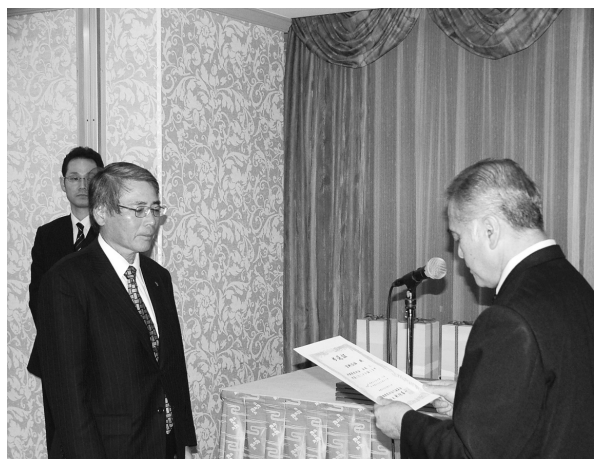


## 当選証の交付式・第1回理事会



平成20年4月8日(火)に第1回理事会の開催に併せて、去る2月21日(木)に開催された第185回沖縄県医師会臨時代議員会にて当選した宮城信雄会長他、新役員に、新垣善一代議員会議長より当選証が授与されました。当日の様様と理事者職務分担をお伝え致します。



沖縄県医師会代議員会議長新垣善一先生から当選証書を受け取った宮城信雄会長は挨拶の中で、医学会長を退任された比嘉實先生、役員を退任された、嶺井進先生、瀧下修一先生、村田謙二先生、今山裕康先生、大宜見義夫先生に対し、これまでの労を労う感謝の言葉を述べると共に、新執行部並びに玉城信光医学会長、田名毅副医学会長と共に今後2年間頑張っていきたいとの決意を述べました。

新執行部の副会長には玉城信光先生、小渡敬先生のご両名、常任理事は真栄田篤彦先生、安里哲好先生、大山朝賢先生、幸地賢治先生の4氏が担うことになりました。

理事の職務分担は下記をご参照下さい。

沖繩県医師会理事者職務分担

平成20年4月

	業 務	主任理事	副主任理事	業 務 内 容	関 係 委 員 会 等	
宮 城 副 会 長	総 務	真栄田常任理事	幸地常任理事	庶務 総合調整 定款 諸規程  医の倫理 文書受付・管理 関係団体 会員慶事 告別式 九医連業務 経理全般  一般会計、医紛、会館 会員管理 交通遺児育成募金事業 会館建設 会館管理	理事会 定款等検討委員会 総会 代議員会 地区医師会長会議 医事功労者表彰式等 裁定委員会 会員の倫理向上委員会 沖繩県医療保健連合 幹事会・懇談会 表彰、祝賀会、新年祝賀会 死亡広告等 全般  予算、決算、監事会、会費検討委員会 会員入退会 会員証 募金 会館建設委員会、警備・清掃管理委託業務 会館管理運営・使用の全体調整	
	学 術	須加原理事	玉井理事	医学会・総会、分科会、学術事項 九州医学会、日本医学会 卒後臨床研修事業 日本医師会生涯教育講座	医学会幹事会 分科会長会 プログラム編成 学会業務 地域医療臨床研修委員会 生涯学習委員会 学会、分科会等の会館使用調整	
	地域医療 情報システム	安里常任理事 幸地常任理事	玉城副会長 安里常任理事	医療法、医師法関係  情報システム ORCA事業	地域医療委員会、有床診療所連絡協議会 福祉保健部との連絡会 情報システム委員会 テレビ会議 インターネット大樹おきなわ保守管理 ネットワーク	
	調査広報	當銘理事	野原理事	対内広報 会報発行 健康歳時記、命ぐすい耳ぐすい 会史編纂事業	広報委員会、原稿収集  医師会史編纂委員会、小委員会	
	対外広報 救 急	玉井理事	玉城副会長 真栄田常任理事	対外広報 マスコ対策  マイカルフェスティバル事業 救急医療 ICLS研修事業	ふれあい広報委員会 マスコ懇談会 県民との懇談会、県民公開講座 マイカルフェスティバル打合せ 広域災害・空港訓練等 ICLS研修事業検討委員会	
	医療事故	稲田理事	當銘理事	医事紛争(経理) 健康被害 医療安全対策	医事紛争処理委員会、小委員会、講演会 医療安全対策委員会、講演会	
	城 小 渡 副 会 長	老人保健 精度管理	小渡副会長	平安理事	老人保健、介護保険 訪問看護ステーション、在宅医療推進事業 精度管理	高齢者対策委員会  臨床検査精度管理委員会
学校保健 感染症 母子保健		宮里理事	真栄田常任理事	学校保健関係 沖繩県学校保健学校医大会 九州ブロック・全国学校医大会 予防接種、感染症(HIV・結核等) 母子保健事業	学校医部会常務理事会 心臓検討委員会 腎臓糖尿検診委員会 感染症・予防接種対策委員会 母子保健全般	
地域保健		大山常任理事	稲田理事	予防医学・公衆衛生・薬剤・血液 健康教育、薬剤、血液 環境問題対策、医療廃棄物 診療情報提供推進事業、 個人情報保護法 アイ・腎・骨髄バンク事業 特定健診・特定保健指導	健康おきなわ2010推進委員会  診療情報提供推進委員会 苦情相談窓口	
特定健診		玉井理事	大山常任理事		特定健診・保健指導 契約・研修会等	
医療保険		平安理事	小渡副会長	社会保険 諸公費負担医療 老人医療	医療保険研究委員会 定例保険連絡会議 保険指導(個別指導・ 共同指導・講習会等)	
産業保健 自賠・労災 母体保護		金城理事	須加原理事	産業保健関係 健康スポーツ医学 自賠責・労災保険 共同利用施設事業 母体保護 産科看護学院卒後研修	産業医委員会、同連絡協議会 産業医研修連絡協議会 自動車保険医療連絡協議会、労災部会 各地区共同利用施設に関する事項等 母体保護法指定医師審査委員会 HIV抗体検査事業 性教育指導セミナー	
福祉経営 医療関係者 共済会 勤務医		野原理事 幸地常任理事 玉城副会長	金城理事 宮里理事 "	福祉・経営・労務・税制、医師年金 一人医師医療法人、 永年勤続表彰等 医療従事者 共済会事業 勤務医問題、女性医師部会	福祉経営委員会 法人申請指導 表彰式 医療関係者対策委員会、看護師養成 給付事業、会計 勤務医部会、女性医師部会	
玉城副会長		医師国保	幸地常任理事	稲田理事	医師国保組合 国民年金基金 国保会計 レセプト点検	組合会 理事会 国保監事会 全国医師国保連合会 全国国保組合協会
協同組合 沖医商事		真栄田常任理事	玉城副会長	保険、購買、幹旋事業 協同組合購買・幹旋事業 損害保険	理事会 総代会等 会計、事務全般 募集業務、会計	
小渡副委員長		医師連盟	真栄田常任執行委員	小渡副委員長	医師連盟活動 会計	常任執行委員会 執行委員会 選管収支報告

## 沖縄県医師会館建設進捗状況 ～1階スラブ打設～



常任理事 真栄田 篤彦

沖縄県医師会館建設工事は、本年2月に建築工事を開始し、平成20年11月の竣工を目指し急ピッチで工事が進められています。

毎週1回の工程会議に事務局と共に参加し、工事が円滑に進むよう取り組んでいます。

工事の進捗状況は本会ホームページに掲載しておりますので、ご覧下さい。

下記の写真は、4月8日（火）に会館全景を正面から撮影したものです。1階の躯体部分を去る4月11日（金）にコンクリート打設を終了しました。これから1ヶ月単位で2階、3階の躯体打設を予定しており、6月には3階の棟上げを予定しています。



(H20.4.8日撮影 会館全景)



(H20.4.8日撮影 1階躯体)

日本医師会年金で将来の安定した生活を！

# 勤務医のゆとりある老後 確かな備え

## <ご加入のご案内>

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

### I. 特 色

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

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

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

### II. 加入の要件

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員(会員種別は問いません)

☆パンフレットのご請求とお問い合わせについては

日本医師会 年金・税制課

TEL:03-3946-2121(代表) 03-3942-6487(直通)

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

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

# 日医会長に唐澤祥人氏再選出

## －第118回日本医師会定例代議員会－

常任理事 安里 哲好



去る4月1日（火）、2日（水）の両日にわたり、日本医師会館において、第118回日本医師会定例代議員会が開催された。

会長選挙については現職の唐澤祥人氏と兵庫県医師会員の下間秀晃氏が立候補し、事実上唐澤氏の信任投票となった。結果は約9割の票を獲得した唐澤氏が再選を果たした。

なお、当代議員会の概要は以下のとおり。

### 第1日目（4月1日）

当日は定例代議員会に先立ち九州ブロック日医代議員連絡会議が開催され、北野邦俊熊本県医師会長より挨拶が述べられた後、議事運営委員の横倉義武福岡県医師会長より前日に行われた議事運営委員会について報告があった。

なお、今回の代議員会副議長候補である米盛學鹿児島県医師会長から、日本医師会の進路を決める重要な役割を仰せつかる立場に立とうとしており、九州は一枚岩となって協力をお願い

したい旨の挨拶があった。

### 第118回日本医師会定例代議員会

定刻になり、仮議長に遠藤俊一議員（東京都）が選出され、仮議長より開会宣言が述べられた後、出席代議員の確認（氏名点呼）が行われ、定数354名に対し、2名欠席の352名の出席をもって会の成立が確認された。

続いて遠藤仮議長より議事録署名人として稲倉正隆代議員（宮崎県）、鈴木勝彦代議員（静岡県）が指名され、議事が進行された。

### 選挙

#### (1) 議長選挙

定数1名に対し候補者は石川育成氏（岩手県）1名のため、投票によらず同氏を当選人と決定した。

なお、議長の挨拶は以下のとおり。

「引き続き議長職の承認を頂きありがとうございます」

ございます。これまで副議長3期、議長1期の計8年に亘り代議員改革に取り組んできたつもりでございます。今後は定款30条に従い、さすが日本医師会だと評価されるような真摯な議論と秩序ある代議員会を目指して努力いたします。変わらぬご指導ご叱正をお願いいたします。」

## (2) 副議長選挙

定数1名に対し、候補者は有山雄基氏（奈良県）、米盛學氏（鹿児島県）の2名のため、選挙立会人並びに開票管理人の立ち会いのもと選挙が行われ、開票の結果米盛學氏が当選した。

※米盛學氏206票、有山雄基氏143票、白票1票（有効投票数350票）

なお、新副議長の挨拶は以下のとおり。

「皆様方の熱き思い、熱き期待を頂戴し、ハラハラしながら待つておりました。ありがとうございました。私は各ブロックの先生方に非常に失礼をしました。2人で一つの席を目指すということについて、非常に熟慮に熟慮を重ね、1週間前に立候補するという事態になり、皆様方へご挨拶状をお送りする暇もなかったことをお許しく下さい。ここに皆様方のご信任を得て、石川議長を支えると共に、唐澤執行部の更なる発展と、各都道府県医師会が一致団結して世界に冠たる日本の医療を守りぬいていけるようにすることが私の役割であろうと思っております。

微力ではございますが、皆様のご期待に沿えますよう誓いを立てご挨拶に代えさせていただきます。」

※副議長選挙終了後、議長より8名の議事運営委員（各ブロック）が指名され、役員選挙の進行を確認するため議事運営委員会が開催された。

## (3) 会長選挙

定数1名に対し候補者は唐澤祥人氏（東京都）、下間秀晃（兵庫県）の2名のため、選挙立会人並びに開票管理人の立ち会いのもと選挙が行われ、開票の結果、唐澤祥人候補者が当選した。

※唐澤祥人氏304票 下間秀晃氏27票 白票20票（有効投票351票）

## (4) 副会長選挙

定数3名に対し、候補者は岩砂和雄氏（岐阜県）、竹嶋康弘氏（福岡県）、宝住与一氏（栃木県）の3名のため、投票によらず3氏を当選人と決定した。

## (5) 理事選挙

定数13名に対し候補者は下記13名のため、投票によらず全員当選人と決定した。

鈴木聡男（東京都）	北野邦俊（熊本県）
久野梧郎（愛媛県）	長瀬 清（北海道）
塩見俊次（奈良県）	妹尾淑郎（愛知県）
沖田信光（佐賀県）	伊東潤造（宮城県）
碓井静照（広島県）	鶴谷嘉武（群馬県）
酒井國男（大阪府）	小林 博（岐阜県）
高島三喜（栃木県）	

## (6) 常任理事選挙

定数10名に対し候補者は11名のため、選挙立会人並びに開票管理人の立ち会いのもと選挙が行われ、開票の結果下記10名が当選した。

三上裕司（大阪府）	木下勝之（東京都）
石井正三（福島県）	藤原 淳（山口県）
中川俊男（北海道）	羽生田俊（群馬県）
今村定臣（長崎県）	内田健夫（神奈川県）
飯沼雅朗（愛知県）	今村 聡（東京都）

続いて（7）監事、（8）裁定委員の選挙が行われ、いずれも定数内の候補者で投票によらず下記のとおり当選人と決定した。

### 監事

大西雄太郎（長野県）	森下立昭（香川県）
森 洋一（京都府）	

### 裁定委員

知念昭男（東京都）	奈良橋喜成（東京都）
油谷桂朗（京都府）	蟹江孝之（長野県）
凌 俊朗（佐賀県）	長田昭夫（鳥取県）
神山照秋（群馬県）	皆藤美實（栃木県）
國井一彦（山形県）	岡田幹夫（静岡県）
島田保久（北海道）	



投票風景

その後、石川議長から当選者の紹介が行われ、当選者を代表して唐澤会長から概ね次ぎのとおり挨拶があった。

「役員をご選出いただきまして、ありがとうございました。医療を囲む環境は非常に厳しいものがありますが、この道を切り開くべく今後2年間誠心誠意努力いたします。副会長、理事、常任理事と力を合わせ一丸となって先生方のご期待に応えるよう努力いたしますのでご支援ご指導賜りますようお願いいたします」

## 2日目（4月2日）

唐澤会長から所信表明が述べられると共に、3期目の日本医学会長に就任された高久史麿会長より挨拶があった。

### 唐澤祥人会長挨拶（要旨）

唐澤会長は2年間を振り返り、「未曾有の医療制度転換期の中で、荒波を全身に受けながらの船出となり、経済財政諮問会議が打ち出した5年間で1.1兆円という社会保障費の圧縮、十分な検証がないままに成立した医療制度改革関連法などになんとかブレーキをかけるべく必死で戦い続けてきた。政府による財政主導型の医療制度改革がこのまま続けば、国民の負担増と医療の質の低下を招き、地域医療体制は崩壊への道を辿ることになると憂慮している。日本医師会の基本的使命は、学術団体として国民医療に貢献することであり、心温まる医療、満足度の高い医療の提供に精励すると共に、普遍的な

医療提供体制の確立への努力が最重要である。この目的のため将来性のある医療政策と理念を掲げ国民の求める医療を追究していくことが第一義であり、そのためには、全国の診療所医師、勤務医、研修医、青年医師、女性医師など、ことに昨年沖縄県において開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会における「沖縄宣言」等を尊重し、すべての会員の意見の集約を図り、医療の進むべき方向について有効な政策を提言していく努力が必要であるとして、新執行部一丸となって全身全霊を打ち込んで会務を遂行していく」との決意が述べられた。

その後、竹嶋副会長から平成19年度の会務報告が行われた後、引き続き議事7議案について審議されると共に、ブロック代表質問（7件）及び個人質問（12件）についての質疑が行われた。

特に、2008年度の診療報酬改定における「外来管理加算5分要件」については、現場が混乱することが必至であるとして、日医は撤廃を目指すべきだとの意見が相次いだ。これに対し、竹嶋副会長は日医として一貫して反対したものの結果的に5分目安が入ったが、実際は5分という数字にこだわらず十分に幅をもたせて行ってもらいたいと述べると共に、4月以降の中医協で外来管理加算の見直しを含めて議論したいと説明した。

また、「死因究明制度」問題に絡んだ質問が

出され、これに対し、宝住副会長並びに木下常任理事は医療安全調査委員会（第三者機関）の設置は、診療関連死が起こったら警察に届けるという仕組みではなく、我々医療界が責任を持ってこの問題に対応しようという仕組みであり、一両日中に出される予定の厚労省第3次試案が、我々と同じ対応となるので是非ご覧いただきたいと説明した。

また、同委員会の調査報告書については、医療界の代表が中心となった委員会に届けられ、そこで判断される。隠ぺいやカルテの改ざん、リピーターなどは例外として、それ以外は原則、捜査機関に提出することはない。行政処分についてはこれまでの制裁型から再教育を主体とする支援型になると共に、病院に対しても医療業務改善指導という新たな仕組みが出来る。委員会を厚労省に置くことについては、あくまで事務局が設置されるのであり、医療行政の中心である厚労省に置くことが合理的だと考えているとの説明があった。

また、「新医師臨床研修制度の見直し」に対する質問については、岩砂副会長から新医師臨床研修制度が国民医療崩壊につながる危機的状況をもたらしたとの意見が示され、代議員より提案された、卒前・卒後の教育を含む一貫性のある教育システムを再構築して臨床研修期間を1年間短縮することについて検討の余地は十分あるとしたが、先ず今後は新制度が医師不足・医師偏在にどのような影響を与えたかを検証し、今後の政策提言のための基礎資料とすべく、全国の大学医学部と臨床系の教室宛にアンケートを送付したとの説明があった。

そのほか「日医の対外広報費の倍増」、「看護師国家試験合格ラインの設定」、「勤務医の職場定着推進」、「日本医師会勤務医部会の設立」等についても活発な質疑が交わされた。

#### 議事

第1号議案 平成19年日本医師会会費減免申請の件

宝住副会長より資料に基づいて提案理由の説

明があり、賛成挙手多数により原案どおり承認された。

第2号議案 平成20年度日本医師会事業計画の件

第3号議案 平成20年度日本医師会一般会計予算の件

第4号議案 平成20年度医賠責特約保険事業特別会計予算の件

第5号議案 平成20年度日治験促進センター事業特別会計予算の件

第6号議案 平成20年度医師再就業支援事業特別会計予算の件

第7号議案 日本医師会会費賦課徴収の件

上記2号議案から7号議案について関連事項として一括上程され、第2号議案について竹嶋副会長より、第3から7号議案について宝住副会長よりそれぞれの提案理由の説明が行われた。

また、宝住副会長より追加議案として第8号議案日本医師会役員功労金支給の件について、今回退任された前役員の先生方への功労金支給についての提案理由の説明があり、賛成挙手多数により原案どおり承認された。

なお、議案の審議について、議事進行の都合により、議長から予算委員会を設置して同委員会に一括審議を付託することが提案され、賛成多数で承認され、予算委員25名が指名され（本県から小渡副会長が就任）、別室にて審議が行われた。

その後、個人質問が再会され個人質問終了後、予算委員会の浅野定弘委員長（滋賀県）より、第2号議案から7号議案まで、それぞれ担当理事から説明を受け、慎重に審議した結果、全会一致で原案どおり承認した旨の報告があった。以上の報告を受け、本会議における評決を諮ったところ、賛成起立多数により、原案どおり承認可決された。

最後に、唐澤会長並びに石川議長から閉会の挨拶が述べられ、代議員会は閉会し引き続き第66回日本医師会定例総会が開催された。



**第66回日本医師会定例総会**

総会は、まず唐澤会長より開会の辞が述べられた後、次の3点について報告が行われ、全会一致で承認され会を閉じた。

- (1) 庶務及び会計の概況に関する事項
- (2) 事業の概況に関する事項
- (3) 代議員会において議決した主要な決議に関する事項

**印象記**



副会長 小渡 敬

去った4月1日と2日に、日医会館で1日目は複数立候補のあった日医会長と代議員副議長および常任理事の選挙が終日行われ、翌日は定例代議員会でブロック代表の質問と個人質問が行われました。選挙については、九医連が推薦した候補者が全て当選し、第2次唐澤執行部がスタートしました。特に日医副議長については、鹿児島県医師会の米盛學會長が1週間前の立候補にもかかわらず、現職を破り63票差で当選しました。前回の選挙でも長時間を要し、議場閉鎖のため外に出れず、その時にも出来れば別の人に代わってもらいたいと思いましたが、今回も再び同じ思いをしました。

2日目は、定例の事業計画と各種会計予算の審議がなされました。私は玉城副会長の代わりに予算委員会に出席をしたため、代議員会での全ての質問を聞くことは出来ませんでした。代議員会では死因究明制度の第3次試案と、今年度の診療報酬改定の中で要件が見直された外来管理加算いわゆる5分要件問題に質問が集中していました。その5分要件問題については、担当の竹嶋副会長が答弁にあたり、これを導入した背景には再診料の引き下げを阻止するために苦渋の選択であると述べていましたが、いずれにしても歯に衣を着せた不明確な回答であり、釈然としませんでした。第3次試案についても激しいやり取りがあり、木下担当理事が興奮気味に最終的な結果を見て欲しいと述べていたのが印象的で、日医の対応を信頼しても良いような印象を受けました。

会議づくしでうんざりしたので、帰りに花見を楽しむため上野公園に寄りましたが桜より人の数が多く、しかもアジアの観光客が大挙押し寄せ、桜は美しかったが花見にはなりません。しかし同公園内にある東京国立博物館で、平城遷都1300年記念「国宝薬師寺展」が開催されており、そこで日本仏像彫刻の最高傑作のひとつとして知られている日光・月光菩薩立像（国宝）を直接間近で観る事ができました。私は仏像のことは詳しくありませんが、本物を間近で観るとその荘厳さと迫力に感激しました。

## 印象記



常任理事 真栄田 篤彦

今回は日医の会長選挙があるので、4月1日、2日と二日間にわたり、日医会館に長時間詰めた。第一日目の9時から、九州ブロックの九州医師会連合会の事前集会があり、その中で、今回の代議員会副議長選に出馬を決意された鹿児島県医師会長の米盛學先生の決意表明挨拶があり、九州連合会として一致団結して「九州はひとつ」の合言葉を強調され、投票へのお願いがあった。又同じく日医理事および日医常任理事の九州ブロックからの再任投票依頼もなされた。

同日9時30分より定例代議員会が始まった。今回の会長選においては、対立する有力候補はなく、予想通り、近畿ブロックを除く全てのブロックが唐澤祥人現会長を推薦していたので、圧倒的多数で唐澤現会長が再選された。唐澤会長は健康上はなんら問題ないと話し、今後日医執行部が一丸となって日本の医療費抑制政策の方向転換を目指していくと表明した。近畿ブロックがまだ混沌としているので、まだ日医は全国一本化はされていないが、今日の医療危機を乗り切るためにはやく、一本化に向けて頑張りたいと思う。

## 印象記



常任理事 安里 哲好

初日は議長・副議長選挙と会長・副会長等の選挙が行われた。結果はすでに新聞等での報告の通りで、唐澤祥人会長が再選し、九州からは竹嶋康弘副会長（福岡県）、米盛學副議長（鹿児島県）、今村定臣常任理事（長崎県）、沖田信光理事（佐賀県）、北野邦俊理事（熊本県）が選出された。

2日目は唐澤会長2期目の就任挨拶があり、足取りもしっかりしており、話し方もスムーズで、内容も素晴らしく、完全復活のような感じがし安堵した。昨年、沖縄県での、全国医師会勤務医部会連絡協議会の際に、唐澤会長を飛行場まで迎えに行き、また、素晴らしい特別講演もしていただいたことへのお礼を、長崎での九州医学会総会の懇親会で述べた矢先のご病気でしたので、非常に心配していたが、健康なお姿を拝見して、重ね重ね安心した。会長の挨拶の要旨は、全国の診療所医師、勤務医、研修医、青年医師、女性医師など、特に沖縄県での「沖縄宣言」等を尊重し、すべての会員の意見集約を図り、医療の進むべき方向について有効な政策を提言していきたいと述べていた。

ブロック代表・個人質問の中では、「死因究明制度」についての議論が多くなされた。日本医師会は、警察庁との間で継続的な協議を行い、全ての届けるべき診療関連死はまず第三者機関である医療安全調査委員会に届け出て、そこで医療の専門家である医師を中心とした調査委員会で原因を究明し、例外的に悪質で故意や重大な過失（隠ぺいや改ざん、同じミスを繰り返すリピーター）である事例のみを限定し調査機関へ通知することになったと述べ、このたび、日医の考えを入れ、厚労省は第3次試案として発表するとのこと。

代議員会の代理出席は二度目だが、会長選挙に加わったのは初めてである。会場を閉鎖し、選挙の時は入退場ができない状態にして、事務局が各出入り口に2名ほど立っていて、どうしても（時として、命に関わる状況が発生するかもしれないので）の時は議長の許可を得てのみ、外に出られる状況であった。しかし、選挙はスムーズに進み、会長就任祝賀会（東京駅の近くのホテル）の前に、上野公園での薬師寺仏像の展示と桜を鑑賞できた事は、雑踏の中であったが、心地よいひと時を享受した。

## 各地区医師会役員決定

各地区医師会役員が決定しましたので、お知らせいたします。なお、沖縄県公務員医師会につきましては、決まり次第追って掲載いたします。

	役職名	氏名	医療機関名	TEL
北部地区	会長	大城 修	大城耳鼻咽喉科医院	0980-53-1697
	副会長	石川 清和	今婦仁診療所	0980-56-3581
	副会長	上地 博之	大北内科・胃腸科クリニック	0980-53-5455
	副会長	大西 弘之	北部地区医師会病院	0980-54-1111
	常任理事	鍛 司	かじまやリゾートクリニック	0980-51-1197
	常任理事	仲村 佳久	仲村小児科内科皮フ科医院	0980-53-3366
	理事	松岡 政紀	北部病院	098-968-3661
	理事	小禄 尚	伊佐川整形外科	0980-52-5656
	理事	仲地 研吾	なかち泌尿器科皮フ科外科クリニック	0980-53-3335
	理事	宮城 恒雄	北部皮フ科クリニック	0980-54-4912
	理事	友寄 一	さくら眼科	0980-54-5100
	理事	高良 和代	金武診療所	098-968-2145
	理事	諸喜田 林	北部地区医師会病院	0980-54-1111
	理事	幸地 周	北部地区医師会病院	0980-54-1111
	監事	平安山 英機	平安山医院	0980-52-6895
監事	金城 英與	ひかり医院	0980-41-2221	
中部地区	会長	安里 哲好	ハートライフ病院	098-895-3255
	副会長	川平 稔	コザクリニック	098-938-1038
	副会長	中田 安彦	愛聖クリニック	098-939-5114
	常任理事	松嶋 顕介	まつしまクリニック	098-958-6888
	常任理事	呉屋 五十六	いとむクリニック	098-898-5856
	理事	花城 可雅	はなしろ小児科	098-930-5177
	理事	比嘉 靖	東部クリニック	098-932-0111
	理事	仲田 清剛	ちばなクリニック	098-939-1301
	理事	松元 悟	ハートライフ病院	098-895-3255
	理事	新垣 元	新垣病院	098-933-2756
	理事	砂川 博司	すなかわ内科クリニック	098-975-2525
	理事	新里 勇二	ソフィア・メディカルサポートクリニック	098-939-2266
	理事	西平 守樹	西平病院	098-896-0024
	監事	新垣 元武	新垣病院	098-933-2756
	監事	宮城 昭夫	宮城産科婦人科	098-972-3203
浦添市	会長	山内 英樹	同仁病院	098-876-2212
	副会長	久田 友一郎	浦添総合病院	098-878-0231
	副会長	仲間 清太郎	浦西医院	098-878-7070
	理事	高良 聰子	たから小児科医院	098-879-8777
	理事	下地 克佳	下地内科	098-874-7007
	理事	徳山 清之	徳山クリニック	098-942-1001
	理事	新垣 義清	まちなと小児クリニック	098-942-1110
	理事	池村 剛	池村クリニック	098-879-5762
	理事	具志堅 政道	具志堅循環器・内科	098-875-0007
	理事	山里 将進	かじまやークリニック	098-871-0818
	理事	平良 豊	牧港クリニック	098-871-1500
	理事	洲鎌 盛一	牧港中央病院	098-877-0575
	監事	多々羅 靖弘	浦添中央医院	098-877-1611
	監事	源河 朝博	げんか耳鼻咽喉科	098-876-9500
	那覇市	会長	友寄 英毅	友寄内科胃腸科
副会長		真栄田 篤彦	西町クリニック	098-867-0010
副会長		伊集 守政	伊集内科医院	098-864-1188
常任理事		山城 千秋	山城整形外科眼科医院	098-836-1100
理事		喜久村 徳清	三原内科クリニック	098-836-3111
理事		山根 邦夫	松城クリニック	098-836-3553
理事		仲本 昌一	仲本内科	098-860-1835
理事		知花 朝美	沖縄赤十字病院	098-853-3134
理事		友利 博朗	八重洲クリニック	098-861-8618
理事		玉井 修	曙クリニック	098-863-5858
理事		田名 毅	首里城下町クリニック第一	098-885-5000

