

平成20年度第2回全国 メディカルコントロール協議会連絡会



常任理事 安里 哲好

本年度第2回全国メディカルコントロール協議会（MC）が平成21年1月30日、グランメッセ熊本コンベンションホールで行われた。主催は総務省消防庁、共催は厚生労働省と日本医師会であった。小林國男会長は、救急搬送時の受入れ困難例がある現状を改善して行かなければならないことや医療機関の集約化の必要性についても言及し、国民の安心できる救急搬送と医療機関との連携プレイの充実が望まれると述べていた。各地域におけるMCは活動の内容や仕組みに大きな格差があり、その質の向上のため、アンケートを取り、それに基づき、今回のテーマは取組みの現状と工夫そして連携を提案したと挨拶していた。

テーマ1の「メディカルコントロール体制充実のための取組み」について、三地域から報告があった。1)「中部地方メディカルコントロール協議会連絡会の取組み」について、野口宏氏より報告があった。中部地方8県にて、MC体制の現状と課題について、相互の情報を交換し、MCに関わる近隣地域との各種格差が多く存在することを確認し、今後いかに改善して行くかが、懸案事項として共有されたと述べた。2)「栃木県のメディカルコントロール体制充実のための取組み—小山・芳賀地区の新たな取組み—」について菅原康一氏より報告があった。栃木県MCの下に、県内5つの各救急救命センターを中心とした地域MCがおかれている。内容的にはほとんどが国からのものをそのまま使用し、積極的な県MC体制とは言い難く、蘇生率も全国平均の半分しかない。一方、地域MCも、保健所、医師会、消防本部、病院等の各機関のトップで構成された御仕着せもので、現場の救急救命士の声を生かすことが難しい状況に

あり、地域MCに一体感を感じられないのが実情と感じ、地域MCにおいて、救急救命士を中心にドクターカーWG、プロトWGに取り組んだ。会議は最小にしてメーリングリストで、地方消防は保守的なので組織をきちっと見据え、単に全国の先進的な大都市のモデル的MC体制を真似すれば良いのではなく、地方消防の特性、地域の実情に合わせた、きめ細かい対応が必要であると述べていた。地域消防の救急隊はほとんど消防隊との兼務体制である現状も述べていた。3)「長崎県版検証用返信票を用いた救急医療実態調査及び病院前救護レベルの向上を目指した取組みについて」の発表が高山隼人氏より行われた。

テーマ2の「円滑な搬送を確保するための消防と医療の連携」について、4報告があった。1)「熊本県メディカルコントロール体制の現状と課題」について、木下順弘氏より報告があった。①県MCが積極的に活動し、MC基幹病院は救急救命士の実習や地域MCへの参画にも大きな役割を果している。②搬送記録を医療機関から消防への返信を義務づけ、受入れる医療機関からの搬送中活動への助言を得る機会とした。③救急隊員の自己研鑽と再教育のため、県内各地を輪番する教育セミナーを発案し、地域MC協議会と共催で救急現場に即したテーマで年4回のペースで行い、救急隊のみならず一般の消防隊員、地域の医師、看護師らが多く参加した。その他多くの活動をしている現況を報告しており、積極的に展開していることに印象深かった。2)「愛知県における救急搬送体制構築の取組みについて—医療機関と連携した事前管制システムの構築—」について、後藤玲司氏より報告があった。①名古屋市の事前管理システ

ム：119番通報の受信内容から傷病者がCPA-CPAの疑いがあると判断した場合には、通信指令職員が予め医療機関を調整し、搬送先を決定する仕組み。②愛知県の新たな取組み—携帯電話を活用した救急医療情報新システム—：平成21年4月より運用予定。3)「大阪・泉州地域における特定疾患患者の受入体制の強化—その経緯と成果—」について、金森佳津氏より報告があった。平成19年末、搬送先選定に難渋した高齢の消化管出血の患者が搬送先の病院で死亡した事案が発生し、大きく報道された。これを機に、それ以前から危惧されていた大阪府の救急医療体制の疲弊と危機的状況が一挙に露になった。財政厳しい中、限られた財源を振り分けて取り組んだ。認定基準変更による二次救急医療機関の確保と、地域の実情に応じた重症救急患者の受入体制の強化。4)「円滑な救急搬送を確保するための消防と医療の連携について」、開出英之氏より報告があった。政令市別に医療機関の受入状況をみると、大都市であっても医療機関の選定困難事例がほとんど無い地域が認められた。こうした状況から、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を円滑に実施するためには、消防機関と医療機関が連携し、地域の搬送・受入のルールを策定し機能させることが、きわめて重要であると述べていた。

本年度は、熊本への出張は5回目で、その内2回は今週で、その間に東京への日帰りが1回あった。今回は日帰りの予定であったが、スケジュールは一泊となっていた。会場は熊本市の中心部から、バスにて40分程度で、協議会終了は午後5時と成っており、福岡経由の日帰りは厳しかったかも知れない。週3回の県外出張で、身体が揺れていたのか、協議会場では集中力に欠けていたが、印象記を書くにあたって、各県ともいろいろな背景の下に自助努力や創意工夫をしていることを如実に感じた。当県MCは救急救命士の育成（事例検討も含め）の現状や蘇生率は全国平均レベルにあるのかと思うも、急患搬送時の収容率は99%以上と良好にて、徐々にステップアップすれば良いと考え

る。一方、消防署統一の方向性の中で、全県下コントロールタワーの構築（医療機関と連携した管理システム）の準備が望まれる。

平成20年度 第2回全国メディカルコントロール協議会連絡会
プログラム

- 1 開 会
全国メディカルコントロール協議会連絡会
小林國男会長 挨拶
- 2 メディカルコントロール体制充実のための取組み
【座長】坂本哲也（帝京大学医学部救命救急センター）
 - (1) 中部地方メディカルコントロール協議会連絡会の取組み
野口 宏（愛知医科大学救命救急科）
 - (2) 栃木県のメディカルコントロール体制充実のための取組み
—小山・芳賀地区の新たな取組み—
菅原 康一（栃木県救急医療運営協議会病院前救護体制検討部会小山・芳賀地区地域分科会事務局（小山市消防本部））
 - (3) 長崎県メディカルコントロール協議会の取組みについて
—長崎県版検証用返信票を用いた救急医療実態調査及び病院前救護レベルの向上を目指した取り組みについて—
高山 隼人（長崎県メディカルコントロール協議会）
 - (4) 質疑

(休憩)
- 3 円滑な救急搬送を確保するための消防と医療の連携
【座長】有賀 徹（昭和大学医学部救急医学講座）
 - (1) 熊本県メディカルコントロール体制の現状と課題
—脳卒中の救急医療体制とメディカルコントロール体制とのかかわり—
木下 順弘（熊本県メディカルコントロール協議会）
 - (2) 愛知県における救急搬送体制構築の取組みについて
—医療機関と連携した事前管制システムの構築—
後藤 玲司（愛知県防災局消防保安課）
 - (3) 大阪・泉州地域における特定疾患救急患者の受入体制の強化
—その経緯と成果—
金森 佳津（大阪府健康福祉部医務・福祉指導室医療対策課）
 - (4) 円滑な搬送を確保するための消防と医療の連携について
開出 英之（総務省消防庁救急企画室）
 - (5) 質疑
- 4 特別報告事項
秋葉原多数死傷者発生事象事後検証結果
山本 保博（東京都メディカルコントロール協議会事後検証委員会）
- 5 関係省庁からの報告事項
- 6 その他
- 7 閉 会

平成20年度第3回 日本医師会地域医療対策委員会



常任理事 安里 哲好

平成20年度第3回日本医師会地域医療対策委員会が平成21年1月28日、日本医師会館にて行われた。審議事項は日本医師会会長諮問に関する討議で、「地域社会の医療ニーズと医療提供体制の在り方」に関して、1) 医師確保対策、2) 次期医療法改正であった。過去に2回の委員会での審議を整理し、平成20・21年度の論点・案とした。また、医師確保のための実態調査結果の①都道府県医師会調査と②病院調査が報告された。以下、概要を記載する。

I. 医師確保対策

1. 将来における医師の需要と供給

(1) 医師の需要

- ①医師の養成数 ②医師の適正数 ③患者の動向、受診行動 ④医師数のカウント ⑤外国との比較のあり方

(2) 地方と都市部の関係

(3) 臨床研修制度、医学教育

- ①医師臨床研修制度による医師偏在・不足
- ②新医師臨床研修制度の必要性、あり方
- ③メディカルスクール構想、学士入学制度

(4) 地域での取組み

(5) 勤務医、女性医師

(6) 政策のあり方、方向性

2. 現在の医師確保対策（あるいは、検討中の対策）の検証

- ①医療法等による対策（医療対策協議会、施設基準など）
- ②女性医師バンク、ドクターバンク
- ③勤務医対策
- ④地域連携（病診、開業医と勤務医など）、

集約化・重点化

- ⑤医師関連職種、医療秘書等との連携
- ⑥住民の啓発
- ⑦医学部教育、臨床研修、専門医養成
- ⑧「総合医」、「家庭医」
- ⑨財源の確保

II. 次期医療法改正（資料1を参照）

II. 次期医療法改正		資料1
1. 医療法改正時期（平成24年前後）のスケジュール		
	医療提供体制関係	医療保険制度、介護保険制度その他
～平成23年度 （23年4月～翌年3月）	●次期医療法改正に関する審議 （社会保障審議会医療部会、関係検討会）	●医療費適正化計画の中間評価 ●介護療養型医療施設の廃止
平成24年度 （24年4月～翌年3月）	●療養病床の看護配置の引上げ（6:1→4:1） ●第1期の医療計画（「4疾病5事業」他）の最終年度	●診療報酬・介護報酬の同時改定 ●介護保険事業計画の改正（参酌標準他） ●第1期の医療費適正化計画の最終年度
平成25年度 （25年4月～翌年3月）	●第1期の医療計画の評価 ●第2期の医療計画のスタート	●第1期の医療費適正化計画の評価 ●第2期の医療費適正化計画のスタート
2. 次期医療法改正の予測される論点		
(1) 特定機能病院：名称、役割、要件など		
(2) 地域医療支援病院：制度の意義、役割、要件など		
(3) 医師・看護職員等の確保		
(4) 医療に関する情報提供		
(5) 「4疾病5事業」の医療連携をはじめとする医療計画の見直しなど		

医師確保のための実態調査（日医：2008年12月3日定例記者会見）の一部を報告する。

1) 都道府県別の医師の充足・不足（図1）

病院医師は47のうち42都道府県医師会

(89.4%)が不足(やや不足・不足)と考えている。診療所医師は18都道府県医師会(38.2%)が不足と考えている。診療所医師については、14都道府県医師会(29.8%)が充足(充足・ほぼ充足)と考えており、都道府県の間に差がある。

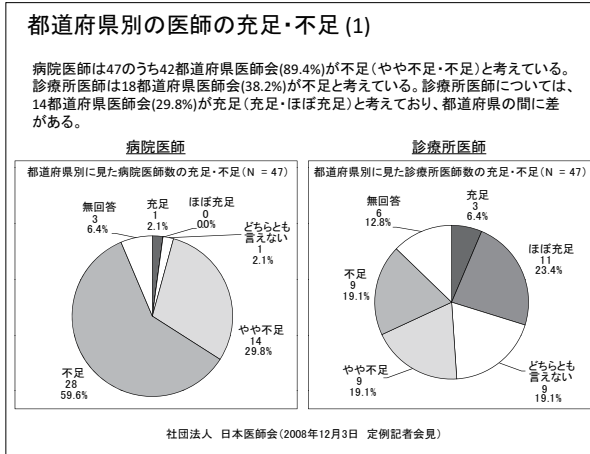


図1

2) 二次医療圏別の医師の充足・不足 (図2)

病院医師は335のうち281二次医療圏(83.9%)で不足(やや不足・不足)、診療所医師は129二次医療圏(38.5%)で不足していると各都道府県医師会は考えている。診療所医師については、109二次医療圏(32.6%)で充足(充足・ほぼ充足)と各都道府県医師会は考えており、二次医療圏の間に差がある。

3) 医師の偏在 (図3)

47のうち36都道府県(76.6%)が医師の偏在があると考えている。二次医療圏別では、335のうち219二次医療圏(65.4%)で医師の偏在があると各都道府県医師会は考えている。

4) 診療科目別の医師不足 (図4)

特に医師が不足している診療科目として、都道府県、二次医療圏ともに、産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科が、都道府県医師会によって多く挙げられた。これらの診療科目

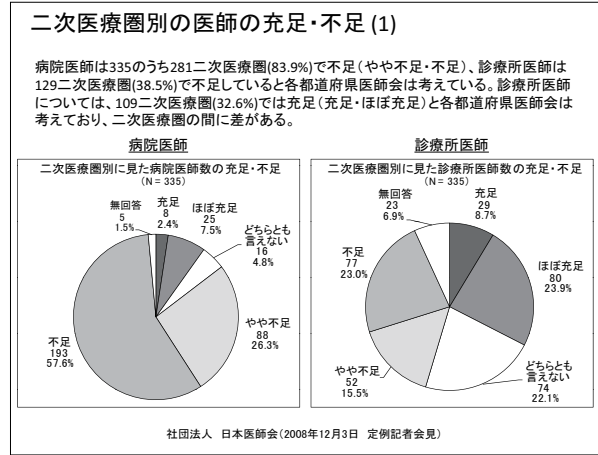


図2

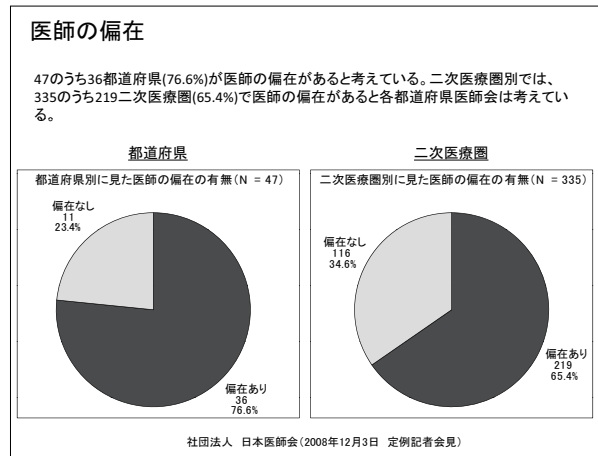


図3

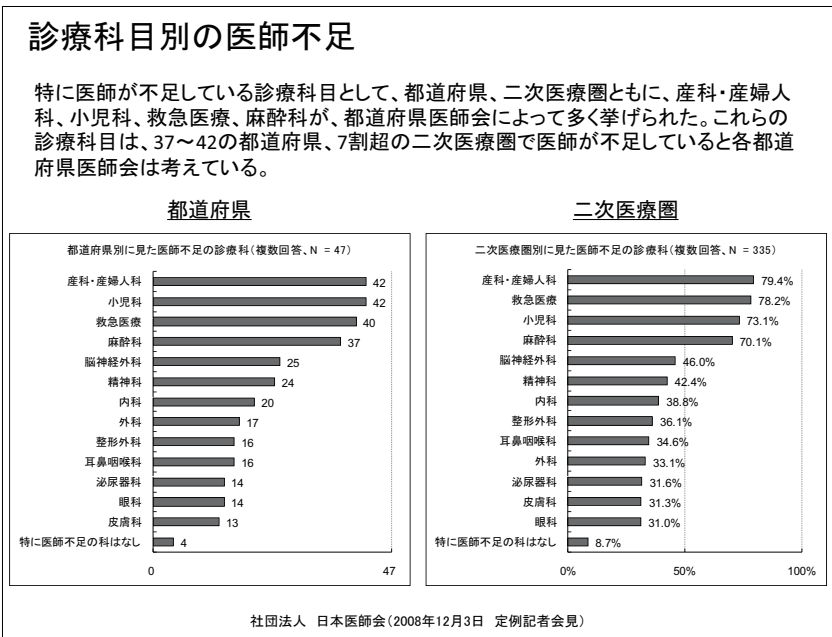


図4

は、37~42の都道府県、7割超の二次医療圏で医師が不足していると各都道府県医師会は考

えている。

5) 医師確保のための対策の実施状況 (図5)

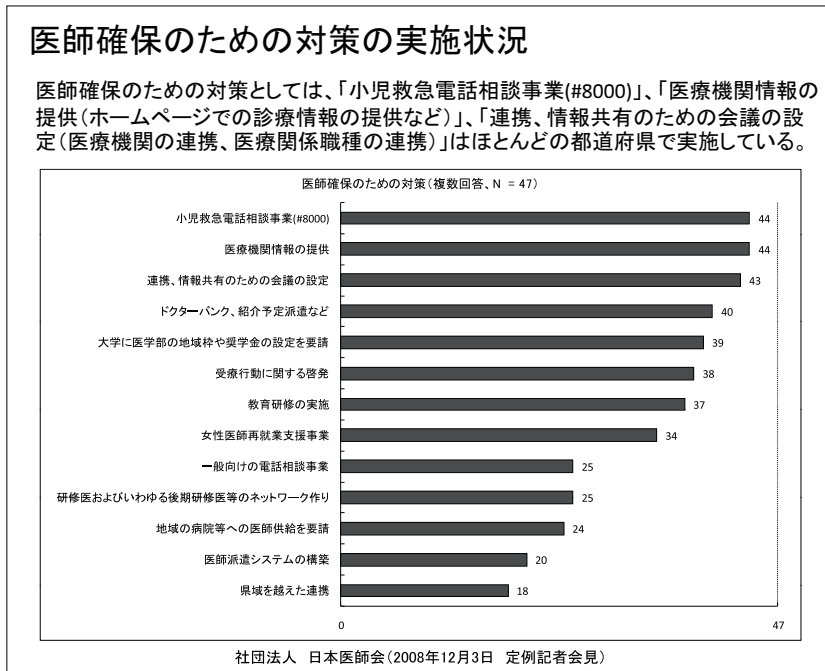


図5

6) 医学部定員の過去最大規模への増員についての是非 (図6)

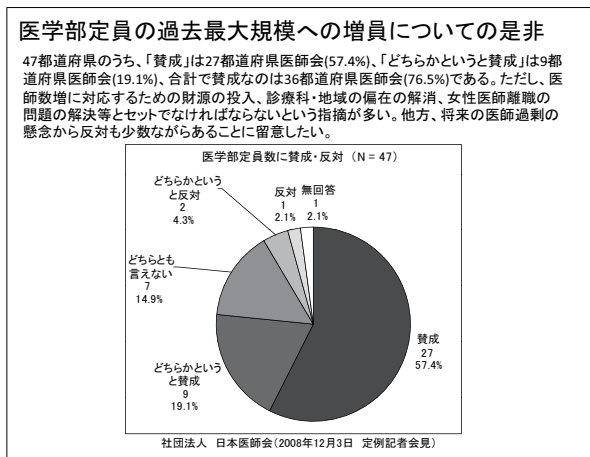


図6

日医実態調査に対する沖縄県医師会の回答 (平成20年10月) を列記するので参照いただきたい (資料2を参照)。

今回3回目の委員会となるが初めての出席である。前任の大山朝賢常任理事の後を受け継い

で、平成20年4月より、日医地域医療対策委員会の委員になった。今回、欠席なら除名もあり得るのではと苦慮し、予約されていた外来患者さんの全員に電話をかけ、他の日に移ってもらった。通常は早い時期より休診予定にし、なんらかの理由で予約された数名は他の医師に依頼して事なきを得ている。今回は、数ヶ月先の予定が頭に入っていない日々を過ごしているのか、何故かその余裕すらなかった。初回の出席なので緊張して臨んだ。唯一、面識のある出席者は竹嶋康弘副会長のみであったが、その折、沖縄県医師会医学会総会での特別講演のお礼を述べた。

色々な議論がなされ、4点が印象に残ったが、その4点は容易に解決が着くものか、どこで検討すれば良いのか、日医内でコンセンサスは得られているのか、項目によっては法改正までも行き着くのではという感じがした。その1点目は医師の絶対数を増やすと同時に地域・診療科、病院・診療所の医師 (保険医) の適正配置。2点目は2年間の初期研修を終了した後の適当な時期に医師不足地域で全人的医療をすることを義務化する。3点目は必要な専門医を育成する (あるいは専門医の数に制限をつける) ための新しい専門医制度の確立。4点目は臨床研修制度の見直し: 2年間の初期研修は法律で決まっているので簡単には替えられないので、その内容を変える。

在任期間は残すところ1年1ヶ月、多くの委員と意見交換をしながら、可能なら地方の実情からの提案に加え、中央レベルの見識と情報を得て、可能なこととそうでないことの見極めができたかと痛切に感じた。

医師確保のための実態調査
都道府県医師会調査（2008年10月1日現在）に
対する沖縄県医師会の回答（資料2）

問1. 二次医療圏別の医師の偏在・不足について、どのようにお考えですか？

- ・二次医療圏名をご記入の上、該当箇所に「✓」してください。
- ・(3)「偏在あり」の設問は、(1)(2)の回答に関わらず、その二次医療圏の中で偏在がある場合に「✓」してください。
例えば、ある二次医療圏全体では医師数が「充足」しているが、圏内をみると、ある地域では不足し、他の地域では充足している場合は「偏在あり」になります。

二次医療圏名 (ご記入ください)	(1) 病院医師数の充足・不足					(2) 診療所医師数の充足・不足					(3) 偏在あり
	充足	ほぼ充足	どちらとも言えない	やや不足	不足	充足	ほぼ充足	どちらとも言えない	やや不足	不足	
	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05	
01 北部保健医療圏				✓						✓	✓
02 中部保健医療圏				✓						✓	
03 南部保健医療圏	✓									✓	
04 宮古保健医療圏					✓					✓	✓
05 八重山保健医療圏					✓					✓	✓
都道府県全体				✓						✓	✓

問2. 二次医療圏別に見て、特に医師が不足している診療科および診療領域はどこだとお考えですか？

二次医療圏名をご記入の上、医療圏全体で医師が不足しているとお考えの診療科または診療領域に「✓」してください。「産科・産婦人科」は分娩を扱う医師の不足についてお答えください。

