

## 沖縄県医師会館建設進捗状況



常任理事 真栄田 篤彦

平成18年7月から始まった会館建設検討委員会や理事会等で、建築設計士や建築担当の建設会社等の選択検討などを経て、更には各地区の理事会で会館建設に関する重要事項を協議いただいた結果を受けながら、会館建設工事に反映して今日まで経過しました。実施設計が開始してからは、会館建設検討委員会から会館建設委員会に改称して継続し審議して参りました。細部に関しても、委員会の中に設けた小委員会で鋭意検討して結論を出し、会館の全てに多くの意見を採用して完成にこぎつければとってきました。今年は台風による工事休止ということも無く、11月一杯で全てが完成し、移転等も含めて12月14日には竣工の予定です。

思えば、昭和50年沖縄海洋博覧会の頃から今日までの長い期間にわたり、県医師会の事務所には、「沖縄県医師会」の表札すらなかったのです。平成10年に浦添看護学校の教室への出入口の脇に表札を掲げたのを今でも記憶しています。その通用口の一階に県医師会の事務所があるだけで、県医師会専用の会議室もなければ、理事会室などありませんでした。土地は県医師会の所有物なのに、どうして、あの当時の県医師会は自分たちの必要な部屋の分も設計図面に確保しなかったのか不思議でした。推測ですが会館維持費、固定資産税の節約が大きな理由だったかも知れません。大講堂の設計にも医師会員の意見が入っていたと聞いていたのに、全てが看護学校用の形にできています。今日では、事務局のスペースが狭くなり、理事会室はいよいよ浦添看護学校の教室を拝借しての会議になっていました。浦添看護学校もあと2年後には民間譲渡の方向にありますし、今回の県医師会

館の新築移転はまさに時宜を得た状況での実行です。

県医師会長も大浜方栄先生・宜保好彦先生・比嘉国郎先生・稲富洋明先生そして現在の宮城信雄会長と5人目になってからの建築開始でした。

会館建設のためには、多くの先輩会員からの用地特別会計積立金を充当し、不足分の建設費用は現在の会員からの拠出金を合算して完成します。昭和50年4月から昭和59年9月まで徴収した当時の開業医の先輩方の拠出金は月額1万円で、一会員当たり総額108万円納付しております。

しかし、昨今の医療経営が厳しい状況では、できるだけ会員に負担の少ない拠出金で建設するという方針になりました。従って、潤沢なる建設資金による豪華絢爛な会館ではありません。「機能的で合理的且つ重厚な趣のある県医師会館」の理念で建設に携わって参りました。建築しながら、建築材料の高騰などで一部設計変更など、様々の箇所工夫を凝らし、常に費用を意識しながらの工事進捗で、棟上式なども省略しております。幸い無事故で今日まで参りました。完成の暁にも、できるだけ簡略した形で竣工式・祝賀会を検討しております。また、会館竣工後は維持管理費が新たに発生することから、会員の皆様には更なるご負担をいただくこととなりますが、どうか御理解・御協力をお願い申し上げます。

そして会員の会館ですから、できるだけ多くの会員が、自分たちの会館をご利用いただき、種々の講習会や、各種委員会、その他の活動など活発に利用していただきたいと心より願

っております。

ここで、紙上をお借りして県医師会館建設に関係頂きました多くの会員の先生方、もうすでに故人になられました会員、会館建設検討委員会、会館建設委員会、各地区医師会理事会、代議員会、県理事会の皆様、そして、県医師会事務局の山城英彦事務局長はじめ全スタッフの優秀な皆様方に心より感謝申し上げます。有難う

ございました。

本当に長年の会館建設の夢がやっと現実のものとなります。向後40～50年間先にも耐えられる構造になっています。現在の私たちが老輩になり、後年の会員にも愛されるような会館になることを祈念しています。

「評価は歴史が後年に・・・」の気持ちです。



H 20.9.30 撮影 外構キャノピー工事



H 20. 9.30 撮影 門扉周辺工事



H 20. 9.30 撮影 ホール前方

## 九州医師会連合会第297回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が去る9月20日(土)、午後4時からホテル日航熊本で開催された。当日は常任委員会と併せて第1回各種協議会が開催され、日本医師会から中川常任理事(医療保険対策協議会)、三上常任理事(介護保険対策協議会)、内田常任理事(地域保健対策協議会)が出席した。

常任委員会では北野九州医師会連合会長より開会の挨拶があり、報告・協議が進められたので概要について報告する。

### 報 告

#### 1) 第108回九州医師会医学会分科会並びに記念行事の出題及び参加状況について(熊本)

みだし医学会分科会への演題と記念行事への申し込み状況について説明があった。

##### ・医学会分科会一般演題申込状況について

(平成20年9月5日現在)

第1分科会：		
内科学会	演題申込数	156題
第2分科会：		
小児科学会	〃	7題
第3分科会：		
産婦人科学会	〃	特別講演のみ
第4分科会：		
東洋医学会	〃	45題

##### ・記念行事申込状況について

(平成20年10月11日締切)

ゴルフ32名、ラグビー0名、サッカー0名、テニス11名、卓球1名、剣道2名、囲碁0名

### 協 議

#### 1) 第119回日本医師会臨時代議員会(10月26日(日)日医)における代表・個人質問について(熊本)

来る10月26日(日)に開催される日医臨時代議員会への質問事項について、各県より7題の提案があり、代表(1題)並びに個人質問(2題)について協議を行い次のとおり決定した。

##### 代表質問(1題)

###### ①医療提供体制再構築の検討

「安心と希望の医療確保ビジョン」と日医の政策関係は?(福岡県・横倉義武代議員)

尚、鹿児島県の野村秀洋代議員から提案のある「医師不足対策問題」について、医学部定員増に関する事項を追加して質問することになった。

##### 個人質問(2題)

###### ①小児保健法制定に向けた日本医師会の今後の具体的な取組方針について

(鹿児島県・池田琢哉代議員)

###### ②医療関係職種の業務分担と裁量権の見直しについて(大分県・嶋田 丞代議員)

#### 2) 第299回常任委員会・第96回臨時委員総会(11月14日(金)熊本市)の開催について(熊本)

来る11月14日に開催するみだし常任委員会、臨時委員総会の開催日程について提案があり、下記のとおり決定した。

日時：平成20年11月14日(金)

場所：ホテル日航熊本

日程：第299回常任委員会

16 : 00 ~ 16 : 50  
 第96回臨時委員総会  
 17 : 00 ~ 17 : 50

次第 : (省略)

**3) 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会 (11月15日(土)熊本市)における日本医師会 唐澤会長講演「中央情勢報告」への要望事項等について (熊本)**

来る11月15日(土)、午前10時から開催する唐澤会長の中央情勢報告への要望事項について計16題の提案があった。(福岡、佐賀、宮崎、沖縄から各1題、長崎12題)

協議の結果、唐澤会長講演への要望議題が多いことから、重複している事項や当日の各種協議会で協議される事項を熊本県医師会で整理し、提出することになった。

要望事項は下記のとおり。

- ①日医の政策決定について (福岡県医師会)
- ②医師養成数と医師卒後臨床研修制度の見直し等に対する日医の具体的対応について (佐賀県医師会)
- ③会員に対する日医の求心力は急速に低下し、組織としては危機的状況にあります。このことに関しての会長のご認識と今後の対策について、また都道府県医師会の役割についてのお考えをお聞かせいただければありがたいと存じます。 (宮崎県医師会)
- ④日本医師会は、日本医師会小児保健法検討委員会が本年1月に提出した答申に基き、同法が早期に制定されるよう、更なる取組をしていただきたい。 (沖縄県医師会)
- ⑤医師会立看護学校検討委員会・部会(仮称)設置について
- ⑥消費税(損税)についての対策
- ⑦医療安全調の議論をもう一度都市医師会に戻してほしい

- ⑧医療費削減と消費税問題
- ⑨特定健診
- ⑩介護療養病床廃止、療養病床削減の問題
- ⑪平成20年度診療報酬改正一外来管理加算
- ⑫平成20年度診療報酬改定一後期高齢者診療料
- ⑬レセプトオンライン化
- ⑭行政の広報活動に関して
- ⑮事故調について
- ⑯スタートしたばかりの特定健診の問題点について

(⑤~⑯長崎県医師会)

**4) 第108回九州医師会連合会総会における宣言・決議(案)について (熊本)**

第108回九州医師会連合会総会における宣言・決議案について、各県医師会で検討のうえ10月20日までに熊本県医師会へ回答することとし、来る10月30日に開催する常任委員会で決定することになった。

**5) 平成20年度九州ブロック認定産業医制度基礎研修・生涯研修会の開催について (福岡)**

平成21年2月21、22日に開催する標記研修会を、例年どおり九州医師会連合会の主催で開催することに決定した。

**その他**

・九州各県・政令指定都市保健医療福祉主管部局長及び九州各県医師会長との合同会議について

来る10月31日に開催するみだし合同会議について、「福岡市」と「北九州市」が参加を取りやめることになったとの報告があった。会議の名称は、次年度から「政令指定都市」を外すとの説明があった。

## 九州厚生局の組織再編について ～社会保険庁改編に伴う九州厚生局の説明会～

理事 平安 明



去る9月20日（土）、ホテル日航熊本5階「天草」において標記説明会が開催されたので、以下のとおり報告する

### 議題

#### 九州厚生局の組織再編について

標記の件について、九州厚生局 中井総務管理官より概ね次のとおり説明が行われた。

（※資料：九州厚生局の組織再編参照）

#### 社会保険庁の再編成～地方厚生（支）局再編について

社会保険庁は組織再編により、医療保険者事務を取り扱う全国健康保険協会（平成20年10月～）、保険医療機関指導監査監督事務等を取り扱う地方厚生（支）局（平成20年10月～）、並びに年金事務を取り扱う日本年金機構（平成

22年1月～※予定）にそれぞれ分かれることになった。なお地方厚生局が行う業務は全国に8カ所の厚生支局と各都道府県事務所（仮称）で実施される。（表1）

#### 九州厚生局再編の概要

今回の再編に伴い現行の業務と併せて、①保険医療機関等に対する指導監督等、②管内の全国健康保険協会支部及び社会保険診療報酬支払基金支部の指導監督、③年金業務のうち、行政事務と位置付けられたもの等が、新たな移管事務として加わる。厚生局では組織を抜本的に見直し、より総合的・効果的な行政事務を執行できる体制を構築したいと考えている。（表2）

#### 九州厚生局の再編後の組織体制

九州厚生局では総務課、企画調整課（新設）、健康福祉部、指導部門（※仮称・新設）、麻薬

表1

## 社会保険庁の再編成～地方厚生（支）局再編について

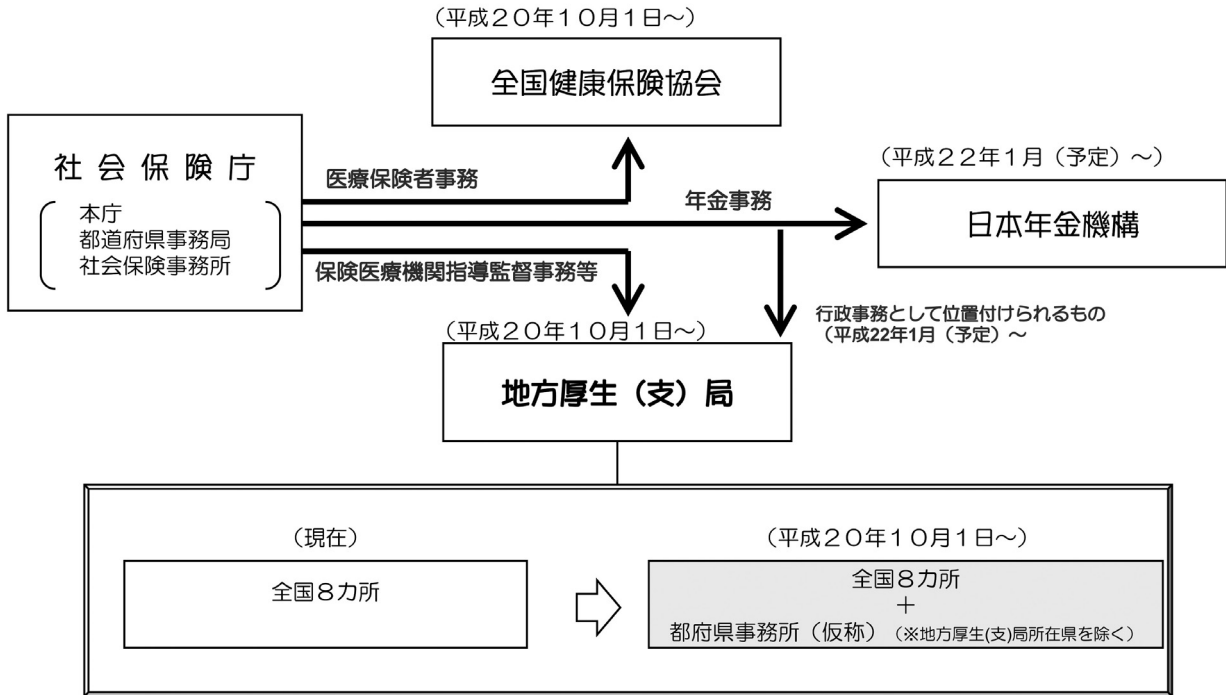
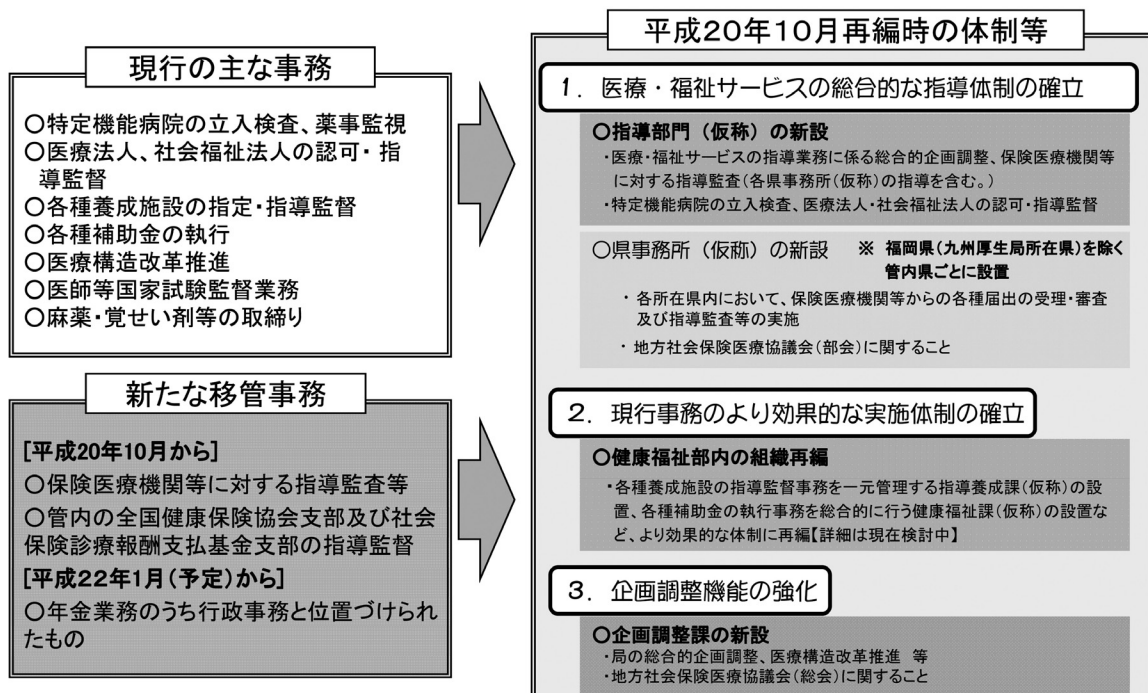


表2

## 九州厚生局再編の概要

九州厚生局は、平成20年10月以降に予定されている社会保険庁の再編成に伴う新たな事務の移管に伴い、組織を抜本的に見直し、より総合的・効果的な行政事務を執行できる体制を構築します。



取締部がそれぞれ設置される。これまで各県の地方社会保険事務局が行ってきた保険医療機関等からの各種届出の受理・審査及び指導等の業務は各県に設置される各県事務所（仮称）（※沖縄県では沖縄事務所）で実施される予定である。

これまで厚生局の職員は病院部門等からの派遣職員が大半を占めていたが、組織再編後は厚生局のプロパー職員となるので、この辺も従来とは異なる部分である。（表3）

**国全体の指導監査体制**

保険医療機関・保険薬局や保険医・保険薬剤師等の指導監査については、厚生労働省保険局医療課と連絡調整をしながら地方厚生局の指導部門医療指導課と各県事務所とで実施するが、県をまたがる案件やコンタクトレンズ等の全国的な問題については「特別な場合」として地方厚生局の指導部門医療指導課が行う。（表4）

表3

**九州厚生局の再編後の組織体制**  
～主に新たな移管事務に関する部分について着目した場合のイメージ～

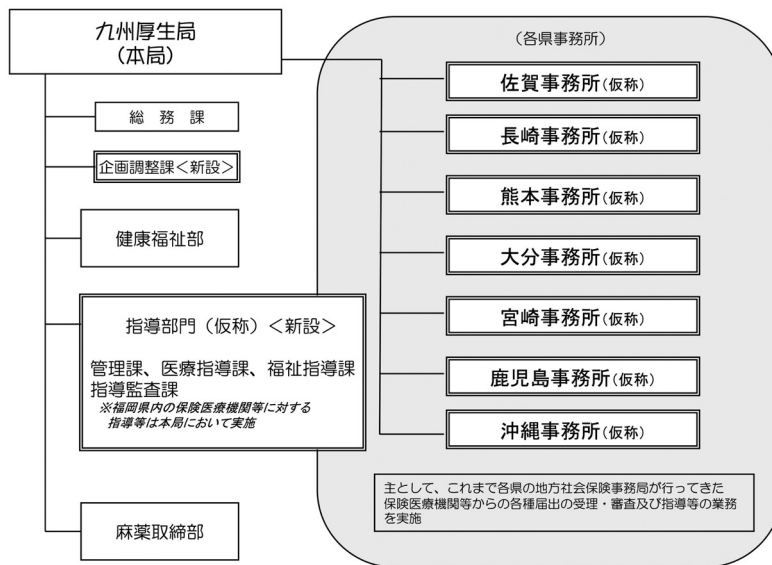
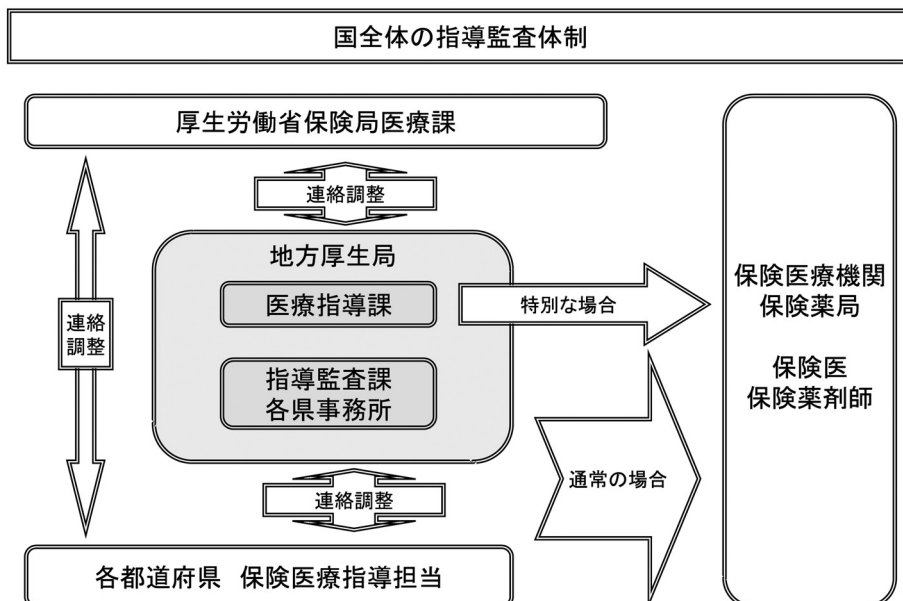


