

## 平成22年度第1回都道府県医師会長協議会

副会長 玉城 信光



去る7月20日（火）日本医師会館において標記会長協議会が開催された。各県より寄せられた12題の質問について協議が行われたので、以下に概要を報告する。

### 挨拶

#### 原中勝征日本医師会長

原中会長より、大雨による土砂崩れ等の水害により、各県大変な被害を被っていることに対しお見舞いの言葉があり、次のとおり挨拶があった。

「本日の協議会には、12題の質問が出されているが、それぞれ日本医師会として対応している内容そのものであり、進捗状況あるいは詳しい情報を提供できると思うが、政府や悪く言えば勝ち組病院との戦いでもあり非常に難しい面もある。日本医師会はあくまでも国民にとって最善の医療を求め政府との話し合いをしている。最近厚労省とも、直接核心に触れる話が出来ようになっているので、今後もこのルー

トを保ちながら私達の意見を述べていきたい。

本日の審議の中で、納得出来ない点については引き続き、会を別としてご質問、ご提言頂ければ、私達は解決に向けて邁進していくので宜しくお願いしたい。」

### 協議

#### (1) 日本医師会役員選挙における会長選出方法について [徳島県]

- ・ 現行の日本医師会定款施行細則第28条第1項において「会長の選挙においては、有効投票の総数の3分の1以上の得票を得なければならない。」と規定されているが、当選必要得票の規準を「投票総数の過半数以上」とすべきと考えており、どのように取り組んで行かれるのかお聞かせいただきたい。
- ・ 医師会の活性化を図り、その活動の充実を期するためには、「役員 の 定 年 制 ・ 任 期 制 限 導 入」も有効な手段ではないかと考えるが、今後の検討課題とされますよう要望したい。

＜回答：今村常任理事＞

会長選挙については、新公益法人制度が施行されると原則として理事は社員総会の決議において選任し、代表たる会長は理事会において決議して選定することになる。

決議には、総社員または理事全体から過半数の出席と、出席者の過半数の賛成が必要となる。そのようなことから、現在の日本医師会の規程自体認められなくなる。会長選挙制度のあり方については、定款諸規程委員会も設けられているので、今後細部について議論が進んでいくと思う。

役員の定年制の導入については、平成15年8月に出された定款諸規程検討委員会の報告書において、若い会員の積極的な登用は推奨するものの現時点では定年制を導入すべきではないとする日医の正式な見解が出されており、現在も同じ考えである。日医のスタンスとしては今まで変わっていないが、新公益法人制度への対応についても議論していく中で、本日のご提言についても議論していきたいと考えている。

(2) 医療ツーリズムと特区構想について

[兵庫県]

1. 日医は何時の間に「医療は成長産業」との認識を定着させてしまったのか。
2. 医療界に身を置くものの中でも、いかにほどが医療ツーリズム、医療特区構想の持つ重大ポイントをしっかり理解しているか、まして直接影響を蒙る筈の地域住民はどうか。事の重大さを彼等に如何にアナウンスしていくべきなのか。

＜回答：中川副会長＞

我が国は公的医療保険制度の下で全国民に公平、平等な医療を提供し、世界中から高い評価を得ている。それは日本医師会が組織をあげて混合診療の全面解禁を阻止し、株式会社の参入を水際で跳ね返してきたからである。しかし指摘のように、政府内で医療を産業化しようとする動きが活発化していることに重大な懸念を

もっている。

医療は成長産業と認識したのかというご質問については、日本医師会が2000年8月に発表した2015年医療のグランドデザインにおいて、医療・介護は21世紀において国民経済への波及効果の高い力強い産業として重要な位置づけがなされるべきであると明記している。これは、医療・介護は日本社会のお荷物では無く、国民経済の視点から見て、公費税金を投入すべき分野であるとの主張であると考えている。一方日本医師会は政権交代後の昨年10月に「日本医師会の提言－新政権に期待する－」を政府与党に提出し記者会見で公表した。ここでは、税金1兆円を医療・介護にそれぞれ投入した場合の効果を再計算した結果を示すと共に、外来患者一部負担割合の引き下げを提言した。具体的には「医療・介護は他の産業に比べて大きな雇用誘発力を持つ、又、雇用拡大のための財政主導は将来の経済成長をもたらす可能性も高い。先に提案した外来患者一部負担割合の引き下げは、受診抑制を回避し、早期発見、早期治療を通じて健康な就労人口を増加させる。医療・介護は成長社会実現のための投資である。経済成長は税収をもたらし、国民に充実した社会保障給付として還元される。医療・介護こそ日本の内需拡大を支え、日本を再生させるのである」というものである。

また、先月6月23日の定例記者会見でも閣議決定された新成長戦略に対して、同じ主旨の見解を述べている。更に1週間後の6月30日には経済産業省が医療産業研究会報告書を公表した。この内容は公的医療保険給付の充実というよりも、医療周辺の民間産業を成長させて公的医療給付の不十分な部分を補完するというものであり、日本医師会は公表当日これに即応して会見で多くの問題点を厳しくかつ事細かに指摘した。このように、医療は公費を投入すべき分野であると一貫して主張してきた。医療に民間資本を投入し、市場を拡大させるという意味での成長産業であるとの認識はしておらず、むしろそういう認識を厳しく批判してきた。

なお、ご指摘のように誤解を招く可能性があることから、民間資本の参入を彷彿させる「産業」という表現は数年前より使用しないようにしている。

2点目は“医療ツーリズムと特区構想についてその重大性の認識は浸透しているか”というご質問については、医療ツーリズムに関しては次のように重大な危惧をもっている。

現在、医療ツーリズムにより外国患者を受け入れたいとする医療機関はPETやMRIなどによる検診が空いているところかもしれない。しかしそれらの医療機関が外国人患者に対して自由価格を設定して収益を上げ、経営状態が好転するようになれば最新の画像診断機器を装備した近隣の医療機関もそれに倣うことは容易に想定できる。そうなると画像診断の公的保険診療による検診が混んでいる医療機関も外国人患者の受け入れをはじめ、保険診療で受診している多くの日本人患者は後回しにされてしまう。既に病気で通院中のある程度の高所得者は検査については全額自己負担してでも優先的に受けたいと思うようになる。このことが混合診療の全面解禁を後押しすることになる。また、MRIなどの最新の医療機器による診断は全額自己負担であることが一般化すると最新の医療機器による診断を公的保険に組み入れるインセンティブが働きにくくなる。

更に日本人及び外国人患者を自由価格のみで診療するようになった医療機関は診療報酬とは関係がなくなり、公的医療保険を拡充しようとする働きが全体的に弱まり診療報酬は益々抑制されることになる。その結果、都市部などで外国人患者や富裕層の日本人患者を見込める地域と、そうではない地方との格差が拡大することになる。地方の医療機関で診療報酬が伸び悩む中で苦戦を強いられ、最悪の場合には地域医療が完全に崩壊してしまう。

一方、特区構想の危険性は、特区において実施される事業は当事者が採算を度外視してでも成功するように全力を傾ける可能性がある。その結果、みせかけの成功事例が一時的に示され、

国民を間違った方向へ誘導しかねない。特区だから実験的なことが許されるということにはならない。兵庫県神戸市のように度重なる構造改革特区、総合特区の攻勢に対峙されている医師会の地域医療を守る戦いには敬意を払うと共に、重大な問題として日々学ばせていただいている。日本医師会としても、今後とも厳しく監視し、特区構想の重大性の認識を全国の会員と更に一般の国民と共有するため努力を続ける。

民主党は今年の総選挙の際に小泉・竹中ラインに象徴される市場原理主義を掲げる新自由主義者が日本の地域医療を崩壊させたとする内容のマニフェストを発表した。それを評価し、医師の6割が小選挙区で民主党に投票した調査もある。医療現場に一筋の光明がさしたのだが、民主党が政権を奪取し10ヶ月経ったが、現与党内には旧政権にも増して新自由主義が蔓延しようとしている。

今回、大変時節を得た質問をしていただいた。兵庫県医師会、神戸市医師会の活動を十分に参考にさせていただき、日本医師会はこれからもより一層政治に翻弄されることの無い、一貫した医療政策の提言と社会保障の理念を明確に示していきたいと考えている。

質疑では、引き続き兵庫県の西田副会長より、混合診療に関する是非論等も含め日医の見解を住民に受け止めてもらういい機会であり、日医として更に踏み込んで対応していただきたいとの要望が出された。

それに対して原中会長から、「本日厚生労働省と話し合いを持つことになっている」との説明があり、更に中川副会長から、「正直な話、医療ツーリズムに関しては、一部の病院団体に賛成意見がある。我々が気をつけなければならないのは、対峙する相手が求めているのは、我々の全面賛成では無く部分的な賛成で十分満足する点にある。そこを突破口として攻めてくることが考えられる。ただ、闇雲に全てがダメであるというつもりは無いので、今後も引き続き対応していきたい」とのコメントがあった。



**(3) 死因究明制度の進捗状況について**

**[石川県]**

診療行為に関連した死因究明制度に関して、医療安全調査委員会設置法案大綱案が示されたが、昨年政権交代により民主党案が示され、未だ先は見えていない。

日本医師会の医療安全への死因究明制度の進捗状況を教えていただきたい。

**<回答：高杉常任理事>**

医療行為の結果次第で、医師が刑事責任つまり業務上過失致死傷罪に問われることは医師及び医療関係者にとって最大の不幸なことである。昨年夏までの自民党政権下において第3次試案大綱案が示され、日医内では医療事故と医師責任問題検討委員会で検討し答申が出された。民主党政権になってからは大綱案がそのまま正案となることは無いと明言されているが、対案として示されたもの以上に議論は進んでいない。また、5年前から現在まで106例の第3者機関での死因究明モデル事業はAIを組み入れて新しく機構を作ったうえで継続が決められ、第1回の会議が済んでいる。

一方、事件性のある死亡に対してはAIを利用しての死因究明、あるいは薬物検査等々の刑事事件の取り組みが進んでいる。今回医療安全の担当責任者であろう足立参議院議員の死因究明制度にAI制度を導入するとの選挙後の発言、渡辺厚労省医療安全対策室長の7月15日の看護協会での発言を斟酌すればこれから議論が本格的になるであろうと推測される。日医内ではこれまでと同様、プロジェクト委員会を設置する予定である。また、AI制度導入は積極的に政府に働きかけ、ADR制度等に関しても情報を集めている。

現在のところ総論的なお答えしか出来ない状況であるが、今後ともご理解とご指導を宜しくお願い申し上げます。

**(4) 今シーズンのインフルエンザ対策について [静岡県]**

予防接種法改正案が継続審議となっているところであるが、一方で今シーズンのワクチンは、新型株を含めた3価の使用が決定されたとの報道もあった。現時点においても新型ワクチンと季節性ワクチンの位置付けが法的に異なる規定となっており、また、現在の予防接種法改正案でもその問題の解決は望めそうもない。

そんな状況下において、新型を含めた3価ワクチンが本当に使用できるのか、ワクチンの流通経路や価格、補償等についてはどうなるのか。

**<回答：保坂常任理事>**

去る6月10日新型インフルエンザAH1N1対策総括会議報告書が厚生労働大臣に提出された。日本医師会の代表としてこの会議に第4回より特別ゲストとして参加し、構成委員と同等に発言させていただき、報告書のまとめに関わった。報告書は先の対策について様々な立場からの反省に基づき、多くの提言を行ったものであるが、特に医師会に関係の深い事項についても各項目ごとに触れられている。情報の共有、迅速な情報の伝達や学校等の臨時休校について、医師会や医療関係者を当事者として位置づけている他、医療従事者へのPPE（个人防护具）の提供、休業時や医療従事者の死亡または後遺症が生じた場合の補償についても触れられている。医療提供体制について医療機関側の調整役としても、医師会を例示している。ワクチン接種についても予約を含めた接種体制について医師会との相談、調整を行うとしている。更に、ワクチンの返品問題に関しては、返品も含めた在庫問題の解決に向けて早急に最大限努力すべきであるとの文言が盛り込まれた。強毒性のインフルエンザの発生に備え、報告書の内容を踏まえつつ、現在内閣官房で対策の策定を進めているとしている。具体化されるものから来年度予算の概算要求に盛り込まれていくことになるが、今後も様々なチャンネルから意見を申し上げていく所存である。

今期のインフルエンザについては、国会における法の継続審議やワクチンの製造についてのぐらゐの量が確保されるのか、ワクチンの安全性等を考えながら進めている。今期のインフルエンザワクチンはH1N1を加えた3価のワクチンが2,905万本、成人接種回数換算5,400万回分される予定であるということになっている。予防接種法の改正案が継続審議となっているため、当面今期のインフルエンザワクチンは昨年と同様臨時的措置として行われることになり、国が主体となる接種ということになる。この場合、優先順位を設置しないこと、10mlでの供給はしないこと等については、既に厚生労働省に確認済みである。流通方法については季節性インフルエンザワクチンと同様の方法とし、価格についても従来の季節性インフルエンザワクチンと同程度の価格となるようであると聞いている。H1N1を新人に接種する予防接種法の改正案が国会で成立し、実施主体が国から市区町村になっても現場が混乱しない対策をたてることを強く要望してきたが、厚生労働省もその方向で調整中である。

また、ワクチンの返品問題についても継続的に厚生労働省と協議している。この問題が解決しない限り、今シーズンのインフルエンザ対策には協力が困難である可能性があり、更に強毒性インフルエンザ発生時の協力は困難であるということをお伝えしている。7月28日に厚生労働省は都道府県担当者会議を開催、具体策を公表することにしており一定の内容をお伝えすることになっている。また、返品問題についても何らかの対応についてお伝えできると思っているため、日医からの情報提供についてご確認頂きたい。

**(5) 予防接種法の改正について [京都府]**

- 1) ワクチンによる健康被害について
 

任意、定期の別なく等しく健康被害に対応すべきではないか。
- 2) 定期接種の見直しについて
 

諸外国に比しあまりにも定期接種の内容が乏しい。Hib、肺炎球菌、HPV、ムンプス、

水痘なども早急に定期接種にすべき。4月の代議員会でも出ていたように、定期接種化を求める強力なキャンペーンやTVコマーシャルを提供すべきではないか。

- 3) 成人の百日咳が増加している
 

二期のDTワクチンに百日咳を加えるべきと考えるが、提案はなされているのか。

**<回答：保坂常任理事>**

ワクチンによる健康被害については、臨時接種と定期Ⅰ類疾病、定期Ⅱ類疾病については予防接種法に基づく救済制度がある。任意接種については医薬品、医療機器、医薬品医療機器総合機構法に基づく医薬品副作用被害救済制度の適用となっている。この2つの補償では障害児養育年金の額で約2倍、死亡一時金の額で約6倍の差がある。ワクチンによる健康被害に対する補償については、ご意見のとおり任意接種と定期接種の区別なく同等に行うべきと考えている。ご承知のとおり、現在、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会においては、予防接種法の抜本の見直しのための議論が進んでいる。日本医師会としては、WHOが推奨するワクチンは原則として定期接種化すべきであると考えている。これを実現し、実質的に多くのワクチンによる健康被害の救済が予防接種法に基づくものとして、厚く行われることが現実的な対応と考えている。ご指摘の任期・定期の区別なく、等しく健康被害に対応することは新たな法律が必要になることから、長期的な対策として視野に入れて検討して参りたい。

