

平成 28 年度 第 1 回都道府県医師会長協議会



会長 安里 哲好



去る 9 月 20 日（火）、日医会館において都道府県医師会長協議会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は、今村常任理事の司会進行で進められ、横倉会長の挨拶の後、事前に都道府県医師会から提案された 10 題の議案について協議が行われた。

挨拶

横倉会長より以下のとおり挨拶が述べられた。

本日は台風 16 号の影響の中で平成 28 年度第 1 回会長協議会を開催することになったが、ご参加いただき感謝申しあげる。特に、今年の夏は多くの台風が日本に襲来し、岩手県や北海道をはじめ列島各地に被害をもたらしている。被害に遭われた皆様にはお見舞い申し上げる次第である。

最近、高額で市場規模の大きい新薬の薬価収載が続いており、医療保険財政の影響から国民皆保険の根幹を揺るがしかねない事態を招いている。

一方、団塊の世代が 75 歳以上を迎える 2025 年に向けて医療介護を含む社会保障費がこれから先も増加することが予想されている。その財源とされる消費税が平成 31 年迄先延ばしされることから、今後の財源確保に不安を生じさせている。そのため、消費税の増収分やアベノミックスの果実を社会保障の充実、安定化に適正に活用するよう引き続き記政府に求めていく所存である。

現在、各地で策定されている地域医療構想では将来の病床の必要量が注目されているが、重要なことは将来の姿を見据えながら医療機関の自主的な選択によって地域の病床機能が収斂さ

れることである。地域医療構想の正しい理解を広げつつ、決して医療費抑制のツールとして利用されることのないよう今後とも注視していきたい。

その他、制度開始が1年間延期になった新たな専門医の仕組み作りにおいても、大都市への集中を回避するための是正策や指導医の基準緩和策、内科、外科のサブスペシャリティー領域等の検討について、地域医療が混乱しないよう副理事長の松原副会長、理事の羽鳥常任理事、監事の今村副会長を通して日医の考え方を反映させていきたいと考えている。

医療を提供する環境は厳しさを増しているが、その中で、都道府県医師会に期待される役割は今後ますます重要になってくる。先程も申し上げたが、地域医療構想を含む医療計画の策定については、都道府県医師会が郡市区等医師会と密に連携しながら、PDCA サイクルに主体的に関わって管内各地域の実情を反映していただくと共に、疾病予防や健康増進、介護や福祉との整合性を図って行かなければならない。また、かかりつけ医機能研修制度は都道府県医師会の協力の下に開催するものであり、更に、新たな専門医制度の仕組みにおける協議会の他、医師の地域偏在や診療科偏在の解消に取り組む地域医療支援センターは、いずれも都道府県単位で活用されるものである。都道府県医師会においては様々な協議会に参画していると思うが、今後とも積極的に関与していただき、地域に混乱をもたせまいよう配慮していただきたい。

私は、会長に就任以来、地域から国へと言うことをスローガンに掲げてきた。これは、地域の実情を踏まえた地域医師会の活動こそが医師会活動の基本であり、そうした取り組みの積み重ねと一層の充実が我が国の医療をより良きものへ発展するための礎になるものと考えている。

最後になるが、7月の理事会で小職が世界医師会の会長に立候補することを承認いただい

た。これは国民の健康寿命を世界のトップレベルに押し上げた我が国の医療システムのノウハウを世界に広く発信することで人々の幸福の実現に貢献していきたいことから立候補に至ったことであり、何卒、ご理解のうえお力添えを賜りますようお願いを申し上げ、挨拶としたい。

協 議

1. 認知症疾患医療センター設置要件について (秋田県)

【提案要旨】

① 地域型の設置要件の緩和について、② 広大な圏域での面積割りについて、③ 道路交通法改正に伴う認知症検査対応について日医の見解を問う。

鈴木常任理事より、以下のとおり回答があった。

一番目の質問の地域型の設置要件の緩和については、厚生労働省老健局認知症センター推進室より、医療資源が乏しい地域においても認知症疾患医療センターの設置を促進するため地域型ではなく診療所型について、早ければ平成29年度を目途に名称変更も含めて要件を緩和したいとの相談があったので今後協議を進めていきたい。

二番目の質問の面積割の導入については、地域の実情に応じて必要な認知症疾患医療センター設置は可能であるとする国の整備方針としては、精神疾患の医療体制の構築にかかる指針に認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて二次医療圏内に1箇所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1箇所以上確保するという目標が掲げられているが、これはあくまでも目安を示したものであり、厚生労働省に対し更なる整備の促進を働きかけたい。

三番目の道路交通法改正については、ご承知のとおり平成27年度の法改正により、来年3月から75歳以上の方が免許更新時の認知機能検査の結果、認知症の恐れがあると判断された

場合、従来と異なり違反の有無を問わず専門医による臨時適正検査を受けていただくか、かかりつけ医の診断書提出が義務づけられるようになる。その改正により対象者が増大し、地域によっては専門医や認知症疾患医療センターが偏在していることから、対応が困難になることが予想される。今後は身近なかかりつけ医への診断書の作成依頼が増加することになると思うので、先生方には負担をお掛けするが可能な限りの対応をお願いしたい。

また、診断書に記載する検査については、診断書記載ガイドラインで、認知機能検査、神経心理学的検査および臨床検査を原則として全て行うとしているが、臨床検査の頭部CT、MRI、PET等の画像検査については、認知症の判断が可能な場合のみ行わなくてもいいとなっている。

2. かかりつけ医以外を受診した場合の受診時定額負担について (山口県)

【提案要旨】

再燃する受診時定額負担導入問題について日医はどう対処するのか。

石川常任理事より、以下のとおり回答があった。

ご指摘のとおり「経済・財政再生計画改革工程表」において、かかりつけ医以外を受診した場合の外来時の定額負担について、関係審議会等において検討し、今年末までに結果を出し来年の通常国会に法案を提出するとされている。こうした状況を受け日医としては、去る8月3日の定例記者会見で外来受診時の定額負担の導入に反対することを表明した。また、8月25日に開催された自民党の医療政策研究会役員会でも横倉会長が受診時定額負担導入に反対する旨を表明した。

改革工程表で、定額負担導入はかかりつけ医普及の観点からと言うことであるが、社会保障負担は患者からさらなる負担を求めるときではない。受診時定額負担を検討する前に高齢者の

金融資産や所得の多寡に応じて負担を検討すべきであり、例えば高齢者の薬剤負担のあり方等、まずは社会保障の理念に基づき応能負担の議論を先に行うべきと考えている。

2014年度の診療報酬改定で、かかりつけ医の評価として地域包括診療料加算が新設され、また、本年4月の改定で施設基準の要件が緩和された。かかりつけ医の普及のための制度的裏づけは始まったばかりであり、現段階でかかりつけ医以外を受診した場合の定額負担を導入するべきではなく、まずは国民がかかりつけ医を持つように普及に努めるべきである。日医もかかりつけ医機能研修制度を通じ地域住民から信頼されるようしっかりと養成していきたい。けっして受診時定額負担が導入されることのないよう政府に対して厳しく対応していく所存である。

3. データヘルス計画実施事業について (三重県)

【提案要旨】

当該事業に関し、本県では医師会は全く関与していない。民間業者、損保会社等が参画しており、個人情報保護の観点からも問題である。

羽鳥常任理事より、以下の通り回答があった。

当該事業が、医師会及び医師の関与が無く進められていると言う点については、本事業の開始前から最も懸念し対応して来たところである。生活習慣病の発症予防、重症化予防については、健康日本21第二次の5本柱にも掲げられており、従来各地域で取り組まれているものと認識している。

その中で、特に保健事業として個々のハイリスク群へのアプローチに移行する際には地域住民の健康の保持増進に携わってきた地域医師会、診療所や中小病院を中心とした地域のかかりつけ医との連携が最も大切であることを国の検討会でも強く申し上げ、この意見は検討会でも合意されている。

また、本年3月糖尿病性腎症重症化予防に関し、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省の3者で連携協定を締結し、三者共同で糖尿病腎症重症化予防プログラムを作成した。その中で、地域の取り組みの検討に際し、都道府県医師会や郡市区医師会、都道府県糖尿病対策推進協議会等関係団体と協議をしながら進めていくことが明記されている。各都道府県医師会においても地域の実情に応じた締結、プログラムの作成に向け積極的に関与していただきたい。

個人情報保護の問題については、特に医療に関わる個人情報は、機微情報であり単に法令やガイドライン等を遵守していれば良いという問題ではなく、患者本人や事業に関わる医療機関、医師会等の疑念を抱くことのないよう予め事業全体に関わる丁寧な説明が必要である。いずれにしても、データヘルスの名の下、現在地域で展開されている様々な保健事業について、医療費抑制ばかりに目を向けたサービスにならないよう行政、医師会、保険者、サービス提供者、学識経験者が参加する第三者機関を設置し、しっかりとした事業評価、監視体制構築に向けた具体的な検討を行うよう日医として今後とも厚生労働省へ働きかけていくのご理解とご協力をお願いしたい。

4. 日本医師会認定医療秘書資格取得者の、医療事務作業補助体制加算算定のための院内研修時間の緩和について（滋賀県）

【提案要旨】

ドクターズクラークよりも取得条件が厳しい日本医師会認定医療秘書資格取得者について、医師事務作業補助体制加算にかかる院内研修時間の緩和措置を図って欲しい。

釜范常任理事より以下のとおり回答があった。

医師事務作業補助体制加算要件を満たすための通信教育ドクターズクラークとは性質が異なると考えているが、ご指摘のとおり診療報酬の

要件としては同格に位置付けられている。医師事務作業補助体制加算は、医療従事者の負担軽減の観点から診療報酬改定の度に対応を進めている。その中で日医認定医療秘書資格の扱いについても、毎回の改定において厚生労働省へ主張している。結果的に今回の改定では財源が厳しい中、特に要望の強かった加算対象病棟の拡大として療養病棟や精神病棟が追加されたことだけでなく、それぞれ10点ずつ引き上げると共に、診断書作成補助やカルテの代行入力については実施場所、業務時間内等の要件緩和が行われた。

ご要望の基礎知識習得研修の32時間プラスαの研修免除については、ご指摘いただいた日医認定医療秘書資格とドクターズクラークとの取得条件の厳しさの差を主張しつつ対応していきたい。

さらに診療報酬の観点からも算定が広がるよう引き続き働きかけていくと共に、全国の医療機関が日医認定医療秘書を採用できるよう養成に力をいれていきたい。

5. 地域医療構想調整会議のあり方について（鹿児島県）

【提案要旨】

各地域で進められる地域医療構想調整会議について、本来の目的達成のために適正かつ円滑に議論が出来る体制を図って欲しい。

釜范常任理事より以下のとおり回答があった。

地域構想は、地域で病床の不足している病床の機能がある場合、それを充足する機能ができるように当該機能を担う病床の増床や機能転換により収斂を次第に促していくものであり、病床削減のための制度ではない。

また、地域医療構想は策定して終了と言うことではない。鹿児島県の提案どおり郡市区医師会会長を議長とする地域医療構想調整会議が大きな役割を担うことになる。現在、厚生労働省医療計画の見直等に関する検討会の地域医療構想

に関するワーキンググループにおいて調整会議での協議の進め方が検討されている。具体的には地域の病院、有床療所が担うべき病床機能に関する協議、病床機能報告制度の情報等の共有、都道府県計画に盛り込む事業等に関する協議、その他の地域医療構想達成の推進に関する協議となっている。

しかし、先日の地域医療構想ワーキンググループで厚生労働省は、医療機能の役割分担について200床以上の公立病院を優先して検討することを提案してきた。これは鹿児島県ご指摘のとおり官民の格差に繋がるので撤回させる。その上で地域の民間中小病院に配慮した内容となるようにする。また、公立病院への財政措置については、平成27年の総務省通知で許可病床数に応じた額だったものを稼働病数に応じた額に是正された。それに先立って総務省から出された新公立病院改革ガイドラインでは、個々の公立病院の改革プランが地域医療構想と整合的であること、協議の場で合意事項に齟齬が生じた場合には速やかに修することが明記されている。さらに公民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとされている。公民のあり方を阻害するような施策がないよう注視していきたい。今後も地域の実情に応じた将来の医療提供体制の構築が進むよう引き続き国へ働きかけていくのでよろしくお願ひしたい。

6. 骨太の方針2016について（奈良県）

【提案要旨】

骨太の方針2016に明記された①医学部地域枠定員増、地域偏在・診療科偏在の定員枠設定、②地域医療計画において不足する地域、診療科等で確保すべき医師の目標設定、③診療所等の管理者要件として、特定地域、診療科での診療への従事を義務づけることについての日医の考え方について伺う。

羽鳥常任理事より以下のとおり回答があった。医学部の地域枠の定員については、定員増を

前提とするわけではない。また、専門医については、新体制となった専門医機構に任せて欲しいと考えている。

医師不足の診療科・地域などで確保するための医師確保計画の設定については、当分科会で決められる事ではなく、医療計画の見直しに関する検討会、或いは社会保障審議会医療部会で慎重に議論すべきことである。

地域診療科での診療経験を管理者要件とすることは、全国医学部長・病院長会議と共に昨年12月に示した合同提言の提案でもある。合同提言では、地域医療支援センター、都道府県行政、地域医師会、大学で協議して調整し、また、大学に設置する医師キャリア支援センターが、医師のキャリア支援を一体となって進めることを想定している。医師会が自律的に医師の偏在に対する取り組みを行なわなければ政府としてより厳しい手法を執ってくるのが考えられる。中間取り纏めに書かれている保険医の配置、定数の設定や自由開業自由標榜の見直しは、将来的に他の施策を実施しても、なお、医師の偏在が続くという場合に検討することになっている。このような背景を踏まえ医師会として偏在対策に取り組む必要がある。管理者要件は医療法の改正が必要であり、早ければ来年の通常国会に提出される可能性があるが、具体的な医師不足地域、診療科の定義、対象となる医師の範囲等、時間を掛けて関係者が合意出来る内容にしなければならない。改正後施行まで十分な移行期間を設けて地域に混乱のないよう慎重に検討を行う必要があると厚労省に強く主張しているところである。

7. 定期予防接種の安全実施に向けた予防接種スケジュールの見直しについて（兵庫県）

【提案要旨】

定期接種の増加とそれに伴う接種スケジュールの煩雑化により、接種期間の間違い事故が年々増加していることから予防接種スケジュールの見直しを要請する。

釜本常任理事より以下のとおり回答があった、わが国のワクチンギャップは徐々に解消されつつある。今年の10月からB型肝炎ワクチンが定期接種になっている。一方で、多くのワクチンを限られた期間に接種することから接種スケジュールが過密になり、接種事故が指摘されている、接種事故と言われるのは殆どが接種間隔の間違いである。国でもこのようなことは把握しており対応の検討が迫られている。またヒューマンエラーを防止するシステムを検討しなければならないとも考えている。

また、予防接種に関連してMRワクチンの不足についても指摘を受けている。このたびの関西空港における集団感染、千葉、西宮でも集団感染が発生した。急に任意予防接種の需要が増えてくるとワクチンが不足する事態が生じた場合、厚生労働省と何度もやり取りをしているが、基本的にまず定期的な予防接種を確保することとし、例えば関西の事例のように職場で100人とか200人と多くの方への接種が必要となった時は国が責任をもって対応する。これは厚生労働省や製薬会社とも確認されている。それ以外に任意接種を希望する方については、在庫がないので時期をずらして落ち着いてから接種するよう現場で指導していただきたい。

8. 新規個別指導について（福岡県）

【提案要旨】

本県では、新規個別指導の結果再指導を受けた医療機関に対し厳しい対応が認められることから、新規個別指導は教育的指導にして頂くよう日医から要請して欲しい。

松本常任理事より以下のとおり回答があった。

新規医療機関に対する個別指導については、あくまでも初心者に対する教育的指導であり、情報提供等による個別指導とは区別する必要があると考えており、厚生労働省との協議の中でも主張しているところである。新規個別指導の運用見直しについては、平成28年度からは診

療所10名、病院は20名の患者名の連絡については指導日の4日前を1週間前に見直したところである。その上で、自主点検については、全ての患者のレセプトに遡及して返還が求められた事例が指摘されたために、平成22年に対象レセプト分のみでの返還を求めるということになった。

新規個別指導の結果再指導となった場合は、情報提供による個別指導と同様にレセプト30件で実施するのではなく、新規個別指導の再指導としてあくまでも教育的な再指導に位置付けを改めるよう申し上げている。

指摘していただいた点を含め引き続き運用見直しを進めていく所存である。

9. 中医協高額医薬品対応の動向について

（岡山県）

【提案要旨】

高額医薬品の薬価収載により、医療費が大幅に圧迫され医療崩壊も招きかねない。①薬価制度の抜本的見直し、②中医協での議論内容、③支払側の負担増は表面化しているのか等について尋ねる。

松本常任理事より以下のとおり回答があった。

C型肝炎治療薬、がん免疫療法薬等市場規模の極めて大きい新薬の薬価収載が続いている。医療保険財政への影響を考えるとこうした高額な医薬品への対応が喫緊の課題であると認識している。具体的なことについては、今後中医協において議論して行くことになるが、薬剤費の大幅抑制を可能とする核心的な施策としては、現時点では保険局と医薬生活衛生局の連携の下で進めている「最適使用推進ガイドライン」が重要であると考えている。

中医協ではいろいろなやり方を含めた緊急的な対応、幅を持った議論であるべきということから、薬価算定方式、最適使用推進ガイドライン、留意事項通知等経済性の観点も含め、一体的に製薬業界も含めたオープンな議論をするこ

とで薬剤費を大幅に抑制できるのではないかと
言うことを主張したところである。また、9月
14日に開催した中医協薬価専門部会では、こ
れまでの議論を踏まえて製薬会社からのヒアリ
ングが行われた。業界からは最適使用推進ガイ
ドラインの策定については、患者さんの新薬に
対するアクセス阻害に起因することのないよう
留意が必要と言うことと、期中改定には反対の
意見があった。日医としても引き続き検討して
いくのでよろしくお願ひしたい。

10. 勤務医の医賠償保険料について（広島県）

【提案要旨】

日医 A2 会員の医師倍賞責任保険と学会の医
師賠償保険を比較すると、学会の保険が保険料
は安価で補償金額が高い。日医組織強化の為の
勤務医の加入促進を図る観点からも、勤務医の
保険料減額を検討して欲しい。

市川常任理事から以下のとおり回答があった。

勤務医の日本医師会医師賠償保険料見直しに
ついては、現在、組織強化へ繋げると言うこと
を目的に減額の方向で、改定時期、改定内容、

保険料等について具体的に保険会社を含めて検
討作業に入っている。ご承知のとおり日本医師
会医師賠償責任保険制度は昭和 48 年に日本医
師会が、特別認可を受けた独自の保険制度とし
て会員の様々な診療科目や立場にある中で A1、
A2 会員全員が加入し、会員同士が支えあう連
帯の精神で運営されている。特に、会員が紛争
に巻き込まれた場合、会員自身が矢面に立つこ
とがないよう都道府県医師会、日本医師会が全
面的にバックアップする体制や、厳密な医学的
判断と適正な法律的判断に基づく審査会制度を
持つ民間保険では真似の出来ない優れた制度で
ある。

一方で、ご指摘のとおり会員区分ごとに見た
場合、学会等の他の団体の勤務医保険等の保険
料の比較においては、差があることも事実であ
り、勤務医の日本医師会加入促進を含めた組織
強化という観点から、より魅力的な制度にして
行く必要があると認識している。保険料だけ
でなく補償内容、サポート体制等総合的な観点
から全て医師にとって魅力ある日本医師会医
師賠償責任保険制度にしていきたいと考えてい
るので引き続きご支援をお願ひしたい。

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（お願ひ）

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 経理課：平木怜子 上里敬子 池田公江

平成 28 年度都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会



理事 田名 毅



去る 9 月 21 日（水）日本医師会館において標記連絡協議会が開催された。本協議会では、平成 28 年熊本地震の JMAT 活動における課題等について、問題点の整理や今後の対策を検討し、次の大規模災害に備えるべく、日本医師会や熊本県医師会からの総括、5 都県医師会より JMAT 活動報告、関係省庁から指定発言があった。その後、協議が行われたので、以下に会議の様子を報告する。

挨拶

横倉 義武（日本医師会長）

4 月の熊本地震においては全国各地より JMAT 派遣等、支援について心から御礼申し上げます。

熊本地震の対応から様々な課題が指摘されたが、犠牲になられた方々のためにも課題を解決しなければならない。我が国は自然災害の多い災害大国である。特に南海トラフ大地震や首都

直下地震等の次の大規模災害にしっかり備えておかなければならない。

今期の執行部の基本方針に「まちづくり」「人づくり」「組織づくり」を掲げている。災害対策は何れにも関わる分野であり、大変重要な医師会としての課題の一つである。そのため、今回初となる JMAT 担当理事連絡協議会を開催することにした。本協議会では、JMAT の派遣プロセスや情報共有のあり方、コーディネート機能、他チーム・他組織との関係など忌憚のないご意見を賜りたい。

坂本不出夫（熊本県医師会副会長）

今回の熊本地震に際しては全国の先生方に大変お世話になった。震度 7 が二度襲うという未曾有の震災であった。当初 20 万人弱の避難住民、想定外の車中泊、避難民の増加、また避難施設が環境が十分整っていない中での感染等による二次災害犠牲者を少なく抑えることができ

たことは、先生方の献身的なご支援によるものであり心から感謝申し上げます。

熊本地震の検証において改革改善しなければならない事案もある。本県としても先生方のご指摘ご意見を参考に、より実効性のある充実した体制構築に向けて努力していきたいと考えているので、更なるご指導の程お願い申し上げます。

JMAT 活動報告

全体指揮者の日本医師会及び派遣要請側の熊本県医師会及び4都県医師会から活動報告があった。

(1) 日本医師会：活動全般

石川広己 日本医師会常任理事は、平成28年熊本地震発災直後より活動していたJMAT活動については、7月16日をもって全てのチームが活動を終え、派遣チーム数が568、派遣人数が2,556名であったと報告した。

- 今回のJMAT活動の特徴については、①東日本大震災時に比べて「JMAT」の名前が浸透していた②災害前から九州医師会連合会にて医療救護協定が締結されていた③熊本県医師会でも災害前からJMATを編成していた④兵庫県医師会、本会（沖縄県）などが現地でコーディネーター役を担うケースがあった⑤知事要請により医師会が組織した救護班や民医連、JRAT、日本小児科学会チーム等もJMATを派遣したことなど、全般的にスムーズな対応が展開出来たと述べた。
- 今後の取り組みについては、本日開催のJMAT担当理事連絡協議会の内容を踏まえた上で、会内の「救急災害医療対策委員会」における検討、JAXA（国立研究開発法人宇宙航空研究開発機構）等と連携した首都直下地震を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）の実施（11/26）、国の防災行政におけるJMATの位置づけの強化に努めていくことを報告した。
- 今回の熊本地震の主な課題について、3つのカテゴリー＜災害発生前、災害時、災害時、一定期間経過後＞に分類し、提示した。

- ①災害発生前：▼ブロック単位の都道府県医師会間協定▼災害医療研修（他職種、ロジスティックス、コーディネーター養成）▼「JMAT先遣隊」「統括JMAT」▼JMATの派遣プロセス、あり方▼携行医薬品リストの更新、資器材等の携行リスト（ポータブルエコー、ネット環境等）▼航空会社、ホテル会社等との連携強化。
 - ②災害時：▼JMATのコーディネート機能、他チームとの連携・分担▼「JMAT先遣隊」「統括JMAT」（被災県医師会への支援/現地のニーズ等、情報収集・発信）▼派遣プロセス▼JMAT派遣元都道府県医師会と行政との関係▼死体検案支援の要否▼病院避難への対応。
 - ③災害時、一定期間経過後：▼被災者健康支援連絡協議会との連携、協議会としての情報収集・共有▼医療支援空白地域、介護・福祉関係施設への支援ニーズ把握▼災害時に有用なマニュアル、資器材情報、文献の早期提供▼避難所アセスメントシート、災害診療記録（J-SPEED）等の情報共有▼警察・高速道路各社の協力確保▼災害救助法の適用関係一等を挙げた。
 - 日本医師会における情報共有の課題として、日医・都道府県医師会間のクラウド（JAXA）やメーリングリストが日医からの一方的な情報提供に留まったことやJMAT共有サイトの常設・運用及びEMIS（広域災害救急医療情報システム）等との連携の摸索等が挙げられるとした。
- ### (2) 熊本県医師会：被災県医師会、派遣要請側の立場より
- 西芳徳 熊本県医師会救急・災害担当理事は、発災直後の活動を振り返り情報が乏しい中、自らの足で被災地域に赴き情報収集に努めたことを報告し、今回の活動を振り返った。
- 初動は個人的に動かざるをえない状況が多い。情報伝達とロジ機能が重要である。
 - 多くの避難者が車中泊をした為、避難者数の把握に苦労した。
 - 地域実情に精通している保健師との連携が効果的であった。

- 今回 JMAT は約 30 時間で活動することができた。薬剤師が JMAT チームに同行し、幅広い薬の知識が治療の一助となった。
- 複数の被災地域で県外 JMAT が現場統括にあたった為、そこに次々に新しいチームを送ることができた。
- 比較的早い時期に医療ニーズが減少したが、その中での JMAT 活動範囲の明確化が必要と感じた。
- 災害時、各エリアの保健所長が統括し被害状況を県災対本部へ報告するスキームであったが全く機能しなかった。行政区域と保健所(医療圏)・郡市医師会が一致しておらず混乱した。
- 全国から多くの医療チームが支援したお陰で、災害関連死を最小限に抑えることができた。
- 組織として活動できるようになるのには約1ヵ月を要したが、最終的には組織的に動かなければ終息しないと感じた。

(3) 長崎県医師会：九医連災害対策本部の立場より

- 釣船崇仁 長崎県医師会副会長は、平成 26 年 7 月締結の「九州医師会連合会災害時医療救護協定書」に基づき、幹事県医師会として熊本地震への対応を紹介すると共に、今後の災害に備えるための課題を挙げた。
- 災害対策本部では、熊本県や大分県医師会、日本医師会等と連絡を図りながら、九州各県医師会への災害情報の伝達及び各県 JMAT 派遣の連絡調整を行った。
 - 本協定書第 6 条に訓練の実施が謳われているが未だ実施できていない。本年 2 月の九州各県医師会救急災害医療担当理事協議会において協議を始めた矢先の熊本地震であった。今後、九州医師会連合会は担当理事会議を開き訓練実施に向けた調整に取り掛かる必要がある。
 - 派遣前のコーディネートについて、JMAT 派遣は被災地からの派遣要請に従う派遣が原則か、或いは自主的に被災地に赴くことが出来るのか、派遣プロセスの明確化の必要性を感じた。

- 派遣先でのコーディネートについて、各チームの役割分担や日程調整等を担うコーディネーター役が必須である。今回は自主的にその役割を担って貰ったが、今後はその役割を担う人材養成が必要である。

