

平成22年度 医療政策シンポジウム 「国民皆保険50周年～その未来に向けて～」



常任理事 大山 朝賢



平成23年2月2日（水）、日本医師会館において標記シンポジウムが開催されたので、その概要を報告する。

高杉敬久日本医師会常任理事の司会により、原中会長の挨拶から会は始まった。

挨拶

原中勝征日本医師会長

日本の世界に誇る国民皆保険制度ができて50周年になります。この皆保険制度がいかに大切なものかということのを再認識して、日本医師会は国民の皆様の安心・安全のため、生涯安心して生きていくための砦である医療制度を今後どういうふうにして維持するかをテーマとさせていただきます。

本日特別講師としてお招きしている文太俊（ムン テジュン）先生は現在83歳でございます。遠路、韓国よりきていただきました。日本医師会と非常に強い絆を韓国医師会と作って

いただきました。武見太郎先生時代から、日本のいろんなことを韓国に制度として取り入れようとして努力されてきた先生で、世界医師会の会長や韓国政府の厚生大臣をされた先生です。今日は我々の医療制度と同じような制度をもちながら改革あるいはいろんなことを変更せざるをえないという韓国の事情が、我々の医療制度に大変参考になることと思います。

講師の4人の先生方は、我が国の医療経済・医療制度に対して非常に高度の知識をもって私共を常に指導して下さっている先生方です。皆さん御存知のとおり、この国民皆保険のおかげで、日本は安いお金で世界一の健康長寿国をつくりあげました。誰もが望む健康で長生きする、このことを目的として、私たち医師は努力してきました。

医療費は先進国の中で最低の医療費です。しかし、私たちは一生懸命とにかく国民のために働いてきたことを自慢しておりますが、どうもいろんな内容が国民の方々と皆様と共有していないところがありまして、今後も日本医師会

は国民の皆さんのために、皆保険をどういうふう
にみんなで考えていくかといことを積極的に
提言していきたいと思ひます。

韓国も我々の国と同じように少子化時代がや
ってきました。出生率が1.3～1.4に、要する
に二人のご両親から生まれる子どもが1代であ
るということは人口が減少してまひります。

特に我が国では2043年、最もご老人が多
くなる時でござひます。それからやがて5年の
中には、1人の労働者が1人の65歳以上の方
をケアする時代になってまひります。一人の労働
者が、自分の家庭をみて、家族をみて、子ども
の教育のことを考えて、果たして65歳以上の方
を本当にみる事ができる日本になつて
いるだろうか。医療費は65歳以上の人は若い人
に比べて5倍かかつておひります。そんな中
でもし国民皆保険がなかつた時に、自分が年を
とつた時にどうなるのだから、自分の経済力
がなくなつた時にどうなるのだから、やはり
ここで私たちは高負担をしなければいけない
のか、あるいは医療サービスの低下を招く
ことがいいの、国民の皆様と一緒に考
えていく大切な時期にきておひります。

どうぞ今日のシンポジウムが、みなさんと
一緒に国民の将来、医療の将来を考
えて、あるいは医療の現在を考
えて、みなさんと一緒に将来
の私たち孫の時代に、この国民皆
保険が続いてる日本になるよう
な努力をしていかなければなら
ないと、それが私たちの責務であ
ると感じておひります。今日のシン
ポジウムがそういう意味で、皆
さんと共通した知識性をもつた
会になればと思ひます。

特別講演

「韓国医療の光と影」

演者 文太俊 (ムン テジュン)

韓国医師会名誉会長

韓国医療制度の立案に携わつてきた経験をも
とに健康保険制度の定着について話します。

韓国における健康保険制度の背景

1960～1970年代、戦後復興・医療も正常化

むかつていた途上国で、一人あたりの国民所得
も1,000USで深刻な貧富の差と医療費の高騰
により、国民が近代的な医療機関を利用できな
かつた。公立の医療機関なかでも地方自治体が
運営する病院は立ち遅れておひいた。

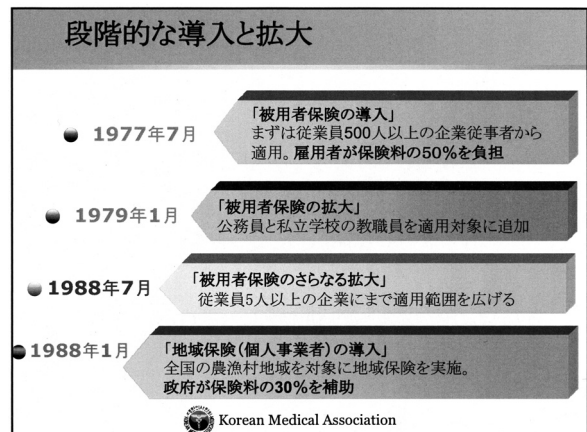
1961年、日本で国民皆健康保険制度が成立し
たが、1970年代の後半韓国でも導入するため、
1年間検討を重ねた結果、韓国に健康保険制度
を導入することについて具体的な内容を大統領
に進言した。

社会福祉や健康保険といえはスウェーデンで
あつたが、そのシステムは韓国にはあわないと
して、市場経済を原則として経済的に可能で、
安全に政策を推進することにした。そして医療
施設の近代化を基礎とした。また各階層との協
議を経て調節していった。財政官僚や医師団体
などから反対意見がでたが、雇用者負担や職種
など保険料の配分を考慮して段階的に導入し
拡大させた。農漁村地域は政府が保険料の30%
を補助するなどした(表1)。

とくに組合制度は相互扶助の精神により保険
制度導入に大きな役割を果たした。現在野党が
統合主義を主張し、組合主義から統合主義にか
わつた。それぞれ長所と短所があるが、私は組
合主義をもう少し継続すべきと考
え、その時長官の職を辞した。

韓国の人口は3,500万人で都市に住んで
いる自営者が800万人であつた頃、税金を徴
収することが困難だったので、組合の助けを
かり、調整し保険料の徴収が可能となつた。

表1



組合の人は病院を自由に選択することができたため、大病院に患者が集中するようになった。このシステムの問題を解決するために病院によって自己負担率をかえた。大学病院では自己負担6割など開業医が有利になるように調整したが、超近代的な病院や大学病院に高い料金を支払い3時間待っても3分間診療という時期があった。そのため検査方法の改善や医師数の増加などにより現在は改善されてきている。1977年から12年という短期間で健康保険制度が定着したのは政治的決断があったからで病院にいけない人たちの事を思う政治家や役人により、89年7月1日に韓国の国民健康保険制度は完成した。

2009年現在健康保障適用人口は5,029万1,000人が加入し、未治療率も減少し、国民1人あたりの入院日数・外来日数も増加した。また

表2

医療基盤の拡大

- 医療従事者の増加 (単位:人)

区分	1981		2006	
	10万人当たりの人数	医療従事者	10万人当たりの人数	医療従事者
医師	39.7	15,381	141.1	68,143
歯科医師	6.8	2,624	38.3	18,515
韓方医師	6.4	2,465	28	13,523
看護師	31.1	12,034	198.8	95,999
病床数	168.5	65,255	839.8	405,592

** 日本との比較 (「OECD Health Data 2008」より)

	韓国	OECD平均	日本
千人当たりの医師数	1.7	3.1	2.1
千人当たりの歯科医師数	0.4	1.0	0.7
千人当たりの看護師数	4.2	9.6	9.4
千人当たりの病床数(急性)	7.1	3.8	8.2

Korean Medical Association

表3

医療基盤の拡大

- 医療機器数の変化 (単位:台)

区分	1995		2006	
	10万人当たりの台数	総台数	10万人当たりの台数	総台数
CTスキャナ	1.18	519	3.42	1,622
MRI	0.17	76	1.39	657

出所:「統計で見る健康保険30年」、健康保険フォーラム

** 日本との比較 (「OECD Health Data 2008」より) (単位:台)

	韓国	OECD平均	日本
百万人当たりのCTスキャナ台数	37.1	22.8	92.6
百万人当たりのMRI台数	16.0	11.0	40.1

Korean Medical Association

医療機関および医療従事者の人数の増加、医療機器数も増加している。韓国の総合病院も世界的水準に達していると考えている (表2、表3)。

乳幼児死亡率は1970年代ではOECDの2倍であったが2002年にはOECD平均を下回るようになった。(表4) この成果は安い医療費支出の上に成り立っている点で評価できる。

表4

健康指標の向上

- 期待寿命の変化

	韓国	OECD平均
1960年	52.4歳	68.37歳
2005年	78.5歳	78.5歳

- 乳幼児死亡率の変化
1970年代まではOECD平均の2倍となったが、2002年には1,000人当たり5.3人と、OECD平均の6.2人を下回っている

- このような成果は他のOECD加盟国に比べ、非常に安い医療費支出の上に成り立っている

Korean Medical Association

韓国で一番の問題は、「高負担・高給付」や「低負担・低給付」が明確に設定できなかったことで、低負担で高給付ということが議論されているが、給付拡大に伴う負担増加について懸念される。政府はこれを解決するために、保険報酬を抑えるように努めており、物価高騰に比べ医療者の給料はそれほど上昇しておらず、医師と医療機関の犠牲を強いる不公平な報酬構造となっている。医療提供の主体は一体誰なのかをめぐる混乱が発生しており、政府と健康保険団体が医療提供者になり、医師や医師会がいいなりになる事態に追い込まれかねない。健康保険財政の対策として、財源の多元化が必要で、タバコ税に加え、酒類に対する健康負担金などがある。保険料は他国に比べ低い水準なので自己負担を上げてよいのではないかと検討されている。

非給付と混合診療については健康保険が適用されていない項目を非給付としており、自己負担率100%である (表5)。任意非給付は医療費審査において給付に対する別の基準が存在している。非給付と混合診療が認められたため、保険財政の過度なプレッシャーを抑えることがで

表5



韓国健康保険での非給付	
非給付の定義	
-	健康保険法で保険が適応されない項目を非給付として明示
-	理論的にはこれを除いた医療行為は全て給付の対象
非給付の主な例	
-	ロボット手術・MRIなど、新医療技術による治療
-	政策上給付と認められない項目(差額ベッド代など)
-	選択診療料など (一定の条件を満たす専門医師による診療を希望する場合)
非給付の負担	
-	非給付は100%自己負担
 Korean Medical Association	

表6

混合診療	
-	韓国では一つの疾病に対し、保険診療(給付項目)と非給付診療を合わせ行うことが可能
-	日本から見ると、いわゆる「混合診療」を保険制度導入の初期から認められてきたと言える
-	混合診療が幅広く認められたのは、健康保険が「低保険料・低給付・低報酬」の構造で成っていたため、限られた給付を補完して患者のニーズに合わせようとしていたからである。
-	また、保険財政負担の急増を抑える手段としての意味もあった。
 Korean Medical Association	

きた(表6)。韓国の健康保険財政をみると、その62%は国家が負担して、他は自己負担である。給付の対象である医療行為における自己負担は22.6%、非給付自己負担は15.2%である。38%は非給付となっているが所得の高い人が医療を選択しているため不満はでない。

2000年に健康保険財政の危機があったが、保険料の引き上げと国家財政からの支援で安定した。2006年に再び厳しい状況になったのは、6歳未満の子供の入院費を無料にし、入院患者の食事代80%を支援する政策をとったため赤字となり、政策が入院費は10%の自己負担、食事代は50%の支援に変更となった。財政破綻を回避するためには保険料4.5倍以上の引き上げというような負担増加が必須と考える。

最後に韓国では診療費請求や診療費審査の電子化により年間930億ウォンの医療費削減の効果があった。

私はアメリカで最新の最高の医療を学び韓国

へ帰ってきたが、貧困という患者と医療の財政的な壁を目の当たりにして、何のために医者になったのかと絶望的な気持ちになった。その経験から政治の道へすすみ、韓国医療保険制度を成立させることができ、医者として政治家として光と影の両方を経験し、今日に至っています。

講演

1. 「医療への市場原理導入論の30年－民間活力導入論から医療産業化論へ」

演者 二木立 日本福祉大学教授、副学長

1. 1980年代の医療への民間活力導入論の検証

1980年代に医療集権分野への民間活力導入論がはじめて導入された。

その先駆けの公式文書：通産省『80年代の通産政策ビジョン』と財務省『財政百科』通産省は、行政に対する過度の期待を廃止、公共分野と考えられている分野に民間活力を導入し発展させることが望ましいと主張。民間活力=企業。(通産省産業構造審議会会長は土光敏夫氏)大蔵省は巨額な財政赤字を理由に教育・医療などの公共部門への過度な資源配分は民間活力の低下と主張した。

臨時行政調査会は1982年：基本答申～1983年：最終答申において財政のための医療社会保障費の抑制と民間活力の活用を提唱し、中曽根内閣はそれらを具体化するために一連の閣議決定をした。

1986年厚生省文書『高齢者対策推進本部報告』で民活導入を初めて提起した。

公共分野で民間の適切かつ効率的なサービスをあわせて導入することが有効であり、ビジネスの健全育成を図る

○1987年厚生省「国民医療総合対策本部中間報告」

- ・自由開業医制と国民皆保険体制は国民福祉の上からも維持すべき
- ・医療サービスの量から質への転換、老人ホームや高齢者住宅の検討、在宅介護の推進および民間保険導入の検討、ニーズの多様化と費用負担のあり方を検討

・1992年厚生白書第3章「民間サービス」で35頁にわたり、民間サービスについて記載されているが公的施策は5頁のみ。

○1980年の医療への民活導入論の複眼的評価
中曽根政権では臨調改革路線において、医療費・医師数抑制のための規制強化が中心で、民活導入の対象は医療周辺分野とされ医療本体が除外された。

厚生省は国民皆保険体制を維持しつつ医療周辺分野からの営利化を推進しており、当時のアメリカ型医療を直輸入しようとしている等の批判は誤解であり、同時期のイギリス・サーチャー政権のNSH改革に類似している。

民間介護保険は普及せず、2000年に公的介護保険制度が開始された。

健康産業は育成されず、2006年医療制度改革関連法で、公的医療保険が「生活習慣病対策」を実施し、がん保険を中心とした民間保険医療と院内業務委託サービスは相当普及した。

在宅介護サービスへの企業参入が解禁された。

2. 1990年代末～小泉政権時代の医療本体への市場原理の導入

経済侵略会議「最終答申」(1990年)では、医療や介護については社会的に必要最低限のサービスをあまねく国民に保証する観点(医療保険制度の最低水準説)、競争原理の導入などの医療コスト抑制を実現することを目指した。日本版マネージドケアの導入＝国民皆保険解体と言われたが、現実の医療政策に影響を与えず、その後2001年小泉政権成立後沈静化した。

経済財政諮問会議「経済財政運営と構造改革に関する基本方針(骨太方針)2001」

小泉政権の医療への市場原理導入方針の閣議決定は史上初。

政府・体制内の医療改革のシナリオが分裂。厚生労働省は市場原理導入に抵抗し、結局医療への市場原理導入は挫折した。

①企業による病院経営の解禁→小泉首相の裁定で厳しい条件での開設。1施設のみ。

②保険者と医療機関との直接契約の解禁→厳し

い条件がつけられ現在も生じていない

③混合診療の解禁→全面解禁は否定、保険外併用療養費制度にて部分解禁、2006年医療制度改革関連法

○2003年3月閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」
診療報酬体系の基本的な考え方：「社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されること」を明記。＝最低保障説を否定。

安部・福田・麻生政権では医療への市場原理の議論はほぼ消失。

3. 民主党政権の医療産業化の医療への市場原理導入論

○2010年6月の新成長戦略の概要は総論と各論が分裂

総論は社会保障には雇用創出を通じて成長をもたらすことが可能として評価できるが、各論：医療・介護・健康関連サービスが産業化するための具体的施策は医療への市場原理導入策である。マクロ経済的には「医療は経済の下支え」で、各論がいう成長牽引産業というのは過大評価。医療ツーリズムの市場予測は超過大である。また健康関連サービス産業の成長が見込めないことは、1980年～1990年代の失敗で決着済みである。

医療産業研究会報告書は「医療産業化」を主張しているが、経済学的には医療はもともとサービス産業であり、医療産業化は「医療への市場原理導入」の言い換えにすぎない。

80年代の通産省の政策ビジョンを30年ぶりに読み直したが、医療産業研究会報告書とそっくりである。民主党政権の「新成長戦略」は医療政策の浅さと危うさの象徴といえる。

先進的医療機関での「新成長戦略」に沿った取り組みは可能だが、医療の営利化・企業化の呼び水とならないように注意すべきである。

4. 医療経済・政策学からみた医療への市場原理導入論の複眼的評価

医療への市場原理導入論の批判的検討は私の継続的研究テーマで1986年に発表した「医療における民活導入と医療経済への影響」において、民活を医療保障面での民活と医療供給面での民活と区別し、後者を伝統的民活＝既存の民活医療機関の活性化と新しい民活＝一般の営利企業の医療への参入に区別した。当時の民活導入論では一般の営利企業の医療への参入に過剰反応していたが、私は医療への民活導入を全否定しなかった。直接的医療サービスの提供は今後も民間医療機関主体で行われたほうが効率的で、この分野に営利企業が参入する余地はほとんどなく、一方、一般企業が医療の間接分野に限定的に参入することは医療効率化にとっても有用と指摘した。しかし費用面での公的責任が貫かれてはじめて意味を持つと考える。営利企業の医療参入可能性の予測を行い、日本型「医療産業複合体」の形成や病院周辺業務の外注化などを個別にあげた。新しい民活の社会的帰結として、公費から私費へシフト、社会的費用の増大、支払い能力に基づく医療格差をあげた。

医療への市場原理導入論はそれにより医療費を抑制できると主張しているが、アメリカにおける膨大な実証研究で、株式会社制病院チェーンによる医療費抑制効果は完全に否定されている。さらに私的医療保険の拡大により総医療費が増加するのは先進国の経験則となっている。

私は2004年より「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」論を提唱している。医療の市場化営利化は企業にとっては、新しい市場の拡大を意味する反面、医療費増加をもたらすため、公的医療費抑制という『国是』と矛盾するというもの。

このジレンマが小泉政権下でさえ、新自由主義的医療改革の全面実施が挫折した経済的理由であると判断している。政治的理由は平等な医療を指示する国民が圧倒的多数を占めていることと日本医師会を中心とした医療団体が、新自由主義的医療改革に反対したためである。民主党

政権でもこのジレンマは続いており、私は、全面実施はありえないと考える。

私が一番強調したいことは、「医療の企業化」は複眼的に把握する必要があるということである。「医療団体・医療機関は今後『医療の公共性』を守る立場から、一般の営利企業への中核部分への個別参入を阻止するだけでなく、一部の医師や病院の営利的行動が単なる営利目的の『企業化』にも厳しい監視の目を向ける必要がある」1991年に私は主張した。

おわりに

私の「客観的」将来予測は今後も医療社会保障改革への3つのシナリオの対立は継続し、混合診療全面解禁論、医療への市場原理の導入論はゾンビのように復活するだろうが、医療への市場原理導入の全面実施はありえず、日本の医療制度の2つの柱（国民皆保険制度と非営利医療機関主体の医療提供制度）は維持される。

私の価値判断は、医療への市場原理導入がめざす「二段階医療」化は日本社会の統合性・安定性を損なう。公的医療費の拡大による日本医療の質の引き上げと医療へのアクセスの確保は国民皆保険制度を守るだけでなく、日本社会の安定性・統合性を維持・向上させる上でも不可欠であるが、そのためには社会保険料を主財源、消費税を含む補助的財源とする長期的な安定な医療費財源を確保する必要がある。

2. 「皆保険50年の軌跡と我々が次世代に残した未来－再分配政策の政治経済学の視点から」

演者 権丈 善一 慶応義塾大学教授

社会保障は財源の問題。皆保険の50年を見るときに財源の構成割合をみる。1961年に皆保険が始まる。皆保険、医療保障政策を展開するとは、患者負担を減らすということで、そのための手段として日本は保険料を増やすわけではなく租税を使った。

租税に依存するという意味を考えてもらいたい。いろんな制度を考えると、必ず最後の結

論は租税の投入ということになる。これを考えるとき私は財源調達力をみてしまう。GDPに対する社会保険料の収入とGDPに対する租税の収入、これらを足すと国民負担率になる。租税というのは財政的に不安定だが、社会保険料は景気に関わらず毎年上がっている。消費税は1%上げられなくても年金や厚生年金も上がり続けている。財源調達力を見てくると、租税を投入することの危うさを知ってほしい。

社会保険収入は95年から国税収入を追い抜いているわけで、社会保険が社会保障を守っている。他の財源を減らしていく中で、医療がターゲットになっている。

こういうプロセスを介護保険が40年程経ったときのモデルだが、ある社会保障制度を制度設計しようとする時、社会保険料の費用負担割合が50%また100%か0として生活保護を設計することができる。これを使って、この負担割合が高くなると一人当たり社会保険料が高くなると払えない人が増えてくる。したがってこの制度の普遍性が失われてくる。そうすると社会保険の普遍性のために租税の投入というふうになる。しかし、時間的にみるとそれは安定できるのかと言いたい。動的に見たとき、社会保険料の費用負担割合が増えると財源の調達の安定が高まる。制度の普遍性と制度の安定性という二つの価値を選択しなければならないことに直面する。北欧は租税でやっているじゃないかという意見になるが、財源調達力が高く、使用者と労働者の力関係もあって、日本と同じ租税割合であっても安定力が異なる。

政府が一般会計から社会保障関係費を出して、その中で医療に対する国庫負担がどれくらいの割合があるのか示した図がある。これで見ると医療(45%)の額が大きく、ターゲットになってしまう。しかも医療費は来年度までにカットできるというように対応できるが、年金は対応できない。政権交代後、社会保障関係費は増えているが医療に対するものは増えていない。「保険料率は世界でも高率でもあり、したがって国庫負担を給付すべき」という文章があ

るが高齢者医療に対するものと同じだが1955年と同じであり、いつも同じ答えを出していることになる。税に頼ることは長期運営には非常に不安定で危ういものである。

次世代のために過去を振りかえると、1965年の高齢化指数と国民負担率を示した図があるが、急速に高齢化が進んでいるが、国民負担率は上がるどころか下がっている。

これでまともな社会保障ができるわけがない。同じ国民負担率のアメリカや韓国では人口構成が若いので比べられない。このため特徴的な国になっている。

昨年6月の閣議決定の中で、財政運営の基本ルールとして、新たな施策の導入の際には恒久的な財源確保が必要だとしており、その部会で財源も確保しなさいということである。この無理な決定は、翌週のG20サミット(トロント)へのお土産だった。そこでは主要国は2013年までに財政赤字を半減させ、2016年までに政府債務の国内総生産費を安定または低下させることが求められたが日本は無理だとされた。日本は2015年までに基礎的財政収支の対GDPを半減すると言っている。基礎的財政収支は政府サービスに対する料金と考えて下さい。その料金を消費税13%分払っていないことになり、将来世代に残していくことになる。G20サミットは2016年までに消費税を15%にあげることを求めているが、2020年までに基礎的財政収支を黒字にすることが現政権の財政運営戦略である。自民党でも全く同じ財政運営目標である。それをやっても財政再建だけの財源確保だけで社会保障の機能強化ではない。

中福祉・中負担を実現しようと言っているが、実は高負担で中福祉である。原因は少子化対策を何もやってこなかったことにある。また莫大な債務があるので、日本が破綻していないのは、これは歴史的に異常な低金利を続けてきたからである。負担増をして給付減が必要な未来は遠くない。

幸い日本は高齢化水準が世界でトップに達しているにも関わらず、社会保障率は低く、国民

負担率が低いというのはメリットである。マーケットはまだ日本は本気を出せば大丈夫だと考えている。政治次第だと踏んでいる。本当にできないとわかった瞬間なにが起こるかわからないが、希望がある。例えば消費税を毎年2%上げていく中で、一年75%、次年度は50%を社会保障がもらう、積分したら財政赤字を改善しながら5%社会保障を機能強化していくという戦略が答えとしてあり、ビジョンがあるが政権が変わるたび同じ議論を繰り返している。

この国で今最も大切なことは、日本という国の持続可能性を確保する為に増税することである。その次に大切なことは、国民生活を守る為に大きく綻んだ社会保障の機能強化を図るべく税・社会保障料の負担を増やすことである。

3. 「医療危機を乗り越えるために - 改革はどうあるべきか」

演者 田中 秀一

読売新聞東京編集局医療情報部長

医療を巡る重要課題は大きく5つある。医師不足、救急医療の危機とフリーアクセス、医療の質と安全の保障、医療情報の開示、医療の財源確保などがある。

医療機関の閉鎖・縮小や救急搬送先が見つからないなど、国民の不安が増大している。医療は「安く、良質で、自由に受けられる」ことが求められてきたが、これを同時に満たすことは難しい。医療費のひずみは社会保障費や国民医療費の行き過ぎた抑制政策のツケである。医療は公共財であって、医療側、患者側とも無制限な自由や無秩序な利用は許せない。

日本の医師数は欧米に比べて少ないが、医師数は増加している。診療科によって医師数が異なる。長い労働時間や医療事故や訴訟のリスクから外科・産婦人科で志望者が減少している。医師の激務をどう緩和するかという問題に対して、医師を増やす・医師の偏在を解消する、女性医師の活用、他の職種を養成する。病院の機能分担をすすめることである。

医師が専門家しすぎていることが問題となっ

ており、総合的な医師を増やすべきであろう。医学部の新設に関して、医師不足と医学部設置は相関しており（西日本に少ない）、限定的に新設を認めてもよい（表1、表2、表3）。医学部の入試も圧倒的に偏差値が高いため、高校生が偏差値で医学部を選ぶということがあり、偏差値だけで選抜してよいのだろうか。医師養成には8~10年以上かかる。医師総数を増やし

表1

医学部の新設問題
<ul style="list-style-type: none"> ■ 国際医療福祉大学、北海道医療大学、聖隷クリストファー大学の3私立大学が医学部新設を計画 ■ 全国医学部長病院長会議、日本医師会は反対を表明 ■ 反対理由 教員確保のため、医療現場から医師が引き揚げられ、地域医療の危機助長 ■ 将来、医師が充足した際に医師過剰を招く

表2

限定的な医学部新設案 (加藤延夫・元名大総長)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 高度に専門化した先端医療技術を習得する医師を養成する医学部3校(私立)の新設を認める ■ 基礎医学、医療行政、発展途上の医療支援を担う医師を養成する医学部1校(国立)を新設する

表3

医学部新設のメリット
<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師不足の著しい地域に医学部を新設すれば、地域ごとの医師偏在を緩和できる ■ 現在の医学部は、西日本に比べ、東日本に相対的に少ない。(東日本は人口173万人に1大学、西日本は144万人に1大学) ■ 医師不足の地域もこれに相関している ■ 人口あたりの医師数が少ない北海道、東北、関東(東京を除く)、東海などに医学部を新設する意義は大きいと考えられる

ただけでは産科や小児科、救急・外科など過酷な診療科が敬遠され、医師不足が解消されない。さらに診療科ごと、地域ごとに医師の偏在を是正することになる。そのため研修先や診療先を医師の自由選択にせず、計画的に配置を考える必要がある。

医師の計画配置（読売新聞の提案）については、全国的に配置するために公的機関を設けて、地域ごとに定員を設けてはどうかという提案である。大学病院や基幹病院や医師会などの協力によって機関を設置し、診療科や地域によって計画的配置を行うものである。医師の希望を尊重して配置することを前提と考えているが、「医師の職業選択の自由を侵害」「強制的に配置するか」など反発があった。欧米では医師の計画的配置がすでに実施されている。（フランス・ドイツなど）

医師の3つの偏在として、診療科による偏在・地域による偏在・病院と診療所間の偏在があるが、病院勤務医と診療所の医師の割合はそう変わっていないが、病院勤務が過酷なため開業する医師の存在をどうするかとうことで、収入の差や勤務時間の差、訴訟リスクの差を解消する必要がある。

行き過ぎた専門医志向が問題で、専門的な診療が必要な病气・患者がそんなに多いだろうか？日本は世界一検査装置をもっており、不必要な検査・重複検査が行われていることが多い。総合能力をもった医師、総合診療が必要である。それには開業するには総合診療の能力を備えることを要件とし、地域医療に貢献し、地域の救急医療に協力することを要件にすべきではないだろうか。日本の自由標榜制は世界的に見ても特異な制度で、これは医師の適正配置を阻害している。医療は「公的財」という視点で考えるべきである。専門医認定制度も検討が必要であろう。女性医師は増加しているが、診療科に偏りがある。女性医師・看護師の働きやすい環境を整えることも重要である。診療看護師や麻酔看護師、医療

クラークなど他職種の養成も行う必要がある。フィジシャン・アシスタントは医師の監督下で医療行為を行い、アメリカ・イギリスに制度があり、収入もよく人気がある。また医療機関の役割分担が求められており、病院を集約し機能を充実させようという動きがある。入院は病院で、外来は開業医でというのも医療の役割分担である。

医師不足問題に対して日本医師会は、医学部新設には反対で、医師の偏在是正については具体的提案がなく、他職種の活用も消極的なように見える。医師不足問題に対して消極的にみえる。

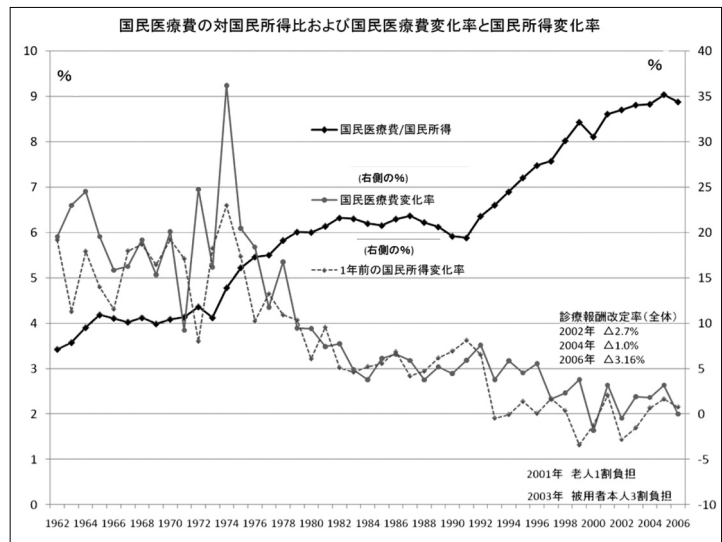
医療の財源問題について、総医療費の対GDP比は低い水準で社会保障支出は低水準である。診療報酬は引き上げて、病院には手厚くする必要があると認識している。

4. 「日本の医療費水準と財源を考える」

演者 遠藤 久夫 学習院大学教授・中央社会保険医療協議会会長

総医療支出対GDP比の推移を見てくると、日本は諸外国に比べて伸びていない。日本の医療費は対国民所得比が上昇すると抑制策がとられてきたためである。80年代以降経済成長に対応して医療費の伸び率を調整している。経済成長の急低下の時には、国民所得の伸びと国民医療費の伸びはかい離し、抑制策をとっている（表1）。抑制するために方法は病床規制や自己

表1



負担率の引き上げなどがあるが、特に診療報酬の改定率によって医療費をコントロールしてきた。医療費伸びは低い、経済成長率はもっと低いことが深刻である。

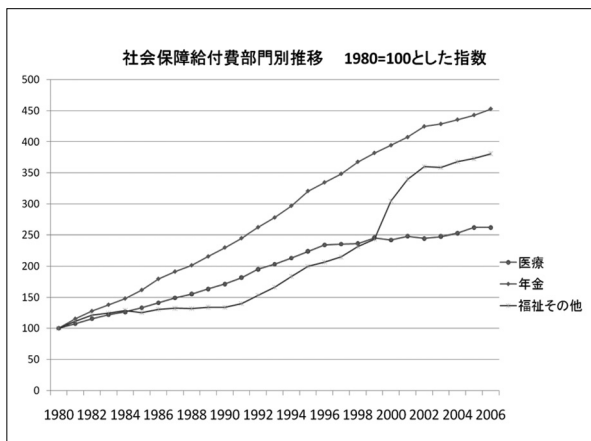
診療報酬の改定率は政府・与党調整により予算編成を通じて改定率を決定している。診療報酬の改定率の推移は低水準で、病院の医業収益は右肩下がりになっている。国立病院機構だけは右肩上がりになっている。

医療費の財源をどこに求めるのかが大きな問題である。公費、保険料、患者自己負担が増加しているのが現状であり、高齢者が増えることによって公費の割合が多くなっていく。

また公費から医療費を増やそうとすると公的債務残高の国なので、増税しても社会保障費に使われるか疑問がある。また保険料を増やすことは安定収入であるが現役世代の負担が大きくなる。人件費の上昇による失業が発生するという批判もある。また保険料の未納問題も出てくる。

仮に社会保障費が増えたとしても、医療費が増えるのか、配分の議論が出てくる。過去の部門別の伸び率は、年金・介護・医療の順になっている（表2）。医療需要の一部が介護保険に吸収されているとしても医療費の伸びは一番低い。年金を減らすのは難しい、介護の充実の方が医療の充実より優先されることが懸念される。低所得層の増加によって生活保護者の増加、国民健康保険の加入の低下、病院の未集金など様々な問題があるので自己負担の増加は難