定期接種の見直しについては、ご指摘のとおり我が国の予防接種政策は他の先進諸国と比べ、数十年遅れている。4月の定例代議員会において回答したとおり、定期接種対応に向けての取り組みについて、本会としても検討してきた。

先に申し上げた予防接種部会においてもそのことを強く主張し、部会の議論の趨勢は定期接種により多くのワクチンが国費により無料で行われるべきとの方向にある。一報、その実現のために広く国民を巻き込んだ活動も必要と判断

し、日本医師会と予防接種推進専門協議会との共催による「希望する全てのこどもに予防接種を」という言葉をキャッチフレーズに本年8月末から11月にかけて予防接種キャンペーンを行うことにした。WHOが推奨している予防接種で防ぐことが出来る病気、VPDのワクチンの多くが海外においては定期接種として行われているにも関わらず、我が国ではHib、肺炎球菌、HPV、B型肝炎、水痘等のワクチンは任意接種となっている。予防接種法を改正し、地域間や経済的格差が無く、希望する全てのこどもが公費、定期接種によりワクチン接種を受けられる制度を早急に実現させるための活動である。具体的なスケジュール等については、現在調整中であり、詳細は後日正式に連絡するが、日本医師会市民公開講座等を活用した一般市民への意識啓発、新聞紙による意見広告や国会請願を目指した署名活動の展開などを行うこととしている。

報道にもあるように、近年成人の百日咳が増加しており、本年はその傾向が特に強い。これらの対策についても予防接種部会等で検討されている。ご指摘の二期のDTワクチンに百日咳を追加することについては、安全性や摂取量等を含め現在検討されているところであり、今後の経過を報告させていただきたいと思う。

**(6) 事業仕分け評価による産業保健推進センター業務の見直しについて [秋田県]**

＜回答：今村常任理事＞

地域産業保健センター事業については、実施体制の急激な変更により大変多くの課題がある中で、37の都道府県医師会において引き受けて頂いたことに対し、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

ご承知のとおり本年5月、独立行政法人に対して事業仕分けが実施され、産業保健推進センターを集約化と財政支出削減という評価が下された。連動して独立行政法人とは関係の無い、地域産業保健センター事業までが査定されることになった。日本医師会はこのような現場の実

態を踏まえない非常に乱暴な対応に対し、遺憾に感じると同時に原中会長名で与党の幹事長等に地域産業保健センターの充実強化を求める要望書を提出した。更に都道府県医師会にお願いし地域産業保健センター事業と産業保健推進センター事業に関するアンケート調査を実施した。7月28日に都道府県医師会の産業保健担当理事連絡協議会を開催することとしているが、この調査結果を踏まえ、7月15日、16日の両日、厚生労働大臣、両副大臣、政務官、労働基準局長等に対し要望書と共に現場の切実な声として調査結果を提出した。

ご指摘のとおり産業保健推進センターの集約化によって産業保健の支援活動に大きな影響を及ぼし、産業活動の後退が懸念される。日本医師会としては、産業保健推進センターについては、これまでと同等の役割が発揮され、支援活動が円滑に実施されるよう今後も要望を続けていく。

メンタルヘルス対策は住民や行政、医師会が一体となって地域の活動として取り組むべき課題と考えている。厚労省はメンタルヘルス対策支援センターは元々産業保健推進センターの予算と別立てであるということで、日医としては産業保健推進センターの集約化を容認しているわけではないが、万が一そのようなことが起こったとしてもメンタル対策支援センターは47カ所確保していきたいと厚労省の考えである。この事業は、現在でも公募で推進センターが手を挙げて国から委託を受けているということになるので、今後は都道府県医師会が取り組むということも可能と考えているので、そのような仕組み作りも日医として検討していきたいと考えている。

日医では、産業保健に関わる予算を減らすことが無いよう、政府に対し引き続き十分な財政措置を求めていく。また、事業運用面での改善ということで、選択機能の充実強化を要望していく。

今後の日本医師会の対応としては、先ず産業保健委員会において、今回のアンケート結果を



踏まえ、両センターのあり方について早急に検討を行い、早い時期に中間答申を頂く予定である。

また、例年9月に産業保健活動推進全国会議を開催しているが、これを遅らせて来年の1月に開催したいと考えている。先ほどの産業保健委員会の答申、年末の平成23年度の政府予算案を踏まえながら、日本医師会として産業保健活動がどうあるべきかの方針を決定したいと考えている。

**(7) 個別指導、集团的個別指導等への対応について [大阪府]**

- (1) 個別指導全般について
- (2) 集团的個別指導のあり方について
- (3) 現行の集团的個別指導の通知に際しての改善点について
- (4) 新規指定医療機関に対する個別指導のあり方について

**<回答：鈴木常任理事>**

最初に個別指導全般について、指導を強化して医療費削減を図ろうという発想が出てくる原因は行政が医療機関は、不正を働くと考えていることにあると認識している。これは日医として是非とも払拭していきたいと考えている。そのためには政権、行政、国民にしっかり説明すると共に日医が自浄作用を発揮し悪いものは悪いとこれまで以上に明確に表明報道していく必要がある。指導はこれまで都道府県医師会と社会保険事務局が相談してその地域独特の運用をしてきたが、平成20年に地方厚生局に直接の権限が移管され厚生局単位で運営されるようになったので、厚生局内の各都道府県の歩み寄りが必要と考えるが、一気に全国統一するには問題がある。官民相談しながら徐々に足並みをそろえて行くべきではないかと思っている。

次に集团的個別指導のあり方について、集团的個別指導はそれまでいきなり個別指導が実施されてしまっていたものを、まずは集团的個別指導を実施してできるだけ個別指導に移行するのを防ぐために設定された。しかし、その選定

基準がレセプト一件当たりの点数が高いことや翌年度も高点数の場合に個別指導の対象になることについて、日医としては高点数イコール悪ではないと非常に不満を持っている。現在の指導大綱ができた際に指導大綱、指導要綱、監査要綱は5年経過ごとに見直しを行い、集团的個別指導は今後日医主催のピア・レビューとすることを検討すると当時の厚生労働省と確認している。

ご指摘のとおり、集团的個別指導を医師会主催のピア・レビューとすることで高点数の問題は解決できると考えている。しかし、そのためには国民からみても透明で公正なピア・レビューにしなければ国民の信頼は得られない。指導の本来の目的である社会保険の適切な運用実施は国民皆保険制度の堅持や医療の信頼性の確保を目指すものであり、医師会と行政の目的は本来一致しているはずである。適正な保険診療を実施していくためには行政と地区医師会が共同して進める必要があると考えているので厚生労働省に対して今後とも働きかけていきたい。

次に現行の集团的個別指導の通知に際しての改善点について、先般6月4日付で都道府県医師会社会保険担当理事宛に指導の取り扱いについての文書を送付した。その中で、平成20年に指導監査の権限が厚生局に移管されて以降、都道府県医師会と行政の関係が悪化しているとの指摘を受けているので、都道府県医師会と厚生局の都道府県事務所の意思疎通が上手くいっておらず都道府県医師会は非常に距離感を感じている旨を伝え、今後の改善を強く申し入れた。集团的個別指導の改善点についてご提案をいただいているが、いずれも最もなことであると考えているので厚生労働省に働きかけていきたいと思っている。

最後に、新規指定医療機関に対する個別指導にあり方について、全てご指摘いただいたとおりに考えているが、返還については明らかに適正を欠くレセプトに対しては指摘し、医療機関の自主的な対応に委ねることにしては如何かと考えている。そもそも新規開業医療機関に対す

る指導は教育的なものであり、いわゆる訳あり医療機関に対する個別指導とは全く異なるべきものである。今回厚生労働省との間に基本的な合意をさせていただいたが、カルテの指定については実際は殆どの現場では前日になっていたところを4日前に押し戻したというのが実情である。ご指摘いただいた点については更に働きかけていきたいと考えている。

**(8) 個別指導における実施通知時期について [岡山県]**

- ①個別指導をカルテ30名分行うということは指導時間の2時間30分だとカルテ1名分を5分で指導することになり、十分な指導時間にとれず、指導する側も、される側も充分納得する指導になりません。今迄どおり20名としていただきたい。
- ②カルテ指定において4日前に15名通知とし、前日に15名とする。とありますが、電子カルテ等使用医療機関の場合、原則紙媒体への打ち出しとなっています。15名のカルテ一年分を一日(一晚)で打ち出すのは診療所にとって非常に困難な作業です。全てを4日前の通知にしていきたい。

又、電子カルテ等を使用する医療機関に対する個別指導の方式に対して、未だにきちんとしたルールが定まっていません。どの方式が最も適切か国と協議決定して頂きたい。

**<回答：鈴木常任理事>**

個別指導については、現在の都道府県の個別指導の実態は高点数保険医療機関等を除外すれば、そのほとんどが審査支払機関、保険者、被保険者等からの情報提供によるものだと考えている。対象患者数は少ない所では10名から多い所では100名と、都道府県によって取り扱いに大きな差があった。指導は様々な請求パターンについて複数実施することにしていおり、外来、入院、初診、再診について、社保、国保、後期高齢者について各々2名を対象としても24名分となることや、ほぼ全国平均であること等

を勘案して30名とさせていただいた。

指導時間については、指導の目的が果たせる時間とし、原則として診療所は2時間、病院は3時間とさせて頂いた。例えば診療所に対する個別指導の場合、指導対象となるレセプト30件に対し、一律に2時間とするのではなく、状況に応じて長短があることになる。この主旨は何も問題が無ければ淡々と進むことになり、2時間以内で終了することもあり、また、何らかの問題が生じた場合は2時間を超える場合もある。大事なことは双方にとって指導が有意義なものとなる必要があると考えている。

電子カルテについては、業者によっては患者のデータを打ち出すのに色々な画面にいかねばならず、必ずしも直ちに打ち出せるようなものではなく、作業に時間が掛かって面倒であるというご意見も聞いている。

そもそも紙代や保存場所の関係で電子記録しているのに、打ち出して指導を行うのは時代に逆行しているとも言える。特定共同指導など、医療機関で指導を行う場合は電子カルテの画面を見ながら実施しているので、対応を厚労省と協議していきたいと考えている。

質疑では、集团的個別指導で医療機関の選定ミスがあったことへの厚生局への今後の対応問題や、高点数で医療機関が指導されるのはおかしいので指導大綱を見直していただきたいとの要望が出された。

鈴木常任理事からは、現場の状況をお聞きした上で厚労省と協議を進めていきたいとの意向が示され、又、指導大綱の見直しについては、前回の見直しが中医協の基本問題小委員会の議論を経て決まったという経緯があることから、改めて検討させて頂きたいとのコメントがあった。又、指導官の質の改善も求める意見も出され、原中会長から、医療法は刑事訴訟法に基づいて作られていることに大変不満を感じている。基本的に医師と官僚は国民のためにやっているという同じ考え方をもたせるために国に働きかけていきたいとの姿勢が示された。



**(9) 「がん患者リハビリテーション料」(診療報酬点数1単位200点)について [北海道]**

施設基準は5項目あるが、問題は、下記「1」ならびに「2」に記載の「十分な経験を有する」という部分に関して、研修会の開催回数(本年度は3回)があまりにも少い。容易に研修に参加できる環境を全国的に整えていただくよう働きかけをお願いしたい。

1. がんリハビリテーションに十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
2. がんリハビリテーションに十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。

**<回答：葉梨常任理事>**

がん患者リハビリテーション料は、新設の診療報酬の点数で1単位200点、1日6単位までとれる。これは新しくできたものががん患者が科学療法の治療を受ける際に合併症や機能障害を生じることが予想され、治療前或いは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑えることができることから、早期回復を図る取り組みが評価され算定されることになった。

算定については、中医協の審議の中で簡単に取れ過ぎないようにとの意見があったようである。研修会の開催状況について厚生労働省に確認した結果、主催するライフプランニングセンター、リハビリテーション団体では、今後開催回数を増やしていく動きがあるとのことであり、日医でも気をつけて推移を確認していきたいとのことである。

引き続き、追加質問で畑副会長からの要望を受け、葉梨常任理事から日医で全国的な調査を行い、追加の研修会の開催について要望していきたいとのコメントがあった。

**(10) 警察医会への日医の対応について [福岡県]**

日本医師会として、各都道府県における警察医の状況を調査し、警察庁や法医学会等の関連団体とも協議しながら警察医活動の向上と協力を図る必要があると思うが、日本医師会の考えをお尋ねしたい。

**<回答：横倉副会長>**

ご承知のとおり警察医と言っても、その名称や業務内容等、特に監察医制度を持っているところと、そうでないところとでは大分差がある。そういう現状で日本警察医会という組織に加盟されている都道府県が20県くらいに留まっている。日本警察医会が真に全国的な組織として、警察業務に関連する医療や検視、検案等について医療界を代表する組織として機能することは、一方では非常に国民医療や国民生活においても極めて重要なことである。先ほど来、ご議論のあった死因究明の分野においても死亡時画像診断が導入され始め、国の施設としても本格的な検討が開始されているが、こういう死因究明の分野においても日本警察医会には死体検案を担う医師の団体として積極的な関与が期待されている。更に日本医師会としては次のような点からも日本警察医会の全国組織化を支援し連携を深める意義があると考えている。

第一に、医療界の代表である日本医師会と警察司法との連携が円滑になること。第二に、日本医師会の活動としても極めて公益性が高いこと。第三に、日医会員にとっても検案や死亡診断書作成等に関する知識、技術を高める機会が期待できるということがあげられる。特に第二の公益性の点に関しては、死亡された方の死因の特定や検視制度の改善に向けて日医が警察医会と共に臨床の立場から提言をしていくことは、生きている患者さんの生命を助けることにも劣らず価値の高い取り組みであると確信をしている。先月、原中会長と日本警察医会の原口会長が面談され連携の推進について改めて確認したところである。今後日本医師会としては、

日本警察医会と有機的に連携し、全国組織化を支援するため各都道府県医師会で警察医或いは検案問題を担当する役員或いは事務局の分掌を決めていただくようお願いする予定であるが、その前に全国の警察医や警察医会の現状について詳細に調査行い実態を把握する必要がある。その際には各都道府県医師会或いは郡市区医師会の役員、事務局の方々にもご面倒をお掛けするがご理解とご協力をいただけるようお願いしたい。

に反映させることが執行部としてはしなければならぬ大きな課題であり、それについては今後とも進めていきたいと考えている。また、この会長協議会、代議員会、各種の委員会等々広く診療所の先生方にもご出席もいただいております、ご意見も伺っているところである。今後、そういった会議或いはインターネット等の活用等により、様々な方法で会員から広くご意見をいただいた上で会務の執行にあたっていきたいと考えている。

**(11) 無床診療所の代表を執行部に [奈良県]**

最近、「会員の団結のため、代議員の数を増やすなどして勤務医の声を取り上げるべきである」との発言がよく聞かれるようになっていく。しかしその一方、最も多数を占める一人開業医の声も果たしてしっかりと取り上げられているのか？

