

沖縄県医師会平成21年度 研修医歓迎レセプション

理事 玉井 修

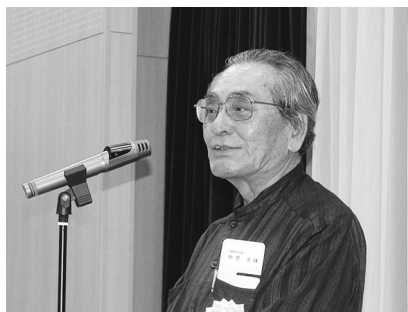


平成21年4月24日（金）午後7時から沖縄県医師会館において平成21年度研修医歓迎レセプションが開催されました。新臨床研修医制度が平成16年に始まって以降、琉球大学を中心とするRyuMIC研修グループ、県立病院を中心とする研修グループ、そして私立を含めた病院郡で形成する群星（むりぶし）研修グループの3つの研修体制が切磋琢磨して臨床研修の

レベルアップが図られました。これが沖縄県において毎年140人前後の初期臨床研修を受け入れる素地を作り、臨床研修のメッカとなる事に繋がっていった事は多くの離島医療圏を抱え、医師不足に悩まされ続けた沖縄県にとって非常に大きな福音となりました。今後、この若い医師達が永く医師として成長していく為に必要なのは、沖縄県を全島一体型の臨床研修の場とし



挨拶をする宮城信雄会長



挨拶をする仲里全輝副知事



挨拶をする須加原一博
琉球大学医学部附属病院院長

て提供できる体制作りではないかという活発な議論は新臨床研修医制度の発足と同時に沖縄県医師会では話し合われておりました。しかし、新臨床研修医制度により実際に研修医の受け入れが始まってみると、3つの研修グループを互いに交流を持たせ、自由な学びの場としてお互いに補完し合うという理想的な融合には多くの課題がありました。臨床研修医の歓迎会も3つの研修グループがそれぞれバラバラに開催されていたのが現状でした。

しかし、平成21年度ついに沖縄県医師会主催により、沖縄県で臨床研修する医師達が一同に集まって合同歓迎レセプションが開催される事になりました。これは平成20年12月に沖縄県医師会館が新たに新築された事も大きな追い風になりました。沖縄県で医師として成長していく若い医師達を沖縄全体で歓迎しようという非常に大きな理想を形にすることができました。この合同レセプションは始まりであり、今後沖縄県を一つの研修の場として、大きな器で臨床研修が行える大きな進歩への礎になるものと期待されています。今年6月の県医師会医学会総会では今後の後期研修へのあり方に関して、各研修グループから研修医がシンポジストとなって活発な議論がなされる事になっております。若い医師達が大きな夢と希望を持ってこの地で医師として成長できるために、研修医自身が主体的に議論して頂きたいと思っております。今後沖縄県の医療を担う人材を育成するために大切なのは、若い医師達が存分に学べる大きな器をどのように提供していくかという事と、若い医師達の燃えるような情熱だと思っております。当日

は今回沖縄県での研修が決まった139名中122名の研修医と100名を超える指導医らで沖縄県医師会館は文字通り溢れ返っておりました。今回の合同レセプションには沖縄県民全てが新臨床研修医の皆さんを熱烈に歓迎するという主旨を伝えるために沖縄県の仲里副知事がご挨拶にみえ、激励のお言葉を頂戴しました。見渡す笑顔に今後の臨床研修体制の融和を期待し、若い熱気に研修医諸君の高いモチベーションを期待した合同レセプションでした。医師不足、医療崩壊が叫ばれている昨今、この合同レセプションで感じた融和と情熱がこの難局を乗り切る一つのキーワードとなる事を確信いたしました。

研修医の代表挨拶

豊見城中央病院 梅田基子研修医

今日は、私たち研修医のために、このような立派な歓迎会を開いていただき、誠にありがとうございます。

宮城信雄医師会長をはじめとした先輩の皆様から、そして仲井真弘多県知事からのお言葉をいただき、身にしみて感動しているところであります。研修医一同を代表して、心からお礼申し上げます。

古い言い方かもしれませんが、「若いうちの苦勞は買ってでもしろ」と言われます。日々の努力を成長の糧と信じ、熱意と謙虚さを持って、一日も早く先輩方に追いつけるように努力してまいります。しかし、社会人としても医師としても未熟であることが多々あります。先輩方のご指導を仰ぎながら、人として医師として



乾杯の音頭をとる大久保和明県立南部医療センター・こども医療センター院長



研修医代表挨拶をする豊見城中央病院梅田基子研修医



会場風景

大きくなって行きたいと思います。

最後に、私たち新研修医は、患者さん国民のための良き医師となるための礎を学ぶために、臨床研修のメッカである此処沖縄に夢を持ってやって来ました。

改めてがんばる決意を表明して、以上、簡単ではございますが、研修医を代表してご挨拶の言葉とさせていただきます。

本日は誠にありがとうございます！

研修医へのインタビュー



琉球大学医学部附属病院 新垣 精久 研修医

沖縄県医師会 平成21年度研修医歓迎レセプション
 日時：平成21年4月24日（金）
 19：00～21：00
 場所：沖縄県医師会館（3F・ホール）

会次第

司会：玉井修 理事

1. 開 会
 沖縄県医師会副会長 玉城 信光
2. 挨 拶
 沖縄県医師会会長 宮城 信雄
 沖縄県知事 仲井眞弘多
 琉球大学医学部附属病院院長 須加原一博
3. 乾 杯
 県立南部医療センター・
 こども医療センター院長 大久保和明
 ～歓談～
4. 新研修医紹介 管理型病院ごとに
5. 研修医代表挨拶
 豊見城中央病院 梅田 基子
 ～歓談～
6. 閉 会
 沖縄県医師会副会長 小渡 敬

質問1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

大学浪人していた時に、遺伝子工学についての本に触れる機会があり、それがきっかけで医学に興味を持ちました。それとほぼ同時期に、医学部に進学していた兄に医学部受験を勧められて心をきめました。

質問2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？

2年間の初期研修を終えた際に専門領域を決定しますが、そこでの診療ないし手技について困らない程度の知識と経験を詰められたらよいと思います。

そういう意味で、琉大病院では、専門性の高い疾患に触れる機会が多く、基本的な知識を身につけると同時に最新の知見について得られると考えたからです。

質問3. 将来をどのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。

いつも第一に考えているのは笑顔。もちろん常に笑顔でいられるわけではないですが、それでも、一人の患者さんの不安やご家族の気持ちを少しでも和らげられればと思います。そして同時に豊富な知識で最大限のケアをし、持てる技術を発揮する、そんな医師になりたいです。



余興



研修医の紹介



宮城会長を囲む会員並びに研修医の方々



県立南部医療センター・こども医療センター 堤 範音 研修医

質問1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

私が医師を目指した理由は父の病気でした。高校生だった私は病気に倒れた父の姿を目の当たりにして病気というものに強い怒りを覚えました。そして、医師という職業がどのようなものかわからないまま、ただ漠然と「父を治したい!」という気持ちで医師を目指しました。ときに目標を見失いかけることもありましたが、自分は何故医師になりたいのかと自分に問いかけながら、また自分が尊敬する医師のことを心に浮かべながら医師を目指してきました。大学に入りいろいろと勉強していく中で進みたい専門は最初に目指したところと変わってきましたが、「父を治したい!」という気持ちが私の根幹にあるという事は変わってないと思います。

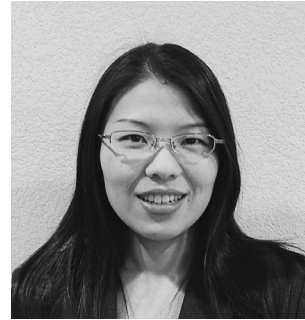
ちなみに、現在父は元気に暮らしております。ご報告までに。

質問2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか?また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか?

私が臨床研修に求めているものは、患者さんと話が出来る医師になるために必要な知識と経験です。患者さんと話をするときには、自分の中に確かな知識がないとちゃんと話ができないと思います。それを確かなものにするためには技術と経験での裏打ちが必要であると思っています。そして、それには何が必要かということを感じさせてくれる指導者の存在が絶対不可欠だと思います。南部医療センターは学べる環境・ER直営をはじめとした豊富な経験・松本廣嗣先生を初めとした教育熱心な指導医や病院スタッフの方々、そのすべてを持っている病院だと思い自分の研修先として選びました。

質問3. 将来をどのような医師になりたいですか?お聞かせ下さい。

私は医療を行う上で医師と患者さんの信頼関係というのが一番大事なものだと思っています。そのためには医療の質が高いということはもちろんですが、患者さんと笑顔で話ができるということがとても重要なことではないかと思っています。私は表情は感情を表に出す一番の手段だと考えており笑顔はその最たるものであると思っています。生涯一人の医師として医学に対して研鑽を怠らず、持てる知識を総動員し、後進の教育をし、笑顔で患者さんを安心させる、そして病気を診るのではなく仁を見る、これが私の理想の医師の姿であり将来の目指すべき医師像です。



中部徳洲会病院 上門 あきの 研修医

質問1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

幼い頃に人助けができる医者にといい素晴らしい理由があればよかったのですが、私の場合は、基本的に単純すぎて書くのもお恥ずかしいのですが、小学生の頃から制服を着る仕事か飛行機に関連した仕事をやりたいと思っていたのですが、中学生になって、ちょうどその頃、アメリカのTVドラマ『ER』が放送されるようになり、ドラマではあるにせよ、あの救命救急医たちの活躍にかなり感銘を受け、そのまま突っ走ってきたというのが、正直な理由です。

質問2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか?また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか?

臨床研修に期待していることは、各科ごとの基本的な考え方を学んでいくことでしょうか。多くの科をこの2年の間に研修でラウンドするので、科ごとの考え方ややり方をすべて吸収し、オールマイティになるのは無理だとは思っていますが、土台の考え方をしっかり学ぶことはできると思うんです。

また、研修では、学生生活とは違って、検査や治療法、所見を患者さんからとることも、「すべて机の上」ではなく、自分で実際にしなければいけない。頭で考えることはできても、実際に行動ができなくてはいけないと学生の頃から強く感じていました。そういった理由もあって、多くの症例、手技が経験できる病院に行きたいと思っていたので、中部徳洲会病院を選びました。また、中部徳洲会病院では医師はもちろん、看護師や多くの職種のコメディカルの方々、非常に患者さんの為の医療をみんなで実践していて、ここでだったら、医師としてもあるべき姿を多くの職種の方々たちから学んでいけると強く感じたからです。

質問3. 将来をどのような医師になりたいですか?お聞かせ下さい。

伊波院長がよくおっしゃっているのですが、『患者を断らない医者』というのが理想でしょうか。理想像をそれとして終わらせるのではなく、その理想に出来るだけ、限りなく近い状態になりたいです。そのために、救急が盛んな中部徳洲会病院を選んだ、と言っても過言ではないです。

今現在は、医師免許あれど、半人前でもないドクターで、とりえず一人前になる、というのが近い将来の目標です。



仲里副知事を囲む会員並びに研修医の方々



研修医の方々



研修医の方々

第120回日本医師会定例代議員会

常任理事 真栄田 篤彦



去る平成21年3月29日（日）、日本医師会館において標記代議員会が開催され、唐澤祥人会長の所信表明、会務報告、各ブロックからの代表並びに個人質問の他、議事として平成21年度一般会計予算、諸特別会計予算等について審議されたので、その概要を報告する。

定刻になり、石川議長から挨拶が述べられた後、受付された出席代議員の確認が行われ、定数354名中欠席2名、出席352名で、過半数以上の出席により、会の成立が確認された。その後引き続き、石川議長より議事録署名人として、小山田雍代議員（秋田県）、永野健五郎代議員（高知県）が指名され、議事が進行された。

唐澤会長 所信表明

唐澤会長の所信表明で概ね以下のことを述べられた。

広く、最近の経済、産業などはグローバル化の流れによって大きく変容し、米国発の金融危機に始まる深刻な経済不況は全世界に波及して

いる。わが国の実体経済も深刻な打撃を受けている。さらに、わが国の医療体制は、すでに長年の医療費抑制政策の影響で、地域医療はまさに崩壊同然の状況にある。このような今日、国民の暮らしの不安は増大し、危機感是一段と高まっている。一方、諸外国の現況にかんがみれば、全世界規模の環境の悪化が報告されている。健康確保と医療提供の課題に着目しても、生命の安全が一層危惧される状況が現出している。また、自然環境問題については、たとえばCO₂濃度の上昇による地球温暖化や化学物質汚染などは、災害や食の安全と同様に現世代を超えた将来への重大な脅威になりつつある。

日本は、世界中どの国も経験したことのない超高齢社会に急速に突入しつつある。食料や資源が少ない国状の上、エネルギー資源にも恵まれていないわが国は、世界の期待に応えるためにも、諸外国の模範となる社会保障制度を再構築しなければならない。わが国は世界に先駆けて金融、経済、産業分野のみならず、すべての

課題解決に向けて人類始まって以来の岐路に立たされていることを、最大の基軸に据えておかなければならないと考える。

わが国の医療システムは、医療の歴史・地域文化に根差した健康長寿国を目指す方向付けが重要であり、いついかなる時にも、この視点を見失ってはならない。私は、科学が凝縮している医学と、それを人間の健康・生命を守るという人間の安全保障に役立てる医療という役割の中で、社会的連帯感や協調的行動が希薄化してしまった今こそ、高齢まで生き長らえることが何より喜ばれる、尊厳ある福祉に貢献することに注力する重大な責務を感じている。

ご高齢の方々の生きがいを支え、増大した疎外感を払拭し、若い方も含めて格差に苦しむことのないよう、すべての国民に受け入れられる真の福祉国家を実現する姿勢こそ、少子化を克服する第一歩であると考えます。

そして私たちは、日本がこのようなさまざまな平時の安全保障を完備した高福祉の社会システムづくりによって、世界平和にも貢献できることを証明すべきであり、折しも本年2月に策定した「グランドデザイン2009」は、幅広い現況分析に基づいて、今後の全国の個別的、具体的な医療政策立案に資するものと自負している。

日医は、これからも国民の求める医療体制と国民皆保険制度を堅持し、長く国を支えてこられた国の宝たる高齢者の方々に感謝の気持ちとともに、国民の総力をもって支える理念を具現化し、礼節をもって支える福祉国家への道を選択していくこと、そして暖かいまなざしで子どもたちの成長を支えていくことが肝要である。