表2



しい。少子高齢化は避けられない問題である。質やアクセスの視点からどのような医療（介護）提供体制を構築すべきか、その費用負担をどうするのか、国民にわかりやすく選択肢を提示して、国民に選択してもらうことがとても重要である。

医療費のありかたについてアンケート調査結果によると、「医療費の増加を抑えるような政策は必要だが、医療費利用制限が進むのはよくないので、医療費負担が増加することはしかたがない (64.9%)」が過半数で、「患者の医療利用制限を積極的に設けて、医療費はできるだけ現状の水準にとどめるべきである。(25.3%)」の2つの意見で9割に及ぶ。

医療費の負担をどこに求めるかというかという質問には、増税と自己負担が3割、保険料増加2割の回答を得た。増税は自己負担ではないという意識があり、また世代間の考え方の相違があることがわかった。

パネルディスカッション

「50周年を迎えた国民皆保険」
 パネリスト：二木 立・権丈 善一・田中 秀一・遠藤 久夫
 コメンテーター：
 文 太俊 韓国医師会名誉会長
 武見 敬三 日医総研特別研究員

パネルディスカッションの時間が短かったこともあり、印象に残った二、三の記事を記載しました。

Q：消費税は本当に必要だろうか。

(権丈) 社会保険料を上げることは必要といっているが、消費税を上げることに賛成も反対もしていないが、フランスが消費税という税によって福祉国家をつくりあげたことから、財源調達量が高い消費税をあげるという論議が出てくるのは当然だ。

社会保険費を上げると現役世代の負担が大きくなるという意見があるが、現役世代という区切りがない。将来的に安定すればよいのではな

いだろうか。負担増をおこなえば産業構造が崩れるのは仕方がない。最近若者に対しての給付が少なく、高齢者負担が多いと言われているが、介護・医療には雇用が生まれていることをちゃんと考えてほしい。現金給付をしていながら、雇用にお金を流していると思う。

Q：今日の講演をきいていかがでしたか。

(文) 医科大学の新設、医師の偏在の対策、他職種の活用は全部ダメです。韓国だけでなく世界の話を書きましたが、政府の責任、対策不足が問題です。政府が医療へ投資すべきです。投資なくして産業は成長しない。アルゼンチンでは医科大学を増やしたところ、医科大学卒業してもその職種につけないという問題がでていて、他職種を増やしてアメリカやイギリスの医療費は高くなってさらに医療の質は低下しているので考えてほしい。

医療事故については韓国でも誰も解決策を出していない。医療保険はどんな国でもその国の実情にあわせてできるはずだと考えています。

(武見) 今日の議論で、今後の後期高齢者医療制度の後、どのような制度を構築すべきかという意見がききたかったがそれがなかったので、ご指摘頂ければとおもいます。

我が国は国民皆保険を導入して、どういう原則に基づいて運営してきたかというところと2つあります。1つは平等主義です。単一の診療報酬を

導入し医療給付の平等化をはかった。また自己負担率の平等化をはかった。保険料だけではなく、雇用者保険料率は3～4倍の格差があり、国民健康保険料も3～4倍の格差がある。実際は不平等化に進んでいるのではないだろうか。社会保険料によって安定的な財源確保は必要である。

2つ目は医学部教育と医療ニーズのミスマッチがおこっているのではないかと。今後の地域医療を充実させるかに関わってくる。これは総合臨床医を増やすという課題は重要である。諸外国にならうか、日本独自の仕組みを考えるのかは日本医師会が政策提言をすべきだと思う。

横倉 義武 日本医師会副会長の閉会の挨拶

日本医師会として情報発信しているけれども国民に届いていないことを反省し、努力しなければならない。

国民皆保険ができた昭和36年という年であったか、どういう医療であったかということは、文先生の韓国でのお話からもうかがい知ることができました。

平成の改革ということで、日本の今までの公的医療保険のあり方が問われている。医療を提供する立場、患者さんに近い立場にいる我々がどういうメッセージを出していくか問われたシンポジウムであったと思います。ありがとうございました。



平成22年度日本医師会医療情報システム協議会

理事 佐久本 嗣夫



去る2月12日（土）13日（日）、日本医師会館大講堂において、標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

1日目：平成23年2月12日（土）

日本医師会石川広己常任理事の司会により会が開かれ、冒頭、原中勝征日本医師会長並びに小森貴運営委員会委員長（石川県医師会長）より、下記のとおり挨拶が述べられた。

挨拶

○原中勝征日本医師会長

ご承知のように、長年続いた医療費抑制政策により引き起こされた地域医療の崩壊により、医療の現場は荒廃の危機にさらされている。

こうした中、国が進める医療分野におけるIT化は、医療費抑制、管理医療のツールとして位置付けられ、半ば強引に推し進められようとしている。このような医療の現場を無視した

財務省主導の政策にならぬよう、一層厳しい目を持って対応していく所存である。

また、「医療情報化に関するタスクフォース」において、現在、議論が行われている「どこでもMY病院」や「シームレスな地域医療連携」等では、電子化した医療情報がやり取りされるというものだが、情報の帰属や取り扱い、運営主体の在り方、セキュリティレベルや関連法令の検討を優先すべきであると指摘しているところである。

IT化は「適切に使用すれば、医療現場がより正確で便利になる」という利点もあり、本会はORCAプロジェクトの推進を始めとするIT化について、積極的に取り組んできており、ORCAの通信機能を活用した感染症サーベイランスも実証実験の段階に入っている。

医療分野におけるIT化は、安全で効率的な医療提供体制を実現するための手段であり、医療と患者に貢献するIT化であってこそ推進す

る価値があると位置付けている。

この協議会が、会員の先生方にとって有意義なものとなることを期待している。

○小森貴運営委員会委員長（石川県医師会長）

今回、「ITは人間の心と体の健康を守るために如何に活用されているか？—そしてIT医療の更なる発展に夢と希望を—」をメインテーマに取り上げさせていただいた。

二日間と長丁場になるが、熱心な討論をお願いしたい。

シンポジウム I

「医師会事務局のIT化は本当に役立っているか—平成22年度医師会事務局情報化調査報告—」

(1)「全国の医師会事務局のIT化の現状とその問題点—平成22年度医師会事務局情報化調査報告—」

名古屋工業大学大学院准教授の横山淳一先生より、平成22年12月から平成23年1月、全国の都道府県医師会及び郡市区医師会事務局を対象にウェブ上で実施した「平成22年度版都道府県・郡市区医師会事務局の情報化調査」の結果について報告があった。

本調査は、全国の医師会事務局において、①現在のIT化問題に対する取り組み状況、②IT化推進に向けて必要な（求めている）支援、③それぞれの医師会事務局におけるIT化の問題点、等の状況を明らかにすることを目的に実施されており、全国937医師会のうち477医師会（回答率51%）から回答が得られたと報告があった。

調査結果より、現在のIT化の問題点として、「お金がかかる」、「事務職員の不足（人数・スキル）」、「会員意識のバラツキ」、「効果が見えない」等が示され、問題解決に向けての課題として、情報化の現状と適切な認識を持つとともに、情報化（IT化）の定義の再確認と、自組織の視点でのメリット・デメリットだけでなく、医師会全体の視点でメリット・デメリットを考えていく必要があると考察された。

(2)「石川県医師会事務局におけるIT化について」

石川県医師会事務局の村田紀文氏より、石川県医師会におけるIT化の取り組みについて報告があった。

石川県医師会では、平成9年度より「石川県医師会情報ネットワーク検討委員会」が設置されIT化の取り組みについて種々の検討が行われていると報告があった。

具体的な取り組みとして、平成11年度より石川県医師会の独自サーバーを立ち上げ、感染症情報、花粉症情報等のWEB上での情報配信、平成16年度より全会員対象のMLの運用が行われていると紹介があった。また医師会事務局のIT化としては、平成12年度に会員管理システムの稼働、平成13年度に役員と事務局職員間のグループウェアの導入、平成15年度の新医師会館への移設に合わせ、行事予定のデータベース化及びWEB上での閲覧が可能な仕組みを構築していると紹介があった。

最後にまとめとして、IT化は事務を行っていく上では時間短縮等に役立っているが、OSの変更等により従来のシステムが使えなくなることや、記憶媒体の進化により小型大容量化されたため、データの流出等のセキュリティ対策が不可欠であるとの課題が示された。

(3)「共有資源の活用・標準化への夢と希望

—時代に添ったIT化サービスの提供から5年の歩み—」

別府市医師会事務局の田能村祐一氏より、別府市医師会におけるIT化の取り組みについて報告があった。

別府市医師会では、5年前より電子文書の標準化を目標に、回覧文書の配信や理事会等における unnecessaryな紙を減らし、必要な文書や資料については検索が出来るようなシステムを構築していると報告があった。

また、平成20年度から開始されている特定健診についての代行請求や、平成21年度のレセプトオンライン請求に伴う代行送信を事務局で取りまとめて実施していると紹介があった。

更に、希望する会員間と医師会事務局を光ファイバーで結び、グループウェアを利用したイントラネットサービスや、地域医療連携システムの構築・運用、来年度からはiPadを使用した理事会システムの検討を行っているとの報告があった。

最後に、今後、地域医療連携網が広がるように、医師会職員同士の「情報の共有が出来るヒューマンネットワーク網」等、地域を超えた横の連携が今後の「事務局業務の効率化」に繋がると考えていると意見が述べられた。

(4) 「中央区医師会のIT化への取り組みについて」

中央区医師会事務局の藤島さおり氏より、中央区医師会におけるIT化の取り組みについて報告があった。

中央区医師会では、10年前からIT化の取り組みとして、ホームページやメーリングリストの開設・運用を行うとともに、平成17年度からは、医師会業務におけるIT化を、「自助によるIT化（文書管理等）」と「プロによるIT化（会員管理、会計管理等）」に分類し、効率的にIT化に取り組んでいるとの報告があった。

最後に、各医師会には似たような業務が多いが、各医師会共通で利用出来る標準的なシステムが現在無いことから、日医や都道府県医師会レベルで、現場に役立つITベースの提供を期待したいと意見が述べられた。

(5) 「福山市医師会のIT化への取り組みと医師会事務局間連携の試み —システム担当者の立場と事務局担当者の立場より」

福山市医師会事務局の石田英明氏と土井貴博氏より、福山市医師会におけるIT化の取り組みについて報告があった。

福山市医師会では、SE3名を含む14名体制で医師会業務のIT化に取り組んでいるとの報告があり、1996年に医師会ホームページを立ち上げ、それと併せて会員へのパソコン貸与やプロバイダ事業を開始（2009年1月終了）、2000年には理事会のペーパーレス化、職員向けのグル

ープウェアの構築、各部門システムの構築等、医師会業務のIT化に係るインフラ整備を順次行ってきたと紹介があった。

また、医師会事務局の業務効率化を目的に、医師会事務局間の業務連携を模索し、事業形態が似ている近隣医師会との連絡会の開催等を企画・運営していると報告があった。

最後に、医師会が事業を継続していく上で、同様の業務を行っている医師会と連携を取り、お互いの知恵や工夫を補完することで磐石な体制が整備できるのではないかと意見された。

シンポジウムⅡ 「ORCAの現在と未来」

(1) 「日レセの現状報告と今後」

日医総研主任研究員の上野智明氏より、日レセの現状報告と今後の展開等について報告があった。

始めに、オープンソースという日本医師会の果敢な決意とともに開始されたORCAプロジェクトは、今年度10年の節目を迎え、日医標準レセプトソフト（日レセ）は、今やレセコン市場の第3位を占めるまでに育ったと説明があり（導入医療機関数10,556施設/2011年1月14日現在）、長い準備期間を経て、ORCAプロジェクトはようやく成果を収穫する時期に入ったと言えるとの意見が述べられた。

今後のORCAプロジェクトのイノベーション（案）として、日医の知財に新たな付加価値を見出すための「ORCAの新たな価値の創造」や、「持続可能なプロジェクトの体制整備」、「クラウド化への検討」等を検討していると説明があった。

(2) 「認証局について」

日医総研主任研究員の矢野一博氏より、日医認証局について報告があった。

始めに、日医認証局は、厚労省の定める基準を満たした正式なHPKI（保健医療福祉分野公開鍵基盤：Healthcare Public Key Infrastructure）認証局として稼動しており、またこれまでの署名基盤に加えて、平成22年2月に厚労省で認証基盤のための証明書ポリシ

が策定され、日医認証局もそれに対応していると報告があった。これにより、医師等の保健医療福祉分野の資格を証明し認証する認証局として、日医認証局は国内のヘルスケアセキュリティ基盤として重要な位置付けの仕組みになりつつあると説明があった。

今後、日医認証局を活用し、地域医療連携システムの構築や、電子紹介状、診断書、主治医意見書等への適用、ITを用いた日医組織強化ツールとしての活用等が期待されると意見が述べられた。

また具体的な事例として、沖縄県浦添市で取り組まれている3省連携による「浦添健康情報活用基盤」における署名利用にも活用されていると紹介があった。

(3) 「ORCAの現在と未来－石川県でのORCAの現状から－」

石川県医師会理事の佐原博之先生より、石川県におけるORCAの現状等について報告があった。

石川県においてORCA（日レセ）を導入している82医療機関に対し、導入コストや使い勝手等に係るアンケート調査を行ったとして、その結果について報告があった。

調査結果（回答率59.3%）より、「導入時には29.2%の医療機関において混乱があり、データの移行作業や慣れるまでの期間に問題があった。」「導入後の使い勝手はやや満足以上が85.5%」、「買い替え前の旧式レセコンよりはるかに使い勝手が良いが、漢字の入力が不便」、「コスト面ではやや満足以上が95.8%」等のデータが示されたと報告があった。

まとめとして、「これから開業する若い医師は、先ず電子カルテの導入を考えるだろう。魅力的な電子カルテがあるかどうかで、ORCAが普及するかどうかが決まると思う。」との意見が述べられた。

(4) 「ORCA連動オーダリングシステムと『健診オートボーイ』」

佐世保市医師会顧問の福田俊郎先生より、自

動健診システム「健診オートボーイ」について報告があった。

福田先生を中心に、10年前から運用を開始している自動健診システム「健診オートボーイ」に、今回新たにORCA連動のオーダリングシステムを開発したと報告があり、その概略について説明があった。

最後に、今後、健診オートボーイを基にORCAと連動したシステムを発展させ、データが自動入力できる電子カルテの構築を目指したいとの展望が示された。

2日目：平成23年2月13日（日）

シンポジウムⅢ

「インターネットによる医療情報交換はどこまで可能か？」

(1) 「嘱託医による保育所とのE-mailを介した健康管理」

わたなべ小児科医院院長の渡部礼二先生より、嘱託医による保育所とのE-mailを介した健康管理の概略について報告があった。

E-mailを介した園児の健康管理の方法として、各保育所より、個々の園児の呼吸器、消化器、皮膚症状、発熱、欠席の5項目の記号とコメントを入力したExcelファイルを電子メールに添付して送信してもらい、クラス毎の症状の割合の変動をグラフに描画させることで、日々の保育所の健康管理を行っているという説明があった。

この方法により、本体のメールで保育所へ感染症等の情報提供と助言が可能となり、また保育所からは相談や行事報告等を受けることで、相互のコミュニケーションにも役立っていると紹介があった。

(2) 「患者さんへの情報提供、ITからICTへより暖かいコミュニケーションを目指して－」

かわむらこどもクリニック院長の川村和久先生より、かわむらこどもクリニックにおいて取り組まれている、インターネットを用いた患者さんへの情報提供等の概略について報告が

あった。

かわむらこどもクリニックは、1993年に「お母さんの不安・心配の解消」を理念に開業し、理念実現のためには情報提供が重要と考え、開設時から院内報の発行を行い、96年からはホームページを開設するとともに、E-mailにて医療相談の受け付けを行い、現在までに5,700件の相談を受けていると報告があった。

まとめとして、「紙メディアから始まった情報提供は、インターネットを活用し、より有機的な繋がりとして展開している。今後ICTは医療における情報交換の重要な役割を担っていくに違いない。」との意見が述べられた。

(3) 「メール相談の現状」

ウィメンズクリニック・かみむら院長の上村茂仁先生より、ウィメンズクリニックかみむらにおいて取り組まれているメール相談業務の概略について報告があった。

ウィメンズクリニック・かみむらでは、クリニックの患者さん等に、無料匿名メール相談のアドレスを伝え、個人レベルでのメール相談を受け付けるとともに、クリニックのホームページからリンクした掲示板においても相談を受け付けていると説明があった。

メール相談では、現在、一日に平均100通のメール相談があり、相談内容を多い順に並べると、性感染症関係、妊娠の不安、デートDV関係、いじめ、虐待、月経不順、月経痛、等となっていると報告があった。

メール相談を行うことで、「診療時間での説明不足をカバーすることができる」、「医療施設に行くべきか悩んでいる患者さんを誘導することができる」、「詳しく丁寧な対応によって患者さんに安心感を与え患者数増員に繋がる」等のメリットが考えられる。しかし若年者に対しては、携帯電話からのメール相談形式が有効であるが、その場合メール内容が単純であるため、質問、回答というメールのやり取りが数回必要となる等の問題点が上げられると説明があった。

最後に、携帯やネットを利用したの相談事業は、医療社会にとっても不可欠なものであると

の見解が示された。

(4) 「インターネット相談の可能性と限界」

東京学芸大学教授の田村毅先生より、インターネット相談の可能性と限界について報告があった。

児童・青年期精神科医として、通常の面接に加え、電話やインターネットを利用した支援を行い、これまでの経験からインターネット相談の可能性として、「匿名、無料で相談であり、支援行動の敷居を下げることができる」、「対人関係に不安を抱く若者も利用できる」、「既存の相談、医療機関を利用しにくい社会的弱者も利用出来る」等が考えられると説明があり、またその限界としては、「IT技術を使いこなす能力が必要である」、「本人が語る主観的な情報しか得られない」、「依存的、あるいは攻撃的になりがちである」、「相談関係が中断しやすい」等が上げられると説明があった。

(5) 「小児科フリートークメーリングリスト～私が欲しかったオンライン医局」

たからぎ医院院長の宝樹真理先生より、小児科フリートークメーリングリストPedftmlについて報告があった。

日々の診療における些細な疑問を相談する場として、93年に掲示板システムを活用したオンライン医局を開始し、その後メーリングリストに移行し、現在の形となっていると報告があった。

メーリングリストでは、特にテーマを設定せず、小児科医療、学校医、健診、ワクチン等、医療に関することから、税金や趣味等、様々なテーマが取り上げられ、本業に支障なく、簡単に誰でも安価に使い、時間と空間を超えた医局づくりが実現できているのではないかと説明があった。

(6) 「オンラインデータベースを利用した地域のインフルエンザ情報システム」

中村小児科医院院長の中村英夫先生より、オンラインデータベースを利用した地域のインフ

ルエンザ情報システムについて報告があった。

地域インフルエンザ情報システムは、地域におけるインフルエンザの発生や流行の拡大状況をリアルタイムに把握し、インフルエンザの診断や治療といった日常診療に役立てるとともに、更には流行拡大の防止にも寄与することを目的に運用していると説明があった。

システムを今後運用していくにあたっての課題として、県内全ての小児科や医療機関に参加を呼びかけるべきか、登録のモチベーションを保つにはどうしたら良いか、重症例のフォローアップ情報を共有するにはどうしたら良いか等が上げられていると説明があった。

(7) 「感染症対策におけるインターネットの有用性」

岐阜県医師会常務理事の河合直樹先生より、感染症対策におけるインターネットの有用性について報告があった。

岐阜市では、1999年以降、岐阜地区において、医療機関におけるインフルエンザの発生状況や学校の閉鎖状況等を毎日インターネットで配信しており、2009年の新型インフルエンザ発生以降、県医師会がシステムを再構築し、全県に拡大し運用を行っているとの報告があった。

本システムは、流行している地域、規模、年齢層やA型・B型別等の迅速な把握に有用であり、医療機関や教育関係者のみならず県民等にも広く利用されていると説明があった。また、小児感染症を含め、感染症発生動向調査の定点医療機関は、データを本システムに入力すれば週報報告が不要になる等、参加医療機関のメリットも多いと説明があり、今後、新たなパンデミックや未知の感染症の出現対策を含め、このようなシステムを運用することは、危機管理の点でも有意義と考えられると意見が述べられた。

(8) 「全国規模のMLの有用性－16万人のネットは可能か－」

八戸市医師会理事の本田忠先生より、日本医師会会員は現在16万人となっていることから、

16万人を包括する全国規模のML運用の可能性について、見解が述べられた。

現在の医療系のMLの主なものとして、広域医療情報ML (wami-ml : 1,534名) や日本臨床整形外科学会ML (JCOA-ML : 2,014名) があり、またUMINではMLが6,000以上構築され、登録者は30万人となっていることを考えると、16万人のMLを構築することは十分可能と考えられると意見され、MLの具体的なデザインとして、MLの運用方法や配信方法、利点や欠点等についての考えが述べられた。

また、MLを運用する上でのハードルとして、コストの問題やスパムメールの管理、会員同士の争い等が発生した場合の対応方法等の課題が示された。

(9) 「インターネットによる医療情報交換はここまで可能か？」

長崎県医師会常任理事の牟田幹久先生より、あじさいネットの経験からインターネットによる医療情報の交換はここまで可能かとして、その見解が示された。

始めに、大村市の2基幹病院、30診療所から始まったあじさいネットは、現在では、長崎市にも広がり、11基幹病院、169診療所まで拡大し、全登録患者数も13,000人を超え、日常診療に大いに役立っていると報告があり、その経験から導き出した答えとして、「インターネットを用いた医療情報交換は、医療情報が電子化されていれば運用を十分に工夫することによって、様々な医療現場のニーズに応じることができる」と示された。ただしその前提として、「セキュリティの確保が十分になされている」、「情報交換を行うために医療現場に大きな労力・コストの負担を強くない」ということが絶対条件であると補足された。

(10) 「リアルタイムな疾患データベース化を実現した脳卒中地域連携パス」

鶴岡地区医師会の丸谷宏先生より、鶴岡地区で取り組まれている脳卒中地域連携パスシステムの概略について報告があった。

鶴岡地区では、Net4Uという地域電子カルテシステムを10年にわたり運用しており、セキュアな医療情報ネットワークが整備されており、脳卒中地域連携パスシステムは、このNet4Uの基盤を活用して構築・運営されていると報告があった。

IT化した地域連携パスでは、急性期を退院した患者情報を各医療機関でリアルタイムに共有でき、スムーズな連携が図られるばかりではなく、データベース化された情報の集計、評価を簡便に行えるため、地区全体の脳卒中発症数や再発率、診療体制の把握が可能となり、今後、更に症例を蓄積することで、血压管理を重点とした維持期連携パスによる再発率低下等の疾患管理を目指していると説明があった。

特別講演

「ヒューマン・コミュニケーションの原点」

鳥取大学医学部総合医学教育センターの高塚人志先生より、ヒューマン・コミュニケーションの原点と題した講演が行われた。

講演は、コミュニケーションとは、お互いの考えや気持を理解し合うことであり、「情報伝達」=コミュニケーションと捉えると、他者の気持ちを理解することが疎かになりトラブルの元になることがあるとして、「情報を伝達する力」と「感情を理解する力」の大切さに気づくことを目的とした体験学習という形で行われた。

シンポジウムⅣ

「クラウドコンピューティングと医療情報」

(1) 「診察室からクラウドへ～私の行っているソフトウェア・サービス (SaaS)」

渋谷区医師会情報担当理事の加山裕高先生より、SaaS (Software as a Service) の活用方法等について報告があった。

クラウドコンピューティングという概念は分からない部分も多いが、SaaSを活用することで、従来テキストエディタを用いて検索していた文章情報はGmailに、携帯端末のPIMを利用していたスケジュール管理はGoogle カレン

ダーへ、ハードディスクに保存していたWebクリップはEvernoteへと、ソフトウェアは個人で購入するものからネットワーク上のサービスを利用するものに変化してきていると説明があった。

しかし、クラウドコンピューティングは便利な面がある一方大きな問題も潜んでいるとして、医療情報の取り扱いと、ネットワークの障害時に使えなくなるという点については、今後検討していく必要があると意見された。

(2) 「地域医療連携システム継続的運用の一手法としてのクラウドコンピューティング」

大村市医師会理事の田崎賢一先生より、地域医療連携システム継続的運用の一手法としてのクラウドコンピューティングについて意見が述べられた。

あじさいネットの運用を開始して6年が経過し、順調に利用実績を伸ばしてきているが、現在、一部の中核病院の負荷が課題となっており、また機器更新等のメンテナンスや医療情報連携に関するガイドラインへの準拠等の対応を迫られる事態が生じていると説明があり、これらの諸問題を検討した結果、解決手段として、NPOでVPNルーターを保有する従来の形式から、ネットワーク接続のアウトソーシングという形態への変更を行い、また、複数の中核病院へのアクセスを容易にするシングルサインオンのシステムについても、そのサーバーを自前で構築することなくクラウドにより実現していると説明があった。

クラウドの利用により、膨大な初期投資を抑制し、維持経費についても計画性がもてるようになったが、意図を実現するためには入念な交渉の上での契約が必要であるとの意見が述べられた。

(3) 「クラウドコンピューティングと医療情報—地域医療連携における可能性—」

尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長の長尾和宏先生より、クラウドコンピューティングと医療情報について意見が述べられた。

始めに、クラウドとは、ネットワーク技術、ウェブ技術や仮想化技術を応用し、コンピュータ資源の有効活用と物理的な制約の少ないサービス提供を行う仕組みであるが、近年、一定の一般的なグループの間では喧伝されているが、その実態が明確ではない“バズワード”的な使われ方をされていると意見が述べられた。

今後、クラウド化による医療機関情報や診療情報の「共有性」「共時性」が一気に高まり、また超高齢化社会を考えれば、介護・福祉分野との在宅医療における他職種連携や2次医療圏を含む広域での連携にも威力を発揮するだろうと意見が述べられた。

ただし、情報漏洩や管理医療というリスクも存在するため、日本医師会主導で早急に「クラウド型連携モデル」を模索する必要があるのではないかとの見解が示された。

シンポジウムV

「新たな情報通信技術戦略（医療分野）への夢と希望」

(1) 「新たな情報通信技術戦略（医療分野）のポイント」

内閣官房情報通信技術（IT）担当室内閣参事官の野口聡先生より、新たな情報通信技術戦略（医療分野）のポイントについて報告があった。

医療分野におけるIT化の取り組みについては、電子カルテの普及やレセプト請求のオンライン化等のインフラ整備から、医療情報の利活用重視へと大きく転換しているところであると説明があり、現在、情報通信技術戦略の基本認識として「国民主導の社会への転換」を体現する「どこでもMY病院」構想の実現や、慢性疾患のモニタリングや医療と介護の連携等、新たな要素を取り込んだ地域医療連携を目指す「シームレスな地域連携医療の実現」、電子化されたレセプトデータやDPCデータを活用し地域医療の見える化や保険者機能の活性化等を促進する「レセプト情報等の活用による医療の効率化」等の戦略を実現させるべく、政府全体で取り組みが行われているところであると報告があった。

(2) 「新たな情報通信技術戦略（医療分野）への夢と希望」

東京都医師会理事の大橋克洋先生より、新たな情報通信技術戦略（医療分野）への夢と希望について意見が述べられた。

東京都医師会の医療連携システム「HOTプロジェクト」の運用から8年が経過し、そこから得られた重要なポイントとして、「ヒューマンネットワーク」、「極力シンプルな仕組み」の2点が挙げられると説明があった。

また、「個人情報の取り扱い」についても、従来から患者情報の取り扱いは慎重に行われてきたが、個人情報保護法の発行により状況は複雑化してきていると説明があり、セキュリティと利用の快適さは相反するものとして、状況に応じた適切なセキュリティ対策と、必要に応じそれらを階層的に重ねるべきであるとの意見が述べられた。

最後に、「残念ながら『夢』は語れなかったが、『希望』というより『リクエスト』として、国でも医師会のような組織でも、その運用には『ルール』が必要であるが、ルールのためのルール等、現場の仕事が妨げられ、非常に効率が落ちることがよくあるように感じる。ルールを決める場合は必ず現場の人間を中に入れていただき、現場の意見をよく聴き、よく理解していただいた上で、そのルールによって現場が円滑に動くようにしていただきたいということが、切なる願いである。」と意見が述べられた。

(3) 「新たな情報通信技術戦略（医療分野）に対する日医の見解」

日本医師会常任理事の石川広己先生より、新たな情報通信技術戦略（医療分野）に対する日医の見解について説明があった。

現在議論が行われている「どこでもMY病院」や「シームレスな地域連携医療」については、従来から、情報の帰属や取り扱い、運営主体の在り方、セキュリティレベルや関連法令の検討を優先すべきであるとの問題点を指摘しているところであると説明があり、各戦略への具体的な日医の見解として以下通り報告があった。

○レセプト情報の活用に対する対応

レセプト発出者としての責任・権限として、医療機関のプライバシーを守ることや、他の利益団体への流用を許さない、またレセプト利活用に対しての法整備を進めることが必要。

○シームレスな地域医療連携に対する対応

地域医療再生基金等による純医療に対しての投資を活用可能、医師会のリーダーシップが発揮できると考える。地域医療活性化により、更なる住民の健康保持が期待できる。医療連携のもとにIT化を勧めることが可能となる。

○「どこでもMY病院」に対する対応

個人の健康管理推進や検診・検査データ、医

療情報の一部を個人の責任で提示できることは有用だが、従来の「お薬手帳」、「糖尿病手帳」、健診データの結果手渡しを十分に超えるメリットがあるかは不明と考える。また個人データの保存手段や蓄積場所、セキュリティの問題について十分な議論が出来ていない。

○「社会保障・税に関する番号制度」に対する対応

医療等の現物給付部分までのつきぬけは、現場の混乱や個人情報を守る点でリスクが多く、現時点では時期尚早と考える。国民が番号制度の活用十分に慣れ、リスク回避の手立てが可能となる過程でゆっくりと議論すべきと考える。

印象記



理事 佐久本 嗣夫

去った2月12日、13日の2日間、日本医師会館にて「ITは人間の心と身体を守るために如何に活用されているか？—そしてIT医療の更なる発展に夢と希望を—」をテーマに上記協議会が行われた。

今回は本会からの発表はなく各地区の医師会や事務局、日医総研、その他個人診療所からの発表を聴講したが、各々に創意工夫がなされIT医療の発展の早さを痛感した。その反面、現在も未だセキュリティーやコスト、管理等問題は種々残されているが、それらの問題はIT医療の発展を妨げるものではなく、IT技術の発展と共に徐々に改善されて行くものと思われた。

本県医師会でも、H23年度事業計画として、①医療情報の収集とデータベースの構築・管理、②ウェブアーカイブ推進事業、③県医師会ホームページのリニューアル等予定しており、4月には会員が利用できる「文書映像データ管理システム」がスタートする。

今後も政府が進める医療費抑制や管理医療のアイテムとしてのITではなく、医療界のため患者のための安全で正確、効率的なIT医療を推進して行きたいと考える。

九州医師会連合会第315回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が、去る1月29日（土）城山観光ホテルで開催された。池田琢哉九州医師会連合会長より挨拶があり、報告協議が行われたので概要について報告する。

報 告

1) 第110回九州医師会医学会及び関連行事について（鹿児島）

池田会長より次のとおり報告があり、学会開催にあたり九州各県医師会の役員の方々にご協力いただいたことに対しお礼の言葉があった。

①参加者数について（別紙参照）

平成22年11月13日（土）

総会・医学会 577名

11月14日（日）

分科会（7分科会） 1,048名

記念行事（8種目） 392名

延べ出席者合計 2,017名

②宣言・決議の取り扱いについて

第110回九州医師会連合総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣をはじめ関係機関へ送付し支援・協力をお願いした。

2) その他

池田会長より、去る1月25日、福岡県医師会副会長の池田俊彦先生（九州医師会連合会委員）が急逝され、九州医師会連合会役員等慶弔規程に基づき弔電並びに供花をお送りしたとの報告があった。併せて、この後開催される報告会の冒頭で弔意を表し黙祷を捧げることになった。

又、福岡県の松田会長より池田副会長のご逝去について、お通夜、葬儀に大変お世話になっ

たことに対しお礼が述べられた。

協 議

1) 九医連第316回常任委員会（3月12日・土・指宿市）の開催について（鹿児島）

池田会長よりみだし常任委員会の開催案について説明があり、次のとおり決定した。

(1) 期日：平成23年3月12日（土）

16：00～16：50

(2) 場所：指宿白水館

(3) 主な協議事項

①第124回日本医師会定例代議員会（3月27日・日・日医）における代表個人質問について（鹿児島）

②第124回日本医師会定例代議員会（3月27日・日・日医）開催に伴う九州ブロック日医代議員連絡会議の開催について（鹿児島）

2) 九州ブロック日医代議員連絡会議（3月12日（土）指宿市）について（鹿児島）

池田会長より、3月12日に開催される第316回常任委員会の後、引き続き「九州ブロック日医代議員連絡会議」を開催したいとの提案があり、開催日時、場所を下記のとおり決定した。

又、日本医師会各種委員会の報告は、九州各県の報告希望調査結果により下記2委員会とし、各報告者を決定した。

尚、「医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会」の報告は、2月に予定の委員会の開催内容を踏まえて判断することになった。

