

第32回産業保健活動推進全国会議



理事 金城 忠雄



平成23年1月27日（木）、日医会館において標記会議に出席したので報告する。

（主催：厚生労働省 日本医師会 労働者健康福祉機構 産業医学振興財団）

挨拶

冒頭、挨拶に立った原中勝征会長（代読）は、地域産業保健センター事業について「昨年4月の実施体制の大幅な変更により多くの課題があるなか、37の都道府県医師会、10の産業保健推進センターにお引き受けいただいた」と述べ、関係者の尽力に謝意を示した。

また、昨年4月に行われた行政刷新会議の事業仕分けによって、推進センターには集約化と財政支援削減という評価結果が下され、6ヵ所を廃止するとの閣議決定がなされたことに触れ、廃止撤回を要望し続けるとし、特に地域産業保健センター事業の実施に当たっては、「都道府県医師会に大変大きな負担をお願いしていることも承知している。日医としては、平成24

年以降も必要な予算を確保できるよう厚生労働省に要請するなど、環境整備に努めるので、是非ともご理解を賜りたい」と強調した。

続いて、小宮山洋子厚生労働副大臣（代読）は、昨年6月に閣議決定された「新成長戦略」や、12月の労働政策審議会の建議、労働安全衛生法の改正を含めた職場のメンタルヘルス対策等に取り組んでいることを報告。産業保健事業について「昨年、事業仕分けにおいて効率化等で厳しい指摘があったが、産業保健事業そのものの必要性、重要性については理解いただけたものと考えており、地域における産業保健活動への国の支援を後退させることは考えていない」との姿勢を示した。安心して働き心豊かに暮らせるよう、100%メンタルヘルス相談が受けられること。産業保健関連対策に努力していると挨拶した。

挨拶の後、地域産業保健活動の報告がなされた。

報 告

1. 地域産業保健センター事業について都道府県医師会が受託した例として

「運営する立場から」

大阪府医師会 藤森次勝理事

大阪府は、1億2,394万5,000円で受託し、各労働基準監督署管内13か所の地区センターで事業を行うことになった。

1) - 1 大阪府地域産業保健センター事業						
・平成22年度は大阪府医師会が、123,945,000円で受託。 ・各労働基準監督署管内13か所の地区センターで事業を行う。						
大阪府の事業所数と労働者数 (平成18年10月1日調査)						
事業所の従業員数	50人未満			50人以上		
	1~9人	10~29人	30~49人	50~99人	100~299人	300人以上
事業所数 (全体の%)	336,813 (78.6%)	63,751 (14.9%)	13,217 (3.1%)	7,883 (1.8%)	4,055 (0.9%)	1,036 (0.2%)
労働者数 (全体の%)	1,093,943 (24.6%)	1,029,771 (23.2%)	496,894 (11.2%)	540,508 (12.1%)	645,988 (14.5%)	643,401 (14.5%)
センターの事業内容						
(1)健康相談(メンタルヘルス相談含む) (2)個別訪問産業保健指導 (3)長時間労働者への面接指導 (4)講演会講師の派遣 (5)産業保健情報の提供 (6)説明会の開催 (7)働き盛り層のメンタルヘルスケア支援事業 (8)サテライトでの健康相談 他						

受託による各部署の問題点とメリット等についてまとめ。

4) - 1 大阪府医師会のセンター事業受託による各部署での問題点とメリット等について			
	府労働局	大阪府医師会	地区センター
問題点	本省と大阪府医師会との間の、情報の調整・確認等の必要あり。	再委託にならぬ統一したシステム等作り。出務内容のチェックが困難。監査の手間が大変。出務費の税制が違う。	新システムに慣れる時間が必要。事務量・会議の増加。自由裁量の減少⇒やり甲斐低下。
メリット	府センターの1か所を管理すればよい。	各センターを横断した催し物開催、産業医派遣可能。予算の傾斜配分可能。出務の均一化・合理化が可能。	事務所費・機器・事務補助員費の算定可能。予算増加が可能。監査が不要。
結論	新システムへの誘導が必要だが、管理は楽?	小規模事業所の労働者の産業保健のためには、仕事・問題が山積。	気楽だがやや不自由で面倒。やる気のあるセンターは予算増。

「協力・実施する立場から」

大阪府天満地域産業保健センター・
大阪市北区医師会 本出 肇 副会長

健康相談の困難例として、本来大阪支社で労働者数300名以上あったが、部門別の子会社化を図り、50名以下の小事業場集団となり安全衛生担当が非専門分野の掛け持ちとなっている。

長時間労働の相談に対して、個人情報に関わ

るし、専任者がいない。健診結果管理や就業時間管理の人事等については、東京本社が一括管理していて大阪の現場では把握できていない。

常勤労働者の実態は何かつかめるが、契約社員の実態が分からない。

メンタルヘルス講習会も開き対策を行ってもメンタルヘルス不調者は一向に減らない。過重労働・メンタルヘルス相談は、時間と手間がかかるが時間外手当がほとんど出ないなどの悩みがある。

メンタルヘルス相談処理に困った症例をあげると、

- ・職場不適應ではあるが、離職すれば再就職できる可能性が低く、本人は、ぎりぎりまで我慢をする。さらに家族のフォローがなく八方塞である。
- ・単身独居者が増え、自宅での状況がつかめず、また精神科受診勧告をしようにも家族のサポートを期待できない。
- ・新しいタイプのうつ病（周囲が巻き込まれ職場全体が荒れる）に対する職場対応が分からない。

事業場における安全衛生部門専門家がいな。そのうえ衛生管理のアウトソーシング化で同じ職場で同じ職種内容であっても、正規職員と非正規職員間の階層格差がある。

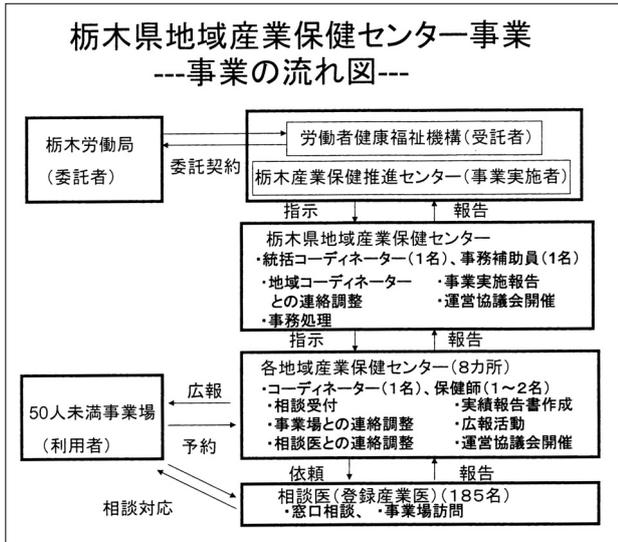
不安定な雇用・保障と先鋭化する成果主義で職場環境が不安定になり、新しい視点を持つ労働行政が必要である。

2. 産業保健推進センターが受託した例として

「栃木県地域産業保健センター事業」について 武藤孝司 産業保健推進センター長

栃木労働局が公募したが応募者がいなく、栃木県推進センターが引き受けることになった。

厚生労働省から栃木労働局へ指示があり、栃木労働局が、労働者福祉機構と委託契約することになり、労働者福祉機構が受託者となり栃木産業保健推進センターが事業実施者となる。



以上、産業保健活動に対する国の支援や医師会の役割などについて説明された。

午後は、「説明報告」と「協議」が行われた。まず、鈴木幸雄厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長が、「今後の産業保健活動に対する国の支援について」と題して講演した。

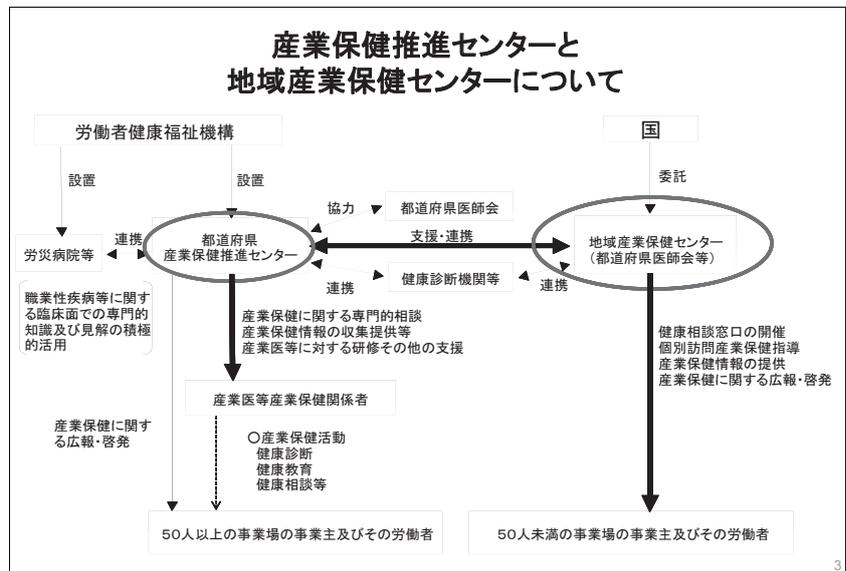
同課長は、産業保健推進センターと地域産業保健センターの産業保健事業の現状と役割を説明し、今度の事業仕分けにより急激な改革になり、またそのフォローが不十分であったことを詫言した。

産業保健推進センターと地域産業保健センターの役割は下記の通りである。

労働者健康福祉機構の視点から見た地域産業保健センターの問題点

(10府県における事業活動を踏まえて)

- ①本事業を実施する上で協力が必須である郡市医師会の役割、責務等が制度上明らかにされていないこと等から、郡市医師会の協力を得ることに支障を生じたケースがあった。
- ②従前の事業においては、謝金、旅費交通費、事務所賃借料等の統一的な運用基準が委託元の国から示されていないので、同一県内においても受託先の郡市医師会ごとに異なる運用されていたので10府県内の統一的な運用基準の調整に相当な時間を費やすことになった。
- ③毎年度実施が見込まれる事業であるにもかかわらず、毎年企画競争の公募方式で委託先が選定されるため、委託先の変更に伴う事業実施のノウハウの蓄積ができず、効果的な事業の実施に支障を生じる。
- ④利用実績は、都道府県労働局や労働基準監督署による小規模事業場への啓発指導に左右されるので、積極的な啓発指導が期待される。



- 都道府県産業保健推進センター**(対象:産業医等の産業保健関係者)
1. 産業医等に対する研修その他の支援
 2. 産業保健に関する専門的相談
 3. 産業保健情報の収集提供等
 4. 産業保健に関する広報啓発
 5. 地域産業保健センターの支援
- 地域産業保健センター**(対象:50人未満の小規模事業場)
1. 健康相談窓口の開催
 2. 個別訪問産業保健指導
 3. 産業保健情報の提供

行政刷新会議における事業仕分けの基本的な考え方は、事業の必要性、有効性、効率性や類似の事業等の見直しであるが必要性より効率性が重要視された。

産業保健推進センターは、平成25年までに現在の47か所を3分の1程度に順次集約化の予定であり平成23年度は6県で廃止される。廃止県であっても、これまでと同様に、医師会、労使団体、労働局との関係を緊密にし、駐在員を配置し産業保健支援サービスが低下しないよう配慮し運営する。

「メンタルヘルス対策支援センター」を全国47都道府県に設置する。都道府県医師会の協力を得て、産業保健推進センター廃止後もこれまでと同様の活動水準が維持できるよう支援する。

メンタルヘルス対策支援センターの要員については、予算の増額に伴い、医師等の専門家の稼働日数が増え、人員を配置することになる。

全国の自殺者が3万人以上にもなり、厚生労

働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト 「こころの耳」

事業者、産業医等の産業保健スタッフ、労働者などに対し総合的な情報提供を実施。

- メンタルヘルスや過労死のための基礎知識
- うつ病、自殺、職場改善の参考事例
- 各種支援・助成制度
- 専門の相談機関や医療機関
- 統計情報
- 関係行政機関の情報 等



<http://kokoro.mhlw.go.jp>

働省としてはこの事態を深刻に受け止めていて、過重労働問題やメンタルヘルス対策としてインターネット上で「こころの耳」を設定している。

産業保健推進センター事業の見直しとしては、予防医学、産業保健と関連する専門的・実践的な研修・助言等の業務に重点化・効率化を求める。

組織の集約化として平成25年度までに、47センターを3分の1に集約化し財政の削減を図る計画となっている。

一方、地域産業保健センター事業の見直しについては、「実施主体はすべて都道府県医師会にお願いしたい」、事業概要としては、産業医の選任義務のない50人未満の事業場の事業主及び労働者に対して、労働者の健康管理等の産業保健サービスを実施するとしたうえで、平成23年度の地域産業保健事業において対応可能な業務を次のように明示した。

「健診後の保健指導」「メンタル不調者の指導・相談」「長時間労働者の面接指導」などの個別相談を中心に、実態に即した弾力的な事業の実施を要請する。

「委託事業事務処理マニュアル」の廃止などの改善を図ったことを強調し、委託費の

「委託事業事務処理マニュアル」の廃止などの改善を図ったことを強調し、委託費の

メンタルヘルス対策支援センター

趣旨・目的

- 地域における職場のメンタルヘルス対策の中核的機関として全国47都道府県に設置
- メンタルヘルス不調の予防から復職支援まで職場のメンタルヘルス対策を総合的に支援

事業内容

- 事業者、産業保健スタッフ等からの相談に対応
平成21年度実績 12,170件
(うち職場復帰に関するもの1,089件)
- 事業者、産業保健スタッフに対する助言等の実施
平成21年度実績 8,444件
(うち職場復帰に関するもの3,038件)
- 職場の管理職に対する教育の実施(平成22年度新規)
平成22年度実績(4月～9月) 666事業場
- 相談機関の登録・公表、事業場への紹介等の実施
- 事業者、産業医、主治医、相談機関、行政機関等の間のネットワークを構築

職場のメンタルヘルスの課題と対策

【行政課題】

- 労災認定件数は高水準(269件)、自殺者数は3万人超え
- メンタルヘルスに取り組んでいる事業場は約3割(33.6%)
- 小規模事業場ほど取り組みが低調(事業場規模10～29人では9.2%)

【行政施策】

- 労働安全衛生法の改正
 - ① 衛生委員会等の調査審議事項に、メンタルヘルス対策の樹立に関することを追加
 - ② 長時間労働者に対する医師による面接指導制度の導入(面接指導の際にメンタルヘルス面のチェックを実施)
- 指針等による対応
 - 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年3月公示)、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(平成21年3月改訂)等の策定
- 第11次労働災害防止計画における目標設定
 - 「メンタルヘルスケアに取り組む事業場の割合を50%以上とする」
- 都道府県労働局、労働基準監督署による指導
- 経営トップを含めた事業場に対する指導等の実施
- 中小規模事業場に対する支援の充実
 - 全国47都道府県にメンタルヘルス対策支援センターを設置し、独自の取り組みが困難な中小企業を中心に総合的な支援を実施

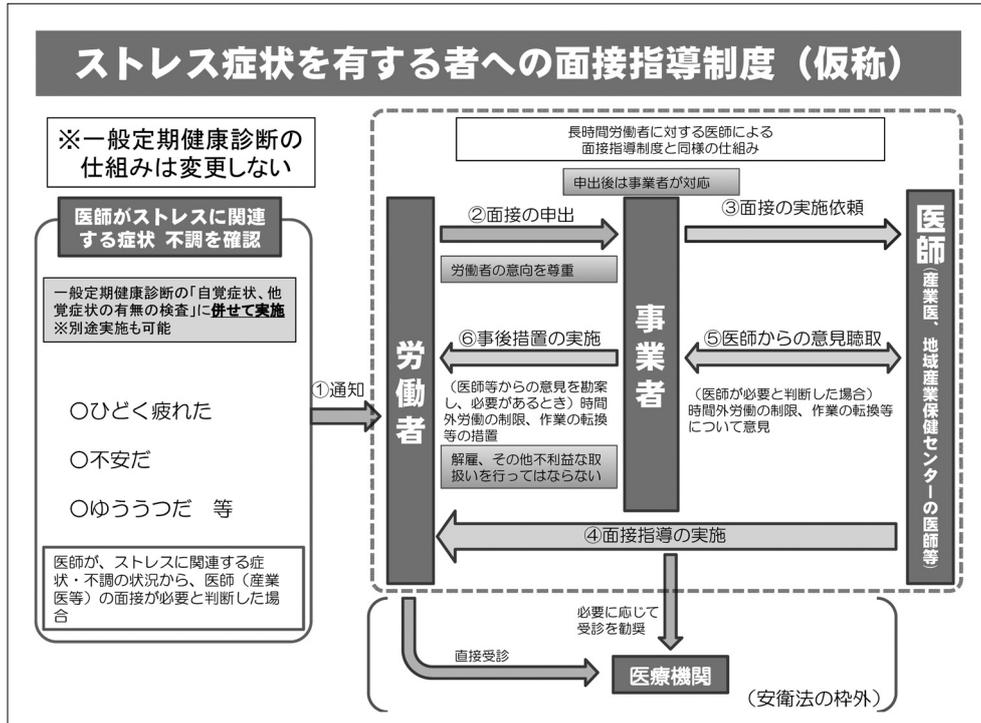
【事業場への支援】

- メンタルヘルス対策支援センターによる総合的な支援
- メンタルヘルスケアの取り組み方法の教示等
 - ① 事業場からの相談に対応するための相談窓口の設置
 - ② 事業場の求めに応じた個別訪問指導の実施
 - ③ メンタルヘルス・ポータルサイトの設置
- 専門スタッフの育成等
 - ① 産業医等産業保健スタッフに対するメンタルヘルス研修の実施
 - ② 事業場内メンタルヘルス推進担当者研修の実施
 - ③ 外部相談機関の紹介
- メンタルヘルス対策の周知・啓発
 - ① メンタルヘルスシンポジウム、セミナーの開催
 - ② メンタルヘルス・ポータルサイトの設置(再掲)
 - ③ 労働者向けセルフケア促進用資料等、各種リーフレット等の作成・配付

【事業場の具体的課題】

- 取り組み方がわからない(44.3%)
- 専門スタッフがいない(42.2%)
- 必要性を感じない(28.9%)
- 労働者の関心が低い(27.7%)

* 数値(割合)は労働者健康状況調査報告より



活用を求めた。

今後の産業保健は、メンタルヘルス対策を重要視すべきである。

今後の産業保健活動に対する国の支援について下記表のように学識経験者・労使・医師会の現場の先生方と論議していくとした。

産業保健への支援のあり方に関する検討会について(案)
<p>目的</p> <p>産業保健推進センターについては、今般の事業仕分けをうけて、産業医に対する専門的な研修の実施等、産業保健支援サービスの低下させない範囲で、センターの集約化を進めているところである。</p> <p>また、職場におけるメンタルヘルス対策が大きな課題とされる中、メンタルヘルス対策支援センター事業に対するニーズが増加している。</p> <p>こうした状況を踏まえ、今後の産業保健推進センター及びメンタルヘルス対策支援センター事業のあり方について、学識経験者、労使、医師会関係者で議論を行うこととするもの。</p>
<p>検討事項</p> <p>○ 産業保健推進センター及びメンタルヘルス対策支援センターによる効果的・効率的な支援のあり方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業主体 ・ 支援の内容 ・ 対象
<p>スケジュール</p> <p>できるだけ早期に。</p>

