

## 国民医療を守る沖縄県民集会



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12月20日（火）午後7時より、パシフィックホテル沖縄において、加盟各団体より約500名が参加して盛会に開催された。

当県民集会は、来年度の予算編成前に医療崩壊の阻止を望む国民の声を政府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



わが国は、急速な高齢社会の進行にもかかわらず、政府が長年にわたり財政優先の政策を断行し、医療費の削減を強行し続けたことにより、日本の医療は崩壊の兆しを

見せ始めている。医師・看護師不足による過重労働は、産科や小児科医療、救急医療をはじめとする地域の医療に深刻な影響を及ぼし、高齢者のための長期入院施設の削減は大量の医療難民、介護難民を生み、孤独死も急増することが懸念されている。また、患者一部負担の引き上げは国民から医療を受ける機会を奪ってしまう。

現在、本県でも療養病床の削減のための作業が

進められているが、沖縄県福祉保健部は既存のベッド数の3分の1に当たる約1,100床程度を削減するとの意向を示しており、本県でも医療・介護難民が現実のものになるのではと憂慮している。

ご高承のとおり、日本の医療は、諸外国に比べ低い医療費で高水準の医療が施されているとしてWHOからも高く評価されている。一方、わが国の経済はここ数年、回復しつつあるのに、なぜ政府は国民に負担を強いる政策を進めるのか。

国民ひとり一人こそ国の財産であり、国家の礎である。それ故、憲法25条では国民の生存権とその保障を国の社会的使命として崇高に謳っており、我々国民は、安全で安心な医療を受けられる充実した医療提供体制の確保を強く求める必要がある。

かかる状況に鑑み、私どもの生活基盤である医療を守るべく、沖縄県医療推進協議会としても行動を展開したいと考えているので、ご協力をお願いしたい。



その後、那覇市立病院外科部長の久高学先生から、ご自身が救急医療の現場で経験した事例に基づいた「今日の医療制度の矛盾点」について講話を頂いた。

続いて、小渡敬本会副会長から当県民集会開催の趣旨説明が行われ、「医療コストの日本と諸外国との比較、今般の診療報酬改定に対する財務省と日医の主張の相違点、本県における療養病床削減の影響」等について詳細な説明があり、医療崩壊を阻止するためには医療費の増額

が必要と訴えた。

意見表明では、参加団体を代表して沖縄県老人クラブ連合会副会長の山田君子氏、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を述べられた。

**意見発表：山田君子氏**

(沖縄県老人クラブ連合会副会長)



21世紀を色々な角度から見ても高齢社会です。殆どが元気高齢者といえども、加齢と共に一つや二つの疾病を抱えながら地域の中核として地域づくりに頑

張っています。

政府の改革のもとに、大きいツケが今、高齢者を取り巻く医療、福祉、年金に大きくしわ寄せされ、不安と政府に対して不信感を抱いています。収賄事件が政府内で多発しています。それは私達の納めた税金でしょう。適正な運営を願っています。そして、医療、福祉面に充実させてこの高齢者に生きる活力を与えてください。また、医療費の支出削減で、医療型、療養型の病床を減らし、地域に入院者を戻す政策を進めています。国のプランや数字のみ先行し、危機感をあおっています。地域の受け皿づくりの構想は全く不透明です。「どうなっているの」と言いたいです。「医療難民、介護難民が増える、どこに行けばよいの」とマスコミが取り上げて報道しています。まさしくそのとおりです。国の施策には不安が増幅されます。高齢者に対して“オドシ”ではないでしょうか。受け皿づくりを並行して、政策をたて、執行するのが当然の事と思いますが、いかがですか。「地域に於いて、高齢者は尊厳を持っていきいきと生活する施策を」とよく見かけ、耳にします。高齢者の尊厳とは“オドシ”ですか。“イジメ”ですか。このような状況では持っている病気も悪くなり、医療費もかさんで、年金生活者は生活が苦しくなります。高齢者の医療と福

祉にもっと配慮していただき安心と信頼の環境をつくって下さい。お願いします。これが高齢者に尊厳を与える事でしょう。高齢者は多様であり、社会の資本でもあります。あなた方も・・・皆、年を重ねていくでしょう。

「今まで生きてきてよかった」と思う世の中を構築してください。忘れかけている「高齢者を大事にする」親孝行の精神を率先して実行して下さい。辛くなるような思いはさせないで下さい。

**意見発表：松岡政紀氏**

**(沖縄県療養病床協会長)**



今後高齢者人口が増加しそれに伴って、高齢者の一人暮らし世帯、および高齢夫婦のみの世帯の占める割合は、高くなることを見込まれています。高齢者の

状態に即した適切なサービスすなわち介護サービスと医療サービスの需要は、年々増えると考えられています。

医療費適正化計画の実施が平成20年4月に迫る中で、全国にある療養病床の38万床を15万床に削減することを骨子とする再編計画が発表されましたが、これがそのまま実行されると、慢性期医療はなりたたなくなります。

現在療養病床は、医療必要度に応じて軽症、中等症、重症の医療区分1、2、3に分けられています。厚労省は医療区分1全部と区分2の3割は、老人保健施設や特別養護老人ホームへ移ってもらうかあるいは在宅へ移す方針です。これらの医療必要度が低いと考えられている患者さんは、医療療養のベッド25万床の内、約4割（10万人）が該当します。

しかし医療区分1の実態調査では20%が経管栄養、気管切開、喀痰吸引、膀胱留置など何らかの医療処置が日常的に行われています。決して医療必要度が低い訳ではありません。また多くの高齢者は一人で複数の病気をかかえていますので状態が不安定になりやすく、退院でき

ない患者さんであります。

ベッドが減らされ、療養病床を出される患者さんは、行き場所が無くなりますと医療難民となります。そのような患者さんが全国で凡そ2万人想定されています。

また状態は安定していますが、老人保健施設や、特別養護老人ホームに空きがない、在宅で介護するひとがいけないなどの理由で行き場がない人はいわゆる介護難民で4割（4万人）発生すると想定されています。

現在要介護者の高齢者を取り巻く環境は厳しく、老人保健施設や、特別養護老人ホームへ入所を希望している人は沖縄では3,300人おり、凡そ3年以上待たないと入所できないのが実情であります。ベッドが削減されますと更に入所を待つ期間は長くなります。介護を必要としている高齢者をこれ以上長く待たせるわけにはいかないのであります。

一方これまで療養病床を退院した医療区分1の患者さんは、介護施設や在宅へ移っておりますが、再び病気が悪化して救急車で救急病院へ頻繁に搬入されています。療養病床では、十分な医療スタッフと24時間体制で患者を看ていますので急変時や再燃時、直ぐに対応し治療できますが、介護施設へ移った患者が再燃した時は、急性期病院へ搬送されます。その数が多くなれば、多くのベッドを高齢の慢性期の患者が占めるようになりますので、療養病床の削減は、急性期病院まで必ず影響が及びます。

療養病床の削減は、わが国の医療システム全体に悪い影響をもたらすのは明らかであり、強く病床削減の見直しを要望します。

その後、決議に移り、当医療推進協議会高嶺朝彦副会長（沖縄県歯科医師会長）から国や関係機関に対し「国民のための医療提供体制の確保」を求める決議について提案があり、満場一致で決議案が採択された。

最後に、当医療推進協議会大嶺千枝子（沖縄県看護協会会長）より閉会の挨拶が述べられ、会の幕を閉じた。



## 決 議

わが国の医療は崩壊し始めている

国民が安全で安心な医療を受けられるための医

療提供体制を確保しなければならない

よって、本集会参加者全員の総意として、次の

とおり決議する。

- 一、地域医療を守る医療費の確保
- 一、医師・看護師等の不足の解消
- 一、高齢者のための療養施設の確保
- 一、患者の負担増反対

平成十九年十二月二十日

国民医療を守る沖縄県民集会



会場を埋めつくす県民集会参加者



# 国民医療を守る決起大会

会長 宮城 信雄



去る12月5日(水)、ホテルニューオータニにおいて、医療の充実に必要な財源の確保を求め、国民医療推進協議会(加盟40団体)主催による「国民医療を守る決起大会」が開催された。当日は全国から当医療推進協議会各関係団体から約2,300人の他、自民・公明両党の国会議員200人以上が参加した。(沖縄県関係者は西銘・仲村両代議士が登壇した)

決起大会の概要は以下のとおり。

## 1. 開会宣言

萩原正日本柔道整復師会長より、我々医療関係者は、社会保障は平時の国家安全保障ととらえ、国民が安全で安心な医療を享受すべく、今こそ、国民の生命と健康を守るための財源の確保と地域医療崩壊を阻止する行動を起こさなければならない。そのために「国民医療を守る決

起大会」を開催する旨の宣言があった。

## 2. 挨拶

### 主催者代表

唐澤祥人国民医療推進協議会会長(日本医師会長)

わが国では、今日全国で生じた地域間格差が一段と広がり、国民の不安と不信感が強まっている。これは正に、近年の国の財政優先の構造改革路線が、国民医療をはじめ日常生活や生計に疲弊をもたらしている証しである。殊に、医療はもはや崩壊の兆しを見せ始めている。

このような事態を打開するためには、日々の安心を得たいと思う国民の目線に立った政策の転換を推進することが最も重要である。医療費の抑制は給付費の抑制を来し、患者負担の増大という形で跳ね返っている。また、医師や看護師等、医療従事者の確保が困難となり、過重

労働が強いられ、ひとり一人の患者さんへの診療時間の減少等、患者さんへの不利益をもたらしている。

経済財政諮問会議、規制改革会議の委員の中には、国の負担を減らすために、カゼなどの負担は保険免責制にして患者負担にすることを主張し、混合診療のように経済的に恵まれた人は良い医療を提供すべきと考えている人もおられるようである。

しかし、これによって医療の平等性を確保することは非常に困難になる。そのために我々はあらゆる機会を通してわが国の国力、経済力に見合った医療費規模を達成し、少子高齢化社会に備えるためにも、全国各地域の医療提供体制を充実させなければならないと提言している。それにより、日本の経済成長に貢献してこられた方々や、現在、健康に不安を抱えている方やそのご家族の方々が安心して生活できることを第一に考えているからである。

近年のわが国の政治の焦点は日々の国民の生活の視点と乖離している。安心、信頼を求める国民の声を傾聴せず、もっぱら経済、財政の声に重点を置き、増え続けた国債残高に縛られひたすら財政赤字削減のみにとらわれてきた。

しかし、国家における最高の財産は国民ひとり一人である。そして国家の重大な責任は、国土と国民の生命財産を確保し生活を守り、充実した人生を送れる社会をつくることである。すなわち安心で信頼できる地域社会の確保であり、全ての家庭と家族が展望を持って充実した生活基盤を構築することである。

日本国憲法第25条では、国民の生存権と国の社会的使命を崇高に掲げている。国民全てが、いつでも、どこでも安全で良質な医療が受けられ、それが受診者と家族が納得できる適切な負担であることがとても重要である。

医療制度をこれ以上後退させてはならない。地域医療提供体制の存続が危機的状況にある今こそ、医療制度のベースにある国民皆保険制度の堅持と強化の政策の必要性を国民に説明し、理解を求めながら国に国民の声を届けなければ

ならない。

このようなことから、国民医療推進協議会では、国民医療を守る運動を展開し、本日決起大会を開催した。本大会が国の政策転換を促し、わが国の医療崩壊阻止の端緒となるよう皆さんのご協力をお願い申しあげる。

### 協力団体代表

#### 鈴木聰男東京都医師会長

最近患者さんから頂いた手紙を読み上げて挨拶に代えたい。

「・・・先生を頼りにしています。病気の不安もありますが、それ以上に我々高齢者は診療を受けられなくなっていくのではないかという不安の方が大きいです。先般、先生が紹介してくれた病院の内科は閉鎖され、後に病院自体が無くなりました。

また、高齢者の負担が増すということも、一時凍結や延期されたと聞きますが無くなったわけではありません。歳を取ればあっちこっち病気も増えるのは当然であり、それに対する不安が大きくなることは事実です。

開業医は儲かっていると云われていますが、私は先生を30年以上見ていますが先生は儲かっています。先生は一生懸命診療に当たられ、時間をかけて診察をし説明をしてくれます。それなのに初診料・再診料を下げると云うことは、先生に気の毒です。

日本に生まれ、歳を取ることに負い目を感じる環境ではいけないと思います。お願いします。国会議員の先生方をはじめ社会全体に広く、私たちの窮状と心配を訴えていただきますようお願いいたします。」

### 3. 来賓挨拶

自民党社会保障制度会長の鈴木俊一をはじめ多数の自民・公明の国会議員が挨拶に立たれ、異口同音に「現在の厳しい医療の状況を克服するために、診療報酬のプラス改定を勝ち取るために頑張りたい」旨の挨拶が述べられた。

なお、主な来賓の発言は次のとおり。

**鈴木俊一自民党社会保障制度調査会長**

現在の地域医療は医療従事者のギリギリの努力によって支えられている。しかし、それでも限界があり、早急に変えなければならない。自民党の社会保障制度調査会では、いろんな医療問題に取り組んでいるが当面の重要課題は診療報酬改定と位置づけ、昨日の医療委員会及び厚生労働部会ではプラス改定を求める決議を採択した。今後、日本の医療を守るべく、その実現に向けて政府や党の幹部に働きかけていく。

**木村義雄自民党社会保障制度調査会長代理**

ここに駆けつけた国会議員を見ておわかりのとおり、国政の中で現在医療に対する危機意識が高まっている。今回は何が何でもプラス改定を勝ち取り、日本の医療に黎明をもたらすよう皆様と共に頑張りたい。

**大村秀章自民党社会保障制度調査会医療委員長会委員長**

昨日の委員会で必要な医療財源を確保すべく診療報酬のプラス改定を要望する決議を採択した。また、党内では「国民医療を守り危機突破を図る緊急議員連盟」を立ち上げ「国民医療を守るための緊急提言」を提示し診療報酬のプラス改定を求める署名活動を進めているが、現在、自民党衆参国会議員390人中現在240人以上の署名をいただいているが、全議員に賛同署名いただき、その力で厳しい現状を打ち抜いていく。

