

# 第7回ワークショップ 「会員の倫理・資質向上をめざして」

— 都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ医の倫理 —



副会長 宮里 善次

### 会 次 第

日 時：平成 29 年 6 月 2 日（金）

午後 1 時 30 分～ 4 時

場 所：日本医師会館 3 階小講堂・ホール

開 会

会長挨拶

議 事

#### 1. 講 演

(1) 人生の最終段階における医療の課題

・小野隆宏（大分県医師会常任理事）

(2) 倫理教育の今後の在り方について

・佐々木昌弘（文部科学省高等教育局医学教育課 企画官）

#### 2. ケーススタディ

・事例①高齢者の自転車運転と医師の役割

②急逝した患者—死亡診断書と医師の役割

(1) 討論の課題と進め方

(2) グループによる議論

(3) グループからの発表および全体討議

#### 3. 統 括

閉 会

生に対する医療倫理教育の重要性は国際的にも求められており、それを受けて我が国でも“医学教育モデル・コア・カリキュラム”が平成 28 年度に改定された。医学生には豊かな人間性を養い、医師としての道を歩んで欲しいと述べられた。最近医学生や研修医による事件が続いただけに、その必要性を痛感した参加者も多かったと思う。

また、日本医師会制作の「第 3 版 医師の職業倫理指針」と日本医師会会員の倫理・資質向上委員会がまとめた「医の倫理について考える現場で役立つケーススタディ」を倫理教育教材として活用するよう希望された。

最初の講演では小野隆宏先生が「人生の最終段階における医療の課題」と題して、住宅医療や施設での看取りの役割について、自らの豊富な経験を踏まえて報告し、看取りは「患者にとって最善の利益は何か？」を基準にして、ガイドラインを基に他職種による医療・ケアチームと家族の話し合いで決めるべきであると話され、更に今後の課題を提案された。（表 1）

表 1

### 人生の最終段階における医療 今後の課題

- ① 延命医療の差し控えや中止に関する法整備は必要？不要？
- ② 日本医師会、各学会からガイドラインがでており、現時点ではこれらの指針を基に多職種による医療・ケアチームが「患者にとって最善の利益は何か」を家族との話し合いですすめるべき
- ③ 在宅医療においては医師の判断を支援するシステム（委員会）などを地区医師会で構築
- ④ 経済的視点で終末期医療・看取りを議論すべきではない
- ⑤ 死をタブー視しない 事前指示、LW・ACPの啓発
- ⑥ 医の倫理のもと、患者の権利保護と医療者の法的安定性保護を両立し尊厳ある生と死を考えていくことが必要

平成 29 年 6 月 2 日、日本医師会館に於いて第 7 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」— 都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ医の倫理 — が開催された。

横倉会長は冒頭挨拶で、医師と云う職業を目指す者には高い倫理観が求められる。特に医学

次の講演では、佐々木昌弘文科省高等教育局医学教育課企画官が「倫理教育の今後の在り方」について述べられた。

「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が6年ぶりに改定（3回目）されたが、国民から求められる倫理観を強調した内容であると説明があった。（表2）（表3）

表2

**H28年度の6年ぶり3回目のコアカリ改訂におけるキャッチフレーズ(医学・歯学共通)**

**「多様なニーズに対応できる  
医師・歯科医師の養成」**

国際的な公衆衛生や医療制度の変遷を鑑み、  
国民から求められる倫理観、医療安全、  
チーム医療、地域包括ケア、健康長寿社会などの  
ニーズに対応できる実践的臨床能力を有する  
医師・歯科医師を養成する

表3

**<医師として求められる基本的な資質・能力>**

<p><b>(平成28年度改訂版)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プロフェッショナリズム</li> <li>・医学知識と問題対応能力</li> <li>・診療技能と患者ケア</li> <li>・コミュニケーション能力</li> <li>・チーム医療の実践</li> <li>・医療の質と安全管理</li> <li>・社会における医療の実践</li> <li>・科学的探求</li> <li>・生涯にわたって共に学ぶ姿勢</li> </ul>		<p><b>(平成22年度改訂版)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師としての職責</li> <li>・患者中心の視点</li> <li>・コミュニケーション能力</li> <li>・チーム医療</li> <li>・総合的臨床能力</li> <li>・地域医療</li> <li>・医学研究への志向</li> <li>・自己研鑽</li> </ul>
---	---	--

※赤字以外は、臨床研修の到達目標と合わせた  
(臨床研修では、プロフェッショナリズムはより具体的に記載)

最後に二つの事例について、参加者が7つのグループに分かれて討議を行うワークショップ形式によるケーススタディーが行われ、グループ討論と発表、さらに全体討議があった。

ケース①(表4)とケース②(表5)を供覧する。司会担当の樋口範雄副委員長から、正しい答えは一つではないと思うが、かかりつけ医としてどのように動くのか、また地域連携や医師会

表4

**事例① 高齢者の自動車運転と医師の役割**

- ・75歳の男性。独居で、普段は遠方に住んでいる長男夫婦に連れられて来院した。1か月前に軽乗用車を運転中にガードレールに接触し、頭をハンドルにぶつけた。その後、しばらく頭痛は続いていた。現在症状はない。長男夫婦が患者宅を訪れた際に軽乗用車のドアミラーがとれており、複数のぶつけた痕があることを発見し、患者に確認したところ、自損事故の話をしたため来院した。患者は緑内障と難聴があったが、半年前に運転免許の更新はできていた。実際、買い物等の日常生活では運転は必要で、患者は毎日のように短い距離ではあるものの車を使用していた。この患者に対し、あなたがすべきこととして重要なことは何か。

表5

**事例② 急逝した患者一死亡診断書と医師の役割**

80歳の男性。3年前から高血圧症のために近所の診療所のA医師が診察している。2年前、心筋梗塞で市立病院に1か月入院し退院したが、その後も狭心症様発作が数回ありニトログリセリンの舌下錠の服用で治まっていた。10日前に診療所に来院し、A医師が診察したが、患者は元気で降圧薬を処方した。ところが今朝、患者の娘からA医師に電話があり、「朝、父が寝室のベッドの傍に倒れていた。意識もなかったが救急車を呼んだところ、すでに死亡しており死後硬直もあるといわれたが、どうしたらいいのか」と相談された。A医師はどのように対応すべきか。なお、医師から見て話に不審な点はない。

との連携と云う立場から検討して頂きたいと要望があった。

ケース①で出た意見は、病気の診断（認知症、硬膜外血腫、てんかん等の意識障害をきたすもの）が最重要である。道路交通法が改正されたので、75歳なら強制的に認知症テストを行える。免許返納が妥当だが、生活に困るので、行政や地域包括ケアにタイアップする…、等の意見があった。

ケース②では、医師は現場に行くべきと云う意見が多かったが、警察医との連携も大事。診断書記載はかかりつけ医の仕事である。医師会の役割としては地域で警察医を増やしていく必要がある…、などの意見が出された。

さて、会員の皆様はどうお考えでしょうか？

## 第 140 回日本医師会定例代議員会



常任理事 稲田 隆司



平成 29 年 6 月 25 日（日）、日本医師会館において標記代議員会が開催されたので、その概要を報告する。

当日は、平成 28 年度の事業報告が行われた他、議事に平成 28 年度決算、平成 30 年度日本医師会会費賦課徴収について、また、各ブロックから執行部に対する代表・個人質問が行われた。

### 九州ブロック日医代議員連絡会議

福田九州医師会連合会会長の進行のもと、代議員会に先立ち九州ブロック日医代議員連絡会議が開催され、近藤代議員（大分）より、先に開催された議事運営委員会について、宮里代議員（本会）からは財務委員会についてそれぞれ報告が行われ、引き続き、横倉会長並びに今村常任理事より挨拶が行われた。

続いて、九州ブロックから提出している代表質問並びに個人質問の内容についてそれぞれ説明が行われた。

### 第 140 回日本医師会定例代議員会

定刻になり久野議長から開会、挨拶が述べられた後、受付された出席代議員の確認が行われ、定数 363 名中、出席 360 名、欠席 1 名、欠員 2 名で過半数以上の出席により、会の成立が確認された。その後引き続き、議事録署名人として、渡部透議員（新潟県）、河村康明議員（山口県）が指名され、代議員会議事運営委員 8 名の紹介があり、議事が進行された。

続いて、横倉会長より会長挨拶が行われた。

### 横倉義武日本医師会長挨拶

第 140 回日本医師会定例代議員会にご出席をいただき、誠に有難うございます。

また、日頃より日本医師会の会務運営に特段のご理解とご支援をいただいていることに対し、この場をお借りして厚く御礼申し上げる。

本日の定例代議員会では、昨年度の事業報告、並びに 2 件の議案を上程している。慎重にご審

議の上、何卒ご承認賜りますようお願い申し上げます。

さて、本代議員会の開催に当たり、若干の所感を申し上げます。

皆様方のご信任を得て、3期目となる会長職を拝命して以来、早1年が経過した。その間、代議員をはじめ会員の先生方より、日本医師会の会務運営と諸事業に対し、特段のご理解とご支援を賜ったことに、執行部一同心から御礼申し上げます。3期目に臨むにあたり、かかりつけ医を中心とした“まちづくり”、将来の医療を担う“人づくり”、医療政策をリードし続ける強い“組織づくり”という3つの基本方針と、その実現に向けた、“積極的な行動”、“偏りのない政策”、“新たな取り組みへの挑戦”という3つの基本姿勢をもって、国民医療のさらなる向上を目指していくことを誓った。

かかりつけ医を中心とした“まちづくり”に向けて今後必要となる視点は、平均寿命が延び続けるわが国において、人生100年時代をいかに設計していくか、医療の面からも考えていくことである。かつて人類が経験したことのない長寿社会ではあるが、多くの方の共通の願いは、住み慣れたまちで、安心して自分らしく年齢を重ねながら、人生を謳歌し続けていくことではないか。そのため、地域医療構想で明日の医療を描き、持続可能な医療提供体制を構築していくとともに、地域包括ケアシステムにより、いつまでも質の高い生活を人生の最期まで送れるようにする。そのいずれにおいても、かかりつけ医が中心となって、国民一人ひとりの生と死に寄り添い続けていくことが、人生100年時代に必要な医療の在り方だと確信している。

そこで、まずは“より良く生き、いかに人生の終末を迎えるか”について、国民に広く議論を喚起するとともに、かかりつけ医が担うべき役割等についての検討を、現在、生命倫理懇談会をお願いをしているところである。

また、すでに地域医療構想が全国で策定され、今後は、地域医療構想調整会議において、地域に則した医療提供体制の在り方に係る議論が進め

られていく。その牽引役として、都道府県医師会が果たす役割は大きく、日本医師会としても、関係審議会等での政府への提言等を通じ、円滑な議論に資するさらなる環境整備に努めて参る。

一方、こうした議論に臨むにあたっては、医療の根本が患者・社会との信頼にあり、医師自らが安全で安心な医療の提供に責任を負うという自覚を改めて確認しあうことが必要である。そして、この自覚を持つ医師を育てていくことが、将来の医療を担う“人づくり”における基本であり、関係者と広く認識を共有することで、医学部教育から生涯教育に至る一貫した医師養成の議論も、ぶれることなく進めていくことが可能になると考える。

特に、来年度からは新たな専門医の仕組みづくりにおいて、基本19領域の専門医研修が一斉に開始される予定となっている。繰り返し主張している通り、「専門医」は医師の自己研鑽の一手段であり、学術的な評価として位置付けられるものである。したがって、すべての医師が専門医にならなければならないという理由はなく、この点については、このほど改訂された「専門医制度新整備指針」においても明記されたところである。

また、地域医療の観点から、新しい専門医の仕組みを検証する役割を担う都道府県協議会での議論が、今後、非常に重要になってくる。日本医師会としては、同協議会が実務的に機能していくよう、日本専門医機構とのさらなる協働に努め、国民の医療に対する信頼に応えた研修体制を確立していく。

この他、本年3月、日本医学教育評価機構(JACME)が、世界医学教育連盟(WFME)より、医学教育分野別評価の認定機関として認証された。これに伴い、医学教育を国際基準にあわせる観点から、これまで以上に地域の医療機関での学外臨床実習に取り組まれる医学部がでてくることも予想される。そのため、地域の医療機関を束ねる医師会と大学とがこれまで以上に連携し、日本の医学教育のさらなる発展に尽くしていかなければならない。

特に、医師を志す一部の者らによる一連の不祥事により、医の倫理に対する社会的関心が高まっているので、医学部における倫理教育についても、日本医師会が策定している「日本医師会綱領」や「医の倫理綱領」、「医師の職業倫理指針」等の活用を図るなかで、一層の充実・徹底に努める。

折しも、本年4月、厚生労働省内に卒前・卒後の一貫した医師の養成をはじめ、地域の医師確保などについても議論する検討会が立ち上げられた。日本医師会としては、先に述べた視点をもって、医師養成についての議論に臨んでいく。また、地域の医師確保については、本年3月にご提出いただいた「医師の団体の在り方検討委員会」からの最終報告等を踏まえながら、医師の自主性を基に、地域の医療事情に応じた適切な対応が行われるよう、しっかりと主張していく。

さらに、政府の働き方改革により、医師については応招義務等の特殊性を踏まえ、改正法施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等については、医療界参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に結論を得ることとされた。これに先立ち、日本医師会では新たにプロジェクト委員会を会内に立ち上げ、過重労働が問題となる医師の健康を守り、且つ、地域医療に混乱が生じないように、新制度の円滑な導入に向けた具体策について検討をはじめたところである。

このように、医療を取り巻くさまざまな問題解決に向けて、医師はプロフェッショナルとして自律的に意見をとりまとめ、政府や社会に対し、積極的に提言していかねばならない。そして、その提言が政府や社会に重く受けとめられるためには、確かなエビデンスに基づくことが必要である。そして、我々にとって最も重要なエビデンスとは、医療現場を担う医師一人ひとりの声である。従って、医療政策をリードし続ける強い“組織づくり”に向けては、組織率の向上を目指したさらなる取り組みが不可欠

であると考え。そこで、若手勤務医と研修医のさらなる入会に資するべく、日医医賠責保険料の大幅な引き下げについて、ご提案させていただく。何卒ご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げる。

また、先月より医師会組織をあげて取り組みをお願いしている「受動喫煙防止対策を強化・実現するための署名活動」については、会員各位のご協力に対し、この場をお借りして深く感謝申し上げます。先の国会での法案提出は見送られたものの、引き続き、日本医師会は、国民の健康を第一に考え、例外規定や特例のない受動喫煙の防止対策の強化・実現を目指していくので、更なるご協力をお願いしたい。このたびの署名活動を通じて、国民の健康を守る活動を行う医師会の存在感を広く国民や社会に印象づけられればと思う。

年末には来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定にかかる議論が行われるが、とりわけ、来年度より開始される新たな医療計画と介護保険事業支援計画の策定等により、かかりつけ医の役割が今後ますます重要になる。そのため、かかりつけ医機能に係る取り組みや成果を正しく評価し、医師の技術をはじめ人に関するさらなる手当てを行うよう、政府与党に強く要望していく。同時改定の財源確保に向けては、糖尿病対策やフレイル対策など健康寿命の延伸や、我々医療側から適切な医療を提言していくことにより、まずは医療費が過度に伸びないように、努めていくことが重要である。その上で、薬価の改定や適切な後発医薬品使用の促進の他、いわゆるアベノミクスの果実の活用をはじめ、被用者保険の保険料率公平化などの応能負担の推進、医薬品・医療機器のイノベーションに対する税制や補助金の活用、さらには、自治体病院の病床数減少分等の財政措置分の活用やたばこ税の増税などが考えられる。近年、わが国では「骨太の方針」などの政策に基づき、経済の発展と財政の健全化の両立を図ろうとするなかで、国民医療費の伸びを抑えようとする圧力が

続いている。しかしながら、本来、政府の目的とは、国民に安全と安心を保障しながら、国民の生活を豊かにすることであり、経済発展と財政健全化はいずれもその手段にすぎない。

すなわち、社会保障を充実するための政策を大胆に展開することで、将来に対する国民の不安を和らげ、国民のさらなる経済活動を助長し、ひいては経済発展による豊かさを国民に還元していくなかで、税収増による財政健全化への道筋を立てる。これこそが、本来の政府の目的に適った考え方ではないだろうか。「社会保障と経済は相互作用の関係にある」とは、こうした考えに基づくものであり、政府が目的と手段とを過つことのないよう、日本医師会は今後も厳しく医政を正しながら、必要な社会保障のための財源確保等に努めていく。

