

## 年頭所感



会長 安里 哲好

明けましておめでとうございます。今年も会員の皆様にとって健やかで実り多い年でありませうよう祈念いたします。

沖縄県医師会会長に就任後、新しい年を迎えました。昨年は、地域医療構想における病床機能分化と連携における、必要病床数に眼点が置かれるきらいがありましたが、柔軟にそして段階的に対応して行く必要があり、病床機能区分の規定も今年中に明らかになると思われます。平成30年度第7次医療計画に向けて、基準病床数も平成28年度中に見直され、平成29年度中に、新たに二次診療圏別基準病床数が認定される方向の様です。一方、地域包括ケアシステムにおける在宅医療と介護の連携の中心的役割（コーディネータ）は誰が担うのか、地域（市町村）で担当者が違うかもしれない。ある地域では訪問看護ステーションの看護師であったり、ある地域ではソーシャルケースワーカーであったり、また、行政の職員であったりします。在宅医療を担う医師の拡大と医師間のチーム形成、そしてコーディネータを中心に、多職種との密な連携が望まれます。

更に昨年は、琉大医学部・附属病院移転における内閣府検討委員会への県医師会理事の参加（オブザーバーから委員へ）を進めてきました。熊本大震災救護活動班（JMAT）の現場におけるコーディネータの重要性とその育成について全国的にアピールしました。医療事故調査支援委員会の充実や会内警察医部会の設立や糖尿病性腎症の重症化予防を進めています。救急

病院電子カルテとの連携を含めた「おきなわ津梁ネットワーク」の更なるバージョンアップや国際都市沖縄における外国人旅行者への医療提供（医療そのもの、言語や契約する書類、私的医療保険の有無への対応や手続き）についての検討会も立ち上げています。

今年は、「65歳未満健康状態全国最下位」返上のワーキンググループを立ち上げ、「健康保持・増進と命を守るため」に県民と共に歩む医師会づくりを進めて行きたいと思ひます。明治より100年以上の課題であった「学力の低さ」が全国平均に改善し、算数Aをトップクラスに引き上げた教育界に学び、平成29年度～平成33年度5年間の目標に、「65歳未満健康状態全国最下位」返上をと強く心に刻みたい。

北部医療圏の基幹病院構想に関しては、地域住民への公開講座、地域住民運動を提起すると同時に、北部広域市町村との連帯を持って進めたいものです。新しい専門医制度と並行して、基幹病院と地域の医療機関と連携しながら専攻医育成ができるシステム・ネットワークを構築したいものです。現県政権・執行部とは、蜜月の関係でもツーカーの関係でもないが、良き関係にあり、言うまでもなく保健医療部とは親しくかつ創造的な関係が培われつつあります。

今年も、数百年・数千年続く澄み切った青い空と七色に変化する海は、美しくあって欲しいし、そして「平和の島」と「健康長寿の島」を強く希求したいと思ひます。

## 平成 29 年 年頭所感



日本医師会会長 横倉 義武

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

昨年4月、6年前の東日本大震災の恐怖を再び呼び起こさせるような大地震が熊本で発生しました。会員の先生方におかれましては、JMATとして現地で支援に当たられるだけでなく、多くの支援金もお寄せいただき、改めて感謝申し上げます。

また、昨年は各地で台風を始め天候不順が続き、土砂災害や洪水、更には火山噴火等、さまざまな災害が相次ぎ、多くの方々が避難生活を余儀なくされました。災害はいつ起きるか分からず、万全な備えをしておくことが必要です。日本医師会といたしましても引き続き、災害対策基本法上の指定公共機関としての責務を果たしていく所存です。

さて、2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が急務となっていますが、本年3月までには各地域で地域医療構想が策定されることになっています。各地域における住民の年齢構成や医療資源、交通アクセス等、その置かれた状況はさまざまであり、地域の特性に合わせた構想を策定するためには、地域医療を担う医師会と行政が強固な信頼関係を構築し、各地域に求められる医療の姿を共有していかなければなりません。

わが国では、脳卒中を発症した場合、まずは医療機関に搬送されることになります。回復すれば自宅に戻り、更にはリハビリや医療サービスが必要な場合は回復期病棟等や慢性期病棟等で

療養を続けたり、介護が必要であれば、老健や介護施設で介護サービスを受けることもあります。また、自宅に帰って再び発症するようなことがあれば、再入院するといったことが繰り返されるわけですが、こうした過程においても、常に患者さんの人生を見守っていく「かかりつけ医」の役割は大変大きいものがあります。最終的に患者さんが安心して旅立たれ、また家族の方々がその患者さんを心安らかに送り出すところまでしっかりと見届けていく、こうしたことが来るべき超高齢社会における医療の姿なのではないでしょうか。

今年は、トランプ米国大統領が誕生し、わが国でも国防問題や経済政策、社会保障を巡って活発な議論が展開されることが予想されます。政府では新たに設置した未来投資会議において、第4次産業革命として、ICTの活用により必要なサービスが必要な時に必要な人に届く、超スマート社会の実現を打ち出しておりますが、かかる状況においても必要なことは、人を大事にする政治、政策であると思います。昨年、あるシンポジウムで「国民の健康」についてさまざまな議論を交わす機会がありましたが、その過程においてこの思いを強くしました。

資源に恵まれていない日本が、広大な土地と豊富な資源を有する超大国と互角に対応できた要因は人であり、子ども達の健康と成長を見守りながら、健全な教育を施してきたからに他ありません。医療と教育に対して予算が回らないようであれば、あらゆる意味で国が衰退していくのは明らかであり、この2つを犠牲にするよ

うな政策は断じて行ってはなりません。

医療政策の立案を担う厚生労働省の方々には、ぜひ医療現場の方々と実際に交流し、その実情を的確にキャッチすることで、現場の声を反映した政策の立案をされるだけでなく、財務省ともしっかりと議論され、適正な社会保障財源を獲得していただきたいと思います。

また、昨今では、過重労働による痛ましい悲劇が散見されるようになりました。患者さんの状態が刻々と変化していく中で、夜間、人生の最期を迎えようとする患者さんを前に、勤務時間外だからと帰るわけにはいかず、何日も徹夜して診療に当たったというような経験をお持ちの方も多いのではないのでしょうか。

若い医師の方達には、患者さんに寄り添うというその心をぜひ、受け継いでいただきたいと思いますが、過重労働状態の中で医療を行うことは患者さんのためにはならないことは明らかです。この問題の解決のためには、より働きやすい環境整備に努めることはもちろんのこと、医師の側においても働き方に対する意識を変えていく必要があるのではないかと考えています。

昨年10月には、東京工業大学の大隅良典栄誉教授がノーベル生理学・医学賞を受賞されました。日本人としては、前年の大村智北里大学特別栄誉教授に続く2年連続の快挙です。大隅栄誉教授は記者会見の席上、「大学の研究環境の劣化により、将来的にノーベル賞が出なくなる」と不安を述べておられました。臨床医学は基礎医学がベースにあって始めて成り立つものです。日本の医学が非常に高い水準を維持できたのは、基礎医学に従事された方々のご尽力によるところが大きく、医学の将来を俯瞰すると、基礎医学の研究に関する環境づくりも、医療界のみならず社会全体で考えていくべき課題ではないかと感じております。昨年11月に、安倍晋三内閣総理大臣にお会いした際に、医療

研究に優れた功績を挙げられた方々を顕彰するため「内閣総理大臣賞」の創設を要望して参りましたが、本賞の創設が実現し、医学研究に携わる先生方の励みとなることを願っています。

終わりになりますが、私は昨年10月に開催された世界医師会台北総会におきまして、世界医師会次期会長に選出いただきました。国民の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げたわが国の医療システムやノウハウを広く世界に発信していきたいとの思いで立候補いたしました。現在ではグローバル化の進展と相俟って、医療界を取り巻く多くの問題が国境を越えて立ちはだかつております。その解決に向けて、世界医師会が果たす役割はますます重要になると考えており、その責任の重さを痛感しております。

一方、わが国においては少子高齢化に伴う医療提供体制の再構築や医師の地域偏在、診療科偏在の問題、更には医療の高度化等に伴う医療費の増大への対応など、多くの問題が山積しており、わが国の医療が進むべき道筋を早急に示す必要があると考えています。

とりわけ熱かった今年の夏、日本のみならず世界中をより一層熱くさせたあのブラジル・リオでのオリンピック・パラリンピックが、3年後にはこの日本で開催されることとなります。開催に当たっては、外国人観光客の受け入れ態勢や熱中症対策、更にはイベント関連事故や自然災害、テロリズム等による予測不可能な傷病者への災害医療体制など、多くの課題も残されておりますが、東京都医師会始め、関係機関とも協力し、その準備を進めていく所存です。

「地域から国へ」、そして「日本から世界へ」を目指し、日医執行部はこれからも一丸となって対応して参る所存でおりますので、会員の皆様方には深いご理解と格段のご支援を賜りますようお願い申し上げます。年頭のごあいさつといたします。

## 第 60 回社会保険指導者講習会に参加して ～食物アレルギーの診断と治療について～

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
小児総合診療科 松茂良 力

平成 28 年 10 月 4 日～6 日に日本医師会館大講堂で開催されました第 60 回社会保険指導者講習会に参加いたしました。今年のテーマは「アレルギー疾患のすべて」でした。アレルギー疾患にかかわる診療科は、内科・小児科・耳鼻咽喉科・皮膚科・眼科など幅広い分野に及びます。よって医療にかかわる多くの医師が一度ならず遭遇する疾患であり、さらに乳幼児から高齢者まで全年齢層にわたり罹患する可能性のある common disease です。食物アレルギーに関しては、この 10 年で増加傾向を認める慢性疾患です (図 1)。

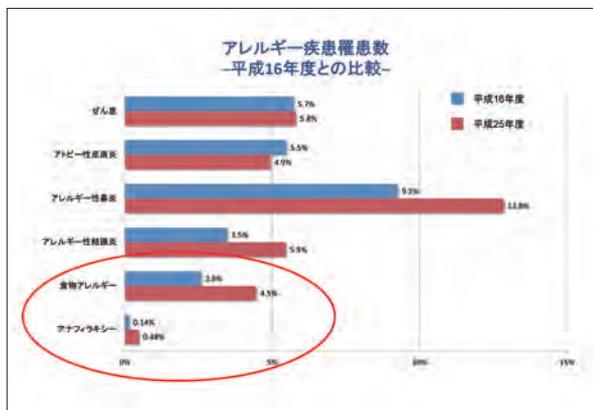


図 1 アレルギー疾患罹患数ー平成 16 年度との比較ー

本邦の小児では 10%～20% が何らかのアレルギー疾患を持っていることが報告されており (図 2)、沖縄も例外ではありません。沖縄ではスギ花粉による気管支喘息・アレルギー性鼻炎が極めて少ないことが知られていますが、スギ花粉以外の通年性気管支喘息・アレルギー性鼻炎を認めています。また最近では主に観光客による「じーまーみ豆腐」摂取によるピーナツアナフィラキシーに関して報道されましたので記憶に新しいことと思います。

今年の講習会はアレルギー疾患発症のメカニ

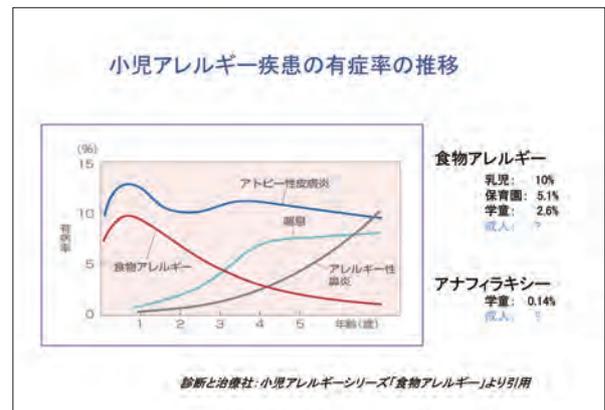


図 2 小児アレルギー疾患の有症率の推移

ズムから診断・治療・将来展望まで全体を網羅し、アレルギー疾患の診療に必要なエッセンスが詰まったプログラムでした。その中でも特に印象に残った食物アレルギー (即時型) の診断について報告することにいたします。

食物アレルギーの診断については詳細な問診が必要です。症状・疑われる食物を摂取してからの時間経過・年齢・栄養方法・環境因子・家族歴・服薬歴 (NSAIDs,  $\beta$  遮断薬など) が大事です (図 3)。その後、血液一般検査・血中抗原特異的 IgE 抗体・プリックテストを実施します。諸検査結果を判定・解釈し、食物経口負荷試験を実施して原因食物除去、栄養指導、耐性獲得判定を実施していきます。経口負荷試験が診断の王道であるのは言うまでもないことですが、全ての医療施設でできるわけではありません。そのため採血で診断に迫ることができる血中抗原特異的 IgE 抗体検査が実施されることが多いと思います。

血中抗原特異的 IgE 抗体検査の解釈については注意が必要です。検査の特徴と適応をまとめてみました (図 4)。日常診療では血中抗原特異的 IgE 抗体が陽性になると、その食物抗原が原因と判断しがちです。しかし血中抗原特異的

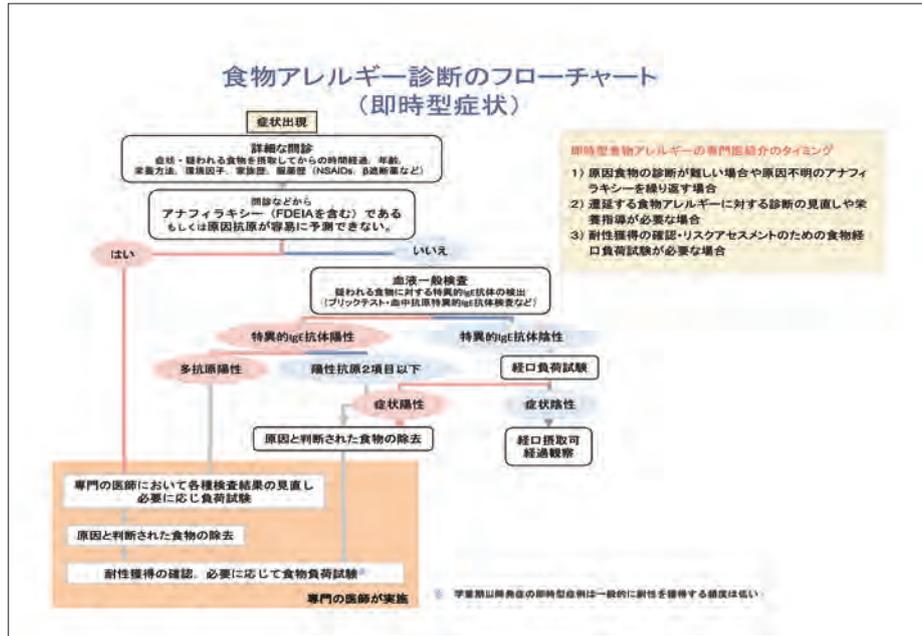


図3 食物アレルギー診断のフローチャート（即時型症状）

### 検査の特徴と適応

**血中抗原特異的IgE抗体検査**

- 1) 血中抗原特異的IgE抗体陽性（感作されていることを示す）と食物アレルギー症状が出現することは必ずしも一致しないことを念頭におくべきである。
- 2) 食物-食物、食物-環境抗原間での交差抗原性の理解が重要である。例) 甲殻類-軟体類、花粉-果物
- 3) 血中抗原特異的IgE抗体の測定として本邦では主に半定量性のあるイムノキャップとアラスタット3g Allergy が行われている。
- 4) アラスタット3g Allergy によるIgE抗体価はイムノキャップのものと同値であるが、同一の値を示さないため単純に換算できない。
- 5) 穀が国におけるイムノキャップによるIgE抗体価（卵白、牛乳、小麦・ω-5 グリアジン、大豆）による食物経口負荷試験のプロバビリティー（症状誘発の可能性）が報告されている。卵白と牛乳と小麦のイムノキャップによるIgE抗体価に基づいた食物アレルギーの診断の陽性的中率は低年齢ほど高い。
- 6) アレルゲンコンポーネントに対するIgE抗体価（オボムコイド、ω5 グリアジン、Wit h 2 など）を用いることで食物アレルギーの診断精度は高くなる。

② 応用範囲

- 1) 食物アレルギーの診断
- 2) 食物アレルギーの重症度の評価
- 3) 食物アレルギーの経過観察
- 4) 食物アレルギーの予防

図4 検査の特徴と適応

IgE 抗体陽性はその食物抗原に感作されていることを示しているだけで、食物アレルギー症状が出現することは必ずしも一致しないことを念頭におくべきです。血中抗原特異的 IgE 抗体検査陽性だけで食事制限を行うのは成長・発達する小児においては厳に慎むべきです。

更に食物-食物、食物-環境抗原間での交差抗原性の理解が重要です。例えばヨモギに感作されている人がマンゴーやニンジンを取ると症状出現する可能性があることが報告されています。沖縄でシラカンバはありませんが、シラカンバとリンゴ抗原間の交差抗原性は良く研究さ

れています(図5)。このように沢山の花粉-果物・野菜の交差反応性が報告されています(図6)。

血中抗原特異的 IgE 抗体検査は測定方法が複数存在することも注意が必要です。本邦では半定量性のあるイムノキャップとアラスタット 3g Allergy が実施されています。アラスタット 3g Allergy による IgE 抗体価はイムノキャップのものと同値であるが、同一の値を示さないため単純に換算できません。イムノキャップによる IgE 抗体価（卵白、牛乳、小麦・ω-5 グリアジン、大豆）による食物経口負荷試験のプロバビリティー（症状誘発の可能性）が報告されていることから、食物経口負荷試験の実施に臨む前に判断の一助となっています。さらに卵白と牛乳と小

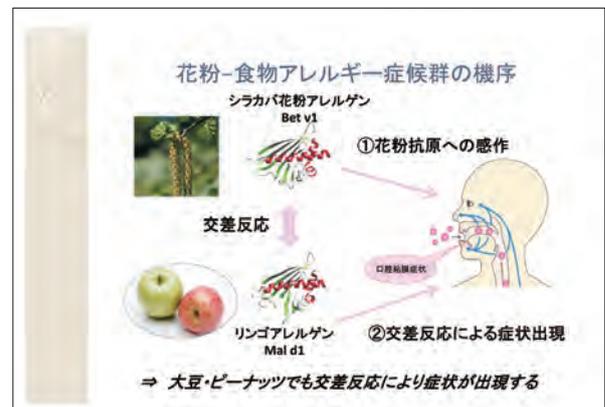


図5 花粉-食物アレルギー症候群の機序



図6 主な花粉と交差反応性が報告されている果物・野菜

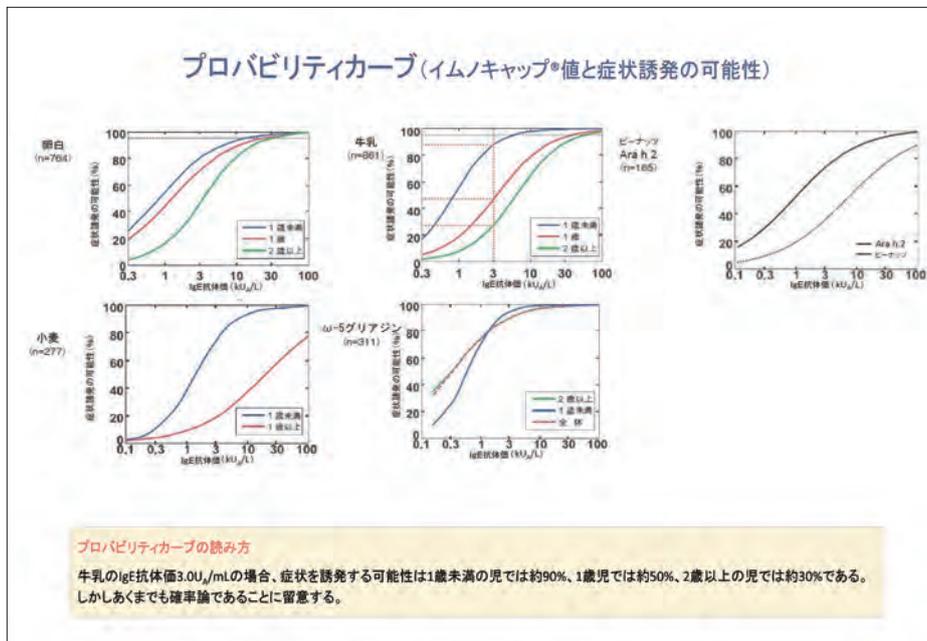


図7 プロバビリティーカーブ(イムノキャップ®値と症状誘発の可能性)

麦のイムノキャップによるIgE抗体価に基づいた食物アレルギーの診断陽性的中率は低年齢ほどの中率が高いことが報告されています(図7)。

最近ではアレルゲンのコンポーネントに対するIgE抗体価(オボムコイド、 $\omega$ -5グリアジン、Ara h 2など)を用いることで食物アレルギーの診断精度が上がってきました。(図8、9)これらコンポーネントを経時的に測定することで、卵を例にとると加熱卵摂取による症状誘発予測(図10)や予後(図11)を予測することが可能になってきました。 $\omega$ -5グリアジン、Ara h 2といったコンポーネントも同様に小麦やピーナ

ツアレルギーの診断、耐性化などに用いられています。血中抗原特異的IgE抗体検査は粗抗原からコンポーネントに対するIgE抗体価へと進み益々その有用性は高まっています。

以上食物アレルギー(即時型)の診断について概略を記載いたしました。

食物経口負荷試験、診断の詳細、治療および管理、栄養指導、最近のトピックスである経口免疫療法につきましては食物アレルギー診療ガイドライン2016が発刊されましたのでご参照ください。

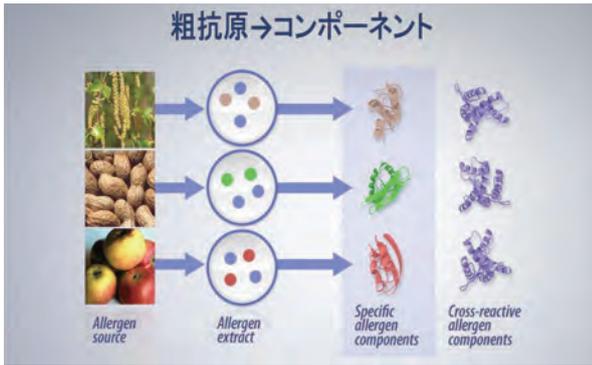


図8 粗抗原→コンポーネント

**鶏卵アレルギー**

Gal d1 オボムコイド (OVM)  
Gal d2 オボアルブミン (OVA)  
Gal d3 オボトランスフェリン  
Gal d4 リゾチーム

全卵50g中のOVAおよびOVM含有量

	全卵の抗原量		生卵と比較した抗原残量	
	OVA	OVM	OVA (%)	OVM (%)
生卵	10520mg	8495mg		
温泉卵	9580mg	1220mg	91	14
炒り卵	980mg	1280mg	9	15
ゆで卵	12分固ゆで 1200μg	1000mg	0.01	12

伊藤節子 日本小児アレルギー学会誌2011より引用一部改変

図9 鶏卵アレルギー

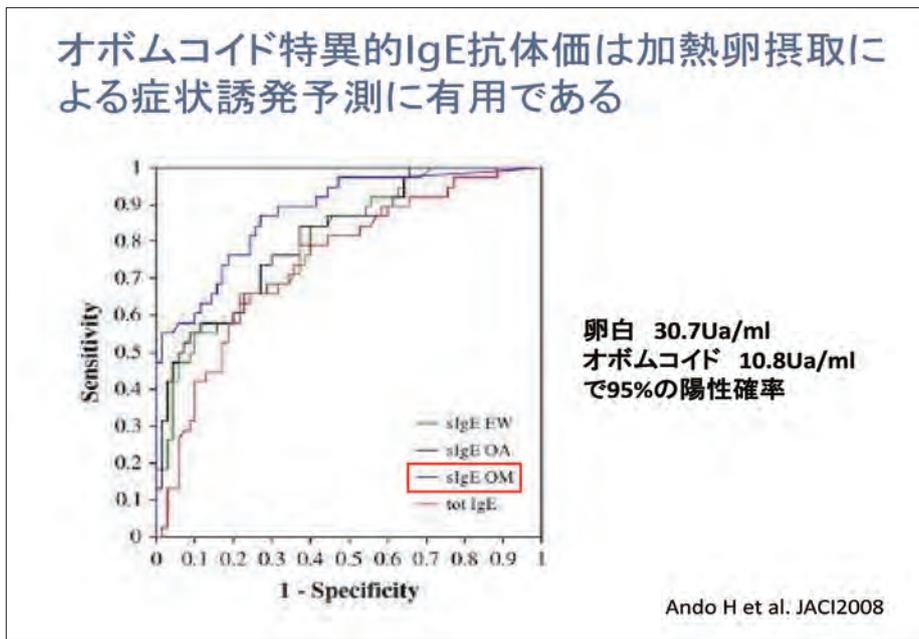


図10 オボムコイド特異的IgE抗体価は加熱卵摂取による症状誘発予測に有用である

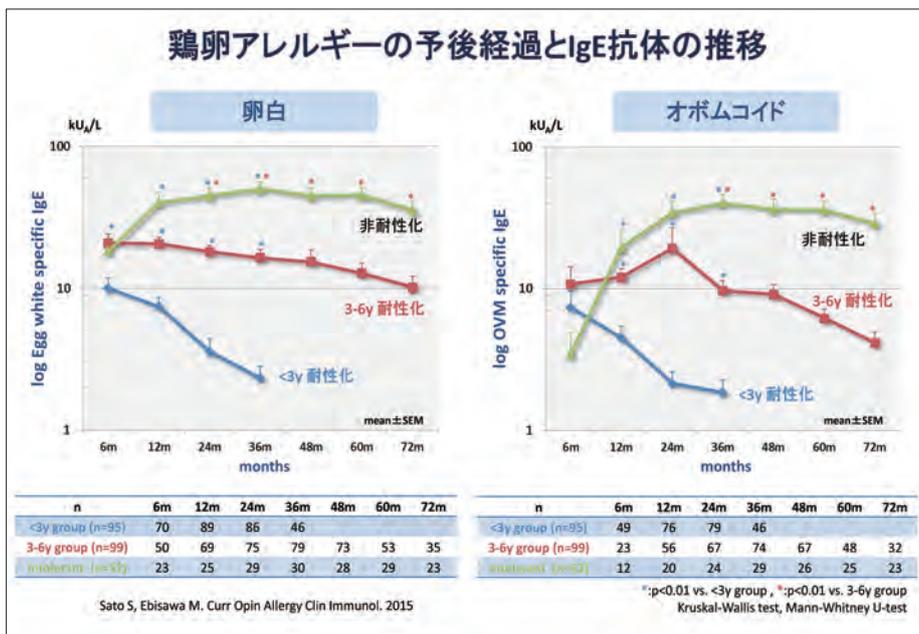


図11 鶏卵アレルギーの予後経過とIgE抗体の推移

## 第38回産業保健活動推進全国会議



常任理事 金城 忠雄



平成28年10月13日（木）日本医師会館において、標記全国会議が開催された。本会議では、茨城産業保健総合支援センター並びに、酒田（山形県）地域産業保健センターより県下での産業保健活動について報告があった。また、厚生労働省労働基準局安全衛生部より「最近の労働衛生行政の動向」について報告が行われたほか、「医療機関における産業保健の推進」と題したシンポジウムが開催された。その後、産業保健に関する諸問題について協議を行ったので、その概要を報告する。

### 開会・挨拶

はじめに、及川桂産業医学振興財団事務局次長より開会の挨拶があり、続いて主催者を代表し塩崎恭久厚生労働大臣（代読：田中誠二厚生労働省労働基準局安全衛生部長）から、「平成27年度の労働災害の発生状況については、死傷者数・死亡者数ともに前年を下回り、業務上疾病者数も前年より減少した。特に死亡者数

は統計を取って以来、初めて1,000人を切った一方で、仕事による強いストレス等を原因とする精神障害の労災認定件数は高水準で推移しており、働く人のメンタルヘルス不調の問題は引き続き重要な課題となっている。メンタルヘルス対策の一環として施行されたストレスチェック制度は、働く本人にとっては自身のストレスへの気づきを促し、メンタルヘルス不調を未然に防止するとともに、企業単位では集団分析を踏まえた職場の改善を目的としている。また、仕事をもちながら、がんで通院している方が30万人に上るなど、医療を要する疾病を抱える方が業務によって病気を増悪させることがないように配慮していくことも企業には求められる。このような中、今般閣議決定されたニッポン一億総活躍プランにおいても、一億総活躍社会を実現するためには、がん患者が希望や能力、疾病の特性などに応じて最大限活躍できる環境の整備を進めることが重要であることから、治療と職業生活の両立支援の促進に取り組むこと

とした。一億総活躍社会の実現に向けた働き方改革への重要な課題の一つとして検討し、その効果的な推進を図っていく。近年、働く方の健康を取り巻く職場環境や社会状況が大きく変化している。このような中で働く方の心身の健康を確保し、一人ひとりが生きがいをもって能力発揮できるようにすることが重要であり、企業や社会の生産性の向上にもつながる。厚生労働省としても、働き方改革を進める産業保健施策の強化にしっかり取り組んでいく。」と挨拶があった。

続いて、横倉義武日本医師会長から、「人口減少社会、生産年齢人口減少社会において、社会の活力の基本である労働者の健康管理は非常に重要であり、産業保健活動の推進は、労働者の健康保持増進を通じて我が国の持続可能な社会の構築に大きく貢献するものと期待している。ストレスチェック制度が昨年12月から施行され、産業医の中には業務量の増大とともに、訴訟リスクにより負担感を持たれている方もおり、その負担軽減のために今年7月より新たな賠償責任保険を創設した。また、現在、厚労省では、産業医制度の在り方に関する検討会において、治療と職業生活の両立支援を産業医の職務の一つとして位置付けるべく検討が行われている。産業医が治療と職業生活の両立支援に取り組むためには、主治医との連携や情報提供の在り方等、解決すべき課題が多くあるため慎重に対応していきたい。一方、我が国では疾病構造の変化や医療技術の向上、住民のニーズの多様化等により、医療機関はこれまで以上に安全で質の高い医療を求められている。この要請にこたえるためには、勤務する医療従事者の健康管理や作業環境管理等の産業保健の推進が不可欠である。都道府県医師会や郡市区医師会が安心して主体的に取り組める環境づくりのために、今後も厚生労働省との折衝を続けていく。」と挨拶があった。

続いて、有賀徹労働者健康安全機構理事長より「産業保健三事業が一元化され、産業保健活動総合支援事業が発足して2年半が経過した。今年度に至り、事業全体として実績が上がりつ

つある。一方、産業保健における課題は産業構造や働き方の変化とともに常に変容しており、特にメンタルヘルスを害する労働者が増加の一途をたどっており、昨年12月からストレスチェック制度が実施されたことを契機に、中小規模事業場をはじめとする産業保健活動に対する支援ニーズが増加している。ニーズを把握し、事業の積極的な活用につなげていきたい。」との挨拶があった。

櫻井治彦産業医学振興財団理事長からは、「昨年よりストレスチェック制度の実施や640物質のリスクアセスメントの義務化等が開始された。さらに、治療と就労の両立支援が新たな課題として認識されている。その上、過重労働対策についても着実な実施の必要性を印象づけるような出来事が報道されており、産業保健が対応すべき課題は増加している。今年度も引き続き、産業医研修会や実践研修会を開催しているほか、ストレスチェック関連の書籍を出版予定である。」との挨拶があった。

### 活動事例報告

活動事例報告では、茨城産業保健総合支援センター並びに、酒田（山形県）地域産業保健センターより次のとおり報告があった。

#### (1) 茨城産業保健総合支援センターの取り組みについて

**茨城産業保健総合支援センター 所長 小松満**

本県における平成27年度の産業医の選任率は、産業医を選任すべき3,394事業場に対し、選任報告事業場が2,840件で、83.7%となっている。また、本県の一般定期健康診断有所見率については、全国平均53.59%を上回る55.07%となっている。

当センターでは、ホームページやメールマガジン等を通じて広報・情報提供に積極的に取り組んでいる。また、研修会については年に約100回開催しており、特に受講者数20人以下の研修を多く開催している。法令や制度改正の周知を目的とする説明会においては、茨城労働局と連携し、多くの方に参加いただいている。平成26～27年度にかけては、ストレスチェ

ック制度に関する研修会を開催したことにより、研修会の参加延べ人数が増加している（平成 26 年度 3,435 人、平成 27 年度 4,899 人）。

相談件数は、研修会での質疑を含めて、平成 27 年度で 976 件であった。

**(2) 酒田地域産業保健センターの活動「事業場の元気を支えたい」**

酒田地域産業保健センターコーディネーター  
浅井俊夫

山形県内の 50 人未満の事業場数は 56,620 件であるが、県内 6 地産保への登録事業場数は 3,241 件であり、登録率は 5.7% である。

当センターでは、産業医、保健師、コーディネーターが二人三脚で業務にあたり、チームワークを発揮し相談や指導に当たっている。また、年度末に事業場へ事前アンケートを送付し、相談の内容や希望時期を調査し、年度計画を立て事業を実施している。送付件数や相談実績は年々増加傾向にあり、平成 27 年度にはアンケート送付先事業場が 369 件で、そのうち回答があったのが 197 件、相談希望は 106 件となっており、相談実績は 200 件を超えている。

健康相談や保健指導を行う際には、事前に事業場より定期健康診断結果を提供いただき、保健師が指導対象者を選んでいる。相談や指導の結果は、文書で事業場にも報告し活用していただいている。

登録産業医については、地区医師会が定期的に産業医の活動状況について調査を行い、登録の更新や新規登録を行っている。調査結果は地区医師会から地産保センターへ情報が提供いただいている。

**説明・報告**

**(1) 最近の労働衛生行政の動向について**

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

**○ストレスチェック制度に係る現状について**

事業場から労働基準監督署に寄せられた報告によると、現時点でストレスチェックを実施し

た 9,000 弱の事業場において、50%以上がその事業場の産業医が実施者を務めているとの結果が出ている。また、高ストレス者に対する面接指導についても約 85%が事業場の産業医が担当している。

また、ストレスチェック制度に係る支援については、実施マニュアルの公表や専用コールセンターの設置、医師等に対する研修等を実施している。

**○治療と職業生活の両立支援**

仕事上の理由で適切な治療を受けることができない場合や、疾病に対する労働者自身の理解不足、職場の理解・認識不足により離職に至る場合が非常に多いことが問題となっている。また、約 9 割の事業場がそうした従業員への対応に苦慮している。

こうした状況をふまえ、本年 2 月に「治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。大きな柱として、両立支援を行うための環境整備や個別の両立支援の進め方など具体的な取組方法をまとめた。事業者による両立支援の位置づけとしては、治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病が増悪することがない様、一定の就労上の措置や治療に対する配慮を行うことであり、これは通常の労働者の健康確保対策の一環として位置付けられている。

両立支援のための環境整備としては、「研修等による両立支援に関する意識啓発」、「相談窓口の明確化」、「休暇・勤務制度の整備」が必要である。また、労働者から主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供する際のガイドラインをまとめている。それをふまえた上で、主治医から、事業場における適切な就業上の措置が行えるような意見書が提出される仕組みを示している。

両立支援を進めることの労働者自身にとっての意義は、本人が希望する場合は、疾病を増悪させることのないよう適切な治療を受けながら、仕事を続けられる可能性が高まることであり、また、事業者にとっての意義は、貴重な

人材資源の喪失を防ぐことが可能となるとともに、従業員のモチベーション向上の観点からも労働生産性の維持・向上につながることである。さらに、医療関係者にとっては、仕事を理由とする治療の中断等を防ぎ、疾病の治療を効果的に進めることが可能になる。両立を支援することで、疾病を抱える労働者もそれぞれの状況に応じた就業の機会を得ることが可能となり、すべての人が生きがい、働きがいをもって活躍できる社会の実現に寄与することが期待できる。

○産業医制度の在り方に関する検討会

産業医制度の在り方について、昨年9月から7回にわたり検討いただいた。

検討会では、①求められる労働衛生管理、②産業医、産業医以外の産業保健スタッフに期待される役割、③小規模事業場における労働衛生管理の促進について検討した。

その他、産業医や産業保健スタッフの資質向上等も含め、活発な議論が行われた。

7回分の報告がまとめ次第、公表したいと考えている。

シンポジウム

「医療機関における産業保健の推進」

(1) 体制作り—産業医の役割を中心に—

北里大学名誉教授 相澤 好治

医療保健業における死傷災害状況については、転倒と動作の反動・無理な動作が66%を占めている。また、病原体による業務上疾病の発生状況も高い。

わが国の医療福祉産業の特徴としては、就業者が784万人(2015年)で建設業よりも多いことや労働集約型の産業であること、女性が多いこと、患者中心のサービスであり自己犠牲が尊ばれる職業風土である点があげられる。また、安全と健康を脅かす課題として、生物学的要因(感染症)や化学的要因(消毒薬、抗がん剤等)のほか、物理的要因や社会心理的要因等がある。

平成26年に医療法が改正され、「医療又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従

事者の確保に資する措置を講ずるように努めなければならない」こととなり、労働安全衛生法と一体となった効果的な対策が求められる。

医療機関における労働衛生管理としては、作業環境管理(病原体、有機溶剤等)、作業管理(転倒・腰痛)、健康管理(結核、肝炎予防、メンタルヘルス)のほか、総括管理(針刺し事故防止、院内感染防止等)、労働衛生教育が必要である。

日医が昨年度実施した「産業医活動に対するアンケート集計結果」によると、勤務先の産業医を兼任している医師が全体の22%を占めている。また、専属・兼務産業医の中には、経営側に所属している医師もいる。兼務産業医の課題として、「産業医としての判断と、経営者・管理者としての判断が両立しない場合がある」、「自身が経営者・管理者等であるため、労働者が相談しにくいのではないかと感じる」ことがアンケートを通して見えてきた。今般、労働安全衛生規則の改正により、平成29年4月から法人の代表者等を産業医として選任することが禁止されることは、ご承知のとおりである。

このような中、厚労省における産業医制度の在り方に関する検討会では、産業医に期待される役割や産業医に必要な情報、産業保健チームでの対応、小規模事業場における労働衛生管理の促進について検討が行われた。

医療機関には多くの危険有害要因が存在し、交代制勤務や長時間労働等働き方の問題もある。健康の保持は、医療従事者の権利であると共に、医療の質を維持・向上する必要条件であることから、医療機関での産業保健活動は医療従事者の健康と安全を守り、より良い医療を患者に提供するための基盤となる。

(2) メンタルヘルス対策

三井記念病院精神科部長 中嶋 義文

昨年、日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会が実施した勤務医1万人アンケート調査によると、勤務医を取り巻く環境は全般的に改善傾向にあるが、勤務医の主観的健康観にほとんど変化はない。

そこで、医師の健康支援のための職場改善チェックリスト（2009 版－30 項目）を、「勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置や医療クラークの導入」、「当直の翌日は休日」、「予定手術前の当直・オンコールの免除」等の 15 のアクションに整理し、①メンタルヘルス（うつ）指標（QIDS）、②自殺リスク指標、③労働生産性関連指標（WFun）、④勤務継続医師（経営指標）の 4 つのアウトカム指標を用いて実施効果を検証した。その結果、組織的取組みは、勤務医のメンタルヘルス、自殺リスク、労働生産性、経営指標の改善と関連することが分かり、15 のうち 14 のアクションは 4 つのアウトカム指標全てにおいて有意な改善効果が見られた。

また、医療従事者の勤務改善法令や医療勤務環境支援センター等の施策認知度がうつ症状や希死念慮等のリスク低下に関連していることも分かった。

三井記念病院におけるメンタルヘルス対策としては、ストレスチェックの実施の際に、事前にストレスチェック問診票に回答してもらい、仕事状況の確認や通勤時間、睡眠時間等の確認を行っている。また、メンター制度や、初期研修開始時面談、看護師グループでの看護師支援心理ファシリテーションを実施し、組織的な取組みを行っている。

**(3) 勤務医の健康支援 勤務医の過重労働と健康に注目して**

日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」の取組から

独立行政法人労働者健康安全機構  
労働安全衛生総合研究所  
過労死等調査研究センター 吉川 徹

1990 年代より、医師の過重労働に起因する過労死等が問題となり、現在も医療現場における長時間勤務が常態化している。医師の労働の特徴としては、高度な専門性や拘束性・連続性があること、裁量度が高いこと等が挙げられる。

日本医師会「勤務医の健康支援のための検討委員会」は、2008 年から勤務医の健康支援策

の検討を開始し、リーフレットの作成やワークショップの開催や全国調査を実施している。2009 年の「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」では、オンコール待機が多い医師はうつ病のリスクが高まることや、半年に 4 回以上患者からのクレームを経験すると、うつ症状の出方が 5 倍になるといった結果が出た。当時、「必要な休日や仮眠・休憩時間の確保」、「医療事故のサポート」、「診療補助者の導入」、「院内で発生する患者からの暴力への組織的対応」、「女性医師に対する支援」が必要であるとの結果が出ており、その後様々な取組みが行われた。

2016 年に 2 回目のアンケート調査を実施し、前回調査からの状況の追跡を行ったところ、勤務医の勤務環境には改善徴候が認められた一方で、勤務医自身の主観的健康観にはほとんど変化が見られず、自殺等のリスクが極めて高い状態にある医師の割合も 3.6%であった。

また、前回調査で勤務医からの改善ニーズが高かった「医療事故や暴言等への組織的対応」や「快適な休憩室や当直室の確保」は 9 割以上の施設が実施している一方で、「当直の翌日は休日」、「予定手術前の当直・オンコールの免除」では実施率が 2 割に満たない状況であった。

平成 23 年度の「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」では、勤務医の労働時間ガイドラインの在り方について検討が行われた他、2010 年 3 月より病院産業医への医師の健康支援研修（ワークショップ）が各都道府県医師会で開催され、500 名以上が受講した。この中で、「病院管理者は病院経営に振り回され、医師の労働条件の確保等を検討する余裕がない」、「医療サービスが医師個人の良心にゆだねられている」といった意見も挙げられた。さらに、勤務医が労働契約の内容に疎いことや長時間労働を美德とする風習があること、こうした状態であることを病院管理者や監督官庁も認識しているが、改善・介入が難しいといった意見も出た。

日医の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では、勤務医の労務管理に関する分析・改善ツールを作成し、労務管理チェックリストによる現状把握・分析、労働環境改善の手順を示している。また、「いきいき働く医療機関サポート Web (いきサポ)」では、取組の好事例が紹介されている。

医療機関の産業保健の推進において勤務医の健康支援で期待されることとしては、医師自身が勤務環境や健康への関心を向上させること(自助)、産業医の支援や院内の労働安全衛生管理体制の見直し(共助)、勤務環境改善マネジメントシステムの積極支援を活用すること(互助)である。

**(4) 医療従事者のための産業保健の感染症に関わる 3つの課題**

国立研究開発法人国立国際医療研究センター  
国際医療協力局 和田 耕治

医療機関において職業感染対策は優先度が高いと認識されている。B型肝炎やC型肝炎については、約9割の医療機関が職員の抗体検査やワクチン接種を実施しているのに対し、風疹、麻疹、水痘の抗体検査は58%にとどまり、対策が遅れている現状がある。

日本環境感染学会から医療関係者のためのワクチンガイドラインが出されており、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎、水痘においては、免疫を獲得した上で勤務を開始することや、摂取回数を2回とすること、ワクチン接種を受けることができない医療関係者のプライバシーと感染症予防に配慮すること等が示されている。

東京都の医療従事者838名を対象に行った調査では、風疹、麻疹、おたふくかぜ、水痘のいずれかの抗体価が低かった職員は28%であった。また、岡山県の医療機関において調査したところ、20～29歳の若い世代で抗体価が低い傾向にあることが分かった。

院内感染については、厚生労働省より対策のための指針案が出されており、中小規模の病院においても対策を実施するよう指示が出されて

いるところである。院内感染担当部署との連携をすることにより、産業医としての仕事を効率的に進めていくことができ、負担を減らすことにつながる。安全衛生委員会に院内感染担当者が参加する、あるいは感染対策委員会に産業医が参加し、理事長や院長へ必要な対策を一緒に提言することが有効である。

また、血液媒介感染症患者への意識調査を行ったところ、HIVやB型肝炎・C型肝炎に感染した患者さんに対応した看護師のうち、約半数が自分にも感染するのではないかと心配していることが分かった。さらに、そうした患者さんを担当したくないと回答した看護師は、HIVで約4割、B型肝炎・C型肝炎で約2割であった。

このような結果の背景には、感染リスクのほかに偏見がある可能性が指摘され、針刺し・体液暴露対策の推進と、現場での教育、患者への偏見対策を進める必要がある。

**〈総合討論〉**

○相澤好治先生

医療機関は他の職場と違い、専門科の壁や職種の壁がある。経営者や産業保健スタッフはそういったことを考慮する必要があると考える。

○中嶋義文先生

来年より、理事長や院長が産業医を兼任することができなくなるが、メンタルヘルスに詳しい産業医を探すのは大変だと思う。例えば、同じ二次医療圏の精神科医や心療内科医を保険健保組合等から委嘱する等して、医療機関のメンタルヘルスをお任せするという方法も良いのではないか。

○松本吉郎日本医師会常任理事

来年の4月から理事長や院長が産業医を兼任することが禁止になるが、日本医師会としても、病院長以外に産業医の資格を持っている医師がいなかった場合に対応すべく、12月に研修会を企画している。また、都道府県でも同じような趣旨で研修会が組まれていると思うので、これを機会に資格を取っていただきたいと考えている。本件について厚労省に確認した

ところ、4月になった途端急に厳しくなるというわけではないようだが、それぞれの病院でしっかりと対応していただきたい。

○和田耕治先生

医師のメンタルヘルスを診ることのできる医師が少ない。どこに相談に行こうにも知り合いに会うのではないかと心配する医師も多い。都道府県で守秘義務をきちんと守り、医師を優先して対応できるような仕組みができないかと考えている。

感染症については、日本はMERSやエボラ出血熱を1例も経験していない。1例目がでた際に、医療従事者に対する差別、偏見が出てくるのではと危惧している。引き続きMERS、エボラの対策について各都道府県で検討していかなければならない。さらに、介護職員のB型肝炎対策もなかなか手が届いていない現状であり、今後、対策が必要であると考えている。

**質問1：勤務環境が改善されているのは都心部の大きな病院である。都市部と地方とで差ができるのではないか。そういった調査や報告はあるのか。**

回答（吉川先生）

勤務医委員会の中でも、「勝ち組病院」の対策だけで語っていいのかという議論が出ている。労働基準法はどこでも適用するような構造になっているので、運用の段階で良好な事例を重ねていくのが良いのではないか。大きな病院と小さな病院で分けたデータは無いが、100～200床規模の病院に、より注目する必要があると考える。

回答（中嶋先生）

ワークショップを開催する際にも、医療機関の大小でバックグラウンドが違うため、議論が深まらないこともある。同じような問題を抱えているところが集まりワークショップができれば良いと考えている。

施策認知度については、病院の規模で比較はしていないが、規模に関わらず認知度が低いのが現状である。

**質問2：三井記念病院のような取組みは、必要ではあるがなかなかできない。必要最小限、何をすれば良いのか。**

回答（中嶋先生）

当院では、離職率を下げるということだけではなく、職員が病院にいる間やりがいをもって働けるということを目指している。休職者がスムーズに戻れるような三次予防の取組みが必要であることと、一次予防として働きやすい職場を目指した雰囲気づくりが必要であると考えている。

**質問3：産業医が経営者に物が言えないということについて、産業医制度の在り方検討会において、産業医の中立性をどう担保するかといった議論は出たか。**

回答（相澤先生）

経営者に対して言いにくいところもあると思うが、制度的には直しにくい。産業医には、企業が成り立ちながら労働者の健康を確保するバランスを取っていただきたいが、検討会ではこの件について議論にはならなかった。

**質問4：地域の包括支援センター等で勤務する人は、医療施設で働く人に比べて感染症に関する検査をする機会がなく、また医療施設の職員も定期的に検査するということが難しい。そうしたハイリスクな仕事をしているような人たちにはどう対応すれば良いか。**

回答（和田先生）

介護従事者は医療従事者ほど知識が無いため、感染リスクを強調しすぎると逆に不安になることもあるかと思うが、感染しないように仕事ができる方法をきちんと伝えていくことが必要である。B型肝炎のワクチンについては、感染リスクを下げることにもなるので、費用の問題もあると思うが、介護事業所として働きつづけるためのモチベーションをあげる職場づくりが進めば良いと考えている。

**協 議**

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

平成 28 年 4 月～8 月までの産業保健総合支援センターならびに地域窓口（地域産業保健センター）の実績は、概ね順調である。特に、「小規模事業場からの専門的相談への対応」については、実施率が 79.6% と高くなっている。しかし、地域窓口の「小規模事業場等の産業保健活動への支援のための訪問指導（実施率：17.0%）」については実施率が低いため、実績を上げていきたい。地産保センターの訪問指導については、事業場に対するリーフレットを作成し、利用勧奨を行っている。

また、今年度の主な取り組みとしては、ストレスチェックの導入支援はもちろん、治療と職業生活の両立支援についても、産業保健総合支援センターにおいて今年度新たに両立支援促進員を配置し、ガイドラインの周知や個別訪問支援等に取り組んでいる。

ストレスチェック実施促進のための助成金については、今年度から要件を緩和した。昨年度は複数の小規模事業場と団体を構成することが必要だったが、今年度からは単一の事業場でストレスチェックを実施した場合にも助成することとなっている。助成金を活用するためには、事業場登録をする必要があり、届出の方法をリーフレットにまとめている。

**問 1：ストレスチェック制度が導入されたことによって、産業医を辞退する等、産業医活動に少なからず影響が出ていると考えるが、そうした動向については把握しているのか。調査する意向はあるのか。**

**回答（厚労省）**

事業場から労働基準監督署へ報告のあった 8,500～9,000 の事業場のうち、半数は事業場で選任している産業医が実施者となっている、面接指導についても 85% の事業場で産業医が担っている。事業場や労働者の状況を日頃か

ら把握して、信頼関係を構築している医師という立場から、ストレスチェックに関与いただきたい。

**回答（日医）**

今年度の日医産業保健委員会で検討し、来年には全国の産業医の実態を調査し把握したいと考えている。ストレスチェックにかかる研修やマニュアル、嘱託契約の見直しも必要であるため検討していきたい。埼玉県において産業医 328 名にアンケートをしたところ、6 月時点で半分の医師が実施者になると回答した。面接指導の負担が大きいと考えるが、私的なデータでは、ストレスチェックを受けた人のうち、面接指導を受けたのは 0.2% であった。職種や地域によっても差があるが、実際には当初予想されていた「1～5%」より低い結果となっているようである。

**問 2：大宮地域産業保健センターでは従業員 50 人未満の小規模事業場 40 社にストレスチェック制度に関する調査を実施した。**

**(1) ストレスチェックの実施率は 45% であったが、労働者健康安全機構が推進する助成金制度は全く利用されていなかった。したがって、地域産業保健センター事業に助成金制度を組み込んで如何か。**

**回答（厚労省）**

産業保健センターや労働者健康安全機構において助成金の周知に取り組んでおり、利用勧奨している。また、労働局や労働基準監督署でも、小規模事業場に対して助成金にかかる情報を提供している。機構本部においても、利用しやすいように助成の要件を緩和した。これらを踏まえて、小規模事業場へ地域産業保健センターでもあらゆる機会をとらえて助成金の利用勧奨をお願いしたい。

**回答（労働者健康安全機構）**

9 月末日で 1,059 ヶ所の事業場が助成金にかかる事業場登録を行い、対象者は約 2 万人である。助成金の周知については厚労省や日医にお願いしている他、事業者団体へのリーフレット

配布等を行っている。また、高ストレス者の面接指導等の小規模事業場へのサービスは、国からの補助金で実施しているため、その上に助成金制度を作ることは無いと考えている。

(2) ストレスチェックの未実施率は45%であった。未実施の理由は努力義務であるからとの回答が多かったが、今後、小規模事業場においても義務化する予定はあるか。

回答（厚労省）

50人未満の事業場においてもなるべくストレスチェックを実施してもらえよう、施策を行っている。助成金制度や事業者向けのセミナー、産業保健スタッフに対する専門的研修、個別訪問支援等様々な支援を行っている。今後は、ストレスチェック結果の集団分析や好事例についても情報提供していく。

問3：産業医の医師賠償責任保険について、嘱託医としての契約を結んでいない事業場において臨時でストレスチェック後の面接指導を行う場合、補償の対象になるのか。その場合、その事業場に嘱託産業医がいる場合といない場合にも扱いは同じか。

回答

この保険は、嘱託産業医としての業務の遂行に起因して発生した不測の事故を対象としている。日医A会員で産業医資格を有していても、事業場と契約を結んでいなければ対象とはならない。その事業場に嘱託産業医がいる、いないに関わらず保険上の取り扱いは同様である。ただし、医師会と事業場で契約を結んでいる場合は、事業場と個別に契約を結んでいなくても補償の対象となる。

問4：医師の偏在により産業医が不足している地域では、新たに産業医の資格を取得することも難しく、地域産業保健センターで十分な人数の登録産業医が確保できない状況にある。こういった地域がさらに増えていくものと考えられ

るが、行政として今後の方策についてどのように考えているのか。

回答（労働者健康安全機構）

地域産業保健センターでは、全国で約800名の登録産業医のご協力いただいている。引き続き資格を持っている先生方にご協力いただけるようお願いしたい。

回答（厚労省）

今年度、日医と産業医科大学にご協力いただき、追加の産業医研修会を開催している。産業医が確保できる環境の整備に取り組んでいく。

問5：公立医療機関の勤務医師は産業保健活動に参加いただけない傾向が強くなってきている。参加を推進するためには、改めて行政（国）から地方自治体に対し、産業保健活動への協力要請をすることが必要と考えるが如何。

回答（厚労省）

厚生労働省では、公立医療機関に勤務している医師が兼業することは特段規制はしていない。地方公務員法でも任命権者の許可を受けることができれば兼業が可能となっている。メンタルヘルス対策や治療と職業生活の両立支援等、様々な活動の必要性が高まっていることから、地域において産業医資格を持っている方に参画いただくことは重要である。

問6：メンタルヘルス対策について、行政からの名簿等を利用して研修の申し込み勧奨等を行っているが、申し込みは増えていない。また、若年労働者への教育は行政から事業場への働きかけがなければ実施が進まない状況にあるが、行政としての考えは如何か。行政からの情報も少なく、今後の展開が見えてこない。

回答（厚労省）

地域産業保健サービスが必要な事業場に効率的にマッチングすることは大事である。行政からの情報提供を含めて引き続き検討したい。職場のメンタルヘルス対策における管理監督者によるラインによるケアの重要性については、メ

ンタルヘルス指針に基づいて都道府県の労働局・労働基準監督署において普及・啓発を図っている。そのような指導の際に、産保センターで実施している事業者向けのセミナーや管理監督者向けのメンタルヘルス教育等の利用勧奨も合わせて行っている。ストレスチェック制度を含めた現場のメンタルヘルス対策の普及のためには産保センターで実施している各種セミナーや専門的研修は必要不可欠であると認識しており、労働局や労働基準監督署において情報提供していきたい。

**問7：ストレスチェックについて、日本医師会より嘱託産業医が共同実施者になるようにとの提案があったが、大企業は業者丸投げで共同実施者を必要としない。また、中小企業の共同実施者になることの負担もままならず、悩む方も多いと思う。**

**回答（厚労省）**

事業場や労働者の実情を把握している医師として、ストレスチェックの仕組みづくりや事業場内での認識の共有をしていくという観点から、産業医が衛生委員会で調査・審議に関与することが重要である。高ストレス者に対する面接指導についても、勧奨から実施にわたって関与いただくということが、労働者の適切な就業措置や職場環境の改善につなげるという点からも意義がある。必ずしもストレスチェックそのものの実施に直接関与するということではなく、共同実施者等の形で面接指導の勧奨から実施までできるだけ関与していただきたい。国としても、各都道府県の労働局や労働基準監督署において、事業場でストレスチェックが効果的に実施されるよう丁寧に指導を行っていきたい。