**衛藤晟一自民党厚生労働部会長**

過去3回のマイナス改定は官僚中心に行われたが、今回は、党が絡む形で診療報酬改定を取り戻さなければならない。

**坂口元厚生労働大臣**

医療問題は「風雲急を告げる」段階であり、私共は社会保障を守る立場から全力を挙げて頑張っている。特に、来週当たりから具体化診療報酬問題は、全体の状況を見極めながら、先生方のご要望に添えるよう最善の努力をしたい。

**4. 趣旨説明**

竹嶋康弘日本医師会副会長より、別紙資料に基づいて本大会の趣旨説明が行われた。

**5. 決意表明**

国民医療推進協議会加盟団体を代表して、大久保満男日本歯科医師会長、中西敏夫日本薬剤師会長、久常節子日本看護協会会長、増田和茂健康・体力づくり事業団常務理事から概ね以下のとおり決意表明が述べられた。

**大久保満男日本歯科医師会長**

昨年の医療費のマイナス改定のうち歯科だけで6割を占めている。これでは日本の歯科医療は現実には成り立たない。現場の歯科医師の使命感で成り立っている状況である。

**中西敏夫日本薬剤師会長**

我々薬剤師は、医薬品の提供・管理し、国民に適正な薬物療法を提供しているが、これ以上の医療費抑制策が進むと、国民への適正な医薬品の提供体制の構築は困難になる。

**久常節子日本看護協会会長**

国民皆保険制度を守るためには、医師・看護職が確保できるような体制を組んで行くことが重要であり、日本看護協会としては、今の医療に対応できる看護職の教育改革、多くの看護職が働く続けられるための条件整備に取り組んでいく。

**増田和茂健康・体力づくり事業団常務理事**

健康の人のみならず障害を持つ全ての国民が安全で安心した医療が享受できるよう地域医療の確保のために国民医療推進協議会と共に戦い抜く。

**6. 決 議**

鮫島健日本精神病院協会会長より決議文の朗読説明があり、全会一致で原案通り承認された。

**7. 頑張ろうコール**

最後に古畑正世田谷区医師会長の音頭で頑張ろう三唱が行われ、大会の幕を閉じた。



## 平成19年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会

常任理事 安里 哲好



去る11月30日（金）日本医師会に於いて、標記連絡協議会が開催された。

協議会では、全国医師会勤務医部会連絡協議会に関する事項として、本会から平成19年度報告として去る10月13日に本会において開催された同協議会について報告し、お礼を述べた。次に、千葉県医師会から平成20年度担当するにあたっての概要の説明があった。また、都道府県医師会からの勤務医活動報告として、4つの県医師会（①栃木県、②富山県、③奈良県、④鳥取県）より勤務医に関する取り組み状況などの報告があった。

報告のあと、予め岩手県、福岡県、広島県、愛知県、大阪府の5府県から寄せられた質問や要望について協議（意見交換）を行った。以下に会議の様態を報告する。

日本医師会勤務医担当の鈴木満常任理事の開会の辞に始まり、唐澤祥人会長は、「本連絡協

議会は、日本医師会が勤務医に関わる諸問題について、検討していく大きな柱の一つである重要な会議だと認識している。また、先般、沖縄県で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会においては、全国から多数の先生方にご参加頂き誠に感謝申し上げます。担当県である沖縄県医師会の宮城信雄会長を始め役職員の皆様には、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。さて、昨今の医師不足の問題、過重労働の問題は、長年に渡る医療費抑制策が本質的な要因となっていることはご承知のとおりである。日医としても、グランドデザイン2007の各論に示してあるとおり、医師不足に対する政策として、緊急対策、短期的対策、中期的対策を提言し、財源手当てを伴った体制を整備するための活動を推進しているところである。また、勤務医の過重労働の負担軽減を図るべく、「メディカルクラーク等の財源確保を強く求めている。」と挨拶し、議事に入った。

## 報 告

### 1. 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

#### ①平成 19 年度報告（沖縄県医師会）

本会を代表し、私から報告を行った。（内容は印象記を参照）

#### ②平成 20 年度担当医師会（千葉県医師会）

平成 20 年度担当の千葉県医師会石川広己理事より、次回開催期日について報告があった。

期日：平成 20 年 11 月 22 日 10：00

場所：東京ディズニーシー内

ホテルミラコスタ

埼玉、沖縄と勤務医の窮状が訴えられたが、千葉では少し出口が見える様な論議を考えている。詳細が決まり次第連絡を予定しているので、全国から多数の参加をお願いしたい。

### 2. 都道府県医師会からの勤務医活動報告

4 つの県医師会から勤務医活動について報告が行われた。

#### ①栃木県医師会 福田健常任理事

平成 18 年度より勤務医部会を立ち上げ、以下 9 項目の基本的活動方針（①勤務医に対する定期的な医療情報提供、②勤務医の意見発表機会提供、③県医師会が設置する委員会への構成委員としての参画、④勤務医の組織強化、⑤勤務医の福祉増進ならびに親睦、⑥勤務医の勤務環境の向上、⑦地域医療の充実、⑧生涯教育の充実、⑨その他目的達成に必要な事項）を定めている。

本部会の主な特徴としては、部会内に 3 つの特別委員会（①勤務医と医師会のあり方検討委員会、②医療政策委員会、③労働環境調査委員会）を設けている。各委員会では、勤務医にヒアリング等を行い、対策を盛り込んだ答申を 2 年間かけて作成し、県医師会へ提出する。①勤務医と医師会のあり方検討委員会では、勤務医が医師会及び勤務医部会へ入会しやすい環境を作るために何が必要なのかを検討しており、②医療政策委員会では、医師不足問題を中心に、勤務医の待遇改善、医療事故の法整備、専門性の確立と情報発信など検討。③労働環境調査委

員会では、勤務医の厳しい労働環境、また、女性医師の抱える問題等について調査し検討する。

最近実施した栃木県内の勤務医師数調査では、各医療圏を代表する 13 の基幹病院へ過去 10 年間の医師数の推移について調査を行ったところ、2004 年（H16）から総医師数の著しい減少が見られ、小児科・産婦人科に加え、内科医師数も同様に減少してきていることが明らかとなった。また、本年 8 月の勤務医部会総会において、県医師会、勤務医部会の連名にて声明文を採択し、関係省庁や外国人メディアに発信した。

#### ②富山県医師会 能登啓文理事

平成 19 年 7 月 14 日に勤務医部会設立総会を開催した。総会では日本医師会唐澤会長より祝辞を頂き、特別講演では、日本医師会鈴木満常任理事より「医師不足を巡る最近の状況」、日本医師会男女共同参画委員会委員長の保坂シゲリ先生より「男女共同参画は、医師会の未来を拓く、日本の医療の未来を拓く」と題し、熱く語って頂いた。

今回勤務医部会を設立するにあたっては、劣悪な勤務環境の中、労働基準法を遵守するには程遠い点や労働の質に見合った報酬が得られてないこと。あるいは、不可避と思われる合併症への訴訟と刑事訴追の介入、新医師臨床研修制度の導入に伴い、研修医が都市部へ偏在していることなどをしっかり議論し、希望が持てる勤務医の将来展望を築くということが目的となっている。

勤務医部会役員構成で重きをおいたのは、幅広い委員構成を目指した点である。部会長に富山大学の教授に就任頂き、副部会長 3 名は公的病院、民間病院、県医師会役員、理事 26 名は、各医療圏から 12 名、公的病院から 5 名、民間病院から 2 名、女性医師から 3 名、県医師会から若干名とした。また、監事は公的病院から 2 名、顧問は富山県医師会会長に就いてもらう構成になった。未だ始まったばかりであるが、積極的な活動を展開し、次年度の協議会で報告したい。

③奈良県医師会 山本博昭理事

平成元年、全国20番目に勤務医部会を立ち上げた。平成15年度には、全国医師会勤務医部会連絡協議会を担当した。現在、県下約3,000名の医師がいるが、医師会への加入は2,000名に留まっている。勤務医には、医師会に入会してもらうよう鋭意努力をしているが、最近会費の問題等々もあり減ってきている。その要因に施設が会費を補填しなくなった影響が強く出てきており苦心している。

奈良県医師会各種委員会および学術・専門部会役員に占める勤務医数については、平成15年度の全国大会を機に、年々徐々に中心的役割を担う勤務医の先生方が増えてきたことは1つの成果だと考えている。

また、平成17年度には、勤務医・研修医の会員数を増やしていくための試みとして「医師会入会のご案内」のパンフレットを作成し、県内の各病院や地区医師会などへ配布した。また、研修医会員（C会員）の年会費を24,000円から6,000円に引き下げ、今年10月初めて1名加入頂いた。また、昨年度、勤務医部会内に女性医師の委員会を立ち上げた。女性医師の会は今後、非常に力を付けて来ると考えており、心強い限りである。

研修医に関する取り組みとしては、医師職業規則を独自で作成し、各医療機関で掲示するよう周知している。また、オリエンテーションに担当理事を派遣し、説明会を設けている。医師の倫理に力を入れている。

④鳥取県医師会 武田倬理事

昭和62年1月に全国13番目に勤務医部会を立ち上げ、各地区医師会勤務医部会と連携を図りながら、勤務医の医師会への入会ならびに医師会活動への参画促進の役割を担ってきた。平成12年10月には鳥取市において第21回全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催した。

本部会における実績としては、平成15年度、翌年に控えた新医師臨床研修制度の施行にあたり、研修医の会費無料化ならびに勤務医の入退

会手続きの円滑化を、県ならびに地区医師会へ提案。その結果、各医師会から理解を得て、平成16年4月より研修医の会費無料化が実現、県内で臨床研修を行うほぼ全ての研修医が県医師会、地区医師会へ入会するようになった。また、勤務医の入会金は県、地区医師会とも徴収せず、入退会異動手続きにおいても、各医師会事務局が勤務医の所属する病院の事務部と連絡を取り合いながら、円滑に進むようサポートを行う体制を構築した。なお、臨床研修終了後、約2/3が会員を継続している。

この様な結果から研修医、勤務医が医師会へ入会しやすく、しかも早い段階で医師会活動へ参画でき、地域医療の視点を持って貰うという取り組みが良かったと考えている。

その他、喫緊の課題である勤務医の過重労働、医師不足・偏在等について、非会員を含む勤務医がどのように感じているのか等幅広く意見を収集すべく、勤務医意識調査を行ったことが報告された。その結果から、週8時間以上外勤務を行う勤務医比率は7年前に比べ20%増加し、月100時間以上の時間外勤務を行っている勤務医が1/4にも達していることが明らかになった。更に、身体的負担のみならず、精神的負担も過重となっている実態が示され、職場へ不満を持つ者の比率は7年前に比べ倍増していた。

協議（意見交換）

日医勤務医委員会池田俊彦委員長の進行のもと、予め岩手県、福岡県、広島県、愛知県、大阪府の5府県から寄せられた質問や要望について協議（意見交換）を行った。

1. 医療崩壊に対する取り組みについて  
(岩手県)

岩手県医師会の望月泉常任理事は、新医師臨床研修制度発足とともに、大学から地方への医師派遣体制が崩れ、医師の偏在、診療科の偏在が顕著となり、地方の病院から医師がいなくなる医療崩壊の危機が叫ばれるようになった。この医療崩壊に対する取り組みとしては、医師を増やすことが必要であるが、現状での短期的対



策としてマグネットホスピタル構想も視野に入れた医師派遣体制を構築して、地域における診療を担っていくしか方法は無いと考えているが、各県の状況は如何か。(※各県から意見はあがらなかった。)

**2. 入会促進および入退会の手続きについて (福岡県)**

福岡県医師会の家守千鶴子理事は、勤務医の入会率が高い医師会では、入会促進についてどのような工夫・取り組みがなされているか、また、所属する医師会を異動する際の諸手続きの問題について簡略化を検討中であり、各県の取り組み事例があれば伺いたい。

茨城県医師会の伊東良則常任理事は、入会に対するメリット・デメリット論は論外、メリットは無いに等しい。学会と同じように全員が入れるような仕組み(会費引き下げ)を作るべきである。そうすれば開業医だけの団体であると誹謗中傷されることはなくなる。旧態依然の会費の問題を改めて考えて頂きたい。医政なくして医療なしというように、政治と結びついてやっていかなければいけない時期にきていると強く訴えた。

また、福井県医師会の大中正光副会長は、先の代議員会で静岡県からあがった質問(弁護士会と同様の仕組みが取れないか)で、日医は一度調べてみるとの返答であったが、その後如何かと質問した。

これに対し宝住副会長は、強制加入については自己規制が多く我が国では馴染まないと考ええる。また、思想信条の問題などが出てくる。また、国家統制が強くなり、種々活動が制限されてしまう。皆が自発的に入会出来るようになれば、それと同等の機能を持つようになると考える。今度、公益法人を取得する際に今の意見もあったことを踏まえ検討したいと回答した。

また、愛知県医師会の川原弘久理事は、会費を安くして、開業医と同等の権利というのは難しい。現状の加入率を上回ることはなかなか無いと思う。何も全て組織されなくとも勤務医の抱える

諸問題を色々な場面で解決していくスタイルを日医執行部は取っていけば良いと思う。そういう視点が欠けていたように感じると指摘した。

また、山形県医師会の武田憲夫常任理事は、勤務医の意見を直接聞くため、直に行って話を伺うことも一つの手である。昨年、山形県では会長が3ヶ月かけ県内病院を訪問し、直に勤務医から話を伺った。同行して感じたことは、医師会の顔が見えてきたことである。具体的な成果は分からないが、そこに参加した勤務医の意識が微妙に変わったのを感じた。今出来る範囲で生の声を聞くシステムを作って頂ければ良いと提案した。

**3. 全国医師会勤務医部会連絡協議会のあり方について (広島県)**

広島県医師会の高田佳輝常任理事は、勤務医を巡る諸問題は非常に多く、これらが医療崩壊の一因となっていることはご存知のとおりである。全国医師会勤務医部会連絡協議会は、日本全国から勤務医の先生方が300人以上も集まる一大イベントである。過去4回この会に参加しているが、協議会の進行は討論よりも報告主体で、全体としてややマンネリ化し始めている。医師会の組織力強化、勤務医の関心を目覚めさせる観点から、討論重視の会に変えて頂きたい。それが最も効果的な方法ではないかと考える。勤務医が医師会活動に目を向ける手段としてこの会を活用して頂きたい。次期担当県である千葉県には是非、これらのことを踏まえ、ご検討頂きたい。