医療を取り巻く環境は今後も絶えず変化し続けていくが、そのなかで、医師は、科学者として医学の進展と習得に努め、臨床家としてその恩恵を国民に還元していくことが求められる。そして、そのために必要な環境整備を、医師会組織を通じて実現してきたという経緯がある。今からおよそ50年前、インターン制度が廃止され、努力規定としての臨床研修が始まる、歴史的にも大きな変革の時代に、私は医師としての第一歩を踏み出した。農村部にある父の病院を継承後は、地域医療に献身していくなかで、地域の医療関係者同士の顔が見える関係構築の重要性や、行政との関わりにおいて様々な交渉が必要となることを痛感した。

また、制度改正にあたっては、医師会が意見を集約して主張すれば、良い方向に変えていくことができるという成功体験から、医師が医師会に参加することの重要性を肌で実感した次第です。そして、こうした環境の下、地域医療の充実・確保に奔走するなかで、「地域医療を守るためには、地域の声を中央が代弁し、守るべきものを守り、変えるべきものを変えなくてはならない」との信念が芽生えてきた。この信念は今も変わることはありません。

今後とも、地域医療の充実・確保に向けた“積極的な行動”と、地域の声に基づいた“偏りのない政策”の提言、そして、地域医療を守るための“新たな取り組みに挑戦”し続けながら、執行部一同、医師会会務を推進していく。代議員の先生方の、変わらぬご理解とさらなるご協力を切にお願い申し上げ、代議員会開催にあたってのご挨拶の言葉とする。

ご静聴、ありがとうございました。

## 報 告

### 平成 28 年度日本医師会事業報告の件

平成 28 年度にご逝去された会員 1,452 名の先生方の生前のご功績をたたえ、心からご冥福をお祈りするため黙祷を捧げた後、中川副会長より平成 28 年度事業報告が行われた。

## 議 事

### 第 1 号議案 平成 28 年度日本医師会決算の件

今村副会長より、平成 28 年度日本医師会決算について説明があった。

決算報告書は、平成 20 年公益法人会計基準に基づいて作成しており、従来の決算報告書は内部管理資料として引き続き作成していると前置きがあり、決算報告書に基づいて説明があった。

その後、橋本財務委員長より去る 5 月 2 日開催された第 22 回財務委員会における本議案への審査の経過及び結果の報告が行われた。

当日は第 1 号議案「平成 28 年度日本医師会決算の件」について審議を行った。その中で、予算額と決算額の乖離について、一般会計と特別会計の関係について、医師年金の積み立て不足額について、会費収入の増加理由について、広報費の大幅な削減と今後の方針について、委員会・セミナー等の開催数減少について、また、医師資格証の推進について等、多数の質問・意見に対し理事者の答弁を求め、活発な議論により慎重に審査した。

その結果、財務委員 15 名中、出席委員 14 名の全員の賛成により原案が適正であることを確認した。

なお、同日の財務委員会では、第 2 号議案「平成 30 年度日本医師会会費賦課徴収の件」についても、日医医賠償保険料引き下げに伴う日本医師会会費の改定に係る内容を中心に理事者から説明を受け、これを評価し可決した。

橋本財務委員長の報告を受け、第 1 号議案の表決を行った結果、挙手多数で承認可決された。

**第 2 号議案 平成 30 年度日本医師会会費賦課徴収の件**

今村副会長より、平成 30 年度日本医師会会費賦課徴収の件について説明があった。

会費の額並びに徴収方法は定款第 8 条細則第 4 条に、代議員会の議決を得て定めると謳っている。平成 30 年度予算編成に対して事前に会費賦課徴収について代議員会の承認を得ておく必要があるため、本日お諮りする。

平成 30 年度は、医賠償保険料を引き下げ等に伴い A②B、A②C の会費額を引き下げるという案である。会員区分ごとの会費額として、A①、B、C については昨年度と同額である。A②B については年額 82,000 円から、14,000 円引き下げ、68,000 円。うち、医賠償保険料部分が 40,000 円。なお、A②B の中でも、4月1日現在 30 歳以下の会員は、43,000 円引き下げ、39,000 円。うち、医賠償保険料部分が 11,000 円。A②C については、年額 39,000 円から 18,000 円引き下げ、21,000 円。うち医賠償保険料部分が 15,000 円。

A① 病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員  
**年 額 126,000 円**  
 うち、66,000 円は日本医師会医師賠償責任保険料等部分

A② (B) 上記A①会員およびA②会員 (C)  
以外の会員  
**年 額 68,000 円**  
 うち、40,000 円は日本医師会医師賠償責任保険料部分  
  
**年 額 39,000 円**  
(4 月 1 日現在 30 歳以下の会員)  
 うち、11,000 円は日本医師会医師賠償責任保険料部分  
  
 A② (C) 医師法に基づく研修医  
**年 額 21,000 円**  
 うち、15,000 円は日本医師会医師賠償責任保険料部分  
  
 B 上記A②会員 (B) のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員  
**年 額 28,000 円**  
 C 上記A②会員 (C) のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員  
**年 額 6,000 円**

なお、徴収方法は従来通り、都道府県医師会長に委嘱して行うこととし、平成 30 年 4 月 1 日から実施したい。

第 2 号議案の表決を行った結果、挙手多数で承認可決された。

続いて各ブロックからの代表・個人質問が行われた。

執行部に対する各ブロックからの質問は、代表 8 題、個人 13 題であった。

**代表質問**

◆「地域医療構想における急性期指標について」

北海道ブロックより、病床機能報告を利用した急性期指標に対する問題点が示され、中川副会長より概ね下記のとおり回答があった。

急性期指標の問題点は①急性期病院が満たしそうな項目が恣意的に選ばれている②急性期の項目を点数化して積み上げこれを病床数で割り算しているが、分母となる病床数には療養病床も含まれている③民間病院に多いケアミックスの病院では実態よりも低い急性期スコアが計算され、急性期機能が劣っているように見える④地域医療構想では病院の機能分化を病棟単位で進めているが、急性期指標は病院単位であり、病院全体のイメージを左右するもので情報操作にあたる。

以上の問題点は研究者の提出資料の最後に触れられているだけで、目には留まらない。この指標が独り歩きすれば、いたずらに混乱を生じることが明白である。

今回、急性期指標がいかに一研究であるとは言え、唐突に厚労省の検討会で公表されたことは大いに問題がある。急性期指標は都道府県行政に提供され、すでにホームページで公開している県もある。そもそも急性期指標はこんな不完全な状況で公表すべきものではなかった。さらに、これに限らず、都道府県行政だけに情報を提供することは大きな問題である。都道府県行政と都道府県医師会は地域医療を守る車の両輪である。実際、本年5月に開催された厚労省主催の都道府県行政職員向けの地域医療計画についての講習会においても、日本医師会からの強い要請により都道府県医師会の関係者の参加も叶った。地域医療構想の達成には行政と医師会との協力関係が極めて重要である。今回の急性期指標は厚労省が財政当局の圧力に押され、混乱・迷走した表れなのかもしれない。日本医師会は地域医療計画、地域医療構想について厚労省と二人三脚の心意気で進めてきたが、さらにしっかりと掌握する。

◆「医師需給、偏在に関し日医主導による意見集約を」

関東甲信越ブロックより、医師不足に係る不足解消のための意見統一並びに、その対策に向

けた具体策、進捗状況について質問があり、中川副会長より概ね下記のとおり回答があった。

日本医師会は医師の絶対数は近い将来において充足する見込みであり、喫緊の課題は医師の偏在であると考えている。2015年12月に全国医学部長病院長会議と合同で緊急提言を発表したが、この内容を再度精査し、進化（以下3点）させていきたいと考えている。①合同提言で一步進んで各大学に医師キャリア支援センターを設置することを提言したが、その土台となる地域医療支援センターの機能の強化が必要である。同センターの機能運用は全国で様々であり、好事例を収集し速やかに全国展開を出来るよう支援したい。②地域枠、地元出身枠の拡充。地域に生まれ、地域に愛着を持つ医師の地元定着率が高いことは厚労省の審議会等でも報告されている。③医師需給の「見える化」。地域医療構想では将来の病床の必要量を示したが、同じように将来の医療需要すなわち患者数に対する医師の必要数を地域毎、診療科毎に推計することで、新たに医師になる世代に自らのキャリア設計を検討し、自主的に判断できるツールを提供できるのではないかと考えている。こうした現状について、日本医師会はリーダーシップを取り、日本病院団体協議会、全国医学部長病院長会議としっかり認識を共有していく。

また、ご指摘のように、都市部では診療所が極めて多いところもあるが、地方では医師自身の高齢化もあり、地域包括ケアシステムの構築に向けて、かかりつけ医の確保が課題となっている。医師不足・偏在の問題については、病院勤務医の負担軽減を念頭に置きつつ、同時にかかりつけ医の負担軽減も大事に検討していきたいと考えている。

◆「どこに行った「医」の倫理」

九州ブロックより、医学生・研修医による婦女暴行事件が相次ぎ、医の倫理が問われかねない事態となっている中、特に若い医師に倫理をしっかりと教え込む必要があるのではないかと

の質問に対し、横倉会長より概ね次のとおり回答があった。

医学部や研修中の若手医師等による事件が立て続けに起きていることは、誠に遺憾であり残念である。一連の事件は医師の倫理という以前の問題であるが、医師という職を目指す者にはより高い倫理観が求められることは論を俟たない。

日医では、医師の倫理について様々なご検討を頂いており、世界医師会でも医の倫理マニュアルを倫理教育に向けた教材として発行しているところである。世界医師会の倫理マニュアルは医療関係者や法律家にも広く読まれており、我が国でも平成 28 年度医学教育モデルカリキュラムの改定において「医師に求められる基本的な資質と能力」として倫理教育の重要性を謳っている。医師は患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を高め、専門職自立の原則に立って自己規律が求められる。これを組織として担い、社会に対し責務を負うのが医師の職能団体である医師会の役割である。その認識のもとで、日本医師会では平成 12 年に医の倫理綱領を作成し、平成 25 年の第 129 回定例代議員会において日本医師会綱領を採択した。倫理綱領では「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。」と謳っており、綱領では「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。」と謳っている。医師として仕事をする上では、生命倫理や、医の倫理のみならず、人間としての倫理をしっかりと身につける必要がある。

**個人質問**

**◆勤務医も「労働者」であるとして、時間外労働の上限設定がなされることについて**

中国四国ブロックより、政府の働き方改革実現会議が公表した「働き方改革実行計画」では、

医師も規制の対象とするが、応召義務等の特殊性を踏まえ、今後 2 年後を目途に新たな働き方の実現を目指すとしていることについて、日本医師会の見解が問われ、松本（吉）常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

日本医師会には、医師の勤務環境改善についての様々な取り組みの成果が蓄積されている。このノウハウを生かし、国の検討の場でしっかりと意見を伝えるために会内に「医師の働き方検討委員会」を設置し、6 月 21 日に第 1 回委員会を開催した。国は 2 年後を目途に医師の働き方について結論を得る方向で進めているが、日本医師会も自ら医師の働き方について対応していく。「今できる改革」としては、今年度中に中間答申としてまとめる予定であり、更に、「将来の働き方改革」をまとめ国や関係各方面に提言していく予定である。

しかしながら、医師の働き方は地域医療体制の維持という面からも考えることが不可欠である。当直の多い業種であること、診療科や地域間の差、学会参加、自己研鑽の取扱い等、医師特有の問題は大変多く、すぐには対応できないケースもあり、労働時間の規制を中心とした議論のみでは、医師の働き方改革は出来ない。患者が緊急で診てほしいと来院してきた場合、医師は高い倫理観に基づき行動する。こうした意識と応召義務により、医師の勤務環境は厳しいものとなっている。応召義務については、医師個人に対する規定という考え方もあるが、地域や病院全体で医療を提供することで責務を果たせるという考え方もある。応召義務の問題は日本医師会の医師の職業倫理指針においても整理されているが、大事な論点になると考える。勤務医が労働者であることは否定できないが、働き方の多様性、高い倫理性等、他の労働者と異なる点が多くある。他の職業と同列に扱うことが難しい医師という職業の特性を踏まえ、本委員会で医師の働き方を議論していく。勤務医師の健康をしっかりと守ることを目的に、過重労働に対しては、日医とともに全医療機関が是正することとし、国民に対しても勤務医師の労働

環境の厳しさを訴え、病院の利用や適正な受診のあり方について理解を求めていく。

◆かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供と推進について

九州ブロックより、地域に根ざす有床診療所の存続と今後について、健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の今後について日医の見解が求められ、鈴木常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

かかりつけ医を中心とする地域包括ケアシステムの構築にあたって、身近なところで、いつでも入院もできる有床診療所の果たす役割が非常に大きいことは言うまでもない。日本医師会としても、貴重な医療資源である有床診療所がこれ以上減らないよう、様々な場でその機能、必要性を説明し支援を求めてきた。最近では地域包括ケアシステムの構築を推進するうえで、有床診療所の役割がより一層期待されるとして平成30年4月から届出による病床設置の特例拡大が決まった。これは国が地域包括ケアの担い手として、いかに有床診療所に期待しているかを証明するものと言える。診療報酬については、改定財源が厳しい中で、これまで入院基本料の底上げや、各種加算等、重点的な評価を実現してきた。看護職員の養成補助、スプリンクラーの設置補助についても、強く要望活動を行っている。

まだ減少に歯止めがかからない状況だが、今期は次期医療計画及び介護保険事業計画、同支援計画にむけた有床診療所のあり方、医療及び介護の一体的推進をご検討頂いている日医の有床診療所委員会での検討結果も踏まえて対応する。

共同利用施設は医師会病院や臨床検査センター、検診センター、老健や訪問看護ステーション等、地域の医師会活動の拠点として保健・医療・介護・福祉の連携で重要な役割を担い、かかりつけ医と連携しながら、地域住民が安心して暮らせるまちづくりに貢献してきた。切れ目

のない医療・介護の提供に貢献する共同利用施設の活動によって健康寿命が延び、患者のQOLが向上すると共に結果として医療費の適正化にもつながることを期待している。その観点から、今期の日本医師会の医師会共同利用施設検討委員会では、健康寿命の延伸に向けた新たな取り組みと地域における役割についてご検討頂いている。これは来る9月に大分県で開催する全国医師会共同利用施設総会のメインテーマでもある。全国の医師会共同利用施設が一堂に集う基調な機会であることから、様々な先進的な取り組みの情報を共有し、さらなる健康寿命の延伸に向けて取り組んでいただきたい。

◆エイズ患者の高齢化に伴う介護体制について  
(沖縄県医師会 玉城信光副会長)

九州ブロックより、治療成績の向上によりエイズが慢性病になりつつあり、患者の高齢化に伴う合併症等の対応や、標準的感染症対策に係るコスト面の問題が深刻化していることから、加算制度の新設等何らかの制度設計が必要ではないかとの質問に対し、道良常任理事より概ね下記のとおり報告があった。

治療の進歩により HIV 感染症は致死性疾患から、慢性的疾患に近づいている。治療環境と生活環境を整えることで、HIV 陽性者は安定した社会生活を送れるようになった。その結果、HIV 陽性者の高齢化問題という新たな課題を生み出している。HIV 陽性者は老化による疾患や生活習慣病の治療及び、その後遺症や合併症に対するリハビリや入院、人工透析等が必要とされるようになった。治療はエイズ診療拠点病院を中心に行われているが、通常の診療所、中小病院でも行われるようになってきた。HIV の感染経路としては血液や体液に曝露したときが想定される。従って、血液や体液に触れる可能性がある医療行為を行う場合は、手袋を着用する等の標準予防策で対応可能ではあるが、HIV 感染症の慢性病化に伴い、今後はそうした対応が通常の診療所や介護施

設でも十分なされるような意識づけが先ずは必要であると思われる。日本医師会としても、医療従事者の安全確保に向けた啓発活動が重要であると思っている。

現行の診療報酬上の対応としては、HIV 抗体陽性の患者に対し観血的手術を行った場合、手術料の加算が設定されている。入院料には医療機関の組織的な医療安全対策を評価した、医療安全対策加算などもある。しかしながら、外来患者に行う検査や注射に用いる衛生材料等の費用については、特に規定する場合を除き、個々の技術料に含まれている整理になっていることから、特別な評価が無いのが現状である。

一方、特別養護老人ホームや、介護老健施設のような介護保険施設に関しては、現状におい

てエイズを含む感染症予防について、施設の運営基準で定めることとなっており、基本施設サービス費で対応されている。エイズの慢性疾患化に伴う、感染症対策という問題は医療の進歩によりもたらされた新しい課題であると言える。外来医療での合併症治療や介護保険施設等におけるケアに伴う感染症対策、医療安全対策について、次回同時改定における診療報酬や介護報酬での対応も含め検討していきたいと考えている。

