

地域医療崩壊阻止のための沖縄県民集会 ～社会保障費の年2,200億円削減撤廃～



常任理事 幸地 賢治



沖縄県医療推進協議会（加盟28団体）主催の標記県民集会が去る8月1日（金）午後7時30分より、ロワジールホテル那覇において、加盟各団体より約700名が参加して盛会に開催された。

当県民集会は、社会保障費年2,200億円削減撤廃を求め、全国医療推進協議会（会長：唐澤祥人日本医師会長）の活動と連動して開催されたものである。

当日は、当医療推進協議会の神村武之副会長（沖縄県薬剤師会長）代理の松山朝雄沖縄県薬剤師会常任理事より開会の挨拶が述べられた後、主催者を代表して当医療推進協議会の宮城信雄会長（沖縄県医師会長）は概ね以下の通り挨拶を述べた。

挨拶：宮城 信雄

（沖縄県医療推進協議会会長・沖縄県医師会長）



医学医術の進歩、国民の医療ニーズの増大、そして急速な高齢化の進行等の社会構造の変化を勘案し、しかるべき医療サービス水準を維持していくことを前提

とすれば、わが国の社会保障費が一定の規模で増大していくことは明らかである。

しかしながら、財務大臣と厚生労働大臣は来年度も既定の方針に沿って、社会保障費2,200億円削減することに合意し、先般の閣議において来年度の概算要求基準が了承された。

長年にわたる社会保障費の伸びの抑制が、医

療崩壊を顕在化させると共に、平等であるべき医療に地域格差をもたらしたことは明らかである。この機械的抑制が続く限り、救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、介護分野における恒常的人材不足等の問題は決して改善されない。

日本はすべての国民が公的保険に加入し、いつでも、どこでも医療機関を受診することが可能である。世界的に見ても決して高くない医療費水準で、もっとも公平・平等な医療制度を維持し、医療に対する国民の絶大な信頼を得てきた。しかし、国民の生命・健康をあずかる医療関係者は、安全で安心な医療サービスの提供のみではなく、その財源も含めた確固たる医療提供体制の構築に向けても、最善を尽くす責務があると考えられる。

国民が社会保障に対して不安を抱いている今こそ、政府に間違った方針の反省を促し、社会保障費の機械的抑制の撤回という明確な方針転換を図るよう、国民とともに強く要望していくことが最も重要だと思っている。かかる状況に鑑み、私共は、国民生活の基盤である「安全で安心な医療」を守るべく、「社会保障費2,200億円削減撤廃」を求める国民の声を政府に届けるよう沖縄県でも行動を展開したいと考え、本日「地域医療崩壊阻止のための沖縄県民集会」を開催した。

ついては、本日の県民集会が所期の目的を達成すべく、ご支援ご協力賜りますようお願い申しあげ挨拶とする。



ゆうりきやー

その後、県内若手お笑いコンビ「ゆうりきやー」による、厳しい医療現場の実態を表す風刺劇が行われた。

続いて、宮城会長から当県民集会開催の趣旨説明が行われ、「政府の社会保障費削減継続により、医師不足、看護師不足、産科、小児科、救急医療の荒廃等、地域医療が崩壊に陥った現状」について詳細な説明があった。

意見表明では、参加団体を代表して沖縄県婦人連合会会長の大城節子氏、沖縄県老人クラブ連合会副会長の山田君子氏のお二人が以下のとおり意見を述べられた。

意見発表：大城節子氏

(沖縄県婦人連合会会長)



福田総理大臣は「国民ひとり一人が安心して暮らせるようになったと実感できる社会を実現する」と発言しておられます。

しかも、救急医療や医師不足解消が重要課題であるとも云っておられますが、社会保障費削減路線は撤回されず、毎年2,200億円を機械的に削減すると云われ、びっくりしています。

そうなりますと、医療費が大幅に削られ「救急で受け入れてもらえない」「お産ができない」「夜間診てくれる小児科医がない」等々の問題が生じてくるのは明白だと思います。

特に、地域の中核病院で働く医師の状況は過酷で、外来と病棟の診察、手術、夜間の救急までこなし、当直を含めて36時間連続勤務も珍しくないと同っています。このことは、もちろん県内でも起こりうることだと思います。

救急医療や、医師不足解消が重要課題と云われた福田総理や厚生労働省の施策は一体どうなっているのでしょうか。国民の目に見える対策を示して貰いたいものです。

社会保障費抑制、つまり2,200億円の削減は、医療を後退させ、ひいては国民医療に不安

を与えることとなります。病気は高齢者のみでなく誰にでも罹るものです。つまり「病気は人を選ばず」のたとえです。

年間、2,200億円の社会保障費を削減し、国民を不安におとしめるより、道路財源や各省庁の天下り等無駄に使用される税金を、社会保障費に充てることにより、福田総理の云われる「国民ひとり一人が安心して暮らせるようになったと実感できる社会の実現」となると確信します。

皆様と共に、「地域医療崩壊阻止に向けて」声を出して頑張ります。

意見発表：山田君子氏

(沖縄県老人クラブ連合会副会長)



政府は医療費適正化の名目の下に、病院、診療所等の診療報酬の抑制を2年毎の改定の度に行ってきました。これと併行して患者の自己負担増と、給付制

限を実施してきました。そして、さらに社会保障費を毎年2,200億円削減しています。

日本の経済の伸びとは反対に日本の医療費の支出は下がっているのが現状です。政府は、何が何でも医療費を抑えようとしています。そんな理不尽なことがあるのでしょうか。

我々、高齢者にとって、病院、診療所はライ

フラインの大切な頼りとするところであり、健全な運営存続が必要不可欠です。しかし、その大切な医療機関や病床の閉鎖が続発し、高齢者にとって大きな不安です。

政府は、政策の失政を高齢者に押し付けようとしています。加齢と共にいろいろな病気が大なり小なり出てきます。どうしようもない事象です。このような政府のやり方は淋しくて切ない思いがします。この病気とこの体をどこかに投げ捨てたい衝動にかき立てられます。

私たちの願いは、病気にかかったときは、運営のしっかりした医療機関で適切な給付を受けて老後を過ごしたい。誰しも思うごく当たり前の願いです。私達も大事な医療費を有効に使う為の知恵をもっと勉強していかなければならないと思っています。政府も無駄な財源支出をなくし、国民の医療や福祉を守ろうとする姿勢を国民に見せて下さい。信頼できる政府づくりをまず考えて下さい。日本から医療崩壊危機という言葉をなくすよう努めて下さい。

その後、決議に移り、当医療推進協議会高嶺明彦副会長（沖縄県歯科医師会長）から国や関係機関に対し「社会保障費年2,200億円削減撤廃」を求める決議について提案があり、満場一致で決議案が採択された。

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



会場を埋めつくす県民集会参加者

地域医療崩壊阻止のための国民運動

決 議

長年にわたる社会保障費の伸びの抑制が、医療崩壊を顕在化させたことは明かである。

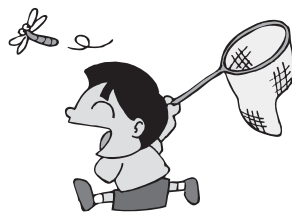
国民が安全で安心な医療を受けられるための確固たる医療提供体制の再構築には、適正な社会保障費の確保が必要不可欠である。

よって、本県民集会参加者全員の総意として、次とおり決議する。

- 一、社会保障費の年二二〇〇億円削減撤廃

平成二十年八月一日

地域医療崩壊阻止のための沖縄県民集会



地域医療崩壊阻止のための総決起大会



会長 宮城 信雄



地域医療崩壊阻止のための総決起大会

— 社会保障費の年2,200億円削減撤廃 —

主催 国民医療推進協議会 協力 東京都医師会

決議(案)

長年にわたる社会保障費の伸びの抑制が、医療崩壊を顕在化させたことは明らかである。
国民が安全で安心な医療を受けられるための確固たる医療提供体制の再構築には、適正な社会保障費の確保が必要不可欠である。
よって、本大会参加者全員の意思として、次のとおり決議する。

- 一、社会保障費の年2,200億円削減撤廃

平成20年7月24日

地域医療崩壊阻止のための総決起大会

去る7月24日(木)、東京都港区の笹川記念会館において、社会保障費年2,200億円削減撤廃を求め、国民医療推進協議会(会長:唐澤祥人日本医師会長)主催による標記総決起大会が開催された。当日は全国から当医療推進協議会各関係団体から約1,200人の他、自民・公明両党の国会議員35人が参加した。

総決起大会の概要は以下のとおり。

1. 開会宣言

萩原正日本柔道整復師会長より、「厳しい暑さの中全国から多くの医療関係者の参加を得て、ここに地域医療崩壊阻止のための総決起大会を開催する」との開会が宣言された。

2. 挨拶

唐澤祥人国民医療推進協議会長(日本医師会長)

長年にわたる政府の医療費抑制策は、地域医療を崩壊させると共に、平等であるべき医療に地域格差をもたらしている。これまで医療関係者の献身的な努力によって地域医療の現場は保たれてきたが、それも限界といっても過言ではないと認識している。こうした事態を招いた原因は、国民の生命と健康、生活を守る根幹的な理念が、国に欠如しているからと言わざるを得ない。

政府は、これまでの5年間、これからの5年間で自然増12.1兆円を抑制することになる。これにより医療費の国庫負担が約8兆円、国民医療費ベースでは約30兆円の削減となり、日本の医療は10年間で1年分の遅れを取るようになる。国民が享受すべき福祉を奪う政策は、

社会的な契約に対する国家の重大な背信であり断じて許すわけにはいかない。社会補償制度の在り方が国民の最大の関心事となっている今こそ、社会保障費の行きすぎた削減という政府の誤った政策を阻止し、国民が真に安心して暮らせる社会の実現に向け、国民と共に国人の医療を守らなければならない。

本日のこの大会が、政府に対し、我々国民の声を届ける端緒なるようご理解・ご協力をお願いして挨拶とする。

協力団体代表 鈴木聰男東京都医師会長

今、国民全体が医療に対して不安を持っている。政府、福田総理はその多くの国民の声に耳を傾けて欲しい。

政府は「安心と希望のビジョン」を掲げているが、それには夢をもてない。医師不足、医療関係者不足、特に介護士不足は深刻である。また、救急医療、小児科医療も多くの点で破綻を来し、勤務医の過重労働、病床削減の問題が起こっている。どうしてこうなったのか、いずれも毎年2,200億円ずつ削減するからである。

病気になったとき、体調が悪くなったとき、安心して医療を受け、生活ができるということが国民のささやかな気持ちである。日本人は、自分のことよりも周りの人が困っているのを見ることが一番辛い。もう終わりにしましょう2,200億円削減することは。

3. 来賓挨拶

尾辻秀久自民党参議院議員会長をはじめ多数の自民・公明の国会議員が挨拶に立たれ、異口同音に「医療崩壊を阻止すべく社会保障費2,200億円撤廃」を訴える挨拶が述べられた。

なお、主な来賓の発言は次のとおり。

尾辻秀久自民党参議院議員会長

このままでは日本の医療が崩壊するというのはみんな分かっている。みんなが2,200億円削減は無理だと言っているにもかかわらず、抵抗勢力がいる。向こうは我々を抵抗勢力と言うだろうが、我々から言うと向こうが抵抗勢力だ。向こうは2,200億円の削減を止めたら日本売り

がはじまると訳の分からないことを言っている。

収支のバランスが崩れていることは事実である。しかし、支出を抑制することで帳尻を合わせるのもう無理がある。入りを考えなければならない。本音は消費税を上げるしかないと思っているが、この問題は議論が必要なので、せめてたばこ税を上げさせて欲しい。

津島雄二自民党税制調査会会長

日本の高齢社会の構造は、毎年約2兆円の歳出が必要となる。高齢化という素晴らしい成果に、それだけの金額がかかるならば、みんなが納得して分かち合うことが必要である。それを毎年2,200億円ずつ、ちまちまやっぺどう解決できるのか私には分からない。年末の税制改正や予算編成に向け、国民が安心できる医療制度をつくるための改革が必要である。

鈴木俊一自民党社会保障制度調査会会長

昨日(23日)の自民党厚生労働部会、社会保障制度調査部会、雇用・生活調査会の合同会議で、2009年度概算要求基準(シーリング)に関する決議をした。実現に向け、与党一体となって腰を据えて取り組んで行かなければならない。

福島豊公明党社会保障制度調査会会長

(公明党大田代表の代理)

シーリングまでのここ数日間が大事である。我々もこの問題に直視し、関係者の声を政府にしっかり伝え、最後まで努力する。

4. 趣旨説明

竹嶋康弘日本医師会副会長より、以下の通り本大会の趣旨説明が行われた。

医学医術の進歩、国民の医療ニーズの増大、そして急速な高齢化の進行等の社会構造の変化を勘案し、しかるべき医療サービス水準を維持していくことを前提とすれば、わが国の社会保障費が一定の規模で増大していくことは明らかである。

しかるに、経済財政諮問会議がこのほどまとめた「基本方針2008」を見ると、平成21年度

予算について「・・・これまで行ってきた歳出改革の努力を決して緩めることなく、国、地方を通じ、引き続き「基本方針2006」、「基本方針2007」に則り、最大限の削減を行う」としている。これは、5年間で1.1兆円の社会保障費を削減するという政策を、平成21年度も引き続き実施するというにほかならない。

長年にわたる社会保障費の伸びの抑制が、医療崩壊を顕在化させたことは明らかである。この機械的抑制が続く限り、救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、介護分野における恒常的人材不足等の問題は決して改善されない。

国民が社会保障に対して不安を持っている今こそ、政府に間違った方針の反省を促し、社会保障費の機械的抑制の撤回という明確な方針転換を図るよう、国民とともに強く要望していくことが必要である。

そのため、国民医療推進協議会では、本日このように「地域医療崩壊阻止のための総決起大会」を開催することにしたので、ご協力の程お願い申しあげる。

5. 決意表明

国民医療推進協議会加盟団体を代表して、大久保満男日本歯科医師会長、児玉孝日本薬剤師

師会長から概ね以下のとおり決意表明が述べられた。

大久保満男日本歯科医師会長

日本の医療はもう後戻りができない一線を越えてしまったのではないかという恐怖のような思いがする。もしかしたら部分的には越えてしまったところにあるかもしれない。現状に辛うじて踏みとどまっているのは、現場の医療従事者の努力に他ならない。しかし、もう限界であり、日本の医療を守るために2,200億円削減撤廃に向け国民と共に頑張りたい。

児玉孝日本薬剤師会長

第二次世界大戦後、GHQの憲法草案には、社会保障の規範となる25条の条文は無かった。25条は日本人の手によって加えられたものである。今一度「人間らしい生活を送る」という理念を考え直す時期であり、財政優先の政策は断じて許せない。

6. 決 議

西澤寛俊全日本病院協会会長より決議文の朗読説明があり、全会一致で原案通り承認された。

7. 頑張ろうコール

最後に羽生田俊日本医師会常任理事の音頭で頑張ろう三唱が行われ、大会の幕を閉じた。



頑張ろう三唱

沖縄県医師会館建設進捗状況 ～8月中には“建物”完成へ～



常任理事 真栄田 篤彦

心配された台風の影響もなく、これまで工事が順調に進んでおります。7月末時点の総合工程では77.5% (+2.50%)の実施率で、8月を目途に建物が完了する予定となっています。

1階から3階まで壁や天井塗装工事がほぼ完了し、徐々に各部屋々の形状が分かるようになってきました。

8月の月間工程では、全ての階の床工事がほ

ぼ完了する予定で、外構部分も上旬から擁壁その他の構造物築造工事に着手するとのことです。

下記の写真は、会館外観部分（東側）と1階エントラスホール部分、3Fホール部分を撮影したものです。

工事の進捗状況は、本会ホームページに随時掲載しておりますので、ご覧下さい。



(H 20.8.1 撮影 会館外観部分)



(H 20. 8.1 撮影 エントランスホール部分)



(H 20. 8.1 撮影 3F ホール部分)

第187回沖縄県医師会臨時代議員会

—平成19年度会務報告・諸決算を承認—



去る6月26日（木）、午後7時15分より沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて第187回沖縄県医師会臨時代議員会が開催された。

はじめに、代議員会の正副議長の任期が去る3月31日をもって満了したため、仮議長に野原俊一代議員が選出された。野原仮議長より定数の確認が行われ、定数57名に対し、44名が出席し、定款34条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。続いて議長選出が行われ、新垣善一代議員（中部地区）が選出されると共に、新垣議長の下で副議長の選出が行われ、副議長に高里良孝先生（那覇）が選出された。

以上の議長・副議長の選出の後、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

挨拶

○宮城会長



皆さん、こんばんは。一言ご挨拶を申し上げたいと思います。

任期満了になっておりました議長及び副議長が選出されました。議長に当選されました新垣善一先生、副議長

に当選されました高里良孝先生、誠にありがとうございます。今後2年間代議員会の円滑なる運営と執行部に対するご指導ご鞭撻のほどをよろしくお願い申し上げます。

本日は、第187回臨時代議員会を開催し、平成19年度の会務、諸決算などについてご審議していただくことになっております。そのためにご案内申し上げましたところ、多数の代議員の先生方がお集まりありがとうございます。

お陰をもちまして、平成19年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位のご協力により予定

をしておりました諸事業も滞りなく推進することができました。

さて、平成18年6月の医療制度改革関連法案の成立を受けて、今年4月から「後期高齢者医療制度」あるいは「特定健診・特定保健指導」等が実施されてきておりますが、特に、後期高齢者医療制度に関しては、マスコミ等でも連日取り上げられておりますし、当事者の高齢者の年金から天引きをされるということ、それから、低所得者からも保険料を取るというようなことがありまして、非常に不満が湧き出てきています。そういうことがあって、国会の中でも野党が廃止法案を提出するというようなことになってきております。

当該問題につきましては、全国の医師会でもいろいろ議論がされております。本日も、地区医師会から質問がありますので、後ほど、担当理事に詳しく説明をしていただくことになっております。

本会といたしましても、私もいろいろ説明をしているんですが、制度自体は平成12年に日医が出したグランドデザインの中で後期高齢者医療は別立てで創設をすべきであるという提言をしております。その当時の理念というのは、75歳以上のお年寄りというのは、ほとんどの方が病気を持っている。医療費の3分の1がそれに使われているというようなことから、社会保障という理念のもとに新たに保険制度をつくるべきだという提案をしております。

ですからいろいろ問題があるとは思いますが、日医が提案した社会保障制度の理念に基づいた形に戻すべきだというふうに考えております。

後期高齢者の管理料、それについてもいろいろ問題があります。そのことに関しても県医師会としては地域の事情を考慮して、慎重に対応していただきたいということで、各医療機関の自主的な判断に任せるといったようなスタンスを沖縄県医師会としてはとっております。

いずれにいたしましても、当該制度というのは、国民が納得するような制度に見直す必要があるというふうに考えております。

一方、県内では、今年度中に県立病院改革の基本構想をまとめることになっております。沖

縄県医師会としても、県立病院の果たす役割、医療提供体制はどうあるべきかというようなことからいろいろ検討して意見を言っていきたいというふうに考えております。

また、医師確保の観点から県全体を網羅した後期研修システムの構築です。前期研修というのは、沖縄県というのは年間140人～150人ぐらい来ておりますが、後期研修というのを沖縄県全体でシステムとしてつくっていくべきだというふうに考えております。

それから、ドクターヘリ等を含めた救急医療体制の整備についても関与していきたいというふうに考えております。代議員各位におかれましても忌憚のないご意見賜りますようお願いをしたいと思います。

後ほど、会館建設の議題が上程されますが、待望の会館が11月の竣工に向けて急ピッチで工事が進められております。今年中には新会館での業務がスタートできるというふうに考えております。出来上がった後には、積極的に会館を活用していただくようお願いしたいと思います。

本日は、お手元の資料にお示ししてありますように、報告2件、議事7件を上程しております。詳細につきましては、各担当理事より説明をしていただきますので、慎重にご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げます。ありがとうございます。

その後、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成19年度沖縄県医師会会務について、稲福監事より平成19年度沖縄県医師会会計監査について報告があった。議事は以下の議案について各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

- 第1号議案 平成19年度沖縄県医師会一般会計収支決算の件
- 第2号議案 平成19年度沖縄県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第3号議案 平成19年度沖縄県医師会用地特別会計収支決算の件
- 第4号議案 平成19年度沖縄県医師会会館建設特別会計収支決算の件

- 第5号議案 平成19年度沖繩県医師会共済会特別会計収支決算の件
- 第6号議案 平成20年度沖繩県医師会諸会費賦課徴収要項改正の件
- 第7号議案 平成20年度沖繩県医師会一般会計収支予算補正の件

なお、当代議員会における質疑応答の主な内容は次のとおりである。

質疑応答（要旨掲載）

1. 議事に関する質疑

○名嘉勝男代議員



先ほどの会務報告の中で、沖繩県保健医療計画が策定されたという報告があったが、地域医療委員会の中で、これができあがった場合には、冊子をぜひ会員に配るように要望した

が、もし県でそれが配られなかったら、沖繩県医師会で配ってほしいと思う。もちろんネット等でも見れるとは思いますが、医療機能の連携のことが載っているのので、そのマップをぜひ会員にも見てもらいたい。地区医師会でもみんなに声をかけているので、どうなっているのか教えてもらいたい。

回答（玉城副会長） 当初の予定では沖繩県から医療機関へ全部配るというお約束だったので、もう一度確認したい。もしいってなければ県に確認する。

2. 代表・個人質問

裁判員制度に関する3つ疑問点について

（中部地区医師会：代表質問）

○中田安彦代議員



裁判員制度に関する3つの疑問点について。これは前回中部地区医師会の理事会で話し合われたものをまとめたものである。

①免除規定

質問内容は裁判員は衆議院議員の選挙権を有する者の中から「クジ」で選ばれるもので、医師もその対象になるといわれている。

患者の生命を預かっている医師は、いつ呼ばれるかわからない状態で働いており、また、当日緊急手術や患者急変のときもある。裁判所で決めた期日に出頭せよ、出頭しなければ罰金を課すというのは、現代の徴兵制と批判されても仕方がない。