追加発言で愛知県医師会の川原弘久理事は、各県任せではなく、日医が指導制を発揮し、担当県と綿密な打合せを行いながら、主要なテーマは何かということ、この数年は絞ってやっていかなければいけないと強調した。

これに対し、池田委員長からは、勤務医委員会の中で先生方の意見を十分に承った上で、その結果を千葉県ともすり合わせていきたいと回答した。

また、福島県医師会の有我由紀夫常任理事からは、先の沖繩大会では素晴らしい盛り上がりを感じた。翌朝、地方紙2紙を購入したが、トップ記事でこの協議会が取り上げられていた。沖繩大会を踏まえて、是非、全国紙で紙上討論して欲しい。あの熱意を一度で消すのではなく、別の機会では是非とも展開して頂きたいと要望した。

#### 4. 夜間における特定医療費の扱いについて (愛知県)

愛知県医師会の川原弘久理事から、現在医師不足によって、救急医療では特に二次、三次の現場では一次の患者が集中し煩瑣を極め、病院医療は疲労を来していることは明白である。色々セーブする方法を取らなければ病院事業の崩壊はますます進行するのではないかと危惧する。時間外、深夜の負担を高く設定すれば、少なくとも病院外来患者の減少の一助となるのではないか。また、病院で設定している特定療養費は深夜では徴収できず、割安感が患者サイドにあることも否めない。従って、特定療養費も重複して徴収できるよう中医協等で要望して頂きたい。(※池田委員長からご要望として承る旨回答があった。)

#### 5. 一步踏み出せ！全国の勤務医 (意見) (大阪府)

大阪府医師会の藤田敬之助理事から、先の沖繩大会で池田委員長が「一步踏み出せ、全国の勤務医」と提言されたことを心強く感じた。地域医療の崩壊の原因は、政府の医療費抑制策にあることは明らかである。それを文章で書いたり、討議で話をして何もう改善しなかった。より悪化してきているのが現状である。市民集会で良心に訴えかけることも大事だが、それでは生ぬるい。今や地域医療がこれ以上崩壊しないように勤務医は行動しなければならない。一日ストライキ、あるいはデモ行進などのアクションは如何か。患者に影響が少ない当直翌日勤務のボイコット、諸外国でもあったようにデモ行進は如何か。マスコミ向けにはインパクトがあ

る。スローガンは、社会保障費2,200億円削減反対！総医療費をOECD加盟国の平均並に増額せよ！医師の数をOECD加盟国の平均並に増やせ！とにかく一步踏み出すことを提案したい。

池田俊彦委員長は、我々の不満や怒りを何とか見える形で行動に移していくことが非常に大切であると述べた。

また、福岡県医師会の家守千鶴子理事は、本県でも12月にデモ行進を予定している。非常に意義のあることだが、どれだけの人数を集めることが出来るか心配している。こういう行動はどれだけの参加があるかが重要である。そういう意味から、是非一度、日医で音頭を取って頂き、大々的なデモを企画して欲しいと要望した。

#### 6. その他意見

- 宮城県医師会の橋本省常任理事は、勤務医には医師会が何をしているのか見えていない。日医は勤務医の実態を熟知していると思うので、対外的情報発信の際には、勤務医という言葉に是非加えて頂きたい。グランドデザインの総論・各論を見ても勤務医の文字は一切入っていない。日医が勤務医のために骨を折っていることを具体的に分かるよう提言して欲しいと述べた。
- 茨城県医師会の伊東良則常任理事は、近年、勤務医にかかわる諸問題はかなり活発な討議が行われている。出来れば、この会の内容を日医ニュースの紙面に掲載するのではなく、日医雑誌の別冊として出して頂きたい。また、池田委員長には是非とも我々の代表として、勤務医の声を唐澤会長へ訴えて欲しいと要望した。
- 日医勤務医委員会の泉良平委員(富山県医師会副会長)は、今現在、都道府県医師会に29しか勤務医部会がない。是非、全ての県で勤務医部会を立ち上げて頂きたい。また、日医としても部会の設立を積極的に促して頂き、サポートをお願いしたい。部会が設立されれば、そこで勤務医の意見が集約されると述べた。
- 愛媛県医師会の中藤貴常任理事より、本年4

月、勤務医の医療環境の問題点を探るべく、愛媛県医師会勤務医部会委員22名を対象に実施したアンケート結果を基に、税制上の働きかけとして、医師賠償責任保険や専門医資格、技術の取得・維持など生涯教育等にかかる費用等を特別控除して貰えるよう国に働きかけて頂きたいと要望した。

まとめとして、宝住副会長から「学会出張や

当直料など、税制の問題はなかなか難しい問題があるが、今、医師税制の検討委員会をお願いしている。また、勤務医の待遇改善については、最終的には医療費の増額に行き着くと思うので、我々としては財政中立を払拭すべく努力しているが、我々の力だけではどうにもならないこともあるので、是非先生方の協力によって、政治力をもって解決していきたい。」と述べ、会を締めくくった。

## 印象記



常任理事 安里 哲好

小生の日医での報告を持って、協議会の印象記とさせていただきます。

「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」をメインテーマとし、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会を担当しました。協議会の折は北海道を始め、全国から多くの先生方のご出席（総数381名）の元に、唐澤祥人会長には特別講演、池田俊彦委員長には日本医師会勤務医委員会報告をいただき、誠にありがとうございました。日医勤務医部会の委員の皆様には協議の運営に多くのアドバイスと「沖繩宣言」文作成の折には貴重なご意見を、また、「沖繩宣言」文作成には、大阪府医師会勤務医部会のご助言もいただき、感謝の念に耐えません。

印象に残ったと申しましょうか、当県のアンケート調査報告は基礎アンケート調査に独自の3項目をテーマに追加し分析し、まとめに加え、エッセンスまで延べ、興味深い報告だったと思います。フロアーから質問したい雰囲気を感じましたが、時間もオーバーし、質問を受けなかったのは心残りがありました。

シンポジウムでは「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」というテーマに沿って、各々のシンポジストの発表は依光たみ枝先生の発表も含め、各々が素晴らしかったと思います。フロアーからたくさんの質問があり、予定時間を30分もオーバーしたが十分に答えきれなかった嫌いもあり、松明が煌々と燃え上がる手前で、会を閉じ、「沖繩宣言」に移ったのは多少不燃焼気味であったと感じるところであります。特別講演やシンポジストの人数を調整し、フロアーからの意見を多くいただく時間を持つ点と、どんなテーマでも、医療行政や医療制度の質問が出て来るので、それに対しても担当県は可能な限り、総力で情報を収集し、論陣を備えることの大切さの二点を痛感しました。しかし、全国医師会勤務医部会連絡協議会において、皆様のご協力を得て、素晴らしい「沖繩宣言」を採択できたことは祈念すべき一ページであったと思います。

「沖繩宣言」に関しましては、早速、唐澤会長より福田総理大臣、舛添厚労大臣をはじめ、多くの関係各位に送付されたことに心より感謝申し上げます。昨今の新聞等で勤務医の労働環境の厳しさやその延長上に地域医療崩壊があるという論調が書かれており、また、診療報酬上の配慮等のニュースが出ているようにも感じます。全国勤務医の労働環境改善の力強い後押しになればと願います。

最後に、埼玉県で燃え上がった勤務医の意識の昂揚が途絶えることなく、千葉県にバトンタッチができたことを、本日、ご出席の皆様にあらためて、お礼申し上げます、担当県よりの報告といたします。



## 第2回都道府県医師会特定健診・ 特定保健指導連絡協議会

常任理事 大山 朝賢



去る12月24日(月)、日本医師会館において、みだし協議会が開催されたので、その概要を報告する。

特定健診・保健指導の料金はまだきまってないが、今年4月より始まることから、日本医師会館は都道府県の医師会理事はもとより郡市区医師会理事や事務方で溢れていた。本県医師会は幸地理事、今山理事、小生(大山)と渡嘉敷課長や平良主任が出席した。

報告「(1) 厚生労働省から提供されるフリーソフトについて」は厚生労働省生活習慣病対策室長から、健診データはITを駆使して保険者に報告する必要があることを簡単に説明があった後、フリーソフトを提供する2者から延々とその使いかたの説明がなされた。ケーアイエス(株)が作成したフリーソフトはcheck-upが多すぎてウンザリするほど、東大の大江教授が開発したソフトは労力的には前者よりイージーの感じであった。演題(1)からソフトは厚労省とタイアップして開発されたものかと思ってい

たが、午後の質疑応答ではこれらのソフトは厚労省とは全く無関係で単なる宣伝であることがわかった。報告「(2) 代行入力業務について」ではNTT(株)は特定健康診査入力票の代行として一人当たり450円で出来ることをはっきり表明した。日医総研も2月末を目標にORCA(日レセ)対応特定健診ソフトを開発中との報告があった。

報告の最後は内田日本医師会常任理事の「(6) 特定健診・特定保健指導の実践に向けて」であった。アンケート調査の、都道府県医師会回答では①市町村国保との契約は郡市区医師会で個別におこなうが43.2%、都道府県医師会で一括して行うが29.5%、②実施について国保と協議を行っているが41.3%、全くおこなっていない32.6%だった。価格の方は③市町村国保の価格設定は都道府県で統一が60.9%、市町村によってことなるが17.4%等々の報告であった。ちなみに本県では各地区医師会の要請で、国保連と統一価格について協議中であ

る。アンケートのまとめで内田先生は、都道府県医師会によって温度差があり、取組状況にも差があった。郡市区医師会も含めいずれも健診項目、料金設定、電子化対応について課題となっていると報告した。

今回の連絡協議会はフリーソフトの宣伝と特定健診の料金設定（検査項目の保険点数+ $\alpha$ ）に対する厚労省の“計らい”ではなかったかと思っただ方が多かったのではなかろうか。

それはともかくとして、朝10時から始まって午後4時の終わりそうになって開始された質疑応答はなかなか厳しいものがあり、皆様にはこれらQ-AND-Aを読まれることをお勧めします。

### 質疑応答

概ね以下のとおり質疑応答が行われた。

※ Q1～Q14は、事前に提出された質問事項。

※ Q15～Q43は、当日に提出された質問事項。

**Q1.** フリーソフトについて、特定健診必須検査項目及び詳細検査項目以外の保険者独自の上乗せ検査項目には対応可能なソフトなのか？

**A.** 可能。具体的には事前に各健診機関で項目を設定していただく。（厚生労働省保険局）

**Q2.** 特定健診・特定保健指導機関届けについて、届けを促しているが、11項目の請求形態の内容に電子媒体等の出来ない医療機関については記載の項目がない。従って11項目は記載しなくても届け出てよいと指示すべきではないか？

**A.** 特定健診の受託機関は、高齢者医療確保法に基づき委託基準が定められており、これを遵守いただくことが前提となる。電子的な記録の作成ができない場合には特定健診の受託はできない。医療機関で電子媒体の作成、請求が出来ない場合においても、その事務を医師会や検査機関等の代行入力に

特化した業者に委託することで支払基金、国保への電子的請求が可能となる。このような形で、それぞれの医療機関の実務上どのような形態で行うかということをご選択いただくということでご理解いただければと思う。（厚生労働省保険局）

**Q3.** 特定健診・保健指導には、情報提供と動機付け支援と積極的支援の三項目があるが、特定健診のみを希望して、特定保健指導を希望しない場合での、情報提供との係わり方、あるいはどこまで行うのか具体的な内容の教示を願う。

**A.** 高齢者医療確保法における特定保健指導は、動機付け支援と積極的支援ということで再整理させていただいている。情報提供自体は特定健診の結果通知の一環と位置付けさせていただいている。法律上は、自らの健康状態を自覚し健康な生活習慣の重要性に対する関心理解を深めるために必要な情報を提供いただくということで、厚生労働省で整理させていただいている。具体的には、単に結果の通知だけで情報提供ということではなく、夏に公表した手引きの3-1-1-④に提示させていただいたとおり、健診結果や問診結果から考えられる情報を提供していただきたいと考えている。

（厚生労働省保険局）

**Q4.** 当市の保健センターでは、以前から医師会と協力して各種予防接種事業や、市民に対して総合的な健診（ドック）事業を行っています。そこで質問ですが、今後毎年ドックを受診される市民が、ドックの項目の中に特定健診の項目が全て含まれているため、このドックの検査結果をもって特定健診のデータとして電子化されたデータを保険者に提出しようとする場合、健診機関である保健センターは特定健診の検査機関として何らかの登録手続きをしなければいけないのでしょうか？もし、社保の受診者を

除く、国保の市民のみについて考えるなら、センターそのものが市の公共施設であるため、保険者である国保課には同じ省内で処理すれば済むとの考えも浮かびます。その点についてご教授お願い致します。

- A. 保健センターについては、市町村の衛生部門の所管になると思う。ここで健診を実施され特定健診の費用負担を保険者にご請求いただくということであれば、国保、社保に関わらず保険者から受託する形となる。特定健診を実施するという法的な義務、役割は医療保険者にかかるので、保健センターが医療保険者から特定健診の実施を受託されるということであれば、高齢者の医療確保に基づく委託基準を遵守するとともに、当然支払基金の機関番号の取得をしていただく必要がでてくる。平成20年度以降も、ドックの費用を市の衛生部門、受診者が負担して行うのであれば、高齢者医療確保法に基づく特定健診の実施機関には該当しないということになる。その場合、保健センターあるいは受診者から各保険者に結果を送付するのみとなり、登録は不要となる。(厚生労働省保険局)

