

第195回沖縄県医師会臨時代議員会

～一般社団法人への移行認可申請を承認～

常任理事 真栄田 篤彦



去る11月22日（火）午後7時30分より本会館において新公益法人制度改革に伴う本会の対応について審議すべく、第195回臨時代議員会が開催されたので、その概要を以下のとおり報告する。

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

宮城会長挨拶の後、公益法人制度改革における新法人への移行、新法人移行に伴う沖縄県医師会定款改正案等について審議し、一般社団法人への移行許可申請及び定款改正について承認された。審議内容は以下の通り。

宮城会長挨拶



皆さん、こんばんは。
本日は、第195回臨時代議員会を急遽開催を致しましたところ、代議員各位におかれましては、日常診療でお疲れのところ、またご多忙

の中をまげてご出席いただきまして衷心より厚く御礼を申し上げます。

皆様ご承知のとおり、この度の公益法人制度改革に伴い、現在沖縄県医師会は特例民法法人となっており、平成25年11月30日までに公益社団または一般社団への移行手続きを行わなければなりません。

そのようなことから、本日は新法人への移行先についてお諮りいただくと共に、移行に伴う定款改正案並びに諸規程改正案等についてお諮

りをいただきます。

後ほど、担当理事より詳細な説明を行いますので、慎重にご審議のうえ、何とぞご承認賜りますようお願い申し上げます。

さて、皆様ご高承のとおり、野田総理がTPP交渉参加について事前協議をすると表明いたしました。事前協議をすることとは、はっきり参加をすることとは表明していませんが、誰が考えても参加すると表明したとしか受け取れません。

TPPについては、これまでマスコミなどでは主に農業問題の影響が取りざたされておりましたが、しかしこの問題は農業問題だけではなく、医療分野にも非常に大きく影響を及ぼしますし、国民生活の根幹を揺るがす大きな問題があると考えております。

もし、このTPPに加入すれば、医療の営利産業化につながっていくということ、それから高い収益が見込める自由診療、自由価格の医療の市場が拡大して、混合診療の全面解禁を後押しすることになっていくと考えております。

その結果、公的医療保険の給付範囲が縮小して、そのために世界から高く評価されております国民皆保険制度が崩壊していくことは明らかであると考えております。アメリカは毎年日本に対して要求を突き付けており、そのうちの1つが混合診療による全面解禁であるということ。それから医療に対する株式会社の参入であり、このTPPに加入すると、そういうことを要求してくることは明かであります。これも野田総理は、国益に反することになったら席を立って出るなどと言っておりますが、果たしてそれができるかどうかということ、全くできないと考えております。沖縄の立場から見ておきますと、非常に不平等な地位協定の改定さえアメリカに要求できない日本政府が、果たしてアメリカの要求に対して拒むことができるのだろうか。それは不可能だと思います。そういう交渉の中に入っていけば、アメリカの一方的な押し付けに日本は妥協していかざるを得ないと考えております。そういう意味では、本来ならば交

渉には参加すべきではないと考えております。

TPPの内容につきましては、情報がはっきりしないからわからないというようなことを言っているのですが、もう中身についてはほぼはっきりしていると考えてもいいと思います。

例えば韓国との自由貿易協定、これは今日国会で批准されます。その前に内容が明らかになるにつれて、韓国の中では反対運動、デモ行進が起きました。今日のニュースを聞きますと、国会の中で催涙弾が投げ込まれました。そういう荒れた中で与党の賛成多数で批准をされたということですが、中身がはっきりすればするほど国民にとっては問題がある。国民のためにならないということがはっきりしている。これはもう韓国で証明済みであると考えております。ですから、この交渉の過程を注視すると同時に、もし問題があれば日本国内でも反対する運動を展開していかなければいけないと思います。もし国会に持ち込まれたら、そこで反対をするような運動も展開していかなければいけないというふうに考えています。

それから、政府は、高額療養費の負担軽減策を名目に、その財源をかかった医療費とは別に、医療機関を受診するごとに一定の金額を患者さんから徴収する「受診時定額負担」の導入を提案しています。この導入によって、受診抑制を生じさせ、医療費の減少を見込んでおり、負担金と受診抑制による給付費の削減の両方をねらっているということが明らかであります。

我が国の患者一部負担割合はもう既に先進国の中ではトップクラスで、一番高い自己負担を強いられております。これ以上患者に負担を強いることは、特に受診回数が多い高齢者や病気がちの方々の受診抑制につながるということになり、病状の悪化、重篤化など、健康被害を招くということが懸念されます。

そもそも我が国の医療・介護は公的保険でまかなわれており、したがってその財源は本来、保険料や税収に幅広く求めるべきであり、決して患者の窓口負担で求めるべきではないと日本医師会も考えております。かかる状況に鑑み、

県民に今の医療をとりまく危機的状況を知らせると共に、国民皆保険制度の堅持を求める国民の声を政府に届けることを目的とした国民運動を展開するというので、去る11月9日、先生方にも参加していただきましたが、ロワジュールホテル那覇において、沖縄県医療推進協議会の主催で「日本の医療を守る沖縄県民集会」を開催いたしました。皆様のご協力を得まして、約700人の方々にご参加していただきまして、広く県内外にこの問題をアピールすることが出来ました。改めて会員各位に対し、お礼申し上げる次第であります。

なお、沖縄県医療推進協議会では、それに先立ちまして10月21日に代表者会議を開催しまして、その際決議を採択して、野田総理をはじめ関係閣僚、衆参両議員に決議文を送付しております。

これらTPP加入、受診時定額負担導入はいずれも断固として阻止しなければならないというふうに考えております。

医療を取りまく環境は依然として厳しいものがありますが、役員一同一致団結して県民の医療を守るべく、その職責を果たしたいと存じますので、代議員の先生方、会員の先生方のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

本日は、最後までよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

議 事

1. 公益法人制度改革における新法人への移行の件

○真栄田常任理事

この度の公益法人制度改革に伴い、平成25年11月30日までに、公益社団法人または一般社団法人への移行手続きを行わなければならないので、本日の代議員会において、新法人への移行先について決議を頂きたく上程した。

新法人への移行先並びにそれに伴う定款等諸規定改正については、平成21年11月18日に公益法人制度改革小委員会を開催し、その後定款等諸規程検討委員会、地区医師会長会議、理

事会において、本会の対応について、説明又は協議を行ってきた。その結果、沖縄県医師会が「一般社団法人」へ移行することを理事会として決断した理由を簡単にご説明させていただきたいと思う。

もう既にご存じのとおり、公益法人を維持するために諸々の点でハードルが高い内容になっている。特に6つの点をまとめてご報告する。

- ①公益社団法人となるための条件である「公益目的事業比率」の50%を超えることが困難であること。
- ②公益目的事業比率50%確保のために、本来行うべき事業を削らなければならなくなり、自由な活動が出来なくなる恐れがあること。
- ③公益を維持するために毎月の決算が求められることから、経理事務が複雑化し、事務局の人員増が必要となること。
- ④一旦、公益法人に移行すると、一般社団法人には戻れないため、解散の道しか無く、全財産は国に没収されてしまうこと。
- ⑤一般社団法人が公益法人に移行することはいつでも可能であること。
- ⑥母体保護法の改正があり、移行先を公益法人に縛られなくなったこと。

以上の理由により、まずは「一般社団法人(非営利型)」に移行し、その後、公益法人へ移れる条件を満たすと共にメリットが得られると判断できた時点で公益法人への移行を検討するという結論を得るに至っている。

公益法人と一般社団法人の財政について、それぞれ移行した場合の税額を比較してみると、平成22年度の納付税額で換算した場合、あまり大きな差がないということから、自由に事業活動が行える一般社団法人の方が適当ではないかと判断している。

当初の予定は来年の5月以降に移行申請する予定であったが、新法人への移行にかかる県福祉保健部との調整において、平成24年度、平成25年度には移行申請が急激に増加することが予想されることから、余裕をもって23年内

に申請してもらいたいとの要望があり、これを受けて本会も平成24年4月の登記を目指し、移行申請の準備を進めているところであり、本日の代議員会においてご承認いただければ、12月11日開催の定例総会に最終的に上程する予定としている。

当代議員会でも一般社団法人へ移行認可申請することについて、ご承認いただきたい旨説明を行い、採決の結果、満場一致で原案のとおり一般社団法人へ移行許可申請することを承認可決した。

2. 新公益法人移行に伴う沖縄県医師会定款改正の件

○真栄田常任理事

新法人への移行に際し、現行の定款の変更が必要となることから、変更案を作成し、詳細にわたって目を通していただくべく、その資料を予めお送りした。

なお、今回の改正については、新法人への移行に伴う必要最低限の改正にとどめている。どうぞご理解いただきたい。

改正のポイントは、非常に多岐にわたっているが、まず1番目としては、「役員の職務、員数、任期」となっている。ポイント2として、「会員の位置づけ、代議員会制度の継続的採用」。ポイント3として、「資産及び会計」となっている。

当定款改正案については、予め代議員各位に送付しご確認頂いているところであるので、本日は改正の大きな3つのポイントのみを簡単に説明させていただく。

ポイント1. 役員の職務、員数、任期について

新法人制度に則り、会長をもって法人法上の代表理事とし、本会の理事者は全員が担当業務をもって執務に当たっていることから、副会長、常任理事、理事をもって業務執行理事とする旨を規定していることである。

また、新法人制度移行に際しては、ポイント3に示す資産及び会計の要素の重視とともに、監事の役割が増大し、理事会への出席、毎回の

議事録への署名が義務づけられていることから、監事の理事会への参加の便宜を図るべく、現行の2名を3名に増員していることである。

さらに、役員の任期については、従来、事業年度に併せ、選任した年の4月1日から2年後の3月31日までとなっていたが、新制度では法人法に基づき「選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結時までとする」任期制度となっている。

ポイント2. 会員の位置づけ、代議員会制度の継続的採用について

この度の新法人制度においては、原則として役員選挙や決算、事業報告等の重要事項は会員総会で決議することになっている。全国的に見て、郡市区医師会においてはこの原則通りを採用する場合が多いものと思われる。

しかし、本会は先島や各離島を含む県下一円が区域となっており、会員全てを構成員とする会員総会を開催しても実際に参加できる会員は少なく、かえって意思決定の迅速性に支障が出るのが容易に予想される。現に毎年医学会に併せ開催している定例総会の参加者は40～50人程度であることから、新法人移行後も現行制度の延長上にある代議員会制度を採り、全国のほとんどの都道府県医師会と同様、代議員会をもって法人法上の社員総会とすることとした。

そこで、代議員のみを法人法上の社員とし、その他の会員は会員とすることとなるが、会員についても、代議員の選挙・被選挙権はもとより、代議員たる社員とほぼ同様の情報開示等に関する権利を、本会に対し行使できるよう規定し、参加意識を一層高める制度的手当を施した。

また、法人法においては、原則として役員(理事・監事)は社員総会(代議員会)で選出し、代表理事(会長)、業務執行理事(副会長以下)は理事会で選任することが規定されているが、内閣府が例外的に社員総会(代議員会)で直接選定することを認める見解を示していることから、本会も会長、副会長は代議員会で直接選定・解職できる規定を維持することと

した。

ポイント3. 資産及び会計について

新法人制度においては、法人の資産及び会計につき、新公益法人会計基準の導入と相まって、今以上の透明性が求められる。

したがって、法人法においては、事業計画、収支予算に関する直接の定めはないものの、法人業務におけるガバナンスを確保する観点から、定款で規定することが望ましいとされていることから、事業計画、収支予算について、理事会の承認を得た後、代議員会へ報告する制度を規定した。

事業報告、決算については、法人法に基づいて、毎事業年度終了後必要書類について監事の監査を経て理事会の承認を得た上で、事業報告は定例代議員会に報告、貸借対照表、損益計算書（正味財産増減計算書）は定例代議員会の承認を得る旨規定した。

本会は、主に会費をもって事業を執行すると共に、現状の法人税法上の優遇措置がほぼ継続できる非営利徹底型の一般法人へ移行するため、剰余金を配分しない旨等を規定した。

以上、定款改正の主なポイントをご説明した。ご審議の上、ご承認賜りたい。

説明後採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

なお、今後、本申請に際し、微修正等については、会長に一任することに決定。

3. 新公益法人移行に伴う沖繩県医師会諸規定改正の件

○真栄田常任理事

定款の改正に伴い、諸規程の改正を行わなければならないが、今回は、必要最小限の変更にとどめたい。

- ①沖繩県医師会諸会費賦課徴収規程の件
- ②沖繩県医師会代議員会議事規則の件
- ③沖繩県医師会役員選任規程の件
- ④沖繩県医師会学校医部会会則の件
- ⑤沖繩県医師会勤務医部会会則の件
- ⑥沖繩県医師会母体保護法指定医師審査規

則の件

- ⑦沖繩県医師会代議員及び予備代議員選任規程の件

- ⑧沖繩県医師会役員退職慰労金支給規程の件

- ⑨沖繩県医師会女性医師部会会則の件

これらについては、大きな変更はないことから、一括上程させていただいている。

特に変更となったところは、諸規程の施行日を新法人の登記日とする旨の規程「この規則は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第106条第1項に定める公益法人の設立の登記の日から施行する」という文言を附則に追加した点である。また定款改正において、条項数が変更になることから、その条項に合わせた数値に変更したのみとなっている。

また、役員選任規程の第12条第2項における「役員の上候補又は推薦による候補者が定数を超えない場合、又は超えなくなったときは、投票を行わず議長が当該候補者をもって、当選人と決定する」の条文については、法律上、候補者一人一人を当選人として決議しなければならなくなったことから、「投票を行わず他の方法によることができる」と変更している。

以上、諸規程改正案の要点のみご説明させていただいた。ご審議の上ご承認賜りますようお願い申し上げます。

説明後採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

4. 新規規定案の件

○真栄田常任理事

- ①沖繩県医師会役員等報酬規程（案）の件

これまで本会の役員報酬等規程はなかったが、今後公益法人制度の改正により、定款の第41条に基づき、役職名と報酬月額を規定する必要がある、規定案を作成したのでご審議いただきたい。

②地区医師会の名称に関する規程（案）の件

地区医師会の名称については定款において定めていたが、県当局より地区医師会の名称が変わる度に登記変更を行わなければならないことから、別規程において定めた方が良いとの指導を受け、下記のとおり規程案を作成したのでご審議いただきたい。

第1条 定款第3条並びに第6条に規定する地区医師会の名称は次のとおりとする。

- (1) 北部地区医師会
- (2) 中部地区医師会
- (3) 浦添市医師会
- (4) 那覇市医師会
- (5) 南部地区医師会
- (6) 宮古地区医師会
- (7) 八重山地区医師会
- (8) 国療沖繩公務員医師会
- (9) 琉球大学医師会
- (10) 沖縄県公務員医師会
- (11) 那覇市立病院医師会

規程の改廃は、第2条として、「この規程の改廃は、沖縄県医師会代議員会の決議を必要とする。」と定め、地区医師会の名称変更等があった場合は、代議員会の決議でもってできるということになる。

また附則として、「この規則は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第106条第1項に定める公益法人の設立の登記の日から施行する」としている。

以上、第4号議案の新規規程案についてご説明させていただいた。よろしく審議の上ご承認賜りたい。

説明後採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

5. 収入割会費の医業総収入に係る会費賦課の件

○真栄田常任理事

以前、代議員会で宮古地区医師会から、A会

員の収入割を賦課するにあたり対象となる医業総収入について、院内処方を取っている場合、院外処方に比べて薬剤料の分収入額が増額となることから、その取り扱いについて検討してほしいという要望があった。

これまでの本会のA会員の会費賦課額の推移について先にご説明する。昭和50年度まで均等割のみだった会費を昭和51年度に所得割を導入し、昭和59年度には均等割額の引き上げと所得割の料率を変更した。それから平成5年度に高齢会員の会費減免年齢を70歳から77歳に引き上げ、平成6年には所得割の賦課対象を医業所得金額から医業総収入金額へ変更した次第である。

この改正の理由は、1つは所得金額に対する賦課は、設備投資その他により、経費が増えると大病院長であっても均等割のみということが生じた。もう1つは、一人医師医療法人が増えることにより、所得割は法人等の給与所得者は源泉徴収票に基づき賦課していたことから、会費の負担額が減少するという一方で、結果として全体的に本会の会費収入が減少することになり、医師会の会務運営に支障をきたす事から、検討を行って、改正を行った経緯がある。

会費については、全会員一律の会費が望ましいと思うが、均等割額のみでは一人当たりの会費額が大きくなり、負担額が増える会員が多いため、収入に応じた賦課をお願いする現在の会費賦課徴収方法となっている次第である。

今回検討するにあたり、アンケート調査を行った。アンケートはA会員対象施設が690件のうち回答が436件で63.2%の回収率であった。確かに様々な意見があり、院内処方の選択は施設の事情で決めているから、仕方がないという意見もあるが、小規模診療所において薬剤費の占める割合が非常に高くなっている。

また、新たな予防接種の子宮頸がんワクチンは約1万5,000円になっているが、薬剤費が1万2,000円～1万3,000円ぐらいであるから、そういう意味で医業総収入の額が上乘せになっ

ているのは事実であり、また院内処方施設から不公平感を感じているとの意見が多く、会員の不公平感を少しでも縮めるために会員の負担が大きくなるような形で検討してきた。

院内処方だけを扱っている施設は、回答のうち約220件、シミュレーションして、1ランク下げた場合の会費への影響額は、1件当たり年額13,200円減額となり、全体として約290万4,000円の県医師会の会費が減収になることが予想される。

また、現在の収入割会費は無制限ではなく、1～18ランクに区切り上限を設け、医業総収入額が1億8,000万円以上は、同じ会費賦課額となっていることから、病院については今回1ランク下げる対象からは外させていただいた。

このように院内処方を扱っている施設については、長年の継続審議で約4年から5年かかっていることから、まず今回、会費検討委員会では院内処方施設の会費を1ランク下げて、会費収入が減少することによって、本会の会務運営に支障がでないか確認すべく、とりあえず「院内処方を実施している診療所に限って、平成24年度と平成25年度の2年間の期限付きで1ランクだけ下げて賦課する。」ということで、本会理事会でも承認していただいた。

については、この件について、代議員の先生方のご理解をいただき、ご承認していただきたいと思う。

また、今後は、会費賦課対象額の収入区分の見直し、高齢会員の減免年齢など、会費の検討をしていく所存である。

ぜひ、今回の会費賦課の件をご承認賜りたい。

(質疑応答)

○中田代議員 (中部地区)



私も会費検討委員会の一員であったが、会員の負担を軽減するこの件に関しては大賛成である。

この診療所は院内処

方をしているという確認は、どのようにとるかということとどこまで院内処方したら軽減されるのか、2点についてお教え願いたい。

○真栄田常任理事 1番目の質問については、施設長(A会員)に次年度の会費賦課を決めるための医業総収入の調査を行う際に、同時に院内処方・院外処方の調査を行うことにしている。今年度の総収入調査は既に始まっているので、代議員会で承認を得られれば、院内・院外の調査を行う予定にしている。

それから院内処方の頻度であるが、どこまでかという区分については、単純に院内処方、院外に出しているものを引いたりすることは、非常に難しい面があるので、院内処方だけを対象にしている。よって院外と院内の両方取り扱っている施設は、この範囲から外す予定である。いずれにしても、アンケートの中にはやはり今後も新しく国の施策で出てきた院外処方の対応がこれまで取れなかったという意見が多かった。それを一本化にまとめるといことは非常に難しかったのであるが、ぜひ承認していただきたいと思う。よろしく願い申し上げる。

○中田代議員 (中部地区) 先生のおっしゃった院内処方については、大体理解したが、自己申告はみんなの良心を信じてやっていただきたいと思う。

上記説明並びに質疑を踏まえ採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

6. 平成23年度沖縄県医師会一般会計収支予算補正の(案)

○真栄田常任理事

I 事業活動収支の部 2 事業活動支出

大科目1.事業費支出 中科目9.情報システム推進対策費です。

口座引去サーバー、会員管理サーバー、ファイルサーバー、ウイルスサーバーの老朽化に伴い、再構築が必要になった。しかし、当初予算より構築作業が増えたため、不足分として、事

業費支出の情報システム推進対策費に70万円の補正増を行いたい。

次に大科目2.管理費支出 中科目12.修繕費です。

ご存じのように、本会敷地の出入口は正門1カ所だけである。基本設計の段階では2カ所造る予定だったが、県の方から裏門の方は設計上だめだということで許可が降りなかった。やむを得ず正面1カ所だけの出入口となった。しかし、構内への出入口の混雑、災害時への対応等、また会員からの要望が多いため、再度行政側と調整し、了解を得られたことから、東側に出入口を造ることにした。その工事に係る諸経

費について、管理費支出の修繕費に356万円の補正増を行いたい。

これにより、事業活動支出計の補正前の額は2億9,913万6,000円で、補正後の額が3億339万6,000円となる。

Ⅲ 予備費支出

事業活動支出の部へ426万円支出の増額補正をするため、予備費の補正を行う。補正後の額は2,052万6,000円となる。

以上、ご審議のうえご承認賜りたい。

説明後採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

お知らせ

文書映像データ管理システム開設（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を本年4月から開始致しましたのでお知らせ致します。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記URL参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：平良・池田）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいますようお願い申し上げます。

○ 「文書映像データ管理システム」

URL : <http://www.documents.okinawa.med.or.jp/>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

平成23年度医療安全全国共同行動連絡会議 医療安全全国フォーラム2011

理事 當銘 正彦



去る11月12日（金）、日本医師会館において標記連絡会議並びにフォーラムが開催されたので以下の通り報告する。

○医療安全全国共同行動連絡会議

1. 開会の挨拶

医療安全全国共同行動推進会議議長の高久史磨先生、並びに、日本医師会常任理事の高杉敬久先生より、開会の挨拶が述べられた。

2. 第1期共同行動（2008～10）の報告

医療安全全国共同行動企画委員長の上原鳴夫先生より、医療安全全国共同行動の第1期（2008～2010年）の活動報告が述べられた。

活動報告では、医療安全全国共同は、医療行為に関わる有害事象と有害事象に起因する入院中の死亡を低減するため、8つの安全目標と推奨対策を広くかつ早く全国の医療機関に広めることを目的とするキャンペーン事業として2008年5月に発足し、現在、参加・協力団体として82の医療団体・学会に参画いただき、

また地域推進委員会として49の地域団体が、参加登録医療機関として613の施設に登録いただいていると説明があった。

活動内容としては、100名を超える多職種の専門家にボランティアで支援活動に従事いただいております、8つの目標を実現するためのハウツーガイドや支援ツールの開発、メールやネット相談室を通じてのアドバイス、フォーラム分科会やセミナーの開催等、医療機関の取り組みへの支援を行っているという報告があった。

先般、参加登録医療機関へ実施したアンケート調査では、ほとんどの登録施設が参加してよかったと回答（97.5%）していると報告があり、その理由として、目標が明確になったことや、参考になる情報や知識が得られたこと等が挙げられていると説明があった。

3. 第1期共同行動（2008～10）の会計監査報告

馬目公認会計士事務所公認会計士の馬目利昭先生より、第1期共同行動の会計監査報告が

述べられた。

報告では、医療安全全国共同行動の平成22年4月1日から平成22年12月31日までの事業年度の決算書（収支計算書、貸借対照表、財産目録）についての監査を行った結果、全ての重要な点において適正に表示しているものと確認したと説明があった。

4. 第2期共同行動（2nd Stage2011～12）の提案

(1) 提案と説明

医療安全全国共同行動企画委員長の上原鳴夫先生より、医療安全全国共同行動の第2期（2011～2012年）の提案として、以下の内容について説明があった。

共同行動では、改善効果を見る総合的な指標として、欧米諸国で用いられている標準化病院死亡比（Hospital Standardized Mortality Ratio：HSMR）を参考にするために、開発者である英国王立大学名誉教授のブライアン・ジャーマン卿に日本のHSMR基準値の算出と共同行動参加登録病院における変化の分析を依頼した結果、共同行動参加登録病院147施設のHSMRは98.5から90.7に低下していることが示されたとして、医療安全への真摯な取り組みの成果が既に現れつつあると報告があり、共同行動の輪をさらに広げ、所期の目的を実現するためにキャンペーン期間を2013年3月まで延長し、あらためて医療安全全国共同行動（2nd Stage）として継続することを決定したと説明があった。

また、2nd Stageでは、これまでの8つの目標に「安全な手術—WHO指針の実践」を加え、患者取り違えや異物遺残・術創感染の防止等、手術に伴う有害事象の低減を目指すとともに、病院だけでなく診療所にも広く参加を呼びかけ、地域推進拠点と地域支援病院の協力により地域での経験共有と相互協力の推進を目指すこととすると説明があった。

更に、2nd Stageにおける推奨対策の新規事業として、以下の項目が示されるとともに、目標の達成度や対策の浸透度が分かる指標を決め

て取り組んでいくことも今後重要であると説明があった。

<推奨対策の新規事業>

- 安全な手術 WHO指針
- 推奨対策の診療所版
- お薬手帳の普及促進
- 肺塞栓症の予防に関する国際連携
- WHOクリーンハンズ・キャンペーンと連携
- VAPと人工呼吸器下のケアの安全対策
- 改善のやり方の普及促進
- 有害事象・医療事故発生時の備えの強化

(2) 地域推進拠点部会

医療安全全国共同行動企画委員会地域推進拠点部会長の神原啓文先生（静岡県病院協会会長）より、地域推進拠点部会の活動内容について報告があった。

報告では、平成23年11月9日現在で医療安全全国共同行動地域推進拠点として10団体が加入しており、うち4団体が県医師会となっていると報告があり、医療安全を継続的に取り組むためには、より多くの地域推進拠点としての参加が望まれ、地域全体で予防と再発防止、分析精度の向上と改善に向け取り組んでいくことが重要であると説明があった。

また、報告の中では、沖縄県医師会の活動内容にも触れ、沖縄県医師会が実施しているような医療関係職種全体で医療安全対策に取り組むことの重要性についても改めて意見された。

(3) 診療所部会

医療安全全国共同行動企画委員会診療所部会長の高杉敬久先生（日本医師会常任理事）より、診療所の安全対策について説明があった。

日本医師会では、診療所の安全対策（アウトライン）として、日本医師会医療安全推進者養成講座を企画開催するとともに、日本医師会医療安全対策委員会において「医療事故削減戦略システム」を作成し全会員に配布する等の取り組みを行っているとの説明があった。

この「医療事故削減戦略システム」は、医療安全全国共同行動における“有害事象を可能な限り低減させる”という取り組みを、診療所等の小規模な医療施設でも効果的に実行するための手がかりを念頭に企画したものであると説明があり、現在、各都道府県において「医療事故削減戦略システム」に掲げられている項目に沿ったパイロットスタディを行っており、その結果を基に新たなテーマを決め、平成23年度よりより実践的な行動を開始する予定であると説明があった。

