

平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

沖縄県医師会勤務医部会会長 城間 寛



平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（日医主催、栃木県医師会担当）が、「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」をメインテーマに、去る10月9日（土）栃木県宇都宮市で開催されたので、その概要を報告する。全国から414名の参加者があった。

開会式

福田健栃木県医師会常任理事より開会の挨拶があり、続いて、主催者を代表し原中勝征日本医師会長から、「長年にわたる医療費抑制策の結果、進みつつある地域医療の崩壊から一刻も早く脱却し、再生への道を切り拓いていくことは、本会に課せられた使命である。総医療費の大幅な引き上げこそが地域医療の再生に必要不可欠である。そのためには、本会会員の約半数を占める勤務医の力強い後押しが必要である。

勤務医は、過重な労働環境、病院の就業規則等により医師会活動への参画を制限されることも多いが、今後はより一層、勤務医の意見等を会務に反映していく仕組みづくりが必要である」と挨拶があった。

続いて、太田照男栃木県医師会長から、「メインテーマは、昨年度の島根県医師会のメインテーマであった『医療崩壊から医療再生へ』を引き継ぎ、『地域医療再生～地域の力、医師の団結～』と題し、勤務医が地域において働きやすい環境作りをし、勤務医に将来の展望が広がる体制作りを目指し企画した。本協議会が勤務医の明るい未来を示唆する有益な協議会になることを期待している」と挨拶があった。

続いて、来賓の福田富一栃木県知事と佐藤栄一宇都宮市長より歓迎の挨拶があった。

特別講演1

「医療の明日のために、今、できること
—日本医師会の変革と地域医療の再生—

日本医師会長 原中勝征

我々は、財務省や厚生労働省によって、勤務医と開業医という分け方をされるが、医療再生のために、医師のエネルギーを分散させられるべきではない。

そのため、医師の団結のために取り組むべき課題としては、病院勤務医と診療所医師の接点をそれぞれの医師会で強化し、勤務医の医師会への参加を促すとともに、医療が直面している共通の課題解決のために、協働して取り組めるようなフレキシブルな会務の運営に努めることである。また、日医の活動をより透明化し、すべての国民に理解されるよう努力を継続する。すべての医師、とりわけ女性医師を含む病院勤務医の労働環境の改善に最善の努力をほらい、働きやすい職場環境を構築するとともに、国民の医療への信頼を確保しなければならない。

その他、①医療費増加政策への転換については、自民党政権下では、社会保障費年2,200億円の削減は最後まで覆らなかったが、民主党は、昨年の衆議院議員選挙の公約で2,200億円の削減方針を撤回し、医療費増加政策に転換した。引き続き、強力に医療費増加の必要性を主張していきたい。②医師不足と偏在の解消については、中長期的に医師数を1.1倍から1.2倍にすることが妥当だと考えている。そのための前提条件として、(1)財源の確保、(2)医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立、(3)医師養成数の継続的な見直しが必要だと考えており、人口減少社会の中で、医学部を新設する必然性はない。③市場原理主義の医療への参入阻止については、現政権下で出てきた市場原理主義的な考え方（混合診療の全面解禁や医療ツーリズム（国際医療交流））について問題を即座に指摘した。(i) 保険外併用療養の範囲拡大は、現在の評価療養等の機動性を高めるという趣旨であれば賛成だが、最終的に混合診療の全面解禁を狙ったものであれば反

対である。また、(ii) 医療ツーリズムは、医師が診察を行うことは、日本人、外国人にかかわらず当然の責務である。しかし、医療ツーリズムという産業をベースとした営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく容認できない。混合診療の問題は今後も絶対反対の態度を貫く考えである。

報 告

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉良平

平成20・21年度日本医師会勤務委員会への諮問は、「医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために—」であった。

答申の概要については、I) 医師不足問題概観、II) 医師不足、III) 医師偏在、IV) 勤務医の労働環境、V) 医師不足・偏在・過重労働の是正の意義、VI) 国民と共に考える視点、VII) 社会保障の視座である。

現在、日本は約13万人の医師が不足しており、その直接的原因として、医療費抑制政策と医学部入学定員数削減があげられる。また、間接的原因として、医療訴訟の増加、新医師臨床研修制度、女性医師労働環境の未整備等があげられる。

医師不足の対策としては、医療費抑制政策からの脱却、医師養成数増員、医学教育の見直し、勤務医就業環境の改善、女性医師支援等が考えられる。

地域偏在の実情としては、都道府県格差は2.12倍で診療科の偏在も大きくなってきている。特に外科、産婦人科はこの10年間で減少しており、その原因として、価値観の変化、勤務医の過酷な勤務実態があげられる。偏在の是正の方策として、日本学術会議の提言の中に「量から質の医療への転換による克服」が示されており、医師の総数の増加を叫ぶ前に医師の業務の質を向上させていくことや医師に過重の負担をかけて疲弊させないことが、良質の医師を現場に引き戻すことになると考えている。

また、勤務医の大多数は、過労死基準である1ヶ月100時間を超える超過勤務と長時間連続勤務を強いられているのが現状であり、その原因として、高齢者の増加、医師の専門・細分化等、医師のワークライフバランスの実現だけではなく、医療の質と安全を確保する観点からの労働環境整備があげられる。主な改善策として、多様な勤務形態、育児・介護・復職支援、人事管理、職域の明確化などが考えられる。

最後に、勤務医と開業医という医師を区分する議論は好ましくない。全ての医師が医師としての社会的使命、医療の理想を具現する団体として医師会がある。医師会への参画を通して多くの勤務医の意見を会務に生かし、勤務医が抱える諸問題を最重要課題として解決に取り組む事が医師会の社会的使命であり、医師の団結へ繋がるものとする。

また、平成22・23年度の諮問は「全ての医師の協働に果たす勤務医の役割」となっている。

これまで日医勤務医委員会では様々な議論が行われてきたが、その内容が対外的な面で十分広報出来ていなかったことを踏まえ、先般行われた第1回勤務医委員会で、その議論の内容を公開するに決定した。早速、日医のホームページにも掲載しているので、是非ご覧いただき意見を賜りたい。

女性医師問題に関するアンケート調査報告

栃木県医師会勤務医部会理事 望月善子

本調査は、栃木県で働く女性医師の勤務実態を把握するとともに、女性医師が出産や子育て・家事を行いながら働きやすい環境づくりを推進するための施策について検討し、今後の勤務環境改善のための具体的かつ実効ある支援策の基礎資料とすることを目的に、栃木県の委託により実施した。

調査概要

- (1) 期間:平成22年6月15日～7月15日
- (2) 対象:栃木県内の女性医師 (H20 医師・歯科医師・薬剤師調査による)
- (3) 方法:県内の女医を対象に調査票を郵送・

配布し無記名で回答を得た。

- (4) 回答:配布数706件中、回収数299件で42.4%の回収率であった。

まとめ

- 勤務実態では、時間外労働の時間が長く、宿直明けは通常勤務をこなし、有給休暇の取得もままならない状況が示された。
- その上で、女性医師は家事と仕事の両立という大きな命題を持ちながら働かざるを得ない状況が明らかとなった。
- 勉強時間の不足は、医師としてのキャリアを積んでいくためにはマイナスになり、プライベートな時間の不足はストレスをため込む原因となる。
- 特に、男女かわからず若い医師達は仕事のオンオフの切り替えを望み、個人の生活を大事にする価値観の持ち主が多くなっており、ワークライフバランスを重視した医師人生を追求する。
- 離職者は299名中13名(4.4%)であり、非常勤で働く女性医師が1割いたが、その理由として子育て、家事、出産などが挙げられた。
- 一時的に休職・離職したことのある女性医師は約半数弱にのぼり、理由としては出産、子育てが多かった。この部分のサポートの有無が、女性医師が仕事を継続できるか否かの鍵になる。
- 院内保育所の設置や病児保育、24時間保育の整備、学童保育の充実などハード面での整備だけでなく、短時間勤務制度やフレックスタイム制度、代替医師制度など、女性医師周囲のカバーを要する場面での職場の理解は不可欠である。
- 常勤を希望しない女性医師も約2割いた。子育てが理由ではあったが、仕事と家庭の両立という労多く余裕のない人生ではなく、パートやアルバイトとして就労し平穏な家庭人としての人生を選択する者も出てきている。
- 介護を経験している女性医師は52名(17.4%)であったが、今後ますます進む高齢化の中で、介護問題は女性だけの問題では

ない。

□介護支援対策として、柔軟な勤務体制の構築が必要であった。こういった環境整備を行うことで、男性にとっても良好なQOLを保証するとともに、すべての医師が自信と誇りを持って医療を実践できるものと考えている。

特別講演2

「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識 —そして必要なのは産業論的戦略行動—」

愛媛大学大学院医学系研究科専攻
医療環境情報解析講座教授 石原謙

高額医療費の制度を知っていれば、私的医療保険は、期待値や合理性の面から日本の医療では殆ど意味がない。民間医療保険会社（外資）にお金を注ぎ込むことにより、益々勢いを得て、彼らが公的医療保険を破壊しようとするプロパガンダに出ている。

日本の医療は国際的に高く評価されており、医療行為あたりの医療費は、米の1/10ほどで、年30兆円余は先進国の中で最低のGDP比であるにも関わらず、医療費財政問題が常に議論される。我々は、この現実を認識し、遠慮せず堂々と待遇改善のための行動を取るべきである。

日本の赤字を増やしてきた責任は政府の公共事業への過剰な投入にあり、景気対策には道路工事、医療費削減が必要と政府は繰り返してきた。最大の問題は長年にわたる土木工事への過大投資だったにも関わらず、そのツケを医療費抑制で帳尻を合わせようとしているのが原因である。

日医総研に在籍した6年間最も力を入れたのが医療政策とオルカプロジェクトのプロモーションであった。オルカは誰もが無料で自由に使えるソフトウェアとしてオープンソース化した。レセコンを扱う民間企業が莫大な収益を上げるシステムに疑問を持ち、日医独自に医療のIT化、医療情報の標準化に向けて取り組んだ。

DPCは萎縮医療の張本人である。日本にDPC導入の必然性は無く、医療現場の手間は

かり増えるものである。「いかに医療費行為を減らすか」と経営姿勢を換えざるをえない。医療のデータがないというのは全くの嘘である。毎月レセプトをきちんと出しピアレビューを行っているのは日本だけである。しかし、DPCに関わる方々は、DPCを導入するとベンチマーキングで客観比較が出来るというが、出来高制度で行う方がデータの精度・信頼性ととも高いのが真実である。

是非覚えておいて頂きたいのが、1982年の医療費亡国論から医師と医療費は少なければ少ないほど良いという愚かしい感覚に陥り、DPC導入機関は萎縮医療にならざるを得ず、これを見て喜んでるのは民間医療保険会社である。医療保険が萎縮する先には、混合診療導入による民間医療保険会社の拡張戦略に繋がる。

元来保険には関係の無かった銀行やGEC、ソニー、オリックス等、ありとあらゆる業界が保険に参入しているのは経済的分析から儲かることの裏づけとだと言っても過言ではない。

GDP/GNPに対する日本の生命保険加入率は、GDPの6倍の保険を掛けている異常な状態である。また、世界の生命保険料の半分を日本一国で占めている。日本は安くアウトカムは最高であるにも関わらず不安で苛まれている。OECD health date 2009で発表された統計資料に基づくと、日本の医療は呼吸器疾患の治療にやや劣る以外は全て最高ランクの治療成績で、総合治療成績はトップであるにも関わらず、健康満足度は最低ランクである。マスコミに抗議したい。

DPCと民間医療保険のトライアングルとして、①医療費亡国論&医師抑制 → ②DPC & 萎縮医療 → ③民間医療保険&混合診療（企業には濡れ手に粟のビジネスチャンス）の悪循環を生む。公的保険が萎縮するのはやめよう。DPCは嘘だらけである。混合診療と民間保険会社が力を持てば、アメリカと同様に医療費の抑制に働く恐ろしいシナリオが待っている。国民全体が安心できるのは混合診療を避け、医療機関が力を持つことである。

最後に、2005年当時、生命保険会社の不払いが大問題になった。生保協会は、再発防止の取り組みとして、「診断書電子化補助」に向けたインフラ整備に取り組むことを決めた訳だが、「支払いが不足していたケースの大部分が、保険会社による診断書の誤読や読み落としなど、診断書に起因するものであった」との理由でインフラ整備に努めるとしている。また、ソフトの導入には補助金も交付されることになっている。日医もお墨付きを与えてしまった。騙されてはいけない。保険会社が嘘をついているにも関わらず、上記のように置き換えられ事実が歪曲されている。全くおかしい話である。本来、保険会社に出す書類は数種類に纏めて、テンプレートを作れば、簡単に無料で対応が可能である。メンテナンス費やライセンス費などは不要である。是非騙されないようにして頂きたい。

次期担当県挨拶 富山県医師会長 岩城勝英

来年度の開催期日は、平成23年10月29日(土) 富山市のANAクラウンプラザホテル富山において開催するので多くの先生方の参加をお待ちしている。出来るだけ多くディスカッションができるよう企画したい。

ランチョンセミナー

「新型インフルエンザ・総括」
自治医科大学地域医療学センター
公衆衛生学部門教授 尾身茂

国立感染症研究所によるウイルス及び疫学的分析によると、今回の国内におけるパンデミックの初発地域であった関西地域(兵庫・大阪)での流行は、強力な公衆衛生対策の結果、一旦"封じ込められ"その後の国内感染は、別系統のウイルスによりもたらされたものである。

我が国の致死率は諸外国に比べ圧倒的に低く、こうした成果は、医師や医療関係者・行政官等が過剰な負担に耐え、懸命な努力の結果である。

死亡率が諸外国と比べ低かったのは、感染が主に若年者に集中した点と致死率の高い40歳

以上の成人の感染が比較的少なかった点が挙げられる。そのファクターとして、①医師会の先生方や保健医療関係者の献身的な努力(抗ウイルス剤の早期投与)、②初期段階における広範囲な学校閉鎖、③一般市民の高い健康意識の3つが上手く関与した結果である。

社会学的な観点から、今回の新型インフルエンザは、2003年のSARS、数ヶ月後に猛威を振るった鳥インフルエンザ等の経験から国際社会が新しい感染症に対し、長い間、警戒、準備していた最中に発生した。感染症の歴史の中で初めてのことであり、それが最大の特徴といえる。新型インフルエンザ対策の主要目的である重症化・死亡化防止という点では一応目標は達成したと言える。

しかしながら、ワクチンにおける接種回数や接種順位の問題、10ml、1mlのバイアルの問題、医療体制におけるリスクコミュニケーションの問題、地方自治体と国の役割、意思決定などの問題点も残した。

今回の対策として5つの主な提言をしておきたい。

1. パンデミックの初期には、致死率、感染力等、疫学情報が不確定あるいは極めて限られており、最悪のシナリオを想定し、場合によっては過剰な対策を採らなければならないことを、国民全体が理解する必要がある。
2. 既にパンデミックが始まる前に作成された"行動計画"の見直しが必要である。感染力を縦軸に、致死率、入院率、病原性等ヘルスインプクトを横軸にしたマトリクスを作り、それぞれのカテゴリーに対し、検疫・医療体制・学校閉鎖等の対策を大まかに予め議論しておくことが重要である。
3. 医療関係者、専門家、官僚等が技術的な議論を合理的に行い、速やかに政治的判断を求める仕組みの構築が必要である。また、人材育成を含め、国の疫学情報分析能力の強化が求められる。
4. 国と地方自治体の役割分担、権限移譲についても、上記2のカテゴリーに則し、あらか

じめ国と地方自治体において議論しておく必要がある。

5. より有効なリスクコミュニケーションの方法の確立に向けて、国、地方自治体、マスコミ関係者が活発な議論を始める必要がある。

シンポジウム

1. 「医療再生の新しい取り組み」

医療再生の新しい取り組みと題して、(1) 安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために／石本知恵子地域医療を守る会副会長、(2) 地域医療を守り健康長寿のまちづくりをめざして／福田政憲NPO法人のべおか市民力市場理事事務局長・宮崎県北の地域医療を守る会事務局長、(3) 地域医療を守り育てる住民活動の集いの経過説明／小松憲一自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教、(4) 社会が求める医療のあり方／前野一雄読売新聞東京本社編集委員、(5) 医療学の義務教育導入／永井秀雄茨城県立中央病院病院長の5名より各分野からの発表が行われた。

2. 「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」

地域医療連携、男性医師、女性医師の連携、在宅医療の連携についてそれぞれの立場からシンポジスト5名による発表が行われた。

(1) 地域医療を守るための取り組み－地域における救急医療－

大田原赤十字病院院長 宮原保之

当院は、平成10年に救命救急センターを開設以来、一次救急から三次救急まで取り扱ってきたが、臨床研修医制度の影響で医師数が激減し、救急医療体制の維持が困難となった。そのため、地元医師会や二次救急輪番病院・行政と協議を経て、平成17年より二次三次救急に特化した。新しい機能分担では、地域全体の救急トリアージ体制を整備した。具体的には、1) 医師会が一次救急患者を受け入れる夜間診療所(365日応需可能な救急体制)の開設、2) 当院ベテラン看護師による24時間365日受付の電話相談の実施、3) 救急隊による現場トリアー

ジ(疾患別重症度別に搬送先を選定)、4) 救命センターにおけるトリアージナースの対応(直接来院した患者を疾患別重症度別に確認し処置先を選定)

これら機能分担の結果による成果として、電話相談件数は年々増加(H21年一計8,022件(650件/月))している。相談案件の約7割は看護のアドバイスや経過観察指示で受診抑制に繋がっている。救急車搬送も当院が重症・中等症とも最も搬送件数が多い。軽症患者が減少したことで本年からドクターカーを導入することが出来た。一連の取り組みで、患者数は約7割減少したが、収益は約1割の減少に止まっている。

今後の課題は、救急医療の入口の整備は整いつつあるが、出口の整備にまだ課題が残っている。当院でも待機患者数が増加傾向にあり、その待機理由は後方病院の空き待ちとなっている。

最後に、地域の救急医療を守るためには、施設単独では限界があり、医師会や行政の協力、地元住民まで巻き込んだ地域全体で取り組みや医療連携による医師の団結が重要である。

(2) 院内連携：男性医師－女性医師のチーム連携

大阪厚生年金病院産婦人科部長 小川晴幾

現在、若手産婦人科における女医の占める割合は男性医師の2倍である。女医の大半は育児希望を持っている。その様な背景からマンパワーを維持するためには女医を辞めさせない手段が必須である。

当院では、小学校在学までの子育て中の医師、看護師ともに勤務時間を短縮する等して、概ね週30時間程度働けば正規職員として雇用している。また、院内保育園利用や職員駐車場使用許可基準も子育て中の職員が優先されるようにしている。当院では、医長からレジデントに至るまで約98%が子育て支援を受けている。