- Q5. 特定健診・特定保健指導を同じ内容で行っても、契約が重複した場合一物二～多価となっている。受診者数が、健診施設等の対応能力の範囲内であれば問題は起こらないが、対応能力を超えた場合、金額が高い方を取り、安い方を断る事態が考えられる。そのような場合、安い方の契約を契約途中で解約できるか？また、土曜・日曜・祝日などには希望者が多く、金額の高い人を優先し、金額の安い人は平日しか対応できない事も考えられる。
- A. 複数の集合契約に重複してご参加いただくということは勿論考えられる。また個別に契約を特定保険者と結ばれてかつ集合契約にも参加する場合もある。そういう場合にご質問いただいたケースが生じうる。複数の

の集合契約に重複して参加するような場合には、内容が同一の場合は低い金額の方でご請求いただくことになっている。個別契約と集合契約が重なる場合には、個別契約での請求が優先されることになっている。

解約については、市町村国保ベースの集合契約については、関係者が極めて多数になるため年度途中での参加、脱退は事務が大変複雑になってしまうことから原則として行わないルールとなっている。個別契約については、保険者と当該機関との契約になるので当事者間の合意ないし契約になると考える。集合契約については途中解約は困難と考えるが、そういう意味で、契約書がセットされる来年の二月頃には単価等も含めて検討の材料と言うか参考にされる情報が明らかとなってくると思うので、いろいろとご検討いただきたいと考えている。いただいたご質問の一番のポイントはキャパシティ、対応能力の問題もあるようなので、単純に片方の契約を打ち切ったりするというのではなく、健診の予約調整等で対応いただければと考える。

(厚生労働省保険局)

- Q6. IT化については、医療機関・健診機関に大きな負担をかけている。一方、衛生部門・介護部門では手書きでIT化されないままスタートするようであるが、今後全分野でIT化を進める計画があるのでしょうか？
- A. 特定健診については、新しく始まる制度ということで、当初からIT化を進めることが可能となるが、既存の制度については、既に動いているということで急に大きな変更は難しいという現実面がある。それに伴い、当面制度によっては手書きが残る。現時点で国として全分野のIT化の計画があるという話ではない。(厚生労働省保険局)
- Q7. 価格決定の経緯について、特定健診の価格を5,000円にするよう健保連などが強く



主張し、地区医師会と地域国保との交渉に大きく影響しているので、現在まで多くの契約準備が妨げられている。これに対し日医・厚労省はどのような対策をとられているのかご教示いただきたい。

**Q8.** 特定健診の価格の中に、行政としては金額の中に電子化加算が含まれているということであるが、午前中の電子化の話聞いてもフリーソフトのみで到底出来るものではないと考える。日本医師会として電子化加算、事務手数料の必要性を行政に向けて出してもらえないだろうか。

**A.** 日本医師会では、当初から積み上げ方式による価格設定を申し上げており、日医総研で試算した数字を出している。今回の5,000円という価格設定というのは、健診の形態が個別健診か集団健診かによっても違ってくると思うが、個別健診の場合は、あくまで積み上げによる価格設定ということで、基本的には7,250円プラス電子化加算500円ということをお願いしている。本日のNTTの話でも電子化に係る費用が250～500円位ということなので、電子化加算についてはその辺が適切かと考える。当然電子化に関しては事務手数料ということで健診プラス上乘せの電子化加算ということを考えている。(日本医師会内田常任理事)

**A.** 価格設定の経緯なりに厚生労働省が介入するのかしないのかという問いかけと考えるが、特定健診の実施については、法律上、保険者自身で実施するか委託により実施するか等、様々な形態をとることが可能となっており、委託内容や単価についてまで一律に法的な縛り、定めを行うことにはなっていない。従って委託される場合には保険者と委託先との協議調整で決めていただくべきものであり、現行の健診でもいわゆる公定価格というものがある訳ではない。そういったところまで立ち入ってやっていくことは難しいとご理解いただければと思う。(厚生労働省保険局)

**Q9.** 郡市医師会がとりまとめ機関となって、市町村国保と集合契約を結ぶ場合、医師会員である医療機関が実施機関となるのであれば、郡市医師会と医療機関の間で委任状は必要ないとされています。都道府県医師会がとりまとめ機関となった場合、都道府県医師会と郡市医師会または各医療機関と委任状は必要でしょうか？実施料金の決済方法も含めてご説明いただきたい。

**A.** 郡市医師会の会員であり都道府県医師会の会員でもあるということであれば、そういう委任状は不要と考える。電子化の代行等の関係で、一旦、医師会が請求額を全額受け取られ、個別の実施機関に割り振るといった運用の場合には、決済については個別の委任関係が必要になると考える。

(厚生労働省保険局)

※ Q10、Q11 は、ご意見として割愛された。

**Q12.** 集合契約において、とりまとめ機関にもしその傘下の健診機関や保健指導機関の一部に委託基準を満たさない不適切な状況が判明した場合は何らかの責任が発生するのでしょうか。即ち、とりまとめ機関は契約を簡便化するための形だけの存在であり責任は問われることはないのでしょうか。もし連帯責任が存在するのであれば、とりまとめ機関は傘下の機関と個別に契約が必要と思いますが如何でしょうか。

**A.** 契約のとりまとめ機関については、傘下の機関から契約についてのみ委任を受けることになる。要するに、契約の集約化を図るという契約の事務的な行為のみをとりまとめることになり、実質的な業務委託の契約関係は、保険者と当該機関との間で発生するということになる。従って、とりまとめ機関に、事後に基準未遵守ということが分かったという場合にまで連帯責任が発生することはないが、事前の確認は可能であるため、委任状を受ける際に傘下機関の委託

基準の遵守状況を確認いただくことが望ましいと考える。(厚生労働省保険局)

**Q13.** 特定保健指導では統括者は医師、保健師または管理栄養士のいずれかであればよいとされています。積極的支援のなかで運動プログラムが実施されている場合、その実施中に突然死が発生する可能性は考えておく必要があると思います。メタボリック症候群を改善するために取り組んでいた人が亡くなったとのニュースも以前あったように思います。本人の意思で取り組み、不幸にしてそのような事態が発生したのであれば問題は少ないと思いますが、義務化して実施される中で、万一事故が発生した場合、その場に医師がいなくても問題は無いのでしょうか。そのような時の責任の所在はどこにあるのでしょうか。保険者でしょうか。規則を作った厚労省でしょうか。

**A.** 一言で言えばケースバイケースとなる。そもそも特定保健指導における生活習慣の改善については、日常生活の行動変容、階段を使用するとか、歩数を増やすとか、日常生活の範囲内で生活習慣を改善することが主に想定されているところである。事故が起こるような激しい運動が主なものではないと考えている。保健指導に関わる事故については、例えば、指導中に指導のとおり実践して事故が発生した場合、その因果関係が明確な場合に限りその責任が問われるといったことで考えている。

(厚生労働省保険局)

**Q14.** メタボリックシンドロームで死亡原因1位の癌検診が全く考慮されていない。この様な健診で本当に意義があるのか否か、疑問に思う。全国的に医師不足の中、診察を重視し、スクリーニング的健診業務に医師の確保が全ての施設可能なのか疑問である。

**A.** 特定健診・特定保健指導においては、健康診査で生活習慣の介入が必要な方々を明確

にした上で保健指導を実施し、生活習慣病の発症を予防することを目的としている。がん検診については、がんの疑いが発見された場合には、保健指導を実施するというよりも、むしろ直ちに医療機関を受診し精密検査あるいは受療という形を想定しており、これは医療保険者が実施する特定健診ということではなく、来春からの健康増進法に基づいた市町村が実施するものとしている。健康診査については、従来から労働安全衛生法に基づく事業所健診、老人保健法に基づく基本健康診査ということで実施されており、そういった意味では、新しい制度の立ち上げということではあるが、事業としてはこれまでの主旨を踏まえた形となっており、全く新規に何か突然新しいことが発生するというのではないことをご理解いただきたい。(厚生労働省健康局)

**Q15.** 特定健診・特定保健指導の簡易入力システムは、出力以外に他の機関の出来上がったデータの取り込み機能はあるか？

**A.** データの取り込み機能はない。  
(研究班大江先生)

**A.** 保健指導のために、他の機関で行われた特定健診の結果を取り込むことは可能。  
(株) ケーアイエス

**Q16.** 検診結果報告と請求は翌月5日までにいうとなっているが、これは前月実施分を必ず出さないといけないということか。間に合わない分は翌月の請求でも良いか？その場合、健診日から何ヶ月が請求可能か？

**A.** ご指摘の図は支払基金が作成した図となっている。これについては通常のレセプトと同様の扱いと解釈している。正式に伺った訳ではないが、レセプトの場合は、通常請求権の時効については約3年以上であると聞いているので、この場合、例えば前月分、前々月分の請求は特に問題ないと思われる。ただし、結果報告自体が出来ないというこ

とになると、受診者への結果通知も当然遅くなるため、前月も含めて2ヶ月程度のものが妥当ではないかと考える。代行入力については、入力処理や物流も発生し、また検査の結果等々もCSV等で登録しなければならないということもあるため、通常よりはだいぶ時間がかかるだろうと考えられるため、およそ目安としては2ヶ月以内のものを請求する、あるいは検診結果については、受診者に1ヶ月から1ヶ月半位にお返しをするということが妥当ではないかと考える。(日医総研)

**Q17.** 厚労省が提供するフリーソフトと言っているものは、厚労省が株式会社ケーアイエスと契約し、ここから提供するものであるという理解で良いか？研究班の簡易版入力システムと厚労省の提供するフリーソフトとの関係について教えていただきたい。

**A.** 本日の二つのソフトについては、厚労省との契約関係というものではない。大江先生の研究班及び(株)ケーアイエスが主体となって製作されたものである。

(厚生労働省健康局)

**A.** 厚労省は調整努力により責任を果たしているということであるが、契約関係という形で整理した場合には申し上げたとおりである。(厚労省健康局閩室長)

**Q18.** 日医総研のORCAにおける日医特定健診システムは、何の目的で何をするのか、また何を提供していくのか、もう一度ご説明いただきたい。

**A.** 日医総研のORCAプロジェクトでは、当初、厚生労働省のフリーソフトが出るならば対応しなくても良いだろうと考えていた。日医総研の開発するフリーソフトの位置付けとしては、大江先生の研究班のソフトが簡易型、(株)ケーアイエスのフリーソフトがありとあらゆるものに対応した重装備型、だいたいその中間に当たるものと

いう位置付けで開発を進めている。

(日医総研)

**Q19.** 支払基金、国保連合会への登録について、今回、市町村と契約が成立しなかった場合は、登録しなくても良いか？

**A.** 決済の代行機関への登録については、基本的に契約の連携として登録いただくということではなく、特定健診・保健指導を受託する可能性がある場合には届け出いただければありがたいという位置付けである。結果として、市町村との契約が成立しなかった場合でも、各市町村以外の被用者保険と個別に契約する可能性も当然ある。そういったことも含め、受託意向がある場合については、ご協力いただければありがたいと考える。(厚生労働省保険局)

**Q20.** 特定健診で詳細な健診が必要となった場合、例えば眼底検査について他の医療機関から依頼され検査を行った場合、眼科医療機関はどこに請求するのか？この場合支払基金への登録は必要か？

**A.** 眼底検査については一部の検査ということで、位置付けとしては下請けという形になると考える。実施機関は、保険者もしくは代行機関に全ての検査結果及び請求データを一括して送っていただくことになるため、眼底検査等を実施機関が行えない場合については、当然それは下請けと元請けの関係の中で処理していただくという形になる。例えば、眼科から眼底検査の部分のみ代行機関に請求するという形にはならない。従って、支払基金への登録もいらないということになる。(厚生労働省保険局)

**Q22.** 特定健診の項目に空腹時血糖とあるが、夕方あるいは夜健診に来た場合、空腹時血糖となるか？

**A.** 空腹時血糖の定義については、糖尿病学会の糖尿病治療ガイドや標準的な健診・保健



指導プログラムの中でも10時間以上ということが一般的に使われている。そういう意味で、午後実施された場合においては空腹時血糖等にはならないと考える。

(厚生労働省健康局)

**Q23.** 委託基準について、日曜日、祝祭日に特定健康診査とあるが、これは受診率アップのための努力目標と考えて良いか？

**A.** 委託基準については間もなく詳細なものを出したいと考えているが、標準的な健診・保健指導プログラムに記しているとおり、日曜日、祝日、夜間時間帯の実施に配慮いただき受診率の向上を図っていただくことにご協力いただければありがたいと考える。既に土曜日午前中に診察時間を設けている医療機関も大変多いかと思うが、そういった形で少しでもご配慮いただければありがたいと考える。(厚生労働省保険局)

**Q24.** 代行入力に関して、個人情報保護法上の取り扱いはどうなるか？事故があった場合、例えば個人情報が漏れた場合の責任の所在はどうなるか？

**A.** 一義的には受託と委託という関係にあるので、受託者として責任を負う必要が出てくる。ただし、受託者としては当然代行入力機関にも同様な委託と受託の責任関係を課していると思うので、当然、その責任を委託先に負っていただく形になるかと思うが、保険者の方から一義的に見えているのは実施機関となるため、そういった意味で責任が問われる可能性はある。

事故があった場合は、そもそも保険者と実施機関の契約の中に、個人情報保護ということがきちんと盛り込まれている。契約書の雛形の中でも記しているので、これをきちんと守っていただくという前提となる。従って、代行入力する場合においても、当然、代行先にもそういうことをきちんと守っていただくことをお願いすること

になると考えるが、当然、代行先がミスをしてしまうと元請けにも責任という形になる為、信頼できる場所をお願いしていただきたいと考える。(厚生労働省保険局)

**Q25.** 健診・保健指導で自己負担が生じた場合、領収書の発行は必要か？

**A.** 日本医師会や他の関係団体も含めて、今回、自己負担分の医療費控除について報告いただいております、私どもも全当局と検討した結果、一部の部分について認めていただけるようになった。これについては、領収書を税務署に提出する形になる為、領収書が必要となる。

今日は申し上げられないが、健診の結果、医師の判断によって特定保健指導を受けなければならなくなったということをきちっと明記していただく必要がある。そうでないと何となく受けたのか医師がきちっと判断したのか分からないということがあり、税務署と具体的にどう確認をすべきかこれから調整したいと考えている。健診結果の医師の判断欄に医師が指導が必要だということを判断した旨を明記していただく、同時に領収書がそれに基づいて出される等、申告時にそこがきちんと分かるような添付書類を必要とする形で事務調整を進めている。詳細は出来るだけ早く案内したいと考えている。(厚生労働省保険局)