この他、「日本医師会の組織強化策について」、「柔道整復師の施術制限と療養費受領委任払い」、「新専門医による更なる地域医療崩壊への危惧」等についても活発な質疑が交わされた。

## 印象記

常任理事 稲田 隆司

前日の九医連の懇親会後、沖縄県医師会の2次会でソプラノ歌手の鈴木慶江さんに紹介された「ありす銀座」に行ったが、この店のワインのレベルはトップクラスであった。鋭気を養い、朝9時からの代議員会に臨んだ、活発な質疑があったが、印象に残った点を列記してみる。

- ・「地域医療構想における急性期指標」は問題が多く、各都道府県にこのデータは使用しないよう医政局長に強く申し入れた。
- ・「何故成田に医学部が新設されたのか どうして阻止できなかったのか」  
—エビデンスや行政手段というよりは、プラスαが働いた。お答えしづらい。
- ・主治医制が過重労働に関わる、対策としてのグループ診療制を。
- ・経済財政諮問会議の意図する定額負担導入に対して、国民に日医のかかりつけ医の定義で呼びかけ対抗していく。

「かかりつけ医」とは「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。

- ・労働者であることと応召義務との狭間
- ・そして玉城副会長が質問された「エイズ患者の高齢化に伴う介護体制について」  
—20代で感染しても40年は生存が見込まれる。医療の進歩による新しい課題だと答弁があった。代議員会の質疑は、その時代を反映する。過去の代議員会の質疑と各々の時代の状況をつき合わせる作業により、時代の変遷がたどれるのではないかと思った。

# お知らせ

## 「2018年版医師日記（手帳）」の購入について

日本医師会から標記医師日記の斡旋方依頼がありますので、お知らせ致します。

購入ご希望の方は、下記注文書（本頁をコピーしてお使い下さい）により本会迄お申し込み下さい。

（TEL でも可 098-888-0087 FAX でも可 098-888-0089）

なお、代金は申し込み後、貴口座から引き取り徴収、または請求書を送付いたしますのでご了承下さるようお願いいたします。

### 記

1. 仕様
  - ・表紙 羊皮スウェード（緑青色）透明カバー付き
  - ・サイズ 横 95 × 縦 160mm（本体 78 × 150mm）
  - ・付属品 日本医師会・都道府県医師会役員名簿、鉛筆
2. 価格 1冊 2,000円送料込み（引去予定日 12月5日）  
 ※締切後のお申し込みにつきましては、個人価格（2,200円）となります。
3. 締切日 平成29年10月20日（金）

平成29年 月 日

沖縄県医師会行

TEL 098-888-0087

FAX 098-888-0089

### 「2018年版医師日記（手帳）」注文書

品名	単価	冊数	金額
2018年版医師日記	2,000円	冊	

上記のとおり注文します。

住所

医療機関名

氏名

## 九州医師会連合会第 363 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 6 月 3 日（土）、熊本市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。

はじめに、熊本県の福田会長より、今回の会議が熊本県において開催する平成 28 年度の九医連最後の行事となるとして、謝意が述べられた。

### 報 告

#### 1) 九州ブロック日医代議員連絡会議（6月3日（土）熊本市）について（熊本）

本常任委員会終了後、17 時から標記連絡会議を開催し、日本医師会の横倉義武会長、今村定臣常任理事より中央情勢報告を行っていただくと共に、日医委員会報告として鹿児島県医師会の牧角寛郎先生より「地域医療委員会」、宮崎県の清山知憲先生より「医師会将来ビジョン委員会」の報告を行っていただくことになっている旨の説明があった。

#### 2) 春の叙勲等受章者への慶祝について（熊本）

九州各県には該当者はなく、日医関係者で元会長の原中勝征先生が旭日重光章を受章されたことから、九州医師会連合会長名で祝電をお送りし、祝意を表した旨の報告があった。

#### 3) 第 364 回常任委員会について（時間変更）（福岡）

来る 7 月 8 日（土）、福岡県で開催される第 1 回目の常任委員会について、都合により会議開始時間を当初予定時間より 1 時間繰り下げ、18 時より開催する旨報告があった。

### 協 議

#### 1) 第 140 回日医定例代議員会（6 月 25 日（日）） おける質問者（ブロック代表及び個人）について （熊本）

来る 6 月 25 日（日）に開催される第 140 回定例代議員会におけるブロック代表及び個人質問について、各県から提案のあった 6 件の質問事項の中から下記のとおり決定した。

##### 代表質問

○どこに行った「医」の倫理

（鹿児島 金子 洋一 代議員）

##### 個人質問

○エイズ患者の高齢化に伴う介護体制について  
（沖縄 玉城 信光 代議員）

○かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供と推進について

（大分 河野 幸治 代議員）

#### 2) 九州地方社会保険医療協議会委員の推薦について（福岡）

九州地方社会保険医療協議会の一部委員の任期が本年 10 月 13 日付で満了となることに伴い、九州厚生局企画調整課より次期委員の推薦について関係医師会（長崎県、熊本県）へ依頼に伺いたい旨福岡県医師会へ連絡があったので、該当県においてはご対応をお願いしたいとの依頼があった。

3) 九州医師会連合会第1回各種協議会の開催について(福岡)

標記各種協議会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成29年10月28日(土)

場 所 ホテル日航福岡

日 程

①第1回各種協議会 09:00～11:20

②各種協議会報告会 11:30～12:10

③昼食 12:10～13:00

※昼食終了後13時より九州医師会連合会総会・医学会を開催

その他

1) 医療機関受診時(デイケア除く等)の無償での患者送迎について(宮崎)

各県における医療機関受診時の無償患者送迎の実態や、問題発生時の対応等について意見交換が行われた。

2) 核戦争防止国際医師会議(IPPNW)支部設置について(熊本)

去る5月14日の核戦争防止国際医師会議(IPPNW)日本支部理事会・総会において、日医横倉会長が日本支部の代表支部長に就任された。当該IPPNWについては九州各県においても支部を設置することが確認されているので是非進めていただきたいとの要請があった。

お知らせ

沖縄県医師会会費減免制度について(ご案内)

本会では高齢・疾病・出産育児等の事由による会費減免制度を設けております。下記減免手続き等、詳細については本会事務局までお問い合わせください。

減免事由	疾 病	出 産・育 児	研 修 医	高 齢
対象者	傷病等により医療機関を1か月以上にわたって閉鎖若しくは診療に従事しない会員	出産された(これから出産予定の)女性会員で、出産・育児休業取得者(日医は休業取得・未取得は問わない)	初期研修医	年齢が満77歳に到達した会員
減免期間	閉鎖若しくは診療に従事しなくなった翌月から再開若しくは再従事するに至った月まで。その期間に応じ、月割計算の方法によって算出した額が免除となる	出産した日の属する年度の翌年度1年間 例:平成29年4月1日に出産した場合→平成30年度が減免	医師法に基づく研修医の期間	年齢が満77歳に到達した翌月から免除。但し、2名以上の医師がいる施設においては、1名はA会員の会費を納入する
申 請	必 要	必 要	必 要	不 要
添付書類	診断書	母子手帳の写	不 要	不 要

※本減免制度の利用を希望する場合は、当該年度の1月末までに申請ください。

【問合せ先】 沖縄県医師会 経理課 TEL: 098-888-0087

## 九州ブロック日医代議員連絡会議



副会長 玉城 信光



去る6月3日(土)、ホテル日航熊本において標記連絡会議が開催され、九州ブロックから選出されている委員による日本医師会委員会報告並びに横倉義武日本医師会長・今村定臣常任理事より中央情勢報告が行われたので、その概要を以下のとおり報告する。

### 挨拶

**福田稗九州医師会連合会長(熊本県医師会長)**

震度7の地震が2度襲うという未曾有の大震災であったが、発災から早1年2か月が過ぎた。当初は大混乱で多くの被害が出たが、九州各県の医師会から物心両面のご支援を賜り、何とか本格的な復興の段階にはいつてきた。様々なご支援に心から感謝申しあげる。また、発災直後に九医連の担当が予定されていたため、果たして私どもが引き受けて良いものか大変心配したが、各県の先生方のご支援により何とか乗り切り、熊本で行う会議としては今回が最後となる。この一年間のご支援に心から感謝申し上げる。

本日の九ブロ日医代議員連絡会では、鹿児島県の牧角先生から地域医療対策委員会について、宮崎の清山先生から将来ビジョン委員会についてご報告賜ることになっており、実り多い会になることを祈念している。

最後にお問い合わせと報告がある。IPPNW(核戦争防止国際医師会議)については、アメリカとロシア(ソ連)の医師の集まりによって運動がおこり、核戦争の脅威、放射線障害の恐ろしさを、医学的見地から世界に発信すべく1980年に組織された。現在、65か国の医師が参加している。その働きが認められ、1985年にノーベル平和賞を受賞している。我が国も1982年に参加し、広島、長崎を含む13府県に支部が置かれている。これまで広島県医師会の平松会長が支部長を務めていたが、この度、横倉日医会長が10月より世界医師会長にご就任されることもあり、要望を受けて横倉会長が支部長を務められることになった。

去る5月14日に総会・理事会が開催され、横倉会長が代表支部長、平松広島県医師会長、蒔本長崎県医師会長が支部長として新しい組織が誕生した。九州医師会連合会としては、常任委員会において、これに協力していくことが決定しており、それぞれが支部を置くことになっている。熊本にはWHO天然痘撲滅プロジェクトリーダー、国立熊本病院長を務められた蟻田功先生がおられるが、先日その先生から核戦争に対する医師会の考えを問われ、アインシュタインは「果たして人間は戦争がやめられるのか」ということを考え、フロイトに手紙を書いたところ、しばらくして返事があり「人間に戦争を止めることは無理である」という結論に達したとのことである。次にアインシュタインはフランクリンルーズベルトに手紙を書き「日本との戦争で核だけは使わないでほしい」と要望したとのことであり、これこそ医師会がやるべきことであると説かれた。その際、横倉会長が支部長になられるという話をすると大変喜んで頂いた。九州各県の先生方におかれては、それぞれに支部が設置されると思うので、積極的にご参加頂きお力添え頂きたい。

## 中央情勢報告

### 横倉義武日本医師会長

熊本地震が発生して1年経った。大変なご苦勞の中で九医連当番県としてお世話頂き、心から感謝申し上げます。1年前に熊本地震のお見舞いとして台湾医師会から数千万円の義援金を頂いているが、1年後の昨日、台湾から在宅医療の協会の方と台湾医師会の方がお見えになった。台湾医師会と日本医師会は長年に亘り協力関係を築いており、災害が起こればお互いが支援し合ってきた。

IPPNWについては、長年にわたり、広島県、長崎県の医師会が協力し合いながら、活動されているが、昨年、平松広島県医師会長から日本支部長を引き受けてくれとのご要望があった。日本での支部が少ない状況であったが平松会長、蒔本会長（長崎県）の多大なご尽力により、九州各県に支部を設置することが決定したとの

ことであったため、引き受けることになり代表支部長という肩書を頂くことになった。実際には広島県と長崎県が支部長としてご尽力いただけていると思っている。北朝鮮から様々な噂が出ているだけに、核兵器を使わない世界にすることは医師としてしっかり主張したい。

現在、3期目の医師会長として1年が経過したが、3期目のスタートにあたって、①かかりつけ医を中心としたまちづくり、②将来の医療を担う人づくり、③医療政策をリードし続ける強い組織づくり、の3つの方針を打ち出した。

#### ①かかりつけ医を中心としたまちづくり

昨年、かかりつけ医の研修をスタートした。全国で7,000人を超える会員の先生方に受講して頂いている。なぜこの研修を始めたかであるが、総合診療医の問題が大きく絡んでいる。日本医師会の役員に加わった8年前は、日本医師会を取り巻く環境が非常に厳しいものがあり、民主党政権下で中医協から日本医師会が外され、厚労省の会議でも模索し続けた。そのような中、医師会でしか出来ないことをやり、医師会の求心力をいかに高めるかに腐心した。その中で、かかりつけ医を提唱し、患者に寄り添い現実的な医療をかかりつけ医ができるということを示していかなければ、国民からの信頼が得られないと考えた。地域医療構想、地域医療計画、地域包括ケアという大きな計画がスタートする中で、地域の医療を行っていくのは医師であり、医師会員だということを政府に認めさせることが一つの課題であった。

#### ②将来の医療を担う人づくり

本日、宮崎の清山先生にお話し頂くことになっているが、次代の医師会を担う先生にしっかりと仲間づくりをしてもらうことが一番の目的である。全国の同じ世代の先生方が様々な議論をする中で、お互いの共通問題、共通認識をもってもらうことのために、将来ビジョン委員会を立ち上げた。直近では、働き方改革に関する問題が出た。医師にも労働法の枠をかけるという話が出てきた。本来、医師については労働法

の埒外ではないかという点と、一方で医師の健康管理、労働環境の管理をやることも重要であるということについて担当の加藤大臣と水面下で話をしながら今村副会長を中心に組み立てられ、医師については2年間にわたる検討会を開設し、検討することになっている。記者会見において「医師が労働者であることに違和感がある」と発言をした際に非難された経緯がある。医師には応召義務があり、常に生涯教育を続けていかなければならず、通常の労働者とは違うということを言いたかったが、逆に違和感を感じたようである。

③医療政策をリードし続ける強い組織づくり

日本医師会の定款では「会員は都道府県医師会の会員で構成する」となっており、多くの都道府県医師会の定款では「会員は郡市区医師会の会員をもって構成する」となっている。

本来は、郡市区医師会の会員であれば都道府県医師会会員であり、日本医師会会員であることが本来の姿であると考えられる。現在、郡市区医師会会員は20万人弱、都道府県医師会会員は18万人強、日本医師会会員は17万人弱となっていることからこれを改善していくべく、組織強化委員会を立ち上げご提言頂いているところである。

また、オプジーボを開発された京都大学の本庶佑先生方が中心となって医療政策に意見を述べる会を立ち上げており、その中で全員加入の医師会を作りたいという声があがっていることから、先生方の会と日本医師会とで議論すべく昨年委員会を立ち上げご提言頂いた。その報告では、皆が日本医師会会員になるということより、地域の医師会で臨床を行っている医師は皆会員になるべきであるとする結論が出され、何とかその方向に向けて進めていきたい。

新たな専門医養成の仕組みについては、今年の4月からスタートする予定であったが、地域医療に混乱を来さぬよう検討しなおすべく、専門医機構の理事体制を大幅に入れ替えた上で1年間延期することになった。日本医師会から副理事長、理事、監事として参加しており、日本医師会の意見も通りやすくなっている。本来、

専門医の認定等については医師会が主体的にやっていたらと考えているが、既にアカデミアで動いていたことからこのような状況となっている。そのような中、昨日の理事会で来年の4月から一斉スタートする体制が整った。一番の問題は専門医のあり方をどうするかという点であり、厚生労働省の中にある高久先生を委員長とする委員会では、専門医の取得を全員に義務付けることが報告された。この義務付けに対し、反発があると共に、専門医資格の更新制度は大病院の勤務医には厳しいとされ問題となり、その点は改善していくことになっている。また、女性医師が結婚や出産で研修を中断したときに、専門医資格の取得が出来るかという課題があったが、これについても全体の細則の中で決めてもらった。更には、大学病院でなければできなかったものが中核病院でもできるようにし、地域医療に影響が少なくなる形で専門医養成のあり方が決定し、来年の4月からスタートすることになっている。

我が国の経済は国際経済と密接な関係にあり、これを見極めながら国の政策が決まっていく。「経済の発展」と「財政の健全」の両立が求められており、国の政策として我々に大きく関係するのが、「骨太の方針」「規制改革実施計画」「未来投資戦略」である。これに対し、日本医師会は「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策」の二つの基準を基に対応を行っており、現在、国の政策には意見を述べる事が出来ており関与し易い状況にある。

財政制度等審議会の建議に対しては、①改定率と国民負担、②かかりつけ医以外の受診時定額負担、③地域別の診療報酬、④病床再編に向けた都道府県の権限の整備、⑤いわゆる参照価格制度の5つについて懸念をもっている。

昨日、「骨太の方針」の素案が出された。それは診療報酬本体を下げることは医療崩壊に繋がることを政府、立案者が理解した内容となっている。今後、診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、健康寿命の延伸や、我々医療側から適切な医療を提言していくことにより、医療費が

過度に伸びないように努めていくことが重要であり、そのうえで、下記の財源確保策を求める。

1. 「1億総活躍」「地方創生」「働き方改革」等におけるアベノミクスの果実の活用

他の産業よりも雇用誘発効果が大きい医療分野における医療従事者への手当により、経済成長やローカルアベノミクスの推進につながる。企業の内部留保を給与に還元すること等により賃金を上昇させ、需要創出・雇用拡大を促し、経済の好循環を実現する。そこでの税増収により社会保障を充実させ、国民不安の解消につなげる。

