

## 平成21年度第2回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る9月15日（火）、日本医師会館において標記協議会が開催された。

はじめに、司会を務めた羽生田常任理事より開会の辞があり、引き続き日医唐澤会長より「我々は、これから政治の世界に振り回されないような立場を作っていかなければならない。それが日医の本来のあり方である。国民のための医療をどうやって作っていくかに注力していくべきである。これからどうなるかよく見極めて新しい政権に対して医療政策を訴えていきたい。」との挨拶が述べられた後、各都道府県医師会から提案された7題について協議が行われたので、その概要について報告する。

### 協 議

#### (1) 母体保護指定医師の指定について

(新潟県)

#### <提案要旨（抜粋）>

母体保護法14条で、人工妊娠中絶を行うことができる医師は、社団法人たる医師会の指定する医師となっていたが、公益法人改革で社団法人という制度、言葉がなくなってしまうた

め、社団法人が公益社団法人に変更された。都道府県医師会がこれまでどおり母体保護指定医師を指定するためには、①都道府県医師会が公益社団法人に移行するか、②法改正するかを選択しかない。しかしながら、現状では全ての都道府県医師会が公益社団法人に移行することは困難と思われ、法改正が必要と考えるが、日医の対応をお聞かせいただきたい。

#### 【今村定臣常任理事回答】

この問題については、法案提出の前段階において、当時の状況から考えて都道府県医師会は、すべからく公益社団法人に移行するものと判断され、改正法案について了承されたのではないかと推察する。しかし、その後公益社団法人に関する諸種の規定が明瞭化するにつれ都道府県医師会の中には一般社団という選択の可否についても議論され、この問題が表面化したと理解している。改正母体保護法第14条の問題は、一般社団法人になった都道府県医師会には、指定権限がなくなることに加えて、指定権者を公益社団法人たる都道府県医師会と限定したことから、そもそも当該地域に指定権者が不

在になることになる。即ち都道府県医師会が一般社団法人となった地域は母体保護法指定医師の空白地帯になってしまう極めて憂慮すべき事態となる。このことは、母性の生命、健康の保護という国としての責務のあり方にも関わる重大な問題となることは言うまでもない。日医としては、このような事態を避けるべく厚労省と折衝を重ねているが同法第14条を緩める運用を政省令等で規定する方法は法律の規律から事実上非常に困難であると考えられる。そのため現在、一般社団法人に移行する都道府県医師会が出た場合でも従来どおり当該医師の指定権者となるような法改正を第一に考えて交渉を続けている。

**(2) 特定健診の拡充について (鳥取県)**

**<提案要旨 (抜粋) >**

国保中央会の集計によると、特定健診の初年度である平成20年度分の市町村国保の受診率は全国平均で28.3%と、平成19年度の基本健康診査の受診率42.6%に比べて大幅に減少しており、目標受診率65%を下回ったとの報道があった。また、国の示した基本健診項目には心電図検査や貧血検査、血清クレアチニンが入っておらず、これらは本来、健診を医学的に考えた場合、当然、基本健診項目に入れるべきであり、拡充に向けて全般的な見直しが必要と考える。日本医師会では、特定健診の拡充、健診受診率向上に向けてどのように考え、そして厚労省に対してどのように対応していくつもりなのか、見直しの現状並びに今後の方針について伺いたい。

**(3) 特定健診・特定保健指導について**

(埼玉県)

**<提案要旨 (抜粋) >**

特定健診受診率は、全国平均で28.3%にとどまっている。また、本会が昨年12月に特定健診受診者を対象に実施したアンケート調査では、「特定健診の項目が不足している」と回答した受診者が、社会保険の被扶養者で71.6%に達している。受診率の低下は、がん検診にも

波及しており、以前であれば、多くの市町村が住民健診として、老健法に基づく基本健康診査とがん検診を同時に実施していたが、特定健診は、保険者に実施が義務づけられたため、分けて実施する自治体も少なくなく、通知等もばらばらになってしまう。日本医師会は、このように不備の多い特定健診・特定保健指導についてどのようにお考えか、また、特定健診を従来の市町村が実施する住民健診に戻すよう、厚労省に働きかけるつもりはあるのか伺いたい。

(2)、(3)については関連していることから一括して回答があった。

**【内田常任理事回答】**

老人保健法における基本健康診査においても心電図検査、貧血検査については医師の判断に基づき選択的に実施する項目となっている。特定健診の制度では一定の判断基準が設けられて医師の判断に基づき実施となっている。日本医師会では特定健診の基本健診項目として全受診者へ実施することを執拗に主張してきている。今後も粘り強く交渉していきたい。

また、血清クレアチニン等従来の基本健康診査に含まれていたもので特定健診には導入されなかった項目がある。これについても必要に応じて見直しを行う必要があるというふうに言っている。健診項目については厚労省の責任で健康局及び学会等関係団体を交えた議論が必要であると考えている。

また、平成20年度の特定健診の受診率については、今年11月1日までに各保険者から支払基金を通じて厚労省に報告されることになっている。速報値をみると特定健診の実施計画に盛り込んだ目標からも下回っている状況である。制度の初年度で周知不足や理解不足、データ管理システムによる費用決済といったようなことで時間を要し、現場の混乱、煩雑さが増したことが実施率の低下の要因であると考えている。この辺の整理を厚労省へ強く申し入れているところである。ご指摘のとおり特定健診とがん検診の実施主体が異なることから、市町村において連携がとれず、特定健診だけでなくがん検診の受診率にも影響している非常に重大な状

況であると認識している。がん検診を含めた疾病予防対策の総合的なシステムの構築が必要である。同じ地域の住民の間で格差を生じさせることがないように仕組み作りが必要である。受診率向上のためには特定健診とがん検診が一体に実施できる体制を確立することが望ましいと考えている。厚労省に関してもこの点を強く要望しているところである。特定健診・特定保健指導という今回の制度は、医療費の総枠管理という考え方に対抗して生活習慣病対策を中心とした予防の推進という具体的な施策の積み上げにおいて医療費を適正化するという考えの下にスタートした。国民が病気にならず健康に生活することが出来るようにするという予防重視の考え方というものは正しいと思っている。予防と治療が一貫性を持って実施されるべきであり、したがって従来の制度に戻せば全ての問題が解決するものではないと考えている。政局が大きく動いている中で今後の政治情勢も踏まえながら対応することが必要である。厚労省の各担当課に対しては今までも医師会の意見を主張し交渉しているところであるが、今後も医師会の主張を実現すべく、引き続き現場の意見を反映するように問題解決に向けて全力を尽くしたい。また、特定健診に限らず各種健診や保健指導を含め中立公正な立場から検証、協議し質の向上を目指すという第三者評価機構の設立も具体化に向けて検討を進めているところである。これらを通じて中長期的な対応も同時に進めていきたい。

#### (4) 後発医薬品の使用促進について(岡山県)

##### <提案要旨(抜粋)>

後発医薬品の利用促進策の状況を調剤で調べてみると、後発医薬品調剤加算、後発医薬品調剤体制加算が認められている。しかし、院外処方を行っている医療機関に対して、これまで全くそのような配慮が講じられてこなかったばかりか、同一成分の薬剤であっても後発品の適応が異なる場合、これまでは一方的に医療機関に対して不合理な査定を行ってきた。

後発医薬品の普及促進を図りたいとするのな

ら、医療機関にも処方料加算のインセンティブを与えることが必要と考えるが、日医は如何お考えか。また、日医は2,200億社会保障費削減廃止の財源のために、これまで後発医薬品使用促進に敢えて反対しなかったのだと思うが、差額通知問題については、医師の裁量権にも影響しかねない。この点についても日医の考えをお聞かせいただきたい。さらに、後発医薬品については無駄な在庫や、事務の煩雑さを無くすためにも、同一価格に統一すべきと考えるが、如何か。

##### 【藤原常任理事回答】

先発と後発で適応が異なる場合の査定問題については、通常この査定は保険者からの申し出によるものであり、うるさく査定を主張することは、逆に後発医薬品の使用促進を阻害することになることを保険者にしっかり説明していきたい。支払基金に問題提起したところ、基金としても問題意識を持っており、日医や薬剤師会と相談のうえ今後何らかの指示を全国支部へ出したいとしている。

医療機関への処方料加算については、後発医薬品の使用促進を図るにはご提案いただいたとおりのインセンティブが必要と考えている。今回の改定で検討したい。

差額通知問題については、医師の裁量権に影響しかねないという点については、医師の処方権は確保されており、患者さんが自己負担額軽減のために後発医薬品の使用を希望した場合でも医師として使用に不安があればしっかり患者さんに説明していただいたうえで判断していただきたい。

後発医薬品を同一価格に統一するというご意見については、ある成分の後発医薬品を同一名で収載して薬価を一つにするという趣旨と理解しているが、薬事承認上は品目ごとに承認となっており、各社製品の医療機関への納入価格、市場実勢価格を適切に薬価に反映させるという現行制度の下で銘柄別の収載の方がよいのではないかと思うが、国が後発医薬品を同一価格に進めるのであれば可能であるので、それも一つの考え方である。

**質疑**

○岡山県医師会：井戸

療養担当規則に後発医薬品について努力義務が盛り込まれている。これは今後の影響が非常に大きい。個別指導の場を利用して強く指導するという事は非常に問題があるのではないか。

**【藤原常任理事回答】**

我々が遵守しているルールに対して経済的な色彩の濃いものが入ったことについて遺憾に思っている。また、このことが行政側に保険指導の口実を与えたという認識を持っている。中医協において指導に連結するのは止めて欲しいと要望しているが、項目を削除しないと難しいと考えるので、削除を求めている。

○奈良県医師会：大澤

日医は、後発医薬品の使用促進にいて積極的に進めているのか、反対なのか態度がはっきりしない。後発医薬品の安全性が一番大事であり、その事が棚上げされている。

**【藤原常任理事回答】**

非常に残念ではあるが経済的な側面が働いていることは認めざるを得ない。中医協で、安全性、有効性、品質の問題については厚労省に確認している。厚労省は公の場で大丈夫だと言っている。実際には医療現場では、医師、薬剤師、患者さんも含めて、信頼については不十分だと思う。品質を上げる要求は引き続きやっていきたいが、日医の方針として、今の状況から、後発品の使用を反対する態度はとれないと考える。

**(5) 医療機関の未収金対策とモデル事業について (愛媛県)**

**<提案要旨 (抜粋) >**

一医療機関では対応に限界があり、日医としてはかかる困窮医療機関を助けるべく世論や政治に訴え、未収金問題は保険者に責任ありとする解釈の道を探る方が、モデル事業より先決であると思うが如何か。

**【今村聡常任理事回答】**

未収金の問題は医療機関の存続に関わる大変大きな問題であると認識している。日医で、医

師会病院や診療所の未収金問題の調査をさせていただいたところ、医療機関の種別に関わらず未収金問題が発生していることが分かった。これはメディアにも発信して取り上げてもらった。一方病院団体は独自で調査をして、大変大きな金額が未収金として発生しているという結果が出た。これらを保険者の責務だということで訴訟も辞せずというふうにメディアで大変大きな問題になったが、残念ながら、そのことだけで保険者の責務というような方向性での解決はなかなか出てこなかった。そういう中で、厚労省の中に検討会が設けられ、日医、病院団体、保険者、患者、行政、法律家が参加して議論なされた。その中でも保険者の責務という法的な解釈は結論としては出されなかった。検討会では、今ある制度の中でやれることをやっていこうということで、様々な取り組みの一つとしてモデル事業が立ち上げられた。実施に当たっては、保険担当の藤原先生から強く申し入れて、医療機関の回収義務については条件が緩和されている。また、提案された対策が確実に実施されること、取り組み状況をきちんと把握して、効果があったかどうか検証して、今後も未収金問題については、国がきちんとフォローしていくようにと書き込まれた。日医としても今後も注視していきたいと考えるので、ご協力・支援をお願いしたい。

**質疑**

○愛媛県医師会：大橋

我々が善管義務を果たしてといことで、努力しても限界が見えている。応召義務という法的縛りを負わされて、尚且つそこから発生する損害については自分たちで対応しなさいというのは理屈が通らないと考える。

**【今村聡常任理事回答】**

今まで制度でありながら、保険者徴収をやったことが問題ということで、保険者にこれをやらしてもらおうということになり、その時に医療機関として何も努力がないのは困る。最低限の徴収義務は働きかけをしていただきたい。保険者としては、最終的に財産の差し押さえもあり得るとしている。

**(6) 集団的別指導について (大阪府)**

**<提案要旨 (抜粋) >**

- ①近畿厚生局は、大阪府医師会における今年度集団的個別指導の医療機関の選定に際して、本来対象でなかった医療機関に通知するという前代未聞の失態を犯した。日医においても、厚労省に対して嚴重に抗議いただくとともに、厚労省を通じ、近畿厚生局に対して、ホームページ等を通じて謝罪と今後の対応を公表するよう働きかけていただきたい。
- ②指導大綱で個別指導の選定基準として示されている「集団的個別指導を受けた保険医療機関のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関に該当するもの」については削除するよう働きかけていただきたい。
- ③集団的個別指導の対象医療機関を選定するレセプト1件あたりの平均点数を算出するに際して、医薬分業を実施しているところの平均点数の算出方法、選定の基準レセプト、後期高齢者分の扱い等平均点数の算出方法を具体的に公表するよう働きかけていただきたい。
- ④平成21年1月30日付、厚労省医療指導監査室長発の内簡が実効あるものとなっていない。近畿厚生局は指導大綱で定められたこと以外は一切医師会との協議はありえないとするなど頑な態度をとり続けている。地方厚生局と地元医師会が充分協議できるよう再度厚労省へ協力に働きかけていただきたい。
- ⑤集団的個別指導は、結果的に医療費抑制の一環として実施されているものである。今後の集団的個別指導のあり方について、日医の見解を伺いたい。

**(7) 集団的個別指導について (滋賀県)**

**<提案要旨 (抜粋) >**

集団的個別指導から連動して行われる個別指導が実施されている。また、対象医療機関の選定の際の院内・院外処方点数調整については、実態をつかんだ上で正しい調整を地方厚生局にお願いしたい。

(6)、(7)については関連していることから一括して回答があった。

**【藤原常任理事回答】**

今回の近畿厚生局の不祥事はあってはならないことであり、ご指摘のとおり前代未聞の失態である。この件に関しては、近畿厚生局は、大阪府医師会からの二度に亘る抗議を受けて、厚生局長から大阪府医師会長宛謝罪文を提出し、それ以前に誤って通知した保険医療機関に対しても謝罪文を送付したと聞いている。ホームページを通じての謝罪については、今回の件は限られた保険医療機関に対する問題であり、現時点においてホームページ等に掲載させた場合、かえって混乱を招くということも考えられるので、ご了解いただきたい。平均点数の明記については、個別の保険医療機関の平均点数を明らかにされた場合、対象レセプトの月等を予測できるということになる。これは指導の公平・公正の維持がいかななものかと懸念される。この問題は現行の指導大綱の見直しにも係わる問題である。

高点数を選定基準から削除することについては、現行の個別指導の選定基準としては、情報提供を優先することとされており、個別指導を4%実施することとしている以上、情報提供が4%以下であった場合、どうすればいいのかという問題が生じてくる。情報提供がなければやらなければいいとの考え方もあるが、そうした場合は都道府県毎に指導割合に格差が生じることになる。これは公平性から理解が難しいと考える。その様な場合の対応として恣意的要素を排除しての選定と考えれば、現行の考え方もやむを得ないのではないかと考える。但し、選定医療機関の区分別平均点数の例えば1.5倍以上というように高い設定を設けるといような方向で当局と折衝しているところである。

医薬分業を実施しているところの平均点数の算出方法の公表については、院内、院外処方の調整については、平成17年3月に厚労省より事務連絡が出されており、毎年3月に当該年度の数値が都道府県単位で示されている。数値は公表されていないが、開示請求すれば見ることができる。選定基準レセプトの公表については、対象レセプトの月を明らかにした場合、実

態に即した選定が困難となることが懸念され、また公平・公正の維持が疎外されることも懸念される。賛否両論が考えられるが、慎重に検討していきたい。後期高齢者医療分の公表については、数値については毎年示されており、開示請求すれば見ることは可能である。

近畿医師会から、近畿厚生局における近畿医師会との関係は、平成21年1月30日付、厚労省医療指導監査室長発の内かんを逸脱したものになっているとの指摘を受けて、先般指導監査室に申し入れたところである。

集団的個別指導は、ご指摘のとおり医療費抑制策の一環との側面があるのは否定できない。保険指導のあり方については、医療機関が萎縮診療に陥らないよう引き続き主張していきたい。

集団的個別指導の集団部分については、やむを得ないと思うが、集団的個別指導から個別指導に連動しないように申し入れている。

## その他

### ○新型インフルエンザワクチンの接種に関する基本的な方向性について

飯沼常任理事から資料に基づき次のとおり説明があった。

新型インフルエンザワクチン接種の実施については、従来の予防接種とは異なり、実施主体は国となる。郡市区医師会が、実施医療機関（手挙げ）を把握し、とりまとめたうえで都道府県医師会へ連絡し、都道府県医師会長と国（地方厚生局長）とが委託契約を締結することになる。

現在、優先接種対象として、インフルエンザ患者の診療に従事する医療従事者、妊婦、基礎疾患を有する者、1歳～就学前の小児、1歳未満の乳児の親等から順次接種することとされているが、これは、あくまでも5,400万人分のワクチンを2回接種するという条件での計算で、最近の新聞報道によると様々なエビデンスが出ており多少変わるかと思うが、現状はこの様になっている。

また、基礎疾患を有する者として優先接種対象者となった者が、かかりつけの医療機関以外

で接種する場合、かかりつけの医師は当該者が優先接種対象者である旨の書面を発行していたこととなっている。

なお、日本医師会は、低所得者に限らず被接種者全体に対する財政支援、輸入ワクチンの国内での早急な治験の実施と結果の公表等を厚生労働省へ強く要望している。

日本医師会監修で冊子「医療従者のための新型インフルエンザ対策実践ガイド」を作成した。当冊子は、日医ホームページへ掲載するとともに、10月1日号の日医雑誌に同封して会員へ送付する予定である。

### ○財務委員会の設置について

羽生田常任理事から、この度、議事運営委員会で議論いただき、石川代議員会議長名で各都道府県医師会長宛、財務委員会の設置について通知させていただいたところ、静岡県医師会鈴木会長から、やり方がおかしいとの指摘があった旨説明があり、引き続き、担当の今村聡常任理事から、その経緯について次のとおり説明があった。

代議員会の審議の最中にそれぞれ予算、決算委員会委員の先生方が抜けてしまうこと、また審議時間が短いこと、審議された内容が一般の会員に公開されず中身が分からないこと等の問題点が指摘され、検討させていただいた。公益法人制度改革に伴い定款諸規定委員会で議論する中で、新たな定款では予算は理事会承認、決算は代議員会承認となっていることを踏まえて、予算の審議についても従前どおり代議員の先生方に審議いただく方がよいということで、予算委員会や決算委員会と同様な委員会を代議員会に設置していただきたいと考えた。代議員会議長は定款諸規定委員会委員長でもあり、経緯もご理解いただいているということで今回検討をお願いした次第である。

以上の説明の後、羽生田常任理事から次のとおり説明があった。

代議員会の委員会として財務委員会を設置するのはどうかということで議事運営委員会において議論いただいた。その結果、10月25日の

臨時代議員会に財務委員会を設置することを議長から提案することまで決めていただき、その趣旨について代議員の先生方へ石川議長名で通知を出させていただいた。

引き続き、石川議長から次のとおり説明があった。

去る7月10日に日本医師会顧問弁護士3名の同席のもとに議事運営委員会を開催した。その席で今村聡常任理事から、財務委員会について説明を受けて審議した結果、全会一致で、10月開催の臨時代議員会において議長から財務委員会設置を提案することを了承していただいた。また、財務委員会は日本医師会会長が設置する会内委員会とは異なることを確認した。財務委員会は、初めて設置する委員会であるため、重要事項との認識を持って慎重に協議したところである。これまで、石川県医師会小森会長はじめ多くの会員、予算、決算委員会委員を経験した先生方から指摘があった。予算、決算の審議についてはもっと時間をかけて吟味してはどうかとの意見は先生方へご案内のとおりで、基本的には賛成いただけるものと考えている。議事運営委員会は、議事運営に関する重要な事項を扱うので、財務委員会の設置の有無について検討するのは重要な事項にあたると思ったところである。今回財務委員会の設置について、議事運営委員会に諮ったのは、初めて設置するもので、財務委員会は、予算委員会、決算委員会と同様に代議員会が設置する委員会であるので、理事会に諮る必要はなく、会長設置の会内委員会とは異なるということを踏まえて、議長が代議員会に諮って設置するものと考えている。なお、ご指摘のとおり、財務委員会は公益法人制度改革と関わるものなので、設置の趣旨等は執行部より定款諸規定委員会へ説明していただいているところである。7月31日付の議長名通知により、財務委員会の設置を決定したかのように受け取られたと思うが、あくまで議事運営委員会での了承が第一条件である。議事運営委員会決定事項は、議事運営委員会です承されたことを記した事務的な記録であり、定款で位置づけられた記録ではない。今後、送付文書については

