

平成21年度第3回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る1月19（水）日本医師会に於いて、標記会長協議会が開催された。

協議会では、7県から予め寄せられた質問や要望等について協議（意見交換）を行った。以下に会議の概要を報告する。

会長挨拶

唐澤祥人日本医師会長

ご承知のとおり、昨日より通常国会が開催されコンクリートから人への理念で誕生した新政権に期待するところが大きい。医療制度も今年は診療報酬改定、財源手当てということで希望を持っている。診療報酬の若干の増額もあったが全く不十分で、財政中立という表現は少し言い過ぎかもしれないが、そのように感じてしまう。

現場の医療は既に崩壊に瀕している。再生のためには大きな財源が必要である。今年から再来年まで改定の年を迎える。再来年は介護報酬

と同時改定が控えている。ここ数年に渡り医療や介護、社会保障の全てをしっかりと立て直し、築いていく時代になると考えている。一刻も早く国会も正常化して、新しい時代を迎えて欲しい。

日医もそう言う時代を迎え、役員会その他においても刷新を図ることを考えている。そのためには先生方の大きな支援が必要である。地域医療の立て直しに向けて、皆で一致団結し邁進していきたい。

協 議

(1) 有床診療所の積極的活用への課題について（鳥取県）

今村定臣常任理事より次のとおり回答があった。

有床診は、地域医療における重要な拠点であり、積極的な活用を図るべきとの指摘は全くそ

の通りである。

先ず1点目、有床診の一般業種を入院患者に対する処方箋交付の通知の弾力的な運用、または、柔軟な対応については、指摘の通知に置いて、昭和31年、医務局長や薬務局長通知によると、入院患者については、通常診断、治療全般について、入院した病院または診療所で行なわれる事を承諾し、薬剤調剤も、その病院、または診療所で行って貰う医師を有するものと推定されるので、特に、患者またはその看護に当たる者の申し出が無い限り、処方箋を交付する必要は無い物と認められる事とされている。また、昭和50年、保険局医療課長通知もこれに従ったものになっている。一方で指摘の通り小規模でもあるにも関わらず、常に薬剤を置いておかなければならない経営上の問題も十分に理解できる。昨年、全国4道県14カ所の有床診療所を視察した中で、時間外処方が出来ず、時間外診療を辞めた診療所も多い、有床診療所には薬があるので、夜間の救急診療を行なう上で、地域医療に置いて不可欠な存在になっているとの意見も頂いたところである。この問題については、会内にある有床診療所に関する検討委員会に置いて議論した事は無い、有床診の先生方の意見を十分に伺った上で、委員会で検討し対応して参りたいと思う。

次に、有床診療所の診療報酬の引き上げについては、11月25日の見解以外にも、12月24日の定例会見で公表させて頂いた診療報酬改定に向けての日医の見解、入院料について、その2において、有床診入院基本料の全体的な引き上げの要望について説明をし、理解を求めたところである。また、既に案内の通り、厚労省の担当官と共に有床診の視察を行ない、理解を深めて貰う努力をしている。先週の12日有床診に関する検討委員会報告書が唐澤会長に答申されたので、厚労省の担当課にも渡してある。出来る限りの努力しているところであり、引き続き中医協での答申に向けて、対応して参るのでご理解賜りたい。

(2) 救急医療体制の中で、今後果たすべき日医の役割について (岡山県)

石井正三常任理事より次のとおり回答があった。

昨年、救急患者の搬送受け入れの円滑な実施を図るため、医療サイドと消防サイドの連携を推進するための消防法改正が行われた。この法改正は消防法を厚生労働省と消防庁が、共同で所管するという画期的なものである。

日医では、救急医療と救急搬送は、患者の救命、社会復帰のため、車の両輪となって機能すべきであるという観点から、適切なMC体制の下で、医療と消防の連携を推進することを国に求めてきた。厚労省や消防庁の関係会議への参画はもとより、これまで6回にわたりMC協議会の全国連絡会を共催し、この2つの官庁と共に日医が共催することとともに、今回の消防法改正の布石となった厚労省、消防庁共催による平成20年3月の全国会議に於いては、私より特別発言を行った。

法改正に直接関わるものとして、昨年2月当時の総務大臣を訪ね、厚労省、消防庁の継続的で密接な連携、搬送受け入れの実施基準作りへの地域実情の反映、医学的知見に基づき、かつ医療計画と調和を保った実施基準作り、都道府県医師会の重要性、全国MC協議会連絡会の充実、発展などを要望した。

また、指摘のとおりMCは医療サイドが主導すべきものであり、都道府県医師会には、医療提供者の代表として、全国MC協議会連絡会の中心的な役割を引き続きになって頂きたいと考えている。

その趣旨から、法改正を受けて、各県で行われる救急患者の搬送受け入れの実施基準の作成協議への参画を各県医師会にお願いしてきたところである。また、今回の法改正により、MC協議会の内、救急患者の搬送、受け入れの実施基準に関する協議の部分が法制化された。これに対して、MC協議会の当初の目的、すなわち医学的観点からの医師による救急救命士の行為の質の確保については、協議会自体は、行政組

織という位置付けであったとしても、協議の場では行政の意向のみに左右されない専門的第三者的な視点での検討が担保されていることが必要であると考えている。

何れにしても、今回の法改正の周知徹底と共にMC協議会の今後のあり方や全国連絡会の充実と日医の関わり方について、各県の担当役員の先生方と意見交換会をする機会が重要であると考えている。都道府県医師会救急担当理事連絡協議会の開催の提案を頂いたが、各県の実施基準の作成や施行の状況を踏まえ、全国連絡会の方向性も勘案しながらこれから検討したいと考えている。

回答後の質疑等

- 岡山県井戸俊夫会長から、①MC協議会を始め、消防関係のものが総務省の主導になってしまい、厚労省や医療側からの提言や発言が弱くなってきていることを危惧する。②救急救命士の業務が次第に拡大しつつあり、医療側の意見を無視して進められていく可能性が今後あるのではないかと危惧する。日医から積極的な発言をして貰いたいと要請があった。
- 石井常任理事は、救命士の業務は、総務省が主体となり業務拡大の一方向に進んできた嫌いがあるのはその通りである。その中で、業務の拡大が、行為の拡大だけに留まらず、診断、治療に踏み込む部分がこの先に見えてきているのは事実である。責任体制や質の管理等も含め、もう一度議論を戻すためにはMC体制の強化、その中でしっかりと議論することが必要だと考えている。厚労省でも、この為の検討会が立ち上がると聞いているので、今後、今の意見を踏まえながら適切な意見を出していきたいと回答した。
- 京都府上原春男副会長から、救急医療体制について、府内ではそれぞれ医療圏毎に独自のシステムを組み、医療と消防との連携が図られている。しかし、今回の医療法改正では、都道府県単位で搬送に関する体制を作ることになっており、逆に縛りを受ける地域が出て

くる事を危惧し、非常に困惑している。この事について助言頂ければとのお願いがあった。

- 石井常任理事から、非常に上手く行っているものは、何も統一して上手くいかないものにする必要は全くない。何かこうあるべしと言うものを押し付けるつもりは全くない。議論の過程でもそうならない様に随分申し上げたので、地域の実情に合った方法で進めていただきたいと回答があった。

(3) 安定した医療財源の確保について

(山口県)

中川俊男常任理事より次のとおり回答があった。

社会保障、特に医療を社会的共通資本と位置付け、また、平時の国家安全保障として見据えた時に、財源の確保無くしては、国民の幸せを守ることは出来ないものと考え、日医は敢えて財源論に踏み込み、安定財源確保の必要性を積極的に主張して参った。社会保障費の削減が続く中で、小泉政権の終盤には、日医は特別会計の毎年数10兆単位で生じる剰余金や、それを原資とする積立金の中に社会保障費として活用できる財源があると指摘した。グランドデザイン2007では国家財政の全体像を示し、特別会計の剰余金、積立金に明確に言及した。その後、2007年11月に「埋蔵金」という言葉が登場したが、日医が指摘したこの財源は、皮肉にも自公政権末期には、政治的・政策的に有効に活用され、また民主党はマニフェストで一般会計だけでなく、特別会計を含む総予算として取り上げ、特別会計の透明性を高めると共に、財源として活用される道を開くことになった。更に2008年7月には、日本の医療が公的医療保険である以上、高所得者が優遇され、大企業が有利になっている保険料格差を見直すこと、国家財政に於いては、特別会計に加え、独立行政法人の支出も含めて、見直すべきであるとその主張を進化させた。

それまで日医は、国民負担増の衝撃が大きい消費税率の引き上げについては、最後の手段と

していた。しかし、その頃、年金は全額税金で負担しては如何かとの議論が浮上し、消費税率が引き上げられても年金財源に優先される恐れが高まってきた。そこで日医は、2008年5月の定例記者会見で、今後の新たな財源に対応するため、公的保険料やその支出の見直しと同時に、消費税などの財源の見直しを進めるべきであると、消費税の優先順位について、明確な方向転換を図った。最近では、グランドデザイン2009で示した通り、①消費税などの新たな財源の検討、②特別会計などの支出の見直し、③公的保険の保険料の見直しの3本柱を同時進行すべきだと主張している。公的保険料の格差、国の予算の無駄遣いは、徹底的に見直さなければならないが、恒久的な安定財源となると消費税収が期待される。

民主党は、そのマニフェスト、正確には民主党の「政策集INDEX2009」で消費税率の維持を明記している。

即ち、4年間は消費税を引き上げないということである。また、菅直人財務大臣は、消費税率引き上げの議論を2011年度以降に行うとの見通を示した。

日医は消費税に関する議論を更に前倒しで進めるべきと考える。何故なら議論に入る前に、国民的合意を得なければならない点があるからである。その第1は、消費税収の内の国の収入分については、現在も年金、高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが予算総則で決められている。しかし、この国庫負担の割合は、年金は給付費の1/2、高齢者医療の約1/3、介護は居宅が1/4で、施設では1/5である。こういった違いを国民に認識して貰う必要があり、同じ社会保障として国がどう責任を負うのかを議論しなければならない。このままでは新たな財源は、年金の国庫負担に優先的に投入されてしまう恐れがある。第2に、消費税は現在予算総則で目的化され使い道が決められている。現在10兆円近くにもなるこの消費税の不足分は、一般会計の他の財源から充当されているが、消費税を目的化に留まらず目的税化すべきとの提

案もある。目的税と言うのは、その税収と費用を一致させることである。不足した場合でも他の財源からの充当は出来なくなり、社会保障費が増えた場合は、税率を引き上げるか、あるいは税収に併せた社会保障費にしなければならない。この事についても時間をかけた議論が必要である。第3に、医療界にとっては、控除対象外消費税の解決も切実な問題である。

この様に消費税については、現状は国民的理解、認識が十分ではない。その為日医では先ず消費税について、しっかり分析し国民に情報を提供していかなければならないと考える。消費税を財源とした場合の社会保障費のあり方についても、更に踏み込んでいかなければならない。国民が安心できる医療のための財源を確保するため、しっかりとした理論構築を行い、消費税だけでなく、社会保障費の財源論について、分析力と政策提言力を更に高めていきたいと考えている。

回答後の質疑等

- 山口県木下敬介会長は、一時凌ぎの財源であれば如何にかなるだろうが、安定した財源の確保には消費税しかないと考えている。国民の理解を得ながら実行していくと考えると、今直ぐにでも実行に移さなければならない。日医の懸命な取り組みに期待すると述べた。
- また、愛媛県大橋勝英副会長は、我々は消費税のことを良く勉強しなければいけない。欧米の消費税（17.5%～25%）は、教育や医療、住宅取得に絡む土地、金融関係には掛っていない。日本の消費税と全く質が違う。日本の消費税は、広く薄くということで、かなりの分野に入っている。消費税5%のうち国税に入るのが4%で、残り1%は地方に入る。日本の実質4%という消費税は、国税に換算すると22.1%である。スウェーデンの消費税は25%であり、国税に対しては22.1%と日本の国税に占める税源と同じパーセントである。日本の4%はスウェーデンの消費税25%と同じである。日本の消費税は、

医療や教育などにも掛っているため、その正をしない限り、同じ土俵で消費税を言うてはいけない。ワーキングプワーや失業者がいる中で、消費税を上げると、財政的に危なくなると思う。税収が停滞し、GDP費が下がり国領が低下すると指摘した。

- また、鹿児島県池田琢哉副会長から、現在の経済状況では難しい面もあるが、たばこ税や社会保険料、企業税など、検討する項目がある。そこへの切り込みを期待したい。また、消費税の増税は国民の理解が得られなければ絶対無理な話だと思う。一人一人の医師が地域の人を巻き込み、医療財源の必要性を説いて欲しいと述べた。
- これを受け、中川常任理事から、医療を提供する側の我々が、財源の消費税を上げて欲しいと言うことの難しさは、身にしみて感じている。分析力や政策提言力、一般の国民に分かるような表現力を高めていきたい。消費税の性格がヨーロッパと違うという意見もあったが、全くその通りである。慎重にただ上げれば良いと、社会保障国民会議の時に、消費税が何パーセントに相当すると言う議論があったが、あれは消費税を全て国が取ると言う前提の非常に大ざっぱな試算であった。いろいろ誤解もあるかと思う。そういうことも含めて、国民に理解を得る努力を早急に着手したいと回答があった。
- また、税制担当の今村常任理事から、たばこ税の医療財源について、日医では国民の健康のために、喫煙者を減らす目的で、たばこ税の税率を上げて欲しいとの要望を例年行ってきた。今回、健康のためにと鳩山総理の話で3円50銭あがった。税収を増やすこと目的ではなく、国民の健康のための引き上げだと国も話しており、日医も従来からその様に主張しているところもあるので、医療の財源としてたばこ税をと、建前として主張していくことは難しいとの説明があった。

(4) 日医執行部の現政権に対する基本姿勢を問う (埼玉県)

竹嶋康弘副会長より次のとおり回答があった。

政権交代後、日医執行部では、非常事態であると捉え対策室を設置し、インフルエンザワクチンに関する問題やその他様々な問題への対応策について、担当理事を交えた検討を行い、その都度厚労省と協議行なっている。その中で、地域への情報発信が足りないとの指摘もあるが、混乱を招かないよう配慮してきた事実もあることを理解頂きたい。

本会は従来から我が国の脆弱な国産ワクチン供給システムを見直す必要性について、担当常任理事から執拗に申し入れ、その結果、昨年末厚生科学審議会感染症分科会のもとに、予防接種部会が新政権の下に発足した。既に2回会議が開かれ担当常任理事が参画している。アメリカの予防接種諮問委員会の様な組織をわが国にも創設する検討を行っている。

日医の政策は、広報であると考えている。広報には、会員向けの広報、国民向けの広報、メディア向けの広報と3つの広報がある。それらをしっかりやっていく事が極めて大事である。会員向け広報は、毎週水曜日に、宝住副会長と中川常任理事を中心に、毎回様々な広報活動を行い、白クマニュース等の配信で対内的には十分活動している。国民向けには、間接的にはセミナーやシンポジウム、審議会等に努めて参加している。メディア向けには、日医の活動、地域医療のあり方、今後の課題についてメディアに認識・理解して貰う事が極めて大事だと考えており、それが間接的に国民に繋がるものと考えている。

また、現在、新聞による広報についても検討を行っているが、政治が変わり政策のプロセスが見えないこともあり、静観している。2社に一面広告を掲載して3,500万から4,000万の費用が発生する。

政権交代後、中医協の日医執行部外しや社会保障審議会の医療部会医療保険部会からも外す動きもあり、また、事業仕分けに関する問題な

ど、その都度、記者会見で見解を述べている。これらの活動が少しずつではあるが民主党議員にも理解を頂けるようになり、折衝できる場になりつつある。

回答後の質疑等

- 埼玉県吉原忠男会長は、竹嶋副会長や中川常任理事が、メディアファックスや日医ファックスニュース等で発言している事は正しいと思うが、その声が相手のトップに届いているか如何かが問題である。しっかりキーパソンに意見が届くようにしているのか。インフルエンザの通達については、日医の意見があまり見えてこない。政府の然るべき人と話をするルートを作って欲しいと述べた。
- 竹嶋副会長から、我々は何もしていない訳ではない。新政権になってからも常に働きかけを行なっている。民主党の医療政策で期待している部分もある。昨年末、平成22年度予算案が公表されたが、財務省主導での予算編成となり、診療報酬の改定率もあまり増額にならなかった。そう言う意味では民主党政権しっかりしてくれという気持ちでいる。しかし、民主党は地域の医師会は尊重すると言っている。今回我々は随分助けられた。診療報酬改定においても地域医師会からの働き掛けがあったのは間違いない。正に今回は各地域医療で頑張ってもらったことは認識している。これを生かして橋渡しを是非して貰いたいと説明があった。
- 説明を受け吉原会長は、どの政党が政権を執っても是々非々で医療を守る為に活動していくことが本筋であると考えている。日医が地域医師会を助けるということであれば、我々はその手配となり政府に物を言いに行くことを実行していきたいと述べた。
- 飯沼常任理事から、集団接種は法的には存在しないので、集団的接種と呼んでいる。厚労省へは個別だけでは対応出来ないことは随分申し上げている。各地で行なわれている集団

的接種については、厚労省は認めている。その他、インフルエンザに関する活動として、完治証明の要求を控える通達を要請したり、2回目のワクチンの配布について、真夜中まで担当課の職員共々、厚労省と調整を行っていることはご理解頂きたいと説明があった。

(5) 平成22年度日本医師会生涯教育制度について (滋賀県)

飯沼雅朗常任理事より次のとおり回答があった。

都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会における協議については、会議名称に「協議会」とあるものの、実際は協議をするについては、唐澤会長は著書「医師の主張」の中で、「医師自らが「かかりつけ医」と呼ばれるようになるため、研鑽して欲しい。我々は日医の生涯カリキュラムを履修した者ならば、地域住民が安心して受診できるという、信頼に繋がる生涯教育制度を築くことを目指している」と述べている。これまで私が生涯教育担当になってから、数度の生涯教育担当理事連絡協議会において、協議を重ねてきた。そこで様々な議論要望があったが、生涯教育制度を底上げして欲しいということでは、コンセンサスを頂いている。また、それについて、日医に指導力を発揮せよとの仰せであった。本制度は、本会生涯教育推進委員会に於いて、全会一致で提言され、常任理事会・理事会での協議を経て、機関決定されたものである。連絡協議会は、議決機関ではないため、賛否を問うことは馴染まないと思う。一方、連絡協議会で協議の間に、沢山の要望を頂き、制度改正に対応した事務手続きを軽減化したい、その為にソフトを開発中で、今月中に各県に配布できる見通しになっている。更に、今回の改定が会員の負担にならないよう、あらゆる手段で、あらゆる角度から準備検討を進めている。日進月歩の医療に対応するため、また国民の期待に応えるため一日も早い実施が望まれるので、ご協力賜りたい。

また、新制度に対応できない都道府県医師会

があった場合の対応については、今回の改定では、講習会等に参加できない会員のために、自己学習による単位、カリキュラムコードの取得方法を拡充させており、また、新制度による日医雑誌の読後回答が4月から始まる。これまで日医雑誌読後回答のみでは、修了証の要件は満たせていなかったが、今回の改定により、日医雑誌読後回答だけでも、認定証の発行要件を満たすことが可能になる。地域に於いては、会員に不利が及ぶことが無いよう、また、都道府県医師会事務局への協力も含め、対応頂くよう改めて協力をお願いしたい。

実施時期については、今回の改定はあくまでも生涯教育制度の底上げであり、日本プライマリ・ケア学会や連合学会の発足、総合診療医制度とは全く関係はない。機関決定したとおり、4月1日から開始したいと思う。なお、総合診療医制度については、合併する3学会との関係、本会学術新会員に議論を委ね検討を頂いている。報告書が出来た段階で、また改めて執行部で検討することにしている。

回答後の質疑等

- 滋賀県浅野定弘会長から、生涯学習の実施について異論はない。準備できる保証が無いと担当理事が申し立てていた。担当理事が心もとなない指導では実践できないことを危惧しており、全員がスムーズに出来るかどうかの疑念を持っていると説明があった。
- また、埼玉県吉原忠男会長は、カリキュラム構造は良く出来ているが、開業医が診療の合間に出来る代物ではない。滋賀県浅野会長の指摘の通りである。また、何故4月1日の実施なのか。飯沼常任理事は先程、機関決定したとの説明があったが、皆のコンセンサスが得られるまで、半年1年なり委員会で採んで実施すべきではないかと質問した。
- 飯沼常任理事は、生涯教育推進委員会で議論し、常任理事会で説明、理事会で承認を経て4月1日の実施となった。国民もそれを望んでいると回答した。

- また、羽生田常任理事から以前、生涯教育システムを変更した際、理事会で決定し、制度を変更したため、今回も同様の取り扱いをした経緯があると補足説明があった。
- 吉原会長は、機関決定した件はやむを得ないが、準備不足の点やカリキュラムの複雑すぎる点は、実施しながら変更して頂かないと、途中で潰れる可能性が大きい。その辺の配慮をお願いしたいと要望し、羽生田常任理事から十分配慮しながら進めていくとの返答があった。
- 岡山県井戸俊夫会長から、日本プライマリ・ケア学会との関係についてどの様に考えているか質問があり、飯沼常任理事から、同学会と我々とは全く無関係である。今後、如何接していくか学術推進会議で議論しており、間もなく答申書が出るため、それをもとに執行部で検討したいと回答した。
- 石川県小森貴会長は、日医生涯教育制度の制度設計について、大学病院等に勤務する先生方から不安の声があがっている。これらについての見解と対処について伺いたいと質問した。
- 飯沼常任理事から、不安を払拭できるようあらゆる手立てを施していきたい。結局、生涯教育を如何考えるかの根本的な問題にあるかと思うが、日進月歩してく中、高度先進医療を限られた高度に細分化された領域だけを満たしていくのではなく、基礎部分も毎年進歩しているため、その部分も補強して頂くことが理想である。本件について順次ご理解が得られるように我々も努力したいと回答した。

(6) ニコチン依存症管理料算定の要件緩和について (愛媛県)

藤原淳常任理事より次のとおり回答があった。
禁煙率を見ると、OECDのヘルスデータ2009では世界的には、徐々に低下傾向にあるが、2008年わが国の喫煙率は25.9%であり、G7の中では最も高く、諸外国と比べまだ見劣りしているのが現状である。今回、質問にもあるとおり、ニコチン依存症管理料は、2006年

の診療報酬改定で新設されたものだが、これにかかる医療費は平成20年6月の社会医療診療行為別調査結果から推計すると約8億円となっている。また2009年11月の中医協診療報酬改定結果検証部会の調査結果によると、禁煙指導5回を終了した者の、9カ月後の禁煙継続率は、49.1%と約5割であることが報告されている。一定の効果があつたと考えられる。禁煙は本来自己責任で取り組むものであり、公的保険の範囲では無いという意見もある。一定の効果があつており、日本の禁煙対策が遅れているということなどから、当分の間ニコチン依存症管理料は必要であると認識している。指摘のニコチン依存症管理料に関する要件緩和についても、最もな要望であると思うが、支払い側は常に廃止したい項目の一つであり、特に今回改定財源は外来400億円の規制があるので、緩和拡大は正直なところ難しい状況にあると考えているが、要望であるので働きかけていきたい。

回答後の質疑等

- 愛媛県大橋勝英副会長は、禁煙外来を行っている医療機関は全国で9千以上ある。今回提案した要望事項については、共通して上がっている事項なので是非対応して頂きたい。公衆衛生の向上と言う観点、また、ニコチン依存症という疾病に対しての医療と言うことでは、支払者側を説得できると考えているので、理論的折衝を行なって頂きたい。特に若年層への禁煙対策が急務である。日本禁煙学会や禁煙外来を実施している施設と相談し、理論的対応をお願いしたいと要請した。

(7)「日本医師会会費賦課徴収規程一部改正」について(宮崎県)

今村聡常任理事より次のとおり回答があつた。先ず、単年度6,000万円の増収効果の根拠については、平成22年度に80歳に到達するA1会員の先生が1,000名、医賠償を除く日医の会費が6万円であるので計6,000万円、A2(B)会員、B会員がそれぞれ350名で併せて700名、

それぞれ会費が28,000円で、併せて1,960万円、全て併せて7,960万円になり、ほぼ8千万円弱になるが、本来、高齢減免の適応になつていても、申請をされていない先生方が今回の制度改正に伴って、新たに申請されるケースもあるかと思うが、それらを踏まえ25%程純粋な計算から減として、6,000万円という数値を出した。日医の会員構成からすると、少なくとも数年間はこの位の財政効果があると考えている。

次に、各都道府県別の減免未申請会員数等について事前に調査を実施したかについては、アンケート等の丁寧な準備はしていない。日医の全会員における未申請者を総数で把握した。平成20年度対象者のうち、高齢減免申請を行わなかった割合は大凡12%程度であつた。申請には20年会員であることが要件にあるため、適応の権利が無い人も含んだ数値である。過去、平成6年に77歳から80歳に適応年齢を引き上げた時も、特に引き上げに伴い、未申請だつた会員が一気に申請される駆け込みが無かつたため、この度も制度改正を行うにあたって、その数値を大きく見込んではいない。但し、何かあつても大丈夫な様に25%程の余裕は見ている。本来、適応年齢になつても元気で仕事をされ会費を納入されている先生方が多数いることは大変ありがたいことだと考えている。

宮崎県医師会の未申請率が全国的に見て高いか如何かについては、全国的平均より少し高い。今回この様な会員の先生方、特に高齢で一生懸命頑張って頂いた先生方に負担をお掛けするような改正を取らせて頂いた理由は、今後、高齢減免対象者が非常に多数増えることが予測され、将来5年間で3億円程度の収入減になることが想定されている。例えば、日医広報で出費している支出の1/2位に相当するような大きな額となる。日医の支出で全く無駄が無いかと言うと、色々あるかと思うが収入支出検討委員会や財務委員会等で種々ご意見を頂きながら、少しずつ減らしていきたいと考えているので、制度改正についてはご理解いただきたい。

