

沖縄県医師会報

Jan.2016

CONTENTS

年頭所感	年頭所感 …………… 会長	宮城 信雄 … 3
	平成28年 年頭所感…………… 日本医師会会長	横倉 義武 … 4
報告	第37回産業保健活動推進全国会議 …………… 常任理事	金城 忠雄 … 6
	平成27年度2020.30推進懇話会 …………… 沖縄県医師会女性医師部会 副会長	仁井田りち … 15
	…………… 沖縄県医師会女性医師部会 委員	白井 和美
	平成27年度都道府県医師会 学校保健担当理事連絡協議会	
	…………… 常任理事	宮里 善次 … 20
	平成27年度全国医師会 勤務医部会連絡協議会	
	…………… 沖縄県医師会勤務医部会 部会長	西原 実 … 28
	九州医師会連合会 医療事故調査制度担当理事連絡協議会…………… 理事	田名 毅 … 42
	九州医師会連合会第350回常任委員会 …………… 会長	宮城 信雄 … 49
	九州医師会連合会 平成27年度 第1回各種協議会	
	1.地域医療対策協議会 …………… 副会長	玉城 信光 … 51
	2.医療保険対策協議会 …………… 理事	平安 明 … 61
	3.介護保険・在宅医療対策協議会…………… 副会長	安里 哲好 … 73
	日本医師会女性医師支援センター事業 九州ブロック会議	
	…………… 常任理事	宮里 善次 … 83
	…………… 沖縄県女性医師部会副会長	仁井田りち
懇談会	平成27年度第3回マスコミとの懇談会	
	「医療事故調査制度について」 …………… 理事	照屋 勉 … 89
生涯教育	生涯教育コーナーを読んで単位取得を！ ……………	97
	肺癌の定位放射線治療について …………… 琉球大学医学部附属病院 放射線科	有賀 拓郎 … 98
プライマリ・ケアコーナー	モバイルクラウド12誘導伝送心電図システムの有用性	
	…………… 豊見城中央病院 循環器内科	嘉数 真教 …104
インタビューコーナー	沖縄県薬剤師会 会長 亀谷 浩昌先生……………	108
月間行事	はたちの献血に寄せて …………… ハートライフ病院 血液内科	平良 直也 …110
会務の動き	会長・副会長室 ……………	111
	理事会 ……………	113
	県医日誌 ……………	123
新春干支随筆	申年に因んで ……………	古波倉正照 …124
	新春干支随筆 ……………	真栄城優夫 …124
	沖縄の子宮頸がん撲滅を思う …………… 琉球大学名誉教授	竹中 静廣 …126
	「愛犬の思い出」 …………… 一般財団法人沖縄県 健康づくり財団 相談役	大城 盛夫 …126
	申年（さるどし）になって思う事 ……………	許田 重之 …127
	e-ラーニング ……………	山城 則亮 …128
	古稀を迎えて、私の抱負 …………… 沖縄協同病院内科	仲田 精伸 …129
	「人生にかしがある」 …………… 三原内科クリニック院長	喜久村徳清 …130
	次の申年への出発点 …………… 松城クリニック	山根 邦夫 …131
	いつまで笛が吹けるか？ …………… 新田クリニック	新田 武司 …132
	『癌克服の夢を追って』 …………… 沖縄県離島医療組合 公立久米島病院	仲地 廣順 …133
	悲しみの還暦をのり越えて …………… 南部徳洲会病院	松原 弘明 …134
	申年に因んで …………… 八重山福祉保健所	崎山 八郎 …135
	申年、年とるさ（回文）…………… ころろクリニック	二木 志保 …136
	大欲小欲 …………… かいクリニック	稲田 隆司 …137
	申年に因んで（院長10年目を迎えて）…………… 大浜第一病院	知念 弘 …137

新春干支随筆

「将棋」事始	牧港泌尿器科	金城 勤	138
バージンロードが最終目標	那覇市保健所長	東 朝幸	139
「還暦猿の半生（反省）」	医療法人おもと会 クリニック安里	金城 治	140
申年そして還暦に思うこと			
医療法人恵泰会 もりなが内科・小児科クリニック 理事長	森永 泰正	141	
「申年に因んで」	琉球大学医学部附属病院長	藤田 次郎	142
申年に因んで	医療法人社団輔仁会	田崎 琢二	143
申年に因んで…一期一会	大浜第一病院 心臓血管外科	九澤 豊	144
「申年に因んで」	ちゅら海クリニック	鈴木 透理	146
泌尿器科手術雑感	嶺井医院	嶺井 定嗣	146
腰痛持ちの車選び	牧港眼科	石川 真	147
「定点観測～私の趣味編」			
敬愛会 ちばなクリニック 健康管理センター	神山 司	148	
丙申所感 ～生々流転～	島尻キンザー前クリニック	島尻 佳典	149
年男雑感	沖縄県立中部病院 プライマリケア・総合内科	本村 和久	150
今年の抱負			
琉球大学医学部附属病院 血液浄化療法部	古波蔵健太郎	151	
「いつまでも自分らしくいられますように」			
那覇市立病院	仲地 紀哉	152	
申年に因んで	沖縄ERサポート	林 峰栄	153
(1968年生まれ 救急医/バイオリニスト)			
新年によせて	医療法人愛燦会 発達神経クリニックブロッブ	嶺間 博隆	154
申年 今年の抱負	琉球大学医学部 医学科麻酔科学講座	中村 清哉	155
今年の抱負	沖縄県立中部病院 感染症内科	成田 雅	156
2016年 申年に因んで	沖縄赤十字病院 外科	豊見山 健	157
申は私の守護神	琉球大学医学部 腎泌尿器外科	宮里 実	158
申年にちなんで	医療法人清心会 徳山クリニック	永吉奈央子	158
申年にちなんで	桑江皮膚科医院	桑江朝二郎	159
新しい年を迎えて	琉球大学医学部附属病院 救急部	大内 元	160
今年の抱負	国立病院機構沖縄病院 外科	平良 尚広	161
今年の抱負：アルコール問題の連携			
国立病院機構琉球病院	福田 貴博	162	
今年の抱負	安里眼科	安里 良	163
			164
			165
			168
			170
			171
			172
			173
			176
			180
			181
			189

感染症情報

会員の動き

講演会・例会のご案内

産業医研修会のご案内

災害医療研修会のご案内

ICLSコースのご案内

医療勤務環境改善支援センターからのお知らせ

おきなわ津梁ネットワークからのお知らせ

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

日本医師会「医師年金」からのお知らせ

広報委員の新春の挨拶

年頭所感



会長 宮城 信雄

平成 28 年申年の新春を迎えるにあたり、会員の皆様に謹んで新年のお喜びを申し上げます。

TPP は加盟 14 か国で大筋合意に至り各国で批准を待つことになっています。

日医横倉会長は「TPP 協定の概要では」日本は社会事業サービスについて包括的な留保を行っており、社会保障はラチェット条項の対象外とする事になっている事、また我が国の公的医療保険制度は TPP の対象外とされている事を挙げ、国民皆保険を守る日医の要望が取り入れられたものと考えていると言及しました。しかし未だ詳細な内容が公表されていないところもあることから沖縄県医師会としては、当面状況を注視していききたいと思います。

国は緊急対策として新三本の矢の具体的な数値目標を (1) 国内総生産 (GDP) 600 兆円 (2) 希望出生率 1・8 (3) 介護離職ゼロの実現を軸にまとめました。

8 年前小泉総理は命も例外ではないとして医療本体部分の大幅なマイナス改定をしました。その結果地域医療崩壊が始まり自民党政権への批判の高まりから民主党への政権交代のきっかけとなりました。診療報酬は今回も本体部分は 0.49% の引き上げとなりましたが、薬価等の引き下げが 1.52% もあり全体の改定率はマイナス 1.03% となります。安倍総理の新三本の矢が実現出来るかより再び地域医療の崩壊が起こらないか心配です。

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続け

ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を県や市町村は策定しなければなりません。沖縄県も地域での効率的・質の高い医療を確保するために地域医療構想検討会議を立ち上げています。構想策定には地域の医療を担っている医師会は積極的に関わっていく必要があります、医師会抜きではシステムや構想を実現して行くのは困難と思われます。これからの医療・介護のキーワードは連携であり、県医師会が取り組んでいる津梁ネットワークは連携の重要なツールとなると考えています。会員全医療機関の参加を期待致します。

医療事故調査制度が昨年 10 月に施行されました。医療従事者が提供した医療に起因し、管理者が死亡又は死産を予期しなかったものが本制度の対象となります。過誤の有無は問いません。「医療事故」に該当するかどうかの判断と最初の報告は医療機関の管理者が医療事故・調査センターに行くことに定められています。沖縄県医師会は医師と医療機関支援のために支援団体として登録し専門家の協力を仰ぎながら万全の態勢を整えています。

本年 1 月よりマイナンバー制度が導入されます。社会保障、税、災害対策の行政手続きでマイナンバーが必要になりますが医療情報も含めることには問題があります。医療情報は、別建てのナンバーにする必要があります。

平成 28 年申年が会員の皆さまにとりまして希望に満ちた一年となりますよう心から祈念し私の年頭の挨拶と致します。

平成 28 年 年頭所感



日本医師会会長 横倉 義武

明けましておめでとうございます。会員の皆様におかれましては、健やかに新年をお迎えになられたこととお慶び申し上げます。

昨年は医療界においてさまざまな動きがありました。まず、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民が将来にわたって必要とする医療・介護を過不足なく受けられる社会を構築するため、各地域で地域医療構想の策定に向けた具体的な取り組みが始まりました。

日本医師会といたしましても、行政と協力して「かかりつけ医」を中心とした多職種連携による、各地域に即した「まちづくり」を推進してきたところでありますが、地域とのつながりが薄れ、高齢者の孤独死が社会問題となっている昨今、地域に根ざした「かかりつけ医」の存在が、高齢者の尊厳を保ち、住み慣れた地域でいつまでも健康に過ごせる社会を実現するカギであると確信しております。これを土台として、生活習慣の改善対策や各種健診などの生涯保健事業を体系化し、健康寿命の延伸を目指して、時代に即した改革を進めていかななくてはならないと考えております。

この「健康」をキーワードとした取り組みが、見受けられるようになりました。昨年7月に発足した「日本健康会議」もその一つです。経済団体、保険者、自治体、医療関係団体などのリーダーが集まり、健康寿命の延伸とともに今後の高齢化に比例して増加する医療費の適正化を図ることを目指すものであり、先進的な予防・健康づくりを全国に広げるために組織されたオールジャパンによる取り組みであります。

また、塩崎恭久厚生労働大臣の私的諮問機関である「保健医療2035」策定懇談会からは、将来を見据えた保健医療政策のビジョンとその道筋を示すための提言が発表されました。メンバーの平均年齢が40代という若い方々が医療と介護の本質を踏まえながらも将来を見据え、健康増進や地域づくり、さらには保健医療システムの持続と国際的な貢献など、多岐にわたる意見を述べております。私も、アドバイザーとして参加いたしましたが、すべてが実現できるわけではないとしても、既存の枠にとらわれない柔軟な発想のまぶしさと貴さを実感いたしました。

昨年9月には、アジア大洋州医師会連合(CMAAO)ミャンマー総会に出席いたしました。各参加国においては、それぞれが独自の歴史的な背景を有しております。カンボジアでは大量の虐殺が行われ、ベトナムではアメリカと長期間にわたって戦争が繰りひろげられた歴史があります。一方、ミャンマーでは社会主義の独裁政権から、現在、民主国家に変わろうとしています。こうした国々の方々が、口を揃えて述べております。「保険制度がないので、病気の時に医療にかかれないのがとても不安である」と。私は会議を通じ、彼らは総じて勤勉であることから、医療体制が整い、国が安定さえすれば、経済発展を実現できると確信すると同時に、わが国の国民皆保険の素晴らしさを再認識いたしました。また、ミャンマー政府とミャンマー医師会との懇談の場においては医療体制に関する相談を受け、日本医師会として今後、ミャンマーにおける国民皆保険の導入や医療人材の能力開発に協

力していくと申し上げたところであります。

世界に誇るべきわが国の国民皆保険は、戦後、まだ発展途上であった1961年、生活のインフラ整備のための相互扶助による保険制度として確立されたものであります。決断された当時の政治家、経済界、労働界のリーダーの方々のご労苦に思いを馳せると、その先見の明に頭が下がる思いです。当時の人口は約9,500万人。以後、高度成長も相まって増え続けることになります。すなわち、それ以降の医療政策については、人口増加と経済成長の時代を背景として議論が展開されてきたわけであります。

わが国の人口は2008年前後の約1億2,800万人をピークに減少に転じており、2050年頃には1961年当時の水準にまで減少するとも言われております。世界中のどの国にも先立ち、少子高齢化に伴う人口減少社会を見据えた医療政策は避けられず、過去の経験にばかり頼ってはいられません。何よりも、その時代を生きていくのは、紛れもなく私どもの子や孫の世代です。これらの世代に負の遺産を背負わせないためにも、われわれの世代で道筋を立てておかなければなりません。

昨年10月、前年に引き続きわが国にノーベル賞受賞者が誕生いたしました。特にノーベル生理学・医学賞の受賞は、利根川進教授、山中

伸弥教授に続く3人目の快挙であります。近年、世界を震撼させたエボラ出血熱の感染拡大や韓国で蔓延したMERSなど「感染症に国境はない」と言われている中で、「グローバルヘルス」と呼ばれる全世界的な保健医療に関する課題解決が大きく注目されております。今回の大村智教授の受賞は、「超高齢社会における医療」という未知の領域を切り開き、それを世界に発信していかなければならないわが国に対する最上のエールに思えてなりません。

世界一の長寿国であるわが国が、健康寿命においても世界一であることが、昨年8月、英医学誌『ランセット』で発表されました。そのベースにある国民皆保険という貴重な財産を、地域医療提供体制を維持する基本的な仕組みとして守り抜き、次の世代に引き継いでいくことこそ、われわれ世代に課せられた責務です。

日本医師会は「国民と共に歩む専門家集団」として、世界に冠たるわが国の国民皆保険を堅持し、国民の視点に立った多角的な活動によって、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、本年も執行部一丸となって対応して参る所存です。

会員の皆様方の深いご理解と格段のご支援を賜りますようお願い申し上げ、年頭のごあいさつといたします。



第37回産業保健活動推進全国会議

常任理事 金城 忠雄



平成27年10月15日（木）日本医師会館において、標記全国会議が開催された。本会議では、大阪産業保健総合支援センター並びに、大宮地域産業保健センターより県下での産業保健活動について報告があった。また、厚生労働省労働基準局安全衛生部より「最近の労働衛生行政の動向」について報告が行われたほか、日本医師会産業保健委員会より「産業医活動に対するアンケート調査」結果並びに「産業保健総合支援事業における地域産業保健センター事業に関するアンケート調査」結果について報告が行われた。その後、産業保健に関する諸問題について協議を行ったので、その概要を報告する。

挨拶

はじめに、宇佐美裕民産業医学振興財団事務局次長より開会の挨拶があり、続いて主催者を代表し塩崎恭久厚生労働大臣（代読：加藤誠実

厚生労働省労働基準局安全衛生部長）から、「本年12月から開始されるストレスチェックは、働く人のメンタルヘルス不調を未然に防ぐため、働く人自らのメンタルヘルス不調の気づきを促す取り組みであり、職場におけるストレス要因を評価し、職場環境の改善につなげることを目的としている。本制度が企業において円滑に導入され、効果を上げるために産業医並びに産業保健スタッフのご理解、ご協力が不可欠である。今後も研修会等を通して制度の周知を図っていく。労働者の健康増進に取り組むことは、企業活動活性化の観点からも非常に重要であり、企業経営の面からも注目されている。厚生労働省として、今後の産業医制度のあり方について検討を進めるとともに、産業保健活動総合支援事業が円滑に実施できるよう取り組んでいく。」と挨拶があった。

続いて、横倉義武日本医師会長（代読：今村聡副会長）から、「産業保健活動総合支援事業の開始から1年余が経過し、軌道に乗りつつあると認識している。これまで、契約方式の見直し等が短期間で断行され現場が著しく混乱したこともあったが、現在の本事業があるのも都道府県医師会や郡市区医師会の役職員ならびに現場の産業医の地道な取り組みのおかげである。本年12月より施行されるストレスチェック制度のほか、近年では治療と就労の両立支援のあり方が新たな課題となっている。産業保健事業は、社会活動の基本である労働者の健康保持増進を通じて持続可能な社会保障制度の構築に大きく貢献するものであることから、期待される役割はますます増大すると考える。また、昨年の本会議で要望のあった傷害保険ならびに損害賠償保険は、本年7月より事業費で対応することとなった。都道府県医師会や郡市区医師会が安心して主体的に取り組める環境づくりのために、今後も厚生労働省との折衝を続けていく。」との挨拶があった。

続いて、武谷雄二労働者健康福祉機構理事長より「産業保健三事業の一元化から1年半が経過し、徐々に当初目指した事業に近づきつつある。各都道府県に産業保健総合支援センターが設置されたことで、産業保健サービスの地域格差が次第に縮小しつつあると感じている。メンタルヘルス不調者の増加や、過重労働による心血管障害などが問題となっており、また治療と就労の両立についても重要な研究テーマとして取り組んでいる。来年から本機構は労働安全総合衛生研究所と統合し労働者健康安全機構に改称する。」との挨拶があった。

櫻井治彦産業医学振興財団理事長からは、「ストレスチェック制度や化学物質のリスクアセスメントの義務化等が予定されており、これらを支える基盤としての産業保健活動総合支援事業の飛躍が大いに期待されている。今年度も引き続き、産業医研修会や実践研修会を開催しているほか、ストレスチェック関連の書籍（『嘱託産業医のためのストレスチェック実務Q&A』）」を出版予定である。」との挨拶があった。

活動事例報告

活動事例報告では、大阪産業保健総合支援センターならびに大宮地域産業保健センターより次のとおり報告があった。

(1) 大阪府における産業保健活動総合支援事業の取り組みについて

大阪産業保健総合支援センター 運営主幹
益田元子

当センターでは、過去5年間で「産業保健関係者への専門的研修」並びに「事業者等に対する産業保健啓発セミナー」の開催回数や、産業保健関係者からの相談対応件数が概ね増加傾向にある。また、地域産業保健センターにおける健康相談の実施件数も、平成26年度は1,350件と、前年度に比べ408件増加した。

また、平成25年度に実施した「職場のメンタルヘルス対策のための専門医療機関との連携に関する調査」で得られた情報をもとに、昨年4月から「大阪府版 事業場のメンタルヘルスこころの健康専門家ガイド」を公表している（<http://www.osaka-mh.jp/>）。本ガイドは、事業場や産業保健スタッフ、労働者向けに受診の流れや連携のポイントなどをまとめている他、どのような治療を行っている医療機関があるのか地域ごとに検索できるようになっている。

また、当センターでは、府医師会や郡市区医師会、労働局、労働基準監督署、大阪府・大阪市等と積極的に連携を図っており、各団体が主催する産業保健関連委員会、諸会議等への出席・共催や、当センターの利用勧奨を様々な機会を通じてお願いしている。

(2) 大宮地域産業保健センターの取り組みについて

大宮地域産業保健センター代表 松本吉郎
大宮地域産業保健センター地域運営主幹
武石容子

当センターでは、県医師会との連携や郡市区医師会ならびに地域産業保健センターとの情報共有が実現できている。運営協議会の他にも各地域産業保健センター所長を集めた会議（コーディネーター同席）やコーディネーター同士の

勉強会を開催しているほか、労働基準協会等関係団体との連携によりスムーズな産業保健活動を行っている。

また、地域産業保健センターの実績を上げるための取り組みとして、50人未満の事業場に対するストレスチェックの実施勧奨や、本制度にかかる研修会並びに個別訪問支援による相談・アドバイスをを行っている。

その他にも、健康相談の際に、事業場に合わせた相談日の設定や健康相談カルテを活用する等工夫し、産業保健サービスの充実を図っている。

今後の課題として、①コーディネーターの身分保障、②ストレスチェック実施促進のための助成金制度の改善、③メンタルヘルス相談の充実、④提出様式の改善が必要であると考えます。

報告後の質疑応答では、産業医がストレスチェックを実施する際の報酬や地域産業保健センターにおけるコーディネーターの確保・雇用の安定のための取り組み等について質問があった。

説明・報告

(1) 最近の労働衛生行政について

厚生労働省労働基準局安全衛生部 武田康久労働衛生課長より、最近の労働衛生行政について以下のとおり説明があった。

ストレスチェック制度の施行に向けた準備状況

現在までに、本制度に関する関係法令の整備や説明資料の公表・提供を行い、日医や産業保健総合支援センター等による説明会・研修会を行っている。その他、「ストレスチェック制度サポートダイヤル（設置者：労働者健康福祉機構）」等の電話相談も実施している。また、本年6月から労働者健康福祉機構による小規模事業場向けの助成（ストレスチェック1人当たり500円、面接指導等の産業医活動1回当たり21,500円を上限）を実施している。

今後の予定としては、10月下旬に「ストレスチェック実施プログラム」を厚労省ホームペ

ージにて無料配布する予定である。さらに、11月には面接指導を実施する医師向けマニュアルの作成・公表並びにマニュアルに基づく研修も実施する。また、既存の指針等の内容との整合性を図ることと、派遣労働者の健康管理を強化することを目的に関連指針・通達の改正を行うほか、政府広報による制度広報用動画の作成・公表も11月頃に予定している。

産業医制度の在り方に関する検討会

ストレスチェック制度の導入に伴う産業医の職務の増加に加え、労働安全衛生法が制定された昭和47年当時と現在では産業構造や産業保健における主要な課題が変わってきており、産業医に求められる役割も変化している。このことから、産業医の位置づけや役割について見直すため、検討会を開催することとした。2月に1回程度開催し、平成28年度末までに報告書として取りまとめる予定である。

検討会の論点として、①求められる労働衛生管理、②産業医に期待される役割、③医師以外の産業保健スタッフの役割、④小規模事業場における労働衛生管理の強化、⑤事業者と産業医の関係、⑥その他について検討する。

治療と職業生活の両立支援事業

本事業では、有識者や現場関係者、関連団体代表者を含む企業向けガイドライン作成委員会を編成し、①両立支援のための職場環境や支援体制の整備に関するガイドラインの作成、②研修会の開催等によるガイドラインの周知を実施する。ガイドラインの作成にあたっては、事業場における治療と職業生活の両立等の支援に関する考え方や両立支援を行うための環境整備並びに両立支援の進め方について具体的な取り組み方を盛り込む予定である。

(2) 産業医活動に対するアンケート集計結果について

日本医師会産業保健委員会 相澤好治委員長より標記結果について以下のとおり報告があった。

本調査は、ストレスチェック制度の実施等により産業医が果たす役割がますます重要となる

中、産業医の活動状況を把握するとともに、今後産業医がストレスチェック制度の実施に関わるに当たってどのような課題があるかを把握し、検討の参考にすることを目的としている。調査対象は日医認定産業医 1 万人で、平成 27 年 5 月 29 日～6 月 19 日の間に実施し、有効回答率は 41.5%であった。

〈調査結果の概要〉

- 回答者のうち、37%が現在産業医活動をしておらず、その理由として「本業が多忙で時間・余裕がない」が最も多く（60%）、次いで「産業医として働く事業場がない」が（35%）であった。
- 活動形態としては、「嘱託産業医」が 77%を占めていた。月の産業医業務従事時間は「2～5 時間」が 946 人と最も多かった。
- 嘱託産業医等の平均的な契約月額額は「3～4 万円」と回答した者が 394 人と最も多く、次いで「5～6 万円」（327 人）、「2～3 万円」（304 人）であった。
- 専属・兼務産業医活動の課題については、専門的な知識が必要な業務や業務の量が増えていること、事業場内の専門的なスタッフが不足していることが課題であるとの回答が多かった。
- ストレスチェック制度実施における自身との関わりについての設問では、「業務量は増えるが、事業場側の協力があれば何とか実施可能」が 34.1%と最も多く、次いで「具体的な相談がない／わからない」が 29.2%であった。また、ストレスチェックを実施する上で必要な条件として、56%が「研修・マニュアルが必要」、50.4%が「事業場側のスタッフ等、体制づくりが必要」と回答し、さらに 17.5%が「契約の見直しが必要」と回答した。
- ストレスチェックの実施にあたって契約の見直しをする場合の増加額については、「2 万～3 万円」が 58 人と最も多く、次いで「1～2 万円（57 人）」、「5～10 万円（57 人）」であった。

まとめとして、産業医活動の課題については、業務増に伴う産業医の職務の範囲並びに他職種との連携のあり方について検討が必要である。また、ストレスチェック制度については、施行に向けて事業場側の体制づくりや研修マニュアル等の支援が必要である。

(3) 産業保健活動総合支援事業における地域産業保健センター事業に関するアンケート調査結果について

日本医師会産業保健委員会 堀江正知副委員長より標記結果について以下のとおり報告があった。

本調査は、産業保健 3 事業一元化による運営体制の変更を受け、地域産業保健センターの円滑な運営のために国・労働者健康福祉機構に要望すべき運営上の問題点等を把握することを目的としており、産業保健総合支援センター地域窓口（350 か所）に協力している郡市区医師会を対象に調査を行った。平成 27 年 3 月 26 日（木）～4 月 30 日（木）の間に実施し、回答率は 96.9%であった。

〈調査結果の概要〉

- 3 事業一元化によるメリットとして、「会計業務を行わなくてすむ（63.7%）」、「産業保健総合支援センターと連携が密になった（36.0%）」との回答が多かった。反対に、デメリットとしては、「予算執行の自由度が減少（32.4%）」、「登録産業医の処遇が悪くなった（28.3%）」、「事務作業量が増えた（26.8%）」との回答が多かった。
- コーディネータの推薦については、16.8%が「難しくなった」と感じており、その理由として、「人材がいない」、「謝金が少ない」、「身分保障がない」が多く挙げられた。コーディネーターへの負担が大きいことや、1 人 5 時間／日のパートでは外勤と内勤の実施は困難であるとの意見があった。

■登録産業医の推薦については、23.3%が「難しくなった」と回答しており、その理由として、「身分保障が十分でない」、「登録産業医としての活動時間がない」、「人材がいない」ことが挙げられた。

■登録産業医が事業場を訪問する際の課題として、「事業場を訪問する時間がない」が59.0%を占め、次いで「事業場ニーズが無い」が46.4%、「身分保障が十分でない」が36.0%であった。また、事業場訪問に対する謝金・旅費が非常に少ないといった意見や、事業場の状況がよく分からないまま勤務制限等の判断はできないとの意見もあった。

■労働者の健康管理に係る相談については、29.5%が「増加傾向にある」と回答し、その理由として労働基準監督署による指導や、事業場等の意識の向上による等の意見があった。反対に、8.0%が「減少傾向にある」と回答し、その理由として、コーディネーターが専門家でない、協会けんぽなどによる特定保健指導との重複事業と捉えられていること等が挙げられた。

■労働者の健康管理に係る相談や長時間労働者に対する面接指導、個別訪問による産業保健指導については、「労働基準監督署からの指導により増加している」との意見が共通して見られた。

■最新情報の提供や登録産業医・コーディネーター研修について、産業保健総合支援センターと連携したいとの回答が多く寄せられた。

■事業実施にあたり改善してほしい点は、傷害保険料を事業費から支払うことや賠償責任保険の創設を要望する回答が多かったが、これらについては対応済みである。その他、事業実施や予算執行に係る各地域での自由度を要望する意見や、事務作業の簡素化並びにコーディネーターの身分保障等について要望が寄せられた。

■その他、地産保センター事業を活性化する対策として、産業医の選任義務並びに健診結果の報告義務を「30人以上の事業場」に引き下げることを求める意見や、地区医師会がセ

ンター事業の企画に実質的に関与できる体制や地産保センター間での情報交換の場を求める声もあった。

今後の課題として、①地区医師会の発意による企画や活動を実現させること、②専門職による事務作業の負担軽減、③優秀なコーディネーターの確保・育成並びに身分保障が挙げられる。

協 議

協議に入る前に、亀澤典子 労働者健康福祉機構理事より産業保健活動総合支援事業の進捗状況について説明があった。

平成27年4月～8月までの産業保健総合支援センターならびに地域窓口（地域産業保健センター）の実績は、概ね順調である。しかし、産業保健総合支援センターの「産業保健関係者からの専門的相談への対応（実施率：25.8%）」や地域産業保健センターの「小規模事業場等の産業保健活動への支援のための訪問指導（実施率：13.5%）」については、実施率が低く、今後の課題である。地産保センターの訪問指導については、事業場に対するリーフレットを作成し、利用勧奨を行っている。登録産業医に積極的に事業場を訪問して頂きたいと考えている。

また、平成27年度の予算総額は、前年度比で3億円増の約31億円となっている。その内、センター配賦額は約30億円であり、活動実績等を勘案した配分となっている。年度の後半に向け、活動実績や今後の予定に基づき、予算が余りそうなところから足りないところに使っていただけるよう調整をしたいと考えている。

本年7月より、医師及び保健師等の活動に係る賠償責任保険及び傷害保険へ加入した。保険料は機構が負担する。傷害保険はコーディネーターも加入する。また、賠償責任保険については、法人責任分だけではなく、個人責任分も含めて加入している。ストレスチェックの結果に基づく面接指導に起因する産業保健活動の訴訟リスクにも対応している。

さらに、国の見直しに合わせて、本年4月より医師の活動謝金の時間単価を300円増額さ

せ12,300円としている。また、平成26年12月からは、登録産業医等が事業場を訪問し、健康相談と併せて職場巡視等の産業保健指導を実施した場合に、一日あたりの上限にかかわらず活動に要した時間に応じた謝金の支払いを行っている。

また、本年1月の支払い分から、地域産業保健センターの活動謝金ならびに交通費は事務を統一し、源泉徴収を行わないこととした。本年4月から登録産業医等の専門スタッフへの委嘱事務等合理化も行っている。登録産業医等による活動報告書については、謝金の支払い根拠としての最低限の内容を備える形で様式に記載する内容を最大限簡素化した。

ストレスチェック導入にかかる事業場への支援については、①ストレスチェック制度サポートダイヤル、②ストレスチェック実施促進のための助成金制度（12月10日までに小規模事業場である旨の届出が必要）、③実施者向け研修、④個別訪問支援を行っている。

(1) 公的医療機関に勤務する産業医の活動活性化について【岡山県医師会】

公的医療機関の勤務医師は兼業の禁止或いは制限により産業保健活動に参加できないとの意見がある。

回答①：厚労省として規制はしておらず、地方公務員法と照らし合わせても兼業は可能である。それぞれの医療機関の判断によるものと考えている。（厚労省）

(2) 傷害保険対象登録産業医の拡大について

機構本部より、今年度から適用されている傷害保険対象者は実働に照らして制限せよとの指示があった。できるだけ多くの登録産業医を委嘱しやすいよう改善を望む。

回答②：保険料の算出にあたり、今年度の登録医の数を把握するために伺った。制限をするのではなく、年度途中でも随時保険に加入することは可能である。（労働者健康福祉機構）

(1) 交通費の改善・往復時間手当加算について【岡山地域産業保健センター】

低額であることについて日医の見解を聞きたい。「拘束時間」が重要な要素となることを理解し加算対象として頂きたい。

回答①：交通費は国が平成2年に定めた基準（自家用車を使用した場合：37円/km）をもとに算出している。拘束時間については、国の基準に則り、自宅から事業場までの時間は謝金の対象外としている。地域産業保健センターから事業場への時間や事業場から事業場への移動時間ならびに報告書の作成や事前の準備は謝金支払いの対象である。（労働者健康福祉機構）

回答②：交通費の支給額については多くの意見を頂いている。現状にあった単価の改善を要望していきたい。（日医）

(2) 支払い調書の透明化について

謝金等の振込みに際し、日付、支給額、交通費、活動内容のわかる明細等を付記して頂きたい。
回答：岡山産業保健総合支援センターでは、運営協議会等での指摘・要望を受け、本年8月以降、産業保健総合支援センターから発行される支給明細書とは別に謝金単価や活動時間、交通費等を記載した内訳書を作成し、渡している。また、当該センター以外の各センターにも内容を明示したものを渡すよう指示した。（労働者健康福祉機構）

ストレスチェック制度にかかる具体的な金額（参考）を日医や厚労省で設定する予定はあるか。

【鳥取県医師会】

回答①：報酬額について目安を示すのは困難である。（厚労省）

回答②：産業医と事業場の契約のため、目安を示すことはできない。ただし、労働者健康福祉機構が実施する50人未満の小規模事業場へのストレスチェックにかかる助成額が一人につき500円を上限として実費額が支給されることとなっている。また、チェック後の面接指導の実

施については1事業場あたり1回につき2万1,500円を上限として実費額が支給されることとなっている。また、先ほど報告を行った「産業医活動に対するアンケート調査」では、ストレスチェック実施にあたって1～3万円の増額を希望するとの回答が約6割を占めた。この結果を参考にしては如何か。(日医)

ストレスチェックの実施に伴い、産業医の業務や責任は重くなることから、厚労省や日医は産業医の報酬を増額させるべきと考える。報酬について一定の方向を示唆することも必要ではないか。

【神奈川県医師会】

回答①：報酬額について言及するのは困難であるが、業務の増大に伴い報酬を増額させることが通常の商業契約であると考え。(厚労省)

回答②：日医で具体的な金額を示すことは難しい。ストレスチェック制度の実施に伴い産業医に求められる役割が変化していることから、産業医制度の在り方に関する検討会で法律上の位置づけや身分保障等についても提案していきたい。(日医)

職場の健康管理において、産業医が労働者から訴えられる事案が出るようになった。ストレスチェック制度の開始に伴い、今後増加すると思われるが、日医として会員の産業医を支援する制度は考えているか。【滋賀県医師会】

回答：産業医業務に関する損害賠償責任保険については、ストレスチェック制度実施に向けて、個人として加入できる損害賠償責任保険について多くの問い合わせを頂いている。産業医の先生方が安心して活動できるよう、加入方式や利用負担者等制度設計について検討している。(日医)

(1) ストレスチェックの実施プログラムはいつ、どのように配布されるのか。【福井県医師会】

回答：10月下旬には、厚労省のホームページにて公表・配布する予定である。(厚労省)

〈参考〉厚生労働省ホームページ：

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei12/>

(2) ストレスチェック制度関係Q&Aはいつ更新されるのか。

回答：去る9月30日付、更新を行った。今後とも逐次更新予定である。(厚労省)

現在のところストレスチェック制度は50人以下の事業場は努力義務だが、今後はどのような方針でいくのか。また、50人以下の事業場のうち、大企業の支店や営業所については優先順位を後にしてもよいのか。【茨城県医師会】

回答：50人未満の事業場は当分の間努力義務だが、なるべく実施して頂けるよう補助金等を用いて利用促進をしている。労働安全衛生法は、新制度の施行状況や労働災害の発生状況等をふまえて、5年後の見直しを含めて検討していく。その中で、50人未満の事業場も含めた意義付けについても検討したい。現在、面接指導を簡易な方法で実施して頂くための「面接指導マニュアル」を策定しているところである。また、地産保センターの業務量を勘案し、大企業の支店等よりも中小企業の事業場に優先的にサービスを提供することについては、特段問題は無いと考える。(厚労省)

相談窓口では、ストレスチェックを実施できる健診センターや医療機関のリストの提供を求める声が多い。特に小規模事業場には委託先に関する情報が入ってこない。業者ごとの委託内容等について情報をまとめ、提供してもよいのか。

【愛媛産業保健総合支援センター】

回答：ストレスチェックを受ける事業者について、行政から紹介することは難しい。視点は変わるが、厚労省が無料で配布するプログラムを使うことで、小規模事業場でも自動で実施することが可能となる。ぜひ試して頂きたい。(厚労省)

本年4月より登録産業医謝金の時間単価を300円増額させ12,300円としているとの説明があったが、本来であれば消費税の3%アップにあわせて、360円増額させるべきであると考えますが如何か。【神奈川県医師会】

回答：謝金単価の300円増は、国の予算が増額したことに伴うものである。消費税増税に伴うものではない。(労働者健康福祉機構)

ストレスチェック制度を実施する際に、質問票の内容を十分に理解できない外国人労働者がいた場合、そのサポートとして担当者が後ろから調査票の内容を見ることになると思うが、法的な問題はあるか。また、守秘義務を厳守させるための書類等は必要か。【神奈川県医師会】

回答：サポートをする担当者を実施事務従事者として位置づければ、守秘義務の部分はクリアできると思う。また、守秘義務にかかる書類等までは求めている。(厚労省)

交通費について、診療所から事業場に直接行く場合には支給の対象とならないため、地産保センターを経由する必要があると伺っているが、かえって時間がかかる場合もある。自院から事業場へ行くことを何らかの形で証明することができれば、地産保センターを経由せずにすむのではないか。

【佐賀県医師会】

回答：診療所等から事業場に出向く場合、交通費の支給対象となる。しかし、謝金については活動時間に対し支払うことになっているため、事業場に着いてからの時間を対象としている。(労働者健康福祉機構)

例年6月頃に脳・心疾患並びに精神疾患の労災認定状況について、業種別・職能別のデータが公表されるが、事業規模別の集計も提供頂きたい。

【滋賀県医師会】

回答：労災の担当部局に申し伝えておく。(厚労省)

ストレスチェック実施にかかる報酬の増額について、日医より「何%程度」といった目安を示して頂きたい。【山梨県医師会】

回答：産業医のみならず学校医の報酬も地域で差がある。金額を調べ提示することはなかなか難しい。しかし一つの方法として、先に実施した「産業医活動に対するアンケート調査」結果を集計し、どの程度の増額を希望する先生がどれくらいいるのかということ、文書以外の方法で提示することはできるかもしれない。(日医)

今回のストレスチェックでは産業医の責任が大きいが、何か起こった場合に安全配慮義務は問われるか。また、訴訟になった場合は、日医医賠償保険でカバーできるか。【神奈川県医師会】

回答①：医賠償は医行為に対するものである。産業医活動の中で訴訟が起きた場合、医行為としてみられるかどうか根拠になっている。そこで、労働者健康福祉機構には、産業保健活動総合支援事業の産業医活動における損害賠償保険を作っていた。これまでにそういった訴訟が起きた際、1件だけ医賠償で支払われた事例があると聞いているが、今後も同様にカバーできるとは考えにくい。医賠償に上乗せする等、新たな枠組みについて検討している段階である。(日医)

回答②：ストレスチェックの結果は、本人の同意がなければ事業者には通知されないため、何か起こった場合でもストレスチェックを実施した産業医の責任が問われるものではない。個人的な責任をこの制度が求めているというわけではない。(厚労省)

ストレスチェックを実施する時間帯に実施者である嘱託産業医がその事業場に出向く必要はあるか。【長野県医師会】

回答：必ずしも産業医がその場にいる必要はない。(厚労省)

印象記

常任理事 金城 忠雄

今回の産業保健活動推進全国会議は、改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度の運用対策に絞った印象である。

塩崎恭久厚生労働大臣はじめ日医横倉義武会長その他の挨拶でも、ストレスチェックの重要性を強調している。

厚生労働省では、労働者の健康状況調査の結果、メンタルヘルス不調による休職や退職者が年々増加傾向にあることを深刻に受け止めて、職場の健康管理を担当する産業医や産業保健スタッフによるメンタルヘルス対策に力を入れていることが良く理解できた。

法制化されたストレスチェック制度は、未経験のため産業医が非常に戸惑っている状況が伝わってくる。何事も未経験なものに対しては戸惑うものではあるが、担当産業医としては、なんとかやりぬかねばならない。

厚生労働省のストレスチェックの計画に対して、各地域の医師会は経験が無いため困惑している様子が伺える。具体的な実施プログラムや産業医の責任の問題、指導がこじれて訴訟になったときの問題点や、報酬の設定など解決すべき難しい問題が含まれている。ストレスチェックに精通した産業医がいないなど、不安が尽きない会議の印象であった。地域産業保健センターにおいては、専任コーディネーターの雇用も必須の条件であり、コーディネーターの身分保障などやストレスチェック実施促進のための助成金制度の必要性が強調された。

埼玉県では、産業保健総合支援センター所長が、県医師会長が就任したことで各地区医師会との連携が強化されたと報告している。

各県医師会からの意見や質問事項などを聞いていると解決すべき問題は山積しているようである。

産業医は、実施者又は共同実施者となり、このストレスチェック制度を産業医の使命と心得てこの制度を浸透させる覚悟が必要である。



平成 27 年度 2020.30 推進懇話会

沖縄県医師会女性医師部会 副部長 仁井田 りち



沖縄県医師会女性医師部会 委員 白井 和美



平成 27 年度『2020.30』推進懇話会

次 第

日 時：平成 27 年 10 月 18 日（日）13:00～16:00
場 所：日本医師会館小講堂ほか
司 会：常任理事 笠井 英夫

開 会

挨 拶

会 長 横倉 義武
(代読) 女性医師支援センター長 今村 聡

オリエンテーション

(グループディスカッションについて)

女性医師支援センター副センター長 保坂シゲリ

グループディスカッション

テーマ 1. 産休の代替医制度

- (各科地域毎にシステムがつくれるか?)
- 2. 専門医制度の変更に伴う今後の問題点について
(日医生涯教育制度との関連を含めて)
- 3. 各地での保育制度について (特に病児保育について)
(充実、拡大するための方策を含めて)
- 4. 女性医師が責任ある立場を引き受けること
や、社会貢献に積極的になるための教育、支援について
(女性がトップになることを望まない傾向の原因を含めて)
- 5. 医師会の役割、これからの医師会のあり方
- 6. 2020.30 を実現するために必要なことは?

意見交換 (茶話会形式)

進 行：女性医師支援センター副センター長
保坂シゲリ

閉 会

平成 27 年 10 月 18 日、日本医師会館において平成 27 年度 2020.30 推進懇話会が開催された。今回は、6 つのテーマに分かれてディスカッションが行われた。

各テーマとも各県代表の女性医師 10 名～17 名で構成されたグループに分かれ活発な討議が行われた。

テーマ 2. 専門医制度の変更に伴う今後の問題点について

沖縄県医師会女性医師部会副部長
仁井田りち

テーマ 2「専門医制度の変更に伴う今後の問題点について」に参加したので報告する。

新専門医制度に関してのスライドは今後の 19 の基本領域、サブスペシャリティ (29 領域)、及びこれからのタイムスケジュールとなっている。女性医師だけでなく、今後の研修医、指導医、更新の必要な医師等、多くの医師に必要な知識ですのでご確認ください。(17 ページ掲載) 次に女性医師が今後専門医を取るために必要な日本医師会からの提言をまとめた。

1. 新専門医制度について

日本専門医機構が平成 26 年 5 月に発足し、機構が公表した専門医制度整備指針に沿った各基本領域のモデル研修プログラムの作成、審査が進んでいる。この新専門医研究は臨床現場での学習を重視したものであり、初期臨床研修修了後さらに 3 年以上経た後の専門医資格試験は、受験者の臨床医としての実力を評価すべきものである。しかし、結婚、出産、育児等のライフイベントがこの時期に重なる女性医師にとっては、この臨床実績を積み重ねることがハードルの高いものになると予想される。新制度は将来その医療を担う医師たち、女性に限らず若い医師たちが、疲弊しないでいきいきと力を発揮して成長していける制度でなければいけない。日本医師会としては、この専門医制度がより良い制度となるよう指導的役割を果たしていかなければならない。そのため日本医師会は以下の項目について要望する。

①出産・育児休業、介護休業等の事由によるプログラム休止・中断への配慮、及び研修再開後の体制（短時間勤務に対する言及）への配慮が必要である。機構が公表している専門医制度整備指針において、すでに「研修の休止・中断等の取扱い」については明示することとされているが、研修再開後の体制（配慮）については言及されていない。短時間勤務の期間であっても、確実に実績をカウントできるようなシステムの構築について、機構の専門医制度指針に明記することを求めたい。現段階では、各学会の特性にもよるだろうが、短時間勤務の取扱いについては全く触れていない研修プログラム整備基準も目につく。

②基幹研修施設、関連研修施設等の施設基準の設定についての配慮が必要である。機構の専門医制度整備指針において、専門研修施設の認定基準の項目に「ワークライフバランスの推進も含めた職場環境の整備に関すること」を加えること。

③更新時における期間延長等の配慮について

機構では、専門医制度整備指針のなかで、更新については「特段の理由がある場合の措置を設けること」としており、期間の延長は各領域の特性に基づく学会ごとの判断に委ねられているが、特段の理由時における短時間勤務、あるいは非常勤勤務においても診療実績が評価されるシステムとなるようプログラムの審査・検証を要望する。

2. 専門医研修カリキュラムにおける日本医師会生涯教育の利用の推進専門医の認定、更新ともに研修項目として必須とされている「医療安全」「感染対策」「医療倫理」に関する講習会、あるいは望ましい項目としての「医療事故。医事法則」や「医療経済（保険医療等）」に関する事項は日本医師会の生涯教育講座として実施すべきである。生涯教育講座は、これまで各地域の医師会が主体となって開催してきた実績もあり、地域で開催されることにより、出産・育児休業、あるいは介護休業中、短時間勤務中など多様な勤務体制による医師にとってのメリットがある。

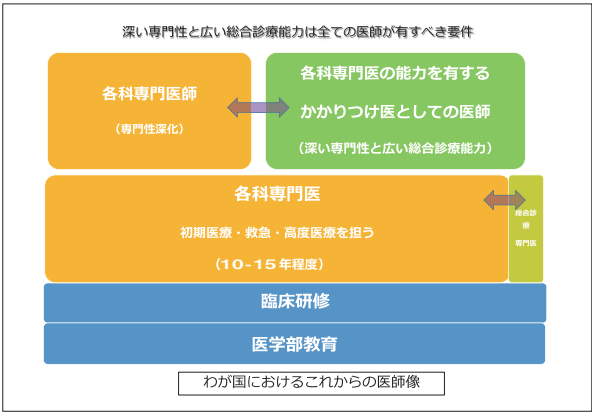
3. 19 番目の基本領域として登場した「総合診療専門医」について

日本医師会が機能強化に取り組んできた「かかりつけ医」や日本プライマリーケア連合学会の「家庭医療専門医」さらに基本領域内の「内科専門医」との関連、相違など、現時点では詳細不明である。この点についての従来制度と矛盾のない制度設定がなされなくてはならない。また地域枠医師の専門医研修において、機構は地域枠医師が制限を受けることなく、専門医が可能となるような具体的な方策を示す必要があると考える。この点についても日本医師会が提言していくべきである。

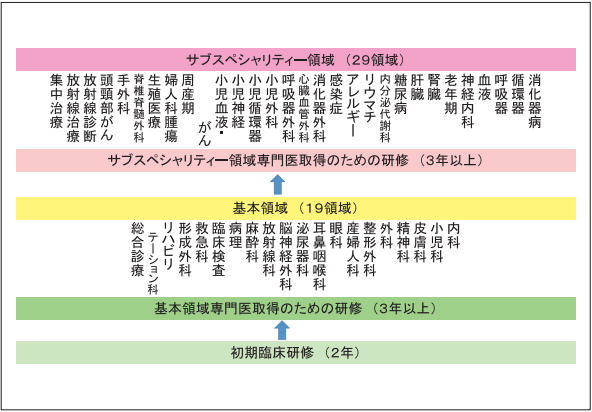
会議の結果からまとめると、

- これから専門医を目指す女性医師たちへ
新しい専門医制度の中で専門医を取って女医が出産を希望する場合、すでに 30 代になっている可能性がある。女医が出産育児のために専門医を挫折しない取組が必要である。(ちなみに出産後に専門医猶予期間を 2 年と明言したのは麻酔科だけで、その他の科はまだ規定ができていない)
- 新専門医制度では専門医を取れない又は継続できない医師 (たとえば開業医等) に関して
新専門医制度確立後、専門医を持っていない医師は標榜ができない可能性がある。では、どのような立ち位置で開業を継続したらよいのか？専門医を持っていないと今後診療報酬に反映されるのか？全く指針が示されておらず今後の課題は山積みである。日々地域に密着し努力している、かかりつけ医のステイタスは守って頂きたい。
- 地域卒学生の今後に関して
全国的に地域卒学生に関して女性が増えている。沖縄県に関しては、女性医師部会委員の銘苅桂子先生(琉球大学)に確認して頂いたところ、1 年生から 6 年生まで女子学生 38 名、男性 40 名。卒後は 4 年間で指定病院での研修義務があり、その中に離島が含まれている(それができない場合は奨学金の返還が必要になる可能性がある)しかし、今後については、まだまだ流動的で、これから変更等もあるとのことである。

新専門医制度実施へのタイムスケジュール	
平成26年5月(2014)	日本専門医機構創設
平成26年～平成27年(2014～2015)	専門医制度整備指針に基づき 基本領域研修プログラム(PG)整備基準、モデル研修PG・マニュアル等を策定、更新の新基準の策定 各基幹研修施設で研修PGを構築、指導医資格の基準策定と新制度の開始に向けた暫定処置の検討、各PGの認定
平成28年(2016)	新専門医への切替更新、指導医講習の実施 臨床研修医(2年目)への基本領域研修PGの提示と専攻医登録の開始、サブの位置づけ検討
平成29年(2017)	新制度による新専攻医の研修開始 サイトビジットによるPG評価・検証
平成32年～34年(2020～2022)	新制度の専門医の認定



日本専門医機構における新専門医制度スケジュール							
(年度)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
研修プログラム	プログラム整備基準承認	基幹研修施設研修プログラム作成	専攻医に研修プログラム提示	日本専門医機構: 研修プログラムに従って研修			
専攻医		初期臨床研修		日本専門医機構: 専攻医を登録			
専門医認定							プログラム終了専攻医が申請
専門医更新	各領域医で更新基準の作成	日本専門医機構: 新基準での専門医更新審査 上記を満たさない申請者は学会の更新審査で承認され更新時に日本専門医機構の認定を得ることを目指す					新専門医
指導医		新制度指導医または暫定的な指導医					新制度指導医



テーマ 5. 医師会の役割、これからの医師会のあり方
沖縄県医師会女性医師部会委員 白井和美
テーマ 5「医師会の役割、これからの医師会の在り方について」に参加したので報告する。
1. 医師会の 3 層構造に関して
一部の政令指定都市のような大規模市では、3 層構造に頼らない医師会運営が可能である一方、比較的規模の小さな郡市区医師会の集合体

からなる、多くの県では、日医と郡市区医師会の間に、それぞれの地方色を加味した施策を考え、実行するための県医師会と言う存在が必要であるという意見が多く聞かれ、当面3層構造の維持は必要と言う結論になった。

2. 会費に関して

高額な会費が、入会に際し問題であるとは一致した意見であった。しかし、年会費の多くの部分が、医賠償保険に使用されていることは、もっと周知することが必要。また、その充実度が民間の賠償責任保険に比して優れている点に関して、学生の時代から十分情報提供し、医師会が選ばれるような努力も重要であろうとの結論であった。また、今年から研修医の医師会費が無料となったタイミングで、彼らに如何に医師会の保険の良さを実感してもらうことが出来るかで、今後の入会率に関してある程度の予測も可能ではないかという意見も聞かれた。この会費に関しての議論は、もう少しいろいろな側面から検討したかったが、時間の関係で議論が深まらなかったのは残念であった。

3. 組織の強化に関して

横倉会長が、組織強化を目標に掲げて居られるため、如何に入会率を上げるかに関しても議論した。日医・郡市区医師会ともに、全国的に見て断然トップの入会率を誇る鹿児島県医師会(19ページ図参照)代表の委員に、質問が集中した。大学時代から学生へ働きかけ、また、鹿児島大学の理解もあり、ほぼすべての研修医が医師会に入会する事や、医師協同組合との協力で、医師会員への優遇措置を充実するなど、様々な施策を行っているものの、何より重要なことは、「医師会へ入会することは、当然のことである、と言う空気感を作ること」との意見に、皆一瞬言葉を失う場面もあった。

ただ、これまで医師会は、各医師に対し、組織力強化の必要性や、専門家団体として力を持つことの重要性を伝えられていたのかとの問題提議もあった。経済面のみに焦点が当てられ、医療政策が進められる昨今、医師自身の保身の意味だけで無く、医療が崩壊すれば、患者さん

を守ることをできなくなるということを、学生や、若い医師たちに今後はもっとはっきり伝えて行く必要があるという意見があり、多くが賛同した。そして、政治力を持つためにも、組織強化は必要であるということを一層発信して行く一方、国民を味方につける様な方向性も重要であり、両面の施策の充実が必要であるとの結論に至った。

この議論を聞いて、日医の広報委員としては、若干、複雑な心境ではあったが、女性医師たちの中にも医師会への加入、組織率向上、組織強化の重要性等に気付き始めた方たちが現れて来たことに僅かだが手ごたえも感じた。

各項目に関し、時間の関係で十分な議論が尽くされたとはいえず、次回に期待したいと感じた。

その他のグループワークの報告について

グループワーク後、最後に各テーマの報告があった。

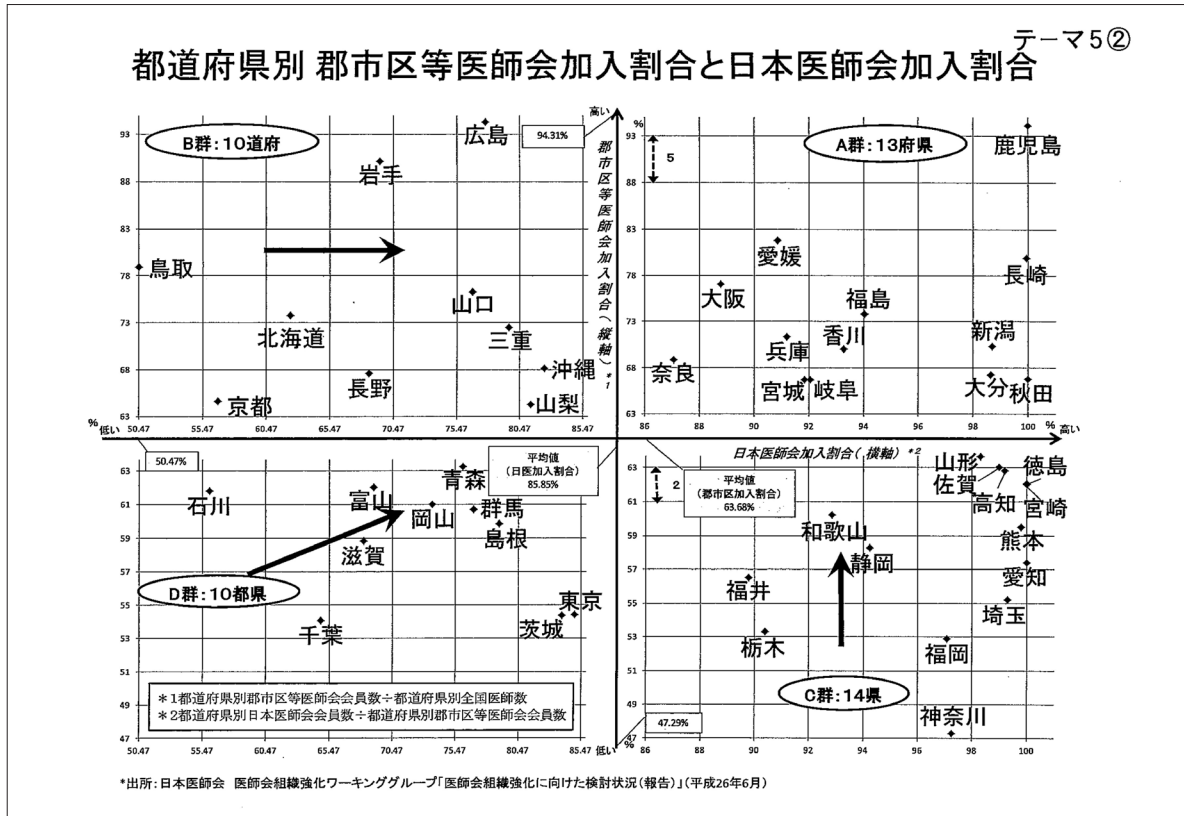
テーマ3「各地での保育制度について(特に病児保育について)」

大阪府では病児保育は49%実現している。「どうしたらこのような高い数字の病児保育の普及が出来たのか」大阪モデルケースに質問が集中し、大阪では行政側からの支援を引き出す働きかけが大きく功をなすきっかけになったとのこと。しかし、都市部と地方では大きな差があり、モデルケースの大阪をそのまま運営できない。病児保育だけでなく、学童保育の充実がこれからの課題である。岩手県では病児保育を6年生まで引き上げている事例あり。

テーマ4「女性医師が責任ある立場を引き受けることや、社会貢献に積極的になるための教育、支援について」

女性医師は医師の仕事だけでなく、育児家事を一手に引き受け、多忙であることが一番の原因である。

女性医師からの積極的な参加を待つのではなく、クオーター制度を導入することが望ましいのではないかと。



テーマ6「2020.30を実現するために必要なことは？」

テーマ4のディスカッションと重複する点があるが、クォーター制度の導入が望ましい。女性医師の社会的な自覚は学生時代からの教育が必要である。もちろん男性医師の教育が必要であるがまずはトップダウンから意識改革して頂きたい。

会の最後に日本医師会執行部とのディスカッションがあった。

2020.30運動とは(2020年までに、経済界、政界などで指導的地位に女性が占める割合を

30%にしようという国の目標)であり、管理職の女性比率は2014年国際労働比較データによるとアメリカ43.7%に比較して日本は11.1%。先進国中最も低いといわれている。この施策のために何をすべきか男性と共同で作り上げていくものであり、そもそもこの制度や考え方が男女ともに容認できるのかも含めて揺れながらも日本全体の大きな流れは動き始めている。今後医療界の動きは、日本全体活性化として他の職種のモデルケースになれるのか、解決策を持ってどう動いていくか、折しも東京オリンピック開催の年2020年はいろんな意味で一つの節目になるのだと痛感した。

平成 27 年度都道府県医師会 学校保健担当理事連絡協議会



常任理事 宮里 善次



去る 10 月 21 日（水）日本医師会において開催された標題連絡協議会について以下のとおり報告する。

挨拶

日本医師会の横倉会長より概ね以下のとおり挨拶が行われた。

来年の 4 月から開始される新たな健診制度について会員の先生方の関心は高く、例年行われている各ブロック主催の学校医大会また協議会、専門委員会等において議題となっている。

日本医師会では本制度が円滑に進行できるよう情報提供が必要であると考え、今般、学校保健担当理事連絡協議会を開催することとした。

今回の制度のポイントとして、小中学校、高等学校において保護者が保健調査票を毎年提出することとし、保健調査票を基に学校側が事前準備を行い、学校医の先生方が事前準備の基、健診をし、事後措置につなげていくという一連の仕組みとなっている。

また四肢の状態の検査として、学校では運動の過剰及び不足の二極化の問題があり、保護者や養護教諭を始めとした学校関係者、学校医が子ども一人一人と出来る限り丁寧に接し、課題の早期発見、解決をすることとしたい。

色覚については、10 年前健診の必須項目から削除され、子どもに不利益が生じているとすることがあり、眼科医会の尽力により昨年 4 月に局長通知が発出され色覚検査が適切に実施されるよう改めて周知が行われた。

最後に、今後新たな制度が定着するまでは何かとご苦労をおかけすることになるかと考えるが、学校保健活動に一層のご理解、ご協力をお願いすることとし、挨拶としたい。

議 事

(1) 学校保健安全法施行規則の一部改正について

始めに、「学校保健安全法施行規則の一部改正について」と題して、文部科学省初等中等教

育局健康教育・食育課学校保健対策専門官の松永夏来先生より概ね以下のとおり説明が行われた。

学校における健康診断の内容については、平成6年に検査項目の大幅な改正が行われたものの、近年の児童生徒等の健康問題を踏まえ、今後の在り方について検討を行う必要が指摘されたことから「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」が設置され、当該検討会の意見書を踏まえ、「学校保健安全法の施行規則の一部改正する省令（平成26年文部科学省令第21号）」が平成26年4月30日に公布された。

主な改正内容の児童生徒等の健康診断として、座高、寄生虫卵の有無の検査を必須項目から削除し、四肢の状態を必須項目に追加した。また、保健調査票の実施を小学校、中学校、高等学校、高等専門学校の全学年、幼稚園、大学においては必要と認めることとした。

改正にかかる留意事項として、座高の必須項目からの削除について、子どもの成長を評価する上では、身長成長曲線及び体重成長曲線等がより重要とした。寄生虫卵の有無の検査の必須項目からの削除については、寄生虫卵の検出率の地域差、地域性を考慮し、今後も検査の実施や衛生教育の徹底等の対応に取り組む必要がある場合は実施していただきたい。

色覚の検査については、児童生徒等が自身の視覚の特性を知らないまま就職等に際して不利益を受けることのないように、保健調査に色覚に関する項目を新たに加える等、より積極的に保護者等への周知を図ること等を求めるとした。

学校における健康診断は、学業やこれらの発育に差し支えの出るような疾病が無いか、他の人に影響を与えるような感染症にかかっていないかということを見分けるスクリーニングの目的とし、細かく専門的な診断を行うことまでは求めておらず、異常の有無や医療の必要性の判断を行うものと捉えることが適当である。

児童生徒等の健康診断には、家庭における健康観察を踏まえ、学校生活を送るに当たり支障があるかどうかについて、疾病をスクリーニングし、児童生徒等の健康状態を把握するという役割と、学校における健康課題を明かにすることで、健康教育の充実に役立てるという役割があることに留意されたい。

健康診断の実施体制として、限られた時間の中で行う等、制約のある環境下において、効率的に健康診断を行うことができるよう、家庭、地域、学校、学校三師等が連携して児童生徒等の健康課題に取り組む必要がある。

(2) 児童生徒の健康診断マニュアルについて

I. 色覚検査について

次に、「色覚検査について」と題して、日本眼科医会常任理事の柏井真理子先生より概ね以下のとおり説明が行われた。

色覚の基本的な内容の確認として、色覚とは色を感じる力であり、光そのものに色があるわけではなく、赤（L型）、緑（M型）、青（S型）の錐体の反応の割合の組み合わせを脳が様々な『色』と認識する。先天性色覚異常の頻度は、1型色覚（赤錐体の変化）及び2型色覚（緑錐体の変化）がほとんどであり、日本人男性の20人に1人（5%）、日本人女性の500人に1人（0.2%）の割合で出現し、1クラスの1人の割合であると考えられる。色覚異常といっても程度は様々であり、1人1人が独自の色世界を持っており、色誤認は注意力が落ちている時や、光の条件が悪い時・色の面積が小さい時（暗所、逆光、人工照明等）等に生じやすく、色覚異常を自覚し注意していれば間違いは生じにくいいため、早期に自分の色覚特性を知る上で色覚検査は重要である。

学校での色覚検査の歴史及び今回の通知として、プライバシーへの配慮や事後指導の不十分等から、学校保健法施行規則改正が平成14年3月に行われ（平成15年度より実施）、学校の

定期健康診断の必須項目から色覚検査が削除された。施行規則改正に伴う局長通知により、必須項目からの削除に伴う留意事項として、(1) 健康診断において、必須事項に加えて色覚検査を実施する際には、児童生徒及び保護者の事前の同意を必要とすること、(2) 教職員は色覚異常については正確な知識を持ち、(中略) 表示方法、学習指導、生徒指導、進路指導において、色覚異常に配慮を行うとともに適切な指導を行う必要があることとするも、平成 15 年度以降、ほとんどの学校で検査が実施されなくなった。

教職員の色覚異常への関心が薄れ、学校における色のバリアフリー等は十分に行われていない現状及び進学・就職の際に色覚制限を有する職業（電車運転手、航空管理官、自衛官、海上保安官、旅客機パイロット、警察官等）等もあり、不利益を受けるケースが増え、混乱を招くことが懸念される。

今後の学校での色覚対応・色覚検査として、平成 26 年 4 月に発出された「学校保健安全法施行規則の一部改正等について(通知)」として、体制整備、教職員の適切な指導及び積極的な保護者等への周知が示された。色覚検査は、定期健康診断の項目に含まれていないが、児童生徒等が自身の色覚の特性を知らないまま、進学・就職等で不利益を受けることがないように、学校医における健康診断等において必要に応じて個別に検査を行うこととし、日本眼科医会としては、小学校低学年、中学校 1 年生の希望者に実施し、現状では高校生のほとんどが今までに色覚検査を受けておらず、進学・就職を控え検査を勧め、任意検査のため学年・時期は臨機応変に対応していきたいと考える。また、学校での色覚検査の注意点としては、プライバシーに配慮し、検査場所は個室が望ましいが、待機している生徒の干渉が無いように、つい立等で工夫し、直射日光が当たらない昼光下の様な明るさの環境が望ましい。検査表の提示は 3 秒以内に検査表の距離は約 75cm 離し、表の表面と