会務報告、代表・個人質問

唐澤会長の所信表明に引き続き、竹嶋副会長から平成20年度の会務報告が行われた後、各ブロックからの代表・個人質問が行われた。

執行部に対する各ブロックからの質問は、代表6題、個人14題であった。

主な質問及び回答は以下のとおり。

○社会保障費削減について

社会保障費2,200億円削減が続けられ、医療崩壊は激しい勢いで進行しつつある。今こそ日本医師会は強い姿勢で「医療の対価を決定する立場」を握るべきであるとの意見に対し、答弁に立った竹嶋副会長は、社会保障費の2,200億円削減について与謝野馨財務相が国会答弁で撤廃の可能性を示唆したことに言及。「この国会の答弁を重く受け止めて、さらなる活動を展開していく。2,200億円削減の方針撤廃を実現した上で、2010年度の診療報酬改定財源の確保に向けて、国会議員をはじめ関係方面に強力に働きかけていく所存である。「グランドデザイン2009」で提案している公的保険を支える財源の3つの柱として、「消費税などの新たな財源の検討」、「特別会計などの見直しの継続」、「公的医療保険の保険料の見直し」を明確に打ち出していき、働きかけていきたい。その上で、医療提供コストを反映した説明可能な診療報酬体系を講じる必要がある。会内で、あるべき診療報酬の基本体系を検討している」と述べた。

○勤務医対策について

当該問題については、個人質問として2題上がった他、多数の関連質問があった。医療崩壊の実態は病院崩壊であって、それに関与する勤務医の意見を政策に反映させなければ医療崩壊は止まらない。目に見える勤務医対策を打ち出すことが不可欠である等の指摘があり、日医の見解を求める意見が相次いだ。

答弁に立った羽生田常任理事は、「勤務医の意見を十分に取り入れた上で会務に当たりたいと考えている。これまで勤務医の意見を取り入れる方法について複数の提案が出され議論してきたが、意見の一致に至っていない。各地域医師会で勤務医部会が設立されている実態を踏まえて、こうした活動を通じて勤務医の発言の場を広げ、実績を積み上げていきたい。

学生の段階から医師会活動への理解を得ることが必要である。学生向けに講義を行うなど、各地域ごとの積極的な活動をお願いしたい」と述べた。

また、三上常任理事は、「まず大切なことは、疲弊によって多くの病院勤務医が辞め、勤務医不足にさらに過重労働を招くという悪循環を食い止めることであり、そのために日医として病院勤務医の意見を反映できるよう努力していきたい。顕在化している医師不足の問題については、特に時間偏在による夜間・休日の医師不足が深刻であると認識している。入院医療の在り方については、主治医制が過重労働への大きな要因の一つではないかと考え、国民の理解と協力を得て、複数主治医による交代勤務制を普及させていくべきであろうと考えている」と述べた。

○医療安全調査委員会について

答弁に立った木下常任理事から次のとおり説明があった。

厚労省が検討している医療安全調査委員会の設置については、代議員が指摘した「故意の殺人の犯罪捜査と善意の医療行為の結果である死亡の調査を同格に扱う方向性」は、今回の制度設計には全く含まれていない。医療安全調査委員会は調査の結果、故意または故意に準ずるような「重大な過失」と同義である「標準的な医療から著しく逸脱した医療行為」による死亡事例や、そのほかの悪質な事例に限定して捜査機関へ通知を行うこととしている。

新しい死因究明制度は、適切な医療が行われていたか否かの判断を、刑事司法から医療界に取り戻す仕組みである。

医療安全調査委員会設置法案大綱案で示された罰則規定については、医療法や医師法などでの罰則規定に照らし合わせると、新たに法律を制定するに当たって、最低限このような罰則の記述は、致し方ないことだと判断した。

今後の医療安全調査委員会設置法の対応については、法制化のタイミングを慎重に計らなければならない。

日医は1月に「医療事故に対する責任問題検討委員会」を立ち上げ、今後、刑事罰に代わる行政処分の在り方や、医療ADRの在り方について検討を行う。現在、会員が心配している調査委員会から捜査機関へ通知する事例に関し

て、どのような事例が通知事例となり得るかという視点で、過去の起訴事例を調査し、具体的に検討を開始している。

今後、設置法案に関するアンケート調査を都道府県医師会に対し、4月初旬に送付する。各地域医師会、会員の先生方の意向を踏まえた上で回答してほしい。

また、日医ニュース平成21年3月20日号に、刑事訴訟からの不安を取り除くための取り組みについて掲載し、先生方が疑念を抱いている事についてそれぞれ解説や説明しているので、是非お読みいただきたい。

○有床診療問題について

答弁にたった今村定臣常任理事は、「次回診療報酬改定では、相当な引き上げがなければ有床診療所の存続そのものできないとの共通認識の下、適切な対応を行っていく。全執行部一丸となって有床診療所問題に取り組んでおり、昨年来、日医の担当役員と全国有床診療所連絡協議会の役員との懇談の場、あるいは厚生労働省担当部署や国会議員との折衝も間断なく行っている」と説明した。

○中小病院支援について

答弁に立った中川常任理事は、「中小規模の病院を支援するためのアプローチは、地域の中小一般病院の機能とその存在自体の重要性の評価、それに基づく診療報酬上の評価である。

地域医療連携については、4疾病5事業は全国画一的な視点で描かれた机上の空論であってはならない。日医は、都道府県の自由度を高め、地域の実情に合った計画にすべきと主張してきた。その結果、指針については目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないとの柔軟性を持つに至った。各都道府県医師会は、4疾病5事業の医療連携体制の構築に主導的な役割を果たしてほしい。そして地域の実態に即した中小規模の一般病院の在り方を具体的に折り込んでいただくようお願いする。

診療報酬上の評価については、人材の確保が難しい中小規模の病院を支援するためにも、2,200億円削減を撤回させ全体の底上げを図る

べきである。

日医はすべての経営形態、特に診療所、有床診療所、中小病院を代表する唯一の組織として、今後ともあるべき医療体制の構築を追求していく」と述べた。

○保険医療機関指導について

答弁に立った宝住副会長は、「医療機関の指導や監査の直接の権限が地方厚生局に移管され、その後いくつかの医師会からこれまで都道府県医師会と社会保険事務局が相談して決めていたことを、厚生局が一方的に変更したと苦情等が寄せられ、あらためて厚生労働省と話した結果、平成21年1月30日付で保険局医療課医療指導監査室長から地方厚生局の指導管理官・医療指導課長あてに文書が発出された。内容は、各厚生局に対して地元医師会との調整に当たっては、これまでの経緯を十分留意しつつ、懇切丁寧な説明と柔軟な対応を要請したものである。都道府県医師会あるいはブロック医師会では、この文書を行政側と再確認するようお願いする。何か問題が発生した場合は、日本医師会に連絡をお願いしたい」と述べた。

○消費税について

九州ブロックを代表して本会玉城信光代議員から、消費税について（①消費税を引き上げ、医療・介護などの財源確保、②消費税の引き上げが行われる際に、控除対象外消費税の解消を計る）、日医の見解を求める質問があり、①については宝住副会長、②については今村聡常任理事から次のとおり回答があった。

①消費税を引き上げ、医療・介護などの財源確保

消費税の用途として基礎年金が優先されれば、後期高齢者医療、介護にはほかの一般財源の税収を充てるか、保険料や一部負担を引き上げるしかなく、医療費・介護費のさらなる抑制が懸念される。消費税率の引き上げを視野に入れながら、消費税の議論を行う際には、同じ社会保障として年金、高齢者医療、介護に対する国庫負担の在り方を同じ土俵に上げるべきというのが私たちの主張である。

消費税は予算総則で用途が規定されており、

「社会保障目的化」されていると言える。しかし、これを「目的税」にすると、社会保障費の国庫負担は消費税のみで賄わなければならない、ほかの財源による「すき間」の手当てが困難になる危険性があり、社会保障費の抑制につながりかねない。当面は「目的化」を維持し、負担と給付について十分に国民の合意を得た上で、あらためて検討すべきと考えている。

②消費税の引き上げが行われる際に、控除対象外消費税の解消を図る

消費税導入時に日医は、医療については先進諸外国でも非課税であったこと、患者の医療費負担を増やさないと、医療機関の事務の煩雑さなどの理由から、非課税を要望した。これらの理由から考えると、当時の判断として必ずしも間違いだったとは言えないと考えている。

問題は、診療報酬への消費税分の上乗せが適正になされてきたかどうかだ。特に診療行為に関する補てんは36項目のみに限られており、度重なるマイナス改定や診療報酬の包括化により、上乗せが不十分になっている。本来であれば、改定のたびに中医協でこれらの診療行為に関して、個別具体的に十分議論する必要があったと思う。

医療機関が消費税の最終消費者にならないために、ここ数年の税制改正には「ゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めること」を第一の要望としている。平成21年度の税制改正で検討課題に上り、一歩前進したと考えている。

今年度も医療機関にかかわる医療機関の消費税負担の調査を実施し、新たな知見も得ている。諸外国での医療にかかわる消費税非課税の実態に関しても、補てんが十分に行われている実態も判明してきた。これらを基に医業税制検討委員会で今後の対応を十分検討したい。

この他、「レセプトオンライン化」、「次期診療報酬改定」、「新型インフルエンザに対する医療体制」、「後期高齢者医療制度」等についても活発な質疑が交わされた。

議 事

第1号議案 平成20年度日本医師会会費減免申請の件

宝住副会長から資料に基づき提案理由の説明があり、賛成挙手多数により原案のとおり承認された。

第2号議案 平成21年度日本医師会事業計画の件

第3号議案 平成21年度日本医師会一般会計予算の件

第4号議案 平成21年度医賠責特約保険事業特別会計予算の件

第5号議案 平成21年度治験促進センター事業特別会計予算の件

第6号議案 平成21年度女性医師支援センター事業特別会計予算の件

第7号議案 日本医師会会費賦課徴収の件

上記第2号議案～第7号議案については関連議案として一括上程され、第2号議案については竹嶋副会長より、第3号議案～第7号議案については宝住副会長よりそれぞれ提案理由の説明が行われた。

なお、議案の審議については、議事進行の都合により、議長から予算委員会を設置して当委員会に一括審議を付託することが提案され、賛成多数で承認された後、予算委員25名がそれぞれ指名され、別室にて審議が行われた。

その後、予算委員会の専任委員長より、第2号議案～第7号議案について、担当役員から説明を受け、慎重に審議した結果、全会一致で原案どおり承認した旨報告が行われた後、表決に移り賛成起立多数で原案どおり承認された。

第8号議案 核兵器廃絶に関する決議の件

羽生田常任理事より資料に基づき、日本医師会では平成7年10月24日開催の第93回臨時代議員会において核実験反対に関する決議が採択されている。その後十数年が経過したが、残念ながら状況は悪化している。昨年10月世界医師会において核兵器に関する

WMA宣言が採択された。日本医師会としても、今この時期に改めてこの日本医師会代議員会において人々の生命を守るという医師にかせられた使命により核兵器廃絶に関する決議を採択していただきたい旨提案理由の説明があり、賛成挙手多数により原案のとおり承認された。

核兵器廃絶に関する決議

この十数年の過去を振り返るとき、世界各地で地域紛争の拡大やテロリズムにより、多くの生命の喪失、市民生活の破壊がもたらされてきた。この趨勢は現在でも解決の道が見えない状況であり、大量破壊兵器の拡散に対する懸念は世界人類の共通の認識でもある。

また、最近も核兵器の開発や核実験を繰り返す事実をわれわれは見てきた。とりわけ核実験の継続については国際社会の反対を無視して行われた経緯もあり、地域紛争やテロリズムをはるかに超える犠牲をもたらす残忍な兵器に対して国際社会は大きな抗議の声をあげている。

世界医師会(WMA)においては、2001年にテロリズムへの糾弾を謳った決議が採択され、さらに、1998年と2008年には核兵器廃絶に向けて誠実に努力するようあらゆる国の政府に対して要請する「核兵器に関するWMA声明」を採択した。これは世界の医師たちが核兵器使用の悲惨さを医療専門家の立場から切実に訴えた声でもある。

核兵器の医学的影響は広島、長崎の例をみるまでもなく、はかり知れない。原爆投下後63年を経過した今日でもなお、被爆者は後遺症に苦しんでいる。

こうした時代であってこそ、日本医師会は、人々の生命と健康を守るという医師に課せられた使命から、地球上からすべての核兵器を廃絶するために努力することを決意するとともに、核兵器保有国が直ちに廃絶に向けて誠実に取り組むよう強く求める。

以上、決議する。

平成21年3月29日

第120回日本医師会定例代議員会

印象記



副会長 玉城 信光

年度末の日医代議員会は来年度の事業計画と予算の審議が行われる代議員会である。沖縄県医師会でも同様である。平成21年3月29日（日）に日医の大講堂で開かれた。今年の代議員会の九州地区の代表質問を私がすることになっている。

350名の代議員の前で「消費税について」質問するのだが、この晴れの舞台？を前にして不覚にも風邪を引いてしまった。普段は風邪ごときにまいる玉城ではないが、今年はなぜか声が出ないのである。いつも大きな声で話している私が、消え入りそうな声しか出ない。それでもマイクを利用し、精一杯大きな声を出したのだが代議員の皆様には思いが伝わったであろうか。

午後からは予算委員会の委員の一人として、来年度予算の審議をこなしたのである。沖縄県医師会のおよそ100倍の予算である。広報活動に対する期待と日医総研を活用した政策立案を求め声も多い。また勤務医対策をもっと目に見える形で予算に示すべきではないかとの議論もされた。今後の活動の中で多に反映されることを期待し日医の原案通り委員会で承認をした。

中川前財務大臣が毎日3時間ほどの睡眠で仕事をこなし、体調を落とした末に、二日酔いの酒もさめずに抗ヒスタミン剤を飲み過ぎて朦朧として世界に醜態をさらしてしまったことがあった。私は財務大臣ほど忙しいのではないが、政策参与として県庁に行く様になり2年間で徐々に体力の消耗が進んでいることを自覚したのである。

人は休み休み仕事をしなければいけないのである。しかし医療を取り巻く環境はなかなか改善しない。代議員会報告でも社会保障費の削減を撤廃する様に、勤務医の職場環境を改善する政策、中小病院や有床診療所の経営がうまく行くための政策を実現する様にと日医への要望は多いのである。県医師会も同様に沖縄の医療を支えるための政策を実現していかなければならないと考える。急がずに進めていこうと思う。体調を崩してしまっはいけない。自分の体力を過信しないようにと今年度のモットーである。

