

第3回 シンポジウム 「会員の倫理・資質向上をめざして」

～ケーススタディから学ぶ医の倫理～

理事 本竹 秀光



去る2月14日、日本医師会館にて標題シンポジウムが執り行われた。議事は1.基調講演(座長：資質向上委員会副委員長 高谷雄三) ケーススタディから学ぶ医の倫理と題して順天堂大学医学部付属病院順天堂医院教授 小林弘幸先生 2. ケーススタディ(グループ討論) 3. 総括(会員の倫理。資質向上委員会委員長 森岡恭彦)から成った。

ケーススタディから学ぶ医の倫理

小林先生は冒頭、ここ5年間に医療機関において、医療安全・リスクマネジメントといった言葉が普通に聞こえるようになってきたが、その背景としては世論の病院に対する要求が厳しくなってきたこと、それに連動して医療訴訟件数が増加してきたと述べた。2005年には医療訴訟件数が年間1,000件を超え、最近では減少傾向にあるものの、今後ロースクール出身の弁護士も増え、訴訟件数が増加することが予想

される。従って、医師の医療安全に関する講習などへの参加は必須であると述べた。以下、講演内容の要約を記述する。

I 病院にとって大切なこと

現在の医療環境の中で、病院・診療所が存続するためには、患者対応、インフォームドコンセント、記録の充実、急変時の対応などは重要であるが、医療従事者と患者との人間関係の向上について考え直すことが更に大切である。医療訴訟事例の診療科別件数を調べると、一番リスクが高いと思われる小児科の訴訟件数が他科に比して非常に少ない事実が存在する。その理由として、小児科診療は時間がかかることから医師と両親との間に自然に信頼関係が構築されやすい状況が考えられる。それとは対照的に救急外来での訴訟が多い現状が存在する。医師と患者は初対面が多く、多忙な救急外来では患者の話を十分に聞くことができず、信頼関係を築

きにくいという状況が考えられる。医療訴訟の影に接遇ありと言われるように、医師と患者間の人間関係の改善が急務である。

II 医療現場で起きていること～接遇の重要性

医療現場では医療事故対策のマニュアルを作成し、実行し、医療事故の減少に努めているが、医療訴訟は、マニュアルを超えた、マニュアルではカバーしきれない人間関係によるものが殆どであり、“医療訴訟は決して患者の重症度とは比例しない”と述べておられたのが非常に印象的であった。救急での患者家族に対するカーテンの閉め方、言葉のかけ方一つで訴訟になった事例や、末期患者家族の前での無神経な発言や態度で訴訟になった事例も報告した。医療現場での指導医の不必要な発言についても言及された。以前は患者の前でも怒鳴って教育した時代もあったが、現在の若い世代には理解されず、患者家族に不信感を抱かせる要因となるので要注意である。

III 外来でよく起こる事例

- ①外来終了時の駆け込み患者は診察が十分でないことが多く、帰宅後に急変する事態が多く報告されている。このような患者には、後日の来院をしっかりと指示する態度、帰宅後に電話を一本入れるなど、しっかりとフォローすることが望ましい。
- ②患者急変時の対応に関して、救急蘇生法について全職員がしっかりと予行演習を行うことが肝要で患者の救命率の向上につながる。
- ③診療現場での注射などの口頭指示は禁忌である。指示と異なる薬剤が投与されたり、10倍量の薬剤が投与され、患者が重篤になった事例が報告されている。薬剤能書きの確認も重要である。適応症のない薬剤の使用で副作用、合併などが起きて訴訟になった事例も多く報告されている。
- ④外来で採血された患者には、必ず1週間後に外来受診を指示することが大切である。腫瘍マーカーや白血球などを検査した患者が、その結

果を3か月後、1年後に知らされ、手遅れになった報告も多く存在する。

IV インフォームドコンセントと記録

インフォームドコンセントのポイントとしては、記載の程度、話す相手、時間などが言われているが、一番重要なポイントは、承諾書にサインをもらうタイミングである。手術の同意書などは患者家族に説明をしてすぐに承諾書にサインしてもらうことが一般的であるが、患者家族はその場での説明を十分に理解しているとは言い難い。一度承諾書を持って帰り、家族、知人などへ相談し、十分納得して承諾書にサインしてもらう時間的ゆとりが肝要である。また、途中の治療の変更を申請する権利があることも説明し、誘導とられるような説明の仕方や承諾に関しては注意をしなければならない。

記録に関しては教育がしっかりなされなければならない。裁判においては、診療録のみがしっかり診療していたと証明してくれる唯一の証拠となるからである。

V 訴訟でよくみられるケース

訴訟例で、よく休日をはさむケースが多くみられる。休日では、相談できない、検査できない、人手が足りないなど、大変危険な状況にあることを医療従事者すべてが認識することが大切である。すべての職員に「報告、連絡、相談(ほうれんそう)」を徹底させることが、この危険な状況を回避できる唯一の方法と考える。患者にとっては、平日も休日も関係ないという認識が必要である。

VI まとめ

最後に、患者が訴えてくる情報、医療従事者間での情報にしっかりと耳を傾け、誠意をもって謙虚に対応することが一番大切で、「先生の顔を見ると治った」とか、「先生に会いに来た」などの赤ひげ先生的な患者、医師関係の構築がなされれば、医療訴訟も医療崩壊もおのずと少なくなっていくと考える。

ケーススタディ (グループ討論)

各県から参加した理事が六つのグループに分かれて、ケーススタディ1 (医師患者関係—説明と対応—)、ケーススタディ2 (医業広告について) についてグループ討論し、最後に各グループの代表者が報告するというものであった。

ケーススタディ1

(患者への態度が著しく悪い医師)

患者に対しての暴言・罵声・理不尽な対応があまりにも酷いとして、ある医師に対する苦情が、多数の患者から医師会に寄せられたため、県医師会役員会で検討し、まずは郡医師会に対応を依頼した。郡市医師会では調査のうえ、役員が当該会員に対し、再三にわたり注意をしたにもかかわらず改善されなかった。そこで、裁定委員会をひらくことになり、当該会員に出席を要請したところ、退会届が提出され、郡医師会はそれを受理した。その後、当該医師は何の罰則も受けず診療を続けている。このケースに対する郡医師会の対応、またこの医師の態度を改めさせるにはどうしたらよいかがグループに課せられた討論テーマであった。

討論の結論：まず、郡医師会の退会届の受理は拙速であったという意見が大方であった。医師会は地域住民の健康を守る義務があることから、当該医師を粘り強く説得し改善を促していく必要がある。その方法としては、当該医師の先輩や後輩に依頼して説得にあたらせるなどが提案された。それでも改善が見られなければ都道府県医師会に解決をゆだね、裁定委員会は最後の手段であるという意見であった。

ケーススタディ2 (医業広告について)

広告に関しては、厚生労働省の規制があり、また、各医師会に種々の規制があると思う。各々医師の広告に対する考えが根本にあり、医療は口コミが大きく、宣伝の必要はないと考える医師もいる一方で、「移動媒体」、「駅構内」、「折り込み広告」、「タウンページ」などの種々

で宣伝する機関もある。「美容整形外科」のようにテレビで盛んに宣伝するところもある。また、インターネットでの医院の設備・手術数などの宣伝となれば、ほとんど規制不能と考える。これらをどう考えるかがグループ検討の課題であった。

討論の結論：医療法では保険指定医療機関、すなわち一般の医療機関では広告と宣伝について規制がなされている。「移動媒体」、「駅構内」、「折り込み広告」、「タウンページ」への広告宣伝はできないし、明確な違反、悪質な行為は保険診療の取り消し・停止の処分を受ける可能性がある。但し、最近では患者の自己決定権の尊重と情報公開の観点から、インターネット上の広告に関しては規制が緩和されている。ホームページは、患者自ら情報を得るためにアクセスするためのものなので、医療法上の広告として取り扱われないが、その内容が不特定多数を誘引する目的を持っているものなどについては、広告規制の対象となる。いずれにしても、医師は過大な自己宣伝に陥ることなく、また、医療従事者間での誹謗中傷はおこなわず、節度ある宣伝・広告を行うことが重要であるとの意見が大方であった。

総括

最後に会員の倫理・資質向上委員会委員長の森岡恭彦先生が総括された。

倫理向上にむかっただの医師団体の役割として、1. 会員各自の倫理・資質に対する問題意識、自覚を促すこと、そのために情報提供 (文書、会合、対応などを通して)、切磋琢磨が重要である。2. Peer review、自浄作用で欠陥を持った不適切な行為に加担する医師に対応する必要があることを述べられた。また、人格や能力に欠陥を持った医師、あるいは不正や詐欺行為に加担している医師がいればこれを適切な機関に報告するよう努めなければならないという、アメリカ医師会「医の倫理原則」(2001年改訂)で総括した。

平成 24 年度母子保健講習会



常任理事 宮里 善次

平成 24 年度母子保健講習会
メインテーマ
「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して-7」

日時：平成 25 年 2 月 17 日(日) 10:00 ~ 16:00
場所：日本医師会館

1. 開 会

総合司会：今村 定臣（日本医師会常任理事）

2. 挨拶

横倉 義武（日本医師会会長）

3. 講 演

座長：山本 樹生（日本大学医学部産婦人科教授 /
日医周産期・乳幼児保健検討委員会委員）

1) 出生前診断の新たな展開とその課題

平原 史樹（横浜市立大学附属病院病院長）

2) わが国の生殖医療の未来に求めるもの

吉村 泰典（慶應義塾大学医学部産婦人科教授）

4. シンポジウム

座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）

テーマ「小児保健法をめぐって」

1) 「小児保健法」とは

松平 隆光（日本小児科医会会長）

2) 英国の小児保健政策

森 臨太郎
（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部長）

3) 育児保険（子育て基金）構想

山崎 泰彦（神奈川県立保健福祉大学名誉教授）

4) 「子ども子育て支援新制度（関連三法）」について

橋本 泰宏
（厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長）

討 議

5. 閉 会

平成 25 年 2 月 17 日、日本医師会館に於いて、「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して-7」をメインテーマとし、「平成 24 年度母子保健講習会」が開催された。

横倉日本医師会会長の挨拶に始まり、午前中に 2 題の講演と午後は「小児保健法をめぐって」と題してシンポジウムが行われた。

出生前診断の新たな展開とその課題

— 平原史樹（横浜市立大学附属病院病院長）—

2012 年 8 月 29 日の読売新聞に「妊婦の採血」、「ダウン症」、「99%の診断率」のキャッチコピーで始まった母体血胎児 DNA 出生前診断の記事は“羊水検査しなくてもダウン症診断”と捉えられて大騒動になったが、周産期医療に様々な問題を提起している。

- ①出生前診断は何のためにあるのか？
- ②人類に有益な意義あるものなのか？
- ③先天異常とは何だろう？
- ④生まれつき持ち合わせた遺伝情報をどう取り扱うべきか？
- ⑤この先、科学が進むことで人類にもたらされるものは何だろうか？等々。

まず出生前診断に関するガイドライン、指針制定の歴史が示された。（表 1）

その中でも日本医学会は 2011 年に医療における遺伝子学的検査・診断に関するガイドラインを制定している。

更に日本産婦人科学会緊急検討委員会は新聞発表からわずか 4 か月後の 2012 年 12 月に“NIPT”に関する指針を出している。（表 2）

現在の日本における検査の割合や異常検出の割合を示されるとともに、（表 3,4）NIPT の検

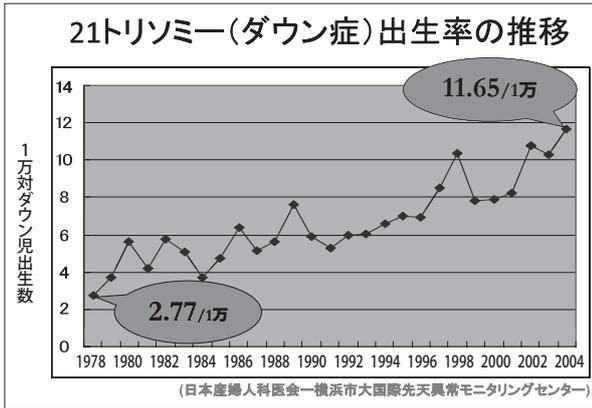


図 1

最中、3月上旬に発表された日本産婦人科学会が策定した新出生前診断の指針のポイントを供覧する。(表 8)

表 8

日本産婦人科学会が策定した新出生前診断の指針のポイント	
1、	簡便さだけで普及するとダウン症などの出生の排除や生命の否定につながりかねない。
2、	妊婦が十分な認識を持たずに検査を受けたり、結果を誤解したりする可能性がある。
3、	十分な遺伝カウンセリングが出来る施設で限定的に行われるべきだ。
4、	施設には出生前診断に精通した常勤の産婦人科医と小児科医が必要。少なくとも一方は臨床遺伝専門医の有資格者。
5、	対象の妊婦は染色体異常のある子供を妊娠したことのある人や高齢妊娠など。
6、	医師は妊婦に安易に検査を勧めない。積極的に知らせる必要もない。
7、	施設の認定、登録や実施状況の評価をする制度の発足が必要。

わが国の生殖医療の未来に求めるもの

— 吉村泰典 (慶應義塾大学医学部産婦人科教授) —

近年の生殖医学の進歩はめざましく、生殖現象の解明のみならず、ヒトの生殖現象を操作する新しい技術も開発されている。細胞生物学や生殖工学の飛躍的進歩に伴って生殖医学も革命を受けつつあると言っても過言ではない。

我が国でも 27 万人以上の子供が生殖補助医療技術 (ART) によって生まれており、37 人に 1 人は体外受精によるものである。(表 9)

特に日本の凍結技術は素晴らしく、ART による出生児の割合は高い。(図 2)

着床前遺伝子診断が可能となったことで、タイ国に渡航して 90 組が男女産み分けをした新

表 9

西暦	ART出生児数	総出生児数	(%)
92	2,826	1,208,889	0.22
93	3,554	1,188,282	0.30
94	4,576	1,238,328	0.40
95	5,887	1,187,064	0.48
96	7,410	1,206,555	0.61
97	9,211	1,191,865	0.77
98	11,119	1,203,147	0.92
99	11,929	1,177,669	1.01
00	12,274	1,190,547	1.03
01	13,158	1,170,862	1.12
02	15,223	1,153,855	1.32
03	17,400	1,123,810	1.55
04	18,168	1,110,721	1.64
05	19,112	1,082,530	1.80
06	19,587	1,092,874	1.79
07	19,595	1,089,818	1.80
08	21,704	1,081,156	1.99
09	26,880	1,070,035	2.49
10	28,945	1,071,304	2.70
累積出生児数	271,380		

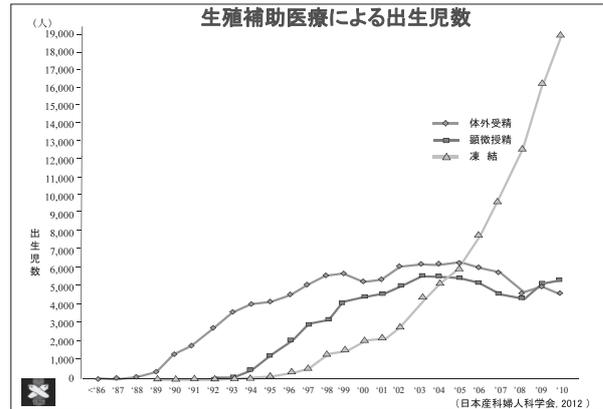


図 2

聞報道が紹介されたが、規制のあり方を政府が中心となってやるべきだと強調された。

ちなみに法による禁止はドイツ、イタリア、スイスとなっており、法による規制はフランス、デンマーク、韓国等。

ガイドラインによる規制は日本、アメリカ、オーストラリアなどとなっている。

また、近年、がん患者に対する治療法の進歩、治療成績の向上により生存率の改善がみられるようになってきており、卵子や卵巣の凍結保存による妊孕能温存技術が臨床応用されるようになってきている。

やはりここでも凍結技術が大活躍しているが、凍結組織にがん細胞が潜んでいる可能性は否定できないので、慎重を要する。

最後に体細胞クローン技術や胚性幹細胞、iPS 細胞の再生医療への応用は、今後の生殖医療の展開にブレークスルーをもたらすかもしれないと講演を終えられた。

午後は 4 人のシンポジストにより「小児保健

法をめぐって」をテーマにシンポジウムが行われた。

小児保健法制定を目指した活動については2004年と2006年に提出された日本医師会乳幼児保健検討委員会答申を受けて、日本医師会は2006年5月16日に「子ども支援日本医師会宣言」を行っている。(表10)

表10



子ども支援日本医師会宣言

1. 妊娠を望む人々への支援に取り組みます。
2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実を図ります。
3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備に取り組みます。
4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実を図ります。
5. 子育てに関する社会環境の整備に取り組みます。
6. 学校保健の充実を図ります。
7. 障害児などへの支援に取り組みます。
8. 子どもや子育て支援のための諸施策について政府等関係各方面への働きかけを行います。

その中に「小児保健法制定」が明記され、日本医師会の主要事業として法案成立に向けての動きが始まっている。

現在、我が国の合計特殊出生率は1974年に人口維持に必要な水準を下回ってから下がり続け、2012年には1.39となっている。

子育て支援が比較的豊かなフランスではGDPの3%が子育て対策に使われている。

一方、我が国では1%に過ぎず、子供を大切に、子育てと仕事が両立できる社会になるためにはGDP比2%（約10兆円）が必要である。

日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会の三者で構成される日本小児科連絡協議会が発足させた「小児保健法プロジェクトチーム」は、下記の提案を行っている。

- ①基本理念として、新生児から思春期まで一貫して扱える、小児を中心とした保健、医療、福祉の法律とすること。
- ②小児の保健では、これが疾病に罹患しないこ

とだけでなく、精神的・身体的により健全な状態確保のための手段であるべきとした。

- ③小児の福祉では、これが社会的・身体的・精神的に恵まれない小児を救済することに加えて、すべての小児により良い社会生活環境を提供するための施策であるべきとした。
- ④小児の医療では、これが従来の医療保険から独立し、新たに老人保健法に対応した医療保険制度の確立を提言する。

さて、2007年に出版されたユニセフ・イノチェンティ研究所による「先進国における子どもの幸せ」と云う報告書で、英国の子どもの成育環境は他の欧州各国に比べて劣悪であると指摘され、当時のブレア労働党政権は医療における第三の道実現のための医療改革を行っている最中であったが、単に狭義の医療のみならず、福祉や教育を含めた広い意味での子どもたちの環境を改善することを目指し、「子ども家庭学校省」が設立され、弁務官に小児科医のエインズリー卿が就任し、子どもの医療・保健に関する国家10か年計画が策定された。

ブレア政権医療改革の重要な柱である患者一般参画の実現として、様々な政策に子ども達自身が声を出し聴きいられる機会が設けられ、医療現場等広く「子どもの権利」を軸とした見直しが行われた。

英国の小児保健政策として、取り組むべき新しい課題として、貧困の子どもの健康への影響、情緒や行動の問題、肥満、自殺、薬物依存、10代の妊娠、交通事故が示された。

10か年計画では、以下11項目について実現へのロードマップが示された。

- ① NHSがその他の組織と協力して長期的視野に立って連携し、子供たちの健康と福祉を推進する。
- ②子ども達が健康で安全に生活できるように親や養育者に十分な情報、施策、支援を行う。
- ③子ども達がそれぞれ、そして家族がそれぞれの視点から必要とするサービスを受けられる。
- ④全ての子どもが成人になるのに年齢に応じたサービスを受ける。
- ⑤子ども達を傷つけるものから守るために全て

の組織が一丸となる。

- ⑥病気の子ども達への施策。
- ⑦病院における診療の質向上。
- ⑧障害を持つ児への施策。
- ⑨精神疾患や問題を持つ児への対応と支援。
- ⑩子ども達や家族、医療従事者が効果と副作用に
関して十分な情報をもって薬剤の選択をする。
- ⑪質が高く個人のニーズに合わせた出産サービス。

上記イノチェンティ研究所報告でも目立って課題を指摘されている日本の小児保健政策の今後の改善に向けて、英国の小児保健政策の経緯は示唆に富んでいる。

育児保険（子育て基金）構想については、発表者の案として出された印象を受けた。

①少子高齢化の進展、②日本社会の持続可能性の危機、③社会保障・税一体改革の時代背景と現状認識からすれば、子ども・子育て支援は最重要課題である。

育児保険とする理由は、以下の通りである。

①現在の支援策は社会福祉システムと社会保険システムが併存している。②租税財源による社会福祉システムでは、租税の性格や財政的制約による限界がある。③保険料の拠出を通して、自立・権利・参加意識を高めるとともに、財政基盤を強化。④保険料は現役世代の全てが、子どもの有無に関わりなく、所得に応じて負担。⑤併せて社会保障に重点課題として租税を重点配分。

保険のモデルが3つ提示された。(表 11,12,13)

子ども・子育て関連3法について、3法の趣旨と主なポイントを提示する。(表 14)

民主政権時に総合こども園構想が廃案となったが、今回は同じものが認定こども園として提案されている。政争の具にして欲しくないものである。

表 11

6-1 地域保険(介護保険)モデル

1) サービス中心の地域保険(介護保険)モデル

- ・保険者は市町村
- ・サービス(現物給付)を中心に、地域特性に応じた支援
- ・保育所、幼稚園、ベビーシッター、放課後児童クラブ等の多様なサービスを提供
- ・保育では、「保育に欠ける」要件を外し、一律の低額保育料
- ・サービス水準に応じた地域別保険料+租税負担(国・都道府県・市町村)+事業主負担
- ・将来的には、介護保険と一体化した「福祉保険」を展望

表 12

6-2 国民保険(年金保険)モデル

2) 現金給付中心の国民保険(年金保険)モデル

- ・保険者は国
- ・出産関連費用、児童養育費(保育費用を含む)等を全国一律の基準で支給
- ・医療保険の出産関連給付、児童手当を吸収・拡充
- ・全国一律の保険料+租税負担・事業主負担

表 13

6-3 総合保険モデル

3) 総合保険モデル

- ・育児支援を一元的に進める観点から、各種のサービス・現金給付を総合的に提供
- ・具体的には、1)に現金給付を併用、または2)に現物給付を併用

表 14

子ども・子育て関連3法(平成24年8月成立)の趣旨と主なポイント

<p>◆3法の趣旨 自公民3党合意を踏まえ、保護者が子育てについての第一義的責任を有するという基本的認識の下に、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進</p>	
<p>◆主なポイント ○認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付(「施設型給付」)及び小規模保育等への給付(「地域型保育給付」)の創設 * 地域型保育給付は、都市部における待機児童解消とともに、子どもの数が減少傾向にある地域における保育機能の確保に効果</p>	
<p>○認定こども園制度の改善(幼保連携型認定こども園の改善等) ・幼保連携型認定こども園について、認可・指導監督の一本化、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ ・既存の幼稚園及び保育所からの移行は義務づけず、政策的に促進 ・幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、自治体、学校法人、社会福祉法人のみ(株式会社等の参入は不可) ・認定こども園の財政措置を「施設型給付」に一本化</p>	
<p>○地域の実情に応じた子ども・子育て支援(利用者支援、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなどの「地域子ども・子育て支援事業」)の充実</p>	

平成 24 年度 女性医師支援事業連絡協議会



沖縄県医師会女性医師部会 会長 依光 たみ枝



去る 2 月 22 日(金)日本医師会館に於いて「女性医師支援事業連絡協議会」が開催され、本部会役員 2 名、事務局 1 名が参加した。協議会では、昨年 9 月から本年 2 月にかけて全国 6 ブロックで開催された「女性医師支援センター事業ブロック別会議」の議事内容を踏まえて、都道府県医師会での特徴的・先進的な取り組みを行っている県を各ブロックの代表として、8 県(①北海道、②群馬県、③富山県、④石川県、⑤福井県、⑥大阪府、⑦徳島県、⑧沖縄県)より発表が行われた。以下に会議の様子を報告する。

挨 拶 女性医師支援センター センター長
羽生田 俊

全国各地において女性医師支援事業が強力に推進されていることについて非常に心強く思っている。

女性医師支援センター事業の中核をなす女性医師バンクは、各地区にコーディネーターが配

置され求人・求職にかかる間を取り持っている。医師がそのコーディネートをする運用は全国ひろしと云えども本バンク以外にはない。個々の先生方の要望を医師という立場で相談に乗れるということは、事業が展開しやすい格好になっている。しかしながら、広報が未だ不十分だと考えており、求人登録件数も延べ約 3,800 件、求職希望件数も 700 件に満たない状況である。少なくとも 5 倍の件数があれば再就業も進むと考えている。

内閣府男女共同参画推進連携会議に委員として参加しているが、各団体の取り組み以上に本会の取り組みは先駆的に進んでいると感じている。他団体からも種々照会もあり、誠に嬉しい限りである。

本日は、各ブロックより特徴ある取り組みについて紹介いただく予定にしており、是非各県でも参考にさせていただきたい。

議 事 女性医師支援センター事業

ブロック別会議 開催報告

①北海道医師会女性医師等支援相談窓口事業について

北海道・東北ブロック

北海道医師会常任理事 藤井美穂

北海道では、女性医師等就労支援事業の補助金を受けて、平成23年6月より相談窓口を開設している。主な事業として、①育児サポート、②復職サポート、③相談窓口の事業を展開している。一人でも多くの女性医師にこれらの情報と支援が行き届くよう「広報活動」に力を入れている。ノベルティグッズ（ペンやメモ用紙、眼鏡拭き等セット）やチラシ・ポスター等を作製して、各種医師会の行事や学会、行政関係、会員施設、大学機関等へ配布している。また、統一したロゴマークを活用することで認知度を高めようと、医師会長の名刺や会報誌、抄録集等へ継続的に掲載している。この他、道民の9割が購読している北海道新聞に本事業の概要を紹介する等の周知活動を行った。また、平成24年度から復職研修支援事業も開始しているが、より実態に即した現場を作ってみようと、行政や看護協会と連携し、既存の診療所内の一角に外来を設けて、復職研修を受講させる計画を平成26年度中に実現できるよう検討を始めた。

②群馬県医師会保育サポーターバンク概要

関東甲信越・東京ブロック

群馬県医師会理事 今泉友一

群馬県では、子育て中の女性医師の離職防止を支援するため、平成24年より地域医療再生基金事業を活用し、医師会独自の就労支援組織として保育サポーターバンク（3年総額1,800万円）を設立した。登録医師数は34名で、登録サポーター数は53名となっている。保育支援内容は、保育と併せてできる範囲で双方同意のもと、病児・病後時保育や家事支援等も行っている。報酬は双方の話し合いで決定する仕組みである（1時間あたり1,000円程度）。業務遂行中の保険は、(財)女性労働協会の子育て支

援相互援助活動補償保険を活用し県医師会が加入している。また、県医師会では、利用した医師の費用の一部を補助する子育て支援助成制度（200円×時間等）を設けている。また、子供の送迎等に使用したタクシー料金の一部を助成する制度（タクシーチケット500円×50枚分）も設けている。更に、サポーターには、チャイルドシートの貸与やインフルエンザ予防接種料金の助成、各種研修会の開催等を行っている。昨年12月の利用状況は16名で、約230時間の利用があり、うち91時間が病児保育で利用があった。

③女性医師等支援事業の取り組み

(当日欠席のため紙面報告)

中部ブロック 富山県医師会理事 渡辺多恵

富山県では、女性医師の占める割合は全国平均より低い、年々増加傾向にある。特に20・30代では3割を超えており、今後も増加が見込まれる。県医師会での取り組みは、①女性医師等相談窓口の設置、②女性医師支援コーディネーターによる「巡回相談」の実施、③富山県医師会と医学生・臨床研修医が語る会（H20年から4回開催）、④講演会 live a full life ～充実した人生を生きる～（H17年から7回開催）を通じて、女性医師や研修医・医学生との交流を図っている。

富山大学での取り組み

中部ブロック 富山大学医学部小児科 市田落子

富山大学では、2007年より文科省「周産期医療環境整備事業」を活用して様々な事業を行っており、とりわけ2009年9月から「女性医師支援室」を設け、育児中の女性医師への各種支援を行っている。具体的には、①勤務医継続支援（短時間労働プログラムの設置）、②育児支援（学童保育・乳幼児保育・病児病後児保育、学会保育の開設）、③復職支援（特別研修教育プログラムの設置予定）等を通じて、産休や育休により臨床現場を離れる時間を出来る限り短期間にできるよう環境を整備している。理想的