回答後の質疑等

- 宮崎県稲倉正孝会長は、昔に比べ先輩高齢会員の経済状況は、余裕の無い状況にあると認識している。今回の改正は、高齢会員に対する尊厳や敬意、思いやりに欠けた非常にイジメな改定である。会費賦課徴収規程改正の重要な問題の変更に関しては、都道府県医師会の事情を前もって調査する必要があり手落ちがある。情報収集及び情報分析が非常に不十分である。この様な重要な問題は慎重に対応頂きたいと要請した。
- 今村常任理事は、大変拙速であったという指摘については、各県の事情が様々にあることを伺い準備不足であった点は真摯に受け止めたい。この問題については、取り敢えず手続き的には代議員会にも諮り、事前に情報収集した上で、代議員の総意として承認頂いたと思っているが、地域の事情についてはこれからも配慮し注意していきたいと説明した。
- 埼玉県吉原邦男会長は、代議員会で決議されことは認めるが、反対した者の一人として、入会した若い先生が恩恵を受け、減免申請を楽しみにしていた先生方が地方には多く存在する。今回の改正は非常に思いやりに欠けた拙速な対応であった。しかし、率直に今村常

任理事も認めて頂いているので、柔軟な対応策が取れるようになれば良いと思うと述べた。

- 今村常任理事から、医療関係や経営環境の悪化などを踏まえ、年齢だけではなく元々存在する「疾病減免等」の部分において、収入が減っている高齢の先生方への対応について、当該規程の範囲で可能だと思う。具体的にはある一定のハードルを設けたうえで、年齢だけではない収入面での検討が出来るよう、出来るだけ配慮していきたいとの回答があった。

(8) 医科大学・医学部卒業生への日本医師会雑誌特別号等の寄贈について (日医)

羽生田俊常任理事より協力依頼があった。

日本医師会では毎年、全国大学医学部・医科大学の全卒業生を対象に、日医雑誌の特別号等を中心とした冊子やパンフレットなどを進呈しているが、今後、各都道府県医師会が地域の大学医学部・医科大学との連携をより一層強めてもらう観点から、各都道府県医師会事務局から直接贈呈本の発送をお願いしたく、先生方の配慮をお願いしたい。

静岡県鈴木勝彦会長から、入会申込書を是非併せて同封頂ければありがたいとの要請があった。



九州医師会連合会第308回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が去る1月23日(土)午後5時からホテル日航福岡(4階・ローズルーム)で開催された。始めに横倉義武九州医師会連合会長(福岡県医師会長)より挨拶があり、「今日は、常任委員会と併行して第2回各種協議会が開催されており、日本医師会から藤原常任理事(医療保険対策協議会)、三上常任理事(介護保険対策協議会)、内田常任理事(地域医療対策協議会)が出席している」との紹介があり報告・協議が行われた。

報 告

1) 第109回九州医師会医学会及び関連行事について(福岡)

①参加者数について

平成21年10月31日(土)	
総会・医学会	553名
11月1日(日)	
分科会(8分科会)	1,559名
記念行事(9種目)	569名
延べ出席者合計	2,681名

②宣言・決議の取り扱いについて

第109回九州医師会総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣をはじめ関係機関へ送付し支援並びに協力をお願いした。

2) 秋の叙勲等受章者に対する祝意(祝電)について(福岡)

横倉会長より九州医師会連合会役員等慶弔規程に則り、受章者へ祝電をお送りし慶祝の意を表した旨報告があった。

(平成21年秋の叙勲)

藍綬褒章

- 羽生田 俊 先生(日本医師会常任理事)
- 八木 剛志 先生(九医連委員・熊本県医師会理事)[熊本県]

旭日双光章

長末 大典 先生(九医連委員・田川医師会会長)[福岡県]

3) 弔電について(福岡)

横倉会長より元日本医師会副会長石川高明先生のご逝去に際し、九州医師会連合会より弔電にて弔慰を表した旨報告があった。

協 議

1) 「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議」及び「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会」(3月6日(土)福岡市)について(福岡)

横倉会長より提案があり、来る3月6日開催するみだし会議について下記日程により開催することに決定した。又、日医会長選に向けた立会演説会の開催について、立候補者が複数いることから九州ブロックとして立会演説会を開催する方向で進めることになった。

記

(1) 期日 平成22年3月6日(土)

(2) 場所 ホテル日航福岡

(3) 会議名称及び時間等

①九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議

15:30~16:50 4階 ローズルーム

②九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会

17:00~17:50 3階 都久志の間

③九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議

18:00~18:50 3階 都久志の間

④懇親会 19:00~ 3階 都久志の間

(4) 主な協議事項について

3月6日(土)に開催する「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議」及び「九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会」において協議する主な事項について、下記のとおり確認した。

①九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について

九州医師会連合会の覚書に基づき順番制により下記のとおり確認し、候補者名を決めて3月6日に報告することになった。

- | | | | |
|---------|----|-----|------|
| 1. 理事 | 2名 | 沖縄県 | 鹿児島県 |
| 2. 監事 | 1名 | 大分県 | |
| 3. 裁定委員 | 1名 | 宮崎県 | |

②平成22年度、23年度における日本医師会代議員会の諸委員について

1. 議事運営委員 1名
横倉義武福岡県医師会会長(米盛会長推薦)
2. 財務委員 2名
平成21年9月26日開催の第305回常任委員会で佐賀県(松永啓介先生)と福岡県(松田峻一良先生)に決定済み。(平成21年度、22年度)
3. 選挙立会人
4. 開票管理人

※選挙立会人と開票管理人については、必要に応じて選任することとし、選任する暇がない時は、九医連会長、副会長、議事運営委員へ一任することとした。

③第122回日本医師会定例代議員会(平成22年4月1日・2日)における質問者(ブロック代表及び個人)について

各県からの質問については、3月中旬頃までに担当県(福岡県)に報告することとし、質問の取り扱いについては、九医連会長、副会長、議事運営委員で調整した上で、各県会長に相談して決めることになった。

④同代議員会開催に伴う九州ブロック(次期)日医代議員連絡会議の開催について

- ・3月31日(水) 18:00
- 第一ホテル東京 5階「ラ・ローズ」

- ・4月1日(木) 9:00
- 日本医師会館(担当:鹿児島県)

⑤日本本医師会次期会長候補者の推薦について
現在、現職の唐澤会長と茨城県医師会の原中会長が出馬を表明されているが、しばらく各県と情報交換しながら対応を決めることになった。

⑥日本本医師会次期役員等の推薦届出と都道府県医師会選出日医代議員への文書による協力依頼等について

日医次期役員等の推薦届け出と文書による協力依頼は、従来どおり福岡県で準備を行い九医連の正式決定後関係者へ送付し、協力方を要請することになった。

2)九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議(3月6日(土)福岡市)について(福岡)

横倉会長より、みだし会議の開催と同連絡協議会における報告者について提案があり協議を行った。会議は下記のとおり開催することに決定し、同連絡会議で報告する日医各種委員会報告は、九州各県の希望に基づき①社会保険診療報酬検討委員会(熊本県・飯元元博先生)、②地域医療対策委員会(沖縄県・安里哲好先生)に決定した。

- 会議 日時:平成22年3月6日(土)
18:00~18:50
- 場所:ホテル日航福岡
3階 都久志の間

3)平成21年度九州ブロック認定産業医制度基礎研修・生涯研修会について(福岡)

横倉会長より、来る2月20日(土)、21日(日)に開催する標記研修会について、受講者が減少傾向にあり産業医科大学から受講者を拡大する方法をとりたいとの意見がある。これまで会員を対象として開催しているが、産業医を目指す非会員医師の希望もあることから、会員の申し込みが少ない場合は非会員も認めて良いかとの提案があり了承された。

尚、会員の受講料は15,000円となっているが、非会員の受講料は20,000円とすることも併せて了承された。

九州医師会連合会平成21年度 第2回各種協議会

去る1月23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



去る1月23日（土）、ホテル日航福岡5階「志賀の間」において標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨拶

○福岡県医師会 池田副会長

折角お集まり頂いているので、本日は実のある協議をお願いしたい。

○日医・藤原常任理事

医療保険協議会へお招きいただき感謝申し上

げる。

ご存知のとおり大変厳しい状況である。中医協の委員も外れた。

今回の協議会でも沢山のご質問を頂いている。改定にどう日医が関わるかが最大の関心事だと思うが、協議会のなかでお話をしたい。

協議

(1) 中医協診療側委員と日医との連携状況について（長崎県）

日医は、新たに中医協診療側委員になられた

三氏とどの様な形で連携を取っているのか、又、取って行かれるのか可能な範囲内でご教示頂きたい。

(2) 次期診療報酬改定について (鹿児島県)

政権交代に伴い、中医協委員から日医役員が外された。一方、マスコミは、中医協総会で公表された「医療経済実態調査」結果をもとに、「開業医の年収、勤務医の1.7倍」と、相変わらずセンセーショナルな報道を行っている。

長妻厚労大臣も報酬全体のアップを目指すとしながらも、開業医への配分を削り、勤務医へ移す方向もにじませている。

10年度の税収が25年ぶりに40兆円を下回る見通しで、診療報酬の引き上げも厳しい状況ではあるが、日医が主張するように病院の経営体力を強化した上で病院勤務医への手当てを配慮する等、病院・診療所の経営基盤を確立した上で手厚い配分が望まれる。

今回の診療報酬改定の状況、今後の中医協への関与について日医の考えを伺いたい。

(3) 次期診療報酬改定に対する日医の対応について (熊本県)

診療報酬の改定は、社会保障審議会の医療部会・医療保険部会での「基本方針」、内閣府の予算編成過程での「改定率」とそれに沿った「中医協」の協議で決定されてきた。しかし、「行政刷新会議」での事業仕分け、厚労省政務三役の「診療報酬検討チーム」の設置や「日医抜き」の中医協など、政権交代に伴って従来とは様変わりした改定作業となっている。

こうした状況の中で、日医は改定作業にどのように関与し、どのような対応策を講じようとしているのか、会員から説明を求める意見も多い。

日医および各県のご意見を伺いたい。

上記の3題については一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは提案県と同様、政権交代による様

変わりした工程により診療報酬が決められることについて、今後の日医の関わり方並びに対処法を問う意見が出された。

<追加意見>

◆大分県：安達先生が頑張っているのは分かる。日医はバックアップをよろしく願いたい。

今回の中医協委員の選出については問題があったと思う。日医役員が外されたことについて診療側を代表する立場としてもっと意見を出して欲しい。

◆熊本県：民主党への票を出さなければ診療報酬を出さないというやり方は卑怯なやり方である。医療を政争の具にはしない、絶対受け付けないということを日医は国民に理解していただけるよう意見を出していただきたい。

◆佐賀県：長年の自民党政治を変えたいとの考えがあったのは確かである。逆に日本医師会のポリシーを出すチャンス。「民主党にパイプがないから」というみっともない話はせず、暫くの間は厳しいかもしれないが、しっかりした日医のスタンスを作るべきである。

○日医・藤原常任理事コメント

先生方からの多くの意見は「日医外し」に対して、なぜもっと頑張らないのかとの意味合いのものだと思う。民主党は中医協を立て直すと言っていたが、中医協委員である日医の3人を外すことは少なくともないだろう、何人かは外すにしても誰かは残るだろうと私なりに最後までそのような考えていたが、見事に外されたのが現状である。なぜ私がそのような強く思っていたかを申し上げると、医療に関して全国隅々までこれだけネットワークを張り巡らしている組織は日医以外にはない。また様々な情報についても日医を介していく。医会、学会等についても、以前に比べると分散してきてはいるが、日医を外して物事を考えることはないとは私は中央にいて信じていた。日医委員を3人とも外すというような暴挙には出ないと思っていたが、これが現実なものになって驚いている。

民主党ももっと今の医療の現場が分かっていたら、このようなことにはならなかった。恐らくこれは一部の意見によるもの、いわゆる民主党ブレイクの方々の意見を中心に動いてしまったということだと思うが、今後は修正の時期に入るのではないだろうか。先ほどもご意見があったが、今回の民主党のやり方は逸脱したものであると私は思っているし、有識者もそのような指摘をしている。

日医と中医協委員との連携状態について、今回新しい委員が3人入ったわけだが、実際に連携が取れているのは日医の診療報酬検討委員会委員長である安達委員だけである。安達委員とは密接にコンタクトが取れている。他の2人は全くと言っていいほど連携は取れていない状況である。安達委員と厚労省との距離感については、こういう場ではなかなか申し上げにくいですが、厚労省としてもかなりの部分で意見を聞いてくれているのではないだろうか。ただ、我々がこれまで1年半議論して積み上げてきたことが、ほとんどゼロとなってしまったことについては引掛かるものがある。

責任の所在についてもどうなるのか不明である。確かに安達委員とは緊密の連携を取っているとは言っても組織の人間ではない。先ほどお話にもあったが、日医の活動の原点は診療報酬改定であったと私共も思っている。だから改定の出来が悪ければ、執行部退任しようがないくらいの気持ちでこれまでもやってきたであろうし、私もそのつもりでやっている。そういった意味ではだれが責任を取るのか。そのようなことを考えると、そもそも今回の有り方は根底から間違っている。中医協は3つのステークホルダーで構成し、公益側は別にして支払側と診療側はこれまでもいろいろ衝突があった。しかし最後には妥協し、それぞれがそれぞれの団体の責任を負ってきたわけだが、そのような形がなくなってきたというのは問題である。また今回の改定について逐一注文をつけてくる等、中医協の権限を随分縮小するようになっていっているので、今の形が医療側の意見を反映したも

のではないと思う。このような状況は一刻も早く元に戻さなければならないと思っているし、こういう状況が長く続けば、恐らく日医は消滅してしまおうがないのではとの危機感も持っている。それに対してどのような方法を取るのか。本来なら日医の判断はいろいろあったと思うが、執行部は最終的に安達委員を支援するとの選択をした。これは高度な判断であり、私ごとにかく言っても仕方のないことである。

(4) レセプトオンライン請求にかかる省令改正について (大分県)

レセプトオンライン請求義務化については、政権交代以後パブリックコメントを経て2009年11月25日に省令改正が行われたところである。

それによると、基本的には電子データでの請求を行うことが努力義務とされ、そのデータのオンライン送信については義務化ではなくなったと読める。

また、手書きレセプトについては、基本的に電子請求自体も義務化免除とされており、レセプトオンライン請求義務化は大きな転換点を迎えている。

このような状況下でレセプトデータの流れは①紙②電子媒体③オンライン送信と3つのルートが併存することになるが、医師会としてこれらのレセプト請求の流れをどのように取り纏めていくか、代行送信等の取り組みも含め各県のお考えを伺いたい。

また、オンライン請求に関わる助成事業の内容について、日医に情報があればお伺いしたい。

(5) レセプトオンライン請求義務化の今後について (長崎県)

ご承知のとおり、平成21年11月25日の厚労省令にて平成22年7月分からの電子請求は、オンライン請求のほか、光ディスクなど電子媒体による請求も可能となったが、やはり現在レセコンによる紙レセプト提出の医療機関(常勤医師が65歳以上を除く)は、最長でも2014年度末までに電子レセプト出力可能なレセコンへ

の買い替えを余儀なくされる。

日医として、今回の省令改正に対する見解を伺いたい。それから来年度以降のレセコン購入への助成金は現時点で絶望的だが、復活の可能性はあるのか？

また、平成18年厚労省令のレセプトオンライン義務化スケジュールにのっとして、機器購入や回線引き込み等オンライン化への準備をされてこられた医療機関に対する保障や助成が必須だと考えるが日医の見解はいかがか？

**(6) 電子レセプト情報の今後の活用について
(福岡県)**

レセプトオンライン請求に関しては、昨年11月25日に改正省令・告示が制定され、オンライン請求の義務化は実質的に撤回された。

しかし、免除等の要件からみても、診療情報の電子化については、将来的には移行していくと思われる。

電子レセプト情報については、医療費抑制の目的のみでなく、医療提供者、患者、保険者の共通の利益になるような措置が必要である。このことについて、各県医師会及び日医のご意見を伺いたい。

上記の3題については一括協議された。

<各県の回答状況>

省令改正後の医師会の対応として「IT化に対応可能な医療機関にはオンラインの導入を進めていくよう助言する」、「医療機関から寄せられる質問や相談に対し、その医療機関の状況に応じて対応する」等の意見が出された。

代行送信については、宮崎県から「国保連合会と契約し実施していたが中止とし、電子媒体請求へ切替えた」、熊本県からは「代行送信の計画を中止した」との報告があった。その他の県では実施予定はなかった。

オンラインの助成制度については、予算成立前にレセコンの買い替えやオンライン請求へ移行した医療機関が何ら助成措置を受けられないこ

とに不公平感を感じているとの意見が出された。

また電子レセプト情報の今後の活用については「政府が医療費抑制のためにデータを利用することが懸念されるが日医（日医総研）としてもデータの集積・分析を行い、政策提言に活かすべき」、「多くのレセプトデータが収集されるようになれば感染症サーベイランスなど、国民や医療機関にとって有用な活用も期待できる」、「レセプトはあくまでも請求書であり、それが患者個人の健康情報とは等しくない。医師と患者間で行われている診療内容が担保されない状況でレセプトデータでの健康管理的な動きは慎重にすべき」等の意見が出された。

<追加意見>

◆宮崎県：IT化可能なところはやはり電子化を進めるべき。

この改正については納得できるものではないか。

◆佐賀県：電子化を何のために実施するのか。

我々は患者さんを見る役割。患者さんにメリットがあるのか。

◆大分県：電子カルテ・レセプトシステムによる自動算定は絶対にだめ。

病名に対し「算定する・しない」を選択させるシステムなら良いが、自動算定だと全て個別指導で引っかかる。病名で自動算定を可とするなら、審査側の機械審査についても道を開くことになるので、注意しなくてはならない。

日医から指導ではないが、何か指針を出す必要があるのではないか。

◆鹿児島県：現在の情報化社会においてIT化の波は避けられない。

レセプトオンライン請求にこれ以上反対と言うならば国民の理解が得られない。

◆佐賀県：電子レセプトの件で、労災保険のレセプトも電子化しようとの動きがあるが、見積りを出したところ莫大な保守料がかかることが分かり、保留となった。

各医療機関と業者が契約する場合の標準的な保守料金等の価格について、日医から情報を流していただけないか。

◆**沖縄県**：電子情報の活用について営利目的は当然だが、営利目的でない場合にも注意しなければならない。例えば行政側が保険者のレセ情報を用いて特定の対象者に訪問医療等を行うケース等が想定される。当事者にとって不利益を被る場合があるので、電子情報の活用については営利・非営利の場合も含めて日医では検討していただきたい。

◆**福岡県**：レセプトデータを匿名化するソフトがある。提出データは医療機関名、電話番号を削除、医療機関番号、氏名、生年月日、カルテ番号、被保険者記号番号を全て匿名化する。それぞれの医療機関で匿名化し、県に提出する。県ではデータを収集・分析に当たる予定。

○日医・藤原常任理事コメント

IT化自体については、これまでの対応によって一定のご了解を頂いたと思うが、これからのIT化に向けてどうするのか。今日はIT委員会さながらの意見も出たのではないかと思う。この度の省令改正により、電子媒体での請求も可能、現在レセコン未使用または手書きの病院・診療所においても免除となり引続き手書きで請求が可能になったのはご承知のとおりである。民主党のマニフェストには完全義務化から原則に改めると明記されたが、日医が自民政権下で取り纏めた範囲を超えていない。日医が提案した「年間レセプト件数が3,600件以下」、「年齢65歳以上」これらを踏襲したものである。今回の省令改正は先生方からのパブリックコメントへのご投稿や各都道府県医師会の様々な活動、働きかけによるものである。改めて先生方の積極的なご協力に対して感謝を申し上げます。

今回の省令改正に対する日医の見解としては、これまで我々が掲げてきた要望が概ね受け入れられたという点では評価している。今後はIT投資はもとより、セキュリティ対策が極めて重要だと考えている。そのためには国による財政負担、あるいは2010年度の診療報酬改定において、電子化加算等への十分なインセンティブを期待しているところである。また今回の

免除・猶予の措置により代行送信が不要となった。ご承知のとおり免除・猶予については日医から11月30日、1月5日付で各都道府県宛周知依頼文書を出しているところである。各々の届出期限までに基金並びに連合会の双方に届出をする必要があるため、繰り返しになるがお願い申し上げます。なお、この届け出は医師会で取り纏めて提出しても良いことになっている。

助成制度についてだが、レセコンの購入・買い替え、ソフトの導入等などにかかる助成制度については5月29日に21年度補正予算として290億円が成立したが、例外措置の拡大に伴い対象施設数の減少が見込まれることから196億円に減額された。当初はこの額で本当に間に合うのか心配していたが、今のところ問題ないようである。助成期間については、補正予算が成立した5月29日以降から適用となっているが、それ以前にオンラインに対応した医療機関に対する助成がないとのご意見をいろんなところから頂いている。

しかしながら、これはどこかで線引きをしなければならない部分と、民主党に何の繋がりもない現段階で助成期間を拡大するよう要望するのは大きな壁があると思っている。

2014年末までに電子レセプト対応のレセコンへの買い替えが余儀なくされているという点に関しては、今後全てのレセコンが電子レセプトに対応できるように厚労省から業者に対して指導しているところである。助成額については厚労省がレセコンメーカーに対し調査を行い、決めている。

前向きな提案としてレセプト情報をもっと活用できないかというような話があった。もちろん目的外使用については厳禁である。前政権のときには民間業者にデータが流れようとしたことがあったが、今後も目的外使用については我々も厳しく監視していく。情報を前向きに検討することを目的に日医総研の上野さんを中心に取り組んでいるところであるが、その一環としてORCAの活用が考えられる。現在、ORCAユーザーは18,000件を超えている状況

だと思う。そのユーザーに対しレセプト情報の提供について協力依頼をしたところ、協力するとのご返事を500件程度頂くことができたが、厚労省と対峙できるような形に持っていくには、もっともっと数を増やしていかなければならない。厚労省にデータを独占されるのではなく、日医にある情報を集結し、地域のあるべき姿について意見を出していきたいとの思いはあるので、もう一段のご協力を先生方をお願いしたい。またデータ活用の関連として、日医では約8,000箇所定点調査を行い、感染症に関する分析を考えている。ITについては前向きに取り組もうとするといくらでもやることがある。今、一段落した形の中で、これからのIT戦略をあらためて練っていききたい。本日頂いた貴重なご意見は日医や日医総研に伝えて、活用していきたいと思う。

(7) 社保・国保審査委員会における審査基準の格差是正について (福岡県)

福岡県医師会においては、社保・国保両審査委員会での審査基準の格差の是正を目的に、両審査委員会との懇談や、毎月、両審査委員会委員を対象とした「社保・国保合同学術講演会」を開催している。講演会では、両審査委員会における具体的な審査方法等テーマを持ち寄り協議している。

各県におかれましても、両審査委員会での審査基準の格差については、問題となっていると思われるが、方策等についてご意見を伺いたい。

<各県の回答状況>

各県とも社保・国保両審査会の審査基準の格差や相違点等の解消を図るために年に数回、連絡会議等を開催している状況。また県によっては審査基準について両審査会で合議した部分を「保険診療の手引」「保険診療の留意事項」等として取り纏めて発刊している。

<追加意見>

◆大分県：審査員それぞれに裁量権があるので

全て統一することは難しい。

◆宮崎県：審査員の解釈に差があり統一することは難しい。

厚生局の指導について平準化の話があるが、同じように審査についてもバラつきがあり過ぎると国から何か基準が示されないか危惧している。

(8) DPCレセプトの審査状況、および個別指導時の問題の有無について (宮崎県)

DPCレセプトのコーディングに関する審査に各県の審査委員はどのように関わっておられるか。また、支払基金や国保連合会の事務職員の研修などは行われているか。厚生局の個別指導の際に、DPCコーディングについて問題になった事例はあるか。各県の状況をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県ともDPCに関する審査、指導について特に問題は上がっていない。

DPCに関する研修の開催の有無については県ごとに差がある状況。

<追加意見>

◆鹿児島県：審査委員の理解度はまだ低い。包括支払制度のため画面審査がしやすいが、コーディングデータとの比較・突合が難しい。DPC医療機関の中にはアップコーディングを行うところもある。審査はまだ途上段階にあり、殆どの県でも査定は行われていないと思うし、個別指導においても何ら取り上げられていないのが現状。

◆熊本県：コーディングまで踏み込んだ査定はやっていない。

出来高払いについては出来る範囲で審査をしている。審査員の研修等はやっていない。

◆大分県：アップコーディングを見つけるのは難しい。審査員と職員がある程度特化してチェックしないと分からない。

基本的に疑義がある場合には、返戻するとなっているが、コーディングをし直すと数ヶ月の

レセプト全部にかかってくるため、なかなか難しいという結論である。

(9) 平成22年度以降の指導について(福岡県)

指導については、前回の医療保険対策協議会においても協議し、各県の状況をお聞きしたところである。本年度については九州厚生局移管後における指導内容等について大きな変更はなく実施されているとのことであった。

福岡県の状況としては、個別指導の選定理由は、内容疑義が多く、高点数による選定は殆どない。また、集団的個別指導については、厚生局移管前より、5年間で全会員が受講をすることで個別指導部分は行わず実施されている。また、新規指定個別指導については、本年度は実施されておらず、現在、厚生局と協議中です。

また、九州各県医師会長及び歯科医師会長連名で個別指導の通知時期についての要望書を提出しているところであるが、現状は改善されていない。

このような状況の中、平成22年度に向け、各医師会におかれても対応策をとられていると思われるが、現況について伺いたい。

<各県の回答状況>

九州厚生局に業務移管以降、「鹿児島県では新規指定医療機関の個別指導の実施、並びに個別指導を病院に直接向いて実施したいとの要望があるが拒否している」「佐賀県では新規指定個別指導が実施された」との報告があった。その他の県では大きな変更はない。