視線が垂直なように行い、スクリーニングのための「疑い」として必要であれば、眼科への受診勧奨を行っていただきたい。

児童生徒が自身の色覚の特性を知り、対応することは重要であり、そのためには学校での色覚検査が重要であり、希望者が学校で色覚検査が受けられるよう体制を整えることが大切であるとする。

Ⅱ．脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態の検査について

最後に、「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態の検査について」と題して、日本臨床整形外科学会副理事長の新井貞男先生より概ね以下のとおり説明が行われた。

一般校における運動器検診モデル事業の結果からみた運動器疾患の推定罹患率は 10% 前後となっており、現代の子どもたちには、過剰な運動について関わる問題や、運動が不足していることに関わる問題等、運動器に関する様々な課題が増加しており、これらの課題について、学校でも何らかの対応をすることが求められており、その対応の一つとして、学校の健康診断において、運動器に関する検診を行うことが必要であると考えられる。

平成 26 年 4 月に「学校保健安全法施行規則の一部改正等について」が発出され、検査の項目の第 6 条第 1 項第 3 号「脊柱および胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態」と「四肢の状態」が追加され、7 条に「四肢の状態は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態に注意する。」と改正された。

検査の意義として、成長発達の過程にある児童生徒等の脊柱・胸郭・四肢・骨・関節の疾病及び異常を早期に発見することにより、心身の成長・発達と生涯にわたる健康づくりに結びつけられると考えられる。実際の検査の方法として、養護教諭は保健調査票、学校での日常の健康観察等の整理された情報を健康診断の際に、

学校医に提供し、提供された情報を参考に学校医は、側わん症の検査を行う。四肢の状態等については、入室時の姿勢・歩行の状態に注意を払い、伝えられた保健調査でのチェックの有無等により必要に応じて留意事項を参考に検査を行うこととし、判定としては、学校医による視触診等で、学業を行うのに支障があるような疾病・異常等が疑われる場合には、医療機関で検査を受けるよう勧め、専門医の判定を待つこととする。

事後措置としては、家庭での保健調査票及び学校での健康観察から総合的に判断し、健康診断実施の上、学校医が必要と認めた児童生徒等については、その結果を保護者へ連絡し、速やかに整形外科専門医への受診を勧め、専門医の指示内容を保護者から確認する。指示内容はまとめて記載しておき、今後の指導に役立たせることとする。

質疑応答

各都道府県より概ね以下の内容について質問が行われた。

○質問 1. 学校保健安全法施行規則により、学校健診は 6 月 30 日までにすることとなっているが、学校の負担等を考慮して、運動器検診の項目だけでも時間にゆとりをもって遅らすことはできないのか。(例えば、運動器検診のみを秋頃に実施する等。)

○松永先生

学校保健安全法施行規則第 5 条で実施時期について定められているため、遅らせることは困難である。

学校医の先生方の負担が大きくなるように考慮して改正を行っていることを申し添えると共に、児童生徒等の健康状態については、6 月 30 日までにやる機会があるという前提でこのような規則になっている。

○質問 2. 整形外科医が保護者・本人や学校宛の書類を記載した際に、診療情報提供料が算定できるようになると良い。

○新井先生

診療情報提供料は、保険医療機関から別の保険医療機関での診療の必要を認めた際に算定できるものであるため、現在のところ、この場合は算定として認められない。

○質問 3. 運動器検診は全学年で実施するのか。また、これに伴い脊柱側弯症の検診も小学校低学年から実施することになるのか。

○質問 4. 脊柱側弯症の検診については、これまで通り実施する学年を定めても良いのか。(例えば小学 5 年生、中学 2 年生等)

○松永先生

施行規則上、全学年を対象として脊柱及び胸郭の疾患及び異常の有無並びに四肢の状態の検査を必須項目としていることを踏まえて頂きたい。

○質問 5. 整形外科医が保護者・本人や学校宛に発行する書類には、どのような内容を記載すれば良いか。診断名(もしくは「異常なし」)と共に、学校生活を送るに当たっての留意事項等を記載してほしい。

○新井先生

校医が診て、痛みがある、可動域制限がある、動きに左右差がある等の児童生徒はすぐに整形外科に紹介いただきたい。

体が硬い、しゃがみ込みが出来ないという子については、ストレッチ等の指導を行い、改善が見られない場合、整形外科の受診を勧めていただければ幸いである。

○質問 6. 児童生徒が整形外科を受診した際には、保険診療と自費診療どちらになるのか。

○新井先生

眼科や耳鼻科の学校健診と同様に、保険診療になると考える。

○質問 7. 整形外科では、児童生徒に指導を行うことになるが、その際、診察料以外のものは発生しないのか。(例えば指導料等)

○新井先生

今のところ算定する項目がない。

○質問 8. 保健調査票に記載のない児童生徒に対して、四肢の検査を行わずに異常が見逃された場合、健診を行った医師側の問題となるのか。学校から保護者に対して、保健調査票をきちんと記載してもらうよう、しっかりと説明してもらうことも重要である。

○松永先生

四肢の検査を行うことは、繰り返しになるが必須項目となっている。記載がない場合であっても、マニュアルに記載している通り、養護教諭を中心として学校における日常の健康観察等の整理された資料を基に、歩行等の注意を払って必要と考えられる検査を行っていただきたい。

また、体に気になる点がないか等、声掛けを行っていただくことも方法かと考える。

健康診断の時間的制約等ある中で、家庭や学年における日常の健康観察が非常に重要であることから、小中高等学校の全学校で保健調査票の実施について通知を行っている。

各都道府県担当者により保護者に対してより積極的に周知するようにとしたい。

○質問 9. 学校保健安全法施行規則の一部改正に伴い、平成 28 年 4 月 1 日より開始される運動器検診に関し、児童生徒等に家庭や地域における実態を保健調査票を活用して把握していくことになるかと思う。

これについては、事前に児童生徒等の保護者へ新たに運動器検診が導入されることや学校健診における変更点について、周知することが必要であると考えます。

文部科学省において対象となる児童生徒等の保護者向けのパンフレット等の作成予定及びそれに係る予算措置を講じているのか伺いたい。

○松永先生

保護者の理解が重要であることも含め、文部科学省としても行政担当者や養護教諭等の教育関係者等が集まる会議等、機会をみて説明させて頂く予定である。

私の方からも、学校保健会の研修会において説明させていただく予定もある。

各学校からの保護者への通知としては、学校便り、保護者会等の様々な方法があるが、どのような方法で行うかは最終的には各学校の判断となる。

○質問 10. 運動器検診が先進的に行われていた県では、どのくらいの頻度で保護者調査票へのチェックがみられたのか。あるいは、約何%が二次検診を必要としたか。

○新井先生

はっきりとした数字は把握していないが、今年行った千葉県調査では、保護者のチェックは 15%程度であった。

○質問 11. 学校医から二次検診を勧められた児童が、精査のために個別に医療機関を受診する前に、整形外科医によるスクリーニングが集団的に行われた県はあるか。

具体的な場所やコスト等も分かれば教えて頂きたい。

○新井先生

県については把握していない。実施できればいいかと考えるが予算等の問題もあるかと考える。

○質問 12. これはお願いだが、精査で医療機関を受診した子どもたちや親に対して、「このくらいで何しに来たんだ」ではなく、「なんともなくて良かったね」「大丈夫だよ」と対応して頂けるとありがたい。

○新井先生

私も同感である。このようなことのないよう、臨床整形外科学会にも周知したいと考える。

○質問 13. 地域で開く伝達講習会で、小中高それぞれの校医に各々の立場によって必須条件で知っておく事項（◎）と、知っておくべき事項（○）、成書（日本学校保健会出版物等、日本医師会出版物等）を読みおけば良い事項（△）、教養的事項（×）に分別して頂けると、今後の地域への学校保健教育事項の浸透がより良くなると考えるが、そのような配慮は日医レベルであるのか。

○道永先生

「◎○△」を付けることは非常に難しいと考える。

参考文献をご紹介させていただく。学校保健の制度に関することについて、日本医師会で作成した「学校保健の手引き※ 1」がある。法令等の制度については、日本子ども家庭総合研究所が発行している「母子保健情報※ 2」という雑誌が特集を組んでいる。

各検診項目の特徴、関係団体の取り組みについては日本学校保健会の雑誌があり、健診の実務については、日本学校保健会の児童生徒の健康診断マニュアルをご参照頂ければと考える。

※ 1. 発行が平成 10 年となっているため改訂が必要と考える。

※ 2. 日本医師会ホームページメンバーズルームに掲載予定とする。

○質問 14. 平成 28 年度から開始される運動器検診で、要精検者が整形外科ではなく、柔整に受診した場合の対応はどうすべきか。

○新井先生

検診で異常を認めた児童生徒には、整形外科へ受診していただくよう勧めるのが原則と考える。保護者によっては、柔整の受診で十分とし整形外科の受診を拒む場合があるかと考えるが、本件については保護者の責任であると考えている。

○質問 15. 健康診断マニュアルでは、健診項目は毎年実施とされているが、各地域の教育委員会との取決めにより、一部の健診を省略したり、学校医が十分に配置できない地域では、現実を考慮して健診が行われている。このような地域で実情に則した実施方法を踏襲しても良いのか。

○松永先生

施行規則で必須項目と実施学年については定められているためそれに従って適切に実施して頂きたい。

○質問 16. 健診の環境整備に関して、特に、衣服の着脱等、一部健診項目がマニュアルに記載されたとおりに実施できない場合、着衣状態で行っても学校医、健診医の責任ではなく、学校側、保護者側の責任であり、この点で学校医、健診医が非難されるのは理に合わないと思う。

地域の中で保護者への理解を、文部科学省を含めた機関が十分に行っていただけない状況で、この問題について具体的な解決方法をお示しいただきたい。

○松永先生

学校で健診を行うことと、医療機関で診察を行うことが異なるということは認識している。

だからこそ効果的に健診診断を行うために、日常の健康観察が重要となり、健康調査票の活用等を含めた改正を行った。

本件については、特に理解いただきたい内容であり、保護者の理解の促進を文部科学省からも行政担当者、教育関係者等の集まり等で機会を捉えて説明させて頂きたい。

○質問 17. 内科健診において児童一人あたりの健診必要時間を何分としているのか。

○松永先生

児童生徒の健康診断マニュアル改訂委員会において、現在の体制等を考え、約 1 人 1 分

程度で実施するものであり、長時間かけて実施するような内容ではない現実的ではないとのご意見を頂いた。

時間的制約がある中で、効果的・効率的に診て頂くためにも調査票等の事前の情報収集が重要であると考えている。

このため、児童生徒の検査時間が何分かかるかが重要ではなく、これまでと大幅に変わる内容を求めるものではないことをご理解頂きたい。

○質問 18. これまでの側弯検診の扱いをこの度の四肢の状態の検診と同様に考えて良いか。

○新井先生

側弯検診に関しては全員行って頂ければと考える。四肢に関しては調査票のチェックで良いかと考える。

○質問 19. 学校医不在地区での学校保健・検診体制の維持について、本県では眼科・耳鼻科の偏在について苦慮している。他県での補充について何か対策はあるか。

○柏井先生（眼科）

日本眼科医会が平成 22 年度に行った全国調査によると、公立学校における眼科医の設置率は 72.8%、中学校は 71.2%、高等学校は、67.1%となっている。

開業医の先生だけでは手がまわらないこともあり、勤務医の先生方にご協力いただいていると伺っている。

また、地元の教育委員会の協力を得て、学校が複数ある地区では 1 か所に子ども達を集

めて健診を行う方法や、教育委員会の車で眼科医が健診のキャラバンを組むことがあるとのことを伺っている。

○大島先生（耳鼻科）※ 3

日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会において、健康診断に関するアンケート全国調査を昨年 9 月に行っており、耳鼻咽喉科学校医が配置されていない学校や地区は 67%に見られた。

耳鼻咽喉科学校医は全国的に不足しており、内科の学校医に頼らざるを得ない部分があるが、耳鼻咽喉科健診は専門的で耳鼻咽喉科以外の医師が正確な診断を行うには困難であると考えます。

各地域の教育委員会と相談頂き、総合病院や大学病院の勤務医の先生にご協力頂いている。

※ 3. 日本医師会学校保健委員会委員 / 日本耳鼻咽喉科学会代議委員 大島清史先生

○質問 20. 健診診断マニュアルが改訂され、運動器機能障害に関するチェック項目が設けられた。四肢の検査が追加されたことに伴い、運動器機能不全が認められる児童・生徒への対応について教えて頂きたい。

○新井先生

運動器機能不全は運動をしない子と運動出来ない子がおり、そういった児童をチェックするにはかなりの診察の必要があるため専門医の受診を勧めていただくと共に、ストレッチ等の指導を行って頂きたい。



印象記

常任理事 宮里 善次

10月21日、日本医師会館において「平成27年度都道府県医師会学校保健担当理事連絡会議」が開催され、来年の4月から新たに開始される健診制度の概要と説明があった。

今回新たな取り組みとして、親による事前の保健調査票の記載と活用が求められている。調査票については日本医師会学校保健委員会から三つのパターンの雛型が示されている。沖縄県教育委員会に確認したところ、県内各教育委員会に様式は存在するが、どのような様式を採用するかは各学校と学校医の協議の上で決定することとしている。

この三つのパターンであるが、かなりの記載量となるので、親がきちんと記載してくれるのか少々不安に思う。

また新たに始まる四肢の検査も全学年でやる事になっているが、学校医の負担が増えるので、何らかの工夫が必要と考えられるが、現時点での見直しは時間的に厳しく、新しい制度がスタートしてから色々な問題点がピックアップされて議論が始まるものと思う。

脊椎湾曲症は後発年齢が考慮されなかったのか、これも全学年での検査となっている。いずれ見直し議論の対象になると思われる。

色覚異常検査が10年振りに復活することになった。検査をしなかった事で就職上の不利益が各地で報告された為の復活である。しかしながら、全例検査ではなく、希望者のみである点に留意されたい。現在学校にある検査用紙はかなり古く色あせも強いと思われるが、それに対する財源が示されていない点と検査する側の不慣れを不安に思う。

蟻虫保有者が少なくなったとは云え、沖縄県は全国平均の2倍の陽性率である。希望者のみの検査となるが、先日沖縄県教育委員会に問い合わせたら、沖縄県ではまだまだ検査の必要があるので、次年度以降の財源は確保してあるとの返答を頂いた。

今回の改正は①親の負担増、②学校医の負担増、③養護教諭の負担増となった。

法律だからやるしかないと言う意見がある一方、途中で見直し議論が出ざるをえないと言う意見もある。そうした中で、一番重要な役目を果たすのが養護教諭だと思う。彼らの頑張りに期待したい。

お知らせ

日医白クマ通信への申し込みについて

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

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

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

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

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

平成 27 年度全国医師会 勤務医部会連絡協議会

沖縄県医師会勤務医部会 部会長 西原 実



平成 27 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（主催：日本医師会 / 担当：秋田県医師会）が、「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像～地域医療充実へのロードマップ～」をメインテーマに、去る 10 月 24 日（土）秋田市で開催されたので、その概要を報告する。

開会式

はじめに、羽瀧友則 秋田県医師会勤務医部会長より開会の挨拶があり、続いて、主催者を代表し横倉義武 日本医師会長から「国民に過不足なく適切な医療を提供していくためには、医療界の大同団結が不可欠である。大同団結を図るためには、より多くの医師が参画し、活動していくための基盤が必要で、その役割を担うものこそが医師会である。2 期目の会長職就任で掲げた「医師会の組織力強化」については、会内に新設した「医師会組織強化検討委員会」より、「臨床研修医の日医会費無料化」について提言を受け、本年度より実施している。全国

すべての医師会が遍く実施することにより、大きな実効力を伴うものと考えている。また、すべての会員が等しく医師会会務に参画できるよう、昨年 4 月に定款改正を行い、理事定数 2 名を増員し、今期より勤務医と女性医師の代表が参画している。日本医師会は、今後とも、様々な立場の勤務医の意見や考えに耳を傾け、そうした意見等を踏まえながら会務を推進して参る」と挨拶があった。

続いて、小山田雍 秋田県医師会長から「本年 7 月に勤務医部会を設立した。今後は会員数増加や組織の構築、内容の強化に努め、勤務医不足、労働環境の改善等に積極的に関わり、地域医療の発展、向上を目指して進めて参る。近年、勤務医の入会が低調なのは大変憂慮すべきことだが、この事について、新医師との懇談会や、初期臨床研修医の会費免除、日医会費相当分を県医師会が助成する事業を行ってきた。今年、日医が組織力の強化にあたり、研修医会員の年会費を減免する決定は、入会に対して強

い動機づけになる。我々は未だ経験したことの無い構造的変化に対応すべく「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」の構築を推進して参る。今回シンポジウムに取り上げた「これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性」についても広く意見を交えることができると考えている」と挨拶があった。

また、来賓祝辞として佐竹敬久 秋田県知事(代理：堀井啓一副知事)と穂積志 秋田市長より歓迎の挨拶があった。

特別講演 1

「私の医師としての歩み」

横倉義武 日本医師会会長より、わが国の医療保険の変遷を対比させ、自身の医師としての歩みについて、概ね下記のとおり説明があった。

久留米大学医学部(1963年)へ入学した頃、わが国の医療保険は制限診療の撤廃(1962年)や診療報酬の地域差撤廃(1963年)があった。その後、医学部を1969年に卒業し、心臓血管外科と肝胆外科に実績のある同大学第二外科に入局した。この頃、インターン制度が廃止(1968年)され、努力規定としての臨床研修が始まる歴史的にも大きな変革の時代に、医師としての第一歩を踏み出した。卒後4年目には、病棟で術後管理を行うと共に、医師の疲弊解消に向けた重症患者の管理体制について、新たに術後管理チームを設けることを提案し、その一員として奮闘した。卒後8年目(1977年)には、西ドイツのデトモルト病院(ミュンスター大学の関連病院)に2年間留学し、外科医としての研鑽に励んだ。帰国後、久留米大学に戻り後輩の指導にもあたり、大学病院でキャリアを形成する中、1983年には家族からの強い要請に応じ、父が設立したヨコクラ病院に勤務することとなった。この頃(1984年)、中央では長期入院の是正を図るための通減制導入が始まった。

本病院は農村部にあり、近隣の診療所との緊密な連携を図るなかで、多様な医療ニーズに応えるための、地域に密着した医療活動を実践した。地域の医療関係者同士の顔が見える関係構築の重要性や行政との関わりにおいて様々な

交渉が必要となることを痛感した。また、制度改正についても医師会が意見を集約し主張すれば、良い方向に変えていくことができた。医師が医師会に参加することの重要性を肌で実感した。

こうした環境の変化と活動の積み重ねが、「地方の医療をなんとかしなければならない、地方の医療が切り捨てられてはならない」という、私の医師会活動の原点につながったのではないかと感じている。

その後、1988年に大牟田医師会監事に就任し、以降、同医師会理事、福岡県医師会会長等を務めた。医師会活動への参画当時、在宅医療充実に向けた診療報酬点数表への「在宅療養の部」の新設(1988年)、医療法改正により、特定機能病院と療養型病床群の制度化(1992年)、診療報酬の甲乙1本化(1994年)等があった。

地域医療の充実・確保に奔走する中、様々な矛盾や困難に直面し、わが国の地域医療の先行きを案じるようになった。地域医療を守るためには、地域の声を中央が代弁し、守るべきものを守り、変えるべきものを変えなくてはならない。そのため、我が国のすべての医師を代表する専門家集団である日本医師会で仕事がしたいと考えるようになり、2010年より日本医師会副会長職を経て、2012年より日本医師会会長職に就いた。その間、病院と診療所の再診料の統一(2010年)、社会保障制度改革推進法成立(2012年)、かかりつけ医機能を評価するための「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が創設、医療介護総合確保推進法成立(2014年)があった。

会長に就任後は、すべての医師の団結の指標として『日本医師会綱領』を策定し、綱領の理念のもとに、より多くの医師が医師会活動に参画するよう広く呼び掛けた。第二期目の今期は、三つの大方針の一つに「医師会組織強化」を掲げ、医師会組織強化検討委員会を会内に設置した。同委員会からの提言を基に、研修医会員の会費無料化等、より具体的で実効性のある施策を推進して参る。

「和而不同（和して同ぜず）」をモットーに、これからの医療をより良いものにしていきたい。

2 「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」

有賀徹 昭和大学病院長より、「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」について、概ね下記のとおり説明があった。

医師がチーム医療を多くの職種とともに率先する理由は、患者の多くが高齢となったことが挙げられる。患者の治療には、進歩した技量や知識等の集積や社会的支援が必要であり、多診療科、多職種からなるチーム医療が求められる。生命倫理の観点で、患者の選択こそが最も重要であるという考え方もある。医療者が自らスクラムを組んでチーム医療を行おうとする原動力は、生命倫理に言う「善行の原則」に則っている。

かつて、看護師に人工呼吸器からのウィーニングについての指示を行ったことがある。ある医師と特定の看護師とによる特別なルールではなく、社会の仕組みとして普及させる方法論が必要である。包括的な指示によって医師の職能を看護師に、看護師の職能を他のコメディカルスタッフに移譲させることとなり、患者に必要な医行為を必要な折に遅滞なく行う「善行の原則」について、医療法の改正によって、社会的な規範として法的に位置付けることとなったと理解できる。医療資源に限りがあるにも関わらず、高齢化の進行とともに需要が増大していく状況に鑑みて、医療と介護の確保という切り口を以て法改正がなされ、職能の移譲によるチーム医療への社会的な支援がなされたとも理解できる。今回の法改正は、看護師、診療放射線技師など一部に限られているが、いずれ薬剤師やその他のコメディカルにも波及すべき歴史的必然性があると考えられる。

勤務医の働く環境において職能が広く移譲され、正に総力戦たるチーム医療へと展開できることは、地域医療の一翼を担う病院医療が強化される方向にある。チーム医療が重要で、それを軸にした議論はあるものの、チーム医療が多要素の一部であることを勘案すると、地域医療の充実には今後とも様々な努力が求められる。

報 告

「日本医師会勤務医委員会報告」

泉良平 日本医師会勤務医委員会委員長より、「日本医師会勤務医委員会報告」について、概ね下記のとおり説明があった。

平成 24・25 年度の日本医師会勤務医委員会の「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」への答申で提案され実行された、「日本医師会理事の勤務医枠：勤務医登用に向けた日本医師会理事定数の増員を実現」、「日本医学会総会への具体的な勤務医の参加」について報告する。

平成 27 年 4 月 11 日に、日本医学会特別企画「勤務医と地域医療連携」が行われた。座長は、私、泉良平（勤務医委員会委員長）、望月泉同副委員長が務め、5 名の勤務医による発表が行われ、活発な意見交換がなされた。

今期の日本医師会勤務医委員会に対し、日本医師会 横倉義武会長から「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備 - その推進のために日本医師会が担う役割 -」が諮問された。これまでに 6 回の勤務医委員会を開催し、第 2 回の委員会において、「組織化の具体策を討議するためのワーキンググループの設置」について了承が得られた。この後、勤務医委員会の活動をより効果的に行うための提言を取りまとめるため 7 回のワーキンググループを開催した。

地域医師会における勤務医活動を活性化し、勤務医の意見を日本医師会活動に反映するために必要な意見集約の方法として、郡市区等医師会・都道府県医師会・ブロック医師会ごとの意見交換を行う「フレームワーク」をつくること重要であるとの観点から、各ブロック内の具体的な活動を検証することとし、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会において、各ブロックから勤務医活動が報告され、フレームワークおよび地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備につながるものであることが報告された。

日医ニュースに設けられている「勤務医のページ」をより有効な広報手段とするために、日本医師会勤務医委員会の活動内容や意見を掲載

することとした。

「医療事故調査制度」について、勤務医委員会では日本医師会医療安全対策委員会副委員長の上野道雄福岡県医師会副会長から報告を受けた。また、勤務医担当理事連絡協議会では松原謙二日本医師会副会長から報告を受け、質疑がなされた。

次期担当医師会挨拶

次期担当県の伯井俊明 大阪府医師会長より挨拶があった。

次年度の開催期日については、平成 28 年 11 月 26 日（土）リーガロイヤルホテル大阪にて開催を予定する。大阪府医師会勤務医部会は、昭和 48 年に全国に先駆けて発足した勤務医部会発祥の地である。昭和 56 年の第 2 回連絡協議会以来、実に 35 年ぶりの開催となる。是非、多くの先生方の来阪をお待ちしている。

ランチョンセミナー

「秋田県における医療組合活動の歴史」

菊池顕次 秋田県厚生連由利組合総合病院長より、「秋田県における医療組合活動の歴史」について、概ね下記のとおり説明が行われた。

医療組合とは、明治 33 年に制定された「医療利用組合」で、産業組合が経営する医療事業である。産業組合法は、明治政府が富国強兵政策を推進したため封建的農業体制が崩壊し、社会不安と混乱が広がった。自作農を維持してこの混乱と不安を解消する目的で制定された「農家の生活向上のために、信用、販売、購買および生産の 4 種類の経済事業を行うこと」となっていたが、地域住民全体を包括した地域生活協同組合的な側面をもつようになり、その中から医療状況が劣悪だった農山村において、農村医療機関設立運動が自然発生的に芽生えた。

大正から昭和初期にかけて、全国各地の無医村に産業組合による兼営の医療事業が誕生したが、小規模経営からくる経営難、医師会の反対運動、医師不足のために、そのほとんどが廃止または移管の運命を辿った。ところが産業組合の兼営事業ではなく、医療利用事業自体を主た

る目的とする単営の「利用組合東青病院」が昭和 3 年に青森市に設立され、全国各地に広域医療利用組合病院の設立が相次ぎ、秋田県においても医療組合運動が幕を開けた。

秋田県の医療組合の母体となったのは、昭和元年に秋田市で事業を開始した「秋田消費組合」である。賀川豊彦や新渡戸稲造を中心とする東京医療組合設立の機運に影響を受けた組合長の鈴木真洲雄は、昭和 6 年に秋田医療組合創立事務所を立ち上げた。昭和 7 年に秋田県知事から設立認可を受けた「秋田医療組合」は、旧石田医院を診療所として診療を開始したところ大盛況となり、早急に新病院の建設が望まれ、同年 12 月に完成した。その成功に刺激されて秋田県内 7 か所で医療組合設立の機運が上がり、続々と開設された。

終戦後、昭和 22 年の農業協同組合法の制定公布を受けて、昭和 23 年に秋田県厚生農業協同組合連合会が設立され、かつての医療組合による医療事業を引き継いで保健医療活動を再開した。現在の秋田県厚生連 8 病院は、いずれもその起源を昭和初期の医療組合運動に遡ることができ、以来 80 年以上の長きにわたって秋田県の農村を背景に地域医療に専念し、農村の生活改善に献身的に努力してきた。

報 告

「秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯」

坂本哲也 秋田県医師会副会長より、勤務医部会設立の経緯について、概ね下記のとおり説明があった。

本年 7 月、秋田県医師会勤務医部会を設立した主な理由として、①医師会加入率の減少、②組織強化の必要性、③医師不足による地域医療の崩壊、これ等を危惧し、勤務医への積極的なアプローチが求められることから勤務医の情報共有化と発信力の増強が必要であると判断し設立に至った。

構成は、秋田県医師会会員で勤務医である者と勤務医以外で入会を希望する者とした。目的は、県医師会の定款に則り勤務医として医療の進展に寄与すると共に、勤務環境の向上並びに会員

相互の連携・親睦・福祉増進を図ることである。主な事業は、①勤務医の地位向上・勤務環境の改善、②勤務医の組織強化、③勤務医の意見発表機会の提供、④地域医療の充実、⑤生涯教育の充実 - 等を目指して活動を進めていきたい。

シンポジウム

「ロードマップ1 医師会組織強化と勤務医」

(1) 個の時代の組織力アップ方策 ～利点で説くか、理念で説くか～

小松幹一郎 相模原市医師会理事より、個の時代の組織力アップ方策について、概ね下記のとおり説明があった。

医師会にとって組織力の低下は死活問題であり、従来から各医師会は組織力向上に向けてさまざまな試みを行ってきた。現在、開業医の8割強が医師会に入会しているが、勤務医の入会率は4割前後にとどまる。日本医師会に「医師会組織強化検討委員会」が設置され、本年4月より研修医の会費無料化等、具体的な取り組みも始まっている。

会費無料化で加入率は増えるか、医師会とは誰の何のための存在か等の疑問は、役員の先生方にとっての問題だが、日々の診療に追われ、自身のスキルアップに専心されている勤務医の先生方にとっては考える機会も、考える余裕もないのが現状である。

また、組織率の向上を目指すには、医師という職業の特性、現在の日本における団体・組織に対する逆風についても考慮しなければならない。

病院勤務医で、医師会に加入するメリットがあると断言する医師は少ないが、多忙な診療活動しながら、地域の医師会活動に献身的に参加される病院勤務医は決して少なくない。立場の違いはあるが、同じ医師同士で共有できるマインドは必ずあり、そこに勤務医の加入率向上のヒントがあると考えられる。

即効性のある具体策は医師全員の強制加入策であるが、医師会に対する無知、偏見、拒否感を持っている勤務医が多く存在するという事実を無視することはできない。目指すところは、良質な医師に入会いただくことである。

また、日本医師会だけでなく、都道府県医師会や群市区医師会は、医療を取り巻く日本の現状は厳しく、高齢化・多死の時代を限られた医療提供体制でどう乗りこえるか、社会医療費の抑制を進めている状況等の課題を検討すべきである。

これらの問題には会員の先生方だけでなく、勤務医の先生方や非会員の診療所の先生方も巻き込んだ議論の場を医師会が提供し、地道に意見交換し解決策を提示していかなければ、医師会の存在価値・存在理由は低下し、個の時代の医師会加入率は加速度的に低下すると考える。

(2) 「医師会のメリット —2つの視点—」

佐原博之 石川県医師会理事より、医師会のメリットを考える際の二つの視点について、概ね下記のとおり説明があった。

石川県には若手会員で構成する「医師会ビジョン委員会」がある。前身の「医師会の在り方に関する検討委員会」から10年を迎える。委員会の目的は、様々なステージの医師に医師会や現在の医療問題について伝え、その上でディスカッションを行っている。昨年度の取り組みは、①金沢大学医学部1年生の講義（課題図書を購入し、無償で学生へ配布。事前に読書感想文を出して貰い、ディスカッションする。）、②研修医オリエンテーション（研修医が多い大学や県立病院を訪問し、オリエンテーションにてプレゼンを行う。）、③病院医局会訪問（委員が県内基幹病院医局会へ訪問し、勤務医にプレゼンを行う。）、④医師会ビジョン討論会（医療問題について県内3か所にて討論会を行なう。）等を敢行した。

この様な活動を通じて、医師会の大義である「国民の生命と健康を守ること」、そのためにも「医師が安心して働ける環境を守ること」が必要だと強調している。我々が今医療に専念できるのも、過去の先人達の努力によって礎が築かれたものである。また医師会は能登半島地震や東日本大震災等の災害対応にも力を入れ、福島県立大野病院産科医逮捕事件では具体的支援も行なった。さらに地域医師会も各種健診事業や

地域保健活動、防災活動等に深く関わっている。

日本には素晴らしいインフラがある。すべての地域に郡市区医師会があり、すべての都道府県に都道府県医師会がある。医師会の存在がすべての国民と医師にとって大きなメリットだと考えている。

医師会のメリットを考える際、是非「個人として入るときのメリット（日医医賠償保険、医師年金等）」と「医師が医師会を持つことのメリット（安心して医療が出来る環境）」の二つの視点を考えてほしい。

コメント 今村聡 日本医師会副会長

○小松先生の発表で「医師は腕一本で」との話があったが、日本の医師は専門性が高く、自らの知識と技術で診療が行えているものと思っている。しかし現実には様々な法律や制度に守られ、技術や能力が発揮できている。そのことに気付いていない。自らの経験からもそう思う。医師会の活動を知っていただくことが肝要である。

○佐原先生の発表で、待ちの姿勢でなく自ら直接現場に出向き、意見交換を行い、理解を得る取り組みを各県も是非参考にさせていただきたい。

○本日の講演から直ぐにできること、長期的な課題等、会長の指示を仰ぎながら日医組織強化委員会の中で具体的に検討していきたい。

その後行われたディスカッションではフロアより「勤務医の医師会活動への参加促進方法」「医学部教育へのアプローチ方法」「メリット論」等について意見があった。今村副会長から現在日医で医師会の活動や直ぐに分かるメリット、中長期的なメリット等を分かり易く纏めた冊子を準備していると返答があった。また埼玉県医師会から「医師会が地域包括ケアシステムの構築に積極的に参加していくことが最大のチャンスであり、勤務医と開業医の相互理解に繋がる」と強調した。

「ロードマップⅡ よりよい勤務環境とチーム医療」

(1) 秋田の一病院における勤務医労働環境

小棚木均 秋田赤十字病院長は、医師不足が顕著な地方の勤務医の労働環境について、本年7月、院内全医師対象に実施した調査結果（回答率90%）の概要を報告した。

当院は地域医療支援病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院等に指定される496床の病院である。医師161名（常勤122名、非常勤39名）、33の診療科を有する。昨年度1日平均の外来患者数763名、入院患者数415名（在院日数12.6日）、救急患者数45名である。

▽当院医師の労働環境は1週間あたりの時間外労働が平均56.5時間と長時間に及んでいる。▽休日取得は週1回の休みが取れない医師が50%程度いる。▽月3回の当直回数を普通だと感じているものが7割いるが、救急外来の当直は75%がきつと感じている。▽当直明けの午後からの帰宅は帰宅したことがないが73%いた。▽医師の在院時間は1日平均12.1時間、労働環境を過酷と考える者が25%、直近1ヶ月病院に来ない日がなかった者が21%、趣味の時間が取れない35%、救急当直がきつい77%、当直明けに帰宅できない73%、診療以外の業務が多い29%、施設基準等で義務付けられる院内講演会等への出席が負担34%、研修医や学生への指導が負担18% - 等の現状があり、それに見合った休みが取れない現状が明らかになった。またチーム医療が医療の質向上に寄与している可能性はあるが、医師の労働量の軽減には至ってはないことが分かった。

地方の勤務医の労働環境は、過酷であり自己犠牲を強いられている。それでも、使命感を持ち、充実感を保ち、地域に愛着を持ちながら医療を継続させている。病院長として、地域医療を支えるすべての職員に感謝している。

(2) 外科系病棟への診療看護師 (JNP) 配属の成果

磯部陽 国立病院機構東京医療センター統括診療部長は、現在、国立病院機構で進めている日本版診療看護師 (Japanese nurse practitioner : JNP) の現状と実践について報告した。

国立病院機構では、2010 年より東京医療保健大学国立病院機構において臨床経験 5 年以上の看護師を対象に、JNP の養成 (全日制 2 年) を行っている。

当センターには 2012 年より JNP 第 1 期生 3 名が配属され、初期臨床研修医と同様に救急科、総合内科、外科の 3 科をローテートする 1 年間の卒後研修を行っている。研修終了後は、統括診療部に所属し、勤務体制は看護師として管理される。診療体制は、臨床研修医とほぼ同格でレジデントのもとで診療や病棟管理にあたっている。2014 年より外科 JNP が 1 名配属され、周術期の患者管理、包交回診、オーダー代行人力、手術参加 (助手、内視鏡助手、閉創、緊急時の器械出し)、造影等の検査、処置、救急外来診療の補助、患者への IC の補助、看護師のカンファレンスへの参加等の業務がある。2015 年からは脳神経外科、麻酔科にも JNP が配属されている。JNP の存在は卒後研修、OJT を通じて管理者、指導医、研修医、看護師等とともに患者からの支持が得られている。

今後の展望は、①医師の視点と看護師の心を持つ、コーディネーターとして位置付ける。②新制度に順応しつつ、医療チームの中で必要とされる存在として育成する。③地域拡散を推進する。

外科系病棟における JNP は、患者を中心とし、多忙な外科医と病棟看護師を連携する役割を担っている。特定行為の研修が国策として制度化された現在、JNP の存在意義は、特定行為の実施からチーム医療におけるキーパーソンに移行しつつあると考えている。

(3) 効果的なチーム医療のための多職種連携を考察する

清水貴子 聖隷浜松病院顧問は、より質の高い多職種連携を行うための教育方法について紹

介があった。

近年、チーム医療の大切さや多職種連携の必要性が問われるようになってきた。チーム医療には幾つかのチームアプローチがあり、①マルチ・ディシプリナリーアプローチ (チームを形成する各職種が並列で職務を果たし、専門分野における目標を設定する)、②インター・ディシプリナリーアプローチ (職種間のコミュニケーション、情報共有を密にし、それぞれの専門性の垣根を越え協働する)、③トランス・ディシプリナリーアプローチ (多職種による協働・連携に加え「roll release (役割開放)」と呼ばれる意図的に専門職間の役割を共有・交換する相互連携) がある。

より質の高い多職種連携を実践するためには、多職種間の価値観の多様性やチームアプローチの多様性を容認する職場文化も重要である。

多様な価値観を共有するための取り組みとして、2013 年から薬剤部・診療部多職種連携ワークショップ (対象: 1 年目臨床研修医、1・2 年目薬剤師) を実施した。ワークショップでは、コンフリクトが生じたシナリオを用いて、①課題の抽出や問題点の把握、②効果的なチーム医療が得られるシナリオへの作り替え、③ロールプレイを行った。2014 年からは新たに看護師を加えたワークショップや全職種代表者による臨床倫理討論会等も行なった。

期待される効果は、①相互の専門性の尊重、②自らがなすべき行動指針の表明、③チームが形成される環境や時期により誰もがリーダーとなり得ることである。より質の高い多職種連携を実践するためには、多職種間の価値観の多様性やチームアプローチの多様性を容認する職場文化も重要である。

コメント 葛西英夫 日本医師会常任理事

○秋田赤十字病院における勤務医の労働環境については、秋田を愛するモチベーションで医療を実践しているとのことであるが、労働環境改善で一番の問題は診療提供体制のあり方だと考えている。日医の取り組みとして、提供体制のあり方については、現在、国の協議

会で問題提起をし、医師の配置問題については、全国医学部長病院長の先生方と議論を重ねており、適切な配置、専門家のあり方について協議が始まっている。その成果が出るのが直ぐとは申しないが、着実に国民医療の適切な方向に進んでいる。

○国立病院機構における日本版診療看護師の養成について、地域の医療現場においては、医師法や医療法、看護師法、様々な個別法で管理されている。相互の整除がなされないままに発足され、拡大解釈や限定解釈され、相互間の整合性が取れていない。医療には医療基本法がなく、個別法のみで進んできた経緯がある。意図は何か、もう一度原点に返り、そのあたりの検討も早急に進めなければならないことを教えていただいた。日医でも医事法等検討委員会で十分検討しており、理念法を作るように立ち向かっていきたい。

○効果的なチーム医療のための多職種連携については、共同作業である究極の目的に向かい、一つのアートを成し遂げるには、このような理論構築が必要であることを教えていただいた。

その後行われたディスカッションではフロアより「当直明けの労働環境の改善」を求める意見や「一定の臨床経験を経た看護師を医学部に編入させる制度の創設」や「特定行為ができる対象施設の厳格化」を求める意見があった。

「ロードマップⅢ これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性」

(1)「新専門医制度・国際認証時代を見据えて県内一体化したシームレスな教育の連鎖を推進する勤務医の将来像－医療アクセス世界－・日本におけるキャリア転換を見据えた総合力ある各科専門医（将来のかかりつけ医）育成と教育の必要性－」

長谷川仁志 秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授より、新専門医制度を見据えて将来の勤務医師像について、概ね下記のとおり説明があった。

日本のほとんどの医師は、大学や中核病院などの病院勤務医としてキャリアを開始した。その後、各分野専門医を取得し一定の経験を積んだ勤務医の多くは、年齢とともにかかりつけ医や総合診療医へとキャリア転換して、医療連携の要である各種診療所や連携病院・施設で分野横断的・総合的な診療を担うことにより世界一の医療アクセスを維持し、地域医療を維持してきた。

また、細分化された各専門分野が、各々で教育・実習を実践してきている日本において、国民が期待する医師免許の必須条件として当然修得しておくべき横断的・総合的な診療能力や、医師・患者間などのコミュニケーションスキル等の教育体制が不十分となり、医学教育の課題とされてきた。実際、医療連携がスムーズに進まないのも、総合的な診療能力・医療行動科学教育体制の不備や、それに伴う個々の医師の認識の差に要因があるとされる。

医学教育の国際認証評価に加え、新専門医制度実施を1年半後に控えたこの時期に来て、勤務医の卒前・卒後教育への寄与度は増加することが予想される。社会のニーズに合った実践レベルの卒業時の教育目標を大学・各専門分野・関連機関が共有し、その目標に向かって統合した教育・実習を展開することにより、すべての卒業生に社会が期待する医師として当然持つべき総合的な診療能力および医療行動科学を教育できる必要性が高まっている。さらに、2次医療圏における周辺連携施設との教育・研修体制構築におけるリーダーとして、多職種も含めた教育・研修を連鎖できる役割が期待されている。このような医師を確実に育成保証する統合された卒前・卒後教育体制構築が重要である。

秋田県では、大学と県内医療機関、県医師会が一体化して、1年生の入学直後から、コミュニケーション学習、臨床推論の問題解決型学習、OSCE等を開始しており、この1年次教育をきっかけに、各分野・学年・機関横断的な統合教育の展開を試みている。

(2) 「あなたの専門はなんですか？－在宅医療を進める急性期病院脳神経外科専門医の思う理想的勤務医－」

桑原直行 秋田県総合診療・家庭医研修センター副センター長より、在宅医療を進める脳神経外科専門医の理想的勤務医について、概ね下記のとおりに説明があった。

脳神経外科専門医が、総合診療や在宅医療を行うことは特別なキャリア転換ではない。脳疾患は、死亡率、後遺症率も高いため緩和ケアやグリーフケアが必要で、それ以上に再発させないことが重要である。また、予防的に生活習慣病・心疾患などを総合的に診る必要があり、住民啓発や脳ドックなどの健診、さらに基礎的・臨床的研究を進めていかなければならない。

医師は病気を診るのではなく、生き方や地域での生活そのものを診ていくことが重要であり、そのすべてを含む在宅医療・在宅ケアに進んでいくことは必然と考えている。

現在、救急センターでの初期対応から始まり、入院治療、そして入院直後より患者・家族の状況や思いを把握した意思決定支援としての退院支援を行い、がん・非がんを問わない緩和ケアアプローチ、急性期から終末期までの時間的連携と多職種連携による全人的、総合的なマネジメントを行っており、この包括ケア的な流れを実体験として教育することが重要と考える。

特に社会性や人間性を身に付ける人間教育の場でもある在宅医療を、秋田大学医学部1年生から後期研修医までが同行訪問診療により体験することは医学教育の要と考える。

また、医療と福祉の連続した繋がりをマネジメントし、最後までその人に寄り添い、支えることを意識できるキュアとケアのバランスのとれた医療者に成長することを期待して医学生と介護施設でのケアボランティア活動や、多職種の集まる「At Home」という地域での学びの場を立ち上げ、事例検討会や講演会・懇親会により価値観を共有した多職種連携による地域包括ケアを目指している。

医学教育は、知識としての医学を教えるだけではなく、何事にも興味を持ち、地域社会・地

域文化にも興味を持つ体験の場でなければならない。

医師も地域の中では一つの歯車に過ぎず、他の歯車と上手く噛み合っていないと全体が動かないことを自覚し、より良い地域社会・文化を創造するために行動することが不可欠である。

(3) 「専門医による在宅医療」

市原利晃 秋田往診クリニック院長より、専門医による在宅医療について、概ね下記のとおりに説明があった。

日本では、高齢化が進む社会への対策の一つとして地域包括ケアを軸とした医療福祉体制再構築が進められている。日本の高齢化率は世界一であり、秋田県は高齢化率日本一である。医療と生活の関係性をより充実させる必要があると考え、外科、救急、癌治療、緩和ケアの経験を生かし、2007年に訪問診療に特化した在宅療養支援診療所を開設した。

診療所を開設した際には、地域の24時間体制で対応できる多職種連携チームを充実させ、教育・研修により地域住民、医療スタッフへの在宅医療の啓発につとめた。秋田市には連携の充実を目的とした、多職種連携チーム「At Home」がある。メーリングリストには140人が登録され、毎月の事例検討会には50人以上の参加がある。さらに、地域包括ケアの充実には地域の医療体制のみならず、中核となる総合病院での医療従事者の意識改革が重要と考え、総合病院での医師、看護師、薬剤師など多職種への講習を進めた。

それに加え、医療スタッフと患者の窓口として、在宅医療相談外来を開設した。卒前教育ではこれまでの経験を生かして、秋田大学医学部の1年生と3年生への講義を行っている。3年生は実際に最前線で活動している在宅医だけでなく、急性期病院医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャーと共にプレゼンテーションを行い、実際の症例についてグループワークを行っている。これにより、どのような専門分野に進んでも、地域包括ケアを意識した診療を実践しス

ーズな連携につながることを期待している。

医療に期待されることは、疾患の根治だけでなく、人生の質を向上させることも求められている。そのため個々の生活に根ざした地域包括ケアが効果的であり、高齢化社会において「生活を中心とした医療」への変化を目指した地域包括ケアによる医療福祉体制再構築は対策の一つとなり得る。

勤務医には、総合的な臨床能力、病院・地域の多職種チームをまとめる教育力、地域包括ケアの意識を持ち連携をスムーズに充実させることが必要であると考えている。そのためには卒前から卒後にかけての教育研修が重要であり、医師としての能力を充実させる必要がある。地域包括ケアは高齢化社会での充実した人生・生活を実現させる一つの対策であり、その体制の構築には理想的な勤務医の医療における教育研修が要となる。

(4)「ワークライフバランスを革新するキャリア教育の新展開」

蓮沼直子 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座准教授より、ワークライフバランスの新展開について、概ね下記のとおり説明があった。

女性医師の育児休業や復帰時の短時間勤務、当直の免除などが利用され、その結果、出産を契機とした退職、離職はかなり減少した。復職支援から継続支援へと支援の主体はシフトし、その結果が出て来ていると考える。

女子医学生が増加とともに女性医師はさらに増加する。それとともに現在の女性医師支援の議論は次のステージに進む必要がある。つまり、今までの女性医師を同じ診療科の周りの医師でサポートするという方法は、若手女性医師が増えている現状では支援する側が少数派となり、成り立たなくなる危険がある。また、男性医師にも育休を取得する方が増え、仕事や家庭に対するワークライフバランスの意識や価値観が変化している。今後は育児のみならず介護や健康問題など、時間の制約のある医師が男女を

問わず増える可能性が高い。その中で地域医療を守っていくために、そして医師がやりがいをもって活躍できるための働き方を考える必要がある。

これらを踏まえ、これからの専門医制度の理想的な勤務医像を考慮すると、産後の短時間勤務や当直免除を利用しペースダウンした子育て中の医師の専門医取得や指導医として活躍するためのキャリアパスを示すこと、子育て中の医師の配偶者のWLBをも考慮し、そのことが復帰支援となることを理解すること、育児支援、キャリア支援の問題が明らかになる前に早期から行うこと等に配慮した細やかな卒前・卒後教育が重要になってくる。

このような背景で、秋田大学医学部では、低学年から必修講義として全員が将来について考える機会、将来の理想の医師像、求められる医師像を考え、それに向かってどのような6年間を過ごすか考える、医師としての多様なキャリアパスや様々な継続支援があることを知る等を行行動目標として1年生でのキャリア入門、3年生での5コマ1日かけたWLBに関するワークショップ、5年生の院内女性医師とのランチタイムに行うキャリアパス設計相談会、6年生の卒試後に希望者に行う、出産育児に関する法律・制度の勉強会などを行っている。

コメント 小森貴 日本医師会常任理事

それぞれの専門をもって地域を支えることは、キャリア転換ではない。秋田県に住んでいる約2,300名の医師の専門が「秋田」で、それを長谷川先生が支え、そして女性医師を蓮沼先生が支えていく、全国に先んじた秋田モデルをご教示いただいた。

ディスカッション

宮崎県医師会

大学で教育にあたる先生方の教育はどう対応しているか。また、全国の大学の進捗状況をご教示いただきたい。

長谷川仁志先生（秋田大学）

今日の講演は最終目標である。現実的には全部の科で統合して進めているわけではない。徐々に始まっている段階である。各大学での講演や、自大学への見学をオープンにしている。形にするには5、10年はかかると考えている。

藤巻わかえ先生（日本医師会勤務医委員会）

研究医が減ってきていることに危機感を感じている。秋田大学における研究医への教育、サポート体制をご教示いただきたい。また、女性医師にとって、これから始まる新専門医制度は取得して維持することが大変になってくる。研究医が疎かになっているのではないか。

長谷川仁志先生（秋田大学）

1年生の時に、コミュニケーションスキル等の人間力をあげる取り組みをすると、自分の学習効果の興味がでる。必修科目は国民から理解が得られるようにし、選択科目は、深く研究するマインドを植え付けることが必要である。1年生からプロ意識をつけることがよい研究医を増やすことに繋がる。日本は必修科目と選択科目の明確化をしないと、海外の医学教育とかけ離れた状況にあることを明言する。

蓮沼直子先生（秋田大学）

秋田大学には、医学部だけではなく、大学全体で、女性研究者支援というプロジェクトがある。そのなかに、女性の研究者に対して研究補助員をつけるというサポートが数年前より行われている。その他、表彰等、モチベーションをあげる事業も行われている。

藤巻高光先生（埼玉医科大学）

84名のマッチ者は、秋田市医療圏に限られていないか。また、この84名は秋田大学の卒業生か、または県外大学の出身者か。

長谷川仁志先生（秋田大学）

84名のうち、秋田大学出身者が60名、残り24名が近隣の大学、関東、関西である。マッ

チ者は、秋田市内に多いが、県北、県南も比較的フルマッチである。

秋田大学

秋田大学の医学生は女性が40%になった。女性医師にとって、新しい専門医はますますストレスになるのではないか。専門医プログラムにおいて病院を移動するプログラムに入った場合、そこで妊娠がわかると育児休暇がとれない。これは現在よりさらに状況が悪化するのではないか。

蓮沼直子先生（秋田大学）

これから非常に重要になってくる問題である。現在の研修は移動が多く、そのなかで、非常勤になると、1年間の継続勤務がなければ、育児休暇がとれないという事態がおきている。これからはしっかりとした制度を確立していくことが重要である。大学だけでなく、地域、もしくは日本において循環型の研修をしながらも出産、育休を取得して、しっかりとキャリアを積むというロールモデルをつくり、学生に見せていくことが必要である。

小森貴（日本医師会）

30%を超えて女性医師が誕生している。そういう方々が、それぞれの立場で次の世代を指導する。このすばらしい動力を失ってはいけないことを、日本専門医機構内でも充分議論し、共通した認識になってきている。ペースダウンをしたキャリアパスが決して損ではなく、そういう方々こそが、むしろ心豊かに患者さんに寄り添った医療ができる、それをみんなが認め合うという社会をつくっていく必要がある。

鹿島直子（日本医師会女性医師支援委員会）

新専門医制度では、更新の際に大きな壁があると感じている。この時に女性医師を大きくサポートするのは、短時間勤務が担保されている体制と保育園である。保育園の問題は、病院で働く全員の問題であって、医師のみだけの問題ではない。秋田大学の保育園の状況と、

研修協力施設での保育園の状況をご教示いただきたい。

蓮沼直子先生（秋田大学）

秋田大学の敷地内に保育園を設置している。平日 20 時まで、延長保育は 22 時まで運営している。また、それとは少し距離をおいて病児保育園を数年前から運営している。院内保育園もすばらしいが、病院に勤務している方のためだけという問題点もある。若手医師は出産してからお子さんが小学校に入学するまで、同じ病院で研修することはない。その間の転勤に伴って、研修先に保育園がないとまた一から探さなければならない。また、戻る際に満員により入園ができず、人事が凍結することもある。毎年、秋田県医師会で院内保育を含む、勤務に関するアンケート調査を県内全病院を対象に行い、その結果をホームページで公開している。徐々に院内保育園を設置する病院が増えていく。これが増えることにより、院内保育園での移動が可能となるのではないかな。

あきた宣言採択

全国医師会勤務医部会連絡協議会の総意の下、▽勤務医の不足・偏在、労働環境の改善を図るための施策を行うことを国に求める、▽勤務医問題を解決するため、団結して行動する、

▽多職種との連携によるチーム医療を推進する、▽卒前・卒後教育を充実したものとし、自己の研鑽と後進の指導に努める、以上 4 点を明記し、勤務医と地域医師会の協働による地域医療の再生に向けた「あきた宣言」が満場一致で採択された。

あきた宣言（案）

医療崩壊が叫ばれて久しいが、勤務医をめぐる諸問題がその要因になっていることが広く社会に認められるようになった。医療崩壊をい止め、地域医療を充実させ、住民が安心して暮らせる社会をつくるには勤務医問題の解決が不可欠である。そのためには何よりも勤務医が果たす役割が重要で、勤務医の積極的大同団結がまず必要である。日本における最大の医師組織である日本医師会がその中心的役割を担うのは必然であり、より一層の組織強化が求められる。

また、現代の医療においては、よりよい勤務環境を構築する上でも、多職種との連携によるチーム医療の推進がより一層求められる。

医学においては新たな知見が日々加わり、医師に求められる知識、技術は広く高度になる一方である。医師は常にその修得に努めなければならない。そのためには充実した卒前・卒後教育が重要である。そして、われわれ勤務医は、自己の研鑽とともに、後進の指導にも努めなければならない。

われわれは、理想的な勤務医であることを目指し、地域医療を充実させる使命を果たすことを誓い、次のとおり宣言する。

一、われわれは、勤務医の不足・偏在、労働環境の改善を図るための施策を行うことを国に求める。

一、われわれは、勤務医問題を解決するため、団結して行動する。

一、われわれは、多職種との連携によるチーム医療を推進する。

一、われわれは、卒前・卒後教育を充実したものとし、自己の研鑽と後進の指導に努める。

平成 27 年 10 月 24 日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・秋田

印象記

沖縄県医師会勤務医部会長 西原 実

去った 10 月 24 日、秋田キャッスルホテルで行われた平成 27 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会に参加して参りました。本年は秋田県医師会主催で、“日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像～地域医療充実へのロードマップ～”をメインテーマに開かれました。秋田県医師会常任理事の小泉ひろみ氏の総合司会のもと、秋田県医師会勤務医部会長羽瀨友則氏による開会宣言、日本医師会長横倉義武氏、秋田県医師会長小山田雍氏のご挨拶、さらには秋田県副知事（知事公務のため）、秋田市長穂積志氏の来賓祝辞をいただき開会されました。

特別講演 I では、日本医師会長横倉義武氏による“私の医師としての歩み”と題するお話を拝聴させていただきました。先生は久留米大学を昭和 44 年に卒業され、外科医として研鑽を積ま

れ（西ドイツのデトモルト病院へも御留学）、父親が開設したヨコクラ病院を継がれたとの事でした。こういった経過の中で、地域の医療関係者同士の顔が見える関係構築の重要性や行政との関わりにおいて様々な交渉が必要となることを痛感され、日本医師会へ参加されるようになったそうです。座右の銘は“和して同ぜず”であり、患者さんの声に耳を傾けながらも、決して情に流されてはならず、医療者としての責任を全うしなければならない、との事でした。

特別講演Ⅱでは、昭和大学病院長である有賀徹氏に“勤務医とチーム医療・地域医療の充実”というお話を聞かせていただきました。多職種の協業によるチーム医療について詳しくお話をされる中で、生命倫理に関する2つの潮流のお話が印象に残っております。すなわち、1) 個人主義的な生命倫理（その人にとっての価値）…個人の自己決定権を最高原理とする、2) 人格主義的な生命倫理（人の存在そのものの価値）…人の尊厳こそが最高原理である、ということです。これを医療者の認識と絡めてお話しされておりました。

その後、日本医師会勤務医委員会委員長である泉良平氏から日本勤務医委員会報告がありました。しかし、この時点で時間が30分以上オーバーしており、約10分に短縮され、残念ながら詳しい内容は聞きできませんでした。

ランチョンセミナーでは、秋田県における医療組合運動の歴史を秋田県厚生連由利組合総合病院長の菊池顕次氏から伺いました。医療組合運動は秋田県が全国に先駆けて取り組んだようで、歴史を感じさせる内容でしたが、医療組合という言葉自体が馴染みが薄く、難しく感じました。

秋田県医師会副会長坂本哲也氏からは、“秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯”について報告がありました。秋田県は本年7月4日に設立総会が催されたとの事でしたが、これは都道府県によっては未だ勤務医部会が設立されていない現況を意識しての報告と思われました。

シンポジウムⅠでは“ロードマップⅠ 医師会組織強化と勤務医”と題して、相模原市医師会理事の小松幹一郎氏より“個の時代の組織力アップ方策～利点で説くか、理念で説くか～”のお話があり、石川県医師会理事の佐原博之氏からは“医師会のメリット -2つの視点-”のお話がありました。コメンテーターとしては日本医師会副会長の今村聡氏が務められました。このシンポジウムでは、秋田県医師会副会長の西成忍氏と秋田県医師会常任理事の五十嵐知規氏が座長を務めました。ディスカッションでも、多くの方が発言され、非常に活発でしたが、要は勤務医を医師会へ参加させるための方策であり、種々の取り組みが行われている事が実感できました。沖縄県医師会勤務医部会としても工夫して取り組んでいかなければならないと、改めて感じました。

その後、シンポジウムⅡ“ロードマップⅡ よりよい勤務環境とチーム医療”、シンポジウムⅢ“ロードマップⅢ これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性”があり、最後にあきた宣言が採択されたようですが、残念ながら、天候の関係で最後まで参加することができませんでした。内容的にはシンポジウムⅡとⅢが私にとっては興味をそそられるものであり、大変残念でした。せっかく秋田まで足を運びながら、その後の懇親会にも参加する事ができず、何とも言いようのない思いであります。昨年、今年と参加させていただいて、各医師会が苦勞されて、工夫されて、興味をそそられるテーマで運営されていることを非常に感じます。大変勉強になり、感銘を受けた会でありました。

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

1. 【金銭交渉について】

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。

2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。** その免責部分を補償する**団体医師賠償責任保険があります。** この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問い合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

九州医師会連合会 医療事故調査制度担当理事連絡協議会

理事 田名 毅



去る10月3日（土）ホテルニュー長崎において標記協議会が開催されたので、その概要を報告する。

挨拶

長崎県医師会の高原副会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

今回は九州各県から7題の提案事項が提出されている。10月1日から医療事故調査制度が開始された。いろいろな話はしているが、実際に初動体制をどうするかという心構えも難しいものがある。限られた時間ではあるが、忌憚のない意見を頂戴したい。よろしくお願いいたします。

日本医師会の今村常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

すでに10月1日から本制度が発足している。

本日は、いくつかの提案がある。また本制度に対して先生方がどうお考えになっているのかお聞かせいただきたいと考えている。この制度については、日医では、医療安全対策委員会が中心に対策をさせていただいている。会内委員会は全国各ブロックから委員をご推薦いただき参画いただいている。九州からは福岡県の上野副会長にご参画をいただき、上野先生には、この委員会のまさに中核となつてご指導いただいている。中間答申の取りまとめにおいては、上野先生のお力なしには出来上がらなかったというところもある。既に第二次答申については、先生方のお手元にあるかと思うが、いろいろ参考になることも書いてあるので、是非ご覧いただければと考える。本日は、先生方のご意見をお伺いしながら、今後の制度運営に活かしていきたいと考えている。よろしくお願いいたします。

日本医師会の釜范常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

実際にこの制度が運営されていく上での不安の要素がないかという点はまだそうではない。特に本日で出席の先生方は既にお考えになっていると考えるが、実際の場面でどのようなのかということでは不安もお持ちではないかと考える。本協議会がそれらの解決の道筋ができることを願っている。よろしくお願いしたい。

協 議

(1) 医療事故が発生し、医療機関から求めがあった場合の初動体制について（佐賀県）

<提案事項>

各県医師会は、「医療事故調査等支援団体」として登録されていることと存じます。「医療事故調査等支援団体」では、医療事故が発生し、医療機関から求めがあった場合、直接、当該医療機関へ出向き、「医療事故調査・支援センター」への報告の可否等を含め、必要な支援を行うこととしており、その際の初動がそれぞれの事例において大変重要になるものと思われまます。医療事故が発生し、医療機関から求めがあった場合の各県医師会の「医療事故調査等支援団体」としての初動体制（構成・員数等）についてお聞かせいただきたい。

(2) 医療事故調査等支援団体としての各県の対応について（大分県）

<提案事項>

①窓口対応時間帯について

日医の医療安全対策委員会では、都道府県医師会について「支援団体としての中核的な役割」という位置付けで、病院団体や大学病院などの支援団体間の連絡調整係として、また相談窓口としては、病院等の管理者からすぐに第三者機関である医療事故調査・支援センターへの報告の可否や院内事故調査委員会の立ち上げの支援など、例として24時間受付体制等の相談窓口の開設を挙げている。

本県では、先般の医療事故調査等支援団体としての窓口の登録等について（平成27年7月15日法安51号）対応時間帯について、本会の就業時間、平日8:30～17:00 土曜日8:30～12:00で報告をいたしました。

今後、状況を踏まえ検討をしていく必要があると思いますが、各県の状況及び日医のご意見を伺いたい。

②窓口対応のマンパワーについて

日医の医療安全対策委員会では、医師会内での人材育成および体制整備では、第三者への届け出や院内事故調査の対象案件かどうかを迅速に判断できる役職員の育成と教育を求め、院内事故調査を実施する専門分野別の複数のチームを医師会中心で編成できるように要請されていた。

平成27年10月本制度発足に向けての各県の対応及び日医のご意見を伺いたい。

(3) 医療事故調査等支援団体として体制整備について（長崎県）

<提案事項>

本年10月1日から、昨年6月に成立した改正医療法に基づき、管理者が当該死亡又は死産を予期しなかった医療事故が発生した場合、当該医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）に報告することが義務づけられる。本制度は、医療紛争処理とは異なり、医療事故発生までの経時的事実確認を行い、事故原因の究明を目的としたもので、初動調査が重要となるが、その体制整備を行うに当たり、各県医師会がどのような対応を予定されているのかお伺いし、制度設計の参考にさせて頂きたい。

特に、僻地、離島など支援体制を取りにくい地域での初動体制について、各県の取り組みはどのようにされているのか。

ちなみに本会では、長崎大学病院、医学部、国立病院機構や、地域の病院や診療所に所属する医療安全の専門家、県医師会役員など計18

名に加え、相談役として弁護士にも加わっていた。また、院内事故調査支援委員会を設置した。現在までに2回の委員会を開催し、初動調査の重要性を確認するとともに、調査マニュアルの整備、施設や遺族への説明書の準備などを進めている。

院内事故調査委員会を設置しなければならないような事案が発生した場合、24時間対応の県医師会事務局のホットラインに連絡して頂き、県医師会院内事故調査支援委員会委員等が迅速に該当施設を訪問し、支援活動に当たるとともに、Aiや病理解剖の推奨と、病理解剖及びAiの実施要項を整備しつつある。初動時の委員は原則3名の派遣を予定し、郡市医師会にも協力要請を行う予定である。

(4) 医療事故調査等支援団体の体制構築について (福岡県)

<提案事項>

医療事故調査等支援団体の支援内容としては、a) 医療事故調査制度全般に関する相談、b) 医療事故の判断に関する相談、c) 調査に関する支援等が挙げられている。この内、調査に関する支援等の手段については各地域の事情に即した形で構築することが最善かと思われるが、以下の点において、全国的に一定の基準及び質の担保が必要ではないかと考えられる。

1. 医療事故の判断に関する相談における「判断」の基準
2. 院外委員が委員長を務める際の委員長の条件
3. 報告書の作成に関すること

特に報告書は、遺族へ説明を行う一つの手段になり得ることがあるため、一定基準以上のものを作成することが求められる。

そのためにも、医療事故調査等支援団体に対する研修会等が必要と思われるが、以上を踏まえ日医の見解をお聞きしたい。

※協議事項 (1) (2) (3) (4) は一括協議

<各県回答>

各県医師会より、①初動体制や②窓口対応について、以下の通り報告があった。また、福岡県医師会より提案事項(4)として提起された医療事故調査等支援団体に対する研修会の必要性については、各県医師会より、全国的に一定の基準及び質が担保された制度運用に取り組むためにも早急な開催を求めるとした意見が示された。