厳重な注意を要することを事務局に伝えた。代議員会の混乱を避け、円滑に会を運ぶことが議長の責任であるので、この際仕切り直してもかまわないと考えている。今後、ご指摘を受けないよう、また文書送付等に厳重に注意を払うことを条件にしてご了承いただきたい。

#### 静岡県医師会鈴木会長

議事運営委員会というのは、議事運営に関する協議だけに限られており、組織に関わる案件についてまで議論する権限は持っていないと考える。また、議事運営規則にも書かれている事項である。今回、議事運営委員会において協議、決定し、代議員会へ上程したとしても案件自体手続き上の不備を指摘されることは間違いない。因みに、現行の予算、決算委員会は、議長が代議員会へ諮って設置しており、議事運営委員会に諮って設置したものではない。新公益法人へ移行して予算が理事会の承認事項となる。今後の新体制の整備に入れながら、しかるべき権限を持った機関、例えば財務委員会設置検討委員会において、十分に慎重に審議を重ねたうえで、理事会において財務委員会を設置して、代議員会の了承を得るものではないかと考える。十分な審議が出来ないということであれば、予算、決算委員会をそのまま残して、これを通年型にしてはどうか。改めて財務委員会を設置する必要はないと考える。

#### 石川代議員会議長

顧問弁護士とも相談した結果、基本的には定款、規則違反はないということであったが、議事運営委員会が強引に進めるつもりはない。ご了承いただけないということであれば、代議員会で議論すると混乱を招くので、仕切り直しも考えている。今回の通知文書に問題があったのは事実であるので、その点をお詫びしながら、ご了承いただければ早速財務委員会が動き出すが、今回の10月25日の臨時代議員会は今までどおり予算、決算委員会を行うということであるので、ご了承いただきたい。

## 九州医師会連合会第305回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る9月26日（土）午後5時よりホテル日航福岡でみだし常任委員会が開催された。当日は、九州医師会連合会常任委員への挨拶のため、九州厚生局より南野局長と清水医事課長が出席した。

横倉義武九州医師会連合会長より、去る7月に九州厚生局長に就任された南野局長と清水医事課長の紹介があり、南野局長より「九州地区の厚生行政に微力ながら少しでも貢献していきたい。特に保健医療行政には医師会の皆様のご支援ご協力が不可欠である。そのためには人的、組織的な信頼関係が何よりも大切であると考えているのでよろしくお願いしたい」との挨拶があった。又、清水医事課長から「業務の推進についてご協力をお願いしたい」との挨拶があった。

引き続き常任委員会に移り、開会に当たり横倉会長から、「日頃から、九州医師会連合会諸

会議の開催には多大なるご協力を賜り厚くお礼申しあげる。本日は常任委員会と併行して第1回の各種協議会（3会場）が開催されている。協議会には、日本医師会から飯沼常任理事・内田常任理事（地域医療）、藤原常任理事（医療保険）、三上常任理事（介護保険）にご出席頂いている。この後、九州医連連絡会常任執行委員会並びに懇親会が予定されているのでよろしくお願いしたい」との挨拶があり、報告・協議が進められた。

### 報 告

#### 1) 第109回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事参加状況について（福岡）

##### 横倉会長報告

資料により、医学会分科会の一般演題と記念行事への申し込み状況について説明があった。

2) 豪雨・地震災害に対するお見舞い（電報）  
について（福岡）

横倉会長報告

- (1) 豪雨による災害（8月）に対し、兵庫県医師会、岡山県医師会、徳島県医師会、大分県医師会へ九州医師会連合会より電報をもってお見舞いした。
- (2) 地震（駿河湾）による災害に対し、神奈川県医師会、長野県医師会、静岡県医師会、愛知県医師会へ九州医師会連合会より電報をもってお見舞いした。

協 議

1) 日本医師会財務委員会委員の推薦について  
（福岡）

横倉会長提案

日本医師会より九州ブロックへ2名の財務委員の推薦依頼があり協議した。（財務委員は15名）九州医師会連合会における「役員委員選出の覚書」では、予算・決算委員は日医役員（理事、監事）選出県以外からの選出を優先するよう考慮することになっている。

協議の結果、既定の順番表に基き財務委員会委員を選出することになり、平成22年度は福岡県、佐賀県から選出することとし、日医代議員会で承認された場合は、平成21年度（残任期間）も福岡県、佐賀県に兼任していただくことになった。尚、福岡県、佐賀県では、委員を10月9日までに選出することになった。

2) 第121回日本医師会臨時代議員会（10月25日（日）日医）における代表・個人質問について（福岡）

横倉会長提案

来る10月25日（日）に開催される日医臨時代議員会への質問事項について、2題の提案があり、代表・個人質問について協議を行い次のとおり決定した。

代表質問（1題）

- ・医師の不足・偏在問題に対する日医の具体的な対応方針について 佐賀県・横須賀 巖

個人質問（1題）

- ・今こそ、全医師の強固な団結を

福岡県・池田 俊彦

日医代議員会における九州ブロック代表関係委員は次のとおり。

- ①議事運営委員 横倉義武（福岡）
- ②決算委員 園田勝男（鹿児島）、河野雅行（宮崎）
- ③予算委員 玉城信光（沖縄）、近藤 稔（大分）、蒔本 恭（長崎）

3) 第307回常任委員会並びに第98回臨時委員総会（10月30日（金）福岡市）の開催について（福岡）

横倉会長提案

来る10月30日に開催するみだし常任委員会、臨時委員総会の開催日程並びに会次第（協議）等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。

日 時：平成21年10月30日（金）

場 所：ホテル日航福岡

日 程：

第307回常任委員会 16：00～16：50

第98回臨時委員総会 17：00～17：50

次 第：資料（省略）

4) 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（10月31日（土）福岡市）における日本医師会 唐澤会長講演「中央情勢報告」への要望事項等について（福岡）

横倉会長提案

来る10月31日（土）、午前10時から開催する唐澤会長中央情勢報告への要望事項等について沖縄県、福岡県、長崎県より3題の提案があり協議を行った。

協議の結果、下記3題提出することに決定した。

要望事項は下記のとおり。

- ①新政権に対する日医のスタンスについて (沖縄県)
- ②日医の新政権への対応について (福岡県)

③看護職（准看護師・看護師）養成に対する日  
医考え方について（長崎県）

5) 第109回九州医師会連合会総会における宣  
言・決議（案）について（福岡）

**横倉会長提案**

第109回九州医師会連合会総会における宣  
言・決議案について、各県医師会から提出され  
た意見に基き協議を行い、宣言・決議（案）を  
修正・一部追加することに決定した。

6) 日本医師・従業員国民年金基金（次期）第  
8期代議員候補者の九州ブロックからの推薦  
について（福岡）

**横倉会長提案**

日本医師従業員国民年金基金より、第8期代  
議員候補者を九州ブロックから2名推薦しても  
らいたいとの依頼があり協議した。協議の結果、  
これまで委員に就いたことがない3県（大  
分、宮崎、沖縄）で調整し、2名選出すること  
になった。3県には九州医師会連合会長名で依  
頼文書を送付することになった。

（参考）

- ・ 候補者の要件
  - (1) 日本医師・従業員国民年金基金の加入  
員であること。
  - (2) 平成24年3月末までに60歳を越えない  
こと。
  - (3) 任期中に法人化により加入員資格を喪失  
することが確実となっている方でないこと。
- ・ 代議員の任期
 

平成22年4月1日より平成24年3月31日  
までの2年間

7) 平成21年度九州ブロック認定産業医制度基  
礎研修・生涯研修会の開催について（福岡）

**横倉会長提案**

平成22年2月20（土）、21日（日）に開催  
する標記研修会を、例年どおり九州医師会連合  
会の主催で開催したいとの提案があり、協議の  
結果承認された。

**その他**

1) 九州各県医療保健福祉主管部長・九州各県  
医師会長合同会議の開催変更について（熊本）

**北野会長提案**

従来、秋期（10月）に開催されている「九  
州各県医療保健福祉主管部長・九州各県医師  
会長合同会議」の開催時期を、行政側から5月  
末から6月上旬頃に変更してもらいたいとの要  
望があり協議が行われた。変更の理由は、これ  
まで行政側は年2回（春期5月・秋期10月）  
会議を開催していたが、これを1回に改めたこ  
とから、医師会と開催している合同会議を5月  
か6月の中旬に開催してもらいたいとのこと  
である。

協議の結果、特に問題がないことから開催時  
期を変更することになり、次年度九州医師会連  
合会担当の鹿児島県と次回開催地の沖縄県医  
師会で日程を調整することになった。

2) 平成22年度九州医師会連合会及び各種  
関連行事予定（案）について（鹿児島）

**米盛会長提案**

平成22年度行事予定表について説明があっ  
た。特に平成23年1月に開催する各種協議会  
については、交通の利便性等を考慮し福岡県で  
開催したいとの説明があり、横倉会長の了承を  
得て福岡県で開催することになった。

## 九州医師会連合会平成21年度 第1回各種協議会

去る9月26日（土）、ホテル日航福岡において開催された標記協議会（医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会）について、以下のとおり報告する。

### 1. 医療保険対策協議会

理事 平安 明



#### 挨拶

○福岡県医師会 池田副会長

本日の医療保険協議会は大きくわけるとレセプトオンラインの件、個別指導の件、医療保険に対する改善点・要望となっている。

私はこの協議会を日医の意見を聴くだけではなく、我々の生の声を日医へ届けることが大切であると考えているので、出来るだけ議論を深めていただきたい。

○日医・藤原常任理事

政権が交代し、自民党政権ではある程度先が読める部分もあったが、日医としてもまだ方向性が見えないところである。中医協についても、民主党の方向性がもう少しすると見えてくるのではないかと。このような中、本日は白紙の状況でお話するところもあると思うが、しっかり九州ブロックの意見を聞きたいと思う。これから良くも悪くも改定が始まる。私が中医協委員として引続き残れるかどうかは分からないが、我々としては粛々と業務を進めて参りたい。

**協 議**

**(1) レセプトオンライン請求について**

**(鹿児島県)**

平成21年5月29日付で日本医師会から、レセプトオンライン請求完全義務化への「対応指針」が示された。本会でもこれに基づき、義務化スケジュール期限に関わらず「当分の間」本指針に従うよう会員への指導を行っているところではあるが、具体的に助成内容、例外措置について示されない限り、会員の不安は払拭できない。

また、特に診療所の会員から、オンラインシステム導入にあたって、初動の段階からのアドバイスを求められるケースがよくあり、本会では医師協同組合を通じてORCA業者等を斡旋して対応しているところである。

各県の現況と会員への対応についてご教示いただきたい。

また、オンライン請求への対応への困難なために廃業を考慮される会員への対応について、日医への相談状況、また補正予算による助成の見通しについてご教示いただきたい。

今回の通知と相前後して事前でオンライン化した医療機関もあり、公平性を保つためにも補正予算の助成対象範囲の拡大を国に求めている。

**(2) レセプトオンライン請求に伴う代行送信について、各県医師会の対応についてお伺いしたい。(大分県)**

2010年4月からレセコンを導入している医療機関については、レセプトオンライン請求が義務化される見通しとなっている。2009年4月の400床以下病院に対する国の対応を見ると、決して楽観はできない状況と思われるが、各医療機関で電子化されたレセプトデータを医師会として取りまとめてオンライン送信(代行送信)することについて、各県で検討されているかどうかお伺いしたい。大分県では、郡市医師会単位で代行送信が可能となるように検討中である。

**(3) レセプトオンライン請求義務化について (熊本県)**

日医は「レセプトオンライン請求完全義務化への対応指針」を去る5月29日発出しましたが、県医師会でもその主旨に沿って郡市医師会及び会員へ積極的に広報しているところです。しかし、義務化への期限が迫るなか、会員への漠然とした不安や混乱もみられ、日医の対応に不満の声もある。

熊本県では「代行入力」は別問題として、県と各郡市医師会間にIP-VPNを構築。会員は電子媒体のレセプトを郡市医師会から県医師会へ送信し、それを審査支払機関へ「代行送信」することで会員の負担軽減を検討している。

各県医師会には「代行入力」、「代行送信」や400床未満のオンライン請求未届け医療機関に対する「状況届」への対応についてご意見を伺いたい。また、この問題の「最新情報」について日医の見解をご教示願いたい。

**(4) 代行入力について (福岡県)**

レセプトオンライン義務化スケジュールによると、本県では、来年3月末までにおよそ2,700件のレセコン使用医療機関が期限を迎えることになる。日医では、対応指針を示されるところであるが混乱が予想される。この間に、レセ電に移行出来ない医療機関には、更なる例外規定や助成が示されない限り、代行入力が必須となる。

支払基金が代行入力機関として挙げられているが、早急な納得いく内容での決定が望まれる。各県の代行入力に関する現状及び日医の見解をお伺いしたい。

**(5) レセプトデータの電子化に伴う保険審査について (大分県)**

2010年4月にオンラインレセプト請求が殆どの医療機関に対し義務化されるのに伴い、請求項目を医療機関間で突合することが容易になると思われる。

前回改定の際に問題となった「主病は一つ」

ルールが現実のものとして復活する可能性はな  
いか、中医協における動きなどあれば日医の情  
報を伺いたい。

上記の5題については一括協議された。

### <各県の回答状況>

レセプトオンライン請求完全義務化について  
は、各県とも日医の「対応指針」に沿って対応  
しているが、会員の多くは例外措置、補正予算  
の助成対象等がなかなか示されないことに對  
し、不安を抱いている状況である。

オンラインシステム導入の相談については  
ORCAを斡旋するところや、個々の状況に応  
じて対応しているところなど各県で対応はマチ  
マチである。

代行送信については、長崎県と熊本県が県医  
師会で実施予定のほか、大分県では郡市医師会  
単位での代行送信を検討中、福岡県では3箇所  
の郡市医師会が準備中となっている。本県でも  
会員からの要望があれば検討する地区がある  
として報告した。宮崎県は国保連合会と契約を結  
び、連合会から代行送信を行っている。その他  
の県では今のところ予定されていない。

代行入力については長崎県で対処することが  
決定しているものの、支払基金もしくは連合会  
へ委託することが現実的と考えている。その他  
の各県については、その業務内容から対応は考  
えていない状況である。

レセプトデータの電子化に伴う保険審査につ  
いては提案県の意見と同様であった。

### ○日医・藤原常任理事コメント

5月29日に竹嶋副会長名で“対応指針”の  
通知文書、8月27日には唐澤会長名で“補正  
予算”に関する通知文書を送付しているところ  
である。

レセプトオンライン請求義務化の阻止、また  
手上げ方式に変えることはなかなか困難な状況  
であり、日医ではそのようななか、最善と思わ  
れる方法で進めてきた。この度、新政権を担当

することになった民主党のマニフェストには  
「原則」と記されているが、その内容がどのよ  
うなものかまだ分からない。また平成21年度  
補正予算で計上されていたオンライン化支援策  
の補助金291億円についても今後のどのよう  
になるのか不明である。

### <追加意見>

◆**沖縄県**：選挙前に厚労省が本年4月から対象  
となる400床未満の病院に対してオンライン勸  
奨の文書を8/28付に送付されている。この中  
ではオンライン請求でないと診療報酬が支払わ  
れないとなっているが、事前に情報提供等はな  
かったのか。

また政権が混乱している中で、医療機関では  
日医からの次の指針を待っている状況だと思  
うが、何か情報があればご教示いただきたい。

### ○日医・藤原常任理事コメント

平成21年4月からオンライン対象となっ  
ている400床未満の病院に対し、8/28付に勸奨  
文書が送られているのは事実である。オンライ  
ン開始届が未届けとなっている106医療機関に  
送付された。衆議院選挙目前にこのような文書  
が流されたことに對し、日医は厚労省に嚴重注  
意したところである。厚労省としては「オンラ  
イン開始未届の医療機関に対し、あくまでも締  
め切りの注意喚起の文書を流しただけであり、  
淡々と事務手続きを進めただけ」との説明があ  
った。また、4病協にも確認したところ「了承  
している」とのことであった為、日医も了承し  
た。診療報酬が支払われないことに関しては、  
今後もそのようなことがないよう新政権に対し  
働きかけていく。

日医の方針が会員に見えないということにつ  
いてはお詫びしたい。しかしこれまでの方針は  
ある程度明確ではないかと考える。日医として  
は、今までの交渉を引き続き行っていく予定だ  
が、しかし、民主党が手上げに切り替えるの  
なら、それに越したことはないと考える。レセ  
プトオンラインに対する民主党の考え方がまだは

つきりしないところであり、もう少し時間をいただきたい。

◆大分県：中央と地域の情勢に乖離があると感じられる。来年の4月からレセコン有の病院、診療所が義務化の対象となる。今回出された8月の通知が引っ掛かる。診療報酬の請求は医療機関にとって根幹に関わるものであり、早く結論を出していただきたい。

○日医・藤原常任理事コメント

22年から義務化となるレセコン有の病院、診療所に対する期限の猶予については、現実的には間に合わない。“手上げ方式に”ということであれば今までの交渉を捨て、イチからの交渉となる。全国各地で話を聞くと今までどおりの交渉を進めて欲しいとの声もあり、対応が難しい。

(6) 九州厚生局による個別指導について

(沖縄県)

指導・監査が地方厚生局に移管し新たな年度を迎えたが、指導内容や対象の医療機関の選定等に何らかの変更はみられたか、各県の現在の状況を伺いたい。また、該当患者名の通知時期についてどの程度進捗しているのか、日医からご教示願いたい。

当県では、これまでのところ概ね指導内容の変更はない。九州厚生局沖縄事務所、県国保増進課、県医師会による定例連絡会を年に3回程度開催しているが、その中で厚生局内での決定事項等を情報提供してもらうことになっている。指導内容について指導医療官は、「平準化できるものはやるし、出来ないものも当然ある」と、概ね現状を維持するといった趣旨の発言があった。

対象医療機関の選定理由については、「指導大綱による」としか示されていなかったが、今年度の指導で「情報によるもの」に関して、指導に至った経緯について九州厚生局沖縄事務所側から説明があった。今後も同様に選定理由を提

示するのかどうかは不明だが、当県としては九州厚生局沖縄事務所の対応を一応評価している。

持参カルテの件数や該当患者名の通知時期については、九州をはじめ全国的に早めの通知を行うように要望されているところだが、厚生局の各県事務所レベルでは「全国的に検討され、上からの指示があればその通りになると思う」という程度の答えしか得られない。厚労省への働きかけや現状等、日医からご教示願いたい。

(7) 新規開業（開設）医療機関への指導について（熊本県）

従来新規開業医療機関については、開業年度に1回集団指導が行われてきた。熊本県では平成20年4月より毎月4～5医療機関の個別指導が行われるようになった。指導内容は返還も含めて、高点数医療機関の個別指導と全く同じ方法で行われている。

熊本県医師会では、21年4月より新規開業医療機関に対して指導前に協議を行っている。各県での指導状況と対応は如何されているかお伺いしたい。

上記の2題については一括協議された。

<各県の回答状況>

各県とも九州厚生局の指導方法・指導内容には大きな変更はなく、選定方法についても「指導大綱」に基づき実施されているとのこと。

しかし新規指定医療機関に対する指導について、佐賀県では九州厚生局に変わった平成20年10月から従前より実施されている集団指導に加えて個別指導が開始され、鹿児島県でも従来の集団指導から個別指導に切り替えたいとの要望があることから、各県からは厳しいところへ平準化されないか危惧されるとの意見が一樣に出された。

また担当県である福岡県より、現在、該当患者名が指導日の前日に通知され、指導対象医療機関では過重な負担がかかっていることから、九州厚生局に対して「余裕をもった通知」にし

ていただくよう要望書を提出したとの報告があった。

＜追加意見＞

◆**沖縄県**：各県の意見を拝見すると新規指導等、厚生局に変わり厳しいところにシフトしているように感じる。鹿児島県のように新規の集団指導だけで済んでいるのなら、それに合わせてもらうよう九州ブロックとして提案してはどうか。

◆**鹿児島県**：選定理由について高点数や院内・院外処方に分けているのか等、全く教えていただけない。日医から要望できないか。

また、高点数になる高度医療、放射線を行っているところをなぜ整形に含めるのか、その辺りについても問い合わせさせていただきたい。

◆**大分県**：新規指導の場合でも返還させられる。厚生局に申し入れてもよいのではないか。

また、新規の先生方向けには保険診療の研修会等を開催した方がよい。

○日医・藤原常任理事コメント

厚生局になったことで、行政側と医師会の今までの良好な関係が崩れたとの話を聞いた。厚労省の原前課長と話をした際、「社保事務局から厚生局に変わっても指導体制は変わらない」と表向きはそう言っていたが、実際のところは体制も強化されつつあるようである。このような意見が地方から上がっていることから、日医では厚労省室長と交渉し、ご承知のとおり1月30日に内かんを出させた。内かんは「これまでの経緯にも十分留意しつつ、懇切丁寧な説明に努めて調整すること」としている。行政はこのような通知を非常に重んじるので、その後、全国各地のトラブルは収まってきているものと思われる。

平準化の件についてだが、該当患者名の通知時期について厚労省と相談したところ、当初は強行的な態度で「前日通知」を譲らず交渉が長引いていたが、交渉の結果、「3日前」で纏まりつつある。7月に厚生省幹部が交代し、また今