しかしながら、この様なシステムは男性医師も子育て中でない女医も含め全てのスタッフが納得できるものでなければ機能しない。これには経営陣と現場医療者全スタッフの意識改革が

必要となる。子育て支援は永久に続くものではなく、頑張り屋の子育て女医は将来的には十分なマンパワーになる気概を持って貰わなければならない。全スタッフが各自のワークライフバランスをお互いに理解し、思いやりを持ち、助け合い、医療を維持することが求められる。

具体的には、1) 手術、分娩立会いなど、女医は5時を迎えた時点で手を下し、男性医師と交代する。半ば強制的に行き、後は周りがカバーする。2) 女医も可能な時は、居残り、オンコール、産直（土曜日の日直など）を行う。3) 男性医師の当直翌日は女医がカバーする。お互いの助け合いが大事である。以上を徹底することが重要である。また、不平等感を抱かせない制度づくりも必要である。居残り、当直、オンコール、呼び出し等に対する十分な手当てを支給する必要がある。

また、当院は産科オープンシステムを活用して、診療所の医師による当直や手術の応援を受けながら救急母体搬送を引き受けるなどして、マンパワーの解消に繋げている。オープンシステムは勤務医と診療所医師の緊密なる連携が必要であり、地域連携は極めて重要である。

**(3) 男女共同参画という連携からはじまる
病院環境の整備**

**自治医科大学腎臓内科教授／女性医師支援
センター副センター長 湯村和子**

諸外国では女性の社会進出が先で、その後、女性医師が増加した経緯がある。しかし、我が国では、女性が働く社会環境が整っていない状況で女性医師が増加した。女性医師の増加が、あたかも医師不足を招いたとしてクローズアップされるのは問題である。

現在、医師全体に占める女性医師の割合は17%であるが30歳代未満は30%以上が女性医師である。また、70%が男性医師と結婚しているとのデータもある。こうした中、若い医師の働く環境整備が急務である。この問題は女性医師だけの問題ではない。高齢社会で医師も高齢化し、若い医師が育たない現状を放置すれ

ば、取り返すことが出来ない空白の世代が到来、医療の質までも低下した医療崩壊が起こりうる。

女性医師の支援は必然的に男女共同参画が必要であり、環境整備を図るためには、早急な全体の意識改革が必要である。

具体的には、出産後も働ける環境整備、短期間であっても短時間などで仕事との両立を図る。子育ては、男性医師も参画する。復職支援も重要であるが、就業継続支援で若い医師が働きやすい環境を目指すことが重要である。意識改革を病院全体で取り組むためには、1) ワークショップや講演会の開催、2) 他大学病院・病院との交流や情報交換、3) 預けて仕事をすの意識のサポートなど、安心して働ける環境作りを目指すことは、医師全体の支援にも繋がる。

日本再生は、女性の活用が成長のカギである。これまで女性の能力を無駄にしてきた日本社会は女性を活用することでまだ成長の余地がある。

(4) 離島診療所が必要とする医療連携

沖縄県立中部病院

プライマリケア・総合内科 本村和久

離島診療所医師は、24時間待機で島から出ることが出来ず、以前行なったアンケート調査によると、①教育・研修機会の確保、②休暇など島外での活動が制約させることに不満を持つ者が多いことが分かった。これらの問題を解決すべく、教育・研修機会の確保においては、1) インターネットを用いた医療相談を展開（例：皮膚科の問題で診療所医師が困れば、患者の皮膚の所見をデジタルカメラにおさめ、メールで転送、皮膚科専門医がみてアドバイスを得る）、2) テレビ会議システムの導入（離島診療所と基幹病院、保健所等とのネットワークを構築）、休暇など離島外への活動への対処として、3) 代診医師派遣システムの運営などがある。

また、離島診療所が必要とする医療連携とは、人材育成、教育の重要性が挙げられる。当

院は、独自の医師研修システムを持ち、1967年より938名の医師を育ててきた。また、「島医者」養成プログラム修了者を約60名輩出している。沖縄県には16の県立離島診療所があり、その殆どが当養成プログラムの修了生（9割）である。優秀な医師を一本釣りするよりも、自ら医師を育てていくことが長い目でみて医師の安定供給に繋がると考えている。

如何に一人で診療していても周りがしっかり支えていることが実感できれば人材も育っていく。人と人が支える医療連携は、1) 人材育成システムの確立とその充実、2) いつでも離島から連絡できるサポートシステムの確立、3) 離島からの情報発信が必要であると考えている。

(5) がん治療における在宅医療連携

要町病院副院長／要町ホームケアクリニック院長 吉澤明孝

がん治療における在宅医療連携では、基幹病院の先生方に在宅医療の現場を理解いただき、顔の見える連携が取れなければ、患者のための連携は難しいと考える。病一診、病一病は一方通行であってはならない。在宅の医師に返した時に、緊急対応でなかなか直ぐに入院させていただけなのが都会の現状である。それぞれ緩和ケアにおける病診連携の問題点として、病院側の問題点は、①顔が見えない連携、②介護保険を熟知していない、③在宅の現場を知らない、④緊急入院が難しい、⑤併診が困難、⑥家

族ケアが不十分などである。また、診療所側の問題点は、①顔が見えない連携、②緩和ケアの知識不足、③緊急対応の連携が不十分、④24時間対応の困難、⑤併診対応を好まず、⑥在宅処置（CVポート、EG、腎カテなど）の対応が困難などである。

在宅医療とは「支える医療」であり、支える体制づくり（かかりつけ医、訪問看護、介護・福祉サービス）をしていかねばならない。在宅緩和ケアは看取るための医療ではなく、楽しく生きるための「支える医療」である。楽しく過ごすためには、不安の除去（症状管理、緊急対応、24時間体制、傾聴体制等）が大切である。

まとめとして、在宅緩和ケアのポイントは、1) 傾聴、2) 共感、3) 手当て、4) ユーモア、5) 緩和ケアはチーム医療、6) 在宅では医療連携が大切である。緩和ケアとは、患者さんと平等の立場でいのちの輝きを支えるケアである。在宅医療とは家族と楽しく生活すること「支える医療」である。

栃木宣言採択

全国医師会勤務医部会連絡協議会の総意として、地域医療再生や勤務医の労働環境の改善を求めた「栃木宣言」が提案されたが、一部文言の修正を求める意見があり、栃木県医師会並びに日本医師会勤務医委員会で協議し取り纏めることが了承された。

印象記

沖縄県医師会勤務医部会会長 城間 寛



今回、10月9日に栃木県宇都宮市で開催された日本医師会勤務医部会連絡協議会に参加してきましたので、その中で特に印象深く感じたことを紹介します。

3年前同協議会が沖縄で開かれた時には小泉政権による医療費抑制政策により地域医療崩壊が

顕著になった。また平成16年以降の研修制度の変更で大学に研修医が集まらなくなり、大学からの派遣で成り立っていた地域の中核病院の中には、大学からの医師の派遣がなくなり診療科の閉鎖や、病院の閉院まで追い込まれる事態となった。そのために起こる地域医療の混乱が医療バッシングとなり、全国の勤務医部会でも、医療政策が変わらなければ解決にならないと言う声が高く上がった。その後、世の風潮あるいはマスコミの対応が、医療バッシングから次第に医療の現状を理解し擁護する姿勢が見られるようになってきているのが現状ではないだろうか。

今回のシンポジウムの中にも、「医療再生の新しい取り組み」というテーマで地域住民の代表として「地域医療を守る会」の副会長が住民を挙げて地域の病院に赴任してきた医師たちの労働条件の改善や、生活のちょっとした手助けをして医師の定着を促す涙ぐましい努力が紹介された。

また、女性医師問題についてのアンケート調査が行われていて、その報告があった。まず、厚生労働省によると1996年から10年間で医師数は3万3,000人増加しているがその中で女性医師の人数は1万5,000人で実に45%に及んでいる。それ故今後、女性医師が仕事を継続していくための環境整備は絶対必要なことである。アンケート調査の結果、女性医師が仕事を続けていく上で必要と思われる制度や仕組み・支援対策を尋ねたところ①病児保育 ②託児所・保育園などの整備・拡充 ③宿直・日直の免除 ④時間外勤務の免除など、約20項目が挙げられていた。これは各病院とも真剣に向き合えないと医師確保は困難な時代に突入してくるだろう。

今回、特に印象深く拝聴したのは、愛媛大学大学院医療環境情報解析学講座教授石原謙先生の特別講演であった。石原先生は、大阪大学を卒業後国立大阪病院地域医療研修センターに勤務、その後同院臨床研究部長、愛媛大学医学部医療情報部教授、その後日本医師会総合政策研究機構(日医総研)研究部長を歴任された後、愛媛大学の現職に就かれた先生です。

その内容は、①日本の医療はWorld Health Reportで常に最高ランクが続いている。しかも医療行為あたりの医療費はアメリカの10分の1程度で、年間30兆円余は先進国中の最低GDP比であるのに医療費財源問題が常に議論されている。それが問題。②日本人は生命保険・医療保険などの私的保険に年間50兆円もの保険料を払っており、これは世界の保険料の半分を占めるほどである。また私的医療保険も急増している。診療報酬を抑制し続け、混合診療しかないという風潮を放置すれば、今後企業も家庭も高度医療は私的医療保険での混合診療しかないと言われ洗脳される。しかし、わが国には高額医療制度があり、私的医療保険は特に必要ないとわかるだろう。③民間保険会社が「高度医療を受けるために先進医療特約」などと宣伝して私的保険への加入を勧めている。高度先進医療は、すべてを含めても年間100億円程度だから、真に良い医療であれば公的医療保険に含めても特に医療財政の圧迫にはならない。などの趣旨の講演を明解な資料を用いて説明していた。

これまで医師会が混合診療(高度先進医療など含めて)に強く反対していると言う認識であったが、この様なデータに基づいた説明をうけると、やはり今の流れのままでは、公的保険が破壊されかねない事が危惧され、我々医師がこのからくりをよく理解し公的保険を守り、国民を啓蒙する必要があると感じた。

九州医師会連合会平成22年度 第1回各種協議会

去る9月25日（土）、城山観光ホテル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、以下の通り報告する。

1. 医療保険対策協議会

理事 平安 明



挨拶

○鹿児島県医師会 三宅副会長

九州各県から医療保険担当の先生並びに事務局の方々に、お忙しいなかご参集いただき感謝申し上げます。また日医鈴木常任理事には大変ご多忙のなかお越しいただき重ねて感謝申し上げます。

さて、本年の診療報酬改定では診療所の再診料の引き下げや地域医療貢献加算の新設、入院中の患者の他医療機関の受診についての取扱いの変更が行われる等、様々な問題が顕著化して

いる。同じく保険指導についても本年4月から平準化の名のもとに指導時間の延長や対象レセプトの件数が増えるなど、指導の内容も厳しくなってきたとの印象を持っている。日医でも指導の見直しについて本格的に着手しておられるので、平成8年に定められた指導大綱が少しでも改善されることを期待申し上げます次第である。本日は大変多くの提案事項が出されているが忌憚のないご意見を出していただき、実りある会議になるよう祈念申し上げます。

○日医・鈴木常任理事

医療保険協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

事前に資料を見させていただいたが皆さんが懸念されているところは重なっていると感じた。皆さんのご意見を伺いながら、日医の考え方、現時点での対応についてご説明させていただきたい。

協 議

(1) 地域医療貢献加算の算定について

(沖縄県)

今回の診療報酬改定で新設された地域医療貢献加算について、当初医療側としては診療所の再診料を補完する意味合いで持ってきたものが、ふたを開けてみると官僚に縛りをつけられただけでなく、地域医療を担ってきた医療機関に対し、差別的とも言える発想を盛り込んだものとなってしまっている。現時点では、利用者である患者等の認識が十分には広まっていないため、それほど算定されていないと思われるが、今後この加算のことが周知されるに伴い、場合によっては通常診療に大きな支障が出てくることが予想される。また、対応如何では医療機関に対するクレームや厚生局の保険指導でも問題が生じてくる可能性もあることから、本県ではこの加算に関しては積極的に進めるものではなく、各医療機関にあっては今後の動向を見ながら慎重に判断していただきたいとしているが、各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

(2) 地域医療貢献加算について (佐賀県)

地域医療貢献加算は本年度の診療報酬改定において、診療所再診料の減額を補う形で新設された加算だが、文言上、24時間、365日、常時対応が絶対条件の印象を受け、申請をためらう先生方も多くみられる。

まずは、各県の申請の状況と、医師会として医療機関に向けて、この加算の申請に対して何らかの働きかけをされているかをお伺いしたい。

また、この加算は、再診料より分離させ、施

設間に差をつけるような形で設けられているが、人的基準や設備の基準がある訳ではなく、悪く言えば、書面上で形を作れば認可される可能性のある基準であり、非常に曖昧さが残り、実態とかけ離れたところが生じそうな気がする。また、加算という設定からは、いずれ外される可能性も秘めている。

本来、地域に貢献をしていない医療機関は皆無に等しいと考えている立場からは、このような曖昧で不安定な加算は廃止し、従来の再診料に戻すべきと考えるが、各県、日医の見解をお伺いしたい。

(3) 地域医療貢献加算の撤廃について：日医への要望 (長崎県)

今回の診療報酬改定で、休日、夜間の診療や電話対応を行う診療所に対して、地域医療貢献加算として再診料に3点の加算が新設された。再診料2点引き下げの穴埋めと、診療所を時間外診療へ誘導する狙いがあると思われる。

従来、多くの診療所が自発的に休日、時間外診療を行ってきた。わずか3点の加算により、休日、時間外診療や電話対応が義務化されることになり、診療所医師の精神的、肉体的な負担は大きいと思われる。地域医療貢献加算を算定するには、煩雑な施設基準の申請と患者への周知も必要となる。地域医療貢献加算は本来、再診料に組み入れるべきで、加算による政策誘導に反対すべきと考える。

診療報酬改定のたびに増える加算により、診療報酬はますます複雑になり、施設基準の申請等の事務量の増加は医療機関の疲弊を招いている。地域医療貢献加算をはじめとする加算はなるべく基本診療料に組み入れ、診療報酬体系を分かり易く、明解なものにすべきと考えるが、日医の見解をお伺いしたい。

(4) 地域医療貢献加算を巡る問題の今後について (大分県)

地域医療貢献加算は、平成22年度診療報酬改定により、基本診療料である診療所再診料引

き下げの穴埋めのような形で始まったが、この加算は24時間の電話対応や連携を義務付けるなど、日々地域で診療を続けている医療機関には実に不愉快な内容だった。この加算に関して、当初政務官は定刻を過ぎれば留守番電話しか対応しないような医療機関に対し、地域に根ざした時間外診療なども引き受ける医療機関は救急病院の負担軽減に貢献しているとして、加算を認めるということであった。

しかし、蓋を開けてみると、24時間の電話対応、医師の携帯へ転送、留守番電話は速やかにコールバック、それでも出来ない場合は連携医療機関への対応体制などを届出書に記入しなければならないのである。(後に電話対応は準夜帯程度と緩和された)

ここで問題にしたいのは下記の2点である。

- ①地域医療を行っている開業医は、学校医、予防接種、地域住民健診その他諸々の形で貢献しており、国は開業医の地域医療への貢献が単なる電話サービス程度の価値しかないと見ていないのではないか。本加算の名前の由来から明らかである。
- ②仮に電話応答サービスが地域貢献の一つであったとしても、当初の趣旨を勝手に拡大してハードルを高くしてしまう現場役人の姑息な手法があった。日医は、新たな診療報酬点数や加算点数などを設立する際に点数の多少のみならず、その趣旨や背景に十分注意し、実際に適用される際に細部を役人の都合の良い形に変えられないよう、最後まで注意して目配りをお願いしたい。

(5) 地域医療貢献加算について (福岡県)

地域医療貢献加算は、「病院勤務医の支援」と「時間外での診療所の対応」を評価したものとしていますが、再診料を引き下げ、加算に置き換えた内容で、従来から地域医療を守ってきた診療所の犠牲を強いる結果となっています。本加算を算定しないよう呼びかけておられる医師会もあると聞きますが、本県では内容に不満ではありますが、加算をできるだけ可能な範囲

で算定していただけるよう対応しています。各県の現状をお知らせいただきたい。

(6) 地域医療貢献加算について (熊本県)

診療所の再診料引き下げと同時に新設された「地域医療貢献加算 (3点)」は、社会保険診療報酬設定の理念を欠いた場当たり的なものであるとの批判が多い。従来から、地域に根ざした医療機関は往診や在宅医療など、この加算の趣旨に沿った医療活動を何の違和感もなく行っている。しかも、「その実績は問わない」とされているが、これは未だかつてない奇異的な診療報酬項目となっている。

熊本県では、一応遠慮なく「算定する」よう広報しているが、対象医療機関の約35%に止まっている。次期診療報酬改定では、この加算を廃止した上で医療機関や患者側からも納得のゆく合理的な設定がなされるよう要望したい。

各県の状況とご意見及び日医の見解をお伺いしたい。

上記の6題については一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは地域医療貢献加算を従来の再診料に戻すべきであるとの意見が大半を占めた。

なお同加算の届出に関する医師会の対応について、福岡県と熊本県では「奨励する」、佐賀県、大分県、長崎県、鹿児島県では「医療機関の判断に任せる」、宮崎県、沖縄県では「慎重に判断する」となっている。

<追加意見>

■**沖縄県**：地域医療貢献加算の取扱いについては九医連として取り纏めて何らかの方向性を出すのか、それとも運用を工夫しながら活用していくのか、どちらの方向に向かっていくのか各県並びに日医のご意見をお聞きしたい。

■**佐賀県**：佐賀市においてアンケート調査を行ったところ、有床診療所では60%程度の届出があった。入院があるので24時間対応可能と

というのが大きな理由と思われる。無床診療所では20%の届出となっている。同加算について、佐賀県医師会ではFAX等で周知を図ったが、現状は4割弱の届出となっている。佐賀市のアンケート調査によると、この加算を「積極的に取るべき」と考えている先生方は3割にすぎない。やはり元の再診療に組み込まれるべきものとの考え方が強い。

■大分県：決まった時間しか対応しないビル診のようなところに比べ、地域に根ざした診療をされている先生を評価し点数を付けたものと思っていたが、実際は24時間、365日対応等、厳しい算定要件となっている。算定要件が後付けで厳しくなることは過去にもあったが、今後も同じことの繰り返しにならないか懸念される。