には6ヶ月以内であれば復帰支援は必要ないと考えている。この様な環境整備が充実したことにより、ほぼ全員(12名)が出産後4~12ヶ月で職場復帰している。

女性医師が医師としての研鑽を中断することは、本人にとっても残念なことだけではなく、国家的な損失でもある。子育てとキャリアアップの両立支援を目指し、女性医師が復帰しやすい環境を整備していくことは、男性医師を含めた職場全体の労働環境の改善に繋がると考えている。

④石川県女性医師支援センター活動報告

(メンター制度・ライフワークバランス教育)

中部ブロック 石川県女性医師支援センター
コーディネーター 魚谷知佳

これまで様々な女性医師支援を行ってきたが、実際には現場との距離感を埋める事が出来ず、一方的な支援であったことを反省した。これ等を踏まえ、女性医師支援センターを設置した際に、連携を持った実質的な支援を図ることを目標にメンター制度を導入した。具体的には、県内12病院に計21名の女性医師を女性医師メンター(助言者)として委嘱し、院内での相談相手役を担っていただいた。また、本センターではコーディネーターによる病院訪問相談の実施や研修会・講演会等、開催場所を大学に移す等により以前より参加者数が増加した。以上のような取り組みを始めて4年が経過しているが、現場の女性医師から連帯感が生まれている。また、彼女等が主体性を持って職場を変えていこうという意識の変容が生まれている。(例:病時保育・夜間保育の設置、診療科の垣根を越えて考えるようになった等)

この他、ライフワークバランス教育の一環として、平成24年から金沢大学医学部6年生を対象に「医師のキャリアアップと継続」について講義を実施しており、今後も継続していく予定である。

⑤健康長寿の福井

中部ブロック 福井県医師会理事 月岡幹雄

福井県は、女性の就業率が全国2位(51%)、共働き世帯の割合が1位(56.8%)、三世帯同居世帯割合が2位(20.2%)を占めている。また、健康や育児等への行政からの支援も比較的充実した県だと認識している。県医師会の取り組みとしては、医学生、研修医等をサポートする会を平成20年度から開催しており、ここ数年は大学とのタイアップにより学生の参加も著しく増加している。また、女性医師の意見交換の場として、平成20年度からママドクターの会を行っており、少しずつ参加者も増えてきている。

⑥近畿各府県医師会の「女性医師支援事業」の取り組み

近畿ブロック 大阪府医師会理事 上田真喜子

近畿各府県医師会の「女性医師支援事業」の取り組みについては、地域の特性に応じた様々な育児支援や再就業支援が行われており、また、次代を担う若手医師や医学生等との交流会を通して、医師としてのキャリアデザイン等について情報交換を行っている。しかしながら各県とも、離職医師の把握に苦慮している現状がある。20~30年後には、日本においてもヨーロッパ並に、若手女性医師の割合が6~7割となる方向に進むものと考えている。女性医師支援、男女共同参画の推進は、近未来の重要なプロジェクトである。今後とも、近畿ブロック内はもちろん、全国の医師会、日本医師会と連携し、意見・情報交換を密にして、女性医師支援事業を推進していきたい。

⑦徳島県医師会のサポートシステムについて

中国四国ブロック

徳島県医師会常任理事 岡田博子

徳島県では、子育てや就業継続支援の一環として、国・県の女性医師復職研修支援事業を活用し、相談窓口を県医師会内に開設している。寄せられた相談内容は、事務担当者から保育支援委員会や男女共同参画委員会に振り分けら

れ、各担当委員が必要に応じて相談を行っている。また、育児中の医師の学習機会を確保することを目的に、徳島県医師会主催による講演会や研修会にマミールームサービス（会員：無料、非会員：1名につき500円）を併設して、勤務継続及び復職支援に努めている。また保育支援では、徳島市内2ヶ所の私立託児所と県医師会が契約し、保育料金が通常の25%割引きで利用ができる。出産年度の翌年度1年間の会費減免措置や出産祝い金10万円の支給が女性医師限定で設けられている。これら保育支援を受ける目的で医師会に入会した者も7名いる。

さらに、本県では女性医師の将来のパートナーとの出会いを個別にサポートする結婚支援事業（親の集い型・合コン型・データベース型・仲人型）を展開している。男女ともに徳島県医師会員の3親等以内の方であれば職業不問でサポートしている。これまでの実績は成立が1組、お見合いや交際が12組あった。現在、女性の登録者数は45名、男性が19名と男性の参加割合が少ないのが課題である。若い世代の医師や医師家庭を支援していけるよう今後も活動を続けていきたい。

⑧沖繩県女性医師部会 ヒストリー

九州ブロック

沖繩県医師会女性医師部会長 依光たみ枝

本県では、平成19年8月、男女共同参画に関する各種施策に資することを目的に「女性医師部会」が設立された。具体的な活動内容は、①女性医師フォーラムの開催、②女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会の開催、③出張プチフォーラム等を行い、働く環境の整備に努めている。また、県医師会内に女性医師就労支援のための相談窓口が設置されてお

り、ドクターバンク事業も併せて行っている。とりわけ、②の病院長等との懇談会では、女性医師の働きやすい環境を整えていくことが医師確保の面からも重要な課題であると考え、公・民各病院の代表者や事務長等参加のもと、各施設における女性医師の就労支援体制等について、意見交換を行っている。毎年施設側の参加者も多い。本懇談会で工夫している点は、毎年各施設における就労環境（院内保育所等の設置状況・復職支援・休職医師の状況）等について、様々なテーマで調査を実施し、それ等をフィードバックしていることが挙げられる。参加者の声として、各病院の取り組みが比較して把握できることや人事に疎いことを改めて知らされた、女性医師の勤務環境改善への取り組みが底上げに繋がる等の意見が寄せられている。また、女性医師の情報共有や伝達の間としてメーリングリストを設けており、現在登録者数は250名となっている。様々な場で登録を呼び掛けていることから登録者数は年々増加している。ドクターバンクにおける県内マッチング率は、平成23年度が11.4%（4件成立）、24年度が16.2%（7件成立）、今年度が15%（6件成立）となっており、最近では求職者からの件数も増えつつある。

質疑応答・総合討論

質疑応答・総合討論では、国の女性医師就労支援事業にかかる代替医師への費用補助の問題や病児保育に関する環境整備、保育サポーターバンクの啓発活動、地域医療再生基金終了後の事業運営等について活発な質疑応答が行われ、最後に、小森貴日本医師会常任理事より「女性の力が、我が国の力である」と閉会の挨拶があり、本協議会を終了した。

印象記

沖繩県医師会 女性医師部会会長 依光 たみ枝

平成 24 年度女性医師支援事業連絡協議会が、2013 年 2 月 22 日（金）14 時から 16 時 30 分にかけて、日本医師会館で開催された。沖繩県からは九州ブロック発表者代表として私と玉城信光副会長、事務局が参加した。

気温 26 度の石垣から、2 週間前の大雪の氷がまだ溶けずに残っている 5 度以下の東京はさすがに寒さが身にしみたが、会場は皆の熱気で暑い程であった。

女性医師支援センター事業の中核をなす日本医師会女性医師バンクは、広報が未だ不十分で、求人登録件数も延べ約 3,800 件、求職希望件数も 700 件に満たない状況であるとの女性医師支援センター、羽生田 俊センター長の挨拶で会が始まった。各ブロックの代表として、8 県（①北海道、②群馬県、③富山県、④石川県、⑤福井県、⑥大阪府、⑦徳島県、⑧沖繩県）より発表が行われた。

印象的だったのは、地域医療再生基金事業を活用した群馬県医師会独自の就労支援組織としての保育サポーターバンクの展開と、徳島県医師会の結婚支援事業についての発表だった。沖繩県で毎年開催している病院長等との懇談会は、他の都道府県ではほとんど開催されていないようであり、また質疑応答終了後に徳島県医師会理事より離職防止についてのアンケート結果を知りたいとの要望があった。

それぞれの都道府県で同じ様な問題・課題を抱えてそのサポート等に、医師会が中心的役割を果たしている事がわかった。しかし次世代を担うべき若い世代が、自分自身の問題として中心となって活動している姿が見えなかったのは残念であった。「女性医師支援」から「女性」という文字が消える事を期待したい。



平成 24 年度 日本医師会学校保健講習会



ハートライフ病院 安里 義秀

平成 24 年度学校保健講習会プログラム
開催日：平成 25 年 2 月 24 日（日）

開 会 道永麻里（日本医師会常任理事）
挨拶 横倉義武（日本医師会会長）
来賓挨拶 横倉義武（日本学校保健会会長）

講 演：最近の学校健康教育行政の課題について
座長：衛藤 隆
（日本医師会学校保健委員会委員長）
講師：知念希和（文部科学省スポーツ・青少年局学校
健康教育課 学校保健対策専門官）

講 演：いじめについて
座長：藤本 保
（日本医師会学校保健委員会副委員長）
講師：井澤一明
（いじめから子供を守ろう！ネットワーク代表）

シンポジウム：今日の学校保健の課題
—健康診断を中心に—
座長：衛藤 隆（日本医師会学校保健委員会委員長）
座長：藤本 保（日本医師会学校保健委員会副委員長）

- ① 学校保健安全法と学校保健の課題
衛藤 隆（日本子ども家庭総合研究所所長）
- ② 学校心臓検診の現状と課題
鮎沢 衛（日本大学医学部小児科学系准教授）
- ③ 学校腎臓検診の現状と課題
上村 治（あいち小児保健医療総合センター副センター長）
- ④ 学校健診と発達障害への対応
小枝達也（鳥取大学地域学部地域教育学科
発達科学講座教授）
- ⑤ 不登校児の健診の現状と課題
平岩幹男（Rabbit Developmental Research
代表、国立成育医療研究センター理事）
- ⑥ 学校健診における歯科の現状と課題
渡部 茂（明海大学歯学部口腔小児科学教授）
- ⑦ 学校健診における聴覚・言語検診の現状と課題
宇高二良（日本耳鼻咽喉科学会学校保健委
員会委員長）

総合討論

閉 会 道永麻里（日本医師会常任理事）

平成 25 年 2 月 24 日（日）、日本医師会館において「平成 24 年度学校保健講習会」が行われた。開催趣旨は地域医療の一環としての学校保健活動を円滑に行うために必要な事項を修得する。本年度は昨年問題になった大津いじめ自殺事件、大阪体罰自殺事件をふまえ、いじめや発達障害の問題を中心にプログラムが構成されていた。

講 演

「最近の学校健康教育行政の課題について」

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課 /
学校保健対策専門官 知念希和

1 学校保健の概要

2 今日の学校保健の課題

① 学校における感染症対策

- 結核検診の方法の見直しについて
精査への手続きは、結核対策委員会を通す必要がなくなり、学校医の診察から直接精査依頼が出来るようになった。問診票についても様式は自由となったが、重要な 6 項目の病歴が提示された。この問診項目のうち結核蔓延国は約 70 カ国にもわたる（かなり増えました）。
- 学校医において予防すべき感染症の見直しについて
第二種の感染症は出席停止期間に変更があった。

② 学校におけるアレルギー疾患への対応

- 書籍の紹介「学校のアレルギー疾患に対する取組みガイドライン」
- 管理指導表はアレルギー疾患毎に項目が分かっている。これをもとに学校に属する教員間で情報が共有されるように期待

されている（学校全体での取組み）。

③児童生徒の健康診断

- 確定している事があまりありませんという事だけ情報提示があった。

「いじめについて」

いじめから子供を守ろう！ネットワーク代表
井澤一明

演者はいじめ問題の被害者及びその家族側代表である。最近6年間で3,000件以上の相談を受けている。それに加えて多くの講演、執筆活動を行なっている。

今回の講演では、学校保健活動を行う学校医への講演というよりは、学校を取り巻く大人達へ、いじめに対して熱い思いを持って語りかけていた。レジュメでは技術的な事も書いているが、口演では殆どレジュメには沿わずに、被害者への慈愛と学校現場への怒りを述べていた。

シンポジウム

今日の学校保健の課題—健康診断を中心に—

1 学校保健安全法と学校保健の課題

社会福祉法人恩寵財団母子愛育会

日本子ども家庭総合研究所所長 衛藤 隆

法規の概要説明があった。

2 学校心臓検診の現状と課題

日本大学医学部小児科学系准教授 鮎沢 衛

○学校心臓検診の歴史

○学校心臓検診の現状

- 検診の方法
地域により方学校心臓検診の方法は結構異なる。
- 発見される疾患とその頻度
VSD、ASDが多いが、ECGではWPWとLQT（QT延長症候群）の発見が重要である。
- 学校管理下突然死の現状
学校管理下の突然死は、以前は年間100例程度であったものが、現在は30例程度となっている。WPWとLQTが重要な疾患

である。

3 学校腎臓検診の現状と課題

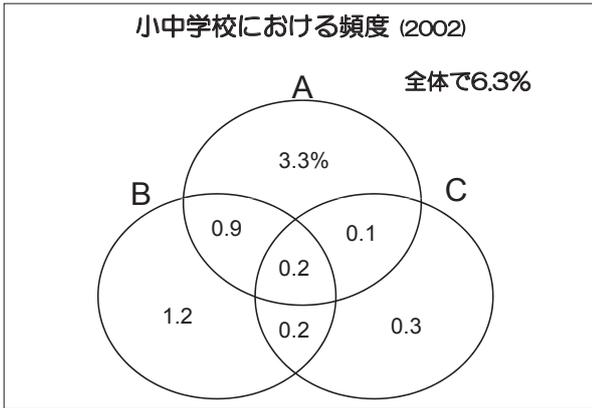
あいち小児保健医療総合センター副センター長
上村 治

- 小児のCre、CCrの基準値について
- 専門医紹介のタイミング
非専門家にとって、どのタイミングで専門家へつなぐかは重要な要素。CKDについてその基準を説明された。
- 軽症疾患の診断と十分なIC
学校医の役割は、重篤な疾患を見つけて専門家へつなげる事も大切だが、良性家族性血尿と起立性蛋白尿はしっかりと診断して安心させる事も重要とのこと。
- 生活指導、食事指導について
演者が最も強調していたのは、腎疾患で安静・運動制限が必要な疾患はないということ。症例提示では大量のステロイドを使ったネフローゼ症候群で、運動制限により骨粗鬆症を悪化させた例を、運動制限しない症例との比較で例示されていた。
ただCKD診療ガイドライン2012では、まだ安静指導が組み込まれているので、専門家皆に共通する意見ではないのかもしれない。

4 学校検診と発達障害への対応

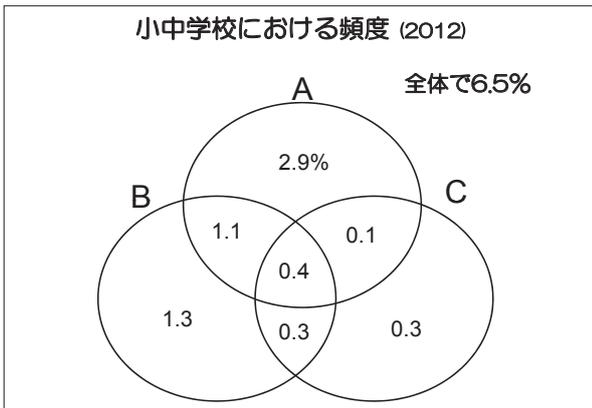
鳥取大学地域学部地域教育学科発達科学講座
教授 小枝 達也

- 文部科学省ホームページに掲載されている発達障害の定義について臨床と若干ずれがあるとのこと。
- 教員へのアンケート調査によると、学習障害(A)、注意欠陥多動性障害(B)、自閉症(C)は以前よりオーバーラップする部分が増え複雑化している様。
- 非専門家にとっては発達障害児を拾い上げ、専門家につなぐのは意外と困難な事である。演者により専門家につなぐ為の資料（質問紙表）を頂いた。



不登校への対応の原則

- 学校へ行かない＝悪いことではない
→多くの子どもたちは現状を良くないと感じる
- 学校へ行かない＝大したことはないではない
→そのままではself-esteemも低下する
- 状況を打開するためには、さざ波が必要
→繰り返し、小さな刺激。行事もきっかけになる
- 子どもたちを理解しようと努力する
→拒否、脅し、強制は多くの場合逆効果



発達障害の不登校問題: 対応の原則

- 学校生活での問題点を明らかにする
→学校との話し合いが欠かせない
→学校が発達障害を理解するとは限らない
- 問題点に対するsocial skills training
→問題点を整理して対応を考える
→時には診断の告知も必要となる

5 不登校児の健診の現状と課題

Rabbit Developmental Research 代表、
国立成育医療研究センター理事 平岩 幹男

- 不登校児は長期化しやすく、発達障害、精神疾患、いじめ、身体病などの治療や対応を要する疾患である事も多い。
- 対応としては不登校の状態は、容認してしまうと長期化する可能性があるので容認しない。

6 学校検診における歯科の現状と課題

明海大学歯学部口腔小児科学教授 渡部 茂

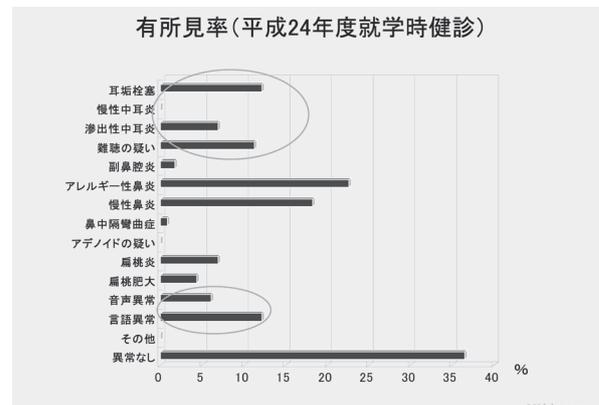
- 現在、全くう歯がない小学生は半数近くに上り、乳幼児健診から学童検診につながる取り組みが最も功を奏した分野だと言える。
- しかし、長期無治療のう歯、多数のう歯を擁する児は、想定外の生活を強いられている子供たちである（貧困、虐待など）。今後の歯科検診の役割は、こういう子たちを社会サービスへつなぐ事になっていくのだろう。

7 学校健診における聴覚・言語検診の現状と課題

日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会委員長

宇高 二良

- 耳鼻科領域の有所見率は高く、保護者の気付きには頼ってはいけない事が推測される。
- 特別支援学校に通う児童は、難聴によるコミュニケーション障害が多数含まれている可能性があるが、十分な検査がなされていない状況である。これに対し徳島で行なわれている難聴の検診システムの提示があった。



まとめ 1.

- ・就学時健診にて63%の有所見率であった
 - ・難聴の疑い、言語異常は10数%に認められた。
 - ・健診後1ヵ月以内の専門機関の受診率は約20%であった。
 - ・精査後の診断一致率は50%をこえていた。
 - ・言語異常の背景には、発達障害や知的障害が潜んでいることが少なくない。
 - ・難聴、言語異常では保護者の気づき、治療の必要性の認識は希薄である。
- ↓
- ・学校健診は学習上問題となる難聴や言語異常を発見する貴重な機会であり、充分に活用されなければならない。
 - ・保護者に対して言語異常や言語異常の重要性を認識させるとともに、精査・治療への促しが必要である。
 - ・就学後に情報保障を含めた特別支援も考慮しなければならない例がある。

徳島県教育委員会23年度 トータルサポート事業

徳島県医師会学校保健委員会、
日本耳鼻咽喉科学会徳島県地方部会学校保健委員会との共同事業
「重度重複障害児に対する聴覚検査の実施」
聴覚の専門職(言語聴覚士)が参画して、通常のオージオメータに加えて
乳幼児聴力検査機器を用いて左右別周波数別閾値を求めた。



まとめ 2.

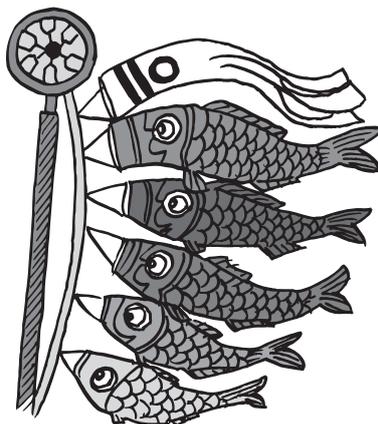
- ・特別支援学校ではオージオメータを用いた聴力検査は必ずしも容易でない。
 - ・従来方法では難聴児の発見は難しい。
 - ・専門職(言語聴覚士)と乳幼児聴力検査機器を導入することで、周波数別の閾値測定が可能であった。
 - ・本方法によって、10数%の難聴児が発見された。
 - ・精査により難聴が確定し、治療が必要な例が認められた。
- ↓

現行のオージオメータを用いた聴力検査では難聴児の発見は不十分であり、新たな対応が必要である。

後記

講習会当日は非常に冷え込んでおり、コートにマフラーという出で立ちが丁度よい気候でした。ただ、東京マラソンの日だったので、ホテル周辺はスタートを心待ちにするランナーで埋め尽くされていました。(自分自身が走ることは好きでない) 私にとっては良い経験でした。

講演は全体にわたって、広く浅く網羅するような内容ではあるのですが、専門家へ的確に患児をつなぐための情報が満載でした。この報告は要点のみ取り上げており、かつ転載を許可されないスライドもあるので、情報としては不十分です。直接受講しなければ得られない内容もあるので、積極的な参加をお勧めします。



九州医師会連合会 医療基本法(仮称)制定に関するシンポジウム



理事 本竹 秀光



去る2月9日(土)福岡県医師会館に於いて、日本医師会と九州医師会連合会主催とする「医療基本法(仮称)制定に関するシンポジウム」が開催されたので、その概要を報告する。

開 会

司会の堤康博福岡県医師会専務理事より開会が宣言され会が進められた。

挨 拶

稲倉正孝九州医師会連合会長・宮崎県医師会長

御承知のとおり、医師会では医療提供者と医療を受ける側が強い信頼で結ばれたより良い医療の実現に向け医療基本法の制定を前向きに検討している。

このような医療基本法の制定については、すべての国民が十分な意思疎通の下、建設的な議論を重ね、日本医師会と共催という形でシンポジウム開催を迎えた。

法律の制定は敷居が高いというイメージがあ

るが、医師をはじめとする医療提供者の願いは国民に安心安全な医療を提供すること、一人でも多くの皆様が笑顔で健康な生活を送ってもらうことである。すべての国民は健康で文化的な最低限の生活を営む権利を保障されている。医療提供者も医療を受ける側も目標とするものは同じである。これまでの経緯を見ると、昭和47年に医療基本法案が通常国会で提出されたが、審議の結果廃案になっている。そののちは我国の医療提供体制が中心になってしまい、患者国民の声が医療政策に反映されにくくなった。

税収・予算が限られた中で、従来の政策決定を見直し、医療提供者と患者の信頼関係を構築するためにも医療基本法の制定が必要であり、平成24年に日医医事法関係検討委員会が医療基本法の制定に向けた具体的提言を公表された。

本日は各界を代表される報告並びに総合討論を予定している。今日の成果が今後の医療提供者と医療を受ける側と国民の信頼関係がより強固のものになるよう祈念する。

羽生田俊日本医師会副会長

このシンポジウムは昨今議論が活発になりつつある。医療基本法の制定における問題や内容、課題等について患者市民の皆様と共に考える場を設けるべく企画されたものである。昨年12月12日にそのさきがけとなるシンポジウムを開催したところ、全国から200名を超える皆様に参加いただいた。しかし、一方でこのような議論の場は全国各地により多くの市民の皆様にご参加いただいでこそ、国民的な議論に発展させていくことができることを考え、全国のブロック医師会に同様のシンポジウム開催をお願いしたところ、早速に九州医師会連合から一番の申し出を頂いた。

このように医療提供者と市民の皆様がより良い医療のあり方を述べ共に考えていくことは、明日からの診療の場において、より良い確かな信頼関係を築けるものだと感じている。

本日のシンポジウムの議論が、医療提供者と患者との信頼関係構築に向けた医療基本法制定の確かな一歩となるよう祈念する。

「医療基本法の制定について」

小西洋之（参議院議員・民主党政調会長補佐・医療基本法議連）

現国会議員、元官僚の経験から、医療基本法の必要性、今後の医療基本法の検討、成立に向けた取り組みについて次のように述べた。

法的観点からの必要性として、憲法第13条には「すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」とあるが、これは尊厳を守るために最大限より良い医療を受けることが実現されるべきである。基本法とは、国政の重要分野について、政策の基本理念、基本方針などを定める法律であり、現在、我国には43の基本法があるが、医療と外交・安全保障については基本法が制定されていない。基本法の必要性としては、国政における医療を位置づけることによって必要な財源確保

ができ、理念に基づいた国民皆保険を堅持し、基本法には長年の課題を解決する力がある。

我国の医療の再建のためには、憲法25条等にもとづき、あるべき医療の基本理念を確立し、それを実現するための主な政策の基本方針を規定し、さらにそれを踏まえた個別政策を全ての関係者協働のもと実現していく仕組みを措置する必要がある。医療を巡る全ての関係者（医療提供者・患者関係者、市民等）の賛同と唱道の環境作りが必要である。

「医療基本法を考える」

大井利夫（日本病院会顧問・医事法関係検討委員会副委員長）

医学・医療の進歩発展及び医療の社会化が加速している現在、現行の医療関係法令には粒度や比重に差異が見られ、良好な患者医療者の信頼関係を構築するために、医療関係法令を統合する医療の基本理念の明確化が求められている。この医療に関する基本理念を明示するのが「医療基本法」であり、憲法の定める個人の権利及び生命尊重の考え方や、国が医療政策を立案する際の基本的考え方を含むものである。日本医師会の「医療基本法の制定に向けた具体的提言」では、医療とは患者の基本的権利（生存、QOL、尊厳）を尊重し、疾病の治療、健康の支援に努める術（アート）であると医療の定義としている。また、その定義の対象者は患者、医療従事者、行政の三者とし、それぞれの権利、義務・責務を定めるとしている。

医療基本法制定に向けた日本医師会と日本病院会では、大部分が共通の論点を持っているが、範囲、医師法21条への対応、経済体制の条文化に相違が見られる。

今後は、医療基本法を個別法（子法）に対するどのような親法としての位置付け、理念法の性格のみならず計画体系も加えるべきかどうか議論する必要がある。また、医療界、国民、行政などに幅広い議論を求め、どのようにして合意を形成していくべきなのか、また委縮医療・医療崩壊を防ぎ、チーム医療を推進していくた

めに、個別法を含め患者・国民の利益にかなう法制度をいかに構築するかを今後も課題とし、医療基本法制定の必要性を主張した。

「医療基本法はなぜ必要か」

鈴木利廣（明治大学法科大学院教授・弁護士）

現在、医療に様々な病理現象が起きている。医療にかかわる様々な関係者からの不満の声が出てきており、これは日本の医療に不満の声が出ているということである。例えば、医師不足、労働過重、患者のコンビニ受診、医療事故・薬害、苦情・紛争等がある。しかし、諸外国から見れば低負担で中程度の福祉を実現している日本は羨ましがられているが、結果的には日本の自国に対する医療満足度は低い。

このような不満はこれまでの医療制度を変えることで、変えることができる。患者・国民が質の高い安全な医療を、十分な情報提供と納得の下に、受けられるよう医療提供等に必要な医療の質と安全の確保と実施する必要がある。医師不足、労働過重については、診療科や地域による偏在を是正し、医療機関の整備と機能分化・適正配置を進め、十分に連携された切れ目のない医療提供体制を公的にコントロールして実現しなければならない。患者の権利と尊厳を尊重し、患者本位の医療が実現される体制を構築し、医療にかかわるすべての関係者の役割と責務を明確にすることが必要である。

「なぜ医療基本法が必要なのか」

田中秀一（読売新聞東京本社論説委員）

まず基本法とは、国政の重要分野について、政策の基本的な理念、原則、方針を占める法律である。医療提供体制の充実の重要課題として、深刻な医師不足と医師の偏在、医師配置の地域格差、医師の労働環境と医師不足が挙げられる。診療科・地域による医師の偏在を是正するシステムを確立し、医療従事者の労働環境を改善する必要がある。しかし現在の医療関係法令には、このような理念を持った法令はない上、医療は重要政策分野であるのに基本法がない。医療提供体制の充実を理念化した新たな法令が必要である。医療法には「医療の安全を確保するための措置を講じなければならない」という条文はあるが、具体策には欠ける。医療の質と安全を確保する理念と具体策を伴った新たな法令が必要である。

総合討論

その後、総合討論が行われ、会場からは日医案で定義するための視点として、(1) 医療の目的、(2) 医療、(3) 医療の流れ、プロセス、(4) 法制規制という4つの視点が示されているが、終末期医療・尊厳死の定義はどうか。また、患者の権利については多く述べられているが、患者の義務はどう考えるのか、諸外国の医療基本法はどのようなことになっているのか等、活発な討論が展開された。