印象記



副会長 小渡 敬

去った3月29日に、日医会館で定例代議員会と総会が開かれました。議事は1号議案から8号議案まであり、いずれも承認されました。その中でも今回は核廃絶に関する決議案が提出され、全会一致で可決されています。その後、例年のように代議員の質問に移り、今回は代表質問が6題、個人質問が14題ありました。九州ブロックの代表質問では、本県が提出した消費税についてが採用され、玉城副会長が質問を行いました。毎回多岐にわたる質問がなされ、昨年は診療の5分要件問題や第3次試案等で白熱した議論が見られましたが、今年はレセプトオンライン義務化や介護報酬の改定等すでに方向性が決定していることもあり、淡々と会議が進行し、ほぼ時間通りに終了しました。日医の抱える問題は山積していますが、国の政治情勢や経済情勢があまりにも不安定であり、日医の施策を実行するのに日医執行部は苦慮しているように思われました。

平成20年度医療政策シンポジウムに参加して



理事 當銘 正彦



標記シンポジウムが3月13日（金）、東京駒込の日本医師会館・大講堂にて開催された。本シンポジウムは、昭和47年より年1回の定期で行われているとのことであるが、平成18年度からは日医より日医総研へ主管が移行して行われているとの由。今年は小雨混じりの寒い日であったが、「わが国の未来を支える社会保障—社会保障財源のあり方」のテーマをかかげた会場には、「医療崩壊」という厳しい現況打開の方策を求め、一般参加を含めて大勢の会員が詰めかけていた。沖縄県医師会からは、大山朝賢常任理事、金城忠雄理事と私の3人が参加した。

まずは唐澤医師会長の開会の挨拶で始まった。長期の医療費抑制政策による「医療崩壊」の現状に加え、サブプライムローンに発する世界的な経済不況の中で、国民の生活は極めて不安定になっており、国を挙げて危機への対処が求められているが、日医はグランドデザイン2009を提案して、国民の負託に答えていきたいと、会長からの決意表明である。引き続いて

4人の演者が次々に登壇され、持ち時間30分の4題が講演された。

1) 田中滋・慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授「社会保障財源と制度設計の思想」

最初に登壇された田中氏は、現在指摘されている「医療崩壊」が医療提供者だけの声に止まっている理由は、①医療側と患者・住民との連携ができていない、②医療側の改革提示力の弱さ、③医療側の財源論の弱さ、という3点を指摘した。そして肝心の財源については、公共工事や防衛費等の「他の財源を削って医療費に回せ」という要求は現実的ではなく、先進諸国と比べてわが国の消費税率が低いことに触れ、「低負担は窓口での高い利用者負担を迫るもの。制度維持のためにどれくらい税が必要か、税をどう有効活用するか」という議論をしなければならぬと論及された。

そして昨年、福田内閣の時に発足した「社会保障国民会議」は、小泉内閣で吹き荒れた構造

改革路線からの方向転換を示す吉兆であり、社会保障の充実による健康長寿を経済成長戦略に据えていく必要性を提唱されている。

また社会保障政策の位置づけとして、欧米の2大政党を特徴とする国々（英、米、独、北欧、豪、加、NZ等）では、「市場経済に重点を置いた相対的に小さな政府」主義者と「社会保障重視の相対的に大きな政府」主義者の争点を軸に展開されており、現在の日本の中福祉中負担の医療政策の行き詰まりを、今後、どの様に改革していくかの選択が問われているとの考えである。

時代環境：制度設計思想との関係

- 1990年代：公共事業
- 2000年代前半：日本型新自由主義
+ 市場経済原理主義
- 2008年：社会保障国民会議ほか
- 2009年：不況対策

03/13/2009 版権医療雑誌大学田中道

現状

- 短期：重点プロジェクト
- 健康長寿：経済成長戦略(2025)
 - 市場規模41兆円→90兆円
 - 雇用385万人→670万人
 - 地域医療強化
 - 新技術開発
 - 介護基盤強化

03/13/2009 版権医療雑誌大学田中道

社会保障政策の位置づけ

- 英米独北欧豪加NZ等：2大政党
 - 市場経済 対 それ以外
 - 相対的に小さな政府 対 相対的に大きな政府
 - 相対的に大きな政府＝社会保障重視
 - 日本は“中福祉中負担”?

03/13/2009 版権医療雑誌大学田中道

2) 太田充・財務省主計局主計官「社会保障給付と税負担および保険料負担」

太田氏は、この10年間で社会保障費が8兆7,000億円増加し、'09年度の一般歳出にしめる割合が48%に達している一方、他の一般歳出は10年間で5兆5,000億円減少していると説明し、「国民の負担増ではなく、他の支出を削って社会保障に充てるべき」との考え方に対し、「他の支出の中で切れる部分が少なくなっているというのが厳然とした事実」であると国の台所事情を解説した。

そして、医療費の伸びを毎年2,200億円削減する政府方針について、「2,200億円削減はけしからん。給付を確保すべきと言うのであれば、国民にその分の負担をお願いせざるを得ない」とし、「社会保障について、国で責任を持つと言う人が多いが、国で責任を持つと言うことは、国民が責任を持って負担することであり、これを理解して貰わないと議論が進まない」とたたみ込み、これまでの膨大な土建行政による国費の無駄遣いと低医療費政策の失政には一切、頬被りの態である。

一般会計予算の推移

	(単位: 億円) ()内: 一般歳出に占める割合 (%)					1999年度 → 2009年度
	1969年度 (昭和44年度)	1979年度 (昭和54年度)	1989年度 (平成元年度)	1999年度 (平成11年度)	2009年度 (平成21年度)	
一般会計歳出	67,396	386,001	604,142	818,601	885,480	+ 66,879
国債費	2,788	40,784	116,649	198,319	202,437	+ 4,118
地方交付税交付金等	13,333	59,932	133,688	135,230	165,733	+ 30,503
一般歳出	51,274 (100.0)	285,286 (100.0)	353,805 (100.0)	485,052 (100.0)	517,310 (100.0)	+ 32,258
社会保障関係費	9,470 (18.5)	76,266 (26.7)	108,947 (30.8)	160,950 (33.2)	248,344 (48.0)	+ 87,394
その他一般歳出	41,804 (81.5)	209,021 (73.3)	244,858 (69.2)	324,102 (66.8)	268,966 (52.0)	▲ 55,137
公共事業関係費	12,023 (23.4)	65,401 (22.9)	61,974 (17.5)	94,307 (19.4)	70,701 (13.7)	▲ 23,606
国債残高	24,634	562,513	1,609,100	3,316,687	5,810,591	+ 2,493,904

(注1) 計数は当初予算ベース。
(注2) 国債残高は各年度の3月末現在高。ただし、2009年度(平成21年度)は見込み。

3) 高橋洋一・東洋大学経済学部総合政策学 科教授「構造改革と社会保障」

高橋氏は埋蔵金論争の火付け役の第一人者であるが、これが医療を含めた社会保障の財源として永続的に使えるものではないが、特別会計の無駄遣いを徹底的に追求することで、一般会計に振り向けることのできる資金は相当な額に

上るものであり、これらの有効利用を考えるべきであるとの意見である。

埋蔵金論争(第一次)

- 2003.2.25 塩爺「離れですきやき」
- 2005.4.27 経済財政諮問会議
→資料公表(道路は拒否)
- 2005.11.22 経済財政諮問会議
→7特会46兆円
- 2006.3.10 閣議決定「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律案」
→20兆円(財政融資12兆円、外為8兆円)

埋蔵金論争(第二次)

- 2007.11.21 自民党政調財革研報告
→埋蔵金は伝説
- 11.22 埋蔵金派が政策公表
→埋蔵金は実在
- 11.27 自民党総務会 財革研報告了承せず
→埋蔵金派が圧勝
- 12.05 埋蔵金論争終結
→10兆円(財政融資)

埋蔵金論争(第三次)

- 平成21年度予算での対応→10兆円以上
- (1)繰越金の有効活用(5.3兆円)
→労働特会0.8兆円、財政融資特会2兆円、外為資金特会2.5兆円
- (2)積立金取崩・一般会計繰入停止(4.2兆円)
→財政融資特会4兆円、労働特会0.2兆円
- (3)費用便益の厳格適用
→道路 兆円規模

埋蔵金論争(第三次)

- その後3年間→19.4兆円~37.9兆円
- (1)民営化(13兆円超)
→郵政5兆円、日本政策投資銀行1.3兆円、商工中金0.4兆円、道路0.5兆円、独法(貿易保険、都市再生機構、雇用能力開発機構)1.5兆円、JT2兆円、旧帝大等2.3兆円
- (2)政府資産(1~5兆円)
→官舎保養所1兆円、周波数2~4兆円

埋蔵金(第三次)

- (3)空港・大学・独法(最大15.5兆円)
→空港1兆円、独法 最大14.5兆円
- (4)公務員人件費(4.4兆円)
- (5)虎の門改革
 - 公益法人への天下り役員給与とゼロ
 - 医療の可視化
 - 社会保障番号導入
 - 国会議員の定数の大幅削減

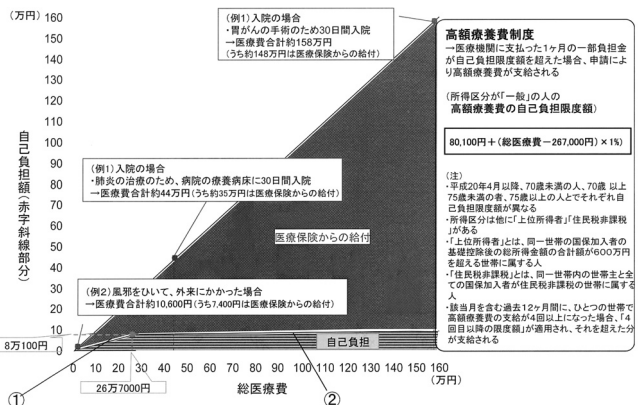
埋蔵金と天下り

- 埋蔵金は国民からの取りすぎ、国民の資産
- ところが、埋蔵金の一部は官僚の下で各省役人の「一生安心システム」のために使われている
- 埋蔵金を国民のために使うことと、官僚主導でない政治主導は、コインの表裏の関係

4) 吉川洋・東大大学院経済学科教授「今後の医療改革に向けて」

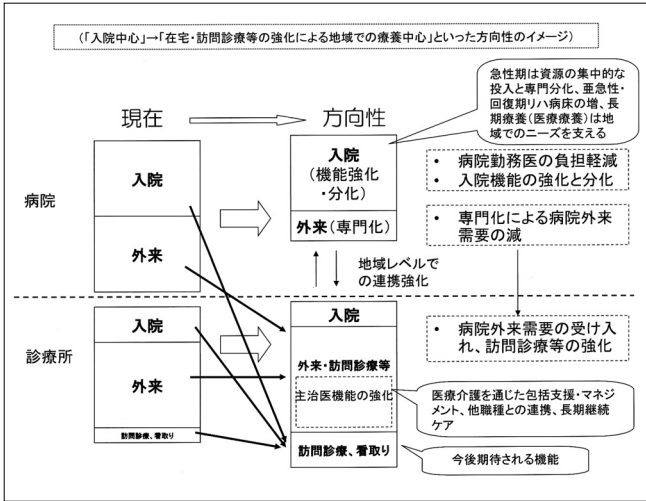
政府の社会保障改革推進懇談会の座長をも務める吉川氏は、社会保障費2,200億円の削減に伴う診療報酬の引き下げが医療崩壊の元凶であるとの考え方に対し、「診療報酬の平均的な引き上げが問題解決につながるとは思わない」と主張され、日医に対しては「診療報酬の中身を徹底的に見直すことにリーダーシップを発揮し

医療費の負担(マイクロ)



て貰いたい」との注文である。

その様な観点より、医療費の負担のあり方と、医療提供施設の再編をどうするかを検討が必要であると主張された。



以上4題の講演に引き続き、中川俊男日医常任理事の司会によるパネルディスカッションへ移行となる、会場からの発言は一切認められておらず、4人の演者に日医から竹嶋康弘日医副会長を加えての意見交換形式で行われた。

ディスカッションの冒頭に、中川常任理事が、「2009年度の予算案での社会保障費削減額は実質230億円のみとなり、機械的に2,200億円を削減するとの方針は形骸化しているが、それでも『日医は骨太の方針06』の撤廃を求めていく」との見解を主張した。その理由は、02年度から11年度までの10年間で、社会保障の削減額は12.1兆円となり、うち医療費分の国庫支出は7.8兆円の削減となる。これを国民医療費のベースで見ると、国民医療費の国庫負担は25%であることから、10年間での削減額は7.8兆円の4倍の31兆円にも及ぶものと指摘。この様な政府の低医療費政策が今日の「医療崩壊」の原因であり、日医としては「グランドデザイン2009」で示した

- ①消費税などの検討
- ②特別会計の支出の見直し
- ③公的医療保険の保険料の見直し

の3本柱を主張する意向を強調した。

この中川常任理事の発言を受けて吉川氏は、「自分の見解とは非常に違う。『医療費抑制が地域医療の崩壊を招いたと確信している』と言うが、証明は全く不十分」とコメントされ、「診療報酬全体の引き上げが必要であると主張するが、それは特定のビタミンが不足して病気になった患者に、医師が『食費を増やせ』と言うようなものではないか。診療報酬の平均的増額で医療の問題が解決するという論理は、全く理解できない。診療報酬の“改革”に当たり、日本医師会には診療報酬の中身の徹底的な見直しに、ぜひリーダーシップを発揮してほしい。外来・入院での配分をマクロで見直す必要があることは、非常に多くの医療の専門家が指摘している。配分、システムの見直しは医療改革の大きな柱であり、医師会として一つの主張をされるのは分かるが、診療報酬の引き上げだけが柱であるような考えはミスリーディングだ」と述べた。

吉川氏の発言に対し、すかさず中川氏は「医療機関の健全経営は、質の高い医療を提供させるための最低限の前提条件。不足しているのは“特定のビタミン”ではなく主食である」と反論。「見直しや工夫は既に全国各地で医療機関、医師会が徹底的に行っており、これ以上の余裕はない。また、公的医療費の対GDP比はアメリカよりも低いという現実をどう考えるか。財政赤字が現在のようになったから国民の皆さんに我慢しなさい、ということでは納得できない」と主張した。