医師は、政令などで裁判員免除の規定をつくれぬものか。

②守秘義務

裁判員は、評議の過程で知り得た秘密を裁判終了後も生涯にわたって漏らしてはならない。秘密をもらしたときは6カ月以下の懲役、または50万円以下の罰金に処せられるとあるが、そもそも「クジ」で選ばれた者に、そこまでの守秘義務を課してもいいものか。

③日当

裁判では精神的にも肉体的にも拘束される。裁判員の日当は1日当たり1万円以内とされている。裁判は少なくとも2年ぐらひは続くのではないか。その間、経済的にも裁判所に拘束されるというのはいかなるものか。

以上のことから、この制度には問題点も多く、医師の裁判員についてはこれを免除していただくよう、働きかけをご検討願いたい。

回答（真栄田常任理事） この裁判員制度に関する問題点について、私自身も本当に同じように思っている。ただ、日本医師会では平成17年度の段階で、これを認めて協力するという形で回答しているが、実際には先生方ご理解されているように、個別にわたっては、例えば重症患者を抱えているとか、あるいは本人が病気の時とか、そういうような形の場合には、執務が免れるというか、免除されることになっている。希望する地区医師会には、那覇地方検察庁の企画調査課より具体的に説明することができると聞いている。①のご質問については、各地区医師会でも那覇地方検察庁の企画調査課から詳しく説明を受けて確認していただきたい。

それから、②と③についても県医師会での協

議そのものも非常に難しい面もあるが、結論としては、やはりこの裁判員制度について、県医師会としても一度理事会で十分に協議して、日医に申し出るべきかを判断したいと思う。

ちなみに、先ほど先生がご指摘したように、国民で割ると、1年間に裁判員の候補者になる確率というのは、約60人に1人ということで、非常に確率が高い。やはり医師としての職務、特に開業医の場合には1人であるので、その開業医の場合の勤務状態、あるいは重症患者を抱えているとか、そういう状況を説明すれば免除になるかもしれないが、その詳細についてはやはり先ほどお答えしたように、那覇地方検察庁に確認して説明を受けていただきたい。

来年の5月から始まるため、一刻の猶予もできないと思うが、もう一度県医師会でも詳細にわたって検討して、中部地区医師会の要望として日医に申し出るか確認したいと思う。

後期高齢者医療制度について

(浦添市医師会：個人質問)

○山里将進代議員



浦添市医師会でも後期高齢者の医療制度がスタートした後、理事会でも話し合いがもたれたり、勉強会もやっているが、まだ十分突っ込んだ論議が行われているわけではないので、本日は私個人の質問ということで意見を述べさせていただきます。

まず、4月にこの後期高齢者医療制度がスタートしたわけだが、制度そのものが大変問題があるということで、ご存知のようにマスコミでも連日取り上げられ、国民からもかなり批判が出ていることや、全国の県医師会レベルでも明確に反対を決意するというような医師会も出ており、全体としては制度についてはかなり批判の声が強いのではないかと考えている。

参議院では、廃止の法案がすでに通過しているし、沖縄でも県議会として廃止を決議するという動きがかなりはっきりしており、多分決議

は出るんじゃないかと思う。

そういう状況を踏まえ、沖縄県医師会としても、この後期高齢者医療制度について今後どのような対応をしていくのか質問をさせていただきたい。

私は、やはり日本の医療制度のもっている長所、非常にかかりやすい皆保険でフリーアクセスが確保されているという点が非常にいい点だと思うが、今度の後期高齢者医療制度は、患者のフリーアクセスの確保という点で非常に問題があるのではないかとということと、後期高齢者の診療料と関連するが、医師間のいろんな連携が非常にやりにくくなるような、そういう側面が非常に強いと思っている。もう1つは、私たちは今まで必要に応じて必要な医療サービスを提供するというので、出来高払い制度の下でやってきたが、今回の後期高齢者の診療料というのは、全国的にはこれを手を挙げて算定するという医師は非常に今のところ少ない状況であるが、この制度が残された場合、医療費抑制のテコに使われて外来の医療の包括性につながっていくという、そういう危険性があるものではないか私は考えている。

これが老婆心であればいいが、制度としてこういう問題のある制度は、やはり私は撤回させていくような運動が必要じゃないか思っており、後期高齢者の特に診療料については廃止をしていただきたい。県医師会もそういうことでリーダーシップをとっていただきたい意見を述べさせていただきます。

回答(平安理事) 山里先生のご指摘のとおり、国民だれもが知るこの制度は問題があるところである。私的的確な答えができるとは到底思わないが、これまで県医師会として話し合ってきたことや、現在のとりまとめたところをまずはお伝えして、またご検討いただきたいと思っている。

まず、この制度については、後期高齢者という言葉はどうあれ、75歳以上で区切って、新しい保険の形にするということ、そのことと診療報酬上の問題とはやはり、入り口は分けて議論しないと混乱してしまうということがあるかと思う。

そういうことでまず医療制度、後期高齢者医療制度についての当会のとりのまとめたところを改めて確認させていただく。これは日医が当初から示していたとおり、患者さんに負担を求めるのではなくて、医療費の9割を公費で賄うと、そういった新しい社会保障制度に見直しを求めていくというスタンスである。日医が示した見解というものを6月19日に自民党の議員の有志会あたりで改めて言うっており、それで確認してもやはり75歳以上の高齢者に対しては国が保障の理念の下で支えるべきだということ強調し、75歳以上を手厚くする、今までと同じ医療を提供する、医療費の9割は公費、すなわち国が負担する、高齢者の家計負担は保険料と一部負担を合わせて1割ということで、この4つを柱にした制度をつくっていくべきだという姿勢は変えていない。

当会としても、75歳以上の高齢者に対する医療制度は、社会保障という理念の下で現行制度であれば問題があるということである。当然のこととして見直すという姿勢をもっている。

それから、診療報酬上のことで密接に関係している後期高齢者診療料の問題だが、まずこのことを考える前に、昨年5月に厚生労働省が唐突に総合科医という概念というべきか、構想を示してきたわけだが、それに対して日医は昨年来、総合科医という構想が患者のアクセスポイントを減らすとか、地域格差を生じさせる、あるいは国が総合科医を認定することは、官僚の権域を増大して地域医療を国が管理統制することになるのではないかとということで、ずっと反対してきている。そういうことが最終的には人頭払い制にもつながるであろうということで、この唐突な国の提案というものは非常に批判を受けていったわけだが、国としては高齢者を総合的にみる医師の案というものをどうもずっと押し進めてきて、それがいつの間にか中医協とか、後期高齢者医療制度の中に乗っかってきて、最終的には74歳以下の生活習慣管理料というものが75歳以上にはないからということで、この後期高齢者診療料の新設ということにつながったわけである。

その中で、かかりつけ医といったものの発想

がどうしても見え隠れしているということで、先生方が危惧されていることはご指摘のとおりだと思っている。

そうは言っても、日医としては、総合という表現が排除になったとか、主治医という表現が担当医に変わったであるとか、やや骨抜きにはできたとかということも言っていて、そんなに心配ないとも言っているが、日医の常任理事の中でも、山里先生がご指摘のとおり、やはりいずれ外来診療の定額払い、そういったものの伏線になっていくのではないかと、医療機関へのフリーアクセス問題など、いろんな問題が見え隠れしているということである。

そんな状況にあるが、先ほど述べたように75歳以上では、生活習慣病管理料にあたるものがないということで、もしかして地域の事情によっては、これを算定、検討せざるを得ないようなことが出るかもしれない。やはりこれは診療報酬上の問題でもあることも確かですので、手上げ制にもなっている。当会としては、この診療報酬というものが創設の経緯を考えると、やはり慎重に対応はしていただきたいが、最終的には現時点では医療機関の自主的判断に任せるということで、今までのところそういうことになっている。

日医としては、中医協の検証も含めて、今後、この後期高齢者診療料の算定のあり方とか実情を見て、フリーアクセスに何らかの問題が出ている場合には断固修正を迫ると、そういったことは言っている。そういうことで当会も考えている。

この後期高齢者診療料、申請の際の施設基準になっている研修会というのがあるが、これについても、当初は6月中に説明会について日医から連絡があるということだったが、その後の診療料に対する非常にブレた、分かれた見方とか、いろんなものが出てくる中で、日医の中でもやはり研修会そのものを開催すべきかどうかということで揺れているようである。

現在までのところ、説明会についての通知等はまだ来ていない。近日中に届くということであるので、当会としても日医の見解をみた上で、これまでの経緯も含めて研修会の開催につ

いても、さきほどの診療料のことに併せて慎重に検討していきたいと考えている。

○山内英樹代議員



先日の会長会議でも那覇市と南部地区から同じような質問があったというふうに記憶している。

ぜひ、こういう制度の問題は代議員会できちんと討論すべきだろうと思う。会長会議の

テーマとしてはどうかと私自身は思っているので、ぜひご検討をお願いしたい。

それからもう1点、今、担当理事からお答えをいただいたが、県医師会として答えるのは、日医との関連でかなり問題があるというのは重々認識しているが、もう少し明確な方針というか、日医が提案したフレームワークではあるが、当初提案したのとは明らかに内容が違ってきているということはあると思う。そのへんを踏まえて、沖縄県医師会としても、現状ではこうだというような意見を出していただくと有難いと素直に感じている。

回答（宮城会長） この後期高齢者医療制度。「制度」というのと診療報酬上の「管理料」の問題は分けて考えないといけないと思う。後期高齢者医療制度に対して明確に反対をしている医師会は全国で茨城県医師会だけである。そのほかの医師会は地区医師会を含めて、診療料の算定に対しては明確に反対をしている医師会はいくつかある。そういう意味で、医師会としては制度そのものに対して反対ということはいえないだろうと思う。

ただ、診療報酬上で医療費抑制の仕組みをつくるということに対して、基本的には反対すべきだとは思いますが、先ほど言ったように県医師会の理事会でいろいろ検討していった段階では明確に反対するというのはいろいろ問題があるということで、慎重に対応すべきだというのが県医師会の意見、見解だということである。明確な姿勢をとるよという意見は、いろんなところからも聞いているが、ただ、地区医師会でもアンケートをとった結果、講習会については

ぜひ開催してくれという医師会と、開催すべきでない医師会と、同じような危惧を抱きながらも医師会の態度も変わっている。

そういう意味で、県医師会として講習会を開くべきではないと。あるいは開かないという明確な態度は今のところはとっていないということである。ただ慎重に対応していきたいということである。日医が講習会を開くということが出てきたときに、それに対しても慎重な対応をとっていきたいと考えている。

**学校医と学校産業医のあり方について
（南部地区医師会：代表質問）**

○名嘉勝男代議員 最近、学校・産業医の配置で大変苦慮したので、それでこの問題を提示している。質問内容はここに書いてあるが、ご承知のとおり公立学校（高校・特殊学校）においては、教員を含む職員数が50名を超える場合には、産業医を配置することになっているが、会員によっては産業医を断るケースもあり、対応に苦慮している。

産業医の資格を持っていない学校医にも半強制的に産業医を兼任していただいているのが現状である。ところが現に一部の会員からは、資格を持っていないのに専門外なので、産業医のことで責任をとれないなどの厳しい意見もある。

そこで、産業医だけを他の医師に委託するとした場合、問題になるのが産業医の委託報酬である。開業医が診療を一時ストップさせて出向くには、到底見合わない報酬であり、今回の問題を難しくしている要因だと思われる。

学校に産業医を配置するには、やはりそれに見合う報酬が必要である。

この件に関しては、再三、医師会へ要請を行っており、九州各県に比べ本県の学校産業医の報酬は決して安いものではないことは理解しているが、上記に述べたように、会員の先生方に学校医及び産業医を依頼する立場にある医師会にとっては非常に大きな問題である。

ぜひとも、窮状をお汲み取りの上、問題解決に向けた対応についてご検討いただきますようお願い申し上げます。この件に関しては、以前にも再三、取り上げられたようであるが、進展が

ないということで提案している。

回答 (宮里理事) 再三、要請されて進展がないということだが、やはり再三、要請してきた経緯があり、それが動かない理由としては、産業医の報酬が日本医師会と厚生労働省と文部科学省と三者の合意で決められたという経緯がある。

それから、次世代を担う子供たちのためにボランティア精神を發揮してほしいという意図があり低く設定されている。それでも沖縄県は全国に比べると低くはないという現状である。もう1つ動かない理由は、そのための財源がほとんどないということである。財源がないということで動きがない。それでも皆様のご苦勞に対して担当部署と交渉は続けていきたいと思っている。

産業医をしっかり今度要求した場合には、産業医は月にいっぺん現場に赴くという規定があるので、そうなった場合は、きっちりと監査が入るということは答えを得ている。

それから、一番大きな問題として、医師会長、あるいは担当理事が一番苦勞しているのは、おそらくお願いをして断る人がいるということだと思う。そういう現状が実は他の地区医師会でも、特にここ7、8年出てきている。中部地区医師会でこれが問題になったことから委員会をつくり、去年1年間かけて所轄の教育委員会をお願いした経緯がある。中部地区医師会が一番大きくて会員が508名、それから南部地区医師会が385人いらっしゃる。大きいところほどそういう問題が出てきているというのは、やはり385分の1であると学校医を断りやすいという現状と、それから産業医の先生が少なく、特に公立高校、それから特殊学級に関しては、職員が50名を超えた場合は産業医を配ることが望ましいとなっているが、産業医の数そのものが少ない。報酬が少ないということで、いったん引き受けてしまうと次の人が出てこない。そうすると延々とその職務に就くことになる。ところが、ある程度ボランティア精神を發揮してなされているその職務に対して、教育委員会と現場の管理者である校長の無理解が非常に大きい。そもそも学校医は義務教育の

小中学校に学校教育法で学校保健法で、子供たちを心身共に健やかに育て上げて、将来、役に立つ社会人を育て上げるという目的で医師会は協力しているはずである。あくまでも協力であり、私たちは教育委員会の一機関ではない。

ところが、これは先輩方が、戦後、非常にボランティア精神を發揮されまして、積極的に医師を派遣していた経緯がある。ところが本来は管理者たる校長が自分でドクターを探して依頼して、それでもできなければ医師会にお願いして適当な人を推薦してもらうのが筋である。その中で話し合っただけで決めるのが本来だと思うが、今のあり方は、校医あるいは産業医を決めるやり方は、医師会が決めてお願いして派遣するという逆の形になっている。そのため、管理者たる校長先生が医師会が送るのは当たり前と思っている。だから自分たちの都合の範囲内では、健診も組まないし、それからいろんな行事も組まない。先生の予定を無視してしまう。そういう現状がある。

本来ならば、小中学校は義務教育に関しては積極的に協力すべきであるが、専門学校、高等学校、大学に関してはその限りではないので、中部地区の花城担当理事にお聞きすると、私立高校は校長先生自らが探してお願いして、話し合いをして行っているのだから何らトラブルは起きてないとのことである。

下から11行目をご覧になって頂くと、まず、いろんな現在の枠組みがある。「公立高等学校の校医は産業医が望ましい」、「報酬は決まっています財源はない」、「ボランティア精神を發揮してほしい」。それから「産業医は医師会がリーダーシップをとって配置」している現状。それから「校長あるいは管理者の理解不足」。こういう枠組みの中で単に報酬を上げて解決しないと思う。県医師会は報酬アップを図るための交渉はするが、各地区医師会でやはりこちらから配置するのか、お願いされて配置するのかという配置の見直しと、それから私たちは教育委員会の一機関ではなくて、協力機関だということをしっかり打ち立てて、やはり校長先生が探すべきではないかという選択肢も投げかけてよろしいのではないかと思う。探せなければどう

ぞまた私たちに相談していただきたい。そういう形であればおそらく学校側の無理解も解消されるのではないかと思います。

学校ではおそらく卒業生でドクターもいらっしゃるであろうし、それから、父兄の中にもいるであろうし、頼まれれば嫌と言わないと思う。多分そういう選択肢もあってよろしいのではないかと思います。

実は、きのう確認したら、中部地区医師会は、9つの市町村があるが、そこの教育委員の方々に、「自分たちは教育委員会の一機関ではない。協力機関であるということをしっかりと認識して、健診に関しても2カ月前に相談してほしい。あるいはいろんな問題を事前に調整してほしい。」等を花城先生の名前で出してある。そのことから先生方もそうしていただきたいと思う。

それからもう1つ、初診料、再診料が問題になったときに日本医師会の担当理事が日医ニュースに書いてあったので皆さんもご覧になったかと思うが、開業医はアフター5、それから、昼休み、診療時間もときには社会貢献している。その最たるものが学校健診であり、予防接種である。再診料、初診料を下げてもらわないためにも社会貢献をしているということを切り

札に使っているの、ぜひそこらへんも勘案して、この問題はやはり社会奉仕という一面と、それからもう1つ、おそらく不満はそこだと思いが、配置に関してもう1回教育委員会としっかり打ち合わせしたほうがよろしいのではないかと思います。

○名嘉代議員 今のご意見で公立高校の学校長自ら校医を探す、依頼すると言うが、今回この件を申し入れる予定はあるのか。

回答(宮里理事) それは各地区医師会でやっていただきたい。ただ、こちらとしては報酬を上げる交渉は持続してやる。それから、必要があれば教育長にそれを意見として上げる。

○中田安彦代議員 地区医師会は、地区の医療関係についてやっているが、県立学校というのは、県の組織なので、本当は県医師会がやるべきじゃないか。

以前、中部地区の県立高校は、中部地区医師会が斡旋して校医を出しているが、考えてみれば、習慣的にやっていることだが、組織を考えたなら日医は国全体のこと、県医師会は県に関する、地区は地区医師会と考えているのがいかがか。

○宮里理事 それで良いかと思う。

収支計算書総括表

平成19年4月1日から平成20年3月31日まで

社団法人 沖繩県医師会

科 目	合 計	一 般 会 計	医事紛争処理特別会計	用 地 特 別 会 計	会館建設特別会計	共済会特別会計
I 収入の部						
1. 入会金収入	2,306,000	2,306,000	0	0	0	0
2. 会費収入	229,425,400	199,509,400	3,720,000	0	0	26,196,000
3. 補助金等収入	32,411,220	32,411,220	0	0	0	0
4. 負担金収入	16,231,500	7,430,000	0	0	8,801,500	0
6. 雑収入	9,881,421	6,994,634	46,769	729	1,001,271	1,838,018
8. 特定預金取崩収入	207,150,500	0	1,000,000	199,156,000	0	6,994,500
9. 繰入金収入	199,709,553	0	0	0	199,709,553	0
当期収入合計	697,115,594	248,651,254	4,766,769	199,156,729	209,512,324	35,028,518
前期繰越収支差額	51,855,664	35,943,413	1,390,673	752,824	0	13,768,754
収入合計	748,971,258	284,594,667	6,157,442	199,909,553	209,512,324	48,797,272
II 支出の部						
1. 事業費	119,615,343	97,668,404	2,002,439	0	0	19,944,500
2. 建設事業費	86,110,250	0	0	0	86,110,250	0
3. 管理費	114,681,179	109,782,021	2,608,609	200,000	0	2,090,549
4. 会議費	14,709,509	14,709,509	0	0	0	0
5. 雑費	118,042	0	0	0	118,042	0
7. 特定預金支出	25,010,000	15,010,000	0	0	0	10,000,000
8. 繰入金支出	199,709,553	0	0	199,709,553	0	0
当期支出合計	559,953,876	237,169,934	4,611,048	199,909,553	86,228,292	32,035,049
当期収支差額	137,161,718	11,481,320	155,721	△ 752,824	123,284,032	2,993,469
次期繰越収支差額	189,017,382	47,424,733	1,546,394	0	123,284,032	16,762,223

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

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

平成20年度第1回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



みだし都道府県医師会長協議会が平成20年7月15日（火）午後3時から日本医師会館で開催された。

はじめに、司会を務めた羽生田常任理事より開会の辞があり、日医唐澤会長より挨拶が述べられた後、宮城県医師会長及び岩手県医師会長より、岩手・宮城内陸地震の被害報告及び都道府県医師会に対するお礼の言葉が述べられた。

その後、提案された18題について協議が行われたので、概要について報告する。

協 議

(1) 厚生労働省調査に対する日本医師会の同意について（徳島県）

<提案要旨（抜粋）>

この度の微量採血用穿刺器具の使用状況に関する調査については、危険性の説明が十分行われず、結果だけが公表されることになってい

る。国民の間に過大な不安感をあおる恐れが非常に大きいのではないかと危惧されるところである。

調査依頼文書には、日医にも連絡済みとの文書が添付されていたが、具体的にどのような説明や検討が行われたのかお伺いしたい。また、今後このような事案についてどのように対応されるかお伺いしたい。

【木下常任理事回答】

厚労省の趣旨は、少なくとも通知の添付文書に記載してあるように禁止事項になっているものをあえて使用したということに対して、感染の可能性はゼロではないということから国民に不安をかけないためにも公表は避けられないという主張である。

厚労省との折衝では、調査については各都道府県に依頼をしているが提出のみであって、公表を強いている訳ではないし、求めてもない

とのこと。

具体的に調査報告書をどう取り扱うかについて、①我が国で微量採血穿刺器具を使用しての感染例はない。②これまで公表に際して不適切な症例という言葉を使っていたが、針を交換せずに複数に使用した場合や針を交換していたら調査対象器具を複数使用していた場合などの区分された表現をしてほしい。③病院等では消毒をきちんとしていたということそのまま記載すること。④医療界だけではなく国民に関して公表するとしても感染の恐れはないということを確認してほしいということである。現在、それらを踏まえて、日本感染症学会に見解を求めているところである。厚労省もそのコメントを重視したいとのことである。