今回、指宿市での開催に当たり、池田会長より同会議に鹿児島県医師会役員と指宿市医師会の正副会長（2名）が出席することについてご

了解いただきたいとの確認があり、了承された。

記

- (1) 日時：平成23年3月12日（土）
17：00～17：50
- (2) 場所：指宿白水館
- (3) 日本医師会の各種委員会の状況報告
委員会名
・医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会 大分県 嶋田 丞 先生
・有床診療所に関する検討委員会
福岡県 鹿子生健一先生
※委員報告
各15分 質疑10分 1題25分
- (4) 日本医師会 横倉義武副会長 講演
17：50～18：30
「中央情勢報告」

3月13日（日）の予定

- ・九医連親善ゴルフ大会
(指宿ゴルフクラブ)
- ・知覧半日観光 9：00
指宿白水館発～池田湖展望所～知覧特攻平和会館～武家屋敷庭園～
13：00 鹿児島中央駅着
- ・メディポリス指宿「がん粒子線治療研究センター」視察
9：30 指宿白水館発～10：00 メディポリス指宿視察～11：15 メディポリス指宿発 ～指宿駅

3) 日本医師会年金委員会委員の推薦について
(鹿児島)

日本医師会長より依頼のある年金委員会委員(現：江畑浩之先生)について協議した。

選出人員は1人、任期は平成23年4月1日から平成27年3月31日までの4年間。資格要件は、①医師年金加入者であること、②任期満了時点(平成27年3月31日)に65歳未満であること(現在60歳以下・昭和25年4月1日以降に生まれた方)、または、任期満了時点まで年金受給を見合わせる事が可能な者。

本件について、池田会長より現任者の江畑浩之(鹿児島)先生は年齢が要件をみたしてないが、任期満了時点まで年金受給を見合わせても良いとのことであり、引き続き推薦したいとの説明があり江畑先生を推薦することが了承された。

4) その他

(1) 平成24年度九州ブロック学校保健学校医大会(福岡県医師会)の開催方法について
(福岡県)

松田会長より、みだし学校医大会の開催を下記のとおり変更したいとの説明があり協議した。

<変更に関する説明内容>

- ・先の大分県で開催された学校保健会(関係者会議)における協議で、教育庁関係の①と③の大会は11月に熊本県で開催する全国大会に合せて一緒に開催する方向で検討が進められている。
- ・提案として、医師会関係の大会について、②と④の大会を熊本県医師会が担当する全国大会に合せて一緒に開催していただき、④の九州ブロック大会も熊本県医師会が担当し、福岡県医師会は平成28年に九州ブロック学校保健学校医大会を担当することに変更したい。

協議の結果、本日の意見を基に案を作成して、教育庁並びに九州ブロック学校検診幹事会、九州ブロック担当理事者会の意見の整合性を図り、次回3月12日の常任委員会で協議することに決定した。

<平成24年度 開催予定>

- ①文部科学省主催：全国学校保健健康教育研究大会(11/8,9) 熊本県教育庁担当
- ②日本医師会主催：全国学校保健学校医大会(11/10) 熊本県医師会担当
- ③九州ブロック：九州学校保健健康教育研究大会(8月開催) 福岡県行政担当
- ④九州ブロック：九州ブロック学校保健学校医大会(8月開催) 福岡県医師会担当

その他

もしくは税理士・弁護士

1) 厚生局の指導について (宮崎)

徳田貴仁氏

各県における状況等について意見交換した。

(2) 地域医療再生基金の進捗状況について

(3) 各県からの質問 (提案) 事項について

(4) その他

2) 九医連第4回事務局長連絡協議会の開催について (鹿児島)

池田会長より、みだし事務局長連絡協議会の開催について提案があり下記のとおり開催することに決定した。

日時：平成23年2月18日 (金) 14:30～

場所：鹿児島県医師会館

(1) 新公益法人制度への対応について

その後の各県の進捗状況、申請にあたっての問題点などについての勉強会

<講師>高野総合会計事務所

税理士・中小企業診断士

清水謙一氏

確認事項

池田会長より説明があった。

去る1月15日、東京で日本医師連盟医政活動研究会が開催され、その終了後に九州ブロックの出席者 (15名) の懇親会を開催した。日医から横倉副委員長、羽生田副委員長、藤川常任執行委員等が出席した。今回初めての開催となり鹿児島県医師会事務局が東京に赴きお世話した。

今後、同様な会が開催される場合には、九医連の担当県がお世話することを確認した。

(別紙)

第110回九州医師会総会・医学会及び一般分科会並びに記念行事参加状況

項目	県別	佐賀	宮崎	沖縄	大分	長崎	熊本	福岡	鹿児島	その他	合計
1) 総会・医学会 (平成22年11月13日 (土))											
出席者数		23	35	10	29	48	37	58	321	16	577
2) 分科会 (平成22年11月14日 (日))											
内科学会		14	9	2	11	27	34	39	115	11	262
小児科学会		6	11	4	8	5	19	17	98		168
産婦人科学会		1	4		2	3	2	14	38	14	78
外科学会		3	3	1	2	1		5	21		36
東洋医学会		11	7	1	21	14	29	30	121	24	258
産業医学会		1	10	1	4	7	20	20	105		168
皮膚科学会							1		14	63	78
計		36	44	9	48	57	105	125	512	112	1,048
3) 記念行事 (平成22年11月14日 (日))											
ゴルフ大会		3	1				12	26	21	1	64
走ろう会			3			2		2	15		22
囲碁大会		1	1	2			1	1	6		12
ラグビー大会							17	45	21		83
サッカー大会						7	16	11	27		61
テニス大会		3				2	6	23	36	4	74
卓球大会		1		5	3	7	12	8	19	7	62
剣道大会		1				1	3	3	6		14
計		9	5	7	3	19	67	119	151	12	392
4) 述べ出席者数											
合計		68	84	26	80	124	209	302	984	140	2,017
5) 宿泊申込み状況 (学会本部取扱分のみ)											
11月12日 (金)		26	11	8	18	21	14	58	13	10	179
11月13日 (土)		20	3	2	11	18	5	16		4	79

※その他は、来賓及び九州以外からの参加者

次期診療報酬改定の要望事項に係る 平成22年度九医連医療保険対策協議会

理事 平安 明



去る1月29日（土）、城山観光ホテル3階「サファイアホール飛鳥」において標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨 拶

○鹿児島県医師会 池田会長

本日はお忙しい中ご参集いただき感謝申し上げます。

今回は日医より平成24年度の改定を見据えて中医協に対応する為、各ブロックより意見を収集して欲しいとの要望があった。これを受けて日医社会保険診療報酬検討委員会委員の飯星元博先生（熊本県）からこの会議の開催依頼があり、今回の運びとなった。

平成22年度の診療報酬改定についてはご存じのとおり、10年ぶりに0.19%のプラス改定となったが、事実上は非常に厳しく、地方の医療崩壊は進んでいるのが現状である。

本日は九州各県から予め診療報酬改定に係る要望についてご意見を伺っており、この要望事

項を基に本県で10項目に纏めているので、皆さまからは次期診療報酬改定に向けて忌憚のないご意見をいただきながら有意義な会となるよう祈念申し上げます。

○日医・鈴木常任理事

日頃は大変お世話になり感謝申し上げます。

いよいよ改定を控えた年となり、日医の社会保険診療報酬検討委員会では各委員の方々に要望事項を10項目、その内の3項目を重点項目として2月28日までにご提出頂くようお願いしているところである。同委員の飯星先生にはご尽力をいただき、いち早く取り纏めて頂いたということなので、今日はじっくり聞かせて頂き、次回改定に備えさせていただきたい。次はご存じのとおり介護保険との同時改定となる。「財源がない」と既に予防線を張られているが、皆さまと協力して国民医療を守らないといけないと考えているのでご協力をよろしくお願ひしたい。

協 議

(1) 次期診療報酬改定に対する要望事項について

鹿児島県より概ね次のとおり説明が行われた。

標記の件については各県から事前に要望事項をご提出頂いているが、その中から要望の多かった順に10項目に絞り込んで別紙のとおり取り纏めた。また、前文の「次期（平成24年度）診療報酬に対する要望（案）」は、日医社会保険診療報酬検討委員会委員 熊本県医師会の飯星元博先生に纏めて頂いている。前文及び要望事項についてご協議いただきたいとの説明があった。

協議の結果、前文については原案どおりとし、要望事項10項目については文言の一部加筆・修正を行い、重要な要望事項を上位に記載することとなった。

なお、修正案については後日各県へ送付し再度ご確認頂いた後、日医へ提出することとなった。【別添：次期（平成24年度）診療報酬改定に対する要望・修正済原稿参照】

<日医コメント>

□日医・鈴木常任理事

たくさんのご意見を頂き感謝申し上げます。次の改定は介護との同時改定となるが、基本診療料や慢性期の入院料、在宅医療のあり方等がテーマになると言われている。ここで在宅医療について各県の先生方からご意見をお聞きしたい。現在、病院で亡くなられる方が8割弱程度だと思うが、今後は在宅や施設等の看取りを増やしていかなければならない事情もあり、在宅医療の担い手をどのように増やすかが問われることになると思う。在宅医療支援診療所、在宅医療支援病院の他に、かかりつけ医として患者さんを往診している先生方もいらっしゃると思うが、そのような先生方が看取りにどのようにしたら係わっていけるのかについて、診療所の先生方のご意見をお聞かせ願いたい。

■福岡県

福岡市内には在宅を専門にする医療機関が複数あるが、在宅を希望する患者さんのうち、在

宅ターミナルケアまで希望するのは全体の2割程度である。

福岡市内は医療提供体制が整っているのが非常に恵まれた状況にあるが、郡部では状況が異なると思われる。

■熊本県

4年前に在宅支援診療所の調査をしたところ、約200程度の医療機関が在宅に携わっていた。1人の先生で患者7～8名、多いところでは50名以上担当しているところもある。現状は24時間、365日オンコールの状態非常にハードワークであるというのが本音である。

そこで一番問題になるのは訪問看護ステーションがどれだけ充実しているかだと思う。これは中医協でも問題になっていると思うが、訪問看護ステーションを出来るだけ拡充することがキーワードとなると思う。

■長崎県

今回、次期診療報酬に対する要望事項として、副主治医連携指導管理料、副主治医往診料の新設を提案した。

長崎にはドクターネットというシステムがある。長崎市からスタートして、現在は長崎県全体に広まりつつある。基本的には主治医と副主治医で在宅の患者さんを見るシステムであるが、ドクターネットで請け負っている患者さんは殆どが悪性腫瘍で末期の患者さんである為、主治医の負担が大きい。そうなると副主治医の協力は不可欠となる。

活動としては病院の退院カンファレンスには副主治医、コメディカル等全てが参加し、最初は副主治医も同伴で患者宅を訪問する。患者さんにも副主治医の存在が十分認識されている状況であるので、副主治医が往診した月には副主治医連携指導管理料、副主治医往診加算が必要だと考える。この制度は今後、全国的に広がっていくものと考えられることから、何らかの診療報酬上の評価を与えてこの制度が広がっていくキッカケを作ってはどうか。

■大分県

在宅診療は外来診療の延長線上にあり、その

先に看取りがあると考え。病院から在宅で患者さんを見てくれないかと紹介されるが、患者、家族、主治医との間で良好な関係を築く前に患者さんが急変してしまい、在宅医療・在宅での看取りの体制が構築出来ないまま終わってしまうというケースが多い。看取りの頃になると患者の家族は精神的にも肉体的にも大きな負担が生じているので、最終的に患者は耐えられなくなって救急搬送となり、在宅医療が終了してしまう。私は在宅を現在やっている立場であるが、このようなケースを何度も経験してきたので、現状では将来は悲観的であると言わざるを得ない。

■沖縄県

一時期は長寿の県と言われ、この件については先行していると思われがちだが、老人医療費は入院がかなり突出している。在宅医療等は充分には整備されておらず、一部の献身的なドクターが身を投じて在宅をされているが広がる気配はまだ無く、どちらかという入院で亡くなるケースが多い。在宅ではマンパワーが重要だがそれも薄く、在宅を支える訪問看護ステーションも充分には整備されていない。その辺りにお金を付けていくのかという問題もあるが、人材の育成や制度としてどのようなものにしていくのかをもう少し突き詰めていかないと地域までは広がらないと考える。

■宮崎県

1点は介護保険とリンクする良さを主治医の先生方がいかに理解するかが重要である。

もう1点はアクシデントがあった場合に緊急に受け入れてくれる後方ベットをどう担保するのが問題である。これがないとなかなか在宅を担う仲間を増やすことはできない。

■佐賀県

佐賀県の在宅支援診療所の割合は38%程度であったと思う。

最近の動きとして、佐賀市内で数名の先生方でチームを作り、在宅に取り組んでいるようである。医師が出動する必要性は殆ど無いのではという意見もあり、訪問看護ステーションの充実を図らないと在宅自体は進んでいかないと考

える。ただ訪問看護ステーション自体の経営的にも厳しく、この辺が課題と考える。

□日医 鈴木常任理事

先週、中医協において早々と訪問診療、訪問看護の話が出ており、在宅支援診療所や在宅支援病院等を拠点にして、一人の先生に負担がかからないようなネットワークを構築し、かかりつけ医の先生方も含めた在宅の仕組みをどのように作っていくのかが話題となりそうであるのでご意見をお聞かせいただいた。貴重なご意見をいただき感謝申し上げます。

次期(平成24年度)診療報酬改定に対する要望

総論

民主党政権下で初の診療報酬改定であった前回の改定は、政治主導による大幅な医療費増額が期待されたものの、僅か0.19%という低い引き上げに止まった。社会的に緊急課題とされた救急、産科、小児科や外科領域の再建、特に入院医療に重点がおかれたため、結果として急性期大規模病院の診療報酬は増額となったが、極論なまでに医療財源の傾斜配分が行われ、その影響を受けた中小病院や診療所は疲弊の一途をたどり崩壊の危機にある。一方のみに力点を移動させることは、必ずや他方に歪みを生じさせ、制度自体が破綻することは明白であり、次回改定では中小病院や診療所への手厚い施策が望まれる。

その要望項目の第1には、大幅な「医療費の引き上げ」である。切れ目のない医療提供体制の構築には、上流から下流への「医療の流れ」を重視することが重要であり、濃淡の差はあっても医療費全体の底上げが必要であることは当然である。

第2には、前回改定の問題点の是正、すなわち中小病院や診療所の基本診療料の在り方、特に再診料や外来管理加算、地域医療貢献加算等の論点整理、また入院中の患者の他医療機関受診および対診の取り扱いや入院医療機関の入院基本料の減額等は早急に是正するべきである。

第3には、次回改定は「介護保険」との同時改定となるため、医療と介護の接点領域の整備、特に高齢者に対する在宅医療、訪問診療の在り方やリハビリテーション、また介護保険適用施設での医療保険の問題を現状に即した制度へ再構築すべきである。

以上の視点から、次回の診療報酬改定では次の項目が整備・是正されるよう強く要望する。

平成23年1月29日

九州医師会連合会
会長 池田 琢哉

次期（平成24年度）診療報酬改定に対する要望（具体的項目）

点数項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
1 入院料 「入院中の患者の他医療機関受診及び対診」の取扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> ○今回の本件に関する改定は医療機関の連携のみならず患者のフリーアクセスを阻害する内容であり、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日付で出来高病棟に入院中の患者の専門的な薬剤の投薬の取扱いが緩和されたが、もっと根本的に見直すべきである。まず、通則5に記載されている(1)が基本であるからには、(6)の医療機関にとってペナルティ的な扱いである入院料減算に係る全内容の削除を求める。 ○通知にある「当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き」の条文の中で、「受診日」を削除して、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院料及び特定入院基本料を算定する病床に入院している患者の場合にも、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用が算定できるように改めるべきである。小規模医療機関同士が、それぞれの専門性に基づいた「医療連携体制」を否定するものであり、現在の患者の受診行動にも著しく逆行するものである。 		
2 A000 初診料 A001 再診料	<ul style="list-style-type: none"> ○初・再診料の適切な評価・引き上げ ・初診・再診料は医師の技術料の最も基本部分であり、医療機関の経営資源である。 ・同日複数科受診時、第2科以降もすべて同様の算定を可能とする。 ○平成22年度改定で診療所の再診料が71点から69点へ2点引き下げられ病院と統一され、診療所の医療経営は更なる厳しい状況となった。特に内科系にとって再診料は重要な技術料そのものであり安易に引き下げがあってはならない。検査料や薬剤料を引き下げることとは意味合いが全く異なるものである。再診料を元の71点に戻すべきである。 	270 69	300 71
3 A001 再診料 外来管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ○本来、患者を長期かつ包括的に管理することに対する評価であり、種々の算定要件は撤廃すべきである。 		
4 B001-2 小児科 外来診療料	<ul style="list-style-type: none"> ○保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合、しない場合、ともに引き上げる。 ○必要な検査や点滴など処置をすればするほど実収入は減少してくるため萎縮医療に繋がる可能性がある。例えば、乳幼児期に特に多いアレルギー検査では、非特異的IgE100点、特異的IgE1種110点で数種類検査しただけで赤字となる。また、確定診断に必須の迅速抗原検査（A群β溶連菌迅速試験140点、インフルエンザ抗原精密測定150点、アデノウイルス抗原精密測定210点など）も年々増加しており、小児期ではいくつかの検査を組み合わせる場合も多いため赤字となる。大幅な増点を要望する。 	初診時：院外処方 560点 (処方なし670点) 再診時：院外処方 380点 (処方なし490点)	大幅アップ (最低でも +100点) 大幅アップ (最低でも +100点)
5 A001 再診料 地域医療 貢献加算	<ul style="list-style-type: none"> ○従来から同じ地域の医療機関は協力して診療連携体制を整えており、「地域医療貢献加算」は、名称はもとより、人的基準や設備基準もなく、その定義さえ明確な根拠もない、実績も問われない等非常に曖昧な設定である。 ○24時間365日の対応への流れを作るものであるなら、地域医療の荒廃・診療所医師の疲弊化を招くものであり廃止すべきである。本来、地域医療の崩壊を食い止めるには、本加算のような姑息的な手当てを行うのではなく、再診料本体の増額を行うべきである。 		
6 A001 再診料 明細書発行 体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ○希望する患者のみに発行し義務化は撤廃すべきである。義務化で医療現場は混乱しており、必要な情報はカルテ開示や領収証発行でなされており、診察のたび毎に発行する必要はない。特に、高齢者では不要であるとの意見が多い。 		
7 B000 特定疾患 療養管理料	<ul style="list-style-type: none"> ○月2回を限度に算定することになっているが、28日以上長期処方の患者が大部分であり、月1回の療養指導管理の場合では450点を算定できるよう改正すること。 ○現在32の疾患が定められているが、古い疾患もあり、内容を再点検し慢性腎不全（CKD）、認知症、前立腺肥大症、膠原病、関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、貧血、更年期障害、緑内障等の現状に則した疾患を加えるべきと考える。 ○対象疾患と異なる他領域の疾患で検査入院した患者については、退院後1ヶ月以内でも算定できるように要件の緩和を行うべきである。 		
8 A101 医療区分 -ADL区分に係 る評価	<ul style="list-style-type: none"> ○医療区分1の対象患者を明確に定義づけた上で、医療区分2、3を定義づけてもらいたい。医療区分3,2を定義し、それ以外は医療区分1という定義の仕方が問題である。要介護認定4,5の患者は特別な疾患がない限り医療区分1になってしまう。また、医療区分1においてもせめて治療に必要な最低限の報酬はつけてもらいたい。 ○高齢者が多い療養病棟では、心疾患・パーキンソン病、糖尿病疾患も多くみられる。一般病棟から療養病棟に移った患者で治療継続が必要な患者がいても、包括医療のため、投薬量と定期検査（採血・血中濃度など）に一般病棟と比較し、回数・内容に制約が出てくる。つまり、高価な内服や基礎疾患が悪化していく可能性がある。そこで、①心疾患に関する薬、②パーキンソン病の治療薬、③インスリン皮下注用薬剤、手技と道具等を出来高払いで請求できるように要望する。 ○医療区分2「傷病等によりリハビリテーションが必要な状態」が30日間の算定期間に制限されており、十分な治療効果をあげることが出来ない。特に高齢者では脳血管リハ（180日）や運動期リハ（150日）と同様となるように調整すべきである。 ○医療区分2「4 脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態」は発熱を伴う状態を削除すべきである。発熱がなくなると脱水状態になることがあり、特に高齢者ではその傾向が強い。 ○区分1の患者が多い療養病棟の場合は大幅な赤字となっており、点数の引き上げが必要である。 		
9 C001 在宅患者 訪問診療料	<ul style="list-style-type: none"> ○今回の改定で在宅患者訪問診療料が「1」と「2」になり、同一建物居住者とみなされるマンションの居住者については、同一日に同一建物居住者4名の訪問診療でも、1人の場合より低い点数となる矛盾があり、速やかに改定すべきである。 		
10 介護保険 適用施設の 医療保険の拡大	<ul style="list-style-type: none"> ○医療と介護の接点領域では不合理な要件設定が多く、環境整備を求めたい。特に、高齢者では両保険の適用を区別することは困難であり、現今の実態に即した対応策をとる必要がある。例えば、介護老人保健施設や介護老人福祉施設における悪性腫瘍の治療、終末期医療や訪問診療等へ医療保険の適用を拡大して、超高齢社会に適合する施策を整備すべきである。 		

印象記



理事 平安 明

平成23年1月29日鹿児島県城山観光ホテルにて開催された次期診療報酬改定の要望事項に係る医療保険対策協議会に参加したので報告する。

次期診療報酬改定は介護報酬との同時改定となるため様々な問題に対する議論が必要となるが、九医連として早めに要望事項を取り纏めるために医療保険対策協議会に前乗りして協議会を行うこととなった。各県から要望のあった事項を整理し、特に重要と思われる項目を選択し、先の報告書に記載のとおり要望書案を纏めている。最も優先すべき事項として、再診料（診療所の再診料、地域医療貢献加算、外来管理加算）の見直し、特定入院料を算定している病棟等の他科受診に際する入院料の減額等の見直しを求めることを挙げており、今回の改定で地域医療や医療連携を著しく阻害することとなっている項目の改善が喫緊の課題であることを改めて強調するものである。日医の鈴木常任理事は「中医協でも既に議論が始まっているものもあるが財源問題でスタートから厳しい状況にある」と語っていたが、なにも余分にくれと言っているのではなく、最低限の医療を維持するための主張であることを踏まえていただき今後の中医協での議論に反映させてほしいと思う。



沖縄県医師会広報委員会内規

(昭和56年3月18日委員会承認)

1. 沖縄県医師会報の目的

会報は、会員に対する会務の動静並びに、医療関係情報の伝達手段であるばかりでなく、会務に対する会員の意見提言及び文化活動、学術研究発表の媒体ともなる重要な会誌である。

更に会報は、本会の地域医療対策、その他について県民及びマスコミ関係者に広く情報を伝達広報することを目的とする。

2. 編集方針

- 1) 会報は毎月発行とし、必要あるときは号外を発行する
- 2) 記事は医学及び医療に関する記事
- 3) 日医、県医、地区医及び関係団体の活動に関する記事
- 4) 会員親睦に関する記事
- 5) 諸告知、事務局記事
- 6) その他広報委員会で認めたもの

3. 編集規定

- 1) 会報の編集は広報委員会で行う
- 2) 委員には地区代表者をもってあて、担当理事が委員長となる
- 3) 原稿の採否は広報委員会が決定するが、次のものは掲載しない
 - (イ) 無署名のもの
 - (ロ) 長文過ぎるもの
 - (ハ) 判読し難いもの
 - (ニ) 著作権にかかわるもの
 - (ホ) 個人的攻撃や中傷にわたるもの
 - (ヘ) 個人のプライバシーや名誉にかかわるもの
 - (ト) 道徳・法律に抵触するもの
 - (チ) 紛争を招く恐れのあるもの
 - (リ) 表現が不穏当たるもの
 - (ヌ) 会員に周知を要しないもの
 - (ル) 他誌に掲載済みで特に必要性を認めないもの
 - (ヲ) 県医師会の方針に著しく反するもの
 - (ワ) 県医師会の品位にふさわしくないもの
 - (カ) その他前各号に順じ広報委員会が不相当と認めたもの

4. 広 告

広告は沖縄県医師会報の品位、及び体裁を損なわぬものとし、採否については広報委員会で審議のうえ決定する

5. この内規の改廃について広報委員会の議を得なければならない

6. この内規は昭和56年4月1日より施行する

九州医師会連合会平成22年度 第2回各種協議会

去る1月29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

この会議に先立ち開催された次期診療報酬改定の要望事項取り纏めの協議会については長時間に渡り熱心なご討議を頂き感謝申し上げます。

今回は全部で12題の協議事項が上がっているが、私共が喫緊の課題として取り組むべき重要案件等であるので、忌憚のないご意見を賜り本日の会議が有益なものになるよう祈念する。

○日医・鈴木常任理事

先ほども非常に熱心なご意見を頂いたところ

である。本協議会についても引続き忌憚のないご意見をよろしくお願ひしたい。

協議

(1) 指導・監査について（福岡県）

各都道府県医師会から提出された意見等を参考に、日本医師会において指導大綱の見直しについて検討されているかと思いますが、その進捗状況をお尋ねいたします。

また、10月の日本医師会代議員会の質問に対する回答の中で、原中会長より日本医師会において指導大綱・監査要綱の原案を作成して厚

生労働省に提示したい旨発言がありましたが、この件について、今後どのように検討されているのかお聞かせ願いたい。

指導大綱・監査要綱の見直し、あるいは、日医案を作成にするにあたり、事前に各都道府県医師会にご相談いただいた上で厚生労働省と交渉していただくことを併せて要望いたします。

(2) 指導・監査について (熊本県)

九州厚生局は、「新規指定全保険医療機関に対し指定後、概ね1年以内に新規個別指導を実施する」ことを重点項目に挙げている。

これを受けて、熊本県では「次年度から集団指導を年間2回、その直後から3回程度の個別指導を行い、概ね「指導実施マニュアル」に沿った全国統一的な基準による指導を実施したい」と提案している。九州各県の状況とご意見をお伺いしたい。

また、先に日医で開催された「第123回臨時代議員会」で、集団的個別指導の廃棄、選定委員会や平均点数の算定方法の透明化、病院・診療所の診療区分の見直し等が指摘され、現行の「指導大綱」、「監査要綱」の改正が求められている。

日医の見解と法改正の進捗状況についてお伺いしたい。

(3) 厚生局の指導について (宮崎県)

厚生局の指導についての問題点は再三指摘されているが、一向に改善されず、青本の文言を杓子定規に当てはめて、重箱の隅をつつくような指導が行われている。

皆保険制度の基に地域医療を守るという精神ではなく、請求誤りの指摘による診療報酬返還が目的化されていると感じる。

日医は、会長と厚生省との会談により、「医療、医療給付費の締め付けを主眼とするのではなく、地域医療を守り再生させるという原点に立ち返るべきである」との意見で一致したとのことである。その結果、地方厚生局や各県の指導官にどのような連絡・通知が行われているの

かを確認して、お教えいただきたい。

(4) 新規個別指導や個別指導における指導医の委嘱について (福岡県)

指導は行政の責任において行われるものであり、指導医療官が不足している県においては非常勤医師等の委嘱により対応することとなっている。福岡県においては社会保険事務局当時、新規個別指導については委嘱を受けた会員が指導にあっていたが、厚生局に業務が移管されてからは委嘱はなされていない。各県の指導医の委嘱現状をお教えいただきたい。又、日医には全国の状況及び指導医の委嘱についての考え方を伺いたい。

上記の4題については一括協議された。

<各県の回答状況>

(1) (2) について。各県とも提案県と同様に「指導大綱」、「監査要綱」を改正し、個別指導の選定理由の公開、平均点数の算出方法及び病院・診療所の診療科区分の見直し等が必要だが、見直されることで医療機関にとってより厳しい指導が課されないよう注視することが重要であるとの意見であった。また新規個別指導については、教育的指導として返還が伴わないよう日医から強く要望して欲しいとの意見が出された。

(3) について。日医会長と厚生省とのトップ間で合意されたとしても、通知が末端までは行き届いてないことから、確実に都道府県の担当者レベルまで周知されるよう意見が出された。

(4) について。各県の状況は次のとおり。

- 佐賀県…医師会を通じての委嘱はなし。
- 宮崎県…医師会を通じての委嘱はなし。
- 沖縄県…医師会を通じての委嘱はなし。
- 大分県…特殊科目（眼科、耳鼻科、産婦人科）のみ、医師会より委嘱。
- 長崎県…医師会より委嘱。
- 熊本県…医師会を通じての委嘱はなし。
- 鹿児島県…医師会会員ではあるが、医師会を通じての委嘱はなし。

□日医・鈴木常任理事コメント

指導大綱、監査要項の件については、去る1月18日に開催された都道府県医師会長会議においても協議された事項である。

厚生労働省との折衝の方針としては、まず運用で見直し出来るところから見直そうということで議論を開始している。今、話が出ているのは、レセプト1件当たりの平均点数が上位の医療機関が対象となっている集団的個別指導の類型区分の見直しのほか、集団的個別指導を医師会と行政との共催としてはどうか（例えば午前中は医師会からピアレビューを行い、午後からは行政による指導を行う等）、集団的個別指導後にも継続して診療報酬が高点数の医療機関が対象となっている個別指導への連動の改善等について交渉をしている。

厚生労働省自身も昨年9月に指導に関する不祥事があり、再発防止策が必要となったので、見直しには前向きな姿勢である。その不祥事に対して“指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム”が作られ、12月に中間とりまとめの報告書を公表しているが、その中で「今回の事例を踏まえ指導大綱・監査要項等の体系に基づき行われている指導監査業務について、不正行為の発生を防止できるものとなっているかという観点から確認を行う。また、現在の体系が平成7年12月に定められ、時間が経過し保険診療を巡る情勢の変化に対応するものとなっていないという指摘があることや、実施状況に差が生じている現状を踏まえ、指導対象の選定方法等そのあり方について見直しを行う。」との文言が入っている。

これは指導大綱や監査要項の改正に限定されたものではなく、様々な問題点についてまず日医と厚生労働省の間で議論を行い、運用面での対応が可能かどうかを含め検討を進めることと理解をしている。厚生労働省がこのような中間とりまとめを公表した以上、日医としてもまず方針に沿って折衝していきたいと考えている。まずは運用の見直しということであるが、もちろん指導は医療費削減のためではなく、保険診

療を理解していただくことを目的に行われるべきものであるので、これからもその折衝はしていく。

先ほどお話のあった平均点数についてであるが、近畿厚生局管内ではホームページ上で公開されており個々の医療機関から問い合わせると、どの区分で選定されたかが分かるようになっているが、計算式等については非公開となっている。また選定委員会についても、医師が委員として入っているところもあるようだが、基本的には入れたくないという方針のようで、医師が入った場合には選定は別のところで決められてしまい、選定委員会そのものが形骸化されている現状である。

医科の指導医療官については、全国的に欠員気味の様である。全ての都道府県に確認をしたわけではないが、現時点で10数カ所の県において厚生局から医師会へ依頼が来ているようである。人材確保のためにも都道府県においては積極的に候補者の相談へご協力をお願いしたい。

(5) 入院患者の他医療機関受診の取扱い (福岡県)

この件に関しては、4月の改定後に早急な是正を求める声が多く、九医連では5月22日付けで日医に是正を求める要望書を提出。その後、6月4日付け厚労省通知により出来高病棟の専門的薬剤の投薬のみ認められることになった。9月の九医連医療保険対策協議会でも5つの県からこの件に関して更に改善を求める提案がなされ、早急には是正されるべきとの意見が大半であった。その後の、この件に関する日医の中医協等での対応をご教授願いたい。

(6) 日医における次期診療報酬改定に向けた取り組みについて (鹿児島県)

本県では、入院中の患者の他医療機関の受診について、いまだに医療機関からの照会が絶えない。

特に、外来受診先の医療機関から投薬にかか

る照会が多く、「一般病棟入院中と聞いて処方せんを発行したが、翌日から療養病棟に入院していた」「療養病棟入院基本料算定患者なので、入院先に連絡したら、保険請求するように言われた」等、医療機関間のトラブルにまで発展しかねないものまである。

前回の協議会において、九州各県から提案が多かった地域医療貢献加算や、入院中の患者の他医療機関受診の見直しの問題等について、鈴木日医常任理事から、日医「基本診療料のあり方に関するプロジェクト委員会」の中で、次期改定に向けて議論を深めていく旨回答を頂いたところであるが、同委員会におけるその後の検討内容をお聞かせ頂きたい。

＜各県の回答状況＞

(5) (6) については、各県からも提案県と同様、早急に是正すべきとの意見が出された。

□日医・鈴木常任理事コメント

前回の各種協議会では、中医協において病院内の複数科受診の問題も併せてしっかり検討していくとご報告したところである。

その後10月27日の中医協において、日本病院団体協議会（日病協）が実施した“同医療機関における同一日の複数診療科の受診状況調査結果”が報告されている。

この調査は日病協に加盟している病院から無作為抽出した2,529の病院を対象に実施され、674病院から回答があり回答率は26.7%であった。その結果として初・再診料が算定できなかった患者の割合は、病床数が多いほどその割合が大きいことが分かった。200床未満8.7%、200～400床未満10.5%、400床以上11.8%、全体の平均では11.3%であった。