提案として、ネットを利用した役員、いわば「ネット常任理事」といったものを新設してはどうかか。

**<回答：羽生田常任理事>**

現在、日本医師会には無床診療所の役員が3名、有床診療所が2名。役員改選の度に一期で辞めているということではなく、私は皆様からご推挙いただき5期目、司会の今村聡常任理事が3期目で、無床診療所でも何とか頑張っておりご支援いただきながら会務に専念していきたいと思っている。

ご提案の「ネット常任理事」について議論はしてないが、常任理事という役目柄或いはこの度改正になる公益法人においてもネット上での議論が結論として認められることは、恐らく不可能であろうと考えられるので、「ネットにおける常任理事」が実際に可能かどうかということに疑問を持っている。一つの方法として、4月21日に原中会長からのご提案として目安箱を設置させていただいて多くの方々からご意見をいただいている。また会員の多くの方からご意見をいただくことにしており、それを会務

**(12) 医療政策への日本医師会のかかわりに ついて [埼玉県]**

さる6月18日に、菅内閣のもと「新成長戦略」が閣議決定された。内容はご存知のとおり、先進医療の手続き簡素化、医療の国際化などであり、25日には、大阪市長から「成長戦略拠点特区」として、外国人医師による医療行為の規制緩和要望などが出されている。

6月30日には、経済産業省が、「医療産業研究会」報告書を公表した。医療に関連する新たな市場分野の拡大、新技術の導入・IT化による医療のイノベーション等の議論を行ってきて、「医療の国際化」として、国内の医療機関が外国人患者に高度な医療サービスを提供する「医療ツーリズム」構想を打ち出している。

また、その拡大に向け、患者受け入れを支援する新会社を2011年に官民出資で設立する方針を固めたとの新聞報道があった。また、国では、医療関連データベースいわゆる「ナショナルデータベース」の活用方法の検討が進んでいるようだ。

日医ではいつ頃このような話を知り、どのような行動をされたのか、また今後どのような対応をしていくのか伺いたい。

**<回答：高杉常任理事>**

日本は今世界一の高齢社会に突入し社会の仕組みを大きく変える転換期にあるが、一方でかつてない大きな政権交代、首相交代の混乱期である。また、このような時期だからこそ日本医

師会は国民の命と生活を守る大きな使命があると認識している。原中会長は4月14日の記者会見で小泉政権下での市場原理主義に立ち返らないように述べ、同日の民主党の国民生活研究会の講演では医療介護福祉の重視を指摘した。以下、ポイントをいくつか述べていきたい。

原中会長の方針に従い、小沢一郎民主党幹事長、枝野行政刷新担当大臣に混合診療の全面解禁に反対する文書を提出。併せて規制制度改革に関する分科会に日本医師会の参加を求めた。また民主党の適切な医療費を考える議員連盟の会合に担当役員が招かれ、混合診療の全面解禁の問題点、医療ツーリズムの問題点を指摘した。更に5月初旬に原中会長が日本記者クラブで講演し日本医師会の主張の理解を求めた。政権与党の議員に対し規制制度改革に関する分科会の動きを注視しながら各担当役員が直接的にロビー活動を行ってきた。これらの働きかけにより同分科会の検討テーマが保険外併用療法(いわゆる混合診療の原則解禁)の範囲拡大からいわゆる混合診療の原則解禁の文言が削除され、医療ツーリズムは国際医療交流に変更されたが、その内容は殆ど変わっておらず今後注意を要する。

6月1日、日医執行部就任披露パーティーの翌日に鳩山首相の辞任はご記憶のとおりである。6月7日に出された規制制度改革に関する分科会第一次報告書(6月15日公表)の、段階において規制改革の流れをある程度抑制することができたが、その行方は今後も予断を許さない。医療産業研究会報告書については、6月30日公表以前に情報を入手し、経済産業省の担当課長に対し検討を申し入れしている。

菅首相になって出された新成長戦略に対しては、当該省庁の政務三役、民主党の関係議員に文書を通じて意見を述べている。また、IT情報戦略でのナショナルデータベースについては、レセプト情報等の利用について個人情報保護目的外利用等について注意を喚起し、第三者審査機関の設置を求め、今後注視していきたい。民主党政権誕生の下での委員会、研究会は

日本医師会の参加を拒まれた経緯があったが、これから委員改選期を迎え、また新たにスタートする場合は積極的な関与を求めていくことにしている。

以上概要を説明したが、医療政策の作成、立案がともすれば内閣府、財務省、経済産業省の主導により推進され厚生労働省の意見が反映されないケースが数多く見られている。日本医師会は定例記者会見を通じ国民に医療政策への日医の見解を公表しているが、是々非々で判断し支援していくことの会長方針に何ら変わることはない。今後政治主導の下、展開される政策の方向を変えていくためには各都道府県医師会、郡市医師会に送っている記者会見資料、その他日医の資料を基に地元選出の国会議員への働きかけが大切である。全医師会の一致したご協力をお願いしたい。

質疑では、埼玉県の金井会長から医療ツーリズムについて、中川副会長は先ほど全面否定するものではないということであった。これは何らかのルールを作らないとどんどん拡大していくと懸念を抱くものである。保険外併用療法等についても日本医師会でどのように対応してきたのか、また、今後の活動方針についてもお聞かせいただきたいとの追加質問があり、原中会長、中川副会長より次のとおり説明があった。

**日医 原中会長**

今の民主党政権の危険なところは、小泉政権時代にできたことを官僚が持ち出してきているということである。メンバーも前と全く同じメンバーが出て非常に危険を感じている。現実に医療関係の問題も厚生労働省とも相談がなく、経済的な理由ということでどんどん進められているが、正に医療ツーリズムのその典型であると思っている。

医療ツーリズムが及ぼす影響については、関係省庁とも話し合いを持っている。彼らももしかしたら、この医療ツーリズムが日本の医療を壊す危険性があるということも認識はしている。そのことに関して、本日中川副会長が面談



して日本医師会の賛成・反対意見について説明することになっている。

もう一つは、日本の経済の低迷に対して政府がものすごく焦っている。医療に対して、当然日本は優れていると誰もが認めているが、今、韓国が済州島に大規模な医療ツーリズムを計画している。これは中国人の富裕層を対象にしていると思われるが、もし日本がこれに太刀打ちできる施設をもてば、中国人は日本に安心してくるであろうと、だから負けないで早く作らなければいけないという焦りがある。ただ日本医師会としては、あくまでも、このことが行われることにより、日本の国民保険の質が悪くなったり或いはいろんなところにほころびが出ているということに対して、懸念と同時に現在地域医療が崩壊する中で、医師、看護師はその勝ち組或いはお金が入っている病院が全部そういうところを巻き上げていいのかという問題を検証しないといけないという基本的な態度をとっている。

これだけではなく、例えば医科大学の新設に関しても厚生労働省が必要だという人数を、全然相手にも聞きもしないで勝手に文部科学省が進めているという現実もあり、今の日本政府のあり方というのは正に危険状態だと感じている。近々菅総理と会う予定があり、これらの問題点を統合して政府として行動するよう申し入れることにしている。国民の医療制度が崩壊することだけは、どんな小さな穴もあけてはならないと思っている。

#### 日医 中川副会長

私が全面的に反対ではないと申し上げるのは、日本の医療レベル、医療システムを高く評価して病気になった外国人が日本で治療を受けたいということに関しては、医師の使命感として当然、これは診察、診療はするべきだという環境整備はしたいということである。それから絶対譲れない点というのは、混合診療の全面解禁と株式会社の参入である。医療ツーリズムは多分失敗するからそんなに深刻に考えなくていいという人もいますが、失敗しても株式会社が医

療に参入したという実績は残る。そのことは絶対避けたいと思っている。

又、関連して福岡県の松田会長から、個々の医療政策については是々非々でいろんなことに対応していくとのことであるが、今回の参議院選挙の結果でも A1 会員一人あたり 2 票も取れてないという状況にある。医師会組織自体がかなり弱体化していると思われる。会長として今後医師会が一体化、団結していくためにはどのように考えておられるのかとの質問あり、原中会長より次のとおり説明があった。

#### 日医 原中会長

今回の参議院選挙では 3 人支持をして、3 人まとめて、もし 30 万票集まれば医師会の力のものすごく強くなるという感覚をもっていた。ところが結果は 3 人集めても会員一人当たりの獲得票は、前回、前々回に比べずっと下がりっぱなしである。更に過去に遡って調べてみると最高 127 万票とった福島先生の選挙をみると、出身県は A 会員一人あたり 17 票獲得している。しかし今は奥さんの票も入ってないという状況である。これを真剣に考えないといけない。診療費は高くしろという要求は強いが、だけど自分は選挙にも行かない。この状態を単なる勤務医の先生方は選挙にもいかないだろうというような見方だけではいけないと思う。少なくとも一人あたり 2 票位は何とかとれるような組織にしていけないといけないと思う。医師会は政治団体ではないので、本来の仕事をやることが大切であるので、きちんとした行動はとっていききたい。しかし一方では政治を抜きにして医療費のことを語ることはできない。だから一生懸命、今回の選挙を反省して、きちんと票が集められるような日本医師会にしていかなければ益々窮地に立っていきたくらいと思っている。この選挙結果を受けて私たちの要求を聞いてくれるのか、心配しながら活動しないといけないということを身にしみて感じている。具体的なことは、政府の交代劇が続いている中で、やっときちんと話し合いができる体制ができつつある

という状況ではある。正副会長で話し合っているのは、各政党に研究会を作ることを目指し、どの政党にも共通して日本医師会の意思を提示していくことにしている。民主党とは研究会を作ること合意した。それから今日、谷垣総裁が来られてそのことも話をしたら、自民党には医師が二人しかいない。この二人に対して日医から働きかけて党全体として日本医師会とのパイプを作ってくれとの要望を受けているので、これも進めていくことにしている。それから一方では国会議員で医師免許をもっている人で与野党を問わず、全員参加の勉強会を開くことも決定している。

後は、会員の先生方が政治の大切さについての環境づくりを如何に浸透させることができるかが、役員の方だと思っているので先生方のご協力をお願いしたい。

#### 日本医師会からの連絡事項

##### <説明：藤川常任理事>

厚生労働省の「チーム医療推進会議」に出席しているが、今回、平成22年度の厚生労働省の研究事業として、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」で看護師が行う医行為の範囲に関する研究を行うことになっている。

特に問題になっているのが「特定看護師（仮称）」の問題で、特定看護師制度を何とか導入して一般看護師の業務範囲を広げようという計画が進められている。このアンケート調査が7月中に多くの医療機関に送られる。特定機能病院83施設、病院1,600施設、診療所（有床・無床）は1,000施設、訪問看護ステーション540施設、更に専門看護師450名、認定看護師1,200名にアンケート調査を行うことになっている。

日本医師会としては、この特定看護師の問題を全国で認識していただいて、医療安全を損な

うことがないように独自に調査を実施することにした。

各都道府県医師会役員10人、そこに勤務する医療機関の看護師に10人（47医師会×20人）、また各市郡医師会役員に5人、そこに勤務する看護師に5人（818医師会×10人）、合計9,120人の結果を独自にまとめ、厚生労働省が出すデータと日本医師会の会員と看護師の見識を出して、国民の安全を守るために医療行為、医師行為は原則として医師がやるというスタンスを示すことにしている。7月中に届くものと思うので全国のご協力をお願いしたい。

#### 第28回日本医学会総会への登録・参加について（協力依頼）

当日は、同会長協議会へ日本医学会総会 矢崎義雄会頭並びに永井良三準備委員長が出席され、平成23年4月に開催される第28回日本医学会総会について、学会への登録と参加呼びかけの協力依頼があった。同学会の開催日程等は下記のとおり。

##### ○学術講演

会期：平成23年4月8日（金）  
～4月10日（日）

会場：東京国際フォーラム、丸ビルホール  
&コンファレンススクエア、  
東京商工会議所

##### ○博覧会

会期：平成23年4月2日（土）  
～4月10日（日）

会場：東京国際展示場（東京ビッグサイト）、  
丸の内エリア

##### ○学術展示

会期：平成23年4月7日（木）  
～4月10日（日）

会場：東京国際展示場（東京ビッグサイト）

## 印象記



副会長 玉城 信光

初めて出席させて頂いたが、2時間の間に12題もの質問があり、日医がそれに答える形で進行された。ディスカッションをするというのではなく、代議員会の答弁と変わりはない。

### 1. 日本医師会役員選挙における会長選出方法について

今回の会長選挙のように代議員の1/3の得票数で会長を選出してよいのかと質問があったが、これに関しては法人化の際に検討していくことになった。また役員の定年は現在の規定ではないが、これも法人化のなかで検討することになった。

### 12. 医療政策への日本医師会のかかわりについて

参議院選挙の結果も踏まえ、与野党を問わず日医との勉強会をすることになっているようである。また医系議員の集まりを持っていきたいとのことであるが、社民党や共産党も参加するのは今後経過を見たいとのことである。たいへん良いことである。国会議員に日本医師会の考え方を伝え議論する場が大切である。

### 7. 8. 個別指導のあり方

全国を統一基準でやるのは良くないといわれた。集团的個別指導で高点数を指導することを改善するように日医からも要請するように話された。また集团的個別指導の対象となった医療機関はどのような基準で対象になったのか類型区分を示すべきであるとの意見が述べられた。そのとおりだと思う。

多岐にわたる議題であるがこれらが解決されるとすばらしいと感じられる。しかしこれまでの経過をみていると行政側を変えることは難しいようにも思える。

それにしても暑い、熱い東京である。35度の空気の中にすっぽりと入り、ビルの中からはなされるエアコンの風しか冷たいものはない。3時からの会議なので美術館にでも行くかと六本木の国立第2美術館へ行ってみた。オルセー美術展をしているはずである。暑い中を歩いていくと今日は特別招待日で一般の入場はできないとのことである。残念、それではサントリー美術館にでも入るか六本木のビルの中に入った。表に表示があり今日は休館日ですとのこと、祝日の翌日であることを忘れていた。疲れの残る日を過ごした。ダメ押しがひとつ、最終便の飛行機の中で酒でも飲んで帰るかと思ったが那覇空港の駐車場に車を置いてきてしまった。疲れに疲れた東京出張である。



# 都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会

理事 玉井 修



去る7月1日（木）、日本医師会館において標記協議会が開催されたので、概要を報告する。

## 開 会

石井正三常任理事より開会の挨拶があった。

## 挨 拶

原中勝征会長より、次のとおり挨拶があった。

「救急医療は、疲弊している地域医療の代表的なものである。以前は、たらい回しが医療側に責任があるようなことも言われていたが、実際調べてみると病院側も疲弊していて受入できない状態であった。また、過疎地帯の救急、ドクターヘリの問題とか解決されていないものが多々ある。いろいろな面で日医は医療費をあげていくことが地域医療を救うことだと申し上げ、救急現場の声を中央に届ける努力をしてきた。これから東海地震や大震災が起きる危険性を孕んでいるので、このような場で救急災害医療について話し合ってもらうことは国民を守ることに繋がる。ご協議よろしくお願ひしたい。」