<追加意見>

◆**沖縄県**：昨日、九州厚生局沖縄事務所より2月中に厚労省から指導監査の平準化マニュアルが出され、22年度以降はそれに沿った指導となるとの話があった。具体的なものはまだ分からないとのことであったが、日医の方で何か情報があれば教えていただきたい。

◆**熊本県**：療養担当規則第17条に「自己の専門外にわたるものであるという理由によって、

みだりに施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない」とあるが、患者から同意書を求められた場合には安易に発行しているようである。柔整師に関する指導は術がないと聞いているが、その辺りについて情報があればお聞かせ願いたい。

(10) 特養配置医師の医療提供について

(大分県)

特養の入所者の重症化に伴い、平成20年度介護報酬改定では喀痰吸引、胃瘻などの医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置、夜勤職員の配置を評価する加算が新設された。特養に非常勤で配置されている配置(嘱託)医師にとっては、時間外、休日等の急な呼び出しへの対応や、施設内での看取りの増加は大きな負担になっているが、その評価はされていない。

このように、特養の配置医師の診療行為に対し診療報酬上に大きな縛りがあり、施設看護師が行う採血、点滴等に対しても医療保険での請求は認められず、十分な医療提供が出来ないのが現状である。

本会では、県内すべての特養配置医師を対象に、「実態調査アンケート」を実施し、その結果及び配置医師の意見を纏めた。

特養配置医師の医療提供について、各県のご意見及び日医の見解をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県とも概ね提案県と同様の意見である。その他として「介護と医療を含め体系的に改正すべき」、「医療保険による評価というより特養との合議により嘱託費等で検討される問題」、「配置医師の判断で限られた医療行為を行っており、対応できない場合はそれなりの医療機関に転送すべき」との意見が出された。

<追加意見>

◆**熊本県**：特養では医療における材料、施設内での診療における費用は施設が負担することで

あり、施設に対する介護報酬に含まれている部分がある。しかし先生方のご苦勞されている夜間、突発的な対応についてはまだまだ不十分である。一方、老人保健施設と異なる特養の利点は、一般の方と同じように医療機関の外来を受診できることである。しかし重症化されると外来に連れて行くのは施設職員の方が大変かもしれないが、その時には我々囑託医が当然ながら施設内で処置を行う。そしてそれは包括のなかに当然ながら入っている。制度が介護保険となり少しは変わってきたと思っている。特養の現状は療養病床と同じか、もしくはそれ以上の方々が入所しておられるのが実態である。

また介護保険施設では医療的な処置がある場合には介護度が高く出るので、施設に対する介護報酬も高くなる。そうなると報酬が高い根拠は医療が必要な方がいるから高くなっているということなので、囑託医としても「医療行為に伴う諸経費は報酬から出ている」と強く施設側の管理者に言わなくてはならない。我々囑託医もその辺りを十分に理解して施設の管理者とよく打ち合わせながら医療行為を担当していかなければならない。

○日医・藤原常任理事コメント

指導に関してはこれまで行政と医師会が相談し、それぞれの地域で柔軟に対応してきた。しかしながら一昨年に厚生局へ業務を移行した後から、指導の在り方について各ブロック内で違いがあることがハッキリしてきた。行政はこれをとらえて平準化の方向で今動いている。日医では各厚生局と医師会との軋轢を解消するために、これまでの実情を勘案した形で対応するよう強く申し入れをし、昨年1月に厚労省に内かんを出させた。各厚生局はこの内かんに基づき動いていると思うが、本音のところは平準化に向かって動いている。今、全国的に問題になっているのは診療報酬改定説明会についてである。指導大綱にある集団指導に同説明会が含まれるため、行政としては医師会との共催を申し出てきている。行政との合同説明会を拒否する

ところもあるようだが、日医のスタンスとしては、行政と医師会とそれぞれ役割分担していただき、施設基準は行政から、改正については医師会からそれぞれ説明していただければと思っている。

特養の配置医師については、先ほど熊本県の金沢先生からの話のとおりである。基本的には介護報酬の中で一応は手当てがされているという認識である。配置医師と施設側との契約上の問題があるということと、もう一点として特養で手に負えず、医療の必要性がある場合には、やはり医療機関に送ることが原則だろうと思う。特養自体の重症化という点については、別の視点で対応していかなければならない。大分県が実施した「特養の配置医師実態調査アンケート」の調査結果も参考に、日医としても今後の在り方について全国的なレベルで調査しなければならないと感じた。

○総括・藤原常任理事コメント

一番の問題はやはり20年診療報酬改定の答申の際に附帯意見として課題が残っている初・再診療、外来管理加算の問題だと思う。民主党は外来管理加算の5分要件廃止を Manifesto に掲げているが、この5分要件を外すということはものすごくお金のかかる話である。

妙な話ではあるが、20日の中医協総会で前回改定前後の外来管理加算の財政影響額は約1,300億円との報告があった。当初は外来管理加算の影響額は240億円相当であったはずだが、その時のデータに不備があり、これを基に改定が行われた。結局、前回改定の診療所から病院への財源移譲は1,300億円相当となり、特に内科に相当しわ寄せがあった。次期改定に向けて再診療や外来管理加算が焦点とされているが、前回と同様、今回も内科にしわ寄せがくるのではないかと危惧している。医科外来のプラス財源が400億円に絞られた中で「5分ルール」を廃止するのは相当至難の業である。出来ないと言った方がよい。厚労省からは外来管理加算を元に戻すのに600億円かかるとされている

が、その財源として考えられるのが「再診療の引き下げ」ということになる。日医はこれに対し「絶対にのめない」と反対している。

いずれにせよ医療がこれだけ政治に翻弄されている状況である。民主党は政治主導と言っているが、中医協が医療現場を反映せず、枠組みを決められて動くことはやはり問題が大きい。早く中医協のあるべき姿に戻したいと痛切に思っている。

最後に私が日医にいるから言うのではないが、日医には改革をしなければならない部分が

あると思うが、医療界を纏めることが出来るのは日医しかないと私自身は思っている。つまり窓口はやはり日医が集約すべきであり、その方向で一丸となって医療界は纏まっていくべきであると私は思っている。

IT化の問題については、先ほども申し上げたが本日の協議会で素晴らしいご意見を頂いた。今は一段落しているが、これから長期的な戦略を早急に纏めていかななくてはならないと思っている。

印象記



理事 平安 明

平成22年1月23日、福岡県ホテル日航福岡において九医連の平成21年度第2回医療保険対策協議会が開催された。10題の協議事項が用意されたが、次期診療報酬改定に関すること、レセプトオンライン請求に関すること、社保・国保審査委員会における審査基準の格差是正に関すること、個別指導に関すること等、活発に話し合いが行われた。

次期診療報酬改定関連の協議では、中医協の「日医外し」に象徴される日医と民主党政権との関係性が医療に様々な影響を与えてしまっていることに対し、各県担当理事から様々な意見が出された。

個人的な意見であるが、先の政権時の官僚主導も駄目であったが、新政権下での政治主導もそれ以上に駄目のように見えてきた。今回の診療報酬改定に至っては、民主党が日医に対するこれまでの恨みを晴らすかのような次元の低いレベルでの駆け引き(?)をしているようで、この国の医療を本当に再生していく気があるのだろうかとつくづく不安にさせられる状況である。「5分ルール廃止」は今回の改定作業では当たり前に行われることだと誰もが認識していると思う。しかし、この会議の席上、日医・藤原常任理事が「今回の改定でプラス財源が外来部分では400億円割り当てられているが、厚労省は5分ルールを廃止して元に戻すと600億円かかると言っており、5分ルールの廃止は至難の業である」と述べた。5分ルールに変わる別の物差しをもっていいのか、再診料を引き下げるのか、どのような議論になっていくのか分からないが、どちらにしても地域医療を担っている診療所にとっては死活問題となることで、到底容認できることではない。もともと5分ルールの影響を試算する時点で大きな誤算があったことは国も認めており、必要以上に引きはがしていたものを元に戻すのに、前述のような屁理屈をつけられてもたまらない話である。日医としては再診料引き下げには強く反対するとのことであるが、どの程度“強く”反対行動をとるのかは明言されず、中医協に日医の代表がいない中、誰が責任を取るでもない状況で議論が進んでいることが、さらなる医療の危機を生み出すのではないかと大きな不安を感じずに

はいられなかった。

他の話題についても総じてメディファクス以上の新たな情報もなく、現在の日医の状況を象徴しているかのようで、一抹の不安とともに、我々も日医ばかりに依存するのではなく現場の声を様々な手段で伝えていく努力をしなければいけないと感じた。

私事ではあるが、この会議の数日前からウイルス性腸炎に罹患し、食事がほとんど取れない状態での参加であったため、福岡で楽しみにしていたお酒やその後のラーメンが食べられないことでかなり暗鬱な気分での参加となったが、会議の内容で気持ちがさらにへこみ、治まりかけていた腹部症状がぶり返すのではないかと思った。政府も日医も、私自身の腹も締りがいい状態であったが、せめて中医協委員になった方々には、これ以上の医療崩壊を防ぐためにも、バランスのとれた良識的な判断での改定作業を進めていただきたいと思う。

この印象記が出る頃には少しでも明るい情報が出てきていることを願いたい。

2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



去る1月23日（土）、ホテル日航福岡において福岡県医師会の山内孝常任理事の司会により、標記協議会が開かれたので報告する。

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。

少子高齢化と言われて久しいが、昨年の統計では、高齢者と言われる方が22%を超え2025年には約30%近くになるだろうと言われる時代になっている。そういう中で、先生方においては、地域の実情に応じた介護事業をなされ、

しかもその指導的な役割を果たしておられることに対し敬意を表するものである。

本日は、第1回の各種協議会で行われた介護認定審査について、昨年10月に見直しが行われ、その実態はどうかという検証が行われたところである。また、主治医意見書に係る様々な問題、介護と医療の連携の問題、職員の処遇の問題等々、ディスカッションをいただく予定である。よろしくお願ひしたい。

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。

介護報酬改定、要介護認定の見直しから10カ月、また経過措置を排除してからも4カ月ということで制度も落ち着いてきたかと思う。

今日は9題の議題が出ており、その中で先生方のご意見を伺わせていただきたい。24年の同時改定に向けては、これから医療と介護の合同の検討会が立ち上げられるという機運がある。これからは介護についても医療の面から見るとということが大切だということで、そういった面からも先生方のご意見を伺いたい。よろしくお願ひしたい。

協 議

(1) 基本調査の定義見直しにより要介護認定審査は改善されたのか (大分県)

<提案要旨>

基本調査の定義見直しによる認定審査が始まった。

本県の別枠速見広域圏でのデータは下表のとおりで、今後、例数を増やしより詳細な検討を行う予定である。

<提案要旨追加発言>

提案の時点では384例だったが、その後、例数を増やし1,500例となり、一応分析できる数字になっている。

見直し以前の1年間を対照群として、4月からの分、10月からの分がどのように変わったかをみた。

一次判定をみると、非該当が10月からの見直しでかなり減ってはいるが、まだ以前の倍位となっている。地域によって差はあると思うが、全体としては、要支援2以降は、見直し後も見直し前とパターンが変わっていないということで、非該当だけが改善されたという印象である。一言でいえば、一段階最初に下げておいて半段階戻した。これで納得してくれということで結果的には厚労省は半段階下げること成功したのではないかという印象を持っている。

(2) 要介護認定制度について (熊本県)

<提案要旨>

9月の介護保険対策協議会において介護認定制度について提起し、「10月1日より2006年度版に近づけるように再改定がなされた」と説明された。

しかし、介護認定審査会の現場では、その後も殆ど改善されていないことが問題となっている。審査委員はモチベーションが下がったままで、審査会に出席する意欲が湧かないと訴えている。また介護の現場でも介護度と実際の状態との乖離に戸惑いがある。

○協議事項 (1) (2) は一括協議

<各県回答>

10月1日から見直された要介護認定方法の影響については、福岡県以外の各県において未だ具体的な調査は行われていないため、今後、県行政等に働き掛け検証していく必要があると意見された。

福岡県より、福岡県介護保険広域連合の調査結果について報告があり、「平成19年度で非該当17.6% (9,008例) が、平成21年4月見直し後23.1% (1,571例)、平成21年10月見直し後10.4% (825例) と、非該当は減る形になっている。要支援1に関しては若干減り、要介護1、2、3に関してはあまり大きな変動はない」と説明があった。

宮崎県より、宮崎県では全体的には大きな変

動はないと説明があり、その理由として、宮崎方式という認定審査員への研修プログラムの内容について報告があった。

審査会のモチベーションの問題については、福岡県より、審査会の先生方等々にアンケートを行った結果、少なくとも昨年度の経過措置の時よりはモチベーションは上がっていると報告があった。

＜日本医師会コメント＞

認定見直しに関する検証検討会が1月15日に開催され、これで終結するという事になった。

検証検討会では、n数が16万から17万例位の検証を行っている。

18年の10月11月、19年の10月11月、20年の10月11月、21年の4月5月のデータと、今回の経過措置を解除した後の21年の10月11月のデータを見ている。

一次判定では、20年10月11月が非該当3.3%、21年4月5月に7.3%に増え、21年10月11月の経過措置後4%に戻っている。要支援も同じような形。重度の方も大体そのような形になっている。ほぼ戻ったのではないかと考えている。20年以前に近いデータになったということで、検証検討会の目的が概ね達成できたとして今回で終了することとなった。

二次判定では、20年の10月11月が非該当0.8%、21年4月5月に2.3%に増え、21年10月11月の経過措置後1.1%に戻っている。

宮崎方式ということがあったが、二次判定結果については、認定調査員あるいは審査会委員に研修を十分に行えば行う程、非該当の率が低くなっている。宮崎方式のようにしっかり研修していただくと、そういったものが良くなるのではないかという結果が出ている。

認定審査会の審査員のモチベーションが下がっているという問題については、経過措置の導入がそういうことを起こしたということであるが、利用者が軽度判定されサービスが利用出来なくなるのではないかと、という不安を解消する観点から経過措置が設けられたということでご

理解いただきたいが、基本的には要介護認定の見直しが突如行われたということで、審査会の現場あるいは患者さん、利用者のご家族、そういったところに混乱が生じたということは事実であり、要介護認定は本来ケアマネジメントとリンクさせなければならないが、仮に見直すということがあっても慎重にしなければならない。今回の検証検討会の報告の最後にも、今後見直しを行う場合には、公開の場で関係者が入った中できちっと検討するという事を書いていただいた。

今回、認定調査員テキストの特記事項に係る留意点として例示をいくつか出している。後で出てくる主治医意見書の方も理解が不十分であるということなので、医師会として、主治医意見書の特記すべき事項等の書き方についても、こういう例示ができないかと考えている。

大分県：特記事項を重視するという形はできればやめていただきたい。主治医意見書にしても基本チェックができていれば大体見当がつく。主治医意見書はあくまでもプラス抜けがないか、更に医療的な部分でケアプランを立てるときに必要な内容を書いていただくべきと考える。

日本医師会：認定の方法を検討する委員会で十分検討しないといけない。どの程度チェック項目を作れば特記事項はあまり書かなくても状態が分かるのか、そういう問題がある。

基本的には、今はそれが十分でないので、なるべく一目で見て分かるようなシンプルな形の特記事項の書き方として、状態が分かるようにと事例が出されているということでご理解いただきたい。

(3) 主治医意見書講習会の充実に向けた取り組みについて (宮崎県)

＜提案要旨＞

各都道府県単位で主治医意見書の講習会の開催が義務付けられているが、医師側には講習会への出席は義務付けられていないため、一度講

習会に出席すると翌年からほとんど出席しなくなる。そのため、年を追う毎に講習会の出席者が減少しており、行政側から医師の介護保険への関心の低さを指摘されかねない状況に陥っている。

一方、主治医意見書の記載内容の貧弱さが問題になっており、講習会への出席の義務化が議論される可能性がある。その前に、魅力ある講習会を実現する努力が必要である。

＜各県回答＞

各県ともに、主治医意見書の記載に係る研修会への参加者が年々減少傾向にあり、参加者の確保が課題として挙げられていると報告があった。また研修会に参加されない医師が記載する主治医意見書の内容が十分でないケースが多々あるとして、研修会内容の充実と研修会参加を呼び掛けるアプローチの方策について種々検討していく必要があるとして回答があった。

熊本県からは、勤務医の先生方をどうやって介護保険に向けさせるかということが一つの課題であるとして、主治医意見書作成料を、書いた先生本人に渡すような仕組みを今後検討してはどうかと発言があった。

鹿児島県では、研修会において、認定審査会で実際に役立つ意見書事例や改善が必要な事例を実際に示すとともに、主治医意見書の記載ポイントをまとめた資料を会場で配布し、また研修会の開催案内についても、医師会だけでなく県や各地区介護保険組合からも二重三重と通知していると報告があった。

福岡県では、北九州市において、年に5～6回程、主治医意見書の記載方法に係る研修会を開催していると報告があり、本研修会に1回でも出ていただいた方には「北九州市医師会介護保険かかりつけ医」というステッカーを配布し、本ステッカーを診療所の窓口に置いていただくことで、この医療機関は介護保険に理解のある先生がおられる医療機関だということが分かるような取り組みを行っているという説明があった。また、この取り組みを実施してからは、若

干、講習会を受ける方の比率が上がってきていると報告があった。

＜日本医師会コメント＞

主治医意見書の書き方を十分に理解していただくため、講習会の内容をいろいろと考えることは可能だが、そこに参加していただけるようなインセンティブ、動機付けをすることが非常に難しいということで、それぞれの医師会の先生方のご苦勞されていることに感謝したい。日医としても検討していきたいと考える。

主治医意見書の重要性として、基本的には二次判定における要介護度を変更する際に、特記すべき事項が65%位その理由になっている。40%強は傷病に関する意見の部分となっている。この2つが非常に大事だということだが、その書き方については、18年度に主治医意見書記入マニュアルというものが厚労省から出されているが、小さい字で書いてあり分かり難いということで、もう少し分かり易い形に出来ないかということで、厚労省と日医でモデル事業という形で主治医意見書の問題について取り組んでいきたいと考えている。

熊本県：主治医意見書記載の研修会に出席される方とされない方では、出席されない方の主治医意見書の方が比較的内容が悪い。

介護保険かかりつけ医認定制度というものを作ってはどうかという意見もあり、熊本県では、研修会に出席された方に証明書を発行している。

各県がバラバラに取り組むのではなく、出来れば日本医師会においてそういうものを積極的に取り組んでいただきたい。

大分県：介護保険の中で我々医師がある程度ものが言えるのは主治医意見書なので、真剣に考えて取り組んでいく方向を考えないといけないと思う。

(4) 認知症支援体制における「かかりつけ医」の役割と「専門医療機関」の定義について（福岡県）

<提案要旨>

今般、本会では、全会員医療機関を対象に「認知症に関する実態調査」を実施した。調査結果によると、「認知症患者またはその家族からの相談に応じている」医療機関は全体の55.3%であった。診療科別にみると、脳外科、神経内科、精神科等いわゆる専門医療機関は8割以上が、内科は8割近く、外科においても6割以上が相談に応じていることが明らかになった。

また、昨今の中医協の診療報酬基本問題小委員会において、平成22年度診療報酬改定の検討項目「認知症対策」では、「専門医療機関とかかりつけ医の連携」に対する診療報酬上の対応が論点となっている。

厚労省が現場にそぐわない形で専門医療機関を定義づけることのないように、認知症の専門医療機関について各県と議論の上、日医を通じて厚労省へ提言したい。

<提案要旨追加発言>

地域のネットワークの中心として、かかりつけ医を支援してくれる実態のある病院こそが専門医療機関になっていただき、診療報酬の対象になっていただきたいと考える。

<各県回答>

各県ともに、かかりつけ医と専門医、専門施設との連携を緊密にすることが今後より重要になると意見され、認知症早期発見を担うかかりつけ医のバックアップ体制を整備していただくよう日医に対して意見された。

<日本医師会コメント>

昨年4月の介護報酬改定で、老健施設において認知症患者を専門医療機関に紹介し確定診断されればそこに評価がなされることになっている。これと同様のことが今回の診療報酬改定でもされるということである。

専門医療機関の定義は介護保険と同様で、認知症疾患医療センターということである。地域でMRIを持ったいわゆる精神科医や専門医において確定診断ができるということになる。介護保険については、MRIは近隣のところと共同で利用できる所であれば、それで良いということもある。

何らかの基準がなければ診療報酬や介護報酬を付けるという区分けができないので、現在のところは全国150か所ある認知症疾患医療センターを中心にとということになる。

かかりつけ医が、認知症疾患医療センターと関連を持ちながら、認知症の患者さんを診ていく際の評価もあり、また認知症疾患医療センターで確定診断をする際の評価もあるという方向でやっているところである。

鹿児島県：認知症疾患医療センターの設置について県に働き掛け、600万円の予算を付けていただいた。県内医療機関を募集したところ、精神科病院5か所が手を挙げていただいた。最終的には4か所を決定している。

宮崎県：BPSD等がひどい時に緊急避難的に受け入れてくれるバックアップ病院が宮崎県の場合非常に少ないので、結局そういった患者さんに関わると、本来の医療以外のところで主治医がすごく時間を取られてしまう。それで敬遠してしまうところがある。バックアップ等を充実するような施策を国にお願いしたい。

日本医師会：認知症については、地域全体で医療資源を上手く使っていくということが大事であり、我々としては、かかりつけ医だけでなく認知症サポート医が中心となり、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等を有機的に利用しながら、様々な状況に応じた適切な医療施設が紹介され、患者さんがそこで十分な治療を受けるという形を地域でとっていただきたいと考えている。

(5) 介護保険関係職種との連携について

(大分県)

<提案要旨>

「地域包括ケアシステム」が地域において円滑に機能するためには、かかりつけ医・訪問看護師・介護福祉士・介護支援専門員等の在宅療養に関わる職能団体が、地域包括支援センターを核として協議の場を作ることが必要と考える。

<各県回答>

各県ともに、利用者が住み慣れた場所にいながら、医療や介護等必要なサービスを包括的に受けられるよう、地域包括ケアの仕組みを拡充することは、今後更に重要になるとの回答であった。

熊本県より、医療・保健・福祉連携学会を組織し、医師会、看護協会、歯科医師会、老健協等いろいろな団体と共に学会を開催し、各関係職種間での協力体制を作っていると報告があり、医師会が中心になって行くと、他職種がどんどん参加してくるという状況があると説明があった。

福岡県より、地域包括支援センターの運営協議会は非常に重要な役割があるが、実態はなかなかうまく機能していないため、今後は、関係職種団体、特に医師会が中心となり運営協議会をリードしていくことが非常に大事ではないかと意見があった。また、福岡県では、主に緩和ケアの患者さんを地域で支える体制づくりということで福岡県在宅医療推進協議会の設置が決まっており、地域毎に24時間の訪問看護ステーションの整備拡充や地域在宅医療ネットワークの構築等について取り組むことにしていると報告があった。

本県より、沖縄県でも実際には連携はうまく取れていないが、要はどのようなシステムを作っても医師に関心がなければ意味がないと考えたと発言し、24年度の改正で、介護と医療との関係をどうするのか、医療のない介護はないという点から、診断書だけではない介入の仕組みを根本的に考えていくべきだと意見した。ま

た、認知症を医療から外そうという考えが厚労省にあり、認知症を介護でやるのか医療でやるのかという根本的な部分をはっきりさせないといけないと意見した。

<日本医師会コメント>

今後、医療と介護の連携を考える上でも、介護保険関係職種との連携は非常に大切なことで、今後そういったことは評価をされていくと考える。

本来、地域包括支援センター運営協議会は、必ず地区の医師会が入っているということで、その中で医師会が主導的に連携を取っていくべきであるが、なかなか上手くいっていない現状である。なぜうまく活用できていないかについては、これから検証していきたいと考えている。

在宅医療、在宅介護、在宅ケアの推進協議会が各地で作られているが、そのことについては非常に有効な手段ではないかと考えている。

認知症の問題については、今回の診療報酬改定の中では認知症は医療の中で評価がされる方向である。医療から完全に切り離すのではなく、医療と介護の両方で認知症は関係しているという形である。24年の同時改定に向けてはその辺の兼ね合いをもう一度検討し直すことになると思う。

(6) 介護職員処遇改善交付金について

(鹿児島県)

<提案要旨>

前回の本協議会でも議論したところであるが、職種を限定した交付金という形では介護サービスを運営する上での抜本的な改革にはならず、やはり介護報酬で評価していただくよう、日医には厚労省に対し要望していただきたい。

(7) 政府は4万円の介護職員の報酬アップを必ず実行し、それとは別に8%程度の介護報酬をアップすること (宮崎県)

<提案要旨>

長妻厚労大臣は、参院予算委員会で「介護職

員の報酬を順次引き上げ、最終的に1か月で4万円の上昇を行う」と言っている。このことは任期中に必ず実行してもらいたい。

4万円の介護職員の報酬アップは当然として、さらに介護現場の疲弊を改善するためには、このほかに8%程度の介護報酬アップが必要である。

○協議事項 (6) (7) は一括協議

<各県回答>

各県ともに、前回の本協議会でも確認された通り、職種限定の交付金では介護サービスの抜本的改善には至らないとして、良質な介護サービスを確保するためには介護報酬のアップという形で評価すべきであると意見された。

大分県より、施設や職種の限定ではなく、介護報酬に転換し全体の底上げという形がベストだが、今回はセカンドベストということで、これを何とか運用で改善していこうと考えていると発言があった。

佐賀県より、介護施設には様々な職種の方が働いており、その辺りに一貫性がないと発言があった。

福岡県より、全体として介護報酬で評価することが筋だと思うが、全体の底上げをした上でそれを議論しないといけないとして、二段構えでやっていただきたいと考える発言があった。また交付金に係る職種間の軋轢の問題として、施設が直接職員に払うというやり方に非常に問題があると意見され、施設で働いているということを個人と施設が証明すれば、行政の窓口で直接支払っていただく等の工夫を行うてはどうかと提案された。