高齢社会において医療・福祉分野は需要の増加が見込まれ、2000年から2011年にかけての医療・福祉分野の国内生産額の伸びは最も高い。

2. 応能負担の推進

社会保障の理念に基づき、所得や金融資産の多寡に応じた応能負担を行うべきであり、保険料率の低い国家公務員（8.3%）をはじめ、被用者保険の保険料率を協会けんぽの保険料率10%に合わせて公平化するなど応能負担を推進し、財源確保に努める。保険料率を全て10%にすると約1兆円の増収効果がある。

3. 医薬本・医療機器のイノベーションに対する税制や補助金の活用

イノベーションの推進のため、医薬品・医療機器産業に税制や国立研究開発法人日本医療研究開発機構の補助金あるいは官民ファンドを活用する。医薬品はイノベーションの恩恵を社会全体に広く還元でき、日本発の新薬を国際展開する。医療機器は、質の高い国産製品の開発により、価格も低下し、公的医療保険財源の有効活用に繋がる。

4. その他

○自治体病院の病床数減少分等の補助金の活用  
公的病院の病床数は年々減少傾向にあり、必要となる地方交付税の補助金も減少していくことが予想されるが、これまで通り社会保障財源として活用すべき。

○たばこ税の増税等

たばこ税を増税し、社会保障財源にあてるべき。葉タバコから国産生薬への転作を促し、高騰を続ける輸入生薬に代わる国産生薬によって供給を安定させ、漢方薬の価格を下げる。これらを好循環させることにより、社会保障の充実による国民不安の解消に繋げる。医師会が地域医療を守っていくということを政府、国民に示していく努力が重要である。(図1)

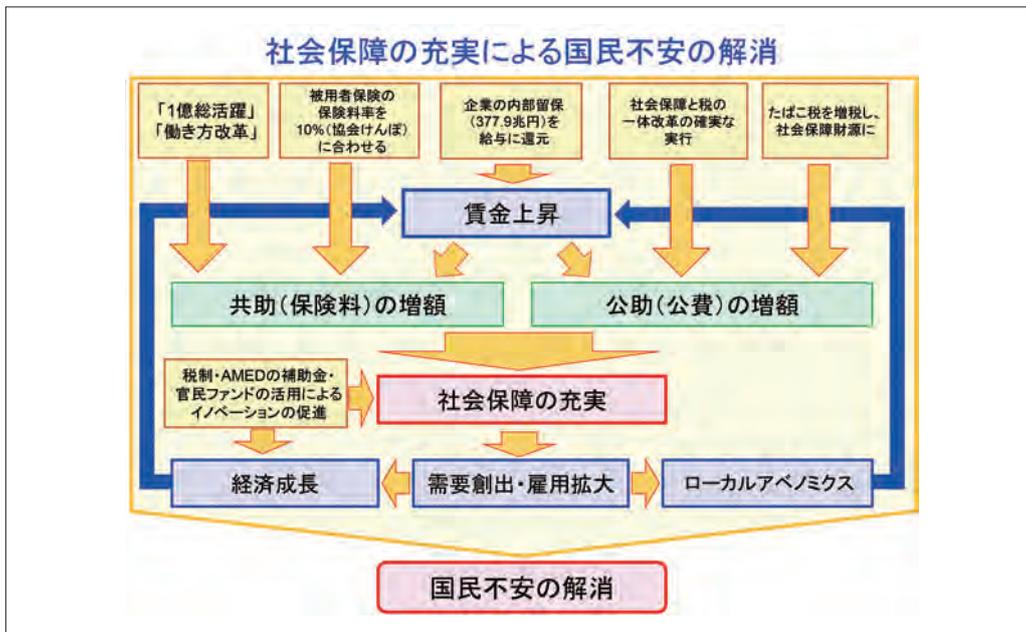


図1

## 日本医師会委員会報告

### 1) 地域医療対策委員会

鹿児島県医師会常任理事、日本医師会地域医療対策委員会委員の牧角寛郎先生より、概ね以下のとおり、日本医師会地域医療対策委員会の報告が行われた。

日本医師会地域医療対策委員会は、平成 28 年 12 月 14 日に横倉会長から、「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」の諮問を受けた。

地域医療構想が策定され、今後は、構想区域毎で調整会議を開催し、将来の医療提供体制をどのように構築していくかを検討していくこととなる。本委員会では、地域医療構想に基づく将来の医療提供体制、すなわち、第 7 次医療計画にどのように地域医師会が関わっていけば良いのかを検討して欲しいとのことであった。

12 月 14 日から今日まで 3 回の会合がもたれており、第 1 回は「各都道府県の地域医療構想について」、第 2 回は「地域医療構想調整会議のあり方について」、第 3 回は「地域医療構想に影響を与えるものについて」として、①第 7 次医療計画、②在宅医療、③公的医療機関、④地域医療連携推進法人について検討された。これらの内容について報告する。

各都道府県の地域医療構想については、若干の進捗は異なるものの、平成 28 年度中に策定された。地域医療構想の策定にあたっては、日医と厚労省との間に次の確認事項があった。

- ①構想区域は 2 次医療圏を原則としつつも、地域の医療需要に沿って設定すること。
- ②地域医療構想は病床削減の仕組みではなく、急性期病床が過剰な地域であっても急性期病床を削減する訳ではなく、不足する病床機能を手当する仕組みであること。
- ③地域医療調整会議では、構想区域毎の柔軟な議論、検討、運用が可能であること。
- ④社会保障制度改革国民会議では、次期医療計画の策定期である 2018 年度を待たずに速やかに策定し、直ちに実行していくことが望

ましいとされたが、ガイドラインでは、拙速に陥ることなく確実に将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、医療機関の自主的な取り組み等を促すとされ、決して拙速に陥ってはならないとされたこと。である。

以上、4 つの確認事項を基に各地で地域医療構想が策定された。

平成 29 年 3 月 8 日の「第 10 回医療計画の見直し等に関する検討会」の意見の取りまとめにおいて、地域医療構想調整会議のあり方として、(ア) 構想区域における医療機関の役割の明確化、(イ) 将来に病床機能の転換を予定している医療機関の役割の確認、(ウ) その他の事項について説明があった。特に (ア) では地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関がどのような役割を担うかは検討を進めることとし、具体的には、構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能、公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能、地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能等としており、公的医療機関が優先されることはないということが確認された。調整会議のメンバー構成については、多彩な立場から構成されるため、会議の進め方に不安があるとの意見があったが、定例会議と随時会議を使い分けることで、対応していくようにとのことであった。病床転換については、日医から、「地域医療構想発効後は、自由な病床転換はできない事になっているので、郡市医師会と県医師会が目を見せ対して欲しい。病床機能報告制度に基づく病床機能なので不足病床機能へ転換する場合も「本当に不足しているのか」を確認すべきである」との話があった。地域医療構想調整会議の進め方のスケジュール案については、今年度中に具体的な医療機関名をあげて取りまとめを行うこととなっていたが、都道府県に誤解を招くかもしれず、あまりにも拙速と思われる案となっており、異論が多く挙げられた。

地域医療構想に影響を与えるものとして本委員会では、①第7次医療計画、②在宅医療、③公的医療機関、④地域医療連携法人の4項目について、概ね次の意見交換を行っている。

①第7次医療計画

地域医療構想における病床の必要量は、医療計画における基準病床数制度の影響を受ける。即ち、将来の病床の必要量は不足するが、医療計画における基準病床数では病床過剰地域となる場合に、不足する病床の手当てが出来なくなる。そこで、将来において急激な人口増加が見込まれる場合に、基準病床数の算定に対し、医療法第30条の4第7項①の特例を適用し、一定の条件の元、病床過剰地域においても基準病床数の対応ができることとしている。

介護医療院の名称で、医療法改正案として国会に提出されている新たな施設類型は、介護保険法を根拠に介護保険を適用し、医療法上の医療提供施設として位置づけることとされた。介護療養施設、医療療養施設のどちらからも転換可能で、転換を了承するための経過措置は3年間2クール計6年間延長となっている。新たな施設類型には一般病床、療養病床、特別養護老人ホームからの転換が考えられるが、療養病床からの転換を最優先し、急性期病院からの転換は制限的にするべきである、また、転換に際し補助金が出るのかという質問に対しては、介護療養病床は、地域医療介護総合確保基金の介護分から申請する、医療療養病床は、地域医療介護総合確保基金ではなく、別の補助金制度で申請するとのことであった。

②在宅医療

各都道府県において、地域医療構想を策定する段階から、「在宅医で対応するべき量が、現実的ではない」との意見が多かった。

「療養病床入院患者の医療区分Ⅰの70%が在宅医療に対応できる」として推計されているが、各県が独自に行ったアンケートでは、実態と齟

齟がある。鹿児島県医師会で行ったアンケートでは、病院、診療所ともに医療区分Ⅰの3～4割程度、自宅等への退院が可能な患者がいると思われるが、あくまでも調査結果のみの結論であり、在宅から医療機関までのアクセス、要介護度、家族の介護力等、総合的かつ慎重に検討する必要があるとの結果であった。山口県医師会のアンケートでは、療養病床の届出のある医療機関に、入院中の患者約3分の2は、退院させることが難しいとの結果であった。福岡県医師会のアンケートでは、医療区分Ⅰの約50%が在宅医療へ復帰可能、また在支診、在支病全体の訪問診療の患者の居所は、自宅が31.2%とのことであるが、自宅にはサ高住も含まれている為、本来の自宅はもっと少ないとのことであった。福岡県医師会や岐阜県医師会では、国や都道府県は在宅医療に関しては、在支診・在支病等届出機関の情報しか有していないので、在支診・在支病以外の在宅医療に関する実態調査を行っているとのことであった。

何故、在宅医療は進まないのか検討したところ、訪問看護を充実させなければ訪問診療、在宅医療は出来ないとの意見が多かった。在宅医療を進める取組みとして、岐阜県医師会では、県委託事業として在宅療養安心病床登録事業、すなわち、在宅患者が入院する前から予め、入院先を決定する事業や、医学生に対し開業医が行っていること（在宅医療）を体験学習していただいているとのことであった。岐阜県や北海道等の豪雪地帯では、冬場の訪問診療、訪問看護は不可能な為、冬場は麓の集合住宅で過ごすことや病院で過ごすことも多いとのことであった。

③公的医療機関

地域医療構想では公的医療機関との関係が非常に重要である。公的医療機関の中でも、公立病院に関しては、平成27年3月に総務省より新公立病院改革ガイドラインが発出され、各公立病院は新改革プランを策定し、医提供体制の

改革と連携し、公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進している。官公立病院の動きは地域医療に大きな影響力をもっていることから、新公立病院ガイドラインに則って地域医療の中で官公立病院はどのような方向性を出していくのか常に吟味しなければならない。

また、日医総研のデータから、国立病院、公立病院、公立病院以外の公的病院の医療収益の推移は、日赤、国立病院の内、大規模病院は医療収益が伸びているが他は頭打ちであること、公的医療機関には、運営交付金として、運営費等、補助金等による保険があり、国立病院、公立病院に対しての運営交付金は全体で年あたり約 6000 億円になること、しかしながら利益率は、2010 年を境に頭打ちであること、済生会は、病院経営をタイプ 1～3 と F に分け、1～3 は介護福祉士を含めた地域完結型を目指し、タイプ F はそのような強みがない為、今後民間との競合が懸念されることが示された。今後調整会議の参加者となる公的医療機関の経理状況を知ることは重要であることが指摘された。

※地域医構想調整会議の参加者となる公的医療機関について、その経営状況を中心とした調査結果が報告された（平成 28 年 11 月：日医総研ワーキングペーパー N0.373 「国立・公的医療機関等の経営状況—地域医療構想との関係から—」）

#### ④地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人制度は、平成 29 年 4 月 2 日より施行された。国は「地域医療構想を達成するための一つのツール」と位置付けている。本年 4 月に認定されたのは、全国で鹿児島県、愛知県、兵庫県、広島県の 4 か所である。

鹿児島県で認定された一般社団法人アンマについて説明する。奄美大島の南の瀬戸内町、宇検村で発足した地域医療連携推進法人である。瀬戸内町、宇検村の医療資源の減少に鑑み、県

立大島病院がある奄美市と連携し、医療人材の確保、24 時間 365 日医療が提供できる地域完結型医療を目指して設立された。まだ設立されたばかりなので今後の進捗状況を見守りたいと思う。

今期の委員会では、委員の都道府県での同法人設立に向けた検討状況に関する意見交換と、日医総研より制度概要をまとめた資料（平成 29 年 3 月：日医総研リサーチエッセイ NO. 62 「地域医療連携推進法人制度について（概要）」につき情報提供されている。

地域医療構想の功罪を考えると、地域医療は、地域の経済、雇用、住宅、交通等と無関係に成り立つことはなく、地域住民の生活を支える構想でなくてはならないと考える。地域医療の将来像について医療関係者や住民が一同に会して話し合い、共通意識をもっていくことはこれまでなかった試みであり、地域包括ケアシステム構築には避けては通れないプロセスであると考え。また、毎年行われる病床機能報告、DPC データ、NDB 等、詳細なデータが示されていくことで、地域のみならず県全体、日本全体の医療、介護、福祉の状況が把握できる。すなわち、これまで病院経営において勘に頼ることも多かったのではないかと考えるが、国、県行政がマーケティング状況を示してくれる為、それに基づいての自院の将来設計が可能になったのではないかと考える。しかしながら、全ての医療、介護施設のデータが公開され、将来、このデータを基に診療報酬、介護報酬改定に利用されていく懸念もあるのではないかと考える。

地域医療構想調整会議に郡市医師会、県医師会は、積極的に関与し、超高齢社会において、地域住民の医療、介護に責任を持ち、地域を支えていく覚悟が必要である。その為には、地域医療提供体制の変更も含め、地域の実情を最もよく知る我々医師会が先頭に立たなければならないと考えている。

## 2) 将来ビジョン委員会

宮崎県議会議員、日本医師会将来ビジョン委員会委員の清山知憲先生より、概ね以下のとおり、日本医師会将来ビジョン委員会の報告が行われた。

本委員会は、全国の各ブロックから30～40代の医師が代表として集まり、特定のことに對して議論するというのではなく、様々なネタを題材に自由に議論し、お互いの友好関係を深めている状況である。

2011年から名称を変えて再設置され、現在3期目の委員会となっている。第1期諮問は「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」、第2期諮問は「地域医療の再興に向けた医師及び医師会の役割」、今期が「医療の今日的課題に對して医師会員は何をすべきか」となっている。

今期はまだ3回しか行われておらず、3回目は出席が叶わなかった為、第1回、2回の内容について報告する。第1回は委員紹介や自由討議を行い、第2回は委員長発表、各委員発表が行われた。日本医師会の若手の先生方や自民党青年局との意見交換会、自由な議論は、非常に貴重な機会であった。

委員長の佐原博之先生からは、自民党青年局の国会議員の先生に對し、医師会とはどのような組織なのか等、国会議員の先生方がもつ誤解を解く意味も含め説明された。学校保健等、様々な公的な活動に自治体と連携し、役割を果たしているということ等を説明された。

今後も委員としての務めをしっかりと果たしていきたいと考える。

# お知らせ

## 暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

### ●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 862-0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

第124回沖縄県医師会医学会総会の演題募集について（ご案内）

本会では、標記医学会総会を下記のとおり開催することになりました。  
つきましては、本会ホームページ上にて一般演題を募集いたしますので、  
《ユーザー名・パスワード》をご参照の上、お申し込みください。

記

- ※『一般演題募集期間』：平成29年8月15日（火） 9：00～  
9月13日（水）18：00迄  
『一般演題修正期間』：平成29年9月20日（水）18：00迄

沖縄県医師会ホームページ（<http://www.okinawa.med.or.jp>）

『沖縄県医師会医学会総会一般演題募集』よりログイン

ユーザー名：okiigaku

パスワード：124igaku

会 期：平成29年12月10日（日）

場 所：沖縄県医師会館

内 容：

○特別講演：「革新的サイバニックシステム最前線

～ロボットスーツ HAL の現状と Society5.0 への取り組み～」

山海 嘉之先生（筑波大学大学院 教授・サイバニクス研究センター長

内閣府 ImPACT 革新的研究開発推進プログラム PM

CYBERDYNE 株式会社 代表取締役社長/CEO)

○ミニレクチャー、一般講演

※演題の採否、演題分類等についてはプログラム編成委員会にご一任ください。

※当日は託児所を設置致します。ご利用を希望される方は本会 HP をご確認ください。（完全予約制）

※第125回県医学会（平成30年6月開催）より、一般演題募集のお知らせは、  
県医師会報と本会ホームページのみでのお知らせとなりますのでご了承のほど  
お願い申し上げます。