## 報 告

### 救急災害医療を巡る諸問題について

石井常任理事より、近年の救急医療に関わる動き、平成21年の消防法改正に関する「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下実施基準）の策定が各都県で進んでいないこと、今後の課題について説明があった。特に、実施基準については、現在6県が策定しているが、救急患者受入困難問題を解決するために早く受入させるといふだけのルール作りではなくて、各傷病者毎のルールづくり、搬送の基準を秋までに各都県で策定いただきたいこと、医師会としての災害医療対策として、前期委員会報告書で提案された「医師会 JMAT」の具現化・研修体制の確立を行いたいとの説明があった。詳細は下記のとおり

### ◇近年の救急医療に関わる動き

- ・平成18年 日本版心肺蘇生法ガイドライン策定、「救急蘇生法の指針」を全会員に配布
- ・平成19年 救急医療用ヘリコプター特別措置法の成立・施行

第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会開催

- ・平成20年 新医療計画スタート（4疾病5事業）救急が重要なものとして位置づけ
- ・平成21年 消防法改正法の成立、施行
- ・平成22年 救命救急センターの評価方法見直し

◇平成21年消防法改正

- ・都道府県ごとの「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の策定策定が済んだのは6県しかない。秋までに各都県で策定いただきたい。
- ・協議会の設置（都道府県MC協議会、救対協）
- ・消防法改正に関する日本医師会の主張

◇救急救命士の業務拡大、心肺蘇生法に関わる動き、日医 ACLS 研修（実施状況）、日本医師会の救急蘇生法啓発活動

◇今後の課題

- ・救急蘇生法の普及（市民・医師）⇒救急蘇生法ガイドラインの策定、救急蘇生法指針改定
- ・消防法改正に関する「実施基準」の策定・施行、改善の実施⇒各都県での策定を促進
- ・医療計画⇒第2期医療計画（4疾病5事業）の策定に向けた検討、次期医療法の改正
- ・救急医療体制⇒初期、二次、三次救急医療体制、電話相談、後方体制（医療・介護）のあり方、充実。ドクターヘリ、ドクターカーの推進
- ・救急救命士⇒業務拡大（3行為）の実証研究、検討。業務場所の拡大
- ・災害医療対策⇒医師会 JMAT の具現化、研修体制の確立・平準化等

協 議

協議では、総務省消防庁担当者並びに厚労省担当者よりそれぞれ施策について説明があった。

総務省消防庁担当者は、「消防と医療の連携の推進について」、救急搬送の現状・消防法の改正により実施基準や分類基準等を定めたこと・策定状況・二次救急医療機関への助

成に係る地方財政措置(私的医療機関対象)・救急安心センターモデル事業の効果について説明があった。

厚労省担当者は、「傷病者の搬送・受入に係る実施基準の策定等について」、救急医療体制の現状・実施基準・小児の実施基準例・受入困難事案の現状・平成22年度予算(実施基準関連)・救急救命士の業務のあり方等について説明があった。

続いて、災害時医療への対策について、石井常任理事より、日本医師会「救急災害医療対策委員会」報告書(平成22年3月)の説明があった。同報告書では、「日本医師会の名の下に、全国の都道府県医師会が郡市区医師会を単位として編成する災害医療チームのシステムを構築することで、日本医師会は被災地での災害医療活動を実行する能力を具備する」、「そのシステムの名称として医師会 JMAT を提案する」としている。被災地郡市区医師会、医師会 JMAT、日本 DMAT との関係についても説明があったが、各県より日本 DMAT や日赤との連携等について意見が多く出された。

また、東京都医師会より、東京都が平成22年3月に策定して実施基準について説明があった。詳細は下記のとおり。

(1) 傷病者の搬送および受入の実施に関する基準の策定について

①総務省消防庁、厚生労働省担当者より施策の説明

「消防と医療の連携の推進について」

◇救急搬送の現状

救急出場件数は10年間で38%増加する一方、救急隊員は8%の増加にとどまる。搬送受入医療機関の選定に長時間要する事案が多発。平成20年中の救急車の現場到着時間は7.7分、1.7分遅延。病院収容までの時間は35分で8.3分遅延している。

◇消防法第35条で実施基準の策定・分類基準・医療機関リスト・観察基準・医療機関確保基準等が決められた。搬送先医療機関が速やかに決定しない場合、コーディネーターに

よる調整や基幹病院による調整を行う。

◇7月1日現在、策定が済んだのは6県。25県が今年12月までに策定見込み。16県は来年3月までの策定見込み。

◇照会回数別の件数の推移・照会回数4回以上の割合・救急隊の観察結果と初期診断の関係・二次救急医療機関への助成に係る地方財政措置（私的医療機関対象）

◇救急安心センターモデル事業の効果等

◇救急搬送にかかるトリアージの全体像について

家庭・119番通報の救急相談・救急搬送・救急外来の各段階で共有できる選別の体系（JTAS）の構築について、関係学会で進められている検討の方向を踏まえつつ、そのうち救急業務に関連する部分（救急相談、コール・トリアージ、病院選定等）について検討する。

東京都等では、救急相談センター（#7119）を設置している。

②「傷病者の搬送・受入に係る実施基準の策定等について」（厚労省担当者より説明）

◇救急医療体制の整備状況の推移と消防法改正による実施基準の策定、東京都が定めた実施基準について説明。

◇小児の搬送・受入に係る実施基準例については、小児の重症度・緊急度判断基準案、全身状態と症状・バイタルサインとモニタ値の評価について説明。

◇受入困難事案の現状については、重症以上の傷病者の搬送で紹介回数が11回以上であった事案の追跡調査結果、照会回数別件数、所要時間（覚知から病院受入）と退院時の状況、病名別件数など説明。

◇平成22年度予算（実施基準関連）

①受入困難事案患者受入医療機関支援事業（新規）450,683千円、②救急患者退院コーディネーター事業（新規）60,775千円、③消防法一部改正に伴う救急患者受入実態調査事業（新規）17,844千円、④身体合併症救急医療確保事業（新規）

◇救急救命士の業務のあり方等について

・検討会報告書では、三行為（①血統測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 ②重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用 ③心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施）が適当かどうかを検討した。

・三行為について、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行うことが適当として、平成22年度から実証研究を行うことになった。

③質疑応答・協議（東京都医師会からの報告）

東京都が平成22年3月に策定した実施基準について説明があった。東京都では、受入医療機関確保基準（救急医療の東京ルールI）により、受入医療機関が決まらない時は、「地域救急医療センター」や「救急患者受入コーディネーター」による調整を行うことになっている。

## (2) 災害時医療への対策について

①日本医師会「救急災害医療対策委員会」報告書（平成22年3月）

「救急災害医療における連携のあり方」と「医師会の災害時医療救護体制」について、検討した結果を纏めた。

救急災害医療については、消防法改正に伴う実施基準の策定を踏まえて、医療と消防の連携を促進すること、メディカルコントロール協議会のあり方、救急救命士の業務の場所について、救急隊（消防機関）の救急救命士が、患者搬送先医療機関で「救急救命処置」を行うこと、救急救命士が救急医療機関に就業し、自院内で「救命処置」を行うことの2点の提議を行った。この提議は、是非も含め日本医師会内外での議論を喚起し、衆知を集めるためのものである。

ドクターカーについては、「搬送困難事案」が大都市圏に多いことから、都市部を中心とした普及を求めた。ドクターヘリについては、全国への展開、消防用防災ヘリの活用とともに、受入体制や救急医療機関の連携、後方体制整備、かかりつけ医師の役割や地域医療の視点、財源についても触れた。今後の課題としては、「救急蘇生法の指針」等の改定への対応等を列



挙している。

医師会の災害時医療救護対策については、日本医師会の防災会議・中央防災会議への参画、日本DMATとの連携について具体的に述べた。また、日本医師会の名の下に、全国の都道府県医師会が郡市区医師会を単位として編成する災害医療チームのシステムを構築することで、日本医師会は被災地での災害医療活動を実行する能力を具備する、そのシステムの名称として医師会JMATを提案した。医師会JMATの基本方針の作成、日医・都道府県医師会・郡市区医師会の役割、医師会JMATの構成・研修・活動内容、地域DMATとの連携について示した。

②質疑応答・協議

**兵庫県**：救急医療センターについて、東京都のシステムが素晴らしいので兵庫県でもやろうとしたが、事業仕分けで出来なかった。県行政と話してもなかなかうまくいかない。同事業の継続性について伺いたい。

**総務省**：モデル事業として検証を重ねる必要があると主張したが、仕分けされた。基本プロトコルを作ることは重要である。これから手上げしたいというところをいくつかいただいているので、今年は仕分けされたけれども今後も継続していきたい。

**石井常任理事**：# 8000と# 7119は、地方に行けば行くほどリソースがある。仕分けされたけれども今後できないわけではない。強く要望していきたい。

地域医療が前提にあって救急医療がある。必要な事業は、声をあげていかなければならない。日医としても取り組んでいきたい。

**伊藤委員（救急災害医療対策委員会）**：日医は、16万人の会員集団である。災害時に、何の対策も立てずに手をこまねいていて、DMATが来るのを待っているだけというのではいけない。ということで委員会で検討することにした。ご理解を賜りたい。

**石原委員（救急災害医療対策委員会）**：中越地震や宮城地震、すべての地震に医師会として参加している。DMAT隊員でもある。DMATは早ければ24時間で出動できる。しかし、地域

の医師会と連携がとれておらず、被災地はまだまだ問題が山積み状態なのにDMATは帰ってしまうこともある。もし、地域の医師会との連携が計れるなら、地域の先生方と手を組み支援することができる。各県の担当理事には、DMATと連携して教育を行うとよい。DMATは施設指定であり、その指定病院をやめたとき、その技術を生かしてJMATとして被災した地域の支援をお願いしたい。日本DMATの教育は4日間であるが、JMATはその中から2日間の研修をやってもらいたい。日本DMATも各県地域防災計画で「医師会との連携」として入っていない県もある。DMATのみが活動しているように書かれている県もあるので、DMATと医師会との連携を書き入れていただきたい。

兵庫県から「救急医療センター」に関してご質問があったが、安全センター（# 7119）は医師会事業として有意義なことであると考えている。軽症者の安易な救急車の利用を少なくすることに役立つ。県医事業として大きな柱となるだろうし、地域の安全が守られるだろう。

**大阪市医師会**：大規模災害時のナショナルDMATと都道府県DMAT、日赤チームとJMATとの連携、コミュニケーションはどのようにとるか、指揮系統はどうか。

**石井常任理事**：DMATとのコミュニケーションをどうやって実現するか。災害時優先の手続きや衛星携帯、三重県では無線を使っていることなど、今期の委員会で聞き取りして情報出していきたい。

**厚労省**：日本DMATの規定が3月に改正された。今回の改正で地域医師会、日赤、消防が入った形で対策協議会を作っていく。実態として、日赤は日本DMATに4チーム参加している。災害時優先電話も有効である。

**新潟県**：中越大地震で被災した。話しあいを多く持っている。医師会長がコマンダーになっても、交通整理はやはりできないので、JMATの方が交通整理したほうがよい。地域の医師会が支援することが効果的であるとの話があった。

**神奈川県**：実際は都道府県、市町村が中心である。DMATは県知事の指示のもとに動く補償

があるが、JMATは、誰の指示のもとに動くのか、補償があるのか、しっかりやる必要がある。  
**熊本県**：JMATは、被災があったときにDMATの下請け、DMATを受入れということになる。実際防災訓練できるのは1～2名であり、あまりに敷居が高い。  
**石井常任理事**：検討していきたい。

### 総括・閉会

横倉義武（日本医師会副会長）より、「消防法改正に基く実施基準が策定できている県とそうでない県がある。早めに策定いただきたい。また、「医師会JMAT」については、被災地とそうでない県とで対応に温度差が見られる。引き続きご検討をお願いしたい。」と挨拶があり、閉会となった。

## 印象記



理事 玉井 修

平成22年7月1日、日本医師会館で都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会が開催された。冒頭原中勝征日本医師会会長のご挨拶があり、引き続き石井正三常任理事による救急災害医療を巡る諸問題に関してのご報告があった。

平成21年消防法改正にともない県ごとに傷病者の搬送および傷病者の受け入れの実施に関する基準策定をする事になった。傷病者に応じた搬送、情報伝達、受け入れに関するルール作りを行いなさいという事なのだが、傷病者の重症度判定という根本的な問題を宙ぶらりんにしたまま、大袈裟なシステム作りは何の意味があるのか良くわからない。果たして沖縄県にこのようなルール作りの必要性があるのか、非常に疑問がある。救急救命士の業務拡大に関しても、そのこと自体は理解できるが、救急救命士の足を引っ張っているようにも見える。沖縄県から1日かけて上京し、聞かされる話はどうも雲の上の話で、現場感覚からかけ離れている感がある。私はお上りさんよろしく、高層建築を横目でみながら雲上人の会話をぼーっと見ているだけであった。

東京都医師会からお話のあった救急安心センターモデル事業の話は大人版#8000事業である。しかし驚くべき事にこのモデル事業は119番要請を相談者に代わって行う事ができるという。しかし、そんな事したら電話1本で重症度を的確に判断するという大きな責任とリスクを背負う事になる。本当にそんな事可能なのだろうか？現にこの事業は例の事業仕分けにおいて「廃止」が決定されている。話を聞きながら少しシラけてきた。災害医療対策として日本医師会は各地区医師会会長をトップとしたJMAT (Japan Medical Association Team) を発足させて各地の大規模災害時の災害救急に対応するというお話も聞いた。うーんDMAT (Disaster Medical Assistant Team) の2番煎じじゃないの？沖縄県ではすでに沖縄赤十字病院など7病院にDMATが設置されており、県知事の要請に応じた災害時対応をするシステムがある。DMATとの棲み分けはどうするのかという質問に対して日医の回答によると、どうやら既存のDMATよりも上にランクする組織としての構想を持っているらしい。うーん既存のDMATは怒るだろうな～。沖縄から1日かけて、飛行機に乗って大量の地球温暖化ガスを排出させてしまったという負い目からか、何かしらその話に素直に頷けない私なのでした。

# 平成22年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

理事 當銘 正彦

去る7月16日（金）、日本医師会館において  
標記協議会が開催されたので、その概要について  
報告する。

## 開 会

定刻となり、三上裕司日本医師会常任理事より  
開会が宣言された。

## 挨 拶

原中勝征日本医師会長より、概ね次のとおり  
挨拶があった。

日本医師会では、昭和62年から自主申告による  
生涯教育制度を実施している。現在では、約13万人の  
会員（7割を超える会員）が毎年、生涯教育の申告を  
して頂いている。しかしながら、近年は医師が学習する  
姿を国民から見えるかたちで評価することはできないか  
との要望が多く寄せられるようになった。こうした声に  
応えることができるように会内でも積極的に検討を進  
めている。