回の政権交代等により結論がまだ出せていないが、このままいくとある程度納得のいく返事が得られると思う。

新規指導については「教育的指導に留める」ように、また返還については「明らかな計算間違いだけとし、診療内容に立ち入ったものは返還しなくてもいい」ように、厚労省へ申し上げている。この件について厚労省のトップは、ある程度了解しているが、末端まで行き届いているのかは分からない。各県でそれぞれの厚生局に適切に伝えていただきたい。

また、個別指導に関するアンケート調査を実施したところだが、結果については厚労省に使われる恐れがある為に公表は出来ないのご了承いただきたい。

個別指導の選定について、個別指導は4%で実施されているが、その選定は「情報提供」を優先し、次に「高点数」となる。高点数については平均点数の1.5倍以上を一つの目安とするよう厚労省との交渉中である。該当患者名の通知時期と同様、追って連絡があるものと思われる。

(8) 特定疾患療養管理料の算定について

(佐賀県)

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。

これは、大学病院などの慢性疾患に対する長期処方も誘因となっていると考えられる。

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改正すべきである。

中医協での検討経緯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＞

各県とも概ね提案県と同様の意見。

厚労省の「主病は一つ、主治医は一人」の

考え方については、是正すべきとの意見が出された。

＜追加意見＞

◆佐賀県：制度の問題よりも長期投薬の問題である。

◆福岡県：以前に1回で算定していたことがある。その時には月に2回受診した患者さんから1回目と2回目で料金が違うので、分けて欲しいとの要望があった。今と違って長期処方が無い時代の話ではあるが。しかし、1回にすることにより弊害も出てくるように思われる。

◆熊本県：診療科によって月1回、2回の考え方は異なると思う。小児科の場合、コンプライアンスの問題がある。

○日医・藤原常任理事コメント

「月1回算定」の要望については、全国的にも同様な意見が多い。私も同感と言いたところだが、以前に1回を2回にした経緯があることから、余程の決意と根拠がないといけない。本来なら長期処方が緩和されたときに手当すべきだったと思う。今回、外来管理加算の時間要件が見直される方向であるが、それと併せて「月1回算定」について全体の総意ということなら中医協で申し上げたい。しかしながら、実際に1回になった場合に「算定が出来なくなった」等、苦情が上がらないか心配なところもある。

また、「複数疾患の場合には点数を上げてくれ」との意見についてだが、それこそ「1つの疾患、1つの主治医」を押しつける恐れがあるので、よく考えて進めなければならない。

(9) 有床診療所入院基本料の引き上げについて (佐賀県)

有床診療所は、入院機能や訪問診療など地域医療において重要な役割を果たしてきたが、昨今の医療制度改革の中で、低い入院基本料、不合理な医療区分等の設定により、無床診療所化を余儀なくされている。

また、在院日数の短縮化、療養病床の削減・

再編、介護療養病床廃止など、国は受け皿となる施設を未整備のまま入院から在宅へと誘導している。

地域での療養を継続するためには新たな制度を創るのではなく、従来の有床診療所の病床を活用することが、地域住民の利便性、ひいては医療費・介護費の節約にも繋がる。

有床診療所入院基本料を引き上げるとともに、複雑な病床区分や制約を設けず、急性期から慢性期、終末期に至る医療が自由に行える病床として位置付けることが必要と考える。

日医の見解について、お伺いしたい。

＜各県の回答状況＞

各県からも提案県と同様の意見が挙げられた。

○日医・藤原常任理事コメント

有床診の入院基本料の引き上げについては従来から言われていたが、実際には条件が整わないため見送られてきた。しかし、有床診療所が激減し医療の連携が上手くいかなかったことから、あらためて有床診の意義が見直されているのが現状である。厚労省も有床診の重要性を認識し始めている。有床診に対する意見を取り纏める為、日医では検討委員会や、都道府県医師会担当理事連絡会を開催している。また日医の中にワーキンググループを作ってもらった。意見の集約は難しいが「病院と診療所の概念が違う」や「激減したから手当てしてくれ」という言い方ではなかなか通らない。中医協で提案するには根拠が必要であるので、もう少し意見を集約したい。現状は追い風だと思うので、中医協でも認めていただけないか。

＜追加意見＞

◆佐賀県：

有床診療所が経営できる点数をちゃんと付けるべき。地方の中小病院についても同様である。その辺についても日医はしっかり検討して欲しい。

○日医・藤原常任理事コメント

社会保障審議会の医療部会・医療保険部会において有床診療所の意義を唱え、今の窮状を訴えている。今回の改定の大きな柱の一つであり、その意気込みを感じて欲しい。

(10) 外来管理加算の「時間要件見直し」について (沖縄県)

外来管理加算については、去る1月に開催された次期診療報酬改定の要望事項に係る協議会において、「概ね5分を超える時間要件の撤廃」を次期診療報酬改定に対する最重点要望項目の一つとして取り纏め、九州ブロックから日医へ提出している。

日医では外来管理加算の見直しに係る影響額が当初想定されていた額を遥かに上回り診療所が大きな打撃を受けていることから、中医協において期中改定を含め早期に見直すよう求めているところだと思うが、現状についてご教示いただきたい。

<各県の回答状況>

各県からも提案県と同様の意見が挙げられた。

○日医・藤原常任理事コメント

この件については、中医協では嫌がられるくらいに主張しているが、奥が深く単純な話ではない。ご存知のとおり2008年の診療報酬改定の際に、診療所から病院への財源移転分400億円を捻出する為の一つとして外来管理加算が含まれた。当初その影響額は240億円とされたが、日医調査によると700億円強、社会医療調査においても1,172億円の影響額となり当初の予想額をはるかに上回っている為、期中改定を含め早期の見直しを求めているところである。今回、民主党のマニフェストにも「5分要件撤廃」が記されおり、また中医協の診療報酬検証部会でも「今回の見直しはあまり意味がなかった」とのニュアンスで取り纏められており、次期改定の際には見直されるものと考えている。

(11) 診療報酬改定等について (宮崎県)

衆議院選挙結果を受けて、来年度の診療報酬改定や中医協の今後について、現状と日医の方針を伺いたい。

<各県の回答状況>

各県からも提案県と同様の意見が挙げられた。

大分県からは地域医療再生を実現する為の全体的な底上げを主張して欲しいと要望が出された。

○日医・藤原常任理事コメント

20年度の改定時の答申の附帯意見となっている八つの項目がある。初・再診料、入院基本料、DPC等、この辺が中心的なことになると思う。その中でも初・再診料が大きなウェイトを占めるが、前回と同様、大きな圧力がかかっているのが病診各差の是正である。社会保障国民会議や財政審議会の中でも、今の入院と外来の割合を6対4から5対5にしようとする大きな動きがあり、そのようななかで次期改定に臨むことになるが、少しぐらい診療報酬が上がったとしても、この流れが止められるかどうかは非常に微妙な情勢である。中医協の中では「しっかり議論する」との雰囲気が感じられず、そのようなところで病診の格差の是正が行われることに対し強く危惧している。理論武装をしてキッチリ訴えていこうと考えているが、これが一番の大きな問題であると思う。今日出された意見についても個別に具体的なものがあるので、それについては対応していきたいと思う。

(12) 「ジェネリック医薬品希望カード」について (長崎県)

協会けんぽでは、ジェネリック医薬品の使用促進の一環として、患者のジェネリック医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするためとして、「ジェネリック医薬品希望カード」を作成し、ホームページからのダウンロード及び全国の支部窓口等で配布することとしている。本県では、7月現在県内4箇所の社会保険事務所

の窓口で配布しているのみだ、8月には被保険者への医療費通知に同封し配布予定であるとのことである。

また、他の保険者でも同様に配布及び作成の検討がなされており、きちんとした説明がなされないままこのような動きが推進されれば、窓口での混乱は益々増加するものと思われる。

九州各県における状況及び対応方法等についてご教示頂きたい。

### <各県の回答状況>

各県でも協会けんぽや市町村国保等、各保険者からジェネリック医薬品希望カードが配布されているとの報告があった。国はジェネリックの良い点ばかり伝えようとしているが、問題点についても患者さんに対し十分説明する必要があるとの意見が挙げられた。

### <追加意見>

◆佐賀県：県はただ“安い”ことに関心を持ち、医療費を下げることにしか考えていない。実状を示すべき。

◆鹿児島：個別指導の際に、指導官からジェネリックを使用するようとの話があるが、全国的な流れか。

◆熊本県：「こういう薬があるが、どう考えているか」等、指導官が誘導している。裁量権に踏み込んでいよう若く不安に感じる。

◆佐賀県：佐賀では「ジェネリックをどれくらい使っているか」との質問があった。

◆沖縄県：指導ではそのような話は出たり出なかったり、まだ曖昧な状況。

怖いのはテレビのコマーシャルでの周知である。国民が当然の権利として要求してきた場合に、リスク等の情報については医療側が示さなければならない。現状は保険者側（支払側）に押されているように思われるので、もう少しジェネリックの善し悪しについて、日医から分かり易くPRすべきではないか。

### ○日医・藤原常任理事コメント

後発医薬品に対する信頼性が十分でないのか、国がその使用促進を進めるのは2,200億円削減がベースにあったからである。また、20年度改定から療担規則に「後発医薬品の使用を考慮すること」が書き込まれたのは非常に大きなことであった。

日医が先発品・後発品について中医協で確認したところ、担当官は「厚労省で承認したものであり品質、有効性、安全性は同等である」「副作用を生じた場合は医薬品副作用被害救済基金の対象になる」と言い切っている。

先ほど指導の場において後発品に関する話が出るということであったが、よく国公立に実施される特定共同指導においても、後発品を使用するように言っているようである。日医からも後発品促進というなら、国公立から積極的に使用すべきとの話をしている。

後発品の使用状況調査については中医協の検証部会で調査しているところだが、医師は後発品の使用について協力的との結果が出ている。アンケートでは変更不可の欄に医師の署名がないのが65.6%となっている。薬局における対応では「変更不可の署名が無い」「患者が先発品を希望しない」にもかかわらず、後発品に変えていないのが74.8%となっており、後発品の使用促進が進まないのは薬局にも問題がある。

医師の処方権の確保については、後発品不可の場合は署名することで拒否出来るので、あくまでも医師の判断で行うべきものである。

国の目標は「24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上」となっているが、療養担当規則がこのような経済的な理由により改定されるのは不本意であり、廃止に向けて主張していきたいと思う。

### (13) 薬価修正について (長崎県)

以前から抗てんかん薬として『エクセグラン』という薬があり、100mgで38.5円の薬価が付いている。

最近、同薬がパーキンソン病に有効であるこ

とが証明され、適応が拡大されたが、この際、新たな薬として名称も『トレディーフ』と改められた。しかし、何故かエクセグランの1/4量の25mgにも拘わらず1,085円(100mg換算で4,340円)という高薬価となっているのは納得できない。

医療費の削減が叫ばれる中、どうしてこういう理解しがたい事が行われるのか、決定の経緯について日医にご教示頂きたい。

<各県の回答状況>

各県からも提案県と同様の意見が挙げられた。

○日医・藤原常任理事コメント

薬価の決め方に関わることになるが、今回、新薬として申請されたことによるものである。この薬は開発されたのが20年前であり、非常

に古く、安くなっているが、新しい効能が出てきたということでこのようなことになった。新薬の価格は、その開発並びに販売に係るコスト等について、企業側の開発意欲をそがないようにそれなりの算定方式があって然るべきものであるが、今回の件については中医協でも問題提起された。新薬の価格を決める類似薬効比較方式、原価計算方式について薬価専門組織で現在検討されているところであるが、その方向性は中医協の中で今後出てくるものと思われる。

最後に、オンライン請求の中で規制改革会議はなくなったとの話があったが、厚労省のメンバーは全然変わってない。まだ規制改革会議と同じような動きがあることを覚えておいていただきたい。

印象記



理事 平安 明

平成21年9月26日、ホテル日航福岡において九州医師会連合会平成21年度第1回各種協議会が開催された。

今回の会議は、8月末の衆議院選における自民党の歴史的な大敗、民主党への政権交代後の協議会となったため、事前に用意した各県回答の確認や協議よりも政権交代後の中央の情勢がどのようになっているのかということに関心が集まりがちであったが、日医の藤原常任理事のコメントの多くは「まだ政権交代後で政策的な話し合いの場がもたれていない」「具体的なことはこれから」との内容であった。

事前に用意された議題は13題であるが、(1) レセプトオンライン関係 (2) 九州厚生局による指導関係 (3) 診療報酬関係 (4) その他、にまとめて協議された。

まずレセプトオンライン関係については、民主党もまだはっきりとした方向性を示していないため日医も現在フリーズした状態とのことである。

レセプトオンライン請求については、病院、診療所で対応の違いはあるが、そもそもオンライン請求が何のために必要とされているのかを考えた時に、医療機関にとってのメリットはほとんどない。元々審査支払機関や国が情報の集約化、効率化等のために導入しているものであることから、本来医療機関に負担の無いように導入すべきである。さらに、個人の医療情報がどのように扱われるか不明確なことから、オンライン請求は義務化するべきでない、あるいは電子媒体

による請求であれば事足りるのではないかと、等々様々な意見が出された。藤原常任理事は「日医の見解は以前と同様であり基本的には方針ははっきりしているの、現在は新政権の動きを見るしかない」とのコメントであった。

日医は早期に新政権との話し合いを持っていただき、“対応指針”の次の手を示す必要がある。とりあえず会員の皆様にはレセコン業者等に煽られて慌てて動くことがないように、医師会と情報交換しながら対応していただくのがよいかと思われる。

九州厚生局の指導関連だが、社会保険事務局から厚生局に移管後、各県とも今のところ指導内容に大きな変化はないようである。

しかし、新規開業の医療機関の指導に限ってみても、佐賀では昨年10月から今までなかった新規指定医療機関の個別指導が開始されており、鹿児島は集団指導のみであったものを個別指導に変更したい旨の申出があったそうである。鹿児島は立会等の問題で見送りとなったそうだが、何れにしても厚生局に移管後、どうやら厳しい方向で平準化されていくような印象を受けざるを得ない。

藤原常任理事は新規開業の個別指導については「保険指導の意味合いで行うものなので返還金は明らかな計算間違いだけにすべきで、そのことは厚労省の上の方はある程度納得していると思う」旨述べていた。そうであれば全国的に統一した上で指導を行ってほしいが今のところ各県毎の対応に委ねられており、ちなみに当県では算定要件を満たしていないと見なされると返還金を命じられており、保険指導とはかけ離れたペナルティーではないかと感じている。

次期診療報酬改定については、初・再診料、入院基本料、DPC等が主に議論されていくと思われるが、中医協委員の一部の任期が10月に切れ、日医からの委員が再任されるか分からないので、今後の中医協の状況も予測がしづらいつのことであった。

また外来管理加算の問題では藤原常任理事から「5分要件の見直し」の期中改定が困難になったことが伝えられたが、民主党は5分要件については撤廃の方針なので何れにしても次期改定では少なくとも見直しはされるだろうとのことであった。

今回の会議では、政権交代後の民主党との具体的な話し合いがまだとのことで、日医からは様子見的な発言が多かった。日医には早めに新政権との話し合いの場を持っていただき、必要な医療を維持していける医療政策実現の一翼を担っていただきたい。



## 2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



去る9月26日（土）、ホテル日航福岡で行われた標記協議会について次のとおり報告する。

### 開 会

福岡県医師会の山内孝常任理事の司会により、平成21年度第1回各種協議会介護保険対策協議会が開かれた。

### 挨 拶

福岡県医師会の川波壽副会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本年4月に介護報酬改定が行われ、要介護認定の一部見直しが行われたが、改正後の一次判定ソフトは軽度化される傾向が指摘され、利用者や介護現場からの不満もあり、期限付きではあるが前回の要介護度を選択できるという経過措置がとられることになった。そして再検証の上、来月（10月）から新たな要介護認定制度が開始されると同時にこの経過措置が廃止されることになったのはご存知のとおりである。し

かしながら、これら一連のことが介護認定審査会における混乱を更に引き起こし、再検証においても、見直しに至るまでのプロセスの不透明さや、現場の実態を踏まえた十分な審議がないこと等、その本質的な問題は変わっていない。

そこで、九州医師会連合会として、要介護度認定制度を始め認知症の支援体制や介護職員の処遇改善等について、現場の実態を明らかにすべく、皆様からご意見を求めたところである。

本日はご提案いただいた14題の演題を基に、皆様からの忌憚のないご意見をいただき、介護現場の業務をより良いものにするために是非とも現場の立場から活発なご議論をお願いしたい。

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。

今回、衆議院総選挙において民主党が大勝利、我々が経験したことのない政権交代が起こった。従来、小泉改革を始め自民党が進めていた小さな政府から、民主党は少し大きな政府へ

方向転換するという感じがする。医療政策あるいは介護政策の中でも、後期高齢者医療制度や障害者自立支援制度の廃止、あるいは療養病床再編の凍結等、我々に非常に大きな影響があることがマニフェストの中に書かれており、今後どうなるか分からないという状況がある。要介護認定の話以外にも、まだ決まっていないものとして介護従事者の処遇改善の交付金の話もどうなるかが分からない。

今日は先生方の様々なご意見を伺いながら、新しい政府に対し我々がどのように対応していったら良いのかというアイデア等もいただきたいと思っている。忌憚のないご意見をいただきたい。

## 協 議

### (1) 要介護認定制度の見直しによる影響について (佐賀県)

#### <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たが、改正後の1次判定ソフトでは軽度化される傾向にある。導入前の検証が不十分であったことは、これまでも指摘されていたことであるが、その後の検証作業及び今後の改正の見込みについて、日医の見解及び各県における影響についてお伺いしたい。

### (2) 要介護認定審査見直しに係る経過措置の現状。これでよいのか。(大分県)

#### <提案要旨>

平成21年度より、全国の要介護認定審査の平準化を図るため見直しがなされたが、モデル事業の分析から、要介護度が一律に下がっていることを指摘する声が各方面から上がり、再検証結果が出るまで、「前回の要介護度を選択できる」経過措置が継続することになった。そのため、さらに問題点を増やす結果になっている。今後、再検証結果により経過措置がなくなった場合、再度混乱が生じることは目に見えており二重、三重の混乱を招くことになる。以前の審査方法が最善とは言わないが、下手なパッ

チを当てるくらいなら、以前の審査方法に戻すことを要求する。

その裏付けとして、平成19年度1年間のデータとの比較分析を行った。今後、例数を増やして、より詳細な検討を行う予定であるが、各県で同様の検討をされていればご教示いただきたい。

### (3) 介護認定の問題点について (熊本県)

#### <提案要旨>

4月導入の介護保険要介護認定基準で従来よりも介護度が軽くなるケースが相当数ある。また、認定審査会で従来の介護度よりも低下し、必要なサービスが受けられなくなるために審査委員が従来の介護度に近づけるために理由を付けるのに長時間を要することがある。更にコンピュータによる一次判定から動かすことが困難なために、認定審査会の意味がないので審査委員を辞退したいと苦情が上がっている。

### (4) 要介護認定制度の見直しについて

(福岡県)

#### <提案要旨>

##### ①要介護認定制度の在り方

今後、要介護認定制度の見直しについては、社会保障審議会などの公の場で十分時間をかけ審議し、また審査委員を務める医師の意見が反映されるよう厚労省に要望する。日医の見解をお伺いしたい。

##### ②要介護認定支援事業について

本県では、本年度より、各保険者における適切な審査判定に資することを目的として、福岡県庁と本会理事（認定審査アドバイザー）が実際に要介護認定審査の現場に出向き、審査過程の問題点等を検証する事業が始まった。

本事業が開始してから、驚くほどに各保険者の独自性が浮き彫りになり、認定審査会の進行方法や審査過程における新たな問題点が見えてきたところである。

各県における状況や見解等についてお伺いしたい。

○協議事項 (1) ~ (4) は一括協議。

＜提案要旨追加補足＞

大分県より、「厚生労働省が見直しを行う度に制度が悪くなっているような印象を受ける。また重なる変更により認定審査を行う先生方も理解が難しくなり、結果として新規に審査員を確保することが厳しい状況にある。」と発言があり、熊本県より、「改定により必要な介護サービスを提供できない。介護保険制度発足時の理念が無視された改定が行われているように思う。」と発言があった。

＜各県回答＞

各県ともに、要介護認定制度の見直しについては、導入前の検証の不十分さや、改定に至るまでの手順の不透明さが問題であると指摘しており、今後、恒久的かつ公的な場で制度を見直す必要があるとの共通の見解が示された。また、日本医師会から厚生労働省に対し強く意見をいただきたいと意見がまとめられた。

その他、大分県や福岡県から、認定審査方法を簡素化することで事務経費を削減し、その分を介護報酬に充てる等の検討を行ってはどうかとの提案も示された。

要介護認定の平準化については、福岡県が取り組む『認定審査アドバイザー事業』の事例として、現時点で8カ所の審査会を確認した結果、保険者によって審査手順が全く違うことが分かった等、具体的な事例が報告され、当事業については、各保険者からも有意義な事業であるとの評価も受けているとして説明があった。