表4



**新設される指導部門（仮称）の業務内容**

今回、九州厚生局に新たに設置される指導部門の業務内容は次のとおりである。

- ①指導大綱等に基づく保険医療機関等への指導等
- ②地方厚生局が所管する医療法人の許可及び監督
- ③後期高齢者医療広域連合等及び国民健康保険の保険者に対する指導
- ④社会保険診療報酬支払基金本部に対する指導
- ⑤国開設病院等に対する医療監視
- ⑥特定機能病院に対する医療監視
- ⑦地方厚生局が所管する社会福祉法人の認可等
- ⑧介護保険に係る指導監督

この中で、「①指導大綱等に基づく保険医療機関等への指導等」については、しばらくの間は従来どおり、指導大綱に基づき行うことになると思われる。本庁より組織や人事に関する指示はあるが、指導等に関する明確な指示はまだない状況である。年度途中での指導大綱の変更等は考えられないので、現状のままと考えている。

さらに、今後の指導に対する考え方であるが、様々な事情により各県・各地域で指導の実施方法及び実施件数が異なっていることは理解しており、これを一本化することは難しいと考えている。まずは各県毎に何が異なっているのか、何故そのようなになっているのかを把握するために10月以降から状況調査を行う予定である。調査結果をもとに今後の指導をどのように行うか検討し、具体的な方法案が纏まれば各県に意見を求め、合意できた部分から実施したいと考えている。できれば平成21年4月から実施できるよう取り組む予定である。

また、これまでは本庁からのトップダウン方式で行われてきたが、今後は現場の意見・情報を本省に提案し調整するボトムアップ方式も考えている。今までのような「一方的に押し付ける」的なものは考えていない。

**地方厚生（支）局再編に伴う地方社会保険医療協議会の移管について**

平成20年10月からは全国8カ所の地方厚生（支）局に総会が設置される。

総会では保険医療機関等の指定、指定の取消、

表5

**地方厚生（支）局再編に伴う地方社会保険医療協議会の移管について**

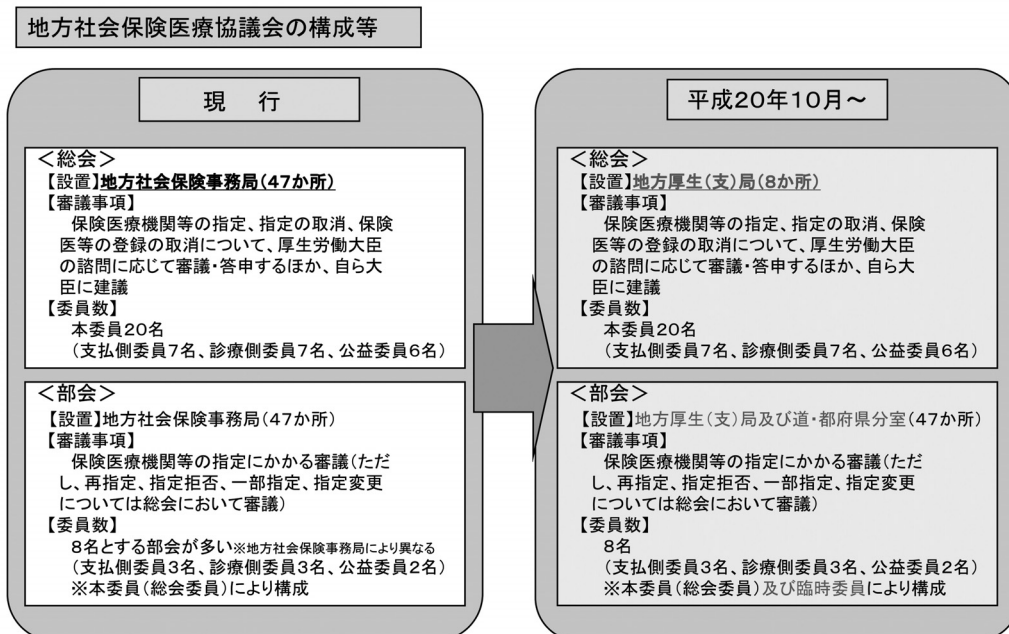




表6

九州厚生局 指導部門

名称	住所	電話番号	FAX番号	備考
管理課		092 707-1122	092 707-1126	
医療指導課	〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-8 住友生命博多ビル4F	092 707-1123	092 707-1126	
指導監査課		092 707-1125	092 707-1127	

九州厚生局事務所（保険医療指導担当）

沖繩事務所	〒900-0015 那覇市久茂地1-2-3 パレットパーキングビル4F	098 951-3030	098 951-3033	
-------	---	-----------------	-----------------	--

保険医等の登録の取消について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議・答申するほか、自ら大臣に建議等が審議される予定である。委員数は20名（支払側7名、診療側7名、公益委員6名）となっており、診療側7名のうち医科5名の委員となるため、九州8県からそれぞれ1名ずつの選出はできず、3県については臨時委員を選出していただくことになる。任期については2年であるが、一斉改選を避けるために初回に限り1年任期、2年任期の委員が出ることになる。

また部会では保険医療機関等の指定にかかる審議（※再指定・指定拒否・一部指定・指定変更を除く）を行う。委員数は8名（支払側3名、診療側3名、公益委員2名）となっており、本委員並びに臨時委員で構成される。（表5、6）

<質疑応答>

**Q1.**各県の指導方法は従来どおりとご説明いただいたが、指導医療官の選任についても従来どおり地元から選任・選出されると考えてよいか。（鹿児島県）

**A1.**指導医療官については、なかなか成り手がおらず、九州では設置していない県が2県ある。また高齢化の問題等と併せて難しい問題である。出来れば地元からと考えてはいるが、各県事務所と調整していきたい。

また本省の人事において、歯科では指導医療官の選出が全国ベースで行われており、医科についても検討されているところであるので、この件も併せて調整を行いたいと思う。一方的に今までと違うやり方を行うことは考えていない。（九州厚生局）

**Q2.**鹿児島県では社会保険事務局、県福祉保健部、医師会、支基金

金、国保連合会で構成される医療保険関係者連絡協議会（5者協議会）を開催し、情報交換等を行うことで保険の円滑な取組みに資してきたが、今後も同様に開催することは可能か。（鹿児島県）

**A2.**県単位の連絡会議については今までどおり開催していただき、私共も積極的に取り組みたいと考えている。様々なご意見を拝聴できることはありがたい。本日のような全体的会議の開催についても今後出来れば検討していきたい。（九州厚生局）

**Q3.**特定共同指導はこれまで厚生労働省並びに地方社会保険事務局及び都道府県が共同で行っているが、今後も同様と考えてよいか。（鹿児島県）

**A3.**特定共同指導に関する日程の連絡はあるが、厚生労働省がどのように関わるのかについては、まだ分からない状況である。（九州厚生局）

**Q4.**指導方法についてはしばらくの間、従来どおりとご説明いただいた。

各県毎に指導方法等、異なる部分があると思うが今後画一的にするのか、もしくは各県ごとのやり方を継続するのか。（福岡県）

**A4.**まずは指導方法の何が違うのか、また現場

で何が起きているのかを各県毎に確認をした。[大臣に変わって指導を行う]ということが今回の再編により新たに与えられた厚生局の業務であるが、本省保険局医療課からはまだ何の指示もない状況である。来年の1月～2月に開催される全国会議において指導に関する何らかの指示があれば、それに基づくこともあると思うが、まずは各県毎に調査を実施し、やっていい部分についてはそのまま継続し、問題のある部分については協議をし、別の方法に変えていきたいと考えている。一方的に行うことは現在考えていない。(九州厚生局)

**Q5.**本年度より県医師会の担当理事として指導に立会っているが、指導方法について社保事務局に確認を行うと「本庁からの指示に基づいている」と回答されるが、その回答に違和感を感じている。(熊本県)

**A5.**社会保険庁は一連の問題により指示以外のことが出来なくなった。考え方が非常に狭くなっている。厚生局から各県の社会保険事務局に指導内容について確認を行った際にも「本庁の

指示に基づき行っている」として、自主的なものを持っていなかったのが現状である。

今回の再編により厚生局のなかに指導部門・医療指導課を設置された。今後は九州地区における各県の指導方法について本省と調整を行っていくことを考えており、従来とは異なっている点である。(九州厚生局)

**Q6.**指導方法は各県毎に異なっている状況である。今後は各県毎に調査を行い指導方法について検討するとの御説明であったが、各県・各地域から指導方法に対する意見を出すことは可能か。(佐賀県)

**A6.**指導は請求事務や施設基準等について行われているが、全てが混同されており、手段・手法が異なっていると感じている。指導は指導大綱並びに監査要綱に基づき実施され、それを逸脱することは出来ないがアレンジの仕方による実施方法等について検討していきたい。画一的に実施するのはおかしいと考えている。(九州厚生局)

## 印象記



理事 平安 明

平成20年9月20日ホテル日航熊本にて、社会保険庁改編に伴う九州厚生局の組織再編についての説明会が開催された。

周知のことであるが、年金問題に端を発した様々な不祥事で、社会保険庁は平成22年1月までに解体される予定である。具体的には、平成20年10月に健康保険事業は「全国健康保険協会(協会けんぽ)」に、保険医療機関の指導監督等は「地方厚生局」に移管され、公的年金の運営業務は平成22年1月から「日本年金機構」に取って代わる予定である。

今回の説明会は、10月から保険医療機関の指導監督等の業務が移管される九州厚生局の組織再編についての説明であった。

保険医療機関指導監督事務がこれまでの各県毎に設置されている社会保険事務局から九州厚生局の指導部門に移行するにあたり、指導監査体制がどのように変わるのかが一番の関心事であっ

たが、結論から言うと、保険医療機関への指導等について、厚労省からは現時点（説明会当日）でまだ何の指示もないとのこと。九州厚生局としては、「原則これまでと同様に指導大綱に沿って（指導を）行っていくつもりであるが、各県毎の違いや事情を考慮しながら、意見をどんどん取り入れて指導等のあり方を検討していきたい」とのことであった。

医療機関の個別指導や監査にあたっては、当局（社会保険事務所）は厚労省の指示で指導を行っていたため、医科点数表の解釈（いわゆる青本）を文言通りに適用し、実際の医療の実態とはかけ離れた指導が行われることがあった。しかし実は各県毎に指導の事情は異なっており、ほとんど融通が効かないところもあれば、医師会等と定期的に連絡会議を持つなど協調的なところもある（ちなみに当県は後者の方とあってよいでしょう）。

今後厚生局にこの業務が移管されるに当たって、説明会では、「厚労省からのトップダウン的な指示ではなく、各県の実情を踏まえながら指導のやり方は少し時間をかけて調整していく」と述べている。とは言え厚労省の指示は今後具体的に出てくるであろうし、“国はこの業務移管を機に医療機関の指導を厳しくする”との話も聞かれるところであり、今後、九州厚生局がどのように各県の意見を集約していくのか気になるところである。

上記説明会の後、引き続き九州医師会連合会の第1回医療保険対策協議会が開催されたが、その中でも、地方社会保険事務局業務の九州厚生局への移管に伴う対応について担当理事者間で話し合わせ、厚生局側も今後の指導のあり方等現時点では不明確な状況なので、情報交換並びに九州厚生局との今後の調整を目的に社会保険担当理事連絡協議会を必要に応じて開催することになった。

社会保険庁解体の問題は、年金に関することが話題になりがちだが、実はこの保険医療機関の指導監査体制が変わることが医療機関にとっては非常に大きな問題である。さらに前号の医師会報でも報告したが、保険医療機関の指定や指定取消等を審議する地方社会保険医療協議会（地医協）も地方社会保険事務局から九州厚生局に移管される。特に保険医療機関や保険医の登録取消といった重要案件を審議する地医協総会は、これまで各県毎に社会保険事務局のもとにおかれていたが、今後は九州厚生局指導部門が設置されている福岡県のみで開催となることも看過できない重要な問題である。

今回の九州厚生局への業務移管を機に、まずは各県一致団結して厚生局に対し透明性を確保した指導体制を求めていきたいが、会員の皆様にもぜひこの機会に保険診療に関心を持っていただきたいと思う。

## 九州医師会連合会平成20年度 第1回各種協議会

去る9月20日（土）、ホテル日航熊本において開催された標記協議会（医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会）について、以下の通り報告する。

### 1. 医療保険対策協議会

理事 平安 明



#### 挨拶

熊本県医師会 前田副会長

この度の社会保険庁の再編は、我々がこれまで経験したことの無い事態である。保険指導のあり方については、我々の会員にとっては医師会への帰属意識につながる重要なものであると考えている。また本日は外来管理加算、後期高齢者医療制度関連、レセプトオンライン請求の義務化等、今後の保険診療に関してどの項目も重要なものであるので、活発なご意見を出していただき、この時間が有意義なものになるようご協力をお願いしたい。

#### 協議

(1) 外来管理加算について（福岡県）

##### 【要旨】

今回の診療報酬改定で外来管理加算の算定要件に新たに「概ね5分を超える診察」を対象とすることが加わり、この要件の解釈において様々な論議を呼んでいる。また、「5分ルール」という造語も出て、改定以降、算定率も減少しているのが現状である。

この算定要件が新たに加わった主旨は、「わかりやすい診療報酬体系とするために、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要す

る時間の目安を設ける」ということである。

本県では、あくまで「目安」であること、また「概ね」という文言が明記してあることから、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等の実現に重点をおくことにしている。ついては、各県医師会の実情についてご教示願いたい。

**(2) 外来管理加算の5分要件の見直しについて (長崎県)**

**【要旨】**

7月9日に開催された「中医協診療報酬改定結果検証部会」において、外来管理加算については本年10～12月に実態調査を行い、平成21年1～2月に結果報告を行うことになったとのことだが、日医の緊急レセプト調査の結果をもって、一刻も早い見直し(撤廃)を求めてほしい。

**(3) 外来管理加算について (熊本県)**

**【要旨】**

今回、外来管理加算は「丁寧な診察料」として患者への懇切丁寧な説明と計画的な医学管理等に要する時間は、概ね5分以上の「5分間ルール」が設定された。

これは「医師の技量を時間で規定する」ものであり、看護師や他の医療従事者との「チーム医療」を否定するものである。

「医科点数表の解釈P30」に記載されている「提供される診療内容の事例」などは、経験と修練を重ねてきた現場医師の尊厳を損なうものであり、不遜であるといわざるを得ない。日医は厳正な態度で「5分間ルール」の撤廃に向け主張していただきたい。

日医および各県のご意見を伺いたい。

(1) (2) (3) は関連している為、一括協議された。

**各県の回答状況**

外来管理加算の算定について各県では、外来管理加算の「概ね5分」についてはあくまでも目安であり、患者が納得できる診察と説明を行

うことが要件であるとして説明をしている状況。しかし、カルテに「概ね5分」「時間OK」等の記載がない場合には、指導により返還に至った例もあることから、カルテには時間要件と診療内容、特に患者からの質問の有無についてカルテ記載を行うよう指導しているとの意見があった。

また今回の診療報酬改定により外来管理加算の算定要件に時間要件が設けられたことについては、「個々の患者の診療時間は症状、疾病により差が生じるものであり、時間と診察の質は相関しない」「時間によって提供される医療を規定することは医師の裁量権を軽視するものであり、また質を保ちつつ効率のよい医療を提供するために創意工夫された多職種チームでの取り組み等、現場の努力を否定するもの」等の意見があげられ、いわゆる「5分間ルール」を撤廃して欲しいとする意見が各県よりあげられた。

**<追加・補足意見>**

◇**沖縄県**：本県の個別指導は現在、昨年10月版について審査を実施しているところであるが、指導官からは平成20年4月以降の指導を行う際、外来管理加算を算定しているにも拘らずカルテに5分要件の記載の無い場合には返還対象となるとの可能性が示唆されている。社保庁の再編による10月以降の指導について各県において擦り合わせをする必要があるのではないか。

◇**大分県**：本来はカルテの記載内容で勝負すべきではないか。「概ね5分」の記載が無いだけで査定されることには空しさを感じる。外来管理加算の本来の目的を理解していただきたいと考える。

◇**熊本県**：外来管理加算については本県の会員の間でも「5分間ルール」について非常に戸惑いと不満がある状況である。去る2日に開催された熊本県都市医師会長協議会においても非常に議論された結果、「5分間ルール」の撤廃について要望書を作成し、日本医師会長宛提出したところである。

○日医 中川常任理事コメント

私は中医協委員として今回の外来管理加算の決定過程に関与していたので御説明申し上げます。この件についてはご存知とおり、再診料か外来管理加算かという最終的なギリギリの判断について、公益側委員により最後にはこのように決定した。算定要件の「概ね5分」は「きちり5分」ではないとして医療課長を通じ強調して申し上げているので、各県とも柔軟に対応していただきたい。今回の診療報酬改定において診療所から病院に対し400億円強の財源移転が行われることになり、その内の200億円については外来管理加算の見直しとデジタル映像処理加算の廃止とで工面する予定であったが、日医が行った緊急レセプト調査(4～6月分)において、実際は診療所において805億のマイナス、200床未満の病院では120億円のマイナスとの結果となった。

5分間と設定したことがどれだけ医療現場に混乱をもたらすのか予測できなかったことについて中医協全体として反省しなければならないと思っている。日医としては10月1日の時点で外来管理加算に関する調査を行い、12月中旬頃には調査結果を発表する予定であるが、現場ではどのようなことが起きているのかその結果をもとに検証したい。中医協においても検証部会において実施される予定であるが、それと併せて中医協で緊急に何らかの処置をしたいと考えている。

**(4) 厚労省は「一患者、一主病、一主治医」の考えを強く打ち出している。医師会は、直ちにこの考え方を撤回させ、「一患者は主従のない複数の疾病を持ち、必要に応じて複数の主治医が責任を持って治療に当たる」という患者主体の考え方に変えさせるべきである。各県および日医の考えを伺いたい。(宮崎県)**

**【要旨】**

「一患者、一主病、一主治医」の考え方は、将来の人頭制を目指していることは明らかであ

る。同時に、現在の診療報酬体系内においても、1カ所の医療機関(主治医)以外の医療機関は、特掲診療料などの基本的な診療料の算定が制限される。多くの施設がレセプトオンライン請求を開始する平成22年には、このルールが厳格に適用され、その後に、検査や投薬の制限にまで影響が及んでくるのは明らかである。

厚労省が目指しているのは安上がりの自己完結型医療である。我々が医師会を中心に構築してきた連携による地域完結型医療を否定し、地域医療を更に崩壊させるものである。この問題について、全国の多くの医師会が懸念を示している中で、日医からの発言が聞こえてこないことを不思議に思う。「一患者、一主病、一主治医」の問題は上記のように後期高齢者医療制度に限った問題ではないが、象徴的存在である本医療制度に賛成している日医の方針で果たして対応が出来るのか疑問に思うが、いかがであろうか。