**Q26.** 代行入力に要する日時をどの程度予想しているか？

**A.** CSVデータでいただいた場合は翌日にダウンロードできるようになる。紙の記入済みのものをサービスセンターにお送りいただいた場合は最大2週間以内にお送りするという形で現在検討している。

((株) NTT データ)

**A.** 当社のシステムでは、紙で書いて転送した時点で電子化されているため、電子化については即座に行われる。報告書について

は、当社のサービスではなく医療機関のシステムとなるため、処理に要する日時は医療機関のシステムに関わってくる。当社の保健指導のシステム等を使用する場合は、データを即座にキャプチャしたものを、そのまま特定保健指導システムにインポート出来るため、その時点でデータは代行入力  
の形として出ることになる。

(オーダーメイド創薬 (株))

- A. 現場側の日程的な話をさせていただくと、検査データ (CSV) の取り込み部分が一番重要ではないかと考える。検査データについては、毎日のように検査データを取り込んでいるところがあれば、民間の検査センター等に出している場合もある。例えば15日に1回検査データを検査機関から取り込むと考えた場合、入力自体は先程2社からお話がありましたとおり1~2日という程度となり、そこに、検査の紙媒体をお送りする、あるいは紙での検査報告をご覧なられて判定をされて帳票を送られる、という物流が発生するため、おおよそ15~20日位が代行入力全体となるのではないかと考える。従って、検査データが5日に1回等、もう少し短縮できるような環境であれば、より早く完成するのではないかと考える。(日医総研)

Q27. 国保連合会や支払基金は、代行入力機関としての役割は果たさないと理解すべきか？

- A. もとより代行機関は入力の業務は想定されていない。支払基金あるいは国保連については、一応電子データで受け取るということを前提に準備を進めているので、その役割も持たないにご承知いただきたい。

(厚生労働省保険局)

Q28. 医師会の果たすべき役割として健診未受診者あるいは指導中断者、医療機関未受診者に対する対応を保険者と協力して行うことが挙げられる。日医の地域医師会への支

援の方法についてお伺いしたい。

- A. 健診未受診者、指導中断者、医療機関未受診者に対する対応については非常に重要と考える。ただし、それを日医が行う業務であるかということに関しては、実際に健診を行う機関がこういう方をしっかりと把握し、治療なり保健指導につなげることが重要と考える。また保険者で把握するということになる為、地域の医療機関等と連携していただくことが非常に重要と考えるが、保険者から医師会への情報提供ということについては、個人情報問題も出てくる為、あくまでも個別の対応として、受診あるいは保健指導につなげることが重要であると考える。(日本医師会 (内田常任理事))

Q29. 診療所において、フリーソフトあるいはORCA対応のソフトとレセコンがあり、データを入力すれば提出用の電子化ができると考えて良いか？それだけでは所定のファイリング化ができないとすれば何が必要なのか？それはどの程度の費用が発生するか？各診療所で対応できないとすると、地域医師会で対応可能か？代行入力として委託すべきかご教示いただきたい。

- A. ORCA対応ソフトと日医標準レセプトソフトをお使いの場合は、特に今以上何かを導入していただくといことは無い形で進めたいと考えている。メーカー製のレセコンについては、いくつかの大手のメーカーが独自のオプションを作ると聞いているが、具体的にどれ位のものかという費用で出てくるかということまでは残念ながら情報入手できていない。メーカー製のレセコンをお使いの場合は、メーカー製のオプションをお使いになるか、もしくは連携無しでフリーソフトをお使いいただくことで提出用の電子化が可能と考える。代行入力については、診療所で電子化の対応が出来ないとなると、どこかに電子化をしてもらう必要がある。(日医総研上野主任研究員)

A. フリーソフトを使用するにせよ、医療機関でシステム化するにせよ、いずれにしても電子化されたデータを出さなければならないということで、若干投資等が必要になってくると考える。従って、地域医師会において各会員の先生方に対しどの程度の協力が必要なのかを考えた時に、地域の医師会においても物とか人とかがある訳では決してない為、最大の逃げ道として、いわゆる代行入力機関、それも医師会から外に出した形で事務部分について委託をする。その後、徐々に医師会、健診機関、医療機関の方で設備投資等々を行っていくということが当然あるかと思うので、そういった中で一義的に他の機関が入力してくれる仕組みという形で代行入力の考え方がある。

(日医総研吉田主任研究員)

Q30. 一人医師の診療所における医師の特定健診の場合、問診と検尿、採血を自院で行い、健診専門センターで結果を出していただき、他の医師に判定いただくことは可能か？

A. この件については、全体的な健診スキームを個別にお聞きした上で、後ほど回答させていただきます。(厚生労働省健康局)

Q31. 秋口より、厚労省、支払基金、両方のホームページにてフリーソフトがダウンロードできるようになると聞いている。そのフリーソフトについて今日説明を聞きに来たが、それが何か良く分からない形で業者の方にいつているのではないか？厚労省からフリーソフトが出されれば、当会管下の医療機関の約8割はそこからダウンロードしていただき、残りの約2割の医療機関について代行するという方針で管下医療機関に話をしてきた。今日の説明だと日医総研が代わってやるという話にも聞こえる。業者は業者、我々としては日医総研か厚労省かのどちらかしかない。どのような形となるのか教えていただきたい。

A. 基金と厚労省のホームページにてフリーソフトがダウンロードできるようになるという話については、どういう経緯でそうなったのかは分からないが、円滑にこの事業を立ち上げていただく上で電子化されたデータのやり取りということが必須である以上、その環境整備の努力を厚労省としてすることは当然のことだという理解の上で、その環境整備の一環として途中段階ではあるが本日のフリーソフトの説明となっている。物理的なことを言うと、直接厚労省のホームページということではなく、リンクされたサイトからダウンロードできる形となっている。研究班の方については大江先生からご説明があったとおりで、今直ちということではないがダウンロードできるようになっていくものと理解している。(株) ケーアイエスについては、これもメンテナンスということは別として購入しないと使えないという形ではなくフリーソフトとして使えるものを作っていただけるということでご協力をいただきここまで来たという状況だと思っている。そういった意味で、厚労省は一定程度の調整努力を凶ってきた結果が今日こういう場で説明したことだと理解している。(厚生労働省健康局)

Q32. 日本医師会内田常任理事に要望するが、4月からとても今のような状況では出来ないと考える。紙ベースの提出も受け付けることは当たり前のこととして話をしたい。

A. 現状では、4月に全ての医療機関でデジタル化に対応していただくことは非常に難しいと認識している。ただ後3ヶ月という期間があるので、その間の進捗状況もふまえた上で対応をどうするかということについて厚生労働省と詰めていきたいと考えている。(日本医師会内田常任理事)

Q33. 政管健保の関係で、いわゆる労働安全衛



生法による定期健診は事業所に義務付けられており、その費用については事業所が負担する訳だが、政管健保の被保険者に事業所が健診を行った場合、特定健診について政管健保が費用負担するのか。その辺の費用の関係はどうなるのか。つまり情報提供だけ行うということか。その際の費用はどうなるのか。

- A. 政管健保の来年度以降の事業見通しを聞いている範囲でお答えさせていただく。保険者として特定健診を行うという部分については、先ず被扶養者の特定健診がある。これについては市町村国保をベースとした集合契約に基づいて各地域でなんとか対応したい。被保険者については、一つは労働安全衛生法に基づく定期健診を行っている事業所については、定期健診の結果を社会保険事務局が受領するという形。対して事業所健診を行っておらず健康保険の生活習慣病健診にお願いしているところについては、引き続きそちらで対応する。従って、その内の特定健診部分については、保険者である政管で取り扱っていくという位置付けとなる。政管の健診の場合は、保険者が優先的に費用負担をするべきものではないので、基本的には自己負担分という形となり、これがひいては事業所負担分という形になると考える。(厚生労働省保険局)

**Q34.** 郡市医師会が各市町村と契約し値段の交渉をする方法と、県医師会が各市町村ではなく、国保連合会等の代表保険者と値段交渉する方法とでは、日本医師会としてはどちらを勧めるか？

- A. 日本医師会としては、原則としては代表保険者と交渉していただくことが一番スムーズにいくと考えるが、これまでの歴史的な経緯の中で、市町村によってはこれまでの健診の費用が違うということで代表保険者との契約に乗れないという場合もある。原則的には都道府県医師会と代表保険者との間

で契約を結び、それに地域の医師会が乗れるかどうかということをご判断いただくということになる。(日本医師会内田常任理事)

**Q35.** もともと集合契約は、被扶養者を全国津々浦々どこでも健診ができるようにという考えから示されたことかと思う。そういう中で二つの価格が出てしまう。集合契約の場合、代表保険者と契約を交わすが、その場合の金額がバラバラであっては当然ならないということで統一の金額となる。ところが、集合契約とは別に郡市医師会と市町村が別個に契約をした場合価格が違ってくる。確定版や検討会の中で、契約価格の安い方という言葉や国保ベースという言葉が出てくる。その辺りが少し分かりにくいがどうか。

- A. 集合契約の単価については、国保ベースと申し上げたとおり、各市町村の国保が、来年度特定健診をどこにいくらで委託するのか、これを参照価格として、県内の保険者協議会の代表契約者がその実施機関とその単価に近いということで契約をするイメージとなる。従って、一応事務のとりまとめについては県単位となるが必ずしも県内統一単価にする必要はない。標準的な契約書にもあるとおり、単価表というものが市町村分添付されるという形で、契約書がひと束になっても全く問題ないと考える。

(厚生労働省健康局)

**Q36.** その場合に価格の高低が非常に大きくなってしまふ。話としては分かるが、その時に納得できるのかどうかという問題が生じている。

**Q37.** 今後、市民に対しての健診方法や、会員に向けての説明会を行っていかないといけないが、最近、メタボリックシンドロームの診断基準自体に問題があるのではないかとされている。特定健診について、今ま

で提示されてきた値がそのまま4月以降も通用するのか。場合によっては変更する可能性もあるのか。もし変更するのではればいつ頃までに決まるのか。

- A. 端的に言うと、立ち上げにあたって変更することはない。当然ながら医学の進歩とともに長期的にみた場合見直していくことは当然ありうる訳だが、長期的な時間軸の話とあたかも短期的に何かが変わっていくという報道等があるが、非常に乖離していると考える。現在の基準を立ち上げまでの間に、あるいは立ち上げて短期間の間に見直しを行うことはない。(厚生労働省健康局)

**Q38.** 本日の説明を聞いて、厚労省の方針が治療医学から予防医療に移った、あるいはそういう方向に舵取りを変えたということが第一点。電子化を全員がやっていってほしいということが第二点。医療費対策等いろいろな問題がこの趣旨にあると思う。今回の特定健診を各医療機関が行うには、どうしても代行業者に依頼せざるを得ない現状があると思うが、厚労省の指示としては、やはり各医院に第二のレセプトコンピュータならぬ特定健診コンピュータを入れてほしいということとまさに同じだと思う。今いろいろな形で医療費が高騰しているということで、朝令暮改ではないが次から次へと厚労省が打ち出す新しい政策により、各医療機関は医療費の負担あるいは業者のソフト購入等いろいろな形で負担が生じている。医師会員の医師会員による医師会員が作ったソフトあるいは健診システムをもって牽引していく必要があると思うが、そういう意味ではORCAに対する期待が出てくる。従来は単なるレセプトシステムとしてORCAを位置付けているが、これからは全ての医療の電子化のための医師会員が考えるソフトという意味で、ORCAの位置付けを変えていかなければならないと思う。そのような点からORCAに対する年

間の投資予算についてお聞きしたい。また本日導入率の説明があったが、まだ数パーセントの状況で、まだこういう大きなシステムをしっかり支えることができていないと考える。医療の中の電子化、あるいは医療の中の予防を今後どのように行っていくかということは、まさに日本医師会が一番求められている大きな問題である。そういう意味でORCAの位置付けをもう一度再確認する必要がある。

- A. 日医標準レセプトソフト開発そのものについては、年間約1億2、3千万円かかっている。これは約15人のレセプトの専門家、プログラマーの件費とお考えいただきたい。それ以外にORCAサポートセンターの運営費として年間9千万円から1億円近い件費がかかっている。この中で介護保険のソフト等サポートも併せて行っている。普及のスピードについては、各医療機関がレセコンを5～6年に1回買い替えるものである為、爆発的に普及させることが難しいという業界の中で、今の普及スピードというのは業界の中では極めて異例なスピードで普及しているのご理解いただければと思う。(日医総研)

**Q39.** 特定健診は今年までは基本健診という形で行われている。地域ではこれまで基本健診を一生懸命やってきたが、特定健診となり電子媒体で請求しなければ駄目だということで参加できなくなる先生方がいる。地域で一生懸命やってきた先生方が制度を改革したために出来ないという現状がある。厚労省はどう予想していたか。

- A. 特定健診・保健指導の電子化をお願いしなければならぬということがあり、これは標準的な健診・保健指導プログラムでも案内しているが、今回、検査結果を速やか判定しなければならぬということがまず第1、それから他の保険者、あるいは検査機関、あるいは国等、かなりデータのやり取りがあ

り、紙だと非常に難しいといったことがある。また事務上の関係が一番困難となるのが、全国の健保組合の被扶養者が全国津々浦々におられ、その方々に対して健診・保健指導を行った際に、その請求あるいは決済をどう行うかということが今回の制度として非常に肝になる部分である。来年度以降、皆様方のところに健診あるいは保健指導に来られる方々というのは、実は全国に請求を出さないといけない方々ということがある関係上、何としても電子化で処理をしないと綺麗な格好で並列していくという事は無いと考える。

**Q40.** 老人保健法の住民健診からすると今度の特定健診はそれ程飛躍的な問題ではない。ただ労働安全衛生法に携わってきた人間からみると、労働安全衛生法の健診とこの特定健診はどういう形で整合するのか。今後必ず混乱することになる。あるいはどちらかが破綻すると考える。かなり大きな問題が惹起するのと思うがどうか。