また、同一日の複数診療科受診の状況をみると、患者1人当たりの受診科数は200床未満1.09科、200床以上は400床以上も含めて1.1科となっている。今回は調査を基に複数診療科受診の場合でも再診料を算定出来るようにした場合の影響額、年間医療費を推計し出してきて

いる。2009年の病院報告の病院規模別の外来患者数割合を基にした推計では373億円、2009年医療施設動態調査報告の病床数に基づいた推計では446億円の数字まで出しており、全日病の西沢委員からは「日病協としてはこれぐらいの額であれば複数診療科受診の際には初・再診料の算定を是非認めて頂きたいとの意見が多かった」との発言があった。これに対し、私からは「大病院ほど、収入に占める入院割合は高く、病院全体での初・再診料の算定制限の影響は低いのではないか。一方、中小病院や有床診療所は入院中の患者の他医療機関受診の際の算定制限の問題もある。これは小規模施設にとっては不利なものであり、この内容も併せて見直して欲しい」と要望している。本件については今月になって鈴木医療課長があるメディアの取材で、必要性にはある程度理解を示しつつも、一定の診療機能のある病院に財源を回すことになるので、全体の財源を睨みながら慎重に議論を進めるとの考えを示している。

入院中の患者の他医療機関の受診については、昨年6月に出来高病棟の薬剤の費用については是正されてから、表面的な改善については進展が見られない状況である。ごく最近になって同じような問題を抱える日本精神科病院協会と全国有床診療所連絡協議会が一緒になって入院の影響額を含めた調査を行うような動きがあるが、複数科受診問題では具体的な金額まで出して要望していることから、他医療機関を受診した場合の影響額についても同様に算出する必要があると考える。

(6)の日医の次期診療報酬改定の取り組みについてであるが、次期診療報酬改定の要望事項の取り纏めについては日医の社会保険診療報酬検討委員会で行うことになっている。特に基本診療料のあり方と医療と介護の同時改定については2つのプロジェクト委員会を立ち上げ、検討をしている。2つの委員会は答申書を纏めるというのではなく、中医協との懸案事項について対応することで設置をしている。基本診療料に関する中医協の審議の状況はご存じのとおり

り、診療側は基本診療料の中に各種コストがどのように評価されているのか整理・明確化する為にコスト調査分科会が実施した医療機関の部門別収支に関する調査の調査結果を再集計して、各種コストの具体的な金額の内訳に関する調査を実施すべきと提案している。コスト調査分科会の調査というのはDPC病院のデータのみを使って行うものである為、診療所のコストの把握についてはプロジェクト委員会の方から日医で調査・分析を行って欲しいとの要請があり、執行部で検討した結果、いくつかの診療所でパイロットスタディを実施して、その結果から今後の対応を検討することになった。現在、茨城県と京都府の診療所をお願いをして調査を実施しているところである。

コスト調査分科会は1月21日に開催され、専門家によるワーキンググループでの検討の後、4月の中医協総会で結果を報告する予定と聞いている。前回改定では入院と外来の改定率の枠が決められた上に、様々な改定項目が決められた後で財源がないという理由で再診料が69点に統一されたしまった結果があるので、今回は簡単に引下げにならないよう診療側はコスト分析を主張したわけだが、どのような報告となるか今から予測することは難しい。しかしながらこれまで議論されてこなかったコスト分析やコストに基づいた診療報酬について根本的な話をまさに現在しているところである。

地域医療貢献加算については評価する声や、廃止して再診料に含めた方がよい等、様々なご意見を頂いている。特に名称が不評であるが、もともとは“かかりつけ医加算”という名称だったものを“かかりつけ医”を改定の最後の議論に出してこようのはいかがなものかということで、その場の議論の中で付けた名称なので、深い意味はない。今となれば“時間外対応加算”等の名称のほうがよかったと考える。いずれにしても加算ではなく基本診療料そのものの評価をしていくべきと考えているが、長年の医療費抑制政策のもとで、もとの点数ではなく加算で配分してきたという経緯があることも踏まえ

て、どこかを上げるかわりにどこかを下げるなどという、いわゆる財政中立では限界であるので、とにかく財源を確保していただき、2期連続のプラス改定となるように交渉しているところである。

＜日医コメントに対する追加意見・質疑応答＞

- 長崎県：今回は慢性期医療に関して見直されると言われているが、実際はどのような状況か。
- 鈴木常任理事：医療は急性期の大病院だけで成り立っているわけではなく、連携先が成り立たないと急性期も成り立たない、つまりバランスが大事であると我々は繰り返し申し上げている。幸い“在宅医療の推進”との大きな方針もあるので、慢性期の入院や診療所、有床診療所等の評価をして欲しいと申し入れているので、認識はしていただいていると思う。

(7) 経皮的冠動脈形成術（PCI）に係わる医療材料の保険審査について（佐賀県）

冠動脈疾患に対して経皮的冠動脈形成術（PCI）が多く施行されるようになりました。

使用するシース、ガイディングカテーテル、ガイドワイヤー、バルーンステントなど保険審査で査定される件数が増加しています。他県では、いかがでしょうか。

例えば、

- ①多枝疾患では複数本のステントが必要で、全て認められていますか？
- ②ファインクロス・クルセード等のマイクロカテーテルは、慢性完全閉塞部位以外でも認められていますか？
- ③PCI不成功例の取扱いはいかがですか？
- ④急性閉塞などPCI後、1週以内の再PCIの取扱いはどうされていますか？

＜各県の回答状況＞

各県における取扱いの状況が報告されたが、各県とも国保・社保間で異なっており、また審査会の審査員によっても取扱いが異なる場合もあるので、統一することは難しく各県から報告

された状況を参考にさせていただきたいとの意見が出された。

**(8) 柔道整復師の療養費問題について
(長崎県)**

柔道整復師の療養費が3,300億円を超え、急速に伸びている。

そもそも柔道整復師の療養費の適応疾患は骨折、脱臼、打撲、捻挫の急性期疾患であり、骨折、脱臼には応急手当を除き、医師の同意が必要とされている。さらに、はり・灸施術においては、同施術と保険診療は並行して行えないルールとなっている。多額の療養費は適応疾患以外の請求、あるいは回数の水増しなど、不正請求が多く含まれていると言われている。

医療財源が逼迫する中、柔道整復師の多額の療養費はもはや看過できない問題である。その対策として、指導、監査の厳格化や養成施設の数量規制、受療委任制度の廃止、医療機関や国民への周知・広報などがあるが、対策が進んでいるとは思えない。

この問題に対する各県および日医のお考えをお聞きしたい。

(9) 療養費同意書について (熊本県)

最近、あん摩・マッサージ、はり及びきゅう等の施術業者が著しく増加しており、医療機関に執拗に「同意書」を求めてくる場合がある。

「療養担当規則第17条」にあるように、「みだりに同意を与えてはならない」と郡市医師会を通じて会員へ広報しているが、その対応に苦慮している医療機関も多いと考えられる。

熊本県では、定期的に九州厚生局熊本事務所と医療保険打合せを行っているが、厚生局自体もこの施術業者の実態については十分に把握していない。施術業者が医療保険を適応する限りにおいては、その開設状況、レセプトの点検やその電子化、個別指導等医療機関と同様の対応が行われるべきである。

九州各県の実情とご意見、日医の見解をお伺いしたい。

(10) はり・灸及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る医師の同意書、診断書について (沖縄県)

はり・灸及びあん摩・マッサージ・指圧師等については、当該施術を必要とする症例や適応症については療養費として保険給付を行う対象とされており、給付の適否の判断にあたっては医師の同意書又は診断書の添付が必要となっている。療養担当規則では、施術の同意について「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者への施術を受けさせることに同意を与えてはならない」とあるが、よく来られる患者さんから同意書の発行を求められた場合、「専門外だから」として無下に断ることもできず対応に苦慮している医療機関が見受けられる。

本県では、同意書の交付を求められた場合には、施術業者やその施術方法等を確認し、その内容が不明である場合には、同意書の交付を控えるよう会員に指導しているが、各県ではどのように対応されているのかご教示いただきたい。

上記の3題については一括協議された。

<各県の回答状況>

各県からは柔道整復並びにはり・きゅう、あんま・マッサージ等への同意や同意書の交付については、療養担当規則にもあるように安易に交付するものではなく、出来れば専門科を受診していただくよう患者さんの理解を求めるとともに、施術業者に対しては医療機関と同様、厳しい行政指導が実施されるべきであるとの意見が出された。

□日医・鈴木常任理事コメント

この問題は全国的にも問題となっている。厚生労働省でも非常に問題意識を持っており、対策をいろいろと検討しているようである。

昨年5月31日の厚生労働省の行政事業レビューの中で、医療給付費の適正化が取り上げ

られており、論点として保険医療機関への指導・監査の強化、柔道整復・療養費への審査・監査の強化により医療給付費が縮減できるのではないかという指摘がなされた。指導・監査の強化について日医は、6月9日の定例記者会見において誤った指導が是正されるよう強く求めるとともに、地域医療を守り、再生させるという原点に立ち返るべきと主張したところであるが、柔道整復・療養費については特にコメントしていない。行政事業レビューの具体的な論点の中には柔道整復・療養費について「多部位請求の多い施術所に対し指導・監査を重点的に行うため、保険者の審査情報と指導監査の連携を密にすべき」とあり、これについては日医としても同様の見解である。また、これを受けて柔道整復・療養費の算定基準の見直しが昨年6月より実施されている。通常は医科の外来の改定率に連動して行われており、医科の外来の改定は+0.31%であったが、今回の柔道整復の方は±0%、はり・きゅう、マッサージの方は+0.15%と大変厳しいものとなった。このようなことから厚生労働省が問題意識を持っているということが具体的に表れていると考えている。

本件については、日医が強く主張するだけで解決するという問題ではなく、日医としては厚生労働省に働きかけて厚生労働省による是正にしなければならないと考えている。今や柔道整復の療養費は国民医療費の1%にも及ぶ額になっているが、法的資格や職務責任における法的規制においても医師による医業とは全く異なるものであり、そもそも国民医療費に計上されること自体が適切ではないと考えている。中医協においても柔道整復の医療費がどこにはいつているのかは明らかにされていない。療養費の金額は年々大きくなっており、見過ごせない問題となっているので、日医としては引き続き厚生労働省に強く働きかけていくつもりである。

<日医コメントに対する追加意見・質疑応答>

■長崎県：柔道整復師で開業される方が増えている。今の勢いで増えてくれば、医療費は増

えてくると思われるが、柔整師養成学校等の数をコントロールしようとする国の考えはないのか。

□鈴木常任理事：日医としても養成学校の数のコントロールは重要だと考えているが、日医が要望してもすんなり通るものとは思えない。先生のおっしゃるとおりこのままだと医療費の増額に繋がっていくと思われるので、そうなればいろんな方向から問題視する声が上がってくると思われる。

(11) 長期処方加算について (長崎県)

患者側の要求があり、外来での長期処方例が増えている。通院が困難な高齢者が増えていることを考慮すると、安定した病状の慢性疾患患者に対する長期処方を必ずしも否定するものではない。医療機関にとっても、一日当たりの外来患者数が減ることにより、余裕をもって診察できるという利点がある。また症状の急変時にはいつでも受診可能なので、患者の病状悪化につながることも思えない。

このように患者、医療機関双方にとって利点があると思われる長期処方だが、問題は、長期処方例の増加による受診回数の減少が診療所の経営悪化の主な要因の一つとなっていることである。現在、診療所および200床以下の医療機関に対して長期処方加算として65点が算定されている。国に同加算の大幅な増額を要求すべきと考えるが、各県および日医のご意見を伺いたい。

<各県の回答状況>

各県とも概ね提案県と同様な意見であったが、「長期処方は慢性疾患患者の一部には容認できるが、適切な外来医療を提供できるか否かは問題点が多いと考えられる。したがって、長期処方加算の増点はさらに長期間の投薬を助長させる危険性があり、むしろ慢性疾患指導管理料の引き上げや長期投薬の上限設定、該当する薬剤を指定するなどの医学的見地から、この長期処方を規制する方向性が望ましい」、「このような変動する加算点数ではなく、診察料本体に

ついて、それにかかるコストをも明確にし、正確な評価をするべき」、「加算の大幅な増額を求めることは医師会が長期処方を認めたと誤解を招く恐れがある」等の意見も出された。

□日医・鈴木常任理事コメント

日医は長期処方に関するアンケートを実施したが、その結果を12月8日の定例記者会見で公表したところである。アンケート調査のデータについては、役員がいる都道府県ということで北海道、茨城、群馬、千葉、広島、福岡のパイロットスタディとなっている。

今ご指摘のあったように、「長期処方により病状が悪化している」との個別の事由が日医にかなりの寄せられたことから調査を実施したもので、調査期間は昨年9月30日から11月5日であった。有効回答実数は病院が2,820名・有効回答率35.3%、診療所医師が1,395名・有効回答率が43.6%で、合計4,215人であった。このうち外来診療を行っている医師は3,904人であった。調査の結果から明らかになったことを整理すると、最も多い処方期間が5週以上という先生方が3割近くあり、処方が長期化していることが分かった。また慢性疾患の患者に限ると最も多い処方期間が8週以上であるという医師が半数以上いた。

比較的長期（5週以上）により患者の容体の変化に遅れたことがある医師が2割近くであった。高齢者は長期処方中に容体に変化しても遠慮して次回の診察まで我慢してしまうとの報告もあった。さらに病院医師の中には、外来患者を少なくしてじっくり診療する為との理由もあった。

これに基づく長期処方のあり方に関する日医の見解であるが、慢性疾患等の患者に対する処方期間が長期化したことで重篤化したことや、病状が安定しているという理由の一方で、新たな疾病の発症や併発している疾病の重症化に気付くことが恐れることがあると指摘をした。さらに患者の要望であっても患者の安全は最優先されなければならないということから、医師の

責務として適切な処方期間を確保するよう自ら務めると共に、中医協等においてしっかりと調査をし、実態を正確に把握した上で、例えば長期処方を法的に規制すべきかどうか等も含めてしっかりと議論をし、方向性を決定すべきとしている。

また、病院の医師が忙しい為に長期処方を頻発している恐れがある為、このようなことを解決するには大病院の外来と診療所のあり方、つまり機能分化・連携の議論を深める必要もあるのではと考えている。

そもそも薬の投与日数については、実は平成14年度の診療報酬改定において日医の社会保険診療報酬検討委員会の要望を受け、例外を除いては“基本的に医師の裁量とする”となった経緯がある。これにより受診回数が減り、特定疾患療養管理料等の算定も減って、診療所や中小病院の経営悪化の原因の一つとなっていると理解している。ご指摘の長期加算65点については処方料・処方せん料の加算で28日以上処方を行った場合の加算点数であるが、患者の容体が悪化しているような無責任な超長期処方は是正されるべきであり、そうでない場合は医師の処方責任の重さや経営悪化の改善の為にもこの点数の引き上げを含め、何らかの対応が必要であると考えている。前回の改定は急性期の大病院に手厚く配分されたが、次回の改定は慢性期、あるいは在宅の充実を通して、診療所や中小病院等を中心とした改定にすべきと考えているので、今後とも中医協等を通じ働きかけていくつもりである。

(12) 認知症の簡易機能検査を診療報酬上で評価を（大分県）

認知症の早期発見、早期診断は、その後の医療対応も含めた迅速な対処が可能となるため、非常に重要である。さらに今後の人口構造の推移から高齢者全体に占める後期高齢者の割合が増加するため、何らかの支援等を必要とする認知症の高齢者数も増加の一途をたどることになる。そのような状況の中、特にかかりつけの医

師には、日常診療の気づきの中で、認知症に係る簡易検査等を実施し、認知症を早期に発見する機会は多く存在すると考えられる。

一方、この簡易検査には、本人への質問または家族等からの聞き取りが必要で、手間がかかるが、現時点で診療報酬上の特化した評価は行われてはいない。

認知症対策の観点からも、次期診療報酬改定での評価を要望致したく、各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

【代表的なアセスメントツール】

- ・改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
- ・ミニメンタルステート検査 (MMSE)
- ・Functional Assessment Saging (FAST)
- ・初期認知症徴候観察リスト (OLD)

＜各県の回答状況＞

各県からは、提案県と同様に診療報酬上の評価が重要との意見が出された。本県としても診療報酬による評価はあるに越したことはないが、それにより何らかの縛りが設けられたり、必要性が乏しいのにルーチンとして行われることで医療費の圧迫に繋がることも考えられるこ

とから、現在の臨床心理・神経心理検査との整合性も含め専門団体の意見を十分に踏まえた上で検討すべきであるとして意見を出した。

＜追加意見＞

■熊本県：基本的には初期対応する内科医のステップアップが必要である。また、検討には時間を要するので、特定疾患療養管理料の対象病名に含めてもらうことが近道だと考える。

□日医・鈴木常任理事コメント

ご指摘のように認知症も早期発見、早期診断が重要である。検査だけを評価するのではなく生活管理もした場合には指導管理料とすることも考えられる。この分野は中医協では慢性期医療分科会において認知症に関する診療報酬等が検討されることになるが、熊本県よりご指摘のあった特定疾患療養管理料に含めることが近道だろうと私も考えている。

日医しても早期発見、早期診断、早期治療の評価について我が国における高齢化社会に向けて重要な点であるので、これからも働きかけていきたいと考えている。

印象記



理事 平安 明

平成23年1月29日鹿児島県城山観光ホテルにて開催された平成22年度第2回各種協議会医療保険対策協議会に参加したので報告する。

医療保険対策協議会では全部で12題の協議事項があった。厚生局の指導・監査、入院患者の他科受診、療養費問題、については複数県から提案があり一括協議された。

指導・監査については厚生局に移管されてからどのように標準化されていくのか未だに見えてこない。指導大綱、監査要綱についてはまず運用面で見直しできるところから見直すとの方針で厚労省と折衝していくようである。とにかく医療機関にとって謂れのない厳しい指導が行われることは避けていただくように改善してほしい。

療養費問題に関する昨今の医療費の伸びは既に看過できなくなっており、適正な請求が行われ

ているのかのチェック等様々な問題が指摘された。政治的な対応を含め難しい点もあるが、まずは議論の場に挙げていくことが次に必要な対策に繋がるので、この問題は継続して取り上げていくべきだと感じた。

その他の協議事項に関しては報告書に詳細が記載されているので目を通していただきたい。この一年は次期改定のために重要な議論が繰り返されると思われ、会員の皆さんにも是非関心を持って日医や厚労省、中医協の動きを見ていただきたいと思う。

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。

厚生労働省は、昨年12月に介護保険法等の一部を改正する法律案として、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく有機的かつ一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現を目指す方針を示した。その中には、医療と介護の連携強化や高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実、認知症対策、介護保険料の上昇の緩和等が重点ポイントとして出され

ている。また同時に、社会保障改革の推進についての閣議決定がなされ、社会保障の安定、強化のための制度改革とその必要財源についても検討されている。加えて、来年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定の年である。このように平成23年という年は我々医師会にとって、将来の医療、介護、福祉を見据えた大事な年と考える。

本日は介護保険の諸問題について各県から13題の協議題をいただいている。限られた時間ではあるが、皆様方から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。

昨年7月から2回のペースで、非常にタイトなスケジュールで開催されていた介護保険部会が終了し、介護保険制度の見直しに向けての基本的な考え方が示され、これから介護保険法の改正が行われるというところである。また横断調査を踏まえ、慢性期入院医療の評価分科会も精力的に会議を行っている。7月位までにはその結果が出てくるだろうと思う。それを受けて、来年の同時改定に向けての協議が始まるということである。本日は、先生方のいろいろなご意見を伺い、これからの介護給付費分科会、慢性期入院医療の分科会の議論に役立てたいと考えている。よろしくお願ひしたい。

○座長選出

慣例により、担当県の鉾乃原常任理事が座長に選出され会が進行された。

協 議

(1) 「認知症サポート医フォローアップ研修」
 についての各県の取り組み状況について
 (福岡県)

<提案要旨>

平成17年度より始まった認知症サポート医養成研修であるが、全国的には既に1,200名を超える修了者がおり、福岡県でも平成22年12月末で44名の修了者がいる。

活動状況については、求められる役割や取り巻く状況の違いや自発性に任されていることもあり、かなりの地域差があると思われるが各県の状況について教えていただきたい。

また、平成22年度より認知症地域医療支援事業のメニューに「認知症サポート医フォローアップ研修」が加わっているが、この研修についての各県での取り組み状況をお伺ひしたい。また、日医の見解及び各県のご意見を伺ひたい。

<各県回答>

認知症サポート医養成研修を修了したサポート医については、佐賀県27名、宮崎県21名、大分県18名、長崎県19名、熊本県18名、鹿児島県40名となっていることが報告された。沖縄県は現在8名のサポート医が養成されている。

各県において、認知症サポート医が講師を務める「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」が毎年開催されているが、佐賀県や大分県、本県より、認知症サポート医は具体的に何をサポートしたら良いのかが明確ではなく、また認知症への対応は多岐にわたり、各学会や製薬メーカー等が示す認知症の対応方法に一貫性が無いとの指摘があり、それらを整理する必要があるのではないかと意見された。

認知症サポート医フォローアップ研修については、本県以外の県では実施されていないことが報告された。本県では、県が実施主体となり、平成22年10月16日にフォローアップ研修が実施されている。

<日本医師会コメント>

各県のご意見を聞くと、認知症サポート医の位置付けや特徴をどのように捉えているかということにかなりばらつきがあると思った。本来、認知症サポート医は認知症専門医とは違う位置付けであり、かかりつけ医と専門医を繋ぐいわゆるコーディネート役が期待されている。必ずしも精神科の先生ではなく、かかりつけ医の先生方がサポート医になっていただくことが一番良いという形で始まっている。現在、1,000人以上のサポート医が養成されている。

各県からのご意見のように、機能が十分活かされていないということがある。その一番の大きな理由は、どこにも評価がされていないということであり、機能しようがない。

これが非常に上手く機能すれば、かかりつけ医と専門医あるいは専門医療機関との連携ができ、早期発見、早期診断に繋がるということで、是非これが機能する形にしたい。現在、介護関係の審議会あるいは精神保健関係の審議会

等でも、サポート医を何とか評価してもらいたいということを申し上げている。

今回の介護保険部会の中で見直しの方向が出た。認知症の項のところで、サポート医を適切に評価すべきという意見があることを書き加えていただき、特に地域包括支援センターに専門的な知識を有するコーディネーターを置く、そこにサポート医が関わるということで、予算措置もそこに付けて欲しいと。当然、診療報酬でみる部分と、別予算で地域包括支援センターの中に人件費の部分として盛りこんでいただくということを、今お願いしているところである。是非これを実現したいと考えている。

○**沖縄県**：根本的な問題をお聞きしたい。国の考え厚労省の考えを知りたい。

ももとは患者様側から、認知症と言われてもどこに行ったら良いか分からないということがあった。専門は精神科なので精神科に行けば良いが、国民感情としては、そういうものはなかったようである。一つはどこに行ったら良いか分からないということ。もう一つは、ちゃんとした診断をどこで行うのかということ。このようなことを含め、またいろいろな経緯があり、サポート医の問題等が出てきた。

現在は、精神科や神経内科等できちっとした診断ができるようになってきていると思うが、問題は、国は、この認知症を医療でみようとしているのか介護でみようとしているのか、そこがはっきりしない。そういうものを先ずは明確にしてほしいと考える。

■**日本医師会**：今は両方でみるという形で、昨年の後半から、精神科病棟における認知症患者の検討会が始まった。BPSDがある場合等、特殊な場合については医療でみる、そうでない場合は介護でみるというスタンスではないかと思う。

○**沖縄県**：BPSDが出ても、ある時期には良くなる、その後の退院先が無く実際は長期入院

となる。それをもの凄く突付いているような感じがする。国が準備するのであればそれはそれで良いが、実際には良くなったからといっても引き取ってもらえない場合が多々ある。

■**日本医師会**：その部分のアンケート調査も全て出ており、条件が整えば退院できる方がどの程度いるのか、条件が整わないので退院ができない方がどの程度いるのかということも実際に出ている。

今の日本の現状の中では家族介護ができない。地域が習熟できていない中では、やはり入院入所を続ける必要がある。もう一つは、身体合併症のある認知症の患者さんは医療でという形になっているので、その為に精神科病床、統合失調症の部分については、病床削減ということで9万床とか7万床減らすということがあったが、その部分については、その認知症のBPSD部分と身体合併症部分を、医療の精神科病床の中でどのように受け取るかという話が今進んでいるところである。

(2) 地域支援事業改正への対応について (佐賀県)

<提案要旨>

平成22年8月に「地域支援事業実施要綱」等が一部改正され、「特定高齢者」の用語が「二次予防事業の対象者」など親しみやすい用語に変更されるとともに、「二次予防事業の対象者（従前の特定高齢者）」の決定方法等が簡素化され、医師による生活機能チェックと生活機能検査が廃止された。(中略)

佐賀県では、県内の全介護保険者において、平成23年4月1日から、改正後の方法で対応する方針で、具体的な対応方法について、現在、介護保険者と協議を行っているが、医師への運動器プログラムに参加する場合の適否の確認は、二次予防事業の対象者本人が主治医に口頭で確認するよう対応するなど、現場で混乱を招くような方法が提示されている。

今回の改正は、財政削減優先の改正で、事業

本来の理念から懸け離れ、措置されるべき対象者が措置されず、事業が形骸化するのではと危惧されるが、現場サイドでは、現場が混乱しないように対応をしなければならないと考えている。

九州各県医師会におかれては、医師の判断の紹介方法などについては、どのような体制で対応されているのか、また、医師会はどのように関与されているのか、ご教示願いたい。

<各県回答>

各県より、介護予防対象者を選定する生活機能評価のうち、基本チェックリスト以外の実施を任意化したことは、事業の形骸化ではないかとの意見が示され、各県ともに、現時点では医師会として特に関与はしていないが、今後、各保険者との調整が必要であるとの認識が示された。

<日本医師会コメント>

21年11月に、地域支援事業の実施要項の改正に係るQ&Aが出たが、一応、この改正の目的は、あくまでも事業の効率化を図るというためであり、今後、特定高齢者の対象者把握の場合に、必ずしも基本チェックリストだけで判定する必要はなく、いわゆる従来の方法を用いても構わないということが書かれている。それについては2度にわたり日医から各都道府県医師会に通知を出させていただいている。

協議によって、従来の方法を取る場合もあるし、今回の新しい方法を取る場合もある。その際、市町村との協議で、利用者の不利益にならないような取り計らいをする必要がある。そこには医師会の先生方に大いに関係していただきたいと考えている。

(3) 在宅における訪問看護のマネジメントについて (長崎県)

<提案要旨>

国は、入院医療から在宅医療へのシフトを図ると言いながら、本来医師の指示で動くべき訪問看護が介護保険におけるケアマネジメントに組み込まれている。

このため、介護保険でまかなえないと言って、訪問看護の回数を減らしたり、看護師を派遣すべきところをヘルパーを派遣したりなどの事例がみられ、在宅医療の推進に支障をきたすこともある。

今回の同時改定で、在宅における訪問看護のマネジメントをケアマネではなく医師主導で出来る制度に改めることを強く希望する。

各県の意見をお伺いしたい。また、日医においては次の改定での変更を国に要望していただきたい。

<各県回答>

各県においても、利用限度額等の視点から、訪問看護より訪問介護が選択されている場合が多々あるとの報告があり、訪問看護における医療保険の適用範囲の拡大等について、次期改定に向けた検討が必要ではないかとの意見が提起された。

<日本医師会コメント>

この問題は、現在、厚生労働省の研究事業で、医療ニーズの高い高齢者に対しての訪問看護のあり方として、ケアマネジャーがどのような態度で望んでいるのかということの調査研究が行われているところである。

実際に、訪問看護が伸びず訪問介護ばかりが伸びており、福祉系のケアマネの場合には訪問介護を選択しがちであるという傾向が既に出ている。逆に言えば、主治医意見書の中に訪問看護が必要と書いてあるのに訪問看護が選択されないということが20%位あるというようなことも出ており、その一つに、利用者側が訪問看護はいらんと言われるということがある。その場合に、本当に医療が必要だと思っても利用者の意志を尊重してそれを選んではないということもあるが、本当に医療が必要な人にとっては、利用者がそういう意見を言ったとしても訪問看護は必要であると、きちんと勧めることができるようなケアマネの質の向上が大事なのではないかということで、今年度中にはその結果

が報告書として出されると思う。

基本的に、介護保険が優先ということであるが、本来、ケアマネジメントは担当者会議ケアカンファレンスの中で、主治医もちゃんと意見を言って、どういうケアプランを立てるかということで参加するはずであるが、それが十分されていないことも大きな問題ではないかと思う。ケアカンファレンスで訪問看護が必要であれば、訪問看護の必要性を十分説明していただきたいと思う。

どういったものを医療として訪問看護から出せるかということは、今後の同時改定で検討可能かと思う。

(4) 訪問看護ステーションにおける看護職員等の実態について (長崎県)

<提案要旨>

訪問看護は、要介護者等の在宅生活を支える地域包括ケアシステムの中心的役割を担う重要なサービスである。

厚労省は、平成16年度、今後5か年間の高齢者保険福祉施策の方向(ゴールドプラン21)で、訪問看護ステーションの設置目標を9,900か所(参考値)に増やすことを計画していたが、現実的には現状維持が精一杯な状況である。

厚労省の調査では、人員基準(常勤換算で介護職員2.5人以上)を満たせなくなり廃止に追い込まれたステーションが2009年度全国で85か所があり、休止に追い込まれた所が67か所ある。

また、基準人員数を満たさなくなった場合の具体的な取り扱いでは即休止または、廃止が4、当該月のみ猶予が7、当該月+αの猶予が5、次回の指定更新時まで猶予が0、状況に応じて具体的対応を決めるが最も多く31と自治体によって温度差がみられる。突然の休廃業は地域ケアシステムに甚大な被害を及ぼすことは必須であり、融通のきく制度運用が望まれるが、この問題について各県の状況や取り組みと日医の見解を伺いたい。

<各県回答>

各県ともに、訪問看護は、地域ケアシステムを支える不可欠な役割を担っていることから、安定したサービス提供体制を整備する必要があるとの見解であり、鹿児島県並びに本県では、訪問看護ステーションの支援事業として、コールセンター支援事業等が取り組まれている等の報告があった。

<日本医師会コメント>

コールセンター等、いわゆる訪問看護ステーションの支援事業を国が行っているが、それは23年度末で終了する。その後どうするのかということで、県によっては、福岡県のように県費を出す場合もあるが、医師会や薬剤師会、歯科医師会等の協力(寄付金)や会費制で賄っていくというところもある。昨日、その報告会があり、各県の報告を聞いてきたが、取り組みは様々で、予算が無くなった後、県がどのように対応するのかということに非常に心配している状況である。

また、距離の問題として、島根県では、訪問看護を行うのに40km離れたところまで行っているという報告があり、北海道では、片道1時間かかって行き、1時間の訪問看護を行い、また1時間かかって帰るということで、3時間に1人しかできないということで、非常に効率が悪く運営ができないという報告があった。効率的に行うには難しい地域もあるということも事実である。

一人開業の話だが、一人開業は基本的には日本医師会としては反対している。これは、訪問看護自体は24時間対応なり見取りなりということで、手厚くやろうということであるが、一人開業の場合だと、その方が病気した場合に、その一人開業を利用されている利用者はどうするのかということで、安定的に訪問看護サービスを受けるためには大規模化もしくは大人数持っていないと駄目だということで、過疎地については、サテライトのような形でやってはどうかということを主張している。サテライトであ

れば、関係書類の作成等の一括化や、管理者による一体管理が行えるため、訪問看護師も看護業務に専念することができ、24時間体制も取りやすくなるということで、一人開業に変わっては、サテライトか、なるべく大規模化、あるいはネットワーク化をして、経営を安定させるようにという方向である。

急に退職した場合に、大変になるということで、県によって対応が違うが、この問題については、弾力的な運用を求める要望書が日看協から長妻厚労大臣に提出されており、医師会としても同じように弾力的にということをお願いしているところである。

訪問リハステーションについては、訪問看護の中でリハをやっていたきたいということで、今のところ日医としては了解していない。

(5) 介護保険料の増加に伴う介護療養病床の行方について (大分県)

<提案要旨>

平成24年度からの第5期の保険料は、「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬改定で対応することを含め、必要とされる見直し事項の全てを盛り込んだ場合、現在の全国平均4,160円が5,200円程度になると試算された。これを5,000円未満にするため、種々の介護サービスの制限が提案されている。

平成23年度の介護療養病床廃止の延期は決まっているが、どういう形で介護療養病床が残るかは未だ不明である。

今回の保険料を5,000円未満に抑えなければならぬという方向性から考えると、平成27年度からの第6期も同様のことが想定され、現在の介護療養病床のままの継続が国民及び我々の要望であるにも関わらず、取り敢えず平成26年度末までの介護療養病床廃止の凍結と決定される可能性が高いと推測される。そうなれば、さらに長期間にわたって不安定な状態が続くことになる。