二次医療圏名 (ご記入ください)	内科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	眼科	耳鼻いんこう科	産科・産婦人科	皮膚科	麻酔科	救急医療
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
01 北部保健医療圏		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
02 中部保健医療圏	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
03 南部保健医療圏					✓			✓					
04 宮古保健医療圏	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓		✓
05 八重山保健医療圏	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
県全体	✓	✓	※1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	※2	✓

書ききれない場合は、以下に二次医療圏および診療科または診療領域をご記入ください。

※1. 精神科は表面上は医師が充足しているように見えるが、指定医でない診療報酬上の問題がある沖縄県の精神科は指定医のほとんどが開業しており、勤務医が不足している状況である。
また、特徴として精神疾患の患者が多いので、現場としては不足している状況である。
※2. 当直明けの補充が出来ていないのが現状である。

問3. 貴医師会または貴都道府県では、医師確保のためどのような対策を講じられましたか？また医師不足・偏在解消効果はありましたか？

該当箇所に「✓」してください。
書ききれない場合は、別紙を添付いただいても構いません。

対 策	(1) 実施主体					(2) 医師不足・偏在解消効果				
	医師会単独	行政等から受託	医師会行政等が共同	行政等が単独で実施	その他	かなりあった	ややあった	今後期待できる	今後期待できない	わからない
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
医師・医療機関										
01 ドクターバンク、紹介予定派遣など				✓				✓		
02 女性医師再就業支援事業(含女性医師バンク)	✓			✓				✓		
03 教育研修の実施(かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など)	✓						✓			
04 連携、情報共有のための会議の設定(医療機関の連携、医療関係職種間の連携)	✓		✓					✓		
05 医師派遣システムの構築(大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣)					✓					
06 県域を越えた連携(医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など)										
大学・研修医										
07 地域の病院等への医師供給を要請(国公立公的病院への要請を含む)										
08 大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請				✓					✓	
09 研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作り	✓							✓		
患者・地域住民										
10 受療行動に関する啓発(市民講座、パンフレット等、受診までのフローチャート等)	✓									
11 医療機関情報の提供(ホームページでの診療情報の提供など)				✓				✓		
12 小児救急電話相談事業(#8000)										
13 一般向けの電話相談事業(上記12を除く)										

問4. 貴都道府県では、今回の医療法改正(2007年4月1日施行)に基づく医療計画はすでに策定されていますか？(2008年10月1日現在)

該当する番号に○をつけてください。

- ① 策定済
- 2. 策定中

問 5. 貴都道府県の医療計画に、医師数の現状や目標は記載されていますか？
策定中の都道府県においては、記載予定でお答えください。
該当する番号に○をつけてください。

- (1) 現状の医師数 ※沖縄県保健医療計画 P117
1. 二次医療圏別および、診療科または診療領域別に記載あり
 - ② 二次医療圏別には記載あり（診療科別または診療領域には記載なし）
 3. 診療科または診療領域別には記載あり（二次医療圏別には記載なし）
 4. 県全体としては記載あり（二次医療圏、診療科別等は記載なし）
- (2) 医師確保の目標 ※沖縄県保健医療計画 P118
- ① 目標とその達成に向けた具体的施策の記載あり
 2. 目標のみ記載あり
 3. 具体的施策のみ記載あり
 4. 記載なし
 5. その他()

※上記(2)で「1. 目標とその達成に向けた具体的施策の記載あり」を選択された場合には、是非、その部分のコピーの同封をお願いします。

(ご参考)
今回の医療法改正(2007年4月施行)により、各都道府県は、地域医療対策協議会において、医療従事者の確保等に関する具体的な施策を定め、医療計画に記載することとされています。また、医療計画への記載に当たっては、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載することとされています。

問 6. 今般、国は医学部の定員数を過去最大規模数まで増員することを決定しました。これについて、どうお考えですか？
該当する番号に○をつけてください。

1. 賛成
- ② どちらかという賛成
3. どちらとも言えない
4. どちらかという反対
5. 反対

医学部定員増についての賛成または反対の理由等をご記入ください(自由記入)。

新医師臨床研修制度により、医師不足の顕在化が一気に表面化している。現在、医学部の定員数を過去最大規模まで増員することが決定しているが、影響が出るのは10年後である。
新医師臨床研修制度の見直しは、結果的に年間約7,000～8,000人の削減を行い、2年間で約14,000人の削減となる。即効性をもたらすのであれば、必修化を1年にして7～8,000人の医師が毎年増えるようにしていただきたい。



原稿募集のご案内

広報委員会

沖縄県医師会報は皆さまの会報です。
広報委員会では、会員の皆さまからの原稿を多方面にわたり募集いたします。活発な御投稿をお待ちいたしております。

●分科会、研究会等からの報告（1,000字程度）

分科会、研究会等が本県に於いて開催する、九州規模以上の学会の開催案内、また、開催後の報告等について御寄稿をお願いします。

●質問コーナー

- ・日常診療の中での疑問、診療のポイント、医師会活動、税制（税務）、健康保険等について質問を受け付けます。
- ・質問は「沖縄県医師会広報委員会」宛に、住所、氏名を明記の上、文書でお願いします。
- ・誌上匿名は可です。
- ・回答者を指定されても結構です。

●発言席

会員の皆さまの御意見、主張を掲載します。

●随筆（2,500字以内）

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

●「いきいきグループ紹介」（1,000字程度）

各研究会、スポーツ同好会や模合等の活動紹介などを掲載致しますので、どうぞお気軽にご紹介下さい。

●勤務医のページ

勤務医の立場を明確にして筆者を希望なさる方のコーナーです。若い先生方から御意見、御投稿を期待します。

●甘口・辛口コーナー

医師会の活動とか社会に対し、本音で発言できないことや恨み・つらみ何でも結構ですでお気軽に御投稿下さい。

- ・誌上匿名・ペンネームでも可。
- ・内容的に会報記事として適当でない場合は、広報委員会で協議し、掲載を見合わせる事もありますのでご了承下さい。

●若手コーナー（1,500字程度）

今後の進路を決める若手医師へのアドバイス等について御投稿下さい。（若手医師への提言、日常診療のコツ、開業顛末記等。）

●身近な闘病記（2,000字程度）

ご自身又はご家族の病気療養の経験談について、会員の皆様からの御寄稿を募っております。

●ロゴマークは語る（400字内）

医療機関のロゴマークとそのつけた由来、趣意等について掲載致します。

●本の紹介コーナー（1,500字程度）

感動した、生き方が変わった、診療が変わった、新たに真実を知った本等々、会員の皆様の座右の本をご紹介ください。

本会報の編集は沖縄県医師会広報委員会内規の編集方法に基づいてなされます。
（内規は平成21年4月号（53ページ）に掲載）

※原稿送付先

〒901-1105

南風原町字新川218-9

沖縄県医師会広報委員会宛

九州医師会連合会第300回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が、去る1月24日（土）午後4時からホテル日航熊本で開催された。当日は第2回各種協議会（①医療保険対策協議会、②介護保険対策協議会、③医療制度対策協議会）が併行して開催され、日本医師会からは中川常任理事（医療保険）、三上常任理事（介護保険）、内田常任理事（医療制度）の3名が出席した。

常任委員会は、北野邦俊九州医師会連合会長（熊本県医師会長）から挨拶があり、会次第に基づいて報告・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及び関連行事について（熊本）

①参加者数について

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

平成20年11月15日(土)	
総会・医学会	395名
11月16日(日)	
一般分科会(4分科会)	1,281名
11月16日(日)	
記念行事(7種目)	481名
延べ出席者合計	2,157名

②宣言・決議の取り扱いについて

第108回九州医師会連合総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、昨年12月3日付をもって内閣総理大臣はじ

め153名の方々へ、支援並びに協力をお願いした旨報告があった。

(2) その他

・沖縄県医師会館落成記念式典・記念祝賀会について（沖縄）

本会宮城会長から、昨年12月14日開催した会館落成記念式典・祝賀会について、九州各県よりご出席いただきお祝儀等をいただいたことについてお礼が述べられた。

協 議

1) 第301回常任委員会（3月14日（土）熊本市）の開催について（熊本）

来る3月14日開催するみだし会議について、下記日程案により開催することに決定した。

(1) 期日 平成21年3月14日（土）
16：00～16：50

(2) 場所 ホテル日航熊本

(3) 主な協議内容

1. 第120回日本医師会定例代議員会（3月29日（日）日医）における代表・個人質問について（熊本）
2. 第120回日本医師会定例代議員会（3月29日（日）日医）開催に伴う九州ブロック日医代議員連絡会議の開催について

2) 九州ブロック日医代議員（含・次期）連絡会議（3月14日（土）熊本市）の開催について（熊本）

①みだし会議を下記のとおり開催することに決定した。

日 時：平成21年3月14日（土）

17：00～18：30

場 所：ホテル日航熊本

②日本医師会各種委員会の状況報告について
 上記3月14日の連絡会議で報告する日本医師会各種委員会報告について協議を行い、九州各県の希望に基づき①介護保険委員会②医療政策会議③医療IT委員会の3委員会を報告することに決定した。

尚、報告者は、基本的にブロック推薦の委員とし、①介護保険委員会は鹿児島県の銚之原大助先生、②医療政策会議は福岡県の横倉義武先生 ③医療IT委員会は大分県の内田一郎先生に決定した。

各委員による状況報告は各20分、質疑応答は各10分とする事が確認された。

3) 日本医師会年金委員会委員の推薦について (熊本)

日本医師会年金委員会委員について、九州ブロック推薦の委員（佐賀県・松永啓介）が本年3月をもって任期満了となることから、日本医師会から新たに委員の推薦依頼があり協議した。

協議の結果、松永啓介先生が日本医師会年金委員会委員の推薦条件を満たしていることから、再度松永先生を委員として推薦することに決定した。

※年金委員の推薦条件

- ①医師年金加入者であること。
- ②任期満了時点（平成25年3月31日）に65歳未満であること。または、任期満了時点まで年金受給を見合わせる事（受給手続きの延長）が可能なる方であること。



平成20年度九医連医療保険対策協議会

—次期診療報酬改定に対する要望事項—

理事 平安 明



去る1月24日（土）、ホテル日航熊本5階「阿蘇」において標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨拶

○熊本県医師会 北野会長

本日は各種協議会に先立ち、次期診療報酬改定について協議を行うということで早めにお集まりいただき感謝申し上げます。例年は4月以降に同協議会を開催しているが、この度日医より早々と意見を取り纏めるよう依頼があった為、本日の開催となった。

本会議では来年の4月1日の点数改正を見据え、中医協に対応するため各ブロックから意見を吸い上げ取り纏めることが目的である。皆様方のご協力をよろしくお願いいたします。

○日医・中川常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。このように政局が不安定のなかにおいて、診療報酬改定が年末に控えているが、診療報酬改定率が何%で決着するのか、私は気がかりでならない。昨年12月24日に閣議決定された来年度予算の政府案について、2,200億円の削減は形骸化したとの考えがあるが、2,200億円自体はまだ残っているとの現実がある。日医の執行部としては「骨太方針2009」からは、社会保障費2,200億円の機械的な削減を止めるという文言を是非入れるよう努力しているところである。詳しい内容については会議の中でご説明申し上げますことにして、本日はよろしく願いたい。

座長選出

慣例により熊本県医師会前田副会長が座長に

選出された。前田座長より診療報酬改定は医師会の中で最も重要な事項の一つであるので、各県より忌憚のないご意見を出していただきながら、次期診療報酬改定に向けた要望事項を纏めたいと考えている。また中川先生には九州の意見を中央に持ち帰っていただき、是非御検討いただきたいと挨拶があった。

協 議

1) 次回診療報酬改定に対する要望事項について

最初に、各県より事前に提出された要望事項について、資料に基づき説明が行われた。

(※資料：次期診療報酬改定に対する要望事項 参照)

その他

<中央情勢報告>

○日医・中川常任理事

①外来管理加算について

先日の中医協において、日医が行った外来管理加算のアンケート調査の決定を受け、外来管理加算の期中改定について強く申し入れをした。これに対して1号側（支払側）は「減収ばかりを強調し、患者の視点が希薄」であるとして強く抵抗している。すんなりとはいかないと思うが、我々が強調しているのは外来管理加算の「5分要件」という苦渋の決断をしたのは、最終的には公益側に判断を委ねて決定したもので、我々は決して納得しているものではないということである。デジタル管理加算と外来管理加算と合わせて240億円のマイナスなる予想であった。それが昨年4～6月の日医の緊急レセプト調査では800億円、7～9月の調査では748億円となっている。800億円と740億円とは有意差は全くないので、同じと考えてよいと思う。改定の大前提である見込額をこれほど大幅に500億円以上も上回るかつ、TKCの損益分岐点について4～6月で見ると、前年同期の96.2%から98.9%に悪化している。また科別で見ると100%を超えているところもあり、緊急事態として早急な見直しを求めているところで

ある。平成20年度の社会保障費2,200億円削減については、旧政管健保の国庫負担1,000億円を健保組合等が負担することを受け入れることから、医療側にもある程度の負担が必要との1号側からの意見であったが、結果的に廃案になってしまった。この大前提がなくなったことから医療側の負担についても見直すべきとして、そこから交渉を始めようと考えている。

②最近の医療費動向（メディアス）について

厚生労働省の「最近の医療費の動向」（メディアス）が発表されたが、昨年の4～9月分の医療費総額として、医科全体で日数補正後、前年比+0.6%、病院が+0.4%、診療所が0となっている。医療費全体としては+1.5%、その内訳は調剤が+5.4%、歯科が+2.7%となっており調剤・歯科が引き上げている状況である。いずれにせよ、診療所に関してはかなり苦しい状況であることが明白となっている。また大学病院の話が再三出ているが、医療費を经营主体別にみると、大学病院は+4.6%、公的病院は数が減っているため、-0.4%となっている。一日当たりの医療費をみると、大学病院は+4.8%、公的病院は4.4%で、公的病院は数は減っているが一日当たり単価としてはプラスになっている。TKC全国会の医業経営指標では診療所の損益分岐点は、前年同期の96.2%から98.9%と大幅に悪化している。病院についても92.6%だったのが、94.9%とこれも大幅に悪化している。この原因は先生方のご存知のとおり、随分患者数が減少している。これは後期高齢者医療制度が始まったときのマスメディアのアナウンス等により、高齢者の受診抑制効果が働いているのだらうと考えられる。もちろん長期投薬等も考えられるがそのように感じている。何とかこの打開策を探しているところである。

中医協において診療所の損益分岐点の話を出す、必ず院長報酬等の固定費が多すぎると言われるが、去年と今年で院長報酬を上げているところはなく、逆に下げているのではないかと

思う。それからすると一定の固定費として考えた場合、損益分岐点が3ポイント以上は悪化していることから、これは説得力のある主張になるのではないかと思う。

それから診療報酬改定を年末に控えた6月に単月調査として医療経済実態調査が実施され、それを改定の重要な資料にするわけだが、一年分を12分の1、経費も12分の1にしてという非常にラフな、改定の専門家から言わせるとそのようなデータは使い物にならないというようなデータを用いて改定率の議論を行っているが、現在、中医協では調査実施小委員会を中心に年間データ、決算データを用いて経営状態を判断することについて検討されており、実態調査の方法を変えようと交渉をしているところである。最終的には次の改定に間に合うかどうか分からないが、改定を挟んで前年と次の直近の一年、この2年間のデータを各医療機関から頂き調査することで、ちょうど改定を挟んだ定点調査となる。これを用いて改定率を検討するよう強力に申し入れているところである。

③予算編成の件について

昨年12月24日に閣議決定された来年度予算の政府案について、社会保障費の2,200億円についてはもう問題ないとの話を聞くことができるが、私はそれは違うと思う。骨太の方針は小泉内閣のときから始まっているが、2002～2006年までの間に、社会保障費の削減が1兆500億円あった。さらに同時に行われた三位一体改革の社会保障部分について500億円の削減があったので、合せて1兆1千億円が結果として削減された。最初から1兆1千億円を目標にしていたわけではない。例えば2005年は500億円の削減額だし、2006年は3千億円の削減額であった。この1兆1千億円を削減できたことに味をしめた財務省が、今後5年間も引続きやろうということで骨太方針2006に書き込みをしたのである。ところが骨太2007には機械的に2,200億円を削減するのではないと基本方針にあるにも関わらず、7月末から8月にかけて

の予算概算要求基準には2,200億円削減と必ず毎年書くようになった。これが今の大変な状況を生み出している。2007年度を例に挙げると、この時は生活保護の母子加算の段階的廃止に400億円の削減と雇用保険国庫負担の1,800億円削減とを合せて2,200億円を手当てしている。

今回の診療報酬改定については、薬価と後発品及び健保・共済組合等からの国庫負担1,000億と合せて2,500億円の財源が手当てできたので、300億円余ったものを原資に改定率+0.42の財源になった。今回、介護報酬が3%上がったが、これは2,200億円の外の部分から財源を持ってきている。今年の2,200億円の削減策として政府案は、年金特別会計に設けられている特別保健福祉事業資金から1,400億円、残る800億円については道路特定財源を一般財源化して創設する1兆円の「地域活力基盤創造交付金」から600億円、後発医薬品の利用拡大で230億円を充てる考えとなっている。財務省筋からみると社会保障費の抑制策は230億円しか達成されておらず、1,800億円以上残っている。財務省の屁理屈だと、今年の年末は2,200億ではなく4,000億円削減から始めようと言い出しかねないと危惧している。このようなことから、今年の骨太2009についてはこれを撤廃すると明確にしなければいけないと考えている。ただし、仮に民主党政権になった場合にはこの社会保障費削減が無くなるだろうという考え方があるが、財務省からみると民主党の方が逆に組み易いと考えているのではないかと私は思う。

日本医師会では社会保障費の財源として社保・国保とも保険料の上限額を無くすことを考えている。上限を無くす事によって4,000億円の新たな財源が生まれる。それから特別会計と独立行政法人、ここに無駄なお金がかかっていると考えている。いわゆる埋蔵金であるが、この使い道を考えていこうと思う。最後に消費税、これを考えなければならない。社会保障国民会議は昨年最終報告を出した。これには2025年の医療費を70兆ぐらいと想定した際に、基礎年金の安定した財源構成の為、消費税を5%～

10%上げようという話であるが、消費税の国の取り分は56.4%しかなく、後は地方に流れるものである。また、国の取り分である56.4%の中からは地方交付税として、さらに地方に交付することが決まっているので、1%上げても国は1.5兆円しか税収がない。現在、消費税は一般会計の予算総則により、基礎年金、高齢者医療、介護保険のそれぞれの国庫負担へ充当することが決まっているが、基礎年金の国庫負担分も賄いきれず、5.8兆円不足している。さらに2年間先延ばしをして埋蔵金で手当てすることになった基礎年金の国庫負担の3分の1から2分の1への引き上げ分が2.3兆円かかり、それを加えると既に8.1兆円の消費税が不足している。それで仮に国の消費税を5%上げたとしても7.5兆円の税収しかなく、まだ足りない状況である。そうすると消費税を5%上げても医療費財源には全然足りない。このことを突き詰めなくてはならない。そうすると財務省は消費税を10%、あるいは15%と上げようとしてくるかもしれないが、冷静に判断しながら年末の改定率についてロビー活動をやっけていこうと考えている。

④日医グランドデザイン2009

最後に、2月の始めに日医のグランドデザイン2009を発表する予定である。そのときに医師不足対策の日医案を示す予定であるが、結論としては都道府県医師会の先生方を始め、全国の病院長、大学病院にもご協力いただいたアンケート調査を元に、日医では現時点で医師の絶対数の中、長期的に現在の1.1倍から1.2倍にすることが、適正だという結論になった。これは医師養成を現在の1.1倍にすると、10年後に医師数が1.1倍になる。20年後に医師数は1.2倍になる。そのような計算でいこうと考えている。

また医師不足になったもう一つの原因は、医師の絶対数の不足に加えて「偏在」、これが原因である。そのきっかけとなった臨床研修制度の見直したい。臨床研修期間を2年から1年に見直すとともに、医師が医学部を卒業して1年

間は、各都道府県の地域医療ネットワークに所属する仕組みを提案する。ネットワークは都道府県内の大学病院が臨床研修病院としてローテーションすることになる。そのときには様々な問題が発生することが危惧されるが、各地の国立大学でも卒業すると学生が全部いなくなってしまうということを避ける目的として、卒業した地元で1年間臨床研修することによって地域に根付いた、また、このまま地域に根付きたいという人もかなり増えるであろうという情動的なことも考えて進めていこうと考えている。

<質疑応答>

○佐賀県

消費税の問題は、医療機関の損税にも大きく関わってくる。日医として消費税が増税になる前に決着をつけるのかどうか。受診抑制についても、次回万が一診療報酬が上がらなかった場合でも引き換えに患者負担を3割から2割に引き下げるといった形で、国民の医療を守るという観点から中医協で議論していただきたい。

◆日医・中川常任理事

消費税の問題は、もし引き上げるのが行われるときには、税制の抜本改革の一環のなかで対応したいと考えている。受診抑制、窓口負担の問題についてはグランドデザイン2007の中にも負担割合を2割に戻す等、既に提案済みであるが、これは勿論強調していく。

それから高齢者の為の医療制度であるが、75歳以上に対する日医案であるが、今回の2009では今までは保険料プラスの窓口1割負担としていたが、窓口負担分のみとし、保険料は無しにしていきたいと考えている。今の後期高齢者の方が年金天引きや保険料の値上げの問題を気にせず、「医療には保険料はいらない」と、そのようなメッセージを発するべきと考えている。

○佐賀県

医師数の1.1倍、1.2倍は労働時間や女性医師は勘案されているのか。

◆日医・中川常任理事

1.1倍、1.2倍の根拠は、全国の病院長に行ったアンケートとそれに偏在を考慮して計算している。厚労省の会では1.5倍という数字も出ているようだが、中長期的に医師過剰とならないよう、また財源を考慮して1.1倍とさせて頂いた。

中川常任理事からの中央情勢報告の後、担当県である熊本県により取り纏められた「次期診療報酬改定に対する要望書（案）」が示された。今回、要望する最重点項目並びにその具体的内容について協議した結果、下記のとおり日医へ提出することになった。