また、本調査は医療界に対して自主的な回答を求めたが、ペナルティを課すような条文は行わないということを約束した。また、再調査はしないこととしている。公表する際には日医が事例をチェックした上で適切な表現かどうかを見て公表することとしている。

<徳島県医師会：川島>

当初の予定では6月23日に厚労省の調査を締め切る予定であったのが、何らかの理由で6月31日になった。日医から取り扱いに関する文書をいただいたのは7月1日であった。ほぼ同時期に説明の文書をいただければ我々も多少の不安感が解消できたのではないかと。また、感染の可能性が一例でも発症した場合、その検査・治療が医療機関の負担とするのではなく公的機関で負担するということが望ましいと考える。

【木下常任理事】

経緯説明の文書については、医師会全体の意見をまとめるのに遅れた。大変申し訳ない。検査に関しては、患者から問い合わせがあった場合は、原則、保健所で対応してよいとのこと。B型肝炎はスクリーニング、C型肝炎、HIV検査は精密検査となる。

(2) 採血用穿刺器具と真空採血管ホルダーの取扱いについて（三重県）

<提案要旨（抜粋）>

採血用穿刺器具及び真空採血管ホルダーについては、いずれも国内では感染等の事例は報告されていないにもかかわらず、厚労省は、調査に誠実に回答した不適切事例のあった医療機関名を公表する等、他方の真空採血管ホルダーの取扱いは十分な方針が示されていない。安易な公表がかえって住民の不安を招いたことは事実であるが、日医の見解と今後の対応、厚労省への働きかけをお伺いしたい。

【木下常任理事回答】

そもそもホルダーに対して単回使用にして欲しいという通知を添付文書に載せたが、厚労省が業者に対して指導を促す文書である。あえてそうしたのはそれまでホルダーは、雑品扱いであった。それ以降は、医療機器にすることになったという経緯がある。また、使用方法について逆流しなければ安心ということを確認すればよい。日本感染症学会では、真空採血管を用いた採血利用に関する安全管理指針を出している。この指針では逆流しない使用方法や指針通りであれば感染は起こらないことを明確にしていることから、これまでどおり消毒の上で採取をしてよいとの見解をいただいている。

<三重県医師会：中嶋>

ホルダーの添付文書には再使用禁止、禁忌禁止の欄にはホルダーは患者ごとの使用とし、使用後は廃棄すること（ホルダーに血液が付着した場合、交差感染の恐れがあるため）という事がきちんと記載されている。厚労省のQ&Aにあるようにホルダーを一律に単回使用の医療機器とすることを求めたものではないという説明があり、社会的に説明責任が果たせるのか懸念しているところである。日本感染症学会の見解を出していただくと同時に記載されている文言が厳しく押し掛かっているということを確認していただき、日医のご努力をお願いしたい。

【木下常任理事】

今後の問題として、現実には採血方法と器具の安全面を含めた添付文書のあり方について検討していきたい。

(3) 保険免責制の導入阻止を要望する

(新潟県)

<提案要旨(抜粋)>

福田首相が設置した社会保障国民会議の第4回サービス保障分科会では、給付範囲の縮小、保険免責制に向けた議論が必要との認識を示した。

さらに、財務省の財政制度等審議会では、保険免責制導入や一般病床に入院する患者の食費・居住費の自己負担化などについて「引き続き聖域なく検討していく必要がある」としている。

若い人の病気の多くが低額医療であることから、保険料の不払いや滞納が増えるなど、結果として国民皆保険制度の崩壊が危惧される。また、早期受診が阻害され、疾病の重症化を招き、医療費の増額に繋がることが予想される。

保険免責制は社会保障給付費を減らす上で効果的であるゆえに、今後、国の諸会議で議論になるだろうが、断固、導入を阻止するよう日医に要望する。

【中川常任理事回答】

おっしゃるとおりである。日本医師会では記者会見を開き、日本の公的医療保険は制度の総合的な評価の高さに比べ、高い一部負担割合については、世界的に評価が低い。保険免責制という言葉を入れること自体、不適切であり削除すべきであると主張した。しかしながら、6月12日の中間取りまとめでは、保険免責制の導入や混合診療、民間保険の活用などについて、議論を深めることが必要であるとされた。財政制度等審議会では、保険免責制の導入について取り上げたが、保険免責制は医療費が低いほど、患者負担割合は高くなり受診抑制や保険料支払いの低下にもつながっていく。限度額の引き上げにより保険給付範囲を狭め、医療における格差を助長する恐れが大きいと反論したところである。

保険免責制の大きな問題として、①いったん導入されるとなれば崩壊的に限度額が上がる。②費用がかかる医療も保険給付されなくなり、広範囲で受診抑制が起こる。③医療費の半分を自己負担ということに成りかねないので、あまり医療機関にかからない若人の保険料不払い等、公的保険からはなれていくといったことがあげられる。

保険免責制導入の主張には、民間医療保険診療を拡大しようという意図がある。そういう意味では混合診療解禁、株式会社の参入と同じ理屈である。しかしそれでは、公的医療保険は崩壊する。日医はこれまでその問題点をはっきりと示してきた。今後も断固反対していき、厚労省の文書等に記載自体もされないことがないように断固に理論武装し行動していくつもりである。

(4) 地域産業保健センター委託事業の税務申告について(秋田県)

<提案要旨(抜粋)>

全ての地域産業保健センターを対象として、「所轄税務署への申請が無くとも公益法人等の収益事業としない」旨の日医からの対応を強く要望する。

【今村聡常任理事回答】

地域産業保健センター事業推進の要素の一つとして煩雑な事務作業の軽減であることは理解している。事務作業の軽減については、健康相談や個別訪問相談、産業保健指導に集中していただくためにも大変重要な課題ということで厚労省にも機会があるごとに働きかけを行っているところである。今回提案いただいた税務申告の手続きについては改めて法令遵守という観点から税理士等の専門家を交えて検討させていただいた。その結果、地域産業保健センター事業については、法人税法上の施行令第5条第50号の請負業に該当する。どうしても公益法人の行う収益事業の範囲に該当する。そのため、所管税務署への届け出の税務申告が必要となる。実費弁償による事務処理の受託等の確認申請書というものを提出すれば収益事業にならないと

いう法人税の基本通達があり、どうしても手続きが必要になってくる。他の委託事業も同様であり、日医の女性医師バンクがその一例である。全ての地域産業保健センターを対象として、所管税務署への申請がなくとも公益法人等の収益事業としないという対応については、現状極めて困難であるが、必要な情報提供はさせていただきたいのでご理解頂きたい。

(5) ①高齢者医療制度の医療費の9割公費負担について (兵庫県)

<提案要旨 (抜粋) >

9割が公費負担となると、国のコントロールが極めて容易になる (総枠規制・キャップなど)。今回の主治医制や日医が進めようとしている「総合診療医」の認定制度と相まって、人头割・定額払いなど、簡単に導入されることになるがいかかがか。

【中川常任理事回答】

これまで日医はグランドデザイン2007 総論の中で、高齢者医療制度のあり方について述べてきた。更に、今年5月に高齢者のための要検討として再度取りまとめを行った。これについて与党は、後期高齢者医療制度の見直しに向けて日医案を説明する機会を与える等、日医案が具体案の一つとして高い関心と評価をいただいている。我々の主張の柱は4つで、①75歳以上を手厚くすること、②75歳までと同じ医療を提供すること、③医療費の9割を公費として国が負担すること、④高齢者保険料と一部負担を合わせて1割にすることである。

今後日医が主張していくことは、①根底にある医療費抑制策を転換させること (社会保障費自然増に対する年2,200億円削減の反対)、②総枠管理の糸口となる国による総合科医の認定を断固阻止することである。また、日医は高齢者について公費9割を主張しているが、この財源は国庫や政管健保といった一般医療保険に投入されている公費を充てることにする。その結果、全体としての公費投入額は増加しない。したがって、高齢者医療制度の公費を9割にする

こととして新たな形で医療費抑制をするわけではない。むしろ、止めるべきは根本的な医療費抑制策であると考えている。

また、高齢者に公費を集中させる大きな理由として、現在、消費税は国の予算総則で年金、高齢者医療、介護の国庫負担に充てるとされている。一般医療保険に投入されている国庫負担は消費税の受け皿ではない。社会保障国民会議では、基礎年金給付を全額税方式という議論を行った。これは、年金を保険ではなく保障という理念の下で運営することにしている。その財源として消費税という案も浮上している。年金だけを先行させるのではなく、高齢者医療も同じ土俵で議論すべきである。そのために医療における消費税の受け皿である高齢者医療の国庫負担を拡大していくということに意味があると考えている。

(5) ②「医療特区」について (兵庫県)

<提案要旨 (抜粋) >

厚労省・文科省・経産省に内閣府が加わって最先端の再生医療・バイオ医薬品・医療機器の開発が「先端医療開発」という形で進められている。

今回の「スーパー特区」構想には、大学・研究者・企業などの複合体が中心となって行われるが、安全性・倫理性がどう担保されるのか見えてこない。加えて、先端医療の患者負担の軽減のための高度医療評価制度 (混合診療) の適用拡大を決めている。

今後、全国に混合診療と格差医療・市場原理の導入などが進められていくが、日医の対応をお尋ねする。

【内田常任理事回答】

「スーパー特区」における具体的な問題点として、今年4月に導入された高度医療評価制度で、保険診療や薬事法等の承認を受けていない医薬品、医療機器の使用に伴う漸進的な医療技術を利用することがあげられる

これは、平成18年6月の医療改正の際に参議院の付帯決議で新たな保険外併用療養費制度に

において医療における安全性・有効性が十分確保されるよう対処すると共に保険給付外の範囲では助成金で無制限に拡大されないよう適切な配慮をすることとしており、大いに問題がある。

日医の主張は、医療のフリーアクセス、現物給付、国民皆保険制度を堅持して、安全・安心な医療提供体制を確保するということである。

高度医療評価制度は、いずれにも障害となるようなリスクを抱えるものと考えている。その活用は例外的に行われるべきであり十分に監視していく必要がある。また、アラブ首長国連邦の企業ファンドが「スーパー特区」を誘致する神戸市の病院に投資し、収益を凶ると共に医師を派遣して医療技術を習得するといった報道がなされた。国内外の企業ファンドが特定の会社等を通じて病院を経営した場合、営利企業による病院経営の介入や支配、あるいは不当な利益獲得につながる恐れがある。本来、患者（国民）の地位、医学医療の発展に還元される利益が企業や配当という形で投資家に流れるという事態は容認できるものではない。

日医では、国民誰もが安心して、いつでも・どこでも安全な医療を受けられる体制を今後とも守っていくために「スーパー特区」も十分に注視し、必要な場合には然るべき意見を強く申し入れる立場を堅持したい。

**(6) 今、日医による「社会保障立国論」を
(京都府)**

<提案要旨(抜粋)>

- 1) 医療、介護など基本的に人的集約分野の拡充による経済効果
- 2) 特別会計も含めた連結決算による国家予算の透明化
- 3) 社会保障の拡充のための国民負担のあり方などを中心とする「社会保障立国論」の策定と展開を今後の日医の進むべき方向として確固たるものにするを提言する。

【竹嶋副会長回答】

現在、国による社会保障に対する明確な理念が見えていない。医療・介護・福祉は国民の命

を支える基盤であり、雇用・年金は暮らしを支える基盤である。さらに、社会保障の中の教育は、国民が生き生きと働いていける能力を培っていくものである。したがって、社会保障とはライフサイクルを通過して国民一人一人分け隔てなく提供されるべき重要な社会共通の保障である。これら視点の下に国は、国民の安全・安心のために常に社会保障のあるべき姿を提示して、政策化していく必要がある。

ご存じのように日本国憲法第25条では、すべての国民は健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有するとしている。国は全ての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならないとしている。

憲法にある最低限の生活とは、時代の要請を経て進化していくものと思われる。医療においても医師の不足や偏在、療養病床の削減による不安、分娩実施施設の閉鎖等、地域間格差が大きな問題となっている。制度改革の名の下にこれまで繰り返されてきた医療費も患者負担の増大など、医療へのアクセスポイントを確実に減らしている。社会保障が進化するどころか後退しているのが現実である。

日医は国の政策の方向転換をする提言を行うべきである。提言の中には、国家予算の透明化があったが、日医総研の研究を基に、特別会計や独立行政法人の収支の見直しを日医として継続的にロビー活動を通して訴え続けてきた。

先般、閣議決定された基本方針2008においては、特別会計の見直しをはじめ、国家予算における徹底的な無駄の排除が盛り込まれている。社会保障における負担のあり方についても、事業主負担も引き上げる。各種公的保険料も保険料の平準化および調整、見直し等を提案している。

今後も新しい提言等を含めて主張していきたい。しかしながら、我が国における社会保障論は給付と負担という財源論に偏っている。規制改革会議などは、理論を称して常に捉えているが、我々は消費ではなく投資であるという考えで社会保障の再生化で国を活性化していく。国家の財

産は、国民の健康である。その上にたつて、社会共通資本としての医療・介護・教育のバランスを図りつつ、これに投下する戦略的懸念を行う。積極的なアクションを起こしていく必要がある。今後は医療を含めた社会保障全般に亘る我が国のあり方、目指す方向について提言し、新たな国づくりに全力で取り組んでいきたい。

(7) タバコ対策委員会の設置について

(愛媛県)

<提案要旨(抜粋)>

日医は2003年に禁煙日医宣言をしたが、7項目の宣言事項について推進する部局がないため、動きがない感がある。冊子やアンケート調査等の対内活動も評価するが、厚労省・政府への働きかけやWHO発の禁煙に関する条約の会員への周知等、多くの対外活動が必要である。

タバコは毒物、喫煙習慣は病気という立場から、タバコ対策を進める部局の設立を望む。

【内田常任理事回答】

日医でも様々な取り組みを行っている。現在は会内の公衆衛生委員会においてタバコ対策に関する事項を検討しており、前禁煙委員会の委員3名がメンバーとして在籍している。タバコに害があるということは国民に浸透してきている。今後どのような施策をするかということを経営委員会等で検討しており、特にこどものタバコ対策を中心に検討している。

<愛媛県医師会：大橋>

禁煙宣言が死文化している。追加や見直しを望む。

(8) レセプトオンライン化について(岡山県)

<提案要旨(抜粋)>

社会保険診療報酬支払基金は、平成23年度原則完全オンライン化の工程を確固たるものにするため、下記について述べている。

- 1) 所要のIT投資を行っていく
 - 半ば強制的にIT化する事に法的な問題や個人情報などに問題はないか。

- 2) オンライン化が着実に進めば、請求支払義務の効率化に見合った要員効果が見込まれる

→小規模医療機関では、こうした投資が出来ず、診療所を維持できない所もあるのではないか。

- 3) 平成23年度までに▲500人の定員を削減していく

→標準化は医療の規格化であると考え(337のチェック項目、14,000の根拠に基づく算定ルールが組み込まれている)。

- 4) 原審査充実の指標となる「原審査見落とし率」を半減し、約10%とすることを目指す

→医療、介護、調剤などとの突合、縦覧が容易で極めて大きな影響が出ると考える。

【藤原常任理事回答】

- 1) 請求方法は、健康保険法の省令で定められているので、一応法令に則っている。個人情報問題については基金法があり、担保されている。保険者側にも健康保険法や国民健康保険法等で担保されている。大量の情報運営にあたり、セキュリティが心配されるが、通信ネットワークは銀行のオンラインバンキングより数段上のセキュリティなので心配ないと思う。医療機関や医師法での守秘義務の問題は、医療機関のセキュリティに対する意識付けをこれまで通り行う必要がある。レセコンがオンライン化することにより外部からの侵入が予測されるが、それは高度な犯罪で実際の犯罪量が少ないと伺っている。情報漏洩の多い原因である医療機関がきちんと鍵を掛けておくことやノートPCの置き忘れ等に注意することが重要である。

- 2) 日医では平成21年度概算要求に対して次の要望を行うこととしている(歯科医師会と薬剤師会とも連携)。
①オンライン請求の義務化阻止(手上げでの実施)、②レセプト電算の活用、③少数概況の要件緩和(年間平均請求件数が1,200件から3,600)

件へ。平成23年4月1日から2年間の範囲内で別に定める延長。)、④財源措置(今回の予算で166億円の要望)、⑤代行請求の仕組み(診療所は従来通りの請求、手数料が安くなるようコスト削減策を考慮)。

また、レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査結果より、比較的高齢な医師が地域医療を断念すれば、医師不足・偏在問題が更に悪化しかねないという観点から、これらを踏まえて対処していきたい。

- 3) 日医としても掌理については、政府の薬理作用に基づいた審査の仕組みをすべく努力している。
- 4) 基金の審査は厳格に行われており、それを踏まえて行動していきたい。

＜宮城県医師会：嘉数＞

レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査結果では、42,130件の回答を得た。その中に36,011名もの医師がレセプトオンライン請求を義務化することによる廃院や保険診療を止めるといった回答が寄せられた。58%のアンケート結果から換算すると、6,000～7,000の医療機関が診療を止めることになる。これが省令化されて法的に問題がないというのは如何なものか。この時限に間に合わない方、止める方を含めて、支払の拒否や延期をすることは意地悪だ。現に会員が我々のところへ直に訴えてきている。アンケート調査を行いそういう結果が表れているので、日医は今後の対応等について真剣に考えていただきたい。

(9) 特定健診・特定保健指導について

(大阪府)

＜提案要旨(抜粋)＞

- ①特定健診の集合契約は、厚労省がモデル案(第11条)を示しているが、あまりにも実施機関の責任が大きくなっている。保険者と集合契約の際、11条の変更を主張したが、国がモデル案を示していることから、

都道府県段階で変更できないと主張している。日医が厚労省に対し、モデル案の改善を強く働きかけてほしい。また、特定保健指導についても集合契約を締結すべく医療保険者と協議中であるが、指導中の事故が大きな問題となってくるので、厚労省との協議結果を速やかに通知してほしい。

- ②日医は事業を円滑に推進するためにも厚労省をはじめ健保連・支払基金・国保中央会などと詳細に問題点を詰め、都道府県医師会に具体的実施方法(方針)を通知してほしい。

【内田常任理事回答】

- ①標準的な契約書の雛形の過程にあたっては、公正取引委員会への確認に加えて、厚労省のワーキンググループで整理されたものである。雛形の第11条「事故及び損害の責任」とあるが、市町村や保険者の過去の健診に関する契約書を基に保険者実施機関のいずれかに負担を抱え合わせることは適当ではないという公正な取引の観点に基づき、受託する実施機関や医師会等を取りまとめる団体が独占禁止法に抵触しないように公正取引委員会と相談しながら取りまとめられたものである。故意又は重過失がない場合は、協議によるケースバイケースで判断するというのが趣旨となっている。

現在、特定健診・特定保健指導の契約状況について、都道府県医師会・郡市区医師会に調査をしており、その際に契約書の写しを添付するようお願いしている。これを基に日医総研で特定健診・特定保健指導の実施における標準的委託業務契約の法的問題点に関する調査・研究を行っている。早急な回答は難しいが、調査結果を踏まえて対応したい。

- ②初年度ということもあり、多少の混乱を招いていることは事実である。現在、厚生労働省、支払基金、国庫中央会等と緊密に連絡を取り合っており対応を進めているところである。

(10) 女性医師登用推進について (福岡県)

<提案要旨 (抜粋) >

日医として、地域医師会、地区医師会における女性医師の登用について、その推進に力を尽くすべきだと思うが如何かお伺いしたい。

【今村定臣常任理事回答】

男女を問わずに人材が登用されることは非常に重要であると認識している。平成17年12月に閣議決定されている男女共同参画基本計画においては、2020年までに指導的地位に女性の占める割合を30%になるよう奨励されている。今回の役員構成についても例外ではない。今後積極的に全国から意欲ある女性に加わっていただくことを望んでいる。日医の今年度の事業計画では、会内委員会に女性医師の積極的登用を盛り込んでいる。会内委員会のブロック推薦には、女性医師の登用推進依頼文書を出したところである。より具体的方策としては、本年4月、全地域医師会の女性役員を対象に会内委員会の女性会員登用のための調査を実施した。調査結果は、7月1日現在、女性医師が在籍する委員会の割合は、平成18年度で33.3%であったのに対し、現在では56.5%へと半数以上になっている。全員数に占める女性医師委員の割合も6%から8.2%へと増加している。少しずつではあるが着実に取り組みの成果が現れている。今後も更に実効ある施策を検討していきたい。

(11) 医療費抑制政策の方向転換への対応について (山口県)

<提案要旨 (抜粋) >

25年間も続いた「医療費亡国論」は、当時から25年を経た現在の医療状況とは一致しない点が多い。「医療費亡国論」の呪縛を断ち切って、これを封印するためにも、ぜひ、日医からこれと対極する「医療費興国論」のような論文を発表していただきたい。できることなら、それを社会保険旬報に掲載したらいかがか。