**(5) 後期高齢者診療料について(熊本県)**

**【要旨】**

周知の如く、後期高齢者医療制度の中で主要な診療報酬として新設された「後期高齢者診療料」は多くの批判にさらされ、中医協の診療報酬改定結果検証特別調査項目になっている。

本来、74歳以下の「生活習慣病管理料」に対応する項目と考えられていたにも拘わらず、医学管理料としては異例の施設基準、煩雑な算定要件や「主病は1つ」などの留意事項は決して容認出来るものではない。

日医は「不都合な事態であれば算定しなければよい」等と説明しているが、「算定するしない」と診療報酬項目に「この医学管理料が存在する」とことは別次元の問題であると考えられる。日医および各県のご意見を伺いたい。

(4)(5)は関連している為、一括協議された。

**各県の回答状況**

各県からは、厚労省が示す「一患者、一主

病、一主治医」の考え方はフリーアクセスの阻害、人頭制導入の布石になることが懸念されることや、医学が細分化・専門化された時代に医療連携を無視し、一人の医師が全てを診るという考え方には到底無理があることから反対であるとして提案県とほぼ同様な意見が出された。

**<追加・補足発言>**

◇佐賀県：本日の新聞に「後期高齢者医療制度廃止」と大きく記事が掲載されている。このように1つの団体が一生懸命声を上げるよりも、対象である国民の声に国は動かされるということである。1年後に良い制度が出てくることに期待したい。

◇沖縄県：制度としては潰れてしまわないように何らかの手を打たなければならないが、日医としてこの機会に積極的に日医の考える高齢者医療制度について提案していただきたい。

◇熊本県：この協議会において①外来管理加算の「5分間ルール」の廃止について、②社会保障における後期高齢者医療制度の構築、③後期高齢者診療料と医学管理料の併算定の件を含めた要望書を作成し提出したいと考えている。その内容については後日各県へ送付するので、ご確認いただきご意見を頂きたい。

**○日医 中川常任理事コメント**

後期高齢者診療料について当初の役所の提案は、人頭税に繋がりがねないものであった。日医としてはこれを選択性にし、生活習慣病管理料の後期高齢者版として位置付けしたつもりである。特定疾患療養管理料との併算定の問題については、現時点においては従来どおりであるが、この問題が解決できれば生活習慣病管理料の後期高齢者版として、後期高齢者診療料についても有効に使えるのではないかと考えている。緊急レセプト調査の時点では届出数はある程度あるが、算定されているかどうかはハッキリしていない。各地域によって算定しないようにと指示を出しているところもあると思うが、各県・各地区医師会では会員間で問題が出ないよ

うに連携していただきたい。併算定の問題については努力したいと考えている。

後期高齢者医療制度については、日医はこれまでも日医の考える後期高齢者医療制度について発言してきた。もう決まったことだから今更との意見もあるが、政局は流動的であり、今後どのようなようになるのかは不明である。これからも日医としては社会保障のなかで格差のない制度を作れるよう継続して主張していきたいと考えている。

今回の舩添大臣の「後期高齢者医療制度廃止する」との発言については、内部において何の調整もされておらず、大混乱を招きかねないものである。今は大臣のパフォーマンスに振り回されないようにしなければならない。また診療報酬上の後期高齢者の問題と、制度との問題は区分けして議論すべきものである。

**(6) 診療報酬の施設基準要件である研修について (長崎県)**

**【要旨】**

後期高齢者総合評価加算、後期高齢者診療料、糖尿病合併症管理料などは、施設基準の要件として医師、看護職等に対し一定の研修修了が求められている。

具体的な研修会例が疑義解釈等で示されているが、特定地域や特定学会主催のもの等受講困難で届出が出来ない場合もある。又、このような要件を看過すれば、今後他の点数でも研修受講が求められていく可能性もある。

元々生涯学習・研修の重要性は、日医生涯教育制度に代表されるように我々も十分認識し、日々研鑽に務めているにも拘わらず、それらの評価が殆どなされず、改めて厚労省が示した研修修了を求められることには憤りを感じる。

よって、日医生涯教育制度のデータ等により医師の生涯教育への取り組みを主張し、研修要件を削除すべきと考えるが、日医及び九州各県のお考えをお聞きしたい。

**各県の回答状況**

各県からは、診療報酬によって研修会参加を義務化することは、医師の自立的な生涯学習・研修制度をゆがめてしまうおそれがあるので、まずは自己学習など離島県をはじめ、各地域・地方でも取り組みやすくした上で、日医生涯教育制度の質を高め、診療報酬の施設基準要件である研修会に取り上げられるようにして欲しいとの意見が出された。

**○日医 中川常任理事コメント**

日医が実施している生涯教育制度については一生懸命取り組んでいるところであるが、残念なことにはまだまだPR不足であると感じている。今回の診療報酬改定では施設基準において研修受講を算定要件とする点数がいくつかあるが、現行の日医生涯教育制度で事足りることを今後は役所だけでなく、一般国民も含めて広く周知できるよう努力していきたいと考えている。

**(7) 救急医療管理加算 (600点) について (鹿児島県)**

**【要旨】**

本県では、救急医療管理加算 (600点) の返戻が多い。算定要件の中に「コその他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態」とあるが、本県の社保・国保の審査委員会においては、特に具体的な取り決めはなされていない。各県の社保・国保においては、例えば、救急車で来て、次の日に帰ったり、手術が直ちにその日に行われなかった場合等、「重篤な状態」の判断基準についてどのような対応をされているのかお伺いしたい。

**各県の回答状況**

各県とも、「重篤な状態」の基準については、社保・国保とも特に具体的な取り決めがされていない状況であった。また「重篤な状態」は、主治医の判断によるところが大きいので、レセプト上において病名から一見すると「救急を要しない」と判断されそうな場合には、病状詳細

を行うよう指導しているとの意見が出された。

**<追加・補足意見>**

◇**鹿児島県**：全国の外科会において、具体的な事例を出して救急医療管理加算が算定できるかどうかのアンケート調査を行った結果、算定可否の意見が2つに分かれた。それだけ判断が難しい点数だと思う。あまりに査定が行われると救急に携わる者のモチベーションの低下に繋がらないか危惧される。

**(8) 診療報酬改定の施行時期について (長崎県)**

**【要旨】**

診療報酬の改定は、十分な周知期間を置き、医療現場が熟知した上で実施されるべきものであると考えるが、毎回3月初めに日医での担当理事協議会で説明を受け、4月1日までの僅かな期間で会員への周知を図っており、現場では大混乱を起こしている。

一方、厚労省も3月下旬、多くは4月以降に訂正や疑義解釈を何度も出し、又、施設基準も短期間のため届出が集中することから審査・受理が大幅に遅れ、結果的に要件を満たさないと返戻になる等、現在の日程では医療現場、行政機関とも対応出来ないことは明らかである。

以前から何度となく協議された問題ではあるが、厚労省からの告示時期を早めるか、改定の施行日を早くても5月1日にするなど、医療現場に混乱をもたらさないような日程とするべきである。

**各県の回答状況**

各県ともに、診療報酬改定については点数の算定や施設基準の届出について医療現場の混乱等を避けるため、十分な周知期間を設けて欲しいとする意見が出された。

**<追加・補足意見>**

◇**佐賀県**：現在の医科点数表は解釈が難しく、日医版の医科点数表を作ることは出来ないか。



◇福岡・熊本県：点数改正実施後、訂正や疑義解釈等の通知により算定した点数が遡って査定される現状である。行政からのハッキリとした通知がある以前に算定した点数についてはそのまま査定しない方法はできないか。

○日医 中川常任理事コメント

先生方のご意見、ご不満は十分に理解している。

しかしながら12月に予算が成立し、その時に次期診療報酬の改定率も決定する。それから診療報酬の議論が始まるのが従来の流れである。しかし今回の診療報酬改定に限っては、自主的に9月より中医協の小委員会で検討を始め、年末に本体改定率プラス0.42が決まり、最終的に点数の答申を出したのが2月13日である。それから通知・疑義解釈が次々と出され、3月5日に告示という流れであった。「年末の予算編成終了後、改定率が決まる」この流れは動かすことが出来ないものである。私は中医協でも発言したが、秋から検討を始めるといろんな意見が出されるが、それぞれ必要と思われる事項ばかりであり、その時点で沢山の項目について了承してしまうと、後々、実際の改定率が決まった際には、その財源がない状態となる恐れがあり、非常に悩ましい問題であることをご理解いただきたい。改定率が決まらない前からの議論は難しいのが現状である。

また、診療報酬改定の告示の時期をたとえ4月1日から5月1日に遅らせたとしても、疑義が減るかといわれると、あまり変わらないのではないかと感じる。また遅らせた場合、マイナス改定ならばそれも良いが、プラス改定ならどうだろうか。同じく改定後の訂正について遡らないようにとのご意見についても減額なら良いが、増額だとどうだろうか。この件については様々な問題があるので、これらをクリアしていかなければならない。

それらを含めて出来るだけ早く皆様にご迷惑をかけないようにしたいと考えている。

(9) 適時調査や会計検査院の調査に基づく調査について (福岡県)

【要旨】

病院における適時調査は、施設基準を中心に実施されている。

保健指導看護師、事務官、必要に応じ保険指導薬剤師等が合同で行なっている。個別指導と異なり医師会役員の立会はないが、施設基準の内容に不備がある場合は高額の返還金を求められることがある。また、会計検査院の指摘に基づく医療機関の直接の調査が毎年県庁の事務吏員、指導監査専門医によりおこなわれ、実地調査に基づき返還が求められている。

本県の現状では会員よりの通報により調査内容を把握し対処する状態であるが、これら適時調査や会計検査院の調査に基づく調査に対する各県の対応をご教示願いたい。

各県の回答状況

適時調査・会計検査院の指摘に基づく医療機関の調査については、各県ともに会員からの通報等により調査内容を把握し、対処している状況との意見であった。長崎県では適時調査については事前に対象病院について通知があるため、把握出来ているとのことである。

<追加・補足意見>

◇熊本県：会計検査院の指摘に基づく医療機関の調査についてはいきなり実施され、会員としては摘発されたように感じ、その後の診療にも影響が出るほど非常にダメージが大きい。このようなことが無いように通常の個別指導等と同様、県医師会を通じて行ったほうがよいと考える。

◇佐賀県：会計検査院の調査における医療機関の選定については、だいぶ以前ではあるが、医師会もその選定に関与していた。医師会がそれに関与するという事は会員に対し直接手を加えることになるので、医師会は会計検査院の調査には係らず、中立の立場であるべきと考える。但し現在はそのようなことは行われていない。

**(10) レセプトオンライン化について  
(福岡県)**

**【要旨】**

日本医師会は、医療の適切なIT化については賛成であるが、レセプトのオンライン化については、現時点での義務化は時期尚早との見解を示している。

特に診療所については、最終的には一律義務化ではなく、希望する会員が実施できるように「手挙げ方式」を前提に対応するよう働きかけている。

本県でのレセプトオンライン化の現状は、本年6月請求時点で、病院レセプトの69.7%がレセ電・オンライン請求となっており、診療所については、レセ電・オンライン請求をしているところは11.4%となっている。

日本医師会が行ったアンケート調査によると、レセプトオンライン義務化によって閉院・廃院となると答えた診療所が8.6%あり、全国の約3,600の診療所がそう答えている。

全ての診療所に一律に期限を決め強引にレセプトオンライン化を進めると、地域医療は混乱し、医療安全確保や良質な医療の提供に大きな影響を与えることは必至である。小規模な診療所では、多くの投資とステップを踏まなければ実現は困難である。

各県医師会の現状、また、現在の厚生労働省との折衝経過を含めた日本医師会の方針についてお伺いしたい。

**(11) レセプトオンライン請求義務化に伴う  
諸問題について (大分県)**

**【要旨】**

レセプトオンライン請求全面義務化について日医は基本的に反対の立場と認識しているが、事実上の完全実施まで約1年半となり、廃院まで考える開業医師も高齢層を中心に多いといわれている。

完全義務化反対を訴える一方で、いわゆる「手書きレセプト請求」を行っている医療機関等へのサポート（地域レベルでの日レセ導入支

援、代行請求の検討など）も現実的課題として取り組む必要があると考える。

また、本年の規制改革会議中間とりまとめにおいて、レセプトオンライン請求による情報を用いて「標準的な医療」を確立するとしている。現状のレセプト情報（病名、検査、投薬など）で医療の実像が把握できるとは到底信じがたく、医療の現場を知らない者の発言としか思えず、医師の裁量権の制限にも繋がる。また、これらの情報を「広範囲に活用」するとしており、個人情報保護の観点からも大いに問題となる動きに注意せねばならない。

さらに、レセプトオンライン請求は支払い側において劇的な省力化をもたらす一方、現状では医療機関側に対するインセンティブがあまりにも少ない。診療報酬が実質マイナスとなっている中でオンライン請求に伴うシステム導入費用、回線維持費用などは医療機関に大きな負担であり、オンライン請求に伴う経済的インセンティブを要求する必要があると考える。

以上のようなことから、レセプトオンライン請求全面義務化に伴う諸問題について、

- ①日医の基本的戦略、今後の具体的な対応策
- ②県における医療機関へのサポートの取り組みについて

ご教示願いたい。

(10) (11) は関連している為、一括協議された。

**各県の回答状況**

各県ともレセプトオンライン請求義務化については、医師及び事務員の高齢化や、レセ電算を導入するために多額な費用がかかることを理由に「廃院」することが考えられ、地域医療の混乱に繋がることから、一律義務化ではなく希望する会員が実施できるように「手挙げ方式」とすべきであるとの意見が殆どであった。また事務代行については個人情報を取り扱う事務作業であることや、入力ミス等の対応の問題等から医師会で代行業務を行うことは困難であると考えられる為、手書きレセプトを提出している

医療機関への対応については代行請求ではなく、現状のまま紙レセプトでの請求・審査を認めさせるようにして欲しいとの意見が出された。

＜追加・補足意見＞

◇鹿児島県：レセ電・オンライン化請求の現状は34.6%、画面審査も3割程度であり、本県でのIT化の取組みは遅れていると感じている。医師会での代行請求については検討しているところである。

◇沖縄県：本県では病院のレセ電への参加が71.3%、オンライン請求が37.3%、診療所ではレセ電への参加が29.1%、オンライン請求が5.7%となっている。

2011年の完全義務化後の基金の対応については非公式ではあるが、紙で提出された場合でもそれを断ることは難しいのではないかとの話であった。代行請求についてはこれから検討を行うことになる。

◇大分県：コンピューター審査は行われなくなっているが、もしそうなった場合は莫大な査定となる為、やはりオンライン請求には反対である。

○日医 中川常任理事コメント

日医は平成13年の坪井執行部のときにIT化宣言を行っている。その後、オルカプロジェクトを推進するなどIT化自体については反対ではない。

但しこのオンライン請求の完全義務化については一貫して反対している。レセプトオンライン化が出来る先生方についてはぜひ取り組んでいただき、そのためには何らかの支援をしたいと考えている。手書きのレセプトを出されている先生方だけの問題ではなく、オンライン請求となるとレセコンを使うより数段上のレベルとなるからである。そこに財政的な面でいかに支援できるかということできいろいろと努力しているところである。

その他、現時点において取り組んでいることとしては、まず来年度の予算概算要求として代

行請求を含めたオンライン請求の整備費用として26億円を請求している。この中には代行請求の為のソフト開発費が含まれている。

次に省令では少数該当の医療機関の緩和要件として、21年4月に現存している医療機関であること、レセコンを使用していないこと、21年度の年間の請求件数が1,200件以下であることとなっているが、その要件のうち請求件数について1,200件を3,600件にしたいと考えている。また義務化の延長期間については「2年間の範囲で別に定める日」となっているところをさらに延長したい。どこまでも延長したいと思っている。

次に代行請求についてであるが、実際問題として個人情報を取り扱う作業を含む為、医師会で行うことは無理と考えている。そこで審査支払機関において代行入力が出来ないか交渉中である。オンライン請求が出来ない医療機関については従来どおり紙で審査支払機関に提出し、審査支払機関がオンライン請求を行う。そこで一つ問題となるのが、省令では代行業務は医師会が行うことが出来ることとなっていることから、医師会から審査支払機関へ委託することが出来ないか調整中である。併せて代行手数料の緩和、財源確保についても、いかに安くできるか現在鋭意努力中である。

次に特定健診においてもオンライン請求と電子媒体の提出が選択できることから、オンライン請求についても、なぜ電子媒体を提出することで駄目なのか交渉中である。IT化の目的は、この電子媒体の提出で充分達成できるものだと考えている。

次にレセコンメーカーに対する指導である。レセコンについては5～6年で買い替えるものなので、順次レセプト電算機能を標準搭載する機器を開発することは可能なはずである。

日医が行ったレセプトオンライン請求に関する調査では、8.6%の医療機関が「廃業」を考えていることは深刻に受け止めており、この結果については内閣府の担当者に強く申し上げている。ただ最初にも申し上げたが、出来る方には

IT化という面も含めて取り組んでいただきたい。但し、レセプトオンライン化はレセコンを使用していれば全てOKという考え方は危険である。その辺りの支援についても各県医師会において考えていただきたい。現状について細かいことでもよいので私に情報をいただければ検討したいと考えているのでよろしくお願ひしたい。

レセプト情報管理の問題についてであるが、現時点ではレセプト情報をうまく利用することはまだ出来ないというのが一般的な認識となっている。しかし病名、氏名、年齢、性別ぐらひは識別することは出来るので、民間保険会社にとっては重要な情報であり、その管理には注意していかなければならない。日本医師会はオルカプロジェクトを実施し、現在の導入件数は6,500件程度に達している。目標の1万ユーザーに向けて順調に伸びているところである。定点調査については350箇所程の医療機関についてご参加いただいているが、この場を借りて定点調査へのご協力をお願いしたい。

**(12) 厚生局による指導・監査について**

(福岡県)

**【要旨】**

社会保険庁の再編に伴う、地方厚生局への新たな事務の移管により、平成20年10月以降、地方厚生局に指導・監査部門を移転し、保険医療機関等に対する指導・監査や、取り消し等行なうこととなっている。

移管後の指導・監査等の実施方法などや、各県支部での業務内容分担について日本医師会にご教示願ひたい。

また、各県の現状についてお伺ひしたい。

**(13) 地方社会保険事務局業務の九州厚生局への移管に伴う医師会の対応について**

(長崎県)

**【要旨】**

本年10月から指導、監査業務等が社会保険事務局から九州厚生局に移管されることになる。これまで指導については指導大綱に基づい

て実施されてきたが、実態としては各県によって実施方法、実施数等は異なっていた。

本県社会保険事務局からは、本年度分は基本的に年度当初に立てた指導計画に基づいて実施されるだろうとのことであったが、今後は均一化を求めつつより厳しい方向に行くことも否定できないことから、九州医師会連合会としての対応も重要になると考えるが、各県のお考えをお聞きしたい。

(12) (13) は関連している為、一括協議された。

**各県の回答状況**

これまで、各都道府県社会保険事務局において実施されてきた保険医療機関の指導、監査、取消等の業務であるが、この度の社会保険庁の解体・組織編制に伴い、平成20年10月から九州厚生局に業務が移管されることから、新たな体制における実施体制や実施方法等に関する質問が各県より出された。九州厚生局が行う指導を含めた今後の業務内容並びに実施方法については、当日15時より開催された「社会保険庁改編に伴う九州厚生局の説明会」の中でひととおり説明され、質疑応答も行われていることから、本協議会では特に協議はおこなわれなかったが、各県からは情報交換並びに九州厚生局との今後の調整等を目的に社会保険担当事連絡会議を持ってはどうかとの意見が出され、協議された結果、同連絡会議を必要に応じて開催することになった。