また、各県医師会より提案された要望事項についても参考資料として添付することになった。

<要望書に対する意見・要望等>

○大分県

有床診療所入院基本料について、その役割と制度的なものを盛り込んだ方がよい。

○福岡県

九州ブロックにおいて提出する要望事項の中でも、最低限これだけは是非入れたいとする「最重要項目」を決めた方が良いのではないか。日医では各ブロックから様々な意見が出されるため、必ずしも我々の要望事項全てが取り上げられるわけではない。

○日医・中川常任理事

改定の現場では判断できず、実際に現場の先生方が困っているものを優先的に上げていただければよいと思う。

<次期診療報酬改定に対する要望書>

診療報酬改定の要望事項

過去4回にわたる診療報酬のマイナス改定と急激な医療制度改革は地域医療の崩壊を引き起こしており、医療機関はかつてない多くの困難な局面に立たされている。

現今の診療報酬改定は、本来「明確なエビデンスと検証を踏まえた上で十分議論し対応

する」という基本的な理念ではなく、財政論が中心となり医療費削減と抑制が目的化され、このことが今日の医療崩壊を招来した最大の要因であることは明白である。国民が求める安心・安全な医療を確保するためには、公的な医療費財源の確保が不可欠であり、診療報酬の大幅なプラス改定が是非とも必要である。

平成20年4月の診療報酬改定で、大きな国民的論議を呼んだ、後期高齢者医療制度に連なる新たな診療報酬項目の後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料を始めとして、日常の外来診療に大きな混乱と深刻な影響を与えている外来管理加算の算定要件の見直し、特に「5分間ルール」の設定は最も不合理なものである。このような医療崩壊の危機の回避には、国の責務による財源確保と共に正当で合理的な診療報酬改定が必要である。

以上の観点から九州医師会連合会は次の事項を最重点要望項目および不合理な診療報酬項目の問題点を列記し、その実現を強く要求するものである。

最重点要望項目

1. 再診料の外来管理加算算定要件の見直し、特に「概ね5分を超える」時間要件の撤廃
2. 初・再診料および時間外、深夜加算の点数の引き上げ
3. 入院基本料（一般病棟、有床診療所、療養病棟および有床診療所療養病床）の引き上げ
4. 特定疾患療養管理料の対象疾患の拡大と算定要件の是正
5. 軽微な処置の正当な評価
6. 投薬および処方箋、処方料の是正
7. 疾患別リハビリテーションの均一平等化
8. 手術の技術料と材料費の分離
9. 小児科外来診療料
10. 後期高齢者診療料
11. DPC
12. 施設基準の簡素化と段階的適用への緩和
13. 医療安全・感染防止対策・医療廃棄物処理等費用の正当な評価の新設

(様式1)

要望書とりまとめ様式

九州医師会連合会・次期診療報酬改定の要望事項

点数項目	具体的内容	現行点数	参考	要望点数
1 A001 再診料 注6 外来管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ○概ね5分を越える時間要件の撤廃 患者の状態によって、医師の専門的知識と経験に基づいて行う医学管理について、根拠が不明確な「5分間」という要件を一律に課すべきではない。症状の安定した患者に5分以上時間を費やすことで、より時間をかける必要のある患者に費やす時間が少なくなる。時間要件の早急な撤廃を求める。 ○点数の引き上げ 時間で評価するならば長時間の診療にはそれなりの評価・加算が実施されるべきである。また、計画的な医学管理を行い、丁寧な診療行為と患者の質問や療養上の不安を解消することへの評価を行うべきである。 ○対面診療のない加算の算定 一時的なやむを得ない理由により外来受診のできない患者は家族や看護者から療養上の聴取を行い、カルテ記載などの要件を満たせば対面診療なくとも同加算ができるよう要望する。 ○算定要件の是正 検査、処置等との同時算定が出来るよう要望する。 	52点		57点
2 A000 初診料 A001 再診料 時間外、深夜	<ul style="list-style-type: none"> ○点数の引き上げ 現在の初診料、再診料は医師の技術をあまりにも低い評価になっている。医師の基本的技術料である初診料、再診料の適正な評価と大幅な点数引き上げを求める。 	270点 病60点・診71点 初診 355点 初診 750点	初診300点 又は500点 再診80点又は150点 初診時間外700点 初診深夜2000点	
3 A100 一般病棟入院 基本料 A108 有床診療所入院 基本料 A101 療養病棟入院 基本料 A109 有床診療所療 養病棟入院基 本料	<ul style="list-style-type: none"> ○入院基本料の全体の引き上げ 入院基本料は入院医療の根幹を成すものであり、その増減は入院医療を担当する医療機関の経営にも影響している。病院の閉鎖、地域医療の崩壊、勤務医の疲弊と病院離れが進行するなか、入院基本料全体の増額により入院医療全体を支えることが求められる。 ○有床診療所の点数の引き上げ 施設基準、人員配置、医療安全管理体制、褥瘡対策や院内感染症防止等の入院施設機能は病院と同等であり看護職員も15:1ないし13:1に該当することを評価すべきである。在宅医療や終末期医療を担う有床診療所への適切な評価を行い、夜間看護職員2人体制が可能になる基本料の引き上げが必須である。また、急性期医療後の後方支援としての役割を評価すべく対象患者への亜急性期入院医学管理料の設定を行うことを要望する。 ○必要な療養病床の確保 医学管理を必要とする慢性期疾患が増加しており、介護保健施設の転換・整備が進まない現況では、「医療難民」防止のためには必要にして十分な療養病床の確保が必要である。 ○医療区分の見直しと点数の引き上げ 人工肛門や胃瘻造設患者、経管栄養、膀胱留置カテーテル等の患者の合併症予防の為に十分な医学管理を要するものであり、医療区分2として対応すべきである。医療区分2の項目中、2項目以上の該当項目があれば、医療区分3として評価すべきである。医療区分1の大幅な点数の引き上げを行うことを要望する。 ○医療区分の是正 療養型の医療区分は病名で区分されているが、整合性がないので、病状で区分すべきである。 	有床診療所 入院基本料 1~7日 810点 8~14日 660点 15~30日 490点 31日以上 450点	有床診療所 入院基本料 1~7日 1106点 8~14日 1106点 15~30日 917点 31日以上 763点	
4 特定疾患療養 管理料	<ul style="list-style-type: none"> ○点数の引き上げ 特定疾患療養管理料は、その対象疾患の構成上慢性疾患の診療を評価する算定項目である。診療所の場合、月2回を限度として225点/回を算定することとなっているが、現実には月1回のみ受診し、長期(28日程度)の処方となっている患者が多い。計画的管理は、月1回でも十分に行っているため、月1回の受診であっても、450点を算定できるように改正すべきである。 ○管理料対象疾患の拡大 内科的色彩の強い婦人科疾患、泌尿器疾患や重度の関節リュウマチ、骨粗しょう症等の整形外科的疾患等への対象疾患の拡大、特に慢性腎不全はCKDの普及で早急に設定する必要がある。 ○算定要件の是正 初診時や退院後1ヶ月以内であっても特定疾患の療養管理を必要とする場合には算定できるよう要件の是正を要望する。 	—	—	—
5 J 処置	<ul style="list-style-type: none"> ○軽微な処置の正当な評価 軽微な処置として基本診療料に包括された処置点数(皮膚科軟膏処置(100cm²未満)、消炎鎮痛等処置(湿布処置(その他のもの)、熱傷処置(100cm²未満で第1度熱傷)、眼処置(点眼、洗眼)、耳処置(点耳、簡単な耳垢除去)、鼻処置(鼻洗浄))の復活と増点を要望する。 ○一律加算による算定方式の導入。 それぞれの処置に対しては、それぞれ加算する方式とすることを要望する。 ○処置数の引き上げ 外来管理加算の52点より低い点数の場合は労災に準じて52点+処置料として算定することを要望する。外来管理加算並みに増点し、処置や検査時等での外来管理加算が不算定になる要件を削除すべきである。 ○消炎鎮痛処置を3カ所以上行った場合の加算の新設 「消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する」となっているが、部位毎に算定できるように要望する。 			52点以上
6 F100 処方料 注4 特定疾患 処方管理加算 注6 長期投薬加算 F200 薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ○処方管理加算の整備 月2回の特定疾患処方管理加算の算定と長期投薬加算が重なる場合、改めて算定の見直しと窓口での返金または追加徴収等の事務手続きが必要となる。これは煩雑であり、患者に誤解を与えやすく納得ゆく説明に困惑する。特定疾患処方管理加算と長期投薬加算の併算定を認めることを要望する。 ○長期投薬の日数制限と加算の引き上げ 長期投薬は予見できる範囲内の30日以内で行うべきであり、これ以上の投薬はいたずらに外来診療の混乱を招くものである。長期間の管理に見合う加算点数の引き上げが必要である。 ○注2の多剤投与と減の廃止 合併症の多い重症患者では適切な医療を行っても必要な薬剤数は7種類以上になることがある。90/100算定の医学的根拠はまったくない。 	65点		165点

点数項目	具体的内容	現行点数	参考	要望点数
7	疾患別リハビリテーション料 ○疾患別リハビリテーション料の均一平等化 脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）（235点）と運動器リハビリテーション（Ⅰ）（170点）は、内容がほとんど変わらないのに施設基準や保険点数が異なるために医療現場に不平等化を招き一部負担金の差別を生み出している。また、リハビリ従事者の労働評価（勤務）にも格差が生じている。 したがって、脳血管疾患等リハ（Ⅰ）と運動器リハ（Ⅰ）の点数の平等化、または、脳血管疾患等リハ（Ⅱ）と運動器リハ（Ⅰ）の点数の平等化を要望する。さらに、現在の標準的算定日数制限についても脳血管リハの180日と同様に運動器リハも180日への是正を要望する。			
8	手術 ○手術の技術料と材料費の分離 本来、手術報酬点数は医師（複数）の技術料、手術介助の看護師の技術料のみであるが、多くの手術や麻酔の領域でディスプレイ製品の材料費が手術報酬、麻酔報酬に包括された形となっている。 医療安全のため、手術時に使用されるチューブ類など算定要件を満たすディスプレイ製品は特定保険医療材料費として請求できるが、算定請求できないディスプレイ製品はガウン、滅菌シート、ドレープ、特殊縫合糸などその品目と個数はますます増加し、消耗品として外科系医療機関の経費を圧迫している。これら手術時のディスプレイ製品は保険点数の加算または特定保険医療材料として収載することを要望する。			
9	B001-2 小児科外来診療料 ○対象年齢と点数の引き上げ 地域の小児科医療を担っている小児科医に対する無形の技術料、特に学校保健、予防接種や乳児健診などを適正に評価すること。また、現在の3歳未満を6歳以上まで引き上げることを要望する。	院内処方 初診料670点 再診料490点 院外処方 初診料560点 再診料380点	院内処方 初診料770点 再診料540点 院外処方 初診料660点 再診料430点	
10	B016 後期高齢者診療料 ○診療料削除または算定要件の是正と点数の引き上げ 現行の診療料は地域医療の連携体制を崩壊させ、登録医や人頭払い制への移行が懸念される医学管理であり、診療報酬項目からの削除を求める。存続する場合には、主従のない主病、複数の医療機関での併算定や煩雑な施設基準の簡素化を行うこと。また、生活習慣病管理料に準じた点数の引き上げを要望する。	600点		1280点
11	DPC 急性期医療を担っているDPC病院には、「調整係数」の段階的廃止と「新機能評価係数」の設定作業が行われている。一次、二次救急医療を行っている地方の中核病院や自治体病院が不利にならないような制度設計を要望する。			
12	施設基準の簡素化と段階的適用への緩和 診療報酬改定毎にますます複雑難解な施設基準になっている。その届出にも膨大な事務費と労力が必要であり、施設基準の簡素化や届出方法等の改善を要望する。また、数項目にわたる要件があるものは段階的な基準の適用へ緩和すること。例えば、「入院時医学管理料加算」は9項目の要件を全て満たすことが必要であるが、地方の急性期医療を担う中核病院、自治体病院の救済のためにも、全項目ではなく段階的な施設基準の適用とその診療報酬の設定を要望する。			新設
13	医療安全・感染防止対策・医療廃棄物処理等費用の正当な評価 医療法改正により、医療機関には医療安全対策や院内感染防止対策等が義務化されたが、このことに対する診療報酬上の評価は微々たるもので皆無に等しい。また、これに伴ってディスプレイ製品利用の拡大、感染症への社会的配慮の必要性と制度化などを背景として、環境のなかでの医療廃棄物に対する社会の眼はますます厳しくなっている。それにも拘わらず、医療廃棄物処理に係る費用は診療報酬の中には全く反映されておらず医療機関の自助努力に負担を強いられている。医療安全・感染防止対策に係る費用は勿論であるが、医療廃棄物処理に関する費用も診療報酬点数に反映されることを強く求める。			新設

印象記



理事 平安 明

平成21年1月24日、ホテル日航熊本にて九州医師会連合会医療保険対策協議会「次期診療報酬改定に対する要望事項」についての協議が行われた。この会議は例年4月以降に開催するようだが、今回は日医から早々に意見を取りまとめるよう依頼があったとのことである。

小泉内閣の「骨太の方針」として5年間で1兆1千億円の社会保障費を削減することが閣議決定され、以後医療の現場で様々な問題が表出し医療崩壊が現実味を帯びてきたことは周知の通りである。平成20年診療報酬改定は特に疲弊が著しい産科や小児科、勤務医に対する手当がなされた格好であったが、外来管理加算の5分要件等、想定外の影響が出ており、特に診療所においては経営的に厳しい結果となっている。

各県からの要望は、最重点要望項目として13項目にまとめられた。外来管理加算算定要件、後期高齢者診療料など平成20年改定で経営的にも世論的にも大きな影響があった項目をはじめ、今後日医で取り纏め年末の診療報酬改定の議論に反映されることとなる。しかし、医療費の総枠が増えない限り個別の要求が満たされても医療全体としての厳しい状況は改善されない。まずは、社会保障費の機械的削減を止めることが重要で、日医としても「骨太の方針2009」からは社会保障費の抑制策の撤廃の文言を入れるよう努力しているとのことであり、今後の成果を見守りたい。

九州医師会連合会平成20年度 第2回各種協議会

去る1月24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、医療制度対策協議会）について、以下の通り報告する。

I. 医療保険対策協議会

理事 平安 明



挨拶

熊本県医師会 前田利為副会長

先に開催された次期診療報酬改定に対する要望事項の検討協議会は御協力いただき感謝申し上げます。引き続き本協議会においても診療報酬関係や九州厚生局の指導監査等の項目について、慎重にご協議いただきたい。

協議

(1) 外来管理加算の「5分要件」の廃止について（佐賀県）

【要旨】

平成20年度診療報酬改定における、外来管

理加算の「5分要件」導入については、診療所から病院への財源支援のため、日医としても止む無く了承したものであるが、日医レセプト調査による影響額の試算では、減収幅は805億円となり、当初の240億円を大幅に上回る見込みとなった。

また、TKCデータによる損益分岐点比率では、病院、診療所ともに悪化したものの、診療所については前回の96.2%から今回は98.9%になり、100%（利益±0）に限りなく近づいており、外来管理加算の「5分要件」が診療所の経営悪化の一因となっているものと考えられる。

医療の内容・質は、時間で決められるもので

はない。外来管理加算の「5分要件」は、早急に廃止し、従来の算定要件に戻し、存続させるなど緊急の対応策が必要である。

各県のご意見並びに日医の見解について、お伺いしたい。

各県の回答状況

各県とも提案県と同様、医療の質・内容は時間で決められるものではないとして、外来管理加算の時間要件の撤廃を求める意見が相次いで出された。

<追加・補足意見>

◇宮崎県：今回の外来管理加算の要件の問題と、基本診療料については同時に検討するのか。

○日医 中川常任理事コメント

先ほどの宮崎県からのご質問についてであるが、今回は外来管理加算の期中改正を要望し、基本診療料については次回改定以降に検討したいと考えている。

これまでに期中改定が行われたのは平成15年の再診料の逓減制、平成19年のリハビリ日数制限、平成20年の後期高齢者終末期相談支援料の3回行われている。1号側からは患者の視点になってないとの意見が出されたが、TKC全国会の医業経営指標では診療所の損益分岐点が前年同期の96.2%から98.9%と大幅に悪化し、健全な経営ではなくなっている。今回の期中改定については新たな財源を必要とするものでないことから、支払側の負担となるはずだった旧政管健保の国庫負担1,000億円を肩代わりする法案が廃止になったことと併せて、診療側の負担も見直すべきとして強く申し入れたい。

(2) 外来管理加算の個別指導時の取扱いについて (長崎県)

【要旨】

本県の個別指導において、外来管理加算ではカルテに指導内容の記載が不十分なものについては、本年4月診療分から返還を求められている。

カルテ記載が算定根拠となることは十分承知しているが、詳細な指導内容を記載することは困難である。

各県の外来管理加算に対する指導内容、返還例等についてご教示頂きたい。

各県の回答状況

各県とも提案県のような返還事例はまだないが、時間要件並びに指導内容の記載は外来管理加算の算定要件であることから、記載するよう会員へ指導しているとのことであった。

もし他県で返還が発生した場合は、その事例をもとに九州各県の指導に影響を与えないか危惧されるとの意見が出された。

○日医 中川常任理事コメント

全国を確認したところ、提案県である長崎県が一番厳しい取り扱いのようである。青本には「概ね5分」「診療内容の記載」等が規定されている以上、指導及び返還は否定できない。診療録の記載は医師法、療養担当規則に明記されており医療の根拠となるため、できるだけ記載していただきたい。

(3) 維持期リハビリテーションの見直しについて (鹿児島県)

【要旨】

国は、現在、平成21年度介護報酬改定に向け、これまで医療保険のリハビリ標準的算定日数を超えた患者、いわゆる維持期リハビリの患者について、通所リハビリに移行すべく議論を行っている。

しかし、介護保険制度の対象者は、65歳以上の高齢者、40～64歳の特定疾病に該当する者であり、介護認定に該当しない患者や若年層などは、介護保険制度には当てはまらず、維持期リハビリが継続できない「リハ難民」となる恐れがある。

また、介護保険では認定区分によって支給限度額が決定され、その限度額内でリハビリを行うことになり、それ以上は患者が全額手出しと

なる。このような医学的な関知もないままに金銭的な理由でリハビリを止めざるを得ない状況は、患者にとっても不幸なことであります。

維持期リハビリの重要性を再度認識していただき、医療保険でも継続して維持期リハビリが行えるよう日医から国に対し強く要望していただきたい。

各県の回答状況

各県からは提案県と同様、介護保険に該当しない患者や若年層が「リハ難民」になりえる恐れがあることから、医療保険においても維持期リハビリが継続できるよう見直しを求めているとのお見込みであった。

○日医 中川常任理事コメント

平成18年度にリハビリの日数制限が実施されたが、平成19年に期中改定された。現在維持期リハビリについては厚労省と交渉中である。また今回の介護報酬改定では短時間・個別リハビリ報酬が新設され、通所リハビリとして診療報酬で脳血管疾患リハビリを算定している医療機関は通所リハビリ事業所の指定があったとみなし、介護報酬を算定できるようになっている。十分ではないと思うが、改善されるのではないかと期待している。

<質疑応答>

◇熊本県：介護のみなし指定を受けた場合には、介護事業所としての外部評価の負担、介護報酬請求ソフトの負担等の発生が危惧されることから是非、医療保険で対応できるよう検討していただきたい。

○日医 中川常任理事コメント

ご指摘の通り、みなし指定とはいえ、除外規定に該当しない場合には、情報の公表制度の対象になり得る。請求に関してはご指摘の通りだと思われる。

(4) 内科系技術料の評価の確立について

(宮崎県)

【要旨】

産婦人科や小児科の医療崩壊が話題となっているが、高齢者医療需要の増加から病院内科の医療崩壊はより深刻である。そのひとつの要因として、診療報酬上、手術等を要しない場合の内科系の技術料が確立されておらず、収入があげられないことがあげられる。以前は大きな薬価差が技術料を補っていたが、現在、技術料への振り替えがうまくいっていない。

特に循環器や消化管以外の内科分野では、手術や高額な検査・処置がなく、またDPCにおいてもほとんど包括部分となり出来高の部分がない。今のままでは、病院勤務の内科医のモチベーションが低下し、地方の病院内科の医療崩壊がさらに進行すると思われる。

日医および各県のご意見を伺いたい。

各県の回答状況

各県からは、内科系の判断技術を適正に評価することは難しく、また他科とのバランスも考慮しなければならず診療報酬に反映させることは容易ではないが、しかしながら根本的な医師技術料の全体的な見直しと適正な評価については永年の課題であり、日医には各関係団体並びに政府・厚労省からコンセンサスが得られるよう努力いただきたいとの意見が出された。

<追加・補足意見>

◇鹿児島県：内科医会では診療報酬に技術料が無いとして内保連に要望を出してはいるが、現実問題として診療報酬上、算定は難しい。一つの解決方法として、特定疾患管理料の対象疾患の拡大と、月2回を限度として225点の算定しているが、月1回の受診の場合でも450点を算定できる等の対応を取っていただきたい。

◇佐賀県：総合医等、全体を診ることになると内科系、外科系の区分はますます難しくなると思われるため十分な検討が必要ではないか。

○日医 中川常任理事コメント

ドクターフィーは日本の診療報酬体系へ導入しづらいものになっている。医療機関全体に診療報酬を手当し、その利潤から医療従事者の給与を出している状況であるため、なかなか区分けが難しいところである。しかし内科再診料に戻すと、今度は外科の技術料について問題が出るため、全体的な見直しが必要だと思う。まずは外来管理加算の見直しが必要であり、緊急事態であると考えている。

(5) 診療報酬の特例について (宮崎県)

【要旨】

平成20年に医療費適正化計画が策定され都道府県毎の目標値が設定された。

法律では、平成22年度に進捗状況に関する評価が行われ、県は診療報酬に対する意見を厚労大臣に提出することができ、平成25年度には実績評価が行われ、他の都道府県と異なる診療報酬を定めることができるとされている。