<日本医師会コメント>

交付金ではなく介護報酬アップで処遇改善ということは当然のことで、4月の介護報酬改定も、処遇改善を目的とした3%のプラス改定であった。その検証が現在されているところである。ただ、それまでのマイナス改定があるた

め、3%のアップ分は介護職員の処遇改善に使えないという話もあり、直接全てが介護職員にいくという形で交付金が交付されている。

交付金ではなく介護報酬ということは当然筋論であるが、一つの問題として、介護報酬アップには介護財源が必要となり、介護保険料を上げなければならないということがある。それについて、保険者である市町村がどう考えるか、協力できるのかどうか、保険料が上がることに非常に抵抗があり、いくら介護職員の処遇改善といっても、保険料が上がることについては市町村の協力はなかなかハードルが高い部分があると考ええる。

また、交付金についてはいつまで続くのかという不安があるとのことだが、基本的には24年度まで続くと思うが、その場合にはそれを検証し、その後、交付金を無くす場合は、介護報酬の中でどのように吸収するのかということを考える必要がある。

処遇改善交付金の支給対象が介護事業所で働いている介護従事者だけということだが、これが全職種に拡大することが可能ということであれば、保険料も増えず利用者の負担も増えないということで理想的ではあるが、それは非常に難しいことではないかと考える。

手段の弾力化ということで、行政に勤務の証明書を持って交付金を貰いに行くということも、逆に言えば事業所の裁量権が無くなってしまふ。事業所に裁量を持っていただき、できる限り弾力的な運用していただくよう事業所において工夫していただいた方が上手くいくのではないかと考える。

24年の改定において、日医としては、交付金ではなく介護報酬アップで8~10%のアップを勝ち取ればと考えている。長妻大臣も4万円の報酬アップが見込めるくらいの介護職の処遇改善ができるような形にしたいということなので、そうなれば相当のアップ率を取らないとできないということで、一度口に出せばこちらとしても攻めやすいと考えている。

なお、3%アップの介護報酬改定の影響につ

いては、現在、検証検討会にて検証が行われているが、平均すると1万円も上がっていないということが分かっている。

(8) 介護職員の人材育成について (福岡県)

<提案要旨>

雇用促進のため、政府による支援策が実施されているが、現時点でも介護職員の確保は困難な状況である。

<提案要旨追加発言>

福岡県医師会理事で福岡県議会議員の秋田章二先生より、以下の通り追加発言があった。

福岡県では、緊急雇用対策として、平成21年度、派遣会社に委託し、申し込みのあった各介護保険施設に約400人を派遣し、そこでホームヘルパー2級程度を取得していただき、そのまま正規雇用に結び付けたいということで、約4億9,000万円の予算を付け、月に一人当たり14万円、それを6か月支給するというを行った。半年近くで425人派遣しており、緊急で後1億3,000万円補正予算を組み、今年度は500人を派遣するというを行っている。半年間で150人が終了しており、その内77人が正規職員として介護職に就いている。あとの半分が施設とのマッチング等の問題で、正規職員とはなっていないが、非正規職員として働いている状況である。

また、介護職員のスキルアップや社会的な地位も必要だということで、今年度は8,500万円の予算を付け、介護職員がスキルアップするため支援等を行っている。21年度はこういう事業を取り組んでいる。

<日本医師会コメント>

緊急雇用対策として政府はかなりの予算を付けている。2010年の予算で、介護労働者の雇用管理改善に関連した施策は248億円が計上されている。介護未経験者の確保と助成金については、6か月以上定着した場合は1人25万円、更に6か月以上定着した場合は更に25万円、

最大で年間50万円の助成金が出る。更に年長フリーターと言われる25歳から40歳の方の場合はその倍が助成されることになっている。

また、昨年10月に策定された緊急雇用対策の中で、働きながら資格を取る介護雇用プログラムというのがあり、働きながら給与を貰いながら授業料を払ってもらいながら介護資格を取得するというものである。ヘルパーの場合は1年、介護福祉士の場合は2年ということで、その間にキャリアアップをしていくことが可能となる。

国は、全体として4,500億円の基金を積み、介護分野にはその10分の1位450億位を使っている。21年度、22年度は1万5,000人、20年度を含め33,000人位を養成するというのである。

様々な形で雇用対策を打っているということで、これを是非積極的に活用していただきたいと考える。

(9) 介護サービス情報公表制度について

(長崎県)

<提案要旨>

介護サービス情報公表制度の価格決定について、各県の事情を伺いたい。

<各県回答>

九州各県では、本県が39,000円と一番高く、次いで、鹿児島県37,818円、長崎県36,500円、大分県35,000円、宮崎県34,620円、熊本県34,000円、福岡県31,000円、佐賀県25,800円という状況であった。

<日本医師会コメント>

宮崎県医師会が本事業を請け負っているということだが、医師会が請け負っているところはそれ程多くないと思う。

この制度自体、私もおかしいと考える。行政が負担すべきと考えている。本制度は18年から始まっているが、この手数料をどうするかという議論は本格的に行われたことはない。21

年6月に開かれた介護給付費分科会において、この情報公表制度について、どこで検討するのか、いつ検討するのかということを確認したが、介護給付費分科会か介護保険部会それぞれの座長と相談したいということであった。

医療については、基本的には行政負担で、都道府県のホームページに情報が公表されるようになっているので、是非早急に行政負担にしていただきたいと考えている。

どれ位アクセス数があるかということ、20年1月のアクセス数は26万件となっている。利用者自身が情報を得て事業所を選ぶということではなく、ほとんどケアマネが使っているという状況である。

本協議会の総括として、日本医師会の三上常任理事より、以下の通り発言があった。

医療と介護を同時に考える検討会が3月までに立ち上がるということになっている。その検討会のメンバーがどういう方々で、どういう方向で検討されるかということで立ち位置が変わってくると考える。もう一つは、私が出ている高齢者医療制度改革会議で、高齢者医療についてのあり方あるいは保険のあり方について、どうも制度が変わる。これは25年に施行されるようである。その辺も含め大きく変わる。今後は利用者の負担が大きくなるよう、利用者の方が年をとっても安心して暮らせる社会となるよう、そういう制度設計をしていきたい。

印象記



副会長 小渡 敬

去った1月23日、ホテル日航福岡で介護保険対策協議会が開催されました。今回は各県より9題の議題が挙げられました。主に要介護認定審査に関することと、介護職員の処遇改善交付金について、さらには主治医意見書の充実などについて活発に議論がなされました。

その中で介護職員の処遇改善については、各県より交付金ではなく介護報酬の引き上げで行うことが望ましいという意見が多くありました。これについては日医の三上常任理事も同様な考えであると述べていました。

要介護認定審査については、昨年の介護報酬の改定で要介護認定審査が厳しくなり、全国から不満が相次いだことを受け、厚生労働省は昨年10月にこれを見直し大方は改善されているが、その後の各県の調査では介護度が低い方では前回よりやや厳しい結果になっているようであります。

医師の意見書の記載については、記載が不十分であると毎回議題に挙がるが、これについては各県とも研修会等により説明しているが、なかなか成果が上がらず各県ともに苦慮しています。

介護サービス情報公開制度については、医療のそれとは異なり、その費用を各施設が負担しているが、各県とも不満が多く、行政が費用を負担するか廃止にすべきであるという意見が多くありました。日医の三上常任理事も、強制加入である以上行政が費用を負担すべきと強調していました。今後は2012年の介護保険・医療保険の同時改定に向けて大きな改正が行われるとされているので、介護保険の分野でもしっかりと将来を見据えて、今後議論していくことが必要であると思われまます。

3. 地域医療対策協議会 (産業保健、新型インフルエンザ、高齢者対策含む)

副会長 玉城 信光
理 事 金城 忠雄
理 事 宮里 善次



去る1月23日(土)、ホテル日航福岡において福岡県医師会の山岡春夫常任理事の司会により、標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨拶

はじめに、開催担当県を代表して福岡県医師会の松田峻一良専務理事より挨拶が述べられた後、日本医師会内田健夫常任理事より挨拶が述べられた。

慣例により、担当県である福岡県医師会から松田峻一良専務理事が座長に選出され議事に移った。

協 議

(1) 新型インフルエンザワクチン接種費用 について (佐賀県)

<提案要旨>

新型インフルエンザワクチン接種は国の危機管理のために実施するものであることから、本来であれば、全額公費負担で接種すべきである。

また、新型インフルエンザワクチン接種に関しては、国と受託医療機関の契約において接種料金等に様々な制限があり、予診を行った結果、接種が不可と判断された方に対しては、診察料等は請求できないことになっている。

一方で、季節性インフルエンザワクチン接種(65歳以上を除く)においては、自由診療であるため、予診の結果、接種が不可の場合であっても、診察料等の請求は可能である。また、法定の季節性インフルエンザワクチン接種におい

ては、実施主体である市町村により請求の可否が異なる。

ワクチン接種に当たっては、法定、任意に拘らず、不可と判断された方においても、技術料である診察に係る料金は請求できるようにすべきである。

各県のご意見並びに日医の見解について、お伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、予防接種の予診結果で不可と判断された場合も、診察料として料金を徴収できるようにすべきであり、ワクチンの接種費用についても全額公費負担にするべきであると回答があった。

また、日本医師会は、厚生労働省としっかり協議、連携の上、ワクチンに限らず、新型インフルエンザ対策全般への取り組みをお願いしたいとの意見があった。

<各県その他意見>

今回の新型インフルエンザワクチンは、国がワクチン配布に際して、流通を効率化し一気に接種できるように、従来の1mlバイアルワクチンに加え、昨季までなかった10mlバイアルワクチンを製造して配布した。しかし、容量が大きすぎて使い勝手が悪いことから、各自治体や医療機関が、余ってしまうワクチンの扱いに苦慮している。日本医師会は、余った分のワクチンを国に買い取ってもらう等対応を検討していただきたい。

<日本医師会コメント>

各県の意見、要望等をしっかりと担当者に伝え、新型インフルエンザ対策について検討をしていかななくてはならない。

協議事項 (2)、(3) は一括協議。

(2) 新型インフルエンザワクチンの集団接種体制に対する各県の取組み状況について (鹿児島県)

<提案要旨>

新型インフルエンザは本格的な流行期に入っており、厚生労働省によると特に小児の間で感染が拡がり、基礎疾患の有無にかかわらず小児での重症化例が多く見られ、この傾向は今後も続くようである。

このような中、ワクチン接種のあり方について本県では、地域医療の混乱を最小限に抑え、適切な接種体制が確保できるよう、保健センター等の施設を活用した集団接種や休日を利用した接種について市町村と地区医師会が協議、検討することになった。その結果、離島を含む一部の市町村で集団接種を実施する方向であるが、実施にあたっては、接種医やワクチンの確保、接種場所、地域住民への広報啓発、接種過誤対策などクリアしなければならない点も多い。

また、今回のワクチン接種で集団接種を推奨するのであれば、学童期を中心に接種できるよう日医から国（厚生労働省・文部科学省）に対し積極的な申し入れを行って欲しい。

さらに、接種体制について来年度へ向けた取り組みを今年の反省点も含め、ご意見をいただきたい。

(3) 小児の新型インフルエンザワクチン接種を効率よく行うために、集団接種などをおこなっているかどうか (長崎県)

<提案要旨>

小児の流行を抑えることが社会全体の流行拡大防止のキーポイントと言われている。しかし厚生労働省による小児のワクチン接種の唐突な前倒しにより、小児科医は診療とワクチン接種に忙殺されて疲弊し、ワクチン接種ははかどっていないようだ。より多くの小児のワクチン接種を短時間に行うには、集団接種や他科診療所における接種が必要である。本県においては、接種場所や応援医などの問題があり、集団接種が実現していない。

＜各県回答＞

鹿児島県：県内45市町村うち19市町村で集団接種を実施又は計画しているが、ワクチンの確保や接種医の協力体制など難渋を強いられている。

集団接種が開始できた地域は、多くの課題を抱える中で、自治体と郡市医師会が何度も協議を重ねた結果である。なかには、郡市医師会が管内の全医療機関のワクチン在庫や納入見込量を調査し、集団接種できるよう調整を行った地域もある。

また、集団接種を行った地域の多くで、ワクチンの確保、接種場所の選定、地域住民への広報・啓発などを自治体が担い、接種医や医療従事者を医師会が確保するなど両者間の役割分担がうまくなされていた。

なお、集団接種の対象は、概ね幼児や小学生であった。高校3年生については、集団接種を行う場合に限り接種スケジュールを前倒しし、可能な学校（私立、公立含む全体の半数程度）は12月26日以降から年内に集団接種を予定している。接種場所はほとんどが校医の医療機関であるが、学校（保健室等）での実施を予定しているところもある。

佐賀県：「1歳未満児等の保護者」、「小学校4年生～6年生」、「中学生・高校生」については、当初予定から前倒し、12月17日から接種を開始している。

中学生、高校生については、保護者等からの要望やワクチンの10mlバイアルワクチンの有効活用などの観点から、12月17日より個別接種に加え関係機関の調整により実施可能な地域においては集団接種も実施することとしており、集団接種の実施にあたっては、ワクチンの確保、学校医の関与や出動医師・医療従事者の確保、器材の準備・確保、医療法上の巡回診療所の届出などの事務手続きなど種々の課題があり、各地域の実状により対応も異なることから、行政・教育機関から郡市医師会に対して説明、相談いただき、郡市医師会の判断に委ねることとした。

集団接種の実施にあたっては、ワクチンの確

保、学校医の関与や出動医師・医療従事者の確保、器材の準備・確保、医療法上の巡回診療所の届出などの事務手続きなど種々の課題があり、各地域の実状により対応も異なることから、行政・教育機関から郡市医師会に対して説明、相談いただき、郡市医師会の判断に委ねることとした。集団接種の対象は、中学生、高校生の全生徒であるが、特に受験等を控えている中学3年生、高校3年生を優先的に実施いただくよう依頼している。

なお、小学生の集団接種については、保護者の同伴が必要なことから、学校での集団接種は行わず、原則個別接種で実施することとした。

高齢者（65歳以上）の接種開始時期の前倒しも現在（12月25日現在）検討されている。

宮崎県：小児を中心に感染が拡大しているなか、小児科に患者が集中しており、時間外診療、休日診療等により小児科医への負担が増大している。

各地区で協議が行われており、宮崎市では医師の雇い上げ方式による休日を利用した集団接種を実施している。美郷町においては、公立病院を利用した効率的な接種も行われている。また、県立高校では、受験を控えた3年生を対象とした学校医による高校での集団接種も予定されている。

来年度へ向けては、同様な接種が行われるのであれば、十分なワクチンの製造と、当初より学校、幼稚園・保育園等における集団接種等の対応を検討すべきである。

沖縄県：二次医療圏（7地区医師会）ごとに流行のパターン、医療資源等異なるため、予防接種体制は、二次医療圏（7地区医師会）ごとで異なる。5地区医師会では集団接種が行われており、残り2地区医師会では集団接種を行われていない。

大分県：集団接種体制については、11月6日の厚生労働省の通達においても、医療機関外の接種場所の確保の検討を県、市に要望しているが県、市とも動きがなく、当医師会への協議、検討要請はない。集団接種においては、小児のワ

クチン接種において、県から納入される10mlバイアルワクチンを使用するのは大変であり、小児科の場合50名集めなければならない。10mlバイアルワクチンを使用する効率的な接種を行う為には、行政が集団接種をすることも選択肢の一つだと考える。

長崎県：12月初旬にある医師会が小児の集団接種を行った。最大の障壁は行政の協力がなかなか得られなかったことである。また、中学3年、高校3年の受験生の学校での集団接種を県教育委員会に申し込んだが、断られた経緯がある。行政や保健所の協力が得られるかどうかをキーポイントと思われる。

熊本県：現在、子供たちへの接種を想定し、県主催による市町村への説明会が開かれ、本会からは郡市医師会へその概要を文書にて通知した。現在、各圏域での話し合いが持たれ、現在、1市での実施決定し、計画を策定している市町村も複数出てきている。

地域特性もあり、集団接種が不要である地域もあると考えるため、今後の集団接種体制を注視していきたい。

今回の接種体制では、①ワクチン不足により、医療機関へ電話予約が殺到していること。②患者や国民が接種カテゴリー等を理解していないこと。③市町村との連携が明確でないことなどから、医療機関の負担が増大している。

これ以上、医療機関の負担が増えないように各地域での自治体を含めた連携体制が構築出来るよう国からの自治体への指導を希望する。

福岡県：北九州市の1病院において、毎週木曜日に集団接種が実施されている。厚生労働省からは、10mlバイアルワクチンの有効活用のためにも集団接種を検討するよう各都道府県に通知が出ているが、医療機関側からの働きかけだけでは集団接種の実施は困難であり、例えば学校においては、学校と校医の連携により集団接種の実施を検討するよう文部科学省から通知を出すなどの対応を、早い時期に行う必要があったと考える。10mlバイアルワクチンは、針を刺して1日で使い切ることとされている。10ml

バイアルワクチンで供給がある以上、それを購入して接種を実施せざるを得なかったが、集団接種の実施が困難な状況の中、購入しても無駄が出る可能性もあり、医療機関においてはかなり苦慮することとなった。来年度については、新型インフルエンザウイルスの動向によるが、ワクチン種が必要な状況となれば、集団接種の実施についてしっかり検討の上、体制の確保、10mlバイアルワクチンの製造等について検討を行っていただきたい。また今年度は、輸入ワクチンによるワクチン確保に予算が割り当てられたが、細胞培養法等の国産ワクチンによる十分な生産・供給体制の確立を強く望む。

<各県その他意見>

長崎県：中学3年生、高校3年生（受験生）を対象とする学校での集団接種を教育委員会に要請したが断られた。インフルエンザワクチンの予防接種だけではなく、定期的な予防接種も学校での集団接種は行われていない。国を防衛する危機管理上、学校での集団接種は検討すべきである。日本医師会で協議のうえ、国に要望してほしい。

鹿児島県：平成6年に予防接種法の改正により、集団接種が廃止されている。もう一度見なおすべきと考える。

熊本県：日本医師会は、来年に向けて今回の様々な問題点を反省、検討を行い、国に要望する等検討していただきたい。

(4) パンデミック期の診療所の診療体制について (長崎県)

<提案要旨>

本県では、各診療所が患者の受診状況に応じて診療時間を延長することになっている。ただし時間延長の公表は控えた方が良いとの意見が多い。その他、休日当番医や急患診療所の出勤医の増員で対応する医師会が多いようである。診療所医師による病院外来の応援などの積極的な対応を計画している医師会はない。各県の状況を伺いたい。

＜各県回答＞

鹿児島県：休日（年末年始を含む）の診療体制について、郡市医師会に照会したところ、中核市である鹿児島市は、「①中学生以上の患者は、内科休日在宅医に事前に協力依頼を行い、対応できる医療機関を小児科当番医に伝える」、「②夜間急病センター小児科の診療開始時間の繰上げ」を非公表で行うことにしている。さらに、年末年始（12月30日～1月3日）は、これに加え小児科当番医を1か所増やし、夜間急病センター準夜帯を2名で対応することにしている。その他、当番医の後方支援医療機関を設けた地域が1か所、当番医が内科・外科1か所ずつの地域で小児科当番医を新たに設けた地域が1か所あった。

佐賀県：全県的な診療時間の延長等を行っている。医療圏や郡市医師会毎に対応を委ねており、土曜午後の在宅当番医新設、休日当番医の診療時間延長や急患センター等の医師の増員等の対応を行っている郡市医師会もある。

宮崎県：各医療機関が診療時間の延長等により個別に対応しており、各地区医師会では休日当番医の件数の増員、夜間急病センターの医師の増員等で対応しているが、診療所医師による病院外来の応援の事例はない。

沖縄県：第1波の経験から、①二次医療圏ごとに流行のパターンが異なる、②二次医療圏ごとに医療資源が異なる、③本県は二次医療圏ごとに県立病院、保健所、地区医師会と云う共通の3点セットがあり、他県に比べ機能的かつ役割分担が行いやすい、④定点報告が30人台レベルであれば、夜間祝祭日の対応は救急病院で可能、⑤定点報告が40人台レベルだと、夜間祝祭日の対応は困難で応援が必要、⑥那覇・南部地区では2救急病院以外は混雑していなかった、⑦北部地区では会員が北部地区医師会病院に応援することで対応可能、⑧宮古地区でも夜間は県立病院で対応可能、ということが分かった。今後、流行が長期化および患者数が増加した場合の救急病院への応援態勢や時間外診療のあり方も、県全体で画一化して動くよりも、二次医

療圏ごとに動く方がより効果的だと考える。

大分県：二次医療圏ごとに対応が異なる。国東市では、パンデミック期となった場合には、診療所医師が交代で地元市民病院の夜間救急患者の診療にあたるような体制づくりを検討している（19時から23時頃）。大分市では、県及び市からの医療体制の強化要請に基づいて休日当番医の増設を行うことになった。基本的に、定点での発生率50を超えた2週間後から通常の当番医以外に、一般診療所等、休日当番医を「鶴崎・明野地域」及び「植田・大南地域」でそれぞれ1医療機関ずつ増やすことで対応している。これにより、当医師会エリアでは、通常の当番医+2か所の増設で休日当番医は計4か所となった。また、小児科に関しても、大分市全体で通常の当番医以外に休日当番医を1か所増設して対応している。大分市では診療所医師が、病院外来応援をすることについて協議が行われたが、請求作業、カルテの作成方法等細かい点で合意に至らず行われていない。日田市では、輪番制内科当番医に集中して混乱する際には外科当番医、救急告示病院への協力依頼を医師会より行っている。また、かかりつけ医には時間外の応召に対応するように医師会より通達依頼している。津久見市では、保健所からの要請もあって、蔓延期には体制強化するよう検討し、市内のインフルエンザ発生状況調査を継続している。具体的強化策は、診療時間の延長と休日当番医の複数化を予定している。

熊本県：まん延時に診療時間を延長する医療機関については、医療機関の判断に任せている。公表を希望する医療機関は公表し、圏域によっては、地域の中核病院が夜間に診療時間を延長し、地域の会員が応援する等その対応は様々である。

問題点としては、小児の罹患が多いことから、小児科への受診が集中し、折角ご協力を頂いている他科の医療機関への受診があまりないともお聞きしており、地域への情報提供のあり方について、検討する必要性を感じている。

福岡県：各医療機関の判断で診療時間の延長等

の対応をとっているが、公表は行われていない。休日・夜間については、特に福岡市、北九州市において、急患センターに患者が集中する状況が続き、福岡市の急患センターでは、最大で1日の患者1,053名、待ち時間6時間という日もあった。そのため、福岡市医師会より、各大学、内科医会、小児科医会に協力を要請し、医師を増員して対応した結果、待ち時間の問題については大幅に解消されている。

＜各県その他意見＞

長崎県：今回は、弱毒性で各郡市医師会での対応で十分であったが、強毒性とされている鳥インフルエンザ（H5N1）がパンデミックになった場合は、国レベルでの対応が必要であると考える。日本医師会で最悪のシナリオを想定し、対応の構築をしていただきたい。

沖縄県：今回の経験から、一番効果的なのは、ワクチンの予防接種であると考えている。国民も予防接種のあり方について意識の変化が見られる。日本医師会は国に対し、集団接種のあり方をもう一度検討するよう要望していただきたい。集団接種が確立されれば、強毒性とされている鳥インフルエンザ（H5N1）の対応も軽くなるのではないかと考える。

＜日本医師会コメント＞

一番重要なのは、今回のインフルエンザの対応、問題点等を評価、総括し、今後に向けて対応を確立する必要があると考える。

国は、アメリカの予防接種諮問委員会に習い、このような委員会を立ち上げる動きがある。当委員会のなかで、現場の意見を熟知している本会の考えを主張していく。

(5) 認定産業医の処遇について (大分県)

＜要 旨＞

本県では、新たな認定産業医が増えてきたことから、各認定産業医宛にアンケート調査を行った。その結果、処遇に関して、事業所側と産業医側との間にミスマッチがあることが判明し

た。(調査結果は別掲のとおり)

- 1) 報酬額・・・
平成8年に基準額設定。(各県一覧表)
事業所との関わりの濃淡で報酬額に高低あり。
- 2) 職場巡視・訪問・・・
法定の月1回巡視が守られてない事例多々。
報酬額との絡みで事業所側の非協力的意向。
- 3) 産業医活動の希望・・・
活動の場が一部の産業医に集中している事例あり。
認定産業医を取得しても活動希望しないケースあり。
以上について、解決策を講じている県があれば、ご教示願いたい。

また、産業医報酬は一般的に少ない傾向がある。日医或いは国の取り纏めによる公定報酬のようなものを設定できないか。医師が単独で事業所と交渉するのは非常に負担になる。間に郡市区医師会が入って交渉していただくこともあるが、公定報酬のようなものが可能ならば是非お願いしたい。さらに、事業所を指導する形で、産業医活動のリーダーシップを医師会がとれるような政策を、日本医師会に要望したい。

＜各県の回答状況＞

- 1) 報酬額については、各県からも提案県と同様の意見が挙げられた。佐賀県以外は、「産業医標準報酬（月額）」を設定しており、基準額に沿った形で契約を結んでいる。事業所の規模により、産業医の指導内容もかわり、報酬額に高低がある。基準額を下回る額の契約も多数あるとの回答があった。

沖縄県は、契約書を交わす時、事業主、産業医と地区医師会が仲立ちし条件等の調整をするよう指導している。しかし、本県は小規模の企業が多く、基準を参考にしてはいるが事業所の状況にあわせ、独自の手法でも契約している。低い金額で契約するものもある。

