

平成19年度第3回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



みだし会長協議会が去る1月22日（火）午後2時20分から日本医師会館で開催された。

始めに羽生田常任理事より開会の辞があり、会次第に沿って会長挨拶（竹嶋副会長）、協議が進められたので概要について報告する。

会長挨拶（竹嶋副会長）

唐澤会長が入院されているため、定款の定めにより竹嶋副会長が会長代行として挨拶され、唐澤会長の病状等について報告があった。

予めご報告申し上げたとおり、1月4日に唐澤会長が倒れられて小脳内出血ということで手術をした。3日後の主治医との話では後遺症は残らず大丈夫であろうということであった。今日、10時30分に唐澤会長に初めてお会いさせていただいた。普通どおりお話をされ、きわめてゆっくりした語調ではあるが言語障害は全くない。お部屋の中では奥様のお手を借りて動いているという状況である。今日、会長協議会が

あるということで、「本当に皆様にご迷惑をお掛けしている。しっかりリハビリをやりますので、どうぞよろしくお伝え下さい」とのことであった。私の推測ではあるが、2月の初めには退院できるのではないかと考えている。

その上で、本来は会長がご挨拶申し上げるところであるが、代わってご挨拶を申し上げます。

昨年来、財源も含めていろんな制度、施策が厳しい状況にある。そういう中から平成20年度の予算が8月に省庁で組んでいるということで、私たちの方としてもしっかりと必要な財源を求めるため意見を出している。昨年未から中医協の中で診療報酬改定に向けての骨子案が作られ、今はその骨子案に基いて診療報酬の中身についての議論が始まったという段階である。

診療報酬改定は平均が0.38%プラス。全体では残念ながら0.82%マイナスであったが、本体部分は医科に関しては0.42%。会員の先生方本当に大変苦しい中で、決してこれでいい

というものではないが、我々もぎりぎり働きながら、ここまで頑張らせていただいたということでお許し願いたい。今後は2,200億円のこの機械的な削減を、何とかしていかなければいけないと思っている。

今、心配しているのは、特に勤務医の医師不足・労働過重の中で、今、世論は中医協・支払い側も含めて病院勤務医の先生方に手厚くということと一致している。その代わりに診療所の方はそれを少しそこに回してという考えがある。しかし、地域医療というのはそういう提供体制のパイがいろんな角度で違うところから出し合いながらやっており、医療全体が既に疲弊しているということであり、診療報酬の再診料のマイナスは絶対認めないということで議論を進めている。1月25日にパブリックコメントが集まり、その後公聴会が前橋で開催される。そこで決まらなければ1月30日に大体大まかな線が決まり、それから細かい点数の配分が決まるという流れになっている。一時も気が許せないという状況であり、会長が出てこれないので、その間私どももしっかり何事も起こらないよう気を引きしめて、これを乗り切りたいと考えている。今後ともよろしくご指導ご鞭撻をお願いしたい。

協 議

(1) 小児からのメタボリック対策について (鳥取県)

【今村定臣常任理事回答】

日本医師会としては、今期の学校保健委員会において会長諮問「生涯保健と学校保健について」鋭意検討を重ねており、この答申の中で児童生徒の予防医学上における健康教育の主な課題として生活習慣病の予防が挙げられており、生活習慣病の健診項目の充実について触れる予定である。

厚生労働省の研究班において、小児のメタボリック診断基準が纏められてきているが、成長過程にある子どもの診断をするのに一つの固定した概要を設定すること自体、医学的に問題が

あるのではないかと、安易に基準が広まればこのことが子どもの差別やいじめを生じかねないと批判する声もある。更に小児のメタボリックシンドロームは、大人の場合と異なり学会による疾病の概念或いは診断基準が必ずしも確立しているわけではないので、直ちに成年と同様に対応を取ることが難しいと考えられている。

小児については十分なエビデンスの検証等を行うことが必要だと認識しており、ご質問の腹囲を含め健診項目の充実については今後とも行政等に働きかけていきたい。

質疑では、群馬県医師会から県の協力を得て、11の小学校を対象として血液検査、腹囲、ヘモグロビンA1Cを実施している事例が報告され、鳥取県医師会からは学校保健法の改正を目指して進めて欲しいとの要望があった。

又、学校保健の立場から内田常任理事からコメントがあり、禁煙がらみのモデル事業で、学校保健地域医療保健連携推進事業があり、教育委員会との連携を密にして是非都道府県でも取り組んでいただきたいとの説明があった。

(2) 医療保険者からの被扶養者健診データ 収集システムの構築について (新潟県)

【内田常任理事回答】

従来は住民健診として市長村が実施主体であったものが、特定健診については医療保険者に義務づけられ、市町村でのデータ収集が困難となっている。データの活用については、都道府県及び二次医療圏ごとに設置される地域職域連携推進協議会において関係の保険者等と連携を対応していただくということになっている。中央レベルにおいては、この匿名化されたデータを蓄積し、そのデータの解析、利活用にあたっては日医も関与していくということに厚生労働省と確認済みである。

尚、現在、日医の公衆衛生委員会では健診システムの一本化ということも含め、又、会外にガン対策推進委員会を立ち上げてガン健診の在り方についての検討というものを開始してい

る。ご指摘の点を踏まえて日医としての考えをまとめていきたいと考えている。

(3) 特定健康診査における住民間不平等について (石川県)

【今村聡常任理事回答】

実施主体の違いから、加入している要件によって受けられる健診が違ふことになると住民間に格差が生じることになり、大変大きな問題である。上乘せ健診については国保加入者以外の地域住民に対しても実施する必要があると思っているので、日医としても厚生労働省に対して市町村が引き続き従来どおり実施するよう働きかけることについて強く要望している。各地域ごとにいろいろ実情があると思うが、その実情に応じた実施に向けて検討していただきたい。

ご指摘頂いたこういった制度上の課題があるということについて、日医では国会議員に対して勉強会の中で問題点を指摘し、記者会見等でもマスコミに十分な説明をしている。又、3月20日号の日医ニュースに健診制度の変更、健診の勧奨に関して国民向けのポスターを織り込むことにしている。

(4) 特定健診・特定保健指導について (大阪府)

【内田常任理事回答】

4月実施に向けて恐らく全国の医師会では大きな課題になっていると思う。①健診データの電子化ができない医療機関について、業者はNTTデータ或いはオーダーメイド創薬といったところをお願いをしている。4月1日に向けて日医も準備を進めているところであるが、実施までの期間が限られていることから未だ作業が進んでいない。又、厚生労働省の対応も遅れていることから、義務化については状況を判断しながら延期について、先送りすることも検討するという働きかけをしている。

②フリーソフトについて、厚生労働省が作成配布するということは、現状ではできないということがはっきりしている。その他、厚生労働

省が配布すると言っていた(株)KIS及び東大教授の研究班(OA研究班)のフリーソフトについて、KISのソフトはガン健診等の他の健診も盛り込んだために重装備になって使い勝手が悪いという問題があり、又、OA研究班のソフトは特定健診等の単独の実施に対して特化したものと聞いているが、まだ発表されないので十分に判断できないという状況である。

ORCA導入医療機関については日医総研ではORCA対応ソフトを開発し、2月末位には提供できるよう話を進めている。

質疑では、NTTデータが独占的に全国展開することに対し、データのやりとりに疑問を呈する質問があり、内田常任理事からはNTTからは期限に間に合うよう処理できると回答いただいている。又、本社から各地域にソフトを全て提供する体制を組むということで特に問題はないとの回答があった。更に事業の実施を延期することについては、4月直前まで延期の話はでないと思うが、状況を判断しながら4月の時点で租借という結論になるのではないかと考えていると回答された。

又、国保連合会、支払い基金が国の費用を持ってシステムを完成していることに対し、各都道府県でシステム開発した場合に1億から2億円の費用がかかることから、日医から各都道府県医師会への助成金が支給できないか。或いは国から日本医師会(ORCA開発)等に何故助成金が出ないのか質問があった。

内田常任理事からは、各都道府県医師会でシステム開発するには相当な費用がかかることから、助成金の拠出はできないとの意向が示され、現在進めているORCAソフトが将来的には一般も対応できるように考えているとの説明があった。

又、国から日医に対する助成金の問題について、保険者に出されている助成金は、電子化によるデータ集積に対する助成金であり、検査結果、請求事務の電子化ということに関する助成金ではないと考えているとし、これはレセプトの

電子化にも絡んでくる話であると思うので、その点に関しては新たにお問い合わせなのか今後検討していきたいとのコメントがあった。

**(5) 日医の組織強化に向けた勤務医対策
(日医代議員勤務医枠)の検討について
(佐賀県)**

【羽生田常任理事回答】

今は、勤務医或いは開業医という立場を越えて医療界が一丸となって戦っていかなければならないと考えている。ただ、勤務医枠というのが、社団法人として会員は平等という立場から法的にそういう枠が代議員会の中で作ることが認められるか、検討させていただかないとお答えできない。こういった問題は代議員会でも頂いており、今年度の定款諸規定検討委員会において代議員会改善について、定年制の問題、勤務医枠の問題、女性会員の問題並びに代議員の表彰規程等を検討していただいております、近々報告書が出ると思う。又、医師の殆どが入っているという医師会を目指して「25万会員プロジェクト」を設置して検討を進めている。

又、今回の法律改正による公益社団法人への移行に向けて定款の改正を行わなければならないので、その中に勤務医枠を作れるかどうかということも含めて検討させていただきたい。

質疑では、代議員の選出方法として、現在日医会員500名に対して代議員1名となっているが、県単位で日医会員数1,000名以下(或いは2,000名以下)の会員数の場合は、3名(或いは4名)とし、それ以上は1,000名ごとに1名加算するとか、その他に勤務医、女性医師、年齢制限も含めて検討してもらいたいとの提案があった。又、勤務医の会費についての検討方についても要請があった。

**(6) 混合診療全面解禁の動きに対する絶対
阻止について (山口県)**

【中川常任理事回答】

本件に関しては、判決文も法解釈の問題と差

額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体のあり方等問題とは次元の異なる問題であるとされており、日医でもあくまで法的解釈についての判決であると認識している。

日医が混合診療の解禁に反対する理由を改めて整備すると次のとおりである。

第一に、保険外診療は事前に有効性、安全性が認められていないために保険外診療になっている。これを保険と併用して何らかの問題が発生した場合、患者にとって不利益になるばかりでなく、公的保険の信頼性が損なわれることになる。第二に混合診療を実施すると現在は全額自費となるために、有効性、安全性が確認されていない。医療技術等の流入拡大の抑止力にもなっている。しかし混合診療解禁によってこの歯止めが外れると信頼性のない医療の医療費が増加して保険財政が悪化して患者負担も増えることになる。第三に、財政当局や保険者は公費の増や保険財政の悪化を回避しようとするので、混合診療という逃げ場が出来ると新たな医療技術や新薬を保険に組み入れようとするインセンティブが働きにくくなる。その結果、公的保険給付範囲が縮小し、新たな医療や新薬にアクセスできるのは高所得者層のみということになる。これは給付の平等を原則とした国民皆保険を崩壊させる。この一方で、財政審は保険免責制の導入や市販類似薬を保険から外すことを主張している。これでは所得の少ない人にますますしわ寄せが行くことになる。国民皆保険体制においては、合理的な理由の基に真に必要な医療は必ず保険適用するというを国民に保障しなければいけない。

日医のとるべきアクションは次の3点である。まずは現行制度、つまり保険外併用療養費の評価療養の機動性を高めること。現在、先進医療専門化会議で保険導入に向けた医療技術の科学的評価が行われている。しかし必ずしもスピーディーではなく、また、国民、患者にも分かりやすく示され理解を得られるとは言えない。日医はこの評価医療について患者の立場も考慮し、客観的に注視、検証し問題点を指摘してい

く。2点目は、国民の啓発として、マスメディアの活用、又、パンフレットを作成して混合診療の問題点について解説、説明していきたい。3点目は、法的根拠の整備として、法律を整備して明確に混合診療を禁止するよう国に働きかけていきたい。

(7) 「テレビ会議システムを利用した産業医学研修モデル事業」の対象研修拡大を推進するための機能検証現地調査の実施について (島根県)

【今村聡常任理事回答】

先の会長協議会 (H18.6) で島根県から同様のご提案を頂き、生涯研修に限りモデル事業を提案した。その結果、福岡県と神奈川県で実施して頂き報告を頂いている。報告では①インターネット回線速度の低下による映像送信機の不具合、②システムダウン時の資格認定基準など講演会のメイン規定の整備等問題の指摘があった。しかしながら、システム環境が向上すれば十分活用できる可能性がある旨報告頂いている。

今回、島根県ではシステム環境 (映像の鮮明性やリアルタイムの音声伝達による双方向性の問題、臨場感の担保) が向上されたシステムを導入されたとのことであるので、システムの有効性の現地調査については、是非、日医から伺いたいと考えている。

また、現地調査の検証結果及びモデル事業の報告を踏まえて、テレビ会議システムの対象研修会の拡大、特に基礎研修会への拡大については、産業保健委員会及び認定産業保健制度運営委員会において、検討していきたい。基礎研修については、労働安全規則の規定に基づき労働大臣の定める研修となっているので、両委員会の検討結果を踏まえて、厚生労働省には積極的に働きかけたい。

質疑では、北海道医師会より、産業医の研修会に限らず、スポーツ医の研修会や種々催される研修会がテレビ会議で出来るよう日医の取り組みに期待しているとの意見があった。

(8) 厚労省による医療法人に特養設置を認める方針の白紙撤回について (埼玉県)

【天本常任理事回答】

①当件は厚生連 (特に北海道) から提案で、自民党中川政調会長から是非認めて欲しいという話が発端であり、厚労省は政府提案とするには一県だけではよろしくないで、医療法人全体でという経緯になったが、労使協の意見が纏らず白紙撤回となった。一方、医師会では賛成と反対の双方に会員が分かれた為、担当理事としては、特別に賛成・不賛成を示さず静観していた。労使協側がどうしても了解出来ないということで、結局、国会審議には至らなかったが、議員立法という手法で、厚生連のみが出来るということは成立しており参議院を通過している。

②全国でどれだけ待機者がいるかは把握出来ない。しかし、特養の待機者が老健や病院に入所されているという実態は掴んでいる。特養の待機者の問題は、参酌標準に基づき各都道府県で整備されていくが、予算上の問題で整備が遅れているものと考えている。

③PRの問題は、議員立法で通過した旨の報告を行っていないので、このことについて周知していきたい。

(9) 医療費適正化計画について (福岡県)

【鈴木常任理事回答】

医療費適正化計画は、当然のことながら生活習慣病の予防、療養病床の削減、平均在院日数の短縮に繋がっていく訳であるが、実際のところは、国会財政に影響され医療制度改革の一環としての医療費抑制策に他ならない。

特定健診・保健指導については、いろいろな課題をそれぞれの地域で抱えており数値目標の提示は難しい。療養病床については、日医として基準を設け、医療難民・介護難民の排出を許すなどというところで、各地域の実情や特性を踏まえて、療養病床の削減に対応して頂きたい。日医として数値目標を全国均一にすることは出来かねる。平均在院日数についても、全国の数

字を並べ拝見すると、一律に数値目標でお願いする様な問題では無いように感じる。

日医の姿勢については、ご指摘の通り過度な医療費の抑制が無いように、当面はシーリングのキャップ外しの点に注視して動かなければならない。また、一方でシーリングのキャップが外れるのには、国民負担率との兼ね合いがあるとの声も聞こえる。日医としては、あくまでも国民の視線で、安心と安全が担保された医療を提供するというところで立ち向かわざるを得ない。

質疑では、福岡県横倉会長より追加で、色々な計画が各都道府県で策定ということであるので、それぞれの都道府県でどのような進捗状況にあるかといことを是非日医は把握して頂き、各県からの問い合わせ等で、どういう方向に進めば良いかレクチャーして頂ければありがたいと意見した。鈴木常任理事は、把握に努めると共に結果が纏まれば連絡したいと回答した。

**(10) 「総合科」の標榜と「総合医」の問題
(三重県)**

【内田常任理事回答】

厚労省は依然として総合科を標榜診療科名に加えると言っている。日医は断固反対の姿勢で貫く所存である。①日医が養成・認定計画している「総合医」と、厚生労働省の提案する「総合科」はどのような形でリンクするのか。というご質問については、互いにリンクするものではなくリンクさせてはならないと認識している。全く異なる概念である。総合医の名称については、日医が従来行ってきた生涯教育制度を充実・発展させ、国民に分かり易い養成システムとしていくことは必要である。現在、学術推進会議において、総合医の養成システムの導入について検討を行っており、種々懸案事項を踏まえたうえでの答申を年度内に取り纏める予定。また、生涯教育推進委員会においても、関連学会と協力して総合医養成カリキュラムを作成しているところであり、今年度中に纏める予定である。②12月の診療科名標榜部会で医政