届出については会員の判断に任せており、4割を超える程度の医療機関が算定している。

■福岡県：先ほど算定要件を厳しくし、ハードルが高くなったとの話があったが、厚労省では算定件数を増やすため、逆にハードルを下げている動きがある。このような加算は今後、診療報酬の格差を生じさせる布石にならないか危惧されるところもあり実際は反対だが、この加算も実績がなければいずれは無くなるものと思われる、無駄にすることはないと考えもあり、福岡県では可能な範囲で算定するよう情報を流している。8月の時点で約23.5%の算定となっている。

■熊本県：再診料が引き下げされたことで遠慮なく算定するよう呼びかけたが、届出件数は1,217の対象医療機関のうち444の医療機関、36.5%にとどまっている。

■宮崎県：公式ではないが厚生局と話した際、同加算の要件である24時間対応について、患者からのクレームがあった場合には、指導等について検討せざるをえないとの答えであった。やはり、算定は慎重にした方が良いと思われる。

□日医・鈴木常任理事コメント

地域貢献加算については6県より提案されており、その関心の高さをあらためて認識した。

マスコミが4月1日付の届出件数について35都道府県で調査した結果、「届出数の割合は平均21.2%となっている。また都道府県毎の届出状況はバラつきがあり、九州・中国四国地方では高い数値が出ているが、関東・東北地方では10%台に留まっている県もあるなど低い数値となっており、全体的にみると西高東低の傾向がみられた」と報道がされた。調査による各県の割合を見てみると、最も高いのが石川県49%となっている。同県ではつい最近50%を超えたと聞いている。次いで大分県41.1%、鹿児島県37.8%、広島県37.4%、佐賀県が35.4%となっている。一方低い県は千葉10.3%、青森県が11.1%、東京都12.2%、神奈川県が12.6%、埼玉県が14.4%となっている。

日医のレセ調査（6月現在の届出状況）によると、届出した診療所は29.2%となっており、先ほどもお話があったが有床診療所では60%と高く、無床診療所では24.5%であった。中医協における診療報酬改定議論のなかで、厚労省では3割程度の診療所が算定すると予測していたが、全体でみると現時点ではこれを下回っている。加算を届出していない診療所にその理由を尋ねたところ、「時間外対応をしてない」が52.9%と最も多い。「標榜時間外の対応を行っているが、算定要件が厳しい」として、届出していないところもあり、その割合は24.2%であった。その他、「算定要件を満たすが、届出を周知することによる時間外負担を懸念して届出しない」が12.7%、「様子をみている」4.8%、「そもそも加算の考え方に同意できない」等の意見が5.4%あった。これらの調査結果については8月26日に日医総研ホームページで公表している。

私は昨年10月に中医協委員となったので、今回の改定にも途中から関わっているが、地域医療貢献加算という名称は、全国的に評判が非常に悪いのは事実である。この名称についてであるが、中医協において当初「かかりつけ医加算」との名称で事務局から提案があった。しかし、後期高齢者診療料の廃止に伴い高齢者のか

かりつけ医制度も廃止した後で、「かかりつけ医」という名称を用いるのはおかしいと私が話をし、名称を考えようということになった。その場での議論の結果、「地域医療貢献加算」の名称になったという経緯がある。名称に特に深い意味はなく、この点数を算定しないからといって、地域医療に貢献していないというわけでは決してない。この加算は各診療所の先生方がこれまでやってこられたことを評価した点数である。足立前政務官も「時間外対応をしてくれる先生方と、対応していない先生方に何とか差をつけたい」と強く主張されていた。

また、いわゆる“日医外し”として中医協から3名の先生方が交代となったが、新しく委員となった我々3名も「医療は一体である」との考えの上、一致団結し、どこかを上げるためにどこかを下げるといった分断策に乗らない姿勢を最後まで貫いたつもりである。本来は再診料をもっと下げ、加算の比重をもっと増したいとの意向もあったようだが、我々としてはこれ以上上げないと協力に働きかけたところ、最終的に厚労省は名を取り、我々は実を取った形になり、最小限の引き下げと、地域医療貢献加算3点を算定すれば実質プラスの形となった。これについては、当時の原中茨城県会長が強力に働きかけをして何とか持ってきた経緯もある。

この地域医療貢献加算であるが、地域の身近な診療所で、患者さんからの休日、夜間等の問い合わせや受診に対応することで、休日・夜間に病院を受診する軽傷の患者さんの減少、ひいては病院勤務医の負担の軽減につながる取り組みを評価した点数である。先に紹介したアンケート結果にもあったように、先生方の中には時間外の対応を見合わせているケースもあると思うので、そのような方々には負担を増やしてまで無理をして算定する必要はないとする設定である。名称については評判が非常に悪いので、変更について次回の改定で検討したいと考えている。

算定要件は2転3転しており、当初は「何らかの対応で可」ということで緩い条件であった

が、その後、「24時間、365日対応」と厳しい内容が示され、我々も驚いた。しかし最終的には条件はまた緩くなっており、ハードルは下がっている。患者さんからの電話対応については医師は勿論のことだが、看護師や医療機関の職員が対応したり、或いは留守番電話の対応でもよくなった。ただし準夜帯については、できれば先生方本人が対応していただきたいと思うが、その準夜帯が何時から何時までとは示されていない。この時間を追及すると逆に縛られて算定しにくくなることも考えられることから、曖昧で非常に緩やかなものをご理解いただきたい。

また再診料そのものについてであるが、今回の改定で診療所が2点引き下げられたことはゆゆしき問題と認識している。基本診療料は医師の技術料であり、簡単に引き下げられることがあってはならない。次期改定に向け、基本診療料のあり方についてしっかり議論を行うため、去る15日より社会保険診療報酬検討委員会とは別に基本診療料に関するプロジェクトチームを作り、議論を開始したところである。今回、中医協では様々な調査を予定している。事務局や支払い側は、調査を行わなくても議論は可能として、基本診療料や医療と介護の連携について早く議論を始めたいとしているが、我々としては内部でしっかり議論を固めたうえで、話し合いたいとの考えである。今、議論として出ているのは、病院と診療所のそれぞれのコスト分析し、積み上げ方式でどの程度のコストがかかっているのかを一度分析しようと考えている。分析についてはDPC病院に関してはコスト分科会の中で分析されたデータがあるが、それ以外の病院については検討しなければならない。診療所等については日医総研等の活用を考えている。まずは基本診療料のあり方についてしっかり議論したうえで、次回は再診料の引き上げを主張していきたい。

<日医コメントに対する追加意見・質疑応答>

■熊本県：小児科の場合は全国では8.6%しか届出でない。

時間外診療は小児科医が一番診ていると思うが、何故手を挙げなかったか。それは、患者さんとのトラブルがいかに多かったかということに身染みて分かっているからである。その辺を認識して欲しい。ただ名称を変えるだけでは意味がない。

□日医 鈴木常任理事：名称に問題があるのであれば、それを変更するということであり、その点数自体に問題があるのなら、基本診療料を検討していくなかで、再度検証していくつもりである。

■長崎県：休日、深夜加算に組み入れるのも一つの方法と考える。

□日医 鈴木常任理事：懸念しているのは、事務局が当初“かかりつけ医加算”として名称を提案してきたのは、次回の改定でかかりつけ医的なものを何らかの形で取り入れたいと考えているのではないかということである。この動きに支払い側も同調しており、我々としては先生方のご意見を聞きながら今後の方針を決めていきたいと考えているが、かかりつけ医に対する先生方の考え方をお聞かせ願いたい。

■大分県：人頭制を念頭におかれていると思うが、診療科や診療形態で算定率が異なるので、医師全体として統一した見解は難しいのではないかと。

地域医療貢献加算のように曖昧なものとはとにかく廃止すべきである。逆に時間外加算等にしっかり点数を付けた方がよいのではないかと。患者さんもコスト意識が高いので、コンビニ受診等も抑えられるかもしれない。

■福岡県：地域医療貢献加算は小児科では殆ど取らないという状況である。そのような加算は意味がないと思う。本当に貢献している人たちが算定できるような点数にすべきだと考える。しかし、基本診療料を削ることは考え方が間違っている。

登録医制度については、イギリスのような人頭払い・かかりつけ医制度につながるファーストステップにならないように反対する。

■熊本県：名称をいかに変更しても意味がない

と考える。いびつな診療加算は廃止し、再診料で手当てすることが一番妥当である。かかりつけ医については反対である。

■佐賀県：地域医療貢献加算は現場を知らない官僚が考えたもので、日医はこのような話が出た場合には声を大きくして国民に伝えていただきたい。

行政と我々との間では様々な会議もたれているが、その場に患者さんが入っておらず、国民の理解が足りないと思われる。また、点数が単に上がればいいというのではない。点数が上がれば必然的に患者さんの負担は増えるので、国費をもっと充当するよう日医は要望すべきである。

□日医 鈴木常任理事：世界に冠たる「国民皆保険制度」が施行され今年で50年になる。これは先生方が昼夜を問わず対応していただき築かれたものだが、ここにきて限界にきていると思う。諸外国を見ると24時間対応は無くなってきている。イギリスのGP（一般開業医）もかつては1人で24時間対応をしていたが、サッチャー政権時に医療崩壊を招き、その後のブレア政権時では「基本は昼間だけの対応とし、夜は選択制で夜間専門のクリニックで対応すること」になった。しかしながら夜間専門クリニックの勤務希望者は殆どいない。24時間対応のクリニックは余程の地方に残るのみである。普通のクリニックでは平均4、5名のグループで診療を行う形態となっているが、現在の人頭制はクリニック内の特定の医師に登録するのではなく、クリニック自体に登録するので、そこに勤務している医師であれば誰でも診ることができるように形態が変わってきている。

また、デンマークでは一般的な病気は自分のかかりつけの“家庭医”で診てもらい家庭医制度がある。夜間も対応することにはなっていないが、連絡が取れないことも多い。日本の医療制度の中で24時間対応がこれからも残っていくのなら、今後も先生方には一般の社会とかけ離れた負担を強いるような形になると思うので、どのように解決できるかを考えていきたい

い。また、国民には日本の医療制度がいかに優れているかを理解していただけるよう広報を進めていくべきと考えているので、その時には先生方のご協力もよろしくお願いいたします。

(7) 入院患者の他医療機関への受診の取扱いについて (宮崎県)

入院中の患者が、他医療機関を受診した場合、初診料や再診料等しか算定できないという制限があります。

これらは通常の外来患者と同様に、全ての責任を伴う医療行為ですが、その対価が一部支払われないという制度は極めて不合理です。労働に対する当然の対価であり、正当に評価される事が必要と思われまますがいかがでしょうか。

また、入院中の患者に対して行った対診等は、診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする規定されており、その他でも同様の文言がしばしば出てきます。他の業種であればとてもあり得ない話ですが、医療界では当然の事のように点数制度の中で決められてきます。

このような算定の在り方について、各県医師会では如何お考えでしょうか。

(8) 入院中の他医療機関受診について (福岡県)

平成 22 年 6 月 4 日付けの厚生労働省保険局医療課長通知により入院中の他医療機関受診に関する取扱いが一部改正され、投薬のみは認められるようになりましたが、会員からは病診連携、病病連携を阻害するという事で、この取扱いを早急に撤回するよう未だに多くの要望があっております。

今回の制度は、出来高病棟でも包括病棟でも、一人の患者のために複数の医療機関が協力・連携して支える地域医療を否定するものです。入院医療機関には基本診療料の減算、他医療機関での医療行為の制限は撤回されるべきです。日本医師会に対して中医協で早急に改定前の内容に戻していただくよう要望いたします。

(9) 他医療機関受診時の入院基本料の減算の撤廃について：日医への要望 (長崎県)

今回の診療報酬改定で、入院中の患者が他医療機関を受診すると、他医療機関における投薬が制限され、入院医療機関の入院基本料が減算されるという通達が出された。医療界の抗議を受け、投薬制限は緩和されたが、入院基本料の減算はそのまま残っている。

様々な合併症を有する患者に対して専門医による良質な医療を提供することは、医療機関の義務であり、患者の権利でもある。しかし広範囲の疾患を治療できる医療機関は少なく、とくに療養病床の医療範囲は限られている。入院基本料の減算による医療機関の経済的損失と、他医療機関への対診の制限により患者が受ける医療の質の低下には無視できないものがある。

入院基本料の減算による他医療機関の受診制限は、どこでも、誰でも良質の医療を受けることができるという、国民皆保険の精神に反している。日医は、入院中の患者の他医療機関受診時の入院基本料減算の早期の撤廃に向けて努力すべきと思うが、日医の見解をお伺いしたい。

(10) 出来高病棟に入院中の患者の他医療機関受診について (熊本県)

「入院先の入院基本料を 30 % 減算する」、「専門的な診療に特有な薬剤を用いた受信日に限って外来受診先で算定し、残りは入院先医療機関で算定した上で、外来受診先と合議する」等は、周知の如く大混乱を招いた。

都道府県や地区医師会、精神病院や有床診の団体から強い反対運動が起こり、厚労省は急遽 6 月 4 日付の通知でこれを訂正した。

この案件は、果たして「中医協」で十分議論されていたのか疑問視する意見が多い。厚労省は DPC 病院や療養病棟等の包括医療との整合性を確保するためとして「中医協」に提出したが、議事録にも十分な意見交換が行われていたとの確証はない。

このように、「中医協」を素通りする案件や留意事項、通知文や Q & A など拡大解釈され

る傾向について、各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

(11) 入院患者の他医療機関受診の取扱いについて (鹿児島県)

本件については、平成22年5月22日付で、九医連から日本医師会へ是正を求める要望書を提出し、6月4日付の厚労省通知により一般病棟の専門的薬剤の投薬の取扱いについて緩和措置が出されたが、療養病棟入院基本料をはじめとする特定入院料等については、この取扱いから除外する旨明記された。

特定入院料等医療機関は、今年4月の診療報酬改定前は、入院基本料を70%減額した場合、専門的薬剤については、他院において保険請求が認められていたにも拘わらず、今回の通知により、入院基本料を30%又は70%減額した上に、専門的な診療科に特有の薬剤まで、自己調達しなければならなくなった。

地域医療連携の推進という観点から、最終的には、入院基本料減算措置の早期撤回を求めるものであるが、当面、特定入院料等医療機関における投薬の取扱いにかかる不合理を早急に是正して欲しい。

上記の5題については一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは、入院中の患者に対しても専門的な医療は提供されるべきであり、入院基本料の減算や外来先での診療報酬算定の制限等の縛りを設ける等については、医療費の抑制だけを考えてものであることから、早期の改善を要望するとの意見が出された。

<追加意見>

■佐賀県：最終的には患者さんに迷惑がかかる。大学病院等の多科のところはいいが、単科のところは困る。これは現場を知らない人が作ったものだと思う。

□日医 鈴木常任理事コメント：私もどうして

このようなことになったのか、どこで議論されたのか分からない。実際はDPC病棟における取扱いについて検討したいとして出されたものである。中医協の議論では図を用いて説明されたが、このような結果が分かるようなものではなく、議論が済んだ後で出来高病棟、或いは包括病棟におけるものは非常に厳しく制限される結果になってしまった。改定後、すぐに地域医療貢献加算と共に大きな問題となった。改定が終わると、医療課の担当職員は4月末には殆どが人事異動となるので、出来ればその前に何とか改善して欲しいと申し入れ、薬の部分に関しては6月4日の通知で改善された。入院基本料の30%減、70%減の問題についても、引き続き改善して欲しいと申し入れているところである。一方、病院団体からは入院基本料の引き上げと複数科受診について要望が上がっている。200床未満の再診料は上がったが、200床以上の外来診療料は現状のままということになってしまった。当初は2科目に限って2分の1を認めるとの話もあったが、財源がなくなってしまい、実現しなかったということもあるので、この件について併せて今後とも強力で申し入れていきたい。

厚労省の担当事務局のメンバーは一新されたが、この件は地域医療貢献加算とともに全国的に大きな問題となっていると申し入れているので、出来れば次期改定前に改善されるよう強力で働きかけていきたいので、もう少しお時間をいただきたい。

<日医コメントに対する追加意見・質疑応答>

■佐賀県：療養病床の他科受診の減額がそもそもベースにあって、それから一般病床まで派生したものだと思うが、療養病床が現状のままだと、またこのような問題が出てくるものと考えられる。これを機に療養病床自体の他科受診減額も見直していただけるようご検討いただきたい。

□日医 鈴木常任理事：そのとおりだと思うが、支払い側としては同一人物の二重請求について議論されているので、そのような議論にも

対抗させつつ、我々の現場の問題を解決できるように病院側の委員とも議論をすり合わせながら一致させた意見を出したい。診療側が議論で対立することがないような形にして何とか一歩でも進めたいと考えている。

■大分県：「中医協の中で解説図が出てきたが見逃した」とのお話があったが、このような重大な問題が新たに出てきたときには中医協でしっかり議論して欲しい。前参議院の共産党の小池晃議員が国会で見直しについて質問したところ、政府の答弁として「中医協で認められており、見直すつもりはない」との発言であった。問題があるものは、中医協で再議論して是非改善していただきたい

□日医 鈴木常任理事：見逃したのではなく、その図をいくら見ても、そのような結論が出てこないものであった。議論をしっかりしたいと思う。中医協では答申が出た後に一ヶ月ぐらい休みがあるが、その間に進められてしまう悪い慣例があるようなので、その辺も何とかしたい。先生方からはチームを作って検討して欲しいとの意見もあるので検討したいと思う。

■福岡県：改定の議論の際、中医協の中で再診療料が1点下がると財源がいくらになると試算が示されていたと思うが、この件に関しても財源が示されたのか。そのために元に戻せないのか。それとも途中で戻す可能性もあるのか。

□日医 鈴木常任理事：財源の話は出なかった。おそらく事務局は知っていると思うが、そのような話は我々には届いていない。

(12) 地域連携小児夜間・休日診療料の算定について (大分県)

「地域連携小児夜間・休日診療料Ⅰ」は、中核病院に集中しがちな休日、夜間の小児医療に対し、地域の医師と連携して小児科の初期医療体制を充実することを目的に設定され、診療報酬上で評価されている。

本県では、病院小児科勤務医の負担軽減、地域における質の高い小児医療を提供する観点から、中核病院、地域の小児科診療所の医師が連

携し、「地域連携小児夜間休日診療」を実施し、病院の二次機能を活かすためにあえて中核病院に開業医が出向くことを避け、自院で初期救急を行っている。地域によっては、病院と小児科開業医1名のような地区も連携体制をとり、夜間、休日も含め365日診療体制を維持している。

しかしながら、今回の診療報酬改定で「在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない」との一文が算定要件に追加されたことにより、小児科医独自で行っている夜間・休日診療が当番医制とみなされ算定できなくなってしまった。このままでは小児科医は意気消沈してしまい、地域連携小児夜間休日診療体制が継続できないのではないかと危惧される。