【中川常任理事回答】

残念ながら閣議決定された基本方針2008では、昨年同様、数値の記載はないが社会保障費

の自然増に対する年2,200億円の削減が撤回されなかった。次の課題は、来年度予算のシーリングで2,200億円を削減させないことである。このため、ロビー活動に加えて、本日、朝日新聞と日本経済新聞に意見広告を掲載した。内容は、国民と共に社会保障費の年2,200億円削減に反対するというものである。来週24日には地域医療崩壊阻止のための総決起大会を開催する。政府は地域医療崩壊の事実を認識している。「医療費亡国論」の呪縛から脱却することは日医も同感である。当時の大蔵省厚生官僚の文章や言動がその後の我が国の医療政策に強い影響を与えた。現在でもその傾向は変わらない。日医としても短期的アクションに加えて、中・長期的な戦略をとらなければならない。行動計画として、①グランドデザインの進化(あるべき医療、必要な医療費の提示)、②国が方針転換をせざるを得ない状況をつくること(地域においても強力なロビー活動および地域住民への働きかけ)をあげている。日医もグランドデザインを国民に語りかけ、患者を決して見過ごすことが出来ないような世論形成を行っていききたい。また、マスコミ・メディアの力を利用する。更に、信頼性の高い専門誌に執筆するなど、社会保障に関する提言者としての力を持ち続けていきたい。一方で、TVCMや新聞の意見広告などの対外広報活動に効果をあげるために、先月、広告代理店が実施した一般国民の日医に対する意識調査では、幸い2年前に比べ、日医の国民安全への役立度が11%から23%へと日医の信頼度が住民から急上昇している事が分かっている。国、特に官僚は医療費抑制の呪縛に囚われている。これを解き放つにはかなり時間がかかるが、日医は決してあきらめず、国民医療に取り組んでいる所存である。

(12) “総合診療医” 日医認定制度について (埼玉県)

<提案要旨 (抜粋) >

日医が認定医制度を創設するかについて、専門医との関係、日医生涯教育制度の関係を併せ

慎重に行うべきと考えるが如何か。

【飯沼常任理事回答】

厚労省が認定を行った場合には、それぞれ、フリーアクセスの制限、人頭割、定額払い、総枠規制に結びつく可能性が強い。本制度創設の目的は、国民から見える形での医療の質の担保であり、これにより、国民が安心して受診できるということである。こうした国民からの要請に応えるためにも、日本医師会が学術専門団体として制度化することが求められていると考えている。また、日医が関連3学会と協力し、これまでの生涯教育制度のバージョンアップをし、国に先駆けて認定制度を主導的に創設することこそが、フリーアクセスの制限、人頭割、定額払い、総枠規制と結びつかない唯一の方策であると考えている。認定制度の創設やネーミングについては、役員打合せ会を頻回に開催し鋭意検討中である。これまでにいただいた意見を踏まえ、都道府県医師会に対し、日医の方針を示した上で、ネーミングを含め、再度アンケート調査を実施することも検討中である。

(13) 緊急医師確保対策について (鹿児島県)

<提案要旨 (抜粋) >

鹿児島県医師会では、行政・大学と緊急医師確保対策連絡協議会を立ち上げ、医師修学資金の貸与、ドクターバンクの運営、在宅女性医師への支援、初期臨床研修病院合同説明会などを計画、実施しているが、他の都道府県医師会ではどのような緊急医師確保対策が行われているかお伺いしたい。

【内田常任理事回答】

日医においても女性医師バンクの運営、臨床研修制度の見直し・提言、総合診療医制度あるいは新救命制度や無過失補償制度、診療報酬改定や国庫補助要望活動といった中で、特に医師偏在・不足の根本源である国の医療費抑制策の展開のために社会保障費自然増の2,200億円の機械的抑制の廃止を積極的に働きかけるといった活動を展開しているところである。

また、今年度早期に都道府県医師会、大学、

学会等を対象に医師偏在・不足の現状と必要数、地域での様々な取り組み等について調査を行う予定にしている。この中で、地域の現状を把握し、将来的な必要性を推計した上で今後の政策に反映させていきたいと考えている。

内田常任理事回答後、北海道医師会および愛知県医師会より、緊急臨時的医師派遣事業および医師確保に関する取り組みについて説明があった。

(14) 集団的個別指導について (北海道)

<提案要旨 (抜粋) >

北海道医師会では、「北海道方式の集団的個別指導」を実施し、実効を上げている。

「指導大綱」では、効率的・効果的な指導が実施できるような文言が盛り込まれるべきである。また、本年10月に社会保険事務局が地方厚生局に移管されても、各地域の特性・実状を考慮した指導が実施されるよう日医から厚労省に強く働きかけていきたい。

【藤原常任理事回答】

集団的個別指導は都道府県の自主性に委ねるものとしており、取り扱いは都道府県毎に異なっているのが実状である。本年10月に社会保険事務局が地方厚生局に移管されるが、指導のあり方については従来どおりにするよう強く念押ししているところである。しかし、「指導大綱」の見直しはきわめて危険な要素を含んでいると考えている。それは、今回の地方厚生局への移管において、社会保険庁解体を口実に指導・監査体制の強化を図りたいと示しているからである。まず、地域医師会との関係を薄くさせたいという声はかなりあるのではないかと思う。日医としては、見直しを求めれば、それなりに指導・監査体制が強化されると予測されるので注視していきたいが、現場の声が大きくなっていくのであれば、これはやぶさかではないと考えている。

(15) 5分間ルールの廃止について(長崎県)

<提案要旨(抜粋)>

診療時間要件の設定は、現場を理解されてのこととは言い難いので撤廃していただくよう厚労省等との折衝を要望する。

【藤原常任理事回答】

5分という時間要件については、中医協で変えられたことであり、今後、中医協の中で調査・検証・修正を行っていくものでもある。もちろん日医でもレセプト調査で現状を外すべく調査中である。しかし、4月以降、会員から5分要件について厳しい声をいただいている。これを受け、日医として厚労省が提出した資料である内科診療所の患者1人あたり平均診療時間の分布について、診療時間を診察時間と置き換えるなど、時間の根拠が極めて曖昧な形で導入されたのではないかと指摘し、これは検証以前で、見直しを主張したところである。また、5分要件の根拠として厚労省の示した資料そのものに疑念があると調査対象となった県医師会から指摘を受け、事実関係を中医協で問いただした。その内容は、厚労省の実施した時間外診療に関する実態調査のデータが有用されたのではないかというものである。つまり、医療機関への文書が厚労省のものと調査を実施したみずほ総研の2種類があり、厚労省の文書では、今後の診療報酬改定の検討資料とすることを目的としているのに対し、みずほ総研の文書では今後の時間外の診療体制のあり方を検討するための基礎資料とすることを目的とすると記載されているなど、かなり目的が異なる。中医協での5分要件の早期見直しについては議論が進んでいない。日医としては引き続き中医協に対し、早期改定を求めていく。

(16) 「地方厚生(支)局に設置する地方社会保険医療協議会」について(千葉県)

<提案要旨(抜粋)>

- ①厚労省から日医に詳細が報告されたのが7月20日である。7月上旬までにブロックの医師代表委員を選出せよとのことである

が、関東信越厚生局管内には10都県が存在する。物理的に無理があると思うが日医の見解を伺いたい。

- ②千葉県医師会では、20年以上前より「保険医講習会」という名称で「集団的個別指導」を行ってきたところである。今後もこのような良いシステムを変えたくないが日医の見解を伺いたい。
- ③全都道府県が関与できるシステムに何故固執しなかったのか。当日の日医の回答では、日医にはそれだけの力が無いと回答されたが、その回答には不満が残る。日医の正式見解を再度伺いたい。

【藤原常任理事回答】

7月上旬までの代表委員の選出は、物理的に不可能であると認識している。非常識の上ないと抗議したところである。しかし、都道府県医師会や各ブロックでの調整が必要であることから、各都道府県の保険担当理事に集まっただき厚労省から説明をさせた。

日医としては厚労省の相談の中で、ブロック単位であることで委員のいない都道府県の意向がしっかり反映されないことから、臨時議員の参加および議決権を実現させた経緯がある。

今回のスケジュールは承諾できるものではないが、厚労省より1ヵ月後の7月20日締め切りという提案があった。今回、厚労省の言及に注意しつつも各ブロックで窓口となる医師会を日医に連絡する締め切りを7月20日とさせていただきたい。できるだけ早い対応をお願いするしかない。

(17) 「地域医療崩壊阻止のための国民運動」について(日医)

羽生田常任理事より、来る7月24日(木)午後3時より、笹川記念会館国際ホールにおいて行われる「地域医療崩壊阻止のための国民運動」への参加呼びかけがあった。

(18) 公益法人制度改革について(日医)

羽生田常任理事より、標記の件について説明

があった。

5月に担当理事連絡会を行った際に当時の審議官の講演の最後に、一般社団法人から公益社団法人に移るという2段階方式があるという説明があった。日医としては公益社団法人として準備を進めているのは事実であるが、5年という年月や高いハードルを如何にクリアするかという問題に対応していく場合を考慮すると、2段階方式も踏まえて検討を行っていくことも考えられる。

【奈良県医師会：大澤】

公益にするメリットの明確化および日医の事業で事業比率50%がクリアできるという試算はされているのか。

【羽生田常任理事】

医賠償は50%の公益比率には絶対届かない。その点をクリアする方法を練っているところで、公益事業と認められるための努力は引き続き行う。また、年金についても模索しているところであるが、公益法人の申請までに決定しなければならないので、別立てで模索しているところである。現在ある全ての事業が必ずしも公

益事業比率を50%クリアしていない。認められる努力と認められないときの対応を検討している。更には、医師会立の病院や検査センターが多いので、これは内閣府の委員会が実際現場を見に行き、どの程度の公益事業をしているのかを視察している。公益事業として認められる公算は高いと考えられる。

【福岡県医師会：横倉】

一般社団法人になった場合の現行の課税も試算してほしい。

【今村聡常任理事】

少なくとも医師会病院や検査センター、訪問看護ステーション、その他の地区医師会が行っている源流については、昨年度の税制改正要綱において、今非課税になっているものはそのまま一定の要件を満たせば非課税になるということ謳っている。詳細の条件については、全ての医師会がクリアできるような要件ということで財務省と厚生労働省の間で話し合われている。

羽生田常任理事より閉会の辞があり、会は閉じた。



都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会

理事 平安 明



去る7月2日（水）、日本医師会3階小講堂において標記連絡協議会議が行われたので以下のとおり報告する。

挨拶

○日本医師会 宝住副会長

本日はお忙しいなかご出席いただき感謝申し上げます。御存知のように年金問題から端を発した社会保険庁の解体に伴い、地方医療協議会の取扱いについては従来、各都道府県の社会保険事務局が管轄であったが、平成20年10月より全国を8箇所のブロックに分けた地方厚生局が管轄することになっている。これに伴って地方社会保険医療協議会の総会も地方厚労省政局に設置されることになる。地医協は中医協と相対するもので20名の委員からなり、支払側7名、診療側7名、公益6名の構成となっており、更に診療側7名のうち、5名が医師会代表となっ

ている。今回、地医協が地方厚生局のブロック単位となることで、厚労省より新たに医科代表委員となる先生方のご選出依頼があったところである。本件の概要については1月22日（火）に開催された都道府県医師会長会議にて御報告申し上げているが、今般都道府県医師会の社会保険担当理事の先生方に対しても、その内容について厚労省より説明いただく機会を設けさせていただいた。忌憚のない活発なご協議をお願いしたい。

○厚生労働省 野呂課長

本日は急遽お集まりいただき大変恐縮である。本日は地方社会保険医療協議会委員の選出についてご説明申し上げます。

この度、社会保険庁の解体に伴い、地方の社会保険事務局が無くなることから、これまでの指導監査業務を地方厚生局で行うことになっ

た。ご存知のとおり、社会保険庁が取り扱っているものは年金の問題と医療保険の問題であるが、医療保険のなかでも保険者として政管健保の運営する部分と、保険医療機関の指定や指導監査等を行う行政指導の部分があり、全体としては3つに分かれている。そのうちの行政指導に係る部分について、この10月から地方厚生局に移管するものである。地方厚生局そのものは全国に8箇所しかなく、そのなかに設置される地方社会医療協議会も8つで構成することが決められている。今回より医科代表である5名の委員については、各ブロックに属する都道府県の中から、それぞれ1名の委員をご選出いただく形となるが、できるだけ不公平感のないようにご選出いただくようお願いしたい。もちろんブロックに所属する県数は、北海道のように1つしかないところから、関東のように非常にたくさんの県が所属しているブロックと様々であるが、その中でできるだけ満遍なくできる形で選んでいただきたい。また総会という

本体部分とは別に、都道府県毎に部会を設置し、従来の保険医療機関の指定等については部会で審議を行うことを考えている。スムーズに業務を行うためにも10月から協議会を発足させなければいけないので、各ブロックのなかで協議会の5名の医科代表委員の先生方についてご検討いただき、出来るだけ早くお知らせいただけるよう御協力をお願いしたい。

資料説明

厚労省医療指導監査室の田中課長補佐より資料に基づき説明が行われた。

※詳細については資料1～4を参照。

・総会について

現行と平成20年10月以降の異なる部分は、全国47箇所に設置されていたものが厚生(支)局8箇所に設置となることだけである。その他委員数、委員構成、審議事項については従来どおりである。

資料1-1

厚生労働省保険局医療課

地方厚生(支)局に設置する地方社会医療協議会について

1 地方社会医療協議会の構成等

【現行】	【20.10～】
(1) 総会	
【委員数】	
・本委員20名	→ ・本委員20名
【委員構成】	
・支払側7名、診療側7名、公益6名	→ ・支払側7名、診療側7名、公益6名
【設置】	
・地方社会保険事務局(47か所)	→ ・地方厚生(支)局(8か所)
【審議事項】	
・保険医療機関等の指定、指定の取消、保険医等の登録の取消の審議、答申するほか、自ら厚生労働大臣に建議する	→ ・保険医療機関等の指定、指定の取消、保険医等の登録の取消の審議、答申するほか、自ら厚生労働大臣に建議する
(2) 部会	
【委員数】	
・8名の部会が多い	→ ・8名
【委員構成】	
・支払側3名、診療側3名、公益2名の部会が多い	→ ・支払側3名、診療側3名、公益2名の部会が多い
・本委員により構成	→ ・本委員及び臨時委員により構成
【設置】	
・地方社会保険事務局(47か所)	→ ・地方厚生(支)局都府県事務所(仮称)等(47か所)
【審議事項】	
・保険医療機関等の指定審議(再指定、指定拒否、一部指定、指定変更を除く)	→ ・保険医療機関等の指定審議(再指定、指定拒否、一部指定、指定変更を除く)

資料1-2

地方社会医療協議会の概要(平成20年10月～)

1 総 会

【開催場所】・厚生(支)局所在地
 【委員構成】・支払側委員7名、診療側委員7名、公益委員6名
 【出席者】・委員(20名)及び議事に関係のある臨時委員※
 ※(例)審議案件(医、歯、薬)に対応する当該都府県の診療側臨時委員1名のほか、支払側臨時委員及び公益臨時委員の各1名(計3名)
 【審議事項】・保険医療機関等の指定取消事案等
 【開催頻度】・少なくとも年2回開催

2 部 会

【開催場所】・都府県事務所所在地
 【委員構成】・支払側3名(委員及び臨時委員)、診療側3名(委員及び臨時委員) 公益2名(委員及び臨時委員)
 【出席者】・委員及び臨時委員(8名)
 【審議事項】・保険医療機関等の指定審議
 【開催頻度】・月1回～2回

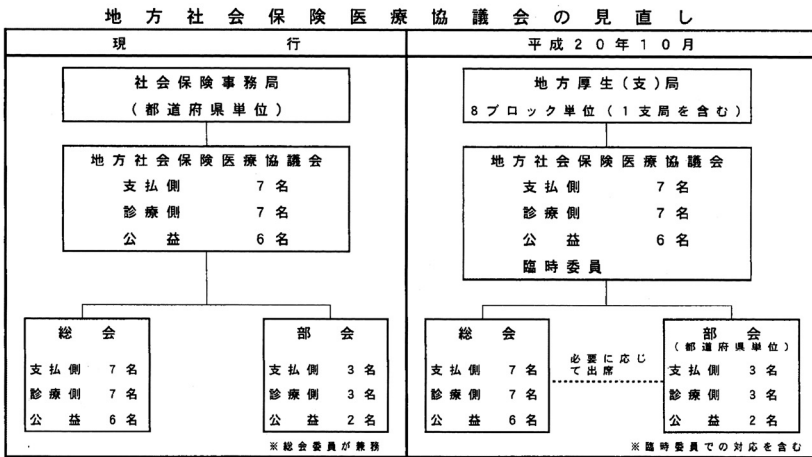
3 委 員

【任 期】・2年(平成20年10月の任命時は、半数の委員が1年任期)
 【審 議】・総会及び原則として部会に出席し、保険医療機関等の指定取消事案や保険医療機関等の指定等を審議する

4 臨時委員

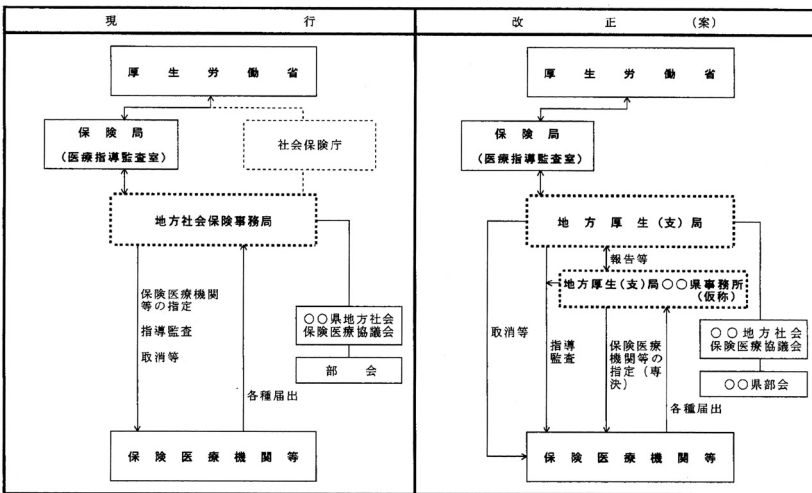
【任 期】・委員に準じる。
 【審 議】・部会に出席し、保険医療機関等の指定を審議する
 ・総会で自身の都府県の案件審議がある場合に、臨時委員の中で分担して出席し、審議に参加する(臨時委員は議決権を有している)

資料1-3



資料1-4

保険医療関係事務の流れ(新旧比較)



・部会について

現行と平成20年10月以降の異なる部分は、委員数にバラつきがあったものを8名に統一した。また委員構成が「本委員」だけで構成されていたが、今回より「本委員及び臨時委員」の構成となった。

部会の委員は総会の委員となるが、総会は各ブロックから5名の委員の選出となるため、ブロックに属している県が6県ある場合には、1県の部会委員は臨時委員となる。

・臨時委員について

総会で自身の都道府県の案件審議がある場合には臨時委員が出席し、審議に参加することになるが、審議の公平性を保つため、診療側だけでなく支払側、公益の委員についても併せて出席する。

・診療側(医師)委員構成について

診療側(医師)委員構成については「案」ではなく、あくまでも「例」であることにご留意いただきたい。ちなみに保険医療機関の数が多いところから本委員として当てはめている。

・委員候補者を回答する都道府県の選出について

今回、地方厚生(支)局のブロック単位に、候補者の御回答を頂く都道府県医師会を決めていただくが、必ずしも地方厚生(支)局のある都道府県に限定してはいない。例えば各ブロックで年度ごとに当番県をきめて活動していると聞いているので、その幹事県が担当するのも勿論よいと思うが、厚生(支)局との調整を行う際の利便性を考えた上で、その所在地としている。

・総会の本委員の選出について

総会の本委員5名を選出するときに、北海道は1県であるため、例外的に1県から5名の選出となる。

同じく四国についても4県のうち、1県から2名の委員が選出されることになる。

但し、部会委員1名であるため、北海道では本委員ではあるが部会委員ではない先生方が4名、四国では本委員ではあるが部会委員ではない先生方が1名出てくることになる。

・候補者の選出について

候補者の選出については7月20日頃を目処に御報告いただきたい。

・御留意をお願いしたい事項について

本委員の選任状況等によっては、ご報告いただいた候補者の任命について調整する必要がある。審議上で公平性を保つために、同一の県から診療側、支払側の委員がセットで選出されることが理想と考えているためである。

資料2

地方社会保険医療協議会委員の選任について

1 地方社会保険医療協議会の設置移管について

【現在】

地方社会保険医療協議会 各社会保険事務局に設置(47協議会) 委員20名(うち医師代表5名)	部会(保険医療機関等の指定審議) 協議会に1部会設置(47部会) 委員8名(うち医師代表1名) ※部会委員数が1~2名多い部会もある。
--	--

【平成20年10月~】

地方社会保険医療協議会 各厚生(支)局に設置(8協議会) 委員20名(うち医師代表5名)	部会(保険医療機関等の指定審議) 協議会に1~10部会設置(47部会) 委員・臨時委員8名(うち医師代表1名)
--	---

2 医師代表委員の選任について

- 北海道厚生局(1道) 所在:北海道 → 北海道から5名選任(1名のみ部会委員を兼ねる)
 - 東北厚生局(6県) 所在:宮城、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島 → 5県から各1名を選任、1県は臨時委員を選任
 - 関東信越厚生局(1都9県) 所在:埼玉、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野 → 5都県から各1名を選任、5都県は臨時委員を選任
 - 東海北陸厚生局(6県) 所在:愛知、富山、石川、岐阜、静岡、愛知、三重 → 5県から各1名を選任、1県は臨時委員を選任
 - 近畿厚生局(2府5県) 所在:大阪、福井、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山 → 5府県から各1名を選任、2府県は臨時委員を選任
 - 中国四国厚生局(5県) 所在:広島、鳥取、島根、岡山、広島、山口 → 5県から各1名を選任、臨時委員の選任なし
 - 四国厚生支局(4県) 所在:香川、徳島、香川、愛媛、高知 → 1県から2名、3県から各1名を選任(4名のみ部会委員を兼ねる)
 - 九州厚生局(8県) 所在:福岡、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄 → 5県から各1名を選任、3県は臨時委員を選任
- ※ブロック代表社会保険事務局は、北海道:北海道、東北:宮城、※関東信越:東京、東海北陸:愛知、近畿:大阪、中国四国:広島、四国:香川、九州:福岡の各社会保険事務局です。(関東信越を除き、厚生(支)局所在と同一道府県です。)

