

第185回沖縄県医師会臨時代議員会

—宮城信雄会長2選、新執行部誕生—



去る2月21日（木）午後8時からパシフィックホテル沖縄において標記代議員会が開催され、役員等の選出が行われ、宮城信雄会長の再選及び、全役員が選出された。

まず、新垣代議員会議長より定足数の確認が行われ、定数53名に対し34名の代議員が出席され、定款第34条に定める過半数に達しており、本会代議員会が成立した旨宣せられた。

続いて、宮城会長より「平成18年に稲富前会長の後を受け、この2年間「地域に根ざした活力ある医師会」を目指し、会務運営に取り組んできた。長年続く厳しい社会・経済情勢のあおりを受け医療を取り巻く環境も困難な状況の中、代議員各位並びに会員諸兄のご協力により大過なく務めを果たすことができたことに感謝する。長年の懸案事項であった会館建設につい

ては本年11月中旬に竣工予定である」旨挨拶があった。

その後、議長より議事録署名人として野原俊一代議員、白井和美代議員が指名され、早速選挙に入った。選挙は本会役員・裁定委員、日医代議員・同予備代議員いずれも定数内の候補者で、投票によらず選出された。

また、顧問委嘱の件について議事が行われ、引き続き、伊豆見元俊先生、宜保好彦先生、花城清喬先生、比嘉国郎先生、桑江朝彦先生、稲富洋明先生に委嘱することが承認された。

なお、選出された本会役員・裁定委員、日医代議員・同予備代議員は別紙のとおり。

当選に際し、宮城新会長より下記のとおり挨拶があった。

宮城会長決意表明

次期執行部に選出していただきありがとうございます。
 ございます。

私は一期目に「地域に根ざした活力ある医師会」を掲げました。これはどういうことかと言いますと、医師は地域の中で日常診療の他に、学校保健、予防接種等多くの活動を行っており、医師個人としては患者さんから信頼をされていますが、残念ながら医師会となると非常に批判が強いということがあり、本当に一人ひとりがやっていることが認められるような医師会づくりを目指しました。また、もう一つは地区医師会では様々な活動をしておりますが、その地区医師会が元気でなければ県医師会の活動もあり得ないということから、地区医師会と県医師会が連携を保ちながら沖縄の医療を良くしていくことを目指しております。

沖縄県の医療事情は非常に様々な問題を抱えております。医療提供体制もそうですし、医療行政に対してもより良い提言が出来るような医師会にしていきたいと考えております。幸い、皆さんのおかげをもちまして、沖縄県医師会の玉城副会長が政策参与として沖縄県に配属され、直接医療行政に提案できる立場にあります。医療行政を変えていくためには具体的な提案をしていくことが必須条件であり、提言を具現化するための委員会を作り、そこで玉城参与と相談をしながら県行政に対して提言をしていきたいと考えております。医療というのは一つの組織、あるいは一つの団体、ひとつの病院で出来るものではありません。医師全員が力を合わせていかなければ医療は成り立ちません。そういう意味でも、開業医、勤務医を問わずに全員が心をつなげて医療に携わっていただける医師会づくりをやっていきたいと考えております。

今医療界では、医師が不足しているのか、或いは偏在しているのかという問題がありますが、はっきり申し上げて不足している状況にあります。ただ、不足しているのは病院の勤務医です。毎年7千～8千人の医師が誕生しておりますが、リタイヤする医師が3千～4千人おり

沖縄県医師会新役員等名簿

自：平成20年4月1日
 至：平成22年3月31日

役職名	氏名	
会長	宮城 信雄	再
副会長	玉城 信光	〃
〃	小渡 敬	〃
理事	真栄田 篤彦	〃
〃	安里 哲好	〃
〃	大山 朝賢	〃
〃	金城 忠雄	〃
〃	當 銘 正彦	新
〃	宮里 善次	〃
〃	須加原 一博	〃
〃	幸地 賢治	再
〃	野原 薫	〃
〃	稲田 隆司	〃
〃	玉井 修	〃
〃	平安 明	新
監事	名嘉 恒守	〃
〃	稲福 豊	再
裁定委員	仲村 佳久	再
〃	喜屋武 郁夫	〃
〃	長嶺 安哉	新
〃	仲地 紀正	再
〃	大田 守弥	〃
〃	澤口 昭一	新
〃	仲本 晴男	再

日本医師会代議員・同予備代議員名簿

自：平成20年4月1日
 至：平成22年3月31日

役職名	氏名	
日医代議員	宮城 信雄	再
〃	玉城 信光	〃
〃	小渡 敬	〃
〃	真栄田 篤彦	新
予備代議員	安里 哲好	再
〃	大山 朝賢	〃
〃	幸地 賢治	新
〃	宮里 善次	〃

ます。開業する医師も同じぐらいの数です。ということは、医師が増えても実際は開業医に回っていることになり、病院の医師はそれほど増えていない状況にあります。データの的には増えていますが、新臨床研修医制度が出来て、2年間は病院に勤めるようになったことから、数値としては病院の勤務医が増えているように見えますが実質的な戦力としては不足している状況です。

医療が高度化する中、インフォームド・コンセント等、医師がやる仕事が増えているにも関わらず医師不足の状態であり、今医療の現場、特に救急の現場では救急医が不在となるなどの問題が起こっております。そのような問題についてもひとつひとつ解決していかなければなりません。

これらの問題の一番大きな原因は低医療費政策にあります。医療費を増やさない限りはこのような問題は中々解決しないということで、診療報酬の削減に対しては医師会としてもハッキリ「NO」と言わざるを得ないと思っております。本体部分は僅か0.38%増ですが総体としては0.82%のマイナス改定になっております。そういう意味では、医療費のマイナス改定の流れは全く変わっていません。それをどこかで国の政策転換をさせない限りは、医療現場は混乱をたまたまつづくこととなります。そういう意味でも先生方と共に地域医療を崩壊させないための政策を国に迫っていきたいと考えております。

今後2年間色々な問題があるかと思いますが、是非ともご協力をお願いいたします。

ありがとうございました。



第2回地区医師会長会議



常任理事 真栄田 篤彦



去る1月29日（火）、ロワジュールホテル那覇において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、宮城信雄会長から下記のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会長 宮城 信雄

県医師会は「地域に根ざした活力ある医師会」を目指して運営をおこなっているが、各地区医師会が元気でなければ県医師会の活躍は望めないことから、各地区における諸問題、あるいは県に対する提言がないかどうか意見交換を行い、県医師会の方向性を決めると共に、地区医師会との連携強化を図るべくこの会議の定期開催を提案している。

中央では診療報酬改定により本体部分が0.38%アップとなったが、全体としては0.82%のマイナス改定となっている。全体としてプラスになれば現在中医協で行われているような論議は

無くして済んだかと思うが、実際は0.82%のマイナス改定のため色々問題が生じている。

特に議論になっているのは、診療所の再診料をどうするのかということだが、恐らく診療所の再診料を下げる方向にいくのではないと思う。これは今週中に決まるということだが、その他のことも含めて診療報酬がマイナスになる傾向が続いているという流れを止められない点に大きな原因があると思う。

医師不足、医師偏在、勤務医の労働過重といった問題が取りざたされているが、この問題をどうするか、あるいは沖縄の医療についても県医師会、県福祉保健部と定期的に連携をとりながら相談しているし、県の各種委員会に対しても県医師会は色んな提案・提言をしている。

昨年の暮れに全国の平均寿命が発表されたが、私達は数々のデータから女性の一位確保は先ず無理であろうという予測をしていたが、かろうじて一位の座を保つことが出来た。しかし次の発表では恐らくそれも滑り落ちるであろう

と思っている。

男性は平均寿命が1歳延び、順位も1ランク上がっているが、全国の平均寿命に及ばない状況にあり、完全に長寿復活という道筋は見えていない。そういうことから県医師会として県民公開講座の開催、新聞等における啓発活動を行っている。

本日の地区医師会長会議は本会から、会館建設に関する件、産業医契約の件、特定健診の件について提案している。特に会館に関しては、昨年6月の代議員会において承認を得て作業を進めてきたが色んな事情があり、当初のスケジュールより遅れている。本日、その状況説明を行い、改めて今後のスケジュールを確認したいと考えている。また、4月から実施される特定健診・特定保健指導に対しても広域連合、保険者と折衝を重ねているのでその経過について説明をさせていただく。

また、北部地区医師会から救急ヘリの件について提案をされている。

それぞれ直近の課題に関する事項となっており、先ほど申し上げたとおり、活発な論議を行い今後の私達の活動の指針としたいと思っている。

議 事

1. 会館建設に関する件

(1) 会館建設工事の進捗状況と今後の作業スケジュールの件

栗国設計士から報告を行った。昨年9月から着工を予定していたが、開発許可と建築確認がおりず着工が遅れた。

開発許可は①敷地内の雨水排水の抑制と②車の乗り入れ口の位置の調整の2点が大きな問題であった。特に雨水排水抑制については、国道、県道、南風原町の3ヶ所との調整が必要で時間がかかった。また、タイミング悪く去る7月の集中豪雨で牧志一帯が冠水し県が雨水対策に慎重になった。そのため医師会に対して、敷地内で雨水浸透を図るよう指示があり、それがコストアップになっている。9月11日に開発許可がおりた。

建築確認は、6月の建築基準法改正により構

造計算適合性判定審査を受けなければならなくなり、建築構造物の耐震強度の検査チェックが厳しく、許可がおりたのが12月12日で予定を大幅に遅れ、構造計算書作成料も従来より増額になった。

12月21日に工事関係者全員で着工会議を開催し、12月26日現場で建物の位置を確認した。1月10日にパイル打ち工事を開始しようとしたら赤土防止対策の問題が出てきた。やっと保健所の了解を得て、沈殿池を設置してからパイル打ち工事をすることになり、1月28日に工事を再開した。工事は遅れたが、敷地が広いのでトラックの搬入が容易であること、職人の動員が十分できるということから、工事の短縮は可能であると思う。完成日程は10月末を予定している。今後は工程会議を持ち監理をしっかり行い納得いく建物を造りたい。

以上の説明の後、工事が遅れたことと10月完成に向けたスケジュールについて了解された。

次に、②「会館建設委員会を設置する件」と③「会館建設工事費不足額への対応の件」は一括上程され、真栄田常任理事から説明を行った。

(2) 「会館建設委員会を設置する件」

これまで会館の規模、内容等について「会館建設検討委員会」で検討を進めてきたが、工事に入るといろいろ検討する事が出てくる。また、会館運営規則の作成、会館落成記念式典の持ち方等についても検討していくことが必要になってくる。これらのことを検討していくため「会館建設委員会」を設置したい。現在の「会館建設検討委員会」の名称を変更し、そのメンバーで構成するという事で進めてよろしいか。

また、今後は頻繁に相談することがでてくるのが考えられるので、その中で更に小委員会を組織するか、或いは本会三役と担当理事に一任していただくのかも協議していきたいと思う。

(3) 「会館建設工事費不足額への対応の件」

工事が遅れたことなどにより、現在までに工

事費が当初予算より2千5百万円余増額になっている。会館建設が遅れた理由は先に栗国設計士が報告したとおりである。

開発許可の見通しが立たなかった状況から、本会では建築業者との工事契約は、土地の開発許可の見通しが立ってから締結することにしてきた。

しかし、建築業者の高橋土建から5月の入札決定から本契約をする9月25日までに時間がかかり、その間北京オリンピックの建設ラッシュ等の影響を受け、僅か2～3ヶ月で日本でも建築資材等の価格相場が高騰しているとのことで、9月10日に建築工事費2,000万円の増額要求があった。

9月18日開催の本会理事会において、県内の実勢価格の高騰をも確認し、栗国設計士の意見を参考に、要望額の75%の値上げを認めることにした。その結果1,574万5千円の増額となった。

(建築費増額 1,574万5千円〈3億6,740万円→3億8,314万5千円〉)

また、雨水排水処理のため敷地内に浸透性のアスファルトを敷くことになったので、その工事費が500万円の増額になる見込みである。

更に、耐震構造計算書作成料が320万円の増額となった。その他にも当初予定していなかった土地登録免許税や構造計算適合性判定手数料などの業務手数料が発生し諸費用が121万円余の増額になっている。

以上の合計で現在までに建設工事費が当初の資金計画より2,515万5千円の増額になっている。完成までに支払う資金が不足する状況になっている。

不足額については、長期的に見れば会員から徴収している負担金で支払いすることは可能であるが、会館が完成する11月には全額払わなければならないので、その対応について本会理事会で検討した結果を受け、会長会議に提案することになったのでご協議いただきたい。

対応策としては

① 共済会特別会計からの借入金を増額する。

(借入予定額 1億5千万円→1億8千万円

※3千万円或いは増額分)

② 会館建設に関して会員各位へ寄附金を募る。

但し、今回の資金の不足分への対応ということではなく、会館建設への寄附金とする。募金方法並びに寄付いただいた会員の公表等取り扱いの細部については、会館建設委員会で検討してもらう予定にしている。(尚、不足額を賄えない場合は、共済会特別会計の借入金を増額する)

以上の説明の後、意見交換が行われ次のとおり決定した。

議題②の「会館建設委員会を設置する件」については、会館建設検討委員会の名称を変更し、メンバーは同じで委員会を進めていくということで了解された。但し、4月以降は人事があるので、人選は各地区へ任せることになった。

議題③の「会館建設工事費不足額への対応の件」については1) 共済会からの借入金増額については了承された。2) 寄附を募ることについては、委員会で検討し再度提案することになった。

2. 産業医契約の件

産業保健担当の金城理事から、みだし契約の件について、資料に基づき次のとおり説明が行われた。

現在、産業医の選任については、各地区医師会を通じて照会を行っているところであるが、契約条件が一定していない為、厳しい条件で契約を結ばされる等の意見が本会理事会で出された為、本会議において産業医の契約条件等について取り上げ、情報交換を行うことになった。

沖縄県の産業医月額報酬基準料金は「産業医月額報酬基準」のとおり、管理人数500人以内の場合、基本額20,000円+(200円×管理人数)で示されている。

また、「契約書」にもあるように産業医が事業主と契約をされる際に、医師会も立ち会うことにしている。なお、参考までに、「産業医報酬基準料金について」、九州各県の状況を提示