中核病院勤務医の負担軽減はもとより、地域小児科開業医が自院で初期救急を行う方法も是非とも認めていただきたく、算定要件の緩和を要望します。

<各県の回答状況>

いずれの県からも、算定要件である「在宅当番制度で行う夜間・休日診療においては算定できない」を緩和していただきたいとの意見が出された。

<追加意見>

■熊本県：中核病院に開業医が出向くことができる地域とできない地域があるので、地域特性を踏まえながら小児医療を守るための点数、算定要件を検討しなければ、ますます地域医療は崩壊していくものと思われる。

□日医 鈴木常任理事：先生方のおっしゃるとおりだと思う。やはり夜間診療が出来る体制があるかどうかは大事であって、それが病院なのか、在宅なのかというのはどちらでも同じだと思う。ただ学会では集中化、集約化の方向にあるようなので、恐らくそれに対応した流れなのかもしれない。先ほど大分県の藤本先生から直接お話をお伺いしたが、今年の3月に当時の佐藤医療課長から「在宅当番制については名称を換えて対応できればよいのではないか。」と話

があったとお聞きした。私どもは承知していなかったが、実際に地域の小児科医療が守られていることが重要なことなので、厚労省に確認して改善できるような方向で働きかけていきたいと考えている。

(13) 診療報酬改定時の疑義解釈や施設基準について (熊本県)

今回の診療報酬改定に伴う疑義解釈や施設基準の届出には種々の問題点が発生し、医療現場に多大な混乱をもたらした。

入院基本料の改定に伴う有床診療所の施設基準の提出期限の延長、療養病棟入院基本料に係る医療区分2以上の算定要件の問題や救急医療管理加算の届出延長、特に、「後発医薬品使用体制加算」は施設基準の留意事項にある「有床診の場合では、薬剤部門又は薬剤師が…」の解釈をめぐり、一旦受理された施設基準が、4月29日付け厚労省Q & Aで一変したことである。また、「明細書発行体制加算」の届出は、厚労省Q & Aでは様式2-2以外の添付書類は不要とされていたが、熊本県では更に電子請求がわかるもの、明細書の写しや院内提示物の提出が求められた。

このように、診療報酬改定時には数多くの疑問点が発生し会員への説明に困惑する。日医は疑義解釈や施設基準等で医療現場に混乱を招来しないよう、即座に対応して問題解決に当る「特別チーム」の編成をお願いしたい。

各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県からは、診療報酬改定時には施設基準の届出等で現場が大変混乱していることから、日医と厚労省が統一した見解を迅速に提供できる体制作りが必要である。また年々複雑化している診療報酬体系や施設基準については簡素化を検討して欲しいとの意見が出された。

□日医 鈴木常任理事コメント：先生のおっしゃるとおりだと思う。たまたま私が10月に中医協委員に選出され、4月から日医の常任委員

となり、社会保険担当となったので経緯がわかる。例えば日医の選挙が行われ、メンバーが変わってしまった場合には、事務局は理解しているが、新しい先生方の理解が得られる前に次々に決められてしまう。この辺りが課題だと思うので、いかに素早く対応していくかについて検討しなければならない。今回、中医協委員になって初めての改定に当たったわけだが、3月に答申を出した後、次の会議開催が4月末となり、その間に通知等が次々に出されてしまったことから、その当時、私がすぐに対応できなかった部分としての反省点である。次回の改定時には何らかの体制を作りたいが、あまり先走って細かい対応を全て確認する体制にしてしまうと、なかなか現場の意向が伝わらないものになると思う。問題点等があればご意見を素早くお寄せいただければ、対応できると思うので、日医だけというよりも先生方と共同で作業を行いながら、現場からの意見として対応していきたいと思うのでご協力をお願いしたい。

(14) 医療費の技術料・材料費等部門別の公表について (佐賀県)

医療費は総額で公表され、あたかもそのすべてが医療機関の収入であるように捉えられがちだが、純粋な技術料、ホスピタルフィーはその一部であり、薬剤費、医療材料費など、本来の医療スタッフによる収入以外の占める割合も無視出来ない。また、調剤薬局の普及はこれに拍車をかけ、さらに、諸外国に比べ数倍高いとされる薬剤費や医療材料費などの要素が医療費増加に与えている影響などは未だ十分に検討されているとは言えない。

今後の医療費の公表にあたっては、これらを明確に区別し、各部門別の純粋な値での年次変化の比較を望むが、各県、日医の見解をお伺いしたい。

<各県の回答状況>

各県とも提案県と概ね同様の意見であった。

＜追加意見＞

■大分県：保団連の話ではあるが、薬剤費の膨張がこのような医療費の増加に繋がっていると公表していた。データで物を言うことは大事である。厚労省のデータが必ずしも正しいとは言えないので、日医はORCA等を活用していただき、しっかりと物が言えるようなエビデンスを作っていたいただきたい。

■長崎県：レセプトオンライン化で、厚労省に膨大なデータが集積されるが、このデータの処理及び解析をどのように行うのか。厚労省で分析するのか、或いは第三者が入り厚労省から分離した形でオープンに行うのか。これに日医も加わることができるのか。これは今後の日本の医療にとって、非常に大切な問題だと思うのでお伺いしたい。

□日医 鈴木常任理事コメント：医療費、薬剤費の話が出たが、国民医療費に占める薬剤費並びに材料費については中医協でも公表されている。例えば薬剤料は6月23日の中医協の薬価専門部会の中で19年度までの推移が示されており、国民医療費34兆円のうち、7.4兆円と推計されている。

但し、包括点数に含まれる薬剤費は含まれていない。材料費についてはもっと漠然としており、材料費は診療報酬点数に含まれていることが多いことから、厚労省も正確には把握されていないということで医療機器の精算額で代用している。これが1.5兆円ぐらいである。部門別のコスト計算については、医療提供に関する標準的な各種の必要コストの調査を行い、それらを積み上げることでコストを適正に反映した診療報酬体系の構築を目指すべきであるとして、中医協で議論を持ちかけているところである。

オンライン化については、我々にとってのメリットは診療報酬の支払いの早期化である。これは主に病院団体からの要望であるが、1週間から10日程度支払いが早まる方向で動いている。また、支払基金に集積されたデータの活用については、レセプトの突合や縦覧点検等のチェックを的確に行うことができないか検討され

ている。電子化されたことで、先ほど話のあった入院中の他科受診についてもチェックされるし、今回の改定で義務化となった明細書発行もそのような流れの一つである。電子化にはプラスとマイナスの面があるが、決して手をこまねいて見ているだけではなく、それに関わっている先生方については地域の意見を吸い上げながら現実的な対応を行うよう働きかけていきたいと思う。

ORCAは日医独自のデータを出すためのものだが、なかなか件数が増えないということと、また、データの提供が任意となっていることから協力する医療機関が少ないので、日医としては厚労省に対抗するデータとして活用しにくい状況である。ORCAを沢山の医療機関に活用してもらい、併せてデータの提供についても是非ご協力いただきたい。

＜日医コメントに対する追加意見・質疑応答＞

■大分県：国民医療費についてもっと広報していただきたい。先ほど国民医療費は34兆円とのお話があったが、全て税金で賄っていると勘違いしている国民もいると思う。実際には8～9兆円が公費（税金）である。国民医療費の内訳を理解していただけると診療報酬を上げる際にも国民に納得してもらえるのではないかと。

□日医 鈴木常任理事：確かに全てが税金で賄われていると思っている方もいるかもしれない。実際は保険料がかなり占めている。日本の国民皆保険制度は世界的にも非常に優れた制度であり、これを維持していくためには応分の負担も必要であることについて、今後も広報、啓発に努めていきたい。

(15) 指導・監査について (福岡県)

日本医師会より平成22年6月4日付け（保44）「指導の取扱いについて」において、指導の基礎的な部分の取扱いに関する厚生労働省との合意事項について通知がありましたが、その中で（3）自主返還の取扱い③個別指導の中に「ただし、施設基準の返還の場合は最大5年と

する。」とあります。

この件について、従来、厚生労働省や他都道府県での取扱いがどうなっていたか把握していませんが、本県では、施設基準に関するもの含め返還は、原則1年ということで合意しておりました。ところが、今般、九州厚生局より日医と厚労省が合意したので、この部分を変更する旨の申出がありました。

本会としては、九州厚生局と従来通りということで交渉いたしておりますが、日医との合意事項と言われれば従わざるをえません。

日本医師会としては、要件を満たさない月が5年以上である場合にそれ以上遡らないよう、書類の保存期間から最大5年とされたのではないかと思います。5年というのは監査と同様で非常に厳しいと思われませんが、いかがでしょうか。

また、厚生労働省において指導の標準化が行われており、指導について交渉を行うと、常に「本省からの指導なので」と言われます。日本医師会より厚生労働省へ従来からの合意事項で実施しているものについては、合意事項を尊重して実施するよう要望していただけないでしょうか。

<各県の回答状況>

各県とも「施設基準の返還の場合は最大5年」について、強い不満と厚労省へ見直しを求める意見が出された。

□日医 鈴木常任理事コメント：平成22年6月4日付け（保44）「指導の取扱いについて」は、結論的に言うと前執行部との間で合意されたものが、まだ各県に伝達されていなかったもので、これを伝達したものである。交渉というよりも既に合意されていたというのが事実である。

<日医コメントに対する追加意見・質疑応答>

■福岡県：当県の場合、施設基準の返還については1年と合意されていたのに、5年分返還されるようになったのは納得できない。5年分の返還を求められたら医療機関は潰れてしまう。

前執行部の時に合意されたものということであるが、事前に指導に関するアンケート等を取られたこともなく、前執行部でどのようなコンセンサスを取ったのかよく分からない。

□日医 鈴木常任理事：施設基準の返還は、「施設基準の適時調査の取扱い」と同様に届出時に遡るか、もしくは要件を満たさない月までに遡っての返還となるが、書類の保存期間の関係から最大5年としている。日医では、適時調査で実際そのような運用になっているということで、合意した経緯がある。現在、「指導の見直し」として全国からお寄せいただいた意見を取り纏めているので、この結果を見て対応したいと考えている。

(16) 新規個別指導における指導結果について（沖縄県）

本県では、開業（開設）から概ね1年以内の医療機関に対して、九州厚生局による新規個別指導が実施されているが、指導の結果、「再指導」となった場合には新規といえどもあらためて一般個別指導を受けねばならず、医療機関に与える心理的重圧は大きなものと考えられる。九州厚生局沖縄事務所、県、医師会の3者で開催する定例保険連絡会議の際、厚生局へ問い合わせたところ、「新規個別指導の指導結果については全国的に同様の取扱いである。また、『再指導』となった医療機関でも次回の個別指導時には改善されているものとする」との回答であった。各県の状況についてご教示いただきたい。

<各県の回答状況>

新規個別指導について提案県と同じ取扱いは、佐賀県、宮崎県、大分県、福岡県、鹿児島県であった。そのほか県では、

- 長崎県 医療機関の内容に問題がなければ、新規集団指導の概ね半年後に新規個別指導を受けた段階で一連の指導は終了する。
- 熊本県 新規開設及び管理者交代の医療機

関に対し、年度末3月に講義形式の「集团的個別指導」、更に直後の5～7月に「個別指導」が行われ、その際、保険診療の理解が乏しいと判定された医療機関は次年度に「再指導」が実施される。

上記のとおり報告があった。

また、新規個別指導は教育的指導が本来の目的であり、返還等を求めるべきではないとの意見が出された。

<追加意見>

■**沖縄県**：昨年度の指導実績は新規個別25件、一般個別が27件、合計52件であった。指導結果として「概ね妥当」は1件のみ、後は「経過観察」もしくは「再指導」となっている。

現在の新規個別指導はフォローアップよりも一般個別に向かってかなり束縛された状況になっており、開業された先生方は大きな負担を強いられている。集团的個別指導と同様に新規個別についても、指導を1度きりで終わらせる等、何らかの取り決めが必要ではないかと考える。

■**福岡県**：指導は健康保険法に基づいて行われる。一方、行政手続法での指導は、あくまでも相手方の任意の協力によって行われるものとある。また同法32条には行政指導に携わる者はその相手方が行政指導に従わないことを理由に不利益なことをしてはいけないとあるが、日医はこれについてどのように考えているのか。

□**日医 鈴木常任理事**コメント：新規個別指導について、現時点では、再指導となった場合には個別指導になる。しかし具体的な事例を見ると悪意はなく、殆どが保険診療に関する知識不足というのが実情である。新規開業医療機関に対し、保険診療のルールや請求方法をレクチャーしている医師会もあり、非常に効果を上げているとのことであるが、厚生局になった後は医師会の自主指導も実施出来にくくなっていると聞いている。そもそも開業したばかりの医療機関に対する指導は教育的なものであるべきで、通常の個別指導の扱いとするのではなく、

まずは医師会と行政が協力をして新規指定時に保険診療や請求事務の講習などを行う等の対応が必要だと考えているので、この観点から厚労省と折衝していきたいと考えている。またご存知だとは思いますが、新規個別指導は指導大綱に明記されたものではなく、後付けされたものなので、その点も含めて折衝したいと思う。

行政指導に対して従う必要はないのではないかとのご意見であるが、これは私が判断できる域を越えているので何とも言えないが、訴訟等の方法もあると思う。「指導の見直しについて」、今回の寄せられたご意見については分析・整理がまだ済んでおらず、詳しくは申し上げられない。

<日医コメントに対する追加意見・質疑応答>

■**熊本県**：新規個別指導に関しては、教育的指導が重点であると思う。厚生局に確認したが、「保険診療は契約であり、契約違反は当然返還となる。新規だろうがなかろうが関係ない。」との回答であった。情熱を持って開業した人達が最初で挫折してしまうことは、地域医療にとって非常にマイナスになるので、新規開業に関しては教育的指導を充実すべきとして交渉していただきたい。

■**大分県**：勤務医が保険診療の知識を持つことは地域で開業される時に非常に役立つものだと思うので、勤務医の先生方の教育も大事だと思う。

■**沖縄県**：日医には、是非、医師会の医療機関に対する指導について、各県の厚生局事務所レベルで協力的に行えるよう厚労省に協力を求めている。

■**福岡県**：自主返還とは医療機関が自ら返還するものであって、行政から求められるものではないと考えているが、厚労省では年度当初から返還について予算化されているようである。日医は自主返還についてどのように考えているのかご教示いただきたい。

□**日医 鈴木常任理事**：特定共同指導や共同指導でいくつかの都道府県を回っている。特定

共同指導は500床以上クラスの特定機能病院や大学病院が主になるが、指導では勤務医の先生方に今のうちに保険診療について理解していただきたいと主旨を説明しながら、最終的には自主返還という話を我々が去った後に出しているようで、そういうものが結び付いている現状だと思う。この辺は非常に巧妙である。指導官の人道的に解せない言動等については、直接ご連絡いただければ強ちに指導することもできるが、自主返還については、本来は有ってはならないとは思いますが、現実的には存在することを現時点では認めざるをえない。

(17) 在宅患者訪問診療料の算定の矛盾について (日医への要望) (長崎県)

在宅患者訪問診療料は、平成22年度診療報酬改定で「1 同一建物居住者以外の場合 830点」と「2 同一建物居住者の場合 200点」となった。

改定後は、居住系施設入居者等（有料老人ホーム、グループホーム等）とされていたものが同一建物居住者とされ、この中にはマンション等の居住者も含まれることとなったが、その算定方法には矛盾がある。

- 例えば、マンションに訪問診療を行った場合、
- ① 101号室の「Aさん1人」の場合 830点
 - ② 101号室の「Aさん」+501号室の「Cさん」計2人の場合 200点×2
 - ③ 101号室の「AさんとBさん2人」+501号室の「Cさん」計3人の場合 200点×3

④ 101号室の「AさんとBさん」2人の場合 830点+再診料（一戸建てと同様）

となり、在宅患者訪問診療料のみであれば、世帯（居室）の異なる2人以上の訪問診療を行うと、1人の訪問診療を行った場合より点数が低くなる。

明確な根拠がなく、医療費抑制のみを目的としたと考えられる矛盾した点数、算定方法については、速やかに改定するよう日医から要望していただきたい。

□日医 鈴木常任理事コメント：在宅訪問診療料の算定方法については、中医協でもいろいろ議論になった。先生方の中には医療機関の近くにアパートを建てて患者さんを住ませ、集中的に訪問診療を行って非常に高点数を得ていた事例があった。普通に訪問診療を行う先生方と差をつけたいとする事務局の意向がその辺に見える。都会の訪問診療は、離れているといっても徒歩や自転車で移動することができる。私は茨城の過疎地で診療しているが、我々の訪問看護は5キロ、10キロ、15キロ離れたところを回る。むしろそのようなところにも加算が欲しいと思う。結局はそのような議論の末、厳密には矛盾が出てくるのは事実であるが、何らかの形での取り決めをしたいということから、このように決まった経緯があるので、現実的に見て非常に不整合な部分が多々あるということであれば、次回の改定に向けて改善できるよう要望を出していきたい。

印象記



理事 平安 明

平成22年9月25日鹿児島県城山観光ホテルにて平成22年度第1回医療保険対策協議会が開催された。今年は診療報酬の改定があったためその関連として、地域医療貢献加算を巡る問題、入院患者の他医療機関の受診、地域連携小児夜間・休日診療料の算定について、診療報酬時の疑義解釈や施設基準について、医療費の技術料・材料費等部門別の公表について、さらに、指導・監査に関することが協議事項として取り上げられた。

診療報酬改定時に既に問題となることがわかっていたようなことが取り上げられたため、各県とも同じような問題意識を持っており、改めて意見の取りまとめに難渋するようなことはなく、明確に問題となっていることをきちんと日医に対応してもらうことを再確認したような会議であった。

日医からは鈴木邦彦常任理事が出席されたが、議事録を見ていただいても分かる通り、現時点で特に目新しいことは述べていない。指導監査に対しては日医から8月12日付けで都道府県医師会宛てに指導監査の見直しについての意見を募っており、国に要望していくために取りまとめている段階である。また、地域医療貢献加算については算定を進めているところとそうでないところと若干温度差があるように見えるが、この点数が不可解な経緯で出てきたもので、原則論としてこれは再診料に戻すべきものとの認識では各県とも一致している。日医からもはっきりとそのような方向で見直しを行っていく旨の発言が聞かれるかと思ったが、今一つ歯切れが悪かった。再診料等基本診療料の議論は中医協ですでに始まっているようだが、地域医療崩壊を阻止するためにも鈴木常任理事には是非とも中医協で頑張っていただきたい。その他の事項についても問題点を整理し国に持ち上げていく旨述べていたので、まずは今後の日医の動きを見守っていこうと思う。