(4) 技術支援部会

医療安全全国共同行動の9つの行動目標毎に設置されている各技術支援部会より、それぞれの活動内容について紹介があった。

※各技術支援部会の行動目標と推奨する対策については、後述のフォーラム報告書に記載

5. 参加団体からの活動報告と意見交換

医療安全全国共同行動参加団体より、それぞれの活動内容について紹介があった。

本連絡会議に出席した参加団体は、医療の質・安全学会/日本医学会、日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、日本臨床工学技士会、日本放射線技師会、全国国立病院療養所放射線技師会、国家公務員共済組合連合会、医療のTQM推進協議会、日本医療学会、医薬品医療機器総合機構、日本小児科学会、日本麻酔科学会、日本医学放射線学会、日本形成外科学会、日本脳神経外科学会、日本小児神経学会、日本臨床救急医学会、日本産婦人科学会、日本手術看護学会、日本医学シミュレーション学会の計23団体であった。

6. まとめ

医療安全全国共同行動企画委員長の上原鳴夫先生より、医療安全全国共同行動連絡会議のまとめが述べられた。

○医療安全全国フォーラム2011

1. 開会の辞とご挨拶

医療安全全国共同行動推進会議議長の高久史麿先生より開会の辞が述べられた後、日本医師会の原中勝征会長（代読：日本医師会高杉敬久常任理事）、厚生労働省大臣官房参事官の木村博承先生より挨拶が述べられた。

2. 海外からのビデオメッセージ

英国王立大学名誉教授（前英国医師会会長）のB. ジャーマン卿、並びに、スウェーデン医療傷害保険機構上級顧問のK. エッシンガー先生のビデオメッセージが紹介された。

3. パネル討議

「医療安全はどこまで進んだか？」

—医療安全の現在とこれからの課題—

座長 日本看護協会常務理事

松月みどり 先生

日本病院薬剤師会副会長 佐藤 秀昭 先生

基調講演

(1) 「医療事故・ヒヤリハットの情報収集による原因分析、再発防止と無過失補償による紛争解決について」

日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部長 後 信 先生

後信先生より、日本医療機能評価機構が実施している「医療事故情報収集等事業」の内容等について説明されるとともに、「産科医療の無過失補償制度」の現状から今後の動向等について説明が行われた。

医療事故情報収集等事業は、その目的を、医療事故が起こった際に誰に責任があったかという点を主眼としているのではなく、医療事故の再発予防・再発防止を促進することを一義的な目的としていると説明があった。

本事業に寄せられた報告件数は、平成22年度では、報告義務がある医療機関（272施設）からの報告が2,182件（平成17年度：1,114件）、報告義務がない任意の施設（521施設）

からの報告が521件（平成17年度：151件）となっていると報告があり、各施設から寄せられた事案については、個別名称等を削除した上で報告書や年報という形で随時情報を公開していると説明があった。情報提供に際しては、事例の具体的な内容が紹介されるとともに、事例の背景や要因についても併せて掲示していると説明があった。

本事業は、最初の5年間（2004.10～2009.9）の課題として、「事業への参加」、「報告件数の増加」、「報告の質の向上」という3点を挙げたが、これからの5年間（2009.10～2014.9）については、前述の課題に加え「収集事例の活用」という点が重要になると考えていると説明があった。

産科医療の無過失補償制度については、分娩に関連して発症した脳性麻痺の児と家族の経済的負担を速やかに補償するという「補償の機能」と、脳性麻痺発症の原因分析を行い再発防止に資する情報の提供という「原因分析・再発防止の機能」という2つの柱を基本的な考え方として位置づけており、責任追及を目的とするのではなく、「なぜ起こったか」等の原因を明らかにするとともに同様の事例の再発防止を提言し、医学的評価にあたっては、検討すべき事象の発生時に視点を置き、その時点で行う妥当な分娩管理等は何かという観点で事例の分析を行い（プロスペクティブな分析）、既知の結果から振り返る事後的検討も行い、再発防止に向けて改善に繋がると考えられる課題が見つければそれを指摘する（レトロスペクティブな分析）も行っていると説明があった。

産科医療補償制度は分野を限定した制度ではあるが、医療行為に関する無過失補償制度は我が国にこれまで例がない制度であると考えられることから、その意義は大きく、今後、我が国に定着する制度として発展させていくことが課題であると意見された。

(2) 「安全文化を測る」

国立保健医療科学院主任研究官

種田憲一郎 先生

始めに、「医療安全の推進には安全文化の醸成が不可欠であり、医療安全活動の評価方法の一つとして安全文化尺度が提案されている。」と述べられ、国立保健医療科学院が行った過去4年間の調査データを用い、米国との比較における日本の安全文化の現状について報告が行われた。

報告では、日本において米国よりも評価値が高い側面として、「出来事の報告される頻度（65% vs 60%）」、「過誤に対する非懲罰的対応（ともに44%）」となっていると報告があり、他の殆どの側面は米国において評価値が高く、その内20%以上の差があるものが、「医療安全に対する総合的理解（20%）」、「人員配置（24%）」、「医療安全に対する病院管理支援（22%）」となっていると報告があった。また、過去4年間の経年変化からは改善傾向にあると報告があり、継続した取り組みが期待されると説明があった。

本調査の結果から、「様々な医療安全活動が安全文化の醸成に寄与していること、また醸成の困難な側面等もあること、安全文化調査が医療安全活動の総合的評価ツールとして有用であること等が示唆されている」と報告があり、今後は、チームトレーニング等、どのような医療安全活動が実際により有用であるのかを検討することが求められていると意見された。

(3) 「診療所の安全対策」

医療安全全国共同行動企画委員会診療所部会長

日本医師会常任理事 高杉敬久 先生

医療安全全国共同行動企画委員会診療所部会委員

日本歯科医師会常務理事 溝渕健一 先生

日本医師会常任理事の高杉敬久先生より、日本医師会では、病院だけではなく診療所における医療安全も重要であると考えており、医療安

全を文化にするという目標を掲げ各種事業に取り組んでいると報告があり、22～23年度においては、原中会長からの諮問事項である「医療安全の推進と新しい展開」を受け、日本医師会医療安全対策委員会が平成22年3月に作成した「医療事故削減戦略システム」の十分な理解と職員への徹底、各地域医師会におけるシステムの構築、安全のための行動指針の策定等、種々取り組んでいるところであると説明があった。

日本医師会常務理事の溝淵健一先生より、日本医師会司会においても地域の歯科医師会の医療安全対策に資するとともに、各医療職種と連携を図りながら各種事業に取り組んでいきたいと説明があった。

(4) 「医療安全の地域連携」

医療安全全国共同行動企画委員会地域推進拠点部会長

静岡県病院協会会長 神原啓文 先生

神原啓文先生より、地域推進拠点部会の活動内容について報告があった。

報告では、全国に10拠点登録されている医療安全全国共同行動地域推進拠点の医療安全活動内容の概要が紹介されるとともに、今後、診療所等も含めた地域全体での予防と再発防止、分析精度の向上と改善に向け、医療安全対策を継続的に繰り返し取り組んでいくことが重要であると意見された。

4. 第2期共同行動について

医療安全全国共同行動議長の高久史磨先生より、医療安全全国共同行動の第2期（2011～2012年）について説明があった。

説明では、実施期間を2011年1月から2013年3月としており、2nd Stageでは、これまでの8つの行動目標に「安全な手術—WHO指針の実践」を加え、患者取り違えや異物遺残・術創感染の防止等、手術に伴う有害事象の提言を目指すこととしていると説明があった。また、キャンペーンとして、「病院と診療所の積極的な参加」、「有害事象と有害事象が関わる死亡の

低減」、「地域推進拠点の構築」、という3点を推進し、特に病院と診療所の積極的な参加という点については、第2期では非常に重要になると考えていると意見された。

5. 9つの目標を達成しよう—対策のコツとチーム・アプローチの勧め

座長 医療の質・安全学会理事

小泉俊三 先生

日本臨床工学技士会副会長 本間 崇先生
各技術支援部会より、それぞれの行動目標や推奨する対策について説明があった。

各技術部会の行動目標及び推奨する対策については以下の通り。

■行動目標S. 安全な手術—WHO指針の実践

- ①正しい患者の正しい部位を手術する
- ②チームは、患者を疼痛から守りながら、麻酔薬の投与による有害事象を防ぐことが分かっている方法を用いる
- ③命にかかわる気道確保困難もしくは呼吸器喪失を認識し適切に準備する
- ④大量出血のリスクを認識し適切に準備する
- ⑤患者が重大なリスクを持っていると分かっているアレルギーあるいは薬剤副作用を誘発することを避ける
- ⑥手術部位感染のリスクを最小にすることが分かっている方法を一貫して用いる
- ⑦手術創内に器具やガーゼ（スポンジ）の不注意な遺残を防ぐ
- ⑧全ての手術標本を確保しきちんと確認する
- ⑨効果的にコミュニケーションを行い手術の安全な実施のために極めて重要な情報をやりとりする
- ⑩病院と公衆衛生システムは、手術許容量、手術件数と転帰の日常的サーベイランスを確立する

■行動目標1. 危険薬の誤投与防止

<目標>

危険薬の誤投与に起因する死亡を防止する

＜推奨する対策＞

- ①危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知
- ②高濃度カリウム塩注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の病棟保管の廃止
- ③入院時持参薬の安全管理
- ④抗がん剤治療プロトコルの院内登録制度
- ⑤「危険薬の誤投与防止ベストプラクティス16」の実施（チャレンジ）

■行動目標2. 周術期肺塞栓症の予防

＜目標＞

周術期肺塞栓症による死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①適正予防策選択のための総合的評価の実施
- ②予防策の確実な実施と安全管理
- ③肺塞栓予防の重要性に関する職員教育の徹底
- ④患者への説明と患者参加の促進
- ⑤ハイリスク患者へのスクリーニング検査の実施（チャレンジ）
- ⑥肺塞栓症の早期診断・治療マニュアルの作成（チャレンジ）
- ⑦予防的抗凝固療法の安全管理（チャレンジ）

■行動目標3a. 危険手技の安全な実施—経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底

＜目標＞

経鼻栄養チューブの挿入留置手技に伴う有害事象とこれに起因する死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①経鼻栄養チューブの挿入と位置確認のためのマニュアルの策定及び順守
- ②空気聴診法を位置確認の確定判断基準にしない
- ③初回挿入留意時はX線撮影で位置確認を行う
- ④pH測定による補強確認を励行する（チャレンジ）

■行動目標3b. 危険手技の安全な実施—中心静脈カテーテル穿刺挿入手技に関する安全指針の策定と順守

＜目標＞

中心静脈カテーテルの穿刺挿入手技に伴う有害

事象とこれに起因する死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①TPNとCVC留意適応の厳格化
- ②安全な穿刺手技等の標準化
- ③安全手技の教育体制の構築（チャレンジ）

■行動目標4：医療関連感染症の防止

＜目標＞

医療行為が関わる感染症死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①手技衛生の徹底
- ②標準予防策・接触感染予防策の強化
- ③環境と器具の清浄化

■行動目標5a. 医療機器の安全な操作と管理—輸液ポンプ・シリンジポンプの安全管理

＜目標＞

輸液ポンプ・シリンジポンプが関わる有害事象とこれに起因する死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①輸液ポンプ・シリンジポンプの保守点検の確実な実施
- ②操作者マニュアルの作成と教育の徹底
- ③操作者用チェックリストの作成と適正な運用
- ④機種統一（チャレンジ）
- ⑤院内認定制度の確立（チャレンジ）

■行動目標5b. 医療機器の安全な操作と管理—人工呼吸器の安全管理

＜目標＞

人工呼吸器が関わる有害事象とこれに起因する死亡を防ぐ

＜推奨する対策＞

- ①人工呼吸器の保守点検（日常・定期点検）の確実な実施
- ②人工呼吸器動作確認チェック表の作成と運用
- ③生体情報モニタを必ず装着する
- ④警報対応体制の確立（チャレンジ）
- ⑤人工呼吸器関連は胃炎（VAP）の予防（チャレンジ）

■行動目標6. 急変時の迅速対応

<目標>

医療行為に伴う院内急変事例の死亡を防ぐ

<推奨する対策>

- ①有害事象に対する緊急対応手技の浸透
- ②心肺蘇生法の職員教育の徹底
- ③院内救急計画の策定と体制づくり
- ④容態変化への早期対応態勢（RRS）の確率（チャレンジ）

■行動目標7. 事例要因分析から改善へ

<目標>

有害事象や死亡事例の要因分析に基づくシステムの改善

<推奨する対策>

- ①事例要因分析の手法と周知と職場での実施
- ②事例要因分析で明らかになった課題に関する改善活動の実施
- ③ M&Mカンファレンス（Morbidity & Mortality Conference）のプログラムか（チャレンジ）

■行動目標8. 患者・市民の医療参加

<目標>

患者・市民と医療者のパートナーシップを通じてケアの質・安全と相互信頼を向上させる

<活動>

- ①患者さんや地域の市民が参加・参画して医療の

質・安全を向上させる活動を新規に実施する

- ②活動の成功体験や教訓を共同行動ホームページから紹介する

6. お知らせとお願い

医療安全全国共同行動企画委員長の上原鳴夫先生より、医療安全全国共同行動の第2期（2011～2012年）に係るお知らせとお願いが述べられた。

お知らせとして、第2期における推奨対策の新規事業として、以下の項目が示されるとともに、目標の達成度や対策の浸透度が分かる指標を決めて取り組んでいくことが今後重要であると説明があった。

また、本事業の円滑な運営を行っていくためにも参加団体や登録医療機関からの薄く広いご寄付をお願いしたいと述べられた。

<推奨対策の新規事業>

- 安全な手術 WHO 指針
- 推奨対策の診療所版
- お薬手帳の普及促進
- 肺塞栓症の予防に関する国際連携
- WHO クリーンハンズ・キャンペーンと連携
- VAPと人工呼吸器下のケアの安全対策
- 改善のやり方の普及促進
- 有害事象・医療事故発生時の備えの強化

印象記

理事 當銘 正彦

医療安全全国共同行動に係る全国集会在11月18日に日医会館で行われ、県医師会の担当理事として参加させて頂いた。基調報告でも案内の通り、午前中は全国連絡会議、そして午後からは全国フォーラムという2部立ての構成で催された。

会場は全国からの多数の参加者で熱気に溢れた雰囲気であり、2004年にアメリカで始まった「患者の命を救う100Kキャンペーン」を追いかけて、2008年に立ち上がったこの日本版・医療安全全国共同行動100Kキャンペーンの活動も着実に医療の現場に根を下ろしつつあることが実感された。

第1部の全国連絡会議は、2008年に始まった本活動の2010年までを1st stageと命名し、活動の成果と評価を行うかたちで会議が進められた。参加登録病院613施設、協力団体82団体、全国フォーラム6回、地域セミナー27回、支援ツール提供96点等々の実績が紹介され、参加登録病院に行ったアンケートでは、98%の病院が「参加して良かった」という結果を出している。そして最も本活動の意義を客観的に示す指標として、参加登録病院の標準化病院死亡比HSMRが、スタートの2008年を100として見た場合、2010年には90.7まで改善しているという報告である(図1)。

この様な成果を受けて、2011～2012年を2nd stageと位置づけて、本活動を継続することがこの全国会議で確認された。恐らくこれは、厚労省から本事業への資金援助が今年で打ち切りになる事に対する、今後の活動継続の是非を問うものであろうと推察する。従って今後は、参加登録病院や団体の会費制で、本活動は継続されることになるが、高久文磨自治医科大学長を会長として表看板に立て、上原鳴男東北大学教授が事務局を取り仕切るコンダクターとして、2nd stageに取り組む決意を確認する会議の様相であった。この機会に、沖縄県医師会が医療安全全国共同行動の地域推進拠点として登録し、沖縄における本活動の展開に積極的に関与する姿勢を表明したことは高く評価されるものであり、担当理事としても嬉しい限りである。

午後からの全国フォーラムは、「医療安全はどこまで進んだか?—医療安全の現在とこれからの課題」と題してパネルディスカッションが行われ、次いで2nd stageにおける9つの行動目標について、それぞれの部門担当者の決意表明が順次発表された。

2nd stageの特徴は、従来の8つの行動目標に加えて、新たに「安全な手術」を設定したこと(図2)、従来は病院を中心とした活動であったものを、積極的に診療所においても本活動を展開すること、の2つが挙げられるかと思う。また、この3年間で育成された各部門の支援チームが各地に出向き、本活動の啓発普及に貢献する体制が整ってきたことでもあり、その活用が大いに期待されるところである。

“first do no harm”は、ヒポクラテスの誓いに出てくる文言であるが、古来より医療安全は、全ての医療者にとって不可欠の基本的な思想である。医療安全を単に理念としてだけではなく、科学的に追求する医療安全全国共同行動が此処沖縄の地においてもしっかりと根付き、普及されんことを切に願うものである。

共同行動参加登録病院の標準化病院死亡比(HSMR)が低下傾向

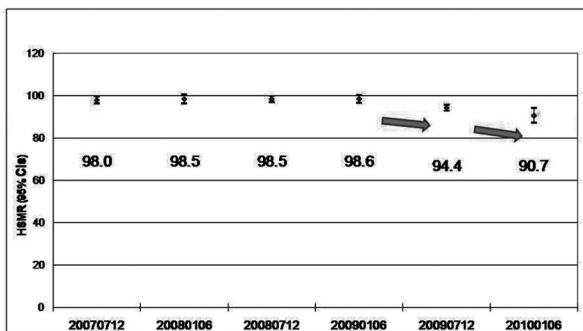


図1

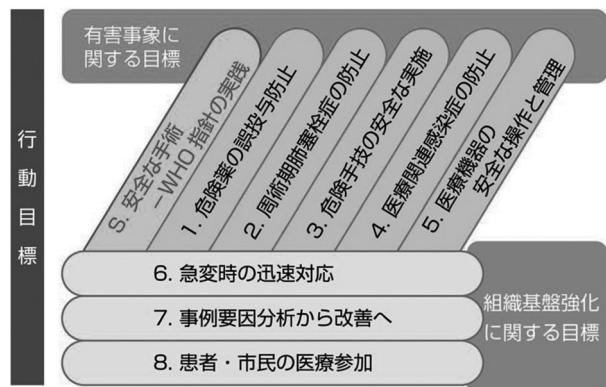


図2

平成23年度都道府県医師会 看護担当理事連絡協議会

副会長 小渡 敬



去る11月30日、日本医師会館においてみだし協議会が開催された。

協議会冒頭、日本医師会原中勝征会長から、看護師の必要性を踏まえ日医として問題解決に取り組んでいきたいとして、次のとおり挨拶があった。

挨拶

日本医師会原中勝征会長

本日全国都道府県医師会の看護師等に関連する方々が本会議に出席いただき感謝申しあげる。今、看護師を取り巻く環境は非常に変わりつつある。また、看護教育の内容が以前と変わってきている。医師会及び関係者がお互いの立場を尊重して、日本の医療はどうあるべきか考えていく。その尊重こそが日本の医療を向上させる原点だと考えている。

本日は、厚生労働省医政局看護課長岩澤和子課長に出席いただいた。また、日本看護協会の坂本すが会長はじめ関係者にもご出席いただき、協議の場を持てることは有意義であると思う。

今、どの地域も看護師不足が叫ばれている。看護師という職業がいかにか患者さんにとって必要かということを考えると、「数」と「質」の2点について、今後ますます国・看護協会と一緒に向上させていかなくてはならないと常日頃考えている。

今、看護師の制度がとりざたされているが、いいものは賛成して伸ばしていかなくてはならない。看護師の数の問題も早く政府に要請していかなくてはならない。残念ながら、ある県では看護学校を4箇所出願しているようだが、教員がいないために実現していないとのことである。私が県医師会長をしていた頃から教員を増やさないと看護師養成ができないと感じていたが、医師も看護師も自らの力を発展した医学を患者さんに提供しなくてはならないことを考えると、「数」の問題、「質」の問題を専門職の義務として成し遂げなければならない。

本日、厚労省と看護協会のご参加を得て、協議の場が持てたことは大変有意義なことであると考える。本日の協議会が、実りある、将来の

看護問題の明るい見通しができるよう忌憚のないご意見を賜りたい。

原中日医会長の挨拶に引き続き、日本看護協会坂本すが会長より次のとおり挨拶があった。

日本看護協会坂本すが会長

看護師の養成に関しましては、多大なご尽力をいただき感謝申し上げます。都道府県医師会の役員の皆様には、大変お世話になり感謝申し上げます。

3月11日の東日本大震災では、多くの医療関係者が亡くなりました。今なお行方不明の方もおられますが、心よりお悔やみ申し上げます。

震災から8ヶ月が経過したが、なかなか地域復興・生活再建が進まず厳しい状況が続いている。看護協会では、看護師をいかに岩手・福島・宮城に集めるか苦戦している。医師会を中心となって設置された被災者健康支援連絡協議会にも参加させていただいたり、被災地域の病院看護部長懇親会にもご尽力いただきながら第1回目を開催し、継続的に支援している。看護師不足については、中央ナースセンターが大変赤字で、1年前には廃止にするかどうか理事会でも検討していたが、今年の理事会で発展的に解消し、人材派遣会社に頼らずに自分達の手で集めて、病院・診療所で採用していただけるようにできないか、議論している。

被災地も含めて、なんとか全国から集めてナースセンターでやっていただけないかも検討しているので、ご指導いただきたい。一日も早い地域医療の復興に尽くしていきたい。

日本看護協会は、本年4月より公益社団法人となり、新たな一步を踏み出した。使命は「人々の健康生活の実現」で、職能団体としての目的だけでなく、国民のためにということを掲げている。それを成し遂げるためには、質の向上と専門職として看護師として働き続けられる環境を大切にしたい。また、看護領域で新しいイノベーションを作っていけないかという3つのことに取り組んでいる。

わが国が高齢社会のピークを迎える2025年を視野に、政府は社会保障の一体改革を開始しはじめた。病院病床の機能分化を進め、在宅医療を強化していく医療政策の流れの中、多くの患者は在宅で医療を受けながら住み慣れた地域で最後を迎えたいと望んでいると聞いている。在宅医療を支えていく職域団体同士が強い連携のもとに国民の多様なニーズに応え、新たな医療体系を模索し、共通の目的に向かっていくことが、日本の医療の発展につながっていくと確信している。今後ともご指導いただきたい。

報 告

**(1) 報告看護職員を巡る最近の動向について
厚生労働省医政局看護課長 岩澤和子**

「看護の質の向上と確保に向けての取組み」、「看護基礎教育の充実」、「新人看護職員研修の推進」、「24年度看護職員関係予算（概算要求）」の説明があった。

以下、概要。

1. 看護の質の向上と確保に向けての取組み

◇看護職員就業者数の推移

平成21年末の就業者数は、約143万人。人材確保法が平成4年に出来て職員の数が増えた。

◇看護に関する検討会の開催

看護職員の質の確保と数の確保は重要な課題であり、厚労省では検討会を設けてこの10年間、様々な方からご意見をいただき、予算を確保、施策を作り、教育内容の充実に努めてきた。

平成20年度には、「看護の質の向上と確保に関する検討会」が設置され、看護教育のあり方・新人看護職員の質向上・人材確保・チーム医療の推進ということについて、中間取り纏めがなされた。また、それを具体化するために平成21年度より文科省・厚労省でそれぞれ検討会を設置し検討している。

2. 看護基礎教育の充実

◇看護教育制度図

23年度合格者数 (保健師12,792人、助産師2,342人、看護師49,688人)

- ①高校卒業後、4年制大学卒が193校、15,504人(大学での保健師・助産師教育の保健師&助産師合格者含む)
- ②高校卒業後、3年の短大・養成所卒が541校、27,134人。
- ③中学卒業後、5年一貫校(高校+高校専攻科)卒が74校、3,765人
- ④中学卒業後、准看護養成所および高校卒が260校、11,933人で、内2年の短大・高校専攻科・養成所卒が223校、12,599人。
また、保健師・助産師は、それぞれ②③④の後、1年以上の保健師学校養成所卒が33校、1,405人。同じく1年以上の助産師学校養成所卒が、77校、1,568人。

◇看護師等学校養成所の施設数の推移

平成22年の施設数は、看護師(3年課程)510校、准看護師260校である。

◇設置主体別施設数

- ①保健師学校養成所：学校法人立が55%、国公立および独立行政法人が19%である。
- ②助産師学校養成所：学校法人立が35%、続いて国公立が27%、独立行政法人立が23%とつづく。医師会立は3%。
- ③看護師学校養成所：3年課程では学校法人立32%、国公立が24%、医師会立は7%となっている。2年課程では医師会立が39%を占め、国公立が20%、学校法人立19%となっている。また、看護師学校(高校・専攻科5年一貫校)では、学校法人が64%、国公立が36%である。
- ④准看護師学校：医師会立が77%を占める。

◇看護師学校養成所の1学年定員数・入学者数の推移・競争率の推移。

- ①1学年定員数：看護師3年課程(養成所)は25,000人。この5年間増えている。
- ②入学者数の推移：看護師3年課程(養成所)は25,000人。この5年間増えている。
- ③競争率：看護師3年課程(養成所)は3.6倍。平成18年～21年まで下がり3.0倍で

あったが、平成22年は高くなった。

大学の看護3年課程は4.6倍。

助産師については、3.7倍

◇看護教育の内容と方法に関する検討会報告書の概要

◇看護師教育の基本的考え方

看護師等養成所の運営に関する指導要領(医政局長通知)

◇看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標～看護師等養成所の運営に関する手引き(看護課長通知)～を定めた。

なお、臨時実習について、「実践活動を行う場で行うもの」としていたが、但し書きとして「実践活動以外の学習時間を含めて構わない」とした。

◇国家試験受験者・合格者及び合格率の推移(第90回～第94回)

- ①保健師：この5年間で100%から90%以下に下がってきた。
- ②助産師：93回だけ80%まで下がったが、94回には100%近くまで上がってきた。
- ③看護師：90数%でほぼ保っている。