印象記

理事 本竹 秀光

平成25年2月9日（土）、福岡県で開催された九州医師会連合会並びに日本医師会主催の医療基本法（仮称）制定に関するシンポジウムに宮城会長、安里副会長とともに参加した。会は稲倉正孝九州医師会連合会長挨拶、横倉義武日本医師会長挨拶（代読）の後、二部構成で行われた。我が国において「医療基本法」を制定すべきであるとの組織・団体による本格的な立法提言は、昭和43年日本医師会が公表した「医療基本法（第一草案）」に始まる。目的は、昭和36年の国民皆保険の達成を受けて、当時危惧されていた医師・患者間の信頼関係の崩壊、医療提供者・患者・保険者間に沸き起こった不信感などを背景にその解消を目指したものであった。これを受けて当時

の厚生省も医療基本法案要綱を提出するも国会で廃案となり、基本法の議論は消滅していったようである。しかるに、平成21年に厚生労働省「ハンセン病検証会議の提言に基づく再発防止検討会」において、患者・被験者の諸権利の法制化について議論を重ねる中、「医療の基本法」を制定すべきことが報告書に謳われたことなどを契機に、医師と患者の信頼関係の修復という視点から、改めて医療基本法を議論する機運が芽生え、日本医師会では平成22年8月6日に「医事法関係検討委員会」を設立、9回の委員会での検討ののち、平成24年3月に「医療基本法」の設立に向けた具体的提言を答申した。平成24年11月10日には医療提供者、患者市民がともに医療基本法を考えるシンポジウムが福岡市で開催された。さらに国民的議論の必要性から全国のプロック医師会に同様なシンポジウム開催が御願いされ、いの一に九州医師会連合会が申し出、今回のシンポジウムの開催となった。第一部では「医療基本法の制定について」と題して、参議院議員・民主党調会長補佐の小西洋之氏が報告した。現在世界に冠たる我が国の国民皆保険制度はTPP問題でその存続が危惧される場所であるが、これは医療の基本法（国政の重要分野について、政策の理念、基本方針などを定める法律）が制定されてない故でもある。基本法があれば、国政における医療を位置づけることによって必要な財源が確保でき、理念に基づいた国民皆保険の堅持が可能になると述べた。弁護士の鈴木利廣氏は「医療基本法はなぜ必要か」のテーマで報告した。氏は昨今の医療提供者と患者間の相合不信感を医療の病理現象と表現し、現在、医事紛争、医師不足・偏在、認知症医療、終末期医療、医療事故への警察の介入、自由裁量型医療、その他の多くの解決しなければならない課題が山積みであるが、そのためには特に患者の権利を守るという観点からの医療の基本法の必要性を訴えた。他には「医療基本法を考える」と題して日本病院会顧問の大井利夫氏が、「なぜ医療基本法が必要なのか」と題して読売新聞論説委員の田中秀一氏が報告された。

お知らせ

ご注意を！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

医事紛争発生時に、医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適応外となります。

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

向精神薬処方箋偽造に関する注意喚起ポスターについて

理事 玉井 修

沖縄県内の医療機関において発行された向精神薬の処方箋をカラーコピーし、複数の調剤薬局に持ち込んで大量の向精神薬を入手し、それをネット販売で横流ししていたとして北海道出身の男性が逮捕されました。この様な不正な向精神薬の入手はこれまでもいくつか県医師会にも報告があり、犯罪組織との結びつきが懸念されております。

この様な事例は、受付終了間際に駆け込みで受診し、医療機関を慌てさせて判断を急がせる。小さい子供と一緒に受診し、大変困っているのので何とかして欲しいと情に訴える。旅行先で困っており自費で払っても構わないから、何とか

して欲しい等と判断を鈍らせる。僕が嘘つきの様に見えますか？と言って食い下がる。などと、巧妙に、しかし思い返してみるとやや不自然な形の受診形態が特徴となっております。

このたび、沖縄県薬剤師会が、この様な不正な処方箋偽造による不正入手が刑法違反であるというポスターを作成し、各医療機関への配布をお願いし、併せて新聞各社に対し県民への注意喚起をお願いする事と致しました。

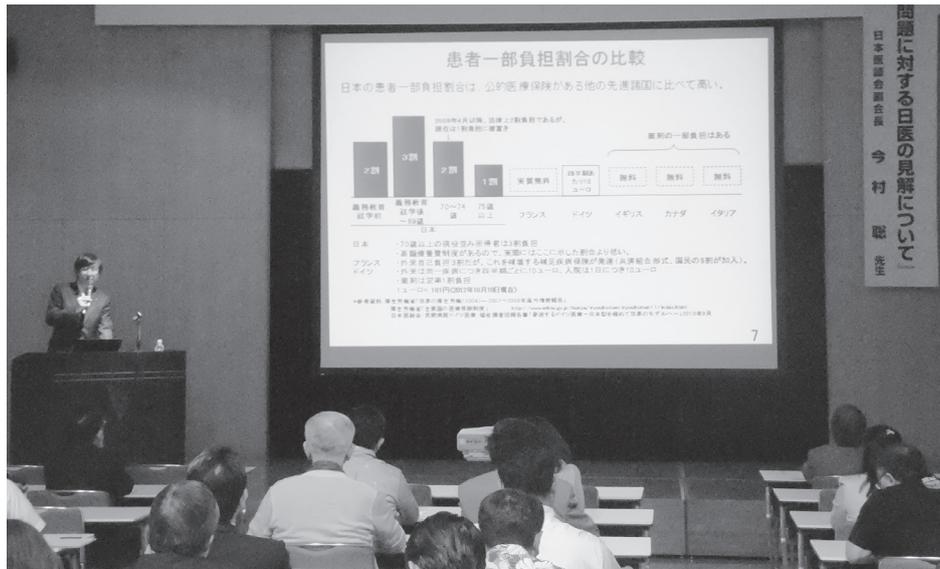
会員の先生方には、今後この様な不正行為への注意を更に徹底して頂きますようお願い申し上げます。



消費税問題に関する講演会



理事 石川 清和



平成 24 年 11 月 14 日（水）、沖縄県医師会館において、日本医師会の今村聡副会長を招聘し、消費税問題に関する講演会を開催した。

控除対象外消費税の問題は、医療経営にとって喫緊でかつ、重要な問題であり、今村副会長より、当該問題の具体的な内容及び日本医師会の対応について、詳細にお話ししていただいたので、その概要を掲載する。

挨拶 沖縄県医師会長 宮城信雄

本日は、消費税問題に関する講演会を開催いたしましたところ、皆様には何かとご多用の中を多数ご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

ご承知のとおり、社会保障制度改革の基本方針を示しました社会保障制度改革推進法案や消費税増税法案など、社会保障・税一体改革関連法案 8 法案が、8 月 10 日に参議院本会議で可決・成立いたしました。消費税というのは社会保障の維持・充実を目的に 2014 年 4 月には 8%、

それから 15 年の 10 月には 10% に引き上げるということが決まりました。

現在の消費税率は 5% ですが、この 5% の段階で医療機関は、医療機器導入などの設備投資、あるいは医薬品・医療材料を仕入れる際に経済的な負担を受けて、経営を圧迫し続けております。もし現行制度のまま消費税が増税になった場合、控除対象外消費税の問題を抱える医療機関では、さらに大きな負担になるということから重大な問題になっています。このままでは地域医療の崩壊にもつながりかねないということで危惧しております。

日本医師会においては、国民負担を増やさずに、「医療費非課税」に伴う医療機関の控除対象外消費税問題を解消する方策として、社会保険診療報酬に対するゼロ税率課税を主張・要望してきております。

しかし、現在、中医協の消費税分科会では、医療機関の高額投資部分を手当する仕組みに向けた議論が本格化するようではありますが、控除

対象外消費税問題等についてはいまだに解決が見出せていない状況です。

このような状況で、このたび沖縄県医師会は消費税問題について会員からいろいろ問題提起がありますし、日医はどうなっているんだという話もあり、そういう意味では皆様方の理解を深めるために、沖縄県医師会として講演会を開催して、副会長になる前からずっとこの問題について取り組んでおられて、日本医師会の中でも専門家であります日本医師会の今村副会長に、沖縄県医師会として講演会を開催して、「消費税問題に対する日医の見解について」ご講演

をいただくことになりました。ぜひ最後までご拝聴いただきますようお願い申し上げます。

今村副会長には公私ともにご多忙中にもかかわらず、講師をご承諾賜り誠に感謝を申し上げます。

最後に、本日の講演を機に皆様の知識がより高まるとともに、国民の健康を守り、医療機関の健全な経営を維持していくために、日本医師会におかれましては、消費税問題等の解消に向けてさらに努めていただくよう切にお願い申し上げます。甚だ簡単ではありますが、ご挨拶にかえます。最後までよろしくお願ひいたします。

講 演

「消費税問題に対する日医の見解について」



日本医師会副会長 今村 聡

本日は、こうやって皆様方に直接、医療にかかわる消費税の問題の話をさせていただく機会を頂戴いたしました宮城会長はじめ沖縄県医師会の皆様に御礼を申し上げます。

もともと消費税という仕組み自体が、わかっているようで正確には理解されていない。さらに、医療、社会保険診療は非課税になっているということで、どういった負担が医療機関に発生して、それをどのように国が手当をしているのか。一つ一つが非常にわかりにくい仕組みになっておりますので、医療機関の先生方のご理解も必ずしも十分でない。そういう中でどういう解決策を日医は言っているのか、なぜそういうふうになっているのかということ、ご理解いただく必要があるかと思ひます。そういった意味で非常にありがたい機会だと思っております。

これは会員の先生にご理解いただくために作った冊子で「今こそ考えよう医療における消費税問題～第2版～」です。

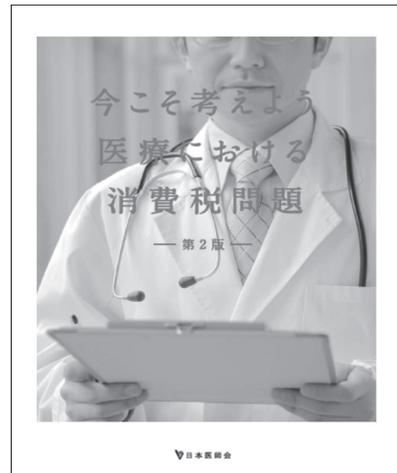


fig.1

今日の私のお話を聞いたときは何となく「ああそういうことなのか」とご理解いただけるかもしれません。時間が経つとまた忘れてしまうので、ぜひこの冊子をご覧くださいと思います。

消費税の話をする前に、簡単に日本の医療の状況について触れたいと思ひます。

はじめに
日本の医療の評価と現状

fig.2

世界の医療の評価

	平均寿命	健康状態の自己評価	若年死亡率	がんによる死亡率	循環器疾患による死亡率	呼吸器疾患による死亡率	糖尿病による死亡率	筋骨格の疾患による死亡率	精神疾患による死亡率	乳児死亡率	医療事故による死亡率
オーストラリア	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
オーストリア	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
ベルギー	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
カナダ	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
デンマーク	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
フィンランド	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
フランス	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
ドイツ	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
アイルランド	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
イタリア	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
オランダ	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
ノルウェー	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
スウェーデン	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
スイス	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
イギリス	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
アメリカ	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

※The Conference Board of Canadaが作成したものを和訳して引用(<http://sso.conferenceboard.ca/hcp/default.aspx>)

fig.3

これは The Conference Board of Canada がつくった「世界の医療の評価」でして、日本はほとんど A です。アメリカはほとんど B と C と D しかない状況です。項目の中で「健康状態の自己評価」を見てみますと、ほとんどの国が A です。フィンランド、ドイツ、イタリアぐらいが B ですね。ところが、ここだけは日本は D なのです。自分たちが受けている医療でどれだけのよい結果が得られているかということを、国民自体がほとんど理解をしていない状況にまずあるんだということです。

『ランセット』日本特集号—国民皆保険達成から50年—
THE LANCET

- 短期間で長寿社会を実現した要因
- 国民皆保険制度の長所と限界
- 高品質低コスト医療の実態
- 急速な高齢化に対応する介護保険制度
- 保健外交における日本の優位性と役割

fig.4

また、昨年、国民皆保険達成から 50 年ということから「THE LANCET」で日本特集号が生まれ、権威の高い医学雑誌の中で日本の医療に対して、非常に高い評価がされており、短期間で長寿社会を実現した要因であるとか、国民皆保険制度の長所や高品質低コスト医療の実態等について、世界に情報が発信されました。

日本の医療の特徴

- ◆ 国民皆保険
- ◆ フリーアクセス

- 誰もが必要ときに、必要な医療を受けることができる
- 誰もが自由に、医療機関を選ぶことができる

+ α 低廉で安心・安全な医療を国民に提供

fig.5

ご存知の通り日本の医療の特徴は、国民皆保険で、フリーアクセスです。誰もが必要ときに必要な医療を受けることができ、誰もが自由に医療機関を選ぶことができるということです。

医療費の国際比較

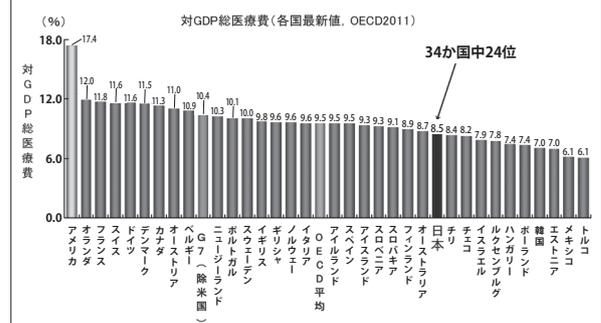


fig.6

そのようなすばらしいアウトカムを出しているにもかかわらず、実は医療費がこんなに低く抑えられているという現状が示されています。

(fig.7)

そういった中で、国民は、何となく医療費が高いのではないかと思うような人が結構いらっしゃいます。実は外国では、一部負担みたいなものがあまりない国が多く、あっても還付され

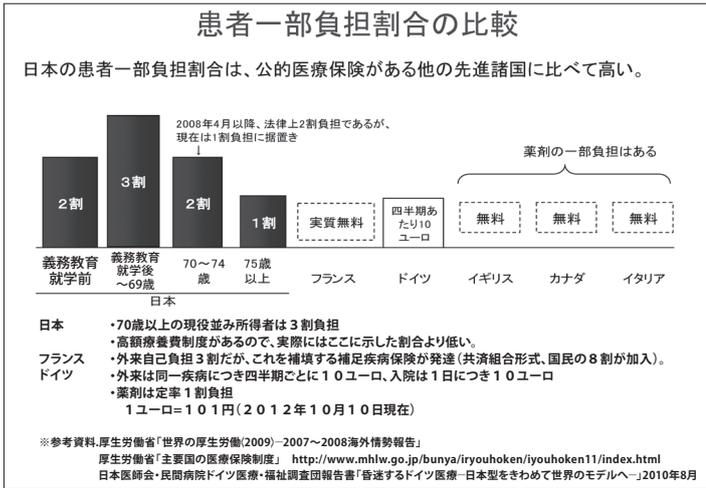


fig.7

るような仕組みとなっています。ところが日本は、医療費全体は安いけれども、一部負担があるために患者の負担感はあるというのが現状です。今この70～74歳の本人負担を特例で1割に据え置いています。現在これを2割に戻す、戻さないという議論がされています。こういうことで一部負担の大きさを感じているということです。

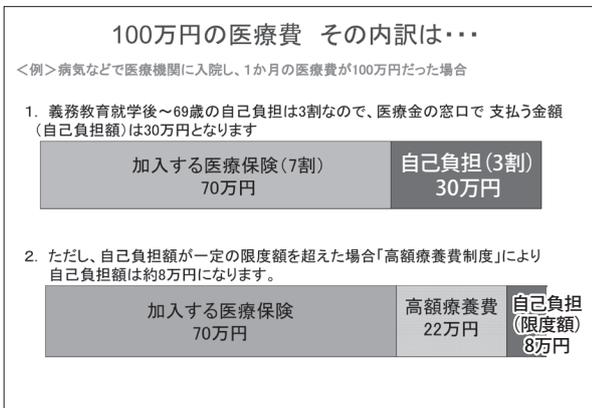


fig.8

そう言いながらも、日本には高額療養費制度があるので100万円の医療が8万円で受けられるというメリットがあります。また、1回だけの入院で済めばいいことですが、例えばある特定の病気で慢性的に医療費がかかるような人してみると、月々8万円、年間100万円かかるような医療費の負担は大きいことから、高額療養費制度を見直そうという議論が起きているということは、皆さん周知の事実だと思います。

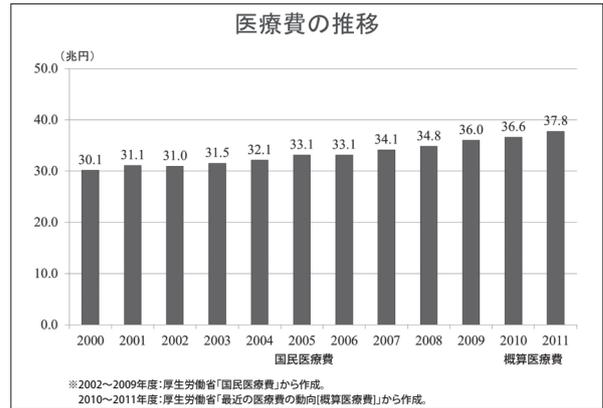


fig.9

医療費全体は、やはり高齢化と医療の高度化に伴って間違いなく増えてきていることを示しています。

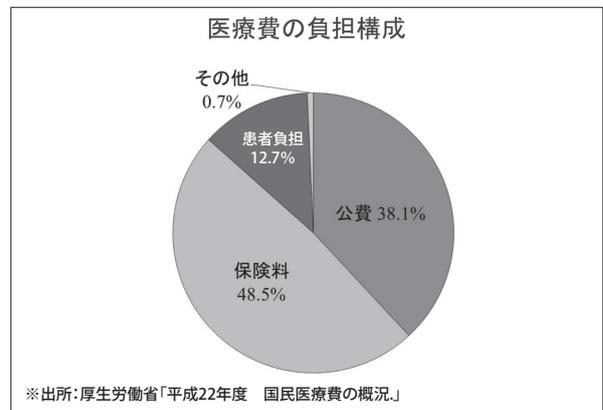


fig.10

こういう中で、誰がどのように医療費を負担をしているか構成を見ますと、今現在の構成は公費(税金)が38%、保険料が48%、あとは患者負担となります。

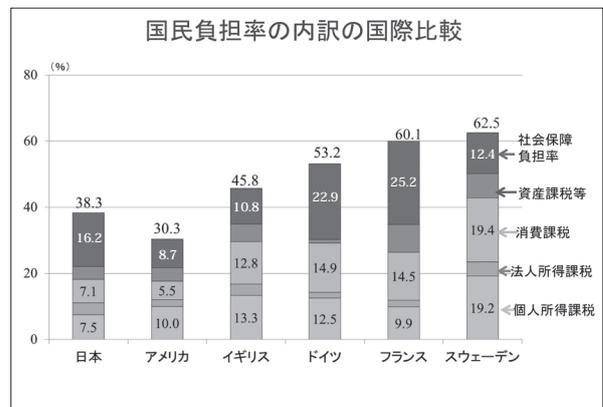


fig.11

国民負担率の内訳を見ると、高負担高福祉のスウェーデンなどでは国民負担率が62.5%となっています。日本は社会保障としてはヨーロ

ッパに近い社会保障を提供しながら、実は自己責任のアメリカに近いような国民負担率しかないということになります。

日本の場合には、教育だとか住宅にもものすごく個人個人の負担が大きいので、税金や保険料等の負担をいきなり北欧並みに持っていくのは相当に大変だと思いますが、あれだけのアウトカムを得ている医療を受けているということを国民にはもう少しご理解いただいて、一定の負担をお願いしていかないといけないと思います。ヨーロッパの社会保障が充実している国では、国民負担率の中に占める消費税の割合は多いですが、日本は低いということがありますので、ここをお願いしなければいけない。

日医としては、「医療を支える財源の3本柱」ということを言うておりまして、保険料の見直しと消費税の比率アップということを行っているわけです。



fig.12

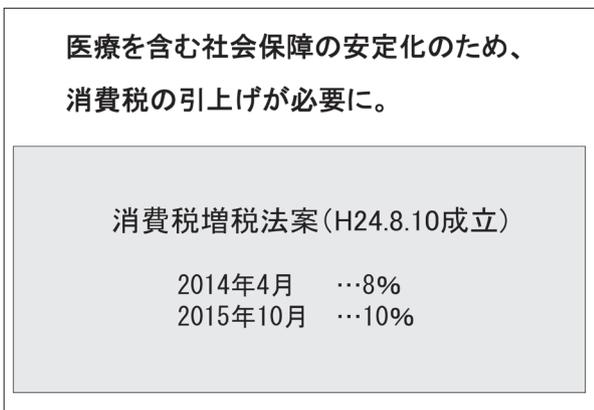


fig.13

この社会保障を充実するために、消費税を上げていくことを国民にお願いしなくてははいけま

せん。消費税を上げること自体については、反対される方もいますし、このタイミングで上げるのはいかがなものかとかいろいろご意見はありますけれども、中長期的な財源として消費税を上げるということについては、日本医師会は賛成をしているということになります。

宮城会長の冒頭のご挨拶にもありましたように、2014年4月に8%、2015年10月に10%まで上げることが決まっています。ただ経済成長率が+1%ないと駄目だという経済条項がついていますので、直近の状況は経済が非常にマイナス成長になっており、このようなことが続くと、このまま上げるということもできなくなるという可能性も現実にあるわけですが、現在のタイムテーブルとしてはこうなっているということです。



fig.14

医療の社会保険診療に係る消費税が非課税になっている問題を「控除対象外消費税問題」と日医は言っています。これは従来、「医療機関の損税」という言い方をずっとしてきました。

ところが、私、直感的に感じたのは、この問題を解決するときには私たちが損をしているから、誰かにその損を解消してくださいということと言うと、「いやいや、そんなあなた達の損を解消するために、何で私達が負担しないといけないの?」と、必ずこういう議論になって前に進まなくなるということでした。ですから損得の話ではなくて、そもそもこれは税の仕組みとしてはおかしいので、損税が発生する原因になっている問題について解決をしていくんだということを、私たちは言っていきたい。「控除

対象外消費税」、初めて聞かれる方にするとなじみがなく、わかりにくいと思われるかもしれません。後でご説明をしますが、仕入れに払っている消費税ということです。皆さんがお薬を買われたり、医療機器を購入したり、建物を建て替えたりするときに消費税を払う。その業者さんに払う税金のことを言っていると、とりあえず理解しておいてください。

例えばコンビニで200円のものを買いました。消費者は、当然10円の税金をこの事業者には払います。では、この事業者はどうしているかというと、仕入れ先から、100円で買って来たものを200円で売っています。そうすると、この事業者は仕入れ先に100円と消費税5円払って105円払っています。消費税だけでいえば、10円もらって5円払っている。この事業者は一体幾ら納税するかというと、10円もらったものから5円を引き算して、残りの5を納税するんですね。

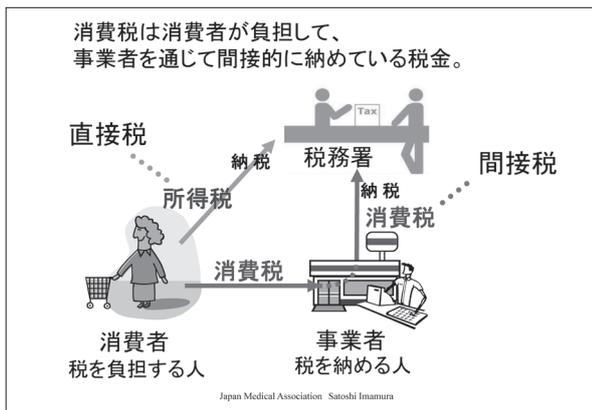


fig.15

普通は、勤務医の方だと自分の給料から所得税を払います。自分で税務署に納める代わりに、病院が税金を徴収して納めてくれるわけですが、これは本人が直接税金を負担して税務署に納める形なので、ご存じのとおり直接税と言っているわけです。

ですから、この仕入れに払った税金を引き算することを「控除」と言います。税の言葉で「控除」というのは引き算ということです。10から5を控除、引き算して残りの5を払う。そうすると、この事業者は税金の金額としての負担はあるのでしょうか。5を払って5を納めてますが、10もらっているから税金の負担というのではないわけです。だけど、納税という手間は発生しているわけです。消費税においては、税を納めるといふことと、税金の金額の負担があるということは違うということです。

ところが、消費税というのは、税金の負担をしているのは消費者です。事業者は、税金を納める義務はあるけれども、実際には税金の金額そのものの負担はありません。消費税は消費者が負担して、事業者を通して間接的に納めるので間接税といえます。

スライドにはありませんが、実は仕入れ先の事業者もここで物を作るのに、材料を購入しているんで、例えば国に3納めます、2を納めますとあって、段階的にいろいろところが税金を納めていって、その合計が最後の消費者の10になるという仕組みになっているわけです。ですから消費税が「多段階付加価値税」と言われているのは、段階的に納めていった税金が、最後の消費者が払った金額の10にちゃんと計算上合うようにつくられている。これが消費税の根本的な仕組みということをご理解いただきたいと思います。

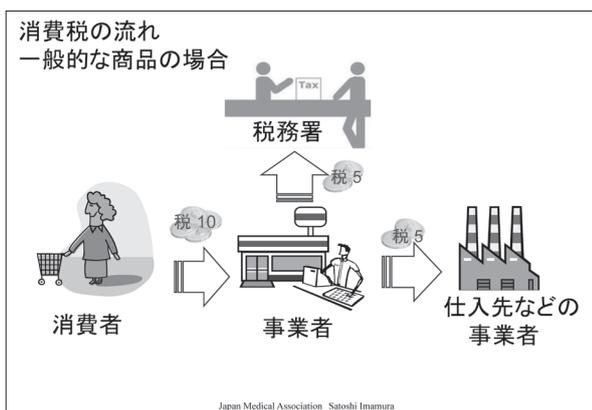


fig.16

(fig.17)

では、次に医療はどうなっているのかというと、社会保険診療は非課税になっています。つまり、患者さんから税金をもらっていないわけですね。

(fig.18)

このことを国民がそもそも知っているんです



fig.17

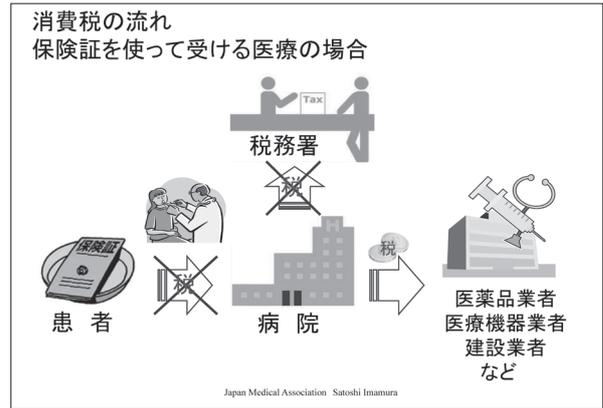


fig.19

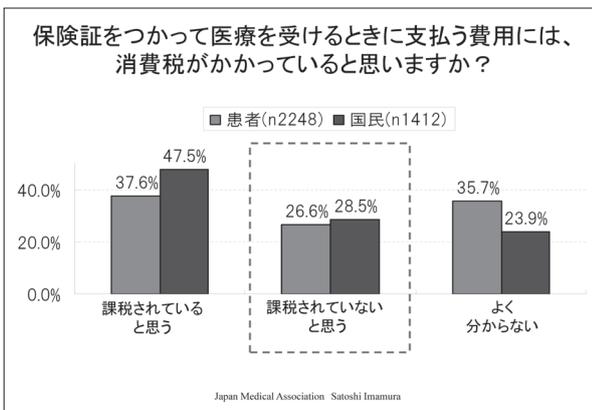


fig.18

かという、実は現状では国民はあんまりよくご存じないですね。保険証を使って医療を受けるときに、「社会保険診療で支払う費用に消費税がかかっていると思いますか？」という問いに対して、「課税されていない」と正しく答えた方は4分の1しか現状ではいません。さらに、「先生方から処方箋をもらって調剤薬局に行って薬をもらわれるときに、消費税がかかっていると思いますか？」と聞くと、正解率は15%ぐらいになります。なぜかという、一般の薬局に行って風邪薬を購入するとみんな消費税がかかるわけですね。だから、患者さんは処方箋をもらって調剤薬局で薬をもらうときにも消費税を支払っていると勝手に思っておられるということです。