(4) 東京都医師会：阿蘇地域

- 角田徹 東京都医師会副会長は、阿蘇地域において統括役を担った経験から、次の課題を挙げた。
- JMAT 派遣の契機は、熊本県医師会からの直接依頼(口頭)であったためか、下命された役割が明確に伝わっておらず、地元医師会との考えに差異が生じた。我々は当初、現地での医療活動を想定していたが、実はコーディネート役であった為、活動内容に認識の差が生じた。
 - コーディネート役を担う場合には、現地情報を十分把握する必要がある。例えば、地域医療資源の状況、医療救護活動の現況、住民感情も含めた土地勘、その他の情報を有する必要があり、統括的な難しさ、多少躊躇する部分があった。
 - 現地医師会の認識(要望)について、県医師会と地域医師会との差異があったと感じた。地元医師会の先生方は復興への意思が高く、現時点では大丈夫であるとの考えを示された。派遣先の要望をしっかりと把握した上で、ニーズに応じた JMAT を構成し派遣すべきと感じた。改めてロジの重要性を認識した。
 - 現地での指揮命令系統が未確立の部分があり、全く勝手に現地入りし活動している医療団体も多数見受けられたことから、どこかが主体的にルール化し、統括する必要性を感じた。

(5) 静岡県医師会：大津町

- レシャード・カレッド 島田市医師会顧問は、避難所や救護所での活動を通じて、今後の災害における JMAT 活動の充実には、次の問題点の改善が必要と述べた。

- 情報が一時錯綜したことで長く待機を強いられたチームもあったことから、JMAT 独自の調整員の教育と体制作りが必要。
- 地域保健医療システムの機能維持と再建に JMAT として、どこまで関われば良いか、具体的な支援内容を定めることが望ましい。
- また、避難所で行う処置の指針やどの範囲までの投薬が許されるか等、明確にすべきである。
- 災害用処方箋の明確な基準及び統一した形式が必要であり、当該情報を現地に残しておく為の保存先の確定が必要である。
- 被災者の栄養管理の在り方と指導、他職種との連携。
- 介護や福祉施設の支援の必要性を考慮すべきである。そのために老健協、老社協の協力を得て、JMAT の業務の一環としてどのような支援が可能なのかを模索する必要がある。

(6) 兵庫県医師会：益城町

- 杉町正光 兵庫県医師会理事は、益城町で DMAT から医療救護調整本部を引き継ぎ、エリアコントロールを担ったこと、また活動終了後に開いた JMAT 兵庫検証会の内容を紹介した。
- 益城町では、地元チームの診療を最優先課題にエリアを 4 つに区分し、JMAT をレーンで配置した。また様々なチームと連携する中で、自衛隊と連携した避難所内診療所での夜間診療、巡回困難地域での医療ニーズの把握、夜間車中泊避難者調査における安全確保を行った。また熊本日赤 dERU (仮設診療所) 撤退後、救護所の引き継ぎを行った。その後、町内の全ての医療機関が復旧したことを確認し、地元へ引き継いだ。
 - 医療救護から保健・福祉・介護へとニーズが増大する中で、他職種との連携は普段、地域包括ケア活動で実践している内容そのもので、JMAT の多様な専門性を再認識した。
 - 地域保健担当医・学校医の視点で今後 JMAT 活動の幅も広げていけると感じた。

- 活動終了後に行われた JMAT 兵庫検証会では、統括はあくまでも地元医師会が行うべきとの意見が挙がった。但し JMAT 統括リーダーは必要で、日医には上級の調整役を行って欲しいとのことであった。
- 今後 DMAT 等と連携していく為には、JMAT の質の向上が必須で、加えてロジ機能も重要でさらに増やす必要があると感じた。

その後、江口義光 兵庫県医師会事務局より、医療救護調整本部でのロジ業務（救護所患者リスト・カルテ管理/クロノロジー管理/コンタクトリスト管理/救護班管理/諸会議管理/支援物資管理/他機関・職種との連携/マスコミ対応/食事・宿泊・移動等）の経験から、災害時におけるロジ機能の強化を図るため、次の要望があった。

- 今後 JMAT として統括業務を担当する場合には、1 都道府県医師会で継続対応するのではなく、日本医師会並びにブロック単位で組織されたチームによる対応が望ましい。その上に、地元で習熟した現地医師会責任者・災害医療コーディネーターが指揮する形が理想である。日医主導による被災地災害医療コーディネートサポートチームの検討をお願いしたい。
- EMIS の入力権限付与（救護班登録）を検討して欲しい。また救護所や避難所アセスメント情報等が入力出来るようになれば DMAT や各救護班との連携が図りやすくなる。
- 複数の異なる様式の報告書が存在し、それぞれに集計依頼があった為、アセスメントシート並びに報告書等の統一化が必要だと感じた。
- これ等の実現に向けて「JMAT ロジスティックス検討会(仮称)」の開催を検討して欲しい。

関係者指定発言

先ほどの JMAT 活動報告を踏まえ、熊本地震への対応等について、各省庁から指定発言があった。

総務省消防庁

森川博司 救急企画室救急専門官は、消防庁では救急車の適正利用の推進と救急医療体制全体の円滑化を図るため「緊急度判定体系支援ツール」及び「救急安心センター事業（#7119）」の普及に努めていると説明し、JMATが災害時に避難所等で保健活動を行う際に、当該ツール活用の協力を求めた。また4月下旬から8月末迄の間、熊本県における熱中症による救急搬送者は1,500名、うち震災関連は5名に抑えられた要因として、JMAT等の救護班活動があったと謝意を表した。

厚生労働省

坂上祐樹 救急・周産期医療等対策室長は、今回の熊本地震対応で見えてきた課題として、①ロジスティックチームの派遣の迅速化及び機能強化、②災害医療コーディネート体制（二次医療圏レベル）の強化と各地域での連携体制（保健所と市町村）の構築、③DMATの急性期活動から亜急性・慢性期活動を担う医療救護班への円滑な引き継ぎ（JMATを含む医療救護班に対する体系的・標準的な教育の普及）、④医療機関におけるBPC（Business Continuity Plan、事業継続計画/全国8割の医療機関で未策定）策定支援を挙げた。また南海トラフ巨大地震など広域災害に備えた近隣都道府県合同による「航空医療搬送訓練」実施の必要性を訴えた。

DMAT（小井土事務局長、近藤次長）

近藤久禎 国立病院災害医療センター政策医療企画研究室（DMAT事務局長）は、今回全国から約2,000名のDMATが熊本県へ参集し、EMISによる情報収集に基づき1,300名を超える病院避難搬送を行ったことを報告した。また指揮系統を支えるチームとして、DMATロジスティックチーム、日本集団災害医学会コーディネートサポートチームを順次派遣し、急性期から亜急性期まで継ぎ目なく連続性を持ち本部機能を支えた。更に今回初めてJ-SPEED（災害診療記録報告書）による患者情

報（疾病分類）が収集され、課題認識、現状分析、意思決定に資することが出来た。また今後の課題としては大規模災害を見据えた災害医療専門の層を厚くすること、車内泊があることを想定した早期対策や避難所スクリーニングシートの標準化の推進を挙げた。最後に今回オールハザードに対してのオールリソースのアプローチが出来たと纏めた。

内閣府

曾我明裕 政策統括官（防災担当）付参事官（被災者行政担当）付企画官は、熊本地震における医療従事者等の派遣に係る求償については、災害救助法に基づき、被災県である熊本県行政が求償の実施主体となり、国は財政支援（国庫負担金）を行うとの説明があった。

その後、協議の中で、石川常任理事より今回JMAT派遣に要した費用も求償の対象になっており、事後、求償事務手続きについて地元行政と連絡調整いただくことになる旨補足があった。

協 議

質問：富山県医師会

東日本大震災の時の様な医療活動がないまま撤収した例もあると聞いている。日医は現地での情報収集やJMATへの周知をどの様に行い、全国知事会からの医療支援団体等とどの様に調整を行ったのか。今後はより迅速な現地での情報収集や調整が必要だと考える。

回答：石川常任理事

東日本大震災時も後半は殆ど患者がいなかった場合もあり、避難所の衛生環境や住宅ニーズを視て回る様お願いしたケースもあった。しかしながら、普段の診療を中断して被災地へ赴いていただくため、できるだけの情報提供は当然不可欠だと考えている。ただし、被災県医師会からの情報収集が基本となる。被災県医師会役員は、県災害対策本部に参画し、医師会の目線で最も情報を有すると考えている。

情報の共有化については、熊本県医師会が用意した情報共有サイトに各チームが現地報告をしていただく仕組みを執った。しかし被災県医師会に負担をかけるのは本意ではない。

そこで、「統括 JMAT」「JMAT 先遣隊」のような体制作りを考えている。その為の予算確保を考えている。また今期の救急災害医療対策委員会に災害対策を集中的に議論する小委員会を設け早急に検討していきたい。

質問：三重県医師会

日医からの要請により JMAT の編成準備にかかったが、派遣には至らなかった。一方、全国知事会からの要請に基づき医師会、県、大学病院、病院協会、看護協会による医療救護班の派遣が行われた。

本県では JMAT 派遣にかかる費用、準備、災害対策基本法の適用、傷害保険など県の医療救護班に比べて差が生じている。やはり全国知事会から日本医師会に指揮系統が行き、それが JMAT として各県に要請されるよう医療救護班の一本化を検討いただきたい。

回答：石川常任理事

確かに県知事のチームは、行政ならではの機動力、情報力、財政負担などの点で医師会よりも優れている。ただし、熊本県知事からの要請は都道府県知事同士の協定に基づくものである。JMAT と県知事チームは別箇のものである。

知事チームへの参加は、知事と医師会との災害時医療救護協定が基本にあると考えているが、日頃からの意思疎通の賜物だと考える。それは大変大きな財産である。

質問：広島県医師会

4月19日、全国知事会に医療救護班の派遣依頼がなされた直後、日医から4月20日付文書にて、熊本県庁担当者より「4月20日頃からの派遣要請はいったん保留させていただいた上で、JMAT にはその後の中長期的、継続的な

派遣をお願いしたい」旨了知依頼が出た。その後、4月24日に日医から再度派遣要請があった。この4日間にどのような話し合いがあったのか、その経緯を伺いたい。

回答：石川常任理事

熊本県知事が全国知事会あてに行った要請は、阿蘇、御船、菊池、宇城の保健所管内に35チームが必要とのことであった。

今回の緊急的な派遣要請に若干唐突感があった為、厚労省に対して、熊本県行政から県医師会への連絡を密にするよう要請を行った。また JMAT は継続的な派遣スケジュールを組んでいく方針を示した。

一方、行政側は案文の状態に要請文書が全国知事会あてに送られており、その結果、翌20日12時頃より知事チームだけで35チームが充たせる見込みとなり、JMAT や日赤は保留とさせて欲しい。今後は中長期的な支援をお願いしたい旨、熊本県庁医療班医療政策課より連絡があった。しかし、知事チームの中に県医師会編成チームも含まれているケースもあり、混乱が生じたケースもあった。4月20日付の文書で保留としたのは熊本県知事からの要請の分であることをご理解いただきたい。

また広島県医師会への再度派遣要請については、鹿児島県医師会チームの後を引継ぐ派遣(熊本市)を打診したものである。混乱の最中とはいえ、誤解を招いたことはこちらの手落ちであり申し訳ない。

質問：福岡県医師会

- ① JMAT が持参する薬剤について、派遣の場合は保証対象だが、待機で終わった場合には保証されない。何らかの対応が検討できないか。
- ② 私設の医療チームについて、統一の指示命令系があるわけではない為、一か所に情報を集約することが困難と思われるが、何か良い方策があれば教示いただきたい。

回答：石川常任理事

派遣がなかった以上、残念ながら災害救助法で賄うことは難しい。しかし、日医ではJMATを派遣した都道府県医師会に一律100万円の支援を行っており、それ等で賄うことも検討いただきたい。

JMAT 携行医薬品について、今後、具体的な備蓄方法及び迅速な調達方法を検討していきたい。

東日本大震災の際、厚労省検討会報告を踏まえ、災害時には市町村や保健所単位で地域災害医療対策会議を作り、地域単位での派遣調整、コーディネートを行うことになっている。今回の対応ではそれが出来た事例である。従って、医療関係者は現地のコーディネート機能に従うことが必須である。

この他、JMAT 派遣の非常に大きな特徴は傷害保険に加入している点である。是非不測の事態に備え JMAT の保険の枠組みで動いていただければと思う。

質問：鹿児島県医師会

- ① 災害派遣等従事車両証明書の発行について、日医から当該証明書を発行することで代用が出来ないか検討頂きたい。
- ② 「災害時の医療救護活動等における関係者の宿泊に関する協定」に基づき、優先的に宿泊先を確保することが出来た。今後、当協定を結ぶホテルを増やすことを是非、検討頂きたい。
- ③ 災害時における感染対策に特化した支援体制の構築（感染対策 JMAT）について検討が必要と考える。

回答：石川常任理事

車両証明書については、災害発生当初、警察庁からは通行証は不要との説明を受けたが、国交省や高速道路会社との協議は出来ていなかった。次の災害に備え、関係者との協議、協力要請を行うことを検討したい。また医師資格証の普及を見ながら活用も交渉していきたい。

日医では会員福祉の一環として、ホテル会社と提携を行っているが、宿泊協定の拡大が出来ないか、今後も検討していきたい。今回ルートインには相当な配慮をいただいたので感謝状を贈呈した。

過去2回の地震では深刻な集団感染は起きなかったが、次の大規模災害発生時期によっては深刻な事態も想定される。「防ぎえた死」を少しでも無くす為にも感染対策に特化した支援体制の検討も行っていきたい。

今回、日医でも現地から送られてくる写真を見て、特にトイレや避難所内での清潔の保持や衛生状態が目につき、厚労省に感染系の方を派遣して貰う等、注意を促した例もあり、感染チームの必要性も認識している。

総 括

中川 俊男（日本医師会副会長）

南海トラフ巨大地震や首都直下地震はいつ発生してもおかしくない。今年度のJAXAとの衛星利用実証実験(防災訓練)は11月16日(水)予定である。今回は首都直下地震を想定して準備を進めている。本日の内容も反映させていきたい。

今回の協議では日医に対して厳しい意見も頂戴した。貴重な教訓として、次の大災害に向けてJMAT体制の見直しに役立ていきたい。



第10回沖縄県医師会 女性医師フォーラム



理事 城間 寛



去る9月23日（金）、沖縄県医師会館に於いて「どうなる新専門医制度 ～指導医、研修医が知っておくべきこと～」をテーマに標記フォーラムを開催した。

今回は、県内3臨床研修群（県立病院群、RyuMIC群、群星沖縄群）の立場から新専門医制度についてご発言いただき、参加者を交え全体で討論を行った。

参加者は医師41名、医学生2名、社労士1名、事務10名の計54名であった。概要について、次のとおり報告する。

挨拶

はじめに、依光たみ枝部会長より概ね下記のとおり挨拶があった。

私が医師になった昭和50年前後の女性医師は10%前後であったが、女性の社会進出の増加に伴い平成12年の女性医師の割合が初めて

30%を超え、平成28年は32.7%となっている。

そういう状況の中、沖縄県医師会女性医師部会では、2007年の発足後「沖縄県女性医師フォーラム（9年連続）」、「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会（9年連続）」、「各病院へ直接、女性医師部会の役員が出かけての出前プチフォーラム（9回目調整中）」、「琉球大学医学部（M3）と女性医師部会との合同企画の講義（3年連続）」との事業を展開している。女性医師だけでなく男性医師も交えて、男女共同参画も含めた医師の働き方について取り組んでいる。

総論

沖縄県立中部病院内科副部長・研修管理委員会
委員長 金城紀与史

各学会が専門医を創出し、乱立状態となっている。なにより医療を受ける国民からわかりに

くい。こうした反省から、新専門医制度は学会と独立した機構が実力のつくプログラムを定義し、全国どこでも認定施設で研修を行えば国民の信頼を得られる専門医を創出できるはずだった。ところが様々な批判が噴出し2017年からの一斉スタートは見送られた。

【新専門医制度の概要】

- 初期研修修了後原則、全員専門研修を受ける（一医師、一専門医）。
- 基本領域（19科）修了後にサブスペシャリティ研修（29科）へ進む（×内科認定医＋循環器専門医 ○内科専門医＋循環器専門医）。
- 基本領域に総合診療科（プライマリ・ケア連合学専門医に近い）
- 経験症例・手技を自分で管理して提出する（研修手帳・WEB登録）
- 学会参加・発表、論文等
- 必修講習会（各科に独自のもの、共通・医療安全・倫理・感染管理、その他：指導医講習・保健医療講習・臨床研究講習・医療事故検討会・医療法制講習・医療経済講習等）

【女性医師と新専門医制度】

- 整備基準で病休・産休について明示
 - ・内科（修了基準を満たしていれば3年間で4ヶ月まで休める、1日8時間、週5日は研修実績として認める）
 - ・小児科（出産育児：3年間で6ヶ月まで、病休：3ヶ月まで、勤務形態は問わないが、プログラム責任者が研修と認めること）
 - ・外科（3年間で最長120日休止可能）
 - ・産婦人科・救急（3年間で産育休・病休6ヶ月以内1回まで、週20時間以上短時間勤務3年間で6ヶ月まで認める）
 - ・総合診療（3年間で120日まで（産育休・病休・介護など））
 - ・麻酔科（3年間で病休・産育休6ヶ月以内を1回まで、プログラム責任者は時短など専攻医のニーズに研修カリキュラムを対応させる必要がある、連続して2年間休止す

る場合（病休・産育休・留学・研究）、休止前の実績は認める、2年以上休むとやり直し、地域卒卒業生、義務で研修を2年以上休止するのは認める）

- ・皮膚科（5年間で半年まで）
- ・精神科（休止で履修できなかった研修を別途行う、研修期間を延長することもありえる）
- 整備基準で労働環境について明示
 - ・心身の健康維持に配慮する
 - ・勤務時間、時間外勤務時間
 - ・適切な休日
 - ・当直と時間外業務を区別し、それぞれに適切な対価を支給
 - ・適切なバックアップ
 - ・労働条件の明示

シンポジウム

(1) 県立病院群の立場から

沖縄県立中部病院内科副部長・研修管理委員会委員長 金城紀与史



県立病院群は、1967年ハワイ大学と提携し卒後臨床研修がスタートした。1973年に臨床研修が4年となり、3年以上の研修修了者は1年以上の離島・へき

地研修義務となった。初期研修施設は、南部医療センター・こども医療センター、中部、北部、宮古で、後期研修施設は、4病院に加えて八重山、離島診療所で研修できる。現在の研修もジェネラル重視は継続しており、「後期研修は、特定の臓器や領域だけにとらわれない」、「内科は、総合内科をすべての内科が養成する」、「外科は、一般外科医を養成する」とし、新専門医制度であっても特定の臓器や専科に限定されないジェネラルの力を育成する。

また、県立病院群の後期研修では、1か月ハワイ大学で研修可能（内科：クアキニ病院、小

児科・産婦人科：カピオラニ病院、外科：クイーンズ医療センター、家庭医：ミリラニ外来センター）で、総合診療科研修では、北海道家庭医療センター、手稲、石巻等で1か月院外研修ができる。さらに、離島北部支援では後期研修医の学会発表、1か月程度の研修をサポートしている。

小児科の影響により、現在の医学部定員を維持したとすると、100人に1人は医学部に入学できる。定員削減・定年延長は不可避だろうが、医師の勤務環境が整備されなければ人が集まらない。男女にかかわらず、持続可能な働き方、濃密すぎる主治医制度からの転換が求められる。

(2) 琉球大学医学部附属病院の取り組み
琉球大学医学部附属病院臨床研修センター
医科部門長 原永 修作



琉球大学医学部附属病院における新専門医制度の開始にむけての取り組みとして、①専門医研修を支援する部署としてのキャリア形成支援センター・医師支援部門を設

置、②ほぼすべての専門領域のプログラムを用意、③大学院進学を含めたアカデミックな経験の確保、④女性医師を含めた専攻医のライフイベントに柔軟に対応、といった4つの視点を中心に紹介する。

①医師支援部門の設置

当院ではこれまでの医師キャリア支援センターを発展させた総合臨床研修・教育センターを立ち上げ、その下に専門医研修をサポートする部署としての医師支援部門を立ち上げた。

②幅広いプログラムの用意

当院では19の専門領域中、臨床検査と形成外科を除く17領域で基幹病院として

のプログラムをそろえて専門医を育成し、沖縄県内における専門医の充足に努めることを目指す。各専門領域で県内外との医療機関と連携を組んでおり、形成外科を含む8領域においては他の基幹施設の連携病院として専攻医師を受け入れる用意をしている。また、各プログラムにおいて、専攻医それぞれの専門医像に応じ subspecialty の研修に配慮したコースを用意している。

③大学院進学

大学院における臨床研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから、各専門領域のプログラムにおいて臨床研究の期間も専攻医の研修に含めることができるコースを用意している。プログラムによって、研究に専念できる期間を設けているコースもあり、専攻医の大学院への進学をサポートする。

④専攻医のライフイベント時の配慮

専門医研修において専攻医の妊娠・出産、疾病などのライフイベントに際して研修の中断、再開、変更は重大な岐路となる可能性がある。当院のプログラムでは妊娠、出産や疾病などの際には6か月までは連続して研修の一時中断を可能としている。また居住地の移動、その他の事情により、研修開始施設での研修続行が困難になった場合は、移動先の基幹研修施設において研修を続行できるよう医師支援部門が調整を行う。

このように琉球大学医学部附属病院では、専門医研修制度においても沖縄県の医師育成のお世話役として、学内のみならず、沖縄県および沖縄県医師会と協力しながら研修システムを工夫し、地域の専門医の充足を目指し、沖縄県全体のレベルの向上に協力していきたいと考えている。

(3) 群星沖繩群の立場から

ハートライフ病院研修委員長 普天間光彦



1. 群星沖繩の現状

19 基本専門領域の基幹施設申請（予定）は 8 病院中 6 初期研修病院で 6 診療科（内科、救急、整形外科、産婦人科、泌尿器科、総合

診療科）である。

8 初期研修病院定員合計 75 名の初期研修修了者の多くが引き続き初期研修病院での専門医研修、或いは群星内での研修は困難な状況であり、オール沖繩での研修が必須となる。

2. 各基幹会議での討議状況

○群星内連係だけで完結するのは困難であり、大学病院や公立病院との連携や「オール沖繩」ネットワーク、その他を生かしての専門医研修「連携施設」として参画することが主になる。

○専門医制度への不安を持っている初期研修修了者もあり、「機構専門医プログラム」に直ぐには進まない医師への対応も考えておくべきである（1 年後に専攻医へ進む進路も予想される）。

○専攻医の処遇面を群星内は一定程度合わせた方が良いとの意見もある（理事長・院長会議）

3. 新専門医制度の事務局体制の確立状況について

新専門医制度は初期研修以上に書類整備も膨大な量になることが予想されており、専攻医の負担が心配される。群星各病院では 1～2 名の人員を配置して事務局を準備しており、各専攻医をバックアップする体制を整えている。

4. 女性医師のキャリア形成支援（8 基幹型病院毎の現状と課題 / アンケート結果より）

○妊娠・出産・育児期の勤務を考慮（当直免除、時短制度、出勤・退勤時間の調整等）

○院内保育施設、病児保育施設の配置

○プログラムで許容される一定期間（4～6 ヶ月）の休暇

○専攻医それぞれのキャリアサポートに関しては柔軟に対応していきたい。

5. 沖繩県で後期研修を行うメリット

①豊富な症例数、プライマリ・ケア研修の充実

②初期研修医が多く、教えることで学ぶ研修

③離島・へき地医療の経験を積める（特別連携施設の位置付け活用）

④カリスマ指導医に学ぶ（例えば宮城征四郎先生、徳田安春先生 2017 年 4 月～群星センター長就任、他）

⑤海外医師との交流が盛ん（ハワイ大学、スタンフォード大学、他）

⑥女性医師に配慮のある、風通しの良い研修環境

ディスカッション

○知花先生（女性医師部会）：どの専門科に進むのか早めに決めなければならないのか。

○金城先生（県立中部病院）：早めに決めなければならない。

○知花先生（女性医師部会）：現在初期研修 2 年目の研修医は来年どうするか。特に小児科、放射線科は来年度から始まる。プログラムの募集は初期研修 2 年目の何月頃から始まるのか。

○金城先生（県立中部病院）：予定では、6 月頃に公示、7 月から募集開始、8 月～9 月に全国で一斉に試験が行われる予定である。専門医機構は、「2 年の初期研修が終わってすぐに専門医を取らない方もいる」、「2 年間で妊娠・出産等の何らかの事情で初期研修医を終えられない方もいる」ことを把握している。それを承知したうえで、少し遅れても専門医が取得できる配慮をしているようである。

○知花先生（女性医師部会）：現在の初期研修 1 年目は、来年の 6 月にはプログラムが公開され、9 月頃までには研修先が決まっている

ことになる。今から様々な準備をしなければならぬ。まず自分が何科に進むかを決めて、どの病院が自分が専門医を取得するのに適しているかを判断しなければならない。

- 金城先生（那覇市立病院）：新専門医制度において、習熟度等を指導医側からどのようにサポートしていくべきか悩んでいる。現在、初期研修医に対してはチューター制度を採用しているが、後期研修医に対してはさらに踏み込まなければならない。それを誰がどのようにやるべきか。例えばチューターをつけるべきなのか。あるいはサポートチームのようなものをつくって複数名の指導医でチェックするべきか。ご意見を伺いたい。
- 金城先生（県立中部病院）：各科によって事情は違うと思うが、内科についてはプログラム責任者がすべての習熟度を把握することは不可能であることから、指導医全員でやらないといけないと認識している。研修センターのようなインフラが必要ではないかと個人的には考えている。
- 原永先生（琉球大学医学部附属病院）：研修管理委員会とは別で考えなければならない。琉大に、総合臨床研修・教育センターを設置している。そこで対応していかなければならないと考えている。
- 久田先生（那覇市立病院研修医）：地域枠出身が専門医を取得するために決まっている点等があれば教えていただきたい。
- 川妻先生（沖縄県地域医療支援センター）：新専門医制度では、専門医を取得する3年間（外科系は4年間）のうち、1年間は指定医療機関が関連施設になっている場合は勤務及び研修期間にカウントできるという方向で調整が進んでいる。自分が進みたい科が指定医療機関になっていない場合は、延長もあり得る。
- 知花先生（女性医師部会）：病院側としては、地域枠出身者を引き受ける際に、離島と連携している方が有利か。
- 川妻先生（沖縄県地域医療支援センター）：その病院のプログラムに、離島の病院が入っ