させていただいた。福岡県の基本給4万円の他は、各県とも基本給2万円となっており、ほぼ同様な内容である。又、福岡県は、産業医契約は地元医師会と産業医、事業所の三者契約にしており、金額等も地元医師会に一任している。

産業医の養成は医師会が行っており、その意味では資格を取られた後、事業主と契約を結ぶところまで考慮する必要があるが、最近、事業主と個人契約をして、報酬、労働条件等厳しい条件で契約を結ばされるケースが散見される。

企業より、産業医の選任依頼があれば、各地区において、産業医を斡旋することになっているが、報酬・労働条件等の契約は産業医個人だけでなく、医師会が仲立ちし、条件を調整するなど調整力を持ってほしいと考える。

については、各地区の状況について、7地区にアンケート調査を行った。(調査内容:①事業所からの選任依頼人数・事業所への紹介人数②産業医登録医数・活動数③産業医不足④契約の際の医師会立ち会い⑤産業医報酬基準の実施⑥医師会の仲立ち・調整力について)

その結果、北部、中部、浦添市、那覇市、南部の5地区医師会は調整力を求めていることが確認できたので、今後とも契約の際には指導力を持って対応をしていただきたいと思います。

説明の後、各地区から意見があり、中部と南部より意見のあった学校産業医の報酬見直し及び学校産業医の選任について検討した結果、本会から沖縄県教育委員会の委員長宛要請文を出すこととなった。各地区の意見は次のとおり。

●浦添市医師会 山内会長 かなり大きな企業は以前から決まっておき、産業医が変わる時、前任者の条件を引き継ぐという形になっている。浦添は中小企業が多いが企業サイドは、産業医に関する認識が非常に薄いと感じる。まずは条件云々の前に、産業医を何とか置いて貰いたいということを前提にしておき、産業医についての話ができれば応じるようにということに

している。条件については、あまり詰めてなかった。今回、このような形で示されているので、医師会としても今後、産業医が事業主と契約をされる際には、仲立ちをして報酬・労働条件等調整していきたいと考えている。

●南部地区医師会 永山会長 学校産業医の報酬は月額5,500円で、一般の事業所産業医と比べて低い状況にある。この状況について、5年前に南部地区医師会から、県立学校の産業医報酬見直しを県医師会宛要請したが、その後返事がない。又、九州の県立学校産業医報酬についても資料があればいただきたい。

○県医師会 安里常任理事 先ずは、産業医選任率について述べると選任率は毎年向上している。

労働安全衛生法第13条の定めにより労働者50人以上の事業所は、産業医を選任する義務があり、選任しなかった場合は罰金もある。年に2回沖縄労働局などに出席いただく委員会で指導もお願いしている。学校医に関しては、学校医は継続していれば産業医を兼務することができる。ただし、二重に報酬を取ってはいけないとしている。

○県医師会 真栄田常任理事 平成10年～13年に学校医の担当理事をしていた頃、厚生労働省から、産業医設置に関する労働安全衛生法の改正通知があった。私は、学校医そのものが産業医ではないかということで、厚生省と文部省に整合性をとるよう要望した記憶がある。学校医の報酬については、九州各県、東京、東北等が高いという情報を持ってきて、県の教育長に資料を提出した記憶がある。九州の各種協議会でも取り上げ、報酬は高く設定するようお話しした。結果としては非常に低い数値がでていた。又、学校医が産業医をそのまま継承するというのも問題になり、過去に亘って学校医を継続している先生方は、産業医として認めるということも話し合った。学校医で産業医をしたくない

い場合どうするかという時には、教育委員会では、別の産業医を置くということであった。

●中部地区医師会 金城会長 10年ほど前産業医に関する法律が改正された際、これまで学校医をしている先生が産業医を兼ねるよう進める通達が日本医師会よりあった。現在はそれが、会員にとって負担になっている場合がある。学校の校長先生は、黙っても医師会が産業医を配置するものだという受け止め方をしているところがある。学校医も産業医も依頼主から指定された時間だと負担になる。従って、学校医と産業医とは分けた方が良いと考える。産業医については、事業主が依頼して配置するものだというのを自覚させる必要がある。産業医は県又は学校自体が医師会に依頼をして、配置をお願いするという形にしていきたいと考えている。

○県医師会 金城理事 先ほど、南部地区医師会よりお話があった「県立学校の産業医報酬見直し」についての県医師会への要請については、県医師会長からも沖縄県教育委員会委員長宛、平成15年2月5日付けで要請文書は出されている。また、沖縄県教育委員会産業医設置要項の産業医選任要件によると、「当該学校医として3年以上の経験を有する者」とし、「県立学校において産業医は、原則として学校医から選任して委嘱する」としている。

○県医師会 宮城会長 南部地区より提案の「県立学校の産業医報酬見直し」の件は、本会から沖縄県へ要請しているが、残念ながら報酬の改定は行われなかったようである。地区への報告はなかったことについては、今後改めたい。

又、学校医と産業医は兼務するようには、日本医師会から要望があり、本会も要望したことである。ただし、その当時学校医をしていた方は産業医を兼務できるが、新たに学校医として選任された時には、産業医の資格がなければ、産業医になれないことになっている。

●中部地区医師会 金城会長 中部地区医師会では、70名が産業医登録をしている。県立学校の産業医報酬は安い、要求は強い場合があり、職場のメンタルなことなど前向きに取り組む先生方を紹介したいと考えている。その意味で、必ずしも学校医と産業医を同じ先生がやるべきだということは、日医の文書は過去のこととして、今後はそのことにとらわれず、県医師会が当たってほしいと考えている。

○県医師会 宮城会長 各地区の状況をお伺いしたが、その当時は医師会としても学校医と産業医は同一にしてほしいという要望のもとで、このような情報ができている。現時点ではそれが合わなくなっており、学校医として、産業医の資格をもってない方も増えてきた。そういう意味で、学校医とは別に産業医を選任する時にそれだけの熱意をもった先生が選任されるはずであるから、報酬については考え直さなければいけない。学校医と兼務をしている状況の中で5,500円ということもよかったかもしれないが、新たに産業医として選任される時には5,500円で担当する人はいない。いま新たに交渉する時期に来ているのではないかと考える。

医師会がきちっと関与していかないと、学校医の報酬の問題については、なかなか動かないと思う。以前、南部地区が提案したようなことをもう一度、県に要請したい。

3. 特定健診説明の件

資料に基づき、これまでの経緯並びに今後のスケジュールについて説明を行った。

○経緯説明：

昨年7月より、地区医師会役員との検討会を4回開催。県医務国保課・県健康増進課・県国保連合会にも参加していただき、説明していただいた。また、地区医師会の意向を受けて県医師会では、国保連合会と健診単価を中心に数回調整を行った。結果、個別健診6,050円、集団検診5,000円で双方了解した。最終価格について、各地区医師会に文書で意向を確認させてい

ただき、同単価で了承する旨の回答をいただいたところである。

○今後の主なスケジュール：

- ①八重山（1/28）・宮古（1/29）・浦添看護学校（2/6）で説明会を開催
- ②健診実施を希望する医療機関はHPを作成して支払基金に申請
- ③各地区医師会にて実施機関を取りまとめ
- ④沖縄県医師会が取りまとめ
- ⑤沖縄県国保連合会との集合契約を締結する。

<質疑応答>

●**公務員医師会** 県立病院付属の離島診療所も参加させていただけるのか。

○**県医師会** 県で纏めていただければよい。離島も、集団健診だけでは難しい。検診率をアップさせなければならなので、県医師会の会員であってもなくても、付属診療所も健診に参加していただきたい。

昨日の保険者協議会では、離島は総合保健協会にお願いできないかということであった。ただし、移動する費用の予算がないとこのことで、結論が出ず再検討していくことになった。まだはっきりしていない。

●**中部地区** 2月6日の県医の説明会については、混雑するのではないかと考えていた。地区医師会に持ち帰って会員に向けて説明会を開くということで会員に呼びかけてもよいか。

○**県医師会** 地区でもお願いしたい。ホームページについては、県医師会で対応できる。

料金については、ご納得いただきたい。

周知徹底していただきたいのは、途中参加ができないことになっているので、迷っている医療機関に対しては、今の時点で集合契約に参加しないといけないということを指導していただきたい。

検診料金は、九州の中で一番低くなっている、佐賀以下にはならないようにと交渉してきたが、残念ながらこの料金になっているのでご了解いただきたい。

●**南部地区** 県が2月5日に中央保健所で行う説明会に参加が必要か。

○**県医師会** 県が中央保健所で行う説明会は、介護療養病床の削減についても説明もあるので、その先生方は参加していただきたい。

4. 北部地区医師会が運行する MESH（メッシュ）救急ヘリコプターの運航継続の件

名嘉真北部地区医師会長より資料に基づき説明があった。

<提案内容>

北部2次医療圏は本島の約50%の面積を有し、医療過疎地が散在し、伊平屋、伊是名、伊江島などの離島を抱えている。国頭地区では、救急者搬送に2時間を要する地域もあり、平均でも約60分の搬送時間となっている。

いくら受け入れる医療施設が充実しても、搬送に時間がかかるとは救命の目的が達せられない。どうしても北部地区の救急医療にはヘリコプターによる搬送が不可欠である。

一方、昨年6月16日より開始したこの救急ヘリ事業では、現在まで開始から約6ヶ月間で120件以上の出動実績があり、ヘリ搬送の需要があると考えている。

現在、北部地区医師会が運航費を全額自主負担しているが、この救急ヘリが未来永劫やんばるの空を飛び続ける為には、どうしても外部援助が必要となる。

平成20年度には沖縄県の医療用ヘリ（ドクター・ヘリ）の配備の為の予算措置が図られる、明るい可能性もあるため、この機会に北部の声を県政に届け、地域が求める医療を提供したいと思っている。出動内容・症例・転院搬送件数・地域別症例数・要請から治療開始時間・飛行地域と飛行時間は、資料のとおりである。

なお、現在、署名活動をしており、北部に知り合いの方がおられたら是非署名にご協力いただくとお願いしたい。

<県医師会回答>

北部地区医師会の要望は十分理解している。県のドクター・ヘリ導入に関しての協議は正式にはまだ行われていない。県医師会がどのように参加

していくかもまだ決定していない。今後、運営等を含めた協議会が発足すると思うので、その際には、北部地区医師会の要望は伝えていきたい。

なお、去る1月26日（土）開催された九州医師会連合会第2回各種協議会—地域医療対策協議会—にて、「九州各県のドクター・ヘリの現状と国・県よりの補助」について、協議がなされたので参考にさせていただきたい。福岡県が1億6千5百万、長崎県が1億4千7百万となっている。沖縄でもこのくらいの予算が動くのではないかと考えている。

また、1月9日に開催された沖縄県救急医療協議会において、ドクター・ヘリの国の基準が高度救命救急センターとなっているが、高度を外すよう要望している。現在、保健医療計画のパブリックコメントを募集しているので、是非ご意見を出していただきたい。

<質疑応答>

○**県医師会** おそらく来年度ドクター・ヘリの予算がおりるようである。1億6千万円をどこにどう持っていかまだ話していない。皆さんの要望は、県に伝えているが、一つの予算を2カ所の病院に割れるのかどうか、救命救急センターのようなものになるのか決まっていない。また、次年度は、県立病院のあり方について、再編・民間への委託等について話し合いが行われることになっており、どの病院が該当するのか未定である。

●**北部地区** 北部地区にも救命救急センターの指定をお願いしますと県に依頼したが、断られた。国の基準ということではなく、地域の実情に合わせて指定をお願いしたい。

○**県医師会** 北部地域は、県立北部病院と北部地区医師会病院の二つしかない。地域のトータルとして、地域性を考えてやっていかないといけない。北部の要望は、福祉保健部も承知している。

●**中部地区** 北部地区の救急整備をすることは大変重要である。そうでないと、中部医療圏に影響がある。県立中部病院のNICUが北部からの患者でいっぱいになって、中部の開業の施

設に患者を送らないでという話もあった。中部医療圏の医療が安定するためにも、北部地区の救急医療の安定が必要である。北部地区医師会が一生懸命やっておられるので、中部地区としても支援したいし、県医師会でもバックアップしていただくようお願いしたい。

○**県医師会** 北部からの要請は県福祉保健部もわかっている。北部の趣旨は県医師会としても伝えていきたい。

福祉保健部との連絡会では、救命救急センターの指定は難しいとの回答をいただいたが、近未来的にドクターヘリを利用するシステムが普通になると思う。その中で全国に先駆けて、現在2つの動いているドクターヘリを継続させていくという考え方で、北部地区医師会がやられているのを、県医師会としても支援していくのが大切である。指定条件は救急救命センター等ぐらいにさせていただいて、現実動いているものを発展させられるようにしていければと考えている。

現在実施している署名活動はとても重要。継続して、署名活動でアピールしていったらよいと思われる。県医師会としても協力していきたい。

●**北部地区** 県の保健医療計画に入れられないか。

●**琉大医会** 県の災害に対する体制作りが必要。大学病院の果たす役割が重要になってくると思う。救急部でも災害等に関して協力していきたいと考えている。琉大もNICUのレベルが高いので、協力して役割を果たして生きたい。

○**県医師会** 浦添総合病院も含め、運用でやっていければいいと考えている。

救急協議会には、大学から救急部教授も出席されており、保健医療計画の中にも大学病院の役割を明記すべきと話されている。

●**南部地区** ドクター・ヘリの継続のために、地区医師会長会議からの要請として出した方がよいのではないかと。

○**県医師会** まだ予算も決まっていないので、タイミングをみて県医師会で要請を出していくことにする。

第3回全国メディカルコントロール 協議会連絡会議



常任理事 安里 哲好

第3回全国メディカルコントロール（MC）協議会が平成20年1月25日、静岡市グランドシップで開かれ（短期間に3回目の開催）、主催は総務省消防庁、共催は厚生労働省と日本医師会であった。小林國男会長は問題点を共有し、問題点を理解するために会を持っており、圏域を越えたMC体制を構築してもらいたいと述べていた。石井正三日医常任理事は各地域の救急医療の脆弱化と対応の低下が社会的に重要な問題となっている。また、市町村合併や消防・救急隊の再編成が起りつつある中で、MC協議会の活動に地域差が大きい。そのような状況を考慮し、救急医学会、診療現場や救急救命隊（消防本部）が協力してMC協議会を充実させることが大切であると述べていた。挨拶の後、2つのテーマについての協議があった。