**<追加・補足意見>**

◇**沖縄県**：先程の厚生局からの説明ではまだ何の基準もない状況との説明があり、これから各県毎に調整を行い、ある程度の規準にもって行くことになると思うが、当然その際には九州各県の医療保険担当事が中心になると思われる。また指導・監査後に取消の事案等が生じた場合など、今後は厚生局の総会で協議されることになる為、各県との情報交換が出来る場として、社会保険担当事連絡協議会等が開催でき

ればと考えている。

◇佐賀県・福岡県：九州厚生局が落ち着くまでは、各種協議会とは別に連絡協議会を持ち、意見交換をした方がよいのではないかと考えている。

◇熊本県：各県でも同様だと思うが、本県の社保事務局では職員の大半が移動になる。指導医療官からは、10月以降についてまだ何も決まっていないということで、10月以降の個別指導については全てキャンセルとなっている状況である。したがって、やはりこのような場を持ち、各県のある程度の意思統一は必要ではないかと考えている。

「社会保障カード（仮称）に関する厚生労働省の調査」に対する日医の対応について

○日医 中川常任理事コメント

社会保障カードについては既に検討が始まってところであるが、これは医療・年金問題の不祥事から始まったものである。社会保障カードは年金手帳・健康保険証・介護保険証を一体にしたカードであり、年金記録やレセプト情報等、自分の情報を確認・活用すること等が可能となるが、併せて国民1人一人に社会保障番号を付けることが検討されており、そのようなこ

とになれば医療費抑制を目的とした管理医療に繋がる恐れや、プライバシーの侵害等が懸念される為、日医としてはこのような医療現場に混乱をもたらすことは容認できないとして主張しているところである。

今回の調査については、社会保障カードについて検討する「社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会」において諮られることも無く勝手に実施されているものであり、厚生労働省に対し、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の連名で抗議文書を送付した。

日医としてはこのような調査に関しては協力しないと判断しているため、各都道府県においても会員の先生方へご周知いただきたい。

○総括・日医 中川常任理事

政治情勢が慌しくなっているが、例えば政界再編が起きてどのような政権になったとしても、日医の日本の医療を守る姿勢は決して軸がぶれない、変わらないということを確認している。今後も先生方の現場の声や、厳しいご意見を我々に伝えていただきたいと思う。

これからも御協力をお願いしたい。

印象記



理事 平安 明

平成20年9月20日、ホテル日航熊本にて九州医師会連合会平成20年度第1回各種協議会医療保険対策協議会が開催された。

各県から提案された協議事項はまとめると、1) 外来管理加算、2) 後期高齢者診療料、3) レセプトオンライン化、4) 厚生局による指導・監査、に関することであった。

(1) 外来管理加算については、「5分要件」の設定が想像以上に現場に混乱を生じていることや、そもそも5分の設定に根拠がないばかりか、医療の本質も見失う結果となっていることなどから「5分要件」は撤廃を求めていくことで各県統一した意見であった。

(2) 後期高齢者診療料については、「一患者、一主病、一主治医」という考え方が、複数の疾

患者を有することが多い高齢者をみていく上でそもそも無理があり、将来の人頭制を目指していることは明らかである。医療連携を無視し、フリーアクセスを阻害するもので、地域医療を更に崩壊させるものとして、各県とも見直し又は廃止が必要との意見であった。

(3) レセプトオンライン化については、2002年に日医がIT化宣言をしたこともありレセプトの“電算化”はやれるところはやるべきとした上で、“オンライン請求”については、義務化でなく「手挙げ方式」とするべきとの意見が多かった。今のところ2011年には原則完全義務化となっているが、対応が困難な医療機関に対しては紙レセプトも受け、代行請求等の対応を支払い基金等でできるよう日医が交渉中とのことであった。

(4) 厚生局による指導・監査については、協議会前に持たれた九州厚生局の説明によると、厚生局側も何をどうすべきかが明確でないため、ある程度落ち着いた状況になるまでは九医連の担当理事で連絡協議会をもち、指導内容等の情報交換を行っていくことで合意した。

その他詳しいことは前述の報告書を参照していただきたいが、特に外来管理加算と後期高齢者問題については現場での混乱が大きく、九医連として「外来管理加算の“5分要件”は撤廃を求め」「後期高齢者診療料は見直しや廃止を求めていく」との要望書を提出することとなった。また、会議の当日、新聞紙上に「舛添厚生労働相が、後期高齢者医療制度の廃止に踏みきり、新たな制度の創設を検討する意向を固め、次期首相が確実に視される麻生太郎氏も合意」との記事がでた。後期高齢者医療制度は当初から問題が多かったが、制度施行から半年も経たずに、廃止について担当大臣自ら発言するのは極めて異例の事態であろう。今後どのような経過を辿るかかわからないが、制度の見直しが検討されるのは確実であろうから、日医案をしっかりと反映させたものとしていくことが求められる。



## 2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬

去る9月20日(土)16:00より、ホテル日航熊本にて標記協議会が開催されたので報告する。

米満熊本県医師会理事より、開会の挨拶があった後、村上熊本県医師会副会長より、開会に当たって挨拶があった。

三上日医常任理事より、「来年3月に介護報酬改定が迫っている。毎週2~3回検討を行っている。来月10月初めから具体的に方針を纏めていくことになる。今日、皆さんのご意見を伺い、反映していきたい。来週火曜日に理事会にて執行部としての介護報酬改定に向けてのスタンスを決定して、介護報酬分科会で主張していきたい。」と挨拶があった。

以下、村上熊本県医師会副会長の進行により協議が行われた。

(1)(2)(3)(4)は一括協議を行った。

### (1) 療養病床の再編について(福岡県)

#### <提案要旨>

平成20年4月、前倒して実施された介護報酬改定により、療養病床転換の受け皿として創設された介護療養型老人保健施設の療養費は、従来の介護療養病床より20%低く設定された。

福岡県では、本年5月転換意向調査を実施したが、介護老人保健施設への転換希望は、約3,400床にとどまっている。療養費が思ったより低かったことにより、経営的に不安があること、2012年以降経過措置が不透明なこともあり、転換に踏み切れない医療機関が多い。次期介護報酬改定において、報酬の引き上げを要望したい。

有床診療所の介護老人保健施設への転換については、福岡県では療養病床と一般病床の一体的な転換が可能となった。

各県の転換支援対策及び日医の見解をお伺いしたい

### (2) 療養病床転換と介護報酬改定等について(佐賀県)

#### <提案要旨>

療養病床転換の日安となる医療費適正化計画における転換目標数が全国でもまとまりつつあり、厚労省が削減目標とする15万床を大幅に上回り、22万床(約63%)程度になることが見込まれている。

一方で、療養病床再編の受け皿施設として平成20年5月に介護療養型老人保健施設が創設されたが、報道(メディアファクス)によると6月30日現在、全国で3施設のみしか指定を受けていないとのことである。

これは、転換先である介護療養型老健の報酬設定や転換支援策など、転換後の経営面に不安が残るような制度設計がなされているからだと考えられる。

平成21年4月には介護報酬改定を迎えるが、介護療養型老健の報酬引き上げや、新たな転換支援策など、日医の今後の方針と展望をご教示願いたい。

### (3) 地域ケア体制整備構想における療養病床削減・再編成について(大分県)

療養病床の再編成では、利用者の状態に応じて適切な施設の機能分担を推進させるために、療養病床を削減し介護療養型老人保健施設への転換を求めている。

都道府県においては、医療費適正化計画で平成24年度末における療養病床の病床数に関する数値目標が設定され、それを受けた地域ケア

体制整備構想で療養病床の「転換推進計画」が作成された。

第4期介護保険事業（平成21～23年度）を迎えて、療養病床の再編に向けた支援事業が出されているが、本県においては転換は進んでいない。今後、アンケート調査や医療機関へのヒアリングが行われて具体的な方向性が示される。

本県では、医療療養病床1,791床、介護療養病床1,369床を、平成24年度末の目標数は医療療養病床1,560床へと削減計画が出されたが、介護療養型老人保健施設への転換希望はわずかである。受け皿が未整備のままこの施策が施行されると、大量の医療難民、介護難民が生まれ、地域包括ケアシステムは崩壊してしまう。

中央では療養病床の削減見直しの動きも活発化しているが、それに対する日医の見解及び貴県における転換目標、転換の状況及び方向性などのご意見をお伺いしたい。

**(4) 介護療養型医療施設を介護療養型老人保健施設に転換するためのさらなる障害について (大分県)**

療養病床を介護療養型老人保健施設に転換させるために、その基本施設サービス費が決まったが、現在の介護療養型医療施設と比べ、約20%ダウンしており、転換は極めて困難である。

さらに疑問点がある。

看護職員と介護職員の配置は6：1、4：1で変更はないが、医師の配置が3人から1人+αと少なくなる。

これが介護療養型老人保健施設に転換した場合に、医療機関との併設であれば、当直医は医療機関との兼任でよいことになっているが、一定の医療が必要な高齢者が入所するため、夜間に容態が悪化した場合の対応等で、医師一人では不安であるとの声があがっている。

日医の見解と各県のご意見を伺いたい。

**<各県回答>**

いずれの県も、転換が進んでいないとの報告であった。その原因として、本年4月の介護報

酬改定により、介護療養型老人保健施設の療養費が従来の介護療養病床より低く設定されたこと、今後の方向性が不透明なことで転換に踏み切れない医療機関が多いとの報告があった。次期介護報酬改定では、引き上げをしていただくとともに、新たな転換支援策が必要であるとの意見であった。

また、医療必要度の高い入所者もあり、医師1人では対応が難しいとの意見も出された。

大分県からは、「転換型老人保健施設に移りたいと言っても、県は了承したが市町村から断られたケースがある。国、県、市町村の考え方が違っている」との報告もあった。

沖縄県からも、転換が進んでおらず、多くの医療施設が転換に不安を感じており、県と共同で転換支援策についての説明会を実施した旨、報告した。

**<三上日医常任理事コメント>**

厚労省は、38万床から15万床に減少するとしていたが、これは根拠のない数字である。結果的に22万床に増えたのは当然の結果であると考えている。

医療区分1であっても、医療の必要はあり、医療区分2,3は当然医療が必要である。日本医師会では、12年度末で医療療養16万床、介護療養15万床、計41万床が必要であると考えている。

介護報酬の改定については、あげる必要があり、日本医師会では、来週の理事会で日医の考え方を発表することになっている。

有床診療所の転換が困難となっていることについては、日医としては有効に活用すべき病床であると考えており、要望書にも書き加えることにしている。

東京都は、国の考え方に反して7,000床増やすことを自治体が自ら決めている。

来年の介護報酬は、必ずあがると宮島老健局長も言っているので、プラス5～10%の改定を要求したい。医療区分1でADL3の方の885点はあまりにもひどいので、改定では1,000点



への引き上げを要望していく。

(従来型老健と転換型の老健との整合性は、県民にもわかりにくい将来はどう考えているのかとの質問に対して) 従来型と転換型のダブルスタンダードは、今後対応が難しくなるので、将来はダブルスタンダードは解消し、全老健をスタンダードでやる。

(5) (6) (7) (8) は一括協議を行った。

**(5) 介護保険制度への医師会員の積極的な関わりを促すための医師会の取り組みについて (宮崎県)**

**<提案要旨>**

年々経営環境の厳しさが増す医療保険制度下での医療界にあって、介護保険制度への積極的な関わりは、より重要なものとなってきている。しかしながら、開業医と勤務医、あるいは専門科別によってその関心の度合いには大きな差が感じられる。多種の業者が参入している介護保険制度の中で、その改定に際して医師会が一定の発言権を持つためには、医師会員の同制度への関心を高め、積極的な関わりが必要であると考えられる。

各県医師会の取り組みについてお聞きしたい。

**(6) 主治医意見書に対する評価について**

(宮崎県)

**<提案要旨>**

介護保険制度において、医師の発言権を増すための具体的な手段の一つに主治医意見書の記載がある。しかしながら、認定審査会での主治医意見書に対して、他の職種からはかなり低く評価されているようである。特にケアマネジメントの際に、有用性が乏しいとのケアマネジャーからの指摘も多い。医師にとっては、他にも居宅療養管理指導書をはじめとして、事務的作業に費やす時間が多いため、主治医意見書の記載が雑になることも理解はできる。しかし将来、主治医意見書不要論が出てこないとも限らず、そうなると介護保険での医師の存在感の低下につながりかねない。

各県医師会での啓発事業について現状をお聞きしたい。

**(7) サービス担当者会議への医師参加について (鹿児島県)**

**<提案要旨>**

主治医が診療を休んで全てのサービス担当者会議に出席するのは無理があり、ほとんどが文書か電話で済ましているのが実情かと考える。

介護保険法の制度として主治医の参加は必須になっているが、主治医が当該利用者に介護サービス提供事業をしている場合は別として、医療保険での医療だけを行っている主治医が会議に無報酬で出席する動機付けは難しい。

県によっては、出席の報酬は主治医意見書記載料に既に含まれていると解釈している所も多い。介護認定の初回申請、更新申請および区分変更時におけるこの解釈は正しいと考えるが、認定期間が1年や2年の場合には無理があるのではないか。

医療と介護の連携をさらに進めるためにも、主治医のボランティア的な働きでなく明確な報酬規定を設け、主治医の意識を喚起し、参加を誘導する必要があるのではないか。

医療保険と介護保険の整合性を持たせるためにも、医療保険の療養担当規則の中で、診療情報提供料か居宅療養管理指導料のいずれかで請求できるよう明記すべきと考える。

各県の考えをお伺いしたい。

**(8) 介護保険認定審査及びケアプラン作成に関わる業務の簡素化について (大分県)**

**<提案要旨>**

平成12年介護保険が導入されから8年間経過し、介護認定の判定精度は安定し、利用するサービス内容も周知されスムーズな運営が確立されてきたにもかかわらず、認定審査とケアプランの作成に発足当初と同様の多大なマンパワーと費用をかけていることに疑問がある。

特に費用については、本県においても、大分市(人口469,338人) 由布市(人口36,740人)

で共同運営の場合であるが、認定件数19,741件に対し2,384,052千円と多額を要している。全国ではこの数百倍の費用を要すると考える。

利用者の介護サービスを決定するまでにかかる業務の簡素化を図るため、以下を具体的に提案したい。

- ①認定区分の簡素化（ドイツでは3段階であり、認定区分は3段階とする。）
- ②認定審査の簡素化（合議体数、構成委員数、実施回数、更新期間）
- ③ケアプラン作成の簡素化（作成は新規認定時、利用者の状況の変化による変更時のみと簡素化し、月1回といった画一的更新を行わない）

上記のように、簡素化しても公平公正かつ適正なサービスの提供は可能と考えるが、各県並びに日医のご意見を拝聴したい。

#### <各県回答>

提案趣旨に賛成であるとの意見が多く出された。

主治医意見書に関しては、各県とも毎年、「主治医意見書に関する研修会」等を開催し会員の関心を高める努力をしているが、参加する医師が固定してきており、参加しない医師への対応に苦慮している県もあった。

サービス担当者会議への参加については、各県とも報酬が必要であるとの報告であった。沖縄県からは、日医の対応に期待したいと意見を述べた。

業務の簡素化については、各県とも簡素化に賛成との報告があった。

#### <三上日医常任理事コメント>

主治医意見書の書き方が不十分で、ケアマネージャーがこれでは必要ないという話を聞いているが、患者の生活を支えるという趣旨で書いてもらいたい。

サービス担当者会議は、医師にとっては負担であり、無報酬であるのは改善が必要だが、療養担当規則に書いてしまうと、義務規定になっ

てしまうので、これは絶対に避ける。

簡素化の問題は、ご提案のとおりであり、簡素化するよう課長通知が出ている。

主治医意見書なしではどうかとの話がある。看護協会からは、要支援には意見書はなくてもいいようにとの申し入れがあるが、私たちとしては、医療なき介護はないと考えており、医師が積極的に関わらなければいけないと考えている。

#### (9) 認知症診療における地域の連携体制について（福岡県）

##### <提案要旨>

認知症高齢者の増加に伴い、その対応が求められている。認知症対策として重要なのは、早期発見・診断であるが、そのためにはかかりつけ医の役割が大きい。

本県では、平成20年3月に福岡県の委託を受け、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施した。今後は、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症専門医療機関等との連携体制を確立するため、認知症サポート医等を中心に連絡協議会を立ち上げる予定になっている。

認知症診療における地域の連携体制等について、各県の取り組み及び日医の見解をお伺いしたい。

##### <各県回答>

**鹿児島県**：県の委託を受け、昨年度から「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施。研修修了者は、“もの忘れ相談ができる医師”として、県ホームページに掲載している。

**佐賀県**：郡市医師会では、取り組みしている地区はあるが、県医師会としては特段取り組みしていない。

**宮崎県**：昨年度より、「認知症サポート医養成研修」を開始、4年間かけて20名程度のサポート医を養成予定。事例検討会等を医師会主催で行い、かかりつけ医がより積極的に連携していく姿勢が臨まれる。

また、認知症の場合、中核症状よりも周辺症状（BPSD）で家族や介護者が精神的に追い詰められることが多い。BPSDの急性憎悪期の時

に緊急入院時の緊急入院体制作りが必要であり、BPSD 専門病棟が各地域に開設されるよう財政的支援をお願いしたい。

**沖縄県**：昨年度より、県が主体で行っている「認知症サポート医養成研修事業」に医師を毎年2名派遣していただいた後、県内で数回研修会を行っている。今後は、離島地域での連携体制の確立についても検討を進めていきたいと考えている。

**大分県**：認知症サポート医の養成、かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会をおこなっているが、それ以上は進んでいない。高齢者の認知症は、急増しているが、専門医療機関での診察の予約期間は長く、サポート医の活用が少ないのが現状である。

**長崎県**：県委託で「認知症対策当総合支援事業」を実施、「認知症サポート医養成研修」受講者の派遣、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催、普及パンフレットの作成等を実施している。連絡協議会設置の具体的取組みはなく、今後検討が必要である。

**熊本県**：平成17年度から認知症サポート医は毎年派遣しており、その結果、県内全圏域に配置されている。今後は、各圏域でサポート医が中心となり研修会を開催予定。「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を毎年実施、修了者は県のホームページに掲載予定である。

医療・保健・福祉の連携を重視しており、昨年度「熊本県医療・保健・福祉連携学会」を立ち上げて大会を開催した。今年度は、「認知症」をテーマとして開催予定である。

**<三上日医常任理事コメント>**

認知症の患者は今後増えていき、300～500万人対象となってくるので、今後さらに推進していく必要がある。日医では、「認知症サポート医研修」を行っている。

地域ローカル支援センターで、認知症対応・連携について、円滑に進められるようにしていきたい。東京23区、特に板橋区においては取り組みが進んでいる。うまく動いている県もあ

るので参考になるのではないかと。

**(10) 訪問看護ステーションの特別指示書について (長崎県)**

**<提案要旨>**

訪問看護ステーションは原則として介護保険サービスの1つであるが、医療の必要が生じた場合、特別指示書で医療保険を使って医療行為を行うことが出来る。ターミナルケアや褥創処置を除いては、サービスの利用期間が利用初日より連続して月内2週間までと定められており、例えば6月1日から2日間利用したら、6月15日に再び必要性が発生しても利用できない状況となる。