続いて、今村聡日医常任理事が、「医師会における産業保健活動について」と題して講演した。

会長諮問「地域産業保健センターと産業保健推進センター並びにメンタルヘルス対策支援センターの再構築と医師会の関わり方」に対して、平成23年1月24日、日医会長あてに、「産

業保健委員会中間答申」を提出した。

近年の労働に関係する政策の急激な変化を踏まえ、日医がこれまで、構築・支援してきた認定産業医制度、産業医学研修、地産保センター事業等の産業保健サービスに関する現状と課題を整理し、日医としての産業保健に関する基本的考えを述べた。

「地域産業保健センター事業」

平成22年度、都道府県単位で企画競争に応募する方式に変更になり、都道府県医師会に負担をかけることとなったが、「委託契約事務処理マニュアル」が廃止されることで、弾力的に実施が可能となった。

都道府県医師会と郡市区医師会は、相互に協力し、日本医師会は「地域産業保健センターマニュアル」を作成、平成23年度以降も、積極的に担当することが望ましい。

「都道府県産業保健推進センター」

都道府県ごとに産業医の活動を支援する機能を維持・発展させ、日本医師会は、産業保健推進センター縮減の方針に反対である。

「メンタルヘルス対策支援センター」

単年度事業では、中長期的に発展的な企画を立てることが出来ない。

都道府県医師会は、地域産業保健センター事業に加えてメンタルヘルス対策支援センターについても一体的に推進することが望ましい。

すべての労働者に対する産業保健活動の提供

平成22年11月30日現在、産業医養成人数は8万1,061人なり、30人以上の事業場の全てにおいて産業医が選任することができる規模となった。

認定産業医の研修機会の確保と、産業医が活躍できる場所を確保する。

生涯研修を受講して資格を更新する者の割合を増やすよう務める。

郡市区医師会は、すべての事業場が産業医を選任するよう労働基準監督署と連携を密にすることを提案する。

日本医師会の当面の対応

- (1) 6県の産業保健推進センター廃止に反対する。
- (2) メンタルヘルス対策支援センター人員増等要望する。
- (3) 地域産業保健センター事業の弾力的な運用と予算の増額を強く要望する。

「平成24年度以降の事業のあり方について」

日医産業保健委員会は、厚生労働省と連携して現場の先生方を主要メンバーとした産業保健に関するビジョンの取りまとめを行い、産業保

健活動へのさらなる協力を求めた。

<コメント>

今度の全国会議の印象は、事業仕分けの対象になった産業保健推進センター縮減に反対し、地域産業保健センター事業の重要性を強調した点である。

日本の労働者の約6割は、産業医の選任義務のない従業員50人未満の小規模事業所で就業している。労働者の「生命と健康を守る」のが医師会のつとめであり、地域産業保健センター事業の改善を強力に対策を練っている。

京都府医師会代表が述べられたようにボランティアとしてでも、労働者の健康管理に是非参加したいと思う。

日本医師会は、小規模事業所の保健活動の推進を国に呼びかけ、都道府県医師会は、地域産業保健センター事業を積極的に受託して運営してきた。

日本全国の年間自殺者が3万人をこえ、国は新たな事業として全国47都道府県にメンタルヘルス対策支援センターを設置し真剣に取り組む姿勢が見えた。

厚生労働省が、産業保健への支援のあり方に関して検討会を開催する時には、学識経験者と現場の医師を直接議論に加える予定だという。沖縄に参加要請の折には、田名毅先生が是非参加したいとの要望があった。

沖縄からは、沖縄産業保健推進センター長の比嘉国郎先生と那覇地区医師会の田名毅先生が参加した。



シンポジウム「会員の倫理・資質向上をめざして —患者の苦情情報に基づく倫理問題の検討—」

常任理事 真栄田 篤彦



去る2月24日（木）、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、概要を以下のとおり報告する。

当シンポジウムは、都道府県医師会における会員の倫理・資質向上に向けた取り組み、特に患者からの苦情や相談に対する対応や苦慮した事例などについての情報交換、問題の検討を行い、さらなる医療倫理の向上を図ることを目的に開催されたものである。

1. 挨拶

原中会長から概ね次のとおり挨拶があった。

倫理というものは職業的倫理、生命倫理、経済的倫理が合わされて初めて私たちの倫理感となる。昨日医道審議会に出席したが、残念ながら59人の対象者が出ており、その中で医師免許取消が複数出ている。その内容には医師の業務でなく、人格的に疑問を感じる例もあ

る。また、診療報酬の不正請求が大きな問題となっており、診療報酬請求にはグレーゾーンの部分があり、それが黒として判定された場合、返還金によって医業停止が生じてしまう。日本医師会としては、先ずそのグレーゾーンを明確にして先生方が正々堂々と信念を持った請求が出来るようなシステムを作らなければならないと考える。

非会員の犯罪が非常に多くなっている。医師会に入ることは大学でいえば医局に入ることである。この医の倫理ということから、いろいろな医師会活動が広がっている。是非若い先生方の入会を勧めると同時に、医師会の入会が何のメリットになるかということではなく、医師としてお互いの話し合う場所（医局）であるということを説得されて入会率を高めていただければ、それが世の中の人々の医師に対する信頼度を増すことになるだろうと思う。

2. 「会員の倫理・資質向上委員会」活動報告

日本医師会会員の倫理・資質向上委員会森岡委員長から資料に基づいて次のとおり報告があった。

平成10年2月に「会員の倫理向上に関する検討委員会」を発足し、最初に昭和26年に制定した「医の倫理」を改定し、「医の倫理綱領」として平成12年4月に第102回定例代議員会で採択された。その後いろいろな問題についての具体的な医師会の見解が必要ということ、平成16年2月に「医師の職業倫理指針」を作成し、倫理の実践について検討を重ねてきた。その中で都道府県医師会が倫理の実践に関して重要な役割を担っているということに答申し、それを基に自浄作用活性化委員会が発足された。当委員会の答申には、自浄の啓発、報道に対する対応、会員の除名処分および再入会、非会員に関する諸問題等について具体的方針が述べられている。

これまで様々な活動を行って来て、本当に会員の倫理、資質が向上するのかという疑問も時々あったが、日医が作成した「医師の職業倫理指針」は医学部の学生や研修医が結構利用しており、少しは評価していただけたのかと思う。

また、医事関係訴訟事件の新受件数（年次推移）をみると、右肩上がりにどんどん増えていた訴訟件数が、平成16年頃から減少に転じている。この原因についていろいろなことが言われているが、我々が努力してやってきたところが一つの原因ではないかと考える。

3. 都道府県医師会における患者の苦情情報に基づく倫理問題への取り組み

(1) 都道府県医師会における苦情相談に関するアンケート調査結果について

藤川常任理事から資料に基づいて次のとおり報告があった。

○診療に関する相談窓口について

「設置している」と回答したのは46医師会。「設置していない」と回答した1医師会も、「苦情相談が多数寄せられるので総務課を中

心に対応している」とのことであった。

○行政機関等との情報交換の頻度とその交換先について

「情報交換あり」が37医師会（78.7%）、「情報交換なし」が10医師会（21.3%）であった。「情報交換あり」と回答したなかで、交換頻度については、「1年に1回程度」が18医師会と最も多く、次いで「随時」が9医師会であった。情報交換を行っている相手先については、最も多かったのは県の担当課で23医師会、次いで医療安全支援センターが21医師会であった。

○過去3年間（H19～21年度）の苦情相談について

全国の都道府県医師会で受付した苦情相談件数は、H19年度3,545件、H20年度3,444件、H21年度3,610件、全体で10,599件となっている。なお、件数を記録していない医師会もあることから、大都市圏を中心に結果よりも多い件数が寄せられていると考えられる。

○過去3年間の苦情相談の受付方法

電話が最も多く9,244件（87.2%）、その他医師会に来館334件（3.2%）、手紙・FAXなど280件（2.6%）と文書で相談するケースもあった。

○過去3年間の苦情相談相手別件数について

患者本人が最も多く6,389件（60.3%）、次いで患者の家族などが2,732件（25.8%）、その他医師からの苦情相談もあった。

○過去3年間における苦情相談内容

「医師・職員の対応」が2,742件（25.9%）、次いで「治療内容」が2,706件（25.5%）。その他「精神科・心療内科領域」1,061件（10.0%）、「医療費（診療報酬など）」1,043件、「医師の説明」1,026件などがあり、「カルテ開示」については313件（3.0%）であった。

○苦情相談において対応に苦慮した事例について

24医師会から58件の事例報告が寄せられた。内容別に見ると、「医師・医療機関の対応や診断・治療に対する不信」15件

(31.9%)と最も多く、次いで「悪質なクレーム・モンスターペイシメント」が13件(27.7%)、「被害妄想・精神疾患患者・認知症の高齢者」が12件(25.5%)であった。

○会員の倫理・資質向上(自浄作用活性化)にむけての委員会設置状況

「委員会あり」と回答したのは31医師会(66.0%)、「委員会なし」が16医師会(34.0%)であった。

○会員の倫理・資質向上に向けた取組み

具体的な取組みの内容については、「委員会を開催し、意見交換」が19医師会(40.4%)と最も多く、その他「倫理に関する講演会開催」7医師会、「啓発文を会報に掲載」5医師会、「事例集作成による情報提供」3医師会等があった。

○その他、行政処分を受けた日医会員に対する再研修の実施状況及び各都道府県医師会から寄せられた会員の倫理・資質向上を図るための日医への要望事項等について報告があった。

(2) 都道府県医師会の取り組み

①東京都医師会

江本秀斗理事(会員の倫理・資質向上委員会委員)から、東京都医師会の診療に関する相談事業の流れについて、患者さんからの苦情・相談を相談窓口で受付して事務局が初期対応を行っているが、そこで苦情を当該医療機関へ伝える等して半数がそこで治まっている。初期対応で終結できない苦情相談は、学識経験者、弁護士、一般の都民、医師会員で構成された「診療情報提供推進委員会」でそれぞれの案件について方針を立てて、各委員が担当して実際に医師に連絡をして苦情を伝え、その結果を患者さんへ報告する等して対応しているが、中には長期に亘って遣り取りするケースや医事紛争に発展するケースもある旨説明があり、引き続き東京都医師会の相談窓口寄せられた苦情相談事例の紹介とその事例を項目ごとに分析した結果について次のとおり報告があった。

○医師及び職員の対応

苦情はやはり職員の患者さんに対する接遇に関わるものが多い。プロフェッショナリズムに関しては自分の置かれた状況が医業であることを認識する必要がある。

○医師の説明

医師の言葉遣いや態度が患者さんへ不快を与えたり、説明が分からないといった苦情が大多数であった。医師が説明をおこなう際、とりわけプロフェッショナリズムを欠いた言葉遣いと態度は全ての医療行為において問題となる可能性がある。

○カルテ開示

カルテ開示に応じないという苦情の背景には、開示に関する書類の記載そのこと自体を面倒くさがる様子や、診療・検査・投薬等の不備を指摘されるのではないかと疑念から生じる隠匿性を含むもの等が上げられる。事例から医療側がはじめから患者さん側に対し拒否反応を示していることが特徴で、これはプロフェッショナリズム、コア技術・知識、コア能力のいずれかの欠如にあてはまるのではないかと考える。

○精神科・心療内科領域

相談者の怒り、不満、あせり、悩みを受け止めて、場合によっては共感していくようなカウンセリング的技法が対応原則となる。そのためには、相談を受ける側に一定の専門性が要求されるが、これは精神科・心療内科領域から寄せられる相談の対応に限っての話ではない。このようにカウンセリング的技法の質を保証するためには、専門職の確保または相談担当者への研修などが望まれる。

②愛知県医師会

大輪芳裕理事から愛知県医師会の医療安全への取り組みについて紹介があった。

○愛知県医師会の医療安全対策

3本立てで行っており、①患者側からの医療に関する苦情相談に対応し、医師である専門委員が問題解決に向け仲介する「医療安全支

援センター」、②医事紛争のなかで金銭に関わるものに対応する「医療安全対策委員会」、③モンスターペイシエントに対する対応やカルテ開示に関する対応等会員からの相談が非常に増えてきたため、会員の福祉に寄与することを目的として、昨年新設した「会員相談窓口」となっている。

○医療安全相談センターの相談方法

専任の相談職員（専任2名・兼任2名）を配置し、相談業務に従事。医学的な専門知識を要する相談については、各医会から推薦された専門の医師が相談に対応している。

当支援センターの構成は、各医会から推薦された医師、医師会役員、弁護士、学識経験者、愛知県女性団体連盟から推薦された市民となっている。また、県の委託事業であるので、オブザーバーとして行政機関担当者が出席している。

○医療安全への取り組みについて

- ・ 苦情相談の対象となった医師について、「苦情相談関係医師等事例検討会」を開催し、出席を要請。
- ・ 医療安全に関する講習会の開催。
- ・ 事例集・講習会報告書を作成し、医療側への啓発を実施。
- ・ 県民向けにパンフレットを作成し、情報提供。

③滋賀県医師会

折田雄一参与（会員の倫理・資質向上委員会委員）から、滋賀県医師会の自浄作用活性化に向けた取組事例について、猥せつ罪で逮捕された医師本人から任意の退会届けが提出され、地区医師会から県医師会に相談があり、県医師会で聞き取りを行ったところ、医師は犯行を素直に認めたので、裁判・判決以前に除名を行った。また、出産直後に子どもが死亡、当産科医は基本技術が出来ていなかったため、県医師会理事会の承認を得て、産婦人科医会経由で地域大学での再教育を受けてもらった旨紹介があり、倫理に違反した医師に対して医師会が懲戒、更生を行う前に、対象の医師が退会してし

まう問題があると指摘。原則として自由退会を認める一般社団、財団法人法の改正を働きかけるよう日医に求めた。

④福岡県医師会

山岡春夫常任理事から福岡県医師会における倫理・資質向上の取り組みについて紹介があった。

○「医道五省」の設置

昭和55年4月に医道倫理委員会を設立。その際に日常の診療に携わるうえでの医師の倫理綱領として、1.生命を尊重し医療の公共性に基つき社会に奉仕しているか、2.誠実と愛情をもって診療を行い患者の信頼を得ているか、等「医道五省」を設置した。

○「医療よろず電話相談」

昭和61年8月より、県民の医療に対する疑問、不安などに答えるために「医療よろず電話相談」を開始し、毎週木曜日の午後5時から7時までの2時間、理事が輪番で対応している。相談内容は、殆どが医療に関する苦情である。

○診療情報共有福岡宣言

インフォームド・コンセントの在り方、会員の倫理意識の向上、医療過誤の再発防止などを目指して、また、平成11年1月の横浜市立大学附属病院患者取り違え、2月の都立広尾病院取り違え事件など医療不信を払拭するため福岡宣言を発信した。これを受けて「診療情報総合相談窓口」を開設し、平日午前9時から午後5時まで、土曜日午前9時から正午まで受付して職員が対応している。

○その他、対外的方策として、①県民公開講座、②医療モニター会議（県内4ブロックそれぞれ10名の県民を募集し医療に関して意見を聞く）、対内的方策として、①ハートフル研修会（患者側弁護士、県行政が講師となって行政によせられた苦情、訴訟事例等をもとに研修）、②安全管理研修会等を行っている。

(3) 総合討論

会員の倫理・資質向上委員会樋口範雄副委員長並びに羽生田副会長の座長の下、4名のコメントーターから、会員の倫理・資質向上について次のとおりコメントがあり、引き続き質疑応答に移った。

①石川育成（元自浄作用活性化委員会委員長・岩手県医師会長）

昨日行政処分対象者が発表された。医師免許取消（医科）3名のうち2名が強制猥せつ、準強制猥せつとなっており、最近猥せつによる行政処分がうなぎ上りに増えている。

平成14年に坪井会長が近年の医師の不正行為、反社会的行為が報道される度に日本医師会に対する国民の声が厳しくなり、医師の自浄作用活性化の必要性を強調して日本医師会に自浄作用活性化委員会を立ち上げた。発足当初は会員から今何故唐突に自浄作用活性化なのかという意見があったが、次第に重要性が認知されるようになってきた。その後植松会長、唐澤会長が本事業を継続してきた。当委員会は、会員の倫理・資質向上委員会と車の両輪の関係にある。

当委員会に残された作業は自浄作用活性化が都道府県医師会、郡市区医師会にどの程度浸透しているか、これを検証する責任があると思っている。本日のシンポジウムも検証の一助になると思う。

②畔柳達雄（日本医師会参与、弁護士）

石川先生が猥せつが非常に多いと話されたが、猥せつという括り方には問題があり、今回医師免許取消になったのは刑法犯だと思う。猥せつで一番多いのは条例違反で、刑法犯は少ない。どういう年齢かというとうちを出て間もない医師が圧倒的に多い。私はどちらかというとうち悪い人は排除するという考え方である。

③行天良雄（会員の倫理・資質向上委員会委員、医事評論家）

世界を回って一番感じたのは日本の皆保険制度というのは空前絶後の制度であって人類史上こんなにいいものはないということである。殆どの医療機関は、往診等特殊なケースを除い

て、経済行為で言えばお客さんがやってきてくれる仕事である。しかも支払いに関しては特殊なケースを除いてレセプトが戻ってくることはない。皆保険がもたらした最大のプラスは一般国民の安心と同時に医業の安定性であるが、残念ながら国民はこれを権利として捕らえ多少の問題も出てきている。医師側はその実態を殆ど理解されていない。昨今であると朝から晩まで非常に忙しいと言うが、どんな商売でも忙しくて時間が取れないというのは殆どない。これをどういうふうに評価し考えていただけるかが問題である。皆保険制度の中で日本の医療が動いており、基本的にここでの違反者に対しては毅然たる態度をとらなければならないと考える。また、医師であれば日本医師会に入らなければならないと強く思う。

④北村聖（会員の倫理・資質向上委員会委員、東京大学医学教育国際協力研究センター教授）

東京都医師会の江本先生の話にもあったが、いろいろな問題があってもプロフェッショナルリズムの問題或いはコア能力・知識の問題に帰することが多い。本シンポジウムは苦情情報から始まり、言ってみれば医師の平均より下の人或いは法律を犯した人の話を中心となったが、実は教育の方は平均より上にあがろうという話をしている。どういうことかと言うと、製薬メーカーから弁当をもらって話を聞いて薬を買っていいのか、製薬メーカーからもらったボールペンでその薬を処方していいのかというようなことを学生達に問いかけている。法律違反ではないが、医師たるもの自分の信念でやりたいというならばそういうことは止めようというような教育をしている。畔柳先生が話されたように、悪い医師を排除し、いい医者を高める。そのためには医師としての集団がしっかりしないとイケないと思う。