協議会の後、医療保険、介護保険、地域医療の3協議会の報告会があり、その後懇親会が催された。鹿児島の郷土料理と焼酎に舌鼓を打ち、前回（平成22年1月）福岡でこの協議会があった時は、ウイルス性腸炎に罹患した後で食事が全く取れなかったことを思い出し、健康に感謝しつつ、料理とお酒を堪能させてもらった。

2. 介護保険対策協議会

副会長 小渡 敬



挨拶

鹿児島県医師会の銚乃原大助常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

先般、長妻前厚生労働大臣が介護療養病床を2011年度末には廃止しない方針を固めた内容の報道がなされた。これは、厚労省が実施した転換意向調査で、転換先を「未定」とした介護療養病床が6割以上であった結果を受けてのものである。

この療養病床の再編に関しては、本協議会でも数回にわたり、介護療養病床の存続、受け皿の問題等について熱心に議論いただき、現場の生の声を日本医師会を通じ国へ届けた結果が、この度の国の方針転換に繋がったものと考えている。また本件に関しては、本日お越しの三上常任理事に多大なご尽力をいただいたことは皆様ご承知の通りであり、この場を借りて厚くお礼申し上げたい。

本日もその療養病床再編の問題を踏まえ、各県から介護保険の諸問題に関する10の協議事

項をいただいている。皆様の忌憚のないご意見をいただきたい。

日本医師会の三上裕司常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

介護保険関係に関しては、ご存知の通り、非常に頻回に介護保険部会あるいは介護給付費分科会、その他、喀痰吸引の問題や精神保健の方で、認知症の患者様を精神科病床でどう受け入れるかということも併せて議論している。非常に頻回に会議が開かれており、いろいろなことが変わってきている。本日は皆様のご意見を伺った上で、今後のそういった会議での発言の参考にさせていただきたい。

○座長選出

慣例により、担当県の銚乃原常任理事が座長に選出され会が進行された。

協 議

**(1) 療養病床転換意向アンケートに基づく
介護療養病床廃止撤廃に向けて (大分県)**

<提案要旨>

民主党は昨年の総選挙前の政策集に「療養病床を削減する介護療養病床再編計画を中止」と明記。さらにマニフェストにも「療養病床削減計画を凍結」と記載した。しかし、1月27日の参院予算委員会で長妻厚労相は「基本的に(介護療養病床の)廃止というような方向性は変わりません」と答弁した。その後、介護療養病床について「いま実態調査を詳細にしている。夏頃までに結果が出るので、結果を踏まえて今後の方針を決める」と述べ、計画の見直し案を夏以降に出す考えを示したが、方針は不透明のままであり、多くの医療機関は将来への方向性を見いだせずにいる。

本年1月と4月、2回の療養病床転換以降のアンケート調査が行われたが、厚労省の分析結果が出る前に医師会として会員の意向を把握しておく必要があると考え、集計・分析を行った。

各県で同様の検討をされていれば、ご教示いただきたい。また、日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

**(2) 療養病床転換施策の見通しについて
(佐賀県)**

<提案要旨>

介護療養病床の廃止の凍結、療養病床転換施策の方針変更など報道がなされているが、確たる情報や正式な通知は出されていない状況で、現場サイドでも困惑しているため、療養病床転換施策の今後の見通しについて、日医の見解をお伺いしたい。

また、大幅な方針変更がなされる場合には、既に療養病床を介護施設等に転換した医療機関は、希望すれば特に縛りもなく転換前の療養及び病床数に戻れる措置をもうけていただくよう、日医に要望したい。

協議事項 (1) (2) は一括協議

<各県回答>

協議事項 (1) における大分県と同様のアンケート調査を医師会独自で行っている県は無かったが、県行政が行った調査によると、各県ともに、介護療養病床の転換先を「未定」としている施設が大半を占めていることが報告された。(沖縄県：未定49.6%、医療療養病床30.3%、老健等13.3%)

協議事項 (2) における療養病床転換施策の見通しが不透明であることに対しては、各県ともに、転換施策に係る情報が錯綜し、また医療必要度の高い患者の受け皿が整理されていない状況において現場が混乱していると報告があり、日医から厚労省への働きかけを期待したいとする回答が各県より示された。

<日医コメント>

この問題は非常に長く戦ってきた結果である。横断調査ができたということが非常に良かった。これまでは、保険局医療課や老健局老人保健課が単独で調査を実施しており、これでは本当の意味で必要な病床がどうなのかが分からないということで、以前から横断調査を実施していただきたいということをお願いしていた。つい最近になり、担当課長が代わったりということで横断調査ができるようになった。

その結果、介護療養病床の廃止という方針が決まった平成17年10月の中医協で出された資料と全く違うデータが示された。

当時は、2,200億円削減のために病床を減らすということで、なるべく減らすという理由付けになるような調査の方法、あるいはそういう発表の仕方をしてきた。また、実際のデータの文言を変える等の情報操作が行われていた。その結果、医療療養病床と介護療養病床にはほとんど同じ状態の患者さんがおり、その内の大半が社会的入院として在宅に帰れるような人達が入っているという結果が示された。

しかし、今回の横断調査については、保険局医療課と老健局老人保健課が同時に実施しているため、そういった思惑が働かず、アンケート

の内容も我々が申し入れた形で調査を実施したということで、介護療養と医療療養には全く違う患者特性の人が入っており、転換老健と従来老健も全く違っているということ、転換老健と介護療養型医療施設の患者特性は全く変わっていないということ、なおかつ医療が必要な人達が多いということが示された。

当然なことと考えるが、老健にせよ特養にせよ介護療養型医療施設にせよ、医療の必要度の高い方、あるいは要介護度の重い方がますます増えてきているという状況の中で、療養病床を減らして良いはずがなく、社会的入院が多いという結果を出した17年の調査は、非常に恣意的な結果であったと思っている。

今回の結果は詳細分析が未だ済んでいない。これは非常に細かい設問をしているので、その辺りがもう少し出てくると思う。最終的には、中医協の下にある診療報酬調査検討組織の慢性期入院医療の評価分科会の中で検討される訳だが、予想としては、介護療養型医療施設をそのまま存続させるということに持っていきたいと考えている。しかし、それには法改正が必要となる。タイムスケジュールとしては、年末までの3ヶ月位の間には詳細調査を検討し、その結果、来年の春には法案を出す。そして23年末までにその法案を施行する。介護療養を廃止するという法案を廃止する法律を作ることになる。

介護療養型の転換について、介護療養が廃止されるということで、やむなく医療療養に変わった、あるいは老健に変わったという施設があり、それが廃止されなくなった場合にどうするかということが非常に大きな問題になるかと思う。そういった場合に、戻れる施設は元に戻れるようにすべきではないかという意見があり、介護保険部会でその意見を申し上げた。老人保健課長からは、制度的には戻れないことはないが、老健に戻った時には人員配置を手薄くしているので、それをまた人を雇用し介護療養に戻れるような形にできるのかということにつ

いては別であり、また患者特性が少し変わった施設があるかもしれない。特に介護療養から介護施設に転換した施設では、一部は患者特性の問題や人材の確保の問題で転換されたと聞いているので、そういうところは元に戻ることは難しいと考えるが、変わる必要はそう大きくなかったが変わられた施設については、元に戻れるような手立てができるよう、これから交渉していきたいと考えている。

有床診については、今「お泊まりデイサービス」というものを聞かれたことがあると思うが、いわゆる馴染みの関係のところ、緊急のお泊まりが良いのではないかという話が当時の政務官からあり、それが介護保険部会でも出てきた。これは東京都の認知症対応力のモデル事業で行われていた介護保険とは関係のない介護保険外のサービスとして出されたものだが、そういったものが良いのではないかということであった。日医としては、有床診療所の空きベッドを緊急ショートステイに使えるようお願いしたい。それには今現在、一般病床でも6.4平米という基準があるが、介護におけるショートステイが可能になったという経緯があるので、老健に転換されるよりは一般病床に6.4平米のまま一般病床にされて、緊急ショートステイを受けられるという条件が整えば、在宅医療の支援という形で有床診のベッドが活用されることが一番良いのではないかと考えている。有床診の中でもこの話をさせていただいており、保険局医療課の方にも出向き説明を行っている。

転換については、都道府県による差が非常に大きい。広島県や青森県は介護療養から老健に転換した比率が非常に高い。これは都道府県の説明の中で、非常に不安を煽るような言われ方をして焦って転換を進めた県と、全く転換しない県と二通りに非常に分かれている。そういう意味で、不安を煽られて嫌々に変わられたところを何とか元に戻れるような形にしていかなければならないと思っている。

(3) 介護保険施設全体のあり方について

(鹿児島県)

<提案要旨>

介護保険施行後、既に10年以上が経過しており、介護療養病床のみならず、介護保険施設全体のあり方について見直しが必要な時期に来たのではないかと。

特に医療のあり方等、外出しについての議論も必要。平成24年度医療保険・介護保険報酬同時改訂に向けて議論を始める必要がある。

<各県回答>

各県ともに、平成24年の同時改定に向けて、介護保険施設における医療提供体制等の抜本的な見直しや、医療保険との整合性を図る必要があるとの意見が示された。また、現在、要介護度の重症化により利用者と施設とがマッチしていない状況が多々あることから、大分県より、必要な医療がかかりつけ医等から制約なく提供される形が望ましいとした意見が示されるとともに、長崎県より、全ての介護施設で、外付けの医療サービスが提供できるような形はどうか等の意見が提示された。

<日医コメント>

医療の外出しについては以前から議論されている。これは非常に微妙な問題がある。もともと施設については、内付けの医療と介護の密度それぞれの濃淡があり、介護療養型医療施設の密度が一番濃い。介護保険の創設当初は、そういった介護と医療の密度の違いによる施設の特性に合わせ、利用者がその施設間を移動するという考え方で、いろいろなサービスがあるという形で作られた。現在そういったものが、施設の入所待ちが多くなったために施設間の移動ができず、適切なケアマネジメントが提供できないというミスマッチが起こっている。そのために、例えば特養の介護職員に医療行為をさせなければ成り立たないのではないかとという話が今現在出てきている訳である。

そういう意味では、介護療養が廃止にならない

ということは現状としては良いが、重度化した要介護者、医療の必要な方が多い状況にあり、介護療養以外にも施設の整備が必要になってくる。

現在、高専賃のような居住系サービスでは、医療や介護が全て外付けとなっている。逆に老健等は医療が内付けになっている分、外付けの医療がしにくく、一番医療から遠いのが老健だと言われることもある。それは今後の課題であろうと考えている。

個人的な意見だが、医師会の共同利用施設の委員会で、地域包括ケア研究会の話を少しさせていただいたが、この時に私から高専賃という居住系のところへの外付けの医療を、医師会としては十分に考えできるようにしなければならない、積極的に取り組もうという話をしたところ、居住系サービスに生活支援サービスや訪問診療等を付けていくという考え方を医師会として言うのはどうなのか、ご自宅で生活できることを目指して頑張るということが医師会の本来の姿ではないのかと指摘された。これから生産年齢人口が減り、家族介護力が無くなる中で、高専賃のような、いわゆる恰も施設のような高齢者住宅に高齢者の方に住んでいただき、そこに効率良く医療や介護を提供するという形が、どこまで良いのか積極的に進めるべきなのかを、今現在悩んでいるところである。

外付けをどうするかという話になると、介護保険施設は全て一本化され、全て外付けということにもなりかねないので、慎重に議論をしていただきたいと考えている。

(4) 特養入居者に係る医療行為について

(宮崎県)

<提案要旨>

本県では、6月1日付けで県福祉保健部国保・援護課から特養嘱託医に「特別養護老人ホーム等入所者にかかる診療報酬の算定等について」と題する文書が通知された。その内容は以下の通りである(抜粋)。

②施設内(特別養護老人ホーム等)に配置して

いる職員が行った医療行為については、算定できません。したがって、点滴注射等（手技料、薬剤料）の算定はできません。

- ③医療機関（自院）の看護師等が医師の指示により単独で施設に赴き、点滴注射等を行った場合でも、手技料はもちろん薬剤料も算定できません。

国は高齢者を病院から追い出し、在宅や特養等高齢者施設での終末医療、看とり介護を勧めているにも関わらず、一方で施設嘱託医の医療行為を萎縮させるような指導は、矛盾していると考える。もとより、特養の嘱託医は初診料、再診料、諸加算は算定できない。その上点滴の薬剤料も算定できないということになれば特養の嘱託医にとって由々しき問題である。

そこで、本会では7月に「特養入居者に係る医療行為について」を施設と嘱託医にアンケート調査したので報告したい。

またこのような通達は各県で出されているのか、各県のご意見、さらに日医の考えもお聞きしたい。

<各県回答>

宮崎県以外では、同様の通知は出されていないとの回答であった。しかし、各県より、特養での医療ニーズの増大等が求められる現状において、実態にそぐわない現行制度の指導強化を行うのではなく、制度そのものの改善の論議が必要ではないかとの意見が提起された。

<日医コメント>

厚生労働省の医療課に確認したところ、昨年のQ&Aでは、「特養入所者が診療により、特養内で点滴の必要性を認め2、3日実施した場合」という問いに対し、「配置医師の場合、初診料、往診料は算定できないが、使用した手技料、薬剤料等は算定可能。」、「配置医師以外の場合、（配置医師以外の診療の必要性はある）往診料等の算定及び、その医師が診療した日に実施した点滴等に係る手技料、薬剤料の算定は可能。」

「配置医師以外の場合で診療は1日で、特養の看護師に1、2日後の指示をしてきた場合は、医師は当日の往診料、当日の手技料の算定は可能。薬剤料に関しては、医師が処方 or 投与した分に関しては算定可能。ただし、特養の看護師は保険医療機関の看護職員ではなく当該施設の職員であるため、その看護師が行った処置等に関しては算定できない。」という回答が示されている。

従って、診療所の職員が行えば当然取れるということになる。診察があり、処方した分の薬剤料も算定が可能ということである。例えば、慢性疾患があった場合に、2週間分の投薬を配置医師あるいは配置医師以外の方がされた場合にも、薬剤料2週間分はその診療所から請求できる。電話で配置薬を出された場合は算定できないが、それぞれの診療所が診察の上、処方され出された分については算定できるということである。いずれも診察は必要となる。

(5) 居宅療養管理指導費の算定について

(福岡県)

<提案要旨>

福岡県では、居宅療養管理指導費の算定に当たり、契約書や同意書、重点事項説明書等について不適切事例が多く見受けられることから、昨年度、県行政と共同で「居宅療養管理指導費に関する説明会」を実施している。また、本年度については、県行政より居宅療養管理指導費に関して、「集団指導」という位置付けで実施する旨の申し入れがなされ、これについて本会でも検討したところである。

九州各県における、居宅療養管理指導費の不適切事例の状況、また県行政との関わり方についてご教示いただきたい。

<各県回答>

福岡県以外の各県においては、居宅療養管理指導費に関する集団指導は実施されておらず、現時点で不適切な事例は報告されていないとの回答が示された。

＜日医コメント＞

居宅療養管理指導費は、介護保険に入っている唯一の医療系サービスである。

介護保険の基本は、利用者が選択し契約を結ぶということであり、その辺が医療保険と全く違う。そこを理解されないと、こういう事例が起こる可能性があると考ええる。

(6) 維持期リハビリテーションについて

(長崎県)

＜提案要旨＞

急性期及び回復期リハビリについては、現在、医療保険で手厚いサービスが保障されているが、維持期リハビリについては、医学的に必要性が認められているにも関わらず介護保険に組み込まれてしまい、ケアマネの知識不足や所属施設の囲い込み、及び制度による複雑な制限からニーズに十分に対応できていない状況である。生活支援目的の介護保険に医療行為を組み込むこと自体に無理があり、現場では様々な問題が起こっている。

また、グループホームや老人ホーム等のいわゆる居宅系施設においても、リハビリが必要な方に提供する方法がないのが現状である。少なくとも介護認定を受けるレベルの利用者には、必要に応じて外付けの医療サービスが提供できるシステムの構築が望まれるが、日医の見解を伺いたい。

＜各県回答＞

各県ともに、利用者の状態に応じたリハビリテーションを提供する体制づくりは必須であるとの見解が示された。

各県より、リハビリは本来医療で行うべきであり、介護保険の限度額でリハビリより生活支援を優先しなければならない状況の改善は必要であるとした意見（宮崎県）や、健康寿命延伸のため維持期リハは医療保険が望ましく、通所リハを行っている方でも外来リハを認めるべきであるという意見（熊本県）、リハ等で機能が向上し介護認定が改善された場合、事業所に対

する「評価加算」の仕組みを日医から厚労省に働きかけていただきたいとする意見（鹿児島県）等が示された。

＜日医コメント＞

デイサービスとデイケア、通所介護と通所リハの問題だが、介護保険部会における厚労省の資料の中に、これらはあまり変わらないという資料が出され、大いに盛り上がった議論となった。基本的な預かり時間がデイサービスと同じ部分があるのではないかということと一緒にしてはどうかという形で厚労省の資料が出された。全老健等が違うということを発言し、今のところ、それはそういう形にはならないと考えている。

維持期リハについては、確かに非常に大きな問題であり、回数制限云々等の問題もあり、必要なリハができない状態ということがあちこちで起こっているということも聞いている。

今度の同時改定に向けての一番大きな検討事項と考えている。

現在、日医の診療報酬検討委員会の下に、基本診療料のプロジェクト委員会、と同時改定に向けたプロジェクト委員会が設置されている。同時改定に向けたプロジェクト委員会には非常にプロフェッショナルな方々が入っており、リハビリの専門の先生も入っておられ、これをどうするかということを検討している。問題は基本診療料との兼ね合いがあり、整形の再診料の部分と、維持期リハの部分の再診料をどうするかということが絡まってくると非常に複雑になるため、頭を悩ませているところである。これから半年間をかけてじっくり検討していこうということになっている。

急性期のリハと維持期のリハの違いがよく話題になる。リハビリは、基本的には障害がありその機能が落ちた部分を元に戻していくための作業となるが、維持期リハや介護保険で行っているリハは、悪くならないようにずっと頑張り続けている状態のリハである。そこが十分に理

解されず、評価されていないと考える。今後それが評価されるよう、いろいろと意見を言っていきたいと考える。

(7) 介護認定審査会の審査員と調査員の人員の確保について (長崎県)

<提案要旨>

介護認定審査会における審査員や調査員の質的・量的な充足は、介護保険発足当初よりの課題であるが、近年長崎県内において切実な問題となりつつある。特に長崎市においては、申請数の増加と末期癌等の重傷事例の増加に伴い調査員の不足が介護認定の遅延を来しつつあり、ひいては介護サービス事業者への影響も懸念される状態である。

これは、調査員の質的なレベルを維持するため、高い資格制限を設けたり (長崎市は看護師に限定)、給与レベルの引き上げが容易でないといった理由が挙げられており、なかなか有効な対策が見出せない状況にある。

