

医師事務作業補助者の導入とその効果 および今後の課題に関する事例研究

片山 友子

A Case Study on the Introduction, Effects and Future Subjects
of those who Assists with the Doctors' Clerical Work

Yuko Katayama

1. はじめに

医師の仕事には、患者を診察するという本来の業務のほかに、診断書、診療録および処方せん
の作成、主治医意見書の作成、診察や検査の予約、患者や家族への治療方針や病状の説明、医療
機関内で行われる各種会議等に供する資料の作成、学会参加等多種多様な仕事がある。病院勤務
医の場合は当直もこなさなければならないため、その負担はさらに大きなものとなる。医師のさ
まざまな仕事のうち、書類を作成・整理する、入力する等の事務的なものについて、医師の指示
で事務作業の補助を行う者を医師事務作業補助者（以下「補助者」という。）という。補助者が
必要となった背景は、勤務医の過重労働である。過重労働の原因は、医師不足である。医師不足
は、絶対数の不足と医師の偏在という2つの要素から起きている。補助者の役割は、医師の事
務作業を代行、補助することによって、医師の負担を軽減し本来の業務に専念、集中できるよ
うにすることである。補助者については、独自に配置している病院もあったが、平成20年度の診療
報酬改定で、配置するための要件、体制が整っていれば、配置することに対して診療報酬上の加
算が認められるようになった。この加算により、補助者の人件費が生み出されるため、配置しや
すくなり、医師の負担軽減に貢献することが期待されている。

そこで本研究では、まず、医師不足の現状を探ることにした。次に、補助者導入までの経緯、
教育内容、業務内容、導入の効果と今後の課題および補助者に求められるスキルについて、補助
者を配置している病院を対象に現状を調査することにした。そして、補助者育成のために、本学
における医療秘書教育に何が求められているのかを考察した。

2. 医師事務作業補助者の業務¹⁾および雇用形態²⁾について

補助者の業務は、医師（歯科医師を含む）の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記

録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内のがん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための事務作業補助等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定されている。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPC（診断群分類包括評価）のコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については補助者としての業務としないとされている。また、補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができるとされている。

補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上であるもの）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員である。また、保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、補助者を適切に配置し、補助者の業務を管理、改善するための責任者は、補助者以外の職員であって、常勤の者に限るとされている。

3. 医師事務作業補助者の研修について²⁾

補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を32時間以上行うこととされている。研修の内容については、次の①～⑤の項目に係る基礎知識を習得することとされている。

- ①医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
- ②個人情報の保護に関する事項
- ③当該医療機関で提供される一般的な医療内容および各配置部門における医療内容や用語等
- ④診療録等の記載・管理および代筆、代行入力
- ⑤電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）

4. 医師事務作業補助体制加算について

医師不足と病院勤務医の疲弊が社会問題化し、過剰となった勤務医の負担を軽減するため、医師事務作業補助体制加算が平成20年度診療報酬改定で新設された。医師事務作業補助体制加算²⁾は、地域の急性期医療を担う保険医療機関（特定機能病院を除く。）において、病院勤務医の負担の軽減および処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価するものである。補助者を、15対1補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床数に限る。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体

制加算の場合は25床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していることが条件となり、入院初日に各々、810点(8,100円)、610点(6,100円)、490点(4,900円)、255点(2,550円)、180点(1,800円)、138点(1,380円)の加算が可能である。

5. 方 法

5.1. 医師不足の現状

勤務医の過重労働の原因は医師不足である。医師不足は、絶対数の不足と医師の偏在という2つの要素から起こっている。

5.1.1. 医師の絶対数不足

2009年度の人口1,000人当たりの医師数、人口1,000人当たりの急性期病床数と国民1人当たりの年間受診回数を、OECD(経済協力開発機構)諸国に対して、日本の現状がどのようになっているのかを、「OECD Health Data」³⁾より調べた。