協議事項Ⅰ)『MC協議会の地域をまたがる場合のMC体制について』

1)「京都市におけるMC体制について」

新井聰氏（京都市消防局安全救急部救急課）より次のような報告があった。①救急救命士に対する指示体制の一元化で円滑に運営され、除細動等の業務プロトコールについても府内統一のものとなっている（MC協議会は県に1つ、2次医療圏に6つ）。②事後検証体制は年6回開催し、全ての心肺停止事案を対象とし、救急隊員に対して効果的にフィードバックしている。③再教育体制：ア）現任救急救命士に対する病院実習 イ）救急救命士の再教育体制の検討 ウ）救急業務指導医師による研修 エ）京都府プレホスピタル救急医療検討会。

2)「地域MC協議会間のMC体制について」

松本尚氏（日本医科大学千葉北総病院救急救命センター）より次のような講演があった。地域MC協議会間で生じる問題 ①プロトコールの適用 ②検証のフィードバック ③資機材の管理 ④ドクターヘリ/DMATの要請 ⑤傷病者搬送を上げていた。

協議事項Ⅱ)『MC協議会等の法的役割について』

1)「医療のあり方と病院前救護の役割」

郡山一明氏（救急救命九州研究所教授）より次のような講演があった。①医療のあり方と法体制：救急救命士の担う2つの役割は現場での*致命的な低酸素回避、*適切な搬送先選定と*搬送途中における症状の著しい悪化防止で、その役割を実施するために許可された「業」が救急救命処置で、「業」を担保する法が救急救命士法で、協議の場がMC協議会である。②病院前救護「高度化推進」の傾向：現場での処置拡大として、CPCR、除細動、気道確保、静脈路確保、アドレナリン投与そして、搬送先の選定・迅速な搬送・車内での生命危険回避。③今後のMC体制構築：MCは救急救命士の活動等について医師が指示、指導・助言及び検証することにより病院前救護の質を保証することであり、そして、それを充実させる（*事後検証*指示体制*フィードバックのプロトコール*救急救命士再教育）ためにMC体制がある。

2)「MC協議会等の法的位置付けについて」

松本寛氏（茨城県消防防災課消防担当）の報告。現在のMC協議会は法的責任の主体になりえる存在でないし、各地域MC協議会は各消防本部の諮問委員会的な位置付けと捕えるのが実情

に即している（橋本雄太郎杏林大学教授の論文より）。MC協議会の理想像として、病院前救護の充実・強化はもちろんのこと、広く地域の医療を統括できるような組織にしたいと述べていた。

MCとは、MC協議会の法的位置付けやあり方、救急救命士の担うべき役割と言う、基本に帰った検討がなされた。また、地域MC体制の整備状況やレベルの差について、そして、県域を越えた連携（マスコミで取り上げられた、大阪府、奈良県、兵庫県、埼玉県や東京都で起こっている搬送受入れの問題を解決するために）をどのようにスムーズに行うかが話し合われた。多くの課題が山積しているが、その中でも「産科救急搬送受入体制確保」と「災害時における消防と医療の連携」が大きなテーマのようだ。振り返って、沖縄県における一番の問題は指示・管理の一元化かと思う。消防本部再編成（統合）を検討中とも聞いており、その際、救急救命士に対する円滑な指示体制と救急病院の空床状況を把握する全県下のコントロールタワーが構築できればと希望している。一方、県庁所在地より遠い2次診療圏（離島も含め）でも、救急医療に熱心な医師が居れば、救急救命士との勉強会や連携、そして事後検証等が充実しレベルアップになり、公的場所での発表・発言も多くなる印象を感じており、医師・医療従事者と救急救命士との密なる連携を充実させ、県民のために良質かつ適切な医療を提供したいものだ。

第3回全国メディカルコントロール協議会連絡会プログラム

- 1 挨拶
 - (1) 主催者挨拶（消防庁救急企画室長）
 - (2) 共済者挨拶（厚生労働省指導課長、日本医師会）
- 2 開会

全国メディカルコントロール協議会連絡会・
小林國男会長 挨拶
- 3 メディカルコントロール協議会の地域をまたがる場合のメディカルコントロール体制について

座長 横田 順一郎（市立堺病院）

 - (1) 京都市におけるメディカルコントロール体制について
新井 聡（京都市消防局安全救急部救急課）
 - (2) 地域メディカルコントロール協議会間のメディカルコントロール体制について
松本 尚（日本医科大学千葉北総病院
救命救急センター）
- 4 メディカルコントロール協議会等の法的役割について

座長 坂本 哲也
（帝京大学医学部救命救急センター）

 - (1) 医療のあり方と病院前救護の役割
郡山 一明（救急救命九州研修所）
 - (2) メディカルコントロール協議会等の法的な位置づけについて
松本 寛（茨城県生活環境部消防防災課）
- 5 その他

厚生労働省からの報告
消防庁からの報告

耳が遠い —高齢者の難聴—

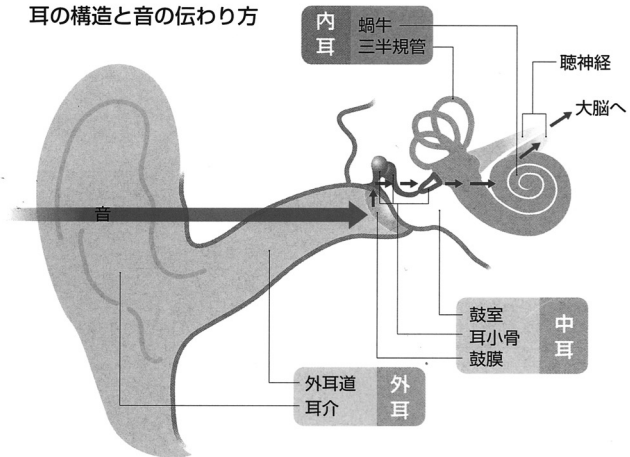
企画：
日本医師会

指導：東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科耳鼻咽喉科学 教授 喜多村 健

耳が遠いとは

「耳が遠い」すなわち難聴の原因はさまざまです。音は、耳の穴に入ると、鼓膜を振動させ、この振動が中耳にある耳小骨を経由し、内耳の蝸牛に伝わり、さらに大脳^{かきゅう}の聴覚野に到達し、音として聞こえます。この経路のいずれに障害があっても難聴となりますが、とりわけ内耳の蝸牛の障害による難聴が多く、高齢者の難聴もそれに該当します。

耳の構造と音の伝わり方

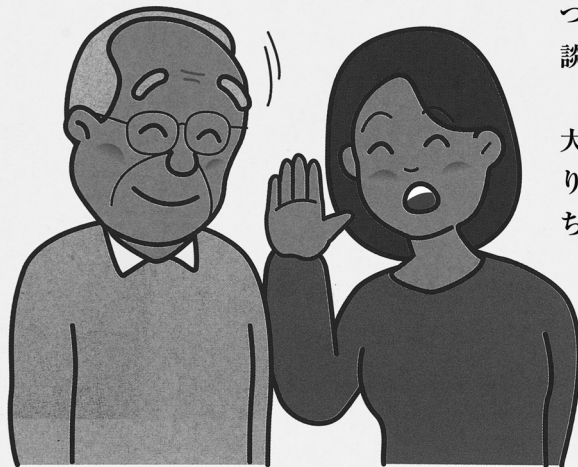


高齢者の難聴とハンディキャップ

2005年のわが国の人口構成では、65歳以上の高齢者人口は、全年齢中、約20%を占め2500万人です。そして65歳以上の40%である約1000万人の方が、老化による難聴のコミュニケーション障害を持っています。難聴があると、人との会話が不自由になり、大きなハンディキャップが生じ、生活の質が低下します。

どんな予防・治療がありますか？ また周囲の対応は？

老化による難聴については、有効な予防法は見つかっていません。主な治療法は補聴器をつけることです。その際は、ぜひ医師にご相談ください。



難聴のある人と会話をするときには、声を大きく、ゆっくり話して、できるだけ聞き取りやすいようにしましょう。ちょうど、私たちが外国の言葉を聞くときに、ゆっくり話してもらおうと理解しやすくなるのと同じです。高齢者の難聴は、誰にでも起こり得ます。難聴はハンディキャップであると考えて、イライラしないで会話することが大切です。

平成19年度九州医師会連合会 第2回各種協議会

去る1月26日（土）、ホテルニュー長崎において開催された標記協議会（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）について、以下のとおり報告する。

1. 医療保険対策協議会

常任理事 真栄田 篤彦



開 会

長崎県医師会 高村副会長より開会の挨拶が述べられた。

挨 拶

日医 鈴木常任理事より挨拶が述べられた。

協 議

1. 診療報酬改定並びに後期高齢者医療制度の診療報酬体系に関する情報について (福岡県)

協議は行わず、日医鈴木常任理事より概ね以

下とおりコメントが述べられた。

<日医 鈴木常任理事>

診療報酬改定の経過についてお話する。20年度の診療報酬改定幅は先生方のお力添えにより医科本体0.42%プラスとなったが、しかしながら全体トータルで見ると0.82%のマイナス改定となった。財源的な問題で微増となり大変申し訳ないと思っているが、マイナス改定の時よりも切込みが少なくなったと思う。ここに至るまでには2,200億円のシーリングが非常に大きな足かせになったのは事実である。結果的に

は健保組合より750億円の負担を頂いて、なんとか充足することができ、プラス改定の財源が出てきたわけである。この2,200億円の穴埋めには薬価の引き下げや、いろいろとご批判のある後発薬品の使用促進というようなものを見込んでおり、ここに入れ込まなければ、今回の診療報酬改定は出来なかったということが顕然たる事実である。改定率についても財務省と厚労省の間で様々な数字の駆け引きが行われ、0.42%のプラス改定は、実は後発薬品使用分の1割を増やした数字を乗せた結果であることをよくご理解いただきたい。後発品については、あえて粗悪品を使うことは全く無く、使用する場合には安全な銘柄を指定することを重要視して行っていただきたい。処方箋の様式変更について面倒になったとお叱りも受けるが、これまでの経緯を踏まえてご理解をいただきたい。なお日医が行った後発品に関するアンケートでは「後発品の促進があってはならない」との状況を立証できるような調査結果が得られなかったこともあり、政治的な背景も踏まえ、やむなくこのような結果になった。

また、これ以上の財源が出なかった理由としては、後期高齢者医療制度の低所得者に対する保険料の免除等が1,300億円必要であったことと、肝炎対策にも財源が必要となり、厚労省は金があるけど出さないという訳ではなく、お金が全く無い状況であり、今回の診療報酬についてもやむない状況であった。

前回の改定の際に中医協改革が行われ、今回2回目の改定となるわけだが、今回と前回との違いは、内閣府から改定率が示され方向性が決められたわけではなく、中医協の協議で改定の方向付けを行ったことである。協議の中では支払者側も引き下げの意見を主張せず、中医協会長の意向に沿って引き下げを行わないとの報告書を厚労省に提出し、プラス改定の方向付けが決っている。また今回は与党が改定率を決めるという従来の方法に戻したことも異なる点である。11月から改定について協議を始め、12月3日の社会保障審議会の医療部会において基本方針が決ま

り、それに基づき「診療報酬の骨子」が纏められ、去る23日の中医協に提示された。昨日25日には前橋市で公聴会が開催され、この骨子の方向付けを行っている。今回の改定は勤務医対策が重要課題として提示されているので、0.42%のプラス分は診療所には配分されない。その上、勤務医の待遇を改善する為には病院の経営を改善する必要があることから、診療所から病院へ点数配分が移される予定である。これは否定出来ない事実である。今朝の日経の朝刊にも昨日の公聴会の記事が掲載されているが、総会の中で中医協会長から厚労省へ勤務医対策に必要な額を提示して欲しいと依頼を行っている。その必要額に応じて診療所の再診療について判断する考えである。総会のなかでは、日医は①再診療の病診格差の是正、②外来管理加算の時間制限導入、③デジタル映像処理加算の廃止について絶対反対の意見を出しているが、この件について来週には決断を迫られる状況である。

なお骨子については各県の担当理事に送付し、先生方のご意見についてはパブリックコメントで提出いただいているものと考えている。これまでお話したことが診療報酬が決定された経緯と、来週には決められる平成20年度改定の今後の予定である。

2. 「診療所の初・再診料引下げ」案について（宮崎県）

3. 外来医療の診療報酬について（熊本県）

上記の2題については関連している為、一括協議を行った。

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○福岡県

診療報酬は基本診療料と特掲診療料の部分に分かれるが、基本診療料については医師の技術料であり、これを引き下げることは断固反対する。

○佐賀県

診療所は有床・無床でハッキリしているが、

病院は大中小様々であり、それに対し点数配分するのはおかしいのではないか。

○大分県

病院と診療所が対立する構図となっているが、病院は病院、診療所は診療所それぞれの役割・目的を持って機能分担している。日医には目先の小さな点数について協議するのではなく、病院・診療所それぞれの制度について議論、提案していただきたい。

<日医 鈴木常任理事>

もともと病院は入院基本料、診療所は外来管理料ということで、それぞれの機能分担により病院と診療所に点数の枠が振り分けられてきた経緯がある。この経緯を無視して病診の統一化を支払者側は盛んに言っている。しかしながら各診療科のバランスであるとか様々なことを考慮すると、再診料の病診の統一化についてはたくさん矛盾点が出てくる。まず再診料は1点下げただけで120億強の影響が出る。5点下げることになれば500数十億になる。なおかつ引き下げにより、各診療科の受診日数に比例すると思われるが、整形外科、耳鼻咽喉科、皮膚科という順序で影響が出てくる。この各科バランスをどのようにとるのか非常に苦慮するところである。現在、日医では再診療の引き下げについて反対の意見を出しているが、将来的にはこの辺をよく見極めた議論をあらためて行わなければならないと考えさせられた。また私は知らなかったが、病診の初・再診の統一化については前々回の中医協の時から、支払者側の大きな意見として持っていると思われる。平成18年の改定では病診ともに初診料を統一し、270点となったようである。

また外来医療の診療報酬についてだが、夕方18時～22時、早朝6時～8時の診療について加算をつけることより勤務医の負担が緩和されることを見込んだ勤務医対策の一環としての提案である。これまで協議が行われてきたが、先週18日の会議において中医協会長から、「やってみなければ分からないのであればやってみて、勤務