逆に5月31日から2週間連続して利用すると、開始日が5月という事で、6月14日から6月分が使えるようになり、連続4週間にわたり、サービスが使えることになっている。現状の制度では予測不能な疾病の発生に対し、融通のきかない、非常に不便なものになっていると言わざるを得ない。在宅支援という観点からも改善が望まれる。

各県及び日医のお考えをお聞きしたい。

**<各県回答>**

各県とも長崎県の意見に賛成であり、改善を望むとの報告であった。

沖縄県からも、利用者が急性憎悪等により、病状が悪化することは予測不能であり、一概に医療行為の日程を決められるものでないと考え、現場の状況に即した改善を期待したいと意見を述べた。

**<三上日医常任理事コメント>**

ご提案のとおり、もっと柔軟な対応が必要であると考え。介護保険と医療保険の同時改定でないと難しいので、4年後の対応となる。

**(11) 無資格者の医療行為について (長崎県)**

**<提案要旨>**

医療必要度の高い患者が、自宅や老人ホーム

やグループホーム等の住まいに戻るのに従い、無資格者が医療行為をなさざるを得ない状況が発生しつつある。

例えば、痰吸引やインスリン皮下注は、本人や家族ができない場合もあり、配置されているナースや現制度下の訪問看護ステーションだけでは、365日24時間のニーズに追いつかない状況である。医療訴訟も増えつつある状況で、現場にその責任を押し付けるのは問題と考える。今後どう対応してゆくべきかを伺いたい。

<各県回答>

医療職の介入は絶対に必要であるが、看護師不足等により現実の対応は難しいとの意見が多く出された。

現状での対応としては、一定の緩和が必要(鹿児島県)、看護師養成が必要(佐賀県)、一定の訓練を受けた介護福祉士などに資格を与えることが現状では実効性が高い(宮崎県)、医療行為の中でも在宅生活の支援的なものは役割分担の見直しの検討が必要(大分県)、ある程度訪問介護従事者がサポートしなくては困難な状況(熊本県)等の意見が出された。

<三上日医常任理事コメント>

訪問看護ステーションでも、ヘルパーでもやらせて欲しいとの要望があるが、我々としては、責任の所在の問題もあり難しい。

日医でもやってもよいとする意見とやらない方がよいとの意見があるが、今のところやらないとの方針である。

**(12) 広島県における老人保健施設の家宅捜索について(沖縄県)**

<提案要旨>

7月4日付のメディファクスに、広島県内の老人保健施設において入所者の女性が何者かに暴行を受け負傷した疑いがあるとして警察が当該施設を家宅捜索した旨の記事が掲載されている。

介護保険は、各市町村等に相談や苦情受付の

窓口等が設置されているので、本来であれば、上記事件等が発生した場合は、警察が直ぐに家宅捜索を行うのではなく、苦情窓口等を持つ市町村等が間に入り、両者の意見を聴取した上で対応を判断する方が妥当であると考えます。

介護施設における上記事件等の対応については議論が十分になされておらず、介護現場は対応に苦慮している。

このような事件、事故等が発生した際の対処法について、日医の考えをお伺いしたい。

<各県回答>

苦情窓口の迅速な対応と苦情解決のためのシステムを整えることが必要(佐賀県)、緊急相談に対応するシステム作りが必要(熊本県)とし、明らかな刑事事件については、警察介入はやむを得ないとの意見であった。

<三上日医常任理事コメント>

広島の家宅捜索については、残念であり、遺憾であるといわざるを得ない。介護保険に関しては、市町村等に窓口があるので、施設で問題が起きたらまず市町村が入っていくべきであるが、患者さんと介護従事者との信頼関係ができていないとこのような事態を招くので、各施設での信頼関係の構築が必要である。

(13) (14) は一括協議を行った。

**(13) 介護職員不足の対応について(福岡県)**

<提案要旨>

近年介護施設における介護職員不足が明らかになった。この数年の相次ぐ介護報酬引き下げにより、介護職員の待遇の改善が望めない中、介護職員が専門職としてのプライド、やりがいを持っていない状況となっている。

今通常国会において、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が全会一致で可決・成立したが、数値目標は示されず、具体的な施策も不透明である。

介護職員の処遇改善を図る施策について、またそのための財源確保について、日本医師会の

考えをお伺いしたい。

**(14) 介護労働力問題に関する対応について  
(大分県)**

コムスン事件の背景として介護労働力不足、介護報酬が低く抑えられていることなどが取りざたされた。一方で外国人労働者の介護現場への導入もなされようとしている。

根本的には、財源を確保した上で介護報酬を引き上げ、それを介護者の給与引き上げにつなげるよう担保して、労働不足解消の一助にすべきと考えるが、2009年改定ではどのような主張を行う予定か？日本医師会のご見解をお聞かせ下さい。

**<三上日医常任理事コメント>**

介護力が不足しているもので、まだ充分でない。報酬を上げないといけない。厚労省もプラスにすると約束しているが、どうなるかわからない。調査が終わったとき、どのくらいが妥当なのか検討していきたい。全老健の給与は少しづ

つ上がっているが、役員（理事者）の報酬は下がっている。

介護士は、高いモチベーションを持って入ってくるが、報酬があまりにも少ないとだんだんと意欲がなくなってくる、医療系看護報酬も福祉系介護報酬もいずれもアップさせることを重点的に頑張りたい。

協議を終了するに当たって、三上日医常任理事より、次のとおりコメントがあった。

介護は、医療から見ると遠いように思われるが、非常に近いものである。勤務医の先生方の参加が少ない状況にあり、増えるよう取り組むことにしている。是非各県でも参加が増えるような対応をお願いしたい。

また、麻生太郎自民党総裁候補が2,200億円削減を取りやめるとの報道があるが本当かとのフロアーからの質問に対し、三上日医常任理事から、羽生田副会長が、自民党の事務総長が確かに言ったと聞いていると説明があった。

**印象記**



副会長 小渡 敬

九州医師会連合会平成20年度第1回各種協議会が9月20日に熊本県で開催されました。今回は医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会の3協議会で行われました。私は介護保険対策協議会に参加したので、会の状況について若干述べたいと思います。

今回は各県より14の提案事項がありましたが、療養病床の再編や地域ケア体制整備構想に関することと、主治医意見書や介護認定審査会、さらに介護職員不足等についての議題がありました。今回は福田総理の辞任に伴い衆議院の解散含みで政局が混乱している時期で、後期高齢者問題や療養病床再編等の医療政策も不透明な状況にあり、議論にもあまり熱が入らなかったように思います。日医からは三上裕司常任理事が出席していましたが、来年の介護報酬改定についても明解な説明を聞くことは出来ませんでした。いずれにしても介護職員不足が社会問題になっているため、介護報酬の引き上げはあると思われませんが、単純に介護報酬を引き上げると介護保険料の引き上げに繋がるため、選挙を前にそれも出来ず、引き上げの方法に苦慮しているようです。療養病床の再編については、介護療養型老人保健施設への転換は全国でもほとんど進んでおらず、各県とも国の施策が変わるかどうか今後のなりゆきを見守っているようでした。

### 3. 地域医療対策協議会

副会長 玉城 信光  
 常任理事 安里 哲好  
 理事 玉井 修



#### 開 会

熊本県医師会の八木剛志理事の司会により、平成20年度第1回各種協議会地域医療対策協議会が開かれた。

#### 挨 拶

熊本県医師会の地後井泰弘副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日は、各県から15題の協議事項が提案されている。活発な協議をお願いしたい。

#### 協 議

##### (1) 特定健康審査の契約健診項目について (佐賀県)

##### <提案要旨>

佐賀県では、佐賀保険者協議会において、人工透析が多いという疾病構造の特性から、全医療保険者で特定健診の健診項目の血液検査基本

7項目に、HbA1c、血清尿酸、血清クレアチニンの3項目を追加し10項目で実施することを確認し、契約に向け健診体制など準備を進めていた。

その後、政府管掌保険（佐賀社会保険事務局）より、厚生労働省に確認したところ、政府管掌保険の被扶養者については、集合契約で全国レベルで展開する事業であるので標準の形態で統一すべきとの指導があったとして、基本7項目しか実施できないとの見解が示された。

佐賀県では、紆余曲折を経て、追加3項目については、佐賀県行政による「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業」として実施することとなった。

各県で地域特性を反映した特定健診の項目設定や柔軟な運用ができるよう、特定健診のシステムの変更を日医にお願いしたい。また、各県において同様の事例はなかったかお伺いしたい。

**(2) 特定健診・特定保健指導の項目、単価の統一について（長崎県）**

**<提案要旨>**

特定健診・特定保健指導では、医療保険者、実施機関とも複数の契約に参加することが可能となっている。

しかし、実施機関では、かかりつけの患者さんのことを考えて複数契約に参加すると、より低い単価で健診等を行わなければならない、また、様々な項目・単価が存在することから事務が煩雑となり混乱が生じる。

各地域においては従来からの経緯もあり困難かもしれないが、市町国保も含めて全国的に同一項目・同一単価（診療報酬点数表に基づく）にできないかと考える。

各県、日医のお考えをお聞きしたい。

協議事項 (1) (2) は一括協議。

**<各県回答>**

各県ともに、特定健診を実施するに際し複数の契約ルートが存在することで、健診項目や健診単価が契約毎に異なる状況となり、健診実施機関の事務作業は煩雑を極め現場は大変混乱していると報告あがり、今後、全国的に統一された健診項目・健診単価を議論する必要があると提案された。また、協議事項 (1) で佐賀県が提示した地域の特性に応じた追加健診項目を契約に入れ込めないという状況は、福岡県、熊本県、本県でも課題として浮上り、地域特性を反映した健診項目の設定等について、柔軟な運用を可能とするシステム変更に向けた働きかけを日医に期待したいとして意見がまとめられた。

**○日医 内田健夫常任理事コメント**

**(1) 特定健康診査の契約健診項目について**

保険者の負担で健診項目を上乗せするという事はなかなか難しい話で、行政の援助が必要と考える。全国的にみると、上乗せ健診を行政との交渉で実施している市町村も多い。その辺の交渉があるかと思う。保険者との契約となる

と、集合契約や保険者間の調整等非常に難しい問題が出てくると考える。将来的には予防健診として一括した統一的なシステム、要するに全国的にがん検診やその他の健診も含めた健診制度の確立、それに関しての料金的な調整も行うことができれば、国民にとっても実施機関にとっても非常に有益な制度になるのではないかと思う。当面は特定健診に関しては行政と交渉していただき、行政の負担、責任で実施するという形をとらざるを得ないと思っている。

**(2) 特定健診・特定保健指導の項目、単価の統一について**

(1) で申し上げた通り、将来的には統一的な形で取り組めれば一番良いと考えるが、現状では過去の経緯により、特定健診の契約についても各市町村で内容にかなりの格差や違いがある。高いところを下げた統一料金を設定するという事は問題であり、今後の課題と考える。来年度の契約に向けて日医で調査した結果を情報提供しているので、その点をご参考にしていただきたい。もう一つ重要なことは、事務手数料（データ化や自己負担額の徴収等）という点でも非常にコストがかかっているということがあり、料金の契約の上でも反映すべきこととなっているので、これを保険者との交渉の中で上乗せするような形での交渉を是非進めていただきたい。

**(3) 特定健康診査と生活機能評価の同時実施について（佐賀県）**

**<提案要旨>**

佐賀県では、生活機能評価は、国保ベースの契約では、特定健診の同時実施を基本としているが、介護保険者により対応がまちまちで、同時実施と別途実施と混在している。一方、被用者保険の被扶養者については、市町国保の枠組みを利用して特定健診を実施することになっているが、生活機能評価は特定健診とは別途実施することになっている。

このことから、特定健診の受診者の実施項目

の判別が非常に複雑になっており、特定健診実施機関では受付、結果報告、請求などの対応が煩雑になっている状況である。

各県において、生活機能評価はどのように対応されているのか、お伺いしたい。

＜各県回答＞

宮崎県、大分県、長崎県では、同時実施と別途実施が混在しており、鹿児島県では原則同時実施として契約していると報告があった。また福岡県では各市町村と各地区医師会が個別に契約しており、熊本県では熊本県医師会と集合契約する熊本市のみが同時実施として契約していると報告があった。

本県においては、当初受診者の利便性を考慮し同時実施の契約が望ましいと考えていたが、特定健診と生活機能評価の重複する健診項目については、その項目に係る費用を特定健診単価から差し引くというルールや、健診データを同一ファイルに格納する場合としない場合とが保険者毎に異なるという点等、事務作業が非常に煩雑となる可能性が発生したことから、別途実施として取り扱う方が望ましいとしていると報告した。(沖縄県は各市町村と地区医師会または個別の医療機関が直接契約している)

○日医 内田健夫常任理事コメント

対象者の問題や費用負担の問題、また生活機能評価についても電子化して一括して提出してほしいという保険者もあるので、そういうところでの問題点が山積していると思っている。対象者については、若干、厚労省で調整が進んでいるが、その他の問題についてはまだまだ整理されていない。特定健診・特定保健指導については、現在、厚労省の検討会がストップしており、現状の問題点を議論、整理する場が全く無い。現在、保健局、衛生局、大臣、副大臣まで働きかけ、実施機関において山積している問題を検討する場を設けるよう強く要請しているところである。来週、課長、室長を呼び、その点について問題点をはっきりさせるということ

申している。年内での立ち上げということで話を進めたいと考えている。

(4) 特定健診・特定保健指導におけるデータのXMLファイル化、および暗号処理化はどの様に行われているか？(沖縄県)

＜提案要旨＞

特定健診・特定保健指導のデータ処理に関しては、XMLファイル化および暗号化と、かなり高度な電子情報処理の知識と経験を要求されるものがあり、これが一般医療施設における健診受託に大きなハードルとなっている。

沖縄県医師会では検査センターを持つ地区医師会に上記業務を委託する形で何とかクリアしてきたが、離島医療施設等においては多大なコスト負担を強いる結果となっており、今後大きな課題となっている。

特定健診の受診率を上げるため、健診受託施設を拡げるためにも今後はデータ処理の簡便化が必須であると考えている。

この様なデータ処理に関して各医師会ではどの様に取り組み、どの様な改善が今後必要かについてご協議願いたい。

＜各県回答＞

佐賀県を除く各県において、各健診実施機関でデータ化の対応が困難な場合は管轄の地区医師会が対応を図っており、管轄の地区医師会にて対応が困難な場合として、福岡県、熊本県では県医師会がデータ化等の処理を行っていると報告があった。佐賀県では、県医師会共同利用施設(成人病予防センター)において既存システムの改修を行い、佐賀県内の特定健診実施機関の96.1%のデータ化の再委託を受けていると報告があった。また宮崎県では、各健診実施機関にてデータ化を行っていただくことを目的に日医総研を招聘した講習会も開催していると報告があった。

○日医 内田健夫常任理事コメント

厚労省のフリーソフトが迷走し、大変な迷惑



が現場にかかっている。最新の情報では、第3のフリーソフトを来年4月に間に合わせる形で国立保健医療科学院で公募し開発するとしている。既に電子化が義務付けられ健診も保健指導もスタートしているところで、来年4月から新たなソフトで間に合わせるという話は本当にナンセンスな話である。既に電子化に対してかなりの投資をしているところをどうするのか、現行のデータを新しいソフトに移せるのか等、様々な問題がフリーソフトに対して出てきている。取り敢えずは、来年の4月までは、少なくとも保健指導に関しては紙での報告と請求を認めろと強く申し入れているところである。

**(5) 特定健診・特定保健指導受託医師会の実態について (大分県)**

**<提案要旨>**

従来の老健法下において行政から健診の委託を受けていた医師会がそれを継続する形で今回特定健診・特定保健指導(特健・特保)を市町村国保から受託するケースは少なからずあると思われる。

制度や契約関係が変わったことで健診内容の設定(上乘せ健診の有無)、システム変更、単価設定交渉、請求代行など医師会単位での業務負担が大きくなっている。

現時点において判明した特健・特保事業受託における問題点とその対応策、制度自体に対する提言等現場からの情報として日本医師会及び各県のご意見を伺いたい。

大分県では、16郡市中、3市(別府市、佐伯市、臼杵市)医師会が請求業務まで行っている。

協議事項(1)～(4)と重複する事項として協議は省略された。以下参考。

**<各県回答>**

**福岡県**：請求事務代行実施医師会9医師会(内受領代行実施医師会2医師会)。

**鹿児島県**：17郡市医師会中3郡市医師会が請求事務代行実施。他医師会は併設の検査センタ

ー等に業務委託。

**佐賀県**：県医師会共同利用施設にて事務代行実施。

**宮崎県**：各郡市医師会との契約が整っている。

**沖縄県**：7郡市医師会中3医師会が請求代行の業務を請け負っている。

**長崎県**：13郡市中、7郡市医師会が全部または一部請求業務を行っている。

**熊本県**：15郡市医師会中6郡市医師会及び県医師会が請求業務を行い全県での実施体制を整備。

**○日医 内田健夫常任理事コメント**

保険者協議会の調査では49.6%が医師会に受託ということである、今回日医が行った調査によると、市町村国保と集合契約を行っている郡市区医師会が478医師会ということで約70%となっている。そのうち特定健診のみは約5割の352医師会、特定健診・特定保健指導の両方契約しているところが120医師会17.8%という状況になっている。市町村国保との取りまとめを都道府県医師会が行ったところが17都道府県ある。そのうちの特定健診・特定保健指導の両方契約しているところが5医師会、特定健診のみが12医師会となっている。現状でも保健指導に関して契約が進んでいないところもある。

**(6) 食生活改善指導担当者研修について (福岡県)**

**<提案要旨>**

特定保健指導の実践者は、医師・保健師・管理栄養士とされており、経過措置として平成24年度末までは、「一定の保健指導の実務経験を有する看護師」も行うことができる。

しかし、平成20年3月10日付け厚労省通知によると、一定の保健指導の実務を有する看護師とは、具体的には「産業保健の現場において、事業主又は医療保険者が雇用する看護師が従業員の健康管理・指導等を行っている場合」とのことである。

国が定める「食生活改善指導担当者研修(30

時間)」を受講すれば、看護師・准看護師でも食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動指導を実施できることから、本会では、9月から10月にかけて本研修会を開催する予定である。

各県において、看護師及び准看護師による特定保健指導の実施や食生活改善指導担当者研修への対応についてお聞かせいただきたい。

又、日医の見解も伺いたい。

#### (7) 特定保健指導の研修について (長崎県)

##### <提案要旨>

特定保健指導では、委託基準において、「特定保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましい」とされている。

各県での特定保健指導の研修会開催の実績、予定についてお伺いしたい。また、日医では、研修カリキュラムの作成、研修会の開催等の予定はないか。

協議事項 (6) (7) は一括協議。

##### <各県回答>

協議事項 (6) の食生活改善指導担当者研修については、各県ともに開催を予定していないとの回答であったが、宮崎県と熊本県では県栄養士会が当研修を実施していることが報告された。

協議事項 (7) の厚労省が定める特定健診・特定保健指導の研修については、福岡県、宮崎県が昨年度に引き続き今年度の開催も予定していると回答し、熊本県並びに本県では昨年度は実施したが今年度の予定は無いとして回答した。また、佐賀県では、県、希望する市町、県医師会、県栄養士会、県看護協会等関係機関により「佐賀保健指導支援ステーション」を設置し、特定保健指導に携わる人材の育成・確保に取り組んでいると報告があり、同ステーションにおいて保健指導実施者向けの研修を予定していると説明された。