ていない場合は、その病院を選んだ地域枠出身者が不利になる。

- 知花先生（女性医師部会）：例えば呼吸器内科専門医になるためには、内科専門医を取得した先生になれるが、総合診療医を取得した場合、呼吸器内科専門医になれるのか。
- 金城先生（県立中部病院）：現状では取得できない。ただし、総合診療科の研修期間にかなり内科の部分がある。その内科の症例は、内科学会が展開するWeb登録のシステムを相乗りで使用する予定である。総合診療科専門医を取得後に、内科専門医を取得して呼吸器内科専門医を取得する場合は、一部利用できるであろうと予測はしているが約束はされていない。
- 依光先生（女性医師部会）：新専門医制度では、妊娠・出産等のライフイベントが重なった時はどうなるか。
- 普天間先生（ハートライフ病院）：内科学会では、「研修期間の休止は、プログラム終了要件を満たしていれば、休職期間が6か月以内であれば、研修期間を延長する必要はない」としている。ただし6か月を超えた場合は、超えた分延長となる。
- 田畑先生（那覇市立病院）：給与・待遇面について情報があれば教えていただきたい。
- 金城先生（県立中部病院）：全国的に決まっていない。今回の新専門医制度の大きなウィークポイントである。
- 原永先生（琉球大学医学部附属病院）：ご質問、ご要望を琉球大学または県医師会へあげていただきたい。専門医機構や学会へ確認し答えられる質問、答えられない質問、未確定事項等を県全体に発信し共有したい。

総括

沖縄県医師会理事 城間 寛

女性医師が抱えている数多くなる問題点を、県医師会に要望いただきたい。それを集約し女性医師の勤務環境が良くなるように国等に訴えていきたい。

平成 28 年熊本地震沖縄県医師会 医療救護班 JMAT 活動報告会



災害医療委員会委員長 出口 宝



次 第

司会 田名 毅 (沖縄県医師会救急災害担当理事)

I. 開 会

II. 挨拶 安里 哲好 (沖縄県医師会長)

III. 活動報告

(1) DMAT 活動報告 佐々木秀章 (沖縄赤十字病院)

(2) DPAT 活動報告 伊波 芳暁 (琉球病院)

(3) JRAT 活動報告 又吉 達

(沖縄リハビリテーションセンター病院)

(4) JMAT 活動報告

第 1 陣 島尻 信子 (下地診療所)

第 2 陣 洲鎌 盛一 (牧港中央病院)

第 3 陣 石川 隆夫 (石川医院)

第 7 陣 金城 聡彦 (かじまやークリニック)

第 9 陣 仲地 厚 (豊見城中央病院)

第 10 陣 久場 良也 (ハートライフ病院)

第 11 陣 西島本政一 (北中城若松病院)

第 12 陣 上仁 香奈 (豊見城中央病院)

(5) コーディネーター活動報告・医療本部活動と南区の状況

出口 宝 (災害医療委員会委員長)

V. 総 括

田名 毅 (沖縄県医師会救急災害担当理事)

VI. 閉 会

9月24日、沖縄県医師会館大ホールにおいて表記報告会が開催されました。平成28年熊本地震において本会は熊本市南区に4月18日から5月9日の22日間にJMA12陣44名を派遣しました。当日は派遣メンバーと本会会員、医療関係者、そして行政等の防災関係機関など広くから出席がありました。報告はDMAT¹⁾、DPAT²⁾、JRAT³⁾そしてJMAT⁴⁾の災害医療に係る主立った医療チームが揃っての報告となりました。



会は田名理事の司会で始まり、はじめに安里会長が、本県は特有の課題が多くひとたび地震津波災害が発生するとこれまでに経験したことのない災害になることが予測されるので、他県以上に平時からの防災関係機関

や関係職種間の横断的な連携や主体的な取り組みが求められるとして、本報告会を参考に

「総力戦」となる災害時対応の現状について理解を深め、有機的な連携や今後の災害対策に役立て頂きたい旨の挨拶があり、続いて活動報告になりました。



DMAT 活動報告では、佐々木先生から県の動きや県医療調整本部の活動、DMATの動きと赤十字の活動についての報告があり、当時のEMISの画面を示されての状況説明がありました。そして、

沖縄県からはDMATとJMATや赤十字と県救護班が現地に派遣されたが、その運用は柔軟にできて各機関が連携して沖縄県の少ない資源が有効に活用出来たと締めくくられました。



DPAT 活動報告では、伊波看護師から始めにDPATについて紹介があり、続いて熊本地震での活動についての報告となりました。沖縄DPAT第一陣は発災後15時間で現地入りして

DMATと連携して病院搬送が行われ、その後は地元保健所・精神保健福祉センターと連携して3ヶ月にわたる避難所での活動が行われたことが報告されました。一方で、他医療チームとの連携不足や情報伝達の不備、本部と現地活動の役割等についての課題があげられました。



JRAT 活動報告では、又吉先生からJRATについてその発足の経緯と組織、リハビリテーション支援活動の基本についての説明があり、熊本地震では沖縄からは3チームが活動した

ことが報告されました。続いて沖縄県における福祉避難所の現状と課題についての報告がありました。そして、JRATの沖縄支部が琉球大学整形外科金谷教授を支部長として設立されたことが紹介されました。



JMAT 活動報告では各陣からの報告がありました。

第1陣の島尻看護師は、城南中学校での仮設診療所、巡回診療、医療本部活動など南区での活動開始当初の様子と全国各地からの緊急援助の様子を紹介され、今回JMATに参加したことは大変勉強になり良い経験になったと報告されました。



第2陣の洲鎌先生は、医療コーディネーターと巡回診療などの活動の中で医療本部のロジ（業務調整員）における作業の膨大さと大変さについて報告されました。そして、派遣前に担当された宮古

トライアスロンでの救護態勢と災害医療について述べられて、派遣後に浦添地区医師会で行われた「災害時のライフライン確保に関するアンケート調査」について報告されました。そして、コーディネーターと他職種連携が重要であると締めくくられました。



第3陣の石川先生は、これまで本会の災害医療研修会に参加されてきて今回の派遣に参加されたとし、城南中学校の仮診療所の撤収、避難所の巡回診療、避難所評価、本部医療関係者

ミーティングについて報告されました。そして、今後も災害医療研修に参加していくことが必要であるとされました。



第7陣の金城先生は、避難されている方々への傾聴とDVTの予防などの活動を報告され、その中で精度の高い情報が必要であるとし、巡回診療にあたり各避

難所を探すのに時間を要した経験から、先に巡回したチームが避難所の位置をカーナビに記録しておくことと次回からの巡回が円滑に出来るとの提言がありました。



第9陣の仲地先生は、ダンボールベットが特に高齢者には必要であること、医療本部での全チームによる朝夕のミーティングと避難者シートや患者シートが有用であったと報告されました。また、避難されている方の側に支援者がいる事や心理的サポートが重要であること、さらに支援者が負担にならないようにすることも重要であるとし、県内での災害についても色々な想定をしておく必要があると締めくくられました。



第10陣の久場先生は、巡回診療において避難所名のみで行き着くことが難しかったため情報が後につながる事が重要であること、また日中は高齢者か自宅全壊以外の方は片付けに帰られて避難所にはおられなかったこと、指定避難所以外の自主的避難所への対応が大変であったことなどを報告され、今後は災害のフェーズによってJMATの活動の重点をどこにおくのが課題であろうとされました。そして今後もJMAT活動に協力していきたいとされました。



第11陣の西島本看護師は、巡回診療（訪問）をしたが傷病者は少なくDVT予防の弾性ストッキングが配布されているなど東日本大震災時に比べて落ち着いていたイメージがあり、巡回して保健指導や感染対策ができたとし、現地での沖縄県医師会間での申し送りが円滑にできていたと報告されました。そして、今後は環

境アセスやニーズアセスなどを研修で深めていき、沖縄県医師会の災害活動に協力していきたいとされました。



第12陣の上仁看護師は、南区の状況として避難所には日中は少なく夜になるとほぼ倍の避難者が集まっている状況があったこと、活動としてDVTの聴取を行ったことなどを報告されました。そして、大規模災害時の看護師の役割として感染予防対策があること、また避難者に少しでも寄り添い前向きになってもらえるような関わりも大切な役割であるとされました。



コーディネーター活動報告・医療本部活動と南区の状況として、小職は地震発生からの本会の動き、そして南区の状況の推移を述べ、南区では医療班の外部支援が終了となる5月8日までに、医療班45（延べ126）チームが活動したこと、避難者は減少しても避難所の数に対する巡回診療が必要となり、それに相当する医療チーム数が必要であったこと、医療本部を避難者・避難所を担当する行政担当部署におくことは有用であったこと、そして、保健師チームと連携・協働することで効率的に活動できたとし、活動の基軸となる医療本部とコーディネーターの重要性が再認識されたと報告しました（詳細は日本医師会報誌12月号に論文掲載）。



続いて質疑応答となり、那覇市保健所の仲宗根先生から授援側としての準備が必要であり、そのツールとして熊本地震でかなり使われたと聞いているJ-SPEED（日本版大規模災害時サーベイランスシステム）の有用性についての質問がありました。これに対して、佐々木先生から現

在使われているいくつかの避難所アセスメントシートが紹介され、その中でJ-SPEEDについては大災害時の感染症の動向などを知るのに有用なツールであることが説明されました。また、JMAT 報告の中でコーディネーションの重要性が述べられていた事に対して、現在、県では災害医療コーディネーター設置についての作業が進行中であることが報告されました。



最後に田名理事は、今回の活動から1) 保健師との協働などの他職種連携が必要であること、2) ロジ（業務調整員）の役割が非常に重要性であること、3) コーディネーターを外から投入することは重要である、4) 県と中核都市との行政の壁を乗り越えての連携が重要であるとし、継続性連続性のある支援が重要であると総括されました。そして、今回の熊本地

震への支援活動に関しては本会事務局職員の功績が大変大きかったとして締めくくられ、報告会が終了しました。

その後、会館1階エントラスに移動して懇親会となり遅くまで熱心な意見交換が続きました。

本報告会では活動内容の報告のみでなくその評価や課題が上げられるなど、災害時対応の現状について理解を深めることができ、今後の災害対策に役立つ実り多い会となりました。

脚 注

- 1) Disaster Medical Assistance Team（災害派遣医療チーム）、厚生労働省が創設
- 2) Disaster Psychiatric Assistance Team（災害派遣精神医療チーム）、厚生労働省が創設
- 3) Japan Rehabilitation Assistance Team（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）、同団体協議会が創設
- 4) Japan Medical Association Team（日本医師会災害医療チーム）、日本医師会が組織

謹啓 炎暑の候、貴会の皆様におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、この度当地を襲った熊本地震に際しましては、早々に温かいご支援をいただきましたこと、誠にありがたく心よりお礼申し上げます。

ご承知のとおり、今回の地震は当地に甚大な被害をもたらしました。私たち自治体職員は、発災当初、物資をスムーズに避難所に届ける事ができずに住民の皆さんを大変不安にさせてしまっなど、多くの反省点がございました。このような中であつて、貴会をはじめ多くの皆様方のご支援は、住民の皆さんはもとより、区職員にとりましても、復旧への気持ちを奮い立たせる大きな励みになりました。

四ヶ月が経った今、まだまだ余震は続いているものの、最多二万人を超えた南区の避難者の方達も、ほとんどの方がようやく避難所から生活再建への次のステップへ向かわれつつあります。

今後とも、南区では職員一九となつて、住民の皆さんの生活が一日も早く平常に戻るよう努力してまいりますので、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、貴会のご繁栄と皆様のご健勝を祈りますとともに、重ねてこのたびのご支援に深謝申し上げますが、お礼のごあいさつと致します。

謹白

平成二十八年八月十八日
熊本市南区 区長 田畑 公人

熊本市南区 区長からのお礼状

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)

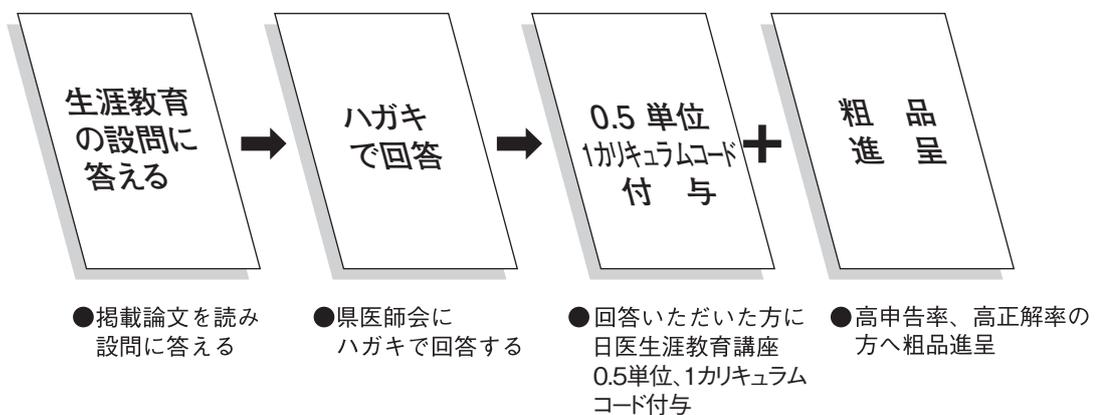
日本医師会生涯教育制度は、昭和 62 年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

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



人工股関節全置換術後臼蓋骨折の 3 例

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 整形外科
永山 盛隆、玉寄 美和、工藤 啓久、新垣 晃

【要旨】

人工股関節全置換術（以下 THA）後に臼蓋骨折を 3 例経験したので報告する。

症例 1. 74 歳、女性、両変形性股関節症。仰臥位による両側同時 THA 後 1 週目の単純 X 線にて右カップの移動を認めカップ再設置を行った。

症例 2. 76 歳、女性、右変形性股関節症。仰臥位による THA 後 5 日目より疼痛の増強があり、単純 CT にて坐骨後柱骨折と臼蓋後壁骨折を認めるも保存的治療で軽快。

症例 3. 60 歳、女性、両特発性大腿骨頭壊死症。側臥位による左 THA 後容易に脱臼を繰り返し、単純 X 線および CT にて臼蓋部骨折によるものと判明。再々置換術を施行した。

THA 後の臼蓋骨折は術中に把握できないことが多く、術後経過で発生することもあり得る。術後、定期的単純 X 線検査および症状の推移を観察することが評価につながるが、診断には単純 CT が有効であった。発生予防にはインプラントの特性および患者の骨質も考慮に入れた慎重な手術手技が必要と思われた。

【はじめに】

THA の手術手技において骨セメントにてインプラントを固定するセメント THA と骨セメントを用いないセメントレス THA に分けられる。さらに臼蓋側と大腿骨側のどちらかにセメント固定するハイブリッド型 THA も登場しているが、最近では臼蓋側にはセメントを用いないことが多い。

今回、セメントレスカップ使用 THA 後に臼蓋骨折を 3 例経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例】

症例 1：74 歳、女性、両変形性股関節症、BMI:27.5。

術式：仰臥位での低侵襲性前側方（minimal invasive anterolateral supine：以下 MISALS）アプローチによる両側同時 THA。

使用機種：B/BRAUN 社製 BiCONTACT（プラズマカップ使用）。

手術経過：左股関節から右股関節の順に手術を行った。臼蓋は同サイズの reaming でカップ設置を行ったが、術中は特に問題はなく、術直後の単純 X 線でも特に異常は認めなかった。術後 1 週目に右股関節痛の増強があり、単純 X 線にて右カップの移動を認め、単純 CT にて臼蓋後壁の骨折を認めた。抜去によるカップの再設置を図ったが、比較的カップの固定性は安定しており、抜去することなく設置角度調整でスクリューを追加固定し再設置することができた。

(図1)。術後は3週間の2分の1部分荷重での制限のみで、以降は荷重制限を解き弛みの所見なく経過良好である(図2)。

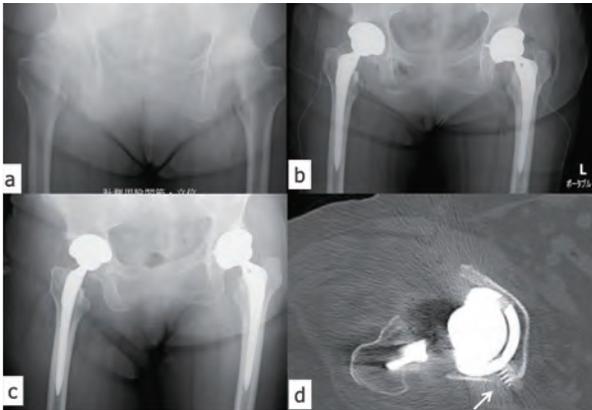


図1 症例1.74歳、女性、両変形性股関節症。
a. 術前、b. THA 後、c. 術後1週
d. 単純CT画像(臼蓋後壁に骨折)。



図2 症例1. 右THA再置換(カップ再設置)術後。

症例2: 76歳、女性、右変形性股関節症、BMI:29.5。

術式: 仰臥位でのMISALSアプローチによる右THA。

使用機種: B/BRAUN社製BiCONTACT(プラズマカップ使用)。

手術経過: 術中のカップ内方設置にこだわった結果、骨性インピンジメントによる後方脱臼をきたしたため坐骨部骨切除処理を追加した。術後5日目より疼痛の増強があり、単純X線で坐骨後柱骨折を認めた。単純CTにて後柱骨折に加え臼蓋後壁の骨折も認めたが、カップの移動進行はなく保存的療法で軽快した(図3)。

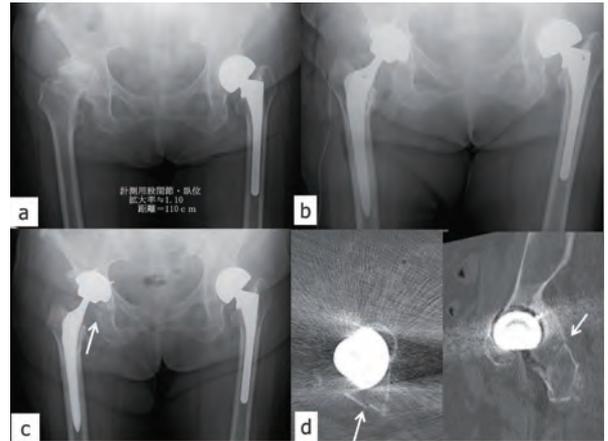


図3 症例2.76歳、女性、右変形性股関節症。
a. 術前、b. 右THA後、c. 術後1週
d. 単純CT画像(臼蓋後壁および坐骨後柱に骨折)

症例3: 60歳、女性、両特発性大腿骨頭壊死症(SLE、慢性腎不全合併)、BMI:23.8。

術式: 側臥位での前側方minioneアプローチによる左THA。

使用機種: Johnson & Johnson社製(ポーラスコートカップ使用)。

手術経過: 右セメントレスTHAの1年後に左側もセメントレスTHAを施行。右THAは術後に大転子の剥離骨折を認めたが、特にADLの低下はなく経過良好であった。左股関節も右側と同様に術後早期から荷重制限なくリハビリを行ったが、術後2週で容易に脱臼を来したため骨頭のネックを長いサイズに置換し、術中発生した大転子骨折に対して骨接合術を追加する再置換術を施行した(図4)。それにも関わらず引き続き脱臼を

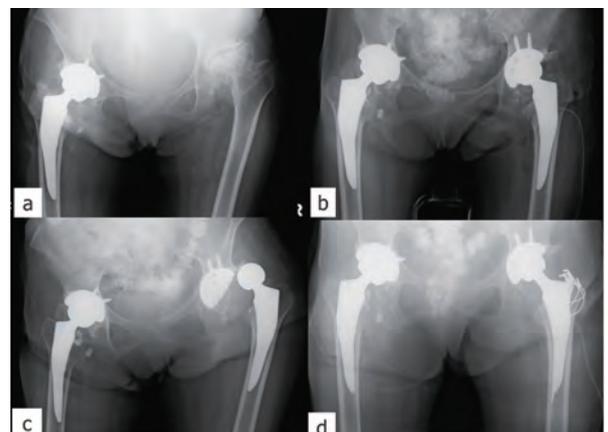


図4 症例3.60歳、女性、両特発性大腿骨頭壊死症、慢性腎不全(透析)。
a. 術前、b. 左THA後、c. 術後2週(後方脱臼)
d. 左THA再置換術後。

繰り返したため、単純 X 線に加え単純 CT にて再評価すると臼蓋部骨折による脚長の短縮によるゆるみから発生した脱臼と判明した。人工関節を全除去し KT プレートによるセメント THA 再々置換術を施行した (図 5)。その後の経過は良好である。

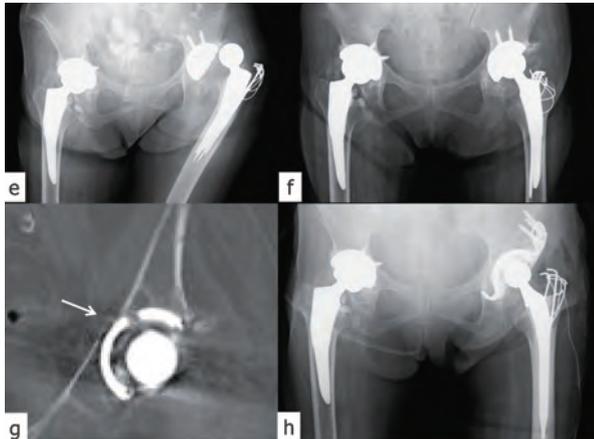


図 5 症例 3.e.再置換術後 9 日目 (前方脱臼)、f. 整備後臼蓋部骨折を認める、g. 単純 CT 画像、h. 左 THA 再々置換術後

【考察】

当院では THA において臼蓋側は原則としてセメントレスカップを用いている。その理由として骨セメントを用いる場合には一度限りの固定操作であるのに対し、セメントレスでは術中 XP を撮りカップの外方開角および前方開角を確認し必要があればカップの再設置が可能という利点があることである。さらにカップの形状や表面加工の改良によりセメントレスカップの長期固定性が向上したことも理由のひとつである。その際、掘削した臼蓋部にカップホルダーを用いてセメントレスカップを打ち込むのだが、初期固定の噛み込みを得るためには一定以上の力で叩き込まなければならない。操作は手動であるため術者の力加減やインプラントの形状・材質さらには症例の骨質によっては臼蓋部へ骨損傷を来す可能性がある。

セメントレスカップの臼蓋骨折の発生頻度は単純 X 線で確認できる major fracture と CT でしか判定できない occult fracture に分類される。

Major fracture の発生頻度は Haiduckewych によると 0.4% としており¹⁾、長谷川らも 455 関節中 2 関節に単純 X 線で骨折を認め、同じ 0.4% であったと報告している²⁾。

当院のセメントレスカップの使用は平成 23 年 4 月から平成 28 年 8 月までの約 5 年間に 1002 件 (機種:B/BRAUN 社 585 件、Zimmer 社 293 件、Johnson & Johnson 社 83 件、Smith&Nephew 社 15 件、ROBERT REID 社 18 件、京セラ社 8 件) あり、発生した 3 件の major fracture に対する臼蓋骨折発生頻度は 0.3% となり決して多くはない。

一方、CT を用いて診断した occult fracture については 455 関節中 41 関節 (9.0%) と比較的高率に臼蓋部骨折の存在があることを長谷川らは述べている。

Occult fracture の発生部位とその頻度は長谷川らによると臼蓋上外側部の頻度が 36.6% と最も高く、内壁、関節外、前壁、後壁の順となっていた (図 6)。臼蓋前後の状態は単純 X 線では判定困難であり CT で確認が有効と思われる。

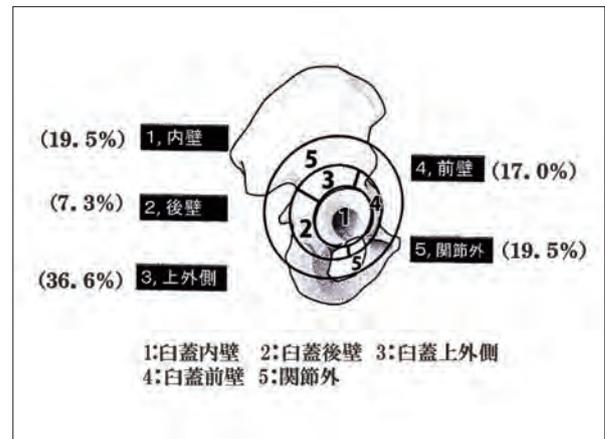


図 6 臼蓋骨折の発生部位とその頻度 (長谷川、日関病誌、2015)

当院の症例 1.2 も臼蓋後壁の骨折は単純 CT のみでしか判定できなかった。術後の股関節痛が増強するなどの異常所見がみられる場合には、念のために CT による確認が必要と思われる。

臼蓋インプラント周囲骨折のカップ別発生率で長谷川らはカップ外縁がやや大きい構造の PSL (Peripheral) 型が 12.7% (31/243: 2 機種)、半球 (hemispherical) 型が 5.7% (12/209: 7 機種)、楕円 (elliptical) 型が 0% (0/3: 1 機種) と報告し、カップ辺縁部が広がっている構造 (矢印) のインプラントは骨折の危険性があり、設置の際は注意を要する³⁾ (図 7)。

カップ種類	骨折(%)	機種
※PSL (Peripheral Self-Locking)	31/243 (12.7%)	Trident HA PSL(Striker) TriAD HA PSL(Striker)
※半球(hemispherical)	12/209 (5.7%)	Trilogy(Zimmer) Trident HA hemispheri(Striker) ADEPT(Striker) AHFIX Q3(kyocera) AMS HA(Kyocera) BHR(smith&nephew) Pinnacle(depuy)
※楕円(elliptical)	0/3(0%)	Trabecular Metal(Zimmer)

図7 白蓋インプラント周囲骨折のカップ別発生率 (長谷川、日関病誌、2015)

白蓋のインプラント骨折では安定性が得られているものは6週間の免荷を行うとされているが、自験例でも保存的治療に5週間の免荷期間を要した。

当院症例の使用機種はいずれも半球型(図8)で症例1, 2はプラズマ、症例3はポーラスコート表面加工を施されている。固定性が良好なポーラスコートに比較してプラズマ処理のカップ表面は細かいため白蓋への噛み合わせがやや困難で、打ち込みの際にかなり力を要することがある。その際は白蓋骨折発生の危険性を考慮して白蓋掘削をし直すなど慎重な手術操作が求められる。例えば手術手技書で1ミリunderでの白蓋掘削と記されていても、白蓋の骨質が高く打ち込みが困難と判断した場合には同サイズでの追加掘削も行うべきである。

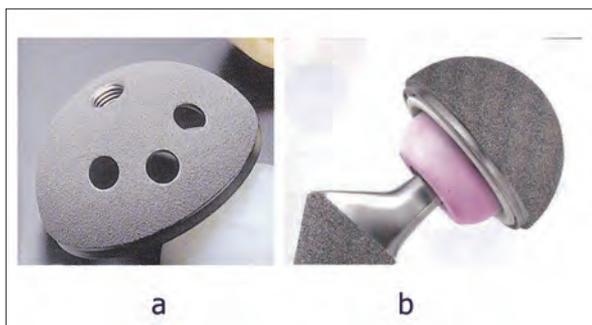


図8 当院症例の使用機種(球型): a, バイコンタクト(AESULAP) プラズマカップ、b, ピナクル(Depuy) ポーラスコートカップ。

当院症例の主な手術手技は仰臥位でのMISALSアプローチと側臥位でのminioneアプローチであ

る。筋間進入によるMISALSアプローチでは視野が狭いということと、その展開に使用するレトラクターに掘削機器が接触し易いため白蓋の掘削で偏心性になる可能性がある。掘削方法として掘削時に前後壁の掘削状態を手動的に確認しながら偏心とならないように慎重な掘削操作を心掛けることも重要である。

症例3は膠原病と透析が合併しており骨質が不良であるため、脆弱な骨組織への対応が課題となる。当院では通常白蓋側はセメントレスカップ固定を行っているが、骨質によってはセメント固定も選択肢に入れることも白蓋骨折回避の方法と考える。

THA後の白蓋骨折は術中には把握できないことが多く、術後経過で発生することもあり得る。術後経過の中で定期的単純X線検査および症状の推移を観察することが評価につながるが、確定診断には単純CTが有効であった。

発生予防にはインプラントの特性および患者の骨質も考慮に入れた慎重な手術手技が必要と思われた。

【まとめ】

1. セメントレスカップ使用THA後の白蓋骨折3例を経験した。
2. 術後経過の中で定期的単純X線検査および症状の推移を観察することが重要である。
3. 診断に単純CTは有効であった。
4. 発生予防には手術手技の向上とインプラントの特性および骨質も考慮に入れたアプローチの工夫が必要と思われた。

【文献】

- 1) Haidukewych GH, et al: Intraoperative fracture of the acetabulum during primary total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am.88:1952-1956,2006.
- 2) 長谷川和宏 他: 人工股関節置換術中に発生する白蓋側インプラント周囲のOccult Fractureの検討. 日本関節病学会誌, 34 (2) :141-151,2015.
- 3) Jensen JS, et al: Failures with the Judet non-cement total hip. Acta Otho Scand.58:23-26,1087.