質疑応答

○質問：クレームは医療の世界の話だけではない。社会全体の中で起こっている。位置づけをきちんとしてないと医療だけが特化した形に

なる。

- 回答：日本全体で考えていかなければならない問題だと思う。どこでもクレームの窓口を全部事務員に下ろしてしまっている。それが一つの大きな問題である。イオンという会社は、クレーム相談の人のために精神科医をつけて、何ヶ月かに1回診断をしてもらうという配慮をしている。
- 質問：医師会の先生が専門委員として医師に注意すると医師すらもキレてしまうというのが現実である。そういった医師自身現代の世相の中で動いてきている。現代の世相の問題としか言えない。
- 回答：教育の中では、倫理観に悖る安全でない医師の問題或いはお金が大好きな医師の問題、このような問題をどうするのかというのを問いかけている。落ち着くところは、患者の不利益にならないように個人を追及する前に、語弊があるかもしれないが医局の問題として取り上げて更正させる或いは場合によっては排除する。見て見ぬふりをせず、危ないと思ったら医局長などに相談すること。医局全体で考えることを教えている。
- 質問：患者の倫理の問題もある。患者さんの

クレームにはバカバカしい内容が随分ある。病院で患者さんのクレームが評価にあたるかどうか判断する部署が必要ではないか。

- 回答：クレームには、モンスターペーショントみたいなとんでもないクレームと理不尽なクレーム、良いクレームの三段階に分けられる。クレームを言う人の影には10人位同じことを思っている人がいる。良いクレームの場合、それを真摯に対応してくれることによって、残り9人が、ここの病院は直してくれたんだと患者さんが去らない。ためになるクレームは拾い出さないといけないので、クレームを一括りにしなければいけないのではないかと考える。
- 質問：人間としての倫理と医師の倫理というのでは少し違うのではないか。少しだけ悪い心を持った人間は教育や指導で良くなると思うが、たくさん悪い心を持った人間もいるので、その人を更正させるのは難しい。そこを分けて考えなければならないのではないか。
- 回答：患者さんからの苦情を集めるだけではなく、愛知県医師会のように会員からの苦情相談を集めて上手く対処した事例等を紹介して、全体で共有して学んでいけたらと考える。

印象記



常任理事 真栄田 篤彦

シンポジウム「会員の倫理・資質向上をめざして」に参加してきたが、平成22年度も医道審議会で59名の医療人が審議され、一部医師免許取り消しが複数出たとのこと。そこでは診療報酬の不正請求が大きな問題となったとのことで、診療報酬請求にはグレーゾーンの部分に関して日医としては、先生方が正々堂々と請求できるようなシステムを作らなければならないと強調していた。

都道府県医師会における患者苦情情報に関しては、その苦情内容で最も多かったのは「医師・職員の対応」が一番（25.9%）でその次が「治療内容」（25.5%）、その他「精神科・心療内科領域」（10%）「医療費（診療報酬など）」「医師の説明」とのこと。「カルテ開示」に関しては3%程度とのこと。

都道府県医師会の取り組みの紹介として、東京都医師会では、初期対応が難しい苦情相談に関して学識経験者・弁護士・一般の都民・医師会員で構成した『診療情報提供推進委員会』を立ち上げて対応しているとのこと。

沖縄県医師会では県民からの苦情に対して、会員の先生方に年間の苦情情報データとして具体的事例を送付報告しているが、当県も全国的な苦情と同じく、インフォームドコンセント不足からくる苦情が多いので、日常診療のなかでもこれら事例を参考にして、スタッフ一同で苦情が起こらないようディスカッションしていただきたい。倫理向上に関する取り組みに関しては種々報告があったが、県医師会でも継続して勉強会等を検討していきたいと思う。

印象記



常任理事 稲田 隆司

倫理、道徳を語る事は自らを振り返りウチアタイするが、一方で医師会が自らの倫理・資質向上を目指して身を律していく事は専門家集団として当然の責務と考える。

改めて日本医師会の医の倫理綱領を記してみる。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

ヒポクラテスの誓いから始まり、この倫理に照らして自らは如何であろうか。我々に日々問われる課題であろう。

今回の日医シンポジウムは全国の状況、具体的な取り組みが学べて有意義であった。

クレームにも様々な性質があり、受けとめるべきは受けとめ、改善に繋げていく、しかし、理不尽なクレームには断固とした組織対応をためらわない。この複雑でデリケートな作業を特に愛知県医師会は丁寧に行っており、県医師会業務にも取り入れたいと感じた。

平成22年度学校保健講習会報告



理事 宮里 善次

平成23年2月19日、日本医師会館において平成22年度学校保健講習会が開催された。

初めに文部科学省の有賀玲子学校保健対策専門官から『最近の学校健康教育行政の課題について』と云う演題で発表があった。

学校における感染症流行の予防は児童生徒等が健康な状態で教育を受けるためには重要である。特に平成21年度のインフルエンザ(H1N1)2009の流行に際して、文部科学省は関係省庁と連携しながら必要な対策を実施した。

また、平成19年度における高校・大学を中心とした麻疹流行を受け、平成20年4月から5年間に限り、中学1年生及び高校3年生に相当する年齢の者を定期予防接種の対象者とした。さらに学校におけるアレルギー疾患への対応の一環として、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「学校生活管理指導表」を作成し、平成20年4月から各学校に配布した事を述べられた。

次に日本産婦人科医会女性保健委員会委員長の山本宝先生から『思春期の健康教育、産婦人科の立場から』と題して発表があった。

思春期特有の無月経と性感染症について述べられたが、子宮頸癌のHPVワクチンにつながる資料として、思春期女子の性交経験率の変化を示された。日本性教育協会のデータによれば2005年度は中1で約2%、中2：約4%、中3：約8%、高1：約18%、高2：約25%、高3：約42%である。HPVワクチンの公費負担を中1～高1にした参照データと思われる。

3番目の講演として、日本産婦人科医会常務理事の安達知子先生から『子宮頸ガンにおけるHPVワクチンの意義』と題して発表があった。

全女性の癌死亡では大腸癌が第1位で、子宮癌は5位である。子宮頸癌にかぎって云えば、この20年で著明に減少しているが、20歳代および30歳代前半の若年層では増加しており、死亡率も高い。しかしながら子宮頸癌の95%はHPV陽性で、唯一原因の分かっている癌、すなわち予防できる癌である。HPVは約100種類発見されているが、頸癌に關与するハイリスクグループは15種類、その中でもHPV16、18株は日本人の約60%の陽性である。HPV感染は性交時感染がほとんどで、性交経験者の60～70%は少なくとも一度は感染したことがあり、健常女性の10～20%に検出される。しかし、感染があっても90%の方は6ヶ月～2年の間に陰性化し、残り10%が持続感染し、その中から異型性や前癌病変、子宮頸癌に変化するはその一部の人である。HPVワクチンで予防できる癌なので、初交前のHPVワクチン接種と定期がん検診が理想である。

なお、ワクチンは初回筋注1ヶ月後に2回目、さらに2回目から6ヶ月後の3回目を受けなければ効果は得られない。

以上3演題の講演は学校における①性教育(語られなかったが)→②女生徒の年代別性交経験率→③HPVワクチンの意義に連なる講演であったと理解している。

最後に“普通学校における高機能自閉症の子どもをどのように考えるか”と題して、シンポジウムが開催された。

①医師の立場から、②臨床心理士の立場から、③養護教諭の立場から、④保護者の立場から、各々発表がなされ討議が行われた。

医師から自閉症スペクトラム障害について説

明があった。

1. 自閉症の3障害

- ①社会性の障害
- ②コミュニケーションの障害
- ③想像力の障害

2. これらは知的障害を問わず、社会生活を送る上での困難をもたらしている。

3. 知的障害のない群を高機能自閉症とする。特に社会で暮らしてゆくためには、

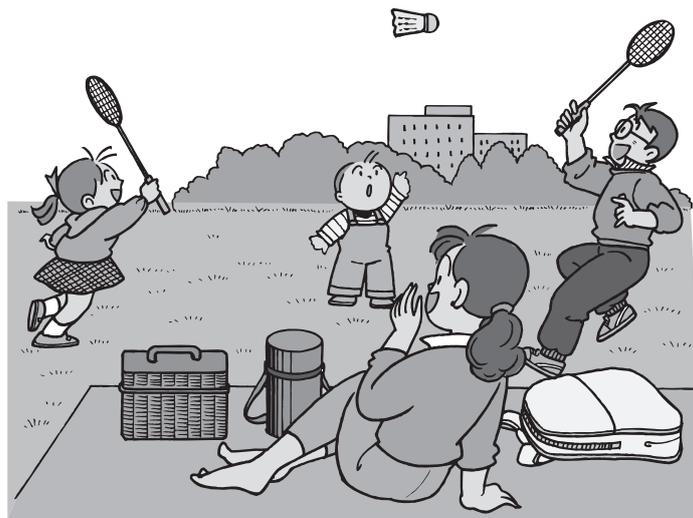
①我慢が必要な時は我慢する。

②交通ルールなど最低限必要な社会ルールは守る。

③挨拶など基本的な社会習慣は守る。

④パワーを発揮できる場所をつくる。

治癒するような疾患ではないので、結論めいたものは出されなかったが、自閉症であるが知能は正常であることを認識し、接することが重要であると強調された。



平成22年度母子保健講習会報告



理事 宮里 善次

平成23年2月20日、“平成22年度母子保健講習会”が日本医師会館大講堂で開催された。午前中はATLに関するシンポジウムが行われ、①血液内科、②産婦人科、③患者、④行政の四者の立場から発表があった。

初めに長崎大学の血液内科、塚崎邦宏准教授の発表では、一旦感染するとHTLV-1はプロウイルスとして宿主ゲノムに終生組み込まれ、多様な臨床象（くすぶり型～aggressive ATLまで）を呈することが示された。日本では年間100人がATLを発症していると推計される。JCOG（Japan Clinical Oncology Group）でaggressive ATLに対する抗癌剤の多剤併用療法の開発が進んでいるが、3年生存率が改善したとは云え、20%と依然不良である。同種造血幹細胞移植法（allo-HSCT）により治癒に至ったケースの報告があり、骨髄の非破壊前処置によるallo-HSCTの有用性が国内で検証されつつあるとの報告があった。

また欧米ではインターフェロン α とジドブジンの併用療法がいずれの病型にも汎用されており、特にidolent ATLでは化学療法よりも有望な成績が報告されている。極めて難治性の高いATLに対する標準的治療法の開発は、患者発生が多く臨床試験実施体型の整った日本ではできない。治療戦略として病型分類と予後予測に有用な分子マーカーと初期治療後の残存病変の評価を組み合わせるにより、多様なATLに対する標準治療法の開発が望まれるとの提言があった。

次に長崎大学産婦人科、増崎英明教授から『HTLV-1母子感染予防対策について』発表が

あった。

長崎県では1987年から「長崎県ATLウィルス母子感染防止研究協力事業」を開始した。

I. その結果最初の10年間で以下のような成績が得られた。

- 1) ATLの母子感染経路の主経路が母乳感染であることが証明できた。
- 2) 母乳以外の母子感染経路があること、唾液や子宮内感染の可能性は低いことが判明した。
- 3) 母子感染の予防法として人工栄養が最も有用であることを証明した。
- 4) 授乳機関によって母子率に差があることを証明し、人工栄養に比べて長期母乳では役8倍、短期母乳でも役3倍母子感染率が高いことが判明した。
- 5) HTLV-1抗体を用いた児への感染を証明できる時期は、生後24ヶ月以降であることが明らかとなった。

II. さらに10年を経過した時点で、以下のことが確認できた。

- 1) 20年間の研究で、キャリアの母親からの母子感染率は、人工栄養では2.4%であることが明らかとなった。一方、母乳栄養では20.5%と、両者の間には大きな感染率の差を認めた（ $P < 0.01$ ）。また6ヶ月未満の短期母乳では8.3%の感染が認められた。搾乳後凍結保存した母乳ではT細胞が破壊されるため、その感染率は人工栄養と同率であった。どうしても母乳を飲ませたい母親には有用である。

以上の研究成績から、20年間の予防対策の成果として、約1,000人の小児のキャリア化が

予防され、ひいては将来のATL発症が50人程度防止されたと考えられる。

3番目に患者代表としてテレビで活躍している有名な方が講演された。実兄からのミニ骨髄移植を受けたが、幸い経過は良好とのことであった。

発表の主旨を要約すると、医療側に対して

- ①ATLに関する正確な情報を提供して頂きたい。
- ②専門的用語ではなく、患者に分かる言葉で説明して欲しい。
- ③数値による判断ではなく、例え1%の可能性があるのであれば、心ある人間として接して頂きたい。

また患者として

- ①あらゆるネットワークを使って、信頼できる医療機関を捜すべき。
- ②治療法の判断は自己責任で決定する。

最後に厚生労働省のHLTV-1特命チームから発表があった。

前宮城県知事の浅野史郎氏がATLを発症し、患者会とタイアップして官邸に訴えたことで、平成22年9月に内閣総理大臣の指示により、総理大臣をトップとする『HLTV-1特命チーム』を設け、『HLTV-1総合対策』を取りまとめた。今後国は地方公共団体、医療機関、患者団体等と密接な連携をはかりつつ、『HLTV-1総合対策』を強力に推進する。

重点対策として

- ①予防対策の実施。
- ②相談支援
- ③医療体制の整備
- ④普及啓発、情報提供
- ⑤研究開発の推進
- ⑥推進体制（国、地方公共団体、研究班）

以上の発表後討議が行われた。

議論が集中したのは母乳を飲ませるかどうするかと云う点であった。長崎では飲ませた場合と飲ませなかった場合のデータを示し、決定権は母親に委ね、決して医師側の結論を強制しない。ただし、飲ませないと決定をした時は乳首

を含ませることもさせないことまで徹底する。産婦人科医会と小児科医会の意見が異なると保護者に不安を与えるので、事前に両医会の意見調整を行う必要がある。

母親にとっては将来の子どもが発症だけではなく、自身と母親の発病不安と三重苦を与えるので、キャリア妊婦にATLの情報を与える時は慎重にして欲しい。

患者代表から、医師は患者に対して優しい心で接して欲しいと云う発言があったが、診療のあり方を含めて考えさせられる発言であった。

午後は『0歳児における虐待防止対策の取り組み』と題してシンポジウムが開催された。

①行政の立場から

児童虐待の防止等に関する法律が施行されて10年が経つが、虐待相談の数は一貫して増加を続け、0～3歳未満の数は20%程度で推移している。

死亡例についてもとりわけ0歳児が高い割合で推移している。

0日や0ヶ月の死亡は望まない妊娠や育児不安、産後鬱が背景にみられることが多い。

②現場からの考察として、救急がご専門の北九州市立八幡病院院長：市川光太郎先生から映像を交えた多くの症例提示があったが、保護者が述べるような状況下でできた傷害とは考えにくい。結論から言えば0歳児のほとんどは殺人としか考えられないが、警察もそこまでは立証できていないと云う報告であった。

③小児科診療所の立場からと題して、東京都小石川医師会理事の内海裕美医師は重度な外傷を負った子どもが受診することは稀であるが、診療所医師の役割はネグレクトの早期発見である。その為には、勇気をもって報告することが必要であると強調された。

④ペリネイタル・ビジット事業について、大分県産婦人科医会の岩永成晃常任理事から発表があった。妊娠28週から産後56日までの全ての母親を対象に、希望者を産科施設から小児科医へ紹介する。産まれてくる子の主治医

を早く確保することで、育児不安を取り除くのが目的である。また、ハイリスクが心配される例は月に一回開催される専門部会に報告され、保健指導へとつないでいくが、そうした事例は毎年100例を越える。

ペリネイタル・ビジットの意義について次の三点を強調された。

1. 多くの妊産婦への育児支援と「育児不安への予防」ができるポピュレーション・アプローチとしての機能を果たす。
2. 育児のハイリスク者に対しても、早期からの発見、見守りのセーフティーネットの一つとなり支援につなげる。ハイリスク・アプローチとしての機能を果たす。
3. 「周産期からの育児支援」を軸に、産婦人科、小児科、行政の育児支援システムのシステ

ムを育むことが可能である。

四者の発表を受けて討議が開催され、以下にまとめられた。

- ①0歳児の虐待は幼児や小児のそれとは明らかに異なる。
- ②特に望まない妊娠や産後鬱、育児不安が根底にある場合が多い。
- ③死亡例は関係機関が関与しても死亡した症例があるが、関与がない事例も多い。その特徴として生後0日の殺害、遺棄、その後のネグレクト（栄養失調）、身体的虐待（頸部絞扼、脳挫傷）、乳幼児検診見受診などである。
- ④その為にはペリネイタル・ビジットのような事業を全国展開させる必要がある。



八重洲クリニック 友利 博朗

平成23年2月20日（日）日本医師会館において平成22年度母子保健講習会が開催された。午前の部は「HTLV-1 母子感染予防対策について」、午後の部は「0歳児における虐待防止対策の取り組み」の各メインテーマで行われた。

今回は午前の部「HTLV-1 母子感染予防対策について」について報告する。

冒頭に座長の寺尾先生（日本産婦人科医会会長）からHTLV-1抗体検査が妊婦健診で公費扱いになった事と、結果、陽性と判定された妊婦への正しいカウンセリングの重要性から今回のシンポジウムになったとの説明がなされた。

4名の各分野のシンポジストから講習がなされたので報告する。

1. ATLについて

塚崎邦弘先生（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科原研内科（血液内科）准教授）

レトロウイルスのヒトTリンパ球好性ウイルス1（HTLV-1）が原因である成人T細胞白血病リンパ腫（ATL）は成熟T細胞腫瘍の中でも極めて難治性であるが、無治療でも数年以上病勢が進行しないことがあるindolent（慢性型/くすぶり型）ATLから、多臓器浸潤、高Ca血症、AIDSと同様な日和見感染症などにより無治療では数週間で死に至ることが多いaggressive（急性型/リンパ腫型）ATLまで臨床病態は多様である。

主な感染経路は母乳を介する母子感染である。また性交渉、輸血を介する伝播経路もある

が問題となるのは、ATLが感染後約50年で発症することから母乳感染対策が最重要である。日本ではキャリアが100万人以上おりその中の5%がATLを発症（生涯発症率）する。年々、キャリア人口は減っているが高齢化のため発症が増えている。九州地区に多い傾向からモーターゼーションの発達で全国的、特に大都市圏の感染者が増えているのが近年の特徴である。

日本では主にJapan Clinical Oncology Group (JCOG) でaggressive ATLに対する抗癌剤の多剤併用療法の開発が進んでいるが、3年生存割合は改善しても20%と依然不良である。有害反応は強いが宿主片対ATL効果により同種造血幹細胞移植療法が本疾患に治癒をもたらす事が報告されており、非破壊的前処置によるall-HSCTの有用性が、それぞれJCOGで検証されている。

2. 母子感染について

増崎英明先生（長崎大学医学部産婦人科教授）

ATLの多発地域である長崎県では、1987年から「長崎県ATLウイルス母子感染防止研究協力事業」を開始し、ATLを起こすウイルスHTLV-1の母子感染予防および研究に努めてきた。その結果、最初の10年で以下の成績が確認できた。