医対策の一環となれば良い」との判断から、実施することに決まった。新加算点数は50点程度と思われるが、ただし、実施する医療機関は手上げ方式にして欲しいと条件を出している。加算を取るか取らないかは選択できるようになるので、各先生方においてご判断をいただきたい。本来、勤務医対策というものは診療報酬だけで解決することは不可能である。病院の環境整備については公立病院であれば総務省管轄、大学病院であれば文部省管轄であるから、それぞれで対策をとっていただく必要があり、開業医から診療報酬を引き剥がして勤務医対策を行うことは出来ることではないと強く意見はしているが、いずれも内情には触れない姿勢をとっており全く議論にならない状況である。この辺のところにも政治の介入が必要ではないかと考える。

4. 診療報酬上の医療安全対策の評価について (要望) (大分県)

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○熊本県

医療機関に対する義務とされているが、これは国民に対するインフラストラクチャーであり、これを診療報酬で解決しようとするのはおかしいのではないか。医療安全対策は医療の環境整備であり、医療法に基づくものとしてしっかりと整備することが必要ではないか。

○福岡県

医療安全対策は国民の願いであり、これをしっかりと実施するには予算をつけるべきである。日医にはもっと強く意見を述べていただきたい。

○佐賀県

医療は人件費や作業時間等、原価計算がされていない分野である。人間が少なく劣悪な環境の中で医療安全対策を行うことは言語道断である。

○沖縄県

インフルエンザ対策として、各県でそれぞれ対策を練られていると思うが、実際に現場で働く医師や看護師等の安全性についてもしっかりと

考えていかなければならない。国はその辺りの手当てについても考えていただきたい。

<日医 鈴木常任理事>

今現在、病院に支払われている安全対策管理加算は専従者に対して支払われることになっているが、昨年の4月から有床診療所についても安全対策が義務付けられている。

先程のお話にもあったように、管理義務に対する原資がどこからもでていない状況であることから、この辺に関してはもう少し分かり易い対価を主張すべきだろうと考えている。

5. 高齢者医療の自己負担に定額制は考えられないか。(大分県)

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○熊本県

在宅医療が言われているが、在宅時医学総合管理料などは高額であり、とても患者からは取れない。在宅医療の面から見ても定額制が良いと思う。またガン治療についても高額となる為、定額制は有効ではないか。

○宮崎県

どの県においても自己負担について、ある一定の限度額は必要であるとの考えは一致していると思う。しかし今後、これが診療報酬の総枠制に及ぶことに危惧を感じていると思う。

<日医 鈴木常任理事>

事業主が保険料の負担を低く抑えたいために、個人に対する負担率が3割になっていると考える。これ自体はとても健康保険と呼べる代物ではない。社会保険制度について、どのようなものが必要で、何が国民に資するものになるのか真剣に議論してハッキリさせるべきである。しかしながら国民の自己負担率が問題化されている一方、未収金の話のように最初から踏み倒すつもりで受診する人もいるようである。これでは負担率が2割だろうが3割だろうが関係ない。

3歳以下の小児の人口は、前年と比べ1%減っており、延べ受診率も減っている。高齢者については逆に人口が3%増えているにもかかわらず、延べ受診率は減っている。この結果は受診者数の減少を示しているが、推察として、自己負担率が大きな要因となっていると思われる。このような結果は今後おそらく定率制・定額制等、いろいろなものの議論をする入り口としてあるのではないかとの印象を受けた。

6. 後期高齢者医療制度に対するかかりつけ医・主治医の役割について (大分県)

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○大分県

主治医になるためには4日間の研修が必要となっているが、日医にはこの制度については是非反対していただきたい。

○福岡県

研修についてはこれまでの経験や実績があるので必要ないのではないか。在宅支援診療所のような複雑で厳しいものにならないようにしていただきたい。

○鹿児島県

一人の患者さんに対し15分の診察が必要として時間が決められてしまうと一日の患者さんを診る人数が限られてしまう。それでは診療所は成り立たない。このような制度に対しては強く反対するべき。反対することで廃止となる政策もある。

○長崎県

薬歴管理、地方の評価、ADL評価、カンファレンスを行い、書類を作成すると診療報酬算定できるという仕組みはどうだろうか。病院の医師が困っているのは作成する資料の多さであり、診療所についても同様の結果になりえる。

<日医 鈴木常任理事>

厚労省から当時示された高齢者医療における外来の主治医の役割からは大幅に変えさせたつ

もりである。まず問題提起のあった4日間の研修であるが、医師会から研修終了証を発行し、それが保険の請求条件となるということは過去無かったことである。高齢者を見る医師は、生涯学習の中で必要な単位を自分で努力して積極的に取得することが大切であり、必要なことと考える。高齢者の生活をよく熟知した医者が患者さんの生活を支えることになるので、この4日間の研修の義務化については今回外した。またカンファレンスの問題であるが、診療所や開業医の先生方は在宅等で往診に行った先でカンファレンスを行うことは容易ではない。病院であれば多職種のスタッフがあり、そこでのカンファレンスというのは容易である。4日間の研修やカンファレンスというのは本来高齢者を治療している病院に必要な事項であり、診療所の先生にこれを義務化することは現状にそぐわないことと申し上げ、厚労省にも理解いただいた。

包括についてもオプションとなった。包括を選択すれば当然患者さんの治療計画を立てなければならないが、包括を選ばない場合でも、特定疾患管理料の月2回分と治療計画作成と足し合わせて包括と同じぐらいの価格となるようにしたいと考えている。包括と出来高、どちらを行うかは先生方がご自由に選択していただきたいと思う。この件については追って通知することになると思うので、今は先生方のところで留めていただきたい。また、高齢者担当医という名称については、「総合」が名称から外れればどれでもよいと思っている。これはいわゆる総合医であるとか、総合科の入り口にならないことだけを考え交渉した。生活習慣病の管理料について、60～74歳までは管理をして、後期高齢医療制度の75歳になったとたん管理をしないというのはおかしなことである。先生方には生活習慣病の延長線で診ていただき、患者が高齢になるにつれ認知症やいろいろな疾病が付加されていくと思うが、ずっと診ていただく形となる。いわゆる総合科や総合医は後期高齢者の外来主治医ではないので、つとめて総合科や主治医を排除するようにした結果、現在、高齢者担当医に落ち着いている。今後、名称が変わること

も考えられるが、より一般的な名前に変わっても「主治医」や「総合」等は全く考えていない。

7. 処方箋様式の再変更について（熊本県）

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○福岡県

医療材料として薬剤を取り扱うことについて、なにが信頼できる薬剤なのかMR（医薬情報担当者）等の情報だけでは分かりにくい。国がこれを進めれば、薬害肝炎と同じようなしっぺ返しがかかる。

○大分県

ジェネリックを使うと安く収まる。これが目的であると思われるが、実際はそんなには安くならない。安いものを使えば安全性の保障は出来ないからである。国民にはジェネリックの安全性についてもっと周知を図るべきではないか。

<日医 鈴木常任理事>

2年ごとに様式が変わることで紛らわしく、非常に使いづらいとの主張はしたが、先程の診療報酬改定の経緯でお話したとおり、厳しい背景の結果であり、厚労省の財務省対策が大きな理由であるので、先生方のご理解を頂きたい。

8. 未収金の問題について（沖縄県）

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○福岡県

保険者が責任を持つべきか、医療機関が責任を持つべきか、上の方で法的なものをハッキリ決めていただきたい。

○佐賀県

このような協議を行う際に患者さんが含まれていない。国民全体が正しく医療の状況を知ってもらう努力が必要である。国が関わらないのであれば、日医がやるべきではないか。

＜日医 鈴木常任理事＞

今回の診療報酬での勤務医対策については先ほどお話したが、この対策で病院の経営が改善されれば当然、勤務医の待遇も改善されることが一つの目的である。しかしこの未収金の問題は、今の病院経営の破壊の大きな要因になっている。病院経営の問題としては、消費税や官民格差のコスト的な問題もあると思う。その内の一つとして未収金の問題を位置付けて考えていたが、先程、最初から払う気が無い患者さんもいるとのお話も聞いたので、また別な角度で未収金問題を考えてみたい。

9. 個別指導の実施状況並びに指導体系について（鹿児島県）

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○熊本県

現在の個別指導は指導大綱に沿って行われている。10月に社会保険庁が解体されることから、現在、平均点数については各県ごとに出されているものを、この際九州平均として出し、個別指導の選定を行っていただきたい。

○佐賀県

事務的な誤りは指導でよいと思うが、診療内容については裁量権があるので、内容については言いたいことを言える場にしている。

＜日医 鈴木常任理事＞

個別指導については、社会保険庁の解体・再編により、各地方厚生局が行うことになる。九州には九州厚生局ができ、地方社会保険医療協議会が設置される。委員は診療側7名、支払側7名、公益6名、臨時委員の構成となる予定である。診療側委員の構成としては通常の場合、医科5名、歯科1名、薬剤1名の7名となる見込みで、九州8県のうち、3県から委員として入れない状況となる。選出委員についてはブロックでご協議いただき、2年交代とするような方法もご検討いただきたい。また各県には部会

が設置され、診療側3名、支払側3名、公益2名の委員構成となる。診療側3名のうち、医科は1名になると思われる。部会委員で、厚生局の委員で無い場合、発言を行う場合は臨時委員として出席し、発言することになる。この件については後日、事務連絡で通知する。

10. レセプト・オンライン化に向けた各県あるいは各地区医師会の取り組みについて（沖縄県）

11. レセプト・オンライン請求の義務化について（熊本県）

上記の2題については関連している為、一括協議を行った。

既に各県より回答されている意見のほかに追加として次のような意見があげられた。

○熊本県

レセプトオンライン請求義務化の段階的な普及策について、日医ではどのように考えているのか、逐次、情報提供いただきたい。

＜日医 鈴木常任理事＞

オンライン請求については義務化をせずに「手上げ方式でやるべきだ」ということが日医の主張である。「対応したい」「対応出来る」について、それぞれ先生方の医療施設でご判断いただきたい。高齢のためオンライン化に対応できない等、いろいろな事情があると思うが、そのような場合は年間のレセプト枚数1,200枚、月に換算すると100枚程度の先生方には義務化を阻止できるよう努力するつもりである。また、そのような先生方のご不自由が無いように代行請求が出来るようなシステムが必要とも考えている。4月1日から始まる特定健診についても同じようなデジタル化が行われるので、その実施状況を把握し対応する予定である。なお、代行請求については従来どおり支払基金、国保連合会で行えるよう調整中であり、基金からは必要であれば対応するとの回答を得ている状況である。オンライン化による矛盾点については、今後もよく検討したい。

12. 混合診療に対する考え方について

(沖縄県)

時間の都合上、協議はせず、日医 鈴木常任理事よりコメントが述べられた。

<日医 鈴木常任理事>

混合診療の解禁については日医は反対である。保険外診療は事前に安全性、有効性が認められていないので保険外扱いとなっている。これを保険診療と併用して行った場合、何らかの問題が発生することも考えられ、これは患者にとってデメリットであるばかりか、公的保険の信頼性が損なわれることになると考えている。もう一点は混合診療が解禁されると新しい技術が自己負担となるが、この技術が保険診療に適用しようとするインセンティブを阻害し、働きにくくなる。公的保険の範囲を縮小するおそれ

があるというところから反対である。いわゆる一部の金持ちの患者さんの利益の為に、多くの患者さんの不利益をもたらすことは絶対避けなければならない、日医としては反対を表明している。保険外の部分に関しては保険外併用療養費制度、これは選定療養並びに評価療養とあるが、これを活用していただき、安全性について公正で迅速な検証をして、保険適用すべきものは保険適用をすることが必要であると考えている。

なお、保険外併用療養費制度は現金制度であり、現物給付である国民皆保険制度を維持する為には急速に加速促進すべきではないと考えている。しかし高度先進医療の場合、その器具等については国内で認可を受けていなければ却下されていたが、その辺りの規制が緩められたため、この保険外併用療養費制度について多少、柔軟化されているとの話を聞いている。

印象記

常任理事 真栄田 篤彦



医療保険対策協議会に出席して

平成20年度の診療報酬改定の動向が非常に気になるが、鈴木日医常任理事からの報告では、これまで、毎回マイナス改定であったのが今回は医科本体0.42%プラスとのこと。しかし、全体で見ると0.82%マイナス改定ということで、財源的には依然として医療界では厳しい経営を強いられる状況である。内閣府の2,200億円のシーリングに関しても、昨今の医療崩壊の流れの中、舛添厚労大臣は制限すべきではないと発言しているが、実際にはどうなるか注目を要すると思われる。後期高齢者医療制度に対するかかりつけ医・主治医の役割に関して、日医は、「4日間の研修の義務化」については外すよう要請、カンファレンスの問題も現状にそぐわないとして否定した。包括に関してもオプションとして対応することになったとのこと。つまり、包括を選択すれば、患者の治療計画を立てなければならないが、包括を選択しなくても、特定疾患管理料の月2回分と治療計画作成と足し合わせて包括と同じくらいの価格になるよう要請している。高齢者担当医という名称については、「総合」が名称から外れればどれでも良いとのこと。「レセプトオンライン化」について日医では、月100枚程度のレセプトの場合には、義務化を阻止できるよう努力すると発言していたが、頑張ってもらいたいものである。沖縄県医師会から提案した「未収金」問題に関しても日医ニュース（平成20年2月20日）によると「診療所治療費未払い実態調査」を踏まえ、今後は厚生労働省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」で議論し、日医もこれに対応していくことになっている。

2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



協 議

1. 療養病床再編に伴う受け皿等の問題について（福岡県）

<提案要旨>

今後の療養病床再編に伴う受け皿や医療・介護難民の問題について、各県の対策及び日医の見解をお伺いしたい。

2. 療養病床の転換に関する事項について（沖縄県）

<提案要旨>

厚労省は、特別養護老人ホームの設置を医療法人に解禁する案を撤回する方針である。各県の状況等をお聞きしたい。

3. 療養病床を老健施設に転換するための大きな障害について（大分県）

<提案要旨>

療養病床を老健施設に転換させるための種々の支援策が厚労省から出されているが、全く現

場のことを考えていない緩和策であり、未だに転換を決めた医療機関は少ない。日医の見解と各県のご意見を伺いたい。

1、2、3は一括協議。

<各県回答>

療養病床の再編については、九州各県より、各県医師会が試算した目標数が国の参酌標準による目標数を大きく上回ることが報告され、各県ともに、医療・介護難民を発生させないためにも、地域の実情に応じた病床数が継続して確保できるよう、療養病床の削減数をいかに最小限にとどめるか県担当局と協議を重ねている状況であると回答された。