- 2) 職場巡視・訪問については、各県とも概ね提案県と同様の意見である。研修内容に職場巡視を盛り込むなどしているが、法定の月1

回巡視が守られてない事例が見受けられるとの回答があった。

又、事業所側の非協力的意向もあると思うが、実際の産業医活動の場で、具体的にどう活動すればよいか分からないで活動を控えるケースもあると思われる。今後は、産業医に対しての活動をサポートする体制が必要と思われるとの意見が出された。

3) 産業医活動の希望については、各県とも提案県と同様の意見であり、活動の場が一部の産業医に集中する傾向はある。産業医活動は健診業務と関連したり、長期の契約が温存される傾向などがあって、簡単に解決できない問題として残っている。又、新規の産業医の選定については、一部の産業医に集中しないよう各郡市区医師会を通じた契約を行っているが、実際の活動を行っていない産業医も多い。その理由の一つは、事業所との契約を希望しても事業場がないためであるとの回答があった。

沖縄県では、産業医活動の希望について調査した結果、産業医活動をしていない理由の多くは、認定産業医になっても、自分の診療が忙しく産業医活動の余裕がないなどの回答があった。

解決策として、事業所から産業医の照会があった場合は、産業医名簿を提供し、事業所側から産業医に直接交渉頂いているが、郡市区医師会（地域産業保健センター）によっては、事前に産業医活動希望の有無を調査し、事業所側から照会があった場合、活動希望の産業医を紹介しているところもある。さらに、産業医名簿をホームページに掲載し、事業所に産業医を紹介しているなどの回答があった。

<意見>

熊本県：日医への要望事項「公定報酬の設定」については、公正取引法に引っかかる話であり、標準という形での設定はできるが、これを統一するのは不可能と考える。

(6) 地域産業保健センター事業について

(福岡県)

<要旨>

地域産業保健センターは、平成5年度に、全国の郡市区医師会が委託を受ける形で労働基準監督署管轄区域に合わせて設置されたが、行政改革の流れの中、公共調達を適正に行い、競争性及び透明性を確保するため、本事業についても随意契約の見直しが行われ、平成19年度から都道府県労働局の一般公募による指定へ変更となった。

福岡県内には、12の地域産業保健センターが設置されており、現在のところ全て地域医師会が指定を受け運営している。

本県では、郡市医師会からの要望もあり、地域産業保健推進センターの運営をより円滑に行うために、郡市医師会、労働局、本会で今年度3回の協議を行った。①本事業の運営に際しては、事務的なマンパワーが必要となり郡市医師会職員の負担が大きいが、事務委託費の設定がない、②大企業の支店についても地域産業保健センター事業の対象となるが、限られた予算内でそこまでカバーできない地域がある等が主な問題点としてあげられ、①については、本会から労働局に対して、事務委託費の設定を要望した。

本件について、各県の状況をお伺いしたい。

また、昨日(1/22)、日本医師会より追加資料の「地域産業保健センター事業に関する調査の協力依頼について」の文書が各都道府県医師会宛、届いていると思うので、各県のご意見を伺いたい。

<地域産業保健センター事業についての各県回答状況>

鹿児島県：本県には、7地域産業保健センターが設置されており、全て地域医師会が指定を受け運営している。地産保の職員については、委託費が少ないために身分を医師会職員との兼務でカバーしているところもある。

佐賀県：4地域産業保健センターが設置されて

おり、全て地域医師会が指定を受け運営している。4センターとも、「予算額は十分」と回答している。一方で、運営委託費の用途には制限が多く、十分な活動ができないなどの問題が一部の地域産業保健センターにはあるようである。

宮崎県：4地域産業保健センターが設置されており、全て地域医師会が指定を受け運営している。各センターともに、郡市医師会職員でなく、それぞれに専任のコーディネーターが業務を行っているため、郡市医師会の負担はない。

沖縄県：5地域産業保健センターが設置されており、全て地域医師会が指定を受け運営している。運営は委託費でまかなっており、予算不足によって業務運営に支障の出ることは今のところ報告されていない。マンパワーは地区医師会の事情により異なるが、若干名の専任スタッフと医師会事務局の兼任スタッフとで業務運営を行い、おおむね順調に運営されている。又、大企業に対する地域産業保健センターの事業は円滑に運営され、ニーズを満たしているものと思われる。

なお、沖縄県における問題として挙げられるのは、産業医専任の義務を負わない零細な事業所が多く、そこには多くの労働者が産業保健の十分な介入がなされず放置されている現実がある。地域産業保健センターの今後のあり方として、この様な零細企業に対する産業保健の積極的なアプローチをどの様に実践していくかが大きな課題になるとと思われる。

大分県：本県においても同様であり、平成20年度に①事務委託費の設定方と委託費の早期振込方を要望。②全委託ではなく、業務実績に応じての請求方式の採用方を要望した。

長崎県：6地域産業保健センターが設置されており、全て地域医師会が指定を受け運営している。ご指摘のとおり、郡市医師会事務局の協力なくして本事業の運営は成り立たないため、事務委託費として計上できるよう評価すべきである。大企業の支店取り扱いについては、公には遠慮願っているが相談あれば実情に合わせ対応しているようである。

熊本県：事業の随意契約については、実際には他の応募がなく従来どおりに、全て地域医師会が指定を受け運営している。事務委託費としての設定の要望は行っていない。又、大企業の支店についての問題は業務多忙で応じられないという県の方針を伝えており、その傾向は少なくなっている。

<日医:地域産業保健センター事業に関する調査の協力依頼について>

福岡県医師会の松田座長から、「地域産業保健センター事業に関する調査の協力依頼について」内容説明があった。

日本医師会から、昨日急ぎの調査依頼があった。「この度の政権交代により、地域産業保健センターについても見直しが行われ、これまで指摘された課題などを踏まえ、厚生労働省や日本医師会の産業保健委員会においてもそのあり方について検討を行っているところである。

厚生労働省では、見直し項目の一つとして、委託先を「都道府県単位に集約させ一体的に実施したい」としている。又、日本医師会の産業保健委員会答申案においても、「都道府県単位の共同運営方式」を提言する予定である。

これまで、地域産業保健センター事業が地区医師会の献身的な取組みにより支えられてきたことを踏まえると、具体的実施に向けた詳細かつ十分な検討が必要であり、厚生労働省に対して見直しに当たっては、都道府県医師会や地区医師会等の意見や意向を十分踏まえたものとなるよう要望を行ってきている。

については、急遽、現時点で考えられる地域産業保健センター事業の見直し案とともに、その実現可能性について、アンケート調査によりご意見をいただくことにした。調査結果については、来る1月28日（木）開催の産業保健委員会で検討させていただく予定であるので、回答は1月27日（水）までをお願いしたい」との内容である。

なお、この件で、福岡県から提案した「(6)地域産業保健センター事業について」の協議

が、あまり意味をなさないということもあるが、本件について、基本的には、競争入札は変わらないが、郡市医師会と労働局の契約がなくなり、都道府県医師会と労働局の契約による運営体制をとってはどうかという案である。しかもこれについての意見を来る1月27日(水)までに日医に報告いただきたいという趣旨である。具体的な部分で不明な点が多く、今この場で、協議するのは難しいとは思われるが、各県の先生方でご意見をお持ちならいただきたい。

日本医師会の産業保健委員会委員である熊本県医師会の坂本先生からも、同様の説明が行われた後、熊本県から意見があり、「元々、労災保険の恩恵というものが極めて大きな企業には多くいくが、小規模事業所にはいかないというところからスタートした発想だと考えている。従って、小規模事業所について、医師会が大いに、協力するということについては、全然やぶさかではない。しかし、医師会の方としてみれば、ボランティアで実施しているものに対して、国から普通の事業並みに予算を出しなさい、或いは民間に渡して良いとかいう話すること事態間違っていると思う。入札しなくても良いなど出てきても当然である。これに対して県医師会並びに郡市医師会は迷惑であると考えている」との意見があった。

なお、本件に関する各県の対応について、意見は挙げられなかった。

福岡県医師会の松田座長から、できれば、この意見をアンケートに書いて出していきたい。基本的には、やはり、いろんな民間団体が選べるのを、医師会がやっていかないと大変な問題になると説明をされた。

(7) 医療機関に対する事業税非課税の特例措置の継続について (長崎県)

<要 旨>

2009年11月の最新報道によると、政府税制調査会は医療機関に対する事業税の非課税措置

を2010年度はそのまま継続する方針とのこと。しかし、特例措置の継続は予断を許さず、もし、廃止されると多くの医療機関が廃院に追い込まれると思われる。本県においても今後、民主党代議士や知事に働きかけを行う予定である。

現時点における事業税非課税に関する情勢と、日医の対応について伺いたい。

<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。

○日医・内田常任理事コメント

事業税非課税に関しては、そもそもは、診療報酬で十分手当できないところを事業税を非課税にすることによって、地域医療の確保或いは医療機関の経営を担保するということがスタート地点であったが、その話は全くなくなり、公平性の観点からの話になって来ているようである。

日医がこの見直しを1年かけてじっくり議論をして行こうという話になっているが、この場でもしっかり働きかけていきたいと思う。もし万が一、非課税の程度を幅を小さくするとか、或いは撤退するとかいう話になった場合でもしっかりそれを凌いで、或いは何らかの手だてで担保するようなものがなければ、地域医療の崩壊に繋がるということをしっかり伝えていきたいと思う。

それに当たっては、やはり都道府県選出の代議士、或いは都道府県の民主党の県連の方にしっかりと働きかけていただきたいと思う。民主党の政策に反映する上では極めて重要であり、これは間違いのない事実である。そこのところの働きかけも宜しくお願ひしたい。

機会があれば、特に直接担当されている先生方には、日医担当理事の今村常任理事が直接お目にかかり、お話をさせていただくということもしている。これも都道府県医師会から、そういう機会を作っていただければ、是非顔を出してご説明させていただきたいと思っているので、宜しくお願ひしたい。

(8) 高齢者医療制度について (熊本県)

<提案要旨>

国民皆保険制度の堅持は日本医師会が長年主張してきたことであり、国民に支持されている事である。しかし、少子高齢化の速度が速いために国の対応が十分ではなかった。そのために日医は高齢者医療と介護を一体化した新たな制度を提唱した。然るに、旧政権下で法案化され2008年4月よりスタートした高齢者医療制度は、日医の提唱しているものとは大きく異なって対象者である後期高齢者にとっても、医療を担当する医師にとっても利用しにくく、負担の大きな制度となった。

一方、新たに政権を担うこととなった民主党政権は、マニフェストで後期高齢者医療制度の廃止を挙げている。しかし医療の現実から、廃止は困難という見解を出している。最近試算された保険料の試算値は短期間で変動しており、患者の負担増を示している。

高齢者医療のあり方について、スタートしている後期高齢者医療制度に対して日医が従来主張してきた制度を今後どのように実現していくのか、更に高齢者医療制度に限らず、崩壊に瀕している医療制度全体のあるべき姿や見直しについて日医および各県の見解についてご教示願いたい。

(参考：後期高齢者医療制度の保険料について、10月下旬の厚生労働省による試算では2010年4月改定では2009年に比べて約10.4%増とされていた保険料の増加を、11月の試算によると全国平均で約13.8%の増加となるとしている。)

<時間の都合上、紙面回答のみ>

<各県回答>

鹿児島県：民主党は、マニフェストで掲げていた後期高齢者医療制度の廃止を先送りし、高齢者医療制度改革会議（第1回11月30日開催）を設置し、平成25年4月に新たな制度に移行するとしている。日本医師会からも同会議に三

上常任理事が参画しているようであるが、より良い制度設計へ日医の見解をお伺いしたい。

佐賀県：日医がグランドデザイン2009で提言するように「保険」ではなく「保障」の理念の下、医療費の9割は公費負担、保険料と患者一部負担を合わせて1割とすることが望ましいと考える。今後の議論を注視したい。

宮崎県：政権交代により、三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」で検討されており、検討に当たっての基本的な考え方として、①後期高齢者医療制度は廃止する、②マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する、③後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする、④市町村国保などの負担増に十分配慮する、⑤高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする、⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行う、6項目を基本として進められており、平成23年春の法案成立、平成25年4月から新しい高齢者医療制度を施行しようとしている。国は財源が不足している部分を財政基盤の弱い国民健康保険や協会けんぽに負担させて、そのため国保等は疲弊しているの、その分は国が早急に財政負担をするべきである。いずれにせよ、我が国の国民皆保険制度を堅持するために、日医は財源を獲得する具体的な方法を明示するべきである。

沖縄県：「保険」より「保障」という日医の考え方が良いと考える。これまで日本国のために一生懸命働いて来られた高齢者が安心して生活して頂ける様な制度設計がよいと思う。日医及び各県のご意見を拝聴したい。

大分県：高齢者にとって必要とする医療と介護が調和よく提供され、住み慣れた地域で在宅生活を継続していくという理念と保険料負担や自己負担を軽減するために我々は別立ての制度を

提案したはずである。ところが診療報酬改定で、厚生労働省の役人や族議員が、財務省寄りの考えで、操作した結果、高齢者いじめの内容となってしまった。本来の制度設計が高齢者に対する明確な優遇する制度である事を皆に理解できるよう慎重に説明し、今後の手直しをすすめる必要がある。

長崎県：厚生労働省は、貯蓄が比較的多いと言われる高齢者に応分の負担を課すのも止むを得ないと被保険者に1割負担を課した。また各保険者には、後期高齢者支援金として4割負担を課し、残り5割を公費負担とした。一方日医は保証の理念の下、75歳以上の高齢者を手厚く支えるとして、その医療費（12.4兆円）の9割を国庫を含めた公費で賄う様主張したが、日医の理念は採り入れられなかった。今回の政権交代の後、長妻厚生労働省大臣は同制度の廃止を明言し、13年度に新制度を創設としている。どのような制度になるかは見当もつかないが、現制度の問題点を挙げると、①保険料は2010年度には現行比13.8%増と言われていることから、このままでは後期高齢者の保険料の増額を余儀なくされるか医療の質の低下が懸念される。②広域連合には、2年毎に保険料見直し義務付けられているため、都道府県によって異なる診療報酬体系となる可能性がある。③厚生労働省は後期高齢者医療制度を足がかり「かかりつけ医」の導入をはかる算段ではないか。またフリーアクセスの制限につながる恐れがある。④75歳で区切った理由は、慢性疾患や認知症、更に看取り（死亡）が多くなるので、本人、家族が安心して医療を受けられるためとしているが、反対に不安を煽っている。⑤折角定着したかに見えた制度廃止により、システム改修等医療現場がまた混乱する。日医は以上の事柄を含めて、問題点を整理検討し、次期改定につなげるよう厚生労働省に提言して頂きたい。

福岡県：日本は他の先進国と比べ、高齢化率が20.1%とどこの国よりも高く、社会保障の国民

負担率はまだ38.3%で先進国より低い状態である。このような現実をとらえ、今後の医療制度や新しい高齢者医療制度をどのように考えるのか。厚生労働大臣主宰で「高齢者医療制度改革会議」が設置された。今年の夏までに基本的方向を中間的にまとめ、年末を目処に最終的に取りまとめ、そして23年の通常国会に法案を提出し、25年4月に新制度施行というスケジュールで考えられているようである。新政権は、新制度について地域保険との一元的運用を図り、年齢区分は解消すると云っている。まず財源と保険者、市町村国保のあり方などが重要な問題であるが、保険料負担や保険料の徴収、資格証明、健康診査、診療報酬等、今まで問題となっていた解決しなければならない課題にどう対処するのか。2007年に後期高齢者医療制度に対する日本医師会の考え方が具体的に示されていたが、今回、新制度発足までのプロセスの中にいかに日本医師会が介入し、その中で日本医師会の考えを反映させることができるか。そのためには国民が納得する確りとした案と説明が重要と考える。

<日本医師会コメント>

高齢者のための医療制度については、①保障理念の下、75歳以上の高齢者を手厚く支える。②若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで、切れ目のない医療を提供する。③医療費の9割は公費（主として国庫）負担とする。④保険料と患者一部負担は合わせて医療費の1割とし、患者の一部負担割合は所得によらず一律とする。⑤運営主体は都道府県とする基本的スキームを提案してきた。これらを踏まえ、新たな高齢者制度を検討する会議の中で、本会の考えを主張していく。また、合わせて地道なロビー活動や定例記者会見、新聞意見広告等を通じて本会の主張を訴えていくことが肝要と考えている。各県医師会においても、地元選出議員への働きかけをお願いしたいと回答があった。

印象記



副会長 玉城 信光

地域医療に関して報告されている通りに今回のテーマもインフルエンザに関するものがほとんどであった。

私が担当した事業税非課税に関して議論はなく、日医のコメントは事業税非課税は、そもそも診療報酬がアップせず、医療機関の収入を十分確保できないので事業税を非課税にすることによって、医療機関の収入を安定させ、地域医療の確保或いは医療機関の経営を保障するのが始まりであったが、現在その話は全くなくなっていると述べられた。各地区でも民主党など政権与党への働きかけをする様にとの話であった。

高齢者医療制度についても議論はなく、紙上回答に対して、日医のコメントが述べられた。保険料と患者一部負担は合わせて医療費の1割とし、患者の一部負担割合は所得によらず一律とすることなどを中心に提案してきた。今後の高齢者制度を検討する会議の中で、日医の考えを主張していくと述べられた。

政権が変わったので日医も今後どこへいくのか、まだ行く先が定まらないようである。

印象記



理事 宮里 善次

平成21年度第2回各種協議会が、平成22年1月23日ホテル日航福岡で行われた。

地域医療対策協議会（産業保健、新型インフルエンザ、高齢者対策）の予定時間は2時間であったが、1時間30分が新型インフルエンザの協議に費やされ、関心の高さを伺わせた。

新型インフルエンザに関するテーマは、①新型インフルエンザワクチン接種費用について、②ワクチンの集団接種体制に対する各県の取り組みについて、③パンデミック期の診療所の診療体制についての3題である。回答は各県の意見は本文を参照していただきたい。各県の回答をふまえた上で、白熱した議論がおこなわれた。特にワクチン行政における厚生労働省の混迷に批判が集中した。

曰く、①国の危機管理のために実施するのであれば、全額国庫負担とすべし。②低額料金設定は広く接種を促す意味で理解できるが、診察後接種不可能となった場合、判断料がとれないのはおかしい。③接種回数をめぐって混乱した。④優先順位にこだわるあまり、接種が遅くなった。⑤国と事業所との直接契約であったため、残余ワクチンが廃棄となった。今後は季節型と同様に回収すべき。⑥任意の個別接種では時間がかかりすぎる。⑦臨時接種で病院などに集めて集団接

種的な方法も考慮すべき。⑧保健所などを利用した集団接種では、契約する代表医療機関に負担がかかる（余ったワクチンやハイレベルな副作用がでた場合など）。⑨メキシコ発生から神戸までわずか17日である。鶏卵法によるワクチン製造では限界。細胞法などのスピーディーな方法と生産ラインを確保すべき。⑩パンデミック時の対応を検討するより、Vaccine preventable diseaseなので、迅速で効果的な接種方法を検討すべき。それができればパンデミックのレベルと対応も小さくなるのでは。などの意見がでた。⑪新型インフルエンザをきっかけに、国民のワクチンに対する考え方に変化がでている。沖縄県では第二波の終盤からワクチンが始まったが、本土は第一波の終盤で開始されている。本土の第一、二波と沖縄県の第一、二波の形状からワクチンの関与が推定される。

集団接種は小学校～高校では教育委員会の壁が強く、実行できていないのが現状である。沖縄県では保育園児は病院でまとめて、集団接種的な方法をとったが、あくまでも任意個別接種を集団でやったに過ぎないことを報告した。

パンデミック期における診療所の役割も、受診時間の延長や救急病院への応援を行うなどの意見がでたが、実際にそれをやったのは沖縄県だけである。

出席された日本医師会の理事は持ち帰って、本日の議論された内容を厚生労働省に要求する旨の発言があった。



沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

<p>●会議室1～4</p> <p>2F</p> <p>会議室1・2 S=42席 T=64席 □=35席</p> <p>会議室3・4 S=36席 T=54席 □=30席</p>	<p>●ホール</p> <p>3F</p> <p>(S=144席 T=234席)</p>
<p>機能的に各種会議が開催できるよう 4つの会議室(40～60名)を備えています。</p> <p>各部屋とも小規模な研修会や委員会等(会議)が開催できるようスクリーンを設置し、必要に応じて音響への対応も可能となっております。</p>	<p>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</p> <p>最大240名収容のホールを完備。仮設舞台や音響設備をはじめ、講師控室やラウンジなども設置しておりますので、スムーズな運営が可能です。</p>

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



会館利用に関する問い合わせ

沖縄県医師会事務局 経理課 (城間、崎原)
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9
TEL:098-888-0087/FAX:098-888-0089



第109回沖縄県医師会医学会総会



広報委員 久場 睦夫



第109回沖縄県医師会医学会総会が、平成21年12月12日（土）、13日（日）に開催されました。第1日目は冒頭、会頭の大宜見義夫先生が挨拶されました。その中で不登校の事例を発達障害という視点で捉えうまくいったのお話があり、難しい症例では視点を変えて診ることが重要である、と印象深く拝聴しました。

続いて東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座教授・転倒予防医学研究会世話人代表・武藤芳照先生の特別講演「高齢者の転倒・骨折予防の実践と教育」がありました。予防に勝る治療はない、の大前提のもと適正な運動療法の重要性を述べられました。一般市民への「転倒予防7カ条」で、運動・生活プログラムをより広く解りやすく伝え、楽しく運動・生活を行っていくことの大切さを具体的に話され、日常診療ではやや門外漢の小生にもよく理解できました。冒頭で「難しいことを易しく、易しいことを深く、難しいことを面白く話して聴衆

を居眠りさせない」といわれましたが、講演はまさしくその通りで、あっという間の1時間でした。最後の方で高齢者の転倒には「介入により防ぐことのできる転倒」と「現在の医療水準に照らして避けられない転倒」の2種類があり、医療者を萎縮させないよう後者にあてはまる転倒のある事を医療受給者にもよく理解してもらおう事も重要と述べられ、まさに同感でありました。

その後、第24回沖縄県医師会医事功労者表彰式があり、沖縄県知事表彰が3名、県医師会会長表彰が37名の先生方になされました。誠にありがとうございます。

引き続き、シンポジウム「骨粗鬆症・転倒の予防～寝たきりを防ぐために～」が開かれました。座長の琉球大学整形外科教授金谷文則先生は、人生最後には男性で平均6.3年、女性で7.9年の介護が必要であるが、骨折は脳血管障害、老衰に次ぐ第3位の原因であり、骨折予防

報 告

の大切さを冒頭で述べられました。シンポジウム第1席は、琉球大学整形外科准教授大湾一郎先生の「骨粗鬆症と骨折の増加～最近の動向～」で、本県の大腿骨近位部骨折は2004年の調査で1年間に男性242人、女性1,107人であり、1987/88年に比し、男女とも約2倍に増加しているとのことでありました。新潟県と鳥取県に比較すると本県では自力歩行者での骨折が多いとのことですが、その要因については検討が必要とのことでした。第2席は西崎病院副院長吉川朝昭先生の「骨粗鬆症の治療～運動療法・薬物療法～」で、ビスフォスフォネート製剤・選択的エストロゲン受容体モジュレーターの使用法さらには活性型ビタミンD、ビタミンK、カルシトニン等との組み合わせについて講演されました。また運動療法・栄養補充療法についても述べられたが、宇宙飛行士が運動とビスフォスフォネートの効果により自力歩行で帰還した事を引き合いにした、運動療法と薬剤併用の重要性の話が印象的でした。第3席は沖縄リハビリセンター病院回復期病棟課長宜野座妙子師長さんの「回復期病棟の転倒・転落防止の取り組み」と題したりハビリテーション現場での転倒防止対策についての報告でした。様々な対策・工夫での転倒防止とともにADLの拡大

を計っていくといった難しい課題への取り込みに敬服しました。第4席は南部病院リハビリテーション科長神谷喜一理学療法士さんの「機能回復・運動療法」で温熱・運動療法、それに自宅での家屋環境の整備・日常生活でのトレーニングなどリハビリの実際を呈示されました。

以上4席は、骨粗鬆症に関連した大腿骨骨折の現状、骨粗鬆症の治療、転倒防止対策、リハビリテーション、といずれも寝たきりを防ぐための大変勉強になる講演でした。総合討論で転倒・転落の3大原因は睡眠薬の使用、夜間の排尿、それに移動、であることから、これらに向けた対策が重要との議論があり、高齢者の診療に際しての配慮を喚起させられました。近年、殆どの科において高齢者の診療が必須です。目の疾患のみに捕られる事なく、‘転倒・骨折’が如何に予後に重大な影響を及ぼすか、を常に念頭においた診療の重要性を改めて感じ入りました。

武藤先生はアリストテレスの言葉“Life is motion (生きていることは動いていること)”を引用されましたが、その意味を深く考えさせられる大変有意義な特別講演とシンポジウムでした。