	役職名	氏名	医療機関名	TEL
那覇市	監事	玻座真 博公	玻座真内科医院	098-859-1352
	監事	平良 直樹	天久台病院	098-868-2101
	監事	金城 幸博	たばる内科胃腸科	098-858-0005
南部地区	会長	名嘉 勝男	西崎クリニック	098-994-7831
	副会長	安里 良盛	安里眼科	098-994-1882
	副会長	照屋 勉	てるや整形外科	098-888-3636
	常任理事	玉城 清酬	空と海とクリニック	098-840-2000
	理事	嘉手苺 勤	南部徳洲会病院	098-998-3221
	理事	平良 博史	与那原中央病院	098-945-8101
	理事	神谷 仁	かみや母と子のクリニック	098-995-3511
	理事	野原 俊一	介護老人保健施設東風の里	098-998-9390
	理事	城間 寛	豊見城中央病院	098-850-3811
	理事	外間 康男	みなみ野クリニック	098-945-8811
	理事	金城 忠雄	沖縄県総合保健協会附属診療所	098-889-6474
	理事	城間 昇	しろま小児科医院	098-856-8811
	理事	田仲 秀明	田仲医院	098-850-7474
	理事	稲富 仁	糸満清明病院	098-997-2011
	監事	普天間 稔	普天間内科医院	098-947-1162
監事	宮里 政己	一日橋医院	098-889-7387	
宮古地区	会長	池村 眞	池村内科医院	0980-72-3500
	副会長	下地 晃	城辺中央クリニック	0980-77-4693
	理事	奥平 忠夫	奥平産婦人科	0980-72-3026
	理事	比嘉 富二	ひが小児科医院	0980-79-1477
	理事	下地 輝子	下地眼科医院	0980-73-2228
	理事	稲村 達哉	稲村耳鼻咽喉科	0980-74-1187
	理事	宮城 博子	みやぎMs.クリニック	0980-75-0722
	監事	砂川 明雄	おおはらクリニック	0980-72-9806
監事	池村 栄作	いけむら外科	0980-73-6300	
八重山地区	会長	仲間 健二	仲間内科クリニック	0980-88-8500
	副会長	上原 秀政	上原内科医院	0980-88-7068
	副会長	金城 浩	石垣島徳洲会病院	0980-88-0123
	理事	石垣 吉春	博愛病院	0980-82-3170
	理事	上地 国生	かりゆし病院	0980-83-5600
	理事	仲程 一博	南西耳鼻咽喉科医院	0980-83-0001
	理事	宮良 長治	宮良眼科医院	0980-82-3068
	理事	宮良 善雄	宮良内科胃腸科医院	0980-82-4181
	監事	藤井 弘人	ひふ科藤井医院	0980-86-7300
監事	高良 和男	高良税務会計事務所	0980-82-5043	
国療	会長	石川 清司	国立病院機構沖縄病院	098-898-2121
	理事	久場 睦夫	国立病院機構沖縄病院	098-898-2121
	理事	国吉 真行	国立病院機構沖縄病院	098-898-2121
	監事	川畑 勉	国立病院機構沖縄病院	098-898-2122
	監事	野村 謙	国立療養所沖縄愛楽園	0980-52-8331
琉球大学	会長	須加原 一博	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	副会長	村山 貞之	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	理事	国吉 幸男	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	理事	上里 博	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	理事	太田 孝男	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	理事	外間 登美子	琉球大学医学部保健学科	098-895-3331
	幹事	金城 福則	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	幹事	粟田 久多佳	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	監事	金谷 文則	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
	監事	成富 研二	琉球大学医学部附属病院	098-895-3331
那覇市立	会長	川野 幸志	那覇市立病院	098-884-5111
	副会長	田端 一彦	那覇市立病院	098-884-5111
	理事	喜屋武 幸男	那覇市立病院	098-884-5111
	理事	上原 忠司	那覇市立病院	098-884-5111
	監事	屋宜 盛秀	那覇市立病院	098-884-5111

## 平成19年度都道府県医師会 廃棄物担当理事連絡協議会

常任理事 大山 朝賢

去る2月13日(水)、午後2時から日本医師会において、標記連絡協議会が開催されたので報告する。

### 挨拶

日本医師会の竹嶋康弘副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日は、日本医師会において初めての開催となる都道府県医師会廃棄物担当理事連絡協議会にご出席賜り深く感謝申し上げます。

ご存じの通り、厚生労働省は、国の医療費削減政策の一環として、病床の大幅な削減を進めようとしている。これは、即、在宅医療患者の増加に繋がるということで、当然のことながら、その在宅での医療廃棄物の増加を招くということになる。今後、適正な処理を行わないと、医療機関、患者、家族の皆さんが安心して治療に専念できないという事態を私どもは予測し、何とか取り組みを行わなければならないと考えるが、現状では、家庭で在宅医療廃棄物が出た場合、多くの市町村では感染の危険性があるとして収集を拒んでいる。廃棄物処理法では、在宅医療廃棄物は一般廃棄物の扱いとなり市町村に処理の責務がある。これは、厚生労働省や環境省の通知文書にも記されている。在宅医療廃棄物を医療機関等が持ち帰るという不自然な現状は、是非、改めたいと考える。

そのため日本医師会では、各医師会と全市町村が、在宅医療廃棄物の受け入れについて話し合いを進めていただく際の検討資料として使われることを目的に在宅医療廃棄物の取り扱いのガイドを作成し、都道府県医師会、郡市医師会、市町村全てに配布予定としている。これを

受け、環境省は昨年12月に急遽市町村向けの在宅医療廃棄物処理の手引き作成のための検討会を立ち上げ、検討を行っている。本会からもこれには当然ながら参加している。日本医師会のこれまでの活動が、在宅医療廃棄物の市町村の受け入れに今大きく影響を与えつつある。

ついでに、この機会を大いに利用し、是非、在宅医療の患者さんが、廃棄物を捨てることで汲々とするような現状を打破したいと考えている。

本日の会が、意義あるものになるよう心から祈念する。

### 議 事

#### 1. 経緯と報告

##### (1) 感染性廃棄物等に関する検討委員会報告

感染性廃棄物に関する検討委員会の宮崎元伸委員長より、概ね以下のとおり検討会報告が行われた。

平成17年度に感染性廃棄物等に関する検討委員会が発足した。その時に、「医療機関における感染性廃棄物適正処理の普及方策」という諮問を受け、その策を検討し提言している。

平成17年度のこのプロジェクト委員会における提言は五つある。「①感染性廃棄物等に関する教育講習会の設置について」、「②感染性廃棄物等に関するアンケート調査の実施について」、「③在宅医療廃棄物の取扱いについて」、「④感染性廃棄部等に関する質疑応答集の作成について」、「⑤都道府県医師会、郡市区医師会の感染性廃棄物等に関する情報機能について」、この五つに関して提言を行った。

その提言を受け、平成18年度に再度委員会を発足している。一つ目の提言「感染性廃棄物

等に関する教育講習会の設置」については、日本医師会において平成19年2月から医療機関を対象とした“特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習会”を発足し、これまでに10カ所で講習会を開催している。二つ目の提言「感染性廃棄物等に関するアンケート調査の実施」については、先ず各医師会を対象に、廃棄物に関する体制等を中心とした感染性廃棄物や在宅医療廃棄物に関するアンケート調査を行った。それを平成19年1月に、都道府県医師会、郡市医師会に配布させていただいている。また、医療機関を対象とした調査に関しては、本日、資料としてお配りしているものとなっている。その内容については、主に感染性廃棄物の分類、容器の種類、処理の実際等についてとなっているが、まだ調査結果にばらつきがあり、うまくまとめられていない部分もあるため、今後更なる検討が必要なのではないかと思っている。三つ目の提言「在宅医療廃棄物の取扱い」については、唐澤会長から、在宅医療廃棄物に関する適正処理の方策という諮問が出され、昨年度、今年度と委員会で審議し答申させていただいている。この添付資料として、在宅医療廃棄物適正処理ガイドラインというものを策定した。また、このガイドラインの配布用のパンフレットとして、在宅医療廃棄物の取扱いガイドというものを作成している。五つ目の「都道府県医師会、郡市医師会の感染性廃棄物等に関する情報機能」については、本日のように日本医師会で担当理事の連絡協議会が開催され、在宅医療廃棄物適正処理ガイドラインをお配りし、このような場が設けられたことは非常に良いことではないかと感じている。委員会でまとめたこと等が、日本医師会、都道府県医師会、郡市医師会の先生方のお役に立てればと委員一同思っている。

アンケート調査の結果からいくつかを述べさせていただきますと、市町村によっては、在宅医療廃棄物の受け入れを行っていないところ、全部受け入れているところと様々であり、その中一つ言えることが、郡市医師会と市町村の担当

職員とが意思の疎通あるいは話し合いを持っているところほど、スムーズに進んでいるのではないかという結果が見えている。これは、今環境省が行っている調査においても同様の結果が出てきているという話を伺っている。これは、参考になるのではないかと思っている。特に、在宅医療廃棄物に関しては、やはり法律上は感染性廃棄物の範疇には入らず一般廃棄物となっているが、感染性という言葉は無くしても、感染性があるということは否定できない。この辺の法律上の問題と現場の問題とにおいて、市町村が危惧を持っていることは事実であるため、この溝をどうやって埋めていくかということが一つの今後の大きな課題であると考えている。

## (2) 在宅医療廃棄物の適正処理について

日本医師会の今村聡常任理事より、在宅医療廃棄物の適正処理について概ね以下のとおり報告があった。

在宅医療廃棄物は一般廃棄物として市町村に収集の責務があるということは、環境省あるいは厚生労働省からの通知でも明らかになっているが、実際は、なかなか市町村での回収がスムーズに進んでいない。このことについては、各地域においていろいろな事業が行われているので、日本医師会が全てを対応するといってもスムーズに進まない現状がある。市町村においては、医療系の廃棄物は皆危険だという思いを持っているため、そうではなく、適正な処理を行えば医療系の廃棄物であっても危険性は極めて低いということをよく知っていただく必要があるということでこの冊子が作られた。医師会と市町村が話し合いを行っているところほど廃棄物が適正に処理されているというデータがあるため、当ガイドラインを話し合いの際にご活用いただきたい。

ガイドラインをご覧いただきたい。在宅医療廃棄物の市町村の受け入れ状況ということで、環境省が2007年に調査を行ったものである。在宅医療廃棄物を、注射針、注射筒、バック類、チューブ類、脱脂綿、ガーゼ、おおよそこ

ういった種類に分けた場合に、市町村がそれぞれどのように回収しているかを確認すると、針から脱脂綿、ガーゼまで全て受け入れているという自治体が93市町村（5.3%）となっている。それから、針は回収しないが注射筒から脱脂綿、ガーゼまで回収する自治体が453市町村（25.7%）となっている。在宅医療廃棄物は一般廃棄物ということになっているが、現実的な対応としては、針など鋭利な危険な物については医療機関が処理をし、それ以外の物は一般廃棄物として自治体が処理することが望ましいという整理になっているので、以上の自治体はきちんと対応していただいているということになるかと考える。しかし、以下の注射筒、バックチューブ類は回収しないが脱脂綿、ガーゼまでは回収する。あるいは、在宅医療廃棄物全て回収しないというようなところが576市町村（32.7%）となっており、また、方針が全く決まっていない。対応していないようなところもまだまだかなりある。従って、きちんとした今のルールで対応していただけないところが67.3%もあるという現状となっている。このようなことから、これらのガイドを使って、できるだけそれぞれの郡市区医師会に廃棄物担当役員を置いていただき、自治体との話し合いの場を持っていただくということが、今後、在宅医療を進めていく上で重要な取り組みになるかと考えている。

ガイドラインの主な内容としては、例えば針刺し事故による感染の可能性が極めて低いというデータや、どのように在宅の廃棄物を処理すれば良いのか等、実際の具体的な処理の仕方や市町村との話し合いの手順を示している。現状では、注射針は回収できないとしている自治体においても、話し合いの中で、自己注射等の針については可能になってくるというような可能性もあるので、そういった話もしていただければと考える。注射筒を回収しないというような場合は、これは明らかに注射器に血液が付いているようなイメージで注射筒を考えているため、例えば栄養剤を注入するために使った物だ

とか針が付かないようないわゆる注射筒そのものも危険だというような認識を持っているので、この辺は十分話し合いを持っていただきたい。バック類、チューブ類等については、感染の危険性は極めて低いので、こういった話し合いを十分にさせていただければと考える。

名古屋市立大学看護学部の矢野久子教授より、概ね以下のとおり報告があった。

訪問看護ステーションの関係者全員に対してアンケート調査を実施した結果、チューブや針等の発生品目に関わらず、廃棄先や使用後の廃棄容器をどのようにしたらよいかという問い合わせが最も多かった。名古屋市に相談した結果、実際にはどのような物が廃棄されるのか、在宅医療廃棄物とはどのようなものなのかがイメージできないということで、その品目についてマニュアルを作るという経過を辿り、訪問看護のための処理マニュアルというものを発生品目を中心に作成した。当マニュアルは、名古屋市のホームページにも掲載されている。在宅医療廃棄物として、先生方が往診で使われた物だけではなく、患者さんが日々出される物全てを医療機関に持ち込むというようなことを考えると、非常に不合理なことであるため、その辺のことを標準予防策、感染予防の基本的な観点を含めマニュアルを作成している。

今回、日本医師会という大きな組織の主導で、実際にそれぞれの先生方の郡市区医師会と行政とが話し合いの場を持つということで、これらの話し合いの材料になるようにこの取扱いガイドが使われていただけることを委員の一人として願っている。

### (3) 特別管理産業廃棄物管理責任者講習会について

感染性廃棄物等に関する検討委員会の岡田淳委員より、特別管理産業廃棄物管理責任者講習会について、概ね以下のとおり報告があった。

特別管理産業廃棄物管理責任者講習会は、従来日本医師会が行っていた通信教育講座を改

め、感染及び感染症の基礎、感染予防等の他に、廃棄物の委託基準、契約等の法令面も更に充実させ、新たな資格取得ができるものとして発足している。

これまでは、感染に関する講習会は殆ど無く、ガソリンスタンドのための資格を取る講習と一緒に受けていた。しかし感染に関する部分が非常に少なすぎるために、医療機関の特別管理産業廃棄物管理責任者としては認めないという自治体が増え、これでは医療機関で事務系の方々が管理責任者の資格を取ることができず、感染性廃棄物の適正処理に支障をきたす状況となっていた。

このようなことから、延べ3年間かけて新たなテキストを作成し、環境省の了解も取り、日本産業廃棄物処理振興センターと共催の形で、昨年の2月から講習会をスタートさせている。

今年度は、8ブロック10会場で開催し、受講生は1,432名と予定人数の95.5%を達成している。講習会では、感染性廃棄物の感染予防、針刺し事故等の問題について解説し、感染性廃棄物の適正処理としては、排出事業者責任、委託基準、契約書、帳簿、マニフェスト等の基礎と法令について講義を行っている。次年度も約10か所で開催を予定している。講習会を受講していただくと、日本医師会と(財)日本産業廃棄物処理振興センターの連名の修了証で、廃棄物処理法に規定された国の資格が取得できるようになっている。

日本医師会の今村聡常任理事より、概ね以下のとおり報告があった。

医師はもともとこの資格を持っているが、廃棄物の処理法というものは大変複雑で内容を理解することが難しいと思う。こういったために事件に巻き込まれることも実際に起きている。それによって社会から非常に重い罰則を受けてしまう。また、これは個人の問題だけでなく、医師会としての責任を問われることもよくある。是非、こういった講習会に参加していただきたい。

この講習会は、要するに、先生方は医療に専念していただき、廃棄物のことは事務系の職員の方が理解し排出していただければ良いということから、そういった事務の方に資格が与えられるものとなっている。次年度の案内は3月から4月に日医ニュース等に掲載する予定なので、是非医療関係者の方にも回覧していただき、多数のご参加をいただきたい。

#### (4) 感染性廃棄物等に関する適正処理の伝達事項

- ①マニフェスト交付等の報告書提出
- ②帳簿記載

日本医師会の今村聡常任理事より、帳簿の記載と保存について説明があった。

日本医師会では、電子マニフェストの方が便利ではあるが、まだまだ全ての医療機関が利用できる環境にないことを考えると、手書きマニフェストの先生方においても帳簿記載において、なるべく簡便な方法がとれるよう環境省等と調整を図っていると説明があり、紙マニフェストの利用者には、帳簿の記載、マニフェストの交付等状況報告書の作成など煩雑な事務負担を強いられる結果となっていることから、日本医師会としては、環境省に手書きによる紙マニフェストの軽減を図るため、紙マニフェストを時系列的に綴ることで帳簿の記載に代えられることで了承をとり、環境省は、その旨の通知を都道府県等に発出していると報告された。

## 2. 各地の事例報告

### (1) 岩手県医師会の事例

岩手県医師会の石動副会長より、岩手県における産業廃棄物の現状や今後の課題等について報告が行われた。

岩手県医師会では、平成11年に岩手県・青森県の県境で起こった国内最大級の産業廃棄物不法投棄を契機に、「いわて医師協同組合」の事業として、「県内処理業者の格付け」や「保証金制度」を実施している。当事業は、医師協同組合が会員に優良処理業者を紹介し、また県



への処理実績報告書を代行作成することで、会員から手数料を徴収する仕組みになっている。現時点で、この事業の弊害は報告されていないとのことであった。

また、在宅医療廃棄物の処理状況についても報告があり、県内70市町村のうち6市町村が回収、57市町村が回収していない状況となっており、回収しない理由としては、過去に回収作業員が怪我をした事例があることや、感染性廃棄物の危険性等が挙げられていると説明があった。

岩手県医師会が平成19年11月に県内14地区医師会を対象に行った調査においては、現時点では在宅医療廃棄物のうち注射針等の鋭利なものは医療機関で回収するが、少なくとも鋭利でないものについては市町村で回収すべきとの意見が大方の意見であり、今後、市町村との話し合いが必須であることが提起された。

## (2) 東京都医師会の事例

東京都医師会の目澤理事より、東京都医師会の医療廃棄物への取り組みについて報告が行われた。

東京都医師会では、市民の健康と安全に従事する医療機関が、廃棄物処理法を遵守し環境保全に努めることは当然の義務であるが、そのために医療機関の本来の使命である診療行為が疎かになってはならないという考えのもと、東京都医師会、東京産業廃棄物協会、東京都環境整備公社の三者による、調和のとれた医療廃棄物・適正処理を基本理念とした「東京都医師会医療廃棄物適正処理推進事業」が取り組まれている。当事業は、医療機関が廃棄物を排出する際に“受付センター”と呼ばれる集中管理センターに、FAXやインターネットを利用して収集申し込みを行うことで、地区毎に組織された収集運搬業者が効率良く廃棄物を収集するという仕組みになっている。当事業を運用することで、収集運搬業者は担当地区での集荷作業に専念でき、また医療機関においても例えば1個だけの排出であっても対応してもらえることができる

ため、双方にとって収集効率が大幅に改善されているとのことであった。

しかし、現行の紙マニフェストでは、廃棄物が収集車に混載された時点で、どこの医療機関が排出した廃棄物なのか識別ができなくなり、また、目的地である中間処理施設では、マニフェスト記載の員数が全て搬入されたとの前提で検印を押しており実際には搬入個数を数えていないこと等から、悪意があれば個数の誤魔化しや内容の改ざん等の不法行為が可能となると問題提起され、今後、電子マニフェストへの移行や、医療廃棄物の個別追跡と電子マニフェストとの自動連動システムの必要性等が述べられた。

## (3) 静岡県医師会の事例

磐周医師会の石坂理事より、静岡県下の7地区医師会により構成され設置、運営されている「産廃監視機構」の取り組みについて報告があった。

当機構は、「会員に産業廃棄物の分別、保管、排出、マニフェストの回収確認等の教育と指導を行い、自らの襟を正すこと」、「産業廃棄物に関連した事件発生防止のために、独自の運搬から最終処分までを監視する機構を組織すること」を主旨に組織されたものとなっている。活動内容は、全医師会員の収集運搬契約状況や、契約した産廃業者の直接調査等を行う「調査活動」。定期的に運搬から最終処理の監視を行う「監視活動」。当組織が収集した情報を会員や行政等に速やかに提供するための「広報活動」等が取り組まれている。

当機構の調査活動等を通して、傘下844医療機関が契約する産廃業者の実態や、排出品目毎の適正な価格帯を把握することが可能となり、また、それらの情報を集約した運搬業者安全ランキングを年に1回発行し、各会員に情報提供を行うことで、各医療機関が適正な価格で適正な運搬業者と契約を交わすための有用な資料になっていると考えられると報告された。

静岡県医師会の鈴木副会長より、静岡県における電子マニフェストの推進計画について報告があった。

静岡県医師会では、平成14年度に紙マニフェストの改ざんを行い産廃業者が処分され、また排出医療機関も責任を問われるという事件が起こったことから電子マニフェスト導入の検討が開始されたと説明があり、静岡県における医療廃棄物事業の基本事項として、医療廃棄物の処理事業を医師会主導型とするとともに、医師会主導型への協力優良業者を探し選定すること等を定め、医師会、行政、業者（産廃協会）による三者協議を開催し、具体的な検討が行われていると報告された。

今後の電子マニフェスト計画のスケジュールとしては、2月中旬に三者協議を行った後、地区医師会への説明会を開催するとともに、業者向けにEDI (Electronic Data Interchange) 版電子マニフェストシステムの説明会を行い、3月にはEDIシステムの運用試験を経た後、4月1日からの本格運用開始を目標としていることが説明された。

また、静岡県医師会では、静岡県医師協同組合と記載された指定の容器を使用してもらうことで、最終処分までを医師会のシステムが管理しているという意味表示をしていくことを予定していると報告された。

## 印象記



常任理事 大山 朝賢

去る2月13日上記連絡会が日本医師会館で開催された。

医療病床の削減にともない在宅での加療が増加することを想定し、その結果医療廃棄物は増加しその処理も適正化されねばならないことから連絡協議会がもたれた。病院や診療所から出る廃棄物は産業廃棄物で、しかも感染性廃棄物が多く、他の職種から排出されるものと比較して処理費用が高い。しかし在宅で使用された糖尿病用注射器や点滴セット、血液のついたガーゼ、カテーテルやバッグ等は法律上感染性廃棄物ではなく家庭の一般廃棄物として扱われる。従って在宅医療廃棄物は市町村に処理の責務があると謳われています。しかしながら実際は在宅での医療廃棄物は市町村での回収がスムーズに進んでないのが実情です。今年2月、日本医師会が発行した「在宅医療廃棄物適正処理ガイドライン (GL)」によれば、アンケート調査から、針を含めすべての医療廃棄物を回収している市町村はわずか5.3パーセントに過ぎないと報告しています。多く(67.3%)は本県と同様、針や点滴ライン等は医療従事者が持ち帰るという習慣になっているようです。在宅医療が増加すればこれら医療廃棄物を一般廃棄物として処理してもらうよう自治体に働きかける必要がでてきます。そのためにもこの報告や日本医師会雑誌とともに配られる在宅医療廃棄物GLをご一読願いたいと思います。

## 平成19年度都道府県医師会医療関係者 担当理事連絡協議会

理事 金城 忠雄



去る3月13日（木）日本医師会に於いて、標記連絡協議会が開催された。

協議会では、日本医師会医療関係者対策委員会が唐澤祥人日本医師会会長からの諮問「看護職員の不足・偏在とその対策について」答申した報告書について概括的な説明があった。また、日医が今年度看護職員確保対策の一環として企画した潜在看護職員再就業支援モデル事業について概要説明が行われた。

今回は本県から担当常任理事の嶺井進先生に代わり、私と那覇市医師会看護師養成担当理事の山城千秋先生が出席したので、その概要について報告する。

会議冒頭、唐澤祥人会長は「日本医師会は看護職員の慢性的な不足について、従来より最優先課題として取り組んできた。今後も看護職員等、養成に関わるあらゆる環境整備について、厚労省に強力で働きかけを続けていく所存である。」と挨拶した。

### 議 事

#### 1. 日本医師会医療関係者対策委員会報告書

森下立昭委員長より標記報告書の概要につい

て説明があった。

今般、唐澤会長から諮問のあった「看護職員の不足・偏在とその対策について」平成18・19年の2年に亘り検討を重ねた結果を答申として報告書に取り纏めた。

報告書では、第Ⅰ章“准看護師・看護師の確保へ向けて”、第Ⅱ章“助産師の確保へ向けて”の項目に分けて内容を検討した。

Ⅰ章では、①准看護師・看護師養成と就業の現状、②日本医師会看護職員の需給に関する調査、③EPAに係る外国人看護師の受入れ問題、④看護基礎教育のカリキュラム改正と看護職員の需給問題の4項目について、現状および情勢について調査分析を行った。

その結果、看護職員の養给力は平成9年から平成18年までの期間で脆弱になっており、とりわけ准看護師学校養成所の激減（平成9年の総数は570校であったのに対し、平成18年には285校と半減、1学年定員数も22,186人から12,552人となり9,364人の大幅な減少）が直接的に看護職員不足に繋がったと言っても過言ではない。地域医療を支える看護職員を確保すべく、地域医師会自らが大きな負担と犠牲を

払い看護職員の養成を行っている。しかし、厳しい財政事情により止む無く閉校するケースも多く、養成力の脆弱化が懸念される。

国は医療関係職の養成には相応の費用がかかるということを再認識し、これまで以上に補助金などの財政支援を続けるべきである。

そこで、現状における具体策として、①養成機関における教員の資質の確保と向上、②熱意を持つ者への門戸を広げるべく通信教育制度の充実、③一旦職を辞し、再度、看護職員復職希望者へのプログラム作成、④近年増加傾向にある男性看護職員志望者の採用促進と受け入れ環境の整備、⑤准看護師養成の充実などが必要である。

また、Ⅱ章では、助産師不足の現状について（助産師学校養成所数の状況、1学年定員数の推移、国家試験合格の状況、就業状況、就業場所の推移による）基礎データを基に原因を分析した。

助産師不足問題の根源は助産師の絶対数の不足（1学年定員総数は8,324人に対し、国家試験受験者は1,700～1,800人台で大きな乖離がある）にあり、養成数を増やす以外に方策はないと考える。助産師の養成は基本的に国の責任において行うべきであり、その養成を少子化対策の重要な一環と捉えて、養成策の抜本的な見直しを図るべきである。

助産師確保のための具体策として、大学・大学院の1学年定員7,246人の枠が適正に運用されるならば、毎年約8,000人の中から国家試験合格者が輩出されるものと考えられ、国がこの問題を真摯に受け止め、早急に解決に取り組めば助産師確保の問題に大きな光が見える。

おわりに、本委員会は2期に亘り看護職員の不足・偏在問題に関する諮問を受け、現状と対策について検討を行ってきたが、同様の諮問が続いたことは如何に看護職員の不足・偏在が深刻な状況にあるかを物語っている。また、その側面には看護職員の候補者となり得る若年人口の減少や早期離職者の問題もあり、看護職員の不足・偏在は劇的に改善させることは期待できない。そのため、一度社会に出た人々が新たな挑戦を行う機会を与える場となっている准看護師養成所の充実や限られたマンパワー（看護師、准看護師、看護補助者）が、各々の行える業務範囲を合理的にし、且つ連携をスムーズにすることは、看護職員間だけ

ではなく、勤務医の業務量を軽減するなど医師確保にも繋がるものと考えている。

## 2. 日本医師会「看護職員確保対策」潜在看護職員再就業支援モデル事業

羽生田俊常任理事よりみだし再就業支援モデル事業について説明があった。

日本医師会では、看護職員確保対策の一環として、今般、みだし再就業支援モデル事業を企画した。当事業は、都道府県（郡市区医師会含む）が自ら運営する看護職員学校養成所を対象に、潜在看護職員再就業のための支援事業を行うことを目的とし、日医が実施先の県に対し側面から支援を講ずるものである。

先般、各都道府県医師会を対象に参加を募り、当初の予定枠を上回る15医師会（沖縄県含む）から応募があったため、交付額を減額し希望した全ての医師会へ実施して頂くこととした。

概略については、各看護職員養成所の実情に合わせ卒業者名簿・会報・広報誌・通知等あるいは当該施設が考案する別途手段により潜在看護職員を把握すると共に、潜在看護職員を対象にアンケート調査を実施し、医療現場へ再就業支援を目指すものである。

なお、5月末日を目途にモデル事業対象医師会から報告書を受け取る予定となっている。

本県においては、那覇市医師会那覇看護専門学校が本モデル事業へ参加することになった。

## 3. 看護職員に係わる最近の動向

### (1) 看護職員確保対策を巡る状況他について

厚生労働省医政局看護課小野太一看護職員確保対策官より、看護職員に係る最近の動向について説明があった。

#### ○看護職員確保対策について

看護職員の確保は、需要増の要因（医療高度化、高齢化、7対1看護etc.）と需要減の要因（病床数の減少、人口減etc.）からなる。その中で、如何に参入者を増やし、退職者を減らすかが鍵である。参入者を増やすためには、①養成力の確保と②再就業の支援が挙げられ、退職者を減らすためには③資質向上と④離職防止の施策が必要である。

○平成20年度看護関係予算について

上記確保対策を推進するための予算として、平成20年度は看護職員確保対策費84億4,300万円（対前年度比101.3%）設けている。予算項目の中には、県が実施しなければ補助が出せない項目もある為、県当局と相談の上、是非活用頂きたい。

また、今回「助産師確保地域ネットワークづくり推進事業」を予算化した。

これは、大学における助産師学生の国家試験受験者数が総定員数に占める割合で7.5%に留まっている点に注視。地域の大学が助産師を養成していない実態があるため、これらの問題を改善すべく、各都道府県に「助産師確保連絡協議会（仮称）」を設置、地域毎に助産師の確保と養成策を話し合う場を設けるものである。先生方の積極的な参画をお願いしたい。

また、地方分権化に伴い一般財源化された事業として、「看護師等修学資金貸与事業、都道府県ナースセンター事業、看護師等養成所運営事業、病院内保育所運営事業」がある。この様な事業の予算化については県当局へご相談頂きたい。