#### ○日医 内田健夫常任理事コメント

日本医師会としては保健指導担当者の研修というものを実施する訳ではないが、今後、厚労省との交渉となるが、TV会議システムを利用した研修会やeラーニングを活用した研修等も認められるよう進めればと考えている。看護師、准看護師の実務研修についても、実施機関の医師がしっかり管理監督していただく上で看護師、准看護師等を活用していただくことができればと思っている。これについては明確な規定はないが、実際の現場ではそういう形での保健指導も容認されると考えている。保険者で、それを保健指導としてカウントするかどうかという判断も若干絡んでくるが、医師の管理監督があり、しっかりとした指導内容が達成されていけば、それは全く問題ないと考えている。

#### (8) 特定保健指導の中途脱落者における自己負担金の返還について (大分県)

##### <提案要旨>

特定保健指導受診者は初回面接時に自己負担金を一括して支払うことになっている。しかし、特定保健指導機関から保険者への保健指導料の初回面接時の請求額は、「動機づけ支援」8割、「積極的支援」4割で、残りは保健指導終了後に請求することになっている。

以前から、途中脱落者がかなり出るのではないかと懸念されているが、途中脱落者に対する自己負担額の返還方法については明確ではないようだ。特定保健指導機関は領収書を発行し、その領収書が確定申告の医療費控除に使われることになっており、早めにルールを決めておかないと混乱のもとになるのではないか。

日医の見解を各県のご意見を伺いたい。

##### <各県回答>

各県ともに、早急なルール設定を望む旨が意見され、日医の対応を期待したいとした。

#### ○日医 内田健夫常任理事コメント

これについてもこれからいろいろと議論が出

てくるところであると思っている。保健指導の質が不満でやめてしまうということもあるし、自己都合で中断するということが多いのではないかと考える。その時に自己負担金を返還するかどうかということについてのルール作りについても、厚労省、保険者協議会と話をし、早急に詰めていきたいと考える。基本的には、自己負担分に関しては中途脱落した場合でも返還しないということを受診券の中に盛り込んでいただければ一番すっきりした解決になるのではないかと考える。これは今後の交渉ということもあるので、逐次経過を報告させていただければと思う。

**(9) 医療連携体制の構築について (福岡県)**

**<提案要旨>**

4疾病5事業の医療連携体制の構築が求められており、本県でも県行政と協議・調整を進めているところであるが、県行政の要請を受け、県医師会より福岡市医師会に依頼し、福岡市医師会方式の脳血管障害地域連携パスが構築された。

脳卒中など県内統一の連携パスの作成が理想ではあるが、医療圏や拠点病院、地域の特性等により地域毎の取り組みも進んでいる。

各県の取り組みの進捗状況についてご教示願いたい。

**(10) 脳卒中の医療連携体制について**

(鹿児島県)

**<提案要旨>**

脳卒中の医療機関名の公表の仕方について、各県の状況をお聞かせ下さい。

本県では、県全体で公表時期を設定し、その時点までに医療連携機関名の一覧の作成が終了した圏域分だけ公表する方法と、各圏域で、それぞれ医療連携機関名の一覧の作成が終了したら、随時受付順に公表する方法の2案のいずれかを検討している。

ついては、各県ではどのような形で公表されているか、以下の点について状況をお聞かせ下さい。

- ①県はどのような形で公表していますか。
- ②公表について何か問題点はありますか。
- ③公表されていない医療機関への配慮を何かしていますか。
- ④公表後、どれくらい症例がありましたか。また、人口に対してどれくらいの割合になりますか。

**(11) 地域連携パスの作成・運用状況及び意見交換会の開催について (佐賀県)**

**<提案要旨>**

医療法改正により、本年度より新たな医療計画に疾病・事業毎の医療連携体制が盛り込まれることとなり、国策として医療連携パスの活用が推進され、種々の疾病に導入される方向にある。

しかしながら、地域連携パスの活用推進にあたっては、意見交換会(症例検討会)の開催、地域連携パスの様式、運用の管理・見直し、地域連携パスの情報管理・分析、診療報酬上の施設基準の緩和など継続して運用するための整理すべき課題がある。特に、今後の継続的な地域連携パスの運用・管理には、行政において地域連携パスセンター等の組織を設置する必要があると考えている。

このうち、意見交換会(症例検討会)の開催については、7月に県医師会主催で、脳卒中の医療連携体制に係る急性期・回復期の関係医療機関の施設紹介を中心とした研修会を開催したが、今後は、保健所を中心に、2次保健医療毎に開催頂く方向で検討を行っている。

各県における地域連携パスの作成・運用状況及び意見交換会(症例検討会)の開催の仕方について、ご参考までにお伺いしたい。

**(12) 4疾病・6事業にかかる医療提供体制の構築について (宮崎県)**

**<提案要旨>**

平成20年3月に宮崎県医療計画が策定された。

4疾病・6事業にかかる医療提供体制の構築、特にがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に関してだが、がんに対しては拠点病院という

概念が運用されており、放射線治療や外来科学療法、緩和ケアチームなどの施設基準があるようだが、宮崎県ではがん拠点病院に指定された病院はすべて公的病院で民間病院は皆無である。しかしながら脳卒中と心筋梗塞に関しては拠点病院という言葉は使用されておらず、民間病院を含むいくつかの施設が医療提供病院として指定されている。反対に糖尿病に対しては従来の医療提供体制と大きな変化はみられない。

他県の実情はいかがか？

また、本県はがん診療連携拠点病院と一部の医療機関において、院内のがん登録が行われているが、地域がん登録に関して現在のところ検討中であり、がん登録様式の県内標準化には至っていない。各県では、共通のフォーマットのもとに登録されているのか？

協議事項 (9) ～ (12) は一括協議。

#### <各県回答>

地域連携パスについては、各県ともに積極的な検討を行っているとの報告があった。鹿児島県では昨年度「脳卒中医療連携促進モデル事業」を1保健医療圏で構築し、その実績をもとに今年度は他地区においても検討が開始されているとの報告があった。佐賀県では昨年9月に全県下共通の「脳卒中・地域連携パス」を作成し本年4月から運用を開始していると報告があった。長崎県では県央地域で脳卒中の地域連携クリティカルパスの試験運用が開始されているとの報告があった。大分県、熊本県では、行政による医療連携の構築に向けた協議会が設置され具体的な検討が予定されているとの報告があった。本県では脳卒中に関しては7地区医師会中4地区が連携パスの作成及び実施について検討を進めていると報告した。また鹿児島県より、県内統一された連携パスは理想であるが、限られた社会資源の中で、如何に地域の特性に応じた医療連携体制を構築するかも課題であると提示された。

脳卒中の医療機関名の公表については、各県

ともに、県の医療機関情報提供事業に係るホームページ上に公表していると報告があり、公表について、現時点では特にクレーム等は寄せられていないとの回答であった。しかし、佐賀県、熊本県より、高次機能を有する大病院等へ患者が集中することが今後懸念されると意見された。公表後の症例数については各県ともに把握していないと回答された。

佐賀県より提案された地域連携パスの意見交換会（症例検討会）については、各県ともに現時点では開催されていないとの回答であった。

がん診療の体制については、福岡県では、がん診療拠点病院に2医療機関（九大病院、九州がんセンター）が指定され、地域がん診療連携拠点病院に13医療機関（私的病院3病院）が指定されているとの報告があり、鹿児島県では、がん診療連携拠点病院に鹿児島大学病院が指定され、地域がん診療連携拠点病院に6件（いずれも公的医療機関）が指定されているとの報告があった。佐賀県では、専門的ながん診療機能を担う医療機関として、がん診療連携拠点病院（公的医療機関）の他、望まれる医療機能を充たす病院や診療所が指定されているとの報告があり、大分県では、がん診療連携拠点病院に大分大学医学部附属病院が指定され、地域がん診療拠点病院に別府医療センター、大分県立病院、大分赤十字病院、大分県済生会日田病院が指定されているとの報告があった。長崎県では、がん拠点病院は全て公的機関が指定されているとの報告があり、熊本県では、がん拠点病院は公的病院8か所が指定されているとの報告があった。本県については、がん診療連携拠点病院に琉球大学医学部附属病院が指定され、地域がん診療連携拠点病院に3病院（県立中部病院、那覇市立病院、北部地区医師会病院）が指定されているとの報告した。

がん登録については、福岡県が、がん医療地域連携研究会世話人会で検討中。鹿児島県が、

平成4年4月から県下医療機関を対象に共通フォーマットで実施しているが、医療機関からの報告数が少ない状況。佐賀県が、佐賀県総合保健協会において県内で標準化された共通様式により登録が行われている。大分県が、がん登録の事業は実施されていない。長崎県が、がん登録事業は昭和59年から実施しており県内共通のフォーマットが使用されている。とそれぞれ報告があり、本県については、20年前からがん登録を行っているが、登録状況は良くないとして報告した。

○日医 内田健夫常任理事コメント

取り組みが進んでいるところもあれば、これからというところもあると思うが、再三、日本医師会が申し上げてきたことは、地域の医療資源というものが深い関わりを持つので、必ずしも厚労省が出したスキームに沿ってやる必要はなく、地域特性をしっかりと加味した形で計画を作っていただきたいということである。是非そういう形での取り組みを進めていただきたい。医療機関の名称を医療計画に記載することに関しては、4疾病5事業に関連する医療機関、例えば脳卒中では、予防、急性期、回復期及び維持期というところでそれぞれの医療計画の中に記載されていく。都道府県医療審議会及び作業部会並びに圏域連携会議といったようなところでしっかり対応していただきたい。

がん診療拠点病院とがん登録については、この指定する会議に出せさせてもらっているが、これが医療機関の格差、差別化に繋がるのではないかとこのことを会議の中でずっと申し上げてきた。私が主張したのは、これはあくまでもがん診療の均霑化、地域で効率的ながん診療体制を構築するというのが最大の目的であり、そのための取り組みとして進めていただきたいということをお願いしてきた。そういう趣旨を是非活かしていただければと思う。

がん登録に関しては、まだ日本では遅れている。実績が無くこれからの課題である。今のがん登録の水準では、まだ何も出来ないレベルで

あり、今後がん登録を進めていくにあたっては、検診体制の問題、診療の質の評価等も含めた課題であると考えている。

(13) 医師不足に対する各県医師会の対応について (長崎県)

<提案要旨>

深刻な医師不足は、地域医療の崩壊の危機的状況をもたらし、大きな社会問題となり、早急な対応が求められている。これはいろいろの因子が複雑に絡み合って招来されたもので、総論的には短期・中期・長期に亘る国家レベルでの適確な対応が必要である。しかし、各県医師会としても看過できない問題で、県医師会レベルとしてどのような対応が可能なのか、現況やお考えをご教示下さい。また日医としてのお考えもお聞かせ下さい。

<各県回答>

各県ともに、医師不足が深刻な問題として取り扱われており、ドクターバンク事業や女性医師バンク事業を積極的に活用した取り組みや、医師修学資金貸与事業や卒後臨床研修制度の見直し及び充実等が図られていると報告があった。また鹿児島県より、今年度事業として新たに臨床研修医確保対策事業に取り組み、特に医師不足が深刻な小児科・産科・麻酔科の専門研修医を対象に年30万円の奨励金を支給する事業を実施する予定であることが報告された。

○日医 内田健夫常任理事コメント

地方だけでなく都会でも医師不足は非常に深刻な課題となっている。勤務医の不足、それも診療科によって非常に偏在が激しい状況である。今回、過去最大数を280人上回る医師の定員増ということが具体的に上がっているが、地域偏在、診療科偏在、更には病院における勤務医の不足等に対してどう対応するかということが一つ大きな課題である。日医が再三申し上げているが、これには財源確保が最大の条件である。これも強く厚労省並びに文科省に要求して

いるところである。今回の医師の定員増に関しては、363億円の予算を文科省が概算要求しているということで、おそらくこれは医師不足という喫緊の課題を財務省でもかなり認識しているということであり、ほとんど通るのではないかと考えている。また来年度の概算要求では、医師確保対策として、ベテラン勤務医の経験活用のための定年後の雇用経費や地域医師会でのドクターバンク事業の支援、勤務医に対する直接的な支援ということで、救急診療件数に応じた補助、あるいは産科医療機関に対する分娩件数に応じた補助等、現場でご苦労されている先生に直接当たるような手当がほとんどないということで、こういう予算をつけてくれるということで要求している。これについても、一部、厚労大臣から認めるという話が出ている。

その他、都道府県医師会と全国の病院の約半数に医師不足の現状と課題と取り組みということでアンケートを早々に実施させていただく予定である。厚労省が10月1日に実態調査を行うので、それに合わせた形で実施させていただくことにしている。是非ご協力をお願いしたい。またこれが集計された折には情報提供させていただきたいと考えている。

これまで日本医師会が行っている医師不足に対する取り組みの一つとして女性医師バンクがあり、就業成立が91件、再就業成立が99件ということでかなり実績が上がっている。就業が成立した91件のうち、この1年半の間でお辞めになった先生が1人しかいないということで非常に定着率も良い。

**(14) 小児救急、特に深夜帯の取り組みについて (鹿児島県)**

**<提案要旨>**

小児救急電話相談事業 (#8000) が全国的に浸透しつつある。本県においても昨年8月より同事業がスタートし、相談件数は今年6月末現在で3,327件、1日平均で約10.5回となっている。しかし、本相談事業も午後7時から午後11時までの準夜帯のみであり、深夜帯についての

取り組みは行われていない。特に、小児科医不足が深刻な本県では、小児救急の深夜帯における取り組みが困難を極めている状況にある。九州各県においても同様の問題を抱えているのではないかと思料するが、深夜帯における小児救急の取り組みについてご教示いただきたい。

**(15) 小児救急電話相談事業の現状と問題点 (熊本県)**

**<提案要旨>**

全国的には、まだ未実施の県もあるが、九州では沖縄県を除く全県で開始された。

各県それぞれ独自の方法をとっている。それなりの長所・短所があるだろうし、又、新たな問題点も出ているかと思われる。現状をお示しいただき、今後の参考にしたいと思う。

- (1) 実施方法 (県医師会との関わり、実施場所など)
- (2) 相談員 (人数、医師か看護師か)
- (3) 電話相談実施開始日及び対応時間
- (4) 1日平均相談件数
- (5) すぐに医療機関を受診するよう勧めた件数の割合は
- (6) 今までに経験したトラブルとその対応
- (7) 将来、24時間対応を予定していますか

協議事項 (14) (15) は一括協議。

**<各県回答>**

本県を除き、各県において小児救急電話相談事業が実施されており、その活動内容及び実績について報告が行われた。詳細は以下の通り。

**○福岡県**

- (1) 24時間小児科医が対応する県下4カ所の病院にて対応。病院間の連携、データ集積は医師会。
- (2) 小児科医の管轄のもと専任の看護師が対応。
- (3) 平成16年度より開始。年間365日。19時～23時。
- (4) 1日平均49.5件 (平成19年度)

- (5) 20.6 % (平成19年度)
- (6) 電話機、パソコン等の故障。担当看護師が当番日を忘れ1日対応できなかった事例。
- (7) 現時点で考えていない。

○鹿児島県

- (1) 24時間小児科医が対応する病院にて対応。鹿児島市医師会へ委託。
- (2) 医師6名、看護師7名。
- (3) 平成19年8月20日開始。年間365日。19時～23時。
- (4) 1日平均10.6件
- (5) 7.8 % (平成19年8月20日～平成20年8月19日)
- (6) 特になし。
- (7) 未定。

○佐賀県

- (1) 当面は佐賀大学医学部附属病院にて対応。
- (2) 医師と看護師(8～10名)
- (3) 平成17年2月21日開始。19時～23時。
- (4) 1日平均2.5件。
- (5) 26 % (平成19年度)
- (6) 特になし。
- (7) 予定無し。

○宮崎県

- (1) 宮崎市郡医師会病院にて対応。
- (2) 協力小児科医24名、相談看護師5名。
- (3) 平成17年11月3日開始。対応時間は土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)19時～23時。
- (4) 1日平均6.2件。
- (5) 20 %
- (6) 協力小児科医が発送された携帯電話の電源を入れておらず、別の協力小児科医の個人の携帯で対応した。
- (7) 予定なし。

○大分県

- (1) 事業に参加している医療機関の当番制。
- (2) 参加医療機関数20(病院4、診療所16)
- (3) 平成15年12月開始。平日19時～翌8時。日曜・祝日9時～17時、19時～翌8時。
- (4) 1日平均8.4件(平成19年度)

- (5) 9.1 %
- (6) 保健担当者の誤入力により、その時間帯に診察していない医療機関の情報を相談者に伝えてしまったため、当該医療機関と相談者との間でトラブルが発生した。誤入力を防ぐ対策として、各保険者で2者による入力確認後、県医務課でも入力情報を確認するようにした。
- (7) 平成15年の開始以来、ほぼ24時間365日相談を受け付けている。

○長崎県

- (1) 東京のコールセンターで対応。
- (2) 基本的には看護師が対応。必要があれば医師も対応。
- (3) 平成20年6月1日開始。19時～翌8時。
- (4) 1日平均、6月10.1件、7月13.4件。
- (5) 6月12.8 %、7月13.4 %
- (6) 特になし。
- (7) 予定無し。

○熊本県

- (1) 熊本市医師会熊本地域医療センターにて対応。熊本市医師会に委託。
- (2) 看護師6名。必要に応じて小児科医が対応(その機会は極めて少ない)。
- (3) 平成17年6月1日開始。19時～23時。平成20年7月1日より19時～24時。看護師2名体制で対応。
- (4) 1日平均、平成17年13件、平成18年15件、平成19年18件。
- (5) 平成18年13.5 %、平成19年11.3 %。相談員の慣れにより減少傾向にある。
- (6) 特になし。相談員の勘違いによる欠勤1件。
- (7) 予定無し。(人員確保が困難なため)

○日医 内田健夫常任理事コメント

小児救急#8000は、7月31日現在で44都道府県で実施されている。その中で朝まで相談に対応している県は4県となっている。現在、通話中の多さ、深夜帯での相談対応、相談体制の質の確保、小児科医の確保等の課題が出てきている。

昨年、小児科医会から、# 8000小児救急電話相談機能構想策定委員会による課題解決のための全国センターの設置という提言があった。日医としても昨年の11月に全国センターの設置は大切なことであるとして、厚労省に働きかけると言うことを言っている。21年度の概算要求では、小児救急電話相談事業の全国普及と全国的な質の向上を図るためのセンターの設置

を補助する事業と、それと連携した成人に対する電話相談事業の導入、全国的な質の向上も図っていただき、また、それとは別に総務省、消防庁では、21年度予算について市民の救急相談に応じる窓口の設置などを内容とする救急安心センターモデル事業を要求しているということで、モデル事業として全国で3か所設置するということを要求しているとのことである。

## 印象記



常任理事 安里 哲好

今回の地域医療対策協議会の協議事項は15項目といつもの倍近くあり、かつ協議時間は2時間と短時間であった。協議事項（事項により一括して）について、提案県からの主旨説明と各県の現状を述べて、日医の内田健夫常任理事のコメントを付け加えたのみで終わった。協議事項についてのディスカッションや内田常任理事のコメントに対して、質問する時間はなかった。協議事項を絞るか、あるいはディスカッションを中心に進めるかのどちらかの選択が望まれた。