局の意見として、総合科と後期高齢者の主治医制は医師会の反対する人頭制とは全く別の切り口からの提案と考えているとのことであるが、総合科の目的は何なのか。というご質問については、厚労省の言う総合科は、内科や外科等と並ぶ診療科目の一つであり、且つ厚労大臣の許可を要する国家統制的な色彩の強いものであり、これに関しては断固反対していく。厚労省による総合科の導入は、医療費を抑制するために患者の初期診療の担い手を総合科標榜医に限定することに繋がり、医療のアクセスを国の統制下に置くことに繋がっていくものだと考えている。アクセスの良さが医療費を抑制するために制限されることは、患者の重症化や地域の実情を無視した医療機能の集約化、更には医療提供体制の地域格差の拡大を招きかねない。③総合認定医が近い将来に普及・定着してきた場合、登録医制の実現に弾みがつくといった健保連のような意見も出てきているがどうなのか。というご質問については、総合科は主治医よりも、もっと医療へのアクセスに関して重要な問題をはらんでいると考えている。日医の考えている制度とは全く相容れないものであると認識している。

質疑では、三重県加藤先生より、研修プログラムは、厚労省案の設立趣旨や求められる能力に関して、日医が考える研修プログラムとほぼ変わらないと考えている。拙速して直ぐに実行するというのではなく、広く会員に意見を求めて頂きたい。また、プライマリは全人的に診なければならぬので、是非とも専門の小児科学会等の意見も聞いて欲しい。小児科医のアイデンティティーを無くすような研修プログラムでは困るし、国民にとっても小児保健全般・医療全般の低下があってはならないと思うと述べ、内田常任理事から要望として承る旨回答があった。また、生涯教育学術担当の飯沼常任理事より、生涯教育委員会でカリキュラムを作っているが、三学会合同で作っている。それに小児科医会の先生も参画して頂いている。要するに小

見科の先生に如何に紹介できるかという能力をつけるシステムを作っていきたいと考えている。あくまでも、会員が今の学問的レベルを少しでも上げたい。20年経過した生涯教育制度を補完していくよう努力していると補足説明があった。

また、京都府医師会より、世間一般に出た時、どう違うのかということが国民に全く分からないと思う。診療所の医師が最低限身につけておくべき知識をこれから高めていくのだという方向で打ち出して頂ければ分かり易いと意見があった。

司会の羽生田常任理事より、神奈川県と徳島県からの質問は、死因究明制度に関する事項となっているので、2題続けてご提案頂き、担当理事から併せて回答するとの説明があった。

(11) 診療行為に係る死因究明制度について

(神奈川県)

(12) 診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案について (徳島県)

【木下常任理事回答】

このような質問を頂くということは担当理事として十分な情報を出していなかったということで極めて反省している。本来、先生方からご指摘のあった問題はクリアーできると判断し賛成した訳である。しかし、それが不十分であるとの意見もあったことから、自民党でこの問題を担当している医事紛争処理のあり方委員会において、厚労省の試案を基に、表現を明らかにして提出した。1月20日付の日医ニュースでは、当該答申に対する日医の見解を説明し、また各都道府県医師会の医事紛争・医療安全・勤務医担当理事あてには具体的内容を示した「刑事訴追からの不安を取り除くための取り組み」について、2回に分けて通知を行ったので、日医の取り組みについて御理解頂きたい。

質問にお答えする前に是非もう一度考えて頂きたいことは、今日の医療界における刑事訴訟の問題というものは、医師法21条に始まる。医師法21条が残る限り、異常死の届出は24時間内に所轄の警察に届けなければならないとい

う法律が厳然とある。しかも、異常死の中に、「診療関連死」が含まれたのが2000年である。最高裁の判決でもあった通り今日では「診療関連死」は異常死に含まれるため、全て「診療関連死」は警察に届けなければならない。警察に届けた以上は、そこから検察に上がり、検察が起訴するか否かで、刑事処分をしていくという流れは変わらない訳である。

このあり方は困るということで、我々は一昨年、医療事故責任問題検討委員会で3つの提言を行った。その提言とは、①医師法21条は何とか改正せねばならない。②診療関連死は第三者機関に委ね、医学的に原因を究明する組織を作らなければならない。③それに基づき法律化しない限りは、医師法21条は厳然と残る。新たに法律を作ることによって、この流れを変えようとして取り組んできた。

凡そのポイントだけを申しあげると、診療関連死が起こったら「医療安全調査委員会」へ全て届ける。これまでは例外なく警察に届けてあったものを、例外なく「医療安全調査委員会」に届ける仕組みに変える。その調査委員会は、臨床医が中心となった原因究明の委員会である。

医療安全調査委員会で検討した結果、例外的なものに限り、警察・検察へ届けて欲しいという仕組みにし、大部分のケースは、警察に届け出ない内容にしてきた。それが今回の自民党案である。この仕組みそのものが、反対であるならば「医師法21条」はこのままずっと残る。

我々が急いだ理由は、一昨年前からこの問題について検討して参り、医療事故に対する刑事責任のあり方について答申を行った。その方向でやっていくということで今日取り組んでいる。

従って、法制化を急がない限りは、1年延ばし2年延ばしと、あの福島事件以来、皆が何とかしようという士気がなえてしまったら、ずっと残ってしまうだろう。今、検察庁は日医が真剣に取り組む姿勢を大分評価している。我々は何とかこの流れを止めたいということで取り組んでいることを是非ご理解頂きたい。建設的

なご意見であれば喜んで変える所存であるので、是非ご意見賜りたい。

- ・具体的に届けるべき「診療関連死」とは、平成13年に外科学会声明が出ており、診療医療サイドから特定の案件に関し、届けるべきだというものに準じている。また、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業で用いられる届出範囲に照らし合わせ、具体的に2つの基準を出した。
- ・第一が「誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、その患者が死亡したケース」。第二は「誤った医療を行ったことが明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡したケース」。要するに刑事訴追のための調査ではなく、何故亡くなったのかを、解剖に基づき調査する視点で届け出て頂きたいということが基本である。大事なことは、この判断について、あくまでも診療行為の合併症として、合理的な医学的説明が出来るものは届ける必要はない。従って、全ての「診療関連死」を届けるものではないし、手術に関連した死亡をすべて届け出る必要はない。医療行為の合併症として予期される死亡も含まれない。
- ・これまでは医師法21条では、主治医が、直接溺死や他殺であることを見た場合、本人が届けなければならないとなっている。しかし、今回の改正案では、仮にそういう事故が起きた場合、病院の責任者が医師の良心と専門的な知見に基づき「届出不要」と判断すればペナルティは科さないという考え方である。
- ・次に、医療安全調査委員会から具体的に警察に届けるべきものは、「①故意や重大な過失があった事案。②何度も医療事故を繰り返していて、単純に行政処分をするだけでは対処困難、あるいは不十分な事案。③医療事故が起きた後に、カルテを改ざん、あるいは隠ぺいするなど、社会的に見て非常に悪質、不誠実という事案。」を列挙している。それ以外の事案は通知する必要はない。

- ・主治医と院長との関係は先程申し上げたとおりである。次に、遺族を何故入れたかということ、今日の社会では、透明性の確保をすることの重要性を指摘している。彼らが入ったがために議論が複雑になることはない。医学的な議論に彼らが入る余地は全くない。透明性を確保する意味でどうしても必要である。
- ・刑事訴追の関係で増えるのではないかという指摘については、どの様な調査委員会に報告しても本当に刑事事件として問題視するのは、先ほど言った「重大な過失」である。決して増えるものではない。むしろ減らしたい趣旨で医療安全調査委員会は作っている。
- ・今国会への法案提出を急ぐ理由については、何とかして刑事訴追の流れを変えたいという視点である。100%我々にとって理想的なものではないかもしれないが、一歩でも二歩でも進んで行くということが大切である。一部の医師等がネットを通じ盛んに色々なことを主張をしているが、その結果、国会議員の一部では疑念が生じ始めている。その意味で、先生方のご理解が頂ければ皆で一緒になり、何とかして今国会で通したい。
- ・ADRについては、医療に対するADRは機能しないと考えている。何故ならば、賠償金の問題が生じるため、ADRに入っていない保険会社は再度検討するスタンスを取っている。日医では医事紛争処理委員会の中に保険会社もしっかり入り込んでおりADRは必要ないと考える。害にならないのであれば、あっても良いという次元である。

その後、質疑が行われ主な内容は以下のとおりである。

○神奈川県医師会

- ①根本的な再発予防策を進めていかなければならないと思うが、航空鉄道事故調査委員会の様な権限を医療安全調査委員会にも持たすべきではなからうか。
- ②再発予防のための勧告等について、委員会として公表できる権限があるのか。

③ヒューマンエラーに関する刑事罰は当然であると認識しているが、システムエラーに関する懸念が残る。救急等の場合に限られた条件の中で、手術中などに起きうるエラーも提訴するのか。また、医療事故調査委員会が原因究明や懲罰、調整機能まで持っており、厚労省の中に設置されている点を懸念している。

○木下常任理事回答

①航空鉄道事故調査委員会は原因を究明し再発予防に努め、刑事事件とは無縁である様に見えるが、事故当初から刑事と共に動いており、ケースによっては当事者は罰せられている。我々は最も限定した3つの条件に関して検討しようとしており、海難審判よりはまだ良いと考えている。

②調査報告書に関しては、個人情報等を伏せた形で公表する。医学的な原因究明の判断を含めたものとして公表する予定である。

③システムエラーについては、医学的に説明がつくものに関し届ける必要はない。刑事訴追とは関係なしに、原因究明を行うべく第三者の医師に委ねる。医療安全調査委員会は、あくまでも原因究明であり、その結果を民事で用いようとADRで用いようと別問題である。報告書は当事者へ返す。当事者がADRに持って行くか、民事に持って行くかは全く別問題である。当委員会の目的は原因究明であることをご理解頂きたい。

○愛知県医師会、長野県医師会

解剖の種類について（司法解剖なのか行政解剖なのか、病理解剖なのか）教えて頂きたい。

今国会で通す信念か。

○木下常任理事回答

どういう形の解剖か詰めていないので今後詰めていきたい。我々にとって良い方向になるよう進めていきたい。

今回通常国会で通したい。今、通さなければどんどん延びていくと考えている。検察・警察側も我々の考えに理解を示しているこの時期が大事である。全ての県から賛同すると言って頂

ければ非常に心強い。

○埼玉県医師会

①各県の医事紛争処理委員会の存在意義について。

②異常死に関して、外科学会などの見解と法医学会の見解の相違は未だにあるのか。

③法案と通せば医師法21条は変えられる可能性があるのか。

○木下常任理事回答

①刑事罰と民事罰の違いである。我々医師会が行っているのが民事訴訟の分野である。基本的に賠償金が絡んでくるので、今後も機能を強化し続けていくものと考えている。

②外科や法医学会の上をいくような法律改正を行おうと考えている。

③どのようなガイドラインがあろうとも、医師法21条を死文化させようという方向で動いているが、21条そのものを廃止することは出来ない。刑事訴訟法が絡んでくるため医療事故の分野のみ問題を解決しようとするとう訴訟法そのものをいじらなければならない。現実的に難しい。21条は残ったまま、「診療関連死」は医療安全調査委員会に報告するならば、これまでの様に警察に届ける必要はないという仕組みを法務省で考えて頂いている。

○沖縄県医師会（宮城会長）

今回法案を出さなければ永遠に医師法21条が続くとの説明であるが、医療界が望む様な法案が出きるまで論議を尽くしても良いと考える。慎重な態度を取ったからと言って日医が批判されることは全くないと思う。逆に評価されるのではないだろうか。

○木下常任理事回答

2年間に亘り検察庁等と詰めてきた。国会議員も我々の考えにシフトしてきている。迂闊に先送りすると反対する勢力もいるため、我々だけの都合で動かすことが出来ないことをご理解頂きたい。今やらないと国会議員も動かないと思うし、この様なチャンスは二度とないかもしれない。

○神奈川県医師会

- ①国立病院部が発行した「死亡診断書マニュアル」で医療関連死はすべて警察に届け出るといふ文言を直して欲しい。
- ②調査委員会は原因究明と再発防止に限定し、ADRの機能は無しにしてもらいたい。そうすれば透明性が図れると思う。

○木下常任理事回答

慎重に対応していきたい。

その他

○鈴木満常任理事より「保険医療指導監査等業務の見直しについて」連絡があった。

本年10月社会保険庁が解体されることに伴い、地方社会保険医療協議会の内容に変更が生じる。これまで当協議会は社会保険事務局管轄であったが、今後は各都道府県に、保険医療指導監査等業務を実施するための組織として、都府県事務所（仮称）等が設置される。都府県事務所に仮称の指導監査課を設置し、各厚生支局に指導部門を設置、都府県事務所との連絡調整をさせるとのことである。都府県事務所は、都道府県に地方社会保険医療協議会の部会を置く

ことになっている。従来の当協議会よりも人数が削減され、業務としては施設基準の届出の受理及び施設基準調査、保険医療機関等の指定申請の受理及び保険医等の登録申請の受理、保険医療機関等に対する指導・監査、保険医療機関等、保険者、被保険者及び審査支払機関等からの疑義照会等の対応を想定して設置される。詳細な役割分担については現在検討中である。また、地方社会保険医療協議会の委員構成については現在検討中とのことである。詳細な内容が分かり次第連絡したい。

○羽生田常任理事より「野口英世アフリカ賞」基金への寄付の集まり状況が余り芳しくない。予定の1/20しか集まっていない状況である。当基金の主旨をご理解いただきご協力をお願いしたい。

尚、当日は青森県医師会佐々木会長より、昨年11月11日～12日の大雨被害に対して日本医師会はじめ全国都道府県医師会よりお見舞いの電報並びにお見舞金をいただいたことについて、被害状況の報告と御礼の言葉あった。



Making the 『ふれあい健康ネットワーク』 ～日医テレビ健康講座、沖縄編の制作に関わって～



理事 玉井 修

【はじめに】

平成20年2月2日（土曜日）、沖縄テレビ（OTV）で午後2時30分からオンエアされたテレビ番組をご覧になった方も多いと思います。年末の都道府県別平均寿命において女性が1位を堅持し、男性も25位とやや順位を上げましたが、その中身をよく吟味していくと安穩としてられない現状は明かです。これまで様々な場面で訴えてきた肥満の問題など、ここで手綱を緩めることなく、気を引き締めて健康長寿の維持増進を呼びかけるために今回30分

番組を制作しオンエアいたしました。テレビ番組を制作するという事は、楽しくもあり、苦しくもあり、そして何よりも勉強になりました。そこで、その制作に至るプロセスも含めてご報告し、今後テレビ制作に関わるかも知れない場合何かの参考になればと思い記録に残す事と致しました。実際のオンエアでは、OTVの阿佐慶涼子アナウンサーの司会で、宮城信雄会長と日医の中川俊男常任理事がスタジオ出演され、玉城信光副会長がVTRで要所に出演されました。宮城会長が出来るだけ笑顔で応えようと心がけていらっしゃるのが画面を通して伝わってきます。スタジオでカメラを向けられて笑顔ができる医者なんてほとんどいませんよ！実際の話。（写真1.2）



写真1

【事前打ち合わせ】

1. 沖縄って健康長寿じゃないんですか？

平成19年11月15日に沖縄県医師会と沖縄テレビ、日医より制作を依頼された東京のKANOXという会社からプロデューサー、放送作家、そして今回スポンサーとして（株）ツムラが一堂に会して番組制作に関する会議を持ちました。この中で、沖縄県の健康長寿が危機的状況にあることを説明すると、東京からやって来た制作会社の方々は一様に驚いた様子で、沖縄は健康長寿であるというイメージが既に内地では固定化されており、東京の民放放送局制作の番組を観る機会の多い沖縄県では、東京から見た沖縄のイメージで自己評価すると大変なゆがみが生じる事を再認識しました。沖縄県の現状と課題は、東京からの情報に委ねるのではなく、自分の力で発信する大切さを認識しました。



写真2

II. 沖縄県医師会から要望したこと

これまで対外広報で様々なメディアとお付き合いしてきた経験からいくつかのリクエストをしました。それをいくつか上げてみましょう。

①長時間の収録をした後でOTV局で短く編集すると、出演者にとって大切な事を言っている部分がカットされ、本意が伝わらないばかりか誤解を生じかねない編集になる可能性がある。是非進行表、台本の内容を充実させて、意図が充分伝わる形で収録をお願いしたい。これに対してOTVおよび制作のKANOX側から十分な台本の充実を約束して頂きました。

②スタジオ収録だけでは番組にリズムが生まれず、動きのある取材をして番組の中で紹介して欲しい。例えば那覇市医師会の健康ウォーキング大会や浦添市の3kg減量市民大運動などを取材して欲しい。これに対しOTVが取材することが即決されました。

