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

インタビュー①:

本日の講演会に参加されての感想をお聞かせ下さい。また、今後の日常生活でどのようなことに気をつけようと思いますか。

インタビュー②:

医師会への要望をお聞かせ下さい。



(41歳・男性・会社員)

- ①沖縄県のメタボリックシンドロームの現状、問題点は十分伝わりましたが、それを受けて実効性のある具体的な取組みの提案が必要だと思いました。一般の方が出来る手軽な方法（食事の改善、どのような運動がいいか等）が良いと思います。
- ②メタボリックシンドロームに対する危機感は県民に広がりつつあると思いますが、今後、県、関係団体の連携を図って県民運動を行うべきではないかと思っています。

(68歳・女性・無職)

- ①3回位ダイエットをした経験がありますが継続できずに中途半端で終わってしまい、リバウンドしがちです。今日の平良兄弟の挑戦の話聞いて、相棒がいると心強い、グラフ（朝、夕の体重測定）の活用、夜の揚げ物を控える、そして今ダイエットをしているという意識を持つことが大切だと思いました。  
今日の講演の内容を持ち帰り、実行に移したいと思います。グラフ作成から始めます。ありがとうございました。
- ②地域への出前講座をお願いします。地域だと、友人、隣近所の人達を誘って気軽に行って話が聞けます。

(43歳・男性・会社員)

- ①直ぐに実行しようと思いました。また、具体的（体重管理）な取組みが出来る企画も良かったと思います。データ等で現状を把握する事は重要ですが、県民の肥満度は分かっている事なので、具体的に始められる方法をより多く情報提供したら、自分に合わせた方法で始められると思います。私は、先ずは体重表をつける事から始めます。
- ②県民・市民が参加出来る運動の企画を考えてみてはいかがでしょうか。この様な講演会の企画とリンクすると効果が上がると思います。  
また、講演会の受講表を作ってみてはいかがでしょうか。参加するとスタンプを押してもらえれば、何回も参加する人が増え、集客が容易です。

(その他医師会への要望)

- 保健師・栄養士等に対する勉強会（講演会）の機会を作りたいです。
- 今後、沖縄県民は男女ともワースト10内に入るのでと・・・、大きな問題として県民を上げて取り組みを強化して欲しいと思います。
- 地域ごとにこの様な講演を広めて欲しいと思います。
- 専門的な話も大事ですが、本日の講演の様に体験者の話は、身近に感じられて良かったです。今後、タバコや酒の問題に関する体験者の話を交えた講座も聞きたいです。