5.1.2. 医師の偏在

医師の偏在は、地域偏在と最近では診療科による偏在もあることから、都道府県別に人口100,000人当たりの医師数(2008年度)と主な診療科別医師数の年次推移を「政府統計の総合窓口」⁴⁾より調べた。

5.2. 補助者に関する調査

補助者導入までの経緯とその効果および今後の課題等を、補助者を配置する規模の異なる2病院を対象に調査を実施した。

(1) 調査対象

A病院 病床数 : 198床(一般病床198床)

施設基準 : 医師事務作業補助体制加算15 : 1

B病院 病床数 : 500床(一般病床496床)

施設基準 : 医師事務作業補助体制加算20 : 1

(2) 調査時期, 調査方法

A病院では管理者である事務長に、B病院では補助者に調査を行った。

A病院 平成23年4月12日訪問。事務長に1時間程度インタビュー形式による調査を行い、その後、3回に亘りメールによる質疑応答を行った。

B病院 平成23年5月13日より9月21までの間に補助者に、6回に亘りメールによるアンケート調査および質疑応答を行った。

(3) 調査内容

①補助者の呼称, 所属, 管理者および雇用形態

- ② 標榜科目と各々に配置されている常勤医師数および補助者数
- ③ 補助者導入までの経緯
- ④ 教育内容
- ⑤ 補助者の業務
- ⑥ 補助者導入による効果
- ⑦ 今後の課題および補助者に求められるスキル

6. 結 果

6.1. 医師不足の現状

6.1.1. 医師の絶対数不足

OECD 加盟国の2009年度の人口1,000人当たりの医師数を図1に、人口1,000人当たりの急性期病床数を図2に、国民一人当たりの年間受診回数を図3に示した。

以上より、医師の絶対数では、日本の医師数は人口1,000人当たり2.2人で OECD 平均約3.1人を大きく下回っており、人口1,000人当たりの急性期病床数は、OECD 加盟国の中で最も多い8.1床、平均約3.5床を大きく上回っていることがわかった。また、国民一人当たりの年間受診回数も、13.2回と加盟国の中で最も多いことがわかった。