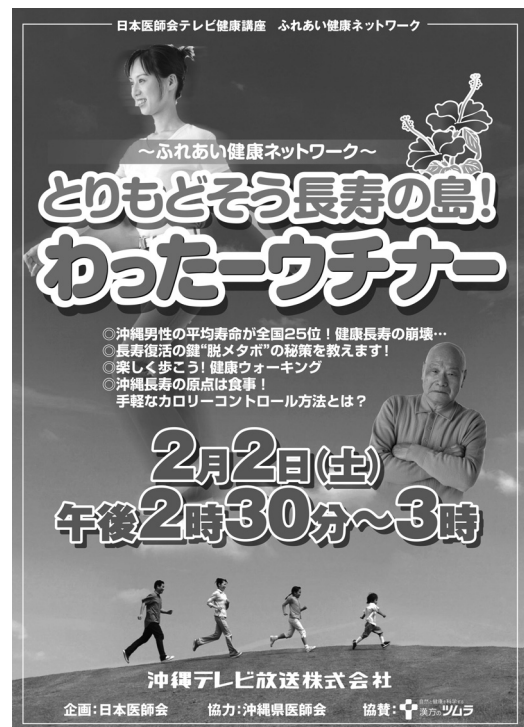
③若年者の脂肪摂取率の高さが大きな問題である、食に関しては食育の観点からも伝統的な沖縄の食への回帰を促すコーナーを設定して欲しい。これに対してはKANOX側から沖縄の子供とおばあが一緒にゴーヤーチャンプルー等を作って食べる、ほのぼのとしたミニドラマ等の制作を逆提案されました。なるほど、さすがに番組制作に関してのノウハウが豊富だと感心しました。しかしミニドラマの制作には役者の手配やロケ現場の設定などクリアしなくてはならない問題が多く、検討課題となりました。

④医療情報の正確な伝達と共に、沖縄県医師会の誠意が伝わる番組にして欲しい。これは難しい問題で、制作側からは出演される先生方の人柄は必ず画面を伝えていきますと言われました。ご出演は宮城信雄会長と玉城信光副会長ということになり、宮城会長は宙を見つめ、玉城先生は苦笑いをされていました。

【本番までの煮詰めの作業】

平成20年に入ると、早々からOTV及び東京のKANOXから進行台本のたたき台が送られてきました。この中では番組全体の親しみやすさを出すためにタレントを起用することにな

り、管理栄養士の宇栄原千春さんの起用も決定しました。番組の中で宇栄原さんには実際に料理を作って頂く事が決定しました。しかし東京で考えた台本には沖縄の伝統料理を紹介する事になっており、最近では沖縄の伝統料理などを家庭で食べることは実際少なく、むしろ塩分や脂を抑えたチャンプルー等の家庭料理を紹介の方が实际的であると要望し、台本の書き換えが行われました。食育に関わるミニドラマも実現は難しく、3世代家庭の夕食風景を取材する事で個食の問題を取り上げるに止まり、やや惜しい気が致しました。また、医療機関などに配布する番組宣伝用のポスター案も提示され、首里城などが大きく写った写真よりも、人々が健康やかに写っているポスターが採用されました(ポスター写真)。1月中旬には70ページに及



ぶ分厚い放送台本が送られてきました。これを見てまず驚かされるのは、KANOX側がしっかりとしたデータを集積し、台本の中に盛り込んでいること。統計データに関して、医師会任せにせず、彼ら自身でデータをしっかりとまとめ上げている事です。残念ながら沖縄のメディアでここまで高いレベルで自前のデータを集積で

きるところは無いでしょう (写真3)。

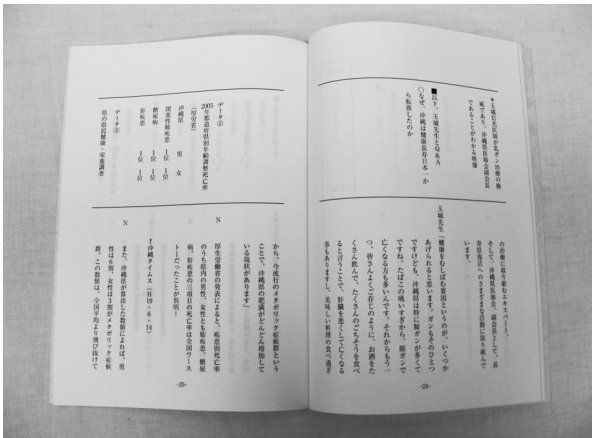


写真3

【本番収録】

本番は平成20年1月19日(土曜日)午後2時30分~5時に設定されました。リハーサルを合わせて3回の収録があったそうで、宮城会

長はスタジオ収録、玉城副会長はVTR出演と大変お疲れ様でした。収録後、夕食をご一緒しましたが、両先生ともご満足の様子。出演者が満足した収録は成功です。OTV関係者、KANOXとも意見交換をする機会があり、私としては得難い経験を積ませて頂きました。医療番組を作る事は大変難しい作業です。何を伝えるかも大切ですが、誰が伝えるかはもっと大切なことだと思います。伝える力は誰にでもあるものではないと思います (写真4.5)

【オンエア】

実際のオンエアは2月2日(土曜日)午後2時30分からでした。丁度その頃沖縄県医師会県民公開講座が開催され、宮城会長は開会の挨拶、玉城副会長は座長、私は司会をしており、番組の事より目の前の県民公開講座の事で頭が



写真4



写真6

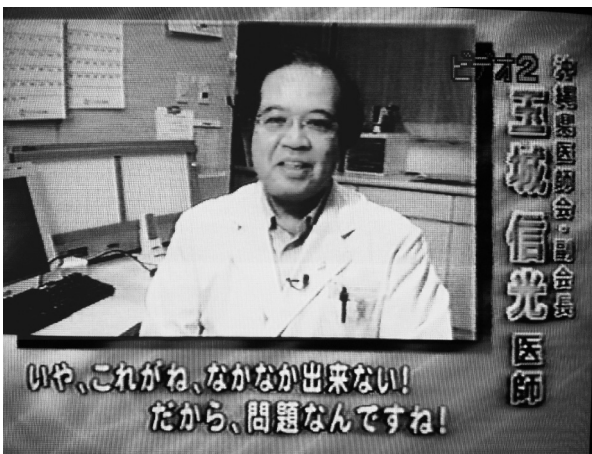


写真5



写真7



写真8 目標を達成した参加者へ記念品贈呈

一杯でした。番組は録画で観ましたが、出来は上々でした。宇栄原さんの料理も随所に工夫がちりばめられた実際的なもので、那覇市医師会健康ウォーキング大会の動きある映像も楽し

く、浦添市3kg減量市民大運動も微笑ましいものでした(写真6.7.8)。今後の課題としては、スポンサーへの配慮をある程度意識しなくてはならない番組制作では、ややもどかしい表現がどうしても残ること。医療という堅いテーマを取り上げる場合、女性のもつ柔らかさ、優しさを上手に利用する方法を今後模索できないか。など、私の中では新たな課題が頭を巡っています。何はともあれ、準備段階からオンエアに至るまでしっかりと関わらせて頂き大変勉強になりました。次の機会があればもっと良いものを作っていきたい、そんな事を思いながら、プロデューサーにでもなったつもりで日々のテレビ番組を観ています。「僕ならこんなふうには作らないな～」等と独り言をつぶやきながら。

お知らせ

第1回がん診療講演会

沖縄県立中部病院
地域がん診療連携拠点病院指定記念

日時：平成20年3月22日(土)午後6時30分より8時

場所：沖縄コンベンションセンター会議棟B2会議室

対象：一般市民 医療従事者

<基調講演>

司会：上田 真 県立中部病院外科副部長

「地域がん診療連携拠点病院について」

平安山 英盛 県立中部病院長

<特別講演>

座長：玉城 和光 県立中部病院血液内科部長 日本臨床腫瘍学会暫定指導医

「のこされた者として生きる」ー在宅医療、グリーフケアからの気付きー

森 清 順天堂大学非常勤講師、本郷診療所所長、日本在宅医学会雑誌編集長

主催：沖縄県立中部病院

後援：中部地区医師会 (日本医師会生涯教育講座)

問い合わせ Tel : 098-973-4111 地域連携室

九州医師会連合会第293回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る1月26日(土)午後4時からホテルニュー長崎(3階・真鶴の間)でみだし常任委員会が開催された。又、当日は第2回各種協議会として医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会が併行して3会場に分かれて開催され、日本医師会からは鈴木、天本、石井・今村(定臣)先生の4名の常任理事が参加した。

常任委員会は会次第に基づいて進められ、井石哲哉九州医師会連合会長(長崎県医師会長)より挨拶があり、報告・協議が行われたので概要について報告する。

報 告

1. 第107回九州医師会医学会及び関連行事について(長崎)

①参加者数について

みだし総会・医学会及び関連行事の参加状況について下記のとおり報告があり、ご協力いただき盛会裏に終了したことに対しお礼が述べられた。

○平成19年11月17日(土)

総会・医学会 310名

○平成19年11月18日(日)

一般分科会(5分科会) 960名

記念行事(7種目) 467名

延べ出席者合計 1,737名

※各分科会及び記念行事の種目ごと、各県別の出席者数は、別紙のとおり。

②宣言・決議の取り扱いについて

第107回九州医師会総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、11月26日付をもって内閣総理大臣はじめ180名の方々へ、支援並びに協力をお願いした旨報告があった。

協 議

1. 「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議」及び「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会」(3月8日(土)長崎市)について(長崎)

来る3月8日開催するみだし会議について、下記日程により開催することに決定した。

- (1) 期日 平成20年3月8日(土)
 (2) 場所 ホテルニュー長崎
 (3) 会議名称及び時間等
 ①九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議
 15:00～16:20 3階 真鶴の間
 ②九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会
 16:30～17:30 3階 鳳凰閣東
 ③九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議
 17:40～19:10 3階 鳳凰閣西
 ④懇親会
 19:20～ 3階 鳳凰閣東

(4) 主な協議事項について
 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議及び九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会において協議する主な事項について、下記のとおり確認した。

- ①九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について
1. 副会長 1名
 唐澤会長が順調に回復していることから、竹嶋副会長を推薦する。
 2. 常任理事 1名
 3月8日の状況のみて、唐澤会長の意向に沿って決定する。
 3. 理事 2名 熊本県 佐賀県
 4. 裁定委員 1名 佐賀県
 (監事は、順番により本年度は中・四国より推薦)

- ②平成20年度、21年度における日本医師会代議員会の諸委員について
1. 議事運営委員 1名 福岡県
 2. 予算委員 3名 長崎県 太分県 沖縄県
 3. 決算委員 2名 鹿児島県 宮崎県
 4. 選挙立会人
 5. 開票管理人

※選挙立会人と開票管理人については、必要に応じて選任することとし、選任する暇がない時は、九医連会長、副会長、議事運営委員へ一任することとした。

※上記①、②の役員候補者については、3月8日(土)の九医連の会議で正式に決定するので、各県で候補者を決定し担当県(長崎県)に報告することになった。

③第118回日本医師会定例代議員会(平成20年4月1日・2日)における質問者(ブロック代表及び個人)について
 各県からの質問については、3月中旬頃までに担当県(長崎県)に報告することとし、質問の取り扱いについては、九医連会長、副会長、議事運営委員で調整した上で、各県会長に相談して決めることになった。

④同代議員会開催に伴う九州ブロック(次期)日医代議員連絡会議の開催について
 特別の事態がない限り、4月1日、午前9時より日医会間の九州ブロック控室で開催する。又、慣例により、当日日医役員選挙にかかわる各ブロックへの挨拶回りを行う。

⑤日本医師会次期会長候補者の推薦について
 唐澤会長の決意表明が2月8日予定されており、九州ブロックとして唐澤の出馬を支持・要請することに決定した。
 尚、同常任委員会終了後メディアファックス記者に対し、第293回常任委員会で唐澤会長の次期日本医師会会長選挙への出馬要請を行うことを決定し、3月8日開催する「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会」にて正式に機関決定することを公表した。

⑥日本医師会次期役員等の推薦届出と都道府県医師会選出日医代議員への文書による協力依頼について
 文書は、担当県の長崎県で準備を行い、九医連の正式決定後関係者へ送付し協力方を要請することになった。

2. 九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議(3月8日(土)長崎市)について(長崎)

- ①みだし会議を下記のとおり開催することに決定した。
 日 時：平成20年3月8日(土)

報 告

17：40～19：10

場 所：ホテルニュー長崎 3階
鳳凰閣西

②日本医師会各種委員会の状況報告について
3月8日の連絡会議で報告する各種委員会報告について、九州各県の希望に基づき①社会保険診療報酬検討委員会と②有床診療所に関する検討委員会の2題に決定した。

尚、報告者は、①社会保険診療報酬検討委員会は大分県の近藤稔先生、②有床診療所に

関する検討委員会は福岡県の鹿子生健一先生を予定し、それぞれ両県でご意向を確認の上決定することになった。

各委員による状況報告は各20分、質疑応答は各10分とする事が確認された。

3. その他

九州医師会連合会として、唐沢会長へのお見舞金を50万円贈ることになり、各県から62,500円拠出することに決定した。

報 告

報告1) 第107回九州医師会医学会および関連行事について(長崎)

(1) 参加者数について

第107回九州医師会総会・医学会及び一般分科会並びに記念行事参加状況

項目	県別	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	その他	合計
1) 総会・医学会<平成19年11月17日(土)> (その他は来賓等)											
出席者数		49	66	19	16	23	8	24	82	23	310

項目	県別	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	その他	合計
2) 一般分科会<平成19年11月18日(日)> (その他は九州以外等からの参加者)											
内科学会		29	174	29	30	6	5	13	196	15	497
小児科学会		14	47	19	6	13	7	16	67	1	190
産婦人科学会		3	1		3				55	1	63
外科学会		1	1	1	5	1		1	24		34
東洋医学会		13	60	10	17	10	4	13	48	1	176
計		60	283	59	61	30	16	43	390	18	960

項目	県別	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	その他	合計
3) 記念行事<平成19年11月18日(日)> (その他は九州以外等からの参加者)											
テニス大会		9	32	2	5	3		1	20	5	77
サッカー大会		22	11	8	10				42		93
卓球大会		15	1	7			4	3	27	11	68
ゴルフ大会		19	33	7	14		3	4	36		116
囲碁大会			3		2				15		20
走ろう会大会			1	1					30		32
ラグビー大会			35						26		61
計		65	116	25	31	3	7	8	196	16	467

項目	県別	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	その他	合計
4) 延べ出席者											
合計		174	465	103	108	56	31	75	668	57	1737

項目	県別	熊本	福岡	鹿児島	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	その他	合計
5) 宿泊申込み状況(学会本部取扱分のみ) (その他は来賓等)											
11月16日(金)		30	36	9	15	19	8	19	1	4	141
11月17日(土)		44	34	16	21	18	10	32	2	4	181
11月18日(日)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

医療法人制度が変わりました！

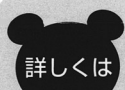
医療法人は、平成20年3月末までに、
定款変更をしなければなりません※

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>

▼ドクターのみなさまへ



(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。

第105回沖縄県医師会医学学会総会



理事 玉井 修

平成19年12月8日、9日、パシフィックホテル沖縄及び沖縄県立浦添看護学校において第105回沖縄県医師会医学学会総会が開催されました。12月8日はパシフィックホテルにおきまして沖縄県医師会定例総会に引き続き、比嘉實医学会会長より沖縄県医師会医学学会総会開会宣言が行われました。会頭的那覇市医師会会長友寄英毅会長よりご挨拶があり、引き続いて特別講演が行われました。医療崩壊の著者として有名



虎の門病院 泌尿器科部長
小松秀樹 先生

な虎の門病院の小松秀樹先生より「医療事故調査制度の設立にむけて」と題して特別講演がありました。医療事故調査に関して官僚主導で報告義務を課した制度が導入され

ようとしている事に警鐘を鳴らし、医療の不完全性、医療が内包する危険性を一般の方にもっと理解していただく必要があると訴えて頂きました。

その後、沖縄県医師会医事功労者表彰が行われ、県知事表彰3名、沖縄県医師会会長表彰36名の表彰が行われ、県知事表彰では仲井眞弘多知事より直接表彰して頂きました。(別紙参照)

午後の4時半頃からは「療養病床の削減について」と題してシンポジウムが行われました。2011年までに療養病床が6割削減され、23万床の療養病床が無くなるようとしています。医療難民、介護難民という言葉がマスコミでも大きく取り上げられ社会不安を招いています。今回

のシンポジウムでは医師会、行政、ソーシャルワーカーなど様々な立場から発言を頂き、更にフロアからの質問に答えながらこの問題を考えていきました。6割削減に関しては地方自治体の現状に合わせた裁量の幅がある程度認められそうです。しかし、療養病床から老健施設などへの転換をする場合の補助金の問題や、医療区分の軽い方に対する診療報酬が低く採算性に問題が残る件、受け皿として期待されている在宅療養における問題など、かなり複雑な問題が絡んでいます。在宅療養支援診療所の申請が極端に少なく、往診や訪問看護ステーションも少ない沖縄県の現状では、療養病床の削減が医療難民、介護難民の発生に直結します。今後の課題は多いのですが、この療養病床の削減に関しては地域ケア整備構想の具体的な形が出るまではまだ紆余曲折が予想され、療養病床の転換支援に関する補助金の問題などはまだまだ予断を許さない状況です。また、療養病床の削減は、急性期病院の転院先が無くなる事を意味します。急性期病院においてもかなり深刻な問題に発展する可能性があります。沖縄型ソフトランディングの可能性を様々模索する継続した取り組みが必要です。