特別養護老人ホームを医療法人が設置できなくなったことについては、九州各県で行われた療養病床転換意向等アンケート調査結果によると、特別養護老人ホームを希望する施設は九州各県ともにわずかであったことから大きな混乱

はないであろうとの意見であったが、大分県より、「福祉関係団体の強い反対を受け医療法人による特別養護老人ホームの設置案は撤廃されたが、我々が介護療養病床の廃止を強力に反対しても全く効果がないのはどうしてか」と意見された。また、大分県より、医療法人が特別養護老人ホームを設置できるとした支援策は場当たりのであるとの意見され、反対に社会福祉法人が医療機関を無制限に開設させないためにも、医療は医療機関で、介護は特別養護老人ホームが主として提供するという基本姿勢を崩すべきではないとの見解が述べられた。

療養病床を老健施設に転換するための支援策の問題については、九州各県ともに、療養病床から老健施設に転換した際の一人あたりの床面積を6.4㎡から8㎡にしなければならないという点が大きな障害であると意見され、本県から「老健の面積基準を6.4㎡以上とする経過措置の延長について情報が錯綜している。延長の方向性を早く固めてほしい。」と述べ、大分県からも「夜勤要員が確保できない。看護職員確保のためにも早く夜勤配置を示すべき。」と意見が述べられ、各県より日医の厚労省に対する強い働きかけが求められた。

<日本医師会コメント>

天本日本医師会常任理事より、概ね以下のとおりコメントが述べられた。

療養病床再編に関しては、先ず医療区分1が診療報酬上どうなるか、エビデンスでは、医療区分1のADL区分3によっては、医療必要性、ケア時間ともに医療区分2、3と同程度の医療の必要性があるとのデータが出たが、その理屈が通らない現状となっている。今回の政策は、とにかく財源を削減するという大命題に基づいており、医療療養病床の機能の検証と介護施設の医療のあり方についての検証、という2点の結論が出されていないまま進んでいる。

転換型の老健については、平成21年の介護報酬改定で初めて示されるが、それを1年早めていただく方向で動いている。しかしこれについて

は、自民党で、今になって介護療養病床の廃止の廃止ということが議論され始めており、報酬改定を早める必要はないのではないかと議論されている。私はそこに出て行き、転換型老健が経営的に成り立つか、利用者への対応が実際に可能かどうかの絵姿を早めに出していただき、それがもし経営的に成り立たない、あるいは利用者にご迷惑がかかるということであれば、さらに報酬改定を望んでいくという姿勢で行きたいと考えている。今回、一つの大きな突破口として、介護保険施設の中に医療保険を導入する形としての転換型が今議論されている。転換型で医療保険を導入し、うまくいくようであれば次第に既存の老健においても医療保険を導入するということが、介護保険施設における医療のあり方をもう一度モニタリングしアクションプランを立てていく一つの第一歩として医療保険の導入が検討されている。そのための具体的な人員配置基準、夜間の看護師の配置等の報酬を至急出していただきたいということで、平成20年度の介護報酬改定で示していただくという方向で動いている。従って、平成20年度の診療報酬や転換型老健の絵姿ができることで、平成20年3月から5月頃には移行の動きがかなり出てくると考える。ただし、これは実際にやってみないと分からない状況である為、安易に転換ということではなく慎重に転換することが重要である。

また、もう一つ重要なことが第4期の参酌標準である。この点をきちっと視野に入れていただきたいと思う。これは都道府県毎に設定され、介護保険料にリンクするものである為、その計算をきちっと問題提議していただきたい。

もう一つ重要なことが受け皿の問題である。大都会では、特定施設、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸等が急速な勢いで整備され、東京では営利法人との競合が起きている。大都会で起こることは必ず各都道府県に移行していくと思う為、各県においても特定施設等が非常に増えていくことが想定される。そのような中で、我々の医療を提供するための連携も非常に重要になってくると考える。

特別養護老人ホームの問題については、全く賛成と全く反対の二つ通りの意見があった。反対の意見は、社会福祉法人が今度は逆に医療に参入することを誘導することになりかねないとの意見であり、賛成の意見は、転換の選択肢として特養も必要であるとの意見であった。特養については、今後、低所得者の特定施設という位置付けとして大きな議論になる。医療法人設置の撤廃については、最終的に老健協が強く反対したということで政府案として出さないことが決定した。議員立法という特殊な方法によって、あつという間に与党、野党、衆議院、参議院すべて反対なしで通過した。ほとんど我々が関知できないところで進んでしまった。先程、介護療養病床の廃止について同じような方法で撤廃できたはずではないかと意見が上げられたが、これは大きな違いがある。介護療養病床の廃止は内閣として決まっております、議員立法で覆すことはできない。ただし、それを遅らせることは不可能とは考えない。日医としても今後も強く反対していきたい。

4. 介護保険における介護施設のあり方について (熊本県)

<提案要旨>

介護保険の中で、介護施設はいかなる役割を担うのかが揺らいでいます。特に介護老人保健施設において2種類の介護施設を目指していますが大変問題です。

特に、地域ケア整備構想における体制のあり方について不透明な状態が続きますが、大変対応が難しくなっております。

日医の見解と各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、老健施設のダブルスタンダードの考え方は、老健施設の役割や機能が不明瞭であり違和感を覚えるとの回答であった。また、各県より、介護療養型医療施設が担ってきた役割を転換型老健で補えるのか、転換型老健ができることで、既存の老健において医療機能が低いと思われ

てしまわないか等の意見が上げられた。

<日本医師会コメント>

基本的には全く同じ考えである。箱によってきまるといのは全くおかしな話で、介護施設に入所している利用者の状態に応じて、医療と介護がどれだけ必要かを判断すべきと考える。しかしそういう形での転換型と既存老健における医療提供体制を考えると、平成21年あるいは24年という時間が必要になってしまう。そうすると転換するための事業計画や経営的な意思決定ができないということがあり、とりあえず最初は転換型から進めようという考えになっている。基本的には、日医は両方とも必要に応じて同じ医療が受けられるべきというスタンスで進もうと考えている。

5. 介護保険における介護サービスのあり方について (熊本県)

<提案要旨>

本来、介護保険は高齢者及び特別疾病の障害者の生活支援又は生活自立支援のための介護サービス体制を構築することになっていた。最近、在宅医療の推進の中で終末期の看取りの介護サービスの充実をうたっている。介護保険の中での看取り介護は可能でしょうか。日医の見解と各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、看取りについては医療的なケアが必要であり、医療で行うべきであるが、ケアマネジャー等の連携が不可欠であるとの回答であった。また、宮崎県より、在宅における看取り体制を整えるためには、在宅療養支援診療所からの往診や訪問看護、退院後までを含めたトータルケアを視野に入れたクリティカルパスへの報酬配慮が必要であるとの考えが示された。

<日本医師会コメント>

今度の診療報酬改定において、かかりつけ医とケアマネジャー等との連携やトータルアセス

メントの部分等が評価されるということを知り及んでいる。それだけで簡単に進むとは思えないが、終末期の介護には、医療、介護の両方が必要である。そういう制度設計になっていなければならないと考える。

6. 介護給付適正化について（福岡県）

<提案要旨>

介護給付適正化については、今年度中に各都道府県で「介護給付適正化計画」を策定し、平成20年度より適正化事業が実施されることとなっている。

本県では、現在、要介護認定の平準化の取組みの一環として、全認定審査会を対象とし、県に設置した要介護認定適正化委員会で作成した同一事例の模擬認定を行っており、今後は、討議された内容及び結果を比較検討することとなっている。

また、本県においては、地域により重・軽度変更率や分離判定にばらつきがあり、認定審査会委員を対象とした現任研修等を通じて、平準化に取り組んでいるところである。各県の現状や取組み及び日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

提案県の福岡県をはじめとした、熊本県、鹿児島県、宮崎県、大分県の計5県において、介護給付費の適正化委員会等が設置され、要介護認定の平準化に向けた取組みとして、認定審査会委員研修会の開催や審査基準のチェックテストが行われていると回答された。

7. 介護施設におけるスタッフの確保について（熊本県）

<提案要旨>

最近、介護施設で働く介護スタッフが急激に減少している実態に対して憂慮するものである。

各県の実態をご教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、介護事業所における職員確保が

困難な状況になっているとの回答であった。鹿児島県より、今後の超高齢社会に進む中、介護スタッフのニーズが高まるのは必須であり、今後、介護体制を維持できるだけの介護報酬の確保が必要と考えたと意見が上げられた。

<日本医師会コメント>

介護関係の学校の卒業者が就職する割合も減っている。卒業者を100とすると就職する人は7割位しかいない。また離職率も高く、平均的な年齢30歳位でずっと続ける人はほとんどいない。給与体系ということで、与党、野党ともに、いろいろなところで話題になっているが、財源の割合が大きいということと、どういう具体的な方法で当事者にお金が回っていくかという仕組みづくりの問題もある。また、東京と地方とで給与が倍違う等いろいろな問題を抱えている。これは全国的かつ非常に大きな社会問題であるため早く対応してほしいと主張している。これは21年度にずれ込みそうであり、どの程度対応していただけるのか問題である。

8. かかりつけ医とケアマネジャーとの連携促進について（福岡県）

<提案要旨>

介護保険施行当初よりかかりつけ医と介護支援専門員の連携が重要であることが指摘されていたが、現時点においても残念ながら緊密な連携が取れているとは言い難い状況である。平成20年4月より始まる、後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子にも、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有化を進める必要があると明記された。今後、県医師会としてかかりつけ医とケアマネジャーとの連携を促進する必要があると思われる。連携促進のための具体的取組みについて、各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、かかりつけ医とケアマネジャーとの連携は地域医療を推進するためにも必要不

可欠であるとの回答であった。福岡県、熊本県、宮崎県では、県医師会の中に介護支援専門員連絡協議会を設置し、協議会や研修会等の開催を行うことで、かかりつけ医と他職種の連携を深めているとのことであった。

9. 特定高齢者の把握状況について（佐賀県）

<提案要旨>

平成18年度より始まった介護予防事業の特定高齢者把握事業については、厚労省の当初見込みを大きく下回ったことから、19年4月から選定基準が見直されたところである。厚労省の全国調査によると佐賀県の特定高齢者の把握状況は表1のとおり、決定率が大幅に向上している。

また、第2回調査時点では、介護予防事業を実施している市町（全20市町）は、通所介護予防事業の実施が13市町、訪問型介護予防事業が4市町であった。

各県の状況をお伺いしたい。

10. 平成20年度からの特定高齢者選定についての医師会の関わりについて（宮崎県）

<提案要旨>

一般健康診査を経た後に基本チェックリストを用いた生活機能評価を行い、特定高齢者を一次選定していた平成19年度までの流れと違い、20年度からは一般健康診査の廃止により、地域包括支援センター等からの訪問や連絡によって直接基本チェックリストを用いた生活機能評価を行い、対象者を一次選定していくことになるようである。

いわば医療関係の専門職が関与せずに特定高齢者の候補者として一次選定された方に対し、その後の医療機関の関わり（問診、身体計測、理学的検査→総合判定）はどのようにあるべきか等について、来年度以降の事業説明や関与方法、契約等、行政側とどの程度の打ち合わせがなされているのか各県の状況をお聞かせいただきたい。

9、10は一括協議

<各県回答>

各県における特定高齢者の把握状況が報告された。本県では平成18年12月1日時点で、基本チェックリスト実施率22.9%（23.0%）、特定高齢者候補者率0.96%（1.18%）、特定高齢者決定率0.27%（0.44%）という状況である（※カッコ内は全国平均）。また本県における予防事業を実施している市町村は23市町村で、そのうち通所介護予防事業を実施している市町村が20市町村、訪問介護予防事業を実施している市町村が9市町村となっている。熊本県より、予防事業の取り組みについては各市町村によって積極的に取り組むところとそうでないところがあると報告があり、医師会としての働きかけの必要性が述べられた。

また、平成20年度以降の特定高齢者選定については、各県ともに特定健診と同時に生活機能評価を実施する方向が良いと考えるとの意見であったが、実際には各市町村間で取り組みに差異があり、県医師会としての具体的な取り組みを行っているところはなかった。

<日本医師会コメント>

特定健診の方は、75歳以上からは努力義務で担当は広域連合となる。特定高齢者の選定は必須で担当は市町村となる。医師会というよりも医師会員の先生方が診療の中で生活をみていただき、少しでも生活機能が落ちた場合に地域包括支援センターに連絡するというような役割が非常に重要になってくるという認識である。会員の先生方と広域連合と市町村が、健診と高齢者選定との連携をどう組んでいくのか、その辺りを医師会が重視していただきたい。

11. 「介護サービス情報の公表」制度について（鹿児島県）

<提案要旨>

「介護サービス情報の公表」制度は開始以来、調査機関の公平性、調査員の資質、料金の問題など、本協議会において幾度となく問題提

起され、協議を重ねられてきた。

去る、平成19年11月2日の厚労省老健局振興課の第二回全国介護サービス情報の公表制度担当者会議報告によると、各都道府県における本制度の事務手数料の収支状況は、情報公表事務が46都道府県のうち22都道府県で黒字、調査事務が30都道府県で黒字と、制度開始当初から高いといわれ続けて来た料金設定を如実に裏付けるようなものになっている。

また一方、介護サービス公表にかかるインターネットアクセス件数も、都道府県によってバラツキがあり、制度自体の機能の低調であるようだ。

会員からも高い料金設定や事業所ごとの調査実施のわずらわしさなど相変わらず苦情の声が寄せられており、早急に制度の抜本的見直しが必要と考える。

日医と各県の状況と今後の対応についてご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

提案県の鹿児島県をはじめ、宮崎県、大分県の計3県において手数料の見直しが検討されており、福岡県、佐賀県、長崎県の計3県において手数料の見直しを行うよう要望書を提出していると回答された。

<日本医師会コメント>

国から各都道府県に対し、費用徴収したものについてどのような形でコストがかかったのか公表するよう指示が出ているので、各県においてその額が妥当かどうかを検証していただきたい。コムスンの問題等でアクセス数もほとんど伸びていない。はたしてこの情報公表という制度の趣旨が達成できているのか、継続する意味があるのかという議論が少し出てきている。これについては、まだまだ未成熟の問題が多いので、日医としても議論主張していきたい。