<熊本県>

- ①役員：4名登録で1～2名出席、職員：1～2名、専門医：支援団体から1～2名。以上4～5名体制で、可能なら24時間受け付け、可及的早く集合し、「判断、助言、支援」を行いたいと考えている。
- ②一応、窓口体制時間帯として事務局就業時間9：00～17：00としているが、可能であれば24時間受け付ける方向で検討している。

<福岡県>

- ①医療事故該当事案かの当否及び解剖・Aiの要否について、医療安全担当役員が電話対応にて支援を行っている。その場合、患者情報や事故概要を書面で提出していただき、その書面と管理者からのヒアリングをもとに「医療事故該当事案かの当否」、「解剖・Aiの要否」等の判断について助言するとともに、遺族への説明についても支援を実施している。
- ②24時間体制としている。月～金曜日9：00～17：00、土曜日9：00～12：00、時間外受付：福岡県メディカルセンター。

<鹿児島県>

- ①初動の際は、担当理事が対応し、必要に応じて事案に関連した専門医や看護師等の派遣を検討している。具体的な構成・員数等は検討中。
- ②平日9：00～18：00、土曜日9：00～12：30。一時的には事務局が対応し、必要に応じて担当理事に報告し、担当理事から当該医療機関に回答することを予定している。

<佐賀県>

- ①医療機関から求めがあった場合、直接、当該医療機関に出向き、「医療事故調査・支援センター」への報告の要否等含め必要な支援を行うこととしている。
- ②平日 8:30～17:30、土曜日 8:30～12:30、休日対応不可。

<宮崎県>

- ①医療機関から要請・報告があった場合には、医療事故調査支援委員会から担当役員と支援委員（1～2名）で初動支援チームを選定する予定であるが、場合によっては、各郡市医師会から推薦された協力専門委員にも加わっていただく。
- ②平日 9:00～17:30、土曜日 9:00～12:30

<大分県>

- ①準備委員会を設置したところであり、具体的支援体制については今後の検討としている。
- ②平日 8:30～17:00、土曜日 8:30～12:00

<長崎県>

- ①県医師会院内事故調査支援委員会ホットラインを設置。まずは職員が対応し、その後担当役員に連絡する。担当役員から当該施設へ連絡、初動体制の説明、事例内容の把握、AIや解剖推奨、カルテ等の保全要請、申請書類の準備の支援。該当症例か否かの相談あるいは判断。事案発生を委員に電話で通知しメーリングリストで意見交換と判断。以上の流れについて近日中にシミュレーションを予定している。
- ②24時間365日対応のホットラインを設置予定。

<日医コメント>

日本医師会としては、各県医師会が地域の支援団体の中核になっていただきたいということを申し上げている。まさに九州8県にそうしていただいております、大変心強く思っている。支援センターは8月17日に医療安全調査機構が指定されたばかりであり、そこでの対応状況に比べると各県医師会の方が進んでいるという感じを受ける。

初動体制であるが、特に都道府県医師会でとっていただく体制については、医療安全対策委

員会の第2次中間答申に詳しく提言させていただいているので是非ご参考いただきたい。県医師会として、組織的な対応はどうしても必要となる。また一方で迅速かつ非常に小回りの効く対応が求められることも少なくない。従って、各県医師会におかれては、ある程度の手順と判断権限を決めておいていただきたいと考えている。

支援団体としての窓口体制であるが、9月末に各県医師会の状況を日医にご報告いただいた。それを厚生労働省に報告している。この結果は厚労省のホームページに近日中に掲載されるところと考えている。アンケート調査を見ると、各県医師会の対応時間は、大体、平日の9:00～17:00が基本的な対応時間となっている。24時間体制、休日無しということが当然理想であるが、なかなかそこまではいかないということが実情ではないかと考える。そういう意味で、支援センターで24時間受付ということを考えている。全国調査において、24時間対応は47都道府県医師会のうち4医師会であった。

支援センターの業務については、厚労省と日医と医療安全調査機構の三者で話し合いを行いながら運営していくということになるが、地域医師会の代表ということで、運営委員会には福岡県医師会の上野副会長にもご参画いただいている。上野先生を通じ、いろいろな情報を得ていただくということも役に立つのではないかと考えている。

支援団体の質を平準化し、どこの地域においても同等の支援ができるということも非常に大事なことでと考えている。日本医師会としてはそのための研修を考えている。センターでも業務の一つとして考えているということであり、支援センターと日医との共同での開催ということで、支援団体向けの研修と個々の医療機関担当者向けの講習という2種類の研修を行っていこうと考えている。本年度中には、時間的あるいは予算的な制約もあるが、支援団体担当者向けについては日医で2回、個々の医療機関担当者向けの研修についてはブロック毎に1回開催したいと考えている。10月からの受付

状態を勘案しながら研修会を開催したいと考えている。

＜福岡県（上野副会長）＞

初動体制について、3年間の経験で補足させていただく。窓口の件と初動の件が混同している感がある。窓口は365日24時間体制が必要と考えるが、それは必ずしも医師が対応する必要はない。3年間、24時間対応しているが、夜中にかかってきたことはあるが、現場を見ている訳ではないので、当該医療機関が福岡県医師会に支援をお願いしたいという場合は、電話だけで断るということはないので、可能ならAi・解剖、解剖の方もご遺族の了承さえとっていただければ良い。その対応については夜が明けてからの対応となる。医師の対応はそれからでも良いと考える。夜中にずっとやっていると、いつ電話がかかってくるかを考えると非常に大変となる。ただAi・解剖を行う必要性を考えると少なくとも電話窓口は365日行わないと難しいと考える。

(5) Ai・解剖の実施並びに遺体搬送の取り扱いについて（沖縄県）

＜提案事項＞

医療事故調査制度における支援団体としての体制を構築するに際し、Ai・解剖の実施並びに遺体搬送の取扱いは特に重要な課題と考える。

本会では、解剖については大学の病理学教室と連携を図ることで調整しているが、Aiについては読影まで協力いただける医療機関を現時点で選定できていない状況である（撮影のみ協力可とする医療機関は複数あり）。

また、遺体搬送を行う連携機関との調整や緊急の連絡体制についても詳細を詰められていない状況である。

各県の取り組み状況を参考に今後の体制整備に向け検討を加えていきたいと考えているので、ご教示いただきたい。

＜各県回答＞

各県ともに、Aiや病理解剖については、大学病院や基幹病院等との連携体制を構築してい

る旨の回答が示された。また、遺体搬送の取り扱いについては、基本的には病院が提携している葬儀会社や遺族が希望する葬儀会社に依頼することとしているが、県医師会でも葬儀会社との事前調整を行っておいた上で、当該医療機関で遺体搬送の取り扱いが難しい場合は、適宜県医師会として対応を支援することとしているとの回答が示された。

(6) 九州ブロック内での相互応援体制について（宮崎県）

＜提案事項＞

医療事故調査制度においては、隣県・ブロック内での相互応援体制の検討を勧めているが、九州ブロック内でも検討が必要ではないか。

特に宮崎のような医療資源の少ない県では、県内のみでの対応は難しい例が出てくると考えられる。九州ブロック内での専門委員登録等の開示や協議会の設置で相談事例の専門的視点からの意見反映などの利便性向上が図られる。

＜各県回答＞

各県ともに、事案によってはより専門性の高い医師の支援等を要する場合も想定されることから、ブロック内での相互の応援体制の構築は必要と考える旨の回答が示された。また大分県より、ブロック内での情報共有を行うことを目的に、定期的な連絡会等も検討してはどうかとの意見が示された。

＜日医コメント＞

Ai・解剖、ご遺体の保存あるいは搬送は、医療事故調査の入り口として極めて重要であり、しかも相当迅速な対応が求められる。各県において大学あるいは基幹病院との適切な連携体制をとっていただくことは当然重要となる。日医としては、大学病院との関係が非常に大事だと認識しており、全国医学部長病院長会議の席で、この旨の協力を申し入れ、医学部長病院長会議でも快諾をいただいている。

解剖を始めとする専門領域の委員派遣は、県だけではなかなか解決できない部分もある。モ

デル事業の中で専門医のリストが各領域合計 3,000 名程リストアップされている。そのリストを配布なり公表する等、各ブロックで起こったある領域の医療事故では、こういう先生に委員をお願いしてはどうか等、検討していただければと考える。

費用負担については、この制度の中では、院内調査については、医療機関でやるということで、損保会社からの保険は適応されないということであるが、それでは上手くいかないのではないかと、損保会社と話し合いを行い、解剖については 20 ～ 60 万円かかるということであり、このことについては院内調査であっても保険が出るようにしていただけないかと交渉中であり、おそらくそうなると考えている。

Ai についても、なかなか専門の読影医師がいなかったということも問題である。そういうこともあり、Ai の読影を専門に行っている業者もあり、そういうところを紹介してくれという問い合わせもある。そういうところには便宜を図るべく協定をしていただき、年間契約料が 5 万円程度、1 回の読影料が 13 万円程ということである。

ブロック内での相互協力ということは、日本医師会としては大いに実施していただきたいと考えている。ブロック内で相互協力、お互いの足りない部分を補い合う。全体的に体制づくりが遅れているところでは、先進的な地域から支援を受けるという形があっても良いと考えている。専門医のリストについては、支援センターと連携しながら、どういう形で先生方にお知らせできるか検討したいと考える。

(7) 具体的な報告書の書き方等について

(熊本県)

<提案事項>

既に 10 月ということで医療事故調査制度は始まっているわけですが、具体的な報告書の書き方がまだ十分に示されていないと考えます。個人攻撃にならず客観的で、学術的にも正しく、今後の医療安全に資するような報告書は簡単には作れないと思います。

この点で一番経験値の高い福岡県医師会のほうから、実際作成された報告書を更に分析的に作り直していただき、より医療安全の向上に資する報告書を現場が書けるよう、日医と連携し、最終的には報告書の作成の手順や要点、注意点に係わる勉強会等を開催頂きたい。

<各県回答>

各県ともに、調査報告書の内容については、日医医療安全対策委員会の第二次中間答申に示されているものの、より具体的な作成手順や注意点等を確認するための研修会等を希望したいとする回答が示された。

<日医コメント>

初動の窓口や出口の問題が一番大事なところになる。報告書の作成については、十二分過ぎる程の配慮をしなければならない。今後企画する研修会の場で、最も多い時間をとり、このことについて研修をしたいと考えている。是非、ご参加いただきたい。

その他

<鹿児島県医師会>

99 床以下の病院、診療所において、管理者のみが A1 会員であるところが保険対象となるということである。以前は開設者及び管理者が A1 会員であれば良いという認識であった。それが変わった。管理者が A1 会員のみのところのみ保険適用となった。開設者が A1 会員であっても、法人の場合は幾つかの医療機関を持っている。いくつか医療機関を持っていたとしても、そのうち一つだけは保険の対象になるというような対応ができるのではないかと考える。100 床以上のところは保険が適応されない。保険が適応される A1 会員と、適応されない A1 会員がでてしまう。

<今村常任理事>

法律の建て付けとして、医療機関の管理者となっている。保険が実際に出るところは A1 会員である管理者とさせていただいている。100 床以上についても保険料を支払っていただいている。その点については制度を設計する際も話

題に上がった。しかしながら、そこまで全部やってしまうと制度自体の費用保険も上手くいかないということで、99床までのA1会員ということであれば94%の会員がメリットを受けることができる。100床以上については、そのリスクが格段に跳ね上がるということで、しかしできるだけ低廉な費用でやってもらうということで、日医としては損保会社と交渉し、1床当たりいくらという形にさせていただいた。納得していただくほかはないと考えている。

＜佐賀県医師会＞

窓口が大事だと認識している。窓口に医療事故として申請があった場合に、これが医療事故かどうかという判断も機能として期待されている。連休祝祭日のときに、医療事故かどうかの

相談があった場合に、どう取り組むか。またAi・病理解剖等についても遺族はすぐに茶毘に付したいと考える。福岡県医師会の取り組みについて教えて頂きたい。

＜福岡県医師会＞

連休等については、深夜は事務職が対応し、連休中の場合は、役員に翌朝電話がかかり、当該病院と相談する形をとっている。法令で示している通り、最終判断は管理者となる。私共で、これは絶対当該事例であるという判断は難しい。私自身は疑わしきはきちんと調査しておいた方が後々ややこしくなることは少ないと考えている。今後もそういう形で対処していきたいと考えている。

印象記

理事 田名 毅

今回の協議会はすでに10月1日の法施行後ということもあり、各県ともすでに最低限の体制は作った上での話し合いであった。前半では主に、医療機関で発生した医療事故に対して県医師会が支援団体としてどのように初動するかについて情報交換がなされた。多くの件が時間外対応は現時点で構築していないのに対して、すでにモデル地区として先行している福岡県は時間外に関してはまずは事務職員で対応し、必要時に担当理事に連絡する体制が出来ているようであった。福岡の上野先生が会議の中で話されていたように、夜間に解剖などの対応をする必要はないと考えるが、ご遺族の感情、遺体の保管などを考えるとせめて翌日中には解剖できるようにすべきと考える。沖縄県医師会も、現在この時間外の対応方法について話し合っている最中である。

沖縄が議題として提案したご遺体の搬送方法に関しては、各病院が提携もしくは遺族が希望する葬儀会社をまずは優先するという話が参考になった。現在、沖縄県医師会はある特定の葬儀会社に相談はしているが、県内すべての関連団体に医療事故調査制度に関して情報提供はしていない。今後検討の余地があると考えている。

最後に隣接県の協力体制の構築についても話がでた。残念ながら、沖縄県としては隣接県の鹿児島県も海で隔てられており、他県の協力を仰ぐことは前提として考えていない。しかし、福岡県医師会の上野副会長からは九州管内は必要時には応援に駆け付ける、と心強い言葉をいただいている。基本的には沖縄県内での解決を目指す、判断が難しい症例などに関しては電話で直接相談するなどしていきたい。

九州医師会連合会第 350 回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る 10 月 3 日（土）、ホテルニュー長崎において標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会医療事故調査制度担当理事連絡協議会並びに第 1 回各種協議会（地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険・宅医療対策協議会）が併せて開催された。

報 告

1. 第 115 回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事の参加状況について（長崎）

来る 11 月 15 日（日）に長崎において開催される標記の件について、資料に基づき報告があった。

協 議

1. 第 351 回常任委員会・第 110 回臨時委員総会の開催について（長崎）

標記常任委員会並びに委員総会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 27 年 11 月 13 日（金）

場 所 ホテルニュー長崎

- (1) 常任委員会（16：00～16：50）
- (2) 委員総会（17：00～17：50）
- (3) 懇親会（18：20～20：20）

2. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（11 月 14 日（土）長崎市）における日本医師会に対する質問・要望事項について（長崎）

標記合同会議について下記日程のとおり開催することに決定すると共に、日本医師会に対す

る質問・要望事項等については、各県から提案のある下記事項を日医へ提出し、横倉会長の講演の中で日医の見解を述べていただくようお願いすることになった。

日 時 平成 27 年 11 月 14 日（土）

10：00～12：00

場 所 ホテルニュー長崎

- (1) 医療事故調査制度への弁護士推薦（熊本県）
- (2) 地域包括ケア病棟のあり方について（福岡県）
- (3) 平成 28 年度の診療報酬改定（鹿児島県）
- (4) 消費税問題（鹿児島県）
- (5) 日医の考える「かかりつけ医」と日本専門医機構が認定する「総合診療専門医」の今後の動向（鹿児島県）
- (6) 次期診療報酬改定について（宮崎県）
- (7) 地域医療介護総合確保基金について（宮崎県）
- (8) 地域医療構想策定に係る必要病床数について（沖縄県）
- (9) フリーアクセス、自由標榜制の今後について（大分）
- (10) 今後の医療や福祉関連施設での IT 化に伴う経費増への対応について（長崎県）

3. 第 115 回九州医師会連合会総会における宣言・決議（案）について（長崎）

担当県で作成した原案を基に協議したところ、宣言（案）の内容について修正意見があり、担当の長崎県医師会において文案を再度検討することになった。

4. 第352回常任委員会及び第2回各種協議会(平成28年2月6日(土)長崎市)の開催について(長崎)

標記常任委員会及び各種協議会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成28年2月6日(土)

場 所 ホテルニュー長崎

(1) 常任委員会(16:00～17:00)

(2) 各種協議会(16:00～18:00)

(3) 各種協議報告会

(18:10～18:40)

(4) 懇親会(18:50～20:50)

5. 日本医師・従業員国民年金基金第11期代議員候補者推薦のご依頼について(長崎)

日本医師・従業員国民年金基金横倉義武理事長より、標記基金の代議員任期が平成28年3月を以て任期満了することに伴い、次期代議員候補者の推薦依頼があることから、協議した結果、現任委員に引き続き就任していただくよう要請することになった。

6. 関東・東北豪雨災害(茨城県・栃木県・宮城県各県医師会)への対応について(長崎)

去る9月9日から11日に発生した標記豪雨災害については、特に被害の大きい茨城、栃木、宮城の各県医師会に対し、九州医師会長名でお見舞い文書を送付した旨の報告が行われた後、災害見舞金の対応について協議したところ、茨城、栃木、宮城3県医師会に災害見舞金をお送りすることに決定した。

7. 九州医師会連合会第11回事務局長連絡協議会の開催について(長崎)

標記事務局長会議について、下記のとおり開催することに決定した。

日 時 平成27年11月27日(金)

16:00～17:30

場 所 長崎県医師会館(第一中会議室)

日 程 講演:「マイナンバー制度について(仮題)」

講師:未定

8. その他

(1) 平成29年度九州医師会連合会及び各種関連行事予定(案)について(福岡)

標記行事予定(案)について、資料に基づいて説明があり提案どおり了承された。

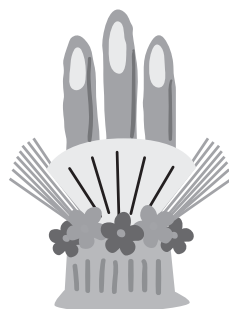
その他

1. 医療勤務環境改善支援センターにかかる各県の対応状況について(鹿児島)

鹿児島県が事前に実施した当該センター事業の各県の取り組み状況に関するアンケート結果に基づいて意見交換が行われた。

2. 唐澤祥人先生 旭日大綬章受章祝賀会について(長崎)

春の叙勲において、旭日大綬章受章の栄誉に輝いた元日本医師会長唐澤祥人先生の受章祝賀会が来たる10月25日、東京の帝国ホテルで開催されることから、その対応について意見交換を行った。



九州医師会連合会 平成 27 年度 第 1 回各種協議会

去る 10 月 3 日（土）ホテルニュー長崎において開催された標記協議会 地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険・在宅医療対策協議会について、以下に概要を報告する。

1. 地域医療対策協議会



副会長 玉城 信光



挨 拶

長崎県医師会の高原副会長、日本医師会の今村常任理事、釜范常任理事より、概ね以下のとおり挨拶があった。

長崎県医師会 高原副会長

大変ご多忙のところ、本協議会へご出席いただき感謝申し上げます。本日は、日本医師会より、今村常任理事、釜范常任理事にお越しいただいており、両先生には、それぞれの議題についてコメントをいただきたく考えている。よろしくお願ひしたい。

本日は、九州各県医師会より、16 題の議題が提案されている。主に地域医療構想、地域医療介護総合確保基金について提案されている。限られた時間ではあるが忌憚のないご意見をお願いしたい。

日本医師会 今村常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。

地域医療対策という分野は、日本医師会あるいは都道府県医師会が医療政策の中心になる部分であると考えている。提案議題や回答を見させていただくと非常に重要な指摘がある。本

日は先生方のご意見を聞かせていただき、日本医師会の医療政策の中にも反映させていただきたく考えている。よろしくお願ひしたい。

日本医師会 釜范常任理事

地域医療対策協議会に係る提案議題及び九州各県医師会のご回答を見させていただいた。地域医療構想の策定作業に大変なご苦勞をされていることに對し感謝申し上げる。本日の協議会がより良いものになるようよろしくお願ひしたい。

協 議

※協議事項 (1)、(2) については、一括して協議。

(1) 地域医療構想の進捗状況について (宮崎県)

<提案要旨>

本会では、5月1日に県担当者、大学病院地域医療センター長、県医師会担当役員にて打合せ会を開催し、今後のスケジュール、調整会議等のメンバー構成、データの解析等について説明を受け意見交換を行った。その後も県担当者と密に連絡を取っていたが、厚生労働省からのデータ送付が遅れていたため、県単位の地域医療構想策定委員会がなかなか開催されず、構想区域単位の地域医療構想調整会議の立ち上げも進んでいない状況である。

県医師会としては6月24日に地域医療ビジョン委員会、8月6日に地域医療構想に関する講演会を開催したが、特に病院関係者からは、病床削減に対する不安、厚生労働省への不信感についての意見が噴出した。

7月31日によりやく第1回目の地域医療構想策定委員会が開催されたが、具体的な議論は行われず、本県の策定目標である平成27年度末までという短い時間に、県外を含む構想区域間の調整がどれほどできるのか、調整会議において十分な議論が尽くされ関係者が納得した構想が策定できるのか、非常に不安を感じているところである。

各県の進捗状況をお伺ひしたい。

(2) 地域医療構想に関する各県のタイムスケジュールと進捗状況について (大分県)

<提案要旨>

地域医療構想の策定にあたっては、県行政との会議、地域医療構想策定会議等を開催していると思われるが、各県のタイムスケジュールと進捗状況をご教示いただきたい。

【各県回答】

地域医療構想に関する進捗状況については、各県それぞれ異なっているものの、現時点では、地域医療構想ガイドラインの内容や厚労省から配布されている支援ツールを活用した将来の必要病床推計値等について情報共有を図っている段階であり、具体的な議論には至っていないとの回答であった。

また各県ともに、病床削減に対する懸念が強く、医療機関が非常に敏感になっていると報告があり、沖縄県医師会では、数字ありきの議論にならないよう医師会独自に分析・検討を行うこととしており、2次医療圏の中の一つをモデルとし、その地域の高度急性期から慢性期までの現場の実情を把握し、具体的な課題抽出またその解決に向けた方策を取りまとめることとしている旨を説明した。

その他、日本医師会及び国においては、今回地域医療構想を策定しても5年後には状況が変わることが予想されることから、地域医療構想については毎年検証するべきであり、定期的な見直しをお願いしたい旨の意見が上がった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

病院経営が厳しい中で、どんなに説明を行っても病床削減に関する懸念がなくなるのは当然のことであり、このような中で策定作業を進めていかなければならない。

この構想は、それぞれの地域に必要な2025年の医療機能、需要を推測することであり、必要な医療の供給を確保することが狙いである。

構想区域の設定は非常に大事であり、原則、2次医療圏で設定することにはなっているが、2025年の推計を行い検討していく中で、地域で高度急性期から慢性期までの医療が満たされるためにどうすれば良いかということをお考えいただきたい。

最終的には、平成30年の医療計画の策定に合わせることになる。従って、平成28年3月までに全部できなくても構わないということであり、あまり急ぐことではない。

今後、見直していくということも必要であると考える。

(3) 地域医療構想策定に係る各県の状況について（沖縄県）

<提案要旨>

平成27年度からの基金の中で、国は地域包括ケア病床への転換を促進しているが、地域医療構想の議論が進まない中で、先に病床の変更を誘導することは構想策定に影響すると考えられる。

各県と日医のご意見を伺いたい。

※協議事項(3)は、2つに分けて議論することになり、ここでは地域包括ケア病床への転換について議論することとなった。

【各県回答】

各県ともに、地域医療構想が策定される前に、基金等で病床の転換を誘導することは問題であるとともに、必要な人材の確保・養成への予算が減額されていることについても大きな課題であることが示された。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

回復期は、リハビリのみではなく、急性期の治療が一段落して、退院に向けて調整をしていく時期も回復期になる。回復期の認識はそうようにお願いしたい。

地域包括ケア病床を引き受けることに迷いがあるということについては、全国から聞こえている状況である。現状は、地域包括ケア病床は、診療報酬上評価が高いが、過去の歴史から考え

ると、その後すぐに梯子を外されるということ等の懸念があることは認識している。地域である程度定着すれば、すぐに梯子が外されるということがないようにしなければならないと考えている。

(4) 地域医療構想を策定する人材について

(福岡県)

<提案要旨>

地域医療構想にはNDB、DPCデータなどのビッグデータを扱い、その結果を統計学的、医療政策学的にも検討をしていく必要がある。地域医療構想は都道府県医師会がその任を担う必要があると思うが、現状の都道府県医師会の理事だけでは上記の統計学的、医療政策学的検討ができるかどうかは不透明な面もあると思われる。今後、都道府県医師会に統計や医療システムを検討することができる理事を就任させる必要があると思われるが、各県のご意見、今後の理事に関する計画をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、統計や医療システム等、データ分析を行う人材は必要であり重要と考えているが、現時点ではそのような理事を就任させる予定はなく、具体的な議論は行っていないとの回答が示された。

また、福岡県医師会の原常任理事より、日本医師会にて都道府県医師会担当理事を集め、NDB等のデータの分析方法について講習会を行ってはどうかとの提案があった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

膨大なデータを扱うことになるので、専門的な知識が必要であると考えている。大事なことは、行政のみがこのデータを独占すると情報の非対称性が起こる為、講習会に出席いただくことによってそれぞれの都道府県医師会にも行政と同等のデータを取り出せるという仕組みにしたことである。行政においても十分活用出来ていないところも見受けられる状況があるが、医師会も独自に解析できるということを見せながら行政と話していくことが良いと考える。

また、日本医師会にて支援ツール等の分析方法について講習を行うことについては、検討したいと考える。

(5) 地域医療構想での病床機能および二次医療圏流出入の考え方について（熊本県）

<提案要旨>

地域医療構想ではデータにより二次医療圏ごとの流入出が示される中で、急性期、回復期及び慢性期は出来るだけ構想区域内で対応することが望ましいとされている。また、医療機関の病床機能は点数で区分される一方で、病床機能報告制度では医療機関が自主的な判断で病床機能を報告することとなっている。

医療投入量は結果であり、数値化されたデータと医療機関が選択する病床機能が必ずしも一致するとは限らない。慢性期機能も同様で入院医療と在宅医療の区別も同様と考える。

更に、今回厚労省が示す地域医療構想策定支援ツールでは、二次医療圏での数字が10未満の場合データがマスクされ0と表示されるため、実際流入出を疾病毎に分けた場合には細かい分析が不可能になることがある。

この医療区分とデータ処理の問題について九州各県のご意見とその対応および日医の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

各県より、平成26年度病床機能報告については、医療機能を選択する上で自主的な判断であることや基準が曖昧であることから、高い信頼性はなく、十分注意して参考にするデータである旨の意見が示された。

支援ツールにおける10未満の数値のマスクングについては、各県ともに問題意識を持っており、鹿児島県と沖縄県においては、独自に分析を行う予定とのことが報告された。

沖縄県及び長崎県からは、離島医療圏の状況について、それぞれ県立病院を中心に上手く医療が提供出来ているのではないかと考えており、がんや特殊疾患等については、本島で対応しているとの意見があった。

また沖縄県からは、人口の減少や過疎化が進むことを前提に構想を考えることは、安倍政権が考えている地方活性化と矛盾するのではないかと考えており、そのような地域においてはどのように構想を進めていくべきか模索しているところであると意見した。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

現状で上手く医療が回っている地域については、変える必要がないという選択は当然尊重しなければならない、大事な視点であると考えている。

今回構想を策定する際に、人口が減り、過疎化が進むという前提で考えるということは、地方活性化という国の大方針と矛盾するのではないかという指摘は、そのとおりであると考えている。

また、10未満の場合のマスクングについては、本会においても検討中である。医療機関が特定され、個人情報に不当に利用されることの懸念等を考え、対応を考える必要がある。

※協議事項(3)の一部と(6)については、一括協議。

(3) 地域医療構想策定に係る各県の状況について（沖縄県）

<提案要旨>

地域医療構想策定に向けて各県とも議論が進んでいることと思われる。議論を進める中で、二次医療圏の見直しを検討している県もしくは構想区域が二次医療圏以外の区域を検討されている県があれば、その議論の内容や方法を伺いたい。

(6) 構想区域と二次医療圏の関係について（熊本県）

<提案要旨>

医療計画作成指針（平成24年3月30日付け医政発第0330第28号厚生労働省医政局長通知）において、人口規模が20万人未満で、入院患者の流入割合が20%未満、かつ流出割合が20%以上の二次医療圏については、その設定の見直しについて検討することとされている。熊本県は第6次保健医療計画ではその見直

しは行わず、第5次計画で定めた二次医療圏を引き続き継続し、第7次計画に向けて検討することとされています。

一方、地域医療構想における構想区域は二次医療圏を原則とするとされたため、本県の構想区域は11の二次医療圏毎に設置されており、構想区域の変更は必然的に二次医療圏の改変に連なるものと考えます。本県では、前述のTripple20の要件を満たさない医療圏が既に多数存在することになり、その数値には必ずしも拘泥する必要はないとされているものの、構想区域のデータに基づく再設定は極めて難しい線引き作業と考えられ苦慮しています。

この構想区域の再編と現在の二次医療圏との関係について、九州各県の実情とその対応および日医の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、構想区域は2次医療圏で進めており、Tripple20の要件を満たさない医療圏がある県においても、現状のとおり進めるとの回答が示された。

長崎県においては、今後、2次医療圏内の人口減少や、医療資源の減少によっては、2次医療圏同士の合併も考えられるとの説明があった。

【日本医師会 釜常任理事よりコメント】

構想区域については、検討された上で2次医療圏で設定されているので、そのとおりで良いと考える。構想区域間での流入、流出の問題は、県全体で調整していただくということで何とか乗り切れるのではないかと考えるが、隣接する県との調整は、今後大きな問題になると考える。本件については、来週頃に厚生労働省の地域医療計画課から通知が出ると予想している。方法としては、必要病床数の推計で、医療機関住所ベースで出す場合と患者住所地ベースで出す場合があるが、それぞれの立場でどちらが病床を確保できるのか等をそれぞれが考える必要がある為、調整が難しくなると考える。

各県の状況も確認しながら、日医としても考えていきたい。

※協議事項(7)と(8)については、一括協議。

(7) 地域医療構想策定における県間の調整について(福岡県)

<提案要旨>

この問題につきましては、九医連常任委員会や本協議会において何度も協議されてきましたが、地域医療構想策定の作業が始まり、各県構想区域内・区域間の調整も重要ですが、県間調整についても具体的に協議しなければならないと考えます。

県間調整で一番の課題は、各県が患者さんの流出入をどのように考えるかであると思われます。九州各県行政・各県医師会で、流出入の考え方を統一した上で、県間調整を行うべきと考えますが、各県のご意見をお伺いしたい。

(8) 地域医療構想策定に係る隣県間の協議について(佐賀県)

<提案要旨>

各県では地域医療構想策定に向けて協議が行われていると思うが、県境の地域医療構想区域間、或いは隣県間において調整のための協議は実施されているのか、各県の隣県との協議の進捗状況をお伺いしたい。

なお、佐賀県では、東部医療圏(鳥栖市・三養基郡)と福岡県・久留米医療圏との間で患者の流出・流入が多く、十分な協議、連携が必要となっているが、各県の調整会議の構成員、調整会議の位置づけ、問題の所在等に差異があることから、まずは行政担当者が窓口となり、関係する県(行政)の間で協議を行い、調整会議に反映させることとしている。

【各県回答】

各県ともに、隣県間の調整、協議は重要な課題であるとの認識はあるものの、具体的な議論には至っていない状況であり、今後議論が進む中で検討していきたいとの回答が示された。

沖縄県からは、考え方として、特殊疾患等で流出しても、回復期の機能に雇う時は戻ってくることになる為、受け皿をしっかりと考えておく必要があるのではないかと意見を述べた。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

県間の流入流出については、病床数のやり取りについて行政の役割が大きいのではないかと考えており、先程の議題でも申し上げたとおり厚労省から通知が出ると動かざるを得ないと考える。どの県においても県間の調整については進んでいないように思うが、医師会の考えを行政に投げかけるのも良いのではないかと考える。

※協議事項 (9) と (10) については、一括協議。

(9) 地域医療介護総合確保基金について

(宮崎県)

<提案要旨>

国は平成 27 年度計画に対する内示を 2 回に分け、7 月 17 日に発表された 1 次分は基金総額 904 億円に対し内示額 611 億円、本県では計画額約 8.9 億円に対して約 5.6 億円であった。その内容は、「Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」に満額を付ける一方で、「Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業」、「Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業」は 5～6 割をカットしたものである。しかも当初は、2 次の申請においてもⅠを中心に計画を提出するようという厚労省からの指示があったと聞いている。

上記の配分に従えば、本県の「医療従事者の確保に関する事業」は約 2.9 億円の財源不足が生じ、医師会立看護師等養成所にとって死活問題である。また、国庫補助廃止に伴い基金を財源に実施している他の事業の継続にも大きな影響を及ぼすこととなる。

本会は 7 月 24 日に日医に対し緊急要望を行い、日医も厚生労働省に対し要請をしていただき、同省から、「特に既存事業の継続に配慮する」との強い決意が示されたとのことであるので、本協議会が開催されているところには解決されていることを切に願うばかりである。

については、次年度以降このような混乱が生じないよう、日医におかれましては、財源の確保、既存事業への配慮とともに、地域の実情に応じ

て適切な医療提供体制が構築できるような柔軟な活用等について、国に対して強く訴えていただこうお願いしたい。

(10) 地域医療介護総合確保基金における医師会立看護職員養成校への補助 (長崎県)

<提案要旨>

平成 27 年度の第 1 回目の内示については、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業が優遇され、②居宅等における医療の提供に関する事業、③医療従事者の確保に関する事業について、従来の国庫補助の付け替え事業分にも満たない内示額であった。

これにより、医師会立看護職員養成校の補助も減額になったこと等から、日医でも早速対応頂き、第 2 回の内示では②及び③の事業で継続的な実施が不可欠な事業にも十分配慮されることになったとのことであるが、正式に示されるまでは安心は出来ないと考えている。

内示に一喜一憂させられることなく、医師会立看護職員養成校のように地域の看護職員養成、引いては地域医療そのものに重要な役割を担い、事業の規模縮小 (人員削減や回数削減) が出来ない補助については毎年安定的に確保されるべきと考える。

日医と各県のお考えを伺いたい。

【各県回答】

各県ともに、既存事業に予算を配分することについて、また、地域医療及び地域包括ケア構築を行うにあたっては、看護職員の役割は非常に重要であることから、養成校への補助金を安定的に確保することを強く要望したいとの見解が示された。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

平成 27 年度地域医療介護総合確保基金に関する国からの内示等については、都道府県医師会の先生方に大変ご心配をおかけし、申し訳ないと考えている。

このような状況を受け、日本医師会から国へ働きかけ、従来の既存事業については、2回目の内示で手当てするという回答をいただいている。

次年度以降については、財務省との関係もあり、2回に分けた内示を行わない等の明確な回答はいただけていないが、強く働きかけていきたいと考えている。

今年度の2回目の内示については、各都道府県の議会等の問題もあり、なるべく早めをお願いしたいと強く働きかけているが、内閣の改造が行われる等、内示の時期が遅れることが懸念される状況である。厚労省と都道府県との調整は行われているはずなので、都道府県医師会からそれぞれの行政に対しても働きかけをお願いしたい。

(11) 地域医療介護総合確保基金に関する補助率の問題について（大分県）

<提案要旨>

平成28年度地域医療介護総合確保基金（医療分）活用事業案の募集がなされているが、平成27年度と同基金事業を県行政が募集した際に補助率を原則2/3を予定と明記しており、或る施設がこれに基づき設備の修繕、更新工事計画を立てて申請を行った。

しかし、その施設へ届いた県行政からの決定通知には、補助率が1/2と示されていたため、自己負担額が別途必要となり、資金確保に苦慮している事例があった。

各県に於いて、補助率に関して問題となった事例、解決法があればご教示いただきたい。また、日本医師会の見解をお伺いしたい。

【各県回答】

各県ともに、地域医療介護総合確保基金の補助率に関する問題は特に発生したことはないとの回答が示された。

沖縄県では、地区医師会において、補助率2/3を予定し申請した事業について、県と調整を進める中で補助率が1/2になるとの通知を受け、事業総額自体も1/2に減額される状況が発生していることを報告するとともに、大きな病院の申請のみが通り、利益を得ることがないように進めていただきたい旨の意見を述べた。

長崎県からは、今後、申請後に補助率が下がることは事業者には大きな負担がかかる為、明確化することが必要ではないかとの意見が示された。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

日本医師会としては、なるべく事業を展開しやすいよう補助率を高めて欲しいと言ってきた。公共性が少ないと思われるものには基金を使わないという指摘は重要であると考えている。

(12) 地域医療介護総合確保基金における地域医療構想実現に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業について（福岡県）

<提案要旨>

地域医療構想策定後、地域医療介護総合確保基金を活用して、病床機能の転換を行うこととなりますが、各県において病床転換に係る地域医療介護総合確保基金の具体的な計画又は計画（案）があればご教示いただきたい。

本県においては、かなりの数の病院が病床機能の転換をしなければならないと予想されるため、今後、計画を提出する際の参考にさせていただきたいと考えています。

【各県回答】

熊本県、福岡県（提案県）、佐賀県、長崎県においては、基金を活用した病床機能の転換に関する計画は特にないとの回答が示された。

鹿児島県、宮崎県、沖縄県、大分県においては、平成 27 年度の基金を活用し、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟への転換を対象に、その設備費用を一部補助する事業が展開もしくは展開する予定となっているものの、手上げる医療機関が少ない状況であるとの回答が示された。

長崎県から、基金があってもその補助金で病棟全部を転換するには費用が足りず、事業者負担がかなり大きい状況であり、そのようなことも国は考え転換を促していただきたいと、また、始めに手上げた事業者には補助金があり、今後転換を行いたい事業者には補助金がないということがないように考えていただきたい旨の発言があった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

病床転換について、始めに手上げた医療施設のみに補助金が手当され、今後、手上げる医療施設に補助金が手当されないということがないよう、注視していきたいと考えている。

(13) 災害対処能力向上を図るための訓練の実施について（沖縄県）

＜提案要旨＞

平成 26 年 7 月、九州各県医師会間において九州医師会連合会災害時医療救護協定書が締結されたところである。平成 27 年 1 月、大分県医師会担当のもと開催された「救急・災害対策協議会」でも、災害対処能力向上を図るための訓練の実施について協議がなされている。そのようなことから、図上訓練の実施が望ましいと考えているが、各県のご意見をお伺いしたい。

【各県回答】

- ・全ての県で図上訓練に賛成するとの回答があった。
- ・また、鹿児島県からは、火山性災害も訓練テーマに検討いただきたいとの意見があり、宮崎県からは日医が開催する JAXA を利用した防災訓練への組み入れ及び並行実施を希望するとの意見があった。さらに、大分からは

県関係者も可能であれば参加したいとの意向もあった。

- ・この他、熊本県から、大規模な災害を見据え、各県の代表者が集まり話し合う場が必要である。訓練をせずに実際の災害現場に実働部隊を派遣しても、混乱に陥ることが懸念されることから、規模に合わせた訓練を実施すべきであるとの提言があった。
- ・これ等の意見を踏まえ担当の長崎県より、訓練実施に向けて調整を進めていくとの返答があった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

日医としても訓練が大事であると認識しており、協力していきたい。

(14) 日医認定産業医資格認定研修単位について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

産業医資格継続の為の単位取得に苦勞されている先生は多い。特に実地研修に関しては機会も少なく、郡部では研修参加に時間を取られている。

については、地域産業保健センター事業の一つである「就業判定のための事業場訪問」を行う際に、センター長の認定とコーディネーターの同道を条件に資格認定単位として認めて頂きたい。

【各県回答】

- ・各県とも就業判定のための事業場訪問を研修単位として認めることについて概ね賛成と回答した。
- ・しかし、熊本県からは、産業医の資格を取りやすくすることには賛成だが、国家資格としての価値を維持するためにもそれ相応のしっかりとした研修を受けることが必要であることから、安易に認定するのは望ましくないのではないかと意見があった。また、長崎からも、産業医に対して地産保センター事業への協力依頼がしやすくなるが、制度上クリアしなければならない問題があるとの意見があった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

提案にあるように、コーディネーターの同道とセンター長の認定だけで実地研修になるとは申し上げにくい、研修の機会を増やせるよう日医でも工夫していきたい。また、引き続き各県で実地研修の機会を確保していただけるようお願い申し上げる。

また、これまで、研修会をきちんと実施していることが認定産業医に対する評価を高めてきたこともあり、研修を認定する際の要件との折り合いをどうつけていくかという点をふまえて検討していきたい。

(15) 日本医師会における各種医療・介護データの利活用に向けた検討状況について (鹿児島県)

＜提案要旨＞

平成 26 年度第 3 回都道府県医師会長協議会 (H27.1.20) において、「NDB、DPC、KDB など各種医療情報の分析に関する日本医師会の取り組みについて」 本会会長から日本医師会に対し質問させていただきました。

その際、日医総研で「データ解析センター」の設置に関する検討を進めると同時に、NDB や DPC の分析に関して専門家からのヒアリングを実施し、研究の立場からナショナルデータを扱えるレベルの運営と今後の方針について検討を実施している旨のご回答をいただいたところです。

国の最近の動向を見ますと、①第 25 回レセプト情報等の提供に関する有識者会議 (H27.7.30) で、今年度中に NDB データを基にした集計表(いわゆる NDB 白書)の作成を検討。②第 5 回社会保障制度改革推進会議 (H27.8.3) では、精神科レセプトの分析、介護レセプトの分析の必要性について検討。③医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会の医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ (H27.7.1) では、地域包括ケア「見える化」システム (NDB、介護保険総合 DB、KDB、健保連システム等を活用) のスケジュールなどが示されるなど、各

種データ分析・利活用に向けた取り組みが大きく動いています。

今後、地域医療構想の策定、策定後の地域医療構想調整会議での協議など、データをもとにした議論を行う場面が多くなると思われ、情報活用力が求められているところです。

日本医師会のデータの利活用に向けた検討状況並びに今後の方針についてご教示ください。また、九州各県医師会で独自のデータ分析の取り組みを行われていたらご教示ください。

【各県回答】

各県ともに、独自のデータ分析は行っており、日医の今後の方針等を示していただきたい旨の回答であった。

【日本医師会 釜范常任理事よりコメント】

各種データを都道府県医師会にて活用しやすいとするための講習会を検討していきたいと考える。

(16) ストレスチェック制度に対する医師会の対応について (宮崎県)

＜提案要旨＞

本年 12 月よりストレスチェック制度が義務化されるにあたり、本会としては、職場の現状を把握している産業医に引き受けていただきたいと考えているが、当該事業場の事務実施者及び産業医自ら実施することが困難な場合は外部機関に委託せざるを得ないと考えている。しかし、優良な外部機関、適正な価格等の情報が不足しており、事業所からの相談等に窮している状況である。各県で参考になる情報や取り組みがあればお伺いしたい。

【各県回答】

・福岡県と鹿児島県では、県内各地でストレスチェック実施者向け研修会を開催しているとの回答があった。特に福岡県では、それぞれの会場での質問を受けて具体的な対応についてアドバイスを行っているとのことであった。その他提案県の宮崎県を含めた 6 県では

特別な取り組みは行っておらず、情報が不足している（沖縄、大分）といった意見や、すでに独自のルートで必要な費用の検討を始めている企業もある（熊本）といった回答があった。

- ・委託費用について、宮崎県では、医師会が経営する健康サービスセンターで1人あたり約500円でストレスチェックを実施する予定であるとの情報提供があった。また、熊本県や

鹿児島県からは、中央労働災害防止協会や全国労働衛生団体連合会が提示している金額について情報提供があり、1人あたり500円～600円が基準となることが考えられるとの意見があった。

- ・熊本県からは、ストレスチェック制度の開始に伴い、事業所から積極的に産業医の契約依頼が来ているとの情報提供もあった。

印象記

副会長 玉城 信光

10月3日に長崎で標記協議会が開催された。主に地域医療構想について議論がなされたのでその報告を行う。

九州各県ともスケジュールが遅れているが、最終的には平成30年の医療計画の策定に合わせるスケジュールで良いと言われている。国は急性期病床から回復期への移行をすすめたいと思い、地域包括ケア病床という形の病床を推奨している。しかしながら、地域医療構想の中で必要病床数の検討がなされる前に、国による誘導がすすめられることは良くない。地域における必要病床数と機能を調査し、確定する必要があると考える。

また、回復期病床とはどのようなものが想定されるのかの確認が徐々になされてきた。回復期とは「回復期リハビリ病床」のみではなく、肺炎など急性期の感染症から離脱したのち、自宅復帰までの回復期の治療を行う等の病床も想定しているとのことである。

二次医療圏を変更する県があるか質問したが、各県とも構想区域は概ね現在の二次医療圏で策定が考えられているようである。その医療圏からの流出入等の算定が行われるようであるが、沖縄県で考えると、北部から中部、南部への流出が多いことを前提に考えると北部の病床が減少してしまう。医師会としては北部医療の活性化と充実を考えることが基本であると思う。減少することを前提に議論を進めることは、国の大きな方針である地方創生の施策とも相反することになる。

上記地域医療構想に向けた基金の中に人材育成も含まれるのであるが、これまで出されてきた看護学校等への補助金が削減されており、各県ともこれらの是正を日医にお願いした。

今年から来年にかけて地域医療構想の必要ベッド数が定められるが、これらの基準は状況に応じてPDCAサイクルを活用し見直される必要があると考える。今後の沖縄県の議論と九医連の議論の推移を見守りたいと思う。

この協議会の前後に中部地区の回復期病床、地域包括ケア病床、療養病床、老健施設などを視察させて頂いた。各々の施設で抱える問題点などが浮き彫りになってきた。各地区において、現在の状況を打破する方策を見出す中から2025年の必要病床数と病床機能が確定されると確信している。各地区医師会の活躍を期待している。

2. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



挨拶

長崎県医師会 釣船副会長

本日はお忙しい中、はるばる九州各県よりご参集いただき感謝申し上げます。本日は中身の濃い議論になればと考えています。また、本日は日本医師会より、松本常任理事にお越し頂いた。松本先生には後程、各協議事項に対し、適宜コメントを頂く予定である。

本日は、2時間の限られた時間ではあるが、実りある会議になるよう祈念申し上げます。

日医・松本常任理事

本日は、医療保険協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

九医連の先生方は、非常に熱心である為、自身がどの程度、先生方のご希望に応えるような話が出るか不安であるが、皆さんのご意見を伺いながら、日医の考え方、現時点での対応についてご説明させていただきたい。

本日は宜しく願い申し上げます。

協議

(1) 診療所における電子カルテの指導について
(福岡県)

<提案要旨>

近年、電子カルテの普及に伴い、新規個別指導や個別指導での電子カルテに関する指摘事項が激増しています。指導に先立ち対象医療機関には当局からの資料が送付され必要事項を記載のうえ返送が要求されます。

電子カルテに関しては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.2版」に沿った指導が行われますが、ガイドラインの付表では診療所は小規模病院と同じ基準となっており、1人医師が殆どである診療所で基準を順守することには無理があります。診療所独自のガイドラインが作成されることを望みます。

また、指導現場で電子カルテ自体の不備による指摘を受け返還を求められることも起こっています。電子カルテ業者は多数あり、適切な機種を選定は医療機関にとって大きな悩みです。

電子カルテの導入が国策として行われている中で、発売される電子カルテ自体がガイドラインに沿った内容であるとの国の認定が適切な電子カルテの普及のためには必要不可欠と考えますが、各県の現状とご意見そしてこの件に関する日医のお考えをお伺いしたい。

<主な意見>

現状で電子カルテの不備による返還が生じているのは福岡県だけであるが、業者間で電子カルテの内容が異なることから、医療機関に不利益が生じないようガイドラインの作成を求める意見が多く上がっており、日医の見解を伺うこととなった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

以前、九州厚生局熊本事務所へ厚生労働省から電子カルテの指導の指針があるのかと尋ねたが、特にそういったものはないとの回答であったので、厚生局の対応は各県ばらばらになっているのではないかと考える。

■鹿児島

同じパスワードを複数人が使用出来る事に対する指導等はあるが、返還等の問題は起こっていない。

■佐賀県

特に電子カルテという事で指導のチェックが厳しくなるという事は起こっていない。

■宮崎県

電子カルテの不備に関して返還等が起こっている事例はないが、電子カルテを標準化することが望ましいと考えている。

■沖縄県

本県での電子カルテに関する指導の状況は、真正性・見読性・保存性を確認し、不備があれば文書等で指摘する程度で、現状では返還までには至っていないが、中には、修正履歴等が残らないと回答をする医療機関もあり、メーカーに確認しても対応が難しいとされる事案では、システム回収に多額の費用がかかる為、メーカー側の問題で医療機関に影響が出ないよう、厚生労働省はきちんとしたガイドライン等を作成し、

医療機関が不利益を被る事がないようにしていただきたい。

■大分県

本県では、以前行われた個別指導の際に、パソコンの故障により電子カルテが打ち出せず、バックアップも残っていないといった医療機関があり、指導の場で大混乱となったが、初めてのケースであった為、レセプトのみで指導を行った事例があった。電子カルテを当初より使用している所は、そろそろパソコンの不具合等が出てきてもおかしくない時期にきていると考えられる為、クラウド等に通常のバックアップと併せて二重、三重に保管する必要があるのではないかと考える。また、当該医療機関に詳細を確認すると、そもそもシステムに問題があったようなので、厚生労働省からの情報提供が無理なら、日医の方で業者の適切、不適切の情報提供を行って頂きたいと考えている。

■長崎県

本県では特に電子カルテの不備等で返還等は起きていないが、ここ数年前から「運用マニュアル等は作成しているか」といった質問をされる場合が出てきている。

□日医松本常任理事

現在はIT化が進み急速に電子カルテの普及が進んでいるが、厚生労働省が示している医療情報システムの安全管理に関するガイドラインについては、医療情報ネットワーク基盤検討会で検討されている事項であり、日医からは石川常任理事、日医総研からは矢野主任研究員を構成員として参画しているが、電子カルテのガイドラインを作成する事になると、非常にがんじがらめになってしまい、却って罰則のようなものが出てくる恐れがある為、運用の面でどうにか出来ないか模索中である。

指導現場については、九州各県の中でも福岡県の地方厚生局が非常に厳しいものと伺える。また、指導の前日に指定された患者の電子カルテを全て打ち出すのは大変である事から、数年前の物まで求められるのはおかしいと厚生労働省側に訴えているが、是正される話が出ていない。また、30名の指定人数を減らしていただきたいとの話

も水面下であるがしている。電子カルテについては日医でオルカ電子カルテシステムを進めてくのが一番ではないかと考えている。電子カルテはメーカーによっては、きっちりした物が出来ていないところも確かにあるが、日医からメーカーの良し悪しを区別する事は出来ない。

いずれにしても日医にはIT委員会もあり、その中で「医療情報システムを安全に管理するためのしおり」も発行しているのでそちらも参考にしていきたい。

■長崎県

日医の医療IT委員会の中で、どうもオルカシステムが日医総研から離れて外部委託になるという話が出ているようで、その中では日本中のレセプトシステムをオルカにすることで、オルカのレセプトエンジンを全国標準にしていき、それに付随して連動する電子カルテの開発を日医としては進めていくような考えのようである。オルカと連動する電子カルテはきちんとガイドラインに沿った形で出来れば良いとする考えである。

システム業者でも2年毎の診療報酬改定に合わせたシステム構築は非常に利益が少ないようであり、レセプトシステムから大手メーカーも撤退し、電子カルテの部分に進むという話が出ているようである。

(2) 医療のICT化による医療連携を見据えた診療報酬の在り方について（福岡県）

＜提案要旨＞

近年、医療のICT化及びそれを活用した医療連携体制の構築が各地域で取り組まれている。「地域医療介護総合確保基金」においても、医療の機能分化と連携が重要な項目として位置付けられている。

2025年に団塊の世代が後期高齢者となる際に、医療の質・効率性を向上させる意味からも医療のICT化をさらに推し進めることは、これからの高齢社会に対応するためには重要であると考ええる。

医療のICT化は、複数の医療機関の間で患者の診療情報（病名、病歴、検査結果、画像情

報等）の共有が円滑に行われ、患者にとっては複数の医療機関で同様の検査を受ける必要がなくなるというメリットがあげられるが、一方で、医療機関側から考えると、病院（開示病院）の電子カルテの内容を診療所等で見るとシステムの場合、検査は病院で行い、診療所では同等の検査ができにくい事態になりかねない。

ICTを活用した医療連携を促進するうえでは、ICT連携による新たな問題に配慮した診療報酬体系が工夫されるべきと考えるが、各県医師会並びに日本医師会としてのお考えをお伺いしたい。

＜主な意見＞

各県ともICTを活用した医療連携は重要なものであるという考えのもと、連携するにあたり、情報提供する側とされる側の診療報酬に差が出る事に対する不安や資金力に差が出る様な事がないよう、何かしらの診療報酬上の配慮は必要であるが、ICTを活用した新たな診療報酬体系の策定は慎重にすべきという意見が主であり、日医の見解を求めた。

＜追加発言・質疑応答＞

■熊本県

ICTを利用する事は今後益々重要な物となってくると考えるが、医療は効率化すると得をする部分と損をする部分がどうしても生じるが、医療費は全国民が平等に負担するものであり、ICTの活用によって医療費が下がる事はいいことであると考ええる。

■鹿児島県

本県ではICTを活用している医療機関は現状ない。

■佐賀県

今後はICTを活用することは重要と考えるが、ICTに対する評価という事になれば難しいと考えるので、やはり基本診療料である初診料・再診料等で評価して頂きたい。

■宮崎県

ICTの活用はメリットが増えると理解しているが、情報漏洩が非常に憂慮される。

■沖縄県

本県では数年前に日本一の長寿県から脱落し

た事により、県全体で「健康沖縄 21」といった目標を掲げ長寿県を取り戻す動きがあり、その流れで糖尿病や脳卒中の医療連携パスを策定しているが、特定健診データを始めとする様々な医療情報を繋げた沖縄津梁ネットワークを構築し、医療情報の連携が可能な環境整備を進めている。今後全県に導入が広がれば、登録した医療機関であれば基本データを閲覧し、診療が出来るような仕組みであるが、他県が危惧されているように、効率的な医療を求めるあまり、頑張った医療機関が減収になる事がないよう基本診療料に組み込む等、今後議論が必要な部分ではないかと考える。

■大分県

ICT 化を国は推奨しており、メリットも十分理解出来るが、新たな診療報酬体系を設ける事で、国にデータ等を渡す義務が発生する恐れがあり、全ての患者のデータを一元的に国が管理出来るようになるというのは恐い部分もある。その為、診療報酬の新設は慎重に対応頂きたい。

■長崎県

本県ではあじさいネットというネットワークを構築しており、理念としては重複する検査、薬剤を省いて医療費を削減し、医療の質を高め、国民の信頼を取り戻す事が目的であったが、それ以外でも、患者側から情報提供がなかった部分を知る事ができる等、色々な情報を知る事は今後の他職種連携の中でも必ず必要となってくる部分であると考え。また、かかりつけ医の診療補助になると考える為、ICT 化による評価を何かしら対応頂きたいと考えている。

□日医松本常任理事

ICT 化については、今回の診療報酬改定に関わる答申書の付帯意見には、ICT を活用した医療情報の共有の評価のあり方を検討する事とあるが、中医協の中でも議論が始まったばかりで、方向性に関しても全く決まっていないのが現状である。

また、福岡県の意見の中で診療報酬についてふれられているが、診療報酬で誘導するかどうかについては、「在宅」等の問題のように、推進する為に点数を上げたがために在宅に流れ過

ぎたので、今後は点数を下げる等の対策がとられるなど、診療報酬で評価するという事は、そういった事を繰り返す可能性がある部分であり、また、日医の中でもこれから中身について議論を深めていく段階にある為、個人的な意見ではあるが、基本診療料や在宅といった部分に比べると重要度が低いとまでは言わないが、優先順位が少し下の方になるのかなという印象がある。今後日医の中で検討してから中医協の中で議論していきたいと考えている。

■福岡県

今後の病院とかかりつけ医の情報連携は重要であると考えている為、是非診療報酬での対応を検討頂きたいと考えている。

(3) 後発医薬品の普及策について (熊本県)

<提案要旨>

「骨太の方針 2015」のなかで、「薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品に係る改革 (案)」が閣議決定された。これは、後発医薬品に係る数量シェアの目標値について、2017 年度に 70% 以上、2018 年度から 2020 年度末までの間に 80% 以上とすること。また、国民負担を軽減する観点から、後発医薬品の価格算定ルールの見直しも盛り込まれている。その促進策として、診療報酬上での対応、処方箋様式の変更や長期収載品の保険給付額の見直し、いわゆる「差額の自己負担化」(参照価格制度) も検討事項とされている。

医療用医薬品に占めるジェネリックの数量シェアは全国で 58.2% (2015 年 2 月現在)。沖縄県を初め九州各県は概して高いものの、医師・患者等の不安の要因として品質確保、情報提供の拡充、「汎用品リスト」の作成や安定供給の徹底、名称の在り方などが指摘されている。

これらの普及策の問題点とその対応について、九州各県のご意見と日医の見解をお伺いしたい。

<主な意見>

各県とも提案県と同様、後発医薬品の品質確保、安定供給を求める意見や、メーカーや国に

対し、処方する側・される側の不安解消に努めるべきであるという意見がほとんどであり、日医の見解を伺うこととなった。

＜追加発言・質疑応答＞

■福岡県

本県では「ジェネリック医薬品使用促進協議会」が設置され、県医師会も参画している。県医師会としては全面に推奨するという事はないが、患者側の安心・安全を守る為、また医師の処方権が脅かされないよう参画し、現在では主に、ジェネリック医薬品リストについて、先発品と効能効果に違いがある後発医薬品の取り扱いについて、無床診療所での院内処方における後発医薬品使用体制加算の新設について協議している。

■鹿児島県

本県では、後発品の使用割合が沖縄県について高いが、医師会から推奨しているということとは全くない。

■佐賀県

行政側との後期高齢者等に関する会議の中では必ずと言っていいほど後発品の話が出るが、やはり質・効果・安全性が確保されるのかという不安が大きい。TV コマーシャル等で芸能人がPRしているが、当人が後発品を使用しているのか聞いてみたいというのが本音である。国が責任を持って保障しなければ、現状では安心して使用出来ないと考えている。

■宮崎県

後発品の品質の保証・安定供給はもちろんであるが、1 番の問題点はジェネリックメーカーの乱立であると考えている。

■沖縄県

本県では現状、すでに後発医薬品の使用率が70%を超えているが、これは医師会が主導して推奨しているという事は一切ない。本県では後発医薬品が出始めた頃から、利用者側が従来より安い薬が出たとの認識で、経済的な背景から利用する患者が多いが、経済的な負担を抱えているという事は最終的には医療機関に受診する事すら出来なくなるという事が懸念される。品質の問題があるにせよ薬害が出なければ、安い

薬という事で選ばれているのが現実である。また、沖縄の医療は県立病院群を中心に離島を含め医療を支えているが、県立病院群も先発品と同等であることがある程度担保された後発品を採用している部分もある。品質の問題がある事は分かっているが、本県では現状の70%当たりで頭打ちではないかと考えている。国が求める80%を達成するには、絶対的な安定供給確保・品質の保障が目に見える形で分かるよう対応していただく事が必須条件であると考えている。

現状の後発医薬品を選ぶ基準が曖昧な為、長期処方の場合等では、薬をもらう度に薬剤が変わるという状況となっているが、それでも価格が安いからといって利用している患者が本県は多いと考えており、沖縄は国が考えるモデルケースでもなんでもないという事をご理解頂きたい。後発医薬品の話になると必ず本県が取り上げられるが、自慢出来る事ではないと強調したいと考えている。

■大分県

やはり品質や供給体制に問題があると考えている為、本県ではどんなに頑張っても60%が妥当なところであると個人的に考えている。院外処方箋に関しては100%後発医薬品に置き換える事が出来るが、頑張っても60%程度ではないかと考えている。また、院外処方のレセプトの審査をしていると、患者側で後発医薬品を希望しないと記述がある場合も多々あり、ジェネリックありきというのはいかがなものかと考える。

■長崎県

やはり質の問題であると思う。患者側が安心して出来るものでないと使用は広まらないと考えている。

□日医松本常任理事

先日の中医協薬価専門部会の中で日本ジェネリック製薬協会と日本医薬品卸売業連合会のヒアリングがあり、中医協委員の中川副会長よりメーカーが多すぎるのではないかと指摘や、1つの製品に対して何十種類もの後発医薬品が出るのも問題ではないかという指摘を行った。この件について製薬協としては協会からメ

一カーを少なくしていきたいとはいづらいようであるが、今後は業界として整備していかなければならないというスタンスであると見受けられた。

また当部会の中で、後発医薬品は何種類かある中で薬価の違いがあるのはどう考えているのかという質問を厚労省の薬剤管理官にさせていただいたが、答えは曖昧な回答であり、自身より先発品の価格を下げれば何の問題も無いのではないかと話したが、明確な回答は無かった。

今後は流通の問題・製品の問題についても集約していかなければならないと考えているが、日医総研のあるアンケート調査の回答の中で後発医薬品に進めていく事に絶対反対であると考えている医師は少ないようである。また後発品は処方するが、変更不可で出す医師が多いという事も分かってきた。理由は品質の問題であると考えるが、この件に関しては製薬協としては変更不可で出されると急配をしなければならない等、業界は大変であるという回答であった。また、中川副会長より後発品は調剤薬局の在庫整理になっているのではないかという意見があり、高血圧の薬であっても行く度に異なる薬を貰う現状はおかしいのではないかという意見があった。大量に安く仕入れて大手チェーン店は回しているのではないかと考える。日薬の中医協委員はそういった事はないと回答していたが、本音ではないのではないかと考える。

■福岡県

沖縄県の先生へお伺いしたいが、医療離れした患者さんでジェネリックに切り替える事により、医療に復帰した方等は把握されているか。

■沖縄県

医療への復帰した割合等について具体的な数字は持ち合わせいないが、沖縄県の国保連合会では、月毎に全て先発品だった場合と、全て後発品だった場合の差額通知を行っており、その通知の価格差をみて患者側より先発品から後発品への切り替えの要望を行う場合もあるようである。

■佐賀県

沖縄からもあったが、薬害が無ければ効果が無くても使用する患者は多いと考える為、やはり後発品も効果があるという事を厚労省より保障していただきたい。そうでないと後発品の処方箋を出してもどのメーカーの薬を使用するか分からない不安がある。

□日医松本常任理事

後発医薬品使用促進の為のロードマップ委員会に出席した際に、厚労省へ品質の確保及び、どこで作るのかという事についてもしっかりして欲しいと要望したが、現状では最終生産地が日本であれば日本産になり、工程過程は中国で作る部分があるとしても、最終的には日本で作る所以品質は問題ないと建前での回答しかなかった。現状で後発医薬品を安心して利用するには、後発医薬品を処方する際に変更不可で対応するしかないのではないかと考えている。

(4) 院内投薬の推進について（熊本県）

<提案要旨>

医療機関の薬価差益解消、重複投薬の防止や薬物療法の安全性・有効性を目指した医薬分業は、今や約 67%（処方箋発行枚数ベース）まで普及したものの、「かかりつけ薬局」の機能不全が指摘され、残薬問題も含め医薬分業の在り方が議論されている。

一方、主治医による服薬管理が要件となっている「地域包括診療料/加算」で院内投薬も求められている。しかし、院内調剤料、処方料や調剤技術基本料、院内製剤加算など少なくとも処方箋料に匹敵する程度の評価、即ち院外処方と院内処方の点数格差の是正で、院内投薬への回帰も必要ではないかと考える。

この院内投薬の効果的な推進について、九州各県のご意見と日医の見解をお願いしたい。

<主な意見>

各県とも、院外処方と院内処方の点数格差を是正すべきであるという見解がほとんどであるが、院内処方を評価するとなれば薬剤師の配置

の義務化等が懸念され、自然な形で院内処方へ戻すべきではないかという意見等もあり、日医の見解を伺うこととなった。

■福岡県

地域包括診療料及び加算が出来てから、院外処方から院内処方へ回帰する医療機関も増えてきているので、点数の格差は是正していただきたい。

■佐賀県

院内・院外の格差是正はもちろんお願いしたいが、以前の管理栄養士のような配置義務化等の基準が設けられないか懸念がある。

■宮崎県

院外処方にすれば、調剤薬局の技術料が付くが、この技術料は平成 26 年度は 1 兆 8 千億円であり、医科では眼科と耳鼻科の医療費を足した額をも超える金額であり、医療費削減を行う為にも院内回帰をすべきであるとする。