**問8：高ストレス者のうち、「面接指導」を拒否する者に対して、大企業では相談窓口の開設等を行っているようだが、中小企業ではそれも無く放置されてしまう可能性がある。50人以上の事業場にも財政的な支援が必要ではないか。**

**回答（厚労省）**

高ストレス者で面接指導を希望しなかった人が、高ストレスの状態でも放置されないようにす

るのは重要なことである。ストレスチェック指針に基づいて、産業医による相談対応等によりフォローアップをお願いしたい。なお、50人以上の事業場におけるストレスチェックの実施は事業場の法的義務であるため、この費用を国が助成するのは困難であるが、事業場への支援として啓発セミナーや各種相談対応など技術的支援を引き続き行っていく。

**問9：実際に面接指導をおこなってみると、カウンセリングや苦情相談のようなものが多々ある。産業医が面接指導のスキルをいかに担保するかが今度の課題であると考えますが、日本医師会として面接指導のスキルアップに関する研修等は予定しているか。**

**回答（日医）**

スキルアップのための研修については次年度の開催に向けて検討していきたい。各都道府県からの日医認定産業医研修会申請の状況は半年で200講座単位の申請があった。日医で開催する場合は、より実践的な実際の面接指導の内容を使った研修にしたい。また、産業医学振興財団から「面接指導版 嘱託産業医のためのストレスチェック実務Q & A」が近く刊行される予定である。こちらでも活用していただきたい。

**回答（厚労省）**

ストレスチェックの実施や面接指導に関わる産業医向けに、標準的な実施方法を示した実施マニュアルを作成し公表している。産業支援センターにおいても面接指導の研修を実施している。制度施行の初年度となっているため、実施してみてもの課題や事業場における好事例について、各都道府県の労働局ならびに労働基準監督署において把握を行っているところである。引き続き現場におけるニーズを各種支援策に反映させていきたいと考えている。

**問10：小規模事業場において、外部機関にストレスチェックの実施を委託し面接指導の勧奨を行うことになる。50人以上の事業場においては嘱託産業医が実施者になれるが、小規模事業場では面談対象者への面談勧奨は外部機関か**

らのみであり、申し出から面談実施へスムーズに流れるとは思えない。

面談は地域産業保健センターの医師が担当することになると思うが、ストレスチェックを予定する段階から労働基準監督署と連携して地域産業保健センターがかかわることが必要ではないかと考える。

また、小規模事業場におけるストレスチェック実施に対しては国の費用助成があるが、事業主の負担は避けられず、二の足を踏むところも多いと思う。地産保センターの広報のほか、労働基準監督署によるストレスチェックの実施勧奨が不可欠である。国として、小規模事業場におけるストレスチェックの実施に際して、労働基準監督署の小規模事業場に対する指導の役割をどのように考えているか。

**回答（厚労省）**

労働局と労働基準監督署において、小規模事業場へのメンタルヘルス対策の重要性を引き続き周知・啓発していく。小規模事業場への各種支援策として、事業者に対するセミナーや個別訪問支援、ストレスチェックにかかる電話相談、面接指導の実施等の利用勧奨をしていく。また、厚生労働省が配布しているストレスチェック実施プログラムや助成金についても利用勧奨を行っていく。50人未満の事業場は当分の間努力義務だが、小規模事業場であってもメンタルヘルス不調を予防することは重要である。自発的な取組を含め、ストレスチェックの実施促進に必要な指導、支援を行いたい。

ここで、松本常任理事より医療勤務環境改善センターの紹介があった。

医療勤務環境改善センターは、医療労務管理アドバイザーによる労務関連の相談と、医業経営コンサルタントによる医業経営相談を一体的に医療機関に提供して医療機関を総合的にサポートする。労務管理に関するセミナーや来訪いただいている医療機関の相談はもちろん、支援

センタースタッフが医療機関を訪問して対応することも行っている。

**〈フロアからの質問〉**

質問1：高ストレス者と判断された人が面接指導を拒否した時に、面接指導を受けさせることはできるか。

**回答（厚労省）**

ストレスチェック制度の中で面接指導を強要することはできない。ストレスチェック制度ではなく、通常の産業保健活動の中でメンタルヘルス対策の一環として面談をしていただき、必要な場合は専門医への受診へとつなぐことが望ましい。

**回答（日医）**

ストレスチェック制度においては、面接指導を受けてもらうよう勧奨することが産業医の役目だと考えている。面接指導を拒否した人をフォローする場合は、通常健康相談の中で対応するか、専門医につなぐことが必要である。

質問2：ストレスチェック制度は、本人に結果が通知されるだけで、その後のフォローアップが難しい。制度上何か考えていただきたい。

**回答（日医）**

高ストレス者と判定された人のうち、面接指導を受ける割合が少ないということになれば、本当にストレスチェック制度が活かされているのかという問題も出てくる。この制度が有効に活用される様な方向で考えていかなければならない。

**回答（厚労省）**

面接指導の勧奨をどこまでやるべきか、面接指導を受けない場合のフォローアップはどうしたら良いかということについては、事業場の規模やかかわる産業医の位置づけによってもいろいろな場合がある。今後、取組事例をまとめてフィードバックしていきたいと考えている。

## 印象記

常任理事 金城 忠雄

産業保健活動推進全国会議は、毎年この時期に開かれる。主催は、厚生労働省、日医、労働者健康安全機構と産業医学振興財団の4団体による。会議は、ウィークデーの木曜日の午後なので、東京への出張日程調整には一苦労を要する。

参加者は、国、都道府県医師会、産業保健総合支援事業の代表である。沖縄から4名、県医師会私と事務局と宮古地区医師会から原正浩先生と沖縄産業保健総合支援センターの高良宏明所長が出席した。産業医の単位認定のため、席も指定され出席確認も厳しく日医大講堂も満杯であった。

主催者側各代表の挨拶から会議は始まった。まず、厚労大臣からは、労働災害による死傷者数は減少しているが、ストレスによる精神障害の労災認定は高水準にあること、病気を治療しつつも働ける、働き方改革を進める産業保健施策を強化したいと挨拶された。横倉義武日医会長は、産業医の職務である労働者の健康管理は重要なので、病気を治療しつつ働ける産業保健活動は重要であると挨拶した。その他メンタルヘルスを考慮したストレスチェックの重要性を強調した挨拶があった。

その後、厚労省労働基準局安全衛生部労働衛生課長より、「労働衛生行政の動向」の報告があった。ストレスチェックの運営に努力していることや、労働者の治療と職業生活の両立支援について、産業医のあり方、活躍を期待していることなどの報告があった。

シンポジウムは「医療機関における産業保健の推進」をテーマに討論された。

印象深いのは、勤務医は労働契約に疎いことと、長時間労働を美德とし休みを取ることに罪悪感を持つ風潮があり、患者のためになっていると思っていることが生きがいであり、一概に規制する事は難しいのではないかとの意見もあった。とはいえ、病院勤務医も法律の下にあるべきであり、自らの健康を保ち能力を発揮することが重要である。休息と睡眠の良好な生活習慣が、自らの健康管理プロフェッショナルとして医療の質と持続性を保ちたい。仕事と生活を両立させるワークライフバランスを保つことの重要性を私ども医療を担う側も認識する必要がある。

労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センターの吉川徹センター長は、健康支援の組織的な取り組みについて、勤務医の健康を守る原則として、自助・共助・互助の3項目を肝に銘じることとしている。自助とは「医師自身のセルフケア」、共助とは「上司・同僚・産業医・医療機関によるケア」、互助とは「社会、患者、関連団体、家族によるケア」が重要であると述べている。

折も折、電通は10年前も同様な長時間労働による自殺があったが、今度も電通の新入女子社員の自殺と、気の毒な事件が報道されている。仕事と生活を両立させるワークライフバランスを保つことの重要性を認識することが求められる。

私共医療従事者は、安全と健康を損なう多くのリスクにさらされている。関空はしか感染問題の例をあげ、ワクチンで予防可能な疾患の対策強化の必要性も強調されていた。

産業保健活動推進全国会議は、産業医の体制づくり、メンタルヘルス対策、勤務医の健康支援などその重要性を自覚する会議であった。

# 平成 28 年度 第 47 回全国学校保健・学校医大会

～みんなで築こう子どもたちの未来～考えよう学校医の果たす役割～



理事 白井 和美



去る 10 月 29 日（土）午前 10：00 より、北海道札幌市の京王プラザホテル札幌及びホテルポールスター札幌において、「みんなで築こう子どもたちの未来～考えよう学校医の果たす役割～」をメインテーマに標記大会が開催された。

午前の部は京王プラザホテル札幌及びホテルポールスター札幌において、5 分科会が開催され、各県から応募のあった演題について、発表と活発なディスカッションが行われた。各分科会の内容は、第 1 分科会が「【からだ・こころ (1)】学校健診・学校教育・生活習慣病」をテーマにした 11 題、第 2 分科会が「【からだ・こころ (2)】運動器検診・運動器に関する諸問題や取組」をテーマにした 8 題、第 3 分科会が「【からだ・こころ (3)】アレルギー・こころ」をテーマにした 12 題、第 4 分科会が「【耳鼻咽喉科】

をテーマにした 9 題、第 5 分科会が「【眼科】」をテーマにした 9 題となっている。

午後の部は京王プラザホテル札幌において都道府県医師会連絡会議、第 47 回全国学校保健・学校医大会開会式、日本医師会会長表彰式（学校医、養護教諭、学校関係栄養士）、シンポジウム、特別講演が行われた。

シンポジウムでは、『学校における健康診断の意義と役割』をテーマに、基調講演「学校健康診断をめぐる話題」が行われた後、「成長曲線」、「運動器学校検診の概要と課題」、「学校医に必要なアレルギー疾患の知識～食物アレルギーを中心に～」について、それぞれ専門医により説明が行われた。

特別講演では、旭川市旭山動物園園長の坂東元氏より、「伝えるのは命 繋ぐのは命」と題した講演が行われた。

**都道府県医師会連絡会議**

第48回大会（平成29年度）の担当都道府県医師会について協議の結果、三重県医師会が担当されることに決定した。

日程は、平成29年11月18日（土）となっている。

**第47回全国学校保健・学校医大会開会式、  
日本医師会会長表彰式**

**挨拶**

北海道医師会の長瀬清会長より、概ね以下のとおり担当県挨拶が述べられた。

日本医師会主催により毎年全国各地で行われている本大会は、今年で47回を迎える歴史と伝統のある大会であり、昭和47年以来44年ぶり2回目となる北海道大会は、「みんなで築こう子どもたちの未来ー考えよう学校医の果たす役割ー」をメインテーマに開催する運びとなった。

学校保健をめぐるのは、生活習慣病やアレルギー対策、ネット依存防止対策、いじめ防止、健康教育の充実、がん教育の推進など時代の変遷とともに様々な課題が生じている。

このような中、将来を担う子どもたちを取り巻く環境がより良い方向に向かうよう、全国の学校医が一堂に会して専門的な立場から研究成果の発表や情報交換を行うことは誠に意義深いことである。

午後から行われる日本医師会会長表彰は、永年にわたり学校保健活動にご尽力された学校医、養護教諭、学校関係栄養士の皆様のご功績が評価されたものであり、心よりお祝い申し上げます。

本大会のシンポジウムでは、今年4月から開始された新たな学校健診にスポットを当てて「学校における健康診断の意義と役割」をテーマとし、基調講演を日本学校保健会の弓倉整常任理事に「学校健康診断をめぐる話題」をテーマにご講演いただくこととしている。その後、「成長曲線」「運動器検診」「アレルギー疾患」について、それぞれ専門的な立場から講演い

ただき、現状と課題等について議論を深め、今後の地域での学校保健活動を推進していく上で、の問題点を整理していくこととする。

特別講演では、行動展示の導入や教育活動で全国的に注目を集めている旭川市にある旭山動物の坂東元園長をお招きし、「伝えるのは命 繋ぐのは命」と題しご講演いただくこととしているので、是非お楽しみいただきたい。

全国からご参加いただきました学校医をはじめ関係各位にとって、本大会が実り多きものとなることを祈念し挨拶とさせていただきます。

次に、日本医師会の横倉義武会長より、概ね以下のとおり主催者挨拶が述べられた。

本日もご参集の皆様方におかれましては、日頃より、各地域の学校現場において学校保健の推進に多大なご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

ご高承のとおり、本年4月、学校保健安全法施行規則の一部改正に伴い、新たな健康診断がスタートされた。初年度ということもあり、先生方には多くの課題がある中で、円滑な実施に向けてご貢献いただいたものと推察し、そのご活躍に心から敬意を表す。日本医師会では、全国の学校医の先生方を対象に新制度における健康診断の実態についてアンケート調査を実施し、本調査を基に、我が国における学校保健制度が安定的かつ継続的なものになるよう、あるべき姿を取りまとめ、その実現に向けて精力的に取り組んで参りたいと考える。

このたびの大会では「みんなで築こう子どもたちの未来ー考えよう学校医の果たす役割ー」をメインテーマに開催する。全国の学校保健現場で活躍されている先生方に専門的な立場からご議論いただくことは、学校保健活動において大変意義深いものであると確信している。学校保健並びに学校安全活動の重要性を再認識していただければ幸いである。

また、本日は長年にわたり学校保健の発展のために著しいご功績をあげられた学校医、養護教諭、学校関係栄養士の皆様に敬意を表し、日

本医師会より表彰状をお贈り申し上げ、ささやかであるが顕彰させていただきたく存じる。今後ともなお一層ご活躍されますことを期待申し上げます。

結びにあたり、本大会の開催にご尽力を賜りました北海道医師会の長瀬清会長をはじめ、役員の方々に厚く御礼申し上げますとともに、ご参集の皆様のご健勝とご活躍を心より祈念申し上げます挨拶とさせていただきます。

### 日本医師会会長表彰

日本医師会会長表彰では、学校医9名、養護教諭9名、学校関係栄養士7名に対し、日本医師会の横倉義武会長より表彰状が授与されるとともに、北海道医師会の長瀬清会長より記念品が贈呈された。

### シンポジウム

テーマ『学校における健康診断の意義と役割』

座長：北海道医師会常任理事 三戸和昭

日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会  
常任理事 大橋伸也

北海道医師会の三戸和昭常任理事、日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会の大橋伸也常任理事の座長の下、基調講演及びシンポジウムが開催され、各講師より概ね以下の内容で講話が行われた。

### 基調講演

「学校健康診断をめぐる話題」

日本学校保健会専務理事  
弓倉医院院長 弓倉 整

学校健康診断の目的は、児童生徒の健康の保持増進を図るとともに、学校教育を受けるにあたり問題がないかどうかを調べ、必要があれば事後措置等により円滑な学校教育が受けられる体制をつくるためのものである。

日本の学校健康診断は欧米と大きく異なり、欧米は個別健診として小児科医療機関を受診するのに対し、日本は学校で集団として健康診断

や検診を行っている。

明治4年に文部省が初めて設置され、明治5年に教育制度が統一されたが、健康問題による学生の休学・退学・死亡者が相次いだため、明治11年に西洋体操を導入し、その効果判定のため明治21年に「学生生徒の活力検査に関する訓令」が交付され、「活力検査」が制度として定められたことが、学校健康診断の始まりである。

時代とともに「活力検査」から「身体検査」、そして「健康診断」に変遷し、この歴史的推移が日本では法律で定められた集団健康診断として培われた理由である。

生涯保健という考え方からみると、日本では母子保健、学校保健、産業保健、高齢者保健とそれぞれに対象となる保健システムが異なり、特に学校保健は文部科学省が対応官庁となるため、厚生労働省のシステムとの整合性と連続性が重要な問題となりうる。学校健康診断というシステムを公衆衛生的視点から評価し、PDCAサイクルで検証することを文部科学省のみならず、都道府県・区市教育委員会単位でも行うことが大切である。

個々の課題は多く、継続的な問題提起と検証が必要であると考ええる。

### シンポジウム

#### I. 「成長曲線」

札幌市学校医協議会会長  
医療法人宮の沢小池こどもクリニック  
理事長 小池明美

成長曲線は、男女別に横軸に年齢、縦軸左側に身長、縦軸右側に体重を示し、3～9%のパーセンタイルを示す7本の基準線によって身長・体重の年次変化を示し、統計的に97%の子どもの成長の正常範囲を示したものである。

この成長曲線を学校現場で利用することにより、「低身長」、「肥満」、「やせ」はもとより、内分泌疾患、腫瘍等の早期発見にもつながる。しかし、小児科医が通常の診療において使用している成長曲線は、標準偏差(SD)を基準線とした横断的標準身長・体重曲線であり、学校保健

でのパーセントイルの成長曲線とは異なる。

札幌市学校医協議会では、学校現場と医療現場での混乱を避けるため、成長曲線異常による「かかりつけ医受診」のおおまかな指標の検討を行った。この指標は2005年札幌市の肥満傾向児童「かかりつけ医受診」の基準を元に、この基準について専門医療機関10か所にアンケートで意見を問い、同意を得たものである。

札幌市学校医協議会では、2003年より「肥満」への介入を行っているが、医療機関への受診増加にはつながらず、学校向け資料「肥満ってなあに」の作成や講演等により「肥満」に対する意識の改革を図ってきた。

今回の成長曲線の有効利用により、「肥満」をはじめとする疾患への理解及び早期発見、早期治療につながることを期待する。

**Ⅱ. 「運動器学校検診の概要と課題」**

札幌医科大学附属病院病院長

札幌医科大学医学部整形外科教授 山下敏彦

子どもの心身の健全な発育のためには、運動器を健康に保つことが非常に重要である。

近年、クラブ活動などで過剰な運動を行う子どもと、全く運動をしない子どもの二極化がみられ、そのいずれにおいても運動器の機能障害がみられる。

2014年になり、学校保健安全法施行規則の一部が改正され、検査項目に「四肢の状態」が加えられた。改正規則には、「四肢の状態を検査する際には、四肢の形態および発育ならびに運動器の機能の状態に注意すること」と明記されており、この改正に基づき、2016年度より学校検診において四肢運動器障害についても検診が行われることとなった。

成長期における運動器障害としては、脊柱側弯症のほか、脊柱では腰椎分離症・すべり症、腰椎椎間板ヘルニア・終板障害、腰痛症、上肢では野球肩、野球肘、テニス肘、下肢では大腿骨頭すべり症、オスグッド・シュラッター病、膝半月板損傷、内反膝、疲労骨折、外脛骨障害、足関節捻挫、踵骨骨端炎などがある。これらの障害の早期発見のためには、検診対象児と家族

に対する問診（問診票）、脊柱・上肢・下肢の可動域制限、変形、疼痛の有無などに関する身体所見を調べることが必要となる。

学校における運動器検診の導入は、成長期における運動器障害の早期発見・早期治療のほか、運動器の健康保持の重要性に関する社会的啓発に寄与するものと期待される。

その一方で、一次検診、二次検診における実施体制・マンパワー、学校・行政・医師会等の連携体制の構築、父兄の啓発などの課題も存在すると考える。

**Ⅲ. 「学校医に必要なアレルギー疾患の知識  
—食物アレルギーを中心に—」**

北海道小児科医会副会長

医療法人社団恵幼会わたなべ小児科・

アレルギー科クリニック院長 渡辺 徹

日本学校保健会の提唱する学校生活管理指導表では、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎の5つの疾患において、病型や治療内容、学校生活上の留意点を、さらに気管支喘息と食物アレルギーでは緊急時連絡先の記載が求められている。

日本学校保健会による「平成25年度学校生活における健康管理に関する調査事業報告書」によると、食物アレルギー有所見者は小学校4.5%、中学校4.8%、高等学校4.0%であり、アナフィラキシー発症者はそれぞれ0.6%、0.4%、0.3%、であり、平成19年同調査での食物アレルギーの有症者を比較するといずれの年代も顕著に増加している。

食物アレルギーの病型について、即時型は原因食物の摂取後1時間以内に発症し、乳幼児期の原因食物は鶏卵、牛乳、小麦の順に多く、学童期では甲殻類、鶏卵、そば、小麦の順に多くなっている。症状は発赤・じんましんなどの皮膚症状、呼吸器症状、粘膜症状、消化器症状が多く、重症の場合はショックを引き起こす。

特殊な病型としては、花粉症を発症した後に、花粉と共通抗原性を有する食物を摂取し、喉のかゆみや口唇の腫脹をきたす口腔アレルギー症

候群、特定の食物を摂取した後、運動すると発症する食物依存性運動誘発アナフィラキシーなどがある。

食物アレルギーの発症予防には原因食物の除去が唯一の方法であるが、6歳未満の児を対象とした厚生労働省の平成27年度「乳幼児栄養調査」によると、食物アレルギーの除去や制限をしたことがある保護者の割合は2.6%であり、その内42.1%は医師の指示によるものなく不必要な制限がなされている可能性が高い。食物制限の指示にあたっては正確な食物アレルギーの診断と、必要最小限の除去指示が必要である。

学校での食物アレルギー対応においてアナフィラキシー対策は最も重要な問題であり、発症時にはエピペン注射が最も適切な対応であり、児による自己接種は必ずしも期待できないため、学校内では養護教諭のみならず、全職員がエピペンに関する適切な知識と接種手技を習得している必要がある。

今後、学校医には学校内でのアナフィラキシー対策指導も期待される。

**特別講演**

座長：北海道医師会会長  
長瀬 清

北海道医師会の長瀬清会長の座長の下、特別講演が開催され、旭川市旭山動物園園長の坂東元先生より概ね以下のとおり講話があった。

**「伝えるのは命 繋ぐのは命」**  
**旭川市旭山動物園園長**  
**坂東 元**

動物園が果たすべき役割は種の保存や生物多様性保全等についての教育・普及等さまざまであるが、大前提として私たち飼育展示係が具体化しなければならない目標は、来園者にヒトの生き方を基準にするのではなく多様な生き方があること、動物たちの凄さやかけがえのなさを感じてもらうこと、たくさんの命に囲まれている居心地の良さを感じてもらうことだと考える。

そのためには、展示している動物たちが「生き生きとしていること」が大前提である。例えばチンパンジーが、チンパンジーとして一生を過ごせるように飼育することであり、施設を考える際にも日常の飼育でも常に最優先に考えなければいけないことである。

観てもらいたいのは「生活の営み」、つまり生きている命を観てもらいたいし、命を通して伝えることが大切だと考える。動物は、自分が凄い能力を持っていると考えているわけではないため、私たちがその「凄い」を見つけ、その凄い能力を発揮できるように工夫し飼育下だからこそ初めて可能なアングルや距離で観てもらえるようにと日々、努力している。

旭山動物園には「珍しい動物」はいない。どんな動物も等しく自然の中で生きており、みんな凄い能力を持ち素晴らしい生き物たちであり、絶滅危惧種、希少種だから価値があるわけではない。「伝える側」があたかも動物の価値に差があるような見せ方をしては絶対にいけない。さらに、「つまらない」ではいけないと痛切に感じており、いかに素晴らしい取り組みを行っていても対象が「つまらない」ものに対しての興味は先につながらないし、取り組みの評価もされない。

「ありのまま」に素晴らしさを感じ価値を見つけ、自然の大切さに気づいてもらうこと、そして大切なものを守るのは人間の習慣であり、そのことを実現できれば、きっと今とは違う未来が見えてくるはずである。ヒトだけではなく地球上のすべての生き物が共生できる未来のために動物園ができることは何か？を常に自問自答することを忘れてはいけないと考える。

**次期担当都道府県医師会会長挨拶**

三重県医師会の青木重孝会長より、「先程開催された、都道府県医師会連絡会議で、第48回全国学校保健・学校医大会の担当とし三重県医師会を決定いただいた。平成29年11月18日(土)三重県において開催するので、多くの学校医の先生方のご来県をお待ちする。」との挨拶が述べられた。

## 印象記

理事 白井 和美

北海道で開催された、第47回学校保健・学校医大会に出席したので報告する。

本大会は、メインテーマを「みんなで築こう子どもたちの未来—考えよう学校医の果たす役割—」とし、本年度から導入された運動器検診などに関連したシンポジウムが企画されおり、大変楽しみであった。

午前中は、5つの分科会に分かれ討議が行われた。私は、第1分科会「『からだ・こころ (1)』学校健診・学校教育・生活習慣病ほか」に参加した。11題の演題があり、兵庫県、姫路赤十字病院は、学校心臓検診で、QT延長を指摘された児の負荷心電図所見から要精査児童を絞り込むための条件に関して発表された。今回はまだ症例数が十分ではないが、今後、症例が増えれば、2次医療機関での効率的な検査実施に反映できる情報になると思われる。また、岩手県医師会からの、「学校文化祭における医療啓発ポスターにおける医系学生の医療調査参加の意義」とした演題では、学校文化祭に参加する、いわゆる医療への無関心層を医療啓発のターゲットとして、県内学校の文化祭で毎年100枚以上のポスター展示を続けてきたとの報告があった。演者らは、また、ボランティア参加の医系学生による疫学や医療の調査（骨密度調査や緑内障スクリーニング調査、味噌汁の塩分濃度調査など）を同時に実施し、学生たちが地域医療への関心を向上させる機会を提供できたと述べていた。新しい医療啓発の考え方に興味を覚える発表であった。

午後には、『学校における健康診断の意義と役割』をテーマに、シンポジウムが開かれた。基調講演では、『学校健康診断をめぐる話題』として、今秋行われた文部科学省アンケートの速報値を交えながら、学校健康診断が抱える問題点について、生涯保健の観点から見た学校健診（検診）の位置づけ（管轄省庁が学校健診だけ異なる点など）、健診（検診）項目の妥当性（色覚検査を行わなくなって出てきた問題など）、精度管理（心臓病検診での心電図検査方法に関してなど）、事後措置（2次・3次医療機関の受診率向上など）、健康診断体制（実施時期を含めどれだけの時間をかけて行うかなど）の観点から述べられた。その後、小児科領域から、『成長曲線』の活用における、パラメーターの違いに基づく学校現場と医療現場間の問題点について解説があり、札幌市での成長曲線異常による「かかりつけ医受診」基準作成の取り組みが紹介された。整形外科領域からは、『運動器学校検診の概要と課題』を成長期の運動障害の具体例・発生状況を交え、専門医以外にもわかりやすく解説した後、検診現場で時間的な制限や、その場での動作を行う検診が行われにくい実態、事後措置としての運動指導の実施体制などの問題点が指摘された。アレルギー関連領域からは、『学校医に必要なアレルギー疾患の知識—食物アレルギーを中心に—』として、食物アレルギーに関する実地対応に関して解説された。いずれの講演も、具体的で、専門医以外にも大変わかりやすく、大変参考になった。

また、シンポジウム終了後、旭山動物園園長 坂東元氏による、特別講演「伝えるのは命 繋ぐのは命」があった。

沖縄は、平年に比し気温が高めで、最高気温30度近い日が続いていたが、大会当日の札幌の最高気温は、なんと7度。平年より低めで、気温差20度以上という、滅多にない経験をした。雪の予報もあり、期待していたが、手や耳が冷たさのあまり痛くなる強風を体験しただけで、残念ながら見られなかった。美しい紅葉に映える旧北海道庁舎などの景色が印象に残った。

次年度は三重県での開催が決定した。

# 医療事故調査制度支援団体統括者セミナー および沖縄県の現況報告



理事 田名 毅

上記セミナーに参加したので報告する。また、本稿の最後に本制度開始以降の沖縄県の現況についても報告する。

今回のセミナーには各県医師会に医療事故調査制度担当理事1名、病院管理者1名、看護協会担当者1名の計3名の参加依頼があり、沖縄県から牧港中央病院院長 洲鎌盛一先生、琉球大学医学部医療安全対策室副室長・看護師長 加治木選江氏とともに参加した。

前半が医療事故報告における初期対応の判断実習、後半が実際の調査のあり方、報告書の作成方法に関する講義、実習であった。紙面も限られているので、ここでは県内の医療関係者特に医療安全に関わる先生方、また病院管理者の先生方に参考になると考えられる前半部分を報告する。

冒頭で横倉会長よりご挨拶があった。長年議論した上で開始された本制度の運用が医療界の中で円滑に行くことを目的としたセミナーであると話されていた。

以下項目ごとに内容の一部を紹介する。

## (1) 医療事故調査制度の概要

厚生労働省 医政局 総務課 医療安全推進室長 名越 究

開始後年間で388件の報告があった。6月に一度制度の見直しを行った。全国研修会は情報を共有する意味でも大変意義がある。歴史をひもとくと、平成13年に厚労省に医療安全推進室が出来たのが取り組みの開始であり、わずか15年しかたっていない。その後の経過を経て、昨年本制度が開始された。医療機関におけるすべての死亡事案に関しては、管理者が医療事故事案ではないかどうか点検する心構えが重要である。医療事故かどうかの判断においては過誤の有無は問わない。

6月の見直し対応に関しては、医師法21条のあり方の見直しまでは至らなかった。代わりに改善措置が以下のように示された。以下ポイントを抜粋紹介する。(表1)

医療事故調査制度の現状を紹介する。

- ・ 全国で1日1件程度の報告数になっている。
- ・ 医療事故発生から患者死亡まで平均日数は2.8日
- ・ 患者死亡から事故報告まで平均21.9日
- ・ 起因した医療の分類別では手術が388件中195件と最多
- ・ 医療事故報告から院内調査結果報告までは平均65日
- ・ 院内調査結果報告の中で解剖実施した割合は32.8%、同Aiを実施した割合は34.8%

## (2) 医療事故における判断 演習①

日本医療安全調査機構 顧問 山口 徹  
山王メディカルセンター血管病センター長 宮田 哲郎

①初期対応の訓練として以下の5事例が医療事故調査制度の対象事例かどうかについて検討を行った。症例の概略とそれぞれの検討で参加者から出た意見を箇条書きで紹介する。

### 症例1：「経管栄養に消毒液を入れてしまい(誤薬)、誤嚥して亡くなった事例」

- ・ 明らかな誤投与なので、医療事故ではなく維持紛争事案ではないかという意見
- ・ 事件性がないか検討するために警察に届けるべき、事件でなければ原因究明するために委員会を開くべきという意見
- ・ 遺族が事故報告を望んでいないことは関係なく、届け出るべきという意見
- ・ 警察の不用意な介入を防ぐことが本制度の目的の一つとしたら、警察に届ける前に事故調査委員会を速やかに開くべきではないという意見

表 1

**厚生労働省における医療事故調査制度の見直し等への対応について**

(1) 制度の在り方については、医師法第 21 条、医療行為と刑事責任との関係など、関係者の間に様々な意見がある状況であり、現時点においては、医療介護総合確保推進法附則で定められた平成 28 年 6 月 24 日の期限までには、法改正を行うことはできない。

(2) 運用面では、必要な改善措置を着実に進める必要があり、下記のような改善措置を実施（6 月 24 日付で省令改正（※）及び通知（※※）発出）。

※ 医療法施行規制の一部を改正する省令（厚生労働省令第百十七号）

※※医療法施行規制の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について（医政総発 0624 第 1 号医政局総務課長通知）

**改善措置のポイント**

- ①地域や医療事故調査等支援団体（支援団体）間における、医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見を交換する場として、支援団体等連絡協議会を制度的に位置付け、中央レベルと地方レベルで連携を図ること。（省令改正、通知）
- ②医療事故による死亡事例について適切に院内調査を実施するため、医療機関の管理者は、院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制を確保しなければならないこと。（省令改正、通知）
- ③遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達すること。（通知）
- ④院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行うこと。（通知）
- ⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと。（通知）

**症例 2：「胸部症状で来院した患者が胸部 CT 検査を撮影したにも関わらず、大動脈瘤解離が見逃され急変し亡くなった事例」**

- ・医師が見逃したので、事故として見なすべきであるという意見
- ・診療に関わったと言えないので事故とは言えないという意見
- ・このような事例を取り上げていたらきりがないのでという意見
- ・入院して経過観察していることは医療行為であり、事故と見なすべきであるという意見
- ・判断が出来ていれば心臓外科に紹介できたはずであり、転科を怠った義務違反で事故と言えるのではないかとという意見
- ・そのことの説明を怠ったということの責任を考える必要があるのではという意見

**症例 3：「膵臓癌末期の患者の中心静脈ルート確保の際に動脈穿刺してしまい、止血を試みるも血腫が気管を圧迫して窒息して亡くなった事例」**

- ・このような事例は一定の確率で起こりうることであり家族に十分説明していれば事故調査にあげる必要はないのではという意見
- ・このような事例を警察に届けた事案を経験したがその後捜査が長引き医療従事者が疲弊した事案を経験したので警察に届けるのではなくまずは医療事故として対応すべきと考えるという意見
- ・重症患者という背景が気にはなるが、窒息という事象の予期をできたのであれば挿管などその後の対応をすべきだったのではないかとという意見

**症例4：「肺癌の治療評価目的で造影CT検査を行った際にアナフィラキシーショックを起こして亡くなった事例」**

- ・医療安全の視点から届けるべきであるという意見
- ・アナフィラキシーの可能性を事前に説明しているのであれば届け出る必要はないのではという意見
- ・アナフィラキシーは予期出来るものではないという視点でいえば事例にはあたらないという意見
- ・アナフィラキシーを起こした可能性を示唆する症状（注射直後の血管の発赤、気分不良）があったにも関わらず対応が遅くなったことが医療事故と考えられるという意見
- ・再発防止の議論が委員会を開いても検討することが出来ない（アナフィラキシーは一定の確率で起こる）ので届け出る必要はないという意見

**症例5：「固形物を誤嚥する統合失調患者に対して病院は十分に注意していたが、誤って新人の売店職員がアンパンを売ってしまい誤嚥窒息したという事例」**

- ・売店で提供したものであり医療行為ではないので事故としてあげる必要はないという意見

- ・これまで医療機関は十分な配慮をし、かつその危険性を家族に説明していたのであれば事故としてあげる必要はないという意見
- ・売店での販売管理は院長の責任になるのかどうかという意見

**(3) 医療事故報告における判断 講義②**

日本医療安全調査機構 常務理事 木村 壯介

①の症例検討をふまえ、医療事故の判断についての講義があった。多くの意見交換が出来た前記の検討をふまえて、判断のポイントを明示していた。

参考として図1を抜粋紹介する。

十分に説明していたか、予期していたならばその対応を十分に行っていたか、当事者が実際に死亡を予期していたか、病状の悪化を十分に説明していたかなど参考になる事が多い。

当日参加した医療関係者に届出の是非について挙手で意見を聞いていた。症例5はほとんどの先生が届ける必要はないとしていたが、症例2と4においては意見が分かれていた。

講義の最後に事例を振り返りがあり、図2のように示されていた。症例5を除く、4症例のような事例はなるべく報告して欲しいというのが日本医療安全調査機構の考えであった。

支援団体【統括者セミナー／事故の判断】2016.12.7.

**医療事故の定義 / 2**

1. 医療事故の定義について

○ 当該死亡または死産を予期しなかったもの(省令事項)

通知

○ 左記の解釈を示す。

- 省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。
- 患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

参考)医療法第一条の四第二項  
医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

「判断」への助言の際の、ポイント

- > 「印刷された説明書」+「一括署名」の様式
  - ・その中に、言及してあっても「予期していた」とはいえない?
  - ・説明状況によって評価できる要素:  
具体的な記載:「立ち会い者」「説明時間」「追加書き込み」
- > 「予期していた」ならば、対応策をとるはず
  - ・「心臓が悪い」 → [術前、カンファ等で対応策検討]  
[術中、心電図モニター装着等の対応]
  - ・「DICが判明」 → [さらに精査、カンファで、対応を検討した]  
[治療、コンサルテーション]  
[家族へ説明(その後の経過、重症度、予後)]
- > 当事者が、「死亡」を予期していたか?
  - ・急変等の前に、予期し → [家族へ説明、了解] 【原則】
  - ・「死亡するとは思っていなかった!」: 当事者の真摯な報告 【調査の意義】
- > Informed Consent → [十分な説明、その内容を理解・了解]
- > 病態悪化を把握、カンファ等で対応を検討したが、(時間的余裕ある中で)
  - ・そのことを記載していない、
  - ・家族に説明していない ] → 「予期していた」ことにならない

図1

支援団体【統括者セミナー／事故の判断】2016.12.7.

### 医療事故の判断のポイント ／演習事例から

# [医療/予期しない死亡]	[要素]	[考え方・振り返り]	／ [再発防止の観点]
1 ネブライザーに、消毒液	誤薬	実施・確認手順、保管法	／システム
2 大動脈解離	CT未確認	検査結果の報告体制	／システム
3 動脈穿刺気道閉塞	CV穿刺	CV穿刺に係わる振り返り [穿刺の適応、使用キットの適切性、IC、手順、緊急対応、等]	／システム、チーム
4 アナフィラキシーショック	造影剤	救命対応	／システム
5 窒息(精神科)	誤嚥	管理をすり抜けて摂取	／対象外?

✓ 演習事例について: ・条件: 提示した情報内での判断 (1行でも情報が加われば、状況は変わる)  
・正解は、1つではない

**当該病院が行う判断への助言、方向付けのポイント**

- 振り返りのポイント: ・「個人」の行為に責任を求めず、  
・「根本にある問題、環境要因」に原因を求める
- 再発防止の観点: ・[システム・構造に改善点を求める]  
・[手技等に関して]: チームとしての経験、指導体制に着目する  
・[当事者に関して]: ・一人の責任ではなく病院全体の責任、  
・再発防止の策定に協力・参画を要請する

図 2

終わりに

沖縄県医師会が支援団体として関わってきた現況を報告する。

医療事故調査制度が開始して以来、沖縄県医師会が支援団体として協力させていただいている事例は4例である。全国の件数388件を単純に47都道府県で割ると1都道府県あたり平均8件程度である。セミナー当日九州のある県の情報も入手したが当県と同数であった。私もこの1年、多くの医療機関の医療安全担当の先生、もしくは管理者の先生から死亡事例が本制度の対象事例かどうかについてのご相談をいただいた(約15件程度)。その1例1例について、先生方とご相談し医療事故として届出が必要と判断した際は院内調査委員会への外部委員の派遣を行ってきた。また、届出が必要ではないと判断した事例についても、県医師会医療事故調査制度委員会の常任委員の稲田先生、本竹先生、また顧問弁護士の先生方

にも事例内容について報告し、それぞれの判断に問題はなかったか相談してきた。今回の研修会の初期対応の演習を読んでいたいて、1例1例背景も異なり判断は容易ではないことはご理解いただけたのではと考える。支援団体としての県医師会担当の立場としては、これからも上記のような経験を積ませていただきながら、県内の医療関係者の皆様が医療事故かどうか判断に迷った時、また実際に調査が必要になったときに外部委員の派遣等においてお力になり、お役に立ちたいと考えている。本制度が事故の再発防止を通して、医療関係者そして県民のために円滑に運用されるよう今後も取り組んでいきたい。

※尚、本制度運用で対応した事例、相談にのった事例すべてにおいて、各医療機関名に関しては理事会を含めてすべてにおいて伏せた形で対応しているので、その点をご安心いただき、お気軽にご相談いただきたい。

# ご注意を！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

## 1. 【金銭交渉について】

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

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

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

## 2. 【日医医賠償保険の免責について】

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

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

## 3. 【高額賠償責任保険について】

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

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

### 【お問い合わせ先】

沖縄県医師会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

## 九州医師会連合会第 358 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 10 月 1 日（土）、ホテル日航熊本において標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会第 1 回各種協議会（地域医療対策協議会、医療保険対策協議会、介護保険対策協議会）が併せて開催された。

### 報 告

#### 1. 第 116 回九州医師会医学会分科会の出題並びに記念行事の参加状況について（熊本）

来る 11 月 20 日（日）に熊本において開催される標記九州医師会医学会に関する件について、資料に基づき報告があった。

### 協 議

#### 1. 九州医師会連合会第 359 回常任委員会（11 月 9 日（水）北九州市）の開催について（熊本）

標記常任委員会を来る 11 月 9 日（水）16 時より、北九州市（リーガロイヤルホテル小倉）において開催することに決定した。

なお、関連行事として下記行事が行われることになっている。

##### ○九州医師会連合会感染症対策協議会

日 時 平成 28 年 11 月 9 日（水）  
15:00 ～ 17:00

場 所 リーガロイヤルホテル小倉

##### ○関係者懇親会

日 時 平成 28 年 11 月 9 日（水）  
18:00 ～

場 所 リーガロイヤルホテル小倉

##### ○第 2 回世界獣医師会・世界医師会“OneHealth”に関する国際会議

日 時 平成 28 年 11 月 10 日（木）

11 日（金）

場 所 リーガロイヤルホテル小倉

#### 2. 九州医師会連合会第 360 回常任委員会・第 112 回臨時委員総会（11 月 18 日（金）熊本市）の開催について（熊本）

標記常任委員会並びに臨時委員総会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 28 年 11 月 18 日（金）

場 所 ホテル日航熊本

(1) 常任委員会（16:00 ～ 16:50）

(2) 委員総会（17:00 ～ 17:50）

#### 3. 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（11 月 19 日（土）熊本市）における日本医師会に対する質問・要望事項について（熊本）

標記合同会議について下記日程のとおり開催することに決定すると共に、日本医師会に対する質問・要望事項等については、各県から予め提案のある事項を日医へ提出し、横倉会長の講演の中で日医の見解を述べていただくようお願いすることになった。

日 時 平成 28 年 11 月 19 日（土）

10:00 ～ 12:00

場 所 ホテル日航熊本

#### 4. 第 116 回九州医師会連合会総会における宣言・決議（案）について（熊本）

事前に各県から提案のあった追加・修正（案）に基づいて協議したところ、宣言（案）につい

ては文言を一部修正することとし、決議（案）については提案どおり承認された。

- (1) 常任委員会 (16:00～17:00)
- (2) 各種協議会 (16:00～18:00)
- (3) 各種協議会報告会 (18:10～18:40)
- (4) 懇親会 (18:50～20:50)

**5. 九州各県医師会救急・災害医療担当理事連絡協議会並びに九州医師会連合会第1回九州ブロック災害医療研修会(平成29年1月7日(土)・8日(日)熊本市)の開催について(熊本)**

標記担当理事連絡協議会並びに研修会を下記の通り開催することに決定した。

(1) 九州各県医師会救急・災害医療担当理事連絡協議会

日 時 平成29年1月7日(土)  
17:30～19:30

場 所 ホテル日航熊本

(2) 九州医師会連合会第1回九州ブロック災害医療研修会

(1日目)

日 時 平成29年1月7日(土)  
15:00～17:00

場 所 熊本県民交流館パレア

(2日目)

日 時 平成29年1月8日(日)  
09:00～15:30

場 所 ホテル日航熊本

**6. 第361回常任委員会及び第2回各種協議会(平成29年2月4日(土)熊本市)の開催について(熊本)**

標記常任委員会及び各種協議会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成29年2月4日(土)  
場 所 ホテル日航熊本

**7. 第14回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」開催に関する周知依頼について(福岡)**

来る12月2日(金)・3日(土)の両日、北九州市で標記ワークショップを開催するに当たり、各県において会員への周知していただきたいとの協力依頼があった。

**8. 台風10号(北海道・岩手県各医師会)への対応について(熊本)**

去る8月30日から31日にかけて東北地方や北海道を襲った台風10号により、特に被害の大きかった岩手県、北海道の各県医師会への対応について協議したところ、お見舞い金をお送りすることに決定した。

**9. 九州医師会連合会第12回事務局長連絡協議会の開催について(熊本)**

標記事務局長会議について、下記のとおり開催することに決定した。

日 時 平成28年11月25日(金)  
16:00～18:00

場 所 熊本県医師会館

協 議 熊本県地震における日医並びに九州各県医師会事務局の対応について意見交換



## 九州医師会連合会平成 28 年度 第 1 回各種協議会

去る 10 月 1 日（土）ホテル日航熊本において開催された標記協議会 地域医療対策協議会、医療対策協議会、介護対策協議会について、以下に概要を報告する。

### 1. 地域医療対策協議会



副会長 玉城 信光



#### 挨拶

熊本県医師会の坂本副会長、日本医師会の松原副会長よりそれぞれ概ね以下のとおり挨拶があった。

#### 熊本県医師会 坂本副会長

大変ご多忙のところ、本会議へご出席いただき感謝申し上げます。

熊本県医師会としては、4月に発生した熊本地震に際し、九州各県医師会の先生方には大変お世話になった。今回の地震は、震度7が2度もある大震災であった。約20万人の避難民が

おり、環境整備等が十分でない中で、2次災害の犠牲者を少なく抑えられたことは先生方の献身的なご支援のおかげであり、改めて感謝申し上げます。

このような中、熊本県では地域医療構想の協議が中断している状況があるが、本協議会での議論の内容を参考にさせていただきたく考えている。

本日の協議会が有意義になるようご協力をお願いしたい。

**日本医師会 松原副会長**

街を見ると、まだブルーシートがかかっているとところも多々あり、大変痛々しい状況である。熊本県はこのような大変な思いをされている最中、頑張っておられるのを見ると頭が下がる思いである。九州各県におかれては、地震直後から長崎県を中心に JMAT を送っていただき、大変なご支援をいただいたことを日本医師会として心より感謝申し上げる。

本日の協議題の地域医療構想については、今年度中に策定しなければならず、これを受けて第7次医療計画が策定されるということである。必要病床数の計算においては、流入流出等、増えたり減ったりと根拠がない数字にご苦労されているのではないかと考える。

また専門医制度がどうなっているのかについても担当の私からしっかりと説明申し上げたいと考えている。

ご指導いただくようお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。

**協 議**

※協議事項 (1) ~ (5) については、地域医療構想に関連していることから、一括して提案要旨の説明が行われた。

**(1) 地域医療構想策定までのプロセスについて (福岡県)**

**<提案要旨>**

各都道府県において地域医療構想が策定される中、本県においても今年12月頃に県医療審議会において成案を了承する予定である。本県では、県内13の構想区域すべての策定素案を本会が作成し、各区域の調整会議議長(郡市医師会長)、医師会選出の委員及び医師会の担当理事により、本素案中、「将来のあるべき医療・介護供給体制を実現するための施策」の「必要な施策」を協議検討していただき、この素案に対して、各区域の病院、有床診療所及び在宅医療を行っている診療所から意見聴取して、素案に反映させることにしている。

重要なことは、各区域で経営母体が異なる医療機関がそれぞれの経営状況や今後の経営方針などの事情を基に各区域で意見交換を行い、各調整会議で協議する必要がある。しかしながら、病床転換の調整など非常に困難を極めている。

そこで、各県の策定までの様々なプロセスについてお伺いするとともに、日本医師会のご意見をお伺いしたい。

**【各県回答】**

各県ともに、構想区域毎で議論した内容を県の会議で集約し、策定に向け検討を進める形であった。構想区域毎の会議の中でも、さらに専門部会を設けて議論を行ったところや、構想区域毎に支援ツールが示されたデータを詳細に解説する説明会を開催する等、県単位もしくは構想区域単位での議論の行い方や策定までのプロセスが、その地域毎で考えられたことを基に行っている印象であった。

また今後(策定後)、具体的な病床転換等を議論する方法については、各病院や有床診療所に対するアンケート調査を実施する予定であることや各構想区域で調整会議を行う上で、必要なデータを提供する支援を行っていきたい旨の意見が示された。

**【日本医師会 松原副会長よりコメント】**

地域医療構想を策定するための議論を行うにあたっては、何か目安が必要であるということ、国から支援ツール等で示されているという認識である。その為、これは目安であり、国から示された通りにしなければならないということではない。強制力があるのは公立の一部の病院のみである。このようなことを踏まえた上で議論していただきたいと考える。

必要病床数を決める際に、この機能は医療機関住所地ベースでやらなければならないという議論があるとの意見があったが、数合わせで決めると住民に迷惑がかかることに繋がる。各都道府県で自由度があるべきであり、強制的に実施する衛生当局があれば日本医師会へご一

報いただきたい。厚生労働省を通じて指導していただくよう、日本医師会から働きかけたいと考える。

また療養病床についてであるが、本来公立病院が担うべき機能ではなく、7対1を導入し、整理した時にどうしても難しいという中小病院が対応するものである。公立病院は政策に基づいてそれを実行するのが本来の使命であり、僻地や救急が足りない等、採算部門を国の経費から地方自治体の経費に任せ、それをもって政策を行うことが公立病院の使命である。本件に関しても、大きな問題があるようであれば、厚生労働省から県の衛生当局に指導をする仕組みを用いて、話をしていきたいと考える。

**(2) 必要病床数の構想区域を越えた調整について (福岡県)**

**<提案要旨>**

本県では地域医療構想において2025年の必要病床数が現在の許可病床数を上回る地域が存在する。福岡・糸島構想区域がそれにあたり、周辺の3つの構想区域との間で必要病床数を調整するよう協議を行っているが、各県においてもこのような事例があるのか、またあるとしたら、どのような方法で調整を行っているのかお伺いしたい。

**【各県回答】**

鹿児島県、沖縄県、熊本県、福岡県（提案県）以外は、2025年の必要病床数が現在の許可病床数を上回る地域がないとの回答であった。

鹿児島県、沖縄県、熊本県ともに本件について協議等は行っていないとのことであった。

福岡県では議論がなされており、病床を増やすことより、周辺の地域で担わせて欲しいという意見があり、全部ではないが一部その機能を担っていただくということで話がまとまり、結果として上手くいっているとの報告があった。

**【日本医師会 松原副会長よりコメント】**

数だけで考えるのではなく、実際に住民の方々がどのようにすれば生きていけるかという視点で考えるべきである。厚生労働省の机上の空論に、数を当てはめて決めるということ自体が間違っている。この辺りを調整会議で検討すべきであり、多い地域と少ない地域があるのであれば、県医師会が議論の中に入って調整していくことは十分に行わなければならないと考える。

※協議事項 (3)、(4) については一括協議。

**(3) 地域医療構想策定と地域包括ケア病棟について (長崎県)**

**<提案要旨>**

長崎県では病床過剰地域において平成28年7月1日公的病院の合併による増床(100床)があり、民間病院の脅威となっている。更に、病床稼働率の低下も原因し地域包括ケア病棟(50床)への転換が考慮されている。

本来公的病院の役割は採算性などの面から、民間医療機関による提供が困難な医療を補完・提供するとされている(公立病院改革ガイドライン)。

各県においても、大規模急性期病院や公的病院でこのような地域包括ケア病棟への転換が行われている事例があるのではないかと推察するが、各県での県医師会としての対応をお聞かせ願いたい。

**(4) 公立病院の地域包括ケア病棟への参入について (佐賀県)**

**<提案要旨>**

社会保障と税の一体改革が国策として謳われている。その趣旨として病院完結の医療から地域完結の医療へと連携が強く奨められており、2025年に向けた地域医療構想のなかでも医療・介護の連携構築が重点的に取り組まれている。

このような中、公立病院で7:1病床による重症度、医療・看護必要度25%に達する事が困難であるとの理由からか地域包括ケア病床への参入の動きがある。

地域に民間の回復期病床も複数あり、また将来に向けて急性期から回復期病床取得を計画する病院もあり、今後の民間病院の経営を圧迫すると危惧する。

公立病院と民間病院の役割は違い、公立病院は周産期、小児、救急、へき地、災害等の不採算事業を行う事が前提であり、その赤字部分に対して地方交付税等が交付されている以上、上記事業を推進し地域との医療連携を強く押し進めるべきと考える。

各県での現状とご意見をお伺いしたい。

**【各県回答】**

各県ともに、提案県（長崎県、佐賀県）と同調する意見である一方で、大分県、沖縄県からは、医療資源が全体的に乏しい地域もしくは回復期の機能が圧倒的に少ない地域においては、公立病院が地域包括ケア病床を取り入れることもやむを得ない状況があることから、一律に考えるのではなく、それぞれの地域の実情を踏まえて対応してはどうかとの意見が示された。

**【日本医師会 松原副会長よりコメント】**

病院の中にも地域の医師会が入っていき、しっかりと意見を述べていくべきである。公的病院の運営に対し、普段から関与していることが必要であると考えます。

本来、政策医療を担うべき公立病院が赤字であることは当たり前である。赤字を責められるので、楽な黒字の方法を取る。公立病院の先生方は、民間病院が作らないと言うが、話をしていないだけではないかと思う。民間の病院が、人材をコントロールすることが、どれだけ難しいかということを公立病院の先生方はあまり理解されていないのではないかと考える。

この辺りを十分に議論をする必要があり、場合によっては県医師会が入っていくことも必要ではないかと考える。

また具体的な事例があれば日本医師会へ上げていただき、公的な病院の役割を忘れないようにしていただきたい旨を担当部局等に申し上げ、トラブルが起きないようにしていきたい。

**(5) 基準病床数と必要病床数（病床の必要量）との関係について（宮崎県）**

**<提案要旨>**

第7次医療計画策定に向けて、「基準病床数」と「地域医療構想における必要病床数」との関係を整理する議論が始まっている。当県は、両者はまったく別の概念であるとの認識であるが、国は両者をリンクさせて基準病床数を削減し、診療報酬等による病床削減圧力を強めてくることを危惧している。また、一部の地域においては地域医療構想の必要病床数が現行の基準病床数を上回ることもあり、そのような地域からは両者をリンクさせるべきとの動きが出てくるとも否定できない。県内について言えば、患者流出に伴う2次医療圏間の基準病床数変更には手を付けることにもなれば地域の混乱は計り知れない。

地域医療構想は、さまざまな前提を設定した上で病床必要量の予測を行い、医療機関が自主的にニーズに合った転換・収れんを目指した制度であるという本来の趣旨に沿った議論を進めるためにも、基準病床数とは切り離すべきだと考えるが、日医の見解、および現在の議論の状況についてお伺いしたい。

**【各県回答】**

各県ともに、提案県（宮崎県）に同調する意見であった。

大分県からは、地域医療構想における「病床の必要量」は2025年を見据えたものであるのに対し、第7次医療計画の「基準病床数」は、2015年もしくは2016年の人口データを基に算定することからタイムラグがあり、この関係を整理した上で、説明いただきたいとの意見が述べられた。

**【日本医師会 松原副会長よりコメント】**

日本医師会は、必要病床数ではなく、「病床の必要量」と常々申し上げている。あくまでも数ではなく、必要な量を検討すべきという考え方である。

数ありきで議論するのではなく、あくまでも調整会議の中で収れんさせていくものである。地域医療構想において民間病院の病床を減らすことは出来ないというストッパーをかけている。

具体的な問題があれば日本医師会へ上げていただき、対応していきたいと考えている。

**(6) 地域医療介護総合確保基金の地域の実情に応じた配分について (宮崎)**

**【提案要旨】**

当基金は昨年度から病床の機能分化・連携に関する事業に対し重点的に予算が配分されている。在宅医療の推進や医療従事者の確保事業には増額の見込みがない。来年度新たに看護師等養成所が設立されるが、必要となる運営費補助金は他の医療従事者確保事業から削らなければならない恐れがある。元来、運営費補助事業は、基金創設に伴い国庫補助事業から基金に振替となった事業の一つであり、他の事業を削るのではなく増額配分をお願いしたい。各県において、このような特殊事情がないか伺いたい。また、日医においては、来年度の基金の配分にあたり、各地域の特殊事情に十分配慮した上で、きめ細やかな配分をするよう国に働きかけていただきたい。

**【各県回答】**

- 各県とも施設整備や転換、機能分化を促すだけでは将来のあるべき医療提供体制の構築はできない。医療従事者の確保・養成は必須であるとの考えを示した。
- また本来、国や都道府県が行うべき看護職養成を医師会が担っている点について、人的・金銭的負担は既に限界に達していることか

ら、従来の国庫補助事業からの振替事業は、将来的な見通しを持った安定的な予算確保が必要との意見が多く挙がった。

- さらに熊本県から行政とのヒヤリングで、教育や人材確保に異口同音「費用対効果」を求める姿勢に対し、効果が表れるのは5～10年のスパンであるとして、評価方法を根本から見直すべきとの強い意見があった。
- この他、地域の実情を考慮した事例として、福岡県から「要望額の不足分を前年度執行残額で充当した例」や佐賀県から「移転新築する看護学校の財源確保を佐賀県計画の最優先事業として厚労省に要望した点」、長崎県から「地元定着率が高い養成所への県内就業促進事業(1施設あたり140万円)を設けた例」等の報告もあった。