—中央情勢報告—

天本日本医師会常任理事より、概ね以下のとおり中央情勢について報告があった。

財源の問題が非常に厳しい状況である。医療費の問題のみならず、日本の経済もこれからの予測として、短期的ではなく長期的にも厳しいという意見を述べている人もいる。消費税の導入の時期をずらしたために厳しい状況になりそうである。医療費適正化、介護費適正化、すなわち削減ということで、中医協でも再診療の問題等相当厳しく、我々も非常に苦慮している。今回の診療報酬も非常に厳しい状況となっており、声を大にして叫んでいるがなかなか受け入れてもらえない。夜間の診療や救急医療等、部分部分では議論しているか、全体として見た場合になかなか理解していただけない。世の中もそういう状況となっており、我々サービス提供者側が新たな財源ということを発言しにくい立場になっている。非常に厳しい状況ということを理解いただきたい。

このような状況においても、利用者側のかかりつけ医への要望や医療機関への要求は強くなってきている。我々は地道に国民の信頼を得ることから地域医療をご理解いただくことが重要と考える。県民との身近な関係が非常に重要である。直接県民にご理解していただき、突破口、風穴を開けていただければと考える。

もう一つの課題として、地域、都道府県の財政との関係がある。地域医療計画の中で都道府県の役割というものが大きく影響してくるので、都道府県と医師会との連携が重要になってくる。都道府県での地域差があるので、その辺りをいかに平準化していくかということもまた難しい。医師の7対1の問題についても我々は反対している。看護師の7対1も廃止にならずこのまま進んでいく。我々としても医師会としても会員の先生方としてもとにかく現場の業務改革、特に医師の間接業務を診療報酬として一部で認められることになる。

今後も、日医として担当の厚労省と積極的に関わっていききたいと思う。

印象記



副会長 小渡 敬

九州医師会連合会の第2回各種協議会が平成20年1月26日に長崎県で開催されました。今回は医療保健対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会の3議題で行われました。私は介護保険対策協議会に参加したので、会の状況について若干述べたいと思います。

今回は各県より11の提案事項がありましたが、大部分が療養病床再編に伴う受け皿や転換に関する事でした。各県とも療養病床の転換については、転換型老健施設等の施設基準や介護報酬等が明らかにされていないため、明確な転換計画が立てられず議論は混沌としており、これまでと同様の議論を繰り返し行っている感がありました。このように基準は出さずに転換しろというような厚労省の手法は、現場を混乱させるばかりであり、無駄に議論を労するばかりであります。今後、様々な法改正がこのような手法で行われる場合には、日医は協力しない旨を国に対して強く言うべきであると思います。

それ以外では、介護施設における介護職員の確保が困難であると提案事項がありましたが、介護職員の不足は全国的に問題となり、国会質問にも上がっております。これは前回の介護報酬の改訂で極端に介護報酬の引き下げを行ったために、若者が介護職の将来に不安を感じ、この職業を選択しなくなった事によるものであると思います。これからの長寿・高齢社会を見据えているなら、今回の国の政策は失敗であり、将来に禍根を残すことにならないか危惧されます。

余談ですが、会議後、グラバー邸を見学したいと思っていましたが、懇親会・二次会と続き、今回も見学する事が出来ませんでした。次の機会には、グラバー邸を見学したいと思います。



3. 地域医療対策協議会

副会長 玉城 信光
常任理事 安里 哲好



当日は、今村（定）、石井日医常任理事にもご出席いただき、それぞれの議題についてコメントをいただいた。

協 議

協議事項1～3に関しては、医療計画に関する提案議題のため、一括して協議が行われた。

1. 新たな医療計画の見直しにおける4疾病5事業の医療連携体制の構築について (佐賀県)

<提案要旨>

本件については、これまでの各種協議会においても提案事項として取り上げられ、各県で行政との協議や調整が進められていることと思われるが、各県におけるその後の進捗状況についてお伺いしたい。また、新たな医療計画では、4疾病5事業毎に必要な各医療機能を担う医療機関の名称を記載することが求められている。各県では、全ての医療機能について医療機関名を明示されるのか、明示基準等があれば、その

方針や対応状況についてお伺いしたい。

2. 医療計画の見直しにおける4疾病5事業並びに数値目標について (福岡県)

<提案要旨>

各県において医療計画の見直しが進められており、数値目標を設定していることと思われるが、数値目標が出てしまうと、縛りが出て不都合が生じる恐れがあると危惧しているところである。当県では、数値目標を全国に合わせて設定する等、出来るだけ広く設定することとしている。各県において、どのように設定する予定なのかお伺いしたい。

3. 医療計画における集約化・重点化と地域医療について (大分県)

<提案要旨>

地域医療計画を見直すにあたり、4疾病・5事業について集約化と重点化が図られているが、医療圏によっては適合する施設がなく、医療圏外や中心部の医療圏の公的病院に重複して集中する結果となっている。脳卒中も含めて、

産科・小児・救急医療については、重点化・集約化がどこでも進んでいるのではないかと思われるが、犠牲になるのは、集約化に置いていかれたところ、特に民間の中小病院やそこに漏れた公的医療機関が益々医師不足に繋がる等、機能を発揮できないのではないかと危惧される。

日医は今後の地域医療の診療をどのようにシミュレートしているのかお伺いしたい。

＜各県医師会の主な回答＞

【熊本県医師会】

本県の保健医療計画は、ほぼ出来上がっている。ただ、4疾病5事業に関して、医師不足あるいは病院不足といった問題があるが、二次医療圏を超えた連携体制を構築することとしている。しかし、急性期医療と慢性期医療を分けて連携をとるということが基本的な姿勢であり、各疾病ごとの協議会等で構築していくこととしている。また、地域住民への公表については、具体的な病院名や連携体制のシステム等、県のホームページ等で公表することとし、1年おきに改正していく事を基本としている。

【福岡県医師会】

本県では、厚労省が考えるピラミッド型を排除し、全ての医療機関が横並びの連携体制をとる方針である。また、医療機関の情報については、「ふくおか医療情報ネット」にて公表することとしている。さらに、各疾病ごとの連携圏には、かかりつけ医が中心になるべきと考えた表示をしている。

【鹿児島県医師会】

保健医療計画については、資料からも具体的な内容にはなっていない。地域連携パスの機能については、離島や大隅半島は救急車がヘリで行き来をする等、医療圏によってかなり事情が異なってくる。そのため、各医療圏で機能を決めるべきであり、県医の包囲した展開は出来ないと考えている。例えば、国の基準は、救命救急センターが急性期の脳卒中を担い、脳卒中専

用のICU病床、CCU病床と記載されているが、鹿児島県では無理がある。例えば、地域医療支援病院あるいは救急告示病院等も参入しているのではないかと考えている。24時間CTが稼働できて、患者が推定できればいいという基準を試案として作成している。

また、医療機関等の公表については、各医療圏に一任しようということであったが、医療計画に載っていないと脳卒中の地域連携パスの診療報酬点数が算定できないので、出来ない所だけを手上げしてもらおうという案を日医からいただいたので後ほど教えていただきたい。

集約化・重点化については、県内12施設ある医師会病院を中心に診療ガイドライン等を参考にした研修会等を開催する予定としている。

【佐賀県医師会】

脳卒中を例にあげると、脳卒中の医療体制の目標、医療機関の条件、医療機関に求められる事項を決めて、アンケート調査を2年間で2回行った。その調査結果から疾病毎の医療機関リストを作成し、別冊として添付予定している(他3疾病も同様)。ただ、問題なのは手上げ方式なので、機能がないところも急性期にこだわるといった問題が生じてくる。

数値目標については、全ての疾患において県が設定している。

集約化・重点化については、小児救急と周産期医療に関してのみ集約化ではなく重点化されている。医療計画にも記載済み。

【宮崎県医師会】

がんに関しては、厚労省が定める施設基準を満たした施設が、がん診療拠点病院ということで決まっており、県が出してきた案を基に議論しているが、民間病院がどこにも入っていないので今後検討していく。その他の疾患については、民間病院も入っている状況である。

数値目標については現在はっきりしていない。集約化・重点化については、7医療圏とは別に、こども医療圏を3つ構築している。産科

においては、周産期医療ネットワークを構築済みである。

【沖縄県医師会】

保健医療協議会の下に、がん対策検討会と生活習慣病対策検討会を設置し検討を行っている。さらにその下では、保健所を中心に各地区医師会理事会との説明会の開催や各地区の医療機関に対しての説明会を開催し検討を行っている。4疾病に関してはある程度の基準と手上げ方式により、各医療機関を載せている。概ね4疾患の機能分化と連携は構築されており、県のホームページへ掲載を予定している。

数値目標については、県および地域におけるクリティカルパスの導入をきっちりやることを設定している。

集約化・重点化については、特にそのことを念頭において構築したわけではなく、既に5保健医療圏内に中心的な医療機関が1ないし複数あり、様々な会議で検討が行われ、地域における医療連携がなされて充実していることを期待している。

【大分県医師会】

大分県では、現在、標準的ながん診療について検討を行っているところである。専門的ながん診療を行う医療機関を決める際には施設要件、設備、マンパワー（専門医）、緩和ケア等、非常に細かい設問を基に点数化し、手上げ方式により決めた。民間病院も手上げがあったが、スコアにすると勝ち目がない。非常にデリケートな設問になっている部分もあり、現在あがっている医療機関以外の公的医療機関からも非常に強い激論があった。今のがんの医療体制をみると、県民にとっての不安はそんなにないと感じる。専門的ながん診療を行う医療機関を決めてもらえれば、がん診断において非常に専門性のあるプライマリケアを扱う医師が多いので問題はないと考える。今度の医療計画では下りの連携を主に決めようとしているのではないかとと思う。標準的ながん診療の定義は何なのか、それを明記する必要はあるのかという疑問が生じ

ている。また、4疾病において専門的な診療を行う医療機関といったような拠点病院を置くと、行政がそれに耳を傾けて、医師会の声が強くなっていくのではないかと危惧している。むしろ、日医は、今まで通り専門性を持った医療を展開しているので医療機関名の明記は不要との呼びかけをしていただきたかった。

【長崎県医師会】

昨年、医療計画の見直しを行った。今回は、4疾病のうち2疾病と2事業に限定して見直しを行っており、がん、脳卒中に関しては従来の医療圏ではなく4つの圏域に分けて、医療連携体制を構築していくこととしている。また、昨年行った医療機能調査の不要な項目を外すことを提案したが、行政は全て出して欲しいとのことであった。数値目標については、まだ明示していない。

<主な意見等>

- ・がんにも部位があり、専門病院も異なってくるので、部位別に分けた医療連携を構築した。(沖縄県)
- ・6つの部位別がんを分けて医療連携を構築している。(佐賀県)
- ・いずれのがんにしても集学的である他、放射線治療が出来るか等、何を基準に検討したのか。(大分県)
- ・放射線治療が可能な施設は別枠で抜き出している。がんでも病院に限らず、部位別での治療に関して、診療所が病院を上回っているところもあるので、その辺も考慮して選定している。(沖縄県)
- ・地域により医師不足があり、がんの拠点病院の施設基準を満たすのは非常に困難な地域もある。また、二次医療圏を12から9に設定したが、医師会との連携が困難になってきているので、それらの解決が必要になってきている。(鹿児島)
- ・本県では13の拠点病院があり、がんのほとんどが医療圏内で解決している。しかし、全

てが大学や公的病院である。がん対策基本法ができたが、補助金を受けている施設でしか完結できない傾向にある。(福岡県)

- ・沖縄県では、肥満度が全国1位で、糖尿病の死亡率も多い。今回、計画を作成してみたものの、実行をどうするか危惧しているところであり、地区で基準をどうしようか模索しているところである。各県において、対策等をとっているところがあればご教示願う。

(沖縄県)

- ・大分県では、産科・小児科における集約化はできず、現状よりも集約化するのであれば、地域医療が崩壊する。集約化ではなく重点化を図る事が必要であると考えている。各県の見解を伺いたい。(大分県)

- ・周産期医療には困っている。NICUが不足しており、県外へ搬送しているのが実状である。小児救急に関してもかなりの集約化が構想として出ているが、地域住民にとっては非常に住みにくい地域を作るということに繋がる恐れがあるので問題となっている。(熊本県)

- ・周産期医療については、出生10万人あたりの集中治療病床数は比較的多い。また、NICUについても病院施設、総合周産期センター等で対応できている。今のところ集約は必要ないと考えている。(福岡県)

- ・集約化は大都市には良いが、地方都市には絶対に向かない。周産期についても、へき地の産科医療は非常に危機的状況にある。また、麻酔科医不足による帝王切開への対応が困難である等、医師不足による問題があがっている状況。(鹿児島県)

- ・隣県の境界地域では、県外搬送されている状況である。今まで総合周産期母子医療センターがなかったが、佐賀病院を中心に整備を行っている。小児救急に関しても同様である。集約化は行わず、重点化を図っていく。

(佐賀県)

- ・周産期医療ネットワークを作成しており、4つの地域に分け、30分以内と60分以内の搬送可能地域を設定し網羅している。小児救急

に関しては、3つの地域に分けて、それぞれの拠点病院で行われている。(宮崎県)

- ・小児医療は、小児医療連携検討会での検討を基に作成された「小児科医療の集約化及び連携についての報告書」を踏まえて作成しており、概ね充実している。周産期医療については、同様な検討会で作成された報告書を踏まえて検討していくところであるが、一部の地域(本島北部)を除き充実しているが、その地域も徐々に充実しつつあり、現在は搬送でカバーしている。(沖縄県)
- ・産科に関しては、総合周産母子センター等により、概ね充実しているが、小児科に関しては、入局者が激減したため、集約化を積極的に行っていく状況である。(長崎県)

【日本医師会】

まず、4疾病5事業の厚労省(案)が示されたとき、会内で検討し大変である事を認識した。しかし、厚労省は法律で決まっているので是非行っていただきたいとの事であった。説明会の席上では、これだけのことを行うのに余程の予算を用意していただけるのか質問を行ったが返事は無かった。

日本の医療は非常にパフォーマンスが良く、現場の過重労働により成り立っているもので、世界に誇れるリザルブを持っている。それをベースに相談していくのが一番良いものとする。