シンポジウムの後は、懇親会が行われ、料理を頂きながら率直な意見交換が行われました。

翌9日は193題の一般演題の発表が行われ、各ブースでは活発な議論がなされました。今回はかなり若い医師の発表が多い様に思いました。今後も若い世代がどんどん積極的に参加して頂き、医学会を盛り上げて頂きたいと切望しております。また、今回のミニレクチャーは「予防接種について」と題してアワセ第一医院

の浜端宏英先生に御講演頂き、予防接種実施状況を諸外国と比較して解説して頂きました。日々の診療において役に立つ、実際的なお話で大変有り難かったです。妊婦に対するインフルエンザワクチンの接種は、日本では禁忌とされていますが、アメリカではむしろ積極的に行われている現状は大変興味深かったです。また、琉球大学医学部附属病院周産母子センターの佐久本薫先生より「プライマリー医師の頻用薬剤

と妊娠、授乳への影響」と題して御講演がありました。日常診療で対応に苦慮する妊婦、授乳中の方への薬剤投与に関して具体例を挙げてお話頂きました。影響を及ぼしやすい妊娠の時期と、投与を控えるべき薬剤に関して具体的なお話を聞いたのは大変有意義でした。

9日のお昼には分科会長会議が行われ、次回6月に開催予定の医学会総会における特別講演とミニレクチャーのテーマに関して議論されました。

平成19年度 沖縄県医事功労者県知事表彰受賞者 (年齢順)			No.	氏名	受賞理由
No.	氏名	受賞理由	15	真栄田 節男	喜寿(数え年77歳)
1	佐久本育哉	地区医師会役員10年以上	16	桃園 寛	喜寿(数え年77歳)
2	當山 護	地区医師会役員10年以上	17	銘苺 朝規	学校医歴15年以上
3	嘉手納成之	地区医師会役員10年以上	18	新垣 武三	学校医歴15年以上
沖縄県医事功労者県医師会長表彰受賞者			19	坂座真 博公	学校医歴15年以上
No.	氏名	受賞理由	20	大山 朝賢	県医師会・地区医師会役員8年以上
1	照屋 善助	米寿(数え年88歳)	21	渡久地 正和	学校医歴15年以上
2	長田 紀春	米寿(数え年88歳)	22	池原 弘	学校医歴15年以上
3	田崎 邦男	米寿(数え年88歳)	23	名嘉 恒守	学校医歴15年以上
4	古波倉 正照	米寿(数え年88歳)	24	神元 繁道	学校医歴15年以上
5	謝敷 宗吉	米寿(数え年88歳)	25	垣花 淳一	学校医歴15年以上
6	金城 幸善	喜寿(数え年77歳)	26	江夏 努	学校医歴15年以上
7	宮城 親廣	喜寿(数え年77歳)	27	仲村 佳久	県医師会・地区医師会役員8年以上
8	浜田 正一	喜寿(数え年77歳)	28	安里 哲好	県医師会役員6年以上
9	比嘉 恒雄	喜寿(数え年77歳)	29	新垣 馨	学校医歴15年以上
10	伊波 恒雄	喜寿(数え年77歳)	30	幸地 賢治	県医師会・地区医師会役員8年以上
11	石川 亀一	喜寿(数え年77歳)	31	新垣 義孝	医療情報システム委員会委員10年以上
12	吉田 朝啓	喜寿(数え年77歳)	32	稲福 豊	県医師会役員6年以上
13	金城 康登	喜寿(数え年77歳)	33	新垣 晃	医学会役員10年以上
14	野原 雄介	喜寿(数え年77歳)	34	稲田 隆司	県医師会役員6年以上
			35	久島 昌弘	医療情報システム委員会委員10年以上
			36	川平 昌秀	県医師会・地区医師会役員8年以上

会 頭 挨拶

第105回沖縄県医師会医学会総会 会頭 友寄 英毅



会場の皆さん、第105回沖縄県医師会医学会総会にご出席下さりありがとうございます。

医学会長の比嘉實先生、県医師会長の宮城信雄先生はじめ関係者の皆さん、学会開催のご準備ご苦労様でした。

沖縄県の医学史を繙きますと、1885年(明治18年)「沖縄医生教習所」が設置され、明治45年廃止となるまでの27年間に172名の医師を養成しています。

この医生教習所で第1回沖縄医学会が開催さ

れたのは、今から104年前の1903年(明治36年)であります。医学会が現在のような年2回開催になったのは、戦後間もない1947年(昭和22年)からであります。1951年(昭和26年)10月の沖縄医学会総会を第1回として、以後、今日まで通算しています。学会の名称は1974年(昭和49年)以降は沖縄県医師会医学会総会となっています。現在、200題前後の一般演題を集めて年2回医学会総会を開催する医師会は、九州では沖縄県以外にはありません。

日本医師会には昭和62年から「生涯教育自己申告制度」がありますが、制度が始まってから数年間、沖縄県の自己申告率は10～30%台を低迷し、平成7年にはついに全国最下位となりました。当時の日医の担当理事が「沖縄県の申告率が上がったなら、全国の申告率も変わるだろう」と苦言を呈するほどでした。沖縄県医師会の会員は、決して不勉強ではなく、申告をしない人が多かっただけであります。その後、沖縄県医師会員の申告率は向上し、平成17年度の申告率は77.7%、全国で第19位となっています。今後とも会員各位が積極的に生涯教育自己申告をされるようお願いいたします。

沖縄県医学会には19の分科会がありますが、医師会入会の窓口である地区医師会におきましては、新入会員に「19分科会のいずれかに入会するよう」に勧めて下さい。分科会活動がますます活発になることを期待いたします。

小泉政権と安倍政権は、「改革」の名の下に医療費抑制を推し進めてきました。このために地方の病院の医師不足、産科医師の不足、小児救急医師の不足、療養病床の削減など医療経営環境は悪

化し、医療崩壊と表現されるまでに至っています。

国民医療は医学の社会的適応であり、疾病や医療に対する国民の意識と社会の仕組み、特に医療・保健・福祉の制度が適切でなければ、私達は医療の力を十分に発揮することはできません。私達はもっと日本医師会の医療政策に関心を持ち、声を大にして、より良い医療制度への改善を求めていくべきであります。

然し、医療経営環境が悪化しても、医師の社会的責任が軽減されることはありません。医療費抑制とは裏腹に、国民の医療への期待は高まり、その一方で医療に対する批判の目は厳しくなるばかりであります。私達は、これからも「安全で、やさしく、良質な医療」の提供のために、地道な努力を続けていく外はありません。

本日の小松秀樹先生の特別講演「医療事故調査制度の設立にむけて」とシンポジウム「療養病床の削減について」は真に時宜を得た企画であります。また明日は、193題の一般演題の発表と2題のミニレクチャーがおこなわれます。今回の医学会総会が実り多い集会になりますことを祈念してご挨拶いたします。

シンポジウム「療養病床の今後について」

座長：沖縄県医師会副会長 小渡 敬
 沖縄県医師会理事 玉井 修

(1) 沖縄県医師会より

沖縄県医師会会長 宮城信雄

(2) 行政より

沖縄県福祉保健部医務・国保課
 医療制度改革専門監 平 順寧

(3) 沖縄県療養病床協会より

沖縄県療養病床協会会長 松岡政紀

(4) ソーシャルワーカーより

沖縄県医療ソーシャルワーカー協会
 事務局長 又吉智子

(5) 沖縄県政策参与より

沖縄県政策参与 玉城信光

1. 沖縄県医師会より



沖縄県医師会会長 宮城 信雄

増え続ける医療費を抑制するとして国は昨年6月に突然介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減を決めた。2012年までに25万床ある医療型を15万床に削減し、13万床ある介護型は全廃にす

の方針である。療養病床の実に6割の削減になる。医療の必要性の低い患者は介護施設や在宅への移行が可能とみなしたのである。日本医師会は緊急に実態調査を行い、必要な病床数の推計を行った。

医療療養病床の患者の状態は、医療区分1が42.1%、医療区分2が45.1%、医療区分3が12.7%であった。また医療区分1の患者のうち、病状不安定で退院の見込みのない患者が30.9%あり、さらにこのうち、一定の医学的管理や処置が必要な患者が68.4%であった。これより医療療養病床の入院患者の66.8%が引き続き医療療養病床を必要としているとした。一方介護療養病床の入院患者のうち38.7%は医療の必要性が高く、医療療養病床を必要としている患者とみなしている。

2005年の療養病床は38.4万床あり、患者の状態を踏まえた必要性からすると2012年には療養病床は26万床必要としている。国の方針通りの削減が実施されると大量の医療難民、介護難民が出るおそれがある。

日本医師会としては国が決めた通りの画一的な削減がされないように、地域の実態を踏まえて行政と交渉し数値目標を出すようにとしている。各地から出された数値を積み上げて国の数値目標にするように働きかけるとのことである。

日本の総病床数は1990年の194.9万床をピークとして減少してきている。一般病床は1990年には153.6万床あったが、2005年には104.7万床であり、この間に48.9万床(31.9%)減少した。ただし、2005年度に入ってから、一般病床数は横ばいで推移している。

療養病床は2006年4月以降、急激に減少が進み、2006年4月の38.1万床から2006年12月には36.9万床になっている。

医療費増大の原因は諸外国に比して入院病床数が多いからだとして病床削減計画を策定した。まず一般病床から利益誘導をして療養病床への転換を勧めた。結果38万床が療養病床に移行。移行がピークに達したとみるや、6割の削減を打ち出した。介護型は制度上廃止にしたが、医療型の医療区分1は病院運営が不可能な点数設定にして

介護施設に転換せざるを得ないような状況に追い込んで自然に減少するのを期待している。

100万床ある一般病床についても在院日数短縮化と7対1看護基準の導入で約4割の削減を目論んでいる。目論み通りに削減が進まないにより厳しい在院日数と5対1看護の導入も視野に入れてくるものと思われる。

日本の医療費はGDP比でOECD加盟国最下位(19位)に転落をした。これ以上の医療費削減政策は崩壊しつつある日本の医療に壊滅的打撃を与えることになる。先進国平均のGDP比10%の医療費にすべきであるが、日本医師会は医療機関の倒産、病床の縮小など地域医療の崩壊を食い止め、フリーアクセスを堅持するために、次年度の診療報酬改定では5.7%の引き上げを要望している。

2. 行政より



沖縄県福祉保健部庶務・国保課医療制度改革専門監
平 順寧

※内容は、別紙質疑応答部分をご参照下さい。

3. 沖縄県療養病床協会より



沖縄県療養病床協会会長 松岡 政紀

【療養病床の現状】

人口減少社会を迎えたわが国では、今後高齢

者数は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る。

厚生労働省は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給増を考え、効率的に提供する体制づくりとして、地域ケア体制の整備に取り組んでいる。医療費適正化計画の実施が平成20年4月に迫る中で、療養病床の削減を骨子とする再編計画が発表されたが時代の流れに逆行し誠に不可解である。

現在全国で療養病床は医療療養病床25万床、介護療養病床13万床ある。しかし、介護療養病床は平成24年に廃止されることとなった。

沖縄県では療養病床数は平成19年8月の時点2,800床である。これは平成18年10月の3,045床より減っている。一般病床や回復期リハビリへ移ったためと思われる。

療養病床の役割として重視している機能は、

1) 急性期病院で治療を受けた高齢の患者が、引き続き治療が必要と見なされた場合に入院しているが、これが入院患者の56.6%を占めている。COPDや重度障害患者、神経難病患者などの長期入院が52.4%。また、脳卒中などで、四肢に障害を負った患者さんに対するリハビリテーションで入院が50%、在宅復帰支援、及び虚弱高齢者で在宅では困難な認知症の看護・介護やうつ病患者さんのケア、褥創ケア42.9%、悪性腫瘍などの終末期医療ケア22.2%あり、さまざまな複合的なニーズに対応してきた。

医療療養病床は、平成18年4月の医療法改定で医療区分による包括的診療報酬が導入された。難病患者、特定の重症患者、重度障害者を医療区分2,3とし、その他を医療必要度がほとんど無いものとして医療区分1とした。(配布資料参考) 今度の医療区分最大のポイントイは「重度意識障害」や「重度麻痺」という病態それじ

◆医療区分・ADL区分

医療区分3：医療の必要性 高 ←————→ 医療区分1：医療の必要性 低

ADL区分3：日常生活自立度 低 ←————→ ADL区分1：日常生活自立度 高

ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
ADL得点0～10点	ADL得点11～22点	ADL得点23～24点

*ADL得点は、ベッドの上の可動性、移乗、食事及びトイレの使用の4項目ごと に自立(0点)から全面依存(6点)までの得点を合計して算出します。

医療 区 分 3	<p>【患者・状態】 スモン、医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態</p> <p>【医療処置】 中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレーター使用、ドレーン法、胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管 切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケア</p>
医療 区 分 2	<p>【患者・状態】 筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病(スモンを除く)、神経難病以外の難病、脊髄損傷、肺気腫、慢性閉塞性肺疾患(COPD) 疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、脱水、体内出血、頻回の嘔吐リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内、褥瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候うつ状態、暴行が毎日みられる状態</p>
医療 区 分 1	<p>医療区分2・3に該当しない者</p>

*上記「疾患・状態」及び「医療処置」には、それぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分2又は3に該当することとなります。

たいが区分1であることである。

平成19年8月の医療区分調査では区分1は27.3%、区分2は55.2%、区分3が17.3%である。厚労省は区分1全部、区分2の2割は、老健や特老へ行ってもらえるかあるいは在宅へ移す方針である。しかし医療区分1の実態調査では20%が何らかの医療処置（経管栄養、気管切開、喀痰吸引、膀胱留置など）が必要か、状態が不安定で、退院できない患者であった。ADLでも区分1は寝たきり40%、車椅子で移乗全介助40%であった。とても退院してもらえない状態の患者ではなく、施設から入所を断られたらすぐに医療難民となることが危惧される。

入院患者の主病傷は脳血管疾患31.8%、認知症5.8%、パーキンソン病4.4%、糖尿病3.7%となっている。主病傷で最も多い脳血管疾患は重度意識障害や、重度麻痺の後遺症を残しやすい。

これらの医療必要度を考慮すると本来療養病床の入院が適当であるが、しかしそれ自体が区分1であるため、急性期病院よりの入院の妨げになり、療養病床と急性期病院の連携を困難にしている。一方、療養病床側にとっては、区分1の診療報酬が764点とあまりにも低いため、全入院患者の30%を区分1が占めると、病院経営は成り立たなくなる。この二つのことが、療養病床の存続を危ういものになっている。

医療区分2,3の重傷者に特化して患者を集め病床を埋めることは、困難である。一方医療区分1、医療区分の2割を退院させ、その分のベッドを老人保健施設や特別老人保健施設へ転換をすることは、沖縄県の参酌標準上困難があり、又これまで多額の投資を行ってきた療養病床の病院にとっては、更なる投資は重い負担になるため、県が行った医療病床再編計画の意向調査では7割が継続、3割が態度を決めかねている結果となった。

4. ソーシャルワーカーより



沖縄県医療ソーシャルワーカー協会事務局長 又吉 智子

1. 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会とは：

- ・昭和63年10月発足、平成19年10月現在会員数132名
- ・ベッド数50～100床に1名のMSWが配置されつつある。
- ・主な業務内容：①受診・受療援助
②療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
③退院援助
④社会復帰援助
⑤経済的問題の解決、調整援助
⑥地域活動

2. 急性期病院の特徴と現状：

- ・急性期病院の医師やスタッフは、制度の改変に疎い。（どんな患者も受け入れてきた、出来高でやってきた、医療レベルの違い・感染症の管理の違い等）・・・DPCの導入後は？
- ・急性期治療を担うだけでなく、社会的問題を抱える人達の一時受け入れを行っていることも多い。
- ・急性期病院に関わる諸制度の問題として、例えば介護保険は点滴中である場合等、申請ができない場合がある。

3. 療養型病床の現状と課題：

- ・在宅療養を支えるためには、短期入退院が行える機能が必要。
- ・「病院が安心」という家族の想い。

4. 患者・家族の置かれている現状：

- ・事例1 急性期病院からの退院援助ケース
- ・事例2 療養型病床対象外患者の退院援助ケース

5. 沖縄県の医療関係機関及び関係者と共に考え、取り組みたい課題：

- ・制度の狭間にある患者・家族支援の必要性。
- ・それぞれの医療機関・施設の機能の整理と受け皿作り（それぞれの機能から一歩出た支援の必要性）。

5. 沖縄県政策参与より



沖縄県政策参与 玉城 信光
(沖縄県医師会 副会長)

【はじめに】

政府は医療の効率的な提供の推進と医療費の削減を目的に介護療養病床の全廃を決定した。沖縄県において介護療養病床の廃止が行われた場合どのような状況が持ち上がるのか、高齢者医療はどうなるのか検討する。

療養病床の削減が行われるが、厚労省は「削減の数値の基準を基に、後期高齢者人口の伸び率、救命救急医療の充実、早期リハビリの強化、在宅医療及び地域ケアの推進などを総合的に勘案しそれぞれの実情に合わせ病床削減を決定する」としている。