平成 21 年度 沖縄県医事功労者県知事表彰受賞者 (年齢順)			No	氏 名	受賞理由
No	氏 名	受賞理由	16	野原 俊一	喜寿 (数え年 77 歳)
1	伊集 守政	地区医師会役員 10 年以上	17	伊地 柴敏	喜寿 (数え年 77 歳)
2	山内 英樹	地区医師会役員 10 年以上	18	大城 喜寿郎	喜寿 (数え年 77 歳)
3	中村 貢	地区医師会役員 10 年以上	19	嘉数 栄吉	喜寿 (数え年 77 歳)
沖縄県医事功労者県医師会長表彰受賞者			20	齋藤 實	喜寿 (数え年 77 歳)
No	氏 名	受賞理由	21	佐久本 哲男	喜寿 (数え年 77 歳)
1	田頭 政佐	米寿 (数え年 88 歳)	22	平安 常良	喜寿 (数え年 77 歳)
2	花城 清喬	米寿 (数え年 88 歳)	23	湧川 哲夫	喜寿 (数え年 77 歳)
3	平良 賀計	米寿 (数え年 88 歳)	24	鈴木 信	喜寿 (数え年 77 歳)
4	大城 徹	喜寿 (数え年 77 歳)	25	大見 洋二	学校医歴 15 年以上
5	大宜見 肇	喜寿 (数え年 77 歳)	26	神里 賢三	学校医歴 15 年以上
6	国吉 昭英	喜寿 (数え年 77 歳)	27	比嘉 秀正	高齢者対策委員会委員 10 年以上
7	宮里 不二雄	喜寿 (数え年 77 歳)	28	山城 雄二	学校医歴 15 年以上
8	神谷 幸夫	喜寿 (数え年 77 歳)	29	呉屋 五十六	学校医歴 15 年以上
9	金城 國昭	喜寿 (数え年 77 歳)	30	高江洲 義英	学校医歴 15 年以上
10	佐久本 苗子	喜寿 (数え年 77 歳)	31	川根 浩三	学校医歴 15 年以上
11	新垣 裕弘	喜寿 (数え年 77 歳)	32	真栄城 玄晴	学校医歴 15 年以上
12	崎浜 秀英	喜寿 (数え年 77 歳)	33	武村 盛信	学校医歴 15 年以上
13	銘苅 朝規	喜寿 (数え年 77 歳)	34	新垣 敏幸	学校医歴 15 年以上
14	山口 栄豊	喜寿 (数え年 77 歳)	35	盛島 明浩	学校医歴 15 年以上
15	城間 政州	喜寿 (数え年 77 歳)	36	具志堅 成恭	学校医歴 15 年以上
			37	村山 貞之	放射線科会会長 10 年以上

会 頭 挨拶



第109回沖繩県医師会医学会総会 会頭
大宜見 義夫

このたび、第109回沖繩県医師会医学会総会会頭の指名を受けました大宜見義夫でございます。会頭として一言ご挨拶申し上げます。109回に及ぶ長い伝統を誇る本学会の会頭の任を賜り、誠に光栄に存じます。

私は、開業小児科医として22年になります。専門の一つとして不登校や心身症など、子どもの心の診療にたずさわっている関係から、県医師会分科会に属する沖繩心身医学会、沖繩精神神経学会、日本東洋医学会沖繩支部会の先生方と交流を深めてまいりました。

具体的なことを申し上げますと、朝起きられず登校できないケースについて、原因が、起立性調節障害による気分不良、気管支喘息やアレルギー性鼻炎等による慢性的な不眠や体調不良によるものであれば、小児科サイドで対処可能ですが、うつ病性障害、社会不安障害、過敏性腸症候群などが背景にあると、精神科もしくは心身医学的なアプローチが必要となります。一方、身体症状を執拗に訴え、心理療法、薬物療法が奏功しないケースに対して漢方薬が奏功する場合があります。

小児科サイドで解決を見ない場合、心身医学の視点でとらえなおす、それでも解決を見ない場合、東洋医学の視点でとらえなおす、という風に視点を変えて病態をとらえなおすコツを3分科会の先生方から学びました。

かつてこういうケースがありました。腹痛・頭痛をくり返し登校できなくなった小学6年の女兒の母親から受診予約の電話がありました。当時、母親は、離婚直後の混乱期にあり、家庭不和が不登校の原因と考え、受診してプライバシーをさらけ出すことへの抵抗から、当院に向

かう途中受診を断念しました。

それから2年半、医療機関を転々とシカウンセリングや薬物療法を受けるもののよくなり、中学2年になって改めて当院を受診しました。

その結果、強度の生理痛に冷えが関与した症例であることが分かり、漢方薬を服用して3週後にはスムーズに登校出来るようになりました。

当院を訪れた不登校のケースは、2,000例を超えています。その中のかなりの数において不登校の要因がはっきりつかめないケースがありました。学校で、なぜかよくいじめに遭う、普通の子とどこか雰囲気が違う、コミュニケーションやイントネーションが独特、特定なものへの抜群の記憶力を有しながらこだわりが強く孤立しているなどなど、これまでユニークで个性的な子として扱われてきた子らの一群です。

その子たちは、ここ数年発達障害と呼ばれる子どもたちの一群です。知能は普通並みだが、社会生活を行う上の能力にばらつきのあるケースです。

不登校の背景がはっきりつかめないそういうケースの一群を発達障害という視点でとらえなおすことで、目からうろこの落ちるような体験をしました。視点を変えてとらえなおすことの重大さを改めて知りました。

神戸のA少年の事件以来、これまで理解しがたい少年犯罪がたびたび報道されてきました。これらの事件も発達の見点でとらえなおし、適応行動に向けた適切な支援や教育が幼少期からなされておれば悲劇は避けられたのではないかという専門家の意見があります。発達障害への支援・理解はこれからの社会の大きな責務であり課題ではなかろうかと思えます。

昨年、沖縄で第26回日本小児心身医学会を開催しました。学会のテーマは、「診療現場における小児心身医療」「小児心身医療における漢方治療」の2本立てとしました。狙いのひとつは、心身医療を漢方治療という視点からとらえなおしてほしいという思いがありました。

また、今年11月沖縄小児保健センターで開催しました第35回日本小児東洋医学会のメインテーマは「漢方治療を、視点を変えてとらえる」としました。漢方医学を西洋医学、心身医学の視点からとらえなおしてほしいという思い

からでした。

109回を迎える本医学会において専門分野の違う多くの先生方が年に2回一堂に会し、討議討論を重ねることは、学際の場合としてまことにふさわしく意義深いものだと考えております。沖縄県医師会医学会の更なる発展を祈願する次第です。

終わりにあたり、本学会の会頭をご指名くださいました県医師会会長宮城信雄先生、医学会会長玉城信光先生、並びに関係者の先生方に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

特別講演

「高齢者の転倒・骨折予防の実践と教育」



東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座教授、教育学研究科長・教育学部長、転倒予防医学研究会世話人代表 武藤 芳照

高齢者の転倒をきたす内的要因としては、加齢、そして日頃の運動不足に伴う身体機能の低下、身体的・精神的疾患の合併（高脂血症、高血圧症、糖尿病・抑うつ、認知症等）、薬剤の服用（「転倒」が副作用として明示されている薬物や、ベンゾジアゼピン系睡眠薬等の服用あるいは服用薬剤数の多さ）があげられ、「易転倒性」（転びやすさ）を生み出す。外的要因としては、屋外の道路・建物構造、屋内の障害

物、段差、足に合わない履物等があげられる。これらの内的・外的要因が、種々な割合で一瞬に複合してヒトの転倒が発生する。

その転倒に、「易骨折性」とりわけ基礎疾患としての骨粗鬆症（骨のもろさ及び骨折しやすさ）が加われば、骨折が生じる。もちろん骨粗鬆症がなくとも、衝撃が強大であれば骨折が起こる。一方、重度の骨粗鬆症があれば、転倒がなくとも骨折が起こる。

このような高齢者の転倒・骨折に対して、骨粗鬆症の早期診断と適切な医学的治療及び運動・生活指導が必要であることは言うまでもない。それと共に高齢者の転倒予防のための適正な運動処方を普及・啓発させることもきわめて重要である。

転倒予防のためには、運動療法を含め、服用薬剤の点検と指導・調整、建物・構造の点検をはじめとする生活環境への対応等、多面的な介入・取り組みが必要である。運動プログラムとしては、バランス訓練及び複合的な運動で特に高い転倒予防効果が得られることが報告されており、運動中の転倒リスクの点を想定して、安全で楽しい内容と方法に徹することが重要である。

これらのいわば「転ばぬ先の杖と知恵」というハード面とソフト面への対応を養生訓のような形で一般市民向けにまとめたものが、下記の「転倒予防7カ条」である。一つひとつの言葉の意味・内容、それらに込められた運動・生活プログラムを繰り返し伝えていくことも大切と考えている。

- 1 一 歳々年々人同じからず
- 2 一 転倒は結果である
- 3 一 片足立ちを意識する
- 4 一 転ばぬ先の杖
- 5 一 無理なく楽しく30年
- 6 一 命の水を大切に（年寄りに冷水）
- 7 一 転んでも起きればいいや

2006年6月1日
転倒予防医学研究会 世話人代表 武藤芳照

ところで、高齢者の転倒には2類ある。つまり、「介入により防ぐことのできる転倒」と「現状の仕組みでは防ぐことのできない転倒」、あるいは「現在の医療水準に照らして避けられない転倒」である。

高齢者の転倒予防の目指すものは、転倒・骨折を原因として起こる寝たきりや要介護状態を

低減し、一人ひとりの高齢者の健康と幸福と自己実現にまで結びつけることである。さらには、転倒予防を普及・強化することが、医療・介護の現場で働く専門職の人々の自信と希望につながる事が重要である。

【参考図書】

1. 『転倒予防らくらく実践ガイド』 武藤芳照 監修、学習研究社、2009
2. 『転倒予防医学百科』 武藤芳照 総監修、日本医事新報社、2008.
3. 『高齢者指導に役立つ転倒予防の知識と実践プログラム』 武藤芳照 総監修、日本看護協会出版会、2006.
4. 『患者指導のための水と健康ハンドブッカー科学的な飲水から水中運動まで』 武藤芳照、太田美穂、田澤俊明、永島正紀編、日本医事新報社、2006.
5. 『転倒・骨折を防ぐ簡単！運動レシピ』 武藤芳照監修、主婦の友社、2005.
6. 『転倒予防教室－転倒予防への医学的対応－』 改訂第2版、武藤芳照、黒柳律雄、上野勝則、太田美穂編、日本医事新報社、2002.
7. 『武藤教授の転ばぬ教室－寝たきりにならないために－』 武藤芳照、暮しの手帖社、2001.

シンポジウム

「骨粗鬆症・転倒の予防～寝たきりを防ぐために～」

座長：琉球大学医学部整形外科教授
(沖縄県リハビリテーション医学会会長)
金谷 文則

(1) 「骨粗鬆症と骨折の増加 ～最近の動向～」
琉球大学医学部附属病院整形外科准教授
大湾 一郎

(2) 「骨粗鬆症の治療 ～運動療法・薬物療法～」
西崎病院副院長副院長 吉川 朝昭

(3) 「回復期病棟の転倒・転落防止の取り組み」
沖縄リハビリテーションセンター病院
回復期病棟課長 宜野座 妙子

(4) 「機能回復・運動療法」
南部病院リハビリテーションセンター科長
神谷 喜一

1. 骨粗鬆症と骨折の増加 ～最近の動向～



琉球大学医学部附属病院整形外科准教授 大湾 一郎

高齢化社会を迎え、骨粗鬆症の予防と治療の重要性はますます高まっている。日本全国では

約1千万人の骨粗鬆症患者が存在し、2007年の報告では1年間で約15万人（男性3万人、女性12万人）の大腿骨近位部骨折の新規患者が発生している。

沖縄県における骨折の患者数はどれくらいだろうか？我々は本県における骨折患者数の実態を明らかにするために、2004年の1年間に大腿骨近位部骨折を受傷し、県内の整形外科施設に入院した50歳以上の患者を対象に疫学調査を行った。骨折患者数は男性242人、女性1,107人、計1,349人で、受傷した方の平均年齢は男性76.9歳、女性82.4歳であった。部位別には大腿骨頸部骨折が671人、大腿骨転子部骨折が654人（不明24人）であった。

この骨折患者数は多いのか、少ないのか？まず、1987/88年に我々が行った同様な調査と比較してみよう。1987/88年の2か年間の平均患者数は男女合わせて469人で、患者の絶対数は2.9倍に増加していた。50歳以上の人口構成を同じにして比較してみると、10万人あたりの骨折数は1987/88年が男性72.8人、女性282.0人、2004年が男性120.1人、女性407.6人で男女とも約2倍に増加していた。10歳毎の年齢階級別の検討でも、すべての年代で骨折発生率は増加しており、1987/88年と比べて2004年の高齢者は転倒あるいは骨折しやすいことが考えられた。

同様な全県調査は新潟（2002年）や鳥取（1999年）でも行われており、人口構成を同じにした10万人あたりの骨折数を比較してみると、新潟308人、鳥取364人、沖縄355人（1987/88年）・528人（2004年）となり、沖縄県における骨折発生率は比較的高いことが分かる。

以上の結果より、本県の高齢者は骨粗鬆症の罹患率が高いと結論付けて良いだろうか？大腿骨転子部骨折は大腿骨頸部骨折と比べて、より骨粗鬆症が重度な人に起こりやすい。先の2県と大腿骨近位部骨折における転子部骨折の割合を比較すると、新潟63%、鳥取59%、沖縄49%となり、本県では転子部骨折の割合が低

いことが分かる。

日本はアジア諸国の中では大腿骨近位部骨折の発生率が高い方であり、欧米と比較すると低い方に入る。発生率の地域差は、必ずしも骨粗鬆症罹患率の差によるものではないと考えられる。大腿骨近位部骨折の受傷原因は転倒であることが多く、自立歩行が可能な者に生じやすい。受傷前に自立歩行が可能であった者の割合は沖縄県では全患者の78%であり、青森県の74%、愛知県の68%と比較すると高い値であった。

骨折の発生率を下げるために、今後ますます骨粗鬆症の治療は重要になると思われるが、なぜ骨折したのか、なぜ転倒したのかを詳細に検討することは大切である。転倒には歩行能力以外にも、筋力やバランス感覚などの個人要因と、1人暮らしかバリアフリーかなどの環境要因が関与している。本県の高齢者ではどの要因が主に関与し、骨折の発生率が高くなっているのかを明らかにする必要がある。

2. 骨粗鬆症の治療 ～運動療法・薬物療法～



西崎病院副院長 吉川 朝昭

原発性骨粗鬆症の治療について、薬物療法を中心に、運動療法や栄養補充療法の効果についても言及する。

薬物療法

ビスフォスフォネート製剤

破骨細胞の骨吸収作用を抑制する薬剤で、現在は第三代までのものが市販化されており、骨密度増加による椎体および大腿骨頸部骨折の予防効果を示すエビデンスが得られている。（エビデンスグレードA）最近ではコンプライ

アンスのよい週一回製剤が普及し、使いやすい薬剤となっている。しかし、骨の代謝回転を抑制することによって得られた骨量の増加は、正常にリモデリングされない骨組織の割合が増えることでもあり、長期使用のもたらす影響については未知数である。また顎骨壊死との関連も指摘されており、その安全性と有用性の検証が急務である。

選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERM)

骨に対してはエストロゲン様作用を有し、骨量の増加、椎体圧迫骨折の抑制効果が認められているが (グレード A)、乳房や子宮ではエストロゲン様作用はなく、ホルモン補充療法 (HRT) に代わるものとして期待されている。ビス剤よりは骨量増加効果は認められないが、骨基質の質的改善効果が示唆されている。ビス剤に比べ、比較的若年層からの使用にも抵抗感が少ないが、静脈血栓塞栓症や長期臥床状態にある患者への使用は禁忌であることは留意すべき点である。

以上の2剤が薬物療法の主流であるが、その使い分けや使用開始時期、終了時期について広くコンセンサスの得られているものはない。本講演では私なりの使用法について述べさせていただく。

他の治療薬としては、活性型ビタミンD製剤、ビタミンK、カルシトニン等があるが (いずれもグレード B)、前述の2剤の陰に隠れて過小に評価されているきらいがある。骨粗鬆症の骨動態による分類や薬剤の組み合わせによる相乗効果等の検討により再評価の可能性があることを指摘しておきたい。

運動療法と栄養補充療法

不動性 (臥床安静、麻痺性疾患、廃用症候群、骨折後等) や栄養性 (神経性食思不振症、吸収不良症候群、胃切除後等) の続発性骨粗鬆症の場合は、運動療法や栄養補充療法も一定の効果は期待できると考える。一方、原発性骨粗鬆症の治療においては、いずれも必要条件とはなり得ても、十分条件とはなり得ないことを明

記しておきたい。しかし骨粗鬆症の予防 (若年期でのカルシウム摂取はグレード A) や骨量の維持を考える上では、運動療法や栄養補充療法は重要なものであり軽視すべきものではないのもまた事実である。本講演では、運動療法や栄養補充療法の効果やその限界について考察したい。

3. 回復期病棟の転倒・転落防止の取り組み



沖繩リハビリテーションセンター病院回復期病棟課長
宜野座 妙子

はじめに

医療安全に関する指針が出され、全ての医療機関において安全管理委員会が設置されるようになり、専従のリスクマネージャーが配置された医療機関には、診療報酬で点数が加算されるようになった。そのためほとんどの施設で転倒・転落対策や医療安全対策への取り組みが実施され、事故防止対策が行なわれるようになってきている。

沖縄県看護協会においても、協会の委員会の中に特別委員会として、医療安全対策委員会が設置され、県内の各施設の医療安全担当者が中心となって委員会活動を行なっている。その活動内容として、リスクマネージャー交流会を年2回開催、情報交換や事例紹介・要因分析等を行い事故の再発防止に取り組んでいる。また、県内のリスクマネージャー研修会の開催や看護協会内に医療安全の相談窓口の設置。会員の安全やメンタル等の相談等、医療安全への支援を行い、さらなる事故防止策への取り組みを行っている。

沖繩リハビリテーションセンター病院6階病棟は回復期の病棟で、平成12年に開院して以来、入院患者に占める65歳以上の割合は増加の傾向にあ

る。また、当病棟は創設時より脳血管疾患や高次脳機能障害、脊髄損傷患者等のリハビリテーション患者を多く受け入れており、転倒・転落は事故報告の第一位を占めている。平成20年度のインシデント・アクシデントの件数は178件中、転倒件数は148件（83%）、転落0件（0%）、誤薬16件（8.9%）、その他14件（7.8%）の割合を占めている。また、この転倒・転落事故は患者要因に起因することが大きいと、対策が難しくあとを絶たないことも事実である。そしてまた、看護師側にも誤薬事故等に比べ自覚が乏しいといえなくもない。

しかし、一方ではこうした事故発生時の看護師の責任も免れ得ないものとなっており、そのため必要以上に警戒しADLの拡大を遅らせる対策を講じるなど、患者のQOLの低下を招くという結果を引き起してしまいがちである。そこで、いかに転倒・転落を予測し、未然に防ぐためのケアを的確に実施していくかが不可欠だと考える。

病棟において、患者に安全で安心した医療を提供するために、多忙を極める日々の業務の中で、どの場面でも転倒・転落をなくそうと努力している。その甲斐あって、最近では転倒アセスメントツールや転倒予防マニュアルも改訂を重ねて充実し、実践活用も見られるようになった。しかし、医療者側が必死に努力しているにも関わらず転倒・転落事故はゼロにならないのが現状である。急性期においても、転倒対策は重要な課題だと思っているが、回復期病棟においても、ADLの向上とともに転倒リスクが増大し対策に苦慮している現状がある。回復期病棟の特徴として、中枢神経系に問題がある場合は認知・理解力に影響を与える事がしばしばあり、治療に対する理解力が乏しくなる。この場合、当然、患者は看護師を呼ぶという事の説明の理解ができない。そのような患者が大半を占める病棟で、さらに、反射機能の問題から転倒の際に自分の身を守る事ができず、頭部打撲から頭蓋内出血、死に至るケースも少なくない。つまり『転倒＝死』を想定して臨まなければな

らない病棟である。と一般的に言われている。このことから、スタッフに患者の行動を予測するという高度の能力が求められ、転倒による安全教育と感性教育が必要と考える。

このような現状の中で、当病棟の転倒・転落対策の紹介をしていきたい。

まず、入院時、外来において主治医から回復期における転倒・転落リスクの説明を家族に説明。安全帯使用の同意書の確認がおこなわれる。

病棟では、最初に転倒・転落アセスメントツールを用いて患者の危険度の評価を行う。この場合①認知・理解力に問題がある場合センサー設置、部屋の位置、環境調整、②動作能力に問題がある場合は手すり、車椅子、歩行器、杖の配慮、③転倒外傷の予測される重傷度患者の場合①と同様な対策を行い、場合によっては行動抑制を行なっている。その結果、当病棟において平成20年度は転倒・転落の重大事故は発生していない。

また、転倒・転落事故はその対策を解除するときは一時もなく、一職員が頑張るだけでは防止することができず、職員が一丸となって取り組まなければならない。さらに転倒の要因分析をおこない、要因毎の対策・防止策を考えていく事が重大事故防止に繋がると考える。当病棟では、リハ・看護・介護の職種が連携を取り転倒・転落対策に取り組んでいる。特に転倒・転落に関しては介護福祉士の対応が非常によく教育されていて、リハスタッフと協同で小道具作りをして対応し、転倒・転落防止を行なっている。回復期でADLの拡大と共に転倒は伴ってくるが、職種間が連携を取り、転倒・転落防止をはかり、患者のADLの拡大を積極的に行ない、自宅復帰、社会復帰への支援の実践をしていくことを考える。

今後の課題として

1. 高次脳障害患者の予想外の行動変化による転倒・転落への対応
2. 転倒・転落事故が予測される患者へ、リハ

ビリを提供し能力を上げていく過程での転倒防止策

3. 体幹抑制はしないが行動抑制を行う際の患者の評価

4. 機能回復・運動療法



南部病院リハビリテーションセンター科長 神谷 喜一

骨粗鬆症と診断された高齢者は、ちょっとしたことで骨折してしまう場合があります。高齢者の寝たきりの原因のうち約20%が骨折といわれており、骨折をきっかけに歩行能力の低下や認知症の発症、再転倒による新たな骨折を恐れて外出頻度が減る等といった様々な要因で行動範囲が狭くなり日常生活に制限を来します。その影響により心身機能の低下、骨密度の減少と更なる悪循環に陥ってしまいます。

骨折の治療手段として保存療法と観血療法があるのですが、長期安静による筋力や心肺機能の低下といった廃用症候群、認知症等の2次的合併症を防ぐために、手術が可能であれば積極的に観血療法が用いられます。リハビリも出来るだけ早期より介入し、早期離床を目指していきます。

大腿骨頸部骨折術後プロトコール

- 術前 : 持続牽引
- 術後当日～ : リハ開始
- 術後2日目～ : 創部問題なければシャワー可
: 全身状態良ければベッドから
離床し、立位・歩行開始
- 術後14日前後: 抜糸、退院

急性期リハから回復期リハへ移行していく際に鍵となるのが病院間の連携です。地域連携パスに沿って継続したリハビリテーションを実施していきます。

主なりハビリ内容として

- ・温熱療法 (ホットパック) …疼痛緩和目的
- ・運動療法

①筋力維持・増強訓練

…体幹、下肢の筋力を鍛えることにより歩行能力の回復、再転倒予防目的訓練内容として、抵抗運動や負荷強度の強い運動は不適當で、負荷の少ない無理のない運動を、時間をかけて取り組むことで十分な効果が得られると言われてます。骨に直接荷重をかける運動で効果的に骨密度を増やすことが可能ですが、筋肉を鍛えることにより間接的な運動負荷でも骨密度を増加させることも可能といわれています。

②バランス訓練

…坐位時、立位時、歩行時における姿勢の安定性確保、転倒予防目的

③ストレッチ

…転倒時動作の改善・抑制効果を目的に体幹、下肢の筋に施行

④ADL (日常生活動作) 訓練

…歩行、移乗動作をはじめ更衣、整容、排泄、入浴動作時における介助量軽減、自立獲得を目指します。

その他、自宅復帰を目指して

- ・家屋環境の整備 (段差解消スロープ、手すり設置等) が重要になってきます。
- ・福祉用具の選定 (ベッド、シャワーチェア、四点歩行器、杖等) が必要です。
- ・自分にあった適度な運動を継続して頂くために散歩や買い物、家の掃除、洗濯、炊事等の家事動作をはじめ個々の日常生活に着目し、その動作に必要な運動が活かせるよう自主トレーニングの促し、指導をしていきます。
- ・更に社会交流・参加を目的に通所リハビリの利用や自治区への参加促進が必要です。

退院後の生活を見据えて、心身機能の回復や生活環境を整える事により、また社会資源を提供していくことがより良い人生に繋がられると考えます。

2日目 (ミニレクチャー・一般講演)



広報委員 比嘉 靖

2日目は11会場に分かれて、一般講演（ポスター）の発表とミニレクチャー2題がありました。今回は医師会館での2回目の開催でもあり、参加者もおおく、会場内での移動などもスムーズに行われていた印象でした。

恒例のミニレクチャーは新川クリニック宮城政剛先生に座長として進行して頂き、1題目は放射線画像診断について豊見城中央病院 玉城正弘先生による、最近、県内でも急速に普及しているMDCTによる冠状動脈の検査についての講演でした。CT機器は日々、進歩（急速な多列化）しており、検査の有用性、被爆などの問題点、今後の有効な利用法などが非常にわかり易い内容でした。過剰な検査によるがん誘発の危険性についてはかなりショッキングな話題でした。2題目は放射線治療の立場から、豊見城中央病院 勝山直文先生に「最近のRI内服療法について」についての講演をいただきました。県内で行われる放射線治療の実際のお話で、日頃の診療では見えづらい分野でもあり、改めて放射線治療の現状を学べる貴重な機会となったと思います。会場では活発な質疑がおこなわれました。

一般講演の演題数は195題で、午前中の時間帯で発表は行われました。若手中心の発表が多い中、経験豊かな中堅医師による興味深い発表も多数ありました。しかし、質疑が熱くなるに

伴い、進行の遅れが複数会場にて起きていました。これは不慣れな演者（研修医の先生）による発表で長くなっていたようですが、若手医師の登竜門としての当学会のもつ意義からは微笑ましく感じられる部分があることも確かです。しかし、ミニレクチャーなどの進行への影響もあり、今後のプログラム作成時には多少の工夫が必要な部分でしょう。また、全てのポスターに目を通す時間が十分ではなく、専門分野以外の発表への接点が少なくなると感じました。ポスター発表の内容に関しては若手の症例報告が多かった印象ですが、それぞれ忙しい勤務の合間に先生方の作られたポスターが非常にきれいであったことも印象的でした。診療データのまとめ方、きれいにプリントされた画像データ、適切な文字数（レイアウト）など、レベルの高いポスターが多く見受けられました。