日本医師会では、生涯教育推進委員会を中心に、  
「生涯教育カリキュラム<2009>」を作成し、それに従  
い生涯教育を進めている。しかし、専門性の高い診療科  
の医師及び専門医を目指す勤務医が参加しにくいとの  
意見が多いことや事務手続きが煩雑であるという点から  
、生涯教育制度検討会を設置し検討を行った。①いわゆる  
総合医認定制度とは全く異なるものであることについて  
、周知を図ること、②専門性の高い医師や専門医を  
目指す勤務医も取得できるよう認定証の発行要件を、  
「30単位・30カリキュラムコードの取得」から、「単位  
数とカリキュラムコード数の合計で60の取得」とする  
こと、③医師

の自己研鑽を支援するための日本医師会生涯教育  
制度であることについて協議を行った。

今後も、国民の医療に効果があり、時代の進歩に  
即応した生涯教育制度を確立できるよう充実をはか  
っていきたいので、先生方のご協力とご指導をお願い  
したい。

## 第28回日本医学会総会のご案内

永井良三第28回日本医学会総会準備委員会準備  
委員長より、概ね以下のとおり案内があった。

第28回日本医学会総会は、「いのちと地球の未来を  
ひらく医学・医療—理解・信頼そして発展—」のメ  
インテーマのもとで、医療従事者のみならず一般市民  
にも開かれた議論の場として、開催する。各都道府  
県医師会においても、登録推進と周知をお願いしたい。

第28回日本医学会総会（2011 東京）  
いのちと地球の未来をひらく医学・医療  
—理解・信頼そして発展—

学術講演	会期：2011年（平成23年）4月8日（金） ～4月10日（日） 3日間 会場：東京国際フォーラム、三菱ビル コンファレンススクエア エムプラス 丸ビルホール&コンファレンス スクエア、東京商工会議所
博覧会	会期：2011年（平成23年）4月2日（土） ～4月10日（日） 9日間 会場：東京国際展示場（東京ビッグサイ ト）、丸の内エリア
学術展示	会期：2011年（平成23年）4月7日（木） ～4月10日（日） 4日間 会場：東京国際展示場（東京ビッグサイ ト）、丸の内エリア

事前参加登録期間は、2010年3月3日（水）～  
2011年1月31日（月）まで



議 事

(1) 生涯教育関連事項報告

三上裕司日本医師会常任理事より、概ね以下のとおり報告があった。

平成22年度日本医師会生涯教育制度実施要綱については、栃木県医師会より抗議文・日本医師会に対する要望、日本医師会医師の団結を目指す委員会より「日本医師会生涯教育制度」改正についての意見、近畿医師会連合より日本医師会生涯教育制度実施要項見直しについて要望があり、平成22年4月20日の第2回日本医師会理事会において議題として取り上げられ、4月27日に開催した第3回日本医師会常任理事会において、その検討のため生涯教育制度検討会を設置した。当検討会において、手続きが拙速である、国等が目途とする総合医認定制度とのリンクへの懸念が払拭できない、眼科・耳鼻科・皮膚科等専門性の高い医師や専門医を目指す勤務医が取得しにくい、等との指摘がある一方、日本医学会分科会のいくつかが4月に開催されている等、既に多くの会員が実施要綱に基づき単位・カリキュラムコードを取得している等との意見があった。これらを踏まえて検討した結果、①日本医師会生涯教育制度と、いわゆる総合医認定制度は全く異なるものであることについて、周知を図ること。②専門性の高い医師や専門医を目指す勤務医も取得できるよう認定証の発行要件を、「30単位・30カリキュラムコードの取得」から、「単位数とカリキュラムコード数の合計で60の取得」とすること。③医師の自己研鑽を支援するための日本医師会生涯教育制度であること。の3点について合意のうえ、平成22年度日本医師会生涯教育制度実施要綱改正案を作成した。今後、本改正案については、理事会で協議を行い、実施要綱を改正したい。

e-ラーニングについては、3月末にリニューアルした生涯教育on-lineにおいて、e-ラーニング教材を提供しており、日本医師会雑誌読後回答等で単位を取得できる。また、カリキュラム、日本医師会雑誌もPDF形式で全文掲載し

ている。さらに、セミナー開催状況等も情報提供している。<<http://www.med.or.jp/cme/>>

指導医のための教育ワークショップについては、平成21年4月より、研修医5人に対して、指導医1人が必置となっている。日医開催のワークショップは定員をはるかに超える応募があり、今後ますます受講者が増加されると見込まれる。都道府県医師会においても積極的に開催していただきたい。

日医生涯教育協力講座については、今年度は、1.「肺の生活習慣病：COPD<慢性気管支炎・肺気腫>」一中高年のせき・たん・息切れをどう治療するかーグラクソ・スミスクライン株式会社および日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社との共催、2.「感染症の予防と治療～呼吸器感染症を中心として」第一三共株式会社との共催、3.「女性のがん～最新の治療からワクチンによるがん予防まで」グラクソ・スミスクライン株式会社との共催を予定している。

報 告

(1) 岐阜県医師会における生涯教育制度への取り組み「申請システム」

川出靖彦岐阜県医師会副会長より、概ね以下のとおり報告があった。

岐阜県医師会では、2002年からシステムを開発し、2003年から運用を開始している。当システムは、事務負担軽減、医師申告率向上に役立っている。具体的には、①講演会申請・登録の管理、②会報・インターネットによる広報の管理、③参加予約と出欠管理、④受講料の管理、⑤講演会の受講歴の把握、⑥取得単位の管理、⑦生涯教育申告の代行等である。また、新日本医師会生涯教育制度に対応するために要した費用は約500万円であった。当システムは、他県にも提供可能である。

協 議

【福島県】：3年間で単位とカリキュラムコード数の合計が60以上ということは、1時間の講習を受けた時に、1単位2カリキュラムコード

取得できるので、カリキュラムコードが同一のものであれば、3年間で20時間の講習が認定されるのか。

日本医師会雑誌の生涯教育「読後回答」問題でも、カリキュラムコード「84<その他>」が多く同一になってしまうので、「84<その他>」は何回もカウントできるようにしてほしい。

日医雑誌において、「臨床遺伝学」がテーマに取り上げられているが、もっと日常診療に密着したテーマを取り上げ、カリキュラムコードを広く取得できるようにしていただきたい。

**【日本医師会】**：ご指摘のとおり20単位40カリキュラムコードの取得によって、認定証が発行される。

「84<その他>」のコードに関しては、ご指摘のようなご意見がありますが、一方で制度改革によって単位数とカリキュラムコードの合計であれば、「84<その他>」は不要ではないかとの意見もある。また、「84<その他>」を何回もカウントするという事は、申告方法等の事務的に集計が困難になることなど、ご要望を踏まえて生涯教育推進委員会で、さらに検討させていただく。

日医雑誌のテーマについては、今回、学術企画委員会において検討しており、ご要望にお答えできるような対応をしていきたい。

**【栃木県】**：生涯教育単位取得証にて連続した3年間に取得した単位数とカリキュラムコード数の合計数が60以上の者に、日医生涯教育認定証を交付するという事は、少しのカリキュラムコードを取得するだけでも良いということになる。少しのカリキュラムコードでよいのであれば、従前の単位管理に戻し、1年間に20単位といった、管理もしやすいすっきりとした形のほうがよいのではないかと。カリキュラムコードの見直しを含め、やはり、1年間は見直し期間とするべきではないか。

日医開発の一括申告支援ソフトウェアを活用しているが、マニュアルだけで対応するのではなく、各都道府県医師会の生涯教育担当理事並

びに事務局に対し、ソフトウェアの活用方法などの説明があってもよいのではないかと。

**【日本医師会】**：カリキュラムコードは、学習内容を示すために必要である。連続した3年間に取得した単位数とカリキュラムコード数の合計数が60以上の者に、日医生涯教育認定証を交付する点については、疾病、留学、出産、育児等のため、連続した3年間において、単位・カリキュラムコードが取得できない場合であっても、1年間で単位数とカリキュラムコード数の合計数が60取得できるようにしている。ご理解いただきたい。

ソフトウェアの活用方法については、地域の実情によりソフトを取捨選択して使用しているため、説明会を開催することは現在考えていない。しかし、要望があれば説明に伺うことは可能である。

**【埼玉県】**：都道府県医師会等が主催する講演会等に参加した際、日本医師会の会員証にICチップ等を埋め込み、そのカードの提示により、参加履歴が残るようなシステムを構築してもらいたいとのご意見があった。現在、日本医師会の会員証については、会員の身分証明及び図書利用等の役割しか機能していないと聞いている。そのような観点から、日本医師会の会員証を現代に沿った付加機能を追加し、新たに構築していただきたい。

**【日本医師会】**：平成21年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会において、要望をうけて本会でも生涯教育制度における会員証の活用について検討した。予算の関係もあり、今後、継続的に検討は必要である。今期の日医IT化検討委員会においても当問題は議論する予定になっている。なお、当面の対応としてQRコードを一括申告支援ソフトに追加した。必要に応じて活用していただきたい。

**【東京都】**：日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>の一般目標は「適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供で

きる医師」である。これらの達成に必要な学習方略として、30単位、30カリキュラムコードの取得が求められたと理解している。

学習時間である「単位」と、学習分野である「カリキュラムコード」は、本来異なる次元の問題である。今回、両者合わせて60とすることは、ごく限られたカリキュラムコードでの認定証取得を可とするものに他ならない。そうなれば、学習目標と学習方略の間に齟齬が生じ、それに伴い学習評価にも齟齬が生じると考える。

**【日本医師会】**：今回の制度改正については、先ほども説明したとおり、国等が目途とする総合医認定制度とのリンクへの懸念が払拭できない。眼科・耳鼻科・皮膚科等専門性の高い医師や専門医を目指す勤務医が取得しにくい。事務手続きが煩雑である。等の指摘を受け、生涯教育制度検討会を設置した。一方、日本医学会分科会のいくつかが4月に開催されている等、既に多くの会員が実施要綱に基づき単位・カリキュラムコードを取得している等との意見があった。これらを踏まえて検討した結果、日本医師会生涯教育制度と、いわゆる総合医認定制度は全く異なるものであることについて、周知を図ること、専門性の高い医師や専門医を目指す勤務医も取得できるよう日本医師会生涯教育認定証の発行要件を、「30単位・30カリキュラムコードの取得」から、「単位数とカリキュラムコード数の合計で60の取得」とすること、医師の自己研鑽を支援するための日本医師会生涯教育制度であることの3点について合意のうえ、改正案を作成した。今後、本改正案については、理事会で協議を行い、実施要綱を改正したい。

**【山口県】**：単位とカリキュラムコードの記録は、郡市医師会や県医師会主催の講演会等に関するものについては医師会でコントロール可能だが、それ以外のものについては個人が主体的に関与せざるを得ないところがどうしても残る。多くの一般医師会員にまだ制度が十分周知や理解されていない現在、個人の記録・管理の

手帳などといったものを申請の時期である今年度末前ぐらいに、再周知の意味もあわせて、ぜひ配布されることを強く望む。

**【日本医師会】**：手帳については、前期の生涯教育推進委員会においても議論されている。手帳を作成すべきであるとの意見もある一方で、手帳等を作成し、それを埋めていくことは、いわゆる総合医のような認定制度につながると懸念される。また、各都道府県医師会においては、一括申告を勧めているというところもあり、手帳を作成するのではなく、一括申告をさらに推進すべきであるとの意見もあった。したがって、当問題については、生涯教育推進委員会で検討していくこととしている。なお、インターネット上での自己入力の上、管理できるシステムについて、今般、提供を始めたので活用していただきたい。

**【佐賀県】**：日々研鑽し続けることは、医師として責任を持って患者に対応するうえで必須であり、当然各自それなりに研修をしていると思われる。患者から選ばれる時代であり、充分な対応が出来なければ自然淘汰されると思われる。

開業医の場合、10年又はそれ以上開業している皮膚科、眼科、耳鼻科等の医師にとっては、積極的に参加する意欲も弱まり、参加率も低下することが予想される。勤務医の場合、カリキュラムコードの内容が基本的知識であることは理解できるが、大学病院等の大病院にて専門的に働いている医師にとって、今更という感否めない。これも参加率の低下に繋がるのではないか。また、日医生涯教育認定証については、決して開業の際の必要条件にはならない。

**【日本医師会】**：日医生涯教育制度は、医師としての姿勢を自ら利するというプロフェッショナルの理念のもと、医師の生涯教育が幅広く効果的に行われるための新体制の整備を目的としている。医師が不断に学習する姿をより明確なかたちで国民にみていただき、質の高い医療を提供し、国民の健康に貢献することを目的とし



ている。今回の制度改正は、眼科・耳鼻科・皮膚科等専門性の高い医師や専門医を目指す勤務医が単位を取得しにくいとの指摘があったことから改正したものである。開業の際の必須条件にするということは、全く主旨の違うものであり、考えていない。生涯教育制度は、医師の自立的な取り組みである。万が一そのような動きがあれば、全力で対応していく。

**【千葉県】**：「国民から見えるかたちでの評価」とあるが、国民に対しては、当生涯教育制度等は周知するのか。

**【日本医師会】**：来週に記者会見をひらく予定である。また、国民にわかりやすくするため、認定証に取得した「単位」、「カリキュラムコード」の数字を明記する。

**【群馬県】**：今後も、生涯教育推進委員会等で検討していくとしているが、郡市医師会に対し、説明をしなければならない。本日の変更事項等は、具体的にどれくらいの期間変更しないのか。

**【日本医師会】**：2年間は変わらない。

## 印象記



理事 當銘 正彦

去る7月16日、東京駒込の日医会館にて平成22年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会が行われた。担当理事である須加原一博先生が不都合の理由もあり、今回は広報委員会担当である小生が代理出席した。基調報告にもあるように、今回の主要議題は、今年の4月から新しい制度として発布されたが、全国的に喧しい議論が沸騰している日医の生涯教育における単位取得の大幅な変更に関する問題である。その波及を受けて当県医師会報における「生涯教育コーナー」の単位取得の問題も混乱しており、小生にそのお鉢が回って来た訳である。

事の発端は、2009年9月に公表された「平成22年度日本医師会生涯教育制度実施要項について」である。生涯教育における単位登録制度の大幅な改定内容が盛り込まれた新しい「実施要項」が2010年4月から実施されるという通達に、全国各地から抗議と反対の表明が相次いだのである。従来の生涯教育単位取得の方法と、「実施要項」の目玉である「生涯教育カリキュラム<2009>」を基本とした改訂の内容の違いについては報告書本文で確認を頂きたいが、問題の根本的な震源は、現在、厚労省が政策的に推進している総合医認定制度とのリンクが最も大きな懸念の様である。専門医には縁遠い84項目に列挙された新「カリキュラムコード」の内容がやり玉に挙げられており、その他にも、これまでは1年単位の「修了証」の発行を3年間の長期スパンに切り替えること、申告に使うソフトウェアの問題等により一括申告制から自己申告へ変更せざるをえない都道府県があるなど問題点が列挙されている。そして、この様な医師の生涯教育に関わる重要な問題を、生涯教育推進委員会からの答申を受けた日医執行部が十分な検討もせずに強行に実施したことが、紛糾に一層の拍車をかけた模様である。

こうした全国からの抗議を受けて、日医執行部は単位取得方法のマイナーチェンジ、即ち「30単位・30カリキュラムコードの取得」から、「単位数とカリキュラムコード数の合計で60の取