＜日医回答＞

日本医師会の三上常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

要介護認定の見直しについては、12月中旬の介護給付費分科会の終了直前に突然出された。これはおかしいのではないかと指摘したが、認定見直しについては介護給付費分科会での審議事項ではないとして、そのまま突っぱね

られたという状態がある。しかし、非常に納得できないということで、再三に際し検証しろと言うことを申し上げ、9月頃から認定見直しについての検証をするというような話だったが、政治的な力を用い厚生労働副大臣から言っただき、4月から検証検討会をやるということになった。

これまでに検討会を3回開催し、問題となった点は、非該当が増えるということと要介護5の2割位が要介護4に軽度化しているという二つのことがあった。これでは、今まで介護サービスを受けていた人が受けられなくなる、あるいは要介護の人が要支援になり施設に入所していた人が出なければいけなくなるということから、利用者側あるいは施設系の事業者から何とかしてもらいたいという要望が非常にあった。そのために今回の経過措置ということが起こった。

今回の見直しは平準化をするためということで、調査員の主観の入らない形で判断するとしていたが、実際には矛盾の多い結果が出たということである。また、先程から認定の見直しをやる度に制度が悪くなるという指摘があるが、これは社会保障費の削減という政府の方針があったためである。

今回のテキスト見直しをどうするかということで、今回は、かなりの部分を2006年度版の認定調査員用テキストに近づけた形で修正を行い、もう一度比較シミュレーションするという事になった。その結果、非該当と判定された方が3.9%となり、ほぼ18年度の判定結果(3.5%)と同じ程度に戻っているということで、2006年度版の認定調査員テキストに準じた形で行うということになった。いつから新しい方式で行うのかということについては、4月に判定した方が6ヶ月経つともう一度経過措置を行う必要があるということで、10月1日から修正版の調査員テキストで行うことで決定した。

認定審査員の方々から、今回の経過措置については非常にモチベーションが下がることになったとして不満やお怒りのお言葉をいただいているが、今回の経過措置については、日医が、

利用者や施設関係の事業所の先生方のご意見を反映させていただいた経緯もあるのでご理解をいただきたい。

今回の新しい方法によって2次判定の際に重度判定をすることが難しくなったということがあるが、実際には主治医意見書の特記事項や認定調査票の特記事項から重度変更の要件や項目を汲み上げていただきたい。また、樹形図等の事後検証用参考資料についても本来は付けずとしていたが、それが手元にある方が審査し易いということがあり、今回申し入れを行い、審査会の別添資料として付けることに決定した。

福岡県が取り組まれている認定審査会アドバイザーについては、要介護認定業務の平準化を図る時に非常に重要な取り組みになっていくと思う。全国一律の基準に基づいて客観的に公平公正に行われるということが必要だが、実際には地域格差があるということも事実だと思う。そのために厚労省も、平成19年から要介護認定等の適正審査を徹底するために、認定調査と介護認定審査会の現場において、要介護認定に精通した認定適正化専門員を派遣し技術的助言を行うということを行っている。現在20年度については、100市町村にこういった人達が出向いているということになっている。また21年度においても新しい認定制度が適切に導入されるように助言していくということにしており、引き続きこれを実施するということである。

＜追加発言＞

本県から、「財源が無いから若しくは時代が変わるから要介護の基準を変えるということはおかしいことであり、本来は財源の部分を変えるべきである。また現場ではなく机上で制度を作るからだんだん複雑になってきている。もっと根本的な部分からアナログ的な視点から議論を行うよう、日医は厚労省に対し強く意見すべきである。」と意見し、日医の三上常任理事から、「ご指摘の件については検証会の場でも議論となった。介護保険は介護度に応じた限度額の中で（お金ありきで）サービスを選ぶことに

なっており、出来高と包括の違いだと考える。また今回の見直しでは、主治医意見書の特記事項等から利用者の状況を判断していただく方向としてアナログ的な部分が強調されている。」と見解が示された。

（5）認知症地域医療支援事業の実施状況について（佐賀県）

＜提案要旨＞

認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修については、本県においては積極的な予算措置がなされていない状況にある。各県の実施状況についてお伺いしたい。

（6）認知症支援体制について（福岡県）

＜提案要旨＞

厚生労働省は、地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、認知症疾患医療センターとの連携を目指しているが、本県では認知症疾患医療センターが1施設あるのみで、未だ体制が整っていない状況である。各県の取り組みについてお伺いしたい。

○協議事項（5）、（6）は一括協議

＜各県回答＞

認知症サポート医養成研修及びかかりつけ医認知症対応力向上研修については、各県ともに毎年実施されており、例年2～7名程の認知症サポート医が養成されるとともに、認知症サポート医が講師を務め、かかりつけ医認知症対応力向上研修が実施されていると報告された。本県においても、認知症サポート医養成研修及びかかりつけ医認知症対応力向上研修は、平成19年度から県を実施主体として行われており、平成19年度2名、平成20年度2名、平成21年度2名と、それぞれ認知症サポート医の養成がなされるとともに、認知症サポート医になられた先生が講師となり、かかりつけ医認知症対応力向上研修も実施されている。

認知症支援体制に係る認知症疾患医療センタ

一の設置については、福岡県、大分県、熊本県で1施設が指定を受けており、鹿児島県、長崎県では、今年度の設置が予定されているとの報告があった。佐賀県、宮崎県、沖縄県では現時点では設置されていない状況となっている。

福岡県から、認知症支援の中核となるのがサポート医とされているが、具体的に何を行うのかははっきりしておらず、県医師会の中に検討会を立ち上げ役割について議論を行っているが、専門医の定義自体も難しいと追加発言があり、また大分県からは、厚労省では地域包括支援センターを中心に虐待の支援等、さまざまな対策を行っており、地域を支える社会的資源は整っていると考えるが、統一性がなくうまく活用されていないと指摘があり、日医として厚労省の関係部局を一つにまとめてもらい事業の整理等新しい体制を作っていただきたいと意見が述べられた。

**<日医回答>**

日本医師会の三上常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

認知症サポート医については、当初から専門医的な捉え方をされていた部分があるが、基本的な考え方としては、かかりつけ医を認知症専門医に繋ぐような、いわゆるコーディネーター的な役割を担っていただくことになる。また、認知症対応力向上研修等の企画立案や研修会の講師をやっていただくということが基本的なサポート医の役割となる。治療を直接行なう専門医ではないという考え方の基に、現在、全国で1,000人弱が養成されている。

国の関係部局を一つにまとめるかどうかという大分県の意見があったが、確かに同じようなシステムが厚労省の中だけではなく省を越えた部分にもあり、非常に非効率な形で予算が使われそうになっているということで、様々な事業を一括して行なえるようなシステムを作っていただきたいということを各検討会で意見として述べさせていただいている。

認知症疾患医療センターについては、4月現

在で全国に33箇所設置されている。センターとして指定を受ける際にインセンティブがないということがあるが、老人保健施設の認知症の方の合併診断を疾患センターに紹介すればそこに評価があるということが決まり、これから認知症が増える中で認知症疾患医療センターを全国に150箇所設置するという事は重要な任務であると考えている。

地域包括支援センターについては、現在動いていないという状態があるが、予算が無いということと介護予防に忙殺されていて本来の仕事が出来ないという理由から、うまく動いていないと考えている。予算措置をお願いしているところである。

22年度の予算概算要求については、日医から、認知症疾患医療センターの充実評価のための介護予防の観点から、総合病院における精神科医の充実と精神病床の確保を要求している。また、介護サービスの質の向上のために、かかりつけ医の認知症対応力向上研修、サポート医の養成研修事業あるいは認定審査会の研修費用の継続実施と拡充を要望している。

**(7) 介護職員処遇改善交付金について**

(鹿児島県)

**<提案要旨>**

平成21年度補正予算にて、介護職員の処遇改善を目的とした「介護職員処遇改善交付金」が設けられたが、趣旨としては理解できるが、その利用法について弾力化していただきたい。

また、今回のような一時的な交付金のようなものではなく、介護事業者が継続的かつ健全に運営が出来るように介護報酬にて評価していただきたい。

**(8) 介護職員の処遇について (熊本県)**

**<提案要旨>**

今回介護職員の処遇の改善について補助事業で対応されるようであるが、補助事業ではなく介護報酬の中で行われるべきではないか。

**(9) 療養病床再編の進捗状況について**

(鹿児島県)

**<提案要旨>**

各県の療養病床再編の進捗状況とその会員への対応並びに日医には今後の療養病床再編の動向を踏まえご教示いただきたい。

**(10) 平成21年4月介護報酬改定について**

(沖縄県)

**<提案要旨>**

今回は制度発足後初の3.0%プラス改定であるが、これまで平成15年度-2.3%、平成18年度-0.5%という過去のマイナス分(老健施設で平成15年度-4.0%、平成18年度-4.0%)を補う上で十分な改定とは言えない。

今改定は、介護従事者の人材確保・処遇会善に重きを置いたこと、また介護福祉が明文化されたことは、介護職の専門性を高める意味からも大いに評価できる。反面、今回のプラス改定が、景気刺激策の一環で行われているのも否めない。単発的か継続的か今後運営面から見極める必要がある。

○協議事項(7)～(10)は一括協議

**<各県回答>**

各県ともに、介護職員処遇改善交付金については、施設によっては医療と介護が混在していると同時に、介護保険は介護職だけでなく栄養士等も含めたあらゆる職種が携わっているため、事業者の裁量で介護職員以外にも配分できるような柔軟な運営を図るべきとの回答が示された。また、介護従事者の処遇改善かつ介護事業者が継続的に健全な運営を図るためにも、場当たりの交付金ではなく、介護報酬全体の底上げをもって対応すべきであるとして、九州医師会連合会の総意として、日医から厚労省に対し強く要望していただきたいとまとめられた。

療養病床再編の進捗状況については、各県ともに、今後の高齢者の増加に対し、削減より増床が必要であると認識しつつも、国が定めた削

減計画に基づいて療養病床の転換等が図られていると回答があった。福岡県からは、療養病床については介護療養病床の存続の問題も重要であるが、経営するための報酬の確保が前提になければならないと意見されるとともに、本県からも、今般の転換施策の一環で設置された介護療養型老健施設への転換に対するインセンティブが未だ不十分である旨を意見した。

**<日医回答>**

日本医師会の三上常任理事より、概ね以下のとおり説明があった。

今回の介護報酬改定は、介護職員の処遇改善等が大きな目玉となっていたが、その為には3%では足りないということ、また基本的には基本サービス費を底上げしていただきたいということ、これを主張していたが、結果3%に抑えられた。

介護従事者処遇改善交付金は使い勝手が悪いということだが、基本的には介護サービス事業所の経営実態調査の中で、介護職、看護師、准看護師、ケアマネジャー、PT、OT、栄養士、その他いろいろな職種の給与が示されたが、介護職が非常に低い給料だったということから、介護職の給与を上げようということによってこういう形になった。ケアミックスという点については、基本的には、一つの介護サービス事業所の平均的な介護職員の数に対して、1人当たり月当たり15,000円位の手当てが出来るよう計算した上で、全体の介護収入に何パーセントを掛けるかという交付率を決めたということである。一番大きい掛け率が訪問介護4%、一番低い掛け率が介護療養型医療施設1.1%、訪問看護については介護職がないということで0%等となっている。そこに何人介護職がいるかということではなく、全体に対して、いわゆる全収入に対していくら交付するかということであるので、それを何人で分けても構わない。介護職の範囲については事業所毎に決めていただいても構わないということである。また、処遇改善の方法については、月給を上げるという形でも良いし、ボーナス報酬という形でも構わな

い。法定福利の上がり分も交付金の中にも含めても構わないとなっている。

療養病床については、民主党のマニフェストには療養病床再編を凍結すると記載があるが、介護療養病床を残すかどうかについては法律改正が必要なのでどうなるか分かり難い。基本的には削減計画はなくなった。

来年の診療報酬改定で医療療養病床の診療報酬が改定される。さらに2年後の24年に介護療養型が廃止される。これは介護保険から報酬が支払われない状況になるということだが、基本的には介護療養型医療施設に入所されている方はADL3の医療区分1、また要介護4、5の人が大半である。その部分が、現在の要介護4、5の介護報酬程でなくても1,000点以上の点数が付けばおそらく医療療養病床としてもやっていけるということで、来年の診療報酬改定に向けて医療区分1がなるべく高い点数が付くように、慢性期入院医療の包括評価分科会の中で申し上げているところである。現在、医療区分1の部分は一日当たりマイナス2,000円から3,000円の赤字が出るような点数設定になっている。それが出ないような形にしていれば良いのではないかということを常々申し上げている。

**<追加発言>**

福岡県から、「民主党はマニフェストの中で介護職員の処遇改善として給与を4万円上げるという施策を出している。当然これから、政権与党の中でそういう動きも出てくると思う。ある意味チャンスなので、日医としても前向きに提言していただきたい。また、その中身としては交付金ではなく、場合によっては24年の報酬改訂を待たずに23年度中に報酬改正として行なうということをご提案していただきたい。」と追加発言があった。

福岡県医師会の発言を受け、日本医師会の三上常任理事より、「マニフェストに書いてある訳だから、当然、交渉したい。実際に優先順位と財源が決まらない限りは、なかなか話が進ま

ない可能性が高い。財源の問題が出てくれば優先的に介護職員の処遇改善に充てていただきたいと意見し、介護報酬のプラス改定にもっていきたいと思う。」と意見が述べられた。

**(11) 医師会員に対する介護保険事業への参入への働きかけについて (宮崎県)**

**<提案要旨>**

医療のバックアップのない介護はありえないという立場から言うと、もっと積極的に医師会員は介護保険事業への取り組みを行なうべきと考えるが、各県の会員への働きかけはどのように行なっているか。

**<各県回答>**

各県ともに、医療のバックアップがない介護はありえないとの認識は示しつつも、医師会員毎の経営形態の違いや、地域での温度差等があることから、介護保険への参入に係る積極的な取り組みは行なっていないとの回答であった。

**(12) 在宅におけるターミナルケア時の介護と医療の自己負担率の矛盾解消について (長崎県)**

**<提案要旨>**

介護保険での訪問看護は、自己負担率は1割で済むと思うが、主治医が訪問看護指示書にターミナルと記載を行なった瞬間に医療保険での訪問看護に変更を余儀なくされ、3割の自己負担が発生することになる。

その結果、必要なサービスをためらう事例の発生も経験しており、サービス提供者側も利用者に対し説明が出来ない等制度上の矛盾が発生している。

在宅を推進したいのであれば、一律自己負担は1割とすべきである。

**<各県回答>**

各県ともに、医療保険と介護保険の整合性は必要であるとして、長崎県の意見に同意とする回答が示された。

**(13) 短期入所生活介護サービス提供時のリハビリ実施について (長崎県)**

**<提案要旨>**

要介護認定を受けた方の身体機能維持には、身体障害により週2～3回程度のリハビリテーションが必要である。

在宅においては、通院が不可能な方は訪問リハビリや通所リハビリを利用できるが、ショートステイ利用時には短期入所療養介護ではリハビリが可能であっても、短期入所生活介護ではリハビリが制度上できないため、中長期のショートステイ利用時にADLの低下とともに、自宅復帰が困難になる例もあることから日医には制度の改善を要望していただきたい。

**<各県回答>**

各県ともに、主治医の指示の下、継続的にリハビリを行なうことは必要であり、その為の制度の改善を期待したいとの回答が示された。

**(14) ケアプラン作成上の問題点について (熊本県)**

**<提案要旨>**

介護保険制度改定を2年後に控えケアプラン作成システムの根本的改定が必要と思う。主治医とケアマネジャーの連携が十分とられていなく不適切なケアプランが多い。また、主治医の処遇がかなり中途半端であり処遇改善が必要であると考えます。

**<各県回答>**

主治医とケアマネジャーの連携を図るための施策として、鹿児島県、大分県、本県より、主治医がケアプラン作成に関与するためのインセンティブは不可欠であるとした回答を示し、長崎県からは、医療経験のないケアマネジャーの医療の研修義務化や第三者による囲い込みの監視、ケアプラン評価機構の構築を望むとした意見が示された。

**<日医回答>**

日本医師会の三上常任理事より、協議事項(11)～(14)について、一括して、概ね以下のとおり説明があった。

いくつか問題点がはっきりしたと思う。一つは、会員の介護保険に対する理解度が今一つ進んでいない可能性が高いことから、介護保険事業への参入が未だ十分でないということである。これからの高齢化社会においては、医療と介護の両方が不可欠となる。高齢者を対象にされている方や在宅をされている方は、これまでの病気を治すという観点ではなく、これからは生活を支えるという観点でやっていただくことが大事だとして、日医の介護保険委員会の答申にも書き入れている。先程あったように、今回の改定の中では、医療保険と介護保険の整合性をとるという意味合いの算定内容が決まった。最終的には、24年の同時改定に向けて、医療保険と介護保険の不整合の部分なるべく合わせていくということが厚労省の方針なので、今後そういう形になっていくと思う。これから高齢者が増えるということで、医師会員が介護保険の参入を考えていただき、リハビリについては、急性期、回復期は医療で行い、維持期は介護保険で行なうという流れになっている。

介護保険は、利用限度額の中でケアプランを立てていくので、単位数が低ければ比較的利用されやすくなるということで、訪問看護と訪問介護では単価の安い訪問介護を選ぶということが訪問看護の伸びない大きな理由だと思う。

ターミナルケアについては、介護保険で行なう場合と医療保険で行なう場合で自己負担率が違うということがある。当然、日医としては医療保険も高齢者については1割負担として介護保険に合わせていただくよう主張している。24年改定に向け、特に整合性をとろうという形で、今後も主張し続けていきたい。

ケアプラン作成上の問題については、ケアマネジャーとかかりつけ医の関係がスムーズに行っていないという実態がある。一つは、かかりつけ医の敷居が高いという意見がある。かかり

つけ医の方からも、利用者の方の立場に立ってケアカンファレンスに参加する等のことを医師会で啓発していくということが大切だと思う。日医の在宅医研修会の中でも、かかりつけ医とケアマネジャーのなじみの関係が大切として、そのために医師とケアマネジャーの懇親会や報

告会等さまざまな取り組みが紹介された。各医師会においても、このようななじみの関係を作っていたと敷居がかなり下がり、今後、かかりつけ医とケアマネジャーの間の医師の疎通や交流がうまくいくのではないかと思う。

## 印象記



副会長 小渡 敬

九州医師会連合会の平成21年度第1回各種協議会が9月26日、福岡県で開催されました。私は介護保険対策協議会に出席したので会議のなかで印象に残ったことについて若干述べたいと思います。

今回は各県から14題の議題が提出されましたが、去った衆議院選挙で民主党が大勝し、政権が鳩山内閣に代わったこともあり、各議題以上に今後の介護保険制度の行方がどうなるのか、不透明な状況にあり、これから日医が民主党に対してどのようなスタンスで対応するのかということに関心が集まっておりました。しかし、新政権が発足して間もないこともあり、日医ではまだ対応がなされていないようです。各議題については要介護認定制度についての不満が多く聞かれました。これは今年介護報酬が3%引き上げられたが、一方で介護認定を厳しくし従来の要介護度5が4になる等、従来より低い認定になることが明らかになったからであります。介護報酬は上げたといっても介護認定は厳しくするといった、子供だましのような国のやり方に対する不満でした。これに対して日医の三上裕司常任理事は、今年10月から元の認定に戻すということを発言しておりました。また介護報酬改定についても、改定の仕組みが不明瞭であり、医療の診療報酬のように中医協のような組織を作るべきではないかという意見も多く聞かれました。さらに今回は、介護職員の処遇改善について「介護職員処遇改善交付金」によって手当すると言っていますが、これは運用面では不便さがあり、本来介護職員の処遇改善は、介護報酬の改定によって図るべきであるという意見が相次いで上がっていました。今後、民主党政権との交渉に当たってはこのような場あたりの改正ではなく、現場の意見を充分に反映できるような交渉をして頂きたいと思

### 3. 地域医療対策協議会 (医療提供体制の再編、新型インフルエンザを含む感染症対策)

副会長 玉城 信光  
常任理事 安里 哲好  
理事 宮里 善次



去る9月26日(土)、ホテル日航福岡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、日医から飯沼・内田両常任理事にもご出席いただいた。

#### 協 議

(1)～(6)については、紙面回答とし、特に協議は行わなかった。(以下、概要)

**(1) 新型インフルエンザ流行に伴う、治療薬のタミフル・リレンザ、検査キット、マスク、消毒薬の供給対策について(鹿児島)**

#### <提案要旨>

新型インフルエンザ(A/H1N1)の流行により、治療薬や検査キット、マスク、消毒液などが各医療機関に、安定的な供給がなされない状況にある。

厚生省の指針に基づき、各県、原則全医療機関で新型インフルエンザを疑う患者についても診療を行う体制へ移行していると思うが、上記の治療薬・医療機材などの供給体制について、各県の対策状況をご教示いただきたい。

また、本件について、日本医師会と厚生労働省では、どのような協議がなされているのかお伺いしたい。

#### <各県回答>

佐賀県では、治療薬の供給については、卸業者と県行政との連携体制が組まれている。検査キット、マスク、消毒液については、一時供給不足の状況にあったが、幸い混乱を招く状況には至っていないと回答があった。