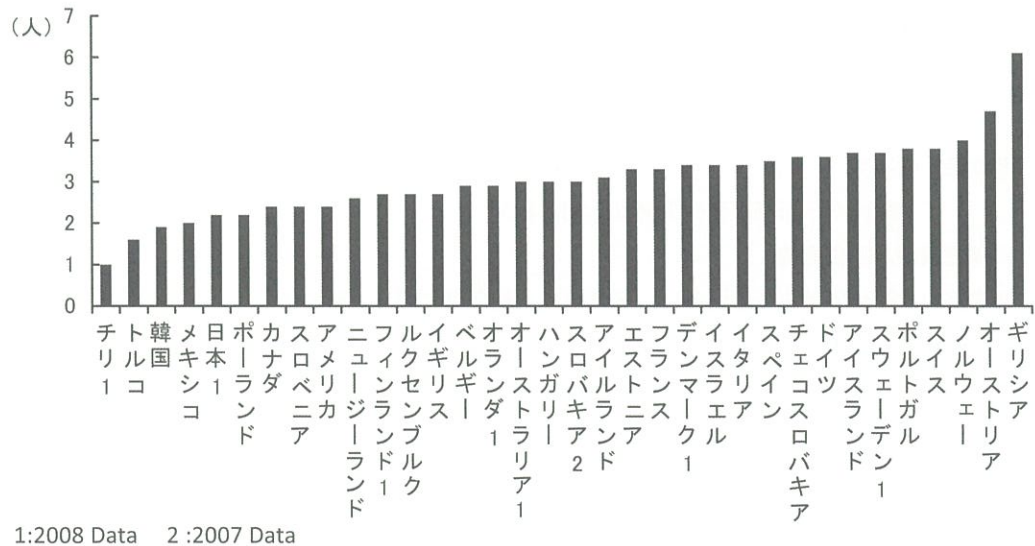


図1. 2009年度 人口1,000人当たりの医師数

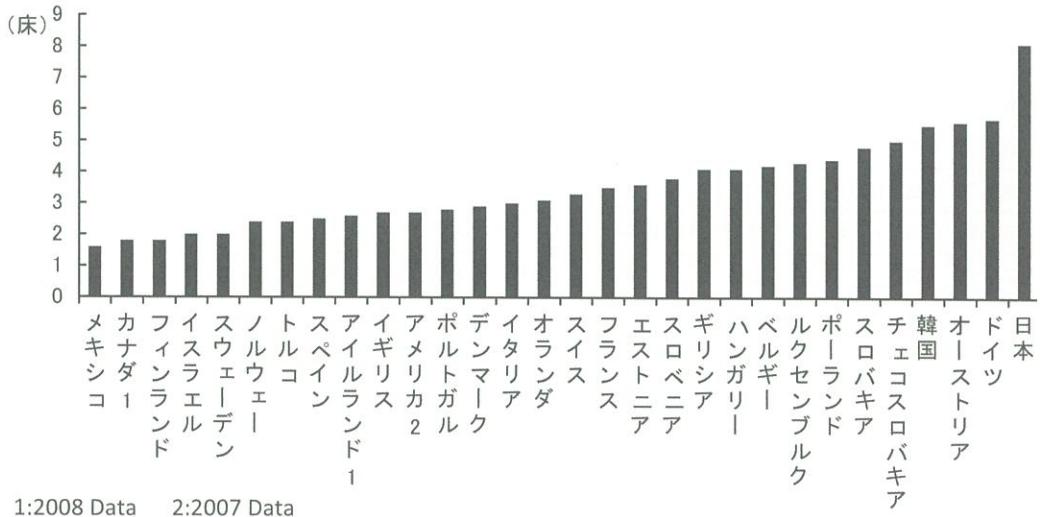


図2. 2009年度 人口1,000人当たりの急性期病床数

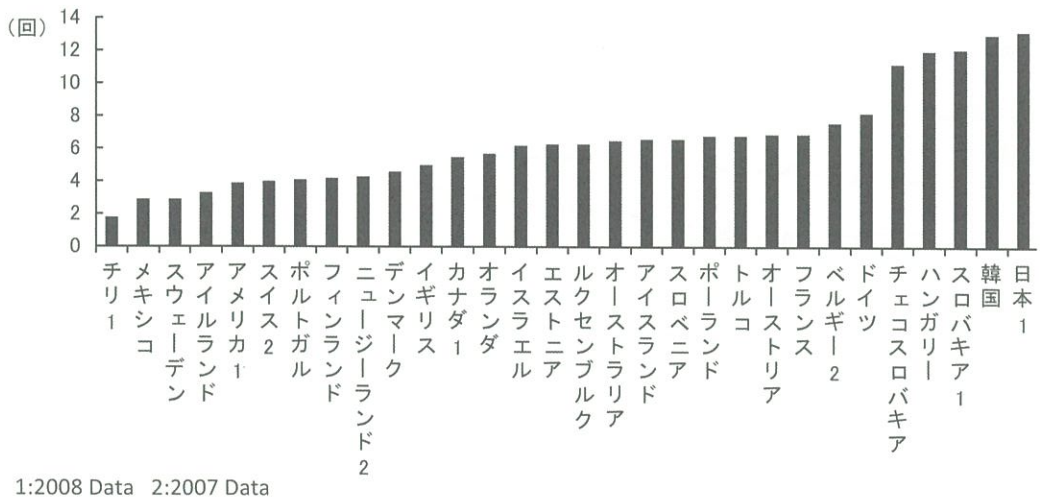


図3. 2009年度 国民一人当たりの年間受診回数

6.1.2. 医師の偏在

都道府県別に人口100,000人当たりの医師数(2008年度)を表1に、主な診療科別医師数の年次推移を図4に示した。人口100,000人当たりの医師数は、最も多い徳島県の299.4人と最も少ない埼玉県の146.1人とでは約2倍の開きがあることがわかった。精神科医の数が増加しているのに対して、外科医が激減していることがわかった。医師総数は横ばい状態であった。