**【松原謙二日医副会長からのコメント】**

- 財務省は、区分1は認めても3は認めない。教育にこそお金をかけ、初めて国の繁栄がある。その部分の予算を削ってはならないと申し入れているが、少し政治的に動かなければ実効性はないのかと危惧する。
- 看護学校の補助金が義務的経費から突然基金に移行した。「義務的」であれば永遠に予算確保が求められるが、基金へ移行すれば枯渇した場合に支払う必要がなくなり、消滅するだろうと目論んだ、たちの悪い人がいたと思う。
- そこを踏まえた上で、やはり人材は増やすという教育的な費用は、元来、国が払うべきものであり、区分3を拡張するようかなり強く言っている。
- 都道府県や郡市区医師会が看護養成でどれだけ貢献しているか、医療教育の為にどれ程、努力しているか、政治の世界に分かって頂けるようさらに努力を重ねたい。
- また、この数十年間に建築構造基準も変わり、多くの医師会立看護学校が立て直しの時期を迎える。しかし資金がない。看護学校のある

べき姿や人材育成について、もう一度、根っこの部分から検討し、政治の世界に訴えていきたい。

○蛇足だが看護協会から看護師養成所の四年制化の意見が出てきた。医師会の養成が不十分と言われているような話である。看護師養成が全て四年制化すれば、新専門医制度同様、地域医療崩壊が加速してしまうことを国会議員に強く訴えているところである。

**(7) 新専門医制度がもたらす地域医療への影響に対する各県の対応について (福岡県)**

**<提案要旨>**

平成 16 年の新臨床研修制度開始の時、また専門医制度の見直し議論開始時点からこれらの改変が地域医療へ大きな影響を及ぼすと言われ、全体像が見え始めるとともに地域医療への配慮が足りなかったとして最終段階で今回の延期につながった。

しかしながら問題の本質は解決しておらず、専門医の更新が基幹病院の医師に限られるのは自明である。

医師全員が専門医資格を維持できるわけではなく、専門医制度は専門性として各学会へ任せ、日本医師会は傘下の郡市医師会、一般診療を行う日医会員への指導性を高め、その立場を護る制度確立へ努力していただきたいと考える。

福岡県医師会では、地域医療に根差した医師を各医師会が保証し、広く国民の支持を得る制度を確立すべきと考え、福岡県医師会認定総合医制度を創設した。これこそが、総合診療を担う総合診療専門医であると考えている。

新専門医制度がもたらす地域医療への影響を低減させるために、行政と医師会が現時点で行うべき最重要課題は医師の配置を地域医療支援センターで決めることであると考えているが、各県の実状をお伺いしたい。

**<各県からの回答>**

**○鹿児島県**

厚生労働省より要請のある診療科ごとに専門研修プログラムを調整する「協議の場」を設

置したが、何を議論するのも含め、再検討されている。県行政、大学及び県医師会の 3 者が緊密な連携のもと混乱がないように取り組んでいく。

**○佐賀県**

県医師会より担当理事が委員として参画している地域医療支援センターの運営委員会において、医師の地域偏在、医師のキャリア形成支援のための有効な方策等、新専門医制度に係る課題について検討している。

内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科の 5 診療科についての専門研修プログラム施設の 5 医療圏での配置状況が検討されたところであるが、学会認定の研修施設がリストから外れる等の問題点も多い。

**○宮崎県**

平成 23 年に地域医療支援機構を設置し、県医師会・宮崎大学・県行政・臨床研修病院等が医師募集、教育、適正配置等について緊密に連携、協議を続けているところではあるが、医師の所属は大学や研修病院であり、地域医療支援センターが直接に医師の配置に関与できる状況にはない。

新専門医制度の体制を早急に整える必要があることから、県、大学、医師会、基幹型・協力型臨床研修病院で組織する「宮崎県臨床研修・専門研修運営協議会（会長：県医師会長）」において、卒前から、卒後の初期研修、後期・専門研修に至るまで、一貫した支援体制等についての協議、メーリングリストでの情報交換を行っている。また、宮崎大学医学部附属病院専門研修プログラム連絡協議会には県医担当理事が委員として参画し、地域医療に配慮したプログラム策定について調整をしている。

**○沖縄県**

専門医に関する整備は遅れており、初期臨床研修医が、後期研修医に移行する際に、本県から離れる可能性を危惧している。

専門医の取得に関しては、大学病院が優先される可能性があり、これまでの医師の流れが大きく変わる可能性がある。大学病院に医師が集まることは、離島・へき地への医師派遣がしや

すくなるというメリットもあるが、診療科によっては症例数の確保が難しい面もあり、地域における関連病院、診療所との連携が欠かせない。

課題としては、離島・へき地への医師派遣である。専門医研修に関しても本県では離島・へき地医療に貢献できる人材の育成を視野に入れる必要がある。離島・へき地勤務をした場合に専門医としてのポイント等に配慮が必要である。

これらについては沖縄県の支援による修学資金供与、地域枠学生（17名/年）、および沖縄県地域医療支援センターの拡充等で対応していく予定であり、医師会としてもこの活動を支援していく。

○大分県

すでに一部の医療機関からの医師の引き揚げが起こっている。地域医療への悪影響を生じさせないためには、大学に設置されている地域医療支援センターへの行政および医師会の強力な関与が重要と考えている。

○長崎県

大学が中心となりプログラムを作成している。大学内は医師育成キャリア支援室が取りまとめ、県全体はながさき医療人材支援センターが取りまとめを行っているのが実状で、県医師会が関わっているところは少ない。本会としては行政、大学、地域中核病院が県内研修医の問題を協議する「新鳴滝塾」にオブザーバーとして参加している。

○熊本県

「専門研修について協議する場」は設けられていないが、熊本県医療政策課の熊本県臨床研修病院連絡協議会が、その役割の一部を担っている。

熊本県では、県内のどの病院が基幹施設として専門プログラムを申請しているか、また、その専門研修連携施設にどの医療機関が参加しているのかを把握するため、県内すべての病院を対象とした調査を行った。調査結果から、基幹施設となるどのプログラムにも参加していない

施設に対して専門研修連携施設としてのプログラムへの参加の意向調査を行う予定であったが、延期となったため、意向調査は未実施の状況である。

**(8) 新専門医制度に対しての各県医師会の取り組みについて（熊本県）**

＜提案要旨＞

今回の新専門医制度は、様々に問題をはらみ、日医や病院団体等からの反対にて1年延期されたのは記憶に新しい。ご承知のとおり一番の問題点は導入することによる医師の地域偏在がさらに拡大する懸念があることである。これは各地域の実情が解らない専門医機構に任せておくだけでは解決しない問題であり、熊本県医師会と熊本県健康福祉部等では、この医師の地域偏在をできるだけ解消する方策を地域医療研修連絡調整協議会等で協議、実行していく予定だが、県から厚労省に今回の制度設計に関する詳細、実働について回答を求めているが、未だ回答がなく、その対応に苦慮しているところである。

また、医師会が主導権を握って動くことが難しい部分がある。各県医師会の対応や行政との協議等、実情をお伺いし、情報共有をさせて頂きたい。

＜各県からの回答＞

○福岡県

地域医療支援センター運営委員会委員長に本会会長が就任し、委員会内で主要領域（内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、総合診療）における専門研修プログラムの検証・調整の在り方について検討を行った。

「専門研修について協議する場」を設置し、本会が推薦した医師が委員の一員として、意見を述べている。

しかし、新専門医制度の延期が決定してから、日本専門医機構の今後の方針が不明瞭であるため、調整委員会の開催はなされていない。

○佐賀県

地域医療支援センターの運営委員会で、医師の地域偏在の解消等、協議・調整が行われており、県医師会担当理事が委員として参画している。

会員医療機関に対して「新専門医制度の影響に関するアンケート調査」を8月に実施し、派遣医師の引き上げ等の影響、連携施設になることへの意向調査、指導医の配置状況等について情報を収集した。

○沖縄県

新専門医制度の導入に関し、大学病院が主導する会議に県医師会理事が参加し、協力している。新専門医制度に関しては、専門分野に関することであり、県医師会が主導で動くことは困難である。このため医師会が深く関与する地域医療構想を展開しつつ、県内3研修群（県立病院群、群星沖縄群、RyuMIC群）間の連携を強化できるよう支援したい。

○大分県

大学が指導医確保のために地域の病院から常勤医を引き揚げ、新研修医制度と同様の状態が生じている。特に科によっては唯一の常勤医を引き上げられており、今回、1年延期されたが、引き揚げられた常勤医は戻っていない。医師の偏在の解消が今後最も重要な課題と言われながら逆行している。

【主な意見等】

○沖縄県

新専門医制度については、大学も含めて協議を1回開催したが、延期が決定してから調整会議は開催されていない。先日、女性医師部会主催のフォーラムにおいて、新専門医制度をテーマに、新専門医制度では女性医師の立場ではどうなるか、大学の定員はどうなるか、大学診療科の症例数等について議論を行った。地域の研修病院がグループ化をし、どのような研修をするか研修内容をブラッシュアップしなければならない。各々の地域に応じた対策を各々でつくる

必要がある。また、県内では離島・へき地への医師派遣が課題となっており、離島・へき地で勤務した場合に何らかのインセンティブを付ける等配慮していただきたい。

○鹿児島県

当初は大学が独自で専門医制度に対応していた。診療科によっては鹿児島市だけでしか研修できない診療科である等、地域医療の崩壊が目に見えている。今後、大学と県医師会と県行政の3者で協議を行う予定にしている。また、新専門医制度において、女性医師がライフイベントを迎えても戻れるシステム、地域枠の研修医が離島・へき地に勤めていても専門医を取得できるようなシステムの構築をお願いしたい。

○宮崎県

医師はどれか一つの専門医を取得する必要があるか。

○佐賀県

専門医制度の目的は何か。保険診療報酬の差別化や、保険医の各診療科目の定員制度等につながらないか懸念される。

○長崎県

本会は行政、大学、地域中核病院が県内研修医の問題を協議する「新鳴滝塾」にオブザーバーとして参加している。沖縄県が言われたように離島・へき地で勤務した場合に何らかのインセンティブを付ける等お願いしたい。

○佐賀県

福岡県の提案事項である、新専門医制度がもたらす地域医療への影響を低減させるために、行政と医師会が現時点で行うべき最重要課題は医師の配置を地域医療支援センターで決めるとあるが具体的にご教示いただきたい。

○福岡

地域医療支援センターのなかで、総合診療専門医のあり方を検討する部署で委員をさせていただいている。地域のかかりつけ医の先生方に指導医になっていただかないといけないケースがある。特にへき地で、総合診療専門医の連携施設になるために、地域のかかりつけの先生が

受けていただけるように助成について提言し、ある一定の研修費用、旅費が支給されるようになった。女性医師の問題は国単位で検討していただきたい。

○鹿児島

18の領域に並列するように、19番目に総合診療専門医ができたことに理解ができない。総合診療専門医はサブスペシャリティ領域にあるべきではないか。

○佐賀

私の施設は、「遠い」、「手術症例が少ない」という理由で連携施設を外された。専門医機構に不服申し立てを行ったところである。

連携施設でないと専門医の取得、指導医としての更新ができない等問題がある。日本医師会としても更新しやすいように配慮いただきたい。

○熊本

医師国家試験を受けて医師になった者が、さらにもう一回試験を受けさせられているような気がする。広く多様な形で専門医を認める方法を少なくとも日本医師会は考えていただきたい。国が一括してコントロールすることに反対である。

○沖縄

これまで医療法では広告の制限があった。国民にアピールするために細分化された専門医制度をつくるのが、地域医療の安定的な発展と矛盾している。

○松原副会長

細かいプログラムが明らかになったときに、国が医療に介入して支配下に置き、専門医の定数と配置を決めて、国の財政的な基盤を守ることが最終目的であると考えている。そこに至った理由は、一定の条件を持っている団体が、医師を5年以上研修させることにより、その医師に専門医という資格を与え、それを広告してよいという国民からわかりにくい厚生労働省告示をつくった。例えば、がん治療において誰が専門医かわからない等の意見が多くだされ、専門医を一からやり直すことになった。

専攻医の母数となる「現在の初期臨床研修2年目」の医師は8,000人程度なのに対し、各診療領域の研修プログラム定員の合計は20,000人もある。つまり特定の地域や診療領域に研修医が集中する可能性がある。新臨床研修制度で生じた問題が、新専門医制度でも起きる可能性がある。このままのプログラムを定員でやると、地域から医師がいなくなり医療が崩壊する。さらに女性医師がライフイベントを迎えたとき研修できなくなる。

専門医機構の理事会において、「ダブルボードを認める」、「必ずどちらかの専門医に所属しなければならない」という厚労省の考えを否決が決まった。また、基幹施設から関連施設へ送るときに様々な制約があり、これまで実際に動いていたものができなくなる等の弊害が生まれた。そこで各都道府県において、実情に沿った調整を行っていただくための「協議の場」の実施をするべきだと主張した。

医療だけでなく学問的に専門医として相応しいかどうかという観点にたつてサブスペシャリティと18領域の学会と議論するべきであると申し入れている。

各都道府県におけるへき地の問題点は、全体の内科を診れる医師が少ないことである。へき地での研修に何らかのインセンティブをつけることを検討しなければならない。また、2025年を迎えるにあたり、在宅、プライマリケアができる医師を育てなければならない。プライマリケアの先生方は、その分野において一生懸命やっている。それをまとめて総合診療が19番目に入った。しかし、内科(半年)、救急(3カ月)、小児科(3カ月)、あとの18カ月は「1」と「2」に分かれ、「1」は診療所で在宅、「2」は一般病院で内科というプログラムでは、すべて中途半端になる恐れがある。地域の病院の中心を担っている先生方で構成される国民医療推進協議会並びに、地域の市立病院のグループの先生方より、内科、救急を1人前にこなせない先生が、在宅のみを診ることは問題ではないかとの意見がでている。

ある一定レベルの医学的知識をもって医学的に保証できる専門医制度を、現場に合わせ規則に縛られるのではなく、実際に地域の中で対応できる制度に変えなければならない。国の主導ではなく、どういう医師が必要なのか、へき地でメリットが受けられるように、都道府県医師会の先生方と十分に議論をして進めていきたい。

**(9) 地域医療連携推進法人へ向けた取り組み状況について (鹿児島県)**

**<提案要旨>**

改正医療法に基づき、平成 29 年 4 月 2 日に施行される地域医療連携推進法人（以下「連携推進法人」）制度に関しては、平成 28 年 3 月 24 日付けメディアファックスによると、認定取得に向け全国で約 30 事例の検討が進んでいるとのことである。

鹿児島県内でも新聞報道で公表されている範囲で 2 事例が検討されている。

本会でも医師会病院を中核とする連携推進法人が創設できないか勉強会等を行っているところであるが、現時点では、連携推進法人に関するメリット（例えば、税制面の優遇など）がはっきりしない。また、本年 10 月～12 月にかけて関係省令が公布されるまで具体的な内容が分からない面もあることから、詳細な検討には至っていない。

連携推進法人制度に関しては、中小病院が大病院に支配されるような不当な事態が起きることを危惧する意見が、平成 27 年 9 月の第 2 回都道府県医師会長協議会でも出されるなど慎重な対応が求められているところである。

日医のご尽力により、「法人理事のうち、少なくとも 1 人は診療に関する学識経験者の団体（郡市医師会）の代表者が就任をすること。地域の関係者で構成する地域医療連携推進協議会を設置して、法人の業務状況に対して評価を行い、意見具申ができること。この意見具申を法人は尊重する義務を負うこと。知事の認可・認

定に関しては、予め都道府県医療審議会の意見を聞くこと」など医師会として一定のチェック機能が働く仕組みを取り入れていただいたところであるが、制度施行半年を控え、日医の考え及び検討状況についてお伺いしたい。

また、九州各県の取り組み（検討）状況についてお伺いしたい。

**【各県回答】**

各県ともに、地域医療連携推進法人を創設する等の動きはなく、概要を各会員へ情報提供している状況であった。

**【日本医師会 松原副会長よりコメント】**

地域医療連携推進法人は、地域医療構想や第 7 次医療計画等、将来の医療提供体制に大きく関係するものである。地域の実情を熟知している医師会が中心となって連携推進法人を設ける場合は全く問題とならないと考えるが、そうではない場合は、その地域にどのような影響があるのかということについて、慎重に見守る必要があると考えている。

メリットとしては、病床過剰地域においても連携推進法人の内部で病床の融通が可能になるということがあるが、連携推進法人の中だけで融通がきくということは危険なことである。地域医療連携推進評議会において十分に議論していただき、正しい、正しくないを意見していただくのと同時に、どのようなことが起きているのか、具体的な事項を日本医師会へ上げていただきたく考えている。

日本医師会として、地域の医療提供体制を損なうような制度になるということは危惧しているところである為、十分注意していくとともに、問題事例があれば、日本医師会へ上げていただきたい。

(10) (11) については、時間の都合上、提案県より趣旨説明のみ行われた。協議については、年明け 1 月 7 日（土）、8 日（日）の両日開催

予定の九州医師連合会災害医療対策協議会の中で議論することが確認された。またここでは、予め配布された資料を基に紙面回答を以て以下に記す。

**(10) 災害医療コーディネーターの役割、JMAT 研修について (大分)**

**【提案要旨】**

今回の地震では、一部のチームからは全体を統率する指揮命令系統が不明瞭で動きにくかったこと、また各チーム間の情報共有が図られなかったこと等の指摘があった。今後、本会としても南海トラフ地震等の災害時に備え、JMATのコーディネーター機能及び急性・亜急性期医療研修、常設部隊の設置等が重要であると考えており、JMAT 研修等を行っているが各県の取組について教示いただきたい。

**【各県回答】**

- 医師会独自に JMAT 研修を行っている返答した県は、福岡、佐賀、沖縄、熊本の4県であった。
- コーディネーター研修を数年前から実施していた熊本県は、今回の地震を通じて現場コーディネート機能の重要性を再認識したとし、今後、支援活動の検証を進めながら、災害の規模や場所等、状況に応じたコーディネート機能ができる仕組みを構築したいと回答があった。
- また宮崎県からは、コーディネーターが参加する研修会や訓練を、各地域単位で市町村と郡市医師会等が協力して開催していくことが重要との考えを示した。
- コーディネーターの配置については、宮崎(11名)、長崎(33名)の両県で、県及び地区医師会役員が行政から委嘱されている旨回答があった。【※この他、大分(16名)、熊本(15名)の両県も既に設置済み。佐賀、福岡、鹿児島、沖縄の4県が未設置。本県は今年度中に設置の予定で準備が進められている。】

○この他、福岡県が「行政の県災害対策本部に全体を統率する災害医療コーディネートチームを設置するよう進言」したことや、佐賀県が「県災害対策本部を頂点とした指揮命令系統の早期確立及び医療コーディネーターの質・量の確保及び具体的な配置計画について県に要請した」と回答があった。

**(11) 南海トラフ巨大地震などに備える災害時医療情報のICT化の各県の取り組み(大分)**

**【提案要旨】**

東日本大震災や熊本・大分地震の医療支援において、内服薬情報、アレルギー歴等の重要な医療情報が得られないことによる混乱が見られた。かかりつけ医情報、服薬情報等がどこでも得られる環境が望ましい。加えてJMAT 診療記録も電子媒体化される仕組みが必要である。そのためにICTを活用する事が最適であると考えているが各県の取り組みを伺いたい。

**【各県回答】**

- ICTを活用した取り組み例については、福岡県の「とびうめネット」、本県の「おきなわ津梁ネットワーク」、長崎県の「あじさいネット」、熊本県の「くまもとメディカルネットワーク」、以上4県で医療連携等を行っているとし、今後、災害時の情報の共有化に向けて整備検討に当たっていると回答があった。
- また、宮崎県で災害時に各医療機関の被災状況及び医療提供体制をマップ上に公開する「災害時医療機関状況把握システム」を構築していると回答があった。くわえて、新たなシステムの構築は困難な為、既に稼働しているオンラインレセプト情報(医科および調剤)が適切に活用できるよう、国が整備すべきと補足した。
- この他、鹿児島県から「ICT化は重要だが被災時のライフラインの状況やシステム構築費用の考慮も必要」、佐賀県から「全国的に標

準化されたシステムで運用されることが望ましい」等の意見もあった。何れに県も EMIS (広域災害救急医療情報システム) の普及啓発に取り組みたいと回答があった。

**【松原謙二日医副会長からのコメント】**

- 今回の熊本地震において、長崎県を中心に九州各県の先生方が速やかに支援していただいたことに感謝申し上げる。
- これからの課題は、JMAT コーディネーター機能の強化だと考えている。
- 今回の地震でコーディネーター機能が非常に有効であることが分かった。

○今後、統括 JMAT としてどの様な形で統括を行い、コーディネートしていくか。救急災害医療対策委員会の中で集中的に議論を行い、確立していきたいと考えている。

また情報がなければ統括もできない。そのためには、情報の基盤が必要になってくる。日医が推奨する医療 ID ナンバーを活用しながら、災害時に速やかに対応出来る仕組みを構築していきたい。構築に際しては、「統括」「派遣」「配置」「活動方針」等が計画できるような仕組みを考えている。ポイントは、コーディネーター機能の強化と ICT である。

**印象記**

副会長 玉城 信光

地域医療対策協議会の議題は 11 議題あり、5 題は地域医療構想に関連があるので一括して議論された。まず各県の地域医療構想検討会議や調整会議の報告がなされた。福岡県は県医師会がリードする形で進められているようである。必要病床数においては沖縄県のみが構想区域での 1000 床近い増床があり、急激な増床は医師やメディカルスタッフの引き抜きが起こるなどの弊害が考えられると話した。各県においても都心部は増床で郡部は減少でその調整が大事だと言われた。

地域包括ケア病床は本来民間が担うべき事業であり、公立病院が参入するのはいかがかと意見があった。公立病院は本来政策的な医療を中心に担うために公的な補助を受けているので民間を圧迫するようなことは控えてほしいとのことである。しかしながら地域によっては必要性があるのではないかと、地域の特性に応じた対応が必要である。しかし、沖縄県では何故に地域包括ケア病床への転換が少ないのであろうか。

新専門医制度に関しては各県とも地域医療の崩壊を危惧していた。国のしっかりした制度設計が求められている。日医の松原副会長からは国や専門医機構との協議の中でより良いあり方を求めて議論を進めていくと話された。沖縄県からは離島・僻地勤務者にインセンティブを与えられるような制度にしてほしいと要望した。

鹿児島県では医師会病院を中心とした地域医療連携推進法人設立に向けた勉強会が行われているが、大病院が中小病院を支配するような法人はふさわしくないとされ医師会の関与が重要だと思われた。災害医療に関しては時間切れで、後日災害医療に関しての協議が行われることになった。

## 2. 医療保険対策協議会



理事 平安 明



### 挨拶

熊本県医師会 八木副会長

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

さて、医療保険の分野については、持続可能な医療保険制度構築の為、財政基盤の安定化、医療費適正化が求められているが、高額薬品の問題等、保険財政の影響が危惧される多くの問題が山積しており、医療保険を取巻く環境は大変厳しい状況である。

本日は、協議事項が11題と数多くあるが、医療保険は我々にとって非常に重要な分野であるので活発な議論を行っていただき、本協議会が実りあるものになるよう祈念申し上げます。

### 日医・松本常任理事

本日は、医療保険協議会へお招きいただき感謝申し上げます。

九医連の先生方は、医療保険に限らず全ての分野で大変熱心である為、私自身いつも勉強させていただいている。

本日も皆様のご意見を伺いながら、日医の考え方、現時点での対応についてご説明させていただきたい。

本日はどうぞ宜しくお願い申し上げます。

### 協 議

#### (1) 新規個別指導について（福岡県）

##### <提案要旨>

医療指導監査業務等実施要領（指導編）では、新規個別指導は、新規指定から概ね6か月を経過した保険医療機関等に実施するとなっている。

本県では毎年 100 件前後の新規個別指導の対象医療機関が発生している。新規個別指導の結果、再指導となった医療機関は平成 25 年度 15/101 件 (14.8%)、平成 26 年度 18/110 件 (16.4%) 及び監査 1 件、平成 27 年度 13/90 件 (14.4%) である。また、返還金有は、平成 25 年度 64%、平成 26 年度 69%、平成 27 年度 79% と過半数の医療機関が返還金 (自主返還) を求められている。

新規個別指導は教育的指導であるべきで懲罰的であってはいけないと日医に於いても従前から度々述べられ厚労省と協議していく旨お聞きしているが、新規指定医療機関では金額は限定されているが多数の例で返還金を支払っており、更に再指導例では通常の個別指導での再指導と全く区別がない等配慮・改善いただきたい点がある。

各県の新規個別指導の状況及び新規個別指導に対する日医のご意見をお伺いしたい。

<主な意見等>

各県ともに、新規個別指導に対してはあくまで教育的な意味合いが強いものであり、新規個別指導に対する返還については、配慮いただきたいとの意見が主であった。

<各県追加発言>

■鹿児島県

本県では、例年 20 件前後の新規個別指導が実施されているが、教育的指導がほとんどであり、内容に多少の不備があった場合でも、次回より返還になると指摘を受けることはあっても、再指導や返還になることは少なく、経過観察という形で指導されている。

■佐賀県

返還の内容については、主には特定疾患療養管理料を始めとする各種管理料の記載不足、在宅患者の同意書並びに診療計画書がカルテに綴じられていないなどで指摘がある。

■宮崎県

返還金の額は大きくないが、半数以上に返還金が発生している。これを懲罰的なものとしてとるか、指導的な意味合いとしてとるかで印象は大分異なるが、新規医療機関に対する指導は

本来、教育的な部分の意味合いが強いと考えている。

■沖縄県

新規個別指導は、複数の指摘や返還がある為に次年度に再度指導と判断されるのは少し行き過ぎであると考えている。どのような指導の形が理想であるかは判断出来ないが、なんらかの形で改善がなされると、新規医療機関が萎縮せずにむしろ地域貢献しながら、適切な請求がなされていくのではないかと考える。

■大分県

本県においても新規個別指導でも返還を指示されることはあるが、一般個別指導とは違い、指導に持参したカルテ分から、算定要件を満たさない部分のみについて返還するケースが多数である。

(2) 最近の個別指導における指摘事項について  
(沖縄県)

<提案要旨>

最近の個別指導において、特に重点的に指摘されている事項があれば情報共有したい。

当県では直接診療報酬の返還に結びつくことはないが、電子カルテの運用に関して今年度からかなり細かな指摘がなされている。

電子カルテに関しては、その運用のあり方が細かく規定されており、真正性、見読性、保存性の観点から改善を指導されることも少なくない。しかし、指摘事項の中には電子カルテのシステムの根本的な問題が関わっているなど、電子カルテを提供する業者が対応しないと如何ともしがたい事もある。医療機関に指摘し、電子カルテの意義を再認識させることも大事だが、提供する業者に対しても指導内容に見合ったシステム開発を担保するよう義務づける等の対応は出来ないものだろうか。九州各県のご意見並びに日医の見解をお聞かせ願いたい。

<主な意見等>

各県ともに、電子カルテについて個別指導の際に指摘を受けるケースが多く見受けられ、電子カルテシステムを提供する業者側に対しシ

システムの改善を求める意見が多く、日医の見解を伺うこととなった。

<各県追加発言>

■福岡県

最近の本県での個別指導の際の指摘事項についてだが、若い医師はほとんど電子カルテを導入していることから、電子カルテのログ情報が確認出来ない等、新規で指摘を受けるケースや、病院の勤務医に特に多いが、算定要件等を理解しておらず、事務方が主導で請求しているケースで指摘されるケースが多く見受けられる。

■鹿児島県

本県では診断書等の現金徴収するものについての院内掲示、ならびに同意書の取得及びカルテへの記載が不十分であることについて厳しく指導はあるが、返還までには至っておらず、大きな問題は生じていない。

また、本件と内容が異なるが、最近では在宅専門の診療所が特に多く指導を受けるような印象がある。

■佐賀県

本県での最近の指摘事項では、主病名を明確にするようにと強く指導されるケースや、在宅関係で、同意書等がきちんと取られていない等の指摘を受けるケースが多い。

電子カルテについては、病名や手術名から自動的に事務サイドで動くようなシステムを是正するようにとの指摘や、パスワードの定期的に変更するように指摘されるケースが見受けられる。

■宮崎県

本県では、電子カルテに関して、パスワードの更新期限が設定されていないことや個人情報漏洩に関して適切に運用するよう指摘が行われているが、日医から会員に分かりやすいように情報提供いただきたい。

■大分県

本県でも、各県と同様の指摘内容と変わりはないが、数年前に個人で電子カルテのシステムを構築した医師がおり、今後同じようなケースが出てきた場合、大きな問題等起きないか非常に危惧している。

■長崎県

本県では、往診料算定の基準の厳格化、再診料、電話再診料の算定について指摘を受けることが増えている。

電子カルテについては、各県同様、パスワード設定について指摘されるケースが多い。

(3) 個別指導における往診料の査定について (長崎県)

<提案要旨>

長崎県では最近、在宅医療における往診料の査定が頻繁にみられる。査定は往診における要件の厳格な運用によるものである。

往診は患家の求めに応じて臨時的または緊急的に患家に赴き診察した場合に算定するとなっているが緊急的に往診した時翌日も診察したほうが良いと判断し、翌日も往診した場合往診料を算定する医療機関が多く、これは自然の流れと考えていた。しかし、個別指導の場において、これは計画的であるから再診料のみの算定となると判断され、往診料を査定されている。

医療機関としては不満が残るため、各県では個別指導でどのような指導が行われているかを知りたい。

また、訪問診療料の算定要件を満たすのが面倒なため、計画的な訪問診療を往診料で算定している医療機関もあると考えるが現状はどうだろうか、各県のご意見を伺いたい。

<主な意見等>

各県ともに、診療報酬上の算定ルールに記載されている要件を満たしていない場合は、指摘を受けるのは致し方ないとの意見が主であったが、算定の可否について一律に判断出来ない部分もあるため、必要性の記載は行うべきとの意見も上がった。

<各県追加発言>

■福岡県

本県での最近の往診料の指摘事項においては、患家の求めの確認や、診療上の必要性や時刻を診療録へ記載について指摘されることが多く、場合によっては返還に至るケースがある。

また、往診料以外に最近よく指摘される事項として、緊急往診及び在宅医療について指摘されるケースが増えている。

■鹿児島県

本県でも、往診の翌日に往診をした場合の保険診療上の疑義照会がなされたことがあり、算定可とする場合もあるようであるが、個々の患者の状態により医学的な観点からの妥当性を判断することになるので、一律に認められる、認められないといった判断は難しいと考えるので、必要性をカルテに明確に記載することは重要であると考えている。

■佐賀県

本県でも貴県と同様に、主治医が診察を必要と判断して翌日も訪問したケースがあり、計画的と判断され査定を受けている。また、半径16kmの距離を越えた往診で査定を受けた医療機関があったが、離島であった為、地域性が考慮され（他の医療機関がなかった）、査定を免れたケースもある。

■宮崎県

本県では、往診料の査定については特別多くはなく、指導の場でも特に指摘は無かった。

■沖縄県

今回の事例においては、往診料の算定要件を満たさないのではないかと考えるが、患者からの求めに応じて翌日も往診したのであれば算定要件は満たすと思われる。

■大分県

沖縄県の意見のとおり、当事例においての往診料の算定は難しいと考える。審査で査定されるケースは少ないが、個別指導ではよく指摘される事項である。

また提案にあるように、外来診療の延長線で患者に赴く場合、訪問診療の算定要件を満たすのが面倒なために、往診料で算定するというケースや、あるいは訪問診療（在宅時医学総合管理料など）で患者負担が増えるため算定しないケースも多い。また、最近では施設入所により、患者が以前より少なくなり、訪問診療を全く行わない医療機関も出てきている。

■熊本県

本県でも訪問診療と往診料との算定について、個別指導時の指摘事項として散見されるが、連日の訪問であるという第3者が推測でシステマ的に決めるのではなく、緊急性の有無を確認することが必要と考える。

(4) 九州厚生局個別指導時の写真撮影、ビデオ撮影等に関する是非について（宮崎県）

<提案要旨>

最近本県では、九州厚生局個別指導に際し、指導を受ける医院のスタッフによる写真撮影、ビデオ撮影を試みたため、厚生局担当者と院長の言い争いとなり、結局「指導拒否」と判断され、その日の指導は行われず中止となったケースがあった。

当事者である院長は、過去2回に渡りビデオ撮影を行った事があるとの理由で、今回は許可が出なかったことに対して不満を申し立てている。

指導拒否から監査に進展してしまう恐れもあり、当医師会としては取扱いに苦慮している。各県で同様な事例が無かったか、又、医師会としてどういう立場で臨んだらいいのか、各県並びに日医の見解をおうかがいしたい。

<主な意見等>

各県ともに、個別指導時のビデオ撮影等については、映像が残る事で、指導がより厳しくなることを危惧する意見や、カルテ等の個人情報映り込むことを懸念する意見が主であった。

<各県追加発言>

■福岡県

本県では、写真やビデオ撮影を行った事例はないが、事前の申出によるレコーダーの録音は認められている。その際は、九州厚生局も同様に録音している。録音を申出るのは、ほとんどが非会員の医療機関であり、弁護士も帯同されていることが多い。

また、当事例においては指導中止とあるが、中止であれば次は監査となる。医師会としては医療機関を説得し、個別指導を再開していただくのが良策と考える。

■鹿児島県

本県では、個別指導の際に、写真撮影やビデオ撮影が行われている事案の報告は受けていない。ビデオ撮影等で記録が残ることになれば、厚生局としてもこれまで以上に厳格にチェックし、誤り等細かい点まで自主返還を求めるなど、個別指導がより厳しくなる恐れがある為、立会いを行う医師会としても慎重な対応が求められる。当事例のような事態は避けるべきではないかと考える。

■佐賀県

本県では個別指導に際し、医療機関側が写真撮影やビデオ撮影を試みたケースはないが、弁護士の帯同や録音を求めるケースはある。事前の申し出により弁護士の帯同及び録音については許可されているが、録音を行う場合は厚生局側も同じく録音を実施している。また、以前、厚生局への事前の許可なく録音しているケースがあった為、厚生局および立会者による審議時には、医療機関側の私物をすべて持ち出すことになっている。

■沖縄県

行政の指導はあくまで、行政手続法による任意の協力の元に行われるのが原則であり、例えば指導に協力しなくても当該機関に不利益処分を課してはならないことになっている。今回のケースが具体的にどのようなやり取りの結果、指導拒否となったのかは不明だが、ビデオ撮影等のやり取りで指導拒否と行政判断されたことは重大な問題である。本来は、医療機関側の要望が例え難しいものであったとしても指導拒否の判断については慎重に行うべきであり、当事例のようなケースについても一旦、指導中断とし、厚生局側が厚労省と協議し医療機関への対応を判断するべきであり、指導の場でいきなり指導拒否と判断されるのは大きな問題である。当事例が今後、監査に移行するような事態となれば、日医も介入すべきであると考えます。

■大分県

本県では指導の際に録画を申し出る医療機関はなく、指導は指導側と医療機関の協力関係の

なかで実施されており、上記のような事案では双方が意固地になり、指導が開始できなかったと思われる。当事例については、本県の厚生局事務所も把握しており、話を伺う機会があったが、厚生局事務所側は「個別指導においてはリアルタイムで行うべきものであり、ビデオ撮影は馴染まない」との話があった。

■長崎県

当県では過去にこのような事例はないが、医療機関より弁護士の帯同や指導内容の録音の可否について照会がある場合、予めその旨、厚生局事務所に連絡し調整するよう伝えている。

また、個別指導はあくまで行政手続法による行政指導の一環として行わなければならない、行政手続法32条の2には、「相手方が行政指導に従わなかったことを理由として、不利益な取扱いをしてはならない」と明記されており、これに当てはめると本来は個別指導の自主返還も行わなくとも良いとも読取れるが、あまりにやり過ぎると個別指導を通り過ぎて監査になる恐れもあるので注意が必要である。当事例が監査となった場合は、日医でも対応いただきたい。

(1)、(2)、(3)、(4)については関連している為、一括して日医より説明があった。

<日医コメント>

□日医松本常任理事

まず初めに新規個別指導についてであるが、私自身の地域においても、新規の医療機関が返還を求められるケースもあるが、九州各県の先生方の意見のとおり、新規個別指導はあくまでも教育的な面が強いものであると考えている。また、厚労省へは、新規の個別指導を受ける前に、新規の集団指導の中で様々な注意事項や指摘事項を説明してから、新規個別指導を行うよう徹底してほしいと話をしている。

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名の患者名の通知については指導日の4日前を1週間前に変更されており、一般個別指導についても、

4日前に15名だったものを1週間前に20名とし、前日分も15名から10名へと変更となっており、医療機関側も若干ではあるが余裕が出来たものと考えている。

電子カルテの打出しについても煩雑であったが、各県の厚生局事務所と事前に調整すれば、紙に打ち出さなくとも指導を受けることが可能となっている。また、返還金に対しても、指導的要素が強いので、本来は返還金を求めるべきでないといふ以前より再三言っているが、仮に返還が生じた場合でも、当日の指摘を受けたカルテの分のみ返還を求めるよう話をしている。再指導については仕方ないと思う様なケースもあるが、新規個別指導の再指導とするか、一般個別指導の再指導として扱うかは微妙な問題である。個別指導は各県事務所で作数の年間のノルマが課せられている為、新規の個別指導の再指導と、一般個別指導の再指導を別々の件数でカウントされると年間の指導件数が増える可能性もあるが、新規個別指導の位置付けとしての再指導については、運用面で検討していただくよう調整している。その結果、指導の件数が増える可能性もあり、立会される先生方は少し大変になると考えている。

2つ目についてであるが、電子カルテ利用については、システム開発について行政が推奨するメーカーを認定する認定制度の導入や、或いはシステム導入の際、必須項目等示すことをメーカーに求めることが考えられるが、医療機関においては、オルカシステムを利用いただければ問題はないものと考えている。

3つ目の往診料については、医療機関の都合で往診にするか訪問診療にするかを判断するかについては論外であるが、本件の場合、現行ルールでは認めないと記載がある為、算定は難しいと考えている。

4つ目の弁護士の帯同や録音については、医療機関の事前の申請により認められているケースが多いと思うが、その場合は厚生局側も医療機関と同様に録音するケースが主であると理解している。ただし、「見える化」については、

録音も同様であるが、言い逃れが出来ないという状況になるケースも考えられ、現行より、より厳しいものになるのではないかと考える。個別指導については、その時の立会い者の元、やり取りすることが医療機関側のためにも大事であると考えている。さらに、写真やビデオで撮影するとなれば、カルテ等の個人情報が入る可能性もあるため、個人情報が漏洩するといった懸念もあるので、そこまで「見える化」が必要なものか疑問である。平成20年迄の社会保険事務所時代の際には、医療機関との衝突は今ほど無かったかと思うが、厚生局へ再編されてから、少し高圧的になったことにより、医療機関側との衝突が増えたのかなと考えている。しかし、厚生局側も医療機関側の事を徐々にだが、理解していただけているものと考えている。

**(5) 厚生局との連携した保険診療(適時調査等)に関する研修会などの実施について**  
(鹿児島県)

**<提案要旨>**

平成28年度からの適時調査の運用見直しに伴い、調査項目の重点化、事前提出資料等の明確化、実施通知の早期発出、調査時間の標準化(半日程度、約3時間)などが図られているところである。

これまで、保険指導における指摘事項については、立会い報告等をもとに県医師会報や保険診療研修会などで周知を図ってきたが、適時調査は、医師会からの立会いがないことから、具体的な指摘事項等に関して、本会でも把握しづらい状況である。

日本医師会からの平成28年3月28日付け(保203)の文書「平成28年度から実施する指導等の運用見直しについて」において、「厚生局に対する講師派遣依頼の対応」として、「地域医師会や大学等が行う保険診療に関する研修会等に、講師を派遣する依頼があった場合、厚生局は対応可能な範囲で積極的に協力する」とされているところであるが、適時調査の指摘事項や保険診療に関する事項について、九州各

県医師会で九州厚生局各県事務所と連携した研修会などの取り組みがあればご教示いただきたい。

**(6) 各県発行の保険診療に関する手引き書について (大分県)**

**<提案要旨>**

大分県では実診療を行う上で、医学的妥当性により医療の質を向上させ、「保険診療の傾向と対策」として適正な保険診療、診療報酬請求に役立つ目的で昭和53年より「保険診療の手引き」を発刊している。平成27年で第14改訂版まで約30年近く会員の診療日常診療に役立ててきた。

しかし過去に、本書の内容を理由に保険者側が査定(或いは再審請求)を行う事があったため、本書は保険診療の基準ではないことを本書の冒頭にも記載し、保険者などが本書の販売を求めた場合は同様の申し入れを行っている。逆に医療機関に対しても本書の内容を逸脱しなければ査定されないという事はなく、医学的妥当性に欠ければ査定もあり得ることを明記している。

一方、近年治療や検査方法が複雑かつ高額化し、以前のようにケースバイケースで審査員が判断するという一定の幅を持たせた基準を示すことが困難な場合も生ずるようになった。本書はあくまで現場で診療する医師会員の目安として参考にされる事を想定して発刊したが、今やその内容が一人歩きして審査会、保険者のガイドライン化される可能性を払拭できず、版を重ねるに従い以前より消極的な記載内容になるのではないかという懸念がある。

各県の対応についてうかがいたい。

(5)、(6) 関連している為、一括して協議が行われた。

**<主な意見等>**

各県ともに、厚生局との連携した保険診療に関する研修会は実施していないとの回答が主であった。

また、保険診療の手引きについては各県ともに、あくまで「会員の為への情報提供」という位置付として発行しているものが殆どであるが、保険者等へ審査の判断材料とされる事もある為、慎重に取り扱っているという意見が上がった。

**<各県追加発言>**

**■福岡県**

本県では厚生局と連携し、①施設基準定例報告等説明会、②保険指導会(集团的個別指導・指定更新時集団指導)、③診療報酬改定説明会を行っている。

適時調査については、毎年4月頃、厚生局より保険医療機関指導基本方針(医科)について説明の中で触れられるだけであり、医師会の立ち会いがないことから具体的な指摘事項に関しては把握していない。

手引き書については、本会では平成20年度から「保険診療の手引き」初版を発刊し、現在、第5版を作成中である。

保険診療の手引きの作成の原則においては、「あくまでも目安であり、これに沿っておけば全て容認されることを意味するものではない」と明記しているが、以前、審査会で本書の内容を理由に保険者側から多数の再審査請求を求められたことがあり、医科点数表の解釈に特に規定のない回数制限等については慎重に取り扱っている。

**■鹿児島県**

保険診療に関する手引き書について、本県では平成20年度を最後に発行していないが、保険診療研修会や会報、FAX等により審査に関する疑義や個別指導での指摘事項などを会員へ情報提供している。また、医療機関からの審査に関する疑義照会については、九州厚生局鹿児島事務所や審査支払機関と連携して回答を行っている。

保険審査については個々の患者の状態により医学的な観点からの妥当性を判断することもあり、画一的に判断できないケースも多くあるが、情報提供した回答の内容が一人歩きしてしまうことがあり注意を要する。

本県では、「鹿児島県保険診療協議会」を設置し、5者の関係機関で協議を行い、適切な保険診療の審査が行われるよう取り組んでいる。

■佐賀県

保険診療に関する研修会については、九州厚生局佐賀事務所と連携した研修会は行っていない。

保険診療の手引きについては、昭和58年1月から、診療報酬の改定年毎に発刊している。

本書は、社保審査委員長を中心に社保・国保の審査委員に医科点数算定の留意事項等を執筆頂いている。保険者から本書の内容を理由に査定等受けるケースがあることから、慎重に対応したいとの意見もある。

■宮崎県

厚生局との連携した研修会については、今のところ実施していない。

保険診療の手引きについては、平成20年度より作成している。支払基金、国保連合会等に確認いただき作成しており、現在は審査委員の審査基準の標準化には役立っているところであり、今のところ問題はないと認識している。

■沖縄県

厚生局と連携した研修会については、今のところ研修会等の開催予定はない。

保険診療の手引きについては、社保・国保審査員の合同会議のなかで、審査に関する情報交換を行い、審査基準のすり合せができた事項については本会が発刊する「保険診療の留意事項」に収載し、適正な保険診療に役立てて頂くよう会員へ情報提供しているが、保険者がそれを理由に査定するようなケースはあまりないものと考えている。

■大分県

厚生局との連携した研修会については実施していない。

■長崎県

保険診療に関する手引き書についてであるが、「診療時の留意事項」と題して、主に社保国保の合意事項を掲載している。

■熊本県

厚生局と連携した研修会については実施していない。

保険診療の手引き書については本県では独自の手引書は作成していないが、以前に、個別指導での指摘事項を会報で掲載したところ、その内容を目安として活用された事例を経験したことがある。

<日医コメント>

□日医松本常任理事

厚生局との連携した研修会についてであるが、鹿児島県からの提案にあるように、適時調査については医師会の立会いがなく、指摘事項等は確かに把握しづらいのは理解している。適時調査については、本来は厚生局側が毎年行うべきものを厚生局側の都合で7・8年のスパンで行っている実情があり、その結果、施設基準を満たしていない場合は、過去5年分遡って返還金を求めている事に関しては、まずは返還金を5年から1年へ変更する等、適時調査の方法について厚生省の指導監査室長等へ提案し協議を行った結果、本年度より運用の見直しが行われている。

また、適時調査については、あくまで指導ではなく調査であるが、どうも算定要件等までみられるケースもあると聞く。各県医師会で可能であれば、厚生局側と調整し、医療機関にどのような指摘事項があったかを確認するのも1つの方法ではないかと考えている。

次に、保険診療の手引きについてであるが、九州各県の先生方は大変熱心であるので、手引き書を作成されている県が多いようである。会員の先生方の為には良いものであると思うが、それを保険者が利用し査定に繋がるようになるといったケースがある事は理解している。私自身の地域の話であるが、基金の「支部だより」に、算定上の留意点を掲載したところ、保険者がその部分を理由に返戻が増加し、掲載を取り止めたケースもある。文書にして残すと保険者が判断材料とする懸念もあるので、記載内容には十分留意する必要がある。

また、先生方の中には手引き書の範囲内なら全て算定可能と捉える場合もあると思うが、「全て認められるわけではない」と徹底していただきたいと考えている。

**(7) 時間外対応加算、在宅療養支援診療所（病院）、地域包括診療加算、地域包括診療料の届出状況と実態調査などの実施の有無について（佐賀県）**

**<提案要旨>**

診療所の24時間、365日対応の加算や施設基準として・時間外対応加算・在宅療養支援診療所、地域包括診療加算などがあり、本県の届出状況は、下記の通り、時間外対応加算は全診療所の44.3%・在宅療養支援診療所も全診療所の24.6%が届出を行っているが、地域包括診療加算は、55施設（全体の9.2%）の届出にとどまっている。

この中で、時間外対応加算2・3を除いては24時間、365日の対応が義務付けられているが、各県医師会ではこの実態の調査などが行われているか、また、社会保険医療担当者の指導の場で、24時間、365日対応の問題が査定の対象となった事例があるかをお尋ねしたい。

また、このような加算や施設基準の届出を行ってなくても、24時間、365日に近い対応をしている医療機関はかなり存在し、その多くは、時間的に縛られることを理由に届出を行っていないのではないかとと思われる。

届出の有無だけで診療報酬に格差をつけることは公平性に欠けると思えるし、もし、届出を行った施設で不備が生じた場合、特に訪問系では、そのリスクは図りしれない。このような加算や施設基準は廃止をし、再診料、時間外加算、訪問診療料などでは、全ての医療機関に公平となる診療報酬設定を求めたいと考えるが、各県および日医の見解をお聞きしたい。

**<主な意見等>**

各県ともに、24時間、365日という要件はあまりにハードルが高く、届出を行っていない

医療機関が多数ある為、「要件緩和を希望する」との意見が主であった。

**<各県追加発言>**

**■福岡県**

ご指摘のとおり地域包括診療料等での24時間、365日の対応のハードルが高く、個別指導等で問題になるのを懸念され届出していない施設も多くあると想定される。

また、これまでの個別指導で地域包括診療加算等の基準について指摘を受けた施設はあるが、返還に至った事例はまだない。届出基準のハードルが非常に高い為、見直していただきたい。

**■鹿児島県**

医師会より診療報酬で新設された地域包括診療加算等について広報しても、ハードルが高い為、届出ないところが多いと考えている。

**■宮崎県**

届出の有無による格差の問題については、現行制度ではしかたないが、本来は再診料等に含めることが望ましいと考える。

**■沖縄県**

各県の状況を確認し、本県の届出状況が改めて少ないという事を実感した。当然、届出が少ない為、個別指導の場でも問題となった事はないが、今後実態調査を行い、届出を行っていない理由を確認したいと考えている。

**■大分県**

要件の24時間、365日対応という言葉が非常に重く、要件は満たしているが、あえて届出をしていない医療機関も多々話しを聞くことがあり、施設基準のハードルの高さというよりは、拘束感を理由に届出しないうのである。

**■長崎県**

地域包括診療加算は対象患者が限られている上に、多々の要件をクリアしなければならず、要件緩和を求めたい。

**■熊本県**

やはり要件のハードルの高さが問題である。

**(8) 認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算の算定状況について (大分県)**

**<提案要旨>**

2016年診療報酬改定では認知症施策の目玉的項目として認知症地域包括診療料(1515点/回)、認知症地域包括診療加算(30点/再診時)が新設されたがいずれも施設基準や内服薬剤数の制限などから請求しづらいとの声がある。

各県における両項目の算定・請求状況について情報をお聞かせ願いたい。

**<主な意見等>**

各県ともに、算定要件の「同意書の取得」、「24時間対応」等のハードルが高いことから算定する医療機関が少なく、要件緩和を求める意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

**<各県追加発言>**

**■福岡県**

同診療料及び同加算についての算定状況は県内の医療機関数から考えると少ないものと考えており、本人・家族の同意や24時間対応など、要件が厳しい事が原因であると考えている。

**■鹿児島**

認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算については、次回診療報酬改定での要件緩和等を行うよう検討いただきたい。

**■佐賀県**

本県においても、同診療料及び同加算の届出は少ないのが現状であり、やはり要件のハードルが高いのが原因であるので、要件緩和を検討いただきたい。

**■沖縄県**

当県でも各県同様に、届出を行っている医療機関は低調であり浸透していないのではないかと考えている。

また、本県においては、認知証の患者については、病院や施設に入所する方が多く、かかりつけ医にみてもらうケースというのは少ないのかなという印象を受けている。

施設基準についても同意書等の要件が大変厳しいので、緩和していただきたいと考えている。

**■長崎県**

各県の意見のとおり、施設基準として地域包括診療加算・診療料を要することから、算定のハードルが高いものと考えている。

**■熊本県**

本県では、届出医療機関数に対し、実際に請求している医療機関が少ないが、該当する患者が少ないことは考えにくいので、請求しづらいものとなっていると考える。

(7)、(8)については関連している為、一括して日医より説明があった。

**<日医コメント>**

**□日医松本常任理事**

先生方のご指摘のとおり、現状において地域包括診療料等は要件が厳しく、算定している医療機関は低調になっていると言わざるをえないが、届出を行う診療科も限られ、対象疾患も限られているので、ある程度届出が少なくなるのは仕方ないと考えている。しかし、本来は〇〇加算といった形での評価の形ではなく、医師の技術料で評価いただき、初診療・再診療をいただくのが当然であると考えており、今後もそのように厚労省とは協議していきたいが、支払側との折衝の中で、容易に話が進むということではなく、日医としては少しでも技術料の評価に繋げていきたいという考えで、同加算等を新設させていただいている。

今後について、会員の先生方が納得出来るように技術的な評価がされるよう調整していきたいと考えている。

時間外対応加算の24時間の考え方については、医療機関の体制を他の医療機関と連携すれば算定出来るよう調整しているつもりであるので、1人の医師だけで対応という事ではないという事をご理解いただきたい。また、届出の有無で公平ではないという意見について、全ての

医療機関が公平にというのは難しいが、なるべく公平なものに近づけられるよう努力したい。

次に、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についてだが、確かに厳しい部分もあるのは理解しているので、要件緩和について検討していきたいと考えている。

また、同診療料及び加算を新設した経緯を説明させていただくが、我が国においては、超高齢社会を向かえ、認知症患者の対応が喫緊の課題であり、地域社会の中で継続支援していくことが、地域包括診療料等の評価と共通する部分であることから、平成 28 年度改定においてかかりつけ医の評価として新設させていただいた。しかし、この同診療料及び加算の中に内服薬の薬剤数の制限があり、この部分は最後まで抵抗したが、学会のガイドライン等で高齢の認知証患者の薬物治療においては、定期的に薬剤の種類、多用投与、長期投与について見直しを行うことが推奨されている為、支払側の反対意見が強く、そのまま残ってしまったことをご理解いただききたい。

**(9) 薬価改定財源等の行方について (福岡県)**

**<提案要旨>**

消費税 10% 引き上げが平成 31 年 10 月に延期されたため、次回平成 30 年度の医療・介護同時改定は財源的に極めて厳しい状況が予想される。

長年、潜在的技術料として本体に充当されてきた薬価・材料費引き下げ分が平成 26 年度及び平成 28 年度改定とも改定財源から切り離されたことは誠に遺憾であるが、切り離しが常態化するのであれば先進諸国に比べ低く評価されている技術料のあり方の議論が必要になってくると思われるが、各県並びに日医のご意見を伺いたい。

**<主な意見等>**

各県ともに、薬価・材料費の引下げ分を本体に充当する従前の方式に戻すべきとの意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

**<各県追加発言>**

**■長崎県**

薬価・材料費引き下げ分を改定財源から切り離し、減額分を技術料の増額に充当しなかったとは誠に遺憾である。この措置は、医療費を抑制することを目的としたものとは考えられない。また、今後高額薬剤等が多数出てきた場合、財源をそこに使用されるのではないかと非常に危惧している。少ない財源をどう配分していくかというのは難しい問題ではあるが、医師の技術料を適正に評価する事は重要であると考えており、薬価・材料費の引下げ如何にかかわらず、技術料は適正に評価していただきたいと考えている。

**<日医コメント>**

**□日医松本常任理事**

九州各県の先生方の意見はごもっともである。平成 28 年度の診療報酬改定では医療技術の部分についてある程度評価されたのかなと考えおり、今後もこういった部分を積み重ねていく事が重要であると考えている。根本的な薬価部分の充当をきちんと訴えていきたいと考えているが、政治的な部分も強い問題であるので、各県でも各県選出の国会議員の先生方への働きかけをお願いしたい。

**(10) 向精神薬の大量入手事案への対応について (沖縄県)**

**<提案要旨>**

今般、当県では重複受診や、保険証等の身分評を持参せずに自費で処方依頼したり、処方箋の紛失を理由に再受診する等、不適切な受診による向精神薬の大量入手事案が発生している。

当会では、県、県薬剤師会と協議を行い、同事案の対応方針を定めた文書を作成し、各地区医師会を通して各医療機関へ周知を図ったところであるが、各県においても、本県と同様な事例が起きていないか、このような事例が生じた場合の対応等についてご意見をお聞かせ願いたい。また、日本医師会の見解をお伺いしたい。

＜主な意見等＞

各県ともに、同事案のようなケースにおいて県レベルで行ったという事例は無いという意見が主であった。また、個人情報保護の観点から全ての情報が共有出来ない為に、対応に苦慮しているといった意見が上がった。

＜各県追加発言＞

■福岡県

本県でも、平成 22 年に県内で生活保護者が向精神薬を営利目的で大量入手していた事案があり、同一月内に複数の医療機関で向精神薬の重複処方を受けている患者についてサンプル調査を実施した結果、約 7 割の患者が複数の医療機関（精神科）から同種の向精神薬を不必要に入手するなど、不適切な受診行動が認められたため、平成 23 年度に於いては、調査対象を全診療科に拡大し、同一月内に向精神薬が重複処方されている全ケースについて、電子レセプトを活用した調査を実施した。不適切な事例については適正受診指導等を行うよう、「生活保護法の医療扶助の適正な運用について」の通知が、平成 23 年 3 月 31 日付厚労省社会・援護局保護課長名で出されている。