各会場間の移動の合間には、数人の研修医の先生、ベテランの先生による情報交換の場面も多く見られ、全体としては非常に活発な学会となったと思います。

日曜日の午前中という限られた時間内での2日目の開催でしたが、参加者が多く、興味深い発表が多く、活発な質疑も多く、非常に有意義な医学会でしたが、今後のさらなる医学会総会の発展のためには、運営サイドのさらなる工夫の余地もあると考えられました。



ミニレクチャー会場風景：講師 玉城正弘先生



講師 勝山直文先生

一般講演 演題・演者一覧

循環器内科

1. 右下肢の脱力、感覚鈍麻にて発症した大動脈解離の一例
 県立中部病院 循環器内科 桑原 謙典
2. 左室心筋緻密化障害と冠動脈一気管支動脈瘻を合併した難治性心不全の1例
 ハートライフ病院 金城 太貴
3. 心電図所見より右冠動脈閉塞が疑われた左回旋枝閉塞による急性下壁心筋梗塞の1例
 ハートライフ病院 喜久本 藍
4. カテーテルアブレーション中に洞調律に復帰した慢性心房細動の症例
 翔南病院 循環器科 大城 力
5. カテーテルアブレーションで根治したjump up現象なしに誘発される通常型房室結節回帰性頻拍
 翔南病院 又吉 有佐
6. slow Kent束を介する反方向性房室回帰性頻拍に対しカテーテルアブレーションを施行し根治に成功した稀な一例
 翔南病院 循環器科 山城 啓
7. 近時記憶障害を契機に発見された左房粘液腫の一例
 那覇市立病院 徳永 孝史
8. たこつぼ型心筋症の2例
 南部徳洲会病院 循環器科 山本 匠
9. 当院での小児心筋炎・心筋症症例についての検討
 県立南部医療センター・こども医療センター 梅津 守一郎
10. 脾梗塞を契機に診断された感染性心内膜炎の1例
 豊見城中央病院 循環器内科 澤田 奏子
11. 当院での感染性心内膜炎19症例の検討
 豊見城中央病院 比嘉 恭子

感染症

12. Castleman病を基礎に持ち、サルモネラ菌血症を繰り返したと考えられた一例
 県立南部医療センター・こども医療センター内科 田村 知子
13. 胃腸炎症状で来院した劇症肺炎球菌感染症の1例
 中部徳洲会病院内科 早川 真人
14. 開口障害と病歴から早期診断と治療を開始できた破傷風の1例
 中頭病院 内科 比嘉 浩太郎
15. 重症新型インフルエンザ感染症に対し人工補助心肺装置を用いて救命しえた小児の2例
 県立南部医療センター・こども医療センター小児循環器科 加藤 温子

血液

16. 消化管出血を契機に後天性血友病が診断された一例
 県立中部病院内科 金子 惇
17. 高血圧に起因するTTP/HUSと思われた1例
 沖縄赤十字病院内科 佐藤 志恒

18. 当院で経験した葉酸欠乏を伴った貧血の後方視的検討
 沖縄赤十字病院内科 友寄 毅昭
19. 橋本病に合併した自己免疫性好中球減少症の一例
 沖縄協同病院内科 山崎 竜司
20. MDS/MPN (Myelodysplastic/myeloproliferative neoplasms),非定型性慢性骨髄性白血病(aCML)の一例
 県立南部医療センター・こども医療センター 新垣 若子
21. 吐血・発熱を主訴に来院し、EBウイルス関連NK/T cell lymphoma /leukemiaと診断された一例
 県立南部医療センター・こども医療センター内科 中村 優理
22. 播種性接合菌(ムーコル)症を併発した糖尿病合併の急性白血病の一例
 県立南部医療センター・こども医療センター血液内科 前田 明子

循環器外科

23. 当科における大動脈瘤ステントグラフト内挿術(EVAR)の初期成績
 琉球大学 永野 貴昭
24. 胸腹部大動脈瘤に対するステント内挿術の戦略
 県立中部病院 心臓血管外科 横山 淳也
25. 鎖骨下動脈閉塞を伴う高位大動脈閉塞に対して下行大動脈一両側大腿動脈バイパス術を施行した一例
 北部地区医師会病院 春藤 啓介
26. 両側膝窩動脈瘤に対して遠位膝窩動脈バイパス術を施行した1症例
 豊見城中央病院外科 金城 興次郎
27. 閉塞性動脈硬化症に対するDistal bypass術の初期および中期成績
 豊見城中央病院 外科・血管外科 佐久田 斉
28. 下肢リンパ浮腫症例に対する複合的理学療法とリンパ管造影検査の試み
 豊見城中央病院 血管外科・外科 松原 忍
29. 冠動脈バイパス手術における内視鏡下大伏在静脈採取についての検討
 県立南部医療センター・こども医療センター心臓血管外科 末田 智紀
30. CABGにおける4針結節吻合の検討
 南部徳洲会病院 心臓血管外科 上江洲 徹
31. 僧帽弁輪石灰化を伴うMR,AR,冠動脈2枝病変に対しMVR,AVR,CABGを施行した1例
 琉大医学部 機能制御外科 盛島 裕次
32. 緊急僧房弁置換術にて救命しえた乳頭筋断裂の一例
 県立中部病院 ハワイ大学事務所 宮地 洋介
33. 僧帽弁置換術後左室破裂の2例
 県立南部医療センター・こども医療センター 摩文仁 克人

報 告

- 34. 僧帽弁置換術中左室破裂症例の検討
琉球大学医学部 機能制御外科 新垣 涼子
- 35. 片肺フォンタン手術を施行した 無脾症の1例
県立南部医療センター・こども医療センター
越田 嘉尚
- 36. 沖縄県立こども医療センターにおける小児開心術
の現状と問題点
県立南部医療センター・こども医療センター
西岡 雅彦
- 37. 南部医療センター・こども医療センターにおける動
脈スイッチ手術の検討
県立南部医療センター・こども医療センター
心臓血管外科 長田 信洋
- 38. 亜急性期肺動脈塞栓症に対する一手術例
琉大医学部附属病院 第二外科 喜瀬 勇也
- 39. Bentall+弓部置換+CABGを行った高齢者の1例
南部徳洲会病院 心臓血管外科 三高 裕
- 40. 80歳以上の超高齢者に対する心臓大血管手術の早
期成績
北部地区医師会病院 心臓血管外科 熊野 浩
- 41. 上行大動脈拡大を伴う大動脈二尖弁に対する手術
成績および病理学的所見の検討
県立南部医療センター・こども医療センター
稲福 斉
- 42. 40歳未満の大動脈解離症例の遠隔期予後の検討
県立南部医療センター・こども医療センター
心臓血管外科 久貝 忠男

リハビリ

- 43. 当院における嚥下評価入院のとりくみについて
沖縄協同病院 奥村 須江子
- 44. 「反回神経麻痺による嚥下障害に対するリハビリ困
難例」
宜野湾記念病院 リハビリテーション科 崎原 尚子
- 45. 「PASシステムの使用経験」
宜野湾記念病院 リハビリテーション科 平 敏裕

耳鼻咽喉科

- 46. 嚥下障害に対する手術的治療
琉大医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科 喜友名 朝則
- 47. 新生児聴覚スクリーニングの有用性と問題点
琉大医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科 我那覇 章
- 48. 沖縄県における頭頸部扁平上皮癌の多重癌について
琉大医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科 長谷川 昌宏

脳神経外科

- 49. 外傷性くも膜下出血発症後約1ヶ月で急速に増大
した内頸動脈解離性脳動脈瘤の1例
沖縄協同病院 脳神経外科 木本 敦史
- 50. 下垂体腺腫に合併した未破裂内頸動脈後交通動脈
分岐部動脈瘤に対して塞栓術を行った一例
浦添総合病院 脳神経外科 天久 朝延
- 51. 開頭血腫除去術後、塞栓術をおこなった左前頭葉
脳内血腫で発症したAVMの1例
浦添総合病院 脳神経外科 丸山 和典

- 52. ドクターヘリにて搬送され救命できた超高齢者ク
モ膜下出血の1例
浦添総合病院 脳神経外科 東 拓一郎
- 53. functional MRIによる言語野同定が有効であった
優位半球 glioblastoma 摘出術の1例
琉大医学部 脳神経外科 宮城 智央
- 54. 頸椎部の硬膜から発生したSolitary fibrous tumor
の1例
琉大医学部 脳神経外科 外間 洋平
- 55. CTで高吸収を呈した転移性脳腫瘍の1例
沖縄協同病院 脳神経外科 佐久川 信
- 56. 乏突起神経膠腫の悪性度について
沖縄赤十字病院 脳神経外科 饒波 正博

神経内科

- 57. 遅発性に左顔面神経麻痺を呈したフィッシャー症
候群の1例
那覇市立病院 上間 貴仁
- 58. 可逆性後頭白質脳症症候群 (PRLS) による部分
てんかんを呈した1例
県立南部医療センター・こども医療センター
神経内科 新垣 かおる
- 59. クエン酸クロミフェン内服中の若年男性に発症し
た多発性小脳病変の1例
那覇市立病院 平良 優次
- 60. 頭痛と複視を主訴に受診し右外転神経麻痺が認め
られた、重症貧血を合併した特発性頭蓋内圧亢進症
の1例
県立中部病院内科 福山 梓子
- 61. 作業療法を導入したことにより劇的にADLが改善
したCritical illness polyneuromyopathyの1例
県立中部病院内科 森 温子
- 62. 亜急性に意識障害と呼吸障害を呈した1例
南部徳洲会病院 大場 修治
- 63. 呼吸筋障害によるII型呼吸不全を呈した多発筋炎
の1例
県立南部医療センター・こども医療センター
神経内科 清水 徹

内分泌・代謝

- 64. 末期腎不全の原因が潜在性の1A型糖尿病によるも
のと思われたITPの1例
豊見城中央病院 糖尿病・生活習慣病センター
富永 美沙
- 65. 血糖、HbA1C、グリコアルブミン (GA) の検査
値の乖離から疾病をみる
沖縄協同病院 福島 太郎
- 66. 低炭水化物食と咀嚼法により4ヶ月間で11kg減量
し内臓脂肪が半減した1例
中部徳洲会病院小児科/徳洲会ソフィアメディカル
サポートクリニックダイエット外来 今西 康次
- 67. ペットボトル症候群をきたした1症
豊見城中央病院 大久保 奈緒
- 68. Cushing症候群とSIADHを合併した1例
豊見城中央病院 糖尿病内分泌代謝 内科
久田 裕恵

報 告

69. 自殺企図を繰り返した原発性アルドステロン症の一例
 豊見城中央病院 糖尿病・生活習慣病センター
 城間 まり子
70. 慢性甲状腺炎の経過中、甲状腺機能亢進症を示した5症例の臨床像
 沖繩協同病院研修医 杉浦 勇太

腎・泌尿器

71. 当院透析患者の敗血症の分析
 沖繩協同病院 深沢 真希
72. 救急外来における緊急入院される維持透析患者の予後規定因子の臨床的検討
 同仁病院 入江 聰五郎
73. 腎盂尿管移行部狭窄症 (UPJO) に対する腎盂形成術術後の吻合部縫合糸に結石を形成した小児腎結石の一例
 浦添総合病院 山内 素直
74. 異邦人・パリからの旅行透析者
 ー 日仏の透析医療状況の比較 ー
 医療法人十全会 おおうらクリニック 大浦 孝
75. FGF23 過剰発現により低リン血症性骨軟化症を呈した一例
 豊見城中央病院 北村 謙
76. 多彩な症状に加えヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) が疑われた透析患者の一例
 中頭病院腎臓内科 山入端 浩之
77. 当院におけるIgA腎症に対する扁桃摘出術+ステロイドパルス療法の治療効果に関する検討
 豊見城中央病院 伊藤 純
78. 扁桃摘出後に病巣感染が明らかとなったIgA腎症
 豊見城中央病院 腎臓膠原病内科 梅田 基子

膠原病

79. 関節リウマチに全身性エリテマトーデスを合併した1例
 中部徳洲会病院内科 手登根 勇人
80. 当院におけるリウマチ・膠原病疾患におけるDMARDs、免疫抑制薬の使用状況の検討
 豊見城中央病院内科 潮平 芳樹
81. 早期関節リウマチにおける初期診断と画像所見
 豊見城中央病院 腎臓膠原病内科 大内 元
82. Bechet病とMDSに肺胞蛋白症を合併した一例
 豊見城中央病院 呼吸器内科 妹尾 真実

産婦人科

83. 妊娠管理が困難であったSLE合併双胎妊娠の1例
 県立中部病院 総合周産期母子医療センター産科
 諸井 明仁
84. 後天性第VIII因子欠損症との鑑別に苦慮した2例
 県立中部病院 総合周産期母子医療センター産科
 中澤 毅
85. 当科で経験した胎児右胸心9例の検討
 県立南部医療センター・こども医療センター
 産婦人科 興那嶺 尚絵
86. 両側子宮動脈塞栓術とレゼクトスコープTCRの併用にて子宮温存しえた胎盤ポリープの一例
 琉大医学部 女性・生殖医学分野 沈 泓

87. 羊水塞栓症による母体死亡の1症例
 ー死亡後の対応はどのようにすべきかー
 浦添総合病院 伊波 忠

88. 南部医療圏における施設外出産の現状と課題
 県立南部医療センター・こども医療センター
 新生児科 儀間 政文

89. 子宮頸癌 総腸骨リンパ節/傍大動脈リンパ節腫大例に対するPaclitaxel + Cisplatin先行 Concurrent Chemoradiotherapy (CCRT) によるPilot study
 琉大医学部産婦人科 親川 真帆

90. 大腸癌と鑑別が困難だった虫垂原発転移性卵巣癌の一例
 県立中部病院 産婦人科 石川 裕子

小児科

91. 超音波探触子 (プローベ) の圧迫により整復し得た小腸重積症の1例
 中部徳洲会病院 小児科 佐々木 優花
92. 肺炎桿菌による敗血症を合併した肛門周囲膿瘍の1例
 中部徳洲会病院 小児科 直海 玲
93. 嘔吐を主訴とした急性小脳失調症の1例
 中部徳洲会病院 江角 悠太
94. 偶然発見された奇静脈連結を伴う下大静脈奇形の2症例
 那覇市立病院 蝦名 由紀子
95. 網膜芽細胞腫骨転移病変にイリノテカン、テモダールが奏効した1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 小児科 太田 泉
96. ゲムシタピンが有効だった、小児期発症の膀胱原発肉腫様癌の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 比嘉 猛
97. 5回目の使用で初めてイオベルソール (非イオン系造影剤) によるアナフィラキシーショックを呈した1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 小児科 湧田 桐子

呼吸器

98. 横紋筋融解症を合併したレジオネラ肺炎の1例
 与那原中央病院内科 仲宗根 力
99. ニューモシスチス肺炎 (PCP) で発症したHIVの1例
 豊見城中央病院 金城 秀俊
100. ニューモシスチス肺炎 (PCP) を来した潰瘍性大腸炎の1例
 豊見城中央病院 松隈 憲吾
101. 診断に苦慮した肺放線菌症の1症例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 林 伸洋
102. APRVが有用であったARDSの1症例
 南部徳洲会病院内科 遠藤 民子
103. 当院で経験したインフルエンザ肺炎の1例
 ハートライフ病院 内科 喜瀬 乗基

報 告

104. 新型インフルエンザ肺炎に血球貪食症候群とくも膜下出血を併発した症例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 呼吸器内科 金 明華
105. 重症肺炎治療後に器質化肺炎を呈した一例
 県立中部病院 呼吸器内科 當山 世理奈
106. 再燃する膿胸に対して胸腔内ウロキナーゼ溶解療法が奏功した一例
 中頭病院呼吸器内科 飯田 智子
107. 著明な低酸素血症を呈した誤嚥性肺炎に対して、腹臥位を中心とした体位ドレナージが有効であった一例
 県立中部病院内科 桃原 真理子
108. 気胸を契機に診断されたサルコイドーシスの1例
 那覇市立病院内科 馬淵 仁志
109. 感染を契機に発症したアミオダロンが原因と考えられる薬剤性肺炎の2症例
 豊見城中央病院 呼吸器内科 石原 祐史
110. 健康食品（イワシ油入りサプリメント）による薬剤性肺炎の1例
 浦添総合病院 呼吸器センター 杉山 賢明
111. 自然喀出した気管支結石の2例
 国立沖縄病院 山内 桃子
112. 最近経験した肺胞出血の一例
 国立沖縄病院 呼吸器内科 原 真紀子
113. 肺病変を呈したIgG4関連硬化性疾患の一例
 豊見城中央病院 病理診断科 新垣 京子
114. 『ER プロジェクト』ER 受診時の患者教育、吸入ステロイド薬/合剤導入の有用性の検討：琉球気管支喘息・COPD フォーラム (RASCUM) /沖縄県における喘息死ゼロ作戦検討会
 豊見城中央病院呼吸器内科/琉球気管支喘息・COPD フォーラム (RASCUM) :沖縄県における喘息死ゼロ作戦検討会 松本 強
115. 当院に入院した妊婦の気管支喘息症例の検討
 県立中部病院 呼吸器内科 玉城 仁
116. 六君子湯で喘息が改善した一例
 名嘉村クリニック 當山 和代
117. 気管支喘息として加療され、最終的には、「気管・気管支軟化症を合併した喉頭がん」と診断された一症例
 沖縄第一病院 中村 浩明
118. G-CSF 産生腫瘍が疑われた多型癌の1症例
 豊見城中央病院外科 我喜屋 亮
119. 診断に苦慮した頭蓋骨浸潤を呈する髄膜腫を伴った肺腺癌の一例
 国立沖縄病院外科 饒平名 知史
120. 当院で経験した悪性胸膜中皮腫の3例
 県立中部病院 呼吸器内科 佐々木 陽典
121. 中下葉切除術を行った粘液産生性肺腺癌の1例
 南部徳洲会病院外科 佐々木 高信
122. 胸腺腫完全切除15年後の多発肺転移の一例
 県立中部病院外科 田中 教久
123. 当院における気管・気管支ステントを留置した16例の検討
 県立中部病院 呼吸器内科 野山 麻紀
124. 食道癌による気管狭窄に対しDumon Y stent留置を施行した1例
 国立沖縄病院 呼吸器外科 柳 佑典
125. 上行・弓部大動脈/上大静脈を合併切除・血行再建を行い完全切除しえた浸潤型胸腺腫の1例
 琉大医学部第二外科 古堅 智則
126. HOT 施行中の高齢女性の同時性多発肺癌に対し、胸腔鏡下に二次的に手術施行した1症例
 中頭病院外科 名嘉村 敬
127. 肺動静脈瘻 (AVM) に対する胸腔鏡下手術4例の検討
 中頭病院外科 卸川 智文
128. 原発不明縦隔リンパ節癌に対し胸腔鏡下摘出術を施行した1例
 中頭病院外科 石松 真人
129. 3重複癌治療後の左早期肺癌に対する胸腔鏡下左舌区区域切除術の1例
 中頭病院 村上 博基
130. 漏斗胸症例に対しベル型胸骨挙上器を用い治療を行った2例
 那覇市立病院 平良 清
131. 当院における肺容量減量手術 (LVRS) の治療成績
 浦添総合病院 呼吸器外科 梶浦 耕一郎
132. 呼吸器外科手術におけるMDCT (64列) による術前3Dシミュレーション
 中頭病院外科 大田 守雄
133. 背部弾性線維腫のPET所見
 国立沖縄病院 河崎 英範

消化器外科

134. ガス産生性肝膿瘍破裂により汎発性腹膜炎を来した1例
 那覇市立病院 定金 雅之
135. 術前診断が困難であった腸間膜脂肪織炎の一例
 県立中部病院外科 坂本 奈津紀
136. 異物誤飲が疑われたバリウム結石による急性虫垂炎の一例
 県立南部医療センター・こども医療センター 橋本 頼和
137. 虫垂原発腹膜偽粘液腫の2例
 県立中部病院外科 篠永 宏行
138. 臍腸管瘻の一例
 県立中部病院外科 中山 由紀子
139. 経横隔膜的切除術を施行した早期下部食道腺癌の2例
 浦添総合病院外科 藤井 美緒
140. 腹腔鏡下胃・大腸切除術における工夫
 沖縄赤十字病院外科 神谷 知里
141. 当院における腹腔鏡下胃手術
 琉大医学部第一外科 狩俣 弘幸

報 告

142. 噴門近傍の胃 Gastrointestinal stromal tumor に対し、腹腔鏡下胃内手術を施行した1例
ハートライフ病院 外科 宮平 工
143. 高位鎖肛術後排便機能障害に対し MACE 法 (Malone antegrade continence enema ; 順行性禁制洗腸法) を導入した1例
県立南部医療センター・こども医療センター 小児外科 久田 正昭
144. 診断に苦慮した消化管重複症の1例
県立中部病院 池田 知也
145. 子宮広間膜ヘルニア2症例の検討
県立中部病院外科 谷口 直樹
146. 横行結腸脂肪垂の裂孔に嵌頓した内ヘルニアの一例
浦添総合病院外科 村井 美知子
147. 回腸の一部が膀胱内腔側へ嵌頓し腸閉塞を起こした1例
中部徳洲会病院 長田 博臣
148. 当院における透析患者の結腸穿孔の臨床病理学的および手術術式、予後の検討
豊見城中央病院外科 安里 昌哉
149. 穿孔性虫垂炎に合併した上腸間膜静脈血栓症の一例
ハートライフ病院 外科 照屋 なつき
150. 当院における進行・再発大腸・直腸癌に対する化学療法の検討
沖縄赤十字病院外科 兼城 隆雄
151. 当院における直腸癌側方郭清症例の検討
豊見城中央病院外科 仲地 厚
152. 下部直腸癌に対する肛門温存術 (内括約筋切除術: ISR) の短期成績
琉大医学部第一外科 佐村 博範

消化器内科

153. スパゲッティ摂取後の食道異物の1例
浦添総合病院 近藤 健夫
154. 保存的治療で軽快した腸管気腫症の一例
県立中部病院 内科消化器内科 島岡 洋介
155. PPI (ランソプラゾール: タケプロン) 内服による collagenous colitis を呈した2症例
豊見城中央病院 高良 朝敏
156. 食欲不振と急激な体重減少で判明した糞線虫症の一例
中部徳洲会病院 山中 理菜
157. 腹腔-静脈シャント (Denver shunt) にて胃静脈瘤の改善を認めたアルコール性肝硬変の1例
ハートライフ病院 消化器内科 仲吉 朝邦

整形外科

158. 脛骨遠位端骨端線損傷-Triplane 骨折の2例
沖縄協同病院 整形外科 上原 健
159. 上肢手術の術後痛に対する持続腕神経叢ブロックの有用性
豊見城中央病院 麻酔科 山里 政智
160. 当院のリウマチ性MP関節変形に対する表面置換型人工指関節置換術の短期成績
浦添総合病院 整形外科 宮里 剛行

161. 橈骨遠位端骨折プレート固定術後に長母指屈筋腱断裂を認めた1例
南部徳洲会病院 整形外科 喜友名 翼
162. 当院で経験した人工骨頭置換術後に生じた大腿骨ステム周囲骨折の2例
沖縄協同病院 比嘉 清志郎
163. 診断に難渋した肩関節挙上不能症例
与那原中央病院 整形外科 安里 英樹
164. 左膝に発生した Juxta-articular myxoma の1例
南部徳洲会病院 澁谷 洋輔
165. 高位脱臼股に対する大腿骨短縮骨切り併用THAを施行した3例
豊見城中央病院 整形外科 石原 昌人
166. 豊見城中央病院における人工膝関節置換術後鎮痛管理について
豊見城中央病院 麻酔科 前原 大
167. 同種骨移植の有用性
豊見城中央病院 永山 盛隆

形成外科

168. 剪除法による腋臭症術後の圧迫・固定の工夫
医療法人こころ満足会 形成外科KC 新城 憲
169. 豊胸術バッグ除去後に発生した Chronic expanding hematoma の2症例
医療法人形成会 当山美容形成外科 當山 護
170. Microdissected thin groin flap による手背・足背の再建～単径皮弁の再考
県立中部病院 形成外科 今泉 督
171. 経結膜切開法のみによる前頭頬骨縫合への到達法
県立中部病院 形成外科 石田 有宏
172. 片側口唇裂に対する口唇形成術: Anatomical Subunit Approximation 法 (Fisher 法) における作図の工夫および実際
県立南部医療センター・こども医療センター 西関 修

一般

173. 当院の緩和ケアチーム活動の現状と活動上のバリエーションについて
沖縄赤十字病院外科 豊見山 健
174. 当院の在宅緩和ケアの現状と課題
浦添総合病院 緩和ケアチーム 新里 誠一郎
175. アンケート調査による糖尿病性腎症治療連携の現状調査
医療法人麻の会 首里城下町クリニック 第一・第二 田名 毅
176. 中部地区糖尿病医療連携 ～中部地区糖尿病標準治療推進委員会の活動について～
翔南病院糖尿病内科 仲地 健
177. 沖縄県の離島医療の現状 -本島医師の立場から-
県立中部病院 救命救急センター 田仲 斉
178. 沖縄県離島医療の現状 (離島診療所から)
県立南部医療センター・こども医療センター附属 渡嘉敷診療所 山川 宗一郎

報 告

179. 慢性副鼻腔炎が誘因と考えられたSUNCT症候群の一例
 県立中部病院 総合内科 佐久川 俊樹

180. プレミネットの初期使用成績～合剤のメリットはどこにあるか?～
 豊見城中央病院 循環器内科 嘉数 真教

181. 生化学検査値より見た至適飲酒量の検討
 ちばなクリニック 健康管理センター 兼城 邦昭

救急

182. 不発弾爆発事故による外傷（爆傷：Blast injury）の治療経験
 県立南部医療センター・こども医療センター 東恩納 邦子

183. 副腎不全、敗血症および慢性皮膚疾患が原因と考えられた、重症低体温症の一例
 県立南部医療センター・こども医療センター 内科 初山 直子

184. 意識消失発作を契機に診断された肺塞栓症の一例
 中部徳洲会病院 救急総合診療部 平岡 知子

185. 超高齢者の術後呼吸不全に対し、ステロイド・シベスタットナトリウムが著効した一例
 ハートライフ病院 麻酔科 新垣 珠代

一般外科

186. 頭蓋骨転移で発見された甲状腺濾胞癌の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター 外科 水上 泰