Q **UESTION!**

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（61.関節痛）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. 人工股関節全置換術の適応疾患は変形性股関節症のみである。
- 問 2. 人工関節の設置法にはセメント固定とセメントレス固定の 2 種類がある。
- 問 3. 低侵襲性人工股関節置換術（MISTHA）は筋間進入のアプローチである。
- 問 4. 人工股関節のカップ設置には外方開角と前方開角の至適設置角度がある。
- 問 5. セメントレスカップの表面処理や形状は統一されている。

C **ORRECT**
A **NSWER!**

9月号(Vol.52)
の正解

ストレスチェック制度について

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. ストレスチェック制度担当者は「実施の事務」を行う。
- 問 2. 実施者は一定の経験や研修を受けた看護職や精神保健福祉士からも選定できる。
- 問 3. 素点換算法を用いて高ストレス者を選定する場合、評価点が低い程、高ストレス状態である。
- 問 4. 高ストレス者と通知した後、面接指導を申し出た者に対して実施者の指名、指示の下に臨床心理士や産業カウンセラーによる補足面談を行なえば、面接指導の要否の判定をして面接指導の対象者を選定し直すことができる。
- 問 5. 集団分析の集計・分析の際、10 人以下のグループでも個人が特定できない方法であれば、集計した結果を本人からの同意を得ずに公表できる。

正解 1.× 2.○ 3.○ 4.× 5.○

- 問 1. 「実施の管理」を行うのが正しい、実施の事務は実施者と実施事務従事者が担う。
- 問 4. 一旦高ストレス者として通知した後は、面接指導の申出があれば、実施しなければならない。
- 問 5. 平成 28 年 4 月の実施マニュアルの改訂で、10 人以下でも同意を得ずに公表できることになりました。

日医医賠償特約保険未加入のA会員のみなさまへ

日医医賠償特約保険 中途加入のおすすめ

毎月1日での中途加入ができます

日医医賠償特約保険は、日医医賠償保険の特色を継承し補完する、A会員の任意加入保険です

特約保険の特長

日医医賠償保険の上乗せ

開設者・管理者責任のカバー

高額賠償への対応

合理的な掛金

加入をおすすめするA会員

非A会員が起こした医療事故について、開設者・管理者としての賠償にも備えたいA会員

法人（99床以下の法人立病院と法人立診療所）の責任部分の賠償にも備えたいA会員

高額賠償の支払い（1事故2億円、保険期間中6億円まで）に備えたいA会員

特約保険と日医医賠償保険の関係

(てん補限度額)	2億円	「特約保険」 拡張担保特約部分		
1億円		「日医医賠償保険」 基本契約部分		
(自己負担分)		免責金額(100万円)		
		行為者責任	開設者・ 管理者責任	開設者責任 (責任)
		A会員		A会員が理事 または管理者 である法人

保険期間

中途加入月1日から
平成29年7月1日

中途加入手続き

中途加入月の前月15日までに
所属の都道府県医師会
(一部地域によっては、郡市区医師会)へ
*詳しくは裏面ご参照

● お問い合わせは本会まで ●

日本医師会(医賠償対策課) 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL03-3946-2121

透析患者の脳出血について



沖縄協同病院

伊波 広二

【背景および目的】

沖縄県の人口100万人あたりの透析患者数ははるかに全国平均を上回り、さらに、糖尿病からの新規透析導入率は日本一で、全国平均の1.85倍(2008年)と厚生労働省から報告されています。透析患者の増加とともに腎臓専門医以外でも透析を受けている患者を診療する機会が増えてきています。脳神経外科領域でも脳出血を中心に診療することがあり、中には激しい脳出血の例や、出血を繰り返し状態が悪くなっていく例があります。今回、当院で経験した透析患者の脳出血をまとめてみました。

【方法】

沖縄協同病院は年間約350人の脳卒中患者の入院治療を行っています。今回、2009年12月～2014年11月までの5年間、当院で入院治療を行った維持透析患者の脳出血を対象とし後方視的に分析しました。外来で他院紹介した患者やCPAは除外しました。

脳出血患者の年齢、性別、病型、予後などを調査しました。また、再発で入院した脳出血患者を調べ原疾患、血圧管理、抗血小板薬や抗凝固薬の使用状況、透析の状況を調べました。

【結果】

図1に示すように、維持透析をしている脳出血患者は32例(全脳出血患者603例)で38回の入院でした。平均年齢は59歳(43～86歳)で、男性17人女性15人で男女差はありませんでした。出血部位は被殻17、視床10、皮質6、小脳脳幹4、その他1(複数回例あり延べ数)でした。抗血小板薬や抗凝固薬などを服用していた例は14例(43.8%)でした。降圧剤は27例(84%)で服用されていました。透析導入から発症までの期間は平均3772.5日(約10年4か月)±2771.5日でした。

維持透析中の脳出血患者は32例(603人中)で38回の入院。			
被殻出血	17	性別比(男/女)	17/15
視床出血	10	平均年齢	59.4±10.3
皮質出血	6	抗血小板剤 抗凝固薬(有/無)	14/18
脳幹 小脳 その他	4 1	降圧剤(有/無)	27/5
計	38	透析導入から入院 までの平均日数(日)	3772.5±2771.5

図1 透析患者 脳出血の背景

図2：発症時と透析の関係を調べてみると、透析施設で透析直前3、透析中7、透析直後3例が発症しており、それ以外では25例でした。MRI検査の磁化率強調画像でmicrobleeds(MBs)がある例が19例、ない例が1例(検査されていない例12)でした。予後を見てみると32例のうち9例死亡退院。自宅退院は3例。それ以外は転院し治療継続されていました。

発症時と透析の関係		MBs	
透析直前	3	あり	25
透析中	7	なし	1
透析直後	3	撮影なし	12
上記以外	25		

予後： 32例のうち9例が死亡退院。
自宅退院は3例それ以外は転院。

図2 脳出血発症時の状況、磁化率強調画像、予後

表1には脳出血を再発した患者4例をまとめています。男性1例、女性3例で降圧薬は全例服用、MRIでMBsが全例に認められていました。透析時に使用する抗凝固薬は全例ヘパリンでした。原疾患は様々でした。

表1 脳出血の再発を繰り返した透析患者

症例	性別	年齢	透析の原因疾患	MB	降圧剤	抗血栓薬	透析内容
1	男	52	DM	+	2種	×	ヘパリン
2	女	70	不詳	+	2剤	×	ヘパリン
4	女	41	妊娠中毒症	+	降圧剤 3種	×	ヘパリン
18	女	62	腎炎	+	3種	×	ヘパリン

【症例】

脳出血の再発を繰り返した症例を提示します。62歳の女性で合計4回の入院となりました。

図3に示すように脳幹部の微小出血で入院(3回目)しMRI検査をすると磁化率強調画像(SWI)で視床や基底核、脳幹や小脳に無数の

陳旧性脳出血(多くはMBs)が認められました。他院入院中に透析とは関係ない時に突然意識障害となり、当院に紹介転院しました。

頭部CTで脳幹部に影響が出ている小脳出血が認められました(図4)。気管挿管下、ICUで管理されていましたが、後日死亡退院となりました。

【考察】

透析患者の脳血管障害は、脳梗塞よりも脳出血の頻度が高いことが特徴とされています。透析患者の脳出血発症率は1,000人・年あたり3.0~10.3で一般住民(久山町研究:1.2)にくらべて極めて高いと報告されています。また、非透析患者より血腫が大きく、予後不良となる

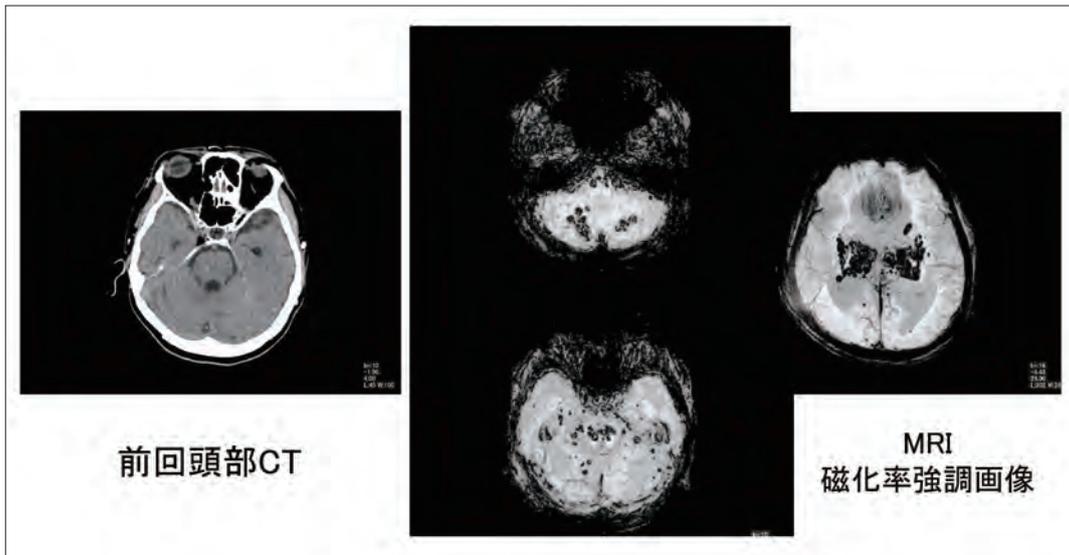


図3 症例62才女性

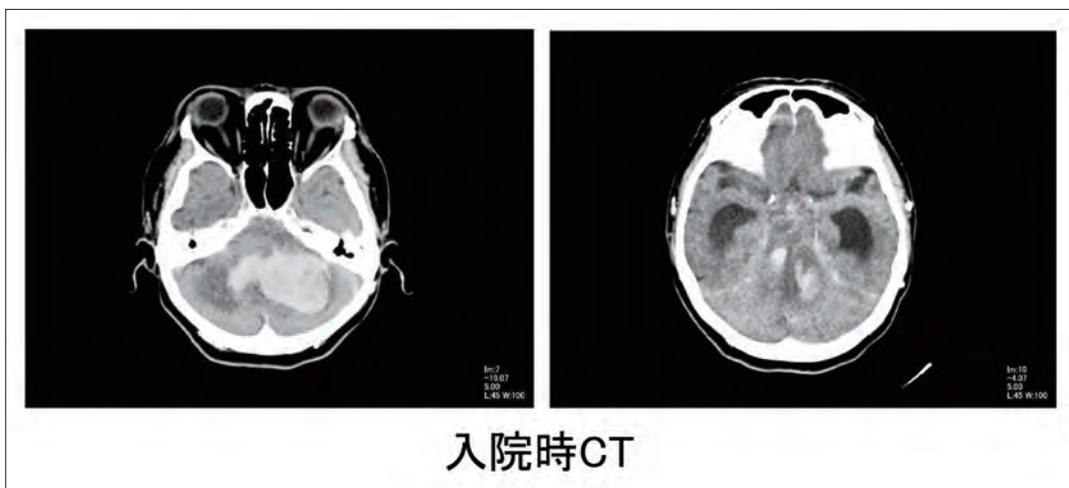


図4 症例62才女性

のが特徴です。当院で2010年～2013年までの脳卒中患者を分析してみると脳出血患者の5%、脳梗塞患者の1%が透析患者で実数も脳出血のほうが多くなっていました。(図5)

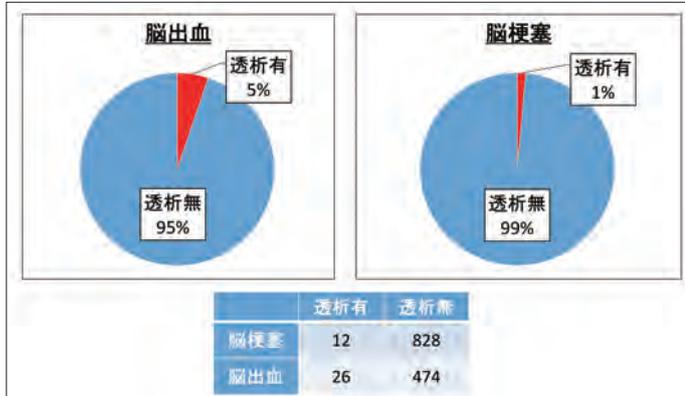


図5 全脳卒中患者の中の透析患者数 (2010～2013年)

今回、MRIの磁化率強調画像で認められるmicrobleeds (MBs) に注目してみました。透析患者はMBsを有する頻度(19～35%)が高いことが報告されています。自主的に脳検診を受けた一般人(平均年齢:62.1歳)を対象に実施した調査で4.4%にMBsが認められたと報告されています。MBsは病理学的には流出した赤血球が血管周囲のマクロファージ内に取り込まれ、ヘモジデリンとして蓄積された状態です。多くは通常のMRIでは描出が難しい約5mm以下です。磁化率強調画像で微小出血巣に存在するヘモジデリンが点状で円形の低信号領域(シグナル消失領域)として描出されます。今回の結果でもMRIの磁化率強調画像が撮影されていた20例中19例はMBsが認められ、強い相関が示唆されました。定期的なMRI検査が脳出血の予防に結びつく診療に寄与する可能性があると思われました。

脳出血を起こした透析患者の84%は降圧薬を服薬されていましたが、中には血圧変動が激しい例がみられました。特に脳出血を繰り返した透析患者は降圧薬を多剤内服していて血圧管理に難渋しているようでした。「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」では特に再発予防に関して拡張期血圧を90mmHg以下に降圧するように勧められています。

抗血小板薬や抗凝固薬を内服していた透析患者は43.8%でした。多くは虚血性心疾患による治療後、抗血小板薬を2剤処方されている例や、末梢動脈疾患に対して抗血小板薬を使用されている例でした。透析患者ではクロピドグレルやアスピリン服薬例で脳出血が増加すると報告されています。前述のガイドラインでは抗血小板薬に関しては非透析患者と同様に用い、長期になる場合は定期的な出血傾向など副作用の監視が重要であるとしています。また、透析患者ではワルファリン投与は原則禁忌とされています。心房細動合併患者にたいするワルファリン治療の有益性がほとんど示されていない現状では、ワルファリン治療は慎重に行われなければならないとされています。仮にワルファリン治療が有益であると考えられる場合(機械弁患者など)にはPT-INR < 2.0の範囲に維持することが望ましいとされています。今回、脳出血を繰り返している患者は最終入院時に抗血栓薬の服用はありませんでした。

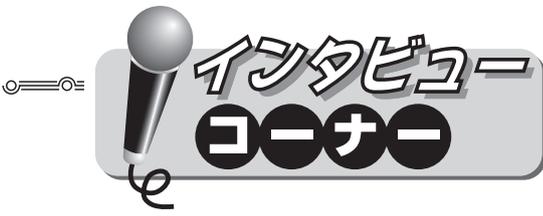
脳出血の発症は透析と関係ない時に21例(66%)が発症していました。透析との直接の関連性は認められませんでした。

発症早期の透析方法としては、持続血液透析濾過や腹膜透析、血流を減じた血液透析など、頭蓋内圧の上昇が小さい透析法を選択し、透析中にはグリセロールを投与し、抗凝固薬としてはメシル酸ナファモスタットを用いることが推奨されています。慢性期の透析は抗凝固薬に何を用いるか議論のあるところですが、当院での再出血例はすべてヘパリン透析でした。今後、症例ごとに検討が必要と思われました。

【まとめ】

透析患者の脳出血の予防は厳密な血圧の管理が大切な事は周知のことですが、抗凝固薬や抗血小板薬を併用する場合は、特に脳出血の合併に注意が必要と思われました。また、脳出血の危険評価にMRIの磁化率強調画像でのMBsが有用であることが示唆されました。

合併疾患の多い透析患者の場合は、相反する治療を両立させていかねばならないこともあり、腎臓内科を中心に、循環器、糖尿病、脳卒中を扱う専門医の連携が必要と感じました。



「安全、安心に暮らせる
沖縄県」の実現に向け
て力を尽くします。



沖縄県保健医療部 部長
砂川 靖 氏

本竹 沖縄県保健医療部長ご就任おめでとうございます。まず、はじめに、ご就任にあたってご感想と今後の抱負をお聞かせください。

砂川 保健医療部の使命は、県民だれもが安全、安心に暮らしていける社会を築いていくことだと考えています。あまり目立たない仕事かもしれないが、本庁だけではなく保健所、食肉衛生検査所、衛生環境研究所、総合精神保健福祉センターそして県立看護大学などで、多くの職員が「県民の安全、安心」を支えるため頑張っています。これらの多くの職員を統率し、結果を出していかなければならないということに、改めて責任の重さを感じています。そして、解決しなければならない多くの課題があるわけですが、その中には、喫緊に解決しなければならないもの、中長期的に取り組まなければならないもの、また、社会経済情勢の変化に伴い新たに解決しなければならないものも出てくるでしょう。職員と力を合わせ、これらの課題を解決するための施策の立案及びその推進に取組み、「安全、安心に暮らせる沖縄県」の実現に向けて力を尽くしたいと考えています。

本竹 次に、2025年を見据えた医療提供体制を構築するための地域医療構想の策定作業が進められておりますが進捗状況をお聞かせ頂けますでしょうか。

砂川 正直に申し上げますと、4月に想定していたスケジュールに比べ、若干遅れ気味です。でも心配はしていません。地域医療構想に関しては、素案段階から医師会をはじめ関係者の皆さんの意見を丁寧に聞きながら、年度内には策定したいと考えています。

本竹 スケジュール的にはどうなんですか。

砂川 そうですね。現時点でのスケジュール感を申し上げますと、年内には関係者の皆さんに素案を提示して素案に対する意見を聞きたいと思っています。そして、提出された意見を踏まえて構想案を策定し、年明けの1月には医療審議会へ諮問、それからパブリックコメント、医療審議会の答申、そして3月には答申を尊重した形での構想の決定、そういう運びになるかと考えています。

本竹 なるほど。構想の策定に際しては医師会の意見も尊重されるというわけですね。

砂川 はい。もちろんそうです。ただ、留意していただきたいのは、構想の策定で我々のミッションが完了するわけではないということです。構想はあくまでも構想であって、それに向かって一步ずつ確実に歩みを進めることが大切だということです。構想の策定は、むしろスタートだと考えています。これからは限られた医療資源を有効に、効率的に活用していくことが求められています。客観的な情報に基づいた協力と連携が必要になってくるのではないのでしょうか。県や医師会、そして各医療機関、県民、市町村、保険者などが、いろんな課題に膝を突き詰めて話し合わなければならないと考えています。言葉は悪いですけど、ある意味、談合が必要になってくると考えています。

本竹 なるほど。構想の策定は医師会としても協力したいと思いますので、よろしくお願いします。次に、生活習慣病問題、医師・看護師不足問題等、本県が抱える様々な問題に対して、解決策、対応策等はどうなのお考えお持ちなのか、お聞かせ頂けるでしょうか。

砂川 はい。まず、生活習慣病の問題ですが、本県は、生活習慣病の増加などに伴い、長寿県としてのブランドが危うくなり、「健康・長寿おきなわ」の維持、継承することが喫緊の課題になっていると考えています。そこで、県は第二次健康おきなわ21を策定し、健康づくりに対する県民意識の醸成をはじめ、日常生活における健康づくりを官民一体で推進するため、「健康長寿おきなわ復活県民会議」を設置し、県民への啓発、構成団体が連携した健康づくり、地域や事業所で行われる健康づくり活動の表彰などの全県的な運動を展開しています。

特に、20～64歳の年齢調整死亡率を改善するために、特定健診、がん検診の受診率向上、肥満の改善、アルコール対策などの取組を積極的に推進することで、「早世の予防」と「健康寿命の延伸」を図り、「平均寿命日本一おきなわ」の復活を目指していきたいと考えています。

本竹 医師不足、看護師不足についての解決策については、どうお考えですか。

砂川 はい。医師、看護師をはじめとする医療人材の不足、地域偏在の解消も重要な課題であると考えています。そのため、医師に関しては、中長期的な施策として琉球大学医学部の地域枠、自治医科大学での医師の養成、また、短期的には県内外の医療機関から離島及びへき地の医療機関に医師を派遣するといった取組を行うことで、現状及び将来的な医師の確保に取り組んでいるところであります。また、診療科の偏在に関しては、現行の施策に加え新たな施策についても検討していく必要があるのではないかと考えています。

本竹 わかりました。では、看護師については、どうですか。

砂川 看護師については、看護職員の確保が困難な施設で就業しようとする者への修学資金の貸与、ナースセンターでの職業紹介や相談、潜在看護師の再就職支援に向けた研修などの施策に取り組んでいるところです。ただ、今後、高齢化の進展に伴い増床や在宅医療の拡大などで、看護師の需要が高まるのではないかと考えています。そのためにも、今一度、潜在看護師の掘り起こし、再就職支援に力を入れていく必要があるのではないかと考えています。

本竹 わかりました、今後とも、医師や看護師の確保に努め、沖縄県の医療の充実に取

り組んで頂きたいと思います。では、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。

砂川 県医師会は、医療提供体制、健康長寿、医師不足など沖縄県における医療に関する問題を解決していくうえで欠くことの出来ない重要なパートナーだと考えています。中には、解決策を見いだすのが難しい問題もあるかと思いますが、医療のプロ、行政のプロという立場で、お互いに連携を強め、医師会と力を合わせ、ひとつひとつ問題を解決し、県民福祉の向上に努めていきたいと考えていますので、ご協力のほどよろしくお願ひします。

本竹 わかりました。こちらこそよろしくお願ひします。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ください。

砂川 そうですね。これといった健康法というのはございませんが、しいて挙げれば、健康おきなわ21でも掲げている三つの重点目標、油控えめ、野菜たっぷりの食事、そして適正飲酒、こんなもんですかね。

それから、本竹先生を前に言うのもなんですが、趣味はゴルフです。先生と違って、下手ですけど…。

本竹 (笑い) 座右の銘もありますか。

砂川 そうですね。「人生意気に感ず。功名誰か復た論ぜん。」ですかね。

本竹 ああ。確か、魏徴の述懐という漢詩にてくる一文ですね。

砂川 そうです。座右の銘とはいかないかもしれませんが、何か、こう、さばさばしていて、こういう人生というか、こんな風に仕事をしてみたいなと思っています。今のところ全くそうは行ってませんけどね。

本竹 そうですか。部長らしい、いい言葉だと思いますよ。とにかく、お体に気をつけてこれからも頑張ってください。医師会としても沖縄の地域医療の充実のため、県と力をあわせて頑張っていきたいと思ひます。本日はありがとうございました。

砂川 こちらこそ、どうもありがとうございました。これからも宜しくお願ひします。

インタビューアー：広報担当 本竹 秀光



「幅広い受け皿に沈む 90-90-90 達成の鍵」



沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一

国連合同エイズ計画 (UNADIS) が掲げている「90-90-90」という目標があります。まず、世界中の HIV 陽性者の 90% が検査により自分自身が HIV に感染していることを知ること。実際に感染しているもののそのことを知らない「無症候キャリア」が非常に多いことが感染を継続させている大きな原因の一つだからです。次の 90 は、HIV 陽性者の 90% が HIV に対する有効な治療である抗ウイルス療法 (複数の抗ウイルス薬を組み合わせる使用 anti-retroviral therapy (ART)) を受けることです。そして最後の 90 は、治療を継続することにより血液検査で検出されるウイルス量が感度以下にまで抑制できた陽性者が 90% 以上になることを目標としています。

沖縄は新規 HIV 感染者や AIDS 患者の報告数が人口比で日本の中で 3 本指に常に入る自治

体です (図 1 参照)。HIV 感染症の状態で見つかる患者が多いことについては、積極的に検査を行って患者を抽出している成果とも言えますが、検査されずに感染を知らない患者がまだまだ存在していることも予想させます。というのも、AIDS を発症して見つかる患者は多くが検査を受けずに長期間過ごしたことにより AIDS に至っているからです。「90-90-90」の最も重要な入り口となる早期発見は、広く検査の間口を広げることが肝要です。患者自身の気づきだけでなく、多くの診療科で HIV 感染症が鑑別診断として挙げ、抗体抗原検査の提出にまで繋げることがまずは日常診療の中で手をつけて頂ける試みです。どのような時に HIV の検査を行うべきかを図 2 に示していますが、思いの外「珍しい状況ではない」と考えます。

ART 導入に必要な費用負担も日本では身体

HIV感染者上位自治体			AIDS患者上位自治体		
	自治体	人口10万対		自治体	人口10万対
1	東京都	2.718	1	香川県	0.917
2	大阪府	1.901	2	沖縄県	0.704
3	沖縄県	1.196	3	高知県	0.678
4	岡山県	0.884	4	宮崎県	0.628
5	愛知県	0.832	5	大阪府	0.600
6	徳島県	0.785	6	愛知県	0.577
7	奈良県	0.727	7	福岡県	0.530
8	宮城県	0.718	8	東京都	0.530
9	香川県	0.714	9	岐阜県	0.490
10	岐阜県	0.686	10	滋賀県	0.424

図 1 : 新規 HIV 感染者・AIDS 患者報告数 (上位 10 位の自治体 : 2015 年)