問合せ先：沖縄県医師会業務1課 與儀(TEL：098-888-0087)

# 第 123 回沖縄県医師会医学会総会



広報委員 真志取 浩貴



## 第 123 回沖縄県医師会医学会総会日程

会 期：平成 29 年 6 月 11 日（日）

会 場：沖縄県医師会館

ポスター掲示、準備、閲覧

第 123 回沖縄県医師会医学会総会開会宣言

第 123 回沖縄県医師会医学会総会会頭挨拶

一般講演 口演部門

ミニレクチャー

① 「認知症と運動」

座長：琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学

講座 教授 近藤 毅

講師：琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学

講座 講師 外間 宏人

② 「学校や保育園での食物アレルギー児への対応」

座長：アワセ第一医院

浜端 宏英

講師：沖縄協同病院 小児科

尾辻 健太

特別講演（ランチョンセミナー）

「障がい者スポーツ 東京オリンピック・パラリンピックに向けて」

座長：琉球大学大学院医学研究科 整形外科学

講座 教授 金谷 文則

講師：和歌山県立医科大学 リハビリテーション

講座 教授 田島 文博

一般講演 ポスター部門

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員会

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）受賞者発表

分科会長会議

2017 年 6 月 11 日、好天に恵まれ第 123 回沖縄県医師会医学会総会が開催されました。沖縄県医学会会長の砂川博司先生から会長挨拶、会頭の岸本幸治先生から会頭挨拶があり一般講演が始まりました。

一般講演では首里城下町クリニック第一・第二の田名毅先生から独歩通院可能な高齢者（75 歳～99 歳）対象のアンケート結果の報告がありました。結果は BMI が 25 前後で、原疾患のコントロールが良好、睡眠が 7 時間程度の方が、独歩通院が来ているという結果でした。健康長寿沖縄を取り戻すヒントが見えてきます。

豊見城中央病院の潮平芳樹先生から関節リウマチ治療について報告があり、発症早期に生物学的製剤を使用することで、人工関節置換術や滑膜切除術、関節固定術など外科的加療がかなり減少したとの報告がありました。昔は慢性関節リウマチと言っていましたが、免疫抑制剤や生物学的製剤の飛躍的な開発により、もはや治らない病気ではないと考えられています。

ミニレクチャーでは今話題の「認知症と運転」の題目で琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座の外間宏人先生からご講演がありました。今年3月に道路法改正が施行され、75歳以上の方は運転免許更新の際は認知症のテストを受けることになりました。その事を踏まえ、法改正が行われるまえに琉球大学病院を中心とした神経内科、脳神経外科、精神病院、医院、クリニックなど総数131名の医師に準備状況、意識などについて12項目におよぶアンケートを行った結果が発表されました。アンケートでは法改正後の診断書作成の診察を引き受けるが42%で、この内、認知症または運転に支障を及ぼすであろうと思われる受診者に、運転を控える、免許の返納を指示すると答えた方は47%でした。しかし患者が指示に従わず運転する患者に対しては、ご家族からの説得や、ケアマネへの相談、警察や公安委員会への相談をするという回答が65%でした。

現代は車を生活の軸としている方々もとても多く、極端な話では、車で生計を立てている方もいますが、現状は65歳以上での交通違反、交通事故は16～24歳代のその次に多く、やはり何らかの対策は立てないといけないと考えられます。

しかし車が無くなることで、QOLの低下を招き、生活に大きな支障をきたす、または社会性の繋がりがなくなり、自宅にこもり、その結果、身体に何らかの負の影響が出ることも示唆されました。

免許を返納することで沖縄県のバス4社、モノレールが半額、本島内のタクシー88社は1割引となり、また免許を身分証明の代わりに発行することもできるようになりました。高齢者のQOLの維持と社会とのつながりを保つことを考えることも大切な課題の一つであることが説明されていました。

## 医学会頭挨拶

第123回沖縄県医師会医学会総会会頭  
岸本 幸治



第123回沖縄県医師会医学会総会開催に当り、ご挨拶を申し上げます。

この度は、伝統ある本学会会頭にご指名を頂き沖縄県医師会執行部並びに関係諸氏、本学会担当の方々に、深く感謝申し上げます。

まずは自己紹介を述べさせていただきたいと思えます。

小生は那覇高校6期です。昭和31年東北大学理学部2年修了、昭和35年日本医科大学を卒業し、国立世田谷病院で1年間インターン研

修終了後、医師免許を取得、昭和36年母校の飯田橋付属第一病院齊藤外科医局に入局しました。当時はどこの大学でもそうであるように医局員は無給で診療を行い、消化器専門の教授と、胸部、循環器の助教授の下で約7年間、徒弟制度的な研修生活を送りました。昭和43年、医学部処分問題や大学運営の民主化などに関して東大紛争が勃発しその余波で従来のインターン制は現在の研修医制に移行しております。

臨床検査、胃疾患診断法についていえば、昭和30年代当時は、胃のレントゲン検査で二重造影法が考案され、また、現在の内視鏡の先発ともいえる胃カメラが開発されましたが、これはスコープの先にフィルムを装着し胃の病変の位置を手探りで撮影し現像、診断するという、手間ひまかかるものでした。

在局中、日進月歩の医療技術で内科的疾患の診断、治療成績が向上する中で、外科手術手技だけは変わらないだろうと思っていましたが、あに凶らんや内視鏡が道具として使われ、手術が行なわれるという内視鏡外科手術の出現には驚きました。当時は胃カメラに代わるものとして胃癌の診断に蛋白分解酵素液で胃内を洗浄しその洗浄液中の剥離癌細胞の有無を検鏡する胃癌細胞診に取り組みましたがその実施には苦勞しました。一方研究テーマとして細菌学教室にて絞扼性イレウス発症時の腸内細菌およびその発生する毒性物質について研究し発表しました。その後、昭和44年医局を離れて静岡県富士宮市立総合病院外科、東京目白病院外科を経て、昭和48年20年振りに帰省し、有床診療所を開設、現在に至っております。

高齢者の数多い持病に対応するため、内科、整形外科、皮膚・泌尿器科等、多科に亘る診療を准総合診療医として診療を行っており、スムーズな病診連携と、次々と開発される新薬のお陰で容易に対処が可能となってきたのは有り難いことです。40年前は近隣に医療機関も少なく、酸素ボンベを担いでの往診もありました。若い時はそれでもよいでしょうが加齢と共に医師自身の体力を考えねばならず大変なことです。現在かかりつけ医機能として在宅医療が進められ訪問診療が行なわれていますが、行っているクリニックの先生方は、日医総研の調査によると、24時間の往診体制、連絡体制が大きい負担になっているということと、受け皿となる入院施設の整備の重要性を指摘しています。

その一端を担う有床診療所は年々減少無床化が進んでおり、日本医師会では地域包括ケアの崩壊と地域医療の衰退につながるものと危惧しております。進む少子化で将来も現在の在宅医療が続行できるのか疑問です。医学の進歩により専門領域が細分化され医師不足をきたすとともに、それぞれの専門性を生かすために施設、設備が必要になり、医師の偏在を生んでおります。その解消策として総合診療専門医制が来年4月に発足するようです。

最近ホテル業界では人手不足を補填するために人工頭脳とロボットを利用している所があるようですが、しかし、ロボット技術と人工頭脳が如何様に進化しても介護、医療界では一部役立つとしても心身を悩む患者にとっては、微笑みと同情心、共に悩み共に喜ぶ医療者に代わるものではありません。大きな課題として少子化の対策と各方面での後継者の育成が大事であり、行政力に期待するものです。

さて、本日は、ミニレクチャーとして琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 講師の外間宏人先生による「認知症と運転」、沖繩協同病院小児科 尾辻健太先生による「学校や保育園での食物アレルギー児への対応について」があり、さらに特別講演については、和歌山県立医科大学リハビリテーション講座 教授 田島文博先生による「障がい者スポーツ 東京オリンピック・パラリンピックに向けて」が予定されております。いずれの講演も時宜に叶った題目と思います。その他一般演題は、119題です。研究発表や症例報告など多くの会員のご苦勞の成果「賜物」です。

ところで、本学会では、7年間連続13回発表された先生や、連続21回、22回と発表した先生もおられるという熱心さには敬意を表したいと思います。小生は、知れば知るほど知らないことが多く、生涯学習として時間の許す限り、多領域の演題を拝聴したいとおもいます。最後に、沖繩県医師会医学会と会員の皆様の益々の発展を祈念し、ご挨拶と致します。

## ミニレクチャー(抄録)

### (1) 「認知症と運転」



琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 講師  
外間 宏人

2017年3月12日に施行された改正道路交通法により、75歳以上の高齢ドライバーに対し臨時認知機能検査制度や臨時高齢者講習制度の新設、その他制度の見直し等が行われ、認知症と診断されると、免許証は停止または取り消されることとなった。この法改正実施を前に、当講座（沖縄県の基幹型認知症疾患センター）では、大学病院を中心とした神経内科、脳神経外科、精神科病院、医院、クリニック等の関連病院における同法改正への準備状況・意識について簡易的なアンケート調査を実施した。

アンケート調査の概略については下記に示す通りである。

#### 【方法】

大学病院及び関連病院に所属する精神科医、神経内科医、内科医、脳神経外科医（総数131名（精神科105名、神経内科・内科22名、脳神経外科4名））に12問よりなる簡易アンケートを実施した。期間は2016年12月～2017年2月28日とした。

#### 【結果】

以下に結果を抜粋するが、新患認知症者への診療については約半数49%が行うとし、75歳以上の運転免許更新のための診察も42%が引き受けると回答した。診察の結果、認知症を疑っ

た場合は47%が免許返納を勧め、それ以外でも運転については控えるよう指導するものが多かった。患者が指導に従わず、強固に運転継続を主張する際の対応としては62%が家族へも説得協力依頼を求め、21%がケアマネジャーへの相談、13%が直接、警察や公安委員会への連絡・相談を選択した。

#### 【考察】

高齢者の運転については、高齢者事故の頻発を受け、単に高齢者のQOLの維持と社会全体の安全確保を対立する視点で捉えるのではなく、高齢者が免許を自主返納しても、移動手段も含めQOLが維持できる様な社会のあり方への議論を深めていくべきなのではと考える。また認知症の各病型毎に運転時に生じ得るリスク、問題が異なっていると考えられることから、単にルーチンの認知検査だけに終わることなく、それらについても勘案しながら総合的な判断が求められることとなると思われる。

### (2) 「学校や保育園での食物アレルギー児への対応」



沖縄協同病院 小児科 尾辻 健太

食物アレルギー診断の基本は「現在、食べる」とアレルギー症状が出る」食品が食物アレルギーとして対応が必要だということである。以前症状が出ていても、現在食べて症状がなければ食物アレルギーとしての対応は不要であり、

血液検査で特異的 IgE が陽性でも食べて症状がなければそれは食物アレルギーとは言えない。

食物アレルギーにもいくつかのタイプがあるが、今回のミニレクチャーでは「即時型食物アレルギー」に絞って話を進めていきたい。即時型食物アレルギーは、原因食物摂取後おおむね2時間以内にアレルギー症状（蕁麻疹や咳、喘鳴、腹痛など）が出現するタイプのアレルギーである。

即時型食物アレルギーの全年齢における原因食物は頻度順に卵、乳、小麦となっている。有病率は1歳頃ピークを迎え、以降自然に摂取可能となる患者が多い。ピーナッツやエビに関しては、いったん発症すると治りにくい。

食物アレルギーの診療で最も重要なのは問診である。問診のみで「食物アレルギーではない。血液検査は不要」と診断できることもある。既に症状なく食べているにもかかわらず血液検査を行い、特異的 IgE が上昇しているから、と除去を指示されてしまった医原性の食物アレルギーを時々経験する。症状なく摂取可能であれば、特異的 IgE は測定しない方がよい。

特異的 IgE 値は、通常高ければ高いほど症状が出る可能性は増す。しかし、なかにはクラス0で症状が出る児もいるし、クラス6で摂取可能な児も存在する。病歴の聴取のみで診断がつく場合もあるが、食べてみないと分からないことも多い。以前にアレルギー症状を経験している場合、自宅での摂取再開はリスクを伴う。そのため、最も望ましいのは病院で「食物経口負荷試験」を行うことである。医師立会いの下、確認したい食物を少ない量から漸増摂取し、症状が出ればその時点で終了とする。少量摂取で重度の症状が出た場合は除去継続となるが、ある程度摂取した後軽度の症状が出たのみであれば、自宅で少量から摂取を開始できる場合が多い。

学校や園で食物アレルギー対応が必要と予想される場合、学校や園は保護者にアレルギー疾患用の生活管理指導表を渡すことになっている。保護者は食物アレルギーを診てもらっている主治医に管理指導表を提示・記載してもらってから学校や園に提出し、食物アレルギーの対応を行ってもらう。この管理表の特徴の1つは、なぜその食品を除去しなければいけないのか、除去根拠を記載する部分である。これにより、不要な除去を減らす目的がある。

食物アレルギー児の、自宅での方針は「必要最低限の除去」であるが、学校や園でのガイドライン上の方針は安全第一の考えから「完全除去か完全解除」である。乳幼児がアレルギーだった食物を徐々に摂取可能になってくる過程で、体調が良い時にしっかり加熱した食品なら摂取可能だが、体調不良時や加熱が不十分だと症状が出る時期があることがある。そんなときに学校や園で「少量（加工品）なら摂取可能」とすると、その日の体調や食品の加熱状況によっては症状が出てしまう可能性があるため、このような方針になっている。しかしこの方針は、現在無理なく段階的な解除に対応しうまくいっている現場にまで押し付けるものではない。

学校や園で食物アレルギー症状が出現した時の対応を教師や保育士に理解しておいてもらうことも重要である。軽度の皮膚症状のみで元気があれば園で経過を見てもらっても良いが、食後呼吸苦を訴えたりぐったりするようなら、救急車を呼び、エピペンを持っているなら躊躇せず接種してもらう必要がある。上記を理解し実践してもらうためには、患者教育だけでなく教師や保育士に対しても継続的に教育していかなければいけない。

ミニレクチャー当日、疑問点などあれば気軽に質問していただけると幸いです。今後ともよろしく願いいたします。

## 特別講演 (抄録)

# 「障がい者スポーツ 東京オリンピック・パラリンピックにむけて」



和歌山県立医科大学 リハビリテーション講座 教授  
田島 文博

障がい者スポーツとは、障がい者のための特別なスポーツと言うより、障がい者の特性に応じて競技が出来るようにしたスポーツと申し上げたい。国際的な障がい者スポーツ大会として代表的なものにパラリンピックがある。イギリスの国立戦傷脊髄損傷者病院の院長であったL. グットマン博士が、第2次世界大戦で障害を負った兵士たちのリハビリテーションとしてスポーツを積極的に採用したのが始まりである。それが、レクリエーションスポーツ、競技スポーツへと広がり、更には国際的な競技会が開催されるまでに発展した。

わが国では、脳性麻痺児等の体育的な要素をもった療育としてのスポーツ活動も地道に行われていたが、中村裕先生などの努力によって昭和36年10月22日に大分県で、身体障害者体育大会が行なわれたのが起源である。その後、1964年に東京パラリンピックが開催されるに至った。2020年に開催される東京オリンピック・パラリンピックにむけて、大きな流れが形成されはじめている。

しかし、すべての障がい者が安全に適切にスポーツ参加するための医学的な課題は山積している。われわれは1984年から大分国際車いすマラソン大会を主として研究を続けている。し

かし、障がい者における医科学研究が不十分なため、障がい毎の適切な運動負荷量さえも不明である。障がい者スポーツでは車いすや義足と言った機具が必要な競技が多いため、その開発費に費用がかかる。国もその必要性を認識し、動き始めている。

さらに、競技の高度化に伴いメディカルチェックの必要性も増している。現状では、それぞれの競技団体指定医師がメディカルチェックを行った後、国際医療大学教授草野修輔先生とわたくしでダブルチェックを行っている。これは、2012年から導入したシステムで、それまでに散見された大会中の棄権などを防げるようになった。

また、障がい者スポーツには、健常者スポーツにはないクラス分けという特有の制度がある。障がい毎に条件が同じになるようにクラスを作り、同じ障がい区分に選手を分け、その中でメダルを争う。自国の選手を有利にするために少しでも下のクラスに入れ、相対的優位を獲得するための駆け引きもあるが、日本はこの点では非常に不利である。