3. 新人看護職員研修の推進

◇看護職員、学校養成所卒業者の就業場所

平成21年看護職員就業者：

143万人のうち、病院89万人(62%)、診療所30万人(21%)、介護施設等12.8万人(9%)他

学校養成所卒業者(平成22年3月)：

6万人のうち、病院4.7万人(78%)、診療所1,900人(3%)、介護施設等570人(1%)、その他1万人(16%)他

平成22年新卒保健師・助産師就業状況：

保健師：市町村560人(61%)、病院150人(16%)、保健所100人(11%)他
助産師：病院1,400人(96%)、診療所60人(4%)他

平成22年新卒看護師・准看護師就業状況

看護師：病院4.1万人(97%)、診療所673人(1%)、介護施設298人(1%)他

准看護師：病院4,800人（74%）、診療所1,100人（18%）、介護施設270人（4%）他
 ◇保健師助産師看護師法等の改正

新人看護職員の臨床研修その他の研修等について定めた（22年4月1日施行）。

◇看護師等の人材確保の促進に関する法律

病院等の開設者等の責務：新人看護職員に対する臨床研修&その他の研修への配慮

看護職員の責務：

免許取得後も研修を受けるなど自ら進んで能力の開発・向上に努めること。

◇新人看護職員研修に関する検討会

臨床実践能力を高めるための新人看護職員研修ガイドラインの策定等

◇平成22年度新人看護職員研修事業実施状況

新人看護職員研修事業：施設数2,032施設、新人職員数34,120人。

医療機関受入研修事業：受入施設数335施設、受入人数2,259人、

都道府県実施事業：50事業。

◇第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書

概ね5年ごとに策定。見通しを着実に実現するためには、定着促進・養成促進・再就業支援等一層の推進を図ることが不可欠。

第七次看護職員需給見通し：平成27年に需要見通し約150万人、供給見通し148.6万人、その差15,000人で供給見通し/需要見通しは99%

第七次看護職員需給見通し（助産師）：平成27年に需要見通し約34,900人、供給見通し34,400人、その差500人で供給見通し/需要見通しは98.6%

4. 24年度看護職員関係予算（概算要求）の概要（平成23年9月）

下記事業に関する予算を概算要求している。

①看護職員の資質向上対策

チーム医療の総合的な推進・看護職員の資質向上推進事業・訪問看護の推進

②看護職員の離職の防止・復職の支援対策

看護職員等の勤務環境の改善に向けた支援・看護職員確保対策の総合的推進・潜在看護職員の復職支援等

③養给力（看護学生の育成）の確保対策（教員の通信教育eラーニング）

看護師等養成所運営事業・看護教員等の養成支援（再掲）・看護教員養成支援事業（通信制教育）改善経費

④その他

設備整備事業・施設整備事業・経済連携協定に伴う看護師等受入関連事業

(2) 日本看護協会及び都道府県看護協会の准看護師を対象とした事業の展開について

日本看護協会洪常任理事より以下のとおり説明があった。

*目的は2つ

- ①知識・技術の習得により看護の質を向上する。
- ②看護資格取得の動機づけを推進する。

※内容

- ①研修：感染・医療安全・高齢者看護等
- ②交流会・懇談会：仲間と将来の夢を語り合う・働き続ける職場作り等
- ③進学説明・相談会：情報提供・奨学金制度・放送大学を利用した進学
- ④就業支援：仕事を続けるための職場選びの支援・無料職業紹介事業（各都道府県のナースバンク事業）

参加者からは、新しい技術を習得することにより常に新しい知識が得られるとか、学習意欲が刺激される、進学のための具体的な準備が始められる、自分達の抱える問題を話しあえる、看護師としてキャリアアップに繋がる等の意見をいただいている。

47都道府県で行っている研修は、平成23年度は平均65コース（31～121）を開催（准看護師以外も含む）。平均5,900名参加し、准看護師の参加は2%程度である。

各都道府県での研修を是非ご利用いただきたい。

(3) 平成23年医師会立助産師・看護師・准看護師学校養成所調査（中間集計・11月11日までの受付分）

藤川謙二日医常任理事より、調査結果について説明があった。

調査対象：全国の各都道府県医師会

調査校：170校（准看護師課程91校・看護師2年課程39校・看護師3年課程37校・助産師課程3校）

調査時期：平成23年10月

調査内容：①平成23年度入学状況②平成22年度卒業状況③社会人入試制度について④運営状況（平成23年度学生納付金の状況・平成22年度補助金の状況・平成22年度医師会会計からの繰入金について）

①平成23年度入学状況：

准看護師課程3.0倍、看護師2年課程1.2倍、3年課程4.3倍、助産師課程4.2倍

各県からも意見にもあるが、社会人入学が出てきて、年齢的な理由や家庭の問題などにより進学が減っている。また、社会的な理由や経済的な理由で進学できない人もいると考えられる。

②平成22年度卒業状況：

医師会立看護学校卒業生の県内への就業者数は約8割、看護大学の看護課程では約5割強である。医師会立看護学校が地域の看護職員の確保に貢献しているかがわかる。

③社会人入試制度について

④運営状況（平成23年度学生納付金の状況・平成22年度補助金の状況・平成22年度医師会会計からの繰入金について）

医師会からの繰り入れが全くないところがある一方で、1千万を超える医師会もある。これについては、近隣の医師会や市町村から助成金があるのか、精査する必要があると考えている。

(4) 特定看護師（仮称）問題について

藤川常任理事より、日医の対応・考え方について説明があった。

チーム医療推進会議の中で出てきており、日医としては一貫して特定看護師制度は必要ないと対応している。

去る11月7日、厚労省のチーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループで始めて、具体的な「看護師特定能力認証制度骨子案」が示された。保助看法を改正して、看護師特定能力認証制度を設けて特定行為を省令で規定し、その行為を実施する場合、認証ありの看護師は医師の包括的指示で実施でき、一般の看護師は具体的指示を受けて実施するというものである。特定看護師になるものは、2年間の大学院修士課程あるいは8ヶ月程度の研修を受けて国家試験を受けるというものである。これについて、厚労省は、来年の通常国会での法改正を目指し、12月1日の社会保障審議会医療部会にかけるという性急な動きを見せたので、1月16日の記者会見で日医としての見解を述べた。特定看護師問題は、「チーム医療の推進」とは名ばかりで、医師不足を補うために看護師に医師の代わりをさせたいという一部の医師と、「看護の自立、キャリアアップ」のために特定看護師（仮称）が必要であると主張する一部の看護師に端を発するものである。

現在、厚労省では、「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」と「特定看護師（仮称）業務試行事業」が継続されて行われている。普通に考えれば、試行事業の結果についてきちんと検証を行い、その結果を踏まえて慎重に検討するのが筋である。しかし、厚生労働省は、制度の大枠だけでも作らせてくれと議論を急いでいる。

特定看護師（仮称）創設は、国民の生命に関わる重大な問題であり、関係者や国民の合意なきままに法制化を急ぐことは許されるものではない。社会保障と税とは一線を画し、時間をかけて慎重に検討すべきであると日医は主張している。

看護師が研修を積み資質の向上を図ることは医療従事者として当然のことであるが、新たに特定看護師（仮称）の制度をつくることは必要ないし、創設することで現場に混乱をもたらすこと

が懸念されている。今医療現場が求めて望んでいるのは、特定看護師（仮称）を作ることではなく、一般の看護師が診療の補助として実施できる範囲を明らかにし、全体的なレベルアップと質と数の確保であると認識している。看護師が安全にできる行為を文書で通知するだけでも相当量業務の拡大が進むはずである。平成14年に静脈注射を許可したが、現実的には大病院でもまだ行われていない実態がある。業務拡大をしてもやらない場合がある。勤務医の対策として、できるだけ安全な行為は診療の補助として協力していただくのはやぶさかではないが、患者に侵襲を伴うものは医師法で限定されているので、必ず医師が行うことが医療安全を確保する大前提である。医療安全の観点から医師が行うべきものが看護師にタスクシフティングすることのないよう、今後も厳しくチェックしていきたい。

協 議

(1) 准看護師卒後研修会について

千葉県医師会および東京都医師会より、実施状況について説明があった。同事業は、現在、10県医師会（あるいは郡市区医師会）で実施されている。

◇千葉県実施状況について

井上雄元（千葉県医師会副会長・日医看護職員検討委員会委員長）

平成18年より年1回開催。平成22年度は108名の参加があった。東京都医師会広報誌を見て、専任教員研修会の開催を知った。平成18年度より取り組むことになったが、やり方がわからないので、看護協会に依頼して実施した。非常に好評だった。

参加者が増えてきたので続けていかななくてはいけないと考えている。

◇東京都実施状況について

道永麻里（前東京都医師会理事・日本医師会看護職員検討委員会副委員長）

昭和56年度より開催。翌年度から年2回、63年度から年3回開催している。その後東京に

て研修会が開催されたことから、平成6年度から再び年2回開催となった。毎回300名程度参加しており、数回参加している人や、正看護師もいる。聞きたい内容について、アンケートして、希望にあったものを選んでいく。講師は、主に看護師で、医師が行うこともある。2,300名に開催案内を出す。

要望・質疑

事前に各県から提出された質問・意見について、厚労省および日医から回答があった。質問等の主な内容。

- | |
|---|
| <p>問1 准看護師の卒後研修の実施について
10県が実施</p> <p>問2 養成にあたって、現在抱えている問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①教員確保（長期の県外研修は困難・代替教員確保困難）、県内での実施およびeラーニングでの研修を要望 ②実習病院の不足（特に産科） ③生徒数の減少 ④男性の産科実習。DVD等でできないか。 ⑤校舎の老朽化・耐震化・移設のための補助金の減少 ⑥社会人入学の減少 ⑦補助金の減少 ⑧学生の確保減少 ⑨学生の質の低下（退学・心・うつ） ⑩大学附属の看護学校の就職は大学が多く、民間減少。 <p>問3 日医への質問・意見・要望</p> <ul style="list-style-type: none"> ①母性実習のカリキュラム編成の改正等
男性応募者が増加しているのに、入学させられない状況にある。ビデオ（DVD）や模型で代用できるカリキュラムへの変更ができないか。 ②教員確保が困難
教員養成講習会の各県での開催への働きかけ・eラーニング導入の確実な実施・定員に応じた専任教員数の調整 ③看護職員養成校への財政支援 |
|---|

医師会の負担増大・運営難による養成校の減少・補助金の増額が必要
定員数による調整率の撤廃

- ④看護職員養成校の定員増・新設
看護師数の不足および大病院への偏在により、地域医療が困難となっている。
- ⑤准看護師養成についてのスタンス
日医のスタンスを明確にして、准看護師養成の実状を国に訴えるべき。
- ⑥「平成22年の実数アンケート調査」と「第六次看護職員需給見通しの見込み数」との齟齬をどのように分析するか。
- ⑦国はもっと看護師養成に支援していただきたい。医師会任せにしている。
- ⑧「カリキュラム増大」「看護教員の有資格問題」「医師会側の負担の増大」に対する日医の看護養成に関する方策を伺いたい。
- ⑨実習病院の減少に対する手立てはないか。
- ⑩准看護師の卒後研修カリキュラムのマニュアルを作成して
- ⑪悪質な人材派遣会社の規制を国に要望して（紹介料・祝金のため転職を繰り返すものあり）

問4 厚労省への質問・意見・要望

補助金の増額・運営資金の支援・校舎老朽化による新築・改築費用の補助・7対1入院基本料の算定による看護師の偏在増大への対応・実習病院の要件緩和・准看護師養成に対する考え方・EPAによる准看護師試験受験

問5 その他の意見

東日本大震災被災県の学生の学費免除および学費支援を強力に実施いただきたい。

各県より提出された要望・意見・質疑について、厚労省より下記のとおり説明があった。

厚生労働省回答：教育・確保・予算について

◇教育関連

- ・教育の充実のための養成所の教員数について
ここ数年、検討会を開いてカリキュラムを変更し、単位数・時間数が変更されたが、専

任教員数は変更していない。指定基準に記載した指定人数は、それぞれの専門領域を確保する最低限の人数を示している。しかし、実習を含めてたくさんの教員が必要になってくると思われるが、補完するために「実習指導教員」を置くことが出来るとしているので、教育の質の担保のためにも実習指導教員を置いて実習の充実を図っていただきたい。

・国家試験

看護師については、必修問題と一般問題があるが、必修問題が絶対基準、一般問題は相対基準を活用している。一般問題はその年の難易度を一定に保つことが難しいため、看護師という免許を与えるのにふさわしいと識別できるよう相対基準としている。

・確保策

昨年12月に第七次の需給見通しを出した今年は1年目にあたる。今年は需要と供給のバランスは96%供給、27年度には95%、全国的に99%という見通しとなっている。中期的には全国的には満たしていると考えているが、個々の地域では、不足感があると聞いている。原因としては、勤務環境や家庭の事情など、さまざまな要因が複合的に影響していると考えられる。医療現場の特性に応じた確保対策として、さまざまな勤務体制が採用されて確保に努力されていると思うが、厚労省としてはそのためのデータ集積を図って、国・地方公共団体・医療機関の皆様、関係者と協力して、地域に応じたきめ細かい対策を講じていく必要があると考えている。

その一つとしてのナースバンク事業は、ナースセンターで無料職業紹介、ハローワークと連携して効果的な確保に努めている。ナースセンターでは、専門性の高い専門員が相談者の経験に合わせた個別の対応ができるようにしている。地域における就労支援のネットワークを図るようしており、その充実が望まれる。

・EPA

准看護師の資格がとれるようにとの意見を

いただいているが、インドネシアとフィリピンのEPAにおいて、看護師候補者の入国・滞在があるが、日本の法令に基づいて「看護師の資格を取得することを目的に滞在する」という特別な滞在目的となっている。ついては、准看護師資格取得は、協定の目的にはなじまないものである。各施設において、看護師国家試験に受かるよう研修をしているが、日本語研修も含めて実施されており国も支援している。

・予算について

◇校舎の老朽化に関する新築・改築の要望がでてきているが、厳しい予算事情がある。平成23年度施設整備費補助金は49.3億円であるが、各県からの要望は102億円で非常に予算の確保に苦労しており難しい状況である。

◇運営費の増額の要望があるが、24年度予算については閣議決定でその他経費については10%削減という厳しいシーリングが出ており、増額は大変厳しい。

そういう条件でありながら、49億円は大変努力させていただいたと思っているが、引き続きご意見をいただきながら努力していきたい。

◇専任教員の経費・実習施設の謝金を増額できないかとの意見であるが、行政上の基準額に含めて算定している。増額は厳しい。引き続きご指導賜りたい。

◇調整率は、平成21年度に財務省による予算執行調査により、メリハリのある予算執行をするようにとのことから調整率を作っている。収支率・学生の定員等をみたときに差があることからメリハリをつけることになり、撤廃は困難である。

◇奨学金については、平成17年度に一括交付金として地方へ財源委譲している。

◇第3次補正予算が成立し、被災地の医療施設等災害給付金要綱を改正する予定である。日医から7月に要望のあった看護師等養成所の教材等を補助対象にできないかとの要望を受けており、看護師等養成所の図

書設備費としてその範囲で対応できるよう交付要綱の改正を進めている。

藤川常任理事：

以下、各県から日医への意見・要望への回答に対する日医意見。

- ①各県とも実習病院の確保に難渋している。看護大学が193校開設され、医師会立で実習をはずされている例が出ている。病院で看護学校を持っているところや大学の看護課程の開設により、医師会看護学校の実習施設の確保ができるよう、厚労省からも指導いただくよう要望する。
- ②8ヶ月の県外での研修はかなり負担になっており、専任教員養成のeラーニングの全面的導入を要望したい。
- ③入院時の定員については、入学時100名→卒業80名になることもあり、ある程度増員して入学できるよう調整していきたい。
- ④生徒の質の問題についてもうつや退学の問題等数県から出ている。また、社会人入学が増え、進学率が下がってきているとの問題も指摘されている。社会人は、准看を取得するが家庭の事情等で進学できない人がいる。
- ⑤校舎の耐震・老朽化・増改築のための補助金を要望していきたい。
- ⑥看護師男性の産科実習のこと、検討が必要。
- ⑦教育環境の地域の市・県に国からの補助金があがるよう強く申し入れていきたい。
- ⑧2年過程の競争率は、由々しき問題。多くの看護学校（高校）が無くなった。競争率1.2倍から1.5倍

その他、数県から、補助金・定員・教員養成・実習病院の確保および男性看護師の産科実習・EPAによる准看護師試験受験等要望が出されたが、厚労省からは同様の回答であった。また、静岡県から、静岡市医師会は准看養成過程を一旦廃止したが、また開始したいができるのかとの質問があり、厚労省は、難しい質問であり、現時点で簡単にできることではないとの

回答があった。

藤川常任理事

- ◇埼玉県と同様にEPAによる准看試験を受験させて欲しいと考えている。
- ◇准看護師養成については、看護協会も厚労省も地域で看護師が足りないのは分かっているので、根っこのところにはあると思う。准看護師廃止はありえないと思うので安心いただきたい。
- ◇准看養成について、日医の方針は何ら変わらない。現実的に42万人が医療に貢献、就業している。日医としてしっかりと胸が晴れるよう環境づくりをしていきたい。

協議終了後、羽生田副会長より「専任教員の通信制については、10年前から要望しつづけて来年度やっと調査費がついた。うまくいけば再来年からできるようになるので、是非実現させたい。男性看護師の産科実習についてはまだできておらず、バーチャルでできるようにカリキュラムを改正するよう厚労省に申し入れている。助産師学校については、要望して2年目にできるようになった。まだ達成できていないものについては、もっと頑張っていきたい。また、准看学校新設についても県医師会とともに一緒に闘いたい。」との挨拶があり、会を終了した。

印象記

副会長 小渡 敬

平成23年11月30日、都道府県医師会看護担当理事等連絡協議会が日医会館で開催された。看護問題については毎回同様のテーマが繰り返し議論されているように思われる。まず看護師の需給状況については厚生労働省も看護協会も地域での看護師が不足していると分っていながら、絶えず看護職員需給見通しでは十分供給されるというデータばかりを並べている。需給状況のバランスについては10年以上前から変わらない様な気がする。看護の質を高めることについては、看護大学を創設して全国に193校が開設され高等教育を受けた看護師が養成されるのは良いが、実際には民間病院等で勤務する看護師は少なく、臨床に貢献しているか疑問である。また、そのしわ寄せで医師会立の看護学校が実習施設を追われてしまい困っている現状がある。

同時に看護協会や厚生労働省の看護課は、本音では准看護師の養成を廃止したいという考えであるが、現状では多くの准看護師が就労しており、看護の質をあげようとするならば、むしろ准看護師の研修その他にも力をいれるべきではないかと思われる。

看護学校教員の養成システムも非常にハードルが高く、実際には養成を拒んでいる様にも思われる。もっと教員希望者が教習しやすいようなシステムを作るべきである。以上のような課題はすでに何年も前から言われてきていることであるが、初めてこの会議に参加して全く進展していないことがよく分かった。看護協会・厚生労働省看護課と、日医では看護問題については基本的に本音と建前が異なるのでこのようなことになるのであろう。

平成23年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会

理事 宮里 善次



去る11月30日（水）日本医師会館に於いて標記連絡協議会が開催された。

協議会では、富山県医師会から去る10月29日（土）富山県において開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会について報告があり、続いて、次期担当県の愛媛県医師会より開催の概要について説明があった。

また、日本医師会より、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動報告」があり、続いて「勤務医委員会臨床研修医部会活動報告」が行われた。

都道府県医師会からの勤務医活動報告として、3県医師会（①東京都、②石川県、③岐阜県）より取り組み状況について報告があった。報告の後、「震災における活動を通じた医師の協働」をテーマに事前に寄せられた提案事項等について意見交換を行った。

挨拶

原中勝征日本医師会長

現在、いろいろな問題があり、日本医師会は

まず、医療費・介護費同時改定に向かって2,200億円の自然増の確保、ネットで医療費をプラス改定にする事について、野田総理に対して説明を行った。

私は、勤務医と開業医を分けたのは何のためなのか、両方とも医師として働いており、どうして色分けしているのかと疑問視し、そういう事はやめるべきだと申し上げている。

医療とは診療所と病院の病診連携であり、患者の命を救うこと、苦痛を和らげる事を医師の連携プレーとして行っている時に色分けをする事は間違っている。

医師は倫理感に基づき、一つになって患者さんの為に働き、患者さんの為に我々がいるという事を理解していただき、お互いが医師としての責務を果たすためにどういう医療制度を作らなくては行けないかを考える時期にきているのではないかと思う。

また、医師会として受診時定額負担に対する反対運動を行い、署名運動をしている。医師会の先生方が直接地元の代議士の方々にアンケー

トを行い、アンケートに賛成しないのであれば、医師会で公認しないという強いメッセージを放った結果、民主党の約束の一つに入れてもらった。そういう状況の中で勤務医の先生方も大変だと理解しているが、医師として一生涯どういう生活をするのか考えた上で、お互いの協同行動が迫られていると思う。

今回、富山県で勤務医部会を開催させていただいたところ、多くの先生方に参加していただき、実りのある会になった事に感謝申し上げます。

開業医の先生方、勤務医の先生方にはそれぞれの喜び、苦しみがあるかと思うが、先生方の意見を勤務医部会、地元の医師会を通して日医へあげていただき、勤務医委員会で討議を行い、少しでも働きやすい環境を必ず作りたいと考えているので、ご意見、ご提案をお願いしたい。

議 事

【報告】

(1) 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

①平成23年度報告 (富山県医師会)

富山県医師会南田理事より、報告があった。

平成23年10月29日(土)、富山県(ANAクラウンプラザホテル富山)において平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催した。

(詳細は沖縄県医師会報2012年1月号に既報)

②平成24年度担当医師会

次期担当県である愛媛県医師会佐藤博彦常任理事より、来年の開催期日等について下記のとおり説明があった。

日時は、平成24年10月6日(土)、愛媛県松山市の松山全日空ホテルにて開催を予定している。

メインテーマやプログラムについては準備中であるが、愛媛県内それぞれがもつ問題点やそれらに対する独自の取り組み等と共に、同時改定等、来年度のさまざまな動きを絡めた協議会になるよう、関係役員、職員一同準備を進めて

いる。

愛媛県は四国地方の北西部に位置し、瀬戸内海に面している。県庁所在地の松山市には日本最古の道後温泉があり、松山城も優雅にたたずみ、ご出席される皆さまをお待ちしている。

さらに、12月末には新しい愛媛県医師会館が完成する予定となっており、最上階の会議室からはパノラマのように松山城が見える造りとなっている。

次年度の愛媛県での協議会にも多くの先生方のご参加を心からお待ちしております。

(2) 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動報告

日本医師会今村聡常任理事より報告があった。

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会発足の背景として下記事項をあげた。

- ・勤務医の勤務条件や労働環境は想像を絶する
- ・勤務条件の影響で健康を害した医師が多数いる
- ・医師の健康確保は患者の安全につながる
- ・医師の健康支援は医療再生に不可欠

平成20年度からこれまでの主な委員会活動

- 「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」を提案
- 勤務医の健康支援のための健康相談
 - ・E-mail相談
 - ・電話相談
- 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催
 - ・都道府県医師会開催への展開
 - 平成21年度：日本医師会で開催
 - 平成22年度：熊本県医師会、岡山県医師会、京都府医師会にて開催
 - 平成23年度：8県にて開催(すでに3県では開催し、今後5県で開催予定)
- 日本医学会分科会への働きかけ
 - ・勤務医の健康支援に関するシンポジウム・ワークショップの開催
- 委員による活動
 - ・シンポジウム開催等による啓発活動

・学会誌等への論文投稿等

○医師会の労働時間の設計基準に関する現場実証調査研究

医師の職場環境改善ワークショップ研修会は、医療機関の管理者（院長、部長、医長等）、産業医を対象に医療機関における産業保健の役割、医師のメンタルヘルス支援についての講義を行っている。医療機関での産業保健活動の展開について講義を行い、グループワークでは、具体的な事例に基づいてグループディスカッションを行っている。

ワークショップ研修会で評価アンケートを行い、ポジティブな反応を多数頂いているが、研修会に要望したい点として、「病院間に差がありすぎて議論が深まらない」、「組織的に対応すると言うが、具体的にどんな体制で対応するのか今一つ具体性に欠けていた」、「過重労働に対する取り組みの考え方について示してほしい」、「うつ病の初期の徴候の見抜き方について、さらに教えていただきたい」等の意見もいただき、さらなる研修会の内容の充実が重要になってきた。

もう一つ、委員会での重要な役割の中に「医師の労働時間の設計基準に関する現場実証調査研究」があげられる。これからの医師の働き方について、日医として提言ができないかという事で昨年より下記のとおり実施している。

○平成22年度

ステップ1：労働時間設計基準に関する知見集約

- ①「医師の健康支援のためのアンケート調査（平成21年2月）」の自由意見分析
- ②医師の労働時間に関連する文献レビュー
- ③労働時間ガイドライン作成状況の予備的調査

ステップ2：労働時間ガイドの現場適用作業

- ①実際の病院へ出向き、労働時間ガイドライン作成手順のヒアリング調査実施
- ②医師の労働時間に関するガイドライン作成に当たっての検討事項の整理

○平成23年度

ステップ3：労働時間ガイド現場実証研究
→「医師の働き方ルール4原則」等を作成し、実際に現場で適応するかチェック

ステップ4：医師の労働時間の設計基準案作成
→労働時間・業務改善に関する良好事例集作成
・産婦人科で労働時間制度を見直し、勤務医の交代勤務制を導入した。プロジェクト委員会委員の所属病院ですでに取り組みを行っているまくいっている例がある。実際に委員会委員の病院では医師の就業改善ガイドラインを作成し、運用している。

また、ワークショップの参加者へ勤務医の健康支援のための労働時間・業務改善に関するアンケートを実施している。

今後の取り組みとして、①各都道府県医師会における開催、②講師・ファシリテーターの養成、③各学会等におけるシンポジウム等の開催もお願いしたい。

今年度末には、勤務医の労働時間ガイドラインの具体的な提案がまとまる予定なので、その際は報告したいと考えている。

(3) 勤務医委員会臨床研修医部会活動報告

日本医師会三上裕司常任理事より報告があった。

勤務医委員会臨床研修医部会は平成21年度に設置された。臨床研修医は、医師の第一ステージにあり、医療の現場で働く勤務医である。臨床研修における問題点や改善点について自由に討論してもらい、意見等を吸い上げながら会務に反映していきたい。平成21年度に2回開催、平成22年度に4回開催と合計6回の会議で提言を出した。

部会には、卒後1年目から5年目までの若手医師11名が参画し、勤務医委員会からは、泉委員長と今枝委員がオブザーバーとして参加した。

臨床研修制度等に係る意見・提言の概要

・研修状況等

→研修状況は多岐にわたり、習得する技術や労

働環境も施設ごとに異なる状況である。特に、大学病院と市中病院、都市部の病院と地域の病院では経験症例、指導医の充実、労働条件に違いがみられ、研修施設によらず標準的な診療を行う能力を身につけていく必要がある。そのためにも、研修内容と労働環境の標準化が重要と考える。

・研修期間・スーパーローテーション

→将来目標としている専門家だけではなく各科を実際に経験する事で重要な経験ができると感じる研修医が多いという結果であった。また、科によってはローテーションの期間が不十分と感じ、専門性の高い分野を志望する研修医に対しては、自由度の高い研修カリキュラムを希望する声もあった。