続いて田中氏は、社会保障費 2,200 億円削減の問題について、「当然のことで、必ず撤回すべき。ただし、撤回してどうするか、どうやって財源を集めるかについて、給付削減、負担のあり方もセットで議論していかなければならない」と指摘。「医療機関が大変だから財源が欲しい、ではだめ。赤字の病院が急増し、国民が医療を受けられなくなるという事態の中で、地域の安心感の基盤として『国民の皆さん、いくらなら負担してくれますか、安心のためにこのシステムをいくらで購入していただけますか』という視点でこの問題に当たるべき。

負担増については、組合健保で負担が増えるといった指摘もあるが、比較的所得の高い人々にとって、社会が安定していることによって受ける安心感は重要なはずだ」と述べた。

財務省の太田氏は「真剣に議論させていただく」とした上で、「ただ、予算全体として公共事業、社会保障などにどう資源配分するかも議論が必要。暫定的に1,000億円、という法案すら国会を通らなかった。そう簡単なことではない」と理解を求めた。

また、高橋氏は「厚生労働大臣に頼んで、他の省庁から予算をもらってきても、『骨太2007』には反しない。ダメだと思ってしまうかもしれないけど、何がどこまで必要かを最終的に決めるのは国民。厚生労働省にがんばってくれと色々言ってみるのは非常に良いこと。ぜひチャレンジされると良いと思う」とコメントした。

また、吉川氏は国民医療費と公的医療給付について「この2つは分けて考える必要がある」と指摘。「公的医療給付は財政論。翻って、“医療保険”とは何か。インシュアランスとは『ビックリスクを皆で支え合う』というもの。もちろん所得の低い人は別だが、中堅所得層にとっ

ては、むしろ高額療養費の方が問題となるはず。負担の少ない部分については免責制の導入も考える一方で、大きな負担は皆でしっかり支え合うようにする、といったやり方もあるのでは。また、単発の大きな疾患と慢性疾患では、年間の自己負担医療費は相当違ってくる。毎月上限に達するような慢性疾患患者は負担率をだんだん小さくして、年間の負担を抑えるような合理的な仕組みを考えても良いのでは」と、弾力的な制度のあり方を提案した。

凡そ議論が噛み合わないままに時間一杯のスケジュールとなったが、最後に中川常任理事が、「日本医師会は、来年4月の診療報酬の大幅な引き上げを求めて引き続き活動を行っていく」と決意を述べて、シンポジウムを閉会した。しこりが残る、若干後味の悪いシンポジウムとなったが、何れにしろ「医療崩壊」という厳しい日本の医療の今日的状況に対する認識は一致しており、今後はその立て直しのマクロの財源をどうするか、或いはミクロの配分をどうするかの視点の構築が問われているものと強く感じた。

印象記



常任理事 大山 朝賢

医療政策シンポジウムで田中慶應義塾大教授は次のように述べられた。以前は公共事業から医療へ予算をまわせばという事がよくいわれたが、公共事業額は1995年の26.7兆円から2007年は11.8兆円と減少している。その間、防衛費や文教科学費等も減少しているものの、法人税は増加、社会保障費も2001年以降0.1%以上増加している。一方1997年から2006年までの10年間について総医療費をみると、医療費対国民所得比は1997年の7.5%から2006年は8.88%と増加している。総医療費は年平均1.5%の増加である。これに対し、国民所得は382兆円から373兆円と毎年平均0.3%減少している。このようなことから、小泉内閣の時社会保障費は年2,200億円削減されるようになった。

この2,200億円の圧縮に対し、日本医師会は声を大にして撤廃を叫んでいる。不詳私もこれに大賛成の1人です。しかし田中教授や、高橋東洋大教授の埋蔵金の話を伺うと、2,200億円はこの

埋蔵金から流用も可能とのこと、また医師会がうまく交渉すれば厚労省から毎年でも引き出せる金だというのである。つまりさしたる金額ではないという感じであった。しかし現実はその引き出せないのが実状である。これからすると日本医師会は声を大にするのはもっと外のことにするべきではなかろうか。即ち、①人口対医師数はOECD加盟30か国中17番目で先進国として極端に少ないこと、OECDの平均の医師数にするには現時点で12万人の医師が新たに必要なこと。②総医療費は毎年1.5%増加しているが、増加率はOECD中最下位であること。③総医療費（対GDP比8.2%）はOECD加盟国中21番目と低位置にあり、せめて先進国（米国を除くG7の対GDPの平均値）9.5%に引き上げること。④現時点でWHOの健康長寿評価では、世界一であること。これら①から④以外にまだあるかも知れないが、2,200億円の削減反対を表にだすよりもむしろこれらを国民にもっとアピールすべきではなかろうかと医療シンポジウムを拝聴しながら考えていたものである。

印象記



理事 金城 忠雄

真栄田篤彦常任理事の勧めもあり、日医の「医療政策シンポジウム」に参加して来た。「わが国の未来を支える社会保障—社会保障財源のあり方—」が主題である。唐澤医師会長の挨拶の通り、日医の存在意義「安心と希望の医療の確保」と高齢者には「安心して老後を確保する」の目的を達成するのに、財源問題は非常に重要である。国民の医療費は、医療技術の進歩や高齢人口の増加により年々増大するのは間違いない。国民医療費について、歴史的に見ると、昭和58年（1983）、厚生省、当時の吉村仁保険局長が「医療費亡国論」を発表して、医療費を押さえ込むポリシー、医師数の抑制、診療報酬の引き下げ、療養病床の削減等、いわゆる医療費抑制策がとられて現在に至っているようである。医師会としては、現況行き場を失った患者、医師・看護師不足など医療崩壊状態を厚生労働省に認識させ、国民医療費削減計画の見直しを提案する義務がある。そうは言っても、「安心と希望の確保」のための安定的な財源確保は難問である。シンポジスト4名とも、安定的な財源には、消費税の増税が必要と認識しているようだ。印象的なことに、演者の吉川 洋 東大教授は、医療崩壊は2,200億円の医療費の削減が原因ではない、医療配分の問題、ビタミン不足のようなものである。医師会の指導力不足ではとの認識である。日医と認識がまったく異なる。この方は、国の政策立案者、社会保障国民会議座長でもある由。医療の実行組織である医師会は、国の医療政策立案者と、直接、論議して欲しい。日医の医療政策の発表方法として、国の官房長官のように、スポークスマン・解説役を置いて、テレビ・マスコミを通して、田中教授が指摘のように国民に直接伝え、国民と連携したものである。印象として「安心と希望の医療の確保」の財源には、消費税の増税が必要との結論のようだ。

平成20年度都道府県医師会広報担当理事連絡協議会

理事 當銘 正彦



去る、3月19日（木）、日本医師会館において開催された標記協議会について、その概要を報告する。

挨拶

中川俊男常任理事の司会進行のもと、冒頭唐澤祥人会長（代読：宝住副会長）より次のとおり挨拶があった。

「今日は、お忙しい中、平成20年度広報担当理事連絡協議会にお集まりいただき、誠に有り難うございました。執行部が誕生して早いもので3年が経ちました。私共はその間一貫して広報活動の充実強化を最重要課題に位置付け取り組んで参りました。その成果が少しずつではありますが現れております。郡医師会の活動や見解がマスメディアに取り上げられる回数も多く、また新たな広報戦略として2006年10月よ

り開始致しましたテレビCMも好評で、国民の医師会に対する関心度、信頼度は徐々にではありますが、高まってきております。3月より新たに制作した「勤務医・男性医師編、勤務医・女性医師編」のCM放映を開始しておりますが、後ほどご覧いただきたいと思っております。

本年は、衆議院選挙が必ず行われる年であり、年末には診療報酬改定率が決定するなど、我々にとっては大変重要な年であるといえます。まずは骨太の方針2009が閣議決定される前に、2006年から続けられている社会保障費2,200億円の機械的削減の撤廃の実現に向け、執行部一丸となって精力的な活動を展開していく所存でありますが、その実現のためには国民の理解は必要不可欠なものと考えております。

そういった意味からも、本年は広報活動がますます重要になっていくものと思っております。日本

医師会では、今後、定例記者会見、日医ニュース、白クマ通信等を通じて日本医師会の考える政策や見解を迅速に発信して行く所存であります。先生方におかれましても、会員の先生方に対する広報について、絶大なるご支援・ご協力をお願い致します。

本日は出来るだけ多くの先生方よりご意見やご要望をお聞きするため、協議に多くの時間を用意しております。先生方におかれましては本会の広報活動の更なる充実のために、忌憚のないご意見をお聞かせいただければ幸いです。」

本日の協議会では、5県の先生方がテレビ会議で参加する旨連絡があり、続いて、野津原崇広報委員会委員長より、広報委員会審議報告について概ね次のとおり報告があった。

広報委員会はこれまでに4回開催されており、日本の医療を崩壊させないために、医師の力を結集することを最重要課題として考え、組織強化の観点から、広報のあり方を検討している。

まず、勤務医に何をどう伝えるのか、基本的な問題から協議を行い、勤務医の声を積極的に拾い上げてどうしたらよいかについて並行して検討した。開業医と勤務医の対立の構図は相反する利益が元になっていると考えられているが、事実には誤認がある。財源的な面でも、勤務医の勤務環境が改善できる可能性は、医師会を通じてしか有りえないということを広報していかなければならないと考えている。基本的な考えとして、お互いの共通の理念である日本の医療を守ることを、共に考え、共に活動して、共通の意識を持つために広報の役割があると考え。

具体的な方法・入口論として、会員の入会促進の為、臨床研修医向けに日医の活動紹介の小冊子を作成し、地域医療の研修、オリエンテーションにて医師会活動の紹介、その際に配布を行う。若いドクター、研修医にターゲットを絞りアプローチしていくこと、face to faceの関係で取り組むことが重要である。また、ITの活用について、今後は会員・非会員の壁を乗り越

越えるツールとして検討していく必要があり、例えば病診連携における情報交換のためにメーリングリストを作成し、勤務医に利用していただく。情報交換しながら、勤務医が意見を述べられる環境を作っていく。白クマ通信を非会員にも枠を広げ、日医からの情報を送り易くしていきたい。ホームページに掲載している入会のススキのさらなる充実が望まれる。以上の報告の他、医師の象徴として医師会の共通のバッジの作成や、医師会入会金の無料化、勤務医モニター制度をつくり、勤務医の先生方の意見を集約、将来的には広報マンになっていただく等の提案がなされた。

広報委員会では、毎回、日医のホームページ、テレビCM、新聞等の意見広告の検討を行っている意見交換を行っているとのことである。

報 告

「平成20年度の日医広報活動について」

日本医師会常任理事 中川俊男

日医のイメージ戦略として2006年10月より作成したCMの第1段（「高齢者医療編」「学校保健編」「医師の心ない一言編」）、第2弾（「小児救急編」「長期療養病床編」）の上映後、中川常任理事より、2年連続ACCゴールド賞を受賞した旨報告があり、また、この3月より放送している新CM「勤務医編：男性医師編、勤務医・女性医師編」についても上映があり、東京・埼玉・大阪の劇場計5所にて、アカデミー賞受賞映画「おくりびと」の上映前に広告として上映している旨報告があった。

引き続き、2006年にテレビCMを開始して以降、意見広告の効果を測定するための意識調査を行っており、昨年暮れに行った第5回目の結果についてスライドを用いて報告があった。

本調査は、一般生活者の日医に対する意識を把握する目的で、全国の約1,100サンプルの成人男女を対象に、日医の認知状況、活動内容認知状況、日医への関心度・期待度・信頼度・役立ち度、広告認知状況等についてインターネットで行ったもので、前回行った事前の意識調査

と比較し、広告の効果を考察した。概要は以下のとおりである。

日医をどのようなマスメディアと通じて知ったかの経路については、NHKのテレビ番組、ニュースを通じた経路が30%を超えており、また、テレビCMを通じた認知のウェイトが回を重ねるごとに上昇している。

また、第1弾・第2弾のいずれかのCMを見たことがあるとした回答は、49.6%から57.4%へやや上昇、テレビCM、新聞広告・意見広告のいずれかを見たことがあるについては、56.8%から61.1%へ上昇している。小児救急医療編では、「確かに見たことがある」「見たことがあるような気がする」との合計は、第1段の高齢者医療編(39.6%)、学校保健編(25.2%)、医師の心ない一言編(24.3%)と比べて50.1%と非常に高い。療養病床編は36.1%となっている。

日医への関心度は第4回では20.3%まで上昇したが、第5回目では16.0%と減少している。しかし期待度、役立度、信頼度については、前回調査に比べスコアは上昇している。

日本医師会の活動について知っているものについて複数回答でいただいたところ、医療事故の防止、医療政策の提言、生命倫理における諸問題の解決が上げられたが、広報活動については認知度が低い。

続いて、昨年4月から放送を開始した「鳥越俊太郎の医療の現場」(BS朝日)の番組PRを視聴後、当番組についても意識調査の結果報告が行われた。「見たことがある」は12.7%、「知っているが見たことがない」を合わせると30%以上の方が当番組を認知していることがわかった。当番組を見た人のうち、日医に対する期待が肯定的に変化した方が5割を上回り、日本医師会が国民、患者の為に役立っているという関心は4割を上回っている。

テレビCM放送開始後1年間で日医に対する関心度、期待度、信頼度および役立ち度は着実に上昇し、前回のテレビCM改訂によって更に上昇したと認識している。日本医師会の認知経

路でテレビCMの比率が上昇し続け、テレビCMの認知率も同じく上昇しており、広告に関しては、テレビCMの累積効果が現れている。

意見交換・感想

テレビCMについて

◇今回のテレビCMについては、前回のCMと比べほとんど目に触れる機会が少ないように感じるが、放映する番組が視聴率を取れない番組だと国民の目に触れないのではないかと、どのような基準で番組を選定しているのか、予算の問題なのか、もし予算の影響があるなら、次年度は予算の調整ができないか。

◆放映頻度、放映する番組の視聴率については前回同様変化はなく、予算は少し多めに取っている。今回のCMは内輪受けを狙っている。日医が勤務医に対して真剣に取り組んでいるというのを理解していただきたい。

◇テレビCMの調査について年代別の詳しい結果がないが、当CMについては年代別にどのような結果が出ているのか。また、トーンが静か、文字が出てきてわかりづらいとの感想を患者から聞くが、いかがか。

◆第一弾「学校保健編」では子持ちの主婦の評価は高い。「高齢者医療編」はもちろん高齢者からの評価がよい。種類によって評価が異なる。また、文字をとってナレーションだけにしてしまう等については、いろいろ演出効果があるので、すべての年代の方に合ったCMを作るのは難しい。