医師事務作業補助者の導入とその効果および今後の課題に関する事例研究

表1. 2008年度 都道府県別人口100,000人当たりの医師数(人)

徳島	299.4	和歌山	268.8	大分	247.9	北海道	224.9	秋田	208.2	神奈川	188.3
東京	296.6	島根	263.6	愛媛	243.7	全国	224.5	群馬	208.1	新潟	187.5
京都	295.0	石川	259.2	富山	240.0	兵庫	220.4	滋賀	206.8	岐阜	184.2
鳥取	287.6	熊本	258.4	広島	239.2	宮城	218.2	長野	205.0	青森	184.1
福岡	283.1	香川	258.2	鹿児島	236.3	奈良	215.0	愛知	194.8	静岡	184.0
高知	282.5	大阪	257.2	宮崎	229.0	山梨	211.8	岩手	191.9	千葉	167.1
長崎	278.3	佐賀	251.6	福井	228.0	栃木	211.1	三重	190.9	茨城	162.1
岡山	272.9	山口	248.1	沖縄	226.4	山形	210.4	福島	190.3	埼玉	146.1

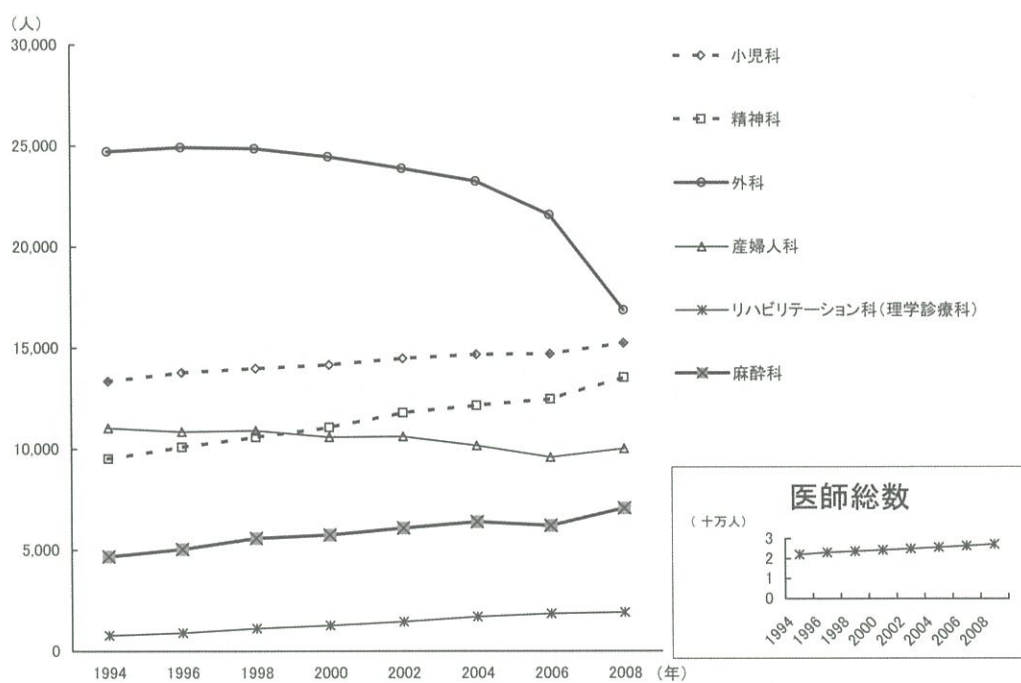


図4. 主な診療科別医師数の年次推移および医師総数

6.2. 補助者に関する調査

6.2.1. 補助者の呼称、所属、管理者および雇用形態

A病院では補助者を「メディカル・アシスタント」という呼称を使用している。補助者は事務室の中のメディカル・アシスタントグループに所属し、管理者はメディカル・アシスタントグループ長で事務長との兼務である。雇用形態は、補助者は派遣社員、リーダーはグループ長の代行という位置付けで職員である。