患者から税金をもらいませので、病院も納税の義務はありません。しかし、医薬品や医療機器業者、建設業者には税金を払っています。一般的な消費税の仕組みでは、もらったものから払ったものを引き算して納めればいけれど

も、社会保険診療では、医療機関は、納める必要もないけれど引き算もできませんよということになっている。したがって、業者に払った税金は「払いっ放し」ということになっています。引き算ができない消費税、控除ができない消費税、控除の対象外になっている消費税が発生します。このような仕入れに払った税金のことを専門的にいうと「控除対象外消費税」と、こういう言い方になっているのです。

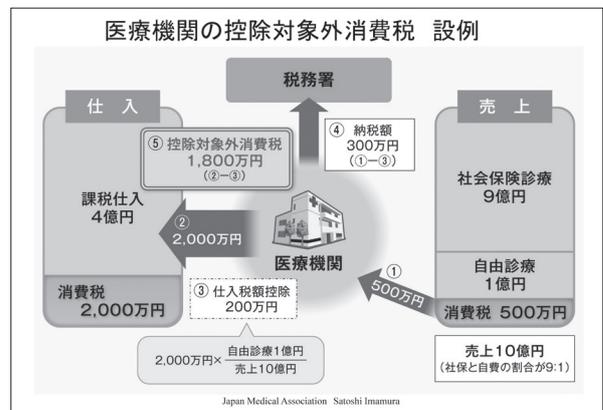


fig.20

ただし、自由診療というものもあるわけです。これは課税取引になっていまして、例えば健康診断や予防接種は消費税が入っている、課税になっているわけです。

例えば10億円の売り上げがある小さな病院があります。社会保険診療は9億円の売り上げがあります。自由診療は1億円の売り上げがあります。そうすると、当然自由診療分の1億円に対しては、患者さんから消費税を預かりますから、500万円が医療機関に消費税として入ってきています。この病院は10億円の売り上げ

を上げるためにお薬代、医療材料など、様々なもので4億円の仕入れをしていると仮定した場合、業者に2,000万円の消費税を払っています。

通常で、これ全部課税取引であれば500万円から2,000万円引き算をして、マイナス1,500万円ですから、税務署から1,500万円戻してもらえれば、医療機関はプラスマイナスゼロになるんです。ところが、売上全体の9割分が非課税で課税分が1割しかないのです、支払った2,000万円から1割分、200万円だけを引き算に使っていいですよという計算になります。ですから、500万円預かっているのに、200万円引き算して300万円納めることになります。そうすると、2,000万円仕入れに支払っているのに200万円分しか引き算できませんから、結局1,800万円は引き算の外にあるということになります。このことを控除対象外消費税問題といいます。

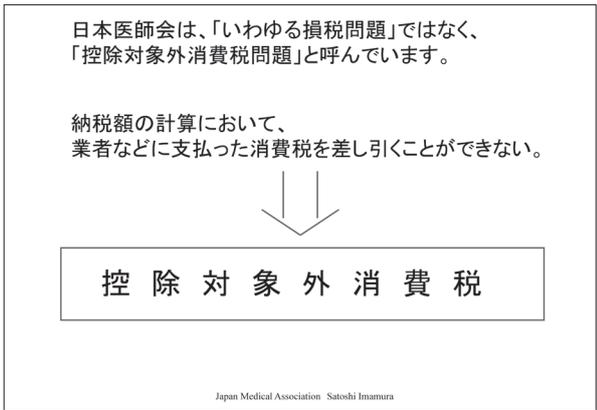


fig.21

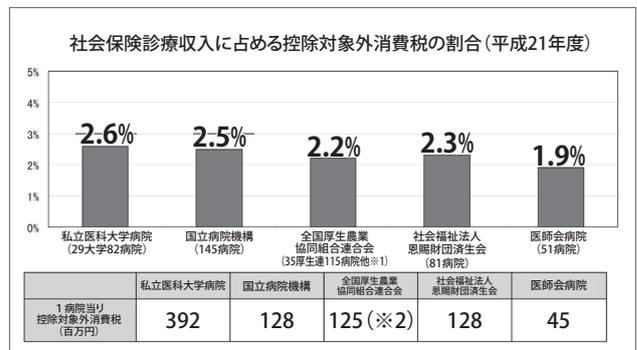
冒頭申し上げましたように、「損税問題」ではなくて、損税が発生する原因を指して「控除対象外消費税問題」と呼んでいます。納税の計算において、業者に支払った消費税を引き算できない税金のことです。まずは仕入れに皆さんがどのくらい税金を払っているかということについて、日医の調査結果をお示ししたいと思います。

これは、私立医科大学の29大学82病院を調べた結果、1病院当たりの仕入れに払っている消費税は平均で3億9,200万円でした。これは、例えば勤務医の過重労働を緩和する為、メディカルクラークを400万円で雇用した場合、100



fig.22

控除対象外消費税・負担の現状



※1 病院の他、66診療所、328介護保険実施施設を含む。
 ※2 関連する診療所及び介護保険実施施設を含む。

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.23

人分1年間に雇用できるだけの金額になります。

同じように国立病院機構は1億2,800万円、厚生連1億2,500万円、済生会1億2,800万円、医師会病院4,500万円の消費税を支払っています。

社会保険診療に対してこの金額がどのくらいのパーセンテージになるかといいますと、大体2%を超えます。規模が大きいと数字が大きくなっています。

今回の診療報酬法改正で、一体幾ら医療費が上がったかということ0.004%です。これは経費込みでそれだけ上がっているわけですね。前回の改定で0.19%上がりました。これも経費込みです。この2.6というのは、税金というコストをこれだけ余分に払っているということになります。

だから、単純に5%の消費税が10%になると、これは機械的な話なので、3億9,200万円は2倍の7億8,400万円になって社会保険診療に対して5.2%になります。今の病院の利益率というのは

本当に2%、3%しかないようなところですので、単純に5%、6%の消費税を払ったら、医療機関が持たないということになります。したがって、これは医療機関にとっては目に見えていないけれども、ものすごい大きな問題なんです。

医療機関の税金には、法人税や事業税があります。これはどちらも利益がある医療機関に発生してくる税金です。利益がなければ法人税も事業税もありません。だけど、消費税はその病院に利益が出ていようがいまいが、医療を行うために様々な物を買えば出ていく税金なので、そこが問題だということになるわけです。

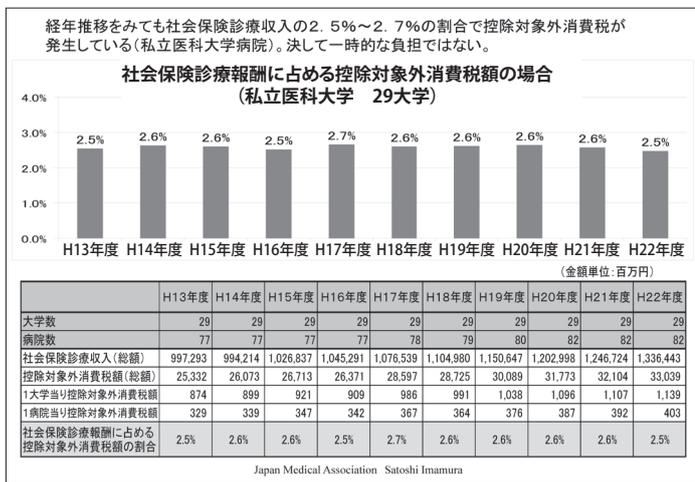


fig.24

消費税問題について説明に回ると、たまたまその年が先程の調査結果になっているのではないのかという話になりますが、私立医科大学の平成13年から22年の10年間を見ると、社会保険診療に対して毎年2.5%以上消費税を払っているということがデータで分かります。

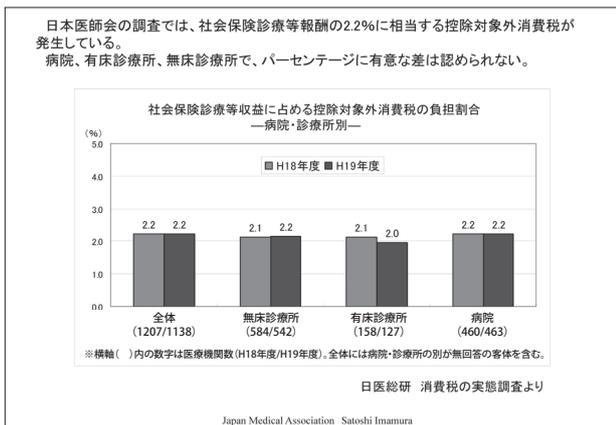


fig.25

(fig.25)

病院は大変だけれども、診療所はそうでもないのではないかという意見があります。実は今、課税売上1,000万円以下の事業者は免税になっているんです。ですから、先生方が予防接種だとか、健康診断の売り上げが1年間に1,000万円までいっていない医療機関は、患者さんからいただいた消費税を納税する必要がないので、その部分は医療機関の益税になっている場合があります。つまり900万円の健康診断と予防接種をやっていると5%ですから、患者さんから45万円の消費税をもらっていますが、それは納税しないので、医療機関の利益になっているわけです。

だから、財務省の方とか自民党の税調の方と話をすると、「病院は影響あるかもしれないけれども、診療所はこの問題でメリットになっているから、そんなことないよ」、みたいなことを結構おっしゃりますが、そうではありません。我々の調査では無床診療所、有床診療所を問わず、診療報酬に対して大体2%ぐらい仕入れに消費税を払っています。だから、1億円売り上げのある診療所は200万円税金を仕入れに払っています。本来、医療機関は最終事業者ではないので、普通であれば負う必要のない消費税です。ですから、自由診療で多少の利益があっても、トータルすると社会保険診療の影響のほうが大きいので、恐らくほぼ全ての医療機関、特殊な医療を行っているところ以外は負担があるというのが実態です。このスライドは社会保険診療に対して大体2%ぐらいの税金を仕入れに払っているというデータです。

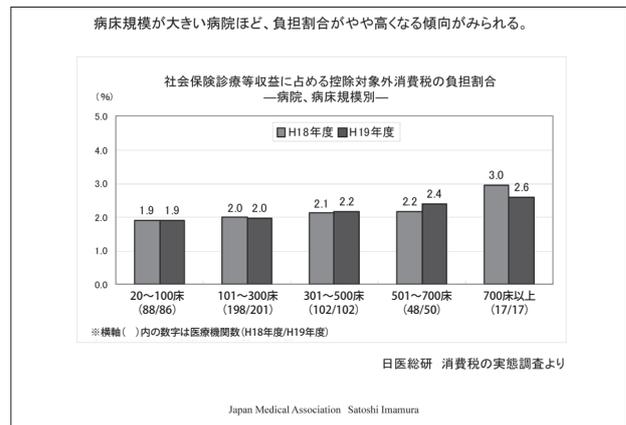


fig.26

税を仕入れに払っているのです、この近似値線は2.2%とかそういうところです。なかには、とんでもないような外れ値もありますが、これが設備投資の結果、消費税の負担がいきにご増えた病院を示しています。

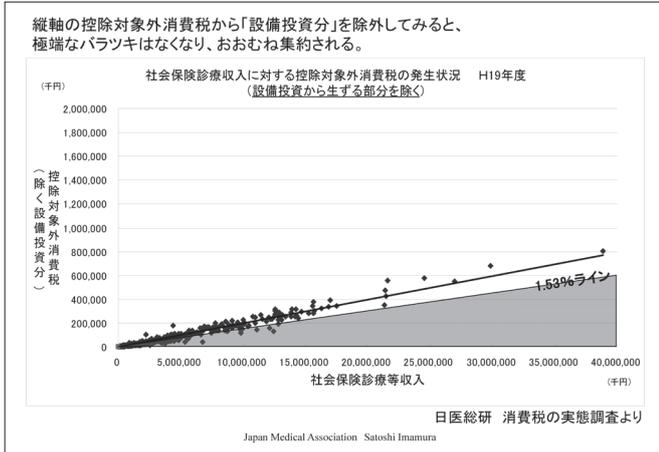


fig.30

設備投資を除外したグラフです。どんな医療機関の規模でも、先ほどからお示したように、医療を行っていくために社会保険診療報酬の2.2%ぐらいの消費税を仕入れに払っています。それとは別にある年に設備投資をすると、2.2%よりも高い数字になります。つまり、我々が「負担だ、負担だ」と言っている消費税の中に実は2つあって、設備投資の部分と医療を普通に行っていくためにかかっている消費税の2つの要素で成り立っているということです。設備投資を外すと、ほぼ一定の負担になっています。

(fig.31) (fig.32)

それでは、それに対して今までどんな対応がされてきたのでしょうか。

国が消費税を導入するにあたってものすごい反対があったわけですね。当時の政権も大変苦労された。そのときに、生きていくために必要なものについては政策的に配慮しますということから、例えば医療だとか、学校の教育だとか、亡くなったときの火葬や埋葬料というものは非課税となっているんです。

ところが、実は非課税となっはいますが負担がないわけではないんです。例えば学校だと教材料だとかパソコン料だとかいろいろなもの



fig.31

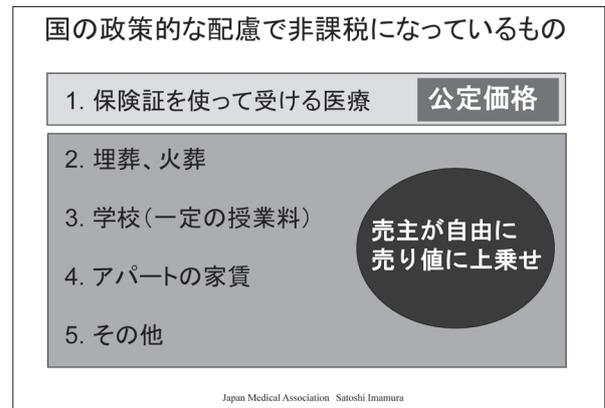


fig.32

に消費税を払いますが、払いっ放しだと当然大学はすごく困るので、その分授業料を高く設定するということができるわけです。

ところが、医療はご存じのとおり公定価格なので、自分で価格を勝手に設定できません。業者などに払っている消費税分を価格に上乗せできないということは、要するに我々が負担を負ってしまっているということです。

では、社会保険診療は非課税だから大変だねと。こんなことは最初からわかっいて、医療機関に負担がありそうだから何とかしてくださいということになされた対応があるんです。

(fig.33)

この対応そのものが、今私たちはおかしいと言っているのですが、どういうことがされたかということ、我々が仕入れに払っている消費税を補填するために過去2回、診療報酬を高く設定、上乗せをしています。

例えば、平成元年に3%の消費税を導入した際、診療報酬を0.76%、内訳は、診療報酬(本体)

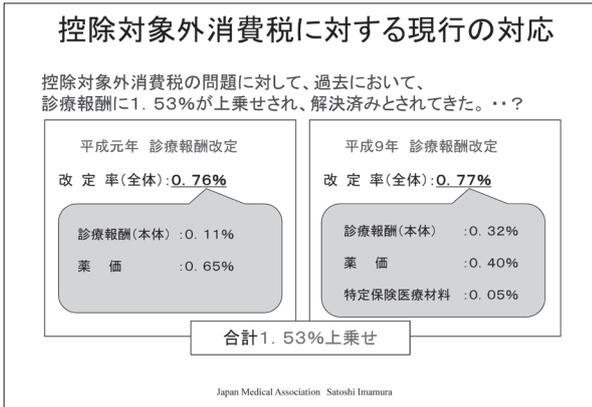


fig.33

の医療行為に0.11%、薬価に0.65%上乗せして、高くしましたということになっています。先生方は「自分が毎日やっている診察のどこに0.11%入っているんだ」「薬価でプラス0.65%改定と言われてもわからない」という話ですね。実は補填していると言われても、補填されている側が全く実感がないので「こんなの嘘でしょう」という話になっているわけです。

平成元年に0.76%、平成9年に3%から5%になったときに0.77%上乗せをされています。合わせて1.53%分、本来の診療行為の価値に上乗せされているということになっています。

す。1.53%が本当に乗っているかどうかというのは別の問題ですが、例えば1.53%上乗せされているとしても、単純に斜線の部分の差があるわけですね。(fig.34 右下)。これを従来「損税」と言ってきたのです。実際に、仕入れに払っている税金が全部丸々損になっているわけではなくて、仕入れに払っている税金と診療報酬の中で上乗せされている分の乖離のことです。

社会保険診療を何故非課税にしたかといいますが、一般の消費と違って、自分が病気になってしまったときに受ける医療にまで消費税を掛けるのは問題なので非課税となった訳ですが、実際には診療報酬に上乗せされているので、国民や保険者は全然わからない形で負担しているのです。(fig.34 左下)。

なおかつ、医療機関もそれでは補填不足で負担を負っているということで、非常に不合理な仕組みになっているというのがこの実態です。

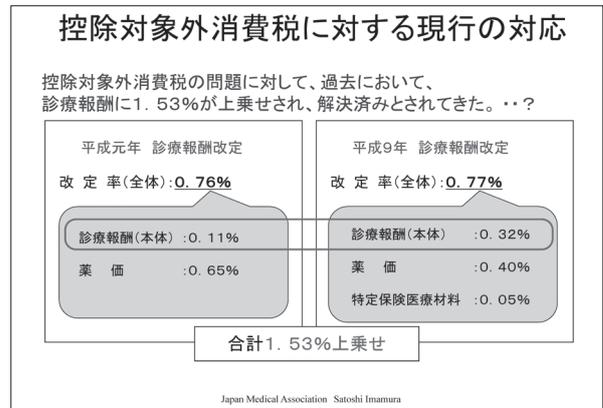


fig.35

さらに、この診療報酬、さっき私が申し上げたように、先生方は「自分の診療報酬のどこに上乗せしているんだ」、「全然わからない」、「納得できない」ということは当然だと思います。

診療報酬(本体)の部分だけを確認しますと、平成元年に財務省は厚生労働省が診療報酬の中に0.11%上乗せしてくれと言うので、その分の財源を厚労省に渡したわけです。

(fig.36)

では、厚労省はそれをもって何をやったかというと、保険局が診療報酬の改定をしました。財務省からもらった財源を使って12の診療行

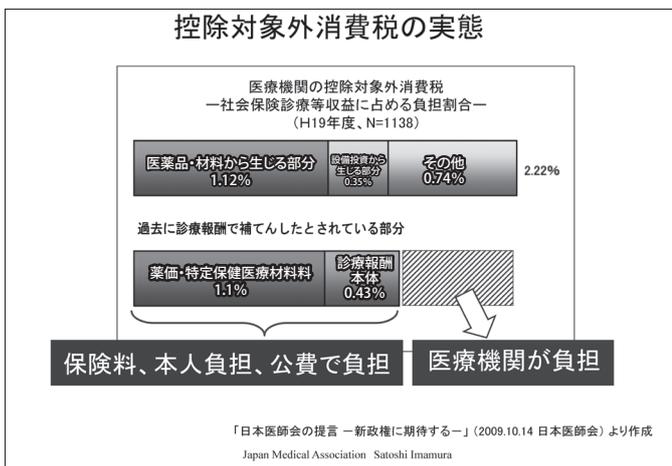


fig.34

ここで損税との関係を説明します。我々が仕入れに払った消費税のことを控除できない消費税だから控除対象外消費税と言い、それが社会保険診療報酬に対して2.2%ぐらいあります。

国は、診療報酬に1.53%上乗せをして補填したとしています。それは診療報酬(本体)と薬価や医療材料を合わせた医療費の1.53%で

【平成元年 消費税導入時の上乗せ改訂項目】	平成元年		平成24年
	上乗せ	上乗せ後の点数	点数
1・血液化学検査 5項目以上7項目以下	(+5)	195	93
2 〃 8項目又は9項目	(+5)	245	102
3・感染症血清反応 抗ストレプトリジノ値(ASO価)	(+5)	35 *	15
4・血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白(定性)	(+5)	40 *	16
5 〃 C反応性蛋白(定量)	(+5)	50 *	16
6・細菌薬剤感受性検査 3系統薬剤以下	(+5)	145	算定方法変更
7・点滴回路加算	(+1)	15	包括化
8・中心静脈注射回路加算	(+1)	15	包括化
9・人工腎臓食事給与加算	(+1)	61	項目廃止
10・精神科デイケア及び精神科ナイトケア食事給与加算	(+1)	46	包括化
11・基準器具加算	(+1)	15	包括化
12・給食料	(+1)	136	包括化
(老人)老人保健施設入所者基本療養費	(+660円)	210,660円	介護保険へ

* 平成2年の改定でマイナスされた項目

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.36

為に上乗せをしました。広く薄く 0.11% 乗っているわけではないんです。例えば平成元年の改定で血液化学検査 5 項目以上 7 項目以下に対して、医療機関が検査会社に支払う消費税分として +5 点 (50 円分) 上乗せして 195 点にしましたが、平成 24 年はどうなっているのでしょうか。93 点です。度重なるマイナス改定で 195 点から 93 点になってしまいました。では、上乗せ分の 5 点はどうなっているのでしょうか。この 93 点の中に入っているのか、入っていないのかという議論は一度もしていないのでわからない。議論されないままマイナス改定をされている。中医協でも議論はしていません。だから、私は日医にも責任があると言っているわけです。日医は中医協へ委員を 20 年間ずっと送ってきながら、改定の際、消費税分がきちんとどうなったか検証していないのです。だから、わからないのです。ひどいのは、CRP は +5 点で 40 点になりましたが、次の改定で -5 点されています。では、その -5 点は消費税上乗せ分をマイナスしたのか、もともとの価値が減っているから減らしたのかという議論がない。わからないのです。

このように度重なるマイナス改定でこのように減ってしまっています。そして、実は点滴回路加算は包括になっており、その他の項目についても廃止になったり、介護保険に移ってしまっているのです。この 12 の項目合わせて 0.11% 分がどうなったかという、多分実態としてはほとんどないでしょうと日医は言っているわけです。

確かに財務省からすると改定の時に財源を渡しているのです、その後については自分たちの関与するところではなく、厚労省の問題だとしています。行政の完全な縦割りですから、そういうスタンスなわけです。我々からすると、こんなことになっているじゃないか、このことをなぜちゃんと検証しないのか、きちんと検証してくれ、と私は 6 年間言い続けてきたわけです。でも、この問題は「既に解決済み」として公に取り上げられなかったというのが今までの実態です。

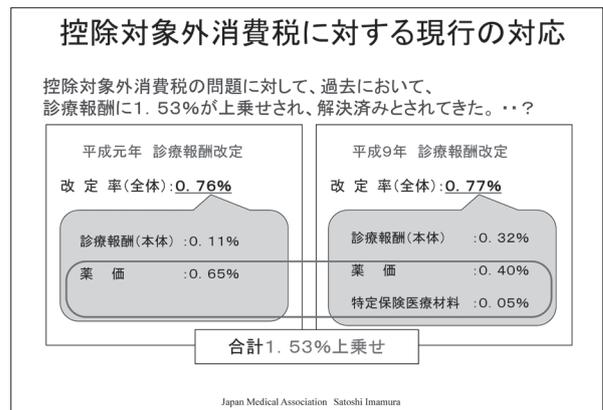


fig.37

もう 1 つ大事なことは、実は、薬価のところ。処方箋の先生はあんまり関係ないと思いますけれども、院内の先生はご自分でお薬を購入されます。ひと月に 100 万円購入したら 5 万円、年間 60 万円の消費税を卸に払います。この分は患者さんからもらっていないので、「全部払いっ放しじゃないか」という話になりますね。2000 万円分購入している病院であれば、月に 100 万円、年間に 1,200 万円という税金を払っていますが、将来 10% になったら 2,400 万円払うことになり、「とんでもない話だ」となるわけです。

(fig.38)

ところが、今 110 円の薬価のお薬があったとします。110 円の薬価の薬を 110 円で仕入れる先生なんて誰もいませんから、当然値引き交渉して購入します。そうすると、次の薬価改定時にどのようなルールで薬価が決まるかという式です。今の薬価が 110 円の場合、12% で値引きするところや 8% で値引きするところいろいろですが、全国の平均で見た場合、110 円

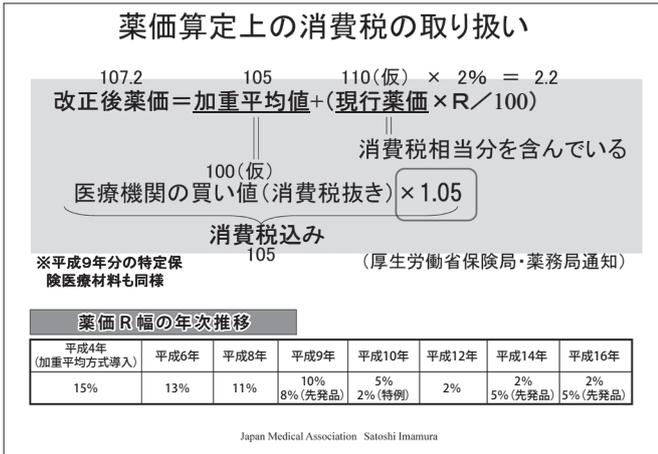


fig.38

の薬を 100 円で購入しているとします。

そうすると卸に 5% の税金を払いますから、全国の先生方の仕入れの平均は消費税込みで 105 円になるわけですね。その 105 円に、今の R 幅の 2% (2 円 20 銭) を乗せて 107.2 円というのが新しい薬価になります。今 110 円の薬が次は 107.2 円になります。薬価というのは先生たちの売値ですから、患者さんに 107 円 20 銭で売るといことですよ。その売値の中に、先生たちが卸に払う消費税分 5% 分込みで、この値段が設定されているということです。だから本当のお薬の値段は 107 円ではなくて、先生たちが卸に払う消費税分をあらかじめ上乗せして売値にしてあるというのが、今の薬価の仕組みです。

問題は、こういう仕組みになっているということを医療機関側がわからないということです。私共も日医ニュース等を通して情報提供していますが、なかなかわかりにくい仕組みです。要するに、お薬については、補填されているというのが正しい理解です。ただし難しいのは、仕組み上は補填されていても、先生方が卸会社と交渉するとき、このことを理解して交渉されているかどうかというのは別の話です。本来的にはこの中に先生たちが払うその消費の消費税が入っているから、それを除いたところで値引き交渉をしないとおかしいことになるのです。いずれにしても、薬価には補填がきちんとされているということを一旦頭の中に置いておいてください。

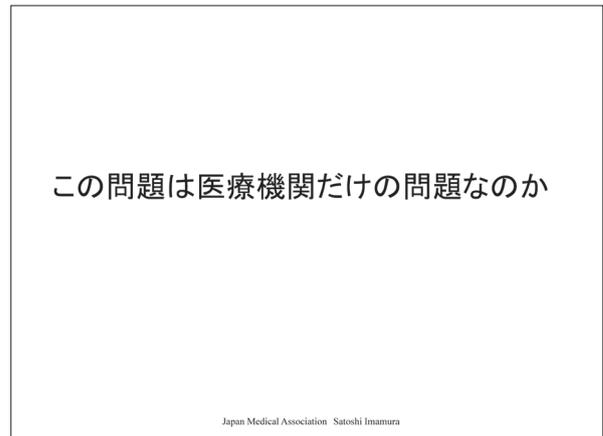


fig.39

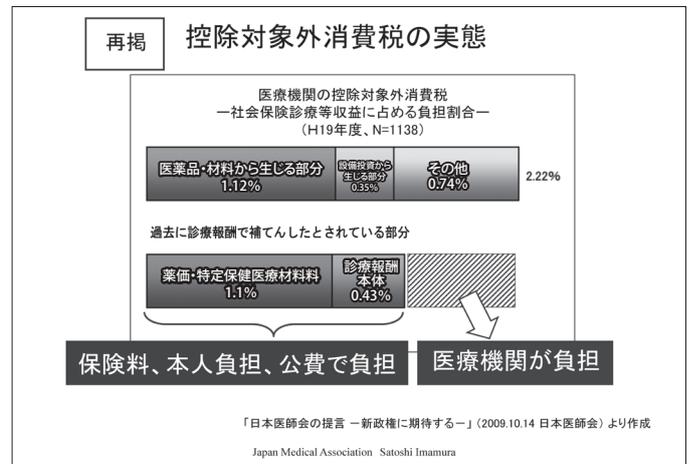


fig.40

ですから、医療機関は「仕入れに払っている消費税が引き算できない」、「控除対象外消費税になっている」、「それに対しては診療報酬(本体)とお薬に補てんがされている」、でも、「本体の補填はもうなくなっているが、お薬はちゃんと乗っている」、このような現状になっているということです。

このことは医療機関にとって大きな負担ですが、本当に医療機関だけの問題かという、患者さんや、あるいは保険料を払っている健康な人たちも負担をしているというのが実態で、それはほとんど知られていません。