◇全体的にトーンが暗いので、好まない方はずっと好まない傾向になる。トーンを変えてみてはいかがか。文字もコンパクトに印象付けてはいかがか。また、劇場放映については、費用はどうしているのか。

◆代理店より、「おくりびと」が連日超満員なので、映画上映前にCMを流すと日医のイメージアップにつながるのではとの提案を受けた。2週間の期間で、90秒編の放映に日本医師会の

予算より330万円拠出した。東京都医師会、京都府医師会、福岡県医師会についてはそれぞれの医師会の予算で数十万円出されて放映されたとのことである。

◇小児救急医療について認知度が飛びぬけて高かったように、今後のテーマは、一般の方々が興味ある内容を取り入れたほうが良いのでは。例えば、救急、病院がなくなっていく、医師が辞めていく等、もう少しドラマティックにマスコミが言っているようなことを取り入れると一般の方の認知も高くなるのではないかと思うがいかがか。

◆今回のCMについては、勤務医委員会に見ていただき、大変好評だった。

◇訴えている問題が暗いので、トーンも暗くて良い、トーンを変える必要はないと思う。その暗さが医師会だと、それも一つの認知になる。

◇テレビCMはサブリミナル効果があり、繰り返すことで認知度が高くなるので、認知度の上昇が止まったときに、スタンスを変えてみる検討をしてみたいか。また、テレビ視聴者の層と、インターネット調査の層を同じとみなしていいか検証をされてから報告していただきたい。

◆インターネット調査の層は20歳から69歳まで、そんなに差はないのではないかと考えるが、バランスが悪いかもしれない。

◇市民、県民向けのフォーラム、講演会の開始前に放映しようと思う。そうでもしないとなかなか国民の目に触れない。強制的に一般市民に見せる方法を取るべきだと思う。テレビだけの中で見てもらうは難しいと思う。

また、今回のCMで「医師不足」とあるが、なぜ「勤務医不足」と表現しなかったのか。医師不足の言葉を世の中に知らしめると医者が少ないというイメージがつくので、勤務医が少ないとの認識を持たせた方がよいのでは。

◇低医療費政策がもたらした現場環境の悪化が勤務医不足を助長していると思われるような言葉

を入れたほうが良かったのではないか。

◇地域によっては勤務医も開業医も不足しているところもあり、どちらに統一するかはもう少し検討する必要があるのではないか。

◆一般向けの講習会等にCMを使用していただければテレビCM以上の効果があるのではないかと期待している。よろしくお願ひしたい。

また、医師不足ではなく、勤務医不足ではないかとの意見については、十分承知しているが、国民的な認識として勤務医不足も含め医師不足という表現で合意されているので、今回は「医師不足」という言葉を使った。

◇夢のある言葉があればよいのでは。

◇アクティブ、前向きな提案・提言があればよいのでは。

◆CMの性質は、説明しすぎないことが大事だと認識して、その流れで作成している。

◇先の医療政策シンポジウムで慶応義塾大学の田中先生が、日医の失敗は国民に対して社会医療政策を提示できてないこととおっしゃっていたが、社会保障について国民意識は高いので、マクロ経済として医療費の問題を国民にきちんと知らせていく等その部分の広報活動に力を入れてもいいのではないかと感じる。医療・福祉が経済復興に非常に大きな貢献を果たす役割を担うとの考え方もでてきているので、そういった部分の広報を医師会が中心になって国民にアピールする努力・戦略も必要ではないかと思う。

◇この短いCMで、内容を理解している人は少ないと思う。「医師不足を日医が解決します」といったきちっとしたメッセージがあれば良かったと思う。

◇CMについては、予算の関係上、放映回数に限られるので、日医の努力だけではなく、地域医師会もCMを活用していただくことが重要である。本日お配りしたDVDを活用して末端の医師会等で開催される市民講演会等で流してい

ただければと思う。

広報全体について

◇生命を見つめるフォトコンテストについて、マンネリ化しているように思える。日医の提言がみえない気がする。選者を変えてみてはいかがか。

◆応募された写真の中から選ぶので限界がある。選者の問題だけではないと認識している。

「心に残る医療」体験記作文コンクールは、素晴らしい内容が多く、現場の医師にとって力づけられる内容となっている。今後も強力に取り組んでいきたい。

最後に宝住副会長より、本日いただいた貴重なご意見をふまえて今後の対応を考えていきたいとの報告があり、中川常任理事より参加へのお礼が述べられ会が閉じられた。

印象記



理事 當銘 正彦

平成20年度都道府県医師会広報担当理事連絡協議会が3月19日に日本医師会館で開催された。全国からの広報担当者に加え、日医の広報委員会の十数人が参加しての会議である。沖縄からは、小生と広報担当事務の津嘉山女史が参加した。会議のプログラムは以下の通りである。

- 1) 唐澤祥人会長の挨拶
- 2) 野津原崇広報委員会委員長の報告
- 3) 中川俊男常任理事の報告
- 4) 質疑応答

会議内容の詳細は津嘉山女史の報告を参照して頂くとして、私が今回、最も気に掛かったのは、この全国から担当者を集合して設定された会議の予定された時間が僅か90分という短時間であり、折角のface to faceの会議にしては物足りないとの印象を拭えなかったことである。

それでも質疑応答については、如何にも場馴れした中川常任理事の軽妙な司会で、多種・多様な意見が出され、それなりに討論の盛り上がりが見られたのは収穫であった。

会議を振り返って印象に残ったことは、次の3点である。

- 1) 唐澤会長の挨拶や中川常任理事の報告より、日医は広報活動を極めて重要な課題として位置付け、この間を取り組んで来たとのことである。その顕著な現れがテレビCMへの進出であり、2006年より都合7本のテレビCMを制作している。しかも昨年、一昨年と2年連続で全日本CM放送連盟フェスティバルのゴールド賞を獲得する程の力の入れようである。白犬のお父さんが登場するソフトバンク・モバイルのコマーシャルが300億円をかけてグランプリを取得しているとのことであるが、3億円弱の予算でゴールド賞を2年連続受賞している日医の取り組みの効率とセンスの良さを、素直に評価したいものである。

ところが質疑応答では、日医のCMのトーンが一貫して暗いイメージを与えていることに会場からクレームが上がり、もっと明るいイメージのCMにすべきだとの意見が数多く出された。しかし一方では、しみじみと訴える現在のパターンを踏襲して流すことにこそ、CMとしての効果

が大きいとの反論もみられ、次作がどの様なものになるのか興味津々である。

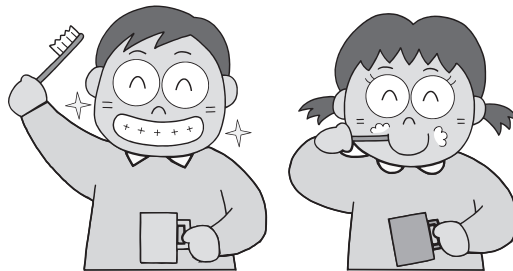
2) テレビCM、新聞広告等の日医の広報活動に対する反応をみる意識調査の結果が公表された。一般の方々の、この様な日医の広報活動への認知度は概ね50%前後であり、また関心を持って広報活動をみているのは20%前後とのことであるが、成果としては何とか、及第点を与えても良いかと思った。

3) 野津原崇広報委員会委員長の報告では、「医療崩壊」と言われる現状を打破するには、医師の結集以外に突破口は無いという認識を強調された。このところの政府・厚労省の戦略は、限られたパイの再分配による開業医と勤務医の対立を煽る方策が見え隠れするが、今こそ「日本の医療を守る」という共通の理念で、全ての医師が日医のもとに大同団結をすることの重要性である。

その為には、如何にして勤務医を日医に加入して貰うかの方途が問われており、研修医への紹介冊子の作成、非会員への白クマ通信の開放、医師会共通のバッジ作成、医師会入会金の無料化、勤務医モニター制度等々の提案が為されているとのことである。

今年度作成されたテレビCMについても、「勤務医・男性医師編、勤務医・女性医師編」となっており、医療崩壊の実態が、勤務医の不足による病院医療の危機である状況を取り上げている。

この様に日医は今、真剣に勤務医へ大同団結を呼びかける姿勢を打ち出しているが、全国医師連盟を結成した黒川衛氏や日医への反旗と挑発を繰り返す小松秀樹氏らの言動をみると、肝心の勤務医側の反応が今ひとつバラバラな現状が気になり、気に病むところである。



九州医師会連合会第302回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が、去る4月11日（土）午後4時からホテル日航福岡で開催された。

始めに、昨年度九州医師会連合会の担当県を務めた北野邦俊熊本県医師会長より、大過なく任を果たすことができたことに対しお礼が述べられ、引き続いて本年度九州医師会連合会の諸行事を担当する横倉義武福岡県医師会長より開催県医師会長として、「各県のご指導を仰ぎながら、精一杯お世話させて頂きたい」との挨拶があり、横倉会長の進行により議事が進められたので概要について報告する。

協 議

1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について（福岡）

横倉会長提案

会則で九州医師会連合会長並びに同副会長の選出は、「常任委員の互選」となっている。慣例により本年度九州医師会連合会担当を務める福岡県（横倉義武会長）が九州医師会連合会長、次年度担当県となる鹿児島県の米盛学会長が九州医師会連合会副会長に就任することについて提案があり、承認決定した。

尚、任期は平成21年4月1日より平成22年3月31日まで。

2) 九州医師会連合会監事の選定について(福岡)

横倉会長提案

会則で九州医師会連合会の監事は、「委員総会において委員のうちから選定する」ことになっている。慣例では担当県の隣接県から選出されており、本年度監事候補者の推薦県として佐賀県医師会と大分県医師会から監事の候補者を

推薦することについて提案があり、両県から推薦することに決定した。又、同監事候補者は4月末日までに福岡医師会へ推薦していただき、来る5月23日に開催する定例委員総会で監事の承認を得ることになった。

尚、任期は平成21年4月1日より平成22年3月31日まで。

3) 第303回常任委員会並びに第97回定例委員総会の開催について（福岡）

横倉会長提案

みだし常任委員会並びに定例委員総会の開催について日時、議事内容等（例年どおり）について説明があり、下記のとおり開催することに決定した。

尚、来賓として日本医師会から唐澤会長、竹嶋副会長、今村定臣常任理事、参議院議員の西島先生の出席を予定している。

記

- ・九州医師会連合会第303回常任委員会
日時 平成21年5月23日（土）
16：30～17：20
場所 ホテル日航福岡
- ・九州医師会連合会第97回定例委員総会
日時 平成21年5月23日（土）
17：30～18：20
場所 ホテル日航福岡
- ・九州医連連絡会第10回執行委員会
日時 平成21年5月23日（土）
18：20～18：50
場所 ホテル日航福岡
- ・懇親会 平成21年5月23日（土）
19：00～

報 告

1) 平成21年度九州医師会連合会行事予定について (福岡)

横倉会長報告

みだし九州医師会連合会行事予定表について確認があり、ご協力方についてお願いがあった。又、10月30日(金)から11月1日(日)にわたり開催する第109回九州医師会連合会総会・医学会日程(案)について資料に基づき説明があった。

その他

1) 読売新聞広告(医の達人、スーパードクター)に関する件について (鹿児島)

米盛会長報告

先に読売新聞鹿児島広告社によって企画広告

した「医の達人・スーパー Dr.」について、去る3月19日(木)読売新聞関係者3名が謝罪のため鹿児島県医師会に来会され、詫び状を提出したことについて報告があった。

本件は、日医立会いの下で読売新聞社との話し合いを持たれてきた。広告の掲載には行政にも確認の上掲載しているが、殆ど盲判のようなもので了解されているとのことである。「医の達人・スーパー Dr.」については、医の倫理の高揚に慎まなければいけないということ、又、医療法上は誘因性(誇大宣伝広告)に抵触することになり、この件は読売新聞西部本社が責任をもつことになり詫び状を提出した。



平成20年度第6回沖繩県・沖繩県医師会連絡会議

常任理事 安里 哲好

去る3月23日（月）、県庁3階第2会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。

議 題

1. 厚生労働省：小児救急医療電話相談事業 #8000について（県医師会）

<提案要旨>

先般、厚生労働省から発表された、#8000の全国調査では、同事業を実施していない県は沖繩県と富山県の2県との報告があった。

子供の急病に対して早期に治療してほしいと願う親の不安を背景に、必ずしもすぐに受診する必要のない患者についても救急病院で受診することが多く、救急病院の小児科医の負担が増大している。同事業は親の不安を解消し、患者の症状に応じた適切なアドバイスを行ない、同時に夜間軽症例の救急室受診を減少させる事が期待できる。

こども医療センター救急室2007年の調査では、夜間救急室に電話での問い合わせは6,848件／年で、その内小児は4,927件（70%）をしめ、看護師は救急室業務を行なう傍らの電話対応は業務に支障を来している。また昨年、中央・南部福祉保健所が行なった保育園でのアンケート調査によると、651人の親に‘軽い病気で救急受診を減らす方法は？’との質問に対し、‘専門家に電話で相談できる体制がある’と答えた親が全体の76.4%あった。

今般、沖繩県公務員医師会より、「同事業については、以前一度見送られた経緯があるが、沖繩県における、小児救急医療の向上、地域社会に対する県の医療サービスの一環としてこの

事業を行なう意義は大きいと考える。沖繩県医師会で再度検討いただきたい。」との依頼があった。

については、同事業の今後の進め方について、沖繩県福祉保健部のお考えをお伺いしたい。

<福祉保健部の回答>

沖繩県における小児救急電話相談事業については、他県での利用実績や県内の救急病院の整備状況から導入は予定していないが、小児軽症患者の来院が病院救急業務に支障をきたしていることは承知している。

このため、福祉保健部としては、小児急病時の適切な医療機関のかかり方について保護者等に普及啓発を行う“小児救急医療啓発事業”を平成21年度に委託実施することで新規に予算計上をしている。

事業の実施に当たっては、小児科医師や市町村、医師会等から構成する委員会等を立ちあげ、効果的な啓発を検討していただく予定である。

なお、先月（2月）開催した沖繩県救急医療協議会でも同様の意見があり協議を行ったが、小児科医の先生方を含めて、21年度は“啓発事業”に力を入れていこうとのご意見もいただいたので、当面そのように取りくんでいきたい。

<主な意見等>

■啓発事業の予算も確保できたので、21年度は普及啓発事業に取り組んでいきたい。啓発事業の成果もみて、今後の対応を検討していきたい（福祉保健部）。

□生まれてから〇〇歳まではどこの医療機関に、〇〇歳から〇〇歳まではどこの医療機関

にというような形が作れないか。県医師会でも、以前、産婦人科医と小児科医の先生方に集まっていたが、出産時に産婦人科でそういう指導ができないか、かかりつけの小児科医につなげることができないか協議したことがあるが、纏まらなかった（県医師会）。