- 1) ATLの母子感染の主経路が母乳感染であることが証明できた。
- 2) 母乳以外の母子感染経路があること、唾液や子宮内感染の可能性は低い事が判明した。
- 3) 母子感染の予防法として人工栄養が最も有用であることを証明した。
- 4) 授乳期間によって母子感染率に差があることを証明し、人工栄養に比べて長期母乳では約8倍、短期母乳でも約3倍母子感染率が高いことが判明した。
- 5) HTLV-1抗体を用いて児への感染を証明できる時期は、生後24ヶ月以降であることが明らかになった。

さらに10年を経過して以下の事が確認できた。

- 1) 20年間の研究で、キャリアの母乳から母子感

染率は人工栄養で2.4%、母乳栄養では20.5%と両者間には大きな感染率の差を認めた。

- 2) 妊婦抗体陽性率は事業開始時には約5%であったが、事業期間中現象を続け2006年には1.5%まで下降した。
- 3) 事業の効果が表れる1988年以降に出生した妊婦の抗体陽性者は167名中1名のみ(0.6%)と極めて低い傾向にある。自然減の要因を差し引いても事業効果を反映出来ているかどうか検討中である。

以上が母子感染についての報告である。

3. 患者の立場から

安河内真美さん（美術商やすこうち代表）

2004年にATLを発症した。その際、当時の主治医から十分な説明がないまま余命数年である事の宣告がされた。一方的な説明しかされず大変辛い思いをした。その後、自分自身でも病期の情報を調べ、友人の勧めもあり現在の主治医に巡り合った。幸い同種造血幹細胞移植法が効を奏して現在まで元気である。患者と同じ目線で説明される主治医に出会えてとても助かった。Informed consentは非常に大事である事を強調されていた。

4. 行政の立場から

泉 陽子（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長）

平成22年9月に内閣総理大臣の指示により設けられた「HTLV-1特命チーム」により、妊婦健診の標準的な項目にHTLV-1抗体検査を追加し公費負担の対象にすること、保健指導体制を整備すること等が決定された。今後、国は、地方公共団体、医療機関、患者団体等と密接な連携を図りつつ、「HTLV-1総合対策」を協力に推進する。また、妊婦の抗体検査を始めとして、HTLV-1抗体検査の全国的な実施に当たっては、HTLV-1キャリアに対する相談支援（カウンセリング）体制の整備等を図る事が不可欠であるとの報告がなされた。



沖繩県立南部医療センター・こども医療センター 村尾 寛

平成23年2月20日、日本医師会館において、母子保健講習会が開催された。メインテーマは「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して-5」である。午前中は「HTLV-1 母子感染予防対策について」、午後は「0歳児における虐待防止対策の取り組み」であった。

午前中の最初の演者は、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科原研究内科（血液内科）准教授の塚崎邦弘先生による「ATLについて」であった。HTLV-1 キャリアーは全国で約110万人と推定され、うち5%がATLを発症し、0.3%がHAMを発症していると推定される。ATLは毎年1,000人以上の患者が死亡しているが、治療法が確立していない。平均発症年齢は60歳以上で、リスクファクターとしては男性・加齢・ATLの家族歴・HTLV-1 ウィルス量などがある、ということであった。

2人目の演者は、長崎大学医学部産婦人科教授の増崎英明先生による「母子感染について」であった。長崎県での妊婦のHTLV-1 抗体陽性率は1988年の7%余りから2006年の1.4%へと大幅に減少しているが、確たる原因がよく分からない。妊婦自身の出生年でみると、1975年以前の生まれが10.0%、1981～85年生が1.29%、1986～1991年生が0.46%となっていて、大幅に減少している。HTLV-1 陽性の告知は本人のみに行い、凍結母乳や人工乳の選択は本人に自己決定させているが、姑などの人間関係がうまくいっていない家庭は授乳を巡ってトラブルになりがちである、とのことであった。

3人目の演者は、患者の立場からということ

で、演者である安河内真美さんであった。以前に肝内胆管癌に罹患した際に東京築地の病院を受診したが担当医の対応に満足できず、文献検索して、肝内胆管癌症例を世界で一番診察しているスローンケタリング癌センター病院の医師を自力で探し出し、直接その医師の診察を受けたとのことであった。その医師から名古屋の医師を逆に紹介され、名古屋で治療を受けて治癒した。その後ATLを発症した。やはり東京築地の病院を受診したが、担当医の心無い言葉に傷つき、前回と同様に自分で納得できる医師を調べたとのことであった。鹿児島県の今村病院分院の医師を自分の主治医と決め、東京から鹿児島に行き、骨髄移植を受け、今は軽快しているとのことであった。決して諦めない不屈の精神力に圧倒された。

4人目の演者は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長の泉陽子氏による「HTLV-1 総合対策」の解説であった。総理大臣の指示による「HTLV-1 特命チーム」の設置に始まり、HTLV-1 総合対策の策定に至った経緯が説明された。詳細は厚労省のホームページに既に掲載されている事だが、今後全国で研修会を開催し、特にカウンセリングに力を入れていきたい、とのことであった。

午後は「0歳児における虐待防止対策の取り組み」のシンポジウムであった。

1人目の演者は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室長の杉上春彦氏による「行政の立場から」であった。児童虐待は年を追って増加しており、虐待の相談件数も平成21年度には44,211件に上り、一時保護は10,682件、施設入所が4,031件であった。児

の死亡例128人のうち最も多いのは0歳児で39名を占め、特に生後一か月以内が47%を占めている、とのことであった。児童相談所は全国共通ダイヤル0570-064-000にしているので、活用してほしいとのことであった。

2人目の演者は、北九州市立八幡病院院長の市川光太郎先生による「現場からの考察」であった。子供1,000人あたり1.5人の割合で虐待が発生している。望まない妊娠、若年妊娠、愛着形成阻害、親としての自覚の欠落などの原因が考えられるものの、原因不詳もあるとのことであった。思わず目を背けたくなるような実例の写真が多数提示された。

3人目の演者は、東京都小石川医師会理事の内海裕美氏による「小児科診療所の立場から」であった。日本では1週間に2.7人の子供が親に殺されている計算になる。その子供を守るには親自身を守る事が重要で、「私は悪くない」という母親自体が密かにSOSを出しているサインを、医師が見抜く眼力が必要である、とのことであった。

4人目の演者は、大分県産婦人科医会常任理事の岩永成晃氏による「ペイネイタルビジット事業について」であった。「大分県ペイネイタルビジット事業」とは、妊娠28週から産後56日までの全ての母親を対象に妊娠中に産科の医師から小児科医へ紹介し、妊婦が小児科医と信頼関係を築く事から始まり、出産後の育児情報や助言の提供を行ったりするとのことであり、毎月一回、産科医師・小児科医師・保健師・行政担当者等の関係者が集まって専門部会が開催され、問題事例を持ち寄って解決策を検討する、ということであった。

全国から約400名近い担当者が集まって熱心に聴講したのが印象的であった。こういった講義形式のセミナーは、インターネットを活用してオンデマンドで観られるようにしておけば、全ての医師が自宅にいながらにして学ぶことができるはずである。全国の産婦人科医師1万2千人が、それぞれの空いた時間に直接聴講できるようなシステムの構築が望まれる。



予防接種講習会

理事 宮里 善次



平成23年2月27日(日)午後1時より、日本医師会館において開催されたみだし講習会について報告する。

挨拶

原中勝征日本医師会会長

(保坂シゲリ感染症危機管理対策室長代読)

日頃の地域における感染症対策、予防接種事業へのご尽力をいただき心から感謝申し上げます。日本医師会においては、平成9年に感染症危機管理対策室を設置するなど、感染症対策は本会の事業の中でも最も重要な一つと認識している。皆様の協力で、平成15年度より実施している子ども予防接種週間では、平成21年度の接種人数が約15万6千人となり、皆様のご協力で活発に行われている。また、本年度は必要な予防接種の公費負担、定期接種化を目的として、予防接種キャンペーン“希望するすべての子どもに予防接種を！”を実施し、約250万

名をの署名を集めることができた。署名は、要望書とともに、12月16日に厚生労働大臣宛に提出した。

一方で、本年度の政府補正予算において、ヒブ、小児用肺炎球菌、HPVのワクチン接種費用が計上され、公費による接種が可能となった。また、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会においては、水痘ワクチン・おたふくかぜワクチン・B型肝炎ワクチン・不活化ポリオワクチン・百日咳ワクチンの定期接種化等の検討が行われている。

いずれにしても、国の予防接種政策が、継続的かつ実効性のあるものとなるよう日本医師会としても政府、厚生労働省に対し、今後も強く働きかけを行っていく。

本日は、「予防接種週間・麻しん排除に向けて」を及川馨先生、「厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会の検討状況」を宮崎千明先生、「補正予算で公費接種が開始されている3

つのワクチンについて」を岩田敏先生、今村定臣日本医師会常任理事、「予防接種スケジュールのモデルについて」を齋藤昭彦先生からご講演いただく。本講習会の成果をふまえ、各地域において予防接種が混乱なく円滑に実施されるよう今後とも引き続きご協力をお願いする。

細川律夫厚生労働大臣

(外山千也厚生労働省健康局長代読)

医療関係者の皆様においては、日頃から予防接種をはじめとする感染症対策について、格段のご支援とご協力を賜り、感謝申し上げます。感染症予防対策を総合的に進めるにあたって、有効性や安全性が確認されている予防接種を公的に推進し、防ぐことのできる病気を予防していくことは、いのちと健康を守る観点からも、非常に大切なことである。そして、予防接種を推進するためには、国民に、その必要性などについて、十分ご理解をいただくことが重要である。特に、すべての子供たちが必要な予防接種を受けられるよう保護者の方々の関心を高めることが重要である。このため、毎年日本医師会のご協力をいただき、普及啓発をすすめているところであり、今年の来る3月1日から7日を子ども予防接種週間として、広報や相談対応などの取り組みを行っている。

わが国の予防接種については、諸外国とのワクチンギャップなど、様々な課題が指摘されているところであり、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会において、その見直しについて議論をすすめている。平成22年度補正予算においては、予防接種部会等からの緊急提言をふまえ、平成23年度末までの間に、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3つのワクチン接種を緊急に促進するための事業を実施することとした。この事業は、多くの地方自治体のご協力を得て、平成23年度中にほとんどすべての市町村において、3つのワクチンの接種をいただく見込みとなっている。

さらに予防接種法の対象となる疾病、ワクチ

ンのあり方や、予防接種に関する評価、検討組織のあり方など、予防接種制度を取り巻く諸課題について、引き続き予防接種部会における議論等をふまえて検討をすすめ、予防接種制度の適切な実施を図っていく。予防接種を円滑に推進するためには、日頃から地域で医療を担っていただいている医療機関の皆様のご理解、ご協力が不可欠である。今回、本講習会が開催され、新たに公的接種を推進するワクチンについて、ご理解いただく会が設けられたことは、非常に有意義である。厚生労働省においては、今後とも予防接種の推進に取り組むので、引き続きご支援とご協力をお願い申し上げます。

議 題

1. 予防接種週間・麻疹排除に向けて

日本小児科医会常任理事公衆衛生担当/日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会専門委員の及川馨先生より、予防接種週間・麻疹排除に向けて、概ね下記のとおり説明があった。

◇麻疹排除への対策

- ・平成24年度(2012)までの排除を目指して、平成20～24年までの5年間、第3期・第4期にも接種を行う。
- ・平成20年1月から全数報告を行う。
- ・95%以上の接種率確保が大きなテーマである。
- ・今後は検査診断体制(PCR、ウィルス分離)が重要な過大だと考えている。
- ・予防接種週間：平成15年度より実施、麻疹、風疹をはじめ予防接種法に基づく予防接種の接種率を高める。平成22年度はヒブ・肺炎球菌・HPVの広報・啓発を行う。

◇麻疹排除に向かう3段階(WHO)

- ・第1段階(制圧期)－麻疹患者の発生、死亡の減少を目指す。
 - ・第2段階(集団発生予防期)－全体の発生を低く抑えつつ集団発生を防ぐ。
 - ・第3段階(排除期)
- 日本は、第2段階から第3段階へ移りつつある。

◇西太平洋地区の2010年患者数

- ・少ない地域では0に近いところまでいっているが、カンボジア・ラオス・フィリピンなどは患者数が多い。日本と中国も多く、これらが少なくなっていくと2012年までに排除できない。
- ・人口100万人あたり120人以下を達成する必要がある、そのためには、①1期から4期の接種率を95%以上にする②不確実な症例を排除する③1例の発生でも即対応する。
- ・2010年患者数が0なのは9県ある。沖縄県は、接種率は低い順位が低い。沖縄県では、除外の確認をきちんとやっており、怪しいのは入っていないと思われる。
- ・神奈川・東京・千葉・埼玉・愛知・大坂・福岡の7県は、接種率が低く、重点排除地域であり、これらの地域をなんとかしないといけない。

◇紛れ込み例の排除

- ・1歳では、1回接種した児に麻疹とされる例が多い。突発性発疹や検査データが紛らわしくさせている。
- ・年齢別感受性者を調べた（島根県）。島根県では、20～30代の感受性者が多く、50代以上でも感受性が多かった。麻疹が疑われる場合は、50代以上でも確認検査が必要である。
- ・国内でのウィルス株を調べてみると、従来D5が多かったが、現在はD9輸入例が多くなっている。周囲に小流行がなくても輸入例の可能性を考慮する必要がある。
- ・A型ワクチン株ウィルス分離は2010年6例であった。接種したけど間に合わなかったのではなく、ワクチンそのものを検査しているものが報告されているので、気をつけないといけない。
- ・感染研が麻疹の検査診断の考え方を示しており、これを参考にしていきたい。

2. 厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会の検討状況

(全体の方向と水痘ワクチン・おたふくかぜワクチン・B型肝炎ワクチン・ポリオワクチン・百日咳ワクチンについて)

厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会 医員/福岡市立西部療育センター長の宮崎千明先生より、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会の検討状況（全体の方向と水痘ワクチン・おたふくかぜワクチン・B型肝炎ワクチン・ポリオワクチン・百日咳ワクチンについて）について概ね下記のとおり説明があった。

◇予防接種をめぐる新たな動き

- ・新しい輸入ワクチンの承認（Hib、PC7、HPV）
- ・ワクチンギャップ（国内外差、経済格差）。一つ一つが高いワクチンなので。
- ・Hibワクチン導入をきっかけにして、ワクチンが集中するようになり、複数ワクチンの同時接種が検討されている。
- ・ワクチンの混合・多価化の動き（DPT-IPVなど）
- ・皮下注、筋注問題も内外格差がある
- ・厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会や予防接種推進協議会（13学会横断的組織）では、上記のようなことを協議している。

◇米国で定期化されていて、日本で任意、未承認のワクチン

日本で任意接種：

インフルエンザ菌b型、肺炎急患（7価、結合型）→13型、水痘、インフルエンザ（小児）、流行性耳下腺炎、B型肝炎、肺炎球菌（23価、多糖）、A型肝炎（16歳以上）、ヒトパピローマウイルス、その他定期接種外の予防接種

日本で未承認：

ポリオ（不活化）、ロタウイルス、髄膜炎菌

◇厚生科学審議会に正式に分科会として感染症分科会が設置され、感染症部会・結核部会の

他、予防接種部会が新たに作られた。

◇予防接種部会では、予防接種法改正に向けて、新臨時接種の枠組（パンデミックインフル対応）が現在法案継続審議中である他、予防接種法の対象疾病・ワクチン、健康被害認定・救済方法、情報収集と提供、接種費用負担、評価・検討組織、ワクチンの研究開発・生産基盤を検討している。

◇予防接種部会で定期接種化が議論されている
ワクチン

- ・子宮頸がんワクチン（HPV）
- ・インフルエンザb菌ワクチン（Hib）
- ・小児用肺炎球菌ワクチン（PCV7）
- ※上記3種は昨年から先行的に実施されている。
- ・水痘ワクチン、ムンプスワクチン、B型肝炎ワクチン、百日咳（DT→DPT）、ポリオ（生ワクチン→不活化ポリオワクチン）

◇水痘

- ・ワクチン接種率は、任意なので30～40%にとどまっているため、罹患率が変わっていない。
- ・もともとハイリスクの子のために開発されたワクチンであり、副作用がとて小さいので、定期接種化が強く望まれている。
- ・2割以上は軽症疾患だが、意外と重症例が多い。
- ・アメリカでは、患者が減ってきたが2回接種化に向かっている。
- ・中途半端にやると成人水痘が増えてくる。成人は重症化しやすい傾向があるので、一気に流行をつぶす方向にいかないといけない。

◇ムンプス

- ・ワクチン接種率は、任意なので30%
- ・関西の小児科医の調査では、7,000例を調査して難聴が7例見つかった。ワクチンを打つことにより、年間1,000名の難聴を予防することができる。

- ・定期接種にしたほうがよいが、できれば髄膜炎率が低い株が望まれる。
- ・世界的には2回接種が多い。アメリカでは、定期接種が開始された年に激減し、2回接種開始により0に近づいている。
- ・ワクチン株によっても無菌性髄膜炎発生頻度に違いがあり、統一株は圧倒的に高い。現在、国産ワクチンは武田と北里の2つだけで、髄膜炎の発生頻度は0.04～0.06%である。水痘よりはやや悩ましい部分もあるが、定期接種化が望まれる。

◇B型肝炎

- ・日本ではセレクトティブ（選択的）接種である。母子感染予防はほぼ成功（95%以上）だが、父子感染に注意しなくてはならない。父親のキャリアだと接種対象になっていない。
- ・慢性化しやすいgenotypeAの水平感染増加
- ・新生児全員接種（ユニバーサル接種）の議論がある。
- ・世界的にはユニバーサル接種である。アジア・アフリカは高キャリア率で検査が困難なので、生まれた子ども全員に接種する。欧米では、もともとキャリア率が低かったが、思春期以降の急性B型肝炎が増加しておりユニバーサル接種している。

◇ポリオワクチン

- ・1960年代に大流行したが、ワクチン導入により制圧が可能になり、1980年以降は日本から野生ポリオがなくなり、ポリオ症例はすべてワクチン関連麻痺となっている。
- ・世界的にもWHOの努力により下がってきて根絶が近いと言われてきたが、なかなか0になりにくい状況がある。
- ・接種率が下がったところで持込により流行することがある。
- ・先進国はIPV（不活化ワクチン）に、発展途上国はOPV（経口生ワクチン）3回+α回。
- ・日本では、年に平均約2例VAPP（OPV麻痺、疑い）が発生し、1回目の接種で男子に

多い。

- ・IPV－DPT 混合ワクチンを開発中（3相試験中）なので、一刻も早い登場を期待しており、今年中に認可申請が可能だろうと考えている。
- ・OPV も IPV も高い接種率の確保が前提である。

◇DT、DPT ワクチン

- ・2期DT ワクチンをDPT（DTap）へ
- ・成人百日咳が増加しており、欧米ではTdをTdapへ切り替えてきている。
- ・日本のDPTはもともと精製度が高いので、あえてTdapにしなくてもよい。
- ・DTとDtapの比較試験をワクチン学会WG研究班がおこなったところ、0.2mlで陽性率が95%で、副反応に差が無いことから、DT0.2mlでと提言しているが現在検討中である。