得」に変更することで（詳しくは本文参照）、兎にも角にも、新しい方法を先ずは試行して貰いたいという趣旨伝達を為されたのが、今回の連絡会議であった。

会議では色々と抗議や反論もみられたが、最終的には執行部の提案が了承されるかたちで閉会となった。聞き覚えのある“professional autonomy”、連絡会議の中で繰り返し使われた言葉であるが、調べると1987年のマドリード宣言におけるキーワードで、その趣旨は、「professional autonomy = 医師の自由裁量権は、医師自身の厳しい自己規律に裏打ちされたものでなければならぬ」との意である。日医の生涯教育に取り組む委員の皆さんの誇り高い格調に触れる思いで感動した。また、唐澤前会長は、「生涯教育カリキュラム<2009>」の刊行にあたり、冒頭で「学ぶとは誠実を胸に刻むこと、教えるとは共に希望を語ること」というフランスの詩人の言葉を紹介している。この様な崇高な精神の堅持を、我々は大切にしたいものである。

最後に、今回の日医の単位取得の改訂を受け、これまで行ってきた当県医師会報の「生涯教育コーナー」の単位取得の取り扱いについても、日医の事務局と相談しながら改訂の是非を検討して行く予定である。





# 日医医賠責特約保険のおすすめ

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

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

## 特約保険の特長

日医医賠責保険の上乗せ

開設者・管理者責任のカバー

高額賠償への対応

合理的な掛金

## 加入をおすすめするA会員

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

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

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

## 保険期間

中途加入月1日から平成23年7月1日

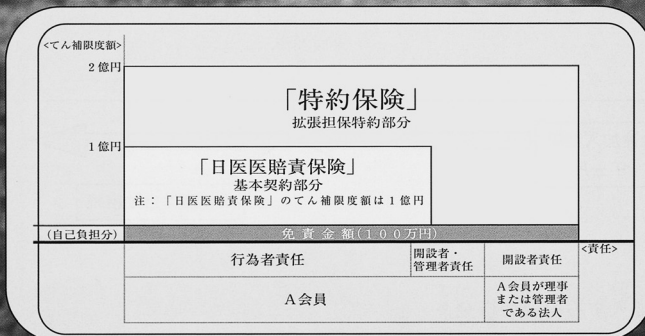
## 中途加入手続き

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

● お問い合わせは本会まで ●  
日本医師会（医賠責対策課）

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16  
TEL03-3946-2121

## 特約保険と日医医賠責保険の関係





## 第42回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会

理事 金城 忠雄

平成22年7月10日(土)・11日(日)の2日間に亘り、鹿児島市医師会主催により城山観光ホテルにおいて、720名近くが参加し、みだし協議会が開催された。

10日の第1日目は、各部門管理者会、分科会司会・演者・座長打合会が行われた後、3分科会が開催され、「医師会病院部門」、「検査・検診部門」、「高齢社会事業部門」に分かれて、発表・討論が行われた。

本会が参加した第2分科会の「検査・検診部門」では、4医師会より報告が行われたので、概要について報告する。

### 第2分科会「検査・検診部門」

#### 1. 医師会立臨床検査センターの運営形態について

鹿児島市医師会 理事 増田 吉彦

鹿児島市医師会より、医療施設は経営安定のために種々の経費節減を行っているが、検体検査の外注も例外ではなく、医師会検査センターと民間ラボとの競合が激化の一途をたどっている。又、本年4月の診療報酬改定で、DPC導入施設で従来は、包括されていた術中迅速病理組織標本作成ならびに術中迅速細胞診が出来高請求できることとなり、医療施設では既に制度導入を予測した自前での病理医の確保等が行われており、当センターでも受託件数への影響を受けている状況である。臨床検査センターの運営が厳しい状況にある中、利用率の向上を含めどのように対処しておられるか、各施設へのアンケート調査を基に報告させていただくことで運営の一助となることを願いたいとして報告があった。

なお、調査の回答率は65%であった。①会員利用率の増加策、②集配関連、③新規開業者の利用、④営業担当者に裁量権をもたせること等について調査した結果、今後、会員利用率を上げるために必要な要素として、料金面とシステム面、集配体制を挙げられる施設が多かったとのことであった。

#### 2. ICT導入・利活用による「肺がん検診事業」充実化の構想について

長崎市医師会 理事 小森 清和

長崎市医師会より、各種ガン統計で、長崎県・市は全国ワース5に入る現実がある。ガン検診率の向上は急務であり、その一端として肺がん検診を一般A・B会員医療機関に拡大している。

X線画像の質、デジタル画像への読影体制など実施上の問題はあるが、より根源的問題は、肺がんのみならず当県・市のガン検診の充実と長期展望に立つシステム構築にあり、そのためICT(Information and Communication Technology)導入による雲をつかむ様なシステムを目論むことにした。既に県下全体に展開中の医療情報ネットワーク(あじさいネット)を活用し、かつその構築に与したIT技術者の全面協力を得て、現在鋭意努力中である。提案内容は①クラウドシステムを使用し、データサーバーの機能を外部に置く②各施設からの画像データを「あじさいネット」を使い、各自送信する。③アナログ画像は市医師会に集め、デジタル化した後、同様に送信する。④読影委員は、それぞれの職場、自宅でその画像を読影する。⑤検診結果等の解析が容易となり、検証に利用

でき、市とデータの共有が可能となるよう提案している。予測される莫大な費用の捻出は、国のIT事業資金公募への応募等構想中であると報告があった。

### 3. 各健診機関で蓄積された検診データの住民への還元について

那覇市医師会 生活習慣病検診センター  
所長 崎原 永辰

那覇市医師会より、沖縄県は全国一肥満者の多い県であり、特に男性で20～30歳にかけての肥満者の爆発的な増加が見られ、肥満に起因する生活習慣病をコントロールすることは喫緊の課題である。健康診断の現状は、乳幼児・児童・生徒の定期健診は行われているが、18歳から39歳までの健康情報の空白期間があり、その期間に生活習慣病が形成されていることである。又、医療情報の現状は、治療中の疾患に対する定期検査の推移について、医療機関が変われば経時的に医療情報を参照出来ないことが多い。さらに、手帳の現状として、市町村が配布している健康手帳、婦人がん検診手帳、母子手帳などがあるが、母子手帳を除いては定着していない。

生活習慣病の克服には、健診受診率の向上や保健指導の充実も重要であるが、個人の自己管理能力を高めるための仕組み作りも必要である。そこで、将来の展望として、ICTを活用し、健診施設や一般診療所の情報を集約し、データを手帳に出力する環境を整備することによって、医療情報の経時的変化を自ら確認し、生活習慣の改善につなげることのできる健康手帳の普及を展開したい旨報告があった。

### 4. 特定健診の受診率向上を狙った新しい試みについて～特に、がん検診との組み合わせ（さがでるミニドック）～

佐賀県医師会 常任理事 志田正典

佐賀県医師会より、佐賀市の平成20年度の特定健診受診率は26.4%、21年度は24.2%と2年連続して県内最低の受診率であった。そこ

で、佐賀市では、受診率の向上を目指し、佐賀市医師会の協力のもと、22年度は、①国民健康保険被保険者証に高齢受給者証、特定健康診査受診券整理番号を加えた新しい保険証の発行と「健診スミシール」の活用、②個別健診結果説明と同時に、動機付け支援対象者に対し、特定保健指導が可能となるよう工夫した仮利用券の発行、③特定健診に加え、希望者に対して追加検査の実施と「がん検診（後日の集団方式）」が実施できる「さがでるミニドック」の運用開始、④日曜・祝日在宅当番医時の個別健診の実施、⑤個別健診結果説明時の身体状況図（構造図）の発行、⑥戸別訪問での受診勧奨や未受診者の意識調査を行う、専従職員の確保（ふるさと雇用 再生基金事業の活用）等の体制で健診を開始した。当センターもこれを全面的に支援しているとして報告があった。

7月11日の第2日目は、日本医師会の葉梨之紀常任理事より「今後の医師会共同利用施設のあり方」と題して講演が行われた。

## 講演

演題「今後の医師会共同利用施設のあり方」

日本医師会常任理事 葉梨之紀

葉梨日本医師会常任理事より、概ね次のとおり講演が行われた。

### <医師会共同利用施設について>

医師会共同利用施設とは、地域医師会が学術的基盤に立って、地域ニーズに対応した形で医療・保健・福祉に関する活動、医師の生涯教育を組織的に実施し、これを通じて地域の医療・保健・福祉の充実向上に貢献することを基本理念とした施設である。具体的には、医師会病院、医師会診療所、医師会臨床検査・健診センター等の他に訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、地域包括支援センター等の医療・介護・福祉分野の施設があり、全国に計1,351施設が設立されている。

○定義

狭義においては、医師会が設立主体であると同時に運営主体であり、かつ地域の医師会員に施設、病床、医療機器を開放し、共同利用を図る施設である。広義においては、狭義の概念の他に、自治体（公設民営）ないし自治体と医師会の共同出資による公社、財団（三セク）が設立主体となり医師会が運営している施設の他、福祉部門についても、医師会活動の一環として、医師会員が共同利用する施設を医師会が運営している施設である。

< 医師会病院について >

医師会病院は、診療所が外来機能を担い、病院は専門外来、救急や高度先進医療、入院機能に特化することにより病診連携と機能分担を推進し、限られた医療資源の有効利用により地域における医療提供体制のあるべき姿を図ることを目的に設立された。全国に2009年4月現在で85病院あり、地域医療支援病院はそのうち約45%である。

○医師会病院の公設民営について

公設民営の医師会病院は約13.9%（10病院）であり、主要病棟群に改修又は立替えを必要とするものは、日医総研調査回答群の56.9%（41病院）にも上がっている。しかし、そのうち、独自で或いは条件付でも改修・立替えの対応が可能かどうかについて問題があると考えられる病院は、34.2%（14病院/41病院中）にも上る。公設民営化は、今後の対応方策として前向きに評価されており、病院が今後とも地域で存在していくためには、一つの代替案として検討すべきである。

ある自治体では、地域に欠かせない医師会病院のうち小児医療部門の赤字分を負担（共有部分は按分計算）するという、一部門のみの公設民営方式をとり、地域医療提供体制に貢献している。地域医療の提供体制を維持・発展していくためにも、このような公設民営方式も検討すべきであると考えられる。

○借入金の連帯保証人について

日医総研調査より、医師会関係者が保証人の割合は77%となっている。

鹿児島県曾於郡医師会から、①債務保証をA会員が限定根保証という形式で、5年間限定で均等に3,000万円ずつ分け合った。②地域医師会の役員のみが連帯保証という過大な負担を受け持つのではなく、地域の医師会員全体で債務保証を分け合ったとの限定根保証が報告されている。どのような方策を採ることが適切かは、地域により異なると思われるが、医師会病院の経営が厳しくなっている現況化では、このようなことも視野にいれておく必要がある。

また、医師会病院への融資は民間の銀行等が多いが、これを公的機関による新たな保証制度の整備、既存の都道府県中小企業信用保証協会の保証制度の拡充、福祉医療機構等の公的融資機関からの融資に借り換えることも検討する必要がある。

○医療法31条に基づく公的医療機関認定について

現在、医師会の法人格は、公益法人制度改革の経過措置である「特例民法法人」である。将来的に医師会病院を開設する全ての医師会が必ずしも公益認定を受けるかどうかは不透明であるが、医師会病院は、診療所と病院の連携による地域医療の拠点であり、極めて公益性の高い医療機関であることは論を持たない。

しかし、「公的医療機関」には、行政より多額の補助金が出ているが、地域医療提供体制に多大な貢献をし、同様に公益性の高い医師会病院には補助金はほとんどない。

医療法31条に基づき厚生労働大臣が定めるのは「公的医療機関」自体ではなく、その開設者である。そのため、それぞれの地域医師会を「公的医療機関の開設者」として定める必要がある。

このような状況で公益法人制度改革を控え、「公的医療機関の開設者」として、今後厚生労働大臣告示において医師会病院ではなく「地域



医師会」を医療法第31条の中でどのように位置づけるかについて、検討が必要である。

○地域医療を担う医師会病院等の運営課題について

医師会病院を取り巻く問題点を分析し、今後の対応のあり方を検討することに資することを目的に、日医総研が実施した調査をふまえ抽出した医師会病院の運営課題は、①悪化する財政状況と医師・看護師不足等への対応、②今後の運営継続に問題がある医師会病院の存在とその対応の必要性、③医師会一般会員の医師会病院利用と運営への参画について徹底的な協議の必要性、④公的融資機関からの融資の少なさと公的融資機関による長期・固定・低利融資の必要性である。

<臨床検査・健診センターについて>

臨床検査・健診センターは、医療の高度化への対応と地域医療の向上を目的とし、会員の診療を支援する共同の検査室として開設されている。現在、診療報酬における検体検査実施料の引下げ、健診事業における競争入札、健診システムや検査システムにかかる高額な更新費用、民間検査センターとの競合、会員利用率の低下等、様々な運営上の問題を抱えている。このような状況の中、今後の方向性としては①会員や地域医療・地域保健に貢献できるような事業展開、②特定健診・特定保健指導への積極的な関与、③その他、健診（検診）制度の改革・変革への迅速な対応、④検査試薬共同購入、⑤地域住民の検診・検査データの蓄積による地域保健への貢献、⑥診療報酬の適正な評価が何よりも必要であると考えられる。

<特定健診・特定保健指導について>

平成20年度から実施された特定健診・特定保健指導については、早急に解決が求められる様々な課題がある。①制度についての国民への周知不足、②特定健診の低い受診率、③特定保

健指導のさらに低い実施率、④健診項目の減少（従来基本健診で実施されてきた健診項目が実施できない）、⑤特定健診等データの電子化に関する取扱いの煩雑さと必要経費、⑥総合的な生活習慣病対策の必要性（対象疾患を内臓脂肪症候群に特化したことの是非）等である。未解決課題等について検討すべく厚労省「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」が平成22年度に再開予定である。

<訪問看護ステーションについて>

医師会共同利用施設における介護関連施設は、老人保健施設や地域包括支援センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等様々である。いずれも今日の課題である「地域包括ケアにおける医療・介護・福祉の協働」に大きく貢献している。高齢化の進展の中、訪問看護ステーションは、最も多くの地域医師会が取り組んでいる事業であり、平成21年4月現在、全国で475ヶ所設置されている。

訪問看護ステーションの現状は、人材不足・過重な業務負担や経営上の問題があるが、今後の取り組みとして、①在院日数の短縮による緩和ケアの需要が増大し、療養病床の再編による医療依存度の高い患者の在宅での看取りが増えてくる中、人材不足と過重な業務負担の2課題の克服が急務であること、②ステーションの特性を生かすために会員の先生方の協力を最大限に求めていくこと、③今後の超高齢化社会に備え、地域医師会としても在宅医療の推進に積極的に取り組んでいく必要がある。

主治医との緊密な連携のもと訪問看護を実施する医師会訪問看護ステーションは、地域包括ケアにおいても、極めて重要な役割を果たすことは間違いない。

地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方としては、医師会共同利用施設は連携と継続による地域医療体制の再構築における中心的存在として活動することである。