宮崎県では、県行政が卸業者の全数を把握して、卸業者と連携して医療機関への納入の数量

を調整している。検査キット、マスク、消毒液については、在庫不足であったと回答があった。

沖縄県では、11万2千人分のタミフルを備蓄している。また、今後3年間で沖縄県の人口の45%分を備蓄する予定である。検査キット、マスク、消毒液については供給する予定はないと回答した。

大分県では、県行政を通じ卸業者に安定供給を要請していると回答があった。

長崎県では、治療薬は十分に備蓄されており、今冬の大流行を考えても不足するとは考えていないと回答があった。

熊本県では、15万4千人のタミフルを備蓄している。また、今後3年間で18万4千人のタミフル、1万8千人のリレンザを備蓄予定である。感染防護服については、国の補助事業を活用し、整備を行うこととしている。検査キットについては県行政による特別な供給体制は行われていないと回答があった。

福岡県では、治療薬・検査キットについては、県行政と卸業者が流通分の在庫調査を行っている。流通分が不足した場合には、県行政が調整を行い、備蓄分のタミフルが1時間以内に医療機関に届けられる体制になっていると回答があった。

## (2) 新型インフルエンザ情報の伝達のあり方について (沖縄県)

### <提案要旨>

新型インフルエンザの診療体制は県知事を対策本部長として、二次医療圏ごとの診療体制が組み込まれました。

沖縄県では(国→県→県医師会、保健所→各地区医師会→地区医師会員)への通達が必ずしも円滑とは言えず、地区医師会員の間で情報共有のタイムギャップが生じました。

特に地区医師会員への通達段階で格差がでたように思います。

情報の迅速な共有化のあり方について、特に工夫されたことがあればご教示いただきたい。

### <各県回答>

各県ともに、メーリングリストの構築、国→県→県医師会→群市区医師会→地区医師会員の順で文書を送付及びホームページに専用欄を設けて情報伝達を行っている。また、鹿児島県、宮崎県では独自のFAXニュースを作成し全医療機関に一斉送信していると報告があった。

今秋に備えて、国から地区医師会員までの情報伝達網をピラミッド化し、情報を一本化することが重要であるとして意見がまとめられた。

## (3) 新型インフルエンザ対策について

(大分県)

### <提案要旨>

世界中で、蔓延している新型インフルエンザについては、各県で対策がとられていることと思います。

本会においては、国内発生後、各医療機関から簡易検査によりA型インフルエンザが判明した際には、各医療機関より直接、FAXにて報告していただいている。

また、新型インフルエンザの県内発生後は、クラスター発生時の早期把握のため、A・Bに関わらず、インフルエンザと診断した際には全例を報告いただいている。

6月19日より国の方針が変わり、全医療機関で対応となりました。指針に示すとおりには全医療機関では困難もあると思われる。

そこで大分県では、通常季節性インフルエンザを診療している医療機関での対応とし、院内感染対策を示した。

また、マスク・消毒薬などの安定供給について自治体等へ働きかけをすべきと考えるが、如何か。

関西などインフルエンザが蔓延した地区では慢性疾患患者の通院控えなどによる減収が相当大きかったとの情報があります。日医としては何らかの経済的な支援を国に要請すべきではないだろうか。

「発熱外来機能を有する医療機関」について日医として何らかの指針なりを示されるお考え

はあるのだろうか。

せめて全九州で統一した対応が望ましいと考えるが、如何なものか。

今秋に備えての日本医師会及び各県の対応策等、その状況についてご教示いただきたい。

**<各県回答>**

鹿児島県では、簡易検査によりA型インフルエンザ陽性の場合、FAXで報告をいただいている。また、医療体制については、対応できない医療機関を照会し保健所にリストを作成。8月1日から原則、全医療機関で対応する体制になっている。院内感染対策については、各医療機関に任せているのが実情であると回答があった。

佐賀県では、「発熱外来機能を有する医療機関」については、空間的・時間的隔離が難しい場合に、「佐賀県新型インフルエンザ専門家会議」において取りまとめた院内感染防止対策を講じていると回答があった。

宮崎県では、「発熱外来機能を有する医療機関」については、対応策は現時点では考えていない。九州で統一したものができれば参考にしたいと回答があった。

沖縄県では、院内感染対策マニュアルは作成していないが、今後、他都道府県の状況を参考に検討する。また、「発熱外来機能を有する医療機関」について、国は何らかの指針を示す必要があると回答した。

長崎県では、神戸で新型インフルエンザの流行が発生した時点で、指定医療機関以外の一般医療機関も新型インフルエンザ診療に参加すると決めていた為、国の方針変更によっても殆ど混乱しなかった。また、主に空間的隔離を推奨し、各施設で可能な範囲で対策をとってよいとしている。しかし合併症を有する一般患者の感染防護や感染した場合の迅速な診療開始等には特別な注意が必要である旨を強調しているとの回答があった。

熊本県では、医療機関からの届出については、国の示した指針通り、7日間以内に複数の

インフルエンザの発生を把握した場合のみで、集団発生例については患者の受診履歴に基づき、保健所からの連絡を受けた医療機関からの届出となっていると回答があった。

福岡県では、季節性インフルエンザと同様の院内感染防止対策により、原則、全ての医療機関で診療を行う体制とした。また、院内感染防止対策については、各医療機関の判断で行うこととした。今冬の流行拡大を想定すれば、季節性インフルエンザワクチンの接種を徹底し、季節性の発症数を抑えること、手洗い、うがい等の公衆衛生対策を徹底することが非常に大きな意味を持つ。現時点から県民への周知が必要と考えると回答があった。

**(4) 新型インフルエンザに対する医療体制について (長崎県)**

**<提案要旨>**

国は6月19日、秋冬の新型インフルエンザの大流行を見越して新型インフルエンザ対策の変更を発表した。感染拡大のための封じ込めを中止し、重症者の治療へと重点を移したものであり、一般医療機関が季節性インフルエンザに準じた体制で診療に参加することを認めたものと解釈される。その点は現実的な方法であると評価するが、実際の運用においては幾つかの問題点があると考ええる。

(1) 外来における患者隔離法について

国は診療所にも厳しい感染対策を要求しているが、待ち時間が狭い診療所がどの程度の感染対策を行えばよいか悩ましい問題である。長崎県では、患者・診療機関双方にとって実施困難な時間的隔離よりも空間的隔離法を推奨し、最低、有熱者にマスクを装着させ、その他の者となるべく離して座らせる方法で良いと通知している。貴県はどのように会員を指導されておられるか。

(2) 医療従事者の補償について

新型インフルエンザの外来・入院診療に携わる医師の障害補償や休業補償について県と交渉中であるが、適当な民間保険がな

いため交渉が行き詰まっている。貴県の状況は如何か。

(3) 新型インフルエンザ患者受入可能な病床数について

長崎県は県下全病院に対し、新型インフルエンザ患者受入可能な病床数の調査を行い（21年7月）次の結果であった。

○受け入れ病院数 73/164（45%）

○受け入れ病床数 431/12,565  
（一般病床数）（3.4%）

国は一般病床の約10%の病床確保を想定しているようであるが、長崎県の受け入れ病床数は少なすぎると思われる。貴県の状況は如何か。

<各県回答>

(1) 外来における患者隔離法について

各県ともに、季節性インフルエンザでの対応を前提としており、各医療機関の対応に一任されているのが現状であると報告があった。また、大分県では、院内感染対策として「一般医療機関向けインフルエンザ診療マニュアル」を作成したと報告があった。

(2) 医療従事者の補償について

各県ともに、各県行政へ要望は行っているが、明確な回答がないとの報告があった。

国は、医療従事者及び医療機関に対する補償制度を創設されるべきであるとして意見がまとめられた。

(3) 新型インフルエンザ患者受入可能な病床数について

- 鹿児島県：特に調査は行っていない。
- 佐賀県：特に調査は行っていないが、入院が必要と思われる患者については、5の感染症指定医療機関、12の大学病院、協力医療機関が中心になり受け入れることになっている。
- 宮崎県：人工呼吸器のある病院全てに入院を引き受けてもらえるよう行政が働きかけることとなっている。
- 沖縄県：県立の5病院が感染症指定医療機

関に指定されており、感染症に対応した病床数は18床となっている。また、感染拡大期においては、民間病院の病棟を活用して可能な限り対応することとしている。

- 大分県：現在48医療機関にて、約1,000床の調整が出来ている。
- 熊本県：現在38医療機関にて、約1,100床の調整が出来ている。
- 福岡県：現在78医療機関にて、約3,300床の調整が出来ている。

(5) 新型インフルエンザに関する行政との連携並びに医療機関への情報の周知方法について（熊本県）

<提案要旨>

厚生労働省から平成17年度に新型インフルエンザ対策行動計画が出された後、本県では郡市医師会担当理事連絡協議会、県行政との打合せ会議を開催した。

今回、新型インフルエンザA/H1N1が発生してからは、更に県行政との連携を密にし、発熱相談センターなど県の対応や備蓄タミフルの放出方法などについて協議を重ねてきた。また、日医や県からの情報提供を受け、郡市医師会への周知や医療機関を対象とした研修会を数回開催したが医療現場への情報伝達の難しさを感じた。

今秋以降の第2波発生の医療体制に向けて、各県医師会の取組みと県行政との連携体制、医療機関への情報周知体制をご教示頂きたい。

<各県回答>

各県ともに、各県行政と頻回にわたり会議を開催し、新型インフルエンザの医療対応体制、今秋以降の新型インフルエンザ対応体制等、連携強化を図っている。

(6) 新型インフルエンザ（A/H1N1）に関する日本医師会の取組みについて（福岡県）

<提案要旨>

6月19日の「医療の確保等の運用指針」の

改定に伴い、本県においては、現状の新型インフルエンザ（A/H1N1）に対しては、季節性インフルエンザと同様の院内感染防止対策等により、7月23日から原則全ての医療機関においても診療を行う体制へと移行した。

今回のウイルスについては、毒性が弱いため上記の対応も可能であったが、強毒性の新型インフルエンザが発生した場合には、医療提供側においても混乱が生じることは、想像に難くない。そのため国は、毒性の段階別にしっかりとした医療対応方針を策定する必要がある。また、医療従事者及び医療機関に対する補償制度について、本県から、平成21年5月1日付けで、日本医師会に対し要望書を提出しているが、国の制度として創設されることを強く要望する。

以上を踏まえ、新型インフルエンザに対する日本医師会の取組みについてお伺いしたい。

また、各都道府県における状況の把握（情報収集）や、毎年度3月に開催されている日医感染症危機管理対策協議会を、今冬の本格的なシーズンを迎える前に開催し、モデルケースとして神戸など感染者が多数発生した地域から、これまでの経緯や取組みをご報告いただく等の対応も有効ではないかと考えるが如何か。

<各県回答>

各県ともに、国は、毒性の段階別にしっかりとした医療対応指針を策定する必要があるとともに、医療従事者及び医療機関に対する補償制度を創設されるべきであるとして意見がまとめられた。

<沖縄県の経緯や現況、問題点等について報告及び質疑応答>

沖縄県より概ね以下のとおり報告した。

4月28日(火)	厚労省より、新型インフルエンザの発生が宣言されたことを受け、同日に県との会議を開催し、今後の新型インフルエンザに関する情報の連携体制及び指示系統について確認を行った。また、沖縄県、沖縄県医師会感染症委員、沖縄県医師会事務局、各地区医師会事務局が参加するメーリングリストを作成し、より密な意見交換を行うこととした。
6月29日(月)	沖縄県内で、新型インフルエンザ患者1名発生。 各医療圏で、発熱外来等の医療体制について、調整会議を随時開催。
8月15日(土)	流行の中心である中部地区で国内第1号の死亡例。 県対策本部は検査診断によらず、臨床診断でタミフル投与を奨励。
8月21日(金)	県対策本部より、8月19日時点で、インフルエンザ流行警報が発令され、患者が激増している。既に、救急病院だけでは間に合っていない状況であり、沖縄県としては、「各医療機関においても時間外診療をしていただきたい」との依頼があった。 ※①定点あたり29.60 ※翌週は46.00 ※②8月16日(日)の那覇市立病院の発熱外来は230人で5時間待ちであった。これを受け、那覇市医師会から内科医2名、小児科医1名が応援体制に入った。
9月1日(火)	小児医療情報ネットワーク事業の立ち上げと運用。 2つ目のメーリングリストを作成。(県立病院感染症担当者、保健所が管理する新型インフルエンザ関係者、県医師会の感染症担当で現在約90名。)
9月2日(水)	時間外診療について、沖縄県医師会から県対策本部へ協力28医療機関名を報告した。
9月8日(火)	県対策本部より、定点あたりの報告数がピーク時の半数になっており、救急告示病院は本来の医療提供体制に戻つつある状況である。時間外診療体制を一先ず休止することについて調整があった。(定点あたり22.60)
現時点で定点報告が約1万人。(少なく見積もって推定約5万人) 県民の約3.8%が罹患し、9人の重症化と2名の死亡。現時の死亡率は約0.004%。	

沖縄県の医療提供体制とその他の問題点

1. 各地区で医療体制と流行状況が異なる。

南部地区 (人口65万人)	14の救急病院で対応しているが、2つの病院だけに集中し、対応困難であった。マスコミを使い患者を誘導した。
中部地区 (人口46万人)	流行のピークを過ぎており、時間外診療は救急病院で対応できた。また、軽症の患者は診療所、入院は救急病院、対応できない重症例は県立中部病院と役割分担がピラミッド化されていた。
北部地区 (人口10万人)	2つの救急病院で対応しているが、会員が輪番制で北部地区医師会立病院へ応援。これから流行のきざし。
宮古・八重山地区	県立病院で対応。これから流行のきざし。

2. マスコミの対応

沖繩県医師会は年4回ほどマスコミとの懇談会を行っており、今年は5月と9月に新型インフルエンザに関する懇談会を行った。正しい知識とパニックにならないような報道の願いをした。また、患者の半分が15歳以下であるため、うがい、手洗い方法等を具体的に報道してほしい旨お願いをした。

3. 沖繩県がCMを作成。

4. 第2波にむけてポスター作成している。

診療治療に関する問題点

1. 重症化の症例はほとんど、タミフル処方が48時間を超えている。
2. キット検査ではほとんど陰性であるが、入院例は症状の進行が非常に速く、初日か2～3日で重症化する。

<質疑応答>

長崎県) 沖繩県では、時間外診療の対応は基本的に夜間となっていますが、週末の夜間も対応していたのでしょうか。

沖繩県) 新型インフルエンザという病気の問題は、診断と治療が難しいということではなく、患者が殺到することが何よりの問題であると感じた。昼間のはかかりつけ医で対応できるが、時間外や日曜祝祭日、夜間等は対応が困難になる。よって、各地区医師会の協力により、週末の夜間も時間外診療を行っていた。

大分県) 今般、大分県では軽症の患者でも救急病院等に殺到している状況にある。そこで、沖繩県ではどのようにマスコミ対応していたのか。また、今冬に向けての日本医師会のマスコミ対応についてご教示いただきたい。

沖繩県) 沖繩県では、一人目の死亡例がでた翌日に、発熱、咳だけの症状が軽い患者に関して、翌日にかかりつけ医を受診するように報道してもらった。

日医) 報道のあり方に関しては、早速、厚労省やマスコミに対し国民の不安を煽らないよう要望する。

福岡県) 日本医師会は、これからの流行シーズンに向けて、厚労省やマスコミに対し早急に対応していただきたい。

鹿児島県) 慢性疾患の定期受診患者に対して、電話による診療で新型インフルエンザが診断できた場合、抗インフルエンザ薬を処方できるという厚労省の考えは、現場を無視している。この件に関し、日本医師会の考えをご教示いただきたい。

日医) 原則、慢性疾患を有する定期受診患者を対象とする。ただし、インフルエンザ様症状を訴えて受診した患者に対して、解熱剤や鎮咳薬を追加処方する場合など、同一の急性疾患において最近の受診歴があり、かつ医師が電話により適切に診療できると判断した場合には、電話による診断で抗インフルエンザ薬を処方できる。福岡県) 沖繩県では、医療従事者に対しタミフルの予防投与は行っていたのか。

沖繩県) 沖繩県では、医療従事者に対し予防投与を行っていたが、厚労省の見解が二転三転し、対応に困った。

日医) 医療従事者へのタミフルの予防は、現場の先生方の判断により対応していただきたい。

佐賀県) いわゆる7:1や10:1といった看護配置がくずれた場合の保険上の問題について、日本医師会の見解をご教示いただきたい。

日医) 新型インフルエンザの流行に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いについて、①1日あたり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、暦月で1ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。②医療法上の許可病床数が100床未満の病院及び特別入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、1日あたり勤務する看護師の比率については、暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動である場合、診療報酬上、問題はない。

熊本県) 沖繩県では、患者が入院する場合、陰圧病棟と一般病棟のどちらを使用したのか。

沖繩県) 陰圧病棟を使用したのは、感染拡大初

期のみで、後は、一般病棟を他の患者とは部屋を区切って対応した。4床二つで十分に対応可能である。

長崎県) 長崎県では、季節性インフルエンザに準じた対応を行っている。時間的隔離方法は難しいと考えるので、空間的隔離方法を会員へ推奨している。また、蔓延し空間的隔離方法で対応困難になった場合に、時間的隔離を検討していきたい。

福岡県) 福岡県では、情報の伝達に問題があり、各病院の対応にばらつきが見られる。県行政と対応について協議中であるが、他県の対応についてご教示いただきたい。

沖縄県) 沖縄県における情報の伝達については、病院間だけの連携には限界がある。県行政と各保健所、各地区医師会と連携し、情報の一本化を図った。

佐賀県) 県が単年度の臨時交付金を用いて、独自に補償制度を創設するよりも、国の責任において、恒久的な補償制度を創設するよう、県に対し要望しているが、明確な回答がない。各県はどのように対応しているか。

日医) 5月15日に発熱外来等に出務する医師等の感染に対する補償制度について、厚労省に要望した。2～3日後に舩添厚労大臣から検討する旨、回答があった。

沖縄県) 新型インフルエンザのワクチン接種が始まるが、厚労省の見解では、対象は新型インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者となっているが、現実的には、医師、看護師よりも受付対応職員のほうが濃厚接触する可能性が高い。この件について日本医師会の見解はどうか。

日医) まず、季節性インフルエンザワクチンの使用に関して、一部の医療機関において大量に注文し、その多くが後に卸売販売業者へ返品される事例がみられ、市場に流通するワクチンの量に影響を与えるなどの問題があった。季節性、新型を問わず、インフルエンザワクチンの流通を確保するために、さらに適正使用を徹底することをお願いしたい。また、新型インフル

エンザワクチンの優先的に接種する対象については、①インフルエンザ患者の治療に直接従事する医療従事者、②妊婦及び基礎疾患を有するもの（このなかでも1歳～小学校低学年に相当する年齢の者の接種を優先）、③1歳～小学校低学年に相当する年齢の者、④1歳未満の小児の保護者及び優先接種対象者のうち身体上の理由により予防接種が受けられない者である。なお、①の医療従事者については、インフルエンザ患者の治療に直接従事する医療従事者が基本となっているが、その他の職種であっても、個々の医療機関の適切な判断で対象として差し支えない。

鹿児島県) 基礎疾患ごとに病院を分けて入院をさせるシステムを構築できれば、もっとスムーズに治療が可能になるのではないかと。

日医) 各地域によって診療支援の形態が異なるため、日本医師会としては、具体的な指示はできない。各地域の行政と連携し、地域にあった診療支援を構築することが必要だと考えている。沖縄県) 当件については、二次医療圏の地域医療を中心に、行政等と情報の交換を密に行い、システムを構築することが大事である。

鹿児島県) 今後の参考としたいので、沖縄県全体で、成人と小児の入院は、これまでにどれくらいの患者がいたのか具体的な数字をご教示いただきたい。

沖縄県) 現在、県対策本部と琉球大学附属病院の感染症専門チームがデータを収集中で、具体的な数字が把握できたら報告致します。

**(7) 県医療対策協議会および県保健医療協議会の現状について (沖縄県)**

**<提案趣旨>**

県医療対策協議会における医師確保および県医療対策協議会作業部会や保健医療協議会における4疾病5事業の推進は、県行政が中心か、県医師会が中心か、それとも両者に加え大学病院・各医療機関も含め密なる連携を取って推進しているか、各県の現状をご教示いただきたい。  
※紙面回答のみ

協議事項 (8) ~ (11) については、特に協議はせず、日医からのコメントをいただいた。

**(8) 「医師の適正配置」について (宮崎県)**

**<提案趣旨>**

昨年10月に某新聞社から「医師の適正配置」の提言が発表された。医師の適正配置は喫緊の課題に対しての即効性のある対策であると考え、一方で、種々の問題もはらんでいる。マスコミ主導ではなく、医師会が主体となり、この問題の議論を深め、国へ積極的に働きかけていかなければならないのではないかと。