今回の医療連携体制の構築に関して、国の政策の一方的な押し付けにならないようにということこれまでこの会合の中で何度も主張してきた。厚労省の指針では目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないという結論をいただき、厚労省の回答はあくまで参考であって、各都道府県で積み上げたものが実際のものということ明言されている。よって、ここが上がっている原案に対して議論をする事が一番大事な事だと思う。目標についても参考であり、医療提供体制は我々であるので、地域の実状に沿って計画に積極的に発言していくという作業が一番大事である。その趣旨に沿って日本

医師会からは4回関係通知をお送りした。そのような情報に非対称性はないものとする。各県で意見を持ち寄り情報交換した上で、最後にブラッシュアップすれば、この作業に非常に意味があるものとする。

施設名明記に関しては、医療の主役は国民であり、日本の医療体制はフリーアクセス、現物給付といった国民皆保険の基本がある。よって、選択権は患者、国民にある。それを基本に考えるのであれば、施設明記をすることは悪くない事だと思う。現代の社会は、インターネットの普及等による情報社会となっており、医師会が作った蔵出しのリストを公表するのは悪い事ではないのではないかと。ただし、それが固定化されることは、医師の流動化に繋がるので問題である。

集約化・重点化については、欧米からみると日本は、どうして細かい医療機関がたくさんあるのかという意見が出てくる。しかし、これは日本の伝統的文化で、パフォーマンスの良い医療をしているので、悪いと言われる事はない。

これまでは、施設完結であったが、それは医局集中につながる。医療連携体制は、多極分散型が増えていく。病院とクリニックの連携体制に関しても、必ずしも病院の方が上とは限らない。その中で連携体制を構築していくという二つのベクトルで考えていけば良いと思う。

4. 高度・急性期総合病院を、民間も否定しないとしつつも、公立、公的を想定している。それが地域医療計画の4疾病にも波及することが懸念される。日医の考え方は？（宮崎県）

<提案要旨>

宮崎県のがんの拠点病院は全て公的病院で、がんの放射線治療ができないとか、分散病院はその病院にもないといった問題があがってきた。原課長が前年度言ったことを踏まえて再編成しようとしているのではないかと考えていた。まさに今度の診療報酬改定も大病院の報酬があがるようになっている。ということは民間の中小病

院は益々疲弊して、倒産する施設が増えてくるのではないかとという裁量をしているのではと懸念している。それに対抗して日医は、基本的に医療制度、地域医療を含めてどういう風に考えているのか非常に疑問を感じる。これは、4疾病5事業にも必ず出てくるのではないかと不安である。積極的に取り組んでいただきたい。

【大分県医師会】

我々は、医師会活動を通して、医療のアクセスを先に考えているのに、それから先はアクセスに応える地域医療提供体制、すなわち地域で専門性をどう保っていくか。次に医療計画が医療費削減にどう繋がっていくか。日医の考えをお聞きしたい。

その中で、助成金と診療報酬がある。今回の診療報酬改定はどこにプラスになっているのか。アクセスの部分には何も反映できていない。助成金も集約されたものに集中してしまうということがおこってくる。我々が作ろうとしているものと逆の方向に向いているのではないかと。救急に関して言えば、今まで1次・2次・3次と上りを考えていたが、現在は、まず3次に集めて下を下ろしていくという下りの方向になっている。がんも同様で、それが現実におこっているが本当にいいのか。今の医療を検証すべきである。

【日本医師会】

コストダウンに繋がるかといえば、既に日医が今回の医療法改定で5.7% upを要求した。今の状態を維持する、それに加えて医療安全等の質を上げるとすれば最低限の報酬をあげるよう明言した。

民間と公的医療の問題に関しては、前提が一つあり、国公立の病院がDPCや7対1をとった結果、各地域医療に影響を与えたが、結果として赤字になった。決して勝ち組になっていない。政策医療や教育への補助金が減らされた。実は政府はその税金投入を減らした事を医療保険で補填していた。しかし、残念ながら今の状態は補填しきれなかったというのが現状である。

民間の医療を縮小していくのは、各地域連携の中でしっかり考えていく必要がある。それらのサポートはしっかり考えていかなければならない。

【日本医師会】

九州の周産期医療は8割型、診療所あるいは中小病院が分娩を担っている。極めて地域の事情が大きく関わってくる分野である。そういう意味から周産期医療センター等を作る事を上からの押し付けで言われる事は、極めてナンセンス。宮崎が安全でお産が出来る県と言われているが、総合センターも地域センターも無い。開業医をトレーニングして新生児も診れるような体制を構築しているからである。

民間と公的病院の棲み分けについては、少なくとも周産期医療についてはきちっとしたスクラムを組んで、ハイリスクは公的病院で、ローリスクや正常分娩は、診療所あるいは中小病院で行うということを常に申している。

【大分県医師会】

医療機関の明示に関して、検査のみの医療機関を乗せれば、受療行動に繋がると危惧される。現実の患者の心理は別方向ではないか。

【宮崎県医師会】

まさに看護師獲得でいえば、給料・休日の多い公的病院に行くのが決まっている。その中で私的病院と公的病院は競争をしたくない。でも、止む無くせざるを得ない状況を作っている。片一方は赤字で補填がきく反面、給料を上げたくてもあげられないといったフェアでない部分がある。7対1を取れない民間病院はたくさんある。何らかの方策を取らなければ民間病院はどんどん潰れていく。

【日本医師会】

中医協でも異例の建議書を出して、今度の改定に反映しようと動き出している事でご理解いただきたい。

5. ドクターヘリの現状と国・県よりの補助について (沖縄県)

<提案要旨>

沖縄県では、浦添総合病院が平成17年より、北部地区医師会病院が平成19年6月より救急搬送ヘリ（日中、近距離離島、へき地急患搬送）を実施しているが、国や県からの補助は無い。一方、夜間、遠距離離島救急搬送は、県内11医療施設の協力の下に、陸上自衛隊及び第11管区海上保安部が行っており、その予算は県や市町村等で各500万円程度確保している。

近未来において、ドクターヘリが救急医療の中で日常的になる時代が来ると思われる。各県におけるドクターヘリの現状あるいは予定と予算等についてご教示いただきたい。

【福岡県医師会】

当初は病院間での搬送であったのが、年々、救急現場からの搬送にシフトしてきた。最近の動向は高速道路の離着陸が可能になった。また、離着陸場の確保と砂塵問題について、パイロットから、芝生を植えて欲しいと要望されている。

【長崎県医師会】

離島が多いのでドクターヘリの活用が多い。長崎医療センターに常駐しており、国立病院機構のため人件費等の補助対象にはなっていない。運営主体は県で運行会社と契約をしている。出勤回数は昨年に比べ倍増している。

昨年の協議会で、石井常任理事よりドクターヘリに関するコメントをいただいたが、ドクターヘリに関しては既に議員立法による促進が検討されている。また、スタッフの手当について、健康保険の財源による運用費の負担は認められないという話だった。その後の進展状況をコメントいただきたい。

【日本医師会】

ご承知のとおり法律ができた。元々、ドクターヘリ事業はあったが、西島先生と連携を組んで、昨年の6月に特別措置を議員立法で成立で

きた。その過程では、与党のワーキングチームに出席して、医師会の関与とメディカルコントロールの体制の確立が法案に明記された。ドクターヘリは平時における危機管理と考えれば、運用は国・都道府県等、行政が責任を負うべきであって、ヘリやパイロット、燃費等、医療圏から給付されるという事はないよう申しあげた。医療として基金等から手当てされた上で医療を受けるようしていただきたいと申しあげた。

また、国庫補助金の拡大充実と弾力的な運用を要望している。

さらに、大企業等による基金や寄付金で運用できないか法律に記載している。寄付財源が多い医療の現場に寄付するというしくみが法律に明記されている。これらの具体化については、厚労省の委員会に出席して中身について詰めさせていただいている。

ちなみに、1機あたりどのぐらいの費用がかかるのかについて、国 (MAX) : 8,485 万円、都道府県の裏負担 : 8,485 万円、診療報酬から 390 万円という積算になるので、行政的な運用となる。そこに寄付財源を活用できるようにしていきたい。

ドクターカーとヘリのどちらを選ぶかについては、プラス防災ヘリや自衛隊、警察、海上保安庁等との連携を地域のメディカルコントロールの中で吟味していただきたい。

6. 医療廃棄物の適正処理の方策と問題点について (鹿児島県)

<提案要旨>

各県の医療廃棄物の適正処理に関する取り組み状況、特に次の4点についてお伺いしたい。

①在宅医療廃棄物の取扱い (自治体との協議状況等)、②医療廃棄物の分別方法、③産業廃棄物収集運搬処理業者の選定方法、④産廃業者との契約内容 (処理費用等)。

【熊本県医師会】

①地元医師会と自治体との協議は行われてい

ない。②20ヶ所の市町村で焼却処分場を有しているが、注射針等を処分できる施設は民間2ヶ所のみ。医療廃棄物の取扱いや処分、分別については、市町村で異なっており統一した処理はなされていない。③県内15郡市医師会 (大学医師会を除く) のうち、1医師会については収集・運搬事業者並びに処理業者と委託契約を締結している。④感染性注射針等 (20ℓ) 1,600円~2,800円、感染性血液・液体等付着物等 (50ℓ) 2,200円~3,000円。

【福岡県医師会】

県医師会では全く把握しておらず、各郡市医師会あるいは医療機関に一任している。一部の郡市医師会では見積もりをとって紹介をしている。電子マネーが普及してきて外資委託等、GPSで追跡するといった業者が福岡市に設立され全国を行脚しているとのこと。岐阜県が導入したという話を聞いた。条件が良ければ乗っかっていこうと思う。

【佐賀県医師会】

基本的には各医療機関に一任している。業者の選定契約等については、一部の郡市医師会により一括交渉が行われている。

【宮崎県医師会】

昨年の日州医事5月号に感染性廃棄物の適正処理という記事を載せた。最も安易な文書であるので一読いただきたい。感染性廃棄物については、市町村は全く指導をしていない。また、各県バラバラである。2月13日に産業廃棄物担当理事連絡協議会が開催されるので、その後、各地区医師会の担当理事を集めて情報交換し、県医師会でも状況を把握していただきたい。

【沖縄県医師会】

各市町村と医療機関とが個別に協議を行い対応している。在宅医療廃棄物の処理は各医療機関で行っている。廃棄物の全てを医療機関で回収している。業者の選定も各医療機関で行わ

れ、費用等については把握していない。

【大分県医師会】

県医師会と行政で一度だけ合同講習会を開催した。その中で一番問題になったのは、最終的な責任を医療機関が負う事であった。許可は県が出しているからそれでいいのではということ根拠にし、医療機関が終末まで行く事がないと申し上げたが認められなかったので、日医で取り組んでいただきたい。

【長崎県医師会】

①自治体との協議は殆ど行われていない。②感染性廃棄物、非感染性廃棄物に分別して適正に処理されているものと思う。在宅医療の廃棄物は全て医療機関で回収。③基本的には医療機関の個別契約に任せている。④感染性廃棄物(20ℓ) 2,000円、レントゲン現像液・定着液(10ℓ) 1,000円。

【日本医師会】

2月13日の担当理事協議会に向けて、事前にアンケート調査を行っており、その調査結果を基に比較検討する事となっている。在宅重視という厚労省の流れからすれば、在宅のごみはどんどん増えてくる。それに対する精度管理があやふやのまま、しかも医療機関だけが厳しい事を言われるのではなく、平準化していかなければならない。環境大臣は医師会員であるので世界でのゴミの問題や温暖化対策の中で医療機関はどういう協力をするのかという文脈を新たに起こしている。

情報連携をしっかりし、各地方自治体のところで話し合う必要が出てくると思われるので来月の協議会を基点にしていきたい。

7. 特定健診の集合契約について（福岡県）

<提案要旨>

本県では、保険者協議会の代表保険者との集合契約について協議を進めているところであるが、本会より空腹時血糖を実施する場合（6,500

円）とHbA1cを実施する場合（8,500円）の単価を示しているところであるが1,000円程度の開きがあり、成立に至っていない。期日も迫っており、最終決着をしなければ行けない状況にあるが各県の進捗状況をお伺いしたい。

【熊本県医師会】

最終的に7,700円台（事務費、HbA1cを含めて）で案が出ている。今月の理事会の承認により集合契約として決定する。ほとんどの市町村が県医師会の集合契約に乗りたいとの意向である。

【鹿児島県医師会】

12月下旬に代表保険者が社会保険事務所に決定した。既に市町村国保の単価がバラバラに決まった後だったので、郡市医師会と市町村との調整をお願いしている。

【佐賀県医師会】

県内全ての市町村国保が統一料金で県医師会と集合契約を結んでいる。健診センターで電子媒体による請求等全てを請け負っており、特定健診に関しては会員に限り、6,280円（個別健診・HbA1cを含めて）となっている。非扶養者も国保に依頼して、同額で実施できる事になっている。後期高齢者も同様に進めていきたい。

【宮崎県医師会】

郡市医師会と市町村との契約が最終の詰めの状況である。ただし、社保がようやく代表保険者が決まり、政管健保は、医師国保と調整を行っている。各県の状況を伺いながら進めていきたい。

【沖縄県医師会】

国保連合会と県医師会で契約を予定しており、7,000円あたりで交渉しているが、沖縄の国保の体制が非常に弱いので佐賀県あたりに落ち着くものと見られる。社保に関しては、国保を見ながら交渉中である。

【大分県医師会】

県医師会と健康保険組合および国保連合会と集合契約をすることになった。単価は、空腹時血糖を選択した場合（5,670円）とHbA1cを選択した場合（7,570円）、詳細な健診項目（心電図、眼底、貧血検査）を選択した場合（9,680円）となっている。ただし、消費税を含むとしており、今後、根拠となる費用が判明すれば、1年契約であるため、次年度は加算を要求する予定である。後期高齢者も同様に進めていきたい。

【長崎県医師会】

代表保険者と県医師会で一括契約する事になっており、単価は、日医総研による7,500円を披露している。市町国保については、上乘せ健診である事から、それぞれの郡市医師会で対処している。価格も含め、契約に至った医師会は無い。

【日本医師会】

代表保険者については、1月23日現在、内定段階で全都道府県決定している。健診単価については、検討しているところが多い状況である。電子化に対応できない医療機関に関しては、代行入力を使う事を検討しており、決定したら案内する。ORCAに乗せるソフトも日医で検討している。消費税の問題については持ち帰って検討し報告したい。