## 印象記



理事 金城 忠雄

鹿児島市医師会が担当し会場は城山観光ホテルである。会場界限は、島津家の鶴丸城跡や明治維新動乱期の歴史と文化を偲ばせる地域である。そのうえ、ホテルの露天風呂からの錦江湾・桜島の眺望は抜群であった。参加人数の多さを考慮すると、必要な経費とはいえ会場費の予算確保に苦労したと想像する。

九州各県から医師会立施設のスタッフが集まり、病院部門、検査部門、高齢社会事業部門の総勢700余名の連絡協議会である。

那覇市医師会の崎原永辰検診センター所長の発表は印象的であった。沖縄県は、肥満、糖尿病、早世率が日本一。おまけに、人口10万あたりの居酒屋数が日本一ときている。特に男性は、20～30歳にかけての肥満者が爆発的な増加である。この年齢層の健康教育が必要であることと、自己管理能力を高めるためにも、検査項目を「経済的に変化が追えるように一冊にまとめた健康手帳に記帳」の発案には、非常に良いアイデアだと思う。

特別講演の「鹿児島大学における焼酎学講座開設」には、大学に焼酎学かと思ひに思ったが、鯨島吉廣教授による焼酎学講座の開設されるまでの経過講演には、説得力があり納得した。

鹿児島県の芋焼酎産業は、1,000億円産業で畜産業に並ぶ産業であり、これからも発展させねばならない。しかし、肝心の「杜氏」は高齢化して後継者がいなくなってしまう。この状況に、鹿児島県や業界が危機感を共有して焼酎学講座を誕生させた。講座は、寄付により県が5,000万円、酒造組合5,000万円、県内メーカーが4億円 総額5億円で鹿児島大学に開設された。「鹿児島の芋焼酎文化の伝承と新技術開発、麹菌・酵母の開発、本格焼酎の歴史と地域発展に寄与する焼酎学講座」と興味深い講演であった。教授の「酒類に対する蘊蓄」特に地元の芋焼酎の歴史や豊富な知識と味わい方の情熱にはほとんど感心した。鹿児島県の芋焼酎業界に対する並々ならぬ意気込みは印象的であった。

全般的に医師会立施設の経営は厳しいが、会員が連携して入院や在宅介護と工夫をしながら活動している。各県医師会は、大変な苦労をしながらも地域医療に一生懸命に尽力していることが伺えた。

第20回沖縄県医師会県民公開講座

ゆらぐ健康長寿おきなわ

～転ばぬ先の杖と知恵 ー寝たきりを防ぐためにー～



理事 玉井 修



平成22年6月19日ロワジュールホテル那覇天妃の間において第20回沖縄県医師会県民公開講座～ゆらぐ健康長寿おきなわ～が開催されました。今回のテーマは転ばぬ先の杖と知恵、寝たきりを防ぐためにと題し、琉球大学医学部整形外科の金谷文則教授と東京大学教育学部長の武藤芳照先生にご講演いただきました。金谷教授にはまず転倒予防が寝たきりを防ぐためにいかに重要かをお話し頂き、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）についてお話し頂きました。最近よく聞くようになったロコモティブシンドロームですが、まだまだ一般にはよく知られていません。メタボリック症候群がメタボなどと呼ばれて一般に浸透したのも、マスコミや健康食品会社の後押しもありますが、何度も何度も一般の方達に訴える場があったからだ

と思います。ピンピンコロリといきたいと多くの人は願っておりますが、そのためにもロコモティブシンドロームに関してもっと理解を広めていく必要があると思います。今回の県民公開講座はこれまでと趣を変えて、金谷先生と武藤先生のお二人だけの講演と致しました。じっくりと金谷先生と武藤先生のお話を聴きたかったからに他ありません。武藤先生は昨年の沖縄県医師会医学会総会において非常に印象的な講演をして頂きました。私自身、その講演を拝聴し、このお話しを是非沖縄県民に向けてお願いしたいと思い今回の県民公開講座を計画致しました。沖縄タイムスと共催で行う県民公開講座は今回記念の20回目を迎えます。この節目にあたり、どうしても武藤芳照先生にご講演頂きたく願っておりました。ご多忙の中、超過密ス



スケジュールを調整して頂きご講演頂いた事は大変嬉しく、願いが叶った喜びでいっぱいでありました。また、武藤先生は講演会の前に首里城まで足をお運びになり、その時の事を講演会で直ぐにお使いになり『首里城を散策できる方は絶対転倒しない』などと沖縄県民にも非常に解りやすいお話しを随所にちりばめられていま

た。何しろ武藤先生の講演は解りやすく、面白い。難しい話を難しく話す事は誰でも出来る。難しい話を面白く話す事が大切だと武藤先生は言われていました。私もそのとおりだと思います。550人の聴衆を前に、1時間全く居眠りする人も無く、皆さんが武藤先生の講演に釘付けでした。まさに圧巻の講演会でした。

## 講演の抄録

### 運動器の元気を維持しよう —コロボぬ前のロコチェック—



琉球大学医学部整形外科 教授  
金谷 文則

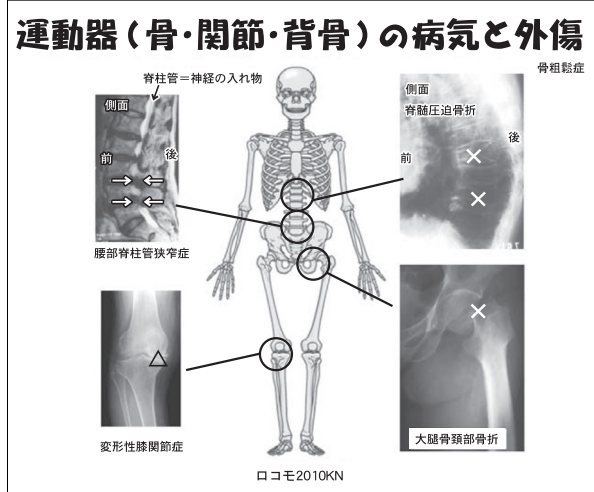


図 1

### A. 運動器ってなに

1. 骨、関節、靭帯、血管、神経、脊椎・脊髄
2. 直接生命には関係しないが、生活するためには必須。運動器の元気が循環、呼吸、代謝（メタボ）などを改善し健康長寿を推進する。
3. 運動器疾患は介護が必要となる最も多い原因（図1、2）

### 介護が必要となった主な原因 （平成19年）

	脳血管疾患	認知症	関節疾患 骨折・転倒	高齢による 衰弱
要支援	14.9	3.2	32.7	16.6
要介護	27.3	18.7	17.5	12.5
総数	23.3	14.0	21.5	13.6

%

厚生労働省、平成19年国民生活基礎調査の概況（一部改変）

ロコモ2010KN

図 2

**B. ロコモ（ロコモティブシンドロム＝運動器症候群）**

1. 運動器の障害による要介護・要介護リスクの高い状態
2. ロコチェック（一つでもあればロコモを疑う）
  - 1) 片脚立ちで靴下がはけない
  - 2) 家の中でつまずいたり滑ったりする
  - 3) 階段を上るのに手すりが必要である
  - 4) 横断歩道を青信号で渡りきれない
  - 5) 15分くらい続けて歩けない
  - 6) 2kg程度の買い物（1リットルの牛乳パック2個程度）をして持ち帰るのが困難である
  - 7) 家の中のやや重い仕事（掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど）が困難である

3) その他のロコトレ

（ストレッチ、関節の曲げ伸ばし、ラジオ体操、ウォーキングなど）

③ Vit D

2. 骨粗鬆症の予防（骨強度を増やす）

①運動

②食事

③薬物療法（ビスフォスフォネート・SERMなど）

**C. 骨折は寝たきり原因の第3位（関節疾患を含めれば1位）（図3）**

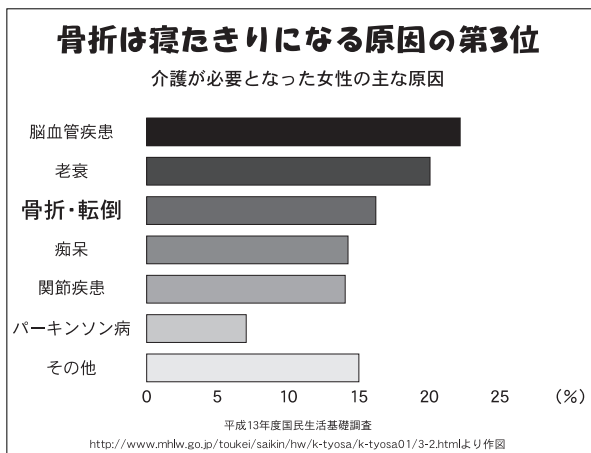


図3

**D. 骨折を防ぐには**

1. 転倒予防

①転倒予防教室

②ロコトレ（自宅でも行え、日々継続して運動療法を実施することが大切。転倒予防、骨折予防）

1) 開眼片足立ち訓練

（ダイナミックフラミンゴ療法）

2) スクワット

（股関節の運動；ロコモン体操）

**転ばぬ先の杖と知恵**

—高齢者の転倒・骨折・寝たきりを防ぐために—



東京大学教育学部長（転倒予防医学研究会世話人代表）  
武藤 芳照

お年寄りが転ぶと股関節部の骨折などで、そのまま寝たきり・要介護状態に至ることも少なくありません。転倒を防ぐことができれば、骨折、寝たきり・要介護状態を防ぎ、いつまでも健やかで実りある心豊かな日々を過ごすことができるのです。

昔から「転ばぬ先の杖」と言いますが、転倒予防の知恵としてのソフトと環境・建物構造や杖、帽子、履き物などのハードの工夫をまとめたのが、「転倒予防7カ条」です。

1. 歳々年々人同じからず

年齢と共に誰もが、姿、形（体格）が変わり、からだの機能（体力・運動能力）も変わることを理解することが大切です。

## 2. 転倒は結果である

転倒は、加齢、運動不足、病気などのからだの内なるひずみの結果として起こるのです。一度転んだ経験がある人は、再び転びやすく骨折を起こしやすいため、転倒の原因を発見することが必要です。

## 3. 片足立ちを意識する

朝起きてから夜寝るまで、パジャマのズボンや履物の着脱、お風呂の出入り、階段昇降、そして、歩く動作、いずれもが片足立ちを基本としています。それらを意識して、しっかり行うことが大切です。それと共に、それが不安定な場合は、脚力、バランス能力が衰えていることを示しています。

## 4. 転ばぬ先の杖

一方の脚での片足立ちが不安定な場合には、脚への負担を軽くするために、早めに杖を使いましょう。弱った方の脚と反対側に杖を突くのが正しいやり方です。

## 5. 無理なく楽しく30年

「過ぎたるはなお及ばざるが如し」です。いくらからだに良い運動でも、やり方が間違っていたり、強すぎたり、量が多ければ、ケガ・故障を起こします。三日坊主にならないように、楽しく3年は続けられる運動に親しみ、30年後も続けていれば、健康で幸福な人生を過ごしている証拠です。

## 6. 命の水を大切に（年寄りに冷水）

「年寄りの冷水」ではなく「年寄りに冷水」であるところが、ミソです。トイレに行くのを敬遠して、過度に水分を制限するのは、脳梗塞や心筋梗塞などの危険性を高めます。コップ「あと二杯」、健康のため水を飲もう。ただし、

腎臓や心臓の病気などで水分を制限されている方は、医師の指示に従って下さい。

## 7. 転んでも起きればいいや

転んでケガしても、仮に骨折したとしても、「また起きればいいや」という明るく前向きな気持ちで、治療やリハビリテーションに励みましょう。「転んだらおしまい」ではなく、「人生七転び八起き」なのですから。

### 転倒予防7カ条

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

### 【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.



## 会場の様子



写真1：会場一体となって日本健康運動指導士会沖縄県支部のご指導による運動指導です。皆さん真剣な眼差し



写真3：当日ロコトレの指導に当たって頂いた日本健康運動指導士会の方達に手伝って頂き武藤芳照先生によるユーモラスな運動指導です。身体全体を使ったジャンケン、ちなみに右側の女性がグー、左の男性はパーです。



写真2：会場の皆さんはみんな素直にバンザイ！軽いストレッチです。



写真4：今度はフロアの皆様とのジャンケンです。ただし、負ける条件でのジャンケンです。さて、正しく負けられたのはどなたでしょうか？身体も脳もフル回転。会場は爆笑の渦でした。

当日お越しいただいた方々の中から、2名の方にインタビューをさせていただきました。質問は次の2項目です。

インタビュー①：本日の講演会に参加されての感想をお聞かせ下さい。

また、今後の日常生活でどのような事に気をつけようと思いますか。

インタビュー②：医師会への要望をお聞かせ下さい。

(69歳・女性・農業)

① 講演していただきましたお二人の先生方に心より感謝いたします。離島からの参加ですが、1泊2日の日程を惜しむことなく参加して良かったと思います。

2人先生のお話の中で、身体について知らなかったことがわかり大きな喜びです。日常生活に取り入れていきたいです。

② 各地域に医師会病院が開設されたことは大変嬉しいことですが、各診療科が各地に設けられることを望みます。

(54歳・男性・公務員)

① 81歳の母が転倒し、骨折したので、新聞で講座を知り参加しました。「転ばぬ先の杖と知恵」という題に惹かれて参加しましたが、やはり歩くのが一番いいという印象を受けました。母のように転んで怪我をしないための対策について、片足立ちの具体的な方法を教えていただいたので、早速母へ教えたいと思います。

② 怪我をした後のリハビリを対象にしたウォーキング教室を開いてほしいです。

本会の広報活動にご協力いただきまして、誠に有難うございました。

## 第192回沖縄県医師会臨時代議員会

—平成21年度会務報告・諸決算を承認—



去る6月24日（木）、午後7時30分より本会館において第192回臨時代議員会が開催された。

はじめに新垣善一議長より定数の確認が行われ、定数59名に対し、39名が出席し定款34条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。

続いて、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

### 沖縄県医師会会長挨拶

○宮城会長



皆さん、こんばんは。本日は、第192回臨時代議員会を開催し、平成21年度の会務、諸決算などについてご審議していただくことになっております。日常診療で非常にお疲れのところ、多数の代議員に

ご出席をいただきまして、厚く御礼を申し上げます。

お陰を持ちまして、平成21年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位のご協力により予定いたしました諸事業も滞りなく推進することができました。

特に、昨年度は、メキシコで初めて新型のインフルエンザの感染者が確認されて以来、世界的に流行が拡大をして感染が広がってまいりました。本県でも8月から流行が始まり、推定患者が22万人ということになっておりますが、残念ながら8月15日に日本で初めての死亡者が本県の透析患者から出ました。しかし、推定患者、感染者が22万人という中で、その後お2人の方が亡くなり、合計3人の方が亡くなったんですが、これは死亡率から言うと非常に少ないということになっております。3人で抑えられたということですが、そのことについては感染が始まった頃、いろいろ問題が起こったんですが、県行政、県医師会、各地区医師

会、それからいろいろな医療関係団体が協力をし合って、その流行を食い止めております。沖縄県は他府県と違いまして、第二波の流行も同時に起こったということになっております。