これまでの我々の研究の結果、重度障害者でも、高強度・長時間のトレーニングを行えば、健康になり、機能改善が見込めることが明らかになってきた。また、障害があっても、スポーツを通じて精神と肉体を鍛え上げ、最高のパフォーマンスを発揮する姿は、我々に感動を与えてくれる。

しかし、わたくしは障がい者をすべての競技で健常者と同じに扱う事には医師、研究者として躊躇する。健常者でも男女を分けてパフォーマンスを競い、体重別にする競技もある。すべて健常者と障がい者を全く同じに扱う事はあまり合理的だと言えない。違いを明確にし、施設をはじめとしたハードから、コーチやトレー

ナー等のソフトにいたるまで、適切に配分配置すればお互いの発展となる。

あえてわたくしは提言したい。障がい者スポーツはすべて、健常者スポーツと同じではない。生理学的な課題で言えば、体温調節、循環器系の応答、呼吸機能は健常者と異なるし、医学的課題では、脊損者の褥瘡の問題、脳性麻痺者の痙性、切断者の断端部、等々、いくらでもあげられる。反面、我々の過去の研究では、障

がい者がスポーツをすることを推奨する結果ばかりである。だからこそ、包括的に、しかし、違いを明確にして、競技力の向上と安全性確保に尽力する必要がある。

障がい者スポーツの研究成果は臨床におけるリハビリテーションの発展や、健常者の健康増進医学の発展に寄与する知見をわれわれに与えてくれる。障がい者スポーツの医学研究は単に障がい者のためだけではないといえる。

## 一般講演 演題・演者一覧

### <口演部門>

1. 独歩で通院可能な高齢患者を対象としたアンケート調査 (がんじゅうアンケート) 報告  
首里城下町クリニック第一・第二 **田名 毅**
2. 言語聴覚士 ST 不在の離島における摂食嚥下プロジェクト ―とくとく もぐもぐ ごっくんプロジェクト 離島編 離島ならではの院内連携、地域連携―  
南部徳洲会病院 **滝吉 優子**
3. 宮古島におけるつつが虫病 21 例の報告  
沖縄県立宮古病院 **杉田 周一**
4. 当院における関節リウマチ治療の実際  
豊見城中央病院 **潮平 芳樹**
5. 当院における非閉塞性腸間膜虚血 15 例の臨床的検討  
沖縄県立中部病院 外科 **堀江 博司**
6. 沖縄県における難聴遺伝子解析研究  
琉球大学医学部 耳鼻咽喉科 **我那覇 章**
7. 当院における重症大動脈弁狭窄症に対する TAVI の早期治療成績  
琉球大学大学院 医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 **比嘉 章太郎**
8. CT を用いた子宮頸癌画像誘導小線源治療 (初期治療成績) の検討  
琉球大学大学院 医学研究科 放射線診断治療学講座 **草田 武朗**

### <ポスター部門>

#### 一般外科

9. ステレオガイド下吸引式針生検による乳腺疾患精査の検討  
我那覇西クリニックまかび **上原 協**
10. PTP 誤飲により回腸穿通をきたした 1 例  
ハートライフ病院 **太田 沙也加**
11. 当院で経験したフルニエ壊疽 7 症例の検討  
沖縄県立中部病院 外科 **三浦 勇也**
12. 肛門部嚢腫 (奇形腫) の一例  
ハートライフ病院 **阿嘉 裕之**
13. 上腸管膜動脈閉塞症の 17 例の検討  
沖縄県立中部病院 外科 **川崎 恭兵**
14. 感染コントロールに難渋した耕運機外傷の一例  
沖縄県立中部病院 外科 **三浦 耕司**

#### 整形外科

15. 橈骨神経麻痺における internal splint としての回内筋移行術  
沖縄県立中部病院 形成外科 **今泉 督**
16. ビスフォスフォネート (BP) 製剤による顎骨壊死  
豊見城中央病院 整形外科 **永山 盛隆**
17. 骨折に対し創外固定を使用した症例の検討  
大浜第一病院 整形外科 **大田 一木**
18. 小児股関節周囲化膿性筋炎の 2 例  
沖縄県立中部病院 整形外科 **桃井 康雅**
19. 白蓋ソケットガイドを用いた Direct anterior approach での人工股関節置換術における白蓋カップ設置角の検討  
ハートライフ病院 **比嘉 浩太郎**
20. 美容外科領域に於ける医原性疾患の 5 症例  
当山美容形成外科 **當山 護**
21. インプラント乳房再建後に真皮弁と外陰部皮膚移植で乳輪乳頭を再建した 3 例  
形成外科 KC **新城 憲**
22. 徐放化 PRP による頭髪再生治療の試み  
新垣形成外科 **新垣 実**
23. Massive Weight Loss に対して腹壁形成術を施行した 1 例  
中頭病院 形成外科 **野村 紘史**
24. 自家培養表皮による先天性巨大色素性母斑の治療経験  
沖縄県立南部医療センターこども医療センター 形成外科 **三輪 志織**

#### 循環器外科

25. 腹部大動脈瘤人工血管置換術後に発症した中結腸動脈破裂の 1 例  
中頭病院 心臓血管外科 **西田 成**
26. Double barrel 吻合で弓部下行置換術を行い Malperfusion を来した慢性大動脈解離の一治験例  
浦添総合病院 心臓血管外科 **新垣 勝也**
27. 人工血管を用いた内シヤント造設における静脈側吻合部の工夫  
牧港中央病院 **毛利 教生**
28. 高齢者心房細動患者の治療の現状と予後に関する研究 : Nambu heart Af 研究  
南部病院 循環器内科 **井上 卓**

報 告

- 29. 取り下げ
- 30. 取り下げ
- 31. 圧排性左冠動脈狭窄および心室中隔瘤を合併した未破裂左バルサルバ動脈瘤の1手術症例  
琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座  
前田 達也
- 32. 心房細動に対する拡大肺静脈隔離後に両側肺静脈狭窄を来し経皮的肺静脈拡張術が奏功した一例  
中部徳洲会病院 循環器内科 野村 悠

**神経内科**

- 33. 顔面神経麻痺で初発症状とした原発性中枢神経系リンパ腫の一例  
琉球大学医学部附属病院 江越 佳代
- 34. リチウム脳症の一例  
沖縄県立中部病院 神経内科 照屋 寛之
- 35. 若年性白内障を来し精神発達遅滞を認めた2症例  
国立病院機構沖縄病院 神経内科 中地 亮
- 36. ネフローゼ症候群に併発した脳梗塞の1例  
南部徳洲会病院 内科 村上 陽亮

**脳神経外科**

- 37. 高齢者脊髄損傷に合併した意識障害の一例  
中頭病院 救急科 荒川 宏
- 38. 脳血管攣縮期に受診した blister aneurysm of the dorsal internal carotid artery (dICA) rupture の一例  
沖縄協同病院 脳神経外科 城間 淳
- 39. 術中脳脊髄血管撮影を使用して治療をおこなった3例  
浦添総合病院 脳神経外科 原国 毅
- 40. 脊髄髄膜瘤術後に脊髄係留症候群を合併した8歳女児の一例  
沖縄県立中部病院 脳神経外科 碩 みはる

**沖縄県医師会医学会賞 (研修医部門)**

- 41. 特発性食道破裂2例の検討  
沖縄県立中部病院 外科 小川 祥子
- 42. 外傷を契機に受診し悪性胸水を伴う肺癌と診断された2例  
中頭病院 呼吸器外科 友寄 未希
- 43. 特発性脊髄硬膜外血腫の1手術例  
南部徳洲会病院 整形外科 富森 一馬
- 44. *Streptococcus constellatus* による膿胸の3症例  
琉球大学医学部附属病院 総合臨床研修・教育センター  
岡本 有可
- 45. 心原性脳塞栓に急性心不全を合併した1例  
豊見城中央病院 富田 寛生
- 46. 発熱と炎症反応の上昇が主要症候であった Stanford B 型偽腔閉塞型大動脈解離の1例  
沖縄協同病院 内科 仲西 大輔
- 47. 急性冠症候群との鑑別を要したヒスタミン中毒の一例  
沖縄県立宮古病院 森脇 段
- 48. 原因不明の多量心嚢液より関節リウマチの診断に至った一例  
浦添総合病院 渡辺 遇
- 49. 市販の感冒薬内服を契機に甲状腺クリーゼを発症した一例  
沖縄協同病院 内科 與那原 由里加
- 50. 糖尿病性ケトアシドーシスに併発した多発筋炎の一例  
大浜第一病院 糖尿病センター 明永 征大

- 51. Basedow 病と1型糖尿病の合併  
ハートライフ病院 林 絹子
- 52. 味覚障害と栄養不良をきっかけとして診断した Cronkhite Canada 症候群の一例  
那覇市立病院 初期研修医 伊良部 加那子
- 53. 原因不明の肝胆道系酵素上昇から梅毒性肝炎の診断に至った一例  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
消化器内科 下地 遥
- 54. 過粘調性 *Klebsiella pneumoniae* による多発肝膿瘍の1例  
沖縄県立南部医療センターこども医療センター  
消化器内科 上江洲 麻衣
- 55. ビタミン B12 欠乏による末梢神経障害を背景に発症したギラン・バレー症候群の一例  
沖縄県立中部病院 原瀬 翔平
- 56. 神経原性ショックを呈した一例報告と当院を受診した15年間のシガテラ中毒患者の検討  
豊見城中央病院 腎臓内科 有満 啓史
- 57. 多彩な精神神経症状を呈した脳梗塞患者  
中頭病院 臨床研修科 伊敷 洋平
- 58. 術前診断が困難であった両側卵巣原発悪性リンパ腫の一例  
琉球大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター  
稲村 靖彦
- 59. 救急外来で診断が遅れたリステリア髄膜炎の一例  
浦添総合病院 救急集中治療部 菅田 一貴
- 60. ワイル病の1例  
那覇市立病院 久田 由希子

**感染症**

- 61. 肝硬変患者の尿道損傷に合併したクレブシエラ敗血症の一例  
沖縄県立中部病院 総合内科 板金 正記
- 62. 病歴と皮疹性状から診断しえた Dengue 熱の一例  
沖縄赤十字病院 研修医 日暮 悠璃
- 63. 血液培養結果より感染経路を推定できた大腸菌による化膿性脊椎炎・傍椎体膿瘍・腸腰筋膿瘍の一例  
中頭病院 稲津 さつき

**血液**

- 64. 再発難治性マンテル細胞リンパ腫に対するイブランチニブの使用経験  
ハートライフ病院 血液内科 大山 恵理子
- 65. 胃以外に発生した MALT リンパ腫5症例の放射線治療  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
放射線科 伊良波 史朗



**腎・膠原病**

- 66. 沖縄県を訪れた旅行透析者の動向 (2016年) ~ 当院 24 年の実績を含めて ~  
おおうらクリニック 大浦 孝
- 67. 原発性副甲状腺機能亢進症による高 Ca 血症から多彩な症状を認めた一例  
豊見城中央病院 腎臓・膠原病内科 玉寄 しおり
- 68. 血球貪食症候群を合併した成人発症スティル病の一例  
豊見城中央病院 喜久村 祐
- 69. 前立腺癌に対するリュプレロリン投与 1 か月後に下垂体卒中を発症した一例  
沖縄協同病院 内科 加藤 友美
- 70. コハク酸シベンゾリン開始後頻りに低血糖を来した一例  
大浜第一病院 桃原 慎

**救急**

- 71. 熱傷専門施設を目指してできること一非熱傷専門施設における重症熱傷治療の反省から一  
ハートライフ病院 形成外科 東盛 貴光
- 72. 重症労災事故 4 症例からの学び ~ 労働安全衛生的視点より ~  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 柴田 衛
- 73. 低価格 ECMO シミュレーション回路 (Endo-Circuit) の作成  
ハートライフ病院 救急総合診療部 三戸 正人
- 74. 当院の VA ECMO (PCPS) の実績と今後の課題  
沖縄協同病院 循環器内科 山内 昌喜

**呼吸器外科**

- 75. 気腫性肺嚢胞を合併した von Recklinghausen 病に発生した両側肺癌の 1 例  
那覇市立病院 外科 真栄城 兼誉
- 76. 義歯の喪失が契機となり発見された肺癌の 1 例  
中頭病院 呼吸器外科 鳥袋 大河
- 77. 気管部分岐異常を伴った右上葉肺癌の 2 切除例  
国立病院機構沖縄病院 外科 饒平名 知史
- 78. 悪性胸膜中皮腫の術後に対し IMRT にて根治的放射線治療を施行した 2 例  
南部徳洲会病院 放射線治療科 宮川 聡史
- 79. 沖縄県における放射線治療の実態調査 (第 3 報) : 平成 28 年度沖縄県先端医療実用化推進事業  
沖縄県立中部病院 放射線科 戸板 孝文
- 80. 当院で経験した気管支内過誤腫 5 例の検討  
国立病院機構沖縄病院 呼吸器外科 古堅 智則
- 81. 急性膿胸に対する胸腔鏡下手術症例の検討  
中頭病院 呼吸器外科 嘉数 修
- 82. 血胸で発症した胸膜播種腺癌の 1 例  
南部徳洲会病院 外科 金城 賢弥
- 83. 術後声門下浮腫の 1 例  
国立病院機構 沖縄病院 外科 伊地 隆晴
- 84. 左腕頭静脈の頭側まで進展する巨大胸腺嚢胞に対する胸腔鏡下手術の 1 例  
中頭病院 呼吸器外科 崎山 秀樹
- 85. 術中に確認された先天性奇静脈欠損症の 1 例  
中頭病院 呼吸器外科 大田 守雄

**呼吸器内科**

- 86. 挿管・人工呼吸器管理を要した気管支喘息の 4 症例  
ハートライフ病院 内科 新垣 珠代

- 87. 慢性咳嗽を主訴とした Zenker 憩室の一例  
大浜第一病院 富安 泰生
- 88. 抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の 5 例  
中頭病院 呼吸器内科 山元 隆太
- 89. 肺結核治療中に副腎機能低下が疑われた症例の検討  
国立病院機構沖縄病院 名嘉山 裕子

**消化器外科**

- 90. 食道癌術後乳び胸に対し Etilefrine 投与が有効であった一例  
沖縄赤十字病院 外科 仲里 秀次
- 91. 糖尿病患者に発生した腸管嚢胞状気腫症の 1 例  
ハートライフ病院 花城 直次
- 92. 経腔的小腸脱出をきたし、経腔的に整復した一例  
南部徳洲会病院 外科 上原 英生
- 93. 便失禁に対して仙骨神経刺激療法を施行した沖縄県初の 1 症例  
大浜第一病院 大腸肛門外科 仕垣 幸太郎
- 94. 大腸癌化学療法による原発部位別と薬剤別の予後影響について  
豊見城中央病院 外科 照屋 剛
- 95. 早期直腸癌術後に合併した直腸腔瘻の 1 例  
豊見城中央病院 外科 澤岬 安勝
- 96. 術前診断が可能だった傍盲腸ヘルニアの 1 例  
沖縄県立中部病院 外科 神田 修平
- 97. 切除不能大腸癌に対し、Cape + Bmab 療法が長期間奏功している高齢者の一例  
ハートライフ病院 外科 宮平 工
- 98. 転移性肝腫瘍と鑑別が困難であった黄色肉芽種子性胆嚢炎の 1 例  
沖縄赤十字病院 外科 新里 広大
- 99. 妊婦の腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LCC) の安全性 - 当院での 4 例の検討 -  
沖縄県立中部病院 一般外科 祖慶 美希
- 100. 臍頭十二指腸切除後の難治性腹腔内出血に対する一期的臍吻合再建の経験  
ハートライフ病院 外科 梁 英樹

**消化器内科**

- 101. 免疫抑制剤終了後 1 年以上経過してからの HBV 再活性化の 1 症例の検討  
ハートライフ病院 柴田 大介
- 102. 好酸球性胆管炎の 2 例  
浦添総合病院 消化器病センター 消化器内科 清水 佐知子
- 103. 胃食道逆流による食道狭窄に対して内視鏡的拡張術を行った一例  
ハートライフ病院 宮崎 優樹
- 104. 再手術に際し POEM 手術を行った食道アカシア症例の検討  
ハートライフ病院 外科 奥島 憲彦

**プライマリケア・一般**

- 105. 83 歳女性クロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) を発症後全経過 4 年の在宅看取りの経験  
南城つはこクリニック 小山 信二
- 106. 勤務医と訪問診療医の兼任への取り組み  
おもろまちメディカルセンター 嘉数 朗
- 107. 沖縄県 IRUD-P (小児希少・未診断疾患イニシアチブ) 体制について  
琉球大学大学院 医学研究科 知念 安紹