日医の見解及び各県のご意見を伺いたい。

<各県回答>

社会保障審議会介護保険部会が取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」の中で、“介護療養病床の廃止方針を撤回すべき”と記載されたところであるが、民主党厚生労働部門会議が取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する提言」によると、介護療養病床は11年度末の廃止を3年間延期するというもので、廃止そのものが撤回されたわけではなく、各県ともに、介護現場は、長期的なビジョンを踏まえた方向性が示せず未だ混乱している状態にあるとの報告があった。

各県より、日医においては、引き続き国に対して、介護療養病床の廃止の撤回を強く働きかけていただきたいと意見が出された。

<日本医師会コメント>

民主党の意見がコロコロ変わる部分があり不安定だが、基本的には療養病床は減らさない。2、3週間前に日医連の検討会があり、そこで足立前政務官の話があったが、38万床の療養病床は維持する、それを医療療養でいくというニュアンスで言われている。介護療養は廃止するが、療養病床は38万床維持するという言い方をされている。大きな問題は、医療区分1、ADL3、いわゆる介護療養におられるような要介護4、5の方々が、その病床ではたして採算ベースに乗るのかどうかということが大きな問題であり、これは検討の途中である。特に慢性期入院医療の包括評価調査分科会の中でもこれを検討しており、コスト計算も今やろうとしている。我々としては、介護療養の方の評価が高く、医療療養の医療区分1の部分は非常に低いということで、今のままであれば移れないということになる。これは保険局医療課と老健局老人保健課のせめぎ合いということもある。保険局の方は、医療に来てほしくない。いわゆる医療財源に限りがあるので、介護療養が全部医療に来ると、医療費の枠がかなり狭まってくるため嫌がっている。我々としても、介護保険のまま残せという方向でいきたい。

3年間の猶予があるということは決まったが、これはまだまだ流動的で、介護保険のまま残るといふ可能性も十分あるので、私達はそちらに残したいという方向で働きかける。そうでなければ診療報酬改定の中で、医療区分1の部分もしくは医療区分自体を見直すということも当然あるし、報酬を見直す、コスト計算をした上で、赤字にならないような報酬設定をするということを中心としていこうと思っている。

折角つくった介護療養病床を無くしてしまい、例えば特養に看護師を配置するというそういう姑息なことをやること自体が合理性がないと思っているので、介護療養を残す方向でロビー活動をしたいと考えている。

もう一つ心配していることが、介護職員（介護福祉士）に医行為をさせるということで、介護施設でそういった人達を受け皿にしようかという思惑が見て取れるので、我々としては反対しているという状況である。かなり苦しい部分はあるが、民主党も与党と政府の意見が統一されていないので、厚生労働委員会の人達に言えば、こちらの方が正しいと我々の主張の方に乗ってくれるが、閣内におられる方々は、やはり官僚とのやりとりの中で政府としての意見を出してくるので、そこで齟齬が出てきている。どちらが勝つかという話だが、法案を出すということになれば、我々も与党に強く働きかけていきたい。

(6) 特養の看護職について（熊本県）

<提案要旨>

特別養護老人ホームのユニット化が推進され、ユニットと多床室は従来の1事業体から別事業体としてカウントすることになった。それに伴い、職員の配置も多くの数が必要となり、ただでさえ現場の介護職、看護職の雇用に苦労しているが、特に看護職の採用について苦慮することとなった。

医師会では多大な苦労を重ねながら看護学校を運営し多くの看護師（准看護師）を養成してきたが、従来から看護職の不足は解消されていない。介護の質を上げるためには、看護師の数

も増やさなければならないが、そもそもユニットと多床室とを別の事業体とすることは現実的ではないと考えるので撤回を希望する。日医の見解はいかがか。

<各県回答>

各県ともに、ユニットと多床室を従来の1事業体から別事業体とすることの必要性自体に疑問を感じているとの意見であった。

<日本医師会コメント>

介護保険部会の中でも、かなり違う意見を申し上げた。報酬だけを別々にしたら良いのではないか、多床室を作らなければ低所得者は入れないという意見を申し上げたが、委員会の中で数人が、ユニット化をしなければ人権問題だという捉え方をされる方がいて、私は入れないほうが人権問題ではないかと言ったが、どうしても個室ユニット化を曲げることはできない、一部ユニット化を認めるとそれが進まないのだから後ろ向きになるというような意見をかなり強く言われることがあり、厚生労働省が困って、一部ユニット化を容認する、返還を出さないために別々の施設にし、100%ユニットと100%多床室、1つの建物でも2つに分け、一部ユニットが存在しないような形にしたということが実態である。

現状としては、混合型というのは今のまま残っていくが、一部ユニットが多床室と個室ユニットの2つの施設として残り続けるということになった。

何とか認めてくれということであったので、仕方ないということで、現状が出来るということでも了承したということである。

(7) お泊りデイサービスについて（鹿児島県）

<提案要旨>

国は、来年度から通所介護事業所で宿泊を可能とする「お泊りデイサービス」を創設する方針を打ち出している。利用者家族のレスパイトケアの拡充を考えれば有効であると考えている。

しかし現行の通所介護事業所の基準に、施設整備や人員基準等に上乘せし行うよりは、医療・療養病床を持つ医療機関等の通所リハビリテーションにおけるショートステイの利用者、有床から無床となった診療所の空きベッド（入院病棟）を柔軟に有効活用する方が、医療の質（感染対策、安全対策等）の確保から鑑みても得策であると考えます。

本件に関する各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、お泊りデイサービスとして新たなサービスを整備するよりも、既に質が担保されている病院や診療所、老健等を活用することが効率的かつ効果的ではないかとの意見であった。

<日本医師会コメント>

介護保険部会でもかなり反対意見を出し、ほとんどの委員がお泊りデイサービスは反対だと、質ももの凄く悪いという意見であった。

これは、東京都が、日常対応でモデル事業をやったところ、政務官や厚労大臣等が見学して、これは良いなという思い付きで、このようなアイデアが出てきたという経緯がある。ほとんどの人が反対の意見を出したが、政務三役がやろうと言ったので厚労省としては仕方なくこれを書いたが、反対が非常に強いので、今回の見直しの書き振りの中でもかなり後退した書き振りになっているので、たぶんならないだろうと思う。

基本的には、通いの施設基準のところ泊まった人を管理する責任ということについては、施設基準をかなり厳しくしているのでおそらく無理であろうと思うし、今申し上げていることは、有床診やそういったところ、もともとお泊り機能があり、施設基準がきちとしたところを活用してもらったら良いのではないかと、これは緊急ショートステイの話もあるが、そちらの方へのシフトをお願いしているところである。これは是非次の改定の時に実現したいと思ひ、

最重点課題としている。

(8) 在宅支援の介護サービスについて

(鹿児島県)

<提案要旨>

平成22年11月25日の社会保障審議会介護保険部会について議論のあった24時間対応の定期巡回・随時サービス、小規模多機能居宅介護と訪問看護ステーション等の複合型事業所、お泊りデイサービス等が議論されたが、上記の介護保険サービスについては、いずれも「良質な医療」があって成立するシステムであると考えます。

しかしながら、実態としては株式会社等の営利企業が事業を進めていくことも予想される。

上記を踏まえ、3つの在宅における介護保険サービスの議論について、日医の見解をお伺いしたい。

<日本医師会コメント>

24時間対応の定期巡回・随時サービスの問題だが、この問題についても部会の中で意見を申し上げているが、これは、本来は現在の訪問介護あるいは夜間対応型訪問介護サービスを整理すれば新しいサービス体系を作る必要はないという意見を申し上げている。特に、認知症対応については、滞在型でないとなし難いという利用者側の意見もある。

小規模多機能と訪問看護ステーションの複合型というものも、これは看護協会等がかなり強引に言ってきているが、私自身は、これは全く意味がないと考えている。本来、小規模多機能の3機能、泊まり、通い、訪問の3機能の中で、訪問看護が今までは外付けで付けてきたものを一体型にすると、従って小規模多機能の看護師の配置を増やして訪問事業をさせるということなので意味が無いと、その泊まりの部分については、それを居宅にするのかどうかということも、居宅なのか施設なのかということ、居宅であれば訪問看護として外から行くことは可能だが、施設であれば訪問看護はできない、

医療が提供できないということがあるので、小規模多機能と訪問看護ステーションではなく、有床診と小規模多機能の組み合わせ、こういった複合の方が、医療ができて良いということを上申しており、看護協会と冷戦状態というかバトルをしたところである。

営利企業の参入ということも認められるが、この問題については、各医師会で都道府県市町村と連携し、地域の医療介護ニーズを踏まえて介護事業計画を作成するとともに、そういったものが入ってこないよう慎重な対応をお願いしたい。

(9) 高齢者居住安定確保計画について (計画期間平成23年～平成26年) について (熊本県)

<提案要旨>

熊本県では、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づいて「高齢者居住安定確保計画」を策定する作業に入っている。当然、他の計画「住生活基本計画」「高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画」を踏まえ、「地域福祉支援計画」「やさしいまちづくり推進計画」とも調和図りながら策定されているようである。

計画素案の目標の中に「高齢者の住まい確保にあたっては、まずは施設等に比べて整備が進んでいないサービス付き高齢者住宅の供給促進について重点的に取り組みます。」という文書がある。

私は、一医師会いや、一市民としてこの目標の文章に危惧の念を持っている。前回のこの介護保険対策協議会でも発言したとおり、この、いわゆる有料老人ホームの有用性、重要性を否定するものではないが、現在の有料老人ホーム事業者の考え方は凄まじいものがあり、適正な質の確保、運用を望むべくもないというのが、ほとんどだと思う。囲い込み、給付限度額一杯の介護サービス提供、ニーズにあった適正さを疑うケアプラン作成等々がある。熊本県も事業者に指導、監督や介護従事者に研修を行うことを力説しているが、なかなか大変だと考えている。各県の先生方も、有料老人ホームについ

て、少し見聞していただき、このサービス付き高齢者住宅（介護サービス付き高専賃）について各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、有料老人ホームや高専賃等に対する行政の指導監督の仕組みを持たせることは必須であるとの意見であり、厚労省と国土交通省が共同で進めている「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の改正作業について、日医からも強く意見していただきたいとの見解が示された。

<日本医師会コメント>

高齢者の住まいの確保ということは非常に大きな問題で、確かに日本は欧米に比べて少ない状況にある。要介護2以上の人の人口比率は8.8%だが、住まいは4%位しか用意されていない。21年5月に、国土交通省が成長戦略を出し、2020年までに欧米並に増やすことを示している。従って、高専賃なり有料老人ホームなり、当然他の介護保健施設もそうだが、整備をしていくということは大事なことだが、特に今回の介護保険部会で見直しの報告で掲げられた24時間対応や訪問看護とデイサービス等の組み合わせで、中重度の要介護者を診ていくということも大切だが、今のお話にあったような事例は全国あちこちで聞かれており、厚労省としても頭を悩ましているが取り締まり方が難しい。

特に大きな問題になったのが、いわゆる貧困サービスのような形で、宅老所や高専賃等に、生活保護の方々を入れて医療保険を使う、介護保険も限度額一杯を使うということで、1人当たり凄い給付がされるというような非常にひどいモラルハザードが起こっている。厚生労働省もかなり意識して今調査中であるが、なかなかそれを取り締まる方法が見つかっていないという状況である。

何れそういったものは取り締まられると思うが、出来れば、介護の部分については、や

はりケアマネジメントが適切に行われていないということになるので、是非主治医の先生方が、かかりつけ医としてケアカンファレンスに出て、ケアプランをチェックするという対応していただく。今のところそれしか無いと考えている。この問題は問題として認識しているので、厚生労働省ともよく相談していきたいと考えている。

(10) 介護認定審査会委員を悩ませる介護認定調査の特記事項記載の考え方について (大分県)

<提案要旨>

認定審査をする場合、先ず「認定調査項目」のチェック内容及び「障害自立度」・「認知症自立度」で申請者のイメージをほぼ把握した上で、特記事項でそのイメージと矛盾がないかの確認を行っているが、両者のイメージにかなりかけ離れた症例を認めることがある。具体的には、「認知症自立度」がⅡa～Ⅱb、かつ特記事項では問題行動を伺わせる記載があるにも関わらず、「認定調査項目」の第3群（認知機能）・第4群（精神・行動障害）に全くチェックのないことが時々見られる。「認定調査項目」のチェック内容で一次判定がほぼ決定されるため、「非該当」になっている。二次判定でアップさせなければならないが、症例によっては十分時間を費やしても理由付けが困難な場合もあり、審査会委員を悩ませている。「認定調査項目」のチェック内容と特記事項の内容のイメージは、ほぼ同じであってほしい。

次に、特記事項の記載量が多すぎる点が、予習の際に審査会委員を悩ませる2番目の大きな問題点と感じている。認定調査員には、自分が認定審査をすることを想定して、審査会委員のためにポイントをまとめ、内容を絞った読ませる記載を要望したいが、この二つの問題を生じさせている主因は、「認定調査項目の選択に迷ったら、迷わず特記事項へ」との認定審査会任せの「認定調査員テキスト2009」の間違った指導であると思われる。これらの問題を改善するた

めには、「認定調査委員テキスト2009」の特記事項記載の考え方を、単なる追加事項ではなく、介護の手間を推定するのに十分参考になる簡潔な記載内容に変える必要があると考える。

日医の見解及び各県のご意見をお伺いしたい。

<各県回答>

各県ともに、特記事項の記載内容や記載量のバラツキを懸念事項の一つとしており、佐賀県、宮崎県、福岡県、鹿児島県より、簡潔かつ平準化された記載内容とするためには、研修会を繰り返し行うことが重要であるとの意見が示された。

<日本医師会コメント>

認定調査項目の選択に迷った場合の記載は、基本調査の定義に上手く当てはまらない場合と微妙なケースだが、その場合、認定調査員が判断するのではなく、その状況を記載し、認定審査会の判断を仰いで調査の標準化をするということが本来だということだと思う。この特記事項の書き方については、前回の要介護認定の見直しに係る検証検討委員会の中で、調査員のテキストを修正して、修正の考え方や書き方、内容について、いわゆる事例集のようなものを出して、それを自治体で周知するということを申し上げた。要は認定に資するような書き振りをしていただきたいということで、書き方の事例を出した訳だが、この議論をした時に、逆に主治医意見書の特記すべき事項も何も書いていないということはかなり批判された。日医としてやはり面目が立たないので、我々としても主治医意見書の特記事項等についてもきちんと書き込めるような事業を今年度行うと申し上げたので、要介護認定における主治医意見書の記載方法に関する調査研究事業というものを立ち上げており、我々もその事業の中に委員として入り、今現在取り組んでいるところである。今年度中には一応最終報告を出す、なかなかこのように書いて下さいと言っても、書いてくれない、書けない人が勉強してくれないというこ

ともあるので、いろいろなツールを作ったとしても上手いかないかも知れないが、地道な努力が必要と考えている。

大分県：むしろ書き過ぎが問題である。せめて、特記事項なので、特別に記載しなければいけないような内容をできるだけ短くということが意味としてあるが、今は追加事項ということになっていると感じる。とても全部読む時間がない。そういう事を審査員として訴えたい。

(11) 地域包括支援センターの課題について (熊本県)

<提案要旨>

平成23年度末の診療・介護報酬同時改定に向けて、介護分野では、社会保障会議の介護保険部会とか、また「地域包括ケア研究会」等で議論されているようで方向性が決まったものもあるようだ。

その中で、地域包括ケアに重要な役割を担う地域包括支援センターについて下記の課題を提起し、各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

1. 要支援、要介護の認定区分変更による介護支援専門員の交替について
2. ケアプランの様式と予防プラン作成料金について

予防プランと介護プランを統一してほしいとの声が多い。

また、予防プラン作成料金は、その作成プロセスにかかる時間などから考えても低額であり適切でないとの声も多い。

3. 地域包括支援センターの機能向上について
熊本県では「認知症連携担当者」と「地域介護コーディネーター（仮称）」を配置するような提言が出されている。運営的には大変だと考えられる。

<各県回答>

介護支援専門員の交替については、佐賀県、大分県、福岡県、鹿児島県より、介護支援専門員の認定毎の交替については、その要件を緩和

すべきであるとの意見であったが、長崎県より、介護支援専門員を継続させると今以上に囲い込みの弊害が蔓延するのではないかとの意見が示され、まずは地域包括支援センターのあり方自体を問うべきではないかとの見解が述べられた。

ケアプラン作成料金については、各県ともに、予防プランの作成は地域包括支援センターにとって大きな負担となっており、適切な評価が必要であるとの意見が示された。

地域包括支援センターの機能向上については、各県ともに、その必要性は感じているが、現時点で、地域介護コーディネーター等が配置される予定は無いと報告された。

<日医コメント>

要支援と要介護の振り分けだが、これは介護保険部会でも、地域包括支援センターの介護予防に関するケアプランの作成について、ケアマネ事業所に移してはどうかということがあったが、居宅介護支援専門員事業協会から反対の意見が出た。今は、各地域で弾力的に運用しているというだけであり、それはそれで良いと思うが、現在、これは検討中ということであり、今後どのように記載されるかを注視していきたいと思う。

ケアプランの様式と予防プラン作成料金については、日医への要望として承る。

地域包括支援センターの機能向上の話だが、これは大牟田市がコーディネーター方式として部会の中でも成功例として紹介されている。我々としても地域包括支援センターの機能向上が非常に大事だということで、介護保険部会の中でも、見直し案の中で書きこんでいただいている。基本的には人を沢山配置して強化するためには予算がいるということで、これについても引き続き要望していきたいと考えている。

(12) 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用禁止について (宮崎県)

<提案要旨>

現在の介護保険制度の規定では、訪問リハビ

リテーションと通所リハビリテーションを同じ月に行うことが禁止されている。患者さん自身の状態や家族の都合によっては、月の途中で変更せざるを得ないことがある。また回復期病棟から退院して自宅に戻った際に起こるリハビリの量と質の低下に戸惑う患者さんも多い。もっと柔軟に訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの同時利用が可能になるように規定の見直しが必要である。

<各県回答>

月の途中で本人の状態が変わり、通所リハで対応できなくなり訪問リハに切り替えるということは可能性としては考えられ、熊本県、鹿児島県、本県においては、併用は可能と考えるとの回答が示された。

<日本医師会コメント>

基本的には、訪問サービスを受ける人は通所が困難な人ということが考え方のベースにある。21年4月から、老健施設の通りハ利用者が通所できなくなった場合でも、その後、直ぐに円滑に訪問リハが出来るようにということで、通りハ最終利用日から1か月について、その直近の日の施設のドクターによる診療による指示があれば訪問リハが利用できるということになった。要は月の途中で要介護の状態が変わるといことがあれば、両方利用できるということなので、ケアプランを見直すということでの対応が可能かと考える。

(13) 保険料の均一化について (鹿児島県)

<提案要旨>

介護保険における第4期の第1号保険料は、全国平均は4,160円であり、鹿児島県の平均は、都道府県の中で全国平均に最も近い4,172円である。

しかしながら、都道府県平均では、最高は青森県4,999円、最低は千葉県3,696円と大きな

差が生じている。鹿児島県内の市町村においても同じ状況であり、4,000円から5,000円未満の市町村が45市町村の内29市町村であるものの最高は5,100円、最低は2,750円と大きな差がある。

介護サービスを受ける利用者は全国ほぼ同一のサービスを受け、ほぼ同一の利用料金を支払っているため、保険制度とは言え、保険料の格差の是正が必要だと思われる。

このため、保険者を市町村単位から都道府県または国レベルで統合して保険料の平準化を図る必要があると考えられるが、各県の意見をお伺いしたい。

<各県回答>

本県においては、第3期県平均額4,875円に対し第4期県平均額4,882円と7円の増であった。県内市町村においては、最高が与那国町5,720円、最低が竹富町2,616円となっている。

保険料の均一化については、各県ともに、保険料の平準化を議論するためには、各地域におけるサービスの平準化も併せて議論する必要があるとの見解が示された。

<日本医師会コメント>

確かに、被保険者数により保険料がばらつくということは当然であり、段階別定額方式が更にそれを助長化している可能性があるが、平準化した場合にどうなるかというシミュレーションは必要だということが2008年にも言われていたが、まだ結果は出ていないのではないかと思う。

基本的に第5期以降5,000円を超えるだろうということで、財政安定化基金の取り崩しを充ててほしいということも政務三役の方からも要望が出されている。これによって180円程度引き下げられるということも想定されているところである。

印象記



副会長 小渡 敬

平成23年1月29日に九州医師会連合会の平成22年度第2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いた。

介護保険の分野では昨年12月に厚生労働省が介護保険法等の一部を改正する法律案として医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ間なく有機的かつ一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現を目指す方針を示している。その中には医療と介護の連携強化や認知症対策、高齢者の住まい整備や施設サービスの充実等が重点ポイントとして示されているが、内容が漠然としており総論ばかりで各論が見えて来ない。

そのような中で介護保険対策協議会が行われたので各県からの提案事項が13題あったが、一貫性がなくばらついている状況であった。最も関心の高い介護報酬改訂については、日医の三上先生からも何も情報がなく審議が遅れている印象を受けた。今年の夏までにある程度の案が出来上がらなければ十分な議論が行えないので、早急に審議を進めてもらいたいものである。しかし現在の民主党政権では介護保険法の改正どころか次年度予算すら成立が危ぶまれているので、腰を据えて議論が出来ないのではないかと懸念している。

ちょうど新燃岳が噴火している最中で、鹿児島市内も灰に覆われているのかと思ったが、市内には降灰はほとんどなく普段と変わらない状況であった。宮崎県側に大量に降灰しかなりの被害が出ているようで、早く噴火がおさまるのを待つばかりである。



3. 地域医療対策協議会

副会長 玉城 信光
常任理事 安里 哲好



協 議

(1) 子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金について (佐賀・宮崎・大分・熊本県)

<提案要旨>

平成22年度より、「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金」(以下、「特例交付金」という)により子宮頸がん予防(HPV)ワクチン、ヒブ(インフルエンザ菌b型)ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの接種事業が実施されるが、下記事項について、各県の現状や問題点についてご教示いただきたい。

- ①接種料金の設定について
- ②広域化(市町村間の相互乗り入れ)について
- ③接種開始期日
- ④接種スケジュールへの対応

(Hib、小児用肺炎球菌ワクチンについては、3種混合ワクチンなど定期予防接種との関連もあり接種スケジュールはどのように対応されるか)

⑤その他(ご意見・問題点等があればご教示ください)

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとおりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

本件については、平成22年12月13日付の文書でもって、都道府県医師会、郡市区医師会に情報提供を行った。内容は概ね以下のとおりである。

- ・接種費用については、基準額を下回らないよう実施市町村と交渉することを希望する。
- ・ワクチンの納入価格については、来年4月1日迄に実施する市町村については、業者と十分な調整を行うよう希望する。
- ・公費カバー率が9割となっているが、残り1割については、市町村財源或いは、一部負担金徴収、又は所得制限を設ける等、当該市町村に委ねられている。

- ・健康被害に対する補償については、今回の実施主体は市町村であるので、例えば、市町村が所得制限を設定し、全額自費で接種を受けた場合においても、健康被害の対象となる。
- ・副反応については、所定の書式を用いて直接厚生労働省に申請していただく予定になっている。

上記、コメントを受け、以下のとおり意見交換が行われた。

＜主な意見・質疑等＞

- 大分県：ワクチンの納入価格が12,000円となっており、接種料金の設定が安すぎる。本県では卸を通してメーカーと交渉したが聞き入れて貰えなかった。次回は改善していただきたい。
- 藤川日医常任理事：4月以降の価格について、厚労省は4ヶ月毎に実勢納入価格を調査して設定するということである。
- 福岡県：当該ワクチン接種に際しては、医療機関も十分な説明を受け留意事項を理解する必要があるとしていることから、本県では、メーカー側から実施医療機関に対し説明をしてもらうようにしている。
- 藤川日医常任理事：日本医師会において、来る2月27日に予防接種講習会を開催し、その中で説明するので多くの会員にご参加いただきたい。
- 宮崎県：接種対象者は中1から高1となっており、高1生はあと2ヶ月しか期間が無い。宮崎で既に当ワクチン接種が開始されているのは4市町で、高1生は対象から外れる人達が出てくる可能性があるが、他県の状況を伺いたい。
- 藤川日医常任理事：全国の市町村で3月までに実施するのが2/3、4月以降の実施が1/3となっている。
- 大分県：本県の某市町村では3月中に接種するとい意思表示をすれば、4月以降であっても補助すると言っている。
- 長崎県：長崎市の場合は、本会が交渉し4回目の接種が4月以降であれば、4回目の接種料金は全額市が負担することになった。

(2) 「地域におけるうつ病に関する支援体制の強化」事業について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

厚生労働省の平成22年度補正予算により、「地域におけるうつ病に関する支援体制の強化」事業（平成22～23年度事業）として、九州各県へ1,000万円前後の交付金が配分されることになっている。

事業の柱は、①精神科医と一般かかりつけ医の連携強化、②精神医療関係者への研修の2つ。鹿児島県は、医師会や精神科病院協会への委託を考えているとのことであった。

①については、国は、静岡県富士市で取組まれている、一般かかりつけ医（産業医）と精神科医の連携強化・専門医への紹介促進などの「富士モデル事業」を全国に広げたいとの考えのようである。

②については、精神科医療関係者の資質向上を目的に研修会を実施して欲しいとのこと。

本県では、事業の実施方法等を検討しているところであるが、各県の検討状況をお伺いしたい。

当議題については、時間の都合で協議は出来なかったが、紙面回答における各県の状況は以下のとおり。

平成23年度より、医師会が関与して当該事業の実施を予定しているのは、佐賀、宮崎、長崎の3県、熊本は交付金の配分は確認されているので医師会に対し相談があれば検討する。沖縄、大分については、今後行政側からの説明を受けて進めて行く。

(3) 慢性腎臓病（CKD）予防対策事業について（福岡県）

＜提案要旨＞

福岡県においては、年々増え続ける慢性腎臓病の予防対策として、腎疾患の発症・重症化予防、人工透析への移行の減少・遅延を目的として、普及啓発及び地域かかりつけ医等との連携体制の構築を図るため、平成21年度より腎疾患予防対策検討委員会を設置し、専門研修会

(平成21年度2回)や腎疾患予防対策モデル事業(モデル地区 中間市)等を実施した。

本年も県内2ブロックで専門研修会を開催し、さらに北九州市では地域連携クリティカルパスの作成、専門医療機関の登録等の準備を進めているが、県全体での実施に向けて県内統一基準を作るべく腎疾患予防対策検討委員会で協議予定である。

そこで、九州各県の慢性腎臓病(CKD)予防対策の現状と今後の予定をお尋ねしたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとおりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

日本医師会の取組としては、関係団体との連携という事で日本腎臓学会、日本透析学会、日本小児腎臓病学会の3学会が中心となって2006年に設立された日本慢性腎臓病対策協議会に参画しCKD対策に取り組んでいる。また、日本腎臓学会が日本糖尿病対策推進会議の構成団体として加入しており相互に連携をしている。

日本糖尿病対策推進会議では糖尿病による腎障害が増大している事から、糖尿病腎症をテーマとした啓発ポスターの作成や尿中アルブミン実態調査等を行っている。市民向け啓発事業においては、平成21年2月8日に日本医師会の市民公開フォーラム「知って防ごうCKD(慢性腎臓病)」が開催され、NHKの教育テレビ等で放送された。その後DVDを作成し都道府県医師会、郡市区医師会に送付した。

医師向け啓発事業としては、CKD患者診療のエッセンス作成、かかりつけ医と専門医との連携推進等を目的に日本腎臓財団から発行され、日本医師会および日本腎臓学会が監修している。日医の全会員に対し昨年の日医雑誌4月号に同封している。生涯教育としては日医雑誌特別号として136号に腎・泌尿器疾患診療マニュアル(小児から成人病まで)を発行している。さらに、日医雑誌第138号第8号にCKDの概念と対策を作成した。

厚労省では、2008年4月から2012年3月まで腎疾患重症化予防のための戦略研究を実施しており、全国15の幹事施設、56の郡市区医師会により実施されている。

今後、地域におけるかかりつけ医と腎臓病専門医の連携体制を図るため、日本医師会も積極的に協力していくこととしている。

その他、日本慢性腎臓病対策協議会主催による世界腎臓病講演会等、CKD啓発イベントが毎年3月に実施されている。

上記、コメントを受け、以下のとおり意見交換が行われた。

<主な意見・質疑等>

○福岡県：この事業は主に平成20年から始まった特定健診と非常に密接な関連があると思う。その中で残念ながら国の基準としてクレアチニン、尿潜血が必須になっていないので、日医から必須項目となるようプッシュして頂きたい。

(4) 地域産業保健センターについて(大分県)

<提案要旨>

地域産業保健センター(以下地産保センター)については実施主体が郡市区医師会から県単位に変わり、現場は混乱に見舞われている。当県においては準備期間の短さ等から県医師会として受託を見送った経緯がある。平成21年度末に事業実施医師会のヒアリングを行ったが事業の効果自体を疑問視する声が多かった。

当県では本年度は県の産業保健推進センターが事業を行っているが、来年度以降県医師会として事業受託するかどうかは未定である。現在県医師会として地産保センターを受託している県に事業の現状について是非情報を頂きたい。

昨今の厳しい経済状況下においては地産保センターが対象とする雇用50人未満の事業所における産業保健活動の重要性はさらに増すものと思われる。地産保センターの現状について以下のような問題点につき日医のお考え、見直しなど併せて伺いたい。

- ①事業自体が予算執行上の縛りが多く現場に即した柔軟な活動が行いづらいのではないか
- ②現在の業務内容は定期健康診断関連が多いと聞いているが、今後国が重点を置くメンタルヘルスや過重労働対策について対応できる人、予算が担保されるか
- ③労働基準監督署、地域行政などとの連携の現状について
- ④全国の地産保センターの実績、活動内容など
- ⑤現在受託している県で産業保健推進センター、メンタルヘルス対策支援センターとの連携などは効率的に行われているか

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

- ①現在は厳しい縛りがあるが、次年度からは、都道府県医師会が受託した場合に、医師の傷害保険料の管理的経費や派遣社員等の臨時雇用にも支出ができるようになっており、相当程度柔軟な運用が出来るものと理解している。
- ②平成23年度は、事業仕分けの指摘に基づいて暫定的な対応となっているが、24年度以降は、医師がメンタルヘルス不調者への介入等新たな枠組みが行われることになっており、地域産業保健センターのニーズはますます増加することが見込まれており、日医としても必要な予算を獲得すべく厚労省に要請する。
また、従来のメンタルヘルス不調者への対応は、産業医の有資格者となっていたが、23年度からは、メンタルヘルスに対応可能な医師を活用することになっている。
- ③円滑に事業を実施するためには、労働基準監督署や地域行政との連携は重要な事であると理解しているが、都道府県によって状況は異なっているものと思われる。
- ④当該センターの22年度の活動実績状況については、現在、厚労省の労働衛生課で中間報告を集計中であると聞いており、日医としては把握していない。
- ⑤産業保健支援センターとメンタルヘルス対策

支援センターの支援により、地域産業保健センターの円滑なる事業運営と充実が図られているものと理解しているが、都道府県医師会によって状況が異なるものと認識している。

以上の日医藤川常任理事のコメントを踏まえ、以下のとおり意見があった。

- 大分県：現在の産業保健のあり方自体を問い質す必要がある。国はメンタルヘルス対策、過重労働者対策を打ち出しているが、安全衛生法の産業医の職務規程で月1回の職場巡視が謳われているが、現実の問題として、年3回でいいから対象事業所を4倍に増やしたほうが良い。全ての労働者に産業保健を提供するという理念に考え直す必要があるのではないかと。
- 佐賀県：本県では、郡市区医師会が委託を受けている4つの地域産業保健センターがあるが、1カ所のセンターに運営に関する指摘があり、他のセンターもやる気が削がれているのが現状である。
- 熊本県：地域産業保健センター事業で全ての小規模事業所の産業保健をカバーできるわけではなく、あくまでも当該事業はサンプル的事業だと思う。要は当該事業を国民に理解して頂くことが大事であり、50人以下の小規模事業所の産業保健は我々医師会が担うべきだと認識に立って、地域産業保健センターは医師会が受託すべきである。

(5) 医療ツーリズムについて (沖縄県)

<提案要旨>

平成22年8月11日、沖縄県福祉保健部との連絡会議の中で、県は新たな沖縄振興に向けた制度提言として「医療特区制度の導入について」の提案を考えており、県医師会の意見を要望された。医療特区申請には、現行医療制度との関係、そして多くの医療関係者の協力・同意等、莫大なるエネルギーを要する。また、混合診療、先進医療、新薬・医療機器の早期導入の問題、外国人医師の公的保険診療、医療ツーリズム、現在の地域医療の保持・継続等、多くの

問題がある。一方、誰が旗を高く掲げ進んで行くのか、どこが実働部隊になるのか、どこが支援部隊になるのか等もあり、時期尚早であるとの意見を述べた。

一方、琉球大学や複数の医療機関等が参加し「沖縄ウェルネス産業研究会」を立ち上げ、県行政に答申している。更に、県は沖縄を「世界に開かれた交流と共生の島」と位置づけ、加えて平成23年度に外国人観光客30万人を目標としている。その一環として、観光商工部が「医療ツーリズム」を促進事業と考えており、「医療ツーリズム戦略検討委員会」への委員としての要請が県医師会にあり、派遣することになった。その際の県医師会の立場として、①外国人観光客増に対しては発病・急変時の対応（通訳、医療費、患者受け入れ態勢）を整え支援する。②外国人の医療従事者の研修・教育を支援する。③外国人の人間ドック（自由診療として）は容認する事を確認し、委員会に参加することになった。