先日、九州各県保健医療福祉主管部長と九州各県医師会長合同会議がありました。その中でも沖縄の対応が評価をされて、沖縄を参考にしたいという発言もみられております。改めて皆様方のご協力に対して感謝申し上げたいと思っております。

さて、昨年の総選挙で民主党が圧倒的な勝利を収めて、鳩山政権が誕生しましたが、わずか9カ月で政権が変わりました。普天間の問題、それから、政治とおカネの問題等がありましたが、菅直人総理に代わっております。表紙を変えたということですが、V字カーブで支持率が上昇し、すぐ選挙になってしまっております。国会の中でほとんど菅総理の方針を発表せずに支持率が高い状態で選挙に突入ということで、いろいろな批判があります。

ただ、菅総理というのは、就任に際して「強い経済、強い財政、強い社会保障」というのを一体的に形成していくということを表明しておりますし、「国民の不安を解消するための医療、介護、子育て、雇用政策の充実」というのは新たな雇用、新たな消費を生み出し、経済成長につながるということを強調しております。

しかしながら、去る18日に閣議決定されました政府の新成長戦略においては、混合診療の全面解禁につながる医療ツーリズムというものや、あるいは特定医療機関での未承認薬の保険外併用拡大など、規制緩和が盛り込まれております。昨日、日本医師会も記者会見において、その点については非常に懸念を示しております。

菅新総理になりましたので、国民の立場に立った強い社会保障制度を実現していただきたいと考えております。

すでにご案内のとおり、今年度の沖縄県医師会の最重要課題として、「地域医療再生」を位置づけております。地域医療連携、それから臨床研修事業、医師確保対策、特に女性医師バ

ンク事業の推進等を積極的に展開をしてきております。

また、新たに、臨床研究・治験支援センター(仮称)準備室を設置して、専任スタッフもすでに配置をしております。そのことによって県内の医療機関における臨床研究・治験事業を積極的に推進し、ひいては県内の医療水準の向上をめざしていきたいと考えております。

代議員各位におかれましては、本会の事業推進に際しまして、ご意見、ご要望、ご提案等がございましたら、ご遠慮なくお申し付けくださいますようお願い申し上げます。

本日は、お手元の資料のとおり、私が4月から日医理事に就任をいたしましたので、日医の代議員を辞任するということになりました。そういうわけで日医の代議員の選挙、それから、予備代議員の選出をしなければいけませんので、その選挙があります。

それから、報告事項が2件、議事7件を上程しております。報告、議事の詳細につきましては、各担当理事より説明いたしますので、慎重にご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げます。ありがとうございます。

続いて、日医代議員並びに同予備代議員選挙に移った。

日本医師会代議員並びに同予備代議員については、平成22年4月1日付でそれぞれ4人の代議員が就任したが、日医代議員であった宮城会長が4月1日より日本医師会理事に就任したことから代議員1名が欠員となり、これまで予備代議員であった安里哲好常任理事が日医代議員に推薦された。

そのため、安里常任理事から予備代議員の辞任届けが提出されたことから、予備代議員も1名欠員となり、当代議員会において補欠選挙が行われた。

なお、日医代議員候補として安里哲好常任理事、同予備代議員候補として稲田隆司常任理事といずれも候補者1人のため、投票によらずそ



れぞれ当選人と決定した。

続いて、報告・事業に移り、報告事項は大山常任理事から平成21年度沖繩県医師会会務について、稲福監事より平成21年度沖繩県医師会会計監査について報告があった。

議事は以下の議案について各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

- 第1号議案 平成21年度沖繩県医師会一般会計収支決算の件
- 第2号議案 平成21年度沖繩県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第3号議案 平成21年度沖繩県医師会会館建設特別会計収支決算の件
- 第4号議案 平成21年度沖繩県医師会共済会特別会計収支決算の件
- 第5号議案 平成22年度沖繩県医師会一般会計収支予算補正の件
- 第6号議案 平成22年度臨床研究連携基盤構築事業特別会計収支予算の件  
(新規)
- 第7号議案 平成22年度沖繩県地域産業保健センター事業特別会計収支予算の件 (新規)

なお、当代議員会における質疑応答の主な内容は次のとおり。

### 質疑応答 (要旨掲載)

#### 1. 議事に関する質疑

**第3号議案 平成21年度沖繩県医師会会館建設特別会計収支決算の件**

○友寄英毅代議員



負担金の納入率の状況について教えて頂きたい。

#### 回答 (真栄田常任理事)

当初、心配していたよりも順調にご入金いただいております。口座引き落としも98%近くは納めていただいているため、このまま順調にいけば問題なく推移できると期待している。

○名嘉勝男代議員

この収支決算を見ると、単年度では900万余りの赤字になっている。前期繰越金が2,000万円余りあるので大丈夫だが、次年度に向けて、単年度の決算で大丈夫かどうか教えていただきたい。

#### 回答 (真栄田常任理事)

平成21年度は不動産取得税の1,257万6,000円が生じており、次年度以降は生じないので、特に不足することはないと思う。

**第6号議案 平成22年度臨床研究連携基盤構築事業特別会計収支予算の件 (新規)**

○宮里達也代議員



大学、県立病院をはじめ沖繩県の臨床の基盤を向上させるために、特別にお願いをして予算化しているものである。福祉保健部も絡んでいることから、ぜひ

医師会のお力添えで、大学の機能強化、あるいは県立病院の機能強化、全体の医療機能の強化のため有効に活用できるようにご協力いただきたく、よろしくお願い申しあげます。

○国吉幸男代議員



臨床研究ができるということは大変素晴らしいことだと思う。その際、倫理審査が必要となるが、琉球大学では学内に倫理審査委員会がある。その審査

員長をやっている関係上、情報を提供したい。

従来規則では大学内の事例しか取り扱わないということになっていたが、県から委託があ

ったことから規則を変え、この事業に関する臨床研究についても我々で審査することになったのでご承知おき頂きたい。今後、皆さんの臨床研究をアシストしたいと思っているのでよろしくお願い申し上げます。

**第7号議案 平成22年度沖縄県地域産業保健センター事業特別会計収支予算の件**

○名嘉勝男代議員

那覇市医師会で地域産業保健センターがこれまで活動してきたと思うが、それとの関連はどうなっているのかご説明いただきたい。

回答（金城理事）



これまで那覇市、中部、北部、宮古・八重山の5カ所で行っていたが、新政権ができてこれを各県1つにまとめるよう厚生労働省から指示があったことから、

これを沖縄県医師会が窓口としてやることになっている。事業はこれまでどおりやっていく。

当初、日本医師会では問題になり、2月に持ち上がった話で急遽こんなことが出来ないことから、拒否しようじゃないかという話もあったが、住民の健康と安全を守るのは医師会の仕事だということで、各都道府県、これに賛同してやっている。まだ、これにのっていない都道府県が5県あるようだが、詳しいことは調査しご報告する。

代表・個人質問

**「沖縄県医師会報などの刊行物の送付について」**

○大城修代議員



書籍がパソコンで読むことができるようになり、全会員の会報誌の送付については、その意向をアンケート等で確認した上で、不要となる発行数や郵送費

用等を節約できるのではないかという意見がある。会員の個々の会費の軽減等につながるよう将来的な取り組みについてご検討願いたいと思う。

回答（當銘理事）



会報の送付についてアンケートをとって、送付を希望されない方への送付を止めることにより、会報の発行・送付に関する経費節減が図られるのではない

かという提案だと思う。

刊行物の電子媒体での発行に関しては、時代の趨勢であり、本会でもホームページへの掲載は平成8年より開始している。また、経費節減の観点における検討についても、理事会や広報委員会として何度か行ってきた経緯がある。

これは医師会報そのものについてのアンケートではないが、医師会からの情報に関してEメールで情報を受け取ってもいいかどうかというアンケートを先般行った。そのアンケートによると、Eメールでの文書配布を希望する会員が560名おられた。この数字がそのまま医師会報の受け取りを電子媒体でいいかどうかということに直結するとは限らないが、おおよその推測として560名の方がそう希望されるという前提で概算した場合に、平成22年度の会報の予算に関して、印刷費で1,052万円、送料で257万円、合計で1,397万円を計上しており、仮に560名相当の方々が医師会報を電子媒体を希望したと推定して経費節減がどれくらいできるかということを出すと、年間で印刷費で126万円、郵送費で54万円、合計で約180万円ほどの経費節減につながり、これはパーセンテージで見ると13.8%の経費節減ということになる。

現在、本会では先ほどの文書のEメールでの配付ということを前提に、効率的に情報提供ができるように文書管理システムを構築中である。したがって医師会報に関しても、電子データで配信を希望される会員には当該システムを

活用して、PDF ファイルで一斉に配付することは技術的に可能である。ところが、現在問題点の1つとして取り上げられるのが、会報のホームページにはPDFと同時に、HTMLの形式、2種類の形式で収載しているが、このHTMLの加工作業には若干時間を要し、実際にホームページにアップされるには3週間ほど要するというので、会報の速報性ということに関しては若干問題がある。そのような諸々の観点を鑑みて、理事会や広報委員会で行った論議を集約すると、①番目に会報は医師会の重要な情報を満載した機関紙であり、確実に届けたいということ。②番目に、会員の手元に直に届く紙媒体であることが、読む大きな動機づけになっていること。③番目に、電子媒体ではまとまった文書は読みづらいし、まだ我が国では一般的に習慣化していないこと。④番目に、学会等で試みられた学会誌の電子化は、現在やはり読む率が低下するというので、現在見直されている傾向にあるということ。

以上のような意見が主流である。

したがって、今回、北部地区医師会からご提案のあった会報の電子化による経費節減案については、非常に有難いご提案と考えるが、電子情報における社会の成熟度の動向というか、そのようなことも見据えながら、今後の検討課題として留保させていただきたいとの結論に至っている。

「沖縄県医師会情報配信（管理）システムの活用について」

○名嘉勝男代議員



会員に対して迅速かつ効率的な情報伝達を図るために、Eメールによる情報配信システムを構築する必要があることは多くの会員が認めるところである。

県医師会は、去る5月20日開催された地区医師会長会議において、Eメールによる一般会

員施設への情報配信システムの稼働には時間がかかるとのことで、地区医師会役員並びに県医師会役員によるメールリストを立ち上げ、情報伝達の間を設けたいとの報告があった。

当会としても、医師会事務局から送られてくる膨大な文書が、Eメールによりデータとして送信されてくるメリットは非常に大きいものと考え、当該システムの早期の本格運用を期待しているところである。

ところで、IT化を推進する上では、各地区医師会事務局と必要とする知識の共有化、また、組織としての情報の標準化が必要と思われる。

そこで、県医師会事務局のIT化の実情、会員等への情報伝達の現状とこれからの方向性、さらに稼働した場合の問題点等についてご教示頂きたい。

回答（真栄田常任理事）



現在、本会では日本医師会や沖縄県当局をはじめ、関係団体から届く文書並びに本会より各関係団体等に発送する文書はすべて電子化し保存しているが、

実際に関係各位へ届ける文書は、郵送やFAXを用いている。

情報通信手段が多様化し、文書送付量が増加する中、いかに情報を効率的かつ確実に伝達するかが喫緊の課題となっており、現在その対策が求められている。

以上の点を踏まえ、希望する会員に対しEメールによって各種情報を配信するサービスを提供するべく、過日、全会員に対しアンケート調査を行ったところ、先ほど當銘担当理事からの報告にもあったように、全会員2,246名の内、Eメールでの文書配信は560名ということになっている。

当初、会員へのEメール配信サービスを5月1日より実施する予定にしていたが、より満足のいくサービスが提供できるよう、効率的なシステムを新たに構築すべく、現在準備を進めて



いるため、実際の運用にはまだ至っていない。

当システムが稼働することにより、本会からの通知に対し、会員や地区医師会が同システム内において回答でき、双方向性の機能をもつシステムとして情報管理の効率化、迅速化が図られるとともに、郵送費、FAX 通信費等の経費節減にもつながることが期待される。

また、会員並びに地区医師会においては同システム上において本会からの通知文書一覧の閲覧、並びに検索が可能となる。

なお、会員各位へのEメール配信について

は、スケジュールのとおり10月には文書管理システムの本格運用開始を予定している。また、各地区医師会事務局には改めて説明会をもつ予定である。

稼働した場合には、医療機関側の受け取る側のデメリットをなるべく少なくするように考えないといけない。いくらいろいろな情報を送っても肝心の受ける側が資料が多すぎて行き届かないということも多々あるかと思う。緊急性等も加味しながら情報を送る必要もあるのではないかと理事会では話し合っている。

貸借対照表(総括表)

平成22年3月31日現在

(単位：円)

科 目	一 般 会 計	医事紛争処理特別会計	会館建設特別会計	共済会特別会計	内部取引消去	合 計
<b>I 資産の部</b>						
1. 流動資産						
現金預金	54,052,321	2,352,492	13,261,125	12,771,745		82,437,683
未収金	3,807,200	102,000	561,000	424,000		4,894,200
未立収替資産	8,217,614					8,217,614
流動資産合計	66,894,565	2,778,632	13,822,125	13,195,745		96,691,067
2. 固定資産						
土地建物	198,385,094					198,385,094
構築物	358,971,339					358,971,339
備品	125,685,900					125,685,900
電器	43,510,380					43,510,380
電話加入権	9,920,298					9,920,298
特定預金	401,500					401,500
減価償却引当金	17,660,000	9,000,000		51,889,000		60,889,000
退職慰労引当金	3,950,000					3,950,000
職員退職給与引当金	72,159,306					72,159,306
会史刊行準備引当金	12,000,000					12,000,000
備品減価償却引当金	1,000,000					1,000,000
会館建設特別会計貸付金				170,000,000	△ 170,000,000	0
その他固定資産合計	843,643,817	9,000,000	0	412,773,000	△ 170,000,000	1,095,416,817
固定資産合計	843,643,817	9,000,000	0	412,773,000	△ 170,000,000	1,095,416,817
資産合計	910,538,382	11,778,632	13,822,125	425,968,745	△ 170,000,000	1,192,107,884
<b>II 負債の部</b>						
1. 流動負債						
未払金	3,710,342					3,710,342
流動負債合計	4,873,280	1,000,000	0	0		5,873,280
2. 固定負債						
退職慰労引当金	3,950,000					3,950,000
職員退職給与引当金	89,175,390					89,175,390
長期借入金			310,000,000	190,884,000	△ 170,000,000	140,000,000
固定負債合計	93,125,390	0	310,000,000	190,884,000	△ 170,000,000	424,009,390
負債合計	97,998,670	1,000,000	310,000,000	190,884,000	△ 170,000,000	429,882,670
<b>III 正味財産の部</b>						
1. 指定正味財産						
指定正味財産合計	0	0	0	0		0
2. 一般正味財産						
正味財産合計	812,539,712	10,778,632	△ 296,177,875	235,084,745		762,225,214
負債及び正味財産合計	812,539,712	10,778,632	△ 296,177,875	235,084,745		762,225,214
負債及び正味財産合計	910,538,382	11,778,632	13,822,125	425,968,745	△ 170,000,000	1,192,107,884