B病院での呼称は「医療秘書」、所属は診療部、管理者は診療部長である。雇用形態は嘱託と日々雇用である。

6.2.2. 標榜科目と各々に配置されている常勤医師数および補助者数

標榜科目と各々に配置されている常勤医師数と補助者数を、A病院を表2に、B病院を表3に示した。A病院では、循環器内科の常勤医師数が13人と最も多く、全体の約33%を占め、内科系の医師数は19人で全体の約50%を占めていた。外科系の医師数は8名で全体の20%を占めている。補助者は内科系に最も多く、13人配置されており全体の約60%を占めている。外科系には4人約18%の配置であった。全体では医師約2人に補助者1人が配置されている。各診療科以外に内視鏡室2人、リハビリテーション室1人、口腔管理室1人の補助者が配置されている。B病院では、循環器内科の常勤医師数が15人と最も多く、全体の約11%を占め、医師約4人に補助者1人が配置されている。内科系、外科系以外では、眼科の医師数が多く、医師2人に補助者1人が配置されている。各診療科以外にも補助者が15人配置されており、書類センターには最も多い5人が配置されている。

表2. A病院 診療科別常勤医師数と補助者数

診 療 科	常勤医師数 (人)	補助者 (人)
内 科	2	13
消化器内科	4	
循環器内科	13	
小児科	4	4
外 科	3	
心臓血管外科	3	
整形外科	2	1
産婦人科	2	
放射線科	1	
歯科口腔外科	4	
麻酔科	2	
小 計	40	18
内視鏡室		2
リハビリテーション室		1
口腔管理室		1
小 計		4
合 計	40	22

医師事務作業補助者の導入とその効果および今後の課題に関する事例研究

表3. B病院 診療科別常勤医師数と補助者数

診療科	常勤医師数 (人)	補助者 (人)	
ER 総合診療科	7	1	
循環器内科	15	4	
心臓血管外科	7	1	
小児循環器内科	2		
消化器内科	12	1	
消化器外科・乳腺外来・一般外科	10	1	
呼吸器内科	9	1	
呼吸器外科	4		
神経内科	7	1	
脳神経外科	4		
腎臓内科	6		
糖尿病・内分泌内科	5		
血液内科	3		
リウマチ・膠原病内科	2 (非常勤)		1回/週 外来診療のみ
皮膚科	3		
東洋医学科	2		
整形外科	6		
リハビリテーション科	1	1	外来診療なし
泌尿器科	6		
形成外科	2		
眼科	8	4	
耳鼻咽喉科	4	1	
放射線科	3		
麻酔科	11		外来診療なし
神経科	1 (非常勤)		2回/週 入院診療のみ
小計	140 (非常勤3含む)	16	
医局秘書		1	
医療安全		1	
手術室		1	
書類センター		5	
病理		2	
がん登録		1	
研修医 (専攻医)		2	
日当直		1	
治験		1	
小計		15	
合計	140 (非常勤3含む)	31	

6.2.3. 補助者導入までの経緯

A病院では、平成20年度の診療報酬改定で新設された医師事務作業補助体制加算が算定できるようになる2年前の平成18年度から、看護師不足を補う目的で、従来は看護師が行っていた診察室の補助業務を事務員に置き換えを行い、看護部付外来クラークとしてスタートした。診療報酬上の加算が認められるようになった平成20年4月には、「メディカル・アシスタント」と呼ばれるようになり、当初10人程度であったのが、現在では22人となっている。

B病院では、補助者導入以前は医師がすべてを行っていたので、本来の診療に専念できる環境作りのために補助者を導入するに至ったが、診療報酬上の加算が認められるようになったことも大きな要因である。