医師にも当然職業選択の自由が保障されるべきであるが、配置に関して一定の規制をつけないければ、地域医療、救急医療の崩壊は進んでいく現実がある。

医師会として「医師の適正配置」を推進していくべきか、行うのであれば、診療科偏在の是正を優先するのか、地域偏在の是正を優先するのか日医の考えを伺いたい。

**<内田常任理事コメント>**

本件は、日医の地域医療対策委員会でも検討しているところであるが、非常に大きな問題として診療報酬の大幅な引き上げなど、様々な課題がある。今回、民主党が医師養成数を1.5倍にするというマニフェストを掲げているが、日医の見解としては、1.5倍が実効性を持つのは恐らく10年後であろうと考えている。1.5倍にした後の最初の卒業生が出る頃には、どれだけ減らすかという事を考えていかなければならない。大学病院の病院長学部長会議の中でも同じような意見が出ている。また、財源の確保をしっかりといただかなければ話にならない。

医師の適正配置について、強制力を持ったシステムを作るかどうかという事について日医は反対である。強制力を動かして本当にインセンティブが与えられるのかという事や法的な問題など、いろいろな課題が出てくる可能性がある。

まず、診療科の偏在や地域の偏在の基になっているところを正す事が先決である。それには医療費の大幅な引き上げが必要で、診療報酬や

今回の地域医療再生のような地域で着手できる事などの条件づいたものが必要である。また、医学部の地域枠や奨学金制度の利用による対応なども必要となってくる。

その他、ICUなど救急医療の診療是正に対するキャリアアップの評価、待遇の問題、子供の育児や女性医師への配慮（代診医師の活用）、外科・産婦人科等における医事紛争や訴訟リスクの軽減等々を早急に対応する必要があるという主張を持っている。

いずれにしても、地域特性が大きなファクターになるので、県単位でこうした課題を検討するシステムも必要となってくると思われる。日医の中では地域医療ネットワーク（大学、病院、医師会、行政が参画）を設置し、少なくとも地域の問題を洗い出すという点で役立つのではないかと提案しているところである。

**〔長崎県医師会より『医師不足に関するアンケート調査・結果』の報告〕**

平成20年7月、長崎県の医師不足の実態を明らかにするため、県内の病院に対してアンケート調査を実施したので、調査結果について以下のとおり報告があった。

1. 対象病院数161、回答数82、回答率50.9%
2. 平成18年度と平成20年度の勤務医数を比べてみると、総勤務医数は2年間で7.4%増えていた。地域別には、9つある地域のうち長崎・県央・佐世保地域で77%を占めており、地域における偏在が明らかにみられた。
3. 現行の医師数と比較し、更に必要と考える医師数では、70%の病院が医師が不足していると回答し、不足医師数は221.6人（総勤務医数の26%）に達した。この結果より、県内の勤務医数は全国平均を上回るものの（厚労省・病院報告の概況による）、長崎県は勤務医不足にあると考えられた。
4. 過去2年間の標榜科別の医師の増減と病院が考える標榜科毎の不足している医師数について、10%以上増加した科は外科、循環器科、放射線科で、減少した科は、精神科と小

児科であった。

医師不足感が大きい科は、内科系（循環器科、呼吸器科を含む）、整形外科、麻酔科、小児科であった。診療科における偏在や細分化も医師不足感の原因と考えられた。

5. 女性医師に対する何らかの支援を行っている病院は41.5%で、女性医師に対する支援体制はまだ不十分であった。
6. 医師不足解消のため、若手医師に特定の地域医療機関で働くことを義務付けることについては、50%の病院が賛成又はどちらかと言えば賛成であった。

以上のアンケート調査結果から、診療科偏在および地域偏在は明らかではあるが、これといった対策がないのが現状である。

#### <主な意見>

- ・医師の確保に関しては速効性が求められているが、世論を含め医師会から先手を打つ形で議論をした方が良く考える。日医が各県の実情を踏まえて攻めていくべきである（宮崎県）。
- ・偏在の問題を考えた場合、何も動かない事には始まらない。何かをしないといけない。地域で考えた場合、大学病院がドクターバンクの最たるものであるので、大学がその気になって動いていただければ幸いである（長崎県）。
- ・現在議論されている総合医の問題も絡んでくるのではないかと。システム的には速効性の部分で大きく絡んでくると思われるので、そういう意味では議論を深めていただきたい。（宮崎県）。

#### (9) ナースプラクティショナー（NP）に関する件について（大分県）

##### <提案趣旨>

大分県医師会としての本件に関する主張は以下の如くである。

1. 病院内で医師との連携を密にした病院型の

専門（あるいは認定）看護師の導入には賛成であるが、地域医療の現場に地域医療型のNPを導入することには絶対反対する。

その理由は、地域医療レベルの低下を懸念するからである。仮にNPを導入した場合、地域医療レベルは低下こそすれ向上しないと思われる。それは、現在行われている専門大学院教育の情報公開不足および（聞き及ぶ範囲内の）質の低さにあるからである。

2. また仮に長い年月をかけ、質を上げていったとしても、地域住民に『2級医師もどき』以上のものとして混乱なく受け入れられるのか、その見通しが全く不透明にもかかわらず、米国で行われているという一点をもって社会宣伝し、既成事実を作ろうとしている点は看過できない。

医師不足の解消にNPが役立つという主張があるが、十分に質が担保されたNPが輩出される数十年後には逆に医師過多になっている可能性も十分あると反論したい。したがってNPは医師不足解消には役立たないばかりか、質の低下で地域医療にマイナスであると考えられる。

3. NP導入を主張するマスコミ、学会、一部病院団体にも医制の根幹に関わるこの問題を医師不足面だけで考えるのではなく、地域での医療体制（質向上に誰が責任を持って取り組むべきなのか？それは医師ではないのか？）にまで十分考えを巡らし、判断して貰いたいと思っている。
4. ただし医療職種の業務分担については現行法内で十分議論し、その上で具体化した形を示していくこと（例えば平成14年医政局長通知における看護師等による注射実施を可とすることの明文化など）は推進すべきである。
5. 医療職種の協働は大いに推進すべきで、とくに保健師、訪問看護師との連携強化は医師会として積極的に取り組む事項であると考えている。

以上につき、今後NP問題に関して各医師

会が対応する上での参考にして頂き、全国的な広がりを見せているNP問題に対する大分県医師会の考え方にご理解いただきたいと考えている。

＜内田常任理事コメント＞

本件については今年の6月に記者会見で発表している。

大分の特区分について、特区はそもそもモデル的な事業を地域を限定して実施した上で有効な政策については全国展開するといったものである。ナースプラクティショナーを実際に特区で行うという事は将来的に新しい職種を創設して全国展開する事になる。そういう点からは当然出来ないという事になる。

NP導入の問題点として、一つ目は国民皆保険の視点から、NPの導入がもっとも進んでいるアメリカでは民間保険中心であり、公的保険はメディケア、メディケイドのみである。また、無保険者が15.3%に達している。支払い能力によって受けられる医療に差があり、医療の質より医療費の安さが優先されることもある。このため、医療費が安く済むNPへのニーズもあると考えられる。これに対し、日本でアメリカのようなニーズがあるかどうかは明らかではない。むしろ、国民皆保険の日本では、国民の多くが同じ医療を受けられることを望んでいる。

二つ目は医療の質の視点から、診察や診療は人体に侵襲を及ぼす行為である。また軽微な症状や症状が安定した時期であっても、常に急変し重症化したり、全身状態に影響を及ぼしたりするリスクを抱えている。したがって、診察、治療、処方などは高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者にとって不幸な結果をもたらすだけでなく、生命をも脅かすことになりかねない。

三つ目は業務分担の視点から、業務分担の拡大については、現行の医師法、保助看法で十分対応できる。保助看法には、看護師が「診療の補助」を行うことが定められているが、補助の内容までが規定されているわけではない。その

内容は、医師の指示によって、また医療の普遍化、高度化に応じて変化する。厚労省は、業務分担に関する検討会の立ち上げを予定しているが、日本医師会としても医療現場における実際の業務を把握し、現行の保助看法の下で「チーム医療」全体として捉え、メディカルコントロールの確立を前提に業務分担の在り方について検討していきたい。

- (10) 地域医療再生基金事業に対する各県の具体的対応について（熊本県）
- (11) 「地域医療再生計画」の策定と各県の現状について（福岡県）

＜提案趣旨＞

本事業における各県の「地域医療再生計画」策定の進捗状況並びに課題等についてご教示いただきたい（回答は紙面のみ）。

＜内田常任理事コメント＞

地域医療再生基金に関しては現在、見直しをするのか凍結するののかという話が出ているが、日医としては、この基金は診療報酬が各医療機関に対する対価であるとする、基金は地域全体を見渡した中で、どういう事が今後の地域医療提供体制で必要かというところを考えて付ける基金だと認識している。診療報酬の引き上げはもちろんの事であるが、地域医療再生基金というのは是非とも実現していただきたいと思っている。その中で一番力になるのは地域で一生懸命具体的なプランを立ち上げているところなので、それを実現するために、地域の代表者（知事や代議士等）に強く働きかけていただきたいと思う。

具体的には100億や25億といった問題もあるが、何らかの形で都道府県全体に行き渡るよう働きかけるとともに、今後も継続していけるよう政策として訴えていきたい。

今回の基金では、少なくとも地域における医療課題を的確に浮かび上がらせたという点では良かったと思う。今後、各県での行政に対する強い働きかけを是非とも望む。

## 印象記



副会長 玉城 信光

地域医療対策協議会のメインテーマは新型インフルエンザについてであった。2時間の協議時間のほとんどを費やした。

九州各県とも沖縄の取り組みに大変な感心を持って頂いた。新型インフルエンザの流行に対して医師会の取り組みや救急病院への患者の殺到など、たくさんの質問が宮里理事に浴びせられた。詳細は前述の報告で述べられるので印象を述べたい。

沖縄の対応がよいのは沖縄県、沖縄県医師会、地区医師会、琉球大学、県立病院、民間の医療機関の連携が大変よいので、このようにすばらしい体制ができたと考える。これからの課題は琉大が中心になり分析をはじめている、重症患者の病態分析や今回の対応で不備な点の洗い出し等をおこない、次の流行に備えることである。新型インフルエンザのおかげで日頃の地域医療の連携のあり方、非常事態での診療体制等多くのことを学んだと思う。鉄は熱いうちに打っておきたいものである。

医師の適正配置については、様々な問題を内包しており簡単にはいかないであろう。単純に医師を増やしても次に医師過剰時代が来るかもしれない。私の考えは日本のトップレベルの医療機関を地方に配置すれば良いのではないかと考える。国立がんセンターを岩手県に持っていく様なものである。その周りには都会からくる患者さんの宿泊施設を安く作ってあげれば良いのである。沖縄という地方にこれだけの研修医が集まるのは中部病院が積み上げた実績と現在の各研修群の努力によるものである。これからもその充実が求められる。

地域医療再生基金に関して、内田常任理事は「診療報酬が各医療機関に来ている対価であるなら、地域医療再生基金は地域全体を見渡し、どういう方策が地域医療の中で必要かを考えて付ける基金だ」と話した。この基金の話が出たことで、全国的に自分の地域の医療を真剣に考える様になったと思う。沖縄県でも沖縄の医療のグランドデザインを描く委員会で話されたことや地区医師会で話される地域医療の連携が真剣に語られる様になった。時事通信によると新政権でもこの基金の予算はつくという話しである。沖縄らしい施策を作り上げたいものである。

新型インフルエンザのおかげで活発な会議になった。

## 印象記



感染症担当理事 宮里 善次

9月26日、ホテル日航福岡にて九州医師会連合会の平成21年度第一回各種協議会が行われた。9月19日に福岡の担当理事の方から『新型インフルエンザを含む感染症対策』は資料にある各県の答えを参照にしてもらいたいと軽く流すので、第一波を経験した沖縄県の現状を20～30分ほどで報告して欲しい旨の電話を頂いた。

地域医療対策協議会の冒頭、司会から議題の議事進行を変更するとアナウンスがあり、沖縄県の経験と実情を以下のように報告し、自由討議に入った。

- ① 4月下旬にメキシコで発生報告の2日後に県医師会と対策本部の合同感染症委員会を開催し、国のガイドラインにそって、二次医療圏毎に活動することを確認し、関係者のメーリングを作成。
- ② 二次医療圏毎に、管轄保健所、医師会、県立病院が実務者会議を開催し、医療機関の役割分担や発熱外来の設置を決定。
- ③ 6月29日に中部地区で第一例発症。その後、急速に感染拡大が始まる。感染拡大は中部から南部地域へと移行。
- ④ 情報の流れは【県対策本部→県医師会、保健所→各地区医師会→会員】となっているが、各地区医師会から会員への流れが、医師会間でかなりのばらつきがあった。今回、沖縄県から本協議会に提出した質問は伝達方法にどんな工夫をされてるか、と云うことであったが、後日、メーリングリストを追加することと、最初の死亡例がでた後からは逆に会員の意識が高まり、情報を要求されるケースが多くなった。
- ⑤ 最初の死亡例が報告されると、一部の時間外外来に患者が急増。第34週の8月16日に那覇市立病院の発熱外来が230人に至り、週末には那覇市医師会が応援。
- ⑥ 8月24日に県医師会と対策本部、南部医療センターの小児科部長が集まり、『新型インフルエンザ小児医療情報ネットワーク』の構築と運用、さらには各地区医師会に日曜祝祭日と輪番制による夜間診療を依頼。
- ⑦ マスコミから軽症はかかりつけ医へ、那覇南部の他の救急告示病院は余裕があるので、そこへ受診するよう誘導アナウンスをお願いした。
- ⑧ 幸いにも34週をピークに減少傾向がみられ、医師会による応援態勢は5日間で終了となった。
- ⑨ 34週時の定点報告は46。その時に那覇南部は60で中部は30と減少傾向にあった。また北部と八重山はそれから遅れて増加傾向となっており、沖縄県全体をみると、二次医療圏ごとに流行の実体が異なっており、臨機応変に動くには、二次医療圏と行政の協力が最重要課題である。情報の迅速化と共有をはかるため、メーリングリストの窓口を広くした。特に感染症を専門としている会員の参加はそれ以後の活動に多いに貢献している。
- ⑩ 定点医療機関からの報告は1万人。推定罹患患者数は少なく見積もって5万人で県民の3.6%が罹患。入院は246人（後日判明）。重症化は9名で死亡は2名。死亡率は0.004%でWHOのそのの百分の一。
- ⑪ 沖縄県の場合は二次医療圏毎に保健所と中心となる県立病院があり、医療提供体制を構築するために地区医師会と協力しやすい体制にあった。
- ⑫ 5月と9月に県医師会とマスコミとの懇親会を開催し、2回とも新型インフルエンザについて協議した。9月の懇親会では県民向けの分かりやすいキャッチフレーズをつくりませんか、と云う発案があり、県立中部病院の遠藤先生が提案された『うつらない、うつさない、つぶさない』を県医師会でポスター作成することになった。

さて、報告後各県から様々な質問を受けたが、質問の内容は来るべき時に備えて、積極的に動いているように思えない、医療関係者だけが対岸の火事に対してしているような印象を受けた。

早急に各県の対策本部がしっかりと医療体制を構築し、医療機関はその役割を明確に協議すべきであろう。沖縄県の安里常任理事から二次医療圏と行政が何回も協議することが最も重要だと発言があった。

沖縄県では考えて行動する時間もなく、走りながら考えるどたばたとなったが、最小限の被害でくい止めることができたのは、県対策本部の宮里統括監と糸数班長の働きがあったからだと云う印象を強くした協議会であった。



# 日医医賠責特約保険のおすすめ

日医医賠責特約保険未加入のA会員のみなさまへ  
月毎の中途加入の受付も可能です

日医医賠責特約保険は、日医医賠責保険の特色  
を継承し補完する、A会員の任意加入保険です

## 特約保険の特長

日医医賠責保険の上乗せ

開設者・管理者責任のカバー

高額賠償への対応

合理的な掛金

## 加入をおすすめするA会員

非A会員が起こした医療事故について、開設者・  
管理者としての賠償にも備えたいA会員

法人（99床以下の法人立病院と法人立診療所）の  
責任部分の賠償にも備えたいA会員

高額賠償の支払い（1事故2億円、保険期間中6億  
円まで）に備えたいA会員

## 保険期間

中途加入月1日から平成22年7月1日

## 中途加入手続き

中途加入月の前々月15日までに  
所属の都道府県医師会  
（一部地域によっては、郡市区医師会）へ  
\* 詳しくは裏面ご参照

●お問い合わせは本会まで●

日本医師会（医賠責対策課）

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL03-3946-2121

## 特約保険と日医医賠責保険の関係

＜てん補限度額＞	2億円	「特約保険」 拡張担保特約部分	
	1億円	「日医医賠責保険」 基本契約部分 注：「日医医賠責保険」のてん補限度額は1億円	
（自己負担分）	免責金額（100万円）		
	行為者責任	開設者・ 管理者責任	開設者責任
	A会員	A会員が理事 または管理者 である法人	
			＜責任＞

## 平成21年度女性医師の勤務環境整備に関する 病院長等との懇談会

沖縄県医師会女性医師部会 銘苺 桂子



去る9月10日（木）沖縄県医師会館に於いて標記懇談会を開催した。公的・民間病院を含めた施設の代表者や事務長、女性医師等が多数参加し、女性医師が抱える諸問題の解決や働きやすい勤務環境整備に向けて、意見交換が行われた。

参加者は院長が16名、医師8名、事務方15名、女性医師部会役員10名の計49名であった。その概要について次のとおり報告する。

### 挨 拶

沖縄県医師会女性医師部会長 依光たみ枝



平成19年8月、女性医師が育児と仕事を両立できる職場の環境改善や出産・育児などにより離職、休職した女性医師への支援などを目的に女性医師部会を立ち上げた。

本懇談会は、昨年に引き続き2回目の開催となる。本日は公的・民間病院を含めた施設の責任者に多数ご参加頂いた。形式ばった会ではなく、双方が本音で語り合うことが出来ればと考えている。

また、今年は国からの補助を受けて、県医師会に女性医師専用の相談員2名を配置し、女性医師を支援するための女性医師バンク事業を行うことになった。

本日の会が、小さな進歩でも大きな進歩の一步になることを期待している。新政権は子育て支援を掲げている。近い将来日本の医療界も大きく変わることを祈願して私の挨拶とする。

### 報 告

(1)「全国女性医師の勤務環境報告」と「県内女性医師への個別聞き取り調査報告」  
沖縄県医師会女性医師部会委員

仁井田りち

近年、医師全体に占める女性医師の比率が増

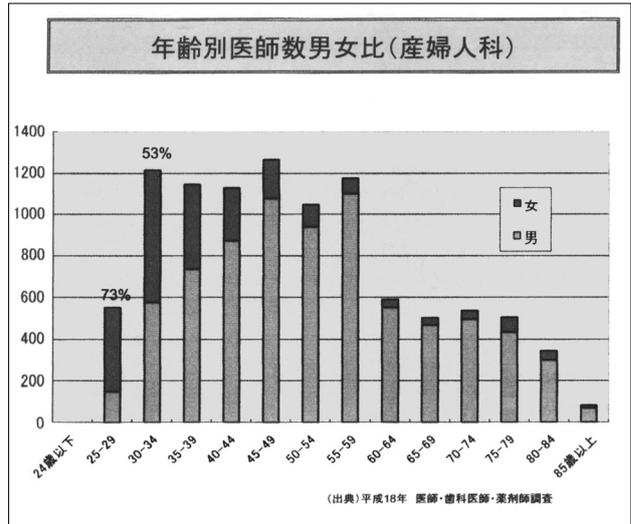
加傾向にある背景をもとに、女性医師を取り巻く現状や課題などについて説明を行った。また、本年6月、県内4ヵ所の病院（公的病院含む）、計10名の女性医師からレポートで得た就労環境に関する悩み等を報告し、今後の対策として、国が奨励する各種支援事業（①勤務医の

過重労働を解消する環境整備、②女性医師の働きやすい環境の整備など）の活用が必要であるとし、こうした補助金の活用には、裏づけとなるデータが必要なため、この様な会合から現場の声を吸い上げたいと訴えた。