◇日本脳炎予防接種

- ・H22.8.27 省令改正があった。
- ・1期不足分（1～3回）を第1期（6ヶ月～90ヶ月未満）と第2期年齢（9～13歳未満）で接種できる。
1回接種後：残り2回、2回接種後：残り1回、0回接種後：残り3回。
- ・2期で接種可能なワクチン：乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン
- ・1期と2期の隙間（7歳半～9歳未満）や13歳以上の年齢層は更に検討する。
- ・標準的接種年齢の拡大をはかる。
- ・日本脳炎の今後

①平成23年度に9、10歳になる者を、平成23年度において、第1期接種（すでに一部の接種を完了している者は未接種分）の積極的勧奨の対象とする。

なお、平成23年度の5～8歳になる者については、ワクチン供給量を踏まえつつ、平成24年度以降、できるだけ早期に積極的勧奨を実施する。

②7歳6ヶ月以上9歳未満の者については、現在接種対象になっていないが、予防接種法施行令を改正し、積極的勧奨を逃したこの年齢の者についても、定期接種として接種できることとする。

◇予防接種部会の今後

- ・各ワクチン評価のまとめを行う。予防接種法改正、費用負担問題、恒久的予算確保、日本版ACIPについて検討していく。

3. 補正予算で公費接種が開始されている HPV ワクチンについて

日本医師会今村定臣日本医師会常任理事より、補正予算で公費接種が開始されている HPV ワクチンについて概ね下記のとおり説明があった。

現在、日本では、年間約15,000人の女性が子宮頸がんを発症し、約3,500人が死亡している。特に20～30歳代の罹患率、死亡率が顕著に増加している。

子宮頸がん予防ワクチンは、発がん性HPVの中でも特に子宮頸がんの原因とされているHPV16型と18型の感染を予防し、子宮頸がんの60～70%の予防が期待できる。しかし、既存のHPV感染に対する治療効果はない。

ワクチン接種方法は、肩に近い腕の筋肉に注射する。1～2回の接種では十分な抗体ができないため、半年の間に3回の接種が必要である。ワクチンの効果についてはわかっていない。ワクチンの接種だけではなく、定期的に子宮頸がん検診を受けることが重要である。

当該ワクチンの接種を普及させるには、接種費用の一部または、全額を公費負担にする接種費用の助成。学校での集団接種等の接種機会の創出。学校、マスメディアへのワクチン、疾患の教育・啓発等が重要である。世界では、現在26カ国で公的補助によるワクチン接種が行われている。

4. 補正予算で公費接種が開始されているヒブ・小児用肺炎球菌ワクチンについて

日本感染症学会ワクチン委員会委員長/慶應義塾大学医学部感染制御センター教授の岩田敏先生より、補正予算で公費接種が開始されているヒブ・小児用肺炎球菌ワクチンについて概ね下記のとおり説明があった。

ヒブ・肺炎球菌は、乳幼児の鼻咽頭に常在しており子どもの体力や抵抗力が落ちた時などに、肺炎・敗血症・喉頭蓋炎・髄膜炎などの感染症を引き起こす。なかでも重篤な感染症が細菌性髄膜炎である。細菌性髄膜炎は、脳に細菌が感染し、死に至ることも多く、生き延びても後遺症を残す。原因は、ヒブ菌5割～6割、肺炎球菌2割と2菌種で7割を占めており、肺炎球菌性髄膜炎が10万人あたり2.9人、肺炎球菌非髄膜炎が10万人あたり9.8人、入院市中肺炎が1千人あたり19.8名、中耳炎が3歳までに83%が1回は罹患している。

ヒブワクチンの接種は、標準的なパターンとして生後2～7か月未満に接種開始する場合、4～8週間間隔で3回、追加として3回目の接種から約1年後に1回の計4回接種。また、上記の標準的な接種パターン以外では、生後7か月～12ヶ月未満に接種開始する場合、同じく4～8週間間隔で2回、追加免疫として2回目の接種から約1年後に1回の計3回接種。1歳～5歳未満に接種開始する場合、1回のみとなる。

肺炎球菌ワクチンの接種は、標準的なパターンとして生後2～7ヶ月未満に接種開始する場合、27日以上の間隔で3回、追加として3回目の接種から60日以上の間隔に1回の計4回接種。また、上記の標準的な接種パターン以外では、7ヶ月以上12ヶ月未満に接種開始する場合、27日以上の間隔で2回、追加として2回目の接種から60日以上の間隔に1回の計3回接種。生後12ヶ月以上24ヶ月（1歳）未満に接種開始する場合、60日以上の間隔に2回接種。1歳～5歳未満に接種開始する場合、1回のみとなる。

インフルエンザウイルスを先行感染させ、後

から肺炎球菌を感染させると、単独感染や同時感染に較べて、マウスの死亡率が有意に高くなる。インフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの同時接種者は、侵襲性肺炎球菌感染症で入院する率と入院期間が有意に少ない。

ヒブワクチン、肺炎球菌結合型ワクチンが以下4つの恩恵をもたらす。①疾病の予防（小児への恩恵）、②子どもが病気にならなければ経済的・精神的負担が軽減される（家族への恩恵）、③発熱児に対して髄膜炎を心配せず、ある程度安心して診療できる（医療従事者への恩恵）、④抗菌薬の適正使用が可能になり耐性菌抑制につながる（医療全般への恩恵）。

ヒブワクチン、肺炎球菌結合型ワクチン共に導入された場合、臨床的にも、医療経済学的にも十分な効果が期待できる。より高い接種率を得るためには、他のワクチンとの同時接種、接種を受ける上での自治体からの経済的補助が必要である。効果判定、ワクチン型以外の菌による感染症の動向調査のために、接種開始後の疫学調査が必要である。

5. 予防接種スケジュールのモデルについて

—日本小児科学会推奨の予防接種スケジュールについて—

日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会副委員長/国立成育医療研究センター感染症課医長の齋藤昭彦先生より、予防接種スケジュールのモデルについて—日本小児科学会推奨の予防接種スケジュールについて—概ね下記のとおり説明があった。

近年の新しいワクチンの開発、普及によって、ワクチンで予防できる疾患が増え、多くのワクチンを限られた乳幼児期に接種する必要がある。それを可能にするために日本小児科学会は、2011年1月に同時接種に関する考え方を発表した。その考え方に基づいた日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュールを提示する。

- 生後2ヶ月、B型肝炎（1回目）、ヒブ（1回目）、肺炎球菌（1回目）の同時接種。
- 生後3ヶ月、生後2ヶ月時の接種より、4週

以上の間隔をあけ、B型肝炎（2回目）、ヒブ（2回目）、肺炎球菌（2回目）、3種混合（1回目）の同時接種。

- 生後4ヶ月、生後3ヶ月時の接種より、4週以上の間隔をあけ、ヒブ（3回目）、肺炎球菌（3回目）、3種混合（2回目）の同時接種。上記の接種終了後1週あけ、BCG接種。
- 生後5ヶ月、BCGより、4週間以上の間隔をあけ、3種混合（3回目）、B型肝炎（3回目）の同時接種。
- 生後6ヶ月、生後5ヶ月時の接種より、4週間以上の間隔をあけ、ポリオ（1回目）の接種。
- 生後1歳～1歳6ヶ月、麻疹・風しん（1回目）、水痘（1回目）の同時接種。1ヶ月以上あけて、ヒブ（4回目）、肺炎球菌（4回目）、三種混合（4回目）、流行性耳下腺炎（1回目）の同時接種。
- 生後3歳、日本脳炎（1～2回 ※4週あける）の接種。
- 生後4歳、日本脳炎の2回目接種から6ヶ月以上あけて3回目の接種。
- 生後5～6歳、麻疹・風しん（2回目）の接種。1ヶ月以上あけて、水痘（2回目）、流行性耳下腺炎（2回目）の同時接種。
- 生後9歳、日本脳炎4回目の接種。
- 生後10歳以上、HPV（1～3 ※初回接種後、2回目は1ヶ月、3回目は6ヶ月あける）、13歳までに2種混合（DT）（1回目）の接種。
- これからの課題として、同時接種の際の正しい接種部位の理解、Universal B型肝炎ワクチンの理解と接種時期、BCGとの同時接種、ポリオワクチンとの同日接種。水痘、流行性耳下腺炎ワクチン2回接種の理解があげられる。

質疑応答

○**兵庫県医師会**：同時接種の健康被害の救済制度について教えていただきたい。

○**齋藤昭彦先生**：予防接種法に基づく定期の予防接種のワクチン接種後に健康被害が生じた場

合は、「予防接種健康被害救済制度」の適用になる。任意接種の場合は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づき、通常の医薬品などで副作用が生じた場合に準じた救済になる。

同時接種の場合は、決まっていない。今後、議論が必要であり、引き続き委員会等で検討していく。

○**日本医師会**：今回の補正予算で接種するワクチンと定期予防接種のワクチンを同時に行った場合は、「予防接種健康被害救済制度」の適用になると厚生労働省が発表している。補正予算で接種するワクチン以外のものについては、決まっていない。

○**千葉県医師会**：同時接種の勧奨について、かかりつけ医の判断により勧めてよいのか。小児科医会の見解により勧めてよいのか。

○**齋藤昭彦先生**：科学的な判断により、日本の子どもたちをワクチンで予防できる病気から守るためには必要な行為である。日本小児科学会が推奨しているとして問題はない。

○**兵庫県医師会**：同時接種を行いたい、兵庫県の自治体には、同時接種に関する指針を策定しているところもあり接種できない。当件についてはどのように対応すればよいか。

○**日本医師会**：小児科学会が示しているスケジュールは、1つのモデルであることを理解していただきたい。これからご意見等をふまえながら修正していきたい。また、同時接種について、厚生労働省の見解は医師の判断に任せると示しているので、先生方の判断にお任せしたい。

○**岐阜県医師会**：ヒブワクチンの接種スケジュールでは、4回目接種は、3回目からの1年後と示されているが、1割程度抗体の陰転化がみられる、1年以内の接種でもよいのではないのか。

○岩田敏先生：科学的には、回数だけの判断でかまわないと考える。1年後に接種しないと効果が薄れるということはない。

○岐阜県医師会：米国では現在、不活化ポリオワクチンは、生後2ヶ月、4ヶ月、6ヶ月～18ヶ月の3回に加え、4歳～6歳時に追加接種を受けるスケジュールが推奨されている。日本で

は3種混合ワクチンの接種が3ヶ月から始まりますので、同じスケジュールでは接種できない。不活化ポリオワクチンについても検討していただきたい。

○齋藤昭彦先生：現在のスケジュールは、国が認可しているワクチンで、作成しなければならない。今後検討していきたい。

印象記



理事 宮里 善次

平成23年2月27日、日本医師会館・大講堂において“予防接種講習会”が行われた。

13時～16時まで、計5題の講演があった。

まず始めに、日本小児科医会常任理事公衆衛生担当の及川馨先生による『予防接種週間・麻疹排除に向けて』の講演が行われた。

2012年までに麻疹を排除する目標が設定されており、対策として①95%以上の接種率確保、②検査診断体制（PCR、ウィルス分離）の確立、③全数報告、④発生時の迅速な対応、⑤麻疹対策推進会議（国）、麻疹対策会議（地方）の5つが示されたが、任意接種で95%以上の接種率を確保するのは困難との意見があった。

特に重点排除地域に指定されている東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、大阪、福岡の7地域においては患者報告数が多いだけでなく、未接種者が多いと指摘があった。

2010年度に患者ゼロの9県に沖縄県が入っているが、接種率は76.5%と低い。演者から「沖縄県の接種率は低い、除外診断をしっかりとやっている、流行は0であった」のコメントがあった。

他県においては伝染性紅斑などが麻疹として、紛れ込み例として報告されることが散見され、特に内科領域にその傾向が強いと報告があった。

沖縄における対策の問題点をふり返ると、①95%以上の接種率確保だけと言えよう。保護者への啓発活動を続けると同時に、集団接種に近い形の方法論も考慮すべきだと云う印象を受けた。

また、毎年東南アジアや中近東から輸入麻疹の報告があるので、周囲に小流行がなくても、輸入例の可能性を考慮するよう指摘があった。

2題目に、福岡県西部療育センター長の宮崎千明先生から、現在の任意接種から定期接種化が議論されているワクチンとして、HPVワクチン、Hibワクチン、PCV7ワクチン、水痘ワクチン、ムンプスワクチン、B型肝炎ワクチン、百日咳、ポリオ（生ワクチン→不活化ポリオワクチン）が示されたが、ここでも任意接種の限界が強く印象に残った。

3 題目に、日本医師会常任理事の今村定臣先生による『補正予算で公費接種が開始されている HPV ワクチン』について講演があった。

日本では年間 15,000 人が発症し、3,500 人が死亡している。特に 20～30 歳代の罹患率と死亡率が著名に増加している。現在ワクチンで防げる唯一の癌なので、ワクチン接種と定期健診の組み合わせで多くの命が救える。

中 1～高 1 を公費対象として、昨年 11 月から接種が開始されたが、合成ワクチンは DNA が入っていないので発癌性はない。一部報道で接種時の痛みで失神する例が多発していると報道があったが、痛みに関する副作用も他のワクチンと同程度で、多発ということはないと云う発言があった。

PVC ワクチンに対する関心は高く、現在品薄状態で第一回目の接種を受けた人に優先的に対処するため、広く出回るのは 7 月以降となっている。

4 題目に、日本感染症ワクチン委員会委員長の岩田敏先生による『補正予算で公費接種が開始されている Hib・小児用肺炎球菌ワクチン』について講演があった。

小児科領域において、インフルエンザ桿菌と肺炎球菌は侵襲性の強い菌として知られているが、近年 β -ラクタム系薬に対する耐性度が増す可能性があり、 β -ラクタム系薬による治療の限界も懸念される。

幸い欧米で効果を出しているワクチンの導入が決まり、公費接種が始まっている。欧米における Hib と肺炎球菌ワクチンの同時接種の効果と副作用反応は単独接種と変わらないとの報告があったが、講演後に両者の同時接種といずれかと他ワクチンの同時接種の後に 6 人の死亡例が確認され、一旦中止の事態になったことは今後の展開にも影響を与えると思われる。

最後に、日本小児科学会予防接種・感染対策委員副委員長の齊藤昭彦先生による『予防接種のスケジュールのモデル』について、日本小児科学会奨励の予防接種スケジュールが提示された。

スケジュール表（案）は本文をご参照ください。

近年の新しいワクチンの開発、普及によって、ワクチンで予防できる疾患が増え、多くのワクチンを限られた乳幼児期に接種する必要があり、今回それを可能にするために、日本小児科学会が 2011 年 1 月に同時接種に関する考え方を発表した考え方に基づいたスケジュールとなっている。

現在（案）の段階であるが、ほぼ同じ内容で奨励されると思われる。

同時接種後の 6 人死亡と異物混入によるアクトヒブ回収が、今後の接種事業のブレーキにならないことを願いたい。



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

女性医師支援センター事業九州ブロック会議

沖縄県医師会女性医師部会 副部長
(琉球大学医学部附属病院) 銘苺 桂子



去る2月26日(土) ホテルニューオオタニ博多に於いて、標記連絡協議会が開催された。協議会では、九州各県における女性医師等相談事業の各種支援状況の報告と事例発表及び提案事項の検討等が行われた。以下に会議の様相を報告する。

挨拶

○福岡県医師会会長 松田 峻一良

本会議は各地域からの声を伺うと同時に、女性医師支援センター事業について理解を深めるという趣旨で企画されている。本日はそれぞれが意見を出し合うことで、実りある会議になることを期待する。

○日本医師会常任理事 保坂 シゲリ

この事業も軌道に乗ってきたが、これからも様々な支援活動を展開して頂くことになると思

うので宜しくお願いしたい。今後の西日本女性医師支援センターの事業に期待している。

1) 日本医師会女性医師支援センター事業について 家守 千鶴子

今年1月、日本医師会女性医師支援センター事業における就業成立及び再研修紹介における成立件数が200件に達した。

女性医師バンクの運用状況は、求職登録者数273名、求人登録施設数1,235施設、求人登録件数1,010件である。就業実績は249件で、その内訳は就業成立が233件、再研修紹介が16件となっている。求職・求人登録者は都市部に集中し、九州では福岡県が33名、その他の県では10名以下であった。求人については、県庁所在地に求職者が集中している。診療科別では内科系の求職者が多く、次いで皮膚科、小児科が多い。求職者登録状況における年代別構成

では、求職決定者数の半数以上が40歳以下となっており、それぞれのライフステージや勤務の形態の変化を機に本バンクに登録したのではないかと推測される。勤務形態別構成については、非常勤またはパート・アルバイトが大半を占め、常勤の就業決定者は1割弱となっている。地域別の構成では東京が32%、続いて関東甲信越が19.6%、近畿が8%となっている。登録時の就業状況については、就業中（パート含む）が77%、未就業が23%となっており、就業決定者の4割を占めている。また就業決定者の7割が3年未満の離職期間であったことから、短期間で再就業を決定する方が多いと推測される。

2) 各県の状況について

(アンケート結果を基に)

九州各県を対象に行った事前アンケートの集計結果を基に、各県の取り組み状況を確認した。内容は次のとおり。

- 女子医学生、研修医等をサポートするための会の開催については、全ての県で開催を実施している。
- 女性医師等就労支援事業を実施している県は福岡県と宮崎県で、福岡県が「女性医師職場復帰支援事業」、宮崎が「女性医師等の離職防止・復職支援事業」を行っている。鹿児島県、長崎県、熊本県は、今年度県との折衝を行ったとのことだが、熊本県では県から新規事業は認められないとの見解が出されたとのことである。
- また、沖縄県では雇用再生特別交付金を用いてバンクを設置し、就業支援、育児支援のための相談員2名を配置し、相談窓口を設置している。この他に年1回の女性医師フォーラムの開催や、勤務環境の整備に関する病院長等との懇談会を行っていることを報告した。
- 大分県は、女性医師等就労支援事業を用いて保育支援事業を行っており、県内2ヶ所の医療機関が院内保育所を設けた。

- 男女共同参画に関する部会や委員会があると答えた県は、福岡、大分、熊本、宮崎、鹿児島県の5県であった。また、熊本県と福岡県内の3大学を除く各県の大学でも、男女共同参画ないし女性医師就労に関する部署が設置されている。
- 院内託児所ないしそれに準じる施設の設置については、全ての大学病院で保育所が設置（熊本大学は全学部対象の保育施設）されている。また、延長保育はかなり実施されているが、病児保育は一部でしか実施されていない。
- 短期正職員の採用の有無、非常勤勤務職員の採用の有無では、非常勤職員はほとんどの大学で採用しており、短時間正職員については2県（長崎、熊本）と福岡県内の2大学で実施している。
- 医師会と大学や行政についての取り組みについては、宮崎県や沖縄県、福岡県で、大学や行政との連携が取れているとの回答があった。