(fig.41)

このことが、今後、消費税率アップになるとどうなることになるかという、今、消費税率 5% のときに、我々の仕入れに払っている消費税はこれだけの面積があります (2.22% 部分)。その中で診療報酬に補填しているのが 1.53% です。1.53% が乗っていると仮定したときに、

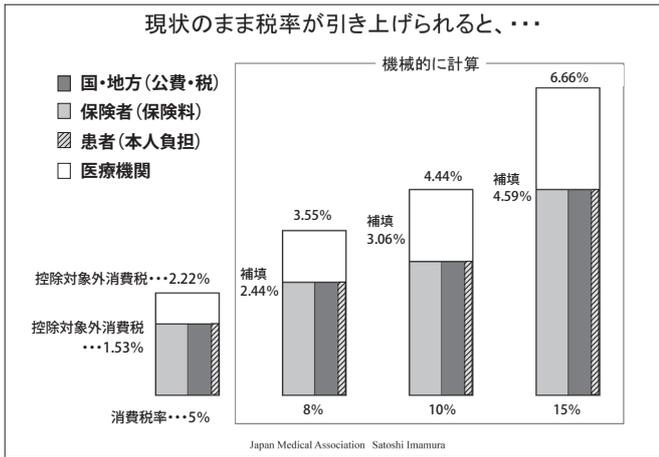


fig.41

グレー部分は保険料で補填されています。これは、私がスライドの10枚目で最初に日本の医療費の構成（保険料48%、税金38%、自己負担12%）を表した円グラフがありましたが、あの割合を面積で示したものです。グレー部分は保険者負担、黒の部分は公費負担、斜線部分が本人負担の部分になっています。

これが将来、税率が8%、10%になると当然、面積が広がっていきます。医療機関負担分（白い部分）が大きくなりすぎると医療機関が倒れてしまうし、診療報酬で補填しようとする、国民や患者さんが全くわからないうちにグレー部分や黒い部分が増えるということになります。後で詳しくお話しますが、日本医師会は課税にするしかないと言っているわけです。

示しなかったのですが、例えば麻酔の技術料に+300点乗せているんです。全身麻酔の技術料に消費税ってどんな関係があるのか。関係ないですよ。要するに財務省が持ってきた財源を、厚労省の保険局がその当時、診療報酬改定でできなかった項目にその財源を使ってしまっているというところもあるんです。全身麻酔に300点で3,000円、それは何のためのアップかというと、我々が払っている仕入れに払う消費税分の負担をそれでつけかえるというおかしな話になっているわけです。

そうすると、患者さんは全身麻酔を受けた人だけが医療機関の仕入れの消費税分の負担を負うことになります。それから医療機関も全身麻酔やったところは補填されるけれども、局所麻酔しかやっていないところは補填されないということになるわけですね。だから、患者の間でも不公平、医療機関の間でも不公平が生じる。要するに、今のような診療報酬の中に入れるやり方は不適切だということは明らかであるし、公的保険の財源配分としての公平性・透明性は全くありません。ですから、このような負担は目に見えるように外に出すしかなくて、そのためには課税にするしかないと言っているわけです。

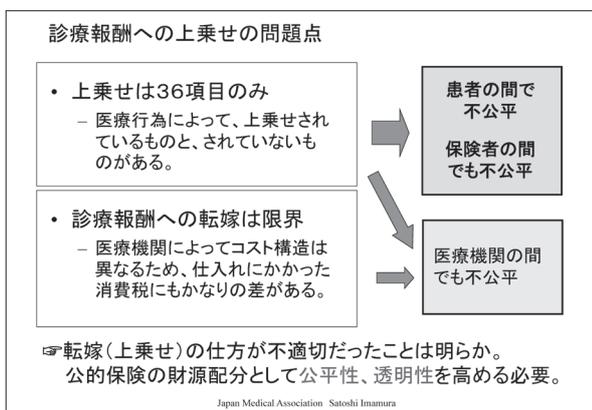


fig.42

くどいようですが、診療報酬（本体）に上乗せされているといっても、何千ある行為の中で36項目だけにしか補填されていません。今日は時間の関係で平成9年の24項目をお

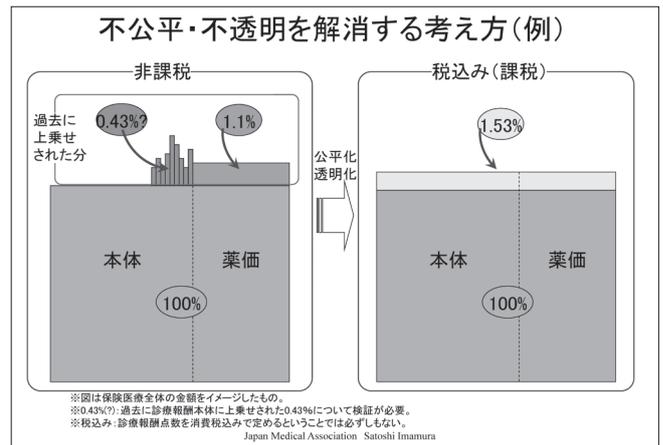


fig.43

今は、診療報酬（本体）の中のごくごく一部、何千あるうちの36項目だけに上乗せされています。この上乗せの点数も適当ですよ。一方、お薬は一律に乗っています。これを押しなべていうと1.53%に平均化していると。だから、もし1.53%の課税ということになると、今の

患者さんの負担は増えません。診療報酬が高く設定されているので患者負担は全く増えない。医療機関は課税の業者になるので、仕入れに払った消費税をちゃんと引き算できるような仕組みになります。

日本医師会
平成25年度 医療に関する税制改正要望より

①社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改める。その際、ゼロ税率・軽減税率を適用するなど患者負担を増やさない制度に改善。

②上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置を創設。

(注)紙面の都合で文言を短縮しています。

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.44

これは日医の税制改正要望です。社会保険診療が非課税だと仕入れに払った税金が引き算できないことから仕入れに払っている我々の消費税がちゃんと計算上引き算できるような仕組み、つまり課税の取引にしてくださいということです。しかし、普通の税率にすると、次は8%の税率で課税になります。今、国民は非課税ということで、全く負担がないと思っています。実は診療報酬の中に少し負担をしているけれども、でも非課税と言われていたものをいきなり8%の課税にするなんてことはあり得ないので、課税の仕組みにしたとしても、そのときにはうんと低い税率にして、患者負担を増やさないようにしてくださいねということを行っています。

それからもう1点は、税制改正が行われるまでの間は設備投資にかかった部分はものすごく影響が大きいので、医療機関の経営に大きな影響を及ぼすことから、そこについては緊急措置として、仕入れに払った税金がちゃんと引き算できる特例をつくってくださいというのが日本医師会の要望です。これは25年度税制改正要望ですが、23年度からほぼ同様の内容です。ずっと一貫して言っていることです。

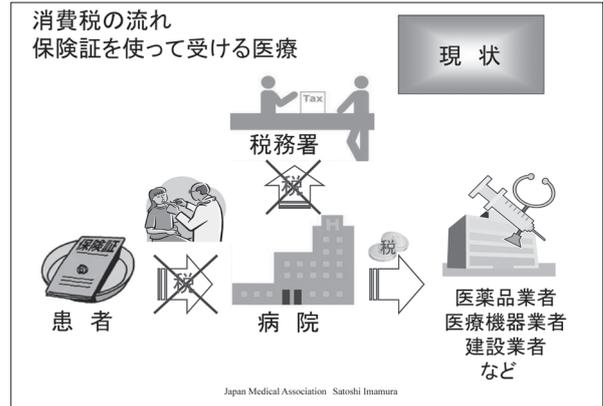


fig.45

もう一度復習になりますが、現状の病院は患者さんから消費税を預かりません。従って税務署にも税金を払いません。しかし、仕入れに税金を払っています。引き算できません。

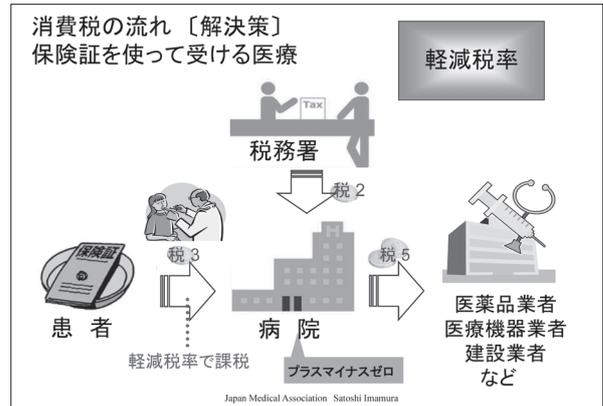


fig.46

これを軽減税率という仕組みにするとどういうことになるかということ、患者さんから低い税率で消費税を3いただきます。仕入れには税金を5払っています。そうすると、課税の仕組みになるので引き算ができます。3 - 5 = -2。だから2は戻ってくる。つまり医療機関は通常の消費税の仕組みの中間事業者の位置づけになって、税金の金額負担がなくなる。こういう仕組みに改めていただきたいということを要望しているということですね。

(fig.47)

究極の軽減税率というのは0%の税率です。それを「ゼロ税率」と言っています。これは患者さんから税金を預からないので0円です。病院は仕入れに5払う。0 - 5 = -5。ですから病院は税務署から5還付される仕組みになる。

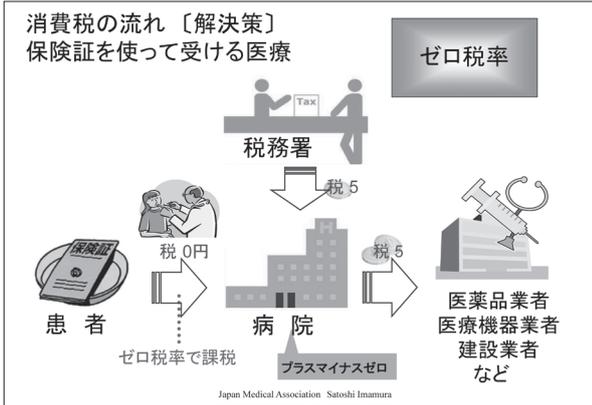


fig.47

これは患者さんから見ると、税金を払わないという意味では非課税も、ゼロ税率も一見同じようです。だけど、診療報酬に上乘せがありませんから、今までより患者さんは負担がなくなりますね。医療機関は全く違います。ゼロ税率というのは課税の仕組みで、仕入れの際、事業者に払った税金を引き算に使える仕組みです。非課税の場合は、この引き算ができない仕組みです。我々は非課税ではなくてゼロ税率を要望しているのです。

するから駄目なんだ」と言われてしまうのです。

医療の消費税は極めて特殊な仕組みになっていて、今日先生方聞かれて、「ああ、そうか」とわかったような感じになっても、3日ぐらいたてば、「あれ何だっけ」となってしまうぐらいわかりにくい仕組みです。それを一般国民の人に説明するというのは本当に容易ではありません。それをメディアで軽々しく「軽減税率なんてけしからん」と言われてしまうと、進まなくなってしまう。

だから、我々は絶対「損」なんて言わないことにしています。

我々の感覚からするとこんなおかしな仕組みですので、見直すのが当たり前だと思うのですが、世の中には関係者が大勢いて、ちょっと何か言うとかこういうふうにすぐやられてしまう。だから、本当に丁寧に丁寧にやっていかないとなかなか進まないというのが実感です。



fig.48

これは日医のある先生が消費税について日経ビジネスの取材を受けることになり、非常に丁寧に説明しました。しかし、日経ビジネスオンラインには「利権の場になりかねない消費税軽減税率」、「『消費税で損をしてきた』と医師会」、「対立深める財務省と医師会」と書かれました。こんなこと全然ないんですけどね。「他業界に連鎖しかねない軽減税率」、こういうふうにすぐ書かれてしまう。テレビ番組でも、「最近軽減税率を主張する団体があるけれども、こんなの利権化

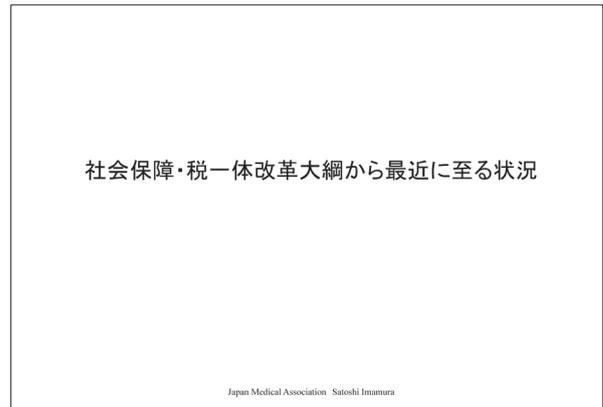


fig.49

今回、法律で8%、10%に上げると書かれたときに、医療は課税の仕組みにはなりません。医師会は今まで長いこと「課税」を要望してきたのに、何故こんなことを容認しているのか。その辺の経緯について詳しくご説明をしたいと思います。

(fig.50)

消費税を8%に上げるときに政治的に一番課題なのは、消費税は逆進性が強いことです。ですから、消費税を上げるときに逆進性対策や低所得者対策をどうするのかということが、政治的にはすごく大事な課題です。

社会保障・税一体改革大綱
社会保険診療が非課税とされた背景

- 税率引き上げに伴い、逆進性対策、低所得者対策が大きな課題。
- 軽減税率ではなく、税の還付制度(給付付き税額控除)を検討する方針が、閣議決定済み^{※1}。
- 給付付き税額控除は、マイナンバー制度(2015年度以降)の定着が前提。
- 野田総理、昨年内を目処に社会保障・税一体改革「素案」をまとめる意向を表明(2011.11.19)^{※2}。
- 8%時点での課税化は、普通税率(患者への配慮なし)しかない状況。

(※1) 2010.12.16 閣議決定「平成23年度税制改正大綱」に、「逆進性対策」が必要となった場合には、制度が複雑となり、また政治的な要因が働きやすい「複数税率」よりも、制度が簡素で、透明性の高い「還付制度」を優先的に検討する。」と記載。
(※2) 2011.11.19 ASEAN関連首脳会議内外記者会見

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.50

民主党は、軽減税率はいろいろなところで対応が非常に強いので、給付付き税額控除等の仕組みを検討することで、2年前に閣議で決定しています。給付付き税額控除とは、要するに、ある一定の所得以下の人たちには「子ども手当」のように逆に税金を還付したり、給付するという仕組みのことです。

これを行うには所得が一人一人捕捉できなければいけないので、今、国が進めているマイナンバー制度ができることが前提ですが、マイナンバー制度は、2015年以降でないといけないことになっているんです。消費税の税率は2014年に8%、2015年に10%上がりますので、8%の時点では、民主党はこれはやらないということなんです。私たちは医療の課税と併せて軽減税率やゼロ税率を要望していますが、民主党は複数税率はやらないと言っていましたから、医療を課税にすると、いきなり8%の課税になってしまいます。

したがって、これは政府が閣議でこういうことを決めているということは、これはこれで我々にとっては大きな影響があったことなのですが、これは民主党が決めてしまったことです。そうすると、8%の時点で今のままのやり方で診療報酬に上乗せで補填するとしても、先ほど申し上げたようにものすごい矛盾が多く、とてもそんなことは容認できないことから、医師会は消費税を上げることに對して、「中長期的な財源確保のために賛成するけれども、控除対象外消費税の問題を放置したままでは絶対容認できない。根本的にやるのは課税の仕組みですよ」と主張しています。

しかし、民主党としては、8%の時点で課税

にすることは非常に難しいことから、現実的な対応としてまず8%のところは、我々としてはやむなく、今までと違った仕組みで何とか乗り切ろうということで、そこは渋々という表現が正しいと思います。

改正法 第7条第1項第一号ト

消費税率の引上げを踏まえて、次に定めるとおり検討する

医療機関等の行う高額^①の投資に係る消費税負担に關し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずることを検討し、^②医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬等の医療保険制度において手当^③をすることとし、^④医療機関等の消費税の負担について、厚生労働省において定期的に検証を行う場を設けることとするともに、^⑤医療に係る消費税の課税の在り方については、引き続き検討する。

社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年8月10日成立)

fig.51

改正法には、消費税を上げる際には3つのことについて特に配慮しますと書かれました。その1つが医療の消費税問題です。改正法には「医療機関の高額の投資に係る消費税負担に關しては、新たに一定の基準に該当するものに対して区分して措置を講ずる」ことになりました。高額な投資の場合、影響が大きいことについて説明しましたが、日本医師会では少なくとも抜本的な解決ができるまでの間は、設備投資については税金で控除できる仕組みを考えてくださいというのが第2要望なんです。

ここに書かれていることは、似ているけれどもイコールではないですね。どう似ているかというと、「設備投資」というところは言うけれども、「高額」というのは何なのというのがわからないわけです。私たちは「高額」なんて言った覚えはありません。設備投資というものは、固定資産台帳に20万円以上のものから資産として載っています。この法律には金額はなく「高額」と書いてあります。私たちは、税の仕組みの中で引き算できるようにしてくださいと言っているのだけど、税ではないところで検討すると書かれています。国は「半分は問題がある」と認めましたが、対応については我々の言ったとおりではありません。

それから、仕入れに係る消費税については医

療保険の中で手当することになっていますが、やり方については議論することになっていません。これまでのやり方は絶対容認しません。医療機関等の消費税の負担については「厚生労働省において定期的に検証を行う場を設ける」と記載されました。これは7年間、我々が要望し続けてきて全く実現しなかったことですが初めて場を設けることになりました。

後ほど申し上げますが、この場を設けたことはものすごく意味があって、今までこういった問題を公の場で議論することがなかったので、しっかりと国民の目に見える場所で議論できるようになってきました。

それから、「医療に係る消費税の課税のあり方」、つまり私たちが要望していることについては検討すると書かれている。

要素は4つです。「高額投資」「医療保険制度の中で手当をする」「検証はちゃんとやりましょう」「課税は議論しましょう」と書かれています。

3党合意(民主、自民、公明)に基づく修正

第7条第1項第一号

イ 低所得者に配慮する観点から、…給付付き税額控除等の施策の導入について、所得の把握、資産の把握の問題、執行面での対応の可能性等を含め様々な角度から総合的に検討する。

ロ 低所得者に配慮する観点から、複数税率の導入について、財源の問題、対象範囲の限定、中小事業者の事務負担等を含め様々な角度から総合的に検討する。

社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年8月10日成立)

(参考)
公明党からは、8%から軽減税率導入を主張する意見があり、自民党からは、10%超から軽減税率導入を主張する意見がある。

fig.52

実はその法律を通すときに3党合意(民主・自民・公明)されていて、修正がされています。

この辺から非常に複雑になってきますが、実は公明党は8%から軽減税率を導入する意見が出ています。公明党は婦人部が非常に強くて、婦人部は「食料品は5%が上限。それ以上絶対上げるな」という強い圧力があります。そうすると一度8%に上げたものを5%には戻せないで、8%のところから5%に食品を軽減税率にしろというのが、公明党の論です。ですから、3党合意で低所得者に配慮する観点から「複数

税率の導入(軽減税率)については検討する」と書かれています。

ということは、当初、民主党は閣議決定で、軽減税率はやらないと決めていましたが、3党合意の中では「軽減税率も検討します」ということになっているので、早ければ8%の時点で医療について、私共の主張が実現することもあり得るといことです。ここは極めて政治的なお話です。

自民党は、さすがに8%の時点での軽減税率は難しいが、10%では導入を主張する意見があるので、8%は診療報酬で対応し、10%は軽減税率もしくはゼロ税率ということもあり得るといことです。これが今の状況です。

今日、衆議院が解散されることになりましたので選挙になります。これからどんなことが起こるか分かりませんが、ある意味、我々にとってはチャンスです。

**中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織
医療機関等における消費税負担に関する分科会 議事次第**

平成24年6月20日(水)
於 中央合同庁舎第5号館
専用第22会議室(18階)

議 題

- 医療機関等における消費税負担に関する分科会要綱・委員一覧
- 社会保険診療に関する消費税の取扱い等について
- 検討項目及びスケジュールについて
- その他

①過去の消費税導入・改定時の対応・経過の検証
 ②医療機関等における消費税課税等の状況把握
 ③消費税引上げに対する診療報酬制度等における対応

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.53

中医協分科会の第1回が6月20日に開かれました。私は中医協の委員ではありませんが、今まで消費税問題を担当していたので委員に入っています。今、医療側の代表は日医から私と中医協委員である鈴木先生が入り、そのほかに病院団体と歯科医師会、薬剤師会のメンバーが入っています。支払側は健保連と健康保険協会と経団連と連合で構成され、中医協分科会の中で議論しています。

検討項目の「①過去の消費税の導入・改定時の対応・経過の検証」について。ここはきちんとやっておかないといけません。公では議論したことがないので、今までのやり方がいかにい

い加減だったかということを見てもらわないといけません。

次に、「②医療機関等における消費税課税等の状況把握」について。既に我々は日医の検証データを出していますが、それがそのまま公のデータとして通用するわけではないので、国が新たに調査することについて議論をしました。最後に、「③消費税引上げに対する診療報酬制度等における対応」について。診療報酬で対応することについては、しっかり議論することになっています。この様な議論を始めて、現在まで4回開催されています。

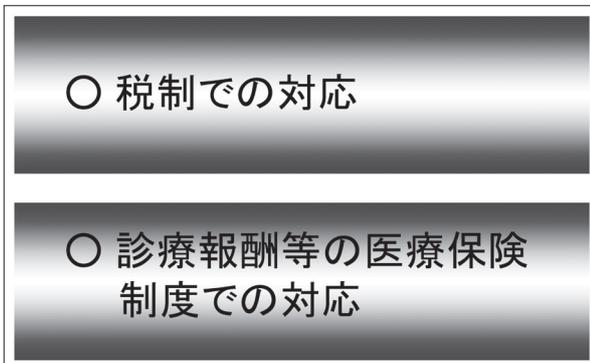


fig.55

今後の対応は2つありまして、1つは税制で従来要望していたように税金の中の対応ということになります。実は税制改正というのは法律改正なので、今の社会保障と税の一体改革の法案の中で書かれていることを、次の税制改正の法律で上書きするという事はできるんですね。だから、まずは従来どおりの税制改正の要望をしていくこととなります。

それから、8%のところできなり課税とするには仕組みが難しいことから無理となれば、診療報酬等の医療保険制度の中での対応となりますので、我々に負担が起らない様に、きちんと対応していこうということです。

(fig.56)

まず、高額投資については、中医協分科会の下にさらに実務者委員会が設置されており、日医からは常任理事の三上先生が委員に入っていますが、「高額とは一体何なのか、どんな種類のものがどの程度あるのか。」ということ

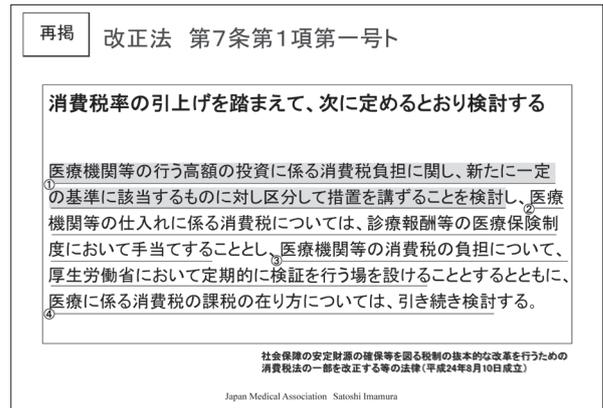


fig.56

きちんと調査することになっています。もしかすると、先生方の病院や診療所にも調査依頼があるかもしれませんので、そのときはぜひご協力をいただければと思っています。

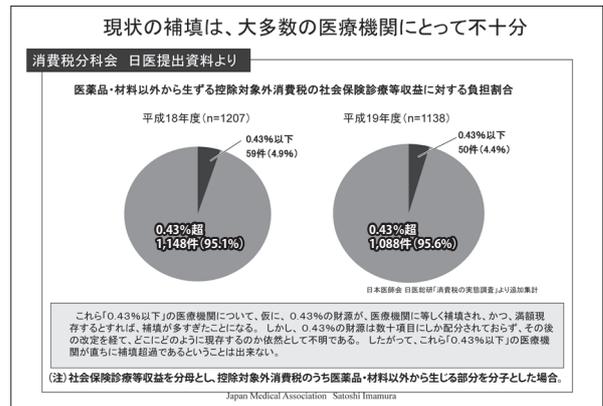


fig.57

気をつけなければいけないと思っているのは、高額な投資の部分の財源はどこから持ってくるのかということです。実は、診療報酬（本体）に補填されている中で利益が出ているところもあるはずなので、その利益が出ているところの補填を削って、負担が大きいところに補填してはどうかとの議論があるんですね。

そのときに私が出した資料ですが、利益が出ているのはごくわずか、大部分は、消費税の負担を負っている為、穴埋めすることは絶対できないので、財政中立的な考えでは無理と申し上げています。

(fig.58)

高額投資に対する新たな措置には、財源の手当は絶対必要であり、患者や保険者に負担をさせるのではなく、新たな財源は公費で補填をしてくださいと申し上げています。

再掲 改正法 第7条第1項第一号ト

消費税率の上げを踏まえて、次に定めるとおり検討する

医療機関等の行う高額投資に係る消費税負担に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずることを検討し、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬等の医療保険制度において手当てすることとし、医療機関等の消費税の負担について、厚生労働省において定期的に検証を行う場を設けることするとともに、医療に係る消費税の課税の在り方については、引き続き検討する。

社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成24年8月10日成立）

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.59

再掲 薬価算定上の消費税の取り扱い(現行)

$$\text{改正後薬価} = \text{加重平均値} + (\text{現行薬価} \times R / 100)$$

$$107.2 = 105 + 110(\text{仮}) \times 2\% = 2.2$$

市場実勢価格(消費税抜き) × 1.05

消費税込み 105 (厚生労働省保険局・薬務局通知)

※平成9年分の特定保険医療材料も同様

平成4年 (加重平均方式導入)	平成6年	平成8年	平成9年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
15%	13%	11%	10% 8% (先発品)	5% 2% (特例)	2%	2% 5% (先発品)	2% 5% (先発品)

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.61

消費税分科会での日医の主張より

財政中立的な問題解決は不可能。

高額投資に対する新たな措置等に、**財源の手当ては不可欠。**

患者・保険者に負担させられない。

新たな財源は公費(税)で。

課税制度への改善が望ましい。

fig.60

薬価算定上の消費税の取り扱い(税率10%想定)

$$\text{改正後薬価} = \text{加重平均値} + (\text{現行薬価} \times R / 100)$$

$$112.2 = 110 + 110(\text{仮}) \times 2\% = 2.2$$

市場実勢価格(消費税抜き) × 1.10

消費税込み 110 (厚生労働省保険局・薬務局通知)

※平成9年分の特定保険医療材料も同様

消費税法では、保険収載医薬品は非課税だが、消費税が5%上がると、薬価も5%上がる仕組み。
.....???