- HIV抗体検査の希望者
 - 活動性結核
 - 50歳未満の帯状疱疹
 - 新たに出現した重症乾癬等の皮膚疾患
 - B型・C型肝炎の既往
 - 子宮頸癌、HPV感染症
 - 最近の抗菌薬使用歴のない鷲口瘡
 - 原因不明のいそ、体重減少
 - び慢性リンパ節腫脹
 - 原因不明の血小板減少、白血球減少、貧血
 - 不自然に長期に持続するウイルス感染様症状(急性HIV感染症疑い)
 - 健康者に生じる日和見感染症等の稀な感染症の既往
 - 精査にも関わらず持続する原因不明の疾患
- Kasten MJ, Human Immunodeficiency Virus: The initial physician-patient encounter. Mayo Clin Proc. 2002;77:957-963

図2：HIV 抗原抗体検査を考える兆候・身体所見

障害者手帳の申請と更生医療の適用により軽減され、治療開始はスムーズに行われる場合が多いと感じます。また副作用の比較的小さい新薬と言える抗ウイルス薬も欧米の販売開始時期に遜色なく使用することができるため、薬剤導入を行いやすい状況にあります。そこで2つ目の90については達成は困難ではないと考えますが、最後の90に難しさがあります。HIV 感染症は根治はできないため、薬剤投与によりウ

イルスを抑制し続ける必要があります。10年、20年と内服を継続し続けていくことは糖尿病や高血圧症の診療をされている医師の方々であればお分かりのように、患者も医療者も苦勞があります。薬剤の副作用や心理的な負担、社会的な環境の変化、加齢に伴う身体の変化などに随時変化しながら、患者の傍でサポートし続ける必要があります。HIV 陽性者に起こりうる問題は多岐にわたり、HIV 診療の専門家だけでは到底太刀打ちできません(図3参照)。地域の幅広い診療科の方々の協力が必要であり、また患者のニーズに対応するために診療場所も病院だけにとどまらず、地域の診療所や訪問診療、療養施設などの受け皿が渴望されるところです。

HIV の疫学的な抑制を目標として世界的なゴールに掲げられている「90-90-90」ですが、この達成には地域全体での取り組みが欠かせません。達成目標が2020年となっていますが、一日でも早く沖縄が地域としてここに到達できるよう、沖縄のチーム力を発揮していきましょう。

生じる問題	詳細な内容	協力が必要な診療科
HIV感染症	抗HIV薬の調整	感染症内科
合併感染症	性感染症(淋菌、梅毒、クラミジア等)	泌尿器科、産婦人科
	皮膚感染症(白癬、コンジローマ等)	皮膚科
	呼吸器感染症(ニューモシスチス肺炎等)	呼吸器内科
	消化器感染症(カンジダ食道炎、CMV感染症、B型/C型肝炎等)	消化器内科
	中枢神経感染症(クリプトコッカス髄膜炎、トキソプラズマ脳炎等)	神経内科
生活習慣病	眼感染症(HIV網膜炎、CMV網膜炎等)	眼科
	糖尿病	糖尿病科
	骨粗鬆症	整形外科
	腎機能障害	腎臓内科、透析室
	循環器疾患(心筋梗塞/狭心症等)	循環器内科、心臓血管外科
悪性腫瘍	口腔関連疾患	歯科口腔外科
	悪性リンパ腫など	血液腫瘍科
	各種固形癌	外科系診療科、消化器内科
精神神経合併症	婦人科系腫瘍	産婦人科
	認知機能障害	神経内科、精神科
統合的診療	抑うつ障害	精神科
	上記諸問題の発見とサポート	プライマリケア科、総合内科、緩和ケア科

図3：HIV 陽性者に生じる身体的 / 精神的な問題とその必要な診療科

どのように水辺事故の対応が変わったか ～医療用酸素使用の法解釈改正によって～

合志清隆¹⁾、村田幸雄^{2,3)}、錦織秀治⁴⁾、玉木英樹^{3,5)}、森松嘉孝⁶⁾、石竹達也⁶⁾

1：琉球大学病院 高気圧治療部 2：国際潜水教育科学研究所 3：琉球大学医学部
4：中国ダイビング 潜水技術研究部 5：玉木病院 外科・総合診療科 6：久留米大学医学部 環境医学講座

【はじめに】

水辺事故のなかで潜水（ダイビング）に伴う減圧障害（decompression illness: DCI）の病状は進行しやすく、さらに重症化のことがあり進行防止に加えて治療としても早急な酸素吸入が必要である¹⁾。しかし、人に使用する医療用酸素は医薬品の1つとして法的規制を受けており、緊急時を含めて酸素投与は医療者に限られている。離島や無医村でDCIを発症すれば専門医療機関へ航空機で搬送されてきたが、これは気圧低下に伴う病状悪化を助長することにもなる。DCI発症の現場ではファーストエイドとして酸素使用の必要性が迫られており、特にレジャーダイビング目的の来県者が年間50万人を超える沖縄県では酸素使用の可否は救命救急と安全性の両面から分水嶺となっていた。

以上の状況のなかで、水辺事故に際して現場での酸素使用を可能とする要望書を厚生労働省に提出することが専門医学会で検討されたが、酸素の取り扱いで慎重論が出され継続審議となった。しかし、現場の関係者から比嘉奈津美衆議院議員さらにダイビング関連にも詳しい大見正衆議院議員に現状の説明がなされ、2人を介して法解釈の改正案が厚生労働省の担当官との討議の俎上に載せられた。半年以上にわたる検討の結果、非医療者による「救命や救護の応急

処置として医療用酸素は使用可能」とした法解釈改正が厚生労働省に受理された（巻末）。この法解釈により水辺事故は救急医療からファーストエイドへと対応の焦点が移ることになるが、新たに派生する課題に向けて関係者間で検討が進められている。

【概念と疫学】

環境圧の過度の低下では組織や血液の不活性ガス（窒素など）の溶解度が低下して過飽和の状態となり、呼吸循環器系を介した排出との平衡がくずれ、ある限界を超えると組織や血管内に気泡が形成される。この気泡による障害が減圧症（decompression sickness: DCS）である。さらに急激な減圧で肺気圧外傷が生ずると、肺内ガスが血管内に流入して動脈化することで動脈ガス塞栓症（arterial gas embolism: AGE）が引き起こされ、虚血に脆弱な脳の障害が主にみられる。以上のDCSとAGEとの合併例や両者を併せた総称が減圧障害（DCI）であり、さらに血小板凝集能ないし血液生化学的な変化も含まれる^{1,2)}。

国際組織のDAN（Divers Alert Network）の調査によれば¹⁾、1回の潜水でのDCIの発生頻度は職種や用途で差がみられ、レジャーや海軍関係の0.01～0.03%に比べ職業潜水では0.095%とされている。また報告では、DCIの

なかの AGE の割合は 18% (1987 年) から 8% (1997 年)、さらに 3.9% (2008 年) へと低下しているが、これは安全教育の普及によるものと思われる。本邦で活動しているレジャーダイバー数は 30～40 万人といわれ、そのダイバーの年平均の潜水回数は約 65 回との調査があることから³⁾、DCI 発生は相当数にのぼると予測される。さらに DCI の発生要因には休息時間の短い繰り返し潜水があり¹⁾、繁忙期には日に複数回の潜水を連日のように行うガイドダイバーには DCI が高率に発症している可能性がある。しかし、本邦での潜水による DCI の実態は明らかではなく、その一因は潜水医学に精通した臨床医が少ないことが考えられる。

【気泡と酸素】

高気圧環境から減圧を行うと組織の主に細小静脈で気泡が形成され、この静脈性気泡は大血管を介して肺動脈へ送られる。20 μ m 以上の気泡は肺の細小動脈に留まり肺胞から呼気として排出され、それ以下では毛細血管を通過することで諸臓器の血流障害を起こすことはない⁴⁾。また、潜水から数時間経過しても心臓超音波検査で静脈性気泡がみられることが多いなかで DCI 発症は稀である。しかし、気泡が大量に生ずれば肺からのガス排出の許容量を超え、さらに血小板血栓も伴うことから静脈うっ滞による組織浮腫が生ずる。例えば、脊髄静脈と吻合している脊髄硬膜外静脈叢 (Batson's plexus) は窒素が溶解しやすい脂肪組織に富むことから気泡が形成されやすく、その結果として脊髄静脈の還流障害から脊髄浮腫による障害を引き起こす²⁾。また、大量の静脈性気泡は肺細小動脈に留まり肺動脈圧さらに右房圧ないし大静脈圧の上昇によって全身浮腫とショック状態を招くことになるが、一般に気泡が多量になると DCI の発生率も高まる⁵⁾。

DCI の予防には肺から気泡排出を促進させる必要があり、それには肺胞内ガス分圧の圧較差を利用した酸素吸入が最も効果的である。潜水後の静脈性気泡は大気圧下で 30 分間の酸素吸入でも顕著に抑制され、1.6 絶対気圧 (水深 6m に相当) での酸素吸入で気泡は消失することが報告されている⁶⁾。この結果は減圧中に酸素吸入を行う「酸素減圧」の有用性を裏づけたものである。潜水ないし潜函作業では高気圧作業安全衛生規則により酸素使用は禁止されていたが、同規則の改正によって酸素減圧が可能となった (施行令 2015 年 4 月 1 日)。しかし、潜水でもレジャーダイビングにおける酸素減圧は安全面での課題が残り、現状では大気圧下での酸素吸入がより安全と考えられる。また、潜水前の 30 分間の酸素吸入によって潜水後の気泡発生が顕著に抑制されることもあり⁷⁾、今後は DCI の予防目的で酸素使用は潜水関連で広く普及するものと推測される。

【ファーストエイド】

この対処法は DCI の病状によって 2 つに大別される。1 つは現場での酸素吸入が最も重要なものであり、病状が数時間で進行するか新たな症状がみられる DCS あるいは中等症ないし軽症の AGE である。これらに対して酸素吸入の器材や酸素流量に捉われることよりも早急な酸素投与が重要である。例えば、重症例を含めた DCI に潜水終了から 4 時間以内に酸素吸入を約 2 時間行くと 65% の事例で症状が改善しており、その内訳は 14% が完全回復であり、51% で部分的な改善が得られている⁸⁾。さらに、この報告では DCI の症状進行は 5% のみとされており、発症初期の酸素吸入が極めて重要な意味を持つことを示している。今回、応急処置として厚生労働省が酸素投与を非医療者に容認した背景には、初期の DCI に酸素の有

効性が極めて高いだけでなく、大気圧下における数時間の酸素吸入では肺や脳への副作用、すなわち「酸素中毒」が理論的にも生じないからである⁹⁾。さらに潜水による利尿効果で脱水傾向になることから¹⁾、飲水による水分補給を行うことも必要である。次いで、2つ目のDCIの病状は極めて重篤なものであり、浮上直後ないし10数分以内に意識障害や全身痙攣発作などの脳障害の症状がみられる重症のAGEである。その後の心肺停止を想定した早急な救命処置と緊急連絡が必要となる。例えば、この病態に類似するもので医原性のAGEでは119例のうち25例が死亡との報告があるが¹⁰⁾、潜水でも類似した重篤度と推測される。

【模索される治療】

複数の代表的なDCIの治療法、すなわち酸素再圧治療があるなかで、米海軍で作成された「治療表」が国際的にも用いられることが多いことから、本邦の専門医学会はDCIには同治療法と規定してきた¹¹⁾。しかし、近年では米国の専門施設では酸素再圧治療ではなく通常の高気圧酸素治療(HBO)を非緊急として行うと連絡を受けている。これは重症例を含めたDCIの治療結果を統計学的に検討すると治療法による予後の差がないことが示された影響と推察される¹²⁾。この報告結果は2016年の国際会議でも話題になったが、大型治療装置でのみDCIの治療が可能とする従来の常識を覆しているからである。さらに2017年の同会議ではDCIの治療として大気圧下の酸素吸入の効果を討議するワークショップが企画されている。

DCIの治療は1965年頃までは空気による加圧のみが行われていたが、その後は酸素効果を期待して複数の「治療表」が開発され、近年では治療法が統一された感があった。しかし、DCIの治療に酸素が必要とされながらも、ど

のような酸素療法が最適であるのか明らかではなく、大気圧下の酸素吸入とHBOとの差も不明である¹³⁾。DCIには米海軍の酸素再圧治療とした盲信を捨て科学的な判断が必要であり、障害臓器と病状に合わせた治療法を選択することが重要と考えている^{2,14)}。例えば、重篤な呼吸器系症状がみられるDCIに酸素再圧治療を含めたHBOを行うと、かえって病状を悪化させ人工肺使用で良好な結果が得られることがある。さらに脳障害では大気圧下の酸素吸入のみで改善が得られやすく、痙攣発作を伴っていればHBOによって悪化させることもある。従って、DCIの治療法は「新たな模索段階」として検討する必要がある。

【診断と誤診】

国際的に統一された診断基準がないことが混乱を招いている。DCIの診断は症候学的になされるが、これは医師個人の知識と経験に診断が偏ることを意味する。特に症状のなかで感覚異常や運動障害などの神経障害を診る必要があり、潜水救急は神経救急の1つと考えられる。さらに長期の潜水歴は頸椎椎間板ヘルニアの誘因とされており¹⁵⁾、潜水後の握力低下や四肢のジンジン感はDCIと誤診される傾向にあるが、米国の専門機関でも神経疾患とDCIとの鑑別の重要性が紹介されている¹⁶⁾。さらに、この報告には沖縄県でのDCIの診断で神経系の病状判断に問題があることが指摘されている。診断で参考になるのは潜水の状況に加えて全身状態ないし神経症状の経過である^{1,2)}。例えば、潜水終了からの時間でDCI発生率をみると42%(1時間以内)、60%(3時間以内)、83%(8時間以内)と98%(24時間以内)に対して、脳障害の症状は浮上直後にみられやすい¹⁾。さらに、四肢や臀部などの疼痛を除くと感覚障害が最も頻繁にみられ、肩から上肢あるいは腰部や

下肢などに生じやすく、デルマトームに一致せず多発性のことも稀ではない¹⁷⁾。また、両下肢の感覚障害に運動障害が加わると横断的な脊髄障害から重症化しやすい。一方で、DCIの診断にはCTやMRIなどの画像診断は大きな意味をなさず、他の脳脊髄の血管性疾患との鑑別が必要な場合に用いる程度である^{1,2)}。また、潜水では脱氷状態になっていることが多く、全身の病状判断には簡易な血液生化学的検査が有用である。

【救急ネットワーク】

水辺事故の多発地域である沖縄県では現場ないし救急隊、さらに医療機関からDCIに関する問い合わせを頻繁に受けてきた。医療者間でのスマートフォンや携帯電話あるいは電子メールでの意見交換に加えて、現場からのホットラインの活用も行ってきた。例えば、一次救命処置(BLS)の訓練を受けているガイドダイバーから緊急連絡がグループの代表者に入ると、その病状を聞いて現場で可能な対処を伝えてもらい、その後の病状確認を行っている。事例によっては法的許容範囲内で潜水の専門家や救急医を中心とした医療者の間で検討してもらう。この検討結果は潜水医学に関係する全国の救急医にも配信しており、最近では水辺事故への医療者の認識の高まりを実感している。この手法は迅速な意見集約と情報共有化とで有益なものであるが、さらに潜水救急に止まらず島嶼ないし僻地の救急医療にも活用可能であると考えられる。例えば、何らかの傷病者が出れば、その地域でBLSを習得している保育士や小中学校教師などが、医療者と連携しながら具体的な指示を受けるものである。その実践には複数の課題のなかで法整備も必要になるだろうが、日常的な簡易なツールの応用は本邦の地域医療を変貌させる可能性を秘めている。

【社会的視点】

潜水現場では法的責任を問われる懸念が常にある。例えば、レジャーダイバーがDCIを発症したと診断されれば同伴のガイドダイバーは刑法による業務上過失の責任を問われ、逆にガイドダイバーがDCIを発症すれば雇用関係による使用者側への安全配慮義務違反(労働契約法)、さらに労働災害として事業主が行政指導を受けるといった現状がある。また、前述したDCIの診断上の問題も加わり、潜水関連の事故では係争への発展事例も少なくはない。しかし、今回の酸素使用は以上の社会的な問題を大きく変えると思われる。例えば、現場での酸素使用によって症状消失や改善が得られたとなれば、その後に受診した医療機関でDCIと診断されることも、あるいはHBOが行われることも少なくなると考えられる。すなわち、今回の酸素使用は以上の法的責任問題の状況を大きく改善させるものと予測される。また、酸素使用による病状改善は傷病者の緊急搬送を必要としないことから、ドクターヘリに代表される医療資源の適正運用さらに医療費抑制につながると考えられる。

【今後の課題】

法解釈の改正で水辺事故に対するファーストエイドとしての酸素吸入が非医療者で可能となったが、酸素の取り扱いや実際の投与方法などで複数の課題が残されている。具体的には、安全な酸素使用での教育講習が最初に挙げられ、どのような内容や項目さらに実践する団体や組織などを検討する必要がある。しかし、既存の複数の潜水団体がファーストエイドで教育講習の実績があることから、適正な講習が計画され行われるものと考えている。さらに、この講習の実践には救急隊や救急医を中心とした医療者の協力が不可欠であることは言うまでもない。ま

た一方で医療者側にとっては、DCIの最適な治療法と適正な診断での課題に加えて、水辺事故での法的責任を含めた社会学的視点からの理解と検討が必要と思われる。

【おわりに】

沖縄県で頻発する水辺事故、なかでも現場でのDCIに対して非医療者の緊急用の酸素使用が可能となったことから、事故時の救急処置からファーストエイドへと対処法が様変わりしている。これは法解釈の改正によるものであるが、沖縄県の現場の声が比嘉奈津美衆議院議員と大見正衆議院議員を介して厚生労働省の担当官を動かしたからである。しかし、適正な酸素使用での課題も明らかになり、現場で救急対処を実際に行う当事者と救急救命士さらには救急医との連携による「酸素講習」の実践が不可欠である。さらに、DCIの治療と診断に加えて社会学的視点からの課題も紹介した。「潜水病」ないし「潜函病」は1868年に始まったミシシッピー川に架かるセントルイス橋の潜函作業で広く知られるようになり、現在では「減圧障害」の呼称が定着しているが、一方で多方面の課題を持った古くて新たな疾患と捉えることができる。

【参考文献】

1. Vann RD, et al: Decompression illness. *Lancet* 377: 153-164, 2011.
2. 合志清隆, 他: 中枢神経系における減圧障害の病理と診断および治療での課題. *日高気圧環境医会誌* 39: 67-77, 2004.
3. 中山晴美, 他: レジャーダイバーの減圧症罹患頻度について. *日高気圧環境医会誌* 33: 73-80, 1998.
4. Heinemann HO, et al: Nonrespiratory functions of mammalian lung. *Physiol Rev* 49: 1-47, 1969.
5. Gardette B: Correlation between decompression sickness and circulating bubbles in 232 divers. *Undersea Biomed Res* 6: 99-107, 1979.

6. Blatteau JE, Pontier JM: Effect of in-water recompression with oxygen to 6 msw versus normobaric oxygen breathing on bubble formation in divers. *Eur J Appl Physiol* 106: 691-695, 2009.
7. Castaga O, et al: Pre-dive normobaric oxygen reduces bubble formation in scuba divers. *Eur J Appl Physiol* 106: 167-172, 2009.
8. Longphre JM, et al: First aid normobaric oxygen for the treatment of recreational diving injuries. *Undersea Hyperb Med* 34: 43-49, 2007.
9. Clark JM, Fisher AB: Oxygen toxicity and extension tolerance in oxygen therapy. In: Davis JC, Hunt TK eds. *Hyperbaric oxygen therapy*, Bethesda, MD, Undersea & Hyperbaric Medical Society 1977.
10. Bessereau J, et al: Long-term outcome of iatrogenic gas embolism. *Intensive Care Med* 36: 1180-1187, 2010.
11. 日本高気圧環境・潜水医学会: 高気圧酸素治療の安全基準. *日高気圧環境・潜水医会誌* 50: 53-66, 2015.
12. Blatteau JE, et al: Prognostic factors of spinal cord decompression sickness in recreational diving: retrospective and multicentric analysis of 279 cases. *Neurocrit Care* 15: 120-127, 2011.
13. 合志清隆: 「減圧障害の最適な治療法は何か」総括. *日高気圧環境・潜水医会誌* 51: 7-9, 2016.
14. 合志清隆: 琉球大学病院での減圧障害の治療の実際. *日高気圧環境・潜水医会誌* 51: 23-27, 2016.
15. Reul J, et al: Central nervous system lesions and cervical disc herniations in amateur divers. *Lancet* 345: 1403-1405, 1995.
16. Arness MK: Scuba decompression illness and diving fatalities in an overseas military community. *Aviat Space Environ Med* 68: 325-333, 1997.
17. Togawa S, et al: Dissociation of neurological deficits in spinal decompression illness. *Undersea Hyperb Med* 33: 265-270, 2006.

平成 28 年 5 月 27 日

厚生労働省 医政局 受領 0527 第 3 号

ダイビングやプール等の事故での医療用酸素使用に係る Q&A

ダイビング（作業、レジャー）やプール等の事故（要救助）で医療用酸素の使用について、ダイビング業者やプール事業者等の指針となる Q&A をご案内いたします。緊急時にご活用していただくと同時に、今後も「安心・安全」なダイビングやプール営業の実施をお願いいたします。

なお、Q1 と Q2 については、厚生労働省に回答内容の確認をしていただきました。Q3、Q4 及び Q5 は、レジャーダイビングの自主安全基準として推奨する回答となります。

又、当会では正しく「酸素供給」を行うために、医療用酸素プロバイダー講習を受講し、正規に資格を持ち継続した訓練を行うことを強く推奨いたします。

Q1：ダイバー等の救命や救護の応急処置に「医療用酸素」は使用できますか。

A：医療用酸素の使用は、法的には「医行為」にあたり、医師でない者が反復継続する意思をもって行えば、医師法第 17 条違反となります。しかし、救命や救護のために緊急やむを得ない措置として行うものであれば医師法違反にならないと考えられます。なお、酸素による事故防止と安全のために、医療用酸素の使用に関する必要な知識を習得した上で行われることが望ましいと考えられます。

Q2：ダイビング事業者やプール事業者等は酸素供給に用いる医療機器を購入できるのですか。

A：スキューバダイビング事業者やプール事業者等は、人命救護に使用するための医療用酸素を購入できることになっており、医療用酸素と併せて使用される医療機器についても同様に購入できます。

Q3：いつ、酸素を与えればよいですか。

A：できるだけ早く与えてください。応急手当の酸素救護をした経緯と対処を、速やかに地域の公的な救助機関（119 番又は 118 番（海上保安庁））に通報して下さい。

Q4：だれが、酸素を与えればよいですか。

A：酸素についての十分な知識と経験を有する者が緊急時に与えることができます。正規認定ダイビングインストラクター、潜水士、高圧室内作業主任者等の資格保有者も酸素供給についての受講を推奨いたします。

Q5：応急措置として「医療用酸素」を使用したことで、責任を問われることはあるのですか。

A：厚生労働省にも相談しましたが、免責の司法判断は個別の状況によりますので医療用酸素による事故防止と安全を確保し「酸素供給法、酸素救急法」等に従って重大な過失がないように以下の点に十分注意して応急措置を行って下さい。

1. 現場に医師等がいなくて、速やかな対応が必要であると判断した場合。
2. 減圧障害の恐れ、溺れ等の事故で酸素の投与が必要であると判断した場合。
3. 応急手当をする者が酸素供給に関した教育と訓練を受講していることが強く推奨されます。
4. 使用される酸素は「医療用酸素」であること。

編集（順不同）：

公益社団法人日本レジャーダイビング協会 一般財団法人社会スポーツセンター

特定非営利活動法人 潜水医学情報ネットワーク 水中科学研究所

琉球大学医学部附属病院 高気圧治療部

国際潜水教育科学研究所 代表 村田 幸雄

日本圧気技術協会 事務長 目黒 隆

オリエンタル白石株式会社 顧問 川崎 恭史

（元高気圧作業安全衛生規則改正検討会委員）

一般社団法人日本潜水協会 事務局長 浦辺 信一

平成 28 年 5 月作成

シェークスピアが描いた睡眠障害

田崎病院
松浦 雅人

必要があってシェークスピアを調べたところ、その戯曲には多くの睡眠障害が描かれていた。最も有名なのは悲劇「マクベス」の中で、マクベスが主君ダンカン王を殺害して引き揚げた直後、「眠りはもうこない。マクベスは眠りを殺した」という幻声を聴く場面かもしれない（第二幕第二場）。その後のマクベスは悪夢に悩まされ、「毎晩嫌な夢にうなされて眠るくらいなら死んだ方がましだ」とその苦痛を吐露している（第三幕第二場）。一方、夫をそそのかし気丈にみえたマクベス夫人も良心の呵責から正気を失っていく。毎夜ろうそくを手に城内をさまよい歩き、「まだここにしみがある・・・消えておしまい・・・どうしてこの手はきれいにならないの」と洗浄強迫の症状を呈する（第五幕第一場）。侍医と侍女が息をのんで見守ると、「ベッドから起きあがり、部屋着をはおり、戸棚の錠を開け、紙を取り出して二つに折り、何やら書いて読みなおし、封印してベッドに戻る」が、その間は眠ったままであるという。夢内容を行動化するレム睡眠行動障害ではなかったかとの見解もあるが、眼を見開いたまま毎回同じ道筋を歩き回り、手洗いなどの複雑な行動を繰り返すことから睡眠時遊行症と思われる。黒澤明監督はマクベスを潤色して傑作映画「蜘蛛巣城」を完成させ、主人公三船敏郎の妻役を演じた山田五十鈴が圧倒的な存在感で見る者に恐怖を感じさせている。

レム睡眠行動障害は悲劇「オセロー」に描かれている。ムーア人の将軍オセローはヴェニス
の美しい娘デズデモーナをめぐったが、その幸
せをねたむ旗手イアーゴの策略にはまって激し

い嫉妬をかきたてられ最愛の妻を殺してしま
う。イアーゴがオセローの忠実な副官と一緒に
泊まったとき、その若い副官は「デズデモーナ
様、二人の仲を気づかれないようにご用心くだ
さい」と寝言を言い、そばに寝ていたイアーゴ
の手をつかんで「いとしい方」と言いながらキ
スをしたという（第三幕第三場）。妻が若い男
と不倫しているとオセローに思い込ませよう
としたイアーゴの作り話であるが、シェークス
ピアは夢内容をそのまま言葉にしたり行動化す
る睡眠時中の異常行動の存在を知っていたのか
もしれない。

マクベスが悪夢の恐怖を語っているように、
シェークスピアの戯曲には悪夢の記述が多い。
初期の歴史劇「リチャード三世」は15世紀の
中ごろに起こった薔薇戦争の顛末を描いたもの
であるが、リチャード三世は犬までほえかか
ると言われたほど醜い風貌で、悪党になってや
ると宣言し、正当な継承者たちを次々と殺して
王に成り上がった。父王と夫を殺された未亡人
アンはリチャード三世の妻となったが、「あの男
が怖い夢をみてうなされるので、毎晩起こさ
れてしまいます」（第四幕第一場）と夫の悪夢
を語っている。劇中の登場人物にも、「昨夜は
実に情けない一夜を過ごした・・・気味悪い
ものばかり出てくる恐ろしい夢をみた」と悪
夢の恐ろしさを語らせている（第一幕第四場）。
リチャード三世自身は悪夢の苦痛を語ることが
ないだけに、その恐怖がより大きかったのでは
ないかと想像される。