その中で、印象に残ったのは「脳卒中の医療連携体制について」であった。福岡県医師会が福岡市医師会に依頼し、福岡市医師会方式の脳血管障害連携パスを構築、今後その他のブロックまたは医療圏に拡大する予定とのこと。2007年6月からスタートした脳卒中ワーキンググループで、福岡市医師会独自の「脳梗塞地域連携パス」と関連の素晴らしい小冊子（タイトル：脳血管障害の医療連携）が作成され（2008年4月）、当日配布された。10月30日に行う地域医療委員会において、その小冊子を配布する予定である。一方、佐賀県医師会は全県下共通の脳卒中・地域連携パスを作成し、本年度4月1日より開始しているとのこと。しかしながら、地域連携パスの活用推進にあたっては、意見交換会（症例検討会）の開催、地域連携パスの様式、運用の管理・見直し、地域連携パスの情報管理・分析等、整理すべき課題があり、特に、今後の継続的な地域連携パスの運用には、行政において地域連携パスセンター等の組織を設置する必要があると述べていた。全県下共通の脳卒中・地域連携パスの実践は素晴らしいことだが、継続にはコントロールタワーの設置が必要とされることを認識した。沖縄県で実施するに際し、個人的には、南部保健医療圏を中心とした、共通の脳卒中・地域連携パスが作成され、それが全県下に拡大していけばと切望している。

熊本市への訪問は今年2回目となり、今回は協議会の前日に鹿児島空港から高速バスで熊本県人吉市に行き下車した。そこから、くまがわ鉄道を利用して、九州中央山脈の麓にある終着駅の湯前に行く予定であったが、午前中は雨だったので断念し、30分後に高速バスを乗り換えて、八代経由で熊本交通センターに着いた。その時はすでに雨も上がっていたので、熊本日航ホテルの近くの熊本城を見学した。熊本城の天守閣や本丸御殿も素晴らしかったが、築城の造形の素晴ら



しさと堀等も含めた全体の広大さに圧倒された。熊本市は今、政令指定都市を目指しているとのこと。築城400年以上の歴史の中で、熊本城をも凌駕するであろう九州の州都になれるか、千年に一度のチャンス到来と、市民は胸を時めかしているようだ。

## 印象記



理事 玉井 修

台風13号が去った後のムットとする暑さの中、福岡経由で特急に乗り熊本にやっと着いたのは協議会開催10分前であった。飛行機の中でずっと勉強していた特定健診の問題点について、限られた時間のなかで各県の意見を聞きつつ、本音の部分を探り、更に来年の特定健診を円滑に進めるための手がかりを探る会議でもある。特定健診に関しては各県ともその複雑な事務処理と朝令暮改のシステム変更に振り回され続けているという実態が判ってきた。やはりこの事態はどこの県でも同じであったのだ。ただし、陸続きの九州各県ではやや問題の趣が違う部分があり、健診受託において2重契約のような形で遂行されている事が現場に大きな混乱を招いている県が多かった印象である。沖縄県では幸い沖縄県医師会が主体となり集合契約を締結しているために大きな混乱には至っていない。しかし今後このような2重契約が沖縄県でも広がるような事態になれば、九州各県のような混乱が生じる可能性はあり、沖縄県でもごく一部の団体において沖縄県医師会以外の健診システムとの2重契約が存在している事実は当会も掴んでおり、今後の動きには注意を要する。

特定健診の推進に関して何よりもネックとなっているのはXMLファイルへのデータ化と暗号化の問題である事は各県とも意見が一致していた。各県とも独自の解決法でクリアしていたが、県医師会のレベルでこの様な作業を行っているところは毎日深夜までこのデータ処理作業を職員に強いる形となり、コンピューター等ハード機器の設備投資も既に数千万レベルに達している医師会の報告もあった。より簡便で、扱いやすいデータ処理技術の開発に期待したいところであるが、日医からの回答では様々な特定健診の問題点に関する検討は現在政局の混乱により協議がストップしているとの事であり、新しいデータ処理システムの開発は来年の4月を目処に行われているとの事であった。とすると来年の4月には、また新しいデータ処理ソフトが配布されるということだろうか？今年のデータはそのままコンバートできるのだろうか？新しいソフトも今回の様に様々なトラブルを連発するのだろうか？何よりも本当に開発は4月に間に合うのだろうか？特定健診に関わる混乱は来年も続きそうな暗澹たる思いを持ちつつ、気を引き締めて取りかかる必要性を感じた会議ではあった。翌朝は朝早起きして秋の熊本城を散策してきた。既に落ち葉が散り始めた散策路は人影もまばらであった。荘厳な天守閣を見上げる事もほとんど無く、落ち葉積もる散策路をゆっくりと時間をかけて歩いてきた。

# 沖縄県医師会広報委員会内規

(昭和56年3月18日委員会承認)

## 1. 沖縄県医師会報の目的

会報は、会員に対する会務の動静並びに、医療関係情報の伝達手段であるばかりでなく、会務に対する会員の意見提言及び文化活動、学術研究発表の媒体ともなる重要な会誌である。

更に会報は、本会の地域医療対策、その他について県民及びマスコミ関係者に広く情報を伝達広報することを目的とする。

## 2. 編集方針

- 1) 会報は毎月発行とし、必要あるときは号外を発行する
- 2) 記事は医学及び医療に関する記事
- 3) 日医、県医、地区医及び関係団体の活動に関する記事
- 4) 会員親睦に関する記事
- 5) 諸告知、事務局記事
- 6) その他広報委員会で認めたもの

## 3. 編集規定

- 1) 会報の編集は広報委員会で行う
- 2) 委員には地区代表者をもってあて、担当理事が委員長となる
- 3) 原稿の採否は広報委員会が決定するが、次のものは掲載しない
  - (イ) 無署名のもの
  - (ロ) 長文過ぎるもの
  - (ハ) 判読し難いもの
  - (ニ) 著作権にかかわるもの
  - (ホ) 個人的攻撃や中傷にわたるもの
  - (ヘ) 個人のプライバシーや名誉にかかわるもの
  - (ト) 道徳・法律に抵触するもの
  - (チ) 紛争を招く恐れのあるもの
  - (リ) 表現が不穏当たるもの
  - (ヌ) 会員に周知を要しないもの
  - (ル) 他誌に掲載済みで特に必要性を認めないもの
  - (ヲ) 県医師会の方針に著しく反するもの
  - (ワ) 県医師会の品位にふさわしくないもの
  - (カ) その他前各号に順じ広報委員会が不相当と認めたもの

## 4. 広 告

広告は沖縄県医師会報の品位、及び体裁を損なわぬものとし、採否については広報委員会で審議のうえ決定する

## 5. この内規の改廃について広報委員会の議を得なければならない

## 6. この内規は昭和56年4月1日より施行する

# 沖縄県の産業医活動の現況報告

～沖縄県産業医研修連絡協議会より産業医の活動状況調査を中心に～



理事 金城 忠雄

平成20年8月7日、沖縄県産業医研修連絡協議会が開催された。協議会において産業医活動のアンケート調査を報告したのでその概要を報告する。沖縄県産業医研修連絡協議会委員の構成員は下記のとおりである。

沖縄県の産業医活動については、平成18年に安里哲好県医師会常任理事が「産業医は足りているか」との報告があり参考にさせていただきたい。(沖縄県医師会報 Vol.42 No.6.2006)

表1 沖縄県産業医研修連絡協議会委員

沖縄労働局

氏名	所属機関名・職名
小川 仁	沖縄労働局安全衛生課課長
嘉手納 尚	沖縄労働局労働衛生専門官

沖縄県医師会

氏名	所属機関名・職名
山城 章裕	社) 北部地区医師会病院検診センター長
源 河 茂	源河医院院長
仲間 清太郎	医) 清成会 浦西医院院長
田 名 毅	医) 麻の会 首里城下町クリニック第一院長
外 間 康男	医) みなみ野会 みなみ野クリニック院長
宮里 不二雄	ふじ胃腸科医院院長
宮 良 善雄	宮良内科胃腸科医院院長
青 木 一 雄	琉球大学医学部衛生学・公衆衛生学教授
須加原 一博	沖縄県医師会理事
金城 忠雄	沖縄県医師会理事

沖縄県労働基準協会

氏名	所属機関名・職名
呉 屋 生 英	社) 沖縄県労働基準協会専務理事
喜 久 川 政 庄	株式会社沖縄工安全衛生部長
大 城 貴 美 子	NTT 西日本九州健康管理センタ保健師
山 城 愛 子	沖縄県産業看護研究会代表
普 久 原 阿 津 子	株式会社琉球銀行衛生管理者

労働者健康福祉機構

氏名	所属機関名・職名
松 野 豊	沖縄産業保健推進センター副所長

## 沖縄県の日本医師会認定産業医数

平成2年産業医制度開始以来、沖縄県では平成20年3月までに産業医数は527名になるが、5年毎の継続更新をしない方もおり有資格者は、現在309名である。(年平均30名前後の新規申請者がある)。

日本医師会認定産業医制度研修会は、沖縄県医師会7回のほかに沖縄産業保健推進センターと産業医学振興財団主催の研修会が12回計画されている。八重山、宮古地区でも研修会があり、2年間には産業医資格修得の新規は50単位、更新に20単位の修得が可能である。

平成19年の産業医研修連絡協議会における沖縄労働局の報告による、50人以上規模の産業医選任率は下記のとおりである。選任率は年々向上しているが、更に努力の必要があるとの報告があった。

	平成18年	平成19年
要選任事業場数	1,007	1,062
選任事業場数	756	833
選 任 率	75.1%	78.4%

## 事業所規模別産業医選任率(平成19年11月末)

事業所規模	事業場数	産業医選任事業場数	選任率
1,000名以上	6	6	100%
200～1,000名	153	140	91.5%
50～200名	903	687	76.1%

## 産業医の報酬・選任方法

各地区医師会には「契約書」「報酬基準表」等準備してある。

事業所との産業医契約は、条件や報酬等調整

が必要と思うので個人的に結ぶのではなく、医師会の立会いで規約に基づいて契約することをお勧めする。(契約と報酬については、九州各県の医師会の基準を参考にしている。)

**平成20年現在における産業医の活動状況アンケート調査**

産業医の資格修得者にアンケート調査を行い、その結果を平成20年度第1回沖繩県産業医研修連絡協議会にその概要を報告した。

1. 目的：

産業医資格修得後の活動状況を把握することにより、今後の産業医活動の活性化に資することと沖繩労働局との連携のもと産業医の選任率を高めるなど模索していく必要があるとして調査を実施した。

2. 調査期間：

平成19年11月20日～12月6日

3. 調査対象：

平成19年11月20日現在で、産業医有効期限内の309名を対象に調査表を配布並びに回収した。

アンケート実施対象者数 309名

回答者数 173名 (回答率 55.9%)

4. 回答のあった173名のアンケートの結果：

<設問1. 勤務形態>

- A. 開業医 88名 (51%)
- B. 勤務医 85名 (49%)

<設問2. 産業医活動をしているか>

- A. している 113名 (65%)
- B. していない 60名 (35%)

産業医活動している方(113名)への設問：  
嘱託事業所の数

<設問3. 嘱託事業所を何ヵ所持っているか>

事業所の数	産業医数
1ヵ所	37名
2ヵ所	31名
3ヵ所	18名
4ヵ所	9名
5ヵ所	11名
6ヵ所以上	7名

産業医の兼任嘱託事業場の数  
1名で平均2～3ヵ所兼任している。  
最高1人で14ヵ所

も持っている方もあった。

<設問4. 事業場は50名以上か、それ未満か>

- A. 従業員50名以上 96名 (84%)
- B. 50名未満 4名 (4%)
- C. 50名以上以下どちらも含む 13名 (12%)

<設問5. 産業医をして困ってことはどんなものがあるか 46名のまとめ>

1. メンタルヘルスに関することについて
  - ・専門外なので対応に戸惑いがある。
  - ・精神疾患(うつ病)のある従業員の取り扱い方がむづかしい。
  - ・うつ病で休職した後、主治医の意見書に従って職場復帰したが、1ヶ月で退職してしまった。  
職場復帰のめどについて、主治医との連携いかにすべきか困っている。
  - ・うつ病なのか、特殊性格なのか、サボタージュなのか判断困難など産業医の悩みが多々ある。
2. 職場環境に関することについて
  - ・巡視での指摘事項に対して全く改善が得られない。
  - ・禁酒・禁煙等生活指導しても聞き入れてくれない。
  - ・健診結果、要治療でも二次健診や受診指導しても治療を受けない人がいる。
  - ・施設長や担当者が熱心でない。
  - ・人間ドックが増え職員健診が減少したため職員の健康指導に苦慮している。
  - ・過重労働対策に対して事業者側に良策がない。規則が先行しており、現場では景気も悪く人も簡単に増やせなく、面接して産業医への負担が大きすぎる。
  - ・健康相談や面接場所が、個室でなくホールなのでプライバシーが保てない。
  - ・事業所に保健管理の体制がない。

3. 産業医の業務等に関することについて

- ・新しい事業場で、健康管理室を立ち上げているが、必要な事務手続きや書類等の準備で分からないことが多い。相談先が少なく困っている。
- ・私自身の業務が忙しくなり、産業医業務に費やす時間が取れなくなった。
- ・会社の業務改善、職員の心身の健康保持増進に役立つほどの産業医業務を行えていない気がする。長時間勤務者の面談、健診事後指導、巡視、安全委員会への参加等で手一杯。
- ・産業医活動で不明な点だけで自信のないまま手探りでやっている状況である。
- ・専任スタッフがいない。
- ・勤務しているために、定期訪問（巡視）の時間が取りにくい。
- ・相談件数が多く、時間内に終われない。
- ・法的な規則に関する知識に乏しいので、質問に答えるのに苦労する。

4. 契約条件等に関することについて

- ・産業医報酬が人数割りである事を理由に急に会社を分割し、事実上の報酬カットが行われている。
- ・新契約のひやかしの多さにはあきれられる。こちらが都合をつけたところで、年度変わりに急にキャンセルが何ヵ所もあった。
- ・報酬の規定、活動内容などの情報が欲しい。
- ・地方自治体で1年ごとの更新に毎年履歴書を求められるのは困っている。
- ・多数の事業場の産業医を抱えているので負担である。
- ・職場訪問しても相談事がない、衛生委員会の労使交渉の場になりかねない。

<設問6. 情報や強化したいこと等の要望事項>

- ・メンタルヘルスやうつ病の具体的な対処法などレクチャーをして欲しい。

- ・精神面の場合、かかりつけ医と産業医との連携を密にしたい。
- ・産業医の交流や情報交換、親睦会がほしい。
- ・仕事内容に沿った具体的なマニュアルが欲しい。
- ・学校医と産業医併任で委嘱され、教職員の健康管理のノウハウが欲しい。
- ・保健室を整備し、保健師を常駐させたい。
- ・嘱託産業医の健診後と事業所全体との主治医的関係の方向性が望ましい。
- ・事業所と産業医の契約や報酬設定の方法

契約条件等に関する情報・強化について

- ・現在の県医師会の報酬契約は全国的に見て妥当なものでしょうか。
- ・産業医活動たとえば一事業所にかかる時間等の状態も知りたい。
- ・沖縄産業保健推進センターからの資料の送料が遠方なので自己負担が高価になる。
- ・産業医同士の交流や症例検討会など懇親会を持って欲しい。
- ・教育面でのまとまったスタンダード教育スライドが欲しい。
- ・沖縄産業保健推進センター、労働基準監督署などの資料の入手方法を具体的に知りたい。
- ・産業医についての月刊誌等情報誌があれば教えて欲しい。
- ・産業医研修会講師には、具体的な症例報告をして欲しい。
- ・産業医の求人をごどこに相談できるか医師会内の部署が知りたい。

<設問7. 先輩産業医から新人産業医へのアドバイス>

- ・病院勤務しながら産業医活動は予想以上に大変ですが、諸々の健康問題を抱えた事業所と悩みの多い労働者の疾病等予防医療の視点からやりがいのある職種です。
- ・事業所と従業員の立場を十分配慮して常

- に中立的に判断するよう心かけている。
- ・ 定型的な作業管理は少なく、生活習慣病とメンタルヘルスがほとんどです。
- ・ 産業医研修会にできるだけ出席することを勧めます。
- ・ 多くの労働者と面談していると色々と問題点が見えてくる。
- ・ 月1回1時間程度の職場巡視はけっこう楽しいものです。
- ・ 禁煙対策では、女性職員を味方につけること。
- ・ 産業医は、労働者が仕事を通して自己実現することを支援することが役割です。事業主に対しては適正な労働管理を、労働者に対しては正しい医学知識を提供する両側面のバランスが大切です。
- ・ 治療医学だけでなく、予防医学や公衆衛生のスキルを身につけておいたほうが良い。
- ・ 何事も一朝一夕には改善できない。粘り強く、少しずつ取り組むことです。

＜設問8. 産業医活動していない60名へ＞

- A. 産業医活動希望する・・・25名
- B. 希望しない・・・・・・・・・・35名

産業医希望するが活動していない方の意見。

- ・ 現在は時間がないのでできないが、余裕がでたら産業医活動をしたい。
- ・ 事業所は、メンタル不調者が多すぎて対処困難でやめた。
- ・ 産業医活動をする窓口が分からない。ホームページ等で募集情報を公表して欲しい。
- ・ 精神科医です。なにか仕事があれば相談にのりたい。
- ・ 現在育児休業中で出来ない。将来は産業医活動をしたい。
- ・ 学校産業医をしていたが、学校側が産業医としての重要性を認識していない。
- ・ 公務員医師なので兼業禁止のため、労働

安全衛生へ役立ちたいが出来ない。

- ・ 地区医師会に希望を申し出たが、まだ返答がない。

産業医活動希望しない方の意見

- ・ 多忙で産業医をする余裕がない。(ほとんどこの意見である)
- ・ 産業医活動の認識が足りない。
- ・ 年をとりすぎた。体調不良でやめた。  
(産業医活動の希望の有無の方へ質問では重複した回答が多かった)。

以上、アンケート実施対象者309名中回答者173名(55.9%)のアンケート調査を要約して報告した。

産業医の職務は、安衛法に規定されており、労働者の健康を保持、事業場の職場環境管理等の役割がある。今回のアンケート調査を通して思うことは、各々の医師は真剣に産業医活動をしていることが理解できた。また、産業医活動に真剣であればあるほどその対応に悩みも持ち、お互いの問題点の相談できる交流の場を必要としている。

産業医の業務、報酬や契約条件など困ったことがあれば、地区医師会や地域産業保健センターに連絡すれば適切なアドバイスが受けられると思う。

沖縄産業保健推進センターでは、情報誌「さんぽおきなわ」を発行し産業保健に携わる方に送付されている。参考図書やビデオ等が備えられ貸し出しもしているので活用して欲しい。

さらに、メンタルヘルスに関しては沖縄県医師会産業医研修会の講義をされている山本和儀講師は、沖縄産業メンタルヘルス研究会代表世話人をしておられる。

幸い、琉球大学にこの4月に赴任された衛生学・公衆衛生学の青木一雄教授は、産業保健の専門家であり、平成21年6月頃日本産業衛生学会九州地方部会を開催予定しているとのことである。

追加報告として沖繩産業保健推進センターの松野豊副所長から「小規模事業場産業保健活動支援促進助成金」について下記の伝達があった。

平成20年4月から、小規模事業場産業保健活動支援促進助成金制度（産業医共同選任事業）が改正され、単独の事業場でも申請が可能になった。助成額は労働者数にかかわらず、活動1回あたり定額21,500円で、1回あたりの活