「医療ツーリズム」に対して、日本医師会は反対の姿勢を明確にしているが、各県医師会の現状とそれに対する考え方をご教示いただきたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

日本医師会では2010年4月14日の記者会見で医療ツーリズムについて、深刻な医師不足、看護職員不足からくる医療崩壊を食い止め、地域医療を確保することが最優先の課題であるとし、諸外国の医療ツーリズムの現状を踏まえて慎重に検討すべきであり、現時点で検討に着手することは認められないとの早々の見解を示している。

その後、6月9日の会見では、「混合診療の全面解禁と医療ツーリズム」と題して、医療ツーリズムが混合診療の全面解禁への後押しとなり、国民皆保険の崩壊に繋がるとして、医療ツーリズムに対する反対の姿勢を明確に示している。

一方で、6月18日に閣議決定された新成長戦略では国際医療交流の一環として2012年か

ら外国人患者を本格的に受け入れることが示され、これを受けて厚労省は来年度予算の概算要求に外国人患者の受け入れに資する医療機関の認証制度の整備をあげ、各都道府県では独自の取り組みを検討するなど、医療ツーリズムに向けての動きがある。

日医は、各地域における医療ツーリズムへの間違った認識からくる期待、地域医療の崩壊が現実となっている状況において医療ツーリズムについての具体的検討が始まっていることに対し危惧しているところである。

今般、各地域における医療ツーリズムに関する動きを都道府県医師会を通じて改めて把握した。その内容は平成23年1月26日の定例記者会見において公表した。調査は47都道府県医師会を対象に各都道府県における医療ツーリズムに対する動向、検討、実施主体、進捗状況、各都道府県医師会との関係、目標および実現可能性を尋ねた。第二に医療ツーリズムに対する各都道府県医師会のコメントを記載いただいた。調査期間は11月～12月である。

調査回答として、医療ツーリズムに関する動向は、具体的な動きがあるのは22件、漠然とした動きがあるのは8件、不明またはなしが17件であった。医療ツーリズムに対して明確に反対を示しているのは28件、どちらかというところ反対が6件、中立が7件、コメントなしが6件となっている。

今回の結果では日本医師会の見解に賛同して医療ツーリズムに対して反対の県が多くみられ、日医が率先して国に進言して欲しいという強い意見もあった。

医療ツーリズムに対する主な反対の理由は、①混合診療の全面解禁に繋がる、②国民皆保険制度の崩壊を招く、③地域医療の崩壊を招く、④医療機関格差の助長、⑤地域間格差の助長、⑥所得格差の助長、⑦医療の営利産業化・市場原理の導入に繋がるというものである。具体的な例をあげると、先端医療の特区構想がある兵庫県では、医療ツーリズムの事業展開は地域医療体制整備の障壁となるばかりか、医療本体へ

の営利企業の参入を契機として混合診療の拡大に繋がり、国民医療の平等性、非営利性を著しく損なう「亡国のシナリオ」であるとの回答が寄せられた。

日医としては今回の調査結果を受け、医療ツーリズムの動向が全国的な広がりを見せている事は改めて認識し、その流れを食い止める当該資料を政府へ提言するなどロビー活動に活用するほか、都道府県医師会においても地元選出の国会議員との議論に資する資料として提供し、国民医療を守る姿勢を強めていく所存である。

＜主な意見・質疑等＞

■藤川日医常任理事：地域医療計画を蔑ろにして特区が動いた場合、医療スタッフは地域から募集をかけることになるので、医師や看護師らが自由意志による引き抜きが行われることを阻止できるのか。特区を一度許すと自由市場に放り出される危険性がある。

■葉梨日医常任理事：10年以上前から医療ツーリズムは行われており、100万人の規模であろうと言われている。特にハンガリーで多かったが、アジアではインドやタイ、シンガポール等の2,000床ぐらいの病院で旅行のツアーを組んだり、周辺ホテルをもったり、観光客を誘致して行われている。1兆円市場と言われているが、近々6兆円ぐらいまでにあがるだろうと言われている。日本でどういものが外国から繰り入れられるのか考えると、高度医療機器が世界一で内視鏡検査が優れていることはあるが、それほど日本に多く呼び寄せられるとは思わない。高度の医療を受けるところか、安く受けられるということではインドが該当するが、イスラム教などの宗教と結びついており、移動しながら医療を受けている形態もある。それほど思惑通りに儲かる産業として出来るかは疑問である。シンガポールでは医師の引き抜きに5倍の給与を提示している等、医師の偏在が生まれることが考えられるので、地域医療がなるべく崩壊しない様にならなければならない。

(6) 地域医療再生基金（拡充）について
(福岡県)

＜提案要旨＞

平成22年度補正予算により、地域医療再生基金（拡充）に2,100億円が計上された。これについては、全県下で取り組むようになっているが、九州各県の実情についてお伺いしたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の葉梨常任理事より以下のとりコメントが述べられた。

【日本医師会 葉梨常任理事よりコメント】

地域医療再生基金は一昨年の自民党政権に引き続き、民主党政権が2,100億円の補正予算を計上した。前回と違うのは三次医療圏までの広域を対象としている。基金が医療崩壊に対して出ているが医師会ではなく都道府県単位に下りており、希望するものが通らない現状にある。また、受付の期日が非常に短期間である。期日については先日2ヶ月程度の延長が発表されたが、日医としては政府や厚労省に働きかけて、医師会等関係団体の意見を聴くと言う文言を入れることが出来た。

今回の対象事業は公立病院の建て直しによる施設整備等のハード面だけではなく、ソフト面（地域医療や医療連携等）に使えるよう各医師会にも働きかけていただきたい。ある雑誌の座談会の中で厚労省保険局の幹部職員が医師や医療機関を指導して、ある方向に持っていくことは診療報酬が有効である。しかし、地域医療計画について方向性を持っていくには地域医療再生基金が一つの大きな武器になると発言している。官僚が地域の医療計画を思うとおりに引っかき回すことがないようにするには、現場の医療機関から声をあげて使っていくことが重要である。

＜主な意見・質疑等＞

○鹿児島県：①15億円は各県に配布され事業者負担はないのか。②加算額105億円については事業者負担があることが望ましいとされているのか。

■葉梨日医常任理事：日医からは負担が発生

するのでなくフリーに使えるよう発言してきた。

○長崎県：ハード面は事業者負担があり、ソフト面の場合は負担なしと聞いているが今回の通知で変更があったのか。

■葉梨日医常任理事：望ましいという事で、必ずしも地元で半分出さなくても良いという書き方がされているが実際どこまで適用されるか分からない。

■藤川日医常任理事：15億円の部分は負担がなく自由に使ってよいと思う。加算額については緩やかな表現となっており、来週以降、県から通知があると思われるのでご確認いただきたい。

○福岡県：病床数10%削減については文言が消されたのか。

○鹿児島県：残っている。全額ではないが26年度以降も継続できる事業で無いとだめ。

○沖縄県：前回の会議でも話したが、一番大切な事は追加で補助金が出るよりも、現在始まっている事業があるので、それを後押しする26年度以降の予算を付けて欲しい。沖縄では全島統一のクリニカルシミュレーションセンター建設に向け、設計、機械導入と進めていくと、結局、運用は1年しかなくなる。

その後、2年程度継続できると事業としてかなりの効果が出ると考えている。

■葉梨日医常任理事：日本医師会でも努力する。

<各県の事業案の検討状況>

○佐賀県：中部医療圏を中心に①がん医療の充実、②医師会を含めた医療関連の総合施設、③看護学校の支援金。

○宮崎県：①腎バンクのハード整備、②医師会看護学校指導教官の育成資金、③大学のドクターヘリ運用のためのコーディネーターの育成、④加算額に申請し、都城市医師会病院の新築移転にしたい。

○沖縄県：①現行のIT地域医療連携の拡充、②産婦人科医師の養成、③がん医療の充実。

○大分県：遠隔画像診断システムの構築（前回外れた部分）。

○長崎県：①あじさいネットの充実、②県内全域であじさいネットのハード機器整備、③がん検診、④医師偏在→総合医の派遣、⑤救急医療（ITを活用した離島に対して）。

○熊本県：①IT医療連携と教育、②大学を中心としたIT化した連携を推進→テレパソロジーを各中核病院にて整備、③大学にメディカルクラーク養成等の医療人育成センター。

○福岡県：①感染症・結核病床の整備、②女性医師問題を含めた医療人材の育成。

○鹿児島県：①医師会病院と公立病院の合併、②各医師会病院の統合化等が議題にあがっている。

(7) 各県の医師確保対策について（長崎県）

※ (7) (8) 一括協議

<提案要旨>

長崎県では、平成20年より小児科、産科の医師確保対策として、長崎県小児科・産科医師確保緊急対策資金を創設している。これは、県内に勤務を希望する初期、後期臨床研修医師に研修資金を貸与する制度で、今年までの2年間に小児科14名、産科12名がこの対象となっている。

長崎県としては、予定の20名を超え、充足したものと判断で今年度で打ち切る計画のようである。しかし、NICUのベッド不足・医師不足により県外への母体搬送例が現在も多くあり、周産期医療の充実にはほど遠いものがある。その理由として小児科医は増えたが、NICUの専門医が不足している現状がある。

私たちとしては、県内の医療事情を考えると、現在、最も危機的状況にある救急医療とNICUに絞ったこの研修資金の制度の存続を希望しているが、他県ではこのような制度の現況は如何か。

(8)「専門医としての総合医」の確立について (宮崎県)

<提案要旨>

今、まさに、日本の医療は崩壊の危機にある。国の社会保障政策、診療報酬のあり方、病院勤務医師の不足、診療科の偏在、地域の偏在、救急医療の苛酷な現状、医療訴訟の増加等々、種々の原因が考えられる。

特に病院勤務医師不足の解消、診療科ならびに地域の偏在の解消、救急医療の現場の苛酷な現状の解消は喫緊の課題と考える。

国・県も可能な対策を講じ始めたが、どれも中・長期的な対策であり、速効性には厳しい。

そこで、速効性が期待できる対策の一つとして、「専門医としての総合医」の確立も上がってくるものと思われる。

平成22年4月に、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会が合併して、日本プライマリ・ケア連合学会が誕生した。そして、「専門医としての総合医」の認定にむけて大きく動き出した。これからの医療の流れを変えうる大きな変革だと考える。医師会としてこの流れにどう携わっていくべきか、各県医師会のご意見と、日医の考えを伺いたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の葉梨常任理事より以下のとおりコメントが述べられた。

【日本医師会 葉梨常任理事よりコメント】

日本医師会では医師数の不足や偏在をどうするか考えた際、国で言っている程医師数は不足していないということで、医科大学を創ることに対しては反対している。

日医では医師の養成について一つの案を発表した。それは、医学部教育と初期臨床研修制度の見直しで、地域の大学を中心に8年かけて医師を養成するという理念の下で作成したものである。1～4年生まで一般教養を見直し必要な教育を学ぶ。また、1年生から臨床医学の実習を積極的に取り入れる。4年生の時に医学的知識を問うCVT試験や客観的臨床能力試験 (OSCE)、臨床実習資格試験を実施し臨床実習の免許を交

付 (法的整備を踏まえ) することを想定している。5～6年生では、見学ではなく医行為に参加できるような臨床実習を行う事も考えている。

医師免許獲得後の2年間は、プライマリケア能力を獲得することを目標に一般臨床医として育成する。1年目は、内科、救急、地域医療、精神科を中心に、2年目には将来専門とする診療科のプライマリケアを中心に行う。

そのような中で、なるべく都道府県毎に出身大学の地域で臨床研修を行うという方式を検討している。そうする事である程度地域に医師が定着するのではないかと考えている。

どうしても都市部に医師が集中すると大学の医局制度が機能しなくなったので、派遣機能も上手くいっていない状況である。一定の医師の修練するプログラムを全国的に作成していればと考えている。

小児科・産科の医師確保策については具体的な回答は直ぐに出せない。

<主な意見・質疑等> ※ (7)

- 長崎県：①沖縄で脳神経外科の対策があげられているが成果としてあがってきたのか。②鹿児島で医師不足対策基金として7,600万円を集めているが毎年集めているのか。
- 沖縄県：脳外に関しては対策不十分で増えていないのが現状である。ただ、公募した時点で離島に配置された背景がある。
- 鹿児島県：平成21年度に医師自身が寄附を集めたのが7,600万円を3年間を予定していた。その後は県が事業を担うという事で調整を進めている。今年度は1,000万円程度だと思われる。

<主な意見・質疑等> ※ (8)

- 診療科格差を解決するには何らかの適正配置が必要。そういう意味での8年間のうちの2年間は適正に動くのではないかと考える。そのような中でプライマリ医 (総合医) に繋がるのではないかと。若い医師の間で、家庭医療学会の入会が急速に増えている状況で、家庭

医や総合医に魅力を感じている。

このような医師が超専門医と同じレベルで総合としての位置付けをもっと明確にする事が結果として、キャリアパスの中にへき地や離島、救急といったところに組み込まれることになる。よってゆるやかな強制配置ではなく適正配置が自動的に起こる可能性はある。佐賀県の回答にもあるようにフリーアクセスの制限、人頭割、定額払い、総枠規制に結び付くことがないよう、総合医の趣旨を認識し日医主導で創っていくことが望ましい（宮崎県）。

(9) 医師会看護学校の今後の方向性について（長崎県）

<提案要旨>

長崎県内には医師会看護学校が6校あったが4年前に北松浦医師会看護学校（准看護科）が廃校となり現在5校となっている。廃校となった地域では現在看護師不足が深刻となっている。

他の現存する看護学校に於いては教員不足、実習施設不足、学生数の確保に苦慮しており経営の危機に瀕している。そんな中、島原市医師会看護校は平成22年度で看護高等課程（准看）および専門課程（正看・定時制）を廃止し、平成23年4月に全日制3年課程看護科（レギュラーコース）を開校することになった。長崎市医師会看護学校に於いても高等課程、専門課程の定員を減らし、レギュラーコースの定員を増やす計画のようである。

一方、佐世保市医師会看護学校では専門課程（正看・定時制）を廃止し高等課程のみを存続させることを計画している。同じような理由で経営難にありながらも、進む方向が逆であるという郡市医師会なりの苦労・苦慮が伺える。

厚生労働省、看護協会は看護大学の6年制を含め高学歴化を望み、その通りに進んでいる。看護師志望の高校生にも高学歴志向があり、これからの少子化の中で医師会看護学校は学生の確保、教員の確保、実習施設の確保などその運営に際し苦境に立たされるのは必至である。日本医師会は准看制度堅持を打ち出しているが、

厚生労働省の考えとの間に乖離がみられる。

医師・看護師の養成は本来国・県がなすべきことであり、診療所が急増した昭和30年代以降医師会看護学校が続々と設立されたが、無床診療所の急増、医療環境の変化などによりその使命も変化し終わろうとさえしているようだ。経営のために地域定着率が悪い看護師を養成するのか、会員のために赤字であっても准看、専門課程の養成を続けるのか、考えどころである。日医の見解および各県のお考えをお聞きしたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

長崎県医師会から准看護学校運営が厳しいとの指摘があるが、厚生労働省も全日制的正看護学校移行を誘導している。

日医で毎年行っている実態調査では、准看護学校の志願倍率は2.8倍に増え、そのうちの2割は大卒である。日医は厚生労働省との間で准看制度を継続していくことを確認している。しかし、厚生労働省は補助金を減らしていけば医師会が准看護師養成から手を引くのではと目論んでいるようであるが、我々はその手に乗るつもりはない。

現在、日医と4病院協会が話し合っているところであるが、准看護師が政治的に発言できる場所を設置し、准看護師雇用確保、雇用条件の改善を図るよう我々がサポートしていこうということである。ただ、その方々には時間的にも経済的にもゆとりがないということで、日本精神病院協会にリーダーシップを取って貰い、又、准看護学校を持っている郡市区医師会の協力を得て組織作りをして、准看護師を地域医療のマンパワーとして確保していきたいと思っている。さらに将来的には、日医が様々な政策提言をするとき、選挙の時にも協力が得られるようにしたい。

以上の日医藤川常任理事のコメントを踏まえ、以下のとおり意見があった。

○長崎県：准看の卒業生の多くは進学課程に進

んで正看になっている。医師会立の看護学校の定員の中で准看の定員は約3割である。開業医は准看を安い賃金で雇用しているようなイメージがあるが、医師会は多くの正看を養成し、地域に送り出していると言うことをもっとアピールすべきではないか。

■藤川日医常任理事：高校の衛生看護科の殆どが短大とリンクさせ5年課程となっている。このことにより、医師会立看護学校の定時制に志願する学生が減り、看護学校の存続にも支障が出てきている。准看の志願者は増えているが、定時制に定員割れが生じている。

○長崎県：レギュラーコースの設置申請をしたら、厚労省は准看コースの定員減を求めてくる。

■藤川日医常任理事：これは厚労省の確信犯である。現在、特定看護師の問題で喧々諤々やっているが、それに負けると准看護師廃止に一気に動き出すことになる。また、看護協会は5対1看護を創り、特定看護師制度を法制化しようとしている。このことについては、4病院協会と共に阻止しようとしている。

○沖縄県：那覇市医師会は、進学コースを廃止してレギュラーコースを設置し、准看とレギュラーコースで上手くいっている。准看の受験者も多く3倍強となっている。准看の学生は社会人入学が多く、又、医療機関への定着率も良いので、その道も残した方が良いと思う。

○福岡県：准看は定着率がいいので、地域での存在感が大きい。医師会は准看の教育にもっと力を入れるべきではないか。又、特定看護師の問題についてどう対応するのか。

■藤川日医常任理事：日医は基本的に、特定看護師制度に反対である。リスク・危険を伴うことを医師自らがしないで看護師にさせるのは反対である。

現在、心臓血管外科の先生方とも話し合いをしているが、看護協会とは同床異夢の様相である。看護協会はNPを欲しがっているが、心臓外科の先生方はNPはどうしてもよく、アシスタント（PA）が欲しいだけである。

○福岡県：そのことを日医はメッセージとして発するべきではないか。

■藤川日医常任理事：機会を見つけて記者会見でもしたい。

(10) ドクターヘリの整備について（佐賀県）

<提案要旨>

ドクターヘリについては、九州では、福岡県、長崎県、沖縄県で配備されている。

佐賀県では久留米大学病院のドクターヘリを福岡県と、NHO長崎医療センターのドクターヘリを長崎県と共同運航しているが、ドクターヘリを単独配備するよう知事に要望しているところである。

未配備の県については、ドクターヘリ導入の見通しについて、どのようにお考えかお伺いしたい。

上記提案に対し、はじめに日本医師会の藤川常任理事より以下のとりコメントが述べられた。

【日本医師会 藤川常任理事よりコメント】

日本医師会では以前から国に対する予算要望活動の一環としてドクターヘリの全国展開や複数整備の導入支援を求めてきた。直近の要望書（H22.7）ではドクターヘリの補助金の増強と実施地域の拡大、ヘリポートの整備、高速道路の夜間照明等含む夜間搬送モデル事業の推進や委託先航空会社の負担軽減を要望している。救命救急センターへのアクセスの時間は地域によって大きな差があり、ドクターヘリの整備促進により地域格差の是正を図りたいと考えている。もちろん、ドクターヘリを支える救命救急センターと連携する地域医療を再生する事も重要である。日医では初期・二次救急医療体制、#8000等の電話相談事業、救急医療を終えた患者を受け入れる後方医療体制の充実も併せて主張している。平成23年1月24日現在で19道府県23機が運用している。その他、沖縄県の北部地区医師会病院で実施されている。平成22年度の基準額は2.1億円（前年度1.7億円）で、国1/2県1/2の負担となっている。今年度予算

総額は27.3億円（前年度約20億円）。予算箇所は28か所（前年度24か所）。更に、県の負担分に関しては県の財政力に応じ最大50%まで特別交付金として出せるという事で、佐賀県で計算すると9割（厚労省5割、総務省4割）の補助金を得られるということの承諾を得ている（田舎の地域）ので、可能な限り手をあげていただき、救命救急率を高めていただきたい。

＜主な意見・質疑等＞

- 佐賀県：様々な検証作業部会等で潜在的なドクターヘリの需要があると考えられている。
- 福岡県：高速道路が着陸可能になったので、今後、学校のグラウンド等、着陸地点を増やしていただきたい。
- 長崎県：現状、大きな問題点はない。

○沖縄県：県の補助を受けている病院でも持ち出しがあるという厳しい現状を伺っている。また、民間（北部地区医師会病院）では補助金が全く付いていない。また、離島からの搬送が多いので自衛隊のヘリと遠距離・近距離をすみ分けて行っている。

(11) 地域医療支援病院について（福岡県）

※書面回答のみ

＜提案要旨＞

平成10年の第3次医療法改正により、かかりつけ医支援のための地域医療支援病院制度が発足したが、12年経過した現在、福岡県では22医療機関が地域医療支援病院に指定されており、されに申請してくる医療機関が予想される。これについて九州各県の状況をお伺いしたい。

＜医療圏別の地域医療支援病院数・各県の状況＞

(福岡県)

北九州：7病院
 京 築：1病院
 福岡・糸島：6病院
 筑 紫：2病院
 粕 屋：1病院
 宗 像：1病院
 直方鞍手：0病院
 田 川：0病院
 飯 塚：1病院
 久留米：2病院
 八女筑後：0病院
 朝 倉：1病院
 有 明：0病院

(佐賀県)

中 部：1病院
 北 部：1病院
 東 部：1病院
 南 部：1病院
 西 部：0

(沖縄県)

北 部：1病院
 中 部：3病院
 南 部：3病院
 宮 古：0病院
 八 重 山：0病院

(宮崎県)

宮崎東諸県：2病院
 都城北諸県：2病院
 宮崎県北部：1病院
 日南串間：0病院
 西 諸：0病院
 西都児湯：0病院
 日向入郷：0病院

(大分県)

東 部：1病院
 中 部：5病院
 南 部：0病院
 豊 肥：0病院
 西 部：0病院
 北 部：0病院

(熊本県)

熊 本：4病院
 宇 城：0病院
 有 明：1病院
 鹿 本：1病院
 菊 池：0病院
 阿 蘇：0病院
 上益城：0病院
 八 代：1病院
 芦 北：0病院
 球 磨：1病院
 天 草：1病院

(長崎県)

長 崎：2病院
 佐 世 保：2病院
 県 央：3病院
 県 南：1病院
 県 北：0病院
 五 島：0病院
 上五島：0病院
 壱 岐：0病院
 対 馬：0病院

(鹿児島県)

鹿 児 島：3病院
 南 薩：2病院
 川 薩：1病院
 出水：1病院
 始良・伊佐：1病院
 曾 於：1病院
 肝 属：2病院
 熊 毛：0病院
 奄 美：1病院

印象記



副会長 玉城 信光

地域医療対策協議会に出席した。地域医療は11議題を2時間で協議することになっているので時間の制約があり個々の発言は少なく日医のまとめの話しを聞く時間が多くなった。

1、子宮頸がん等ワクチンに関して全国的には3月までの開始が2/3と多いので4月になると接種年齢が対象にならない高校生の救済措置が必要だとの指摘があった。沖縄県は4月以降になるのでその点は問題ないであろうが県医師会と沖縄県との協議の中でも5月以降になりそうな市町村があるので少なくとも4月実施を呼びかけたところである。接種料金を4月以降見直すことがあるとのことでワクチンの仕入れ価格が重要になる旨の話もあった。

4、地域産業保健センターに関して大分県医師会は委託を受けてないが、どのようにしたものか質問があった。沖縄県は県医師会を中心に活発に事業を行なっている。小企業の健康管理に大切な事業であり継続しながら発展させる事が重要であると考え。現在は運用に厳しい縛りがあると言われているが、次年度からは、都道府県医師会が受託した場合に、医師の傷害保険料の管理的経費や派遣社員等の臨時雇用にも支出ができるようになっており、柔軟な運用が出来るものと日医の回答がある。また平成23年度以降はメンタルヘルスケアへの介入等新しい事業を推進するために日医も予算獲得に努力すると報告があった。

7、医師確保対策として鹿児島で医師不足対策基金として7,600万円を集めているとの話があった。医師会の力強さを感じた。しかしながら年々基金の集まりが減少しているとの報告もある。産婦人科医師確保対策の経費など考えさせられる内容であった。

9、医師会看護学校の運営の難しさが話し合われた。厚労省は全日制の正看学校移行を誘導している。しかし日医の実態調査では、准看護学校の志願倍率は2.8倍に増え、そのうちの2割が大卒であると報告された。那覇市医師会の志願者も同様の傾向にある。准看護学科卒業者は医療機関の定着率が高く、医師会としても廃止に反対の立場である。しかしながら那覇市医師会の准看護学科も実習病院の確保がむずかしく運営を圧迫していると言われている。医師会の先生方のご協力が必要になる。

また興味を引いたのは日医として准看護師が政治的に発言できる場所を設置し、准看護師雇用確保、雇用条件の改善を図るようサポートする方法を考えているようである。

10、日本医師会では以前から国に対する予算要望活動の一環としてドクターヘリの全国展開や複数整備の導入支援を求めてきた。九州各県でも積極的にドクターヘリの導入を進めてほしい旨の発言があった。

いつもながら地域医療の抱える問題が多く、各県でもそれらの解決に努力している姿勢が見えた。翻って沖縄県ではどうであろうか。予算の少なさと実行力が問われるところであろう。県立病院への繰り入れが減る時代になればあと2億ほど地域医療と福祉に回せるのであろう。楽しい夢を見たいものである。

鹿児島之夜は寒かったが楽しい懇親会とマジックをみせるスナックで来年の忘年会用のマジックを多く仕入れて来た。事務局職員のマジックショーが見られることであろう。

印象記



常任理事 安里 哲好

議題が11あり、各県の提案に対して、日医の葉梨之紀常任理事、藤川謙二常任理事による日医のコメントを得たのち、提案県からの追加質問があり、必要に応じて各県の意見を求められた。議題2、11は紙面上での回答となった。

興味ある3点について記す。1点目は当会から提案した「医療ツーリズム」についてである。沖縄県医師会は①外国人観光客増に対しては発病・急変時の対応を整え支援する。②外国人の医療従事者の研修・教育を支援する。③外国人の人間ドック（自由診療として）は認めることを確認し、「医療ツーリズム戦略検討委員会」へ参加することになった現状を説明し、理解を頂きたいと思った。一方、日医の立場は強固な反対で（その内容は報告書を参照）、九州医師会連合会でも反対声明を提案しようとの意見があり、沖縄県の現状を鑑みると困惑した。「医療ツーリズム」は医療ビジネスとしてではなく、国際医療交流や国際医療貢献の域に止まる可能性が高い現況を示唆している感じがした。

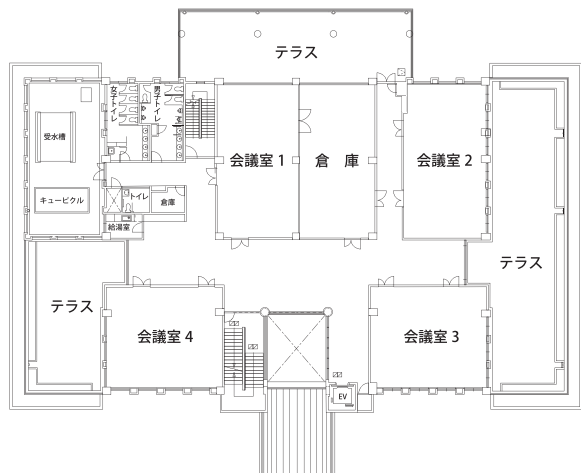
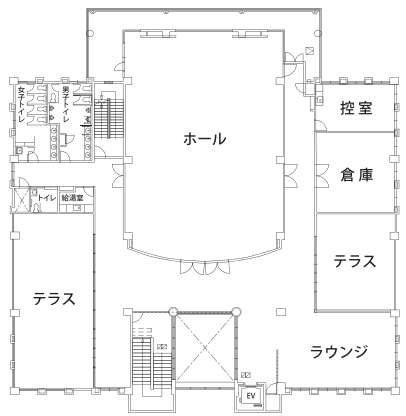
2点目は「地域医療再生基金（拡充）について」で、前回に加え、2,100億円が計上され、各県15億円+ α （90億円）である。各県の検討事項では病院新築、統廃合を含め多種にわたる提案があった（報告書を参照）。個人的には、現在の事業が平成26年度以降も継続できるような財政支援をと言う気持ちがあるが、各地区医師会の意見も取り入れ、県医師会の提案事項としたい。無論、大学、公立病院や行政よりの提案もされるでしょう。事業計画書は3月11日までに県福祉保健部への提出が定められているので、各関係各位においては早急の検討が望まれる。

3点目は、「各県の医師確保対策について」が印象に残った。提案県（長崎県）の報告では、小児科・産科医の医師確保対策として、長崎県小児科・産科医師確保緊急対策資金を創設しているとのこと。それにより、県内で勤務を希望する初期・後期臨床研修医師に研修資金を貸与する制度で、平成20年度より2年間で小児科14名、産科12名がこの対象になったと述べていた。今後は救急医療とNICUに絞った研修資金の制度の存続を要望していると報告していた。北九州市では、小児科・産婦人科医を地域医療ネットワーク（研修病院のネットワーク）の中で育成していて、産婦人科は3医療機関にて3年間、小児科は4医療機関にて4年間研修するシステムを進めている。当県も参考にしたいものだが、各県行政間における、九州地区での意見交換をする場所はあるのだろうかと思案している。

鹿児島空港から高速バスで会場（城山観光ホテル）に行くと、進行方向右側に新燃岳の噴火が見えるとのことだが、海側の国道を通るバスを利用したので、その機会はなかった。その代わりに、桜島と錦江湾はくっきりと見え、久しぶりにその雄姿をまじかに感じた。

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

平成22年度第4回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

常任理事 安里 哲好



出席者名簿

沖縄県福祉保健部

福祉保健部長	奥村 啓子
保健衛生統括監	宮里 達也
福祉企画統括監	當間 秀史
参事	川久保 重之

沖縄県医師会

会 長	宮城 信雄
副 会 長	玉城 信光
副 会 長	小渡 敬
常 任 理 事	真栄田 篤彦
常 任 理 事	安里 哲好
常 任 理 事	大山 朝賢
常 任 理 事	稲田 隆司

去る1月27日（木）、県庁3階第3会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。

議 題

1. 予防接種の一斉開始（4月）について （県医師会）

<提案要旨>

平成22年度より、「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金」により子宮頸がん予防（HPV）ワクチン、ヒブ（インフルエンザ菌b型）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの接種事業が実施されることになっている。

しかし、市町村ごとに開始時期が異なり（平成22年度開始4市町村、平成23年4月開始21市町村、平成23年5月開始8市町村、未定8市町村）、県民が混乱すると考えられる。

については、平成23年4月より、全市町村が当該ワクチンの接種ができるようご指導いただきたい。

<医務課より回答>

ワクチン接種緊急促進事業については、実施主体が市町村となっている。今回の補助事業は

昨年末に国において補正予算が成立したため、市町村においても十分な準備期間がなかった。

そのため、今年度から事業開始する市町村は4市町村と少ない。

その他の全市町村においても23年度のできるだけ早い時期に本事業を実施する予定であるが、事業開始には、住民への周知等準備に要する期間が必要であるため、現時点で4月開始26市町村、5月以降11市町村となっている。

県としては、できるだけ4月からは全市町村が実施するよう市町村に対して再度依頼したいと考える。

<主な意見等>

- 4月から全市町村が実施するよう、市町村に対して本日付の文書にて再度依頼する（福祉保健部）。

2. 子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について（医務課）

<提案要旨>

平成22年度国の補正予算においてみだしの事業の予算措置がなされたことにより、市町村において対象年齢層に対する子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの接種が開始される。それに伴い、市町村と接種協力医療機関との契約等が必要となる。ご理解、ご協力をお願いしたい。

なお、主な事業内容は下記のとおりである。

記

1. 実施主体：市町村
2. 対象ワクチン：子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン
3. 事業期間：平成23年1月～平成24年3月31日
4. 負担割合：公費負担率90%、国1/2、市町村1/2
5. 基準単価：子宮頸がん予防ワクチン
15,939円

ヒブワクチン	8,852円
小児用肺炎球菌ワクチン	11,267円

※基準額＝基準単価×0.9 × 1/2が市町村への最高補助額

※上記単価は、平成23年4月30日までに事業を開始する市町村に適用。ワクチンの実勢単価を調査した上で、4ヶ月ごとを目安に改定する。

6. 要望事項：市町村と地区医師会との契約について、基準単価以下で契約していただきたいとの要望が市町村から寄せられている。また、このことについては厚生労働省からも日本医師会へ要望が出されており、ご配慮願いたい。