**A.** 労働安全衛生法の健診は、今回の特定健診が入ったことによって何ら代わりはない。ただ、保険者から特定健診に関するデータの提供を求められた時に、労働安全衛生法の健診データを渡さないといけないということで、若干健診項目、例えば腹囲やLDL コレステロール等を揃える必要がある。そういう意味で法律が改正されただけで、労働安全衛生法そのものは何も変わっていない。従来通りと理解していただければと思う。(日本医師会今村常任理事)

**Q41.** 建前は勿論その通りであるが、実態としては労働安全衛生法の健康診断は事業所で

はなく保険組合が行っている。そういう意味で、建前と実態が違う為、先生が言われるようにきれいな格好で並列していくという事は無いと考える。

**A.** 情報提供ということで伺い労働基準局にきちんと伝える。(日本医師会今村常任理事)

**Q42.** 最終的な判断は誰が行うのか。医療機関で、あなたは積極的支援だということによって良いものかどうか。国保の財政が非常に低い所だと、全員が積極的支援という訳にはいかない。そうすると、保険者がむしろそういうことは言わないで、その可能性があるというところで止めておいてほしいというような形にもっていきかねない。その際に誰が責任をもち最終判断は誰が行うのか。

**A.** 健診機関としては事務的に判断していただいて結構だと思う。その結果を受けて保険者が全員に実施するのかしないのかはその後の判断である。基本的には医師としてやるべきことをやっていただきたい。

(厚生労働省保険局)

**Q43.** 保険者というよりも、受診結果を聞きに来たご本人に対して、自動的に階層化され選定されているので、その時に積極的支援の対象者になっているということをはっきり言って良いかどうか。そういう意味合いのご質問かと思う。(日本医師会今村常任理事)

**A.** 実施結果の通知表、いわゆるご本人にお返しいただくものだが、これについては、いわゆる保健指導の判定結果を示す判定欄が無いことになっている。様式例である為このとおり必ずやる必要はないが、一応そういう形で検討している。要は積極的支援対象と印字されているのに積極的支援と案内が来ない。こういった保険者が重点化して対象者から外れたというような話が出ないような形に配慮してもらえないかという結果、ああいう様式の形になっているとご配慮いただきたいと思う。(厚生労働省保険局)



# 医療法人制度が変わりました！

医療法人は、平成20年3月末までに、  
定款変更をしなければなりません<sup>※</sup>

ただし

経過措置があって、変更しない方がよい規定もあるので、ご注意！  
税理士等の専門家にご相談ください。

定款変更をする場合でも、次の二点は経過措置が適用されますので、変更する必要はありません。  
(この部分を変更した場合は課税のおそれもあります)

- 「持分」に応じた払戻し請求
- 解散時の残余財産の帰属先



日本医師会ホームページをご覧ください。

詳しくは <http://www.med.or.jp/doctor/iryohou/houjin.html>



(一般向けホームページトップのPICK UP又は「ドクターのみなさまへ」)



お問い合わせ

日本医師会地域医療第1課  
TEL：03-3942-6137  
(税制に関することは、  
年金税制課03-3942-6487)

※このポスターでは、平成19年3月31日までに設立された医療法人について説明しています。なお、定款変更は、医療法人社団の場合です。医療法人財団の場合は、寄附行為の変更になります。

# 日医女医バンク「コーディネーター養成講習会」について



常任理事 安里 哲好

平成19年12月1日、日本医師会館にて日医女医バンク「コーディネーター養成講習会」が開かれた。日医は平成18年11月22日、「医師再就職支援事業」について、厚生労働省と委託契約を締結した。この事業は、①女性医師バンクの創設・運営、②離職医師の再研修の支援、③女性医師の勤務環境の整備についての啓発の三本柱としている。女性医師バンク・中央センターは日医会館内に設置し、その下に2つの女性医師バンク（東日本センター：日医館内、西日本センター：福岡県医師会館内）が設置されている（図1）。それぞれのセンターに医師であるコーディネーターを各2名（東日本センターは女性医師2名、西日本センターは男性医師1名、女性医師1名）配置して、求職者や求人施設からの電話相談・面談に応じ、就業の斡旋や求人医療機関との連絡・調整を行っている。今後、全国7ブロックに女性医師バンクを設置していく予定であるとのことである。

女性医師の勤務環境整備についての啓発活動は、日医男女共同参画委員会の協力を得て、講習資料を作成し、全国の都道府県医師会と日医との共催により、「病院長、病院開設者、病院管理者等への講習会」を開催しているところとのことである。

保坂シゲリ氏の「女性医師バンクの現状」報告より、240名の求職者があり、49名の方が就業成立した（図2）。年代別構成は全求職者の75.4%、就業決定の77.6%が44歳以下であった（図3）。診療科別構成を見ると両方とも、内科・小児科・眼科・皮膚科が多かった（図4）。全求職者の内、常勤者は26.9%、非常勤又はパート・アルバイトは73.1%で、就職決

定者49名の20.4%が常勤であった（図5）。施設種別構成は全求職者の34.4%が病院で、就職決定者の34.7%が病院であったと報告しているが、急性期病院の有無については不明であった。

医学部学生の中で、女性の占める割合が数十年前の10%から、昨今は30%強になっており、ある大学においては50%近くにも達している現状の中で、女性医師が医療の中心的役割を担う時代の到来を強く感じている。

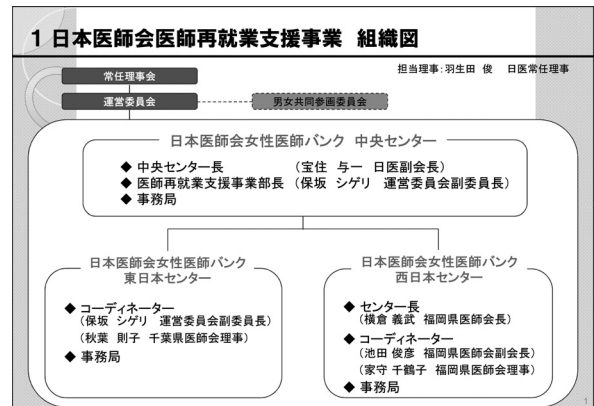


図1

**2 日本医師会女性医師バンク 運用状況(1)**

日本医師会女性医師バンク 運用状況 (平成19年11月27日現在)

◇登録者数	
・求職者	240名
・求人施設	676施設
・求人件数	1,188件
◇就業成立件数	49件
(うち 再研修)	2件)

図2

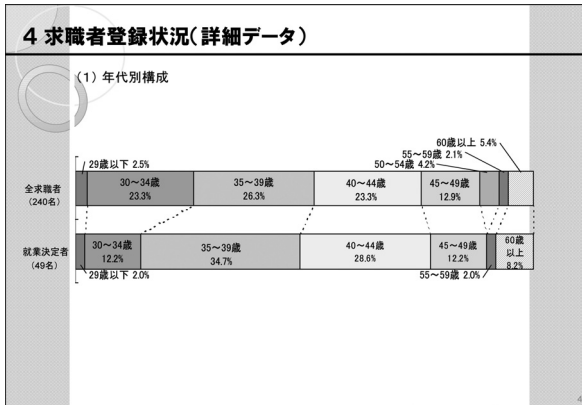


図3

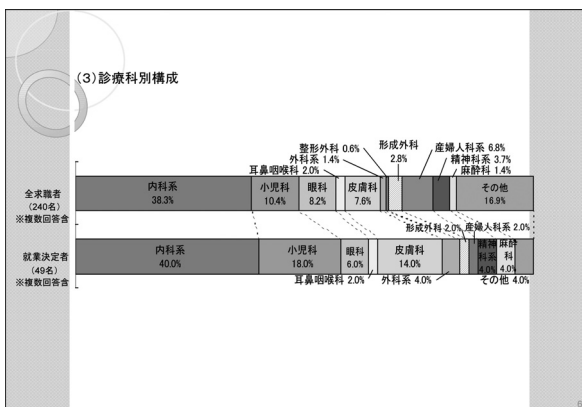


図4

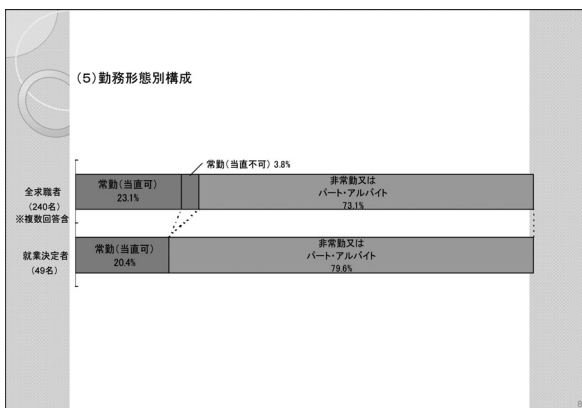


図5

## コーディネーター養成講習会 次 第

日時：平成19年12月1日(土)

14:00~16:30

会場：日本医師会館 小講堂(3階)

司会：羽生田 俊(日本医師会常任理事)

1. 開会
2. 挨拶：宝住 与一(日本医師会副会長)
3. 女性医師バンクの現状：  
保坂 シゲリ  
(医師再就業支援事業部長兼女性医師バンク東日本センターコーディネーター)
4. 職業紹介事業の留意点：事務局
5. 労働法制について：  
池田 俊彦  
(女性医師バンク西日本センターコーディネーター)
6. 保育システムの状況：  
秋葉 則子  
(女性医師バンク東日本センターコーディネーター)
7. 医師の仕事の種類：  
家守 千鶴子  
(女性医師バンク西日本センターコーディネーター)
8. コーディネートの際の留意点および今後のバンク事業：  
保坂 シゲリ  
(医師再就業支援事業部長兼女性医師バンク東日本センターコーディネーター)
- ～ 休憩(5分) ～
9. 質疑応答
10. 閉会：羽生田 俊(日本医師会常任理事)  
[意見交換会]



## 平成19年度九州学校検診協議会専門委員会並びに 平成19年度九州各県医師会学校保健担当理事者会

理事 野原 薫

去る12月2日(土)、福岡県において、九州学校検診協議会専門委員会並びに九州各県医師会学校保健担当理事者会が開催されたので、その概要を報告する。

### 平成19年度九州学校検診協議会専門委員会

日 時：平成19年12月2日(土) 13:30～15:15

場 所：福岡県医師会館



#### 会長挨拶

横倉義武九州学校検診協議会会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

当専門委員会は今年で22回目の開催を迎える。これも先生方並びに関係者のご尽力によるものであると考えている。

今後とも、関係機関との連携を密に学校保健事業のより一層の充実に努めていきたいと考え

る。よろしく願いたい。

#### 心臓・腎臓専門委員会座長選出

心臓専門委員会および腎臓専門委員会の座長の辞退に伴い、座長の選出が行われた。心臓専門委員会の座長に鹿児島県医師会の吉永正夫先生、腎臓専門委員会の座長に熊本県医師会の服部新三郎先生が選出された。

各専門委員会別会議

1) 心臓専門委員会

①本県における LongQT 症候群の 1 例について (沖縄県)

我那覇仁先生より、本県における LongQT 症候群の一例 (失神発作を繰り返した中学男子例) が報告された後、九州各県における QT 延長症候群の判断基準について情報交換が行われた。座長の吉永正夫先生より、医学的な判断基準は以前より論じられてきたが、判定するための機器 (メーカー) がその基準に適應していないと説明され、今後、本専門委員会よりメーカー側に提案していったらどうかと意見され検討することになった。

②「学校生活管理指導表」における文書料の取り扱いについて (佐賀県)

「学校生活管理指導表」の作成を依頼された際の文書料徴収の有無について九州各県の状況が報告され、長崎県 (把握していない) 以外の県では徴収していない状況であることが分かった。

③福岡県メディカルセンターにおいて平成 19 年度から使用を始めた学校心臓健診の新しい心臓病調査票について (話題提供) (福岡県)

福岡県の石川司朗先生より、福岡県メディカルセンターが平成 19 年度より使用を始めた学校心臓健診の新しい心臓病調査票について説明があり、このような調査票を九州各県で統一できないかと提案があった。九州各県において現在使用している調査票を福岡県メディカルセンターに E-mail で送信し、仕様の統一について検討することに決定した。

2) 腎臓専門委員会

① 19 年度スクリーニングにおける蛋白・潜血: (+) と (±) の判定について (長崎県)

昨年度の専門委員会で、服部新三郎先生が平成 18 年度に実施した調査において、陽性基準

を (±) から (+) に変更後、(+) では最終陽性者が減少するとの結果説明があったことを受け、現在、九州各県の多くで陽性基準を (+) としていることが報告された。

②「学校検尿について、各県の市郡医師会へのアンケートが可能か否か？」 (鹿児島県)

③学校検尿アンケート調査実施について (宮崎県)

④過去 2 年分の診断名集計結果について (福岡県)

上記アンケート調査の今後のあり方等について意見交換が行われ、各委員より調査の有用性についての意見が上げられたことから、アンケート項目の内容を整理した上で、今後も調査を続けていくことが決定した。今年度のアンケート調査の結果については近々に報告書が送付されることであった。

3) 小児生活習慣病専門委員会

①生活習慣病に関する各県の取り組みの状況について (佐賀県)

②小児生活習慣病マニュアル (フローチャート) について (長崎県)

③高度肥満児への学校現場での対応 (養護教諭・学校医及び医療機関の連携) について (福岡県)

当委員会では、上記 3 つの議題について一括して協議が行われた。

生活習慣病に関する各県の取組状況については、生活習慣病そのものが学校保健法として扱われておらず、各県医師会とも具体的な取り組みは行っていない状況であり、医師会から文部科学省へ学校保健法に生活習慣病を取り入れていただくよう要望していただきたいとの結論に至った。

また、実際の現場での対応については、今後、生活習慣病に対する変化が予測されるが、肥満度 50 % 以上に達した高度肥満児の扱いに関しては、病気として取り上げるべきとの意見

があげられ、各県の教育委員会に対して要望や議論する場を設けていくこととした。

さらに、マニュアルを作成する際の情報収集の方法として、厚生労働省生活習慣病対策事業研究班で行われている「生活習慣・食習慣に関するアンケート調査」を実施していただくよう九州全体の教育委員会を通して依頼することとなった。