ヘンリー四世は強引な権謀術数によって前
王リチャード二世から王位を奪い取ったが、枕
を高くして眠れなかった。「ああ今、何千人
もの民は安眠を貪っているというのに・・・
心地よい眠りこそは自然の優しい看護婦であ
るのに・・・汝を脅かしたがために、汝は私
の目蓋を押さえてくれない・・・気持ちの良
い忘却にひたしてはくれない」（第二部第三
幕第一場）と、不眠症の苦しみを延々と独
白する。ウエールズやスコットランドの貴
族たちは王位の正当性

を認めず、戦国の世にあって権力を維持するのに身を削るヘンリー四世の姿はこの歴史劇の主筋である。

一方、ヘンリー四世の放蕩息子の王子ヘンリーと、その相棒でロンドンの場末の酒場で飲んだくれていた老いた騎士フォルスタッフが引き起こす滑稽で猥雑な民衆場面が副筋である。フォルスタッフは飲んべい、ほら吹き、好色で、あらゆる悪徳を詰め込んだ快楽原理の化身のような存在である。「布袋腹の太っちょで・・・酒場で壁にもたれて寝込んでしまい、馬のようないびきをかいて・・・ひどい息つかいをしている」(第一部第二幕第四場)」とあり、アルコールで悪化する睡眠時無呼吸症候群と思われる。当時のエリザベス女王はフォルスタッフがいたくお気に入り「恋に落ちた老騎士を見たい」とおっしゃったことから、シェークスピアは急いで喜劇「ウインザーの陽気な女房たち」を書き、フォルスタッフを主人公に仕立てあげたと言われている。当時の民衆も不良老年の代表として親しまれており、シェークスピアの次作「ヘンリー五世」でフォルスタッフの死が示唆されると、観客はしんみりしたという。オーソン・ウェルズは映画「フォルスタッフ」で優しい不良老年として自身が演じ、歌劇王ヴェルディは最晩年に傑作オペラ「フォルスタッフ」を完成させている。

シェークスピアの戯曲の中でも悲劇「ハムレット」は最も人気があり、後世の芸術家たちの創造力を刺激し続けてきた。ハムレットは「生きるべきか、死ぬべきか」の台詞のすぐあとに、「死は眠りにすぎぬ・・・眠って心の痛みが去り、幾千もの苦しみを除かれる・・・夢をみよう・・・どのような夢を見るやら・・・それが心懸りだ」と語っている(第三幕第一場)。シェークスピアが睡眠や夢に並々ならぬ関心を持っていたことを示している。そして、シェークスピアが描いた不眠症、悪夢、睡眠時遊行症、レム睡眠行動障害、睡眠時無呼吸症候群は現在の知識から

見てもきわめて正確で、生き生きと描かれている。劇作家の鋭い人間観察と深い洞察力は驚嘆に値する。



まっかな秋

沖縄県立中部病院 放射線科
安谷 正

「えー、お前、ちょっと来てみ！」小6生3人の見知らぬ先輩が小5の僕を開南小グランド脇から呼んでいる。恐る恐る近寄ると、僕を呼んだ先輩が命令した「えー、何か言ってみ？」意味が分からなかったので僕は言った、「何。」突然、彼が叫んだ。「えー、聞いたか、聞いたか？くにひゃーの声、でーじオジサンだろー。(▽)アハハ！」

小5の変声期。周囲の変声期の友人よりも僕の声は低くなってしまった。音楽の時間、「♪真っ赤だなー、真っ赤だなー、蔦の葉っぱが真っ赤だなー」とみんなが「まっかな秋」をボーイソプラノで歌う。僕にはキーが合わない。オクターブ下で歌ったら、僕の歌がどす黒い赤に聞こえた。自分でも不気味だった。小5、小6、歌の時間が嫌いになった。

中1になった。変声期の友人は増えた。中学生になると真面目に音楽の時間に歌う奴はいない。少し気が楽になったが、歌うのが好きじゃないことには変わりはない。フォークソングが流行っていた。キーが高すぎる。楽しそうに歌っているクラスメートがうらやましかった。

中2。1975年7月20日、一学期が終わる日、友人からの伝言、「お前、通知表もらったら帰る前に音楽室に来て宮里先生が言ってたからよー。」(ゆくしだろー?)疑問に思いながら音楽室に行った。ほかに友人2人も呼び出され

ていた。しばらくして先生が来た。「飯でも食いに行こうか。」学校向いの割烹に行った。テレビでは海洋博の開会式が放送されていた。3人とも天ぷらそばを食べた。「食べたな？よし。お前たち、夏休み暇だろ。他の暇そうな男友達集めて、毎朝音楽室に來い。合唱部を混声合唱にして、NHK 合唱コンクールに出る。」まじかー？歌？なんで？けれども天ぷらそば食べてしまったし、相手は先生、逆らえないし。なんて夏休みだ。

翌、夏休み初日、渋々音楽室に登校。女子ばかりの合唱部に初の男子3人。でーじ変なで窓の外ばかり見ていた。黒板の前に見知らぬ男子高校生がいる。「これからパート練習！」と先生の掛け声。高校生に連れられて我ら男子3人は別室へ。「小禄高校の〇〇です。今日は先生の頼みで君たちの練習指導するから、よろしく。じゃあ、まず声出してみよう。(ピアノを弾きながら) マー (ド) マー (ミ) マー (ソ) マー (ミ) マー (ド)。ハイ。」「マーマーマーマー」歌わざるを得ない雰囲気。ピアノのど真ん中のド (1点ハ) から始まり、半音ずつどんどん高くなる。早速僕は声が出なくなり黙った。二人の友人は頑張り、結構高いところまでいったが、ついに限界。今度は半音ずつ下降。僕もやっと歌える高さになったので歌い始めた。どんどん下がっていく。友人らは最初のマーが出せなくなった。ピアノの出だしのマーは始めの1点ハのオクターブ下になった。低い音なら何とか頑張れるが、半音、さらに半音下がったシのフラットで限界となった。「へー、お前の声でーじ凄いな。うちの高校にもこんなに低いのはいないよ！」何と、低い声を褒められた。不覚にも笑顔になってしまった。この瞬間、大げさかもしれないが、僕の人生が変わった。高いところは歌えなくても、低い部分なら役に立てる、きっとハモリで一緒に歌える。先生からの天ぷらそばをきっかけに、僕に歌う居場所が与えられた。部活に友人がさらに加わってまじめな夏休みとなり、果たしてNHK合唱

コンクール沖縄地区予選で我ら上山中合唱部は金賞となった。コンクールの時に知ったのだが、我ら顧問・宮里進正先生は中学校の先生であるのみならず、なんと大人的那覇混声合唱団の指揮者もしていた。すげーかっこいい、と思った。そんな先生の指導の下、中3も合唱部を続けた。

那覇時代は真面目に部活をしなかったが、合唱部のベースパートに大会前に加えてもらい、長崎での西部合唱コンクールを体験させてもらった。二浪して琉大医学科2期生となり、高校合唱部だった仲間同士で男声合唱の琉大グリークラブを再結成して歌った。卒後県立中部病院で働いてからは、院内の「小さな音楽会」を開催してきた Simon & Garfunkel に因む SG こと崎原永作先生・卒宮城正典の両先生と那覇高合唱部先輩の喜屋武幸男先生に誘われ、放射線科恩師・永田凱彦先生の退官の宴で感謝を歌にこめた男性コーラスグループに加えて頂き、その後もこのメンバーで Brothers Four ならぬ Doctors Four として共に歌った。また高校・大学の友人、宮平誠司君の首里眼科 (首里石嶺在) 開業時には、宮平君の発案で彼と共に大学時代グリークラブで共に歌った医学科の仲間達、きなクリニック (首里儀保在) の喜納美津男君、曙クリニック (那覇市曙在) の玉井修君と僕の4人で歌った。その後は玉井君に代わり首里の杜耳鼻咽喉科 (首里久場川在) の安田忍君と共にアカペラコーラスを組み、宮平君の開業祝いに歌を聞いて下さったソムリエ平瀬さんのお陰で、ワインダイニングレストラン L' Accord にて DocsROSE (僕らの専門科 Radiology、Ophthalmology、Surgery、ENT の頭文字をロゼワインにかけた名) のグループ名で歌わせて頂いた。最近安田君の開業5周年祝いで共に歌い、さらに琉大医学科1期の先輩で沖大教授の山代寛先生も加わった5人で沖縄県保険医協会総会後懇親会にて楽しく歌った。時々結成される仲間だが、思いっきり声を出して歌うストレス発散効果と、稀にハモった瞬間の感動が嬉しい。普段は琉大医学科2期

同期の愛妻（久美子：与那原町・よなみね眼科勤務）や愛する子供達と家族で共に通う教会でクリスチャンワーシップソングを歌い、この2年はインマヌエル那覇教会のクリスマスコンサートにもベースの一人として加えて頂き、ハレルヤ！と、主イエスキリストへの賛美を共に歌っている。

今夜は秋の満月が美しい。小5の頃、まっかな秋を歌うのが嫌だった僕。今は低い声ながらも歌える居場所が与えられ、歌うのが楽しい。振り返ってみれば、すべては中学時代の恩師・宮里進正先生のお陰。先生は既に天国におられ、直接お礼を言うこともできないままのお別れとなってしまった。天ぷらそばに始まる御恩。この場を借りて先生に心からの感謝を捧げます。そして低い声を与えて下さった神様、ありがとうございます。今この随筆を書き終えた秋の夜、心がほんのり赤くなっている。



讃岐見聞録

同仁病院
山城 惟欣

いま我が国において最も勢いのある食品チェーン店が、丸亀製麺と言われておりますが近年沖縄県内でも所々に見かけるようになり、各店舗とも連日行列を作るほどの大盛況ぶりです。日本に数あるご当地うどんの中でも何故讃岐うどんがこれだけ人気なのか、その真髄は2006年に放映されたユースケサンタマリア主演の映画「UDON」やNHKプロフェッショナル仕事の流儀 File.No260（2015年4月13日オンエア）などで余すところなく表現されています。後者の番組では現在の香川県を代表する讃岐うどん職人森田真司氏が紹介されており、科学的及び精神的側面から極めて詳細かつ的確な分析

がなされていたと地元でも高く評価されてきました。私は2011年4月より2年間、香川県の病院に勤務しておりましたので、この目で見たありのままの現実をあらゆる誤解や誹謗中傷を恐れず赤裸々に書き綴りたいと思います。

とにかく香川県民のうどん愛は私の想像を遥かに絶するものでありました。「三度のメシに、おやつもうどん」などと揶揄されることもあります。実際にそれに近い生活スタイルを生涯通して実践する強者も少なくありません。どんなに「そばじょーぐー」を豪語していても、そこまでの勢いで沖縄そばを食べる人を私は見たことがありません。とある友人が「僕はあまりうどんを食べる方ではありません。週に2、3回程度です。」と真顔で話していた時には、残念ながら何のリアクションも取れませんでした。高松空港では、施設内で営業する4つの飲食店の全てでうどんが提供されているばかりか、うどんダシが出てくる水道管まで設置されています。

そんな讃岐うどんの歴史は古く、今から1200年ほど前まで遡ります。西暦774年に讃岐国多度郡（現在の香川県善通寺市）に生まれた空海（後の弘法大師）が、留学先の中国（当時の唐）でその技術を学び、帰国時に博多経由で持ち帰ったのが始まりとされ、沖縄そばのルーツになったという説もあります。日本が生んだ鬼才と称される空海は帰国後数々の偉業を成し遂げ、正に国の礎を築いたとされていますが、実はこの業績こそ現在もなお香川県民の心の奥底に生き続けている最たる所以であると推察しております。

初代沖縄そば王「いしぐふー」のオーナー、池原氏は「讃岐うどんは、地球上で究極の麺と言える。水、塩、小麦粉の3要素のみでこれだけの奥行きとバリエーションを生み出してきた職人達の技術と情熱は、絶賛に値する」と述べています。

さらに、香川は決してうどんだけの県ではありません。サヌカイトと呼ばれる世界で類のな

い良質な鉱石が採れ、それを扱う石職人の技術も世界一と言われます。美ら海水族館やドバイのショッピングモールなどに設置されている巨大水槽の亚克力加工メーカー、当代屈指の造船職人と謳われる葛原氏を擁する川崎重工、芸術の島として名高い直島なども地元の誇りであり、また香川大学のグループが実用化に成功した希少糖は糖尿病の歴史を変えるかも知れません。街の至るところに職人氣質というものが息づいており、料理も勿論うどんだけである訳がありません。瀬戸内の豊かな海産物を活かした割烹やビールに最高に合う骨付き鳥、小豆島のオリーブも有名ですが、それを飼料としたオリーブはまさにオリーブ牛なども全国的に評価が高まっています。質の高い食材をふんだんに使用し、文字通り全国から予約の殺到するフレンチレストランや、幻の讃岐コーチンなど旨いものに枚挙の暇がありません。唯一残念なのは、

多くの飲み屋が夜 11 時までには閉店することくらいでしょうか。

那覇～高松空港は ANA から毎日直行便が出ています。そんな魅力溢れる香川県をちょっとでも訪れてみたい気持ちになった方は、お気軽にお声かけください。耳より情報は、まだまだ沢山ございます！



原稿募集

プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。

随筆コーナー (2,500字程度)

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

原稿送付先

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

E-mail: kaihou@ml.okinawa.med.or.jp

※原稿データは、出来ましたらメール送信又は電子媒体での送付をお願い申し上げます。

感 染 症 情 報

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	39 週	40 週	41 週	42 週	43 週	
		10/2	10/9	10/16	10/23	10/30 (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	309	361	408	582	661	(11.40)
RSウイルス感染症	小児科	7	12	12	3	11	(0.32)
咽頭結膜熱	小児科	26	27	25	8	11	(0.32)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	29	19	19	15	19	(0.56)
感染性胃腸炎	小児科	117	104	112	132	119	(3.50)
水痘	小児科	14	10	12	4	9	(0.26)
手足口病	小児科	50	42	31	17	18	(0.53)
伝染性紅斑	小児科	0	1	0	2	1	(0.03)
突発性発疹	小児科	13	14	12	13	17	(0.50)
百日咳	小児科	4	4	2	6	6	(0.18)
ヘルパンギーナ	小児科	7	6	2	5	4	(0.12)
流行性耳下腺炎	小児科	16	13	7	12	10	(0.29)
急性出血性結膜炎	眼科	3	1	0	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	15	13	15	13	7	(0.70)
細菌性髄膜炎	基幹	2	0	1	1	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	3	1	0	6	4	(0.57)
マイコプラズマ肺炎	基幹	9	4	8	7	4	(0.57)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	1	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	0	0	1	0	0	(0.00)

※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)

39週から43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

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 862-0007 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

講演会・例会のご案内

(12月10日～2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
12/11 (日) 9:00	沖縄県医師会館	第122回沖縄県医師会医学 会総会 (日医生涯教育講座2単位) ①進化する消化器内視鏡 ～高齢社会に求められ るものは～ ②肺癌の放射線治療 ③琉球大学の「脂肪幹細胞 移植」再生医療の分野か ら	①仲地 紀哉(那覇市立 病院) ②有賀 拓郎(琉球大学 医学部附属病院放射線 科 助教) ③野口 洋文(琉球大学 大学院医学研究科再生 医学講座教授、琉球大 学医学部再生医療研究 センター センター長)	15)臨床問題解決の プロセス 12)地域医療 0)その他 1)医師のプロフェッ ショナルリズム	沖縄県医師会 888-0087 参加費 なし
12/11 (日) 13:00	沖縄県総合福 祉センター	平成28年度沖縄県かかりつ け医認知症対応力向上研修 (基礎編) (日医生涯教育講座4単位) ①かかりつけ医の役割 編 ②診断・治療 編 ③連携と制度 編	①野村 秀樹(野村ハート クリニック院長) ②野村 秀樹(野村ハート クリニック院長) ③野村 秀樹(野村ハート クリニック院長)	6)医療制度と法律 11)予防と保健 13)医療と介護およ び福祉の連携 14)災害医療 29)認知症の障害 32)意識障害 70)気分の障害(うつ) 78)脳血管障害後遺 症	沖縄県高齢者 福祉介護課 866-2214 参加費 なし
12/13 (火) 19:00	沖縄県医師会 館	沖縄腎フォーラム定例会 (日医生涯教育講座2単位) ①文献紹介・抄読会 ②症例検討会	①和気 亨(県立南部医 療センター・こども医療 センター) ②未定(未定)	9)医療情報 15)臨床問題解決の プロセス 1)医師のプロフェッ ショナルリズム 73)慢性疾患・複合 疾患の管理	吉クリニック 851-3077 参加費 なし
2/3 (金) 19:00	ロワジールホテ ル&スパタワー	沖縄ハート特別講演会(第 237回沖縄ハート) (日医生涯教育講座1単位) 未定	浅井 徹(滋賀医科大学心 臓血管外科教授)	3)医療倫理:研究倫 理と生命倫理 12)地域医療	イーザイ(株) 895-1168 参加費 500円
2/9 (木) 19:00	沖縄県医師会 館	本田秀夫先生講演会「発達 障害の早期療育と長期予 後」(仮) (日医生涯教育講座2単位) 発達障害の早期療育と長期 予後(仮)	本田 秀夫(信州大学医学 部附属病院子どものこ ろ診療部診療教授)	5)心理社会的アプ ローチ 11)予防と保健 12)地域医療 72)成長・発達の障 害	沖縄県発達障 害者支援セン ター 982-2113 参加費 なし

※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:2月10日～4月9日迄の講演会例会等が決まれば、12月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。

平成28年度 産業保健研修会予定表 ～産業保健かわら版(後期)～

沖縄産業保健総合支援センターでは、事業場の産業保健担当者等に対して産業保健に関する基礎的又は専門的・実践的な研修会を開催いたします。

参加ご希望の方は申込書に記載の上このままFAX(098-859-6176)にてお申し込み下さい。

「ホームページ」の研修案内からも申込みできますので、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、ご了承ください。

〒901-0152 沖縄県那覇市字小禄1831-1
沖縄産業支援センター 2階
独立行政法人 労働者健康安全機構
沖縄産業保健総合支援センター

本研修会は無料です。

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

TEL098-859-6175 FAX098-859-6176

●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
31	12月15日(木) 18:30~20:30	産業医のための労働衛生法令(1) (生涯更新)	職場の「健康診断」とその「事後措置」について、関係する労働衛生法令を説明します。	池間 正幸 (労働関係法令)	303室
32	平成29年 1月11日(水) 18:30~20:30	ストレスチェック制度に係る産業医の対応(生涯専門)	ストレスチェック制度がスタートしたが、その実施後の問題点、そして産業医(実施者)としての対応について検討します。	仁井田 リチ (メンタルヘルス)	302室
33	1月12日(木) 18:30~20:30	職場巡視の進め方<討議方式> (生涯実地)	画像により、事業場の安全面、健康面のリスクを洗い出し、その対策に関するアドバイス等出席者で討議します。	伊志嶺 隆 (産業医学)	303室
34	1月19日(木) 18:30~20:30	産業医のための労働衛生法令(2) (生涯更新)	産業医を中心とした産業保健スタッフによる「職場巡視」、「安全衛生委員会の活動」等について詳しく説明します。	池間 正幸 (労働関係法令)	303室
35	2月8日(水) 18:30~20:30	ヘルスプロモーション ～産業医の役割～(生涯専門)	我が国のヘルスプロモーションをレビューし、ヘルスプロモーションにおける産業医の立場についてディベートしていきます。	崎間 敦 (産業医学)	303室
36	2月22日(水) 18:30~20:30	産業医によるストレスチェックの集団分析と職場環境改善(生涯実地)	ストレスチェックの集団分析データの判読と職場環境改善活動の実施法について、体験を通して習得していただきます。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	302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必ず御連絡下さい。

FAX 098-859-6176

開催場所	沖縄産業支援センター 3階会議室		
フリガナ(必須)氏名	番号	31 . 32 . 33 . 34 35 . 36	
所属機関(事業場名)	所属部署		
職種	1. 産業医 2. その他 ()		
電話番号	FAX		

※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・セミナー等の御案内に使用させていただくことがあります。また、「かわら版」の研修予定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。

平成 28 年度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、平成 26 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（一部未定あり）が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	研修形態
終了	5月21日（土） 15:00～17:00	災害医療総論・被災地のフェーズと活動	講義
終了	6月30日（木） 19:30～21:00	災害現場医療対応の原則（急性期）	講義、図上 定員 50名
終了	7月16日（土） 15:00～18:00	トリアージ+トリアージタッグ	講義、図上 定員 50名
終了	10月13日（木） 19:30～21:00	大規模災害発生時における多数死体検視	講義
終了	10月29日（土） 09:30～16:30	PFA（心理的応急処置）	講義、演習 定員 50名
6	12月8日（木） 19:30～21:00	災害時における行政関係機関の役割 保健所と公衆衛生	講義

※ 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、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。主に都道府県や災害医療関係団体で開催されています。

※ 研修コースは全て沖縄県医師会館（3F ホール）で開催予定です。

※ H28 年度と H29 年度の 2 年間で 1 コースとなります。

----- 参加申込票 -----

■ FAX.098-888-0089 参加希望の研修番号に○印を付け、お申込みください。

申込番号	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6
施設名	
氏名	医師・看護師・業務調整員・その他

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	時間	実施場所
第51回 新おきなわICLSコース	12月11日(日) 9:00～18:00	名桜大学
第52回 新おきなわICLSコース	1月15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53回 新おきなわICLSコース	3月5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
<p>✚ 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。</p>		
<p>✚ 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。</p> <p>✚ 沖縄県医師会 http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html</p> <p>✚ 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</p>		
<p>✚ 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。</p>		
<p>・問い合わせ先:trees@me.au-hikari.ne.jp (沖縄ERサポート 林 峰栄)</p> <p>・問い合わせ先: 沖縄県医師会事務局 業務1課(崎原)</p> <p>TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089</p>		



沖縄県医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 28 年 10 月 7 日発行 第 31 号

沖縄県医師会(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
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★労務管理トピック



平成 27 年度「過労死等の労災補償状況」

医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士)前里 久誌

厚生労働省から2015年度の「過労死等の労災補償状況」が公表されました。

◆過労死等の労災請求件数が増加

脳・心臓疾患の労災請求件数は795件(前年度比32件増)、業務上と認定された支給決定件数は251件(同26件減)で、このうち死亡件数は96件(同25件減)となりました。

◆精神障害の労災請求件数も増加

また、精神障害の労災認定については、請求件数は1,515件(前年度比59件増)となり、このうち自殺件数(未遂を含む)は199件(同14件減)でした。支給決定件数は472件(同25件減)となり、このうち未遂を含む自殺の件数は93件(同6件減)でした。

◆「時間外労働 80 時間」で立入調査の対象に

過労死等の労災認定については、「死亡・発症前における長時間労働の有無」が判断材料の1つとなります。脳・心臓疾患については、発症前1カ月間におおむね100時間の時間外労働があると業務災害であると判断されやすくなります。また、精神障害については、発病直前の1カ月におおむね160時間の時間外労働があると業務による心理的負荷が「強」と判断され、業務災害であると判断されやすくなります。

なお、今年度から、労働基準監督署が企業に立入調査に入る際の基準が引き下げられました。これまでは「100時間」の時間外労働が基準でしたが、これが「80時間」に引き下げられており、対象が大幅に拡大されています。

◆長時間労働のリスク

長時間労働は従業員も会社も疲弊させてしまい、どちらにとっても好ましくない結果につながるリスクが増大します。恒常的に長時間労働となっていると問題解決の視点が見えにくくなりますので、早期の改善が必要です。

★Q&A 当院で出産していない職員にも育児短時間勤務をさせなければならないのか?