【高知県のモデル事業】

高齢者の多い高知県でモデル事業が展開され問題点が浮き彫りになっているので、それを参考に意見を述べる。

- 1) 療養病床入院患者のうち、介護なしには生活が困難な人は医療で41.5%、介護で79.7%、合計56.8%になる。
- 2) 医療区分1の6割が低所得者、さらに収入が年金のみの人（年間80万円以下）は44.6%

になる。これらは特別養護老人ホームなどの低所得者に配慮した受け皿が必要である。

- 3) 入院患者のうち医療区分1のうち53.5%が高齢者単身・高齢者のみの世帯に属している。その他の世帯の者でも全体の75.3%が日中・夜間ともに介護できる人がいない。
- 4) 上記から医療区分1でも在宅で対応可能とするものは1割にも満たない。医療区分1の人の住居は自宅が8割を占めている。

【医療の連携】

平成20年4月から施行される様々な政策がすべて連携して行われていることを理解しておく必要がある。特定健診・特定保健指導が病気の早期発見と予防を目的とされており、70%の健診受診率をあげるためには医師会の関与がなければ到達できない。4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5事業の連携も急性期の病院からリハビリ病院、介護施設、老人ホーム、在宅医療など密な連携がなければ、患者のいき場所がなくなる恐れがある。介護療養病床の削減のための受け皿づくりを「地域ケア構想」で展開しているのである。

【考察】

療養病床の入院患者は急性期病院などから疾患の慢性化と高齢化の中で療養病床へ移行してくる。

リハビリ病床、療養病床などの必要数とこれらの連携が確立されなければ、急性期病院の患者の流れが滞ることになる。

地域ケア体制の整備と患者の受け入れ先がなければ療養病床からの患者の移行は難しい。

沖縄県の実情はどうなのか、在宅で家族がケアすることができるのか？だれが連携の中心にたち情報を集約し発信できるのか？

【まとめ】

- 1) 療養病床削減の条件として介護難民がでないような、地域でのケア体制の確立が必要である。
- 2) 医療連携の中で情報の集約を行い、情報伝達の中心的役割をする組織が必要である。
- 3) 地区医師会が地域連携の中心的役割を担う必要がある。

質 疑 応 答



質問 1 在宅に向けてのいろいろな支援も進んでいる状況ですから、そういうのがだんだん成果を上げて実績を上げてくる中で、必ずしも療養病床を平成24年の3月いっぱいまでに削減しますというのではなくて、もう少し10年ぐらいのスパンをもって考えてもいいのではないかと。そういう意見を、厚生労働省に言えば、ある程度聞いてくれそうな感じもするんですけど。

○**玉井座長** 今の長期的な展望に立って、計画の変更の見直しなどができうるのかどうかというのは、玉城先生、どうなんですか。

○**玉城参与** 厚生労働省から言われる削減の目標が県によっていろいろ違うみたいです。

要するに、その県の人口が高齢化してくるのがピークを越えている県があるんです。沖縄県はまだピークが来ない。沖縄県は、これからどんどんお年寄りが増えていくところにいるようなんです。

ただ、国が決めて5年でというのを10年に延ばすかどうかは、これでは駄目だという声に押されるんじゃないかなという気はしております。

とりあえず、目の前の5年の目標と、これから介護のお世話にならない人をたくさんつくっていく。元気に歩いている人をたくさんつくることが、我々医師会の仕事ではないかなと感じております。

○**玉井座長** このことに関しては、地方自治体にある程度裁量権がある部分もあるようなんですけれども、小渡先生、何かそのへんについての追加発言ありますか。

○**小渡座長** 今、削減率をどれぐらいにすることかということ、まず国に上げないといけないうことになっています。それで、国は6割～7割をカットするように言っていますが、どこの県もそんな数字を出すところはないと思います。先ほど平専門監の方から3割前後が妥当だという話をしておりました。3割前後というのは日医が言っている数字に大体近いんです。国は15万床まで減らせと言っているが、日医は25万床ぐらいは必要だとしています。その日医の削減率が大体3割なんです。急激にこれが決まりましたけれど、ソフトランディングさせるた

めに24年までにということを行っているわけです。それで上手く行けばいいんですけども、色々な問題があります。先ほど又吉さんが言ったように容易にはいかないと思います。

○平専門監 ただ、都道府県で裁量権のない

診療報酬がどんどん改定されると。介護報酬と、来年早々、医療機能強化型老健施設の介護報酬が出てきます。それから、4月には診療報酬。2月中旬ぐらいには診療報酬の部分が出てきます。そうなりますと、診療報酬がどんどん出てきますので、医療機関側としては10年待ってという状況になるのかなと。多分、経営的な問題ですね。そこらへんを踏まえて考えないといけないんじゃないかなという部分もあるかなと思います。

○玉井座長 実際に、もう経営的に成り立たないレベルまで診療報酬は下げられているというところもあるようです。つづいて、フロアからのご質問です。

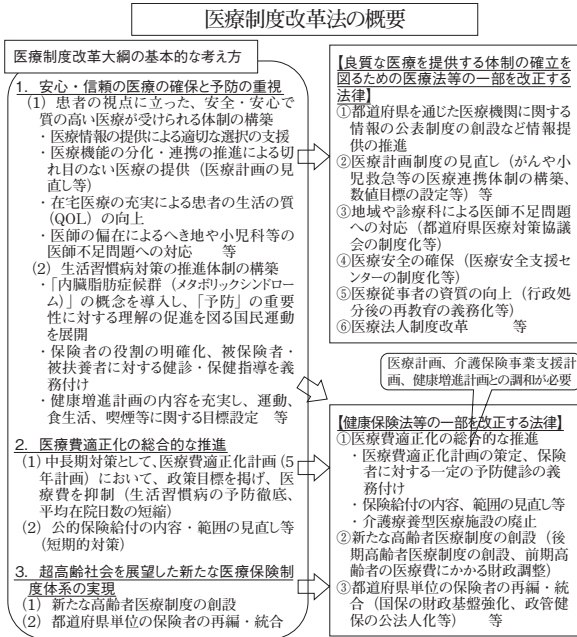
質問2 医療区分1という決め方ですね。要するに、クライテリア（基準）というんでしょうか。家族背景も住環境も何も考えていない。介護力、家族力、そういうことは何も考えていないで乱暴な決め方をして、社会的入院みたいな扱いを受けていると。これはよくないんじゃないかということですけど、松岡先生、どうでしょうか。

○松岡先生（沖縄県療養病床協会会長） もともとの医療区分を決めている元のデータは、医師の指示ですね。指示がどれだけ変更されたかどうかによって決まっているんですよ。医療区分1の患者さんはほとんど指示がなかったということで、その指示と重症度をすりかえて色区分しているんですね。

僕は、毎朝、回診して患者の状態を診ているんですけども、どんな重症でも状態に変化がなければ指示というのは変えないんですね。ですから、医療区分1には、1から3までまたがっている人も多いと思うんですね。2、3は非常に詳しく書いているんです。区分1の病態が非常にあいまいで今の混乱を招いているんですね。

ですから、僕もこれはしっかりしたクライテリアをつくって、もう少し区分2、3の特定な人だけを入院させるのではなくて、幅広く必要があれば療養病床に入れるべきだと思っております。

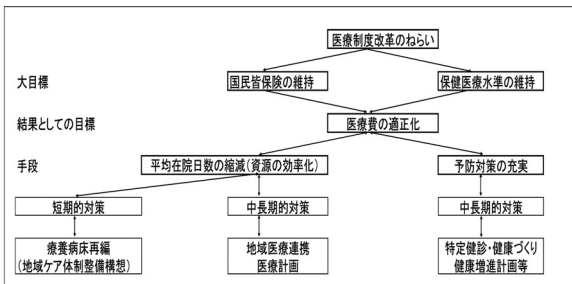
先ほどちょっとと区分1の日常的な医療処置についてお示ししたんですけども、一番多いの



スライド1

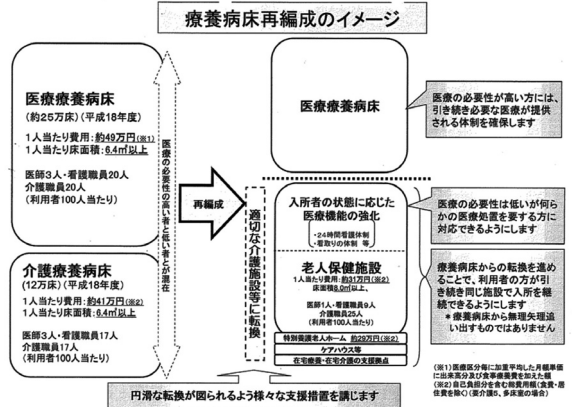
なぜ療養病床を再編するのか

医療資源の効率化を図るための一手段として、医療と介護の必要な者が混在している療養病床において患者の状態に応じた適切なサービスを提供することを目的に再編を行う。結果として平均在院日数の短縮が期待され、さらに医療費の適正化につながる期待へ



スライド2

療養病床再編成のイメージ



スライド3

は吸引ですね。吸引で医療区分1の場合には、発熱がないときだけです。発熱があると区分2になります。

それから、もう1つ。区分1は、吸引が7回までです。8回になると区分2ですね。このへんは、厚労省にとっては非常にわかりやすいやり方ですけども、現場では非常に複雑な思いでやっているんです。年寄り病気の長期化、それから、多疾病ということで、区分1でも結構治療が大変な場合もあります。

質問3 医療療養病床に入院されている方での医療区分1の患者さんがいた場合、その方が例えば療養病床から廃止されるということになると、どこに行けばいいんでしょうかということなんですけど。

○小渡座長 質問の意味は、多分こういうことだと思います。区分1で適用除外だから退院してくださいといった場合に、特養とか老健に行くなら介護保険の適用になるんです。だけど、65歳以上でないと介護保険の適用にはならない。しかし、65歳以下の人でもそういう人がいます。そうなった場合には医療施設にも介護施設にも受け入れられず行き先がないわけで、それで介護難民とか医療難民とかいう話が出てくると思います。そうすると、託老所や有料老人ホームが受け皿になると思いますが、お金がなければ先ほど玉城先生が高知県の例でいった様に、年取が低かったらそれこそ託老所にも行けない。それで難民という話が出るわけです。このようなケースも出てくる可能性があると思います。

質問4 今、小渡先生が言ったことなんですね。ちょっと具体的になりますけど、実際、うちは82床の医療の療養をやってまして、交通外傷とか後遺症で20代、30代の寝たきりの患者さんがいるんです。いわゆる植物状態の方。こういう方は医療区分1です。胃瘻もあります、膀胱瘻あります。ところが熱発もしませんから医療区分1なんです。こういう方を介護老人保健施設関連の施設に入れるといったときには、小渡先生が言いましたように、いわゆる第

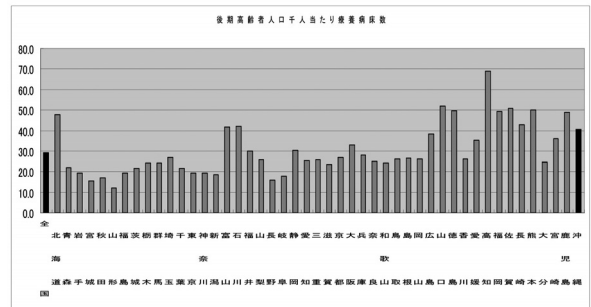
2号被保険者でもないですから、40歳以上になるまで待っておかないといけないですね。ところが、医療区分としては1なんです。こういう人が結構いるんじゃないかなと思っているんですね。

実は、うちの82床でそういう方が2~3人いるんです。そうすると、親も在宅でみれないと。ところが、障害者の病棟というんでしょうかね。そういうところに申し込んでもなかなか何年も入れないというのがあって、実はうち患者さんは区分2、3が9割いるんです。その10%にそういう方がいて、どうしても100%にするつもりはないんですけれども、こういう方が結局、僕らが手間暇かかるんですけども、みているというのが現状なんですね。

ですから、そのへんが沖縄県としてどれぐらいいるかというのは把握されているかどうかというのを1つ聞きたかったんです。以上です。

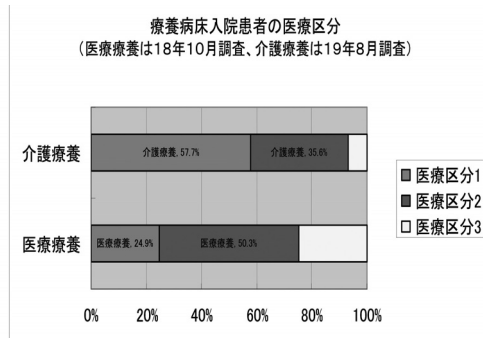
○平専門監 先ほどのスライドでお見せしましたけど、いわゆる64歳未満の方が去年の10月の

本県の療養病床数
 本県の療養病床数は、4,359床(病院4,092、診療所267)で
 そのうち医療療養3,672(回復期608含む)、介護療養687
 後期高齢者千人当たり40.7床で全国第12位と多い。



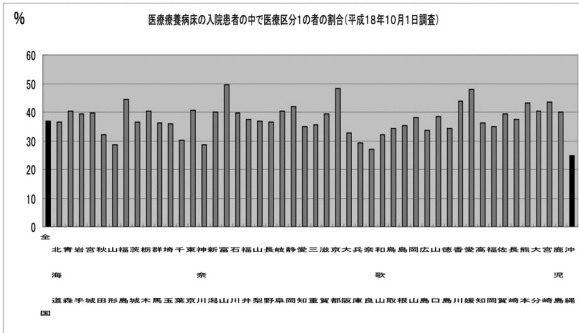
スライド4

全療養病床の入院患者の医療区分状況
 医療療養は区分2が50.3%、介護療養は、区分1が57.7%で最も多い。



スライド5

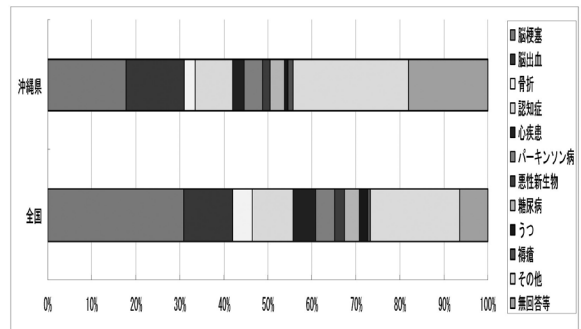
区分1の患者の状況(医療療養病床)
・本県は、全国1少ない。



スライド6

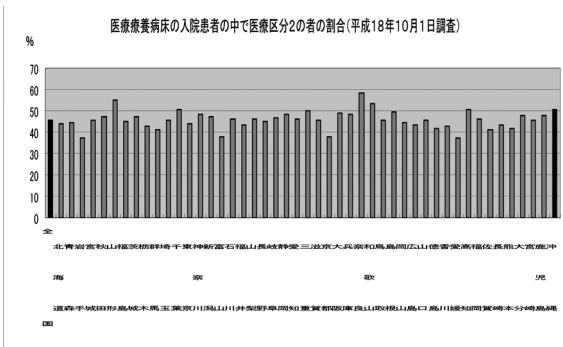
療養病床の入院患者の疾病の状況

生活習慣病で入院している者が多い。本県=約4割、全国=約5割



スライド10

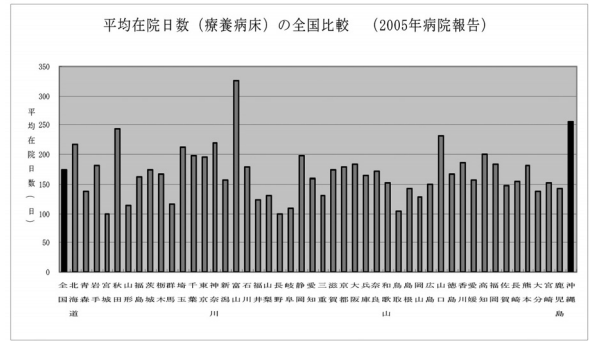
区分2の患者の状況(医療療養病床)
・全国平均より、多い。(全国4位)