実現不可能と思われる条項だが、もし都道府県間で異なる診療報酬体系が現実となれば、日本の医療制度そのものを崩壊に導く由々しき問題と考える。

政治情勢が混乱し、先が見えない状況ではあるが、法律で定められている以上可能である。日医および各県のご意見を伺いたい。

各県の回答状況

各県からは、都道府県毎に診療報酬体系が異なることになれば、医療保険制度の崩壊に繋がり早急な見直しが必要であるとして、提案県と同様の意見が出された。

○日医 中川常任理事コメント

診療報酬の特例の件は「高齢者医療の確保に関する法律」の中に定められているものである(第14条)。日医ではグランドデザイン2007の中にも記載しているが、決して認めることはしない。もしこれが実施されれば、国民皆保険制度の崩壊に繋がる。現時点では特にそ

のような動きは見られない。医療費適正化は本音で言うと財務省対策的なものではないか。しかしながら今後も注意していかなければならないと考える。

(6) 施設基準の未届け算定について(福岡県)

【要旨】

施設基準が定められた点数については、九州厚生局への届出を要することは、周知の事実である。

しかし、年々その構造は、複雑化し、わかりにくい点が多く、未届けについて、一概に医療機関の責任を問うのは、安易な判断ではないか。

現に、改定等によって基準の見直しが行われたことを見落とし、要件を満たしているのにも関わらず、届け出ていなかった場合などの相談が本会に寄せられている。

来年の診療報酬改定において、より、わかりやすい施設基準要件の見直しが必要だと思われる。

日医の見解と各県のご意見をお伺いしたい。

各県の回答状況

各県からは、提案県と同様、診療報酬改定並びに施設基準については年々複雑化しており、理解し易い仕組みを検討する必要があるとの意見が出された。

<追加・補足発言>

◇長崎県：診療報酬改定してすぐに施行となるタイミングを改善していただきたいと思う。

◇大分県：施設基準の届出をオンライン化し、提出の有無をすぐにチェックできる等、オンライン化のメリットを検討してみてはどうか。

○日医 中川常任理事コメント

年末に改定率が決まり2月中医協に答申され、3月始めに告示、それから日医をはじめ各団体に説明が行われることから、先生方に伝わるのがどうしても3月中旬以降となってしまう。非常に御迷惑をお掛けしていると思う。施

設基準については、前回から届出・非届出のチェック欄を設けた一覧表を作成しているのでは非ご活用いただきたい。

またオンラインでの施設基準については検討してみたいが、あまりその辺を強調すると誤解を招きかねないので慎重に対応したい。

(7) 「後期高齢者医療制度」に対する日医の取り組みについて (沖縄県)

【要旨】

後期高齢者医療制度については、公的年金からの保険料の天引きなどが高齢者の不評を買っていることから、政府では厚労相直属に「高齢者医療制度に関する検討会」を設置し、(1) 年齢だけによる区分、(2) 年金からの保険料の天引き、(3) 世代間の反目を助長しないという三点を中心に見直す方針を表明し、多面的に検討されているところである。

日医の考える高齢者のための医療制度では、「保険原理ではなく、保障の理念で国が手厚く支えるべきもの」として提案されているが、政府において制度の見直しが検討されているなか、日医案の実現のため、どのような活動をされていくのか、日医の考えをお伺いしたい。

<追加・補足発言>

◇宮崎県：75歳以上は社会保障として公費負担で対応するとのことであるが、65～74歳の前期高齢者についてはどのように考えられているか、お聞かせ願いたい。

○日医 中川常任理事コメント

今回のグランドデザイン2009では、高齢者に対する医療制度を進化させた形とした。医療費の1割を保険料と窓口負担としていたものを、「保険料なし」に変えようと考えている。医療の9割を公費負担とした場合、先ほど議論された都道府県毎の診療報酬の特例は必要なくなるものと考えている。また将来の消費税の受け皿となることや、今般の経済状況から高齢者の受診抑制は外来のみならず入院にも波及して

きているため、75歳からは国が面倒をみるという安心感を強くアピールしていきたい。日医の高齢者制度は、政府与党に対するロビー活動では反応は良いが、舛添厚生労働大臣の私的な会議には医師会は全く呼ばれない。「高齢者医療制度に関する検討会」の中で意見を述べることは出来ないが、また別の方法で理解を深めていただけるよう努力したいと考えている。

前期高齢者については確かに大きな問題である。保険者では前期高齢者の拠出金額が予想以上に大きいことから苦悩しているようである。前期高齢者の財政調整等については、財務省と厚労省との間でよく検討していただきたいと考える。

(8) レセプトオンライン請求について (佐賀県)

【要旨】

レセプトのオンライン請求の義務化については、平成18年厚生労働省令第111号により施行され、平成20年度から病床規模等に応じて順次義務化されることになっている。

一方で、日医調査では、完全義務化された場合8.6%の医療機関が廃院を検討していることもあり、平成20年10月22日には、三師会合同で「レセプトオンライン請求の完全義務化撤廃を求める共同声明」を表明したところである。

このように種々の問題はあるものの、近い将来義務化されることを見据えれば、廉価に機器を導入し、オンライン請求化に対応できるよう備えることが必要ではないか。

例えば、日医の政策につながるよう強力にORCAの普及に向けた機器購入の勧奨等も考えられる。

各県のご意見並びに日医の見解について、お伺いしたい。

(9) レセプトオンライン請求に関して会員への情報伝達につき各県の取り組み（説明会、相談窓口）などは如何でしょうか（大分県）

【要旨】

レセプトオンライン請求については、三師会がその義務化について厚労省に見直しを要求しているものの、情勢は不透明である。施行期限が迫ってくる中で、支払基金などの問い合わせ窓口もなかなかつながりにくい状態で、会員の中に不安が拡がる可能性がある。医師会としては説明会の開催、相談窓口の設置など情報提供と共に行う必要があると思われる。

また、説明会の際に支払基金が同時に説明するケースが多いと思われるが、特定の回線業者（NTTなど）が同行して説明することも考えられる。

各県の現状及び取り組みについて、ご意見をお伺いしたい。

(10) レセプトオンライン請求義務化とレセプトデータの保険者による直接審査等について（大分県）

【要旨】

レセプトオンライン請求義務化にともない膨大なレセプトデータが集約されることになるが、規制改革会議などでは自動審査や保険者による直接審査に電子レセプトデータを用いることが提言されている。既にトヨタ・NEC健保組合では調剤レセプトの直接審査が現実のものとなってきており、今後この動きが進めば、以前から懸念されていた保険者の直接審査による医療内容への介入も懸念される。

医療費請求の電子化については、IT化の流れの中である程度やむを得ない面もあるが、保険者による自動審査や機械的診査、特定健診結果との照合などがおこなわれないよう担保するように求めるべきだと考えるが、各県のご意見及び日医の見解をうかがいたい。

なお、支払基金は規制改革会議への反論の中で「医学的判断をシステムプログラムに置き換

え『自動化』することはできない」と述べており我々の考えとほぼ一致すると考える。

(8) (9) (10) 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、レセオンライン請求義務化について基本的には反対であるが、現実的には省令に基づき期日が迫っていることから実施に向けて準備を進めていかなくてはならず、現在の取り組みとしてはORCA導入の推進や、県・郡市医師会でのレセオンライン説明会の実施並びに相談窓口の設置等により対応しているとの報告があった。また保険者によるレセプトデータの直接審査については、医療への介入、診療制限等が懸念され、断固防ぐべきであるとの意見が出された。

<追加・補足意見>

◇福岡県：レセオンライン義務化によりシステム導入、回線維持費用等の大きな負担が医療機関に生じるため、何らかの財源、手当て等が必要である。日医にはもう少し目に見える形で方針を示していただきたい。

○日医 中川常任理事コメント

まだオフレコの段階であるが、レセオンライン義務化についてはかなり交渉が進んでいる。代行請求が審査支払基金で可能となる見通しがついた。省令111号では医師会が代行請求を行うことが出来るとされているが、県医師会、郡市医師会での代行請求は事務的負担が大きい為、考えていない。月間平均請求件数100件以下の医療機関についても大幅に緩和される見込みで、代行請求の手上げ方式まで可能になりそうである。代行請求については1件当たりの単価も安くなり、何らかの補助もつきそうである。また電子媒体による提出についても交渉中である。いずれにせよ日医はIT化宣言をしており、IT自体については推進する立場である

ので、オンライン請求ができる医療機関には取り組んでいただき、それが出来ない医療機関は守っていくという方針である。

また、オンライン請求になると保険審査が厳しくなると危機感を持っていると思うが、昭和55年に出された「薬理作用に基づいた処方認める」とする通知はまだ生きているのと、適用外処方の事例集も出来上がってきている。2007年には支払基金が規制改革推進3ヵ年計画の閣議決定に対して、「審査は、審査委員の臨床経験や専門的知識に基づき医学的判断を行うことから、システムプログラムに置き換え、自動化はできない」として反論していることから、保険審査が急に強化される心配は無いと思うが、今後も注視していかなければならない。

またナショナルデータベースができた場合、その活用目的、目的外使用、営利企業に活用されないか等、様々なご心配があるのは当然である。レセプトデータの活用に対する研究会においてチェックを行い、しっかりと予防線を張っていきたいと考えている。

<質疑応答>

◇宮崎県：医学管理料に関して、厚労省では「主病は1つ」との考え方をしめていたが、電子化された場合にはどのような扱いとなるのか。

○日医・中川常任理事

電子化になってもこれまでと変わらないような仕組みにしたいと思う。

(11) レセプトオンライン請求の完全義務化撤廃を求める九州医師会連合会及び各県からの要望書提出について（長崎県）

【要旨】

日本医師会では日本歯科医師会、日本薬剤師会と合同でレセプトオンライン請求の完全義務化撤廃を求める共同声明を厚生労働大臣に手渡したが、この声明文に加えて全国各地域においても撤廃実現のため、例えば、先ずブロック単位として九州医師会連合会で要望書を提出し、

その後、更に各県からも三師会共同で要望書を提出する等、地域の声を二重、三重に燎原の火の如く発していくべきではないかと考える。

各県のお考え、又、要望等について取り組まれた実例があればお聞かせ頂きたい。

各県の回答状況並びに日医・中川常任理事コメント

各県ともレセプトオンライン請求義務化撤廃を求める要望書は提出していないが、九医連としては反対の意思表示は必要との意見が出された。座長より要望書の提出について中川常任理事に確認したところ、中川常任理事からはレセプトオンライン請求義務化については交渉がだいぶ進んでおり、要望書の件については後日返答したいとのことであった。

(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いたい。

また、各県の現状についてお伺いしたい。

(13) 指導・監査について（鹿児島県）

【要旨】

社会保険庁の再編に伴い、10月1日から地方厚生局による保険医療機関の指導・監査がスタートした。

本県では、従前どおりの指導が実施されており、特段問題などはないが、今後は、各県の情報を共有しながら、地方厚生局に申し入れるべき事項など一緒になって取り組んでいかなければならないと考える。

各県の10月1日以降の指導・監査の対応等

の現状についてお伺いしたい。

(14) 保険医療機関の個別指導の在り方について (沖縄県)

【要旨】

平成20年10月より、保険医療機関の指導・監査業務が各県社会保険事務局から九州厚生局に移管されたところである。

次年度からは、集团的個別指導の在り方や個別指導の選定基準を各県平準化したものに見直していく必要があると思われるが、特に集团的個別指導の妥当性については様々な疑問がある。

診療区分けが医療機関に正確に伝わっているのか。基準となる平均点をこれまで通り各県別で出すのか、全国平均あるいは九州の平均を基準とするのか。また、集团的個別指導そのものを行っていないところもあり、今後九医連としてどのような方向で考えていくのか等、九医連の意見を取り纏め、主導権を持って厚生局に示していく必要があると思われるが、各県のご意見を伺いたい。

新規個別指導についても各県毎に実情がかなり異なっているようであり、今後均一にしていくなが必要があると思われるが、各県の実情やご意見を伺いたい。当県では個別面談方式で行い、返還金が生じることもあり医療機関には心理的負担が大きく、新規個別指導の在り方に疑問を持っているところである。

(12) (13) (14) は関連している為、一括協議された。

各県の回答状況

各県とも九州厚生局が行う指導・内容等については従前と特に変わりなく実施されているが、今後は各県統一された指導方法が取られることが十分に考えられることから、九州各県との情報交換が重要であるとの意見が出された。

また、個別指導については各県ともほぼ同様に実施されているが、新規個別指導については、集団、個別と各県により違いが見受けられ

た。次年度の対応としては年度当初に、各県の個別指導の状況の把握と情報交換を行い、九医連協議会としての九州厚生局の対応について検討してはどうかとの意見が出された。

<追加・補足意見>

◇**沖縄県・長崎県**：九州厚生局は指導が厳しいところに平準化していくことが危惧される。九州連合会として足並みを揃える必要があるのではないかと。

◇**福岡県**：各県毎で行うのか、各県で統一できるのかは、今後の状況を見ながら対応を決めてはどうか。九医連全体として取り上げるところがあれば、検討してみてもどうか。

○日医 中川常任理事コメント

ブロックでの違いもあると思うが、あるブロックでは「審査委員は指導医になれない」と言われたとのことだったので撤回させている。

また指導大綱の見直しの意見もあるが、さらに厳しくなる可能性があることから慎重に対応したいと考えている。

(15) 身体障害者福祉法における認定基準について (鹿児島県)

【要旨】

身体障害者認定基準は、身体障害者福祉法の「身体障害者障害程度等級表」により各障害の障害等級区分が決められていますが、県によっては、その判定法に差異があり、例えば、症例によっては左膝関節を中心とした1下肢の障害を持つ患者であれば、1下肢に障害があると判断すべきところを膝関節の1関節の障害として判定し、低く評価され、患者が困っている例がある。

認定に関しては、身体障害者を総体的に見るべきものであり、県によって差異があることは身体障害者にとっても不幸なことであります。

本件に関し、各県のご意見をお伺いしたい。

各県の回答状況

各県とも身体障害の認定は身体障害者福祉法に基づく認定基準等を用いて行っていることから、ほぼ同様である。認定については身体障害者を総体的に見るべきものであり、県毎で判定方法に差異が生じる等の問題があることは好ましくないとの意見が出された。

熊本県でも12月初めに設置され、今後の活動状況について協議された。

日医の見解及び各県の状況とご意見をお伺いしたい。

各県の回答状況

本県と宮崎県を除いて各県とも既に設置済み、もしくは設置に向け準備中であるとのことであった。

(16) 行政による後発医薬品安心使用・啓発協議会の設置について (熊本県)

【要旨】

厚労省は「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上」という政府目標に向け、患者及び医療関係者が安心して後発品を使用出来るよう「安心使用促進アクションプログラム」を作成、都道府県レベルでの協議会の設置を呼びかけている。

○日医 中川常任理事コメント

現場の先生の対応によるが、ダメならダメとはっきり言うべきである。患者さんに対してもそのようにご説明いただきたい。日医のスタンスも後発医薬品を促進することは考えていないが、先生方が自信をもって使える後発品のみ使用していただきたい。

印象記



理事 平安 明

平成21年1月24日、ホテル日航熊本にて九州医師会連合会平成20年度第2回各種協議会医療保険対策協議会が開催された。

昨年9月に開催された第1回医療保険対策協議会に引き続き、外来管理加算、レセプトオンライン請求、厚生局による指導・監査などについて話し合われた。

外来管理加算算定要件の見直しについては、九医連の次期診療報酬改定に対する最重点要望事項として挙げており、日医も期中改定のため努力しているところである。しかし現状としては「概ね5分」「診療内容の記載」は必要とされており、記載がない場合等には指導や返還となる可能性があるため、先生方にはできるだけ記載していただいたほうが無難と考えている。

レセプトオンライン請求については2011年までに完全義務化が謳われているが、その場合8.6%の医療機関が廃院を考えているとの調査結果もあり、地域医療崩壊に一層の拍車がかかると危惧されている。日医は基本的に完全義務化には断固反対の姿勢であるが、一方でIT化宣言をしていることもあり、レセプト電算化やオンライン請求に対応するための会員への説明会や2011年までに対応が困難な医療機関に対する負担軽減のための交渉を続けているところである。日医中川常任理事によると、代行請求が審査支払基金で可能となる見通し、月平均請求件数100件以下の医療機関についても大幅に緩和される見込みなど、レセプトオンライン義務化についてはか

なり緩和策の交渉が進んでいるとの報告であった。まだ正式に決定したわけではないが、2011年に向けて少し安心できる情報であり、今後も日医には交渉を有利に進めていくよう頑張っていたきたい。

医療機関の指導・監査については、昨年10月より社会保険事務局から九州厚生局に業務移管されたところであるが、現在のところ各県とも指導内容に大きな変化はないようである。但し、各県毎に指導の実情に相違があり、次年度からの指導がどうなるかは依然不透明である。中川常任理事は、従来のローカルルールも場合によっては認め、ブロック内で差異が大きい場合は、地方厚生局長の判断で前進させることもありうると述べており、厚生局と各県医師会の交渉は国も否定していないようである。今後も、個別指導の選定基準や指導内容等について九医連で情報を密にし、厚生局との折衝に備えないといけない。

この会議には今回で2回目の参加であるが、今年度は4月の後期高齢者医療制度の混乱に始まり、診療所の医療経営に深刻な影響を与えている外来管理加算の問題など地域医療にとってかなり厳しい状況になっている。病診連携、かかりつけ医など地域医療を核とした医療機能分化が進められてきたはずだが、ここ数年の医療政策は財政主導で理念が感じられない。保険診療は財源に限りがあり、全てを認めることは現実的に困難なことは重々承知しているが、やはり現場で求められている医療行為が単に「青本に記載がない」とか「保険診療では認めてない」との理由で否定されるのは納得できないというのが多くの先生方の意見ではないだろうか。現場の意見を出来だけ厚生局の指導の在り方や診療報酬に反映できるように、会員の先生方からも是非多くのご意見を頂ければと考えている。



II. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



開 会

熊本県医師会の緒方俊一郎理事の司会により、平成20年度第2回各種協議会介護保険対策協議会が開かれた。

挨 拶

熊本県医師会の村上幹彦副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

ご承知のとおり、今年4月から介護報酬が改定される予定であり、改定率は全体でプラス3%となっている。平成12年度からスタートした介護保険制度で初めてのプラス改定であるが、日医も私共も納得いくアップ率ではないと考える。このことについては、本日の議題としても提案されているので、十分にご議論いただき、日医の施策に反映させていただきたいと考える。その他にも、要介護認定制度の改定や、介護サービス、介護従事者等について12の議題が提出されている。ご協議賜りたい。

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以

下のとおり挨拶があった。

ご存じのとおり、12月26日の介護給付費分科会において今回の介護報酬改定が決まった。非常に急いで決定されたということで、解釈通知等についての交渉はまだまだこれからである。現在出されている介護報酬についても絵に描いた餅というか、これをどのように通知の中で活用していくかということはこれからである。本日、各県のご意見を伺いそれを参考にしながら、通知交渉について臨みたいと考える。その他にも、要介護認定の問題、介護サービス公表の問題等、様々な問題があるかと思うが、各県のご意見をこれからの日医の活動に反映させていただきたいと考える。

協 議

(1) 介護報酬改定について (佐賀県)

<提案要旨>

政府の緊急経済対策によって介護報酬3% (約2,300億円) 引き上げが決まったが、喫緊の課題とされる介護従事者の処遇改善をはじめ

め、介護療養病床や介護療養型老健施設の報酬引き上げを行うに十分なものではない。介護保険制度を維持しようとするなら、10%程度の引き上げがなければ制度が崩壊してしまう可能性がある。

世界経済がいかにか不況とはいえ、社会保障というのは、憲法第25条に掲げるように、国家の社会的使命であって、絶対に守らなければならないものである。

各県のご意見並びに日医の見解について、お伺いしたい。

(2) 次期介護報酬改定について (宮崎県)

<提案要旨>

介護職員不足が深刻な問題となっているが、介護報酬3%の引き上げでは焼け石に水でしかない、これでは過去の引き下げ分を補うだけにしかならず、決して満足出来るものではない。しかしこれでも疲弊しきった介護現場には歓迎すべき決定である。

これまで介護施設では、厳しい予算の中必要な出費を削って、まさに爪に火を灯す思いで介護職員の給与をやりくりしてきた。しかし犠牲になったのは介護職員の給与だけではない。光熱費や職員の研修・その他利用者の生活向上に直接かかわる費用など全てが犠牲になっている。

ところで、この3%の引き上げ分はどのように支払われるのかは明らかになっていない。「必ず介護職員の給与に支払われる事を担保すべし」という意見もあり、またはいろいろ条件(介護福祉士の割合など)をつけてそれを満たす施設に厚く配分すると言う案が出ないとも限らない。

しかし介護の現場では、介護職員が集まらないことに苦慮して前倒して昇給している所もある。もちろん、他の職員の給与や事業費等は少なからず犠牲になっておりこれ等を総合的に是正する必要に迫られている。「3%引き上げ」が有ってもその全てを介護職員の待遇改善にのみ使用するの難しい状況である、従ってこの3%の使途はいろいろ条件をつけず無条件に施

設の裁量に任せるべきである。

(3) 介護報酬改定について (日医への要望)

(沖縄県)

<提案要旨>

介護職員不足等により、次期、介護報酬改定では3%を引き上げるとしているが、その介護報酬改定に関する情報について具体的にご教示いただきたい。

(1) (2) (3) は一括協議

<提案要旨追加補足>

佐賀県、宮崎県より、提案事項 (1) (2) について以下のとおり補足説明があった。

次回介護報酬改定は、介護従事者のなり手がいないということで3%増となっているとのことだが、改定の経緯や実態が不透明であり、また一部の報道では3%増分の全てが介護従事者の人件費に充てられると誤解を招く内容もあり(一人当たり2万円の給料増等)、実際は報酬増分の全てを人件費に充てることができないとする現場との乖離を感じる。介護従事者の処遇改善は非常に重要な問題と考えるが、人件費の扱いについては施設の裁量に任せるべきと考える。

小渡副会長より、提案事項 (3) について以下のとおり補足説明があった。

沖縄県の施設が次回介護報酬改定についてシミュレーションを行ったところ、実際には1.5%位の増にしかないという例もある。加算減算という厚労省のやり方であって3%アップは何を意味するのか検証する必要がある。また、日医としても、今後も報酬内容について議論の余地があるのであればきちっと議論していただきたい。