概要についてそれぞれの県から説明があった。

宮崎県：宮崎大学では、文科省の科学技術振興調整費を使った女性研究者支援を行っている。医師会の担当理事が大学に勤務し、また県内の女性医師の約1/3が大学に勤務していることから、大学と医師会の相互連携が取れている。

沖縄県：沖縄県でも琉球大学の医師が医師会の役員に就いているため、情報を共有することができる。本県でも若い女性医師の多くが大学にあり、現状を伝えることは大事だと感じている。

福岡県：本県では医師会と大学が協力して、各大学で女子医学生との交流会や県医学会を年に1回開催している。またそれぞれの大学に医師会を設置し、県医師会との連携を深めるなど、今後も発展しつつある。

家守：女性医師支援について、女子医学生や研修医、産休・育休中の女性医師への広報で悩ん

でいるところが多い中、沖縄県がかなり活発に活動されている様である。

沖縄県：これまで4回開催した女性医師フォーラムにおいて来場者にメーリングリストへの登録をお願いしている。来場された先生方には離職中の先生方への声かけをお願いし、フォーラムの際には託児所を設けるなどで年々少しずつ参加者を増やしてきた。まだ医師会からの一方的な情報提供だけなので、双方間の情報の共有がこれからの課題である。

3) 大学病院の取り組みの一例・九州大学病院きらめきプロジェクト

九州大学病院 徳永えり子

平成19年度、文科省の大学改革等補助金対象の『社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム』という3年間のプロジェクトとして、本学の『女性医療人きらめきプロジェクト』が採用された。

当事業が昨年度末に終了となったため、『九州大学病院きらめきプロジェクト』と改名し、出産、育児、介護、自身の病気等により離職を余儀なくされた医師・歯科医師のキャリアの継続と休職からの復帰支援を目指し再スタートした。

本プロジェクトでは、ライフステージに応じた非常勤勤務をしながら、自らの専門性に応じた外来勤務、検査業務、研究やキャリアの継続を図ることを目的としている。また、きらめきスタッフミーティングや先輩への育児相談、講演会、交流会などの企画等、人の見えるネットワークの構築にも取り組み、ホームページによる人材登録、eラーニングを使用した教育研修プログラムの提供及び研究会や院内で行われた研修医向けの基礎的な講演会などの配信の他、年に1回、実施状況を発表する場を設けている。

現在3名の専任事務員を置き、女性医療人ステップアップ外来医師16名、看護師4名が在籍している。看護師については、平成21年度に看護師が独自で国から予算を獲得し、『看護実践力ブロッサム開花プロジェクト』をスター

トさせている。

これまでの復職実績としては、常勤医師が2名、大学病院の歯学部にて正規職員として2名、看護学校の教諭として1名が復職している。また、在籍中に、2名が歯科医師の専門医を取得し、1名が皮膚科医の博士号を取得した。今年は常勤職員と大学院へ再入学するものがある。

次に学生教育として1・2年生を対象としたジェンダー教育、医療人としての使命等について講義を行うと共に、年1回学生と先輩医師との交流会を行っている。『育メン医師・歯科医師参上』と銘打ち、女性医師を伴にした男子医師がどのようにがんばっているのか当事者の男性医師に講演していただいたところ、大きな反響があった。また、ジェンダー教育、ミッション教育については「これまでジェンダー等意識したことも聞いたこともなかった」といった声が非常に多く、性差医学と併せて今後も継続して講義を行う予定である。

以前、元福岡県副知事で医師会会員の先生が採ったアンケートで、「妻は専業主婦になって欲しいか」という問いに、かなりの男子学生が「はい」と答えた。今年、歯学部の学生に同じ質問をした結果、妻には専業主婦になって欲しいという答えが大多数を占め、女子学生の多くも専業主婦になりたいと思っていることがわかり、医師になるにはどれだけの税金がかかっているのかなどを認識させるための意識教育もしなければならぬと感じた。

本プロジェクトに携わったことで、医師全体の労働環境が良くならなければ女性医師もキャリアを伸ばせないことを痛感した。使命感や精神論に頼らないで働けるシステムを作ることが必要であり、また女性の力を活かすためには、労働時間のインプットよりもアウトカムの成果を重視した評価システムの確立や、多様な働き手の能力を活かすダイバーシティマネージメントの確立、産休・育休のポジションの確保、医療機関の連携による女性医師の活用、等が今後求められる。

4) フリーディスカッション

宮崎県医師会から九州ブロックにおける女性医師担当役員間での情報交換ツールの構築、また、日医女性医師バンク登録者の情報が共有できないかとの意見が出され、保坂日本医師会常任理事から九州ブロックでメーリングリストを自主的に設けることは構わないが、医師バンク登録者の情報共有に関しては、個人情報保護の観点から協力出来ないとの返答があった。

また、福岡県医師会から地域医療再生基金を用いて、徳島県のベビーシッター制度や山口県

のサポーター制度の様な事業を展開出来ないか、現在、県と調整中であるとの報告があった。

地域医療再生基金に関連して、保坂常任理事から場合によっては、全額国負担での事業が展開出来るので、他県でも積極的に活用頂きたいとの紹介があった。

閉 会

保坂常任理事より閉会の挨拶があり、本協議会を終了した。終了後、場所を末広の間に移し、懇親会が行われた。

印象記

沖縄県医師会女性医師部会 副部会長
(琉球大学医学部附属病院) 銘 苺 桂子



2月にしては半袖でも十分なほど暖かな週末、博多のホテルの一室にて会議が行われた。円卓に会した参加者は日本医師会から理事や女性医師バンクコーディネーターの先生方が10名、九州各県の医師会において女性医師支援を担当されておられる先生方27名の総勢37名。平均年齢より明らかに若年であろう私は少々気が引けたが、気を入れ直して席についた。まず、女性医師バンクよりその活動の目的が示された。「女性医師支援は女性医師のためだけにあらず」。女性医師が継続して働けることが、ひいては医師確保につながり、医療現場全体の医師不足対策につながる、というものである。さらには、ハードワークである医師の世界で、女性が安心して子供を産める環境を整備することは、日本の少子化対策のロールモデルになり得ること、世界に比較して進んでいるとはいえない男女共同参画を推進すること、労働法規の遵守、と続いた。平成19年のバンク設立以来、マッチングにより成立した就業は249件に上ったとのことである。

次に、九州各県の状況についてそれぞれの県の担当者より報告が行われた。今回は医師会と大学との連携にフォーカスが当てられ、医師部会の役員に大学の医師が含まれているかどうか、大学内に女性医師支援の取り組みがあるかどうか、大学院内保育所の有無、学生への教育の有無などが報告された。印象的だったのは、沖縄県女性部会の活動が、他県よりも積極的に活動しているように思えたことである。年1回の女性医師フォーラムや病院長懇談会、研修医を対象に県内主要4病院で行われたプチ女性医師フォーラム、女性医師バンクによる相談窓口事業など。より注目を集めたのは、県内206名の登録者のある女性医師メーリングリストの存在であり、各県の担当者が最も頭を悩ませている広報について、非常に参考になるとの声を受けた。女性医師部会役員の方の先生方はそれぞれ日常の診療をこなしながら活動をされており、それが評価されたことを大変嬉しく思った。女性医師のニーズはさまざまで、その支援方法に答えはないのかもしれないが、継続する必要性は感じる事ができた。

現在3人目を授かり、大きなお腹で診療を続けさせていただいている。アラフォーでの妊娠は20代に比較して身体的にきつさを感じざるをえないが、医局の先生方の温かい支援により、精神的には何のストレスもなく過ごさせていただいている。医局の女性医師3人も昨年お産を終え、今年中には復帰してくる。家族の支援、短時間勤務や当直免除（これらの制度も職場の先生方の温かい声かけがなければ‘絵に描いた餅’であろう）、さらに精神的サポートと学び続けられる環境が、女性医師を復職に向かわせると思われる。

多くの病院が女性医師支援に乗り出しているものの、資金面の問題で実行に移せないことの訴えが多い。今回の会議でも、国からの資金、各都道府県からの資金をうまく活用してもらいたい、との言葉が何度も聞かれた。医学教育にはお金がかかる。しかし、一人の成熟した医師が社会に還元する力はそれ以上のものがあると思われる。少しでも多くの医師が出産や育児を乗り越えて復職できるよう、より実効的な政策が施されることを願う。

お知らせ

日医白クマ通信への申し込みについて

さて、日本医師会では会員及び、マスコミへ「ニュースやお知らせ」等の各種情報をEメールにて配信するサービス（白クマ通信）をおこなっております。

当該配信サービスをご希望の日医会員の先生方は日本医師会ホームページのメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/japanese/members/>) からお申し込みください。

※メンバーズルームに入るには、ユーザーIDとパスワードが必要です。（下記参照）

不明の場合は氏名、電話番号、所属医師会を明記の上、bear@po.med.or.jpまでお願いいたします。

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

九州医師会連合会第316回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る3月12日(土)、午後4時から標記常任委員会が指宿白水館において開催された。

挨拶

池田琢哉九州医師会連合会長(鹿児島県医師会長)より次のとおり挨拶があった。

昨日は、東北地方太平洋沖地震が起きた。予想だにできなかった災害が起こり、被害に遭われた方々にお見舞い申し上げますと共に1日も早く復興されることを願っている。

本日は、九州新幹線の全線開通と重なり大変ご迷惑をおかけした。会場も鹿児島の果て指宿までお越しいただき御礼申し上げます。私ども九州医師会連合会の担当も3月を以って最後になる。この1年間不行き届きの点もあったが、皆様のご協力により無事終わられるものと思っている。

本日の会議は主として、3月27日に開催される日医定例代議員会について九州ブロックとしての対応についてお諮りするのでもよろしく願いしたい。

報告

1) 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、当常任委員会終了後、午後5時から開催される「九州ブロック日医代議員連絡会議」について、日医委員会報告は2題で、①医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会は大分県の嶋田丞委員から、②有床診療所に関する検討委員会は福岡県鹿子生健一委員から報告する旨説明があった。(報告時間は15分、質疑応答10分)

協議

1) 124回日本医師会定例代議員会開催に伴う九州ブロック日医代議員連絡会議(3月27日(日)日医)の開催について(鹿児島)

池田会長より、来る3月27日(日)に開催

される第124回日本医師会定例代議員会(午前9時30分)開催前に、九州ブロック日医代議員連絡会議を午前9時から日本医師会館(九州ブロック控え室5階)で開催したい旨提案があり了承された。(当代議員会については、東北地方太平洋沖地震の影響を考慮し、4月24日(日)に開催が延期された)

尚、九州ブロック関係委員に対し、当日の運営について協力依頼があった。

九州ブロック関係委員

- ①議事運営委員 蔦本 恭先生(長崎県)
- ②財務委員 横須賀 巖先生(佐賀県)
松田峻一良先生

(2) 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)

池田会長より、第124回日本医師会定例代議員会への質問事項として九州各県から8題提出されており、代表・個人質問についてご協議いただきたいとの提案があった。

協議の結果、代表・個人質問を次のとおり決定した。

「代表質問」

情報化関連の事業における日医の方針について 宮崎県・富田雄二

「個人質問」

診療・介護報酬同時改定について 長崎県・野田剛稔
柔道整復士の療養費受療委任払いの廃止について 熊本県・高橋 洋

その他提案された議題

医師による超党派の国会議員連盟の創設について(要望) 長崎県・福田俊郎
勤務医の入退会手続きの簡素化について 長崎県・高原 晶
医師会立看護学校に対する日医の姿勢につ

いて
 特定健診・保健指導の検証と今後の展開につ
 いて
 医師会共同利用施設の連携、統合
 長崎県・小島 進
 福岡県・野田健一
 鹿児島県・松下兼裕

・福岡県行政は③の平成24年度の大会取りや
 めを決定。
 ・福岡県医師会は④の平成24年度大会の開催
 を熊本県医師会にお願いし、平成28年は福
 岡県医師会が担当することを提案。

(3) 第317回常任委員会の開催について(佐賀)

平成23年度当番県となる佐賀県池田会長よ
 り、第317回常任委員会を来る4月16日(土)
 午後4時から嬉野温泉 旅館「大正屋」で開催
 したい旨提案があり了承された。

又、常任委員会終了後は、4時50分から九
 州医連連絡会常任執行委員会を開催し、その後
 記念撮影を行い、6時30分から懇親会を予定
 している。翌日は、陶磁器で有名な有田町の見
 学を予定しているので、ぜひ奥様ご同伴の上ご
 来佐頂きたいとの説明があった。

**(4) 第56回九州ブロック学校保健・学校医大
 会(平成24年度)の取り扱いについて**

(鹿児島)

みだし協議は、教育庁が11月に主催する
 「平成24年度全国学校保健研究大会」を熊本
 県が担当することになっているが、本来夏に開
 催する「九州地区研究教育研究大会」(福岡
 県担当)の開催を教育庁が取りやめたことから、
 連動する「九州ブロック学校保健学校医大会」
 (福岡県医師会)開催の取り扱いについて協
 議が行われた。

予め九州各県医師会学校保健担当理事に実
 施したアンケートでは、例年どおり「九州ブ
 ロック学校保健学校医大会」の開催を望む意
 見が多く、池田会長より輪番どおり開催して
 もらいたいとの提案があった。

しかしながら、行政が開催県を交代すること
 により医師会との整合性がとれなくなること
 や、別々の場所で開催することについて不都合
 であるとの意見が出された。

協議の結果、九州各県の意見は例年どおり8
 月に開催してもらいたいとのことであり、開
 催することを前提に福岡県と熊本県医師会
 で相談して決めることになった。

前回の協議内容(平成24年度開催予定参照)

<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
- 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

**①東北地方太平洋沖地震への見舞金について
 (鹿児島)**

池田会長より、状況をみて御見舞金を支給す
 る方向で進めたいとの提案があり、被災状況並
 びに日医対策本部の状況等も確認して行うこと
 になった。

②被災地への医師派遣について(福岡)

松田会長より、福岡県から医師派遣の要請が
 あり、各県でも予め準備した方がよいとの提案
 があった。

本会、宮城会長より沖縄県は阪神淡路大震災
 際にも医師を派遣した。今回も即チームを組織
 することになり、本会玉城副会長が出張を取り
 やめて準備を進めているとの報告があった。又、
 佐賀県池田会長から、医療統括監から3チーム
 出発したとの連絡があった。県として医師会員
 は特に考えてないとの報告があった。

**③日本の医療を守る国民運動の九州医師会連
 合会決議(案)について(鹿児島)**

池田会長より、日本医師会役員からみだし決
 議書を九州医師会連合会でもとりまとめた方が
 よいのご意見等もあり、対応についてご検討
 いただきたいとの提案があった。協議の結果、
 特に異議なく了承された。

九州ブロック日医代議員連絡会議

副会長 小渡 敬



去る3月12日（土）、指宿白水館において標記連絡会議が開催され、九州ブロックから選出されている委員により日本医師会委員会報告並びに日本医師会横倉副会長から中央情勢報告が行われたので、その概要を以下のとおり報告する。

司会の鹿児島県医師会池田徹常任理事より開会が宣言された。

挨拶

九州医師会連合会池田琢哉会長（鹿児島県医師会長）から概ね次のとおり挨拶があった。

昨日起こった東北地方太平洋沖地震の災害状況の全貌が未だ見えてきていないが、一刻も早い復旧と生命が守られることを願ってやまないところである。

第122回日医代議員会の中で、日医を一つにまとめるためには全体選挙を検討すべきではないかという話しが出て、そのことを受け原中会

長が会長選挙制度のあり方について諮問をされ、昨年6月24日に会長選挙制度に関する検討委員会が開催された。私は当委員会に参加し、全体選挙について検討してきたが、公益法人への移行というのがある、政府との話し合いの中で全体選挙は難しいということになってきた。公益法人でいう16万人の社員総会を開催するのはなかなか出来ないわけで、どうしても代議員会の中での選挙をやらざるを得ないという方向になっている。代議員というのは、会員500人に1人の代表が選出されているが、そういう意味では、これから代議員の重責が増してくると思っているところである。今後諮問の中で代議員の選出のあり方が問われると思う。また、選挙管理委員会を設置して選挙を行うべきとの意見も出されており、今後の課題となっている。

報 告

(1) 医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会（嶋田丞委員・大分県）

①第1回委員会（平成22年10月21日開催）

<総論>

○介護療養病床について

- ・介護療養病床の廃止を停止するとしたが、法律をかえる必要がある。平成30年まで延ばすと言っているがその根拠は分かっていない。

○財源・現金給付

- ・医療も介護も財源なしには改定できない。

○議論の進め方

医療と介護をリンクさせて、そのなかで施設と在宅について議論してく。

- ・医療と介護からの切り口で療養病床、訪問看護、施設における医療提供について受ける側、提供する側からの視点で議論する。
- ・施設と在宅からの切り口で必要な医療サービス、一般病床の慢性期の入院の整理、参酌標準などを議論する。

<各論>

○療養病床について

- ・療養病床の医療型と介護型の施設基準の見直しは可能である。

○介護施設について

- ・療養病床の患者は老健では受け入れられない。老健における医療を自己完結型とするか、外部から提供するか。
- ・老健や特養の中の医療提供について、介護報酬で行う医療、診療報酬で行う医療がある。現場で混乱している。施設の介護の費用、医療の費用がいくらかを調べることも必要。

○医療と介護の境界領域の調整は複雑で厚労省も手をつけられない。簡略化を図るため、日医で原案を作ってみてはどうか。

①第2回委員会（平成23年3月3日開催）

<議論>

○24時間365日定期巡回対応サービスについて

- ・モデル事業を行っているが、職員22.5人

が45人の在宅療養者を看ている。施設介護に近い資源が必要である。

- ・地域密着型で、包括によるシステムの評価である。自治体の財源で行うのではないか。
- ・訪問看護と訪問介護が対応するが、必要に応じて医師が絡むべきではないか。24時間、365日は医療は常時ではなく、時々必要となるだけであるので是非医師も関わって欲しい。医師個人の対応ではなく医師の連携、医療機関の連携によりグループで対応した方が良いのではないか。医師会対応で、このシステムを活用してビジネスチャンスとして捉えて欲しい。

○訪問看護について：

- ・医療と介護では財源も違うが請求方法も違う。訪看にはビジョンが必要である。
- ・看護大学卒業の20%が訪看を希望しているとしているが、実際には訪看には2%しか来ていない。訪看教育が不足している。

○在宅療養支援診療所

- ・従来型の診療所と訪問診療・往診に特化した診療所がある。特化した診療所は、この頃厚労省やマスコミに持ち上げられており、従来型が何もしていない感じにとらえられている。看取りの尺度で評価されている。従来型は看取りは少ないが、それは病院との連携が取れており看取りを病院へおくっているからである。在宅医療は従来型で8~9割を行っており、都市では夜間診療も行っている。
- ・一般診療所と在宅診療支援診療所・病院は連携してパッケージを作ること地域医療へ参画して欲しい。
- ・在宅療養支援病院は在宅療養支援診療所と違った役割を持つべきである。