医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士)善平 克恵

A: 労使協定により育児短時間勤務制度の適用が除外された者に該当しない限り、申出があれば短時間勤務をさせなければなりません。

事業主には、育児・介護休業法によって、3歳までの子を養育する労働者から申出があった場合に利用できる短時間勤務制度(1日原則6時間)を設けることが義務付けられています。この育児短時間勤務制度は、3歳までの子を養育していればよく、在職中に産前産後休業や育児休業を取得したかどうかといったことは関係ありません。ただし、1日の所定労働時間が6時間未満の者は短時間勤務制度の対象外とされ、また、入社1年未満の者、週の所定労働日数が2日以下の者については、労使協定の締結により、育児短時間勤務の適用を除外するが可能とされています。なお、入社1年未満か否かの判断時点は、申出の時点となります。そのため、現在1年に満たない場合にも、1年経過したあとに申出があれば、育児短時間勤務をさせなければなりません。

沖縄県医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 28 年 10 月 21 日発行 第 32 号

沖縄県医師会(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
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★労務管理トピック



初の「過労死等防止対策白書」を公表

医療労務管理アドバイザー 名城 志奈

おとし施行された過労死防止法に基づいて、過労死の実態や防止への取り組み状況を記した初めての「過労死白書」を厚生労働省が公表しました。過労死等防止対策白書は、過労死や過労自殺をなくすため国が防止対策を行うことなどを定めた過労死防止法に基づき、厚生労働省が毎年まとめることにしたもので、7日、初めての白書が閣議決定されました。白書では過労死や過労自殺の労災が、ここ数年200件前後で推移していることや「過労死ライン」と呼ばれる月80時間を超えて残業した労働者がいる企業の割合が昨年度2割を超えたことを挙げ、長時間労働の是正が課題になっているとしています。そして、過労死の実態を解明するための調査研究として、長時間労働が循環器などの健康に及ぼす影響の研究や労働者の長期的な追跡調査を始めたことなどを報告しています。そのうえで、労働者の相談窓口の設置や継続的な啓発活動を通じて過労死や過労自殺をゼロにすることを目指すと締めくくっています。

平成28年版過労死等防止対策白書【厚生労働省】

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/16/index.html>

★Q&A 妊産婦、育児・介護を行う労働者の時間外・休日・深夜



医療労務管理アドバイザー
(特定社会保険労務士)金城 由紀子

Q 時間外・休日・深夜労働については、法律でどのように制限されていますか。

A 時間外・休日・深夜労働については、①労働者の健康と生活時間を確保する、②労働者の勤務と育児、家族介護の両立を図るなどの理由により、労働基準法と育児・介護休業法により多くの制限が設けられています。事業主は、「時間外・休日労働に関する労使協定(三六協定)」を結んでも、(イ)妊産婦本人が事業主に請求した場合、(ロ)満 18 歳未満の女性(年少者)については、時間外労働、休日労働、深夜労働に従事させることはできません。また、①小学校就学年齢前の子を養育している男女従業員、②配偶者や父母、子、同居し扶養している家族などをいつも介護している男女従業員の時間外労働については、本人が事業主に請求した場合は、事業の正常な運営を妨げる場合を除き、制限時間(1ヵ月に24時間、1年間に150時間)を超えて労働時間を延長することはできません。深夜労働についても、請求があった場合には禁止されています。

(具体的請求方法については、ニュースレター第34号に掲載いたします。)

労務管理者向け勤務環境改善セミナー開催のお知らせ

ご承知のとおり、改正医療法において、医療機関の勤務環境改善が各医療機関の努力義務として位置づけられたことに伴い、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、昨年度に引き続き、今年度も職場環境改善に必要な知識の習得・啓発に向けたセミナーを下記のとおり開催いたします。

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、終了後、医療機関からの無料相談会も実施しております。

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	9月5日(月) 13:30～15:30	「助成金を活用する」 医療機関で使える様々な助成金の概要、活用の注意点なども紹介します。
終了	10月17日(月) 13:30～15:30	「事業所内保育施設の設置と運営についての現状と課題、公的支援」 院内保育所に関する制度、取り巻く課題、公的支援の種類などについて一挙にご紹介します。
終了	11月14日(月) 13:30～15:30	「社労士が教える社会保険関係の法改正」 いよいよはじまる社会保険適用拡大、不要の範囲変更などへの対応
4	12月12日(月) 13:30～15:30	「過重労働への対応の基本」 改正労働基準法の内容を中心に、職場で注意するポイントをまとめて解説
5	1月16日(月) 13:30～15:30	「改正障害者雇用促進法への対応の基本」 職場に求められる差別禁止と合理的配慮とは何か？

🚩 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（南風原町新川218-9）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

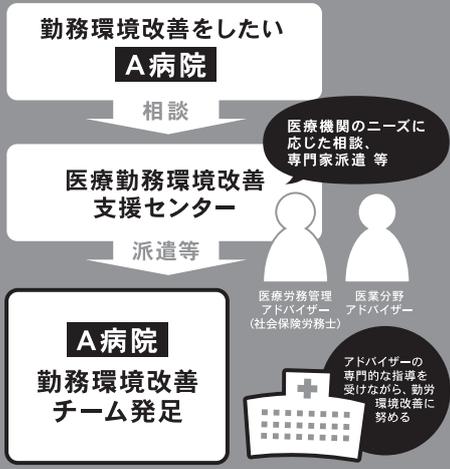
お問い合わせ

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-kinmukankyoku.mhlw.go.jp/>

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



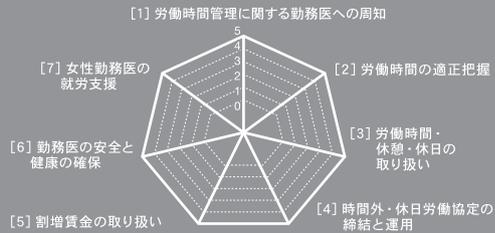
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



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：	<input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島		
		第2希望：	<input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 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

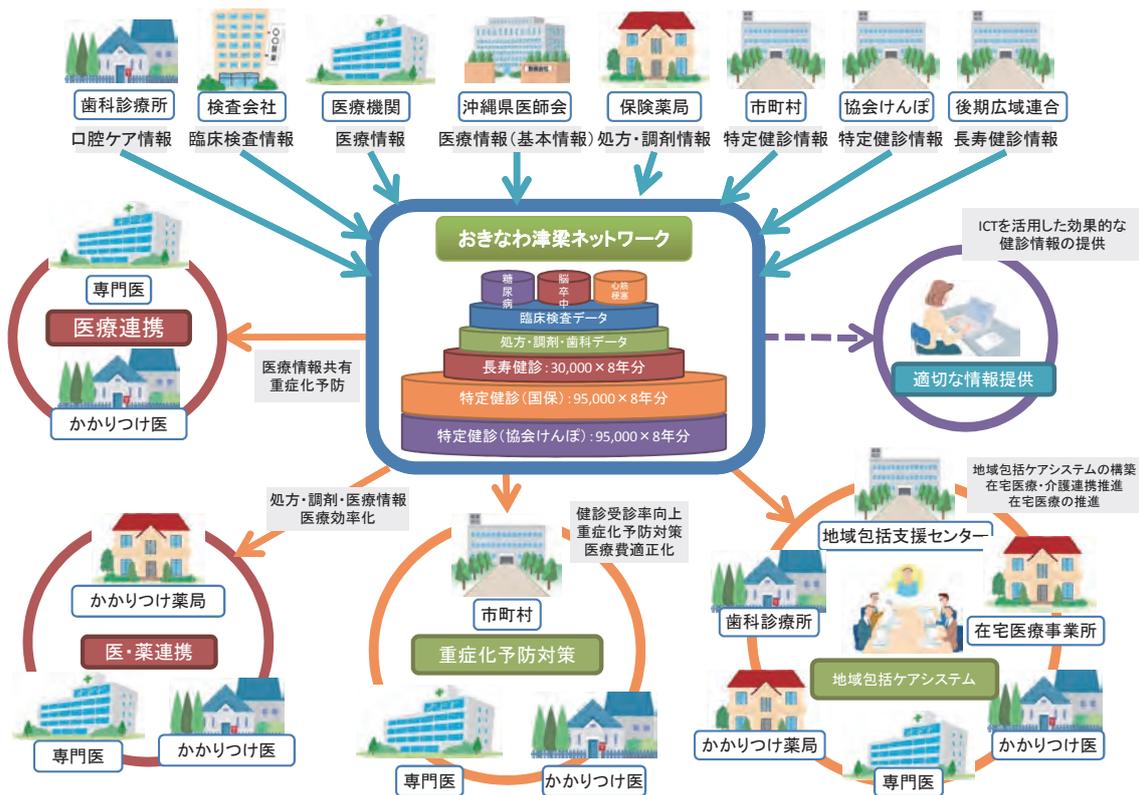


沖縄の新しい医療のカタチ！ 『おきなわ津梁ネットワーク』

セキュリティの高い特定の端末より、インターネットを介して、以下の医療情報を参照または関係機関と共有し、効果的かつ効率的な診療等に役立てるシステムです。

沖縄県医師会は、おきなわ津梁ネットワークというツールを用い、県民の健康推進・健康長寿復活を目指しております。

- 特定健診（市町村国保、協会けんぽ）や長寿健診の結果
- 各医療機関における臨床検査結果
- 糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞に特化した専門病院と診療所による地域医療連携パス情報
- 薬局より提供いただく処方・調剤情報
- 多職種より提供いただく患者さんの情報（在宅・介護情報等）



おきなわ津梁ネットワークに参加する医療機関のリストは、健康推進を目的に保険者と共有されます。





平成28年度診療報酬改定

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

第1 基本的な考え方

現在、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書及び服薬情報等提供文書とについて、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能とする。診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、電子的に送受・共有する場合についても評価する。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する文書、訪問看護管理療養費の算定に係る文書及び服薬情報等提供料の算定に係る文書の電子化

[算定要件]

(1) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保健色湯機関等に提供する場合は、**厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保する。**

おきなわ津梁ネットワークの通信環境を活用

(2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、**厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI : Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。**

日本医師会の医師資格証を活用

2. 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算の新設

(新) 検査・画像情報提供加算

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

3. 電子的診療情報評価量の新設

(新) 電子的診療情報評価料 30点

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

[2及び3に係る施設基準]

(1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。

(2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

【お問合せ先】

沖縄県医師会業務2課 (與那嶺・知念・徳村・平良)

おきなわ津梁ネットワーク事務局

TEL : 098-888-0087 / FAX : 098-888-0089

E-mail : okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp



おきなわ津梁ネットワークの活用(例)

〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん
同意説明



①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録
健診受診を確認



②自院の患者としてシステムに登録
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供

要医療者への介入
健診受診勧奨



⑤健診結果より、その場で適切な治療開始
※重症化予防!
⑥健診未受診の場合、健診受診勧奨
※健診受診率向上!

〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自院の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

フェイスシート
紙出力



③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



〔調剤薬局での活用〕

受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自局の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

健診結果・他薬局
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

**白衣高血圧？
仮面高血圧？**

**リハビリ前の
血圧測定**

**健診結果参照
端末 or 紙出力**

**リハビリ可否判定
(参考資料)**

〔健診結果：血圧〕
H25: 170/110
H26: 165/108
H27: 166/102

**特定健診
結果**

リハビリ中止基準
収縮期：70以下、200以上
拡張期：120以上

可否判定

〔眼科での活用〕

眼底・眼圧検査

**健診結果参照
端末 or 紙出力**

**精密検査・
専門医との連携**

視神経
乳頭所見

眼圧
所見

〔健診結果：血糖〕
H25: 7.0%
H26: 7.4%
H27: 7.7%

**特定健診
結果**

精密検査

連携

〔産婦人科での活用〕

妊婦健診

**医療基本情報参照
端末 or 紙出力**

**状態に応じた
適切なケア**

妊娠
中毒症？

〔フェイスシート〕
健診検査より
・体重の変化
・血圧の変化
処方調剤より
・服薬状況
アレルギーより
・禁忌薬等

アレルギー情報

**フェイスシート
検査・健診
処方・調剤**





システム利用に必要なもの

1.インターネット回線 ※利用者負担

- 既存回線が利用可能
- 光ネクスト、光プレミアム、Bフレッツ、フレッツADSL、YahooBB、ケーブルTV等

2.インターネットに接続可能なPC又はiPad ※利用者負担

- 既存端末が利用可能（但しスペック制限あり）
- Windows (Vista,7,8) ※Windows 10 はH28.4月以降対応予定
iOS (6.0以降)、Macintosh (X10.7以下) ※Macは現在調査中



3.ウイルス対策ソフトの導入 ※利用者負担

- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

5.利用料金（月額）

病院（15,000円）
 診療所・歯科診療所・調剤薬局（5,000円）
 介護サービス事業所等（2,000円）

利用者カード原寸大

（表）	（裏）
	<p>ご利用方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> • おきなわ津梁ネットワーク連携医療機関（以下、連携医療機関）を受診した際に、本カードをご提示いただきますと、過去に連携医療機関で受けた健康情報等が参照できるようになります。 • 本カードはおきなわ津梁ネットワーク参加同意説明書に署名されたご本人様のみご利用できます。 • 本カードは大切に保管してください。万一盗難、紛失、破損等した際は直ちに連携医療機関または沖縄県医師会にお届け下さい。 <p>おきなわ津梁ネットワーク 一般社団法人 沖縄県医師会 〒901-1105 沖縄県南風原町字新川1218-9 TEL: (098) 888-0087 FAX: (098) 888-0089 http://www.shinryo.okinawa.med.or.jp/</p>



〔お問合せ先〕
 沖縄県医師会業務2課（與那嶺・知念・徳村・平良）
 おきなわ津梁ネットワーク事務局
 TEL：098-888-0087／FAX：098-888-0089
 E-mail：okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp

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**

最新マップへ
個人事務保護方針
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・資料請求

豊かで安心できる将来に向けて

現役引退後、公的年金だけで、現在の生活水準を維持できますか？

医師年金についてシミュレーションしてみましょう。

保険料からシミュレーション 受給年金からシミュレーション

お知らせ

- 2015年2月26日 医師年金ホームページ「シミュレーション機能拡充について」
- 2013年3月21日 東日本大震災に関わる特別措置の終了について
- 2012年12月 認可特定保険料の認可取得に伴う制度改定のお知らせ
- 2012年4月9日 特定保険料の認可申請についてのお知らせー特定保険料の認可申請について
- 2011年7月7日 医師年金を繰上り受給するお知らせ

医師年金の特長

- 日本医師会会員のための私的年金
- 積立型の私的年金
- 事務手数料が少額
- 年金の受取コースは受給開始時に選択
- 満64歳以降は未請求まで加入可能
- 一生享受される年金
- 保険料の増減は自由
- 年金の受取開始を満75歳まで延長可能
- 所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

医師年金のしくみ

- 保険料について
- 加入資格について
- 給付について
- 費者年金
- 費者年金
- 医師年金
- 遺族年金
- その他
- 税金の取扱いについて

よくあるご質問 手続きガイド リンク 日本医師会職員 医師会会費

医師年金 HP のトップページの「保険料」及び「受給年金」からシミュレーションが可能です。

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**

最新マップへ
個人事務保護方針
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・資料請求

医師年金シミュレーション

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

保険料からシミュレーション

生年月日、保険料を入力して、受給年金のシミュレーションをしてみましょう。

生年月日 昭和50年 1月 1日

基本保険料払込方法 月払 年払 一括払

※基本保険料払込方法については、[こちら](#)をクリックしてください。

加算保険料払込方法 月払 随時払 なし

※加算保険料払込方法については、[こちら](#)をクリックしてください。

加算保険料口数 10口 月払 60,000円

※月払の場合は1口6,000円、随時払の場合は1口10万円です。
加入する口数を入力してください。上限はありません。

リセット

計算開始

※シミュレーションの試算結果(年金月額)は、総額計算による概算です。

お問い合わせ

このページのURLへ

必要な情報を入力し、「計算開始」のボタンをクリック。

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 | サイトマップ | 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ヵ月 (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
加入申込期限日	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ヵ月
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こな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けます。
- 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 16,684,000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

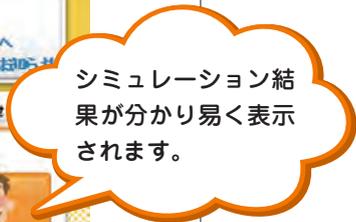
受取月額

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



総目次

沖縄県医師会報 総目次

Vol.52 No.1 ~ 12

通巻 564 ~ 579 号

表紙写真

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
『富士山』……………和ウイメンズクリニック 赤嶺 和成……………52	52	1	
『大本山永平寺』……………那覇市立病院 島袋 洋……………52	52	2	
『Indore』 ……………琉球大学大学院 医学研究科医科学専攻 整形外科学講座 金谷 文則……………52	52	3	
『メジロと桜』……………アドベンチストメディカルセンター 上原 茂弘……………52	52	4	
『由布島の水牛車』……………とよみ生協病院 原国 政裕……………52	52	5	
『蓮(ハス)の花』……………久田病院 小椋 力……………52	52	6	
『ヤンバルテナゴコガネ』……………安立医院 小林 竜司……………52	52	7	
『ひこうき雲』……………那覇市立病院 脳神経外科 豊見山直樹……………52	52	8	
『ヨーロッパ・アルプスの旅』……………長嶺胃腸科内科外科医院 長嶺 信夫……………52	52	9	
『北海道庁旧本庁舎(赤れんが庁舎)』……………浦添総合病院 蔵下 要……………52	52	10	
『“さちいずみ”』……………南城つはこクリニック 小山 信二……………52	52	11	
『ウインターイルミネーション』……………ましどり整形外科 真志取浩貴……………52	52	12	

年頭所感

年頭所感……………会長 宮城 信雄……………52	52	1	3 (3)
年頭所感……………日本医師会長 横倉 義武……………52	52	1	4 (4)

理事席

ノーベル賞受賞者 大村智北里大学 特別栄誉教授への感謝状贈呈 ……………副会長 安里 哲好……………52	52	3	2 (338)
---	----	---	---------

新執行部

会長挨拶……………会長 安里 哲好……………52	52	7	2 (868)
安里哲好新会長選出 一第 207 回沖縄県医師会臨時代議員会……………52	52	7	4 (870)

退任の挨拶

会長退任の挨拶……………前会長(沖縄第一病院) 宮城 信雄……………52	52	8	5 (969)
沖縄県医師会退任の御挨拶……………前常任理事(西町クリニック) 真栄田篤彦……………52	52	8	6 (970)
理事退任のご挨拶……………前理事(SAKU 整形クリニック) 佐久本嗣夫……………52	52	8	7 (971)
『健康長寿復活に向けて』……………前理事(今帰仁診療所) 石川 清和……………52	52	8	8 (972)

就任の挨拶

就任の挨拶……………常任理事(北部地区医師会病院) 宮里 達也……………52	52	8	9 (973)
--	----	---	---------

Vol. No. 頁(通巻頁)

沖縄県医師会就任の抱負

特定健診受診率の向上と疾病予防管理の推進 — 成功の鍵は「おきなわ津梁ネットワーク」の活用から—

..... 理事 (すながわ内科クリニック) 砂川 博司.....	52	8	10 (974)
県医師会理事就任ご挨拶..... 理事 (南部病院) 城間 寛.....	52	8	11 (975)
理事就任挨拶..... 理事 (白井クリニック) 白井 和美.....	52	8	12 (976)
地域医療・介護の連携をどのように構築するか			
..... 副会長 (那覇西クリニック まかび) 玉城 信光.....	52	9	2(1080)
就任挨拶..... 副会長 (中頭病院) 宮里 善次.....	52	9	3(1081)
ご挨拶..... 常任理事 (かいクリニック) 稲田 隆司.....	52	9	4(1082)
常任理事就任挨拶..... 常任理事 (沖縄県健康づくり財団附属診療所) 金城 忠雄.....	52	9	5(1083)
常任理事就任のご挨拶..... 常任理事 (てるや整形外科) 照屋 勉.....	52	9	6(1084)
「今後ともよろしくお願ひします。」..... 理事 (平安病院) 平安 明.....	52	9	7(1085)
理事就任挨拶..... 理事 (沖縄県立中部病院) 本竹 秀光.....	52	9	8(1086)
理事就任のご挨拶..... 理事 (東部クリニック) 比嘉 靖.....	52	9	9(1087)
地域医療への貢献を目指して..... 理事 (琉球大学医学部附属病院) 藤田 次郎.....	52	9	10(1088)
理事2期目就任にあたって 理事 (首里城下町クリニック第一) 田名 毅.....	52	9	11(1089)

報 告

〈日医関連〉

第37回産業保健活動推進全国会議.....常任理事 金城 忠雄.....	52	1	6 (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 副部会長 仁井田りち.....	52	1	15 (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.....	52	1	20 (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.....	52	1	28 (28)
第3回日本医師会・米国研究製薬工業協会 (PhRMA) 共催シンポジウム			
「日米における災害時/緊急時の医療体制のあり方を考える」			
..... 沖縄県医師会災害医療委員会 委員長 出口 宝.....	52	2	2 (198)
平成27年度家族計画・母体保護法 指導者講習会 テーマ「若年妊娠について」			
.....常任理事 金城 忠雄.....	52	2	13 (209)
平成27年度都道府県医師会 医事紛争担当理事連絡協議会.....常任理事 稲田 隆司.....	52	2	20 (216)
平成27年度都道府県医師会 医療廃棄物担当理事連絡協議会.....理事 石川 清和.....	52	3	7 (343)
都道府県医師会 生涯教育担当理事・日医かかりつけ医機能研修制度担当理事 合同協議会			
.....理事 比嘉 靖.....	52	3	13 (349)
第46回全国学校保健・学校医大会 ～みんなで見守る子どもの成長～			
.....常任理事 宮里 善次.....	52	3	18 (354)
..... 理事 石川 清和			

//////////////////// 総目次 //////////////////////////////////////

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
国民医療を守るための総決起大会……………副会長 安里 哲好……………	52	3	26 (362)
大学医学部・医学会 女性医師支援担当者連絡会 ―よりよい男女共同参画を目指して― ……………常任理事 宮里 善次……………	52	3	35 (371)
琉球大学医学部附属病院 産婦人科 知念 行子			
平成 27 年度 第 3 回都道府県医師会長協議会……………会長 宮城 信雄……………	52	4	2 (454)
平成 27 年度 第 2 回都道府県医師会 税制担当理事連絡協議会 ……………常任理事 宮里 善次……………	52	4	8 (460)
平成 27 年度日本医師会 医療情報システム協議会……………理事 比嘉 靖……………	52	5	2 (560)
平成 27 年度学校保健講習会 ……………常任理事 宮里 善次……………	52	5	17 (575)
平成 27 年度女性医師支援事業連絡協議会 ……………常任理事 宮里 善次……………	52	5	19 (577)
沖縄県女性医師部会 部会長 依光たみ枝			
平成 27 年度母子保健講習会 ……………常任理事 宮里 善次……………	52	5	26 (584)
平成 27 年度 日医総研シンポジウム……………副会長 玉城 信光……………	52	6	10 (724)
平成 27 年度都道府県医師会 生涯教育担当理事連絡協議会 ……………常任理事 宮里 善次……………	52	6	13 (727)
第 136 回日本医師会臨時代議員会 ……………常任理事 稲田 隆司……………	52	6	22 (736)
第 17 回都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会「地域支援事業等の推進について」 ……………理事 比嘉 靖……………	52	7	6 (872)
平成 28 年度都道府県医師会 広報担当理事連絡協議会……………理事 本竹 秀光……………	52	7	14 (880)
平成 28 年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会 ……………副会長 宮里 善次……………	52	8	13 (977)
第 137 回日本医師会定例代議員会 第 138 回日本医師会臨時代議員会 ……………常任理事 稲田 隆司……………	52	9	12(1090)
副会長 宮里 善次			
第 12 回男女共同フォーラムに参加して ……………沖縄県医師会女性医師部会委員 仁井田りち……………	52	10	2(1242)
副会長 宮里 善次			
第 29 回全国有床診療所 連絡協議会総会静岡大会……………副会長 玉城 信光……………	52	10	7(1247)
第 39 回性教育指導セミナー全国大会 ……………美代子クリニック 宮良美代子……………	52	10	16(1256)
平成 28 年度 第 1 回都道府県医師会長協議会……………会長 安里 哲好……………	52	12	2(1458)
平成 28 年度都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会……………理事 田名 毅……………	52	12	9(1465)
〈九医連関連〉			
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……………	52	1	42 (42)
九州医師会連合会第 350 回常任委員会 ……………会長 宮城 信雄……………	52	1	49 (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……………	52	1	51 (51)
2. 医療保険対策協議会 ……………理事 平安 明……………	52	1	61 (61)
3. 介護保険・在宅医療対策協議会 ……………副会長 安里 哲好……………	52	1	73 (73)

総目次

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
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.....	52	1	83 (83)
沖繩県女性医師部会副部長 仁井田りち			
九州医師会連合会第 351 回常任委員会	52	2	24 (220)
第 115 回九州医師会総会 医学会及び関連行事			
.....副会長 玉城 信光			
I. 九州医師会連合会第 110 回臨時委員総会	52	2	27 (223)
II. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同会議.....	52	2	31 (227)
III. 第 115 回九州医師会総会・医学会 総会	52	2	37 (233)
平成 27 年度九州学校検診協議会 第 2 回専門委員会 九州各県医師会学校保健担当理事者会			
.....常任理事 宮里 善次			
I. 平成 27 年度九州学校検診協議会第 2 回専門委員会	52	2	40 (236)
II. 九州各県医師会学校保健担当理事者会	52	2	44 (240)
九州医師会連合会第 352 回常任委員会	52	5	29 (587)
九州医師会連合会 平成 27 年度 第 2 回各種協議会			
1. 地域医療対策協議会	52	5	31 (589)
.....副会長 玉城 信光.....			
2. 医療保険対策協議会	52	5	43 (601)
.....理事 平安 明.....			
3. 介護保険対策協議会	52	5	53 (611)
.....理事 比嘉 靖.....			
九州各県医師会 医療事故調査制度担当理事連絡協議会			
.....常任理事 稲田 隆司.....	52	5	63 (621)
九州各県医師会 救急・災害医療担当理事連絡協議会	52	5	70 (628)
.....理事 田名 毅.....			
平成 27 年度九州各県医師会 医療情報システム担当理事連絡協議会			
.....理事 佐久本嗣夫.....	52	6	35 (749)
九州医師会連合会第 353 回常任委員会	52	7	22 (888)
.....会長 宮城 信雄.....			
九医連常任委員・九州各県医師会 次期会長合同会議	52	9	23(1101)
.....会長 安里 哲好.....			
九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会			
.....副会長 宮里 善次.....	52	9	26(1104)
九州医師会連合会第 354 回常任委員会	52	10	19(1259)
.....会長 安里 哲好.....			
平成 28 年度 (第 38 回) 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会会長合同会議			
.....会長 安里 哲好.....	52	10	20(1260)
九州医師会連合会第 355 回常任委員会	52	10	24(1264)
.....会長 安里 哲好.....			
九州医師会連合会第 356 回常任委員会	52	11	2(1352)
.....会長 安里 哲好.....			
第 60 回九州ブロック学校保健・学校医大会 平成 28 年度九州学校検診協議会 (年次大会)			
「地域社会が支える子どもの未来～子どものメンタルヘルスの正しい知識～」			
.....理事 白井 和美.....	52	11	3(1353)
九州医師会連合会第 357 回常任委員会	52	11	17(1367)
.....副会長 玉城 信光.....			
九州医師会連合会第 111 回定例委員総会			
.....副会長 玉城 信光.....	52	11	18(1368)
.....常任理事 金城 忠雄			

〈沖繩県医師会関連〉

琉球大学医学部附属病院・沖繩県医師会 女性医師部会合同企画 ～学生向けキャリア アッププラン～
沖繩県医師会女性医師部会委員 銘苅 桂子.....52 2 49 (245)

平成 27 年度 女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会
副会長 玉城 信光.....52 2 53 (249)
沖繩県医師会女性医師部会役員 白井 和美

平成 27 年度第 1 回地区医師会会長会議常任理事 稲田 隆司.....52 2 59 (255)

平成 27 年度永年勤続医療従事者表彰式 239 名が表彰される
常任理事 金城 忠雄.....52 2 70 (266)

沖繩県医療推進協議会 ～適切な医療財源の確保、消費税問題の抜本的解決について決議～
常任理事 真栄田篤彦.....52 3 32 (368)

平成 27 年度那覇空港 航空機事故対処部分訓練
災害医療委員会委員長 出口 宝.....52 3 42 (378)

第 120 回沖繩県医師会医学会総会広報担当 間仁田 守.....52 3 47 (383)

平成 27 年度沖繩県医師会勤務医部会講演会

オール沖繩の次なる挑戦！ —これからの専門医にどう取り組むか—
沖繩県医師会勤務医部会 部会長 西原 実.....52 4 22 (474)

平成 28 年沖繩県医師会新年祝賀会 医事功労者表彰式常任理事 真栄田篤彦.....52 4 27 (479)

会員の倫理・資質向上に関する講演会

「動画から学ぶ医療安全 —医療事故後対応の問題—」
常任理事 真栄田篤彦.....52 4 36 (488)

沖繩県交通遺児育成募金の贈呈について.....会長 宮城 信雄.....52 6 42 (756)

第 206 回沖繩県医師会臨時代議員会常任理事 真栄田篤彦.....52 6 44 (758)

第 8 回沖繩県医師会研修医歓迎レセプション理事 田名 毅.....52 7 25 (891)

新三役 翁長知事を表敬訪問.....52 8 2 (966)

沖繩県医師会役員当選証の交付式 —第 10 回理事会—常任理事 稲田 隆司.....52 8 3 (967)

台中市医師公会から熊本地震義援金が届く前会長 宮城 信雄.....52 8 28 (992)

各地区医師会役員決定.....52 8 32 (996)

第 121 回沖繩県医師会医学会総会広報委員 河崎 英範.....52 9 32(1110)

第 208 回一般社団法人沖繩県医師会 定例代議員会常任理事 稲田 隆司.....52 9 71(1149)

沖繩県医師協同組合第 25 回通常総代会
沖繩県医師協同組合前専務理事 真栄田篤彦.....52 9 91(1169)