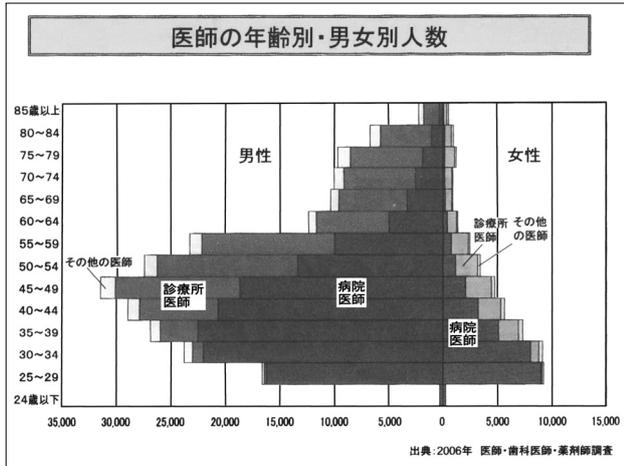
別添資料1

- 1, 全国女性医師のアンケート調査まとめ
- 2, 沖縄県女性医師個別面接調査より
- 3, 現状把握と、今後の対策

県医師会女性医師部会  
仁井田りち

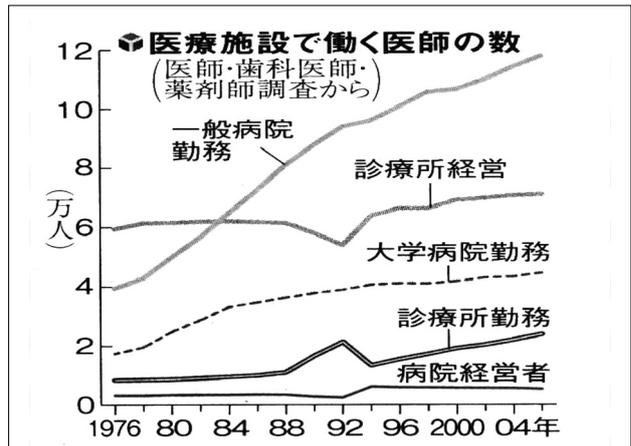
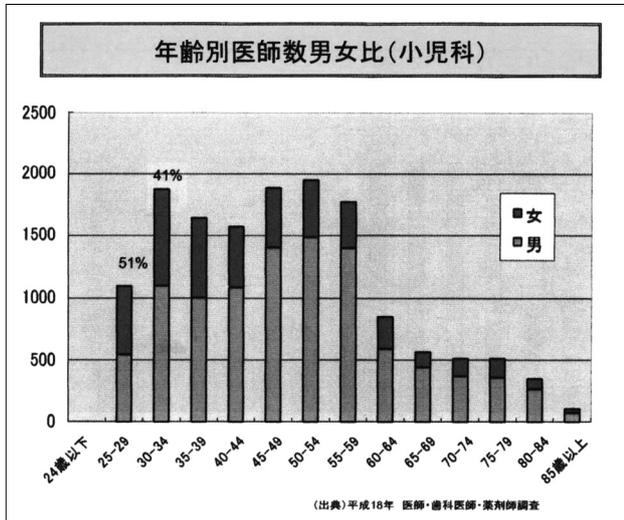


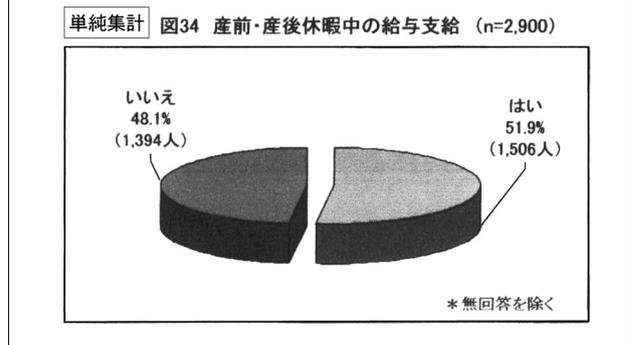
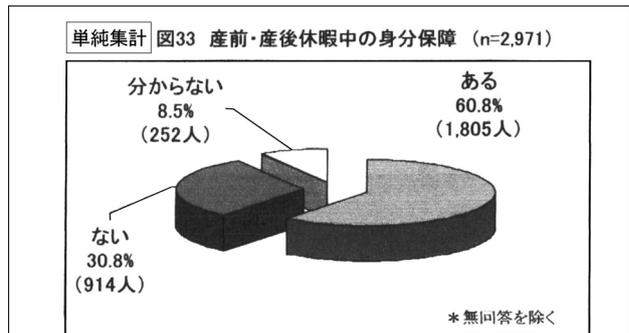
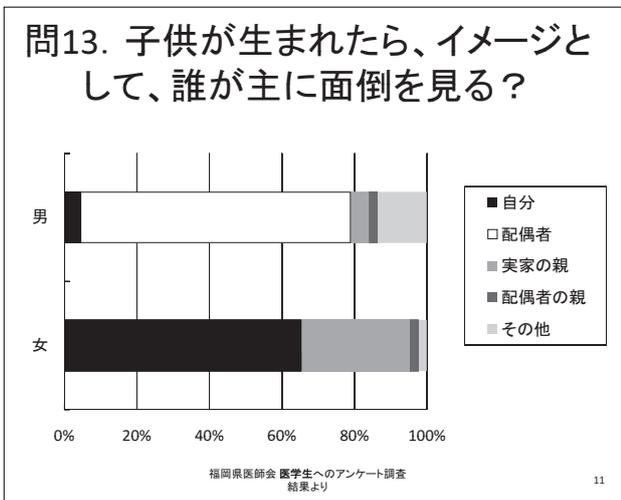
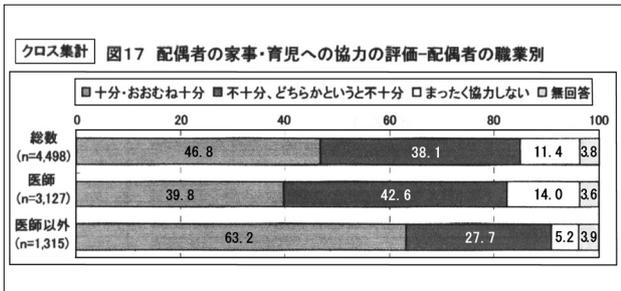
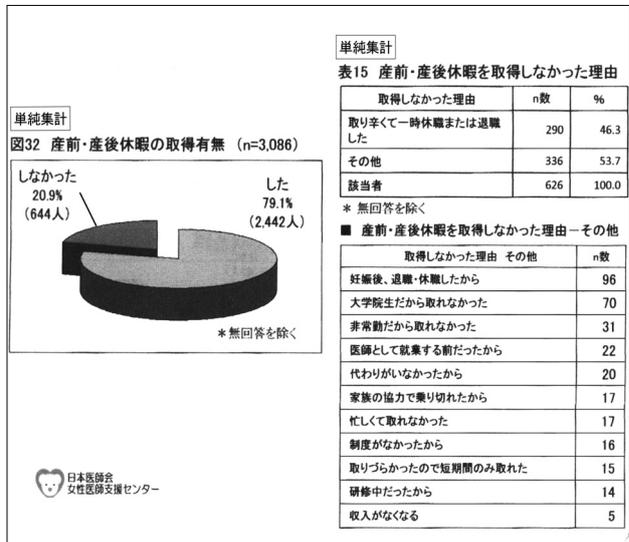
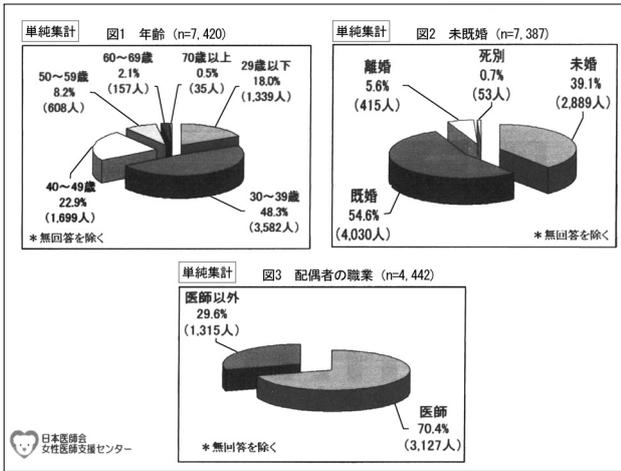
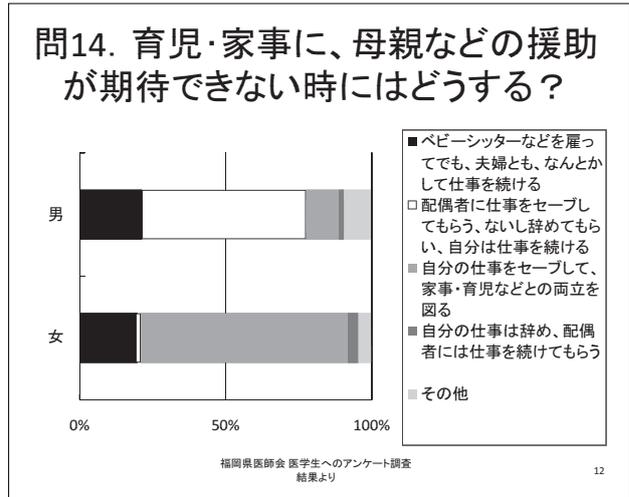
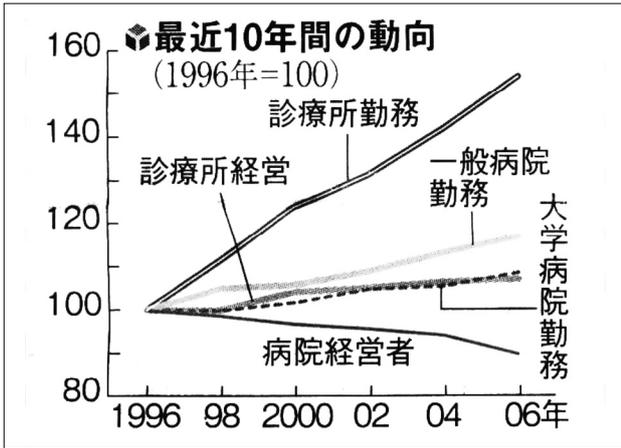
## まず現状を把握すること



### ◆主に担当する診療科別に見た医師数の動向

診療所	2006年		2006年		全体
	医師数	指数	医師数	指数	
総数	95,213	116.0	168,327	113.6	17.2
内科	44,971	112.2	54,030	100.9	14.2
小児科	6,472	110.4	8,228	103.9	31.2
精神科	3,159	201.1	10,511	111.8	18.6
外科	4,933	85.2	21,142	94.2	4.8
脳神経外科	864	223.3	5,377	102.5	3.8
整形外科	7,017	141.6	11,853	103.4	2.6
形成外科	361	195.1	1,548	138.0	3.6
美容外科	382	269.0	12	85.7	11.9
産婦人科	4,391	94.0	5,683	86.2	23.0
婦人科	1,012	134.4	697	172.1	26.4
泌尿器科	1,804	156.7	4,728	106.4	3.6
皮膚科	4,587	128.5	3,258	101.0	39.1
眼科	7,573	125.3	4,789	97.0	37.0
耳鼻咽喉科	5,267	110.0	3,664	90.2	18.6
リハビリ科	122	158.4	1,733	209.6	17.1
放射線科	294	147.0	4,589	115.0	19.2
麻酔科	446	184.3	5,763	120.0	29.7





### 個別アンケート結果

1, A病院 研修医4年目

2, B病院 研修医3年目

3, C病院 5人(研修医2年目~41才)

4, D病院 3人(研修医4年目~43才)

仁井田りち

### 女医さんよりため息の一言

- 1, 病院のシステムがやる気を生かすことができないシステム(あきらめ)
- 2, 「子供を産むと同僚医に迷惑かけるばかりだからその時は(仕事を)やめてほしい」  
(男性医師の不理解)
- 3, 「今年の研修医は帰るのが早い, , ,」  
(若い医師世代に, 40, 50代の医師の生き方はロールモデルにならない)
- 4, 「やる気のない女医さんでもいいのです。  
せめて外来一こまでもやってくれたら, 助かります」(人手不足で疲労困憊のご様子)

### 女医さんの一言アドバイス

- 1, 子供は計画的に産む  
(現在41才 子供11才と1才)
- 2, 自分で無理を背負わず, かつ周りに流されず, できることしかしないと決める  
(現在37才, 子供4才, もう一人産む予定)

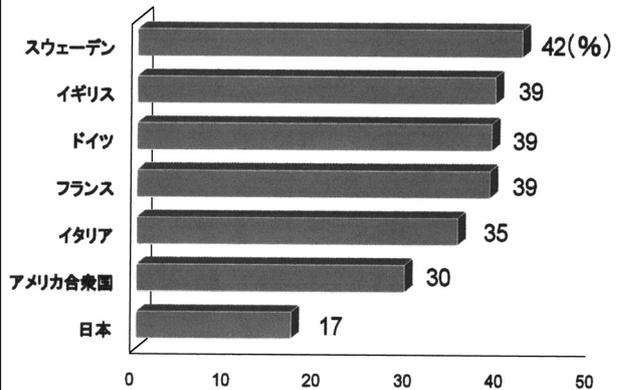
それぞれのドラマは,  
綱渡りの生活の中で, 進行中

### 子育て中の女医が工夫していること

- 1, 夫の協力で家事分担(両親の協力で病児保育)
- 2, 病院の近くに住む(とても大事!)  
当直, 病棟の主治医として入院の患者さんを診るために必要条件
- 3, 子育てのできる病院を選んだ  
又は子育てが出来る診療科に転科した  
(例, 検診センターに移った)

## 対策 ではどのように改善するか

各国の女性医師割合



### 女性の参画加速プログラム

平成20年4月 男女共同参画局



活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない分野についての取組み

【女性医師】

勤務体制の見直し、継続就業支援、復帰支援、意思決定の場への女性の登用促進、医療専門職全体への支援 等

### 現状の国の取組み

#### 勤務医の過重労働を解消する環境の整備

- 「短時間正規雇用制」、「交代勤務制」の導入
- 医師と他の医療従事者・事務職員との役割分担の推進

#### 女性医師の働きやすい環境の整備

- 病院内保育所の設置支援
- 再就業支援の女性医師バンク事業
- 離職している女性医師が復職するための研修支援

### 短時間正規雇用支援事業



例:週5日・40時間勤務  
+週1回の当直

短時間正規雇用の導入



代替医師  
(例:週5日・15時間勤務+週1回の当直)

21年度予算額 1,522百万円  
補助先 都道府県  
補助率 1/3  
創設年度 20年度1次補正



産科・小児科医等  
※短時間正規雇用  
(例:週5日・25時間勤務)

### 東京女子医大の女性医師支援へ向けての試み - 女性医師生涯研鑽委員会

育児を重視したい医師が、仕事を軽減しながら  
継続するための多様な労働形態の提供

- 育児中の医師の常勤短時間勤務制度
- ワークシェア、フレックス制 (女性医師研究者支援室)

医師というプロとして100%働きたい育児中の男女が、  
能力を十分に発揮できる体制

- 院内保育園
- 病児保育 (女性医師研究者支援室)
- 院内学童保育

休職中の医師の再研修、再就職の問題の改善

女性医師再教育センター

- 復職支援プロジェクト
- 教育・学習支援プログラム(e-learning)

今後の学部学生育成に当たって

- 女性医療リーダー育成をめざす 全学横断教育

出典:東京女子医大大澤教授講演資料

## (2) 「女性医師求人・復職研修支援に関する調査」結果報告

沖縄県医師会女性医師部会副部会長

涌波淳子

本年5月下旬、県内女性医師勤務状況把握とその改善のための一環として、県内94病院（公的病院含む）を対象に行ったアンケート調査結果について報告を行なった。（回答率は63%）

調査では施設における女性医師の常勤・非常勤の割合や育児中の女性医師の勤務や受入経験、また、勤務条件や女性医師へのサポート体制等について現況を伺った。

その結果、以下のまとめと問題を提起した。

- 常勤女性医師のいない施設は13施設（32%）であり、そのうち9施設（69%）が医師数1～5人の施設であった。→少ない医師数では常勤女性医師の雇用は困難か？その場合の困

### 難である理由は何か？

- 非常勤女性医師のいる施設は27施設（73%）で、さらにそのうち12施設（44%）で非常勤医師の半分以上が女性医師であった。→**非常勤女性医師の声**
- 育児中女性医師の勤務している施設、または勤務既往のある施設は15施設（37%）であり、その中には医師総数が10人以下の施設も6施設存在した。→**医師数が少ない中でどのように対応しているのか？**
- 女医の勤務条件の3項目について60%以上の施設が柔軟に対応する姿勢を見せている。しかし、対応できないとする施設も存在する。→**その理由は何か？**
- 保育所、夜間保育所などのハード面に関しては改善の余地があると思われる。急な休みの対応、相談窓口などのソフト面は整ってきたか？

また、病院管理者の視点から女性医師を多く採用した場合の要素をS（強み）・W（弱み）・O（機会）・T（脅威）の四つに分類し、さまざまな視点から現状の分析を説明した。

S：医師数が確保できると、施設の機能拡張が望める

W：当直医の確保が難しい、急な休み、休職・退職の可能性が高い。

O：「働きやすい職場」という評価が次の採用を生み、医師のゆとりが医療の質の向上に繋がる。

T：常に医局に不安定要因を抱えている気分で管理者のストレスの1つとなる。

別添資料2-1

## 女性医師求人(復職研修支援)に関する調査結果

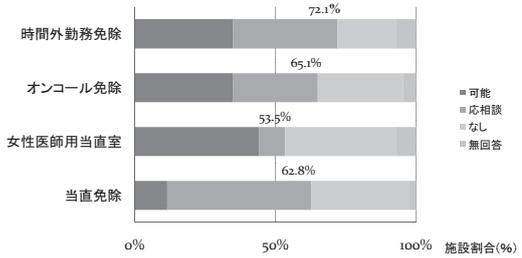
～県内女性医師勤務状況把握とその改善のために～

沖縄県医師会 女性医師部会

### 【方法】

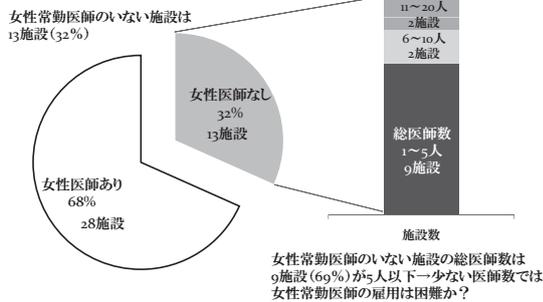
- 調査期間：平成21年5月29～平成21年6月13日
- 対象施設：沖縄県内94病院
- 回答数
  1. 求人情報について 60施設(回答率64%)
  2. 復職研修支援について 37施設(回答率39%)

### 勤務条件(n=43)

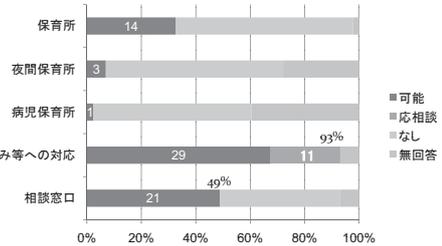


女医の勤務条件の3項目について60%以上の施設が柔軟に対応する姿勢を見せている。しかし、対応できないとする施設も存在する。→その理由は？

### 女性常勤医師の割合(n=41)



### 女性医師サポート体制(n=43)



保育所、夜間保育所などのハード面の充足率は低率。急な休みの対応、相談窓口などのソフト面は整ってきたか？

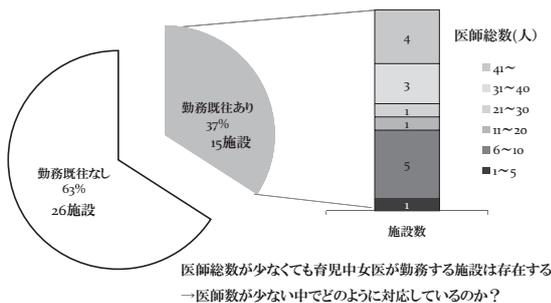
### 女性非常勤医師の割合(n=37)



### まとめと問題提示

- 常勤女性医師のいない施設は13施設(32%)であり、そのうち9施設(69%)が医師数1～5人の施設であった。→少ない医師数では常勤女性医師の雇用は困難か？その場合の困難である理由は何か？
- 非常勤女性医師のいる施設は27施設(73%)で、さらにそのうち12施設(44%)で非常勤医師の半分以上が女性医師であった。→非常勤女性医師の声
- 育児中女性医師の勤務している施設、または勤務既往のある施設は15施設(37%)であり、その中には医師総数が10人以下の施設も6施設存在した。→医師数が少ない中でどのように対応しているのか？
- 女医の勤務条件の3項目について60%以上の施設が柔軟に対応する姿勢を見せている。しかし、対応できないとする施設も存在する。→その理由は何か？
- 保育所、夜間保育所などのハード面に関しては改善の余地があると思われる。急な休みの対応、相談窓口などのソフト面は整ってきたか？

### 育児中女医勤務中、または勤務既往のある施設の割合(n=41)と同施設の医師総数



### 意見交換

#### 「女性医師が就労継続を困難としている問題点」

女性医師が就労継続を困難としている点について、女性医師側の視点や病院側の視点から、それぞれ問題点を挙げて貰い、自由な意見交換を行った。なお、同懇談会の開催に向けて、事前に女性医師や施設からあがった意見や要望について報告を行なったあと、意見交換を行った。

## 女性医師からの意見 (2件)

### 1) 匿名希望

個人契約や琉大医局からの派遣契約など雇用形態は様々であるが、大学からの派遣と個人契約では待遇に差がある。病院側は大学からの派遣に気をつかい、個人契約を軽く扱う傾向にある。

しかし、理解ある病院があることも事実である。完全な常勤形態の勤務でなくても、ある一定の基準を満たせば福利厚生をきちんとしてくれる病院もある。

非常勤で働く女医には、それなりの理由があり、決して勉強を怠っているわけではない。講習会や勉強会への出席、中には学会発表や医学雑誌に論文投稿する人もいる。ただ残念なことに、非常勤を粗末に扱う病院があることは事実である。