・地域医療研修

→地域医療研修で実体験を感じることは重要であるが、多くの地域医療研修は現場任せとなっており、医療過疎地の労働力として期待される状況もあるので、標準化が必要。

・初期研修修了後のキャリアパス

→大半の医師が医局に所属していた状況から大きく変化してきており、キャリアパスを研修医自身が検討する必要があるが、選択の自由があることには大半が賛成である。また、今後は研修を受ける側と提供する側での情報共有や魅力的なカリキュラム作成が課題。

・医学部教育

→従来の医師国家試験のみでなく、CBTやOSCEといった学習段階に応じた試験での習得の節目を明らかにすることは有効であるが、基礎医学分野や学位取得等、希望する医学生が少数であるが重要な分野についても医学教育での位置づけを議論していく必要がある。

・臨床研修先の限定

→日医が医師の偏在を解消する目的で臨床研修先を限定する事を提案した事に対して、臨床研修の本来の趣旨からは逸脱する可能性が高い。

・部会のあり方

→医学部教育、臨床研修に近い立場の委員で議論する事は重要であるが、今後は様々な立場

からの意見を集約してほしい。

上記の提言を受け、勤務医委員会臨床研修医部会 in 富山を開催し、富山県内7臨床研修病院から9名（内女性2名）の臨床研修医が出席した。

部会の中で、女性医師への配慮については、多くの診療科で配慮がなされている事、医師の健康については、全体的に富山県では配慮がなされている印象であった。

また、医学部教育については、他学部との交流の重要性についても意見があった。

平成23年度勤務医委員会臨床研修医部会委員は卒後1年目から3年目までの13名で構成され、11月25日に第1回目を開催した。その中で「臨床研修の満足度」は概ね満足しているとの意見が多く、「選択必修診療科の選択」については、希望している診療科に限定せず、多くの診療科を回っているとの意見が多かった。「処遇・給与」については、基本的には平均水準であった。

平成23年4月1日より、「日本医師会臨床研修医支援ネットワーク」を開始し、臨床研修医に対して日医の事業のうち、広く利用できるサービスを無償提供する事により、臨床研修医を支援し、理解を深めてもらう目的で行っている。

(4) 都道府県医師会からの勤務医活動報告

①東京都医師会理事 弦間昭彦先生

東京都医師会の会員数は20,516名、内勤務医は10,357名である。役員19名の内、2名、代議員171名の内、22名が勤務医である。

勤務医に対する取り組みとして、勤務医委員会を設置し、会長諮問について検討し答申している。最近では、平成21年3月に「勤務医の労働環境の問題点と改善策」として、包括的にアンケートをとった。その中の問題点として、「患者対応の問題点と対応策について」諮問があり、平成23年に答申した。

平成21年度の答申の中で、多くの問題があり離職する医師が増加している事から、勤務環

境の改善を図るために行い、646施設に医師及び施設調査の協力を依頼し、回答率は約18%であった。具体的なアンケートの内容としては、収入、業務量、負担感等の典型的な内容と、新医師臨床研修制度等について行った。

具体的な業務の増加については、会議回数、診療録の記載・入力等、事務的な面での業務が増加しているという回答が70%以上であった。また、負担がある業務については、当直、救急患者数が80%となっており、その他、会議の回数、紹介状・報告書・診断書作成等が負担になっている。改善の必要があると認識されている業務に関しても、事務的な業務があげられた。

今回は、大学病院からの回答が多かったが、公的病院、私的病院に分けても内容は同様であった。

非診療行為（事務系の仕事）の増加、救急患者の増大、新臨床研修制度導入に伴う変化に対して負担が増えており、また、患者の意識変化も問題視されている。

勤務医の労働環境の問題点と改善策の提言として、他職種への業務代替（事務的な業務）、当直や救急体制、女性医師支援、臨床研修制度の改善があげられた。

今年度から大学と病院協会等と協力し、病院と大学それぞれの意見を集約し具体策を検討しているところである。

②石川県医師会理事 久保実先生

石川県医師会勤務医部会は、平成4年度に設置され、会員増強委員会、活動方針検討委員の2つを設置し活動している。平成8年10月には全国勤務医部会連絡協議会を主催し、平成20年には「勤務医の抱える諸問題について」を答申し、「声をあげよ、勤務医」の小冊子を発刊した。勤務医フォーラムの開催や、病診連携の集いを実施し、勤務医支援総合対策委員会が設置され、どういった支援が必要かという事を決め、実施している。

年間活動については、研修医オリエンテーションを行い、医師会の活動を紹介し、活動を知

ってもらおう努力をしている。また、勤務医フォーラムでは医師不足の問題について講演を行い、総会では、毎年テーマを決めて講演会を行っている。今年度は、県が学生と研修医を集めてイベントを行っているのので、そこへ勤務医部会も参加している。

また、勤務医支援総合対策については、諮問に対して答申を行った。内容としては、勤務医の理事を確保する事、勤務医会員諸会費の減額・免除、病診連携の推進という事で「病診連携の集い」等、県民公開講座を通じて勤務医の活動を広くしていく活動を行っている。

平成22年度に勤務医労働実態アンケート調査を実施し、回答率は20%であった。週平均の実労働時間の結果、法定労働時間の週40時間以内は10%、36協定上限の週55時間以内は約半数、3人に1人は過労死の危険があるという結果がでた。週休についても、4週4休～8休が86%で、休日は比較的確保されている状況である。当直回数は2～3回が最多の36%、5回以上は11%である。当直明け勤務については、3/4が当直後も通常勤務で、32時間連続勤務をしている状況である。超過勤務の処遇については、56%が処遇があるが、代休ではなく手当での対応になっている。仕事、収入の満足度については、両方とも90%以上が満足していると回答しており、将来については、74%が勤務医を続けたいと回答し、7.5%が開業希望である。半数が60歳まで働きたいが、70%は体力に不安があると回答している。

勤務医へ入会を進めると、メリットを聞かれる事が多いが、メリットを論じるものではなく、医政の問題や組織率を上げる事と同時に勤務医が医師会へ入会する事が大切だと説明しているが、実際には効果がなく、医師会に入るメリットを提示していかないといけないと感じている。

③岐阜県医師会常任理事 臼井正明先生

始めに岐阜県の概要、岐阜県医師会会員数、会員区分と年会費額（大学勤務医会員の会費）、

地区医師会の入会金・年会費について説明があった。

岐阜県医師会専門部会については、独自で運営していたが、新公益法人制度改革に伴う専門部会の在り方として、県医師会内内部組織として設置し、役員の名称も統一となった。

岐阜県医師会勤務医部会は昭和61年3月9日に設置され、現在、会員は1,210名である。部会費は年間2,000円としている。

平成14年度から、総務委員会、学術委員会、学術選考委員会、IT委員会が設置され、平成22年度には男女共同参画委員会を発足した。

学術委員会では、年2回学術研修会を開催し、テーマ、講師を学術委員会で選考している。研修会はその時々話題、課題をテーマとして開催しており、平成21年度からは災害医療を取り上げている。勤務医部会学術選考委員会は岐阜県医師会独自の取り組みであり、会員の研究助成を目的とし、平成16年度から助成金を授与している。研究助成の選考条件としては、「純基礎的な研究は除く」、「他施設・複数科にわたる研究」としている。過去の受賞状況は、当初は、年間200万円出していたが、現在は100万円へ減額している。お金が続く限り、助成を続けていく考えである。

協 議

テーマ：「震災における活動を通じた医師の協働」
(日医、各都道府県医師会からの提案事項等について意見交換)

1. 災害地域への医療救護支援について

<東京都医師会>

東京都医師会東日本大震災災害対策本部は、災害発生時から「東京都医療救護班」を宮城県気仙沼市、岩手県陸前高田市、福島県相馬市に派遣した。また、「東京都こころのケアチーム」を岩手県陸前高田市に派遣し、JMAT等で各県の被災地域に派遣を行った。その過程で、東京都医師会として、いくつかの問題点を認識した。

①被災地域に派遣されている救護班の統制について。

- ②災害拠点病院への患者集中の問題点。
- ③その他の病院をどう位置づけるか。
- ④地域医療再生のため、通常状態への移行をどう計画するか。

医師の協働を考える上で、上記問題点を踏まえ、医師会と行政を中心とした医療救護班統括等の施策が重要だと考える。

日医勤務医委員会泉委員長から、①～③については、新潟県、兵庫県、石川県と大地震があった事で救護活動を行った経験のある方々の意見を聞かせていただきたいと説明があり、下記のとおり意見があった。

<新潟県>

新潟県では、保健所長を中心として各地域へコーディネーターを指名し、外部からのDMATやその他、JMAT等の統制を作る体制を日頃から作っている。①～③に関しては、新潟県全体の行政と一緒にコーディネートし、動いている状況である。

<泉委員長>

中越地震、中越沖地震の経験からの活動なのか。

<新潟県>

中越沖地震の際、行政と医師会との協働が機能したので、全地域で体制を整えている。

<石川県>

能登、北部地震があり、その経験は大きかったと考える。石川県は国公立病院を中心としたDMATの他に、医師会を中心としたJMATが組織され、会長が自ら南相馬市へ出向き活動を行った。その他に、県の保健師チーム、精神科を中心としたこころのケアチームが支援を行った。チームごとに派遣先が違っており、もう少し連携体制の整った体制が必要であった事が反省点であると感じた。

2. 震災における活動を通じた医師の協働

<岐阜県医師会>

1) 震災直後のD-MAT活動

当センターから派遣したD-MATチームの体験から、患者や医療者を搬送した自衛隊等とのコミュニケーションが十分取れていなかった。そのためにも多少混乱が生じ、連携能率が良くなかった面があった。組織間の連携にやや困難があると感じたので、このような状況で取り仕切られるような訓練を受けた人材が必要ではないか。

2) 震災1～2カ月後の医療活動

仮設診療所に派遣されたが、患者数が少なく、もっと他の場所に医療チームの必要性はないかという思いがあったが、情報がほとんど得られなかった。このような場合の情報の伝達と医療チームの必要な程度などを判断できるようなシステムの構築が必要ではないか。

3) 通信手段の確保

衛星携帯電話を所持させ、これが唯一の通信手段であった。無線、衛星携帯電話等のハード面でも準備が必要だと感じた。

3. 京都府医師会の災害対応について

<京都府医師会>

京都府医師会は福島県へJMAT（4～6名体制）として派遣した。京都府薬剤師会に協力してもらい各チームに1名ずつ参加してもらった。京都府医師会から事務も参加する事になり、連絡係として参加した。初期の混乱としては、各県と同じで、自分達で活動の場を探さなくてはいけなかった。その後、地元の行政から派遣されているチーム、いわき市保健所職員と連携をとって活動を行った。

京都府医師会は1年前に新会館を設立し、シミュレーションラボを作った。薬剤師、看護師等の他職種との連携を重要視しており、顔の見える活動を行ってきた。チーム医療の研修を行い、発信している。震災時に医師会活動が大事なキーであると感じた。

4. 東日本大震災の医療救護活動を踏まえた

DMATならびにJMATの更なる機動力の

発揮について（意見）<大阪府医師会>

大阪府医師会として、多くの医療従事者が被災地に赴き活動を行った。その中で、医師、保健師、看護師、薬剤師、理学療法士等の医療従事者、事務職員が心一つにして活動を行い、チーム医療の重要性を再認識した。JMAT活動を通じて、いくつかの問題点も感じた。

災害医療チームは「自己完結型が原則」となっていたが、JMATが組織的な後ろ盾の下、十分な訓練と経験を積んだ機動力を持つチームと協働するためには、今回の活動を検証し、派遣体制を万全にしなければならないと考える。

- 被災状況を的確に把握し、被災地に求められる支援を決定（情報共有集約のための通信システム確保）
- 支援時期に応じた被災地までの交通手段確保（行政、関係団体との連携）
- 被災地における支援者受入体制の構築（活動拠点、活動支援等）
- 出勤者の身分保障（傷害保険、医賠償保険、休業補償等）

以上を整備した上で、刻々と変化する現地状況に合わせた支援が円滑に行えるように指揮する人材の養成を含め、国に対し、日本DMATと医師会JMATが同じ機動力を発揮できるよう大阪府医師会として要望する。

報告の後、各県から意見交換が行われた。その中で、沖縄県から私宮里が下記のとおり意見を述べた。

沖縄県は3月16日には現場に入ったが、現地の情報が全くつかめなかった。行政も破壊し、被災地の医師会も破壊しており、どこに問い合わせたらいいのかも分からない中で模索しながら岩手県で支援活動を行った。沖縄県医師会は、医療支援班を希望する者が多く、全員を派遣する事が出来なかった状態である。

大災害だったので、準備ができてなかったと感じた。一つの県が潰れた場合、司令塔をどこ

に置くかが重要である。例えば、九州で地震が発生した場合は、沖縄県、山口県も含めて応援に行く体制が整っているが、東北、関東、近畿地方で一つのエリアを作り、兵庫県が潰れた場合にどの地域が司令塔になる等を作ってほしい。医師会だけでは動けないので、行政との連携も重要だと感じた。

最後に、日医望月副委員長から下記のとおり説明があり、協議会は終了した。

今回の東日本大震災で多くの医師がD-MAT、JMATに参加し、自らの意志で被災地に入って頂いたことに感謝申し上げます。今回の大震災の特徴は、初期急性期の救急がほとんどなかった。阪神大震災を想定したD-MATが翌日128隊岩手県入りした。患者搬送、避難所の医療活動を手伝って頂いた。受け入れ側として、各県災害対策本部は必ず県庁所在地にでき

るので、岩手県盛岡市に設置した。対策本部では、自衛隊、警察、行政が活動していたが、一週間後に災害医療ネットワークが設置された。医療支援チーム（県医師会、大学医師会、行政、県立病院が加入）はそのネットワークで受け入れ、情報収集を行い配置した。

現地でのコーディネートに関しては、岩手県でも保健所長にしていたが、機能していなかった。保健所も広域になっており、保健所長一人ではなかなか把握していないのが現状であった。結局、現地をよく知っている災害拠点病院の先生方、現地医師会の先生方で受け入れ等を行った。災害の規模、急性期、慢性期等に応じた医療支援チームの日頃からの訓練の必要性を感じた。今後は、医療、介護、福祉が連携したチームを作り、支援していく事が必要でないかと感じた。

印象記

理事 宮里 善次

平成23年11月30日に日本医師会館に於いて『都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会』が開催された。

原中会長の挨拶では診療介護報酬同時改定では2,200億円の自然増とネットでのアップを総理大臣に進言。さらにTPPに関するディスカッションで、皆保険の堅持を強く要望した旨の発言があった。

また、日本医師会を開業医団体と勤務医に分けること自体が本来あるべき姿ではなく、それぞれの立場で病診連携することが医療である。その為に日本医師会は勤務医の労働環境整備に対しても積極的に対策と対応をしており、手を取りあって困難を乗り越えたいとの発言が印象的であった。

報告では23年度の全国大会を主催した富山県医師会から大会と富山宣言の報告があった。

続いて日本医師会の今村聡常任理事から「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動報告」が発表された。

平成20年に立ち上げられた同委員会は勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査から始まり、4段階のステップを踏んで医師の労働時間の設計基準に関する現場実証調査研究の段階まで進んでいる。昨年度からは各県医師会で「医師の職場環境改善のワークショップ研修会」を開催しており、研修会の内容も役に立ったかどうかと云う点において、95%以上の満足

度を示す内容となっている。

最後に、今後各都道府県医師会での開催と講師・ファシリテーターの養成、各学会でのシンポジウムの開催を行い、「勤務医の労働時間ガイドライン」を提案する旨のまとめが報告された。

続いて三上裕司常任理事から「勤務医委員会臨床研修医部会活動報告」があった。大学病院と市中病院、都市部と地域の病院では経験症例や指導医の充実度、労働条件に大きな違いがあることが指摘され、研修内容と労働環境の標準化の重要性が指摘された。同時に日本医師会臨床研修医支援ネットワークの紹介があった。

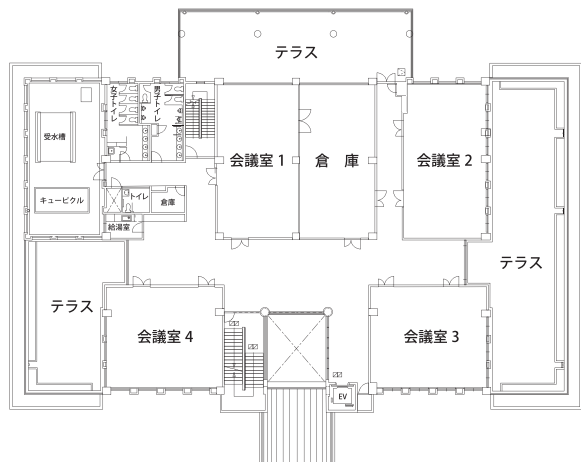
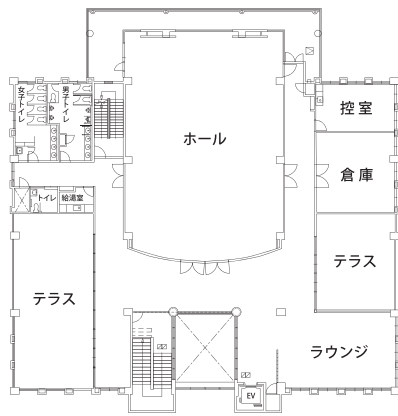
報告の最後に、東京都、石川県、岐阜県の勤務医会から現状報告がなされたが、いずれの医師会もご苦労されている印象であった。特に医師会入会率で苦労されており、相も変わらず入会のメリット、デメリット論に終始しているようである。詳細は本文を参照して頂きたい。

最後に『震災における活動を通じた医師の協議』のテーマで意見交換会が行われた。各県のDMATチームから様々な意見がでたが、今回の大震災においては初動期間において情報の共有と指揮命令系統の構築が遅れ、応援が十分にできたとは言い難い。今回の経験を今後に生かすにはどうすべきか、更なる議論が必要であろうという結論であった。



沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

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

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



会館利用に関する問い合わせ



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

九州医師会連合会第322回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る11月18日（金）午後4時からホテルニューオータニ佐賀において、みだし常任委員会が開催されたので、概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会事業現況・歳入歳出現計報告のため佐賀県医師会から松永啓介委員、横須賀巖委員が出席した。

報 告

1) 九州医師会連合会事業現況について（佐賀）

横須賀委員から、平成23年4月1日から10月31日までに開催された九州医師会連合会の主な事業内容について、資料に基づき報告があった。

2) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

（佐賀）

松永委員から、平成23年10月31日現在の九州医師会連合会会計の歳入並びに歳出の現計について、資料に基づき報告があった。

歳入合計	69,018,510円
歳出合計	15,421,814円
差引残高	53,596,696円

3) 第111回九州医師会医学会及び関連行事について（佐賀）

横須賀委員より、11月18日（金）から3日間亘って開催される第111回九州医師会総会・医学会関連行事について報告があった。

4) 日本医師・従業員国民年金基金第9期代議員候補者の推薦について（佐賀）

去る9月17日に開催した第321回常任委員会の協議結果に基づき、宮崎県の原田雄一先、

佐賀県の岩永康成先生を推薦した旨報告があった。

5) 第63回日本医師会設立記念医学大会における各種表彰者に対する慶祝（祝電）について（佐賀）

下記受賞者へ九州医師会連合会長名で祝電をお送りした旨報告があった。

【日本医師会最高優功賞】

○在任6年都道府県医師会長

宮城 信雄 先生（沖縄）

○医学、医術の研究により医学、医療の発展又は社会福祉の向上に貢献し、特に功績顕著なる功労者（都道府県医師会長推薦）

福島 恒彦 先生（福岡）（地域医療体制の確立及び母子保健活動に貢献）

泉川 欣一 先生（長崎）（マイコプラズマ肺炎の研究及び地域保健活動に貢献）

中村 徹 先生（鹿児島）（医師会活動を通じて地域良の充実・発展に貢献）

糸数 健 先生（沖縄）

（産婦人科及び周産期医療体制の整備に貢献）

【日本医師会優功賞】

○在任10年日本医師会代議員

合馬 紘 先生（福岡）

大坪 睦郎 先生（宮崎）

池田 秀夫 先生（佐賀）

【日本医師会医学研究奨励賞】

石本 崇胤 先生（熊本大学大学院）

三森 功士 先生（九州大学病院別府病院）

6) 秋の叙勲受章者に対する慶祝について(佐賀)

下記受賞者へ九州医師会連合会長名で祝電をお送りした旨報告があった。

- 藍綬褒章 三上 裕 司 先生
 (日本医師会常任理事)
 旭日小綬章 米 盛 學 先生
 (元鹿児島県医師会長)

7) 台風12号による被災見舞いへのお礼について(佐賀)

去る9月2日から5日にかけて発生した台風12号により、特に大きな被害を受けた和歌山県、奈良県、三重県へ九州医師会よりお見舞金をお送りしたところ、和歌山県医師会長、奈良県医師会長よりお礼の文書が届いた旨報告があった。

協 議

1) 第111回九州医師会連合会総会の宣言・決議(案)について(佐賀)

みだし宣言・決議(案)について、これまでの審議経過等について説明があり、原案どおり承認され、この後開催される臨時委員総会に提案することにした。

2) 九州医師会連合会第2回各種協議会の開催種目について(佐賀)

標記各種協議会開催種目・日程について下記のとおり決定した。

- 日 時 平成24年1月28日(土)
 16:00～
 場 所 ホテルニューオータニ佐賀
- 1) 第323回常任委員会 (16:00～18:00)
 2) 第2回各種協議会 (16:00～18:00)
 ①医療保険対策協議会
 ②介護保険対策協議会
 ③地域医療対策協議会
 (一般・原子力災害対策を含む)
 3) 各種協議会報告 (18:10～18:40)
 4) 懇親会 (18:45)

3) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議の開催(3月10日(土)佐賀市)について(佐賀)

標記会議を下記のとおり開催することに決定した。
 日 時:平成24年3月10日(土)
 15:00～16:20
 場 所:ホテルニューオータニ佐賀

4) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会の開催(3月10日(土)佐賀市)について(佐賀)

標記会議を下記のとおり開催することに決定した。
 日 時:平成24年3月10日(土)
 16:30～17:20
 場 所:ホテルニューオータニ佐賀

5) 九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議の開催(3月10日(土)佐賀市)について(佐賀)

標記会議を下記のとおり開催することに決定した。
 日 時:平成24年3月10日(土)
 17:30～18:20
 場 所:ホテルニューオータニ佐賀

6) 日本医師会選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員について(佐賀)

去る10月23日の第125回日医臨時代議員会において改正された日医定款施行細則により、新たに「選挙管理委員会」を設置することになったことから、九州ブロックとして2名の選挙管理委員及び予備選挙管理委員を選出する必要があるとして協議した結果、福岡県、鹿児島県からそれぞれ選挙管理委員及び予備選挙管理委員を選出することに決定した。

なお、選挙管理委員及び予備選挙管理委員は、日医代議員、予備代議員、裁定委員、顧問を兼ねることはできないことになっている。

その他

1) 日本医師会の綱領について (長崎)

長崎県の会員 (日医代議員) から、国民に分かりやすい日本医師会の綱領を作成して欲しいとの提案があるので、各常任委員の意見をお伺いしたいとの説明があり、意見交換が行われた。

綱領をつくることには賛意を示す意見が多く、日医の歴史、日医のあり方等踏まえ、国民に分かりやすいものにすべきとの見解が示された。

2) 「櫻井充とともに明日の医療を考えるネットワーク」入会について (佐賀)

この度、参議院宮城県選挙区の民主党の医系

議員である櫻井先生を支援する標記ネットワークへ参加依頼があることから、その対応について協議したところ、入会の判断については、各県へ一任することになった。

3) JMAT 活動費請求について (佐賀)

この度の JMAT 活動費が災害救助法に基づいて支給されることになったことを受け、医師や看護師等の日当請求について、意見交換を行った。

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。

第111回九州医師会総会・医学会及び関連行事



副会長 玉城 信光

去る11月18日（金）から20日（日）の3日間にわたり、佐賀市において九州医師会連合会総会・医学会関連諸行事が開催されたので、その概要を報告する。

I. 九州医師会連合会第102回臨時委員総会

日 時：平成23年11月18日（金） 午後5時～

場 所：ホテルニューオータニ佐賀 M2F・鳳凰



定刻になり、佐賀県医師会徳永剛委員の司会のもと、会が進められた。

挨拶

池田秀夫九州医師会連合会長

本日は、日本医師会より原中会長はじめ、横倉副会長、今村常任理事、藤川常任理事にご臨席頂き、心からお礼申し上げる。

私ども佐賀県の担当により本日から3日間、九州医師会総会医学会および関連諸会議を開催させていただく。昨年5月の委員総会で私共の

担当が決定し、以降鹿児島県医師会の運営を多々ご参考とさせていただき、鋭意準備を進めてきた。この間、連合会副会長の稲倉宮崎県医師会長はじめ九州各県の先生方に暖かいご支援を頂き、何とか総会・医学会を迎えることが出来、改めて九州各県の先生方に厚くお礼申し上げる。担当県としては、万事遺漏の無いよう一生懸命取り組んできたが、不行き届きの点多々あると思うが、何とぞご容赦いただきたい。

また、当臨時委員総会では、明日の総会に提

出す宣言・決議案についてご審議いただく。事前に各県医師会にご意見をお伺いし、常任委員会でも2回に亘って確認させていただいたので、満場一致でご承認賜りますようお願い申し上げます。今年度は、年度当初より東日本大震災に伴う九州ブロックからのJMAT派遣等、九州各県医師会には大変なご尽力とご協力を頂き、担当県として感謝に堪えない。

担当県として、この3日間の諸行事を滞りなく成功裡に開催できるよう念願しており、重ねてご協力をお願い申し上げます、ご挨拶に代えさせていただきます。

来賓祝辞

原中勝征日本医師会長

東日本大震災に際しては、先生方にはいち早く現場に駆けつけて頂いた。JMAT I から JMAT II に移り、現在、心のケア、自殺防止、小児等のあらゆるケアをさせていただいている。この度、先生方のご尽力により、今まで長年に亘って念願としてきた中央防災会議へ参画できることになった。中央防災会議は今まで私物化され、開催されていなかった中、新しいプロジェクトチームが誕生した。その中に医療分野からの唯一の代表として日本医師会が入ることになり、私が委員として参加することになった。

3月11日以降、世の中は原発の話ばかりになり、強制的に避難を命じられた方々の生活は、3週間経っても過酷な環境の中で過ごしていた。政府が原発の事故処理に追われ被災地への対応が遅れる中、各県から様々な情報が寄せられた日本医師会は、直接内閣に種々の提言を行うことができた。中央政府と県のパイプが機能していなかったことは残念に思ったが、日本医師会と県医師会とのつながりによる情報は国を動かす大きな力となったことは確かである。それを反省した政府から要請を受け、東日本大震災の被災者の方々の健康を維持するための被災者健康支援連絡協議会が設置されることになった。当初8団体の加盟であったが、現在は日本の殆どの医療関係団体が加盟している。私が代表を