スライド7

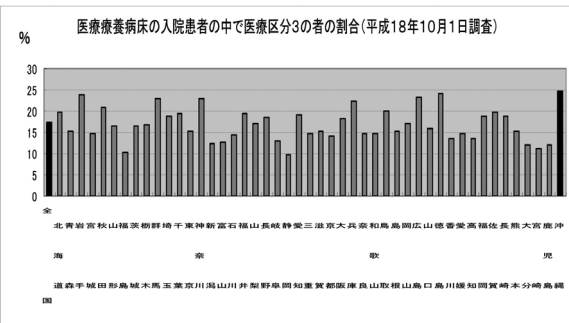
療養病床の在院日数の全国比較

全国2位の長さ(約8.5ヶ月)、全国平均=約5.7月



スライド11

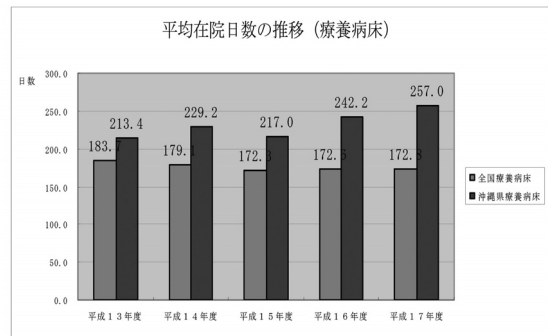
区分3の患者の状況(医療療養病床)
全国1多い。



スライド8

療養病床の平均在院日数の推移

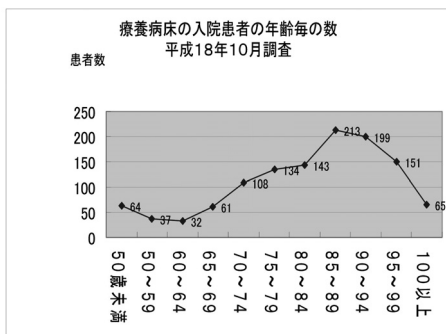
本県は増加傾向、全国は横ばい



スライド12

療養病床の患者の年齢

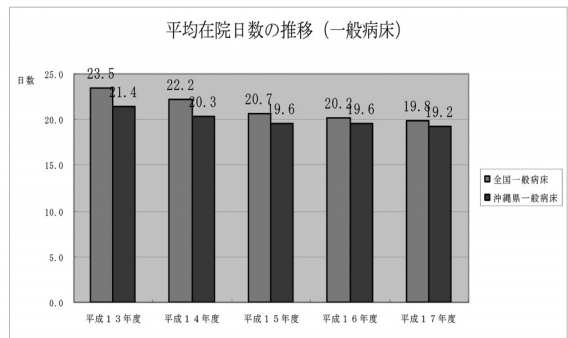
医療型の平均=79歳(全国81歳) 介護型の平均=89歳(82歳)



スライド9

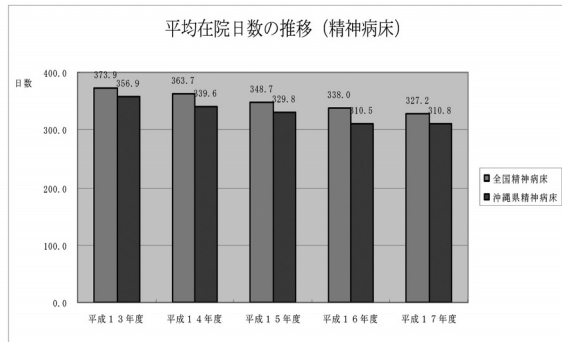
一般病床の平均在院日数の推移

本県も他県も減少傾向



スライド13

精神病床の平均在院日数の推移
本県も他県も減少傾向



スライド14

調査では、全療養病床数が4,300ぐらいありますので、そのうちの130名ぐらいというような数字が64歳未満の方という形になっております。

質問5 療養病床の削減で沖縄県はどれほど医療費または介護費の抑制効果があるのか。お金の問題ですけど、大体具体的に出ているんでしょうか。

○平専門監 一応、療養病床の数によって、大体どのぐらいかという形がありまして、現在、総医療費が3,200億円ぐらいあります。そのうち例えば療養病床を3割ぐらい介護保険にいくとすればという粗い計算ですけど、多分20億円から30億円ぐらいの間で医療費の適正化効果といえますか、そういったものが出てくるのかなど。これは個人的に粗い計算していますので、正式にはきちんとやらないといけないんですが、今、レセプト上では、医療療養病床の医療区分1の人がずっと1カ月入院しまして平均大体36万円。それから、医療区分2の方が52万円。それから、医療区分3の方が65万円という形になっております。

こういった数字をもとに粗い計算をすると、先ほど言ったような金額になるのかなというふうに思っております。

○玉井座長 ただ、これは医療保険の抑制ですよ。

○平専門監 介護については、実は今から地域ケア体制整備構想。うちの医療費適正化計画のこの数値を明確に出さないと計算できない形になっておりまして、それから今のところ数字は出ておりませんので、近々地域ケア体制整備

構想という案をつくっていきますので、その中で医師会、県民、それからパブリックコメントの中で、今後、数字は出していきたいなというふうに思っております。現在試算しているところですよ。

○小渡座長 平さん、厚労省が出している試算では、療養病床の削減によって確か削減効果が医療費が4,000億円浮くんですよ。そして介護施設が増える分、介護保険に増える分が記憶は確かではないが2,000億円ぐらいだったと思います。これを差し引いた場合、削減効果が2,000億円ぐらいであったように思います。そのかわり、介護保険に移行する分だけ各自治体に負担が増える訳で、国の負担は軽くなるわけですよ。そういうことではないかと思えます。

○平専門監 最終的な金額ではないですが、例えば医療療養病床の平均の1人当たり費用は49万円、それから介護療養が41万円となっていて、現在、老人保健施設の1人当たり費用が31万円なんですね。介護療養から老健にいきますと1人当たり10万円ぐらい、医療療養から老健にいきますと1人当たり18万円ですか。その分が費用としては減るという形になるかと思えますけれども、ただ、医療機能強化型老健施設というのが出てきますので、そうなりますと、これは24時間体制の見守りとかいう形で、看護師さんを増やしたりという状況になりますので、この老人保健施設の31万円よりは高くなるかと思えますけれども、そこらへんが来月あたりに出てきますので、そこらへんを見越して計算していかないとわからないと思います。

質問6 地域ケア整備構想は今どういうところまでできているんですかね。何か具体的なものが動いているんでしょうか。

○玉城参与 まだ実際にはどうするか出てきてません。だから、療養病床削減というのは、地域ケアで受け皿ができない限り削減できないんですよ。みんな連動しているんですけど、まだ仕事がかうして後ろのほうになると思いますが。ただ、4月までにはおそらくまとめないといけないでしょうし、それをほとんど統括している

のが平さんだから、どうでしょうか。

○平専門監 地域ケア体制整備構想。これから原案をつくっていきますけど、医療費適正化で示した療養病床数の目標数引く去年の10月時点での3,751床というその差額、転換分ですね。転換分を踏まえて地域ケア体制整備構想で、各圏域ごとに介護保険事業で県は受け皿づくりをつくっていきたいと考えておりますので、各圏域ごとに示していくと。例えば老健施設は北部圏域ではどのぐらい、中部ではどのぐらいという形で増やしていく分ですね。それを示していききたいというふうになっていまして、あと、もう少し待っていただければと思っております。

質問7 平専門監に質問したいと思えます。療養病床の病床数が大体決まっていますと、今度の医療計画では一般病床と療養病床と、そういう病床数も計画の中に入れられるのかどうかということと、もしその療養病床の数が決まっていますと、今まで病院によっては一般病床から療養病床にしたり、マンパワーとか、ドクター、ナースの状況によっては病床を一般から療養に変えたり、療養から一般に変えたりとか状況を見て判断したり、地域のニーズによっても変えてきましたけれども、そういうのが可能かどうかという。そのへんをお願いします。

○平専門監 医療計画の、昔は必要病床数と言いましたけど、現在、基準病床数の算定を今やっているところですが、基準病床の算定にあたっては療養病床の転換分を差し引くことになっております。

今回の医療計画を策定した段階で、今現在は、例えば療養病床から一般病床に行くのも結構自由にいけるんですけど、医療計画を策定した段階でできるかと。これが困難になるんじゃないかという話がよくあります。

今回の医療計画でも、基準病床は一般病床と療養病床は小分けしない形に示そうという方向になっております。どういうことかといいますと、一般病床及び療養病床ということでマルメで出しますのです、はっきり言って今と変わらない。だから、療養病床から一般病床に、これは

許可制ではあるんですけども、特段の理由がない限り大体認めることにしておりますので、今後も5カ年間の間は、療養病床から一般病床に行くことについても認める方向になってくるんだろうというふうに思っております。

質問8 地域ケアの話を少し質問させてください。

在宅にシフトするのは行政がこれをねらっているわけですから、それを支えていく方向でやっていかないといけないと思うんですけども、それは具体的にどうやっていくかと聞きたい。

例えば、訪問ナースステーションの所長さんと話したことあるんですけど、訪問ナースステーションの数は減ってきているんだという話も聞きますし、あるいは、ほかの県ではやっぱり在宅医に手を挙げる先生方も少しずつ増えてきているのも現実ですけど、沖縄県はどうなっているか。ちょっと不安なところがあります。

○玉井座長 在宅医療支援診療所があまり手挙げがないということですけど、このへんについて、なぜ在宅支援診療所があまり手が挙がっていないのか。

○今山 沖縄県医師会医療保険担当理事の今山でございます。

在宅支援診療所は、今現在49施設。県下で届出があるのは非常に少ないです。人口当たりの届出数は、全国で40番目ぐらいです。その最大の理由は、診療所が少ないんですね。開業医の先生方がもう圧倒的に少ないです。全国の平均が人口10万人に70、沖縄は大体50ぐらいですね。それぐらいしか開業医の先生がおられないということが第一にあります。それが一番だろうと思います。

それと、24時間の連携とかいうこともありますし、言われるように訪問介護ステーションも全国平均すると圧倒的に少ないです。しかも、それがだんだん少なくなっているという現状もあります。

○小渡座長 今山先生が言ったように、在宅診療を今回のこの発表で平さんが報告してくれるかなと思ったんですが、この介護難民とか医療難民の問題を解決するには在宅診療しかないんです。だから今のままでいくと、本県は今後

高齢者が増えるため、削減をしなくても5年～10年で必ず介護難民、医療難民が出ると思います。それぐらい高齢化率が他府県と違い高いんです。後期高齢者も含めてです。いずれにしても、在宅で診る以外にないと思います。現に病院も施設も満床のため、託老所とかそういうのが、すごい勢いで増えています。その在宅の問題は、医師会で一度取り上げないといけないと思います。在宅医療についてまとめますと、例えば診療所数は全国で45位です。そして、人口10万人当たりで本県は56.3で、全国は76.3です。それから24時間体制で往診と訪問看護をする在宅療養支援診療所は、先ほど今山先生がおっしゃったように、本県は49施設しかありません。この数は全国で35位です。非常に少ないということです。それから、もう1つ訪問看護ステーション、これも全国38位なんです。非常に少ない。それでも減っているのが現状です。それから、さらに往診件数も全国最下位です。

本県の医者数かどうかという、大体全国並みになってきました。医者の数はいるんですけども、どこに居るのかということになります。それは病院で勤務していることになります。病院にいる医師数は本県は73.2%で、全国では63.8%なんです。病院に働いている先生方が10%多いんです。それに対して診療所で開業している医師数は本県は26.8%で全国は36.2%、ちょうど10%少ないんです。なぜ本県は病院勤務医が多いかというと、おそらく救急病院の数が多く、その結果救急医療がかなり充実していると思います。そのため在宅医療が充実していなくても医療難民が出ない理由は、救急医療が全部抱えているからだと思います。だから、その後どこに回すかはケースワーカーが努力しているわけです。そんな状況で現在保たれています。病床削減によってこの先はもっと患者が増えると考えられます。このままでは救急医療が崩壊しそうになると思います。在宅医療の充実というのは、そういう点を踏まえてやらないといけない。これをやらないと、先ほど玉城先生が言われた地区医師会を中心にした在宅システムを作ると言っても、それに関

わる在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、さらに往診を行う病院や診療所等の数を増やさないと、なかなか上手く行かないと思います。在宅システムを考える上での課題だと思います。

質問9 在宅での終末期を望むよりも、むしろ施設での終末期を望む人が多いような傾向が出ているような気がするんですけども、そういうことになると、療養型病床は減らせないんじゃないかということなんですけれども、どうなんでしょうかね。終末期医療において、在宅で看取ってほしいという願いのほうが多いんでしょうか。それとも、施設依存型なんでしょうかね。

○又吉事務局長（沖縄県医療ソーシャルワーカー協会事務局長） 今のところ施設依存型です。家族の意向は先ほども申しましたように、医師がいるから安心、そばにいるから安心というのがあります。

質問10 さっきから聞いていると、医療難民ということですけど、私は、檜山節考から習って棄老だと思っているんですけどね。方向性はやっぱり新たな棄老伝説が始まろうとしているんじゃないかなという気がするんですけども、それは置いといて。

以前から長野県の泰阜村というところは、在宅での亡くなる方がとても多いことで有名だったんですけど、最近、何か若い家族が両親を病院に入院させたり、施設に入れてという傾向になってきているんだそうです。親のほうも、若い世代の言うことを聞かない頑固者はいなくなってきたと嘆いておられましたけれども、そういう傾向はあると思うんですね。それを、全く一方的に厚生労働省のほうから出たような案で、切っていったいいのかなという心配が1つあります。

私のところではグループホームを始めているんですけども、グループホームは、今現在どれだけ安く抑えても自己負担が全部で12万円ぐらいになりますね。そうすると、生活保護の人は入れるけれども、年金だけでやっている方は入れないという現実が出てきている。どうし

でもグループホームへ入れていったほうがいいんじゃないかなと思っていても、現実問題入れないんですね。

これからの療養型をなくす方向性というのは、どうもそういう自己負担を増やしていく方向なので、やはりこれは棄老じゃないかなと考えて、その提案をしてみたんです。

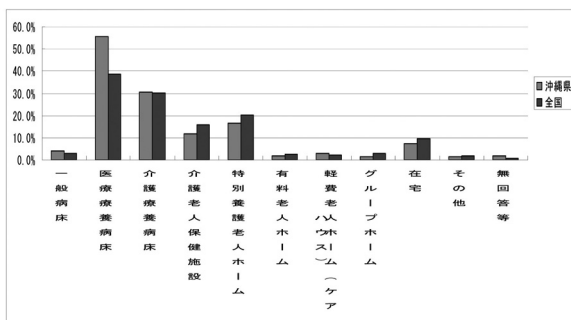
○平専門監 ことし3月に「終末期における沖縄県保健医療県民意識調査」というのをやりましたが、その中で終末期をどちらで終えたいかという結果なんですけど、これ多分又吉さんの場合は患者さんの意向なんだろうと思うんですけども、これは一般市民も入っているんですね。大体43%ぐらいが自宅で最期を迎えたいと。だけど、結果としてどうなりますかという質問については、多分、病院で死ぬんだろということになるんです。

では、その理由は何ですかと。やはり家族に迷惑をかけたくないというものがかなり多かったということで、多分、一般市民としては本音としては自宅で最期を迎えたいというはあるんだろうと思いますね。ただ、家での介護力の問題。

沖縄県は高齢者と一緒に住んでいる世帯の割合が低いんですよ。多いような感じするんですけど、長野県がかなり多いんですね。離れて暮らしている状況が沖縄県はありまして、それと一人暮らし高齢者というのも結構多くて、ちょっと離れたところの子供とか孫とか、そういった人たちに迷惑をかけたくないという人が多いという背景があるんじゃないかなと思っております。

患者にとって望ましい施設はどこか(複数回答)

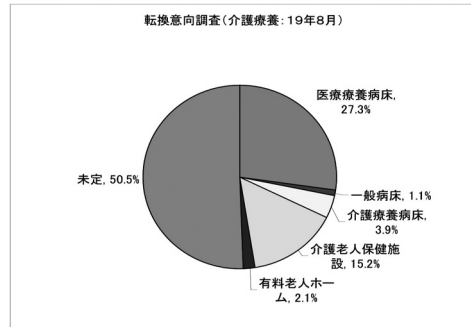
医療療養施設が55.7%、介護療養施設が30.6%、特養が16.4%、老健施設が11.9%、在宅が7.7%



スライド15

転換意向調査(介護療養:19年8月)

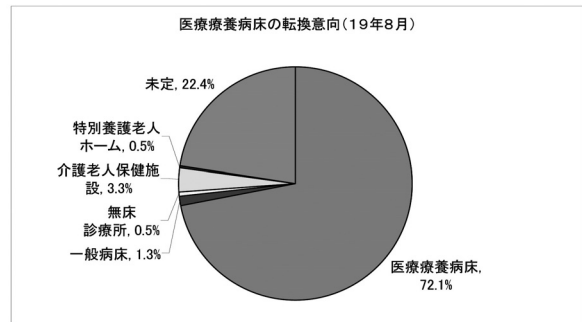
医療の病床へ=32.3%、介護関係の施設へ=17.3%、未定=50.5%



スライド17

転換意向調査結果(医療療養:19年8月)

医療の病床へ=73.4%、介護関係施設へ=3.8%、無床へ=0.5%、未定=22.4%



スライド16

○又吉事務局長 現場からなんですけれども、先ほど医療区分の全国平均が沖縄県は低かったと思うんですね。それは、療養型病院において先生方も看護師も、それからMSW(ソーシャルワーカー)もやっぱり入院相談から、その人にかかわってその人の今後の療養先、お家に帰るの、どこまでよくなったら施設に帰るのという確認を随時、やっています。

ただし、お家で介護はするけれども、何かあったらすぐ病院で受けてよと、そういう保障をしてお家に帰しているのが療養型の先生方とか、急性期、お家に帰すときに何かあったらいつでも来ていいからという保障をしてお家に帰している。

それから、これもまた補足で、特別養護老人ホームに申し込んで、県内は割と多いほうなんですけれども、それでも4~5年かかります。だから、急性期の病院のワーカーも療養型のワーカーも、何か所でも申し込んでおいて、最近では区内だけではなくて、例えば那覇市の人だったら、ご家族が中部にいるなら中部のほうも