美ら島レスキュー 2016 災害医療委員会 委員長 出口 宝.....52 10 25(1265)

在宅医療・介護を考える県民との懇談会.....理事 白井 和美.....52 10 31(1271)

なごみ会主催第 6 回県民健康フェア理事 白井 和美.....52 11 31(1381)

平成 28 年度沖繩県総合防災訓練報告災害医療委員会委員長 出口 宝.....52 11 37(1387)

第 10 回沖繩県医師会女性医師フォーラム理事 城間 寛.....52 12 16(1472)

〈沖繩県医師会県民公開講座〉

第 7 回沖繩県医師会県民健康フォーラム 平穏死について ～輝く人生を全うするために～
沖繩県医師会広報委員 玉井 修.....52 5 76 (634)

Vol. No. 頁(通巻頁)

〈沖縄県・県医師会連絡会議〉

平成 27 年度第 3 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議	……………副会長 玉城 信光……………	52	2	63 (259)
平成 27 年度第 4 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議	……………副会長 玉城 信光……………	52	4	32 (484)
平成 28 年度第 1 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議	……………副会長 宮里 善次……………	52	11	24(1374)

地区医師会連絡協議会

第 57 回地区医師会連絡協議会	…………… 八重山地区医師会 会長 上原 秀政……………	52	4	39 (491)
------------------	------------------------------	----	---	----------

表彰

金城和夫先生、稲富洋明先生、伊藤悦男先生、當山護先生、眞境名豊次先生おめでとうございます。

……………常任理事 稲田 隆司……………	52	2	73 (269)
----------------------	----	---	----------

『日本医師会最高優功賞 受賞御礼』

…………… 那覇市医師会 当山美容形成外科 當山 護……………	52	2	82 (278)
---------------------------------	----	---	----------

小椋力先生瑞宝中綬章受章・國吉勲先生瑞宝双光章受章 金城進先生旭日双光章受章祝賀会

村田謙二先生沖縄県政策参与就任激励会

……………副会長 宮里 善次……………	52	9	98(1176)
---------------------	----	---	----------

表紙写真年間グランプリ

豊見山 直樹先生「読谷村 渡具知の浜にて」(平成 27 年 6 月号掲載) を表彰!!……………	52	2	83 (279)
--	----	---	----------

懇談会

〈マスコミとの懇談会〉

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……………	52	1	89 (89)
-------------------	----	---	---------

平成 27 年度第 4 回マスコミとの懇談会「子どもへの不適切な関わりについて～子どもの目線で考える!～」

……………理事 照屋 勉……………	52	6	83 (797)
-------------------	----	---	----------

平成 28 年度第 1 回マスコミとの懇談会「認知症について」

……………常任理事 照屋 勉……………	52	8	34 (998)
---------------------	----	---	----------

平成 28 年度第 2 回マスコミとの懇談会「災害医療について」

……………理事 白井 和美……………	52	11	42(1392)
--------------------	----	----	----------

熊本地震医療班支援

熊本地震 JMAT 沖縄派遣報告 ―地震発生から被災地における活動開始まで―

……………災害医療委員会委員長・第一陣 出口 宝……………	52	6	2 (716)
-------------------------------	----	---	---------

沖縄県医師会医療救護班 熊本地震医療コーディネーター報告

……………那覇市医師会副会長 玉井 修……………	52	8	20 (984)
--------------------------	----	---	----------

熊本大地震における沖縄県医師会医療救護班を編成して……………理事 田名 毅……………

……………	52	8	25 (989)
-------	----	---	----------

平成 28 年熊本地震沖縄県医師会 医療救護班 JMAT 活動報告会

……………災害医療委員会委員長 出口 宝……………	52	12	21(1477)
---------------------------	----	----	----------

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
生涯教育			
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……	52	1	98 (98)
QOL からみた前立腺癌治療 …… 琉球大学大学院医学研究科医科学専攻 腎泌尿器外科学講座 宮里 実……	52	2	85 (281)
がん治療における放射線治療の位置付け ……琉球大学医学部附属病院放射線科 戸板 孝文……	52	3	60 (396)
common disease になりつつある炎症性腸疾患について —潰瘍性大腸炎を中心に— …… 琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学 金城 徹……	52	4	45 (497)
「高齢者への集中治療とその後の『生活』を考える」 …… 浦添総合病院 救命救急センター救急集中治療部 那須 道高……	52	5	86 (644)
頭頸部癌の診断と治療 …… 琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科 鈴木 幹男……	52	6	90 (804)
高度肥満症と2型糖尿病に対する外科治療の現況 …… 医療法人おもと会 大浜第一病院 外科 稲嶺 進……	52	7	32 (898)
BPSD (認知症に伴う行動症状及び心理学的症状) からみた各認知症原因疾患の特徴 …… 琉球大学医学部附属病院 精神科神経科 外間 宏人……	52	8	43 (1007)
日医生涯教育制度ハガキによる上位申告者66名に記念品(図書カード)贈呈! ……	52	9	110 (1188)
生涯教育コーナーをお勧めします…… 沖縄メディカル病院 下地 克正……	52	9	111 (1189)
ストレスチェック制度について …… 山本クリニック/EAP 産業ストレス研究所 山本 和儀……	52	9	112 (1190)
動機づけ面接 (Motivational Interviewing : MI) とは …… 社会医療法人敬愛会 ちばなクリニック 健康管理センター 清水 隆裕……	52	10	40 (1280)
健診からみた OGTT 1200 症例の検討 …… 社会医療法人敬愛会 ちばなクリニック 健康管理センター 兼城 邦昭……	52	11	53 (1403)
人工股関節全置換術後臼蓋骨折の3例 …… 社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 整形外科 永山 盛隆……	52	12	26 (1482)
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……	52	1	104 (104)
小児整形外科について…… 沖縄こどもとおとなの整形外科 院長 久光淳士郎……	52	2	94 (290)
尿路結石について…… 中部徳洲会病院 泌尿器科 大城 吉則……	52	3	66 (402)
内視鏡下鼻内手術の進歩 …… 琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座 山下 懐……	52	4	56 (508)
白内障について…… 安里眼科おもろまち駅前 安里 良……	52	5	92 (650)
リリカ® (プレガバリン) について …… おもろまちメディカルセンター 麻酔科ペインクリニック 加治佐淳一……	52	6	97 (811)
臨床研修における症例報告の意義 ~忘れられないこの症例~ …… (現) 介護老人保健施設「あけみおの里」国立病院機構沖縄病院 石川 清司……	52	7	42 (908)

Vol. No. 頁(通巻頁)

「筋力低下・筋萎縮を有する高齢者サルコペニア患者の背景に潜む多疾患合併の病態と過用症候群の合併」

……………沖縄県立宮古病院 副院長 総合診療科 家庭医療センター 本永 英治……………	52	8	50(1014)
アトピー性皮膚炎などのスキンケアについて			
……………琉球大学医学部皮膚科 山口さやか……………	52	9	122(1200)
糖尿病外来診療の五年……………島尻キンザー前クリニック 島尻 佳典……………	52	10	45(1285)
気管支喘息のバイオマーカー 呼気一酸化窒素濃度 (FeNO) とは？			
……………国立病院機構沖縄病院 知花 賢治……………	52	11	62(1412)
透析患者の脳出血について……………沖縄協同病院 伊泊 広二……………	52	12	32(1488)

保険のひろば

平成 27 年度 個別指導・新規指定個別指導の主な指摘事項について

……………理事 平安 明……………	52	9	106(1184)
-------------------	----	---	-----------

学 会

国際腎と栄養代謝学会報告

……………豊見城中央病院臨床研究支援センター、(社) 沖縄心臓腎臓機構 井関 邦敏……………	52	9	148(1226)
--	----	---	-----------

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

……………インタビュアー 広報担当副会長 玉城 信光……………	52	1	108 (108)
---------------------------------	----	---	-----------

沖縄県看護協会 会長 仲座 明美先生

……………インタビュアー 広報委員 玉井 修……………	52	2	96 (292)
-----------------------------	----	---	----------

県立宮古病院 院長 上原 哲夫先生

……………インタビュアー 広報委員 本竹 秀光……………	52	3	70 (406)
------------------------------	----	---	----------

沖縄救急医療研究会 会長 久木田 一朗先生

……………インタビュアー 広報委員 本竹 秀光……………	52	4	59 (511)
------------------------------	----	---	----------

内科医会 会長 友利 博朗先生

……………インタビュアー 広報委員 玉井 修……………	52	5	96 (654)
-----------------------------	----	---	----------

沖縄県立中部病院 院長 本竹 秀光先生

……………インタビュアー 広報委員 金城 正高……………	52	6	100 (814)
------------------------------	----	---	-----------

沖縄県政策 参与 村田 謙二先生

……………インタビュアー 広報委員 本竹 秀光……………	52	7	49 (915)
------------------------------	----	---	----------

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 院長 佐久本 薫先生

……………インタビュアー 広報委員 金城 正高……………	52	8	53(1017)
------------------------------	----	---	----------

那覇市立病院 院長 屋良 朝雄先生

……………インタビュアー 広報委員 間仁田 守……………	52	9	125(1203)
------------------------------	----	---	-----------

沖縄県公務員医師会 会長 小濱 守安先生

……………インタビュアー 広報委員 金城 正高……………	52	10	50(1290)
------------------------------	----	----	----------

那覇市医師会 会長 山城 千秋先生

……………インタビュアー 広報委員 玉井 修……………	52	11	64(1414)
-----------------------------	----	----	----------

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
沖縄県保健医療部 部長 砂川 靖氏.....インタビューアー 広報委員 本竹 秀光.....	52	12	35(1491)
追悼			
古波倉 正照 先生を偲ぶ	稲福 全三.....	52	10 52(1292)
.....沖縄臨床血液研究会会長 しんざと内科 新里 脩.....	52	10	53(1293)
月間(週間)行事お知らせ			
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.....	52	1 110(110)
「世界結核デー」に因んで	国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 比嘉 太.....	52	3 73(409)
耳の日(3/3)	琉球大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科 比嘉 輝之.....	52	3 74(410)
世界腎臓デー.....	沖縄県立中部病院 腎臓内科 宮里 均.....	52	3 76(412)
世界保健デー(4/7)に因んで ~今年のテーマはDiabetes「糖尿病」~ .....	.....南部保健所 崎山 八郎.....	52	4 62(514)
世界からタバコをなくそう(World No Tobacco Dayにちなんで) .....	.....社会医療法人敬愛会ちばなクリニック 健康管理センター 医長 清水 隆裕.....	52	5 98(656)
歯と口の健康週間(6/4~6/10)によせて.....	.....沖縄県歯科医師会 地域保健委員 石原 一.....	52	6 102(816)
知識は命を救う あなたの命はすばらしい 「ダメ。ゼッタイ。」普及運動(6/20~7/19)国際麻薬乱用撲滅デー(6/26)に寄せて.....	.....沖縄県薬剤師会 学校薬剤師部会 副部会長 大城 恭子.....	52	6 104(818)
救急の日(9/9)・救急医療週間(9/9~9/15)に寄せて.....	.....南部医療センター・こども医療センター 救命救急センター 梅村 武寛.....	52	9 128(1206)
「ピンクリボン」に因んで 離島:宮古島で乳がん診療を考える.....	.....県立宮古病院 上原 哲夫.....	52	10 55(1295)
今年の骨と関節の日のテーマは「ロコモ度テストでロコモを測ろう」 .....	.....沖縄赤十字病院整形外科 大湾 一郎.....	52	10 56(1296)
目の愛護デー(10/10)に寄せて ~先天性色覚異常の児童の対応について~ .....	.....外間眼科医院崇元寺 外間 英之.....	52	10 58(1298)
臓器移植普及推進月間によせて ~移植医療の現場から~ .....	.....友愛会豊見城中央病院 外科 大田 守仁.....	52	10 61(1301)
医療安全推進週間に因んで「医師からのインシデント報告はなぜ少ないか?」 .....	.....沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 岸本 信三.....	52	11 67(1417)
乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間(11/1~30)に寄せて ~言語に潜む罠~ .....	.....沖縄赤十字病院 長崎 拓.....	52	11 68(1418)
「幅広い受け皿に沈む90-90-90達成の鍵」 .....	.....沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一.....	52	12 38(1494)
寄稿			
医学会総会シンポジウム「戦後沖縄の医療」を聴講して.....	小禄病院 金城 國昭.....	52	10 64(1304)

Vol. No. 頁(通巻頁)

発言席

県内急性期病院の手術における安全管理の現状

…………… 琉球大学医学部附属病院 手術部 久田 友治……………52 2 100 (296)

ヒトパピローマウイルス・ワクチンの分子免疫機構と神経合併症

…………… 県立南部医療センター・こども医療センター神経内科 神里 尚美……………52 5 100 (658)

どのように水辺事故の対応が変わったか ～医療用酸素使用の法解釈改正によって～

…………… 琉球大学病院 高気圧治療部 合志 清隆……………52 12 40(1496)

趣味のグループ

「親睦囲碁大会参戦記」……………理事 照屋 勉……………52 5 82 (640)

新春干支随筆

申年に因んで……………古波倉正照……………52 1 124 (124)

新春干支随筆……………真栄城優夫……………52 1 124 (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……………52 1 126 (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……………52 1 126 (126)

申年（さるどし）になって思う事……………許田 重之……………52 1 127 (127)

e-ラーニング……………山城 則亮……………52 1 128 (128)

古稀を迎えて、私の抱負……………沖縄協同病院内科 仲田 精伸……………52 1 129 (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……………52 1 130 (130)

次の申年への出発点……………松城クリニック 山根 邦夫……………52 1 131 (131)

いつまで笛が吹けるか？……………新田クリニック 新田 武司……………52 1 132 (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……………52 1 133 (133)

悲しみの還暦をのり越えて……………南部徳洲会病院 松原 弘明……………52 1 134 (134)

申年に因んで……………八重山福祉保健所 崎山 八郎……………52 1 135 (135)

申年、年とるさ（回文）……………こころクリニック 二木 志保……………52 1 136 (136)

大欲小欲……………かいクリニック 稲田 隆司……………52 1 137 (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……………52 1 137 (137)

「将棋」事始……………牧港泌尿器科 金城 勤……………52 1 138 (138)

バージョンロードが最終目標……………那覇市保健所長 東 朝幸……………52 1 139 (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……………52 1 140 (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……………52 1 141 (141)

「申年に因んで」……………琉球大学医学部附属病院院長 藤田 次郎……………52 1 142 (142)

申年に因んで……………医療法人社団輔仁会 田崎 琢二……………52 1 143 (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……………52 1 144 (144)

「申年に因んで」……………ちゅら海クリニック 鈴木 透理……………52 1 146 (146)

泌尿器科手術雑感……………嶺井医院 嶺井 定嗣……………52 1 146 (146)

腰痛持ちの車選び……………牧港眼科 石川 真……………52 1 147 (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……………52 1 148 (148)

//////////////////// 総目次 //////////////////////////////////////

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
丙申所感 ～生々流転～ ……………島尻キンザー前クリニック 島尻 佳典……………52	1	1	149 (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……………52	1	1	150 (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……………52	1	1	151 (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……………52	1	1	152 (152)
申年に因んで			
…………… 沖縄 ER サポート (1968 年生まれ 救急医/バイオリニスト) 林 峰栄……………52	1	1	153 (153)
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……………52	1	1	154 (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……………52	1	1	155 (155)
今年の抱負…………… 沖縄県立中部病院 感染症内科 成田 雅……………52	1	1	156 (156)
2016 年 申年に因んで …………… 沖縄赤十字病院 外科 豊見山 健……………52	1	1	157 (157)
申は私の守護神…………… 琉球大学医学部 腎泌尿器外科 宮里 実……………52	1	1	158 (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……………52	1	1	158 (158)
申年にちなんで…………… 桑江皮膚科医院 桑江朝二郎……………52	1	1	159 (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……………52	1	1	160 (160)
今年の抱負…………… 国立病院機構沖縄病院外科 平良 尚広……………52	1	1	161 (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……………52	1	1	162 (162)
今年の抱負…………… 安里眼科 安里 良……………52	1	1	163 (163)
申年に因んで…………… 豊見城中央病院 整形外科 永山 盛隆……………52	2	112	308

緑陰随筆

「病気になって分かったこと」…………… 宮城 勇……………52	8	68	(1032)
クーガ芋…………… 石川眼科医院 石川 秀夫……………52	8	69	(1033)
絵画…………… 仲里眼科院長 仲里 博彦……………52	8	70	(1034)
ゴルフ道…………… 古堅南クリニック 山田 博彦……………52	8	71	(1035)
趣味 あれこれ…………… 宮里眼科 宮里 章……………52	8	72	(1036)
洋子さんの台湾奮闘記…………… とくやま眼科 渡久山洋子……………52	8	73	(1037)
近所のスポーツジム…………… みどり町眼科医院 比嘉 敏明……………52	8	75	(1039)
70 年目の光 …………… 宮良眼科医院 宮良 長治……………52	8	76	(1040)
私の半生を振り返って…………… 首里眼科 宮平 誠司……………52	8	78	(1042)
読谷村診療所の紹介と診療記…………… 読谷村診療所 山城 正明……………52	8	79	(1043)
地震体験…………… とよみ眼科 今泉 綾子……………52	8	80	(1044)
犬雑感…………… 沖縄県立中部病院 総合診療科 本村 和久……………52	8	82	(1046)
「芝生への思いやり」…………… 新里眼科医院 新里 学……………52	8	83	(1047)
一生勉強…………… 南城眼科 森山 無価……………52	8	84	(1048)
医師教育で思うこと (主に私の経験) ……医療法人高德会松永眼科医院 松永 次郎……………52	8	85	(1049)

随筆

一枚の証明書…………… 松川内科小児科医院 国吉 勲……………52	2	113	(309)
温泉礼賛…………… 医療法人まごころ会 かつれん内科クリニック 勝連 英雄……………52	2	114	(310)
『医師の結婚事情、とりわけ女性医師の場合は…?!。』			
…………… 沖縄県病院事業局 医療企画監 篠崎 裕子……………52	2	116	(312)

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
沖縄の精神科医療の歩んだ道を思う ―戦後 70 年が経過して―			
.....久田病院 小椋 力.....	52	3	91 (427)
故郷沖縄での消化器内視鏡診療に携わって想うこと			
.....社会医療法人仁愛会 消化器病センター 顧問 金城 福則.....	52	3	94 (430)
「船釣り」.....いきいき耳鼻咽喉科クリニック 喜友名朝盛.....	52	3	96 (432)
「チャンプルー文化」			
.....琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座 喜友名朝則.....	52	4	74 (526)
「新聞奨学生」.....沖縄協同病院 小児科 尾辻 健太.....	52	4	76 (528)
『日本で一番幸福な県』.....那覇かなぐすく皮膚科 金森志奈子.....	52	5	124 (682)
ある診察室の沖縄風オノマトペ.....小児クリニックたまなは 玉那覇康一郎.....	52	6	119 (833)
2015 年 3 月わが国が麻疹排除の国と認定されて ―沖縄県はしか“0”プロジェクトが果たした役割―			
.....ちねん小児科 知念 正雄.....	52	6	120 (834)
第 51 回全日本医師剣道大会に参加して			
.....豊見城中央病院 整形外科 永山 盛隆.....	52	7	63 (929)
宮古ドイツ村の思い出.....補聴相談のひろば 野田 寛.....	52	7	64 (930)
空手部の頃 2 .....中山内科 中山 仁.....	52	7	66 (932)
プリウスマニア.....国立療養所沖縄愛楽園 野村 謙.....	52	7	68 (934)
眼からウロコの衝撃本；『脳はなぜ「心」を作ったのか』前野隆司（筑摩書房）			
.....国立病院機構沖縄病院 樋口 大介.....	52	7	70 (936)
フコイダンとの邂逅.....メディカルプラザ 大道中央内科 長嶺 竹明.....	52	9	142(1220)
「病気をして、よかった!!」 ―もうひとつの再生医療・心療内科―			
.....はらクリニック 原 信一郎.....	52	9	143(1221)
「沖縄と飛行機」.....みなみそら医院 長岡研太郎.....	52	9	145(1223)
「シンガポール留学」.....仁愛会 浦添総合病院 形成外科 医長 野々村秀明.....	52	9	146(1224)
金沢、能登旅行記.....しゅくみね内科 祝嶺 千明.....	52	10	81(1321)
私のスポーツ遍歴記.....医療法人十全会 おおうらクリニック 大浦 孝.....	52	11	82(1432)
シェークスピアが描いた睡眠障害.....田崎病院 松浦 雅人.....	52	12	56(1512)
まっかな秋.....沖縄県立中部病院 放射線科 安谷 正.....	52	12	57(1513)
讃岐見聞録.....同仁病院 山城 惟欣.....	52	12	59(1515)
広報委員の新春の挨拶			
平成 28 年の新年に望んで.....広報担当副会長 玉城 信光.....	52	1	189 (189)
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.....	52	1	189 (189)
～「不退転」な『夢』・『信念』・『志』～.....広報副担当理事 照屋 勉.....	52	1	190 (190)
「丙申の年を迎えて」.....広報委員（北部地区医師会） 出口 宝.....	52	1	190 (190)
初夢.....広報委員（中部地区医師会） 富名腰義裕.....	52	1	191 (191)
新年を迎えて想うこと.....広報委員（浦添市医師会） 蔵下 要.....	52	1	192 (192)
「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.....	52	1	192 (192)
「我が家の新しい家族」.....広報委員（那覇市医師会） 真志取浩貴.....	52	1	193 (193)
年始の挨拶.....広報委員（国療沖縄公務員医師会） 河崎 英範.....	52	1	193 (193)

	Vol.	No.	頁(通巻頁)
新春寄稿…………… 広報委員 (琉球大学医師会) 金谷 文則……………	52	1	194 (194)
今年は「申」年です…………… 広報委員 (沖縄公務員医師会) 金城 正高……………	52	1	195 (195)
新春の挨拶…………… 広報委員 (那覇市立病院医師会) 間仁田 守……………	52	1	196 (196)
編集後記			
…………… 広報委員 玉井 修……………	52	2	140 (336)
…………… 広報委員 金城 正高……………	52	3	116 (452)
…………… 広報委員 照屋 勉……………	52	4	106 (558)
…………… 広報委員 金谷 文則……………	52	5	156 (714)
…………… 広報委員 本竹 秀光……………	52	6	152 (866)
…………… 広報委員 間仁田 守……………	52	7	98 (964)
…………… 広報委員 出口 宝……………	52	8	114 (1078)
…………… 広報委員 白井 和美……………	52	9	162 (1240)
…………… 広報委員 蔵下 要……………	52	10	110 (1350)
…………… 広報委員 真志取浩貴……………	52	11	106 (1456)
…………… 広報委員 河崎 英範……………	52	12	96 (1552)

〈以下のコーナーについては、ページ等の詳細は省略いたします。〉

会務のうごき (会長・副会長室、理事会、県医日誌)

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**、

～ ICLS コース開催のお知らせ～、**災害医療研修会のご案内**、

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」のご案内**、

会員からの本誌並びに本会へのご感想、質問、提案等



下馬評を大きく覆し、次期アメリカ大統領はトランプ氏に決まりました。人種差別、女性差別、攻撃的な演説など選挙前はかなり批判されていましたが、アメリカ国民は彼を選択しました。新聞を開くとイギリスのEU離脱に続く内向きの社会、保護主義を憂慮する記事がみられます。他国とはいえ全世界に影響のある国のリーダー、ましてや米軍基地を抱える沖縄、今後どう変わるのか注視するのは当然ですが、株価は大きく変動し、拙速な外交が始まり、さまざまな分野からのコメントなど、まだ始まらぬ次期政権に対し多少の不安がマスコミを賑わしている感があります。“人は予想に反する結果や、想像をこえる出来事には焦り、感情的に対処しがちになる、常に冷静に状況を確認し対応する訓練を”と手術修行中に先輩医師から諭された言葉を思い出します。

さて今年最後の医師会報となりました。表紙の写真は真志取先生よりウインターイルミネーションです。国内ではリオオリンピックのメダルラッシュ、3年連続のノーベル賞と少し華やいだ一年の表紙を締めくくっています。今月のトピックは4つの報告です。①「平成28年度第1回都道府県医師会長協議会」では全国の都道府県医師会から提案された地域医療構想、高額医薬品対応の動向など、今後注目すべき10題の議案についての協議報告です。ご一読下さい。②「平成28年度都道府県医師会JMAT担当理事連絡協議会」では熊本地震でのJMATの活動報告や課題について報告され、④「平成28年熊本地震沖縄県医師会医療救護班JMAT活動報告会」では沖縄県から熊本地震で活動されたDMAT、DPAT、JRAT、JMATの医療チームの報告です。離島県沖縄では、他府県にない特有の課題が多く、実際の活動を通し様々な想定をすることの大切さを考えさせられます。③「第10回沖縄県医師会女性医師フォーラム」では「どうなる新専門医制度～指導医、研修医が知っておくべきこと～」をテーマに協議が行われています。来年度から開始予定の新専門医制度でしたが様々な問題が指摘され1年延期となりました。次世代の医療を担う医師の教育

に関わる制度です。よい制度の開始に向け議論の継続が必要です。

生涯教育では、永山先生より「人工股関節全置換術後臼蓋骨折の3例」を寄稿頂きました。人工股関節全置換術の数少ない術後合併症の一つの臼蓋骨折について詳細な経過、リカバリー対応方法を報告しています。外科医にとって術後合併症の報告は少し勇気のいることですが、外科系に限らず医療は合併症や不成功症例から学ぶことは大きく、教育的な内容、投稿に感謝致します。プライマリ・ケアコーナーでは、伊泊先生より「透析患者の脳出血について」寄稿頂きました。透析患者では高率に脳卒中を発症し重症化しやすく、様々な合併疾患を有し腎臓内科を中心に循環器、糖尿病、脳卒中を扱う専門医の連携の大切さを報告しております。インタビューコーナーでは沖縄県保健医療部 部長砂川靖氏よりご挨拶をいただきました。地域医療構想の策定、健康長寿の問題など課題は山積していますが、「人生意気に感ず、・・・」と、沖縄の医療のため一緒にがんばっていききたいですね、よろしくお願い致します。12月1日は世界エイズデー、月刊行事では沖縄県立中部病院椎木先生より「幅広い受け皿に沈む90-90-90達成の鍵」と題し、早期発見のため多くの診療科でHIV感染を鑑別に挙げ検査を行うことが大切だと報告されています。発言席では、合志先生より医療用酸素使用の法解釈改正により、事故現場で緊急用の酸素使用が可能となり、救命率向上につながる事が報告されています。今月の随筆は、松浦先生、安谷先生、山城先生よりお寄せ頂きました。それぞれ趣きがあり興味深く読ませて頂きました。

毎年医師会報12月号の巻末には一年の総目次が掲載されています。過去の12月号の総目次を開くと、その時々々の医療のトレンドを垣間見ることができます。歴史を振り返る資料、本誌の一つの活用法です。今年もたくさんの報告、記事が掲載されました。会員の皆様へは大変感謝申し上げます。来年もよろしくお願い致します。

広報委員 河崎 英範