務め、横倉副会長が事務局長として運営にあっているところであり、この会が今後起こりうる大災害における医療支援の中核となる。現在、厚労省、文科省、総務省、内閣府が加わり、政府と日本医師会を中心とした民間団体が、今後について検討を行うことになっている。私どもは仕分けの対象となっている福祉医療機構を存続させ、低利子での融資の継続と共に、債務の免除も考慮に入れながら被災された先生方の支援に努めている。東北は元々医師、医療機関共に不足しており、今後、高地へ町を移す計画があるようだが、それが実行されない状態が続いている。被災しても将来に対して明るい気持ちを持てるようなアクションを政府が起こさない限り、苦労の連続であると考え。特に福島県においては放射線問題があり、先生方が子どもを連れて福島の地を離れてしまい、極端な医師不足の問題が起きている。この問題に対しても、全国の医学部長・病院長会議と共に話し合いを持ち、医師派遣について対処している。

発災から現在に至っても将来の計画が実行されておらず、計画すらはっきりしていない状況を一日も早く解決しなければいけないと思っている。

今回の先生方の迅速な支援活動は、医師会が常に国民の健康と命を大切に思って活動しているということを証明してくれた。

現在、受診時定額負担についての署名活動をお願いしているところであるが、TPP 問題については、国民に対して具体的な説明もなしに進められている。ご承知のとおり、米国商工会議所の年次要望により郵政民営化が行われ、日本の国家予算の3年分以上にあたる額が戻ってこないのではないかとこの状況になっている。安い医療費で悪者にされながらも我々が一生懸命守ってきた国民皆保険制度も TPP 加入によって、あっという間に無くなってしまいう危険性がある。

韓国と米国は2国間協定でありながら、薬価の設定などアメリカの意見が入っている状況であり、混合診療がすでに広がっている。

TPPではそれ以上のことが起こり得る可能性もあり、自由競争の障壁を理由に国民皆保険制度の廃止あるいは賠償金を請求されることも考えられる。

今般、BSフジの生放送に出演することになっており、当日の対応について検討を行っているところである。しかしながら、我々は国民のためを思ってストライキもせずに国民皆保険制度を守るために頑張ってきたということを、この際に理解してもらわなければならない。また、各国との医療費の比較も示していきたいと考えている。現在の制度では、営利を求める株式会社が運営する医療機関が入っても配当は行えない。そのため、混合診療を解禁させ、米国の保険会社が参入できる基礎づくりを進めてくる。我々は国民運動としてこれを阻止しなくてはならない。

未来に亘って国民が安心して医療に掛かれる社会を残すことが我々の責務であり、国民と一緒に守って行かねばならない。

いずれにしても、先生方のご協力が無ければ日本医師会としても行動が起こせないことから、現在の執行部を信じていただくと共に、先生方のご意見を十二分に受入れ、各都道府県医師会長にご相談申しあげながら行動していきたい。

座長選出

慣例により、座長に九州医師会連合会長の池田会長が選出された。

報 告

1) 第322回常任委員会について (佐賀)

座長の池田会長より、当臨時委員総会に先立って開催された標記常任委員会について報告があった。

2) 九州医師会連合会事業現況について (佐賀)

横須賀委員 (佐賀) より資料に基づき、平成23年10月31日までに行われた九州医師会連合会事業 (常任委員、委員総会、各種協議会等) 及び関連行事について報告が行われた。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について (佐賀)

松永委員 (佐賀) より資料に基づき、平成23年10月31日現在の九州医師会連合会歳入歳出現計について報告があった。

なお、歳入・歳出合計並びに差引残高については下記のとおり。

歳入済額合計	69,018,510円
歳出済額合計	15,421,814円
差引残高	53,596,696円

4) 第111回九州医師会医学会及び関連行事について (佐賀)

横須賀委員 (佐賀) より資料に基づき、11月18日 (金) の前日諸会議、19日 (土) の合同協議会、総会・医学会、20日 (日) の分科会、記念行事について報告があった。

5) 議事

第1号議案 第111回九州医師会連合会総会の宣言・決議 (案) に関する件

座長の池田会長より提案理由の説明が行われた後、横須賀委員 (佐賀) より宣言・決議 (案) の朗読があり、審議した結果、原案のとおり承認され、翌19日 (土) の総会に上程することが決定された。

以上の議事修了後、来賓である横倉日医副会長、今村常任理事、藤川常任理事より概ね下記のとおり担当職務の現況について報告があった。

横倉義武日本医師会副会長

先生方のご推挙を得て日本医師会の役員となつて、1年と8ヶ月が過ぎようとしている。その間、大震災をはじめとした様々な問題が起こった。私は出来る限り日本の医師会が融和協調の中で、政府に現場の声をあげていくべく原中会長のご指導のもと対応してきたが、まだ道半ばという思いである。

今回の震災において、社会、政治家が日本医

師会に対する印象を大きく変えたことは事実である。会員の先生方が一生懸命努力されたお陰で、それまで非常に医師会に対する批判が強かったが、それが少しずつ軽減されている思いである。

その一方で、国の財政は非常に厳しい状況にあると共に、ヨーロッパの経済危機は非常に問題である。世界医師会が開催されたウルグアイに訪れた際、ヨーロッパの医師会の先生方にギリシャやイタリアはどうなるのか聞いたところ、ヨーロッパのルーツである両国をどんなことがあっても各国は支えると言っていたが、スペインに対しては冷やかな意見であった。いよいよそのスペインが危うくなってきており、これが世界にどう波及していくか非常に大きな問題である。

そのような中で、税と社会保障の一体改革が6月末に纏められ、内閣に報告されている。現在、国の社会保障や医療政策の基本的な話は全て一体改革を元にした議論になりつつある。そのような中、受診時定額負担の問題が出てきたが、この件については私共は始めから保険原理とは全く違う話であるとして反対しており、大半の民主党議員からも同意を得ていたことから、すぐに無くなるだろうと考えていたが、未だもって無くなっていない。そのようなことから、9月に全国の先生方に呼びかけ、反対活動を展開して頂いているところである。署名もこれまで以上に集まっていると伺っており、12月9日には総決起大会の開催を予定している。現在、各政党に総決起大会の支援協力をお願いしているところである。

また、政府与党において税務関係並びに予算について検討が行われているところであるが、この一体改革において、2010年代半ばまでに消費税を10%に引き上げるといった文言が入っている。消費税を社会保障の財源のひとつにするということは日本医師会が以前から主張していることであるが、医療に掛かる消費税のあり方が今のままでは医療機関の経営が持たないことも現実である。我が国の医療機関で負担している消費税が約3,000億円～4,000億円あり、

少々診療報酬を上げたところでそれをカバーすることは出来ない。そのため、消費税を上げるという議論と平行して、医療に掛かる消費税については先ず課税対象にすることを明確にさせ、その課税対象にした消費税を患者に転嫁しない方策をどうするかという議論をしてもらおうべく要請しているところである。

もう一つは、事業税の問題である。本日、与党の税調の総会があり、その中で事業税のことが議論になったとのことである。現在、原中会長が政治的にも様々な働きかけをしているところであり、事業税については、現在問題となっている点についてはクリアできるのではないかということである。ただ、本来の趣旨に沿った四段階経費の利用がされていないとの会計検査院から指摘があったことから、医師会としてもこの件については正していきたい。

また、医療提供体制についても社会保障審議会の医療部会で議論されているところである。現在、入院病床の区分は一般病床と療養病床と精神結核病床であるが、一般病床の100万床をこのままにして良いのかという議論がなされている。特に一体改革の成案の中では、2025年に超急性期と急性期、亜急性期に区分けすることが述べられており、その中で急性期に対しては、人・金共に重点配分をする案が出されている。昨日の医療部会では、急性期病床を都道府県知事が認定するようにはどうかとの話が出たが、これも突然に出てきた話であるため、時期尚早であるとしている。将来的には一体改革で決められた成案の方向に徐々になっていくが、その中で結局問題となるのは、地域でどう決めていくかということである。こういった急性期の問題と医療と介護の連携の問題、特に在宅医療を重視しようとする話が徐々に広まっており、将来的にそうなると思われる。そうすると入院医療と在宅医療のかけはしという点において、地区の医師会が一番重要な役割を果たすべきだと私は主張している。

地域医療は地域の医師会が守り、都道府県の医療は都道府県医師会が集約して守っていると

いうことをしっかりと示していかなければならない。

その他、診療報酬改定についても、今回は勤務医の疲労軽減と介護との連携に対し重点的に配賦する基本方針が提示されており、近々の中医協でこの方針が決定されるものと思っている。

今村定臣日本医師会常任理事

ご承知のとおり12年前の平成11年に児童相談所への児童虐待数の報告が1万件を超え、大きな社会問題となったが、昨年の児童相談所への報告が5万5,000件を超えており、増加の一途である。昨年、厚労省から第6次報告が出されたが、心中を除いた児童の虐待死が67名となっており、その内の6割が0歳児で、その過半数が生まれたその日によって実母によって虐待死に追い込まれているという極めて悲惨な状況となっている。生まれた日に実母による虐待死となれば、従来型の児童相談所における対応では全く不十分であり、国民あるいは妊婦に対する啓発事業が極めて重要となる。そのようなことから、日医では都道府県医師会と共催という形で市民公開フォーラムを開催することになった。第1回は既に6月に浜松市において開催しており、第2回目を11月に東京、第3回目を11月26日に福岡、第4回目を来年1月に京都において開催する。特に問題となっているのは、虐待死に追い込まれる方の8割が望まない妊娠がベースとしているということであり、これに対する対応が大切である。そのようなことから、国としては100億円の財源を元に、こども安心基金を立ち上げ、全国の産婦人科に妊娠で悩んでいる方に対する相談窓口事業を開設することになっている。

医事法関係については、去る10月に日弁連の人権擁護委員会ならびに、患者の権利を守る会の2団体が主導し2つの医療基本法への制定が提唱された。中身については患者の権利を守ることに極めて重点を置いた医療基本法となっており、もしこれが制定されると私も医療担当者は萎縮診療に追い込まれざるを得ない。ま

た、医療訴訟の問題も非常に増大してくるものと思われる。そのようなことから、日医の医事法制委員会において医療担当者並びに患者の両方の立場を重視する立場から日医が主導する医療基本法の制定に向かって対応を進めているところである。

この医療基本法については、患者の権利を守るという点については、ハンセン病の問題に言えるように患者の権利が非常に阻害されてきた歴史的な事実を踏まえて、日弁連あるいは患者の権利を守る会が主張していることから、日医としてもそのことを踏まえ、誤りの無い対応をしていきたい。

藤川謙二日本医師会常任理事

本日、尊厳死における治療延命措置の中止並びに差し控えについて議員立法すべく、骨子案が出来つつあるとのこととそれについてのヒヤリングの依頼があったことから、来週月曜日に日医の役員会並びに、生命倫理懇談会で議論し日医としての考えを提示することになっている。また、厚労省のチーム医療推進会議において特定看護師問題、チーム医療推進問題について議論を行っているが、日医としては特定看護師制度創設に反対し、一般看護師の質の向上に努めグレーゾーンになっている診療補助の範囲をしっかりと提示することによって現場のチーム医療をスムーズにさせるという立場で臨んでいる。殆ど他の団体も賛同しているが、チーム医療の中で、各専門職種の業務拡大が常に議論にあがっており、本日話題になったのは、放射線技師の造影剤の注入などについてであった。その他、薬剤師、PT等様々な職能団体が業務を拡大したいと要望している。しかしながら、現在、様々な医師の裁量権を侵し、医療安全が低下しつつあるということから、日医のスタンスとしては、あくまで診療の補助として国家資格であるそれぞれの職種の道を究めてもらい、全国で取り組んでいる医療安全運動に逆行しないような形での業務拡大を訴えてきた。

また、柔道整復師の問題が新たに上がった。

医療保険部会で保険者側から取り上げられ、健康保険で4,000億円の負担となっているとのことである。

育成校が湯水のごとく増えており、将来的には1兆円になるのではないかと危惧されている。保険者側としては、小児科、眼科、皮膚科の収入を凌駕しており、由々しき問題であるとして、この件に対して不正請求の問題も含めて、そろそろ光を当てていかなければならないと考えている。日医としては、国民の健康被害を防止するという立場でこれを是正していきたい。

自賠責保険については、健康保険を使って治療を行っている医療機関の実態調査を行った。結果として、入院治療費では、国公立病院や民間医療機関の50%強が健康保険を利用していることがわかった。その中の1割～2割が自倍

責保険に求償していない実態もわかった。この件については、厚労省とも打合せを行い、来年の3月までに原則、交通事故自賠責診療は自由診療である日医基準を筆頭に行うよう進めている。健康スポーツについては、スポーツ基本法が出来たことから、日本医師会の健康スポーツ医認定を取得されている先生方の活躍の場を、この法律において可能な限り活動領域を確保していきたい。

なお、JMATに関しては、各県の弁済費用については国が負担することになったことから、各県単位で纏めていただき、厚労省にご提出頂きたい。

また、日本医師会のホームページをより活用しやすいよう、リニューアルしたことからご確認いただき、ご意見を賜りたい。

II. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会

日 時：平成23年11月19日（土） 午前10時～
場 所：ホテルニューオータニ佐賀



司会者より開会が宣言された後、池田秀夫九州医師会連合会会長（佐賀県医師会会長）より、概ね次のとおり挨拶があった。

九州医師会連合会会長挨拶

本日は、原中会長より中央情勢についてご講

演いただくことになっている。例年、日医に対する意見・要望を九州各県へ照会し、それらに対する日医の見解を含めて原中会長より講演いただいております。今年度も九州各県から、国民皆保険維持に密接に関連する医療保険制度の一本化とTPP、診療報酬の不合理是正、医師不足や

偏在、医師養成システム、医療の消費税、終末期医療や特定健診受診率と後期高齢者支援金減加算問題等、多岐にわたる要望、質問を頂いた。

先般開催された、日医代議員会において、種々の問題について質疑が行われたばかりであるが、原中会長からは、日医代議員会以降の諸情勢の日医の考え方についてお話しいただけると期待している。

また、12月の政府予算編成も深まってきており、例年、予算編成の時期になるにつれ、財源不足の穴埋めをするため、主事の社会保障費抑制政策が打ち出される。

今年も、社会保障審議会の医療保険部会、介護保険部会等で厚労省から受診時定額負担を始め、70歳～74歳までの医療費一部負担2割化の実施、介護保険の自己負担の引上げや、一部給付項目の除外項目等が提案されている。

また、一部報道では、次回の診療報酬改定について、政府与党は引下げを視野に検討しているとの情報も流れており、これらの問題について、日医としてどう対処していくのか、政治主導を掲げる与党民主党にどうアプローチしていくのか等について、日医の戦略、戦術についてお聞かせいただきたい。

原中会長の講演の後に、質問の時間を設けているので、ご発言を宜しく願いたい。

座長選出

慣例により、九州医師会連合会池田秀夫会長が選出された。

講演

「中央情勢報告」

日本医師会長 原中勝征先生

民主党政権になり、日医として意見を申し上げる機会が増えたと思う。例えば、各執行部の先生方が直接官僚の所へ出向き、話しができる環境になり、医療が関係している委員会にもほぼ参加できるようになった。その中で、医師会に好意的な議員は8割以上で、日医の要望を受け入れてもらえる環境であるのは事実である。

ただ、議員とは別に官僚組織があり、官僚は自民党時代から引き継いだ事を実行しようとしている。厚労省に関しては特定看護師を含む看護問題、小泉政権から引き継いでいる混合診療の問題等、アメリカからの要求が官僚の中で続いていると感じられる状況である。

官庁の力関係の中で、厚労省は弱く財務省が中心となり日本の政治は動いていると感じる。大きな変化といえば、財務省の主計局の次長と審議官が医療費改定について日医の考えを聞かせてほしいと日医を訪問された。その際、日医として①自然増に関してはそのまま続けてほしい、②ネットでマイナスではなく必ずプラスにしてほしい、③入院、外来の配分（55対5）まで示したのは財務省の越権行為で、予算に関する事が財務省の役割であり、医療の内容にまで入るのはいけないと申し上げた。

状況は変わってきているが、国民皆保険を堅持するために問題が生じてきている。特に、国連総会の際、日米の首脳が会うと必ず、いろいろな事が変わってくる。野田総理に関しては、突然TPPが表れた。郵政民営化の際、どうしてマスコミが日本の世論をつくるのに集中して賛成したのか。「郵政改革は日本の政治改革の入口だ、これに反対する人は切り捨てる」という小泉前首相の言葉を崇め、日本中の世論を作った。マスコミの在り方は日本に大変な間違いを起こしてきたエネルギーであったと考える。今回もTPPの推進派の意見だけを報道する事になると考えられる。

TPPに関して勉強しても理解が出来ず、国民も理解できない。TPPを行うと経済はスムーズになり、日本の企業が外国に行く際、関税の弊害もなくなりスムーズに行く事ばかりが報道されているのが現状である。実際、その影に隠れているものは何であるのか、我々に知らされていない事は何なのか、個人的に聞いている所である。ところが、官僚には問題点等は知らされており、政治家には知らされていないという事が嘘か本当か耳に入った。

1年ごとに代わる政治家というのは、その場

しのぎの約束をしており、正義の弱さを感じる。政治家の質の問題と同時に機関の問題も絡みあって、本当の内閣政治がされているのか危惧している。その中でも、権力を持っているのは内閣なので、政治家といろいろな話し合いをしながら、日医の真意を理解していただかなければならない。

医療関係について理解がある方々と日医の担当副会長、常任理事が定期的にモーニングカンファレンスを行い、その時の状況を判断する際に役立っている。外部との会議を盛んに行い、医師の偏在の問題等に対して、医師会の意見を申し上げていこうと動いており、かなり浸透してきている状態である。

先生方の意見が国を通して実現する方向に少しずつではあるが、向かっていると感じているが、まだまだ十分ではないので、今後もきちんとしていきたい。

1. 東日本大震災への対応

今回の震災で、15,833名の死者、3,671名の行方不明者、5,943名の負傷者の報告があった。JMATとして、現在までに1,700チーム近い派遣をしており、医師、スタッフの総数は6,800人となっている。先生方にはボランティアとして参加して頂き、自身の診療を休んで現地へ行って頂いた事に御礼申し上げる。また、政府の方から感謝されていると同時に、費用に関しては県からの要求額が支払われる事に決定した。

今回、内閣府から要望があり、被災者健康支援連絡協議会を立ち上げた。これは、被災時、政府と各県のパイプができておらず、被災者が放置されている状況であったからである。幸いな事に、被災された県の医師会から日医へ毎日情報提供があり、その情報を政府へ提供していた。

震災発生から3週間たっているにも関わらず瓦礫の下に遺体が放置されていた事に対して憤慨し、政府に対して強く意見を述べ、総理大臣へ政府の動き方の悪さを指摘した。日医からの提案として、医療費の実態調査を行い、医療費の値上げの検討よりも先に厚労省の方々が被災

地へ出向き被災者を救うことが先ではないかと申し上げたが、政府は関係ない顔をしていたのが実情であったので、政府として、官僚としての責任はどこへいったのかと申し入れを行った。

今になって厚労省から各県に部長、課長が出向き、各市町村には若い人たちが出向いて現場からの意見を取り入れる制度ができたが、その前に、我々の情報が効果的であったという事が分かり、日医を中心として被災者健康支援連絡協議会を設置してほしいと要望があり、立ち上げた。現在40団体以上加入している。今後は、被災された地域の医療機関をどうやって再生するかが最大の問題であり、被災者の方々は8ヶ月経過した今、将来に対しての不安を感じている。被災者は不満を言う事もなく、じっと我慢して耐えていた状況であるにも関わらず、政府は原発の問題ばかりを取り上げ、被災地で苦勞している国民の姿は取り上げなかった。しかし、日医が中心となり政府への伝達事項により政府が動けたことが参考になり、被災時の情報共有が大事であることを実感した。今後、想定される地震に対して連絡の中心となる会に育っていこうと思う。防災の大切さ、大変さを感じたところである。

また、被災地とテレビ会談を行い、会議を全国の医師会へ公開し、情報を共有した。それによって出てきた問題に対して、いち早く対処できたと思う。最初に出てきた薬の問題に対しては、日本製薬工業協会と愛知県医師会に協力していただき、8.5トンの薬を用意して頂いた。また、8.5トンの薬剤は、ハーバード大学で防災関係の勉強をしている日本人の先生がアメリカ大使館へ掛け合い、横田基地から岩手県、宮城県へ空輸し、なんとか1か月間もつだけの薬を運ぶことができた。

本来なら、政府がやらなくてはいけない事を日医がやった事に対して感謝されたが、本来やらなくてはいけない政府が何もできなかった事を反省し、次に繋げてほしいと申し上げた。そういう事があり、被災者健康支援連絡協議会を中央防災会議に代わるきちんとした活動ができ

る実行部隊に成長して欲しいと考える。

Ⅱ. 国民皆保険を維持するための雇用環境の是正

現在、世界中で日本とスウェーデンの保険はすばらしいと言われている。しかし、スウェーデンは今後100年もつと言われているが、日本は、後10年で保険制度が崩れるだろうと言われている。その原因として、人口問題、労働環境問題、少子化問題があげられている。日本の65歳以上の人口は、2042年にピーク（約3,900万人）を迎え、2055年には、65歳以上が41%になるのに対し、就業人口（15～64歳）は51%である。その中でも失業者が増え、若い人でも生活保護を受けているのが現実である。現在、若者1.8人で1人の65歳以上を支えており、2055年には1対1になるであろうと推測される。高齢になっても安心して老後を過ごせる社会であるかが大きな問題になると考えられる。

現在、アメリカからの派遣法が拡大し、非正規職員が増えてきている。日本の株式の配当を外国にもっていかれており、配当を高めるために労働分配率が54.2%であったが、現在42%と10%減となっている。そのために、いつでも首をきれる派遣法が拡大されてしまった。

それと同時に未婚者が増えてきているのも事実である。未婚者が増えると少子化になる事は目に見えている。200万円以下の所得者が増えており、その人達が結婚しておらず、収入と結婚率が比例しているのが分かる。

Ⅲ. 超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョン

日本の最新年次合計特殊出生率は1.37である。韓国は以前子供を増やす政策があったが、現在は、先進国中最低の1.15である。日本は韓国に次いで低い。この数字から見てもわかるように、わが国では今後少子化の問題が深刻化することを考え、民主党のマニフェストを作成する際に、当時の国民生活研究会でこども手当を提案した。子供が増加しているフランスやド

イツ、イギリスにしても、こども手当が出来てから子供の数が増えていることがわかってきたためである。

こども手当は、収入がある人は支給を受けない、或いは小額で良いという議論があったが、私は収入に関係なくこども手当を支給すべきだと主張した。医療については収入に関係なく同一のサービスを受けているが、税金や医療保険は収入に応じた負担をしている。負担とサービスを受けるのは別だと考えたことによるものである。

諸外国における非嫡出子の割合をみると、結婚はしないが子供は欲しいという女性が増加しており、スウェーデンにおいてはOECD加盟国の間で2番目に高い。一方日本は、非嫡出子に対する社会的偏見が根強く残っているためか、韓国に続き2.1パーセントと低くなっている。また、子供を育てて負担に思うことの調査では、出費がかさむとの回答が1位にある。働くことが出来ない環境や、時間的な制約等も主な要因として挙がっている。

しかし、30数パーセントの人、数にすると約10万人が、収入があり、子育てできる環境が整備されれば、子どもを産みたいと希望していることがわかっている。

子供を産める環境作りを早急に整備し、少子化対策を行わなければ、生産・労働力人口の減少、日本経済成長の低迷や、日本の社会保障は持続しないと考える。本会は政府と一体になって解決を図るべきと考えている。

現在、高齢者（65歳以上）1人を若者2.8人で支えているが、2025年には若者が2.0人、2050年には若者1.3人で支えなければならない時代となる。超高齢社会はかねてから予想されており高齢者医療制度の見直しはもちろん重要ではあるが、目先の課題に翻弄されず、将来を見据えた長期ビジョンを早急に示すべきである。

Ⅳ. 医療費の引き上げと患者一部負担割合の引き下げ

—国民の安心を約束する医療保険制度—

国家予算に占める医療費の割合を見てみる

と、一般会計歳出のうち、社会保障関係費は、2010年度当初予算で27.3兆円（29.5%）から2011年度予算では28.7兆円（31.1%）になった。そのうち医療分については、8.0兆円（8.7%）から8.3兆円（9.1%）となった。平成20年までは、社会保障費自然増の2,200億円が削られていた時代だったが、民主党政権下、社会保障費削減を撤廃したことにより、医療費が増額になった。しかし、入院が中心となっており、大学病院に於いては11～12%の収入増となっている。

医療費の国庫負担割合では、1983年度と比較して、2009年度は株主配当にすべてを回そうという動きから事業主負担が減少し、地方公共団体や個人負担が大きくなっている。我々は、ここの改善を主張すべきである。

我が国の患者一部負担割合については、先進諸国に比べ高いにも関わらず、財務省は財源確保のため、70～74歳の負担（現在1割負担に据え置き）を3割に引き上げようとしているのである。

現在、わが国には推定無保険者が100万人いると言われている。雇用形態の変化により、派遣社員が増加し、彼らが失業した歳に加入するのが国民健康保険だが、保険料が高い上、加入手続きが自動的ではないことから、無保険になっている失業者は少なくない。また、生活苦により家庭を持てる見通しがなく、保険料を滞納する世帯が20パーセントを超えている。短期被保険者証交付世帯と資格証明書交付世帯が増えていることも問題である。

被用者保険の保険料率の格差や市町村国保間の保険料負担の格差も生じており、日医では、日本の医療保険制度を維持するために、すべての国民が同じ医療を受けられ、支払い能力に応じて公平な負担をし、将来にわたって持続可能な制度となるように、最終的には公的医療保険の全国一本化を目指し、財務省、厚労省に対して提案しているところである。

我が国の医療費抑制は診療報酬の引き下げが続いていたが、昨年度はやっと0.19%上がった。

しかし、ネットでプラス改定となっており、診療報酬は若干上がってはいるが、これは社会保障費の自然増2,200億円が加わったことによるものだろうと見ている。入院や大学病院、600床以上の病院は少なくとも6パーセント以上、大学に至っては10パーセント以上の収入増があるが、慢性疾患病棟を抱えた病院は上がっておらず、平均すると6.6パーセント増になる。その一方、薬局については、3パーセントも増加しており儲かっている。そこは、きちんと改定する必要がある。

V. 2012年度診療報酬・介護報酬同時改定について

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に関しては、去る5月19日、厚生労働大臣に対し次の通り要請した。

3月11日に起こった東日本大震災の復興に巨費を要することから、2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること、今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保健医療材料価格調査については正確な調査結果がでないの見送るよう要望している。また、介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行うこと、不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しを行う事、必要な医療制度改革は別途行うことを申し入れた。