<各県回答>

各県ともに、世界的金融恐慌の現状にあって介護報酬3%の増は一応の評価はできるとしながらも、3%決定のプロセスに強い疑問を感じ

るとの見解が示された。また3%増は過去2回のマイナス改定分（2003年度マイナス2.3%、2006年度マイナス2.4%）も取り戻せない不十分な改定率であるとして、介護サービス事業者の経営安定化ひいては介護従事者の処遇改善を図るためにも、より現場に即した根拠ある報酬改定とするよう、今後も厚労省に強く主張すべきであると意見された。

また小渡副会長より、「介護従事者の減少等については国の施策の失敗と言える。過去2回のマイナス改定については全国の経営実態調査に基づいたものとしていたが、結果として介護事業者が疲弊し介護従事者の減少を引き起こした。こういった場当たりのな国の施策について日医として強く意見すべきである。」と発言があった。

次期介護報酬の加算減算の考え方についても、各県より、特養に常勤の医師を配置することで25%の加算となる等の具体的な改定内容を例として挙げ、特養に常勤の医師を配置することは稀であり、逆に考えると別のところが大きく減算されているということであり、実際の現場とかけ離れた改定内容であると意見された。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

3%のプラス改定については経緯が非常に不透明である。また、これまでの報酬改定とのプロセスと全く違っており、今後このようなことがないよう申し入れている。しかし、世界的な金融恐慌という状況を考えればプラス改定は一定の評価はできる。

3%の根拠については、はっきりした内容は示されていない。厚労省の宮島俊彦老健局長は、2006年度の改定率マイナス2.4%のうち、利用者の自己負担とした食費居住費に当たる部分を除くと、全体の費用の部分のマイナス改定幅は0.5%となり、2003年度の改定率マイナス2.3%との合計ではマイナス2.8%の引き下げになるとして、今回の3%の引き上げは過去

2回の合計を上回り取り戻しているとしているが、日医としては納得しておらず、3%増では全く足りないと主張している。

また、報酬改定の根拠となる経営実態調査は定点調査ではなく、かつ調査数も少ない状況である。次回以降は定点調査を行うよう申し入れ、厚労省からはそのように行うという話を聞いている。

介護従事者の人件費増についても、3%がこれに全て使われるはずがない。介護給付費分科会の中でもプラス改定が人件費のみに使われる訳ではないと主張しているが、一部のマスコミがそのように報道している。

3%のプラス改定はサービス内容によって濃淡があり、サービスの組み合わせによっては3%以上のプラスになることもあると考える。具体的な加算の条件については、これから解釈の議論が始まるので、各県のご意見を持ち帰り議論したい。

厚労省等より、人件費アップの検証を行うよう強い要望があるが、処遇改善ということで給料を上げるという文言ではない。検証のための調査は行われるが、具体的な施設名等の情報が示される訳ではない。

(4) 要介護認定制度改正について（福岡県）

<提案要旨>

平成21年4月より要介護認定制度の見直しが行われ、新しい一次判定ソフトが導入される。

見直しの概要としては、認定調査項目等の変更、現行の1次判定の「要介護1相当」に代わって、「要支援2」又は「要介護1」の審査判定を1次判定で実施されること、また、運動機能が低下していない認知症高齢者に対する重度変更の方式の変更等である。

特に、「要支援2」及び「要介護1」の判定を1次判定で実施することについては、1次判定後、介護の手に係る判定をもとに、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満に相当すると認められる状態にある者について審査判定するようになっており、従来の分離判定が審査の

後方へシフトしただけのように感じられる。

要介護認定審査の流れが実質的にかわるのか、日医の見解をお伺いしたい。

(5) 平成21年度からの要介護認定審査の問題点について (大分県)

<提案要旨>

平成21年度より、再度、要介護認定の一次判定の調査項目やロジックが変更されることになった。一次判定ソフトの精度を高め、二次判定の平準化を進めることによって、申請者の不公平感をなくすと共に、認定審査会委員の負担を軽減することを謳い文句にしているが、果たしてそうであろうか。

- ①認定調査項目等の変更
- ②樹形モデルの見直し
- ③「要支援2」および「要介護1」の判定を一次判定で実施
- ④運動機能が低下していない認知症高齢者に対する重度変更の見直し
- ⑤二次判定で一次判定を変更する場合に実施する参考指標の見直し

の5点が挙げられている。

5項目全てに異論があるが、特に以下の2項目は大きな問題を抱えている。

- ③「要支援2」および「要介護1」の判定を一次判定で実施

現在、介護認定審査会で二次判定として行っている要支援2と要介護1の割り振りを一次判定ですることにより、「認定審査会委員の負担を減らすと共に、審査結果のばらつきの低減が期待される」とのことだが、現行では主治医意見書の疾患、状態等の記載内容による「心身の状態不安定」を理由に要介護1にできているが、これができなくなる。

- ⑤二次判定で一次判定を変更する場合に実施する参考指標の見直し

特に問題だが、一次判定を二次判定で変更する場合の参考指標を現行の4つから1つだけにする、というものである。すなわち、変更理由

にしている「要介護認定等基準時間の行為の区分ごとの時間」、「日常生活自立度の組合せによる要介護度別分布」、「要介護度変更の指標」、「状態像の例」のうちよく利用されている後半の3つがなくなり、ほとんど使われていない「要介護認定等基準時間の行為の区分ごとの時間」だけになる。基本調査のチェック・特記事項と主治医意見書の内容を付き合わせ、不整合があれば、基本調査のチェックを修正し、「基準時間を積み足すまたは変更する方式」のみで二次判定を行うようである。

結局、現行よりも1段階低い一次判定結果を出す→現行であれば、審査会委員が専門性を発揮して妥当な二次判定に上げるはずだが、その変更理由をなくした→すなわち、「二次判定は一次判定通りにせよ」と言っているに等しい。

申請者の状態をイメージし、どの程度の手間を要するかを判定する専門家としての最も重要な役割を認定審査会委員が奪われたと言ってもよい。

日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

(4) (5) は一括協議

<提案要旨追加補足>

福岡県、大分県より、以下のとおり補足説明があった。

1次判定と主治医意見書の整合性をチェックするだけの認定審査会は無意味であり、認定審査会においては医師として専門的な判断を行っていくべきである。また、主治医意見書がなおざりにされる場合があり、毎年、主治医意見書の研修会を行っているが、その意見書が参考にされないのであれば、今後どう研修していけば良いのか疑問に感じる。

<各県回答>

各県ともに、新しい一次判定ソフトを使用したモデル事業の結果において、要介護5の判定がこれまでよりも軽く判定されるという報告があることから、ソフトの導入によって利用者

不利益が出ないよう、より慎重に検証する必要があると提起され、今年4月からの本格導入は時期尚早であると意見された。また、いずれにせよ、一次判定の結果の変更及び要介護認定を行う際の重要な資料として主治医意見書が扱われるよう、今後も厚労省等に申し入れていくべきであるとの見解が示された。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

一次判定のロジック変更の経緯は不透明である。介護給付費分科会において突然当件が出された。変更については、各団体の意見を聞くべきであると主張したが、法律の中で検討する場が設けられておらず検証しなくても良いことになっている。日医として、早急に検討する場を設けるよう強く意見している。

変更後の1次判定ロジックに基づく新しいソフトでは、これまで要支援2としていた例の多くが要介護1として判定されるようになるが、要介護5が少なくなるという結果もある。主治医意見書の扱いについては、2006年3月17日の老健局長通知「介護認定審査会の運営について」の中で、「認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い時間を介護に要すると判断される場合には、1次判定の結果を変更する」ということが記載されており、つまり主治医意見書の記載により1次判定の変更は可能となっているのでご理解いただきたい。

ロジック変更の問題、検討する場の設置等については、今後も引き続き交渉していきたい。

(6) 「介護サービス情報の公表」制度の手数料等見直しについて (長崎県)

<提案要旨>

平成20年11月厚労省開催の「第2回全国「介護サービス情報の公表」制度担当者会議」資料によると、情報公表制度における事業者の事務負担軽減として、(1) 訪問調査体制を一律

に調査員2名以上を規則上1名以上に変更し弾力的に対応、(2) 調査方法の簡素化では、マニュアルや規程の面接調査は初年度に確認されれば次年度以降は特段の事情がない限り現物確認は行わない、(3) 同一所在地複数サービス提供の事業所の手数料軽減のため旅費の重複分を勘案する等の創意工夫した手数料設定等を行うことが示されている。

平成20年度には九州各県とも手数料の減額がなされているが、それでも各事業所には大きな負担となっていることに変わりない。

本県では、調査機関の運営状況等を調査中で来年度以降の減額は検討中とのことだが、各県の状況についてお伺いしたい。

また、日医では三上常任理事が、社会保障審議会・介護給付費分科会で手数料廃止も見据えた議論を求めたとのことだが、現状について日医にお伺いしたい。

(7) 介護サービス利用実績について(福岡県)

<提案要旨>

介護サービス利用実績について、全国的に計画値を下回っているのではないかと報道がなされた。福岡県介護保険広域連合では平成18、19年度ともに標準給付費は計画値の87.8%、85.3%と大幅に下回っている。特に居宅サービスの内、訪問介護、福祉用具貸与、通所リハ、訪問看護の利用実績減少が著しい。この原因として、サービス利用の抑制や予防給付導入などによるサービス単価の低下などが考えられる。各県の現状およびご意見をお伺いしたい。

(6) (7) は一括協議

<各県回答>

介護サービス情報の公表については、各県ともに、平成20年度において手数料の減額がなされているが、それでも介護事業所の経営が不安定な状況にあっては大きな負担となっていることには変わりないと意見され、そもそも不合理な制度であり、制度自体を廃止すべきであ

るとの見解が示された。

介護サービス利用実績については、各県ともに計画値を下回っていることが報告され、その要因として介護予防サービスが全般的に低調であったこと等が示された。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

介護サービス情報の制度についても非常に不透明な決まり方をしている。医療については行政が負担しているが、介護は事業者負担となっている。これは平成16年3月に社団法人シルバーサービス振興会が出した「利用者による介護サービス（事業者）の適切な選択に資する情報開示の標準化について（中間報告書）」の中で、費用は事業者負担が望ましいとしていることによるものである。しかし、当件については介護給付費分科会では検討されていない。シルバーマークのように事業者が差別化されメリットを受ける訳でもなく義務化ということであれば、その費用は行政負担が望ましいと考える。また、当サービスの利用者も高齢者が利用するとは考え難いため、この辺りも含め今後検討しなければならないと考える。

(8) 介護従事者不足の問題について(福岡県)

<提案要旨>

介護従事者不足の問題は、介護の現場において切実な問題である。

今般、本会において、県下の介護福祉士養成所（24箇所）を対象に、平成17年～平成20年の入学者数及び卒業者数を調査した。

調査結果によると、需要（入学希望者）の低下により、定員割れが著しく、入学者・卒業者ともに、減少の一途をたどっている。

また、平成18年から平成19年の間に2校、平成20年度に3校が、募集停止や閉鎖された。

さらに、介護福祉士養成所を卒業後の進路が、介護職とは限らないため、介護従事者不足問題は、喫緊の課題といえる。

今後、高齢化が進み、より手厚い介護サービスが要求されることは、容易に予想されるため、一時的な対策ではなく、介護従事者養成支援が必要と思われる。

このことについて、日医の見解及び各県の現状・ご意見をお伺いしたい。

(9) 介護報酬を決める際の人件費率について(宮崎県)

<提案要旨>

介護報酬の算定基準として、人件費比率について①60%のサービス（訪問介護、通所介護）②40%のサービス（施設系サービス、訪問看護、訪問リハビリテーション）の2分類を設定している。しかし例えば、特養の人件費比率はすでに60%を超えている。人件費比率を40%に抑え込むことなど不可能な話である。このひずみを改善するため施設系サービスは60%以上に改めるべきである。この点について各県のご意見を伺いたい。

(10) 「療養介護士（仮称）」の創設について(長崎県)

<提案要旨>

厚労省は11月12日に開催した「安心と希望の介護ビジョン会議」において「安心と希望の介護ビジョン」のたたき台を提出し、経管栄養やたんの吸引など一定の医療行為を行う「療養介護士（仮称）」を創設するとしている。その後、11月26日に開催された同会議で示された「同ビジョン」案では、「療養介護士（仮称）」という文言は削除されているが、「必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備に取り組む」としており、基本的な考えに変化はないものと考えられる。

具体的な内容が示されている段階ではないが、介護を受ける方の安全性が担保できるのか

大いに疑問である。

各県の考え及び本件の状況について日医にお伺いしたい。

(8) (9) (10) は一括協議

<各県回答>

(8) の介護福祉士の養成については、各県ともに、介護福祉士養成所における定員割れが深刻化していると報告され、今回の介護報酬改定に留まらず、継続した長期的な介護従事者への支援策は必須であると意見された。

(9) の人件費率については、施設系サービスの40%という数字は現実性がないとの共通認識が示され、訪問・通所サービス並みの比率まで引き上げるべきと意見された。

(10) の療養介護士の創設については、各県ともに反対の意が示され、経管栄養や喀痰吸引等の医療行為については、看護職等の配置に対する評価等、別の方策を講じるべきと意見が出された。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

(8) については、介護職に希望がもてないということが実態としてあり、厚労省では、今般、介護の未経験者を雇用した介護事業者に対し年間50万円、年長フリーター等を雇い入れ6か月以上定着させた介護事業者に対し年間100万円の助成施策を設けている。また、新たに介護サービスに従事した者に対する巡回相談や、実習受け入れ施設のレベル向上のための講習会等についての予算も計上している。

(9) については、今回、訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援は70%、訪問看護、訪問リハ、通所リハ、認知章対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護は55%、その他は45%という形に変わっている。相当上がった部分(サービス)もあるが、逆に下がった部分(サービス)もある。地域比

率は特別区15%、特甲地10%、甲地6%、乙地5%、その他0%となっている。

(10) については、案が示されたがすぐに消えた。今後出されたとしても反対の方向を考えている。

(11) 療養病床の再編の進捗状況について (鹿児島県) (第4期介護保険事業計画における交付金との関連について)

<提案要旨>

介護療養病床は平成23年度末に廃止されることが決まっているが、平成20年5月に実施した療養病床の転換意向調査で「未定」と回答した医療機関が14.2%であり、現在も転換の方向性を決めかねている医療機関がある。

しかし一方で、転換支援策として出された市町村や国から助成される交付金等は、介護療養型医療施設は平成23年度末までの支援措置となっているが(医療型療養病床は24年度末まで)、申請期間を考えると来年度早々には申請手続きしなければならず、早く方向性を決めなければ医療機関によっては交付金を受けられない事態も懸念される。

また、交付金も全ての医療機関が受けられるものではなく、例えば市町村交付金は、市町村が策定する「介護療養型医療施設転換整備計画」を基に転換整備が進められ、整備計画に合致しなければ交付金を受けられない状況も考えられる。

現在、介護療養型老健施設などについて議論がなされているが、平成23年度末の介護療養病床の廃止時期、交付金等の問題などを考慮するとあまり猶予がない状況である。

次期介護報酬改定を踏まえての現在の状況と療養病床転換の動向についての日医の見解と各県の転換の進捗状況並びに転換先を「未定」としている会員医療機関に対する取組み(説明会の開催等)についてお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、療養病床再編の見通しが立たな

い状況が説明され、現時点でも転換先を「未定」としている施設への対応については、福岡県では県及び県医師会が相談窓口を設け対応、宮崎県、長崎県、熊本県では説明会にて対応している旨報告があった。本県においては、介護報酬や診療報酬の改定を待つべきか、交付金等の兼ね合いから早急な対応を図るべきか苦慮している状況にあると報告した。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

療養病床再編については、医療療養の話もあり、基本的には次回の診療報酬改定を見定めてから検討すべきと考える。介護療養のまま後1年辛抱していただき、1年後に判断していただきたい。

(12) 介護保険運用上の問題点（熊本県）

- ①ケアプラン作成における主治医の役割
- ②介護サービス実施における主治医の役割

<提案要旨>

介護保険運用上、かかりつけ医（主治医）がケアプラン作成や介護サービスの提供に関して深くかかわっているものと考えられる。現場のかかりつけ医のアンケート調査で、色々の課題をもったままの状態と思われる。特にケアマネジャーとの連携はほとんどない場合が多いように思われる。今後、特にケアプラン作成におけるかかりつけ医の関わりをより強くする必要があり。具体的取組みについて色々の方法がありましたらお教え願いたい。

<各県回答>

各県ともに、主治医とケアマネジャーの連携は非常に重要であると考えているが、実際には必ずしも連携が上手くいっていない現状となっている旨が報告された。主治医とケアマネジャ

ーとの連携の場に位置付けられるサービス担当者会議について、大分県より、「要介護3」以下の軽～中等度の場合は、大きな変化やサービス提供者の変更がなければサービス担当者会議は行わず、「要介護4・5」の重度の場合は、サービス担当者会議を義務付け、その際には交通費等を考慮するという方向に変更することで、力を分散するのではなく集中する方向に転換すべきであるとの考え方が提案された。

<日医回答>

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

福岡県において、主治医とケアマネジャーとの交流会を行っているという話を伺っている。各地域でこのような事例を取り組んでいただくことが重要と考える。

中央情勢報告（総括）

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下のとおり総括があった。

介護報酬改定の決まり方について納得できない部分が多々ある。3%の決まり方、認定の決まり方、あるいは介護サービス情報の公表等、手続きの上でも非常に問題があるということで、今後も厚労省に申し入れていきたいと考える。

介護報酬改定3%、これがどのように活用されるかということはこれからの通知の問題もあり、改定の中身を先生方がどのように活用されるかということにもなると思う。活用しやすいよう交渉していきたいと考えているので、是非ご意見を日医にお寄せいただきたい。

介護職の処遇改善の問題については、我々としても当然取り組むということを前面に押し出す訳だが、給与だけでなく、研修や環境整備等その他いろいろな面を含めて改善に取り組むべきという姿勢を示していきたい。

今後ご理解ご協力をお願いしたい。

印象記



副会長 小渡 敬

九州医師会連合会の平成20年度の第2回各種協議会が1月24日に熊本県で開催されました。介護保険対策協議会においては、今回は各県より12の議題が提出されました。

今年3年に一度の介護報酬の改定の年にあたるため、これに関する議題が多く提出されました。介護報酬については、これまでに2度にわたって引き下げられており、そのために介護施設等での介護者離れや介護人材の不足が大きな社会問題となりました。このような状況から介護報酬の引き上げは当然のことと予想されておりましたが、3%引き上げに対して、各県から不満の声が多く聞かれました。これは過去2回のマイナス改定（2003年マイナス2.3%、2006年マイナス2.4%）を考えると不十分な改定率であるからです。しかし日医の説明は3%の引き上げに対して、不満はあるものの肯定的である事に驚かされました。介護施設の現場では介護従事者の社会的地位の向上や介護職に対する誇り、経済基盤の安定に取り組んでいますが、この程度の改定率ではこれらは望めそうにありません。医療だけでなく介護分野においても、国の抜本的な改革が必要であると思われま



Ⅲ. 医療制度対策協議会 (医療政策、地域医療を含む)

副会長 玉城 信光
常任理事 安里 哲好



去る1月24日(土)、ホテル日航熊本において開催された標記協議会について、以下のとおり報告する。当日は、内田日医常任理事にもご出席いただき、一部の議題についてコメントをいただいた。

協 議

(1) 医療費適正化計画の各県の取り組みと進捗状況について(福岡県)

<提案要旨>

平成20年4月に施行された医療費適正化計画では、特定健診・保健指導の実施率や平均在院日数、療養病床数等、平成24年度までの達成目標が示されているが、進捗状況をご教示願う。また、同計画は3年後の中間評価を経て、5年後の計画終了年の翌年に、目標達成状況を評価し、必要であれば都道府県の診療報酬の特例を設定することができることになっているが、これに対する医師会としての対策、今後の

進め方等について伺いたい。

(2) 医療費適正化計画と関連施策について (佐賀県)

<提案要旨>

下記の点に関する各県の見解と日医の見解をお伺いしたい。

①医療費適正化計画のペナルティーについて

医療費適正化計画のペナルティーについては、最終的に地域住民の保険料や医療機関に転嫁され、このような医療費抑制の仕組みは納得がいかない。

政府管掌健康保険を運営する協会健保の保険料率は、現在は全国一律8.2%であるが、平成21年秋までには各都道府県の医療費を反映させ保険料率が設定される。

都道府県において保険料率が相違するという事は極めて不自然で許されるものではない。さらに、国保を都道府県ごとに一本化すれば、国

保の負担が増大し破綻する可能性が危惧される。

②エビデンスに基づかない特定健診・特定保健指導制度について

特定健診・保健指導については、予防医学の立場からは正しいが、住民、受診者には十分理解されておらず、保険料から巨額の財源を投入しても成果が懸念される。費用対効果の面から医療費適正化には結びつかないのではないか。

③平均在院日数の短縮について

DPCにおける無制限の平均在院日数の短縮化が進められ、著明に短くなっているが、再入院率が高く、患者に必要且つ十分な治療が施されているか疑問である。又、平均在院日数の短縮により、いわゆる救急難民が発生している。DOCの在り方の検討が必要である。

④療養病床の転換について

療養病床の転換については、医療・介護難民が生まれるので、もっとゆるやかな制度改革が必要ではないか。

(8) 特定健診・特定保健指導の各県の実施状況について (福岡県)

<提案要旨>

福岡県の生活習慣病対策検討委員会において、福岡県内の66市町村の特定健診・特定保健指導の実施状況を調査した結果(平成20年8月末現在)、本年度の受診率見込み27.3%を大きく下回っている。

その要因として、制度の問題とシステムの問題が指摘されており、具体的には、被保険者に対する広報が十分でないこと、がん検診等との同時実施が難しいこと、制度が複雑で住民が理解できていないこと、労働安全衛生法による健診のデータの受け渡しの問題、代行機関のシステムトラブルなどがあげられている。

このように受診率が低迷している現況においては、制度自体の見直しが必要であると考えられるが、各県の実施状況を伺いたい。また、制度自体に対する問題点について日医の考え、取