また、審査員に関して現在は問題ないが、審査案件の増加に伴い今後の補充・増員が困難になることが予測される。

各県における、審査員・調査員の確保のための対策や、有効と思われる手段があれば伺いたい。

<各県回答>

調査員については、本県、佐賀県、鹿児島県で人材の確保に苦慮しているとの回答が示された。その他の県においては、社会福祉協議会等の外部機関への委託や、市のホームページやハローワーク等で人員募集を行うことで、人材を確保しているとの回答が示された。

審査員については、各県ともに人材の確保に苦慮しているとの回答が示された。審査員を確保するための方策として、大分県から、審査員の所属する医療機関に何らかのインセンティブ付与を検討してはどうかと提起され、また鹿児島県からは、審査員の確保が困難なため介護保険制度の運用に支障を来しかねず、認定制度の

仕組み自体の見直しが急務ではないかとの意見が示された。

<日医コメント>

この問題は、今年9月に介護保険委員会が日医で開催され、その際、銚乃原先生から詳しくご報告いただき問題点として十分認識している。

確かに審査員の資質は非常に問題であり、実際に研修を十分やられているところの方が成績が良いという報告もあり、是非そういったこともやっていただきたい。審査員と調査員の質の問題については、認定の信頼性に繋がるということで、今後どうするかということについては介護保険部会等でも問題提起をしていきたいと思うが、この人材確保の問題については、処遇の問題も含め、財源が必要ということもあり難しいとも考える。

(8) 認知症疾患医療センター整備の進捗状況について (佐賀県)

<提案要旨>

認知症支援体制については、平成21年度の本協議会でも協議され、各県の認知症疾患医療センターの整備状況等情報提供いただいたところである。

佐賀県では、認知症疾患医療センターの整備については、医療の実態や患者の利便性等を勘案し熊本モデルを参考に県行政と調整を行っているが、センターの整備要件や県の財政の問題等から、なかなか全体像がまとまらない状況にある。

その後の各県の認知症疾患医療センター整備の進捗状況について、お伺いしたい。

<各県回答>

提案県の佐賀県、宮崎県、本県においては、未だ認知症疾患医療センターは整備されていない状況にあるとの回答が示された (宮崎県は候補となる施設は内定)。整備されない理由として、3県ともに、県の財政の問題となっていることが報告された。

大分県では基幹型1カ所を選定、協力医療機関3、連携医療機関13。長崎県では長崎と佐世保に1カ所ずつ指定。熊本県では基幹型1カ所、地域型7カ所。福岡県では福岡市、北九州市に1カ所ずつ。鹿児島県では4カ所を指定。との回答が示された。

(9) 消費税の非課税制度について (沖縄県)

<提案要旨>

医療や介護等の社会保障政策に係る安定した財源確保を論じる上で消費税引き上げの必要性が指摘されることはやむを得ないところだが、消費税については、社会保険診療等に係る控除対象外消費税のゼロ税率や軽減税率化等も論点として挙げられているところである。

介護サービスについても、その多くが消費税は非課税として取り扱われており、今後、医療と介護の一体的な検討が求められていることを考えれば、介護保険に係る消費税の取り扱いについても何らかの議論の場が必要となるのではないかと考える。

日医及び各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、介護保険に係る消費税についても、医療保険と同様の議論が必要であるとの見解が示され、日医の考えを伺いたいとの意見が出された。

<日医コメント>

医療機関と介護施設の消費税の負担については、従来から非課税ということがネックとなり大きな問題となっていた。

平成21年度の厚労省の税制改正要望では、税体制の抜本的改革を行う際に検討するという事にされているが、そのためには所管官庁の厚労省が取り上げることが第一歩となる。

平成21年12月の医療部会で、今村常任理事が発言しているが、診療報酬の消費税の上乗せ分を改めて検討すべきであるという問題提起をしている。介護報酬についても、これまでの要

望では社会保険診療報酬等という形ですと要望してきており、介護報酬もその「等」の中に入っていると理解していただきたいと考えている。23年度の要望では、昨年12月に閣議決定された税制改正大綱において、消費税の複数税率は否定的な形での方針が明記されていたため、今回は、これまではゼロ税率や軽減税率ということの要望を出していたが、今回は仕入れ税控除が可能な課税制度として、患者負担を増やさない制度とする要望に改めた。ゼロ税率も軽減税率もあるが、別のやり方もあると、柔軟に対応していただきたいという要望である。

この介護報酬に関する、介護種別における消費税負担、損税の問題はデータも示されている。全老健の方から23年度の要望として出されており、具体的な数字も出ている。そこでは、60床以下で365万円、61～80床で507万円、150床以上では905万円の消費税の損税があるということが示されている。こういったことも含め、税率がアップするとこのような負担が非常に大きくなるということから、課税性に改めてもらえるよう、今後も要望を続けていきたいと考えている。

この問題については、日医としても十分に認識している。

(10) グループ化した有限会社 (居宅支援事業所、訪問介護、訪問看護ステーション等併設した) による有料老人ホーム (高専賃等) の問題点について (熊本県)

<提案要旨>

2005年介護保険制度改正により、総量規制に、それまでの介護保険三施設とグループホーム、特定施設が加えられ37%以下に抑えられることになった。

その後、住まい系の有料老人ホームが激増している。特に居宅支援事業所、訪問介護、訪問看護ステーション等グループ化した有限会社による有料老人ホームに問題点が多いと考えている。

①介護給付限度額の上限いっぱいケアプラン

作成による介護サービスの提供

- ②一般有床診の入院1人あたりの診療報酬に比べ、かなり高額の1ヶ月間の報酬を訪問介護、訪問看護ステーションのサービスを提供して得ている。有床診は三食、投薬、リハビリ等の医療行為、入浴、24時間の看護体制を行い、医療施設監査、人員体制監査等厳しい監査を毎年パスしているのに低い報酬しか得られない等、誠に不合理である。
- ③有料老人ホームで介護保険の理念の「高齢者の尊厳性を尊んだ介護」ができていそうか、大いに疑問である。
- ④現在、整形外科医にとって、柔整師問題が重要な課題となっているが、近い将来、医師会にとって、有料老人ホームもまた、同様な課題となることは必至である。

以上のようなことから、この有料老人ホーム(高専賃)等も行政の許認可が当然必要とされなければならないと考える。

日医の見解と各県のご意見を伺いたい。

<各県回答>

各県ともに、グループ化した事業所間でのサービス提供が見受けられるとの回答が示され、

適切なサービスを実施していただくための指導監査等の規定は必要であるとの意見が提起された。また、佐賀県、長崎県、鹿児島県では、提案県の熊本県同様に、行政の許認可制を検討すべきであるとした意見が示された。

<日医コメント>

こういったものは玉石混淆である。どなたがされているか、どういう理念でされているかにより素晴らしいところもあるし、とんでもないところもあるということだと思ふ。

介護保険が市場開放ということで営利団体も入れるということで、基本的には法令の中でやられている限りは違法ではないので摘発することはできない。重要なことは、どういうニーズが高齢者や地域にあり、それに答えているかということである。地域の特性に合わせた基盤整備が必要である。

基本的には都道府県が指定権者で、保険者である市町村と医師会等が協力し、ケアマネジメントがきちっとされているかどうか規約等チェックしていく等、本当に必要なサービスが実施されているかどうかをチェックするということが必要と考える。

印象記



副会長 小渡 敬

平成22年9月25日に九州医師会連合会の平成22年度第1回各種協議会が鹿児島県で開催され、日本医師会からは三上常任理事が参加しておりました。

介護保険対策協議会においては、各県から10の議題が提出され、療養病床の転換施策についての議題が多く出されていましたが、議題を提出後に療養病床の廃止を見直すということが決まったため大きな議論にはなりませんでした。

三上先生は今後、すでに転換したものを元に戻すことが可能になるような議論を進めていきたいと話していました。ほかの議題では特に新しいものはないので本文を参照していただきたいと思ふ。

民主党政権に変わり1年が経過しましたが、介護保険の分野では今後どのような方針が示されておらず、介護施設の方向性や24年の介護報酬改定等についても政府が無策なために現場としてはまだまだ暗中模索の状態が続きそうです。

3. 地域医療対策協議会 (県境を越えた地域医療を含む)

副会長 玉城 信光
常任理事 安里 哲好



協 議

協議事項 (1)、(2) は一括協議。

(1) 消防法改正に伴う「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」について
(宮崎県)

<提案要旨>

平成21年消防法改正に基づき、都道府県ごとに地域の実情に応じた「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」について、速やかに各都道府県で策定するように求められており、実施基準に関する協議会を設置することとなっている。また、消防機関には実施基準の遵守義

務、医療機関には実施基準の尊重の努力規定を設置している。

本県の状況については、当初、宮崎県メディカルコントロール協議会で実施基準を策定するとしていたが、平成22年5月に「宮崎県救急搬送受入れ対策協議会」を設置して、平成22年12月の公表を目途に、対象疾病を10（重篤、脳疾患疑い、心疾患疑い、外傷、熱傷、中毒、小児、妊産婦、消化管出血、精神疾患）に絞り、観察基準や選定・伝達基準の検討を毎月行っており、宮崎県メディカルコントロール協議会とも連携して、実施基準を策定することに

なっている。

については、九州各県の傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準策定について、各県医師会の対応状況並びに各郡市医師会との連携についても含めて、各県の進捗状況や問題点についてお尋ねする。

(2) 傷病者の搬送・受入れ実施基準策定の進捗状況について (佐賀県)

<提案要旨>

消防法の改正に伴い、各県ごとに搬送・受入れに関する実施基準（以下、「実施基準」という）の策定が義務付けられており、佐賀県では、ようやくメディカルコントロール協議会の組織改編が行われ、8月に実施基準策定のための第1回メディカルコントロール協議会が開催される見込みである。九州では鹿児島県が実施基準を既に策定されているが、各県の進捗状況をご教示いただきたい。

<各県回答>

各県ともに、受入れ拒否の問題は発生していないとの回答で、鹿児島県（策定済み）を除き現在策定中との事である。宮崎県に関しては、受入れ病院に関して苦慮しているとの事であった。

実際に策定済で運用を行っている鹿児島県より実情が述べられた。

<鹿児島県>

鹿児島県医師会では、昨年5月に独自に医療機関へアンケート調査を実施し取組みをスタートした。17郡市医師会に対し各段階でどのような状況にあるか昼と夜の状況で各疾患に出来るような事をアンケートで取りまとめた。これまで、消防がどこの医療機関にどのぐらいの症例を搬送しているかどうかという情報がなく、受入れ側の医療機関と搬送側の消防機関とのデータの突き合わせが行われていなかった。今後の救急医療の促進には医療機関同士の連携が不可欠であり、消防と医療機関が情報を共有する

事に加え、医療機関同士がお互いの情報を共有する事は大きなメリットがあると考えている。各県実施基準策定にあたり、医療機関リストの作成が最もネックになると思われるが、本県では消防の搬送状況に加え医療サイドの情報に加味するためにアンケートを実施しミックスさせて出来た医療機関リストを各地域MC協議会にて検討いただいている。その後、対象医療機関に県MC協議会長名で実施基準への記載についての承諾についての確認文書を発送し最終案を作成している。次に半年が経過した運用上の課題については、実施基準策定を受けて今年4月に本会が事務局を務める鹿児島県救急医学会で消防と医療機関の連携をテーマにシンポジウムを開催し、医師部門、看護部門、救急部門の3部門から県内2つの地域の現状報告があり検討を行っている。また、救急搬送連携に関しては医師、看護師、救急隊員の顔の見える関係が重要な要素となることから、各地域の消防隊員、看護師、医師の顔の見える連携、懇親の場として鹿児島臨床救急研究会を立ち上げ、140名の参加をいただき新たな連携の一步を踏み出した。これまで市町村の地域単位であった消防組織が県下統一の基準で救急業務に取り組めること、消防と医療の有効な連携が促進されることを期待しているところである。今後、実施基準については定期的な見直しをすることになっており、運用状況を踏まえながら県MC協議会等で検討を加え実りあるものにして行きたい。

【主な質疑等】

佐賀県：最終受入れのルールはどういう風に決めたか。

鹿児島県：一番問題となったのは受入れ機関なので、各地区では中核病院を決め、市内においては疾患毎の中核病院を決めて打合せを行っている段階。問題となったのは救急隊員が運んで行った時に次に運べる場合の問題が生じるという事で、それを顔の見える形で医療機関同士で連絡を取り合っただけならば、断られても次の医療機関が決められるという形。そのモデルとな

ったのは、産科のたらい回しが一例もないという事で調べると、大学と今給黎病院と市立病院とでいつも連携をとっており、断る時は必ず次の病院からOKが出たときのみとなっている。他の疾患にも構築していきたいと考えている。

宮崎県：公表する事になっているが、県のHPのみに公表するのか。

県民から公表されているが故に医療機関に応召の義務があるというトラブルの発生はないか。

鹿児島県：現在、県のHPに公表しているが、各機関に公表していいかどうか問合せをしており、ほとんどの医療機関より公表には問題ないという回答をいただいている。現段階でトラブルは発生していない。

沖縄県：沖縄県の救急医療はスムーズな連携が取れておりたらい回し等はない。沖縄県の場合は本島の中の救急医療の連携は問題ない。離島もドクターヘリとNPO法人のヘリ、海上自衛隊ヘリ等で連携はスムーズに行っている。法制度が施行されるにあたり、鹿児島を参考に進めていく。医師会と大学、県立病院、救急救命士との勉強会を多く実施し、既にface to faceのリレーションが出来ている。また、救急蘇生法に関しても4者一体となってNPO法人を立ち上げ、県民への啓発等を進めている。

熊本県：鹿児島県ではかなり進んでいるが、熊本県もたらい回しはないが、群部から中央一気に患者が集中するというトラブルがないか。また、かかりつけ医の問題があって、傷病者を別に医療機関に搬送する時の問題点はないか。

鹿児島県：地域の中核病院の医師の引き上げが行われ、中核病院で経由して対応出来ていたものが出来ない状況若しくはそれをどうするか等、ヘリの導入を要するのではないかということ、地域の中核医療一つでなく複数でシステムを動かそうという事を模索している段階。地域の中核機関の崩壊を防がなければいけないという問題が発生している。

《高杉常任理事コメント》

受入れ拒否、たらい回しをなくそうという事

で、傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準を策定する事になっている。

石井担当理事は当件に積極的に関わりながら、一年ごとに見直しを行うという文言を入れている。現在、受入れ実施基準に関しては、7都県が策定済みで、今年中に20県、来年3月までに20県で策定予定との事である。

ただし、医療機関リスト作成で合意形成に苦慮している、あるいは二次救急病院の医師不足等、様々な問題が生じている。また、アクセスが変わってきているので二次医療圏を越えた搬送が出てくる可能性もある。九州では受入れ拒否がないとのことだが、現場の苦勞を中央に伝え、国との議論を展開できればと考えている。顔の見える関係は非常に重要で、救急災害訓練等の人が沢山集まる場などが、その一歩となるのではないか。

(3) 療養病床再編と急性期・慢性期の医療連携体制について (大分県)

＜提案要旨＞

行政はがんや脳卒中など、地域連携パスの構築により医療の効率化を推進しようとしているが、基礎疾患を多く抱える高齢者にとって、急性期医療を終えた後も引き続き入院治療が必要なが多く、容易に在宅復帰は実現しない。機能分化のもと、療養病床が大幅に削減されれば、特に過疎地での後方体制は立ち行かなくなり、急性期病院への患者の受入れが困難となる状況も予想される。本県では、過去4年間に療養病床が14%も減少しており、これ以上の療養病床減少は地域内の医療連携体制の崩壊につながると危惧している。各県の療養病床再編の現状と対応並びに日医の見解について伺いたい。

＜各県回答＞

各県ともに、殆どの医療機関が転換を考えていないとの回答である。

《高杉常任理事コメント》

療養病床の必要性が高まることがあっても減

ることは絶対にない。救急患者の後方受入れを回転させるためにも療養病床が必要である。厚生省の調査でも医療療養病床では7割が現状維持、介護療養病床では6割が転換先未定と回答している。

日医グランドデザイン2007では医療療養病床33.5万床、介護療養病床を別の形或いは老健を機能強化したものとして18.7万床、合わせて51.3万床が必要であると出している。

従って、国に対して療養病床削減方針については撤回、明確な方向転換を求めてきた。廃止を猶予し新たな期限を設けるか、廃止そのものを撤回し介護療養病床を存続させるか。年末までに結論を出すという事だが、9月8日に長妻厚労大臣は厚生労働委員会で23年度末の介護療養病床施設の廃止を撤回すると表明した。猶予するか廃止そのものを撤回するかについては今年度末と考える。

医療と介護保険の同時改定があるので、日医はプロジェクト委員会を設置し報酬改定にも対応していくこととしている。

(4) 急病センターと後方支援病院の存在について (鹿児島県)

<提案要旨>

鹿児島県鹿屋市では、現在夜間急病センター設置に向けて準備をすすめている。急病センターの医師の確保も困難で開業医が交代で詰めることになるが、更に大きな問題は、二次・三次を引き受ける後方病院の存在があいまいなことである。基幹病院が医師不足で充分機能していないと思われる。

九州各県、特に地方の医師会の取組みについてお伺いしたい。

<各県回答>

佐賀県：佐賀県は5医療圏あり、夜間の急病センター（時間外）等では、成人の場合は告示病院で間に合っているが、小児の場合は4医療圏で時間外診療を行っており、1医療圏で構築中である。特殊な状況として東部の医療圏で救急

搬送、高次搬送も年間1,000件と相当な高い割合で福岡県にお世話になっている。

宮崎県：医師会の急病センターも医師不足で困っているが、穴埋めとして開業医が輪番制で行っている。しかし、高齢化しており破綻が来はじめている。宮崎市は比較的医師は充足しているが、消化管出血に関しては三次救急の医師がいなくなり、市内の内科の医師が8人で輪番制を余儀なくされている。群市医師会病院は4つあるが、西都市・西児湯医師会が会員の高齢化や後継者不足を背景に、公設民営型で運営していた西都市医師会病院の運営から今年の3月末で撤退した。

対策としては、地域医療再生計画等で宮崎大学医学部附属病院に寄附講座地域医療科を設置し医師確保に努めようとしているところだが、困難な状況である。

沖縄県：小児の救急医療が問題となっており、県立病院の小児科医師不足が原因として小児救急の受入れが制限されるという現状であり、地区医師会から県行政に医師の補充等を要望しているところである。

対策としては、9時から17時までの救急搬送や紹介の無い小児科医の救急受診を抑制している。また、小児科医育成の観点から後期研修をする枠を制限なく受け入れて欲しいと要望している。