VI. 政府「社会保障・税一体改革成案」について ー受診時定額負担に反対するー

日本医師会は、高額療養費を見直し、患者負担を軽減することには賛成だが、その為に病气などで通院している患者さんに更なる負担を求めることには反対している。公的医療保険である以上、高額療養費のあり方を見直すための財源は幅広く保険料や税財源に求める事を要求している。

受診時定額負担については、現在1,000万人の署名運動を実施しており、政府与党を中心として日本医師会は受診時定額負担を認めないと

いう事を申し入れている。

**Ⅶ. 医療分野における規制改革の問題点と
TPP参加に対する日本医師会の考え方**

TPPに参加し、もし合意すると「混合診療の全面解禁や医療への株式会社参入」という合意項目を実行しなければならない状況になり国民皆保険制度の崩壊につながる。

混合診療の解禁を進めているタイでは、お金のある人と無い人との差がはっきりついており、国立病院の9割の患者は国内外のお金のある人で、お金の無い人は1割しか国立病院に入れない。また、イギリスではお金の無い人の胃癌の診察に3年も待たされた。混合診療を進める国ではこうした現象が起こっている。

TPP問題がいかに我々医療界全体の中に大きな影響を与えるかという事を考えていかなければいけない。また、日本人医師と外国人医師のクロスライセンス（お互いの国の医師免許を認めること）についてだが、受け入れの際には日本の医師免許を取得していただくという事を申し上げている。

TPPに対するマスコミの対応についても、社会的使命を行使していただく事を申し上げていこうと思っている。

現在、韓国と米国間で結ばれたFTA（自由貿易協定）では、米国政府が韓国政府に異議を唱え、自国の意見を入れ始めた為に韓国議会はこれを廃止するという動きが出てきている。TPPの問題に関しても最終的には国会議員の衆議院の否決という事を目指して行動していく事が『最後の砦』だと考えている。

質問・要望事項等

フロアーからの質問に原中会長が次のとおり回答された。

不合理の是正はなるか（福岡県医師会）

【要 旨】

日医では10月12日の定例記者会見において、不合理な診療報酬項目の見直しにむけての

基本方針で、「前回の診療報酬改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療がまさに危機的狀態に瀕していることから、診療所、中小病院に係る診療報酬上の不合理を重点的に是正する。」との内容で、特に緊急性、重要性が高い項目14項目を整理し公表されたが、これら項目の中での日医が考える優先順位をお示しいただき、今後の対応・展望についてご意見をいただきたい。はたして、日医にはこれらの不合理を是正するだけのエビデンスをお持ちか。

九医連では日医にたいし度々、項目③にあげられている「入院中患者の他医療機関受診の取扱いの見直し」を強く求めてきましたが、改定直後に一部緩和された後は中医協での議論は進行していない。患者のフリーアクセスそして医療機関連携を阻むこの様な取り決めは即刻改定前の状態に戻していただきたい。この件に関しては前回改定時の外来管理加算5分要件緩和のように全国の医師会から強い要望がなされているはずである。会長の不合理の是正に向けての決意をお伺いしたい。

●回答：基本的には官僚が主張したものは全て入れていくが、その中でも日医が絶対に入れてはいけないものに関して申し入れをするところである。仮に14項目全てダメであれば全て反対していく。医療関係の決定をする委員会等にどうして反対するのか理由も説明し、定期的に訴えていく。

臨床研修制度における「基幹型臨床研修病院の指定基準激変緩和措置」の延長の要望について（宮崎県医師会）

【要 旨】

宮崎県においては医師の絶対数の不足と偏在により、地域医療を支える勤務医が激減し（この10年間に県内の20歳代医師数－49%、30歳代医師数－19%の減少）、救急医療やへき地医療が崩壊し憂慮すべき状態にある。

そのような中、本県の基幹型臨床研修病院は6病院と全国で2番目に少なく、平成22年度の

マッチングで研修医募集定員75名に対し、マッチャ数は30名(40%)と全国最低の臨床研修医総数であった。大病院の少ない当県においては、県・医師会・大学・民間病院が一致協力して、限られた数の基幹型臨床研修病院においてプログラムの改善と広報により、研修医確保に現在も努力しているところである。

基幹型臨床研修病院の指定基準の強化において、現行の激変緩和措置が廃止されると、本県の基幹型臨床研修病院6病院のなかの1病院が、指定基準の「入院患者数年間3,000人以上」に該当せず指定取り消しとなる(入院患者数年間約2,000人が実績)。この病院は、病床数124床ではあるが、毎年継続的に研修医を受け入れており、地域の開業医や離島診療所、在宅医療などの幅広い分野と連携した研修内容となっており、経験すべき病態・疾患・手技等についても1年目ではほぼ経験できる体制を確保している。また小児科研修も充実しているなど当県に欠くことの出来ない研修病院である。

さらに、「2年間連続して研修医の受入れ実績がない場合の指定取り消し」の項目に該当する恐れのある他の3病院も指定が取り消される可能性があることを憂慮している。受入れ実績のなかった当該病院についても、指導医の確保・研修プログラムの充実など、ハード・ソフト両面の充実を図っており、今後の県内での研修施設として医師会としても期待をしているところである。

我々は、「大学病院に研修医を集め医師の派遣機能を復活させる」方針に賛成をしているが、地域の中小規模病院において、質の高い臨床研修を実施している病院には、引き続き基幹型臨床研修病院としての役割を果たしていただき、県内に定着する医師の増加を図りたいと考えている。大都市と地方では多くの面で環境が異なることから、地域の特性を考慮しながら研修施設を選択することが必要だと考える。

激変緩和措置の延長を行っていただけよう、日本医師会のお力添えをよろしく願いたい。

●回答：日本医師会では、医学教育の提案として大学4年終了時に前期試験を実施し、残りの2年間は全ての診療科の実習を積極的に行い、実のある診療の実技を勉強させ、卒業時の試験は実務だけの試験にするという事を提案している。これは大学の先生方の考えと一致している。研修に関しては、県全体として研修医を取扱う中間的な機関や各大学の中に研修医を派遣あるいは教育をする責任のある機関を作っただけ、研修医の定員については、県の大学卒業生と同じ数にするという事を提案している。

地方の医師不足と偏在について(研修医の問題等を含む)(鹿児島県医師会)

[要 旨]

2004年、新医師臨床研修制度が創設されて以来、全国各地で医師不足・偏在の問題が顕著になっている事は今さら申すまでもない。

鹿児島県医師会では、昨年からの地域の住民、行政、医師が語り合える場として、現地懇談会を始め、これまでに曾於、薩摩、奄美、枕崎、南薩、指宿、いちき串木野市・日置、の7ヶ所を実施してきた。その中で、どの地区も医師不足による地域医療の崩壊の危機を抱えている現状が改めて浮き彫りになった。特に、小児科医、産科医の減少、夜間二次救急医療体制構築の問題、病院勤務医の不足等は喫緊の課題になっている。

先日、2011年度の「医師臨床研修マッチング」の最終結果が公表され、都市部以外の内定者割合が過去最大といううれしいニュースが飛び込んできた。本県も、前年より24人増の97人と、充足率が6年ぶりに6割を超えた。県行政、大学、医師会、臨床研修指定病院が一丸となって取り組んできた成果がようやく出てきたものと考えますが、地域や診療科の偏在解消への真の取り組みはこれからが正念場である。

日医においては、本年4月に「医師養成についての日本医師会の提案—医学部教育と臨床研修制度の見直し—」と題して、臨床研修制度の基本的方向性等、様々な改革案を示しておられる。

臨床研修制度および医師の偏在問題等につい

て、中央情勢ならびに日医の方向性について御教示いただきたい。

●回答：最近の傾向で、大学で産科に進む学生は増えたが、過酷な労働条件という理由でお産は行わないという先生方が増えている。難しい問題ではあるが一生懸命検討をしていく。

小児科に関しては女性医師が多く、出産育児で病院を離れる事があるが、現在、日本医師会では女性医師が現場復帰する為の委員会の設置や政府からの援助を受けながら再就職を手当している。また、日本医師会で女性医師に関して人材の派遣を行っていて、少しずつではあるが成果を出している。

現在、医学部の定員数を増やしており15年先には国際レベルに達するが、その時に偏在という問題が出てくる。日本医師会では、各県の大学において偏在を無くすような講義をしていただきたいという要望を出す予定である。

特定健診における目標受診率未達成時の支援金加算について（長崎県医師会）

【要 旨】

平成20年にスタートした特定健診は、5年後の平成24年までに各保険者に以下のとおりの受診率（実施率）の達成を求めている。また、この受診率を達成できなかった保険者へは、後期高齢者支援金を最大10%加算すると噂されている。

市町村国保	健保組合・国保組合・協会けんぽ	共済組合
65%	70%	80%

この加算は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の中にあるが、平成23年7月に厚生労働省が開催した「第3回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で、「高齢者医療確保法において、各保険者の定める特定健診等の実施目標の達成状況に応じて、保険者に係る加入者の見込数等を勘案して、政令で定める方法により、10%の範囲内で各保険者が支払う後期高齢者支援金の金額を加算減算することとなっているが、現在まで政令は定められていな

い。」となっている。

また、後期高齢者医療制度を廃止し、新制度へ移行する可能性もあり、後期高齢者支援金の加算減算が実施されるのか？されないのか？わからないのが現状である。

国民の健康と予防を考えた場合に特定健診を受診することの必要性は認めるが、このような後期高齢者支援金に加算減算されるような制度に日医としてはどのように対応してきたのか？黙認するのか？

ましてや、厚生労働省が公表している平成20年及び21年の保険者別の受診率は以下のとおりで、平成24年の目標達成は厳しいと思われる。

	平成20年度	平成21年度
全 体	38.9%	40.5%
市町村国保	30.9%	31.4%
国保組合	31.8%	36.0%
協会けんぽ	30.1%	30.3%
組合健保	59.5%	63.3%
船員保険	22.8%	32.1%
共済組合	59.9%	65.4%

受診率を達成できなかった保険者へ平成25年から後期高齢者支援金の10%加算が行われた場合には、財政力の乏しい保険者（特に市町村国保）はより一層運営が厳しくなり、結果として保険料アップにつながる恐れがある。

これまでの日医の対応からは、このような保険料が増減する可能性のある制度について容認しているようにしか思えない。

財源ありきではなく、公平・平等に医療が受けられる社会保障制度を守るのが日医の方針だと思うが、今後どのように対応していくのか？

ご意見をお伺いしたい。

●回答：もう一度考えさせていただいて、今後効果のある方向へ検討していく。

消費税増税に対し、負担増に対し、対策は充分なのか。（熊本県医師会）

【要 旨】

消費税が導入された際に医療界の増税につい

ては充分議論されているとは思えない。

この様なことに疎い、当時の日医の少数の理事が重大な決定をしてしまったのが現在大問題になっているといわれる。

充分の準備と論点整理、又、日医一般会員の了承のもと交渉をすすめてもらいたい。

●回答：消費税増税の分だけ負担増になるという事は決してない。医師の負担が無いように消費税に対する担保を話し合っているところである。しかし政治手法によって法律を変えなければならぬとなると相当な時間がかかるので、法律を改正せずに消費税の負担増を無くしていく。

Ⅲ. 第111回九州医師会連合会総会・医学会

日 時：平成22年11月19日（土） 午後4時～
場 所：ホテルニューオータニ佐賀



第111回九州医師会連合会総会

九州医師会連合会会長挨拶 池田秀夫

ご案内のとおり九州医師会医学会は、1892年（明治25年）の熊本大会以来、幾多の困難を乗り越えて、今日まで連綿と受け継がれてきたところであり、日進月歩の医学を生涯教育を通して日常診療に反映させることにより、国民医療の質の向上と推進に大きく貢献して参った。

さて、今回の医学会は命を守ることを天命として、日々全力を尽くしている我々医師全員にとって、忘れる事ができないものとなった。

去る3月11日に東日本大震災とこれに伴う大津波、そして福島原発事故という未曾有の大災害が発生し、多くの尊い命が失われた年の開催となったからである。誠に無念な出来事で現在も多くの被災者の皆様が日常生活を回復でき

ない状況にあり、私どもは国民健康を預かる医師の立場から被災地の一日も早い復旧復興を国に求めていく責務がある。また同時に国民共通の社会資本である我が国の国民皆保険制度を始めとする社会保障制度の存在そのものが、被災地の人身の安寧、社会の安定に大きな役割を果たした事は間違いなく、私どもは、これらの更なる強化を政府や国会に求めていかなければならないと考えている。

特に1961年（昭和36年）の制度達成以来、今年で50年目を迎え、我が国の発展の大きな基礎となった国民皆保険制度を将来に亘り形骸化させることなく、堅持していくためには恒久財源の確保が不可欠である。

本年6月、政府与党にとって、社会保障と税

の一体改革成案が取り纏められ、閣議報告されたが、医療・介護分野への一定規模の財源投入等、評価できる部分がある一方、重点化と効率化、患者負担強化等、我が国の宝とも言える国民皆保険制度を危うくする財政主導の考え方も多々含まれている。

私ども九州医師会連合会は、日本医師会は下より全国医師会と連携を強化し、今後も国民皆保険制度を堅持するための社会保障制度の充実と恒久財源の確保に向け、一致団結して取り組んでいなければならないと考えている。

また、本日は、この後、医学会特別講演として二題の講演を予定している。医学の進歩は日常診療に導入されてこそ真に価値あるものになる。そして、医学の進歩を普遍する場が各種医学会であり、それを地域医療の現場で患者に適用する社会システムが国民皆保険制度であると認識している。

その様な視点もあり本日の特別講演では、先端医療と地域医療を念頭に置き検討し、第一席は名古屋大学大学院教授の室原豊明先生に「血管再生療法に関する基礎と臨床研修」と題して、第二席は整形外科医としても高名な佐賀大学学長の佛淵孝夫先生から「地域医療と大学の役割」と題して、講演を伺うこととしている。また、医学会第2日目の明日は7つの分科会と5つの記念行事を開催するので併せて多数参加くださるようお願い申し上げます。

最後に、本総会医学会の開催にあたり、多大のご支援とご協力を賜った来賓各位、九州各県会員各位に対して、重ねてお礼申し上げ挨拶とする。

来賓祝辞

原中勝征日本医師会長

先ほど池田会長の挨拶にもあったとおり、我々医師会は国民の健康守り、命を守る唯一の職業である。生命倫理を基礎におき、活動しなければならぬ。

私事で大変恐縮であるが、福島県第一・第二原発の場所から20キロ以内にある浪江町や双葉町は私の生まれ育った町である。思い出のあ

る町が一瞬にして、恐らく残りの人生で訪れることすらできないだろうと覚悟している。本当に寂しいことである。

3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震の際には、各県医師会の協力のもとJMATを結成し、多くの先生方がボランティアの精神で、各被災地での災害医療、健康支援活動に馳せ参じていただいたことに心から御礼申し上げると共に、日本の医師が国民の命を守ろうという精神が健在であることに喜びを感じた。

いま中央では、政府と共に被災地における医療再興に向けて、医療機関が中心となった町造りが展開できないか考えている。住民にとっては医療機関や介護機関が町の中心にあることで、初めて気持ちの安寧が得られるのではないかと考えているが、二重ローンの問題等もあり救済に向けた諸課題解決について政府と話し合っていきたい。

被災された方々が一日でも早く、明るい気持ちで芽生えるよう支援していかねば、今後、精神的な側面から自殺者が増加するのではと心配している。

現在、JMAT IIとして小児検診や予防接種、健康診断、心のケアなどの支援活動を各地で行っている。その他、福島県のように、原発の問題で人口が分散してしまった地域の再興は大変難しい側面があるが、被災された方々が安定した平和な社会が実現できるよう、今後とも先生方からのご協力をお願いしたい。

その他、生涯教育の問題に関して、総合医認定制度の創設に向けて、日本医学会と検討を行っている。

国民のための高い医療、安全な医療、先端技術の入った医療を施せるような体制をつくらうと思ひ、日々努力している。今後とも先生方のご協力ご指導をお願いしたい。

続いて、来賓祝辞として古川康佐賀県知事より歓迎の挨拶があり、その後、来賓として参加された諸先生方の紹介が行なわれた。

宣言・決議

慣例により議長に池田秀夫九州医師会連合会

長が選任され、池田議長進行のもと、国民皆保険制度の堅持・強化と、そのための恒久財源確保の実現を表明した宣言（案）ならびに、政府に対して、別紙九項目の実現を強く要求する決議（案）が、九州医師会連合会総会の総意の下、満場一致で採択された。

なお、宣言・決議の送付先等については九州医師会連合会長に一任された。

宣 言

我が国は経済の低迷、財政の逼迫、急速な少子高齢化の進展等で、近年、社会保障制度を支える財政基盤が弱体化し、その大きな柱である公的医療保険制度についても、持続性の確保を理由とした厳しい医療費抑制策と規制緩和策の導入が企図されてきた。又、これを支える医療提供体制についても、医師や看護師等医療従事者の不足・偏在、患者の受診行動の変化等で綻びが生じ、国民の安心、安全の礎である国民皆保険制度はこの2つの面から崩壊の危機に立ち至っているといっても過言でない。このような中、原発事故を伴う未曾有の東日本大震災が発生したが、我が国の国民皆保険制度をはじめとする社会保障制度の存在そのものが、被災地の人心の安寧、社会の安定に大きな役割を果たしたことは間違いない。

この国民共通の社会資本である国民皆保険制度を将来に亘って堅持し、更に強化していくためには恒久財源の確保が不可欠で、自公政権末期から本格化し、現在の民主党政権で継続されている社会保障と税制の抜本改革議論の行方は極めて重要である。一日も早く社会保障強化策とその財源確保策の具体的な姿を確定し、国民に理解を求め、それを実現化していくことこそ、現下の政府の最大の政策課題である。

我々九州医師会連合会は、国民皆保険制度の堅持・強化と、そのための恒久財源確保の実現に向け、政府はもとより関係方面に一致団結して働きかけていくことを、ここに宣言する。

平成23年11月19日

第111回九州医師会連合会総会

決 議

我々九州医師会連合会は、政府に対し、次の事項を強く要求する。

- 一、東日本大震災による被災地の早期復興と地域医療提供体制の再生
- 一、国民の安心・安全の礎である国民皆保険制度の堅持・強化
- 一、社会保障を充実させ医療・介護の質を高めるための恒久財源確保
- 一、過重な患者一部負担の軽減と受診時定額負担、保険免責制導入の阻止
- 一、株式会社参入、混合診療解禁、医療ツーリズムなど医療への市場原理主義導入と医療の営利産業化の阻止
- 一、新医師臨床研修制度の改善、勤務医・女性医師の支援強化等による医師の不足・偏在の解消
- 一、医業経営を安定的に継続するための診療報酬の全体的底上げ
- 一、医療の公共性にふさわしい医業税制の確立と控除対象外消費税の解消
- 一、准看護師養成制度・三層構造の堅持と養成機関への公的助成の拡大

以上、決議する。

平成23年11月19日

第111回九州医師会連合会総会

第111回九州医師会医学会

去る11月19日（土）14：00より、ホテルニューオータニ佐賀中2階「鶴の間」において第111回九州医師会医学会が開催されたので、その概要を報告する。

特別講演Ⅰは、佐賀県立病院好生館館長並びに佐賀県医師会常任理事である榑木等先生の座

長のもと、名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 循環器内科学教授の室原豊明先生より、「血管再生療法に関する基礎と臨床研究」と題して概ね次のとおり講演があった。

「血管再生療法」とは、主に米国から来ており1990年代から研究や臨床がスタートし、循

環器内科・外科領域では以前から、血管内カテーテル治療（血管形成術）やバイパス手術などの通常の治療がもはや不可能な重症動脈硬化病変を有する患者（末期虚血性心疾患や重症下肢虚血患者）に対する、毛細血管新生療法として発展してきた。この最初の概念は、1970年代のFGF、1980年代のVEGFなどの発見同定に拠るところが大きい。すなわち、これらの細胞成長因子を虚血組織に投与することにより、いわゆる毛細血管のバイパス血管を形成させ、動脈本幹の再建が無くとも虚血組織を保護しようという試みから生まれた。例えば、下肢の動脈が閉塞してしまい、切断しかないといういわゆる他に治療法のない方に対して、VEGFという遺伝子を導入し、組織の細胞に取り込まれると蛋白を形成する。このVEGF蛋白は強力な因子であり、これが毛細血管を作る。

こういうアイデアを最初に考えたのは留学先の恩師であるリスナー先生である。1990年代にbFGFによるイヌ心筋梗塞の治療、VEGFによるウサギ下肢虚血モデルへの血管新生療法などが相次いで報告された。その後、これらの治療は臨床研究にまで発展したが、最近のプラセボ対象の2重盲検による臨床研究ではあまりよい結果は示されていない。

一方で、我々を含めたいくつかのグループが、1990年代後半から、ヒトの末梢血液や臍帯血中には、内皮細胞に分化できるいわゆる内皮前駆細胞（EPC）が存在することを報告してきた。これらの細胞は血液細胞と初期分化段階を共有しており、このため成人では骨髄に由来することが確認された。我々はこの点に着目し、既に臨床で行われているように、フレッシュな自己骨髄単核球細胞を採取し、重症下肢虚血領域に細胞移植することで血管再生が誘導可能であることを動物実験で確認し、2000年から臨床応用を開始している。効果は良好であり、特にBurger病などの他に治療法の少ない難治性疾患に有効であることも確認されている。

最近では、骨髄細胞のみならず、間葉系幹細胞等を用いた自己細胞治療の臨床応用もすでに

開始されている。一方、基礎研究面では、iPS細胞の開発や心筋幹細胞の発見などのブレイクスルーも数多く報告されており、今後これらの細胞を使った心血管系再生医療研究が盛んになっていくものと思われる。

【質疑応答】

●先生のご講演の中で、「血管再生」、又は「血管新生」とおっしゃっているが何か区別はあるか。

○室原豊明先生：厳密な意味を言うと、血管発生型の血管新生と、元々言われている血管新生というのは今ある内皮細胞が分かれ、せまい意味での血管新生であるが、こういうのを合わせて血管再生であると考えている。我々が話す時は、ほぼ同義語で話している。

●素晴らしい治療をされているが、これは治療にあたる時は混合診療となるか、また費用はどれ位かかるか。

○室原豊明先生：我々は始め研究費でやっており、だいたい1人80万円位の実費がかかると思う。

●まだ保険では認められていないのか。

○室原豊明先生：高度先進医療が認められた病院では保険適用であり、現在20～30ヶ所程度はあると思う。

引き続き、特別講演Ⅱは、佐賀県医師会池田秀夫会長の座長のもと、佐賀大学佛淵孝夫学長より、「地域医療と大学の役割」と題して概ね次のとおり講演があった。

臨床研修の義務化などにより、地域医療は大きな危機を迎えている。地方大学医学部では入局者が減少し、地域医療はおろか大学本来の使命である教育と研究も減退しつつある。一整形外科医及び経営担当の副病院長として行ってきた取組と佐賀大学医学部附属病院の地域医療における最近の取組の一端を紹介する。

大学と大学病院の主な使命は、医師のみならず看護師などのコメディカルの教育を行う「医療人の育成」、基礎医学の分野とも協力しながら病因病態の解明や新しい治療法の開発、臨床

試験（治験）を行う「高度先進医療の開発」、難治性の疾患、高額の医療機器や高度の技術を必要とする疾患、経営上明らかに不採算となる疾患などへの対応が求められている「最後の砦機能」、医師会、県、市町村などと共に地域の医療や保健、健康福祉などに取り組み、人材育成を含む「地域医療の拠点」が考えられる。

一整形外科医としてのこれまでの取組は、昭和54年に九州大学を卒業以来、主に股関節外科を中心に行ってきた。平成10年9月に当時の佐賀医科大学整形外科教授に就任してからは、「思いやりのある効率的で質の高い医療」を理念として「特化と標準化」、「自己完結型から地域完結型へ」を考えて実現してきた。この理念の実現のため、毎年具体的なテーマを設けて教室を運営している。【2000年CP (Critical Path)、2001年IT (Information Technology)、2002年QOL (Quality of Life)、2003年EBM (Evidence-Based Medicine)、2004年IC (Informed Consent)、2005年Clinical Governance、2006年CP (Critical Path)、2007年Globalization、2008年Innovation、2009年Incentive】さらに、股関節外科は年間500件前後の手術件数を誇り、その数は全国第1位となっている。股関節手術後の患者さん宛に定期的に情報誌をお送りしている。患者中心の医療を実現するためにもこれらの情報誌を通して、患者と医療者との密接なコミュニケーションをはかっていきたいと考えている。これらの成果は、佐賀大学病院が「股関節手術日本一」を全国のすべての病院のなかで10年程続いていることや、「佐賀地域の整形外科のセンター化」などに繋がった。

副病院長などとしてのこれまでの取組は、医学部の教授時代に病院の材料部長、医療情報部長、経営担当副病院長を歴任し、これまで様々な改革を断行してきた。これらの中で最も大きな成果は「佐賀大学式病院管理会計システム“SagaCious”」である。当システムは、全国的にも類を見ないコスト分析に基づいた部門毎、疾病毎の分析を可能としたシステムであり、分析結

果を毎月公表し、問題点を指摘することにより診療の効率性の指標を示すことができた。また、DPC (Diagnosis Procedure Combination)を導入している病院では極めて簡便・迅速に経営分析ができるため、有力な病院経営改善ツールとなっており、既に多くの病院で使用されている。

佐賀大学医学部の特長は、最後の新設医科大学として昭和51年に開学、同53年から学生の受け入れが始まり、同59年に第一期生が卒業している。この間、教育重視の学風で「良き医療人の育成」を理念とし、チューター制度やPBL教育を行ってきた。

佐賀大学医学部附属病院の理念は「患者・医師に選ばれる病院」であり、高度先端医療と地域医療（最後の砦）機能、遠隔医療などに取り組んでいる。

【質疑応答】

●今般、全国において医師不足や医師の偏在が問題となっている。国では、医師不足が深刻な地域における医療の確保を目的とした医師派遣等推進事業や緊急臨時的医師派遣事業の動きがあるが、佐賀大学ではどう考えるか。

○佐賀大学佛淵孝夫学長：実際に自治体病院等に派遣する際に大学を離れることを嫌がる人がすごく多い。地方だと、循環器や呼吸器の専門家が必要なのではなく、全般的に診療できる人が必要であるが大学にとっては非常に弊害がある。県との協議の結果、総合医・総合内科医を育てることになっている。支援センターはそれまでのつなぎだと考えている。

●研修医をいかに大学に残すかという点についてはどう考えるか。

○佐賀大学佛淵孝夫学長：頭の痛いところではあるが、やはり第一に都会への憧れというのがある。次に、若い人は高度医療に興味を持っており、最新の医療機器により、高度先進医療をやらない大学は評価が落ちている。最新の医療機器を持つことは、単に地域住民への貢献だけでなく、次に佐賀県でがんばろうとする人間を確保するためにも必要であると考えている。