また、平成20年度は、助産師養成所が全国で4ヶ所開設の予定であり、そのうちの3校が医師会立となっている。本当に先生方のご協力に深く感謝したい。

○保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部改正について

新カリキュラムでは、看護師教育（3年課程）は基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ・Ⅱに加え、「統合分野」を新設することで4単位増の97単位、保健師教育は2単位増の23単位、助産師教育は1単位増の23単位となる。施行日は、平成20年4月1日施行（平成21年度の入学生から新カリキュラムを適用）ただし、2年課程は平成21年4月1日施行（平成22年度の入学生から新カリキュラムを適用）とする。また、看護学校等における専任教員の数については、3年課程で8人から6人、2年課程で7人から5人とする経過措置の期限を平成23年3月31日までとする。

(2) 看護師等の役割分担について

厚生労働省医政局医事課井内努課長補佐よりみだし役割分担について説明があった。

平成19年12月28日付、厚生労働省医政局長より各都道府県知事あてに「医師及び医療関係者と事務職員等との間等での役割分担の推進について」通知を行った。

本件は、医師が極めて厳しい勤務環境に置かれていることを踏まえ、医師法等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各関係機関の実情に応じ、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要であるとした上で、医師等でなくても対応可能な業務等について整理したものである。

役割分担の具体例

1. 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担
  - 1) 書類作成等
    - ①診断書、診療録及び処方せんの作成
    - ②主治医意見書の作成
    - ③診察や検査の予約
  - 2) ベッドメイキング
  - 3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送
  - 4) その他（診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応等）
2. 医師と助産師との役割分担
 

正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理
3. 医師と看護師等の医療関係職との役割分担
  - 1) 薬剤の投与量の調節
  - 2) 静脈注射
  - 3) 救急医療等における診療の優先順位の決定
  - 4) 入院中の療養生活に関する対応
  - 5) 患者・家族への説明
  - 6) 採血、検査についての説明
  - 7) 薬剤の管理
  - 8) 医療機器の管理

以上報告のあと、厚生労働省医政局看護課職員3名を交えた活発な意見交換が行われた。

最後に、宝住与一副会長から協議会全般に亘る総活が行われ会を終えた。

## 印象記



理事 金城 忠雄

今回、嶺井進常任理事の代理でこの協議会に出席した。

会議では、唐澤祥人医師会長から、平成20年1月4日小脳出血で緊急手術をし、3月から公務復帰をしている。看護職員の不足問題は、日本医師会あげて最優先課題として取り組んでいると元気にご挨拶された。

議事では、森下立昭医療関係者対策委員長が、医療現場で看護職員不足を解消するには、国の方針の充実が必要であるが、見通しを誤っていることを指摘した。

また、日本医師会羽生田俊常任理事より「看護職員確保対策」潜在看護職員再就業支援モデル事業について、厚生労働省医政局看護課小野太一看護職員確保対策官より看護職員に係わる最近の動向について、それぞれ説明が行われた。

最後に質疑応答が行われ、那覇市医師会看護師養成担当理事の山城千秋先生から「医師会立看護学校は、時に途中で退学者も出るので、定員より少々の増員は認めて欲しい。現に文科省管轄の学校等大学では1割程度多めの入学を認めているではないか。定員割れになると財政事情で学校運営の維持が困難である」と要望された。

当協議会に出席して思うことは、専任教員確保も困難で、指導者教員も不足している。看護師養成には、諸々の悩みがあるものだ。文科省は配下の学校を保護し、経産省は産業界を援助している。それなのに厚労省は医療界を援助すべきところを、逆に潰す方向に加担しているように思えてならない。現在の医師不足、医師いじめ、看護師不足、助産師不足と何でこうなってしまったのか疑問に思う。

### 原稿募集!

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

## 平成19年度日本医師会医療情報システム協議会 国民医療とIT～国民を守る！安心、安全、最善の医療を目指して～



理事 今山 裕康



来る2月16日（土）、17日（日）の両日にわたり、日本医師会館に於いて開催された標記協議会について、以下のとおり報告する。

【2月16日（土）14：00～18：00】

日本医師会中川常任理事の司会進行のもと会が進められた。

### 開会挨拶

日本医師会の唐澤祥人会長（代読：岩砂和雄 日本医師会副会長）より、概ね以下のとおり挨拶があった。

ご承知のように、財政主導による国の医療費抑制政策により、日本の医療は今や危機に瀕している。

こうした中、医療分野におけるIT化は、医療費抑制、管理医療のツールとして位置づけられ、ナショナルデータベースやEHR等のレセプトオンライン化、社会保障カードの導入などの施策

が半ば強引に推し進められようとしている。

本会では、国民医療を守る医療提供者として、このような施策の前にクリアされるべき課題を提示すると共に、IT化に対応できない医療機関に対しても十分配慮する必要があることを主張してきた。その一つの成果として、「経済財政改革の基本方針2007」において「レセプトオンライン化は環境整備を図りつつ」という表現が加えられた。今後も環境整備が達成されることなしに、これらの施策が強いられないよう厳しく監視していきたい。

日本医師会が今後、このような医療情勢にあって、医療分野のIT化のイニシアチブを取るために、そして情報化の核としての態勢を整えるためにも、この協議会を通じ、医療分野のIT化に取り組んでこられた先生方に、より具体的、実践的な議論を交わしていただきたい。

有海躬行運営委員会委員長（山形県医師会

長)より、概ね以下のとおり挨拶があった。

当協議会は、「国民医療とIT ～国民を守る!安心・安全・最善の医療を目指して～」をメインテーマに掲げ開催する。

世界は情報化時代の真ただ中であるが、医療界は情報化の歩みを必ずしも歩んでいなかったように思う。医療情報は、心と体を扱う複雑な人間を対象としており、社会的・経済的な要因が加わる等、より一層複雑なものとなっている。

医療は、透明性かつ迅速な情報システムの伝達が求められている。それは、国民にとって良質で安全な医療を提供するために不可欠であり、日医を中心とし、日医の正しい評価を送るためにも努力すべき課題である。

医療情報システムを考えていく上で大切なことは、発信者と受信者が、同じレベルで情報を共有し、共感し合うことである。すなわち、心を通じ合わせることである。

### 特別講演

#### ①「医療連携に必要なソーシャルネットワーク ～国民との対話を図るための手段として～」

マサチューセッツ工科大学スローン経営  
大学院客員教授 秋山 昌範

医療におけるコミュニケーションを考える上で、重要な視点はソーシャルネットワークであり、そのコミュニケーション研究のポイントがマーケティングである。

近年、インターネットの普及により、患者同士のコミュニケーションが増加し、人々は、インターネットで情報を入手するだけでなく、情報を発信したり交換する等、直接情報を取れるようになった。

一方で、ユーザによる防衛手段も増加しており、テレマーケティングの電話やスパムメール、ポップアップ広告等の押し付けがましいメッセージは、収益の増加よりもユーザの怒りを招くことが多いため、スパム防止ソフトやポップアップ防止ツールの利用が増大している。

このように患者の要求(カスタマ・パワー)は益々強まっており、現代の消費者は、以前では想

像できなかったほどの豊富な知識や情報を手に入れたり、検索や選別のツールを用いることで、質の高い製品やサービスを探す事ができる。

企業(行政・医療機関)は、強まるカスタマ・パワーに適切に対応しなければならない。そのためには、ユーザとの信頼関係を築くため、ユーザを支援するといったアドボカシー(advocacy:「支援」「擁護」「代弁」)マーケティングが必要となってくる。

それは、自社の利益追求や短期的メリットの提供は二の次にして、ユーザにとっての最善を徹底的に追求することである。ユーザの利益や満足度を最大化するためなら、一時的に自社の利益に反してでも、自社製品より優れた他社製品があるなら、率直に他社製品の購入を勧めるべきであるといった考えである。

こうした姿勢が今の医療にも求められてきている。すなわち、自施設の医療水準より優れた医療施設があるなら、率直に他施設に紹介すべきで、患者本位の医療を考えた場合、患者が求めているのは信頼であり、その継続により、信用やブランドへと変わっていく。そのために必要なものは、透明性(Transparency)、納得させる説明(Accountability)、自己責任(responsibility)といった事実に基づいた評価・判断で、患者中心の医療のために必要なことであり、対立関係ではなく患者や家族と一体となって病気と戦うという姿勢が本当の患者本位の医療である。アドボカシー「支援」「擁護」「代弁」こそが、情報化を進めていく初歩である。我が子が安心して医療を受けられる仕組み、皆保険を維持していく仕組みをどのようにしていくか、今後先生方と一緒に考えていきたい。

#### ②「情報論から見た電子カルテの本質

～電子カルテに必要な技術革新とアーキテクチャ～」

メディカリユーション株式会社 CTO  
古山 一夫

電子カルテは、これまでのレセプトシステムやオーダーリングシステムの技術では実現できな



い別な情報論的側面を持っている。それは、情報のステートが恒久的で失われず、常に情報が増加し続けるからである。

そのため、RDBMS 中心の技術だけで取り扱うことには、性能が困難であるため適しておらず、別なアーキテクチャ／技術方式が必要となる。

従来使用されている、データを表形式に分解して格納し、関係演算により利用時に結果を得る「リレーショナル型」ではなく、データを意味のある単位に格納し、ポインターから結果を得る「トラバース型」が有効であると考えられるが、どちらが良いというものではなく、情報の構造に合っているかが一番重要である。

また、複雑化する医療情報のデータ移行には、永続的な情報を取り扱う「レイトバインディング技術」を使うことにより、新旧の世代の情報が混在していても正しい処理を行える。

膨大なデータを移行する際にパフォーマンスを維持する方法として、トラバース型を採用するほか、SOA (Service Oriented Architecture : サービス指向アーキテクチャ) といったシステムをバラバラのパーツとして作っていくという技術の採用により、システムのパフォーマンスを維持できる。

電子カルテに必要な見読性と永続性を保障するには、見れる形の情報の集合体を初めから用意していく。その内容を自由に取出して見ることが電子カルテに求められていることである。それは、取り出す時になるべく処理をせず、保障されている情報を表示するといった「データウェアハウス」が考えられる。医療界を考えた時、マルチメディアな情報を自由に取出すことが重要になってくる。それにはインターネット等の様々なネットワークを経由する必要がある。

今後、ネットワーク境界を超えられるアーキテクチャ／SOA による次世代の文書データウェアハウス型電子カルテが主流になるであろう。

## シンポジウム：「レセプトオンライン化」

### ① 「レセプトオンライン化について」

厚生労働省保険局総務課保険システム  
高度化推進室長 藤澤美穂

これまでのレセプトの取扱いは紙を中心に行われてきた。

平成18年4月より、これまでの紙又は電子媒体に加えて、オンラインによる請求が可能となっている。平成20年4月からは、段階的にオンライン請求に限定し、病院では、規模、コンピュータの機能・導入状況(400床以上=20年度から、400床未満は21年度から)によりオンライン請求を実施することとなっている。

診療所では、コンピュータの導入状況(既に導入している診療所)により、22年度からの実施で、それ以外は23年度から実施することとなっている。

よって、平成23年度4月からは、原則として全てのレセプトがオンライン化で実施することになる。

オンライン請求への移行期限に関しては、相当の準備期間を設定しており、最大5年間の準備期間を設定している。また、レセコンを使用していない小規模の医療機関においては、さらに最大2年間の準備期間を設定している。さらには、患者数(月=100件以下)や手書きレセプトでの対応で充足、コンピュータの使い方が分からない、設備投資に見合わないといったケースに関しては、代行請求(三師会)を想定している。

レセ電及び試行的オンライン請求の普及状況(1月請求機関数)は、2,705件(1.2%)で、まだ普及されていないのが現状である。

レセプトの電算化・オンライン化によるメリットは、医療機関側で、①請求事務の効率化、②返戻・査定等の減少、③被保険者資格の確認(社会保障カードを検討)。審査支払機関では、①請求支払業務の合理化、②審査業務の効率化と質の向上、③事務所リサイクルの改善。保険者側では、①レセプト点検業務の効率化、②再審査請求の迅速化、③保健事業への活用を目指している。

② 「レセプトオンライン請求の実務」

社会保険診療報酬支払基金情報管理  
部長 安藤清寛

支払基金に送られるレセプト（ファイル）の中身はどちらも同じであり、レセプト電算を導入して、アクセス回線を用意するとオンライン請求となる。

レセプト電算処理システムでは、手作業からの解放、事務経費の節減、正確なレセプトにより、医療機関・審査支払機関・保険者を通じての事務の効率化が図られる。また、レセ電基本マスタの使用による用語・コードの標準化により、外部や他システムとの互換性が図られる。

レセプト電算処理システムへ移行するにあたり、診療所の場合で約3ヶ月間の期間を要し、独自病名から標準病名への置き換えや紙レセプトとは若干入力方法に変更がある場合があるため、運用指導が必要となってくる。

オンライン請求システムの概要として、閉域IP網を介したSSL暗号化通信や20年度からIPSec+IKEによるセキュアなインターネット接続の導入を想定しており、医療機関や薬局側に請求用のパソコンやネットワークの導入費用等を用意していただく。基金側では、環境設定や電子証明書、オンラインで送信するためのソフトを提供する。

オンライン請求の開始手続きは、①オンライン請求を希望する月の前々月の20日までに最寄りの支払基金へ届出等を提出（ネットワーク回線接続の申込も必要）。②支払基金は、オンライン請求を行うための設定ツール等を翌月の15日頃までに送付。③設定ツール等を用いて、環境設定及び電子証明書をダウンロードし、導通試験を行う。④15日から25日までの間、オンラインによる確認試験が可能。⑤届け出の翌々月の5日からオンラインによる請求が可能という手順になる。

運用と特有のメリットは、毎月5日から10日までの間、オンライン請求が可能（受付時間：休日（土・日・祝日）を含む9：00～21：00で、10日のみ24：00まで可能）とな

り、エラーが判明したレセプトは、12日までに訂正し、再度オンライン請求が可能となる。請求書（総括表）は不要で、基金が受領書を発行する。

支払基金におけるレセプト審査は、オンライン請求であっても審査の基本姿勢に変化はない。ただし、結果が一義的に定まるルールはコンピュータ処理による。

③ 「オンライン請求義務化の問題点」

運営委員会副委員長 小森貴

オンライン請求については、平成18年8月に日医の見解として、まずは、基盤整備が必要であると示している。

今回、宮城、石川両県においてアンケート調査を行ったので、概要を報告する。

アンケートでは、両県ともにほぼ同じ割合であった。

回答施設は両県合わせて、病院114（8.5%）、有床診療所209（15.5%）、無床診療所1,026（76.1%）の回収率であった。（以下、両県合わせたの結果）

平成23年4月からオンライン提出が義務化されることについて、知っているとの回答が1,160（86.0%）で、レセコンを使用していると回答したのは、1,198（88.8%）であった。一方で、レセプトの提出方法として、紙レセプト用紙を提出しているのが、1,104（81.8%）と、磁気メディア215（15.9%）、オンライン18（1.3%）に比べ、紙レセプト用紙での提出が8割を超えている。

1ヶ月の平均レセプト件数は、100件以下（3.1%）、101～300件（13.7%）、301件～500件（16.9%）、501～700件（17.4%）、701～900件（15.0%）、900件以上（10.0%）であった。

オンライン請求義務化への対応については、時期に合うように対応を考えているとの回答が半数を超えているが、「対応できないので保険診療を止めるかあるいは廃院を考えている」との回答が7.6%と、極めて重要な問題で

あるとの認識を得た。

オンライン請求義務化に対する問題点では、環境が整備されないままの義務化は問題であるとの回答や医療機関の費用負担は国が負担すべきである。また、画一的審査の問題（医師の裁量、審査の形骸化など）等の回答が目立っている。

現行のオンライン請求の段階的義務化政策では、多くの医療機関が対応に苦慮しており、義務化をするのであれば、費用負担（代行請求を含む）を含めた環境整備を優先すべきである。

また、セキュリティや画一的審査への不安を解消する対策や高齢な医療機関、小規模医療機関に配慮した政策が必要で、義務化ではなく手上げ方式を採用すべきである。

**④ 「もう紙へは戻れない。一方で、対応不能、廃業。」**

**本田内科医院院長 本田孝也**

韓国では、医科・歯科・薬局を合わせて、99.8%が電子請求を行っている。

その請求方法は非常にシンプルで、医療機関→韓国テレコム（日本でいうNTT）、健康保険審査評価院（HIRA）→国民健康保険公団の順で実施される。

健康保険審査評価院（HIRA）では、記載点検、自動点検で判断できなかったものをコンピュータによる専門家点検、看護師や審査専門員による審査が行われており、日本と違うところであった。

私も4年前より、レセプト病名点検ソフト「レセプトチェッカー」を活用したオンライン請求を実施している。

支払基金で言われている病名の標準化に対して、病名は標準でなくても文字コードで判断すれば良いことで、現に、98.6%の判定正解率を有している。

「レセプトチェッカー」を使用した結果、これまで目視点検に5時間掛っていたのに対し、現在では、わずか15分で済んでいる。もう紙には戻れないというのが現状である。

しかしながら、それが全ての医師に対応でき

るものではない。

多くの離島を抱える長崎県でアンケート調査をしたところ、比較的若い50代の医師に関しては、平成23年4月から義務化のオンライン請求に対して、対応できるとの回答が多かったのに対し、70代以上の高齢医師では、対応できるか分からない、対応できないという回答が多くを占めた。

また、これらの中には、義務化された場合には本土へ移る、または、開業医をやめる、後継者へ継承するといった回答が寄せられ、開業医は続けざるを得ないので、法に違反することも止むを得ないといった回答もあがった。地域医療を支えてきた多くの高齢医師が開業医を辞めた場合、まさに地域医療が崩壊の危機に立たされることになる。

国はこれらを考慮し、検討すべきである。

その後、フロアからの指定発言並びにフリーディスカッションが行われ、種々の意見交換が行われ会を終了した。

**【2月17日（日）9：00～16：00】**

**シンポジウム**

**「地域医療連携とIT**

**～医療連携ネットワークを**

**阻害するものは何か～」**

① **「Virtual Private Network (VPN) と医療救護サイト構築の取り組み」**

江東区医師会理事 鈴木茂

② **「IT等を用いた新健診対応地域モデル事業の実践」**

日本橋医師会 浜口伝博

③ **「福岡市医師会における地域医療連携とIT化の報告」**

福岡市医師会理事 原祐一

④ **「岐阜県におけるIT化を活用した地域医療連携の現状」**

岐阜県医師会 河合直樹

⑤ **「IT利用による在宅患者24時間支援システム」**

八日市場市匝瑳郡医師会 福島俊之

⑥ 「松戸市医療情報ネットワークシステム (EMI ネット)」

松戸市医師会長 岡進

⑦ 「地域医療連携と IT : 鶴岡地区医師会における取り組み」

鶴岡地区医師会 田中俊尚

⑧ 「あじさいネットの広域化について」

大村市医師会理事 田崎賢一

⑨ 「あじさいネット～会員アンケート医師会調査の結果～」

大村市医師会理事 牟田幹久

事務局情報担当者セッション

「医師会における情報伝達はどうあるべきか」

① 「福岡市医師会 IT 化の経緯」

福岡市医師会 石川資啓

福岡市医師会では、平成7年度より IT 化の取り組みが行われている。平成16年度に、ORACLE や Access といったデータベースシステムの互換的な問題や、OS バージョンアップ等の課題を解決するため、基幹システムの更新が行われ、現在では、データベースサーバ、ファイルサーバ、文書管理サーバ等、計6つのサーバにて会内システムが運用されていると報告があった。

また、会員向けの IT サービスの取り組みについては、携帯電話等を活用した“モバイル一斉連絡システム”が構築されており、当システムを活用することで、緊急時においても迅速な情報伝達が可能となっていると説明された。

② 「鶴岡地区医師会における『文書管理システム』の取り組みについて」

鶴岡地区医師会 遠藤貴恵

鶴岡地区医師会では、医師会等に届く各種公文書を PDF 化し、当ファイルに役員や担当部署等といった役職に応じた閲覧権限を持たせ、文書の回覧や承認を行う文書管理システムを開発し、昨年4月より本運用させていると報告があった。

当システムは、VBScript で開発され、データベースは Access が用いられている。閲覧権限には ID とパスワードが付与され、外部からはインターネット VPN を経由して閲覧承認することも可能となっている。

当システムを導入することで、文書の紛失等がなくなったことや、必要文書を探すための労力が大幅に改善されていると説明された。

③ 「金沢市医師会医療情報ネットワーク (ハートネット) について」

金沢市医師会 崎川能孝

金沢市医師会では、平成13年度先進的情報通信システム整備推進費補助金を受けイントラネットシステムを構築しており、金沢市医師会で課題とされていた、病院と診療所における情報格差を改善するための取り組みとしてグループウェアの構築を行っているとの報告があった。

グループウェアを運用することで、重要度が高い情報を迅速に提供することができ、またグループウェアに参加している会員に対し一斉に通知を行うこと等が可能となり、効果的かつ効率的な情報伝達が行えていると説明があった。

④ 「中部地区医師会の情報化への取り組み」

中部地区医師会 向井豊樹

沖縄県中部地区医師会では、情報システムの専属スタッフを擁しており、会内事業のシステムサポートや、日レセ (ORCA) 導入を主とした会員サービスを行っているとの報告があった。

会内事業のサポートについては、基幹システムを独自に開発することで、法改正や顧客のニーズに対応したカスタマイズを随時行うことができ、同時に開発や改修に係るコストを低く抑えることが可能となっていると説明され、会員向けサービスについては、日レセの導入支援の他、パソコン講習会の実施や、IT に関する相談窓口を設置し、各会員より医師会内の事業所なので相談し易い等、概ね好評を得ていると説明された。

⑤ 「神奈川県医師会における IT を利用した情報伝達について」

神奈川県医師会 互井英雅

神奈川県医師会では、平成9年に事務局内のLANが整備されるとともに、インターネットサーバの導入によるホームページの開設・運用が行われ、インターネットを活用した情報サービスとして、会員向けに会議資料のホームページ掲載や、講演会の動画配信等が行われ、県民向けに医療機関検索システム等が取り込まれていると報告があった。

現在、既存システムの老朽化によりシステム障害が頻出しており、会内システムの再構築や、シンクライアントシステムの導入等が検討されていると説明された。

⑥ 「日本医師会における IT を利用した情報伝達について」

日本医師会 阿部範子

日本医師会では、平成12年より都道府県医師会宛ての文書をPDF化並びにデータベース化し、インターネット上で閲覧できるようにした“都道府県医師会宛て文書管理システム”を構築・運用しており、平成19年には当システムを再構築することで、各都道府県医師会においても各郡市区医師会宛ての文書を独自に登録できるようにサービスの拡大が図られていると報告があった。

各都道府県医師会における当システムの利用状況は、本格的に利用している医師会が4、テスト的に利用している医師会が6、利用を検討している医師会が6という状況であると報告され、当システムが積極的に利用されない理由として、マンパワーの不足、使用方法がわからない、独自システムを開発済み等の意見があげられていることから、今後、日本医師会としては、文書管理システムの講習会の開催や、文書管理システムのプログラム公開、更なる機能追加等を検討していると説明があった。

⑦ 「医師会事務局の情報化の実態と課題に関する中間調査報告」

名古屋工業大学大学院 横山淳一

名古屋工業大学では、日本医師会情報企画課の協力のもと、各郡市区医師会における情報伝達の方法や情報化の実態調査等を行っており、その概要について報告があった。

各郡市区医師会において、役員への情報伝達方法はFAXの利用が一番多く、次いでE-mail、郵送という順となっており、各会員への情報伝達方法ではFAXが一番多く、次いで郵送、E-mailという順となっていた。役員並びに各会員における各郡市区医師会からの情報伝達方法の満足度についても調査を行った結果、FAXや郵送の利用は概ね満足との結果であるのに対し、E-mailの利用については使用頻度に比べ満足度は決して高くない状況であることが報告された。

また、各郡市区医師会が各都道府県医師会に求める情報化の内容と、各都道府県医師会が日本医師会に求める情報化の内容とはほぼ同じ内容であると報告があり、具体的には、配布資料の電子化、ある程度整理した情報の配信等が求められていると説明された。

講演

「ORCAプロジェクト～現状と今後の展開～」

① 「日医標準レセプトソフトについて」

日医総研主任研究員 上野智明

日医標準レセプトソフトの導入医療機関数が平成19年2月現在で5,453件となったことで、国内におけるレセプトコンピュータのシェアが4位となった。このように導入件数が好調に伸びている要因としては、日医という大きな看板を利用して開発が進められていること、政府の進めるIT化やインフラ整備等のタイミングにマッチしたこと、各地区からの多大なご支援をいただいていることなど、天の利、地の利、人の輪に恵まれた結果であると説明された。

日医総研では、今後もより多くの普及を目指し、ITフェアを継続して開催していくことや、

日医標準レセプトソフトを操作できる医療事務員の養成や、日医認定の資格の制度化等を検討していると説明があった。

また、厚生労働省等が提示する様々な情報と対比するための基礎データの収集を目的に行われる、日医標準レセプトソフトを活用した定点調査研究事業についても、来年度からの本格実施を予定していると報告があり、日医標準レセプトソフトを導入されている医療機関において、データ提供に同意いただいた医療機関から個人情報を省いたデータの収集、分析、フィードバック等が行われると説明があった。

その他、日医総研では、平成20年度から実施される特定健診・特定保健指導に対応したフリーソフトの開発も進めており、2月末から3月の初めにかけて提供できるよう取り組んでいるところであると説明があった。

② 「日本医師会認証局の本格稼働に向けて」

日医総研主任研究員 矢野一博

日医総研では、インターネット上における、盗聴、改ざん、なりすまし、否認等の悪意ある行為に対し、真正性、見読性、保存性を確保した医療データを取り扱うため、公開鍵暗号技術を用いた電子署名や認証を保証する機関としての“日医認証局”の整備に取り組んでいると報告があった。

日医認証局では、HPKI (Healthcare PKI) という仕組みを用い、発行する電子署名の中に「保健医療福祉分野の国家資格」と「医療機関等の管理者の資格」の情報を格納することを規定していると説明があり、厚生労働省においても平成18年度にHPKI 認証局を稼働させており、近い将来には、厚生労働省の認証局を介することで、異なる認証局が保証する電子署名の真正性を確保したデータの取り扱いが可能になると報告された。

シンポジウム

「医療系メーリングリスト：その光と影

～果たしてきた役割と今後の方向性～

① 「医療系MLの総論・総括」

中央区医師会理事 安藤潔

医療系メーリングリスト (ML:mailing list) は、10数年前より、医療従事者同士を横断的に双方向性に繋ぎ、大勢で情報・意見を共有し、時空を超えて語り合える簡便なツールとして用いられており、現在では、数多くの医療系MLが存在し、膨大な量の情報交換が日常的に行われていると説明があり、医療系MLで共有される玉石混淆の情報・意見はweb上に集約され、有志による自由闊達な会議や研究が国の内外を問わず盛んに行われ注目されていると報告された。

具体的には、1999年冬のインフルエンザ流行時に、medpract-ML (実地医療研究ML) という医療系MLを通じてアマンダジンの有効性が初めて全国的に注目され、その後、迅速診断法や抗インフルエンザ薬等の情報も、医学会や医師会に先んじて様々な医療系MLに流れ、全国各地との医師同士の実体験が共有された等の事例が挙げられると報告された。

しかし、パソコンやキーボードが苦手な、インターネットは怖い等の壁に阻まれ、既存の組織へのML普及は順調とは言いがたいと述べられ、技術の進歩がこれらの壁を乗り越えるまで、個々の善意が支える医療の分野では、MLを既存のツール、あるいは近年登場した簡便な映像会議システム等と上手に組み合わせ、十人十色の各位に柔軟に対応する工夫が必要であると考えられるが、ML等の普及については、組織のトップが“隗より始めよ”で決断しさえすれば、ML等による会務の効率化は比較的容易とも考えられ、その決断は詳細を支えるネット世代にも歓迎されると意見された。

② 「組織とネットについて」

八戸市医師会理事 本田忠

平成23年度には、国家による医療のIT化と

しての国家医療情報ネットワーク（NHIN：National Health Information Network）や日本版マネジドケア（疾患管理プログラム）の構築、社会保証カード（国民総背番号制）の導入、レセプトオンライン化等、国主導による様々なIT化の出現が予定されていると説明があり、このような現状において、医療側は原則として「ITにはITで対抗する」必要があり、また医師会の組織強化や協同組合化（INH構想）が必須と考えられると意見され、具体的な方策として、郡市医師会の広域化や評価システムの確立、情報伝達網の整備が喫緊の課題であると説明があった。

情報伝達網の整備については、「広報なければ理解なし」、「理解なければ協力なし」、「協力なければ団結なし」と意見され、会内広報の一環としてのIT化の推進の必要性が述べられた。

また、IT化を推進する理由の一つとして実際に会う会議の限界として、時間空間コストがかかりすぎる点や、意思決定が遅くなるという点を上げ、実際に会う会議とテレビ会議やメーリングリストとの比較の報告が行われ、時間、距離、金銭的な角度でみた場合にメーリングリストはもっと有効利用されるべきであるとして、実際に会う会議、テレビ会議、メーリングリスト等、各々の盟約な欠点と利点と理解した上で機能分担を行い、それらをきちんと使い分

けることが必要であると説明された。

③ 「SNS、ML等の各論」

高槻市医師会副会長 高橋徳

ITによるコミュニケーションの形は様々な変遷をたどり、現在、メーリングリストやWEB2.0と呼ばれる大きな変化とともに、ブログ（WEB LOG）やSNS（Social Network Service）等の新しい仕組みが登場し、医療においれもこれらの新しいサービスを活用した情報共有が取り組まれていると説明があった。

これまでの掲示板等のサービスと異なり、ブログは個人利用が中心となり、更新の容易さや論陣や主張の掲載等に便利なサービスであり、SNSは招待制や希望者のみの登録制といった仕組みにより、荒しと呼ばれる誹謗中傷を抑えた形で情報発信、情報共有が可能となるサービスであると説明された。