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.62

それから、診療報酬等の医療保険制度の中で議論するという点に関しても、全く同じで、とにかく原則は課税制度への改善が望ましいと主張しています。

(fig.61・62)

特に薬価については、先程ご説明いたしましたが、税率が上がり、例えば10%の税率になると、薬価改定で薬価が上がっていく仕組みになっています。元々、今の薬価の中には、本来のお薬の価値のほかにR幅と消費税分が乗っかって薬価が決まっているとご説明しました。今の仕組みだと消費税率がどんどん上がれば、その度に確実に価格が上がることとなりますので、この様な仕組みで薬価改定をするのは無理でしょう。

我々の主張は、既に薬価には5%分の上乗せがあります。しかし、この5%は税金ではないですね。内税ではなくて単に価格を高くしているだけですので、患者には見えない。見えないまま税率とともにどんどん上がって行ってし

課税へのステップとして

薬価、特定保険医療材料

- ・既に消費税相当分5%が上乗せされている。
- ・消費税相当分5%は、「税」ではない。
- ・患者に見えないまま、税率とともに上がる仕組み。
- ・医療機関・薬局も、仕入れ交渉のときに混乱。
- ・まずは、ミシン目を入れ、「見える化」。
- ⇒課税化へ。

POINT 「課税」にしても、患者の負担は、今の仕組みと同じ。

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.63

まう。医療機関もよくわからないまま仕入れのときに混乱している。だからきちんと105円のうち5円は私たちの仕入れに払う消費税分、100円が本来の薬価とミシン目を入れることが大切です。5%分の課税にするときは1度薬価を5%分下げて、税込みでは今と同じ薬価になりますが、我々や患者からは見てわかる税の形になるということになります。患者の負担は増えないことがポイントですね。

実は、諸外国、ヨーロッパも消費税は、医療

を非課税にしている国は多いですが、お薬や医療材料、物については既に軽減税率、ゼロ税率で課税しています。ですから、世の中的に見ても諸外国の取り扱いを示していけば言い易くなります。

再掲 改正法 第7条第1項第一号ト

消費税率の引上げを踏まえて、次に定めるとおり検討する

医療機関等の行う高額^①の投資に係る消費税負担^②に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずることを検討し、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬等の医療保険制度において手当^③することとし、医療機関等の消費税の負担について、厚生労働省において定期的に検証を行う場を設けることとする^④とともに、医療に係る消費税の課税の在り方については、引き続き検討する。

社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年8月10日成立)

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.64

中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織
医療機関等における消費税負担に関する分科会

(第1回(6月20日)から第4回(10月31日)まで開催済み)

第4回までの議論のポイント

過去の補填検証・・・時の経過に伴い説明困難な点が多い。

現行の非課税・・・支払側にとっても不透明。
国民に説明困難という認識で一致。

課税のあり方・・・厚生労働省は、この場で課税の議論も可、としていたが、政府税調で議論すべきとの方向性一致。

fig.65

「検証の場を設ける」ことについては、先ほど申しあげましたように消費税分科会が第4回まで開催されおり、これまでのポイントとしては、過去の補填検証については、時の経過に伴い説明困難な点が非常に多い。現行の非課税については、支払側にとっても不透明、国民にも説明が困難という認識で一致しています。

また、課税のあり方について厚生労働省は、この消費税分科会の場で税制の議論をしてもいいと言っていますが、政府税調で議論すべきとして私共は主張しています。

ここで「医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討する」と書いてありますが、今まで検討したことがないので、「引き続

再掲 改正法 第7条第1項第一号ト

消費税率の引上げを踏まえて、次に定めるとおり検討する

医療機関等の行う高額^①の投資に係る消費税負担^②に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずることを検討し、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬等の医療保険制度において手当^③することとし、医療機関等の消費税の負担について、厚生労働省において定期的に検証を行う場を設けることとする^④とともに、医療に係る消費税の課税の在り方については、引き続き検討する。

社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年8月10日成立)

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.66

き」と言われてもわからないわけです。厚労省は中医協の場で議論してもらってもいいと言いますが、中医協というのは診療報酬について議論する場であり、税金の課税のあり方を議論しても、何の決定権もないわけです。したがって、きちんと決定権のある政府税調で議論をしてくださいということを我々は強く主張しています。

1. 中医協消費税分科会において、課税制度へ改善が望ましいとの合意形成を図る。
2. 同分科会において、課税のあり方を検討する場を、他に設置することを求める。
3. 税制調査会等の税を協議する場での検討を求める。

Japan Medical Association Satoshi Imamura

fig.67

そこで、中医協の分科会において「課税制度への改善が望ましいとの合意形成を図る」、「課税のあり方を検討する場を他に設置することを求める」、「税制調査会というきちんとした決定権のある場所での検討を求める」という方向性を立てたわけです。

(fig.68)

何をしたかという、まず中医協の消費税分科会で、診療側委員から分科会会長宛にスライドに示しました要望書を提出しました。

そのとき支払側からは、「1号側の気持ちは先生方と同じです。この会で文書をまとめるこ

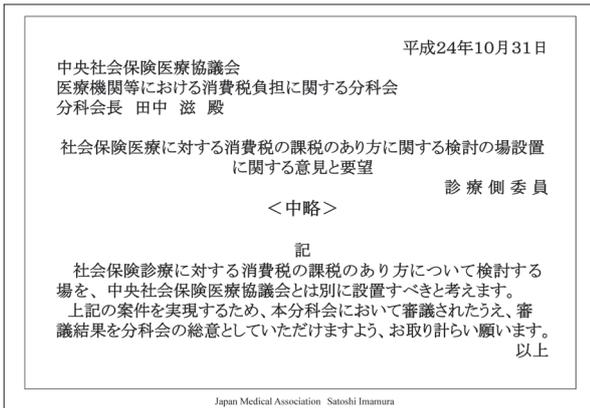


fig.68

とは賛成できないけれども、診療報酬で対応することには問題がある。これは全く同じ考えです。」こう言ったんです。

公益側の田中分科会長も「私が文書にして総会に上げるということは難しいけれども、今日ここに集まっている委員は全員気持ちは同じです。診療側からこのような意見があったことを大臣と中医協会長に報告をします」と取り扱っていただきました。

中医協分科会が税を議論する場でないということについて、委員全員の確認をとりました。

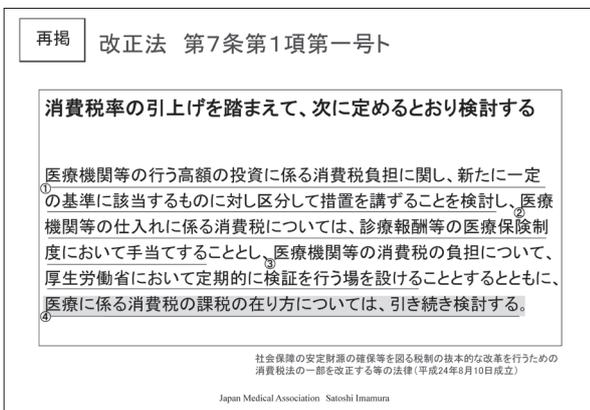


fig.66

そうすると、どんなことが起こるかという、法律の中に「課税の在り方については、引き続き検討する」と書いてあるのに、課税のことを議論する場がなくなったのです。つまり、厚労省や財務省は中医協分科会を議論の場としていましたが、当の分科会が、「議論する場ではない」ということを総意で、まとめてしまったこととなります。

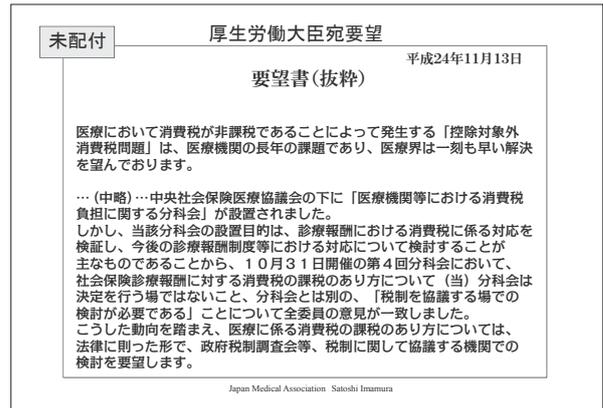


fig.69

そこで、我々は、日医会長、歯科医師会会長、薬剤師会会長、病院4団体の会長名で厚生労働大臣宛に、スライドに示しました要望書を厚生労働大臣に提出しました。

その際、大臣、副大臣2人、政務官2人の計5人と、我々医療界の7団体で会談を持ちましたが、大臣は「厚生労働省としては政府税調の場で議論することを要請します」とおっしゃいました。これは意味がすごく大きくて、いよいよ課税の議論に向けて一歩前進したと思っています。

現在の厚生労働大臣は薬剤師ですし、副大臣のお一人もドクター、政務官のお一人もドクターですので、この辺は大変理解があるので一気に進んでいます。

実はこの先に何をやるかという、財務省にもしっかり対応していただくよう要望書を出す予定でいるのです。ですが、衆議院が16日解散ということになってしまい、この辺の予定が狂ってしまいました。しかしながら、このようなことを厚労省が公に発言したことはものすごく重く、理解のある大臣、副大臣、政務官により一気にここまでいきました。

(fig.70)

いろいろな雑多な話でだいぶ混乱しておられると思うのですが、とにかく関係者が多いです。財務省、厚労省、中医協、保険者、国会議員、地方議会、学識、マスコミ、そして国民の声もある。実は、中医協の場で経済団体、経団連はゼロ税率を認めるような意見も出ています。ですから、多くの方たちの理解を得て丁寧にやっていくということが大事であり、何とかこま

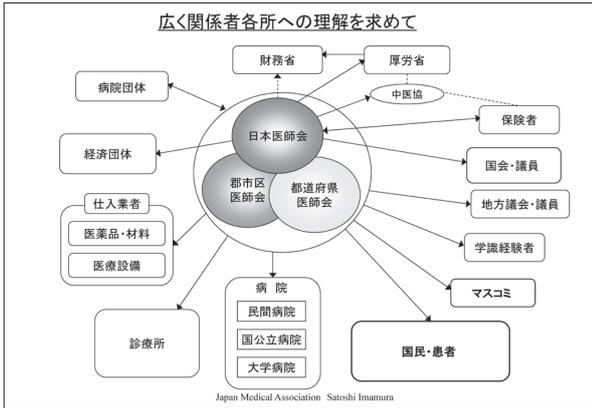


fig.70

で進んできたということです。そして、これは一番大事なことです、医療機関の先生方にはよく理解していただかないといけません。

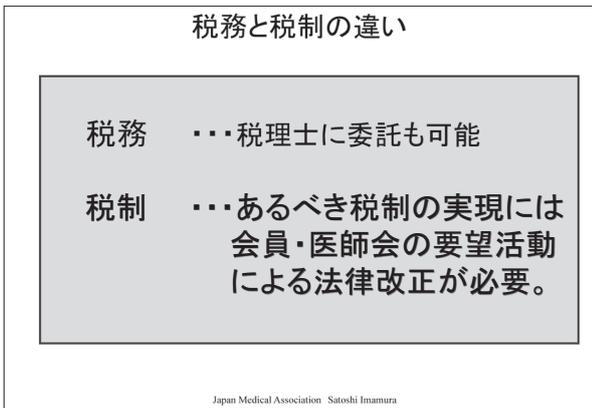


fig.71

ここが大事です。つまり、税務と税制の話は違うということです。

先生方に理解していただきたいことは、こういった税金の制度というのは、ものすごく大事

です。これからの診療報酬が右肩上がりに上がっていくということはなかなか難しいと思います。日医は診療報酬を上げるということを強く要望していますが、今の経済状況の中では診療報酬が上がることはなかなか難しい。今まで医療機関は診療報酬のことについてはものすごく興味がありますが、出ていく方は意外と税理士に任せきりでわからない。ちょっとでも税金が少なればいいやという感じではないかなと思うんです。

ですが、収入が限られている中で支出をしっかり把握するという事は、これから医療機関の経営にとってもものすごく大事で、特に利益がなくても出ていく消費税については抜本的に改正をしていかなければいけない。これは日本医師会が要請したから変わるという話ではなくて、国会議員一人一人に理解をしてもらい、あるいは応援をしてもらいということが必要で、そのためには県医師会の先生方をはじめとして多くの会員の先生方に、このことに理解のある国会議員の方を応援していただいて、支援をしていくということが今後の抜本的な解決につながると思います。

大変長くなりましたけれども、これで私の説明とさせていただきます。

長時間にわたりまして、ご清聴ありがとうございました。



印象記

理事 石川 清和

慌ただしい1日の業務を終え県医師会館へ到着すると、会長応接室では今村聡日本医師会副会長を囲んで懇談中であった。講演会当日衆議院解散が決定し、12月16日衆議院選挙が決定した。消費税は次期選挙の争点の一つであり、まさに時宜を得た講演会になったと懇談は大いに盛り上がっていた。その後、衆議院選挙は自民党が圧勝、2回目の登板となった安倍首相に任命された黒田日銀総裁は大胆な金融緩和政策を実施し2014年春の消費税増税の為の布石が、確実に進行している。

今村先生の講演は日本の医療の世界での評価から始まった。ランセットの日本特集の中で日本の医療は国民皆保険、フリーアクセスが特徴でそれを安価な医師・医療人の過酷な労働が支えているとの記事を紹介された。日本の国民負担率は低く、消費税による負担割合が最も低いので、今後財源を見直していくときに消費税分の増税はやむを得ないとの日本医師会の判断である。さらに消費税の基本的なシステムから紹介し（日本医師会報誌11月号付録・今こそ考えよう医療における消費税問題参照）さらに消費税の現状として

- ①医療は控除外対象消費税で、システムが複雑で理解しにくく、25%の国民しか医療は消費税非課税と理解していない
 - ②病院経営母体・病床規模間・医療種別による消費税負担額の差がある
 - ③設備投資が一番大きな負担要因である
 - ④診療報酬改定は消費税増税に対応できていない
 - ⑤自由診療収入1千万円以下の診療所でも自由診療分は消費税納税義務はないが、控除対象外消費税を支払っているため実際は消費税を負担している
- 事等が指摘された。

日本医師会が提示する解決策として、発生している消費税を一部患者負担・一部課税免税とする軽減税率か、患者負担はなく税務署から返戻するゼロ税率案が紹介された。

さらに消費税増税に際し医師会の方針を施策に反映させるために、医療にかかる消費税課税のあり方について政府税調等、より大きな立場で検討することを、中医協消費税分科会で決定し、厚生労働省に要請したことを報告した。

これまでの消費税の課税に対する、厚生労働省とのやり取りの中で、医療機関の控除外対象消費税負担に対する診療報酬改定が十分に検証されないまま経過しており、一部の医療機関の負担が非常に深刻になっている。消費税増税は避けられないならば複雑な消費税の構造を理解するように努め、医師会が主体となって医療及び会員を守る取り組みを継続していくことが必要である。そのためには近々の、7月参議院選挙において医師会の代表を国会に送り込み医師会総意を伝えていくことが重要だと考える。

第4回沖縄県医師会県民健康フォーラム 腰痛について



理事 玉井 修



式次第

司会 玉井 修 (沖縄県医師会理事)

1. 挨拶 沖縄県医師会会長 宮城 信雄
沖縄県福祉保健部長 崎山 八郎

2. 講演 座長 沖縄県医師会理事 玉井 修
「腰痛について」

沖縄医療生活協同組合 理事長、
沖縄協同病院 整形外科 上原 昌義
「保存療法について」

琉球大学医学部附属病院整形外科 助教 三好 晋爾
「腰痛と手術」

豊見城中央病院 整形外科 六角 高祥
「最近の話題について」

大浜第一病院 天久の杜 脊椎外科部長 宮里 剛成

3. アンケート集計結果報告

4. 質疑応答

5. 閉会

平成25年2月2日(土曜日)午後13:30よりパシフィックホテル沖縄において県民健康フォーラムが開催されました。今回のテーマは男性の有病率第1位、女性の有病率第2位の腰痛です。実際今回の会場におけるアンケート調査でも現在腰痛を自覚している人は80%を越えており、腰痛に悩まされている方が非常に多く、大変に関心が高い事が伺えました。会場は500人を越える参加者で熱気に満ちておりました。会場を見回すとご年配の方が多く、実際に腰痛を患っている患者さんも多く参加していました。沖縄協同病院の上原昌義先生からは腰痛のメカニズムとその多様な原因について講演して頂きました。琉球大学医学部附属病院の三好晋爾先生からは腰痛治療のスタンダードである保存療法について、豊見城中央病院の六角高祥先生からは腰痛に対する手術療法について、大浜第一病院の宮里剛成先生からは最新の腰痛治療という事で特に腰椎圧迫骨折に対するバルーン椎体形成術に関してご講演して頂きました。

4人の講演が終了した後、会場の皆さんのアンケート調査の結果を三好先生に解説して頂きました。腰痛を煩っている方が非常に多いという事、その痛みも結構強いということ、またかなり多くの方が病院に通院されている事が明らかとなりました。最近整体やカイロなどのコマーシャルが目につきますので、病院に行っている方は少ないのではないかと予想しましたが意外と病院に通院されている方が多いという印象でした。三好先生からは、腰痛を生じる原因は非常に多彩で、特異的腰痛の中には非常に危険な腰痛（レッドフラッグ）が含まれている。腰痛を軽く考えず、まずは専門の病院で腰痛の原因について詳細な検査を受けて適切な治療を受けて欲しいとまとめて頂きました。

フロアからの質問にお答えしてのディスカッションでは、腰痛と精神的ストレスの関連について、腰痛の保存的治療の限界について、手術

療法に対する結果の満足度についてなど、かなりシビアな質問が多く寄せられました。座長である私の手元に寄せられた質問には、複数の整形外科を受診しその都度診断と治療方針が違うのはどういう事か？手術しても一向に痛みが良くならないのはどうしてなのか？寝たきりの妻を手術して元の様に歩けるように出来ないか？等とかなり答えに難渋しそうなご質問も多く寄せられ、限られた時間内には充分なご説明が出来そうにない質問も多かったため割愛させて頂いたご質問も多くありました。有病率が高く、原因も多彩、そして治療に対する満足度も様々で、これに現代の複雑なストレスが精神的要因として重層的に絡み合い、腰痛に対するアプローチを難しくしているのだとよく判りました。患者さんとどの様に向き合うべきなのか、とても考えさせられる県民健康フォーラムでした。

講演の抄録

腰痛について



沖縄医療生活協同組合理事長、沖縄協同病院整形外科
上原 昌義

腰という字はまさに体の「要」と書かれ、大変重要な部分です。平成22年の国民生活基礎調査において症状を訴えた割合（有訴率）は風邪や頭痛を抑え一番多いのが腰痛です。腰痛のある方は全国で人口1,000人あたり男性は89.1人、女性は117.6人と実に国民の5人に1人が腰痛に悩んでおり、患者数も高血圧に次いで第

2位と報告されています。腰痛の原因には背骨（腰椎）由来の疾患が大多数を占めますが、その他内臓の病気に起因する腰痛、心理・社会的要因を含むその他の腰痛に分類されます。さらに足に放散するしびれや痛み、麻痺、排便・排尿に支障をきたすなど腰とは関係なさそうな症状も合併することがあり、放置すると回復が難しくなることがありますので、早期診断が大変重要です。腰痛には「ぎっくり腰」など急性腰痛と3か月以上持続する慢性腰痛に分かれ、若年者は、スポーツや外傷、腰の酷使に由来する腰痛が多く、腰部・股関節周囲の柔軟性不足に関連があることが報告されています。

代表的な疾患に腰椎分離症、腰椎椎間板症、腰椎椎間板ヘルニアなどがあります。また外傷性腰痛で不安定椎体骨折など放置すると下肢の麻痺が進行し手術が必要となります。中高年になると加齢による変形性腰椎症や腰部脊柱管狭窄症が最も多くなります。さらに高齢化が進む

と骨の代謝異常が原因で起こる骨粗鬆症があります。炎症性疾患の代表的なものに糖尿病・がん患者や抵抗力の低下した高齢者にみられる感染性脊椎炎があります。その他関節リウマチ性脊椎炎や強直性脊椎炎由来の腰痛があります。腫瘍性疾患の腰痛で最も多いのが癌の骨転移です。椎骨に癌が転移するともろくなり、つぶれると激しい痛みを起こします。重症化すると神経が圧迫されて麻痺を呈します。腰椎由来の症状や所見と乖離がある場合は内科・婦人科の疾患等との鑑別が必要となってきます。胃潰瘍や膵炎、胆のうや肝臓の病気や尿管結石、腎臓・膀胱の病気、子宮筋腫など婦人科疾患、腹部大動脈瘤など血管の病気があります。また現在は経済格差が進行し、様々な社会的要因が関与したストレス等による心因性腰痛や労働環境の不備に由来する職業性腰痛も増加しています。腰痛は放置すると回復が難しくなることがあり、治療には何より正しい診断が大変重要です。決して自己判断せずにはまずは整形外科専門医を受診することをお勧めします。

表 1

<p>腰痛の病態別分類</p> <p>1. 器質的要因による腰痛</p> <p>(1) 脊柱とその周辺組織に由来する腰痛</p> <p>1. ぎっくり腰などの急性腰痛</p> <p>2. 変形 (加齢に伴う退行性変化由来の腰痛)</p> <p>:変形性脊椎症・椎間板症、腰部脊柱管狭窄症、腰椎椎間板ヘルニア、腰椎 (変性・分離) すべり症など</p> <p>3. 代謝: 骨粗鬆症など</p> <p>4. 感染: 化膿性・結核性・真菌性脊椎炎、硬膜外膿瘍</p> <p>5. 炎症: リウマチ性・強直性脊椎炎、乾癬性脊椎炎</p> <p>6. 腫瘍: 脊椎腫瘍 (原発性、転移性)、脊髄腫瘍</p> <p>7. 外傷: 椎体骨折など</p> <p>(2) 脊柱以外の臓器に由来する腰痛</p> <p>1. 消化器: 膵・胆嚢炎、十二指腸潰瘍、膵臓癌、直腸癌</p> <p>2. 泌尿器: 腎結石、尿管結石、腎盂腎炎など</p> <p>3. 婦人科: 子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣嚢腫など</p> <p>4. 血 管: 解離性大動脈瘤、腹部大動脈瘤など</p> <p>2. 非器質的要因による腰痛</p> <p>(1) 精神医学的問題による腰痛</p> <p>心気症、パニック障害、うつ病など</p> <p>(2) 心理・社会的問題</p> <p>①家庭内不和</p> <p>②職場環境の問題など</p>

保存療法について



琉球大学医学部附属病院整形外科助教
三好 晋爾

平成 22 年の国民生活基準調査では、患者さんの自覚症状は男性で腰痛が第 1 位、女性では肩こりが第 1 位、腰痛が第 2 位になっています。このように脊椎関連症状 (腰痛、頸部痛、手や足の痛みやしびれ) は多くの国民の皆様を悩ませる原因となっています。

2012 年 12 月に日本整形外科学会と日本腰痛学会から腰痛診察のガイドラインが示されました。ガイドラインで腰痛は特異的腰痛と非特異的腰痛に大きく分類されています。特異的腰痛とは、明らかな原因がある場合、例えば骨折があったり、ヘルニアがあったりする場合です。一方、非特異的腰痛とは明らかな原因を認めない腰痛を意味し、ある研究では腰痛全体の 85% は非特異的腰痛であると報告されています。

またガイドラインでは、レントゲンは不要で症状の改善がなければ考慮するべきではないかとの意見もあります。しかし、腰痛を自覚されたら、まずはその原因があるのか、ないのかを病院で受診され医師の診察を受けることが重要だと思います。診察や検診の結果、腰痛の原因がわかれば、適切な治療を進めることができます。特に腰痛の危険信号を確認することは重要です。危険信号には腰痛以外に、胸部の痛みや発熱、体重減少、四肢の麻痺やしびれ、筋力低下などです。危険信号を伴う腰痛は、精密検査が必要になってきます。

腰痛を認める疾患は多くありますが、基本的な治療方針は保存療法を行うことです。保存療法には安静、内服、注射、リハビリ、装具療法

に分類されています。いいかえすと手術以外の治療は総じて保存療法といえます。安静は、腰痛が強いつきは有効と思いますが、長期の安静で筋力低下なども招くため、安静期間には注意が必要です。内服には痛み止め、筋肉を柔らかくする薬、神経修復剤などが挙げられます。注射には痛いところに注射する局所注射と神経周囲や神経に直接注射する神経ブロックとがあります。リハビリには、物理療法として温熱、牽引、電気治療などの物理療法と、筋トレなどの運動療法とに大別されています。装具療法も局所を安静にさせる目的でよく使用されています。保存療法の選択や期間などは、症状や原因により異なるため医療機関での相談が必要と考えられます。保存療法で症状の改善があれば、様子を見ることが多く、逆に改善がない場合や悪化する場合は再度検査などを行い、手術療法も選択肢に入れる場合があります。

腰痛と手術



豊見城中央病院整形外科
六角 高祥

腰痛は誰もが生涯に一度は経験する痛みであり、慢性化した腰痛は苦悩となります。

腰痛の診療は、それを放置すると死・麻痺などの重大な事態を招く腰痛、いわゆる「レッドフラッグ」と言われる①癌の脊椎転移や脊椎に初発する悪性リンパ腫などの悪性腫瘍、②化膿性・結核性脊椎炎などの脊椎感染症や③骨粗鬆症性胸腰椎圧迫骨折などを除外診断すること、また、坐骨神経痛、下肢筋力低下や膀胱直腸障害などの麻痺症状を伴わないことを診ることか

ら始まります。その診断には、問診や理学的所見、レントゲン、MRI、CT、PETなどの画像診断、採血検査などが有用です。

これらの疾患が除外された場合でも、椎間板腔の狭小化、ヘルニアなどの椎間板の変性所見や分離、すべり、脊柱後弯、側弯変形などを認めることが多々あります。しかし、これらの所見は腰痛が無い場合でも認められる所見であり、現状では、これらを腰痛の原因と特定する検査や診断基準に一定の見解は得られておらず、腰痛の多くは、非特異的腰痛症とされています。

非特異的腰痛のごく一部の例では、椎間板、椎間関節や脊椎不安定性が原因と診断され、脊椎固定術が行われる場合がありますが、慢性化した非特異的腰痛症では、心理的、職場、補償制度や生活保護などの社会環境の影響が少なからずあり、その成績は一定せず、固定術は最終的な問題解決とはならないとされ、その適応は非常に限られたものになっています。

一方、「レッドフラッグ」である癌の脊椎転移などにより、脊柱の支持性が失われ、安静でも軽減しない腰痛や麻痺を伴う場合は、固定術などの手術療法の適応があり、腰痛は劇的に改善します。生命予後を良くすることは困難ですが、ADLやQOLを改善します。脊椎感染症では、漫然とした保存療法では、感染を制圧することが出来ないばかりか、脊柱破壊による支持性の喪失、麻痺が出現することがあり、除圧・脊柱再建目的の手術が必要になることがあります。また、骨粗鬆症性椎体骨折は、以前は、下肢痛や麻痺などを伴わないものでは保存療法を行っていましたが、最近では、手術療法の適応になることがあります。

腰痛椎間板ヘルニアやすべり、不安定性を伴う腰部脊柱管狭窄症では、腰痛の軽減目的に手術をすることは殆どありませんが、下肢痛、下肢筋力低下、間欠性跛行などの改善目的に手術を行うことがあり、その際は、下肢痛とともに腰痛も軽減することは珍しくありません。

手術療法は、腰痛治療に限らず十分な保存療法でも改善しない場合に初めて検討する治療で

す。整形外科の伝家の宝刀ではありますが、その効果を完全に予測することは出来ず、その効果は時間的にも限定的であること、様々なリスクを伴うことなどを、医療者 - 患者とも理解することが肝要です。

最近の話題について



大浜第一病院 天久の杜 脊椎外科部長
宮里 剛成

バルーン椎体形成術 (Balloon Kyphoplasty, BKP)
はじめに：バルーン椎体形成術？といわれても聞いたことがない、あるいは聞いたことはあるがどういう治療法なのかよくわからないという方が多いと思います。これは高齢者が転倒などで背骨を骨折 (骨粗鬆症性脊椎圧迫骨折) した際、骨折部にセメントを注入しすぐに起き上げるようにする手術のことです。頑固な痛み、背骨の変形、日常生活動作の制限を改善させ、寝たきりを防ぐ治療法として最近注目されています。
目的：手術の手技、適応、禁忌、治療成績、合併症を紹介します。
手術手技：まずバルーン挿入経路作成後、ガイド棒の先端につけたしぼんだ風船 (バルーン) をつぶれた背骨 (椎体) に挿入します。次にバルーンを徐々に膨らませつぶれている骨を持ち上げ整

復し、しっかりとした空洞を形成します。バルーンを縮めて抜いた後、最後に硬めで漏れにくいセメントを比較的安全に空洞に詰めて完成です。

全身麻酔で手術時間は現在 40 分程度、背中の 2 ヲ所を約 1 cm 切開します。

適応：①骨粗鬆症による 1 椎体の脊椎圧迫骨折、②コルセットやギプス固定によっても疼痛が改善されない場合です。

禁忌：① 3 つ以上 (既存骨折は 2 つまで) の圧迫骨折がある、②ステロイド使用による骨粗鬆症、③麻痺がある、④セメントが漏れやすいあるいは扁平に潰れすぎてしまった、⑤重篤な脳、心臓、肺、血管の病気がある場合です。

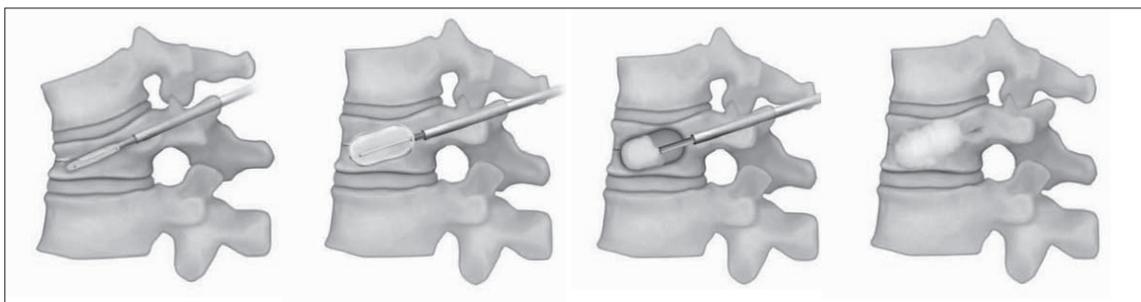
経皮的レーザー椎間板減圧術 PLDD (Percutaneous LASAR Disk Decompression)