また、ご存知のように、平成 28 年 3 月には「生活保護法の医療扶助における向精神薬の重複処方の適正化等について」の通知が援護局保護課長名で出されており、(1) 対象者の把握、(2) 精神通院医療の支給認定の有無の確認、(3) 都道府県等自立支援医療機関担当部局への照会、(4) 精神通院医療において向精神薬の処方があった者への対応、(5) 確認の頻度は年 1 回以上等行うことが求められている。

■鹿児島県

平成 25 年度九州医師会連合会第 2 回各種協議会（地域医療対策協議会）において、複数の医療機関で短期間での睡眠薬の処方を求める患者に対する対応について意見を伺ったことがある。本会では、会員から向精神薬等の入手を目的とした受診を疑う事案について、情報提供があった場合は、対象者のイニシャルや生年月日、当該患者の保険の種類を記載した文書を発出

し、当該患者が受診する医療機関周辺の郡市医師会を通して各医療機関へ周知を行っている。また、県庁薬務課への情報提供等で広く注意を呼びかけている。

複数の医療機関での重複処方については、個々の医療機関では分かりづらいため、保険者で確認し、被保険者へ指導するような体制が求められると考える。

■佐賀県

当県では、そのような事例は把握していないが、県薬務課へ確認したところ、保険者からの報告により、年に 1、2 件ほど発生しているということである。

昨年度は、県内在住の患者が、東京都の医療機関を重複受診し、大量入手した事案が発生しており、その際には市町の保健師による介入が行われているが、今後同様な事案が出た場合、医療機関側での対応には限界があるので、保険者にて被保険者へ注意喚起していただきたい。

■大分県

不適切な向精神薬の大量入手の事案が発生した場合は、市町村医師会または調剤薬局が市内または隣接市町村の医療機関や調剤薬局宛に注意喚起のファクス（該当者は匿名）を送って対処しているが、実際にそのような連絡文書は数年に一回程度であり、県レベルでの事案は発生していない。

■長崎県

郡市医師会レベルにおいて重複受診による抗精神病薬大量入手の注意情報提供はあるが、自費での依頼や処方箋紛失による大量入手の事例があることは報告を受けていない。

■熊本県

マイスリーを指定した処方を依頼する患者の住所、氏名、生年月日、被保険者番号（市町村国保）を入手できたので、当該患者が居住する医師会より保険者へ直接連絡し、重複受診、重複処方に対する患者指導を依頼した。

また、当該医師会の会員に対しては、当該患者が受診した際は専門医への受診を勧めることとし、処方を行わないとする申合せを行っている。

なお、県からの情報提供については個人情報保護の観点からすべての情報（氏名等）が提供されないため、その後の対応に苦慮しているのが現状である。

＜日医コメント＞

□日医松本常任理事

非常に難しい問題であり、自費で受診された場合は、医療機関側としてはどうしようもないのが現状であると考えますが、保険を使用した場合には保険者である程度把握出来ると思う。しかし、このようなケースに於いては医療機関での対応に限界があると考えており、同事案のようなケースはあってはいけない事であるが、保険を利用している場合については、保険者でもう少し努力していただきたい問題であると考えます。

**(11) 高額医薬品の今後の対応について(熊本県)**

＜提案要旨＞

高額薬剤の問題は中医協でも大きく取り出されており、オプジーボやC型肝炎治療薬のソバルディ（ソホスブビル）、ハーボニー（レジパスビル）等高額薬剤の拡大による地域医療への影響が顕著である。

一方で、難治性疾患患者に福音をもたらし、開発メーカーへのイノベーションを保つためにはやむを得ない点もあると思う。

今後、様々な高額薬剤への薬価対応は公的保険制度維持において非常に重要な問題となってくると思われるが、日医の今後の対応と見通しについてお伺いしたい。

＜主な意見等＞

各県ともに、高額医薬品の薬価算定ルールの作成を求める意見が主であり、日医の見解を伺うこととなった。

＜各県追加発言＞

■福岡県

薬価のあり方について根本的な見直しの時期に来ていると考える。

■佐賀県

難しい問題であるとは理解しているが、費用対効果や対象患者数、医療経済状況を考慮したルール作りを期待したい。

■大分県

高額医薬品については、利益を得る患者もいる事も事実であるので一律に判断するのは大変難しい。

■長崎県

非常に悩ましい問題であるが、国民皆保険の理念に当てはまれば、医療の恩恵を受けるべきであると考えますが、それで国民皆保険が成り立たないといった場合には、きちんと議論の上で、守るべきところ捨てていくところを決めていく次期にあると考えている。

＜日医コメント＞

□日医松本常任理事

C型肝炎治療薬ソバルディ、ハーボニー、がん免疫療法薬のオプジーボ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が、ある程度落ち着いてきたのかなと感じている。しかし、オプジーボについては、使用しないより使用した方がいいとの軽い気持ちで使用されると大変な問題である。オプジーボは更なる適用拡大を図る治験が進んでおり、近日同じ適用を有する別の薬の薬価収載が予定されており、薬価が今のままでは次に出る類薬も高額になってくるという問題もあり、期中改定が提案されている。

また、レパーサ皮下注については、家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症が適用症で、ピーク時予測患者数は6,9万人、予想販売額が年492億円に上るとされていた。しかし、使用に際し、LDLコレステロールの値、食事療法、運動、喫煙に対する指導等を行っていること、更には既存薬であるスタチンでは効果が得られないこと等をレセプトに記載するよう留意事項通知を求めたことと処方方は伸びていないとのことである。このようにガイドライ

ンがきちっと定められていれば問題にはならないのかなと考えている。

また、薬価算定のルールについてであるが、保険診療の適用を決める組織と薬価を決める組織が別々となっていることも問題であり、今後は薬価の算定方式を含めた見直しについて協議されるのではないかと考えている。そのような

方式にしなければ、日本の皆保険制度そのものが崩壊に繋がると考えており、これは支払側も厚労省も危惧している部分である。しかし、対象疾患の患者に対し一律に高額薬剤を使用させないといったアクセス障害に起因することのないよう留意も必要である。

## 印象記

理事 平安 明

「平成 28 年 10 月 1 日、ホテル日航熊本にて平成 28 年度第 1 回九州医師会 連合会各種協議会が開催された。

医療保険対策協議会は全部で 11 題の提案事項があり、日医からは松本常任理事が臨席された。協議事項の詳細は議事録を参照して頂きたい。個別指導関連で気になったのは、指導時にビデオ撮影しようとした医療機関と厚生局側が揉めてしまい、結局「指導拒否」とされ処分待ちとなっている事案である。日医からはビデオ撮影の適否についてのコメントだけであったが、「指導拒否」の判断が気になってしょうがない。指導時にビデオ撮影することの意味がどの程度あるのか分からないが、常識的に考えれば「やり過ぎ」で、医療機関側が事前に確認するのが当たり前だと思う。その結果ビデオ撮影を厚生局側が認めなくても違和感はない。そのことよりも、医療機関側が無理な要求をしたからといって「指導拒否」と判断したことは問題ではないかと思う。指導は行政手続法に則って行われ、たとえ指導に協力が得られないとしてもそのことで不利益処分を科してはならないことになっている。ましてや、「指導拒否」となると一気に監査に移行する可能性があり、医療機関にとってはビデオ撮影云々の話とは全く異なる処分の可能性が生じるのである。当県ではこのような事案はなく、稀有な事案と思われるが、行きすぎた指導に繋がらないように当該県で対応していただくとともに、場合によっては日医も介入すべきと思われる。

薬価改定財源を診療報酬改定の財源に戻す話は、結局のところ財務省の壁が高く厳しい状況とのこと。それも大切な議論ではあるが、むしろ恒久的な財源として今後この国の医療保険を含めた社会保障をどうしていくかがポイントになってきたようで、最後に行われた報告会で、消費税がそもそも何を目的として導入されたか原点に戻って見直すべきとの松原日医副会長コメントが印象に残った。

協議会終了後同ホテルで懇親会が催された。同席した熊本の精神科の先生から震災時に沖縄県 DPAT にお世話になったと言われ感激した。5 月と 6 月、2 回 DPAT として支援活動のため熊本入りしたが、5 月はまだこのホテルも稼働していなかった。懇親会に参加して美味しい料理に舌鼓を打ちながら、熊本が力強く復興していることを垣間見ることが出来、自分にとっても意味のある会議であった。」

### 3. 介護保険対策協議会



理事 比嘉 靖



#### 挨拶

熊本県医師会の高橋副会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

本日の協議会では、各県より14題の提案をいただいている。介護保険の分野においては、超高齢社会を迎えるにあたり、認知症対策や在宅医療、介護従事者の確保等、喫緊の課題が山積している。先生方には活発なご意見を賜り、九州における介護保険対策の推進が図られればと考える。よろしくお願ひしたい。

日本医師会の鈴木常任理事より、概ね以下の通り挨拶があった。

議題を確認すると、非常に沢山の議題が出ている。九州の先生方は熱心であり私も楽しみにしている。よろしくお願ひしたい。

#### 協議

##### (1) 認知症サポート医の養成について(福岡県)

##### <提案要旨>

認知症サポート医の養成については、昨年度の第1回介護保険・在宅医療対策協議会におい

てご説明したとおり、本県では、県行政担当課と協議し、市町村による認知症初期集中支援チームに対応すべく、平成27年度より3ヵ年で75名の養成を計画している。

しかしながら、今年度の診療報酬改定で新設された「認知症ケア加算1」の施設基準における適切な研修に認知症サポート医養成研修が該当することから、私的理由による受講希望の問合せが増えてきているのが現状である。

本県では、認知症サポート医制度発足当初より、私的理由による受講は認めていないため、本会推薦者以外の受講はお断りしているが、各県の状況及び対策並びに日医の見解をお伺ひしたい。

##### (2) 認知症サポート医養成研修の実態について (大分県)

##### <提案要旨>

今回の診療報酬改定の入院項目で新設された認知症ケア加算1とそれに関連した総合入院体制加算について施設基準の常勤医師要件に「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」が

あり、その研修として疑義解釈で「現時点では、都道府県及び指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」である」とされている。この影響とも考えられるが当県では認知症サポート医養成研修の受講希望者が今年度大幅に増え、特に病院勤務医師の増加が目立っている。認知症サポート医の本来の役割は資料にある通り地域における多職種連携を推進するなど地域資源をサポートすることであると考え。今回の診療報酬で求められる要件は病院内での活動が主体であり認知症サポート医の研修内容を条件とするのは疑問があると言わざるを得ない。

- 1) 各県の認知症サポート医養成状況
- 2) 今年度の診療報酬改定による受講希望者数への影響（総数、所属など）
- 3) 受講者決定のプロセスで何らかの制限や条件をかけているか
- 4) 現在の認知症サポート医養成研修が入院医療を前提とした認知症ケア加算算定の研修として適切であるか？

等について各県の現状及びご意見についてお伺いしたい。

※提案事項 (1) (2) は一括協議

＜各県回答＞

各県における認知症サポート医の人数については、福岡県 125 名、鹿児島県 175 名、佐賀県 55 名、宮崎県 70 名、沖縄県 32 名、大分県 55 名、長崎県 80 名、熊本県 189 名と回答があった。

認知症サポート医養成研修の受講者の選定については、福岡県、鹿児島県、大分県では、医師会推薦者に限っており、宮崎県（初期集中支援チームの嘱託医となる医師）、沖縄県では、受講料及び旅費を県が負担する枠について医師会推薦としているとの回答であった。

熊本県では、基幹型認知症疾患医療センター（熊本大学医学部附属病院神経精神科）の主催

により、認知症サポート医レベルアップ研修として、認知症医療・地域連携専門研修を行っているという回答があった。また、熊本県では、平成 27 年度より「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」を開催し、研修修了者を、認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）、認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）と称し、くまもとオレンジドクターやオレンジナースがいる病院として病院に表示できるようにする取り組みも行なっていると報告があった。

鹿児島県でも、県の委託を受け、認知症サポート医フォローアップ研修を開催し、認知症初期集中支援チームへの協力や地域での活動等、本来のサポート医が担うべき業務への協力をお願いしているという回答があった。

認知症サポート医養成研修が入院医療を前提とした認知症ケア加算算定の研修として適切であるかどうかについては、福岡県、鹿児島県、長崎県より、診療報酬算定のみを目的とした受講者が増える等の懸念より、適切ではないとする意見があげられた。

＜日医コメント＞

以前は、本研修会の受講者は多くなかったが、認知症初期集中支援チームの要件に入ったことで急激に増えている。また認知症ケア加算 1 の要件になったため、さらに増えている。きちんと役割を果たしていただければ特に問題はないが、診療報酬の要件を満たすためだけに取るとことは本来の趣旨に反すると考えるため、厚労省と協議を行い、必要であれば通知等で周知していただくようにしていきたい。資格を取った以上はきちんと活動していただきたいということで、県で推薦した方が優先となっているが、それでもなかなか認知症ケア加算 1 を取るためだけに受講し活動しないという方がいるようであれば、さらに踏み込んだ対応をしていただくことも考えたいと考える。厚労省と協議したいと考える。

**(3) 要介護者の重度化と介護サービス運営主体の経営形態に関して (福岡県)**

**<提案要旨>**

今までの経緯から推察し、今後、要介護認定が厳しさを増し、要介護者は重症者で占められることが容易に予測される。要介護者は重度の疾病を持った方ばかりとなり、医師の関与の必要性はさらに高まるであろう。

そのような中、特別養護老人ホームは社会福祉法人、その他の多くの介護保険サービスは株式会社で運営が可能で、非医師が最高責任者となっている。要介護者に軽症者が多い時代はそれでもよかったのかもしれないが、今後は非医師が最高責任者という今の経営形態で適切な介護サービスを提供できるものか、はなはだ疑問である。

医療は医師が最高責任者であることが各種法律により求められているが、介護サービスも同様にする必要性が出てきたのではないかと思うが、日医の見解をお伺いしたい。

**<各県回答>**

各県ともに、今後、医療提供を必要とする要介護者の急増が見込まれることから、介護サービスを提供する施設においても医師が積極的に関われる体制を整備することは重要である旨の回答であった。

**<日医コメント>**

かかりつけ医の先生方でも、以前は「在宅医療はやりたくない」、「介護保険は関わりたくない」、「認知症の方は診たくない」等の方もいたが、今はそういうことは言っていないということだと考える。

介護保険の要支援1・2が地域支援事業へ3年かけておいてくる。介護保険から切り離されていく。ここにも関わっていく必要がある。介護保険の軽い方が切り離され、いよいよ重い方が中心となる。そうすると少なくとも要介護3以上の方は医療ニーズが高い方が多くなる。高齢者医療と介護は一体化していくと考える。介

護保険、医療保険と分けるため違う保険のようになるが、例えばオランダでは、短期医療保険と長期医療保険と言い、1年以上の疾病の方は長期医療保険に移っていただき、長期医療保険の中に介護も入っているということである。そう分類している国もある。そういう意味で、一体化していくということは当然であり、同じ方が医療保険サービスと介護保険サービスの両方を受けられるということが、これから多くなると思う。我々医師が、介護の分野もしっかり対応していかなければならないと考える。

介護施設の最高責任者に医師をとすることは、現状でも介護保険は営利企業の参入も認めているため、かなり進んできている。そういうところ全てに医師をとなると新たな問題が発生する可能性もある。かかりつけ医の先生方や医師会が、介護保険の分野によりしっかり関わっていき、介護保険はいろいろな団体との関係もあり、なかなか医療のようにならない部分もあるが、ここへきて医療ニーズのある方が中心になっていく現状においては、医師会が介護分野もしっかりみていく必要があると考える。他に束ねる団体はない。是非、最高責任者に医師をとることがあっても良いが、介護保険サービス自体をかかりつけ医や医師会がコントロールし、全体を束ねる方向にもっていったらと実質的には全体を占めるようになると考える。

このような考え方は他の地域ではでない。九州は非常に進んでいると感じる。地域包括ケアシステムでも、かかりつけ医がリーダーシップを取りマネジメントしていくことが求められているため、是非九州が全国に示していただきたいと考える。

**(4) 地域医療介護総合確保基金 (介護分) を活用した介護従事者の確保に関する取組み状況について (鹿児島県)**

**<提案要旨>**

地域医療介護総合確保基金 (以下「基金」) では、「介護施設等の整備」、「介護従事者の確保」

の2つの事業が介護分の基金の対象事業になっている。

介護従事者の確保に関して、鹿児島県では、総合的な取組みを検討するため「鹿児島県介護人材確保対策検討会」（本会を含め22団体で構成）を設置し、鹿児島県や関係団体が実施する事業等について情報共有を図り、対策を協議している。

同検討会では、介護福祉士養成施設協会から、定員の半程度しか入学者がいない状況や外国人の研修受入を始めているなどの説明があった。また、社会福祉協議会が主催する就職ガイダンスでは、求人は年々増加しているが、求職者は年々減っており大変厳しい状況にあるなどの報告がなされている。

関係団体間で情報共有を行い、介護従事者の定着・確保の厳しい状況は明るみになるものの、効果的な取組みにつながるようなものは見出せていないのが現状である。

地域医療介護総合確保基金を活用した、①介護従事者の確保に関し、効果的と思われる事業や、②介護従事者の確保に関する事業に関わらず、地域包括ケアシステム構築に向けた取組みに関し、同基金を活用した事業での好事例など、日医並びに九州各県へお伺いしたい。

**(5) 地域医療介護総合確保基金（介護分）における介護施設等の整備に関する事業の実施状況について（長崎県）**

**<提案要旨>**

本県では、平成27年度地域医療介護総合確保基金（以下、「新基金」という。）の介護分の事業として、長崎県介護施設等整備事業687,533,000円が計上されている。

施設整備は、第6期長崎県老人福祉計画及び長崎県介護保険事業計画（平成27～29年度）に基づき介護サービスを提供する施設の整備を行うとされていることから、主に市町が事業主体となっており、本会ではその決定のプロセスや行われた事業の把握が医療分に比べ出来ない状況である。

今後の参考とするべく、九州各県における新基金での介護施設等の整備に関する事業の実施状況（対象施設の種類や、補助額、事業主負担等）についてご教示頂きたい。

※協議事項（4）（5）は一括協議

**<各県回答>**

各県より、地域医療介護総合確保基金（介護分）を活用した各種事業の展開について回答があった。各種事業の企画立案については、鹿児島県、福岡県、佐賀県、宮崎県、熊本県において、県や市町村、医師会や関係機関による協議会等を立ち上げ、介護従事者の確保を含む地域包括ケアシステム構築に向けた諸問題についての協議や、基金事業実施に係る連絡調整等を行っているという回答があった。

各県の具体的事業は以下の通り。

**<福岡県>**

○福岡県認知症対応啓発事業

※介護職に対するイメージの誤解を解消し、介護人材確保を促進することを目的に、小学生向け、中学・高校生向け、大学・短期大学・専門学校・一般向け、介護施設・事業所向けの冊子を発行。

○福岡県かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修事業

○福岡県地域住民、家族介護者向け認知症公開講座事業

○福岡県居住系サービス従事者認知症対応力向上研修事業

**<佐賀県>**

○訪問看護ステーション規模拡大支援事業

※訪問看護ステーションに対し、新たな職員の雇用にかかる費用や、車両等の備品購入にかかる費用を補助。

**<宮崎県>**

○介護未経験者就業支援事業（就業実践講座実施事業）

※介護未経験者を対象に、「就業実践講座（3日間）」を開催。

○介護未経験者就業支援事業（介護業務分類検証事業）

※介護業務の分類検証及び業務難易度別の研修を実施。

○認知症に関わる多職種協働の強化・支援事業（平成29年度新規事業として提案）

○看取りに期に関わるケアマネジャーの医療的支援に関わる人材確保、資質向上のための事業（平成29年度新規事業として提案）

○生活支援の担い手を養成する事業

○介護人材キャリアアップ各種事業

＜大分県＞

○介護人材確保対策支援事業

※介護職員初任者研修を修了した後、6か月以内に県内介護サービス事業所に就職した者に対して、当該研修に要した受講費用の一部を助成。

○社会福祉事業等再就職支援講習会事業

○認知症地域医療支援事業

※認知症サポート医養成研修派遣、認知症サポート医フォローアップ研修等

○市町村認知症施策応援事業

○地域包括ケアシステム構築推進事業

○地域リハビリテーション支援体制整備事業

＜熊本県＞

○新たに介護分野で働く人を増やすための取り組み。

※介護職の魅力を発信するためのパンフレットやポスター作成や、若手の介護職員と学生との座談会や中学校への出前講座等の実施。

○職員定着のための取り組み。

※各サービス提供者の認知症対応力の向上や地域包括ケアシステムの構築に資する各種研修をとおして介護職員の専門性を高め、意欲の向上を測るとともに、介護職員同士の繋がりを深める勉強会等への支援。

＜日医コメント＞

福岡県の冊子を作成し配布するという取り組みは、よくまとめられていると考える。佐賀県の取り組みも、介護保険の団体を医師会が取りまとめるという仕組みができれば、良いと考える。是非医師会が介護分野にもっと関わり取りまとめる等、そういう立場になっていただきたいと考えており、佐賀県のようになればと考える。

好事例の収集については、厚労省に確認すると、特に行っていないということであった。九州の中で情報交換するだけでも随分進んでいるという印象を受ける。全国で見ても九州は進んでいる。九州の中で意見交換するだけでもかなりさらに進むと考える。

(6) 介護職の報酬の基本問題を考える(大分県)

＜提案要旨＞

介護職の収入は、全産業平均の約70%または月収で約10万円低いといわれて久しい。介護職員処遇改善加算で改善しようとしているが、いまだ満足できる報酬にはなっていない。

なぜ介護報酬が低いままなのか、誰でもわかる極めて単純な計算をしてみた。

医療職は約300万人で、一人当たりの年収は約500万円（診療報酬約40兆円中、医薬材料費約10兆円を除くと約30兆円→医療機関と折半で一人当たり約500万円）、介護職は約250万人（ヘルパー170万人、その他約80万人）で、一人当たりの年収は約200万円（介護報酬約10兆円→施設と折半で一人当たり約200万円）であり、介護職の報酬が極めて低いことがわかる。小手先の改善策だけでは永久に全産業平均報酬に近づくことはない。これを改善するには、介護報酬総額を上げるか、何かツールを活用して介護職一人当たりの仕事効率を上げるかしかない。

また、公務員には補償賃金仮説が適用され、3K（キツイ、キタナイ、キケン）と呼ばれる

仕事（警察官、消防士、自衛官、清掃部門等）の報酬体系は一般事務職よりも高くなっている。医療・介護も同様の適用が必要ではないのか。

日医及び各県のお考えを伺いたい。

**<各県回答>**

各県ともに、介護職の確保・充実のため、介護職員処遇改善加算という形ではなく、介護報酬総額の引き上げが必要であるとの回答であった。

また、鹿児島県より、報酬を上げることが望まれるが、財源のない中でどのようにシステムを整備していくかの検討も要すると意見があげられ、介護離職者の離職理由の上位が「結婚、出産、育児」であることから、介護事業所内保育所開設や子育てをしながら働き続けることができる環境整備、離職した人の復職支援、就学資金貸与等の事業も重要であると回答があった。

**<日医コメント>**

人材不足は深刻な問題である。介護職は全国的に不足している。都会でも地方でも同じ問題を抱えている。どうしたら良いかということであるが、元気な高齢者に頑張ってもらえない。高齢者の定義として、75歳以上を高齢者とするとう高齢者の割合が下がる。30%が18%くらいに下がる。また人口そのものが減っていくため、これを何とかしなければならない。1億総活躍プランの文章を見ても、少子化が止まらないことの危機感を書いてあるが、具体策が十分でない。高齢者に働いていただく等を推進せざるを得ないと考える。

もう一つは、個人的に示唆させていただくことが、女性の方が仕事と子育てが両立できる社会を我々が率先してつくっていかないと考える。医療と介護は女性が働きやすい職場である。医師会がかなり頑張り、病院等と連携し、女性が仕事をしながら子育てを両立する。前提として産休育休を取れるようにし、保

育所をつくり、短時間勤務等、仕事と子育ての支援をしていく必要があると考える。高齢者の方に20年くらい頑張ってもらい、その間に次の世代をつくっていかないといけない。ただし限界がある。仕事と子育ての両立を我々の分野が率先して行い、高齢者に頑張ってもらい次の世代をつくっていくという仕組みを日本中で整備していくことが非常に有効ではないかと考えている。

この問題は、都会・地方を問わず、深刻な問題にますますなっていくと考える。かかりつけ医が地域や社会に目を向ける必要があると考える。介護や認知症や在宅だけでなく、もっと地域社会に目を向けていただきたいと考えている。これは、深刻な問題であるが、我々が取り組まなければならない大きな課題であると考えている。九州は、非常に先駆的であるため、取り組みを期待したいと考える。

**(7) 在宅における看取りについて (鹿児島県)**

**<提案要旨>**

規制改革会議第4次答申（平成28年5月19日）で、「在宅での看取りにおける規制の見直し」が規制改革項目に上げられており、「①地域での看取りを円滑に進めるための取組の推進」、「②在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続きの整備」の2項目について、今年度から検討し来年度には結論を出すとされている。

在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続きに関しては、平成27年11月26日の規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループにおいて、今村 聡 日本医師会副会長から、医師が直接患者を診ずに死亡診断書を交付する規制緩和は「離島、遠隔地などで医師が不在という限られた状況のもとで限定的に認めるべき」との考えを示され、「そのための前提条件として、当該業務にあたる看護師の法医学等に関する十分な教育を行うことは必須」とする見解が述べられている。

日医の見解のとおり、あくまで限定的に対応すべきとは考えるが、在宅患者が増える中で、

関係者の負担軽減をどのように行うか検討する必要がある。

本県は、医師が常駐せず、巡回診療で対応している有人離島が存在する。そのひとつ、十島村では自宅で看取った93歳の高齢者が検視扱いとなり、県本土からヘリコプターで警察が来るまで、家族として寄り添うこともできないといった事態があった。その後、村では検討会を設置し平成25年に「看取りに関する事務マニュアル」を作成し、今年1月に12年ぶりに島での在宅死を迎えたという記事が地元紙の特集記事で掲載されている。

このような地域では、看護師による看取りのサポートが欠かせない。看護師へ法医学等に関する十分な教育を行うことは必須であるが、無医地区では研修会等へ出席することも難しいのが現状である。開催場所やカリキュラム、eラーニングの活用など開催方法に関しては受講者に負担のかからない対応が望まれる。

在宅看取りに関する日医並びに九州各県の取り組み（検討）状況についてお伺いしたい。

＜各県回答＞

各県ともに、基本的には「医師が死亡診断を行う」ということを原則としつつも、離島、僻地においては、看護師による看取りのサポートが限定的に行えるようにすべきかどうかの検討は必要との回答が示された。

福岡県より、その場合においても、医師法第20、21条にも関連する案件であることから、看護師に対する教育やその資格要件、医師法、保健師助産師看護師法等の関連法の改正等、規制緩和が安易な死亡診断に繋がらないようさらに慎重な検討が必要であるとの見解が示された。

佐賀県より、平成28年度の地域医療介護総合確保基金事業として「看取り対応事業研修事業」が採択され、特養等の職員が佐賀県医療センター好生館の緩和ケア病棟で実務実習をすることで看取りを学び、各施設や在宅での看取り

体制を構築することを目的に事業実施をしていると報告があった。

また、長崎県より、無医村あるいは医療へのアクセスが乏しい地域では、看取りの時期になると施設あるいは病院に入院するようになっており、離島における死亡診断書に関する問題は現時点では発生していないと回答があった。

＜日医コメント＞

日本医師会としては、死亡診断、死亡診断書の発行は、医師のみが行える行為という立場を堅持しているが、規制改革会議の提言を受けて、極めて限定的な条件の下で専門的な教育を受けた看護師の補助の元に医師が遠隔から死亡診断書を交付できる条件について、今後検討がされるものと理解している。具体的には、厚生労働省で研究班が組織される予定となっており、日本医師会から今村副会長と松本常任理事、弁護士の畔柳参与、福岡県医師会の大木先生が警察医の立場で参画する予定と聞いている。この研究班の中で、看護師による実施が可能な死亡確認、補助行為の具体的内容、教育研修のあり方等について議論される見込みとのことである。特に離島を抱える県医師会の実情等を十分に伺いながら、死因究明や死亡診断制度が損なわれることのないよう、しっかり対応していきたいと考えている。

**(8) 各県における地域ケア会議への医師の参画状況について（佐賀県）**

＜提案要旨＞

地域包括ケアシステムの構築においては地域、行政との関わりが大切で、その為には地域ケア会議が重要であると思われる。当県内の地域によっては地域ケア会議に医師の参加、参画が無いなどの差がある状態である。各県における地域ケア会議への医師の参画状況、また医師の参画に向け効果があったと思われる事例があれば教えて頂きたい。

**(9) 医師が参加する地域ケア会議について  
(大分県)**

**<提案要旨>**

大分県では、医療と介護の連携の強化を目的としてまた、それぞれの地域での質の向上を図るために今年度より、医師が参加する地域ケア会議を県内3市でモデル的に開催することになりました。各県で地域ケア会議にすでに医師が参加している県や今後取り組みたいと考えている県がありましたらその内容等教えて頂きたい。

※協議事項 (8) (9) は一括協議

**<各県回答>**

各県ともに、地域ケア会議への医師の参画状況については地域差があるとの回答であった。地域ケア会議に医師が参画している地域においては、地域ケア会議の日程について医師が参加しやすい日時を設定する等の工夫が図られているとのことであった。

大分県や長崎県では、医師が参画する地域ケア会議をいくつかの地域でモデル事業として実施していると回答があった。

また、福岡県より、地域ケア会議への医師の参画の重要性は言うまでもないが、どの段階のケア会議に医師の関わりを持つかがポイントであり、また医師の参画ということの視点ではなく、郡市医師会としての関わりが持てるかということが重要であるとの見解が示された。

**<日医コメント>**

地域ケア会議が法制化され重要性が非常に高まっている。できるだけかかりつけ医に参加していただきたいと考える。しかしかかりつけ医が参加できない時間帯に開かれているということもある。そういう意味ではなかなか参加し難かった。福岡県のように、医師が出席した方が良いものとそうでないものを分け、出席した方が良い会議は出席できる時間に開催していただく、あるいは大分県がモデル事業として

やられているように夜開催していただくということも必要だと考える。長崎県の回答を確認させていただくと、モデル事業として、症例をメインとした場合には主治医を優先、地域の構築のためには包括のサポート医を優先という形という話があったが、これは素晴らしいと考える。是非工夫をしていただき、できる限り出席いただくような体制に持って行っていただければと考える。

県医師会が郡市医師会を支援していただきたいと考える。データとして、平成27年度の調査結果であるが、地域ケア推進会議を実施している自治体のうち、郡市医師会の参加は52%、地域ケア個別会議を実施している自治体のうち医師会の参加は32.6%となっている。

**(10) 在宅療養支援診療所の届け出状況について (宮崎県)**

**<提案要旨>**

地域包括ケアにおける医療の役割は、今後ますます重要になってくると思われる。特に自宅や高齢者施設における在宅医療の推進は緊急の課題であろう。

また日医が進めている、かかりつけ医機能向上の研修会などにより、これまで在宅医療を行っていなかった診療所も関心を持たざるを得ない状況になってきている。そのような状況下にあって今後、在宅支援診療所が増えていくと思われる。

各県における在宅支援診療所について、届け出数や状況をお聞きしたい。また今後質の向上のためには在宅支援診療所の組織化が必要と考えられるが、各県での現状と日医の見解をお伺いしたい。

なお、宮崎県においては、平成28年7月の時点での在宅支援診療所の届け出数は102施設で、この数年横ばい状態にある。そのうち強化型は単独型が1施設、連携型が15施設にとどまっている。

また在宅医療に関心のあるすべての医療機関を対象にした県医師会在宅医療協議会はあ

るが、在宅支援診療所のみならず絞った組織はない。各施設が全国在宅支援診療所連絡協議会に加盟して情報交換をしており、県単位での研修会など組織的な活動は行っていないのが現状である。

＜各県回答＞

各県より在宅療養支援診療所の届け出状況について回答があった。また、各県ともに、在宅療養支援診療所に絞った組織は現時点では無いとの回答であった。

大分県より、大分県における在宅療養支援診療所の届出数は全国平均を上回っているが、在宅看取り数は平均以下の状況があり、その内容（実績）が問われると言わざるを得ないとの見解が述べられた。

＜日医コメント＞

在宅療養支援診療所の数は少しずつ増えてきている。現時点では、医師会の方が組織化しているのではなく、全国在宅療養支援診療所連絡会議と連携し、いろいろな事業を行わせていただいているところである。

在宅療養支援診療所以外の診療所の先生方の在宅も非常に重要である。医療計画の見直し検討部会の下部組織の「在宅医療・介護連携推進ワーキンググループ」の指標として、在支診の数ではなく実績をみるということで、在支診でもほとんど在宅をやっていない在支診もある。そうではなく、実際に行なっている数を見るようにしようということに厚労省も変わってきている。実際に在宅を行なっていれば在支診を取ってなくても、しっかりそれを見るということは評価に結びついていくと考える。一人で24時間365日と思わず、地域の中で、在宅を中心に行なっている在支診や有床診療所の在支診、あるいは中小病院の在支診等と連携し、大変なところはお願いし、できる範囲でやっただけならば良いと考える。

（11）「在宅医療・介護連携推進事業」にかかる取り組みについて（沖縄県）

＜提案要旨＞

本会では、平成27年度まで地域医療再生基金を活用し「在宅医療連携体制推進事業」として、地区医師会が在宅医療連携拠点の役割を担っていただくことを目的に事業展開を行ってきた。

本年度は、市町村の「在宅医療・介護連携推進事業（以下、推進事業）」を適切かつ効果的に実施いただくための支援を目的に、県から「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業（以下、支援事業）」の委託を受け取り組みを行っているところである。

支援事業では、既に推進事業を実施している市町村に対して強く実施を求めるものではなく、どのように推進事業に取り組んで良いのか分からないとした市町村を主な対象に支援することとしている。具体的には、来る10月11日に「在宅医療・介護連携支援研修」を開催し、市町村単位で実施いただく多職種連携研修会のあり方や、課題抽出や課題解決の手法等を提案することとしている。

各県の推進事業の進捗状況や県医師会としての支援体制等の有無等についてご教示いただきたい。

（12）在宅医療を担う医師の確保等について（沖縄県）

＜提案要旨＞

本県では、在宅医療を担っていただく医師の確保が喫緊の課題となっている。

平成26年度の診療報酬改定により、在宅療養支援診療所の届け出を取り下げる医療機関も出てきており、本県の南部地区医師会では、在宅療養支援診療所11施設のうち1施設が取り下げ、2施設が取り下げの意向を示している状況となっている。

住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ安心して自分らしい生活を実現する社会を目指すためにも、在宅医療体制の充実が喫緊の課題であり、各県において対策等取り組まれていることがあればご教示頂きたい。

※協議事項 (11) (12) は一括協議

<各県回答>

各県ともに、「在宅医療・介護連携推進事業」に対する医師会の積極的な関与は重要であるとの回答が示された。

鹿児島県より、5 郡市医師会が在宅医療・介護連携推進事業の全項目を受託し、4 郡市医師会が一部項目を受託していると回答があった。

佐賀県より、県内 20 市町村中 18 市町（介護保険者としては 6）が在宅医療・介護連携推進事業に着手し、うち 15 市町（介護保険者としては 4）が郡市医師会と委託契約を行っていると回答があった。

熊本県より、平成 28 年度において、県内 45 市町村のうち 35 市町村が実施予定、6 市町村が検討中、4 市町村が実施しない予定であり、実施予定・検討中の 41 市町村のうち 35 市町村が地区医師会等への委託、1 市町村が外部への委託を検討、1 市町村が未定となっているとの回答があった。

福岡県より、介護予防事業の推進を目的として、県行政内に市町村支援委員会を設置し、県内 4 つの介護予防支援センターによるモデル事業を 5 つの郡市区医師会単位で行い、その成果を全市町村に普及することとしているとの回答があった。

宮崎県より、平成 27 年度に厚労省モデル事業の都道府県医療介護連携調整実証事業を実施し、平成 28～29 年度に実証事業で蓄積したノウハウを活用し、全県下での入退院調整ルール策定事業を実施するとの回答があった。

在宅医療を担う医師の確保については、各県ともに、喫緊の課題であるとの認識が示された。

福岡県より、地域における在宅医療の需要を予測し、会員が今後どの程度まで対応すれば良いのか、また現在の会員で地域としてどの程度まで対応できるのか等、地域医療構想の中で具体的な数字を早急に検討する必要がある、在宅医療の現状や将来の供給が有限であることも十分に考慮した地域医療構想策定を行うことが重要であるとの見解が示された。

<日医コメント>

在宅医療・介護連携推進事業は、非常に重要な事業であると考えている。医師会としても行政と連携し、郡市医師会が委託を受けられるよう、8 事業あるが全て郡市医師会に委託できるということにしているため、医師会によっては積極的に委託を受けているところも出てきている。在宅医療介護連携推進事業プラン作成強化セミナーが 9 月から 10 月にかけて全国 4 箇所で開催されている。ここには市町村と地区医師会がセットで来るところを優先しますと言ってももらっている。市町村を待っていても話は来ないため、日頃から行政と連携を深めていくということが必要であるとする。

医師会は敷居が高いと思われるところが多い。そうではないということを行政に示していく必要があると考える。行政との良好な関係があれば、自ずとそういう話が進んでいくと考える。是非、医師会の取り組みをお願いしたいと考える。

本事業については、昨年度、日医としても介護保険担当理事連絡協議会を開催させていただいた。今年度も開催する予定としているので、是非担当の先生方にご参加いただき、いろいろな好事例を紹介できればと考えている。

在宅医療を担う医師の確保については、かかりつけ医の先生方が少しずつでも外来の延長として在宅医療をやっていただくということが基本だと考える。在支診を取らなくても良いと私は考える。少しずつやっていただき、地域の中で足りない部分を補っていただくような仕組みが

できれば良いと考える。在宅医療は、これからは入院以外は全て在宅となるというくらい広い概念になっている。是非地区医師会、かかりつけ医の先生方をお願いしたいと考える。

**(13) 在宅訪問リハビリの往診料について (長崎県)**

**<提案要旨>**

現在、在宅訪問リハビリの継続には3ヶ月毎の医師の診察と指示が義務付けられている。しかし、訪問診療を行うかかりつけ医とリハビリの主治医が異なる場合、リハビリの主治医がリハビリの指示の目的で往診しても点数が取れない状況である。

各県の状況はいかがか。また、日医の見解を伺いたい。

**<各県回答>**

各県においても長崎県と同様の取り扱いがなされているとの回答であった。

**<日医コメント>**

基本的には、在宅訪問リハビリの往診料については、リハビリの主治医が行う診療はあくまでも計画作成のための診療と位置付けられているため、その報酬は訪問リハビリテーションに含まれるということになっている。リハビリの主治医が行ってもそれは取れないということになる。そこははっきりしている。

**(14) 介護予防・日常生活支援総合事業について (熊本県)**

**<提案要旨>**

総合支援事業として、既に早い市町村では平成27年度より要支援①②及び第二次事業適合高齢者に対して事業が運用されている。

私が住んでいる市行政も、平成28年度より事業を開始し、私の事業所(社福、特養)も参入してみた。

まだ、約5ヶ月間の経験であるが、少し意見・感想を申し上げ、今後の問題点・改正点とし、皆様のご意見をお伺いしたい。本事業は平成29年4月から全市町村が開始しなければならない。

各市町村の提供サービスの種類はそれぞれ異なるが、当該市では従来の介護予防通所介護は、①通所介護相当、②元気になる学校、③元気アップチャレンジ教室、④お達者クラブ、⑤元気になる買い物倶楽部とサービスの種類が多くなり、その介護報酬も引き下げられ、利用時間もほとんど短縮されている。

その結果として、

- ①サービスの内容を理解し利用していない(利用者もCMも)。
- ②低い介護報酬となり、事業者参入が少なく、定員も10名程度であり、利用時間が短縮され不満が多い。その結果、高齢者の生活不活発病が多くなり、かえって要介護度上昇を招きかねないと考えている。
- ③こういう問題点を地域医師会として市町村行政に訴えてもらいたい。皆さんどう考えられるでしょうか。

**<各県回答>**

各県ともに、既にいくつかの市町村において従来の介護予防事業から新たな総合事業に移行しているとの回答が示されるとともに、本事業の推進については、地域に密着した活動ができる都市医師会レベルで活動への協力支援や多職種との連携等の関与が重要との見解が示された。

鹿児島県より、6市町村が平成27年度から新たな総合事業に取り組んでいると報告があった。

宮崎県より、現時点で10市町村が新たな総合事業に取り組んでいると報告があった。

大分県より、18市町村のうち、大分市、豊後高田市以外の16市町村が新たな総合事業を開始していると報告があった。

＜日医総括＞

総合事業は、要支援1が介護保険から外された方の対応であり、できるだけ安い方に誘導したいということだと考えるが、そうなると連携ができない効果が出ない等の問題も出てくる。これは市町村事業となるので市町村と協議をしていただければ、引き上げ等のこともできるのではないかと考える。そういう意味でも行政との良好な関係は重要になってくると考える。在宅医療は市区町村となるため、介護と一緒に行政と連携しながら進めていただければと考える。

軽度者の部分は、これまで医療保険だけでもやれた時代もあるが、高齢化が進んでくると、介護保険分野にも関わっていく必要が出てくる。さらに介護保険からも外れてくる人たちの予防も非常に重要となる。生活支援、介護予防、そういったことにも医師会、かかりつけ医の先生方が関わっていただく必要がある。さらに福祉分野として、障害者の支援がある。障害者は介護保険サービスと一体化する方向になってきている。介護保険部会が毎週のように開かれているが、次回改定のテーマになっている。一方で、予防の一環として、健康寿命の延伸がある。我々かかりつけ医のみるべき分野が広がっていく。外来医療だけで良い時代もあったが、それが広がってくる。介護からみると、我々がやらなければならない分野はすごく広いということを実感している。横倉会長も言っているが、「まちづくり」である。元気高齢者の社会参加を促したり、子育て支援から次世代の育成、こういったものを考えていくとまさに「まちづくり」になると考える。医療介護が一体となって進んでいく地域の中で、かかりつけ医の先生方の役割がますます重要になると考える。

療養病床の現状について説明させていただく。去年の7月から今年の1月まで療養病床の検討会が7回開かれ、その後、特別部会が開催されていたが、6月1日に開催された以降4か

月止まっている。開かれてないので当然進んでいない。これはなぜかという、7月に保健局、老健局、医政局の大幅な人事異動があり、局の調整が上手くいっていないということであったが、その調整がついたということで、次の部会が10月5日に開催される予定となっている。方向性としては、現行制度の再延長を第一として考えるが、選択肢を展開しても良いという施設のために現実的な選択肢をつくる必要がある。現状の介護療養型老健は転換が進んでいない状況にあるため、転換しても良いという先生方には転換していただける選択肢をつくる必要があると考えている。これまで検討会で発言させていただいたことを10項目にまとめた。要するに現行の6.4平米の多床室がそのまま転換できないと話は進まないということで、基金をつけると言っているが、全てにつく訳ではないということで、また、介護保険の事業計画の中にどれくらい確保されるかにもよると考えるため、いずれにせよ、経営者が転換を決断するのは平成30年の報酬が出てから判断されると思うので、経過措置の再延長は必要であると言っている。これは法改正が必要であるため、来年度その部分の法改正をしていただき、経過措置としての再延長をしていただきたいと考えている。その間に判断していただく。次の3年後に介護報酬改定がある。その1年前には次の介護保険事業計画をつくるので、第7期の介護保険事業計画にはある程度見込みで枠をつくっていただく必要があると考える。第8期については、ある程度、地域の中でどれくらいの方が転換を希望されているのかをみた上で、計画を立てていくことになると思う。そういうことを考えながら、転換しても良いという方は転換をしていただく必要がある。療養病床は再編成をしていただく。転換をしても良いと言っている先生方には転換しやすいように、転換して良かったと言っているようにしたいと考えている。もう少しお時間をいただければと考える。

## 印象記

理事 比嘉 靖

10月1日に熊本県にて行われた九州医師会連合会 介護保険対策協議会（在宅医療・地域包括ケアを含む）に参加した。協議議題は全部で14題が取り上げられた。

認知症サポート医関連が2題あり、認知症ケア加算の施設基準を目的とした「私的理由」での受講者が増えている問題が取り上げられており、地域における多職種連携を推進する役目が主たる目的のほずであり、県や医師会、認知症疾患医療センターによる認知症サポート医の推薦、配置、包括ケアシステムへの参加の義務付けなどについてコントロールする必要性を痛感した。今後、重度の患者が増える介護分野での経営トップが非医師である問題、介護職の待遇改善や確保について、地域医療介護総合確保基金（介護分）についての現状についての各県からの報告があった。

地域ケア会議への医師の参加の問題では、参加率は会議内容により異なるようであるが全体的には低く、参加時間の調整法や長崎県では包括センター毎にサポート医を1～2名を配置することがモデル事業として進んでおり、平成28年度からは全ケア会議に医師の参加が可能となることのであった。

宮崎県と当県からは在宅療養支援診療所の状況と担当医師が増えない問題については、福岡県では地域医療構想策定に在宅医療分野での支援診療所の増加と在宅医の増加についても並行して議論されているとのことであった。ぜひ、沖縄県でもこの方向性を持っていただきたい。各地方自治体が寄付講座として宮崎大学医学部の「地域医療講座」を支援し、そこで医学生たちに在宅医療の経験を積んでもらっているとのことであったが、沖縄でも、県などの行政からの支援にて琉球大学医学部でもこれにクリニカル・シミュレーションセンターを活用し、医学生だけでなく在宅医療を検討されている会員の先生の研修講座なども行えたら県内の在宅医療の底上げが計れるのではないかと考える。

各問題については、日医鈴木常任理事からのコメントがあった。かかりつけ医が地域・社会にもっと関心持って頂きたい。外来診療をされている先生でも少しずつ在宅医療に参加していき、地域で顔の見えるグループを形成していることで負担軽減が図れるだろうとのことであった。在宅療養に携われる医師が減っている当県では、上記の問題点に早急に対応する必要であると痛感した。



## 平成 28 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



理事 城間 寛



去る 10 月 20 日（木）沖縄県医師会館に於いて標記懇談会を開催した。

懇談会では、公的・民間病院を含めた施設の代表者や事務長等が参加し、病院の事例報告が行われ、その後、意見交換を行った。

参加者は、講師 2 名、病院長 9 名、各病院からの参加医師 6 名、各病院の事務 11 名、社労士 1 名、女性医師部会役員 9 名の参加があった。その概要について次のとおり報告する。

### 挨拶

依光部会長の挨拶を代読で宮里恵子委員より「今年で 8 回目となる本懇談会が、男性医師を含めた医療現場で働く全ての医療職支援へと発展していることを嬉しく思う。毎回多くの参加があり、医療現場で働く医師の声が管理者に届くようになったことが大きな進歩である。また、各施設の職場環境、院内保育所、復職支援等に関するアンケート・女性医師フォーラムの報告や意見交換会を通して他施設の取

り組み状況が把握できたとの意見は、女性医師部会の役員の励みになっている」旨挨拶が述べられた。

### 講演

「医師夫婦が働き続けやすいための工夫の一例」  
琉球大学医学部附属病院（第三内科）  
金城 孝典



私は卒後 11 年目の腎臓内科医、妻は卒後 8 年目の産婦人科医である。現在 2 人とも琉大病院でフルタイムの医員として勤務しつつ、育児との両立を図っている。我が家

の場合は、妻の両親と同居していることで育児・家事を分担でき、当直を含む職務と両立している。しかし、実家のサポート等は得られずに離職した医師や家族の介護・自身の病気療養のために離職した医師の実例を見聞きし、自分自身

がこのような状況になっても職務を継続できるように、私の所属する第三内科医局に働きかけ、勤務形態・内容を見直させてもらった。

具体的には、共同主治医制度・時間外対応における当番制度等を確立し、フルタイムでは勤務できない医師でも主治医を務められるようになった。一方で、サポートを受ける医師・時間外業務を請け負う医師の双方が尊重されるような雰囲気作りを心がけている。容易ではないものの、大学の医局の人間関係は一生涯の付き合いであり、大学病院で取り組みが根付くことで他の病院でも普及することを期待している。

その他に、ライフワークバランスを取りつつも、専門医取得や十分な診療技能獲得を達成させるため、キャリアプラン・人生設計について、入職後早い段階で上司から指導を受けることが重要であると考えている。私自身は、学生に対するキャリアプラン教育に参加し、また入局前の医師にも資料を用いて説明を行っている。

私は、医師を育成するために高いコストを要する以上、男女問わず一人でも多くの医師が勤務継続できるよう、病院組織をあげて配慮することが、地域社会に対しての責務であると考えている。我々夫婦の場合は双方の医局の上司・同僚の理解・協力を得ることができ感謝しているが、どの職場においても、無理に気負うことなく働き続けられるような雰囲気が広まっていくことを願っている。

「男性医師が育児休暇をとったら～取得者からの提言～」

琉球大学医学部附属病院（麻酔科）西 啓亨



近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合は約3分の1ともいわれ、また、特定の診療科では20代の女性医師の割合が半数を上回り、臨床現場では、

女性医師の力が必須な現況である。しかし、出産・育児により仕事と家庭の両立が困難で離

職する女性医師も多い。そのため、ライフステージに応じた就労を支援するための取り組みが必要である。今回、女性医師である妻ではなく、私自身（男性医師）が半年間の育児休暇を取得したので、その経験を基にいくつか提言をしたい。

1. 男性が育児休暇を取得しづらい理由

厚生労働省が発表した2015年度の雇用均等基本調査によると、男性の育児休業取得率は2.65%となり、1996年度の調査開始以来、最高とのことだが、以前、低値である。その理由として、①世代による子育て観の意識ギャップがあり、上司の理解が得られない、②収入が減少するなどが挙げられている。私自身が感じたことは、育休で欠員がでた場合、その補充がないため、残ったスタッフに当直などの業務増加を強いことになるので、取得を躊躇するのではないかということであった。

2. 育児サポートの現状

私たち夫婦は、妻の産休後、生後2ヶ月から保育園に預けたが、自治体のファミリーサポート制度など育児サポートは、充実してきている印象だった。ただ急病の場合、院内に病児保育室があるにしても、医師の診断書がないと預かってもらえないシステムであり、理由はともあれ、緊急時に直ちに保育してくれるシステムを構築してもらえると安心して働くことができる。

今回、育休を取得した事で、育児の楽しさ、大変さの両方経験することができ、夫婦間でもその問題点を共有できたと思う。また子育て世代の父母、これまで交流のなかった地域社会の人達など、多くの人と関わることができ、多くの人のおかげで、はじめて子育てをできることを実感した。調整に手間がかかる部分もあるが、育児サポートも充実してきており、少しずつ働きやすい環境になりつつある。ライフワークバランスをどのようにとるのか、各家庭環境によって異なると思うが、職場と女性医師との相互理解をいかに深めることができるかが重要である。

**【意見交換】**

- 1 か月程度ではあるが、男性医師が育児休暇を取得したことがある。取得しやすい雰囲気をつくるのが大事である。
- 育児休暇の取得は、診療科によって異なる。今後、育児休暇が取れるように主治医制をどのようにするか考えていきたい。女性医師が専門医を取得するためのサポート体制は、専門医機構の整備指針に従う。
- 医師数が少ないことから、女性医師が産休・育児休暇を取得した場合は、他病院より派遣いただいている。
- 院長には感謝している。女性医師が働きやすい環境をつくってくれている。医師に限らず産休・育児取得者には、所属部署の前で「これまで大変お疲れ様でした。後のことは私たちに任せください。復職の際は、子育ての経験を活かした一緒に頑張りましょう」というメッセージを院長よりいただいている。
- 子育て中の女性医師をフォローしている男性医師の負担が大きくなっていった。非常勤を雇うことにより、男性常勤医師の負担を軽減した。
- 女性医師へのサポートは、病院全体ではなく診療科ごとで対応している。女性医師が産休・

育児を取得することは当然であると病院全体で認識している。産休・育児取得者をフォローする医師が負担にならないように診療制限を行っている。

- 今後は、介護休暇の取得も考えられる。体制整備を検討したい。
- 主治医制をどうするか考えなければならない。また、それを社会に理解していただくために、どのように情報発信していくかを考えなければならない。
- 女性医師部会発足の頃は、院長からのトップダウンであったが、本日の講演のように若い先生方から提案があるということは社会がそのようになってきたと実感している。女性医師が専門医を取得するためのサポート体制は、特に整えていない。

**総括**

**沖縄県医師会理事 城間 寛**

女性医師を取り巻く問題が明確であることと、依光先生をはじめ部会委員の先生方が活発である。県医師会としては、沖縄県女性医師部会が、活動しやすいように宮里副会長と力を合わせサポートしていきたい。

**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（お願い）**

本会では、会員および会員の親族（配偶者、直系尊属・卑属一親等）が亡くなられた場合は、沖縄県医師会表彰弔慰規則に基づいて、弔電、香典および供花を供すると共に、日刊紙に弔慰広告を掲載し弔意を表することになっております。

会員に関する訃報の連絡を受けた場合は、地区医師会、出身大学同窓会等と連絡を取って規則に沿って対応しておりますが、日曜・祝祭日等に当該会員やご家族からの連絡がなく、本会並びに地区医師会等からの弔意を表せないことがあります。

本会の緊急連絡体制については、平日は本会事務局が対応し、日曜・祝祭日については、緊急電話で受付して担当職員へ取り次ぐことにしておりますので、ご連絡下さいますようお願い申し上げます。

- 平日連絡先：沖縄県医師会事務局  
TEL 098-888-0087
- 日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855
- 担当者 経理課：平木怜子 上里敬子 池田公江

# お知らせ

## 平成 28 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会

主催：沖縄県医師協同組合 共催：(株)沖医メディカルサポート

あけましておめでとうございます。

日頃医療活動で大変ご多忙の先生方の心身のリフレッシュはもとより、以前は碁を嗜んでいたが、その後やっていないという先生方、あの頃の闘争心を思い出してみませんか。初心者、級位者大歓迎いたしますので、恒例の『親睦囲碁大会』へお気軽にご参加下さいますようご案内申し上げます。

開催日時：平成 29 年 2 月 11 日 (土) ※建国記念の日

競技 午前 10 時 00 分～午後 17 時 30 分

懇親会 午後 18 時 00 分～午後 21 時 00 分

場 所： 寛味処「んかつか」

南風原町字新川 46-1 TEL：098-889-1294 (FAX 共通)

参加費：2,000 円 (当日はお飲み物・食事を準備します。)

問い合わせ先

沖縄県医師協同組合 TEL：098-889-0081 FAX：098-888-0629

締切日：2月3日(金)迄 ※20名に達し次第、締切りとさせていただきます。

※大会に参加される方は、【段位】及び、料理等の調整がございますので、

懇親会への【出欠】は必ずご記入下さいますようお願い致します。

本案内書 (兼申込書) にて協同組合までご返信をお願い致します。

### 平成 28 年度沖縄県医師会親睦囲碁大会参加申込書

平成 29 年 月 日

お申込は：  
 沖縄県医師協同組合  
 FAX：098-888-0629

医療機関名：

住 所：

T E L：

参加者氏名	囲碁歴・段位	懇親会
		出席 ・ 欠席

# 九州医師協同組合連合会 第36回通常総会



沖縄県医師協同組合  
専務理事 稲田 隆司



去る平成28年10月22日(土)当地沖縄・ロワジュールホテル那覇に於いて、九州医師協同組合連合会第36回通常総会が開催された。

標記総会は、九州各県の医師協同組合が持ち回りで担当県となり、今回は沖縄県医師協同組合の当番の下、総会初日には、通常総会、理事会、懇親会、二次会が催され、翌23日(日)には親善観光、親善ゴルフ大会というスケジュールで執り行われた。