187. 乳癌再発後の予後
 那覇西クリニックまかび 玉城 信光

188. 小児鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下ヘルニア根治術（LPEC法）の経験
 琉大医学部第一外科 佐辺 直也

189. 上腰ヘルニアの一例
 中部徳洲会病院 上門 あきの

190. 大伏在静脈の広範な血栓症の一例
 那覇市立病院外科 東江 ゆりか

肝・胆・膵

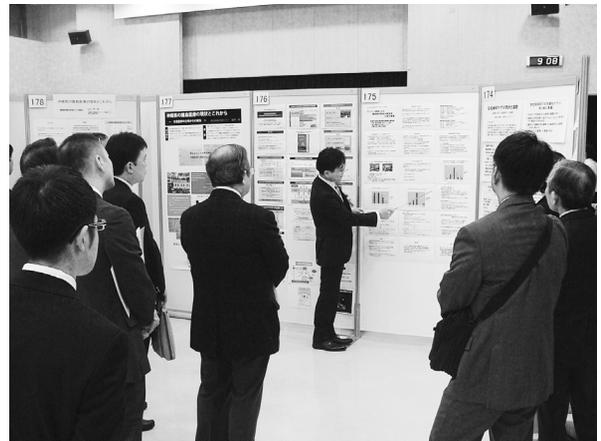
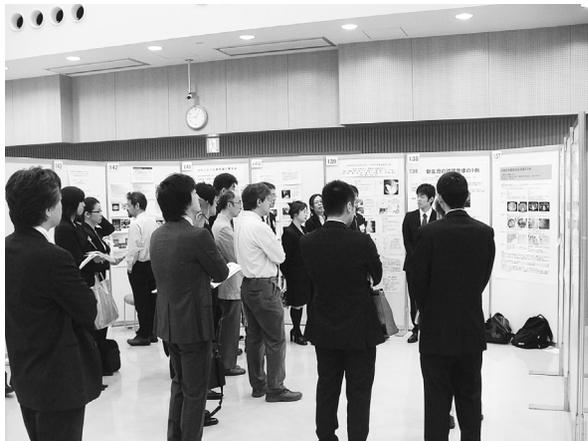
191. 若年者特発性急性膵炎の1例
 ハートライフ病院 小豆沢 浩司

192. 進行膵癌との鑑別が困難であった自己免疫性膵炎の一例
 琉大医学部第一外科 大城 清哲

193. macrocystic type の膵漿液性嚢胞腺腫の1例
 浦添総合病院外科 松田 剛

194. 非機能性悪性膵内分泌癌の1切除例
 浦添総合病院外科 宗像 緩宜

195. 興味深い画像所見を呈した胆嚢腺筋症の1例
 ハートライフ病院 外科 西原 実



一般講演（ポスター発表、討論）会場風景

平成22年沖縄県医師会新年祝賀会



常任理事 真栄田 篤彦



去る1月9日（土）沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて、平成22年沖縄県医師会新年祝賀会が開催された。会員91名、家族44名、来賓等60名が参加し大いに賑わった。

初めに玉城信光副会長から開会の辞が述べられ、その後引き続き宮城信雄会長から次のおりご挨拶を述べた。

宮城会長挨拶



「新年あけましておめでとうございます。本日は、2010年の新春を寿ぐ沖縄県医師会新年祝賀会を開催いたしましたところ、仲井眞弘多知事をはじめ、ご来賓の方々、会員並び

にご家族の皆様方多数ご参加いただきまして衷心より感謝申し上げる次第であります。

昨年は、8月の総選挙において民主党が歴史的な大勝をし、わが国で選挙による初めての政権

交代が行われました。後期高齢者医療制度の問題、消えた年金問題、社会保障費の機械的削減、二代にわたる政権の投げ出し等長年続いた政治に対する国民の不信・不満が高まり政権交代へと大きなうねりとなっていったと思われま

す。ご高承のとおり長年に亘る医療費抑制策により、医療現場は疲弊し、全国的に地域医療の崩壊がはじまりつつあります。民主党はマニフェストにおいて、社会保障費の削減の見直しや医療費のOECD加盟国並の増額を掲げており、その実現に国民並びに私ども医療関係者も大きく期待するところであります。

しかし、昨年末、診療報酬改定率が公表されましたが、10年ぶりの診療報酬全体のプラス改定とは言え、診療報酬全体で0.19%、本体1.55%という小幅な改定にとどまりました。これは、薬剤や医療材料等の引き下げで捻出した財源の医療費本体への振り替えによるもので、新たな財源を投入し、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げを求めている医療現場の期待と大きくかけ離れております。

民主党はマニフェストにおいて、医療費を4年間でOECD国並に引き上げると言っておりましたが、そのためには医療費を毎年3%ずつ上げなければなりません。そういう意味では、約束どおり是非実行していただきたいと思いますが、予算編成の課程の中で明らかになった様に、財務省は最初から3%カットと言っておりました。新政権による医療政策も財政の視点から考えているのではないかと危惧しているところです。

社会保障の充実が国民全体が最も望んでいる事であり、社会保障は平時の安全保障と言われております。国民の健康・福祉の充実があってこそ、国家の発展が望めるものであります。医療費の財源確保を具現化するために、我々が力を一つにして事に臨むことが最も肝要であります。沖縄県医師会といたしましても、日本医師会や関係機関と連携して地域医療再生に向けて誠心誠意頑張る所存であります。

昨年5月にメキシコで発生した新型インフルエンザは、瞬く間に世界中に流行し、8月15日には、残念ながら日本で初めての死者が本県で出ました。医師会は行政当局と密接に連携を取りながら対応して参りました。会員並びに医療関係者の皆様のおかげを持ちまして第一波の流行を抑えることが出来ましたが、皆様ご存じのように、年が明けて第二波の流行が始まっており、第一波より大きな流行になるかと思われま。会員の先生方には、是非今以上にご協力をお願い申し上げる次第であります。

一方経済面においては、一昨年のリーマンショック、昨年のドバイショックが重なり、円高が進行し、我が国はデフレスパイラル状態に陥り、経済状況はますます悪化の様相を呈しております。

かかる状況の中、社会情勢は一層厳しくなり、医療を取り巻く環境も今後困難な状況が予想されますが、我々に与えられた崇高な使命である、『県民のための良質な医療提供』が全う出来るよう、会員並びに関係各位のより一層のご協力をお願いすると共に、平成22年のご参会の皆様にとって明るく希望に満ちた一年になるよう心から祈念致しまして、私の年頭の挨拶と致します。」

続いて、来賓を代表して仲井眞弘多知事が祝辞を述べられた。

仲井眞知事挨拶



「あけましておめでとうございます。ご紹介いただきました県知事の仲井眞です。医師会の先生方のお力を得て県知事に当選して3年が経ちました。県知事として先生方へきち

んとしたことが出来ないもどかしさというものを感しながら日々の仕事をやっております。基地の問題や産業の問題、社会保障、医療の問題等なかなか一筋縄ではいかなというのが分かっていながらも我々の持つ力が今ひとつというもどかしさを感じながら日々過ごしている訳であります。是非とも医師会の先生方のお力を結集して、沖縄の医療問題の解決、そして日々のお仕事に邁進していただきますよう切にお願い申し上げます。

また、新型インフルエンザにつきましても先生方にあらゆる方面で力を注いでいただき、県民生活の安心・安全にご貢献いただいておりますことに心から感謝申し上げます。



乾杯



余興：エレクトーン&ヴァイオリン、オペラ



会員の方々

本日は、先程の宮城会長のお話を伺って、我々ももっと自らを戒めて日々の行政の仕事に邁進して参りたいと思っております。

宮城会長には私の後援会長として日々ご指導を受け承っておりますが、十分にお返しが出来ないことを心苦しく思っております。今後とも是非あらゆる面でご指導賜りますようお願いを申し上げる次第であります。

今年も先生方のお話を伺いながら、我々も県庁全職員あげて一生懸命仕事をして参りますので、是非忌憚のないご批判、ご要望をいただきたいと思えます。

今年が厳しい中にも良い年になりますことを祈念いたしまして、新年のご挨拶といたします。」

引き続いて、宮城会長、新垣代議員会議長他7名の来賓による鏡開きが賑々しく行われ、来賓を代表して佐藤琉球大学医学部長が下記のとおり挨拶された後、乾杯の音頭をとられた。

佐藤琉球大学医学部長乾杯挨拶



「新年おめでとうございます。沖縄県医師会の先生方におかれましては、輝かしい2010年をお迎えになったものと心よりお慶び申し上げます。

先程、宮城会長のお話しにもありましたように、昨年は医療界にとりましては、いろいろな問題がありました。新型インフルエンザの問題、政権交代に伴うこれからの医療のあり方の問題等、これらの問題は引き続き本年度におきましても非常に大きな問題として我々がきちんと対応していかなければならないと考えております。

医学教育の現場におきましても昨今の医学・医療の社会的な課題に対応するために、昨年琉球大学医学部では県の多大なご支援もいただきながら7名の地域枠の学生を増員して受け入れました。更に今年は5名の定員増を計画しており、地域枠の学生は全部で12名になってまいります。我々は、これから地域枠の学生が地域医療のために貢献するような医療人となるよう育てていく義務があると思っております。医師会の先生方におかれましては、引き続き地域医療に関する教育でも多々ご支援いただければありがたいと思っております。

新たに地域医療再生事業ということで、県と医師会と大学が連携して新しい事業が始まることになったようであります。大学にはシミュレーションセンターを設立するというようになっておりまして、この事業におきましても今後、県、医師会、大学との連携というものが益々充実、発展するものと期待しております。

沖縄県医師会並びに会員の皆様の益々のご発展を祈念して乾杯をとらせて頂きます」

その後、名城沙英乃さん、根路銘明子さんによるエレクトーンとヴァイオリンのコラボ演奏と高良愛さんのピアノ伴奏でオペラ歌手の川満美紀子さんによる歌を披露していただき、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、22名おられたが、1等賞（液晶テレビ）は山城千秋先生、2等賞（コンポ）は吉田洋史沖縄県薬剤師会副会長、3等賞（自転車）は大浦孝先生ご子息の大浦宏さんであった。

最後に小渡副会長より2010年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があり、閉会となった。



1等を当てた山城千秋先生とご家族



2等を当てた吉田洋史沖縄県薬剤師会副会長



3等を当てた大浦孝先生ご子息大浦宏さん

「沖縄県医師会労災部会」について

沖縄県医師会労災部会の現状



理事 金城 忠雄

平成21年6月に沖縄県医師会労災部会総会が開催された。

労災部会関連の現状について報告しようと、「労災・自賠責の担当理事」として過去の部会活動を確認のため医師会報を当たったが、県医師会報の労災部会関連の報告資料が少なく、詳しいことが良く分からない。

しかも、労災保険診療審査時に復帰前の米軍統治時代の労災指導医の苦労話を時々耳にする。「沖縄県医師会労災部会の歴史」について知りたくなり、久場長毅部会長に投稿をお願いしたら快く承諾して下さった。当時の労災医師会員の苦労や努力には感動する。

<労災部会関連の現状>

沖縄県医師会労災部会について

- ・ 労災保険指定医（医療機関）で構成する。
- ・ 沖縄県医師会労災部役員は表1のとおりである。
- ・ 本部会事務所は、部会長が勤務する医療機関内に置く。

現在、「沖縄県の労災指定医療機関」は379機関が登録されている。（沖縄県労働局労働基準部労災補償課）

レセプト審議を行う労災保険診療指導委員は、表1にある部会長、副部会長、監事、会計、指導理事、県医師会理事と労働局地方医員の大城徹医師の7名で構成している。

労災保険とは、正しくは「労働者災害補償保険」と言い、日本本土では、1947年（昭22）に発足し、政府（厚生労働省）が保険者であり、事業主から納付される保険料収入によって

表1

沖縄県医師会労災部役員（任期 自 平成20年4月1日 至 平成22年3月31日）

番号	役職	氏名	所属	名称
1	部会長	久場長毅	那覇	医)こがね森会 久場整形外科医院
2	副部会長	友寄英雄	那覇	友寄クリニック
3	監事	仲本嘉見	那覇	医)はごろも会 仲本病院
4	会計	仲宗根朝洋	市立	地方独立行政法人 那覇市立病院
5	指導理事	大見謝恒人	那覇	医)周恩来 おおみじゃ眼科
6	担当理事	金城忠雄	県医師会	財)沖縄県総合保健協会 附属診療所
7	理事	小禄尚	北部	医)幸寿会 伊差川整形外科
8	理事	本部紹一	中部	医)浩然会 コザ整形外科医院
9	理事	山内義正	浦添	浦添胃腸科外科医院
10	理事	仲本重男	那覇	医)紅嘉会 仲本クリニック
11	理事	大田守弥	南部	大田胃腸科外科医院
12	理事	砂川隆治	宮古	医)愛泉会 砂川整形外科医院
13	理事	下地隆	八重山	医)恵山会 下地脳神経外科

運営されている。

沖縄では、1964年（昭和39）に労働者災害補償保険法が施行されたが、米軍統治時代でもあり、運用は不安定であった。1972年（昭47）復帰以後は、完全に日本法律が適応されている。

<沖縄県医師会部会委員役員と労災保険診療指導委員の選出方法>

1. 沖縄県医師会労災部会役員は、労災指定医療機関から選出する。
2. 沖縄労働局長は、沖縄県医師会長と労災部会長に、保険請求書の審査・指定医療機関に対する指導医として労災保険診療指導委員を

委嘱している。

3. 労災保険診療指導委員は、医師会担当理事及び労災部会会員より推薦された会員と地方労災委員医師に委嘱されている。

労災保険診療指導委員の役割は、財団法人労災保険情報センター（RIC）が一次審査した労災診療報酬請求書レセプトを「労災診療費算定基準」にてらし問題項目を「照会・返戻・不適等」に分類し再審査している。

労災保険も、時代と共に適用事業の拡大、「業務災害」「通勤災害」はもちろん、現在は、疾病予防を目的に設けられた脳・心臓血管疾患に予防給付「労災二次健康診断等給付」が導入されてきた。アスベストによる建築物解体時の暴露防止、過重労働による健康障害防止にメンタルヘルス対策を推進している。

<労働災害と診療報酬について>

「平成21年度沖縄労働局のあらまし」の業務概要の資料によると、平成21年の死傷災害は、死者13名を含む休業4日以上災害者数は、764人になっている。

労災保険給付支払い状況は、保険給付件数が2万8,711件、保険給付金額が34億5,914万1,802円にもなる。

労災二次健康診断等給付費用のレセプトは、3,856件で、他府県に比べ沖縄県は、労災二次健診活動が活発である。

「沖縄県医師会の労災保険に関する事業計画」には、労災保険の運営を円滑に推進するため、沖縄県労働局並びにRIC沖縄事務所との連携を図ることになっている。

労災保険情報センター

Rousai hoken Information Center (RIC)

労災保険情報センター（RIC）沖縄事務所は、労災保険制度を労働者、事業主、医療機関に労災保険に関する相談業務や情報の提供を行うと共に、労災医療の充実・発展のために各種の支援を行っている。本部は東京にあり、また各都道府県に地方事務所を設けている。

それでは早速、久場長毅部会長の「沖縄県医師会労災部会の歩み」を拝読しよう。

沖縄県医師会 労災部会の歩み



労災部会長 久場 長毅

県医師会報に労災部会についての記載が少ないので、35年以上も前の事でもあり、歴史みたいに大げさなタイトルで纏めるのはいささか気が引けるが、嘗て「労災医会と云う数人の外科医で発足した集まり」から出発した労災医会について薄れた記憶をたどりつつ報告する。

日本本土では、労災保険制度は、昭和22年

から開始されている。

米軍統治下の沖縄では、1953年（昭28）に労働基準法が成立し、1964年（昭39）に労働者災害補償保険法が施行されたが運用については、流動的であったとのことである。

労災保険診療に関する件では、支払い方法の改善と支払い期間の短縮についての要望が記載されている。（労災医会発足当時の労災保険指

定医会役員名を以下表2に示す)

会長：山田之朗、伊志嶺玄喜、幸地昭二、他
理事6名の記載がある。

表2

委員会委員 (1965~1971年度沖縄医師会会務報告書から作成)

沖縄労災保険指定医会役員

役 職	1966~67	1967~68	1968~69	1969~70	1970~71	1971~72
会 長	山田之朗	山田之朗	幸地昭二	幸地昭二	幸地昭二	幸地昭二
副 会 長	伊志嶺玄喜	伊志嶺玄喜	宮城能久	宮城能久	仲地紀仁	宮城能久
常任理事	幸地昭二	幸地昭二	仲地紀仁	仲地紀仁	幸地準一	仲地紀仁
理 事	幸地準一	大城正義	幸地準一	幸地準一	宮城能久	幸地準一
〃	稲福全一	久田友順	浜松 宏	浜松 宏	浜松 宏	浜松 宏
〃	宮城能久	宮城能久	大城正義		大城正義	大城正義
〃	久田友順	稲福全一				
〃	大城正義	幸地準一				
担当理事		源河朝康	源河朝康	源河朝康	源河朝康	源河朝康

労災保険診療指導委員

1965	那 覇	伊志嶺玄喜、新里 幸徳、石原 文雄、砂川 恵徹、大城 正雄					
	コザ	新里 吉一、新垣 浄治、稲福 全一、宮城 能久、名嘉真武豊					
	宮 古	福嶺 紀仁、中村 圭介、奥平 恵寛、山内 朝秀、垣花 齊					
	八重山	長嶺 功一、牧志 宗徳、大浜 信賢、山川 実、宮良 長和					

労災医会も次第に参加する医師が増え、組織も大きくなってきた。

沖縄県に復帰した後にも、何故か私の所に現在の「県医師会労災部会」の前身である「労災医会」の商標やドル時代からの復帰前後のものである領収書等の書類が残っている。県医師会の県の字がついていないので県医師会とは別の存在であったらしい。たぶん県医師会も各地区医師会も現在のように整然としてない時代に外科系の医師の何人かが主体になって沖縄労働局との話し合いの場としてできたらしい。

当時、労働災害診療は、自由診療であったから慣行料金を労働局との間で設定して請求していた。問題が生じた時に局と医師側との話し合いが持たれ、その時出来た「医師側の集まりが労災医会」であったのだろう。主として外科系の医師であったが、その他の科の医師もおられた。新規開業医が労災医を申請した時の相談も「労災医会」が受けたらしい。労働局側からは、労災医療に適正な加療がなされているか「労災医会」に審査相談を嘆願され、それが恒常化して労働局側では「労災指導委員会」と呼ぶようになったと思う。委員会が何を指導するのか当初はよくわからなかったが労災医療の審査委員

会みたいなのであった。

私の記憶では、復帰前年会長は、幸地昭二、副会長に浜松宏、外に伊志嶺玄喜、故仲地紀仁、故宮城能久の先生方がいらっしやった。審査に際しては地方労災局側医師として大城徹先生が参加された。

労災診療費は一点単価12円と全国統一され、復帰前の沖縄もこれに準じていた。しかし 各検査、手術、点滴注射、心電図、X-P写真など他府県ではそれぞれ管理料として特別料金を設定していたらしい。

九州地区でも労災医療については個室料金、検査料、手術等に管理料が加算されており、私共労災医会でも度々九州地区会議と称する会議があ

り、福岡県に自腹を切って出張研修を受けたものである。また、九州労災病院の先生を招聘して講演してもらった事もあった。労災医も20名を越えるようになり、皆の為に自腹を切って福岡県の会議に出席したり、講師の招聘する時の費用などが必要と云う事になり労災医会の会費を徴収することになった。以後今日まで毎年会計報告がなされている。

当時、沖縄の企業が労災保険に加入している会社は、全国的に見ても低かったが、それでも労災医療費、休業補償、傷病手当金、その他の補償を支払っても尚、労災保険金の積み立てには余裕があったと思われる。

労災事故の多い企業は、労働局からの事故指導のため公共事業がもらえない等の不利益があった。その上、労災事故のない企業は、表彰されるので治療費を密かに企業が支払ったり、社長のポケットマネーで支払ったり、いわゆる「労災かくし」で、取立て表に出さないこともあったと聞く。現在では、労災かくしは、犯罪として取締りの対象になっている。

指導委員会のメンバーも局側の一部の方々も、沖縄の企業が拠出した金はできるだけ沖縄の労災医療で消費すべきとの考える人もあり、

レセプトの審査も現在よりも緩やかであったかと思う。

日本復帰以前の話ではあるが、特筆すべきことに沖縄労働局長と労災医会長との間で度重なる交渉の結果、冷房費の請求いわゆる「療養担当費（療担と呼んだ）」の覚書が交換されたことである。一日7点を5月から11月まで支払うことを認めてもらった。私ども労災医側は、北海道では暖房費を認めているのではないか、沖縄では夏は猛暑であり入院室が高温多湿になるので、創傷が化膿し易く、ギプスを巻いても不潔になり治療に支障をきたすので冷房費を認めて欲しいとの趣旨であった。交渉が困難だったのは、寒くて死人が出ることはあっても暑くて死人がでる事はないと労働局側の主張である。困難な交渉の結果、労働局側がそれではと、冷房費の名目ではなく「療養担当費」の名目で対応してくださった。半年間一日7点の療養担当費は大きな成果であった。この療養担当費は日本復帰後も続き平成3年頃廃止となった。また一点単価を15円位に上げて呉れと交渉したが、全国統一だ、との一言で日の目は見なかった。

平成3年、労災診療費が、健康保険診療規定に準ずる事になり、日本各地区独自の上乗せ管理料も、私ども労災医会が苦勞して勝ち取った「療養担当費」いわゆる冷房費も請求できなくなった。

労災保険事業は、1972年（昭47）日本復帰とともに、琉球政府から沖縄労働局に引き継がれた。ところで、相互扶助の名の下に沖縄の企業から集めた労災診療費の余剰保険金は、中央に吸収されてしまうらしい。

健康保険制度と異なり労災医療は自由診療だとはいっても、労災診療費請求やレセプト等の書類審査は厳しくなされている。その支払い業務量は、膨大なものになり医療技術の複雑化により診療内容も多様化し点検項目も多くなるなど専門性も要求された。

一時、労災指導委員会は、午後6時から9時まで月一回の軽食付きで定期的に行われていた。6名の委員と地方労災医が参加し激論をか

わしたり、教えてもらったり、疑問点は診療側に確認したり労働局に資料の要求をしたり、治療上の情報を交換したりした。基本的に労災保険は、自由診療を建前にしていたので、健康保険算定基準に従っていたとはいえ、社保や国保とは違う観点から審査されていたと思う。

労災診療費、各種請求書・レセプトや事務処理のスピード化が要求され、全国的に財団法人労災保険情報センター Rousaihoken Information Center (RIC) が、1989年（平成元年）に厚生労働省より委託を受けて設立された。

当初の趣旨は、各医療関係者が労災医療費を請求しても、労働局側で労災事故についての調査があり、労災事故と認められて初めてレセプトの審査になり、その医療が適正である時支払いが行われるので調査に時間を要し何ヶ月も支払いが遅れたりしたので、医療側から治療費の請求があったらRICが翌月に立替払いしてくれる為に出来た財団法人と聞いていた。何故か数年後には、レセプト審査業務はRICが担当することになる。

沖縄県では、1991年（平3年）RICが開設され、同時に、全国共通との理由でこれまで認められていた「療養担当費」いわゆる冷房費は廃止されてしまった。

同、平成3年、労災医会は、幸地昭二会長から仲本嘉見先生に引き継がれ、沖縄県医師会の傘下に入り、「沖縄県医師会労災部会」と称している。

ところで、平成4年突然会計検査が入った。幸い、前年で冷房に要した「療養担当費」を廃止してあったので他府県と違って特別料金の採用がない事が評価され、レセプト審査も概ね適正であるとされ会計検査院からの重大な指導はなかったといわれる。とは言え、北海道の暖房費はそのまま残されたらしい。

その時の会計検査の結果、夜間の審査会、軽食の提供も不可、審査労働局員の残業も不可となった。

医師の審査会は「労災保険診療指導委員会」

と称するようになり、労働局で月1回、昼間午後4時半まで、RIC職員の事務的審査した診療請求書レセプトを適正・照会・返戻すべきか疑問点を再審査チェックしている。労災保険診療指導医師は、自分の診療時間を割いて審査に参加するので、開始時間も終了時間もまちまちである。幸い現在のところ、大問題になる事例がなく、大勢集まって委員間の討論や相談はなくなった。しかし、診療内容に精通していないことがあれば、レセプトチェックの時に何らかの方法でお互いに相談解決している。

沖縄県では、平成19年から労災保険請求業務レセプトは、労災保険情報センター（RIC）に全面的に委嘱している。現在のセンター職員の勉強振りには、唯々驚かされ感心している。

労災保険の請求は、基本的には赤本・青本にある健康保険の診療報酬点数に準じて行っているが、独自に設けられた点数及び金額「労災診療費算定基準」沿った審査が行われている。平成20年久しぶりに会計検査がはいった。沖縄県は指導が少ない方だが、それでも局員はかなり神経を使っているようだった。

以上、思い出すままに、労災保険診療関連について米軍統治時代、日本復帰前後、現在に至るまで「県医師会労災部会の歩み」を報告した。

参考文献

- 「沖縄労働基準局十年の歩み」
- 沖縄県医師会歴史—終戦から祖国復帰まで—
- (1967(昭42)年度の沖縄医師会会務報告)