8. 県行政からの委託事業等とその総額について（沖縄県）

標記の件については、内部資料で対応する事になった。

日医中央情勢報告

健診・予防医療、労災・自賠責、急性期医療、慢性期医療、介護ケアといった地域医療をどのような順番でやっていくかまちまちであるが、その中で医療保険、労災保険、自賠責保険、介護、その他いろいろな資金が使われる。

そういう中で、今は地域を見ていくことが重要である。当然、行政と一緒にしなければならない。その一つとして、メディカルコントロール体制に網掛けが必要になってきたという事を認識いただきたい。特にコーディネータ機能をどこで高度化するのか、リソースをいっぱい使わなければならないのかということで、厚労省で予算化していただいた。

救急・災害医療では、BLSの習得に一般人や救急隊員の参加が増えてきている。ALSについてはドクター全てがレベルアップをして、up to dateしていくべきである。

#8000電話相談については、家庭や地域力の低下が見られるので、ないよりあった方がよい。

災害医療に関しては、常にそういう状況にあるという事を念頭に置いていただきたい。また、発災現場までは政策医療なので税金投与が当たり前であるが、後方支援やDMAT、コーディネータ機能については、地域医師会を中心に医師全てに求められる事である。

このような中で、今日の医療におけるパラダイムの諸相については、保険診療があまりにも発達したので政策医療が忘れられているので、積極的に取り組まなければならない。政治も行政も報道機関も同様である。

世界医師会活動として、ジュネーブ宣言、WMA医の国際倫理綱領、ヘルシンキ宣言を行っている。また、WMA医の倫理マニュアル日本語版の翻訳を行ったので是非ご覧いただきたい。

印象記



常任理事 安里 哲好

地域医療対策協議会は4疾病5事業に関係した議題が4つと、「ドクターヘリの現状と国・県よりの補助について（沖縄県）」、在宅医療を中心とした「医療廃棄物の適正処理の方策と問題点について」、「特定健診と集合契約について」であった。4疾病5事業については、がんと周産期医療について集中的に話され、当県で提案したがんの種類別の機能分化と連携について、興味を引いた。医療機関の公開に対しては、その内容の改正の時期も含め、色々意見があった。他県では医療計画における、医療機関の重点化・集約化について、過度に敏感になっていたが、当県では、これまでに、各種検討会で検討され、5医療圏に中心的な病院が1ないし複数存在しており、それらを中心に地域における医療連携がなされ、充実していくことが期待される。

ドクターヘリに関しては、長崎県と福岡県が積極的に展開しており、長崎県では長崎医療センター（大村）より、離島・へき地も含め全域に運航しているとのこと（午前8時30分から日没30分前まで、出動できないのは1年間で1.5日のみ）。福岡県は佐賀県・大分県と共に、久留米大学病院に配備されている福岡県ドクターヘリを共同運航している。その他の県は防災ヘリや自衛隊のヘリを利用している。

特定健診と集合契約に関しては、地区医師会で契約を勧めているのが数県あり、県医師会が代表契約者となり決まったのは、市町村国保の個別健診について、佐賀県のみであった（統一単価、HbA1cを含み：6,280円）。「県行政からの委託事業等について」を当県から提案したが、各県から内部資料として委託事業・補助事業の項目が提示された。

協議会に参加して感じたことは、各県が多方面から分析し、色々な見解を持っていることを知り（8協議事項に対し8県の見解が提示される）、また、参加することによってそのような情報が瞬時に得ることができ（県医師会単独で行うと膨大な時間、労力と費用を要すると思われる）、これまで悩んでいたことの幾ばくかをも軽減でき、更に良好な展開に進めていけるような気持ちを強くした。一方、当会からも、斬新なアイデアが提案され、多くの意見を求められた場面もあり、その他、進んでいる領域は少なくなかった。

平成19年度第5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1月21日（月）、県庁3階第2会議室において標記連絡会議が行われた。

協 議

1. 新型救命救急センターの北部医療圏内設置について（県医師会）

<提案要旨>

沖縄本島には中南部医療圏に救命救急センターが2ヶ所と新型救命救急センターが1ヶ所あるが、北部医療圏内にはない。

北部医療圏の人口は10万人と少ないが、面積は本島の半分弱あり、主要な観光地が多い。年間500万人を超える観光客の大半は北部地域を訪れている。また祝祭日になると中南部の県内者も多く北部を訪れる。北部地区医師会病院の経験でも観光客や中南部の人々を救急で受け入れることが多々ある。定住人口では測れない救急医療の需要があると考えている。

北部医療圏内の地域完結型医療を目指すだけでなく、観光立県を支えるためにも、北部に新型救命救急センターの設置を今後の中期医療計画に予定していただきたいと願っている。新型救命救急センターであるので3次救急疾患の全てを診療できなくても突然死に関わる心臓病や脳血管障害に対応できる施設として考えて頂きたいと思う。小児、周産期疾患は将来的に1～2次救急までは対応可能となる施設とし、更に高度医療を要する場合は施設間救急ヘリ搬送などの連携で対処していければ良いと考えている。

<福祉保健部の回答>

第三次救急医療施設は、第二次救急医療施設では対応できない複数の診療科領域にわたる重

篤な救急患者を24時間365日受け入れ、高度な専門的医療を総合的に実施するとともに、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となることが求められている。

本県では、県立中部病院、県立南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院（新型）が救命救急センターの指定を受け、琉球大学医学部附属病院が第三次救急医療に準じた診療体制を整備している。

県としては、本県における第三次救急医療体制は整備されているものと考えており、今後は、より質の高い救急医療が提供されるよう、救急医療機関等の連携を推進していくこととしている。

<質疑応答>

医師会：各県と比べると確かに多いだろうが、数が多くなって困ることがあるのか。あとひとつ増えたなら沖縄の救急が充実すること、今のままでも何とかなるといいながらもなかなかない状況にある。距離のことなど。そういう意味で拠点があってもいいと思う。それを指定することで、何らかのマイナスがあるのか。どこを指定するのもあるが、今どこに決めるということではなくて、北部地区医師会が今ヘリコプターによる救命救急事業をしようとするときに是非ともその指定が必要であるとしており、地域的には必要ではないのか。

福祉保健部：圏域ごとという問題と、人口的に対応可能な部分がある。沖縄県の場合は、二つぐらいが適切かと考えている。指定を受けると、医師等を救急対応で何人置かなくてはなら

ないとか厳しい基準がある。独自で開拓してやっていただくことは、こちらとしてはありがたいことではあるが、県全体として我々がサポートできるような金銭的なところとか、そういうものがとれるかどうかは別の問題もあるので、県としては、当面は3病院で足りているとの立場をとっている。今後増えるかどうかはわからないが、今の所は充足していると見ている。

医師会：充足しているかどうかではなく、それを指定して県の負担が増えるのかどうか。ある一定の補助金が入るのか。確かに医師の人数など指定は厳しいが、そういう厳しい条件ではあっても、受ける病院が厳しい条件だったとしても指定を受けたいというのであれば、県としての持ち出しがでてくるのか。

福祉保健部：本提案の核心は、中期医療計画に載せて頂きたいことが要点だと思うが、この中期医療計画は我々が今作成している保健医療計画のことであると思う。行政としては、保健医療計画は今後5年間に実現性の高いものを載せなければ計画として成り立たない。北部医療圏の救急医療体制は、県立北部病院か、もしくは北部地区医師会病院かどちらかになると思うが、福祉保健部では20年度に県立北部病院のあり方について検討を進めていくこと、あといつは北部地区医師会と県立北部病院との間で、医療圏の救急医療業務が話し合われていることを考えた場合に、今回の保健医療計画へ載せるほどのことでもないと考えている。

医師会：資料2の(ウ) 新型救命救急センター(人口30～50万人、1日重篤患者3.25人)で、目的として「救命救急センターへのアクセスの悪いところに設置し、重篤な救急患者の初期診療にアクセスできる時間を低下させる」とすれば趣旨に合致している。それならば、北部地域は、人口は10万人といえど、沖縄県の面積の半分で、観光客500万人、加えて中南部の県内者も多く訪れるとあれば、人口を配慮すれば目的に合致しているのではないかと。現場の努力でやるとしているのだから、それを後押ししていくべきではないか。可能なら、医療計画にも入

れてはどうか。

福祉保健部：救急ヘリを指定するにあたっては、厚労省との調整が必要になる。また、新型救命救急センターは、診療報酬の点数がプラスになるので、厚労省ではそれも含めて判断する。

医師会：今回の医療計画に入れなくても、今後北部地域で必要になってくれば、認めると考えてよいか。厚労省は最低の基準を設けているのであり、救急が充実することを止めるものはないのではないかと。

福祉保健部：医療計画には載せなくても、必要になってくれば指定することはある。

2. 医療に関するシンクタンクの設置について(医務・国保課)

當間医務・国保課長より、標記の件について次のとおり提案理由の説明があった。

医療に関するシンクタンクの設置について、県医師会が構想を持っていると伺っているが、現在どのように考えているかお聞かせ願いたい。

<玉城副会長回答>

本会では、沖縄の医療の現状を分析し、それらを解決する方法等を検討するために「沖縄の医療のグランドデザインを描く委員会」を立ち上げた。

第1回目の委員会では、後期研修制度の充実とレベルアップが必要であると確認され、解決方法を模索しているところである。

しかし、医師会の内部の委員会では諸問題を解決する力が足りない。沖縄を全体的にみながら必要な資料を収集分析し、時には大学や他研究機関(たとえば日医総研)などの連携を取りながら恒常的に保健、医療のことを考えていく組織が必要である。そのようなものとして県行政に医療のシンクタンクを設置していただきたい。それには予算措置が欠かせない事から、沖縄県保健医療福祉事業団を活用するのも良いのではないかと考える。

県民の長寿復活、健康長寿沖縄が、観光など産業振興の源にもなり、未来をみすえた恒常的

な組織であるシンクタンクに育て上げる必要がある。

＜伊波部長＞

沖縄県保健医療福祉事業団では、そうした構想や構図を計画として示していただければ、同事業団の補助事業として実施する事は可能である。

報 告

1. 結核感染業務の強化及び一般健康診断業務の終了について（北部、宮古、八重山の3保健所）（健康増進課）

沖縄県では感染症問題などの新たな課題に対処するため、保健所業務の充実強化及び整理等を図ってきたところである。その一環として、上記3保健所については、平成20年度から下記のとおり実施したいので、趣旨を理解いただき、引き続きご協力いただきたい。

- ① 新型再興感染症対策を強化する。
- ② エイズ対策を強化する。
- ③ 結核業務を強化する。
- ④ 一般健康診断業務を終了する。

2. 沖縄県新型インフルエンザ対策行動計画の改訂について（健康増進課）

現在高病原性インフルエンザのトリートメントへの感染例は、東南アジア等の海外で増加しており、昨年12月には中国でヒトヒト感染が疑われる事例が報告され、インフルエンザの出現

が懸念されている。新型インフルエンザが流行してパンデミック（汎流行）の状態になると、多数の患者が発生して、現在の医療体制では対応できないことも予想される。

沖縄県では、平成17年12月に策定して沖縄県新型インフルエンザの指定感染症への指定などの情勢を受けて、平成19年12月に計画の改訂を行った。

改訂された計画では、国内発生時に発熱外来を設置することや、パンデミック時に患者を受け入れる医療機関の整備を医師会の協力を得て行うことが盛り込まれており、今後医師会と調整する点も多くある。特に下記の点について、ご協力をいただきたい。

① 発熱外来の運営について

県内に患者が発生した後に設置される「発熱外来」の運営について、医師会の協力をいただきたい。具体的な運営方法については、今後行いたい。

② 新型インフルエンザ入院患者への対応について

入院患者の受け入れ医療機関は、感染症指定医療機関（各県立病院）、協力医療機関（国立病院機構沖縄病院、琉大病院）を中心に体制整備を行っているが、さらに患者が増加傾向にある場合には、地域の一般医療機関を活用して感染拡大防止を図っていきたいと考えている。これらの対応医療機関については、二次医療圏ごとに県や保健所と医師会等が協議を行って決めていく予定である。

原稿募集！

随筆のコーナー（2,500字以内）

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

印象記



常任理事 安里 哲好

今回、初めての試みとして、各地区医師会より議題を提案してもらった。その内の一つが「新型救命救急センターの北部医療圏内設置について」で、早速、同会議の協議1となった。北部地区医師会の要望に応えるべく、当会は奮闘し、粘るも、下記の3点において、新型救命救急センターの設置は現時点では困難であると述べていた。1) 県下で、大学病院（準じていると見なし）も入れると4つの救命救急センターがあり、九州各県に比べ充足しており、今後は質の高い救急医療が提供されるよう、各救急病院との連携を推進していく。2) 医療計画においても、北部医療圏の救急医療については県立北部病院と北部地区医師会病院のどちらかが担っていく（或いは補完していく）ことになるであろうが、その点についても話し合いが持たれ始めたところで、現時点で、今回の医療計画に載せる程、熟していないと考えている。3) 平成20年度に県立北部病院のあり方について検討を進めていく予定であるので、その動向も含め、見極めて行きたい。

協議2「医療に関するシンクタンクの設置について」は県医師会が構想や構図を計画するならば、沖縄県保健医療福祉事業団の補助事業として実施（財政的支援）することは可能であると述べていた。その他、2つの報告事項は本文を参照いただきたい。新型インフルエンザのワクチンは2,000万本（社会的弱者・医療従事者に対し、効果については不明？新しいワクチンを作るにもかなりの時間を要す）準備し、タミフルは国レベルで20%、県レベルで8%の備蓄、発熱外来も含め早急な対応が望まれる。新型インフルエンザについては、医療行政と医療現場との間に温度差を感じ、また、今後、実際の地域医療を担っている各地区医師会と危機感を共有することと共に、密なる連携が望まれる。

その他、地区医師会より提案のあった「今後の療養型病床削減の具体的な計画について」は、現時点（平成20年1月21日）で最終結論が出ていず、3月13日の県保健医療協議会で最終方針が提示される予定である事を文書でもって伝え、後日必要なら協議に載せることとした。「研修医の県内定着率について」は、平成19年度までの動向を資料として添付し、当会より回答とした。可能なら、平成20年度の初期研修・後期研修医数の推移と進路についての調査も必要かと考えている。