6.2.4. 教育内容

補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を32時間以上（補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）行うこととされている²⁾。

A病院では、平成20年度の医師事務作業補助体制加算導入時に教育プログラムを作成した。このプログラムは、加算導入以前に作成されたカリキュラムをベースに作成されたものである。診療部長、看護師長、薬剤師長、技師長、事務長、医事課長等、各部門の長が中心に13.5時間の講義を行っている。さらに、診察室における補助者業務を習得することを目的に、入社2日目～3か月もしくは入社3か月～6か月の間に内科コース、外科系コースと小児科・産婦人科コースの中から可能な限り2つ以上（各コース各々7.75時間×5日間）の現地研修を実施することとしている。B病院では、4日間に亘って合計24時間のオリエンテーションが行われている。各々の内容を次に示した。

A病院

1. 病院の組織・体制
2. 就業規則・福利厚生・交通安全
3. 個人情報保護
4. 診療報酬制度
5. 医療事故防止
6. 院内 IT の活用
7. 接遇・応対技術
8. 薬の知識・処方せんの書き方
9. 放射線業務
10. 検査業務
11. 診療録管理
12. 診断書等の記載方法

13. 院内感染防止

B病院

1. 病院概要，病院案内，雇用・通勤届，採用書類
2. 薬事法
3. 診断書や証明書作成方法
4. コンピュータシステムの概要
5. 医療安全
6. 地域医療連携室の概要
7. 外来診療の流れを設定しての実習
8. 病院情報の検索方法と診療録の記入方法
9. 診療予約，オーダーリング入力方法
10. 診療情報提供書やその返事，疾病，傷害，死因統計分類の概要と手術予定表の作成
11. 医師法，医療法，院内ガイダンスと診療内容等
12. 医師事務作業補助者の役割と心得（個人情報保護，守秘義務含む。）

6.2.5. 補助者の業務

A病院では，補助者の業務として，診察室での補助業務，各科受付業務，カルテの事前準備・事後処理，術前検査センターでの患者への入院に関する事務的な説明等を行っている。

B病院では，各診療科によってさまざまである。心臓外科では，今まで医師が作成していた手術予定などの一覧表の作成や診療現場に向き診察予約等を行っている。眼科では，外来で診療補助業務としてオーダーリングや診療録の代行入力，手術申し込み代行入力，診療情報提供書作成，入院カルテ作成，眼内レンズの用意，診察のスケジュール調整，新規採用薬の経過調整，業績管理などを行っている。

6.2.6. 補助者導入による効果

A病院では，従来は看護師が行っていた受付業務を「メディカル・アシスタント」が実施するようになり，受付における接遇面等の患者からの苦情がほとんどなくなった。また，平成23年から保険会社の診断書の代行入力を入退院受付で行っている。そのため，診断書が早期に完成されるようになり，患者からのクレームが減り，また，医師への診断書作成の催促が減少したことを導入効果として挙げている。

B病院では，医師でなくてもできる仕事は多々あるため分業ができつつある。例えば，1か月の手術予定表の作成や日当直の作成が挙げられる。また，次回の診療予約に関して，患者と医師が会話している側で医師の承認の下入力することができることにより，外来で医師が診療に専念できることを効果として挙げている。

6.2.7. 今後の課題および補助者に求められるスキル

A病院では、「メディカル・アシスタント」は看護師の業務の代行から始まったため、診療報酬の知識が乏しいことから、平成23年度は診療報酬の教育に力を入れたいと考えている。また、平成24年度夏を目標に電子カルテの導入を検討しているため、導入に至った際には、代行入力スムーズに行える環境の整備と技術を身につけることを課題としている。

B病院では、「医療秘書」は診療部に所属しているが、業務内容はほとんど配置された各診療科の医師に委ねられ、診療科によって業務内容が分散されているので、業務内容をきちんと明文化することを課題として挙げている。