□日医松本常任理事

院内と院外の調剤は非常に差が大きいと理解しており、当然院外の方は下げるべきであるとする。医科の医療費の伸びは技術革新による高度化によるものが大きい、調剤については技術革新というものが無いにも関わらず、単に量が増えている事によるものと思われるので、やはり日医としても下げるべき方向で調整していきたいと考えている。

また、院外と院内の差については、中医協の資料として載せようかと考えている。その資料を基に議論していきたいと考えているが、院外から院内に戻せという事ではなく、院外と院内の差があまりにも大きいという事を強調していきたいと考えている。

(5) 院外処方に対する医療費の増大と病院勤務薬剤師の獲得困難について (鹿児島県)

<提案要旨>

院外処方システムにて、薬剤に関わる医療費の増大が起こっていることは、医療経済の効率という点から目指したものと合致していないのではないか。

院外薬局勤務者の給与はかなり高いと聞いており、そのことは、病院勤務の薬剤師の獲得の困難さを助長している面がある。大病院の周辺に数個の院外薬局が存在すること自体異様であり、従来の方式（院内処方）のほうが医療全体のコストも低いと思われる。

現在の国の検討状況並びに日医の見解をお伺いしたい。

<主な意見>

院外処方については、院内処方との格差があまりにも大きいことから格差是正を求める意見が多く、国の検討状況並びに日医の見解を伺うこととなった。

□日医松本常任理事

医療費の事から考えれば、院内処方の回帰だけではなく、調剤費を下げて是正していきたいと考えている。

■福岡県

保険医療機関というのは医科・歯科・調剤があるが、医科と歯科は利益を追求出来ないこととなっているのに対し、調剤の場合は株式が参入しており、その辺りが大きな問題ではないかと考えているが、日医の考えはどうか。

□日医松本常任理事

非常に難しい問題である。例を上げれば医療と介護と同じで、株式会社の参入を許した介護保険制度を考えていかなければならない事とよく似た大きな問題であると考えている。薬剤師を悪くいうつもりはないが、調剤の場合は利益を追求しても良いとなっている為、そもそも我々と同じ土俵で話をしてはいけないのではないかと考えており、そういった意味では一線を画して協議していきたいと考えている。

(6) A221「重症者等療養環境特別加算（1 日につき）」の取扱いについて (大分県)

<提案要旨>

医科点数表の解釈（平成 26 年 4 月版）
「加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は 2 人部屋の病床に入院した者である。」

ア 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者。

とされているが、レセプトよりその必要性が判断できない事例がある。

診療科などにより判断基準を設けているか、各県の取扱い状況並びに日医のご意見を伺いたい。

＜主な意見＞

「重症者等療養環境特別加算」の取扱いについては各県とも審査側の判断基準等は設けておらず、審査員の判断が主となる意見がほとんどであった。この件について日医の見解を伺うこととなった。

■日医松本常任理事

日医では、診療報酬請求事務においてなるべく医師や事務の方の負担にならないようにレセプトの傷病名や処方した薬剤、行った診療行為はレセプトで判断出来るものに関しては、摘要欄にコメントを記載しないでいいと説明しているが、審査する側においては摘要欄にコメントを書いていただくとスムーズに判断する事が出来る為、面倒ではあるが、コメントの記載があれば問題ない事が多いと考える。

(7) 九医連で取り纏められた次期診療報酬改定に係る要望事項について（福岡県）

＜提案要旨＞

平成 27 年 1 月 24 日に大分県にて取り纏められ日医に提出された「平成 28 年度改定の要望事項（10 項目）」のうち、上位の要望事項に関する進捗状況を中医協での議論も含めてお聞かせいただきたい。

特に、1 番目の要望である、薬価、材料費マイナス分の本体への充当は、厳しい国家財源の中とはいえ、従来の改定で継続的に行われてきたもので、前回のように改定財源から突如切り離されたことは到底容認できず、日医も強く、元に戻すべきとの立場でご奮闘中とのことであるが、現状についてご報告いただきたい。

また、2 番目の要望では、九州は地域包括ケアの核としての有床診療所が多いことはご存知のとおりであるが、7 対 1 病床から地域の有床診療所に転院後に地域に戻る例も多く、「自宅復帰率」の算定方法について、来院した患者の行き先の中に有床診療所を加えていただきたいと考える。

また、その他の 10 項目の内容についても、ご意見・進展等があればお聞かせいただきたい。

(8) 平成 28 年度診療報酬改定について

（宮崎県）

＜提案要旨＞

医療費抑制政策が進められる中で、来年度の診療報酬改定について巷では厳しい情報が多く聞かれる。日本医師会の動きなど最新の情報をお聞きしたい。

また、消費税 10% に向けての具体的取り組みについて、診療費と薬剤・医療材料費に分けて、現在の状況をお聞かせ願いたい。

※ (7)、(8) については関連している為、一括協議された。

＜(7) についての各県の主な意見＞

各県ともに前回の診療報酬改定時に薬価、材料費引下げ分が診療報酬本体への財源切り離しとなったことについて、次期診療報酬改定では従来の改定のように本体に充当すべきであるという意見であり、日医の見解を求めることとなった。

＜(8) についての各県の主な意見＞

各県ともに、今後の消費税 10% 増税時の日医としての取り組みや進捗状況について伺いたいという意見で一致しており、日医へ伺うこととなった。

□日医松本常任理事

実際にはまだ協議していないのが現状であるが、先日、日本医師会の会内委員会である診療報酬検討委員会の要望の取り纏めを行い、横倉会長へ要望書を手渡したところである。

しかし、要望書をそのまま中医協や厚労省へ持っていくということではなく、要望書を基にして水面下での交渉を行っていく。その中で、優先順位等を決めていくことになるが、具体的に改定率が決定しない事には、手当をどうするかという具体的な話が出来ない。

そのようなことから、現状は在宅医療であれば、今後こういった考え方で進めていくかという事を詰めている段階である。具体的な点数の配分は改定率が決定してからという事をご理解頂きたい。薬価材料費のマイナス分を本体へ充当することは我々の悲願である。

これがどうなるかは財務省がこういった説明をしてくるかで大きく影響してくる。我々は、厚労省としっかりスクラムを組んで議論していきたいと考えているが、財務省は非常に手強い存在である事は間違いない。具体的には、「自宅復帰率」については押して行きたいとは考えているが、少し難しいかなという印象を受けている。

＜主な意見＞

■長崎県

追加補足であるが、7対1についてであるが、先日、有床診療所委員会があり、その中で、日医の方で診療所の在宅復帰率を出していたが、内科では8割近く整形ではほぼ全ての患者、外科でも8割近くあった為、鈴木常任理事はこの点を強調していくと話されていた。もう1つは、入院患者の他科受診についても強く強調していくようである。

■福岡県

入院中の患者の他科受診に関しては、前回改定時も上位の要望事項であったが、内容は何も変わっていないため、今回こそ、改善をお願いしたい。

□日医松本常任理事

入院中の他科受診については、標榜しない科の制限がある事については、厳しすぎるのではないかと話をしている。また、現在の厚労省の交渉相手も2年前とは異なるので、丁寧に説明していきたいと考えている。

(9) 診療報酬マイナス改定時の診療所の対応について（長崎県）

＜提案要旨＞

次期改定はマイナス改定という噂が流されているが診療所の経営安定には是非プラス改定を要求していかないといけない。しかし、マイナス改定にも備える必要がある。

診療報酬のプラス、マイナスは机上の計算で各医療機関ではプラスに変えることもできる。そのためには医師会として各会員に現在の診療報酬体系でどのような算定方法があるか周知することで各医療機関での経営の安定に寄与していく必要がある。

長崎県医師会では保険審査に対する「診療時の留意事項」という小冊子を発行しているが、まだ、算定に対するアドバイスなどの対応は特にしていない。

各県の対応をお聞かせ願えれば幸いである。

＜(9) についての各県の主な意見＞

各県ともに、保険診療に関する研修会や手引き等を発刊し、会員へ周知しているという意見が主であった。

＜追加発言・質疑応答＞

■熊本県

特別に医師会としてアドバイスは行っていない。

■福岡県

医師会として会員に直接アドバイスする事はないが、「保険診療の手引き」を策定しており、会員から大変評判がいいものとなっている。

■沖縄県

本県では、点数の算定に係る解釈等について個別に相談があった場合に対応している。

□日医松本常任理事

医療・介護の財源を確保すれば、地方の経済活性に繋がると政府に訴えていきたいと考えているが、各県の先生方にも是非、地元の国会議員の先生へ訴えて頂きたいと考えている。しかし、現状の社会情勢から厳しい改定率になった場合は、医療機関が出来るだけ減収にならないようにしていきたいと考えている。

具体的な対応としては、通知等の解釈によって実質的にプラスとなるような物は早急に送付させて頂きたいと考えている。通知文書1つで大きな影響があると考えている。

(10) 在宅医療推進政策への要望（佐賀県）

<提案要旨>

かかりつけ医（主治医）は、通常は自院で診療を行い、かかりつけ患者に在宅医療が必要になれば、その患者に対して訪問診療・往診などを実施し、24時間365日、常時対応する。これが、あるべき、かかりつけ医の理想の形ではあるが、実際には無理なところも多く、医師自身の高齢化や後継者不足などで対応が困難となることも十分に考えられる。このように、かかりつけ医自身のハードルを上げることは、自身の首を絞めていくことにつながることから、時間外対応加算や在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、また、地域包括診療料、地域包括ケア病棟（病床）に手を挙げられない医療機関も多いと思われ、今後、地域包括ケアの構築や在宅医療の推進の方針の中で、このような医療機関が不利な立場となっていくのが危惧される。

チーム医療や連携医療を推進し、在宅医療を推し進めていくことは、将来に向けて大切なことではあるが、地域医療ビジョンにおける病床再編を含め、診療報酬改定の流れが、あまりにも在宅医療の方向（関連）に急速に偏っていないよう、日医には要望したいと考えている。

<主な意見>

各県ともに在宅医療推進については地域の実情を踏まえたものとすべきであり、急速な在宅促進ではなく、現場に合った在宅医療を望むとの要望が主であった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

現在の在宅医療の推進は急速に進み過ぎているという懸念があり、「受け皿なき在宅医療」となって、医療難民や介護難民が発生する事がないよう対応いただきたい。

■鹿児島県

本県の場合は、過疎地が多くあるが、在宅で診るにも距離が遠いのでそういった距離の問題等を解決する事も重要であると考えている。

■沖縄県

本県の高齢化率は全国と比較すると高い方ではないが、要介護期間が長いという特徴があり、在宅を支援しようにも介護保険を利用しようにも経済的余裕がなく、結局、医療機関や施設に入院・入所し、いわゆる「まるめ」の中でカバーしなければならない患者も多いと考えている。また、在宅を支援する医療機関が少ないところに、国から様々な在宅推進案が出されたことで、在宅の受け皿となるような医療機関が伸びると考えていたが、現実的にはハードルが非常に高く、これから在宅を始めようとした医療機関数が伸びかけたのに、要件を厳しくした事によって頭打ちとなっているのが現状である。国がこの先どうしていきたいのか方向性が非常に分かりにくく、現場は混乱しており、拙速な変化には対応しきれないのではないかと考えている。

■大分県

在宅については、外来の延長線上に考えている医師と在宅を中心としている医師の2つのパターンに分かれており、思惑も二分しているのではないかと考えているが、前回改定で現場は大きく混乱した為、次回改定の際にはあまりふれないうでいただきたいというのが本音である。

□日医松本常任理事

在宅の理想形は、午前中は外来、午後から地域に出るのが理想ではあるが、地域の実情や、都市部と地方でも考え方は異なると思う。前回の改定では同一建物の部分で在宅に誘導していた不適切な事例に対応する為に一気に引き離れたという点を理解しているので、自身の考えではあるが今回は在宅にはあまりふれたくないと考えている。

また、在宅に特化した医療機関をどうするかという点については非常に難しい問題である。都会ではこういった医療機関に頼らざるを得な

いという事もあり、本来は医師会員であるといった条件付きにしたいと考えているが、難しい問題である。また、要介護度によって報酬を分けるべきであるといった意見等もある。要介護度が違っても通院出来ない患者を分けるというのはいかがなものかと考えているが、軽度の人については分けて考える必要がある為、なにか良いアイデアがあれば意見を頂戴したい。

■佐賀県

やはり、政策として考えていく事が必要である。

独居の人をバラバラで診るよりも、どこか一カ所で診ることが出来るように政策を考えていくのも重要ではないかと考えるがいかがか。

□日医松本常任理事

医療政策的にどう考えていくのかは非常に重要な課題であるが、我々はどうしても診療報酬上の事を気にしてしまいがちであり、大きな視野を持たなければならないと考えてはいるが、やはり政策の事は行政側の対応となる為、地元の国会議員の方に働きかけを行って頂きたい。

(11) 在宅療養支援診療所の施設基準の見直しについて (沖縄県)

<提案要旨>

平成 26 年度診療報酬改定において、在宅療養支援診療所の施設基準が引き上げられたことによって、医療機関のなかには施設基準を満たすことができずに在宅診療から撤退してしまうなど、現場では混乱を来している状況である。

実際のところ、強化型在宅療養支援診療所の新基準は支援診の実体にそぐわないと考える。常勤医師 3 人体制の支援診は皆無に等しい状況であり、支援診の多くは常勤医 1 人体制で外来診療が主体となっている。

また、たとえ連携した場合でも、都市地域で在宅医療に特化して診療を行っている支援診は

看取りと緊急往診の新基準をクリアする事はそれほど困難ではないが、外来診療中心のその他の支援診は新基準をほとんどクリア出来ない状況である。

機能強化型在宅療養支援診療の役割は看取りに至るプロセスで患者、家族のニーズに総合的に対応し、24 時間対応の医療サービスを連携と協働を通じて実践することである。最終の看取りの場は必ずしも在宅が最適と言えない場合も多々あり、看取りに至るプロセスの評価が新基準では不十分である。

今後在宅医療への新規参入を促し、在宅医療の質の向上のためにも基準の見直しが必要である。中医協では次期改定に向けた議論が活発に行われているところであるが、「在宅医療」について日医の見解をお伺いしたい。

<主な意見>

各県とも、在宅療養支援診療所の要件に対し、要件緩和を求める意見や、国の在宅推進の動きとは矛盾しているといった意見が上がり、日医の見解を伺う事となった。

<追加発言・質疑応答>

■熊本県

本県でも強化型の在宅支援診療所を算定している医療機関はほとんど無く、看取りの件数が施設基準に入っていること自体が問題であると考えている。

<日医コメント>

□日医松本常任理事

看取りが要件に入っているのはおかしいと考えているが、話が進んでいないのが事実である。また、これから年末年始にかけて協議していきたいと考えているが、看取りについては、水面下で常に話しており、手応えはあるが、一度要件として入ってしまったので、完全に撤廃となるかは難しい所である。

印象記

理事 平安 明

平成 27 年 10 月 3 日、長崎県のホテルニュー長崎にて九州医師会連合会の第 1 回医療保険対策協議会が開催された。今回は各県より提案された 11 題の協議事項について協議が行われた。日医より医療保険担当の松本純一常任理事が参加され、議題ごとにコメントを頂いた。詳細は議事録をご参照頂きたい。

今回の会議では、地域包括診療料や同加算に関連して見直しが迫られている院内処方のことや、後発医薬品使用促進、調剤関連の医療費など、次回改定にも影響がありそうな薬剤関連について活発な議論が行われた。医薬分業が進められてきた結果、当初の目的と異なり調剤関連の医療費が伸び続けている。調剤薬局には何故か営利目的企業の参入が認められており、明らかに医科や歯科と視点の違う展開が見られるのは非常に違和感がある。中医協でもその点は議論になりそうだが、日医にはしっかりと意見していただきたい。

当県は全国一後発医薬品の数量シェアが高い県として、国の資料や薬剤関連の報告で取り上げられることが多い。あたかも成功事例であるかのようにいわれることもあるが、背景に経済的事情があるのは明らかで、治療を継続するために少しでも安い薬剤を選ばざるを得ないという事例もあり関係機関も比較的早期から導入を図ってきた経緯がある。薬剤師会も情報提供や安定供給のために薬局のネットワークシステムを構築し対応してきた。後発医薬品に関しては今後も使用促進せざるを得ないであろうが、そのためにも品質の保証や安定供給体制を確保するよう国が責任を持ってきめ細かく対応していく必要がある。

当県から提案した協議事項は在宅医療についてであった。在宅については国の方向性が今ひとつ分かりにくく、前回改定から現場は混乱した状況が続いている。少なくとも在宅診療の施設基準に看取りの件数を入れるのは不適切ではないかとの意見は各県とも共通しており、松本常任理事も中医協で議論していくと明言され、見直しされることを期待したい。

診療報酬改定作業は、改定率が決定してから中医協での本質的な議論に移っていくが、すでに水面下での駆け引きは始まっている。厳しい改定になるのではとの見方があるが、国民の健康を守る立場として日医にはしっかりと主張していただきたい。

3. 介護保険・在宅医療対策協議会



副会長 安里 哲好



挨拶

長崎県医師会の森崎副会長より、概ね以下のとおり挨拶が行われた。

本日は、各県より 12 題の提案がされており、特に地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想策定に関しては、会員の在宅医療を担う非常に大事な内容である。忌憚のないご意見をお聞かせいただき実り多い協議会にしたいと考える。よろしく願いしたい。

次いで、日本医師会の鈴木常任理事より、概ね以下のとおり挨拶があった。

本日は、地域医療、医療保険、介護保険・在宅医療対策と 3 つの部門に分かれ協議会が行われているが、地域医療構想や地域包括ケア等もそれぞれに関連しており一体となって検討しなければならない。

九州の土地柄、熱心な先生が多く、本日は私も勉強させていただきたい。よろしく願いしたい。

協議

(1) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域の医療・介護サービス資源の把握について
(福岡県)

<提案要旨>

各市町村が地域包括ケアシステム構築を目指して実施する地域支援事業のうち、在宅医療・介護連携推進に関する事業の一つとして「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営」が挙げられており、平成 30 年度には全市町村で設置される予定である。

当該センターは、地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談受付を行い、また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整や地域の医療機関・介護事業者の紹介等を行うことを目的としており、地域医師会が積極的に関与していくべき事業である。

医療・介護資源の偏在により在宅医療の需要と供給には地域格差が生じており、量的・質的

充足度も地域によって大きく異なっているため、当該センターを開始するにあたっては、まずは各地域における資源の把握が喫緊の課題と考える。

資源の把握について、本県では、地域医療再生基金を活用した本県独自の「地域在宅医療推進事業（実施主体：郡市区医師会）」の中で資源調査・マップ作成等を行っている地域もあるが、県全体としての把握はできていない状況である。今後、各市町村と地域医師会が連携して在宅医療・介護連携支援センター運営事業を円滑に遂行していくうえでは、県及び地域ごとの資源の把握など、様々な対策が必要と思われる。

各県における対策や今後の方向性についてご教示いただきたい。

（2）「地域包括ケアシステムの構築」に「退院調整会議」はかなり有用と考えられるが、各県における「入退院調整ルール策定支援」などの進捗についてお伺いしたい（宮崎県）

＜提案要旨＞

「退院調整会議」は患者・利用者が退院をして在宅療養に移行する場合に、①入院期間中に明らかとなった病状とそれに関する管理、在宅療養に移行する際に注意していただきたい事項、緊急受診を勧めるタイミングなどの説明を行う病院医師・看護スタッフ等、②（必要に応じて）在宅医療を提供する訪問診療医とそれに係る訪問看護師、さらに③訪問介護を提供するスタッフ等で行われる。

この「退院調整会議」はそれぞれの職種が役割を分担し、責任をもって対応するために極めて重要であると考えられる。

都道府県医療介護連携調整実証事業として、兵庫県をはじめ大分県、鹿児島県など全国9県で、都道府県（保健所）と連携しながら、二次医療圏単位での「退院調整ルールの策定」と「在宅医療・介護連携推進事業」がモデル事業として行われたが、この事業を通じて2025年を見据えた、「地域包括ケアシステムの構築」と「持続可能な介護保険制度の確立」が具現化された。

入院時に、医療と介護の連携に関わる診療報酬・介護報酬として、病院側が診療報酬加算できる

①「総合評価加算（スクリーニング）」100点【介護保険サービスの対象年齢の患者に対し、身体機能や介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中や退院調整に活用する取り組みを評価】

②「退院調整加算（退院支援計画書）」入院期間により50点～800点【介護サービスの利用の見込みがついた段階で地域で導入可能な介護サービスや要介護認定申請等の情報について患者や医療関係者と情報共有する】

③「介護支援連携指導（初回、2回目）」300点【退院後に適切な介護サービスを受けられるよう、地域のケアマネジャーとの連携を評価】

④「退院時共同指導料」【入院中の医療機関の医師等と退院後の在宅療養等を担う医師等が連携することを評価】300点（入院医療機関医師と在宅主治医）2,000点（入院医療機関医師と在宅主治医・看護師・歯科医師・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士・保険薬剤師・訪問看護ステーションの看護師・ケアマネジャーのうち3名以上）を挙げることができるが、各県の取り組み状況を伺いたい。

※協議事項（1）（2）は一括協議。

＜各県回答＞

各県ともに、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みとして地域の医療・介護サービス資源の把握が重要であるとし、熊本県より、資源の把握については、情報の更新を適宜継続して実施できるよう更新の容易性を考慮した把握方法の検討が必要との意見が示された。

また、福岡県の他、熊本県、鹿児島県、沖縄県において、地域医療再生基金を活用して郡市区医師会が在宅医療連携拠点事業等の取り組みを行っていることが示されたが、実施主体となる市町村によって本事業に対する姿勢に温度差があるとの意見が示された。

「退院時調整会議」については、都道府県医療介護連携調整実証事業としてモデル事業が行われた鹿児島県より、医療と介護の連携手法、入退院時の連携ポイント、算定できる診療報酬と介護報酬項目等の解釈を含んだ「在宅医療推進のための医療と介護の連携ガイドライン」を作成し、県内の医療機関及び居宅介護支援事業所等へ配布している旨が示され、大分県より在宅医療連携推進の課題として、新たに在宅医療に取り組む医師の開拓、訪問看護ステーションとの連携の推進、看護協会の看護ネットワークの活用が上げられた。

＜日医コメント＞

在宅医療・介護連携推進事業については、全項目委託することが出来き、それぞれの地域医師会において検討・協議いただき、是非積極的に取り組んでいただきたい。

(3) 在宅医療・介護を地域で適正に実施する為（熊本県）

＜提案要旨＞

施設から在宅へという厚生労働省の大方針のもと「医療・介護機能分化」いわゆる地域医療構想策定が行われている。

4つの医療機能間の連絡・連携は、診療情報提供書、医師同士の顔見知り等々により比較的スムーズに行われ得ていると思っているが、在宅へ帰ると、殆どの65歳以上の高齢者にはケアマネジャーが付いていて、在宅高齢者の介護サービス提供を担っている上に、医療サービス選択にまで関わっている。

こういう弊害を是正しようという目的もあって「地域ケア会議」が開催されるものと理解しているが、実際の熊本県の状況はお寒い限りである。平成26年度に県内では221回の「地域ケア会議」が開催されたが、医療関係出席者は看護師66回、医師52回、リハ職43回である。

医師が、5つの機能がある「地域ケア会議」に全て出席する必要はないが、現状はサービス担当者会議のようなものにしかすぎないと思っている。

この点について、県行政にも強く強く是正するように申し込んでいる一方で、地域医師会に受託してもらっている「在宅医療連携拠点」の動きもあまり満足できる状況でないようである。

在宅への動きが強化（強制？）される今こそ、医療が強いリーダーシップをとって、多職種（特にケアマネジャー）を引っ張って行く努力をしなければと強く感じている。

各県の「思い」や「今後の方向性」等々についてご教授いただきたい。

(4) 在宅医療・介護連携推進事業の各県における取り組み状況について（沖縄県）

＜提案要旨＞

在宅医療・介護連携推進事業については、平成27年度以降各市町村において順次取り組みが開始され、平成30年4月には全市町村で実施されることとなっている。

本事業は、(ア) 地域の医療・介護の資源把握、(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、(カ) 医療・介護関係者の研修、(キ) 地域住民への普及啓発、(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携、の8つの項目から成り立っており、各項目を推進するにあたっては、事業実施に係る検討段階から郡市区医師会等と協議を行うこと、また各項目は地域の実情等に応じて郡市区医師会等への委託が可能であること等が明文化されている。

本県においては、今年度より、浦添市医師会が浦添市より全項目の委託を受け事業の取り組みを開始しており、今後、本取り組みを参考に他の郡市医師会にも事業の展開を図っていきたいと考えている。

については、各県における取り組み状況も参考にさせていただき、より効果的な事業展開を図りたいと考えているので、各県の現状及び今後の展開等についてお伺いしたい。

※協議事項 (3) (4) は一括協議。

<各県回答>

各県ともに、「地域ケア会議」への医師の参加状況については開催時間等の関係もあり、芳しくないことが示されるとともに、地域ケア会議の5つの機能の中で、医師又は医師会の参画が必要な会議を整理する必要があるとし、在宅医療を推進する上で、医師をはじめとする医療関係者の強いリーダーシップが多職種との連携において重要であるとの見解が示された。

佐賀県より、地域包括ケアシステムに関わる医師の行動方針として、医師は多職種のリーダーであることに努め協力し合うこと等を記載した「地域包括ケアシステムに関わる医師の心得」を取り纏め、会員に配布しているとの報告が行われた。

また、在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況として、各県市町村行政の動向及び郡市医師会との連携等について報告が行われ、本会より、浦添市医師会が浦添市より本年度から全項目の委託を受け実施している旨の報告を行った。

<日医コメント>

個々の先生方の問題と、医師会の役割の二つに分かれるのではないかと考える。

今後ますます重医療・重介護が増加し医療ニーズの高い人が増えるが、従来の介護と変化しており、医療でいえばリハビリ等、多職種と水平の関係となることを理解していただく必要がある。病院医療のように、医師がリーダーでスタッフがそれに従うという構図ではないため、リーダーシップの取り方やマネジメント能力が要求され、関係の構築が必要となる。

個々の先生方の課題として、前回の改訂の地域包括診療加算でも示されたように、かかりつけ医も主治医意見書だけでなく、もっと介護保険に関わっていただく内容となっている。

医師会としては、郡市区医師会が行政と連携を取り積極的に関わっていくことが必要であり、在宅医療・介護連携推進事業は全項目も受託できるが、一部受託も可能であり、地域の郡市医師会の先生方で検討いただければと考える。

(5) 離島及び医療、介護過疎地域における医療、介護連携体制の構築について（沖縄県）

<提案要旨>

本会では、在宅医療、介護連携推進事業の実施に向けて郡市区医師会の協力の下、多職種連携研修会等を離島地域を含め実施している。

離島、医療、介護事業所過疎地域においては医療、介護従事者の不足や偏在、介護事業所の不足、サービス提供時の移動時間の制約等都市部とは異なる課題が山積している。

これらの離島地域などの抱える課題の解決のためには国及び地方自治体の特別のサポートが必要と思われる。課題解決のため他県の取り組みについてお伺いし今後の参考にさせていただきたい。

<各県回答>

各県とも、離島及び医療・介護過疎地域における医療・介護連携体制が重要な課題であるとの見解が示され、熊本県より、地域の実情に応じた在宅サービス拠点や生活支援サービスの基盤づくりを支援する「中山間地域等創生による地域包括ケア推進事業」や、条件不利地域等において新たに訪問看護サービスを立ち上げる事業所に、初期費や立ち上げ後の運営経費の支援を行う「訪問看護ステーション等立ち上げ支援事業」の取り組みについて報告が行われた。また、課題解決のためには行政の公的なサポートが必要との見解が示された。

<日医コメント>

離島・へき地においては医療資源が乏しく、本当にお悩みかと考える。

一つは既存資源の活用を行っている方を遠隔医療等で応援する等、医師会の役割もあるかと考えるが、本件においては、行政のしっかりとしたサポートが重要であり、医師会に丸投げということでは支えきれないところがあり、行政の果たすべき役割は大きいと考えている。

今度、へき地に関する医療計画が見直され、一般の医療計画に吸収され単独の医療計画ではなくなると聞いており、また離島・へき地に関する加算については行政の役割を期待するとい

う話しが出てきている。

日本医師会としても、取り組まれておられる地域もあるようなので情報収集させていただきたい。

(6) かかりつけ薬局（かかりつけ薬剤師のいる薬局）が各圏域内で在宅医療、とくに多職種協働に参加できているかをお伺いしたい

（宮崎県）

＜提案要旨＞

在宅医療の進展に多職種協働は欠かせない要素である。最近では、訪問診療に随行したり、フィジカルアセスメントや服薬指導に熱心な訪問薬剤師も徐々に増えつつあると伺っている。しかしながら、マンパワーの問題や訪問の際には閉局して出かけなければならないという制度上の問題などから、なかなか訪問薬剤師としての業務に参加されていないのが現状のようである。薬の相互作用・副作用・用量・用法などに関する服薬指導は医師が在宅医療を展開する上で、極めて重要であると認識している。宮崎県には567（平成27年7月1日現在の九州厚生局宮崎事務所指定数）の調剤薬局があるものの、服薬指導を含む介護報酬請求をされている調剤薬局は68件（平成27年7月宮崎県国保連合会審査分）に過ぎない。かかりつけ薬局（かかりつけ薬剤師のいる薬局）となるべき調剤薬局の実態は各県でどの程度かをお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県より、保険薬局数及び介護報酬請求を行っている薬局数が示され、在宅医療において訪問薬剤師による服薬指導等については必要であるとの認識が示されたものの、各県によるバラツキが見られた。

また、一度、医師が処方を行えば薬局と患者間とのやり取りになるため、大手薬局チェーン等牽制しなければならいこともある等の指摘も上がった。

＜日医コメント＞

前回の改訂で地域包括療養加算は、服薬管理は処方圏内の業務であると確認し院内処方とした。3割から4割は院内処方をされているかと考えるが、院外処方については、調剤薬局に出すことになるが、大手薬局の不祥事等が相次ぎ厳しい議論が起こっている。

日薬は、大手調剤薬局チェーンやドラッグストアの力が強いようで、組織率も3割程あるとこのことで押さえられない部分がある。

健康情報拠点薬局として、薬局で採血を行ったり、一般薬の販売を行う等があり、医師会としても交渉を行い、健康サポート薬局ということでまとまった。

服薬管理は医師の業務であり、薬剤師は薬剤管理と服薬指導を行っていただくこととする。

かかりつけ薬局の基本的な機能は服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理指導であり、医師会としても文言のチェックを行い服薬管理とは言わせないようにしたところである。二つ目に24時間対応・在宅対応、三つ目にかかりつけ医を始めとした医療機関との連携強化をしっかりと行うこととなっている。

地域包括ケアの仲間に入れる薬局が見極めていたいただきたい。

(7) 認知症サポート医の養成について（福岡県）

＜提案要旨＞

平成26年6月に「医療介護総合確保推進法」が成立したことに伴い、地域支援事業の包括的支援事業に「認知症総合支援事業」が位置づけられた。

そのうち、認知症初期集中支援推進事業においては、平成30年4月までに全ての市町村に「認知症初期集中支援チーム」を設置することとなっているが、認知症サポート医は当該チームの構成に必要な専門職の一人となっている。

本県では、政令市も合わせて91名のサポート医が養成されているものの、県内60市町村全

てには配置はできていない。そのため、本年度より3カ年計画で25名ずつの計75名の養成を予定している。

現時点での各市町村の実施予定は下記のとおりであり、設置時期の早い市町村を管轄する地域医師会へ本会より受講者推薦を依頼する予定である。

各県における、認知症サポート医の養成状況や認知症初期集中支援チームの設置状況などについても伺いたい。

また、今後の方向性についても日医よりご教示いただきたい。

<各県回答>

各県より、認知症サポート医の養成者数及び認知症初期集中支援チームの設置状況が示され、今後の認知症サポート医の役割について大変重要であるとするものの、行政からの助成や活躍の場が少ない等の関係により、養成者数に温度差があることが示された。

<日医コメント>

私も認知症サポート医研修会については講師として毎年参加しているが、認知症初期集中支援チームの要件が緩和され、大変多くの先生方に申し込みいただいている。

認知症サポート医は、新オレンジプランでも2017年に5,000人まで増やす計画としており、かかりつけ医と専門医をつなぐ重要な役割の担い手として、医師会としても取り組んでいただきたい。

(8) 介護保険報酬にかかる消費税について伺いたい(宮崎県)

<提案要旨>

消費税率10%への改定時、現在非課税の介護保険報酬にかかる消費税はどうなるのか、日医の取り組みを伺いたい。(診療報酬の控除対象外消費税問題と同じ取り組みがなされているか?)

平成29年4月には消費税率10%への改定が予定されている。社会保険診療報酬にかかる消

費税に関しては、非課税となっており患者さんから消費税を徴収することはできない。そのために、医療機関が支払った消費税に関しては、診療報酬にその分が上のせすることで補填することになっている。しかし現実には多額の補填不足があり、医療機関全体で2600億円の補填不足(損税)があるとされている。日医としては10%への改定時に課税化(軽減税率を含む)することでこの補填不足を解消しようと考えている。

その作業の中で『引きはがし』の問題が浮上し、その準備作業として『見える化』がある。このような活動を行うことで、日医として真剣に取り組んでいただいていることが伝わってくる。

介護保険も同じく非課税である、食材、燃料、おむつ代や寝具代多くの項目に消費税を払っているが、現在補填されているのだろうか? 今後どうなるのだろうか?

- ①税率10%への改定時には、医療保険と同じように課税化の方向か?
 - ②介護保険では損税がどのくらい発生しているのか把握しておられるか。
 - ③課税化の際には、介護保険でも引きはがしなどが問題になってくるのか?
 - ④国や日医内のしかるべき会議で、この問題は議論されているのか?
- 等について、日医の考えを伺いたい。

<各県回答>

各県ともに、報酬と消費税の関係については不透明であり苦慮しているとのことであり、日医の見解を伺いたいとの意見が上がった。

<日医コメント>

去る9月18日に開催された介護給付費分科会において消費税の対応について質問したところである。基本的に医療保険と同じ対応となる。

平成26年度には消費税対応のため補填を行ったが、補填の実態把握のための調査、妥当性の検証、「見える化」を行ってはどうかと質問を行っている。

医療保険の対応を見ながら「見える化」について検討を行っていくことになると思う。

(9) 介護人材の確保について（鹿児島県）

<提案要旨>

後期高齢者の増加に伴い、介護ニーズは更に高まり、介護職員不足が懸念されている。

本県における介護職員の離職率は、他産業と比較し高い状況にあり、県が行った調査（「介護従事者の勤務状況調べ（平成26年4月）」によると「体力的にきつい」、「人材が少ない」、「社会的評価が低い」等の回答がなされている。今後、生産年齢人口の更なる減少に加え、景気により都市部への流出も考えるなかで、地域における介護人材の確保は深刻な課題であり、現状の介護サービスを維持すら揺るがす問題となっている。

施設においては独自にスキルアップのための研修制度や施設内託児所などの福利厚生の実施を図り努力されている施設も出てきている一方で、単独での施設や小規模事業所もあり、全ての施設が取り組むことは難しい。

介護報酬においては既に評価されているが、将来を考えると抜本的な解決策とは言えないのが現状である。

各県において、介護人材の確保に向けた良い取り組み事例等があればご教示願いたい。

<各県回答>

各県ともに、後期高齢者が増加することに対し、介護人材が不足しているとの現状が示された。

熊本県、福岡県、宮崎県において、行政及び関係団体等で構成する介護人材確保対策推進協議会が設置されているとのことであり、その他に熊本県より、介護人材確保に向けて県民への周知・啓発、職員の処遇改善の取り組み、優良施設の表彰等を行う等、介護現場のイメージアップを目指す取り組みについて報告が行われた。

また、介護職員処遇改善加算を施設や事業所に介護報酬として出すのではなく、別途、介護職員一人ひとりに資格や経験等に応じ手当する仕組みづくりについて意見が上がった。

<日医コメント>

介護人材不足については、少子化が進む中全国的に厳しい現状がある。介護報酬マイナス改定の影響よりも人材確保が事業者の命運を左右

するという話があるくらいであり、都市部は比較的人口もあるが、地方ではそもそも人がいないため厳しい現状があるかと考える。

仕事と家庭を両立できるような子育て支援や、元気な高齢者の雇用、また外国人等があるかと考える。情報収集させていただきたい。

(10) 慢性期の医療需要への対応について

（佐賀県）

<提案要旨>

厚生労働省では、慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在療養病床で入院している状態の患者の一定数を、2025年には、在宅医療等に対応するとの考えが示されている。

慢性期医療に対応するために、入院医療と在宅医療のバランスをどのように考えるか、各県及び日医の意見を伺いたい。

(11) 介護療養病床は存続できるのか（大分県）

<提案要旨>

介護療養病床については、2015年度の介護報酬改定をめぐる論議の中で、新たに「療養機能強化型の介護療養病床」（機能に応じてAとBに分けられる）が新設されたが、未だに介護老人保健施設への転換などを進めるとともに、2017年度末で廃止することになったままである。

厚労省は本年7月10日、「療養病床の在り方等に関する検討会」の初会合を開催し、年末に向けて「慢性期医療の在り方」「慢性期の医療提供体制などの在り方」の選択肢を議論していくとしており、未だに地に足のつかない不安定な状態に置かれている。地域医療構想では、病床転換の強制力はないとしながら、別の形で病床削減を図っていると考えざるを得ない。25対1の医療療養病床も同様の立場に置かれている。

そういう状況の中で、厚労省の鈴木康裕・技術総括審議官は7月23日、看護系学会等社会保険連合（看保連）の情報交換会で講演し、病床が過剰な医療提供体制の是正策の具体例として、一部の病院の病床を高齢者向けの住宅などにシフトさせることを挙げた。鈴木技総審議官は、

これによって医療費の削減だけでなく、高齢者が最期を迎える場所の確保や、医師や看護師の業務負担の軽減にもつながるとの認識を示した。

こういう情報が出てくると、廃止も十分あり得るなという気持ちになり、該当する医療機関、特に耐震対策等で建て替えを迫られている医療機関にとっては計画の中止または延期を検討せざるを得ないのではないかと大変苦慮している。

日医の見解、今後の見通し及び最新情報の提供をお願いしたい。

※協議事項 (10) (11) は一括協議。

＜各県回答＞

各県ともに、在宅医療と入院医療とでは患者本人だけでなく家族の介護力等も含め異なる素因が大きく関係することから、病態や医療行為等のみで考えることは意味をなさないとの見解が示され、在宅医療を担う医療機関のキャパシティ、有床診療所の減少、過疎地域等への対応、看取り、人材不足、独居・高齢者二世帯増加等の課題が示された。

また、厚労省が示した案は、慢性期ベッドを単に平均化したものであり地域の事情は勘案されておらず、理念・理想があるとは思えないとの意見が示された。

＜日医コメント＞

療養病床の在り方等に関する検討会有り、病院内施設の提案を行ったが、厚労省の評判が良く、来週第3回が開催されることとなっている。

いずれにしても、今年度に選択肢を作るのではないかと考えられ、来年度以降に社会保障審議会医療部会と介護部会で具体的な議論を行い、必要であれば法改正を平成29年度に行うという方向性のようなものである。そのためこれからの議論となる。

介護療養病床については、現場の声は廃止の廃止、継続ということになるが、一応廃止の決定は覆っておらず、介護給付分科会でも「機能は確保する」ことに留まっており、今後議論を深めたいと考えている。

(12) 特定事業所集中減算について (長崎県)

＜提案要旨＞

今回の改定で、特定事業所集中減算の適用割合が90%以上から80%以上に引き下げられ、対象サービス範囲の限定も外された。

これは以前から指摘されているサービス利用者の囲い込みへの対策と考えられるが、適用を受けるとかなりの減算となり、現場はかなり混乱している。

そもそも問題なのは、訪問看護や通所リハビリテーションなどの医療系サービスのニーズがある人に訪問看護や通所介護などの福祉系サービスしか入れられてなかったりするサービス提供のミスマッチであり、この改善には地域包括支援センターの改革こそが求められると思うが、今回の改定は、居宅介護支援費削減の方便に使われたような気がしてならない。

適応例外措置も講じられているが、これも最終的には都道府県知事・市長の最終判断という曖昧模糊としたものになっており、将来問題になりそうである。

これらの点について各県や、日医の意見をお伺いしたい。

＜各県回答＞

福岡県より、地域密着型サービス以外の介護保険サービスの指導についての方針は、福岡県、北九州市、福岡市、久留米市の4つの行政機関においてできる限り統一するよう協議しており、特定事業所集中減算についても4機関において協議が行われたところであるとし、協議の結果、医療系サービスに関し、サービスの提供に当たって医師の医学的判断等に基づき、特定の事業者に集中しているものについては、正当な理由として認めることとされたとの報告が行われた。

＜日医コメント＞

福岡県の取り組みを参考にさせていただきたい。

印象記

副会長 安里 哲好

九州医師会連合会平成 27 年度第 1 回各州協議会・介護保険在宅医療対策協議会が長崎県医師会主催で、平成 27 年 10 月 3 日にホテルニュー長崎で開催された。

協議事項は 12 項目あり、当会からも 2 協議の提案を行った。協議事項に対し、各県から追加発言があり、加えて日医の鈴木邦彦常任理事より日医としての現時点的な見解としてのコメントがあった。当会の協議事項も含め、興味ある協議事項について報告する。

(1)『地域包括ケアシステム構築に向けた地域の医療・介護サービス資源の把握について』は、各県とも一部の地域で資源調査・マップ作成を行っている現況を報告していた。沖縄県は浦添市医師会と中部地区医師会が進めているが、その中でも、浦添市医師会・浦添市在宅医療・介護連携支援センターは、マップがホームページに掲載されている。

(2)『「地域包括ケアシステムの構築」に「退院調整会議」はかなり有用と考えられるが、各県における「入退院調整ルート策定支援」などの進捗について』は、実践している先進県（大分県・鹿児島県）が有ることを知ったが、各県とも未実施のようだ。本県では、那覇市立病院が委託介護支援事業所、那覇市地域包括支援センター、那覇市チャームがんじゅう課とで連携・協働する仕組みとして、入退院連携デザインの作成が行われている。

(3)『在宅医療・介護を地域で適正に実施する為に』は、介護保険適応の 65 歳以上の高齢者にはケアマネジャーが付いていて、介護サービス提供を担っている上に、医療サービス選択まで関わっており、この様な弊害を是正するために「地域ケア会議」が開催されているが、平成 26 年度に医師が参加したのは 52/221 回で、医師が 5 つの機能がある「地域ケア会議」のリーダーシップを欲しいと切望していた。沖縄県では 2 市にて地域ケア会議のモデル事業が実施されているが、医師の出席はほとんど無く、個別のケースについての会議で、地域課題の検討まで至っていない。

(4)『在宅医療・介護連携の推進事業の各県における取り組みに状況について』は、沖縄県から提出した協議事項だが、8 事業全部の委託を受けているのは浦添市医師会のみであった。在宅医療の実践が熱心なグループがあり、介護との連携を密にし、加えて行政との連携がフェイス・フェイスの環境が長い時間かけて培われていると述べた。また、そこがモデルとなり県下の他の地域に拡大して欲しいが、1 つの地区医師会が 3 市 3 町 3 村を有する地域は行政との連携が大きな課題であろう。

(5)『離島及び医療、介護過疎地域における医療、介護連携体制の構築について』は沖縄県から提案したが、熊本県が熱心であり、訪問看護ステーション等の初期費用や立ち上げ後の運営費用の支援等を行っている現状を報告していた。日医の鈴木常任理事は既存資源を利用し、行政のサポートを受けることが必要であるが、へき地単独の医療計画が吸収されて行く可能性がある事を危惧していた。

(8)『介護保険報酬にかかわる消費税についてお伺いしたい』についての、日医の考えは医療保険と同じようになるのであろう。消費税が決まってから、介護保険が導入された。介護保険領域は薄く広く、27 年度の調査で対応するであろうが、協議会には圧力団体もいないし強く発言する人（強面の人）もいないと述べていた。その他項目については報告書を一読下さい。

今回は、協議会の翌日の親善ゴルフ会には参加せず、入り江の入口が小さい割に広大な大村湾に浮かぶ長崎空港から、職員と一緒に帰路に就いた。爽やかな秋空で、空気が澄んでいるせいか、眼下に島々が見え、桜島や開聞岳、噴火が持続している口永良部島や徳之島そして沖縄本島を観ることが出来て、遊覧飛行と言う趣で、時間が経つのを忘れ比較的早く那覇空港に着陸した。

お知らせ

平成27年度 かかりつけ医心の健康対応力向上研修のお知らせ

【かかりつけ医心の健康対応力向上研修へのお誘い】

那覇市医師会常任理事 玉井 修

日常診療において医師として限界を感じる事はありませんか？神でも仏でもない医師が人を救える事ができるのか？

そんなジレンマを感じながらも、日々の診療には全幅の信頼を託して患者が訪れ、そのプレッシャーに押しつぶされそうになっていませんか？

私たち医師は何ができるのか、そして何ができないのか。そしてセーフティネットとどのように連携すると事態を打開できるのか。医師のみで打開できない他職種との連携を探る沖縄県初の試みにどうぞご参加ください。

1 目 的

平成 26 年全国の自殺者数は 25,427 人で、平成 24 年は 15 年ぶりに年間の自殺者数が 3 万人を下回った。沖縄県においても平成 10 年以降 300 人を超えていたが、平成 24 年には 267 人と減少した。しかし平成 26 年は 284 人と再び増加の傾向にある。

自殺を図った者の多くは、健康問題や家族問題、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的な要因からうつ病を発症し、自死へと追い込まれていることがわかってきた。

平成 27 年度かかりつけ医心の健康対応力向上研修は、弁護士、精神保健福祉士の視点から心を病む人への支援の取組みを学び、自死に追い込まれる者の環境や心理を理解し、かかりつけ医の対応力の向上及び精神科医や他職種との連携を図ることを目的とする。

2 主 催 県立総合精神保健福祉センター

3 後 援 沖縄県医師会

4 対 象 内科医等かかりつけ医療機関、精神科医療機関、産業医、沖縄県公務員医師会及び保健所、弁護士、精神保健福祉士

5 研修日時 平成 28 年 1 月 28 日（木）19：00～21：00
（18：30 受付開始 19：00 研修開始 21：00 終了）

6 研修内容

<第一部> 19：05～20：00

座長 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座教授 近藤 毅
講師 読売新聞大阪本社・編集委員(精神保健福祉士) 原 昌平
講演 「医療で人を救えるか ～暮らしを支える、気持ちを支える～」

<第二部> 20：05～21：00

座長 かいクリニック院長 稲田 隆司
講師 西新法律事務所 弁護士 八尋 光秀
講演 「精神科医療におけるインフォームドコンセント
～生きる力をひきだす医療へ～」

7 研修場所 沖縄県医師会館 3 階ホール

8 単 位 日本医師会生涯教育講座 2 単位
カリキュラム (5：医師・患者関係とコミュニケーション 7：医療制度と法律
69：不安 70：気分の障害(うつ))

9 修了証書 沖縄県知事名により、修了証書を発行

10 参 加 料 無料

11 定 員 144 名

12 連 絡 先 県立総合精神保健福祉センター相談指導グループ
TEL 098-888-1443 FAX 098-888-1710

日本医師会女性医師支援センター事業 九州ブロック会議



常任理事 宮里 善次



去る10月31日（土）、宮崎観光ホテルにおいて開催された標記会議について、以下のとおり報告する。

挨拶

宮崎県医師会長 河野雅行

当ブロック会議は昨年度から九州各県持ち回りでの開催となっており、今回初めて宮崎県での開催となる。女性医師事業に先進的に取り組む皆様方と親しく情報交換ができることを大変嬉しく思う。

女性医師が安心して妊娠・出産・子育てを行なう期間、これは長い人生で考えると僅かな時間である。この時期を社会全体で重点的に支援し、女性医師が男性医師と何ら変わることなく、キャリアを積み医師として輝くことのできる社会基盤を整える施策が必要である。女性医師の生の声を施策に反映していくためにも、2020.30を目標に指導的立場での力を発揮していただくことも重要となる。

宮崎県医師会でも現在役員22名のうち2名が女性医師で、女性医師に関する様々な事業を牽引して貰っている。

今後はこのような優秀な女性医師を医師会役員等へ積極的に投与すると共に、女性医師の活躍推進を重点項目の一つに位置付け、さらに尽力して参る所存である。こうした女性医師の活躍こそが、5年後、10年後の日本の医療を支え、国民の健康と幸せを守る好循環に繋がるものと考えている。最後に本日のブロック会議が実り多きものとなるよう祈念し挨拶とする。

日本医師会常任理事 笠井英夫

本事業は皆様方、地域の先生方に支えられている事業であり、今後も継続していくものと考えている。大所高所からご指導をお願いしたい。本協議会が実りある結果をもたらすことを祈念する。

**日本医師会女性医師支援センター副センター長
日本医師会女性医師支援委員会委員長
女性医師バンク統括コーディネーター
保坂シゲリ**

皆様のおかげで日本医師会女性医師支援センター事業もかなり活発に大きくなっている。これも全国の皆様方のおかげであり、皆様方の強い理解と強い支援によるものだ大変感謝している。各地域での様々な活動を伺い、全国に広げていくことが私たちの役目だと考えているので、いろいろ教えていただきたい。

報告・協議

(1) 日本医師会女性医師支援センター事業について

①日本医師会女性医師バンク運用状況

平成 27 年 9 月 30 日現在での就業実績件数は、441 件 (内訳: 就業成立 423 件、再研修紹介 18 件) である。

② 2020.30 実現をめざす地区懇談会

「社会のあらゆる分野において、2020 年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも 30% 程度」という目標に向けて、指導的立場、意思決定機関への女性の積極的参画を目的に、女性医師会員に日医の組織・運営・活動内容に理解を深めていただき、将来日医の活動への参加を働きかけるものである。今年度は 36 箇所で開催された。

③平成 27 年度「医学生、研修医等をサポートするための会」

女性医師支援、特に女性医師のキャリア形成・継続の支援を目的に、医学生や研修医等、若い世代の女性医師を対象に、都道府県医師会、学会、医会との共催により開催している。今年度は 53 箇所で開催された。

④平成 27 年度「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」

医師全体の勤務環境の改善には、女性医師が働きやすい勤務環境の整備が必須であり、女性医師がキャリアを中断せずに働いていける体制を構築することが重要である。そのため、女性医師の勤務環境の整備についての理解を深める

ことを目的としている。今年度は 16 箇所で開催された。

⑤平成 27 年度大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会

全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者を対象に、日本医師会の取り組みの周知と各大学、各学会の取り組みについての情報交換を目的に開催している。今年度は 12 月 18 日 (金) に開催予定である。

(2) 各県における女性医師支援の活動報告等について

【沖縄県】

沖縄県女性医師部会では 2007 年に発足以降、「女性医師フォーラム」、「病院長等との懇談会」、「プチフォーラム」を開催している。また、琉球大学医学部 3 年生を対象に「キャリアプラン講義」を開催している。

「女性医師フォーラム」では、「先輩医師に聞く！素敵なワークライフバランスのとり方」をテーマに開催した。県内 15 臨床研修病院の研修医等に各施設における職場環境を述べてもらい意見交換を行った。結果として、男性医師支援も含め、各専門科に任せるのではなく「病院全体」で取り組むことが必要であることを再認識した。

今年度の「病院長等との懇談会」は、これまでの懇談形式を変更し、JCHO 大阪病院名誉院長の清野佳紀先生に「女性医師支援が病院を活性化する」をテーマにご講演いただいた。

「キャリアプラン講義」は、琉球大学医学部と女性医師部会の合同企画として、医学生の時期からキャリア教育や職業意識の啓発に努めることを目的に、グループワーク形式で開催した。

今後も、「女性医師フォーラム」、「病院長等との懇談会」等を継続し、それぞれの会での意見を医師会報等でフィードバックする。この過程を各病院で共有し、今後の目標とする。

【大分県】

平成 27 年 2 月に、行政、医師会、大学の連携と大分県の男女共同参画の現状把握を目的に研修会を開催した。本研修会では、各団体の現

状を発表いただき、平成 18 年に女性医師の会を発足して以降、何を把握し、今後、何に取り組むべきかを検討した。問題点として、産前産後の休暇体制、乳児期・学童期の病児保育を含めた支援体制、職場復帰への支援体制、勤務体制の柔軟化が挙げられた。また、新研修医制度、専門医制度について「2025 年問題」として、行政、医師会、基幹病院、大学の連携した話し合いの場が必要であるとの意見があった。

また、平成 27 年 7 月に女性医師職場環境改善委員会を発足した。女性医師がよりよい環境で働く環境を整備することにより、若い医師を多く大分県に残ってもらうことを目的としている。

大分県では、短時間正規雇用支援事業、院内保育所運営費・施設設備補助、医療勤務環境改善支援センター運営事業、女性医師医療人キャリア支援事業への支援等の事業を展開している。このうち、女性医師医療人キャリア支援事業では、問題把握のための聞き取り調査や相談窓口開設、復帰研修プログラム及びキャリアアッププログラムの策定に取り組んでいる。

【長崎県】

長崎県の補助を受け、女性が働きやすく生きがいのある環境整備を目指して、院内保育所を充実させている。長崎県医師会では、保育サポートシステムの利用医師の登録、保育サポーターの育成等、保育サポートシステムを構築し充実させている。また、長崎県内向けの保育サポートマップの作成を予定している。

長崎大学病院のメディカルワークライフバランスセンターが充実しており、各関係団体が協力しあい、専門医を取るための準備、論文を書くための講座等に取り組んでいる。県内の働いていない女性医師をほぼ把握しているため、「あじさい便り」を配布し情報提供を行っている。

病院管理者の意識改革を目的にセミナーを開催した。当セミナーでは、長崎県内の 4 臨床研修病院長にシンポジストになっていただき、自病院でどのような努力をしているかを発表いただいた。

長崎県の特徴として、県、大学、医師会との協力体制が構築されつつある。様々な問題点はあるが、話がすぐにできるという関係が今の活動を進められている状況である。

【熊本県】

これまで、熊本県では熊本県医師会、熊本市医師会がそれぞれ独自に活動を展開していたが、ひとつに纏まってサポートしていこうという意見があり、平成 26 年度から、熊本県地域医療支援機構、熊本県医師会男女共同参画委員会、熊本市医師会女性医師キャリア支援センター、熊本大学医学部附属病院男女共同参画推進委員会がまとまり、「熊本県医療人キャリアサポート CLOVER」を組織した。

主な活動として、熊本医師キャリアサポートブック「CLOVER」の作成、熊本大学医学部医学科 1 年生・4 年生への講義、男女共同参画コーディネーターの会等、種々の事業を展開している。

また、熊本県内の 100 床以上を有する病院で働く医師を対象に、短時間正規雇用制度等の支援体制や、復職・離職抑制のために必要な支援、男性の育児・介護休暇等についてのアンケート調査を行った。

【福岡県】

福岡県では行政から補助を受け、県内病院における女性医師の勤務環境支援ツールとして「福岡県女性医師サポートブック～パザパ～」を昨年度発行したが、今年度新たに 38 病院を加え、計 119 病院の支援環境を掲載した第 2 版を発行した。また平成 25 年から実施している保育士による相談窓口事業は利用者が少なく広報活動に力を入れている。

また今期は本格的な女性医師支援 10 周年を迎えたことから県医報（5 月号、6 月号）で異例の特集を組んでもらった。記事では女性医師支援の現状と課題について、日医男女共同参画委員や厚労省、福岡県、福岡市、大学、都市部・郡部の病院、郡市医師会等からご意見を頂戴した。

郡市医師会の草の根的な女性医師活動の切っ掛けになり得る「2020.30 実現のための地区懇談会」を県内6カ所で予定（既に3カ所で開催済）している。この他、産業医科大学での講義（ワークライフバランス）、病院長・管理者等への講習会、医学生、研修医をサポートするための会（4大学）を開催した。また昨年度誕生した北九州女性医師の会では、病院管理者の先生方と4つのテーマ（勤務形態／保育／産休・育休後の復職時の課題／更衣室や休憩室など施設環境）についてディベート討論を行った。

【鹿児島県】

鹿児島県では鹿児島大学医学部を卒業する女子医学生に対し、「日医女性医師支援センター」を紹介する文書やPRグッズを配布する等、啓発活動に努めた。毎年継続中の「院内保育園、病児・病後児保育施設訪問」事業では、保育施設訪問後、県医師会報に記事を掲載しており、開園時間の問題や病児保育問題を考えるきっかけとなっている。また「医学生・研修医等をサポートするための会」は4回企画（ERの世界／産婦人科医師を育てる／新専門医制度におけるキャリアアップ／小児科問題）しており、何れも鹿児島大学で開催する。2020.30 実現をめざす地区懇談会は、保坂シゲリ先生をゲストに鹿児島市立病院で開催した。院内での開催であるため評判も良く、今後もこの様な企画で継続開催したい。

この他、南風病院女性いきいきプロジェクト（勤務医師等の勤務環境改善への取り組み）について紹介があった。

【佐賀県】

佐賀県では平成19年度より日医と共催行事を計8回開催しており、延べ317名（託児利用15名）の参加があった。このうち、平成26年度に実施した「医学生・研修医等をサポートする会」において、佐賀大学医学部医学科4年生を対象に学生が取り纏めたアンケート（回答者93名／男性：45名、女性：48名）結果について、学生の考えを知る機会になると思うので紹介したい。▽将来ライフイベントによるキャリアの中断、一時的に仕事の負荷を減らすと

考えるのは女性が多い。▽自らの臨床研修先や専門分野選択にライフイベントの要素が影響するかについても、女性の方が大きく影響すると学生のうちから考えている。▽医師免許を持つ女性が育児のために離職することについては、医師である前に一個人であり如何なる人生も本人の自由だと考える学生が男女共に多い。▽育児については、男女ともに幼児期は女性の役割だと考えているが、保育園・幼稚園の送迎や学童期の学習指導は男女平等だと考えている傾向にあることが分かった。育児世代の過重労働が現状問題点として指摘されており、今後医療界全体で労働環境の改善を整備していくことが必要だと考えている。

【宮崎県】

宮崎県では今年度の主な取り組みとして、①ワークライフバランスセミナーの開催、②学生向けセミナーの開催、③宮崎県医師会版ファミリーサポートシステム作り、④県北女性医師の会へ参加一を挙げたい。

とくに、②については、学生と現役ドクターとの対話型グループディスカッションを企画し、互いに有意義な気づきの場が生まれた。③については、女性医師のニーズに応えられるよう医師会版子育てサポートシステムの構築をめざし、NPO 法人と連携の下、手引書の作成やサポーター養成講座（講義、保育実習）に役員を派遣し情報収集及び状況把握に努めた。これ等を踏まえ、本年11月上旬、医師会版保育サポーター養成講座を開催する。④については、能動的に「顔の見える」関係づくりを構築すべく、出張訪問を行い幅広い年齢層と多科にわたる先生方との情報交換が出来、地域との連携を強めることが出来た。

(3) 情報交換（質疑応答、日本医師会への要望、提言等）

【宗像市医師会】

私は、子育て中に自分の研究が十分にできないというジレンマがあった。それをわずかでも手助けできたらと検討しているが、個人情報等の問題により、宗像市に在籍している研修医、

若手医師がどの程度いるかを把握できていない。他医師会がどのように把握しているかご教示いただきたい。

【佐賀大学】

私は疫学の研究をしている。論文を書くという点で言えることは、出産・子育ての時期に、臨床も学位もとるということは難しい。大学院であれば、時間をある程度自由にコントロールできるので、大学院に入局いただくこともひとつの案である。実際、私たちの医局に、3年目の小児科の女性医師が在籍し、1つ論文を完成させ、2つ目に取り組んでいる。大学を上手に利用していただきたい。

【長崎県医師会】

長崎大学では、卒業生を中心に現況確認をしている。何年も継続しているため、卒業生に関してはほぼ把握できている。問題なのは、離婚等で県外からもどってきた方は把握できていない。小中高の同級生等から情報提供があれば、長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターから連絡をとる形で対応している。

【日本医師会】

初期研修医の会費を無料化している。入会していただけたら把握できる。3年目以降も残っていただけるように努める。

(4) 日本医師会女性医師支援事業連絡協議会 (平成 28 年 2 月)における九州ブロック 会議の報告者について

平成 28 年 2 月日本医師会館において開催されるみだし連絡協議会における九州ブロック代表について協議を行った。

協議の結果、当番県である宮崎県医師会を代表に選出した。

(5) 次期開催県について

平成 28 年度日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議の開催県について協議を行った。

協議の結果、九州医師会連合会の当番順に倣い、次回は沖縄県医師会の担当で開催することが決定した。

印象記

沖縄県女性医師部会副部長 仁井田 りち



平成 27 年 10 月 31 日宮崎県にて日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議が開催されました。

例年、福岡県と鹿児島県で行われていましたが、昨年より九州ブロック会議は各県持ち回りで開催されることになり、宮崎県の次の平成 28 年は沖縄県で開催されることになりました。

懇親会では、沖縄県医師会常任理事の宮里善次先生が、次期開催県を代表して乾杯の挨拶をされ、戦後たくましく生き抜いた女性の歴史も盛り込んだ心引き込まれる名挨拶であったため大拍手で会議参加の皆様を受け入れられました。日頃顔見知りの先生方に、「12 月の暖かい沖縄での開催を楽しみにしています!」、「沖縄では土曜の夕方に会議をして頂ければ、次の日は青い海を見られるわね」と声をかけられ、日々の診療や会議等、多忙な各県代表の女医理事の先生方が沖縄での癒しも期待しているのを感じました。

長崎キャリアアップ事業

さて、肝心の会議ですが、興味を引いたのが長崎県の取り組み「あじさい便り」です。大学を

中心にプロジェクトが立ち上がり、専門医習得への指導、論文を書くためのノウハウを伝授するシステムが出来つつあります。長崎は沖縄と同じく離島を多く抱えている県で、いかに長崎県内にて質の高い研修医指導ができるかを模索しています。沖縄県は幸い、県外含めて多くの初期研修医がおりますが、残念ながら後期研修医までそのまま沖縄に残って研修を続けている状況ではありません。平成32年～平成34年に始まる新専門医制度の専門医の条件は厳しく、沖縄県は、県内で専門医を習得できるシステムを早期に確立する必要性を改めて認識いたしました。

鹿児島の一病院の「女性いきいきプロジェクト」

鹿児島県の日本医師会男女共同参画委員会副会長で、県の常任理事である鹿島直子先生との懇親の中で、県医師会による院内保育園、病児保育園訪問による保育体制強化事業や、大学病院における週4時間からの勤務を認める多様な勤務形態を取り入れた女性医師支援事業の話を聞いておりました。また新たに、「女性いきいきプロジェクト」と題して700名の職員のいる鹿児島共済会南風病院の取り組みが発表されました。その病院のプロジェクト担当メンバーは、院長より指名された女医の富村奈津子先生が、院長室から出た後、「偶然廊下ですれ違った職員に声をかけ、看護師、検査技師、放射線技師、事務部、秘書等のメンバーで構成されました」というスタートのプロジェクトに場内爆笑。各職種の垣根を超え「女性が働きやすい職場づくり」の過程が淡々と語られました。「職員自体はすでに頑張っている」それでも変革と改善を追求し管理者との対話を続けていく姿勢は、多くの病院の模範になると思われました。

佐賀大学医学部学生アンケート結果

佐賀大学医学部社会医学講座の原先生による佐賀大学医学科4年生93名（男性45名、女性48名）のアンケート結果で「医師免許を持つ女性が育児のために離職することについてあなたの考えに近いものは？」という質問に対して男女とも「医師である前に一個人なのだから、いかなる人生も本人の自由だ」が75%強、「多くの資源を投じて要請した医師が離職すべきことは防ぐべき」20%弱でした。また、男子学生の5%強に「中途半端に仕事をするよりむしろ離職するほうがよい」の回答があったことに原先生は果たしてこれでよいのだろうかと疑問を投げかけ、学生からの生涯にわたる教育、啓発の重要性を強調していました。佐賀大学医学部は半数が女子学生で、その4分の3が、アンケートのように医師の仕事を選択しなかったら、93名中59名（63%）しか医師にならない！と私は携帯の計算機で試算しながら、学生からの意識改革が根本に必要であることを痛感しました。「医師のキャリアデザイン」に関して大学、県、医師会の連携、及びその継続が必要のようです。