通常総会では、総務担当の富田理事(宮崎医協)が司会をされ、九州医師協同組合連合会会長・香江篤先生の挨拶の後、ご来賓の全国医師協同組合連合会専務理事・榮田好一郎先生よりご祝辞をいただいた。

議事進行については、慣例として担当県である沖縄県医師協同組合理事長・安里哲好先生が議長に指名され、議案審議に入った。

審議の結果、第1号議案から第6号議案まで満場一致をもって原案通り承認された。

第6号議案の辞任に伴う役員補充の件では、

新理事として下関医師協同組合・上野雄史先生、長崎市医師会協同組合・小森清和先生、沖縄県医師協同組合より稲田の三名が選任され、新監事として下関医師協同組合・山口秀昭先生が選任された。

また、本総会で退任となる役員の中には、沖縄県医師会の役員としても多大な功績を残された真栄田篤彦先生が、理事として13年間、副会長として1年間、九医協連の発展のためにご活躍され、本総会をもって退任された。長い間、大変ご苦労様でした。



通常総会終了後に開かれた理事会では、副会長選任・役員業務分担・部会員の委嘱・今後の業務日程確認等の協議が行われた。

引き続き懇親会に入り、安里理事長の歓迎のご挨拶の後、香江九医協連会長のご挨拶、ご来賓の鮎川全医協連会長からのご祝辞をいただき、つづいて九医協連新役員のご紹介があった。

懇親会のアトラクション『琉星太鼓』による沖縄の伝統的な幕開け舞踊をご鑑賞いただいた後、玉城副理事長のご発声による乾杯が行われ、沖縄食材を使った料理と美味しい泡盛をご堪能いただき、各組合の懇親の場として大いに盛り上がった。(泡盛の中には、平成23年3月に沖縄開催で行われた九医協連職員研修会の際に寝かせた泡盛があり大好評でした！)

懇親会終了後には、場所を移しての二次会が開かれ、『九州はひとつ』を合言葉にこちらも大いに賑わった。



翌日の親善観光・親善ゴルフ大会ともに晴天に恵まれ、参加者の皆さまに沖縄独特の気候も体験いただき最後まで楽しまれ、二日間の行事を無事に終える事ができた。

最後に、当組合の不慣れな準備作業について、ご指導ご鞭撻をいただきました九州医師協同組合連合会役職員の皆様や、ご助言いただきました各県の医師協同組合様に深く感謝申し上げます。



二次会『九州はひとつ』

# 平成 28 年度 第 1 回地区医師会長会議

常任理事 稲田 隆司



去る 10 月 31 日 (月)、県医師会館において標記会議が開催されたのでその概要について報告する。

冒頭、安里哲好会長から概ね下記のとおり挨拶があった。

## 挨拶

沖縄県医師会 安里哲好会長



日頃の診療のお疲れのところ週の初めにも関わらずご出席いただき感謝申し上げます。

また、地域の保健医療活動、会務運営にご尽力いただき重ねて感謝申し上げます。

今日は 11 地区医師会にご出席いただいております。本来ならば各地区で起こっている諸問題等を提示してもらいそれについて審議する会であるが、今回は地域医療構想について皆さんへご審議いただきたいと思う。

それから本会としては県保健医療部と 2 カ月

に 1 回協議会を行っているのですが、その際は各地区において何か問題があれば提示していただきたい。また、厚労副大臣や政務官が来沖される際は一日政調会が開催され、各医療関係団体が要望を提出しているの、何かご意見があれば手を挙げていただきたいと思う。

本日は高山先生のご講演を中心に進めてまいりますのでよろしくお願い申し上げます。

## 議題

### 講演

「地域医療構想等について」



県立中部病院感染症内科・地域ケア課医長の高山義浩先生より、地域医療構想について説明が行われた後、質疑応答が行われた。

説明では、沖縄県地域医療構想における必要病床数及び調整病床数、

保健医療計画における基準病床数について整理がなされるとともに、沖縄県の救急医療に関する課題、今後の見通し等について事例を用いて具体的な説明が行われた。

＜意見交換＞

○宮里常任理事

医療計画は2年後に策定されることとなっているが、地域医療構想の会議も進めていくことになる。その場合、この2つの関係性はどのようになっているのか。

○高山先生

関係性については県が整理することなので私も分からない状況である。

医療計画の改定は、平成30年度であり、中間にマイナーチェンジすることについては制限がされていない。その為、基準病床の再計算をすることは可能である。最近国勢調査で各地域の人口が精密に分かっている。その人口で計算すれば病床は足元で増やすことが出来るのではないかと考える。私としては、次の国勢調査まで病床の再計算が出来ないということが危ないのではないかと考えている。沖縄県は人口が急速に変化していく県である為、例えば2年置き位に再計算を行い、速やかに病床の整備が行えるようにするべきではないかと考える。軽く試算をしたが、2025年の基準病床数を社人研の人口推計で当てはめるとほぼ調整病床数と同じ位になる。4年置きの国勢調査では間に合わない為、もう少し密に医療計画のマイナーチェンジをしながら沖縄県の病床を確保していくというスキームを議論している必要があるのではないかと考える。

○中田中部地区医師会長

沖縄県において病床が増えるにあたっては、県外の企業が入ってくる危惧もあるとの指摘があった。

構想区域毎で地域医療構想の検討会議が行われ、その中でどの機能がどれくらい必要だということなどで話し合い、最終的には医療審議会に

意見を具申して許可してもらおうという認識で良いか。

○高山先生

そのとおりである。

ただし、どの医療機関に病床を配分するのはまでは医療審議会のテーマではなく、沖縄県が決めることは出来ないと考える。調整会議で一定の割り振りは出来るのではないかと考えるが、中央から何百床の病院を建てると言ってきた時に、オープンな議論の場でどのように県内の医療機関は良くて、県外はダメだということ主張するのかということが難しいのではないかと考える。

○中田中部地区医師会長

例えば、200床増床するとして、その内の何床かを足掛かりに県外の企業が入ってくることを危惧しているということか。

○高山先生

私は危惧してダメだということが言いたいのではなく、良いプランを持って来る医療機関があれば良いかと思うが、そういうものとも限らない為、地域医療構想の中でその地域の医療機能をしっかりと確立していくという一枚岩を示しておけば、その絵に合致したものしか入ってこないのでは少し安心ではないかというニュアンスで捉えていただきたい。

○名嘉南部地区医師会長

調整病床数は、整備しなければならない病床数ということで良いか。

○高山先生

県がどのようなお考えなのかは分からないが、私はそう考える。

○下地宮古地区医師会長

病床を減少させることについては、強制力があるのか。

○高山先生

医療法の強制力というよりは、おそらく診療報酬で圧力がかかっていくのではないかと考えられる。

その他

各地区医師会からの質問

①具体的な病床数の決定について（北部地区医師会）



新聞等の報道によれば、中部地区においては約千床の病床不足があり、早急に増床が認められるよう市町村等に要請活動しているとのことである。また、読谷村

に新たな病院建設の訴えが首長から県に求められているようである。

国における医療財源が厳しい現状を考えれば、急激な医療提供の環境変化は北部地区だけでなく全県的にも大きな影響が発生すると予想される。また、医療従事者の確保においても、過度な競争から現場の混乱を招くことも予想される。

具体的な病床数の決定はどのように行われるのかご教示いただきたい。

○宮里副会長（地域医療担当理事）回答：



医療従事者の奪い合いが起きるといことも含め、話される場がない。現時点で具体的に病床を増やすという話がないので、上がってきた時に議論されることではないかと考える。

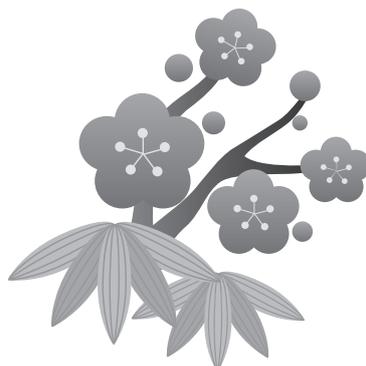
実際に増床となった場合には、今日のような場なのか、地域医療構想検討会議になるのかは分からないが、現在の現場から医療従事者の引き抜きをしない等、そのような取り決めをしなければならないのではないかと考える。

個人的な意見で言うと、中部地区で増床となった場合は、全ての救急病院が7対1看護だと考えると、当面は出来る範囲で10対1に落として経営せざるを得ないと思う。

②地域医療構想の調整病床数について（南部地区医師会）

南部および中部医療圏の高度急性期と急性期病床について、県は、より実態に近い病床利用率だとして、医療法施行規則で定められた病床稼働率よりも10%も高い稼働率で推計した調整病床数を発表している。病床稼働率が高いことは医療ニーズが高いことを示していると思う。そのニーズに応えるために地域医療需要の予測は必要病床数で策定して、将来の人口動態に変化があれば基準病床数で調整することは可能か。

高山先生の講演の中で説明があった為、県医師会から特に回答なし。



## 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)

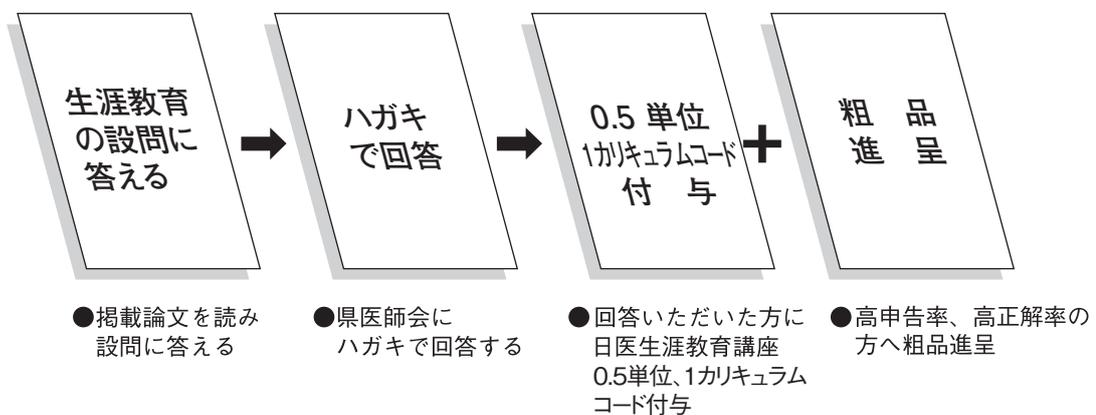
日本医師会生涯教育制度は、昭和 62 年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

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



# 心房細動の最近の知見

## ～ Common disease としての心房細動～

那覇市立病院 循環器内科 間仁田 守

### 【要旨】

高齢化社会を迎えた現在、心房細動の患者数は増加の一途を辿っており、もはや Common disease であるといえる。最も重要なことは、心房細動をいかに見つけ出すかであり、全ての診療科の医師に、脈拍触知を行っていただきたい。

心房細動の治療の三本柱は、①抗凝固療法は DOAC、②心拍数調整は  $\beta$  遮断薬、③洞調律維持療法としてはアブレーションが、最近の考え方である。

アブレーションによる洞調律の維持は、心不全予防 / 治療と心原性脳塞栓症予防に有効であることが最近報告されつつある。

### 【はじめに】

心房細動は、加齢とともに発生率が増加し、高齢化社会を迎えた現在、罹患患者数は増加の一途を辿っている。心房細動は、循環器科のみならず、全ての診療科での日常診療において頻繁に遭遇する不整脈であり、もはや Common disease である。全ての診療科の医師や、かかりつけ医は心房細動を見つけて出し、マネジメントしなければならない時代となっている。

本稿では、Common disease としての心房細動に対する診断「見つけ出す」と治療「抗凝固療法、心拍数調整、洞調律維持療法（抗不整脈薬あるいはアブレーション）」の最近の知見について述べる。

### 【疫学】

本当に心房細動は Common disease と言えるほどの患者がいるのか？

2003 年に行われた日本循環器学会の疫学調査<sup>1)</sup>は、定期健診の成績（40 歳以上の住民健

診および企業健診 630,138 人が対象）であるが、心房細動有病率は男女とも加齢とともに増加し、各年齢層において女性に比べて男性で高かった。有病率は 70 歳代で男性 3.44%、女性 1.12%、80 歳以上では男性 4.43%、女性 2.19%であった。この結果を日本の人口にあてはめて計算すると、2005 年には、わが国で 71.6 万人が心房細動を有し、有病率は 0.56%となり（図 1）、有病率が今後も変わらないとして

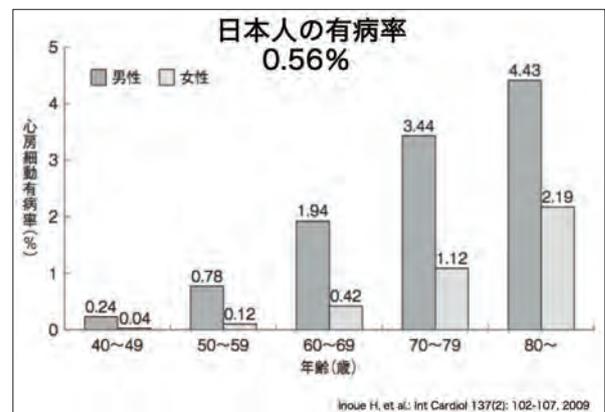


図 1. 本邦における心房細動有病率



将来の人口予測値を用いると、2050年にわが国で心房細動を有する人口は約103万人にのぼり、予測総人口9,518万人の1.09%を占めると推定されている。この結果は、健診ベースのため、持続性心房細動患者の有病率と考えられる。

持続性のみならず発作性を含めた心房細動の有病率としては、伏見区を中心とした京都南部地域における心房細動患者を全例登録し、患者背景や治療の実態調査、予後追跡を行うことを目的として計画されたFushimi AF registryでの結果が報告されている。登録患者総数は3,277例で有病率は1.16%であり、2003年に行われた日本循環器学会の疫学調査と比べて2倍の有病率を示している。年代別では、70歳以上では4.85%、80歳以上では6.24%であった(図2)<sup>2)</sup>。この結果から、わが国の心房細動患者数はすでに100万人を超えていると推測され、まさにCommon diseaseであると言える。

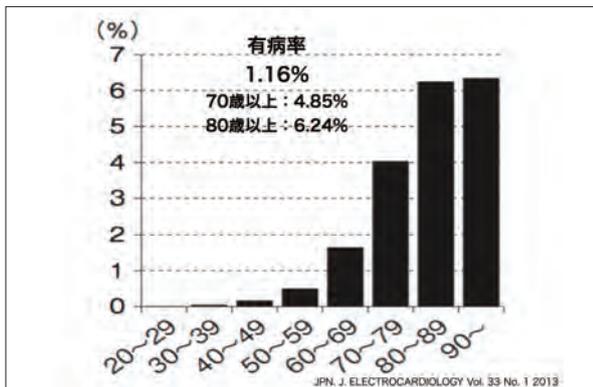


図2. リアルワールドでの人口年代別の心房細動有病率 (伏見 AF レジストリー)

**【診断】**

無症候性心房細動患者をどうしたら見つけ出せるのか？

心房細動は、心電図を記録すれば、自動解析にて比較的容易に診断することができると思われる。しかしながら心房細動患者の半数は発作性であり、自覚症状のない患者も同程度存在する<sup>2)</sup>。多くの高齢者は、心房細動と診断されていなくても、高血圧や心不全、糖尿病などの治療のため、かかりつけ医に通院中である。内科疾患のみならず、整形外科、泌尿器科、眼科、

皮膚科などにも、多くの高齢者が通院中であり、全ての医師(看護師)は日常診療において、脈拍触診などによる心房細動のスクリーニングを行うことが、心房細動を見つけ出すために有効である<sup>3)</sup>。

Find AF project<sup>4)</sup>では、外来患者が診察前に必ず測定する自動血圧計を、不規則脈波(irregular heart beat: IHB)検出機能付きの機器へ変更し、2年間を調査期間とし、脈不整を検出した患者に対して積極的に心電図検査を行った。調査期間2年間に心房細動の新規診断あるいは心房細動の再確認により新規に抗凝固療法が検討・導入された心房細動患者は56人だった。この期間における外来診療実人数は、25,601人なので、外来通院患者の約0.2%に心房細動が発見・再認識された。リスク因子の内訳をみると、高齢者が多く、脳梗塞・TIA既往患者は63%に及び、高血圧症は70%に認められた。56人の平均年齢は75.8歳(48~90歳)で高齢者が多く、CHADS2スコアは平均2.9で、2点以上が84%を占めており、抗凝固療法がなしの場合には、脳塞栓発症のリスクが高い患者と言える。0.2%の発見率ではあったが、多くの患者が利用でき、スクリーニングとしての有用性は高いと考えられる。

さらに、最近では、iPhoneのアプリ(Heart Rhythm<sup>®</sup>あるいはCardio<sup>®</sup>)を利用して脈波を記録し、心房細動を見つけ出すことも可能な時代になっている。

**【心房細動の治療方針】**

心房細動の治療の三本柱は、①抗凝固療法、②心拍数調整、③洞調律維持療法(抗不整脈薬あるいはアブレーション)である。

**①抗凝固療法**

心房細動の罹患により、脳卒中発症リスクは約5倍高くなるとされ<sup>5)</sup>、また心房細動を主因とする心原性脳塞栓症は重症度が高く、予後も不良と報告されている(図3)<sup>6)</sup>。ただし、適

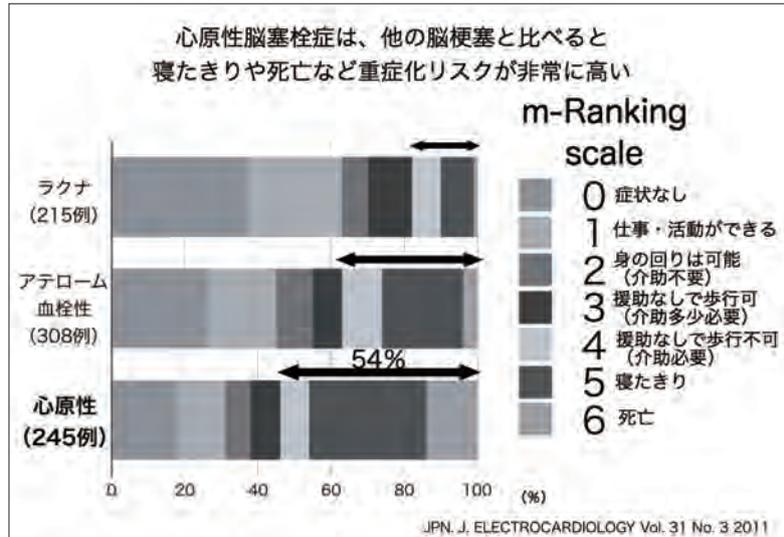


図 3. 脳梗塞の病型別にみた退院時重症度

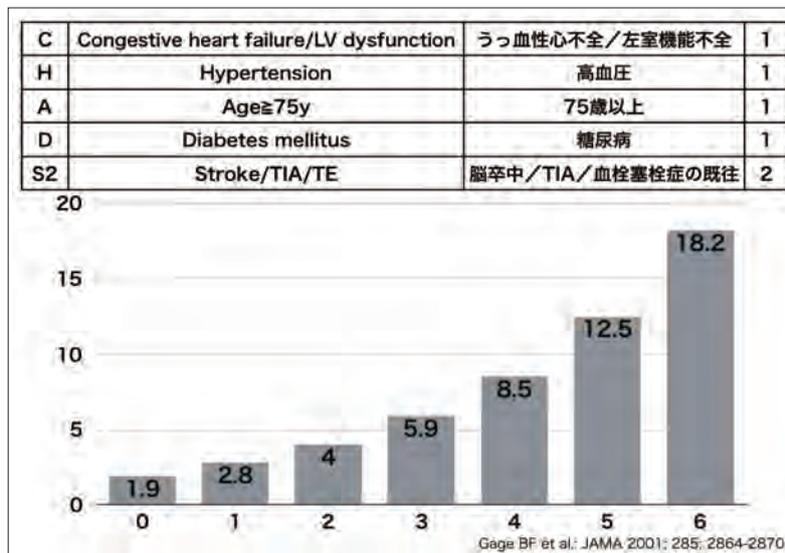


図 4. CHADS<sub>2</sub> スコアと脳卒中発症率の関連性

切な抗凝固療法により、約 6 割の心原性脳塞栓症を予防することが可能である。したがって、心房細動の早期発見および適切な抗凝固療法による発症予防が重要である。心房細動患者では、心原性脳塞栓症のリスク評価を行ったうえで適切な抗凝固療法を選択することが奨励される。CHADS<sub>2</sub> スコア (図 4)<sup>7)</sup> や他のリスクを用いた抗凝固療法の実際を図 5 に記した。心房細動に出会ったら、まず CHADS<sub>2</sub> スコアをつけ、1 点からは抗凝固療法を考慮していただきたい。

長きに渡り経口抗凝固薬として臨床使用されてきたワルファリンに加え、2011 年に直接トロンビン阻害薬であるダビガトラン (プラザキサ<sup>®</sup>)

が、その後、Xa 阻害薬であるリバーロキサバン (イグザレル<sup>®</sup>)、アピキサバン (エリキュース<sup>®</sup>)、エドキサバン (リクシアナ<sup>®</sup>) が次々と承認され、使用可能となった。発売当初には、新規経口抗凝固薬 (NOAC) と呼んでいたが、すでに発売から 5 年が経過しており、最近では直接作用型経口抗凝固薬 (DOAC) と呼ばれている。全般的に DOAC は心原性脳塞栓症をワルファリンと同等あるいはそれ以上に予防し、かつ、頭蓋内出血は半減することが大規模試験で示されている (図 6)。

ワルファリンはプロトロンビン時間 (PT-INR) により投与量の調整が必要であったが、DOAC は検査値による投与量調整が不要とされる一方

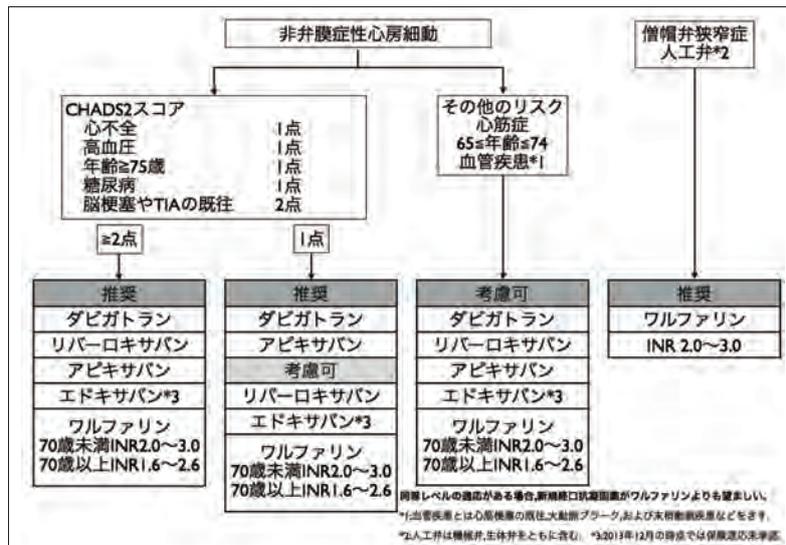


図5. 日本循環器学会ガイドラインにおける心房細動に対する抗血栓療法

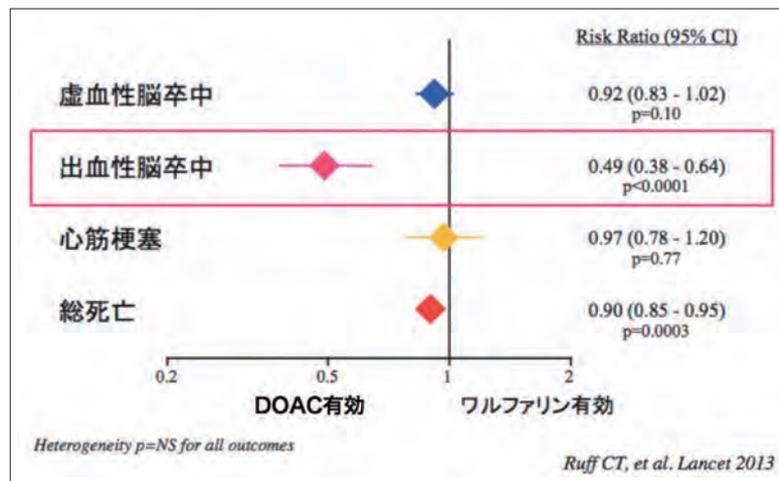


図6. DOAC はワルファリンに比べて脳出血が半減

で、年齢、体重、腎機能などを評価し、薬剤を選択し、減量基準に従い、適正に使用することが重要である。その他DOACのメリットとして、頻回の採血が不要であること、食事の影響がほとんどないこと（納豆・青汁・クロレラも可）、他の薬剤との相互作用が少ないこと、効果が速やかに現れ、半減期が短いため、術前にヘパリンへの置換が不要ないしは短期間であることなどがあげられる。そのため、世界中のガイドラインで、DOACをワルファリンよりも推奨している。一方、デメリットとして、高度腎機能低下例では投与できないことや、半減期が短く

服用忘れによる効果低下が速いこと、重大な出血の際の対策が十分確立していないこと（2016年11月にダビガトラン特異的中和薬イダルシズマブ（プリズバインド®）が発売）、患者の費用負担増加の可能性があることなどがある。

かかりつけ医と循環器専門医の医療連携は、心房細動患者への適切な抗凝固療法を推進するにあたって、重要な役割を担うと期待されている。さらに、アドヒアランス向上については、多職種連携による取り組みが有効であることが知られており、医師と薬剤師が連携して適切な服薬管理・指導を行うことも重要である。



②心拍数調整

心房細動中に130拍/分以上の心拍数が持続すると、左室拡張不全が生じ、うっ血性心不全を惹起すると考えられている。RACE II Trialでは安静時心拍数を110拍/分未満を目指す群と、安静時心拍数は80拍/分未満で中等度運動時心拍数が110拍/分未満を目指す群に分けて比較された。その結果、自覚症状や有害事象の発現率、心不全の重症度は両群で同程度であり、安静時の心拍数が110拍/分未満を目指す緩やかなコントロールでもよいことが明らかになった<sup>8)</sup>。わが国の心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年改訂版)では、欧州のガイドラインにならい、緩やかな調節法をクラスIIaとして採用している。

心拍数調節には、WPW症候群以外では、房室結節伝導を抑制する薬剤、β遮断薬、Ca拮抗薬(非ジヒドロピリジン系)、ジギタリスを選択する。喘息などの禁忌がなければ、β遮断薬が第一選択である。β遮断薬では、カルベジロール(アーチスト)とビソプロロール(メインテート)、Ca拮抗薬では、ベラパミル(ワソラン)、ジルチアゼム(ヘルベッサ)が使用される。短時間のうちに心拍数を減少したいときには静脈内投与が選択される。左室機能が低下した例(駆出率25~50%)の頻脈性心房細動の心拍数調節に、ランジオロールの点滴静注(1~10γ)が有効かつ安全であるかをジゴキシン静注(0.25mg)と比較したJ-Land Studyの結果<sup>9)</sup>では、治療開始2時間以内の心拍数抑制効果はランジオロールが勝っていた。心機能低下例の頻脈性心房細動の心拍数調節にランジオロールの点滴静注も選択肢となりうる。

ジギタリスは安静時の心拍数を減少させるが、運動時の心拍数減少効果は認められず、また、発作性心房細動では発作を誘発しやすくなるため、第一選択とはならない。

③洞調律維持療法(抗不整脈薬あるいはアブレーション)

2000年以前では、心房細動治療の目標は、洞調律を維持することに向けられてきたが、

2000年以後、AFFIRM試験<sup>10)</sup>などの結果、これまでの抗不整脈薬による洞調律維持(洞調律化・再発予防)が心拍数調節に勝るものではないことが示された。一方、アブレーションによる洞調律維持率が抗不整脈薬に比して明らかに高く、ガイドラインの改訂の度に適応拡大がなされ、現在のガイドラインではClass Iの適応となっている(図7)。

Class I:	1. 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認めず、かつ重症肺疾患のない薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動で、年間50例以上の心房細動アブレーションを実施している施設で行われる場合
Class II a:	1. 薬物治療抵抗性の有症候性の発作性および持続性心房細動 2. パイロットや公共交通機関の運転手等職業上制限となる場合 3. 薬物治療が有効であるが心房細動アブレーション治療を希望する場合
Class II b:	1. 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認める薬物治療抵抗性の有症候性の発作性および持続性心房細動 2. 無症状あるいはQOLの著しい低下を伴わない発作性および持続性心房細動
Class III:	1. 左房内血栓が疑われる場合 2. 抗凝固療法が禁忌の場合

図7. 心房細動に対するアブレーションの適応

心房細動の有無により、全死亡は1.46倍、虚血性脳卒中は2.33倍、そして、心不全は4.99倍に増加することが報告され<sup>11)</sup>、また、心房細動の死亡原因は心不全が30%で最多、脳卒中は8%であった(図8)<sup>12)</sup>。最近になり、アブレーションによる心原性脳塞栓症予防効果<sup>13)</sup>および、心不全の予防/治療効果(図9)<sup>14)</sup>、さらには生命予後改善効果(図10)まで報告され始めているため<sup>15)</sup>、今後はさらに適応の拡大が進むと考えられる。

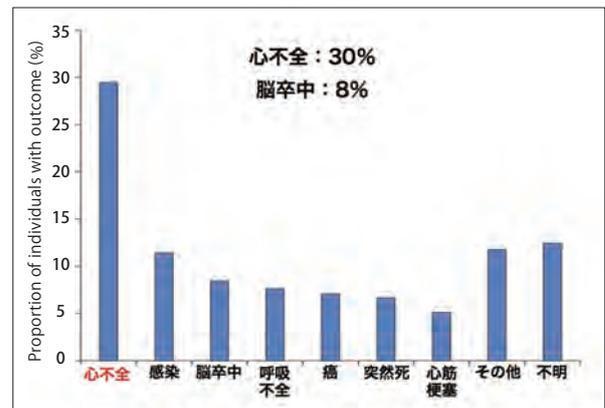
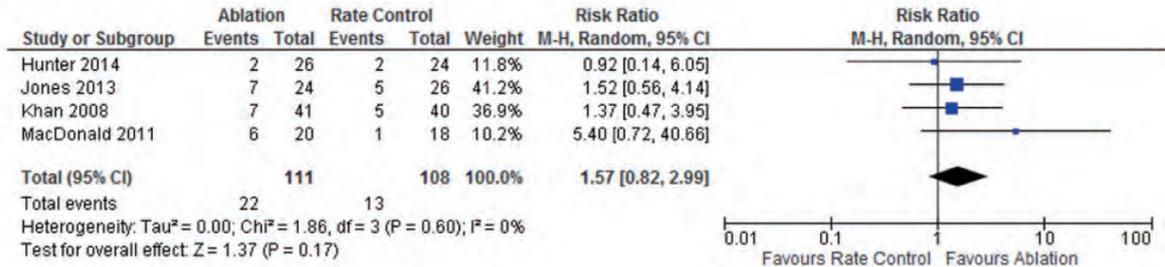


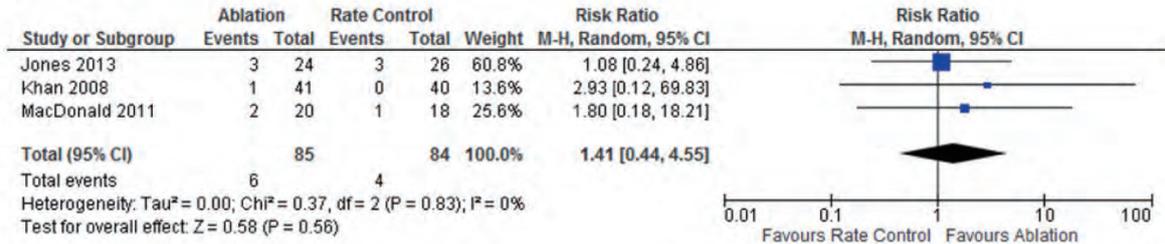
図8. 心房細動の死亡原因



**B. All Adverse Events.**



**C. Heart Failure Re-admissions.**



JACC Clin Electrophysiol. 2015 Jun 1; 1(3): 200-209.

図9. 慢性心不全患者に合併した心房細動に対するアブレーション  
Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials

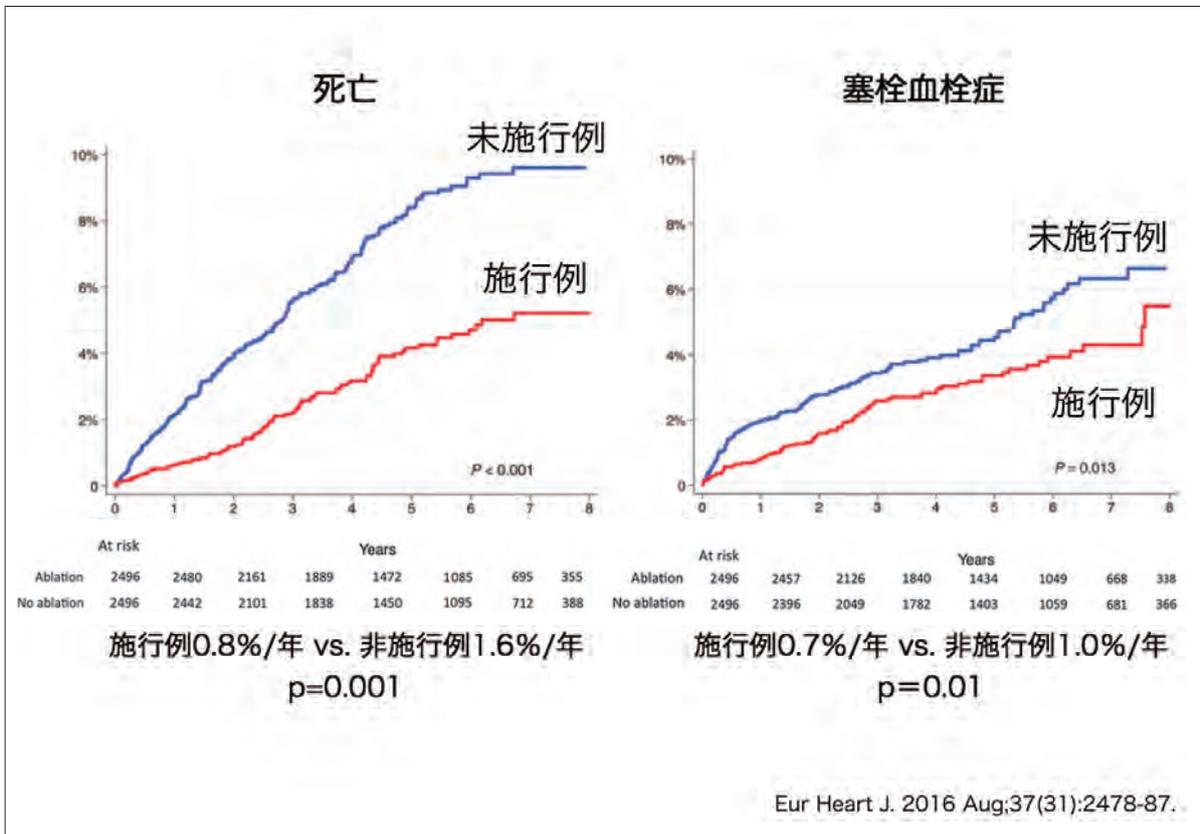


図10. アブレーションは心房細動の脳卒中や死亡率を改善する



【おわりに】

心不全予防/治療と脳梗塞予防のための心房細動治療戦略を図 11 に示す。

まずは見つけ出すことが重要であり、日常診療において、全ての医師（看護師）が脈拍触知を行い、不正な脈拍を触知した際には、心電図を施行し、専門医に紹介していただきたい。

心房細動の治療の三本柱は、①抗凝固療法はDOAC、②心拍数調整はβ遮断薬、③洞調律維持療法としてはアブレーションが、最近の考え方である。

Common disease としての心房細動の治療では、適切な治療選択に向けた、かかりつけ医・循環器専門医間の医療連携が重要である。効果的な医療連携のために、心房細動治療に関する地域連携パスの策定、パスを円滑に実行するための関係者の交流の促進、専門医による抗凝固療法についての教育の提供、紹介後・逆紹介後のパスに基づく適切な治療の実施状況のモニタリングなどを積極的に行なっていく必要がある。

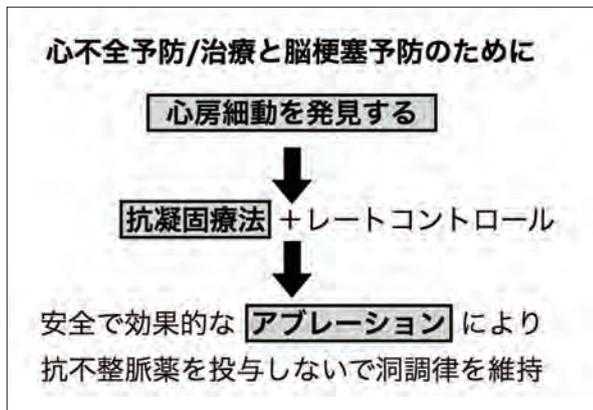


図 11. 心房細動の治療戦略

【参考文献】

- 1) Inoue H, et al.: Prevalence of atrial fibrillation in the general population of Japan : an analysis based on periodic health examination. Int J Cardiol, 2009; 137: 102 ~ 107.
- 2) Akao M, et al.; Fushimi AF Registry Investigators. Current status of clinical background of patients with atrial fibrillation in a community-based survey: the Fushimi AF Registry. J Cardiol 2013; 61: 260-6.
- 3) Camm AJ, et al. : 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an

- update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J 2012; 33: 2719-47.
- 4) 岡部 慎一, ほか : Find AF 一心房細動患者を発見する取り組み一: 脳卒中 36: 403-408, 2014
- 5) Wolf PA, et al. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991; 22: 983-8.
- 6) 奥村 謙, ほか [ : 心原性脳梗塞の疫学と重症度 . JPN. J. ELECTROCARDIOLOGY Vol. 31 No. 3 2011
- 7) Gage BF, et al.: Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA. 2001 Jun 13; 285 (22) : 2864-70.
- 8) Van Gelder IC, et al.: RACE II Investigators. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2010; 362: 1363-1373.
- 9) Nagai R, et al. : J-Land Investigators. Urgent management of rapid heart rate in patients with atrial fibrillation/flutter and left ventricular dysfunction: comparison of the ultra- short-acting β 1-selective blocker landiolol with digoxin (J-Land Study) . Circ J 2013; 77: 908-916.
- 10) Wyse DG, et al.: Atrial Fibrillation Follow up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002; 347: 1825-1833.
- 11) Ouditayo A, et al.: Atrial fibrillation and risks of cardiovascular disease, renal disease, and death: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016 Sep 6; 354: i4482.
- 12) Healey JS, et al.: Occurrence of death and stroke in patients in 47 countries 1 year after presenting with atrial fibrillation: a cohort study. Lancet. 2016 Sep 17;388 (10050) :1161-9.
- 13) Bunch TJ, et al.: Atrial fibrillation ablation patients have long-term stroke rates similar to patients without atrial fibrillation regardless of CHADS2 score. Heart Rhythm. 2013 10, 1272-1277
- 14) Al Halabi, et al.: Catheter Ablation for Atrial Fibrillation in Heart Failure Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. JACC Clin Electrophysiol. 2015 Jun 1; 1 (3) : 200-209.
- 15) Friberg L, et al.: Catheter ablation for atrial fibrillation is associated with lower incidence of stroke and death: data from Swedish health registries. Eur Heart J. 2016 Aug; 37 (31) : 2478-87.



**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（43.動悸）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. 心房細動は稀な不整脈であり、Common disease とは言えない。
- 問 2. 心房細動を見つけ出すためには、脈拍触知することが重要である。
- 問 3. 心房細動患者の心原性脳塞栓症の予防のための抗凝固療法には、DOAC がワルファリンよりも推奨される。
- 問 4. 心房細動の心拍数調整には、ジギタリス製剤が、第一選択である。
- 問 5. アブレーションによる心原性脳塞栓症予防効果、および、心不全の予防／治療効果、さらには生命予後改善効果まで報告され始めている。

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

10月号 (Vol.52)  
の正解

**動機づけ面接**

(Motivational Interviewing : MI) とは

**問題**

次の文章を読んで、○×で答えよ。

- 問 1 動機づけ面接はうつ病の治療を目的にアメリカで開発された最新の治療パッケージである。
- 問 2 動機づけ面接では、治療者は積極的に聞き返しを行うことにより、来談者の考えを理解するように努める。
- 問 3 聞き返しを行う際には、相手にはっきり伝わるように語尾を強めに聞き返すことが望ましい。
- 問 4 治療者は来談者の「ただしたい反射」を利用する一方で、治療者自身が「ただしたい反射」を起こさないように注意する必要がある。
- 問 5 動機づけ面接は薬物療法や他の心理療法と組み合わせて応用することが可能である。

正解 1.× 2.○ 3.× 4.○ 5.○

成人胃軸捻転症について



沖縄県立中部病院 外科  
都築 行広

【はじめに】

胃軸捻転症（以下本症）は胃流出路狭窄をきたす稀な疾患である。胃固定の脆弱性や呑気による胃拡張を背景に発症するため、呑気の多い小児に多い疾患だが、成人発症例も報告されている。

当院では、腹痛を主訴に救急を受診した患者のうち年間約 600 人が入院加療となるが、診断名が本症であったのは過去 22 年間でわずか 8 例であった。

急性、または慢性の経過により胃が捻れることで胃流出路狭窄をきたし、捻れが 180 度以上になると、虚血、壊死、穿孔の危険性が高くなる。敗血症へ進展すると死亡率は 30～50%と言われており、早期診断、早期治療（捻転解除、再発防止のための外科手術）が必要である。

【病態】

通常、Mesenteroaxial 型と Organoaxial 型に大別され、胃の短軸方向に捻れる Mesenteroaxial

型（図 1.A）が 1/3 を占め、長軸方向に捻れる Organoaxial 型（図 1.B）が 2/3 を占める。Mesenteroaxial 型は捻れが 180 度未満である場合が多く、慢性経過をたどりやすい。Organoaxial 型は横隔膜欠損（外傷、食道裂孔ヘルニア、Bochdalek 孔ヘルニア）に合併することが多く、急性の転機となりやすいと言われる。

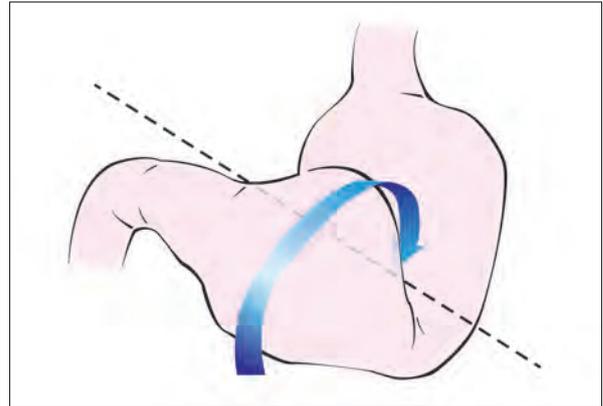


図 1A:Mesenteroaxial 型

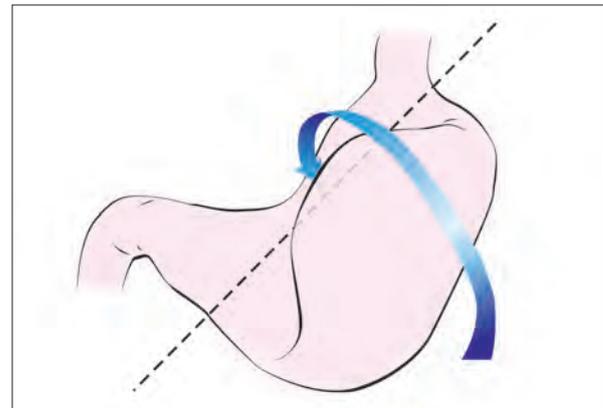


図 1B:Organoaxial 型

その他、年齢 50 歳以上、横隔膜挙上（横隔神経麻痺）、周囲臓器（腸管、脾など）と胃を固定する靭帯（図 2）の解剖学的異常（悪性腫瘍、癒着などによる）、側弯などがリスクとして挙げられる。自験例では 3 例に横隔膜ヘルニア、1 例に遊走脾の合併を認めた。自験例の半数は寝たきりの患者であり、日常的に腸蠕動が悪く、呑気を繰り返し胃が張った状態も大きなリスクであると考えられる。

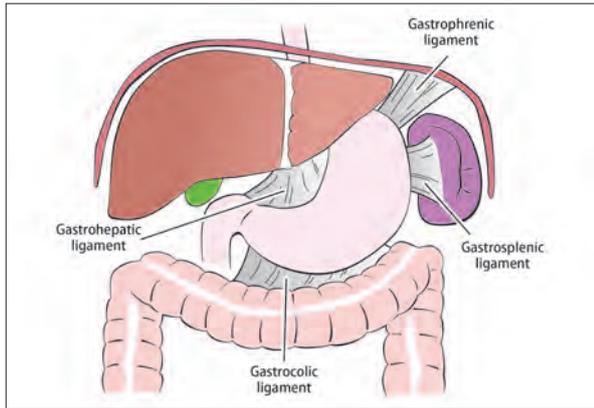


図2: 胃を固定する靭帯

**【症状】**

臨床症状は、Borchardtの3徴(強い心窩部痛、嘔吐のない又は少量嘔吐を伴う悪心、経鼻胃管の挿入が困難)が有名である。虚血による胃粘膜壊死、嘔吐による粘膜損傷があれば吐血を伴うことがある。

しかし、自験例では3徴のうちいずれかひとつ以上を認めるものは半数にとどまり、食欲低下のみの症例も2例あった。前述の如く寝たきりの患者は半数を占めており、症状を訴えることが困難であると予想される。いずれの症状も非特異的なものであるため、症状から本症を診断することは困難であった。

**【診断】**

診断には画像検査が有効である。腹部単純レントゲン検査では、自験例全例で拡張した胃を認めた(図3)。横隔膜ヘルニア合併例では、胸腔内に突出した胃泡を認めることがある。感度が高い一方、レントゲン検査のみでは胃流出路狭窄を疑うにとどまる場合が多い。腫瘍や異物による閉塞と本症を鑑別するためにはCT、上部消化管造影(図4)、上部消化管内視鏡(図5)が有用なこともある。



図3: 胃拡張

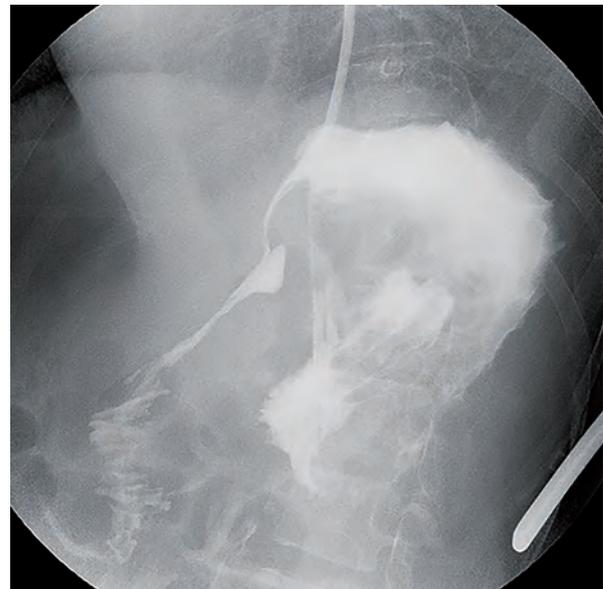


図4: 噴門、幽門の反転



図5: 逆αサイン

**【治療】**

脱水、電解質補正によるバイタルサインの安定化と、経鼻胃管による胃減圧が早急に必要である。減圧により胃の緊満がとれ、血流が改善されることにより胃壁の壊死や胃穿孔を防ぐことができる。胃拡張が解除されることにより捻転が解除される場合もある。

経鼻胃管の挿入が困難な場合や胃拡張解除後も捻転が残存する場合には、内視鏡による捻転解除が有効な事がある。内視鏡下でも捻転解除が困難な場合は、開腹下に捻転を解除する。

捻転解除後は、再発予防としてPEG または腹腔鏡下 / 開腹手術による胃の固定術を行う。横隔膜ヘルニア合併例では、横隔膜欠損部の修復を行う。

自験例は、初期治療として6例に経鼻胃管を挿入し、3例は症状改善した。症状改善のなかった3例を含む5例に胃内視鏡を施行し、3例は内視鏡的に捻転解除、1例は捻転解除に至らず準緊急で腹腔鏡下捻転解除・胃固定術を施行、残りの1例は胃壁の虚血を認めたため緊急開腹

術で捻転解除と胃固定術を施行した。内視鏡的捻転解除後の3例中2例は待機的に腹腔鏡下胃固定術を施行、1例は手術を希望せず保存的治療のみとした。経鼻胃管挿入で改善した3例は、待機的にそれぞれ横隔膜ヘルニア根治術、腹腔鏡下胃固定術、PEGを施行した。図6に本症の治療フローチャートを示す。胃減圧に成功すれば、解剖学的異常の有無により内視鏡的または外科的捻転解除、胃固定術を待機的に行うが、減圧が得られなければ緊急手術で減圧、捻転解除を行う。

**【まとめ】**

本症は稀な疾患であるが、早期診断と早期減圧を要す。自験例では、日常的に嘔吐や腹部膨満を認める例が多く、単純レントゲンの胃拡張所見から本症を疑い、CTや内視鏡などを施行することで診断に結びついたものが大半であった。寝たきりの患者の嘔吐、食思不振を診療する際は、本症を念頭に置く必要がある。

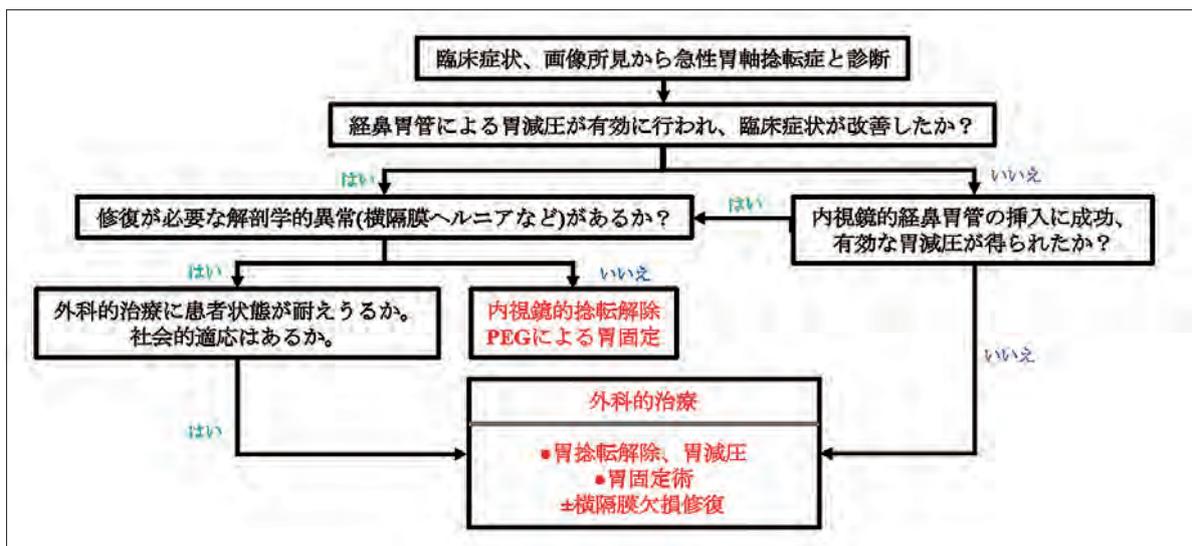


図6：治療フローチャート

# お知らせ

沖医発第 1116 号  
平成 28 年 11 月 19 日

施設長 各位

沖繩県医師会  
会長 安里 哲好  
(公印省略)

## 自賠責研修会の開催について (ご案内)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では日本損害保険協会協力の下、医療費支払適正化対策の一環として自賠責を取り巻く諸問題について 2 年に一度研修会を開催しており、今般、茨城県医師会 副会長 松崎 信夫 先生をお招きし、下記のとおり研修会を開催することに致しました。

自賠責保険は、交通事故医療の緊急性や患者への対応等、非常にデリケートな側面を抱えており、制度に関する知識や理解、損保会社への適切な対応が必要であります。

つきましては、是非この機会に貴職をはじめ貴施設に勤務する医療事務担当者等、多数ご参加いただきたくご案内申し上げます。

なお、会場準備の都合上、来る 1 月 11 日(水)までに下記により FAX(098-888-0089)にてお申し込み下さい。

記

### 自 賠 責 研 修 会

日 時：平成 29 年 1 月 25 日 (水) 19:00~21:00

場 所：沖繩県医師会館 (3F ホール)

内 容：(1) 学術講習 茨城県医師会 副会長 松崎信夫 先生

(2) 自賠責保険講習 損害保険料率算出機構

沖繩自賠責損害調査事務所

所長 赤澤幸二 先生

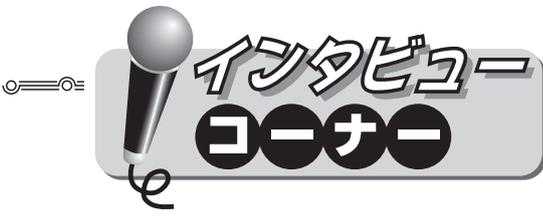
-----  
沖繩県医師会 業務 1 課 (崎原) 行き (FAX 098-888-0089)

施設名：\_\_\_\_\_

参加者名：\_\_\_\_\_

参加者名：\_\_\_\_\_

沖繩県医師会 崎原 TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089
---



沖縄の子ども達の未来  
の為に頑張ります。



沖縄県子ども生活福祉部 部長  
**金城 弘昌 氏**

質問 1. 沖縄県子ども生活福祉部長ご就任おめでとうございます。ご就任にあたってのご感想と今後の抱負をお聞かせ下さい。

ありがとうございます。二代目の子ども生活福祉部長として初代部長が築いた足跡をしっかり引き継ぎ、県民福祉の向上に精一杯取り組んでいきたいと思っています。

当部は、県民の生活に密接に関係している施策を数多く所管しており、業務の間口の広さ、県民の注目も高さ等、職責の重さを感じています。

特に、県民の関心を集めている最重要課題の「子どもの貧困対策」については、就任直後から県民一丸となり、総力を結集した県民運動とするため、精力的に取り組み、皆様の協力のおかげで、知事を会長とする子どもの未来県民会議を105団体の参画の下、6月に発足することが出来ました。沖縄県医師会にもご賛同いただきました。この場を借りて、感謝申し上げます。

また、待機児童の解消については、待機児童のいる市町村を訪問し、市町村長等と意見交換を行い、平成29年度末までの待機児童解消に向け、精力的に取り組んでいるところです。

その他、障害者や高齢者の福祉の充実、平和

施策の推進、男女共同参画社会の構築、消費者行政の充実など多くの施策の推進が必要となっています。

県民のニーズに適確、迅速に対応するため、現場に足を運び、住民や当事者等の声を直接聞き、肌で感じて、施策に反映させていきたいと考えています。

質問 2. 団塊の世代が75歳以上となる2025年問題や、現在、介護を必要とする高齢者も大幅に増えております。今後の課題等がありましたらお聞かせ頂けますでしょうか。

沖縄県の高齢化は今後も進み、平成37年には4人に1人が65歳以上の高齢者となる超高齢社会が到来すると予想される中、このような社会にあっても、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らせるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が求められています。

また、平成37年には約4千人の介護人材が不足することが推計されており、介護業界への労働者の新規参入や、現任職員の離職率の低減が喫緊の課題となっております。

さらに、要介護、要支援認定者56,244人のうち49,937人、率にして約88.8%（H27年度）

の方が程度の軽重はあるものの認知症の状態にあり、認知症の方々を支えていく体制の整備を急ぐ必要があります。

県としましても、これらの課題を踏まえ、老人福祉施設の整備や在宅医療・介護連携、認知症対策の充実、介護人材の確保など各種施策に取り組んでおります。

**質問 3. 沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センターが開設されて1年が経過致しましたが今後の課題、方針などについてお聞かせ下さい。**

沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センターは、相談センターを中心とした連携型であり、相談受付時間は、平成27年10月から土曜日を追加し、祝祭日を除いた月曜から土曜までの午前9時から午後5時までとなっております。