補助者に求められるスキルとして、両病院が第一にコミュニケーション力を挙げている。

B病院で補助者として採用された人達の経歴は、医療機関関連での職務経験が全くないということであった。医師とのコミュニケーションを上手に取ることができるというのが不可欠なことから、コミュニケーション力が高いことが採用の第一条件であった。

7. 考 察

7.1. 医師不足の現状

7.1.1. 医師の絶対数不足

諸外国と比べて人口1,000人当たりの医師数は少なく、医師が診なければならぬベッド数や国民一人当たりの年間受診回数は群を抜いて多いことがわかった。つまり、少ない医師数でより多くの仕事をこなさざるを得ない状況となっている。

7.1.2. 医師の偏在

医師の就労希望地域は大都市部に集中し、地方の病院は医師不足であると言われているが、人口100,000人当たりの医師数は、東京都周辺の地域が少ないのは予想外であった。偏りに規則性が見出せなかった。精神科医が増加している原因は、ストレス社会と言われる社会情勢を反映しているものと考えられる。また近年の外科医の減少が著しいのは、勤務形態が過酷で訴訟リスクが高いためと考えられる。また、医師総数は減少していないことがわかった。

7.2. 補助者に関する調査

7.2.1. 補助者の呼称、所属、管理者および雇用形態

補助者の呼称は「ドクターセクレタリー」、「医療クラーク」、「ドクターエイド」等、医療機関によってさまざまである。所属も医療機関によって異なる。雇用形態は、施設基準に雇用形態は問わないとあるため、常勤職員ではなく派遣社員や嘱託職員等が多いのが現状のようである。医療機関の人件費削減のためと思われる。

7.2.2. 標榜科目と各々に配置されている常勤医師数および補助者数

循環器内科の医師数の占める割合が両病院で高く、それに伴い補助者数も多いことがわかつ

た。また、診療科以外にも補助者が配置されていることがわかった。B病院では「医局秘書」1人が補助者として配置されているが、A病院でも研修医の担当をしている医局秘書1人が勤務していることがわかった。補助者と同様、所属はメディカル・アシスタントグループ、勤務形態は派遣社員である。この医局秘書は、研修医の担当をしており、研修医としての単位修得に必要なデータ入力補助や厚生労働省に届出が必要な書類の作成業務を行っている。研修医担当の医局秘書は、研修医の医師業務に関する補助は算定対象となるが、A病院の研修医に見られるような総務的な業務は対象外となる。したがって、医師事務作業補助体制加算の対象外となっている。医局秘書でも業務内容により、補助者として扱われる場合とそうでない場合があることがわかった。

7.2.3. 補助者導入までの経緯

医師の負担軽減を目指すことはもちろんであるが、B病院では、導入の動機として、診療報酬上の加算が認められるようになったことも大きな要因であったとしている。現に、医師事務作業補助体制加算の届出を、当初75対1であったのが、25対1、現在はさらに20対1へと診療報酬の点数を上昇させている。A病院でもその影響は大きいものであったと考えられる。補助者の導入により医療機関の収入増に繋がることが考えられる。

7.2.4. 教育内容

ほとんどの項目が共通しているが、特徴的な項目も見られた。A病院では、診療報酬制度について理解することを目的とする研修がある。しかし、診療報酬の請求事務は補助者の業務範囲外となり直接関わることはないが、診療録の記載に必要な事項の書き漏れおよび検査に必要な病名の記載漏れの防止等、補助者としての業務に反映されるためと考えられる。また、これは今後の課題としても挙げられていた。B病院では、国際統計分類の疾病、傷害、死因統計分類の概要を含んでいる。DPC（診断群分類包括評価）対象病院のため研修項目に入っていると考えられるが、補助者としての業務には現時点では反映されていない。A病院もDPC対象病院であるが、この項目は含まれていない。