#### 全体協議

各専門委員会の座長より、上記委員会の協議内容について報告が行われた。

#### 次年度の日程について

次年度の専門委員会の開催日程として、平成20年11月29日が候補日に挙げられた。

## 平成19年度九州各県医師会学校保健担当理事者会

日 時：平成19年12月2日（日）16：00～17：00

場 所：博多都ホテル12階スターライト



#### 挨拶

熊本県医師会会長の北野邦俊先生より、開会の挨拶が述べられた。

#### 座長選出

慣例により、担当県である熊本県医師会の北野邦俊会長が座長に選出された。

#### 協議

(1) 第52回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成20年度九州学校検診協議会（年次大会）について（熊本県）

熊本県医師会の小林秀正理事より、来る平成20年8月9日（土）、10日（日）ホテル日航熊本にて開催される「第52回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成20年度九州学校検診協議会（年次大会）」の開催要綱（案）に



ついて説明が行われた。

協議の結果、特に異議なく了承された。

**(2) 障害者自立支援ファイル事業（乳幼児期からの支援状況が一目瞭然になるようなファイルの作成）について（鹿児島県）**

**<提案要旨>**

現在、鹿児島県では発達障害児への支援として、県発達障害者支援体制整備検討委員会（所管：県保健福祉部障害福祉課）・特別支援連携協議会（所管：県教育庁義務教育課）の中で、障害者自立支援ファイル事業が検討されている。

これは、従来から就学前の療育情報を学校現場に円滑につなげていく仕組みがなく、更には就学後の就労時にもそれまでの療育状況が分からないといった問題に対応する為に検討されているものである。障害児の支援には、多岐にわたる機関が係わっており、個人情報保護の厳しいなか、障害児本人（家族）が一元化した情報を持つというのは非常に有用であると考えられる。

鹿児島市教育委員会では、今年度から療育施設を利用する保護者にテスト使用してもらい、次年度以降の使用に向け検討がなされている。

また、霧島市では「すこやか手帳」と題し、援助者間で情報共有できるように、支援の内容、方向性や目標など一冊のノートに書き込んでいけるよう、母子手帳を交付する際、妊婦全員に配っている。

今年度から、教育基本法の一部改正施行に伴い「特別支援教育」が本格的に実施されているが、本県の取組みを情報提供させて頂くとともに各県で新たな取組みがあればご教示頂きたい。

**<各県回答>**

各県ともに、鹿児島県で取り込まれるような“ファイル事業”の実施は行われていないと回答されたが、療育歴等の情報を保護者や本人が一元的に持つことで、複数の支援者間での情報共有が図られることは非常に有効性が高いと考え

られると意見され、今後の行政や先進県の動向に注目するとともに、各県においても当事業の導入を検討していきたいとの見解が示された。

なお、各県における現在の取組み状況については以下のとおりとなっている。

**○佐賀県**

圏域支援体制整備事業として、保育所や幼稚園から小学校へ、小学校から中学校へ、中学校から高等学校へ、高等学校から就労先等への個別支援計画の引継ぎをモデル的に実施している。平成18年度に「佐賀県における特別支援教育の在り方検討委員会」が設置され、障害のある幼児児童生徒の自立と社会参加に向けた主体的な取組みの支援が検討されている。

**○大分県**

発達障がい者圏域支援体制整備事業として、県内10圏域の中で1圏域を対象に、発達障がい支援コーディネーター1名を配置し、コーディネーターが中心となり身近な地域での関係者の連携・調整やこの発達障がいに応じたきめ細かな個別支援計画を作成している。また、発達障がい者支援センター連絡協議会において“発達障がい者支援手帳（仮称）”発行等の案が検討されている。

**○福岡県**

発達障害者支援センターが県内4箇所を設置され、臨床心理士が保護者等から相談を受け、発達障害などの状態を把握し、地域の医療機関との連携を図っている。また、平成19年8月より“特別支援学校医療的ケア体制整備事業”が開始され、県内10項の特別支援学校に通学する障害児に対し、日常的な医療ケアを実施する看護職員と障害児の主治医が記載する意見書等を基に、学校が提供する医療ケアを点検・評価する指導医を配置し、学習環境の整備を図っている。

○沖繩県

“沖繩県心身障害児適性就学指導委員会”に精神科、小児神経科、小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科の専門医計6名を派遣し、障害児の支援に取り組んでいる。

○長崎県

平成19年度から、就学前から学校卒業までの教育相談及び教育支援の充実を図る“教育支援ネットワーク事業”を実施している。また教育相談及び教育支援の中で、相談者に対し必要に応じて個別の教育支援計画の作成のためのガイドラインを作成し、提供を行っている。

○宮崎県

平成17年度から“障がい児ライフステージ支援モデル事業”が開始され、ライフステージ支援プログラムの開発を目指している。

○熊本県

(社)日本自閉症協会熊本県支部の「チャレンジサポートセンター“にじいろ”」が、自閉症児・者等の発達経過や療育内容等を書き込む“にじいろ手帳”を発行している。

**(3) 性と心の健康問題に対する各県の取り組み状況について (福岡県)**

＜提案要旨＞

福岡県においては、昭和63年度より、生徒・教師・保護者を対象に、産婦人科及び精神科の専門医による講演や相談活動を実施することにより、性や心に関する専門的知識の普及啓発を図るとともに、不安や悩みの解決に向けた支援を行うことを目的として健康教育推進事業(性と心の相談)が実施されている。

専門医については福岡県産婦人科医会と福岡県精神科病院協会の協力を得て本会から推薦し、当初は県立高校1校あたり産婦人科3回、精神科3回、合計6回で開始され、近年は産婦人科2

回、精神科2回、合計4回の予算措置が取られ実施されてきたが、今年度は県の予算削減により1校あたり合計2～3回の実施となった。

いじめや自殺の問題、性に関する感染症や逸脱行動など、性や心の健康問題が表面化し社会問題となっている現在、本事業の果たす役割はますます重要性を増しており、より積極的に本事業を推進すべき状況であると考え、本会より福岡県教育委員会教育長に対し、平成20年度の予算増額について要望書を提出した。

以上のことから、性と心の健康問題について、各県の取組みと状況をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、性と心の健康問題については、平成16年度から始まった“学校・地域保健連携推進事業”において対応しているとの回答であった。当事業は、学校側からの評価も高く継続的な実施が望まれているが、単年度事業であるため次年度以降の計画を立てにくく、また年々予算が削られている状況にあることが報告された。

鹿児島県の池田琢哉先生より、本事業の予算化(確保)について、当担当理事者会から日本医師会宛に要望書を提出し、日本医師会から文科省へ要望していただいていたどうかと提案があり、協議が行われた結果、日本医師会学校保健委員会へ九州ブロック代表として参加されている福岡県に要望書の下書きを作成いただき、九州学校保健担当県の熊本県から日医宛に提出することに決定した。

その他

鹿児島県の池田琢哉先生より、学校産業医用のマニュアル(ガイドライン)を日本医師会学校保健委員会で作成していただけないかと意見があり、福岡県より次回の学校保健委員会においてその旨発言させていただきたいと述べられた。

## 印象記



理事 野原 薫

平成19年度九州学校検診協議会専門委員会が12月2日（日）午後1時30分から福岡県医師会館で開催されました。心臓専門委員会委員の我那覇仁先生（こども医療センター）、腎臓専門委員会委員の栗田久多佳先生（琉球大学）、小児生活習慣病専門委員会委員の太田孝男先生（琉球大学）と私、事務局の平良さん、徳村さんの6名で参加しました。

今回から新に心臓専門委員会の座長に吉永正夫先生（鹿児島県）、腎臓専門委員会の座長に服部新三郎先生（熊本県）が選出されました。

小児生活習慣病専門委員会の座長は引き続き河野斉先生（福岡県）で、私はこの会に参加しました。日本学校保健会は肥満度の算出に身長別標準体重に比べて+20%以上を肥満傾向と定義していますが、委員会ではBMIを使用する方が良いとか、腹囲測定ではどうなのかとの議論がありました。個人的には専門委員会が肥満の評価法を先ず決定するべきで、取りあえず日本学校保健会の定義を使用するべきだと思いました。また、現行の学校保健法では小児生活習慣病の対策が不十分で、肥満児への対応では学校現場の認識、予算の問題などから対応が遅れているとの議論でしたが、肥満度50%以上の高度肥満児は病気として対応すれば、現行の医療保険でも対応可能だと思いました。今後はこの委員会で肥満児への対応マニュアルを作成されることを期待したいと思います。

午後4時からは博多都ホテルで、平成19年度九州各県医師会学校保健担当理事者会が開催されました。協議では第52回九州ブロック学校保健・学校医大会は平成20年8月9日、10日に熊本市で開催されることになり、また、障害者自立支援ファイル事業や性と心の健康問題への各県の取り組みは報告通りで、行政からの予算しだいで取り組み状況が変わることに限界を感じました。最後に鹿児島県から小児生活習慣病や心の問題も心臓専門委員会や腎臓専門委員会のように学校保健で取り組むべきだとの提案があり、私も、全く同感です。沖縄県でも今後、教育庁に働きかけて学校保健として小児生活習慣病委員会や心の問題委員会を立ち上げるべきだと思いました。



## 平成19年度永年勤続医療従事者表彰式 142名が表彰される

常任理事 嶺井 進



去る11月22日（木）午後7時30分からパシフィックホテル沖縄に於いて、平成19年度永年勤続医療従事者表彰式が行われた。

同表彰式は会員が開設する医療機関及び医師会に20年勤務する医療従事者に対して行うもので、当日は新垣善一沖縄県医師会代議員会議長にご臨席頂き、今回は49施設から142名の方々が表彰された。

始めに、宮城信雄沖縄県医師会会長から受賞者への挨拶として「我が国の医療情勢は、国の長年にわたる医療費抑制政策の結果、医療提供体制は極限状態に達し、医療崩壊の危機が取り沙汰されるようになりました。また、昨年は医療制度改革関連法案等の成立に伴い、制度の改正や施行により、地域における医師偏在や看護師不足、療養病床の再編問題など、医療の質の低下を招き、国民の健康を脅かすことが懸念されております。こうした中で、我々医療関係者は、常に患者の視点に立った安心で安全な質の

高い医療を提供するよう努めていかなければなりません。幸いにして、今回表彰を受けられる皆様は、非常に経験豊かな方ばかりで、永年培った経験や知識、技術を活かし、それぞれの立場で良質な医療の提供に努め、後輩の指導にもご尽力下さい。」と激励の言葉があった。

引き続き、宮城会長から表彰状の授与を行い、その後、受賞者を代表し平安山医院看護師の玉城初子さんから「本日は私達のために、このような盛大な表彰式を催していただき、心より感謝申し上げます。私達が今日表彰をいただきましたのは、院長先生をはじめ、諸先生方並びに同僚の支援、家族の協力の賜物と深く感謝申し上げます。

私の勤める平安山医院は透析施設として、はや20年になります。院長先生をはじめ医療従事者が一丸となって、常に患者様により良い地域医療の発展に貢献してきました。

今日ここに表彰をいただきました私達は、今

後もそれぞれの立場で患者様の為に、また地域医療充実のため微力ではございますが、更に精進し頑張っていきたいと思っております。」と謝辞が述べられた。

表彰式終了後に行われた懇親会は、新垣議長の乾杯の音頭で祝宴に入り、被表彰者の所属する施設長や同僚が多数参加し、受賞者の永年の

労をねぎらい盛会のうちに終了した。

なお、同表彰式は毎年11月に開催しており、被表彰候補者の推薦については、各医療機関並びに各地区医師会へ申請することになっているので、申請漏れのないようお願いしたい。

当日、懇親会の中で行った受賞者へのインタビューを下記に掲載する。

## 平成19年度 永年勤続医療従事者表彰式 (11/22) 被表彰者へのインタビュー

### 質問項目

1. 永年勤続20年表彰おめでとうございます。表彰されたご感想と今後の抱負をお聞かせ下さい。
2. 医療に従事する職員の皆さんは、命を預かる仕事でもあるので、大変なご苦労があるかと思いますが、心に残る思い出などがありましたらお聞かせいただけますか。また、患者さんと接するさいには大変神経を遣うと思いますが、これまでの勤務の中で、気をつけてこられたことなどありますか？
3. 医師との連携の難しさなどはありますか？改善して欲しい点などがあれば教えて下さい。
4. 看護師不足の問題などが話題になっておりますが、実際に医療の現場での状況を見ていかがですか？



沖縄第一病院 地域医療部 比嘉 勉課長

1. 20年勤続できたこと、またその表彰をして頂いたことは本当にうれしい限りです。その背景には、当医療法人信和会の理念の1つに『職員一人一人が楽しく生きがいを持って働ける病院を目指す』とあるように、厳しい中にも和気あいあいとした家族的雰囲気があり、理事長を筆頭とする管理部の皆さんや同僚、そして仕事をしていく上で良い環境に恵まれたことがあげられます。感謝の思いで一杯です。これからも微力ながら後輩の育成等、病院の発展のために頑張っていきたいと思っております。
2. 放射線技師として3年目の時、70代の患者さんの胃透視検査を担当した際、検査を終え透視台から降りようとした時に、患者さんが転んでしまって大腿骨頸部骨折をしてしまいました。患者さんは自分で転んだのだからと庇ってくれましたが、内心は冷や汗ものでした。それ以来、患者さんが検査を終わり、検査室内から退室されるまで緊張の糸を緩めないで接するように心がけてきました。そのことが原点となって、これまで大過なく過ごすことができたと思っております。

3. 医療現場は常に緊迫した厳しい場所であり、個人の権利が強くなった昨今、年々医師の仕事量が増え、医師と他職種との連携が増々難しくなっています。そのため、医局全体としてのマニュアルや取り決めはあっても医師が多忙を極めるため、カンファレンスや指示受けなど個々の医師に合わせないといけないう状況であり看護師等に負担がかかり過ぎているように思います。医師の役割や責任の重さは大変なものがあると思いますが、従来型の医師中心のチーム医療から、1人々の患者さんのために医療従事者が相互の立場から建設的な意見を出し合えるチーム医療に転換していってこそ、異体同心の団結力が発揮できると思います。