このようなブログやSNS、メーリングリストをはじめとした情報共有サービスや、テレビ会議やYouTube等に代表される動画配信サイト等、様々なITツールの特性を生かした複合利用が今後必須であると意見され、またITの利用が広報活動だけでは息が詰まるため、継続的に利用されるためには楽しみも必要であると述べられた。

**原稿募集！**

「ロゴマークは語る」コーナー

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

## 平成19年度都道府県医師会情報 システム担当理事連絡協議会

理事 今山 裕康



来る3月6日(木)、日本医師会館に於いて開催された標記協議会について、以下のとおり報告する。

### 会長挨拶

昨今の医療界の状況は大変厳しく、政府または行政が打ち出す医療政策は、社会保障全体の財政的な要素が非常に強くなっている。そうした中で、レセプトオンライン化、社会保障カードの導入、ナショナルデータベースやEHR構想等、医療分野に置けるIT化が、管理医療、医療費抑制の手段として半ば強引に押し進められようとしている。IT化の中身や周辺整備がなおざりにされた各施策が本格稼働すれば、医療現場は混乱に陥り、医療の安全確保や良質な医療の提供に支障を来す結果となる。

本会では、医療分野におけるIT化は、安全

で効率的な医療提供体制を実現するための手段であり、医療と患者に貢献するIT化であってこそ、推進する価値があると位置づけている。その中で、医師会総合情報ネットワークの構築を推進し、特に平成19年度は、理論構築から実践へと具体的な施策を講じてきた。詳細については、本日の協議会においてご説明申し上げます。よろしくお願ひしたい。

### 趣旨説明

中川日本医師会常任理事より、去る2月16日(土)17日(日)に開催した平成19年度日本医師会医療情報システム協議会においては、各都道府県医師会の担当理事のご協力により、約450名のご参加をいただき成功裏に終えることができた旨挨拶があり、議事が進められた。



## 議事内容

### (1) IT化推進検討委員会答申について

IT化推進検討委員会の大橋克洋委員長より、IT化推進検討委員会における検討結果の概要について、概ね以下のとおり報告があった。

TV会議システムについては、継続して検討並びに実証実験を行い、以前と比べ大幅に改良を加え実用に耐えられるものになってきた。会議費の節約や能率アップにつながるの、是非全国の医師会でも使用いただきたい。またTV会議を機能させるためには、事前にメーリングリスト等で問題点の把握やディスカッションを行い、TV会議で協議内容を審議し、最終的には顔を合わせた会議で最終決着等を行うことが良い形と考える。テレビ会議に慣れるとテレビ会議だけで済ますことも可能になると考える。強いて問題点を挙げると、我々もまだまだテレビ会議に慣れていないため会議途中で割り込んで発言することが難しいという点や、技術的なスタッフが常に必要になるという点が挙げられる。

日医標準レセプトソフトについては、ORCAの普及は上向きになってきているが、今後、サポートに関する地域差、サポート業者の技術レベルの平準化を進める必要があると考える。サポート業者の技術の差によって、同じ日レセでもユーザーの満足度が変わってくる。また、電子カルテが普及しつつあり、電子カルテのメーカーとして日レセと連携したいという要望が大きい。今後は電子カルテとの接続をさらに改善していきたい。

診療データの交換については、これからは医療分野においてもITの活用は避けては通れず、現時点で非常に問題になっている特定健診やレセプトのオンライン化だけでなく、今後はむしろ、社会からの要望によってITを活用せざるを得ない状況が起きてくると考えられる。ITの活用については静観する時期ではなく積極的に利用する方向で考えなければならない。この

ような状況を鑑み、診療データの交換として、医療機関同士のやり取りや受診者とのやり取り、データの共有等について検討を行った。またその際のデータの内容について、交換のための標準的な規約等についてかなり熱心に検討を行った。

個人が管理する健康医療情報については、現在世界的にみると、医療情報、健康情報の取り扱いには3つある。一つ目は電子カルテ。二つ目はEHR（統合された電子医療健康情報）。三つ目は健康手帳のようなもの。これはPHR（個人の統合された健康医療情報）と呼ばれており、現在、世界的にもEHRからPHRの方向に向かっている。当委員会においても、医療情報の管理やセキュリティについて検証を行った結果、個人の健康情報は個人が管理する方が一番便利ではないかという結論となった。その方が、自分の健康維持や増進にも関心を持つというメリットがあるのではないかと思う。

### (2) レセプト情報等の活用に関する検討会報告について

日医総研の上野主任研究員より、厚労省に設置されている「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」について、概ね以下のとおり報告があった。

当検討会を一言でいうと、ナショナルデータベースをどのように活用していくかを検討する会となっている。高齢者の医療の確保に関する法律の中で、厚労省にデータを集めるという動きがあり、患者の情報を集めるにあたり、どのような注意が必要か、またどのようにデータを集めるのか、このようなことが検討されている会となっている。

当委員会には、日本医師会の中川常任理事、日医総研の尾崎弁護士が参加しており、これまでに5回開催された。

当検討会において、患者のデータを集めるに当たっては「患者等の個人情報削除するもの

の、医療費適正化計画の作成等のために分析上必要な情報として病名等慎重に取り扱うべき情報が含まれているデータを国が収集するに当たっては、収集・分析によるメリットと収集されることによるデメリットを比較した場合に、メリットが上回っている必要がある」としており、「特定の患者の識別は不要であるが、生活習慣病対策による生活習慣病の発症・重症化の防止効果の評価等を行うためには、同一人物の時系列分析が必要である。なお、その際には、ハッシュ関数の活用等技术的な対応について十分に検討し、特定個人が識別される形でデータが収集されることのないよう十分留意すべきことは言うまでもない」と方針付けているが、技術的に具体的な手法についてはこれからの検討としている。

集まったデータは、我が国の疾病や医療費、医療提供に関する状況を正確に把握・分析することになっているが、ここで問題となるのがレセプト病名に関する問題である。現実には、レセプト電算でレセプトを出していたとしても、その内3割は和風病名となっている。それを無理矢理コード化した病名で整理する等のことについては、この委員会でこのようなことを検討することは逸脱であるとか喧々諤々されている。病名で分析することによって、いろいろな間違いが起きる可能性がある。このようなことから、当検討会においても「レセプトは診療報酬明細書であり、診療報酬の請求のために作成されているものであることから、分析等、新たな視点から見た場合には、現行のレセプトデータにおいては、分析できる内容が限定される場合もあることに留意する必要がある、分析内容が限定される場合について一定の整理をしておくことも必要である」としている。

一番重要な点が、第三者への提供という部分である。検討会においては「利用目的として公益性の確保が必要」としている。これは言い換えると、民間での営利目的の利用は厳に禁ずるということであり、日医（中川常任理事）が強く主張した結果である。

### (3) レセプトオンライン請求について

日医総研の上野主任研究員より、レセプトオンライン請求について、概ね以下のとおり報告があった。

厚生労働省保険局より、2月20日に「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」等の改定について通知が出されている。これは、オンライン請求の際の大きな問題となっていた、請求専用のパソコンを用意しなければならないという点と、請求に使えるネットワーク回線を提供できる企業が1社だけであったという点等が改正されたものとなっている。日本医師会の立場としては、オンライン請求の義務化に関しては明確に反対しつつ、手上げされる医療機関が、一部の独占企業の通信回線を利用せざるを得ない状況を打開するために今回のガイドラインの改定に至っている。

請求専用のPCが必要だという物理的な問題としては、医療機関及び薬局の責任において「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第2版第6.4章」に準じて送信機器を設置し運用することと記されている。この“ガイドラインに準じて”という言葉が今回のガイドラインの改定でしきりに多用されている。この中では、鍵のかかる部屋にコンピュータを置きなさいというようなことが記載されている。そのようなことを参考にしてやるということである。

伝送経路の気密性の確保については、NTTの回線を使用することになっていたが、これも“ガイドラインに準じて”ということになっている。ガイドラインには、インターネットを使って請求をしても良いが、IP-secとIKEという規格を使用するよう明記されている。

### (4) 日医標準レセプトソフトについて

日医総研の上野主任研究員より、日医標準レセプトソフト並びにORCAプロジェクトの現状について、概ね以下のとおり報告があった。

日医標準レセプトソフト（以下「日レセ」）

稼働状況については、2月時点で導入医療機関数が5,453施設となっており、全国のレセコンを使っている医療機関に占めるシェアが5.4%になった。これは、日本のレセコン業界の中で第4位グループとなる。2011年までに1万ユーザーを目標としており、今年度の目標は4,464件であったが、2ヶ月以上前倒しで目標を達成している。また、昨年1年間に買い替えられたレセコンに占める日レセの導入割合が、約11%で9件に1件という状況になっている。導入施設の状況については、有床診療所が477施設、100床未満が123施設、200床未満が56施設、200床以上が16施設、最大で400床の急性期病院で導入されている。

普及の活動については、地域医師会の主催で全国約100カ所においてITフェアを開催した。来年度も継続して進めたいと考えている。

認定事業所の数は163となっているが、課題として、地域によるサポートの体制の格差や、事業所の質の平準化が挙げられている。

開発の近況としては、2008年4月の改正に対応した4月1日からの窓口会計の開発を進めている。次いで3月下旬には記載要領が出されるので、レセプトを印刷するためのプログラムを4月中に提供したいと考えている。

レセコンとしてかなり良い評価をいただいているが、今後も電子カルテ等との接続強化や、年間1,000件近い要望をいただいているので、人員の許す限りそれらの要望に対応していきたいと考えている。

2月より、日医独自のデータベースを作るということで、日レセを活用した“定点調査研究事業”に参加していただく医療機関の募集を開始している。当事業は、完全な手あげによる参加という形式をとっており、患者個人が特定できる情報をレセコンの中で削除した後、データを送信していただくという仕組みとなっている。これまで5つの診療所と1つの病院においてパイロットスタディを行い検討、改善を行ってきた。今年度中には参加された医療機関に対

して経営等に役立つフィードバックのレポートを個別にお返ししたいと考えている。

当事業において、どのようなアウトカムを出すかということについては、慣例的尺度として厚労省が提供してきた様々な情報と対比するためのデータ、独自尺度として医師の業務量等を表現するデータ、特殊尺度として診療科ごとによく使われる診療のパターンや病名のパターン等をカテゴリ化して分析するという事を考えている。このような結果を、参加された医療機関毎に、ご自身の医療機関の位置づけというものが分かるような資料が出せたらと考えている。

オンライン請求への日レセの対応については、日レセはレセコンの中の情報をフロッピーに書き出せばそのままレセプト電算となり、また、そのデータを転送すればオンライン請求が可能となる仕組みを持っている。日医はオンライン請求の義務化には反対しているが、作っているレセコンは時代に適合したものを作っている。

再来年から、レセコンを使っている先生はオンライン請求をするという省令が出されているが、レセプト電算に対応したフロッピーが出せるレセコンで様子を見ていただければと思う。レセプト電算のフロッピーが出せるという仕組みを持っていれば、オンライン請求するか、郵送で請求するかの違いになるので、買い替えの際にはレセプト電算対応という形を選んでいただければと思う。

オンライン請求の回線については、支払基金のホームページ上で、対応可能なメーカーが掲載されているので、各医療機関の状況に応じてご判断いただきたい。

その他として、データを送付する際の責任の分岐点はどこにあるのかということであるが、紙のレセプトと同様に、データが支払基金のサーバに届くまでは医療機関の責任ということになっている。ただ、支払基金のサーバに届くまでの間に関しては、回線を提供する業者と医療機関の契約に基づき、提供する業者が責任を負うという整理がされているところである。

**(5) 社会保障カード（仮称）に関する見解について**

日医総研の矢野主任研究員より、厚労省より出された「社会保障カード（仮称）の基本的な構想に関する報告書のポイント」について、概ね以下のとおり報告があった。

2008年1月25日に、厚労省において「社会保障カードのあり方に関する検討会」が開催され、当報告書が出された。

報告書のポイントが3点ある。1点目として、利用者の利便性向上と保険者・サービス提供者等の事務効率化を実現するという事で、年金手帳、健康保険証、介護保険証が1枚のカードになり、自分の年金記録等を自宅のパソコン等から、いつでも安全かつ迅速に確認可能になるということが記載されている。2点目として、プライバシー侵害、情報の一元的管理に対する不安が極力解消される仕組みとするということで、カードに収録する情報を本人確認のために必要最小限のものに限定するとともに、安全性に優れたICカードを導入し、不正な情報の読み出し等による被害を防止し、その持ち方については、従来通り各制度の保険者が管理し、カード自体には加入者を特定するための鍵となる情報を収録するとしている。3点目として、コストを抑えつつ、より多くの効果を実現する、費用対効果に優れた仕組みとするということで、関連する仕組み（レセプトオンライン請求、住基カード発行、公的個人認証サービス等）を最大限に活用し、必要となるコストを抑制するとされている。

しかし、曖昧な点が多々あり、当検討会は各団体との意見交換会を実施している。日医としての見解は以下のとおりである。

社会保障カードの前に、社会保障番号及び社会保障個人会計への見解として、経済財政諮問会議が打ち出す「骨太の方針2006」において、社会保障番号及び社会保障個人会計を導入していくべきだと記載されている。これについて

は、2006年6月14日に記者会見を行い明確に反対の方針を出している。社会保障番号を導入することで管理医療が導入しやすくなり、そのような中で社会保障個人会計を導入すると、公的保険給付範囲の縮小と縮小部分の民間保険への移行にあるのは明白であり、これを容認すれば国民皆保険制度が崩壊する恐れがある。また、IT化に伴うセキュリティ等の環境整備がされないままに、拙速に社会保障番号制度の議論を進めるべきでないとする。

以上を前提として、社会保障カードに対する見解については、社会保障カードの発端は年金記録問題であり、当問題は国民全体の共助の精神で成り立つ年金制度の根幹を揺るがし、国民の老後の生活に対して不安を与えた由々しき問題である。そのため、国民の不安に真摯に応え、その解決策の一環として年金記録管理のための社会保障カードの導入が検討されることは、政府として当然の責務であるとの見解である。

このような年金記録問題に端を発した社会保障カードの検討に、医療、介護の被保険者証の機能を付与し、年金、医療、介護の三者を一体的に取り扱うとした検討が当検討会で行われ、当初は2007年内を目処にとりまとめを実施するとしていた。これは、拙速に過ぎる対応である。

また、本会の要望は、オンラインを全ての医療機関に必須とするような仕組みを求めているのではなく、希望する医療機関がオンラインを通じて即時被保険者資格確認ができる環境を整備することを求めているものである。従って、必須であったり、オンラインレセプト請求の義務化を前提としているというようなことがあれば、断じて受け入れがたい。

年金記録問題の解消や、医療機関にとって、即時被保険者資格確認が実現すること自体は、意義のあるものであるが、一方で、社会保障カードの検討に医療実務者が加わっていないことに強い疑問を禁じえない。また、社会保障カードの導入によって「名寄せ」の可能性はあるが、どのような「仕組み」及び「制度」が成り立つのか不明な限り、日本医師会としてそもそも

も議論の土台に乗ることはできない。従って、我々は厚生労働省に対し、検討の場ですみやかに医療実務者を加え、どのような「仕組み」及び「制度」を構築しようとしているのかを明確に示すことを要求する。

社会保障カードの導入にあたっては、将来的に社会保障番号も検討されることを見据え、本会の見解としては、国民・患者視点から目的外利用の禁止、管理医療の可能性排除を明確にした法律等を含めた制度面の整備が前提であり、それができない限りは社会保障カードの導入は時期尚早と考える。いかに社会保障カード導入の環境が整ったとしても、社会保障カードを用いた管理医療施策への誘導については、国民医療を守る立場から受け入れられず、断固として反対である。

#### (6) 日医認証局について

日医総研の矢野主任研究員より、日医認証局について、概ね以下のとおり報告があった。

日医認証局は、発行する電子証明書の中に「保健医療福祉分野の国家資格」と「医療機関等の管理者の資格」の情報を格納する。これは、電子証明書の中で、本人の確認に併せて医師等の資格確認ができるようになるものであり、HPKIと呼ばれている。

厚生労働省に、保健医療福祉分野のPKI認証局として認めていただくためのポリシーや運用に関する規定を出していただき、また、そのポリシー等に準拠しているかどうかを監査する仕組みも併せて作っていただいている。日医認証局は当然これに準拠している。

日医として、医療分野における認証局は、公

益性が求められるべきものであり、医師の団体である日本医師会が主導で推進していくべきであるという位置づけのもの、認証局の稼働に向け作業を進めている。

日医認証局の活用事例としては、認証局を利用することで、電子ネットワーク上での身分証明、安全な医療情報の交換、診療録、紹介状、診断書等の電子医療情報の真正性が確保される。これら真正性が確保された情報を利用することで、将来的には、日本医師会主導によるオンラインによる各種申請サービスの活用、患者との情報共有、医師の証明が必要な機関（社会保険庁等）との接続等を可能にすることができるようになると思われる。

なお、平成20年度には本稼働することを目指している。

#### (7) 質疑応答

各都道府県医師会より、主にオンライン請求に関する日医の見解について質疑があり、中川常任理事より、日医はオンライン請求の義務化には反対しているが、オンラインの対応が可能な施設に関しては対応していただきたいと考えていると回答され、現在、紙レセプトにて請求を行っている施設に対しては、医師会等による請求代行の仕組みを検討する必要があると考えているが、その際の事務手数料等の課題があるため慎重な検討が必要と考える旨説明があった。

その他、TV会議システムを使用した際の日医生涯教育講座の認定は受けれるか等の質問があり、日医情報企画課より、制度としてこれを認めるかどうかを検討した上で、ツールとしてのTV会議を認めるような方向で検討したいと回答された。

## 印象記



理事 今山 裕康

「平成19年度日本医師会医療情報システム協議会」、「平成19年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会」に参加しての印象記をまとめて書かせていただきたいと思う。

医療情報システム協議会に参加して印象深かったのは3点あり、ひとつは中部地区医師会の向井氏が発表したこと、もう一つは特別講演（秋山氏）が非常によかったこと、最後に日本医師会のITに対する態度が変わったなあということである。

まず、中部地区医師会の特徴はORCA認定業者としてORCAの普及活動をしていることであり、中部地区医師会の先生は非常に安価できめの細かいサービスを受けることができるようになってきている。また、ソフトウエアの開発も自前でできる体制をとっており他の地区医師会にとって非常に参考となる発表であった。

秋山氏の特別講演は非常に斬新なもので「目から鱗が落ちる」ような講演であった。是非会員の先生方も聞いていただきたいと存じます。日本医師会ホームページよりダウンロードできます。

最後に日本医師会のITに対する姿勢がずいぶん変わったなあと感じました。特にレセプトオンライン化に対する姿勢は前執行部の時から激変しているのではないかと感じた。当初、オンライン化そのものに反対していたと記憶しているが、今回の協議会ではオンライン化に反対はしていない、オンラインの義務化に反対しているのであると舵が随分反対方向に切られている。さらに、IT化推進の一環として、オンライン化できるところは積極的に進めていくとのことであった。社会保障カードに関してもしかりである。いつの間にか変わっているのである。私があまり注意していなかったのが悪かったのかもしれないが、その間の議論はよく解らないままである。このままでは政府の目指している国民の健康情報、医療情報を始めとするあらゆる情報の一元管理に負担しているように感じるのは私だけなのかなと思いながら帰ってきた次第である。

医療情報システム担当理事連絡協議会に参加して印象深かったのはその内容よりも日医のテレビ会議システムである。5県の医師会がテレビ会議システムを利用して参加していた。このシステムはインターネット回線を利用するために画像、音声は回線速度に依存し、たびたび音声、画像が中断したり、音声之急に悪くなったりするためにたびたび発言を繰り返さなければならなかった。テレビ会議だけで協議をすることは現実的でなく、技術の進歩を待つほかないと考える。

## 財団法人 沖縄県体育協会賛助会員加入のお願い

(賛助会員・免税募金で本県スポーツ振興の支援を)

財団法人 沖縄県体育協会  
会 長 仲井眞 弘多

本県スポーツの競技力は、昭和62年開催の「海邦国体」を契機に、県の財政支援の下に大きく向上し「海邦国体」における天皇杯（男女総合優勝）及び皇后杯（女子優勝）の快挙を成し遂げ、県民に大きな感動と自信を与えました。

20年余が経過し、近年、本県の競技力は、中・高校生を中心としたジュニア選手が九州大会、全国大会等で活躍する競技が増加してまいりました。

更に、我が国を代表し、アジア大会や国際大会等に選抜され、活躍する選手も増えて参りました。

一方、国民体育大会における本県の状況は、一部の競技では安定的に評価できる実績を残しているものの、多くの競技は不安定な要素を抱え、総合成績は目標の30位台を達成することが出来ず40位台に甘んじております。本県の競技力向上の予算は県当局からのものがほとんどであり、これまで多大なご配慮頂きました。しかしながら、県財政も危機的な状況となり、毎年、競技力向上対策費が削減され、今後も多くは望めない状況で、本県スポーツの振興を図る上で憂慮される事態となっております。近年、本県の地理的優位性が注目され、特に冬場におけるプロ野球のキャンプをはじめ、オリンピック強化候補選手、実業団チーム（個人）等が多く来県するようになりました。

このように、トップ選手の高い技量を間近かに接することにより、特に、本県の児童生徒に大きな希望と夢を抱かすものと確信しております。

しかしながら、競技力の向上を図る上で欠かせない県外強豪チームとの交流試合、強化練習や合宿等を実施する上で、離島県であるが故に個人や競技団体の経済的負担も大きく、多くの競技で競技力の向上の妨げになっている一面もあります。

また、県内における強化合宿や強化練習も制限せざるを得ない状況であります。このような状況を多少とも改善し競技力を向上させ、国民体育大会における30位台の達成やインターハイをはじめとする全国大会や日本を代表し世界で活躍できる選手を育成することが求められております。このため、県体育協会においては、競技力の向上を支援するため、財務特別委員会を発足させ、賛助会員の1口加入及び免税募金運動を推進しております。どうぞ、多くの県民の皆様のご支援をお願い申し上げます。

賛助会員 個人 1口 5千円（口数問わず） 団体 1口 1万円（口数問わず）  
免税募金 5万円以上  
寄附金 金額指定なし

問合せ先 沖縄県那覇市奥武山町51-2 体協会館内  
財団法人沖縄県体育協会

TEL 098-857-0017 / FAX 098-857-0085

## 平成19年度学校医講習会並びに 母子保健講習会



理事 野原 薫

### (1) 平成19年度学校医講習会報告及び印象記

平成19年度学校医講習会が平成20年2月23日(土)に日本医師会館で開催されましたので、報告します。この講習会の趣旨は、地域医療の一環として学校医活動を円滑に行うために必要な事項を習得するというもので、日本医師会が学校医向けに毎年、開催しています。詳細な報告は日本医師会雑誌8月号に記載予定ですので、ここでは要旨と印象記を報告します。

会長挨拶は岩佐副会長、学校保健会長挨拶は内藤専務理事の代読でした。

講演1. は“最近の学校教育行政について”の演題で、講師は文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課専門官の岡田先生でした。昭和33年に学校保健法が制定され、当初は寄生虫、トラコーマ、結核、う歯などが健康課題となっていたが、近年では生活習慣の乱れ、いじめ・不登校などのメンタルヘルスケア、アレルギー疾患の増加、性の問題行動、薬物乱用といった健康課題が顕在化してきている。このような課題に対して「学校、家庭、地域社会の連携の推進」を進めて対応するために「学校地域保健連携事業」を発展させ、「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」を立ち上げていると報告されました。

講演2. は“特別支援教育と今後の課題”の演題で、講師は埼玉県東松山市の坂本市長でした。東松山市の市政は「ノーマライゼーションのまちづくりを基本理念として、障害のある人もない人も、ともに生きるまちをつくる」、即ち「分離から共生へ」を目指しています。国連障害者権利条約をもとに、これまでの障害者を分離して行う分離教育から障害者も健常者も一

緒に生活するインクルージング(共生)教育を行うことを実践しています。障害者とは支援を必要としている人のことで、乳幼児期は障害児のいる保育園に保育士を加配し、更に経管栄養、導尿などが必要な子どもには看護師も配置した上で、障害者通園施設は閉園します。学齢期は教育委員会が介助員制度を開始し、介助が必要な障害児を受け入れた学校に、介助員を派遣するシステムで、障害児の75%が地元の学校に通学しています。成人期では障害者就労支援センターを開設し、多くの障害者を就職させ、暮らしの場ではグループホームを設置しています。24時間、365日対応の総合相談センターを設置し、ホームヘルパーを常駐させていると話されました。本当に素晴らしい理念で、市長がやる気になればこのようなことができるということに感心させられました。

講演3. は“小児生活習慣病の予防”の演題で、日本大学小児科准教授の岡田先生が講演しました。肥満の原因は従来どおりの栄養問題と運動不足ということでした。運動不足の解消に対しては安全性、コミュニケーションの面からも学校の校庭を開放することは利点が多く、栄養問題については食育を養護教諭、栄養教諭、学校医が参加して行うことを提案しておりました。

午後は「学校におけるアレルギー疾患の管理と支援——今後の具体的取り組みの方向を探る」と題してシンポジウムが行われました。

①は“小児アレルギー科医の立場から”と題して、国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長の海老澤元宏先生でした。平成19年4月に報告された全国の公立小・中・高校の児童生徒のアレル



ギー性疾患の有病率は喘息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー性結膜炎3.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.1%となっています。現在、学校において十分なアレルギー対策がとられてないため、委員会でアレルギー性疾患管理票（仮称）を医療機関・学校間の連絡ツールとして検討中であると報告されました。

②は“皮膚科医の立場から”と題して、はっとり皮膚科医院理事長の服部瑛先生でした。アトピー性皮膚炎への学校における具体的取り組みは運動会での待機場所を日陰とすること、水泳指導におけるプール使用後のシャワー浴の徹底、制服等の素材、長袖着用の配慮などはおおむね配慮されているが、掃除当番などへの配慮、温水シャワー浴、学校での医薬品等の使用に関する取り組みなどについてはなお十分ではなく、学校向け手引きを作成中と報告されました。

③は“眼科医の立場から”と題して、吉田眼科院長の吉田博先生でした。アレルギー性結膜炎の治療としてまず、抗アレルギー点眼薬を開始し、更に低濃度ステロイド点眼薬を追加することがあり、人工涙液によるセルフケアも役立っています。春季カタルでは抗アレルギー薬、ステロイド点眼薬、シクロスポリン点眼薬を使用し、プールに入るときにはゴーグルをつけることを勧めており、プールからあがったら人工涙液による洗眼を行うと報告されました。

④は“耳鼻咽喉科医の立場から”と題して、幸芳耳鼻咽喉科医院院長の島田和哉先生でした。学童の耳鼻咽喉科的疾患は副鼻腔炎からアレルギー性鼻炎へと変わってきており、アレルギー性鼻炎と水泳との関連、鼻疾患と学業との関連を報告されました。

24日（日）に日本医師会館で開催されましたので、報告します。この講習会の趣旨は少子化が進展する現状を踏まえ、地域医療の一環として行う母子保健活動を円滑に実践するために必要な知識を習得することで、詳細は日本医師会雑誌8月号に記載予定ですので、ここでは要旨と印象記を報告します。

今年度のメインテーマは「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指してー2」で、プログラムは下記の通りです。但し、当日は東北新幹線が止まったために副会長、講師の到着が遅れ、プログラムが一部、変更となりました。

講演1)は“医学・医療の品格”の演題で、講師は東北大学名誉教授で宮城県対がん協会会長の久道茂先生でした。品格とは広辞苑によると品位と同語で、人に自然に備わっている人格的価値です。日本の医療は医師不足による病院・診療科の閉鎖、医療事故と医療訴訟、科学者の不祥事、市場経済主義による格差の助長、医療の品格の低下により崩壊しており、品格を論じることにより医療崩壊を防ぐ手立てに寄与することを話されました。フランスの医師フーフェラント著の「自伝・医の倫理」を紹介し、医師のマナーの重要性を話され、長崎大学医学部の教育理念から「医学を学ぶ、科学を学ぶ、そして人を学ぶ」、更に良医とは「高貴な志、いざとなったら命の危険をかえりみないで患者を救う医師」の持論を紹介されました。また医療崩壊（患者・医師関係の崩壊）の根源は医療従事者側の品格ばかりではなく、市場経済主義に迎合した「患者様」という呼び方、医療に経済至上主義を求めること、更に患者、地域住民、行政や議会の品格も論じる必要がある。最後に大学医学部・附属病院へ社会的責任とリーダーとしての品格を育てる期待を述べられました。よりよい医療の構築には医療提供者ばかりに品格を求めるだけでなく、患者側にも品格を求める必要があることにとても共感をえました。

講演2)は“子どもの脳を守る”の演題で、講師は国立病院機構大阪医療センター副院長山崎麻美先生でした。山崎先生は小児脳神経外科

**(2) 平成19年度母子保健講習会報告及び印象記**

平成19年度母子保健講習会が平成20年2月

医の女性医師で、虐待による頭部外傷の増加、胎児期水頭症の出生前診断及び治療、小児脳腫瘍などの子どもの死と向き合う緩和医療、更にママさんドクターの復職支援などを具体的に話されました。