■ どういった手法があるのか、どういった方をターゲットにすれば効果があがるのか、検討のうえ、ポスター等の作成について調整していく（福祉保健部）。

■ 平成21年度について、啓発事業の予算が確保できたので、その効果のみで#8000事業に移行するかどうか検討していきたい（福祉保健部）。

□ #8000については、5年前沖繩県救急協議会でも話し合われたが、あの時点では県立病院が頑張っているのではといらなかった。しかし、南部医療センター・こども医療センターが出来てから状況は変わっている。現場から要望が出ており、医師の負担を軽くしていきたいので、再度検討をお願いしたい（県医師会）。

□ 九州でも、沖繩県を除いて実施しているとのことであった。しかし、病院への問い合わせは7,000回近い件数がきているとのことである。小児啓発事業でポスター等作成されるのであれば早めをお願いをしたい（県医師会）。

■ 前回立ち消えになった背景は、相談があった時点では何でもなかったのに、あとで事故になるようなことがでてきた時の責任はどうするかということであった（福祉保健部）。

2. 新宮古病院整備基本計画（案）に関する意見公募について（県医師会）

<提案要旨>

去る3月4日付、沖繩県病院事業局長より「新宮古病院整備基本計画（案）に関する意見公募について」通知があった。

当文書によると、前年6月に宮古病院整備基本構想が策定され、その内容を踏まえながら、基本計画について検討を行ってきたとの事である。

これまで県立病院に関する問題は、沖繩県医療審議会や県立病院のあり方検討委員会等で検討を行い、沖繩県知事へ報告書、答申を行っている。しかしながら、今般の「新宮古病院整備基本計画（案）に関する意見公募について」に関しては、これまで本会でも審議等に参加していないことから情報が得られていない。

本件について、病院事業局担当者に問い合わせたところ、基本構想については、福祉保健部統括監、県立病院長、宮古島市副市長、宮古福祉保健所（オブザーバー）により策定され、今回意見公募のある基本計画（案）については、病院事業局内で検討され作成したとの事であった。

については、下記3点についてご教示願いたい。

- ① 基本構想および基本計画（案）に関する審議経過について
- ② 地域連携必要性の観点から、宮古地区医師会を含む医師会の参画が無かったのは何故か
- ③ 今後の展開について

<福祉保健部の回答>

① 基本構想および基本計画（案）に関する審議経過について

第1回基本構想検討委員会

（平成19年5月31日：本庁会議室）

・ 基本構想素案について審議

（改築の必要性、宮古病院の医療機能等）

第2回基本構想検討委員会

（平成19年7月26日：本庁会議室）

・ 宮古地区医師会長及び宮古保健所長（オブザーバー参加）から提出された意見に関する審議

・ 基本構想素案について審議

（新病院の施設整備に係る基本的考え方）

第3回基本構想検討委員会

（平成20年5月31日：本庁会議室）

・ 基本構想案の取りまとめ

② 地域連携必要性の観点から、宮古地区医師会を含む医師会の参画が無かったのは何故か
平成19年7月26日に開催した第2回検討委

員会において、中村貢宮古地区医師会長がオブザーバーとして参加し意見を提出している。

③今後の展開について

今後の作業については次のとおり予定。

- 21年 3月 基本計画の策定
- 4月 基本設計発注のための準備作業（～6月上旬）
平成22年度国庫要請に関する内部調整
- 5月 内閣府との意見交換
- 6月 基本設計の公募（～9月中旬）
- 8月 国庫要請
- 9月 基本設計発注
- 12月 22年度国庫内示
- 22年 3月 基本設計完成
- 4月 実施設計発注
- 11月 実施設計完成
- 23年 2月 改築工事着手(24年度下半期竣工、25年度上半期新病院開院)

<主な意見等>

- 現場からの意見を尊重し、金をかけず効率の良い又は現場が働きやすい環境を考慮して構築していただきたい（県医師会）。
- 公的病院を新築する時は、莫大な金がつぎ込まれるので、支払がきちんと出来るようにしていただきたい。現場の使いやすい病院であることや1床当たりの占める面積も考慮して、いろんな方の意見を取り入れて立派な病院をつくっていただきたい（県医師会）。
- 将来的には電子カルテを導入することになると思われるので、倉庫をたくさん作るのではなく、いつでも間切り出来るような構造にした方が良い（県医師会）。
- 庁内のオーソライズがされていないのが気掛かりである（福祉保健部）。
- 行政の考え方を変えて欲しいというのが趣旨である。県立病院の構築にあたっては民間医療機関との連携を踏まえて作ってほしい。そういう中で、初めから委員として医師会が参

画していなかった事は問題である（県医師会）。

- そもそも老朽化していたものを改築するのが目的である。検討委員会が一時中断されていたのはあり方検討部会との整合性を図るためである。八重山や中部、精和病院に関しても今後同様である（福祉保健部）。

3. 肝炎に対するインターフェロン治療費助成制度について（福祉保健部）

<提案要旨>

- ・厚生労働省が示す「新しい肝炎総合対策の推進について」に基づき、本県においても、平成20年4月からウイルス性肝炎のインターフェロン治療に対する助成制度を実施している。
- ・初年度は、予想を上回る件数の助成を行ったが、まだこの制度を知らずに利用できていない方もいると思われるため、会員の先生方への周知をお願いしたい。
- ・また、今後は琉球大学医学部附属病院を肝疾患診療連携拠点病院に選定して、専門医療機関やかかりつけ医との診療連携を強化していく予定である。

【制度の概要】

- ・助成制度は、県が指定する医療機関の診断書や関連書類を保健所へ申請し、認定されれば原則として1年間助成を受けることができる。この場合、患者さんの自己負担限度額が所得に応じ月1万円、3万円、5万円と定められている。
- ・平成20年4月から平成21年2月末までに、当初の予想を上回る215件の助成を行っている。平成21年4月からは、症例によっては助成期間を72週間に延長することも可能となる見込みである。

【診療連携について】

- ・ウイルス性肝炎の医療提供体制を整備するため、県では琉球大学医学部附属病院を肝疾患診療連携拠点病院に選定する方向で調整を行っている。拠点病院に期待される役割として、肝疾患の一般的な医療情報の提供、県内の医療機関等に関する情報の収集や提供、医

療従事者や地域住民を対象とした研修会や講演会の開催、肝疾患に関する専門医療機関との協議の場の設定等がある。

- ・ 今後は、拠点病院を中心に、専門医療機関やかかりつけ医の連携強化のもと、C型肝炎治療ガイドラインに基づくインターフェロン治療を推進している。

(添付資料)

- ・ ウイルス性肝炎患者の診療体制
- ・ 肝疾患診療連携拠点病院選定後の沖縄県内の医療提供体制イメージ

<主な意見等>

- B型肝炎も対象になるのか (県医師会)。
- B型でもインターフェロンの治療であれば対象になる (福祉保健部)。
- 対象人数はどのくらいいるのか (県医師会)。
- 正確な数は把握できていない。70～80人分の予算をとっている。キャリアは、県内で1,500人前後ではないかと考えている。そのうち、診療の対象は520～530人位ではないか (福祉保健部)。
- 市町村の検診数から、これくらいだろうと試算している (福祉保健部)。

4. 医療機能情報の報告状況等について
(福祉保健部)

<提案要旨>

医療法に基づく医療機能情報制度の報告状況については、平成21年2月20日現在において、病院(86施設提出済み/94施設中)、診療所(560施設提出済み/742施設中)となっている。

県は医療機能報告の情報データの受け皿となる「沖縄県医療機能検索システム—うちなあ医療ネット—」を構築、整備し、住民・患者による医療機関の適切な選択の支援を行うことになっている。また、医療連携体制の構築に資するため、保健医療計画に掲載する医療体制図・表の更新にうちなあ医療ネットを活用することになっている。

しかし、診療所については、全報告中の6割が調査票(紙)による提出となっていることや、報告内容に記載漏れや誤記があることが課題となっている。ついては、その対応について、沖縄県医師会のご協力をお願いしたい。

また、古謝班長より山形県で実施されている地区医師会の代行入力について追加説明があった。

1. 課題：紙媒体で報告された情報のネット掲載(代理入力)
 - ① 件数過多：離島や高齢などネット利用が難しい場合の想定範囲を超えている。
 - ② 記載漏れや誤記の補正が必要(そのまま掲載すると患者や県民に誤解が生じる。)
2. 課題への対応に当たってのポイント
 - ① 各医療機関から報告された情報は県民にとって重要な情報であり、速やかにインターネットを通して情報提供する必要がある。
 - ② 保健医療計画に定める「医療連携体制図・表」の更新に当たって必要な情報である。
 - ③ 紙媒体での提出は今後もあり得るため、その取り扱いについて対応を決めておく必要がある。
 - ④ 診療所については、手術件数を除き、報告内容が毎年度大きく変わることは少ないと想定される。
3. 対応(案)
 - ① 報告の記載漏れや誤記の補正について⇒県
 - ② ネットへの代理入力について⇒医師会

<主な意見等>

- 本件はこれまで何回かに亘って提案議題にあがってきた。それを受け、本会としても会員への入力依頼を周知徹底してきたところである。また、代行入力に関しても県の方で入力いただけるという内々の承諾を得てきたところである。今回の依頼は医師会への代行入力であり、他府県でも実施されているようだ

が、県医師会での代行入力は無理がある。地区医師会に依頼するにしても検討する必要がある（県医師会）。

- そもそも紙ベースで依頼をしてきたことに問題があり、ネットを介すのであれば始めから紙を送るべきでない（県医師会）。
- 必ずネットを介さないといけないという規制はあるのか。レセプトオンライン請求と同様にそういう規制がかかるのであれば医師会にとっても非常に大きな問題となってくる。医療機関が必ずしもインターネットを導入しているとは限らない（県医師会）。
- 他府県でもネットのみでの入力が行われていない。紙媒体でも行っている（福祉保健部）。
- 報告することは医療法で義務化されている。

報告方法は県知事が指定する方法で報告していただく。沖縄県の場合は基本的にはインターネットで報告していただくと県民にも迅速に還元され、医療連携体制図表にも迅速に更新が行える。代理入力については、ネットを使用していない方が多くないと予想していたが意外と多かったので対応に苦慮している（福祉保健部）。

- 本来、県で行うべきところを県医師会あるいは地区医師会に依頼するというのであれば、費用補償を含めた議論をする必要がある（県医師会）。

以上の意見を踏まえて、代理入力については見合すことになった。

印象記



常任理事 安里 哲好

平成21年3月23日、県庁3階第2会議室にて平成20年度最後の連絡会議が行われた。議題は4題（県から2題、本会から2題）であった。

「厚生労働省：小児救急医療電話相談事業 #8000について」は県医師会・公務員医師会より提案があった。福祉保健部の考え方は本文を参照いただきたい。導入に至っていない背景の一つには、県立病院の小児救急医療の充実にあるように思われる。九州医師会連合会でも、#8000を施行してないのは当県だけであった。日本医師会が平成20年10月に施行した「医師確保のための実態調査」によると、小児救急電話相談事業（#8000）についての効果は、47都道府県中、「かなりあった」が26.2%、「ややあった」が38.1%、「今後期待できる」が14.3%との報告で、他県では活用されそして評価されている現状が提示されている。福祉保健部は21年度に「小児救急医療啓発活動事業」を積極的に行いたいと述べていた。更に、他県では、小児救急の初期医療において、近隣の医療機関と連携を取りながら行っているのが実状である。特に、千葉県は人口10万人あたりの小児科医の数が全国一少ない中でも、診療所医師が中核病院の小児救急外来（初期医療）を担っていて、スムーズに行っているとのこと（電子カルテの対応・医療クラークの配備やトラブルの担保等課題はあるが）。

「新宮古病院整備基本計画（案）に関する意見公募について」は本文にもあるように3点について提案した。基本構想検討委員会は2年間（19年度、20年度）で3回行なわれ、2回目にオブザーバーとして参加した宮古地区医師会長および宮古保健所長から出された意見に対して審議し

たと述べている。最終結論は、平成21年12月の22年度公庫内示にて決まるようである。診療現場からの意見を尊重し、金をかけず効率の良いそして現場の働きやすい環境を考慮して構築して欲しいとの意見もあり、また償還計画の範囲内で、かつ通常妥当な初期投資（民間病院レベル）を要望した。県立病院の構築にあたっては民間医療機関との連携を踏まえて造って欲しいし、初めから委員として医師会の参画を要望した。

「肝炎に対するインターフェロン治療費助成制度について」は平成20年4月からウイルス性肝炎のインターフェロン治療に対する助成制度を実施しており、会員への周知を依頼された。琉大病院を肝疾患診療連携拠点病院に選定して、専門医療機関やかかりつけ医との連携を強化していきたいと述べていた。キャリアは1,500人前後で、診療の対象者は520～530名位ではないかと推定し、また、平成20年度は215件の助成を行ったと報告している。

「医療機能情報の報告状況等について」は、現状報告と県医師会・地区医師会への協力依頼があった。診療所や病院はその医療機能の情報を県に届ける義務があるが、調査票（紙）による提出と「うちなあ医療ネット」に入力することで提出したと認める二通りの方法を行っている。診療所については、75.5%（560施設提出済み／742施設中）の6割が調査票による提出となっていることや、報告内容に記載漏れや誤記があることが課題とのこと。報告の記載漏れや誤記の補正については県が行い、「うちなあ医療ネット」への入力は医師会の協力を得たいと提案されたが、医師会での入力は現状では厳しいと回答したが、引き続き検討することになった。

3月で退職される伊波輝美福祉保健部長はドクターヘリと県立病院の諸課題について対策するのに、日々精一杯で、明日の事を考える余裕はなかったと話され、2年間の在任中の医師会の協力に対して感謝の意を述べていた。伊波部長はその小さな体にも関わらず、積極的に行動し、県民の保健・医療・介護・福祉のためにご尽力いただき、あらためて、心より感謝の意を表したいと思う。



平成20年度沖縄県周産期保健医療協議会



理事 金城 忠雄

平成21年2月27日、沖縄県周産期保健医療協議会がオーガストイン・久茂地において開催された。小渡敬副会長の代理で上記協議会に出席したので、その概要を報告する。(沖縄県周産期保健医療協議会委員名簿 資料1.)