4. 「7：1」看護という新たな基準で、当院の急性期病棟は看護師が増え、看護師の労働環境は仕事量的には改善されましたが、年休消化率が向上するまでには至っていません。また、看護師の入退職は相変わらず多く(種々の原因があると思う)、1年中「看護師募集中」の状況です。一定の技術を持った看護師を確保し続けるためには、病院側も子育て支援などいろいろと努力が必要だと思います。



医療法人社団志誠会 平和病院 比嘉 久美子看護部長

1. 有り難うございます。「光陰矢の如し」と申しますが、20年の歳月はほんとにあっという間でした。今回の表彰は、私の勤める病院（平和病院）が創立からちょうど20年ということもあり、厳しかった当時に思い浮かべたりして、非常に感慨深いものがあります。  
私自身、ここまで来れたのも多くの方のご指導ご鞭撻の賜と深く感謝しております。  
医療界は今、どの病院も同じ状況下で厳しい環境にありますが、医療を必要とする患者さんがいる限り、私たちは良質な医療を目指して、日々努力していかねばならないと思っています。
2. 私の勤める病院は精神科ですので、身体を看ること以上に心の動きを看なければならず、看護はとても難しいです。より難しくしていることの一つに、精神の病気や、精神科病院に対する一般の方の偏見があります。地域の反対運動もその一つでしたが、医療は病院の中だけに止まらず、常に地域に開かれた医療を目指さねばならないと思っています。  
また、最近では、うつ病の患者さんが増えていますが、自殺のリスクの高い疾患ですので看護も細心の注意を払いながら、専門性を発揮していかねばならない、と思っています。
3. 「チーム医療」という言葉が取り上げられて欲しいと思いますが、スーパーバイザーとしての医師の役割はとても大切で、私達コメディカルもとても頼りにしております。しかし、現場では、ヒエラルキーの強い医師とのチーム作りに苦慮することもあります。専門性もとても大切ですが、人間的に魅力のある医師との協働が患者さんの為にもなるとしています。
4. 当院創設時の20年前も、病院適正配置法の影響で看護婦不足に悩まされましたが、今又、7：1配置の問題も少なからずあり、十分な看護師確保ができていません。看護の質を高めるためには教育システム等必要ですが、個々の病院の努力も限界があると思います。先ず量（配置基準）を解決せねばなりません。来年、先生方始め関係者の努力で、中部地区医師会による、「ぐしかわ看護専門学校」が開設されますが、早めに民間でも質の高い看護体制が取れるような状況になって欲しいと願っています。



浦添総合病院 慶世村 光代外来師長

1. 人生の中で、一番変化の多い時期を浦添総合病院と共に歩んでこれたことは、とてもうれしく思います。長いようで、あっという間の20年間でしたが、いろいろな方にご指導いただき、励まされ、今日があるものと思います。組織の方針が明確であり、幸い私のしたい事と一致していたのが、20年間続けてこれた要因だと思います。ありがとうございました。
2. 地域との連携を行い、「急性期の部分は当院が担う」という指命のもと終日救急を開始するという計画と一緒に参加できたことが印象に残っています。  
連日深夜まで準備に明けくれていましたので、オープンの日は、感慨深いものがありました。患者さんに接する際、気をつけている点は、当たりまえのことですが「相手の側（立場）に立って、相手の目の高さ（視点）で話を聴く」ことを心がけています。
3. 当院の医師は、よく理解しようと話をきいてくださり、チーム医療の大切さもよくご存知です。しかし、治療を始める時、医師のオーダーなくしては始まりませんが、なかなか決められた時間内にできず、指示を受け実施する看護側にしわよせがきているのが現状です。改善のためにはまずルールを守ってほしいですね。
4. 現状に見合った看護師の配置を、と考えるとやはり厳しいと思います。当院は7：1看護基準という、最高の人員配置をとっていますが、平均在院日数や看護必要度、重症度の実態からみても不足しているのでは、と感じます。  
もちろん現場での知識、技術の教育的サポートも行っています。





受賞者代表挨拶をする平安山医院看護師玉城初子さん



表彰式会場風景



懇親会風景

## 印象記



常任理事 嶺井 進

永年勤続表彰式は県医師会の医療従事者対策の一つであるが、表彰される方々の晴々とした顔を見るとその成果が上がっているのが分かる。

国や自治体の不十分な対応で、医療の現場は人材の確保が困難で、さらに医療費の減少で十分な待遇をしてやれず、また、時間的ゆとりをもてない職場となっている。

今後、せめて職場環境を改善し、働きがいのある、働き易い職場づくりでその労苦にむくいたいと思う。

## 平成19年度第4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11月29日(木)、県庁3階第2会議室において標記連絡会議が行われた。

### 議 題

#### 1. 県立病院の業務の改革について

(県医師会提案)

玉城副会長より、標記の件について概ね次のとおり説明があった。

これまで、県立病院のあり方については、検討委員会等で議論されてはいたものの生かされていない状況であった。これからは、県立病院が地域においてどういう役割を果たすべきか等を検討していく必要がある。

これらを踏まえて、県立病院の業務の改革について事務的な協議が行なわれつつあると同だったが、どのような計画があるのかお伺いしたい。

#### <當間医務・国保課長回答>

本県の病院事業の経営状況は、平成18年度決算において過去最大の赤字(50億円)となり、今後の病院運営も危ぶまれる状況にある。

今般、福祉保健部において、沖縄県における全体の医療提供体制のあり方という大局的視点から根本的に県立病院を見直し、効率的かつ持続的に病院事業が運営できる体制(運営形態・規模縮小を含めて)を確保することとしている。

作業スケジュールは、①今年度においては、県立病院の役割・機能の分析と基本的方向の検討、②次年度の早い段階で外部委員会の審議・検討を経て、③次年度中に県立病院のあり方に関する基本構想を策定することとしている。

また、12月1日付で、医務・国保課にそのための要員2名を発令する。

#### 【主な意見】

**宮城会長**：県立病院のあり方や経営に関しては、これまで何度かに亘り検討を行っている。しかし、検討されてきたことに実効性がなかった。県立病院の赤字は、一般財源60億円を繰り入れた赤字(50億円)であり、トータルは110億円の赤字である。このような状況では、県立病院の維持どころか県の維持に繋がってくる。会をつくっただけで実行が伴わなければ意味がない。県立病院のあり方を含めて抜本的な改善が必要である。外部委員に委託するのであれば、力のある(実効性のある)委員会にしなければ、同じようなことを繰り返すだけである。

また、県立病院問題を解決しなければ、医療行政に対して大きな足かせができ、他の医療機関に影響を与えてくるので、医療行政一体として捉えていただきたい。

**伊波部長**：病院事業局でなく、医務・国保課に来たということは、全庁的に取り組みをしていくと理解しており、努力していく必要があると認識している。

経営改善に関しては病院事業局が行うが、医務・国保課では、年度内に枠組みや役割分担、機能調整や民間との連携、公立病院との連携、各地区医師会との連携等を図っていく。国の動きとしては、12月にガイドラインが纏まるので、それを見据えて行っていく。

**安里常任理事**：医師会でも危機感を感じて、来年度の一つの大きな柱の分析、検討項目の中に県立病院の経営改善というのが出てきている。最初は、県立病院の医療のあり方ではないのかと思っていたが、非常に厳しい背景があると感じたが、県民は未だしも、現場の方に危機感はあるのか。

**伊波部長**：今年度中に医療関係の1構想3計画

が纏まる。これは、医療制度改革の一環で来年1月にパブリックコメントを行い、3月までに決定し、4月に告示となっている。これらは、医療療養病床の問題や地域ケア整備構想等を進めながら実施していく。また、来年度の予算収支が380億円不足（一般会計）しており、それに病院事業局（特別会計）が入ってくる。この決算に関しては、次年度から連結で出していくので、議会にも出ていくことになり、県民にも出ていくことになると思われる。

**當間課長：**議会では、いくら県立病院が赤字だからといっても一般会計から繰り出せばいい、若しくは繰り出しが少ないときえ言っている状況であり、県民はじめ議会も危機感を持っていない。今回、地域の民間病院へヒアリングを行うこととしているので、地域の医師会においても危機感を共有していただければありがたい。

**玉城副会長：**本来、一番危機感を持たなければならないのは、病院本体である。また、1月に地区医会長会議があるので、ある程度の方向性が纏まれば、働きかけたい。

**大嶺課長：**50億の赤字は減価償却後のもので、減価償却前だと15億の赤字である。大きな赤字の原因は、建物の減価償却であり、その部分をカバーできていない状況である。また、地方公営事業法の適用を受け、もう少し成果が上がると予測していたが、成果が上がらなかった。現在、各病院長を集めて、毎月経営会議を開催している。その会の中で、各病院の問題点、収支、経営等に関して分析を行っている。平成19年度は、18年度に比べると好転してきている。平成18年度の赤字というのは南部医療センターの開院による病床利用率の低下等が原因であった。

**玉城副会長：**経営形態の改善の仕方、地区別の医療のあり方を踏まえて検討する必要がある。

## 2. 沖縄県立浦添看護学校の講堂使用について（県医師会提案）

真栄田常任理事より、標記の件について概次のとおり説明があった。

先般、本会より県立浦添看護学校の講堂利用を従来どおり提供されるよう、技術嘱託員の採用等、予算の確保が図られるよう要望書を提出した。

医師会館が来年の11、12月頃には完成予定であるので、これまでの間、従来どおり講堂利用を要望する。

## <當間医務・国保課長回答>

次年度以降の技術嘱託員の配置は困難である。

しかしながら、県は、医療従事者団体等の各種研修等について、県民の健康の保持増進に寄与するものであることを認識しており、これまでの経緯を踏まえて、その必要性から引き続き貸し出しを行うこととして準備を進めている。

## 【主な意見】

**真栄田常任理事：**借用した時の時間外等の管理者はつけていただけるのか。

**當間課長：**守衛等、うまくできる方法を浦添看護学校と調整することとなっている。

**伊波部長：**講堂の利用に関しては、技術嘱託員が必要である。昨年の実績をみると10回未満であるので、講堂利用時に対応しても良いと考えている。それ以外は、マニュアル等で対応いただくことを考えている。

## 3. 医療法改正に伴う医療機能情報の提供制度について（福祉保健部提案）

當間医務・国保課長より、標記の件について説明があった。

医療法改正に伴い、医療提供施設は、医療機関が提供する医療に関する一定の情報（医療機能情報）を都道府県に報告し、都道府県知事は、医療機関から報告を受けた医療機能情報を住民に対してわかりやすく公表しなければならない必要がある。

法律の施行は、平成19年4月1日であるが、経過措置により、平成19年度中に都道府県は、医療機関から提出される医療機能情報のうち、基本情報9項目（医療機関名称、開設者、管理者、所在地、電話番号・FAX、診療科目、診療日、診療時間、病床種別及び届出・許可病床数）を検索機能付きのシステムによって公表し、平成20年度中には、提出される全ての医療機能情報を公表することとなっている。

入力項目は、病院56項目、一般診療所49項



目となっており、12月に各地区へ通知および説明会を開催し、来年の1月に直接入力および報告をしていただく。その後、2月に試験運用し、3月に本稼働（基本情報9項目のみ）を予定している。

提供された情報は、「沖縄県医療機関検索システム（仮称）」として、県のホームページや保健所窓口での閲覧等により県民へ提供する。

**【主な意見】**

**小渡副会長：**介護保険では既に始まっており、1施設当たり53,000円を支払っているが、当システムについても費用はかかるのか。

**福祉保健部事務局：**当システムは、無料である。介護保険は調査費用が生じている。

**宮城会長：**更新は行うのか。

**福祉保健部事務局：**基本的には、年1回9月（予定）に更新を促すこととしているが、随時更新可能である。

**宮城会長：**入力項目のチェックはどうするか。常にチェックするのか。

**福祉保健部事務局：**基本的には、医療機関の自己責任での入力となる。報告を行わない場合や虚偽の報告をした場合は、報告の督促や内容の是正の命令を行うこととなり、この命令に違反した場合には罰則が規定化されている。

**印象記**



常任理事 安里 哲好

議題（1）の「県立病院の業務改革について」は、タイトルだけでは中身がよく分からず、話し合っても、鋭い質問がなければ何を話し合っているのかよく分からないところがあった。と言うのは、相手の財布の中身についてのことだから、聞きがたく、話したい。ところが、お互い意見を交流しているうちに、本質的なものの一部を理解できるに至った。すなわち、県立病院の経営が莫大なる赤字であるとのこと。平成18年度は68億円の一般会計からの繰り入れがある上に、更に50億円の赤字で、年間計118億円の財政が県立病院につき込まれている。そうすると、県立病院の医療以外においては、他の必要とされている保健・医療・福祉では数百万円でも、削除の対象になる状況が出現している。地方公益企業法の全部適応が選択され平成18年4月から実施されているが、経営は悪化している（平成19年10月現在改善傾向）。そのために、専任職員2名を福祉保健部に配置し、県立病院の経営（財政）再建に乗り出し、必要なら、地方独立行政法人化（非公務員）や公設民営化をも視野に入れておかなければならないが、離島僻地医療の問題が大きな課題であろうと思慮する。

小生は県の財政について詳しく理解していない。蓄財はどの程度、債務はどの程度で誰から借金しているのか。年度の収入と支出はどうなっているのか。国は内国債を発行しているので財政破綻は起らないし、借りる方と貸す方が夫婦関係にあり、借金（国債）を直ぐに返す必要が無いのではないかと、むしろ、財政を有効機能的に運営していき、社会機能を改善していく必要があると述べる経済学者もいる（神原直彦氏）。県財政はどのようなからくりになっているのかを管理職（課長以上、病院だったら医長・師長クラス）は理解し、必要なら危機感を共有し、その中で、改善の方向を模索していく必要があるのではと感ずるところである。

年に6回沖縄県福祉保健部と沖縄県医師会との連絡会議を持っており、毎回2、3の議題が提示されている。各地区医師会等や部会からのご要望がありましたら、議題に上げたいと考えていますのでご提案いただけたら幸いです。