平成28年度は、24時間365日対応可能な病院拠点型センターへの移行を目指して、基本構想の策定や実施設計を行うこととしております。

今後は、相談支援員や医師等の人材確保が重要な課題であると考えており、要請研修の開催や関係機関との連携強化を図ってまいります。

**質問 4. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせ下さい。**

性暴力被害者の支援において、被害者の健康回復、被害の拡大防止、犯罪事実の一部の特定に係る産婦人科医療の役割が極めて重要となります。

今後、病院拠点型センターへ移行する上で、協力医師の確保が必要となることから、これらを進めるにあたっては、医師会との連携が重要と考えておりますので、今後とも御協力をお願いいたします。

また、高齢者施策においては、市町村が実施する「在宅医療・介護連携推進事業」の支援や県全体での総合調整などを目的に、「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業」を、今年度から県医師会に委託して取り組んでおります。

加えて、「認知症サポート医フォローアップ研修」を、今年度から県医師会に委託して実施する予定にしております。

県としましては、在宅医療・介護連携推進事業や認知症施策などをさらに推進してまいりたいと考えておりますので、今後とも御支援・御協力をお願いいたします。

**質問 5. 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。**

健康法と言うほどのものではありませんが、食べ過ぎ、飲み過ぎないよう意識するとともに、体調管理の習慣として毎日、最低1回は体重計に乗って、変化がないか、確認しています。

また、40代後半から体力の衰えを感じ、ストレス解消も兼ねて週2、3回程度のジョギングをやっています。また、常時万歩計を携帯して、出来るだけ歩くことを心掛けています。

趣味は、読書ですが、特にジャンルにこだわりはないです。それと、子どもの頃からの習慣なのですが、スーパーマーケットでの買い物は、楽しみながらやっています。なので、物価の変動には敏感ですね。

好きな言葉は、「初心忘るべからず」ですね。驕ることなく、慢心せずに謙虚な気持ちで居続けたいと思っています。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 本竹 秀光

## 「はたちの献血キャンペーン」に因んで



沖縄県立八重山病院 副院長 玉城 和光

まれな血液型と聞いて、皆様は何を思い浮かべるでしょうか。おそらく、ほとんどの方がRh マイナス型を思い浮かべるのではないのでしょうか。日本人におけるRh マイナス型の検出頻度は約200人に1人、0.5%です。血液センターでは「まれな血液型」をI群とII群に分けて管理しています。I群は適合率が0.01%以下、それ以外をII群としています。意外かもしれませんが、Rh マイナス型は「まれな血液型」の中に入っておりません。その理由は、献血された方全員について検査しているため、輸血の際に困難をきたすことが少ないからだそうです。しかし、私のいる石垣島のように離島で、しかも血液の備蓄基地である血液センターがない所では、Rh マイナス型の輸血が必要な時に、その血液を確保することが困難な場合が生じます。これから語られるのは、八重山医療圏の中核病院である沖縄県立八重山病院（以下八重山病院）におけるRh マイナス型血液の緊急確保体制構築の物語です。皆様が、この物語を通して、「愛」の献血、「助け合い」の献血、「支え合い」の献血とこれまで表現されてきた献血の意義について、認識を新たにしていなければ嬉しい限りです。

ある日の八重山病院の救急室。時間も深夜0時にさしかかる頃、60代女性が搬送されてきました。大量の下血を繰り返し、さらに血圧も低下し、ショック状態に陥ります。緊急の輸血が必要です。救急当直医は血液型を調べ、O型・Rh マイナスとわかり唖然となります。島内にRh マイナスの血液がないのです。夜中に血液を自衛隊機で緊急搬送してもらうこともで

きません。救急当直医は消化器内科の医師を緊急コールし、何とか止血してもらうようお願いします。消化器内科医はAB型・Rh マイナスの新鮮凍結血漿が備蓄されていることを知っていて、機転を利かし、緊急でそれを輸血、血圧を上げます。そして、すぐさま大腸カメラを施行し、止血に成功します。輸血もままならぬ状況で、もし止血できずに手術となると患者は死ぬかもしれない。必死で止血処置を行ったそうです。間もなく夜も明け、第1便で血液は届き、赤血球輸血に辿り着けました。間もなく患者は元気に退院となります。しかし、患者の不安は消えません。当然です。もし、次に夜中出血して、それを止めきれなかったら、自分は死ぬかもしれないからです。

そこで、八重山病院の輸血療法委員会が動き出します。石垣島内に住むRh マイナス型の住民に呼びかけ、緊急で血液が必要な時に、何時でも呼び出して、献血に協力してもらう体制を作ろうという計画を立てます。理論上、人口の約0.5%がRh マイナス型を持っているので、石垣島には約240人いるはずですが、この方々に呼びかけ、緊急献血の同意を得て、登録し、八重山病院検査室で管理するというものです。新聞社と地元テレビ局を招いて、八重山地区医師会長と私が、Rh マイナス型献血登録の必要性について、患者ご夫婦と会談する模様を公開し、紙上とテレビを通してのキャンペーンを張りました。有り難いことに直ぐに問い合わせが相次ぎ、登録も順調に運んでいます。これでRh マイナス型の方々が、何時でも必要な時に輸血を受けられる体制が整っていくでしょう。八重山

郡民の「愛」、「助け合い」、「支え合い」の心にただただ頭が下がる思いです。

Rh マイナス型や「まれな血液型」の方々は輸血が必要な時、同じ型の者同志で助け合わなければなりません。特に Rh マイナス型の献血者の血液は Rh プラス型の患者にも輸血可能であり、Rh マイナス型の患者だけでなく、より多くの方々を救うことができます。全血 400ml ならば、男性であれば 12 週 (3 か月) 間隔、女性であれば 16 週 (4 か月) 間隔で献血が可

能です。より多くの Rh マイナス型の方々が献血すれば、さらに多くその倍、いやそれ以上の患者を救うことができます。今後、血液センターには「はたちの献血キャンペーン」だけでなく、「はたちの Rh マイナス献血キャンペーン」と銘打っての広報も展開してもらい、多くの Rh マイナス型の方々が年に 3～4 回の複数回献血が当たり前の世の中にしてほしいと、離島にいる私は想いを強くする次第です。

## 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。

# 新春 干支 随筆



## 老医五省

小禄病院  
金城 國昭

今年、丁酉、干支男である。干支を七巡して齢 84 歳となった。

諺に、“歲月人を待たず”とあるが月日の経つこの早さに今更ながら戸惑っている。

昭和 20 年県立一中入学式直前の 4 月 1 日米軍沖縄本島に上陸、艦砲弾で校舎は壊滅し、白線帽を被り王都首里の町を闊歩すると意気込んでいた夢はあえなく消えた。戦時中は本部半島伊豆味の山中に避難、日米両軍の激しい戦闘に巻き込まれ砲煙弾雨の中を逃げ惑い奇跡的に家族全員生き延びた。天佑神助という他はない。

戦後は、石川高校、沖縄外語本科を経て、契約学生として昭和 25 年金沢大学に入学、北陸の学都、加賀百万石の城下町で充実した学生生活を送った。

卒業後帰郷して、琉球政府公務員医師（警察司法医学医官）として 4 年間の義務を果たし、次いで沖縄赤十字病院産婦人科で U 部長の指導を受け、小禄鏡原で開業、約 20 年間診療に奮闘した。

還暦を前に、体力の限界を感じ閉院、その後老健施設に約 20 年間勤め、現在小禄病院で主として近隣老人ホームの訪問診療を担当している。医師となって 60 年大過なく職責を果たすことが出来たのは、多くの方々のご指導、ご助力のお蔭であり、感謝の念でいっぱいである。臨床医の傍ら長年警察嘱託医として検案業務にも従事している。これまで警察嘱託医会は警察本部に事務局を置き独自の組織として活動していたが、昨年 9 月から新たに県医師会警察医会として発足した。検案は特別な場合を除き医師のみができる行為であり、医師の重要な職務である。今後多くの先生方がその重要性を認識され、積極的に警察医活動に参加されることをお

願いたい。

以上私の履歴を綴ってみたが、これまでの道のりは必ずしも順風満帆であった訳でなく、かなり難儀もしたし窮地にたたされたこともしばしばあったが、“人事を尽くして天命を待つ”を信条として、それなりに努力、どうにか難局を乗り越えてきた。

何度か病も患ったが、職場健診や定期検診をまめに受けていたので、幸いにも早期発見、早期治療で克服することができた。治療して頂いた優秀な主治医諸先生方に改めて厚くお礼を申し上げたい。

家康公は“人の一生は重荷を負うて遠き道を行くが如し”と云っているが、平穩無事な一生を過ごせる人は稀ではないだろうか。

さて、これからの与生（余生ではない）をどう生きるかである。

できれば、日々是好日で元気で過ごしたい。よく抗加齢（antiaging）というが、私はむしろ加齢に上手に適応し（adaptaging）、役割を持って活動し（activeaging）趣味や人々との交流を楽しみ（enjoyaging）少しでも人様の役立つような仕事をするのが健康長寿に繋がると思う。これらを実行する為に、日々の生活の指針として、数年前、「老医五省」を作って賀状に書いたところ、数名の友人から賛同の声があった。これは、旧海軍兵学校の五省（至誠、気力、言行、努力、不精）に倣ったものである。

### 「老医五省」

1. 整容に乱れなかりしか
2. 気力に欠くるなかりしか
3. 養生に抜かるなかりしか
4. 怠情に互るなかりしか
5. 言行に恥ずるなかりしか

サムエル・ウルマンの青春の詩に「人は年を重ねるだけで老いない。希望を持つ限り 80 歳であろうとその人は青春にして巳む」とあるが、これからも上記五省を旨として体力、気力、脳力の続く限り“生涯現役”にチャレンジしたい。

皆様方どうぞ良いお年をお迎え下さい。



## 八十年余を生きてみて

城間医院  
城間 政州

いつの間にか八十才をとうに越してしまった。我ながらよくもこんなに長生きしたものだと思う。でも八十年余もこの地上に生きてきた実感はない。何だか損したような得したような妙な気持ちだ。

これまで色々な人やものに支えられて生きてきた。今の私にとって「おかげ様で」「ありがとう」が最もふさわしい言葉である。色々にご迷惑もかけている。せっかくのチャンスを活かさきれなかったりラッキーだったり、私のDNAに刻まれている器量からして自分相応の人生で、それ程の悔いはない。むしろ恵まれていた。

七十台半ば過ぎる頃からとみに老いを気にするようになった。足が弱くなった、ズボンをはくわずかな時も片足で立てないでよろける。頭もいけない、もの忘れがひどい。特に思い出すのが苦手だ。患者さんと話してある言葉が出てこない。向うが「…ではないですか」と助け船を出してくれる。「そうそれなんだ」と教えられ主治医として全く面目ない。大きい声では言えないが精神科医としてまことに粗末だ。

このように自分のまわりには老いを感じることはいっぱいある。人にとって老いは自然の過程であり生命（いのち）に課せられた宿命（さだめ）でもある。

この先、老いをどうやって生きるのか、見て見ぬ振りするのか、ごまかすのか、或いはそのまま受け入れるのか自分でもよく分らない。しかしこの年にもなると自分の体をいたわりながら、弱い頭や体をだましまし、ずるく世の中を渡るすべも身についてきた。我ながらいい加減なものだ。

又、老いは別れの季節でもある。私達は死に際して全てのものから別れなければならない。

愛するものから、まだ来なかった幸せから、いつかどこかで出会うであろう人から、自分を待ち伏せていた苦悩から、明日とあさっての全ての可能性から、そして自分自身との別れでもある。この別れというものが一番つらい。

いつか理論物理学者フリョフ・カプラ教授とベネディクト会修道士デーヴィッド・ステンドルーラスト師が対談していたが、この宇宙は everlasting change (無常) と interdependence (相互依存、縁) の原理で動いていると話していた。私達も大宇宙に還るのだろうか。

私達は自分一人で生きてこれたのではない。

他者（自分以外のもの）のおかげでこれまで生きてきている。他者との縁、つながりを忘れてはなるまい。愛という言葉もある。「たとい御使いの立派な言葉や行為もそこに愛がこめられていなければ…」というパウロ（コリント前書 13）の言葉に若い時に出合って身震いしたことがある。

この頃では徒然草の「日暮れ塗（みち）遠し、我が生すでに蹉跎たり」の文句がよく思い浮ぶ。しかし兼好法師はストイックでせっかちな所がある。それより金子兜太の「春落日、しかし日暮れを急がない」の句にくみしたい。

いつか明石家さんま君が「生まれてきただけでも丸儲けよ」と言っていたが、至言だと思う。「生きて行くことに喜びを見い出していく」というニーチェの「生の哲学」(Lebensphilosophie) にも連なりそうであれしくなった。

さて自分に残されたこの地上での時間はどれ位あるのだろう。それまでは道元のいう「今ここ」の考えにすがろうと思う。つまり今自分にできる、自分で納得のいく、自分が好きなことをやってみよう。すると人生のフィナーレの所で自分に満足し自分が愛するものを胸に抱きながら私の意識はフェードアウトして行くのだろう。もっとロマンチックに言うと、私を構成していた諸要素は数知れない原子となって大宇宙に拡散し、 everlasting change と interdependence の原理でもって大宇宙の運行に参加して行くのだろう。キザな言葉で言うと、あの夜空に輝く星々になるのだろうか。八十年

余生きてみて、この頃このようなことを考えるようになった。

お正月早々、終活的な、エンディングめいた固いことを書いて大変失礼しました。ご容赦下さい。ともあれ、今年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。



### 私の数え八十五年

伊地 柴敏

昭和8年8月19日、この日が誕生日であります。

軍閥の台頭著しく昭和6年満州事変を勃発させ大陸進出を夢見たのでしょうか。中国東北部を制圧し満州国を樹立させた為に世界の列強から総反撃を喰うなど大いなるヒンシュクを買ったのでした。

即撤退を申し渡されたのであります。列強は一步もゆずらず日本は只孤立無援の状態であったと言われて居ります。当時の国際連盟総会に出席していた日本の全権大使松岡洋石は事態を大いなる不服とし、我慢ならぬとばかりに連盟脱退を勇ましく堂々と宣言して会場を退室したのであります。今から考えるとあの時日本がもう少し我慢忍耐して列強に頭を下げ今後10年は静かにするから満州からの撤退だけは許してくれないかと懇願することが出来なかったのか。もしそれが出来たならば現今の世界は変わった別のものになっていたのかも知れないのだからあゝ残念であります。

一方社会面では甲子園の中等学校野球大会での中京商業対明石中学の延長25回準決勝戦が行われた日が8月19日でありました。

私の85年はこれと言った業績も実績もありません。事件、事故もなく只平々凡々と日月を重ねて居たらこの年になっていたというのであります。折角の機会でありますので少しだけ書

かせていただきます。

昭和33年5月ようやく国家試験をすませた私は琉球政府の命により早速帰郷致しました。昭和33年当時の国試の事を少しだけ書きます。東京関係の受験者は神田の専修大学の講堂に集められ1日目は筆記試験、2日目は口答試験でした。最後尾の組に入れられ前の組から順次試験官室へ誘導されますが、自分の番が来るまでは何んともいやな時間で不安と焦燥余り気持ちの悪いものではありませんでした。学生時代東京の学徒援護会に顔を出す度に、落第すると即強制送還になるぞと嚇され決して気持ちの良いものではなかったからでありました。当時大学は予科（教養学部の医進コース）と本科（医学専門部）に分かれていて上に上がる時は改めて入学試験が実施されていましてので予科教養科時代は正に暗黒時代であったと言えます。いつでもあのいやな4文字が浮かび上がってくるのです。国試の時もこの4文字がついて廻っていたもので困った人生でありました。

国試も無事すませ、久しぶりに安心して居たら今度は琉球政府からの指令で即帰国（郷）せよとの命令でありました。同期生23名中18名が命に従ってすぐ帰国致しました。正直真面目であったと思います。帰国しない残りの5名は大学院への転進組か病気休養中の方でありました。「米軍政府は医学部終了者はすぐ帰国させよ」と言い、「インターン及び国試は琉球政府に於て執行して同政府発行の医師免許証を与えよ」との指令があったと言います。この事を聞いた時の沖縄医師会長大宜見朝計先生や稲福全志副会長先生方はこれ一大事とばかり軍政府に参上、インターンと国試だけは今まで通り日本政府で施行してから帰国させて頂きたいと懇願したと聞いて居ります。（故前原信勝先生から聞いています。）今日まで日本医師免許をいただいて今日に至って居るのであります。琉球政府発行の医師免許証は昭和30年からずっとそのまま発行され沖縄が日本復帰が叶った1972年5月14日まで有効で琉球医療界に君臨しました。

私も3年半の八重山病院での義務勤務を切り上げ琉球政府立那覇病院へ帰って来ました。(1961年)

琉球政府立那覇病院では結核外科、救急外科、内科等が盛んに行なわれていました。全麻はエーテル、伝達麻酔はペルカミンによる腰麻が主流で副作用やアクシデントも少なくはありませんでした。その頃東京大学医学部では外科より独立した麻酔科に山村秀夫先生が日本初の主任教授に就任されて居られました。早速先生をお招きして笑気による低浅度麻酔と筋しかん剤の併用麻酔法を教示していただきました。又伝達麻酔法もペルカミン腰麻より硬膜外麻酔法への転換が進められていました。整形外科の山田之朗先生が中心となりこの手法の練達に懸命でありました。その仲間に私も入れてもらいました。奈良医大の恩地裕教授の同麻酔法手技書を求めこれを手本と致しました。院内では各主治医を説得して次々に穿刺とチュウピング法を施行致しました。外科、整形外科、婦人科、泌尿器科の先生方をお願いして試用をさせていただきました。幸いにもアクシデントもなく順調に施行させていただいた様でありました。私は100例の症例を集めましたので琉球医学会にまとめて発表させていただきました。するとすぐフロアから質問がありました。もし硬膜内腔へ薬液が注入された場合の症状と対処法についてでありました。さあ大変な事になりました。私は全く経験がありません、困りました。仕方ありませんので気管内挿管をして気道を確保して一般的処置をして下さいと言ってその場をつくろって降りて来ましたが、そんな重要な事をよく調べないで発表することは如何がなものかとおしかりをいただいたのであります。現今ではこの麻酔手技は日常茶飯事ではありますが当時は物めずらしさもあり得意になり適用外の症例にも手を出し泌尿器科の先生に大変なご迷惑をお掛けしました。手術は側臥位にて行われるものがありますので途中で麻酔が切れるのは解って居りましたがチュウピングしてあるから追加注入すれば何とかなのではないかと考えて施行して見たのです。案の定途中から痛み出しました。

薬液を注入するも全く効き目はもうありません。側臥位で手術するのですから当然であります。すぐ全麻に切り替えて手術は終了する事が出来ました。この症例は主治医のT.S.先生に大変なご心配をおかけしました。後年T.S.先生にお会いする機会が、ある会合でありました。主治医で執刀医であられたT.S.先生にその時の事を申し上げたらにこりと笑って「そういう事もあったかな」と言われて笑って許して下さいました。全く無茶なことをしたと思って居ります。申し訳ありませんでした。

後年は琉大解剖学教室に拘わる事でお世話になります。献体組織に入会するとすぐ副会長になれと言われました。上には会長が居られるので私には大きな責任のある大した仕事もないだろうと簡単に考えて引き受けたのでありました。ところがどうしてどうして大変な役目を背負うことになるのです。でいご会(琉球大学医学部献体組織)は毎年5月に総会を催すことになっています。その時に医学部長大鶴正満先生にお会いすることが出来ました。3回目かの総会の折に先生のお話を聞くことができました。歩きながら慰霊塔の建つ前に来た時、この塔の文言は全部自分が揮毫したものだ、納骨堂前庭の黄金ガジュマルも植えたと言われ、最後に言われた言葉が最重要の言葉でありました、曰く「西銘知事から医学部に戴いた1億円の内から2,500万円はでいご会へのお金である。何か後年役立つことがあるだろうその時に使いなさい」と言われました。そう受取れました。私は聞かないふりをして余り立ち入って聞こうとはしませんでした。「さわらぬ神にはたたりなし」を決めこんでいました。先生はこの男(私)に大した事は出来ない者であるなど思われたに違いありません。その後この話は2度と全く出てこなかったのであります。それから20数年を経て、このでいご会に起った難事態の助け舟となってくれたのであります。

その時までには献体収集運動はもう限界に来てこれ以上の収集は見込めないのです。新たな方策はないものかと模索して居りました。本学の献体不足は開校早々からでありました。当時は

講義用に使用する教材用献体も不足困窮してしまいました。

この窮状を見かねた東京のある私立医大（東京医科大学）より支援の申し出があったのであります。その大学の献体組織（東寿会）の会長、理事長自らが会員30数人と共に沖縄へ送られ解剖に附されたのであります。それでもって初期の危期は何とか凌ぐことが出来ました。沖縄という地は祖先崇拜の思想が強く、献体という行為は非常に困難を極めるのであります。各市町村を廻りその収拾に奔走するのであります。至難の業でありました。現石田教授はそれでも文句も言われず、もくもくと頑張っただけで居られました。市町村や集会場では訪問しますと面倒がられ「早く帰ってくれ」と言われんばかり哀しく辛い仕事でありました。この現状は何とかしなければならんと考える様になり、他の方法を模索思案しきりでありました。その時頭の中をよぎりました。そうだ献体者の「刻銘碑」を作り建立すれば献体運動に活が入るのではないかと思いついたのです。この事を同僚役員に相談しました。そうだそれだ、すぐやろうではないかと即座に同意を得たのでした。それからが大変なことであります。建立資金はどうするか何もしたこともない出来ないし募金をするにしても容易なことではありません。お涙頂戴はもう通用しません。その時ふと頭をよぎったのはあの医学部長の大鶴先生が耳元で話して下さった「言葉」県よりいただいた資金のことでした。しかし今それがどこに行ってしまったのか全く解らない。大学の事務局からは全く情報はありません。もし有ったにしてもその後の総会費等に使いつくしたのではないか、と思われたのであります。それでも計画はどんどん進めました。全く無茶な計画で何とか出来るだろうと言う安易な考えで沖縄流「なんくるないさ」的手法でありました。約半年以上もかけて趣意書なるものをやっとの思いで書き上げ1年目の総会に提出して承認を得る事が出来ました。その後になってからようやく大学事務局から出所不明のお金2,500万円があると言ってきたのでした。私にはすぐ理解出来ました。以前に大鶴先

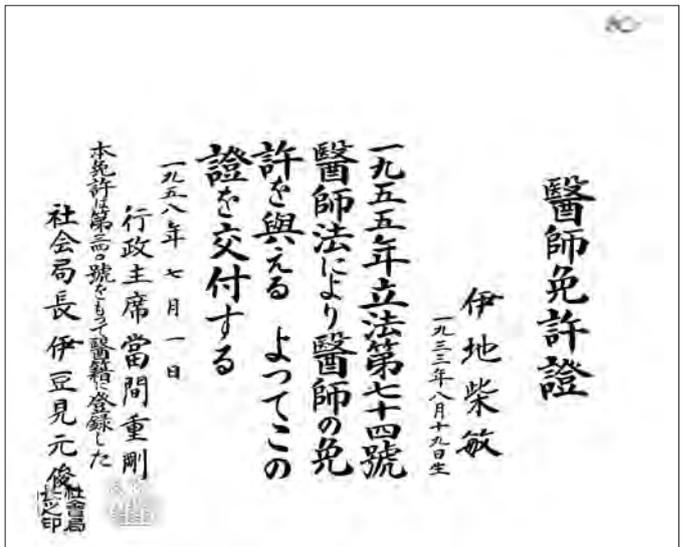
生が話しておられたあのお金であることに気付きました。事務局では全く出所不明のお金であると強調していました。もしこのお金が出てこなかったら私はどうなって居たのだろうか、全く無茶な事を計画をしたものだと思います。反省しきりです。この時点ででいご役員の方々も初めて笑顔になり喜んだものであります。私も命拾いをした思いで心の中で「大鶴先生有難う」と叫びたい気持ちでありました。

募金は全沖縄医師会員及びその職員、歯科医師会員の先生方にも呼びかけました。更に公務員医師会員、琉大病院医師会員、国療沖縄病院、那覇市立病院医師会への呼びかけもしました。そして二つの新聞社にも。募金も何とか順調？に集まりました。感謝の一字であります。医師会の皆様方に厚く厚く御礼を申し上げます。募金額は次の通りであります。

沖縄県医師会及び歯科医師会関係	400万円余り
でいご会への寄付金関係及び積立金	200万円余り
沖縄県からの寄附金	2,500万円
総計	3,100万円余り

碑の落成直後から「でいご会」への入会者も倍増し大学での必要献体を完全確保することが出来るまでになったのであります。これからもこの状態が長く続きます事を祈るばかりであります。

本当に有難うございました。





**Blue zone**  
**(世界健康長寿地域)**  
 沖縄長寿科学研究センター  
 琉球大学名誉教授  
 鈴木 信

長寿とは寿ほぐべき長命を意味する言葉で、介護されて命を保っている要介護長命は長寿の範疇には入らない。したがって「長寿対策」という言葉は常識ではありえないはずであるが、政府には長寿対策という言葉があったり、役所に行くと長寿対策課があったりするの奇妙である。

本来「ピンピンコロリ」と言われる身体的精神的健康長寿、さらには社会的健康を目指した成功長寿、ひいては魂的健康をまで含めた傑出長寿が最も望ましい長寿と言える。ところで沖縄では過去の壮烈極まりない地上戦やソテツ地獄と言われているようなとてつもない飢餓等、厳しい試練を乗り越えてきたにも関わらず、世界一とさえ目される独特な長寿地域を達成できた。私は釣鐘のような打たれれば打たれるほどに響きわたるを表現する言葉である英語のresilient「レシリエント」を取り上げ「打たれ強い長寿」を提案したい。

わたくしは琉大・沖国大時代から、現在にいたる過去40年間にわたる健康百寿者の縦断調査研究から「百歳の科学」「百歳と語る」「沖縄健康の生き方」「沖縄プログラム」等を出版し、さらに沖縄スタイルの「沖縄体験セミナー」を本部半島で企画展開した結果、有難いことに全世界からの研究者、マスコミのリポーターが今尚殺到しているのが現状である。

沖縄はイタリアのサルディニア、米国のローマリンダと共に世界有数の健康長寿地域(Blue Zone)に指定されている。本年の3月2日から3日にはカルフォルニアのローマリンダ大学にて第44回世界健康長寿地域(Blue Zone)国際会議が開かれ、私が特別基調講演をすることになっている。7月2日には105歳になる超百寿者の日野原重明先生を沖縄に迎えて、「新

老人の会」沖縄支部創立第8周年フォーラムを予定し、その準備におおわらわになっている。

私は満83才を迎えたが、沖縄セントラル病院での日々の診察、さらに、「新老人の会」、沖縄欧州文化交流協会、沖縄ジョン万次郎会、ペースメーカー友の会、オキナワハート友の会等々で患者と共に生き、沖縄の友と共に励む毎日。それらをネガティブストレスとして避けるようにするか、あるいはポジティブストレスとして生き甲斐を持って生きぬくかは心のもち方、つまり“魂の健康”次第ということになる。生き甲斐は必ずしもそんなに大それたものだけには限らない。例えば孫の子守りのような日常のささやかなことであってもそれが世の為人の為になり、しかも自分だけにしかできないことであればそれが天から授かった役割天命であり、それがまさに・天職(mission)というものであろう。それによって世の中から尊敬される人であるようなものが生き甲斐となる。誰もこうした生き甲斐を持ち続けることが打たれ強い長寿の最大の鍵であろうと考えている。



**ただ去り行くのみ**

新里眼科医院  
 新里 越郎

昭和20年1月15日、戦争末期の、現在の国立公園ヤンバル生まれ、現在齢71歳。すぐに72歳である。東京医科大学6年間の勉学、10年間、恩師松尾治巨教授のもとでの大学病院医局での研修。研究の主たるテーマは(視野と緑内障)であった。それで学位をもらった。都合16年間での東京生活。その間、1年間は新潟県長岡市の立川総合病院への出張があった。有意義で楽しい出張であった。出張中、東京での医事紛争の裁判で東京地裁に証人として出掛けた事もあった。

昭和 55 年 4 月、東京より帰沖。その時から久茂地にて親父の代を含めて現在まで 57 年間、町医者として患者さんを診察してきた。医局をやめる理由は、(親父の健康が悪く余命いくばくか?というこゝろで、やむを得ず実家に戻らなくてはいけない!)という教授が首を横に振れない口上である。

さて診療をはじめてから印象に残ったのは、前房が浅く、隅角が狭い緑内障の患者さんが多いことである。とくに発作を起こす急性閉塞隅角緑内障が多い!シバシバ頭痛、眼痛、吐き気、嘔吐、虹視、視力障害、充血などの自覚症状で受診する。特に女性が多い。中には眼科の病気とは思わず、内科などを受診しており手遅れ!という方もみられる。その方々は緊急の手術が必要なので、その時代まだ体制のととのっていなかった琉球大学附属病院に紹介していたのだが、その後、複数の患者さんが戻ってきたので怪訝に思いながら診察すると再発作を起こしているのだ。これでは示しが見つからないという事で、昭和 58 年にアルゴンレーザー光線を利用した手術装置を購入した。この治療法の特徴は入院する必要がないということである。あまりにも高価なので清水の舞台から飛び降りる心境であった!!以下使用経験を発表した。

- (1) まず第 63 回沖縄県医師会医学会総会(昭和 59 年 6 月 13 日)では(アルゴンレーザー虹彩切開術の経験)のテーマで発表した。新里幸徳との共同発表である。その原著は沖縄医学会雑誌第 23 巻第 1 号(1986 年 3 月 31 日発行)に掲載されている。
- (2) その治療成績を第一回沖縄眼科集談会で発表した。昭和 59 年 12 月 8 日開催。宮城勇先生との共同発表である。テーマは(原発慢性閉塞隅角緑内障に対するレーザー虹彩切開術の経験)。その原著は眼科臨床医報代 80 巻、第 3 号(昭和 61 年 3 月号)に掲載された。
- (3) その後第 13 回眼科集談会で(昭和 62 年 11 月 28 日開催)で(アルゴンレーザーイ

リドトミーを行った閉塞隅角緑内障の中期における眼圧予後について)というテーマで発表した。外間英男、石川秀夫両先生との共同発表である。その原著は眼科臨床医報第 82 巻第 12 号に掲載されている。

というわけで、帰沖してからもっばら緑内障を主たる治療対象、小生のライフワークともいべき疾患である。日本緑内障学会にも 700 番台と比較的早い時期に入会しており、そこでの緑内障専門医の発表論文や資料などから多くの事を勉強し日頃の臨床に活かしてきてはや数十年が過ぎてきた。

1998 年、琉球大学医学部眼科教室に新潟大学医学部から澤口昭一先生が教授として赴任してきた。若々しいさわやかな新進気鋭の緑内障の専門医で小生のライフワークに計り知れないほどの刺激を与えてくれた。日本緑内障学会主催で、久米島スタヂーという緑内障の疫学調査は指導的な立場で調査されてきた。調査結果で一番印象的な内容は沖縄県民に閉塞隅角緑内障が他府県に比較してかなり多いという結果である。この研究結果は小生が帰沖してから感じている閉塞緑内障が多いということ疫学的に証明してくれたことである。

次は医師会活動について。月日は忘れたが小生は学童検診で小禄中学校に出掛けた事が有る。偶然にも校長は親泊元盛先生であった。声をかけてきたのは親泊先生のほうからで、赤面の至りであった。恩師の顔を忘れるとは恥ずかしい!親泊先生は小生が那覇中学校に通学していたときの担任で恩師であった。その小禄中学校の学校医はあの長嶺信夫先生であった。その縁があって那覇市医師会の広報委員会に属するようになった。そのときの広報担当理事が長嶺信夫先生であったのだ。

41 歳のある日、午後の診察中、稲福全三那覇市医師会会長から電話がかかってきた。医師会の執行部に入って欲しいとの内容である。しかしあまりにも若すぎて経験不足であるとのことでお断りした。突然の申し出にビックリ

したが断ったのでこれでケリをつけたつもりであった。小生がケリをつけたつもりでそのことに関して忘れかけた頃、稲福会長から二度目の電話がかかってきた。波状攻撃をかけてきたのだ。その時はヒマな時間で、30分以上もコンコンと説得させられてしまった。まるで宗教の折伏ではないか。生来単純な性格の小生はダンダンその気になって自分でも出来そうな錯覚に落ちいつてきたのである。しかしその時、理性の声（何を考えている。お前では無理だ。ちゃんと断んなさい。身の程をわきまえよ?!）（それではやむを得ませんのでお引き受けします）と答えようとしたが踏みとどまり、二度目の丁重なお断りを申しあげました。しかしその翌日の朝、三度目の電話がかかってきたのである。こうなると断るわけにはいかない。稲福会長は人たらしの名人、名人である。まさにリーダーにふさわしい能力である。その後、2年8ヶ月にわたり那覇市医師会の広報担当理事を経験した。

その後、2000年4月から二度目のおつとめということで当山護執行部の常任理事に就任しました。様々な解決すべき課題を苦労しながら同時平行して処理していった。会長や副会長は八面六臂の活躍でまるでスーパーマンである。小生はクタクタの体であった。当山会長はスーパーマンかモンスターか!?

最後に医師会活動の記憶を羅列します。沖縄県医師会報の表紙写真を13回掲載しました。そのうち5回は水中写真です。また原稿は18回掲載されています。また那覇市医師会報の表紙写真を8回掲載しました。原稿の掲載は約40回でした。齢72歳になろうとしている現在、小生が生きてきた足跡が残されてきているということになります。小生がボケの年代にはいつつつある現在、これらの文書を読み返す事により記憶が蘇り、脳の機能をすこし活性化するのに役に立ち、すこしでも認知を遅らせる効果があるのではないかと。またいつ突然死するかもしれないという可能性、不安はぬぐいきれないのです。平成28年12月30日、57年間の新里眼

科医院の歴史に幕を降ろし閉院しました。老人はただ去り行くのみ!!

未来の希望は孫たちに期待して!! 筆を置きます。

### 認知症 JR 事故に対する私見

介護老人保健施設エメロードてだこ苑  
渡久山 博美

超高齢化の伸展に伴い、認知症トラブルが増加している。ここに至るまで家族、社会に貢献し、老後は趣味と好奇心を生かして心豊かで、パッピーに満ちた日々であるはずなのに。かつて人間は老いる前に生涯を閉じ黄泉の国へと旅立っていった。今では年をとってから長生きするのである。衛生思想の向上、図書、マスコミから得る医学、介護知識の高まり、医学、介護技術の発展を背景に。60年ほど前、島での還暦祝いは、3日3晩親族をはじめ隣近所の方々が集い、豚、牛、馬、山羊を潰しそれは、それは盛大でした。今日の米寿祝いにも匹敵するものと思われまます。当時の平均年齢は55歳くらいでしたでしょうか? (間違いならご海容の程)。何しろ一大イベントでした。超高齢社会は、悦び尊いことですが、同時に、ガン、呼吸循環系、神経系疾患等、多重複合疾患が増えることは心身の老化と共に避け難い問題です。その中に、認知症(認知障害)が潜む。時間、場所、人物誤認、中核、周辺症状を根底にアルツハイマー型、レビー小体型、脳血管障害性、ピック病等は、姿を変え、症状は進んでいく。トラブルを起こす頻度と共に、認知症を介護する家族、施設は全知全能、人知の限りを尽くして手厚い介護を行うも事故、事件は発生、防げないこともある。今回の徘徊列車事故もしかりである。最高裁の判決要旨は以下の通りです。

妻も長男も法令上の監督義務に当たらない。もっとも、法廷の監督義務に該当しない者でも責任無能力者との身分関係や日常生活の接触状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けて責任無能力者の監督を現に行い、その態様が単なる事実上の監督を超えているなど、監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情が認められる場合は、衡平の見地から法廷の監督義務を負う者と同視し、その者に民法714条に基づき損害賠償責任を問うことができるとするのが相当である。

当該判決によると、誰しも。監督責任者になるのを拒むのではなからうか？認知症は誰にでも起こりうる、他人事ではない。明日は、我が身やも知れぬ。監督責任者を決めその個人に責任を負わせるのは酷な話ではないだろうか？社会全体で認知症を見守る、自助、他助、共助、公助の精神更には涵養性が必須である。民間保険の創設も選択肢のひとつであろう。

How people learn more of senile dementia?  
What would you do different?



**昭和二十年  
収容所生まれ**

若水クリニック  
金城 勇徳

私は昭和20年10月、羽地村仲尾次の収容所生まれ。昨年10月に満71才になりました。大学を卒業して医師の修業もして、沖縄に帰ったときは34才でした。琉球大学医学部第一内科、北部地区医師会病院の勤務を経て平成4年に開業してからも24年が経ちました。平成11年に父が84才で永眠。平成17年に母が86才で亡くなったとき、私は60才でした。とうとうわが家の家長になりましたが、自分はまだまだ若いと自信を持っていました。

名護がなつかしく、宇茂佐の浜に通って魚釣りをしました。魚がよく釣れる夏休みに家族で行くのが年中行事でしたが、太陽と白砂の暑熱にだんだん耐えられなくなって、5月か9月に変更。それでも平成25年5月に行ったときは、ビニールテントの下にいる時間が長くなり、体力の低下を感じました。みんなでユダイガーラなどを20匹以上釣り上げましたが、それ以後はとうとう宇茂佐の浜には行かなくなりました。

4、5年程前から300メートルくらい歩くと、右足が痺れ、膝の力が抜けるようになりました。平成15年にギランバレー症候群にかかったもので、その後遺症と思っています。しかし、太腿が細くなり体重も減りました。腕の筋肉もずいぶん減っており、明らかに加齢と運動不足によるサルコペニア、ロコモが進んでいます。

平成27年11月に長崎大学の昭和45年卒同期生の古希記念文集が届きました。教授になった学友たち、地域医療に頑張っている学友がたくさんいて心強く思いました。写真を見ると、面影を残しつつもそれぞれが年令を重ねていました。また年相応の病いにかかっている学友もいます。冠動脈にステントを入れた人、糖尿病と戦いながらゴルフに打ち込む学友、クモ膜下出血後の片マヒでリハビリに通う学友、腰痛で悩む学友もいました。すでに亡くなった学友もいます。

沖縄の先人たちの言葉に「トゥシヨーイ、チチヨーイ、フィーヨーイ」というのがあります。「年毎に体が弱っていったのが、月ごとに弱るようになり、とうとう日ごとに弱っていく」という意味です。高齢者の体力の低下を表した名言だと思います。

「これからの老い」(詫摩武俊著)という本には「心の健康な高齢期を迎えるために」の章で12の項目を挙げています。1、新しいことを習得するように努めること。2、移動能力を維持すること。3、人間に関心をもつこと。4、身边を清潔にこぎれいにしておくこと。5、いい仲間をもつこと。その他です。

パー爺さんのような長命には程遠くても、長生きはしたいものです。高齢者講習も終えて、運転免許証も更新しました。ゴールド免許で5年間だったのが、今回は4年期限の免許です。できれば県内各地をドライブして、魚釣りをしたいです。体を鍛えながら、あと3年は働くつもりです。大物のガーラを釣り、自分でさばいて伊万里の大皿に盛り、家族で大宴会をしたいと思っています。もちろん一斗甕の泡盛40年古酒も味わいながらです。

会員の皆様のご健勝をお祈り申し上げます。



### 西年に寄せて

医療法人 愛育会  
たから小児科医院  
高良 聡子

明けましておめでとうございます。今年は西年!! 私は6回目の西年で古稀を迎え、名実共に老人の仲間入りです。毎日乳幼児と接しているせいか、まだ若いつもりでいますが、さすがにここ数年は「おばあちゃん」と声をかけられると振り向くようになりました。大学を卒業して46年、小児科医になって44年、医院を開院して27年になりました。

還暦を迎えた時、老後のライフスタイルを考えました。仕事は65才までは頑張る、その後は好きなように仕事をする、そして好きな事を好きな時に出来る人生にしたいと…。

一つはピアノの稽古を始める事、二つ目は山歩きをする事、三つ目は海外旅行を楽しむ事、4つ目に筋トレとダイエットに励むことでした。

それから12年、この計画はどうなっているのでしょうか？

仕事は三年前より毎日30分短縮しましたがまだそのまま続けています。

(1) ピアノの稽古は念願通り60才から始めました。週一回1時間 A先生に教わっています。

義務で始めた訳ではないので毎日30分～1時間の練習は楽しく出来ました。中学時代にいつか弾きたいと思っていたショパンのノクターン第2番は2年目に弾くことができました。5年くらいでショパンやモーツァルト、R・クレイダーマン、ビートルズ、当時流行っていた涙そうそうや千の風になって等レパートリーも拡がりました。その後の5年間は目的意識が薄くなり、ピアノよりテレビを見る時間が長くなっています。A先生は、「この年齢ですからお稽古に来るだけで十分ですよ」と慰めてくれています。私もこれに乗じて、これからはのんびりゆっくりボケ防止に繋がるピアノにしたいと思っています。

(2) 山歩きについては、50才頃より「日本の百名山」を出来るだけ登りたいと考えていましたが、結局60才まで実現できませんでした。大学時代に登った谷川岳、常念岳、穂高岳等は苦勞して登ったぶんだけ未だに周りの景色や山小屋での思い出が浮かんできます。横浜にいた40代の頃は小学生の息子達を連れて夜行日帰りのバスツアーを楽しみました。職員旅行では浅間山、大雪山等の眺める山でした。今後の登山は諦め、今NHKで放映中の百名山シリーズをさだまさしのテーマソングと共に登山気分を楽しんでいます。

(3) の海外旅行については紙面の都合上割愛します。

(4) の筋トレについては開院して2年頃、近くにあった小さなジムで週に1～2回夜に筋トレをしました。1人だけでやっていた為長続きせずやめてしまいましたが、2年後に再び行ったらそのジムはなくなっていました。2001年ラブラドルレトリバーの子犬を飼い、ウォーキングを兼ねて犬の散歩をする事にしました。生後4ヶ月頃、日曜日に初散歩をしましたが、好奇心旺盛な我が家の犬はあちこち見て急に走り出したり、他の犬や老人を見て吠えるので数回で散歩はやめました。また、週1回のウォーキング会は予定通りに参加出来ず頓挫してしまいました。結局は1人で孤独に、しかも夜遅く歩

く事しか方法は残されていませんでしたが交通事故や通り魔事件等を心配してやめてしまいました。また食事制限では2Kg減量がやっとでした。そんな事で私のダイエット作戦はことごとく失敗しました。寄る年波でしょうか、何もせず私の体重は減少しています。これは老化現象で筋肉が落ちて皮膚がたるみ今度こそ「ヤバイ」と思い、なんとかしなくちゃと思っている今日この頃です。

これまでの状況から (1) ピアノは50%の達成、(2) 山歩きは30%、(3) 海外旅行は70%、(4) 筋トレは20%と自己評価しました。次の10年は…と考える前にこれからは日々出来ることを少しずつやっていきたいと思えます。



「酉年に因んで・パート2」

同仁病院  
池村 富士夫

あけまして、おめでとうございます。

この度、新春干支随筆の執筆を依頼されましたが、2005年に「酉年に因んで」を書かせていただきましたので、今回は、その続きの「酉年に因んで・パート2」にしてみます。

それにしても、去年の10月に原稿依頼の書面を手にした際には、パート1から、12年が経過していたことに愕然としました。不思議な事に年を取れば取るほど、時の流れは加速します。感覚的には「確か一昨年がロンドンで、去年ブラジル。来年は東京か…。最近では、毎年オリンピックを開催するようになったんだ…」と、勘違いするほどです。

さて、便利なネット情報によれば、私の生まれた1957年はヒノトリ（丁酉）で、ツチノエイヌ、ツチノトイと続き、60年を経て、今年もヒノトリに戻ります。十干十二支で言うリセットの時期、人生の節目の一つである還暦

です。汗水たらして一生懸命と言えそうですが、だらだらなんとなく、と言えそうですが、取れる歩みで、達観できない凡人には過去も未来もぼんやりしています。そろそろ家督を譲って隠居するなど、とんでもない話で、まだまだ勉強中の身、修業が足りません。

パート1では12年毎の酉年に起こった、「アポロ11号の有人月面着陸」や「ドーハの悲劇」とかに関連付けて、自分史をひも解いて感慨に浸ったのですが、その後追加された12年間はどうかだったのでしょうか。

すぐに思い浮かぶエピソードが3つあります。ひとつは、7年前、80歳で亡くなった母の事。これまでの親不孝を恥ながらも感謝の気持ちで見送って、「頂いた無形の財産は、ちゃんと次世代に引き継いでいきますよ。」と、殊勝な面持ちで、しっかりとその死を受け入れることができました。

ふたつ目は、就職したばかりの息子二人が企画してくれた家族4人の九州一泊旅行。

両親に秋の紅葉と温泉を満喫してもらおうと、山頂の露天風呂から雲海が見える、結構な宿を取ってくれました。天気にも恵まれ、凜とした冷氣の中、山と川と紅葉のコントラストが素晴らしかった。交通費や食事代びた一文、親には払わせないと事でしたが、旅館のお勘定場で、ゴソゴソ顔を見合わせながら、支払いに時間のかかる二人の背中を妻といっしょに心配しながらも、うれしい気持ちで眺めていました。

そして三つ目は、突然の親友との別れ。小、中、高と同じ学校に学んで、就いた職種も同じだった幼馴染との死別は堪えました。患者にも同僚にも、友人にも誰に対しても誠実で努力家の彼は、あまりにも速足で駆け抜けてしまいました。3年前ですが、これから長い年月を経て受け入れ難い記憶です。

という事で、前回の酉年から還暦に至る12年間は、小市民的にそれなりの事件があって、今日に至っています。最近では、4時間以上同じ姿勢を続けると、腰が痛いし、還暦を迎えた私は、それこそ山を下っている最中ではあるの

しょうが、赤いちゃんちゃんこを産着代わりに着て、また生まれ変わったつもりで、前を向いて歩いて行こうかなと、新しい年を迎えるにあたって平凡な抱負を抱いております。

蛇足に、トリビアをつけ加えると、丁酉は、秀吉が朝鮮出兵した年でもあり、新しい動きや革命がおこりやすいとの説があります。米国の大統領も変わるし、北方角の動向も含めて国際情勢に目が離せない年になるかもしれません。

新年早々、拙文を読んでいただいた皆様、ありがとうございます。生活習慣病を改善しつつ、喜寿、米寿を乗り越えて、次は、ニコニコと笑顔で手にした風車がよく似合う頃に寄稿します。

本年もよろしく願いいたします。



### 「酉年に因んで」

沖縄県立宮古病院 副院長  
本永 英治

今から14年前の2002年に私は自分の医師としての地域医療活動を地道に楽しく持続していくためにも3つの興味ある研究活動に取り組むことを計画した。3つとは、「琉球列島・宮古島の自然」「宮古方言」「宮古民謡」である。あれから14年経過している。経過はどうなったのだろうか？例えば「宮古民謡」。「新城クイチャー」という國吉源次氏の唄っているCDがある。14年前宮古方言歌詞が早くて聞き取れなかった。現在、容易に聞き取れ、細かな音声（中舌音、破裂音、破擦音、摩擦音など）まではっきりと認識できる。

このように3つの領域（趣味？）は着実に情報量を増やしながら私の頭の中で絶えず進歩し続けている。今回、宮古民謡での小話「宮古方言を解く」を紹介する。

### ==『宮古方言を解く』 2014年11月4日記==

今日は外来中にマチュー爺（85歳）から宮古の唄（歌詞）のプレゼントが届いた。家に帰りざっと目を通すと気になる箇所があった。「ンミブスガマヌ ナナス° ウガマアア アガラマス° キャーヨ」という箇所である。以前の私にはこの意味は解けなかったが、今は解けると思った。「んみぶす」＝「すばる」、「ナナス° ウ」は「七尋の深さ」との意味を知っているからだ。訳せば、「昴星が七尋の深さある水平線から上ってくると…」との意味になる。「ナナス° ウ」は実は「野崎とうがに」の詩にも出てくる。「ナナス° ウダツの深さの海に行き、そこで潜りマプグという魚の尾を掴んだときに、ふと愛する彼女のことを心に浮かべたんだよ」と唄っている。私はそれを数年前に野崎カマ爺様から教えて頂いた。2人の爺様が教えてくれた宮古民謡の難解な詩の意味をすぐに繋ぎあわせて解くことができた。数詞の言い回しは新里博（あらざとひろし）先生の書から紐解いた。一尋は大人が腕を広げた時の右の先から左の先までの長さのことで、七尋（ナナス° ウ）とはその海の深さの長さを表したのである。宮古民謡にある難解な意味を、IPA（国際音声学会）の宮古方言の音声表記、音韻の言語学学習のお蔭で今日はこの詩の意味が解けたので愉快になった。

還暦を迎え3つの領域の自分の目標に向かってこれからも邁進していきたい。



### 「酉年に因んで、思うこと」

平田胃腸科・内科  
平田 晴男

早いもので、今年還暦の60歳を迎えることになりました。自分では、まだ60歳という大台に乗ったという感覚がありませんが、昨年か

ら、小学校、中学校、高校と還暦の同窓会の案内状が届くたび、還暦60歳というのは、人生の節目ということ、改めて感じさせられました。友人の中には、会社の社長・役員としてバリバリの現役もいれば、定年を迎え、今までのあくせくと働いてきた生活から趣味の時間を増やし、スローライフを楽しんでいる者もいたり、新たに企業を立ち上げ、さらにアクティブに新しい仕事に挑戦しようとする者もいました。それぞれ第二の人生に向かって歩みだしています。また、友人の会話の中に、孫の話などが何気なく出ることも多くなりました。私はというと、日々の診療や、日常生活に追われ、とても第二の人生という感覚がないし、また考える余裕もありません。大学を卒業、研修医、公務員医師として僻地離島勤務、民間病院勤務、がんセンター研修など、がむしゃらに医師としての研鑽・ステップアップをはかってきました。その後、縁あって、新都心で開業しましたが、当時の天久新都心は、まだまだ区画整理中で、道路も舗装されておらず、湿地や藪も多く、大雨が降れば、巨大な水たまりができるような場所も、至る所にあり、シラサギなどの渡り鳥も飛来するほどでした。住宅もほとんどなく、外来患者も、以前の病院で診ていた方が、診察に訪れる程度でした。しかし、年を追うごとに道路も整備され、大型スーパーも複数できた頃から、あっという間に、都市化・宅地化が進み、公園も整備され、小学校も2校開校、昔の面影は、まったくなくなりました。宅地化と同時に、人口も飛躍的に増え、それに比例して、外来診療・検査とも忙しくなり、重症の患者さんと、救急車で近隣の救急センターへ搬送したり、検査で見つかる悪性腫瘍や、心疾患の患者さんを総合病院へ紹介したり、健康相談や、一般診療などで、毎日がとても忙しくなりました。その為、時間の概念が、薄いのかもしれませんが。個人的には、開業1年目で、何かと頼りにしていた妻が、乳癌を発症。手術・抗がん剤治療など、つらい治療に耐えながらも、精一杯頑張っていました。家族・本人の願いもかなわず、平成25年9月に他界

しました。闘病生活は、実に11年にもおよびました。娘も息子も、まだ、10代でした。いつも前向きに、命に向き合い、最後まで明るく生き抜いた妻に、今でも励まされている思いです。悲しみに暮れる時間的余裕もなく、診療・経営・労務管理・家事・子供の進学など、目まぐるしく時は過ぎていきました。(忙しすぎたことが、かえって良かったかもしれませんが)。子供達も、10代で母親が亡くなるという、つらい逆境を乗り越え、娘は東京のM大学へ進学、国際異文化・翻訳に興味があるようで、現在勉学中。息子は、昨年、R大に入学、勉学が大変そうですが、父親と同じ道を歩き始めています。子供たち、2人ともそれぞれの道を歩みだしました。さて、私はというと、今年も、診療に明け暮れそうです。しかし、それもそれでいいのかもしれませんが。患者さんから、病気が治ったという感謝の言葉をいただいた時は、医師としての大きな喜びであるからです。医療機器のリースが終わり、やっと借金が終わったかと思ったら、新しい機器を業者が提案したり、リースが終わった物件が、うまく作動しなかったり、又、新しくリースが始まることの繰り返しで、借金とは、なかなか縁が切れそうにもありません。しかし、そろそろペースダウンをしながら、ソフトランディングをいつ頃にしようかと、心密かに、思っています。三線を習ったり、ウォーキングを兼ね、街中のスージガワ探索などを楽しんでいます。東京に出かけた折には、ミュージカルを鑑賞したり、美術館巡りで、英気を養っています。健康に留意しながら、時には休みながら、気長に頑張っていければと思う今日この頃です。





**コミュニケーション  
能力の育て方**

名嘉村クリニック  
在宅ケアセンター  
宮城 裕子

新研修医制度が始まってから私の働く在宅ケアセンターにも地域医療の一環として琉球大学や地域病院から医学生や研修医が少なからず訪れるようになった。大学病院や地域病院で高度医療を学んできた若者たちに、いったい何を教えればいいのか？この疑問の答えを私なりに見つけたので紹介したい。

在宅では対象患者は高齢で様々な理由(難聴・認知症・構音障害等)のためにコミュニケーションが困難なばかり。診療では体調や生活状況は介護者に聞いて、患者とは友人として楽しい時間を共有することを旨としている。楽しんでもらえそうなことを色々考えて、歌ったり、踊ったり、時には漫才を試みることもある。そうすることで私自身も楽しんでいるのだが。もちろん、家族への病状説明や、施設なら職員とのコミュニケーションをはかることも在宅診療の重要な要素である。

家族や職員とのコミュニケーションは長期目標であるから、研修に来た人たちには短期目標すなわち患者さんと楽しく過ごしてもらう事を目標と定めた。私の診療について研修してもらう人たちには課題曲を2曲覚えてきてもらう事にしている。「ていんさぐぬ花」と「十九の春」である。この2曲は殆どの高齢者が知っている。言葉はうまく通じなくても歌うと不思議と心が響きあう。さらにコミュニケーションをとるときには相手の手を取って目を見つめ、どこか1か所でも褒めるように指導する。「カチューシャが似合いますね」「かわいらしい方ですね」等。これを聞いた時の患者さんたちの顔を見るのが好きだ。どの人もみんな目をキラキラさせて本当に嬉しそう。中には若者たちの腕を捉えて離さない人や「また来てね」とせがむ人もいる。ふだん声をかけても決して目を開けない高齢者

でさえ薄目を開けて「あ〜」とか「う〜」とか声を出す。薬を使わずに寿命を延ばしたと実感できる瞬間である。研修に来てくれる若者たちには素晴らしい力がある。彼らは高度な医療知識や技術に翻弄されて、彼ら自身の持つ力に気づいていないのではないだろうか。

私が研修医時代に最初に覚えた医療が救急のABCDであった。すなわちA (airway 気道確保)、B (breathing 人工呼吸)、C (circulation 循環・心マッサージ)、D (defibrillation 除細動)である。しかし今は研修医を指導するにあたってまず避けなければならないABCDを肝に銘じている。それはA (あほっ!)、B (ばかっ!)、C (かすっ!)、D (どけっ!)という言葉が発しないということである。恫喝と委縮は希望に胸ふくらませる若者たちの障害にしかない。

近年医師になる若者たちにはコミュニケーション能力の必要性が強調されるようになっていく。しかし、私は彼らと一緒に在宅訪問するようになって、彼らは気づいていないだけでその力を持っていると確信するようになった。興味があれば知識や技術はインターネットや書籍等から容易に得られる。患者を元気にしたいという志を掲げている若者たちはぜひ在宅医療を見に来てほしい。そして、自分自身のコミュニケーション能力に開眼してほしいと願う今日この頃である。



**酉年に因んで  
(還暦を振り返って)**

浦添総合病院  
銘苅 晋

あけましておめでとうございます。今年ついに還暦を迎えるにあたり、医師会恒例の新春干支随筆の依頼が届きました。文才の無い小生ですが、この機会にこれまでの医師という職業の分岐点に関して選択してきたことを振り返って