申し込んでおきなさいよということで、1名で5～6カ所の特別養護老人ホームへ申し込んでいる人もおります。老健入所が大体2カ月から3カ月、タイミングがよければ2～3週間で入れる状況。

○玉井座長 小渡先生、追加発言お願いします。

○小渡座長 自宅で亡くなりたい、畳の上で死にたいと考えるのは当たり前だと思います。それができなくなったのは、医師側にも責任があるように思います。沖縄県は特にです。というのは、亡くなると死亡診断書が必要になります。しかし、亡くなった後に来ると検案書になるので、警察に出さないといけなくなります。本県では往診することが少ないので、死亡診断書を書いてくれる医者がおらず、家族としては、病状が悪くなるとすぐに救急病院に搬送していると思われま。在宅医療を推し進めるといのは、死亡診断書も含めすぐに診てもらえて、色々なことに対応してくれるという家族の安心感がなければ、何でも救急病院に連れて行くという事が起こってしまうと思います。

それから、厚労省は在宅医療を進める理由は、きれいごとでは畳の上で亡くなってもらいましようと言うんですけれども、実際は、亡くなる間に救急で運ばれると死亡するまでの3日間で約120万円かかるそうです。これを厚労省は医療費の適正な使われ方だとは考えていないようで、そこで新たに在宅療養支援診療所を制度化し、往診を行い死亡診断書を作成した場合は、診療報酬を1万点にするとしました。在宅医療を推進するための政策誘導をしていると思います。ただ、我々医師会としては、在宅医療に関して県民のためにどうあるべきかということで議論すべきであると考えます。

質問11 診療所をしているんですけれども、さっきから「医療適正化」という言葉が使われているんですけれども、どういうことなのかというのが1点ですね。

医療費の適正化という言葉の中には、個人個人の必要な医療を提供するのが医療適正化だと思うんですよ。日本の医師会のほうでも、医療費は上がれば上がるほど国はよくなると。これ

はなぜかといったら、道路よりも医療というのは効率的な産業だと。そういう定義をしているはずなんですよ。

「医療適正化」という言葉が使われているんですけれども、どういう意味で使っているのかちょっと教えてもらいたいですけど。

○宮城会長 「医療適正化」という言葉を使うのは、これは国とか県が使うのであって、我々はこの「医療費適正化」というのは「医療費抑制」と置きかえたらいいんですよ。私は、「医療費適正化」というときには、医師会側からは「医療費抑制」というつもりで受け取っております。

私はそう思っております。

○平専門監 国の説明では、医療費適正化というのは、例えば平均在院日数が長いとか、平均在院数が短いとかいろいろあります。平均在院数が長いから老人医療費が高いとかいろいろありますが、沖縄県は平均在院日数が長くてもいいという理屈。要は、そういう状況が適正だというような理屈が通るような説明ができれば、それが医療費適正化と。

○玉井座長 難しいですね。

○平専門監 実は難しいんです。うちのほうも国のほうにこういう質問を实际して、こういう回答でした。

○玉井座長 時間も迫ってまいりましたので、小渡先生、最後に。

○小渡座長 今日のシンポジウムの1つは、病床をどう削減するかということについてでした。平さんは最初、四面楚歌と話しておりましたが、来ていただいて本当にありがとうございました。そして、ある程度の方向性は話されたと思います。我々医師会としても、基本的に病院がどうこうではなくて、県民に迷惑をかけない、介護難民、医療難民が出ないような施策を、県とよく話し合っていきたいと考えています。

それともう1つは、この調査をした結果、我々の側にも少し改善しないといけない点もあります。それは療養病床の長期在院患者です。これは、ある程度改善しないといけないと思います。ただし、なかなか改善できない理由は、本県は他府県と比べて医療療養病床が適正に運

用されているということです。要介護度1は24%で、全国でも低い方だからです。重度の人を診ているために長期在院患者が増えている可能性もあります。それから、もう1つは、在宅系のサービスが全国に比べて貧弱であるという事が分かりました。もしこれを推し進めるならば、在宅系のサービスを含め、県民が安心して医療にかかれるシステムを作るといことも併せて、高齢者整備ケア計画の中で検討していきたいと考えております。

それから、あと1点だけです。気をつけて欲しいことは補助金に関する問題です。先ほど平専門監が、医療療養病床から介護型の施設にかわる場合には補助金が出ると言われましたが、現在、介護療養病床を運用されている先生方が、例えば老健にかわるといったら、これは補助金を出ない可能性があります。補助金で増改築しようと考えているならば、行政との連携を図る必要があると思います。

○平専門監 当初補助金を出ないということでしたが、介護療養からも転換する場合、補助金が出ることになりました。

○小渡座長 補助金に関しては、介護療養病床でも医療療養病床でも、補助金が出るということですね。

○平専門監 ただし、枠があるということですね。療養病床数の目標数を出しましたら、それまでの転換分という数字が出ますので、その転換分について国庫補助しますよと、あるいは県の補助もつきますよという流れになっておりますので。

今後もしいろいろな説明会、制度が変われば説明していきたいと思っておりますので、そこらへんはご注意くださいというふうに思っております。

療養病床の状況 まとめ

- 1 平均在院日数が長い。
- 2 入院患者で中等度や重度な者が多い。
- 3 生活習慣病で入院している者が多い。
- 4 患者にとって望ましい施設は、最低でも55%は医療施設であり、介護施設は最低でも16%、在宅可能は7.7%であった。
- 5 今の時点で医療施設の病床として残りたいとする病床数は、2,470床(全療養病床の66%)で、介護施設へ235床(6.3%)、未定1,046床(27.7%)である。

スライド18

本県の療養病床の24年度目標数(案)

・目標数とは、療養病床の患者の医療度の状況を踏まえ、医療と介護の適切なサービスの切り分けをした状態を数値で表したもので、再編計画を策定する際の目安とする数値である。

1 国の基本的考え方	
現行	24年度目標
38万床	15万床へ
(4割を残し6割を介護施設等へ転換) (介護療養は23年度末までに廃止)	
・各都道府県は、 $a+b+c$ で算定すること。	
a=18年10月の医療療養病床数	
b=医療療養の区分1+区分2の3割	
c=介護療養の区分3+区分2の7割	
・各都道府県の裁量部分として	
後期高齢者の伸び(加算部分)	
救急医療の進展(減算部分)	
早期リハビリの進展(減算部分)	
在宅医療の進展(減算部分)	
2 本県の考え方(案)	
全国統一の算定式 $a-b+c+d$ に後期高齢者の増加部分(1.28倍)を考慮する。	
18年10月現在	24年度目標
3,751床	国と調整中

スライド19

療養病床の目標に向かっての主な支援

1 施設改修への費用の助成
・県による病床転換助成事業(医療療養病床からの転換)
・市町村による地域介護・福祉空間整備等交付金による助成(介護療養からの転換)
2 介護保険施設の枠の弾力化
・20年度までは、第3期の介護保険施設(老健、介護療養、特養)の合計枠の中で転換可能
・21年度～23年度(第4期介護保険事業(支援)計画)では、
医療療養は、枠なしに希望の全てを受け入れる。
介護療養は、第4期の介護保険事業計画の中で検討(23年度末廃止)
3 その他、施設等基準の緩和、職員配置基準の緩和、資金融資制度の創設等

スライド20

○玉井座長 どんどん状況が変わっているのも事実でございますので、ぜひ注意していただきたいと思っております。補助金の問題も微妙に動きがある様です。

それでは、定刻になりましたので、このシンポジウムをこれで終わらせていただきます。皆様、どうもありがとうございました。

印象記



理事 稲田 隆司

死の否認と医療崩壊

平成19年12月8日、第105回沖縄県医学会総会で、虎の門病院泌尿器科部長の小松秀樹先生による「医療事故調査制度の設立に向けて」と題する特別講演が行われた。

資料①から⑤が準備され、先生の熱い主張がみなぎる1時間であった。

まず、国民に充満する死の否認、死をみようとし、認めようとし、メンタリティーが述べられ、その結果としての医療への過剰な期待、反転時の攻撃性の増長が指摘された。そもそも医療は危険を伴うものであり、安全な医療の幻想が、死を受容できない不安と相まって国民の医療に対する不満、攻撃に転化していると分析し、「未来の明るい希望は死を前提としている」「医療の不確実性は死の認容を前提とする」と話され、この事を社会の共通認識とすべきであると力説された。

そして、調査委員会の設立に向け、厚労省、日医の対応を厳しく批判し、法理を展開、過失は罪ではない、英米法には業務上過失致死法はない、ヒューマンファクター工学に学び、科学的認識に基づいた調査委員会の制度設計、国の統制ではなく、医師集団による自律的処分が求められると強調された。

この問題は現在進行形で、風雲急を告げており、各方面からの議論、判断を要すると考える。刺激的な講演であった。

尚、資料は以下のとおりで、興味のある方は事務局にお問い合わせください。

資料

- ① 「医療崩壊について」
- ② 「医療の内部に司法を持ち込むことのリスク」
医療と司法の齟齬の解決は多段階で時間をかけて
- ③ 「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案」
— 第二次試案 —
- ④ 「刑事訴追から不安を取り除くための取り組み」
- ⑤ 「日本医師会の法リテラシー」



日本医師会

昭和43年創設
わが国最大規模の私的年金

医師年金のおすすめ

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

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



日

本

医

師

会

JAPAN

MEDICAL

ASSOCIATION



医師年金は、日医会員だけの大きな特典です!!

医師年金の主な特徴

(詳しくは、裏面を!!)



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

●お問い合わせは本会まで●

日本医師会

(年金・税制課)

TEL 03-3946-2121

ホームページ

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

FAX 03-3946-6295

Eメール

nenkin@po.med.or.jp

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

平成20年沖縄県医師会新年祝賀会 大いに賑わう

常任理事 真栄田 篤彦



去る1月5日（土）沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて、平成20年沖縄県医師会新年祝賀会が開催された。会員89名、家族47名、来賓52名が参加し大いに賑わった。

初めに「1月1日の歌」の斉唱で新春を寿ぎ、玉城信光副会長の開会の辞に続いて、宮城信雄会長が次のように挨拶を述べた。

宮城会長挨拶



「新年明けましておめでとうございます。本日は2008年の新春を寿ぐ、沖縄県医師会の新年祝賀会を開催いたしましたところ、仲井眞弘多沖縄県知事をはじめ

めご来賓の方々、会員並びにご家族の皆様方多数ご参加いただきまして、衷心より感謝申し上げます。

日本という国は世界の中で一番高齢化が進んでおります。これは他に例のない早いスピードで進展しております。人口が高齢化するに従い医療費が増えることは世界の大きな流れであります。しかしながら、日本という国は医療費を長年削減し続けて参りました。

医療崩壊をしている国があります。イギリスです。かの有名なサッチャー首相が極端な医療費を抑制した結果、イギリスの医療は崩壊しました。例えば、がんと診断されても手術をするまでに2年かかるという日本では考えられないことが起こっております。お金のある方は手術を受けるためにフランス等大陸に脱出をして手術を受けるということが起こりました。その後

を継いだブレア首相は、これではいけないということで5年間で医療費を1.5倍に増やす政策変更を行いました。しかしながら一度医療崩壊が起こってしまうとそれを立て直すには非常に困難が伴います。医師・看護師が不足しており、今や日本の医療は小児科医療、産科医療、救急医療をはじめとする地域医療に非常に重大な影響を及ぼしております。高齢者に対する長期療養病床の削減は医療難民、介護難民を生み高齢者の孤独死の急増が懸念されております。国民医療を守るために医療には財源が必要だととして、財源確保を要求すべく、去る12月5日に東京において国民医療を守る決起大会が開催されました。会場には仲村正治議員をはじめとする多くの県選出国會議員の先生方も多数駆けつけられ、200名を超える国會議員、2,300名を超える医療関係者が集まりました。それに呼応する形で12月20日には沖縄県でも国民医療を守る沖縄県民集会を開催いたしました。その声が届いたかどうかわかりませんが、8年ぶりに医療保険の本体部分、これは技術料に相当しますが、0.38%と僅かではありますアップしております。しかし薬剤費、診療費は医療費総額にして1.2%のマイナス改定であるため、医療費全体としては0.82%のマイナス改定であります。残念ながらこの国の医療費を抑制するという大きな流れを変えていくことは出来ておりません。国の財産は国民一人ひとりでありませぬ。その国民の健康が守られなくてはこの国の

繁栄は決してあり得ないと私は理解しております。何のための政府なのか、誰のための政府なのか今一度考えなおす必要があるのではないのでしょうか。

もうひとつ昨年暮れに発表されたのは、平均寿命の全国順位であります。沖縄県の女性は7回連続して1位の座を保ちました。当初私たちは色んなデータから今回の1位の座は困難であるとの見方をしておりましたが、辛うじて保ったということでホッとしているところであります。男性も26位から25位になりました。しかしながら沖縄県の肥満率は男性・女性共に全国一です。男性は2人にひとり、女性は3人にひとりが肥満者です。この肥満率を減らさないかぎり、知事の公約のひとつであります、沖縄県の長寿復活は非常に厳しいと考えております。そのため、今年は肥満解消元年と位置づけ、新生活改善県民運動を全県的に展開していくことを提案したいと思っております。今年4月からはメタボリックシンドロームに着目をして、保険者に特定健診・特定保健指導の実施が義務付けられております。会員の先生方の積極的な関与を期待したいと思います。

長年の懸案事項でありました県医師会館建設につきましては、会員の先生方のご理解ご協力を得まして、去る12月12日に建築許可が下り、来週から本格的な工事が着工されることになっております。本年12月に予定しております、沖縄県医師会定例総会・医学会総会は新し



「1月1日の歌」斉唱



乾杯



仲井眞知事を囲んで

い会館で行う予定ですので、その折りには改めてご案内を申し上げたいと思います。

最後になりますが、医療をめぐる情勢は今以て混沌としており、今後も厳しい時代が続くと予測されます。しかしながら我々に科せられた崇高な使命である、県民に対する良質な医療提供が全うできるよう会員の先生方、関係各位により一層のご協力をお願いし、併せて平成20年がご参会の皆様にとりまして明るく、希望に満ちた一年になりますよう心より祈念申し上げて私の挨拶といたします。ありがとうございます。」

続いて、来賓を代表して仲井眞弘多知事が祝辞を述べられた。

仲井眞知事挨拶



「あけましておめでとうございます。宮城会長には私の後援会長として日頃から大変お世話になっています。私もおかげさまで県知事に当選して1年数ヶ月が経ちつつあります。昨年6月には脳梗塞で3週間病院に入り治療を受け職務に復帰いたしました。このような時に後援会長がお医者さんであるということは大変心強く、毎回アドバイスをいただきながら、現在、職務を遂行し

ているところであります。また、医療参与ということで、玉城信光副会長にも県において医療関係のご指導を賜っているところであります。

沖縄県医師会には平素から沖縄県の保健・医療・福祉の向上にご尽力をいただき、深く感謝申し上げます。沖縄県の保健医療は、沖縄県医師会をはじめ国や多くの関係団体のご理解とご協力を得て、医療基盤の整備を図り、医療従事者等の確保に努めてきたことから、保健医療水準は向上しております。一方、急速な高齢社会の進行や疾病構造の変化に伴い、県民の保健医療に対する要求も多様化しており、県民一人ひとりの立場に立ったきめ細やかな保健、医療の提供が求められております。また、全国的に医師不足の問題がある中で、とりわけ多くの離島を抱える沖縄県において、医師確保の問題は喫緊の課題であります。沖縄県としましては諸施策を展開し、離島・へき地の医師の確保等に取り組んでいるところであります。今後とも沖縄県医師会をはじめとする関係機関・団体の皆様とともに緊密な連携を図りながら総合的な保健医療体制の確立に取り組んで参りたいと考えておりますので、沖縄県医師会並びに会員の皆様にはなお一層のご支援、ご協力をお願い申し上げます。結びに、社団法人沖縄県医師会のますますのご発展とお集まりの皆様のご健勝とご活躍を祈念しまして、新年のごあいさつとします。」

引き続き宮城会長、新垣代議員会議長他7名の来賓による鏡開きが賑々しく行われ、来賓



ポール石垣カルテットプラス古堅まゆみ



ご来賓の方々



会員並びにご家族の方々

を代表して岩政輝男琉球大学長が下記のとおり挨拶された後、乾杯の音頭をとられた。

岩政琉球大学学長乾杯挨拶



「新年おめでとうございます。平成20年の新年を皆様はどういうふうにお迎えになられましたでしょうか。私は若い人たちとお酒を飲みまして、相変

わらず毎年同じことをやっております。昭和20年は終戦で大変な年でした。平成20年はどんな年になるのか非常に気になるところでございます。元旦の毎日新聞、朝日新聞を見ると一面に大きく地球温暖化の記事が載っております。どうも我々人間が沢山産生し排出しているCO₂の影響が非常に強いということが書かれておりました。人類がいろんな産業活動で排出しているCO₂が70億トンに昇るそうです。地球が処理できる量が30億トンで大変な量がオーバーしており温暖化は防ぎようが無く、後戻りできるポイントは既に過ぎたのではないかということが言われております。このようなことが