各県の取り組みには各県の事情、地理的条件による差があり一概には言えませんが、保育所等の女性医師支援のハード面の充実を主とする県、いかに医師会、県、大学との連携を密にし、専門医等キャリアアップを目指す県と様々であり、今後各県の良い点を自分の県に取り入れたいとの先生方の意気込みを感じました。沖縄の取り組みについては「プチフォーラム」に関して質問を受け、ご興味を引いたようで、福岡県、宮崎県の先生方の質問を受けました。今後、沖縄女性医師部会では、福岡県、熊本県で発行している各病院の医師数、育児支援等のサポートに専門医習得支援も加えた「キャリアサポートブック」作りを目指したいと考えております。

平成 27 年度第 3 回マスコミとの懇談会 「医療事故調査制度について」

理事 照屋 勉



平成 27 年 10 月 23 日（金）PM7:30 より
沖縄県医師会館におきまして、平成 27 年度第
3 回マスコミとの懇談会が開催されました。今
回は、首里城下町クリニック第一院長：沖縄県
医師会理事の田名毅先生に「医療事故調査支援
委員会の取り組み」というタイトルでご講演頂
きました。ご講演のポイント・キーワードは、
①「医療安全をめぐる約 15 年間の主なできご
と！」～『医療安全元年：横浜市立大患者取り
違え事故！』、②「医療事故調査制度の目的！」
～『医療事故の“再発防止”により“医療の安
全”を確保すること！』、③「医療法第 6 条の
10」～『制度の対象事案！：「管理者が予期し
なかったもの！」＋「医療に起因しまたは起因
すると思われる死亡又は死産！』、④「調査結
果の遺族への説明！」～『御遺族向けの御説明
by 長崎県医師会』という別刷りのパンフレッ
トが簡潔明瞭で転載・活用も OK とのこと！、
⑤「医療事故調査・支援センターの業務！」～
『医療事故調査支援団体の一覧表！』、⑥「沖縄
県医師会：医療事故調査支援委員会の取り組み」

～『支援委員会委員は“オール沖縄”で対応！』、
⑦「医師法 21 条：死体検案して異状があると
認めたときは、“24 時間以内”に所轄警察署に
届け出なければならない！」～『医師法 21 条
の見直しについての論点と方向性！』、⑧「医
療提供者と患者・国民の信頼関係！」～『「対立」
から「対話」へ！』 etc…。

講演後の質疑応答では、「医療側の保身のた
めの制度なのか？患者側の立場を保護する制度
なのか？」という質問がありました。懇談会後
の懇親会の席でも、“そもそも論”として「医
療事故調査制度とは？」という議論がありまし
た。現時点で、マスコミの方々と医師会側との
間には、制度に対する考え方にまだまだかなり
の“温度差”があるように感じられました。今
後、スタートしたばかりの「医療事故調査制度」
に関して、無理難題・紆余曲折が多々あるもの
と想定されますが、『「対立」から「対話」へ！』
…これが“最終結論”であることを再認識した
懇談会・懇親会でした。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局 ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	岩崎みどり	琉球新報社会部記者	琉球新報社
3	伊藤 彰伸	沖縄テレビ報道部記者	沖縄テレビ
4	溝井 洋輔	沖縄タイムス社会部記者	沖縄タイムス
5	国吉 聡志	沖縄タイムス社会部記者	沖縄タイムス
6	吾津洋二郎	琉球放送記者	琉球放送
7	高江洲千里	タイムス住宅新聞社 編集部 部長代理	タイムス住宅新聞社
8	照屋 信吉	FM たまん取締役	FM たまん

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	田名 毅	沖縄県医師会理事	首里城下町 クリニック第一
2	宮城 信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
3	稲田 隆司	沖縄県医師会常任理事	かいクリニック
4	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
5	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院
6	蔵下 要	広報委員	浦添総合病院
7	洲鎌 盛一	浦添市医師会	牧港中央病院
8	宮里 聡	浦添市医師会	みやざと整形 クリニック経塚駅前
9	久貝 忠男	沖縄県公務員医師会	県立南部医療センター・こ ども医療センター

懇談事項

「医療事故調査制度について」

理事 田名 毅



沖縄県医師会は沖縄県内において支援団体として手上げしている9つの団体の中で、中心的な役割を担うことになっている。沖縄県

医師会報11月の「医療安全推進週間に因んで」のコーナーで、今回の医療事故調査制度の概要、沖縄県医師会の取り組みについてはすでに紹介しているので、今回は法律・省令・通知を前半部分で紹介し、後半はマスコミから質問が多かった点をQ&A方式で紹介する。

1. 医療事故調査制度の目的について

医療事故調査制度は、改正医療法の『医療の安全の確保』の章に位置づけられ、医療事故の再発防止により医療の安全を確保することを目的とした制度です。

2. 医療法第6条の10(表1)

3. 「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡又は死産」の中の「医療」の内容(表2)

4. 医療事故の定義について(表3、表)

5. 医療事故かどうかの判断はやはり、難しいので厚労省の作成したQ&Aを紹介する。

問1. 本制度の対象となる医療事故はどのようなものですか？

(答) 医療法では、「医療事故」に該当するかどうかの判断と最初の報告は、医療機関の管理者が行うことが定められており、遺族が「医療事故」として医療事故調査・支援センターに報告する仕組みとはなっていません。

問2. 遺族から医療事故調査・支援センターへの報告について同意を得られない場合や、管理者の「医療事故」の判断について遺族と意見が合わない場合でも報告しなくてはならないですか？

(答) 医療法上、管理者が医療事故であると判断した場合には、医療事故調査・支援センターへ報告する前に遺族への説明を行う必要があります。これは説明であって同意を

//////////////////// 狼 談 会 //

得ることを求めているので、仮に遺族からセンターへの報告をしないようにとの申出があったとしても、管理者は報告を行うことが義務付けられています。

また、仮に遺族と意見が合わない場合でも、管理者が医療事故に該当するかどうかの判断を行うこととなります。

問3. 院内調査を行うに当たり、自院で十分調査が行える場合であっても外部からの委員は必ず入れるのですか？

(答) 本制度では、医療機関が院内調査を行う際は、公平性、中立性を確保する点から、専門家の派遣等の医療事故調査等支援団体の支援を求めることとされています。

問4. 報告書の内容について当該医療従事者や遺族に意見がある場合は記載することとされていますが、遺族からのご意見についてはどのように求めるのですか？

(答) 医療法第6条の11第5項に基づき、医療事故調査・支援センターへの報告前あらかじめ報告を行う際に、遺族からその内容について意見があった場合、その内容を報告書に記載していただくことになります。

表

医療事故について

医療法第6条の10

第6条の10
 病院、診療所又は助産所（以下この章において「病院等」という。）の管理者は、**医療事故**（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると認められる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

省令事項	医療に起因し、又は起因すると認められる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかつたもの	制度の対象事業	
管理者が予期したものの		

※ 過誤の有無は問わない

表 2

医療事故について

※「医療安全」は「医療の質の向上」と同等の意味で用いられる。この用語は必ずしも「患者の安全」を第一とするものではない。
また、「医療安全」は「医療の質の向上」について、(看護士や薬剤師など医療従事者の業務)も含むものである。

「当該事故等に際する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予測しなかったものを、医療事故として管理者が報告する。」

「医療」（下記に示したものに起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産①②）	①に含まれない死亡又は死産②③
☐ 診断 ○薬物、症状に関連するもの ☐ 検査室（症候観察を含む） ○検査中に発生したもの ○患者搬送に関連するもの ○診療科目・科は関係しないもの ○画像検査に関連するもの ☐ 治療（経過観察を含む） ○手術・投与（輸血を含む）に関連するもの ○リハビリテーションに関連するもの ○処置に関連するもの ○手術（含め含む）に関連するもの ○麻酔に関連するもの ○放射線治療に関連するもの ○画像検査の活用に関連するもの ☐ その他 ○以下のような事実については、管理者が医療者に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 ○療養に関連するもの ○転倒・転落に関連するもの ○誤飲に関連するもの ○患者の病歴・身体的拘束／身体拘制に関連するもの	忘記以外のもの ＜具体例＞ ○施設管理に関連するもの ○火災等と関連するもの ○地震や噴雪等、天災によるもの ○その他 ○自発症 ○寝たままに発生したものでない、偶発的に生じた疾患 ○原病の進行 ○自殺（本人の意思によるもの） ○その他 ○院内で発生した殺人・傷害殺人等、等

※① 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。
 ※② ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療体制等の特性、専門性によって異なる

表 3

[illegible]

表

[illegible]

質疑応答

○照屋理事



これから、質疑応答に入ります。マスコミの方どなたかご質問ございませんか。

○伊藤氏（沖縄テレビ）



支援団体の支援というのは、病院のサポートをするという意味でしょうか。特にご遺族との医事紛争の解決ではないということでしょうか。

○溝井氏（沖縄タイムス）



医療事故調査等支援団体は県内に9つあり、医師会が取り纏めをしている認識でよろしいでしょうか。また、当制度の医療事故から調査の流れですが、調査

の期限はあるのでしょうか。

○田名理事

医師会で取り纏めております。調査の具体的な期間や日程の期限はありません。可能な限り速やかに対応することが国の定めです。例えば当初は医療事故と考えられなかったケースやご遺体がない状態でも後から振り返ってやはり調査をすべきだとの判断であればその時点で開始して良い事になっています。基本的に「速やかに」となっております。

○溝井氏（沖縄タイムス）

死亡事故など社会的に重大な事故であれば報道機関が取材しますが、支援団体に取材をする窓口はどのように考えているのでしょうか。

○田名理事

取材対応については、基本的には当該病院が中心になると考えています。私たちはあくまでも支援団体として院内事故調査に関する支援を行うという立場です。

○田名理事

医療機関の事故調査に対する支援です。ご遺族との調整役までは私達の役割ではないと思っています。ただし、先ほども申し上げた通り病院から遺族へ説明する場合、第三者として医師会が関わった方が客観的に公平性を担保できると考えられるケースにおいてはその説明の場に参加することを考えています。私たちが単独で動くことはありません。

○照屋理事

お手元に御遺族向けの説明資料があります。こちらの説明もお願い致します。

○田名理事

こちらは、九州各医師会の合同会議において事故調査に関して各県の取り組みの情報交換をした際に、長崎県医師会からいただいたご遺族向けの説明文章となっています。この文章を読んでいくとこの制度のあらましがよく理解できると思いますので、是非ご一読下さい。この資料の活用に関しては長崎県医師会から許可をもらっていますので、参考にされて下さい。

○照屋理事

非常に分かりやすい内容だと思います。他にご質問ございませんか。

○岩崎氏（琉球新報社）



支援団体がそれぞれあり、この相談窓口の連絡先というのは病院から医師会への連絡先であって、遺族が疑問を持った時に連絡する連絡先とは違うのでしょうか。

○田名理事

違います。遺族からは直接医療機関に問い合わせいただくことになりますが、遺族が困った際には沖縄県医師会がこれまで行ってきた医事紛争処理と同様に、遺族の相談にも出来る範囲で対応したいと考えています。

○国吉氏（沖縄タイムス社）



院内調査の構成メンバーというのは当該病院の方を中心に構成されるのでしょうか。

○田名理事

院内事故調査ですので、基本的にメンバーの多くは院内の職員となりますが、より客観性を持たせるために我々担当役員の他、その分野の専門の先生を外部から招聘し参加してもらう予定です。他の病院から専門の先生が入っていただくことで、より公正に処理をすることができます。

○高江州氏（タイムス住宅新聞社）



医療事故と判断するのは病院になりますが、遺族側の疑問の対応は取りあえず置いて、院内で調査をしようということでしょうか。

○田名理事

事故の判断は管理者の判断が重要になりますが、ご遺族の感情も非常に重要になってきます。調査をするかどうかの判断の時に遺族はどのように考えられているのかも重要な点になります。

もしご遺族が納得できない時はまずは当該病院に申し出てもらいたいと考えます。これまでも医師会にご遺族からの相談があった場合は、基本的に真摯にお話を聞いた上で、必要な事例と思われるものは対応しています。医療機関にとっても、悩ましいケースではしっかり院内事故調査を行い、遺族・センターに報告した方が最終的には医療機関・遺族いずれにとっても納得できる結論につながります。ご遺族の感情も加味しながら対応したいと思います。

○稲田常任理事



沖縄県医師会の医事紛争を担当しています稲田です。大事なご質問だと思います。国民も疑問に思われるところだと思います。悪い言い方をすると事故であっても病院

の判断で届けるか届けないか判断するわけですから、事故であっても届けない場合が管理者の裁量権にあるのではないかと思います。

この制度を使わなくてもご遺族は病院に対して訴えることが出来ます。悪意をもって医療事故調査を報告しない病院は医事紛争という形でその病院が損害賠償の世界に引きずり出されることになります。全国的にこの事故調査制度を補完するものとして医事紛争処理システムが医師会の中にあり、医事紛争の担当チームがあり、その両面でご遺族のサポート体制を創っています。悪意をもって事故の報告をしなかった病院があれば、ただで済むはずはありません。紛争

という形で対応せざるを得なくなります。医事紛争処理システムで責任者に会議に出てもらい責任の度合いを定めていくシステムがありますので、両面で信用を得ていければと考えております。

○伊藤氏（沖縄テレビ）

我々も想像はしますが、こういう制度ができたことは病院にとっては恐い問題だと受け取っていると思います。実際に病院の方たちがどの程度リスクと考えているか伺いたいです。

○宮城会長



この調査の対象となるのは、医療に関して予期されなかった死亡事故に限ります。患者も医療側もこの病気はこういう経過の中でこうなるだろうと分っているものは

対象になりません。家族も納得していますから、納得しないものが調査の対象になります。予期していない死亡は全て対象になります。

家族が納得できないものが対象になると考えた方がいいと思います。医療側に積極的に調査をしてもらう。医療側も原因がわからないことはいくらでもありますから。死亡原因をはっきりさせて同じようなことは二度と起こさないようにするのがこの制度の目的です。

○稲田常任理事

今のご質問で、この制度の背景をお話しますが、この制度の立案者は厚労省の役人です。この調査制度で分析してフィードバックすることでどのような時に医療の事故が起きて、予測が不可能な死亡が起きているのかわかってきます。院長やスタッフたちは緊張を強いられると思います。医療の安全をしっかり確保していかなければ大変なことになる。積極的に取り組んでほしいという思いがあったようです。全国各地でいい加減なことではできないということで勉強会が開かれています。そういうことで日本の

医療安全のレベルが上がってくると捉えて頂ければと思います。

○洲録先生



病院の管理をしていますが、この制度ができて、とても緊張感があります。普段から医療事故を起こしてはいけないと考えていますが、この制度ができてからモチベー

ションが上がってかなり緊張感があります。

○溝井氏（沖縄タイムス社）

10月から始まった制度ですが、沖縄県内でだいたいどのぐらい発生すると思われますか。

○田名理事

紛争になった死亡事案で推測を試みましたが、過去に総合病院等で対応してきたケースのうち我々が把握していないものも多いと考えますので、今回の定義に該当するケースがどれぐらいあるのかは不明です。実際始めてみないとわからないのが現状です。この制度が始まる前、この制度によりたくさんのケースが報告されるのではないかという意見や、かえって絞られているのであまりないのではないかという異なる意見もあります。

現時点で、県内で相談があったケースが2件です。これだけで今後を推測することはできませんが、現状はそういう状況です。

○溝井氏（沖縄タイムス社）

相談2件というのは調査対象かどうかを問い合わせた相談が2件でしょうか。

○田名理事

個人情報がありますので詳細には触れられませんが、1例に関しては現在院内で十分なヒヤリング調査をしているということで、後日センターに届け出るかどうか相談すると聞いています。もう1件はこの制度の対象であるかとの相談を頂きましたが、対象事案ではないとコメントしました。ですから、院内事故調査委員会が

開かれるケースは準備段階に入っている医療機関はありますが、正式に動いているところはありません。

○国吉氏（沖縄タイムス社）

事故の定義ですが、死亡もしくは死産に限っていますが、それだけを対象にした理由はあるのでしょうか。例えば過失があって後遺症が残った場合などは事故の対象になるのではないのでしょうか。

○田名理事

今回の制度における医療事故の定義は死亡に至ったケースということになっています。医療事故関係の過去の歴史で紹介したように、医師法 21 条の関係で医療における死亡事案に関して警察がすぐに介入し、善意をもって対応していた医師を逮捕してしまうというようなことが起こると積極的医療の萎縮に繋がります。この 21 条をめぐる現場での対応に関しては色々な議論がある中で、長年の課題になっています。異状死の対応と合せて考えると、今回は重大な事案である予期せぬ死亡を対象として、まずは制度を走らせたと考えています。

国も明言していますように、来年の 6 月までに 21 条に関してもさらに議論することになっています。

○国吉氏（沖縄タイムス社）

先ほど稲田先生より、ご家族が納得されない場合には、報告すべきと仰ったと思いますが、ご遺族の納得が得られない場合には、当該医療機関は報告すべきとお考えですか。

○田名理事

当該医療機関からの説明でご遺族が納得できない場合にはご遺族からセンターに再調査の申し出ができるとなっています。ただし、前提として管理者が医療事故と認めたケースになりますので、最初の院内調査がなされた上でご遺族が納得できない場合にセンターに相談できるということです。医療機関が NO と言って、ご遺族が医療事故と主張してすぐセンターに申し出るということではありません。2 段階方式になっています。

○照屋理事

そろそろ時間になりましたので、この後の懇親会で細かいところを稲田先生、田名理事にご質問頂ければ幸いです。スタートしたばかりで、未だ 23 日目です。今後色々なことが起こると思います。そこら辺を含めて何かあれば情報交換ができたと思います。今日はお疲れ様でした。

医療法による「医療安全を確保するために、医療事故の再発防止を目的とした医療事故調査制度に基づく院内事故調査委員会」について

(御遺族向けの御説明)

この度は、患者さんがお亡くなりになりましたこと、心よりお悔やみ申し上げます。ご悲嘆のご胸中お察し申し上げます。

<制度について>

このようなときではございますが、患者さんがお亡くなりになられた件に関連して、ご説明申し上げなければならないことがございます。平成27年10月1日より全ての医療機関においては、今回のような予期しない医療死亡事故が発生した場合、「医療安全を確保するために、医療事故の再発防止を目的とした医療事故調査制度に基づき、院内事故調査委員会の設置」と、「医療事故調査・支援センター」への報告が、医療法により義務づけられました。

この制度は、当該施設外の専門家などの委員を加えた事故調査委員会を院内に設置し、医療事故発生までの事実確認を行います。必要に応じて外部の専門家の支援を仰ぐこともあります。調査には数ヶ月を要することがありますが、調査終了時に調査の内容と結果について、ご遺族の方にも説明することになっております。尚、調査及びその結果内容についていかなる場合でも、

非懲罰性と匿名性を保つことが義務づけられていますので、ご了承ください。

<解剖及び死後の画像検査について>

このような時に、お願いをすることをお許し願いたいのですが、死亡原因の正確な究明のために、ご遺体の病理解剖もしくは画像検査（CT等）をお願いできないでしょうか。

病理解剖により正確な死因の確認ができる場合や新たな死因が見つかることがかなりの確率で（8割）あるとされています。ご理解いただいた後、結果を出すまでには、お時間をいただくことにはなりますが、ご理解いただきますようお願いいたします。また、ご遺体をCT検査することで、死因の究明に役立つ場合もございます。ご遺体の解剖及びFCT検査のいずれも、ご遺族のご承諾なしに行うことはございません。また、費用のご負担もございません。

<検体の保管、保存について>

病理の解剖後の臓器の保存や、病理標本の保管は法律に従って、対応させていただきます。

採取させていただきました血液・尿などの保管につきましては、必要な場合冷凍保存などをさせていただきます場合があります。これらの保管、保存検体等に関しましては御承諾をお願いします。なお、これらの検体等の返還を御希望される場合は、お申し出ください。検査会社ですでに破棄されている場合など、技術的に不可能な場合などをのぞき、できる限りご希望にそえるよう努力いたします。

<最後に>

今後の調査につきましては、当院の事故調査委員会、カルテ、検査結果、画像検査の検討、医療現場での検証などにより、今回の事故の原因をできる限り明らかにして、後日ご説明させていただきます。調査に際しまして、ご遺族の皆様にもお話をうかがう場合もございます。

何卒、ご協力の程、お願い申し上げます。

沖縄県医師国民健康保険組合からのお知らせ

■医師国保組合とは

沖縄県医師国民健康保険組合は、国民健康保険法に基づき、国民健康保険を行う目的で昭和49年10月に設立された公法人で、沖縄県内で医業関係のお仕事に従事されている方を組合員とした「国民健康保険組合」です。



■加入対象者について

- ・医師 … 沖縄県医師会会員で医業に従事しており、社会保険等に参加していない方。
(※開業医、勤務医等は問いません。詳しくは事務局までご連絡下さい。)
- ・家族 … 医師、従業員組合員と住民票が同一で社会保険等に参加していない方。
- ・従業員 … 医師組合員が開設する医療機関に勤務する従業員の方。

■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医師	26,000	2,600	3,300	31,900	382,800
家族	7,000	2,600	3,300	12,900	154,800
従業員	8,000	2,600	3,300	13,900	166,800

※介護分(介護保険料)は40歳から発生し、64歳までは組合で徴収します。
65歳からは市町村へ納付することになります。

■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

- 半日人間ドック助成事業 … 半日人間ドックの受診費用を一部助成します。
- インフルエンザ予防接種助成事業 … 予防接種の接種費用を一部助成します。
- 宿泊助成事業 … 県内ホテルへ宿泊された場合、宿泊費用の一部を助成します。
- 育児支援事業 … 出産された被保険者の方へ、育児支援金を1年間提供します。

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

沖縄県医師国民健康保険組合

住 所：南風原町字新川218-9
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
事務局：高良、新崎まで



生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告 (0.5 単位 1カリキュラムコード)

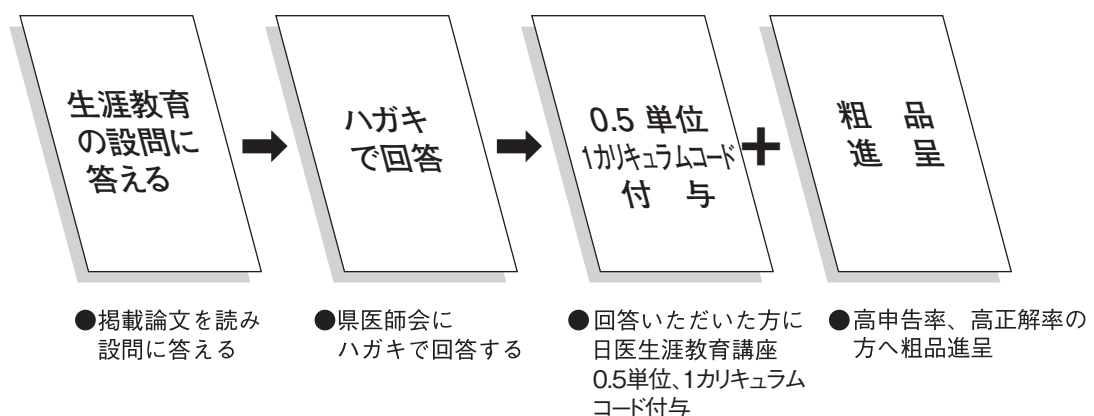
日本医師会生涯教育制度は、昭和 62 年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまでは、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方には日医生涯教育講座 5 単位を付与いたしておりましたが、平成 22 年度に日本医師会生涯教育制度が改正されたことに準じ、本誌の生涯教育の設問についても、出題の 6 割（5 問中 3 問）以上正解した方に 0.5 単位、1 カリキュラムコードを付与することに致しました。

つきましては、会員の先生方のご理解をいただき、今後ともハガキ回答による申告に、より一層ご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多く、正解率が高い会員につきましては、年に 1 回粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、成績により選出いたしますので予めご了承ください。

広報委員会



肺癌の定位放射線治療について

琉球大学医学部附属病院 放射線科 有賀 拓郎

【要旨】

肺癌に対する定位放射線治療は保険収載されており、現在広く日本国内で治療可能で、原発性肺癌のほか、転移性肺腫瘍に対しても行われる。治療適応は一般的に5 cm以下、3 個以下であり、間質性肺炎や肺線維症がある症例は慎重な適応判断が必要である。局所制御率は約90%であり、手術に迫る治療成績と考えられる。有害事象は軽微なことが多いが、多くの症例で治療後に無症状の放射線肺炎を呈し、経過観察において肺炎か再発かの鑑別に苦慮する。その際はFDG-PET CTが鑑別に有用と言われており、定期的な撮影が望ましい。

【はじめに】

定位放射線治療（Stereotactic Body Radiotherapy；SBRT）とは、いわゆる“ピンポイント照射”としてマスコミや患者さん向けの資料で紹介されることが多く、近年の放射線治療の発達に伴い可能になった照射方法です。照射中心位置のずれ（固定精度）を5mm以内に収めて行われる治療で、胸部領域では主に原発性肺癌（非小細胞肺癌）および肺転移に対して行われます。本邦では2004年より保険収載されており、現在では広く全国的に行われています。県内でも常勤で放射線治療医がいる5施設（琉球大学医学部附属病院、県立南部医療センター、那覇市立病院、県立中部病院、南部特洲会病院）で治療が可能です。

【適応】

腫瘍径が5cm以下、少数個（多くは3個以下）の病変を対象とする施設が多く、TNM第7版ではT1a-2aN0M0、Stage Iに相当する症例がSBRTの適応となります。組織型としては、原発性肺腫瘍では非小細胞肺癌が適応となり、肺転移に対しても行われます。組織未確定の症例でも臨床所見や経過などからSBRTを行うこと

もありますが、治療施設ごとに適応が異なることがあり、症例毎に相談となるのが一般的です。

局在としては、肺野末梢側にある病変が最もSBRTに適しています。主気管支から2cm以内の病変や、縦隔臓器に近接している場合も施設毎に適応が異なりますので、放射線治療担当医と相談の上、SBRTの方針決定となります。非適応に関しては、間質性肺炎や肺線維症が強い症例などが挙げられますが、現時点で明確なエビデンスが存在しておらず、これも施設毎に適応が異なります。当院ではFDG-PET CT（以下PET）で背景肺に強い集積がある症例、KL-6が1,000を超える症例は非適応としていますが、症例によっては担当主治医、患者さんと相談の上、SBRTの適応の有無を検討する場合があります。

【外来～治療開始まで】

まずは初診にて呼吸機能検査、血ガスを含む採血、胸部CT、PETによる画像評価、組織型などを確認します。紹介元的主治医と適応を相談の上、SBRTが決定となった場合、まずは“simulation”と呼ばれるCT撮影を行います。これは照射時と同じ固定具・呼吸抑制ないし同期



方法で撮影されるCTで、治療計画の元画像になり、他のCTでは代替不可能です。当院ではビーズクッションに陰圧をかけたバックロックと呼ばれる固定具で患者さんの体の型を成形し、さらにその上からビニールシートをかけ持続的に吸引することで陰圧をかけ、体幹の固定と呼吸抑制を行う特別なシステムを用いています。(図1) 加えて、体表にマーカーを装着し赤外線カメラで胸壁の呼吸移動を経時的に撮影しながら呼吸位相を解析し、撮影します。こうすることで呼吸を10段階に分割し、治療の際に任意の呼吸位相(多くは呼気終末)で照射が可能となります。(図2) これらの固定具作成、simulation CTの撮影は通常1時間前後で終わります。

その後放射線治療計画および検証作業になります。放射線治療医が治療計画コンピュータで照射する方向や照射野の大きさを決め、腫瘍に対して十分な線量が照射されるか、正常臓器の線量は基準(表1)^{1,2)}以下かを確認しながら最終的な照射方法を決定します。(図3) その後、技師や物理士が協力して線量がきちんと設定された値になっているか、治療機や固定具の干渉が無いかを確認して、問題が無ければ準備完了

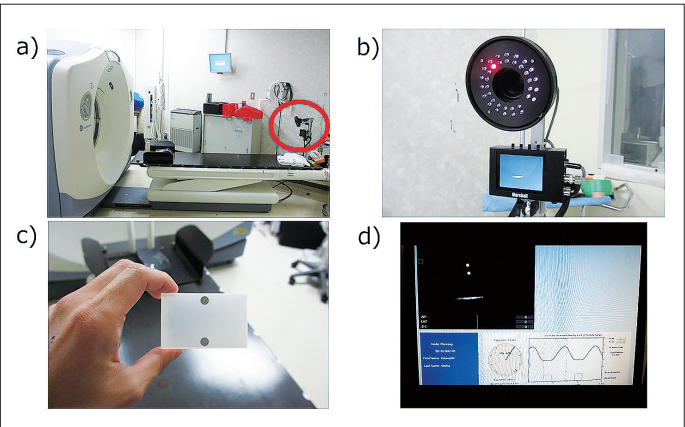


図2: a) CT寝台に設置された赤外線カメラ(丸部) b) カメラ拡大図 c) 患者さんの体表面に設置するマーカー d) マーカーは2つの点として認識され、呼吸波形がサインカーブとして記録される。この波形を基に呼吸位相を同定・分割する。CTの撮影は呼吸位相と同期して行われる。

表1: 多施設共同試験臨床試験(JCOG0403)で用いられているリスク臓器の線量制約
当院でもこの線量制約を使用している。

Organ	Dose	Volume	Dose	Volume
肺	40 Gy	≤100 cc	MLD	≤18 cc
	V_{15}	≤25%	V20	≤20%
脊髄	25 Gy	Max		
食道	40 Gy	≤1 cc	35 Gy	≤10cc
肺動脈	40 Gy	≤1 cc	35 Gy	≤10 cc
胃	36 Gy	≤10 cc	30 Gy	≤100 cc
腸	36 Gy	≤10 cc	30 Gy	≤100 cc
気管、主気管支	40 Gy	≤10 cc		
他の臓器	48 Gy	≤1 cc	40 Gy	≤10 cc



図1: バックロック(土台の青いクッション)で体を固定し、ビニールシートをかぶせ、持続陰圧をかけることで固定と呼吸抑制を行います。

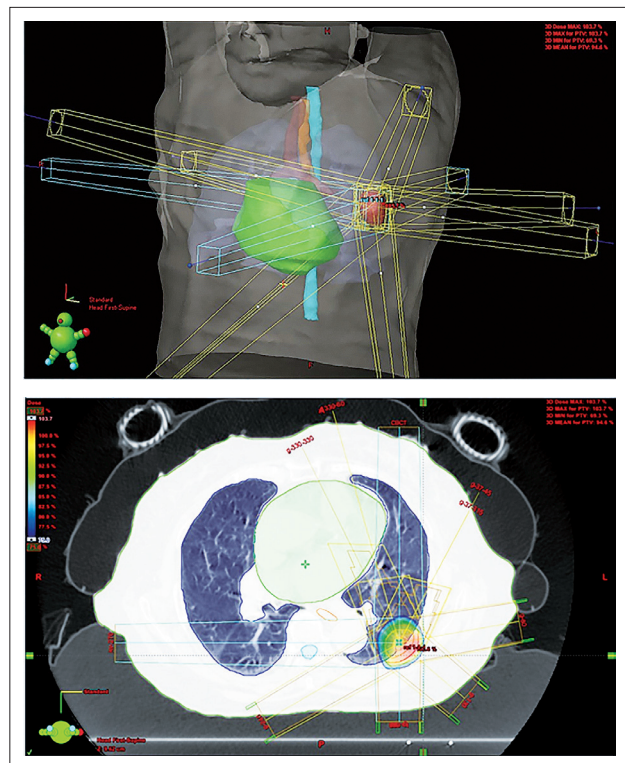


図3: 様々な角度から照射することで、病変に局限した線量分布が作成可能になる。

となります。この工程は施設によって異なり、数日から1週間前後かかります。

準備が整ったらいよいよ照射開始になります。事前に準備した固定具で患者さんを固定し、まずはリニアック（治療装置）に付属した On-board imager (OBI) でレントゲンを撮影し、骨構造を中心に計画 CT から再構成されたレントゲン写真と位置照合し、ずれを補正していきます（図4）。次に、リニアックに付属した Cone-beam CT で CT を撮影し、腫瘍自体で同様に位置照合を行い、ずれがあれば更に補

正します（図5）。この2つの位置照合を通して固定精度は数 mm レベルまで安定します。その後、患者さんの体表のマーカークラから呼吸波形を取得・解析し、呼気終末相に同期して照射を開始します。照射中は Electric Portal Imaging Device (EPID) によるリアルタイムの透視で腫瘍が照射野内に入っているかを確認しながら照射します（図6）。照射時間は通常30分～1時間程度ですが、当院のように呼吸同期をかける施設は呼吸の安定性に依存して時間が長くなることがあります。照射は月・水・金などの隔

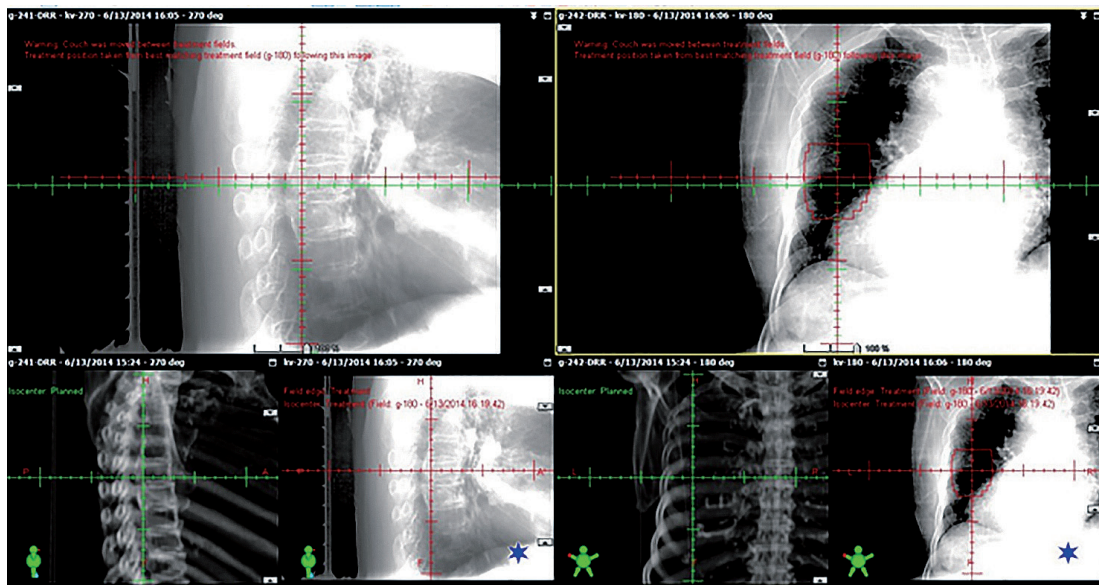


図4：OBIによる位置照合

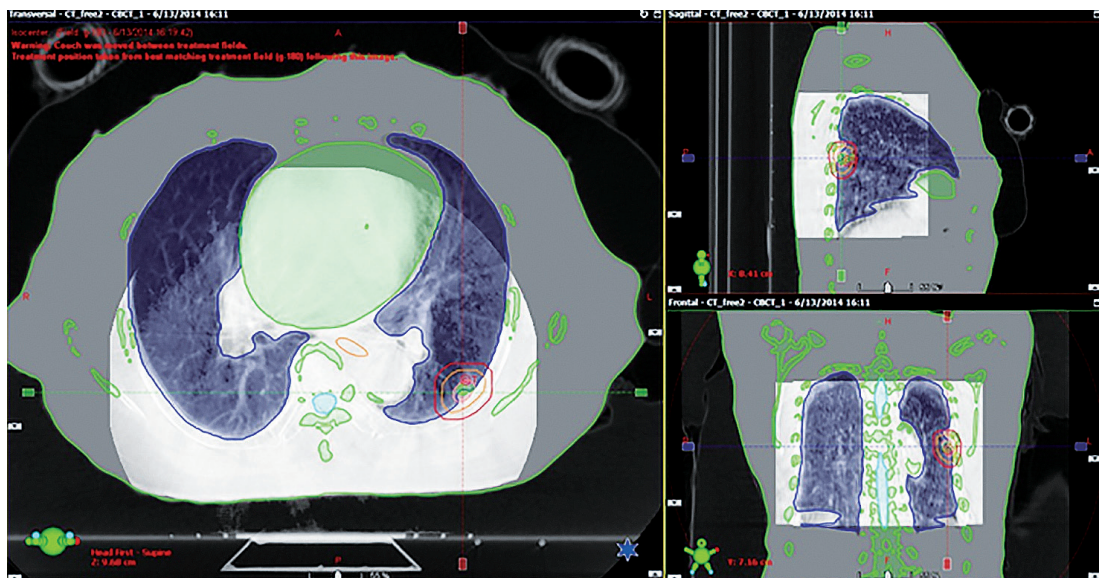


図5：Cone-beam CTによる位置照合

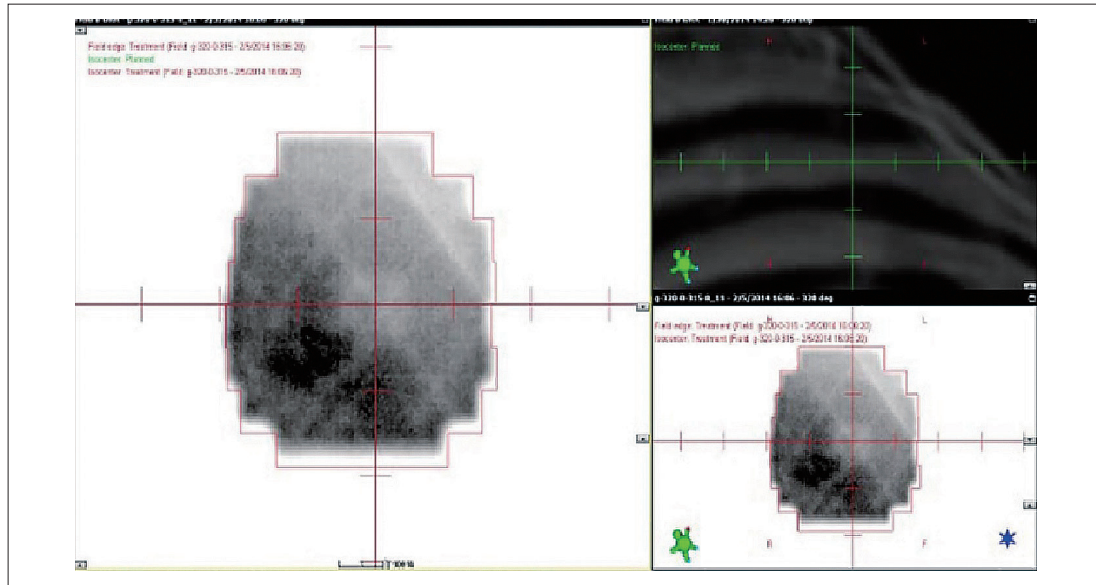


図6：EPIDによる腫瘍の位置確認 照射範囲に腫瘍が入っているかをリアルタイムに確認しながら照射を行う。

日で行われることが多く、一般的には48Gyの総線量を4回に分割(1回12Gy)で行われます。1回の線量は非常に多いですが、軽度の放射線性宿酔(倦怠感や食思不振など)を除けば照射期間中に肺炎をはじめとした有害事象が出現することはまれで、多くの患者さんは外来通院で治療することが可能です。体力が許せば就労しながら照射することもできます。琉球大学附属病院(琉大病院)では放射線科病棟もあるため、通院が困難な遠方や離島在住の患者さんの入院治療にも対応しています。詳細は当院の放射線治療医にご相談ください。

【SBRTの成績と有害事象】

Stage Iの症例に対するSBRTの治療成績ですが、一般的には手術可能例が不可能例に比べて成績が良好ですが、標準治療が手術であることから、多くの照射適応症例は手術不可能例に偏っています。大西ら³⁾によると、手術不可能例の3年局所制御率は約90%、3年生存率は55~60%とのことです。手術不可能例が中心のため、原病死のほか他病死も多いためやや生存率は手術群と比較して劣って見えますが、統計学的手法の一つである傾向スコア解析を用いて手術と治療成績を比較した松尾ら⁴⁾の解析によると成績は同等と言われており、早期肺癌の標準治療の一翼を担える治療であると考えられ

ています。現時点で、早期で肺癌を発見できたが、手術ができないといった症例に対しては、SBRTはもっとも適切な治療と考えられますし、手術可能症例であっても患者さんが希望されたら是非提示していただきたいと考えております。

合併症に関してですが、重篤な合併症の発生報告はまれで、SBRTの全国集計調査⁵⁾では2,387例中14例(0.6%)にGrade5の合併症(肺炎11例、咯血2例、食道炎1例)が発生したとのことです。軽度のものとして肺炎、胸水貯留、心嚢液貯留、食道炎、肋骨骨折、皮膚炎、(肺尖部であれば)腕神経叢障害、(肺底部であれば)胃粘膜障害、肝機能障害が挙げられますが、いずれも軽症で収まることが多いです。過去の検討より、近年ではSBRT時の臓器毎の耐容線量が明確になっており、有害事象の発生頻度は低く抑えられています。肺炎に関しては次項で詳細に触れます。

【放射線性肺炎と経過観察】

SBRTを行うと、画像上3~9ヶ月で必ず放射線性肺炎が起こります。(図7)多くの症例は画像所見のみで臨床的には無症状であり、有症状の肺炎の発生率は数%程度^{3,6)}です。画像上の特徴は限局した器質化肺炎像を呈することが多く、腫瘍影様に見えることも多いため⁷⁾、CTだけでは再発との鑑別に非常に苦慮します。治療終了後6か月以上たってから撮影され

た PET にて、SUVmax が 5 以上であった場合、再発診断の感度特異度が高かったとする報告⁸⁾があり、通常の胸部 CT に加えて、治療後半年～1 年の間隔にて PET を撮影することが推奨されます。ただし、PET によっては若干 SUV 値が高く測定される機種もあり、臨床所見や腫瘍マーカー、最終的には病理学的な検索をもって再発の診断とするべきと考えます。

【今後の展望】

現在国内をはじめとして、更なる治療成績改善を目指して線量増加試験が行われています。また、リスク臓器が近接している中枢側病変に対しての安全な総線量 / 線量分割の開発が行われています。もし SBRT の適応かもしれないと思われる症例がいましたら、ぜひ一度お近くの放射線治療医に尋ねてみてください。

【参考文献】

1. Nagata Y, Takayama K, Matsuo Y, et al. Clinical outcomes of a Phase I/II study of 48Gy of stereotactic body radiotherapy in 4 fractions for primary lung cancer using a stereotactic body frame. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005 ; 63 : 1427-1431.
2. 加賀美芳和, 他: 肺癌に対する体幹部定位照, 日本放射線腫瘍学会編, 放射線治療計画ガイドライン 2012, 金原出版, 東京, 2012 ; 134-137.
3. Onishi H, Araki T. Stereotactic Body Radiation Therapy for Stage I Non-small-cell Lung Cancer : A Historical Overview of Clinical Studies. *Jpn J Clin Oncol* 2013 ; 43 : 345-350.
4. Matsuo Y, Chen F, Hamaji M, et al. Comparison of long-term survival outcomes between stereotactic body radiotherapy and sublobar resection for stage I non-small-cell lung cancer in patients at high risk for lobectomy : A propensity score matching analysis. *Eur J Cancer.* 2014 ; 50 : 2932-8.
5. Nagata Y, Hiraoka M, Mizowaki T, et al. Survey of stereotactic body radiation therapy in Japan by the Japan 3-D Conformal External Beam Radiotherapy Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009 ; 75 : 343-7.
6. Yamashita H, Takahashi W, Haga A, et al. Radiation pneumonitis after stereotactic radiation therapy for lung cancer. *World J Radiol.* 2014 ; 6 : 708-15.
7. Kimura T, Matsuura K, Murakami Y, et al. CT appearance of radiation injury of the lung and clinical symptoms after stereotactic body radiation therapy (SBRT) for lung cancers : are patients with pulmonary emphysema also candidates for SBRT for lung cancers ? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 ; 66 : 483-91.
8. Xu Zhang, Hui Liu, Peter Balter, et al. Positron Emission Tomography for Assessing Local Failure After Stereotactic Body Radiotherapy for Non-Small-Cell Lung Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012 ; 83 : 1558-1565.

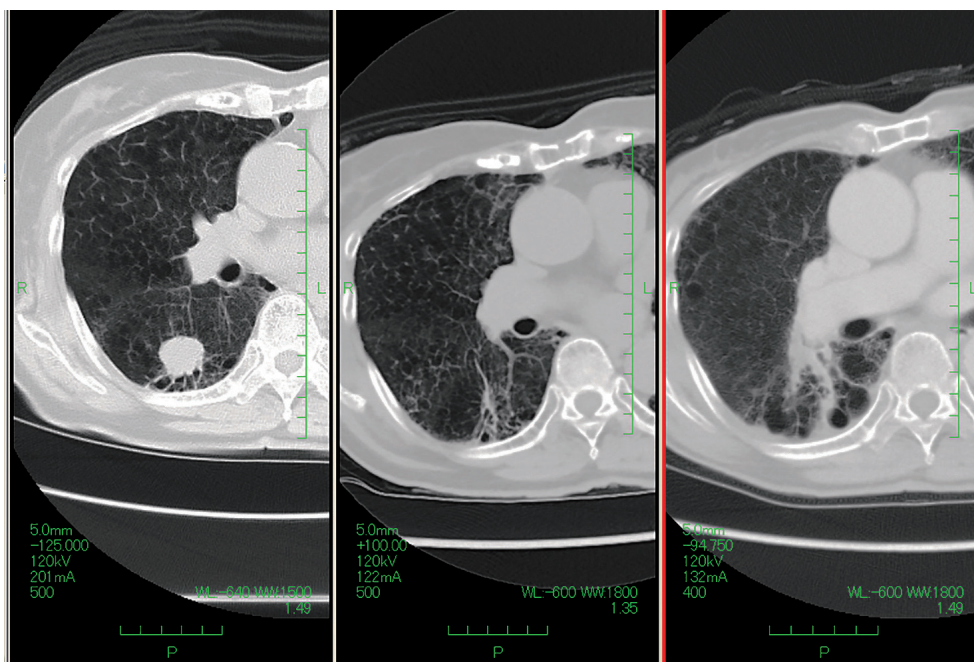


図 7 : SBRT 後の肺炎 左から治療前、治療 1 ヶ月後、治療半年後。腫瘍は消失したが、放射線性肺炎と思われる索状影、浸潤影が出現した。臨床所見は軽度の咳嗽のみで投薬治療は不用であった。

QUESTION!

次の問題に対し、ハガキ（本巻末綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（84.その他）を付与いたします。

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 肺癌に対する定位放射線治療は先進医療であり、保険収載されていない。
- 問 2. 中枢側気管支や縦隔臓器に接した病変は絶対禁忌であり、定位照射を考慮してはならない。
- 問 3. 3 年局所制御率は約 90%である。
- 問 4. 照射後に最も多い有害事象は肋骨骨折である。
- 問 5. 経過観察には通常の胸部 CT に加えて、FDG-PET CT の撮影が有用である。

CORRECT ANSWER!

10 月号(Vol.51)
の正解

胸腺腫・胸腺がんの診断と治療

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 胸腺腫は良性腫瘍であり、経過観察でよい。
- 問 2. 胸腺腫の WHO 組織分類別で予後が異なり、Type A が最も予後不良である。
- 問 3. 胸腺腫・胸腺がんの病期分類は UICC 分類を基に国際的に標準化されている。
- 問 4. 胸腺腫・胸腺がんの術後補助治療として放射線治療は必須である。
- 問 5. 胸腺腫は遠隔転移より胸腔内播種転移することが多い。

正解 1.× 2.× 3.× 4.× 5.○

- 問 1. 悪性腫瘍として対処するべきである。
- 問 2. Type B3 が予後不良である。
- 問 3. 国際的に標準化された分類はないが、正岡病期分類が広く用いられている。
- 問 4. I 期、II 期で完全切除であれば不要である。



モバイルクラウド12誘導
伝送心電図システムの有用性



豊見城中央病院 循環器内科
嘉数 真教

【はじめに】

救急車に12誘導心電図を搭載し現場から心電図を伝送する「心電図伝送システム」が普及してきています。これは、病院到着前に12誘導心電図を電送することによって、ST上昇型心筋梗塞（STEMI）患者の救命率や治療成績を向上させることを目的として開発されてきたものです。

当院でも一部の消防隊と協力してこのシステムの運用を開始しました。全国的に普及してきてはいますがまだ一般的というわけではなく、症例数も少ないという現状ではありますが、今後更に広がっていくであろうこのシステムの有用性を、当院での実績も含め述べてみます。

【急性心筋梗塞治療の変換とガイドライン】

現在のSTEMIの治療は緊急でPCI（経皮的冠動脈形成術）を行うPrimary PCIを中心としており、早期にPCIを行うことにより院内死亡率は5～7%まで改善されてきています。沖縄でもPrimary PCIが施行できる施設が多

くあり、これまでの血栓溶解療法よりPrimary PCIが選択されることがほとんどとなっています。これが、沖縄県民の救命率に大きく寄与していることは間違いないと思われます。

このPrimary PCIで最も重要なことは「いかに早く再灌流を得られるか！」ということです。米国心臓病学会（AHA）や日本循環器学会などでも示されていますように、病院到着から責任病変をバルーンで拡張し再灌流が得られるまでの時間、いわゆるDoor to Balloon Time（D2B Time）を90分以内とすることが当初の目標達成となっています。

【Door to balloon time 短縮の重要性と Onset to balloon の概念】

米国ではこのD2B Timeの短縮に早期から介入し国家的に取り組んだ成果を報告しています。これは、515の施設を対象にST上昇型急性心筋梗塞で緊急PCIが施行された約10万例の患者の30日間の院内死亡率とD2B Timeの関係を、取組前の2005年と取組み後の2008年とを比較してその成果を発表したものです（N Engl J Med 369：901-2013）。その結果、取組前後でD2B Timeの平均が83分から67分へ、D2B Time達成率が60%から83%へ著明に改善しました。しかし、4.8%であった院内死亡率は4.7%と取組み前とほぼ同様であり、最も期待したところが改善に結びつかなかったという結果でした。

この報告から得られたことは、D2B Timeの短縮だけでは救命率の向上にはつながらず、救命率を更に改善するためには、病院到着からではなく到着までの時間をも短縮する必要があるということでした。つまり心筋梗塞発症から虚血解除までの時間であるOnset to Balloon Time（O2B time）、「総虚血時間」の短縮が必要であるという考え方です。それはごく当然のことであり、これを短縮するためには症状が出現してから通報するまでのPatient delayの改善と、救急隊が接触してからPCI施設に搬

送するまでの first medical contact to hospital time (FMCH) の短縮に力を入れる必要があります。

前者に関しては患者教育であり、後者に関してはプレホスピタル伝送心電図とトリアージシステムの構築です。2010年に改訂されたACLSガイドラインにおいても、D2B Time 90分以内でなく O2B Time 2時間以内を推奨しています(図1)。それに伴い、2013年のACCF/AHAのSTEMI患者に対するガイドラインでも患者の死亡率と合併症率改善のための、診療システムの構築とプレホスピタル12誘導心電図使用がどちらも Class I・エビデンスレベルBで記載されました。これからの私たちの目標は O2B Time をいかに短くするかということになります。

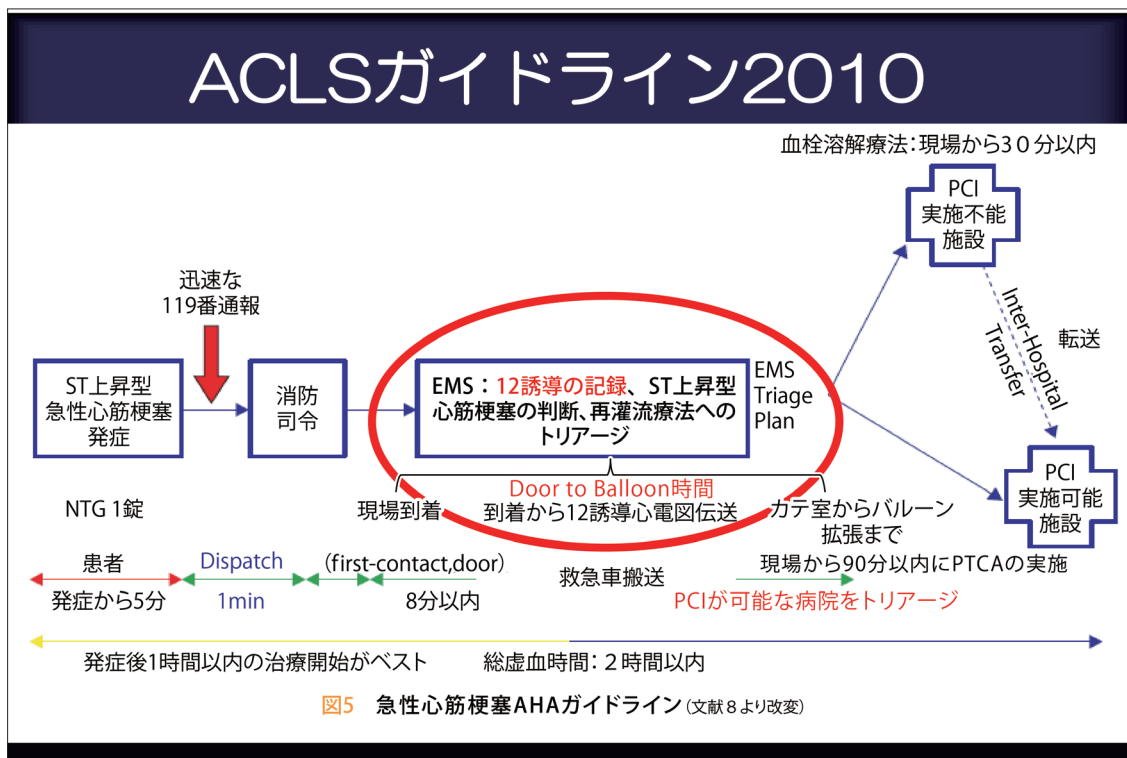
【12誘導心電図伝送システムの Evidence】

カナダのオタワ市で行われた報告が最も知られているところです。この試みは、これま

で通り患者を現場から一番近い施設に搬送し、STEMIと診断されたらPCI可能施設へと転送した従来群と、救急隊がプレホスピタル12誘導心電図を使用して患者をPCI可能施設に直接搬送したトリアージ群を比較した報告です。後者では O2B Time の中央値が123分から69分へと短縮し90分未満達成率も12%から79%に著明に改善しました。この報告が証明した重要なことは、それに伴い院内死亡率が8.9%から1.9%まで改善されたということ、そしてそれは伝送心電図による O2B Time の短縮が大きく関与しているということでした。(N Engl J Med 258: 231-,2008)。

【県内初の伝送心電図システムの導入と運用】

この伝送心電図システムの構築が沖縄県内でも重要だと考え、当院では平成26年12月15日よりモバイルクラウドを利用した12誘導心電図伝送システムの運用を開始しました(図2)。救急車に伝送用心電図とインターネット用のモバ

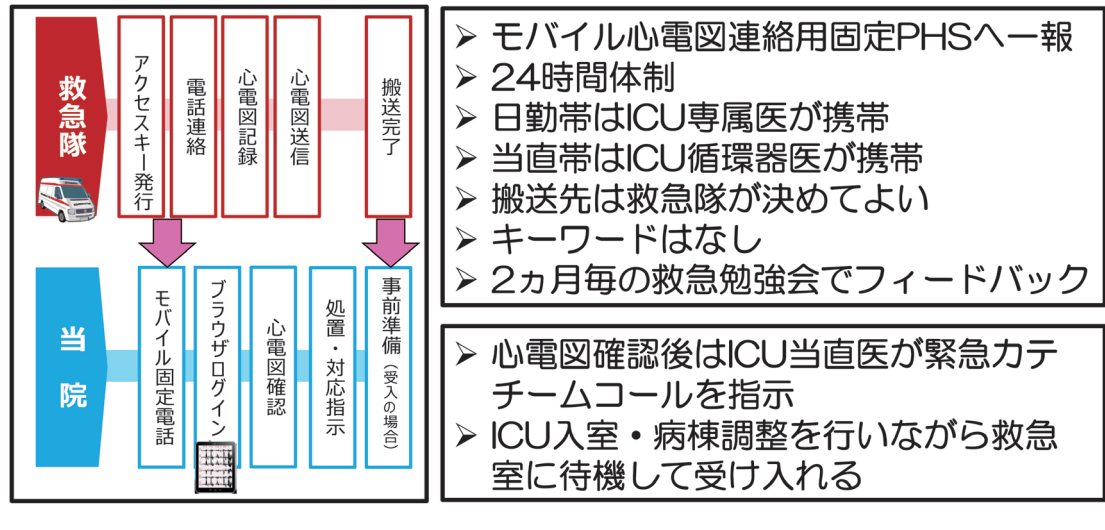


(図1) 伝送心電図をEMSで判断しPCIが必要と判断されればPCI可能施設が受け入れ可能か確認し直接その施設への搬送を指示するシステム

第79回 日本循環器学会学術集会 ファイヤーサイドセミナー32

【運用方法】

平成25年8月頃より準備にとりかかり、消防隊との講習会・説明会・シュミレーションなどを行い12月15日より運営を開始した



(図2) 当院での伝送心電図システムの運用形式

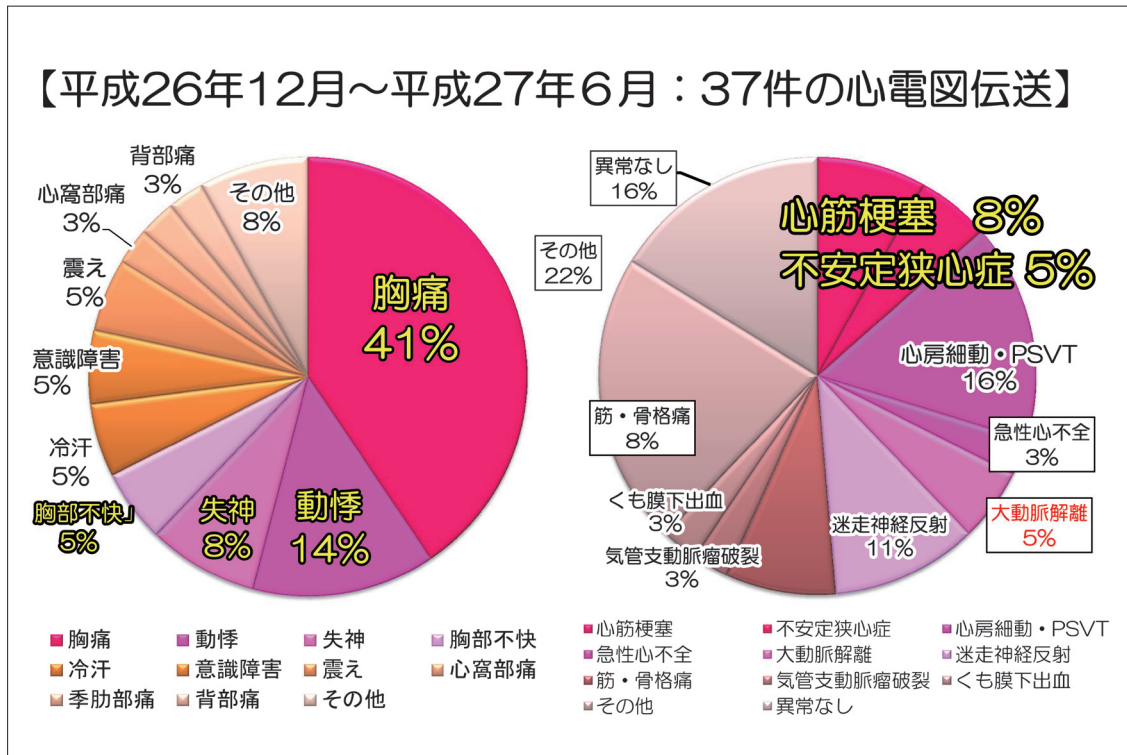
イルを備え付け、必要があればいつでも現場で心電図をとり、とった心電図はボタンひとつでクラウドに送信され、ブラウザに保存される。そこにアクセスすればリアルタイムで12誘導心電図を見ることができるというシステムです。当院では、伝送心電図用のPHSと画像確認用のモバイルを循環器医が24時間管理しています。心電図を伝送した救急隊員が専用PHSに連絡し、心電図を見るためのアクセスキー番号を伝え、受け取った担当医はその場でアクセスし心電図波形を確認できることになります。つまり、病院にしながら現場の心電図が確認できるのです。それにより、急性冠症候群が疑われれば救急車の現場出動と同時にカテ室を立ち上げ、いち早く循環器チームがコールできるわけです。

【当院での実績：37例の検討】

運営開始から平成27年6月までの6ヶ月間で計37件の心電図伝送を受けました。伝送心

電図を施行した患者の症状と最終診断名の結果を図3に示します。症状としては「胸痛」「動悸」「胸部不快」「冷や汗」などACSを疑わせる症状が大半以上を占めていました。最終診断としては、心筋梗塞・不安定狭心症(いわゆるACS)の患者さんが13%(5例)でありました。ACSではありませんでしたが、緊急手術を要した大動脈解離・気管支動脈瘤破裂も8%(3例)ありました。ACSではありませんでしたが、心房細動などの頻脈性不整脈などの循環器疾患も多くありました。

その中でSTEMIの3例でのD2B Timeの平均は75分でした。ちなみに当院での2014年度の救急車で搬送されたSTEMI患者の平均D2B Timeが84分でしたので、それに比べると約10分の短縮効果が得られています。症例数としてはまだ少ないのですが、相乗効果としてパラメディカルスタッフの意識も高くなっており、D2B Timeは更に短縮されていくことと手応えを感じています。



(図 3) 心電図が伝送された 37 例の症状と最終診断

【今後は】

我々循環器チームが D2B Time を短縮することに力を入れるのは非常に重要なことであると同時に、更に救命率をあげるためには O2B Time の短縮に目を向ける必要があります。それを達成するための手段の一つがプレホスピタル 12 誘導心電図伝送システムの構築です。それは、2010 年の時点ですでに日本蘇生協議会 (JRC) のガイドラインでも Class I で位置づけられ推奨されているものですが、本邦においてはまだ導入すらされていない地域が大半です。導入されていても、必要性を感じている医療機関が自ら経費を捻出し、周辺病院や救急隊と連携して運営しているのが現状です。

例えば、沖縄県全体でこのシステムを造っていくことはできないでしょうか？救急運営協議会や県、市町村、県立・民間病院、消防隊を含め県全体で協力して「ALL 沖縄のシステム」として運用していくことができたとしたら、多くの県民が急性心筋梗塞死から救われると思われます。

一般市民への ACS に対する啓蒙活動を行うと同時に、伝送心電図システムを構築していくことは私たち医療機関と行政が一体になって取り組んでいかなければならない分野だと考えています。



薬剤師がいて良かったと言
ってもらえるよう会員一同が
がんばります！



沖縄県薬剤師会 会長
亀谷 浩昌 先生

質問 1. この度は沖縄県薬剤師会 会長ご就任おめでとうございます。ご就任に当たってのご感想と、今後の抱負をお聞かせ下さい。

常任理事から副会長職を経験せずにいきなり会長になりましたので、いろいろ知らないことが多く、危なっかしいスタートとなりました。会員の役に立つ施策を実施すればいいのではと、就任するまでは割りと楽観的に考えていました。ところが、就任直後のあいさつ回りや多くの団体や個人から表敬訪問を受けて、改めて薬剤師会の社会的責任を感じさせられました。また、薬剤師会を代表して各種の委員会、協議会等に出席して、益々この職の責任を自覚しています。

抱負としては、会員の薬剤師が職能を大いに発揮して、医療の中の大きな部分を占める薬物療法の有効性・安全性の向上に寄与している情景を実現したいです。今後は地域医療の役割が大きくなります。地域包括ケアシステムの中でかかりつけ医を中心とする多職種と連携し、かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師として患者様に寄り添いながら医療の質の向上を図っていきたいと考えています。

質問 2. 貴会の会員数と基本的な活動内容についてお聞かせ下さい。

平成 27 年 12 月現在の会員数は 1,113 人です。会活動の基本として会員の職能向上を支援す

る施策を講じます。同時に、薬剤師職能を発揮できるような環境の実現を目指します。並行して、昨今の薬剤師バッシングは我々の職能を国民の皆様によく理解して頂いてないことによると思われますので、正しく理解して頂けるよう広報活動を重点事項にしています。月並みですが、入会して良かったと思われるような会の運営ができればと思います。

質問 3. 平成 27 年 6 月に「おきなわ津梁ネットワーク」を活用した医療連携に関する協定書に県薬剤師会と県医師会が調印致しました。おきなわ津梁ネットワークに関してのご意見・要望等がありましたらお聞かせ下さい。