シンポジウムは「母子の心の健康を求めて」のテーマで、4人のシンポジストの講演がありました。1)は「「キレル」脳：セロトニン欠乏脳」と題して、東邦大学医学部統合生理学教授の有田秀穂先生でした。「キレル」現象に関連の深い脳領域は前頭前野腹外側部で、この部位が衝動的攻撃行動を制御する役割で、この部位におけるセロトニン伝達機能の障害（セロトニン欠乏脳）が指摘されており、この衝動的攻撃行動が他者に向けられるとキレル行動になり、自己に向けられると自殺となる。セロトニン神経を活性化させる二大要因はリズム運動（呼吸・歩行・咀嚼）と日照（太陽光）で、IT社会で運動不足、昼夜逆転の現代生活がセロトニン神経を弱らせている。また、セロトニン神経の発達は6歳頃までが重要で、母と子が一緒にリズム運動、短時間の日光浴、スキンシップを行うことが重要だと話されました。2)は“妊産婦のメンタルヘルスの理論と実際～ハイリスク者の早期発見と育児支援における医療チームの役割～”と題して、九州大学病院精神科神経科特任准教授の吉田敬子先生でした。出産後の母親の育児の障害、特に産後うつ病について質問票による検出の実際を示されました。九州大学病院では精神科的障害がみられたり、その既往歴がある妊産婦を母子メンタルヘルスクリニックの対象とし、産科と精神科の合同チームにより支援、更に小児科や保健福祉行政との連携を

行っていると話されました。3)は“子どもの社会力を育てる”と題して、筑波学院大学学長の門脇厚司先生でした。社会力とは人が人とながり、社会を作る力、そしてよりよい社会を作ろうとする意欲と構想力と実行力です。1960年以降、他者への無関心、愛着、信頼感の欠如など、「他者の取り込み」不全がみられるようになり、「社会力の衰弱」が現れるようになりました。結果としていじめ、不登校、無気力、自殺、自傷行為、薬物依存、うつ病、ニート、引きこもり、児童虐待、ゲーム中毒、ネット中毒などの非社会化の昂進と蔓延が起り、心寂しき人々の増加と潜伏化しました。社会力はヒトの子が先天的に備えている高度な対人関係能力（他者との応答能力）をフルに稼働させることで、そして多様な他者（とりわけ大人）との相互行為を重ねることで、培われ育まれます。子どもと母親の社会力を育てるには、地域を親密圏（コミュニティ）にする、すなわちできるだけ子どもと大人が日常的に交流し、協働する場や機会を多くする、また学校の教育に親も地域の大人たちも積極的に参画し、学校を地域に取り込むことが重要と話されました。現代社会の行過ぎた個人主義や他人任せが社会力の減退に繋がっていることを痛感させられました。4)は“子どもの心に出会うとき”と題して、大正大学人間学部臨床心理学教授の村瀬嘉代子先生でした。児童福祉施設における参与的調査研究を通して、多くの子どもが存在をそのままよしと受けとめられることや基本的信頼感を持ちたいと渴望しており、きめ細かな配慮に裏打ちされた全体性のある日常生活を基にしたケアとケアを必要としていると話されました。

## 印象記



かみや母と子のクリニック 小児科 神谷 鏡子

### 平成19年度 学校医、母子保健講習会に参加して

毎年のことかもしれないが、平成20年2月23、24日と東京駒込の日本医師会館で連日行われた。1日目は学校医講習会で「特別支援教育と今後の課題」について埼玉県東松山市の坂本市長（ちなみに自称？埼玉の若大将）が、障害を1つの個性としてとらえ、障害のある人もない人も地元の学校でともに学び育つことによって、相互理解し、助け合って生きていく「共生社会」を目指して、今までの分離教育から共生教育へのステップアップとして、就学時支援委員会を廃止し、本人、保護者の希望と就学相談調整会議での相談の結果、希望の地元学校への入学というものでした。去年は小中学校での介助員が39人、今年は19人の就学児に対し50人の介助員を予定していて、介助員の質の向上や親とのトラブルの研修会も開き勉強しているとの報告、さらに成人期の福祉面でも障害者福祉支援センターを開設し、障害者の一般就労を推進し、約3年間で110人の障害者が一般就労しているという事実。そのパワフルな講演と熱心さに感心した。今時、熱血という言葉は流行らないが、熱血市長そのものであった。

もう1つは「小児生活習慣病の予防」を日本大学医学部の岡田先生が、小児メタボリック症候群の診断基準、思春期の肥満の80%は成人肥満に移行し、動脈硬化などの血管性病変は早いと10代前半で始まり、思春期肥満の43%に動脈硬化病変が存在する。若ければ大丈夫ではない。小児生活習慣病は栄養問題と運動不足に集約され、沖縄では全国平均より肥満児の割合が高く、即急な食育の教育や適正なクラブ活動や身体活動の活性化に努めなければならない。シンポジウムは今年から始まるアレルギー疾患管理指導について、海老澤先生が学校でアナフィラキシーショックについてエピペンの重要性と今後の課題、学校との連携などのお話だった。2日目は母子保健講習会であり、前日からの春一番の突風の影響で新幹線が運転停止になり講演の講師の先生方が到着せず、到着した順番で講演会があった。午前はちょうど最近読んだ「子どもの脳を守る」の著者である山崎麻美先生で、もと小児科医であり、その後小児脳神経外科として活躍され、虐待による頭部外傷の増加、ゆさぶられっ子症候群、虐待の鑑別の難しさ、水頭症などの出生前診断、脳幹部脳腫瘍の子の緩和医療、女医の労働条件改善、ママさん医師の復職支援に取り組んでおられた。シンポジウムでは、「キレル脳」と題して、有田秀穂先生が前頭前野におけるセロトニン伝達機能障害を指摘し、きれいな人間と軽鬱の蔓延により大人の社会人の暴行件数の増加、自殺者の増加。これは現代の生活習慣に原因があると考えパソコン漬け、昼夜逆転の生活がセロトニン神経を弱らせる為であり、それを活性化される3つの鍵は①リズム運動、②日照、③タッピングタッチであると結論しておられた。同感である。妊産婦のメンタルヘルスの理論と実践は九州大学病院の吉田敬子先生が、妊娠中からハイリスク群を母子メンタルヘルスクリニックに受診させ、育児母子支援をしていくというものであった。さら筑波学院大学門脇学長が社会力について講演しておられた。「社会力」とは人が人とながり、社会を作る力、そしてよりよい社会を作ろうとする意欲と構想力と実行力と定義し、1960年くらいからの社会力の衰弱がいじめ、不登校、無気力、自殺、薬物依存、うつ病、ニート、児童虐待など様々な問題を引き起こし社会力の再興を目指して親、子ども、学校の社会力を育てようというものであった。

今回の2日間は非常に充実した講演であり、今後の学校医、母子保健活動の参考になった。

## 印象記



長田クリニック 長田 清

### 学校医・母子保健講習会報告

2月23日、24日に日本医師会館で行われた講習会に参加させて頂きましたので報告致します。平成19年度母子保健講習会のメインテーマは「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して」で、小児精神科、小児脳神経外科、臨床心理学、基礎医学、社会学などの立場からの講演がありました。「子どもの脳を守る」と題した講演で山崎麻美先生（大阪医療センター副院長）は、児童虐待の発見に有用な知見や、水頭症児の治療および家族も含めたサポートについて話されました。吉田敬子先生（九大准教授）は、マタニティーブルーの早期発見への問診票やネットワークの必要性を話されました。社会的交流の乏しい母親では、育児支援チェックリストに記入することで危険因子が明らかになり、対策が取りやすくなります。「子どもの心に会おうとき」で講演された村瀬嘉代子先生（大正大学教授）は、心身に問題を持つ子や施設などに収容されている子ども達や家族への援助はどうあるべきかということ、できるだけ子どもの目線で一緒に考えて触れ合っていくことの重要性を力説されました。「キレる脳：セロトニン欠乏脳」の有田秀穂先生（東邦大学生理学教授）は、子どもがキレやすくなっているのは、歩行や咀嚼などのリズム運動が減少していることと、昼夜逆転生活で太陽光に当たる時間が少なくなっていると報告されました。

当日は春の嵐が吹き荒れて、電車、列車、新幹線が軒並みストップするという異常天候で、メイン講演者の久道茂先生（宮城県対がん協会会長）の仙台からの到着が大幅に遅れましたが、最後、ギリギリ3時には到着され、おかげで貴重な講演を聞き逃さずに済みました。内容は「医学・医療の品格」（薬事日報社）という著書についての講演でした。「国家の品格」がベストセラーになってから「～の品格」という本はブームになっていて、17冊ほどあるそうです。二番煎じではあるが、それでも現在の日本の医学・医療の問題を憂い、失われつつある誇りを取り戻すためにあえて、医学の品格の名前にこだわって出版されたそうです。その気概が強く伝わりました。ご自身の疫学者としての経験、教訓も含めて科学者の倫理と論理、真の科学研究とは何かを追求し、また医師のマナー、人間性にも触れ、社会経済の仕組みの中での医者としての有りようなどについても広くお話されたので、非常に刺激的で有益な内容でした。一読の値打ちのある著書だと思います。

最後に、講演者の1人村瀬嘉代子先生は子どものこころを扱う第一人者であると同時に、日本臨床心理士会の会長も務められ、県内でも多数活動しているスクールカウンセラーの元締めの存在でもあります。その村瀬先生をお招きして講演会を予定しています。6月8日(日) 沖縄コンベンションセンターにて、第31回日本内観学会が行われますが、午後は公開講座（参加費1,000円）となり「子どものこころの居場所」と題して特別講演をしていただきます。ご興味のある方はご参加下さるようお願い致します。

## 感染症危機管理対策協議会

理事 金城 忠雄



去る3月5日（水）、日本医師会館において標記協議会が開催されたので、その概要について報告する。

### 開 会

定刻となり、飯沼雅朗日本医師会常任理事より開会が宣言された。

### 挨拶

唐澤祥人日本医師会長の代読で岩砂和雄副会長より、概ね次のとおり挨拶があった。

都道府県医師会感染症担当の先生方には、日頃の地域における感染症対策にご尽力いただき心から感謝いたします。

また、本日は日本医師会の感染症危機管理対策委員会の先生方にもご出席いただいておりますことに心から感謝申し上げます。

厚生労働省からは、ご多忙のところ講師として、三宅智結核感染症課長、並びに正林督章肝

炎対策推進室長にご出席頂き誠にありがとうございます。

昨年は大学生を中心とする若者の中で大規模な麻しんの流行がみられ、大学が休校となるなど社会問題となりました。十分な免疫を持たない、あるいは免疫力の弱い若者が増えてきている事が現行の原因であり改めて予防接種の重要性を国民の健康を守る立場から訴えていかなければならないと考えております。

本日は、まず、「感染症対策をめぐる最近の動向について」飯沼常任理事より報告をいたします。その後、「感染症法の改正、麻しん・風しん対策」について三宅智厚生労働省健康局結核感染症課長より、「新しい肝炎総合対策について」は正林督章厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長からご報告を頂くことになっております。

日本医師会におきましては、平成9年に感染症危機管理対策室を設置して以来迅速な情報提

供を心がけています。国民の生命・健康を守るため、新型インフルエンザの発生等に備え、さらに万全の体制を期す必要があると考えているところであり、そのためにもご出席の先生方におかれましては本日のご報告を踏まえ忌憚のない協議会の進行をご期待申し上げる次第であります。

改めまして、本対策協議会の成果を踏まえ、各地域において感染症対策が混乱なく円滑に実施されますよう今後とも先生方のご協力をよろしくお願いいたします。

## 報 告

### 1. 感染症対策をめぐる最近の動向について

飯沼雅朗日本医師会常任理事より、以下のとおり報告があった。

#### (1) 子ども予防接種週間について

「子ども予防接種週間」が始まって5年になる。日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省が主体となり、麻しん予防接種を接種すべき期間に接種できなかった子ども達のために、3月1日から7日までの一週間、全国で実施している。

特に麻しんに関しては「第2期」(就学前に2回目を接種する事)が法律で定められて2年目になる。昨今の麻しんの流行を考えれば是非とも接種していただきたい。

日本医師会では昨年度より、都道府県医師会に対し、住民に対する啓発、講習会等の実施のために30万円の補助をしている。昨年度は7万5千人の接種が行われ、全国的に非常に評価が高い事業の一つとなっている。今年度の実施医療機関は、12,000件以上となっており、本年度もたくさん子ども達が接種することを期待している。

#### (2) 予防接種法施行規則の改正について

予防接種法の改正にともない、長年厚生労働省に要望していた非常に画期的な事がやっただけのようになったので報告する。

- ・「百日せき」に対してDPTワクチンを接種していいかどうかの問題があったが、エビデ

ンスが揃い接種が認められ、間もなく実施される。

- ・「はしかの流行に関して」、「第3期(13歳(中1)時)」「第4期(18歳(高3)時)」の予防接種が認められ、間もなく実施される。
- ・最後に「DPTワクチンの接種期間は3週～8週」、「日本脳炎は1週～4週」と期間が決められ、期間を過ぎると公費が使えなかった事が、医師の判断で医学的な理由があれば、一日～二日過ぎても受けられることになった。これらが改正されたことにより、「予防接種」というものがやりやすく、わかりやすくなったと思う。

#### (3) 市民公開講座について

昨年5月に市民公開講座「どう防ぐ新型インフルエンザ」を開催し、NHK教育テレビで5月27日(日)18:00～19:00に放映したところ反響も高く、DVDを各都道府県医師会に配布している。

#### (4) 肝炎対策について

昨年の6月頃から川崎二郎前々厚生労働大臣が中心になられて、新しい肝炎対策のなかで、「肝炎対策推進室」というものができた。

肝炎対策というのは主体があくまでも都道府県であり、各々の都道府県の行政と連携を図りながら解決していく問題である。

### 2. 感染症をめぐる最近の動向

#### ～感染症法の改正、麻しん・風しん対策～ について

三宅智厚生労働省健康局結核感染症課長より、今回の新型インフルエンザ対策に対する感染症法の改正、麻しん・風しん対策について次のとおり報告があった。

#### ○新型インフルエンザ対策に対する感染症法の改正

まず、新型インフルエンザとは、従来ヒトからヒトへの感染が認められていなかったインフルエンザウイルスが遺伝子変異により、ヒトか

らヒトへ容易にかつ持続的に感染するようになったものをいう。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律案の概要について、鳥インフルエンザ (H5N1) を感染症法上二類感染症に位置づけ、入院措置等の法的根拠を整備する。また、新型インフルエンザについては、感染症法及び検疫法に新たな感染症類型として位置づけ、検疫措置、入院措置等の規定を整備し、感染したおそれのある者に対する健康状態の報告要請や、外出自粛の要請、規定の早設停留先施設に医療機関以外の施設を追加する等、まん延防止策を拡充する。

新型インフルエンザ対策については、現在、フェーズ4以降のガイドラインを策定中であり、詳細は以下のとおりとなっている。

- ①早期対応戦略ガイドライン【国内発生初期における対応（予防投与等）】
- ②検疫ガイドライン（海外からの水際対策）
- ③個人及び一般家庭等におけるガイドライン（個人・一般家庭における対応）
- ④医療体制に関するガイドライン（国内発生時の医療体制）
- ⑤ワクチン・抗ウイルス薬ガイドライン（薬剤の優先投与、供給体制）等

現在の抗インフルエンザウイルス薬の備蓄については、タミフルを中心に、平成19年度までに治療用を約2,500万人分備蓄することを進めている。さらに、予防投与用も300万人分備蓄予定である。

ワクチンの開発、生産については、プレパンデミックワクチンを1,000万人分事前備蓄をしている。これは、最低限の社会機能維持用と医療従事者用である。

また、インフルエンザ (H5N1) については、指定感染症・検疫感染症として定め、フェーズ4に入ってもすぐに措置が取れる状態に引き上げている。

さらに、新型インフルエンザ対応訓練や国際

協力（特にアジア諸国でのインフルエンザ対策）等を行っている。

課題は、患者が多数発生した場合の医療施設の病床数である。現状の行動計画の中では、感染症指定医療機関の病床や結核病床の陰圧病床を合わせた全国約5,000床で対応するとあるが、緊急時には、大型施設（体育館等）を利用するなどの対応を考えていかなければならない。

タミフルの副作用の問題に関しては、インフルエンザでも同じ症状が出る場合がある。一昨年にインフルエンザ患者の中でタミフルを服用した患者と服用しなかった患者の比較研究を行ったが有意差は見られず、精神症状がタミフルの影響とは言えないという結果が出ている。しかし、これからも副作用に関しての情報収集は引き続き行っていく。

また、ワクチンができるまでは半年以上かかることが想定されるため、それまでの間はタミフルが大きな支えとなる。WHOとしてもタミフルを推奨しており、アメリカやヨーロッパなどの諸外国でもタミフルを備蓄している状況であることから、我々の方針としてもタミフルを備蓄するという状況は変えずに取り組んでいく。

感染拡大防止策としては、①家庭・施設内予防投薬、②接種者予防投薬、③地域内予防投薬、④薬剤以外の感染拡大防止策等を行うこととしている。

フェーズ4になった場合には、検疫所においては国外から到着した飛行機等に検疫官が入り検査を行い、医療機関においては、発熱外来を設置し対応する。

#### ○麻しん・風しん対策

昨年の春の成人の麻しん流行をうけて、平成20年4月1日から施行される予防接種法施行令の一部を改正として、平成20年4月1日から平成25年3月31日までの5年間、麻しん・風しんの定期予防接種対象が現行に加え、「第3期（13歳（中1相当）時）」「第4期（18歳（高3相当）時）」まで拡大。この期間、集中的に対策を講じることによって一挙に麻しんを排

除しその状態を維持することが目標である。また、麻しんに関する特定感染症に基づいた予防指針の中で大きく変わった点として、今までの定点報告から全数報告になり、全ての医療機関は、患者全員の発生状況を可能な限り24時間以内に保健所に報告。(土日祝日など医療機関が休みの場合は守衛へ報告)その後、診断検査を7日以内に保健所に報告することにより地域、県、国、レベルでの対策が早急にできるようになるので是非お願いしたい。

### 3. 新しい肝炎総合対策について

正林督章厚生労働省健康局疾患対策課肝炎対策推進室長より、新しい肝炎総合対策について次のとおり報告があった。

国内最大級の感染症である肝炎について、肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的推進のため、経済的負担軽減等により現在5万人であるインターフェロン治療の受療者の倍増を目指す。そのための総合的な施策を展開する。

施策の方向性として、肝がんへの進行予防、肝炎対策の効果的促進(経済的負担軽減)、検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進、検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発などがあげられる。

来年度に向けて一番大きな変化として、「肝炎対策関連予算案」が平成19年度の75億円から破格の大幅増207億円である。理由としてインターフェロン治療に関する医療費の助成の創設などがあげられる。インターフェロン治療の実施主体は都道府県で対象者はB型及びC型肝炎の患者である。

検査や治療体制の整備、正しい知識の普及、研究の促進、相談事業など総合的な対策の強化が必要である。

### 協 議

- Q : <京都府医師会> ※厚生労働省への要望
- ・プレパンデミックワクチン、タミフルは、国民分備蓄してほしい。
  - ・不幸にも新型インフルエンザが発生した際

にも、迅速に国民分のワクチン製造をお願いしたい。

### A : 三宅課長

タミフルについて、現在のところ備蓄は2,500万人分あり、内訳として国に1,050万人分、各都道府県に1,050万人分、卸に400万人分あります。これで足りるのか、足りないのかはまだわからない。タミフルでいいのか、全く別の薬がいいのかを検討していく。

### Q : <兵庫県医師会>

疑似症定点拡大設定をめぐる疑義について 新型インフルエンザ等を想定した疑似症定点の依頼が各医師会になされているが、あいまいな形で綱だけを広げるやり方では、接点をもつ前後から始まる各フェーズ毎の二次感染拡大予防対策等との明確な連携がなされていない。報告だけをオンラインで済ませば終わり、というものではないことをしっかり追及すべきだ。

### A : 三宅課長、正林室長

「疑い症候群サーベイランス」を行うことで進めている。新型インフルエンザやバイオテロにも対応できるように想定している。

昨年3月に新型インフルエンザのガイドラインを策定した。その中でいち早く患者を見つけなければならない。

### 飯沼常任理事

徳島県では、新型インフルエンザを想定した訓練が行われたそうですがご説明をお願いします。

### <徳島県医師会>

徳島県では、昨年国、県、共催で関係19省庁で構成される鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議を行った。

フェーズ4時の訓練を行い「新型インフルエンザ」というものは、同時的かつ多発的に発生するため、国、隣県からの応援は期待できないと想定されるためこのような訓練を自主的に行った。他の県もこれから地域を巻き



込んだ協議を考えていただきたい。

**<岩手県医師会>**

徳島県医師会の県レベルでの訓練の前に、まず、机上レベルからスタートし、市町村、県、といったような訓練のほうが連絡がスムーズじゃないかと思われる。

**Q：<福井県医師会>**

プレパンデミックワクチンの医療従事者への接種は？

**A：三宅課長**

ライフライン従事者や医療従事者を中心に接種するように考えている。

**【日本医師会】飯沼常任理事**

日本医師会としては、予算の確保（マスク、ワクチンの運搬体制、ワクチンの備蓄等）、ガイドラインの作成、市民公開講座などの啓発運動等の事業を行う予定。

**Q：<奈良県医師会>**

麻しんワクチンを18歳で接種することに関し、就労しているものなど学生以外の対象者はどのようにして補足して、接種させるのか。

**A：三宅課長**

MR ワクチン未接種者には、これから色々キャンペーンなどを考えて呼びかけをしていき、文部科学省に入学前の健康診断などで区別をし接種を促す。

**Q：<神奈川県医師会>**

対象者は1994年以前フィブリノゲン製剤の被投与者、1992年以前に輸血、凝固因子、大きな手術、血液透析、臓器移植、入れ墨、ボディピアスをした方、過去に肝機能異常があるにもかかわらず精査を受けていない方などと新聞広告がされているが対象者があまりに多いのでは？

**A：正林室長**

肝炎というものは、経路が色々ある。感染経路によって区別するのは不可能。そういうことよりもひとりでも多く検査を受けていただく考えをもっている。

**総 括**

感染症対策をはじめとする公衆衛生事業は国民の生命・健康を守るために全力で取り組んでいかなければならない問題の一つであると認識しております。

また、新型インフルエンザ、麻しん・風しんは決して侮ることの出来ない疾患であり、医師会、行政等、関係者が一丸となった取り組みが必要ではないかと思われます。また、情報の共有と迅速な対応は必須であり、都道府県医師会、郡市区医師会、日本医師会との双方との連携が重要であります。感染症対策全般につきましても問題等生ずることがあれば、厚生労働省と協議を行う所存でありますので、ご遠慮なく感染症危機管理対策室までお申出をさせていただきたいと思っております。



## 印象記



理事 金城 忠雄

日本医師会館における早朝日帰りのせわしい会議である。

### 感染法の省令改正について

一旦決めた法律や制度を変更するには、かなりのエネルギーが要るようだ。

日頃の医師会員の意見やメールから判断すると、厚労省は医師会の抵抗勢力のようである。

長年厚労省に要望していたことが省令改正により、次の事がやっと実現できたとの報告があった。

- ・「百日せき」にたいしてDPTワクチンの接種可能となったこと。
- ・昨年平成19年の「高校修学旅行生や成人のはしか流行」により諸外国から日本は「はしか輸出国」と非難もあり、平成20年4月1日から5年間、「第3期、第4期はしかキャッチアップキャンペーン」が実施されることになった。
- ・これまでの「DPTワクチンの接種期間」を過ぎたら公費扱い不可であったが、医師の判断で1～2日過ぎても公費扱いできることになったこと。

これらの改正は助産師看護師問題に匹敵するほど画期的な改正であると説明された。

### 新しい肝炎総合対策について

今般のフィブリノーゲン血液製剤問題を契機にして肝炎一般に対して関心が高まり検査受診希望者の増加が見こまれる。厚労省としては、これまで保健所で無料でしていたのを、一般医療機関でも行えるようにした。しかし沖縄では、まだ実施していないようである。

B型肝炎約120万人、C型肝炎は2倍の約240万人を予想されると。肝炎を放置すると肝硬変や肝臓がんや重篤な病態を招くことから、厚労省は国内最大の感染症と位置づけて、新しく「肝炎対策推進室」を立ち上げた。

各県に「肝疾患診療連携拠点病院」を指定して「かかりつけ医」と各々の役割を担うように対策を立て、治療対象患者は、検査後直ちに連続してインターフェロンなどの抗ウイルス療法等の治療ができる。所得に応じて自己負担は3段階、1万円、3万円、5万円となり、1,800億円にものぼる予算をつけている。沖縄県は、一般医療機関での無料検診や「肝疾患診療連携拠点病院」指定はまだできていない。県の指導を求めたいところである。

### 感染症をめぐる最近の動向について

新型インフルエンザ対策も厚労省は、ワクチン・抗ウイルス薬の準備等緊張感をもって準備している。ヒトの鳥インフルエンザは、2008.2.28現在全世界において369名罹患し、死亡234名、63.4%の死亡率である。フェーズ4になった場合の検疫体制、医療機関の発熱外来等準備をしている。

沖縄も新型インフルエンザに備えて、診療所での発熱外来等具体的な診療体制の訓練シミュレーションを組まねばならない。パンデミックになった時の状況を聞くと恐ろしい話である。

# 平成19年度医療政策シンポジウム報告記



首里城下町クリニック第一 田名 毅

平成20年3月9日に日本医師会館にて開催されましたシンポジウムに関してご報告致します。テーマは「脱「格差社会」と医療のあり方」でした。

## 平成19年度医療政策シンポジウム

日時：平成20年3月9日(日) 13:00～17:10  
 場所：日本医師会館 大講堂  
 テーマ：脱「格差社会」と医療のあり方

### 次 第

- 総合司会：今村定臣（日本医師会常任理事）  
 開 会  
 主催挨拶 竹嶋康弘（日本医師会副会長）  
 基調講演 脱「格差社会」戦略と医療のあり方  
 神野直彦（東京大学大学院経済学研究科 教授）  
 講演Ⅰ 医療のあり方—患者の立場から  
 立花 隆（評論家）  
 Ⅱ 格差社会と医療システム  
 田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授）  
 Ⅲ 社会保障をめぐる政治の展望  
 山口二郎（北海道大学法学部 教授）

### パネルディスカッション

- 脱「格差社会」と医療のあり方  
 司会：中川俊男（日本医師会常任理事）  
 パネリスト：神野直彦  
 立花 隆  
 田中 滋  
 山口二郎  
 竹嶋康弘

閉会

## 挨拶

まだ公務に復帰したばかりの唐澤日本医師会会長に代わり竹嶋副会長がなさいました。救急医療の問題がマスコミでも多く取り上げられ、地域により医療格差が生じているが、これは政府による医療費抑制政策によるところが大きい。現場の医療者の献身的な努力により何とか現在の医療は支えられているが、政府もこれ以上の医療費抑制は現場を追い込むということをようやく理解できてきたようだ。今後も医師会としては注意深く見守って行きたい。その意味でも今回のシンポジウムの開催は意味があると思われる、と話されていました。

## 基調講演

### 脱「格差社会」戦略と医療のあり方

神野直彦先生

（東京大学大学院経済学研究科 教授）

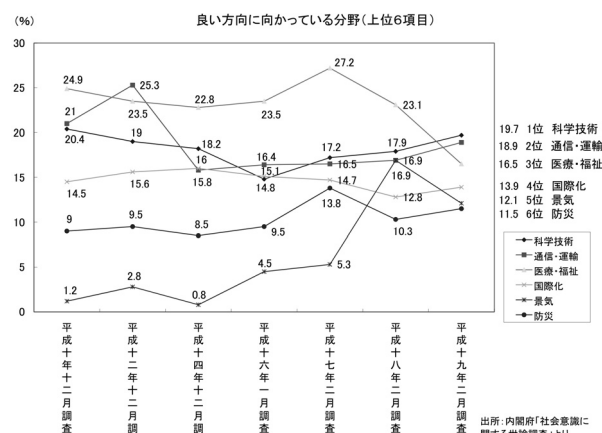


図1

図1は内閣府が調べた「社会意識に関する世論調査」より、よい方向に向かっている分野(上位6項目)を示したものである。平成17年

までは第1位だった医療。福祉が平成19年にかけて急激に低下し、悪い報告に向かっていると感じている人が急激に増加していることがわかる。

1. ラーゴムとオムソーリ

福祉国家であるスウェーデンにはいい言葉が二つある。まずは、ラーゴム (lagom) である。これは「ほどよい」という意味である。ほどよくバランスをとるという意味であり、貧と富の格差、公的と私的サービスの格差を小さくしようと解釈できる。次に、オムソーリ (omsorg) である。これは、医療などの社会サービスの基本となる「悲しみを分かち合う」、気にかけるということの意味している。高齢者福祉がそうであるが、お互いにかばい合うということである。医療のみならず、教育もそうである。人がつらい思いをしているときに、それを他者が一緒に共感し悲しむことによって、他者がその人にとって必要な存在であることを認識できるということでもある。

2. 9.11 と「小さな政府論」

9.11 というとアメリカで起こったテロのイメージが強いが、実はチリの民主的大統領であったサルバドル・アジェンデが殺された日であり、その日は民主主義が否定された日として知られている。現在の日本は格差と社会的病理の拡大が問題になっています。私の恩師である鶴沢先生はブッシュによるアメリカ政権、小泉政権によりはびこった市場原理主義と決別すべきと唱えている。以前起こったオイルショックがこれらの動きに影響を与え、市場原理主義を勢いづけた。イギリス政府はその後、経済を優先させ医療費を抑制し、生産性の高い企業はもうなかったが、結局格差が拡大していった。

では「小さな政府」論とは何か？福祉国家とされるスウェーデンなどは税金などにより資本の再分配を行い、悲しみのわかちあいを行っていった。それをせずに市場の流れにまかせ手を離してしまったのが、いわゆる「小さな政府」である。税金はとらないかわりに、責任もとらないという考えである。この考え方を支えるの

は、トリクル・ダウン理論であった。これは豊かなもののおこぼれを貧しい人が拾っていき、最終的には富は分配され、底辺の人々の生活も支えられるという考えである。このトリクル・ダウン理論は、人間の欲には限界があるという考えが基本だった。ところが富が権力をもってしまうと結局富が人を動かそうとするので、トリクル・ダウンしなくなり一人勝ちのようになってしまう。