みることにしました。

まず、最初の選択は大学を卒業し専攻を決める時でした。現在の研修制度と異なり、卒業時に診療科を決める必要があり、私自身に何が向いているかわかりませんでした。内科系か外科系かという後者だろうと自分なりに考えていました。その中でも外科のように広い分野を行うのではなくある程度範囲の決まった狭い分野を深く行いたい、できれば細かい作業を行う顕微鏡手術を学びたいと選択して残ったのが脳神経外科と眼科でした。最終的に脳神経外科に決まったのは、患者の生命に直結する仕事がしたいとの選択でした。

次の岐路を決めた選択は研修医時代で、専門医を取得するまでは卒業した大阪大学で研修を行う予定でしたが、研修中に父が大腸がんで琉球大学にて手術を行うに当たり、挨拶に伺ったときに私の恩師となった六川二郎教授との出会いでした。いずれ沖縄に帰るのであれば早く帰ってきたほうがよいとのアドバイスを受け、かなり悩みましたが帰るという選択を行いました。それがよかったかどうかは別にして、いろいろな経験をさせていただきました。沖縄で2番目にMRIが導入された当時の北谷中央病院（現北上中央病院）に赴任し、いろいろな頭部の画像を自分が実験台になり撮像の工夫をしたり、県立八重山病院の初代脳神経外科医として赴任したり、また脳腫瘍のリサーチで米国留学を経験させてもらったり、教授の退官前の全国学会を準備させていただいたりいろいろな経験ができたと思います。

次の選択が平成9年の大学を辞める時でした。前年のちょうど教授選のころ40歳を前にしてそろそろ次のステップを考えないといけないときに現病院から就職の声がかかりました。その頃は大学で勤務しながら浦添総合病院のポケベルをもって救急患者などに対応し、手術が必要な症例は大学に搬送する方式で24時間対応を行っていました。まだ30歳代で夜間の呼び出しも苦にならず嬉々と仕事をしていたのが評価されたのかもしれませんが、しかし、実際赴

任してみると脳神経外科一人で24時間対応はかなりきつく一晩にポケベル（当時は携帯がまだない時代でした）が2～3度なることもしばしばで常にポケベルのメロディーが鳴っているように聞こえるため毎月メロディーを変更していました。幸い、その後徐々に脳神経外科医を増やすことができ、現在は脳外科医3人、神経内科医2名の態勢で当院の脳卒中診療をすべて行っておりだぶ私の医師としての仕事の負担はかなり軽減され、周囲との調整を行いながら、余裕を持った仕事ができています。現在は臨床の仕事以外に、いろいろな対外的な業務が増えており、さらに今年から当院は新病院建設に向けての準備を開始します。そのプロジェクトを進めていくにあたり、西年の年に公私ともども飛躍できるように楽しみながら仕事をしたいと思います。今後ともご指導のほどよろしくお願ひします。



**西年に因んで  
(バレー馬鹿の還暦を迎えて)**

北部皮フ科クリニック  
宮城 恒雄

県医師会の皆様、明けましておめでとうございます。

広報委員会からの執筆の依頼があり、この原稿を書かせて頂いています。

中学時代から医師になり地域医療に貢献する事を志したものの、挫折の連続で、31歳でようやく医師になる事ができました。

夢を諦めず、12年間ひたすら走り続けられたのも、現在まで続けているバレーボールのお陰だと感謝する事が多々あり、私の人生はバレーボール無しでは語る事ができなないと、これまでを振り返る度に思います。

高校の卒業式の朝、大学受験のため、式には出席せず医学の道を志し、叔母を頼って熊本へ

向かい、そのまま浪人生活を送りました。空港へ向かう途中、泣きたい程、心細かったのを今でも覚えています。1年、2年と浪人生活を経てゆく中で、決して諦めなかったのは、高校時代にバレーボール県大会でベスト4の実績をつくった自信が後ろを向かない自分を支えていました。浪人時代、お世話になった壺溪塾（今では日本で一番古い予備校）で仲間と共に、バレーボール大会を立ち上げました。（今でも年に1回の大会が続いているようです）成績が伸び悩み中、部活で鍛えた精神力がおおいに役立ちました。

皮膚科医を選んだのも、宮医大バレー部在籍中、当時の部長を井上勝平教授（皮膚科）が務められていたご縁があり、皮膚科入局を決めました。

入局当初より、いつかは沖縄に戻る事を決めていましたが、ありがたい事に、その後、麻酔科の研修、皮膚科の出向先として県立中部病院とのつながりができました。

平成10年から4年間の県立中部病院勤務を経て、平成14年に念願の地元名護での開業を始めました。

早いもので、今年で開業15年を迎えることができます。

朝8時30分から診療開始し、毎日100名余りの患者さんを診ています。

私1人の力では、満足する医療を提供する事はできませんので、他の医療スタッフとのチームワークはかせないものです。

ここでも、バレーで培ったチームづくりが役に立っています。

バレーボールも、医療もチームワークの和を大切にしています。

地域医療においても、診療以外に県立北部病院（1回/週）、もとぶ記念病院（2回/月）、野毛病院（1回/月）への応援医療、北部地区医師会理事、中学校の健診、そして看護学校での講義など、考えていた開業医の仕事以外にも、地域の医療人として活動させていただいています。

更に、バレーボールの活動としては、北部地域の先輩方が作ってきた「北部同好会」という9人制のチームを引き継ぎ、今は、「北部皮フ科クリニック」として一般男女と40代、50代の計4つのチームを編成しています。

自分の練習も兼ねて1回/週は、チームの仲間と汗を流し、練習後に飲むビールでストレス発散しています。

これが心身共に、健康でいられる最大の秘訣だと思います。

これから還暦を迎えても、やんばるでの医療を続ける事、6人の息子達を独り立ちさせる事、そして60代、70代のバレーチームを作っていく事など、体力が続く限り、やりたい事を続けていけたらと思います。

県医師会の皆様におかれましても、今年も健康で良い一年となりますように祈念申し上げます。



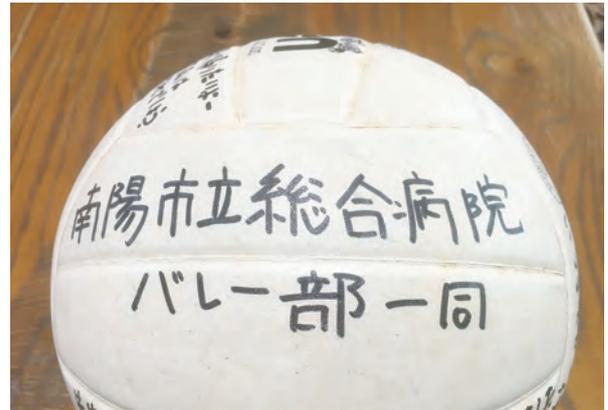
### 私のバレーボール 備忘録

沖縄協同病院外科  
仲地 広美智

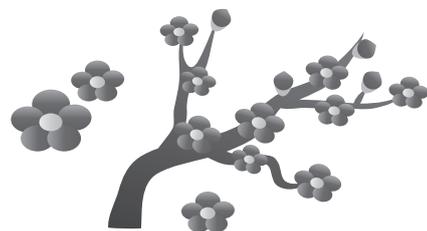
「光陰矢の如し」で、還暦を迎える年になった。過去を振り返るのは嫌いだが、残された時間は、過去 >> 未来なので、過去60年間で最も関わった「バレーボール」について備忘してみた。私は、小学生の頃、体が弱く運動が苦手

だったが、観るのは好きだった。バレーとの出会いは、1968年（小学校5年生）の頃であった。私の故郷伊良部島はバレーがとても人気があり、よく大会が開催されていた。5年生の3月頃、流行性感冒（今で言うインフルエンザ）に罹り、40°以上の高熱が続き生死を彷徨った。異常行動、言行があり、悪魔に取り憑かれているとのことで母がユタにお願いして、お払いして生き延びられた。インフルエンザ脳症だったと思う。元々吃音（どもり）が酷く、自分の意志とは無関係に発声し易い言語を発していたため、自分では、まともだったと思っていた。そんな自分を変えたい思い、当時の横田、猫田選手への憧れもあり、中学ではバレー部に入ることに決めた。友達と放課後パスをする程度であったが、運動音痴の私にも何とかできた。コミュニケーションをとるのが苦手で、いつも一人ぼっちだったが、友達もでき、吃音も良くなった。中学生になり早速バレー部の門をたたいた。ところが、「1年生はまず球拾い」とのことで、先輩の打つアタックやサーブのボールを拾って返すのが練習だった。年齢の格差を実感した。このことを理由に入部してもすぐ辞める人がいた。私にとってはライバルが少ない方がいいので好都合だった。3ヶ月位すると、サーブ、レシーブ、半年すると、アタック、ブロックもさせてくれて、徐々にバレーの魅力に取り憑かれていった。中学3年生の最後の大会では宮古地区大会（この年から導入された6人制大会）で優勝した。残念ながら、沖縄大会に向かう船が台風のため引き返し、参加できなかった。高校生になっても、バレー>>勉強で、バレー漬けの毎日だった。成績は下がり親に怒られたが、内緒で続けた。中学と違い、高校では体育館があり、球拾いも楽だった。2年生からレギュラーになったが、練習中の怪我（大腿筋肉内血腫）で、1ヶ月間練習出来ず挫折を味わった。まともな成績も残せず、不完全燃焼で終えたこともあり、大学でもバレーを続けた。中学、高校と違い練習日は週3回だったので、とても楽だった。ただ遠征費は馬鹿にならず、親には迷惑かけてしまった。医学部のバレー部に経験者は少

なく、2年生から、レギュラーだった。大学で、バレー人生は、ほぼ完結したと思ったが、未練たらしく、卒後も、研修医の分際で山形の病院のバレー部に入り、看護師さんたちのチームの指導を引き受け、バレー>>仕事の生活だった。その後も何らかの形でバレーに関わり続けてきた。一応専門は消化器外科（胆道外科）を選んだ。



何でもそうだと思うが、バレーと手術は、チームでやるので類似点が多い。まず、チームワークが大事である。例えば、手術の鉤引きは、バレーの球拾い、アタッカーは術者、助手は、セッター、補助アタッカー、リベロ（昔はなかった）である。他にもコメディカルの人達（例えば悪いが、非レギュラー、親を含めた応援団）の協力で手術という公式戦が戦える。患者さんは、勝敗（医療の質）を判断する審判になるだろう。診療で壁にぶつかったり、想定外の結果を招いて、審判に嫌われたりした時、バレーに夢中だった昔の自分を思いだし仕事を続けてきた。時代は変わり、消化器外科手術の大半は腹腔鏡下で行われている。気腹の力で視野を展開するため、鉤引きもいらなくなった。還暦を迎えるにあたって、球拾い、鉤引きが死語にならないようにこの場を借りて伝えたい。





## 還暦になって思うこと

嶺井リハビリ病院  
渡嘉敷 秀夫

年を取ることは早いもので60歳になります。還暦といって干支が一回りするまで生きてしまいました。干支は中国の殷時代より使われて、周囲の国へ伝わったそうです。自分にとっては、西暦や年号は毎日使うものの、干支はほとんど使いません。使うとしたら、せいぜい十二支ぐらいですか。それでも、甲子園とか、壬申の乱、辛亥革命とかチラホラ出てはきますが、それは事件や固有名詞であって、暦とは違うものです。それで、時々、人の十二支を訊ねてたちどころに年齢を弾き出す強者をみると、どういう頭の構造をしているのだろうかと思ってしまう。

新年干支随筆とのことでお話がありました。大本営発表のような元気な内容が好まれると思いますが、36歳や48歳ならいざ知らず、60歳となるとそれは年寄りの冷や水のように感じられますので、大人しく、年を取ってきて最近、生きることに感じたことを書きます。

年寄りが集まると健康についての話が多くなるそうです。自分としても長生きするなら、病気や怪我もなく、老人性痴呆にもなりたくないと思います。そういう期間のことを健康寿命というそうです。2013年の日本人男性平均寿命は80.21歳、女性86.61歳で健康寿命は男性71.19歳、女性74.21歳でした。平均寿命との差は男性9.02歳、女性12.40歳でした。健康寿命は2010年と比べると男性0.78歳、女性0.54歳延びているとのことでした。

自分は現在嶺井リハビリ病院に勤務しております。患者様の約7割は脳血管障害、低酸素脳症で意識障害、寝たきりの状態です。自分より若い人もいらっしゃいます。以前、自分は一般外科、消化器外科に携わっていました。そこで

の患者様はADLが高く、その頃はたとえ末期の患者様でも一分、一秒でも長く生かそうという気持ちでした。こちらの病院にきて、自分は今後どういう風に生きればよいのだろうかと思えるようになりました。

私事ですが、父は14年前、87歳で亡くなり、母は2年前に92歳で亡くなりました。叔父叔母も一人以外は鬼門に入ってしまった。また、兄弟従妹も歯が欠けるように亡くなっています。親が亡くなった後、次は自分の番かと急に死が身近なものと感じるようになっていきます。

年を取るにつれて、視力の低下等があり、老化ということがやっとなるようになってきました。自分は親や年寄りの気持ちが全くわかっていませんでした。母は難聴になり、高齢のため白内障の手術も断られ、外界からの情報を得るのが困難な中で生活していました。生きることは大変だったのだろうかと思えるようになってきました。人によっては慢性の痛みを持つ体や麻痺の体になることがあります。自分がそういう状態になったときに自分は耐えられるだろうかこの年になってやっとなるようになって考えるようになりました。生きることは苦かもしれませんが。また、死は苦からの解放かもしれません。最近はそのような見方も考えるようになってきました。しかし、まだ若い子供達のことを考えるとまだまだ簡単には死ねないなあと思います。現在の時点では生死について確固たる考えは持てず、今後、体の状況や周りの環境に応じて生死を模索していくことになると思います。

取り敢えず、次の12年間を元気に生きてみようかと思います。





**開業 15 年目そして、  
私にも還暦がやって来た…**

医療法人至政会 嘉数医院  
院長 嘉数 朝一

開業して 15 年目を迎えた。そして私は今年、還暦を迎える。

“Age is Just a number” の感覚で割り切って還暦を迎える友人達もいる。

私にはとてもそんな感覚で 60 歳を迎える事はできない。

大学を昭和 60 年に卒業し琉球大学第一内科へ入局、そして 1 年間の県立中部病院での研修、その後 2 年間の国立沖縄病院での研修を得て平成 4 年から 2 年間気管支喘息の病態とりわけ好酸球の接着分子の研究のため近畿大学第四内科に国内留学をさせていただいた。

国内留学を目の前にして父の突然の死、妊婦である妻そして年老いた母、不安だけが私を巻き込んだ時がある。“やはり国内留学は延期しよう” その事を教授にお願いをしに行った際、教授は一言“嘉数君、悩むのは大阪に行ってから悩みなさい！” この言葉を聞いた瞬間に今までの悩みが嘘のように消えていった。

まさに教授の御指摘のとうり国内留学中に悩んでいた事は実験がなかなかうまくいかない事だけであった。

教授にあの一言を言われていなかったら私の人生は大きく変わっていたのかもしれない。

開業するまで御指導いただいた各病院の院長先生。その時、その時で私の生き方を指示するかのように素晴らしいたくさんの方々との出会いがあった。

今私が開業して、還暦を迎えられるのはまさにこの方々との出会いのお陰だとつくづく感じさせられる。人生とは自分自身を高めてくれる素晴らしい人達との出会いがあるかないかで決まってしまう程、人との出会いがその後の自分にとって最も大切な要因なのかもしれない。

さて話しは変わるが“開業”ということについて少しだけ私なりの意見を述べさせていたきたい。私も還暦を迎えるので、いままで相手には失礼と思ひ口にしなかったがもうこのへんで辛口の意見を述べさせてもらう…

医局の先生の中にはそろそろ開業を考えている先生方が多分いると思うので。

開業をしてみず感じたことは患者さんは簡単には新しい診療所には足を運んで来てくれないということだ。現実には相当に厳しい。

開業する前に開業コンサルティングの講演会に何回か強制的に大阪まで行かされた。

内容はシンプルではあるが、かなりの的を得た話しがほとんどだった。

開業を考えている先生方にはぜひ出席することをお勧めする。

そのコンサルティングの講演会での内容のポイントは

開業するにあたって心することは

- 1) 診療所の開業も他の職種と基本的には同じであること。  
大きな違いは人命がかかっているか、いなか。それだけである。
- 2) 普通の日常会話を患者さんとうまくできるか。常に笑顔を絶やさないでいられるか。
- 3) 開業とは成功したら社会のおかげ、失敗したらすべて自己責任。
- 4) 患者さんと院長とのコミュニケーションとは心の意志疎通ではなく相手に行動させること、すなわち患者さんが診療所に通院してくれるかどうか。
- 5) 開業もふくめビジネスの基本は常に相手に‘Again という印象’を如何に与えることができるか、‘Never’を与えてしまったら最悪であるということ。
- 6) 何事においても常に‘思考の習慣’を持つこと。

以上の内容を3時間もかけてくどくど聞かされた事も今では良き思い出だ。

さて、当院の診療所4年前から喘息発作時に受診する6歳のN君がいる。

来院時には必ずお爺ちゃんが連れてくる。このお爺ちゃんは高血圧で近くの総合病院を通院中。

N君の治療後は毎回‘本当は私も先生の診療所を通院したいのだが今、通院している先生にも世話になっているので…’を繰り返して言うから必ず帰っていく。

半年間はまさに思考の習慣の連続であった。

相手を行動させるコミュニケーションとは？

思いは意外にも実ってくれた。私のある一言で。

いつものように軽い発作で来院し、ネブライザー吸入終了後。

私がN君に聞いた‘N君、お爺ちゃんの名前は言えるの？’

N君‘知らないよ、爺ちゃんの名前なんか’

私‘お爺ちゃんがいるから君がいるんだよ。お爺ちゃんの名前は覚えておかないとだめだよ’ 間髪入れずに爺ちゃんが

‘先生、本当にいいこと言うね、嬉しいよ’

なんとその一言で翌月からN君のお爺ちゃんの当院での診療が始まった。まさに相手を行動させるコミュニケーションとは意外にもこんなありふれた会話の中にあった。

亡くなった父も耳鼻科の開業医である。私の前では常に無口な父であった。

開業して始めて分かった父の診療の仕方や患者さんに接する父の態度や会話。患者さんから父に関する事を診療中に聞かせていただいた。

私の知らなかった開業医としての父の一面。涙がでる思いである。

医師として開業医として最も大切なことは常に勉学の精神を持つ事と患者さんとの心のこもったユーモアのある会話を常に心がけることだ。

患者さんを決して怒ってはいけない。

混迷とする医療界において開業医だからこそできることは何なのか？

“初心忘れるべからず。”自分が作り上げたい夢へのナビゲーターを失った時、人は迷走がはじまり退化するのだと私は考えている。

私が今年、還暦と開業15年目を迎える事ができた背景にはたくさんの人たちの私への御指導と愛情があったからだと信じている。

この場をかりて愛すべき妻とその方々へ感謝を申し上げたい。

末筆になりましたが謹んで新春のお慶びを申し上げますと共に会員の皆様のご健康とご多幸をお祈り致します。



ぬちぐすい、温かい  
医療を広げよう

国立病院機構沖縄病院 院長  
川畑 勉

沖縄県医師会会員の皆様、明けましておめでとうございます。本年もどうぞよろしく願い申し上げます。月日が経つのは早いもので『とうし(年)や馬ぬ走(は)い』、光陰矢のごとし、今年3月で当院に勤めて25年、人生で言えば国療沖縄病院と結婚して『銀婚式』を終え、10月には還暦を迎えます。これまで多くの皆様にご指導を賜り感謝・感謝でいっぱいです。

さて、表題は昨年11月に宜野湾市で開催させていただきました第70回国立病院総合医学会のサブテーマです。沖縄開催ということで会長の村中 光、九州医療センター院長に副会長に選んでいただきました。国立病院機構143施設、高度専門医療研究センター6施設、ハンセン療養所5施設が一堂に会する大きな学会です。コンベンションセンター、ラグナガーデンホテル、フェストーネ、宜野湾市体育館の4会場で約6,000人の参加をいただきました。日

本社会が少子高齢化を迎え、我が国の総人口も2008年12月をピークに減少傾向にあります。沖縄県も2025年頃から人口減少に転じるとの予測がありますが、予想以上の速度で少子高齢化の波は押し寄せております。加えて医療財源の逼迫（ひっばく）は医療システムの崩壊へと導きかねません。地域医療構想をはじめ、国を挙げての医療制度改革が求められる中、今こそ国立病院に問われる役割について多数のシンポジウム、口演、ポスターで論じていただきました。特別講演1. は根路銘国昭先生に『加速するウイルスと癌ゲノムの進化に如何に立ち向かうべきか』と題してご講演を賜りました。特別講演2. は大相撲第36代立行司木村庄之助（山崎敏廣）氏に『努力は実る』と題してご講演頂きました。いずれも心にずしりと響くご講演でした。変貌する現代社会の中で患者さんが医療・看護の提供をうけ、心の底から『ぬちぐすい』と思っただけのような温かい医療・看護の在り方を問い直すことの出来た学会でもありました。還暦を迎える新年にあたり、『ちむぐくる』での医療・看護の提供とさらには患者さんに『ぬちぐすい』と思っただけのような病院づくりに邁進する決意を新たにしたところです。



### 健康第一

島袋整形外科  
島袋 博之

今年の目標といたしますか、還暦の年を迎えて考えることは、健康に過ごし、仕事をこなしていければということです。

現在、高血圧、高尿酸血症の服薬中で、糖尿病の食事、運動療法中ですが、主治医の安木内科の仲宗根先生のおかげで、何とか無事に仕事をしております。

平成22年から腎結石、高尿酸血症があるも、あまり深く考えていなかったおかげで、平成

25年7月ごろから、血尿、腰背部痛、夕方からの微熱があり、9月初旬、両側の尿管の大きな結石が判明、9月と11月の2回に分けて手術することになり、それぞれ2週間入院し、その間は、琉球大学整形外科の金谷教授のご高配で、大学の先生方に代診していただきました。

手術前の9月には血圧が230を超えるほど高くなったり、また、痛風の症状で右手関節痛、右膝痛があったりと、診療にも支障がある状態でしたが、仲宗根先生、那覇市立病院の急病センターの先生方、整形外科の先生方のおかげをもちまして、何とか手術まで持ちこたえました。

手術は那覇市立病院泌尿器科の芦刈先生にお願いし、術後2～3日して、外出してパソコンを打ちに行くような、あまりよくない患者でしたが、適切な治療のおかげで、その年の12月からは、以前と変わりなく仕事ができるようになりました。

普通なら手術のあとは健康に留意するところでしょうが、しばらくしてもとの状態にもどり、平成27年5月、頻尿で安木内科を受診したところ、糖尿病の診断。HbA1cが、7.8でしたが、これは食事療法、運動で1か月程度で6.2までになりました。現在は毎日1時間のwalking、節酒を心掛けているところです。

還暦を迎え、これといった大きな目標はありませんが、とにかく健康で仕事をこなし、人に迷惑をかけないように過ごせたらと思っています。



### ちはやふる

県立中部病院  
医療部長・内科部長  
平田 一仁

私は1957年12月生まれです。この原稿を書いている2016年10月の時点では、まだ58歳ですので、干支（還暦）にちなんだ随筆といわれても何を書いたらいいものか？迷いましたが、百人一首について、書いてみたいと思いま

す。実は高校時代、競技かるた部に所属していたことがあり、毎日放課後、用務員室の畳間を間借りした部室で、皆で練習したものでした。昔から小倉百人一首（かるた）を持っていた家庭もけっこうありましたが、多くの場合、古典に親しんでほしいという親の目論見どおりにならず、「坊主めぐり」などという俗な遊び方をされることが、はるかに多かったように思います。私も例にもれず、小学生のころは坊主めぐりしか知りませんでした。高校生になってから、友人に誘われて見学した競技かるたの、和歌の調べの美しさと（全日本かるた協会公認の読み手の先生がおられた）、1対1で真剣勝負し、運よく札をとれた時の楽しさ、競技としてのかけひきの面白さにのめり込み、熱中したものでした。もてたい、目立ちたいという不純な動機も多少あったかと思えます。通学のバスの中で、必死に100首を憶え、週末は他校生や一般の方たちが参加する大会にも参加したりしておりました。文化祭には教室の中に畳をしき、段ボールで周りを囲み（手で払った札がささることもあります）、模擬戦をやって、部員の勧誘をしたりしました。ただし和歌の中身については、なかなか理解できないことも多く、上の句のどこまで聞けば、下の句のどれがとれるか（決まり字といいます）など、音に反応して手を動かすという、もっぱら競技としてのかかるただったように思います。その後受験準備が忙しくなり、期待した恋も芽生えず、かるたへの熱もさめてしまい、以来40年まったく、百人一首に触れることもなく時間が過ぎましたが、最近、末次由紀さん原作で、広瀬すずさんが主演した「ちはやふる」という、競技かるたを題材にした青春映画がヒットしたことを知り、自分の高校時代とイメージが重なり、とてもうれしくなりました。まあ、ただそれだけだったのですが、無趣味な私を心配した妻が、「仕事以外に脳を使わないと早くボケる」とCD付きの百人一首を買ってきてくれました。最初のうちは「えー」という感じでしたが、少しずつ見直してみると、なんとほとんどの句を忘れていました。高校生時代の得意の1首「天の原 ふりさ

け見れば 春日なる 三笠の山に いでし月かも」(安部仲麿7番) くらいしか思い出せないのです。なんかくやしくなって、また100首全部憶えることに挑戦することにしました。最初は、うちにあった「どらえもんの百人一首」という子供向けの漫画でやろうとしましたが、還暦前の固い頭には、なかなかうまく入ってこず、妻の「耳から覚えるべき」というアドバイスもあり、通勤の車の中で、CDを聴きながら憶えていきました。また就眠前の30分に、妻が図書館から借りてきてくれた参考書などを読みました。加えて、iPadで百人一首をおぼえるためのトレーニングアプリをダウンロードし、上の句から下の句の順ばかりでなく、下の句から上の句がいえるように訓練しました。そして、思い立って約3か月、なんとか100首すべて憶えることができました。また、高校生の時にはあまり意味がわからなかった歌も多数あったのですが、いろいろ人生を経験してはじめて理解できるようになった歌もあり、少しだけですが、百人一首の深遠な世界に触れることができたように感じ、豊かな気持ちになりました。今まで病院での仕事しか興味がなかった自分を反省し、今後の人生を少しでも実り多く過ごすため、いろいろなことにチャレンジしようかなと、ひそかに考えている次第です。



### 今年の抱負

沖縄県立北部病院産婦人科  
牧野 康男

平成27年10月に東京女子医大より沖縄県立北部病院産婦人科に赴任し、今年で2回目の正月を沖縄で迎えることができましたのも、沖縄県医師会ならびに琉球大学産婦人科学教室、他県立病院の諸先生方のご指導の賜物と深謝しております。





### 新年の抱負

沖縄県立南部医療センター・  
こども医療センター  
産科部長 大橋 容子

あけましておめでとうございます。

沖縄に来て、南部医療センター・こども医療センターに就職して早11年が経とうとしています。昨年は当直の合間を縫って、世界のウチナーンチュ大会のうまんちゅ三線大演奏会に参加しました。もともとはアメリカ人の故夫が三線を聴いて「So cool!」と言って弾きたがったので、入門書を買って英訳したのがきっかけでした。次第に自分でも弾いてみたくなり、新安里屋ユンタから始めたところ、今度は夫が「これはレジスタンスの歌だね。」と言ったので、色々自分の中で考え始めました。

その夫が約5年前に急逝し、カラクイも折れて長らく弾かなかったのですが、一昨年、夫と仲の良かった近所の長老にさそわれて糸満のガタ原公民館の三線サークルに入れてもらいました。その後、古典も習いたいと思い高名な師匠に週1回習いに行っています。その教室では、歌だけでなくそれにまつわる歴史や風習、さらには発音の仕方（先生が発音記号まで書いてくれるので英語の授業みたい!）も教えてもらい、とても興味深いです。教室やサークルで休憩時間にお菓子を持ちよってゆんたくするのも至福のひと時です。とは言っても私はウチナーンチュではないので、時々トンデモ発想をします。例えば「みるく節」は弥勒のことなのに、（飲む）ミルク節とったり（それなら、かつお節はないのか…とか）、「『娘ジントヨー』ってどういう意味が大橋さんわかる?」と先生に聞かれた時は「ジントヨーっていう名前の娘の歌じゃないんですか?」と言ったり。

そんなこんなでいつも先生や周囲を苦笑させていますが、去る10月30日、うまんちゅ三線大演奏会があり、4年に1回のウチナーン

チュ大会なんだから当直を代わってでも参加すべし、と師匠に言われました。周囲の人からもさかんに言われ、そもそも自分ウチナーンチュじゃないけど…と思いつつも内心嬉しかったので、速攻で当直を交代して行ってきました。参加証も頂き、とてもいい思い出になりました。これからも沖縄の芸能に癒されつつ、地元のために働きたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。



### 「テニス」

はざま胃腸内科クリニック  
玻座真 博明

皆様、明けましておめでとうございます。今年で4回目の年男になります。酉年生まれの会員として執筆のご指名をいただきました。今回は、現在の趣味の一つであるテニスについて書き、近況報告といたします。

最初にテニスをしたのは大学生のときです。私は高校時代に山岳部に入っていましたが、実はあまりおもしろいとは思っていませんでした。それで、大学では楽しめる球技系スポーツをしたいと考えたのが、テニスを始めたきっかけです。当時の世界No.1はレンドルとナブラチロワで、マッケンロー、コナーズも全盛期は過ぎています。私がまだ現役で頑張っていたころです。当時、大学の硬式テニスコートは1面しかなく、そこで30名以上の部員と一緒に練習をするので、一人の練習時間はあまり多くはありません。また、練習場所は汚いクレートコートで、雨が1回降るとその日はコートが使えません。そのため部活の時間以外でコートが空いていれば、友達を誘い少しでも多くテニスをするようにしていました。テニスを始めてみると、実際は想像していたよりも難しく、なかなか上手く打てるようになりませんでした。飛んできたボール

を打ち返すだけでも楽しさを感じます。狙った通りの球が打てた時は、もう最高の気分です。

卒業後は長崎大学第二内科に入局しましたが、仕事中心の生活が続きテニスをする機会はほとんどなく、テレビでテニスの試合を見ることもなくなり、しばらくテニスから離れた生活になりました。

平成19年に沖縄へ帰ってきて、豊見城中央病院に勤務することになりましたが、そこで同僚から病院の練習会に誘われ、テニスをする機会がありました。約15年ぶりのテニスにワクワクしながら参加しましたが、頭も体もついていかず全然思うように打てません。まるで初めてテニスをしたときのような感じです。空振りしたり、思わぬ方向に球が飛んで行ったり散々でしたが、久しぶりのテニスでもやはり楽しく、その後も可能な限り練習会に参加しました。

しかし、不定期な練習では満足できず、テニスもなかなか上達せず、平成24年に父のクリニックを継承開業して少し時間の都合がつけられるようになり、一念発起して2年前からテニススクールに入会しました。週1回テニスをする時間を持てるようになりましたが、1週間がすごく待ち遠しく感じます。ラケットも新しく買い、テニスの試合を見るためにWOWWOWにも加入しました。最近活躍しているプロ選手の名前もわかるようになりました。去年からは、妻や友人らとダブルスを組んで試合にも参加しています。残念な結果のことが多いのですが、試合後しばらくの間は、今度こそはと練習のモチベーションがすごくあがります。

また、最近はスクールで知り合った人たちと、レッスン外でも一緒に練習をするようになり、テニスをする機会が増えました。他の病院の先生方と一緒にすることもあります。練習仲間には、下は中学生から上は80歳の方まで、幅広い年齢の方がいます。シニアの方は脚力がおちていますが、それをカバーできるような頭を使ったテニスをします。父と同じくらいの年齢の方々が、毎週、球を追いかけて楽しそうにコートを走り回っているのを見ると、その元気に感心させられます。

まだまだ下手なテニスですが、一生の趣味として続けたいと思っています。今後の目標は、もっとテニスが上手になりたいことはもちろんですが、次の酉年、さらにその次の酉年もテニスを続けていられることを、もうひとつの目標としたいと思います。



### 「健康と勉学」

比嘉眼科  
比嘉 明

アポロが月面に着陸した1969年生まれの小生は、今年で48歳を迎えます。健康は努力しないと得られないものだと最近実感している。まだまだ、若造と思いつつも、頭髪の薄れに悩みプロペシアとミノキシジルの内服を昨年開始。3年前に禁酒を約半年間強行、禁酒開始して2週間で体重5kg落ちた。禁酒すると酒飲み友達より大鬱感（ひんしゅく）の嵐あり、夏休みにオーストラリアのゴールドコーストの良くみえるsoulホテルに泊まり解放感から禁酒が終了した。本当は1年続ける予定だったが、お酒に対する味覚、感覚、価値観が変わり驚いている。その後、無駄に酒を飲まなくなった。7年前に開始した膝に負担が軽い自転車で長時間軽負荷の有酸素運動をできる限り継続し肥満に気をつけ規則正しい生活を送る努力をしてい

る。車が空いている夜中に出発し、朝に帰ってくるナイトライダー自転車ライフを楽しんでいる。もともと学生の時から試験前も徹夜などしない朝型生活。(ただ勉強に対して真剣でなかっただけ)

努力は買ってでもしろと自分に言い聞かせている。運良く 1999 年にはじめて眼科の海外学会に参加できた。ARVO (The Association for Research in Vision and Ophthalmology) 大学院生として基礎研究し、フロリダのフォートローダーデールで毎年ゴールデンウィークに行われていた世界規模の学会で抄録集が電話帖並みに厚く重たかった。会場はビーチの近くにあり、アメリカの大学生が卒業時期に訪れるリゾートで毎晩のようにどんちゃん騒ぎしている横で日本から来たおじさん達も大騒ぎ、早朝ラウンドを終え、ゴルフ場のグリーンに砂が靴に着いたまま、半袖 短パンで学会場に到着。気候がら皆さん同じ格好。こんな学会に味をしめた。

又運がいいことに 2000 年になんちゃって留学でフロリダ大学で研究継続、テロの直前に帰国するまで新婚生活を満喫。このままいくと、ろくでもない臨床医になりかねないと帰国後母校の昭和大学で臨床研修再開。教授先生達に大変お世話になり恩義を感じるこの頃である。

2011 年に AAO (American Academy of Ophthalmology) が懐かしのフロリダ オーランドであったので、450 ドル追加し涙道手術のスキルトランスファーに参加した。なんと首からの Cadaver を使用、かなり新鮮で学生の時ホルマリン漬けの解剖実習とは全然違った。

2015 年 (The American Society of Retina Specialists) という網膜硝子体の専門学会にはじめて参加した。非メンバーなので教授を保障人として参加費約 20 万円という破格だが All Included という昔ながらのスタイルで珍しくヨーロッパのウイーンで開催。学会内容より開催場所に参加を決める。朝食、昼食、軽食も付属、お城で開催されたウエルカムレセプション

と最終日の晩さん会は市庁舎の大ホールで約 1,000 人が着席会食するイベントも会費に含まれていた。昨年もフランクフルトでライブサージェリーを同時中継する meeting に初めて参加した。日本からも数多く参加していたが今回は術者はいなかった。日本に到着した日にブリュッセルのテロが起き、1 日遅れてたらと肝を冷やした。今年も隙あらば海外に学会行くぞーという感じです。健康と勉学の両輪で努力。



**2017 年 酉年によせて**

医療法人清心会  
徳山クリニック  
知念 さおり

新春干支随筆のご依頼をいただきありがとうございます。

酉年、鶏といってまず浮かぶのは「記憶力が低く 3 歩あるいたら覚えたことを忘れる」とか、「鶏は恩を忘れる」といった何ともうれしくないイメージです。トサカを乗せた頭が前後にクックツツと動き、無表情に急に方向を変える様から言われるようになったのでしょうか。調べてみると実際は少し違うようです。専門家によると鶏は生きることに必要なこと(水飲み場や、餌場等)は忘れない、忘れないというより生きるために必要なこと以外は覚えないということらしい。短期記憶はさほど人間と大差ないという実験結果もあるようで、人間が鶏より記憶力がいいのは繰り返し記憶することで短期記憶が長期記憶に変わるとの事です。しかしさらに驚くことに 2005 年動物の感性に関する国際会議なるものが開催され、鶏は食物に関しては並外れた管理能力を持ち、今我慢すればのちにより多くの食料が得られると思うと、食欲を満たすことを後に延ばすことができる。また、ドアを開ける、犬や馬と同程度の速度で迷路の出口を

見つけるなどのコツを学ぶことができる。意思や期待という感覚を持ち人を見分けることができるということが報告されたようです。賢いではないですか、見直しました。

一方人間である私自身は3歩どころか振り向いた瞬間「何しようとしたっけ?」ということが時々あり、鶏に近い(まさか鶏以下?)ものがあります。言い訳させてもらおうとそれは、食事の用意をしながら食器を洗い、洗濯機を動かす、床に散らばった子供たちの本を片付けながら、目についた棚のほこりを払い、娘に宿題はどうなってる?と声をかけ、息子からの「お母さんへのウルトラマン問題(超難問)」に答えねばならない時、家事・育児をしている方にはおなじみの一度に沢山のことに対処しなければならない状況で起こりがちです。忘れたら忘れたであまり気にはしておらず、今のところ大抵はすぐに思い出すことができるのでよしとしています。

さて、48歳、医師となり20年以上経過した現在の私は数年前より浦添市牧港にある徳山クリニックにて生活習慣病、腎疾患の外来、維持透析治療に関わっています。ご存知の通りCKDは末期腎不全の危険因子だけでなく、心血管障害の強い危険因子であり、現在日本では成人の8人に1人がCKDであるといわれ、その発症予防・早期発見・重症化予防が重要課題として挙げられています。少しでも沖縄のCKD患者さんが減り、重症化を回避できるお手伝いができるよう努力していきたいと思えます。そして人生の半分はもう過ぎたことになりましたが、まだ半分も残っています、何か新しいことも探していきたいと思っています。皆様にとってよい酉年でありますようお祈り申し上げます。





## 今年の抱負

新垣病院  
堤 勇人

あけましておめでとうございます。

どのような経緯かは存じませんが、このたび新春干支随筆の執筆依頼をいただきました。何を書いたらよいか迷いつつ、記してみます。

まずは簡単に自己紹介から。私は3名同胞第1子長男として新潟市で生育し、県立新潟高校を卒業したあと、自堕落な浪人生活を複数年送り、ようやく中国は岡山にある某医大に入学しました。しかし生来の怠け者ゆえ留年を繰り返して2004年に何とか卒業。運良く同年の国試に合格し、5月からは群星第1期生として中部徳洲会病院で研修医生活を始めました。その後紆余曲折を経て新垣病院に拾っていただき、現在に至ります。なお当院理事長新垣元先生のご厚意により、2010年には熊本大学神経精神科の池田学教授(現阪大教授)の元へ国内留学し、認知症を1年間勉強する機会をいただきました。昨年(2016年)には認知症サポート医養成研修を受けましたので、中部地区諸先生からのご相談がいただければ幸いです。よろしくお願ひ申し上げます。

さて順調に行けば、本稿が読まれている頃には我が家に家族が一人増えていることでしょう。

父親になるのは初めての経験です。親の資格が自分に備わっているかと問われても、正直自信はありません。

思えば私は今まで(今でも)親に迷惑をかけまくって生きてきました。脛かじりであり、不孝者です。医大卒業後、親の意向に逆らい来沖し、希望に反して精神科医となり、いつまでも沖縄に居続けているうちに相談もせず勝手に結婚し、怒りを買いました。妻とともに私の故郷である新潟市へ行ったものの両親と会うことは

おろか、妹たちと会うことすら許されませんでした。現在も音信不通状態が持続しており、妹らとのメールのやり取りも途絶えて久しいです。本稿を書いている現在、私の両親は妻の腹に自分たちの孫がいることを知りません。生まれたら一応メールはするつもりですが、どういう反応があるやら。

そんな、「親の心子知らず」を現在進行形で実践中の私が人の親になるのですから、何とも皮肉な話です。きっと私も報いを受けることでしょう。そして、将来裏切られると分かっている、きっと私は息子に愛情を注ぐことになるのでしょ。

今年の抱負は、親一年目として頑張る、といったところでしょうか。親バカな一年になるような予感がします。短いですが、以上です。



### 酉年にちなんで

岸本外科リハビリクリニック  
岸本 幸明

平成 29 年は酉年とのことで、早いもので酉年を 4 回経験する私のところへ原稿の依頼がありました。ただ生まれた年が酉年であることが何の意味があるのか、いまいちピンとこなかったため、とりあえず干支について調べることにしました。

Wikipedia によると、「干支は、十干と十二支を組み合わせた 60 を周期とする数詞。暦を始めとして、時間、方位などに用いられる。」「十干は甲・乙・丙・丁・戊・己・庚・辛・壬・癸の 10 種類からなり、十二支は子・丑・寅・卯・辰・巳・午・未・申・酉・戌・亥の 12 種類からなっており、これらを合わせて干支と呼ぶ。」「鼠、牛、虎…の 12 の動物との関係がなぜ設定されているのかにも諸説があるが詳細は不明である。」干支についての説明を見てもよくわかり

ませんでした。関係ありそうなものを上記にピックアップして記載してみました。西暦 554 年以前に中国から伝わってきたものらしく、歴史的に見れば、深い意味がありそうだが、深すぎて私には理解できませんでした。

インターネット上で干支を調べるにあたり、「性格」、「相性」といった単語が出てきて、干支というと主に、占いに関する事でよく検索されているのだなと思いました。私はもともと占いは信じないタイプで、「その年その年ごとに同じような性格の人が生まれてくるわけない」と疑心暗鬼の気持ちで目を通してみると、一部はなんとなく当たっているのでは、と思えるようになってきました。ただの偶然ではないかと、この機会だからと思い、全ての干支について、それぞれのどのくらいの確率でわたしにあてはまっているのか、もう少し詳細に検討することにしました。酉年が一番高い確率で当たれば占いが信用できるということです。

参考にしたのは、【保存版】意外と知らない「干支別の性格・特徴」まとめ、です。(今回扱う干支の記事ですが、色々な方が色々な主張をしており、その中の 1 例だけを検討したにすぎません)。全ての干支をそれぞれ紹介できないので、どのように性格・特徴が記載されているか、例として今年の酉年のみ記載します(同じ酉年の方は参考にさせていただきます)。

#### ・酉年(とりどし)生まれ。

**特徴：直感型。頭がいい。几帳面。内心を明かさない。諦めが早い。粘り強くない。「鶏がモチーフだが、酉年だけは由来がよくわからない。プライドが高いのも特徴。」**

同じ酉年の方は幾つ当たっていますでしょうか。

評価の方法です。この記載の中で性格の特徴は 7 つ紹介されており、それぞれの項目に当てはまっているのは 1 点、どちらとも言えないものは 0.5 点、当てはまらないものは 0 点とし、当たっている確率を % で表現することにしました。ちなみに私は 7 点満点中合計 4 点 (4/7)

の57%となりました。同様にねずみ年から始めてそれぞれの干支における確率を出してみました。

子 3 / 7、43%	丑 4 / 7、57%
寅 0 / 7、0%	卯 2.5 / 7、36%
辰 2 / 7、29%	巳 4.5 / 8、56%
午 1 / 8、13%	未 8 / 10、80%
申 0 / 9、0%	酉 4 / 7、57%
戌 5 / 10、50%	亥 2 / 8、25%

私に一番当てはまっているのは、8/10、80%の未年で、2番目に当てはまっているのは、4/7、57%の同率で丑年と酉年という結果でした。酉年が2番目に当たっているとはいえ、57%程度で、二つに一つの運でも50%であるので、あまりアカデミックではないですが、このことから「干支別の性格」などというのは、あまりあてにならないことが自分なりに納得しました（当然だと思ふ人が断然多いと思ひます）。

ただ、初詣の初占いは家族の楽しみとして今後も続けていくことでしょう。



**道**

沖縄県立南部医療センター・  
こども医療センター  
脳神経外科  
長嶺 知明

干支随筆の依頼が来て、初めて今年の干支が酉年である事を思い出しました。前回の酉年から12年も経ったのかという思いです。日頃から文章を書く事を苦手としており、余り立派な事は書けませんが、最近思っていることを書かせて頂きます。まもなく、生まれてから半世紀になりますが、ふと何故脳神経外科の道に進んだのかと思ひ返しました。今から23年前の春、沖縄県立中部病院の初期研修医として働き始めた頃は、外科系には進もうと思ひていましたが、脳神経外科への道は考えていませんでした。そ

こで、メンターとなる上司に巡り会い、私にとっても想定外でしたが脳神経外科へ進むことになりました。今もそうですが当時も、脳神経外科と言えば夜中に呼ばれる、手術は長い、重症患者が多いなど、きついイメージが多く、周囲の人からも何故脳神経外科に行くのかと不思議がられました。しかし、救急患者に対し緊急開頭術を行い救命するダイナミックな所や顕微鏡手術での細やかな操作、人間の脳という神聖な部分を扱う事などに魅力を感じ、その道を進む事を決めました。その後、20年この道を究めるために精進し、様々な諸先輩に出会いご指導を賜りました。その間、楽しい事もありましたが、辛い事も経験し幾度も自分が進んでいる道が正しいのかと迷うこともありました。

話は変わりますが今から7年ほど前、県内の有名な書家より「道」という表題の色紙を頂戴しました。そこには武者小路実篤の格言「この道より我を生かす道なし この道を歩く」が書かれていました。この格言の意味はどのような物かと色々調べてみました。誰でも自分が歩むべき道を始めから判っている人はいないと思ひます。皆、試行錯誤し自分の歩むべき道を探し決めて行かなければなりませんし、それが本当に進むべき道かどうかは本人しか判らないと思ひます。この格言は一度自分の歩むべき道を決めたら、自分を信じて歩いて行きなさいという意味だと思ひました。私自身、道半ばでまだまだ未熟者ですが、自分が歩んだ道が歩むべき道だったかは、人生を全うした時に初めて判る物だと思ひます。その時に後悔だけはしないように、今の歩んでいる道を精一杯進んでいく事が大事なのだと思ひました。

自分の進む道に迷いが生じた時は、この色紙を眺めながら自分自身を省みていました。この色紙の格言は、諸先輩方からのエールだと思ひます。後何年、脳神経外科の道を歩いていくのか判りませんが、今後も精一杯自分が選んだ道を進んで行こうと思ひます。また12年後に、自分の歩んだ道をどう振り返ることが出来るか、楽しみにしたいと思ひます。

文才も無く、年頭にまとまりのない文章を書いてしまいましたが、今年も皆様にとって良い一年である事をお祈り申し上げます。



「新春の抱負」

豊見城中央病院  
腎臓・リウマチ膠原病内科  
下地 國浩

南海の波間に浮かぶ緑の孤島一心地よい潮風にそよぐ樹々に飛び交う小鳥のさえずりや、小川のせせらぎ、咲き乱れる色とりどりの亜熱帯の草花に戯れる蝶、鮮やかな珊瑚の樹海に乱舞する熱帯魚の群れ、紺碧の空に描かれる白雲の芸術一。肉耳に聞こえぬ神秘的な音楽に舞う天女のように、それはまた、声なき神々の平和の祈りである。げに美しき神秘的な大自然。その森羅万象の奥にある生命の摩訶不思議…。この中に神を発見し、人々を愛し、その生きる道を開いたわが琉球の祖先たち…。海底を見渡す限り心奪われんばかりの圧感な珊瑚礁。それは龍宮を思わせる。干潮の岩溜りに美しい小魚たちが、頭に従って群れ泳ぐのを見る。人々が近づいても驚かず、悠々と泳ぐさまは、古代の琉球人が

人々の調和を喜び、その生きる楽しさの中で、文字通り楽園を築いたであろうことを心に思い浮かべる。（「神秘の琉球」より）

皆様、あけましておめでとうございます。年男と言う事で御指名頂きましたので、一筆書かせて頂きます。

先日、「第6回世界のウチナーンチュ大会」が盛大に開催されました。沖縄にルーツを持つ人々が世界中から一同に沖縄に集まるイベントは他の地域にありますでしょうか。県外から沖縄に移住する方々も多くなり、人口も140万人を超えています。人口密度は全国ベスト10に入っています。沖縄の魅力って何でしょうか。三味線、泡盛、エイサー、空手、琉球古典舞踊、組踊、青い海、人情味溢れる県民性でしょうか。しかし、BEGINの「島人ぬ宝」の歌詞そのものがこの現在の沖縄の現状を映し出しているのではないのでしょうか。自然は汚され、方言もわからず、沖縄の文化は薄れています。ネット社会となり、日本はおろか世界の情報は同時に配信される時代となり、その土地の歴史性、文化、芸能も忘れさられようとしています。最近、私自身、沖縄の原型って何だろうかと考えるようになりました。次世代の子供達に沖縄を伝える事が出来るのだろうか。冒頭の古琉球を端的に表現した文章に想いを馳せる時、ノスタルジックな気分は否めませんが、沖縄の原点はそこにあると思わざるを得ません。大自然を宮として捉え、龍宮の様な美しい大自然に囲まれ、そこに自然とともに生きる無為自然な生き様。その中から生まれた叡智が、大航海時代を迎え琉球王朝を築き繁栄をもたらせ、世界に誇る多くの文化を栄えさせた事になります。薩摩侵攻（1609年）以前の琉球のあり様は「琉球神道記」（琉球に関する最古の書物）に記され、文字のなかった琉球は口伝で文化を継承していました。すなわち、「生き様」で継承してきました。世界がグローバル化する中、琉球民族として忘れてはならないものを追求し継承していければと思います。

酉年と関係ない話でしたが、「酉年」は、琉球では、「取り持ち為す」の意味であります。実をとってもてなす。「患者さんと我々医師の間をとってもてなす」の意味にもなります。また、「酉年は実りの多い年の象徴」と記している本もあります。患者さんと我々医師との間に実り多い1年である事を新春の抱負とさせていただきます。

最後に、17年間公務員医師として勤務させて頂きましたが、多くの先輩方、後輩の先生方に大変お世話になりました。又、3年前から所属しております南部地区医師会の先生方をはじめ、医師会の先生方には今後ともご指導ご鞭撻の程、宜しくお願い致します。



酉年を迎えて  
～今年の抱負～

大浜第一病院  
糖尿病センター  
高橋 隆

年月の経過は早いもので、私が生まれた1969年は酉年で今年5回目の周期に入る様です。この様な中2015年5月に千葉県の病院から大浜第一病院に戻りもうすぐ2年が経過しようとしておりますので、それまでの取り組みと今年の抱負について少し述べさせていただきます。

大浜第一病院に戻った際のスタッフは僕を含め専属医師2名、看護師3名、管理栄養士1名に非常勤医師1名(毎週火曜日午前)であり、地域の糖尿病基幹病院となるべく、ご紹介頂いた患者様の治療、教育を中心とした診療を行うシステム作りに取り組みました。

糖尿病教育入院や血糖コントロール目的で入院された患者様に対しては、午前中は主に合併症等の精査を行い、午後は糖尿病教育プログラムに参加して頂くことで疾患に対する理解を深めて頂きます。入院中の治療に関しては食事や

薬物による従来の治療に加え、理学療法士による個々の運動能力チェック、退院後継続可能な運動指導を行い、更なる運動負荷が可能な方に関してはフィットネス科との連携により様々な機器を使用した運動指導まで行います。

週1回医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、健康運動指導士による症例カンファレンスを行い、個々の症例に対し退院後もその治療が継続可能であるかどうかという点を中心に、現在の治療が適切であるかどうかを専門家の目から評価、情報の共有を行います。その中で生活環境や提供可能な医療サービスの紹介まで行い、長期にわたり継続可能な治療法について検討しております。

そのような新しい試みに賛同して頂けるスタッフも加わり、現在では専属医師4名、非常勤医師1名(毎週火曜日午前)、後期研修医3名、看護師8名(内糖尿病療養指導士3名)、管理栄養士1名(糖尿病療養指導士)まで仲間が増えました。

当センターの外来でも多くのスタッフが診療に加わる様にして出来るだけ多くの情報を収集し、問題点の提起、解決に向けた取り組みに向けて頑張っております。初診で来院された患者様はまずバイタルチェックを行った後、看護師との面談を行います。この中で治療に対し問題と成り得る事柄や生活環境等について詳細な聞き取りを行います。その後フットケア外来での足病変・神経障害のチェック、医師の診察、管理栄養士による栄養指導を経て、再び看護師と面談を行い、ご本人との間で次回来院時までの短期的及び中長期的な目標設定を行います。再診時は設定した目標に対する達成度を評価し、達成された場合は新たな目標設定を、そうでなかった場合はその障害となった事柄について聞き取りを行い改善点のアドバイスをいたします。

この様に当センターでは外来、入院を問わずチーム医療を通して様々な専門分野の視点から個々の疾患に対する問題の解決策を模索しながら治療を行っております。更に次年度からは外来通院中の患者様に対して理学療法士による個

別、集団での運動指導に積極的に取り組んでいきたいと考えております。

近年、新たな治療法の考案や新たな抗糖尿病薬の登場により、毎年増加傾向にある糖尿病症例に対して、その解決策に更に多くの選択肢を持つことが可能となりました。今年も様々な新しい試みを通して地域における糖尿病診療に貢献し、この地域で生活する人々がより健康な人生を送るお手伝いが出来ればと思っております。今後とも温かいご支援を頂ければ幸いです。



『蘇った森にアカショウビンが鳴いた日』

琉球大学医学部附属病院  
周産母子センター 小児科  
吉田 朝秀

6月のある日、いつもより少し早く目覚めた朝のベランダで、長く美しく鳴く鳥の声をきいた。紅色の姿から火の鳥とも称されるその姿を、ついに見る事はできなかったが、運良く鳴き声の録音に成功し、確かにそこにアカショウビンがいたことを証明できた。

かつて、私が石垣島に勤務していた時は身近な鳥であった。それでもバードウォッチャー達にはあこがれの鳥とされていて、かつ絶滅危惧種の珍鳥のはずである。末吉の森が近いとはいえ、那覇の住宅街で出会える鳥とは思えなかった。森の自然が深まり、周囲に広く浸透しているのだろうか、それとも残り僅かな緑地に頼ってヤンバルへの渡りの途中で羽を休めたのだろうか。

末吉の森は那覇市の北に位置し、西は古島から末吉宮を経て東は首里儀保町の西森（ニシムイ）付近まで、緑豊かに木々が連なり近隣住民に自然との触れ合いの場を提供して親しまれている。早春には寒緋桜が咲き、初夏には蛍が飛びかい、一年を通して虫取り編みを携えた家族が中心を流れる安謝川沿いを散歩する姿に出会う。

実は私が幼少から学童期を過ごした30年ほど前の末吉の森は、いまの豊かな自然を湛えた姿とはほど遠い、酷い有様であった。上流域の新興住宅地からの生活排水を水源に変えた安謝川は、異臭とともに黒々と流れていた。壊れた自転車や古タイヤがところどころに人工の滝を成し、滝壺からは洗剤の泡立ちが青白くモウモウと舞い上がって滝見橋を覆うほどであった。その異様な姿は悲しくも森の悪しき名物となっていた。それが今、オオゴマダラをはじめとして優雅に蝶や小鳥達が舞い、水辺には小魚が水の輪を作って泳ぎ、水草が繁茂してそこかしこにビオトープが形成されているのである。

30余年の年月に、どのような働きかけをすれば自然がここまで回復するのだろうか？まず水源地に下水道を張り巡らせて汚水の流れ込みをブロックし、積みあがった廃棄物をコツコツと取り除き、遊歩道と花木を整備し維持してきた、行政やボランティアの方々の人知れない尽力を想像した。きっと各家庭の庭先や、近隣道路添いの地道な清掃活動は、今も雨水によって支流に細かなゴミが流れ込むのを防いでいるのであろう。