○在宅医療

- ・かかりつけ医が日常診療所で在宅医療でどんな事を行っているか。診療所、有床診療所の役割を認識させる必要がある。

○老人保健施設

- ・医療ニーズが増えても移動で対応できず、

内部の医療の充実・拡大をする必要がある。
 ・老健は在宅復帰が目標である。在宅の復帰率を上げる必要がある。

○療養病床

- ・介護3施設は内容に差がなくなっている。医療型と介護型が差がなくなっている。(医療区分1のADL3の評価)
- ・一緒にしてしまうと外付け、内付けの問題がある。

○目標

- ・平成24年の改定だけでなく、もう少し先を考えて議論する。

質疑

□福岡県

- ①診療報酬が高いということだけで往診に特化する診療所が増えるのに非常に疑問に思う。都会では特に福祉系の住宅やケアハウスなどと契約して根柢ぎ往診を行っている医師がいるが事実であるので注意願いたい。
- ②一人無床診療所を行っている医師にとっては24時間365日対応は基本的に無理である。多くの期待をされてしまうと結局先生方は背を向けてしまう。
- ③超高齢者が亡くなることはある程度自然なことで、私たちは見守りということで医師としてバックアップは出来るが、24時間365日いつでも対応しないといけないという患者さんは施設でみるべきである。

■嶋田委員

- ①委員には診療所の先生方もいるので対応が出来ると思う。
- ②在宅療養支援診療所については、点数が取れなかったら算定しなければいいだけで、先生が出来ることまで一生懸命やることで、もう少しリラックスしてやっていただけたらと思う。
- ③皆さん先生と同じ意見である。

(2) 有床診療所に関する検討委員会

(鹿子生健一委員・福岡県)

①平成20・21年度委員会

平成20年度第1回委員会では、唐澤会長より「有床診療所の適正な評価に向けた方策一発展と安定経営に向けて」について検討するよう諮問を受け議論が開始された。日医総研で有床診の現状把握のための調査が行われ、有床診の機能が以下の5つにまとめられ、それぞれの有床診が複数の機能を持つことが多いとの結果であった。

- (1) 専門医療を担って病院の負荷を軽減し地域医療の崩壊を防ぐ
- (2) 地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿となる
- (3) 地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援として病床を活用
- (4) 終末期医療などのニーズが高まる分野への取り組み
- (5) 特に僻地、離島では唯一の入院施設として機能

これを受けて、平成21年度の委員会では「診療所入院基本料の引き上げに向けた考え方と具体的対応」がテーマとなった。今村定臣常任理事の発案で福岡県、和歌山県、広島県、北海道で厚労省保険局と日医、有床診療関係者の合同で有床診療所現地視察が実施され、各地で地域医療に多大な貢献をしているにも拘わらず、その経営は極めて厳しいことが明らかになった。この状況を受けて日医は初めて「都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会」を開催し意見交換を行った。その後委員会で「診療所入院基本料の引き上げに向けた具体的な提案—看護配置基準と入院基本料低減制の見直し」について議論を行い、日医総研では、平成20年度についての「有床診療所の経営実態調査」を実施した。回答の中の3割は、既に平成20年1月以前に休床か無床化しており、有効回答分についての分析では、約30%の施設が赤字で、病床稼働率は70%超とニーズがあるにも拘わらず採算が取れない実態や、長期入院の多

い施設では経営状態が悪い傾向が明らかになった。また、看護職員に関する補足調査では、19人の入院患者がいる施設では、病床の15対1を上回る配置であることも判明した。

①平成22年度委員会

第1回委員会では、原中会長より「次期同時改定を見据え、有床診療所の安定経営と安心医療のより一層の充実のために一次世代につながる有床診療所」の諮問を受けてフリートキングが行われた。第2回委員会では、「固有な施設体系、または医療単位としての有床診療所の理念と、法制的な位置づけのあり方について」を主たるテーマで議論が進められ、まず、「有床診療所の施設体系としての理念」として

- (1) かかりつけ医（自ら）が入院患者の診療を
実践
- (2) 地域に密着して地域医療、地域ケアを支える患者主体の入院施設
- (3) 専門医療を提供するための小規模入施設
次に、「有床診療所の法制上の位置付けとあり方」として
- (1) 「有床診療所」は19床以下の外来医療を補完する小規模病床
- (2) 一人以上の医師と複数の看護職員を配置
- (3) 病床区分を設けず医療にも介護にも柔軟に対応
- (4) 小規模施設に相応しい独自の診療報酬体系
- (5) 地域連携における役割の明確化と基準病床数の柔軟な運用

が、今までの委員会での議論のもとに集約された。

第4回委員会では、折しも社会保障審議会や医療計画の見直しの検討会での議論が進行中であり、委員会で集約された「有床診療所のあり方の理念」、「法制的な位置づけ」を、この場に提案することを日医執行部へ要望した。また、診療・介護同時改定に向けて、具体案を検討するワーキンググループの設置が承認され、次年度の事業として有床診の経営実態調査の実施と都道府県医師会有床診療所担当者会議の開催が決

定し本年度の委員会は終了した。

高度で専門的かつ多様な組織医療を提供する病院と、かかりつけ医が主体の有床診では、その規模や患者に対する機能が大きく異なる。『医療提供体制の中に「有床」を新たな独立した医療単位として位置づけ、その上で固有の診療報酬によって適正な評価をすることが合理的な対応であり、次期医療法改正の課題』が平成18年度以降の委員会の結論である。

質問

□福岡県

日医に努力していただいて診療報酬改定で少し上がったが、喜ぶほどのものでもない。先程言われたように有床診療所の閉鎖が続いている。なんとかやっていけるだけの診療報酬を確保していただきたい。例えば将来10万円上げるよりも5千円でも1万円でも急いで上げていただきたい。

■鹿子委員

厚労省の医療官に言わせればどんどん有床診療所が減っていくことが心配と言っているのので、次回改定ではやはり基本料の底上げをお願いすると共に地域ケアに係わっているいろいろな機能に対して点数をつけていただくよう要望している。

講演

「中央情勢 医療制度の変革期」

日本医師会副会長 横倉 義武先生

横倉副会長より、講演に先立ち、昨日(3/11)発生した東日本大震災発生に際し、日本医師会にもまず情報収集を行うべく、災害対策本部を設置した。今後、各都道府県医師会の支援が必要となると思うので、その節はよろしくお願いしたいとの要請があった。

講演の概要は以下のとおり。

(1) 最近の社会保障制度改革の動き

政府・与党による社会保障改革検討本部（本部長：菅総理大臣）が立ち上げられ、「社会保障改革に関する有識者検討会」「社会保障・税

にかかわる番号制度に関する実務検討会が設置された。

社会保障改革に関する有識者検討会

当検討会においては「安心と活力への社会保障ビジョン」をテーマに、以下のことについて検討されている。

1) 現行社会保障制度改革の課題

グローバル化、非正規雇用の増大、家族、地域の変容等の社会変化と、現役世代の生活リスクに社会保障が対応できない、高齢世代も社会保障が幸福感に結びつかない等社会保障が機能不全に陥っていることが問題点として指摘している。

2) 社会保障改革の3つの理念と5つの原則

3つの理念

- ・参加保障（国民の社会参加を保障し、社会的な包摂を目指す）
- ・普遍主義（すべての国民対象、国、自治体、NPO等の多様な主体が協力）、
- ・安心に基づく活力（社会保障と経済成長の好循環をめざす）

5つの原則

- ・切れ目なく全世代を対象とした社会保障
- ・未来への投資とした社会保障
- ・地方自治体が担う支援型サービス給付とその分権的、多元的な供給体制
- ・縦割り制度を超えた、国民一人ひとりの事情に即しての包括的な支援
- ・次世代に先送りしない、安定的財源に基づく社会保障

3) 社会保障制度改革の枠組

社会保障制度改革の枠組として、「社会保障負担のあり方」、「信頼醸成への道」、「社会保障強化と財政健全化の同時達成」等について検討され、社会保障制度改革を支える税制のあり方については、①税の再分配機能と所得・資産課税の重要性、②人口構造・雇用・経済環境の変容の中での消費税の基幹性、③消費税の用途明確化の必要性、④社会保障改革とそれを支える税制改革の一体的実施、⑤基礎年金国庫負担

1/2確保のための安定的財源の確保等について検討されている。

以上のような検討を踏まえ、社会保障改革の当面の目標として、「中規模の高機能な社会保障体制」を目指すことになった。これは、自民政権時代の麻生内閣が打ち出したものと全く同じものである。

4) 日本医師会が考える公的保険制度の基本理念

日本医師会は、全ての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考えている。このようなことから、昨年10月に、段階的に公的医療保険を全国一本化に向けての筋道を示した。

社会保障・税にかかわる番号制度に関する実務検討会

1) 検討会における検討内容

当検討会は、番号制度が複数の機関に存在する個人の情報が同一人の情報であることの確認を行うための基盤。また、国や地方公共団体当が国民一人ひとりの情報をよりの確に把握し、国民が国や地方公共団体等のサービスを利用するための必要不可欠な手段となるとの基本方針を示している。

番号制にすることにより、年金、医療、介護、各種手当などの社会保障に係わるサービスで用いる番号と給与所得や資産性所得の把握に係わる税務行政に用いる番号を一体化する。これにより、「給付付税額控除」や「所得比例年金」などの制度が導入できるとの認識である。

2) 日医の主張

社会保障・税に関わる番号制度の問題点として、プライバシーの問題として、多くの国民は、自己の関知しないところで自己の情報（特に医療・健康に係わる情報）が収集・分析されることに対して肯定的に捉えない。また、現在の個人情報保護法では、医療情報を保護するには不備がある。受診抑制等管理医療の問題として、所得の把

握、社会保障に関する徴収額の把握ができれば、現物給付の抑制・制限も不可能ではないことから、日医としては容認できない。

(2) 市場原理主義と規制改革

規制・制度改革に関する「中間とりまとめ(案)」について

1) ライフイノベーションWGの改革の方向性の問題

病床規制、医師不足解消等既に国の審議会で審議されたものが規制緩和の対象となっており、進め方に問題がある。また、ライフイノベーションWGは、医療を産業として成長させ、公的保険の適用範囲を再定義し、セルフメディケーションを推進する必要があるとしている。しかし、そのようなことをすれば、国民は医療を受けるために私費負担が増加する。当WGは国民皆保険制度を守ろうという姿勢は見られない。

2) 病床規制の見直し

- ・地域に全面的に権限を移譲し、病床過剰地域における許可においても厚生労働大臣の同意を不要とする。
- ・地域に休眠病床が有る場合は基準病床から休眠病床を除いて判断する。
- ・国際医療交流を政策的に推進して行く際には、特例病床として開設・増床申請を許可する。

3) 医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し

- ・「持ち分の有る医療法人」について、再生事例で一定の要件を満たせば、営利法人の役職員が医療法人の役員として参画することや、譲渡法人への剰余金配当等を認める。
- ・医療法人が他の医療法人に融資または与信を行うことを認める。
- ・医療法人が合併する場合、条件とされていた医療審議会の意見聴取の撤廃。

以上のように、現在検討されている「規

制改革」の検討事項については、10年前に提起された内容と全く同じである。民主党の議員に「あなた方のやっていることは、小泉氏のやっていることと全く同じだ」と言ったらトーンダウンしてきた。

(3) 平成22年度診療情報改定

1) 医療保険医療費の前年同期比

- ・改定率はネットプラス0.19%と極めて低かったが、病院・診療所別の医療保険医療費の対前年同期比で見ると、病院は全体でプラス5.7%、診療所は全体でプラス1.2%である。
- ・受診延べ日数及をみると、外来の受診日数が減っている。医療費は病院が伸びているが、伸び率が高いのは保険薬局である。
- ・医療機関種類別では、大学病院が7.9%、公的病院が5.9%、民間病院が5.0%、診療所が1.2%のプラスとなっている。理由としてはDPCや手術料のアップが上げられる。

2) 改定後の動き

- ・現在、中医協において前回改定の検証として、救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査、外来管理加算の要件見直し、地域医療貢献加算創設の影響調査、後発医薬品の影響調査、明細書発行原則義務化後の状況調査を行っている。
- ・長妻厚生労働大臣が衆議院厚労委員会で、介護療養病床を2011年度末までに廃止することは困難と表明した。
- ・中医協における優先審議事項として、医療介護の同時改定、医療従事者関連（勤務医の負担軽減）が認められ、現在審議している。

(4) 医師養成、医療の質の保障をどう作るのか

1) 医学部入学定員の推移

- ・2007年度を基準とすると、2008年度168人、2009年度861人、2010年度には1,221人の増である。新設医学部の定

員を仮に100人とすると、2010年度までに既存医学部で増加した1,221人は約12大学分に相当する。

2) 初期臨床研修制度の功罪

- ・ 功の部分は、日本で遅れていた医学教育・研修教育システムの飛躍的発展。
- ・ 罪の部分は、深刻な地域医療提供体制問題を加速、危機的、使命感の欠如した医師の増加。

3) 日医の提案する医学教育改善のポイント

- ・ 知識教育偏重の改善。
- ・ 4年次終了時に行われる共用試験後、学生医師の資格を授与。
- ・ 5年次・6年次の見学研修化しているBSL改善。
- ・ 卒業時に行われる医師国家試験は臨床応用問題にする。
- ・ 初期臨床研修を参加型研修へ。

4) 現在の専門医制度の問題点について

- ・ 専門医制に混乱が生じている。
- ・ 学会によって会員数に対する専門医の比重の差が大きい。
- ・ 学会によって専門医認定基準が異なる。
- ・ 専門診療科の区分が不適當である。
- ・ 真に必要な診療科別診療科別専門医数が検証されていない。
- ・ 臨床研修修了後の研修と専門医制との関係が曖昧である。

以上の問題点に鑑み、日本専門医制評価・認定機構は「専門医制度の基本設計」として、個別学会の専門医制度から診療領域の専門医制度とする。専門医を認定する団体は新たに組織する第三者機関とし、専門医の名称は新たな第三者機関認定専門医とするとの考えを示した。

(5) 税制の問題・その他

1) 事業性に係る特別措置について

- ・ 平成22年度の社会保険診療報酬に対する事業税非課税の存続措置は、当初、地域医療の崩壊を防ぐため来年度も継続す

る。なお、今後特に経営的に厳しい環境に置かれている歯科に配慮し検討すべきであると謳われていた。その後、我々も努力をして、歯科をはじめとする医療機関と修正して貰い、事業税非課税の存続が認められた。4段階税制もしかりである。

2) 政治の現状

- ・ 税制の対応でもお分かりのとおり、政治との関わりが重要であるとの認識を持つ必要がある。
- ・ 小選挙区制度施行後、大衆受けをする政治家が選挙に勝つようになり、衆愚化している。
- ・ 医療についても本質的に議論する力が弱くなった。
- ・ 会員の先生方には政党支持はどこでも良いので、是非政治への関心を持って欲しい。

3) 日本医師会が主張する医療制度の原則

- ・ 国民皆保険制度と自由開業医制、現物給付と従来から変わらない。しかしながら、諸問題が発生している。国民皆保険制度に当たっては、現状の制度を維持するために財源をどう確保するのか。自由開業制の場合、地域や診療科の偏在をどう解決するか、現物給付の中で現金給付も行われており、どう整理するか議論が必要である

4) 医療政策の構築

- ・ 日本医師会、日本医師連盟の政治的スタンスは、政党に左右されない医療政策提言をすることであり、そのためには会員が力を合わせる必要がある。
- ・ 今後、医療政策を構築に際しては、郡市区医師会は各地域の保健、医療、介護について、住民・自治体などから様々な問題を把握し、自治体を交渉を行う。都道府県医師会は郡市区医師会から解決すべく政策につき意見を受け、行政と交渉を行うと共に、日医への政策提言を行う。

日医は、各都道府県の要望を受け、国行政や政治との交渉を行うと共に、将来のわが国の医療政策・理念を提言する。従って、現場に立った政策と理念の調和が受容である。

まとめ

- ・医学医術の恩恵は、社会生活と遊離しては存在しない。そして、医師会の存立使命は、社会生活と医師を繋ぐ帯紐であって、これにより、医師のあり方や進み方が決められるものと考ええる。
- ・すなわち、医師は進んで医師会に加入することで、社会に対する医師としての責務を認識すると共に、医業の正当なる名誉と適正なる対価を、医師会活動を通じて保持していかなければならない。
- ・そのためにも、医師会員の融和団結を強固にしていくことは、団体の自立的使命である。

と考える。

質問

□長崎県

前回の日医代議員会において、勤務医が入会したいが、入退会の手続きが煩雑でなかなか難しいとの話があった。それを受けて日医は手続きの簡素化をめざし、アンケート調査を実施したが、調整が上手く行かず今回は見合わすと言うことであった。どうしたら上手くいくのか。

■横倉副会長

まず、各都道府県の定款を変えて、勤務医が郡市区医師会を異動するときに入会金を取らないこと等配慮して貰う必要がある。

また、日医では新たな施策として、研修医は会員ではなくても学術分野のサービスが受けられるようにして、今後の入会促進を図りたいと考えている。

印象記



副会長 小渡 敬

平成23年3月12日、鹿児島県の指宿白水館において九州ブロック日医代議員連絡会議が開催されました。前日に東日本大震災が起こりましたが、被災の状況も充分に分らず、九州ブロックの担当県である鹿児島は今年度最後の会議ということで無理をおして開催したものと思われます。会議は委員会報告2題と横倉副会長の「中央情勢・医療制度の変革期」という演題で特別講演が行われました。委員会報告は介護保険の委員である嶋田丞先生によって行われましたが、次期介護報酬改訂についての話は全く触れられませんでした。また有床診療所に関する検討委員会の鹿子生健一先生から話がありました。前回の診療報酬改訂で有床診療所に多少配分したとされていますが、経営実態調査ではまだまだ厳しいと報告されていました。横倉副会長の話は有益な話であったので会員みなさんも本文を一読して頂きたいと思います。現政権の医療政策は過去の小泉改革と同じ事をしていることが分ると思います。

今回は大震災のことがあって気分が沈み、2次会は行われませんでした。東北地方の被災地の早い復興を願っております。

印象記



常任理事 安里 哲好

九州ブロック日医代議員連絡会議は鹿児島県指宿の白水館で行われた。池田琢哉九州医師会連合会長の挨拶のあと、例年のごとく、九州から選出された日医委員会の二人の委員からの報告があった。今回は、嶋田丞委員（大分県）は「医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会」の報告を、鹿子生健一委員（福岡県）は「有床診療所に関する検討委員会」の報告を、日本医師会横倉義武副会長は「中央情勢報告」について述べていた。