3. ファウンテン理論と「再分配のパラドックス」

垂直的再分配よりも水平的再分配が重要とされる。これは、下から水が広がるようにすることが大切ということである。垂直的再分配とは、例えば生活保護のようなものである。貧しい人のみが補填されるという考えである。水平的再分配とは豊かだろうと貧しかろうと病気になるたら、等しく補填されるという考えである。これが再分配のパラドックスなのである。再分配といっても、その方法が大事なのである。

他の国は社会的扶助支出が低いと相対的貧困率は低い (表1)。これは政府以外のほかのシステムが社会を支えていることを意味している。一方日本は社会的扶助システムが低い割には貧困率が高い。もっと他のOECD加盟国のように、医療をオムソーリして、ラーゴムしないといけないと考える。医療、教育などの社会サービスは市場原理から離さないといけない。現在は、生活保護をしながら対象者に医療費の支払

表1 各国の社会保障支出 (1992年のGDP比) とジニ係数、相対的貧困率

	社会的支出	社会的扶助支出	積極的労働市場政策支出	ジニ係数	相対的貧困率
				90年代半ば	(90年代半ば)
アメリカ	15.2	3.7	0.2	0.361	16.7
イギリス	23.1	4.1	0.6	0.321	10.9
スウェーデン	35.3	1.5	2.9	0.211	3.7
デンマーク	30.7	1.4	1.7	0.213	3.8
ドイツ	26.4	2.0	1.9	0.280	9.1
フランス	28.0	2.0	1.0	0.278	7.5
日本	11.8	0.3	0.3	0.295	13.7

出所 社会的支出、積極的労働市場政策支出は、OECD、Social Expenditure Database、社会的扶助支出は、Tony Eardley, et.al., Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report, Department of Social Security Research Report, No.46, p.35. ジニ係数および相対的貧困率は、OECD、Society at glance: OECD Social Indicators: Raw Date <http://www.oecd.org/dataoecd/34/11/34542691.xls>  
(注) 宮本太郎北海道大学教授による作成資料を修正して作成。

いを強要している状態である。対価原則でやるのではなく、分かち合う等価原則であるべきである。

コミュニティーに埋め込む「医療」という考え方が重要である。

#### 4. 医療改革のアジェンダ

ラーゴムとオムソーリを大切に、市場原理から「分かち合い原理」への転換を。

### 講演

#### I. 医療のあり方—患者の立場から

立花 隆先生（評論家）

（前置き）2007年12月に膀胱がんの手術を受けた。今年の1～2月には化学療法（BCG療法）を受けた。最初は何ともなかったが、最後は発熱などの副作用がでて大変だった。そのため延び延びになっていた大腸ポリープを今月切除予定。僕は全身生活習慣病のかたまりである。過去11年、高血圧、脳梗塞、脳出血、大腸ポリープなどで通院している上で今回さらに膀胱がんの治療になった。自分の場合再発しやすいということも知っているので恐れている。東大の永井先生が主治医で診てくれている。

（本論）自然科学研究機構 栗原敏（慈恵医大 学長）によるとこれまでは日本の医療は総合評価で世界一の水準にあったが、大崩壊が始まろうとしている。2000年World Health reportでも世界一の医療費の水準という評価であったが、2004年の医師数はOECD加盟国の中で27位、国内総生産に占める医療費も22位という状況である。すべては吉村厚生省事務次官が書いた医療費亡国論（参考図書①）から始まった。これにより医療費は圧縮しないとイケないという流れができてしまった。今すでに日本の医師は14万人不足している。国策として医療費圧縮の方向に進んでいった。医療崩壊など多くの本が書かれるようになった。これらの本は青戸病院の事故などを冷静に分析しながら、今の医療のおかれている状況、危機を大変よく書いている（参考図書②）。

現在の日本の医療は問題が山積である。具体

的に挙げると救急患者のたらいまわし、医療事故頻発、病院崩壊、医局崩壊などである。

大学病院革命（参考図書③）という本の中で、黒川清先生は新聞の取り上げた医療事故の件数が1999年から激増していることを引き合いに出し、医療レベルが落ちていると訴え、その後研修医制度が改革されていった。これは正しいのであろうか？医療崩壊などを読むと、これは実際的ではないと感じる。マスコミに代表される世間一般のバイアスがかかった見方で政策を決めていくのはよくない。

研修医制度がもたらした影響・・・これにより日本の医療に何が起こるかというシミュレーションが十分にできていなかった。

- ・大学医学部の医局員派遣機能の低下
- ・病院勤務医の過重労働
- ・女性医師の増加
- ・医療にかかる紛争の増加に対する懸念など・・・

医療事故は一定の確率で起こることであり、司法の介入が本当にいいのか考える必要がある。お産などリスクを問われる分野に身をおく医師が減っていることはあっていいことなのか？東京女子医大も医療事故を経験して、内部からADR（裁判にかわる紛争解決）を考える動きを起こすようになった。

本 明香ちゃんの心臓（参考図書④）はよく書いてある。これらを考えると厚労省の第二次思案には問題がある。

最近の中央公論（参考図書⑤）に研修医が匿名の対談で「患者のみなさん、まずはあきらめてください」で以下のような問題提起をしている。「患者さんを、距離で殺すか、価格で殺すか、待ち時間で殺すか・・・」

このままでいくと日本は医療破綻国家になってしまう。

- ・イギリス型 待ち時間
- ・アメリカ型 市場原理

現在進行中なのは、「土建家政治亡国」であって「医療費亡国」ではない

Ⅱ. 格差社会と医療システム

田中滋 (慶應義塾大学大学院経営管理  
研究科 教授)

日本は、種々の国際機関から「世界最高水準の成果をあげ続けてきた医療システムをもつ数ヶ国の一つ」の評価を得ているが、二つの環境変化のため、医療システムの維持が難しくなっている。その第一は、小泉内閣以来、加速化されたわが国社会の格差拡大傾向である。第二は、「医療技術の急速な進歩と患者・医師の意識および行動の著しい変化の下での資源投入不足」という誤った政策選択である。ゆえに、医療をめぐり、多くの問題点が一挙に顕在化してしまった。

こうした状況をふまえると、「医療・介護などにかかわる社会保障の拡大を抑制すると、税・社会保障負担率が増加せずに、国民の手元に残る金額を確保できる。ゆえに小さな政府の実現は好ましい」などの単純化されたロジックがもたらした格差拡大を放置してはならないことが分かる。

いわゆる新古典派とされる、市場原理を行き渡らせようという人びとが、小泉改革を先導した竹中平蔵元総務大臣などである。

格差社会：小さな政府が強くなると、一般の人々の負担がふえ、特に貧しい方々の負担が増加する。特定者による集中負担を招く。例えば県民所得は、東京は沖縄の2倍以上多い。

有効求人倍率でみると沖縄は愛知の4分の1、高卒の就職になるともっと差が顕著になる。

豊かになっていくことは否定しないが、下が下に向かって広がっているのが日本の現状。貧困水準世帯が多いのが日本の現状。日本は階層の固定化(生まれによる差)への警告がなされている。健全な医療が成り立つためには、格差ある社会は好ましくない。

イギリスのサッチャー政権と小泉政権が誤ったのは、医療と教育に市場主義を持ち込んだことである。自国で医療をまかなえないイギリスは患者を近隣諸国に輸出までしてしまっ大変不評をかった。

実際には高齢者の医療費は減っている！(表

表2

国民医療費 1997-2005	
● 45歳～64歳	■ 8.74兆円→8.90兆円 ■ 24.5万円→25.1万円
● 高齢者	■ 65歳以上:68.4万円→65.5万円 ■ 70歳以上:80.2万円→74.2万円 ■ 75歳以上:92.8万円→81.9万円

03/09/2007 著作権慶應義塾大学田中 滋

表3

国民医療費(一般診療医療費) 1997-2005	
● 45歳～64歳	■ 6.97兆円→6.49兆円 ■ 19.5万円→18.3万円
● 高齢者	■ 65歳以上:55.7万円→51.8万円 ■ 70歳以上:65.0万円→59.4万円 ■ 75歳以上:74.6万円→66.0万円

03/09/2007 著作権慶應義塾大学田中 滋

表4

社会保障の基本哲学	
● 低負担高福祉	: ありえない
● 高負担低福祉	: 革命
● 低負担低福祉	: 前速
● 低負担低福祉+高い互助	: ありうる
● 高負担高福祉	: 難しい
● 今より高負担高福祉	: 可能

03/09/2007 著作権慶應義塾大学田中 滋

2、3)。医師数、看護師数が増加しているにもかかわらず医療費は削減されている。

アメリカは低負担、低福祉だが、互助の精神があるので、国としてもっている状態。地域社会の助け合い、寄付が多い。医療への寄付が多い。日本は低負担低福祉だが、カバーするものがない・・・(表4)。

わが国の医療人は、実現可能な改革案を示

し、「皆保険制度を堅持しながら、誰もが安心できる安全で質の高い医療が受けられる提供体制を進化・向上させる」重大な責務を担っているのである。

### Ⅲ. 社会保障をめぐる政治の展望

山口二郎 (北海道大学法学部 教授)

小泉構造改革のインチキに国民も気づきはじめた。

小泉構造改革はトリクル・ダウン (豊かなもののおこぼれを貧しい人が拾っていき、最終的には富は分配され、底辺の人々の生活も支えられるという考え) していないことを国民は気づいている。

北海道に住む3,083人を対象にアンケート調

表5

問1 小泉、安倍政権が進めた改革の結果、日本の世の中はどのようになったと思いますか。		(MA)		
№	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	経済的な活力が高まり、豊かさを取り戻した	242	7.8	7.8
2	政治家や官僚の不透明な特権が是正された	727	23.6	23.6
3	税金の無駄遣いがなくなった	232	7.5	7.5
4	金儲けのためなら手段を選ばないという風潮が広まった	945	30.6	30.6
5	貧富の差や都市と地方の格差が広がった	2,001	64.9	64.9
6	教育や福祉など公共サービスの質が低下した	1,290	41.8	41.8
7	わからない・答えない	151	4.9	4.9
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%ベース)	3,083	100.0	3,083.0

問2 あなたは自分の老後や子どもの将来についてどのようなイメージを持っていますか。		(SA)		
№	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	豊かな生活を続けられ、安心	121	3.9	3.9
2	今の生活を維持できないかもしれないが、おおむね安心	737	23.9	23.9
3	今の生活を切り下げなければならず、やや不安	1,296	42.0	42.0
4	生活はかなり厳しくなり、不安	898	29.1	29.1
5	わからない・答えない	31	1.0	1.0
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%ベース)	3,083	100.0	3,083.0

問3 これからの生活を脅かすものは何だと思いますか。		(MA)		
№	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	経済の停滞	500	16.2	16.2
2	財政赤字	896	29.1	29.1
3	年金制度の破綻	1,714	55.6	55.6
4	医療の崩壊	1,063	34.5	34.5
5	環境破壊	947	30.7	30.7
6	治安の悪化	481	15.6	15.6
7	外国の脅威	229	7.4	7.4
8	特にない	29	1.0	1.0
9	わからない・答えない	18	0.6	0.6
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%ベース)	3,083	100.0	3,083.0

問5 貧困問題に対して、どのように対処すべきだと思いますか。		(SA)		
№	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	最低限の経済的援助を政府が行うべき	1,020	33.1	33.1
2	職業訓練の機会や、働き口を増やすなど政府が自立を支援すべき	1,429	46.3	46.3
3	家族や地域社会の助け合いで対処すべき	287	9.3	9.3
4	原則として自己責任で対処すべきで、社会的支援は必要ない	284	9.2	9.2
5	わからない・答えない	64	2.1	2.1
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%ベース)	3,083	100.0	3,083.0

問6 これからの日本のあるべき姿として、あなたのイメージに最も近いのはどれですか。		(SA)		
№	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	アメリカのような競争と効率を重視した社会	208	6.7	6.7
2	北欧のような福祉を重視した社会	1,802	58.4	58.4
3	かつての日本のような終身雇用を重視した社会	970	31.5	31.5
4	わからない・答えない	104	3.4	3.4
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%ベース)	3,083	100.0	3,083.0

査を行った。(表5)

- ・小泉改革による日本の現状を3割の人は楽観し、7割の人は不安視している。
- ・自民党支持者は楽観が多い。
- ・年金、医療に不安。
- ・北欧型の公的保障を望んでいる人が多い、公的保障の強化を国民は望んでいる。

今年の参議院選挙で生活第一という訴えをして、民主党が大勝したことの意味を考えるべきである。国民は医療、教育、年金をちゃんとして欲しいと考えている。

では、何故、小泉は受け入れられてきたのか？破壊した平等システムは何か？・・・グローバル資本主義が生み出す大きな不平等。

日本、欧州はこれまではリスクを社会化してきた。

日本は普遍的政策が弱かった。伝統的に自民党は分配的政策(裁量的)が中心だった。地方議員の陳情に基づく政策決定など無駄な投資をしてきた。政治が密室化したことに国民が無力化した。小泉改革はこれらを壊したが、聞く耳を持たずに一方的に政策を決定していく。擬似的な参加感覚があるので認めてしまった。こうして行われたリスクの個人化がかえって貧困層に負担をかけるようになった。(図2)

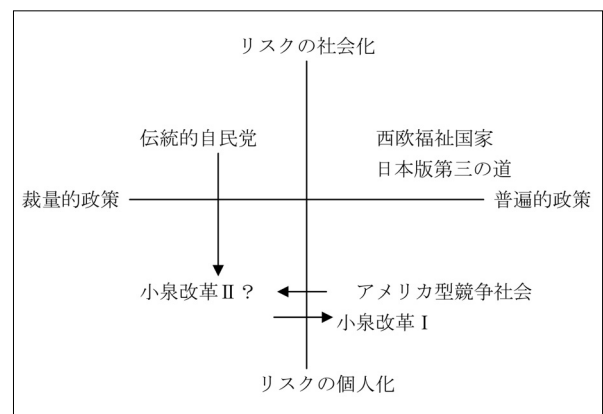


図2 政策分類と政治勢力の位置付け

#### 政策決定システムのひずみ

- ①根拠のない命題が政策形成における自明の全体にされる  
= 国民負担率の神話 国民負担率が50%を超えたら経済はだめになる

- ②医療費亡国論の嘘 医療費増加率をGDP成長率を超えたら経済はだめになるというデマ
- ③「小さな政府」・・・自由という錯覚、実際は税金は減っても介護施設で払うお金が増える
- ④財務省主導と「プロクラステスのベット」症候群

リハビリの期間を区切ってそれをはみ出した部分は切り捨てるという考え方

これからの社会保障政策論議をどう進めるか？

リスクを社会化していくためのインフラの整備が急務

構造改革の総括、リスクの社会化をどう実現するか？

リスク中心路線からの脱却

お金で買えるものと買えないものをはっきり識別する

自己責任領域と共同・相互扶助領域を識別する

パネルディスカッション

神野先生：バンリは、市場が巻き起こす矛盾と市場がカバーできないことを守ることの重要性をいっている。国民は分かち合いのない社会を拒否しはじめています。子沢山、長寿化が人口増加にはいいが、今の医療政策では両方とも「不要」と言っているようにみえる。

立花先生：日本の医療制度のよさを痛感している。フリーの人間の生きにくさを感じている。

やすい、うまい、早い（チェーン店の宣伝文句であるが）というクオリティーを維持できるような医療制度を是非、維持して欲しい。医療立国論（参考図書⑥）はいい本だ。医療を保障することは国が豊かになるということを示している（参考図書⑦）

神野先生：消費税を上げる前に個人所得税などいじれるところはある。ちいさな政府を目指すのは限界。（図3）

田中先生：ビスマルクは、社会保障は暴動を起こさないための仕組み。市場経済論者はこれを無視しようとする。社会保障を所得比例に払うのは理屈がある。頭割り保険料になっていない現状（国保、介護保険など）に、社会保険をつぎこむことを考える必要がある。事業主負担の比率をあげることも考えるべきである。

山口先生：税制改革の議論は難しい部分があるので、政治ではまだどうなるか不透明。まず消費税増税ありきは待ってほしい。グローバル企業の話ばかり聞かないで欲しい。競争力が少なくなるので、負担を増やさないでなどというのは通らない。累進性を戻して欲しい（お金のある人に負担を増やして欲しい）。消費税増税はその上で考えて欲しい。但し、その際は、食料費は別にするなど考えて欲しい。

竹嶋副会長：1990年から所得税、法人税を減らしたのは日本とスウェーデンのみ。

神野先生：社会保障を増やすなら消費税も増やしてもいいが・・・。

山口先生：生活第一ということを実現するなら、痛みも伴いながら税金で手当てをあげることも考えないといけない。

神野先生：アメリカは予算で半年議論する、日本は密室で予算を議論するのがおかしい

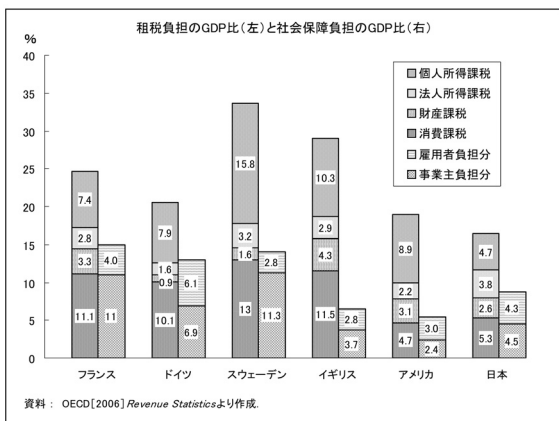


図3



**立花先生：**自分自身健康なときには医療のあり方を考える機会がなかった……。日本は財務省が密室で議論して予算を決めてしまう。マスコミ・ジャーナリズムのパワーが本当の社会の現状を伝える能力が弱っている。財務省は赤字をどう減らすかということから議論をはじめ。

**田中先生：**外国債は破綻しない。国内そして国民の経済は少なくとも破綻することはない。借金と赤字の意味が違う。いろいろなものを無視して間をとぼして、社会資本に使うことを亡国というのは明らかにおかしい。

**山口先生：**政権の再編はありうる。民主党の中にも新自由主義者はいるので、結集はありえること。いまさら小泉氏の待望論も確かにあるが、やらせればいい。アメリカの新自由主義が崩壊しているのだから、今度は日本国民も考えるだろう。医師会は政策集団をしっかりと作って、社会保障のために働ける人をしっかりと見極めていくことが大切。

**立花先生：**自分はまだ楽観できないと思う。また、ブームのように市場主義、新自由主義を唱える人が国民うけする可能性もある。

**(感想記)**

今回のシンポジウムは、現在の日本における格差社会を作り上げた政策がどのように医療政策に影響を与えているかを理解し、ひいては我々医療現場への影響そして国民が望んでいる医療がどういうものなのか（年金制度、医療崩壊など現行の社会保障のあり方に危機感をもっている）、またそれを踏まえた上で今後の日本の医療政策をどのようにしていくべきか（市場原理を医療に適用するのではなく、リスクの社会化を考えた社会保障）ということを考える貴重な機会となった。

日本人が小泉元首相を盲目的に支持して結果がこのようにも大きな影響を残し、その側近により誘導された間違った医療費抑制政策がもた

らした代償の大きさは計り知れないと感じた。たとえば研修医制度は「一人一人の十分な研修」という意味では理想の形かもしれないがそれが地域医療にどのような影響を与えるかという事に関してのシミュレーションが足りなかったというのは、否めないのが今の現状と考える。

立花氏以外の講師の先生方（経済学、政治学が専門）は医師会の中でも各種委員会に参加されており会員がこれからは指導を仰ぎ意見を聞く機会が得られると思うが、立花氏の話は医師会の招聘にはじめて応じて講演されたという経緯があり興味深かった。自身の医療体験から医師と接するようになり日本の医療のあり方を真剣に考えるようになったとのことであったが、医師会の活動についても「いいことやっているじゃないか」と最近になってはじめて知ったとのことであった。立花氏でもこのような状況であることを考えると、現在のジャーナリズムの限界（本当に伝えるべきものを読み取る能力が現在のマスコミには欠如していると立花氏も語っていた）そしてジャーナリズムとどう関わっていくかということも考えさせられるが、それ以上に政治がどう変化しても医師会の内部に常に政策を研究して政府が医療政策を提案するときはそれがもたらす利益、不利益をよく検討して、譲れないものは譲らないというような筋が通った政策論争ができるようなシステム作り、そしてそのために会員一人一人のモチベーションを上げていく必要性を感じた。政府、厚生労働省にまかせきるのではなく、身近な患者さんをいかに守っていくかを会員一人一人が真剣に考えて意見を交換し、必要とあれば傍観者に徹するのではなく行動を起こす時代になっているということを痛感させて頂いたシンポジウムであった。

**参考図書**

- ①吉村仁：医療費亡国論（1983年社会保険旬報）
- ②中央公論：医療崩壊の行方 吉本隆明×中沢新一対談（2008年1月号中央公論新社）
- ③大学病院革命：黒川清 著(2007年日経BP社)
- ④明香ちゃんの心臓：鈴木敦秋 著(2007年講談社)

⑤中央公論：医療崩壊の行方(2008年1月号中央公論新社)

⑦世界（月刊誌）：三つのドグマを打ち破ろうー均衡財政・小さな政府・消費税ー神野直彦

⑥医療立国論：木村昭人 著(2007年日刊工業新聞社)

(2008年4月号岩波書店)

## 印象記



理事 稲田 隆司

### リスクの社会化か個人化か

本シンポジウムではっきりした事は、今後この国が市場原理主義、新自由主義に基づき弱肉強食社会へと突入するのか（リスクの個人化）、富の再配分を通して「悲しみを分かち合い」、互助し、生きがいの持てる共同体を造り上げていくのか（リスクの社会化）の分岐点にあるという現状認識である。

この対立軸が自民、民主両党内にも存在し、このねじれ現象が政治のわかりにくさを生み、今後の政界再編への動因となるであろうとの山口教授の論は説得力があった。これは、小泉内閣時代の日医の戸惑いのある部分説明する。国民皆保険の堅持、平等な医療を掲げる日医と、アメリカ型の弱肉強食、不平等な医療、市場原理主義をふりかざし、医療への株式会社の参入、混合診療を迫る小泉「改革」とは、依って立つ思想、理念が異なるのである。

政権与党を支持するとの日医のスタンスが、与党内のねじれによってさらにねじあげられた状況であったと考える。

本シンポジウムは、人々の健康と共生を目指す日医の堂々たるアピールであった。

今後、そこに賛同する政治こそ支持するべきであろう。

「乱世」の感を持ち帰路についた。



## 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

会長 宮城 信雄



去る3月8日（土）、長崎市のホテルニュー長崎において標記協議会が開催され、日医会長選挙への九州ブロックとしての対応、平成20年度・21年度の日医代議員会の各種委員の選出等について協議が行われたので、その概要を以下に報告する。

はじめに、九州医師会連合会井石哲哉会長から次のとおり挨拶が述べられた。

先生方には4月からの日医代議員ご就任おめでとうございます。ご高承のとおり政府による種々の医療費抑制政策が実行に移されようとしている。我々医師会は、国民の安全安心な医療の確保のため日医を中心として一致団結する必要がある。かかる状況の中において日医代議員の重責は大きいものがあり皆様のご活躍を期待するものである。

本協議会は、来る4月1日の日医代議員会に

おける日医役員選挙に関する事項をお諮りし、九州医師会連合会の対応を決定する重要な会議となるので、九州ブロックが一枚岩となって日医の推進役が果たすことのできるようご協力をお願いしたい。

また、本日の会議を以て担当県としての行事を終了する事になるが、一年間九州各県のご協力に対し衷心より感謝申し上げる。

### 報 告

#### 1. 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）

当協議会に引き続き開催される「九州ブロック日医代議員（含・次期）連絡会議」において、日医各種委員会報告（社会保険診療報酬検討委員会、有床診療所に関する検討委員会）を行う旨の報告があった。

報告の後、来る4月1日の日医会長選挙へ立候補を表明された唐澤祥人選对本部統括部長の内藤裕郎東京都医師会副会長より唐澤氏支援の依頼があった。

**協 議**

**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（長崎）  
（理事2名、裁定委員1名、等）**

九州医師会連合会の申し合わせ事項に基づいて、以下のとおり推薦することに決定した。

- (1) 理 事 2名  
北野 邦俊（熊本県医師会長）  
沖田 信光（佐賀県医師会長）
- (2) 裁定委員 1名  
凌 俊朗（佐賀県医師会顧問）

**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  
（議事運営委員1名、予算委員3名、決算委員2名）**

九州医師会連合会の申し合わせ事項に基づいて、以下のとおり推薦することに決定した。

- (1) 議事運営委員 1名  
横倉 義武（福岡県）
- (2) 予算委員 3名  
玉城 信光（沖縄県）  
近藤 稔（大分県）  
蒔本 恭（長崎県）
- (3) 決算委員 2名  
園田 勝男（鹿児島県）  
河野 雅行（宮崎県）

\*選挙立会人、開票管理人は、選挙になって議

長から依頼があった場合に選任することとし、その際は九医連会長、副会長、議事運営委員へ一任することになった。

**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）開催に伴う九州ブロック日医代議員連絡会議の開催について（長崎）**

原案のとおり、4月1日（火）、午前9時より、日医会館内の九州ブロック控室で開催することに決定した。

**4. 日本医師会次期会長候補者の推薦について（長崎）**

現在の情勢は、近畿ブロック以外の全てのブロックにおいて、唐澤氏の再選支持を表明している。九州ブロックにおいても去る1月26日の第293回常任委員会で唐澤氏支持を確認し、本日開催された常任委員・次期会長合同会議においても再確認した。

については、当協議会において、九医連の総意として唐澤氏を日本医師会次期会長候補者として推薦することについてご決定いただきたいとの提案があり、全会一致で唐澤氏を推薦することに決定した。

**5. 日本医師会次期役員等候補者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等について（長崎）**

担当の長崎県において準備し、都道府県医師会長、日医代議員・同予備代議員及び十四大都市医師会長へ協力依頼文書をお送りすることになった。

## 九州ブロック日医代議員（含・次期）連絡会

副会長 玉城 信光



去る3月8日（土）、ホテルニュー長崎において標記連絡会議が開催され、九州ブロックから選出されている委員により、日本医師会委員会報告が行われたので報告する。

今年度は、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会について近藤稔委員から、また、有床診療所に関する検討委員会について美川隆造委員からそれぞれ報告がなされた。

長崎県医師会蒔本常任理事の司会により開会されたあと、井石九州医師会連合会長（長崎県医師会長）から、次のとおり挨拶があった。

「日医役員をはじめ九州各県医師会の代議員の先生方にはご多忙の中、ご来県いただき感謝申し上げます。今回は、日医の委員会報告として、社会保険診療報酬検討委員会と有床診療所に関する検討委員会の2題を報告いただくので

よろしく願い申し上げます。」

### 1. 社会保険診療報酬検討委員会 （近藤稔委員・大分県）

当委員会は、唐澤会長より下記2点について諮問され、議論を行ってきた。

- ①「診療報酬改定の影響とその対応～平成18年4月改定について～」
- ②「現在の診療報酬における問題点について」  
今回の報告では、答申書での報告を予定していたが、未完成のため、日医鈴木常任理事が中興協で説明された資料に沿って、概ね次のとおり報告された。

#### 【平成18年4月～5月 医療費の動向ポイント】

1日当たり医療費の伸び率について、制度改正や診療報酬改定の影響のない平成17年度伸び率（対前年度比）と比較した場合の差は、▲2.3%

となっている。

**【療養病床の再編に関する緊急調査報告：日本医師会 2006年10月】**

2006年7月現在の医療区分1の患者構成比は、病院41.0%、有床診療所59.9%、全体で42.1%であり、患者数にすると約10万人である。医療区分1のうち、63.4%が病状が安定していて、退院可能な患者である。しかし、63.4%のうちの約70%は受入れ先がなく退院が不可能である。医療区分1のうち、30.9%は、病状が不安定で退院の見込みがない患者で、そのうちの20%程度が入院医療を必要としている。

また、2006年10月分レセプト調査結果からは、7月と比較すると、病院の医療区分1の患者は30.0%に減少している。しかし、有床診療所においては、59.9%から約57%とわずかな減少であり、中医協には有床診療所を全面に出して議論していきたいとのことである。

**【7対1入院基本料届出状況と看護職員の募集状況等について】**

7対1入院基本料の届出状況や私立大学病院等における看護職員募集・内定状況、国立高度専門医療センター等における看護職員募集・内定状況等について調査結果を受けて、11月29日中医協総会における主な指摘（看護関係）として、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価するという7対1入院基本料の創設の方向性、また、医療安全対策の観点からも、手厚い看護体制に対する適正な評価は重要である。しかし、地域で看護不足を来たしており、医療機関が混乱しているのは、看護の必要度に応じて7対1入院基本料の届出を認めるべきではないかとの指摘があった。

**【看護職員の需給に関する調査－2006年10月調査－】**

標記の調査結果から得られた課題として、①看護配置基準の引き上げは、段階的に行うように方向修正をすべき（激変緩和）であり、そうでないと、地域医療の短期間での崩壊へ繋がる。②早急に准看護師養成策を見直すべきであ

るとしている。

また、看護職員の給与は、もっとも高い公立病院と、もっとも低い個人病院との間で、1.4倍の差がある。

**【厚生労働省への建議書】**

平成19年1月31日付、中医協土田会長は、柳澤厚生労働大臣に対し、「7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。また、看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと」を建議した。

**【疾患別リハビリテーション料の見直し（案）】**

診療報酬改定結果検証部会におけるリハビリテーション料の検証結果を踏まえ、18年度改定の趣旨に則り、よりきめの細かい対応を行うため、疾患別リハビリテーション料の一部変更が行われた。