資料4

厚生労働省保険局医療課

地方社会保険医療協議会委員候補について

地方社会保険医療協議会(本年10月、地方厚生(支)局に設置)において任命する委員(各20名)のうち、医師代表委員となる候補者をお知らせ下さい。

1 選出について

- 日本医師会では、地方厚生(支)局のブロック単位に、候補者の御回答を頂く都道府県医師会をお決め頂き、日本医師会から厚生労働省保険局医療課までお知らせ下さい。
 - ・ 可能であれば、地方厚生(支)局所在(関東信越の場合はブロック代表社会保険事務局所在の東京を含む)の都道府県医師会を候補者の御回答を頂く都道府県医師会としてお決め頂ければ幸いです。
- 都道府県医師会では、地方厚生(支)局のブロック単位に5名の候補者の選出をお願いします。
 - ・ 同一都府県から1名まで(北海道及び四国を除く)の選出をお願いします。
 - ・ 候補者の御回答を頂く都道府県医師会へ、各地方厚生(支)局(またはブロック代表社会保険事務局)から御連絡し、5名分の候補者の選出をお受けしたいと思っております。
 - ・ 7月上旬頃までに候補者の選出をお願いします。

2 御留意をお願いしたい事項について

- これまでと同様に、病院、診療所などの地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる候補者の選出をお願いします。
- 各地方社会保険協議会の全体の委員選任状況等によっては、お知らせ頂いた候補者の任命について調整をさせて頂くこともあります。
- 委員は、都道府県ごとに設置される部会の委員を原則として兼ねていただくこととしています。(例外的に部会委員を兼ねない委員をお願いすることがあります。)
- 委員候補の選出にあたっては、女性委員の積極的な登用をお願いします。

資料3-1

地方社会保険医療協議会
診療側(医師)委員構成の例

- 1 北海道厚生局
- 2 東北厚生局
- 3 関東信越厚生局
- 4 東海北陸厚生局
- 5 近畿厚生局
- 6 中国四国厚生局
- 7 四国厚生支局
- 8 九州厚生局

委員構成の例について

- 本委員は次の場合を除き、部会委員を兼ねる。
- ・ 同一道県から2名以上の本委員が選任される場合。
(北海道、四国のみ。各部会の医師ポストは1名のみであるため。)
 - ・ 同一都府県の支払側委員及び診療側委員が各同数でない場合。
(部会の支払側委員及び診療側委員は各同数とするため。)

なお、診療側、支払側の委員が同一の県から選出できない場合は、部会委員では無い本委員を選出し、バランスを取ることを考えている。

質疑応答

Q1. 委員の任期は何年か。また現在の地医協

委員については70歳以上は就任できないが、今回も年齢制限があるのか。

Q2. 本委員と臨時委員の役割分担はどのようになっているのか。

Q3. 診療側と支払側、それぞれ同一の県から本委員になることが望ましいとのことであるが、同一でない場合は、選出について再調整となるのか。

(厚生労働省)

A1. 任期について2年となる。但し10月の任命については一斉改選をさける為、半数の委員については任期が1年となる。よって今回のみ任期1年と2年の委員となる。

A2. 役割分担については資料1の総会・部会の【審議事項】をご確認いただきたい。

A3. 診療側、支払側ともに同一の県から就任いただくことが理想であるので、調整を行うことになる。但し同一の県より選出が難し

い場合には、部会委員ではない本委員の選出等により調整を行う予定である。

Q4. 本委員を選出するときには支払側を意識せず選出してよいか。

Q5. 任期が1年の委員、2年の委員が出てくるが、その選別はどのように行うのか。

(厚生労働省)

A4. 委員の選出については診療側選出の後に支払側の選出となるので、委員の選出については特に意識しなくても良いと思う。

A5. 現在の地方医療協議会委員に就任されている先生が9月に辞任されて、10月に再度委員として就任される場合もあると考える。その場合にはこれまでの委員就任年数、残任期間等を考慮して、新しい委員になられた際の任期（1年・2年）について考慮して決めたい。

Q6. 医師会の役員が委員として選出されることになると思うが、役員改選等により委員を途中交代となった場合は、同一の県より代替りの委員を選出するのか。別の県からの選出でもよいのか。

(厚生労働省)

A6. 委員の途中交代については特に問題はない。後任委員の任期は、前任委員の残任期間となる。また委員の途中交代により別の県より委員を選出した場合、本委員は部会委員を兼任することになっている為、その県には医科代表の部会委員がないことになり、バランスが崩れ不都合が生じる。役員改選等により委員が途中交代になった場合は後任の役員の方が就任する方が良いと考える。

Q7. 今回、厚生（支）局の所在地である県が担当窓口となる案が提案されているが、このまま窓口担当県となるのか。

Q8. 委員就任後に70歳になる場合において、

委員の委嘱は可能か。

(厚生労働省)

A7. 担当県については今回の「委員選出報告」についてのみと考えている。

A8. 委員就任時に69歳以下であれば、特に問題は無い。

Q9. 本委員、臨時委員を各県によって決めるのではなく、各県より本委員を1名ずつ選出してはどうか。日医は厚労省からの提案をそのまま受け入れたのか。このまま決めるのではなく、持ち帰って再検討してみたいか。

(厚生労働省)

A9. 法律により地方社会保険医療協議会を厚生局単位で置くことや支払側7名、診療側7名、公益6名とする委員定数については既に決められている。ただ、それぞれの県の意見を吸い上げるために臨時委員となっている県からの案件がある場合には、臨時委員が総会へ出席いただき、意見を述べることや議決権を行使できるようになっているので、御理解いただきたい。

(日本医師会)

A9. 委員の定数問題については日医でも問題にしている。北海道、四国ブロックからの委員選出と、その他のブロックからの委員選出については差があると感じ、何とか調整を試みたが、中医協の問題と同様、我々の手の届かないところで決められ国から強制的に持ってこられたものである。社会保険庁が解体し変わっていく中で、業務運営が円滑にいくよう我々もやむなく了承したところであるので、その辺のところをどうか御理解いただきたい。

Q10. 臨時委員は年に2回開催される協議会総会に参加できるわけだが、例えば「病院の株式問題」等、重要な案件が発生した

場合に、これまでは各県の医療協議会ですぐに協議されたものがすぐに出来ないとなると大きな問題だと思われる。この制度についてもう一度検討していただけないか。

(厚生労働省)

A10. 確かに総会は6ヶ月に1度開催しなければならないと決められており、最低でも年間2回は開催されるわけだが、重要な案件が発生し総会で協議する必要がある場合には、その都度総会を開催することができる。また当該県の臨時委員はもちろん出席し発言することができる。

Q11. これまでは部会と総会が一県で行われるので分かり易かった。今回各県から集まって審議を行うわけだが、実質的な審議ができるのか。形式的、形骸的なものにならないか心配なところである。

Q12. 臨時委員を選出した県については、自分の県の案件が無い場合には総会に出席しないわけだが、総会で協議された内容については情報提供がされるのか。できれば事例等を紹介して会員へ注意喚起を行うことを考えているが。

(厚生労働省)

A12. 各都道府県には各地方厚生局事務所(支所)が設置され、総会で協議された内容については情報提供がされることになるが、総会で協議される事項については医療機関の処分案件等が含まれるため、全てがオープンに提供できるとは考えていない。

Q13. 集団的個別指導の要件はレセプト1件当たりの点数が高額である医療機関上位8%、一般個別指導は集団的個別指導終了2ヵ年後において高点数が見受けられる医療機関上位4%となっており、本県では300件程度が対象となっている。大阪府や社会保険事務局との間では、高

数が必ずしも悪ではないと話し合っているが、10月からの組織変更により、近畿厚生局より全国的な基準で審査を行ってほしいとの強い要望がある。現在、本県では保険指導講習会を実施し、医療機関を集め社保事務局と同等のレベルで指導を行い、会員へ対し注意喚起を行っているが、指導大綱のなかに集団指導を医師会が行えるよう盛り込むことができないか、もしくは各県とも様々な事情があると思うので、従前どおりの個別指導を盛り込むことができないか。

(日本医師会)

A13. 厚労省は指導大綱に沿って指導を行うといているが、これまでも各県によって多少なりにバラつきがあったと思う。10月以降の組織再編後の指導については各ブロック毎に厚生局との交渉を行っていただきたい。先生方の情熱にかかっていると思う。これを文面に明記しようとする支払側、公益のそれぞれの立場があるので難しくなるのではないか。また指導大綱の見直しを求めることについては、実際に検討された場合、更に厳しい内容となることが目に見えているので、しばらくの間様子をみたいと思う。

Q14. 各ブロック毎に協議するようにといわれても、非常に困る。

日医のスタンスをはっきり示していただきたい。そうすれば我々もそれに従って取り組むことができるが、今回のように日医の考え方・態度が分からないと、我々としても動くことができない。

(日本医師会)

A14. 日医の考え、スタンスについてはこれからもしっかり述べていきたいと考えている。しかしながら、常にそれが可能であるとは限らない。その場その場の状況、立場というものがあつてを御理解いただきたい。

印象記



理事 平安 明

平成20年7月2日上記連絡協議会が日本医師会館で開催された。

社会保険庁が年金問題に端を発する不祥事等で今年9月をもって解体することとなり、10月以降は保険医療機関の指導監督等は地方厚生局が担うこととなる。現在、地方社会保険事務局の下にある地方社会保険医療協議会（地医協）が、新たに地方厚生局の下に置かれることになるため、その説明と協議会委員の選出のお願いを主な目的とした会議であった。

地医協には総会と部会があり、総会の審議事項は、保険医療機関等の指定や指定の取り消し、保険医等の登録の取消の審議、そして部会は保険医療機関等の指定の審議を行っており、どちらも重要な案件が審議されている。現行は地方社会保険事務局に設置されているので、各都道府県に総会と部会が設けられている。今年10月からは、部会は地方厚生局都道府県事務所（仮称）に設置されるので47か所で変わらないが、総会は全国に8か所の地方厚生局に設置され、47か所が8か所に減ってしまうことになる。

社保庁の解体に伴ってのことで、減ることはやむを得ないのかもしれないが、全国8ブロックの厚生局はそれぞれ所管する都府県の数にばらつきがあり、含まれる医療機関の数も様々である。しかし、全てのブロックで総会の構成委員の数は統一されている（支払い側7名、診療側7名、公益6名の計20名）。診療側委員の構成は全7名中、医科5名、歯科1名、薬科1名となっており、医師会からは診療側の委員5名を選出するわけだが、北海道厚生局と四国厚生支局以外のブロックでは、全ての都府県からは委員を出せないことになる。当県が属する九州厚生局には8県が含まれ、5県から医師代表委員を選出し、3県からは臨時委員として選出され、総会には審議事項（保険医療機関の取消し事案等）の当該県として係わる以外は参加できないことになる。

このような大事なことが、簡単な連絡事項のように淡々と厚労省から説明されたため、質疑応答では複数県の理事から不満の声があがった。保険医療機関の指定取り消し等審議される事項の重要さを考えれば当然であろう。日医の宝住副会長は「法律で決まってしまった。反対できなかった。」と述べ、理解を求めたが、国に問題があってもシステムが変わるにもかかわらず、地方にとって不安を残すような変化はあまり気持ちのいいものではない。今後の医療行政において、医療機関が不利益を被らないように、慎重に成り行きを見ていく必要があると感じた。

第40回九州地区医師会立共同利用施設 連絡協議会

理事 金城 忠雄

去る7月12日(土)・13日(日)の2日間に亘り、熊本市医師会主催で熊本市全日空ホテルニュースカイにおいて、679名が参加し、みだし協議会が開催された。

12日の第1日目は、施設長会、事務長会、技師長会が行われた後、3分科会が開催され、「医師会病院部門」、「臨床検査センター・検診部門」、「高齢社会事業部門」に分かれて、発表・討論が行われた。

本会が参加した第2分科会の「臨床検査センター・検診部門」では、4医師会より、主に今年度4月より開始された特定健診・特定保健指導への取り組みについて報告が行われたので、概要について報告する。

第2分科会「臨床検査センター・検診部門」

1. 会員支援を主目的とした医師会立検査センターの運営

北九州市小倉医師会の市吉裕二理事より、会員支援を主目的とした医師会立検査センターの運営について報告があった。

当センターの会員数はA会員363名、B会員387名である。センターの運営理念「会員支援を第一とし、精度管理とサービスを徹底し、できるだけ低い検査料で検体検査を提供する」に基づき、①検査料の引き下げ②集配サービスの充実③データ通信サービスの充実④臨床検査に関する情報発信⑤特定健診への対応等取り組みを行ってきた。

検査料は、平成20年4月に66%の引き下げを行い、特定健診への対応では、小倉医師会健診センターとの連携により階層化や電子化データ作成まで依頼できるシステム構築を行った。

また、検査料については、今後、収支のバランスをみながらさらに引き下げを考えており、公益法人制度改革に向けては、①会員支援と公益性の両立(公益性をアピールする)、②収支のバランス(機器の購入等)を考えているとのことであった。

2. 医師会における特定健診の実施方法について(依頼・報告・請求等について)

下関市医師会の時澤邦夫理事より、下関市医師会における特定健診への取り組みの経緯及び問題点について報告があった。

当医師会の特定健診への取り組みは、平成19年4月より開始され、下関市国保担当者と協議を行った。下関市国保特定健診は、①基本健康診査の内容、手法を踏襲する形で行う。②下関市医師会が下関市より受託し、会員医療機関で実施する。③検体検査、検査成績及び請求の電子化は下関市医師会病院臨床検査センターが担当するとの基本方針を決定した。その後、山口県医師会は県下統一の対応を目指して特定健診への対応を模索したが、下関市は当初の方針を堅持し、健診単価の設定(健診料は8,855円)、生活機能評価の単価の設定を経て、健診制度スタートの平成20年度を迎えるに至ったとのことであった。

3. 特定健診・特定保健指導への取り組みについて～共同利用施設としての支援～

佐賀県医師会の池田秀夫副会長より、特定健診・特定保健指導への取り組みについて、医師会共同利用施設として、会員への支援を中心にその経緯と現状報告があった。

佐賀県医師会では、特定健診・特定保健指導を実施するためには、県内保険行政の足並みを揃え、関係諸機関が団結する必要性から、県行政をはじめとして積極的に話し合いを持った。保険者協議会へも参画し、基本健康診査データや有所見者状況の分析を行い、特定健診7項目の他に佐賀県保険者協議会の研究事業として3項目（グリコヘモグロビンA1c・尿酸・クレアチニン）を追加することにした。

また、佐賀県医師会は、特定健診・特定保健指導の受診率を底上げするためには、集団方式とともに、個別方式を充実させる必要があり、これには会員の協力が不可欠として「電子データによる請求」への対応を共同利用施設である当センターが健診システム更新にあわせて対応することにした。又、健診単価の見直しを行いながら、低料金を設定した。必修10項目で個別健診料は6,200円、個人負担は1,000円とし、医療機関へは3,800円を設定している。

現在、個別方式においては、佐賀県内全市町国保の保険者代表の佐賀市と郡市医師会管下の会員代表の佐賀県医師会が集団契約を締結し、佐賀県内の広域化を図り、再委託率は98.6%である。又、生活機能評価に関しても特定健診と同時実施を可能にした。なお、被用者に関しては、現在も調整中とのことであった。

4. 当健診センターにおける特定健診・特定保健指導への包括的戦略について

北九州市小倉医師会の今渡龍一郎理事より、小倉医師会健診センターにおける特定健診・特定保健指導への包括的戦略について報告があった。

センターでは、特定健診・特定保健指導に対応するため健診・検査センターでのコンピュータシステム再構築を手掛け、検査センターからのデータ転送の高速化、当健診センターでの階層化処理時間の短縮による即日保健指導体制を整えた。又、民間検査機関によっては特定健診の受注を見送る施設があるため、救済措置として業務代行を行い、滞りのない会員支援を行っている。さらに特定健診結果により、要医療該

当者には近隣の会員医療機関に紹介する地域連携を実施している。

また、北九州市国保は、個別医療機関による健診・保健指導一体型と各健診センターによる集団を基本にした北九州モデルを採用している。

センターとしては、保健指導の標準化とチームワークを保つためセンター内での定期研修会を継続し、指導困難例等の事例検討もプログラムに入れている。又、特定健診・特定保健指導を更なる充実のチャンスと捉えて、積極的な対応を進め、同時に地域における指導的役割を果たしながら、より協力的な会員支援に繋げていきたいとのことであった。

報告が行われた後会場から質疑があり、健診データの電子化への対応、健診項目の問題、ソフトの問題、個人負担金、医療費の抑制効果の問題等が提起され活発な議論が行われた。

13日の第2日目は、西島英利参議員議員より国政報告が行われた後、特別講演（2題）があった。

国政報告 参議院議員 西島英利

中央情勢報告が次のとおりあった。

○社会保障費削減の問題

骨太の方針2008年が閣議決定された。その中で、大変な騒動になったのが、社会保障費削減の問題である。「このままでは社会補償は崩壊してしまう。特に、医療介護については限界である」と、殆どの自民党国会議員は猛反対の声を上げている。3日間かけて議論されたが、幸い数字は入っていない。

日本医師会は、社会保障費2,200億円の削減撤廃を政府に求めるべく、7月24日に中央集会を開催する予定である。このような行動は非常に大事であり、我々政治家と関係する諸団体が一致結束して行動することが、中央を動かすことになる。

○後期高齢者医療制度の問題

後期高齢者医療制度の問題については、平成

7年に厚生省と財務省が、2025年の医療費の推計を出したところ、141兆円という数値であった。それから2年後に同様に2025年の数値を出したところ104兆円の数値がでたが、それから80兆円、70兆円になり、直近では65兆円という数値が出ている。

しかし、141兆円の数字が基本になり、このままでは、国民皆保険制度は持たないだろうということで、老人保健制度を廃止して、高齢者医療制度を導入している。

日本医師会は、平成12年に医療のグランドデザインで、高齢者医療制度創設の提案をしている。その時に、老人医療費伸び率管理制度を導入するという大変な動きがあった。この制度は、予算を決めたら、その予算をオーバーする分は支払わないという内容であった。このような状況から提案し、この提案が受け入れられ、平成14年の健康保健法の附則につけられ、平成18年に成立したという経緯がある。75歳以上も、日医が提案した年齢区分である。この時の根拠は、健康寿命の数値を使っている。

今回のいろんな困難は、2つの問題がごちゃ混ぜになって議論されている。1つは、制度の問題。75歳以上をどうして線引きしたかという問題。もう一つは、診療報酬上の問題がある。これを導入する前に、登録医の問題がずっと続いていた。我々国会議員、厚生労働省は登録医制度は問題があるという認識を持っている。登録医制度が導入されるとフリーアクセスが壊されることになる。国民皆保険制度の根幹はフリーアクセスである。

もう一つ、問題になったのは、終末期医療の問題である。これについては、しっかり議論をして、国民に提示し、同意を得るといような手続きをしていく必要があると考えている。

○財源の問題

この老人医療の問題は、財源と切り離すことができない。2006年に2025年の医療費の推計を出したところ、65兆円になっている。その中の75歳以上の老人の医療費が30兆円になるとい推計である。

今のままでいくと、現役世代、75歳以上の方々も保険料を上げないと対応できないという事になる。そのような観点から、公費を重点的に投入し、必要な医療費をとというのが目的で、この制度が導入されたということをご理解いただきたい。

では、財源はどうするかというと、私としては、消費税しかないと考えている。国会で質問をした際、福田首相もその考えを示された。

しかし、消費税の問題しかないとは分かってはいるが、昨年の参議院選挙で、民主党のマニフェストの中に、消費税5%は上げないということが明確に書き込まれているので、この議論が全く進まないというのが現状である。しかし、政権与党としては、今年度中にはと考えているので、皆様のご理解、ご支援をお願いしたい。

特別講演

1. 演題「医師会共同利用施設の将来」

日本医師会 常任理事 藤原 淳

共同利用施設を取り巻く環境として、主に公益法人制度改革について、概ね次のとおり講演があった。

○医師会共同利用施設の定義

医師会が設立主体であると同時に運営主体であり、かつ地域の医師会員に施設、病床、医療機器を開放し、共同利用を図る施設である。

○医師会共同利用施設の成立ち

- ・ 医師会病院は、地域医師会活動の拠点として故武見太郎元医師会会長が提唱し、昭和28年に第1号の栃木県下都賀郡市医師会病院を設立、平成19年4月現在では、全国に88ヶ所の医師会病院が設立されている。その内、地域医療支援病院の承認を受けている施設は39施設となっている。
- ・ 同時期に医療の高度化への対応と地域医療の向上を目的に、故武見太郎元医師会会長の提唱で医師会立臨床検査センター・健診センターを開設されている。平成19年4月現在、全国に臨床検査センターが55ヶ所、健診・検査複合合体が60ヶ所開設。

- ・平成12年4月からは、いわゆる高齢化社会と地域ニーズに対応した介護関連施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センターが加えられている。

○公益法人制度改革の概要

＜公益法人制度改革とは＞

従来、医師会は殆どが社団法人になっているが、今後は登記によって自由に設立できる一般法人と、税の優遇措置を受けられる公益法人の二階建てになる。また、主務官庁制はなくなり、公益性の認定等については第三者委員会が行う。既存の公益法人には5年間の経過措置があり、その間は「特例民法法人」と呼ばれる。