それぞれの働きは個別のもので、必ずしも森と溪流が今の様な素晴らしい姿になると想像し、意思を共有したものではなかったかもしれない。ただ、継続された小さな作業の一つ一つは、徐々に正しく水を清め、木々を守り育て、価値ある空間をそこに生み出すことに成功した。

原因となるリスクをそれぞれの持ち場で取り除き、永きに渡って健全さを守り、回復を目指す過程は、私たち医療福祉に携わる者にとっても共感できる道理ではないだろうか。社会には、とりわけこどもを取り巻く環境には厳しい問題が多すぎて、自助努力では回復困難な状態に陥ることも多いだろう。しかし、蘇った末吉の森を歩くとそのようなやるせなさの中にも希望が湧くのである。

言うなれば、こども達は水源にあたるであろうか？学校教育や行政や医療福祉に携わる方々は、地域住民の皆さんと手を携えて多様で幸せ



12人の同期は皆優秀で志高く、切磋琢磨しながら研修に励みました。今でこそ研修時間の制限とかライフワークバランスというようなことが言われますが、当時の研修病院にそんな雰囲気はありません。早朝から深夜まで病棟を走り回り、緊急手術と聞くと我先に手術室に飛んで行きました。救急当直も毎月10回以上は当たり前でした。娘が最初に覚えた言葉は「びょーいん」と「とーちやく」でした。嵐のような初期研修はあっという間に過ぎ、卒後3年目に私は県立中部病院の産婦人科レジデントになりました。科内では同期のレジデントは誰もいませんでした。全ての症例を独り占めして、手術や回診、カンファの準備に追われました。入院患者の指示を確認して退院サマリを書き終わるといつも深夜でした。たまに家に帰る私に娘は「ママまた来てね」と泣きつきました。

素晴らしい指導医の先生方のお力で、こんな私でもいつしか中部病院のスタッフになっていました。週末は娘と過ごせる事も多くなり、学校行事などにも参加するようになりました。娘の服のサイズや好きな食べ物など初めて知る事ばかりでした。卒後8年目を迎えた去年、宮古病院に異動が決まり、私は娘と二人で宮古島に

来ることにしました。島では毎日仕事が終わってから娘を迎えに行き「今日ね、〇〇ちゃんと〇〇ごっこをしてね…」と弾丸のように喋りまくる娘の話を聴きながら夕食の準備をしています。夜は絵本を読んで娘と一緒に眠り、朝は二人で海辺をジョギングします。

子供は母親が育てるべき、そういう意見もあると思います。もちろん異議を唱えるつもりはありません。でも「とってもはたらいているおかあさん」を誇りに思い、ママみたいなすごいドクターになるのが夢よと言う娘を前にして、私はママになることよりも産婦人科医になることを選んだ数年間を全く後悔していません。そして今私の夢が何かと聞かれたら、娘が成長しても目標にしてくれるような産婦人科医になることです。もちろん誰もが育児を誰かに任せて思う存分働ける環境にあるはずありません。しかしもし幸運にも状況が許すのであれば、男性でも女性でも今と決めた数年間は思い切って子供の送り迎えや食事の支度は他の人に任せる、というのも選択肢の一つではないでしょうか。仕事はいつでもできるけど子供との時間は取り戻せないなんて迷信だわ、ディズニー映画を見ながら娘と過ごす週末の夜に私はこっそり確信します。





## 年男、家を買う！？

沖縄県立八重山病院  
地域診療科  
篠原 正樹

沖縄県医師会員の皆様、あけましておめでとうございます。県立八重山病院地域診療科の篠原正樹と申します。

このような貴重な場に私を推薦してくれた県立中部病院の金城正高先生に感謝するとともに、金城先生に恥をかかさぬよう身が引き締まる思いで、パソコンに向かい合っております。

さて、今回の執筆依頼で今年が年男だと気付かされた私ですが、自己紹介や近況報告、今年の抱負について述べたいと思います。

私は糸満市出身で、自治医科大学卒業後8年目です。これまで県立中部病院と渡名喜診療所の勤務を経て、現在の八重山病院にて離島義務を遂行中です。いつも周囲の先生方に助けられ、特に渡名喜診療所勤務時には面識もない私の紹介を快く引き受けてくださった南部地域の先生方には大変お世話になりました。この場を借りて深く感謝申し上げますとともに、今後も離島診療所の後輩達がお世話になると思いますので、その際は皆様どうぞ宜しくお願いします。

私の所属する地域診療科では一般内科業務に加え、訪問診療や周辺離島診療所の代診医業務を行っております。私としては家庭医の考えを持った病院総合医でありたいと考えながら日々働いております。

皆様もご存知のように八重山病院は（紆余曲折を経て？）新病院を建設中ですが、現時点で外から見ると限りでは、旧空港跡地に重機は見えるものの、まだ建物らしきものは見当たりません。建設に関わっている患者さんからは「そろそろ基礎が終わるから今から見えてくるよー」とのことです。来年度の開業に向け、病院の引越し計画など八重山病院にとって今年もまた大変な1年になりそうです。

今年の抱負ですが、八重山病院勤務3年目を

迎えるにあたり、訪問診療をより充実したものに、特に終末期の在宅ケアをこれまで以上に担えるよう環境を整えたいと思います。

また、後継者の育成にも力を入れたいと考えており、八重山病院は新専門医制度で総合診療専門研修プログラム「南ぬ島（ばいぬしま）」（現在はプライマリ・ケア後期研修プログラム）を立ち上げています。専攻医の育成と離島診療所を経験した医師が指導医として活躍できる環境づくりに取り組みます。

最後に、タイトルにも書き、非常に私的な目標ですが、これまで数年おきに転勤が続いたため、家族が落ち着く場所を検討中です。長男が小学校入学前の今年が勝負の年です。南部地域（できれば那覇か浦添）でより良い物件情報（マンション・戸建、新築・中古問わず）があれば教えていただけると嬉しい限りです。

今年はトリのように大きく羽ばたける一年になれるよう頑張っていきたいと思います。皆様のご健勝とご発展をお祈り申し上げて、私の新年の挨拶とさせていただきます。



## 今年の抱負

琉球大学医学部附属病院  
放射線科  
有賀 拓郎

皆様、あけましておめでとうございます。旧年中は格別のご厚情を賜り、誠にありがとうございました。沖縄県は他府県と比較して放射線治療の適応率が低い傾向にありますが、それでも年々増加傾向にあり、ひとえに各診療科の先生方の放射線治療に対するご理解とご協力のおかげです。重ねて感謝申し上げます。

医者になって10年がたちました。放射線治療医が少ないこともあり、学年に比べていろいろな経験をさせていただいており、非常に充実した医師人生を送っております。ひーひー言いな

がら日常臨床に大学業務に大忙しですが、ひとつひとつの仕事がとても興味深く、改めてこの職に就いてよかったなぁとっております。

今年の抱負ですが、“もっともっとコミュニケーション”と考えております。患者さんともそうですが、他科の先生方やコメディカルスタッフと、もっと円滑なコミュニケーションを努力したいと考えております。がん治療に際して、キャンサーボードの有無（＝チーム間での円滑なコミュニケーションがとれているかどうか）で治療成績が変わるなんていう論文もあります。治療成績が上がるのなら、これは頑張らねば！また、『ちょっと放射線治療医に相談したいんだよね』ということがあっても、放射線治療医が身近にいないと、なかなか難しいものです。特定の症例に依ることなら診療情報提供書でいいのですが、放射線治療のちょっとしたことを聞きたいときは我々と連絡をとる手段が少ないのが実情です。そういうニーズを拾い上げられるような一年にできればと思っております。特に離島の患者さんからは“あんたたちがいないからわざわざ本島に来ないといけないさー”とお叱りを受けることも多いのですが、いきなり離島にリニアックを設置するのは難しいとしても、相談窓口くらいはできないかなあと日々夢想しております。

プライベートも可能な限り充実させていきたいと考えております。3人の子供に恵まれたのはいいのですが、妻にほぼ任せっきりのため、いつもクタクタな彼女の後姿を見てると、もう少し育児ができればなぁと。あとは趣味で長年ドラムを叩いているのですが、最近は職場でバンドも結成できたので、持ち曲のレパートリーを増やしていきたいですし、ボーイスカウト時代から長年ブランクがあって再開したキャンプを、子供たちを連れてもう少しできればなど思っています。小さい車に買い替えたので（ローバーミニ）、荷物に制限があるのですが、家族と充実した時間を過ごせるよう努力していきたいです。

ライフワークバランスの両輪がシャカリキに廻せるような一年にしていきたいと思っております。今年もご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いたします。



### 「酉年に因んで」

沖縄県立宮古病院 産婦人科  
諸井 明仁

沖縄県医師会の皆様、明けましておめでとうございます。沖縄県立宮古病院産婦人科の諸井明仁と申します。今年3回目の年男ということで、県立中部病院の金城正高先生から、執筆の機会を頂戴致しました。

埼玉県の生まれで、沖縄県に来てから10年目となります。大学生時代に、新たな生命が誕生するという出産を目の当たりにし感動したことを契機に、また胎児発育不全であった自分自身の生い立ちから、産婦人科医を志しました。しかし、医療訴訟が多く、医師数も少ない、多忙を極め、身体がもたないと、当時両親からは大反対されたことをよく覚えています。日本の周産期医療を支える人財になりたいと両親を説得し、合計特殊出生率が全国1位の沖縄県で研修を始めさせて頂きたいと決意しました。

中部病院には8年間在籍させて頂き、医師9年目より離島義務を果たすべく宮古病院勤務となりました。現在医師10年目で、頼もしい2名の同僚と共に診療にあたっています。

離島診療に従事し始めた頃は、医療資源の少なさに驚きを隠せませんでした。とにかく、医療スタッフが少なく、今まで普通にできていた医療ができない歯がゆさを感じました。様々な場面で自分の実力の無さを痛感し、他科の先生方にも多大なるご協力を頂きながら、少ない人数ながらも安全な医療を提供することを念頭に置き、工夫しながら取り組んだ1年でした。2

年目となる現在、分娩時の大量出血にいかに対応するかを今年度の目標としました。最後は自分達で出血を止めなければならないという緊張の日々を過ごしています。

院内に置いてある輸血製剤は少なく、大量出血時にはすぐに枯渇します。充足するためには那覇の血液センターから空輸で取り寄せなければならず、数時間を要します。緊急時には自衛隊の方々にも協力をして頂くことになります。そのため、すぐに輸血が必要と判断した際には、院内のスタッフから採血した、そのままの血液を輸血するという未照射新鮮血輸血を経験しました。実は新鮮血輸血は厚生労働省からは推奨されていません。しかし、「止血で困った時には生血」という研修医時代より聞いていた教えを実践し、離島で妊産婦を救命するためには、新鮮血輸血は必要な処置であることを学びました。また、異型輸血にもあまり抵抗がなくなりました。救命するためには手段は選べず、選択肢が限られていることも分かりました。

出血症例には常に緊張します。しかし、自分に命を預けて頂いた患者様がいらっしゃるという紛れもない事実があります。どんな困難な症例であっても立ち向かい逃げない、医療資源の少なさを言い訳にしない、常に最新の知識を持ち続ける、圧倒的な臨床能力をもった産婦人科医になりたい。そのために自分自身を磨く努力は勿論ですが、それだけでは不十分です。より良い医療を提供するにはチームワークの重要性を感じる場面が多く、他科の先生方や他職種の方々と普段から連携し、耳を傾ける姿勢が大切だと強く思うようになりました。

医師人生における永遠のロールモデルである恩師、困難な状況にも関わらず嫌な顔もせずいつも力を貸してくれる自慢の同僚、私自身が学ぶことが多い優秀な後輩に出会えたことに感謝し、日々精進していきたく感じた2016年末でした。本年もどうか宜しくお願い致します。



# 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	44 週	45 週	46 週	47 週	
		11/6	11/13	11/20	11/27 (定点あたり)	
		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	630	462	471	527	(9.09)
RSウイルス感染症	小児科	4	3	5	5	(0.15)
咽頭結膜熱	小児科	13	7	7	10	(0.29)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	30	27	40	31	(0.91)
感染性胃腸炎	小児科	114	121	111	150	(4.41)
水痘	小児科	4	14	9	11	(0.32)
手足口病	小児科	12	10	10	2	(0.06)
伝染性紅斑	小児科	2	2	1	0	(0.00)
突発性発疹	小児科	12	8	6	5	(0.15)
百日咳	小児科	2	3	6	3	(0.09)
ヘルパンギーナ	小児科	7	6	4	2	(0.06)
流行性耳下腺炎	小児科	12	13	7	7	(0.21)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	11	11	6	10	(1.00)
細菌性髄膜炎	基幹	0	1	1	0	0.00
無菌性髄膜炎	基幹	1	1	5	2	(0.29)
マイコプラズマ肺炎	基幹	3	6	13	7	(1.00)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	1	1	2	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)

44週から47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

## 文書映像データ管理システムについて (ご案内)

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

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

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

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

○「文書映像データ管理システム」

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

※当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

講演会・例会のご案内

(1月10日～3月9日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
1/11 (水) 19:00	沖縄県医師会館	学術講演会 <b>(日医生涯教育講座)</b> 難治性股関節疾患の診断と治療—大腿骨近位部骨折、感染、人口股関節後疼痛など—(1.0単位)	仲宗根 哲(琉球大学医学部附属病院整形外科講師)	61)関節痛 62)歩行障害	イーザイ(株) 090-1433-4060 参加費 2,000円
1/13 (金) 19:15	ロワジールホテル	がん化学療法セミナー <b>(日医生涯教育講座)</b> ①当院における新たなG-CSF製剤の位置づけ(0.5単位) ②がんサポーターケアのA～Z(1.0単位)	①谷本 一樹(福岡赤十字病院血液・腫瘍内科部長) ②相羽 恵介(東京慈恵医科大学大学院腫瘍・血液内科教授)	8)感染対策 7)医療の質と安全	持田製薬(株) 866-8805 参加費 なし
2/2 (木) 19:00	おきなわクリニカルシュミレーションセンター	学術講演会～薬剤性消化管障害の実態を考える～ <b>(日医生涯教育講座)</b> ①(仮)抗血栓療法患者への取り組み(消化器内科医の立場から)(0.5単位) ②(仮)多剤抗血栓療法時の新たな消化管傷害対策(1.0単位)	①仲地 紀哉(那覇市立病院消化器内科科部長) ②坂本 知浩(済生会熊本病院循環器内科科部長)	7)医療の質と安全 52)胸やけ 73)慢性疾患・複合疾患の管理	大塚製薬(株) 867-6198 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) <b>(日医生涯教育講座)</b> 未定(1.0単位)	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) <b>(日医生涯教育講座)</b> 発達障害の早期療育と長期予後(仮)(2.0単位)	本田 秀夫(信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部診療教授)	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
2/10 (金) 19:00	ザ・ナハテラス	パーキンソン病講演会 <b>(日医生涯教育講座)</b> ①ロチゴチン貼付剤の薬理学的および製剤学的観点から見た特性(仮) ②進行期のパーキンソン病治療(仮)	①光本 泰秀(北陸大学薬学部医療薬学講座教授) ②富永 誠彦(青森県立中央病院神経内科科部長)	19)身体機能の低下 29)認知能の障害 62)歩行障害	大塚製薬(株) 867-6198 参加費 なし
2/11 (土) 17:00	沖縄県医師会館	日本プライマリ・ケア連合学会第12回九州支部総会・講習会 <b>(日医生涯教育講座)</b> ①総合診療医はこう考える ②沖縄の医療史を知ろう学生～ベテラン医師が沖縄の医療を語る	①徳田 安春(JCHO東京城東病院顧問) ②本村 和久(沖縄県立中部病院プライマリ・ケア総合内科)	15)臨床問題解決のプロセス 4)医師-患者関係とコミュニケーション	仲本内科 860-1845 参加費 3,000円

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
2/12 (日) 8:00	沖縄県医師会館	日本プライマリ・ケア連合学会第12回九州支部総会・講習会 <b>(日)生涯教育講座)</b> ①エトオプライケアで直面する悩ましい倫理的問題をみんなで考える(1.0単位) ②沖縄県の離島医療(0.5単位) ③公開地域ケア会議:医療と介護の連携を考える(ギャップを意識する)(1.0単位) ④沖縄県における医療・保健の連携と継承(0.5単位) ⑤もっとできるぞ禁煙支援～UPDATE/未成年への禁煙支援現状と今後の課題(1.0単位) ⑥退院前カンファレンスやサービス担当者会議の一例から学ぼう(1.0単位) ⑦離島から発信!若手総合診療医の歩み方と生きがいを考える(2.5単位) ⑧プライマリ・ケア医に必要なうつ病・自殺予防の知識とスキル(1.0単位) ⑨共有しよう、多職種連携のTips(1.0単位)	①金城 隆展(琉球大学医学部附属病院地域医療部臨床倫理士) ②崎原 永作(沖縄地域医療センターセンター長) ③涌波 満(ファミリークリニックきたなかぐすく院長) ④友寄 英毅(友寄内科胃腸科院長) ⑤玉城 仁(仲本病院院長) ⑥稲福 徹也(稲福内科医院院長) ⑦並木 宏文(与那国町診療所所長)他3名 ⑧城間 功句(一銀クリニック院長) ⑨玉城 武範(ミドリ薬局)	①3)医療倫理:研究倫理と生命倫理 ②12)地域医療 ③13)医療と介護および福祉の連携 ④11)予防と保健 ⑤82)生活習慣 ⑥80)在宅医療 ⑦1)医師のプロフェッショナルリズム ⑧70)気分の障害(うつ) ⑨10)チーム医療	仲本内科 860-1845 参加費 3,000円
2/13 (月) 19:00	沖縄ハーバービュー2階	沖縄県スポーツ医学研究会平成28年度学術講演会 <b>(日)生涯教育講座)</b> ①膝前十字靭帯損傷-完全復帰への道のり-(1.0単位) ②野球肘に対する治療のトピックス(1.0単位)	①黒田 良祐(神戸大学大学院医学研究科外科系講座整形外科分野教授) ②岩崎 倫政(北海道大学大学院医学研究科機能再生医学講座整形外科分野教授)	57)外傷 72)成長・発達の障害	久光製薬(株) 092-481-9500 参加費 1,000円
3/6 (月) 19:00	沖縄県医師会館	第238回沖縄ハート <b>(日)生涯教育講座)</b> ①未定(0.5単位) ②未定(0.5単位) ③未定(0.5単位)	①未定(琉球大学医学部附属病院第三内科) ②未定(県立南部医療センター・こども医療センター小児心臓血管外科) ③未定(県立中部病院循環器内科)	59)背部痛 71)流産・早産および満期産 72)成長・発達の障害	エーザイ(株) 895-1168 参加費 500円

※都合により変更する場合がありますので、ご確認の上ご出席ください。  
 ※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。  
 ※お願い:3月10日～5月9日迄の講演会例会等が決まれば、1月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。



産業医研修会のご案内

嘱託産業医活動情報書

沖縄県医師会では、事業場からの産業医紹介依頼に対応するため、産業医としての契約を希望されている先生方の情報を取りまとめたいと考えております。ご協力いただける方は下記事項に記入いただき提出をお願い致します。  
 ※事業場との契約内容(報酬等)については、事業主と産業医の相談により決定となります。

申込み日 月 日 ( )

産業医氏名		診療科目	
医療機関名			
住 所			
電話番号		FAX	
メールアドレス			

嘱託産業医を受託する際のご希望をお聞かせ下さい。

項 目	ご 希 望 条 件
実施可能件数	1件 ・ 2件 ・ 3件 ・ 4件 ・ 5件以上
事業所規模	従業員数 ①50人～99人 ②100人～149人 ③150人以上
業種について	①建設業 ②製造業 ③運送業 ④サービス業 ⑤IT業 ⑥その他 ( )
病院から事業所までの所要時間 (片道)	①30分程度 ②45分程度 ③1時間程度 ④時間は気にしない
事業所への訪問、実施曜日 (事業所訪問は基本月1回)	①企業の都合に合わせる ②双方相談のうえ調整
( )に第何週か記入下さい	①第 ( ) 水曜日 ②第 ( ) 木曜日 ③第 ( ) 土曜日
ストレスチェックの <b>実施者</b> になることについて	① 承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェックの <b>共同実施者</b> になることについて	① 承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェック後の高ストレス者に対する面接指導について	① 実施可能 ②実施不可 ③要相談
地区医師会との情報共有	① 許可する ②許可しない

メモ欄

連絡先  
 沖縄県医師会 業務1課(與儀)  
 TEL:098-888-0087  
 FAX:098-888-0089

# 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いておりますので、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

TEL098-859-6175 FAX098-859-6176

**本研修会は無料です。**

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

### ●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
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 りち (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を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		番号	3 2 . 3 3 . 3 4
フリガナ(必須) 氏 名				3 5 . 3 6
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			F A X	

※申込みの際に記入いただいた個人情報は、本研修会における参加名簿作成のために使用するほか、当センターが行う研修・セミナー等の御案内に使用させていただいております。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。

## ～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 <a href="http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html">http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html</a></p> <p>おきなわクリニカルシミュレーションセンター <a href="http://okinawa-clinical-sim.org/course.html">http://okinawa-clinical-sim.org/course.html</a></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:<a href="mailto:trees@me.au-hikari.ne.jp">trees@me.au-hikari.ne.jp</a> (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

「医療機関のためのセミナー」開催のご案内

医療機関が抱えるトラブルの対応について

主催（公財）労災保険情報センター  
共催（一社）沖縄県医師会

最近、医療事故に伴う民事訴訟や医療従事者が刑事責任を問われるケースが増加し、また、患者のたらい回し、医師、看護師不足といった問題がマスコミ等で大きく取り上げられ、国民の大きな関心を集めています。

これらの社会問題を解決するには、大きな課題が横たわっているものの、医療従事者が安心して医療に専念できる環境の構築が医療機関にとっての喫緊の課題となっています。

今般、病院・医院で日常的に経験するトラブルについて、カルテや診断書の取扱い、未収金の回収、迷惑患者の撃退法といった医療現場が必要とする情報の提供を目的に「医療機関のためのセミナー」を開催いたしますので、ご参加いただきたくご案内申し上げます。

◎医療機関が抱えるトラブルの対応について◎

＜主な内容＞

- (1) 予約を無断キャンセルした患者への対応など日常診療のトラブル
- (2) 検査同意書の有効期間？一文書の法的問題
- (3) ついに始まった医療事故調査制度
- (4) 個人情報流出
- (5) モンペ対策
- (6) 労務など病院経営の法的知識
- (7) ネットで悪口を書かれたら

※ 内容については、変更する場合があります。

日 時：平成 29 年 2 月 10 日（金）  
午後 7 時 30 分～9 時

場 所：沖縄県薬剤師会館

沖縄県南風原町字新川 218-10  
電話：098-963-8930

参加料：無料

講 師 平沼 直人 弁護士・昭和大学医学部客員教授

公的団体・医師会・医科大学等の顧問弁護士として、我が国で医療事件を最も多く手がける弁護士の一人。  
(プロフィール)  
平沼高明法律事務所（第一東京弁護士会所属）  
東京大学卒、早稲田大学大学院修士課程修了、日本救急医療財団理事、東京三弁護士会医療ADR仲裁人  
(著書)

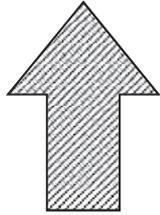
「医療機関のトラブルQ&A」、「顧問弁護士の医療リスクマネジメント」、「医療訴訟Q&A」、「救命救急リーガル・セミナー」他 多数

**お申込み** 裏面の参加申込書にご記入の上、**1月27日（金）**までに、沖縄県医師会 業務一課 崎原あて FAXにてお申し込み下さい。

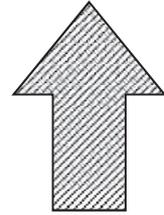
なお、会場の収容人数の関係で先着順とさせていただきます、定員（200名）になり次第締め切らせていただくこともございますので、あらかじめご了承ください。定員に達した場合のみ、お断りする医療機関には、ご連絡いたします。

◎ 悪天候等不測の事態により、止むを得ず本研修会を中止する場合があります。その場合は、沖縄県医師会のホームページに掲載いたしますので、開催当日ご確認下さい。

お申込み・お問合せ先 沖縄県医師会 業務一課 崎原  
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川 218-9  
TEL 098-888-0087 FAX 098-888-0089



**FAX 098-888-0089**  
 沖縄県医師会 業務一課 崎原 行



**「医療機関のためのセミナー」参加申込書**

開催会場	<input type="checkbox"/> <b>沖縄県薬剤師会館</b> 平成 29 年 2 月 10 日 (金) 午後 7 時 30 分～9 時									
参加希望人数	名									
労災指定医療機関番号	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			4	7					
4	7									
医療機関の	フリガナ									
	名 称									
	所在地	〒 ー								
	TEL		FAX							
ご担当者名										

**参加申込締切 1月27日(金)**

# 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 11 月 4 日 発行 第 33 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



### 増加する『介護離職』の防止を支援する助成金

医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士) 前里 久誌

#### ◆「介護離職」が増加しています！

近年、親族などの介護を理由に離職を余儀なくされる労働者が増えています。

このいわゆる「介護離職」は、病院にとっては重要な働き手を失ってしまうというマイナス面、労働者にとっては収入を失ってしまう(転職しても年収がダウンしてしまうケースが多い)というマイナス面があり、国や厚生労働省でも「いかに介護離職を減らすか」ということに力を入れています。

#### ◆助成金の概要

仕事と介護の両立に資する職場環境を整備し、介護休業を取得・職場復帰をした労働者や介護のための時差出勤制度等の利用者が生じた事業主に助成金を支給するものです。

##### <助成対象事業主>

- ①仕事と介護との両立の推進に資する職場環境の整備
- ②「介護支援プラン」の策定・導入

##### <支給額>

- ①介護休業を1カ月以上取得し復帰した場合  
⇒1人当たり40万円(中小企業事業主60万円)
- ②介護のための勤務制度(所定外労働の制限、時差出勤、深夜業の制限)を3カ月以上利用した場合  
⇒1人当たり20万円(中小企業事業主30万円)

※それぞれ1事業主2人まで(期間の定めのない労働契約を締結している者・期間を定めて雇用される者1人ずつ)支給。

## ★Q&A 残業時間の割増賃金を計算する場合、端数処理を行ってもいいのですか



医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士) 善平 克恵

A: 1日単位での端数処理はできませんが、1月単位であれば可能です。

賃金は、原則としてその「全額」を支払わなければならないこととなっています(労基法第24条)。しかし賃金計算事務の簡素化のために、一定の端数処理を行うことは下記のとおり認められています。①1カ月における時間外労働、休日労働、及び深夜業の各々の時間数の合計に1時間未満の端数がある場合、30分未満の端数を切り捨て、それ以上を切り上げること。

②1時間当たりの賃金額および割増賃金額に円未満の端数が生じた場合、50銭未満の端数を切り捨て、それ以上を1円に切り上げること。

③1カ月における時間外労働、休日労働、及び深夜業の各々の割増賃金の総額に1円未満の端数が生じたときに前記②と同様に処理すること。

ただし、①③について、1日ごとに同様の処理をすることは違法となります。

# 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 11 月 18 日発行 第 34 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



### 年金受給資格、納付 10 年に短縮 改正法成立

医療労務管理アドバイザー 名城 志奈

年金の受給資格を得るために必要な保険料の納付期間を 25 年から 10 年に短縮する改正年金機能強化法が 11 月 16 日午前の参院本会議で、全会一致で可決、成立しました。改正法は来年 8 月に施行され、10 月から約 64 万人が新たに年金を受けられるようになる見通しです。受給には本人か代理人が年金事務所に請求書を提出する必要があります。

新たに受給できるようになるのは、保険料を払った期間が 10 年以上 25 年未満の人です。受給期間は保険料を納めた期間や免除された期間を合計します。もらえる年金額は保険料の納付期間に応じて増える仕組みになっており、国民年金の場合、加入期間が 10 年で月約 1 万 6 千円、20 年で約 3 万 2 千円となります。40 年で満額の約 6 万 5 千円と比べて支給額は低くなりますが、今回の改正で 64 万人の無年金者救済が期待されています。



## ★Q&A 「妊産婦、育児・介護を行う労働者の時間外・休日・深夜労働の制限」に係る請求手続き

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 「時間外労働制限及び深夜労働免除」の請求には、どのような手続きが必要ですか。

A 時間外労働の制限及び深夜労働の免除を請求できる権利は、年次有給休暇と同じく、事業主が限度時間を超えて時間外労働をさせないよう、または深夜労働を免除するよう、労働者が事業主に請求することができるという「請求権」です。

権利の請求手続きについては、1 回の時間外労働制限の期間は、1 月以上 1 年以内の期間です。また、1 回の深夜労働禁止の期間は、最短 1 ヶ月で、最長で 6 ヶ月です。いずれも請求できる回数に制限はありません、請求は、制限開始予定日と制限終了予定日(深夜労働禁止は禁止開始予定日と禁止終了予定日)を明らかにして、希望する時間外労働制限開始予定日または深夜労働禁止開始予定日の 1 ヶ月前までに行わなければなりません。

(「妊産婦、育児・介護を行う労働者の時間外・休日・深夜労働の制限」については、ニュースレター第 32 号 Q&A をご参照ください。)

### 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労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

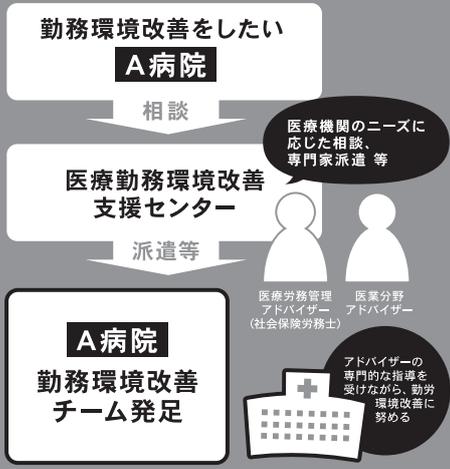
お問い合わせ

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1218-9  
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



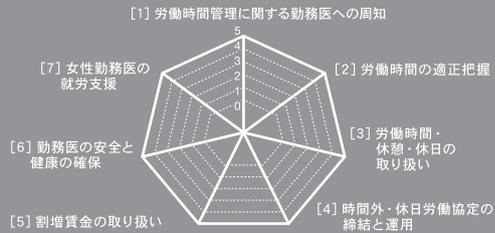
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会  
勤務医の労務管理に関する  
分析・改善ツール  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien\\_tool201403.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf)



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

## 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
<b>終了</b>	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。
<b>終了</b>	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。
<b>終了</b>	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
<b>4</b>	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
<b>5</b>	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



### 新年の挨拶

広報担当理事  
本竹 秀光

会員の皆様、あけましておめでとうございます。旧年中は広報委員会へのご協力、ご理解誠にありがとうございました。昨年は多くのことがありました。特に久方ぶりに行われた会長選挙は印象的でした。事務方も慣れない仕事に大変であったろうし、本当にご苦労様でした。新会長に安里哲好先生が選ばれ、新執行部で船出し早半年が過ぎました。この間の一番の課題は何といっても、地域医療構想だと思います。保健医療部の説明不足もあり、必要病床数に振り回された一年でした。しかし、中部病院の高山先生の講演などをきっかけに医師会の先生方が真の地域医療構想とは何かを次第に理解し始め、沖縄県の地域医療構想もどうにか軟着陸出来る状態になったと感じています。3月には県民が安心して医療が受けられる沖縄県にふさわしい地域医療構想が発表されると確信しています。沖縄県の医療は現場の医師が守るんだと、政治には左右されないとの強い意識も芽生え始めているのを感じるのは私だけではないと思います。今年は県民に寄り添った医療をさらに推し進めていくと言う決意で安里会長の基に皆が行動できることを願っています。広報委員会では今年も昨年同様、生涯教育、プライマリ・ケアコーナー、月間行事お知らせコーナーなどで会員の先生方には無理な執筆をお願いすることになると思います。その時にはどうぞよろしくお願いいたします。今年酉年です。猿→酉→犬と言う干支の並びには犬猿の仲を取り持つのが酉と言う解釈もあるようです。県医師会も地区医師会のレフェリーとなれるよう理事の一人として尽力したいと思います。



### 広報委員 新年のあいさつ

広報副担当理事  
白井 和美

明けましておめでとうございます。本年もよろしく願いいたします。

さて、今年の会報の背表紙の色は、水色（濃い水色）になりました。

水色を含む青色は、古くから親しまれてきた色です。当初は、ツクサの花で染色していたため、花色・<sup>はなだ</sup>縹色（花田色）と呼ばれました。この染色法は水洗いですぐに色褪せてしまうので、次第に藍など他の染料に取って代わられました。ただ、すぐに色落ちするこの性質を利用し、友禅染の下絵には今も用いられています。

水色（青）は、澄んだ水の色、晴れた空の色を象徴し、海など自然に結び付いた色彩です。最も多くの方が好む色で、信頼・誠実・解放感・知性をイメージさせるものの、不安・冷酷・寂しさなども結びつくことはご存じのとおりです。心理的には、集中力を高め、気持ちを落ち着かせ、睡眠を促進する効果があると言います。背表紙の効果で、会報誌を集中して読破して頂き、落ち着いた気分となり、ぐっすりお休み頂ければ幸いです。

対外広報担当となって半年が過ぎました。私の主な仕事は、新聞2紙に会員のご協力を得て医療関連の原稿を掲載し、情報を発信することと、県民公開講座やマスコミとの懇談会などを通して、正しい医療知識の普及啓発を行うとともに、医師会が県民やマスコミの身近な存在となるようにすることと考えています。この半年間は、前任である、照屋常任理事の引かれたルールに沿って仕事をさせて頂きました。今年からは、いよいよ独り立ちです。幸い、広報委員会には、前任、前前任の対外広報担当

が参加して下さり、バックアップは万全です。あとは、本番で大きな問題を起こさぬ様、注意深く、職務を遂行したいと思います。自分らしさを加えた展開を考える等、抱負を述べる余裕はまだありません。是非とも皆様のご支援をお願いします。

最後に、青い色素が含まれない為、実現困難と言われた青バラは、科学技術の進歩により、2004年、開発に成功しました。その後、花言葉は当初の「不可能」から、「夢かなう」に変更されました。何事にもあきらめずに努力して参りたいと存じます。



丁酉の年を迎えて

広報委員（北部地区医師会）  
出口 宝

明けましておめでとうございます。

昨年は東日本大震災から5年が経過して間もない4月に熊本地震が発生しました。そして、10月には鳥取地震が発生しました。まさに災害は忘れた頃にやって来ました。「地震列島に住む私たち」を改めて認識した年でした。11月には災害医療をテーマに県民公開講座を開催し、新聞紙面も通して広く県民に災害について考え頂くよう呼びかけました。また、世界の世情でも想定外の激震が起こりました。6月にイギリスのEU離脱、そして11月には次期アメリカ大統領選挙でドナルド・トランプ氏が勝利しました。今年はどうのような年になるのでしょうか。

今年の干支の組み合わせは34番目の丁酉（ひのと・とり）です。丁は十干の4番目で、伸びてきた陽気がいよいよ盛んになってくる年回りだそうです。酉は十二支の10番目で、新しい勢力が台頭してくる状態を現しているそうです。歴史から酉年を見てみると60年前の丁酉

年には、安倍晋三総理の祖父である岸信介内閣が成立しています。それから一回りした今年は、その岸内閣の宿願でもあった改憲に安倍内閣はどう動くのでしょうか。24年前の酉年にはインターネットが誕生しました。その後の世の中は急速なIT革命が進み、LINE、Facebook、Twitter、そしてインスタグラムなどのSNSアプリは国民の約半数が利用する時代となりました。しかし、これらSNSは相手の態度、顔、目などの表情、そして空気を読むことを必要としないコミュニケーションです。山極寿一京都大学総長は著書「サル化する人間社会」の中で、IT革命によるコミュニケーションの変容により、現代社会は個人の利益と効率を優先するサルの序列社会に近づいていると警鐘を鳴らしています。一方では書物や刊行物の電子化も進み、いつでもどこでもスマホやタブレット端末があれば読むことが出来るようになりました。日本医師会も日医Libというアプリでの配信をしています。本誌はまだ電子化が進んでいませんが、日医Libで公開している都道府県医師会報誌もこの原稿を書いている時点で6誌あり、広報委員会でも話題にしていきたいと思います。今年も会員の皆様と良いコミュニケーションをとれるような会内広報、そして、ひろく県民の方々と良いコミュニケーションをとれるような会外広報に取り組んでいきたいと思っています。





**新年の挨拶**

広報委員（中部地区医師会）  
上原 哲

明けましておめでとうございます。

昨年、恥ずかしながら県医師会報をまともに読んでこなかった私が広報委員に任命されてしまいました。オロオロしながら出席した初めての委員会で本竹先生の細川俊之（知らない方も多いかもかもしれません）ばりの甘く優しい低音に癒され、他の委員の方々の熱気に煽られ、何とかやっていけるかなと、ほっとしたことを思い出します。また県医師会事務局広報担当の方々の多大なる努力によって医師会報は作られているのだと改めて認識させられました。

ここ数年日本各地で大きな地震があり、日本は「地震列島」であることを再認識させられます。昨年は、大学時代を含め8年間を過ごした第二の故郷熊本も大きな地震に見舞われました。あちこち電話をして、幸い嫁さんの家族や友人たちの無事を確認できてほっとしたことを思い出します。私を含め、沖縄の人たちは「そんなこと滅多に起こる事では無いサー」と高をくくっているように思えます。もう少し「今起こるかもしれない」という意識を持って欲しいものです。その他、高齢化、人口減少、我が身にも降りかかっている介護の問題。政治・経済・医療も含めた大きな問題が山積しています。

昨年良かったことといえば、リオオリンピックでの日本勢の大活躍に心躍りました。68年ぶりのスーパームーンの凜とした光に感動もしました。今年はどんないいことがあるでしょう。いいこと探しに努めたいものです。

話は変わって、今『耐性菌』が世界中で大きな問題になっています。受け入れ病院の先生方はその現実直面しておられますので、抗菌薬の使用については、かなり厳密にされていると

思います。我々開業医も、ただ患者とその家族、そして我々の「何となく安心」のためだけの、根拠の薄い「とりあえず抗菌薬」、「念のための抗菌薬」は止めていかねばなりません。そのためには、丁寧な問診と注意深い診察、的確な検査、その後の細やかなフォローアップが必要です。…皆様よくご存じのことです。私の新年の努力目標です。

これから、広報委員の皆様の医療に対する情熱と見識の深さに触発されながら、またたくさんの方の会員の皆様の投稿を読ませていただきながら、勉強していきたいと思っております。よろしくお願い致します。



**新春の挨拶**  
～黒部溪谷トロッコ電車に乗って感じたこと～

広報委員（浦添市医師会）  
藏下 要

あけましておめでとうございます。本年もよろしくお願い申し上げます。

昨年、晩秋の富山県黒部溪谷を訪れました。北陸新幹線が開業して「黒部宇奈月温泉駅」ができたこともあり、黒部溪谷の玄関口にあたる宇奈月温泉へのアクセスは大変便利になりました。日本一深いV字峽である黒部溪谷の奥地へ進んでいくための道路は1本もなく、唯一の交通手段は黒部溪谷鉄道（通称、トロッコ電車）です。電車は大人3人が座る幅しかない小さな車両で、起点の宇奈月温泉駅から終点の樺平駅までの約20kmを1時間20分かけてゆっくりと進んでいきます。線路は深い溪谷と鉄橋とトンネルが連続する中を伸びていて、途中に広い平地は全くありません。そもそもこの電車は黒部川に発電所を建設する資材や作業員を輸送する目的で大正12年から約14年の歳月をかけて作られました。険しい地形と冬には豪雪の

ため閉ざされてしまう厳しい自然環境の中で、できるだけ短期間に建設しなければならなかったため、このような小さな電車となったということです。トロッコ電車で揺られてあたりの景色を眺めていると、当時、電力不足の中、何が何でもこの場所に発電所を建設しなければならないという目的のために、不可能と思われるような大事業に国をあげて挑んだ多くの人々の逞しいチャレンジ精神が感じられました。

最近の日本の社会全体が、「集団」よりも「個人」がより尊重される風潮にあり、世界の状況を見ても「協調と融和」よりも「対立と保護主義」が台頭してきているように思われます。そして何事においても、一つのチームとして大きな目標に向かってチャレンジをすることがとてもしづらい時代になってきているように思います。

今後ますます困難な状況が訪れるであろう日本の医療現場の中で、これまでできなかった全く新しいことにチャレンジしていくことは不可避であろうと思われます。そしてその中でどうしても欠かせないキーワードが「連携」「チーム」「熱意」「信頼」といったものではないか？そして自分自身の次の年のチャレンジは？トロッコ電車に乗りながら漠然とそんなことを考えていました。

広報委員として3回目の新年を迎えました。今年も他の委員の先生方や医師会事務局広報誌担当の皆さんと共に、私もその一員として微力ながら頑張っていきたいと思えます。



**新春の挨拶 ~大切なものはこの胸の中に~**

広報委員（那覇市医師会）  
玉井 修

会員の皆様あけましておめでとうございます。私は今、日々在宅医療の難しさと闘ってい

ます。難治の褥瘡処置に一喜一憂しながら、患者さんとその家族を励まし、そして自分を励みながら生活しています。県医師会の理事を辞して2年、新聞などを読むとかつて自分が関わった仕事関連の記事にはつい目が行ってしまいます。そして、今はそこを離れ、日々の生活に埋没する自分に一抹の寂しさを感じるのでした。

そんなある日、沖縄認知症ネットワーク研究会主催の講演会でとても印象的なお話を聴くことができました。元助産師であった認知症患者さんと介護士との会話です。介護士が問いかけます「助産師としてとても多くの命を取り上げてきたのですね」、するとその認知症を患う方は「その事は言わないで、大切な思い出は私の胸の中にそっとしまっておくの」と答え、はにかみながら下を向いたそうです。私はこの言葉にハッとしました。今は認知症を患う患者さんの豊かな言葉に愕然としたのでした。

燦然と輝く過去の思い出に縛り続けられている自分の何と愚かな事か、あの輝かしい思い出は私の胸の中にそっとしまっておいて、今、目の前のひとりひとりの患者さんに必死に向き合うことが私の全てではなかろうか。

大切なものはこの胸の中に、そしてゆっくり日々を歩いて行こう。新春を迎えるにあたり、そう決意を新たにしました。



**みなさん「運」  
つかんでいますか!!**

広報委員（那覇市医師会）  
真志取 浩貴

明けましておめでとうございます。さて突然ですが、昨年のお年の挨拶では、もちろんお忘れだとは思いますが犬を飼った話をしました。犬の名前はニコ、平成27年7月に我が家にき

ましたが、家の壁、コンセントなど平気で咬みちらし、さらに様々な悪行が目立ち、犬の訓練所に半年間容赦無く預けました。その甲斐あって、ようやく一緒にTVを観て暮らせる日がきました。私の長男はまだ4歳ですが、1人と1匹でつるんで悪さをします。私の手は咬みますが、長男がどんなに無理強いをしても咬みません。横に寝そべってDVDを観ている姿は兄弟そのものです。心がねじ曲がることもあります。飼ってよかったという気持ちが大きいのは正直な気持ちです。

さて本題に入ります。私がいつも感心するのは、ニコがドックフードをたいらげた数秒後にはウン〇をします。ほぼ99.6%の確率で私の方にお尻を向けます。日曜日の朝は、私の生活はウン〇を片付けることから始まります。最初は観ていましたが、落ちたものを拾うよりも、落ちるまえにキャッチすることが楽になりました。勘の良い先生方はすでにお解かりかと思いますが、そうです、私はいつも「うん」をキャッチしているんです。インターネットで調べた所、犬がトイレをする場合、頭か、お尻を北南に向けるのだそうです。ですから、ニコもくるくる回って北に頭を向け、南の私にお尻を向けるのです。犬の健康状態は、鼻の頭の湿り具合と、ウン〇の状態、母指大の固形が出れば体調はゲーです。午前中は、仕事、学校と誰も自宅にいない時は、ゲージ内で思いっきりお腹を出して寝ています。昼の3時から家族が帰ってきて、ボール遊び、散歩して遊んできます。身長56センチ、体重25キロはあります。朝から「こらーニコ！」と毎日のように自宅内に響きますが、家族笑ってニコと一緒に住めるようになりました。今年が戌年ならこの文章も脚光をあびるのでしょうか、なにせ今年は酉年、全然関係ありません。たわいもない話で、申し訳ございませんが、先生方が今年が良い「運」に恵まれますよう心から願ひまして、私の新年の挨拶と致します。



「広報委員：新年のあいさつ！」  
～「ファーストペンギン」と  
「翌檜（あすなろ）」～

広報委員（南部地区医師会）  
照屋 勉

あけましておめでとうございます。激動の2016年は…、「東京オリンピック費用問題」、「豊洲新市場移設問題」、「普天間基地辺野古移設・高江ヘリパッド問題」、「子どもの貧困問題」、「終末期医療問題（平穏死・尊厳死）」、「増え続ける“国の借金1000兆円”越え！」、「トランプ米国新大統領誕生！」、「混迷を極める外交諸問題（米国・中国・ロシア・韓国・北朝鮮・フィリピンetc）」…。あらゆる分野の無理難題が山積しているかなりシビアな、2017年、新年の始まりです。

さてさて、熱烈な『NHK：朝ドラ』ファンである小生の『今年のテーマ』は、(1)「ファーストペンギン by『あさが来た！』」と、(2)「翌檜（あすなろ） by『とと姉ちゃん！』」…。まず、『あさが来た！』の名言集：①「(道を切り開く)ファーストペンギン！～荒海に向かって最初に飛び込む勇気あるペンギン！」、②「我に続け！～“ビックリボンや！”」、③「嘘はつかない方がよい！信用が一番！」、④「必ず、朝は来る！」…。参考までに、「媚びない！甘えない！嘘はつかない！」、「甘える人は嫌いだ！甘やかす人はもっと嫌いだ！」(by『まんてん：NHK』)…というのがあります！。

次に、『とと姉ちゃん！』の名言集：①「翌檜（あすなろ）！～明日は材木として価値のある檜（ひのき）のなろう！」、②「『小さな幸せ』をつかむための『ささやかな心がけ！』」、③「『言霊』の力！～言葉にすると実現するかも…！」、④「新しいことを創める！～“どうしたもんじゃろの～！”」…。『翌檜』に関しましては、「明日頑張るさ～！」というネガティブな意味もあ

るそうです。「後からやろうは、この野郎!」、  
「明日やろうは、バカ野郎!」、「こつこつが勝  
つコツ!」…ということのようです!。

また、小生の「今年の漢字一字!」は、『恩=  
因+心! (原因を知る心!)』~「知恩・感恩・  
報恩」~『恩を知り、恩に感謝し、恩に報いる!』。  
あ (愛)・い (命)・う (運)・え (縁)・お (恩)  
~『愛されて、親からもらったこの命!。運を  
信じて、縁に感謝し、恩に報いる!』。どうで  
すか?。いい感じ (漢字?) でしょう!。

これからも、「Pay it forward! (先払い・  
恩送り)」、「知恩・感恩・報恩」を再認識して、『脳  
トレ・筋トレ・ダイエット!』を続けながら、「肥  
満体」ではない「自然体」で、なんくるなんく  
る頑張っ参りましょう!。『まくとうそーけ  
ー、なんくるないさ~!』…。今年も、ゆたし  
く、ゆたしく、お願い申し上げます!。



### 2017 年新春雑感

(国療沖縄公務員医師会)  
河崎 英範

あけましておめでとうございます。年賀状よ  
り早い新年挨拶の原稿書きも今年で3度め、昨  
年の締め切りがついこの前のようですが、先週  
(11月22日)の福島での地震が5年前の大震災  
の余震とのニュースを聞いていると人の一年は  
一瞬のことと思いつつ原稿を書き始めています。  
最近の関心事は私の専門分野である肺癌治療へ  
適応拡大した高額薬剤から端を發した医療費の  
高騰と国民皆保険制度存続の危機の問題でしょ  
うか。世界に冠たる国民皆保険制度ですが、制  
度発足から半世紀がすぎ少子高齢化社会では維  
持できないことが高額薬剤の登場でやっとマス  
コミに取り上げられ議論されるようになってい  
ます。減額は決まりましたが、新たな同様の薬  
剤は年内にも市場に出始め、複数の癌腫で適応  
拡大されるとみられています。抗悪性腫瘍薬だ

けではなく抗血栓薬や降圧薬、血糖降下薬など  
の生活習慣病に関わる薬剤でも同じです。これ  
までより高いと思いつつも、より良い効果を信  
じる患者の希望や医師の期待、そして他院から  
の継続 DO 処方で、これまでの治療で十分効果が  
あったと思われる薬剤でも新たな薬剤へ切り替  
えがすすみます。処方数からするとこれも医療  
高騰の原因です。本当に変える必要があるのか、  
投与し続ける必要があるのか…医学の歴史は臨  
床試験の結果の積み重ねであることを否定する  
つもりはありませんが、実地医療で患者さんを  
診ているかぎりは臨床試験の有意差ほどの差を  
感じることはないものの、価格差が大きいのは  
明らかです。問題は、現在の保険制度では患者  
さんは負担も恩恵も感じることは少ないことと、  
目の前の患者を救うことを使命とする医師は公  
費の増加を止むを得ずと考えてきたことでは  
しょうか。政治の問題と切り離すのは簡単ですが、未  
来へ繋がる社会福祉の充実のため患者さんそし  
て社会への啓発と同時に、我々もよく考えな  
ければならないでしょう。公費の無駄をなくす努  
力は経営にかかわる問題、もしかしたら痛みを  
伴うことかもしれません。目先の利益を取りに  
いくか、未来に永続する体制を取りにいくのか、  
我々一人ひとりが考えなければならない四年の  
始まりです。今年も宜しく願いいたします。



### 沖縄県の医療の 質の向上のために

広報委員 (琉球大学医師会)  
清水 雄介

沖縄県医師会の皆様、こんにちは。平成 28  
年 9 月より新しく沖縄県医師会広報委員会委員  
を務めさせていただくこととなった琉球大学附  
属病院の形成外科の清水雄介と申します。元よ  
り身に余る重責ですが、沖縄県医師会の発展に  
努め、最終的には県民の皆様へ良い医療をお届  
けする力になりたいと思います。

形成外科という診療科はまだ広く認知されていないと思います。琉球大学でも平成27年3月に初めて形成外科が新しく開設された状況です。形成外科は先天的、後天的なハンディキャップを機能面、整容面で改善することを目的としています。日本では1960年代に登場した比較的新しい科ですが、対象とする疾患は幅広く、現在では基本診療科として欠かせない役割を担っています。形成外科は再建外科、外傷、先天性疾患の3つの柱で構成されます。以下に説明いたします。

### 1. 再建外科

主に関連診療科からの依頼で頭頸部癌、乳癌、体幹部の腫瘍切除後に欠損した組織を他の皮膚・筋肉・腸管等で再建します。最近では陳旧性顔面神経麻痺、子宮癌切除後の下肢リンパ浮腫、義眼床作成などの治療も積極的に行われます。

### 2. 外傷

主に頬骨骨折、眼窩底骨折、上顎骨骨折、鼻骨骨折などの顔面骨骨折や、外傷後の変形などに対して治療を行います。また熱傷、潰瘍、褥瘡、切断指等も治療対象です。

### 3. 先天性疾患

先天性眼瞼下垂、小耳症、口唇口蓋裂、頭蓋変形、漏斗胸、手足の変形、静脈奇形、母斑などに対して治療を行います。

以上の疾患の他に、他科で困難とされた症例も扱うため、多岐にわたる広範な知識と技量とアイデアが要求されます。外見を治療するという本質から、診断学の側面は少なく治療学としての‘手術’が形成外科の中核となります。手術では皮膚をきれいに縫合する、骨を切る、組織を移植するだけでなく、顕微鏡下で血管・リンパ管、神経を縫う技術（マイクロサージャリー）も必須で常に鍛錬が必要です。

私は沖縄県に形成外科診療を根付かせ、発展させていく過程を通し、最終的には沖縄県全体の医療の質の向上に貢献したいと考えていま

す。皆様の厚いご支援とご指導を賜えると幸いに存じます。どうぞ宜しくお願い申し上げます。



## “大きく羽ばたく” 一年へ

広報委員  
(沖縄公務員医師会)  
金城 正高

新年早々、1月20日にはドナルド・トランプ氏が第45代アメリカ大統領へ就任します。アメリカに翻弄されてきた沖縄にとっては、まさしく“新たな”1年の幕開けとなります。

どんなサプライズが押し寄せてくるのか・年明け早々気が引き締まる思いです。

世界情勢の変動の中でも、私達の日常は淡々と経過していきます。そんな中での楽しみといえば、やはり“美味しいもの”を食べること、「メタボ日本一」の汚名を返上できない、沖縄県民の悲しい性なのか、最近では各地でB級グルメ選手権なるイベントが開催され、地域興しとしても盛り上がっているようです。やはり沖縄のソウルフードといえば、「沖縄そば」でしょうか。会員の皆さまもは、「年越し蕎麦」召し上がりましたか？沖縄で“そば”といえば「沖縄そば」のことですが、日本そばのように蕎麦粉を使わず、小麦粉・食塩・かん水を原料とするため、製法的には中華麺に分類されています。復帰後の1976年、公正取引委員会から蕎麦粉を使用しない沖縄そばに「そば」の名称を表示してはいけないという指摘を受け、「沖縄風中華麺」という名称にあわや変更・という危機に直面していたのです。そのことを知った沖縄生麺協同組合や県民の熱い思いが名称存続運動となり、2年後に名称使用の認可を勝ち取ることとなります。その記念すべき10月17日は「沖縄そばの日」として広く親しま

れています。3月4日(三線の碑)、5月8日(ゴ  
ーヤーの日)、6月23日(慰霊の日)、昨年は  
新たに「世界のウチナーンチュの日」が10月  
30日と制定されました。沖縄関係に留まらず、  
365日何らかの記念日が謳われています。今年  
は日々の中に記念日をちょっと意識して、日  
常に新たなスパイスを加えてみるのもいいか  
もしれません。

私は神経内科を専門としていますが、今年  
は「パーキンソン病」がより注目される年にな  
りそうです。イギリスのジェームズ・パーキン  
ソンが、いわゆるパーキンソニズムを呈した6  
症例を「振戦麻痺」として報告したのが1817  
年。今年が200年目となります。その歴史を  
振り返ることで、医学・医療の進歩を実感す  
るのみならず、社会情勢を多角的に俯瞰しな  
がらその時代を追体験でき、学びのひとつ  
の視点としたいと思います。

明治安田生命保険が発表した「生まれた子供  
の名前ランキング」では、男の子1位は大翔(ひ  
ろと・はると・やまと)、女の子1位は葵(あ  
おい・めい)で、男女ともに2年連続だそう  
です。世相を反映する代名詞のような捉え方  
もされますが、親の想いが詰まった命名だ  
けに、キラキラ感があります。2017年、飛  
躍する一年でありますように！



## 新年の挨拶

広報委員会  
(那覇市立病院医師会)  
間仁田 守

明けましておめでとうございます。

昨年、スマホのアプリで不整脈、特に心  
房細動を見つけることが、マイブームとなっ  
ています。スマホの自撮り用カメラに顔を写  
すと、脈波が記録できる機能には、驚きが  
隠せません。患者の顔をどんなに見つめて  
も、脈拍など全くわからず、スマホの  
カメラ機能に医者目にはかなわないと実  
感させられています。今後ますます、  
テクノロジーの進歩を駆使して医療を展  
開する時代になることと思います。

また、昨年、糖質制限を行い、10kgの  
ダイエットに成功しました。賛否両論の  
ダイエット法ですが、優柔不断の私でも  
ダイエットができました。私も今年で、  
五十路を迎えますので、今後はバラン  
スのとれた食事と運動に切り替え、健  
康的な体づくりを行なっていきたいと考  
えています。メタボ県である沖縄県では  
今後もますます、若年者の生活習慣病  
が蔓延することが懸念されます。健康長  
寿おきなわを取り戻し、健やかなる地  
域包括ケアが行えるように、今年も  
県医師会の先生方と共に頑張りたいと  
思います。

本年もよろしくお願ひ致します。