横倉副会長の報告の中で印象に残った点を列記したい。①各政党の医療政策が何故か似かよってきている。超党派議連で医療問題を議論した結果。医療費を上げないと地域医療が確保できないことへの共通認識。財源のない中でどう解決するか。②公的医療保険制度の基本理念（日医）として、すべての国民が同じ医療を受けられる制度、すべての国民が支払い能力に応じて公平な負担をする制度、将来にわたって持続可能性のある制度。そして、2025年以降に、高齢者医療制度、国民健康保険そして被用者保険を全国一本化する道筋（概念図）を提示している。③病床規則の見直しに関しては、現行においては、増床は知事の許可を要し、基準病床を上回る地域では原則許可されず、特別の許可も厚生労働大臣の同意が必要。規制改革で、地域に権限を全面的に委譲し、病床過剰地域でも大臣の同意は不要と言う提案だが、日医は現行制度の廃止に明確に反対を表明している。④平成22年度診療報酬改定は10年ぶりのネットプラス改定率で、ネット+0.19%、本体の改定率+1.55%、医科+1.74%、入院+3.03%、外来+0.31%。病院・診療所別の医療保険医療費の対前年上半期は病院入院+6.7%、病院入院外+2.9%、診療所入院外+1.1%と報告していた。⑤2010年度までに既存医学部で増加した定員数1,221人は約12大学分に相当する。⑥初期臨床研修制度の功罪と医学教育の見直し（共用試験・徹底した臨床実習、卒後研修、専門研修、生涯研修）⑦政治の現状については、選挙制度改革以降は政治が衆愚化し、医療についても議論する力が弱くなっており、政党支持は何処でも良いので政治への関心を医師は持って欲しい。⑧日医の主張する医療制度の原則は国民皆保険制度、自由開業性、現物給付であるが、制度の維持・財源等の問題、医師の偏在（地域・診療科）等の問題、現金給付等の諸問題が伴う。⑨現場に立った医療政策と理念の調和において、郡市医師会の役割、都道府県医師会の役割、日医の役割について述べていた。⑩終わりに、※医学医術の恩恵は、社会生活と遊離しては存在し得ないものです。そして、医師会の存立使命は、社会生活と医師とを繋ぐ紐帯であって、これにより、医師のあり方や進み方が決められるものと考えます。※すなわち、医師は進んで医師会に加入することで、社会に対する医師としての責務を認識するとともに、医業の正当なる名誉と適当なる対価を、医師会活動を通じて保持していかなければなりません。※そのためにも、医師会員の融和団結を強固していくことは、団体の自立的使命であると考えと述べていた。

今年度5回目の鹿児島での会議は薩摩半島の先端にある指宿の旅館白水館で開かれた。そこは古く格式のある旅館のようで、庭に緋寒桜が咲いていた。隣接する薩摩伝承館は赤松に囲まれ人工池の上であり、水盤に浮かぶ宇治の平等院鳳凰を模した造りとなっており、幕末から明治にかけて、ひととき輝いた薩摩の歴史と文化を伝えている。その中に、薩摩琉球国と記した展示物があったのが印象に残った。次年度は佐賀県で、3年後は沖縄県が担当県となる。

平成22年度沖縄県医師会医療安全対策講習会 ～医療の質・安全の向上に向けての新たな展開～



琉球大学医学部附属病院 手術部 久田 友治

標記講習会が2月27日(日)13時より、沖縄県医師会主催(共催:沖縄県歯科医師会、沖縄県看護協会、沖縄県薬剤師会、沖縄県臨床工学技士会)で沖縄県医師会館3階ホールにおいて開催された。今回の講習会の目的は、各医療団体が取り組んでいる医療安全の対策について発表し、団体間の情報共有を図り、全ての医療従事者が、それぞれの立場から医療の質・安全の向上を目指すことである。日曜日の午後にも拘らず、参加者総数は計201名であり、職種別では、医師26名、歯科医師6名、看護師84名、薬剤師32名、臨床工学技士8名、その他45名であった。

始めに東北大学の上原鳴夫先生が、医療安全全国共同行動についての基調講演を行なった。配分された時間では足りないくらいの盛り沢山の内容であり、参加者に深い感銘を与えた。なお、この共同行動の内容はウェブ上で是非ご覧いただきたい。(http://kyodokodo.jp/index.html)

次にシンポジウムが行われ、沖縄県医師会、沖縄県歯科医師会、沖縄県看護協会、沖縄県薬剤師会、沖縄県臨床工学技士会の代表がその取り組みについて報告し、続いて参加者を交えて討論がなされた。その詳しい内容については次の機会に譲り、ここでは割愛させていただく。

終了後の参加者のアンケートから、幾つかのお声を下記に記載する。

- ・**看護師**: 通常は医師、看護師からの報告しか聞く機会がないが、今回は歯科医、薬剤師、臨床工学技士の話を受けて有意義であった。
- ・**看護師**: 上原先生の講演もわかりやすく、勉強になりました。医師の協力が得にくく、苦慮しています。事故後の対策ではなく、未然の防止対策という視点で、レポート分析の積み上げによるスクラム構築が大切。レベル0～1のレポートを提出するとの意識付けを医師会にもお願いしたい。
- ・**薬剤師**: 各職種の医療安全に対する姿勢に頼もしく嬉しく思った。ただ、事例紹介をたんと示されている面もあった。

- ・**薬剤師**: 病薬としての取り組みも聴きたかった。今後も企画して頂ければと思う。
- ・**事務員**: 聴かせて頂く中で、自院の不十分な点に気づかされた。

<p>沖縄県医師会医療安全対策講習会</p> <p>総合司会: 沖縄県医師会常任理事 稲田 隆司 主催者代表挨拶: 沖縄県医師会副会長 玉城 信光</p> <p>基調講演</p> <p>座長: 琉球大学医学部附属病院安全管理対策室副室長 久田 友治 「医療安全共同行動“いのちをまもるパートナーズ”に参加しようー これまでの成果と2011の目標について」 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授 共同行動企画委員長 上原 鳴夫</p> <p>シンポジウム</p> <p>「各医療団体における医療安全の取り組みと今後の課題」 座長: 琉球大学医学部附属病院安全管理対策室副室長 久田 友治 沖縄県医師会理事 當銘 正彦</p> <p><シンポジスト></p> <p>「沖縄県医師会における医療安全の取り組み」 沖縄県医師会常任理事 稲田 隆司</p> <p>「沖縄県歯科医師会における医療安全の取り組み」 沖縄県歯科医師会専務理事 真境名 勉</p> <p>「沖縄県看護協会における医療安全の取り組み」 沖縄県看護協会医療看護安全対策委員長 伊藤まゆみ</p> <p>「沖縄県薬剤師会における医療安全の取り組み」 沖縄県薬剤師会理事 糸嶺 達</p> <p>「沖縄県臨床工学技士会における医療安全の取り組み」 沖縄県臨床工学技士会理事 小田 正美</p> <p><コメンテーター></p> <p>東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授 共同行動企画委員長 上原 鳴夫 (敬称略)</p>



沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 宮城 信雄

本会では、沖縄県交通遺児健全育成資金造成の為、沖縄県歯科医師会・沖縄県薬剤師会・沖縄県看護協会と協力して募金活動を行ってまいりました。

この度、平成22年度の募金がまとまりましたので、去る2月28日（月）に下記のとおり沖縄県交通遺児育成会へ贈呈いたしました。

同育成会への募金は、平成2年度から平成11年度までは会員によるチャリティー写真展を開催し、その売上金を寄付しておりました。平成12年度からは、会員施設に募金箱を設置していただき、その募金額を贈呈しております。沖縄県交通遺児育成会へのこれまでの募金額は14,632,063円となっています。

会員の皆様から頂いた寄付金は、交通遺児の学業支援に毎年給付されております。今年度は交通遺児延べ129人に対し、12,052,000円給付され、そのほか、年度内に発生した交通遺児に対して見舞金、小学・中学校新入学及び中学校卒業生には激励金等が給付されております。

募金にご協力いただきました会員の皆様へ厚く感謝申し上げます、ご報告といたします。

なお、交通遺児育成募金事業は、今後も継続

いたしますので募金箱の設置について引き続きご協力をお願い致します。

また、募金箱を設置していない医療機関においては、是非ともこの主旨にご賛同いただき、募金箱の設置について本会事務局へご連絡下さいますようお願い申し上げます。

記

沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日時 平成23年2月28日（月）

午後1時30分～

場所 琉球新報社（9階 社長室）

出席者	沖縄県医師会会長	宮城 信雄
	沖縄県歯科医師会会長	比嘉 良喬
	沖縄県薬剤師会会長	神村 武之
	沖縄県看護協会会長	奥平登美子

募金額	沖縄県医師会	517,329円
	沖縄県歯科医師会	50,000円
	沖縄県薬剤師会	50,000円
	沖縄県看護協会	50,000円
	合計	667,329円



左より、神村武之会長（薬剤師会）、比嘉良喬会長（歯科医師会）、小生、奥平登美子会長（看護協会）、富田詢一理事長（交通遺児育成会）

平成22年度沖縄県医師会勤務医部会講演会

すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識 — 家計と国家に役立つ産業論的経済戦略 —

沖縄県医師会勤務医部会 部会長 城間 寛



講師の石原謙先生



去る3月9日（水）沖縄県医師会館（3Fホール）に於いて、愛媛大学 大学院 医学系研究科医学専攻 生命環境情報解析部門 医療環境情報解析学講座 医療情報学分野 教授 石原謙先生を講師にお招きし、『すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識 — 家計と国家に役立つ産業論的経済戦略 —』と題する講演会を行ったので、概要について報告する。参加者は71名であった。

講演

日本と世界の保険の実態

日本が世界に最も誇りうるのは、国民皆保険とその結果であるにもかかわらず「公的医療保険はもう危ない」という危機感を煽り商売をする企業がある。民間企業による保険業界である。

日本の公的医療費が年間33兆円程度である

ことは、医療関係者の間でよく知られている。この医療費については一般市民もマスコミも、そして医療関係者までもが「医療費亡国論」に踊らされてきた。そのうち約三分の一の10兆円程度が国民の支払う年間の公的医療保険料（＝健康保険料）である。この保険料も高すぎると言われ続けてきた。

年間に約10兆円の医療保険料が高すぎるとか、国を亡ぼすと言われるこの日本で、私企業である民間保険会社が集める保険料は、毎年50兆円にも及ぶ。保険金契約総額の間違いでない。生命保険や医療保険そして物損保険などの年間保険料が日本では50兆円にもおよび、生命保険や医療保険など人保険と分類される保険がその9割を占めている。

年間50兆円という民間保険料は、保険金契約約3,000兆円への日本国民の毎年の支払いで

あるが、世界中のGDP総額が3,000兆円～5,000兆円程度であることを考えると、この金額がいかに異常な状態であるか、日本人が将来の不安に対してどれほど盲目的に民間保険をかけているかを理解出来るはずだ。

日本の医療は国民の安心だけでなく、産業をも守っている

日本の医療費は非常に安くクオリティも良い。そして、何よりも日本の産業そのもの、輸出競争力と内需を底支えしている事実をしっかりと知っていただきたい。

アメリカのGMやフォード等の自動車会社は、1台の製造原価における医療費コストは1,500ドル（約15万円）である。従業員雇用のための福利厚生費の一部として原価計算される。しかし、トヨタ等の国内自動車生産においては僅かに8千円程度である。製造原価における日米での十数万円ほどの差は、定価ベースでは約50万円もの価格差になるので、圧倒的な価格競争力をもたらす。日本の医療は、輸出産業の価格競争にも大いに貢献しており、内需の源泉にもなっていることをもっと認識されるべきである。

また、日本医療は安く高品質であることも国際的に高く評価されている。World Health Reportの2000で、世界191カ国を5つのパラ

メーターで比較したところ、日本はフランスなどと並び世界最高と評価されている。また、OECD health data 2009に基づくConference Board of Canadaの資料等で一目瞭然である。

日本の医療は呼吸器疾患の治療にやや劣る以外は全て最高ランクの治療成績で、総合治療成績はトップであるにも関わらず、健康満足度は最低ランクである。日本人は世界最高の医療サービスを受けているにも関わらず不安に苛まれ保険に入りまくっている。

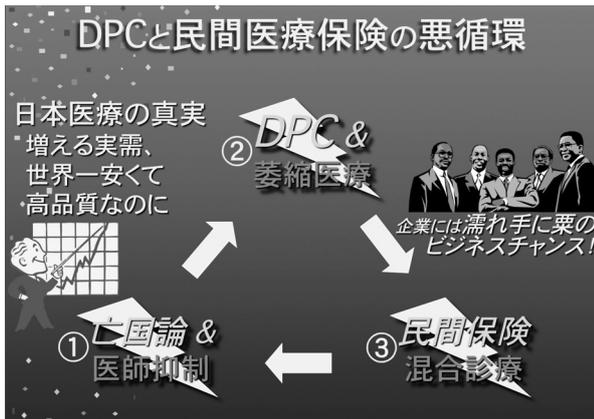
騙されてはいけない日本に不要なDPC

DPCは萎縮医療の張本人である。諸外国でのDRG/PPSはいずれも高騰しすぎた医療費抑制のために導入された。しかし、本当は日本にDPC導入の必然性は無い。DPCのもとでは「いかに医療行為を減らすか？」と経営姿勢を換えざるをえず、手間のかかるDPC対応のために病院は増員しかない。医事職員や診療情報管理士そして主治医など医療現場の人間ばかりが増える。また、DPCならデータが集まるので経営分析ができると言うのは、大量のデータを病院から強制的に提出させているからに過ぎず、本当は経済バイアスの無い出来高制度で行う方がデータの精度・信頼性ともに高いのが真実である。

Health		Health Indicators										
		Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
1	Japan	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	Switzerland	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	Italy	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	Norway	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	Sweden	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	France	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	Finland	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	Germany	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	Australia	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	Canada	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	Netherlands	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	Austria	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13	Ireland	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
14	U.K.	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
15	Denmark	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
16	U.S.	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

OECD health data 2009に基づくカンファレンスボードオブ カナダの資料より
<http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#Indicators>

1982年の医療費亡国論から医師と医療費は少なければ少ないほど良いという愚かしい感覚に陥り、DPC導入機関は萎縮医療にならざるを得ず、これを見て喜んでるのは民間医療保険会社である。医療保険が萎縮する先には、混合診療導入による民間医療保険会社の拡販戦略に繋がる。混合診療と民間保険会社が力を持てば、アメリカ同様に医療費の抑制に働く恐ろしいシナリオが待っている。



混合診療はやがて日本経済まで麻痺させる毒饅頭

混合診療なら高度な診療が可能となり患者も満足で病院収益も改善するというのは間違いである。真に良い治療法ならば公的医療保険に含むべきであり、真っ当な高度先進医療はすべてを含めても年間100億円以下である。この金額を全国の病院で分配したら経営改善するだろうか？



これ以上、診療報酬をDPCの萎縮医療で抑制し続け、混合診療しかないというプロパガン

ダを放置すれば、今後は、高度医療は私的医療保険での混合診療しかないと言われ洗脳される。

今、多くの保険会社が「公的医療保険が崩壊するので我が社の医療保険に！」あるいは「医療費の3割負担時代には私的保険が必須」と宣伝するが、これは正しい情報を与えずに国民を不安で騙すものである。断じてこの宣伝を放置してはならない。残念ながらマスコミは広告宣伝費というスポンサーバイアスのために民間医療保険の邪悪さを国民に知らせることができない。

医療関係者は自らの家庭の私的医療保険の見直し・契約解除をするとともに、患者や国民に私的医療保険は無駄であることを広く周知をすべきである。高額医療費制度を知っておれば私的医療保険はまず不要なのは分かる。100万円を確保できるならば、医療保険は無駄である。医療保険の見直しで、生涯500万円程度、家族なら1,500万円以上もの節約が出来る。保険会社があまり儲かるので、元来保険には関係の無かった銀行やGE、ソニー、オリックス等、ありとあらゆる業界が保険に参入しているのは経済的分析から儲かることの裏づけとだと言っても過言ではない。

結局、混合診療、或いは民間医療保険が進めば、毎年数兆円の保険料を医療保険だけで集めることになる。そうなると次ぎに保険会社は診療抑制を始める。「那覇市で交通事故の骨折があった場合には、先生の病院だけ連れてきます。だから1点10円のところを9円にしてくれませんか」と誘い、安い医療を選別していく。つまり金を持つところは、いろんな形で権力を持つてくる。混合診療と民間医療保険会社に絶対に金を持たしてはいけない。

我々は公的医療保険を守り、公的医療保険の技術料を中心に1.5倍から2倍にしていくために保険医を返上してでもデモをやらなければならない。もし、このまま混合診療と民間医療保険会社が力を持つと、日本の医療費総額は確実に増え、医療機関に支払われる診療報酬はぐっと減っていく。その残りの差額は保険会社が取ること

になる。アメリカを見れば確実にそうである。

国民全員が安心できる唯一の方法は、公的医療保険を充実させることである。

本日、是非覚えておいていただきたいこと

1. DPCは抑制医療を強制し、公的医療保険を破壊・縮小、私的保険移行を誘導する。
2. 私的医療保険は、国民全員が騙されているに等しく、見直すと、生涯数千万円もの節約可。
3. 日本人は世界最高の医療環境におりながら、世界で最も医療不安を感じている。この異常を知らせなければならない。

4. 年50兆円もの私的保険が日本を圧迫。医療費財源は税のみでなく、国民の消費行動も考えるべき。

5. ご自宅では保険の解約を、世間では、医療費総額1.5倍増とDPC撤廃の協調行動を。

是非とも、DPCが抑制医療を強制し、公的医療保険を破壊・縮小するものであること、年に50兆円もの私的保険が日本の内需を圧迫しているものであること、消費行動のためにも先生方を訪れる患者さんへこれを是非教えていただきたい。

印象記



沖繩県医師会勤務医部会 部会長 城間 寛

実は、昨年11月に行われた全国医師会勤務医部会連絡協議会での石原先生の講演を聞き、これは是非、沖縄の先生方にも聞いて頂いた方が良い内容だと思い、玉城副会長とも相談して、今回の沖縄での講演となりました。

最近、テレビコマーシャルで、生命保険会社の宣伝が多いことに気にはなりながら、先進医療特約などがある保険を見ると、高度先進医療は、この様な形で普及していくのかな？と漠然と考えていましたが、石原先生の講演を聞いて、これが、李啓充先生の著書で語られている、「アメリカ医療の光と影」の、影の部分への序曲の様に思えてきました。これまで医師会が混合診療に対して反対している姿勢の論拠がはっきり理解できませんでしたが、今回の講演を聞いて、その理由が明確になった気がします。マクロで見た場合、民間保険から医療財源として拠出するとした場合、国民が支払ったお金のすべてが医療費に回るのではなく会社の利益として吸い取られる部分があり非効率であることは明確であります。何よりも、アメリカですで見られるように公的保険を駆逐していく現象が起こっていくことが何よりも怖いことだと思います。

日本の医療を取り巻く状況について、医師達、とりわけ勤務医の先生方はあまり関心を払ってきていないのではないかという印象があります。私自身勤務医ですが、勤務医も学会活動や研修医教育など診療以外の部分の負担も多く、医療情勢まで精通している先生はあまり見かけません。しかし保険診療については医療の根幹に関わる問題です。見過ごすわけにはいきません。

アメリカの医療体制は決して日本のお手本になるものではないと言うことをしっかり理解し、そうならないための対策を医師会は国民と一緒に考え、啓発し普及させていく必要があると強く思いました。