<県医師会主な意見等>

- 各地区医師会に照会したところ、北部地区医師会は国が示した額で契約予定、中部地区医師会は国が示した額で契約、他の5地区医師会の基準単価は未定となっている。

予防接種事業は、各地区医師会と県内市町村との契約であるので、基準単価がワクチンの実勢単価により4ヶ月ごとを目安に改定されること及び基準単価以下での契約のお願いについて、各地区医師会に周知する（県医師会）。

3. へき地医療を守るための国の補助金等の制度について（県医師会）

<提案要旨>

離島・へき地の医療体制を維持していくためには、自治体や医療関係者の努力だけでは難しく、補助金等による制度拡充が必要であると考えている。

特定健診への補助金も含め、へき地の医療を守るための国の補助金等の制度についてお伺いしたい。また、23年度以降に予定される補助金等があれば併せてお伺いしたい。

＜提案要旨補足＞

□現在、県立北部病院において産婦人科医師がいないという問題がある。この課題については過去何度も出されており、どこかで誰かが決着をつけないといけない。

産婦人科の医師確保については、県立病院、琉大、医師会等、全体で協議会を持ち検討を行うことにしている。5年後、10年後の産婦人科医師をどう育てるか、またどう支援していくか、そういったことを具体的に検討していく必要がある（県医師会）。

＜医務課より回答＞

設備整備事業及び施設整備事業については、当該事業がある場合に国庫補助事業を活用している。

県においては、離島・へき地医療の充実を図るために、新たな沖縄振興に向けた制度要求の中で、ヘリコプター等添乗医師等確保事業及びドクターヘリ事業に対する補助制度の新設・拡充、離島の医療機関への医師派遣及び離島の産科医師確保のための手当支給に対する補助制度の拡充を国に提案しているところである。

＜主な意見等＞

■産科医師の手当の一部を国庫補助事業として助成を行っており、現在、いくつかの医療機関から申請が出されている。また、琉大の産科を希望する学生の修学資金の貸し付けや、後期研修医（産科等）の研修資金の貸し付けを行っているところである（福祉保健部）。

□産科医師確保の課題は、県立病院だけでは難しいと考える。琉大や基幹病院等、トータルで議論できる仕組みを考えて行く必要がある。また、あらゆる補助金を集約し、全体をどうするかということではなく、まずは産婦人科医師をどうするか検討してはどうかと考える（県医師会）。

■現在、県立病院を始め病院にお産が集中する状況となっている。課題認識は県も一緒である。お互い検討していきたい（福祉保健部）。

■修学資金を貸し付けている琉大の学生や、研修資金を貸し付けている後期研修医の総合的な配置について検討する場を設けたいと考えている。また、配置後のフォローについても今後検討していきたいと考えている（福祉保健部）。

4. 重症難病患者入院施設確保事業に係る協力について（国保・健康増進課）

＜提案要旨＞

○重症難病患者入院施設確保事業（以下、「本事業」という。）は、入院治療が必要となった在宅の重症難病患者に対して、地域の医療機関の連携による難病医療体制の整備を図り、適時・適切な入院施設の確保等を行う事業である。

○重症化した在宅難病患者に対する入院施設確保については、これまで患者会や医療機関等から要望があるが、在宅支援機関や医療機関等の関係機関が全体的に議論し検討する場がなかったことから、次年度より難病医療連絡協議会を設置し、事業内容等を検討していきたいと考えている。

○本事業を推進するにあたり、医療関係者に難病医療連携協議会へご参加いただき、また拠点病院及び協力病院の確保に関してご協力を賜りたい。

＜主な意見等＞

□重症難病患者は長期の受け入れとなる場合がある。その場合、療養病床での対応となるが、療養病床は診療報酬が包括での算定となるため、難病患者に処方する治療薬は高く、薬代だけで医療費の大部分を占め、適切な医療提供体制を取ることが難しくなる場合もある。この辺りの課題についても検討していく必要がある（県医師会）。

□このようなケースはレアケースということではなく意外と沢山ある（県医師会）。

■ご指摘いただいた点については、しっかりと確認整理させていただき、必要があれば国に対して要望していきたい（福祉保健部）。

その他

福祉保健部医務課より、「診療報酬制度の見直し又は助成制度の新設等による対策」として、県で検討している内容について、概ね以下のとおり説明があった。

本県の離島・へき地医療について以下の課題が挙げられている。

- (1) 自衛隊が急患搬送するへりに添乗する医師に関して、派遣する病院に対する資金供与が無く、病院のボランティアで行われている。
(課題) 協力病院の医師派遣の取りやめのおそれ。
- (2) ドクターヘリ事業について、燃料費等の高騰に伴い、実施病院の運営資金が厳しくなっている。
(課題) ドクターヘリ事業の取りやめのおそれ。
- (3) 離島等の中核病院の医師について昨今の大学病院の研修医不足から医師確保が厳しくなっている。
(課題) 大学病院等からの医師派遣では医師確保は厳しい。
- (4) 離島等における産科医の確保が厳しい。
(課題) 産科医が離島に行くようなインセンティブが必要である。
- (5) 離島においては、島内での治療が困難な場合、沖縄本島等で受診するケースがある。
(課題) 治療等のための交通費・宿泊費の負担により、経済的に厳しい。

以上5点の課題の解決策として、県として以下の2案を検討している。

A案. 診療報酬制度による場合

- ①ヘリコプター添乗医師の派遣病院、ドクターヘリ実施病院及び離島等中核病院に医師派遣をする病院に対して、包括的診療報酬制度（DPC制度）の見直しにより診療報酬加算を行う。

- ②離島等の医療機関において、産科医に対して手当を支給する場合に、診療報酬加算を行う。

B案. 財政支援による場合

- ①ヘリコプター添乗医師の派遣病院に対する財政支援の新設。
- ②ドクターヘリ実施病院に対する財政支援の拡充。
- ③離島等中核病院に医師派遣する病院に対する財政支援の拡充。
- ④産科医に対して手当を支給する離島等の医療機関に対する財政支援の拡充。
- ⑤離島での治療等が困難な患者に、沖縄本島等の医療機関で受診する場合、その交通費・宿泊費を補助。

○離島医療確保に要する経緯であるため、AまたはBいずれの場合において国の財源で対応する仕組みを構築する。

<主な意見等>

- 沖縄県だけ特別に診療報酬の上乗せが出来ないかと考えている。その財源については国の公費を充てていただく形。診療報酬ということでハードルは高いと考えてはいる（福祉保健部）。
- 診療報酬という考え方は、どちらか一方の項目を上げれば、一方の項目が下がってしまう恐れがある。診療報酬という形での議論はしない方が良く考える（県医師会）。

**5. 沖縄県国民健康保険広域化等支援方針の策定について（報告）（県報告事項）
（国保・健康増進課）**

この度、市町村国保が運営している国民健康保健事業を、将来的に統一化して行こうと方針が示されている。

これは、平成22年5月に公布された改正国保法の中でその前段階として、国民健康保険統一化していく際の県の支援方針ということで国民健康保険広域化等支援を策定した。

平成22年10月には、市町村で構成される各地区国保協議会等の代表者を構成員とする沖縄県国民健康保険広域化等連絡会議を設置し、数回に亘って議論を行い、平成22年12月に沖縄県国民健康保険広域化等支援方針を策定した。

今後については、市町村国保間でそれぞれの事情で標準保険税、これらについてどういうふうに扱っていくか、収納対策にかかる共同実施、そして医師会と密接な関係をとっていき、保険事業の推進、これによる医療費の適正化等について、さらに議論を深めていきたいと考えている。こういった状況について報告をさせていただきたい。

今回の沖縄県国民健康保険広域化等支援方針策定の背景について。

市町村国保においては、従来から保険財政が不安定となりやすいという構造的な課題がある。保険財政の安定化を図る観点から、国、県及び市町村は公費の投入を行っている。

国においては、市町村国保の財政を安定させ、現状を改善する狙いから、将来の地域保険として一元的運用を図るとの観点から先ずは、市町村国保の運営に関し、都道府県単位による広域化の方向性を示している。先ず最初のステップとして、都道府県は広域化支援方針を定めることができることとされた。

その方針は、事業の広域化、財政の広域化、標準設定の3つの柱で構成されている。

この中で、国保保険料収納率向上への対応として、各都道府県が進めるインセンティブとして、従来は収納率の悪い市町村については、本来入る調整金（補助金）がその収納率に応じて減額されるペナルティー（減額措置）がある。減額されないように収納率を上げていくというふうな仕組みがとられているが、今回の改正で県の方で支援方針を策定すると、市町村に対する減額措置の適用除外を受けることになっている。

実際に、沖縄県では平成17年度から平成21年度までの過去5年間に29億円が減額されてきた。本来の収納率をクリアしていればこの分の補助金が入っていた。

今後の高齢者医療制度の見直しということで、当初は平成25年の3月ごろと報道されていたが、最近の情報では1年遅れて平成26年3月に、現在の後期に入っている被保険者が国民健康保険に戻ってくるであろうと言われている。最終的には全年齢を対象にして国保の広域化を図って行こうとしている。

これに対して、沖縄県も含めた全国知事会では国が医療保険の最終責任者として、市町村が責任を持って収納率を高める仕組みを設定して欲しいと。

それ以外にも、3,700億円にも上る法定外繰入などで運営されている国保について、市町村国保が抱える構造的な問題の抜本的な解決策を示して欲しいと要望している。

今後のスケジュールであるが、平成22年の末に最終とりまとめが行われ、23年2月に法案提出をする予定であったが、最近の情報では少し遅れるであろうと、資料の中では25年3月に新しい高齢者医療制度の施行とあるが、平成26年3月になる予定であると言われている。

<主な意見等>

□県から支援策を策定するとペナルティがなくなると言う事だが、そうなることさらに市町村においては保険料を徴収するインセンティブがなくなるのではいか（県医師会）。

■国の方は、マイナスにならないようにということで、資料にも示したように那覇市においては91%以上というふうに、保険者規模に応じた目標値が設定されている。

従来目標値よりも那覇市においては厳しくなっている。従前では89%を越えなければペナルティがなかった。今回ペナルティの

概念を無くしたので、今度は目標ということで設定をした。これに対するインセンティブはどうしているかというところの調整交付金を活用して、目標を超えた市町村には1.5倍掛けへ、あるいは2倍掛けの調整交付金を交付する仕組みにした（福祉保健部）。

□高齢者医療制度見直し案であるが、この案が

果たして成立するのか疑問である。恒久的なものではないと思われる。実現の可能性は難しいのではないか（県医師会）。

■全国知事会でも法案化は難しいとの見解が示されている。ただ、一つの目標としては設定されているのでご理解を願いたい（福祉保健部）。

印象記



常任理事 安里 哲好

議題は5題もあり、出席者も多く、活発な意見交換がなされた。

議題1「予防接種の一斉開始（4月）について」、議題2「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について」の提案があった。①接種の開始時期の問題は各市町村の住民への周知期間等もあり、4月或いは5月頃になろうとのこと。②接種料金は市町村と地区医師会との契約になるが、おおよそ基準単価での契約になろう（市町村は基準以下を希望、日医は技術料については基準額を下回らないよう市町村と交渉することを要望している）。③ワクチン単価は4か月ごとに改定する予定との事。今後、広域化（市町村間の相互乗り入れ）や接種スケジュール（三種混合ワクチンなどの定期予防接種も含め）の対応が課題となろう。

議題3「へき地医療を守るための国の補助金の制度について」は、産婦人科医の確保・派遣や後期・専門研修医を育成するために、具体的に実施して行く際に、国庫補助支援とその継続が課題であろう。産婦人科医の確保・育成は産婦人科領域の医療を担っている多くの医療機関の協力を得て、オール沖縄で対応して行く必要があり、そこに補助金の集約が望まれる。関係各位の協力を得て、次年度はぜひ実行して行きたいものだ。

議題4「重症難病患者入院施設確保事業に係る協力について」は、難病医療連絡協議会設置や拠点病院設置を行っていないのは全国で、当県を含め2県とのこと。次年度、協議会を設置する予定であり、それへの参加と、拠点病院及び協力病院の確保への協力依頼があった。

議題5「沖縄県国民健康保険広域化等支援方針の策定について」は、国民健康保険事業の運営の広域化と財政の安定化を趣旨としている。今後、2つの大きな課題があろうと思われる。その一つは保険料の収納率の問題であろう。市町村を中心とすると、課題が如実に現れ、その対策が市町村単位で具体的に行われるが、県単位になると市町村の責任が不明瞭になり、ペナルティー（29億円/5年間）も課されなくなるであろうし、県はこれまで以上に収納率を向上しうるか。もう1点は、県民の疾病予防と健康保持の推進である。特定健診・保健指導受診率の向上も含め、誰が推進して行くのか、知事か市町村長か。

沖縄県にとって、1番の課題は肥満・メタボ・糖尿病対策であろう。そして、それらの疾患によって生じる脳卒中・急性心筋梗塞・慢性腎疾患（人工透析）であろう。肥満・メタボ・糖尿病対策は市町村を中心に、現状に即した地域住民レベルで進めて行ってもらいたいと強く思うし、その方が効果的であると考えます。2番目の課題は離島へき地医療であろう。今回はその一環として、産婦人科医確保・支援及び育成について、財政補助を得て具体的に実践して行くにはどのようにしたら良いかを提案し、具現化に向けて進んで行くことを確認しあった。

第2回地区医師会長会議



常任理事 真栄田 篤彦



去る1月27日（木）、県医師会館において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、宮城信雄会長から下記のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会 宮城信雄会長



皆さん今晚は。日常の診療でお疲れの中、第2回地区医師会長会議を開催いたしましたところ、ご出席いただきありがとうございます。

現在インフルエンザが非常に流行っております。ただ、ピークは過ぎたとの話もあります。今日の新聞では、残念ながらお二人が亡くなられたと報道されております。インフルエンザが流行っているからという訳ではないかと思いますが、急性期病院が大

変な状況になっており、入院を受け取ることができないようです。そのため、先週の金曜日に当会館において県の主催による会議が開催され状況把握が行われております。県立南部医療センターこども医療センターの問題だけかと思いましたが、話を聞くとどうも急性期病院全てがそういう状態になっているとのこと。中部のある病院ではベッド稼働率が110%を超しているとのこと。浦添の病院では救急の外来と病棟が「入院させる、させない」で厳しいやりとりが行われているとのこと。この問題については、県と協力しながら対応してまいりたいと考えております。

医療崩壊ということで、前政権において地域医療再生基金が出され、医師会を中心に立てた計画が認められて実行段階に入っているところでありますが、最近、二次募集がかけられております。3次医療圏に無条件で15億円が出されるとのこと。現在県において計画を取り纏めているようではありますが、各地区医師会も医

療再建についての計画を是非出して頂きたいと思ひます。県医師会としてそれを纏めて県に提案したいと考えております。本日はその他を含めて議題が5題あげられており、是非討論を深めて頂きたいと思ひます。

議 題

1. 沖縄県医師会会館の活用について

(北部地区医師会)



鍛司常任理事

<提案内容>

各種講演会や懇親会など、那覇市内のホテルで開催されると北部からでは交通混雑などで時間に間に合わないことがある。県医師会館だと一部の混雑はあるが交通のアクセスがよい。更に、製薬会社としても研修会などは軽食でよく経費節減になると思う。

以前に会費検討委員会で議論したことがあるが、会費の値下げの提案があり、医師会館を利用することにより従来ホテルを使用していたのに比べ大幅に経費削減ができるとの意見があった。また、年齢がいくと読書は目が疲れるので、スライドや講師による勉強会への参加が有効である。できるだけ県医師会館を利用して頂くよう要望する。

以前に会費検討委員会で議論したことがあるが、会費の値下げの提案があり、医師会館を利用することにより従来ホテルを使用していたのに比べ大幅に経費削減ができるとの意見があった。また、年齢がいくと読書は目が疲れるので、スライドや講師による勉強会への参加が有効である。できるだけ県医師会館を利用して頂くよう要望する。

<回答>

○沖縄県医師会



真栄田常任理事

平成22年度4月から12月までの実績として、会館以外での本会の大きい催しは、県民を対象にしている県民公開講座は除かせてもらうと、叙勲等祝賀会が2回、永年勤続医療

従事者表彰式、新年祝賀会の合わせて4回である。永年勤続表彰式は本会の支出となるが、叙

勲等祝賀会は参加者から会費を徴収している。また、新年祝賀会も会費を徴収しており、本会からの支出は少ない。

会館の利用実績は、平成21年度はホールの使用が128回、会議室の利用は409回である。平成22年度4月から12月までのホールの使用は113回、会議室の利用は352回である。メーカーなどにも本会館を優先して使ってもらっている。参加者が多く、会館で収容できない場合や食事が必要な時はホテルを使っているという状況で、以前に比べホテルの利用は大幅に減っている。また、叙勲等祝賀会についても受賞者が中部地区の場合はラグナガーデンホテルを使用する等考慮しているのでご理解いただきたい。

○沖縄県医師会 (宮城会長)

当初の会館建設の目的は、医学会総会ができること、複数の委員会が同時に開催できることであったが、それ以上の利用がある。しかし、メーカー側は食事をつける時にはホテルを使用することもある。

2. 非会員施設に対する入会促進活動について

(南部地区医師会)



名嘉勝男会長

<提案内容>

南部地区では以前から2~3の施設の先生が入会しておらず、開設間もない時期に班長や歴代会長が入会を促してはみたものの、進展はみられなかった。

昨年12月1日現在の日医会員数が、戦後初めて減少に転じたとの報道があったので、南部地区の事務局に確認したところ7診療所が非会員施設であることがわかった。

全員が入会すれば統制のとれた活動ができるし、医師会活動の効率性も高まる。また自治体との交渉もやりやすくなる。原中日医会長は、保険医登録の時に入会するような方策を働きかけていくことを表明されたが、弁護士会のようにある程度強制的に入会するようになれば医師

会の力が強くなると思う。

そこで、各地区の非会員施設の現状及び入会促進活動について伺いたい。また、県医師会においては、診療所、B・C会員の入会率を把握しているかご教示願いたい。

<回答>

○北部地区医師会

診療所2件が未加入である。1件は開業したてである。あと1件は入会していたが途中で脱会している。B会員はほとんど加入しているようだ。

○中部地区医師会



呉屋五十六常任理事

中部は210施設あり、未加入は19施設で約10%である。入会をお願いをしているがうまくいかないようである。退会した先生もいる。未加入者の内、なぜか心療内科が36%と多い。

○浦添市医師会



山内英樹会長

本会は新しい医師会でもあるし入会率は100%と思っていたが、今回調べたところ84施設のうち、メガネ店の附属診療所1件が未加入であることがわかつた。

全く把握していなかった。

この件とは違うが、ご意見を伺いたい。

病院から新設の老健施設に移った場合の入会金の扱いである。今回は入会金をいただいたが、今後もこのような異動があるかと思う。

また、1つの法人で複数の診療所をもって、各施設間の院長（管理医師）交代という複雑なシフトがある。この場合の入会金をどうするかということである。想定していなかったことであり、今後各地区でもあり得るかと思うので、新たな構築が必要だと思う。ご教示、ご検

討をよろしくお願ひしたい。

○沖縄県医師会（宮城会長）

これは入会金の問題であるが県医師会で検討しないとイケない。老健施設の場合、取っている地区も取らない地区もあるようで対応が地区により違う。沖縄の場合統一した見解がない状況である。県医師会として調べて回答したい。

○那覇市医師会

246施設加入で4施設が未加入である。A会員については高い加入率を維持している。開業の時にすぐにアプローチし、那覇市の行政と係わる事業も説明しながら入会した方がメリットがあることを話している。新規開業の先生方には一人ずつ会長がオリエンテーションを行い、医師連盟についても説明し了解をとっている。

○宮古地区医師会

現在の会員数はA会員が26名、B会員は12名である。32施設のうち6施設が入会していない。新規開業で入会しない施設がある。3件は脱会である。機会あるごとに入会をお願いをしているが入会率が悪く申し訳ない。

○八重山地区医師会



上原秀政会長

2年前までは入会金を徴収していなかった。会費は月額A会員12,000円、B会員は7,000円である。経営上入会金を取る必要があるとのこと議論したが15万円なら入会しない、また、メリ

ットをはっきり説明してほしいと言われた。現在、入会金は5万円である。よって、脱会者はいないがはたしてそれで良いかということで新たな議論がでている。

未加入は3件だが、2件は老健施設で以前は入っていたが医師が替わってから入っていない。また、1件は皮膚科で医師が2年ごとに替わるから入っていない。今後検討の余地があるというところである。

○那覇市立病院医師会



喜屋武幸男会長

医師は常勤、非常勤を合わせて120名おり、医師会に加入しているのは60名弱である。毎年3分の1の医師が入替わる状況であるので積極的な勧誘はしていなかった。今回の提案

を受け4人の理事で話し合い、次回の医局会での入会促進をすることになっている。その際メリットをどう説明するかということであるが、会内の動きを知らせてできるだけ入会の勧めをすることになった。

○県公務員医師会



菅銘正彦理事

県公務員医師会の会長が欠席の為、小生の方から本会の状況をご報告させていただきます。

中部病院と南部医療センターの医師は8割が公務員医師会に入会しそのまま県医師会にも

入会している。先島は4割程度である。先島へは琉大からの派遣医師と県立から派遣する研修医がいるが、1～3年で異動するから入らないのが原因である

加入が8割を維持しているのは、県医学会で発表するには会員であることが基本条件であることが加入率を上げている要因だと思う。このようなことは他府県にはないとのことである。このコンセプトが定着しているのがよい。

○沖縄県医師会（真栄田常任理事）

各地区から入会はあがってくるので本会では特に入会促進はしていない。鹿児島県医師会は加入率が高い。会員のためのガイドブックを作成しており、特に注目すべきは医学部学生のオリエンテーションに配布し入会促進していることである。各地区医師会がこれを参考に利用してはいかがかと本日は紹介した。

○南部地区医師会

地区医師会は開業する先生を呼んで説明している。県医師会として、メリットや県医師会案内冊子を作って各地区へ配布すればもっと強力にアピールできると思う。

○沖縄県医師会（真栄田常任理事）

協同組合は以前作っていたが、県医師会でも案内冊子を作ることを検討したい。

○沖縄県医師会（宮城会長）

4月に行われる琉大オリエンテーションで配布できるようお願いしたい。

○沖縄県医師会



宮里善次理事

日医の勤務医の加入率は6割しかない。日医でさえも入会の案内がホームページにない。若い勤務医はホームページをすぐ見るので、ガイドブックを地区におろすよりホームページに載せる

方がよいと思う。

○沖縄県医師会



照屋勉理事

1972年からの会員数の推移を今回発行する会史に掲載するが、グラフを見ると会員数は順調に伸びている。C会員は少し減少している。加入率がわかればもっと入会促進の取り

組み方、努力目標が出てくるのではないかと。

○沖縄県医師会（宮城会長）

加入率が問題である。人数と加入率を把握できる方がよい。

（本会の加入率について、事務局より報告：平成20年12月末現在の沖縄県の医師数は3,115人で本会の会員数は2,243人で加入率は72%である）

しかし、医師数は把握できないこともある。毎年100人近く増えていることになると全国平均をかなり上回っていると思う。ただ研修生が

増えていると思うので考慮する必要がある。県で把握している医師数は保険医登録数であるから、本土への移動などでも届け出ないこともあるから正確な数字ではないと思う。今後いろいろな意見を取り入れて加入率を上げたいと考えている。

3. 消費税についての議論は始まっているのでしょうか？

現行の消費税5%でも各医療機関に大きな負担になっていると思いますが、消費税率アップが予想される中、日医の中での議論は進んでいるのでしょうか？

(宮古地区医師会)



池村眞会長

<提案内容>

菅政権になってから消費税の増税が現実味を帯びてきている。会員の一部から日本医師会や医師連盟は消費税問題にどのように考えているのか質問がでた。薬

剤・医療機器・医療材料など診療報酬に消費税が反映されているのか質問をさせていただいた。

これに対して、担当の佐久本理事から日本医師会のこれまでの対応について、つぎのとおり報告があった。

<回答>

○沖縄県医師会



佐久本嗣夫理事

政府は、社会保障と税の一体改革を進めるにあたって、6月までに政府案をまとめ、超党派による協議により12月には2012年度の税制改革大綱を策定し、予算案と関連法案を国会

提出予定である。

一方、日本医師会の対応については、平成23年度医療に関する税制改正について、平成

22年8月に政府与党に要望書を提出した。この中で「消費税」については、日医が従来から第一の要望として挙げていた損税いわゆる「控除対象外消費税」の問題で、「軽減税率」あるいは「ゼロ税率」という複数税率の考え方を要望していたが、平成21年12月の政府税改正大綱の中で否定的な意見が明確に示され、日医はこれまでの考え方を改め平成23年度の要望の中で「仕入税額控除が可能な課税制度」とし、かつ「患者負担を増やさない制度」とするよう要望をしている。

また、この消費税の問題については、昨年10月には四病院協会と連盟で同様な要望を政府に対して行っている。

また、昨年12月15日の定例記者会見の中で、民主党の「税と社会保障の抜本改革調査会『中間整理』」を受けて、日医は、消費税の目的税化に慎重な姿勢を示すとともに問題提起を行っている。

中川副会長は「消費税をあえて目的税化せず、現在の福祉目的化という緩い仕組みにして、仮に、消費税の目的税化が、将来の社会保障費抑制をするものであれば、日医はその方向性に反対である」として、国・地方の消費税の配分や社会保障の役割分担まで踏み込んだ議論をするべきあるとしている。

今村常任理事は、「制度が複雑になり、政治的な要因が働きやすい『複数税率（軽減税率・ゼロ税率）』よりも、制度が簡素で、透明性の高い『還付制度』を優先的に検する」ことについて、「日医の提案は、民主党の調査会の方向性と同じであると考えている。したがって、消費税を上げていくということであれば、この方向性で早急に解決を図っていただきたい」と要望をしている。

このように、日医執行部は政府に対して、平成23年度の医療に関する税制改正の要望の中で消費税についても重点項目として取り上げ、強力で働き掛けを行っているところである。

今後、政府が進める「社会保障と税の一体改革」に関する政治日程も睨みながらさらに関係

機関に働き掛けを強めていく必要があるかと思われる。

本会としても、日医はじめ九医連とも連携を蜜に取りながら税制の改正に向けた対応を進めていきたいと考えているので、その際にご協力をお願い申しあげる次第である。

○沖繩県医師会



玉城信光副会長

日医の検討委員会の
中で、消費税が3%と
して作られたときに、
日医は消費税を診療報
酬に掛けないとした。
その見返りとして診療
報酬で補填をするとい
うことで、3%は診療報

酬に含まれていたが、それが診療報酬が下げられている間に次々に無くなってしまった。逆に損な状態になった。診療報酬が上がるのであれば、3%から5%の消費税は吸収できたと思う。日医の税制検討委員会で、自民党の時代から患者さんに負担を掛けないためにはゼロ税率を診療と報酬に掛けてもらえれば自分たちの支払った税は還付できるが、掛けないと言ってしまったから、どこにも行き場が無くなって、次の税制改正のときは約束を自民党でも民主党でも行っている。ただ、食料品や医療にはどのくらいの税を掛けるかは最終的な判断で、必ず税を掛けるという方向でない病院は年間何億という損失を出して、税負担をカバーするために一生懸命働かなくてはならないという矛盾は共通認識で持っていると思う。

○沖繩県医師会（佐久本理事）

日医がこれまで第一に要望していた「軽減税率」や「ゼロ税率」の見直しについて、税制大綱の中でも否定的な意見がある。また、制度が複雑になるという理由で、今回見直しを行った。還付制度にした方がクリアになるのではないかとしている。

目的税にしないという理由について、目的税にすると消費税だけで社会保障費を賄えるとは思えない、したがって財源不足になるとさらに

増税をせざる得ない。そこでもう少し緩い考え方で福祉目的化という仕組みにした方がいいとしている。財源が足りない場合は他から持ってくるような緩いニュアンスがある。

○沖繩県医師会（玉城副会長）

日医の税制検討委員会には、国税の出身者も入っているし、病院事業を見ている公認会計士もたくさんいる。

政府の税制委員会に入っている先生方もいる。これでバランスを取りながら日医はそのような形で議論をしている。したがって詳しい内容になっている。高度な議論をしている。消費税以外に医療は大きな恩恵を受けている。トータルで、消費税のときこれらが全部切られたら困るということで総合的な形で税制を検討している。

○沖繩県医師会（佐久本理事）

現状だと消費税は5%であるが、現在の社会保障費を全て賄うと全てが国税になったとしても9%必要となるが、今の消費税の配分率を国税の中でも国と地方分があるが、その配分率を考慮すると12%まで上げる必要があると、これを消費税だけで確保することはできないと思おう。

目的税化にしてしまうと、消費税というルールからするとすぐ下げられるというデメリットもある。上げる場合に国民から反対があった場合は下げられてしまうということで一元的にやられてしまう。目的税にするとそういうデメリットがある。

4. 沖繩県医師会役員選任規程改正の件

真栄田常任理事より概ね下記のとおり説明があった。

昨年日本医師会会長選挙において立候補者が3名いたが、その際全出席代議員の3分の1プラスαの得票にも関わらず新会長が新任されることになった。そのため今後、県医師会でも複数名の会長候補者が出た場合のことを想定し、これまで定義していなかった会長選挙に関する条文を下記のとおり15条として新たに役員選

任規定に追加したいと考えている。

第14条 選挙の結果、有効投票の最多数の得票を得た者をもって当選者とする。ただし、最多数の得票を得た者が2人以上あるときは、抽選で定める。

第15条 会長の選挙においては、有効投票数の2分の1以上の得票を得なければならない。ただし、2分の1以上の得票を得た者がいないときは、上位2人をもって候補者とし、再投票を行う。

2 前項において、最初の投票で2位の候補者の得票数が同数のとき、又、再投票において2人の候補者の得票数が同数のときは、抽選で定める。

協議した結果、趣旨については了解が得られたが、上記条文では解釈しづらい点があることから、法律に詳しい弁護士等に相談した上で修正を行うことになった。

5. その他

①国立療養所宮古南静園の園長について

国療沖縄公務員医師会の石川先生が急遽欠席となったため、宮城会長より、国立療養所宮古南静園長が空席の状態が続いるとのことで、情報があればご石川先生にご連絡いただきたい旨の説明があった。

○宮古地区医師会

前任の園長が8月に突然異動になり、その後任を探しているところである。何人か候補に上がったが本人に断られたとのことである。本日の時点で全く進展していない状況である。そのため、現在は愛楽園の山内先生が併任というかたちで週1回ほど南静園に来ている。宮古病院あるいは医師会の先生方も診療の応援に行っている状況で、この状態は当分続きそうとのことである。



第2回沖縄県医師会県民健康フォーラム ～がん医療の今～



理事 玉井 修



平成23年2月5日（土曜日）午後1時半からパシフィックホテル沖縄において第2回沖縄県医師会県民健康フォーラムが開催されました。会場は約250名の参加者でほぼ一杯となりました。今回の県民健康フォーラムでは新しい試みを致しました。会場に入場するとき事前にアンケートに答えて頂き、その集計結果をフォーラムの中で発表し、講演者とディスカッションをしようというものです。

事前アンケートの内容は、「がんと診断されたらあなたはどこまで知りたいですか？」「呼吸が止まった場合、気管内挿管し人工呼吸器を使うかどうか決めていますか？」「あなたのいろいろな要望をご家族みんなが知っていますか？」等というやや深刻な質問です。

設問のパーセンテージに関しても非常に興味

ある結果になりましたが、今回のような試みはフォーラムを決して受け身ではなく自分自身の問題として捉え、参加者自身が主体的に考えて頂く為に非常に効果的な試みであったと思います。

今回は今までのがんを扱った講演会と切り口を少し変え、そもそもがんというものは一体何なのか？という根本的な問いから始め、がんの医療連携や緩和医療など今まで扱う事の少なかったテーマを設定しました。今までの作り方を変えて、より効果的で、理解しやすいフォーラムに作り込む必要があります。ご講演頂いた先生方にはよりご負担をかける事になりました。県医師会が主催する様々な講演会においても、その持ち方、テーマ、進行方法によって様々な作り込みが必要になってきます。主催者としてもいろいろと勉強になりました。

講演の抄録

がん医療の基礎の基礎

- (1) 標準治療って、一番上等の治療だと知っていましたか？
- (2) がんになったら最初が肝心、自分らしく生きるためには？



琉球大学医学部附属病院 がんセンター長
増田 昌人

皆さんは、国民の約半数ががんに罹る時代になっていることをご存知でしょうか。日本人男性の54%、女性の41%が一生の間に一度はがんに罹るといわれています。今や両親・祖父母など家族のうちでがんに罹った人がいないという県民は殆どいない状況です。この様のがんは日本人にとって最も身近な病気の一つであるはずなのですが、何故か多くの方にとってがんという病気は他人が罹るものという意識が強いようです。是非、がんに罹る前から図1の12項目について、ご自身で考え、またご家族の間でも話し合いを持っておくことが大切だと考えています。