り組みについてご意見を伺いたい。

協議事項 (1) (2) (8) は一括協議。

<各県回答>

医療費適正化計画では特定健診・保健指導受診率、平均在院日数、療養病床数等、平成24年度迄の達成目標が示されている。特定健診受診率に関しては各県ともに、目標値を大きく下回っている状況で、平均在院日数および療養病床数の具体的な状況については現在のところ把握していないのが殆どで、療養病床数については、次期介護報酬改定を見て対応を検討する会員が多いと予測される。各県の目標値および実施状況については下表のとおり。

県名	特定健診受診率	平均在院日数 (当初→目標)	療養病床数 (当初→目標)
福岡県	14.01% (今年度見込: 27.3%)	37.7→29.8 39.6(12月現在)	24,634→15,550 17,434(現在)
鹿児島県	把握していない	50.5→40.1	10,400→8,200 【医療療養病床現在】 8,247→7,983 【介護療養病床現在】 2,177→1,966
佐賀県	24.6% (市町村国保)、11.6% (協会健保) 18.1% (医師国保等)、12.4% (共済)	48.5→40.6	→3,385
宮崎県	把握していない	40.5→35.3	4,811→2,025
沖縄県	14.8% (市町村国保)、39.4% (被用者保険)		3,751→2,456 ※141床が他サービスへ転換
大分県	<特定健診> 20.61% (市町村国保)、19.8% (協会健保) <特定保健指導> 24.94% (市町村国保)、5.55% (協会健保)	36.1→32.4	3,160→1,560 【医療療養病床現在】 2,402→2,539 【介護療養病床現在】 1,461→1,080
長崎県	約21% (市町村国保)、5,238件 (協会健保)	45.0→38.9	7,823→3,739 (現在、医療療養病床として残りたいのが4,875)
熊本県	17.6% (市町村国保)	47.0→36.4	11,114→5,021

<内田常任理事コメント>

特定健診では、契約が遅れたこと、周知不足、制度そのものが複雑であること等が原因で、5年間での目標達成は非常に難しくなっている。

特定健診の処理率は、全国で122万件(国保分)となっており非常に少ない。また、請求のエラーについては95%がクリアされている状況である。

九州地区(12月処理分)では、福岡県が28,000件、佐賀県が2,700件、長崎県が15,000件、熊本県が17,000件、大分県が11,000件、宮崎県が6,500件、鹿児島県が17,000件、沖縄

県が8,600件という状況である。

特定保健指導はほとんど実施されておらず、全国で1,715件のみの処理（国保）の他、エラー率も高い。

ワーキングで詰めている段階であるが、課題が多い。4月から健康保険局や厚労省で検討会を開催し詰めていくことになっている。

また、がん対策で予算が確保されているので、それを活用しモデル事業を行うことを検討している。

医療費適正化計画のペナルティーについては、地域格差が生じるため日医も反対している。平均在院日数や療養病床数を機械的に抑制するのは現場的に難しい状況であるので、現場の意向を主張していくことが重要である。ペナルティーによってインセンティブを守るとするのはいけない。

<その他の意見>

- ・適正化は削減ではない。計画の根本的な見直しが必要（福岡）。
- ・人口・産業構造等が全く違うので、保険料率は全国統一していただきたい（大分）。

(3) 臨床研修制度の見直しについて(宮崎県)

<提案要旨>

わが国ではOECD先進諸国と比較して医師の絶対数が足りないが、平成16年度から始まった臨床研修制度より、医師不足・偏在がより鮮明となった。特に地方における基幹病院の医師不足が顕著であり、医療崩壊が現実化しつつある。医学部定員増も即効性はなく、現在の臨床研修制度の見直しは必要と考える。一部のマスコミでも提言されているが、第三者機関による後期研修医の適正配分や専攻科規制など、何らかの処置が必要ではないか。各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、臨床研修制度の見直しや何らかの処置は必要であるとしている。具体的には、

地方地域枠の拡大や受入枠の削減と適正配置、後期研修における各専門学会の専門医等の適正化と適正配置、大学病院の機能回復や医局制度の再構築等があげられた。また、大分県から休職中の女性医師の活用として、すべての病院に保育所を義務化（設置・運営費は公費負担）すべきとの回答があった。

<内田常任理事コメント>

臨床研修問題については、日医のグランドデザインへ提言していくこととしている。

その中で、卒前卒後教育の一貫性として卒後研修の見直し、①1年目は内科・救急、2年目は専門研修、②地域偏在対策として、1年目は卒業した大学の地域に残ることを提言したい。

研修期間を2年から1年にするのは法改正等の問題が絡んでくるので難しい。また、適正配置に関しては、地域医療研修ネットワーク（仮称）を活かして取り組んでいけるのではないかと検討しているところである。

離島・僻地への義務化・強制に関しては、一部で奨学金を導入した自治医大方式がスタートしており、一部義務化となっている。

(4) 公立病院改革ガイドラインに関する各県の状況について(長崎県)

<提案要旨>

地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プラン（経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準）を策定することとなっている。

経営の効率化や公的病院のみに視点を置いた再編・ネットワーク化は更なる地域医療の崩壊に結びつくことも考えられ、医師会としても注視し、積極的に関わる必要があると考える。

本県では、県による公立病院改革プラン検討協議会において県全体の状況についての報告書が作成されたところであるが、各県の状況についてお伺いしたい。

また、救急救命センターの立ち上げや運営する際の意見があれば伺いたい。

＜各県回答＞

公立病院改革に直接関与している医師会は、本会と佐賀県医師会のみで、その他の県は、県や市町村が主体となって、それぞれ改革プランを作成することになっている。

佐賀県医師会では、医療審議会と別に「公立病院の今後のあり方を考える会」を設置し、県全体の医療資源等を踏まえ検討がなされている。

また、本会からは、県立病院事業の厳しい経営状況等を踏まえ、県立病院の役割、機能並びに運営体制を抜本的に見直し、効率的かつ継続的な医療提供体制を確保することを目的として、今年度中に「県立病院のあり方に関する基本構想」を策定し、県医師会も積極的に関与し地域医療の確保に努めるとの回答を行った他、救命救急センターの役割について一次を担うのではなく二次、三次に特化すべきとの回答を行った。

(5) 診療所の新たな病床の設置について

(大分県)

＜提案要旨＞

医療計画では診療所の一般病床についてはこれまで設置の制限は受けていなかったが、平成19年の医療法改正により原則として基準病床数の範囲内での設置しか認められなくなった。しかし、以下の場合には特例として認められることになっている。

- (1) 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所
 - ア 社会保険事務局に在宅療養支援診療所としての届出をしている診療所。
- (2) へき地に設置される診療所
 - ア へき地診療所
 - イ 無医地区又は準無医地区に新たに開設される診療所
- (3) その他特に必要な診療所
 - ア 小児科又は小児外科を標榜し、小児科専門医又は小児外科専門医が常勤する診療所
 - イ 産科又は産婦人科を標榜し、分娩を取り扱う診療所

本県において、在宅療養支援診療所として届出を行う診療所の病床申請に対し、「基準病床数がオーバー」、「他県でも認めていない」との理由で受付が行われず、審議会での協議もされていない。

厚労省は有床診療所について「患者の身近にある」、「患者の生活背景等まで把握してサービスを提供することが可能」、「夜間、急な医療行為が必要な場合でも対応可」という利点があるとしており、今後の在宅医療を支援する病床としてもその役割は重要である。

先般、県と調整したところ、有床診療所部会にかけて前向きに検討するという回答を得たので、今後は認められていくものと考えられる。それらを踏まえて各県の状況をお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、病床申請はされていないが基本的には医療審議会や有床診療所部会等で審議されるとの報告があり、鹿児島県および佐賀県については、取扱いを検討中あるいは具体的な手続きや基準については整理されていない状況であるとの回答があった。

福岡県では、医療計画部会で審議することになっており、先般、眼科クリニックから斜視の早期手術による2床の病床申請があり、特例であるとして申請を受理したとの報告があった。

宮崎県においては、病床設置の特例について、既に医療審議会において協議され、分娩を取り扱う有床診療所を新規に開設又は増床する場合は、届出による病床設置が認められているが、在宅療養支援診療所については、目的どおりベッドが使用されているのか確認することも難しいとの県の見解もある。また、小児科専門医又は小児外科専門医が常勤する診療においても、地域によっては、内科と小児科の標榜科目が同じ診療所が多数あり、何らかの整理が必要。へき地に設置される診療所は、無医地区の定義に沿った形で申請があれば医療審議会での協議されるというように前向きに捉えているので申請があった場合は柔軟に対応いただくよう県

に要望したいとの回答であった。

本会からは、全国有床診療所連絡協議会において、地域における有床診療所の設立に関しては、医療審議会を通せば制限はないといわれており、医療審議会に申請があればスムーズに受理されるよう話し合われているところである。各県の担当者が誤解をしているので、疑問がある場合には各県で判断するのではなく厚労省に問い合わせるようにと回答した。

(6) 中小病院、診療所の医療安全対策の取組みについて (鹿児島県)

<提案要旨>

平成19年4月1日の医療法改正により、医療機関の医療安全対策が義務化され、これまで診療報酬上のみで必要であった医療安全対策が、診療所においても行われなければならない。

本県では、年2回行う医療安全対策講演会とは別に、平成18年度から会員医療機関を対象とした医療安全対策モデル事業を実施し、「インシデントアクシデントレポート」作成や「影響度レベル」の検討や院内での医療安全対策における評価法と対策、防止器具の紹介など中小病院・診療所でも取り組めるようなモデル事業を行っているが、十分とは思えない。各県で中小病院、診療所を対象とした医療安全対策の有効な取り組みがあればお伺いしたい。

<各県回答>

九州各県ともに、年に2回の研修会または講習会を開催している。

福岡県では、平成17年度から会員はもとより会員医療機関の医療安全担当者を対象に、医療安全推進者講座(8日間:40時間)を毎年開催している(2万円の受講料)。

佐賀県では、病院・診療所別に「医療安全管理体制・院内感染防止対策ガイドライン/マニュアル」を作成し、会員医療機関に配布している。

宮崎県では、県医師会館を主会場に研修会等を開催し、テレビ会議システムにより県内8地

区へ同時放映している。

長崎県では、会員医療機関に研修会等を受講させ、口伝する形式等の院内研修会を年に2回開催している他、日医や厚労省から示された指針、様式等を基に医師会で作成した資料を会員医療機関に配布、会員向けホームページへ掲載している。

熊本県では、医療安全管理マニュアル冊子を作成し、県内会員医療機関に配布すると共に、医療安全研修会を年に3~4回開催している。平成20年度には、法人病院と診療所を区分して、研修会を開催したとの回答があった。

<内田常任理事コメント>

日医では、医療安全推進講座を実施しており、平成18年度からはe-learningを活用し、認定証を配布している。また、医療従事者のためのマニュアルを作成し、ホームページからアクセスできるようにしている。今後、各県の事例等をあげていただき検討していきたい。

(7) 新型インフルエンザに対する県医師会の対応策について (長崎県)

<提案要旨>

新型インフルエンザの発生が懸念されている。新型インフルエンザの流行は社会的危機を招くとされており、医療にも社会的危機の状況下での対応が求められている。

本会の診療所及び病院における新型インフルエンザ対策の作成は緒に就いたばかりであるが、各県の対策の状況をお伺いしたい。

<各県回答>

福岡県、鹿児島県、佐賀県、宮崎県、大分県では、新型インフルエンザ対策行動計画または各種対応ガイドラインの検討が進められており、フェーズ4以降の見直しから発熱外来の運営を含めた訓練等が関係機関と実施されている。また、鹿児島県からは、教育委員会と共同で学校現場でのガイドラインを作成したとの報告があり、佐賀県からは、公的機関の訓練は既

に実施されているので、パンデミック時の一般県民の行動計画を策定していく必要があるとの報告があった。

<内田常任理事コメント>

国との新型インフルエンザに関する会議に参加しているが、そこでは都道府県の対策のとり方がまちまちなので、都道府県の情報をしっかりと把握するよう申し入れている。また、補償の問題についても取り組まれていないのが現状である。

タミフルの備蓄に関しても、体制の問題や薬の保存期間の問題等があるので、しっかり対応していただくよう要求しているところである。

(9) がん検診について (長崎県)

<提案要旨>

平成19年に施行されたがん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画によると、平成23年までに市町村で行うがん検診の受診率を50%以上とする目標が掲げられている。

しかしながら、市町村の負担するコストの問題や消極的な受診勧奨等があり、目標を達成するのは困難な状況と言わざるを得ない。

当県においても、受診率改善の特効薬は、見出せない状況であるが、いずれにせよ、受診率の向上には郡市医師会や県医師会が自治体と積極的に関わっていかざるを得ないものと思われる。そこで次の点について各県の状況をお伺いしたい。

①貴県医師会におけるがん検診への取り組み状況や医師会又は、個々の会員による積極的な

受診勧奨を行っているか。

②受診率向上へ向けて、各自治体と話し合いを持たれているのか。

③具体的な受診率向上への例、案をお持ちであればご教授いただきたい。

<各県回答>

福岡県	①福岡県集団検診協議会を運営し、各部会委員会を設置。受診勧奨は行っていない。 ②乳がん部会に受診率向上のためのプロジェクトを立ち上げることにした。 ③受診率を50%以上とするためには、対象者の理解と意識が重要であり、市町村が責任を持って対応すべき。
鹿児島県	①県が設置する鹿児島県生活習慣病検診等管理指導協議会及び5つのがん部会やがん登録評価部会へ本会役員が参画。個々の会員による受診勧奨は把握していない。 ②郡市医師会と市町村との協議会等のなかで、受診率の向上のため要望等を行っている地域もある。 ③県では、NPO 法人やがん患者団体等との協働イベント、街頭キャンペーン、無料検診、市町村への助言や成功事例の紹介等。
佐賀県	①全市町にがん検診の積極的受診勧奨を要請。県にも各市町に対する指導方要請。 ②各自治体との話し合いはない。
宮崎県	がん検診率向上について県がポスター等作成し、各市町村、保健所等に配布し、住民へ啓蒙活動を実施。
沖縄県	①本会で取り組んでいることはない。 ②郡市医師会が市町村と会議を持ち検討。 ③市町村の取り組みに差があるので、市町村へのアプローチが大切。
大分県	①実施主体の市町村と協力しながら、広報活動にて受診勧奨を行っている。 ②各市町村と各郡市医師会等で話し合いを持っている。 ③本会で年1回の研修会を開催し、受講すれば協力機関として名簿へ掲載。ただし、3年連続で欠席だと取り消し。
熊本県	①県が設置する熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の会長に県医師会長が就いている。その中にもがん部会も設置。受診勧奨については県に働き掛けているが、市町村事業であるとして積極的に取り上げる動きはない。 ②ない。

<内田常任理事コメント>

がん対策推進基本計画では、がん検診の受診率を50%としているが一番達成の難しそうなのが受診率である。それは受診率の把握が難しいからである。また、がん検診を一般財源化することも現在の財政状況では厳しいものがある。

日医としては、がん対策推進委員会で具体的な取り組みを検討することとしており、がん対策に関する予算が増えているので、特定健診と合わせてモデル事業を展開していくなど活用できないかと考えているところである。

印象記



副会長 玉城 信光

去る1月24日(土)、ホテル日航熊本において開催された標記協議会の報告をする。

沖縄から会議に出席すると、いつも開始時間ギリギリの熊本到着である。しかしながら、東京発の午前の便なのでゆっくりとホテルに入った。前日に日本医師会で医業税制の委員会がもたれたのである。将来の社会保障の財源として消費税の問題を医師会が取り上げなければならないとの話があった。面白い講演であった。

熊本では医療費適正化計画と特定健診・特定保健指導の各県の実施状況について話し合われた。特定健診受診率がアップしないとペナルティーが課せられると言われる割には、各県とも今年度の健診受診率は低いままに推移している。また各県とも療養病床の削減が進んでいることが印象的であった。

臨床研修制度の見直しについて宮崎県から質問がでたが、内田常任理事から1年目に内科と救急、2年目は専門研修にするなどの構想があるといわれた。最近のYahooニュースに亀田総合病院で「明日の臨床研修制度を考えるシンポジウム」が開かれたとある。記事を見る限りひとつの研修制度ですべてを満足させるシステムはないように思える。初期研修は現在のままで、後期研修で選択の幅を広くした方が良いのではないかと私は考える。

公立病院改革のガイドラインについて話された中で長崎県では3つの病院を統合して一つにするのだが、その中に救命救急センターを立ち上げるといわれた。運営等にアドバイスを頂きたいとの話があった。沖縄の南部医療センターの例をあげ、二次、三次救急に特化した方が良いのではないかと話した。コンビニ受診を控えさせる施策を最初から講じるべきであると述べた。またYahooニュースであるが、鳥取大学で救命救急センターに1万2,965名の患者を受け入れて、入院は約900名であったと報じられている。コンビニ受診による過労のために教授以下4名の医師が退職し救命救急センターが閉鎖になったと記事がある。沖縄県には患者のたらい回しがないと誇らしげに言われるが、早晚同様の事態がおこることも予測される。

診療所の新たな病床の設置について大分県から提案があったが、全国有床診療所連絡協議会の常任理事会では各県の医療審議会にあがれば、ほとんど認可されることになっているとの説明がある。疑義があれば厚労省に問い合わせるように言われている。そのようにしてほしい旨を報告した。その他も話されたが、別紙報告を参照してほしい。

熊本出張はあと1回である。馬刺、辛子レンコンと別れる日も近くなった。

印象記



常任理事 安里 哲好

医療費適正化計画において、特定健診・保健指導の実施率や平均在院日数、療養病床数等の平成24年度までの達成目標が示され、達成状況に応じて都道府県の診療報酬の減額や保険者が拠出する後期高齢者支援金の増額が策定される主旨に対する医師会の対策と今後の進め方についての提案があった。特定健診受診率の低さはどの県も頭の痛いところだ。ところが、当県の平均在院日数とその達成目標値は幾らだったのかと、思い出せなかった。それにしても、目標値が高い壁として感じており、もっとゆっくり時間をかけて実施されるようお願いしたいものだ。

卒後医師臨床研修制度が医師の診療科及び地域偏在を招き、医療崩壊へと導く大きな要因となっていると指摘し、その制度の見直しが必要で、また、第三機関による後期研修医の適正配分や専攻科規制など、何らかの処置が必要ではという提案があった。2年間の研修を短縮することは制度上困難であろうから、研修内容を替えて、実質的に2年目より指導医のダブルチェックなし（必要に応じてダブルチェック）で診療ができる体制は可能だろうか。これからは、大学と地域の医療機関が連携し、大学の機能を活かした地域に根ざした医師の循環システムを構築することが医師不足を解決する近道ではないかと考える。その循環システムの後期研修期間において、離島診療に従事するシステムが作り出されることは重要と思われる。

公立病院改革ガイドラインに関する各県における状況については、8県の内、医師会が積極的に関わっているのは佐賀県と沖縄県のみであった。佐賀県は、医療審議会とは別に県行政において「公立病院の今後のあり方を考える会」が設置され、会長がそれに参画しており、またシンポジウムを1回開いたようだ。当県のように、熱く燃え、日々新聞紙上を賑わしている状況にはまだ至って無い感があった。

中小病院、診療所の医療安全対策の取組みは、年2回の講習会のみならず積極的に8日間・40時間の講座等を行っているところが3県、2回の講演会プラスαが2県、2回の講演会が3県であった。当会は、年2回の講演会の現状について述べ、各県の取組みを参考にし充実させて行きたいと回答をした。

新型インフルエンザに対する県医師会の対応策について、九州各県では当県が遅れている印象を受けた。その中で、大分県の都市医師会感染症対策担当理事連絡協議会と県との連携下に、対策がスムーズに進んでいる感があった。当県はアジアからの観光客を中心とした航空便や船舶が多く、また、近隣諸国旅行ツアーよりの帰沖の際等、国外から持ち込まれる可能性の高い地域と考えられる。そのような背景の中、完全でなくてもよいから、模擬訓練等を行うことは大きな進歩であろうと考える。県行政と県医師会、都市医師会とで連携し、発熱外来、感染防護具や治療薬の備蓄支援、迅速な診断システム、ワクチン接種時期の決定、医療従事者の補償制度の問題等、早急な対策の構築が望まれる。

懇親の場で、他県の素晴らしい地域医療実践活動を拝聴するため、色々な意見交流をすると、ある県は医師会活動の拠点の場（県医師会館）もまだ予定がたっていない、その土地の購入や建物を建てる蓄財も無いという。土地を確保し、会館を建てるための蓄財をしていただいた当会の諸先輩方に、改めて感謝の念が心よりこみ上げてきた。新会館を拠点とし、次年度は当県の地域医療活動の諸課題を検討し、一步でも前進したいものだとして心に記し、熊本の美酒と滋味深くそれでいて後悔の念を抱かせる馬肉を味わった。

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

平成20年度第5回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

常任理事 安里 哲好



去る1月26日（木）、県庁3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. 各種健診等の受診率向上対策に係る協力依頼について（福祉保健部）

<提案要旨>

本県における各種健診等の受診率は全国に比べて低く、特定健診及びがん検診等健診受診率の向上については重要な課題となっている。

このほど、各種健診についての周知や受診率向上を図るためのちらし及び健診実施機関を示すステッカー作成等を計画しているので、配布方や「沖縄県医師会」の名称の使用等についてご協力いただくようお願いする。

<主な意見等>

■本県における特定健診受診状況の中間報告によると健診率は非常に低い状況である。その要因としては、特定健診の他、がん検診や職

場健診、後期高齢者に対する健診等さまざまな健診があり、その違いが分かり難く健診を受けにくいとしている点が考えられる。県においては、各種健診の周知を徹底することを目的に、健診等に関するポスターやパンフレットを作成し、医療機関や市町村及び関係機関に配布したいと考えている。また、これらの健診をどこの施設で受ければ良いか分かり難いという話もあり、県においては各健診の実施を示すステッカーも作成し、各医療機関の入り口等に貼っていただきたいと考えている。については、これらのポスターやパンフレット、ステッカーに沖縄県医師会の名称を掲載させていただきたいと考えているので、ご理解ご協力をお願いしたい。

なお、パンフレットやステッカーの内容については、事前に沖縄県医師会の玉井理事にお目通しいただいていることを申し添える。また、パンフレットやステッカーの作成は保健医療福祉事業団の予算で作成することになっている（福祉保健部）。