### 2) 県立北部病院 大城真理子医師

女性医師の問題といわれている大部分は女性医師特有の問題ではないと考えている。基本的には育児をしたい男性医師も含まれると考える。そのため、女性も男性も生き生きと働き続けられる病院、職業人であり、生活者であることが両立できる病院を目指すためには、1) 院内病児保育、2) 緊急的託児サービス、3) 地域の小児デイケア、学童保育、ファミリーサポート事業等との組織的連携、4) 生活日用品共同購入支援などの措置を講じることが必要であり、それが男女共同参画や育児支援に繋がる。

## 施設側からの意見

### 1) 北部地区医師会病院 諸喜田林院長

当院では女性医師の希望に応じた雇用形態をとっている。現在務めている女性医師も全て雇用内容は異なっている。勤務を希望する女性医師へは、どの様な勤務が可能なのかを相談の上、ニーズに合わせている。

また、院内保育所も開設しているが、補助金を受けている関係上、地域からの受け入れは行っておらず職員に限定している。定員は50名で通年満杯である。助成金を貰っても年間1千万

円の赤字であるが福利厚生として扱っている。

### 2) 宜野湾記念病院

(欠席のため事前に頂いた意見より)

当院では女性医師が子育てをしながら働ける環境を目指しているが、そのためには、他の男性医師の理解(当直等)も必要である。

但し、経営的には女性医師を多く採用した場合は成り立たない現状があり、問題解決のためには女性医師の採用に伴う補助金を出す等の措置が必要である。(例:1人当たり200万/年間)

### 3) 琉球病院 大鶴卓医師

(村上優院長の意見代読)

当院では、若手の女性医師が増えることを念頭に置き、また自然な経過として結婚や出産・育児の時期に重なることを前提に研修・研究・勤務体制を考えている。

女性医師への一般的配慮として、女性医師専用の①当直室、②更衣室、③休憩室を設置しているが、妊娠などを機会にして当直免除、危険を伴う業務の回避などに配慮している。また、男性医師も産後の育児休業(短期)に対しては積極的に取得する方向で考えている。

出産・子育て支援に関しては、院内の保育園(ゼロ歳より)を設置しており、出産後には①育児休業、②短時間勤務、③当直免除など仕事と育児を両立できる体制に配慮している。

これらを可能とするためには次の5つ条件が必要だと考えている。①医師の総数に余裕があること、②医師相互の理解と協力があること、③管理者が女性医師の職務に配慮があること、④社会的環境(施設内保育所など)が整っていること、⑤女性医師も職場への復帰を前提に医師人生の設計を施設とともに考え、職場復帰の敷居を低くすること。

医師数を増やす方略の一つに、女性医師が仕事、専門医としての研修、研究、子育て、家庭生活を調和し、少し先を見ながら長い時間軸で勤務する体制や状況、計画を作るかだと思える。

個人的には女性医師も、適切な期間の育児休業、短時間勤務制度などを利用し、現場のプランクを長く作らないことだと思う。雇用する側

が配慮すれば、仕事・研修・研究・育児・家庭を並立させる環境は整う。また、片方では女性医師が職業人や専門職としてのやりがい、喜び、自負心、プライドを持つことができるか、また配偶者がそれを理解するかと当事者の問題もあると思う。

男女を問わず若手医師がライフサイクルに沿って活躍できる体制と場を提供できるようにすることは、少し長くこの職についた者の使命だと思ふ。

**琉球病院 久保彩子医師（追加コメント）**

当院は、女性医師への支援に非常に意欲的である。当事者として施設側からこういうメッセージがあれば戻ってきやすい要因の一つであると実感している。

**琉球病院 大鶴卓医長（追加コメント）**

当院は、急性期の病院と異なり精神科の病院である。そのため、欠員が出て一人の負担を皆で均等に割り、バックアップできている。

**4) 久米島病院 村田謙二院長**

離島勤務にマイナスイメージを抱く人もいるが、視点を変えれば十分魅力的な勤務環境になり得ることを訴えたい。①重症患者の主治医になることはなく、その様な患者は本島へドクターヘリで搬送される。②医師全員で7人の小世帯なため、お互いが良く分かり合えて、助け合い、補い合って診療ができる。過去に3人女性医師が勤務した実績がある。③夫婦共に医師である場合も受け入れ可能であり、その実績もある。④町立の幼稚園、保育所があるので、子どもが小さくても安心である。小児科の常勤医もいる。豊かな自然は、子ども達にとっても良い環境と思う。⑤当直業務は原則一人体制であるが、サポートが得られる。病院に隣接して医師住宅が2棟あり、重症患者の場合は直ちに応援を呼べる。

よって、当院は離島勤務義務のある女性医師にとってふさわしい環境と考える。また、参考までに平成22年度へ向けて、現在3人の医師を募集している。

**フリートーキング**

**民間病院での取り組み状況は如何か。**

**浦添総合病院 石川和夫副院長**

当院でも女性医師の割合が徐々に増え始めたため、女性医師専用の休憩室を設けた。

また、保育園は利用者が少なく、暫く閉鎖していたが昨年から再開した。金曜日に限り24時間保育を行っている。さらに、地域にもオープンにした病児保育も開始した。

専門分野の医師に欠員が出ると大きな負担が周りにかかってくるため、常日頃から病院全体としては、男性医師も含めたワークライフバランスの推進に心がけている。一つずつ解決していきたい。

**南部徳洲会病院 赤崎満院長**

当院では、院内保育所を作った。一昨年新館を建てた際に女性医師専用の部屋を設けた。また、今年初めに当直室も設置した。医局の隣には研修医専用の部屋も作った。環境は整ってきているが、女性医師が少なく大きな問題にはなっていない。

**ハートライフ病院 奥島憲彦院長**

365日24時間救急を行っており、常勤医師15名中、28%は女性医師である。研修医が来るようになり、女性の比率は高くなっている。2年前から当直室兼休憩室を2部屋設けている。

前回この会で院内保育所を作りたいと発言し、他の施設も見学させて貰ったがまだ実現していない状況である。

当直の免除については、他の部署の協力を得ながらやっている状況である。10年務めているが、出産後、育休を取得した医師はいない。復職してこないのも、辞めてしまっているのではないかと思われる。

小児科は男性1人であったが、今年4月から子育て中の女性医師が2人入った。2人で1人分の働きであるが、1人だった男性医師も元気になり、患者も増えている。それなりの技術があれば有効に働いて貰えると思う。いろいろ話

を伺っていると体制作り遅れていると感じるので、頑張って体制を整えていきたい。

**Q：暫く休んだ医師が職場復帰をする際、過重なストレスが掛ると思うがそれを緩和させるために工夫していることは。特別なメニューはあるか？**

**浦添総合病院 石川和夫副院長**

フルタイムで仕事ができるかどうか悩むようであるので、個々に相談の上、初めは半日勤務、当直免除など考慮した形態をとって馴らし、完全復帰して貰った。

**島袋史委員（浦添総合病院）コメント**

平成19年12月末から産休をもらい、1月に出産、その後、育児休業を経て、平成20年11月から職場復帰。これまでの産婦人科医2人体制から3人体制となった。勤務形態は当直と外来でオンコールは無し、当直は最初は週1回から始め、勤務時間も考慮して貰った（日曜日の晩から月曜日の午前中の外来まで）。子供が10カ月を過ぎたあたりから、当直の際に、産婦人科病棟の一角の部屋に子供と祖母の付き添いで一緒に当直した。

勤務形態に関しては、非常に考慮して貰えた。復帰の際、院内保育所が再開されていたため入園がスムーズであった。（地域の保育所の場合、年度途中の入園は待機待ちが普通）。また、院内保育所の利点は、勤務形態に合わせて見て貰えるなどの時間的融通が効くことや小人数制で丁寧に見てもらえたので、安心して預けられた。

**豊見城中央病院 比嘉英磨院長**

当院では昨年4月から補助を受け50名の院内保育所を設けている。定員オーバーするほど有効に活用しているが運営は赤字である。

女性医師に限らず、全ての女性スタッフが安心して出産育児に専念できるように、病院としての方向性を持っている。

また、女性医師に関しては、育休後の復帰も

柔軟に対応している。職員全体で共通の認識を持つことが大事である。子育て中の場合には、無理な当直はさせず、入院患者もたくさん持たない等過度な負担はかけないよう心がけている。

病児保育も検討中だがスペースがない。現在女医が29人。内、既婚者9人、子育て中4人、育休中1人である。スタッフが多いので大きな問題にならずにすんでいる。

**松原忍委員（豊見城中央病院）コメント**

全ての科の状況を把握している訳ではないが、内科や外科の女医は子供の手のかかる間は当直免除の措置を受けている。また、産婦人科でも職場復帰に際して1コマだけでもやって貰えたら自分達が楽になるのでありがたいと、上司に言われ感激していた。

当院は、女性専用の更衣室、当直室等も完備され、また、相談や要望にも応じて貰えるなど女性医師に対して考慮して頂いている。

**Q：公的病院での取り組み状況は如何か。**

**県立中部病院 平安山英盛院長**

看護師の場合、公務員法で守られているため産休育休の取得ができるが、女医に関しては産休は取れても育休は難しい。実際は祖母に見てもらえるなどの対応をしているかと思う。

仕事の内容については、男女を問わずチーム医療で行っているため、欠員時のカバーは出来る体制にある。院内保育所設置に関しては、要望があったとしても院長個人の裁量では決められない。採算性も検討しなければならないため、地域と連携した対応がベターかと思う。

**沖縄赤十字病院 高良英一院長**

当院は、平成22年新築移転に向けて建設計画を進めており、院内保育所は利用者が余りいないと考え、建設構想にはいっていない。病児保育については検討中である。15%の女医がいる。数年前から現在の施設に女性医師の休憩室（シャワー完備）を設けたが新しい病院でも専用の休憩室を設ける予定である。

**県立宮古病院 安谷屋正明院長**

10月から新しい病院の本格的な設計に入るが、まずは当直室、休憩室、産科の医師が泊まる部屋を確保している。病児保育や院内保育は地元出身のスタッフが多く、利用者はあまりないと思われるため検討中である。しかし、今回の地域医療再生計画の中には、病児保育、院内保育の設置を求めているところである。

**女性医師からのメッセージやその他の意見**

**銘苺桂子委員（琉球大学医学部附属病院）**

施設側としても働き続けて欲しいという気持ちが伝わった。女医としても働き続けていきたいと思っているのだが、現場が救急であったり、より専門性が高ければ高いほど、残された人への負担も大きく、辞める側としても心苦しく、また、1年間育休を取ることにしても非常に言い出しにくいという側面があって、自らフェードアウトする人が多い。その場合、1年間だけ別からスタッフを配置する（短期採用）システムが施設として可能なのか伺いたい。

**県立北部病院 大城真理子医師**

管理職の先生方へお願いしたい。先ず一つ目は、女性医師が妊娠した時に「おめでとう」の言葉をかけて欲しい。管理職の方からの「ため息」で打ちのめされた医師を何人も見てきた。私が県立で子供を産めたのは、就職の際に院長から「10年いたら何人産んでも良い」という言葉に支えられてここまで来た。

二つ目に、女性医師専用の休憩室は本当に必要であることをご理解頂きたい。子育て中、搾乳をする時に専用の部屋が必要である。研修医は車中で搾乳をしていた。

精神的な支えとなる言葉に女性医師はしがみ付くことがある。人生の岐路にたち、大きな不安を抱えている際に、不安を増幅させるような言葉を投げかけられると心が折れてしまう。育児は女性医師特有の問題ではない。育児にかかわりたいと思う男性医師にも理解をお願いしたい。全体の問題として扱って頂きたい。

**短時間勤務制度について**

**県立北部病院 大城真理子医師**

私自身、昨年7月から今年6月までの1年間、短時間勤務制度を利用して半日勤務を行った。半日勤務で給与は半分、自分の仕事量は減らない一方。代わりの人がいない限り、ワークシェアリングとして機能しなかった。制度があるにも関わらず、実際には使えるものではない。

**五城信光委員（沖縄県医師会副会長）**

結局2人の医師が外来100名診ていて、1人がいなくなったとき1人で100名診るのと同じことである。

こういう場合、外来患者等、仕事量を制限するエネルギーを管理者が出せるかが求められている。また、減らした時に、その仕事が残っていれば、誰を持ってその仕事をカバーするか管理者の知恵が必要となる。

院内の人に押し付けることがこれまでの制度であったと思うが、外の施設などに頼むようなこともやらない限り皆倒れていく。鳥取医大の救急医総辞職が同じ例である。女性医師部会のこういう話合いで変わっていくだろうし、改善できない病院は社会から取り残されていくと思う。

**海邦病院 洲鎌則子副院長（兼看護部長）**

永年、大学で勤務してきたが、こんなに深刻な問題があるとは感じていなかった。

当院は残念ながら現在のところ女性医師は勤務していないが、当初から女性医局も別途あり当直室も完備しており、環境はしっかり整っている。また、唯一小児デイケア施設を持っており、職員も利用でき安心して働ける職場環境がある。

短時間勤務制度についての意見は看護職にも当てはまる事柄であり、一緒になって解決にむけて取り組んでいきたい。

**Q：女性医師バンクへの要望等について**

**銘苺桂子委員（琉球大学医学部附属病院）**

女性医師部会では、今年度から女性医師バン

ク事業を立ち上げるが、施設側からみてニーズがあるのかどうか知りたい。何か要望的なものがあるかも含め意見を伺いたい。

**北部地区医師会病院 諸喜田林院長**

リクルートに行っても田舎のせいか集まらない状況であるため、女性医師バンクが利用出来るのであれば、是非利用したい。

**浦添総合病院 石川和夫副院長**

女医が育休でしばらく職を離れたことがあり、代わり医師を探したことがあるがなかなか見つからず、2度とやりたくない。バンクがあれば活用したい。施設に応じた勤務形態があるかと思うので知恵を出し合えば良いと思う。

**南部徳洲会病院 赤崎満院長**

バンク事業の件について、バンクに登録する女性医師側も希望する勤務形態をはっきり書いてもらった方が良い。当院では男性医師からのオファーも結構あるが、彼らは自分のライフワークを大事にし、しっかり伝えてくる。常勤の医師でも、当直はできない。入院患者は持てない等と言ってくる人もいる。病院側もいろいろな形態を考えているので、勤務形態を明確に書いていただけたら、施設側もありがたい。

**沖縄赤十字病院 高良英一院長**

勤務に関しては、常勤、非常勤にこだわる必要はないと思う。女性医師自身が常勤でなければいけない等、自ら縛っていないければ、病院としてはいろいろな雇用形態が出来る。働きたい意思があれば、外来週1回でもよい。他の先生方が別の仕事ができ好影響である。むしろ女医が働けないのではと勝手に思いこんでいるだけだと思う。自身の希望する勤務形態を病院に伝えて頂ければ良いと思う。

**沖縄県女性医師バンク事業について**

玉城副会長より説明を行った。  
 沖縄県医師会では、平成21年8月から平成

24年3月までの約3年間、県からの委託を受け、ふるさと再生雇用特別基金事業を活用し「沖縄県女性医師バンク事業」を実施することになった。

女性医師バンクでは、求人・求職などの情報をホームページで閲覧、検索し、施設側、女性医師側から要望があればその間をコーディネートしていこうと考えている。また、県が行なっている離島支援ゆいまーるプロジェクトや琉大病院の専門研修センター等との連携を図っていく。約3年間、県の補助で運営するが、その後は医師会の事業として運営できればと考えている。

事業概要については以下のとおりである。

**沖縄県女性医師バンク事業  
 (ふるさと雇用再生特別基金事業)**

**事業の目的**

≫女性医師からの再就業支援、再研修支援、育児支援等に関する相談業務や関係機関からの情報の集約、必要な情報の発信等を行うための女性医師専用の相談窓口を設置して、女性医師が再就業するための支援や、ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態や職場環境の整備等を図ることを目的とする。

**沖縄県女性医師バンク事業の内容**

**(1) 沖縄県女性医師バンクの設置**

≫沖縄県医師会に女性医師専用の相談窓口を設置し、相談員を2名配置する。

**1) 再就業支援**

求人情報の提供と人材紹介、就業に至るまでの支援を行う

**2) 再研修支援**

復帰のための研修先の情報の収集、提供

**3) 育児支援**

保育所、ベビーシッター等育児支援に必要な情報の収集、提供

**(2) 沖縄県女性医師バンクの管理・運営**

求職情報・求人情報の検索・閲覧が可能となるホームページを開設、マッチング機能を加えたサイトを構築する。

- ▶ 再研修支援に関する情報を医療機関から収集し、提供する。
- ▶ 育児支援に関する情報を医療機関や関係機関等から収集し、提供する。
- ▶ 再就業、再研修及び育児支援情報の提供等を希望する女性医師の登録を行う。
- ▶ 女性医師からの相談内容の集約を図る。
- ▶ 女性医師と医療機関等との間の調整等を行う。
- ▶ メールリングリストを活用し、女性医師へ様々な情報を発信する。

説明のあと、仁井田委員から各施設長に対し「今後バンク事業はさまざまなかたちで女性医師の支援を行っていきたいと考えている。特に初期研修終了後の先生方が抱えるさまざまな問題等について、相談が出来ればと考えているので、是非、施設に勤務する研修医の先生方へ、沖縄県女性医師バンクへのメール登録を呼びかけて頂きたい」と要請した。(興味のある方は〇〇ページでお申し込み下さい。)

また、涌波副部長は施設管理者の立場から

「メール登録を行なうと他所へ行くという不安もあると思うが、部会では、その病院で出来る限り継続することを支援していきたいと考えている。病院側とのコミュニケーション不足やすれ違いが切っ掛けで辞めるケースも多い。その部分を私たちが繋いであげられたらと考えている」と意見した。

高良副部長からは「病児保育設置を望む声が多い。市町村で3～4ヶ所、国から補助を受けて実施しているところもあるので、地域と連携し対応していくのも一つの手である。」と説明があった。

最後に玉城副会長から、各施設もいろいろ努力し、今に至っていることが分かった。双方がさらに歩み寄り、より良い勤務環境づくりに繋がることを願っている。本日はたくさんの方々に参加いただき感謝申し上げます。来年も同様の会議を催すと思うので、先生方のご協力をお願いしたい。

また、女性医師部会では、来る10月3日(土)沖縄県医師会館にて、18時30分より、女性医師フォーラムを開催するので是非ご参加いただきたいと呼び掛け終了した。



## 印象記



沖繩県医師会 女性医師部会 銘苺 桂子

今回の病院長等との懇談会の目的は、(1) 県内病院における女性医師勤務状況を把握することで、女性医師が就労継続を困難としている原因を探ること、(2) その問題点を病院長らと把握、共有したうえで、より機能的な沖繩県女性医師バンク（※1）を設立すること、であった。

女性医師が就労継続を困難としている原因について、施設側の問題点と女性医師側の問題点について討論が行われた。施設側の問題点として、事前に県内病院に行ったアンケート調査（県内94施設、回答率63%）について報告され、60%以上の施設が時間外・当直・オンコール免除は可能とし、93%が急な休みへの対応は可能、または応相談と回答している。当日の各病院長の発言も、女性医師の働き方には柔軟に対応するとする内容が多かったが、それでも働いてくれる女性医師がいない、とのことであった。

しかし、現場において時間外免除や急な休みを申し出るのは勇気が必要だ。その結果、同僚医師へ負担がかかることを憂慮し辞職を選択したり、復帰をためらっている女性医師は多いと思う。同僚医師へ負担がかからないように、医師の補充がなされなければこの問題は解決できないし、専門性が高いほど補充は容易ではなく、医師不足が深刻な現在の状況で解決は困難であることが予想された。女性側の問題点が語られることは少なかったが、施設側が女性医師の就労環境についてこれだけ取り組む姿勢を見せている以上、女性側の意識改革も必要であると感じた。育児は子供が成長すればいずれ卒業するものだが、医師に卒業はない。女性医師は女性であると同時に医師であるということを忘れず、一旦休んだことを恐れずに、復帰して欲しいと思う。

今回の病院長等との懇談会で感じたことは、女性医師は求められているが、そのメッセージは、まだまだ女性医師に伝わっていないということだ。もし、一時休業したことで自信をなくし、周りに迷惑をかけるかもしれないと復帰を諦めている人がいれば、琉大病院専門研修センターで行っている、再研修プログラム（※2）も参考にしてもらいたい。ブランクが長くなってしまった場合の復帰の恐怖は大変なものであり、いままで個々で対応してきた復帰のリハビリをシステム化して提供している。

女性医師部会は、施設長側のニーズと、女性医師の意識を橋渡ししていくことから始める必要があると感じた。その手始めが、女性医師バンクになることと思う。女性医師のニーズ、病院側のニーズをうまくマッチングし、少しずつでも復帰し始める女性医師が増えてくれば、施設側もそれに合わせて変化してくるだろう。今回の病院長等との懇談会は、そう遠くはない「半数が女性医師」という時代になったとき、「男女ともに働きやすい環境」が実現するための一歩であったと思う。

### ※1 お問い合わせ先：

沖繩県医師会女性医師部会（担当：崎原、山城）  
TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089  
E-mail:oma-joibukai@okinawa.med.or.jp

### ※2 お問い合わせ先：

琉球大学医学部附属病院専門研修センター（担当：玉寄）  
TEL:098-895-1372, 1373 FAX:098-895-1500  
E-mail: rsenmon@jim.u-ryukyu.ac.jp