患者様の検診データと過去の処方内容を参照できることは、応需した処方箋を解釈する際に有用です。患者様がお薬手帳を持っていない場合でもネットワークを通じて情報を入手できます。ただ、このことでお薬手帳の役割が無くなったと誤解されないようにしたい。アナログには別の良さがあるので、まだまだ役に立つ物と考えています。

おきなわ津梁ネットワークの今後の展開としては、検査データや病名がわかると処方の理解の大きな手助けとなるので実現することを希望します。また、多くの医療機関・薬局・介護関連施設が参加すると益々有用性が高まると思わ

れます。その先には、ネットワーク経由でカルテが参照でき、そこへ薬剤師が随時コメントを書き込めるような環境を希望します。医師と薬剤師の意思疎通が簡便になり、薬物療法の効率も良くなると思います。個人情報の開示は困難との意見がありますが、薬剤師は病気の治療に貢献することを目的として参照しますので、開示は患者様様の利益にかないます。守秘義務も負っているので問題はないと考えています。

質問 4. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせください。

私たちは薬物療法において責任を持ち、医師の有力なパートナーになることを目指しています。責任を分担することで医師は診断と治療方針の検討などにより多くの時間を充てることができ、医学、薬学の発展にシナジー効果をもたらし、患者様により多く貢献できるのでは無いでしょうか。

大きな夢を書いてしまいましたが今すぐに当会の全ての会員がその役割を果たせるかという多少自信がありません。理想とする状況に到達すべく生涯学習に励んでいます。まだまだ努力を要すると思います。医師がハードな業務をこなしながらも日々研鑽していることに敬意を表します。われわれ薬剤師も是非見習いたいと思います。誠に勝手ながら、医師の皆様には今しばらく、我々を温かい目で見守っていただきご指導ご助言をお願いしたいと考えています。

質問 5. 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。

若いころは空手にモトクロスと、体育会的な生活をしていましたが、中年にさしかかる頃から運動と縁の無い生活に転じました。オートバイの趣味だけは乗り始めた高校生の時から現在まで、本土での大学時代も含めて途切れることなく続いています。乗り継いだバイクは20車種ほどになります。本田宗一郎が好きで、ホンダ製のバイクにしか乗らないと決めている頑固な一面も持っています。現在、大は1,100CCの大型バイクから50CCのスーパーカブまで全部で7台を所有し、万遍無く乗ることの難しさと置き場所に苦労しています。好奇心旺盛で小さな趣味はいろいろとあります。バイクに釣り道具を積み、首にカメラをぶら下げ、背筋と腹筋を鍛えながら、山原までツーリングを兼ねて行ったりします。

座右の銘というか好きな言葉に「正直が一番」があります。心にもないことを言い続けるのは疲れますし、「正直な心」で行動し発言するのがノンストレスかつ楽です。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報担当副会長 玉城 信光

はたちの献血に寄せて

ハートライフ病院 血液内科 平良 直也



「●型の血小板の供給ができません。」ということが最近輸血部から連絡されることがたびたびあります。

私の専門は血液内科です。血液内科の患者さんは白血病などのため輸血を行う機会が多く、病棟では毎日誰かが輸血を受けています。

血液疾患の患者さんにとって輸血を行えないことは命にかかわります。特に白血病では強力な治療により赤血球の低下による貧血や血小板の低下による出血により致死的な状態になることがあります。

急性白血病の生存率は私が医者になった約30年近く前よりは飛躍的に改善しています。それはより効果のある抗がん剤が開発されたこともそうですが、もう一つの理由は輸血を含めた支持療法という治療法が進歩したからです。輸血は血液疾患の患者さんの生死を分けるほど重要な治療法なのです。

なぜ最近から輸血の供給が十分行えなくなったのでしょうか。輸血を受ける多くの患者さんは高齢者です。約80%以上の方が50歳以上です。一方、献血される方の75%は50歳以下でその内25%は16歳から29歳の方たちです。少子高齢化により輸血を受ける高齢者が増加し、一方、献血を行う若い世代が減少しているため需要と供給のアンバランスが生じていることが原因と考えられます。

今後、少子高齢がすすむと輸血事業が立ち行かなくなる可能性があります。それを防ぐにはどうしたらいいのか。

一つ目は、医療者側の問題で有限な資源である献血された血液製剤を有効に利用することです。輸血の適応を見極めより厳密に行うことにより輸血を最小限に抑えることが必要と考えられます。

二つ目は、新たな輸血療法である人工赤血球やiPS細胞から人工的に産生した血小板の利用があります。しかし現在のところ実用化にはほど遠く実験的な段階です。

三つ目は、今回行なわれる「はたちの献血」キャンペーンのように新たな献血者を増やすことと献血に対する啓発活動を行い今まで献血を行ったことのない人々を掘り起こすこと、またリピーターを増やすことが考えられます。これがより即効性があり、また実効性がある方法と思います。

ボランティアというと実際私もそうですが尻込みしてしまう人は多いと思います。しかし献血は手軽で、身近なボランティアだと思います。このキャンペーンを機会に献血というボランティアに参加してみたいはいかがでしょうか。また皆様の身近な人々や患者さんの家族、学校や職場の方に献血にご協力いただけるようすすめて頂ければ幸いです。

安里哲好副会長

11月2日 ○横倉日医会長・石川常任理事を
囲む懇談会
11月6日 ○地区医師会長会議
11月7日 ○沖縄県小児科医会50周年記念
式典・祝賀会、祝辞述べ
11月10日 ○理事会
11月13日 ○九州医師会連合会第110回臨時
委員会総会
11月14日 ○九州医師会連合会委員・九州各
県医師会役員合同協議会
○第115回九州医師会連合会総会・
医学会

11月15日 ○九州医師会医学会記念行事
11月16日 ○平成27年度第3回沖縄県・沖
縄県医師会連絡会議
11月20日 ○永年勤続医療従事者表彰式並び
に懇親会
11月24日 ○理事会
11月30日 ○金城和夫先生瑞宝双光章受章・
稲富洋明先生沖縄県功労者表彰
受賞・伊藤悦男先生瑞宝中綬章
受章・當山護先生日本医師会最
高優功賞受賞・眞境名豊次先生
旭日双光章受章祝賀会

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 862-0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869-8930（24時間対応可）

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

新春 干支 随筆



申年に因んで

古波倉 正照

平成 28 年を迎えると数えて 96 歳、8 回目の生まれ年を迎えることになる。この年になって、好きな酒を毎日楽しむことができ、幸せなことだと思っている。

平成 26 年 12 月、56 年間の長い開業生活に終止符をうち閉院した。開業当時のことを那覇市医師会報（2015 年夏季号）に書かせていただいたが、若い頃の思い出、開業してからのことなどを振り返って書いてみようと思う。

私は昭和 19 年に名古屋大学医学部を卒業（当時は軍医が不足しているということで、多くの級友と一緒に半年繰り上げで卒業）、第一内科（勝沼教授）に入局、その後すぐに航空師団司令部付軍医としてシンガポールに出征、終戦もシンガポールで迎えた。それから約 2 年間、マレー半島ジョホールで捕虜生活を送った。昭和 22 年 4 月に復員した。シンガポールから海路、広島まで 5～6 日はかかっただろうか。高等商船学校の大きな訓練船で、復員の兵士が大勢乗っていた。いよいよ郷土も近づき、船が九州から四国にさしかかった時に事故が起きた。船底の船室で上陸の準備をしていた兵士達の上に、大きな甲板が落ちてきた。振り返ると私の後ろに血にまみれた 5～6 人の兵士が倒れていた。何年かぶりにみる故郷を目の前にして、あえなく死んでいった彼らはどんなに悔しかったことだろう。また家族の悲しみはいかばかりであったか。

顧みると卒業して召集、出征、終戦、捕虜で、約 4 年間の歳月が過ぎていた。

今、新年を迎えるにあたって、平和のありがたさをしみじみと感じている。

復員後しばらくして、国立名古屋大学第一内科に帰局した。その後大学病院、静岡済生会病

院勤務などを経て、疎開先の宮崎県日南市で開業していた父を手伝い、昭和 33 年沖縄に帰郷、先に帰郷していた父と一緒に開業することになった。

開業当時、沖縄はまだ医師の数が非常に少なく、医師会員は皆多忙を極めていた。ほとんどの開業医が入院施設をもっており、日曜祝日なし、更に夜間救急診療もしていた。その中で日々の診療はもちろん、専門の血液疾患に関する研究や学会発表など、様々なことをやってきた。

當山堅次先生（故）が那覇市医師会長の時には、副会長として那覇市の救急医療の立ち上げなどに関わった。当時年 2 回開催された沖縄県医学会総会には毎回報告するよう心がけた。また稲福全三先生、喜屋武朝章先生（故）達と、昭和 40 年に沖縄県内科医会を立ち上げた。開業当時、血液専門医は私一人だったが、帰郷された平安山英達先生や與那原稔先生達と数人で、沖縄臨床血液研究会を立ち上げた。また沖縄県医学会会長を長く務めさせていただいた。

この 56 年間、実に多くの患者さんとの出会いがあった。特に私の専門であった血液疾患の多くの患者さん、世界初の症例となった α 2PI 欠損症の患者さんとの出会いなどは忘れられない思い出である。

また開業中は医師会の皆様に大変お世話になりました。

私達医師には人の命を救うという使命がある。命を大切にする平和な世の中がいつまでも続くよう、強く願ってやまない。



新春 干支 随筆

真栄城 優夫

原稿依頼を眼前にして、今年の抱負とは、一体何だろう？と考えこんでいる。同年者が集まると、話しの種はおおかた最近の健康状態になるが、医師会報への投稿となると、そんな訳に

もいかない。過去の自分の経験のなかで、最も強烈に、今日まで残っている米国の外科専門医試験について記して、責の一旦を果たせないものだろうか。

もう50年以上も前から、1次の筆記と内科では廃止された2次の面接試験が外科では、現在も連綿と続いている。米国の residency 研修は、プロの専門医として社会に貢献するために実施されるものであり、研修修了者の全員が専門医試験を受験する。専門医の資格が無ければ、病院で手術をする privilegeすらも与えられない。私の大学では1年次の15人が次第に減少し、チーフレジデントに残るのは5人となるピラミッドシステムがとられていた。4年間に外科の各分野の手術550例（現在は750例）を術者として経験し、かつ最終学年には、チーフレジデントとして、一つの病棟の全症例の入院から退院に至るまでの全責任を負う経験をするのが受験資格として求められていた。

私は、研修終了とともに帰国する予定だったので、専門医試験を受験するつもりは一切なかった。そんな時、手術場にいた私のところに、秘書のジョイスがこれに署名をしると専門医試験の受験申込書を持ってきた。希望する受験地以外は、すべての項目が既に記入されていた。受験はしないと告げたが、世界中の受験地を示して、何処で受験するのか決めてくれと要求する。他の同期の4人全員が受験するのに、貴方だけ例外にすることは出来ないと言う。とうとう彼女の熱意に根負けして、相模原在の Camp Zama を指定して、署名をする羽目に陥った。

帰国後、1次の筆記試験を、北谷の米軍病院に居た3人の米人軍医とともに Camp Zama で受けた。幸いにもパスしたが、米人1人は失敗した。その後、2次試験は西海岸の2箇所の試験地から、Palo Alto にある Stanford 大学を選んだ。私の気掛かりは帰国後、主要な外科雑誌を、全く読む機会がなかったことである。そのため試験日の1週間前に Palo Alto に行き、Stanford の図書館で1年分の主要文献を読んでから試験に臨むことにした。医学部図書館に通い、開館から閉館までを過ごした。

2次試験は1セッション30分の面接3回と病理の試験である。病理は受験者全員が一部屋で、摘出臓器とその肉眼および顕微鏡スライドの画像をみて診断するが、特に問題はなかった。その後2人一組の著名な外科の教授達による機関銃射撃のような質問の嵐に3回さらされた。米国外科専門医には、手術で治療するすべての分野の知識が要求される。日本でなら脳外科、心臓・血管外科、腹部消化器、整形、泌尿器、婦人科と分かれている専門分科のすべてが聴かれる。一つ答えると、更に深く突っ込んでくる。1セッションの間に、何回、I don't know と繰り返したことだろう。午前中に2セッションを終わり、立ち上がってふと自身のズボンを見ると、両方の大腿下部から膝小僧にかけて両手掌の跡が冷や汗で象られていた！！ 午後は最初に、手の外科について聴かれたか質問され、まだとの返事を聞くや否や、手の外科の質問の雨・霰であった。都合合計90分、6人の試験官による試問が終わったときは、疲労困憊の極に達しており、判りませんを連発したあとの虚無感のみが存在していた。

翌日は Shumway 教授の開心術を見学し、古巣の Baltimore へと向かったが、ボスになると報告すべきか、悩んだ。破傷風の米国における治療法を調査するために立ち寄った New Orleans から電話で問い合わせ、合格を知ることができホッとした。判明したことは、知らないことを知ったかぶりに、間違って答えた場合は不合格に成るということだ。専門医の第一条件は、知っていることと知らないことを明確に区別して認識することであり、知らないことはあらゆるリソースを介して、自分自身で解決の道を探ることがプロの人間として、求められている。筆記試験で知識量をいかに調べても、そのとき限りのものであり、日進月歩の医学知識にいかにかッチアップしていくかが、プロに求められる重要な要件である。ごく当たり前のことを再認識させられた経験であった。



沖縄の子宮頸がん撲滅を思う

琉球大学名誉教授
竹中 静廣

申年生まれの私は今年で84歳になる。沖縄に赴任して44年目を迎えます。復帰後の昭和47年7月に開院した琉大病院産婦人科を担当した当初より全琉から子宮頸がん患者が来院し、末期の浸潤がんが多く苦労しました。

子宮頸がん症例数を昭和50年からの5年間(前期)と約40年後の平成21年からの5年間(後期)をくらべてみると、0期は後期が4倍に増え、IA期は前期がやや多く、IB期は後期が2倍多く、ⅢとⅣ期はほとんど同じ、浸潤がん合計数は約100例で40年間ほとんど同じ症例数で減少していない。検診率は前期が20%ぐらい後期は40%ぐらいと倍増した結果が、0期とIB期の症例数を多くしている。検診率の倍増が初期がん症例数の倍増をもたらしたといえる。

しかし死亡率は減少していない。平成25年の死亡率は全国平均より高い。ⅢとⅣ期の進行がんが、40年間ほとんど変わらないからではないか、ⅢとⅣ期には5年以上検診を受けていない人が多いことに原因がある。子宮頸がん撲滅のためには検診は最も重要である。検診を受けていない人の掘りおこしが重要である。これらの検診を受けない人の情報は沖縄県の統計資料でわかるのではないかと、長期間検診を受けていない人の資料を各保健所に通知し、戸別訪問して検診施設へと誘導してもらってはどうかと思う。これらの人に対する個人啓発は必要であると思う。欧米なみの検診率70～80%に近づきたいものである。

最近では若年女性の子宮頸がんが増えているという。25歳以降のHPV感染率は高く検診率は最低であることが問題である。若年女性の検診率を高めるために、産婦人科医院に抵抗なく入りやすくする雰囲気づくりが必要ではないか。例えば毎月第3土曜日の午後は子宮がん検診の

日です。近くの産婦人科医院で検診を受けましょう。との宣伝活動はどうであろう。

子宮頸がん撲滅のために予防ワクチンがある。接種する年齢が若いほどワクチン効果が高いということで12～15歳の女兒に接種しているが、全身性副作用が社会問題となつては接種率が減少していくのではないかと。18歳頃の予防ワクチンの接種はどうであろう。20歳未満の浸潤がんは極めて少なく年に1例あるかないかであろう。高度異形成も24歳以下では極めて少なく25歳以上で急増するという。

高校の保健教育で子宮頸がんとHPV、予防ワクチンなどについて学習し、ある程度の知識を得た後に予防ワクチンを接種してもいいのではないかと。18歳から20歳の成人式の頃までに接種してはどうか。アメリカでは20歳前後の成人女性への追いかけ接種により21歳～24歳の高度異形成患者が20%減少したとの報告もある。

接種していない人に異形成が発病したとしても、軽度異形成の80%は2年以内に自己消失する。残りの20%のうち高度異形成に進展したものには将来の粘膜免疫を誘導する治療ワクチンの投与で治すという日も近いであろう。

最後に、検診が最も重要である、行政による受診勧奨事業、高校・大学での保健教育、若い女性が多い会社での講演会、健診センターや施設検診の拡充などで検診率を高め、加えて予防ワクチンの啓発などで、近き将来の子宮頸がん死亡0を願っている。

かねての思いを勝手に述べました。失礼があれば容赦いただいて新年の抱負とします。



「愛犬の思い出」

一般財団法人沖縄県
健康づくり財団 相談役
大城 盛夫

自宅の近くの崇元寺石門内は、夕方になると犬を連れて散歩する人が多い。

若い頃の私は、この広場で仔犬を連れて遊ん

でいた。

80 歳になると持病が出て犬に引きずられての散歩は難しい。頸椎や腰痛は加齢によるもの。最近の私の健康法は独りでウォーキングである。新都心公園まで往復 1 時間程度は、毎日心掛けている。

公園の遊歩道をゆっくりマイペースで歩いている。公園では拡声器から音楽が流れて、時間おきに「ペットの放し飼いはやめましょう。ペットの糞の後始末は忘れずに行いましょう。」と警告する。多くの人々が犬を連れて散歩を楽しんでいる光景を見ると、羨ましくなる。

ベンチに腰掛けて夕日が沈むのを眺めていると、昔愛犬と散歩したことが思い出される。20 年ほど昔のことであるが、当時中学生の娘が貰ってきた雑種の仔犬は目の病気を持っていた。獣医に診て貰うと動物特有の寄生虫感染症で、治療しないと失明すること。病院通いで失明は免れた。その昔フランスの流行歌手だったボビーソロからヒントを得て、ボビーと名前が付けられた。

ボビーは雄犬で散歩が大好き。私が夕方帰宅するのを待ちかねて門扉が開く音を待っている。扉の音を聞くと後足で立ち上がり、クンクンと鼻声を上げて私が一休みしている間も台所の扉を足でガリガリ音を立て鼻声を上げる。私は犬の首輪にチェーンを付け門の外に出ると、私を引きずって泊港の方向に急がせる。外人墓地や海岸はほとんど歩き、次は海岸沿いに若狭方面の砂浜へ。お蔭で私の脚力は強くなった。

ボビーは砂浜で遊び、次第に波に浸かり沖に向かって泳ぐようになった。遠くに泳ぐと私は大声を上げて呼び戻したが、ある夏の夕方、いつものコースで海岸を散歩して砂辺に泳がせた。夏祭りの爆竹の大きな音が、パンパンと大きく響いた。するとボビーはパニックになり、陸に上がって私とは反対の方面に逃げ出し、私が大声で呼んでも振り向かず遠くへ姿を消してしまった。近くの住宅周辺を探し回ったがボビーを発見出来ず、諦めていた。

ところが 3 日目の夕方、疲れきった愛犬ボビーは自宅の門の外に帰ってきた。薄汚れて、家

族の者が見間違えるほどだった。

私は、夕日を眺めていると、ついこの愛犬のことが思い出されてならない。



申年（さるどし） になって思う事

許田 重之

明けましておめでとうございます。

今年もよろしくお願いいたします。

ところで、小生が今年の干支の申年の生れの年長者（満 83 歳）と言う事で、年始の随筆をとの依頼が来たのかなと思って居ります。

ちなみに、小生は昭和 7 年 8 月に那覇市久米町での出生となって居ります。

書く事はちょっと苦手なのですが、一先ず筆を取りました。

昭和 29 年 3 月に弘前大学一般教養学部（2 ヶ年）を修了。昭和 33 年（1958 年）に金沢大学医学部を卒業。国立大蔵病院での 1 ヶ年のインターンを修了して、沖縄に帰郷しました。学生やインターンの時には、岩木山、白山、立山、那須岳、妙高山に登り、沖縄では勤務医の時に、嘉津宇岳に登りました。ゴルフにも朝の暗いうちから出かけたものです。

沖縄では、愛楽園に 2 ヶ年、琉球政府立那覇病院の内科に 10 年勤務しました。その頃には、内科の医者は先輩と小生の 2 人だけでしたが、胃のレントゲン透視撮影、胃カメラ検査、心電図、心音図の検査を内科医も自分でやる事がありました。又、先天性及び後天性の心臓疾患の患者で、手術の必要な人は鹿児島大学の外科の先生方に手術をお願いして送院していました。現在では県内で手術ができるので、大変ありがたい事だと思って居ります。

昭和 46 年（1971 年）4 月 16 日に許田内科医院を那覇市楚辺に開業。ドルの時代から日本復帰で円の時代になり、平成 20 年（2008 年）3 月 31 日に、何とか無事に閉院しました。現

在は、自宅で本を読んだり、テレビやラジオ、レコードを見たり聞いたりして過ごして居ります。

去年は、大雨や洪水による水害、地震や火山の噴火による災害、国外ではいろいろな紛争もあり、気がかりでした。今年は、平穏で平和な年であればいいかと思って居ります。

元来、出無精なので、この所運動不足にあまりならない様に特に気をつけて、夕食後に、30分前後、速歩でなるべく歩く様にしています。

これからも、一病息災で無理なく過ごしていこうかなと思っているこの頃です。

本年の県医師会の御活躍、御発展を期待し医師会員の皆様の御健康を祈って居ります。



e-ラーニング

山城 則亮

ついこのあいだ母の八十五のお祝いをやったばかりだと思っていたのに今年はついに自分自身がその年に達してしまいました。光陰矢の如しとは全くよく言ったものです。

ところで皆さんもあると思いますが私も自分自身が現役を引退した後、高齢になってから、何をしたらよいのか、どんな生き方をしていくのかよく考えていました。

四国四十八か所のお遍路さんもしてみたいし(古寺、古刹見学)、また好きなスポーツでは現役時代にはできなかったウイークデイののんびりしたゴルフもプレイしてみたい等、いろいろありました。

しかしある年の医師会の人間ドックで自分自身に肺ガンが発見されました。全く“青天の霹靂”でお遍路や、ゴルフどころではありません。

幸いに沖縄病院の主治医(川畑先生)や皆さんのおかげですぐにオペして頂き術後6年も過ぎ、日本人男性の平均寿命も越してしまいました。

しかし体力や、年齢的にサルコペニーもあるでしょうし、家で“晴耕雨読”しかできないと考えました。読書で高齢者はすぐに目が疲れるし、眠くなります。ある日パソコンをいじっていますと、日本医師会の生涯教育制度というのを見つけました。受講しておられる先生方には何を今さらと笑われるでしょうが全く有難い制度です。e-ラーニングとは日本医師会の生涯教育制度の一つで、“医師は日進月歩の医学、医療を実践するために生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。”と日医も宣言しています。こんなに大上段に構えなくても高齢医師にとっては今さら新しい知識を患者さんに還すこともできないし、記憶力の衰え、進行を少しでも遅らせればと早速(5年前から)パソコンで受講しています。

パソコンで講座一覧(カリキュラム、コンテンツ)の自分の受けたい講座を選び約45分受講し、試験問題(セルフアセスメント)に返答しパスすると0.5単位が貰えます。

近頃は日本医師会雑誌も医学の特集があり、その問題に対しても勉強し回答を送りパスすると1単位が貰えるし、沖縄県医師会報でも0.5単位頂けます。先日日本医師会より生涯教育認定証もいただきましたが、今は毎月3~4単位の履修を目標にパソコンに向かっていきます。パソコンのe-ラーニングでは講座内容を自分で選べるので、近頃は患者さんへの還元とか医学の進歩に遅れないようにとかではなく、高齢になった自分自身の身につつまされる内容(例えば記憶力の減退、認知症、サルコペニア、ロコモティブシンドローム、排尿の問題等)を選ぶことが多くなりました。

それと自分自身の得手不得手を気づかされます。例えば精神科、免疫、分子標的薬、生物学的薬剤や遺伝子などの基礎的な問題が非常に不得手であることに自覚させられている今日この頃です。

いずれにしても高齢の医師にとって非常に良い遊び道具(?)ですから、まだ初めてないリタイヤ後の先生方には是非とも始められることをお勧めします。



古稀を迎えて、私の抱負

沖縄協同病院内科
仲田 精伸

(1) 長寿県の復活を全県的な課題に

1980年に沖縄県民の平均寿命は、男女共に全国1位であった。大阪出身の私の友人は沖縄県の長寿は「日本の七不思議だ」と言っていた。「全国一の貧乏県」「全国一の医師数の少ない県」「全国一の医療費の少ない県」で、何故長寿県なのかと。

しかしこの間、長寿県の実態の解明が十分行われていない中で、男性は1990年に5位に、2000年には26位に、2010年には30位に転落している。女性も2010年には全国3位に転落しており、1980年から2010年までの30年間の沖縄県の「平均寿命の伸び」は、全国の中で、男女共に最低である。この状況が続けば沖縄県の平均寿命は全国の中で最低になる可能性がある。

さて、平均寿命の分析で重要なことは、どの年齢層で死亡率の高低があるのか、どの疾患で死亡率の高低があるのかを調査することである。沖縄県は、平均寿命が全国で最も長かった1980年～1990年の期間で、60才以上では生存数が全国で最上位であり、脳血管疾患、心臓疾患、胃癌などの成人病の死亡率は低かったが、0～60才の生存数は全国の中で最下位に近く、乳児死亡、肺炎、交通事故、自殺などによる死亡が高かった。長寿県の時代でも大きな弱点があったのである。また、1990年以後もこの弱点の是正が少なく、長所の改善が少なかったことが長寿の危機の要因である。この長寿の危機は、単純に個人の責任で肥満を是正するだけで解決する問題ではない。個人の問題、社会の問

題、社会保障の問題などを含めた、全県的な改善策が必要である。

長寿県復活の課題は医療人だけの課題ではない。政治、経済、教育、労働の全ての面での課題でもある。WHOの報告では、平均寿命は医療だけの指標でなく、社会全体の指標であると言っている。内戦をしている国では、平均寿命の伸びがなく、停滞下落し、特に男性の平均寿命が女性に比べて低い、と報告している。(コロンビア、アフリカ、中近東など)

また、フランスの人口学者エマニエル・トッドは、1970年代後半にソビエト連邦の崩壊を予測しているが、その根拠は1960年代以後、ソビエト連邦の男性の平均寿命が伸びず、平均寿命の男女差が大きいと云う事であった。また最近、米国の人口統計学者が米国の平均寿命が先進国の中で短いのは、社会保障が充実せず、貧富の格差が大きい事、人種差別が大きい事が要因であると報告している。

日本でも乳児死亡率が全国で最も多かった岩手県の沢内村で、村政の重大な課題として、乳児死亡率の改善に取り組み、成功し、岩手県全体の平均寿命が大きく改善した事例がある。沖縄県の長寿県復活の課題も、医療界だけでなく、行政も含めた重要課題にしなければ成功しない。私も老齢ではあるが、そのために頑張ります。

(2) 総合内科医の力量を強化する。

私は日曜日と祝祭日を除き、毎日外来診療をしているが、20年前と比べて患者の高齢化が進み、病状が複雑になっているを感じている。慢患外来、新患外来ともに1人の患者が、多くの疾患を抱えている。また、愁訴も多く、患者の問題を解決することも、これまでより労力と知力が必要になっている。総合内科的な力量の強化が、全ての内科医に求められている。

また、この20年間に、医学、医療も大幅に前進している。これを学び活用することが私たちにとって、極めて重要になっている。私個人も古稀を迎えて力量が減退する中で、この課題を前進させるつもりである。



「人生にかしがある」

三原内科クリニック院長
喜久村 徳清

あけましておめでとうございます。

新春のこの慶びの随筆特集に執筆依頼の文書が届き、すなおに嬉しく思います。私は1944年の猪年生まれで、6回目の干支、古希を迎えます。ときの変化や、季節の移り変わりを肌で敏感に感じられることがあり、それはいいことだと前向きに解釈することにしています。

来しかたを振り返れば長生きしたものだと思いますが、現在、クリニックで相変わらず診療をしており、お目出度いと感傷にふけっているわけにもいきまい。医療や、社会の環境も変化しつつあるので怠りなく対応していきたいと思っています。

伝統あるこの欄に何を書こうかと考えていましたが、私の過去の一部である随筆を関係各位の多大なご協力のもと、一冊の本にまとめて出版したことから紹介したい。

私が沖縄医報や那覇医報に寄稿した折々の随筆を、昨年11月、ボーダーインクから出版しました。編集のため読み直していると、当時を懐かしく思い出しました。が、それは本人のたんなる自己満足なのか、あるいはまた、古い“古い”ことを製本化する意味などに悩みましたがその時点での変化を書き加えたりして、意義ある情報になるよう工夫をこらしました。

執筆時のタイトルをそのまま生かし、1987年8月号より投稿してきた年別に掲載しております。40代、50代、60代とそれぞれに身近なことを懸命に執筆したことを時間軸で見なおしている今、ある意味で面白いと思いました。其々にその世代、その時代の問題意識を反映していたことがわかります。編集子がつけた“中とびら”のタイトルが、『日常診療の傍ら、1944年に生まれて、五感で旅をする、問いか

けてくるもの、人生にかしがある』です。最近の医師会報への寄稿文に追加して、3.11東日本大震災や、イタリア旅行の経験を書き下ろしで執筆しました。

また、ちょうど12年前の私の還暦のこの欄、干支随筆に、「スロー・イズ・ビューティフル」(2004年、1月号)が収載されていたことも知りました。

現在、辺野古の問題や、TPPの問題は各人が関心を持ち、話をするすると議論が沸騰します。それは説明をしなくともお互いがそれぞれの情報、知識や意見をお持ちで、説明しなくとも理解できる暗黙の知識を共有しているからです。過去にあった問題を理解されるように再現するにはこの共有する知識や情報を同じ視点、土俵に上げなければならず、非常に困難なことをこの本の編集に関して知りました。たとえば“ニューヨークのマンハッタンの摩天楼”は、世界中で超高層ビルが競って建っている現在、「死語に近い言葉なので省きましょう」との編集子の言葉に驚き、私たちの世代における“摩天楼”の言葉の意味するニュアンスを伝えるべくコメントを付け加えています。

少々宣伝がましいことになりましたが、年をとるということ、時の経過を如実に証明していると思いましたので書かせていただきました。

ところで、“人生にかしがある”の「かし」って何ですかと問われるのですが、ひらがなの「かし」に深い意味があるのです。普通は、瑕疵、人生の不条理がおもいかぶと思いますが、それは歌詞であり、可視、貸し、仮死、お菓子で、私としてはカチャシーのカシも、人生のなかには入っているのではないかと思ったりします。

一度きりの人生を、悔いなく過ごせるようにしたいとは誰しも思うのですが、逆に長生きしたいと思える社会をつくることも、生きている者の務めでもあろうかと、考えたりもしています。

ことしもいい一年になりますよう、願っております。



次の申年への出発点

松城クリニック
山根 邦夫

沖縄に移住してから3回目の申年を迎えることになります。最も長く生活する所になりました。私の生まれは台湾の花蓮市。今から35年ほど前、両親と台湾を訪れ両親の思い出の場所巡りに付き合いました。私の2歳の時引き揚げたため全く記憶はなかったのですが、この異国の地で生まれたことに感慨深い思いを持ったことを覚えています。新潟出身の両親を持ち台湾に生まれ育った母も、晩年には台湾は日本ではないという認識を持つようになったようですが、母なる地は常に台湾だと、これだけは信念のごとく変わりませんでした。沖縄に移住して早くも30年、私にとって沖縄は母の台湾ほどではないかもしれませんが母なる地となるでしょう。

縁があって、ご高齢の認知症の方及び身体障がいのある方の在宅医療を目的に、平成元年(1989)から識名で開業し往診と老人デイ・ケアを始めました。開業前、離島や山原から那覇や那覇周辺に移り住んだご高齢の方が認知症や寝たきりとなり、当時は入院するしかなかった現実を知って、在宅医療で支えられないかと開業を考えたのです。幸い力のある事務長を得、また、多職種のスタッフにも恵まれて続けられています。

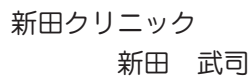
平成10年、国吉和秀先生の小禄みなみ診療所と医療法人城南会を設立。平成11年松川に移り、重度認知症患者デイ・ケアと12年から始まった介護保険の通所サービス等、18年から認知症対応グループホーム等を経営し、25年から那覇市包括支援センター繁多川を受託運営しています。

高齢者福祉は今や介護保険一本に絞られた感があります。しかし要介護・要支援認定者は

65歳以上高齢者人口の多くて2割ほどだそうです。最近よく聞く高齢者の孤立死や貧困苦は、認定を受けていない8割以上の層の人の中で起こっていると最近気づかされました。今後地域包括ケアシステムの構築に医師も関与していかなければならないようですが、この高齢者人口8割以上の中の声を上げない大多数の高齢者と対話ができるようになりたいと考えています。

いつまで働けばいいのかなと考える毎日ですが、先日アメリカで85歳でも働いている女性のことを知りました。偶然アメリカ人にその話をしたら、85歳になっても働く意思のある人に働くなと言うことは、正しい言葉の使い方ではないかもしれませんが、差別になるのだそうです。そのかわり働く意思がある場合、厳密に客観的に自己評価する必要があるのだと思います。事故を起こした場合、働くことと決めた人の自己責任が問われ罰せられることもあえて受容しなければならないでしょう。自己責任という厳しい条件は付きますが、この考えを基に、私もまだ働き続けます。ただし、仕事ができなくなったと診断や決定をされた人たちへの配慮がされるべきです。その人たちの尊厳への目配りの行き届いた社会対策が準備されねばなりません。例えば認知症者と運転免許証の件です。認知症進行を認めると運転免許証返上を勧めます。働き盛りの人にとって運転できないことは死活問題となるのです。運転は止めなければならないが生活を保障する力は私にはありません。国や社会に解決策を提示し続けねばなりません。

何人もの人を看取り、自身の加齢と健康への不安を自覚する時、死について考えることを避けては通れません。先の賢者たちの言うように、死と正面から向き合って、残された貴重な時間を懸命に生き切ろうと励むことが大切だと考えます。そう考えることで老若男女全ての患者さんや利用者さんとも楽しく会話できるのです。また次の干支までの12年間に向けてスタート台に立てるのです。



– 132 (132) –

ったものの大好評でした。

が、はたしてあと何年間 Saxophone が吹けるか?? せめて 2020 年には MJO の 30 周年になるので、その時までは医者としても、もちろん笛吹きとしても現役でいたい! その時はいくつ? 76 歳!!



『癌克服の夢を追って』

沖縄県離島医療組合
公立久米島病院
仲地 廣順

日本は、世界で類を見ない速さで人口の高齢化が進み、それに伴って国民の 2 人に 1 人が癌に罹患し、さらに国民 3 人の内 1 人が癌で死亡する状況になっている。私は 36 年に至る公務員時代（虎の門病院・琉大病院・県立南部病院）、婦人科癌の診療に専念し、Ⅲ期、Ⅳ期の進行癌に対して集学的治療を行い、それらの治療成績を日本癌学会や世界産婦人科学会（FIGO）で発表して来た。

72 歳になった今日、進行癌の診療は体力的に無理だと自覚し、今後は婦人科癌の早期発見、さらには予防法の開発に目標を転換するつもりでいる。癌医療に携わっている若い医師に多少なりとも参考になればと思って、癌克服の夢を追って歩んで来た私の臨床経験をふまえて私見を若干述べたい。

人類の敵とみなされる癌に挑戦する日本の基礎医学及び臨床医学の研究者が一堂に会する機

会が日本癌学会である。発表は全て英語でなされる。昨年は 10 月に名古屋国際会議場で開催された。ミクロの癌細胞内における分子レベル、遺伝子レベルの解析が発表の主な内容である。私は毎年この学会に参加しているが、発癌メカニズム解明のゴールは全く見えないのが素直な印象である。

琉大医学部産婦人科教室に在籍中、私の研究テーマは成人 T 細胞白血病（ATL）の原因ウィルスである HTLV-1 の母子感染であった。得られた研究成果は、日本産婦人科学会、日本癌学会、HTLV-1 国際会議、世界産婦人科学会（FIGO）で発表した。このような経緯から日本癌学会の HTLV-1 関連の発表会場には必ず参加している。

HTLV-1 は、ヒト癌ウィルスの中で感染と癌発症の因果関係が世界で最初に日本人研究者によって確立されたウィルスである。発見者の日沼頼夫博士（京大名誉教授、文化勲章授与）は残念ながら昨年、肝臓癌でお亡くなりになられた（“享年 90”）。

ATL 発症に関する HTLV-1 の新たな解析結果が幾つか発表され、活発な英語による対論がなされた。HTLV-1 の全塩基配列を世界で初めて明らかにし、発癌メカニズムの解明に ATL 研究は最も有利であると主張されている吉田光昭博士が今回の発表を傾聴されている様子が印象に残った。琉大医学部からは、森直樹教授、田中勇悦教授が参加されていた。

私は HTLV-1 の発表終了直後に座長を務めた東大の渡邊俊樹教授（日本 HTLV-1 学会、理事長）と HTLV-1 関連の研究について意見を交換した。渡邊教授によれば、HTLV-1 に関しては未だ開拓されていない分野が沢山あるとのことであった。

近年、年末になるとノーベル賞発表が恒例行事の如く話題になる。昨年は大村智教授と梶田隆章教授が受賞され、日本中が喜びに沸いたのは記憶に新しい。ノーベル賞について私が最近特に注目する点は、日本人受賞者に地方大学出身が多いことである。すなわち、長崎大学（下村脩博士、化学賞）、徳島大学（中村修二博士、

物理学賞)、神戸大学(山中伸弥博士、生理学・医学賞)、山梨大学(大村智博士、生理学・医学賞)、埼玉大学(梶田隆章博士、物理学賞)。

ノーベル賞の対象6部門の中で、仮に沖縄県から受賞者が出る可能性があるとするれば、私は第一に生理学・医学賞を挙げる。授賞理由は、ずばり“ATLに関する発癌メカニズムの解明”となるであろう。県内の若い医師が日本癌学会に積極的に参加し、発癌メカニズムに関する研究のヒントを学ぶならば、私が述べた県内から受賞者の出現も夢ではないと自問しながら婦人科癌医療に従事している昨今である。



悲しみの還暦を のり越えて

南部徳洲会病院
松原 弘明

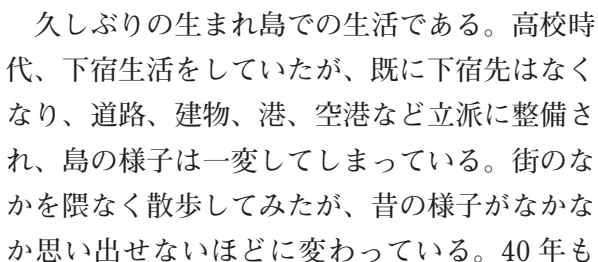
去った2015年は還暦前の私にとって激動の年でした。まず1月に父が亡くなり2月に私自身が腹部手術を受け、8月には尊敬する田頭政佐先生と「我、土方なれど」の著者滝元明牧師、私の同年齢の従妹が亡くなり、9月には自閉症の長男が4日間行方不明になり無事保護されほっとした事、10月には母の入院がありました。これだけでも結構落胆していましたが、決定的なものが10月7日に来ました。その長男の急死です。心の準備もなく、あわただしく葬儀を行い、まるで夢を見ているかのような、別の世界にいるような気持ちでした。火葬・告別式が終わり、時間が経つと当初あった自責の念がさらに強くなりました。「もう少し彼に関心を持って接していたら」「自閉症ゆえに友達のいない彼にもっとも近い友人になるべきであった。」「一言声をかけていたら事故は防げた。」「彼の自閉症としての特徴を理解しながら彼の心理に思いを致すべきであった。」等、数え上げれば切りがないほどの思いがたくさん出てきました。そして私自身も「長男の所に行き

たい。彼と会って今度はいい友人になりたい。」とか、生きる希望さえも失われつつありました。「他の子供たちもいるでしょう。」との言葉は、生きるための私のドパミンにはなりませんでした。自責の念が強く「光世(長男の名前)が夢に出てきて一言『パパを赦す。光世は天国で今はとても幸せに暮らしているから喜んでいいよ。』と言って欲しい」と真剣に祈り続けました。仕事場からの帰りの車中では、ほとんど毎日とっていいほど彼の事を思い出しては涙を流していました。そしていつもに増して聖書を読み続けました。息子が夢になかなか出てこないのて赦しを得られない気持ちが続いていたのですが、イエスキリストの十字架の赦しが強く迫りました。すると「そうだ私は赦されたのだ。ありがとうイエスさま。」と自分自身を慰める事は出来ました。しかし自責の念はたぶん死ぬまでずっと持ち続けるでしょう。そして長男の事は死ぬまでも忘れる事はないと思います。特別な子であったために思い出も、普通の子とは違う強烈なものが残っています。今まで生きてきた中で最大の悲しみ、親にとっては地上最大の悲しみを経験した私は、この2015年度の出来事を踏まえて2016年度は次のように決心しました。

1. まず、第一に生き続ける事。致命的な病気や事故に合わない限り、決して、生きる事から逃げない事。病気になっても助かるために治療を受け続ける事。「泣くものとともに泣き、笑うものとともに笑うもの」となれるように祈り、努力する事
2. 私たち沖縄県民の宝である子供や孫の安全のために沖縄を平和発信の基地にするべく辺野古基地反対、高江ヘリパット反対運動を引き続き支援していく事。完全軍縮の理想を掲げる事。
3. 勤務する医療機関のリハビリ医療質向上のために自分が出来る事を着実にしていく事。

還暦の年まで生きてくると人はそれぞれ自分の哲学を持ち、自分の経験したことからその考え方が固まってくる方が多くなると思います。

今後、ますます高齢化は進行する。いつまでも元気で好きなことをしたいと願い、そのために健康づくり、生活習慣の改善に取り組んでいる人も増えている。県も 2040 年までに長寿世界一の目標を掲げ県民を挙げた取り組みを進めている。





Dr. Yoko Kato is a senior research fellow at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo. She is also an adjunct professor at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo. She has been a senior research fellow at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo since 2018. She has been an adjunct professor at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo since 2018. She has been a senior research fellow at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo since 2018. She has been an adjunct professor at the Center for Global Health Policy Studies, Graduate School of Public Health, University of Tokyo since 2018.



大欲小欲

かいクリニック
稲田 隆司

新春を祝い、江戸時代の文人、石川丈山先生の「福祿寿の教訓」で寿いでみたい。

福祿寿の教訓

- 福 分を超えて求むることなく、財を費やさず、陰徳を積む者は福に恵まる。
- 祿 親君の恩を忘れず、行状を慎み、天分を守る者は祿に恵まる。
- 寿 飽食大酒を禁じ、色欲を慎み、気血を養う者は寿運に恵まる。

この教えは銀座八官神社の川浦宮司から頂いた。40才前の秋、沖縄に戻ると決め、銀座をブラブラしていると八丁目のビルの中に八官神社があった。参拝すると宮司が話しかけてきた。例えば「塩を盛る前に地面に酒をかけて清めてから盛るのだよ」「欲を持ちなさい、小欲はいかんよ、大欲を持ちなさい」「沖縄に帰るのであれば祈念にこれを持っていきなさい」と御札を示した。くれるのかと思ったら、三千円ですと笑顔。ひょうひょうとして憎めない表情の方で、しかし修行を積まれたのであろう、風格があった。神社の壁いっぱいに大きく掲げられた龍神の図が印象に残っている。

欲とは何か、小欲とは何か、大欲とは何か、折にふれ考えることがある。生老病死の世界にあって、生き物達は精一杯生きる。この懸命な生命欲動にあって大も小もないような気もするが、はたしてそうか。自分を大事に、でき得れば他者も大事に、そのスパンの大小を問うた言葉か。構えを大きくと龍神の眼が問いかける。

さて、先日久々に大欲小欲を思い出させた出来事があった。日本医師会の今村定臣常任理事

を囲みカラオケを歌っていた。会長、副会長、皆がガンガン歌う。今村先生も朗々と歌う。圧観は産婦人科医会会長の佐久本哲郎先生のフランス語で歌ったシャンソンであった。フランス留学時代にマスターしたという。このぐらい渋く歌えねば私のカラオケもまだまだだと思った。しかし気合いを入れて坂本九の「見上げてごらん夜の星を」を歌った。曲中「ささやかな幸せを祈っている」と人々の幸せを祈るフレーズがあり、これが医師会の理念ですよと今村先生に確認した。さすが日医の重鎮「ささやか？」とニヤリと説いた。ささやかではない大きな幸せを祈ろう。

ということで、今年の私の抱負は、大欲一患者さん、国民が幸せになるような諸活動、中欲一チャレンジング、佐久本先生のようにフランス語でシャンソンを歌う、小欲はひかえめにといたします。今年も宜しくお願い申し上げます。



申年に因んで (院長10年目を迎えて)

大浜第一病院
知念 弘

みなさま、明けましておめでとうございます。大浜第一病院の知念でございます。

私は昭和31年生まれで、今年還暦を迎えます。同年生まれの芸能人としてはサザンオールスターズの桑田佳祐、映画監督の周防正行、映画俳優のトムハンクスなどがいるようです。嘉手納村で生まれ育ち、読谷高校を卒業し、大学は金沢大学で昭和57年に卒業しました。

卒後整形外科への入局は心に決めていたのですが、どうしても内科や外科、産婦人科、小児科のローテーションが経験したくて南部徳洲会病院で1年間の初期研修を受けた後、琉球大学整形外科教室に入局いたしました。当時の主任教授は茨木邦夫教授で、大変厳しい先生でした

が、「医師である前に立派な社会人であれ」ということを教えていただいた尊敬すべきお師匠さんであったと感謝しております。

さて、今年は申年ということで、年男の原稿依頼が予想どうり舞い込みました。

ネットで申年の性格を調べてみますと、人付き合いはよく、面倒見がいいとのこと。

豊臣秀吉も申年でした。欠点は要領がいいので、要領の悪い人を見下しがちで自己中に陥りやすいことだそうです。

私は今年大浜第一病院の院長の職に就いて10年目を迎えます。

当時天久の新病院を建設する計画があり、故大浜方栄理事長に会食の席で口説かれて院長を引き受けた経緯があります。

なぜ理事長が自分を院長に選んだのかははっきりしたことは教えていただいておりますが、多分前年度の忘年会で披露した「マツケンサンバ」が大きな選択基準のひとつになったのではなかろうかと思っています。私はシャイですので、忘年会の出し物には1回/5～6年ぐらいの頻度でしか出ません。(多いですか?) その年は外来の芸達者な主任さんがいてその口車に乗せられて踊らされてしまいました。多分多くのコメディカルスタッフと一緒に楽しそうに芸を披露している姿がチーム医療と重なり大浜理事長のメガネにかなったのではなかろうかと想像しています。

私が院長になっての評価はもう少し時間が立たなければわからないかもしれません。ただ、色々な意味で大浜第一病院が大きく変貌したことは言えるかと思えます。今、医療界に大きな変化の波が押し寄せています。この波がいい波なのか悪い波なのか我々医療人は真剣に吟味する必要があるかと思えます。しかし、一方で待ったなしの現実が目にあるのも事実です。この現実に対処するため組織は常に変化・改革することが求められていると思えます。

今年トウシビー、院長10年目。今年は私自身にとっても大きな変革の年になるかと思えます。



「将棋」事始

牧港泌尿器科

金城 勤

昨年春頃から将棋を始めている。高校時代に友人と指したり、元々興味はあったのでBS放送で「名人戦」や「竜王戦」の中継を見たりはしていたが、生身の人間と指すのは、ほぼ40年振りである。きっかけは一昨年のアマチュア名人戦で県出身の城間春樹さんが優勝し、アマチュア名人位を獲得したニュースを目にしたからである。沖縄県は今まで将棋のプロ棋士を輩出したことが無く、将棋熱は低いと思っていたので(対して囲碁の実績は素晴らしい)驚いたし、私の対局渴望に火がついた。直後、城間さんが宜野湾野嵩の将棋道場豊田塾で師範をされているのをネットで知り、早速電話、単身道場を訪れることとなった。通常普段から将棋を指していて、ある程度の棋力のある方が道場を訪れるので、40年振りに将棋を指すという私の来訪に、城間さんは驚いた様子であった。ちなみに城間さんはアマチュア名人獲得者に与えられる特権、本名人との角落ち対局でも、現名人羽生善治プロに勝利している。

道場では小学生から年配の方まで年齢層は幅広い。小学生の低学年の子にも負けることがあるので、その際には大人としてのプライドはズタズタである。還暦を前に今更感も無いではないが、故大山康晴名人は69歳で亡くなるまでA級(トップ棋士10人が在籍するクラス)を保持しておられたし、将棋には勝敗以外にも惹きつけられる要素が数多くある。

将棋は盤面9×9、81の枰目に8種類の駒を並べて相手の王様を捕獲するゲームであるが、強い駒を多く手にした方がいつも勝ち易いわけではない。大駒をすべて相手に取られた状態でも(いわゆる飛車角抜きでも)小駒の位置や働かせ方で、最終盤でなくても優位な局面を作れることがあ

り、奥が深い。また、その用語は日常会話にも転用され、誰でも将棋から出た格言や川柳の一つや二つを知っているほど、社会に浸透している。

最近、一般のニュースとしても取り上げられる話題にコンピューターとプロ棋士との対戦がある。2013年、2014年と連続して、5人（5台）ずつが争う「電王戦」でコンピューターが勝ち越すようになり、昨年はプロ側も対策を練って対戦。プロ側が3勝2敗と勝ち越したのだが、うち2局は内容での勝ちというよりコンピューターの不具合についての勝利だった為、すっきりしない状態で終わっている。（一つはプロ棋士が敵陣で角を取って成らずに進めた手をコンピューターが認識できず、バグと判明して終了。）プロ棋士もタイトルホルダー等、最高峰の棋士の出場ではないので、人工知能と人智との対戦の結論は未だ出ず、先送りされた状態である。コンピューターが人間を凌駕するのは悲しいかな時間の問題だろう。そして棋界最高峰の戦いがコンピューター同士という日も来るだろう。それでもこうすれば必ず勝てるという必勝定跡が発見されるまで、将棋の価値は不変だと思う。

趣味が高じるとグッズや歴史にも興味を持つようになり、秋には最高の素材とされる本榧の基盤と薩摩黄楊の駒を手に入れた。将棋の街、山形県の天童市へも行ってみたい。そして近い将来、県出身のプロ棋士第一号が私のまわりから出現するのを期待している。



バージンロードが 最終目標

那覇市保健所長
東 朝幸

いよいよ今年還暦を迎えることになりました。同級生が集まると、定年後の生活設計や孫の自慢話をするようになっていきます。私の職場である那覇市保健所でも百人程の職員がおりますが、今年の4月には私が最高齢であり、医師

の定年である65歳を迎えるまでの数年間はこの立場が続くことになります。そこで、年長者らしく医学の道を志した若い頃の苦労話や、次の世代への訓辞でも述べたい所ではありますが、私には、老いを迎えている余裕はありません。というのは、再婚したおかげで、今年7歳と4歳になる娘達がいて、現在子育て真最中という状況だからです。大学の同期の中でもどうやら私が記録のようです。自分で選んだ道ではありますが、人生の後半戦にこんな大仕事が残るとは思いもよらなかったというのが実感です。親しい友人からは、激励の言葉をもらっていますが、娘達と一緒に歩いていると、時折「おじいちゃんですか？」と声を掛けられて、その度に、「父親です。」と答えるのも結構大変なので、薄くなってきた頭を目立たないように帽子をかぶる習慣がついてしまいました。ともあれ、やっとオムツからは解放されましたが、まだまだ、運動会やら入学式等多忙な日々を追われています。しかしその忙しさも楽しさと充実感に溢れる毎日です。先日、職場の若い男性職員と子育て談義で大いに盛り上がりました。年は違えど、育メンの悩みは皆一緒のようです。

さて、今年迎える大きな節目に目標を立てました。家族のために生命保険を見直すのはもちろんですが、まずは健康を維持して、諸先輩方のように次の申年を元気で迎える事です。毎年受けている人間ドックの結果を見直してみると、肥満度、LDL コレステロールが異常値です。そろそろ来たなという感じです。それでも最低限、いや、最大限の努力をしなければなりません。そのために、まず、肥満対策です。ここ数年BMIは25をぎりぎりですぐ割る程度でしたので、妻にお願いして、お昼の弁当をおにぎり1個にしてもらいました。そして残った休み時間を、与儀の職場から平和通りや牧志公設市場周辺までの街中を歩く事にしました。これが意外に楽しいのです。夏の暑い盛りは少々汗をかきますが、アーケードでは涼しいし、観光客がうろうろしていて、人間観察にも適しています。日中なら何とか時間がとれそうです。これで少

しでも運動不足を解消し、体重を減らす事が出来るかも知れません。当面の目標はBMI24以下です。

次に実践しているのが、県の上司であった高江州均先生が推奨されていた筋トレです。家族には笑われているのですが、毎朝の歯磨きをする間、中腰で行います。わずか数分程度ですが、これが結構きついのです。そのせいか、少しずつ効果が表れてきているようで82cmあった腹囲が79.5cmまで減少しています。充分な最終結果が出た所で、先生にはご報告しなければと考えています。そして、この先続けられるスポーツとして、久し振りにゴルフを再開しました。相変わらず、上達もしていないので、上級者の多い医師会の先生方、すぐには誘わないでください。短いコースでも行ったり来たりで歩数を稼ぐには丁度いい運動にはなっています。健康づくりの実践というより、老化防止に近い毎日の闘いではありますが、沖縄県のテーマである健康長寿復活を目指し、来たるべき娘達の結婚式でバージンロードと一緒に歩く事を最終目標にして努力していくつもりですので、今後ともご指導ご鞭撻をよろしくお願い致します。



「還暦猿の半生（反省）」

医療法人おもと会
クリニック安里
金城 治

生来、人前を嫌い、筆不精の小生が県医師会広報委員会の依頼で文を紡ぐことになった。還暦を迎えてのこれまでの半生を、干支である猿の反省も込めて振り返ってみたい。5回目の年男に特別な感慨もないが、あっという間と言う常套句よりは、摩訶不思議な時代を生きたというのが素直な感想である。生まれは浦添市、育ちは沖縄市、今浦添市。父親は産後の肥立ちが悪く、どこかへ逝ってしまい、祖父が父親代わりとなった。明治生まれの頑固者で、部屋には恐れ多くも天皇陛下の写真が飾ってあった。三つ子の魂百までとはよく言ったものでその後の思想形成、人格形成に障害を残す。小学生の頃。方言札こそなかったものの、方言禁止は教育の一つの柱であった。あれから数十年、今では方言で挨拶する市役所もあるらしい。同じ頃、復帰運動の一環で日の丸掲揚を学校で促し、販売までしていた。同じく今では、日の丸を上げると世間体が悪いと家人に怒られる。小学生の頃から朝起きたらまず新聞を読むのが日課だったが、その悪習も新聞と週刊誌は同じだと気づき大学時代に止めた。ヌードと色付きが週刊誌だと思っていたが、最近の新聞は週刊誌より色が付いている。正論ではなく嗜好の問題であろう。高校生のときはがむしゃらに勉強した覚えがない。受験勉強が趣味でもなかったもので、成績はそこそこあれば満足していた。担任の先生からは叱咤されたが、いつも生返事を繰り返すだけの暖簾か豆腐みたいな存在だった。今なら「2番でなにが悪いんですか」と返すところだ。もちろん2番にすらなかったことは無い。大学時代は、「時代」の遺物である学生運動の残り火がまだくすぶっていた。教

養の教室でヘルメットにマスクの出で立ちでアジっていた連中がいたが、如何せん時代は移り、樺美智子は過去の人だった。やはり遅く生まれた小生は「20歳までにリベラルでない者は情熱が足りない。40歳を過ぎても保守でないのは知恵が足りない」とのチャーチルの言葉を勝手に解釈し、運動系クラブで要らんことを考えずに体を鍛えた。酒を覚えたのも大学時代。当時の鹿児島のアサギ焼酎は鼻を摘まないと飲めないほど臭いし、苦かった。先輩達からは芋が甘く感じ始めたらそろそろ卒業だと言われたが、何故か甘くなってからも1年は大学に居た。卒業後、親がうるさいので沖縄に帰ることにした。県立中部病院の門は狭かった。面接での英会話には閉口した。当時、スピードラーニングは無かったんだという言い訳には恥らず、筆記試験が悪かったのだと自らを戒め、琉球大学で研修することにした。沖縄に帰って翌日、国試発表の1ヶ月前に面接に行ったが、やる気があるなら明日から来いと言われ、痛いところを突いてくるなどと思いつつ翌日から出勤した。爾来30数年、5日間以上の休みを取ったことがなかったが、昨年、意を決して1週間休んでみた。ところが何もすることが無いのに気づき我ながら呆れた。最後に近況を少し。クリニックで外来と訪問診療に手を染めてから早6年になる。総合病院で専門科をしていた時とは違う角度で医療が見えるようになった。例えば医師を始めとする医療スタッフ、患者、家族などの人生観、死生観の違いは、専門科の頃はあまり気にならなかったが、今はそれが全てと言っても過言ではない。人間は本能が壊れているらしく、実にいろんな考えをもつ。生老病死に対する考え方も人様々だ。医療を離れても事は同じ。身近な話だと、「三分の一に縮めて、移して、返す」という簡単な事すら賛否両論入り乱れる。おっと、農奴のDNAか、世間を恐れる御年92歳の母親に「人(ちゅ)から物(むぬ)読(ゆ)までいんど～」と怒られそう。お後がよろしいようで。



申年そして 還暦に思うこと

医療法人恵泰会
もりなが内科・小児科クリニック
理事長 森永 泰正

“思えば遠くへ来たもんだ”という海援隊の歌がありましたが、還暦を迎えると言われて自身を振り返ってみた時に浮かんできたフレーズがこれでした。小生の生まれは岐阜県で、幼児期から高校まで静岡県で育ち、大学は愛知県と転々とし、昭和の終り頃から縁あって大好きな沖縄で仕事をさせて頂き、10年前に北谷で開業をして現在に至っております。空間的にも時間的にもですが、冒頭のフレーズが浮かんだ訳です。そして今、沖縄の地で歴史ある医師会報の年頭に文章を書かせて頂けることを感謝すると共に、不思議な巡り合せを感じます。

昔の還暦といえど人間的に完成された何も迷いのない落ち着いた境地にある方というイメージでしたが、自分がその齢に達しても全くそのような境地とはかけ離れており、迷いながら、自信をもてないまま仕事や、家庭、様々な場面で判断を下して日々を過ごしているのに愕然とします。申年の落ち着きのない、あちこち飛び回る性格もあってか、あれこれ手を出して身動きとれない状態になってしまい、最後は直感だけで判断して…よく無事に生きてこれたものと今更ながら怖くなるばかりです。

さて、その手を広げた趣味の話を書かせて頂きましょう。一つは三線ですが、勿論沖縄に来て始めて、最初は新人賞、優秀賞と順調に進んだのですが、申年の飽きっぽさが出て足踏みしている内に、妻が教師になってしまいました。いつもテゲーにやっているからと怒られながらですが、妻が主催している三線教室の一員として、数年前に三浦雄一郎氏が医師会の招きで来沖された際、講演会の前座の舞台を務めさせて頂くという幸運に恵まれました。歌詞と手を覚えるという作業は呆け防止には抜群の効果があると思います。

もう一つは短距離走なのですが、昨年10月、北谷町の代表で中頭郡の陸上競技大会に50台の100mと、年齢別リレーに出場する機会を得ました。予選となる9月の北谷町陸上大会が台風で中止になったため、前年2位だった小生に何故かお鉢が廻ってくるという棚ぼたでの出場でした。個人の結果は散々でしたが、リレーは何とか順位を落とさず繋げて4位になったのでほっとしました。申年は持久力、持続力がないと言われますが、まさに典型的な楽しみが短距離走です。人生はよくマラソンに例えられますが、ピークをどこにもっていくかを考えながら身体の調整をするという意味で、短距離走もまた人生を送る術になっているのかもしれない。あの“きんさん、ぎんさん”のきんさんが100歳を越してから筋トレをして再び歩けるようになり、おまけに痴呆症も軽減してきたという話もありますし、やはり年齢をとってからでも筋肉を保つということは大切だと実感しています。ちなみに中頭郡でずば抜けて陸上競技が強い読谷村の子供たちは、学校へは自分で歩いて行くのが当たり前で、車で送っていく親はいないそうです。(あくまでも噂です…)

さて紙面の都合でボウリング、SF、映画、お酒等の話は割愛させて頂くとして、いずれも広く、浅くの趣味ばかりですが、これも申年ゆえの性なのでしょう。気づいてみればそれらの集合体が今の自分である訳でと、妙な納得をして還暦を境に、これからも流るる川の如く、自然体で生きてゆきたいと思います。“この先どこまでゆくのか” …



「申年に因んで」

琉球大学医学部附属病院長
藤田 次郎

今年は申年であり年男になった。自分の干支でもあり、良い年になるのではないかという期待が膨らむ。まず私の家系図を見てもらいたい(図1)。私と家内の両親と、私の子供を含め、11名の家族構成を示しているが、何と11名のうち6名が申年である。私の息子も申年なので、家族4名のうち、3名までが申年ということになる。娘は五黄の虎であり気が強いかもしれない。このように家族内に申年が集中していることは、確率的には不思議な現象であるともいえる。

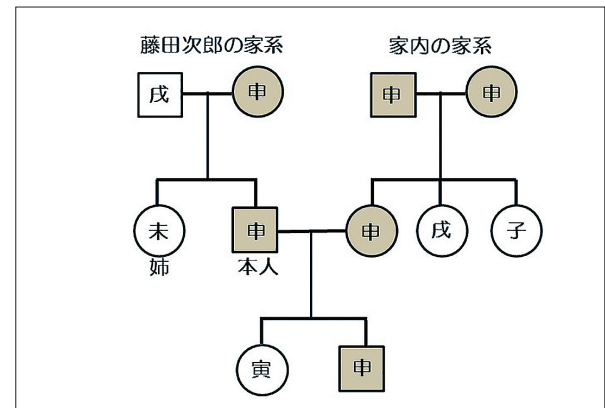


図1

さて私は香川大学医学部時代に antique が好きで古い民具などを収集していた。沖縄に赴任してからは、稲嶺盛吉さんの琉球ガラスや、島常賀さん、および小橋川清正さんのやちむんを収集してきた¹⁾。このように収集癖はあるものの、特に申年だからといって、何か猿に関するものをコレクションしている訳ではない。

ただし仕事柄、学会や講演会で話す機会も多く、また病院長になってからは来客も多いので、教授室、または病院長室では必ずネクタイを着用している。ネクタイの好みとしては、Tomford、またはHermesのものが使いやすいと感じており、この2社のものを頻繁に使用している。仕



図2 猿柄のネクタイ（左から5本がエルメス、右の1本がフェラガモ）

事の際には、明るい色調のネクタイを選択することが多い。私の所有するネクタイの中で、自分が申年であるためか自然に猿柄のものが増えてきた（図2）。もちろん自分で購入したものであるが、娘からのプレゼントもある。娘が寅年であるので、虎と猿が追いかけてっこしているようなネクタイも色違いで持っている（図2の左端と左から3本目）。虎が猿を追いかけているようにも見え、すでに就職した娘にいつまでも脛をかじられるのではないかと感じてしまう。

さて今年の抱負であるが、まずは病院長として琉球大学医学部附属病院の発展を心から願っている。そのためには経営を安定化することが最も重要であり、同時に琉球大学、および琉球大学医学部附属病院の西普天間地区への移転の道筋を付けたいと考えている。第一内科の教授としては、医局の発展を心から願っているし、沖縄県の地域医療に少しでも貢献できるような人材育成を目指したい。

文献

- 1) 藤田次郎. 縄文土器と弥生土器. 沖縄医報 47 (8): 16-18, 2011.