□特定健診の実施率が低いと保険者へペナルティが課せられるが、各市町村では受診率向上に向けてどのような取り組みを行っているか(県医師会)。

■市町村においてはそれぞれでいろいろな受診率向上に向けた取り組みを行っている。また、各市町村の情報共有を図ることを目的とした発表の場も設けている。昨年は10月に開催し県医師会からも大山常任理事、玉井理事にご参加いただいた。次年度も継続して開催していきたい(福祉保健部)。

■次年度から、特定健診に係る業務を健康増進課に異動する。他の健康増進事業との連携等、効果的な保健事業を図りたいと考えている(福祉保健部)。

□健診受診率の向上も大切だが、本県では健診で要精査等となった方の受診率も非常に低い状況であることから、このような方に対しての受診勧奨も非常に重要である(県医師会)。

□市町村による住民への周知徹底が重要であり、もっと努力していただく必要性を感じる(県医師会)。

□受診券を失くされる方がいるが、再発行の手続きが煩雑で、結局面倒なので受診しないという方がいる。受診券再発行の手続き等をもっと簡素化する必要がある。また、市町村に問い合わせても相談窓口が設けられておらず、どちらに問い合わせたら良いか分かり難い(県医師会)。

■これまでの老人保健事業における住民健診は担当課が1つに整理されており、相談窓口も設置されていたが、特定健診になってから各健診によって担当課が異なり相談窓口がバラバラになっている(福祉保健部)。

■今後の課題であるとする(福祉保健部)。

2. 「うちなぁ医療ネット」の現況と今後の展開について(県医師会)

<提案要旨>

各病院・診療所においては、医療法に基づき、医療機能情報(法定項目【病院56項目、

診療所49項目])を「うちなぁ医療ネット」へ入力いただくこととしており、本会においても、各病院・診療所へ同システムへの入力について周知を図ってきた。

去る11月20日に開催された第4回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議では、入力状況が示され、病院89%【84施設(入力済)/94施設(全施設)】、診療所33%【279施設(入力済)/855施設(全施設)】との報告を受けた。

については、現在の入力状況についてお伺いする。また、今後の「うちなぁ医療ネット」を県民へどう周知していくか等、今後の展開についてお伺いする。

<福祉保健部の回答>

平成19年4月、患者さん等に対する医療に関する情報提供を推進する観点から、医療を受ける者が病院等の選択に資するように各医療機関はその医療機能情報を都道府県知事へ報告することとなった。

県は受け皿となる沖縄県医療機関検索システムーうちなぁ医療ネットーを平成20年3月28日に開設し、インターネットを通して県内医療機関からの情報データを受け入れるシステムを構築、整備している。

平成20年度は同制度の2年目に当たり、昨年10月に各医療機関に対して所定の情報を報告するよう通知している。

平成21年1月22日時点のうちなぁ医療ネットへの入力状況は、病院92.6%、(医科)診療所40.6%、歯科診療所33.1%及び助産所10%となっており、病院以外は50%にも満たない状況である。

インターネット入力された情報を基に沖縄県保健医療計画の医療連携体制図表の更新を行うこととなっているので、県医師会においては会員への入力周知を重ねてお願い申し上げる。

なお、県においても県広報誌12月号に記事を掲載して広く周知を図っているところである。

＜主な意見等＞

- 本会内の対外広報委員会で県民との懇談会を開催しているが、その中で医療情報についてピックアップされたので提案したところである（県医師会）。
- インターネットはほぼ導入済みだと思うが、診療所の入力状況がかなり低い（福祉保健部）。
- 職員に入力してもらえたら良いが、その他の問題点はないか（県医師会）。
- 入力する際のパスワードの紛失があるのではないか（県医師会）。
- パスワードについては紛失等された場合は、メールアドレスを教えていただければ添付ファイルで送信している（福祉保健部）。
- 紙ベースでの提出が多いが、インターネットを導入していないところもあるのか（福祉保健部）。
- 全てインターネットでの入力は無理である。今時ネットを導入していないとは決して言えない。手書きレセもかなりある（県医師会）。
- 問い合わせが良く来て、うちなぁ医療ネットを使うが入力されていないので苦慮している（福祉保健部）。
- 利用度、アクセス件数はどうなっているのか（県医師会）。
- 現在のところ集計中である（福祉保健部）。
- 介護保険では各施設で資金を出して行っている。しかし、アクセスしている人がいるのかどうか疑問に感じるところである。アクセス

されなければ意味がない（県医師会）。

- このシステムに関しては診療所の先生方に入力していただくことに尽きる（福祉保健部）。
- 医師会報等を利用して会員への周知を検討したい（県医師会）。

＜その他＞

本会宮城会長より、日医の都道府県医師会長会議で配布された平成21年度予算案（手当関係）について情報提供を行った。

本件は、救急医療や産科医療およびへき地医療を担う医師等に対する支援事業で、特徴的なのが都道府県や市町村が補助金を負担しない場合でも国が補助率分を支援できる内容となっており、沖縄県においても十分に検討いただきたい。

伊波部長からは、急ぎ前向きに検討したいとの回答を得た。

伊波部長より、重度心身障害者と2歳までの乳幼児の通院費の一部については、県が今年7月から自己負担を求める方針を決めていたところであるが、現状どおり自己負担金が0円になったとの報告があった。

また、次年度より、組織再編があり医務・国保課の国保の分が健康増進課へ、健康増進課の感染症や結核対策などが医務課へそれぞれ再編されるとの報告があった。

印象記



常任理事 安里 哲好

平成20年4月の沖縄県保健医療計画で、特定健康診査実施率の目標値は70%以上（平成24年度）、特定保健指導実施率の目標は45%以上としている。心・脳血管疾患および慢性腎臓病のベースともなるメタボリック症候群の発生を予防・早期発見して適切な保健指導と必要なら受診を促し、病状の

重症化への進展を阻止することを目的とする特定健診・特定保健指導は沖縄長寿復活への足がかりとして、大きな期待がもたれ、受診を高めるためにも、健診費用は全国一低い価格で設定されている。しかし現実において、特定健診の受診率（平成20年10月現在）は市町村国保が14.8%（10市においても、健診受診率は4.1%～33.2%のバラつきがある）、被用者保険が39.4%となっている。近々、20年度の最終結果と問題点が出るであろうが、それを分析し、効果的な対策を平成21年度に具現化するよう、県行政・市町村行政と沖縄県医師会が一番の課題と提示し、互いの連携の下に、必死になって取り組んで行きたいものだ。一方、目標未達成の都道府県は診療報酬の減額や保険者が拠出する後期高齢者支援金が増額されるというペナルティが課せられる予定とのことだが、関係各位の十分な理解と了解が得られているのか危惧するところである。

平成20年4月より、各病院・診療所は医療法に基づき、医療機能情報（法定項目：病院56項目、診療所49項目）を県行政へ届ける義務があり、当県は、それを「うちなあ医療ネット」へ入力することで届け出たと見なしている。平成21年1月22日時点で、「うちなあ医療ネット」への入力状況は病院92.6%（84/94施設中）、診療所（347/855施設中）となっている。尚一層の診療所の先生方のご協力を願いたい。

国が決めた医療関係の諸事業でも、県がその費用の1/2あるいは1/3を負担することになり、県財政および保健・医療・介護・福祉領域の財政が困窮の折、更なる負担が生じうる場合、県の事業計画としての提案ができない背景がある。今回、県の負担がほとんど無い「休日・夜間に救急患者を受入れる医療機関の勤務医師確保事業：救急勤務医手当」と「産科医等確保支援事業：分娩手当」の国の事業についての情報提供が当会からされ、急ぎ、前向きに検討するとの回答を得た。



第18回沖縄県医師会県民公開講座
 ゆらぐ健康長寿おきなわ
 ～特定健診でメタボ対策！～

理事 玉井 修



今回は会場をパシフィックホテル万座の間に
 変え、平成21年1月31日(土曜日)の午後1
 時半から開催されました。今回場所が変わった
 事で、参加人数が減るのではないかと不安
 がありました。実際には400人を超す参加人
 数で会場は満席となり追加の座席を入れて対応
 するという盛会でした。今回は特定健診開始初
 年度という事で、今回の特定健診を振り返って
 見えてきた課題をパネラーの皆さんにお話し
 いただき、残念ながら低調となった今回の特定
 健診受診率の次年度アップに結びつけていき
 たいというのが狙いでもありました。沖縄県でメ
 タボリック症候群が問題となっている事は論を待
 たないところでありますが、これが慢性腎臓病
 (CKD)を経て人工透析導入に至っている事

や、全国一の早世率に繋がっている事実は充分
 に認知されていません。今回の県民公開講座は
 様々な医療情報の提供ももちろんですが、栄養
 士会による栄養指導や健康運動指導士会による
 運動療法の実演がありました。パネラーの皆さん
 の講演とパネルディスカッションの間に健康
 運動指導士会の皆さんによる座ったままで出来
 るプチ体操のコーナーがありリラクゼーション
 を兼ねて非常に好評でした。沖縄県の特定健診
 は他府県に比較して非常に安価で、内容の充実
 した質の高い健診を行っているのが特徴です。
 これは沖縄県医師会による集合契約が果たした
 役割が非常に大きいと思います。個別健診と集
 団健診の健診内容を高いレベルで均一化し、価
 格交渉に関しても仲介役として難しい調整を行

ってまいりました。実際の運営にあたっては、現場における様々な問題解決にあたり、更に今後の課題の集積も地道に行ってきました。沖縄県医師会の活動はこの他府県に類をみない充実した特定健診を提供できる礎になっているのです。充実した質の高い特定健診の維持は、現在はまだ十分な受診率としてはね返ってきてはいませんが、いずれ県民に理解され浸透していくための必要条件であると考えております。そして私はこの1年間特定健診に関わり、様々な方面

の様々な方がこの特定健診の円滑な運営に汗を流していただいている事実に胸が熱くなる思いがしておりました。今後も充実した特定健診を県民に提供することが、県民の健康を維持増進させる為に必須であると確信しております。全国に誇れる素晴らしい特定健診集合契約の枠組みを崩すことなく、関係各機関と協力しながら今後も県民に質の高い特定健診を提供するために努力していきたいという熱い思いを新たにした県民公開講座でした。

講演の抄録

**特定健診は、県民のライフスタイルを
変える切り札となる**
～増え続ける肥満、太りゆく人類への挑戦～



浦添総合病院健診センター長 久田 友一郎

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

1. 増加し続け、そして蔓延するメタボリック症候群

平成18年度国民健康・栄養調査によれば、40～74歳でみると、男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリック症候群または予備群に該当するという。過酷な自然と向き合い、日々、空腹感のなかで、どのようにして食を得て、そしてどう生き延びていくのみを考

えていた私たちの祖先に、今の「肥満社会の出現」は想像できない。

米国統治下前の県民の摂取カロリーはおよそ本土の80%以下、空腹と想像を絶する戦禍に耐え、生き延びてきた先人たちの歩みが長寿、百寿者日本一の最大要因であった。しかし、脂質の摂取量は欧米並みとなり肥満先進国となった。そして「長寿県沖縄の神話」は脆くも崩壊した。

2. 特定健診でわかるメタボリック症候群をどう捉えるか

メタボリック症候群はマクロ的にみれば全身の動脈硬化が10年以上速く進行し、早世となる。すなわちメタボリック症候群は老化を促進する体内メカニズムの活性化を意味する。老化は「細胞の老化」だけでなく「生物の個体そのもの老化」である。現在、科学的な根拠があるといわれている老化説は「酸化ストレス説」および「老化遺伝子抑制と長寿促進遺伝子活性化説」であるといわれている。私たちがメタボリック症候群を克服する意義は、老化に歯止めをかけ、たとえ寿命が延びても、晩年を心筋梗塞・脳卒中・慢性時不全と向きあって暮らすのではなく、生きている限りは健康なままの人生

を楽しみたい。残された20～60年間の人生をどう健康に生きるかという一点に集約される。

3. 沖縄県の日常生活の風景と特定健診による変革

「車社会による体を動かさない生活」「脂肪の過剰摂取をもたらす揚げ物文化」「過剰な蛋白質と脂質を含むとチャンプルー料理」「居酒屋・ファーストフード日本一」「超夜型社会で夕食が夜食化した食生活」「飲み会つきのイベントの多さ」「週3～4回も飲み会があるヒト達」「残業社会」これらはすべてメタボリック症候群を発症させ老化を促進させる。この社会をどう変革するか？

過度の利便性にこだわり、快楽や食欲という欲望を満たすことを幸せと位置づけた価値観のもとでは、いったん禁断の木の実の味を覚えた人間はそれを簡単に打ち捨てることはできない。食生活行動・身体活動行動を律する意識・価値観の転換が必要。すなわち、老化を促進させるメタボリック症候群にならない「食」と「身体活動行動」の選択力を磨くこと、睡眠時間を削らないで働くことができる職場環境の整備である。日本食文化の最大の遺産は「腹八分ないし腹七分」かもしれない。それは「HARA-HATIBU」として全世界へ発信させる日がくるのかもしれない。

4. 特定健診が始まっている今、わたしたちは文明の転換期に生きている

地球温暖化現象に象徴されるように大量生産、大量消費、大量廃棄を前提とする石化エネルギー利用の地下資源型文明は終焉の時代に突入し、ここ数十年で太陽光や自然との共生による地上資源型文明へ移行するという。

しかし、地上資源型文明へ移行したとしても、私たちが遭遇している肥満社会が直ちに克服されるとは考えにくい。この公開講座は予防医学の最前線で活躍する崎原先生、糖尿病・メタボリック症候群の臨床や研究の第一人者である田仲先生、自治体で住民と向き合い特定健診

を推進している保健師の井上先生、沖縄の食の現状を見つめ、改善策を提言している県栄養士会の管理栄養士の田場先生による県民公開講座である。

感動・驚き・新しい発見・危機意識が「知」を育て、意識を変え、そして食行動や身体活動行動を変える。肥満先進県沖縄から、メタボリック症候群克服の道筋を探り、全国に発信したい。是非、多くの県民の皆様が参加されることを切望します。

メタボから慢性腎臓病 そして心臓病へ



医療法人秀明会 田仲医院院長 田仲 秀明

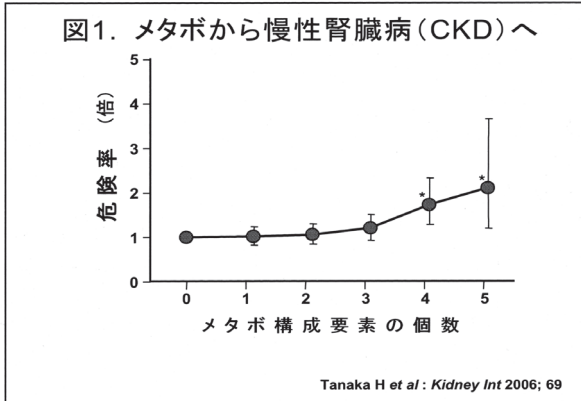
昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業
平成6年 琉球大学附属病院第2内科助手
平成10年 沖縄県立南部病院内科医長
平成14年 豊見城中央病院糖尿病・生活習慣病センター所長
平成17年 田仲医院院長

肥満者の割合が男女とも断トツで全国一であるわが県のメタボリックシンドローム（メタボ）の頻度を明らかにする目的で調査を行いました。対象となった集団は、豊見城中央病院の人間ドックを2003年5月から2004年3月までに受診した30歳から79歳までの男女合わせて約7,000人です。

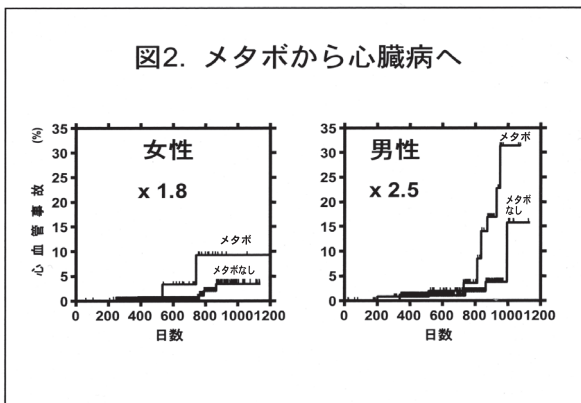
各メタボ構成要素の陽性率は、いずれも男性で高く、腹部肥満、高血圧、高中性脂肪、高血糖の順となりました。メタボの頻度は女性では加齢に伴って上昇しましたが、男性においては若年層を含む幅広い年齢層で高頻度でした。メタボの頻度は全体で、男性30.2%、女性10.3%であり、男性で有意に頻度が高いという

結果でした。

またこの集団でメタボと慢性腎臓病（CKD）の関連を調べたところ、メタボ構成要素の数が増えるに従ってCKDになる危険率が上昇しました（図1）。これはメタボとCKDが共通の基盤を持つ可能性を示唆します。



さらに同集団を3年間追跡調査したところ、メタボの存在は女性で1.8倍、男性で2.5倍心臓病の累積発生率を上昇させました（図2）。



以上の事実から、肥満が大元となりメタボやCKDを招来し、その結果心臓病に至ったと推察されました。

現在でも沖縄は、健康的な高齢者や百寿者の多い県として有名です。しかしながら、一方では若年から中年層に至るまで高脂肪食に代表される欧米型のライフスタイルが浸透しており、肥満が社会問題になっているのは皆様よくご存知の通りです。2005年の都道府県別平均寿命で、女性は全国一を堅持しましたが、65歳未満の死亡率では男性1位、女性5位と早世率でも全国一となっています。もはや超高齢者の長

寿命で、それより若い世代の凋落傾向を補いきれない事態と言えましょう。

今後の特定健診の成否が、健康長寿沖縄復活の鍵を握っているといっても過言ではありません。

特定健診によるメタボ攻略法



那覇市医師会 生活習慣病検診センター 副所長 崎原 永辰

- 昭和62年 秋田大学医学部医学科卒業
- 琉球大学医学部 脳神経外科
- 平成8年 コペンハーゲン大学留学
- 平成13年 那覇市医師会 生活習慣病検診センター副所長
- ・日本脳神経外科学会専門医
- ・日本医師会認定産業医
- ・日本人間ドック学会専門医

昨年から全国で開始した特定健診は、メタボリックシンドロームを制圧するための健康診断です。これまでの健康診断と大きく違う点は、問診の項目をはじめ検査項目およびその判定基準を全国で統一したことです。さらに結果をもとに保健指導をセットで行うことで、“脱メタボ”を目指すという明確な目的を持った健康診断です。

一般には“メタボ”イコール“肥満”と思われていますが、正確にはメタボリックシンドロームとは肥満が引き起こしやすい高血圧、脂質異常、血糖値異常などをすでに起こした状態を指します。それゆえ、メタボリックシンドロームの診断は、健康診断から得られる身体計測に加え、血圧測定と血液検査の結果を総合して初めて可能ということになります。

特定健診の問診項目は全部で22項目あり（表）、食習慣・運動習慣・喫煙・飲酒・休養に関する生活習慣の質問です。特に9番目の質

問は、「20歳の時の体重から10kg以上増加していますか」、13番目の質問は、「この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか」というものですが、この2つの質問はとても重要で、過去から最近の体重の変化を知ることができます。つまり、毎日の食事で摂取するエネルギーと、運動などで消費するエネルギーの平均的なバランスがわかります。このバランスがゼロならば体重は変化せず、プラスなら肥満し、マイナスなら減量していくということです。このエネルギーバランス(カロリーバランス)の評価は最も重要な事項です。

メタボリックシンドロームによる検査値異常を改善するためには、肥満を解消して個人に合った体重を維持することが欠かせません。しかしながら減量を特別な方法や食材に頼ったり、歯を食いしばって頑張るといったような短期的なやりかたを選択すると失敗してしまうようです。むしろ長期的な観点で、生活の習慣を少し見直すという考え方が功を奏することが多くお勧めです。1日の食事による摂取カロリーを仮に2,000kcalとした場合、その一割分は200kcalですが、この程度の熱量でも1年間蓄積すれば73,000kcal(200kcal×365日)となり、体脂肪1kgは7,000kcalなので、体重10kgに相当する熱量になります。つまり理論上は、腹八分ならぬ腹九分でも十分な効果を得られるわけです。

特定健診によるメタボ攻略法として、「多くの方が特定健診を受診してメタボリックシンドロームの有無を評価すること」、「健康診断の結果をもとに目標体重を設定し、現在の食習慣と運動習慣の改善の計画を立てること」、「無理のない方法で実行・継続すること」の3点が挙げられます。

特定健診が初年度を終えましたが、沖縄県内の健診受診率はかなり低いことが予想されています。今後この特定健診に県民が今以上に注目し、受診率を全国一に高めるならば、“長寿の島”復活も現実のものとなると考えております。

表 特定健診問診項目

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性的腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合 <input type="checkbox"/> 1-2合 <input type="checkbox"/> 2-3合 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しづつ始めている(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

100キロカロリーの戦略
～メタボは予防できる～



沖縄県栄養士会副会長 沖縄市役所市民健康課副主幹
田場 美智子

京都家政短期大学卒業
京都家政短期大学栄養専修課程修了
管理栄養士登録(昭和57年)
沖縄県栄養士会理事(平成12年)

《特定保健指導》

特定保健指導は生活習慣を振り返る絶好のチャ

ンスです。個々に応じた相談が受けられ、健康的な新しい自分へ生まれ変わる貴重な時間です。特定保健指導の案内のあった方はぜひ会場へ足をお運びください。“改善のポイント”を支援します。

I. 肥満解消でメタボ予防

食べるという本能的な行動が、時に内臓脂肪の蓄積を招き、様々な検査異常を伴います。そのリスクの重なった状態を放置し続けると、脳卒中、糖尿病合併症等につながってしまいます。しかし、その入口は摂取エネルギー超過(肥満)にあり、流れを変え、進行を抑制することは可能です。

II. 肥満と減量のシミュレーション

例えば1日に100kcal余分に摂取し続けると1年後どうなるでしょう。

およそ5kgの体重増加になります。(体脂肪1kgは7,000kcalに相当)