適応：比較的小さなヘルニア②椎間板の内圧が高い若年者

限界：①保険外である②複数回の手術が必要の場合あり③大きなヘルニアや高齢者には適応がない④治療効果が一定しない⑤皮膚の傷は小さいが内部では高侵襲 (椎体終板が焼ける)
→沖縄県内では施行されなくなってきた
→適応は限られているので最寄りの整形外科医に相談の必要あり。

内視鏡下ヘルニア摘出術 (MED)

利点：①傷口が約 1.6 cm (顕微鏡下では 2 ~ 2.5 cm)、出血や痛みが少ない②退院まで 5 日 (顕微鏡下では 7 日) で早期社会復帰が可能
欠点：①立体的映像が得られない②ラーニングカーブ (医者の手術が上手になるには) 時間がかかる、合併症のリスクあり。
→沖縄県内ではまだ普及していないのが現状





熱心に聞く参加者の方々

※フォーラム終了後、フォーラムの内容の検証と今後の対応に資するべく、講師間の意見交換会を行ったのでその概要を掲載する。

意見交換会

○玉井理事 皆様お疲れ様でした。本日は500名程の来場があり、質疑応答では個人的な質問が多くて、講師の先生方に振る内容が難しかったと思いました。今回のご感想を伺いたいと思います。

○上原先生 やはり関心が高いと感じましたし、結構幅も広いので腰痛となるとかなり絞るのが難しい。どれだけ理解して頂いたか、分かり易くしたつもりですけど心配です。

○三好先生 アンケートでは、8割ぐらいの方が腰痛を自覚しているので、やはり多いなという印象です。また7割ぐらいの方が病院を受診しているとの回答をしているのですが、もう少し少ないかと思っていました。整骨院の方が多かったです。

○六角先生 来場者の多くが高齢者だったので骨粗鬆症の話しを中心にした方がよかったと思いました。

○宮里先生 医学用語が難しいのでいかに噛み砕いて言うかというのがポイントかなと思いました。

○玉井理事 かなり質問が個人的だったと思いますが、実はあまり聞けなかった質問の中には何ヶ所かの整形外科に行っているのですが、何を信じていいのかわからないという質問がありました。あの場で質問したらどうかと思いますが、いかがですか。

○三好先生 整形外科医の中でも、手術を得意としている先生もいれば、そうでない先生もいらっしゃるわけで、全部が全部同じことをいうわけではないので、ちゃんとお話をされていないことが一番問題だと僕は思います。そういう患者さんはどうしてもいらっしゃるんで、その中でしっかりお話をした方が良いと思います。必ず手術をしないといけないというケースは非常に少ないと思います。患者さんとの相談になると思います。その時に自分の予想とは違う場合は、希望しない方もいらっしゃいますし、必ずやらないといけないという医療機関は

少ないと思いますので、医師との相談になると
 思います。お話を十分にされていないのかなと
 思います。

○六角先生 wondering している方達は、
 yellow、blue や black flag があったり、
 治療への期待度が高く、手術療法を適応
 することは非常に困難です。

○玉井理事 質問で、手術は絶対するもので
 はないと言われたという人もいました。わざ
 わざ死にいくようなものだと書いてありまし
 た。

○六角先生

脊椎手術における周術期合併症は、感染症や
 硬膜外血腫などがありますが、その頻度は、2～
 3%で、生命予後や麻痺の悪化は、0ではありま
 せんが、非常に稀です。手術のメリットは確
 かにありますので、患者さん個々のリスクを勘
 案して、治療方針を決めています。

○糸数氏（琉球新報社）



プロジェクトの画面
 が低すぎて見え辛かった
 ので、立って見られてい
 る方がいました。また、
 非特定性の腰痛の見分け
 方をもう少し聞きたかつ
 たですね。例えば背中
 の上の方から痛くなるとか。

○三好先生 8割は非特定性の腰痛で、見分
 け方は痛みの部位とは関係ないです。痛みの性
 状であるとか、熱があるとかそういうサイン（レ
 ッドフラッグ）です。そういうのがあれば早急
 に検査をする必要があります。

○玉井理事 中には危険な腰痛があるので、
 原因をしっかりと追及して、よくない腰痛を見分
 けないといけないですね。

○三好先生 患者さんから8割はわからない
 でしょと言われてたら返す言葉がないですけど、
 2割を見つける意味がありますということです。

○玉井理事 今日に来場者はほとんど患者さ
 んだったような気がします。自分で悩んできて
 いると思いました。

○宮城会長



腰痛を持っている
 方で、医療機関を受診
 していない方が10%、
 整骨院に通っているの
 が20%の結果が出てい
 る。これは受診しない
 ことが問題ですし、腰

痛の原因の20%はほっておけない腰痛である
 ので、きちんと区別しないといけない。そこが
 大事。通院せずに、整骨院に掛っていることを
 重要な問題にしないといけない。沖縄の方は自
 分が悪くても病院に行かない人が多いのです
 が、腰痛に関しても同様です。

強調してほしかったのは、まず整形外科に診
 察を受けることを伝えてほしかった。

○玉井理事 最後に三好先生への質問にあっ
 た「病院がおっくうで仕方がない」というご意
 見、これが現実じゃないかなと思います。腰痛
 があっても鎮痛剤とか、シップとかで良くなっ
 て誤魔化し誤魔化しやっている人も結構いらっ
 しゃると思います。中には危険な腰痛があるか
 らちゃんと受診した方がよいと。琉球新報さん
 から紙面として出して頂けると助かります。

○糸数氏（琉球新報社） やはり、腰痛はほ
 っておけば治ると思いきなり病院に行かない人
 が多い感じがします。生活に支障がでれば行く
 でしょうが、痛みがあれば病院に行って診断し
 て頂くことが大事だと思います。

○玉井理事 最後に宮城会長何かございますか。

○宮城会長 先ほど整形外科医に対する批判もありましたが、それは一部であって、大多数については症状があった時にはしっかり診断をしてもらい、原因をはっきりさせてもらう。腰痛の中にもほっておいていいものがあるわけで

すから、それは診断して検査をしない限りわからないです。必ず医療機関を受診してほしい。それを是非強調してほしい。そのためのフォーラムです。

○玉井理事 危険な腰痛侮るなかれということですね。次も是非力をお貸してください。お疲れ様でした。

お 知 ら せ

第7回沖縄県女性医師フォーラム ～ITを使いこなす！～

日 時：平成25年7月20日（土）18:30～20:30

場 所：沖縄県医師会館3F ホール

☆男性医師の方、医学生の方の参加も歓迎いたします。

☆医師会館内に託児所を設置しますので、お子様をお連れになっても参加頂けます。

第1回地区医師会長会議



常任理事 真栄田 篤彦



去る2月13日(水)、県医師会館において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、宮城信雄会長から概ね下記のとおり挨拶があった。

挨拶

沖縄県医師会 宮城信雄会長



昨年、政権交代が起こり自公政権に戻ったが、今後どうなっていくか注視していかなければならない。社会保障と税の一体改革関連法案が今年の8月に成立し、消費税増税が決まったが、社会保障をどうするのかについては、社会保障制度改革国民会議を開いて今年の8月までに決めていくということであるが、全く話が進んでいない。後期高齢者医療制度も含めてどうなるのか全く見えてこない状況である。社会保障の改革という

のを理由に消費税を上げたとしか受け取られない。自公政権に戻ったが、可成り厳しい対応をしていかなければならないと考えている。

地区医師会長会議は、各地区医師会で起こっている問題、課題等の解決を図っていく、或いは情報を共有して考え方を一つにするということで開催している。今回は提案議題が3題、報告が1題あるので、お互い意見を出し合いながら有意義な会議にしたいと思う。

議 題

1. 地区医師会災害医療計画の策定について

(沖縄県医師会)



出口災害医療委員会委員長

現在災害医療委員会にて検討している「沖縄県医師会災害医療計画」の概要を説明するとともに、地区医師会においては、地区特有の事項を踏まえて「地

区医師会災害医療計画」を策定いただきたいと依頼があった。

説明の概要は下記のとおり。

- ①今後 30 年以内に予測されている巨大地震の規模と被害想定
- ②沖縄県津波被害想定委員会は、今年 1 月 28 日「沖縄県周辺海域を震源とする海溝型地震や内陸型地震（活断層）の被害は、20 メートル津波予測が県内 32 箇所、東海岸はほぼ浸水する」と発表。
- ③沖縄県災害医療委員会の検討経過、研修会の開催状況、沖縄県防災訓練への参加等報告
- ④沖縄県医師会災害医療計画のポイント→シンプルでわかりやすく・発災時の初動をチャート化・県医師会計画と地区計画（地区特有事項を掲載）で構成・責任担当の明確化
- ⑤県医師会災害対策本部および地区医師会災害対策本部の業務のリスト化

<意見交換>

○沖縄県医師会：



長嶺代議員会 議長

災害用備品について再度細かく検討してもらいたい（例えば、針・メス・滅菌道具など）。

○沖縄県医師会（出口災害医療委員会委員長）：備品の詳細について、再検討します。

○沖縄県医師会（宮城会長）：再度細かいチェックをお願いします。

○那覇市医師会：



山城副会長

基地内で起こった事故に関する対応は、中部地区医師会では検討されているのか。

○中部地区医師会：



中田会長

嘉手納飛行場で爆発等があっても中に入れな
い。ただ、地域住民に対
しては対応することにし
ようと考えている。先日、
コンビナートの油もれの
事故があった際、私たち

がその情報を知ったのは、消防署からではなく、職員から臭いがすると言われてわかった。中部地区では、この事故をシミュレーションとして、すべての医療機関に与勝方面で事故があった旨連絡したところ、2/3 は 30 分以内に情報を見たとのことであった。伝達はうまくいったかと思う。この地域計画を作るだけでなく実際に練習していきたいと思っている。

中華航空事故の前に嘉手納空港で事故があったときの対応をマニュアル化したが、現実には動けるのかわからない。今回、出口委員長が地区医師会に説明にきていただけるとのことであり、災害本会担当理事を中心にできるだけ前向きに県医師会とともに進めていきたい。

○沖縄県医師会：



玉井理事

沖縄県保健医療計画にも、沖縄県医師会 JMAT を明記いただくよう要請している。公けに県にも医師会を認識していただくことが必要である。現在、災害医療委員会では、透析患者や、HOT・レスピレーターの使用患者の把握について話し合っているところである。HOT 業者とも調整をしているが、果たして災害時に現在の体制で大丈夫なのか、ボンベは本当に足りるのか、今後さらに検討していくことにしている。地域の先生方ならではの情報網があるかと思うので是非把握いただきたい。

○中部地区医師会：市町村との対応はどうしたらいいか。東日本大震災の前のチリ津波の際に、私の施設も避難したが、消防に電話したら学校に避難するよう言われ、しばらくしてコザ高校

に行けと言われた。障害者はそこに行ってもしょうがないので結局サンエー（60m）に避難した。行政に連絡しても担当者がいなかった。

昨年、東日本大震災をきっかけに沖縄市で対策会議が持たれた（医師会には案内なかったが介護施設や老人ホームにも連絡があったようだ）。現実には市町村のどこに連絡したらいいのか。県医師会は県と連絡体制が整備されているのか、これから詰めていくのか。

○**沖縄県医師会（玉井理事）**：情報網はできていない。東日本大震災のとき岩手では社協が頑張っただけで隙間を埋めていたようである。

○**沖縄県医師会（出口委員長）**：昨年9月に防災訓練が実施された際に、名護市と北部地区医師会は何度か連絡会議を開いて意見交換を行った。お蔭でその後はコミュニケーションがとれるようになった。3月12日の北部地区医師会での本計画説明会では、この計画が出来上がったなら地域の防災機関に説明に行き、連携を図っていききたいとの意見があった。

○**沖縄県医師会（宮城会長）**：那覇市医師会と浦添市医師会は、1医師会対1市だが、中部地区医師会や南部地区医師会は多くの自治体と連携をとって行かないといけない。大変ではあるが、是非やらないといけないことであり、地区計画ができれば自治体と調整を図っていただきたい。

○**沖縄県医師会（玉井理事）**：災害時に情報の正確な伝達ができるかどうかが問題である。災害時には、携帯はほとんど繋がらない。県医師会では衛星携帯電話の購入を検討しており、地区医師会でも配備ができればいいと考えている。

○**公務員医師会**：



本竹会長

県立病院と扱うものが違うかと思うが、搬送が一番問題になると思われる。台風のときには、レスピレーターを使用している方は病院に来るので病室を開けて対応しているが、全体の動きがわからない。津波の際、泡瀬にどのくらい患者がいるのか把握

できていない。地区医師会から市町村に提案しない限りなかなか進まない。医師会が積極的に動かしていくことが必要かと思う。

○**中部地区医師会**：沖縄市では、災害弱者の対応は社協がやっているが、個人情報で止まる。行政には法的根拠を示したほうがいいと思うので、県の防災計画にあると説明してよいのか。

○**沖縄県医師会（出口委員長）**：法的根拠ははっきりしている。災害基本法・国民保護法に基づく地域防災計画において、県医師会は指定地方公共機関になっている。市町村防災計画に地区医師会が明記されるとよい。

○**沖縄県医師会（宮城会長）**：衛星携帯電話の配備について提案があった。できれば公的資金が使えれば地区に配布しようと考えており、現在調べているところである。それが出来なくても地区医師会で衛星携帯電話の購入を検討して欲しい。

2. 沖縄県医師会定款等諸規定改正（案）について（沖縄県医師会）

真栄田常任理事から、沖縄県医師会定款改正並びに役員選任規程改正案について、次のとおり一括して提案理由の説明があった。

① 沖縄県医師会定款改正（案）について

本会は、公益法人制度改革に伴い、昨年4月1日に一般社団法人へ移行したところであり、昨年2月の代議員会において選出された理事及び監事の任期は法律に則り、本会定款第35条において「理事及び監事の任期は、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例代議員会の終結時までとする」と定めていることから、本年6月開催の定例代議員会の日までとなっている。

なお、本年6月に就任する新役員の任期は、平成27年6月の定例代議員の日までとなり、その場合日本医師会や地区医師会の役員の任期とズレが生じることになる。

理事及び監事とも日本医師会並びに地区医師会役員との任期と合わせるため、定款「附則」に次のとおり特例任期として条文を規定した当該

改正案についてお諮りいただきたい。

(役員等の任期)

- 平成 25 年度に行う代議員会において選任する理事の任期については、第 35 条の規定にかかわらず、選任後 1 年以内に終了する事業年度の最終のものに関する定例代議員会の終結の時までとする。
- 平成 25 年度に行う代議員会において選任する監事の任期については、第 35 条の規定にかかわらず、選任後 3 年以内に終了する事業年度の最終のものに関する定例代議員会の終結の時までとする。

②沖繩県医師会役員選任規程改正(案)について

当改正案については、地区医師会から代議員の選挙権について分かりにくいとの指摘を受け、選挙権を明確に示すと共に、法律により、役員選挙が議案扱いとなったことによる変更及び選挙を円滑且つ適切に行うために選挙方法、投票用紙の様式等を具体的に規定している。

定款及び役員選任規程案については、今後は 3 月 1 日(金)に第 2 回定款等諸規定検討委員会で審議する予定になっているので、各地区医師会に持ち帰ってご検討いただき、ご意見等があれば定款等諸規定検討委員会委員を通して、来る 2 月 26 日(火)までに文書でご提案いただきたい。

なお、定款等諸規定検討委員会にてご承認いただけたら理事会の議を経て、3 月 28 日(木)開催予定の臨時代議員会に提出するという段取りとなっているので、地区医師会長のご理解を賜り、ご協力をお願い申し上げます。

なお、本件について質疑は以下のとおり。

○宮地区医師会：



池村会長

宮古地区医師会は今年の 4 月に新法人へ移行する予定であるが、役員改選せずに平成 26 年 6 月まで役員の任期を延ばせるのか。

○沖繩県医師会(真栄田常任理事)：現在、各地区医師会において県へ新法人移行の申請を行っていると思うが、その際に提出する定款改正案の中に、現役員の氏名を新法人の役員として記載すれば新法人移行後も現役員の任期が続くということになると思う。

また、任期については、これから新法人へ移行申請する地区医師会については、県から移行時の特例で平成 26 年 6 月(約 2 年 3 ヶ月)までの任期を認めるということを知っているので、県とよく調整していただきたい。

3. 離島・へき地地域の医師確保事業について

(沖繩県医師会)

<提案趣旨>

北部、宮古、八重山地区における医療課題等について、予め伺ったところ、各地区医師会(北部、宮古、八重山)より、下記の医療課題があげられた。

今年度見直しが行われている沖繩県保健医療計画の中で、研修医から地域医療を担う人材の確保まで議論できる協議会の発足を提案したい。

当協議会は、恒常的な会として沖繩県、病院事業局、琉大、群星研修群と沖繩県医師会等で構成し、3 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催できるよう、副知事や福祉保健部等に提案したい。

<北部地区医師会より>

医師確保(特に救急医)およびコ・メディカルの不足

<宮古地区医師会より>

県立宮古病院の医師確保およびその他

<八重山地区医師会より>

「石垣市休日夜間診療所がないこと」

石垣市休日夜間診療所は平成 17 年 3 月 31 日付けで閉鎖された。

主たる理由は医師確保の困難さ。当初医師二人体制で診察を行っていたが一人が止めたことをきっかけに穴埋めの医師を探すのに苦労していた。ちょうど石垣島徳洲会病院が開設され 24 時間救急医療体制をとったこともあり、これまでの診療所の医師、看護師を県立八重山病院の救急室へ派遣することにして同診療所を閉

鎖することに決定した。

しかし平成 21 年に新型インフルエンザが発生したとき、県立病院を中心に発熱患者の対応に苦慮、医療関係者から休日夜間診療所の再開を望む声が多数開かれたが結局一時再開もならず。

準夜帯に小児の発熱などの軽症患者も県立病院を受診し患者側の長時間の診察待ち、当直医の疲弊など救急診療に支障をきたしている。

県立病院の救急業務を補佐するためにも、また患者側のニーズに応えるためにも石垣市休日夜間診療所の再開を望む。

意見交換の結果、沖縄県全体で適正な医師配置ができる仕組みとして、協議会等の設置を沖縄県保健医療計画に提案するとともに、県福祉保健部等に要望することとした。

<主な意見等>

○沖縄県医師会：



玉城副会長

琉大医学生の地域枠が設定されているが、将来の配置が見えないので、協議会設置等で医師配置ができる仕組みづくりが必要。

○北部地区医師会：



上地副会長

北部地域の急性期 2 病院では、診療科が似通っており、医師不足・確保対策には矛盾が生じている。県立北部病院には軽症の救急患者が多く、勤務医は疲弊・疲労が重なり次々と辞めていく傾向にあり、数年後には北部地域の医療が崩壊するのではないかと危惧している。大学にお願いするも中々上手くいかず、県立北部病院も医師不足で救急医療が立ち行かない状況となっており、北部地区医師会病院にも、しわ寄せがきている。県で協議会が立ち上がり、適正な医師配置が可能になれば幸いである。

○宮古地区医師会：歴史的な医師不足の中、県への働きかけは非常によく感謝申し上げる。宮古地区は独自の取組みで何とか上手くいっている状況である。以前、内科医が一気に 3 名辞めたり、外科がストップするなど、週 2 回紹介患者のみ受け付けることもあった。また、内科医が総入れ替えする事態も発生した。4～5 年単位で常勤していただける医師の配置を希望する。精神科医は来年度なんとか確保したものの、今後の目処は付かない。耳鼻科についても同様である。また、専門医を目指す中堅クラスが宮古地区でも単位取得できるような仕組みを作って欲しい。さらに、新病院は 6 月頃に移転するが、救急等の高度医療が 20 日程度ストップするので、その際のご協力をお願いしたい。

○八重山地区医師会：



上原会長

県立病院の救急業務を補佐するためにも、また患者側のニーズに応えるためにも石垣市休日夜間診療所の再開を望む。

○浦添市医師会：



仲間会長

八重山地区の救急医療については、那覇市や南部地区のように開業医の輪番制を実施しては如何か。

○沖縄県医師会（玉城副会長）：本来、救急医療は市町村が実施するもので、市町村が救急診療所を設置・運営した上でないと出来ない。

○宮古地区医師会：宮古地区は、夜間・救急診療所をなくするという動きがあったが、医師会で存続しようと働きかけた。

○宮古地区医師会：現在の夜間・救急診療所は新病院と離れているが、12 時まで救急患者を診て、その後は病院で診てもらおうという流れになっている。新病院設立が決まった時に、夜間・救急診療所を病院に併設し、フィルタを掛ける

ことで病院勤務医の疲弊負担を軽減しようという試みである。診療所には所長1名いなければならないが、医師会輪番で支援を行うこととしている。

○**沖縄県医師会（宮城会長）**：糸満市の救急診療所は、県立南部病院の患者が殆どで、その担当医師が診ることになり、救急診療所の役割が無い上、自治体持ち出しのため、救急診療所を廃止した経緯がある。

○**沖縄県医師会（玉城副会長）**：本来、救急医療は市町村の役目である。地域医療に参加する姿勢がなければ、地域の医療が守れない。そこに県が支援することになる。

○**中部地区医師会**：救急医療は地方交付税として配分されるのか。

○**沖縄県医師会（宮城会長）**：自治体が行う救急医療には、国より、かなりの補助金等が配分されるはずである。その中で一番の問題は医師確保である。

○**沖縄県医師会**：



石川理事

北部地区はエリアが広く、村に1つか2つの診療所が点在している。名護市に急性期病院が2か所あるが、搬送に時間がかかる。また、中・南部圏域への

患者流出が目立ち、中・南部にも負担が掛かっている。さらに、産婦人科や小児科は基より、内科や外科の医師等も減少している現状で、負のスパイラルが生じており、ここ2～3年で北部の医療は成り立たないのではないかと危惧している。

○**沖縄県医師会（石川理事）**：研修医に地域のイベントへの参加を促すことや国試対策等で琉球大学の学生への支援が出来ないか。

○**公務員医師会**：宮古地区と八重山地区でかなり性質が違ふと思う。若い人達が集まる環境づくりが大事である。若い人達は、症例がないから集まらないので、2つの急性期病院を合わせることで、より効果的な症例集め、ひいては人を呼ぶ環境づくりが出来るのではないか。

○**沖縄県医師会（宮城会長）**：医師不足・確保対策には、玉城副会長の提案どおり、医師会主導で協議会の設置および進行を行っていく必要がある。

報 告

1) 平成 25 年度九医連関係諸事業について (沖縄県医師会)

真栄田常任理事から資料に基づき次のとおり報告があった。

平成 25 年 4 月から平成 26 年 3 月までの 1 年間、沖縄県医師会が担当し、資料のとおり九州医師会連合会関係諸行事を開催する予定にしている。その中で全県規模として、8 月 3 日(土)、4 日(日)の両日、ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューに於いて、「健やかな子どもの未来ー子どもたちとの絆を求めてー」をメインテーマに第 57 回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成 25 年度九州学校検診協議会(年次大会)を開催する。また、11 月 16 日(土)、17 日(日)の両日、同ホテル等に於いて、第 113 回九州医師会総会・医学会並びに分科会、記念行事を開催する。医学会では、特別講演として、東京都健康長寿医療センター研究所・老化制御研究チームリーダーの田中雅嗣先生に「ミトコンドリア遺伝子と長寿(案)」について、琉球大学名誉教授の木村政昭先生に「沖縄の海底遺跡について(案)」ご講演いただく予定にしている。多くの会員に参加いただきたく、各地区医師会にご協力をお願いしたい。

第 40 回沖縄県学校保健・学校医大会

聞こえますか心の叫びが (いじめ、虐待への対応)

あかつき法律事務所 岩城 正光



【はじめに】

主に子ども虐待防止で活動していますが、愛知県弁護士会の子どもの権利委員会に所属し、子ども電話相談や面接相談をしている経験から、いじめ問題に多く出くわすのです。最も多い相談がいじめ問題です。

平成 24 年 11 月 5 日 (月曜日) から同月 11 日 (日曜日) まで、アメリカ合衆国ロサンゼルス市及びトーランス市に出張視察を行いました。

名古屋市職員 (教育委員会・健康福祉局・子ども青少年局・市長室) に同行させていただき、ロサンゼルス市におけるいじめ対策・子ども虐待対策・自殺予防対策の視察をしてきました。

わが国でのいじめ自殺事件の現状

◆ 1986 年東京都中野区の中学校

どんな事件でしたでしょうか。

A くんはいじめ自殺事件です。

中学校 2 年生の 2 学期から、クラスの同級生

2 名を中心にいじめられていました。プロレスごっこの投げられ役、パシリ。A くんは真剣に「やめて」ということはできませんでした。いつもおどけたり、笑っていたそうです。

いじめの中心になったのは同級生 2 名、その他の同級生は、一部は一緒にいじめ、一部ははやしたて、その他の多数は傍観していました。

「葬式ごっこ」机の上に色紙・みかん・牛乳ビンにさした花、遺影に見立てた写真が置いてありました。

黒板には、葬儀のように白と黒の縞模様の幕が書かれていた。

係の名札が黒色のマジックで消され、色紙には、「A 君へ サヨウナラ 2A とその他一同より 昭和 60 年 11 月 14 日」とありました。

A くんは、「なんだよこれー」と言って、へらーと笑い、やがて黙り込みました。

その後もいじめは止まりません。殴る、電話で脅迫、トイレの便器に靴を捨てられる。

その後、A くんは家出をし、昭和 61 年 2 月

1日、東京から遠くの誰もいない盛岡に行って、トイレの中で首つり自殺をします。

Aくんは遺書を残していました。

「家の人、そして友達へ 突然姿を消して申し訳ありません。(原因について) 詳しいことはAとかBとかに聞けば分かると思う。俺だってまだ死にたくない。だけどこのままじゃ「生きジゴク」になっちゃうよ。ただ俺が死んだからって他のヤツが犠牲になったんじゃないか。だから、もう君たちは馬鹿なことをするのはやめてくれ。最後のお願いだ。昭和61年2月1日」

◆ 1994年愛知県西尾市の中学校

平成6年におきたBくんのいじめ自殺事件です。

中学1年生の2学期から、同級生の4人グループからいじめられる。カバンを隠される。自転車を壊される。お金をせびられる。女子トイレに入れられ監禁される。授業中手を挙げることを禁止される。

中学2年生になると、いじめは激しさを増し、毎日のように殴られる。

足のつかない深い川で溺れさせられる。多額の金を要求される(合計110万円以上、一回に数万円以上)。

ゲームソフトを売るとか床屋代と嘘を言ってお金をもらい、自分ではさみで髪を切る。次に抵抗する力を失っていく。

平成6年11月27日、遺書を残して自殺する。

「家族のみんなへ 14年間、本当にありがとうございました。僕は旅立ちます。でもいつか必ずあえる日がきます。……」

◆ 2005年北海道滝川市の小学校

平成18年小学校6年生であったCさんのいじめ自殺です。

この事件は、今までの事件と違って、身体的な暴力はなく、人間関係的いじめです。無視・悪口・陰口・ウザイです。このようないじめでも生命が奪われるのです。

小学校3年生の頃から、同級生に避けられる

ようになり、小学校5年生の時には、同級生から「すごく気持ち悪い」と言われる。

平成17年4月、小学校6年生に進級しました。7月に行われた席替えの際に、多くの同級生から「Cさんの隣になった男子がかわいそうだ」と言われました。

7月14日には、8月31日及び9月1日に実施する修学旅行の班分けがあり、担任の先生が自分たちで班分けをするようにと言ったら、Cさんだけ女子の班に入れてもらえず、男子ばかりの班に入ることになりました。

8月18日には修学旅行の部屋割りがありました。やはり先生は自分たちだけで部屋割りをするように指示したところ、Cさんだけ部屋が決まらないということになりました。それで先生も交えて話し合いをして、部屋に入ることになりました。

同級生は「どうでもいい。」とか「一緒になっても喋らなくてもいいの」などと言っており、修学旅行先の宿泊先でも意地悪をされました。

部屋の窓にみんなが張りついて。外の景色を見せてくれないのです。やむなくCさんが先生の部屋を訪ねて外の景色を見せてもらおうとしたのですが、既に夜になっており真っ暗でした。