**【あるべき医療の確保に向けた緊急提言－経済財政諮問会議「基本方針2007（素案）」に対し－：日本医師会 2007年6月6日】**

日本医師会では、総合医療政策課を設置し、「基本方針2007（素案）」に対し、①日本の医療現場の実態、②地域医療を守るために、③あるべき医療費の確保に向けて、緊急提言した。

なかでも、あるべき医療費と新たな財源について、日本医師会推計によると、2015年度には44.6兆円があるべき医療費であるとしており、それは、総医療費のGDPに占める比率をOECD加盟国平均並みの8.8%（日本は8.0%）にするための費用であるとしている。

また、先進国並みの医療費水準を実現するためには、新たな財源が必要であり、国家財政全体を見直しする等、特別会計の改革や決算ベースでの検討を求めるとしている。

**【後期高齢者医療制度について日本医師会の考え方】**

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

**【被用者保険における格差の解消について】**

政管健保の保険料率は82/1,000%であるが、それを上回る組合数は、1,584組合中387組合である。今回の診療報酬改定では、82/1,000%に統一にしようとしたところ、健保連等が反対した。その代わりなのか、組合側は2,200億円のうちの750億円を組合、250億円を共済組合が提供した。

日医総研の計算では、保険料率を82/1,000%に統一すると、約1兆円捻出できるとしている。

**【2008（平成20）年度診療報酬改定について】**

日本医師会は、2007年10月30日付で、「2008（平成20）年度診療報酬改定に向けての要望書」を提出した。中医協はそれを受け、平成20年度診療報酬改定については、とりわけ産科・小児科や救急医療等の実情等に照らして、次期診療報酬改定においては、勤務医対策を重点課題として診療報酬の評価を行うべきである。

また、支払側は、医療における資源配分の歪みやムダの是正による範囲内で行うべきとの意見であったのに対し、診療側は、地域医療を守るために診療報酬の大幅な引上げの実現を行うべきとの意見であった。

**<質疑応答>**

**長崎県医師会：明石先生より質問**

今後の財源は、特別余剰金から取れるとの事だが、消費税のアップが現実的ではないか。日医で意見は出ないのか。

**大分県医師会：近藤先生回答**

個人的に思っている方はいると思う。しかし、医師会は金儲けをしていると捉われがちなので、日医からは積極的に発言することはできない。

**長崎県医師会：佐藤先生より**

厚労省は、政策を頻繁に変えてくるが、その政策や方針が間違っていると納得させるべきである。7対1問題に関しても、そのままいけば、

中小病院は崩壊し、地域医療は崩壊する。

**大分県医師会：近藤先生回答**

委員からも同様な意見があがっている。委員会には権限はないので、日医執行部と厚労省とで徹底して話し合うべきである。

**長崎県医師会：押淵先生より要望**

医療経済実態調査は不合理で、現実的でない。中医協で議論する場合は、実態に基づいた調査をして欲しい。

**2. 有床診療所に関する検討委員会**

(美川隆造委員・佐賀県)

有床診療所は、高齢者の療養や介護の受け入れ、正常・異常分娩、あるいは、小手術から比較的高度な手術の実施まで、地域に密着し住民のニーズに応じた適正な医療を柔軟に提供することで、長い間、我が国の中核的医療単位として機能してきた。

また、大病院とは異なり、病者・家族にとって、距離的・心理的アクセスの良さは何物にも代え難いものがある。

したがって、多様化する患者のニーズに対応していくには、大病院の組織医療より、有床診療のほうが、より適切な全人的医療の提供が可能である。

これまで、有床診療の管理者は、入院患者を医師自らの責任で管理し、法的な要求がなくても必要な看護職を配置してきた。また、安全基準等の規制にも対応してきた。

国は、昭和60年の第一次医療法改正で「地域医療計画」を策定したが、有床診療の病床を“緊急避難的な病床”と位置づけ、“正式な病床ではない”として、地域医療計画の必要病床数の算定から除外した。

こうしたことにより、“見かけ上の病床不足”という事態が出現し、一年間に一挙に6万床という未曾有の病院の“駆け込み増床”を引き起こし、必然的に看護職の不足を招いた。

この医療計画で、国が“有床診療無用論”を明

確に打ち出しているにもかかわらず、当時の日医の対応は極めて曖昧で、これをそのまま受け入れたために、後に大きな問題を残すことになった。

有床診の今後の存続に危機感を持った有床診開設者は、昭和63年2月に全国有床診療所連絡協議会を立ち上げ、日医に存在意義を強く訴えてきた。

その後、平成14年9月からプロジェクト委員会として「有床診療所に関する検討委員会」、平成18年度には、他委員会と同様の常設委員会となった。

同委員会の基本的論点は、①「患者の入院期間に関する48時間規制の扱い」、②「診療報酬における評価」、③「法制上の枠組みのあり方」の3点に絞られ、48時間規制の撤廃に向けた議論が中心的論点となり、白熱した議論が展開された。

平成16年度・17年度も同様の議論が続き、有床診の機能を類型化して法制化することについても検討されたが、既に有床診の療養病床が機能していることから、これ以上の制度的区分は適当でないとした。

一方、厚労省は平成17年4月から初めて有床診の問題を社会保障審議会医療部会に諮問し、医師ではない委員から見ても“48時間”という超非現実的・不可解な患者収容期間制限条項が、医療法施行以来、実に60年も続いてきた。

こうして平成18年6月の第5次医療法改正で、実態からかけ離れた“48時間”という収容期間制限がようやく撤廃された。

しかしながら、有床診の無床化が年毎に著しくなっており、毎年約1,000の診療所が病床を閉鎖している。その主な原因として、病院と有床診との入院基本料の格差の拡大、介護施設をはるかに下回る低い入院料が、病床の運営を急速に困難にしている。

このまま年1,000施設の病床閉鎖が続けば、12年後には有床診は消滅することも予想される。

本委員会では、平成18年度後半から19年度にかけて、「平成20年度医療費改定に向けての有床診の診療報酬における評価」について議論を行い、①改正医療法と診療報酬との整合性の観点から、入院基本料が適正に評価されること、②後期高齢者医療制度に係る診療報酬改定においても、有床診の入院医療が適正に評価されること、③地域における有床診の今後の役割・機能がこれまで以上に重要となることの3点を盛り込んだ緊急提言（H19.3.16）・緊急要望（H19.10.22）を唐澤会長宛に提出した。

今後の有床診のあり方として、今回の医療法改正を機に、「病院病床」と「診療所病床」は別の概念で捉え、最大でも19床という経営効率の悪い有床診を患者の利便のために存続させるため、複雑な病床区分や制約を設けず、実態に即したものにし、急性期から慢性期、終末期に至る医療・介護が行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持させるべきである。有床診の入院に係る診療報酬については、「病院」と「介護施設」の中間程度の評価がなされて当然であると委員全員が合意している。

#### <質疑応答>

##### 大分県医師会：嶋田先生より質問

入院基本料の加算には限度があるので、有床診療所に関する制度や機能を変える事によって、評価してもらおうほうが良いのではないかと。

例えば、在宅支援診療所や医療・介護難民の受け皿など、これらに対応する事で診療報酬を上げてもらった方が良いと考える。

##### 佐賀県医師会：美川先生回答

診療科によって抱える問題はまちまちである。全科や終末期等を扱うのは非常に困難である。全体で考えれば、入院基本料のアップを要望することが妥当である。

無床化が増えてきているが、看護師や当直がいなければ、夜間の対応が非常に困難であるという問題も出てくる。



## 印象記



副会長 玉城 信光

平成20年3月8日（土）午後の会である。場所は長崎。3月8日、9日は乳癌学会九州地方会と九州チーム医療研究会が福岡で開催された。乳癌学会の世話人をしている私としては大変都合のよい会議であった。午前中に乳癌学会に出席し、午後医師会の皆と落ち合い長崎へ行った。翌日曜日に早朝福岡に戻り学会に出席できた。沖縄からも多くの先生方の発表があった。

九州医師会連合会長挨拶の後に報告として

(1) 社会保険診療報酬検討委員会（近藤稔委員・大分県）

の報告がなされた。詳細は報告を見て頂きたい。

(2) 有床診療所に関する検討委員会（美川隆造委員・佐賀県）

有床診療所は、高齢者の療養や介護の受け入れ、正常・異常分娩、あるいは、小手術から比較的高度な手術の実施まで、地域に密着し住民のニーズに応じた適正な医療を柔軟に提供することで、長い間、我が国の中核的医療単位として機能してきた。私も沖縄の有床診療所協議会の会長として美川先生に大変お世話になっている。

有床診療所開設者は、昭和63年2月に全国有床診療所連絡協議会を立ち上げ、日医に存在意義を強く訴えてきた。

平成18年6月の第5次医療法改正で、“48時間”という収容期間制限がようやく撤廃された。それと同時に自由開業であった有床診療所が開設に許可が必要になってしまった。そのうえ、有床診療の無床化が年毎に著しくなっており、毎年約1,000の診療所が病床を閉鎖している。その主な原因として、病院と有床診療との入院基本料の格差の拡大、介護施設をはるかに下回る低い入院料が、病床の運営を急速に困難にしている。

このまま年1,000施設の病床閉鎖が続けば、12年後には有床診療は消滅することも予想される。

有床診療所の未来には不確定要素が多いが、産婦人科での分娩数は全分娩の40%以上を担っており、これからも心意気のある先生方に有床診療所の開設をお願いしたい。また会員の皆様の有床診療所への一層のご支援をお願いします。

長崎観光をする事なく長崎の夜はふけていった。

# 「命ぐすい耳ぐすい」/沖縄タイムス 「うちなー健康歳時記」/琉球新報 原稿募集のご案内

## 広報委員会

広報委員会では、県民の健康増進に資するため、沖縄タイムス及び琉球新報の紙面を借りて医療に関する情報を提供しております。

つきましては、会員の皆さまからの原稿を下記のとおり募集いたします。

なお、執筆内容が専門的な傾向にならないよう、文章全体のトーンとしては、一般の読者が親しみやすいように“医療随筆”風の柔らかい感じを希望します。

### 記

#### ○掲載日

「命ぐすい耳ぐすい」

：沖縄タイムス毎週水曜日朝刊

「うちなー健康歳時記」

：琉球新報毎週火曜日夕刊

#### ○掲載要領：

##### ①字数

「命ぐすい耳ぐすい」：1000字

「うちなー健康歳時記」：1000字

・注釈をつける場合は、その字数も含める。

・執筆者の顔写真をご提供下さい。

原稿と併せて掲載致します。

##### ②原稿のタイトル並びにサブタイトル

を10文字程度でお付け下さい。

③図やイラスト、グラフの添付は可能。

・図やイラスト、グラフは簡単な原稿をいただければ、新聞社のデザイン係の方で紙面用に仕上げます。

④本企画は、県民の健康増進に資するため、医療知識の適切な提供とその啓発普及を主旨としております。企画主旨にそぐわない内容・表現について、または修飾語、助詞、見出しについては、新聞社・編集側にて若干の手直しを行う場合がありますので、ご了承下さい。

⑤新聞掲載に際して著作権は本会に帰属されます。ご投稿は同意されたこととみなしますのでご了承下さい。

⑥新聞掲載の採否については広報委員会にご一任下さい。

⑦文中に固有名詞の使用はお控え下さい。

⑧他誌に掲載済みの原稿は掲載いたしかねますので、ご了承下さい。

#### ○原稿の送付先

〒901-2104

浦添市当山2丁目30番1号

沖縄県医師会広報委員会宛

第16回沖縄県医師会県民公開講座

ゆらぐ健康長寿おきなわ

健康長寿へ向けての新たな取り組み  
～見えてきた長寿復活への道～



理事 玉井 修



平成20年2月2日（土）午後1時半よりロワジールホテル沖縄において第16回沖縄県医師会県民公開講座が開催されました。今回は昨年の年末に発表された都道府県別の平均寿命の結果を踏まえて、いわゆる26ショック以降の問題点を明らかにし、これまでの取り組みを検討しつつ、今後の課題を話し合う内容になっています。昨年末、平均寿命の発表において、多くの医療人が長寿県沖縄の惨憺たる崩壊を予想していた事と思います。しかし、予想に反して男性は25位と順位を上げ、女性は全国1位を堅持しました。その内容は今回崎山先生がご報告になった様に安穩としていられないという事は間違いのないのですが、いわゆる26ショック以

降様々な機関が地道に取り組んできた健康長寿復活へ向けての動きがある程度効果をあげたものと思っております。対外広報活動の様な啓蒙活動はお金がかかる割りに明かな効果を数字で見ることが難しく、評価がしにくいものと思われませんが、私はしっかりと県民に危機意識を持って貰う事に成功していると思います。波及効果はこれからの取り組みが如何に継続してなされるかが鍵です。今後はもう少し具体的な取り組みに関して提示できるようにしなくてはならないと思います。また、県民の中にピア・エデュケーション（Peer Education）の様な相互に健康長寿復活に向けての情報や行動に関して語り合い、高め合う機運が生まれれば何よりの

力になるでしょう。つい先頃までは、盆や正月など親族が集まれば深酒をして、次から次へ「カマー、カマー（もっと食べなさい）」と言っ  
てはおかわりを強要する雰囲気があり、肥満を良しとする風潮があったものです。しかし最近では親族の集まりの中でも、太り過ぎや、健康に関する話題が当たり前のよう  
に話題に上り、ダイエットに成功した人が減量の秘訣などを自慢げに講話する風景も見られる様になりました。我々医師会が県民公開講座を通じてやって来た事は、その場での医療情報伝達だけが目

的ではありません。参加した人たちが地域や家庭に帰り、県民全体の意識を高め、親類縁者や隣近所で健康長寿に関する会話が自然に生まれる素地を作る事が最も大切なのです。この様な中であって、沖縄県医師会県民公開講座は今後も対外広報の中核を担う事になると思いま  
す。ややもすると不要な不安をあおってしまう事もある様々なメディア報道の中であって、節度と責任ある医療情報を提供していく沖縄県医師会県民公開講座の果たす役割はとても大きいものだと思います。

## 講演の抄録

### 座長ごあいさつ



沖縄県医師会副会長 玉城 信光

昭和48年 東京大学卒業  
昭和54年 県立那覇病院勤務  
平成8年 那覇西クリニック開業  
平成17年 那覇西クリニックまかひ開業  
乳癌学会 専門医 評議員  
乳癌検診学会 理事 評議員

5年前男性の平均寿命が全国26位になり、第1回の県民公開講座がもたれました。そのときも座長をさせていただきました。医師会をはじめ県民がいろいろな取り組みをしてきました。この努力により5年後の昨年、平均寿命のランクが25位に上昇し寿命も1年のびました。これらの要因を分析して、今後5年間の活動につなげようと思います。皆さんと共に今日の講座のサブタイトルにある“見えてきた長寿復活への道”を考えてみましょう。

人口10万人あたりで見ると肺がんの死亡率は男性の場合全国平均の改善率は1.7名ですが沖縄県は8.9名改善しています。全国3位から17位と低下しました。女性は全国の死亡率が11.7名なのに沖縄は14.5名と高く全国2位です。

胃がんはもともと沖縄県は全国1低い死亡率ですが、5年間で男性2.5名と女性1.5名減少しました。

大腸がんは男性も女性も悪化していて死亡率22.2名と12.9名になりました。今後の課題です。

心筋梗塞は全国で3.8名改善、沖縄は5.3名改善しました。女性は1人悪化し死亡率16.1名になりました。全国で2番目に悪い値です。

男女とも脳血管疾患が大きく改善しています。男性は11.6、女性は6.9名の改善が認められます。血圧のコントロールが大切な病気です。

肺炎の死亡率は男性49名と女性20.1名と高い数値です。これは慢性閉塞性肺疾患などタバコの影響のある肺の病気があると風邪から肺炎になり、死亡へとつながると考えられます。糖尿病があると肺炎も重傷になり死亡につながります。

自殺も少し減りましたが、まだ死亡率として39.4名あり、脳血管疾患と肺癌について高い数値を示しています。自殺対策、うつ病の対策も

強化されなければいけません。

男女とも腎不全と肝疾患が増えています。腎不全は肥満から糖尿病になり腎臓が悪くなるというパターンをとっていると思われる。

肝疾患は酒の飲み過ぎです。男性死亡率21.1名、女性7.5名です。アルコール性の肝障害が多くなっています。居酒屋天国の沖縄では飲み、食いが多すぎると考えられます。少し酒を減らし、食事を減らす努力が必要でしょう。

この様なことを頭に置きながら先生方の講演を聞いていただいて、皆さんとともに長寿復活への今後の取り組みを考えてみましょう。

平成17年		平均寿命	
		男性	女性
全国平均		78.79才	85.75
1位	長野	79.84	沖縄 86.88
25位	沖縄	78.64	
差		1.2才	

沖縄県の死亡率年次推移—平成12年・17年—  
(人口10万人あたりの死亡率)

平成19年厚生労働省発表

	男			女		
	12年	17年	改善率	12年	17年	改善率
肺癌	55	46.1	<b>8.9</b>	13.5	14.5	-1
胃がん	21.7	19.2	<b>2.5</b>	7.7	6.2	<b>1.5</b>
大腸	20.6	22.2	-1.6	10.4	12.9	-2.5
心筋梗塞	33.3	28	<b>5.3</b>	15.1	16.1	-1
脳血管疾患	63.5	51.9	<b>11.6</b>	30	23.1	<b>6.9</b>
肺炎	48.1	49	-0.9	20.7	20.1	<b>0.6</b>
自殺	42.4	39.4	<b>3</b>	11.1	8.7	<b>2.4</b>
腎不全	6.5	7.7	-1.2	4.6	4.9	-0.3
肝疾患	20.8	21.1	-0.3	5.1	7.5	-2.4
慢性閉塞性肺疾患	19.1	17	<b>2.1</b>	5.2	4.5	<b>0.7</b>
不慮の事故	31.8	25.2	<b>6.6</b>	7.4	8.9	-1.5
糖尿病	10.2	10	<b>0.2</b>	6.3	6.3	0
合計改善率	373	336.8	36.2	137.1	133.7	3.4
脳梗塞	27.1	22.7	<b>4.4</b>	13.5	8.8	<b>4.7</b>

## 長寿県沖縄の課題と展望



沖縄県中部福祉保健所長 崎山 八郎

現 職：沖縄県中部福祉保健所長  
生年月日：昭和31年2月25日  
最終学歴：千葉大学医学部

### 【長寿県沖縄の課題】

平成12年の都道府県別平均寿命が発表され、そのとき男性平均寿命の順位が26位に後退し、県内に大きな衝撃が走ったのは記憶に新しい。また、平成19年4月に都道府県別年齢調整死亡率が公表され、女性の死亡率が13位となり、いよいよ女性の平均寿命も1位の座を明け渡すのではないかと多くの関係者が予測していた。しかしながら、12月に発表された平成17年の都道府県別平均寿命では、沖縄県女性は何とか1位の座を維持することができた。この結果は、85歳以上の高齢者の頑張りによるものであり、平均寿命の1位の座が危ういものであることに変わりはない。

男性の平均寿命は、25位で前回とほとんど変わりはなく、若い年齢層の健康状態の悪さに加え、70歳代においても全国とそれほどの違いがなくなりつつあるということが影響していると考えられる。

このように男性の平均寿命は全国並みとなり、女性においても全国との差が縮小してきた大きな理由は、全国に比べがん（特に胃がん）、脳卒中、心疾患、肝疾患、自殺等による死亡状況の改善の度合いが悪いということが挙げられる。

これらの疾患は、日頃の生活習慣と大いに関係があるものであり、特に、肥満あるいは肥満に至る生活の在りようが大きな影響を与えていると考えられる。沖縄県の肥満の状況は、全国一であり、脂肪摂取過多、運動不足、アルコー

ル多飲等が肥満をもたらしていると考えられる。

また、折角、健診で異常を指摘されても、それを今後の生活習慣改善や治療に結びつけることができず、自己の健康管理が十分できていない状況も窺える。

**【長寿県維持へ向けて】**

肥満によってもたらされる健康状態の悪化を改善することが最優先課題と考えられ、肥満改善のための県民運動の展開が求められている。

各地域、団体等ですでに組織的に取り組みを始めているところもあるが、それを全県、全県民に広く浸透させることが必要である。

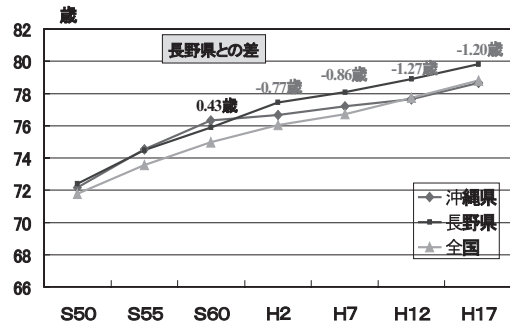
健康づくりや生活習慣改善は、個人の努力もさることながら、それを支援する家族、仲間、専門家の役割も大きく、更に、健康づくりに適した環境を整備することも重要である。

禁煙・分煙施設を更に広げ、栄養成分表示店や健康づくり応援店を増やすなど健康づくりのための環境を改善していくために、一人ひとりがその働きかけをしていくことが重要と考えられる。

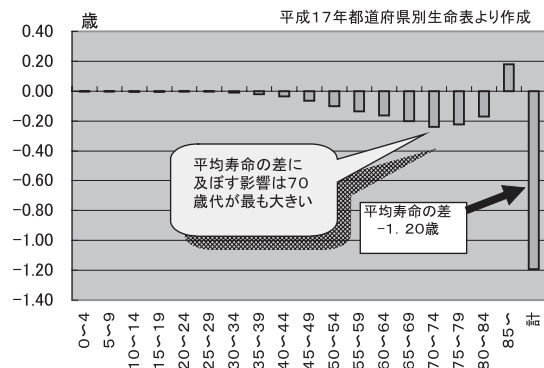
私たちの目指すところは、ただ単に長寿であるということではなく、健康な長寿を達成し豊かな人生を送ることであり、「健康おきなわ2010」の最終目標も健康で豊かな人生の実現となっている。健康長寿県であるということを外に発信し続けることができるかどうかということは大変重要なことであり、健康長寿県であり続けることがわたしたち県民に様々な恩恵をもたらすことであろう。

県民の幸せ、豊かな人生を実現していくために、沖縄県は今後も健康長寿県であり続けなければならない。そのために、一人ひとりの行動が求められている。

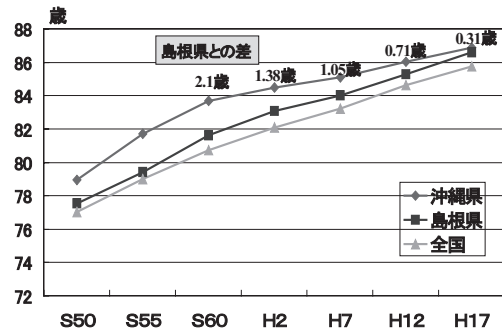
**平均寿命の推移:男**



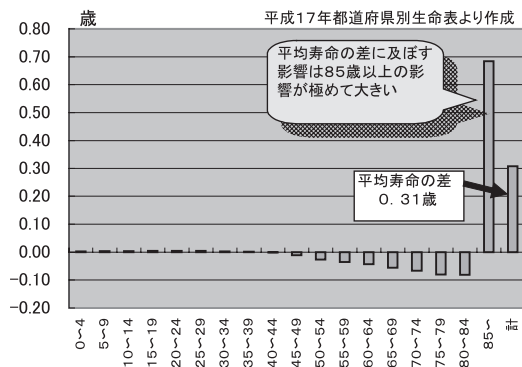
沖縄県・長野県の平均寿命の差に及ぼす年齢別死亡率の影響の度合:H17、男



**平均寿命の推移:女**



沖縄県・島根県の平均寿命の差に及ぼす年齢別死亡率の影響の度合:H17、女



肥満のテーラーメイド治療は可能か？



浦添総合病院健診センター長 久田 友一郎

昭和43年 金沢大学医学部医学科卒業  
 昭和48年 金沢大学医学第3内科助手  
 昭和52年 同講師  
 昭和54年 富山県済生会高岡病院内科  
 昭和57年 浦添総合病院、内科部長  
 浦添市在宅介護支援センター長  
 糖尿病センター長を経て  
 現在に至る  
 学会活動 日本内科学会認定医  
 日本糖尿病学会専門医

1) 増え続ける肥満、太りゆく人類

ダイエットビジネスが異常なまでに氾濫する時代、肥満者が多数派となる社会の到来を、私たちの祖父母は予見していたでしょうか？

450万年の人類史上、多くの国々で、初めて遭遇する過食・肥満社会。これらは文明や文化の進歩がもたらした負の遺産であり、その複合要因は地球温暖化現象と酷似する。

国民の健康志向が強まる中、街中にサプリメント、ダイエット関連書籍が氾濫し、スポーツ関連施設も増加、盛況を極めるなか肥満はなお増加し続けている。

「健康日本21」の中間報告は、5年前と比べ、高血圧、糖尿病の患者数は改善せず、肥満者の割合は増加、日常生活における歩数も減少と総括。厚労省はこの現実に危機感を抱き、平成20年度からメタボに焦点をあてた「特定健診・特定保健指導」を導入する。

我が沖縄県では、平成12年の26ショックから5年、都道府県別平均寿命では、男性25位、女性1位との朗報？この結果をどう捉えるか？私は沖縄が改善したのではなく、ライフスタイルの本土の沖縄化の序章に過ぎないのではないかと？

2) これまでの肥満治療

これまで提唱されてきた肥満治療は「カロリー制限・摂取カロリーの減少と正しい栄養バランス」「運動による消費エネルギーの増大」「筋力トレーニング」を基本としており、国は「健康づくりのための運動基準2006（週23エクササイズ運動）」を、日本肥満学会は「肥満治療ガイドライン2006」を提唱。理路整然として、体系化され、論理的にも正しい。医療・保健・運動指導士関係者が語る言葉には威厳があり、反論の余地がない。しかし、現実には、個人のライフスタイル、年齢、性別、価値観、家族構成、日々変化する食品市場、夜型社会、職の多様性、過重労働の現代で、疾病管理・論理主導型の肥満指導法には限界があると考えられる。今の私にはできない、今はやりたくない、以前に失敗した、もっと楽に減量する方法がある筈だ？などと考えるのが多数派。

3) 脳科学からみた肥満治療ツールとしてのグラフ化体重表について

最近、「神経（脳科学）経済学」という研究分野への注目が集まっているという。人間の決断や選択の多くは感情に関係した脳の領域の分野が関係し、人間には非合理的な経済行動をする特性もあるという。肥満・禁煙治療の分野においても共通点が多い。

これまで再生しないと考えられていた人間の成人の脳でも、「海馬の歯状回」では「神経細胞は日常的に新生している」ことが明らかにされた。なぜ、この領域のみに新生ニューロンは誕生するのだろうか？

「海馬は脳の情報システムの要」であり、日々流入する脳への大量の情報「海馬」を中継し、「好き、嫌い」「快、不快」「安心、不安」など情動に関わる情報は扁桃体へ送られる。海馬はその情報を過去と照らし合わせ、好ましい記憶と認識すれば、やる気のある「側座核」へ、「嫌い、不快という記憶」と認識すれば「扁桃体」へ送り届けられる。新生ニューロンは「海馬」の情報処理機能をアップさせ、嫌な記憶や

情報を減らして伝える働きもあるという。これまでの肥満治療情報は、「脳の何れの神経核」へ送り届けられてきたのだろうか？

海馬の新生ニューロンの誕生には、感動、驚き、喜び、せつなさ、悲しさ、気持ちよさなどの情動といった刺激が重要な役割を担うという。

グラフ化体重表で記録される体重の変化には、未知の新鮮な情報が多く含まれている。医学的に解明されていない謎が隠されている。多くの感動を伴うドラマがある。

論理のみの世界ではなく、実践者のみが知りうる知的好奇心を刺激する要素が沢山ある。何よりも大事なことは、行動の選択権は本人にあり、強制されない。自ら考え、実践し、検証した知識・経験は意識を変える。意識が変われば、肥満のテーラーメイド治療は可能となる。グラフ化体重表は「好ましい、快の記憶」と認識される「側座核」へ、そして意欲や充実感を生む「帯状回前部」へ送られる肥満治療ツールの一つになりうると信じたい。

参考資料1 身体活動のエクササイズ数表

身体活動量の自己評価や、運動指針を満たすための身体活動（運動、生活活動）の組み合わせを考える時に参考にするため、いろいろな身体活動の1エクササイズ（メッツ・時）の値を以下の表に示しました。

「3メッツ」以上の運動（身体活動量の目標の計算に含むもの）

メッツ	活動内容	1エクササイズに相当する時間
3.0	自転車エルゴメーター：50ワット、とても軽い活動、ウェイトトレーニング（軽・中等度）、ボウリング、フリスビー、バレーボール	20分
3.5	体操（家で。軽・中等度）、ゴルフ（カートを使って。待ち時間を除く。注2参照）	18分
3.8	やや速歩（平地、やや速めに=94m/分）	16分
4.0	速歩（平地、95~100m/分程度）、水中運動、水中で柔軟体操、卓球、太極拳、アクアビクス、水中体操	15分
4.5	バドミントン、ゴルフ（クラブを自分で運ぶ。待ち時間を除く。）	13分
4.8	バレエ、モダン、ツイスト、ジャズ、タップ	13分
5.0	ソフトボールまたは野球、子どもの遊び（石蹴り、ドッジボール、遊具、ビー玉遊びなど）、かなり速歩（平地、速く=107m/分）	12分
5.5	自転車エルゴメーター：100ワット、軽い活動	11分
6.0	ウェイトトレーニング（高強度、パワーリフティング、ボディビル）、美容体操、ジャズダンス、ジョギングと歩行の組み合わせ（ジョギングは10分以下）、バスケットボール、スイミング：ゆっくりしたストローク	10分
6.5	エアロビクス	9分
7.0	ジョギング、サッカー、テニス、水泳：背泳、スクート、スキー	9分
7.5	山を登る（約1~2kgの荷物を背負って）	8分
8.0	サイクリング（約20km/時）、ランニング：134m/分、水泳：クロール、ゆっくり（約45m/分）、軽度~中強度	8分
10.0	ランニング：161m/分、柔道、柔術、空手、キックボクシング、テコンドー、ラグビー、水泳：平泳ぎ	6分
11.0	水泳：バタフライ、水泳：クロール、速い（約70m/分）、活発な活動	5分
15.0	ランニング：階段を上がる	4分

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc, 2000;32 (Suppl):S498-S516.