がんに罹る前に、以下のことは考えていますか？	
1	がんと診断されたら、どこまで知りたいですか？
2	病名は、がんとははっきりと知りたいですか？
3	あとどれくらい生きられるか、知りたいですか？
4	がんが再発したら、どこまで知りたいですか？
5	治癒を目指す治療ができなくなった時、その事実を知りたいですか？
6	その時でも、あとどれくらい生きられるかを知りたいですか？
7	呼吸が困難になったり、止まった時、人工呼吸のために口から気管に管を入れて、人工呼吸器を使うかを決めていますか？
8	心臓が止まりそうになった時、心臓マッサージを受けるかを決めていますか？
9	亡くなった時、病理解剖を受けるかを決めていますか？
10	葬儀方法を具体的に決めていますか？
11	あなたのいろいろな要望を、家族みんなが知っていますか？
12	あなたのいろいろな要望を、家族みんなが賛成していますか？

図1

また、残念なことにがんに罹ってしまった場合、がんの治療は最初が肝心なため、先ずはがんに対する情報をきちんと得ることが大事です。図2に国立がん研究センターがん対策情報センター（以下国がん情報センター）が発表している「がん情報さがしの10カ条」を示しました。ここにも記載があるように、がんに対する情報は主治医とその病院から得ることが一番であり、次に「セカンドオピニオン」をきちんと取ることが最低限すべきことです。

がん情報さがしの10カ条

1	情報は“力”，あなたの療養を左右することがあります。活用しましょう。
2	あなたにとって、いま必要な情報は何か、考えてみましょう。
3	あなたの情報を一番多く持っているのは主治医です。よく話してみましょう。
4	別の医師の意見を聞く「セカンドオピニオン」を活用しましょう。
5	医師以外の医療スタッフ（看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士等）にも相談してみましょう。
6	がん診療連携拠点病院の相談支援センターなど、質問できる窓口を利用しましょう。
7	インターネットを活用しましょう。
8	手に入れた情報が本当に正しいかどうか、考えてみましょう。
9	健康食品や補完代替医療は、利用する前によく考えましょう。
10	得られた情報をもとに行動する前に、周囲の意見を聞きましょう。

(国立がん研究センターがん対策情報センターより)

図2

その上で、「がん診療連携拠点病院（以下拠点病院）（琉大病院、那覇市立病院、県立中部病院）」（図3）の相談支援センターに相談するのも良いと思います。この3つの相談支援センターは、その病院に通院していなくても沖縄県民であれば、誰でも無料で相談を受けることができます。

さらに、ホームページを参照すると良いのですが、数多くの中から有用なものを選び出すのは難しいところがあります。現在のところ、「国立がん研究センターがん対策情報センター」、「がんナビ」、「沖縄県がん診療連携協議会」のホームページは参考になると思います。

書籍は更に選択が困難です。国がん情報センター発行の「各種がんの療養情報」は、拠点病院等にて無料で配布していますから、是非手に

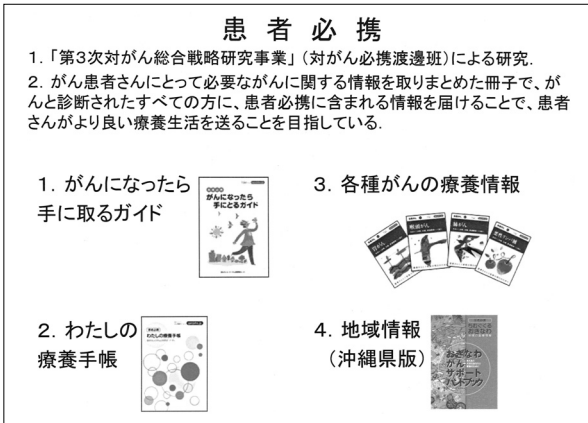


図3

入れると良いです(図4)。また、沖縄県と沖縄県がん診療連携協議会が共同で発行予定の、がん医療の地域情報「おきなわがんサポートブック(仮題)」が今年4月から拠点病院等で配布予定です。さらに、国がん情報センターが発行する「がんになったら手に取るガイド」と「わたしの療養手帳」が一般書店で発売されますので、可能でしたら購入して、参考にとすると良いと思われます。



図4

以上のがん情報を手に入れたうえで、主治医を中心とする医療スタッフととことん相談をして、納得をした上で、ご自身の治療を選択するのが良いがん医療を受けるコツだと思います。

医療の進歩によりがんも半数近くが治る時代になりましたが、それでも手術、抗がん剤治療もしくは放射線治療をしなければいけないなど、人生の一大事であることには変わりありません。その一大事に対する備えのためにも、がんに対する知識を持っていただくことは重要

だと思います。今回の県民健康フォーラムがそのきっかけとなれば幸いです。

地域連携パス
—かかりつけ医と専門施設の両方で診る安心のがん診療—



那覇市立病院外科部長
宮里 浩

がんは、3大死因疾病といわれ、年間30万人、3人に1人ががんで死亡する身近な病気です。がんは、いまだに手強い相手ですが、全く歯が立たない訳でもなく、むしろ、十分に倒せる敵です。しかし、それには、がんの被害を最小限に抑えるため、早期発見や早期治療、さらに治療後の転移や再発の発見も含めた経過観察をきめ細かく行うことが求められます。その際に、がんを治療する専門施設のための医療では不十分であり、かかりつけ医の協力が不可欠です。

専門施設とかかりつけ医施設の協力体制に関しては、これまでは、個々の施設の連携に任せられ、その内容も施設によりばらつきがあり、かかりつけ医と専門医において患者さんの診療情報、計画が十分に共有されるまでには至っていないのが現状であるかと思えます。

この状況の改善策として、がん対策推進基本計画にて、5大がん(胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん、肺がん)の地域連携クリティカルパスの整備をがん拠点病院に求めています。クリティカルパスとは、良質の医療を効率的、かつ安全、適正に提供するために作成された診療の計画表ことで、本県においては、がん診療連携協議会の地域ネットワーク部会にて、平成21年9月、がん拠点病院以外の5大がんの診療

を行っている施設でも利用可能な、沖縄県統一のがん診療連携クリティカルパス(以下、連携パス)を作成し、平成22年4月より運用を開始しました。

連携パスは

- ・地域連携パス運用の手引き
- ・患者基本情報書
- ・共同診療計画表
- ・共同診療経過表
- ・私のカルテ

より構成されており、患者さんに安心、安全で質の高い医療を提供するため、かかりつけ医(一般病院、診療所等)と専門医(がん診療連携拠点病院、専門病院)、看護師、薬剤師等が患者さんの診療計画、検査結果、治療経過を共有するためのツールです。

具体的には、がん専門施設では、入院中に病診連携に関して説明を行い、同意を得た方に連携するかかりつけ医施設を決定します。もともと持病にて、かかりつけ医をお持ちの方は、そちらを優先に調整します。連携決定後は、専門施設より連携パス書類をかかりつけ医に提供します。

患者さんは、日頃の病状、体調管理、併存する病気の薬も含めた内服薬の処方、かかりつけ医にて行き、定期的検査は専門施設にて行います。その際には、連携パスにて、かかりつけ医施設および専門施設にて行われた検査結果、診療内容の情報が、両方の施設にて共有されます。また、その内容は、私のカルテとして患者さんにも共有してもらいます。

また、経過中に体調の変化や再発、転移などの兆候がある場合には、随時かかりつけ医が専門医に相談することで、切れ目なくがんの診療が行われます。

本フォーラムにおいて、連携パスを県民の皆様にご紹介し、知っていただくとともに、皆様にとって安心してがんの療養を受けれる、より良いシステムとするための運用も含めた今後の課題について報告します。

【沖縄県がん診療地域連携クリティカルパス】

- ・地域連携パス運用の手引き
- ・患者基本情報書
- ・共同診療計画表
- ・共同診療経過表
- ・私のカルテ

【患者基本情報書】

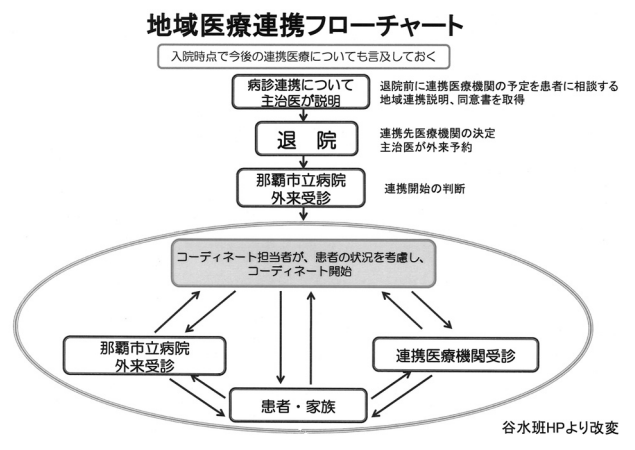
【診療計画表】

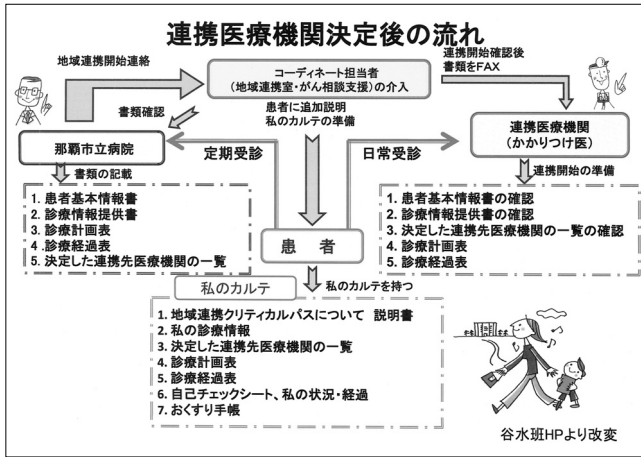
【診療経過表】

あなたを支える
地域連携クリティカルパスのご案内

【患者さま用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート

項目	実施済み	未実施
主治医と連携医療機関の予定を患者に相談する		
連携先医療機関の決定		
主治医が外来予約		
連携開始の判断		





【沖縄県がん診療地域連携パスのコンセプト】

5大がんについて、診療ガイドラインに沿って作成し、共同診療計画を各疾患の治療法ごとに作成する

連携の意志がある地域の全医療機関が使えるものとし、県内で共通のフォームで運用できるツールとする。

患者、家族に連携を説明し同意を得る

緊急時の対応は、最終的には専門施設が責任をもって、調整する。

す医療として認識されています。

これまで、がん医療＝抗がん治療、緩和医療＝終末期医療というイメージがあり、緩和ケアと聞くと「医学の敗北・死が近い」という負の印象と同時に、「何も治療をしない」と誤解される場合もあります。がんの治療として、手術や抗がん剤の使用、放射線治療などが知られていますが、これらの治療が治癒にはいたらなくても症状を和らげることに役立つ場合もあります。緩和医療の現場では、患者の生活の質を最大限に維持するために、抗がん治療も含めてご本人に負担の少ないように治療方針を決め、支援していくよう試みています。ですから何もしないのではなく、何ができるかを患者、家族とともに考えることに主眼がおかれます。そのため、医師をはじめ看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理療法士、ソーシャルワーカーなどの多職種が関わってチーム医療を行っています。

緩和医療は、特別な施設だけでなく一般病院や在宅でも受けられるよう整備がすすめられています。現在、沖縄県内には3か所の緩和病棟があります。緩和ケア病棟の役割は、①痛み、呼吸困難、倦怠感などがんに伴う症状の緩和を目的とした治療や精神的なサポート、②介護で疲労したご家族が休むための援助、③亡くなる直前の看取りなど、時間的、治療内容的にも広がりがあります。

緩和ケアから連想されるモルヒネに代表される医療用麻薬は、抵抗感を感じる人も少なからずいますが、痛みや呼吸困難に対して大変有効です。痛みや呼吸困難が緩和されると、気持ちも明るく前向きになります。世界保健機構 (WHO) のがん疼痛克服宣言もモルヒネの適正使用が基本になっています。

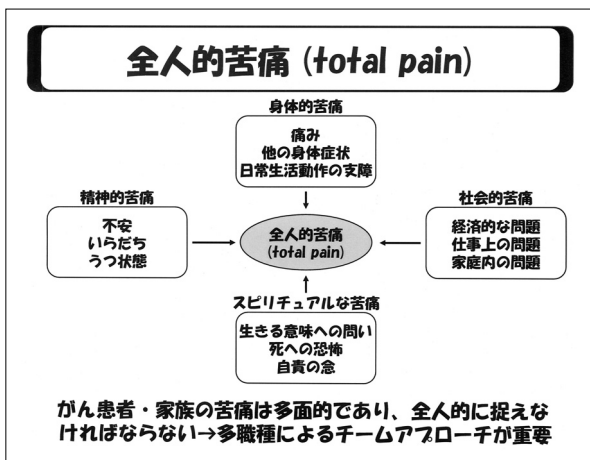
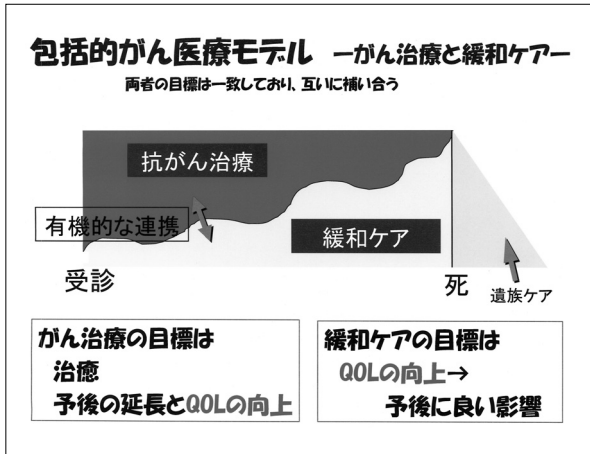
高齢化社会である日本は、今3人に1人ががんでなくなる時代です。がんという病気を患いながら人生の最後の時間を過ごされる方が増えてきました。緩和ケアは最期の砦ではなく、がんの診断、治療が始まったときから、全人的な苦痛を緩和するために支える医療であり、治癒が難しいと判断された時、がんと共に人生の最後

緩和ケア
～ 一度たずねてみて ～



国立病院機構沖縄病院 緩和医療科医長
大湾 勤子

緩和医療とは、広い意味では病気や老化にもなうさまざまな症状や苦痛を和らげることを目的とした医療を意味します。一般には、悪性腫瘍 (がんなど) にかかった患者さまやご家族の抱える心や身体の痛み・苦しみを、病気が診断された時からできる限り和らげることを目指



増田昌人先生によるアンケート解説 (談)

今回は、来場者全員に、図1のアンケートを他の資料と共に配り、講演会の途中で回収しました。配布は250人で、回答数は170で回収率は68%でした。前半のQ1～6では「全て知りたい」を5、「全く知りたくない」を1として意思表示をして頂きました。後半のQ7～10は、「決めている」を5、「決めていない」を1として、これまでに考えたことがあるかどうか、決めているかどうかを伺いました。最後の二つの質問は家族との状況を伺いました。結果は図2～4に示しています。

殆どの来場者は、がんと診断されたら全てを知りたい (Q1)、病名はがんとはっきり知りたい (Q2)、再発しても全てを知りたい (Q4) と考えていることが分かります。また、予後について (Q3)、治癒を目指す治療ができなくなった事実 (Q5)、さらにその場合の予後に関して (Q6) も、4分の3の方は全てを知りたいと考えているようです。多くの担当医が説明することを躊躇する状況でも、今回の来場者の多くは全てを知りたいと、はっきりと意思表示をしています (図2)。

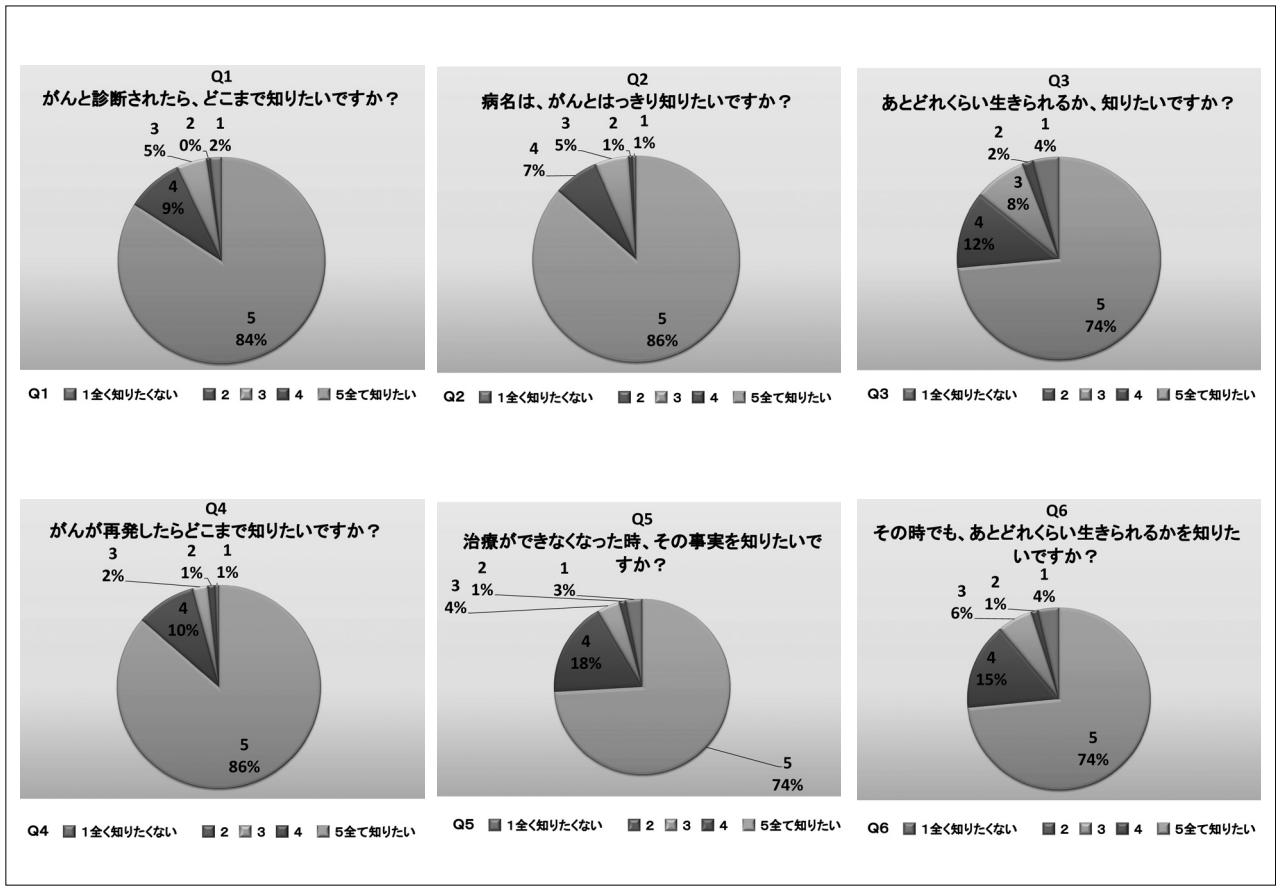
その一方で、Q3、5、6では全く知りたくない方が3～4%いました。全ての来場者が事実を知りたいと思っているわけではないということ、全く知りたくないと意思表示している方の

をより豊かに生きるために提供されるものです。人生の最期をどのようにむかえたいかを、そのためにどのように生きるかを緩和医療の現場では多くの出会いと別れから日々教えていただいています。関心のある方は、ぜひ一度たずねてみて下さい。

図1

Q1	がんと診断されたら、どこまで知りたいですか？
Q2	病名は、がんとはっきりと知りたいですか？
Q3	あとどれくらい生きられるか、知りたいですか？
Q4	がんが再発したら、どこまで知りたいですか？
Q5	治癒を目指す治療ができなくなった時、その事実を知りたいですか？
Q6	その時でも、あとどれくらい生きられるかを知りたいですか？
Q7	呼吸が困難になったり、止まった時、人工呼吸のために口から気管に管を入れて、人工呼吸器を使うかを決めていますか？
Q8	心臓が止まりそうになった時、心臓マッサージを受けるかを決めていますか？
Q9	亡くなった時、病理解剖を受けるかを決めていますか？
Q10	葬儀方法を具体的に決めていますか？
Q11	あなたのいろいろな要望を、家族みんなが知っていますか？
Q12	あなたの要望を家族が知っている場合、その要望を家族みんなが賛成していますか？

図2



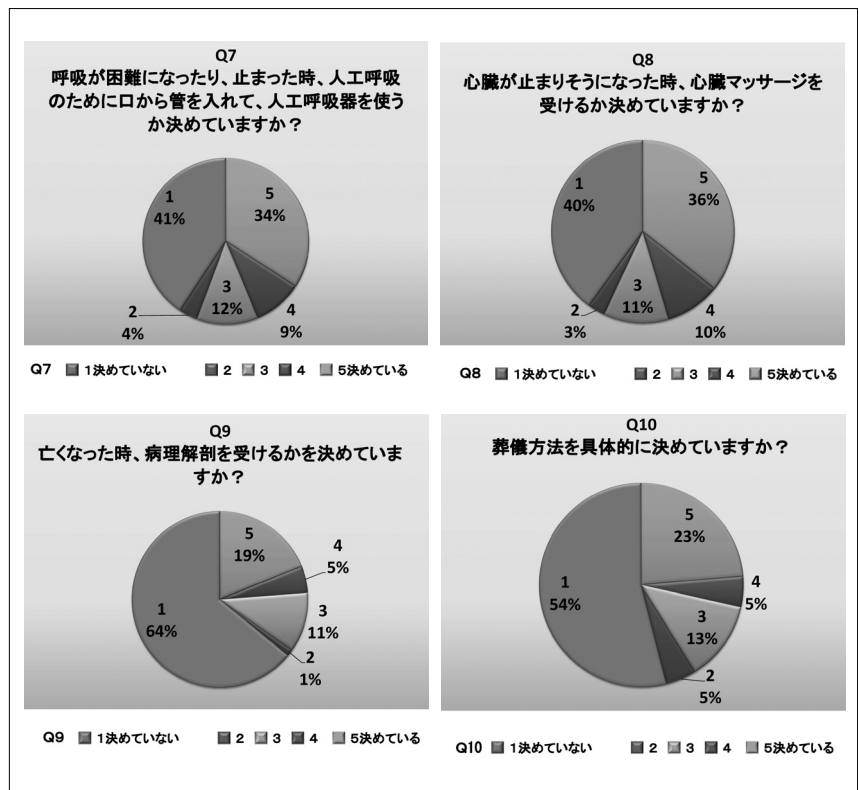
存在を忘れてはいけないと思います。

後半の質問では、考えが分かれましました。おそらく今まで考えもしなかったという来場者が多かったのではないかと推測します (図3)。

また最後の二つの質問は、ご自身でいろいろ考えてはいるものの、それが家族に伝えられていないことや、家族で話し合いがされていないことが浮き彫りになった結果ではないかと思えます (図4)。

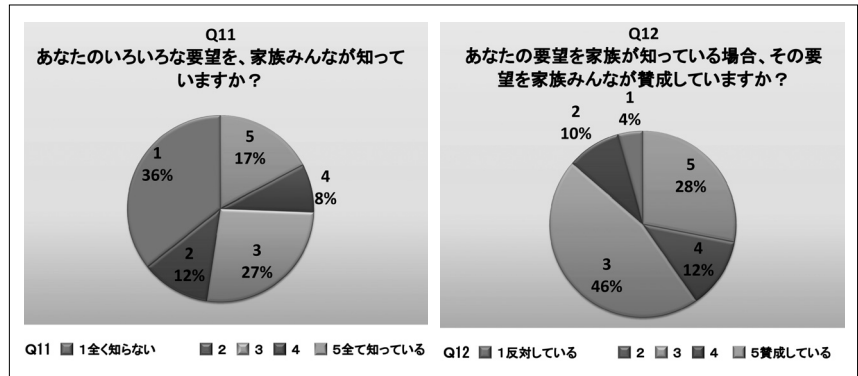
今後も県医師会にはがんに関する啓発活動を続けていただき、がん患者さんが自分自身でどこまで説明を受けるか

図3



を決められるように、そして担当医は事前に患者さんの意思確認をしてから病気の説明を行うことが確立されるようになることを希望します。

図4



座談会～県民健康フォーラムを終えて～

○玉井座長 皆様お疲れ様でした。今回のご感想を伺いたいと思います。

○増田先生 今回急遽アンケートを取らせていただきました。ショッキングな内容も含んでいたで医師会の催しとしてどうかとも思い心配でした。

○玉井座長 大変良かったと思います。

○宮里先生 今回のテーマである「地域連携パス」が聞き慣れない言葉なので、その言葉だけでも覚えて貰えればと思い説明しました。確かにアンケートは良かったですね。普段のこのような説明をする上で、どこかで大きな組織的な動きが必要だと感じました。

先ほど会場でも述べさせてもらいましたが、「心臓が止まりそうになった時、心臓マッサージを受けるか決めているか？」とのアンケートについては、心臓マッサージを受けるか受けないか既に決めている方が多かったことは少し意外でした。このような場に来られる方なのでそういった意識は高いと思いますが。

○大湾先生 緩和ケアのお話をさせていただきましたが、意外と皆さん知っておられるのかなと感じました。ただ、現場で進行期の方、ご高齢の方が増えてきていますのでコミュニケーションがうまくいっているのかという点が少し垣間見られたかと思います。増田先生が「そんなお医者さん（セカンドオピニオンの相談をすると怒る先生）はいないよ」とおっしゃっていたのでそうあって欲しいと思いましたが、怖くて聞けないという雰囲気があると私達自身が医

療者としてコミュニケーションを意識しなければいけないと思いました。

今は患者さんも個人で色々な情報が得られる時代になっていますので、逆にこちら側が勉強していないようなことについて聞かれたりすると困ってしまうこともあります。やはり信頼関係の中で医療は成り立っていくものと思っています。その辺のことを見直すことが改めて大事だと思いました。

○玉井座長 今日の質疑応答では15分ほどの時間しかありませんでした。実は会場で紹介出来なかった質問が沢山ありましたが、その多くが個人的な質問でした。主治医とのコミュニケーションがうまくとれてない等の不安があり、今日会場に足を運んだという感じがします。増田先生がセカンドオピニオンのお話をされて非常に良かったのですが、やはり本音はお医者さんは怖いのかなという印象があります。

○増田先生 セカンドオピニオンに関しては、いくつかの施設の患者さんから、琉大病センターに苦情が時々寄せられています。忙しいので忘れてる先生もいるから、改めて聞いてみてはどうかという話をしてはいますが、中々難しいところもありますね。がんになった時に必ずセカンドオピニオンの話を出すように、がん臨床医に対して何らかの研修が必要な時代になっているのではないかと思います。

○玉井座長 最後に患者会からのご案内があったのも、そういう意味では良かったかと思えます。

実際には医者側からの情報提供という感じになると、どうしても敷居が高いと受け取られがちです。ただ、今日の全体的な流れでいうと例えば何かのがんに特化して話をしたというよりも、むしろがん全体にからむ連携の問題や社会問題、緩和ケアの問題などについて話を出来たことは今までの県民公開講座とは違った切り口になったかと思えます。

○増田先生 県医師会の会員全員ががんに関わっているわけではないので、希望する会員に対して何らかの情報提供や講演会・研修会があったほうが良いと思っています。セカンドオピニオンの話を自らする医師は結構いるのですが、現実的に患者さんが遠慮されて取らないケースが殆どです。ただ、セカンドオピニオンを全く評価せず、否定的な医師がごく少数ですが存在するがために、ネガティブな噂や評価が流れ、医師会全体、医療界全体に悪影響を及ぼしていることも事実です。がんを診療している医師に対して、やはり何らかの研修会が行われると良いと思います。そのひとつが「緩和ケア研修会」であり、がんのいわゆる告知の方法など、ロールプレイやグループディスカッションなどの実習も含んだ実践的な内容ですので、是非全員が受けていただければと思います。

○玉井理事 本日の質問にも具体的にそこまでネガティブな意見は出ていませんでしたが、そう匂わせるものはありました。

○宮城会長

今日講演を聴いていて、セカンドオピニオンもそうですが、がんになった時にはっきり病名を知りたいかという質問については、知りたくないと回答した方が4%いらっしゃいました。講演会の中で、増田先生はそれを大事にしたいとおっしゃっていました。「知りたい」「知りたくない」どちらが良いとか悪いとかではなく、これは個人の考えであるのでそれぞれの意思を大事にしたいという話は非常に良かったと思います。医療者の中でもがんの告知は全てやるべきとして直ぐに告知する医者がありますが、その場合、患者さんは衝撃を受け何のフォローもされません。それについての記事が新聞に連載されています。しかし、そういう側面があったとしてもみんながそうやっている訳ではなく、ある一部を強調されると医療者側と患者側の信頼

関係が損なわれてしまうのではないかという気がします。ですから医療者側も患者側の立場を考慮して診療を行うことが大事だと思います。そういうことを繰り返すことにより、病院の利用の仕方が見えてくるのではないかと思います。その点でも今日は非常に良かったと思います。

○玉井座長 全てを率直に何もかも告げれば良いということでは無く、そこに信頼関係の基盤があってはじめて成り立つものなのかもしれませんね。

○大湾先生 私は緩和外来をやっていますが、患者さんの多くはご自分の希望で来られているのではなく、病院の都合で紹介されてくる方が多くいらっしゃいます。今の地域連携のあり方は決して患者さんのためでは無く、病院のために動いているようなものです。それぞれ病院の役割があるので、現場が大変であることもわかります。でも、そこがまだ浸透出来ていないので、切り捨てられるという感覚はどうしても拭いきれません。私も同じ同業者なので送って頂いた先生方の気持ちもわかるし、患者さんの気持ちもわかるので、板挟みになってしまいます。ですがそこで丁寧に聴いてあげると先方の先生の気持ちも分かって下さるし、我々の立場も分かって下さいます。そこでどうしたいのか話し合いが持たれます。

この外来は約1時間かかります。そのため予約制にしているので、そうすると予約できないとまたそれで苦情がきてヘトヘトになります。その話し合いの中で考え直したり、もう一度主治医に相談出来るので良い外来だと思いますが、現場は苦勞しているという現実があります。

○玉井座長 本来の緩和ケアのあり方とは違って都合で利用されているようなところがあるということですね。在宅も厳しいですからね。社会的基盤がもっと整備されなければ難しいのかもしれない。

○増田先生 「拠点病院ではない病院は頼りないのですか」という質問がありましたが、「肉腫や眼のがんなどの希少がんや、難治性のがんについては拠点病院が良いですが、皆さんが知っているような乳がんや大腸がんなどについては近くの入院ができて専門の先生がいる施設であれば治療できる」という話をしています。

拠点病院の我々が講演会や研修会を開いて制

度や拠点病院について話をすると、必ず「じゃ、そこが一番上等な病院なの？」という話になるので、そのあたりの正確な情報の発信ができないかと思っています。県は保健医療計画で専門的ながん診療を行う医療機関25施設を公表しています。そういった情報をあらゆる場所で広報できればと思います。

拠点病院は医師が研修をしたり、市民に対する講演会等を開催したりすること等が主です。現在、5大がんは拠点病院以外で診る方向で進める動きがあります。特に大学病院では臨床試験や治験、希少がん、難治性のがんを診ることになります。

○宮城会長 それははっきりさせないといけません。拠点病院以外は信頼できないのかというとそうではありません。肺がんの大部分は国立病院機構沖縄病院でやっています。拠点病院は別の役割があるということです。情報収集をしたり、連携を保ったり、あるいはがんについての啓発を行う等の役割があるわけです。拠点病院でしか治療が行えないのでは無いということをお知らせしないといけません。連携している医療機関は沢山あるわけですから。

○宮里先生 そういう意味ではパスが一つの主導になるかと思っています。専門施設に登録して頂いたところは標準的な治療が提供できるということをお知らせできれば良いですね。

それと、がんに対するインパクトは医療者側も変えきれていないのではないかと思います。3分の1ががんで亡くなる時代で、昔は“がん＝死”というイメージでしたが今は決してそうではありません。胃がんであれば早期がんは9～10割治ります。そういうインパクトを強くするのはなく、もう一つ先の治療をして頂きたい。そういう意味で、がんを療養していくう

えで失うものを少なくするようにしてほしい。がんが他の病気と何が違うのかといえば、少し治りにくいと捉えれば良いのであって、そうなる先ほどの告知もそうですし、療養の仕方でもそうですし、どの施設で診るかということも恐らく解決されてくるのではないかと思います。確かに治らないものもあるし、どうしても専門的な治療が必要となりますが、あくまで“がんだったら大変だ”という捉え方は、医療者はそろそろやめたほうが良いと思います。やはり、早くに見つけることが出来れば治る確立も高くなるわけですから、それを啓発していかないとはいけません。当院で大腸がんを診ていると、ステージ3が一番多い。ステージ3というのは手術をしても術後の補助療法が必要です。何割かは再発、転移してきますので、このままいくと医療費は持たない状況になります。そういったマクロ的な視点から見ても、検診も含めた早期発見・早期治療が大事です。

がんについて敷居を高くせず普段からそういうことを頭において検診や普段の診療を行っていただくとても良い医療が出来るのではないかと思います。そういう意味でもパスを使っていければと思います。

今出来ているパスはあくまで術後のフォローパスですが、これが進展していけば例えば化学療法をしたり、あるいは再発したあとの見方など、そういうことも当然それが出来ていくものだと思いますし、そういう方向にいけば良いと考えています。

○玉井座長 がん検診の受診率は2割程度ですからね。そういうところが今後の課題だと思います。

皆様お疲れ様でした。



熱心に聴講する参加者の方々