**産科**

- 108. 出生前診断した胎児肺分画症  
琉球大学 産婦人科 **金城 忠嗣**
- 109. 偽性軟骨無形成症合併妊娠の一例  
ハートライフ病院 産婦人科 **喜久本 藍**
- 110. 当院における品胎妊娠7例の検討  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
初期研修医 **中村 彩音**
- 111. 妊娠糖尿病の産後経過の検討  
中頭病院 産婦人科  
**島袋 美奈子**
- 112. 当院におけるSLE合併妊娠の臨床的検討  
豊見城中央病院 産婦人科 **神山 和也**

**婦人科**

- 113. 巨大大網腫瘍を呈した腹膜癌の一例  
豊見城中央病院 産婦人科 **當眞 真希子**

- 114. 子宮頸癌治療中に血栓性脳出血を発症した一例  
琉球大学医学部 産婦人科 **若山 明彦**
- 115. 異型腺細胞を契機に円錐切除術にて頸部上皮内  
腺癌と診断された1例  
豊見城中央病院 産婦人科 **大城 大介**
- 116. 子宮頸部上皮内腫瘍に対するフェノール療法の  
臨床的検討  
豊見城中央病院 産婦人科 **前濱 俊之**

**泌尿器科**

- 117. 当院初の脳死下献腎移植の1症例  
豊見城中央病院 外科 **知念 澄志**
- 118. 高齢者における抗コリン薬およびミラベグロン  
併用投与の有効性の検討  
沖縄協同病院 泌尿器科 **嘉手川 豪心**
- 119. 左側腹部痛にて受診したペリニ管癌の1例  
南部徳洲会病院 泌尿器科 **関根 啓太**



沖縄県医学会賞（研修医部門）  
優秀賞：久田先生（左から2番目）森脇先生（左から3番目）、最優秀賞：岡本先生（左から4番目）

# お知らせ

## 平成29年度 かかりつけ医等 心の健康対応力向上研修のお知らせ

### 【かかりつけ医等 心の健康対応力向上研修へのお誘い】

浦添市医師会かかりつけ医等心の健康対応力向上研修企画委員 伊室 伸哉

今年度は、「発達障害」の二次障害による自殺のリスクに焦点を当てた講演会を開催いたします。日本でも超のつくエキスパートの講師をお招きします。日常の外来や産業医相談などで一見「何て自己中心的なことをいうのだろう」「親はどんな教育をしてきたのか!」と社会性のない所謂「困ったちゃん」に遭遇することがあると思います。実は彼らはその理解されにくい特性を持ち「生きにくさ」を抱えているのです。それを我々プロが理解し適切な対応ができるかが、その後の、その人の人生に大きな影響を与えます。医師だけでなく、家族、関係者が連携して発達障害のある人の育ちと生活自立を支えることが重要です。是非この機会にご聴講下さい。

#### 1 目 的

平成28年全国の自殺者数は21,897人で、前年の25,025人より2,128人減少した。沖縄県においては平成10年以降300人を超えていた自殺者が、平成27年は281人、平成28年は258人と減少した。しかし20～30代の若者の死因に占める自殺の割合が高く、若年層への自殺対策が必要な状況がある。

今回は発達特性により学校や職場、日常生活の自立で困難を抱え、うつや自殺リスクがある若者に焦点を当て、かかりつけ医等が発達特性のある人への理解が深まり、適切な対応や関係機関との連携が行えることを目的とする。

2 主 催 沖縄県立総合精神保健福祉センター

3 後 援 沖縄県医師会

4 対 象 内科医等かかりつけ医及び精神科医療機関の医療従事者、産業医、学校医  
沖縄県公務員医師、保健所及び市町村精神保健福祉業務に携わる者

5 研修日時 平成 29 年 11 月 22 日 (水) 19:00～21:00  
(18:30 受付開始 19:00 研修開始 21:00 終了)

#### 6 研修内容

<第一部> 19:05～20:00

座長 沖縄県立総合精神保健福祉センター所長 宮川 治  
講師 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座教授 近藤 毅  
講演 「成人自閉スペクトラム症におけるうつと自殺リスクー産業精神保健との関連も含めてー」

<第二部> 20:05～21:00

座長 かいクリニック院長 稲田 隆司  
講師 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科准教授 岡田 俊  
講演 「発達障害のある人の育ちと生活自立を支えることー就労・復職支援・職場での配慮を含めてー」

7 研修場所 沖縄県医師会館 3階ホール

8 単 位 日本医師会生涯教育講座 2単位  
カリキュラム (4: 医師・患者関係とコミュニケーション 68: 精神科領域の救急  
69: 不安 70: 気分の障害 (うつ))  
産業医制度研修単位 (申請中)

9 修了証書 沖縄県知事名により、修了証書を発行

10 参加料 無料

11 定 員 144名

12 連絡先 県立総合精神保健福祉センター相談指導班  
TEL 098-888-1443 FAX 098-888-1710

# 「大規模災害時における検視要領訓練」



災害医療委員会委員長  
沖縄県災害医療コーディネーター 出口 宝

平成 29 年 6 月 15 日に沖縄県警察本部（以下、県警本部）が主催する「大規模災害時における検視要領訓練」が、うるま市の沖縄県警察学校教場及び体育館において開催されました。沖縄県警察本部は東日本大震災において検視部隊を派遣された経験から平成 25 年度にも同訓練を開催されています。県警本部から本会に対して本訓練への JMAT 派遣依頼があり田名毅理事、小職、林峰栄先生（ER サポート）、業務一課が参加しました。

## 1. 訓練要綱

### 目 的

大規模災害発生時において、迅速適正な検視業務を遂行し遺族への遺体の早期返還は警察に課された重要な使命であり、また医師の専門的見地からのご指導を賜り、多数死体検視要領を習得させ万全に備えるため（実施要項原文）

### 実施日時

平成 29 年 6 月 15 日（木）  
午後 1 時 30 分～午後 5 時

### 参加者

警察官（42 名）捜査第一課長、鑑識課長、検死官室員、機動鑑識隊員、広報相談課員、広域緊急援助隊、各署の強行係長、鑑識係員。他機関（20 名）見学及び訓練参加、航空自衛隊、陸上自衛隊、海上自衛隊、自衛隊警務隊、第十一管区海上保安本部、琉球大学医学部法医学教室、沖縄県医師会、沖縄県歯科医警察協力会、計 62 名

### 実施場所

沖縄県警察学校 OA 教場（教養）  
同体育館（訓練）

## 訓練内容

- (1) 大規模災害発生時における検視要領について教養、東日本大震災に派遣された検死官及び琉球大学法医学教室医師の講話
- (2) 遺体収容施設における検視場所及び遺体安置場所の設置要領
- (3) 大規模災害時に伴う多数死体検視要領
- (4) 身元確認要領
  - ア 死体指掌紋採取
  - イ DNA 採取
  - ウ デンタルチャート作成

## 2. 訓練当日

### 教 養

13 時 30 分から OA 教室にて県警本部刑事部捜査第一課松崎賀充課長の挨拶があり、前述訓練内容（1）大規模災害発生時における検視要領について教養と、（2）遺体収容施設における検視場所及び遺体安置場所の設置要領の講話が始まりました。

東日本大震災で沖縄県警から派遣されて検視活動に従事された県警本部捜査第一課検視官補佐新垣寛明氏から、遺体収容施設となった宮城県総合運動公園総合体育館グラウンディ 21 での検視検案、遺体安置、身元確認についての講話がありました。遺体収容施設は体育館を検視場所と遺体安置場所に仕切って使われたこと、搬送されてきたご遺体が付受け後に検視されて安置場所に安置されるまでの説明がありました（詳細は訓練で後述）。続いて、行方不明者を探しにこられた家族は掲示されたご遺体の写真を手がかりに安置場所で確認されること、遺体写真掲示では損壊の激しいご遺体の写真は別に掲示する配慮が必要などの説明がありました。また、身元

が確認されなかったご遺体は一次的に土葬されたことなども報告されました。本県は温暖なため迅速に検視業務を行い身元確認をして遺族へ返還する必要があることも延べられていました。

続いて琉球大学法医学教室助教二宮賢司先生から東日本大震災における検視についての説明がありました。まず検視は警察の指揮下で行われて主体は警察であり、医師は検案書の記入が任務であることが説明され、宮城県では行政により検案書の死亡時刻は平成 23 年 3 月 11 日 15 時頃に統一されたこと、死因のほとんどが溺死(推定)と記載されたとの事でした (Fig.1)。



Fig.1 二宮先生による大規模災害発生時における検視要領について教養 (県警提供写真)

**訓練**

15 時 00 分から体育館にて前述訓練内容 (3) 大規模災害時に伴う多数死体検視要領と (4) 身元確認要領が始まりました。なお、JMAT はこの訓練は見学参加となりました。体育館は東日本大震災時の宮城県グランディ 21 における遺体収容施設を再現して、事務机を使用した検視台、バルーンライト等が設置されて検視場所及び遺体安置場所の設置が終了していました (Fig.2)。

**1) 遺体洗浄**

運ばれてきたご遺体は検視安置場の外に設置された遺体洗浄テントで土砂などを洗浄されます (Fig.3)。デンタルチャートの記録のため、口腔内の洗浄は重要とのことでした。

**2) 死体受付**

死体受付では発見場所、日時、発見者の記載が行われ、顔写真撮影が撮影されます (Fig.4)。

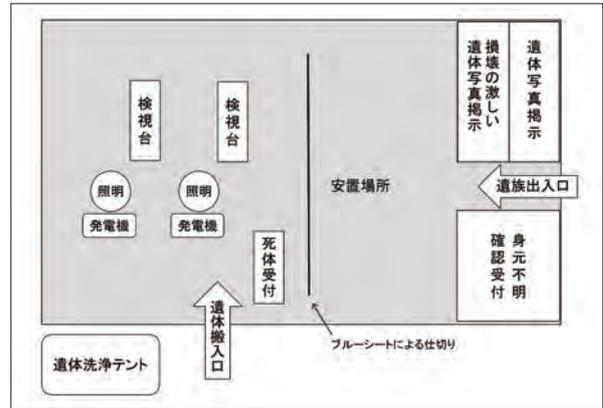


Fig.2 遺体収容施設における検視場所及び遺体安置場所



Fig.3 遺体洗浄



Fig.4 死体受付 (県警提供写真)

以前は、ここで所持品の検索と確認、詳細写真撮影が行われていましたが、短時間で多くのご遺体が運ばれた場合は受付が作業の流れ上でボトルネックになるとのことから、これらは検視時に行われることに変更したそうです。

**3) 検視**

着衣から所持品の検索と確認、写真撮影が行われます。所持品は身元確認にも重要な為、全てが取り出されて透明な袋にまとめられま

す。そして、ご遺体の詳細な写真撮影と検視が行われます (Fig.5,6)。遺体側にあった遺留品が本人の物でない場合もある事に注意が必要とのことでした。

#### 4) 身元確認

はじめに指掌紋採取が行われます (Fig.7)。死後硬直などで屈曲した手指を一本一本丁寧に伸展させて指紋ならびに手掌紋の採取が行われます。皮膚がふやけていたりしている場合は柔軟剤を用いる等の工夫が必要との事でした。続いてDNA採取用の爪などの検体採取が行われます。次に歯科医師によるデンタルチャートの記録が行われます (Fig.8)。ここでは歯科用ポータブルレントゲン装置の操作も実施されました。そして、医師により検案書が作成され、遺体収納袋に収納されます。ご遺体は不透明な黒い袋に収納されて (Fig.9)、さらに透明な密封袋 (ジップロックのような構造) に収納されます (Fig.10)。この袋は掃除機の吸引で内部の空気を抜くことが出来るようになっていました。その後、安置場へ運ばれて納棺あるいはバッグに収納されて (Fig.11)、行方不明者を探しにこられた家族による身元確認が行われることとなります。

### 3. 所 感

本訓練は東日本大震災の後に平成 25 年 2 月にも実施されましたが (本誌 Vol.49 No.5,P70 ~ 73 参照)、平成 28 年熊本地震があり、本県での大規模災害も想定されているため今回の実施となりました。本県は島嶼県であるため、他府県からの検視の応援が早期に来ない事も想定されます。また、警察組織内では異動により訓練経験者が異動になる事もあり、繰り返し定期的の実施することが必要であるとのことでした。また、当日は県警察学校の初任科生約 100 名の見学もありました (Fig.12)。現実には災害が起こった時に訓練経験の有無は重要で、その態勢の全体像が解り有用です。実動訓練は企画・準備・実施と物的人的にも多くのエネルギーが必要ですが、このような訓練を重要視されていることから県警本部の災害に対する姿勢を窺い知ることができます。



Fig.5 検視 (県警提供写真)



Fig.6 写真撮影



Fig.7 指掌紋採取



Fig.8 デンタルチャート



Fig.9 遺体収納、はじめに不透明な黒い袋に収納される



Fig.10 遺体収納、さらに透明な密封袋 (ジブロックのような構造) に収納される



Fig.11 納棺あるいはバッグに収納して安置



Fig.12 見学参加した県警察学校初任科生 (Tシャツ)

死因究明等の推進に関する国の方針ならびに東日本大震災での経験と教訓等を背景に、警察医会が医師会の警察医部会となり、大規模災害時には県警本部から本会へ検視検案の為に医師派遣要請が行われる事となります。その時は警察嘱託医の先生に全てを御願ひするのではなく、警察嘱託医以外の先生方の協力も必要になると考えられます。日本医師会は警察庁と「大規模災害等における警察庁と公益社団法人日本医師会との協力に関する協定」を締結しており、また、災害時における検視検案はJMATとして派遣して行うとしています(本誌 Vol.53 No.7,P2～8 参照)。

一方で、警察嘱託医の先生のような検視検案の経験がなく、国立保健医療科学院で実施されていた「死体検案研修」も未受講であれば検視検案のハードルは高いと思われます。今回は教養における新垣検視官補佐や二宮先生の講話に続いて、実動訓練では手順を追って一つ一つの過程が解説されながら進められて行き、理解を深め易い構成になっていました。全行程が終わってみると、大規模災害時における検視検案のハードルが少し低くなったように思われました。本訓練は沖縄県総合防災訓練、美ら島レスキューに並んでJMATが参加する主要訓練の一つであると思います。

今後は災害医療委員会と警察医部会、そして県警本部との連携を密にして、大規模災害時にはご協力していただける会員が少しでも増えるような取り組みをしていきたいと考えています。警察医部会ならびに会員の皆様のご理解とご協力をお願い致します。

追記 当日、県警察学校の初任科生の数人から「JMATって何ですか?」との質問を受けました。これまで県内災害関係機関との顔の見える関係づくりを行ってきましたが、災害関連機関における養成校で医師会の災害医療の取組についての話をさせて頂く機会が出来ないかと考えています。

## 第 210 回一般社団法人沖縄県医師会 定例代議員会



常任理事 稲田 隆司



去る6月22日(木)、午後7時30分より本会館において第210回定例代議員会が開催された。

まず、長嶺代議員会議長より定数の確認が行われた、定数57名に対し43名の出席が確認された。

定款28条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言され、議事録署名人に浦添市医師会の稲福徹也代議員、南部地区医師会の嘉手苜勤代議員が指名された。

続いて、安里会長より次のとおり挨拶があった。

### 挨拶

○安里哲好会長



皆さん、こんばんは。ご挨拶を申し上げます。

本日は、第210回定例代議員会を開催したところ、代議員各位におかれましては、ご多忙の中をご出席いただきまして

衷心より厚く御礼申し上げます。

私は、昨年6月に会長に就任し、「県民と共に歩む医師会」、「地域医療連携の充実」、「魅力ある医師会づくり」の3つの基本方針を掲げ、新体制のもと事業に取り組み、ちょうど1年がたった。おかげをもちまして、平成28年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位の協力により、予定していた諸事業も滞りなく推進することができ、改めて深く感謝申し上げます。

さて、本県では、65歳未満の健康状態・死亡率の悪化が著しいことから、その改善を図るべく本年度よりプロジェクト委員会を組織し、健康・死亡率改善に向けた対策等を進めているが、その一環として、去る4月23日に当医師会館において、働き盛り世代を対象にした県民参加型イベント「うりずんフェスタ」を開催しましたところ、約2,000人の県民に参加していただいた。執行部としては、引き続き「県民と共に歩む医師会」の実践に向けた事業を展開して参りたいと考えている。

また、平成30年度からスタートする第7次保健医療計画については、5疾病5事業及び在宅医療における医療連携体制を策定しなければならない。それらを進めるために地域の実情を把握している我々医師会が主導的な役割を果たす必要があり、地区医師会と連携を密に図りながら医師会が主導となって進めてまいる所存である。