あなたの1年後はどうでしょうか。3年後、5年後はどうでしょう。

III. 100kcalの戦略

肥満は毎日の食生活の積み重ねが招いてしまいます。量と頻度が課題です。

気になる身近な食品エネルギー量に視点をおき、戦略を練ってみましょう。

エネルギーを消費する身体活動も重要なカギです。

IV. エネルギー収支バランスの改善

今回は4つの項目についての提案です。

続けられそうな、実行できそうな何かをひとつ見つけましょう。

1. 主食摂取量の把握：適量摂取
2. 間食習慣の改善：よく食べる菓子類のエネルギー量の把握
3. 飲酒習慣の改善：アルコールのエネルギー量の把握

4. 油脂摂取量の把握：種類とエネルギー量・調理使用量等

V. 確実に身体が変わる！

今日から行動を起こしてみませんか。確実に身体に変化が起こります。

2,000種類も存在する食品にはそれぞれ特徴があり、エネルギー量や栄養価が異なります。しかし、よく口にする食品は限られているため、気になる食品を絞り、気軽に「kcal」をチェックしてみましょう。まず継続出来そうなことを見つけてみましょう。

※長期に蓄積された体脂肪を急激に減らすことは危険であり、リバウンドの可能性も高い。減量は食や運動の他、ストレスの解消や生活リズムを整えることも重要です。

エネルギー量のめやす！

< 資料 >

表1

ご 飯	重量 g	kcal
おにぎり 1個	120	200
ご飯茶碗 1杯	180	300

表1-2

パ ン	重量 g	Kcal
食パン 1枚	60	158
フランスパン 6cm	#	167
ロールパン 2個	#	190
クロワッサン 2個	#	268

表3

油脂類	容 量	kcal
サラダ油	大きじ1	111
オリーブ油	#	111
ごま油	#	111
豚脂(ラード)	#	113
バター	#	97
マヨネーズ	#	84

表5

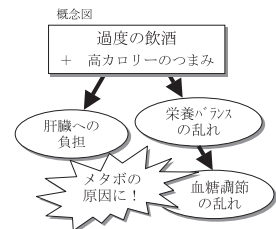
アルコール量 20gに相当する酒類のエネルギー量比較	
ビール (540ml=中ビン1本強)	216 kcal
日本酒 (160ml=1合弱)	177 kcal
ワイン (220ml=ワイングラス2杯弱)	157 kcal
焼酎 (35度) (70ml 1/2合弱)	142 kcal
ウイスキー・ブランディ (60ml=ダブル)	142 kcal
泡盛(30度) (90ml=1/2合)	176 kcal

表2

菓子類	重量 g	kcal
砂糖天ぷら小 1個	30	163
ちんすこー 2個	20	85
黒砂糖 2個	25	88
蒸しまんじゅう 1個	180	450
あんもち 1個	114	319
かりん糖 5個	42	185
カステラ 1切れ	50	160
ショートケーキ 1切れ	110	378
焼チーズケーキ 1切れ	140	435

表4

アルコール	容量 ml	kcal
日本酒 16.2%	180	194
ワウ白・赤 12.0%	100	73
ビール 1缶	350	141
ビール 大1缶	500	201
泡盛 25%	180	263
焼酎 25%	180	247



1. 主食の適正摂取量⇒1日に必要なエネルギー1600~1800kcalの場合は主食 4~5sv(食事パ'アツカ'付)⇒ご飯軽く 4~5杯分
2. 間食のエネルギー量のめやす⇒総摂取量の10~15%程度に
3. 植物油のエネルギー量は同じ⇒脂肪酸組成が異なる
4. 飲酒の適量⇒アルコールに換算して約 20g

・五訂日本食品標準成分表
・エネルギー早わかり(女子栄養大学)
・沖縄の健康食(県栄養士会)
・学習教材集(19-特別-指定-029)
参考

特定健診を受診して慢性腎臓病 (CKD) を予防しよう
 ～早期発見の場は、特定健診です～



南城市保健師 井上 優子

平成元年 沖縄県立那覇看護学校卒業
 平成5年 旧玉城村役場保健師
 平成18年 南城市役所保健師

私の勤める南城市においては、国民健康保険に加入している40歳～74歳の住民が対象になります。平成20年12月25日現在、対象者8,513人のうち特定健診を受診した方は2,100人で受診率24.7%です。

残り6,413人が未受診です。ちなみに南城市の20年度の目標は35%です。

2. 何故特定健診を受診するのか？

「どこも痛くないのに、ご飯もお酒もおいしいのに何で受けるの私の勝手でしょ」「痛くなったら病院に行くよ」という言葉を耳にします。痛くなったり症状がでてからでは大変です。医療費は高額になり、生活制限も厳しくなります。すでに、腎臓を悪くしたり人工透析になってしまった人の話を聞いてみますと「風邪で病院に行くと透析と言われ目の前が真っ暗になった」「健診を受けてわかるんだったら受けていればよかった」と必ず後悔の言葉を耳にします。私達はそういう人を出してはいけないと未受診者対策に力を入れています。

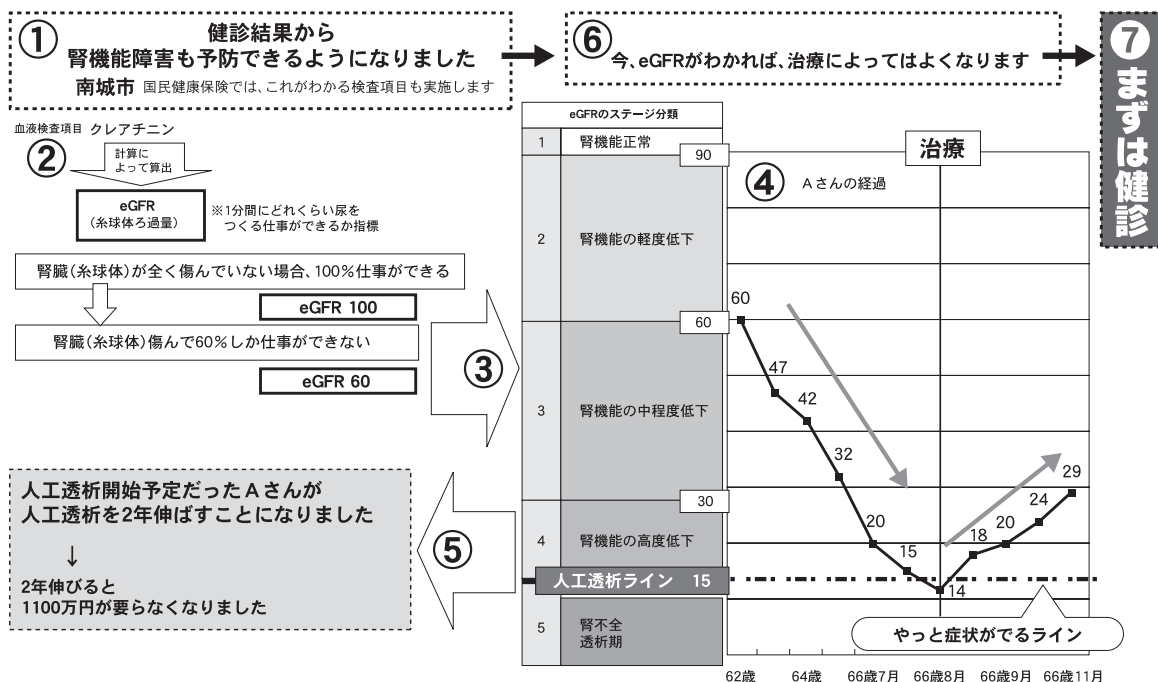
早期発見又は予防可能な段階で発見されるのが特定健診です。

特定健診は、メタボリック健診というイメージが強いと思います。肥満から起こる病気を予

1. 特定健診は、受診されましたか？

平成20年度4月より、特定健診特定保健指導という新しい健診システムが導入されました。大きく変化したのは、

- ①実施主体が医療保険者になったこと（皆さんの持っている保険手帳の主）です。
- ②国は、平成24年度の受診率目標を65%と掲げ、それが達成できなければペナルティを課すこと（若者の負担が増える仕組み）後期高齢者医療を支える支援金をたくさん払わなければならなくなります。



報 告

防することですが、もうひとつ大事な項目が入っています。

3. 大事な項目とは？

なんと、慢性腎臓病かどうか分かるんです。

平成19年2月24日、第14回県民公開講座 ゆらぐ健康長寿おきなわ「慢性腎臓病」～なぜ多い沖縄の腎不全～のテーマで講演していたのを覚えていらっしゃるでしょうか？

沖縄は、透析が多く健診受診率が低い、早期発見が大事と話していました。

今回の特定健診では慢性腎臓病が判定でき、どの段階かが分かるように1～5段階のステージで分類されとてもわかりやすい指標となっています。ステージ分類は、血液検査の項目の血清クレアチニンと性別、年齢で計算されe-GFR（糸球体濾過量）であらわします。腎臓の能力がどれくらいか？また、将来予測もできるようになっています。

さて、あなたのステージはどの段階でしょう？健診を受診しなければわかりません。

1. 腎臓病の発見は、健診結果から～尿検査と血清クレアチニンが大切です～
今までの健診結果を記録してみましょう。

検査項目		基準値	年齢			男性		
			検査年	41歳	42歳	43歳		
			H18年	H19年	H20年			
			(空腹)	(空腹)	(空腹)			
身体の大きさ	身長	cm	169	169	169			
	体重	kg	77.3	73.9	73			
	BMI	18.5 ~ 24.9	27	25.7	25.4			
腹囲	男	~ 84cm		89	88			
	女	~ 89cm						
内臓脂肪の蓄積 血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	中性脂肪	空腹 ~ 149mg/dℓ 食後 ~ 249mg/dℓ	299	425	114			
	HDL コレステロール	40 ~ 80mg/dℓ	45	50	50			
	AST(GOT)	~ 30IU/ℓ	31	26	18			
	ALT(GPT)	~ 30IU/ℓ	52	30	20			
	γ-GT(γ-GTP)	~ 50IU/ℓ	117	103	57			
内皮障害 易血栓化 の危険因子	尿酸	~ 6.9g/dℓ	9.3	7.8	7.3			
	血圧	収縮期	130 未満	140	126	120		
		拡張期	85 未満	86	86	78		
抵抗性 インスリン	ヘマトクリット	~ 46%	45.6	46.9				
	血色素 (ヘモグロビン)	男 13 ~ 18g/dℓ 女 12 ~ 16g/dℓ	15	15.4				
	血糖	空腹時 ~ 99mg/dℓ 食後 ~ 139mg/dℓ	120	126	106			
	HbA1c	~ 5.2%	6.1	5.9	5.5			
	尿糖	(-)	(-)	(-)	(-)			
その他の 動脈硬化 の危険因子	総コレステロール	~ 219mg/dℓ	238	238	233			
	LDL コレステロール	~ 119mg/dℓ	133.2	147	156			
血管変化	心臓	心電図	所見なし	9-4-1(反時計方向回転)	9-4-2(反時計方向回転)			
		眼底検査	H O S O	異常なし	異常なし			
	腎臓	血清クレアチニン	男 ~ 1.3mg/dℓ 女 ~ 1.2mg/dℓ	1.05	0.98	0.9		
		eGFR * (糸球体ろ過量)	60~ ml/min/1.73m ²	57.7	62.2	68.2		
		尿蛋白	(-)	(+)	(-)	(-)		
尿潜血	(-)	(-)	(-)					

座談会～県民公開講座を終えて～

○玉井理事 座長の久田先生。今日の公開講座を終えてのご感想をお願いいたします。

○久田座長 今回の公開講座の主旨は、特定健診をたくさんの方に認知していただいて、受診していただくというものでした。

沖縄では受診数が少ないことと、特定健診が一般の方々に周知徹底されていないためによるものでした。パネリストの先生方の説明はとてもよかったんですが、講演会を聴きに来られる方はある程度意識の高い方なので、来ない人をどうするかが問題ですね。

新聞等で周知しないといけないと思うんですが・・・

○田仲先生 僕は今日はあまり特定健診には触れないで、なぜメタボ対策が必要か説明し、

間接的に健診の受診率が上がってもらえればと思って話をしました。会場からの質問の中に今実際に受診している方が特定健診を受診したほうが良いのかという微妙な質問があったんですが、本当は主旨から言ったら若い人や病院に掛かってないような人に是非行ってもらいたいですよね。

○崎原先生 今日、メタボ攻略法について話をしました。沖縄県のメタボリックシンドロームをどうするかということについて、先ず第一番目に受診率を上げることがその攻略になるというお話をしました。受診者のモチベーションをどう上げるかという点については、それには確かに啓発が必要ですが、医療機関側の受診環境を整えることも重要だと考えました。ま

た、若い人達がどうしたらメタボリックシンドロームにならないようにするかという点については、小学校の頃から生活習慣病は始まるので“食育”を行うとともに、社会人を目前にした高校生に対しても啓発活動が重要だと感じております。

○田場先生 今日、100キロカロリーの戦略というかたちでの報告をさせていただきました。

栄養士の立場で現場レベルの話をしていただいたんですが、今回の特定健診・特定保健指導は市町村が中心となってやっているの、その立場で話しをすれば、自分自身も納得できたかなと思いました。

○井上先生 今日の講演で受診率向上に向けて成功したかなと思います。市町村で困っていることは、治療中の方が結構いることです。国は治療中の方が来たらきちんと受診させなさいとあっていて、私たちはきちんとそれを守っていかなくては行けませんので、治療中の方にも呼びかけを行っていますが、まだ今は医師主導型なので、先生から「なんで同じ項目なのに受けるの?」と言われたから受けないという方もいたんですが、崎原先生が先ほどおっしゃっていただいたように、医療機関に説明に回ろうと思っております。

○田仲先生 受診率が上がらない場合のペナルティの事があるので僕も応援しますが、本当は一度もやったことが無い人を採血したいですよ。そこにお金を使って欲しい。

○井上先生 そうなんです。それが大事ですね。

○玉井理事 特定健診に関しては、例えば普通の診療と一緒にいって、タダで受けられると触れ込みで受けたにも関わらず、診療報酬が発生したり、しなかったりするわけです。

いま言ったことは、現場で混乱する可能性があります。窓口で「タダだといったじゃないか」ということになることも考えられます。この辺をきちんと切り分けないと行けませんね。

今、色々話を伺ったんですが、会場のフロアから色々質問が出ておりましたが、それについてはいかがでしたでしょうか。

○久田座長 CKDや特定健診、食事、運動療法といってもなかなか難しく、個人的に30分話をしても理解をすることは難しいと思います。

最小の項目で最大の効果が得られるようなものがあれば良いのですが、ただ、一番の問題は肥満であり、肥満が全ての生活習慣病の入り口になっているので、肥満にならないためにどうすればよいか考えなければいけません。

“特定健診の受診率を全国ナンバーワンにしよう”をキャッチフレーズにすることも非常に良いことだと思います。それを盾にしてみんなが特定健診を受けてもらえば自分の内臓脂肪についてもより理解を深めると思います。とにかく受診率をあげて先ず実態を知ってもらうことから始めて、肥満に入っていったほうがアプローチしやすいと思います。”全国ナンバーワンにしよう”といったらなんとなくその気にならないかなという感じもします。

本日の会場の質問は色々ありましたが、まだまだ、特定健診について周知徹底が必要だと感じています。

○玉井理事 そうですね。僕も質問は見ましたが、会場からのリクエストの中にはもっと受けやすい健診であってほしいといった要望がいくつかありました。「社会保険の人はどうなっているのか」とか、「受けにいったけど受け付けてくれなかった」とか「通院しているから受けなくて良い」と言われたといった話があります。このあたりは医師会または医療側の周知徹底も必要かと感じています。

○久田座長 特定健診において社会保険の本人や、扶養、非扶養のかたはどうするのかということは全く徹底されていないですね。政管健保や企業内で入っている方はいいんですが、企業の場合でも特定健診で補助を出すところがあれば、出来ないところもあってその場合は国保に行ってくださいと言われて、受診者がどこにいていいかわからなくなることがあります。

医療機関でも中々十分に理解はしていないと思います。

○高江洲統括監



健診が混乱していることが分かっているの
で、県と県医師会との
連絡会において話し合
い、県がポスターを作
ることになりました。
それを各診療所に貼っ

ていただきたいと思います。また、それぞれの
医療機関ができる項目を表示するポスターも作
成するのでそれを表に貼って頂きたいと思いま
す。2月中に各診療所にいきますので、それを
ご利用いただければ理解も深まるのではないか
と思いますので、よろしくお願ひします。

我々も健診率をアップするためにどうすれば
よいか検討を行っておりますが、今は実際に健
診を行っている先生方も混乱している状況であ
りますので、解りやすい健診の仕組みを示した
パンフがありますので、それを受付において指
導して頂きたいと思ひます。

これで分かりづらいということであればご指
摘いただきたいんです。

○崎原先生 社保に関する職場健診というの
は、労働安全衛生法で事業主が労働者の健康管
理をすることは決められているので、ある程度受
診率は予測がつくんですが、問題は自営業です
ね。自営業者は自分の仕事を休んでいかなけれ
ばいけませんので、なるべく短時間で、しかも自
治会などを利用して、国保関連の受診率を上げ
るようにするときっかけづくりができるのでは
ないでしょうか。

実際、今後のモデルケースになるかと思いま
すが、我々は真和志地区の自治会から直接頼ま
れて、健診を受診して帰るまでの所用時間を
30分でやる事が出来ました。那覇市から50
人をそれぞれ30分で終わって欲しいとの要望
があったのでやってみたのですが、実際に出来
ました。これからは、土曜の健診、南城市がや
っている夜の健診や、日曜日の健診など、本当
にそこまで需要があるのかわかりませんが、も
しあるのであれば、受診者の利便性を考えて実

施していかなくてはならないと考えています。

○井上先生 南城市も短時間で受けられる仕
組みになっています。

○玉井理事 短時間で特定健診を受けるとい
う効率を高めることは大事な事だと思います。

ただ、実際に受診をされている方の中には、
理解力にかなりの差があります。

問診に関しても、ひとつひとつ聴いていかな
いと、これを理解できない方も非常に多い。こ
の方達を拾い上げていくこと、例えば地域の診
療所等がそのチャンネルにならないといけない
のではないかと思います。

そういう意味でも医師会が音頭をとって各地
域の診療所をサポートしていくことが今後求め
られていくと思ひます。

○宮城会長



医師会が全面的に協
力するということで各
医療機関は手を挙げる
ようにと広報しており
ました。また、健診を
受けやすいように全国
一安い委託料になって

います。これはいずれ料金をあげなければいけ
ませんが、個人負担を増やしたからといって受
診率が下がることは無いと思ひます。市町村か
らは自己負担が増えると健診率が落ちるから
できるだけ安く設定してくれとの要望があつた
ことから、医師会も健診率を上げるために協力
してきましたが、問題は、健診率をあげるには
自治体の熱意が必要です。ですから自治体によ
って差がありますよね。

○玉井理事 僕も各自治体を見てきてつくづ
く思うのは、受診者側の発想で考えているかど
うかだと思います。受診者がこの受診券を見て
特定健診を理解できるのかという発想をもっ
て、パンフ作りや広報を行っているのか、やは
り自治体によって差があると思ひます。全てそ
うですが、新しいことをするためには周知徹底
させることに対してどういう視点でモノを作る
かが重要だと思います。

○高江洲統括監 私は以前南部福祉保健所にいました。糸満市は一番医療費が高くて、一番健診の受診率が悪いです。それである作戦をたてました。福祉保健所がいけば、市もきちんと受け応えてくれるだろうということで、部課長会議の後30分程時間をとって、特定健診の話や糸満市の医療費の話などをしました。

ねらいは、部課長が内容を解れば担当者が予算要求しやすいのではないかということからでした。

○玉井理事 タイムスの平良さん。今日は400名ほど来られてたと思いますが。実際会場にいらしてどのような感想をお持ちでしょうか。

○平良沖繩タイムス社社会部長



最初は入りがあまり良なくて、心配してたんですが、途中から沢山はいつてきてイスを追加したほどでした。参加者も非常に熱心で、テーマからするとかなり

難しいと思うんですが、これまで医師会や行政が取り組んできた成果が出ているのではないかと感じております。去年はタイムスの記者がメタボ兄弟としてダイエットの連載記事を掲載

していましたが、一人は見事にリバウンドしておりました。

私も目の前で見えて、非常に大変だと感じておりますが、やはり特効薬は無く、地道な努力が必要だと思いました。

これまで色々報道してきたつもりであります。まだまだ個人的に認知度の差があるかと思っておりますので今後も協力していきたいと思っております。

○玉井理事 特定健診については、一回や二回で健診実数が良くなるわけでは無いと思えますし、これからも様々なチャンネルを使って理解を求めると共に、周知徹底をして受診率アップに結びつけていきたいと思っております。

○宮城会長 長寿復活が最大の課題です。本日の講演で早世率が全国一ということを知ってびっくりしておりますが、この辺りを徹底していくべきだと思います。健康長寿を取り戻すことが目的ですのでそのために色々な人たちががんばってける仕組みづくりが大事じゃないかと思えます。そのために医師会としてもできるだけのことはやっていきたいと思えます。

このような企画はもって進めていくべきだと思います。

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。

(33歳・女性・管理栄養士)

- ①多職種の方々から講演を聴くことができ良かったです。メタボと疾患の要因のグラフ等がわかりやすく学習できました。日頃から有酸素運動を心がけています。
- ②講演会についてのお知らせをラジオでも案内して欲しい。講座の年間予定（スケジュール等）があればホームページで公開して欲しい。

(30代・女性・病院内事務)

- ①夫婦で参加しました。夫が肥満なのですが全く減量する努力が見られないので、専門の先生方の講演を聞いて少しでもライフスタイルが良い方向へ向かってくれたらと期待しています。
- ②今後も、今のように土・日に定期的に公開講座を開催していただくとありがたいです。

(66歳・女性)

- ①初めて講演会に参加しました。普段から健康には気をつけているつもりでしたが、今以上に関心を持って頑張らなければいけないと思いました。今後はウォーキングを続けて足腰を強くしなければと思います。
- ②離島にもいらして、いろいろアドバイスして下さい。

(69歳・男性)

- ①運動、食事に、今以上に気をつけたい。
- ②若者のメタボ（予備軍）が多いとのことなので、職場での健康診断で注意するシステムに力を入れたら良いと思う。医師会のアピールに期待する。



プチ体操



会場風景



栄養指導コーナー



運動指導コーナー