沖縄県周産期保健医療協議会委員名簿 資料1

	分野	氏名	職名
1	保健医療関係者	小渡 敬	沖縄県医師会副会長
2	保健医療関係者	平安山英盛	沖縄県立中部病院院長
3	保健医療関係者	高良 光雄	日本産婦人科医会 沖縄県支部長
4	保健医療関係者	譜久山民子	沖縄県保健所長会副会長
5	保健医療関係者	安谷屋正明	沖縄県立宮古病院院長
6	保健医療関係者	桑江喜代子	沖縄県看護協会副会長
7	保健医療関係者	玉那覇榮一	沖縄県小児保健協会会長
8	保健医療関係者	具志 一男	沖縄県小児科医会会長
9	学識経験者	太田 孝男	琉球大学医学部 小児科教授
10	医療を受ける側の代表	田頭 妙子	特定非営利活動法人こども医療支援 わらびの会理事
11	医療を受ける側の代表	積 静江	沖縄県母子保健推進員 連絡協議会会長
12	消防関係者	宮平 智	沖縄県消防長会長
13	市町村行政関係者	石橋紀美子	うるま市健康支援課長
14	沖縄県福祉保健部長	伊波 輝美	沖縄県福祉保健部長

挨拶

福祉保健部長

(高江洲均福祉保健部保健衛生統括監 代読)

本県の周産期医療体制は、県立2施設の病院

に総合周産期母子医療センターを設置し、琉球大学医学部附属病院の周産母子センターを中核として、那覇市立病院、沖縄赤十字病院の地域周産期母子医療センターと、地域の周産期医療施設がそれぞれの役割分担と相互連携により、これまで安定的に周産期医療を提供してこることができた。

平成19年の沖縄県の母子保健統計指標を見ると、本県の新生児死亡率、乳幼児死亡率は改善傾向にあるが、低体重児出生率及び周産期死亡率は、依然として全国平均より高い状況にある。

現在、県では、妊婦の健康管理、及び生活態度の改善を図り低体重児出生のリスクを下げる観点から、早期の妊娠届出、妊婦の健康管理の充実に向けて取り組んでいる。

来年度から妊婦健康診査の公費負担回数が、5回から14回へと充実され、また周産期センターの再編なども検討されるなど、国の周産期医療への支援とあわせ、県としても地域の課題やニーズに対応した対策を検討し、すべての母と子が安全安心な妊娠・出産が出来るように支援していきたい。と挨拶された。

議事

1. 周産期医療体制の現状について

- ・ 県立中部病院
- ・ 県立南部医療センター・こども医療センター

2. その他報告

- ・ 計画外自宅分娩時の母体・新生児搬送及び未受診妊婦の搬送について
- ・ 関係消防機関からの照会について
- ・ 公費による妊婦健康診査の拡充について

報 告

1. 周産期医療体制の現状について

福祉保健部健康増進課母子保健班の事務局か

沖縄県の母子保健の現状（統計） 資料2

	03			04			05			06			07(平成19年)			03 実数 (人)	04 実数 (人)	05 実数 (人)	06 実数 (人)	07 実数 (人)
	沖縄 県	全国	順位	沖縄 県	全国	順位	沖縄 県	全国	順位	沖縄 県	全国	順位	沖縄 県	全国	順位					
出生率	12.1	8.9	1	12.1	8.8	1	11.9	8.4	1	12.1	8.7	1	12.1	8.6	1	16,303	16,362	16,115	16,483	16,588
合計特殊出生率	1.72	1.29	1	1.72	1.29	1	1.72	1.26	1	1.74	1.32	1	1.75	1.34	1					
低体重児出生率	10.5	9.1	1	10.9	9.4	1	10.9	9.5	1	11.0	9.6	1	11.8	9.7	1	1,719	1,788	1,749	1,815	1,961
10代の出産	3.4	1.7	1	3.4	1.7	1	2.9	1.6	1	3.0	1.5	1	2.6	1.4	1	554	561	468	496	436
乳児死亡率	2.6	3	42	2.9	2.8	17	2.5	2.8	35	2.4	2.6	35	2.5	2.6	25	42	48	40	39	42
新生児死亡率	1.5	1.7	37	1.0	1.5	45	1.6	1.4	11	0.9	1.3	45	1.2	1.3	27	24	17	26	15	20
死産率	32.9	30.5	16	32.9	30	14	34.9	29.1	7	36.0	27.5	7	36.6	26.2	2	554	557	583	615	630
自然死産	16.2	12.6	1	15.2	12.5	4	15.4	12.3	1	16.4	11.9	1	16.5	11.7	1	273	258	257	281	284
人工死産	16.7	17.8	29	17.7	17.5	24	19.5	16.7	13	19.5	15.6	10	20.1	14.5	6	281	299	326	334	346
周産期死亡率	6	5.3	9	4.7	5.0	33	5.6	4.8	6	5.0	4.7	18	6.4	4.5	2	99	78	90	83	106
妊娠22週以後の死産	4.9	4.1	5	4.2	3.9	17	4.8	3.8	3	4.4	3.7	7	5.5	3.5	1	79	69	78	73	91
早期新生児死亡	1.2	1.2	18	0.6	1.1	46	0.7	1.0	37	0.6	1.0	46	0.9	1.0	2.5	20	9	12	10	15
妊産婦死亡率	5.9	5.3	20	11.8	4.3	7	6.0	5.7	20	0	4.8	-	5.8	3.1	5	1	2	1	-	1
婚姻	6.3	6	4	6.4	5.7	3	6.5	5.7	2	6.5	5.8	4	6.3	5.7	4	8,494	8,637	8,808	8,853	8,620
離婚	2.77	2.77	1	2.72	2.15	1	2.7	2.1	1	2.68	2.04	1	2.71	2.02	1	3,722	3,674	3,667	3,650	3,698
早期妊婦届出の割合(妊娠11週)	72.0			68.3			72.8			74.1			74.5			12,064	11,341	12,169	16,039	12,678
妊婦健診(前期)	93.2			90.8			94.1			94.6			97.6			15,839	15,250	15,853	16,039	16,187
乳児健診	84.9			84.8			85.7			85.8			87.5			28,160	27,768	27,719	28,438	28,217
1.6ヶ月児健診	84.2	92.6		84.1	91.9		83.9	91.5		84.0	92.5		85.5	93.4		14,116	13,697	13,944	14,092	13,744
3才児健診	77.6	92.0		77.5	88.5		76.7	88.9		77.9	89.5		78.9	90.1		13,452	13,165	12,857	12,912	12,533

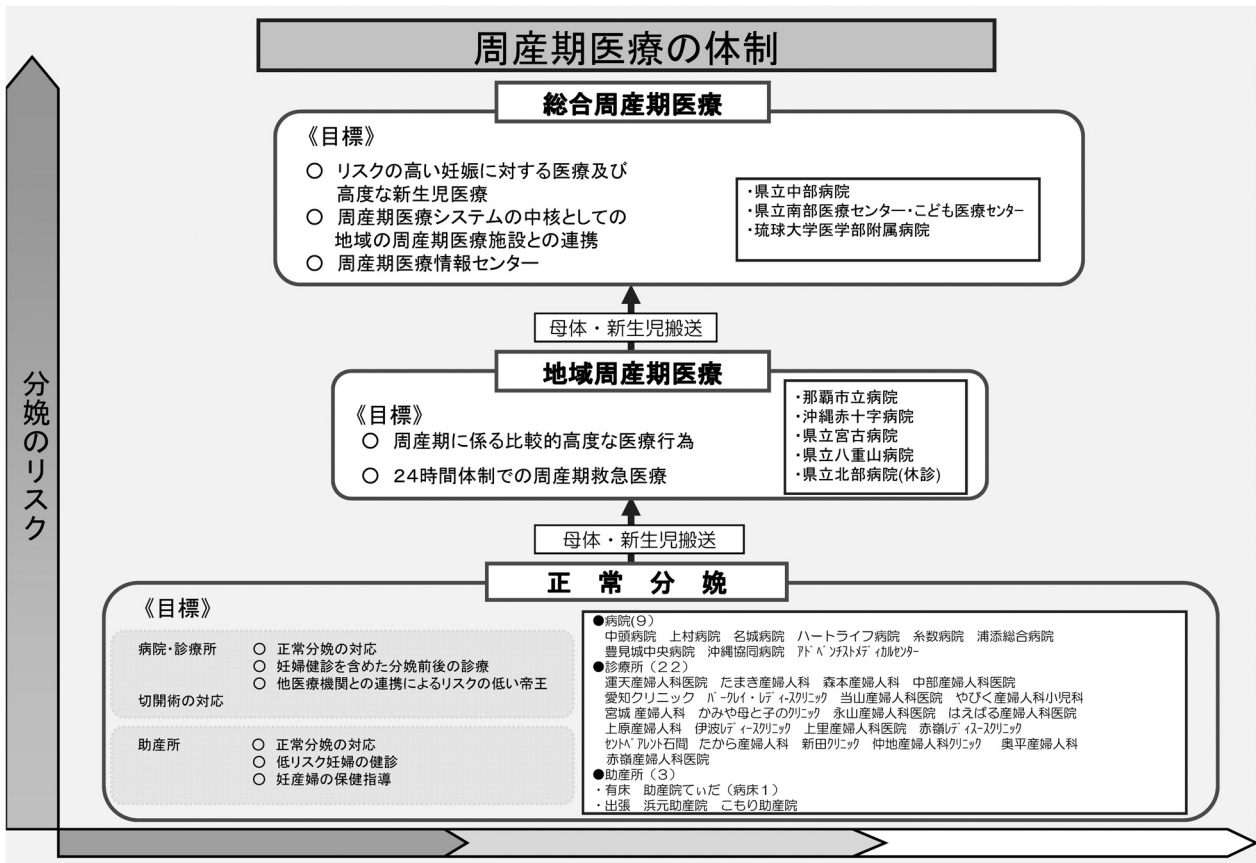
* 乳児死亡率・新生児死亡率は出生千対 * 周産期死亡率・死産は出産千対 * 妊娠届けでは市町村への調査結果(沖縄県の母子保健)データ

ら、沖縄県の母子保健の現状が報告された。平成19年の統計では、出生率12.1全国1。低体重児出生率11.8で全国1。以下資料2の通り。

(1) 周産期医療の体制

県は総合周産期母子医療センターとして、県立中部病院と南部医療センター・こども医療センターの2施設を指定している。周産母子センターは、琉球大学附属病院に設置されている。地域周産母子医療センターは、那覇市立病院と沖縄赤十字病院が担当している。リスクの程度に応じて各々の施設に紹介している。(資料3)

資料3



(2) 周産期医療施設の現況

沖縄県のMFICU（母児ICU）、NICU（新生児ICU）等の病床数と産婦人科医と新生児・小児科医の現在の状況は、資料4の通りである。

周産期医療施設の現況 資料4 H20.4.1現在

種 別	病院名	MFICU	MFICU	NICU	NICU	一般産科 病床	GCU
		(診療報酬 加算対象)	(診療報酬 非加算)	(診療報酬 加算対象)	(診療報酬 非加算)		
総合周産母子 医療センター	県立中部病院	6	0	12	18	29	0
	こども医療センター	6	0	12	0	20	18
小計①		12	0	24	18	49	18
地域周産母子 医療センター	那覇市立病院	0	0	3	6	40	0
	沖縄赤十字病院	0	0	6	6	35	0
小計②		0	0	9	12	75	0
その他	県立北部病院	0	0	0	8	0	0
	県立宮古病院	0	0	0	8	7	0
	県立八重山病院	0	0	0	5	20	0
	琉大附属病院	0	0	6	0	17	6
小計③		0	0	6	21	44	6
合計(①+②+③)		12	0	39	51	188	24

種 別	病院名	産科・産婦人科医		新生児専任医師		兼任する常勤 小児科医
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	
総合周産母子 医療センター	県立中部病院	13	0	6	0	6
	こども医療センター	8	0	5	0	0
小計①		21	0	11	0	6
地域周産母子 医療センター	那覇市立病院	3	1	0	0	10
	沖縄赤十字病院	3	1	0	0	4
小計②		6	2	0	0	14
その他	県立北部病院	2	0	0	0	5
	県立宮古病院	3	0	0	0	4
	県立八重山病院	5	0	4	0	0
	琉大附属病院	10	8	6	1	2
小計③		20	8	10	1	11
合計(①+②+③)		47	10	21	1	31

その後病院2施設における総合周産母子医療センターの現状が報告された。スライドの数が多いので、ピックアップしてその概略を報告する。

中部病院の周産期医療体制の現状について

小濱守安小児科部長

産科 概要

産科	35床 MFICU 6床 後方病床29床
新生児	18床
陣痛室	3床
分娩室	2室(手術室兼1室)
産婦人科外来	3診察室
産婦人科医師	8名 (1名は宮古病院派遣)
看護師	34名
看護助手	2名

スライド1

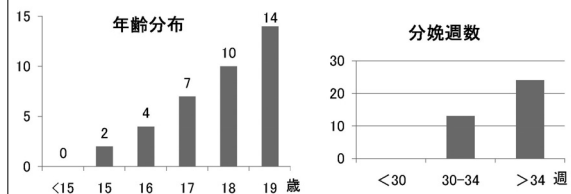
産科分娩統計

(2008年1月1日～2008年12月31日)

総分娩数	873 例
単胎	842 例
双胎	31 例
経膈分娩	521 例
帝王切開	352 例
帝王切開率	40.3 %

スライド2

若年妊産婦37例



スライド3

産科部門の課題

- ・ 北部地区妊産婦受け入れに伴い
産科重症例が増加
社会的経済的問題を有する患者が増加
婦人科患者も増加し、手術件数が増加
- ・ 北部地区患者の優先受け入れ
入院中の中部地区患者を南部地区へ搬送し
受け入れを行っている。
- ・ 宮古病院産科の応援
2ヶ月毎に指導医が交代で診療応援派遣中
- ・ スタッフの精神的、肉体的、経済的負担が大きい

スライド4

県立中部病院
総合周産期母子医療センター新生児科

開設	2002年4月1日
定床	30床(特定ICU12床) 後方病床18床
医師	5名
看護師	39名
看護補助員	4名
病床利用率	93.7 %*
平均在院日数	24.1*

*:平成18年度

スライド5

2008年NICU入院概要

総数	366
死亡	3
男:女	210:156
入院経路	
院内出生	286
緊急母体搬送	124
非緊急搬送	28
未受診飛込産	9
児搬送	57
自宅産	3
車中分娩	3
再入院	9

(2008.1.1-2008.12.31)