注1：同一活動に複数の値が存在する場合は、競技ではなく余暇活動時の値とするなど、傾度が多いと考えられる値を掲載してある。

注2：それぞれの値は、当該活動中の値であり、休憩中などは含まない。例えば、カートを使ったゴルフの場合、4時間のうち2時間が待ち時間とすると、3.5メッツ×2時間=7メッツ・時となる。

※健康づくりのための運動指針2006(厚生労働省)より抜粋

「3メッツ」以上の生活活動（身体活動量の目標の計算に含むもの）

メッツ	活動内容	1エクササイズに相当する時間
3.0	普通歩行（平地、67m/分、幼い子ども・犬を連れて、買物など） 釣り（2.5（船で座って）~6.0（深流フィッシング））、屋内の掃除、家財道具の片付け、大工仕事、梱包、ギター・ロック（立位）、車の荷物の積み下ろし、階段を下りる、子どもの世話（立位）	20分
3.3	歩行（平地、81m/分、通勤時など）、カーペット掃き、フロア掃き	18分
3.5	モップ、掃除機、掃除機作業、軽い荷物運び	17分
3.8	やや速歩（平地やや速めに=94m/分）、床磨き、風呂掃除	16分
4.0	速歩（平地、95~100m/分程度）、自転車に乗る（16km/時未満、レジャー、通勤、娯楽）、子どもと遊ぶ、動物の世話（散歩、走る、中強度、高齢者や障害者の介護、屋根の雪下ろし、ドラム、車椅子を押す、子どもと遊ぶ（歩く/走る、中強度）	15分
4.5	苗木の植栽、庭の草むしり、耕作、農作業：家畜に餌を与える	13分
5.0	子どもと遊ぶ、動物の世話（歩く/走る、活発に）、かなり速歩（平地、速く=107m/分）	12分
5.5	芝刈り（電動芝刈り機を使って、歩きながら）	11分
6.0	家具、家財道具の移動・運搬、スコップで雪かきをする	10分
8.0	運搬（重い負荷）、農作業：干し草をまとめる、納屋の掃除、鶏の世話、活発な活動、階段を上がる	8分
9.0	荷物を運ぶ：上の階へ運ぶ	7分

「3メッツ」未満の身体活動（身体活動量の目標の計算に含めないもの）

メッツ	活動内容
1.0	静かに座って（あるいは寝転がって）テレビ・音楽鑑賞、リクライニング、車に乗る
1.2	静かに立つ
1.3	本や新聞等を読む（座位）
1.5	座位での会話、電話、読書、食事、運転、軽いオフィスワーク、編み物・手芸、タイプ、動物の世話（座位、軽度）、入浴（座位）
1.8	立位での会話、電話、読書、手芸
2.0	料理や食材の準備（立位、座位）、洗濯物を洗う、しまう、荷作り（立位）、ギター・クラシックやフォーク（座位）、着替え、会話をしながら食事をする、または食事のみ（立位）、車の回り（歯磨き、手洗い、髪剃りなど）、シャワーを浴びる、タオルで拭く（立位）ゆっくりした歩行（平地、散歩または家中、非常に速い=54m/分未満）
2.3	皿洗い（立位）、アイロン掛け、服・洗濯物の片付け、カジノ、ギャンブル、コピー（立位）、立ち仕事（店員、工場など）
2.5	ストレッチング、ヨガ、掃除（軽い（ゴミ掃除、整頓、リネンの交換、ゴミ捨て）、盛り付け、テーブルセッティング、料理や食材の準備・片付け（歩行）、植物への水やり、子どもと遊ぶ（座位、軽い）、子ども・動物の世話、ピアノ、オルガン、農作業：収穫機の運転、干し草の刈り取り、灌漑の仕事、軽い活動、キャッチボール（フットボール、野球）、スクーター、オートバイ、子どもを乗せたベビーカーを押すまたは子どもと歩く、ゆっくりした歩行（平地、速い=54m/分）
2.8	子どもと遊ぶ（立位、軽度）、動物の世話（軽度）

\*印は運動に、その他の活動は身体活動に該当する。

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc, 2000;32 (Suppl):S498-S516.

注1：同一活動に複数の値が存在する場合は、競技より余暇活動時の値とするなど、傾度の多いと考えられる値を掲載してある。

注2：それぞれの値は、当該活動中の値であり、休憩中などは含まない。

※健康づくりのための運動指針2006(厚生労働省)より抜粋

3kg減量の強力な助っ人 グラフ化体重による減量

3kg減量とは、グラフ化体重表開始後、3ヶ月以内に、3kg減量を達成する。以後、グラフ化体重表を継続使用すれば、さらなる減量が期待できる。

- デジタル体重計を準備………100g単位の目盛り表示（体重100kg以上は200g目盛り可）
- 一日2回体重を測定………朝食前、夕食直後（外食時は帰宅直後）
- 朝夕の体重の変化を、連続的に、折れ線グラフ化する
- 食事（揚げ物、焼く、炒める、煮る）、食事時間、間食、運動などで体重は変化する。増減の原因は「何か」を考える………メモ欄に記載
- 結果的に、増減別摂取から、減量を意識した食行動や身体活動の選択力が変わる
- 自分流の「減量のコツ」が習得できる。テーラーメイドの減量が可能となる

健康長寿のための食生活 WHO国際共同研究センター長 京大名誉教授 家森幸男

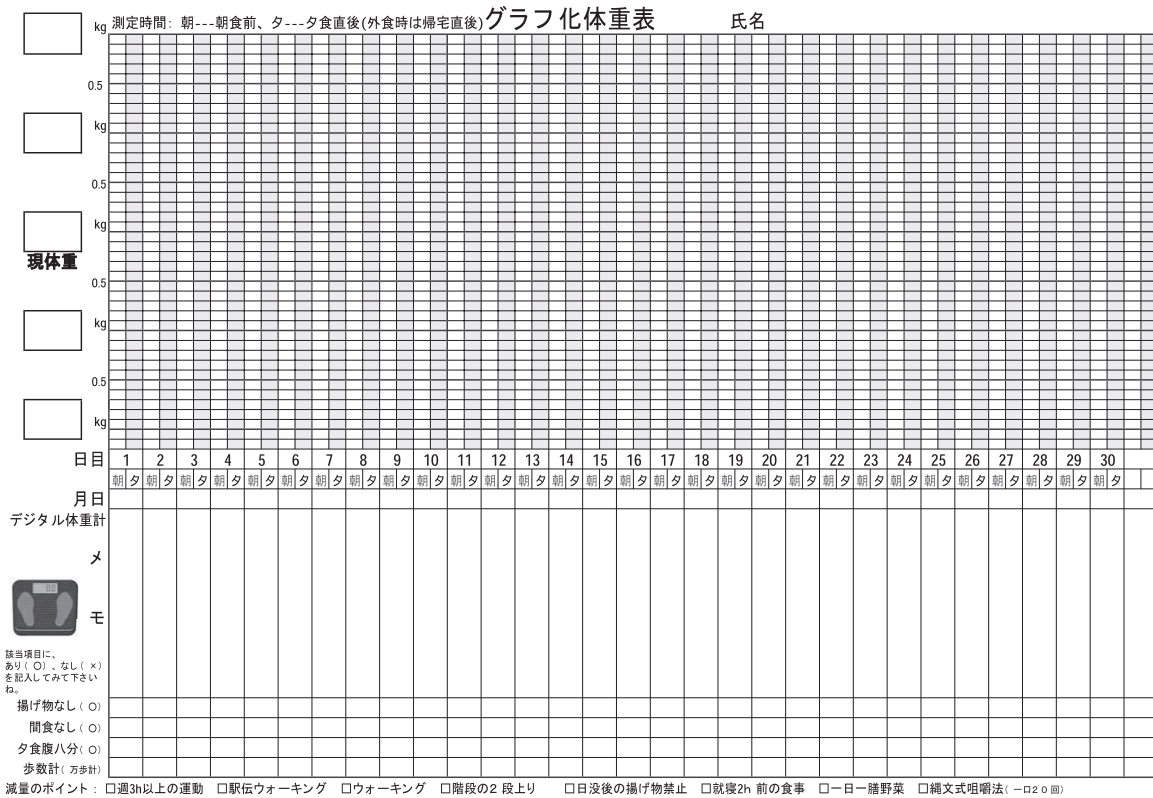
1983年から20年間、世界25ヶ国、60地域の食生活調査を行った長寿には、遺伝よりも食環境が影響し、健康長寿に共通する食生活パターンが確認された

- 塩分を控える
- こぼしてカロリーの半分以上をとる
- 魚介類を週4~5回以上食べる  
魚介類に含まれるタウリンや多価不飽和脂肪酸は、高血圧・高脂血症・血栓症を防ぐ
- 大豆を毎日食べる（豆腐100g）  
大豆タンパク質（イソフラボン）は高脂血症・心臓梗塞・前立腺癌・乳がん予防
- 海藻や野菜、果物から食物繊維や抗酸化栄養素をとる
- 乳製品などから積極的にカルシウムを摂取

あなたの健康行動獲得に役立つ 自己管理プロトコル

- 主食**
  - こぼはしっかりと食べる \*空腹感の減少、肥満の抑制
- 脂肪を減らす**
  - 油で揚げずに焼いたり、煮たりする
  - 赤身の肉を食べ、目に見る脂は除く
  - ステーキは網焼きないし炭火焼きにする
  - バター、マーガリン、油、ラードなどは減らす
- 砂糖を減らす**
  - 甘味飲料水の禁止 \*単純糖質は肥満・血糖・中性脂肪を上昇
- 間食を減らす**
  - 脂肪・砂糖の多いケーキやお菓子はやめる
  - 脂の多い天ぷら類、揚げ物はやめる
- 酒を減らす**
  - 原則晩酌禁止 \*駄目なら海綿1合か、ビール350ml×2  
それでも駄目なら1時間以内
- 身体活動の増加**
  - ウォーキング（速歩）………10分以上で運動効果発現  
一日3回、計30分以上は、30分継続のウォーキングと同効果
  - 筋トレーニング………お近くのトレーニングセンターへ





### がん、早期発見で治ります



国立病院機構沖繩病院長 石川 清司

昭和49年 岡山大学医学部卒  
 昭和52年 琉球大学保健学科付属病院  
 昭和55年 国立療養所沖繩病院  
 平成13年 国立病院機構沖繩病院院長

日本外科学会認定専門医・指導医  
 日本胸部外科学会認定専門医・指導医  
 日本呼吸器外科学会認定専門医・指導医・評議員  
 日本呼吸器学会認定専門医・指導医  
 日本呼吸器内視鏡学会認定専門医・指導医

#### 【はじめに】

県民が今後とも、長寿県沖繩を誇ることができるよう「がん」の早期発見と早期治療による「がん」の治癒について考えてみたいと思いま

す。そして真実は、「がん」が怖いのではなくて、進行した病気が怖いのだということ、「早期がん」は決して恐くないことを説明したいと思います。そして禁煙によるがん予防と正確な情報収集の大切さを強調いたします。

#### 【‘がん’の早期発見法】

胃がん：バリウムを飲んで、X線で胃の形や粘膜（しわ）の状態を見る胃X線検査と内視鏡（ビデオスコープ）による検査があります。最近では、胃の内視鏡も細くなり、しかも鼻からの内視鏡検査も可能となり楽な検査になりました。

早期の胃がんは開腹せずに、内視鏡下に切除する治療法も行われています。

大腸がん：便の免疫学的潜血反応検査は、手軽に受けられる検査です。血液検査の腫瘍マーカー（CEA,CA19-9）の異常値でみつかるともあります。大腸内視鏡検査は、多少負担のかかる検査ですが、専門医が素早く、安全に行います。

子宮がん：通常、子宮がん検診は子宮頸部がんの検診です。綿棒・ブラシ・木のスティック等を用いて子宮頸部の外側と腔を丁寧にこすり、細胞診テストを行います。

月経とは無関係の出血、おりもの、閉経後に少量ずつ長く続く出血を自覚した際には、専門医による子宮体部がんに対する検査が必要です。

乳がん：定期的な自己検診の習慣を身につけましょう。症状がなくても、40歳を過ぎたら（リスクの高い女性は40歳未満でも）2年に1回は乳がん検診を受けましょう。視診・触診・マンモグラフィー・超音波検査が行われます。

肺がん：40歳以上の成人男女ともに、最低年1回の経年受診がすすめられています。胸部X線写真と高危険群（重度喫煙者）に対する喀痰細胞診の検査が行われます。低線量CT検診は男女50歳以上の高危険群（喫煙指数600以上）が対象として想定されています。検診間隔、有効性に関してはデータが集積されているところです。

**【科学的根拠に基づくがん予防】**

がん死亡の原因は、喫煙（30%）、食事（30%）、運動不足（5%）、飲酒（3%）の合計68%が関与してしていることが報告されています。つまり、約7割のがんは生活習慣の見直しで予防できたものと考えられます。

バランスのとれた食事、毎日の適度な運動、禁煙、過度の飲酒を避けることが基本であり、高価な特別な食品、薬品は不要であり、悪徳商法には注意が必要です。

**【フィルター付きたばこは安全か？】**

フィルター付きたばこの普及は、たばこの発がん物質の組成の変化と喫煙方法・習慣の変化をもたらしました。末梢型肺腺がんの増加と関係していることが指摘されています。

**【まとめ】**

3人に1人が「がん」を経験する時代になりました。「がん」も早期発見により、内視鏡、レーザー、そして痛みのない、傷が目立たない手術でもって治療がもたらされます。氾濫する情報の中から正確な情報を選択しましょう。

**年間肺がん症例の概要（2005年）**

国立病院機構沖縄病院

発見動機と性差

発見動機	検 診	自覚症状	他疾患経過観察中	計
男性	46例	80例	31例	157例
女性	23例	19例	11例	53例
計	69例	99例	42例	210例

☆男性は自覚症状による発見が目立つ

発見動機と臨床病期

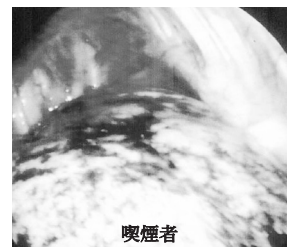
臨床病期	I A	I B	II A	II B	III A	III B	IV	計
検 診	33	14	1	3	8	6	4	69
自覚症状	6	11	1	5	22	19	35	99
他疾患	14	9	2	0	5	6	6	42
計	53	34	4	8	35	31	45	210

☆検診発見はI期、自覚症状群はIII期、IV期が多い

**胸腔鏡で見た非喫煙者、喫煙者の肺**



非喫煙者



喫煙者

## 座談会～県民公開講座を終えて～

○玉井理事 皆さんお疲れ様でした。本日の感想を伺いたと思います。

いかがでしたでしょうか。

○玉城座長 今日の話をお聴きされた方が広めてくれたらいいですね。

先生方の話も非常に面白くて良かったと思います。

ありがとうございました。

○崎山先生 会場を見てると、参加されている方は年齢が若干高いという印象があります。恐らく関心の高い方達だと思います。そのような方は言わないでも出来る方なので、その人たちがその周辺の人に伝えていくことが重要かと思えます。中々来たがらない人に直接我々が働きかけることは出来ませんので、関心のある方達を「チャーがんじゅう応援団」として広めていく必要があると思えます。

○久田先生 メディアの役割も非常に大切だと思います。今日来られた方は基本的に自分できちんと対処できる方達だと思いますので、メディアと医師会等が連携して活動していくことが大事ですね。マスコミは、時々医師会に対して風当たりが強い時がありますが、今回の企画についてはマスコミの果たす役割は一番大きいのではないかと思います。

○玉井理事 ディスカッションの時間はどうでしたでしょうか。

○玉城座長 やはり長く取るべきですね。講演をしていると一方通行だけど、ディスカッションは会場からの質問に直接答えるからいいですよ。

○玉井理事 どういった質問が出てくるか分からないところに怖さを感じませんか。

○石川先生 想定質問は随分考えていたのですが（笑）。

○玉井理事 お酒の話は面白かったですよね。伊波部長いかがでしょうか。

○伊波輝美県福祉保健部長



とても楽しく、わかりやすい講演でした。県としても3倍ぐらいの予算を取ったんですが、どのような方法が効果があるのか工夫しないといけないと感じ

ています。先ほど意識の変容のお話も出ましたが、どのようにすれば一人ひとりに届けられるのかその対策を練り直さないといけないと考えております。

○玉井理事 やはり、このようなことを伝えるには底上げをしないとイケませんね。オピニオンリーダーだけでは駄目です。譜久山課長、いかがでしょうか。

○譜久山県福祉保健部健康増進課長



参加して下さる方達が私たちのサポーターなんだと感じています。このサポーターを育てることも大事なのではないかと思えます。今日の質問の内容を聴いていて、非常

に関心のある方達がいらっしやることを感じました。沖縄県では「チャーがんじゅう応援団」をつくることになっていて、現在加盟している団体だけではなく、NPOや住民組織等を巻き込んでいきたいと考えています。そういう意味でも地域のリーダーとして活躍いただけるサポーターを育てていきたいと考えています。

○玉城座長 今後は、地域の要望に応えられる「出前塾」のようなものも必要かと思えます。

○崎山先生 専門家が話をするよりも、身近な人たちが話をする就非常効果がありますよね。

○玉井理事 医者は近所のおばあちゃんに負けますよね。「あんた一生血圧の薬を飲むつもりなの？」と言われると飲まなくなりますよね。

○崎山先生 身近な人に話をしてもらっても、ちゃんとした知識を持ってもらわないと駄目ですね。

○玉城座長 一緒になって活動していかないといけないですね。もしそういう要望があれば医師会もチームを作ってそのような場を持つようにしたいですね。

○宮城会長 久田先生が示された、グラフ化体重表の使い方をそういった地域ごとに説明を行って拡大していくことも実効性があるのではないのでしょうか。

○久田先生 浦添市医師会は昨年11月からグラフを使って肥満治療を行っており、今年の3月にデータが集まります。

○崎山先生 その体重表を各地区医師会に普及していったらどうでしょうか。

○宮城会長 それは自治会単位でやるべきですね。

○久田先生 医師はそれぞれ色々な考え方があります。ボクはこのツールに命をかけてやっているようなものですが、他の医師からすれば批判的な意見もあるかもしれないのでドクター間の意志統一は中々難しいと思います。

○宮城会長 今日提案した「新生活改善運動」は、そういう小さな単位で活動することも目的にあります。そういう意味では、このツールは非常に有効ですが、それを説明できる人がいないですね。

○玉城座長 ボクもコンピュータでグラフを作りましたが、はじめ500グラム単位で測定していたので全然変動が無かったんですね。それで100グラム単位にしたら、女房が「あなた100グラム単位で計るの？」って言うんですね。それが大事じゃないですか。

○諸見里編集局長



5年前の「26ショック」の際に「長寿の島の岐路」の連載を始めたのですが、今のグラフも含めて、どのように読者に実践型で伝え

るかということを考え、「メタボ兄弟」の連載を始めました。僕らも色々試行錯誤しているのですが、肥満について体験談や専門家の話を取り入れたり、漫画を活用したり、僕らなりに工夫して読者に伝えておりますので、今後もメディアを色んな形で活用頂きたいと思います。

○宮城会長 競争という点では、こちらが提案したんですが、楽しみながら実効性を求めるには、競争させることですね。今回は記者がやってるんですが、今度は自治体毎に競争させるべきではないかと思えます。そういう意味では自治体の担当者がおりますので、その人たちを集めてそこで競争させるといいですね。これは医療費抑制にも繋がっていくので、実利のある運動だと思います。これまで5年間、県民に対して啓発活動を行ってきました。今後は実行に移すような活動を行っていかねばいけませんね。

○久田先生 出来るだけ、お金が掛からないようにしたいですね。

ところで、先日、家森幸男先生という方が日経新聞に投稿してたんですが、長寿自慢の沖縄でも男女差が大きい、沖縄は日本より15年～30年間先に進んでいるので、沖縄が最前線で頑張りたいとの投稿がありました。

○玉井理事 沖縄県は海に囲まれてて人間的な動きがあまり無いですから、うまくいけばモデルケースになりますね。

○玉城座長 やろうという地域運動が本当に成功するかどうかのモデルケースにもなりますね。

○崎山先生 中部保健所の管内で、「健康おきなわ2010」の中部地区大会があります。小グループで健康づくりの目標を設定してその目標を多く達成できたグループを表彰するため、今月に大会を開催します。そういった形で楽しみながら運動を広げています。企業、婦人会も参加していますし、市町村にも働きかけているところです。

○諸見里編集局長 沖縄は外食が多いですし、夜型でアルコール依存も多いですね。日本が将来こうなったらまずいですよね。僕ら自身

世界的に色々な課題を持っています。復帰35年経った今、そのマイナス面を暮らしの中で治していけるのが大きなテーマですね。

○玉城座長 夕飯は7時前後に食べようという話があります。10時になると夜食になるので、夕ご飯として同じ量を食べるとダメなんです。

久田先生ご自身は5割しか食べないそうです。私の場合も10時に夕ご飯を食べると肥るんです。それで、腹七分目～八分目にしないといけないと気づきました。

○諸見里編集局長 飲酒運転撲滅キャンペーンのような対応を考えないといけませんね。

あのキャンペーンで沖縄の人の意識も変わったと思います。

次のターゲットを肥満にして活動していくことも大切ですね。

○宮城会長 ゴルフ場で飲む人は皆無になりましたね。

○玉城座長 交通事故は明かに減ってますよね。

○久田先生 企業ではアルコール治療中の人はバス通勤ですね。

○玉城座長 それと、アルコール中毒の人をどうするかですね。飲まないと動けない人がいるのでその人をどう治療していくかでしょうね。

○玉井理事 明かな形でポンと出さなくても、地道に飲酒運転撲滅という形でやっているとああやって結果が出てくるし、26位ショックから25位になって良かった、女性も1位を守って良かったと一安心してしまう論調は避けたいですね。ここで危機感をしっかり持ち続けないといけません。

○玉城座長 4月から始まる特定健診で異常が出た人が病院に行くかどうか勝負がかかっているんです。

○諸見里編集局長 どうしても沖縄の人は“病院ウツォルー”というのがあるんですよね。

これをどうにか払拭してもらいたいですね。

○崎山先生 やはりそういうのは沖縄の人にあるんですか。

○玉井理事 病気と言われるのが怖くて行かなかったというのもありますよね。

○玉城座長 奥さんが連れて行かないと病院に行きませんよね。

○崎山先生 健診は病気を見つけるためにやっているのに、その引っかけた病気を病院に指摘されるのが怖くて行かないというのは話にならないですね。

○平良社会部長



昨年末は女性も一位陥落するだろう予測して新聞社もその準備もしていたんですが、結果は女性が辛うじて1位を保って、男性も1ランク上がりました。

このことはこれまでの5年間の活動がある程度の歯止めになったのかという気がしています。

また、今後の5年間をどう対応していくかが課題ですね。

○玉城座長 具体的に見えて来ましたよね。私は久田先生の言い付けを守って食べ過ぎに気を付けるのと、ベルトは変えないようにします。(笑)

○崎山先生 9時以降に食べる場合は7～8割にすることを普及したほうがいいですね。

○宮城会長 はっきり10時以降の場合は半分にすると言ったほうがいいと思います。

○平良社会部長 公開講座の開催前に目標を決めて、そのテーマに向かって進めていくことも面白いですね。

○玉城座長 これは、譜久山先生が進めている県の健康増進計画とタイアップさせて、県民運動として浦添市のやっている3kg減量運動などと一緒になってやっていると良いですね。

○玉井理事 意識が高まっているのは間違いないと思います。

○玉城座長 ウォーキングは10分でも良いということなんで、雨が降って外出出来ない場合は家の中でウロウロしたほうが良いですね。

○諸見里編集局長 1時間やらないと効果が無いという人もいますけど10分だと出来ますよね。

○久田先生 駅伝ウォーキングや、日野原式階段二段飛びといった特徴のあるキャッチフレーズを考えたいですね。

○玉城座長 僕も外に行けないときにはテレビを付けてその回りをグルグル回ってますよ。(笑)

何もしないよりはいいですよ。

僕は手術するんですが、手術って精神的疲労はあるけどエネルギーは何にも使ってないですね。試しに万歩計を付けてみたら500歩ぐらいしか歩いてないんです。だから手術って疲れる割には全然エネルギーを消費しないですね。だから手術日はなるべく食べないようにしています。

○久田先生 一口20回噛めといいますけど、医者ってすぐ食べてすぐ仕事という習慣が身に付いてますよね。20回噛むとなると一端お箸を置いておくぐらいの時間が必要です。

僕はその人にあった減量のやり方があるんじゃないかと思います。

○崎山先生 県も9ヵ条を出してますけど、全てをやるのは難しいので先ずそのうちの2〜3つをやってみることが大事ですね。

○玉井理事 そろそろお時間となりました。最後に宮城会長一言お願いします。

○宮城会長 皆さん今日はありがとうございました。

専門的な立場から啓発していただけることは非常に大事なことで、会場からの質問を具体的に応えてくれたことは非常に良かったと思います。そういうことを続けていくことによって長寿復活に必ず結びつくと思いますし、それを実行に移させるための仕掛けを是非久田先生も考えて頂きたいと思います。そのアイデアを医師会にご提供頂ければ、沖縄県に提案したり、マスコミのご協力を頂き県民運動に持って行きたいと思います。今後もよろしく願います。

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

また、医師会への要望が多数ありましたので、主なものを併せて掲載致します。

本会の広報活動にご協力いただきまして、誠に有難うございました。

インタビュー①:

本日の講演会に参加されての感想をお聞かせ下さい。

また、今後の日常生活でどのような事に気をつけようと思えますか。

インタビュー②:

医師会への要望をお聞かせ下さい。

(67歳・男性・会社員)

①大変参考になりました。

今まで、メタボ対策をいろいろと試しましたが、途中で挫折していました。今日講演を聞いて、自分の体重を毎日記録し、意識づけする事の重要性に気がきました。

これからは、体重の変化の原因を把握し、食事や会食に気を付けるようにします。

②医療費抑制も大切ですが、健康長寿の為、このような大規模な講座ではなくてもミニ講演会を、各市町村単位で行政と一緒に開催していただきたいです。

(62歳・男性・無職)

- ①高年齢になっても気持ちを若く持ち、体を鍛えることによって健康長寿につながる事が改めて分かりました。  
夫婦と一緒に毎日ウォーキングを実践したいです。
- ②専門的用語は出来るだけ避けて、実践事例を多用してほしいです。

(35歳・女性・保健師)

- ①私自身も指導（支援）する立場にいるので、自らの生活習慣をふり返り、食事・運動に関して目標を立て、取り組んでいきたいです。
- ②県民の皆さんや、医療に携わる人たちが健康について学べる機会をもっとつくっていただけたらと思います。

(その他の意見)

- 今後は、健康づくりに関心のない人に、少しでも「気づいてもらうきっかけ」(TV、CM、ラジオなどで、強烈なアピールで情報提供する等の機会)を作っていただけたらと思います。
- 開業医の先生方に、いろいろな講演会や勉強会の機会を多く持ってもらいたいです。
- 実際に長寿で元気な方は大勢いると思うので、直接その方から健康法などのお話が聞きたいです（インタビュー形式でもいいのですが）。また、減量成功者や実践中の方の、実際の実践法を見てみたい。
- 医師の技術格差が大きいと思います。  
また、専門外の病気については、専門医を紹介してください。かかりつけ医だからと、何でも抱え込まないでほしいと思います。



## 沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 宮城 信雄

沖縄県交通遺児健全育成資金造成の為、本会では、沖縄県歯科医師会・沖縄県薬剤師会・沖縄県看護協会と協力して、募金活動を行ってまいりました。

この度、平成19年度の募金がまとまりましたので、去る年2月27日（水）に下記のとおり沖縄県交通遺児育成会へ贈呈いたしました。

同育成会への募金は、平成2年度から平成11年度までは会員によるチャリティー写真展を開催し、その売上金を寄付しておりました。平成12年度からは、会員施設に募金箱を設置していただき、その募金額を贈呈しております。沖縄県交通遺児育成会へのこれまでの募金額は12,658,911円となっております。

募金にご協力いただきました会員の皆様へ厚く感謝申し上げ、ご報告といたします。

なお、交通遺児育成募金事業は、今後も継続

いたしますので募金箱の設置について引き続きご協力をお願い致します。

また、募金箱を設置していない医療機関においては、是非ともこの主旨にご賛同いただき、募金箱の設置について本会事務局へご連絡下さいますようお願い申し上げます。

### 記

#### 沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日時 平成20年2月27日（水）午後2時～

場所 琉球新報社（9階 社長室）

募金額	沖縄県医師会	453,879円
	沖縄県歯科医師会	50,000円
	沖縄県薬剤師会	50,000円
	沖縄県看護協会	50,000円
合 計		603,879円



左より、神村武之会長（薬剤師会）、大嶺千枝子会長（看護協会）、高嶺明彦会長（歯科医師会）、小生、比嘉辰博理事長（交通遺児育成会）