#8000事業を全国最後に実施し効果をあげているが、数が少ないので全体的に十分な成果とはなっていない。小児救急を中心とした医療連携の充実が今後とも望まれる。

大分県：一般の休日夜間急患センターは無い。小児については、大分県小児科医会や関係郡市医師会が在宅当番制をとって行っている。大分市においては固定輪番制をとっている。問題となっているのは一次救急で、二次三次に関しては棲み分けと連携体制は出来ている。小児に関して休日夜間センターを設置、運営しているのは別府市を含む東部医療圏で医療圏に3つの群市医師会の小児科医が急病センターに勤務している。時間帯は19時から23時までで、深夜帯

は二次救急病院が担うか大部分が大分市に流れている。

長崎県：夜間急患センターは長崎市と佐世保市のみに設置。いずれの地区も救急二次輪番制がとられており、後方病院の連携に特段の問題はない。ただし、非常に地域差があり離島域や県北に関しては医療機関が少ないので救急体制は崩壊しかかっている。現実には二次輪番の疲弊が進んでいると思われるが、医師の数が揃わない事やスタッフが揃わない等、消防庁の受入れ基準の中に救急医師・施設の確保について特別交付税を出すという話があったと思われる。受入れ困難を解消するためにベッドを確保するための予算化はどうなっているのか知りたい（後ほど高杉常任理事回答）。

熊本県：現在のところ受入れ拒否はない。来年度からドクターヘリの導入が決定した。中心部に医療が集中し群部の医療がおろそかになることを懸念している。今度の法改正を上手く利用し、群部は群部で完結型の医療を進めていければと思っている。

救命センターは受入れだけでは駄目である。救命センターのマンパワーの問題もある他、救命センターからドレナージを行う病院も作らなければ中央でも疲弊する。なるべく重症者を中心部へ軽症者をは群部で完結するというシステムを作ることが効率的で地域住民のためにも良いと思う。今回のMCへの医師会の積極的関与により、顔の見える連携の構築、病院と病院のシステム構築が可能と思う。MCの活発化により地域医療の活発が図られると期待する。

福岡県：福岡県救急医学会があり、救急医療に携わる医師、看護師、救急救命士、消防隊の学会がある。十数年の歴史がある。この度の設置基準に関しては、たらい回しをなくそうというものであり、消防庁のお膝元の問題となった県のみ策定し、全国一律で行う必要はないのではといった専門家の意見もある。

ただし、悪いことではないので基準を消防隊員が利用しやすいよう熊本県の回答のようにアンチョコ的なものが良いのではないかと考え

る。現場では心臓疾患や脳疾患を間違えるのではなく、現場で時間を取らないように判断できるものを作ろうという考えで進めている。また、精神科救急を消防からも救命センターからも指摘を受けているところである。

各地区の休日・夜間急患センター、病院群輪番制等と4大学医学部付属病院、救急救命センター、各ブロックに設置された救命救急センター及び告示病院等の連携はスムーズに行われているが、北九州市においてコンビニ医療が問題となっており、県民市民への教育活動についても知恵が必要である。

《高杉常任理事コメント》

来年度予算要望書において、地区医師会の初期救急医療への取り組み支援、夜間急病センターに医師会員が交代で勤める方式への補助を求めている。また、二次が崩壊するとのことだが、とりわけ二次救急は7割ぐらいが1～2名の体制となっており、医師確保の予算要望も行っている。三次は本来の機能がなくなるという事で、新しい評価方法となると三次の地域の重要な役割が果たせないという事もあり得るので、この評価が医師不足という事で逆に少なくして評価が低くなる事が無いように要望している。

救急が終わった後の受入れ体制については一つの視点として持っている。医療に関しては今度の政権は聞く耳を持っており、以前の政権より風通しがよい。

長崎県の特別交付税の件に関しては、担当理事が把握していると思われるので日医へ持ち帰って回答したい。

【主な質疑等】

沖縄県：平成22年度から卒後研修制度が幾分か変わり、20名の研修医を採用するところは小児科コースは2名、産婦人科コース2名の増員が可能であるという現状であるが、これを少なくし10名前後の研修医を採用できる小児科コース1名、産婦人科コース1名増やせるような背景づくりを日医から厚労省に行っていた

きたい。

高杉常任理事：重々承知しており、地域偏在・科偏在は大きなテーマなので日医としても充分に考えていきたい。

熊本県：かかりつけ医の問題について、搬送先はリストで決まっているが、患者がかかりつけ医を要望する場合の問題等は起こっていないか。

高杉常任理事：地域特性や病院の診療内容等様態は変わると思うが、患者が病院を選定して医師がいなければ困るしその辺りで連携が途切れると加算になると思われる。かかりつけ医と患者との連携が取れていれば問題ないと思われる。

福岡県：熊本県の意見はご尤もで、福岡県内も都会部では外傷に対し医師から何故搬送しなかったという意見もある。福岡県では、選定基準に明文化し傷病者又は家族等からかかりつけ医療機関等の特定の医療機関へ搬送依頼された場合は傷病者の症状、病態等並びに救急業務上の支障の有無を判断し傷病者本人又は家族等の関係者等と協議のうえ、可能な範囲において依頼された医療機関へ搬送することとしている。

宮崎県：宮崎県も同様でリストアップされた医療機関以外への搬送を否定するものではないと明文化している。

鹿児島県：上記に加え、救急隊は原則として患者が指定した病院に運ばねばならないというものを決めている。そこをクリアしなければ次の医療機関へ行かない事になっている。

(5) 各県におけるがん診療地域連携クリティカルパス策定状況について (福岡県)

<提案要旨>

本県では、今般、胃がんと大腸がんのクリティカルパスを策定し、運用を開始するところであるが、各県の状況をお尋ねする。

また、九州各県の女性特有のがんの無料クーポンの利用状況並びに受診率について併せてお尋ねする。

<各県回答>

佐賀県では、平成22年6月より県下統一の

肝がん、肺がん、胃がん、大腸がんの運用を開始している。沖縄県では、平成21年度に沖縄県版5大がん（肺がん、胃がん、肝臓がん、大腸がん、乳がん）のパスを策定済みで運用を開始している。また、離島の患者が本島で手術を受ける際の展開として有用としている。熊本県では、平成22年4月より各がん診療連携拠点病院と地域医療機関間で「私のカルテ」としてパスの使用を開始している。県の予算で熊本県「私のカルテ」がん診療センターに連携パスコーディネータを3名配置しカルテの運用を行っている。運用開始から5ヶ月で5大がん合計116件の使用実績がある。その他の県に関しては平成23年度中に整備するとの回答であった。

【主な質疑等】

長崎県：MLを作成して公表の可否を確認している。来月の協議会でパスノート、手帳の具体案を検討する。

佐賀県：パスの管理はどこで行うかといった問題点はないか。

福岡県：がん登録は県と交渉中で進んでいない。

熊本県：県から予算が付き大学病院に委託して人が派遣されている。連携パスコーディネータによりがん登録やパスの管理が行われている。

沖縄県：連携パスは病院と診療所1対1になると思われるが、大学で市民病院や民間病院とのパスも管理されるのか。

熊本県：そのとおり。

《高杉常任理事コメント》

がん対策基本計画で5年間で全ての拠点病院において5大がんパスの整備する事を目標としている。地域連携は面で行われる必要があるので、当然、地域全体で医療機関が参画できるものであると考える。

広島県を例にとると、データ管理は県が主体で行われている。

(6) 各県における地域医療再生計画の進捗状況について（福岡県）

<提案要旨>

本県では、2医療圏で地域医療再生計画を策定し事業を行っているところであるが、各県における進捗状況をお尋ねする。

<各県回答>

佐賀県：北部医療圏を対象とした計画、西部医療圏と県全体を対象とした計画の2つを策定し実施している。

北部医療圏では救急・周産期・小児医療等に重点を置き、西部医療圏では、救急医療体制の充実・公立病院の再編・統合を重点に置いている。

県全体で取り組む事業として、ICTを活用した地域医療連携ネットワークの構築（佐賀県診療録地域連携システム（pica pica LINK）の拡充）を行う。内容は基幹病院にサーバーを置き画像情報等を共有する。一般の診療所等は認証局を通して参照する。

宮崎県：北部医療圏と都城北諸医療圏の2計画を策定。北部医療圏では延岡市の夜間急病センターの医師確保、医療機器の整備。宮崎大学に地域医療学講座を設置をはじめ、ドクターヘリを導入し、大学の急病センターを充実させる。

都城北諸医療圏は国立都城病院の口腔外科や周産期医療機能の強化、都城市群市医師会病院の移転整備が計画されている。

沖縄県：宮古・八重山医療圏と北部医療圏を対象としている。

県医師会或いは地区医師会が関わっている領域で、①ITを活用した地域医療連携システムの構築（8.45億円）として県立病院と地区医師会とのITの医療連携を図ること、②県医師会を実施主体に地域医療連携体制総合調整事業として、生活習慣病（糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞等）を中心としたITの医療連携を整備する。

また、琉球大学を実施主体とし、県全体の共同利用施設として、シミュレータを用いた医学・医療教育を行う研修施設を作っていくこと

とし、県医師会も中心的な役割を担っている。
大分県：北部医療圏と中部医療圏を対象としている。

北部医療圏は救急医療に不可欠な内科・外科・小児科医だけでなく、脳神経外科・整形外科・ハイリスク分娩等を含め、総合的に対応できる医療機関が整備されていない。また、小児救急医療支援事業を実施している中津市民病院の小児科医の負担が大きい事。

中部医療圏では圏域内の受療率が約70%と県内では最も低い地域で地域の方が大分市等にかかっているという事で、二次医療圏で完結できるように機能強化を図り、大分地域との役割分担と連携体制の強化を図る必要があるとして計画を立てている。地域医療を担う医師及び看護師の確保として、県立病院に地域医療部を設置し地域の医師を派遣する。その他、専門・認定看護師の育成、後期研修医に対する研修資金の貸与などを計画。

長崎県：離島地域及び佐世保・県北地域の2計画を対象としている。

離島地域は、対馬と上五島地域の医療体制を整備しようと考えており、対馬の2病院を統合し管制塔機能をもたせる。ある程度統合と集中化し、医師の有効活用をしようと考えている。

佐世保・県北地域も医師不足が深刻で地域の医療機能が低下し、佐世保地域へ救命救急センターを整備し基幹病院、周辺医療機関が役割分担と連携を図り、両圏域内で医療が完結できる安定した医療提供体制の構築を目指す。

熊本県：天草医療圏と阿蘇医療圏を対象としている。

天草医療圏では、医師確保対策として熊大病院ん医寄附講座を新設し専門医を派遣、また、熊本医学部に修学資金貸与制度を新設した。その他、院内保育所の設置や医師住宅の支援等を行っている。

阿蘇医療圏では、脳卒中と心筋梗塞、小児・周産期を中心とした急性期医療を再生・確立することとし、中核病院が1ヶ所なので、その中核病院の移転改築に10億円充てられている。

鹿児島県：鹿児島医療圏を県医師会中心に奄美医療圏を県行政を中心に2つを対象としている。

鹿児島医療圏では救急医療体制として、大隅地区の夜間急病センターが完成間近である。また、画像搬送システムの委員会を立ち上げ、「救急医療遠隔画像診断センター（仮称）」を作り、各地域の二次救急医療の中核的役割を果たしている医療機関等の患者診療支援を行う。また、医師不足対策基金で地域医療再生基金に先駆けて県医師会独自で7千万円の基金を集め、臨床研修医の支援を行った。これを基盤として総合臨床研修センターと地域医療支援センターに振り替えていくこととしている。

《高杉常任理事コメント》

日本医師会では地域医療再生の本来の意義は地域医療の再構築に寄与するもので、国主導ではなく地域主導による医療体制の確立を支援するものと捉えている。

ただし、非常に短期間で計画するという制限、また二次医療圏2ヶ所といった制限等いろいろな制限があり有効活用に至ってないのではと考える。

有識者会議によるヒアリング調査が行われている。ヒアリングの際は医師会も参加する事を厚労省に申し込んでいるので、是非参加し意見を反映させていただきたい。

大風呂敷を広げて作る事もいいが、基金終了後の維持をどうするか。いいものが出来ても続かなければ意味がないので、医療の再生に繋がるような仕組みを作っていただきたい。

(7) 県境を越えた医療連携構築について

(熊本県)

＜提案趣旨＞

地域医療崩壊の発端となったのは、その地域の24時間救急医療体制を担っている急性期病院の医師確保が困難になった事から始まったと思っている。新臨床研修医制度にあげられる医療政策改革によることは何度も指摘されてきたが、そういう医師不足のなかで医療機能の集約

化（拠点病院化）が進められている。集約化の必要性はある程度理解できる場所ではあるが、症例数・施設基準などによって、大都市に拠点病院が集中していく傾向を危惧する。それは県境に存在する2次救急基幹病院の医師確保がますます困難になってきている現実があるからである。

これは、現在の医療計画が県単位で検討されていることが大きな原因であると考えられる。県境を越えた生活圏での医療機能充実を検討しないと、その地域はお互い県中心方向へ引きはがされていく危険性を実感している。地域医療再生計画も県単位で進められており、県境を越えた医療連携に関しては想定外の感がある。

今まさに、九州医師会連合会でこの問題を議論し、その生活圏内の医療崩壊だけでなく、地域崩壊を防ぐような実行案を検討していかねばならないと思う。

各県医師会において県境を越えた医療連携についての好例や具体策を持っておられればご教示願いたい。併せて日本医師会の意見を伺いたい。

＜各県の回答＞

各県ともに県境を越えた連携にドクターヘリの活用があげられ、その実績等についても回答された。

なかでも、福岡県医師会では、大分県の中津市民病院での乳幼児医療費現物給付化を行っており、周辺市町村の応分負担もあるとのこと。

【主な質疑】

長崎県：年間の県外搬送件数は数件だが、7月に3週間ほどベッドが無くなった時期があり、4件ほどお願いしたが、その際は国立長崎、国立佐賀、久留米の医師で連携いただき、なんとか県内の産婦人科医療のパニックを救った。やはり顔の見える連携は必要。県は県内の完結を目指すのでなかなか上手くいかない。

鹿児島県：新幹線が出来た際、新生児搬送について話しが纏まりつつあるので、県境を越えた

連携の手段として使えるのではないか。

佐賀県：県の保健医療計画に県外の連携医療機関を掲載し位置付けている。

《高杉常任理事コメント》

集約・重点化は切り捨てでもあるので、その機能を上手くやらなければならない。中津市の場合も周辺の市町村が応分の負担をするということで、新しい取り組みでこうした再編も必要になると思われる。連携にはいろいろあるが、地区の住民を守るという視点があれば何でもできると思う。

(8) 新しいワクチン（HPV、Hib、肺炎球菌）への公費助成に対する各県の現状と今後の対応について（長崎県）

＜提案趣旨＞

HPV（ヒトパピローマウイルス）、Hib（インフルエンザb型菌）、小児用肺炎球菌の各ワクチンがこの数年で相次いで承認された。接種により高い効果が期待されるが、ワクチン自体が比較的高価であるため、接種率はそれほど高くない。

ワクチン接種で発症を予防することにより医療費の抑制に繋がることは勿論だが、経済的な理由により救える命が救えないことが大きな問題と考える。また、子宮頸がんは近年20～30代の若年層で増加傾向にあるが、HPVワクチン接種により発症を防ぐことは少子化対策にも大きく寄与できると思われる。

長崎県では行政との交渉で、3種の新しいワクチン全体の助成が必要と考えており、助成額の大きさから先延ばしされ、全くどのワクチンにも手がついていないのが現状である。

各県の現状と今後の対応についてお伺いしたい。

＜各県の回答＞

紙面回答のみ

＜質疑内容等＞

宮崎県：紙面に回答しているとおりだが、国は指示を出すだけで、実務は市区町村（長）に丸投げされている現状が、我が国の予防接種の混乱を招いている。各自治体の政治格差、経済格差、親の経済格差が子どもの健康格差をもたらさない様に、必要な予防接種は早急に定期接種とし、国内均一の接種体制が確立されるよう日医から強く働きかけていただきたい。

大分県：定期予防接種であっても料金はまちまちである。予防接種が交付税に組み込まれていること自体がおかしい。全部統一する必要はないが、あまりにも料金の差が大きい。日医として何らかの対策を講じて欲しい。また、インフルエンザも同様に統一する必要はないが、ある程度の基準を提示していただきたい。

佐賀県：サーバーランスシステムの充実、ワクチンに関する専門家による諮問委員会の設置を日医に要望する。

＜高杉常任理事コメント＞

当件は保坂常任理事が担当しており、現在、予防接種法の抜本的見直しを行っているところである。子を救うという観点から、公費を使う事は非常に重要な事である。

日医では、予防接種キャンペーンを行っており、署名運動を展開している。1,000万人の署名を集めて国を動かしていきたい。目的の無いこども手当を支給するより予防接種に公費を充てる事が妥当である。

印象記



副会長 玉城 信光

各種協議会は多くの議題が議論されるが、その多くは九医連のみでの解決は難しく日医への要望が多くなる。

消防法改正により急患の受け入れ基準の策定が求められているが、この出発は急患のたらい回しがマスコミでも話題になり各県でのシステム作りを目指したものだと思える。沖縄県ではそのようなことがなく、うまくいっているので本来なら改めて策定の必要はないと思える。全国一律ではなく、各地域の状況に合わせた体制構築で良いのではないかと考えた。

療養病床は国が待ったをかけたので模様眺めになっている。沖縄県でも現在議論がストップしている状態である。

がん診療地域医療連携クリティカルパスは沖縄県では琉大が中心になり策定され、多くの診療所の先生方が受け入れに手を挙げていることが皆さんの目に止まったようである。これらがスムーズに運用される様になると離島県でのがん診療がすすんでいく様に思われた。

新しいワクチン接種に関しても国の補助が国会で議論されているので期待をしたいところである。

日医の高杉常任理事には、地域医療再生計画で沖縄県のシミュレーションセンターの構築に関心を示して頂いた。先日のメディアファックスによると桜井財務副大臣も地域医療再生基金は病院改築などに使用するのではなく地域医療を再生させるために県、県医師会などの協議のもとに医療連携などを勧めるべきだと述べており沖縄県はモデルケースになるかもしれない。日医高杉常任理事に対しても地域医療再生基金を検証して、有意義に事業が軌道に乗りつつあるものに対しては26年度以降も基金増設をお願いした。

先日全国医師会勤務医部会連絡協議会で同った話しでは石川県もシミュレーションセンターを構築したが金沢大学のみ基金が与えられ医師会の関与は全くできないとのことであった。沖縄県のように全県的にすすめる事業は次の年度においても優位になるかもしれないと思った。地域医療は沖縄県がすすんでいるようである。