●大分県では、地元に残って医療を担う人材の育成につなげたいという考えから、6年生を対象に、県内のへき地の病院や診療所で2週間研修する「地域医療実習」を導入している。佐賀大学では、このような取り組みはしているか。

○佐賀大学佛淵孝夫学長：佐賀大学でも他施設での研修を行っているが、最終的に入局する学生は少ない。とにかく魅力を感じさせることが重要である。さらに地域医療についてももう少し詳しく説明する必要がある。

印象記

副会長 玉城 信光

平成23年11月19日佐賀において開催された。九州各県からの質問事項に原中会長が答える形で中央情勢の報告がなされた。

原中会長の講演は面白い内容であった。新しい執行部になり政府との話がしっかりと行われていることがよく理解できる。東日本大震災では政府の要請がある前に、JMATで日本医師会の会員を中心に全国の多くの医師が被災地に駆けつけ、日医会員の姿を広く国民に示すことができたこと、政府もそれに対し感謝していることが述べられた。

このこともあり、政府の働きかけで「被災者健康支援連絡協議会」がつくられ、会長に原中会長、事務局長に横倉副会長がついた。日本医師会や日本歯科医師会など34の医療関係団体から構成されている。今後官邸にある「被災者生活支援特別対策本部」と連携して被災者の医療支援を行うようになった。

また国の「防災対策推進検討会議」が設置され、初めて日本医師会も委員に加わった。内閣官房長官をはじめ関係大臣と有識者を含めた会議であるが、いわゆる有識者の発言に対し、現場を把握しない“空論”的発言に対し、原中会長は12名の学識経験者に「東北の震災現場を訪れたことのある人は何人いるかと」問うたようである。現場を訪れたのは12名の委員の中で原中会長、自衛隊に詳しい志方さん、NPO法人の宗片さんの3名であったとのこと。防災専門家の大学教授はだれ一人として現場を訪れていない。これが国の有識者の姿であると喝破された。

駐日アメリカ大使との会談でも歯に衣着せぬ議論を展開しているようである。

日本の人口が減っており、子どもを産み育てやすい環境を作るために、「子ども手当」を進言したのは自分であると話された。

TTPに関して、これまで米国は2001年小泉内閣に日本の医療に市場原理を導入することを要求、2010年鳩山内閣に日本の医療サービス市場を外国企業に解放することを要求してきた。TPPの流れがこのまま行くと公的医療保険がTPPの対象になり、医療の市場化が進む懸念があると述べている。

総会では九州医師会の宣言、決議が採択された。

午後は特別講演Ⅰで名古屋大学の室原先生が「血管再生療法に関する基礎と臨床研究」と題してパーチャー病などに血管を再生させ治療効果を上げていることが報告された。今後の再生医療の可能性などが述べられた。

特別講演Ⅱでは佐賀大学学長の佛淵先生が股関節外科の成績の報告と地域における疾患治療の分担をはかり、多くの手術ができる専門医の育成につとめていること。副病院長時代には「佐賀大学式病院管理会計システム」の開発や地域と大学を結ぶことなど種々の改革を行ってきたことが報告された。

ひとつひとつ実績を積み重ねながら大きな夢に向かっていく先生方の姿を拝見し私たちの仕事も地道に実績を重ねる必要のあることがわかる。

佐賀の会議は初めてであったが、実りの大きな会議であった。

日本の医療を守るための沖縄県民集会

～受診時定額負担導入・TPP交渉参加阻止～

常任理事 真栄田 篤彦



沖縄県医療推進協議会（加盟28団体）主催の標記県民集会が、去る11月9日（水）、ロワジールホテル那覇において、加盟各団体より約700名が参加して盛会に開催された。

当県民集会では、「混合診療」の全面解禁や医療への営利企業参入に繋がり、国民皆保険制度の崩壊をもたらすTPP交渉参加を反対すると共に政府が導入する方針を示している「受診時定額負担」導入の反対を訴えた。

当日は、当医療推進協議会の神村武之副会長（沖縄県薬剤師会長）より開会の挨拶が述べられた後、主催者を代表して医療推進協議会の宮城信雄会長（沖縄県医師会長）が概ね以下のおり挨拶を述べた。

挨拶

宮城信雄

（沖縄県医療推進協議会会長・沖縄県医師会長）



沖縄県医療推進協議会は、沖縄県における医療・介護・保健および福祉行政の充実強化を目指し、積極的に活動を推進することを目的に掲げ、当該趣旨に

賛同する28団体が参加し、平成16年11月に設立された。

当協議会では、これまで「混合診療の解禁阻止」、「高齢者のさらなる負担に反対」、「国民不在の医療制度改革反対」等を求め、署名活動や県民集会等各種活動を展開してきた。お陰様で、一定の成果を得ることができた。これも偏に当医療推進協議会各加盟団体のご協力の賜と感謝申しあげる次第である。

ご存知のとおり、報道によると、野田総理が明日にでも TPP 交渉参加を表明する見通しが明かとなっている。

TPP へ加入した場合、農業だけではなく、医療をはじめ様々な分野に影響を及ぼし、国民生活の根幹を揺るがす可能性がある。

医療分野においては、医療の営利産業化につながり、高い収益が見込める自由診療、自由価格の医療市場が拡大し、混合診療の全面解禁を後押しすることになる。

その結果、公的医療保険の給付範囲が縮小していくなかで、世界から高く評価されている国民皆保険制度が完全に崩壊していくことは明かである。野田総理は「公的医療保険制度の在り方そのものは、議論の対象となっていない」と言っているが、一方では、外務省は、「米国が医薬品分野の規制改革を重点要求としていること」を認めており、また「混合診療の全面解禁が議論される可能性は排除されない」との見解を示している。

既に米国と自由貿易協定を結んでいる韓国では、米国の病院が参入し、600床規模の大病院が建設されている。

我が国が TPP に加入すれば、同様な要求をしてくることは必至であり、混合診療の全面解禁、医療への株式会社参入は確実である。国民皆保険制度の崩壊につながる、こうした政策は断じて許されるものではない。

また、政府は、高額療養費の負担軽減策のひとつとして、その財源を、かかった医療費とは別に医療機関を受診するごとに、一定の金額を患者さんから徴収する「受診時定額負担」の導入を提案している。これは患者負担を引き上げることによって受診抑制が生じ、医療費が減少するという効果を見込んでおり、負担金と受診抑制による給付費の削減の両方を狙っていることが明かである。

我が国の患者一部負担割合は先進諸国と比べても高い水準にある。そうした中で、患者にこれ以上の負担を強いることは、特に受診回数の多い高齢者や病気がちの方等の受診抑制へとつ

ながり、症状の重篤化など健康被害を招くことが懸念される。

そもそも我が国の医療・介護は公的保険でまかなわれており、したがってその財源は本来、保険料や税金に幅広く求めるべきであると考える。

かかる状況に鑑み、現在全国各地でこれらの動きを阻止する運動が展開されているところであり、本県においても、「受診時定額負担」導入、TPP 交渉参加を阻止し、国民生活の基盤である「安全で安心な医療」を守るため、本日「日本の医療を守るための沖縄県民集会」を開催した。

については、本日の県民集会が所期の目的を達成すべく、ご支援ご協力賜りますようお願い申しあげ挨拶とする。

引き続き、小渡副会長並びに小生（真栄田常任理事）から、「国民皆保険制度と TPP」並びに「受診時定額負担」についてそれぞれ趣旨説明を行った。

「国民皆保険制度と TPP」については、小渡副会長より、現在混合診療の全面解禁や医療への株式会社参入、所得格差による受診抑制など、「受診時定額負担」同様に国民皆保険制度崩壊へ繋がる様々な問題が懸念される「TPP」参加について詳細な説明があった。

「受診時定額負担」については、いったん導入されれば、定額負担の水準が引き上げられていくことは、過去の一部負担割合の引き上げを見ても明らかで、受診回数の多い患者や高齢者、低所得者の受診抑制が懸念される。また、所得によって受けられる医療に格差が生じ、公的医療保険制度の根幹を脅かす事態に繋がる等の問題点を説明した。

意見表明では、参加団体を代表して沖縄県社会福祉協議会常務理事の比嘉成和氏、沖縄県老人クラブ連合会副会長の山田君子氏のお二人が以下のとおり意見を述べられた。

意見表明

比嘉成和氏（沖縄県社会福祉協議会常務理事）



沖縄県における社会福祉の事業の健全な発展と福祉活動の活性化を通して、地域福祉の推進を図る観点から意見を申し上げます。

ご承知のとおり、我が国の人口構成は、65歳以上の高齢者が20%を超え、今後も、少子化、団塊の世代の高齢化、人生80歳時代の到来と引き続き高齢化の加速が予測されている。

また、経済の低迷は、国の財政悪化をまねくとともに、失業による貧困に加え、「高齢者の貧困」、「一人親家庭の貧困」、「子どもの貧困」等構造的な課題を持ちながら存在し、これが深刻化していることが明らかになってきた。また、高齢者世帯、単独世帯の増加が指摘されるなど、地域で安心してくらすことができるよう、解決すべき課題が多くある。

この10年、福祉制度は利用者主体のサービスを基本に、措置から契約制度へ、介護保険の開始、施設福祉から在宅・地域福祉の充実へと大きく変わってきた。その間、利用者だけでなく施設経営者や福祉事業従事者であっても、時代に相応しい改革に期待し、勤務環境、経営環境の変化に対応してきた。しかしながら、事業の持続的な経営の安定、介護福祉従事者の処遇改善の面でなお大きな課題がある。

私たちが今、国に期待することは、年金、医療、介護保険など社会保障の「制度の充実」とこれを担保する安定的な財源の確保である。

最近、年金の支給開始年齢の引き上げや、保険料の標準報酬月額引き上げ、介護保険料の総報酬割の導入、介護サービス利用料の引き上げなど一連の負担増の案が次々に提案されている。

国は、社会保障と税の一体改革の全体像・長期的ビジョンを示し、国民に分かりやすく、速やかに提示すべきものと考えている。「受診時

定額負担」は、高額医療費の見直しに名を借りたビジョン無き制度改正であり、予算編成に乗じたつじつま合わせの財源調整である。所得の低い人、高齢者、障害者、子どもを持つ親に、新たに負担を押しつける制度の導入であり、「受診時定額負担」に強く反対するものである。

次に、規制・制度改革、TPP加盟への参加の問題についてである。

これまでのFTA・EPAにおいては、2国間でそれぞれの国内事情に配慮した交渉が行われてきたが、TPP交渉は「すべての品目の関税の撤廃を原則」とするなど、日本が主張する関税の重要品目、国内の法令やシステムについて、「世界標準」「関税障壁」として日本国内のルール変更が求められる恐れがある。

現在、インドネシアやフィリピンからの看護師500名余、介護福祉士750名余について、我が国で実施する国家試験合格を前提として、3年又は4年の期限をつけて受け入れている。

先日、野田総理は、ベトナムの原子力発電施設建設の受注と引き替えに、新たにベトナムからの看護師、介護福祉士を引き受けるとしている。しかしながら、日本語の理解度などから合格率は、1%台に止まっている状況にあり、なんらかの改善が求められる。

介護福祉士、社会福祉士などは、専門職の資格制度をもち、それぞれの専門性を明確にしながら、高齢者の食事、生活介護、日常的な自立支援など生活文化や高齢者の尊厳を尊重し、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう福祉サービスの質の向上に大きく貢献してきた。その介護の分野が安価な労働市場としてコスト減のために資格要件を切り下げ、質の低下をまねくことにならないように注視していく必要がある。

混合診療の全面解禁は、いつでも、どこでも、だれでも同じ水準の医療が受けられる国民皆保険制度の崩壊につながるもので、反対する。医療技術の進歩を全ての国民が享受するためにも、先進医療などの保険外診療を保険対象とするよう努めるべきものである。特に、低所

得者、高齢者、障害者の受診する機会を奪うものであり、強く反対するものである。

また背景にある、外国資本の参入は、株主への利益還元の追求にあり、病院そのもの、病床の一部が利益の大きな自由診療に占められ、又は医師、看護師などの人材の集中を図る結果、私たちが利用する公的医療機関の縮小、人材の不足をきたすなど、地域医療の崩壊と質の低下が生ずることとなることは明かであり、混合診療の全面解禁につながる TPP への参加に反対する。TPP 交渉が、関税の撤廃、農業の問題だけでなく、金融、保険、医療など国の仕組みや基準が変わり、私たちの暮らしに大きな影響を与えることを、ひとりでも多くの県民に理解を求めていくことを決意し、表明する。

山田君子氏（沖縄県老人クラブ連合会副会長）



政府は、高額療養費を見直すにあたり、その財源を確保するために、我々が病院、診療所、クリニック等受診の際に、今までの一部負担金とは別途に、毎

回、新たに定額負担金の徴収を提案している。

財源が乏しくなると取りやすい弱者の立場の患者より徴収しようとしている。取りやすい立場より徴収しようとする事は民主主義に反している。二つも三つも疾患を抱えている高齢者は病院等の受診回数を減らして我慢する様になる。疾病の有病率と貧困の相関は比例しており、病が悪化してから医療機関に受診する様になると、医療費の高騰はまぬがれない。

医療なくして健康保持の生活は困難であり、この制度の導入は混合診療を後押しするもので、金のないものはみじめな思いをして生活していくのか。政治に対して不信と不安を抱くものである。

私たち高齢者は詳細かつ的確な情報は知らされておらず、心のこもった説得力のある説明と、将来どう推移していくのか行政の責任で開

示することを求めるものである。

政府は「高齢者の尊厳を守り、安心、安全な住みよい環境づくり」をと銘打って発言しているが、相反する今度の施策発表に非常に憤慨している。又、新聞の片隅に今国内を二分している TPP の件について、医療と農業は別枠で「関係ない」と関係閣僚は言い張っているがそれを立証する発言も文言も聞いた事はない。TPP のドタバタ劇の裏で定額負担制がまかり通る事のない様、この大会に願いをかけて、沖縄県の高齢者を代表して意見表明とする。

その後、司会の安里常任理事より、当初、本集会でお諮りいただいて決議する予定であったが、政府が、APEC 首脳会議を目前にした 11 月初旬に TPP 交渉参加を表明する動きがあったことから、早めに決議し、反対運動を展開すべく、去る 10 月 21 日に開催した沖縄県医療推進協議会において、受診時定額負担の導入と TPP への参加に反対とした内容の決議を採択し、当決議文を内閣総理大臣をはじめとする国の関係機関、国会議員、及び沖縄県知事、県議会議長等の関係機関へ送付した旨の報告の後、引き続き、沖縄県医療推進協議会の比嘉良喬副会長（沖縄県歯科医師会長）より決議文の紹介があり、決議の内容が参加者全員の総意であることを確認した。

最後に、沖縄県医療推進協議会の奥平登美子副会長（沖縄県看護協会会長）より閉会の挨拶が述べられ、会の幕を閉じた。



平成23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



去る11月21日（月）、県庁3階第1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。

冒頭、県福祉保健部事務局から、宮里部長が欠席のため、本連絡会議の開催要領に基づき、国吉保健衛生統括監が議長を務める旨説明があり早速議事に入った。

議 題

1. 県民救急・災害フォーラムに対する予算措置に関する要望（提案：沖縄県医師会）

<提案要旨>

平成17年度から4年間実施された県民救急・災害フォーラムは、AEDの普及啓発等も含め、県民に対する救急医療や災害時医療の啓発に有意義な試みであった。残念ながら平成21年度から予算化されず、ここ2年間は当フォーラムの開催が見送られてきた。

しかし、本年3月11日に発生した東日本大震災を踏まえ、災害時救急医療の必要性を広く

県民に告知する必要があるとの意見が会員から寄せられ、去る8月28日（日）「第5回県民救急・災害フォーラム」を有志の寄付金（92万円）をもって開催した。

今後この様な救急・災害フォーラムを継続開催していくには、有志の寄付金に頼る運営は、資金面で限界があり非常に不安定である。

この様な問題に関しては、県も積極的に関わる姿勢を見せていただきたい。来年度も同フォーラムを開催することにしており、年間50万円程度の予算措置があればある程度が目途がつくものと考えている。

是非とも当フォーラムへの予算組を復活頂けるよう強く要望する。

<福祉保健部回答>

県においては、平成18年度から平成20年度までの3年間、国庫補助事業を活用しAED普及事業等も含め、毎年1～2百万円程度の予算を確保し、同実行委員会へ事業実施を委託していた経緯がある。

今回、県医師会からの要望事項に関しては、時宜を得た提案だと考えている。次年度の予算化については、既存の予算の中で何とか支援できるよう調整していきたい。

県としても当事業が引き続き継続できるよう考えていきたいので、ご協力方お願いしたい。

○主な意見交換は以下の通り。

●県福祉保健部：沖縄県保健医療福祉事業団の資金も活用していけるよう調整を進めていきたい。

◇県医師会：県民健康フェア等も当該資金が活用できないか調整をお願いしたい。

◇県医師会：事業団の資金活用に関しては県からは是非プッシュしていただきたい。会内に設置されている運営委員会や理事会は、予算枠が既に決まっておりますのは難しい。

●県福祉保健部：財団は予算組が早く終了するため早めに調整していきたい。県も数年前に、特定健診事業で財団資金を活用したことがあるが2月～3月で調整を済ませた。今回フェアの相談があったのが6月頃であったため、既に予算の枠組みが決まっていたものと思う。

●県福祉保健部：県としても当事業の必要性は感じているので、予算確保ができるよう積極的に調整を進めていきたい。

2. 救急医療に関する特例病床の増床と今後の二次保健医療圏における基準病床について（提案：沖縄県医師会）

＜提案要旨＞

県福祉保健部は救急医療に関する特例病床の増床について検討中（沖縄タイムス：2011年10月6日）とのことであるが、どの様な分析結果と基準に基づいて増床する予定か、ご教示いただきたい。

平成25年度の県保健医療計画は、平成24年

11月頃までに見直されると思われるが、二次保健医療圏の現状分析や5～10年後の医療需要分析に基づいて、平均在院日数及び病床利用率を加味した基準病床数（適正病床数）を早急（来年早々）に検討することを要望する。

また、救急病院では、長期入院患者（寝たきり患者も含め）が20%前後を占めていると言われている。老人保健施設等の増をも含めた、医療・介護施設等とのスムーズな連携について思案があれば、お尋ねしたい。

＜福祉保健部回答＞

1. 救急医療に関する特例病床の増床について

救急医療に関する特定病床については、救急搬送件数の現状及び今後の推移予測、救急告示病院の病床利用率や平均在院日数の状況等を把握・分析しているところであり、各二次医療圏の状況を踏まえて必要な病床数を検討していくこととしている。

今後、救急医療対策協議会等での協議を行いながら、県医療審議会への諮問及び厚生労働省との協議等、必要な作業を進めていくこととしている。

2. 沖縄県保健医療計画について

沖縄県保健医療計画については、平成24年度中に見直し作業を行い、平成25年4月からの施行を予定している。基準病床数については、近々厚生労働省から算定方法が示されるものと考えている。県としては医療機能調査を今年度実施し、その算定方法等を踏まえ、病院種別毎の平均在院日数や病床利用率等を把握して、基準病床数を検討する予定である。

3. 医療・介護施設等との連携について

県における高齢者福祉施設等の整備については、市町村計画等を踏まえ、沖縄県高齢者保健福祉計画を策定し、計画的に取り組んでいるところである。特別養護老人ホームの待機者解消のため、同計画の期間である平成23年度までに市町村と連携し、特別養護老人ホーム、地域

密着型サービス施設等を1021床整備することとしている。

現在、県としては次期計画策定に向けて、市町村のニーズ把握に努めている状況であり、必要な整備目標を定める予定である。

医療・介護施設等との連携については、次期保健医療計画の中でも議論していくが、地域連携クリティカルパスの運用等により、具体的な対策が立てられるのかどうか、県医師会にも検討をお願いしたいと考えている。

○主な意見交換は以下の通り

◇県医師会：おおよそ増床はどの程度となるか。

●県福祉保健部：厚生労働省と調整を行わないといけないので明確な数字は出せないが、10年間を見越していかないといけない。救急搬送件数が10年間でどれ位増えていくのか想定して、10年間救急医療に対してカバー出来る位増床しないと安定化しないと考えている。

平成18年度の救急搬送件数は年間で約31,000件であったが、平成22年度で約36,600件と約5,000件程増えている。通常医療計画は5年であるが、平成32年位まで今後2回の医療計画を作るにあたり、この2つの医療計画をまたいで病床を整備しないと、その都度やっていたら大変な状況になる。

特例病床の設置というのは、作業が膨大である。中部医療圏、南部医療圏は人口も増え、救急搬送件数も増えている。基本的には中部、南部をできるような形で進めたい。

◇県医師会：平成20年度の保健医療計画は19年度に検討されているが、委員会で何ら十分に検討されずに医療計画を作った背景があったのでよろしくお願いしたい。

老健施設については、まだまだニーズがあるのではないか。次の次位の受け皿になるのではと考える。足りないと言われながらも20%前後が長期入院患者である。その中の5%でも10%でも移すことができれば良いと考えている。

●県福祉保健部：県の計画については、市町村の計画の数値を踏まえて計画を立てている。特別養護老人ホーム、老人保健施設については整備計画という形で計画を立てている。

現在、市町村のニーズ等を聴取している段階。具体的にどの程度必要なのか市町村から状況把握し、整理していきたいと思う。

◇県医師会：救急病床だけではなく、その後の受け皿も増やしていただかないといけない。老健が空いていれば老健に入れるが、空いていなければ3週間の在院日数が切れた場合、行く場所が無い。新型老健に入れようと思っても、ベッドが空いていない。そうすると受入れたくても受け入れられない。

救急病床を増やしていただくのは有難いが、その後の受け皿も増やしていただきたい。療養病床をしている病院が受入れやすくなるような条件を整えて頂けたら、今の救急病院だけでもおそらく対応出来るのではないかと。

◇県医師会：これは医療全体をどうするかというところに絡んでくる。気になるからといってここだけ治しても解決にならない。いくら増やしても、医療の連携が取れていないとつまってしまう。ベッドを増やしても、その患者が1%、2%増えたら一緒である。これは連携の流れが出来ていないからである。例えば、療養病床の中に医療区分など、色々なものを持ち込んで点数化することがあげられる。医療機関は、経営が成り立たないような患者様を入れると経営破綻してしまう。そういう状況が全て重なり、今の状況が出来ている。一部の問題だけ取り上げて検討するのではなく、医師会もきちんと問題、現況をはっきりさせた上でどうしたら良いかという提案をしないとイケない。

●県福祉保健部：救急医療の議論の中で特例病床というのは1つの方法としか考えていない。特例病床、看取りの問題、地域医療連携という3点で考えていかないと全て上手くいかない

思っている。

前回の医療計画から診療所の病床について規制がかかるようになった。前は十分な議論がされていなく、こういう診療所には病床を認める等の要件は整理されていない。48時間という規制は取れたが、基準病床の中に組み込まれている。今のところは基準病床の中に入っていないが次の医療計画はどうなるか分からない。

特例病床については早めに国とも協議をしながら検討していきたいと考えているが、地域医療連携、診療所の病床のあり方、看取りの問題についても来年11月頃に案が出てくると思うので、それまでには議論を進めていきたい。

◇県医師会：救急病院で20%位滞っている患者を誰が受けるか。重傷の方が多いが、慢性期の病院でそれを受けるところがあるのかどうか。そういう病床の質ということも考えていかないと上手く回らないのではないかと。

●県福祉保健部：全体的には県だけでは解決出来ない部分がある。国には言うべきことを言っていないといけなくて診療報酬の問題等、医療区分の話が出てきて色々な変化が出てきたと思う。

●県福祉保健部：スタンスは県も一緒である。医療全体の問題を一緒になって解決していかないといけない。救急医療に関しては、全国に比べて沖縄は救急病床が少ない。根本的な解決は全体的にやらなければいけないが、これは前倒しで早めに検討が必要であるということをやっている。ただ特例病床についても国との協議に入りたいが、特例病床については国は厳しいので、こちらで何床と算定しても、国との調整は時間等厳しい状況になると思う。その際は医師会と調整させていただきご協力をお願いしたい。

◇県医師会：特例病床については、沖縄は非常におかしい決定をした過程がある。本来、特例病床は、ある限られた病床を増やすのが通常で

あるが、病院丸ごと認めたという経緯があり、普通では考えられない。病院で不足している病床をどのように増やせば良いのか現場と連携しながらやっていかないと非常に難しい。

●県福祉保健部：今でも沖縄は救急車を断らない割合が全国一であり、医療機関の努力もあると考える。しかし、以前は消防が医療機関に連絡するとスムーズに受入れたのが、断る回数が少し増えている。人口当たりの救急病床数は少なく、外来患者数も少ない。糖尿病であると言われても病院に行く方が少ない。

◇県医師会：沖縄県の救急が何故良いかというところ、沖縄県の医師の数が他府県と比べても引けを取らないからである。その割りにクリニックが少なく、どこに医師がいるかというところ救急にいないので稼働出来ている。全国はそうではない。救急告知病院に医師が少なく、そのため上手く稼働していない。そこが決定的である。沖縄県の良いところを生かしながらやっていきたい。

県の管轄の限界はどこなのか、それをしっかり調べた方が良い。こういう議論をすると全て国策になってくるので県で議論をしてもしょうがない。しかし、法律というのは細かいことを見ていくと県の裁量権というのは必ずある。特例病床は病床基準外であり、県知事の権限で出来ると考える。

連携については、国の政策が関係する。老健は、介護保険にかかり、保険者は地域である。すると市町村の財源にかかり、市町村の了承は得ることが出来ない。医療と全く違っている。国、あるいは県が、財源的な処置をすれば別であるが、中々出来ない。設置したのはいいが、市の財政は悪くなる。そういう意味での介護保険との連携は全く出来ていない。

●県福祉保健部：最終的には厚生労働大臣の同意ということになっている。しかし県で資料をしっかりとまとめて持っていかなければいけない

い。そこには、医師会等関係団体のある程度合意が必要であるので調整をさせていただきたいと考えている。

県知事サイドで医療計画の中でできるのは診療所の病床である。診療所の病床は規制がかかっている。ただ、医療審議会でいろいろ審議はしているが、糖尿病やがん等4疾病の医療連携

の中で、どうしても在宅にもっていかないといけない部分がある。その辺りの診療所の病床をどうしていくか。今回の医療機能調査で、診療所でも有休となっているところがあるのではないか。その辺りの議論もしながら出来るだけ診療所の病床も活用出来るような方策を考えないといけないのではないかと考えている。