経済活動によって起こっているのです、その結果でしょうか、非常に格差が広がっております。医師会長のお話にもありましたようにいろんな不合理がおこっております。地方は非常に苦しい時代になっております。日本国内を見てもそうですが世界的なことを考えますとアフリカ等の低開発国では重篤な熱帯病の治療薬を国が買う能力がないということが起こっております。そういう時代ですので、医師会の先生方、医療関係の方々の努力・尽力、また地域のリーダーとしてのいろいろなご助言をオピニオンリーダーとしてご活躍していただく場が益々広がっていると思います。」

その後、「ポール石垣カルテットプラス古堅まゆみ」によるジャズの調べの中、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、21名おられたが、1等賞（液晶テレビ）は山本達人先生、2等賞（自転車）は宮城信雄会長、3等賞（オープンレンジ）は三谷俊英NHK沖縄放送局副局長であった。

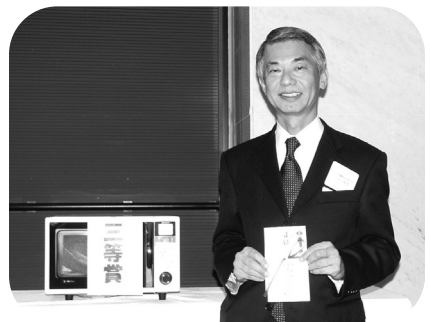
最後に小渡副会長より2008年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があり、閉会となった。



山本達人先生に代って1等を受け取られた秀子夫人



2等を当てた本会宮城信雄会長



3等を当てた三谷俊英NHK沖縄放送局副局長

在宅療養支援診療所に関する講演会



理事 今山 裕康

日 時：平成19年11月14日（水）19時半
場 所：カルチャーリゾート フェストーネ



長崎市医師会理事・
長崎在宅Dr. ネット代表
藤井卓氏



在宅医療推進の一環として平成18年度の診療報酬改定に伴い「在宅療養支援診療所」が新設されました。現在、在宅療養支援診療所届出は全国で約10,000件、診療所の10%程度です。一方、沖縄県においては46医療機関（7%程度）と進んでいません。これは診療所の数（対人口比）が全国平均の約半分と少ないことに加え、在宅療養支援診療所の施設基準など制度があまり認知されていないことが原因と考えられます。そこで、在宅療養支援診療所の届出が全国一である長崎市（18.7%）において、在宅医療に早くから取り組み、独自の在宅Dr. ネットを創設された長崎市医師会理事である藤井卓先生をお招きし、在宅療養支援診療所の普

及を目的とした講演をお願いしました。

今回その講演内容を私がまとめ掲載することになりました。

「在宅を支える医療ネットワーク～長崎在宅Dr. ネット～」

I. 在宅医療の現状

死亡場所をみると、昭和26年頃は90%以上が自宅でしたが、徐々に病院の割合が増加し、昭和50～55年を境に自宅と病院が逆転して近年、80%以上が病院で死亡します。一方、厚生労働省が発表した20歳以上を対象とした「終末期医療に関する調査等検討会報告書」によると、6割以上が終末期の療養先として自宅を望んでおり、

現状と患者さんの希望が乖離していることが示されています。そこで、自宅で療養すること即ち在宅医療が進まない要因を患者さん・家族の立場、病院の立場、開業医の立場から考えてみました。

まず、患者さん・家族の立場から考えると、第1に在宅で何が出来るか分からないということがあげられます。さらに制度面から考えると医療保険で出来ること、介護保険で出来ることの区別が非常に難解になっています。第2に訪問診療・訪問看護等を誰に頼めばよいのか、誰が引き受けてくれるのかといったことを相談したいが、在宅医療の相談窓口が分からないということがあります。

また、各方面とも情報不足であり、トータルの制度を理解し全てのことをひとつの窓口で解決できる仕組みになっていません。第3に患者家族の在宅を受け入れる環境が不十分で、患者家族の人的肉体的負担、精神的負担、経済的負担といったことを含めての介護力・住宅事情等の問題があります。

次に病院の立場からみると、在宅医療で何処までのことが出来るか分からないことがあげられます。基本的に手術などを除けば、病院医療のほとんどが在宅で可能ですが、どこのレベルまでかとなると、診療所のレベルに依存しているのが現実です。さらに連携・情報不足により、在宅を引き受ける医療機関が分からないことが多く、また退院に向けた共同指導、合同カンファランスなどの退院支援は行われていません。

最後に開業医の立場からみますと、外来併用型診療所において日常診療を行いながら重症の在宅患者を数多く単独で診るのは、心身共に大きな負担です。現状のままでは在宅医療を希望する患者さんを実際受け入れ、訪問診療を実施する診療所は少ないと思われます。在宅医療を日常診療の一部として無理なく行うためには、開業医が大きな負担を感じることなく、訪問診療を実施可能なシステム作りが必要不可欠です。

以上のように、それぞれの立場から在宅医療が進まない事情が存在しています。

そこで、今後の在宅医療の動向について考え

てみると、第1に、平成4年に訪問看護が導入され、平成18年に在宅療養支援診療所が創設される等、医療保険における診療報酬ならびに介護保険による介護報酬上で在宅医療がますます重要視されていくと考えられます。第2に平成12年に始まった介護保険は当初の見込みをはるかに超える利用があり、今後ますます利用者が増えていくことが予想されます。第3に先に示した厚生労働省の調査結果から在宅医療・在宅死の希望が60%を超えています。現在は20%以下の在宅死がインフラの整備や在宅医療の普及により増加してくることは明らかです。第4に厚生労働省の医療費適正化計画の中で、療養病床削減と平均在院日数の短縮政策により病院での長期入院が困難な状況となっています。

従って、在宅医療のニーズと在宅への移行は今後ますます増大していくと考えられます。最終的には、在宅医療が最善とは限りませんが、医療を受ける方にとって選択肢の一つとなりうる工夫が必要です。

II. 在宅療養支援診療所について

ここでは、平成18年4月の診療報酬改定で登場した在宅療養支援診療所について解説いたします。この制度を上手く利用することに少しでも参考になれば幸いです。

まず、在宅療養支援診療所の主な算定要件をまとめました。

- ・ 24時間連絡可能な医師又は看護師の配置
- ・ 24時間往診可能な体制確保
- ・ 24時間訪問看護の提供が可能な体制確保
- ・ 緊急入院の受け入れ体制の確保
- ・ 他の保健医療・福祉サービスとの連携

外来併用型の診療所はもちろん、在宅医療に特化した診療所でさえ単独の診療所が前述の算定要件を充たし、在宅療養支援診療所の体制をとることは困難と考えられます。

一方で、診療報酬改定では在宅医療推進のために在宅療養支援診療所に関連する診療報酬は重点配分されています。それは次のとおりです。
○在宅療養支援診療所がそれ以外の保険医療機

関より高い評価となるもの

- ①連携退院時共同指導料
- ②緊急往診加算
- ③在宅ターミナルケア加算
- ④在宅時医学総合管理料

○在宅療養支援診療所以外では算定できないもの

- ①在宅末期総合診療料
- ②施設入所者の終末期における訪問診療

在宅医療推進のために診療報酬上でも在宅療養支援診療所は優遇されていますが、その施設要件が厳しいために普及していません。

現在、在宅療養支援診療所の届出は少数で、多くの診療所が届出を行っていません。その主な理由は日医総研の調査によると以下のようなものとなっています。

- ・ 24時間往診が可能な体制を確保できない
- ・ 24時間連携を受ける医師又は看護師を配置できない
- ・ 24時間訪問看護の提供が可能な体制を整備できない

やはり、24時間の体制がネックになっていることがわかります。

さらに他の施設との連携が困難な理由（日医総研）としては

- ・ 訪問看護ステーションの担当者をよく知らないで頼みにくい
- ・ 医療機関の担当医をよく知らないで頼みにくい
- ・ ケアマネージャーをよく知らないで頼みにくい

等で、いわゆる圧倒的な情報不足とコミュニケーション不足が存在することが明らかです。

このような中で長崎市医師会として会員の診療所が在宅療養支援診療所として登録するためにとった対応は2つあります。まず病診連携に関連して、長崎市医師会の病診連携委員会にて討議し、医師会長名で中核病院に対し支援病院（届出連携医療機関）としての対応を依頼する文章を送付したことです。結果として支援病院として登録することを承諾したそうです。次に、訪問看護ステーションとの連携に関し、訪

問看護ステーション連絡協議会と協同で連携に係る覚書の内容を検討したことです。さらに24時間対応の訪問看護ステーションとの間で連携に関して覚書を取り交わすことで連携推進を会員に通知を行ったそうです。

Ⅲ. 長崎在宅 Dr. ネットについて

1) はじめに

長崎在宅 Dr. ネットは在宅医療に関心のある有志の医師が集まり、医師が対応できないという理由で自宅に帰りたい患者さんが帰れないことがないようにするには、どのようにすればよいかということからこのシステムを考えました。

その一方で、在宅医療に特化して頑張るのではなく、普通に診療所で外来診療を行っている医師が、無理なく在宅医療を出来るようなシステムを目指しています。特定の人が、献身的に24時間燃え尽きるまで頑張るのではなく、在宅医療で重症の方でも普通の診療所の医師が少し頑張れば継続でき、また多くの医師が参加できることを目指しています。

2) 長崎在宅 Dr. ネットの考え方

1. 「在宅医療を希望する方が、医師が対応できないという理由で自宅に帰れないことがないようにする」
 …… 24時間365日の対応
2. 「自宅で療養できるだけでなく、入院中に受けたのと同様の医療を在宅でも受けられることを目指す」
 …… 研修会・勉強会の実践
3. 「医療・介護・福祉等と連携し、最適な在宅医療を提供する」
 …… 在宅ネットワークの構築

1に関しては、少なくともこれくらいの意気込みがある仲間を集めたいと考えています。

3) 在宅療養を希望する患者さんを、多く受け入れるためには？

グループ診療のシステムを作ることで解決できると考えました。（在宅医療に特化した診療所ではなく、外来併用型診療所として対応する為に）具体的には在宅医療を単独で行うのではな

く、有志の医師が集まり、診診連携（つまり主治医・副主治医制）・病診連携を通じてのグループ診療を行う。

結果として病院・患者さんにとっては在宅医療の受け皿となり、開業医にとっては相互協力により個々の医師の負担を軽減することが可能と考えました。

大事なことは患者さん側にとって常に安心して訪問診療を依頼できるシステムを構築することを目指しました。（24時間365日対応の実践）・・・結果的には平成18年度より始まった在宅療養支援診療所としての対応できるシステムを平成15年より構築し実践していることになっています。

4) Dr.ネットの発足と参加医師

1. 主に長崎市内で在宅医療に熱心な医師（13名）を集め「長崎在宅Dr. ネット」を発足。・・・平成15年3月
2. 参加医師（連携医）の条件
 - ① 24時間365日対応可能（対応する意欲があること）
 - ② 電子メールでの連携可能であること

Dr.ネットのメンバー構成を以下のように規定しました。

- ①連携医：訪問診療に関わる（原則として複数の主治医・副主治医制）
- ②協力医：専門性を持ち必要に応じて往診を行う（眼科、皮膚科、精神科など）
- ③病院医師：病診連携に関わり、専門的な相談に応じる。

5) 在宅療養支援診療所の届け出状況

長崎在宅Dr.ネット81%（全国平均約10%、長崎市約18%）

6) Dr.ネットの在宅への受け入れの実際

1. 患者さんの紹介から主治医の決定（図1）：2日以内を目標
 - ① Dr.ネット事務局又はDr.ネット会員へ患者さんの紹介
 - ② Dr.ネットのメール上で主治医を公募
 - ③ コーディネーターが中心となって主治医・副主治医を決定

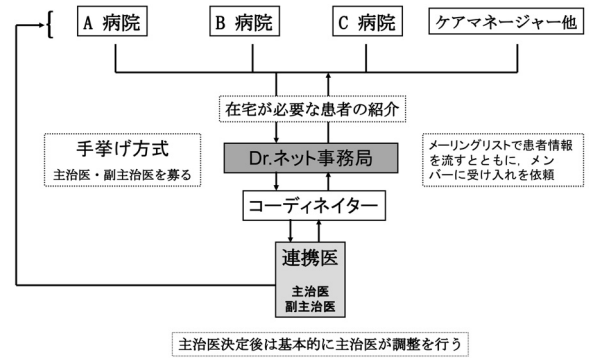


図1. 主治医決定から在宅まで

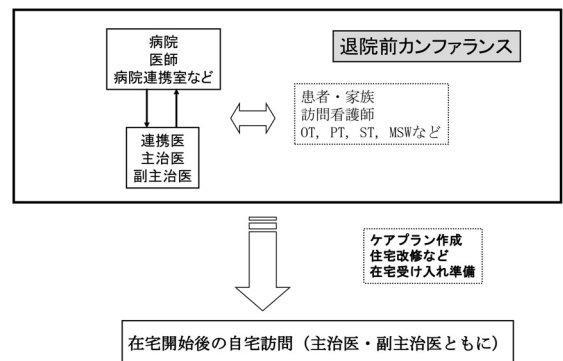


図2 退院前カンファランス

（コーディネーター：登録された医師の中から選ばれる）

2. 主治医の決定から在宅まで

- ①退院前カンファランス（退院1週間前までを目標）
＝最も大きなハードル（図2）
（参加者）患者・家族、在宅主治医・副主治医、病院主治医、ケアマネージャー、訪問看護師、PT、OT、MSW など
- ②ケアプランの作成、自宅の受け入れ態勢の整備
- ③在宅開始時、主治医・副主治医で自宅訪問（関係者すべての緊急連絡先のリスト作成）

<参考>

- 主治医：定期的に訪問診療
- 副主治医：必要に応じた往診と主治医不在時のバックアップ
- 協力医：ネット上他での相談に応じ、必要時には往診
- 病院医師：診療上の相談に応じ、再入院等へ

の対応

7) 長崎 Dr. ネットの実績

- Dr. ネットの在宅への受け入れは約4年間で124例
(平成19年2月末現在) ・ ・ 平成19年10月末現在では160例
- 115例中36例(32%)が生存、79例(68%)が死亡
- 死亡例79例中26例(37%)が在宅死
- 在宅死での平均在宅日数58日
 - * 在宅への受け皿として十分に機能している。
 - * Dr. ネットシステムの広がり
長崎県下でも複数の Dr. ネット開設(大村市、諫早市)し、稼働中。

長崎在宅 Dr. ネットは長崎においては、市内全体(45万人都市)の在宅を支えるシステムとして順調に機能しています。しかしながら、このシステムがどの地域でもうまく機能するとは言えません。

在宅のネットワーク構築を考えると、どの広さの地域を支えるか、又、その地域の特異性(医療、介護、福祉を巡る環境や土地柄など)はどのようなものを考慮して、その地域に適切なネットワークの構築が必要と考えます。

全国的には在宅医療を支えるための様々な試み、ネットワークが作られています。長崎在宅 Dr. ネットが一つのモデルとして他地域でのネットワーク作りに少しでもお役に立てればよいと考えます。

8) 病診連携、在宅医療のネットワークを円滑に行うのに大切なこと

① 仲間作り

在宅に熱心な活動が出来る医師(少人数でも)の集まりから始める。

他職種と同等で信頼できる連携・仲間作り長崎在宅ケア研究会、介護認定審査会を通じた仲間作りが大きな働きとなった。

お互いにメリットのある顔の見える連携が必要。

② 信頼される連携

信頼される対応の出来る事務局。依頼に対する速やかな対応が必要。

③ 認知のための努力

病院(大学病院他)や介護支援専門員の連絡協議会等に対する広報。

④ 地域にあったネットワーク作り

地域の規模、大学病院・基幹病院、診療所等の状況に応じたネットワーク。

9) 設立後の検討課題

1. 会員の広げ方

- ・ 当初在宅に熱心な開業医に声をかけて入会を勧誘、現在は会員の推薦にて入会。平成18年4月より増加傾向。

2. 医師会との関係

- ・ 医師会と独立した組織、又は医師会の下部組織とするか?
- ・ 現在は医師会の部会(在宅医療)としての活動。

3. 持続的な会の運営について

- ・ 運営経費(会費のみで運営可能か?)について
- ・ 事務量の軽減・分散化・・・事務局のみに負担が多くなる方法を考える。会費の値上げ。

4. NPO 法人化(現在申請中)

- ・ 持続的な運営を続けるための方法。

以上、当日配布された資料を基に、講演内容をまとめました。

在宅医療の推進は今後ますます推し進められるとともに、患者さんのニーズが多様化する中で在宅医療のニーズも今後増えてくると思います。我々もそのニーズに対応できるように準備しておく必要があると思われます。この講演でも強調されていたように、在宅医療をスムーズに無理なくやっていくための keyword は「連携」であります。病診連携、診診連携はもちろん他職種との連携が重要と考えられます。この講演を機会に在宅療養支援診療所が増えることを願っております。