印象記



常任理事 安里 哲好

日本医師会高杉敬久常任理事参加のもと、鹿児島県医師会江畑浩之副会長の座長により協議会が進められた。

(1)「消防法改正に伴う（傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準）について」と(2)「傷病者の搬送・受け入れ実施基準策定の進捗状態について」は、現在、各県とも受け入れ拒否やたらい回しは無く、比較的スムーズに連携がなされているとの報告であったが、法改正により来年3月までに、既に終了している鹿児島県を参考に策定して行きたいと述べていた。鹿児島県は各地区で中核病院を決め、市内においては疾患別中核病院を決めて、断る時は必ず次の病院からOKが出た時のみとなっている産科の例を参考にして行くとのこと。

(3)「療養病床再編と急性期・慢性期の医療連携体制について」は高杉常任理事コメントより、9月8日に長妻厚労大臣は厚生労働委員会で23年度末の介護療養病床施設の廃止を撤回すると表明し、猶予するか廃止そのものを撤回するかについては今年度末に検討すると述べていた。

(4)「急病センターと後方支援病院の存在について」は、特に小児において、大分県小児科医学会や関係郡市医師会が在宅当番制をとり、また、3つの郡市医師会の小児科医が救急センターに19時から23時まで勤務していると現状を報告していた。

(5)「各県におけるがん診療地域連携クリティカルパス策定状況について」はがん登録や連携パスの管理は大学病院や県行政でなされているようだ。沖縄県でも、がんは大学病院、生活習慣病は医師会を中心に進めている現状である。

(6)「各県における地域医療再生計画の進捗状況について」は、病院統合や移転、小児・周産期・救急医療の充実、IT連携そして研修支援等を中心に再生計画が策定されていた。当県の報告したシミュレーションセンターは強い印象を与えたようだ。

(7)「県境を越えた医療連携構築について」は九州の多くの県で、県境を越えた医療連携を行っているようだ。小児科領域の大分県と福岡県、産科領域の長崎県と佐賀県・福岡県。鹿児島県では、新幹線が出来た際の新生児搬送の件が検討されているとのこと。その他、県境を越えた医療連携にドクターヘリの活用があげられた。地域の住民を守る連携であるので、創意工夫をしながら積極的に進めて欲しいものだ。

(8)「新しいワクチン（HPV、Hib、肺炎球菌）への公費助成に対する各県の現状と今後の対応について」は接種により高い効果が期待されるが、ワクチン自体が高価であるため、接種率が低い現状を報告し、日医の意見を伺った。高杉常任理事は、予防接種キャンペーンを行っており、署名運動で1,000万人の署名を集めて、国を動かしていきたいと述べていた。

地区医師会の医療体制の問題、県レベルの課題、県境を越えた医療連携や国家・国民レベルの諸問題が短時間で意見交換がなされ、実りある協議会であった。一方、医療特区や医療ツーリズムと言った国境を越えたテーマについての提案はなされなかった。今年は、プライベートな件も含め4回目の鹿児島県訪問になるが、過去3回は大雨だったり、霧がかかったりして視界不明瞭であった。今回は、錦江湾と青空を背景に見事な景観を醸し出した桜島がくっきりとその雄姿を見せ、心を高ぶらせた。

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38回沖繩県学校保健・学校医大会

～「危機に立ち向かうプロフェッショナルたち
—CRT (クライシス・レスポンス・チーム) の取り組み—」～



理事 宮里 善次

10月3日(日)、県医師会館において第38回学校保健・学校医大会が開催された。

講師に山口県CRT委員会の委員長河野通英先生をお招きし、“危機に立ち向かうプロフェッショナル”をテーマにご講演をして頂いた。

CRTとは学校内で事件や事故が起きた時、24時間以内に学校に駆けつけ、生徒や学生さらに校長や担任の先生に対して心理的な支援をするチームである。

山口県では2001年6月8日の大阪池田小学校事件をきっかけに、精神科医(河野先生を中心としたグループ)と臨床心理士が集まり、全国初のCRTが結成された。その折には山口県福祉保健部がシステム構築と予算化の一役を担ってくれたと報告があった。

その後長崎県、静岡県、和歌山県、大分県、石川県など計6県に結成され、それぞれ独自性を出そうと工夫されたようであるが、現在は山口県のマニュアルが標準化され、それに準じて活動がなされている。

講演では様々な事例が供覧されたが、学校内で事件事故(殺人や自殺等)が起きると、校長と担任の心理的負担は大きく、時としてパニックに陥る場合がある。CRTメンバーは校長や担任を心理的にバックアップするだけではなく、特にマスコミ対応などの仕方を教え、実際に記者会見の場にも同席し、コメント等のアドバイスを与えてゆく。

例えば生徒の自殺の原因が“いじめの可能性”であった場合、初動の段階でそれを否定するような発言をすると、言葉尻をとらえられて更なる苦境に追い込まれてゆき、ケースによっては自殺に至る時もあるらしい。そのような二

次被害を避ける為にも、子供達より校長や担任を優先する場合が多いと説明があった。

また子供達は、事件事故に直接遭遇しPTSDになるケースと、直接遭遇しなくても友人を失った喪失感を伴うケースがあり、適宜専門家に紹介し必要な心のケアにつなげてゆく。

山口県をはじめ他の県のCRTは基本的には県外には出ないと云うことなので、沖縄県を含め他の41都道府県では学校に配された心理士が何らかの対応をしているにすぎない。

7月に県内で未成年が集団で飲酒し、女子中学生が集団レイプされ自殺すると云う痛ましい事件があったが、CRTを最も必要としたケースであったろうと痛感した。と同時にCRTに参加するプロフェッショナル達の活動はボランティアに近く、365日24時間対応を考えると、軽々に開設できるものではないことも合わせて痛感した次第である。

講演「危機に立ち向かうプロフェッショナルたち —CRT (クライシス・レスポンス・チーム) の取り組み—」



表1 山口県CRTの派遣実績 (2003年8月～2009年12月)

年	回	事故・事件概要	派遣先	日数	実人数	延人数
2003	1	母親が2人の子どもを殺害し、自殺未遂	小学校	3日	6人	15人
2003	2	母親が子どもを殺害し、自殺	小学校	3日	7人	15人
2004	3	母親が子どもを殺害し、自殺未遂	幼稚園	3日	9人	20人
2004	4	校内で児童が倒れ病院で死亡	小学校	2日	6人	9人
2004	5	母親と児童が遺体で発見、心中か	小学校	3日	9人	18人
2004	6	児童5人が波にさらわれ1人死亡	小学校	2日	7人	11人
2005	7	生徒が校内で自殺、目撃多数	中学校	3日	11人	25人
2005	8	生徒が教室に爆発物を投げ込み、数十人が救急搬送	高校	3日	11人	28人
2006	9	校内で学生が殺害される	高専	3日	15人	33人
2007	10	生徒が家族を殺害	高校	2日	9人	12人
2008	11	児童がプールで心肺停止(後日回復)	小学校	2日	10人	15人
2008	12	バスジャック事件	中学校	2日	10人	17人

山口県CRTのスタート

山口県では、2001年6月の大阪教育大池田小事件直後から、有志の専門職が心のレスキュー隊設立に向けて準備を始め、2年後の2003年8月に「山口県クライシスレスポンスチーム(CRT)」をスタートした。その後、県が事業化し、行政として取り組むこととなった。山口県CRTの派遣実績は表1のとおりである。

全国への広がり

山口県を皮切りに、その後、長崎県、静岡県、和歌山県、大分県、石川県でCRTがスタートした。いずれも県精神保健福祉センターがCRTの司令部となっている。各県CRTの派遣実績は表2のとおりである。派遣44件のうち約4割は子どもの自殺であった。

表2 CRT派遣実績(回) 2003年8月～2009年12月

県	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	計
山口県	2	4	2	1	1	2	0	12
長崎県	-	-	5	2	2	0	0	9
静岡県	-	-	1	3	2	3	6	15
和歌山県	-	-	-	-	1	3	2	6
大分県	-	-	-	-	-	-	2	2
石川県	-	-	-	-	-	-	0	0
計	2	4	8	6	6	8	10	44

CRTの特徴

CRTは、「コミュニティの危機に際し、支援者への支援を中心に、期間限定で精神保健サービスを提供する多職種の専門家チーム」であり、中核事業として要件(詳細はホームページで公開)を満たす「学校CRT」を有している。県精

神保健福祉センターがCRTの司令部となっており、教育委員会とは独立した外部チームである。

CRTの活動日数は最大3日間で、事件発生日から数えて数日目までに撤収しなければならない。CRT撤収後はスクールカウンセラーなどに校内のアフターケアを引き継ぐ。また、医療が必要な場合は医療機関を受診してもらう。また、小さな事件には派遣できない。

CRT隊員には、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、看護師などの専門職が登録されている。CRT派遣に際しては、登録隊員の中から本人の都合などを確認の上、1日に数名～十数名の隊員が派遣される。隊員は指揮担当隊員(隊長・副長)、直接ケア隊員、補助業務隊員(ロジスティクス)の3つに区分されている。

CRTの支援内容

CRTの支援を一言で言えば、「二次被害の拡大防止とこころの応急処置」になる。支援内容は、①校長、教育委員会への助言、②教職員へのサポート、③保護者への対応サポート、④子どもと保護者への個別ケア、⑤報道対応サポート等に分類される。心のケアだけではなく、報道対応を含む危機管理全般に対してサポート能力を有している。

あえて「しないことも」もある

実際に活動してみると、「してあげればよい」というほど簡単ではないことが明らかになって

きた。CRTのサポートによって、学校や教育委員会が依存的になり、当事者意識や対応力を損ねてしまうことがあることに気づかされた。「3日間限定、アフターケアなし、小さな事件には派遣しない」という枠組みは「CRTにお任せはできない」という意味でも重要と考えている。

学校医への期待

危機に際し、身近な受診先として学校医の果たす役割は大きい。子どもは身体症状を訴えることが多いので、精神的なものだと決めつけずに、身体症状にはまず身体のケアから始めるほうがやりやすい。保護者の不安の軽減も重要である。精神科受診が望ましい場合の橋渡しの役

割もお願いしたい。

おわりに

CRTは、援助専門職の情熱を基礎に、行政の事業化により組み立てられる。もちろん、当事者である学校、教育委員会自身の取り組みが重要であることは言うまでもない。さらに、行政や専門家にお任せではなく、保護者や地域住民が主体的に「子どもを守るために自分たちができることをしよう」とのうねりが起こることを期待してやまない。

※詳しくはCRTホームページを参照されたい。
(<http://www.h7.dion.ne.jp/~crt/>)



台中市医師公会・沖縄県医師会 懇談会並びに懇親会



常任理事 真栄田 篤彦

稲富洋明前会長の時に県医師会と台中市医師公会との姉妹会締結に始まったこの交流会はすでに7年目を迎えています。あの当時、SARS感染症で世界的な恐怖に陥っていた時期で、私は感染症担当理事として県福祉保健部の先生方と一緒に台中市2泊3日のSARS視察・世界ウイルス学会に同行しました。台中市でもSARS発生報告がありましたので、その情報をインターネットで県医師会とで交換できるように、私は2日目に台北から台中市へと別行動をとり、台中市医師公会会館を訪問したことを思い出します。その3ヵ月後に台中市医師公会との姉妹会締結式が行われました。それ以降、交互に訪問を継続しております。お互いの医師会長が代わっても継続することは素晴らしいことです。

去る10月15日から17日にかけて、台中市医師公会の高大成理事長一行17名が沖縄に訪れました。台湾では一般診療時間は夜の9時～10時までに行っているとの事で、そのエネルギーにはびっくりさせられます。国家医療予算はキャップ制で、年間の医療予算を年度内に使い切るとあとは、医療費の請求が出来なくなるとの事です。フランスやドイツと似ています。

16日には県医師会館を見学して頂き、その後3階のホールにおいて懇談会を開催し、県医師会館建設から費用負担のあり方などをプレゼンテーションしましたが、台中市医師公会でも会館の移転問題があるようで、詳細に質問がありました。通訳を通してですが・・・



懇談会終了後、会場を変えて都ホテルにおいて懇親会を開催いたしました。

高大成理事長は感極まって涙を流しながら挨拶されたのが印象的でした。日本語で流暢に話

しをしていました。

挨拶

沖繩県医師会長 宮城信雄



皆さん、今晚は。本日は、「台中市医師公会と沖繩県医師会懇親会」を開催いたしましたところお忙しい中ご出席いただき、ありがとうございました。

台中市医師公会の皆様には今回3回目の沖繩訪問になりますが、高理事長はじめ関係役員の皆様には、遥々ご来沖いただいたことを感謝申し上げますと共に心より歓迎致します。

また、先ほど開催された懇談会の中では「沖繩県医師会館建設に関する概要」が説明されておりますが、2008年12月に開催した沖繩県医師会館落成式の際には、台中市医師公会より会員の皆様を代表して高理事長にご出席いただき、落成式に錦上華を添えていただきましたことを厚く御礼申し上げます。

お蔭様を持ちまして、現在会館は順調に運営され、会員並びに本県における医師の活動拠点として地域医療の充実に貢献しております。

さて、我が国では、昨年民主党政権が歴史的な政権交代を果たしております。

新内閣では、政権交代の原点に立ち返り、政策を官邸主導、政治主導で実現することを目指し、「経済、財政、社会保障の一体的立て直しに誠心誠意取り組む」ことを基本方針にしております。

しかしながら、民主党政権はこれまでも政治主導の改革を第一に掲げ、財政再建や社会保障の削減の見直しの政策を進め、本年度から実施された診療報酬改定では10年ぶりのプラス改定にはなりましたが、医療現場の疲弊を解消するには程遠い改定内容となっています。現状を改善し国民へ安心・安全な医療を提供するためには、更に財源の確保に努め国民皆保険制度の充実・強化を図っていく必要があります、今後の新内閣に期待するものであります。

昨今の医療界における問題として、昨年メキシコで発生した新型インフルエンザは、瞬く間に世界中に広がり、国内におけるワクチンの供給体制、接種のあり方に関する問題をはじめ、各国の支援体制や連携の在り方等多くの課題を残しております。また、俄かな問題として、我が国では患者から抗生物質が効かない多剤耐性大腸菌が相次いで検出され早急な対策が求められています。これは外国で検査や治療を受ける「医療ツーリズム」が感染拡大にも起因していると見られており、各国においても安全な医療を提供するためその体制づくりが求められるような現況にあります。

今般、このような状況の中で台中市医師公会の皆様と相互に医療の交流が図れることは誠に意義深いものであり、お互いの医療状況や医療提供体制の今後の在り方に大いに貢献するものと考えております。

台中市医師公会の益々のご発展並びにご参会の皆様方のご健勝ご多幸を祈念してご挨拶いたします。



台中醫師会理事長 高 大成



沖繩医師会の皆様今晚は。本日は宮城会長をはじめ沖縄県医師会役員並びに御夫人の皆様、また関係の皆様方に再会でき大変うれしく思いますと共にお忙

しい中懇親会にご参加いただき、大変な歓迎を賜り厚くお礼申し上げます。

また今回の姉妹会開催に際し沖縄医師会の皆様に多大なご迷惑をお掛けし心よりお詫び申し上げますと共に本日こころよく迎えてくださいました事厚く感謝申し上げます。

今回の勉強会におきましては、昨年落成されました医師会館を見学、また落成までの経過を説明していただきありがとうございました。新医師会館全体がIT化され、高度な医療に対応出来る機能的な設備が備え作られ、落成までの長い年月に多くの方の努力・犠牲の上に成り立っている事が良く分かりました。皆様の医療への情熱・向上心が活力ある医師会につながっていると思います。

さて現在の医療界におきましては、政治・経済による影響は大きく長引く不況に対する政府・行政の対応も遅く、いつでも・どこでも平等に受けられる医療体制がくずれ、医療の向上・進歩の妨げになっています。更に昨年発生した新型インフルエンザまた今年においては異常気象による熱中症など国民の生命を脅かす新たな医療問題が山積しています。

台湾においても日本同様、政府の医療への財

政は厳しく新たな第二健康保険制度が考案されていますが、更に国民・医療関係者の負担が多くなる内容になっています。

これからはわが国のみならず他国とも連帯を取りながら、行政や国にも最も望ましい医療体制の有るべき姿を提言する事が私達医師会の懸念であり、今後も相互の交流を通して、医学・医療の情報交換をし、共に医療の進歩・発展の為にまた住民の健康・福祉の増進に貢献出来る様に務めて行きたいと思っております。

本日は多くの方々にご参加いただきありがとうございました。

最後に沖縄県医師会のご発展と皆様のご健勝を記念いたしましてご挨拶といたします。

祝 辞

沖縄県福祉保健部長 奥村啓子

(代読 保健衛生統括監 宮里達也)



本日、台中市医師公会・沖縄県医師会懇親会が開催されるに当たり、ごあいさつを申し上げます。

来沖されました、高大成理事長をはじめと

する台中市医師公会の関係者の皆様を心から歓迎申し上げます。

台中市医師公会におかれましては、1945年の創立以来、台湾における医療制度の制定、公衆衛生、医療環境の改善等に努められ、台湾政府、市民から高い支持と信頼を得ておられると伺っております。



台湾と沖縄県は、これまで歴史的に深い繋がりがあり、気候風土や風俗習慣も類似点が数多くあります。

また、2003年に台湾における新型肺炎SARSの取り組み状況視察のため、医師等を派遣した際は、貴重な情報提供をいただき感謝申し上げます。

このような中、2004年に調印された台中市医師公会と沖縄県医師会との姉妹会結盟は時機を得た誠に意義深いことだと考えております。また、沖縄には台湾の大学医学部出身の医師が多数活躍しております。

今後の保健医療をはじめとする各分野において、より一層の交流が図られることにより、それぞれの地域及び団体相互の発展に寄与するものと期待しております。

沖縄県におきましては、県民全てが生き生きと安心して暮らせる、潤いと安らぎのある長寿県沖縄の実現に向けて医療・保健に関連する諸施策の推進に努めてまいりたいと考えておりま

すので、今後とも皆様の御支援、御協力をお願い申し上げます。

結びに、台中市医師公会と沖縄県医師会のますますの御発展と御出席の皆様の御健勝と御活躍を祈念申し上げ、ごあいさつとします。

乾 杯

稲富洋明 前会長



2004年の2月に姉妹会を締結して早くも6年が経過しております。その間、医療情報の提供や親善交流等で相互の発展に寄与しております。長引く不況の中、

医療界も厳しい冬の時代に入ったままですが、お互いに英知を結集して頑張っていきたいと思っております。今宵は大いに飲んで語って食べて楽しい一時になりますことを心から祈念しております。