スライド6

搬送中の医療上の問題点

- ・ 北部からの搬送中の出産(救急車内)
- ・ 新生児搬送
 - 北部よりNICUに入院した児の40例中、21例(52.5%)を搬送した。
 - 新生児科医が搬送に付き添い、往復で3時間、病院を離れなければならない、病棟が手薄になる時間帯が生じる
 - 安全のため挿管を要しない児のみを搬送する
- ・ 搬送用保育器内で、病児が固定されない
- ・ 搬送時の新生児を固定するチャイルドシートがない

スライド10

NICUに入院した未受診10例

	性	週数	体重	母年齢	未受診の理由
北部	女	27	892	34	未婚、妊娠は気づいていた
中部	男	38	3930	19	経済的理由、第2子
	男	35	1990	16	未婚、経済的理由で受診せず入籍予定
	男	2394	39	経済的理由、離婚中、車中分娩4回経産	
	女	22	450	33	前児も未受診で子宮内死亡、3回経産
	女	32	1534	34	経済的理由、1回経産
県外	男	37	3078	22	妊娠は気づいていた、3回経産
	女	3566	42	経済的理由、4回経産、再婚	
	女	41	3598	24	未婚、妊娠気づいたが迷っていた、入籍なし
県外	男	33	2268	36	旅行中

スライド7

県立南部医療センター・こども医療センターの現状
宮城雅也小児科部長

沖縄県立こども医療センター
総合周産期母子医療センター
勤務医師数

2009年2月現在

新生児科常勤医師	5名
小児科専攻医	2名
産婦人科常勤医師	9名
産婦人科専攻医	3名

スライド1

新生児部門の課題

- ・ 沖縄県の極低出生体重児の出生率は全国平均の約2倍であり、恒常的なNICUベッドの不足がある
- ・ 新生児専任医師の恒常的不足
 - 過重労働・勤務があり、体調不良や早退、病休者がでている。
- ・ 母体搬送システム
 - 北部地域の周産期を補完する為に、宜野湾以南の母体新生児を南部地域に搬送
- ・ 北部地域の早産児のフォローアップ体制が課題
- ・ 2008年度小児科医退職(4名)
 - 病棟診療体制の維持に支障

スライド8

産科部門診療実績

■ 総分娩数	493例
■ 紹介症例数	319例
■ 多胎妊娠数	37例
■ 帝王切開数	231例
■ その他の産科手術	50例

スライド2 帝切率 46.8%

当院で出産後の問題

- ・ 母親の退院後の通院が困難(特に名護以北)
 - 母子関係の構築に支障が出る可能性
- ・ 母乳の搬送が困難で、母乳栄養が円滑におこなえない
- ・ 地域連携が必要な症例が多い
 - 若年出産や未受診妊婦など
 - 虐待ハイリスクの家族もある
- ・ 家族の面会が困難
- ・

スライド9

主な症例の内訳(総入院数301人)

心疾患(循環器共同管理)	41例
外科疾患	11例
品胎	2組
双胎	17組
人工換気症例	87例
自宅分娩	12例
新生児搬送	81例

スライド3

遠隔地よりの入院受入れ状況

- 県外 10例
 - 鹿児島6例 愛知・石川・宮崎・兵庫 各1名
- 離島 12例
 - 石垣4例 宮古3例 久米島2例 南大東2例
 - 伊平屋1例
- 本島遠隔地
 - 名護市6例 うるま市7例 恩納村2例
 - 大宜味1例 沖縄市4例

スライド4

沖縄県周産期システムの特徴

- 超緊急は全て総合周産期で受入れる
- 満床のときでも超緊急では、一旦は受入れ、病状を安定させてから他の周産期施設へ搬送する。
- どうしても受入れできないときは、次の症例を搬送するところを前もって探しておく。
- 全部のNICUが満床になったら、産婦人科施設に少しのハイリスク妊婦でも入院させて、管理する

スライド5

周産期施設よりの要望

- 周産期ネットワークで空床があっても、人工呼吸器、保育器がないので、入院患者を受取ることができないことがあるので、レンタル用機器を一括して管理するシステム構築し、緊急時に対応できるようにして頂きたい。

スライド6

2. その他の報告

計画外自宅分娩時の母体・新生児搬送及び未受診妊婦の搬送について

福祉保健部 健康増進課 母子保健班

平成19年度のこの協議会で議題になった事項です。資料5のように決定したので報告する。

関係消防機関からの照会について

浦添消防本部より、陣痛妊婦を病院に搬送する途中で、救急車内で出産した場合、出生届けに添付する出生証明書に救急隊員が署名しなければならぬかとの照会があったので、調査してみた。(資料6)

資料5

計画外自宅分娩時の母体・新生児搬送及び未受診妊婦の搬送について

主旨：平成18年度に、総合周産期母子医療センターとして県立南部医療センター・こども医療センターが指定され、南部医療圏域において、迅速な搬送体制を図るために、周産期医療施設と消防機関で搬送の申し合わせ事項を決めることとした。

<消防機関における搬送手順>

1. 救急隊員は現場に到着次第、母体と新生児の状態を把握する。
2. 母親の状態が不良なら、緊急に応援の救急車を呼ぶ。
3. 救急救命士は新生児の状態が、悪ければ直ちに蘇生に入る。(新生児用のバックマスクの準備)
4. 低体温が最も多い合併症なので保温に細心の注意を払う。
5. 救急救命士は胎盤の状態を確認し、手元にある手段で結紮する。
6. サランラップがあれば、体に巻きつけて不感蒸泄を防ぎ体温の保持に努める。各消防機関は、新生児搬送の実施マニュアルを作成しておく。
7. 蘇生に当たっていない隊員は、搬送先に連絡する。
8. 自宅分娩の出生証明書は、出生に立ち会った者の証明が必要になるので、その旨を家族に説明する。家族は動揺しているので出生時間等は、救急隊員が記録を残しておく。

<搬送体制>

搬送については、当該市町村の救急車で搬送する。

1. 未受診妊婦の場合は、全てハイリスク妊婦と考えて、総合周産期母子医療センターへ母体搬送する。
2. 自宅分娩の場合、かかりつけ医の有無にかかわらず、自宅分娩児(成熟児も含む)を、総合周産期母子医療センターへ搬送し、産婦は状況に応じて、かかりつけの医療機関に搬送する。
3. 総合周産期母子医療センターは、ベットが満床でも一旦は受入れて、その後、母親の状況によって、他の周産期母子医療センター、又はかかりつけ医のいる産婦人科医療機関に搬送する。かかりつけ医のいない場合は、総合周産期母子医療センターで診る。

<周産期医療施設の平時の体制>

救急センター(救急室)と周産期母子医療センターの院内連携が円滑に行くように、院内で検討しておく。

※ 計画外自宅分娩とは、自宅分娩を計画していたわけではなく、結果として医師や助産師の介助なしの自宅分娩になった状況。

資料6

様式1

出生証明書に出生証明のない出生届の取り扱いについて

1 出生届けに添付されている「出生証明書」の「出生証明」欄が空白の場合も受領していますか。

- | | |
|------------------------------------|-----|
| ア そのまま受領している | 4件 |
| イ 空白理由を聞きもしくは、出生届の提出者に記載させて受領している。 | 11件 |
| ウ 受領していない | 17件 |
| 無回答(該当なし) | 8件 |

2 そのまま受領しない理由についてお答えください。

戸籍法第49条第3項により、管轄法務局長へに受否の指示を求めることになっているため

3 受領するために、届出様式以外に届出者に求めていることはありますか。

出産の実態を確認するための書類
・母子手帳・住民票・父母の戸籍簿本・診断書・へその緒・へその緒の箱・申述書・
〔 傷病者救急搬送証明書・救急活動引継票の写し・母子の写真 など 〕

4 これまでに、実際に事例がありましたら教えてください。

- 病院に搬送途中に、救急車内で分娩。立会った救急隊員に出生証明書に署名してもらい、受理。(法務局に確認済み)
- タクシー内で分娩し、タクシーの乗務員(運転士)に出生証明してもらい出生届け受理。
- 病院に搬送途中に救急車内で分娩。救急隊員の証明が得られず、3の書類を添付し、法務局へ受理照会。
- 自宅で立会人がいない、又は立ち会ったのが夫のみ場合は3の書類を添付して、法務局に受理照会。
- 外国人が自宅出産し届出。立会人は既に帰国し事実確認がとれなかったため。法務局職員が直接その家庭に調査に行き、その結果受理しても良いとのこと受領した。

5 その他

〔 北部医療圏域では救急搬送先は中部病院になり、搬送に時間を要するため救急車内での分娩件数も他の医療圏域に比較して高い。現在、救急車内で分娩した場合には、立ち会った救急隊員に出生証明書に証明してもらっている。各医療圏域の状況を考慮して、母子の福祉・保健医療サービスに遅滞が生じないようにしてもらいたい。 〕

出生届けについては、戸籍法により定められているが、その第49条第3項に「医師、助産師又はその他の者が出産に立ち会った場合には、医師、助産師、その他の者の順序に従ってそのうちの一人が法務省令・厚生労働省令の定めるところによって作成する出生証明書を届書に添付しなければならない。ただし、やむを得ない理由があるときは、このかぎりではない」と定められている。

実例として、救急隊員から「救急隊員は医療行為の権限はない。正式な書類に署名することには不安がある」、なかには、搬送先の病院の医師が、家族に「救急隊員から証明してもらおうよう」に言われて、家族から記入を求められて対応に苦慮した事例があったとのこと。

このことで、県から消防庁に確認したところ、「消防隊員は、救急車内で出産した場合に出生証明書に署名する必要はない」との回答を受けている。実際、出生証明書の署名欄が、空白で提出された場合は、管轄法務局に受理伺いの指示を求め、法務局が受理するために求める必要書類を添付して受理しているとの回答である。

結論として、救急隊員は、分娩に立ち会ったものとして出生証明書に署名しても差し支えないが、必ずしも署名する必要はないことを確認した。

本協議会終了後に、この協議会の結論を、照会のあった消防と南部地域の産婦人科医院、診療所へ通知の予定である。

**公費による妊婦健康診査の拡充について
県島袋富美子母子保健班長**

公費による妊婦健診ということで、従来は公費による健診は、前期と後期の2回実施されていた。厚生労働省からの地方交付税もあり、平成20年の4月から、沖縄県の全市町村において5回の公費健診が実施されている。先ほど未受診の理由に、経済的な問題が課題だとあったが、今回からこの未受診妊婦の分娩がなくなるよう指導したい。

さらに、平成22年度までの期限付きではあ

るが、国から通常妊娠中に必要な健診14回の全額公費で健診を実施するよう指導がある。健診内容については、資料7に掲載した。

県では受診票を準備している。妊娠したら、早めに母子健康手帳の交付を受け、公費による健診の機会を活用するよう指導している。

資料7

(案)

○標準的な健康診査の実施時期、実施回数及び内容について

時 期	回 数	内 容
妊婦初期～妊婦23週まで(4週間に1回) ※4回		
基本的な妊婦健康診査	4回	○健康状態の把握、定期検査、保健指導
妊婦初期検査 (血液検査等)	(1回)	○血液検査：血液型(ABO血液型・Rh血液型・不規則抗体)、血算、血糖、B型肝炎抗原検査、O型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体価検査 ○子宮頸癌検査(細胞診)
超音波検査	(2回)	
妊婦24週～35週まで(2週間に1回) ※6回		
基本的な妊婦健康診査	6回	○健康状態の把握、定期検査、保健指導
諸検査(血液検査等)	(1回)	○血液検査(血算・血糖)
超音波検査	(1回)	○B群溶血性レンサ球菌(GBS)
妊婦36週～出産まで(1週間に1回) ※4回		
基本的な妊婦健康診査	4回	○健康状態の把握、定期検査、保健指導
諸検査(血液検査等)	(1回)	○血液検査(血算)
超音波検査	(1回)	

(注1) 健康診査の実施時期、実施回数及び内容は、国として標準的なものを示したものであることから、各市町村が実施している実施時期、実施回数及び内容と異なる場合であっても、14回(交付金としては9回)を限度として、交付の対象とするものである。

(注2) 「基本的な妊婦健康診査」とは、
 ・健康状態の把握(問診等による経過観察のほか、必要に応じ、内診等を行う。)
 ・定期検査(妊婦の健康状態及び胎児の発育状態確認のための基本検査を行う。)
 ※検査の例：子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査(糖・蛋白)、体重(第1回目の健康診査では、身長も測定する。)
 ・保健指導(食事指導や生活指導を行うほか、養育支援を必要とする妊婦に適切な保健・福祉サービスが提供されるよう調整・支援を行う。)

高良支部長：国の公費健診予算は決まったが、総務省から配分された地方交付税が各市町村にまわって、一般財源に組み込まれるので、市町村の裁量で別の用途に回されるのではないかと危惧している。厚生省から地方交付税として790億円となり、産婦人科に関心のある、風疹、HIV検査を確実に出来るようになった。小児科医会の浜畑宏英副会長から、妊婦健診検査のなかに「はしかの抗体検査」の要望があるが、そこまで、手が回らないのが実情だ。報道では、全部無料健診とあるが、県の指導として、検査の内容によっては、窓口徴収もあることを伝えてもらいたい。小児科側からの提案があれば、もっと充実した妊婦健診が出来ると思う。

その後、自由討論になった。

分娩で入院中に、麻疹の抗体価を測定し、陰性者に分娩後にMRワクチンを接種などの保健指導をしていること。低出生体重児対策に禁煙指導や学校現場には、性教育など保健指導の必要性を強調、その他、興味ある提言がなされた。

産婦人科の養成に関して中部病院の平安山院長より、中部病院は研修生に人気があり、九州では大学も含めても研修希望者はトップである。産婦人科は、過重労働、昼も夜も診療せねばならず、厳しい診療科である。我慢強く、辛抱強く頑張る必要がある。努力しているので見守ってほしい。

コメント

救急車内の分娩について県では、消防庁や法

務省に戸籍法について確認したところ、出生証明の署名欄は、本人が分娩したと確認できれば、空欄でもよいとの結論である。その確認には、法務局が受理するために求める必要書類は、それこそ厳しい審査を要する。

救急車の中で不安と苦痛で分娩した母に、これ以上の苦勞をさせてはいけない。救急車内での児娩出の出生証明は、児を受け取った医師の裁量と考える。胎盤娩出後2時間は、分娩第4期であり「出産に立ち会った医師として署名」することを提案した。

以上、平成20年度 沖縄県周産期医療協議会の概略を報告した。