＜既存する公益法人の選択肢＞

5年間の経過措置の間に、公益社団・財団法人か一般社団・財団法人への移行申請を迫られ、何もしなければ自動的に解散とみなされてしまう。

＜公益法人改革のスケジュール＞

- ・平成18年6月2日 公益法人改革三法公布
- ・平成19年4月 (中央) 公益認定等委員会発足
- ・平成19年9月7日 政省令公布
- ・平成19年12月13日 平成20年度税制改正の骨子が固まる。
- ・平成20年4月11日 ガイドライン公表
- ・平成20年12月1日迄 新制度施行→既存公益法人の移行開始(移行期間5年間)
- ・平成25年11月末迄 移行期間満了

＜新制度への移行の概要—公益認定の基準＞

- ・公益社団・財団法人への移行については、公益目的事業比率が費用で計って50%以上が認定の基準。
- ・一般社団・財団法人に移行する場合は、移行時点の純資産額を公益に消費していく計画、公益目的支出計画というものを作成する。

＜公益認定法人の主な税制＞

- ・収益事業のみ、法人税課税(収益事業以外は非課税)

- ・収益事業から公益事業への支出を損金算入
- ・寄附金:税制上の優遇
- ・受取利息等の源泉所得税非課税
- ・固定資産税の減免(従来と同様の措置)

＜法人税課税の概要＞

- ・税法上、課税される収益事業は従来33業種だったが、労働者派遣業が今回追加されて34業種になった。それ以外のは収益事業以外ということで非課税になっている(看護学校、共済事業等)
- ・公益社団法人は、収益事業等の利益の50%以上を公益目的事業に繰り入れることが義務づけられている。もし、100%繰り入れて、公益目的事業に使った場合は、税金はかからない。
- ・公益認定制度では公益社団法人と一般社団法人の2種類しかないが、税法上はさらに一般社団法人を1階部分の一般社団と、中2階部分の非営利一般社団法人の2種類に分ける。
- ・公益社団法人は、公益目的事業については、それが税法上の収益事業であっても全部非課税であり、公益に支出する収益事業及び共益事業の利益は非課税となるため、残りの利益が出た分についてだけ30%の税金を払うことになる。

○医師会共同利用施設における問題点

＜公益法人改革に対する日医の方針＞

医師会共同利用施設が行っている事業が、公益認定上、公益目的事業と認められるか、又、今後、一般社団法人に移行するケースがあった場合、現在非課税の事業は課税されるのか、この2つが大きな課題である。

公益認定のガイドラインは、今春に示されたが、日本医師会としては、公益社団法人、一般社団法人のいずれにおいても、現在の非課税措置を、まず確保する方針である。

＜現行の民法34条法人に対する法人税＞

現行の民法34条法人の中で、医療保健業は収益事業で課税となっている。しかし、特例としてオープン病院等を開設する一定の医師会、つまり、開放型病院や検査センター開

放型の診療所を開設している医師会が行っているさまざまな医療保健業は、例外的に非課税となっている。ところが、今回の公益法人制度改革に伴って民法34条法人が無くなってしまったため、「非課税要件の根拠となる法律が無ければ、例外規定もなくなるということで、公益社団法人をとれば非課税でもよいが、一般社団法人に行くと法律自体がなくなるから課税」となるのが、税当局の考え方である。

＜医師会運営施設における税制上の問題＞

- ・開放型病院等の法人税非課税は、公益社団法人、非営利一般社団法人に移行した場合、非課税存続。
- ・開放型病院、看護学校等の固定資産税減免は、公益社団法人に移行した場合は減免存続、一般社団法人に移行した場合は、平成25年まで減免継続でその後は今後検討。

＜開放型病院の法人税非課税について＞

- ・開放型病院の法人税非課税については、従来からある要件に、今回新たに「医師会の事業内容」と「医師会の収入割合」の要件がついた。
- ・事業内容の要件としては、地域医療支援病院を開設、または自治体との委託契約により、学校医事業、初期救急医療事業、予防接種事業、特定健診・保健指導、地域産業保健センター、へき地等の巡回診療・健診のうち2つ以上実施していること。
- ・収入割合の要件としては、社会保険診療等、労災、自賠責、公害、臨床検査センター利用料、法令等に基づく健診、正常分娩、学校医、特定健診・保健指導、国、地方公共団体から委託された医療収入が医師会の（共済事業及び看護 学校等除く）年間収益額の6割を超えていること。

＜公益目的事業の認定—今後の課題—＞

開放型病院・診療所、臨床検査所、健診センター、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等の医師会の行う各種医療・保健事業が、公益性が担保されているということ、公に説明し、理解していただくことが重要である。一般事業者（営利事業者）との相違点の説明。

＜公益法人制度改革と医師会病院等の課題＞

- ・事業が公益事業として認定された場合は問題ないが、事業が公益事業として否認された場合、これを運営する医師会自体が公益認定を受けられない可能性がある。この場合、医師会や医師会病院の運営に影響がでる可能性がある。
- ・なお、全国の医師会共同利用施設は、88病院をはじめその他まで含めると1,352ある。また、看護学校等は、全国1,297校のうちの3割、379校が医師会の運営である。

以下、平成20年度診療報酬改定の概要、医師会共同利用施設の課題（地域医療支援病院・特定健診と精度管理・療養病床再編）等について概要説明があった。

**2. 演題「日本三名城 熊本城の往時をたどる」
熊本市文化財専門相談員 富田 紘一**

54万石の城下町、熊本のシンボルであり、日本三名城の1つと数えられる熊本城。現在の城が建つ茶白山には、中世にすでに千葉城と隈本城があり、出田氏、佐々木氏などの城主を替えた後、天正16年（1588年）に加藤清正を迎えた。清正は、優れた土木治水の技術を発揮し、7年をかけて熊本城を築城したとして講演があった。

印象記



理事 金城 忠雄

熊本市医師会主催の共同利用施設連絡協議会に九州各県代表が約700名近い大勢の出席があった。施設長会、事務長会、技師長会に引き続き、3分科会部門に分かれて発表討論会があり熱心なディスカッションがなされた。

私は、第2分科会の臨床検査センター・検診部門に参加した。座長は、那覇市医師会友寄英毅会長である。

北九州市小倉医師会の報告は、会員支援を主目的に、自前の医師会立臨床検査センターの維持運営に強力に努力をしている。例えば、ユーザー獲得に、精度管理やサービスの徹底をはかり、既に開業している医師の検査施設変更はむつかしいので、新規開業医師には、医師会長自ら勧誘しうまくいっているようだ。自前の安定的な検査センター運営に料金、精度管理、検体の集配午後8時まで等涙ぐましい努力をしている。

小倉・下関・佐賀県各医師会から「特定健診・特定保健指導」について報告がされた。煩雑な特定健診・特定保健指導の運営には辟易しているようである。検査項目の追加、電子データ化の論争、健診システム構築等、それこそ深夜も1時までシステム開発構築で倒れそうだと息の詰まる苦悩話を報告している。「特定健診・特定保健指導のシステム」が開始されたばかりなので、軌道に乗るまで試行錯誤が続くのであろう。

佐賀県医師会池田秀夫副会長の発表は、受診率を底上げするため集団方式とともに個別方式への充実努力したこと。厚労省の作成した電子データのソフトは使い物にならないので、そのソフトの再構築、健診システム更新の対応努力の報告は感動的であった。

「特定健診・特定保健指導」は厚労省の準備不足のためとは思いますが、あまりにも煩雑である。失敗例として取りやめになることを期待するとの下関医師会のコメントで、周囲は一同笑っていたがとても笑っておれない担当者の苦悩振りが印象的であった。

日医の藤原淳常任理事による「医師会共同利用施設の将来」の特別講演がなされた。施設が生き残るためには、公益性を確保して公益法人化による非課税の税制上対策も必要であろうと。

医師会立共同利用施設は、地域医師会活動の拠点として重要な役割を担っているが、維持運営は厳しいものがあると思案した。

感染症・予防接種について

平成19年度沖縄県医師会感染症・予防接種講演会について

理事 金城 忠雄



昨年(平成18年)の11月30日に沖縄県医師会主催の感染症・予防接種講演会を開催し、国立感染症研究所感染症情報センターでご活躍されている本県出身の砂川富正先生(平成3年琉球大学卒業)をお招きして、「沖縄に続け! ついに動き出した日本麻疹ゼロ作戦」と題してご講演いただいた。

今回、会員の皆様へ麻疹の現状をお伝えすべく、砂川先生へ改めて会報に原稿をご執筆いただいたので、下記のとおり掲載する。

砂川先生は、平成19年現在、国立感染症研

究所において実地疫学専門家養成(FETP)コース研修生の指導、日本の麻疹排除計画素案策定に関与され、厚生労働省科学研究費事業(研究班)として、改正IHR(国際保健規則)、国際アウトブレイクの分担研究者。サーベイランス、予防接種(日本脳炎)等の研究者として各種研究に従事。

国際的な活動研鑽を積み、沖縄医学界の指導者となるべく将来を期待している。

沖縄発のわが国における麻疹排除活動の開始

国立感染症研究所感染症情報センター 主任研究官
砂川 富正



沖縄で発生した麻疹の悲劇がすべての発端

忘れもしない、沖縄で麻疹による死亡者9人が発生したのは1998年から2001年にかけてのことである。すべてワクチン接種歴の無い子どもたちであった。ワクチン接種対象年齢に達していない0歳児が4人、残りを1~3歳児が占め、麻疹による肺炎などで次々と死亡した。筆者は1999年当時、大阪大学医学部小児科に在籍していたが、そのニュースを聞いたとき、にわかには信じられなかった。直接、その様子を知ろうと沖縄に飛び、複数の県立病院、大学病院などでそれが真実であることを知った。一部

の病院では“麻疹病棟”が設置されていた。麻疹ワクチン接種率は当時県内で60%程度とされ、流行抑制には程遠いレベルであった。ワクチンの接種率さえ高ければこのような流行は起こらなかったものを・・・振り絞るそのような声を、ふるさとの先生方から何度聞いたことだろうか。しかしこの時の激しい憤り、悲しみが、日本全体の麻疹排除に向けた機運をじわじわと高め、麻疹排除計画の策定に至るきっかけとなったことは確かである。本稿においては、沖縄発のわが国における麻疹排除活動計画の概要を、最近の麻疹の状況とともに触れる。

日本全体における麻疹の発生動向

～1999年から2006年まで

感染症発生動向調査（サーベイランス）によると、沖縄で9人の死亡者のうち最終の1名が報告された2001年（推定20万人以上麻疹の発生）をピークとして、1999年の感染症法施行以後、麻疹の患者発生は著明に減少した。その背景には、1歳児を中心とする患者発生動向に対して、“一歳のお誕生日にはしかワクチンのプレゼントを”という合言葉のもと、幼児への予防接種を徹底しようとする小児科医を中心とした全国的な働きかけがあった。全国的に麻疹報告を定点報告から全数報告に切り替えたり、市町村を超えて予防接種が広域で受けられる体制を作ったりする地域もあるなど、様々な対策が行われたのである。これらの動きの多くは、2001年4月の「沖縄県はしか“0”プロジェクト（現在、知念正雄代表）」¹⁾ 発足によりスタートした沖縄県内の様々な麻疹対策の動きに全国の小児科医が呼応あるいは学んだところが少なくない。特に、麻疹発生時の対応に関する取り組み（沖縄県麻疹発生時対応ガイドライン²⁾）や、麻疹が疑われた全例に対して検査診断を行う制度³⁾などは全国の大きな先駆けとなった。

2007年以降に社会問題となった若年成人を中心とする麻疹の流行

麻疹は2006年の茨城県南部・千葉県での地域流行後、一旦終息に向かったものの、関東地方を中心とした散発的な患者発生はその後も続いた。同年末から埼玉県で流行が始まり、2007年明けから3月にかけて東京都へと拡大し、5月の連休明けには全国に拡大するという6年ぶりの全国流行となった。この中で特徴的だったのは、麻疹患者の年代が2001年頃を中心だった1歳児を中心とした乳幼児ではなく、10歳台から20歳台にかけての若者であったということである。首都圏を中心に全国の高校や大学で学校閉鎖や休講が相次いだ。発生動向調査上では、「成人麻疹」では1999年の調査開始以後、最大の流行を記録した。そして2008

年6月現在、日本の麻疹の発生動向は、この2007年以降の変化が定着したかのように思われる。

なぜ、若年成人に麻疹が流行したか

この理由としては、前述のように2002年以降、種々の取り組みが進んだため、1～5歳までの小児における患者の割合が確実に減少した一方で、年長児から若年成人にかけてはワクチン未接種者が10%程度存在すること、1回の接種で免疫がつかなかったもの（PVF）が5%未満存在すること、さらに1回の接種で一度は免疫がついたにもかかわらず、その後の時間の経過と共にその免疫が減衰したもの（SVF）が10～20%存在したことが大きな要因であったと考えられる。2008年より全数サーベイランスに変更されたことにより（後述）、5月末現在、約8千例を超える患者が報告されているが、年齢群別では10～20代前半からの報告割合が半数以上を占めた。麻疹含有ワクチン（MCV）の接種歴別の報告数は、全体では接種歴なしが約5割弱であり、1回接種が2割程度、2回接種は1%に満たず、接種歴不明が約3割であった。接種歴がない者がなんと最多である。さらに特徴的な情報が重症者に関する情報として、重症な麻疹の中でも特に重症の合併症である、脳炎合併例の報告は、2008年5月末時点までに5例報告されており、すべて10代以上（10歳台1名、20歳台2名、30歳台1名、40歳台1名）である。これは、麻疹患者全体の年代分布を反映していることは明確であろう。

またこの期間に大きく問題となったこととして、社会的な活動範囲が広い、高校生の修学旅行や大学生などの海外渡航先での麻疹発症が国際的な問題となった。これは、鳥インフルエンザや重症急性呼吸器症候群（SARS）への国際的な懸念に基づく、改訂国際保健規則（IHR2005）の2007年6月からの施行前後というタイミングにも一致している。麻疹はその感染力の強さや重症度からも、特に排除国においては新たな脅威として認識されるものであ

り、今後、感染症対策が国際的な側面を常に有している象徴的な事例と言えよう。

麻疹排除計画の策定と概要

以上のような状況、すなわち、若年成人における麻疹の流行や重症例の発生、海外への輸出や国際問題化などの状況を受けて、2007年暮れより、わが国における麻疹排除に向けた施策が次々と打ち出されてきた。特に、2007年12月28日に大臣告示された、『麻しんに関する特定感染症予防指針』⁴⁾の公布は、初めて日本が麻疹の排除を目指すこと(2012年の目標)を宣言した点で画期的である。さらに、予防接種法施行令、同施行規則、同実施規則のそれぞれ一部を改正する政省令の公布、定期的予防接種実施要領の通知などが次々と打ち出されてきたが、これらは、我が国における「麻疹排除計画」の中心的な法省令の整備として総括出来る。麻疹排除計画の中で考えられている大きな柱が三つある(図)。①感受性者対策：麻疹風疹混合ワクチンを使用ワクチンとして、第一期(1歳台)、第二期(小学校就学前1年間)の接種率を高レベルに引き上げ、これを維持すること。最近の麻疹患者の中心であり、抗体保有が他の年齢よりも低いと考えられる中学生～20

歳台前半⁵⁾のうち、第三期(中学1年生相当)、第四期(高校3年生の年齢の者)の年齢の者に対して、2008年4月1日から2013年3月31日までの5年間で暫定的な定期接種とすること。定期接種には含まれないものの、職業的ハイリスクと考えられる、医療系や教育・福祉系の年齢の若い就業者あるいはその分野の学生に対する任意接種の推奨。そして、学校などを新たに含めて接種率の把握強化などが含まれる。②感染症発生動向調査において麻しんを定点報告から全数把握制度へと変更すること(2008年1月1日より実施)、③集団発生対応における手引きの作成や人員の派遣・養成を行うことを主眼とした、麻しん発生時の対応強化、が3つの柱となっている。これらを下支えするものとして、国及び地方自治体それぞれのレベルにおける「麻しん対策会議」が設置されることとされ、実際に2008年2月12日に国の麻しん対策推進会議が開催された。地方レベルにおける会議のモデルとしては、「沖縄県はしか“0”プロジェクト」を念頭に置いた。

2005年9月、わが国を含むWHO西太平洋地域(WPRO)は、2012年までに地域内から麻疹をelimination(排除)するという目標を定めた。日本も批准していることから、わが国

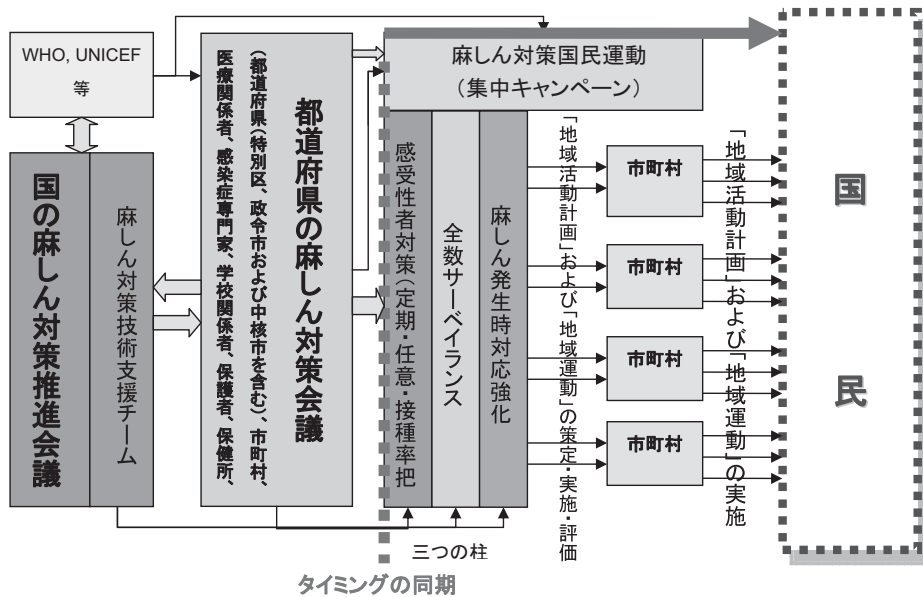


図. 麻疹対策の関係機関の相関図

の「2012年までに国内から麻疹をeliminationする」という目標は、国際的な責任をも共有していることが自明である。

沖縄県として克服すべき課題

2005年、沖縄県では29例の麻疹疑い例が報告されたが、麻疹確定例は1例も無く、初めて麻疹“0”の状態に至った。WHO西太平洋地域(WPRO)における定義では⁶⁾、麻疹排除の状態とは、麻疹の診断例が人口100万人当たり1例未満であり、罹患例が発生してもウイルスの継続的な伝播・拡散を阻止できる状態にあることを意味する(=MCV接種率が95%以上、アウトブレイク発生時の対応能力)。沖縄は、果たして麻疹排除状態にどれだけ近づいたであろうか。

2008年6月、前年の「2007年度第2期麻疹風しんワクチン接種率」(5月30日現在最終評価結果)⁷⁾が明らかとなった。それによると、第2期の平均麻疹風しんワクチン接種率:87.9%であり、最高値は秋田県95.8%であった。沖縄県は第34位で、全国平均を下回る87.1%であった。この数字はこれまでの自治体の努力や医療従事者の積極的な働きかけが反映されていると考えられるが、麻疹対策先進県として知られる沖縄県としては、不本意な成績ではないか。沖縄県において麻疹が、2008年5月末現在も抑制に成功している理由としては、やはり全数報告制度に裏打ちされた、アウトブレイク発生時の対応(接触者の追跡調査)などの存在がより大きかったのではないか。2008年春は、県出身で国の麻疹対策推進会議に全国の保護者代表として委員に就任した歌手のKiroroも県内のCMに出演するなど、新たな麻疹対策啓発・支援の動きがある。今後の課題は正に、このような動

きも得て、中高生を含む接種率を如何に全県的に高められるか、とすることである。

今後、麻疹対策は国をあげて本格化していくことが予想される。その中で、沖縄県における麻疹対策は常に注目されていくことであろう。県内の医療や公衆衛生、あるいは教育に従事する者が目的意識の共有や連携の強化を図り、自分の問題として麻疹排除に向けて真剣に取り組むことが求められている。

参考文献:

- 1) 安次嶺 馨, 知念 正雄編. 日本から麻疹がなくなる日—沖縄県はしかゼロプロジェクト活動の記録. 日本小児医事出版. 2005年
- 2) 沖縄県麻疹発生時対応ガイドライン. 沖縄県ホームページ
<http://www3.pref.okinawa.jp/site/view/contview.jsp?cateid=80&id=5095&page=1>
- 3) 浜端 宏英. 沖縄県はしか“0”プロジェクトの「全数報告制度」. 沖縄県医師会報(2007年8月号).
http://www.okinawa.med.or.jp/activities/kaiho/kaiho_data/2007/200708/056.html
- 4) 厚生労働省ホームページ. 麻疹に関する特定感染症予防指針(平成19年12月28日).
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/071218a.pdf>
- 5) 国立感染症研究所感染症情報センターホームページ. 感染症流行予測調査—麻疹速報:2007年度(平成19年度)調査暫定値一.
<http://idsc.nih.go.jp/yosoku/Mmenu.html>
- 6) WPRO, "FIELD GUIDELINES FOR MEASLES ELIMINATION (2004年)" available at
http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C-4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines_for_MeaslesElimination.pdf.
- 7) 国立感染症研究所感染症情報センターホームページ. 平成19年度定期の予防接種(麻疹風しん第2期)の実施状況の調査結果について(第2報).
<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/index.html>