印象記

常任理事 安里 哲好

今回は当会から2議題を提案した。

議題1.「県民救急・災害フォーラムに対する予算措置に関する要望」を当会より提案した。当フォーラムは国庫補助事業を活用して、実行委員会に委託して平成18年から3年間行われていたが、補助が終了し、その後2年間、フォーラムは見送られた。それに対して、NPO法人が中心となり、県民へもっと早く広報して欲しいとの要望もあった程充実した素晴らしい「第5回県民救急・災害フォーラム」が、有志の寄付を基に開催されたことを報告し、次年度の予算措置を要望した。県としても当事業の必要性を感じているので、予算確保ができるよう積極的に調整していきたいと述べていた。補助事業が数年間で予算執行を行い終わるものであれば良いが、そうでないと事業の継続に要する収入を得る方法を模索するのに常時、頭や労力そして時間を要し難渋する。昨今、県医師会は、県や国より5～6種類の補助を得て事業を実施しているが、その事業が始まったときから補助が終了した時の継続はどうするかをいつも考えている。特に、人材をそれなりに採用した時がそうである。医療保険や介護保険を対象としない事業はニーズや先が十分に読めないから前途多難であるが、すべてが医療に直接的・間接的に関係する事業にて、前に進めそして発展させて行きたいものだ。

議題2.「救急医療に関する特例病床の増床と今後の二次保健医療圏における基準病床について」はその必要性と、地域医療支援病院・救急病院の現状について新聞紙上を賑わせていた点もあって提案した。前回の平成20年度県保健医療計画を策定する際、年度のぎりぎりの時期に、厚労省の計算式により算出した基準病床数を提示し、検討する間もなく承認されたきらいがあった感がある。一方、現在の地域医療支援病院・救急病院の病床利用率はインフルエンザ流行の時期でなくとも95～104%（全国平均：81%）と他府県に比べ著しく高く、平均在院日数も9～14日（全国平均17.2日）と全国でトップクラスである。更に、沖縄県中南部二次保健医療圏においては、2025年の医療・介護需要は1.3倍強に増加するとの分析報告がある。その様な現実と5～10年先をも含めて鑑みると、特例病床の早急な増床、そして基準病床増に加え介護施設等の整備は県民医療・介護領域において喫緊の課題と強く感じた。

平成23年度沖縄県医師会勤務医部会講演会

みんなのシミュレーションセンターはこうなる！

沖縄県医師会勤務医部会 部会長 城間 寛



去る11月30日（水）沖縄県医師会館（3Fホール）に於いて、来春完成予定の「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」について、琉球大学医学部附属病院 第三内科教授 大屋祐輔先生、同じく地域医療教育開発講座 准教授 阿部幸恵先生を講師にお招きし、『みんなのシミュレーションセンターはこうなる！』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57名であった。

講演

1) みんなのシミュレーションセンター計画の進行状況について

琉球大学医学部附属病院 第三内科教授
大屋 祐輔 先生

おきなわクリニカルシミュレーションは、来年4月のオープンに向けて急ピッチで準備が進んでいる。

シミュレーションセンターは、沖縄県・沖縄県医師会・琉球大学が連携したプロジェクトであり、事業構想委員会（県立病院群・群星群・琉球大学群）において計画が進められている。また、琉球大学医学部に地域医療に関する寄付講座を設けており、センターの運営面をサポートしていただいている。

更に、今後遠隔医療（コンサルテーションや診療補助等）や産業（医工連携、産学連携、医療機器開発等）にも波及できるように考えている。

スローガンは「目指せ日本一、アジア一」

建物の特徴：①機能性の高い施設、②可塑性の高い部屋になるよう工夫した。

シミュレーター：①教育効果の上がるもの、②沖縄の医師が希望するもの、③沖縄の特徴を活かせることができるものを選定した。

ソフト：①選任職員、②人材育成：FD、③ソフト開発に重点を置き進めている。

場所：第二基礎研究棟横にあった駐車場スペースに建設中である。

平成23年度沖縄県医師会勤務医部会講演会

日時：平成23年11月30日（水）
19：30～21：30

場所：沖縄県医師会館（3Fホール）

次第

司会 沖縄県医師会勤務医部会部会長 城間 寛

I. 開会

II. 講演

座長：沖縄県医師会副会長 玉城 信光
「みんなのシミュレーションセンターはこうなる！」

1) 計画の進行状況について

琉球大学医学部附属病院 第三内科教授
大屋 祐輔 先生

2) クリニカルシミュレーションセンターの仕組み～部屋の特徴とそこで何が行われるのか～

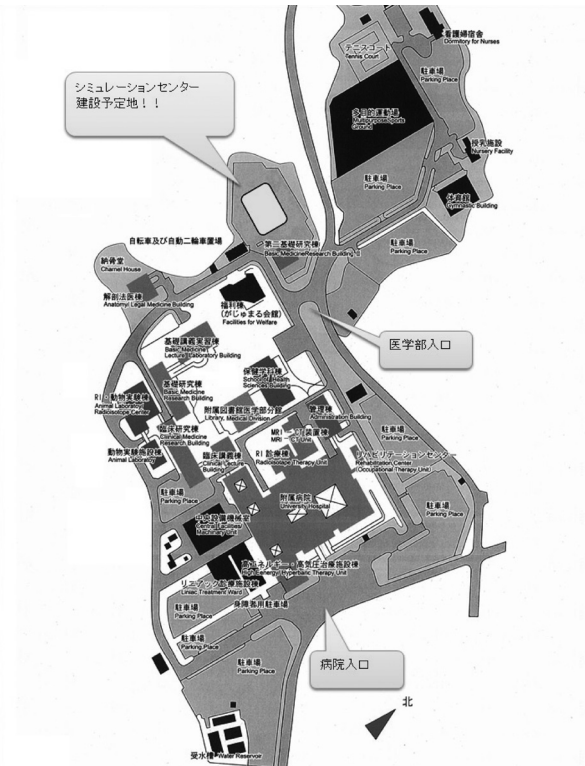
琉球大学医学部附属病院
地域医療教育開発講座 准教授
阿部 幸恵 先生

3) 体験シミュレーター

大浜第一病院 入江聡五郎 先生 ほか

III. 質疑

IV. 閉会



建築施設：三階建ての鉄筋コンクリートで2,250㎡である。屋上にはソーラーパネルを使い、環境にもやさしい造りとしている。

建築開始は2011年8月1日で、竣工予定は2012年2月末日となっている。

設置するシミュレーター：2011年4月から6月にかけて病院や委員にアンケート調査を実施し、8月のシミュレーター部会において第一次購入品を決定した。現在、入札及び購入手続き中である。また、来年度更に充実させるつもりで考えているので、リクエストがあれば申し込んでいただきたい。また、専門医トレーニング用のシミュレーター（Lap Mentor、Vist-C等）は、琉大附属病院専門研修センターから移管する予定である。

活動状況：シミュレーター（SimMan3G）の説明会を開催している。現在3回目の開催に向けて計画中である。今後定期的に開催する予定である。また、12月の県医学会でも展示予定である。

ハワイ大学のBerg先生の指導を受けて、

Faculty Development (FD) を企画・開催している。その他、教育的なセミナーも行なっている。FDに関しては3つのステップを考えながら進めている。

1st stepでは "fun-Sim"

シミュレーション教育の必要性や重要性、初心者向きではあるが全ての教育者に受けて欲しい内容である。

2nd stepでは "fun-Sim2 ; Make-Sim"

既存プログラムやシナリオを用いて教育ができる。また、独自で考えたシナリオの提案ができるようにしている。各病院の教育担当には是非受講していただきたい。学習者の力を引き出す方法を学んで欲しい。

3rd stepでは "iSim"

世界標準プログラムである。ピッツバーグのワイザーシミュレーションセンターが行なっているプログラムである。来年3月本県でも実施予定である。このコースはある程度、習熟した方のコースである。シミュレーションを用いた教育カリキュラムを作り、fun-SimやMake-SimのFD、講師ができる人材の育成を目指している。

利用グループの構築と連携：現在、オール沖縄による指導医のグループを構築しており、看護協会との連携や病院、研修グループ単位等との連携構築を目指している。

その他、医学部学生へのプログラムトライアルの実施も考えている。

今後の予定：

- 3月23日（金）～ 25日（日）
ピッツバーグ大学・ハワイ大学で実施されているシミュレーションプログラムを予定している。恐らく日本で初めての開催になると思うので、全国に向けて募集する予定である。
- 3月25日午後より
オープニングセレモニーを全県に向けて紹介する予定である。

● 4月15日(日)
 全県下の新研修医を対象としたトレーニングを計画している。現在、全県の指導医の先生方と
 その準備を進めている。

ホームページ開設：7月下旬、シミュレーションセンターのホームページを開設した。アドレスは<http://okinawa-clinical-sim.org/>である。各種セミナーやワークショップの申込みもホームページ上から申請できるようになっているので、是非ご利用いただきたい。



2) クリニカルシミュレーションセンターの仕組み
 ～部屋の特徴とそこで何が行われるのか～
 琉球大学医学部附属病院 地域医療教育
 開発講座 准教授 阿部 幸恵 先生

おきなわクリニカルシミュレーションセンターは、医療行為のシミュレーションをテーマとした教育施設である。

とりわけ、医師が高度医療をしっかり勉強し、研修先として沖縄県に残っていただきながら、地域医療の再生を目指す施設である。

なぜ沖縄県はシミュレーションを選んだのか

今専門的な技術や知識は複雑かつ膨大になっており、医学における基礎教育の中でも、ますますカリキュラムが変化してきている。

複雑かつ膨大プラス、社会の医療安全の意識がかなり高く、訴訟問題も右肩上がりに増えて

いる。それに追従して医療倫理もかなり求められる時代である。

教育の変化

そういう中で教育は問題を自主的に解決していくだけではなく、「何が実際に臨床の場でできるのか」というコンピテンシー、医学部を卒業したその人が、何を知っているのかでなく、一体何ができるのかを問われる教育になってきている。

世界の教育改革の動向

学生時代は自分で主体的に自らの知識を磨くこと、実習も見学ではなく、参加型にする能動的な学習方法が進んでいる。

基礎と臨床を統合した教育が、評価という視点でも考えられて、また、とくに大事なのは、コミュニケーション能力の重視である。医療安全を考えた時、訴訟になる多くが医師と患者たちのコミュニケーションが上手くいっていないという事がベースにある。

どういう風に臨床の場でコミュニケーション能力を使い、信頼関係を築き、医療を提供していくか、そういうことは「傾聴」「共感」「話を聞く」「信頼を得る」ということが知識として分かっているだけでは駄目である。

「先生、もしかして医療ミスですか」と言われたとき、きちっと信頼関係の下に説明ができる。そういう知識だけではなく、患者にその場で医療が提供できる。それには、かなり事前にシミュレーションした状況の中で練習していかなければ、ふっと出てこないという事もあり、シミュレーションはすごく大切だと言われている。

知識と技術・態度を統合 体験振り返り

つまり6年間学んだ知識を実際の臨床の中で、技術を統合していけるよう事前に体験する。臨床でやったことは、かなり乏しく、臨床の現場ではもの凄くスピーディーですごく忙しい。そこで振り返る事はなかなか難しい。

そういう教育の限界も今はある。また、在院

日数が短縮化すると更に忙しくなるため、体験や振り返る時間をシミュレーションセンターやラボなどの実験室の中、振り返り自らの技術を生涯伸ばしていくことが必要である。

知識と技術を統合していく、そして振り返り技術を磨いていくという事が必要である。

社会が求める実践力のある医療者を育てるために

基礎的な教育と卒後臨床研修制度から後期研修医、それ以上先まで乖離をなくし、なだらかに実践と指導ができる本当の意味でのエキスパートを育てていこうという形で医学教育全体が変わってきた。

今日はSimMan3Gが主役ではあるが、高価な物がなくても何を後輩に伝えていきたいか、どんな医療を後輩にさせたいのかという風なことを考えれば、とりわけSimMan3Gがなくても、模擬患者を設定しても良い。オレンジを使って筋肉注射の練習する事でも良い。大事なことは、どのような医療を担う人材を育てていきたいかがシミュレーション教育の土台になっている。

シミュレーション教育の一例

シミュレーション教育では一連のシナリオを作り、患者の状態がどんどん変わっていく中で、初期評価の段階で「どのような行動を取ったのか」「どんな検査をオーダーしたのか」「看護師とどういう連携が取れたのだろうか」ということを、研修医や看護師がチームとして共に考えまとめていく時間を与える。

最後は患者家族のところに出向き、家族に対して説明を行なう。本当にこの説明で納得するのだろうかという、体験を振り返る時間を与える。

実際の現場では、患者の状態がどんどん変わっていくため、なかなかそのような時間が持たない。そのような部分をシミュレーターを活用し教育している。また、ヨーロッパやアメリカでも、当然のように医療者たちが手術や災害現場を想定したシミュレーションを実演している。

おきなわクリニカルシミュレーションセンター
国内最新鋭のシミュレーションセンターが来春始動する。

医療の安全性の確保や高度な技術習得を目指し、臨床を再現したスペースと高度な科学技術・指導者らの英知を駆使して、2,250 m²のクリニカルシミュレーションセンターが正に建とうとしている。

これは未来の沖縄医学界を担う人材を育成するために、皆様の力を借りながらこれからますます発展させていかなければいけない。

3つの学ぶゾーン

当センターには、3つの学ぶゾーンがある。

- ①基本のスキルを学ぶゾーン
- ②救急医療を学ぶゾーン
- ③専門的スキルを学ぶゾーン

これらはテクニカルなスキルだけではなく、医療安全でも言われているノンテクニカルなスキル。医師としてのプロフェッショナルリズムを土台にし、テクニカルの部分の判断やリーダーシップ、コミュニケーションをしっかりと兼ね備え、自らが反省し実践していく、実践化を生み出させるのが、おきなわクリニカルシミュレーションセンターのコンセプトである。

シミュレーター

当センターでは、ある程度のトレーニングができるようなものを揃えている。高度なSimMan3Gや内視鏡ができるもの、腹腔鏡手術やルンパール、CV、心臓の診察法の実践、挿管、一時救命処置など、ありとあらゆる幅の物を準備している。

各フロアの紹介

1Fは、現場で生まれる救急・手術を疑似体験できるゾーンとなっている。専門内視鏡をしたり、内視鏡下での手術をしたりすることを考えている。ブタの臓器などを活用して、手術の模擬体験をする。また、模擬体験後、自分たち

の動きを映像で見てディスカッションする部屋も設けている。

2Fは、①仮想病室を再現し、②基本的な臨床技能・診療技術・OSCE（オスキー）、③グループによる奨励カンファレンスができるゾーンとなっている。16の小部屋があり、患者への診察方法やシミュレーターへの練習や技術のチェック・評価ができる。また、個室を作りチ

ームで動いてみることもできる。真ん中にコントロールルームがあり、マジックミラーで個室の中が全て観察できる部屋を考えている。

3Fは、大きなフロアになっており、2つに区切ることができる。大きな空間で市民向けや研修医・学生向けに一時救命処置などの講習会が行えるようにしている。

来春OPEN！！ おきなわクリニカルシミュレーションセンター コンセプトは「ALL 沖縄」

1F ・現場主義で生まれる救急・手術を疑似体験



※イメージ図です

2F ・仮想病室を再現
・基本的臨床技能・診療技術・OSCE
・グループによる学習

3F ・講習会や集団練習など多目的に使用

【近日中のWS】

ハワイ大学シミュレーションセンター
SimTikiでおこなわれているセミナー
のエッセンスを2日間で学びます！

日本語版 Fun Sim-J : 1月7・8日開催

英語版 Fun Sim : 2月開催



※検索サイトにて「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」をクリックしてホームページへアクセス



開設に向けて

各種セミナーやワークショップを行い、シミュレーション教育における指導者を育成している。その指導者が少しずつ育ってきている。

来年4月15日には、沖縄県に入ってくる研修医を対象にシミュレーション体験をして貰うべく、群星・琉大・県立の指導医達が月に一度集まり、いろいろな企画を検討している。

クリニカルシミュレーションは教育・研究・開発の場

当センターでは、実践力の向上を支援する場である。また、指導者や学習者、双方向性の体験学習の場でもある。特に現場で忙しい中、off-the-jobで押さえておきたいことや、さらに症例を掘り下げて考えたいことを振り返り、プロフェッショナリズム・倫理を考える場でもある。また、遠隔医療も考えており、世界を一つにしていく場でもある。

さらに、他分野での研究や開発、産業界との連携などもあるかもしれない。そのようなことを目指しながら一步一步、皆様の力を借りて進んでいきたい。

おきなわクリニカルシミュレーションセンターは最新鋭の装備である。真に日本一、アジア一の施設になるにはオール沖縄の力が必要である。

引き続き、皆様方のご指導とご鞭撻をよろしくお願いしたい。

3) 体験シミュレーター

大浜第一病院 入江聡五郎 先生

このコーナーでは、大浜第一病院の入江聡五郎先生等と、フロアからの協力で豊見城中央病院 外科の島袋誠守先生によるSimMan3Gを使用したシミュレーション教育の一例が行われた。フロアから多くの参加者が実際にシミュレーターに触れるなどして体験した。

また、阿部先生から効果的なシミュレーション学習について「シミュレーション教育は、体験学習を通じて、何ができ、何ができなかった

のか、今後どの様にしたら良いか、ディブリーフィングに十分な時間をかけることがとても重要である。これらが能動的な学習を促し、自らが学んでいく。反省が教材となり、皆がそこから学ぶことがシミュレーション教育である。」と訴えた。



その後、行われた質疑では様々な意見がフロアからあがり、活発な意見交換が行われた。主な質疑は概ね以下のとおりである。

意見交換

□蔵下要先生（浦添総合病院）：刺激的で良かった。シミュレーション教育は指導医の教育が重要だと思うが研修施設の医師達がどのように関わっていけるのか教えてほしい。

■大屋教授：まずは皆さんにシミュレーション教育の面白さ、必要性、重要性を知っていただくことである。今日の実演で少しいメージが沸いてきたかと思う。さらに、それを深めていくのがfun-Simである。県内の指導医の先生方には是非とも一度は受けてほしい。次のステップでは、学習者から引き出す教育方法も準備しているので、そこも受けてほしい。

我々は先生方にシミュレーション教育のテクニックを覚えていただいたり、理解してもらったりすることが仕事だと考えている。

このようなかたちで進めているところは全国で殆んど無いと思う。そこが沖縄のシミュレーションセンターの最も良いところだと思う。

■阿部准教授：来年4月新研修医たちに向けて基本的なスキルの体験学習を企画している。そ

れを契機に3ヶ月後、6ヶ月後にどのようなプログラムを作っていくか広報していきたい。このような症例を体験させたい等リクエストがあれば提案いただきたい。各科で考えるトレーニング等の提案があれば是非知恵を借りたい。

■大屋教授：fun-Simを受けていただくとイメージが捉えられると思う。そこからプログラムの拡張が生れる。それに合わせて共同でシミュレーションプログラムを作っていくこともできる。

■入江先生：fun-Simの講座について、指導医の先生方には是非受講して欲しい。指導環境を整備する方々にはできればiSimまで受けて欲しい。

実は私もiSimを受けて、シミュレーション教育に関わるようになった。それまで全く関わりがなかった。これまでティーチング・フェローシップはしていたが、その中でシミュレーションとは知らずにシミュレーション教育を普段から実践していた部分もあった。それがどのような意味を成すか、iSimを受けることでかなり考えが纏まった。

沖縄県で若手医師の救急懇話会の代表にしているが、非常に後輩を育てようという意欲の強い県だと思う。全国のEM Allianceに参加しているメンツと見比べても全く遜色ないのが実感である。

医師が専門医をめざす中で、実際に症例を見るだけでは厳しい面や予めラボをやる前の準備ができるような機会がシミュレーションセンターにはある。それを理解してくれる上級者の存在は沖縄県全体の活性化に繋がると思う。

□玉城副会長：入江先生が言ったことは大事なことである。新しい教育を率先してやってみる。抑えつける教育ではなく、例え自らができなくとも「面白いからトライしてみろ」と指導者を育成していくことが裾野を広げていくことになる。

□城間部会長：開業医の先生方がトレーニングを希望した場合のフォローはどうなっているか。

■大屋教授：標準的なものは準備していきたいと考えている。リトリートとして、もう一度学

びたいというプログラムを考えている。開業された先生方が何を学びたいのか今後考えていきたい。

もう一つは、ライフイベント等で休職した医師の復帰支援を考えている。例えば、挿管方法等のいくつかのコースを準備し再度学んで貰う。

□玉城副会長：開業医から病院に送った症例や症例検討会で出た症例を医学会等でSimMan3Gを使用し学習すると面白いかと思う。今後、具体的にできるか考えてみたい。

■大屋教授：症例をプログラム化して復習する使い方もあるので是非よろしくお願ひしたい。

□篠崎裕子先生（沖縄県病院事業局）：県立病院も多くの研修医を抱えている。このようなシミュレーションを利用しつつ、臨床研修で研修医が育っていきけるかまた検討し、協力していきたい。

□玉城副会長：来年4月東京で臨床研修医確保対のための合同説明会にオールオキナワの取り組みとしてブースを出展する。県内研修病院で研修すれば効果的にシミュレーションが活用でき充実した研修生活を送れることをアピールしてもらえると県全体共通の財産として、さらに研修医が増えるのではないかと考えている。

□宮城雅也先生（南部医療センター・こども医療センター）：将来的な質問だが、シミュレーションセンターがしっかりしてくると、琉大の学生の卒業生レベルが随分変わってくる可能性があるのか。

その他、シミュレーターはセンター外にも持っていくことが可能か。

■大屋教授：学生のレベルについてはその様に持っていきたい。現在の医学教育は取り敢えず知識を教える教育となっている。もっと臨床の視点に立ち、臨床を取り入れたものにしていかなければ医学教育の改革はできない。本大学では学習者の意欲をかきたてながら、知識はもとより臨床機能や考え方も分かる様な学生を輩出したい。

シミュレーターの貸出については、現在検討中であるが、高価なシミュレーターはオペレー

タ無しには操作が難しい面がある。シミュレーターを載せる運搬車を配備する予定なので、スタッフが一緒であれば貸し出しできるようにしたい。

県の主要な病院すべてにSimMan3Gを置いて頂き、そこから遠隔カメラでシミュレーション教育ができればと考えているが、前回の地域医療再生基金で認められなかった。今後、このような会合を多く催すことで必要性を理解して貰えるかと感じている。

■阿部准教授：貸出の件についても学ぶ人たちが必要であれば前向きに何度も検討していきたいと思っている。

□宮城雅也先生（南部医療センター・こども医療センター）：シミュレーションセンター、イコールシミュレーターというイメージがあるが、将来的には精神科なども構想に入っているか。

■阿部准教授：シミュレーター教育がシミュレーション教育ではない。それぞれ「患者さんが亡くなってから家族へ剖検を取る説明をして下さい。」「再発転移の説明をして下さい。」「妄想がある暴力を振るう人への対応をしてみして下さい。」といったことも十分シミュレーション教育だと思っている。

□城間部会長：看護教育におけるシミュレーションセンターのポイントは。

■大屋教授：看護教育分野では、医師の分野よりも、むしろ進んでいる印象がある。琉大でも医師よりも看護師の方が熱心に勉強している。逆に医師が引っ張られ始める傾向がある。

□玉城副会長：医学教育に関しては日本医師会も4年間で教育そのものを終了し、残り2年間で臨床研修という実際的な医療現場に立てるような構想を練っている。恐らく研修システムを変えて、卒業後、立派な医師に近づけるよう教育にシフトしていくかもしれない。

□峯宮城副会長：今日実際の実演を見てかなり使えるなど感じた。院内でもシミュレーションのようなことをグループで実施しているが、コースを受講すれば研修医を連れて利用する方法が一番標準的な形か。

■大屋教授：先ずセンターで見えていただき、自らでシミュレーターをコントロールできるようになれば自身の病院でスタートしても良いと考えている。全てシミュレーションセンター内で、やらなければならないということは全くない。

□峯宮城副会長：初期臨床研修コースの中にシミュレーション教育のプログラムを組み紹介できるか。

■大屋教授：一部分やりたいという気持ちもあるが、やはり現場の指導医の先生方の気持ちもあるので、話し合の中で調整していきたい。一度シミュレーションを経験すると取り込んだ方が良いと考える指導医が殆どだと思うが、現時点ではまずは現場で頑張ってもらおうという声もあるかと思う。

実際カリキュラムの中に、いくつかコースを用意し研修医に受けて貰う。初めから評価のことを言うとモチベーションが下がるため言っていないが、シミュレーションセンターでは、研修1年目の到達点を掲げて評価することもできる。自分自身の到達点を計り、2年目の目標に向かいフィードバックすることも考えている。そういう方向で一体化したい。

□玉城副会長：今は3つの研修群が病院毎に各々のプログラムを書いているが、シミュレーションセンターの機能が活性化してくると、1年研修が終わった時点で研修医全体を評価することもできると思う。足りない部分をどう補い、どうシステム化していくかが必要となってくる。そうすれば県全体のレベルがさらに向上する。

今日は小児科医も多数参加しているが、子供用のシミュレーターがあれば紹介していきたい。

■阿部准教授：子供用のシミュレーターもSimbabyから児童用サイズのものまである。SimMan3Gと同じような仕組みで、救急領域から疾患を組み込み、先ほど実演した症例ベースで経験させることも可能である。

小児科の先生方が集りこのような症例を経験させたいというシナリオを作ることには可能である。是非お声かけいただきたい。

■大屋教授：琉大では今病棟まで出ていき簡単なシミュレーションをすることもある。例えば病棟単位であるテーマを定め、看護師だけの救急対応や妊婦の出血の対応を行っている。それを見ている医師も自発的に参加してみようという動きになってきている。

□玉城副会長：いつも勤務医の話になると疲れて疲弊して病院を辞めていく話が多いが、今回のような楽しい医療があるという事を頭に置いて頂き、若い医師たちにも教えていってほしい。そうすると病院が活性化していく。多少辛いことは乗り越えられると思う。

最後になるが、先生方の協力をお願いして、おきなわクリニカルシミュレーションセンターを育てていただきたい。

最後に城間部会長から「これまでの講演会とは一風違ったスタイルで催したが多くの先生方に集まっていただき感謝申し上げます。」と閉会の挨拶をし会を終えた。

なお、当日は琉球光和と南西医療器のご協力により3Fラウンジに15点のシミュレーターを展示いただいた。

印象記

沖縄県医師会勤務医部会 部会長 城間 寛

沖縄県医師会勤務医部会の活動の一環として、現在、琉球大学附属病院の敷地内に建設中のシミュレーションセンターについて、多くの勤務医、あるいは開業されている先生方にも、この施設の役割がわかってもらえるようにするために、当講演会（実践を含めて）が行われました。

実際のシミュレーターを用いて、参加された先生にボランティアで実演に参加していただくなど、具体的に利用の仕方がわかるような講演会（講習会）となっていました。実際にセンターがオープンした後も是非、多くの先生方及び看護師や技師など医療関係者に利用していただきたいと思います。