部屋の鍵がないといって、自由時間には一人でエレベーターを上に行ったり下に行ったりしていました。

9月8日は台風のために臨時休校でした。

9月9日、Cさんは朝早く学校に行って、教室で教卓の上に7通の遺書を残し、天井に設置されたスライド用映写スクリーンのはりに紐をかけて首をつったのです。翌年1月6日にCさんは亡くなりました。

遺書には「6年生のみんなへ 6年生のことを考えていると「大嫌い」とか「最低」という言葉が浮かびます。(中略) みんなは私のことが嫌いでしたか。気持ち悪かったですか? 私はみんなに冷たくされているような気がしました。それはとても悲しくて苦しくて、耐えられませんでした。なので、私は自殺を考えました。(中略) さようなら」 「学校みんなへ」

◆ 2006 年福岡県筑前町の中学校

◆ 2011 年滋賀県大津市の中学校

いじめ・子ども虐待を考える要点

- 1) 子どもの人権問題であることの理解
- 2) 子どもの人権の中身（生存・成長発達・意思表明など）
- 3) いじめ・虐待の定義

文部科学省の定義「①当該児童生徒が一定の人間関係のある者から、②心理的・物理的攻撃を受けたことにより、③精神的な苦痛を感じているもの」

森田洋司「①同一集団内の相互作用過程において優位に立つ一方が、意識的にあるいは集団的に他方に対して、②精神的・身体的苦痛を与えること」

いずれも①一定の関係にある者の暴力であること（当然人間力学構造上の上下関係が生まれる）、②被害者の立場で考えること。
- 4) ふざけといじめの区別
- 5) しつけと虐待の区別
- 6) なぜいじめをするのか？
- 7) なぜ親は子どもを虐待するのか？
- 8) いじめ・子ども虐待に対する法制度

ロスにおける、いじめ対策

- 1) 1997 年 2 月クリントンコール（21 世紀におけるアメリカ教育のための大統領クリントンの呼びかけ）→「ゼロ・トレランス方式」クリントンコール（国家教育目標を達成させるための方針）
 - ①武器や暴力や麻薬をなくす。
 - ②規則を強化し、暴力に対応できる教員の養成を行う。
 - ③学校を小規模化し。コミュニティとの連携を強化する。
 - ④学校は制服を検討するべきである。これは暴力を防止し、規律を高め、よい学校環境を醸成するためである。
 - ⑤コミュニティは怠学（不登校）法を整備、強化するべきである。
 - ⑥ゼロ・トレランス方式を確立するべきである。

トレランス（TORERANCE）とは寛大・寛容という意味。寛容を許さない指導方針という意味である。今までの教育指導方針は、「ガイダンス方式」（教師は生徒の事情をよく理解し生徒理解に基づく指導を目指す）であった。

「ゼロ・トレランス方式」は、事情を問わず、規則違反者には一切の寛容のない規則どおりの措置を行う指導である（ステイタス オフェンス）。

現在、ロスではゼロ・トレランス方式ではなく、規律改善の基盤作りを促進することを重視。→責任者の確認、相互尊重と受容の精神を促進する方針の周知徹底を図る。

- 2) いじめの深刻さ（ホモ・レズ・人種・サイバーブライングなど）→多人種・多民族・貧富の差、銃を用いた報復。
- 3) 人権侵害・犯罪行為として対応
- 4) いじめ対策委員会（ロス統一学区職員・名誉棄損防止同盟・人権委員会・ロス市警）
- 5) 児童生徒への教育プログラム（7つの習慣・リーダーシップクラスの自主運営〔No Hatters Here !〕・PTSA ミーティング）
- 6) スクールポリス（600 名）・スクールソーシャルワーカー（250 校に 1002 人）
- 7) ロス市警の犯罪予防（Share Tolerance）Stop Hate And Respect Everyone

いじめ対策 Q&A（文部科学省）

- 1) いじめの背景（標的作り・宣伝・孤立化・無力化・心のコントロール・主体性の喪失・搾取）
- 2) タイプ別対応の基礎
- 3) 初期対応
- 4) 犯罪型いじめへの対応
- 5) 苦慮する事例への対応
- 6) 解決後の対応
- 7) いじめられた子への対応
- 8) いじめた子への対応
- 9) いじめ予防教育
- 10) 自殺の危険

このような対策 Q&A は必要ですが、文部科学省は、いじめが起きてからの対応（事後的な

対応) になっている。

その結果、なぜいじめがいけないのかということ伝える機会がなく、いじめが絶対に許されないことであるとの理解が不足している。

些細な言動もいじめにあたるという理解が不足している。いじめを許さないという文化が形成されない。教師に報告することの罪悪感が消えない。発生時の対応に混乱が生じる。

ロス視察調査での経験からのいじめ対策

- 1) 学校での道徳ではなく、「**人権教育**」の見直し
 - ・いじめられている側は、なにも悪くない。
 - ・いじめは、虐待である。暴力である。
 - ・いじめは、主体性を喪失させる。
- 2) **スクールソーシャルワーカー設置**の重要性
- 3) **職員研修** (いじめ対応マニュアル)・いじめ対策検討会議
- 4) 学校と**地域・警察との連携**
 - ・大切なことは、日常的ないじめ教育が必要である。早期発見の環境整備を整えることである。
 - ・事前予防型いじめ対策が必要である。
 - ・「**いじめ予防授業**」(専門家による体験・事実に基づいた授業、外部講師であるメリット、いじめを弁護士に相談できるということを知ってもらう。→限界としては、単発的であり、効果が長続きしない。)
 - ・全校的ないじめ予防の取り組みを全国で始める必要がある。
 - ・弁護士いじめ予防授業をその中のプログラムに入れる。

いじめに対する対症療法的な対応

- 1) 厳罰化 (放校・出席停止・奉仕活動など)
 - 一時的にいじめを止める効果は期待できる。
 - 学校に戻ってきたときに加害者が変わっている必要がある。
- 2) 監視の強化 (生徒のふるまいへの監督)
- 3) 専門スタッフの設置 (SW・SC など)
- 4) 規範の内面化 (教育プログラム)
 - 加害者更生プログラム
- 5) いじめ防止マニュアルの作成

大津市第三者委員会報告書からみえてきたもの

- 1) 自死に至るまでの事実経過
- 2) いじめの定義
 - 当該児童生徒が、①同一集団内の相互作用過程において一定の優位な人間関係に立つ者から、②心理的・物理的攻撃を受けたことにより、③精神的な苦痛を感じているもの。
- 3) いじめの認定
 - 自死原因の考察
- 4) 本事実案のいじめの特徴
- 5) 問題点の指摘
 - ①教員によるいじめ認知のおくれ。
 - ②教員間の情報共有化ができていない。
 - ③教員間のチームワークの不足 (風通し悪い)
 - ④学級運営上の問題
 - ⑤道徳教育の限界
 - ⑥教員と保護者の情報共有ができていない。
 - ⑦教員の多忙
- 6) 学校の事後対応の問題点
 - ①事実究明の不徹底
 - ②教員間の教訓の共有化の不存在
 - ③事実沈静化の重視
 - ④いじめ加害者への対応
 - ⑤スクールカウンセラーのあり方
 - ⑥学校のあり方
- 7) 市教育委員会の事後対応の問題点
- 8) 学校・市教育委員会共通の問題点
- 9) 提言 (教員・学校・教育委員会など)

子ども虐待の4つのステージ (総論)

- 1) 虐待予防・早期発見のためのステージ
- 2) 救出保護 (危機介入) のためのステージ
 - 虐待親への説得・警察による介入の是非
- 3) 治療・回復のためのステージ
 - ・子どもの癒しの場としての施設
 - ・親指導 (治療契機)
- 4) 再調整 (再統合)・自立のためのステージ

児童虐待への法制度

- 1) 日本での児童虐待の法制度はいつから?
- 2) 平成 12 年児童虐待防止法の制定
- 3) 平成 16 年改正 (児童福祉法の改正)

- 4) 平成 19 年改正（立入・臨検等）
- 5) 平成 23 年民法改正（親権規定の見直し）

虐待の現状

- 1) 児童相談所の虐待相談処理件数の変化
- 2) 虐待死亡事件の 4 割が 0 歳児であること。

今後の子ども虐待の課題

- 1) 行政と民間団体との連携強化の内実
- 2) 18 歳・19 歳という児童福祉法の保護から除外される未成年者に対するの対策
- 3) 介入（親子分離）と援助・調整（親指導・再統合）の役割を児童相談所に担わせることにもともと無理はないのか。
- 4) ファミリーサポートの法制度上の位置づけ

児童虐待における関係機関との連携の必要性

- 1) 家庭という密室でおこなわれるということ
- 2) 虐待の実態、子どもへの影響・リスクを正確に把握するためには多角的な情報が必要であること
- 3) 各機関で役割分担して、意思統一をはかる必要があること
→情報の共有化、適切な活動方針の決定、役割分担の明確化、負担感の軽減

大阪市 2 児置き去り事件からみえてきたもの

- 1) 武豊町事件（2000 年）との比較
- 2) 育児負担と親支援の必要性
- 3) アウトリーチの姿勢の重要性
- 4) 刑事司法の課題

名古屋市名東区中学 2 年生虐待死亡事件の検証から見えてきたもの

- 1) なぜ中学校の危機感と情報が児童相談所に伝わらなかったのだろうか。
- 2) 学校現場でできること、できないこと。
- 3) 児童相談所の出した結論と学校が組織として決定した結論が異なる場合、どうするべきか。
- 4) モンスターペアレンツへの対応（学校ネットワーク支援）と、その落とし穴（監視されている不満。マンネリ化。油断。引き継ぎの円滑さ。援助方針の見直しのタイミング）
- 5) 検証報告書について

虐待と少年非行の関係（少年の 2 面性）

- 1) 虐待→「被害者」としての少年
非行→「加害者」としての少年
- 2) 自己肯定感の再生の必要性
- 3) 親の役割はなにか。

印象記



常任理事 宮里 善次

平成 25 年 2 月 18 日（月）、沖縄県医師会館に於いて、「第 40 回沖縄県学校保健・学校医大会」が開催された。

今回は、あかつき法律事務所の岩城正光弁護士を講師にお招きし、「聴こえますか心の叫びが（いじめ、虐待への対応）」と題したご講演をいただいた。

講演の始めに、（ふざけ、しつけ）と（いじめ、虐待）の説明があった。

いじめや虐待が表面化した時、被害者側は（いじめ、虐待）と感じているにも関わらず、加害者側は（ふざけ、しつけ）という場合が多く事態がうやむやになり、解決が遅れるケースが多々みられる。

しかし、(ふざけ、しつけ)と(いじめ、虐待)の両者は土の対局にあるものではなく本質は同じ側において暴力の強さのレベル差にすぎない。

ふざけ、しつけ←暴力→いじめ、虐待という関係をきちんと踏まえてないと対応が後手にまわると強調された。

我が国では1980年代、いわゆるバブル期頃からいじめによる子供の自殺が散見されるようになった。

講演では1986年～2011年に起きた自殺例(中学生4名、小学生1名)の詳細や遺書等が紹介されたが、痛ましい限りである。

いじめの顕在化は男子では中学生、女子は小学校高学年に多く、第二次成長期の性ホルモンが何らかの関与をしている印象を受けた。

安倍政権では、いじめ予防で道徳教育が強化されるようであるが、道徳は社会規範を守る観点からの教育であり、基本的にいじめ防止には繋がり難いだろう。

いじめは道徳というよりも人権(命)教育であると強調された。

いじめ予防は①いつ、②誰が、③どの様に、教えるのか？

我が国では組織だった具体的な取り組みはなされてないが、文部科学省のいじめQ&Aが紹介された。

いじめ対策の先進国である英国ではいじめ防止プロジェクトがあり、米国ロサンゼルスでは生徒(リーダーグループ)への教育プログラムが確立されている。

ロサンゼルスを視察してきた演者によれば、コミュニティーが子供一人一人に目が行き届くように、ソーシャルワーカーによる社会資源の活用、職員研修、警察との連携等を密にしていると述べられた。

教育現場に警察が割り込むことに違和感を禁じ得なかったが、「①いじめは虐待であり暴力である。②いじめは主体性を喪失させる。③被害者は何も悪くない」と云う観点から、一時的にせよ被害者を救出する必要性が指摘された。

いじめに対する対象療法的な対応や学校や教師の問題点も指摘されたが、本文を参照して頂きたい。

また、保護者や大人による児童虐待の本質と子供同士のいじめは本質的に同じであると指摘されていた。

保護者特に父親が何らかの強いストレス下にあり、妻に対して暴力を振るった場合、妻は子供に、子供は学校のクラスメートに暴力をする傾向がある。

演者は「暴力の下流への流れ」と表現していたが、興味深い意見であった。

虐待による死亡児の4割は0歳児であり、望まない妊娠と云う対応困難な深刻な問題が提起された。

産科の積極的な関与が必要となるだけでなく、その後のフォロー体制作りが重要であると述べられた。

いじめと虐待は早期に発見して早期に介入することが肝心だが、教育委員会や児童相談書、コミュニティー、家庭や学校、警察や学校医、心理士やケースワーカー等の子供に関わるあらゆる人達が結集しないと、どこかに強い負担がかかり自滅するだろうと云う印象を受けた。

実際に児童相談所や学校担任あるいは校長先生がそれらに被害者になってしまう事例が述べられた。

最後に警察が小学生の教材に使っているというドラえモンの話を紹介しよう。

- Q. いじめっ子は誰ですか？ A. ジャイアン
 Q. いじめられっ子は誰ですか？ A. のび太
 Q. いじめの手助けしている子は誰ですか A. すねお
 Q. 見て見ぬふりをしている子は誰ですか？ A. しずかちゃん
 Q. 一番悪い子は誰ですか？ A. …

筆者はジャイアンかと思いましたが、岩城弁護士の答えは「しずかちゃん」だそうです。しずかちゃんが立ち上がれば、問題の半分は解決したも同然だそうです。

沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

<p>2F</p> <p>●会議室1～4</p> <table border="1"> <tr> <td>会議室1・2</td> <td>S=42席</td> <td>T=64席</td> <td>□=35席</td> </tr> <tr> <td>会議室3・4</td> <td>S=36席</td> <td>T=54席</td> <td>□=30席</td> </tr> </table> <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>	会議室1・2	S=42席	T=64席	□=35席	会議室3・4	S=36席	T=54席	□=30席	<p>3F</p> <p>●ホール (S=144席 T=234席)</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>
会議室1・2	S=42席	T=64席	□=35席						
会議室3・4	S=36席	T=54席	□=30席						

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



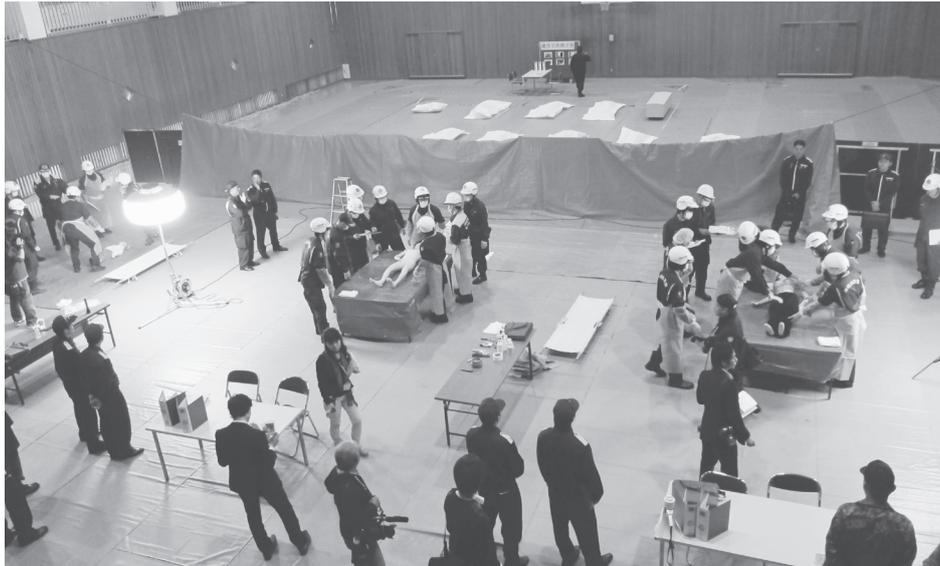
会館利用に関する問い合わせ

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



大規模災害発生時における 多数死体検視要領訓練

災害医療委員会委員長 出口 宝



平成 25 年 2 月 22 日に標記訓練が沖縄県警察本部刑事部捜査第一課により沖縄県警察機動隊体育館において実施されました (Fig.1)。沖縄県警察 (以下、県警) は、東日本大震災において検視部隊を派遣した経験から当県における大規模災害を想定した検視体制の整備を進めています。昨年の第 197 回沖縄県医師会定例代議員会では、本会も県警本部長から「大規模災害時における検案活動への協力要請」を受けています。今回、本会に対して災害時の検視要領訓練への派遣 (見学) 要請があり小職と事務局業務 1 課職員が参加しました。

参加機関 訓練には県警刑事部捜査第一課、広域緊急援助隊、沖縄警察署、うるま警察署、石川警察署、第 11 管区海上保安本部が実動参加し、陸上自衛隊、沖縄県歯科医師会、琉球大学法医学教室、そして本会など 6 機関約 80 名が参加しました。

想 定 平成 25 年 2 月 22 日午前 7 時 30 分頃、沖縄本島近海を震源とする強い地震が発生

した。午前 7 時 35 分、沖縄本島地方に「大津波」の津波警報が発表され、午前 8 時頃には、沖縄本島地方東沿岸 (中城湾) に津波が襲来し、地震及び津波による被害状況の情報収集したところ、中城湾沿岸一帯で多数の建物が倒壊し、火災の発生、津波により、市民が沖合に流され、道路が通行不能・電気・電話・水道・ガス等のライフラインにも甚大な被害が発生し、多数の死者が発見された。(訓練実施計画原文)

訓練式次第	
【訓受場】	
1 参事官指示	13:30~13:40
2 新法(死因身元調査)の説明	13:40~14:10
3 東日本大震災における検視要領	14:10~14:30
4 遺族支援要領の教養	14:30~14:40
(体育館へ移動)	
【体育館】	
5 遺体収容施設の設置要領	14:50~15:30
6 東日本大震災派遣時の検視要領	15:30~15:50
7 災害時の検視要領訓練	15:50~16:50
○ 身元確認の教養	
○ 遺族支援の教養	
「捜査第一課検視係がデモンストレーションを行いながら検視要領・身元確認・遺族対策についてポイントを教養、その後、広域緊急援助隊第1陣・第2陣・予備隊が訓練」	
8 総括	16:50~17:00

Fig.1 訓練式次第 (当日配布資料から)

招 集 上記の大規模災害に伴う多数死体対応のため、沖縄警察署・うるま警察署・石川警察署の遺体収容施設として、警備部機動隊の体育館が選定され同所に警察官が招集された。(訓練実施計画原文)

小職らは体育館における検視要領からの見学参加となりました。体育館には遺体収容施設の設置が既に終了してしていました (Fig2)。停電を想定して、発電機による照明となっていました。ここから実際の検視訓練が始まりました。多数の遺体を乗せたパネルトラックが体育館前に到着しました。その後、訓練は次のように進められていきました。

検視訓練 県警捜査第一課検視係沖山次席と玉那覇検視官による検視要領、同係伊良部係長による身元確認、同係輿座係長による遺族支援について各々の解説とともに県警捜査第一課検視係によるデモンストレーションが行われました。

1. 毛布にくるまれトラックで運ばれたご遺体は、体育館前に設置された遺体洗浄テントで一体ずつ着衣のまま洗浄が行われます。水が不足している状況を想定してバケツの水で布やブラシを使う方法が行われました (Fig.3)。
2. 次に、タンカに乗せられて館内の検視場所に運ばれると、所轄の警察署別に受付が行われて写真撮影の後、所持品の検索と確認が行われます。顔の損傷が激しい場合は、出来るだけ損傷前の状態に近づけて撮影をするとのことでした。そして、ここで撮影された顔写真は急ぎ遺体掲示板に掲示されることとなります (Fig.4)。
3. 次に、長テーブルを2台並べた検視台にご遺体に移され、検視係による着衣を脱がせての検視と写真撮影、そして指紋採取が行われます (Fig.5)。
4. 検視係による検視が終了すると、歯科医師によるデンタルチャートの作成などが行われます。インプラントも身元確認用に摘出されます (Fig.6)。

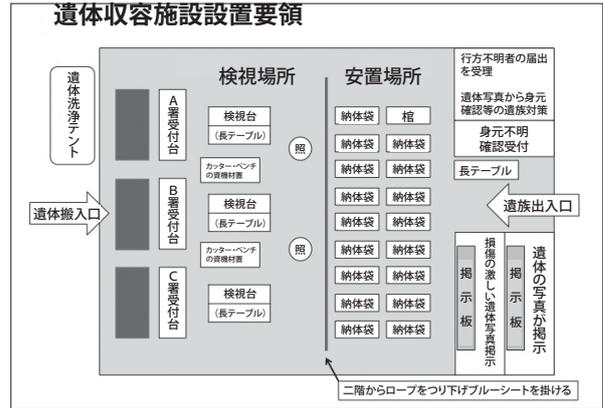


Fig.2 遺体収容施設の設置図 (当日配布資料から)。



Fig.3 遺体洗浄。



Fig.4 遺体掲示板用写真の撮影。



Fig.5 検視係による検視。

5. そして、医師による検案書の作成が行われます。ここで、DNA 検査用検体の採取が行われます。身元確認用にペースメーカーがあれば摘出します。また、損傷の激しいご遺体は修復が施されることとなります。
6. 納体袋に修めて衣服や所持品とともに安置場所へ運ばれます。ご遺体は所轄ごとに区分して整然と安置されました (Fig.7)。
7. この後は、行方不明者を探しにこられた家族への対応と身元確認が行われます。遺族支援の要点としてはご遺体との対面を急がないこと、対面前に衣服をひろげておくこと、納体袋のガス抜きをしておくことやご遺体の確認が終わるまでは遺族とは呼ばないなどの様々な配慮が必要とのことでした (Fig.8)。
8. そして、身元確認が終わると役所職員による行政的な手続きとなります。

県警は、宮城県の遺体安置所で検視活動をした経験から当時の状況に基づき、検視用道具も十分な物が無い場合の代用品としてペンチ、カッターナイフを用意していました。線香も焚かれていました (Fig.9)。そして、一連の解説とデモンストレーションが終わると続いて広域緊急援助隊、各所轄と第 11 管区海上保安部が同様の実動訓練を行いました。

県警は、「大規模事件事故発生時における多数死体検視見分要領」に基づいて災害時遺体収容場所を 6 カ所選定しており、今回は中城湾岸一帯における多数死体の発見という事案から、沖縄警察署、うるま警察署、石川警察署が所轄となり、うるま市にある県警機動隊体育館が遺体収容場所となりました。

平成 24 年度の国立保健医療科学院死体検案研修においては、災害時の死体検案時には検視場所と安置場所を隔離することの重要性が解かれていました。これは、遺族の声で検視に従事する者が精神的に疲労する、さらに検視従事者における惨事ストレスや PTSD にも繋がる可能性があるからとのことでした。本訓練の解説の中でも、東日本大震災の経験で遺族の声が聞こえる環境での活動が一番辛かったと話されて



Fig.6 歯科医師によるデンタルチャート制作、その後医師の検案書作成となる。



Fig.7 納体袋に修められて衣服や所持品とともに安置。



Fig.8 遺族支援。



Fig.9 検視資機材。

いました。今回の訓練において隔離されていないことについては、宮城県の遺体安置所の一つとなっていた「グランデ 21」を参考に設置した、そして、現実的にも物理的な理由から検視場所と安置場所を別の施設にすることは難しいことによるとのことでした。

県は沖縄県地域防災計画の中で、地震・津波編の第 2 章災害応急対策計画として「第 21 節行方不明者の捜索、死体処理及び埋葬計画」を定めています。本計画では、1. 実施責任者は県あるいは市町村、2. 行方不明者の捜索（警察本部、市町村、第十一管区海上保安本部、自衛隊）、3. 死体の処理（警察本部、福祉保健部、市町村、第十一管区海上保安本部）としており、この款の中に**検案**が記載されています。そして、4. 死体の埋葬（市町村）、5. 広域火葬（環境生活部）となっています。

また、県警本部からの「大規模災害時における検案活動への協力要請」では、検視活動の中で警察嘱託医、琉球大学法医学教室医師では対応が困難な場合、若しくは発生当初から多数の遺体が予想される場合においては、警察嘱託医会長との協議の上、**沖縄県医師会へ医師の派遣を要請**するとされています（Fig.10）。東日本大震災においても被災県医師会をはじめ全国の多くの医師会員が検案を行いました。日本医師会においても**検案は JMAT 活動の一つ**としています。いつか起こり得る災害に対して検案の備えも重要です。今回の訓練では、遺体が発見されてから遺族の手に渡されるまでの一連の流れを理解することが出来ました。災害の場合でも医師による検案は警察の指揮下において実施されることも再確認できました。

昨年、時津風部屋力士傷害致死事件の発生を背景にして死因究明関連 2 法（議員立法）である「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調

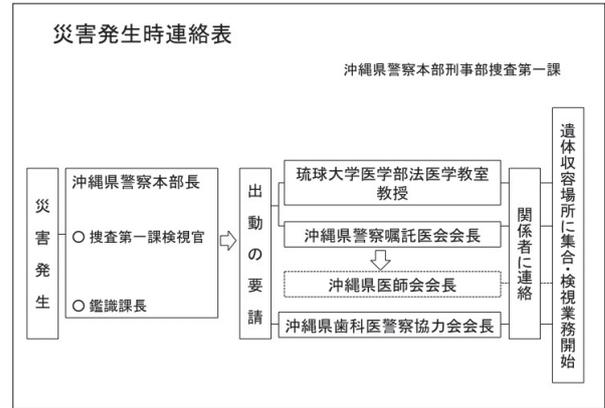


Fig.10 「大規模災害時における検案活動への協力要請」概要から。

査等に関する法律」と「死因究明等の推進に関する法律」が公布されました。

前者は平成 25 年 4 月 1 日施行となり、その第 5 条にある体内の状況を調べるための検査としての体液採取、第 8 条にある身元を明らかにするための措置としての組織の一部の採取ならびに人工関節や心臓ペースメーカーの摘出をする場合は原則として**医師が実施**することになっています。後者は平成 24 年 9 月 21 日から施行されて、内閣府に事務局がおかれ死因究明等推進会議が進められ、平成 25 年 12 月には「死因究明等推進計画」が閣議決定される予定です。

平成 25 年 2 月 28 日に開催された日本医師会死体検案研修において、東日本大震災の経験とこれら関連 2 法の施行を背景に日本医師会は「**検案は最後の医療行為**」として、今後は日本警察医会と連携して積極的に取り組む方針を表明していました。

※本文中では検視と検案の語彙が混在しています。これは、法律文上で、行政（検察官、代行の警察官）が行うのが検視であり（刑事訴訟法第 229 条）、医師が行うのが検案であることにより（医師法第 19 条 2 項、第 20 条、第 21 条）、警察が用いる場合は死体検視、厚生労働省や日本医師会が用いる場合は死体検案となっていることに倣いました。

沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 宮城 信雄

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

この度、平成24年度の募金がまとまりましたので、去る2月26日(火)に下記のとおり沖縄県交通遺児育成会へ募金を贈呈して参りました。

同育成会への募金は、チャリティー写真展を開催した平成2年度から平成11年度までの10年間、その売上金を寄付しておりましたが、写真展終了後の平成12年度からは会員施設に募金箱を設置頂き、集めた募金を贈呈しております。

今年度も経済情勢が厳しい中、皆さまの温かいご支援により889,169円の寄付ができました。4団体からの贈呈は今年度で23回目となり、これまでの募金額は16,159,343円となっております。

募金にご協力いただきました会員の皆様へ厚く感謝申し上げます。

同育成会では、会員の皆様から頂いた支援金を交通遺児の学業支援に毎年給付しており、平成24年度については、給付対象交通遺児、その他年度内に発生した交通遺児延べ131人に対し、奨学金・育成金、見舞金の他、小学・中学校新入学及び中学校卒業生には激励金等併せ

て8,288,000円が給付されております。

本会におきましては、今後も交通遺児育成募金事業を継続いたしますので、募金箱の設置について引き続きご協力をお願い致します。

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

記

沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日時 平成25年2月26日(火) 午後1時半～

場所 琉球新報社(9階 社長室)

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

募金額	沖縄県医師会	739,169円
	沖縄県歯科医師会	50,000円
	沖縄県薬剤師会	50,000円
	沖縄県看護協会	50,000円
	合計	889,169円



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