申年に因んで



医療法人社団輔仁会
田崎 琢二

新年号であるからには年頭の挨拶をすべきであろうが、いつ頃からだろうか、おめでたい気分が薄れてきたのは…。

子供の頃、お正月といえば、家の軒先に掲げられた日の丸と新年を喜ぶ大人たちを見て今日はおめでたい日なのだと感じたことを思い出す。時代が変わり最近ではどうして国旗が掲揚されなくなったのか？議論をするつもりはないが素直な感想である。

私は普段、物忘れ外来を中心に仕事をしていることもあり、「お年寄り」と自認している方には「最近の歳は、8掛けですよ。」と無責任に言い放っている。

私も今年還暦を迎えるが、8掛けで48歳ということになる。誰が何と言おうと自覚的な年齢は48歳である。皆さんはどう思いであろうか。最近のマスコミは「高齢化社会」と悲観的なことばかりを取り上げており、我が沖縄県に至っては、「かつては長寿県であった」と過去の栄光を揶揄する様な論調である。男女別の全国順位は、女性は3位と何とか長寿の面目を保っているものの男性は30位と惨憺たるものである。しかし男性の寿命が縮んでしまったわけ

ではなく、他府県の寿命の伸び率が当県を上回っているということを気休めにでも知っておいて頂きたい。

お正月ということもあり、少しでも元気の出る話にしたい。国連の世界保健機関（WHO）の定義では「高齢者」とは65歳以上を指すが、今時、65歳の人を年寄り扱いしようものなら憤慨されても仕方ないぐらいである。

前述の私の勝手な論理でいくと80歳の8掛けで64歳ということになり、やっと高齢者と呼ばせていただいても良いのではないかと思う。

この論理を成立させるためには、ただ歳を取っていく事ではなく、いかに健康的な生活が送れるか、つまり健康寿命（何らかの介護を必要としない年齢）をいかに伸ばすかが大切なのであることは言うまでもない。

我が身を振り返ると、残念ながらここ数年で頭のほうはかなり淋しくなってきた。気がつけば歳だけは60歳に届こうとしている。30歳の頃から考えるとあっという間に30年が過ぎてしまった。こんなに「早いと困る」とぼやきながら更に今後の30年を考え、どちらの30年があっという間に過ぎ去ってしまうのかと考えてみた。90歳まで生きていればの話であるが、迷うことなくこれからの30年だろうという気がしてしまい、恐ろしくなった。

そうになると、今の様に毎日をぼーっとしている場合じゃない、もっと有意義に生きていかなければという気になった。

私は15年前に尋常性乾癬に罹患した。軀幹や下肢、頭部に湿疹が拡がり、家族で温泉に行っても人目が気になり大浴場には入れず一人淋しく部屋で入浴せざるを得なかった。皮膚科に通院するもあまり芳しいものではなかった。ある時、処方された漢方薬でやや改善したのも束の間で薬剤性肝障害となり入院する羽目になった。見舞いに来られた精神保健福祉センターの仲本先生からお誘いを受けたこともあり、退院後に昔の仲間たちと共に約40年ぶりに卓球を

再開した。昔と比べ、約20kgの体重増加もあり、昔のようにはいかないが、少しずつ勘が戻ってくるにつれて当時の楽しさが蘇ってきた。

その半年後、皮膚科の定期受診の際に指摘されるまで気づかなかったが、減量や節酒、また仕事量の軽減など指導項目は達成されていないにもかかわらず99%皮疹が消えていたのである。最近、運動が免疫を強化することが実証されてきているが、毎週日曜日の午前中のたった3時間の卓球がこんなにも体に良いのである。以来、卓球練習を欠かすことができない体になってしまい、出張などで県内不在でなければ必ず卓球をする事にしている。また、最近は自宅で酒は一滴も飲まないが、外での飲酒も0.5:9.5と超薄めの水割りにして飲むようにし、少しでも有意義に健康的な生活を心掛けようと思いがっているこの頃である。



申年に因んで… 一期一会

大浜第一病院 心臓血管外科
九澤 豊

ひとのさだめというものは、わからないものでやがて還暦を迎えようかという年齢になって、おもいがけないめぐりあわせにより沖縄に移住してきて、やがて一年になります。もともとは北陸育ちの人間がこちらに来てこれまでと違った日常で感じていることについて申年生まれの同年代の方々との交流などを交えて書いてみたいと思います。

先日、神戸で開かれた学会に参加した時、うれしい再会がありました。（写真1）

写真1は23年前、CoxMAZEのMAZE手術の見学にアメリカ、セントルイスのワシントン大学Cox先生のもとを訪れた時のものです。そのとき、心臓外科のresidentをしていたのが



写真1

T.M.Sundt 先生です。異国の地でとまどっているジャパニーズを不憫に思ったのか、同年代のよしみで（確か彼も申年だったと思います。アメリカでは申年と言わないけれど。）すぐに親しくなり、いろいろお世話になりました。

その後、学会で時々、会っていましたが、今回、ゲストスピーカーとして日本胸部外科学会に招待され、来日され、学会場でお会いしました。（写真2）

手術のクオリティーを上げるリーダーシップと題したシンポジウムで closing remarks を受け持って主に手術室で外科医の発する言葉のもつ力、重さについて発表されておりました。

現在、Harvard 大学心臓外科の主任教授をしており、臨床では M.G.H Cardiac Surgery の Chief Surgeon として活躍しておられる方です。2017 年にボストンで開催される AATS（米国胸部外科学会）の会長に決まっているとのこと。20 年間で resident から president というアメリカ版のダジャレ、いやアメリカンドリームです。もともとシャイな男で講演とかあまり得意ではなかったように記憶していましたが、地位が人を作るといふことでしょうか、今回久しぶりに会って話しをすると言葉にオーラを感じました。今回の presentation もとても聴衆をひきつける魅力的なものでした。人格者といわれる人物と話をすると、会った後で何か、勇気、力のようなものをもらう（今風に言うとインスパイアされる）という経験をしますが、彼の言葉、態度にも相手に対するいたわり、親しみが感じられ（これも今風に言うとホスピタ

リティを感じる）、決して話す相手の期待を裏切らない、関心をはずさないというのか、癒されるというのか。とても魅力的な人間になっていました。

とかく尖った性格（eccentric な character）の人が多い心臓外科の世界では珍しい。

話術、技術としてとらえると、これってもしかしたら究極の医術？身につけられるものなら、ぜひ、あやかりたいものだと思います。人生修行が足りなくて無理でしょうが…。

写真1 から写真2 まで 23 年の年月が流れています。

その間、お互い髪の毛は薄くなったけれど、そして国は違うけれど同じ分野で生きてきた。

同じようなことを考え、悩み。

何か同志というのでしょうか、仲間意識を感じます。

これからも連絡を取り合い、刺激しあっていきたいと思います。

私が現在勤務している大浜第一病院の知念弘院長先生も確か申年です。知念先生とはさらにつきあいが長く、大学生入学時からおつきあいさせていただいております。知念先生ともウマが合うというのか、波長が合うというのか話していてもとても楽しい。これも同じ申年だからというよりはやはり彼の人格のなせるわざなのだと思います。

今、めぐまれた環境で楽しく仕事、生活ができてとても幸せに感じる毎日です。



写真2



「申年に因んで」

ちゅら海クリニック
鈴木 透理

あけましておめでとうございます。ちゅら海クリニックの職に就いてから約5年半が経過しました。今年、ついに5回目の干支を迎えることになりました。ただ、巷で言われる還暦の実感はありません。内地から沖縄に来てあっという間の経過と感じられました。就任した頃は、沖縄での診療や患者様とのコミュニケーションで戸惑う事も多く、自分としてはかなり大変な状況でした。最近になり、ようやく診療、日常生活のリズムがとれてきたように思います。人生の1つの区切りとして、これからの目標や抱負を考え直すことも必要ですが、今まで何とか仕事を続けられたのは、やはり健康あってのものだと改めて思いました。ここ数年、友人や同僚医師の逝去や闘病の報を聞くにつけ一層その思いが強くなりました。私自身も、体のあちこちに色々ガタが出てくる事も多くなり。定期的な健康診断、食生活の注意（なかなか実践は難しいですが）をしていこうと強く実感しました。現在、関わっている業務は外来血液透析患者の管理、治療が主な内容です。我が国の慢性透析患者数は、2011年末に初めて30万人を超え、最近では、増加率はやや鈍ってきたものの、2013年末には、314,180人となっています。我が国の透析療法技術は世界トップレベルにありますが、経済的負担の増大や高齢化に伴う患者支援や通院の対応、多彩な合併症対策など多くの問題を抱えています。透析患者の合併症では、特に心血管系疾患が増加の一途を辿っています。その原因の1つとして、石灰化病変の存在が重要で、リンの管理の重要性が指摘されています。このため、日本透析医学会は2012年に「慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常の診療ガイドライン」を作成しました。ガイドラインによれ

ば、カルシウム値8.4～10.0mg/dl（補正值）、リン値3.5～6.0mg/dlを推奨しています。高リン血症は、骨代謝異常の成因だけではなく、血管石灰化を介して心血管系疾患や死亡率の増加に関与することが多くの観察研究で指摘されています。さらに、近年では透析導入前の保存期慢性腎臓病患者においても、高リン血症が血管石灰化や心血管系疾患や死亡率上昇に関与することが示されています。このことから、リンの過剰摂取は健常人においても生命予後に影響する可能性があり、食事内容にも注意が必要かもしれません。一般に、リンを多く含む食品は、乳製品、ソーセージ、魚類などがあります。しかしながら、最近問題となっているのは様々な食品に使用されている食品添加物（調味料等）です。このことから、普段から食品添加物に注視し、動物性食品の取りすぎに注意して野菜も多く取り入れた食事内容が必要と思われます。

年の初めに、今後も健康な生活、仕事の継続ができるように思いを新たにしました。



泌尿器科手術雑感

嶺井医院
嶺井 定嗣

この度、新春干支随筆の執筆依頼を受けた。折角の機会であり、前回の申年から今回の申年まで12年間で自身が携わってきた泌尿器科治療、変遷について振り返ってみたいと思う。

1994年に日本大学を卒業、2001年には同大学院を卒業した。前立腺癌の基礎研究で学位を取得したが臨床、特に手術に関しての研鑽が疎かになっていたのかもしれない。その後、一人で埼玉県の奥地、野戦病院に出向となった。様々な難症例と出会い、手術を安全確実に、良好な結果を残すということの重要性を嫌という程認識させられた。

その頃、泌尿器科手術では大きな break through が起こっていた。開放手術から腹腔鏡手術への変革である。特に腹腔鏡下前立腺全摘除術（LRP）の出現には度肝を抜かれた。2002 年初頭に同手術を世界に広めたフランスの Guillonnet 先生、また当時、北里大学泌尿器科に在籍されていた穎川 晋先生（現、慈恵医大泌尿器科主任教授）の手術を見学する機会に恵まれた。開放手術でさえ難しいはずの Dorsal vein complex の処理が鏡視下に的確になされ、前立腺摘除後の尿道－膀胱吻合が理路整然と行われ 2 時間程度で終了した。世の中にこれほど凄い医者がいるのかと感銘を受けたのと同時に稚拙な自分を痛切に感じた。以降、がむしゃらに腹腔鏡手術に取り組んだ。同年末、慈恵医大青戸病院で LRP の死亡事故が発生し、問題にもなったが泌尿器科腹腔鏡技術推進の先生方の不断努力もあり、2004 年、泌尿器科腹腔鏡技術認定制度がスタートした。安全性の確保はもちろん手術手技をビデオ提出により客観的に評価、合否判定を行うという画期的なものであった。2005 年腹腔鏡手術の多い北里大学泌尿器科へ籍を移し、2008 年には念願の泌尿器科腹腔鏡技術認定医に合格した。今後、泌尿器科手術は腹腔鏡主流となる確かな予感があったが 2009 年 da Vinci Surgical System の認可がなされた。2012 年にはロボット支援下前立腺全摘除術が保険収載となり、瞬く間に全国に導入が進んだ。このため純粋な腹腔鏡手術（Pure laparoscopic surgery）は一時期の勢いを失いつつある。また昨年の群馬大学病院における腹腔鏡下肝切除術での死亡事故も追い打ちをかけた形である。慈恵医大青戸病院での事件以降、12 年が経ち、今一度、腹腔鏡手術の評価がなされるべきかもしれない。さもなくば Pure laparoscopic surgery は今後、激減していくこととなるかもしれない。

同時並行で女性泌尿器科分野にも取り組んだ。2000 年にメッシュを用いた経膈式骨盤臓器脱手術（Tension-free Vaginal Mesh ; TVM）が登場し、低侵襲、良好な治療成績また 2010 年には保険適応にもなり国内に拡大した。同時に

泌尿器科を目指す女性医師も増加した。むさ苦しい男所帯であった泌尿器科に女性が増えることで未来ある領域となる確かな予感を感じた。

しかし同手術の合併症による訴訟が頻発し、2011 年に FDA は TVM 合併症（メッシュ露出、感染、疼痛など）に注意喚起を発表、メッシュ製造メーカーの撤退が相次いだ。今後、米国では経膈式メッシュ手術自体が激減または消滅する可能性が示唆されている。今後、日本でも同様の傾向となるのかもしれない。

わずか 12 年間で時代は大きく変わる。振り返ればこの間熱中してきたことは、もしかしたら今後、過去の遺物となるのかもしれない。次の 12 年後の申年までに新たに熱中できる分野がでてくるだろうか。真摯に努力を続けたい。



腰痛持ちの車選び

牧港眼科
石川 真

私が腰痛持ちになったのは、研修医の頃、医局の流行もあり、ゴルフにハマってしまったのが、きっかけです。3～4 年位は続けましたが、結局は本コース 100 をきらずに止めてしまいました。その後は、コルセットを使用なしでいい程度までにはなっていますが、車選びにはかなり気がつかいます。

大学～卒後 5 年目まで、はホンダのインテグラに乗っていましたが、車高が低く、長距離運転後は腰が重くなっていました。その後、北九州で勤務時代に同僚 5 名中 2 名が初代 CRV に乗っており、影響を受け、早速試乗したところ、見渡しがよく、イスの座り心地もよかったので、すぐに購入しました。CRV はホンダ初の SUV で、世界で 100 万台以上売れたベストセラーです。4WD 機能は今一と酷評されていましたが、コラム式のギア（トラックのギア）のため前後

左右のウォークスルーが可能で、室内がミニバン並に広く、ホンダカウボーイのキャッチフレーズであったと記憶しています。その後、那覇市立病院1年半、県立北部病院3年勤務し、開業3年目まで7年間で15万キロ走行しましたが、大きな故障もなく、とても快適でした。

次も、他社のSUVもいろいろ試乗しましたが、結局2代目のCRVを購入しました。2代目もセンターウォークスルーの特徴を引き継ぎ、室内とラゲジルームもより拡大し、より快適に使用できました。その頃より趣味でサイクリングを始めたので、背面タイヤに自転車載せてよくヤンバルまでドライブしました。運動後の遠距離運転でも全然疲れませんでした。まさに名の如く、Comfortable Runabout Vehicleでした。これも6年半で10万キロ弱走行しました。

次もCRVが有力候補でしたが、センターウォークスルーと背面タイヤがなくなり、CITY派のSUVになっていたのも、気分を替え、VWのティグアンを購入しました。ティグアンはヨーロッパではスモールSUVのベストセラーで、車重が軽く、小回りもきいてGOLF並に運転しやすかったのですが、1か月程して腰痛が出てしまい妻用の車になってしまいました。イスの座面が斜めになっていて自分には合いませんでした。電動シートなら大丈夫だったかもしれません。それで、1か月後には急ぎで、ステップワゴンを購入しました。流石に、ミニバンは全く腰痛はでませんでした。3列目のシートが床下に完全に収納できたので、26インチと700cタイヤの折り畳み自転車を3台収納できました。

家族3名ですので、3列目のシートは使用せず、大きなワゴン車的な使い方をしました。その頃にはサイクリングも減り、4年で5万kmしか走行せず、小さい子供のいる弟へ譲りました。姪っ子たちは大喜びだそうです。

現在は、BMWのX3(2014式)に乗っています。BMWはスポーティなイメージで、セダ

ンやクーペが主流ですが、自分の腰には全く向きません。SUVであるX3では腰痛は皆無です。2,000ccのディーゼル車ですが、最近のディーゼル車はクリーンディーゼルと言われ、有害廃棄物を減らし、エンジン音や振動が抑えられています。低回転からトルクが大きく、発進直後の加速感はガソリン車の比ではありません。とくに車重が重くなるSUVには有利です。燃費も街乗り9～高速15km/lと良好です。燃料費は日本のハイブリッドとほぼ同様ですので、エンジン音が気にならなければ、おススメです。

以上、皆様の車選びの参考になれば幸いです。



「定点観測～私の趣味編」

敬愛会 ちばなクリニック
健康管理センター
神山 司

明けましておめでとうございます。

私は、祖母(母方)、母と三代に渡り申年生まれです。といっても、早生まれですので、同級生のほとんどは未年です。昨夏には大々的な中学校の同期会が開催されたため、トウシビーはもう昨年で終わった気になっておりました。

さて、年男も4回目を数えると、還暦ならずとも、「人生も二巡目を迎えたなあ」と思える様な出来事や巡り合わせが多くなりました。私が長年趣味にしてきたものも、その姿は大きく変わってきています。本稿ではその個人的な定点観測を著してみたいと思います。

最初に年男を迎えた頃から、私の趣味である音楽鑑賞。中学生の頃にラジオの洋楽ヒットチャート番組にハマり、上位の曲を自前で揃えようと思い立ったのが、私のレコードコレクター道の始まりでした。

国際通りのレコード・ショップに通い、音楽雑誌やラジオなどで新譜情報をかき集め、発売

日にまとめて購入する…。当時から大人買いや業界人的なことをしておりました。小遣いのほとんどをレコードやCDの購入に注ぎ込み、現在の総コレクション数はおそらく五千枚弱。「デジタルリマスター」だの、当時のアナログジャケットを模した「紙ジャケット仕様」だの、同じCDを数枚ダブって持っていることもあり、コレクションは現在もまだまだ膨れあがる一方です。

当時は、レコードから好きな曲を選んでカセットテープに録音し、勉強しながら寛ぎながら自分で聴いたり、友人達にお薦めの曲をまとめて録音しプレゼントして楽しんでおりました。お互いに好みのジャンルが違っており、新しい音楽の発見の楽しみもありました。

そして80年代前半には、盤がコンパクトで音の劣化がほとんど無い、未来の音楽メディア、CDが登場します。CDがどんどん普及してアナログレコードから切り替わっていったのは80年代後半の事でした。私が大学在学中には、カーステレオにもCDプレイヤーが搭載されるようになりましたが、初期の頃はちょっとした道路の凸凹ですぐに音飛びするようなものでした。

90年代後半になるとカラオケの隆盛とともにCDも過去最高の売り上げを記録するようになりました。カラオケの練習のためにCDを購入する方が増えたのも理由の一つでした。

2003年になるとiTunesが登場。音楽をPCに取り込み、iPodで何百もの曲を一台で持ち歩ける時代となります。2005年には日本でもiTunesストアが稼働し、一気に音楽をネット配信で楽しむ方法が広がっていきます。

そして昨年、2015年。サブスクリプション型（定額制）音楽配信サービスが日本でも始まりました。音楽の楽しみ方は、また新たに変わろうとしています。

とまあ、このように激しく移り変わる近年の音楽メディア。この10年ほどは私もご多分に漏れず、CDなど音源をiTunesに取り込み、iPhoneで聴くリスニング・ライフを過ごして

おります。自分の膨大なコレクションを自宅サーバーに納めて、自由自在に楽しめるように環境を整えようと計画を練っていたところ、昨年の定額制音楽配信サービスの開始です。いかに自分のライブラリーと統合を図るか、思案に暮れているところです。

よくよく考えてみると、時代によるこのような推移は、私の本業の医療にも何か通ずるところがあるようにも思えます。私たちの研修時代はカルテ書きやデータ貼りなどアナログな作業に時間を取られていましたが、それも今では電子カルテの操作で短時間に済むようになりました。教科書は厚く重く、文献を探すのにも苦労しましたが、イマドキの医師は携帯端末を持ち歩き、何時でも何処でも検索できるスマートさを持ち合わせているようです。

しかし、実際に患者に接する現場では、疾患に対する知識だけでは太刀打ちできません。疾患を症候から捉える観点、患者の訴えをきちんと拾い上げるコミュニケーション能力、様々な経験を元にした病態の観察力や把握力など、キャリアを積んできたベテラン医師だからこそ発揮できるような能力や指導力も必要とされているのでは？簡易に検索できる時代の今こそ、そのチカラを存分に発揮できるよう、これからも日々研鑽していきたい、と決意を新たにす次第です。



丙申所感 ～生々流転～

島尻キンザー前クリニック
島尻 佳典

12年前の頃は日本に帰るか悩んでいた。トランスジェニックマウス作成とその解析の研究は論文執筆段階に入り、留学先の教授から米国に残ることを勧められていたからだ。学問と経営の両立、すなわち栄光と金銭的成功への挑戦であった。

今年の干支は申(さる)である。さるというと、さる知恵、さる真似などよいイメージとは思えない表現もあり、さるかに合戦では、さるはなんと親の仇討ちの対象で、悪人(悪さる?)かつ成敗されてしまう動物である。そんなイメージの干支に生まれて、あまりいい気持ちではなく、見るからに強そうな龍(たつ)とか愛玩される戌(いぬ)とかであったらよかったのにと幼いころには思ったものである。当たり前であるが十二支に優劣があるわけではなく、そんなことを気にする友人が居るわけでもなく(同級生のある割合は申年である)、「申年生まれコンプレックス」は私の心の奥底にしまうことになっていたが、「サル学」なるものの存在を知って、偏狭な考えだったと反省したのは、大学生になった時であろうか。

「サル学」の草分け的存在は、今西錦司であろう。今西は、戦後間もないころから、ニホンザルなど霊長類に対して、個体識別や長期観察、擬人的記述など方法論的を採用、順位制・血縁制などの複雑な社会構造を明らかにした。また、ニホンザルの「芋洗い行動」を観察、世代間で継承されるのをみて、西洋での議論では人間だけが文化を持っているとされていたが、ニホンザルも「芋洗い行動」という文化を継承していると考えていた。サルの観察だけでなく、様々な生物の観察を通して、自然を様々な種が共に生きる大きな有機体の中で本質的に調和のとれたものとして見ていた。各々の種はエコシステムの中で相補的な役割を果たし、競争ではなく、相互を利用する関係である。

サルの観察から、生物の社会性が明らかになるのは興味深い。人間との比較は慎重さが必要で、弱肉強食といった現実はあるが、成敗とか勧善懲悪的な思考よりは、調和を考えることがより生物らしい思考であることを尊重するのも重要ではないかと考えた。命に関わる医師という仕事に就いているが、仕事を行う上で、平和を希求することが前提ではないかと私自身は思っている。

申年と聞いて、昔思ったことを思い出し、再考してみた。

申年である今年が皆様にとって昨年より、よい年であることを祈っています。

【参考文献】

Frans B. M. de Waal

Silent invasion : Imanishi's primatology and cultural bias in science

Anim Cogn (2003) 6 : 293-299



今年の抱負

琉球大学医学部附属病院
血液浄化療法部
古波蔵 健太郎

私は昭和43年の申年生まれで今年48になります。ついこのあいだ40を迎えたかと思っていれば今度は50の足音が聞こえてきた感じがします。今年4月に新しい部署に異動し、新たなチャレンジが始まったばかりで目先の業務に追われる日々です。ここ数年キャリアを積み重ねてきた中で次第に役割が変わってきたことを実感しています。これまで専門分野の腎疾患診療においては治療効果の最大化(maximization)と最適化(optimization)という視点から治療介入のポイントを明確にできるオリジナルのフレームワークを作成してきました。その中で治療のストラテジーを一般化・可視化し、個別の治療に落とし込んでいく作業を実践してきました。このような臨床現場におけるイノベーションがきちんと成果をあげているのかを検証するために、これまでの取り組みをクリニカルインディケータの視点で自己評価する取り組みを進めています。主要な腎疾患における検討では非常に良い治療成績が得られていることを確認することができたので、今後は若手にこの治療ストラテジーを伝えていくことでより多くの患者の予後改善に寄与できるようにしたいと思っています。

います。幸いなことに現在、若手の有望な医師が多く加わり活気が出てきました。個々の若手の特徴や強みを伸ばしていくことが重要な使命だと考えています。また前任の井関先生がこれまで築き上げた沖縄発の数多くのエビデンスや今後、新たに創出していくエビデンスを現場の診療向上に活かす取り組み（沖縄におけるエビデンスの知産地消）を進めたいと思っています。さらに専門的な医療を必要とする患者のミスマッチを解消できるような仕組み作りをしたいと思っています。このような一連の取り組みを大きなベクトルとして東ね、次の申年を迎える頃には沖縄県が全国で最も透析導入患者が少ない県であるように、これまで以上に県内外の先生方などと連携を深めて行きたいと思っています。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



「いつまでも自分らしく いられますように」

那覇市立病院
仲地 紀哉

明けましておめでとうございます。新春干支随筆なるものを書かせていただけるとのことでありしたので、最近思うことについて少し語ってみたいと思います。

元々、「自分とは何で、どうあるべきか」などとくだらないことを考えるのが好きな方で、人生の折り返し地点を過ぎ、医師人生も今まで過ごした以上は長くはないであろうと考え、何となく「これから自分は何をすべきか」などとそれらしく悩んでみている。実際に大きなことを成し遂げようと思ったら、体力的、精神的、経済的にもそろそろ踏ん切りをつけないといけないと思ったりする。

そこで、今までの自分を反省する意味で振り返ってみる。人生そこそこうまくやって来たと感じるが、どうやってここまで来たのかと考えると、実は何一つと言って良い程自分で大きな

決断をしたことはない。妻を相手に選んだこと以外は。良いことも悪いことも向こうから転がり込んで来るのだが、それを謙虚に受け止め、その立場に於いてベストを尽くそうと考える。周りの方からはまだまだと言われるかと思うので、「自分なり」にベストを尽くすと言い訳しておく。

師匠の先輩医師と最近度々そのような話をすることがあるのだが、奇しくも全く同じ考え方で、「置かれた環境でベストを尽くすしかない」とおっしゃる。尊敬する師匠だけあり、同じような道を歩んで来たことが嬉しく、勝手に「心の友」と先輩であることそっちのけに酒の席で意気投合しているつもりになる。師匠自身は「もっと楽観的に」とおっしゃるが、私は別に悲観的な訳ではなく、恐らく自分を見つめて自分でどうしたら良いのか等と考えることを楽しんで、まるで自分で自分の生き方を決めたいかのように考えようとしているのではないかと思う。何の根拠もないのだが、恐らく、これからも人生そこそこうまくやって行くのだろうと言う漠然とした自信のようなものがある。もちろん、勘違いかも知れない。

以前より思っているのだが、今までこまどうまくやって来られたことは何かに導かれて来たのではないかと常々考える。人生の節目節目でまるで自分で決めてきたかのように振る舞っているが、実は目に見えない力によって決められているのではないかと思う。置かれた立場に抗う必要はなく、よく言えば覚悟、悪く言えばあきらめ。出来ることをするだけのことである。同じような事を感じる方もおられると思うが、私にとっての見えない力はこれも何の根拠もないのだが、ウートー教の私としては恐らくご先祖様が見守ってくれているのではないかと勝手に思っている。妻を選んだのも実は決められていたのかと言われてしまいそうだが、その辺りは深く突っ込まないことにする。これからもうまく過ごして行けるように、足しげく仏壇に線香を上げに行かなくてはいいけないと反省する次第である。

と言うことで、自分で物事を決めずにうまく渡ってきた身としてあまり物事にこだわることはない。私のモットー？は「人生の8割はどうでも良く、譲れないところを譲らなければ良い」とこれまた適当である。これからそのようなスタンスで生きて行って良いのかどうかは分からないが、それが自分らしいのかと考えている。今の世の中、自分らしく生きることも難しくなってしまうが、自分を見失うことなく、自分の心の声に忠実にいつまでも自分らしく生きるのが当面の目標かと考えている。それが自己満足に留まらず、皆さんに喜ばれることに繋がれば幸いに思う。ここ最近では毎年七夕の短冊にタイトルの文言を願い事として書いている。12年後の申年も自分らしく振る舞っているのか楽しみである。

話にまとまりがなく、新年には相応しくない内容かも知れないが、節目を迎えるに当たり思いの丈を述べさせていただいた。

本年も皆様にとってよい年でありますようにお祈りいたします。



申年に因んで

沖縄 ER サポート

林 峰栄

(1968 年生まれ)
(救急医 / バイオリニスト)

子供の頃は、正直なところ干支の話にはあまり触れられなくなかった。申年というと「へえ〜、サルなんだ」と絶対にからかわれるので。だから、寅年の父や戌年の母だけでなく、猪年の弟でさえうらやましかった。「なんで自分はサルなんだ？」と何度思ったことだろう。

中学生の頃に初めて買った LP レコードは、モンキーズのベスト盤だった。“Day Dream Believer”、“I'm a Believer”に“恋の終列車”etc…。当時、テレビで再放送されていたモンキーズの TV ショーが大好きで毎週その時間が

来るのが待ち遠しかった。アイドルグループなのになんでモンキーズって名前なんだろうとちょっと不思議に思っていたけど…。

“Hey, hey, we're the Monkees

And people say we monkeyin' around

But we're too busy singing

To put anybody down.”

「Theme from The Monkees」

1995 年に安室奈美恵とスーパーモンキーズが現れた時にも同じ疑問を感じたが、スーパーモンキーズはその後 MAX と名前が変わって、そのおかげかどうか分からないが全国的な人気グループになった。そりゃあ、スーパーモンキーズじゃあ売れないよね。今でもオリオンビエフェスタなんかで盛り上がってるけど、彼女たちが昔は“スーパーモンキーズ”だったなんて知ってる人ももうあまりいないかもしれない。

スーパーモンキーといえば、孫悟空。孫悟空は無茶苦茶強くてサルにしては珍しく主役を張れるスーパーヒーローだ。だから、申年生まれの間は、孫悟空にはちょっとだけ他の干支のみなさんより思い入れがある。でも、残念ながら最初は尊大であまりいい奴じゃあなかった。悟空が如意棒を振り回して乱暴を働くたびに、なんとなく自分が悪いことをしたように感じたりもした。筋斗雲でどこまでいっても結局は御釈迦様の手の中だったという話は有名だけど、三蔵法師がいなかったらどうなっていたか。そういう意味では、申年生まれの間はどんなに能力を持っていたとしても謙虚でなければいけないことを孫悟空から学んでいる。たぶん…。で、何かやらかしてしまった時に、目に見えない金の輪っかが頭を締め付けてくるんじゃないかとちょっと心配になったりする。

話は変わって、僕がコンサートマスターをしている沖縄交響楽団が今年創立 60 周年を迎え

る。ということは、沖響も申年生まれだったんだということに、この原稿を書いていて気が付いた。沖響の還暦をお祝いする記念演奏会が開かれるのは、2016年10月30日（日）。曲はマーラー作曲の交響曲第5番に決まっている。この曲は第4楽章のアダージェットが映画「ベニスに死す」で使われて有名になったが、実はマーラー自身が“非常に、非常にむずかしい。”と言っているような超難曲だ。しかし、そんなことは言われてられない。筋斗雲をバイオリンに、如意棒を弓に持ち替えて僕も大暴れするでしょう。5という数字が御釈迦様の5本の指を思い起こさせるのが申年生まれとしてはちょっと不安だが…。さあさあどうなることか。ぜひぜひ、みなさん、聴きにいらしてください。

申年生まれのみなさん、今年もモンキーマジックを起こしましょう！



新年によせて

医療法人愛燦会
発達神経クリニックプロップ
嶺間 博隆

沖縄県医師会会員の皆様、明けましておめでとうございます。大学卒後20年が経ち、4度目の年男となります。伝えによると、申年生まれは、「一箇所にとどまらず、あちらこちらに飛び回り、常に新しいものを求める」とあり、中でも私の生まれ年“戊申（つちのえさる）”は、「いわば“山猿または荒猿”。気が荒く、人に迷惑をかける事も多い一方、茶目っ気があり、人気者で誰とでも分け隔てなく交際する。多趣味で向上心に富む。勉強家で常識も有るが、粗野で理屈家、短期で飽き性。細密な事を嫌い、万事に大雑把」とあります。合点の行かない評はさておき、ちょっとした連休でもじっとせず旅行に出る事が多いのは、あちこち飛び回りたい性癖の影響でしょう。また、旅先に限

って大失敗をやらかし、人に迷惑をかけてしまうのも、万事に大雑把な事の証左なのかもしれません。昨年、台湾・台北市で、ふらり立ち寄った食堂に財布を置き忘れ、3～4時間気づかなかった事があり、同行の者達はその時に口にはしなかったものの、さぞ迷惑だった事でしょう。食堂以外のどこかで落としたか、さてはスリにやられたか、…。私は地図を読む事さえ苦手で、もはや病気と言って良いレベルの方向音痴なのですが、方向感覚の鋭い友人のおかげで、彼の食堂は意外にあっさり見つける事ができました。昼食時で、店員はみな忙しそうでしたが、構わず尋ねるより他にありません。財布を忘れたらしい、と下手な英語で伝えたものの全く通じず、迷惑そうな表情は有り有りでした。どの店員も反応は同様で、二進も三進も行かないなか、幸いに一人の婦人客が英語で声を掛けてくれました。こちらの聞きたい事を中国語で店員に伝えて貰ったところ、厨房から「これか？」とばかりに私の財布を高くかざして店員が出てきた時には、大袈裟でなく彼から後光が射して見えました。ご婦人と店員に丁重に礼を述べると、「そんな事を気にする必要は無い。旅行を楽しめ。」と、心ばかりの謝金の受け取りも固辞されてしまいました。友人や親切なご婦人・誠実な店員達のお陰で幸運だ、と思う頭の片隅で、15年前にも横浜で財布を遺失しかけた記憶が蘇った事は、友人達には勿論言えませんでした。バスを降りて数分後に財布が無い事に気づき、最寄りの交番に駆け込んで、降りたおおよその時刻とバス停の名称から、先の路線バスを特定し、バス会社に連絡を取って貰いました。指示された停留所で私の乗っていたバスの到着を待ち、運転手から無事に財布を受け取る事が出来ました。通路を挟んで座っていた乗客が私の置き忘れた財布に気付いて運転手に渡して下さったのでした。運転手に礼を延べ、その方の名前や連絡先を確認したが、何も仰らなかった、との事。ほぼ諦め掛けていたので感激もひとしおでした。あの時、「二度とすまい」と心に誓ったにもかかわらず、あまつさえ外国

で同じ失敗をやらかした訳で、さすがに情けない思いでした。人付き合いがあまり上手くなく、干支の性格分類に評されている様に器用には振舞えない私ですが、困った時には大抵誰かに助けて貰ってきた、と実感します。新米医師だった頃、暖かく見守り指導いただいた上級医の先生方や、何時でも診療科の垣根を越えて専門の見地からの助言を下さった他科の先生方。家族や友人達。新年を迎え、現在まで様々な形で私を助けてくれた多くの方々への感謝を忘れずにあるべし、と、改めて思います。「その前にまず、その粗忽者ぶりを改めろ」という御尤もな御意見、正月早々の今この時だけは、耳を塞いで気楽に過ごさせて下されば幸いです。



申年 今年の抱負

琉球大学医学部
医学科麻酔科学講座
中村 清哉

皆様、あけましておめでとうございます。今年もよろしくお願い申し上げます。

昨年は、当麻酔科学講座にとって変革の年となり、慌ただしく過ぎた印象があります。今年は48歳の歳男にあたりますので、少し落ち着いて仕事にあたりたいと思います。

さて、今年の抱負についてご依頼をうけましたが、これまで日々目の前の仕事をこなしていくのが精一杯の生活を続けていたため、年頭に抱負や目標を建てる習慣がありませんでした。それにしても、抱負とはそもそもどういう意味でしょうか。なぜ、ポジティブな意味の語句に「負け」の文字が入っているのでしょうか？辞書を引いてみると、『抱負』とは、心にいだく“思い”や“こころざし”のことだ、とあります。

「負」という漢字は元々、人が貝をかかえる形に由来しており、貝殻は古代、貨幣の代わりでした。よって、財・貨・資・など、財産に関係する文字の部首が貝偏になっています。負と

いう漢字も、人が何か大事なものを持ったり、かついだりすることを表しています。「自負」だとか「負荷」だとかもその意味で使われています。ところが古代中国では、この文字の発音が「北」（敗北に表されるように、敗れるの意味）など共通のため、負けの意味にも使われるようになったそうです。そして抱の文字は、これも右側の「包」が胎児をおなかの内にかかえている形をあらわします。というわけで、抱負というのは大事なものを自分のうちにかかえること、さらには心の内に抱えた思いなどを表すこととなります。

では、良い抱負の立て方を考えてみますと、まず具体性をもった行為を主軸におくべきだと思います。

二番目に大事なことは、少しだけ背伸びした抱負を持つことではないでしょうか。誰が聞いても「そりゃ当然、実現可能だ」と思うような抱負は、役に立ちません。自分にとって、少し難易度の高いところを狙いたいと思います。

そしていうまでもなく、新年の抱負なら、1年の終わりに結果を判定できるよう、明確にすべき必要があります。そのためには、具体的なことがら（できれば数字）を設定します。

まとめると、「イメージが浮かぶよう具体的に」「少し背伸びして」「成否がはっきり判るかたちで」抱負を考えるべきでしょう。そして、考えたら、それを口に出すだけでなく、文字に書いておく必要があります。抱負の目的はこれからの方向性を定めて、見失わないようにすることです。

以上を踏まえて、今年の抱負を考えてみますと、仕事では安全な麻酔、結果に良い影響を与える麻酔（PONV 嘔声 シバリング 疼痛の各目標値を下げる）、ペインクリニックでは脳脊髄減少症、三叉神経痛の研究対象症例の論文文化緩和ケアではACPの導入を実現し、コスト、満足度の研究を始める などでしょうか。具体的な数値や少し背伸びをした目標を成否がはっきり分かる形で文章化と言ったわりには大雑把で、数値目標がなく、成果がよくわからない形

になってしまいました。しかし、抱負初心者にしてはこれぐらいから始めて、年々改善し、具体的な目標にしていくのが良いのではないかと“自負”することにします。家庭生活の抱負ですか？あまり他人が聞いても面白いものではないと思うので割愛します。



今年の抱負

沖縄県立中部病院
感染症内科
成田 雅

私は1995年から1999年まで沖縄県立中部病院にて内科全般の初期・後期研修を終え、2001年まで沖縄県立八重山病院に勤務の後、札幌、米国ピッツバーグ、出身地の福島県郡山市を経て、2014年8月から沖縄で再度仕事をさせて頂く機会を得ました。ここに至るまでに様々な先生方のご理解とご援助を頂きました。沖縄県立中部病院を初めて訪れた大学6年の最後の夏休みの3日間の衝撃と、そこで出会った方々のお陰と考えています。その延長線上に日々の臨床の機会を頂いていることを改めて認識しています。

感染症診療

沖縄県立中部病院の感染症診療の根幹をなす、グラム染色を駆使した狙い撃ち治療、Targeted therapy（最初からescalationしないため、de-escalationする必要がない）を実践すること。病歴と身体所見を重視し、グラム染色を用いて適切な抗菌薬を選択するというスタイルは、感染症内科というよりも総合内科の基礎となる部分です。昨年から研修医の先生方と行っている試みとして、病歴から鑑別診断を想起し、有意な身体所見を狙いに行き、特異度の高い検査を選んで施行するプロセスを学ぶ“Clinical Reasoning Physical Diagnosis”をさらに継続し

発展させたいと考えています。沖縄にはその地域特有の感染症疾患があります。2008年以来、沖縄県池間島でのデリーツツガムシによるつつが虫病は既に11例の蓄積があります（2015年12月末現在）。これらの臨床像をまとめると共に、もしかしたら沖縄本島にも存在するかもしれない、つつが虫病を含めたりケッチア症についての考察を深めたいと考えています。当院におけるレプトスピラ症は、喜舎場朝和先生以来の業績100例の報告が文献となるのを待っている状態です。もうひとつの沖縄特有の感染症である糞線虫症、特に播種性、髄膜炎発症例を報告することを考えています。

剣道

昨年のニュースとしては、定期的な稽古の再開と、医師剣道大会で沖縄県チームが準優勝、そして五段への昇段がありました。私にとっての剣道は日常を支える軸のひとつになっています。沖縄医師剣道連盟の先生方はもとより、沖縄県剣道連盟、沖縄市剣道連盟の先生方、特に土曜日のりゅうぎん会館での稽古会、月一回の西原町体育館での稽古会にて様々な職種の方々に大変お世話なっております。昨年は「交剣知愛」の心がけにて出張の度に出稽古させて頂きました。名護市剣道連盟、講談社野間道場、岩手県大船渡市剣道連盟の先生方には大変お世話になりました。5年後の六段昇段目指して最低週一回の稽古を目標にしております。剣道には日常に役立つ幾つかの概念があります。「初太刀一本」、即ち最初の一太刀を入念に準備し身を捨てて斬りこむ潔さ、「合気」、即ち相手の所作を含めて、自分のものにする、自ら気を発しつつも、相手の気も取り込みつつ、技を出すということ、そして「残心」、即ち仕事を終えた後にも心途切れることなく注意を払うこと。これらの意図するところを日常診療に活かして行きたいと考えております。今後ともご指導の程どうぞ宜しくお願い申し上げます。



2016 年 申年に因んで

沖縄赤十字病院 外科
豊見山 健

皆さま明けましておめでとうございます。今年も宜しく願いいたします。

今年は申年とのことでわたくし年男になります。

「面白きこともなき世をおもしろく すみなすものはこころなりけり」幕末に活躍した高杉晋作の辞世の句といわれているものですが、今の生活を面白味のあるものととらえて今年も生きていきたいと思っています。

2015 年は医師になって 20 年ということもあり大学の同期会がありました。久しぶりに会う同級生はだいぶ年を取り、貫禄もついていました。開業し院長になっているもの、大学で准教授になっているもの、私と同様に勤務医をしているものなどさまざまでした。

それぞれが様々なポジションで働いていますが、みんな現在の場所で頑張っているとの話を聞きました。改めて私も頑張ろうというモチベーションになりました。

私と同じ年齢の有名人を見てみると野球選手では元大リーガーの野茂英雄さんや阪神の新監督になった金本知憲さんなどがいます。その他にはタレントの菊池桃子さん、杉本彩さん、ハリウッド俳優のウィル・スミス、ミュージシャンではつんくさんや Begin の三人がいます。大塚家具の大塚久美子社長も申年のようです。

やはりいろいろな方がいて、当然ですがいろいろな場所で頑張っているらしいです。

私は現在、沖縄赤十字病院で勤務医として働かせていただいております。メインの仕事としては消化器外科医として主に肝胆膵疾患の手術治療を担当させていただいています。最近では当院でも肝切除や膵切除を腹腔鏡手術で行ったり、胆のう摘出術を単孔式手術で行ったりなどの新たな術式も徐々に導入してきています。

その他の仕事としては緩和ケアの活動があります。沖縄赤十字病院でも緩和ケアチームがあり、私も一員として活動しています。最近では、身体的な痛みだけでなく、精神的な苦痛やスピリチュアルな苦痛に対しても精神科の先生と相談しながら治療を行っています。2015 年は当院で緩和ケア研修会も行うことができて少しはレベルアップしてきているのかなと思ったりします。三つ目は NST (Nutritional support team) の活動です。これも当院では管理栄養士を中心にチームで活動しています。栄養障害のある方を早期に拾い上げ、栄養治療を行うことで患者さんの予後を改善することを目的に活動を行っています。去年は NST 研修施設での研修を看護師 3 人が終了してきました。少しずつですがレベルアップしてきているのを感じます。

しかし、上記の仕事は数年前から取り組んでいるものも多く、やっとできた仕事も多くあります。さらに言うと、いつやるの？後でしょ。と言い訳して先延ばしにしているものも多くあります。

吉田松陰の言葉に「勉めざる者の情に三つあり、曰く、わが年老いたり。曰く、わが才鈍なり。然らずんば則ち曰く、吾が才高し、学成れり」というのがあります。

努力をしない人の気持ちには三つあり、一つは年をとりました。二つ目は馬鹿ですので、三つ目は私は才能があり学問は究めました。というものです。

今年は（今年こそは？）、言い訳をせずに努めたいと思います。

いずれの仕事も一人でできる仕事はありませんので、いろいろな方に助けていただきながら今年もチーム医療を行っていきたくらいなと思っています。仕事の中身に関しては一気のレベルアップは難しいので地道にこつこつやるしかないと考えています。

面白きこともなき世を面白くと考えて、今年もやって行きたいと思っています。

2015 年は大変なことも起こった 1 年でしたが、2016 年が皆様にとっていい年であることを願います。



申は私の守護神

琉球大学医学部
腎泌尿器外科
宮里 実

今年、人生4回目の申年を迎える。東京の小児病院時代の恩師(現自治医大こども病院教授)から、「10年先を考えて行動しなさい」と叩き込まれ、今でも座右の銘としている。実に不思議なものである。2回目の申年に琉球大学医学部を卒業し、泌尿器科医を目指した。東京の小児病院に出向したのもその年、恩師も私と丁度一回り違う申年の生まれである。10年先を考えて行動しなさい、というのは自分を目指ししろという意味ではなかったと思うが、自然とその恩師が向かう10年の目標となった。

2年間の充実した東京での生活を終え、その後沖縄に戻った。小児の専門家であった二人目の恩師には、意外にかわいがってもらった。小児泌尿器科を核としながらも、成人疾患、良性疾患、悪性疾患、なりゆきまかせではあったが様々な経験をした。その中で、泌尿器科という学問が診断から治療まで一貫していること、幅の広さに改めて感心した。

3回目の申年に遅ればせながら研究を開始した。排尿の研究であったが、そこで三人目の恩師にお世話になった。厳しい指導であったが、その頃の研究への真摯な姿勢が今の礎になっている。アメリカ留学の機会を得、四人目、五人目の恩師に出会う道を開いてくれた。

帰国後は、東北大学への国内留学の機会を得、私の臨床の師となる六人目の恩師に薫陶頂いた。東日本大震災は、まさに想定外であったが、震災後の連帯感はいずれ良い経験となった。今でも東北への思いは強い。現在は、七人目の恩師になる。臨床家としての心得、手術に臨む姿勢、研究心、医局の運営、金銭面、帝王学なるものの御指導を頂いている。不思議なものである。申を起点に、多くの恩師にご指導頂いた。

話はがらっと変わる。2015年国立がんセンター情報サービスによると、前立腺癌の推計患者数は9.8万人で、肺がんの9万人を抜いて男性がんの第一位となった。2020年、東京オリンピックの年に第一位になる予想であったが、予想を大幅に上回り、何と5年も早く欧米と同じ状況になった。2015年、80歳以上の高齢者が初めて1,000万人を突破した。排尿、排便といった排泄、性機能、高齢者のQOLと健康寿命には泌尿器科医の役割は欠かせない。果たして、次の十年を考えた場合、現役引退目になる。「次の10年を考えて行動しなさい」とは、まずは自分への戒めとしたい。幸いなことに、昨年、琉球大学腎泌尿器外科の准教授を拝命した。責任ある立場は、同時に様々な意見を聞いてもらえる機会が増えることを意味する。次の申年にどのような振り返りができるか、千里の道も一歩から、まずは目の前の患者、目の前の後輩、目の前の研究、目の前の難題を一つひとつ積み上げていきたい。



申年にちなんで

医療法人清心会
徳山クリニック
永吉 奈央子

あけましておめでとうございます。

今年は私の干支である申年です。新春の随筆にご指名をいただきありがとうございます。

さて何を書こうかとパソコンに向かった時、申年にちなんだ知識がほとんどないことに気づき、インターネットで検索してみた。すると、面白いことを発見した。「申年は西暦が干支の12年で割り切れる年」なのである。今年の西暦2016年を12で割ると、168。本当だ！私の生まれた1968年は12で割ると、164である。これは知らなかった。ということは、西暦0年が申年ということになる。余談になるが、イエス・キリスト誕生の翌年が西暦元年、というこ

とはイエス・キリストは西暦0年（とは言わないそうだが）生まれであり、干支にあてはめると申年生まれだ。

ともあれ、私は西暦が始まってから干支が164回めぐった年に生まれており、今にいたるまで干支が一巡したのはたったの4回（ものは考えようだ）。わずかなものであるが、これまでの申年付近の出来事を少し振り返ってみたい。

一巡した12歳の頃、小学校5年の春、山口県から沖縄に家族で転居し、高良小学校へ転入した。一学年6クラスもあり、教室にクーラーがあるのには感動した。友達は皆、明るく人懐っこくて、すぐに「なーおー」と呼んで友達になってくれた。このように学友を下の名前で呼ぶのも、山口ではあまりないことだった。また「めがねをはく」「服をつける」「いくよ」の意味である「くるよ」などの言葉の違いは衝撃だった。その後小録中、那覇高、琉球大学で学生生活を送り、すばらしい仲間と出会い楽しく過ごせたことは感謝に堪えない。

二巡した24歳の頃、医師1年目となり琉球大学第三内科に入局した。厳しくも楽しくもあった研修医時代に指導いただいた中で最も心に残っていることは「患者さんが自分の大切な家族だったらどうしたいかを考えなさい」という視点である。大学病院、県立那覇病院、浦添総合病院での研修生活は多忙であったが、多くの症例を経験する貴重な機会だった。

三巡した36歳の頃、医療法人清心会徳山クリニックに勤務しながら琉大第三内科研究生としてご指導いただき、透析患者さんの冠動脈石灰化に関する臨床研究で論文博士の学位をいただいた。また私生活では結婚し大きな変化のある時期であった。

そして今年四巡目を迎えた。数年前から休日を増やしていただき、そのおかげで仕事以外の世界が広がってきた。その一つが「ヨガ」であり、昨今はまっている。ひととき日常から離れて素の自分と向き合い深い呼吸をしながら心地よい感覚に合わせてゆくと心身ともにリラックスできる。心と体は密接につながっており、深い呼吸をしながら力を抜いていくと、どれほど自分

で自分を固めてきたか笑ってしまうほど理解でき、緩めていくと思った以上に動ける自分に出会える。ヨガは単に体を柔らかくするためのものではなく、心地よく楽しむことで心と体を健康にし、自分自身を楽しむためのもの。体が硬いから無理ということは全くない。情報が多く頭で考えることの多い生活でわかりにくくなっているが、古来人間はそういうことを知っているのだ。ヨガは固定観念を外してくれる。偶然だが最近、固定観念が外れる経験をした。いつも選んでいた大きいサイズの靴ではなく一つ小さく細めの靴を履いてみたら、これがぴったりだったのだ。実に嬉しい。まだまだ固定観念がいっぱいであるはずの私。それをはずしていけばもっと新しい自分に出会えるかもしれない。

さて今年の抱負。まずは心身ともに健康であり、微力でも社会貢献すること、そして、固定観念をとり“サル”ことで自分の世界を広げたいと思う。

今年もどうぞよろしくお願いいたします。



申年にちなんで

桑江皮膚科医院
桑江 朝二郎

年男という事で今年48歳になります。

おっさんが1～2歳、年を取った所でさして心境の変化など有る訳も無く、今年も淡々と父である桑江朝彦大先生が築いた伝統と信頼を守る事に尽力する事です。

それより、娘も申年生まれなので十三祝い、中学受験の方が気になります。

私は精神年齢が中学生位から変わって無いつもりですが、子供達の成長を見ているとやはり自分が如何に年を取ったかがわかってきます。

もう少し精神的にも成長し、子供や患者さんに対してもっと大人の対応をしていかないといけないと思います。

私の申年にちなんで、今年の抱負はこれくらいです。

これだけで短すぎると思うので、困った時の父親自慢を書きたいと思います。

桑江皮膚科はコザ、中の町の真ん中にあり、飲み屋のランドマークになるような場所にあり、昭和42年に開業し来年で50周年になります。

私と朝彦大先生と2診制で診療しております。

電子カルテを導入したのが75歳でしたがそれでも、ちゃんと使いこなし、82歳の現在も月曜から土曜までフルで診療し、未だにゴルフも週2～3回はコースを回っています。

私はそんなスーパー翁の七光りがあり、クリニックもありそれを守る事に力を注げば良いのですが、昭和9年生まれの戦前派の大先生は波瀾万丈の人生だったようです。

戦後は収容所に入れられ、脱走したり、マラリアにかかったりしたようです。

高校時代はコザにいと誘惑に負けるという事で辺土名高校に入学して勉学に励んだようです。

大学時代も返還前だったので仕送り出来るドルの金額も決まっており、カツカツの生活を送っていたりしたようです。

開業時も円では無く2万ドルの借金をして、病院を立ち上げたようです。

現在のレートだと300万円しない位ですが、昭和42年当時かなりの価値があったと思います。

開業当時は患者さんがほとんど来ずに閑古鳥が鳴いていたようです。

一番最初に受診した患者さんの名前はいまだに覚えているそうです。

昭和45年には「コザ騒動」が病院の目の前で起こり、何台もの車が炎上し母と私達子供を避難させ、クリニックに飛び火しないように消火器を持って一人で守っていたようです。

その後、母と兄弟3人は父を沖縄に残し久留米で暮らすようになりました。

その頃は一人暮らしで気楽にやっているのだろうと思っていましたが（それはそれで事実で

しょうが（笑）、二人の子供をもうけた今、とても寂しかっただろうなあとつくづく思います。

そして、一番すごい事は去年インフルエンザにかかって休むまで開業以来48年もの間、病気でクリニックを休んだ事が無いという事です。

そのインフルエンザは私がうつしたので、私はもう朝彦大先生の無病欠記録を超える事は出来なんでしょう。

朝彦大先生は地道に日々の診療をがんばったお陰で旭日双光章を賜る事が出来ました。

そして日々の診療だけではなく、医師会長などを委ねさせて頂いたお陰だと思います。

私は受勲や表彰等を受ける事は無いと思いますが、朝彦大先生の意志を継ぎ、地道に地元、コザの人々の力添えが出来るようにがんばらせて頂きます。



新しい年を迎えて

琉球大学医学附属病院
救急部
大内 元

山歩きと縁遠い生活を始めたのは、前回の申年よりも前である。それまではというと、晩春の残雪の残る頃から、夏山、鮮やかに色づく照葉樹の葉が落ちる晩秋まで、時間を見つけてはあちこち行っていた。「そこに山があるから…」なんて大層なものではない。山の空気とあの稜線に出た時の爽快感、頂上からの眼下にひろがる雄大な景色は至極の時間である。冬山は、技術・装備・体力とハードルが高く挑戦したことはなかったが、唯一、正月にベストな山が、表丹沢（神奈川県）である。年末年始の天候さえ安定していれば、積雪もごく限られ、太平洋の遥か水平線から上がる日の出、朝日に染まる富士山とまさに正月にふさわしい景色を堪能できる。晴天の青空もさることながら、凜とした冬の空気も新年を迎える気分を後押ししてくれる。

山という大きな自然の中を歩いていると、あまりにも大きな自然を目の当たりにするためか、人、それも“いきもの”として、無力さとおちっぽけさをいやというほど思い知らされる。それは、日々の混沌とした時間を虚しくさえ感じさせる。あれやこれや、悩んでいることも、目の前に立ちはだかる壁も、たいしたことではないように思え、簡単に超えられそうな錯覚さえ覚える。実際、そうなのだが、煩雑な出来事に埋もれ流されていると、ただただそれらに翻弄されるのみで、物事の本質を見失いそうになる。

申年から申年までの12年間で1サイクルとすると、20才以降各サイクルで1度は海外に飛び出す機会に恵まれた。2回目の海外生活から戻って1年以上が経つが、おかげで、それまでは考えもしなかったような生活を送っている。臨床と教育という二足の草鞋を履いていると、モーレツに忙しい中にも、これまでに見えなかったものが見えてくる。昨今、日本の医学部は、2023年問題（医学部教育の国際認証問題）に直面し、その内情はというと、あれこれ大変なことになっている。しかし、改めて考えると、「大学」とは高等教育機関であり、その「教育の質」が問われるのは、ある意味、至極当然のことでもある。“国際認証”とあるように、世界中の医学部が、ものすごい勢いでカリキュラム改革を行っている。臨床にエビデンス、アウトカムが求められるように、教育（研修）にもエビデンス、アウトカムが求められるのが潮流となっている。これまで教育は、個人の努力と資質に多くを依存してきたが、システムとしての教育が改めて求められている。臨床に身をおくだけでも、大変な時代に、いつ結果がでるともしれない教育にも手を染めるのは、覚悟がいる。ただ、「医学」における臨床と教育は、本来一貫したもの、表裏一体であり、切っても切り離せないものであるのも事実である。

新たに申年を迎え、次の12年間、この臨床と教育をどのように繋げるか、一つ一つ実証できればと思う。エビデンスまでとはいえないが、それに近い両者を結びつける根拠を示すことが

課題のような気がしている。そして、次の12年間で、今度は何を求めてどこに飛び出すか、これももうひとつのミッションである。

しばらくは、山歩きもお預けだが、いつでも行けるように、まずはBMIを落とすことこそが、今年目標である。やりたいことを棚上げしておくほど、実は時間は残されていない。平均寿命の折り返しを過ぎた自覚を持つことも大切であったりもする。そして、一番大事なことは、これらを振り返る時間を持つことかもしれない。やはり、今年は、夏山を目指そうと思う。



今年の抱負

国立病院機構沖縄病院外科
平良 尚広

明けましておめでとうございます。私は現在の病院には2012年4月より赴任しております。それまでは一般外科に従事し、現在の病院から呼吸器外科を中心に自己研鑽に励んでおります。

現在日本では肺癌患者数が増加の一方を辿る中、呼吸器外科に従事する医師は少なく、沖縄も同様で、私と同世代の呼吸器外科医は数名しかいない現状です。

今後呼吸器外科医が増えれば良いのですが、昨今の医師の外科離れを考えると、なかなか難しいかもしれません。従って、10年後20年後には私達の世代数名が沖縄の呼吸器外科医療を牽引していかなければならないかもしれません。

私に今できることは、その来る日に備え、日々諸先輩からできる限りの手術技術を中心とした呼吸器疾患治療を学び習得することです。これが今年、そして今後も毎年変わる事のない抱負です。

最後に、新春干支随筆の機会を与えて下さいました広報委員の先生に御礼申し上げます。



今年の抱負： アルコール問題の連携

国立病院機構琉球病院
福田 貴博

諸先輩の先生方、はじめまして。昨年沖縄県医師会に入会させていただいた福田貴博と申します。出身は長崎大学ですが、縁あって琉球病院という金武町にある単科精神科病院に勤務しております。琉球病院は、眼前に金武湾が広がる立地にあり、2015年7月には新病棟が完成し、雰囲気も明るくなりました。私は精神科の中でも、アルコール依存症とその予防に興味を持ち臨床と研究を進めているため、今年の抱負は、アルコール問題の病病・病診連携の強化としました。

アルコール依存症はトリートメントギャップの大きさが問題とされています。アルコール依存症は、全国に109万人と推計されていますが、全国の病院調査では、約4万人しか専門治療を受けていません。また、健康障害のリスクが大きい多量飲酒者（一日飲酒量がビール1,500ml、もしくは泡盛1合5勺相当）は960万人と推測されます。このトリートメントギャップを埋めるために、当院は専門医療機関として、医師会の先生方との連携をより強化していきたいと考えています。そのため、この場をお借りして当院の専門医療についてご紹介させていただきます。

依存症治療の場合、ご家族が強制入院を希望される場合もありますが、治療は基本的に任意の治療であり、本人の治療意志が前提です。治療は、入院と通院、または両方を組み合わせながら行います。入院の場合は3ヶ月入院し、断酒教育を受けて頂きます。通院の場合は、2～4週間に1度通院していただき、面接を行います。アルコール依存症は慢性疾患ですので、退院後も当面外来通院は続けますし、逆に、まずは外来で治療を開始するが断酒が成功しな

ければ途中で入院治療に切り替える場合もあります。入院での集団プログラムが、当院の専門病院としての一番の特徴ですが、家族相談に対応できるのも当院の強みです。家族が相談に来た場合、家族に依存症について理解していただき、本人にどのように対応することが望ましいのかをアドバイスします。この家族介入がうまくいくと、本人も受診につながります。近年、依存症の家族に向けた支援の具体的な方法として「CRAFT」が注目されています。家族がこのプログラムに取り組んだ場合、患者さん本人が専門医療に繋がる成功率は、6割以上になります。否認の強いご本人には、「動機づけ面接法」が有効です。この2つの技法を中心に当院は治療にあたっております。

次に、トピックとして、新しい薬物療法についてご紹介します。2013年、断酒補助薬アカンプロサートという薬が発売になりました。この断酒補助薬は飲酒欲求を和らげてくれます。禁煙治療の際のバレニクリンのようなイメージです。従来の心理社会的な治療に追加することで、断酒率が約1割高くなります。抗酒剤に比べて、内服しやすいのも特徴です。

依存症は、慢性疾患と同じで時に再発（再飲酒）します。しかし、再発してもあきらめずに治療を再開すれば回復するため息の長い支援が重要です。この息の長い支援を続けるためには、支援者が実際に患者さんの回復過程を経験し、患者の回復を信じることがとても重要だと感じています。また、患者さんは、先生方から当院受診を勧められると「見捨てられた」と感じるかもしれません。基本的に、当院では身体疾患がある場合は、併診とさせて頂いておりますので、その点も患者さんにお伝え頂ければ幸いです。生活習慣病の治療のために節酒が必要な方も、当院では外来での節酒プログラムも提供しております。

若輩者ですが、アルコール問題に注力し、沖縄県の長寿復活の一助を担えたらと抱負を持っています。今後ともご指導よろしくお願い致します。



今年の抱負

安里眼科
安里 良

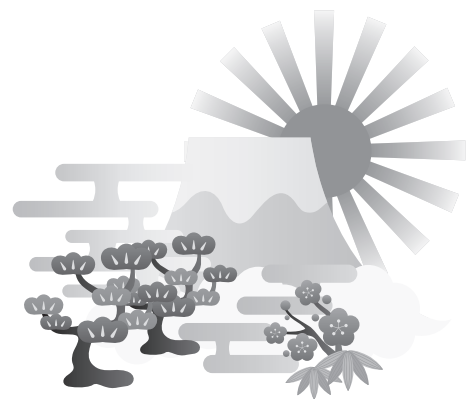
昨年6月に10年間在籍した九州大学眼科医局を退局し、7月から実家の安里眼科に帰ってきました安里良と申します。この度、タイミング良く広報委員の城間昇先生から新春干支随筆の推薦があり大変光栄に思っております。3度目の申年を迎えるにあたり抱負を述べたいと思います。

私は平成17年に埼玉医科大学を卒業（学生時代は6年間バスケット学部医学クラブと言われるほど部活に没頭し、今でも体力だけは自信があります。昨年の初那覇マラソンも無事に完走できました。体育会系の良い仲間にも恵まれ1つも落とすことなくストレートで合格（笑）後、マッチングで九州大学病院のプログラムを選択していたため、研修医1年目に関連病院である大分県立病院、2年目に九州大学病院にて初期研修を終えました。父が角膜・白内障等の前眼部専門ということもあり、僕は網膜硝子体で実績のある九州大学眼科学教室で後期研修をすることに決めました。入局後数年間は、福岡県内の関連病院にて臨床経験を積みながら、重症な眼疾患の患者さんが手術後に軽快して喜んで退院するのを見て、眼科を専攻して良かったと思いました。と同時に学会発表をする度に統計処理の方法や海外での学会に興味を持つようになりました。一念発起し、本学出身ではなく、私大卒の外様であり、一抹の不安はありましたが、試験を受け眼科研究生として臨床をしながら研究を行うことにしました。朝から晩まで過去の英語論文を読み漁り、与えられた課題に対し仮説をたて、実験に没頭する毎日を過ごしました。この経験はこれまでの一生の中でとても貴重な宝物となりました。スタッフや研究仲間との夜

が明けるまでのディスカッションや、海外での学会発表のため、すでに米国に留学している先輩とのスカイプを介しての情報交換やアドバイスを受けたりと、今までの生活サイクルが180度違う基礎研究の醍醐味を味わうことができました。そのおかげで2年連続で米国フロリダでのARVO（米国網膜硝子体学会）で無事インパクトのある!?学会発表を終えることができました。

平成24年に眼科専門医、平成25年に医学博士号を取得し、気がつけば医師として10年目を迎えていました。10年を振り返ってみると色々な環境の変化がありました。今思えば毎日が天国だった学生生活を終え、プロの医師としてやっていけるのかとても不安だった研修医時代が、やはり濃い思い出として心に残っています。臨床研修医制度のおかげで私は今の妻とも出会え、結婚し3人の子供も授かることができました。人生はすべて縁により生かされているというのを実感しています。

今年の抱負ですが、しっかりと患者さんと向き合い、『もし私の身内だったらこの治療法をまず勧めます』など親身になってアドバイスできる様な信頼関係を築くことです。そして少しでも沖縄の眼科医療に貢献できる様しっかりしたプロ意識をもって一日一日を大切に過ごしていきたいと思います。若輩者ではありますが医師会の皆様、ご指導ご鞭撻のほど、どうぞ宜しくお願い致します。



沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	44 週	45 週	46 週	47 週	48 週	
		11/1	11/8	11/15	11/22	11/29 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	67	60	53	60	64	(1.10)
RSウイルス感染症	小児科	2	24	10	2	6	(0.18)
咽頭結膜熱	小児科	18	18	5	18	12	(0.35)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	28	32	23	34	25	(0.74)
感染性胃腸炎	小児科	99	83	133	93	103	(3.03)
水痘	小児科	12	15	14	13	6	(0.18)
手足口病	小児科	2	4	2	1	0	(0.00)
伝染性紅斑	小児科	7	2	9	2	2	(0.06)
突発性発疹	小児科	9	17	15	8	12	(0.35)
百日咳	小児科	4	3	3	4	1	(0.03)
ヘルパンギーナ	小児科	6	2	6	3	1	(0.03)
流行性耳下腺炎	小児科	57	61	109	69	76	(2.24)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	0	1	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	6	7	4	3	9	(0.90)
細菌性髄膜炎	基幹	0	0	3	2	1	(0.14)
無菌性髄膜炎	基幹	3	2	2	2	4	(0.57)
マイコプラズマ肺炎	基幹	4	1	11	3	8	(1.14)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	1	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	3	0	0	0	1	(0.14)

※1. 定点あたり・・・対象となる五類感染症(インフルエンザなど18の感染症)について、沖縄県で定点として選定された医療機関からの報告数を定点数で割った値のことで、言いかえると定点1医療機関当たりの平均報告数のことです。

(インフルエンザ定点58、小児科定点34、眼科定点10、基幹定点7点)

※2. 最新の情報は直接沖縄県感染症情報センターホームページへアクセスしてください。

<http://www.idsc-okinawa.jp>

(麻しん確定情報)

44週から48週までの、県内での麻しん確定報告はありません。

お 知 ら せ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

本会では、会員および会員の親族(配偶者、直系尊属・卑属一親等)が亡くなられた場合は、沖縄県医師会表彰弔慰規則に基づいて、弔電、香典および供花を供すると共に、日刊紙に弔慰広告を掲載し弔意を表することになっております。

会員に関する訃報の連絡を受けた場合は、地区医師会、出身大学同窓会等と連絡を取って規則に沿って対応をしておりますが、日曜・祝祭日等に当該会員やご家族からの連絡がなく、本会並びに地区医師会等からの弔意を表せないことがあります。

本会の緊急連絡体制については、平日は本会事務局が対応し、日曜・祝祭日については、緊急電話で受付して担当職員へ取り次ぐことにしておりますので、ご連絡下さいますようお願い申し上げます。

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 庶務課：國吉栄人 知念さわ子 山城政

講演会・例会のご案内

(1月10日～3月9日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
1/12 (火) 19:00	国立病院機構沖 縄病院	第239回肺癌症例検討会 (日医師生涯教育講座2単位) 肺がん術後腫瘍マーカー測 定の意義	河崎 英範(国立病院機構 沖縄病院)	2)継続的な学習と 臨床能力の保持 8)医療の質と安全 15)臨床問題解決の プロセス 84)その他	国立病院機構 沖縄病院 898-2121 参加費 なし
1/15 (金) 19:15	沖縄県医師会館	第14回Total Management of Hypertension (日医師生涯教育講座1.5単位) ①CKD合併高血圧の個別 化治療 ②(仮)家庭血圧に基づく高 血圧治療 ～HONEST Studyのエビデンスから SHATS抑制へ～	①古波蔵 健太郎(琉球 大学医学部附属病院血 液浄化療法部准教授) ②苅尾 七臣(自治医科 大学循環器内科主任教 授)	73)慢性疾患・複合 疾患の管理 74)高血圧症 82)生活習慣	第一三共(株) 869-9260 参加費 なし
1/22 (金) 19:30	ロワジュールホテ ル那覇	沖縄ハート特別講演会(第 231回沖縄ハート) (日医師生涯教育講座1.5単位) 先天性心疾患について(仮)	丹羽 公一郎(聖路加国際 病院心血管センター特別 顧問)	72)成長・発達の障 害 73)慢性疾患・複合 疾患の管理 82)生活習慣	琉球大学医学 部第二外科 895-1168 参加費 ¥500
1/23 (土) 19:00	ナハテラス	第44回沖縄県耳鼻咽喉科医 会講演会 (日医師生涯教育講座2単位) ①ダニアレギー患者の免 疫療法～喘息とアレル ギー性鼻炎～ ②新型インフルエンザ (H1N1)対策からの学び	①下田 照文(国立病院 機構福岡病院臨床研究 部長) ②宮里 達也(北部地区 医師会副会長)	11)予防活動 12)保健活動 28)発熱 39)鼻漏・鼻閉	鳥居薬品(株) 878-1028 参加費 なし
1/28 (木) 19:00	沖縄県医師会館	平成27年度かかりつけ医心 の健康対応力向上研修 (日医師生涯教育講座2単位) ①医療で人を救えるか～暮 らしを支える、気持ちを支 える～ ②精神科医療におけるイン フォームド・コンセント～生 きる力をひきだす医療へ～	①原 昌平(読売新聞大 阪本社編集委員(精神 保健福祉士)) ②八尋 光秀(西新法律 事務所弁護士)	5)医師-患者関係と コミュニケーション 7)医療制度と法律 69)不安 70)気分の障害 (うつ)	沖縄県立総合 精神保健福祉 センター 888-1443 参加費 なし
1/28 (木) 19:30	ホテル日航那覇 グランドキャッス ル	第16回沖縄「全人的医療」研 究会 (日医師生涯教育講座1.5単位) ①(仮)急性期の漢方治療 ②未定 ③未定	①川村 強(八戸市立市 民病院脳神経外科部 長) ②長嶺 知明(沖縄県立 南部医療センターこども 医療センター脳神 経外科部長) ③未定(未定)	9)医療情報 24)浮腫 83)相補・代替医療 (漢方医療含む)	(株)ツムラ 862-0079 参加費 なし

//////////////////////////////// 講演会・例会のご案内 //////////////////////////////////

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
1/30 (土) 17:00	ホテルロイヤル オリオン	第3回沖縄リウマチ・膠原病 診療フォーラム (日医生涯教育講座3単位) ①未定 ②未定 ③未定 ④症例から学ぶリウマチ治 療の最前線 ⑤新たな関節リウマチ治療 ガイドライン	①未定(未定) ②未定(未定) ③未定(未定) ④村澤 章(新潟県立リ ウマチセンター名誉 院長) ⑤宮坂 信之(東京医科 歯科大学名誉教授)	2)継続的な学習と臨 床能力の保持 13)地域医療 18)全身倦怠感 19)身体機能の低下 61)関節痛 73)慢性疾患・複合 疾患の管理	田辺三菱製薬 (株) 869-5515 参加費 ¥500
2/3 (水) 19:30	沖縄県医師会	認知症医療講演会 ①医療相談への対応 ～認知症を疑った時は～ ②認知症治療の意義 ～精神医の役割とは～	①山川 ゆかり(嬉野が丘 サマリヤ人病院認知症 疾患医療センター精神 保健福祉士) ②小林 敬(田崎病院診 療部長)		嬉野が丘サマ リヤ人病院認 知症疾患医療 センター 888-3784 参加費 なし
2/6 (土) 12:00	沖縄県医師会館	第37回沖縄精神神経学会 (日医生涯教育講座5単位) ①一般演題 ②自閉スペクトラム症への 対応-ライフサイクルを見ず えて-	①一般演者30名予定 ②本田 秀夫(信州大学 医学部附属病院子ども のこころ診療部診療教 授)	4)医療倫理 5)医師-患者関係と コミュニケーション 6)心理社会的アプ ローチ 7)医療制度と法律 12)保健活動 13)地域医療 14)医療と福祉の連 携 68)精神科領域の救 急 69)不安 70)気分の障害 (うつ)	琉球大学医学 精神科神経科 医局 895-1157 参加費 ¥1000
3/3 (木) 18:30	ホテル日航那覇 グランドキャッス ル	第69回学術講演会 (日医生涯教育講座2単位) ①慢性腎臓病における高尿 酸血症の意義 ②生活習慣と血管障害に関 する新たな理解	①古波蔵 健太郎(琉球 大学医学部附属病院血 液浄化療法部准教授) ②中里 雅光(宮崎大学 医学部内科学内科学講 座神経呼吸内分泌代謝 学分野教授)	15)臨床問題解決の プロセス 23)体重増加・肥満 73)慢性疾患・複合 疾患の管理 82)生活習慣	鈴木謙三記念 医科学応用研 究財団 052-951-2139 参加費 なし
3/7 (月) 19:30	沖縄県医師会館	第232回沖縄ハート (日医生涯教育講座1.5単位) ①未定 ②未定 ③未定	①未定(県立南部医療セ ンター・こども医療セン ター循環器内科) ②未定(中頭病院心臓血 管外科) ③未定(大浜第一病院循 環器内科)	42)胸痛 44)心肺停止 82)生活習慣	琉球大学大学 院医学研究科 胸部心臓血管 外科学講座 895-1168 参加費 ¥500

※都合により変更する場合がありますので、ご確認の上ご出席ください。
 ※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。
 ※お願い:3月10日～5月9日迄の講演会例会等が決まれば、1月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報
 下さい。

産業医研修会のご案内

平成27年度 産業保健研修会予定表 ～産業保健かわら版(後期)～

参加ご希望の方は申込書に記載の上、このままFAX(098-859-6176)にてお申込み下さい。

HPにも研修会の「案内」、「申込みフォーム」を掲載していますので、ご利用下さい。(http://www.sanpo47.jp)

※なお、「定員」に達した場合は受付を終了させていただくことがありますので、ご了承下さい。

本研修会は無料です。

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

〒901-0152 沖縄県那覇市宇小禄1831-1

沖縄産業支援センター 2階

独立行政法人労働者健康福祉機構

沖縄産業保健総合支援センター

TEL 098-859-6175 FAX 098-859-6176

●産業医研修(生涯研修2単位) : 「産業医研修手帳」をご持参ください。

【研修場所 沖縄産業支援センター3階会議室】

研修会 番号	日 時	研 修 テ ー マ	内 容	講 師	研修会場
追加	1月21日(木) 15:00～17:00	職場巡視の進め方(生涯実地)	当該事業場を巡視後、具体的事案を提示して、討議・検討を行います。(定員15名)	伊志嶺 隆 (産業医学)	リウコン (株)
34	1月21日(木) 18:30～20:30	メンタルヘルス対策 Q&A (生涯実地)	産業医活動を行う際のメンタルヘルスに関する質問等を出席者より出してもらい、演者の意見とともに回答を作成してみる。	伊志嶺 隆 (産業医学)	302室
35	2月3日(水) 18:30～20:30	産業医学メンタルヘルス事例 検討会(Ⅱ)(生涯実地)	産業医と精神科医によって提示された、メンタルヘルス不調の事例に沿って、関連する問題について討論し、学び合う。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	302室
36	2月4日(木) 18:30～20:30	カウンセリング技法を学ぶ(認知行動療法)(生涯専門)	近年注目されている「認知行動療法」により、マイナス思考をプラス思考にギアチェンジする技法を学ぶ。	福地 孝 (カウンセリング)	308室
37	2月24日(水) 18:30～20:30	健康経営と健康会計:産業医 の役割(生涯専門)	健康経営と健康会計についてレビューし、職場の健康づくりにおける産業医の関り方について提案していきます。	崎間 敦 (産業医学)	308室

※参加ご希望の方は申込書に記載の上、FAX(098-859-6176)にてお申し込みください。

※沖縄産業保健総合支援センターホームページ(http://www.sanpo47.jp/kensyunavi/index.cgi)からも申込可能です。

申 込 書

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

FAX 098-859-6176

開催場所	沖縄産業支援センター3F 会議室		番号 (参加希望の研修会 番号に○をしてく ださい)	32、 33、 34 35、 36、 37
フリガナ(必須) 氏 名				
所属機関 (事業場名)			所属部署	
職 種	産業医 ・ 医師			
連絡先 電話番号		F A X		

※申込みの際に記入いただいた個人情報は、本研修会における参加名簿作成のために使用するほか、当センターが行う研修等の御案内に使用させていただきます。また、「かわら版」(後期)の研修以外に研修を開催することがございますのでホームページをご覧ください。

災害医療研修会のご案内

災害医療研修プログラム開催のお知らせ

沖縄県医師会では、東日本大震災の教訓から次の大規模災害に備えた態勢の整備として、昨年度より独自に災害医療研修プログラムを実施しております。

今年度の開催プログラムが下記のとおり決定いたしましたのでお知らせします。

各コースへの受講申込は、下記により FAX（098-888-0089）にてお申し込み下さい。

	日時	プログラム	開催場所
1	7月9日(木) 19:30～21:00	「被災地における公衆衛生」 台風の影響により延期 → 12/10 開催決定	沖縄県医師会館
終了	9月17日(木) 19:30～21:00	「マス・ギャザリング・メディシン」 スポーツ大会・コンサート等の医療体制	沖縄県医師会館
終了	10月16日(金) 09:30～16:30	「心理的応急処置 PFA（コース）」 災害支援に関わる全てのスタッフが習得しておくべき 心理的支援スキル 定員（30名）	沖縄県立総合 精神保健福祉 センター
終了	11月19日(木) 19:00～21:00	「大規模災害時の検案の実際」（対象：医師）	沖縄県医師会館
終了	12月10日(木) 19:30～21:00	「東日本大震災における 雄勝地区での医療支援活動について」 講師 石巻市健康部介護保険課 技術主幹 門間 千詠子	沖縄県医師会館
5	1月21日(木) 19:30～21:00	「特殊災害（CBRNE）」 控えておくべき必要な基礎知識	沖縄県医師会館

※ PFA（psychological First Aid）とは、災害支援に関わる全てのスタッフが習得しておくべき、心理的支援スキルとのことです。当コースは WHO が作成し、国内では国立精神・神経医療研究センターが実施しているコースです。定員（30名）に達しましたので締切となりました。

※ 研修コースは会員を含む全職種を対象としております。

----- 参加申込票 -----

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込番号	1 — 2 — 3 — 4 — α — 5
施設名	
氏 名	医師・看護師・業務調整員

沖縄県医師会事務局 業務1課 崎原
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089

～ICLS コース開催のお知らせ～

ICLS(Immediate Cardiac Life Support)コースとは、最新の心肺蘇生ガイドラインに基づいた二次救命処置について学ぶ日本救急医学会認定のトレーニングコースです。成人の心肺停止に的をしぼり、最初の 10 分間に行うチーム医療を、シミュレーション実習を通して学びます。今年度、開催期日が決定しましたのでお知らせします。

名称	実施場所
第 46 回新おきなわ ICLS コース 2016 年 1 月 24 日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカルシミュレーションセンター
第 47 回新おきなわ ICLS コース 2016 年 3 月 6 日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカルシミュレーションセンター
各コースとも受講料(昼食代込、テキスト代別)は、医師・歯科医師 8,000 円、コメディカル 6,000 円を予定しています。	
各コースとも募集は 2 ヶ月前に以下リンク先に掲載されますので、お申込み下さい。 沖縄県医師会 http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html おきなわクリニカルシミュレーションセンター http://okinawa-clinical-sim.org/course.html	
受講選考については、これまで通り申し込み順ではなく、施設間のバランスやインストラクターの参加状況を踏まえ、決定することになりますので、ご了承ください。	
・問い合わせ先:trees@me.au-hikari.ne.jp (沖縄 ER サポート 林 峰栄) ・問い合わせ先:沖縄県医師会事務局 業務 1 課(崎原) TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089	



労務管理者向け勤務環境改善セミナー開催のお知らせ

沖縄県医師会（沖縄県医療勤務環境改善支援センター）では、平成 26 年 10 月施行の改正医療法により、施設管理者は、医療従事者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務化されたことに伴い、今年度から職場環境の改善に必要な知識の習得・啓発及び交流の場を目的に、みだしのセミナーを開催いたします。

本セミナーでは、快適に働ける職場環境づくりを行なうためのポイントや具体的な進め方等をご説明するほか、医療機関等が実際に行っている取り組み事例等もご紹介いたします。

参加ご希望の方は、各セミナー番号に○印を付け、必要事項を記載の上、FAX（098-888-0089）にて各日程の 2 週間前までにお申し込み下さい。

	日時	プログラム
終了	10 月 19 日(月) 13:30～15:30	「ストレスチェック制度の実務」 ～ 労務管理者が押さえるべきポイント ～
終了	11 月 9 日(月) 13:30～15:30	「休憩・休日の基本と実務」 ～ 労働時間管理を正しく理解するために ～
終了	12 月 14 日(月) 13:30～15:30	「マイナンバー制度への対応」 ～ 基本を押さえて、しっかり対応 ～
4	1 月 18 日(月) 13:30～15:30	「年次有給休暇の基本と実務」 ～ じっくり学び、しっかり理解 ～
5	2 月 8 日(月) 13:30～15:30	「労働契約法の基本と実務」 ～ 無期労働契約への転換など法改正対応もしっかりフォロー ～

📌 セミナー対象者は、労務管理者、または今後そうした立場になる可能性のある方、職場環境改善に関わる方などを含みます。申込が複数いる場合はコピーをご利用下さい。

📌 セミナー開催場所は、沖縄県医師会館で開催いたします。

----- 参加申込票 -----

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込番号	1 2 3 4 5
施設名	
職氏名	

沖縄県医師会事務局
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 崎原
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089

ご存知ですか？

平成26年10月施行の改正医療法により、病院または診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務化されました。

将来にわたり質の高い医療サービスを提供していくためには、医療従事者が健康で安心して働くことの出来る環境整備が必要です。

沖縄県医師会

医療勤務 環境改善 支援センター

平成27年3月2日より沖縄県医師会事務局内にみだし支援センターを開設しました。

本センターには医療勤務管理アドバイザー（社会保険労務士）及び医業分野アドバイザー等を配置し、医療機関の自主的な勤務環境改善に必要な支援を行います。

まずは「できるところから」始めてみましょう

相談

情報
提供

助言

支援

医療勤務
環境改善に
関する研修会

労働時間管理（働き方・休み方等）
労働安全衛生（スタッフ健康支援）
施設環境整備（ハード・ソフト）
キャリア形成支援等

診療報酬制度面
医療制度・医療法制度面
組織マネジメント・経営管理面
各種補助メニューの活用提案

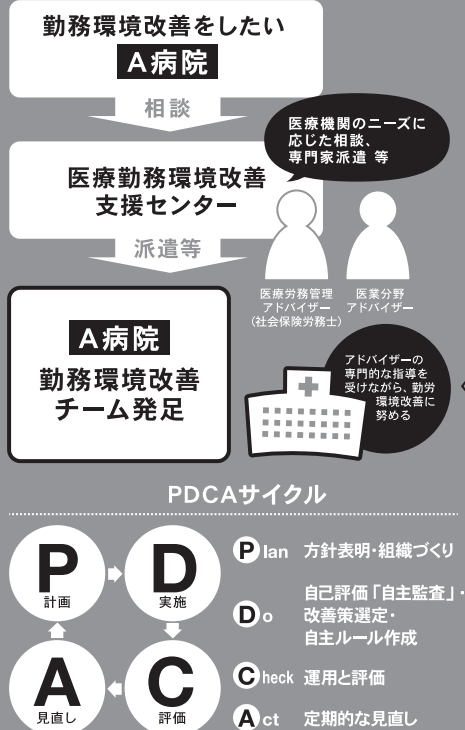
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川218-9
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

いきいき働く医療機関サポートWeb <http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

【医療勤務環境改善の手順】



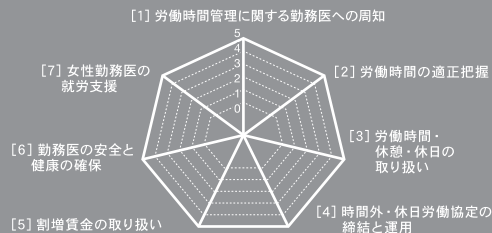
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
**勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール**
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



勤務医の労務管理チェックリスト

- [1] 労働時間管理に関する勤務医への周知
- [2] 労働時間の適正把握
- [3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い
- [4] 時間外・休日労働協定(36協定)の締結と運用
- [5] 割増賃金の取り扱い
- [6] 勤務医の安全と健康の確保
- [7] 女性勤務医の就労支援

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

お問い合わせ TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

所属機関

連絡先

TEL

内線

担当者氏名

希望相談支援内容

医療労務管理面 ・ 医業経営面

相談方法

電話相談 ・ 訪問相談 ・ 来所相談

希望日

平成 年 月 日

沖縄県医師会



沖縄県地域医療連携システム

しん りょう
おきなわ津梁ネットワーク

糖尿病

脳卒中

急性心筋梗塞

特定保健指導

沖縄県民の健康が危ない！

本県の成人の肥満割合（BMI25以上）は、男女ともに全国平均を大きく上回っています。男性は40～50歳代では5割を超え2人に1人が肥満となっています。女性は、年齢が上がるにつれて肥満者の割合は高くなり、60歳以上では4割を超えています。メタボリックシンドロームの状況を見ると、40～74歳で、男性では3人に2人が該当者または予備群となっています。

女性では3人に1人が該当者または予備群となっています。

また、30～50代の若年層の男性の脳血管疾患、肝疾患の死因率が全国的に見て高くなっています。

沖縄県民の長寿を取り戻すためには、医療機関や県、市町村及び関係団体等が一体となり、沖縄全体で迅速かつ効果的に対応していく必要があります。

“おきなわ津梁ネットワーク”は、沖縄県民の健康長寿復活の切り札となる画期的な取り組みです。



しん りょう おきなわ津梁ネットワークとは？



特定健康診査の結果を基本情報に、各医療機関における検査結果や地域医療連携パス情報、また医療機関や各医療保険者が行う特定保健指導情報等を集積及び共有し、県民への適切な保健指導や医療勧奨、治療等を行うための取り組みです。

しん りょう 「おきなわ津梁ネットワーク」の由来！



「おきなわ津梁ネットワーク」の「津梁」は「架け橋」を意味する言葉です。沖縄県民の健康を守るため、医療機関や県、市町村及び関係団体がともに手を取り、積極的に事業を推進していくという意味を込めています。もちろん「診療」にもかかっています！



おきなわ^{しん りょう}津梁ネットワークの主な機能紹介！

脳 卒中パスシステム

おきなわ脳卒中地域連携パスシートの作成支援及び、作成したパスシートの情報を急性期病院、回復期病院、維持期施設で共有できます。また、脳卒中地域連携診療計画管理料・退院時指導料に係る報告書の作成ができます。

心 筋梗塞連携パスシステム

おきなわ急性心筋梗塞地域連携パスシート「わたしのカルテ」の作成支援及び、作成したパスシートの情報をネットワーク参加医療機関で共有できます。

糖 尿病パスシステム

糖尿病の基本情報（合併症、既往歴、家族歴等）や検査情報の共有、またバリエーション評価や検査スケジュール管理等が行えます。システム上の紹介状の発行や処方箋の共有等も行えます。

特 定健康診査・検査結果共有システム

本県の全市町村（41市町村）や協会けんぽ（沖縄支部）の特定健診結果、参加医療機関の検査結果を一元的に時系列で参照できます。特定健診等の結果を基にした効果的な受診勧奨や治療が行えます。

特 定保健指導支援システム

特定健診の結果を基にした特定保健指導のコース設定や保健指導コースに合わせたテキスト等の作成ができます。ポイントの管理や請求データ（XMLデータ）も簡単に作成することができます。



高セキュリティネットワーク

おきなわ津梁ネットワークのサーバーは、高いセキュリティ対策が施されたデータセンターに格納されています。また、各医療機関からのおきなわ津梁ネットワークのサーバーへのアクセスには、VPN (Virtual Private Network) を利用した暗号化通信を採用しています。また、システムへログインするためには、沖縄県医師会より発行されるログインIDおよびパスワードが必要です。パスワードの定期更新を強制的に求める等、運用面でも高いセキュリティ対策を実施しています。厚生労働省等の医療情報セキュリティガイドラインを遵守しています。



参加登録の方法！

是非参加登録をお願いします。

おきなわ津梁ネットワークホームページ（<http://www.shinryo.okinawa.med.or.jp/>）より「おきなわ津梁ネットワーク参加（利用）申請書（医療機関用）」をダウンロードし、必要事項をご記入の上、沖縄県医師会宛までご送付下さい。ご不明な点等ございましたら、沖縄県医師会事務局までご連絡下さい。



一般社団法人 沖縄県医師会 〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9 / TEL:098-888-0087 / FAX:098-888-0089



おきなわ^{しん りょう}津梁ネットワーク
Okinawa Shinryo Network



【様式 1-1】



参加(利用)申請書 (医療機関用)

一般社団法人 沖縄県医師会 会長 殿

おきなわ津梁ネットワークの趣向、利用者規程を理解した上で、おきなわ津梁ネットワークを利用（変更又は停止）したいので下記のとおり、申請致します。

【参加施設記入欄】

申請日：平成 年 月 日

申請区分	☐ 新規利用 ☐ 一部変更(追加) ☐ 利用の停止															
施設コード※事務局記載欄					保険医療機関コード											
施設名：																
開設者又は院長氏名：	(印)															
システム担当管理者 ※院内のシステム管理者																
施設所在地																
電話番号	(	)	—													
FAX 番号	(	)	—													
Email アドレス																
利用を希望する機能	☐ 健診・検査結果共有システム															
	☐ 特定保健指導支援システム															
	☐ 糖尿病 (☐ 病院 ☐ 診療所・かかりつけ医)															
	☐ 急性心筋梗塞 (☐ 病院 ☐ 診療所・かかりつけ医)															
	☐ 脳卒中 (☐ 急性期 ☐ 回復期 ☐ 維持期)															
検体検査依頼先	☐ 自院 (メーカー名： 機械名：)															
※一部外注含む	☐ 外注 (外注先名：)															

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成 年 月 日

事務局受付

Ver. 14.2

<記入例>

【様式 1-1】

参加(利用)申請書(医療機関用)

一般社団法人 沖縄県医師会長 殿

おきなわ津梁ネットワークの趣向、利用者規程を理解した上で、おきなわ津梁ネットワークを利用(変更又は停止)したいので下記のとおり、申請致します。

【参加施設記入欄】		申請日：平成25年4月1日										
申請区分	☐ 新規利用 ☐ 一部変更(追加) ☐ 利用の停止											
施設コード※事務局記載欄					保険医療機関コード	7	7	6	6	5	4	3
施設名：	医療法人〇〇会 沖縄津梁病院											
開設者又は院長氏名：	津梁 太郎 (印)											
システム担当管理者 ※院内のシステム管理者	医療情報課 情報二郎											
施設所在地	〒901-1105 南風原町字新川218-9											
電話番号	(098) 888-0087											
FAX 番号	(098) 888-0089											
Email アドレス	jimusyo@okinawa.med.or.jp											
利用を希望する機能	☒ 健診・検査結果共有システム											
	☒ 特定保健指導支援システム											
	☒ 糖尿病 (☒ 病院 ☐ 診療所・かかりつけ医)											
	☒ 急性心筋梗塞 (☒ 病院 ☐ 診療所・かかりつけ医)											
	☒ 脳卒中 (☒ 急性期 ☐ 回復期 ☐ 維持期)											
検体検査依頼先 ※一部外注含む	・ 自院 (メーカー名：アークレイ 機械名：アダムス A1c-8181)											
	・ 外注 (外注先名：㈱エー・ビー・シー)											

空欄のまま

新規利用・・・初めての参加の場合

「一部変更(追加)」・・・申請内容に変更がある場合、または、利用機能を追加したい場合。

※すでに、システムを利用している場合はこちらに☑を入れてください。

「利用の停止」・・・参加を取りやめる場合

複数選択可。ご利用を希望する機能にチェックを入れて下さい。追加申請の場合、新たに追加したい項目にチェックを入れて下さい。なお、利用停止の場合は空欄で構いません。

検体検査データをおきなわ津梁ネットワークに取り込み、必要に応じて画面上で見ることができます。別途準備が必要なので、後ほど調整する際の参考情報としてご記入下さい。

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成 年 月 日

事務局受付

Ver. 14.2

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？

当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日： 年 月 日 受付番号：

ふりがな *氏 名			*生年月日	(西暦) 年 月 日生
*住 所	〒 -			
*連 絡 先	電話(自宅または携帯)：			
	E-mail：			
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号	
*医籍番号	第 号	*専門診療科		
資 格	専門医資格	その他の資格		
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：			
現在の勤務先				
希望 条件	就 業 形 態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：		
	希望診療科			
	施 設 種 別	①病院 ②診療所 ③その他：		
	希 望 地 域	第1希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 離島 第2希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 離島		
	勤務希望時期	①今すぐ ②平成 年 月頃から ③未定		
	勤 務 時 間	勤務可能な曜日： 月・火・水・木・金・土・日 勤務可能な時間帯： 時 分 ~ 時 分		
	当 直 勤 務	①できる ②できない		
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医		
	給 与	常勤務の場合： 月給： 以上 非常勤の場合： 日給： 以上 月給： 以上 臨時の場合： 時給： 以上		
	保 育 所	①必要 ②必要なし		
	再就業のための再研修	①必要 ②必要なし		
	その他希望			
	★以下の項目は、沖縄県ドクターバンクホームページへの登録をご希望の方のみ、ご記入ください。			
◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内) ※メールアドレスの登録が必須です。				
◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について 「受付番号」「専門診療科」「希望就業形態」「希望地域」の掲載を許可しますか？ ☐ はい、許可します ☐ いいえ、許可しません				

*氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は一切いたしません。

《提出・問合せ先》
〒901-1105 南風原町字新川218-9
沖縄県医師会事務局
業務1課 ドクターバンク担当
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☑ 年金検討チェックリスト

- ☐ 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- ☐ コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- ☐ 一生涯受け取れる年金が望ましい
- ☐ 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- ☐ 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- ☐ 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション！

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年月額のシミュレーションができます。
ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	
●基本：月払 加算：月払	
加算年金 (10万円)	月払保険料 60,000円
基本年金	月払保険料 12,000円
40歳	65歳
支払期間 24年 6ヶ月 (294回)	
合計月払保険料	72,000円

設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27年 5月 7日
生年月日	昭和 50年 1月 1日
試算日年齢	40歳
加入申込期限	平成 27年 6月 15日
加入予定年月	平成 27年 7月
加入時年齢	40歳 6ヶ月
加算払込開始年月	平成 27年 7月
年金受取開始年月	平成 52年 1月
年金受取開始年齢	65歳
払込保険料累計	21,168,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- ・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受取続けることができます。
- ・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受取コースの選択(81～84)」は、受取開始の選択に決まっています。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- ・「受取年金月額」は概算です。現在は年利1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金	
●81コース	
加算年金 保証期間15年 終身	
加算年金 86,100円	
基本年金 保証期間15年 終身	
基本年金 17,200円	
65歳 ← 18年 → 80歳	
受取月額	103,300円 103,300円
15年受取総額	18,594,000円
●82コース	
加算年金 5年指定型 368,600円	
基本年金 保証期間15年 終身	
基本年金 17,200円	
65歳 ← 8年 → 70歳 ← 10年 → 80歳	
受取月額	385,800円 17,200円 17,200円
15年受取総額	25,212,000円
●83コース	
加算年金 10年指定型 191,100円	
基本年金 保証期間15年 終身	
基本年金 17,200円	
65歳 ← 10年 → 70歳 ← 8年 → 80歳	
受取月額	208,300円 17,200円 17,200円
15年受取総額	26,028,000円
●84コース	
加算年金 15年指定型 132,100円	
基本年金 保証期間15年 終身	
基本年金 17,200円	
65歳 ← 18年 → 80歳	
受取月額	149,300円 17,200円
15年受取総額	26,874,000円

20150601S8

////////// 日本医師会「医師年金」からのお知らせ //////////////////////////////////

日本医師会が運営する医師のための私的年金

日本医師会 **医師年金**

[トップページへ](#) [サイトマップへ](#)

[個人情報保護方針](#) [重要事項のお知らせ](#)

● 医師年金の特長

● 医師年金のしくみ

● 医師年金シミュレーション

● よくあるご質問

● 手続きガイド

● お問い合わせ

[ホーム](#) > [医師年金シミュレーション](#) > 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

保険料からプラン作成 (試算結果)

試算結果は簡易計算による概算です。

[戻る](#) [PDF](#)

保険料

■ 基本：月払 加算：月払

加算年金 (10 口)	月払保険料 60,000 円
基本年金	月払保険料 12,000 円

40歳 65歳

支払期間 24 年 7 カ月 (295 回)

合計月払保険料 72,000 円

■ 設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27 年 3 月 16 日
生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日
試算日年齢	40 歳

加入申込期限	平成 27 年 5 月 15 日
加入予定年月	平成 27 年 6 月
加入時年齢	40 歳 5 カ月

加算払込開始年月 平成 27 年 6 月

年金受給開始年月 平成 52 年 1 月

年金受給開始年齢 65 歳

払込保険料累計 21,240,000 円

■ 注意事項です。お読みください。

- 加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- 「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。
- 「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受取コースの選択 (B1~B4)」は、受取開始の時に決めいただきます。
- 受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- 「受取年金月額」は概算です。現在は年利率1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金

● B1コース

加算年金	保証期間15年 86,500 円	終身
基本年金	保証期間15年 17,300 円	終身

65歳 80歳

受取月額

103,800 円 103,800 円

15年受取総額 18,684,000 円

● B2コース

加算年金	5年確定型 370,100 円
------	-----------------

基本年金	保証期間15年 17,300 円	終身
------	------------------	----

65歳 70歳 80歳

受取月額

387,400 円 17,300 円 17,300 円

15年受取総額 25,320,000 円

● B3コース

加算年金	10年確定型 191,900 円
------	------------------

基本年金	保証期間15年 17,300 円	終身
------	------------------	----

65歳 75歳 80歳

受取月額

209,200 円 17,300 円 17,300 円

15年受取総額 26,142,000 円

● B4コース

加算年金	15年確定型 132,600 円
------	------------------

基本年金	保証期間15年 17,300 円	終身
------	------------------	----

65歳 80歳

受取月額

149,900 円 17,300 円

15年受取総額 26,982,000 円

[このページの先頭へ](#)

[戻る](#) [PDF](#)

シミュレーション結果が分かり易く表示されます。

事務連絡
平成 27 年 10 月 23 日

会員各位

沖縄県医師会

「保険診療の留意事項Ⅹ」記載事項の一部修正について

当会発行の「保険診療の留意事項Ⅹ」の記載事項に一部誤植がございましたので、お詫び申し上げますとともに、本会ホームページ及び医師会報（※平成 27 年 12 月号掲載予定）において下記のとおり修正をお知らせいたします。

記

1. 修正箇所

「保険診療の留意事項Ⅹ」21 ページの『33 シナジス筋注液』について

2. 修正内容

修正前	修正後
33 シナジス筋注液 胎在期間 35 週未満の早産児への R S ウィルス感染予防に対するシナジス筋注液の投与について (※以下、省略)	33 シナジス筋注液 在胎期間 29 ～ 35 週以下の早産児への R S ウィルス感染予防に対するシナジス筋注液の投与について (※以下、省略)

以 上



平成27年10月から始まる

～ マイナンバー（個人番号）制度 ～ あなたに「マイナンバー（個人番号）」が届きます

平成28年1月から番号制度が始まります。そこで、平成27年10月から順次、「通知カード」がお住まいの市区町村から郵送され、国民一人ひとりに固有のマイナンバー(個人番号)があなたに通知されます。

今後、各種の国民健康保険の手続きのとき、マイナンバーを記入することになります。届いた通知カードは大切に保管しておいて下さい。



通知カードのイメージ

個人番号	〇〇〇・・・・〇〇〇
生年月日	〇年□月△日
性別	女
氏 名	番号花子
住 所	△県〇市□町1-1-1

国民健康保険や
年金、税金、雇用保険等の
手続きで必要になります

1 今後のスケジュールは？

- ・平成27年10月～ 国民への個人番号の通知開始
- ・平成28年01月～ 順次、個人番号の利用開始
個人番号カードの交付開始（任意）
⇒個人の申請により市町村が交付
- ・平成29年01月～ 国の機関間での情報連携開始
- ・平成29年07月～ 地方公共団体・医療保険者等との情報連携開始

2 マイナンバーは今後どう使うの？

平成28年1月から、国民健康保険の各種申請書や届出書等にマイナンバーを記入する必要があります。また、マイナンバーは国民健康保険だけでなく、年金や雇用保険、税金等、番号法やその他の法律、条令で定められた手続きで、共通で使うことになります。

※国民健康保険以外の開始時期は制度によって異なります

通知カードは、これらの手続きでマイナンバーを記載する際、ご自分の番号を確かめるためにお使いください。また、手続きをする窓口等でマイナンバーを確認するために通知カードの提示が求められますので、手続きの際は必ずお持ちください。郵送の場合は写しを提出する必要があります。

※通知カードのほか、平成28年1月以降、個人番号カードも希望により交付をうけることができます。このカードにもマイナンバーが記載されます

さらに、希望すれば、マイナンバーが記載された住民票が交付されます

※被保険者証にはマイナンバーは記載されていません

3 平成28年1月から 個人番号欄にあなたのマイナンバーを記入してください

平成28年1月から、資格取得・喪失の届出、氏名変更の届出、世帯変更の届出、療養費の支給申請、高額療養費の支給申請、高額介護合算療養費の支給申請、限度額適用認定証の申請等の様式に個人番号欄が設けられます。

※平成27年1月時点の厚生労働省省令改正（案）に基づく

マイナンバーは皆さまの手続きを確実にかつ早期に進めるために必要な事項ですので、ご自分のマイナンバーを必ず記入して下さい。

変更前

変更後

通知カード

個人番号 ○○○・・・・○○○

生年月日 ○年○月△日
性別 女
氏名 番号花子
住所 △県○市□町1-1-1

※通知カードのほか、個人番号カードや住民票でも確認できます

4 組合では、今後、加入者全員のマイナンバーを取得する予定です

■マイナンバーの取得と提出

医療保険者は加入者のマイナンバーを把握し、報告する義務があります。

マイナンバーを取得する対象は、**平成29年1月1日時点の被保険者（組合員及びその世帯に属する家族）及びその後の新規加入者**が予定されています。

当組合では、平成29年7月の情報連携の開始までに、ご提供いただいたマイナンバーの登録と特定個人情報の登録を終える必要があります。

当組合では今後、加入者皆様へマイナンバーのご提出をご依頼する予定ですので、ご理解ご協力をよろしくお願いいたします。

5 番号制度を詳しく知りたい



社会保障・税番号制度（内閣官房）のホームページをご覧ください。
ホームページ内にあるFAQ（よくある質問）もご活用ください。

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/>

問い合わせ先

沖縄県医師国民健康保険組合
〒901-1105 南風原町字新川218-9
TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089

お知らせ

平成 27 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会

主催：沖縄県医師協同組合 共催：(株)沖医メディカルサポート

あけましておめでとうございます。

日頃医療活動で大変ご多忙の先生方の心身のリフレッシュはもとより、以前は碁を嗜んでいたが、その後やっていないという先生方、あの頃の闘争心を思い出してみませんか。初心者、級位者大歓迎いたしますので、恒例の『親睦囲碁大会』へお気軽にご参加下さいますようご案内申し上げます。

開催日時：平成 28 年 2 月 11 日 (木) ※建国記念の日

競 技 午前 10 時 00 分～午後 17 時 30 分

懇 親 会 午後 18 時 00 分～午後 21 時 00 分

場 所： 寛味処「んかっか」

南風原町字新川 46-1 TEL：098-889-1294 (FAX 共通)

参 加 費：2,000 円 (当日はお飲み物・食事を準備します。)

問い合わせ先

沖縄県医師協同組合 TEL：098-889-0081 FAX：098-888-0629

締 切 日：2 月 3 日 (水)迄 ※20 名に達し次第、締切りとさせていただきます。

※大会に参加される方は、【段位】及び、料理等の調整がございますので、

懇親会への【出欠】は必ずご記入下さいますようお願い致します。

本案内書 (兼申込書) にて協同組合までご返信をお願い致します。

平成 27 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会参加申込書

平成 28 年 月 日

お申込は： 沖縄県医師協同組合
FAX：098-888-0629

医療機関名：

住 所：

T E L：

参加者氏名	囲碁歴・段位	懇親会
		出席 ・ 欠席



平成 28 年の 新年に望んで

広報担当副会長
玉城 信光

今年は地域医療連携を発展させる元年になってほしいと思っています。地域医療構想が3月までに策定されますが、そこにはまだ魂が入りません。魂を入れるためには現状の分析が必要です。沖縄の医療・介護の連携はうまくいっているのか？どこに問題があるのか。

昨年沖縄県医師会では中部地区をモデルケースに医療・介護の連携を調査してきました。沖縄における急性期病院の機能はかなり充実しています。重要なことは急性期病院の出口（回復期）の病院の充実です。その後自宅に戻るのか、介護施設に入所するのか。

療養病床で寝たきりの40%ほどに脳卒中が起因しています。急性期で脳卒中から回復したあと、かかりつけ医の健康維持機能が必要です。県医師会がすすめている脳卒中連携パスが有効に働くことが必要です。

今年は各施設の連携室や担当者の会議を通じて2025年にむけ理想的な県民の医療・介護連携の第一歩を踏み出したいと思います。

このように地域医療を支えるためには沖縄県医師会と地区医師会のこれまで以上の連携が必要になります。会員の皆様のご協力をお願い致します。



昨年一年のレビューと 今年への期待

広報担当理事
本竹 秀光

会員の皆様あけましておめでとうございます。

さて、昨年の広報委員会の特徴は定例の協議事項を話し合った後に委員一人ひとりが最近の話題を述べ、全体で話し合い、共有する時間が多かった印象がある。キーワード的に述べると医療事故調査制度、地域医療構想、2025年団塊世代の後期高齢問題などであろうか。また、人生の終末をどう生きるかや若者の早世もたびたび話題になった。終戦直後沖縄には僅か60数名の医師しかいなかった極度の医療過疎の時代から直近では人口10万人当たりの医師数も全国平均を上回るまでに医療環境は改善してきた。これはひとえに他府県にはない歴史的背景の中で行政や先輩医師の努力の積み重ねのたまものである。しかし、病気を治療するレベルは全国並みになったものの、若者の早世率の高さが平均寿命を押し下げる結果となっている。飽食の時代に胡坐をかいて予防医学を積極的に提唱できなかった我々医師にも責任の一端はある。石川理事を中心に沖縄県医師会では子供の食育の啓発を積極的に実施している。彼らが実を結び10年、20年後には沖縄の長寿が復活することを心から期待する。10月1日から医療事故調査制度が始まった。予期しない死亡事故・死産の判断が難しく、具体例がなかなか示されない状態で制度が船出し、混乱を招いている感がある。今年制度の見直しがなされることになっているが、集積された具体例からわかりやすいガイドラインが策定されることを望む。事故調査の、目的が原因究明と再発防止であるから、医療を提供する側が事例に真摯に向き合えばあまり問題はないのではと考える。地域医療構想は各地域の病床の多寡の議論だけが

先行し混乱を招いている感がある。厚労省の拙速と言っても過言ではないと考えるが、地域医療構想の本来の意味は急性期治療を終えた患者がスムーズに在宅に戻れる環境を提供してあげることである。在宅へ向けたトレーニングの場の整備は急務である。安倍総理が掲げる一億総活躍の実現のためにも国はその辺にもう少し力を入れてもらいたいものである。

新年の挨拶を述べるつもりが去年の総括になってしまいました。会員の皆様には今年も健康で、このジャーナルをご愛読いただきたく、よろしく願い申し上げます。



～「不退転」な
『夢』・『信念』・『志』～
広報副担当理事
照屋 勉

あけましておめでとうございます。2015年(平成27年)は難題山積・一触即発・侃々諤々(かんかんがくがく)・喧々囂々(けんけんごうごう)な一年でした。“混沌(カオス:無秩序!)”とした流れの見えない『辺野古問題!』、“落とし穴”にまだ気付いていない『TPP問題!』、“恐怖”以外の言葉が見つからない『IS:テロ問題!』、“信用・信頼”を打ち砕いた『杭打ちデータ改ざん問題!』、“前途多難”な『南シナ海問題:「ASEAN vs 中国!」』、『アベノミクス:「新3本の矢!」』・『東京オリンピック:「白紙撤回!」』etc…。2016年(平成28年)の年明けに際し、“肅々・淡々”と、解決の糸口が見つかることを心から切に切に願っております!。

さて、小生の“今年のテーマ”は、『不退転! by まれ(NHK)』～「信念を持ち、何事にも屈しないこと!」…。因みに、『夢(ゆめ)』の語源は、「寢目(いめ)」…。「寢(い)」は睡眠、「目(め)」は見えるもの!。「儚い夢!(人+夢=儚:人の夢は儚い!)」というネガティブイメージから「将来の夢・希望!」というポジティブイメージに変化したようです。『信念(信+今+

心)』とは、「今」を「信」じる「心」…by 田場珠翠氏。『志(士+心)』の「士」は進み行く「足」の形が変形したもので、「心」が目標を目指して進み行くこと!～『あなたの「志」は何ですか?』…by 吉田松陰氏。『不退転』な『夢』・『信念』・『志』…。また、“今年のモットー”は『かきくけこ』～『か』:「考えて、感動して、感謝する!」、『き』:「嫌わず、気付いて、気を配る!」、『く』:「くじけず、くさらず、くりかえす!」、『け』:「謙虚に、健康的に、建設的に!」、『こ』:「好奇心と、行動力を持って、貢献する!」…。これからも「夢」を見ながら、「原点」にもどり、「地域」・「スタッフ」・「家族」の「絆」に「感謝」しつつ、「不退転」な「夢」・「信念」・「志」をもって、もう少し「謙虚」に頑張っていきたいと考えております。今年も、ゆたしくゆたしく、お願い申し上げます!。



「丙申の年を迎えて」
広報委員(北部地区医師会)
出口 宝

あけましておめでとうございます。ことしの干支は丙申(ひのえ・さる)です。十干十二支の相では、申は新しい力の伸展、挑戦などエネルギーを持った姿であるとされています。丙も陽気が盛んな姿ですが、盛んな陽気も外に出て行ってしまい陰気が強まってくるとされています。

歴史を振り返ると、1716年の丙申は、徳川吉宗が將軍職となり享保(きょうほう)の改革を行い幕府財政の立て直しをしましたが、一方では増税により農民の生活は窮乏して各地で百姓一揆が起きました。そして、あまりに儉約を強いたために経済や文化は低迷していったと言われています。1896年の丙申は、明治三陸地震で津波が発生して約2万名が亡くなりました。1956年の丙申は、日ソ共同宣言にて国交回復、国際連合に加盟、朝鮮特需によってもたらされ

た神武景気が最好調になり三種の神器（冷蔵庫、洗濯機、白黒テレビ）が出現、投機ブームに沸き「もはや戦後ではない」とまで言われましたが、年末には景気が大幅に後退しています。一方では、日本初の人工心肺を用いた開心術が大阪大学で実施され、「週間新潮は明日発売です」のテレビコマーシャルが懐かしい週間新潮が発刊、「太陽族」が流行しました。慎太郎刈りにされた方もおられるのではないのでしょうか。そして、県内では、沖縄銀行が設立されました。

さて、2016年の丙申では何が歴史に残るのでしょうか。国会では、昨年安全保障関連法案が可決されたのに続き7月の参議院選挙が終わると憲法改正に着手が始まる年となるのでしょうか。現政権はまさに申のようですが、丙の相もあっての丙申です。アベノミクスは新3本の矢が発表されました。TPP 協定交渉が合意されました。来年4月には延期されていた消費税が10%に上がる予定です。享保の改革や神武景気の後はどうようになっていったのか、良くない歴史は繰り返されないことを祈ります。

「自然と芸術は、人間をまともにする」とは昨年ノーベル医学・生理学賞を受賞された大村智先生の言葉です。まさに現代を生きる私たちにとって忘れてはならないことだと思います。今年は世界中の隅々までまともで埋め尽くされることを夢見て、少しは自然と芸術に向き合う時間を持ちたいと思います。今年も本会の広報活動をよろしくお願い致します。



初夢

広報委員（中部地区医師会）
富名腰 義裕

あけましておめでとうございます。

皆様へご挨拶をするようになり毎年少しずつ前進しているような気がします。

去年は専門の小児科に加え成人の診療も行なうようになりました。院外活動では子どもたちが抱える問題に目を向けましたが、根底には貧困が大きく影を落としていることを再確認しました。今のところ何もできていませんが、未来ある子どもたちのために行動を起こさなければならないと感じています。個人的には子どもたちが大学へ進学でき、末っ子も中学生になりました。

ある保育園・学童の様子です。

広い敷地には大きなガジュマルと大きなカー家（瓦葺の家）があり、その軒先ではおばあちゃんと若い母親がおしゃべりをしています。その横では学校から帰ってきた小学生が赤ちゃんを遊ばせています。庭では園長である私が保育園生と鬼ごっこをして走り回っています。

一方、新都心にあるビルでは老人のデイサービスと保育園の複合施設があり、私はその病児保育を担当しています。そこでは毎日お年寄りが子どもたちの世話をしています。

これが私の申年の初夢でした。

なかなか夢を語る余裕がありませんが今年はゆったり進んでいきたいものです。広報委員としてまだまだ仕事できていませんが、会員の皆様へ夢のある情報を届けられるようにします。

5度目の3月11日がやってきます。東北にも夢が現実になるようなことがたくさんあるように祈りつつ今年を歩んでまいりましょう。



新年を迎えて思うこと

広報委員（浦添市医師会）
蔵下 要

あけましておめでとうございます。広報委員として2回目の新年を迎えました。この委員の仕事をしていただいてから、お蔭様で多くの方々との新たな出会いがありました。また自分の専門領域から離れて、医療や社会の様々な問題に触れる機会を得て、医療人として勉強させてもらっています。

さて、年頭にあって、女性の子育てと就労の問題について考えてみたいと思います。

今の日本の社会は、子供の出生率が年々低下して、急速に少子高齢化が進み、このままでは国の存続すら危うくなるという状況下にあるのではないかと思います。にもかかわらず、巷では「マタニティ ハラスメント」なるものが存在し、出産しても残業や超勤ができないことを理由に退職せざるを得ないなど、昔のように子供が生まれたことを周囲の人がみんなで祝い、喜び、支えるということが希薄になってきているように思われます。生産年齢人口が多い“人口ボーナス期”の時代が終わり、生産年齢人口よりも支えられる側の人口が多い“人口オナス期”となった現在の日本において、女性が働き続けながら、安心して子育てをできる環境を作っていかなければ、人口減少のスピードは更に加速して、日本人が「絶滅危惧人種」と呼ばれているのも、まんざらあり得ない話ではないように感じます。

医療現場においては、医師不足、看護師不足は慢性的な問題となっており、解決の糸口はなかなか見出せない状況です。日本の医学部卒業生の約4割が女性という時代になり、また看護師の資格を持ちながら看護職についていない方が多く存在する今日に至っては、資格を持った女性が活躍してもらう現場をいかに提供できる

かということがこの問題の解決のための重要な鍵になると思います。1人の人が沢山の業務を抱え、残業、超勤して“長い時間”働くという業務形態から、複数の人が複数の仕事をこなし、仕事を分散して効率よく短時間で行うという業務形態に変革することにより、子育てをする職員が生きがいを持って“長い期間”働き続けることができる職場にしていくことが、医療現場での人員不足の問題を解決するために必要なことではないかと思います。言い換えれば、この子育てと就労の問題にいかに早く取り組んで、良い人材が辞めずに働き続けるための対策をとることができるかが、10年後のその施設において、人材確保の状況の明暗が分かれている大きな要因になっているかもしれません。

おわりに、沖縄県医師会会員の皆様の今年益々のご健勝とご活躍を祈念して、新年の挨拶とさせていただきます。本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。



「最近土いじりを 楽しんでいます。」

広報委員（那覇市医師会）
玉井 修

皆様、あけましておめでとうございます。自院の表に小さな花壇があり、最近、休みの日には土いじりを楽しんでいます。僕だと分からない様に、麦わら帽子とサングラスをかけて、かなり怪しげな格好で作業しています。それでも、僕だと分かるらしく、患者さんから呼び止められてしまいます。時には、『これ、先生から紹介された県立病院からの返事だから』と言われて、両手泥だらけの僕の脇に返書を挟んで行ってしまう人もいます。

花壇にはクロキが植えてあり、その剪定も自分で行っています。大きく枝を張ってしまうと窓が暗くなってしまうので、定期的に剪定をします。木の形を整えようとすれば結局若い枝葉

ばかりを切ってしまう事になるので、少々形が変になっても、できるだけ若い枝葉を残して古い枝葉を落とす事にしています。害虫も若い枝葉ばかりを好んで食べるので日頃から注意して手間をかけます。若い枝葉は少々形が不格好で、ひん曲がっているのですが、新緑の色はとても美しく、涼しい風に揺れる緑は大変心が和みます。

何事にも体裁はありますが、それを整える事ばかりを考えず、新しい息吹を暖かく見守る事が肝要ですね。土いじりをしながら、組織とは？医療とは？人とは？を想い続ける今日この頃です。



「我が家の新しい家族」

広報委員（那覇市医師会）
真志取 浩貴

明けましておめでとうございます。昨年的一年を一言でまとめると「光陰矢の如し」です。数ヶ月前に平成 27 年の新年の挨拶文を書いたと思いきや、また書く時期？と感じる今日この頃です。

昨年、我が家に大変化がありました。犬を飼ったことです。当初私は猛反対でした。妻がペットショップで見つけた 7 月生まれの子犬が気に入りだし、私も連れて行かれました。すぐに反対するのみな、と「もう少し考えよう」と徐々に諦めてもらう計画でしたが、月に一度は連行され、どうかな？の質問。私の心の中では「まだ売れていないのか？」でした。途中で売れば妻も諦めがつくはず。三ヶ月目に行った時は、あの子犬の印象が薄れていました。あれ？なんか違うな、と思って見ていましたが、よく考えると犬も成長するんですね、もはや小型犬くらいの大きさになっていました。値段も半額になっており、やばい！なんか外堀を埋められた感じでした。妻が値段も下がったから買おうよ（飼

おうよ）、「んー」、5 分の沈黙が続き、さらに追い打ちをかけるように子供たちが犬を抱っこして遊んでいました。ここで拒否したら一生言われ続けるのではと恐怖を感じ、「じゃ、買うか（飼うか）」。家族はキャーとはしゃぎ、その翌週には我が家に来ました。次の論点は名づけでした。これは私の意見をこり押しして「ニコ」と名付けました。ニコは笑顔という意味合いです。妻は実家で犬を飼った経験があり、私は犬にかまれた患者を診た経験があります。最初は頭をなでることも、咬まれないかなあと恐る恐るでしたが、1 週間も経つと徐々に平気になり、調子をこいていたら手を咬まれました。それからインターネットで子犬のサイトを開き、勉強する日々が始まりました。まだ予防接種が終わっていないので庭での散歩ですが、走っている姿、子どもたちとじゃれている光景を見ると飼ってよかったなと思います。時に下の世話で心が折れることもあります。今年の干支はいぬではないのですが、この文章を持って私の新年の挨拶といたします。



年始の挨拶

広報委員
（国療沖縄公務員医師会）
河崎 英範

明けましておめでとうございます。

とはいえ今はまだ 11 月半ば、東京出張中に 12 月号の編集後記に続き、この原稿を書き始めています。最近、東京ではビルの建設工事、道路の改修工事が目につきます。東京オリンピックに向けた取り組みです。一方で地方都市へ出張の際、街の寂しさを感じるのは私だけでしょうか。東京への一局集中がすすんでいる印象です。新聞には“地域創生”、“格差是正”、そして“一億総活躍社会”という見出しが目につきますが、そのような制度が提案されていることは、裏をかえせば今の社会はその反対なので

しょうか。全国の平均化を目指した政策は医療の面でも“がん医療の均てん化”が国の政策としてすすめられています。日本全国どこでも、同じようながん医療が受けられるというすばらしい内容です。沖縄県でも那覇市をはじめ南部、中部では全国平均以上の医療体制が確保されていると思いますが、北部、離島では十分とは言えません。いきなり箱物を作る話も聞きますが、その前に整備、解決する課題が多くあります。

勤務医として今年注目していることは、来年度から開始される新専門医制度です。これまで各学会が主導していた制度を、日本専門医機構という第三者機構が認定し、専門医が公的な資格として国民に認知され、専門医の質を担保する制度です。しかし資格取得、維持のためには経験症例数、指導医の数などクリアすべき条件が高く、都市部の大病院に有利で、地域の中小病院での研修希望が少なくなり、医師の偏在が大きくなる可能性が危惧されています。教育に関わる制度で、結果がみえてくるのは数年から10年後かもしれません。今年は体制作りの準備期間ですが、県内基幹施設と協力しながら、自分の施設でできること、自分のできることを一緒に考え、これからの沖縄の医療を担う若い医師が活躍できる環境作りに、協力していきたいと考えています。

ところで、日本の人口から一億人を差し引いた残りの人々に対し、国はどのような活躍を期待しているのでしょうか？

今年もよろしくお願いいたします。



新春寄稿

広報委員（琉球大学医師会）
金谷 文則

昨年2月に「日本肘学会」を沖縄コンベンションセンターで主催いたしました。ご支持・ご援助をいただいた皆様に深謝いたします。これ

で学会開催も一段落し、今年はゆとりを持って過ごしたいと思っていましたが、昨年末から日本専門医機構による専門医制度の病院群形成（整形外科・リハビリテーション）が急務となり大変な日々を送っています。

最近、体力の衰えと体重の増加を痛感し、雨さえ降らなければ毎日琉大まで片道10km通勤しています。往路は登りなので40分、帰路は30分弱で良い運動になっています。昨年もツールド沖縄を何とか完走できましたが、血圧は正常高値、BMI26.4と昨年に続きメタボ傾向は変わりません。お陰様でロコモは心配なく、先日検査した冠動脈CTも石灰化は見られずほっとしています。今年もイチキロヘラスことを目標にして節食・節酒・運動を頑張りたいと思いますが、昨年の体重は横ばいでした。

この原稿は12月4日東京に向かう機内で書いています。11月29日、30日は琉大が主管校で全国手術部会議を開催し2日間とも座長を務め、12月2、3日は東京と秋田に出張でした。沖縄の滞在時間は22時間でまた東京に向かっています。3日沖縄に帰ってこなければ楽だったと思いますが、そうも行きません。不在の間



の診療業務を頑張ってくれている琉球大学整形外科の皆様には感謝しております。

写真は昨年9月にインドのデカン高原西のIndoreで開催されたISSH (Indian Society for the Surgery of the Hand) の際に訪れたMandoreの城塞の写真でアーケードが見事です(図)。インドで最も見事な城塞の一つで、隣には有名なタージマハールを作成した棟梁が、その前に作った見事な霊廟もあります。なお、タージマハールは完成後に模倣できないように、建造に携わった全ての大工の両手を切断したと聞きました。手外科を専門としているものとして、次にはよりよい建築ができたはずなのでもったいないと思います。この点が日本と他のアジアとの違いかもしれません。本年もよろしくお願いいたします。



今年は「申」年です

広報委員
(沖縄公務員医師会)
金城 正高

“12月11日午後、日本のはるか南のカロリン諸島近海で、熱帯低気圧が台風27号に変わった”とのニュースを翌日の新聞の端っこに見つけたとき、1月から12月まで毎月、連続して台風が発生したんだ～とちょっと驚いたのを覚えています。調べてみると、昭和26年に台風の統計を取り始めてから、毎月の台風発生は昨年が初めてだったようです。

今日はどんな天候ですか？新年を迎え、穏やかな1年であること祈念したいと思います。

去年は「戦後70年」で、本土も沖縄もいろいろ議論された1年だったように思います。僕的には、年末恒例の新語・流行語大賞にノミネートされてもいいくらい、いろんな場面で話題になった印象がありますが、同時に“自分も年を取ってきたな～”と自省するフレーズでもありました。

1セントを握ってるだけで幸せだった子供時代、25セント硬貨は本当に眩しかった…小学校入学のときに日本復帰(1972年)。1973年には若夏国体(復帰記念沖縄特別国民体育大会)、開催に合わせて整備された奥武山運動公園造成のため、住民の立ち退きもあり、僕の通う垣花小中学校は1学年2クラスの少人数、那覇市内唯一の小中併設校でした。1975年には沖縄国際海洋博覧会が本部で開催され、そのシンボルが巨大な海上未来都市アクアポリス(半潜水型浮遊式海洋構造物)、なんと台風接近時には接岸橋から切り離され半潜水状態となり、科学技術の進歩に心躍ったのを覚えています。プロデュースしたのが手塚治虫だったこともあり、鉄腕アトムの未来を夢見ている感じでした。1978年7月30日、自動車の対面交通が右側から左側通行へ変更、事故の多発と渋滞を今でもよく覚えています。そして年中行事化していた「路線バスのストライキ」と「断水」。市民生活は様々な不条理を抱えていました。断水の中にかかわらず基地の中では芝生に水遣りが行われており、子供ながらに不思議に思っていました。小さい頃はトランシーバーに憧れていましたが、今では携帯・スマートフォンの時代、あの頃には全然予想できない世界が実現されています。私達の日常生活は利便性が格段に向上し、医療の分野でもIT・ロボットの時代が到来してきています。時代の流れがどんどん加速してきているようで、自分自身を見失う怖さも感じます。足元をしっかりと見据えて、最新の情報に向き合う1年にしたいものです。今年も気合を入れて頑張りましょう！

次々に情報が溢れる時代だからこそ、若い人たちが「干支」に関心を持つことはないかもしれません。誰でも知ってる「甲子園球場」の名前の由来が、完成した大正13年8月1日、この年が奇しくも、十干・十二支のそれぞれ最初の「甲(きのえ)」と「子(ね)」が60年ぶりに出合う縁起のよい年であったことに由来することを知ると、ちょっと興味が湧いてきます。年賀状の今の時期なら、老若男女「干支」への注目度は高いと思われます。

さて今年は「さる年」です。なぜ「申」なのでしょう？

十二支はかつて中国で農業を行う際に暦として使われていた農業用語で、農作物の成長過程を12段階で表す意味を持ち、カレンダーとしての役割も兼ね備えていたようです。江戸時代に日本に言い伝えられ、庶民にも分かりやすいようにと親しみのある動物が当てはめられ普及してきたとのこと。申は本来「しん」と読み、「のびる」や「もうす」という意味を持ち、気象に関連した「雷」の原字であり「稲妻」を表した象形文字で、神の技という意味もあるようです。つまり猿とは何の関係もないわけで、たまたま9番目に「さる」をあてがったという事なのです。また12年後に思い出すこととしましょう。

昨年末、久しぶりに海洋博記念公園へ…立ち寄る予定もなかったのですが、車を走らせていると整備された道路に導かれ、そんなに遠くも感じず到着しました。僕のお気に入り「熱帯ドリームセンター」なのですが、今回は昔を懐かしんで「オキちゃん劇場」に向かいました。ミナミバンドウイルカの迫力あるショーが、それも無料で楽しめるなんて…

大好きなんですね、40年前の博覧会当時は長蛇の列に並んで入場した思い出もありますし。「今のオキちゃんは何代目なんだろう？」

ふと湧き上がる疑問、実は「初代」なんだそうです。今日の前にいるオキちゃんは、40年前のオキちゃんと同一、現役なんです！驚きと共に、40年前の自分も重なって、なんだか“あったかい”ものを感じました。

2016年がいい年になりますように！今年もよろしく願い致します。



新春の挨拶

広報委員
(那覇市立病院医師会)
間仁田 守

明けましておめでとうございます。

昨年4回目の年男を迎え、この新春の挨拶に、「迷える子羊」から「迷える羊ちゃん」ぐらいまでには成長したいと意気込みを述べさせていただきましたが、月日の過ぎるのは速く、五十手前でまだまだ子羊ちゃんの状態です。

今年は申年です。私の出身地である群馬県の隣の栃木県には日光東照宮があり、三猿が有名です。『見ざる聞かざる言わざる』が特に有名で、なんとなく消極的なイメージを受けてしまいましたが、実は全部で8面目まであり、最後には色々経験を積み、やがて大人になり、次の世代の子供を宿し母となっている猿が描かれています。

さて、超高齢社会を迎える我が国において、一億総活躍社会、地域包括ケアシステム、新専門医制度など、今まで『見ざる聞かざる言わざる』で過ぎてきた医療界にも大きな変革期が訪れています。多くのことを見て、聞いて、ディスカッションすることが大事な時期だと思います。

日光は紅葉の時期がとても綺麗です。ぜひ、三猿に逢いに訪れてみてください。その際には群馬県にもお立ち寄りください。

健康長寿おきなわを取り戻し、健やかなる地域包括ケアが行えるように、今年も県医師会の先生方と共に頑張りたいと思います。

今年も干支にちなんでみましたが…

本年もよろしく願い致します。