妊婦 HIV 抗体検査事業について

沖縄県妊婦 HIV 母子感染防止事業について

理事 金城 忠雄



経過

平成12年度厚生労働省の「HIV 母子感染予防の臨床的研究」の報告で HIV 感染妊婦の出産が139例に達したと報告され社会問題になった。

その報告によると、HIV 感染妊婦が自然分娩した場合の児への感染率が33.3%に対して、抗 HIV 薬と帝王切開との組み合わせによる児への感染率は2.1%で、適切な対策により HIV 母子感染が予防できることが示された。

当時、妊婦 HIV 検査が無料の埼玉県では、検査実施率99.6%に対して、任意の沖縄県では6.3%と全国ワースト2位であった。

このようなことから、妊婦の HIV 検査率向上のため、平成13年当時の比嘉国郎県医師会長と日本産婦人科医会の糸数健沖縄県支部長の連名で県福祉保健部に「妊婦 HIV 抗体検査の無料化について」の要望書が提出された。

当時の福祉保健部の稲福恭雄次長も妊婦 HIV 感染に行政としての危機感を抱いており予算獲得に奔走、平成15年度に公費補助2010万円が予算化され、「妊婦 HIV 母子感染防止事業」が開始された。

妊婦 HIV 母子感染防止事業

実施主体は沖縄県医師会で、対象者は県内の HIV 検査に同意する妊婦、検査に要する費用のうち、妊婦1人に1,500円を公費補助する事業である。

県医師会では、「妊婦 HIV 抗体検査マニュアル」を作成し、産婦人科医会支部長や役員が、宮古、八重山はじめ各地区産婦人科に検査について、妊婦のプライバシー保護の重要性、実施

報告の方法等について手分けして説明に回った。

事業開始以来、5年間の妊婦 HIV 検査平均実施率は81.6%である。県当局や関係者は90%以上の実施率を期待しており、産婦人科医の一層の努力が必要である。

公費補助継続の重要性

平成20年になり、県は、財政逼迫を理由に妊婦 HIV 検査の補助費の削減を提案してきた。そうすると検査実施率の低下は明らかである。県医師会産婦人科医会・産婦人科学会は、共同で県関係各位に対して「妊婦 HIV 抗体スクリーニングに対する公費補助継続に関する請願書」を提出した。要望額には届かないが、妊婦1人に750円の公費補助が継続されることになった。県福祉保健部担当官の努力もあり、県財政の厳しいなか、この事業の重要性が再認識された。

琉球大学第一内科の健山正男准教授は、県内で母子感染が2例認められており、母子感染防止のための医療技術は100%近く確立されているため、この事業は、対費用効果にみあう、重要な事業であると報告している（県医師会報2007年12月号）。

妊婦 HIV 抗体検査の公費補助により、尚一層検査実施率を向上させ HIV 母子感染防止に継続努力したい。

なお、今回、琉球大学医学部器官病態医科学講座女性・生殖医学分野の佐久本薫准教授と青木陽一教授に沖縄県の妊婦 HIV 抗体スクリーニングの現状について、ご報告いただいたので下記のとおり報告する。

沖縄県妊婦 HIV 抗体スクリーニングの現状

琉球大学医学部器官病態医科学講座女性・生殖医学分野
佐久本 薫、青木 陽一



はじめに

沖縄県の HIV 感染者/AIDS 患者は、平成 19 年末の厚生労働省エイズ動向委員会の報告¹⁾によると、HIV 感染者が 24 人、AIDS 患者が 7 人で合計 31 人であり急速に増加している (図 1)。これまでで最も多い数であり、人口当たりの感染者数は東京都に次いで沖縄県が第 2 位である。爆発的な増加に繋がるのではないかと関係者は、深刻に受け止めている。HIV 感染者/AIDS 患者は男性同性愛者が多く、そのコミュニティへの働きかけが必要である。拠点病院で外来通院している患者も相当な数になり、病状の安定した患者は分散して管理する必要がでてきている。一般の人への波及や妊娠合併例も出現してくることが危惧される。一方、日本全国の HIV 感染妊婦は増加しており、厚生労働科学研究「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班 (主任研究者：和田裕一) の報告によると、平成 19 年度の新規報告数は 43 例で、これまでの累積 HIV 感染妊娠数は 503 例に達している²⁾。このような現状から、妊婦 HIV 抗体スクリーニングに対する沖縄県による公的補助事業が平成

15 年度から開始されている。全国的にも 5 つの自治体 (平成 15 年 12 月時点で秋田県、茨城県、群馬県、埼玉県、沖縄県。青森県、千葉県は行っていたがその後中止) でしか行われておらず、画期的な事業である。沖縄県医師会では沖縄県からの委託を受け、妊婦 HIV 抗体スクリーニングの業務を代行してきた。今回、県医師会事務局に代わって、平成 15 年からの妊婦 HIV 抗体スクリーニングの実施率を算出し、若干の考察を加えて報告する。

妊婦 HIV 抗体スクリーニング実施数、実施率

沖縄県の補助事業を委託された沖縄県医師会事務局による集計から、5 年間の妊婦 HIV 抗体スクリーニング実施数、実施率を算出した。実施数は事務局に公的補助の申請された実数であり、県のホームページに示された出生数 (年度ではなく年) で除して実施率を算出した。

表 1 に 5 年間の妊婦 HIV 抗体スクリーニング実施数、実施率を示した。平成 15 年度からの各年度の実施率は 80.9 %、77.2 %、81.3 %、82.6 %、86.0 % であった。図 2 に 5 年間の推移を示したが、ほぼ横ばいで推移している。5 年

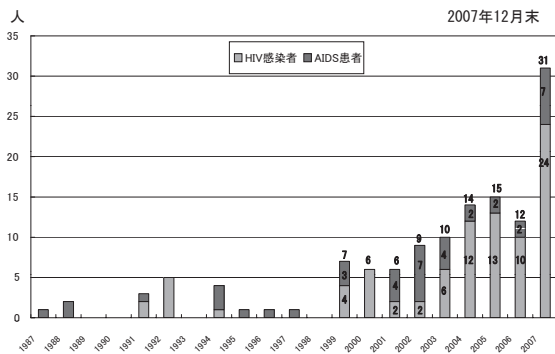


図 1. 沖縄県 HIV 感染者/AIDS 患者数の年次推移¹⁾

年度	実施数	出生数	検査実施率 (%)	偽陽性/陽性数
15	13,403	16,564	80.9	9
16	12,678	16,431	77.2	7
17	13,129	16,147	81.3	4
18	13,694	16,570	82.6	7
19	14,412	16,765	86.0	5
計	67,316	82,477	81.6	32 (0.05%)

スクリーニング偽陽性/陽性者のうち真の陽性者：0

表 1. 妊婦 HIV 抗体スクリーニング実施率

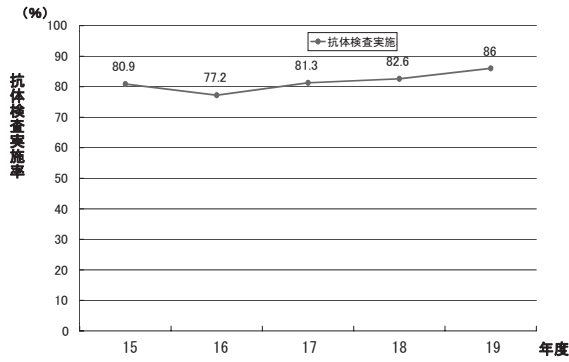


図2. 沖縄県妊婦HIV抗体検査実施率年次推移

間の出生数は82,477人で妊婦HIV抗体スクリーニング実施数は67,316件、平均実施率は81.6%であった。公的補助が実施されている割には低い値と考えられる。関係者は、90%以上を期待していた。81.6%に止まった原因が、スクリーニングを勧める産科医の側にあるのか、妊婦が検査を拒否したのかは明らかでないが、著者の経験からは妊婦のHIV抗体検査への感心は高いことから産科医がより積極的にスクリーニングを勧めて実施率を上げる必要があると思われる。報告書に記載された偽陽性/陽性の数は32例(0.05%)であった。偽陽性の数は二次検査(確認検査)の結果も反映している可能性もある。著者が把握している限りでは、この中から真のHIV感染者は出ていない。

図3に厚生労働省班研究(和田班)で行った全国産科病院へのアンケート調査のデータから沖縄県の妊婦HIV抗体スクリーニング実施率を示した²⁾。和田班の報告によると、沖縄県の平成18年度の抗体スクリーニング実施率は92.2%であったが平成19年度は73.3%に低下

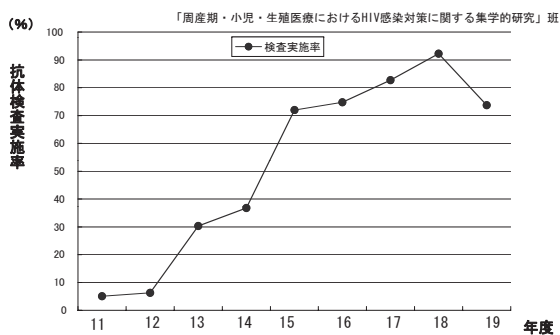


図3. 病院アンケート調査による妊婦HIV抗体検査年次推移²⁾

したことが指摘されていた。しかし、今回の調査では平成19年度の実施率は86.6%で過去最高値であり、実施率の低下は認められなかった。和田班の調査はアンケート調査であり、1年間の分娩数と妊婦へのスクリーニング実施率を大まかに答えてもらうもので、限界があるものと考えられる。

公的補助の継続について

一般に成人が、HIVに感染しても免疫機能が低下してAIDSを発症するのに数年から十数年かかると言われている。しかし、研究班の報告でも母子感染が成立した新生児は、適切な抗HIV療法を行うのが困難であり、早期に発症し予後は極めて不良である。本邦ではHIV感染妊婦に対しては抗HIV療法(最近では一般に行われる多剤療法HAART)と陣痛発来前の帝王切開術、抗ウイルス薬の点滴静注、新生児への抗ウイルス薬の予防投与、母乳保育の禁止が推奨されている³⁾。この方法を行うことにより、母子感染をほぼ予防できることが報告されている。この予防を行うためにも妊娠初期に妊婦全員にHIV抗体スクリーニングを実施することが重要である。

妊婦HIV抗体スクリーニング事業を通して、わが国、沖縄県のHIV感染者/AIDS患者の現状、適切な予防法と治療法、国、県、保健所などの行政の取り組み、母子感染の予防法について、産科医が妊婦へ直接説明、啓蒙できる機会が有ることが重要である。また、妊婦というひとつの集団をスクリーニングすることができ、その結果からHIV感染の一般家庭への拡大を推量することも重要と考える。

補助事業が開始された平成15年度の補助額は1,500円であったが、徐々に減額され平成20年4月からは1件当たりの補助額750円となった。予算の関係で致し方ない実情があると思うが、過去に青森県において、3年間継続した公的補助を中止したところスクリーニング実施率が30%台に急落したことがある。できる限り沖縄県の公的補助が継続される事を期待したい。

諸事情から沖縄県による公的補助が中止される可能性があると考えられる。その場合でも、妊婦 HIV 抗体スクリーニングの意義を十分に理解し、検査実施率が低下することがないように、産科・周産期に関わる関係各位にご努力をお願いしたい。

妊婦 HIV 抗体スクリーニングの実施手順

図4に妊婦 HIV 抗体スクリーニングの実施手順を示した。現在沖縄県のほとんどの施設で HIV-1、2 抗体と HIV-1 抗原を検出する ELISA 法が行われている。この検査では、陽性の中にウイルスに感染していない偽陽性が出てくることを認識する必要がある。妊婦では偽陽性率が上昇することが山田、塚原らによって報告されている（平成16年度報告書）。一次検査で20名の陽性者が出た場合、真の陽性者（二次検査で陽性）はそのうち1名であると報告されている。産科医は沖縄県の HIV 感染者/AIDS 患者の急激な増加の現状と母子感染が成立した場合の児の予後が不良なこと、検査で偽陽性がでることがあるため、一次スクリーニング陽性が即 HIV 感染を意味するものではなく、二次検査（確認検査）を行う必要があること、真の陽性者（HIV 感染妊婦）は適切な治療が受けられること、母子感染予防の方法があるところを検査前に充分説明しておくことが重要である。平成19年6月に厚生労働省より全国自治体主管、日本産婦人科学会へ出された通達にも検査前および検査後のカウンセリングを十分に行うこととプライバシーの保護に十分配慮す

るよう記述されている。近日中にエイズ予防財団が作成した妊婦検査に関わる医療従事者向けの「妊婦 HIV 一次検査実施マニュアル」が配布されることになっている。

まとめ

公的補助が施行されてから5年間の妊婦 HIV 抗体検査実施率は81.6%であった。県医師会では県に代行してこの事業を推進してきた。大きな成果を上げたものとする。県全体の HIV 感染者/AIDS 患者は増加しており、いずれ HIV 陽性妊婦が経験されることが考えられる。適切な母子感染予防を行うためにもスクリーニングが大切である。今後も沖縄県の公的補助が継続されることを希望するとともに、産婦人科医による妊婦抗体スクリーニングを徹底して実施することが重要である。

謝辞：補助事業の集計をして下さった沖縄県医師会事務局山田愛里様に心より感謝申し上げます。また、県医師会の事業報告としてコメントをいただいた補助事業の担当理事金城忠雄先生、医師会誌の紙面を割いて下さった広報担当理事の先生方へ深謝致します。

本稿の要旨は、第106回沖縄県医師会医学会総会（平成20年6月8日）において発表した。

参考文献

- 1) 厚生労働省エイズ動向委員会報告2007年12月、http://api-net.jfap.or.jp/aids/aids_Frame.htm.
- 2) 平成19年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班（主任研究者：国立病院機構仙台病院副院長 和田裕一）報告書、2008.
- 3) 塚原優己、今井光信、松岡 恵、他：HIV 母子感染予防対策マニュアル第5版、平成19年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班・分担研究「わが国独自の HIV 母子感染予防対策マニュアルの作成・改訂に関わる検討」班（分担研究者：国立生育医療センター周産期診療部産科 塚原優己）編、2008.

本文中に引用した班研究の成績と内容は過去の研究報告書に詳述されている。各年度の報告書を参照されたい。

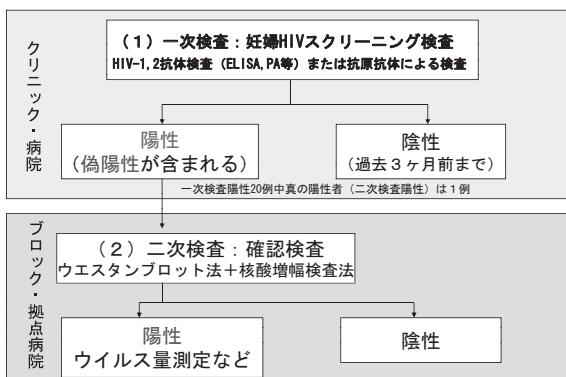


図4. 妊婦HIV抗体スクリーニング実施手順

第17回沖縄県医師会県民公開講座

ゆらぐ健康長寿おきなわ

心停止と救命蘇生

～あなたの大切な人を助けるのはあなた～



理事 玉井 修



第17回沖縄県医師会県民公開講座が平成20年6月21日午後1時半よりロワジュールホテル天妃の間にて開催されました。今回も約450名の参加者があり、比較的若い年齢層の参加者が多かったという印象でした。今回は少し切り口を変え、「心停止と救命蘇生」と題して自動体外式除細動器（AED）を含めた救命蘇生を取り上げました。副題に掲げた「～あなたの大切な人を助けるのはあなた～」というキャッチフレーズが示す通り、今回の県民公開講座は一般の人が救急車到着の前に行う救命蘇生について広く啓発していくことを目的としていました。AED使用による救命蘇生の記事をよく見かける様になり、AEDへの関心はかなり高くなっているよ

うです。しかし、実際にAEDの扱い方についての理解はあまり広がっていないのが現状です。今回は琉球大学医学部救急医学分野の久木田一朗教授に座長をお願いいたしました。久木田教授には心肺蘇生とAEDの概容について講演をしていただき、その後はパネラーの皆さんに御登壇いただきました。琉球大学医学部循環器系総合内科学講師の神山朝政先生には心停止と突然死を引き起こす様々な疾患に関して解説いただきました。那覇市消防本部の徳元律夫さんには実際の救命方法と救急車の適性使用に対する県民の協力が重要であるとのこと発言がありました。また、今回は実際にAEDを使用して救命蘇生を行った実体験を琉球大学法文学部准教授

の石崎博志先生にお話しいただき、臨場感のある実体験を語っていただきました。

パネルディスカッションではAED使用によってかえって悪化させたりという心配は無いだろうか？ネックレスをしている人にはAEDを使用しても大丈夫か？プールや海岸で体が濡れていたらどうするのか？軽症の方は救急車の使用を自粛していただきたいと言っても、素人の自分では重症度の判断など出来ない！など会場からは率直で、実際的な質問が多く寄せられ、非常に盛り上がりました。

午後3時半までパネルディスカッションを行い、会場隣には心肺蘇生とAEDの体験コーナーを設置し、15体の人形とAEDのデモ機を用いた講習会が開催されました。結構広い会場と、インストラクターも大勢確保していたのですが、実体験コーナーには約150名の方が詰め

かけ、会場のクーラーが効かなくなり急遽扇風機を持ち込むなど対応に追われ、何とも嬉しい悲鳴でありました。約1時間の講習を汗をかきながら真剣な表情で受講されている多くの方を見ると、この様な救命蘇生とAEDについての講習会をもっと多くの場所で開催するべきと思いました。AED普及が進み、小学校や中学校には当たり前のように設置される日が早く来て欲しいものです。今回のような実体験コーナーを組み込んだ県民公開講座の開催は非常に有意義であったと思います。心肺蘇生とAEDの講習は予定通り1時間でしたが、もっと会場が大きく、時間の余裕があればもっと多くの方が参加できたかも知れません。救急・災害フォーラムや救急フェアに向け、更に多くの方が体験できる機会を増やして行くことが今後の課題になると思われます。

講演の抄録

心肺蘇生と自動体外式除細動器 (AED)



琉球大学医学部 救急医学分野教授 久木田 一郎

昭和56年 熊本大学医学部卒業
 平成5年 熊本大学助手 (救急・集中治療)
 平成7年 熊本大学講師 (救急・集中治療)
 平成13年 琉球大学医学部助教授 (麻酔科学)
 平成14年 琉球大学医学部教授 (救急医学)

も冷静ではいられないでしょう。日本では、突然の心停止 (心臓突然死) が年間約5万人あると言われています。一刻を争う緊急事態である予想外の心停止が病院の外で医療従事者が傍らにいないときに起き、多くの命が失われていることとなります。“救命の連鎖”は、突然の心停止に対し、救命のために必要な処置が次々と中断なく速やかに行われるための手順を示したものです。

成人に対する救命の連鎖は4つの輪から成り立ちます (図1)。1つ目から“迅速な通報”、“迅速な心肺蘇生”、“迅速な除細動”と続き、4つ目は薬や器具を使用する病院等で行われる蘇生処置 (二次救命処置) を表します。平成16年7月から一般市民もAEDを用いた除細動を行うことが可能となり、救命のための3つ目の輪までが一般市民が行える一次救命処置となりました。

1. “救命の連鎖”と一次救命処置

病院外、あなたの近くで人が突然倒れたらあなたはどうか対処しますか。突然のことでだれで

図1. 救命の連鎖

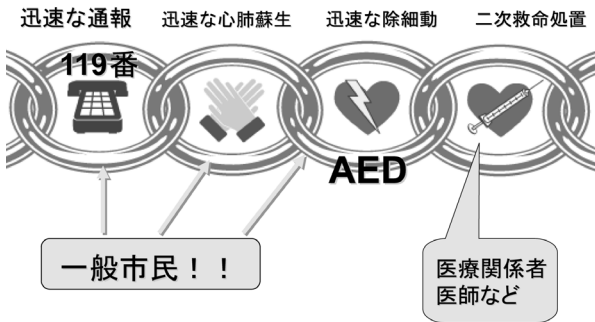
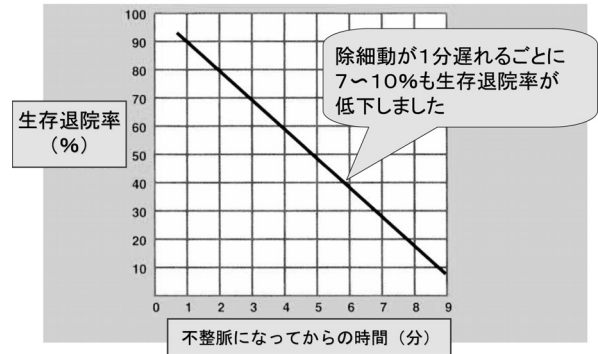


図2. 早期除細動の有効性！



2. 市民による除細動の必要性

では、AEDを用いる除細動とはどのようなもののでしょうか。いわゆる心停止にはいくつかの異なる状態があります。その中の一つに心室細動という状態があります。心室細動とは心臓全体がでたらめに細かくふるえる状態で、脈も触れなくなります。ボールなどが胸に強く当たった時の心臓震とうもこの状態です。この状態を治すには、細動を取り除くこと、つまり除細動が必要で、それには電気ショックを与えることが唯一有効な手段となります。AEDは、だれでも使えて電気ショックが実施できるように作られています。

除細動は、1分遅れる度に生存退院率が7～10%低下します(図2)。AEDの使用が早ければ早いほど生存の可能性を高めることとなります。AEDを早期に使用するために、傍らの人に「あなた、119番通報して、AEDを持ってきて」と頼むか、自分しかいなければ自分で通報する必要があります。平成19年9月末現在、県内に754台のAEDが設置されています(県庁調べ)。