7.2.5. 補助者の業務

A病院では、各科共通で業務が行われている。B病院では、各診療科によってさまざまである。「医療秘書」としての業務がマッチングしているのが眼科のようである。

7.2.6. 補助者導入による効果

A病院では、現在、保険会社の診断書の代行入力には医事グループ職員である入退院受付が行っているが、入退院受付からメディカル・アシスタントグループに移行する可能性はある。診断書の早期完成により患者からのクレームと医師への作成の催促を補助者導入の効果として挙げているが、現段階では、補助者の業務として行っていないことがわかった。また、診断書作成に必要な退院時サマリーを期限内に医師がきちんと書くことが条件となっており、今後も医師が書

くようであるが、退院時サマリーの情報をもとに紹介状の代行入力を「メディカル・アシスタント」が行う可能性もある。補助者導入効果をあげるための業務見直しが必要と考える。

B病院では、以前は、診断書等は各外来診療科の看護師が台帳を作成し、患者から預かった日時、書類名、作成日、患者に渡した日を記載し管理を行っていた。現在は、書類センターに配置された補助者がその業務を行うことによって、外来看護師の業務量が軽減された。しかし、書類センターでは一元管理のみで診断書等の作成は医師が行っている。診断書等の作成代行業務を補助者が行うことができるようにすれば、さらに医師の負担を減らすことができる。

7.2.7. 今後の課題および補助者に求められるスキル

補助者が行うことができる業務に対する見直しが必要であると考え。A病院では、保険会社の診断書の代行入力、退院時サマリーの作成、紹介状の代行入力などが挙げられる。B病院では、診断書の代行作成が挙げられる。そのためには、さらなる教育と人材が必要とされると考える。現在、補助者が配置されていない診療科への配置の検討も必要かと思われる。

補助者に求められるスキルとしては、医師とのコミュニケーション力が重要であり、常に医師が気持ち良く診察できるように心がけることが求められる。それが周りの看護師やスタッフとのスムーズな連携、患者への対応の向上にも繋がると考える。

本学における医療秘書教育においても、医療秘書業務を遂行するための知識や技術はもちろんであるが、コミュニケーション力を身につけることも重要である。残念ながら、授業を通して見る限り学生のコミュニケーション力は決して高いとは評価できない。医療秘書学の授業の中で、医療機関を想定したロールプレイングを行っているが、コミュニケーションに必要な協調性、質問力、説明力に欠けていると感じる。説明力は患者を説得させるために、質問力は医師やスタッフに指示された際に疑問を投げかける場合に必要となることが多々あると考える。併せて表現力も求められる。平成24年度より医療秘書実務の講義を加える予定となっており、医療現場を想定したコミュニケーション力を向上させるための機会を増やしたいと考える。

8. 結 語

外来看護師が行っていた業務を、補助者が医師の指示のもとに行うことができるようになり、外来看護師の負担も軽減されていることがわかった。補助者がさらに医療現場で活躍し、業務分担で大きな役割を果たせるようになるには、業務範囲の拡大を考える必要がある。また、補助者は医師だけに関わるのではなく、患者からの書類の受け渡しをする看護師や医事課の職員、電子カルテやオーダーリングの代行入力をするによって看護師、放射線部、検査部、薬剤部ともかかわっていくことになる。医師の事務作業補助を行うためには病院内のあらゆる専門職に関する知識が必要である。他部署と良好な関係を築くためにはコミュニケーション力が重要である。補助者としての知識とコミュニケーション力を備えた人材の育成が急務である。

9. 謝 辞

本研究に際し、調査を快くお引き受けくださったA病院ならびにB病院の関係者の方々に心からお礼申し上げます。

資 料

- 1) 厚生労働省保険局医療課長通知 0305第1号 平成22年3月5日
- 2) 診療点数早見表 [医科] 2010年4月診療報酬改定準拠 医学通信社
- 3) OECD Health Data 2011 http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- 4) 「政府統計の総合窓口」平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査：医師数の年次推移，業務の種別
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060599>