動時間は2時間30分ぐらい。事業場には申請の方法など指導中なので是非活用していただきたいとのことであった。産業保健推進センターが産業医の共同選任をお手伝いする制度である。

沖繩県の産業医選任率が78.4%程度なのでこの機会に、事業所と産業保健推進センターや各地区医師会との連絡を密にして産業医選任率を高めて欲しいものである。

## お知らせ

### 暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 862-0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

.....悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖繩県民会議

## 平成20年度第3回沖縄県医師会・ 沖縄県福祉保健部連絡会議

常任理事 安里 哲好



去る9月17日(水)、県庁8階第2会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。

### 議題

#### 1. 死亡時画像病理診断 (Ai) について (県医師会)

##### <提案要旨>

Aiを先駆的に行っている千葉大学法医学教室の岩瀬博太郎氏によるとAiによって検案の約20%が診断名が変わるといふ。Aiによって死因をきちんと究明することは

1. 事件、事故の再発防止
2. 適切な保険金支払い
3. 乳幼児虐待の防止

等の効果が考えられる。

一部の検案にAiを組み込むことは、多少の時間と2~3万/一件の費用ですむと考えられる。検案の件数が年間700件前後の沖縄であれば症例を絞ることによって年間1千万円程度の予算でできることである。

沖縄では地元の方だけでなく、観光客の溺死

が少なからずある。何故溺死したのか、原因を究明し、溺死を予防する為の対策を立てることは観光立県を目指す県にとっても大切なことである。

##### <福祉保健部の回答>

死亡時画像病理診断 (Ai) の活用については、日本医師会の検討委員会が平成20年3月に取りまとめた中間報告において課題 (Aiセンターの設立、厚生労働省「医療安全調査委員会(仮称)」との関連、事例の不足、財源) の提起がなされている。また、新聞報道によると、厚生労働省の研究班が医療事故死が疑われる患者を対象に今秋から試験的に実施するとの事である。県としては、厚生労働省における調査研究の動向を注視していきたい。

##### <主な意見等>

- 県としては、Aiに関して情報不足である(福祉保健部)。
- 医師会も先日、地域医療委員会の中で話題になり動き始めたところである。こうした予算



がおりる可能性はあるのか（県医師会）。

- 訴訟問題等が絡むので予算確保は簡単にいかないかと思う。今後、慎重に構える必要がある（福祉保健部）。
- 部の話し合いの中では、20%診断が変わるのであれば実施できる方向が良いとの考えである。経営側のリスク管理（手術ミスでない証明等）や保険金の支払いの問題などでメリットがあるのではないか。今後、九州ブロックの会議等での提案など検討させていただきたい（福祉保健部）。

## 2. 社会医療法人について（県医師会）

### <提案要旨>

沖縄県福祉保健部は、今後、社会医療法人を積極的に育成して行かれるかどうか、その方針について、ご教示願いたい。

### <福祉保健部回答>

平成19年4月1日をもって施行された改正医療法において、社会医療法人制度が創設された。

この制度の創設の趣旨は、へき地医療や小児救急医療など地域で特に必要な医療の提供を担う医療法人を新たに社会医療法人として位置づけ、これらの医療に社会医療法人を積極的に参加させることにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るものである。

この制度の創設により、社会医療法人には、収益事業の実施、附帯業務の拡大、税制優遇など、所要の措置が講じられることとなっている。

一方で、法令で定める認定要件は厳格であり、毎年、都道府県が実施する社会医療法人の事業、運営等に係る審査において、要件を満たさないことが認められると、社会医療法人の認定は取消されることになる。

また、社会医療法人は、事業報告書等、監事の監査報告書、定款等を事務所に備え置き、請求があった場合には、原則として、これを閲覧に供しなければならず、一層の透明性の確保が求められている。

これらを医療法人が総合的に勘案し、社会医療法人認定申請の可否を判断することになるが、この申請があった場合、県としては、関係

法令に基づき適切に審査・指導・助言を行なって行きたいと考えている。

現在のところ、特に申請はないが照会等があった。県としては、3医療法人が手挙げするのではないかと思われる。その際は、県としても適切に対応をして、育成したいと考えている。

## 3. 県救急医療協議会の早期開催について

（県医師会）

### <提案要旨>

沖縄県の二次医療圏で68万人の最大人口を抱える南部医療圏で現在、救急医療に携わる病院は14病院で、それぞれの病院が限られた医療資源を創意工夫して救急患者への対応をしている。しかし、関与する医師への強い過重負担となっており、この様な医療現場への過重負担を緩和し、改善するためには圏域内における救急医療に携わる病院の輪番制を編成し、ネットワーク化による連携の構築が最も効率的であると思料される。

県救急医療協議会を早急に開催し、循環器、脳外科、小児科の3部門における救急の輪番制とネットワーク化の実現化に向けてご検討願いたい。

### <福祉保健部回答>

本県が実施した医療機能調査の結果によると、南部医療圏の平成18年11月の1ヶ月間における救急告示病院の小児救急外来患者数は、12,860人で、そのうち時間外の患者数は3,312人（25.8%）となっている。また、時間外での外来患者のうち、入院した患者は152人（4.6%）に過ぎず、比較的軽症な患者が時間外の救急外来を受診している現状が見られ、小児科医等の過重労働の一因となっている。

このため、夜間救急を適切に受診するための保護者への啓発活動を推進するとともに、輪番制による救急告示病院の連携強化や開業医による救急診療の応援体制等について取り組んでいきたいと考えている。10月中旬に南部地区救急医療協議会が開催され、小児救急を中心に協議が行われる予定となっており、その報告を踏まえて県救急医療協議会の開催を検討したい。

なお、循環器や脳外科に関しては、各保健所が地区医師会と連携して圏域連携会議等を開催し、4疾病（がん、糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞）に係る医療連携体制の構築に取り組んでいくこととしており、各圏域における取組状況を踏まえたいと考えている。

＜主な意見等＞

- 何回も会議がなされているが、県が音頭をとって本気で改革しようとする姿勢があるのかどうかと会員から意見があるので提案されている（県医師会）。
- 救急の受入状況を見ると、那覇市立病院と南部医療センターが2割ずつであり、輪番をやっても各病院は苦しい。また、那覇市立病院は、那覇市医師会が応援しているとのことであり、地区医師会にもお願いして1次救急ができないかと考えている。南部地区医師会の先生から協力していいと言っているが、病院事業局がどう改善していくか（福祉保健部）。
- 那覇市立病院の応援医師の対応を確認したところ、那覇市医師会の小児科医6名が参加している。通常病院が使用している電子カルテではなく、紙のカルテを使っただき、それをスキャンすることで対応しているとのことである。応援していただける方向で検討していきたい（福祉保健部）。
- 医師が増えると患者も増えるので患者を減らすことを考えていただきたい。県立南部医療センターが救急患者の掘り起こしになっている。軽症者は来院しないようにというメッセージを院長からできないか提案したが出来なかった。どこからどう進めるか（県医師会）。
- コンビニ診療、夜間受診を止めていただくこと、軽症者は受診しないように呼びかけることを、地域単位にやっていかないといけない。夜間割増料金を設定するのは効果的だと思われるが、それは最終的な手段である（福祉保健部）。
- 以前より小児科医は大変連携がいいと聞いている。小児科医自体を増やさないといけない（福祉保健部）。

- 10月に、病院と地域の医師との交流会を持つことになっている（福祉保健部）。
- 南部医療センターは11人の応募があったが、3人だけ採用したと聞いている。もう少し広げられないか。（県医師会）
- 枠の決定が遅かったので採用できなかった（福祉保健部）。
- 決定が遅かったので、今後は早めに募集枠を決めて採用できるようにしたい（福祉保健部）。

**4. 沖縄県保健医療計画の4疾病に係る各医療機能を担う医療機関名の更新について**  
(福祉保健部)

＜提案要旨＞

沖縄県保健医療計画に掲載している4疾病の各医療機能を担う医療機関名の更新については、選定基準に係る基礎情報を医療法・薬事法に基づき病院・診療所が入力した「うちなあ医療ネット」の医療機能情報から反映させることとしている。

各病院・診療所においては、医療法に基づく法定項目（病院56項目、診療所49項目）と保健医療計画のための追加調査項目を所定の期間内（11月1日～30日）に入力していただく予定としているので、地区医師会及び各病院・診療所への周知方について協力をお願いする。

＜主な意見等＞

- 本件について、医師会内の地域医療委員会で説明いただけるか。また、「圏域連携会議」とはどういう構成か（県医師会）。
- 本件の説明については問題ない。また、「圏域連携会議」の構成は、管轄の福祉保健所と地区医師会が中心となって行う会議である（福祉保健部）。
- これからの医療は連携がメインになってくると考えられる。その中で、糖尿病に関しては診療所間の連携、脳卒中に関しては病院間の連携が必要になってくると思う。また、地域連携室を通しての連携が必要になってくると思われる（福祉保健部）。
- 圏域連携会議は具体的に動いていないので早急に活動展開をしていただきたい（県医師会）。

5. 「福祉保健部・沖縄県医師会連絡会議開催要領」の改正について（福祉保健部）

＜提案要旨＞

当連絡会議はこれまで、福祉保健部、県医師会および病院事業局も構成員として加わっていた。平成18年4月に地方公営企業法の全部適

用による組織改編に伴い、病院事業局が福祉保健部から抜けるという形になり、その時点で開催要領を整理をするべきであったが、病院事業局からの申し入れもあり、従前どおりの構成員とし病院事業局も開催要領に明記することとしたのでご了承いただきたい。（異議なく了承）

印象記



常任理事 安里 哲好

「死亡時画像病理診断（Ai, Autopsy imaging）について」は、地域医療委員会で1回（議題）、本会理事会で1回（報告）に載ったのみで、十分に煮詰められていなかった（いざ実施する際のシステムの問題、画像診断時の責任所在の問題、県全体で一度にするのかそれともモデル地区で行い広めるか、県民への協力依頼等）が、費用を要する件にて、早々に提案した。Aiについては、厚労省や日医も端緒についたばかりで、福祉保健部は、今後、検討していく課題と把握しているも、他方、訴訟問題等が内在する可能性を含んでいるので予算確保は簡単には行かないとのこと。

「社会医療法人に関して」は、申請する医療法人があったら、適切に対応して、育成していきたいと述べていた。

「県救急医療協議会の早期開催について」は、小児科、循環器科、脳外科の救急医療についての提案がなされた。少なくとも小児救急については、小児医療の砦でもあるこども医療センターを始めとする三次小児救急医療機関、二次小児救急医療機関、診療所の先生方の協力を多く得て、年内に何度も関連の会議を行い、南部医療圏方式（県民への啓発、広報も含め）を構築したいものだ。循環器科・脳外科領域は、4疾病の保健医療計画が始まったばかりなので、もう少し時間を要しても良いのではと個人的には思う。沖縄県における救急医療は患者救急搬送も含め充実しており（患者は搬送された医療機関で98%近くが収容されている）、救急医療にたずさわの方々の日々のご苦労に、心より感謝の意を表したい。

「沖縄県保健医療計画の4疾病に係る各医療機能を担う医療機関名の更新について」は、今後、毎年、4疾病の各医療機能を担う医療機関名の更新を行う際の協力依頼であった。関連の医療機関は自己責任の下に、更新をしていただきたい。

「福祉保健部・沖縄県医師会連絡会議開催要領」の改正については、福祉保健部と病院事業局も含め「沖縄県・沖縄県医師会連絡会議」となった。組織図上、福祉保健部と病院事業局はどのような関係であったのか、実質的にはどのような連携がなされているのか、今一度、再認識をしようと考えている。

この度は、各地区医師会を含め7議題が本会理事会に提案され、その内の3議題が連絡会議の議題として提案された。残り4議題については本会より回答したので報告する。

## 平成20年度女性医師の勤務環境整備に関する 病院長等との懇談会



副会長 玉城 信光



去る9月10日（水）県立浦添看護学校中会議室に於いて標記懇談会を開催した。

懇談会では、公的・民間病院を含めた施設の責任者や事務長、女性医師等が参加し、女性医師の就労環境に関する各施設での取り組みについて、意見交換が行われた。

参加者は院長が16名、女性医師5名、事務方10名、女性医師部会9名の計40名であった。その概要について次のとおり報告する。

冒頭、沖縄県女性医師部会依光たみ枝部会長より次のとおり挨拶があった。



「女性の社会進出の増加に伴い、2000年の国家試験合格者の女性医師の割合が初めて30%を超え、数年後には50%台に達するので

はないかとも言われている。医師不足の大きな要因の一つに出産・育児などにより、一時的に女性医師が休職・離職せざるを得ない現状が挙げられている。

女性医師のみならず男性医師を含めた医療従事者がいきいきと仕事を行うには女性医師の支援が必須だと考える。

そのことから本県でも昨年女性医師部会を立ち上げた。先ず初めに、女性医師とりわけ離職者の実態把握を兼ね、10月に第1回フォーラムを開催した。参加した方々からメールアドレスを伺い、情報交換・伝達を目的としたメーリングリストを立ち上げ、求職情報等の提供活動等を行ってきた。その成果はまだまだであるが、第一歩を踏み出した状況である。

女性医師の立場から、最も要望の多いのが育児支援や病児保育の設置である。今回、各施設長へは育児支援を含めたアンケート調査を行

い、多くの施設から回答を得た。ご協力に感謝したい。

本日は公的・民間病院を含めた施設の責任者にご参加頂いた。女性医師の支援等具体的な諸問題について、活発な意見交換が行われることを期待する。」

挨拶のあと、私から資料に基づき「女性医師部会アンケート調査結果」について報告を行った。

本調査は、本年7月29日から8月12日の期間、県内94病院（公的病院を含む）を対象にアンケート調査を実施、44施設から回答を得た。回答率は46.8%である。

アンケートの調査項目は、院内保育所の設置状況や設置したことによる効果、また、病児保育や夜間保育の設置状況、実施している就労支援策等について現状を伺った。

### 懇談事項

#### 「女性医師の就労環境に関する各施設の取り組みについて」

女性医師の就労環境等支援策については、子育てをしながらでも働ける勤務環境整備や環境改善などについて、各施設の取り組みについて報告があり、活発な意見交換が行われた。

#### 主な意見は次のとおり

- 職員のニーズに応じた柔軟な働き方が取れる体制を取っている。
- 週2回のみ保育施設を延長し、同日に夜勤となるようシフトを集中させている。

- 3歳位になると特徴ある保育所へ入園させる傾向があるため、基本的には2歳位まで預かっている。
- 21世紀職業財団より開設5年間は運営補助（700万円）が出る。
- 院内保育所を設置したことで、現在では育児休暇を半年で切り上げる職員もいる。
- 小児科医や看護師のバックアップ体制がある。
- 年間1千万円の赤字が出ても保育所の設置を検討している理由は、専門技術を持った女性医師が来てくれることで病院にメリットがあると考えている。
- 病児保育に関しては、積極的に取り組んでいない。また、計画も持っていない。病気の時はお母さんが側について欲しいと考えていて、出来る限り休ませるようにしている。
- 病児保育を設置した主な目的は地域住民の子育て支援であったが、予想以上に従業員の利用が多い。
- 院内保育所の設置計画はあるものの利用者がいるか心配であったが、地域支援など外に開かれた形にすれば、やる意味合いは強いと感じた。
- 保育施設は預ける人と施設側とのマッチングに影響されやすい。
- 女医に対しては色々家庭の事情があるため、男性医師と同じ待遇と言う訳にはいかないがフレキシブルに雇用形態を変えて採用していく方が良い。
- 一つの科に女医医師を集め、女医同士でグループ形成し、ワークシェアリングのような形



で、都合をつけながら進めて貰うと良い。保育所というよりも、その様な雇用を増やし、採用のあり方を多様化していく方が良い。

- 女性医師に限って言えば、育児休暇についても各々の考え方があるため、ヒヤリングを行いニーズを踏まえた上で、個々で対応すべきものだと思う。
- 先月から「女性医師を応援する医師会」になると、色々案を出し合い検討を行っている。例えば、担当医がオンコールされれば保育士も一緒にオンコールする体制や看護学校を所有していることからベビーシッターを支援する等、どうすれば医療をもっと出来るかという発想で検討を進めている。
- 旦那が専業主婦で協力していることから、週1回一時保育という方法で預かっている。
- 現場復帰の際、麻酔科で研修すると良い。患者の管理から別の科との幅広い接触を通じ、今の医療がどうなっているのか。当事者ではなく、やや離れた形で眺める意味でも非常に良いポジションにいると思う。
- 麻酔科でのトレーニング同様、検診センターでも色々な検査データを判断する機会がある。事後指導など良いトレーニングになる。
- 女性医師の問題を挙げるルートを作って欲しい。出来れば役職などを付けて頂ければと考えている。
- 今現在、10時から5時迄、週二日救急外来

で働いて貰っているが非常に助かっている。朝8時のミーティングに出ることが結構負担になっている様なので、10時からとしている。また、夕方5時には必ず帰すというシステムを取っている。

- 今年から3年間琉大が毎年1億円の予算を計上して、専門の研修システムを構築する。項目の中には、女性医師の就業支援が入っている。そのシステムも是非利用して欲しい。
- 一人々ニーズが違うため、ベビーシッターの利用も良いかと思う。
- 女医に限らず勤務体制はある程度希望に応じて適宜組み合わせている。当直する人・しない人等で給与に差をつけ割り切って貰っている。

最後に私から、本日は各病院での色々な取り組みが伺えて大変良かった。病院としてスタッフの働き易い環境を構築して行くことが本当の仕事だと思う。また、半年を経過した頃、当懇談会を企画したい。今回あがった意見を踏まえ、自分の施設と対比させて次回に繋げて頂ければと思う。本日は悪天候の中たくさんの方々に集まって頂き感謝申し上げます。

また、来る10月4日(土)ホテルロイヤルオリオンにて18時より「第2回女性医師フォーラム」を行うので、是非ご参加いただきたいと述べ懇談会を終了した。



## 印象記



沖繩県医師会女性医師部会会長 依光 たみ枝

交通事故で道路が渋滞してるとの事で、開催時間になっても予定参加数の半分も集まらず、主催者側としては果たして何人集まるかと不安であった。

ちょうど1年前に発足した沖繩県医師会女性医師部会の年間計画とのひとつに、施設長を含む管理者の女性医師支援の具体的取り組みを把握する必要があるとの意見が出て、第1回目の施設長との懇談会が実現した。

参加者は院長16名、事務関係者10名、女性医師5名！、女性医師部会委員9名の40名であった。残念だったのは女性医師委員以外の女性医師がたったの5名だったことである。人間誰しもその立場にならないと、仕事に追われ自分自身の問題として真剣に考える事は困難である。とはわかっていても、女性医師部会としてもせっかく時間をやりくりして参加して頂いた施設長などの方々に、すまない気持ちであった。今回の反省を生かして、2回目は女性医師の参加をいかにして増やす事ができるかが、大きな課題である。

アンケートの結果を中心に話しが進んだが、民間施設の方が院内保育、フレックスタイムなどの女性医師支援が積極的に取り入れられている事、女性医師が圧倒的に多いはずの大学病院、県立病院などは予算、条例、雇用形態などのしぼりで具体策が見えてこない事がわかった。

今、国はいろんな方面で女性医師支援に本腰を上げた。今回は時間の都合上、「短時間正職員制度」について話す事はできなかったが、次回の課題として取りあげたいと思う。

第2回施設長懇談会には、多くの女性医師の参加がある事を祈って、部会長としての感想としたい。