今回の公開講座ではなぜ、どんな場合に心臓が突然止まることがあるのか、実際の人命救助の体験談、救急車の活用等を聞いて頂きます。心臓突然死をできるだけ防ぐため、予防の知識やAEDの設置、一般市民が行える一次救命処置の普及に市民、行政、地域社会が一丸となって取り組み、市民1人ひとりが“命どう宝”を実践できる県になりましょう。

実際の治療について 心停止及び突然死の原因と治療



琉球大学医学部循環系 総合内科学講師 神山 朝政

平成2年3月 琉球大学医学部医学科卒
平成10年5月 学位取得
現職 琉球大学医学部循環系
総合内科学講師

突然の心停止に対する救急蘇生法や自動体外式除細動器(AED)の使い方に関しては、救急部の久木田教授がお話されると思います。そこで今回、私は、突然の心停止や突然死の原因としてどういう病気がかかっているか、治療や予防はできるのかに関して話したいと思います。私たちの教室の渡嘉敷が以前(1992年1月1日から1994年12月31日までの2年間)に糸満市を中心とした南部地区で、沖縄県の突然死の頻度やその原因となる病気に関して調査しました。原因不明も約半数ありましたが、原因がわかる範囲では、心臓に関する病気(心筋梗塞など)が18.3%、脳卒中が18.3%と同数でした。

そこで、心臓に関する病気と脳卒中に関する病気を中心にその原因と治療法、これらの病気

が原因の突然死の可能なかぎりの予防法（ただし、突然死が予防できないことも多いことを知っててください。）に関して話たいと思います。

まず、心臓に関する病気ですが、狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患と致死性（生命の危険を伴う）不整脈があります。虚血性心疾患は、高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病や肥満、喫煙が原因の場合が多いので、これらの病気の治療や生活習慣の改善（食事療法、適度な運動、禁煙など）である程度予防できると考えています。不整脈に関しても学校や職場での検診、人間ドックを受診することで心電図異常が見つかる場合もあります。狭心症や不整脈を診断する上で難しいのは、胸痛や動悸のない時の心電図のみでは、異常がわからないことです。

また、軽い動悸は、だれでも自覚するもので生命の危険を伴う不整脈（致死性の不整脈）とは、めまいや立ちくらみ、意識を失うなどの症状を伴う不整脈のことを言います。この点に関しては、実際の講演のなかでくわしく解説したいと思います。次に脳卒中に関してお話します。脳卒中の中では、実際の頻度としては脳梗塞が多いのですが、突然の心停止となると脳出血、くも膜下出血や脳塞栓症の割合が多いです。脳出血や脳塞栓は高血圧の治療や心房細動という不整脈に対して、心臓の中に血栓（血液の塊り）ができるのを予防する薬を内服することで予防できます。他に突然の心停止や突然死の原因として大動脈瘤破裂や肺塞栓症という病気がありますが、その治療法に関しても講演の中で解説します。最後にまとめますと、①突然の心停止の原因としては、脳、心血管病が原因であることが多いです。②心停止の危険が予測不能な場合も多いのですが、脳卒中や心筋梗塞が原因である場合には、生活習慣の改善で予防できることもあります。③住民検診や人間ドックを受診することで見つかる病気もあります。

実際の救命方法・救急車の適正使用について



那覇市消防本部救急課 救急指導係長主幹 徳元 律夫

昭和56年 那覇市消防本部採用
 昭和60年 救急隊拝命
 平成7年 救急救命士取得
 平成18年 気管挿管薬剤投与認定
 平成19年 救急課主幹兼救急指導係長

1. 那覇市消防本部における救急出場の現状

那覇市では、西・小禄・国場・首里・中央の5署所に高度な救急資器材を載せた高規格救急自動車を配置し、救急隊5隊、専任救急隊45人（救急救命士30人）で市民の救急要請に対応しています。

平成19年中の救急出場件数は14,512件、搬送人員13,164人で前年と比較すると出場件数865件（6.3%）、搬送人員が624人（4.9%）の増加となっており、市民の約24人に1人が医療機関に搬送されたこととなります。

一日平均の救急出場件数は約40件で、約36分に一回の割合で出場し、36人の傷病者を医療機関に搬送したことになり、また通報から現場到着までの所要時間は、平均で約8.1分となっております。

事故種別出場件数は、急病9,298件（64.0%）次に一般負傷1,903件（13.1%）、その他〔転院搬送等〕1,274件（8.7%）交通事故1,272件（8.7%）、自損行為327件（2.2%）の順となっております。

傷病程度別搬送人員は、死亡185人（1.4%）、重症609人（4.6%）、中等症4,823人（36.6%）、軽症7,508人（57.0%）、その他39人（0.3%）となっております。

救急出場件数は、毎年増加傾向にあり5年前

と比較すると3,000件以上増加しているのが現状です。

また、救急需要の増加に合わせて救急隊の増隊を望めない現状の中で需給のギャップが拡大しつつあり、この結果、救急用要請時に直近の救急隊が既に出場しているため、より遠方の救急隊が出場することなどにより、現場到着時間が徐々に遅延し救命率に影響がでることが危惧されます。

2. 救急要請の増加に対する対応

- (1) 頻回救急利用者への個別指導（家庭訪問）
- (2) 一般市民への応急手当講習の更なる充実と
 応急手当普及員の育成
- (3) PA連携の充実強化
- (4) 軽症者への代替処置の提供
- (5) 転院搬送業務への病院救急車の活用

(1) 頻回救急利用者への個別指導

救急要請者の中には、頻回利用者も多く、このことが救急隊の迅速な対応に支障をきたし、救命率に影響がでるのではと懸念されます。

これまで39人の市民に対して家庭訪問をして本市の救急出場の状況を説明し、適正な救急車の利用を呼びかけています。全国的にも初めての試みであり、総務省消防庁から注目されているところです。

**(2) 一般市民への応急手当講習の更なる充実と
 応急手当普及員の育成**

応急手当の普及員は事業所（会社、学校等）の従業員（職員等）の応急手当の指導に従事するもので普及員を育成することによって事業所、学校等の普及・救命率の向上に資することから講習会を実施しています。

(3) PA連携の充実強化

救急出場件数が増加するなかで救急車の現場到着時間が遅れ

（平均8.1分）救命率の低下が懸念されています。そういう事態を解消するため本消防ではPA連携を実施し救急隊が現場到着まで時間がかかる事案には一時的にポンプ隊が出動して救命処置を施し救急隊に引き継いで病院に搬送する。PA連携とはPはポンパー（ポンプ隊）、Aはアンビュランス（救急隊）の略です。

(4) 軽症者への代替処置の提供

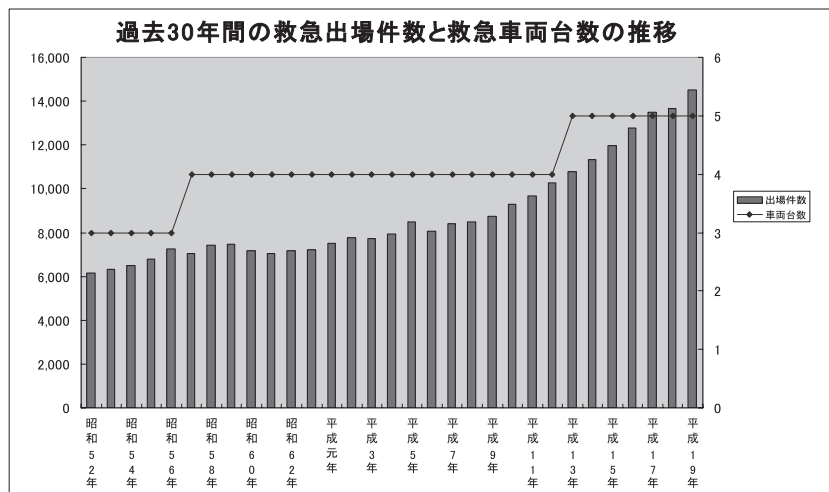
歩ける、緊急性がないなど軽症と思われる事案はタクシー、マイカー等の利用の指導また、本消防本部が認定した民間患者搬送事業所の紹介などを行っています。

(5) 転院搬送業務への病院救急車の活用

救急搬送業務なかで、転院搬送が1,274件で全体の8,7%占めています。

各医療機関、老人福祉施設等に個別訪問して救急車の適正利用についてご理解とご協力を求め、また、自前の救急車、送迎車、患者搬送事業所の活用をお願いしました。

以上のように、本市における救急需要対策を紹介しましたが、少子高齢化、核家族化、市民意識の変化等で、益々救急需要が増えることが予測されます。救急需要が増えることで「救えるべき命」の対応におくれる可能性があります。市民の適切な救急車利用のご協力とご理解をお願いしたいと思います。



人命救助体験談



琉球大学法文学部准教授 石崎 博志

1970年 石川県金沢市生まれ
 1997年 東京都立大学博士課程 中退
 1997年 琉球大学法文学部助手 中国語学担当
 琉球大学講師、准教授を経て
 2007年 琉球大学法文学部准教授（呼称変更）
 現在に至る

1) 救助の経緯

人命救助と聞けば、とても特別なことをやったように思われるかもしれませんが、私が担ったのはそのほんの一部です。私は今回の救助に関わった方々を代表して、ここで救助が必要になった経緯、救助の模様などについてご説明したいと思います。

昨年（2007年）の10月27日（土曜日）、琉球大学法文学部新棟において第57回日本中国語学会全国大会が開催されました。学会では世界的に著名な言語学者である台湾の戴浩一教授をお招きし、講演会を開催しました。戴先生は講演後、そのまま壇上で座っておられましたが、突然、崩れ落ちるように倒られました。以下はその後の状況です。

14:55頃 講演直後に椅子に座っていた戴先生が倒れ、司会者が気づく。
 松浦雅子さん（琉大院生）が救急車を呼ぶ。
 合志路子さん（関西大院生・元看護師）が心臓マッサージを行う
 張盛開さん（東京外国語大学院生・元看護師）が人工呼吸を行う
 石崎が法文学部総合研究棟に設置してあったAEDを持参。ボタンを

押す。

その後、戴先生が意識を取り戻す。

15:16頃 救急車が到着。酸素マスクをして、琉球大学病院に搬送される。

救急車が到着するまで20分近くかかりました。手を握っていた方の話によると、心臓マッサージの最中も、体が冷たくなっていくのが分かったそうです。琉大病院の伊敷哲也先生によると、こうした救命の連鎖がなければ、戴先生は帰らぬ人となっていたとのこと。その後、戴先生は琉球大学病院でカテーテル手術をし、血管が詰まっている箇所を補修し、一週間後に元気に帰国なさいました。

2) 多くの幸運

このたびの救助劇を振り返りますと、多くの幸運があったのだと感じます。第一に、倒れられた場所が200人以上もの観衆の前で、観衆の中に元・看護師の方がいらっしゃったこと。合志路子さんと張盛開さんのお二人です。彼女たちが心臓マッサージや人工呼吸などを迅速にやって下さいました。

また、学会の半年前にはなかったAEDが、学会の時には琉大に設置されていたことも大きなことでした。AEDは法文事務の近くに設置されていたこともあり、毎日のようにAEDを目にしていたことや、AEDの講習を偶然受けていたことも幸いしました。（ちなみに法文学部のAEDは、医師であり琉大の法科大学院の学生だった宮沢さんという方が寄附して下さいました。記して感謝申し上げます。）

個人的に幸運だったことがもう一つあります。入院後に中国語の通訳を私がさせて頂いたのですが、倒れられた戴先生が琉大病院の先生の治療方針に大きな信頼を寄せてくれたことです。言葉も通じない初めての土地で、危険を伴う治療を受ける。外国人の患者にとっては大きな不安があったことでしょう。そうした状況に置かれれば、治療への不信でパニックになる人もいるかもしれません。しかし、戴先生は医師

の治療方針に熱心に耳を傾け、多くの質問を投げかけながら積極的に治療に取り組まれました。通訳をする身としては、本当に助かりました。戴先生のお父様がかつて日本の大学で医学を修められたことも関係するかもしれませんが、何より日本の医療の水準の高さがこうした安心感をもたらしたのだと思われまます。

3) AEDの講習を受けて良かったこと

私はAEDの講習を学会の前に受けておりましたが、実は上記の事態に備えて受講していた訳ではありませんでした。実を言えば、たまたま暇があったというだけです。特に医療に関して問題意識をもっていただけではありませんでした。そうした点で今、この冊子を手に行っている方のほうがより高い意識をお持ちのことと思われまます。実際、AEDを使うことになるまで、私は自分がAEDを使う事態に置かれるなどとは、予想だにしませんでした。それもある意味で当然かもしれません。「AEDを使う事態」というのは、他人にとって極めて危険な時ですから、あまり想像したくない部類の事柄です。また、ジェームス・ボンドが映画『007 カジノ・ロワイヤル』でやったように、自分が自分に対してAEDを使うことも実際にはないので、どうしても意識が低くなりがちです。しかし、こんな私でも受講はとてよい結果をもたらして

くれました。

講習でためになったことが二つあります。一つは、AEDは簡単だということ。拍子抜けするぐらいの単純さでした。もう一つは、AEDを使用することに迷いがなくなったことです。その迷いを取り去ってくれたのは、講習をして下さった宮沢先生がしてくれた「善きサマリア人の話」です。

4) 善きサマリア人の話

あるユダヤ人が強盗に襲われけがをして倒れていた。

通りかかった祭司や人々は見てみぬふりをして通り過ぎた。

ところが、あるサマリア人だけは、彼の傷に油とワインを注いで包帯をし、介抱した。

もちろん油とワインによる治療は逆効果とさえいえるものです。しかし、ここで重要なのは苦しんでいる人を見て、見ぬふりをするのではなく、手助けをすることです。実際、AEDを使うことで、大きなけががえのない命が救われました。みなさんは、非常に意識の高い方々です。この講座に足を運ぶことが、それを証明しています。みなさんはすでにAEDを使い、人を救う十分な資格が備わっていると言えるでしょう。

座談会～県民公開講座を終えて～

○玉井理事 皆さんお疲れさまでした。

久木田先生本日のご感想をお聞かせ下さい。

○久木田座長 突然の心停止に対する多方面からの講演がありまして、特に最後の石崎先生の実体験のお話は皆さん非常に熱心に聴かれていたのではないかと思います。また、私も感銘を受けました。質問も非常に多くて、特にAEDは機械だという感覚があって、使い方がどうなのかという細かい点を気にしている方も多いよう

に思いました。やはり説明するよりも実際に触って体験してもらうことが重要だと感じました。

○玉井理事 そういう意味でも、今回は実体験コーナーを設置したことは良い試みだったと思います。

神山先生はいかがでしたでしょうか。

○神山先生 私は循環器を専門にしてて、学会からもAEDや救急について普及させるように言われているんですが、実際に具体的に県民

に対する講習会等はあまり考えたことがなかったのですが、今回こういったチャンスがあってこんなにも沢山集まっていたいただいて、意外と県民の皆さんはこのことに関心があるんだということを感じました。

○玉井理事 経験できる機会があまり無いですから、そういう意味でも、今後はこういった機会を増やすべきですね。

徳元さんはいかがでしたでしょうか。

○徳元氏 あんなに多くの方が参加されているのを見て、本当に皆さん関心があるんだなということを感じております。実は体験コーナーを含めた講習は実際はもっと長くなるんですが、どこでも1時間ぐらいで講習をやってもらいたいとの要望が多いんです。本日の実体験コーナーを見て、やはり1時間という短い時間で講習を行っていく必要があるということを感じております。

○玉井理事 やはり、濃密にやることも大事ですが、どれだけの数の市民・県民が講習を受けたかということも大事ですよ。

石崎先生いかがでしたでしょうか。

○石崎先生 僕がAED講習を受けたときには、全くこういうことになるとは思っていなかったもので、不思議なものを感じております。色々な経験をなさってきた方もいらっしゃるでしょうが、少しでもお役に立てればと思います。

○玉井理事 僕はやはり先生のご発言は重要だったと思います。我々がいくら簡単だよって言っても、そう思ってくれないですよ。

○久木田座長 おっしゃるとおりで、自分たちと同じ立場の人に救命が出来たんだというインパクトは大きかったと思います。

○玉井理事 石崎先生も正直な気持ちをおっしゃってました。もし死んじゃったら誰が責任を取るの？、訴訟になったらどうするの？という気持ちは今日の質問に出てましたね。その辺はやはりどこかに引っかかるものがあるんですね。

ですが、何も手を出さずにいると確実に死に繋がるということをご理解頂きたいですし、その辺は機械が判断してくれることを伝えられた

と思いますね。

ただ、今日のフロアからの質問の中で、AEDの設置が遅々として進んでいない現状、特に小学校の設置は全く進んでいない現状と、AEDを置いてあるにもかかわらず、その公表を拒む事業所があるとのお話がありましたが、その理由は何なのでしょう。

○徳元氏 恐らく、責任を気にしているのだと思います。

○玉井理事 その点で腰が引けてるんでしょうか。

○久木田座長 たしか石垣島は街のAED設置マップを作成してたかと思います。地域からそういう安全体制をとっている運動が起きるといいですね。

○玉井理事 恐らくフロアでは、AEDが良いのは分かるけど、じゃあ何処にあるのかと思っている方もいらっしゃるでしょうね。

○屋宜タイムス編集局次長



石崎先生の体験談がある意味一番良かったのかなと思います。ごく一般の方が実際にAEDを使用できたということで、今日の参加者も自分でも出来るん

じゃないかと感じたと思います。しかし、一方で約30万円というは高すぎると思いますし、どうやって普及させるのかという話になるとPTA連合等と医師会がタイアップして普及させることも考えて良いのではないかと思います。小学校で1台づつあれば良いですね。

○玉井理事 学校は災害の際の避難所にもなりますので、AEDが設置されているというのは良いですね。

また、小学生、中学生はまだ胸郭（きょうかく）の発達が未熟ですので、部活で強いボール等の打撃を受けることもありますし、不整脈を持っている子もいます。そういう子ども達が体育や運動をしていますので、そういう場所にはAEDを置くべきだと思います。

○石崎先生 行政が補助をしてくれると良いですね。生ゴミ機には補助してますよね。

○玉井理事 高校に置いているのは補助が出てますよね。ただ、数が少ないから置けたという面もありますね。ところが小・中学校となると数が多いですからね。そうなお金が絡んでくるんですね。本当はやるべきなんですけどね。

○徳元氏 成人式の日には新成人から寄付してもらおうことも提案したんですが、乗り気じゃなかったですね。

○玉井理事 僕も小学校の卒業記念に植樹をするよりもAEDを送るよう話をしてはいるんですが、まだダメですね。この辺はもう少し時間がかかると思います。

○平良沖繩タイムス社社会部長



実は沖繩タイムスも最近AEDを設置しました。ですが実際の操作方法は見たことが無く、先ほど拝見して簡単だと感じました。やはり、AEDの普及が大

切だと思しますので、新聞社も取材を含めて取り組んでいかないと行けないと感じています。皆さんの関心も非常に高いですね。

○玉井理事 価格は20万後半から30万円ぐらいしますね。それが約5年間持つそうです。

その後はバッテリーを交換すればまた使えるとのことですので、使い捨てというわけでもありません。本日も関心の高い方が参加されており、AEDの使用方法についてもワンランク上の質問が出てきてると感じました。これを機にシリーズ化してもよいのではないのでしょうか。

特に再来年はインターハイが開催されますので、それに向けてAED普及を啓発しやすい環境になるでしょうし、今回の県民公開講座を機に、9月9日の「救急の日」にそれぞれ各地で受講する方が増えていくと良いですね。

○久木田座長 ねずみ算式に増えていけばいいですね。各県も受講者の数は何万単位という目標を掲げていますね。

○平良沖繩タイムス社社会部長 県内では現在どのぐらいの受講者数なのでしょう。

○久木田座長 那覇市で3千人ぐらいだそうです。そうすると県全体では1万人もいかないでしょうね。

○徳元氏 大体人口の20%クリヤを目標にしていますので、約2~3万人ぐらいでしょうか。

○玉井理事 是非これからも、このAEDを周知徹底し啓発していきたいと思っております。

また機会がありましたらよろしく願いいたします。

本日はありがとうございました。

当日お越しいただいた方々の中から、数名の方にインタビューをさせていただきましたので、その中から下記のとおり4名の方のご意見・ご感想を掲載致します。

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。

(24歳・女性・公務員)

- ① “心停止”という言葉だけ聞くと、現実の私の日常生活には起こり得ないのでは？と思うほど遠い感じがしましたが、“メタボリックシンドローム”や“生活習慣病”など身近な事が危険因子として挙げられていたので、起こりうる問題だと感じました。また、人命救助の体験談を聞き、日常生活の中で医療行為はできなくても、意識を確認する、119番通報をすること等、私にも出来ることがあると再確認できました。
- ② このような会へ関心がある講演会参加者に対しては、次回の講演会の案内メールを送ってもいいのではないのでしょうか。

(34歳・女性・主婦)

- ① 以前からAEDの体験講習を受けたいと思っていたので、夫婦で受けました。学んだことを家に持ち帰って家族と話し合いたいです。友人や周囲の人へ、このような講座への参加を呼び掛けたいと思います。
- ② 子育て真っ最中なので、乳児の救命の講座もあるといいと思います。

(24歳・男性・会社員)

- ① 医療などの専門ではないので、所々難しい内容もありましたが、AEDの使用方法だけでも学べたことは収穫でした。日頃、何気ない生活の中でも突然死の危険に出くわす可能性があるということを知り、今回の講演会が無駄にならぬよう努めていきたいと思いました。

(21歳・男性・ホテル業)

- ① 大変勉強になりました。特にどのように心停止が起こるのか、その原因について知らなかった部分が多かったので、今回の講座を受けて良かったです。



心肺蘇生の講習風景



自動体外除細動器 (AED) の講習風景