さらに、年末には来年度の診療報酬・介護報酬同時改定の改定率が決められることになっており、今後の医療・介護施策において極めて重要な年であることから、日本医師会並びに地区医師会との更なる連携強化を図り問題解決に取り組んで参りたいと考えている。ご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

一方、我が国では、東京オリンピック・パラリンピック大会の開催に当たり環境整備が進められている。特に受動喫煙による健康への影響は、我が国は世界最低レベルに位置づけられており、「国民の健康を守る専門家集団」として、国民の健康を第一に考えなければならない。このたび、日本医師会より受動喫煙防止対策について署名依頼があり、地区医師会を通して会員各位へ署名活動のお願いをしているところである。引き続きご協力をお願い申し上げます。

依然として医療界にとっては非常に厳しい状況が続いている。これらを打開するためにも、ぜひとも会員が一丸となって、医療界発展のために行動を起こさなくてはならない。会員の皆様においては、今後とも御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

本日は、報告2件、議事9件を上程している。報告、議事の詳細については各担当理事より説明していただきますので、慎重にご審議の上、ご承認を賜るようお願い申し上げ、ご挨拶とする。

続いて、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成28年度沖縄県医師会会務について、喜久村監事から平成28年度沖縄県医師会監査について報告があった。

議事は以下の第1号議案～第9号議案については、各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

- 第1号議案 平成28年度沖縄県医師会一般会計収支決算の件
- 第2号議案 平成28年度沖縄県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第3号議案 平成28年度沖縄県医師会会館建設特別会計収支決算の件
- 第4号議案 平成28年度おきなわ津梁ネットワーク事業特別会計収支決算の件
- 第5号議案 平成28年度地域医療介護総合確保基金事業特別会計収支決算の件
- 第6号議案 平成29年度沖縄県医師会一般会計収支予算補正の件
- 第7号議案 平成29年度地域医療介護総合確保基金事業特別会計収支予算の件
- 第8号議案 平成29年度おきなわ津梁ネットワーククラウド型高機能EHR事業特別会計収支予算（新設）の件
- 第9号議案 平成29年度おきなわ津梁ネットワーククラウド型高機能EHR事業資金借入の件

続いて、その他の事項で南部地区医師会から寄せられた代表質問及び個人質問について次のとおり担当理事から答弁があった。

**質疑内容**

「外国人患者の未払いへの対応について」  
(南部地区医師会：代表質問)



○田仲代議員

入域観光客数は年々増加しており、平成28年度においては、およそ876万人とされ、4年連続で国内客・外国客ともに過去最高を更新している

のことである。

こうした観光産業が好調である一方、県内における外国人の事故や体調不良などによる緊急

搬送も増加し、言葉が通じないことによるトラブルや医療費未払い等への対応に苦慮したとの報告が増え始めている。

本年4月には、台湾人観光客の女性が県内医療機関で出産を行ったとする新聞報道があった。言葉の違いや医療費の支払いをめぐる問題が取り上げられ、外国人患者向け医療サービス環境の整備の遅れが指摘されている。実際に他府県においては、医療機関に損害を与えるようなケースが出始めており、こうしたトラブルは今後県内でも増えるものと考えられる。

沖縄県文化観光スポーツ部観光政策課から本年4月に発表された「平成29年度の見通し」では、東アジアの主要国・地域において航空路線の拡充の動きがあることやクルーズ船の寄港回数の増加により、外国人が大幅に増える予定で、引き続き好調を推移すると見込まれている。

今後も外国人患者の救急受診などに対し、県内の医療機関が安心して対応できるサポート体制づくりや未払い問題への対策等が必要と考える。

本件について、県医師会のご意見をお伺いしたい。

#### (回答) 城間理事



ただいまの南部地区医師会からのご質問はもっともなことだと考えている。

観光リゾート産業をリーディング産業と位置づける本県において、

ここ数年、外国人観光客の増加が右肩上がりに急増（2016年度212万人、対前年度比45万人、27.5%増）して、県内は活況を呈している。しかし、その余波で、県内の多くの医療機関では「言葉」の問題や「未収金」の問題等に直面する実態が浮かび上がってきた。

本会では、本年2月、外国人観光客患者の受入体制整備の現状や特有の課題等を把握すべく、救急告示病院を対象にアンケート調査を実施したところだが、複数の医師会から、この問題は救急告示病院のみならず、診療所レベルで

も多くの患者が押し寄せる事態の報告があり、お叱りを受けるところである。改めて、この問題が広範囲に広がっていることを痛感させられた次第である。

ご指摘のとおり、今後も外国人観光客が倍増していくことがほぼ確実な状況にあるので、本会では全ての地区医師会から情報収集を行い、困り事を十分把握した上で対応の方針を打ち出さなければならないと考えている。この問題は千差万別の課題が潜んでおり、必ずしも1つの手法で解決することは難しいと考えている。

このようなことから、徹底した実態の把握に努めるべく、問題の把握や整理・検討を行うための特別委員会（プロジェクト）を立ち上げたいと考えている。

是非、各地区医師会の意見を集約して、県行政に何らかの対応策や予算措置が図られるように求めていきたいと考えているので、引き続き、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

参考までに、これまでの県当局への意見反映などについて少し説明する。

県当局、特に保健医療部、文化観光スポーツ部も諸課題の解決にあたる必要があることは認識しており、医師会の総意として、問題提起があれば解決に向けて相談する姿勢を示している。

それから県文化観光スポーツ部が所掌するインバウンド対応緊急医療受入体制整備協議会や、県保健医療部との連絡会議を通じて、双方部局の中枢に問題提起や改善が図られるように努めていくことができるかと考える。

また、未収金の発生防止及び発生後の対応策として、海外旅行保険への加入促進は、未収金の発生防止に一定の効果があるものと考えられる。保険加入への周知徹底や水際対策の強化を求めていく必要があると考えている。

それから各施設への対応としては、カード支払いの案内など未収金の発生防止に努めることの1つとして挙げられる。

また、入院・外来を問わず、期日に支払いがなされない場合には、念書などを提出、患者や家族の連絡先などの情報を確実にしておくことも1つだと思う。

それから未収金発生後の対応策としては、やはり県当局への相談窓口の設置等を求めていく必要が出てくると考える。

「飲酒絡みの自損事故による医療費について」  
(南部地区医師会：個人質問)

○嘉手苺代議員



ご承知のとおり、飲酒絡みの自損事故は医療保険の適用外とされている。

救急病院では、搬送された患者が医療保険が適用かどうかにかかわ

らず、生命を守ることに精力を注いできた。飲酒による事故は許されるものではない。医療保険の給付外となれば自己負担が高額となり、未払いになるケースがほとんどである。ましてや県民所得が全国最下位である一方で、飲酒運転絡みによる人身事故や死亡事故は全国1位となれば、こうした未払いに悩まされている医療機関は少なくないと考えられる。飲酒運転をさせないことが最大の対策と言えるが、後を絶たない飲酒絡みの事故により搬送された患者の治療を拒むわけにはいかない。

飲酒運転により自損事故を起こした患者には、当然、高額支払いの責任はあると思うが、治療を施した医療機関側の損失を補う（医療費を回収する）ための何らかの対応策が必要と考える。

個人負担分はしょうがないが、個人負担分以外はなんとか回収できるような方策があればいいかと思う。未払いということになるとわかっ

ていても、一旦治療を始めると、消極的な医療をやるとか、中止をするわけにはいかないで、どんどん未収金が増えていくという現状なので、これは救急病院全体が困っていることではないかと思う。

(回答) 宮里副会長



この場合は法令に違反し、かつ処罰対象行為に当たるので、公的保険を使用することはできない。また、自動車保険には自賠責、任意保険があるが、い

ずれも飲酒運転による自損事故については免責扱いとなっている。

このような場合の対応について、日本医師会へ確認したところ、未収金を補償・補てんするような救済制度等は把握していないとのことであった。また、本会の顧問弁護士からの回答としては、現状は裁判による方法しかない。仮に健康保険法の改正ができて、一旦、保険証を使用し、後日、医療保険者が回収する「第三者行為」のような方法が取れば一番よいとの見解であった。

このような未収金問題について、沖縄県に対し「独自の救済制度の設置」を提案することも方法の1つであるが、議論の俎上に載せられるかどうかは定かではない。時間を要するものとする。

先生の仰る通り「飲酒運転をさせないことが最大の対策」であり、まずは県民のモラルの改善を図っていくことが本筋と考えている。



貸借対照表

平成29年 3月31日現在

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
<b>I 資産の部</b>			
<b>1. 流動資産</b>			
現金預金	45,493,129	40,883,414	4,609,715
未収会費	1,285,500	1,077,100	208,400
未収金	33,513,507	32,573,327	940,180
立替金	1,634,380	9,949,319	△ 8,314,939
流動資産合計	81,926,516	84,483,160	△ 2,556,644
<b>2. 固定資産</b>			
(1)特定資産			
医事紛争特定預金	1,000,000	1,000,000	0
建物減価償却引当資産	115,460,000	97,460,000	18,000,000
役員退職慰労引当資産	4,570,000	6,250,000	△ 1,680,000
職員退職給付引当資産	73,247,856	69,345,216	3,902,640
備品減価償却引当資産	8,700,000	6,700,000	2,000,000
借入返済準備積立資産	35,000,000	27,000,000	8,000,000
特定資産合計	237,977,856	207,755,216	30,222,640
(2)その他固定資産			
土地	198,385,094	198,385,094	0
建物	307,338,478	314,714,601	△ 7,376,123
建物附属設備	61,414,868	70,596,444	△ 9,181,576
構築物	32,171,549	33,791,382	△ 1,619,833
備品	2,701,855	3,512,993	△ 811,138
電話加入権	401,500	401,500	0
子会社株式	3,000,000	0	3,000,000
その他固定資産合計	605,413,344	621,402,014	△ 15,988,670
固定資産合計	843,391,200	829,157,230	14,233,970
資産合計	925,317,716	913,640,390	11,677,326
<b>II 負債の部</b>			
<b>1. 流動負債</b>			
未払金	26,472,184	24,406,650	2,065,534
預り金	3,351,296	11,540,455	△ 8,189,159
1年内返済予定長期借入金	16,380,000	16,380,000	0
流動負債合計	46,203,480	52,327,105	△ 6,123,625
<b>2. 固定負債</b>			
長期借入金	174,880,000	191,260,000	△ 16,380,000
役員退職慰労引当金	4,570,000	6,250,000	△ 1,680,000
職員退職給付引当金	86,581,460	78,990,470	7,590,990
固定負債合計	266,031,460	276,500,470	△ 10,469,010
負債合計	312,234,940	328,827,575	△ 16,592,635
<b>III 正味財産の部</b>			
<b>1. 指定正味財産</b>			
指定正味財産合計	0	0	0
<b>2. 一般正味財産</b>			
(うち基本財産への充当額)	( 0 )	( 0 )	( 0 )
(うち特定資産への充当額)	(160,160,000)	(132,160,000)	(28,000,000)
正味財産合計	613,082,776	584,812,815	28,269,961
負債及び正味財産合計	925,317,716	913,640,390	11,677,326

貸借対照表に対する注記

1. 実施事業資産は、次のとおりである。

固定資産

(1)特定資産	建物減価償却引当資産	28,865,000
	備品減価償却引当資産	2,175,000
	役員退職慰労引当資産	3,016,200
	職員退職給付引当資産	43,216,235
	小計	77,272,435
(2)その他の固定資産	土地	49,596,274
	建物	76,834,620
	建物附属設備	15,353,717
	構築物	8,042,887
	備品	675,464
	電話加入権	100,375
	小計	150,603,337
	合計	227,875,772

## 正味財産増減計算書

平成28年4月1日から平成29年3月31日まで

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
受取入会金	1,622,000	1,622,000	0
受取会費	268,550,800	265,952,500	2,598,300
事業収益	28,809,356	8,020,000	20,789,356
受取助成金	11,221,320	11,828,279	△ 606,959
受託等収益	62,533,763	124,319,862	△ 61,786,099
受取寄付金	5,000,000	0	5,000,000
貸貸収益	35,387,790	35,452,870	△ 65,080
雑収益	9,445,635	5,760,709	3,684,926
経常収益計	422,570,664	452,956,220	△ 30,385,556
(2) 経常費用			
事業費			
会議費	10,649,877	13,787,825	△ 3,137,948
役員報酬	13,642,667	22,393,500	△ 8,750,833
給料手当	61,810,469	62,793,290	△ 982,821
役員退職給付費用	848,000	672,000	176,000
職員退職給付費用	6,029,349	6,953,103	△ 923,754
賃 金	8,843,082	8,859,016	△ 15,934
福利厚生費	10,462,144	10,030,136	432,008
旅費交通費	30,293,567	38,315,072	△ 8,021,505
減価償却費	17,433,525	17,516,227	△ 82,702
通信運搬費	10,503,812	11,306,976	△ 803,164
支払報酬料	10,121,000	2,592,000	7,529,000
印刷製本費	22,689,837	29,240,696	△ 6,550,859
消耗品費	9,168,171	10,379,660	△ 1,211,489
光熱水料費	5,108,378	5,213,190	△ 104,812
賃借料	25,009,341	26,488,612	△ 1,479,271
保険料	4,755,331	4,796,550	△ 41,219
租税公課	9,330,894	11,821,488	△ 2,490,594
諸謝金	9,208,681	9,305,930	△ 97,249
備品購入費	0	3,649,386	△ 3,649,386
助成金	21,263,100	13,398,750	7,864,350
委託費	31,268,437	58,887,973	△ 27,619,536
管理委託費	6,140,404	5,992,920	147,484
保守管理費	1,636,891	2,219,011	△ 582,120
広告宣伝費	3,672,400	3,956,223	△ 283,823
交際費	9,434,803	7,352,049	2,082,754
雑 費	2,327,363	1,463,478	863,885

科 目	当年度	前年度	増減
管理費			
役員報酬	3,410,667	3,384,000	26,667
給料手当	17,813,078	17,681,850	131,228
福利厚生費	2,959,535	2,954,791	4,744
会議費	6,620,535	6,138,803	481,732
役員退職給付費用	212,000	168,000	44,000
職員退職給付費用	1,904,002	2,195,717	△ 291,715
賃 金	1,068,786	1,068,476	310
旅費交通費	319,810	234,090	85,720
通信運搬費	2,904,153	2,516,140	388,013
消耗品費	665,980	660,004	5,976
修繕費	1,513,990	2,451,308	△ 937,318
支払報酬料	1,814,400	518,400	1,296,000
印刷製本費	1,254,247	734,992	519,255
光熱水料費	444,207	453,322	△ 9,115
管理委託費	533,948	521,124	12,824
保守管理費	131,069	131,069	0
賃借料	2,524,459	2,051,877	472,582
保険料	377,717	383,765	△ 6,048
租税公課	811,381	1,027,955	△ 216,574
雑 費	237,769	204,827	32,942
支払利息	3,572,302	3,854,412	△ 282,110
減価償却費	1,515,959	1,523,150	△ 7,191
経常費用計	394,261,517	440,243,133	△ 45,981,616
当期経常増減額	28,309,147	12,713,087	15,596,060
2.経常外増減の部			
(1)経常外収益			
経常外収益計	0	0	0
(2)経常外費用			
備品除却損	39,186	0	39,186
経常外費用計	39,186	0	39,186
当期経常外増減額	△ 39,186	0	△ 39,186
当期一般正味財産増減額	28,269,961	12,713,087	15,556,874
一般正味財産期首残高	584,812,815	572,099,728	12,713,087
一般正味財産期末残高	613,082,776	584,812,815	28,269,961
II 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0
指定正味財産期首残高	0	0	0
指定正味財産期末残高	0	0	0
III 正味財産期末残高	613,082,776	584,812,815	28,269,961

収支計算書内訳表(正味財産  
平成28年4月1日から平成29年

科 目	実施事業等会計					会員福祉・医療連携・対外交渉に係る事業 その他1
	地域医療の推進に必要な情報交換・教育・研修・広報啓発事業	県内の保健・医療・福祉体制の整備事業	県民への医療提供のための保険制度事業			
	継続1	継続2	継続3	共通	小 計	
I 一般正味財産増減の部						
1.経常増減の部						
(1)経常収益						
受取入会金	0	0	0		0	0
受取会費	0	0	0		0	3,564,000
事業収益	7,252,480	2,781,000	0		10,033,480	0
受取助成金	1,692,500	2,010,000	0		3,702,500	0
受託等収益	9,405,000	7,908,934	5,665,391		22,979,325	0
受取寄附金	0	0	0		0	0
賃貸収益	0	0	0		0	0
雑収益	0	5,400,000	0		5,400,000	303
経常収益計	18,349,980	18,099,934	5,665,391		42,115,305	3,564,303
(2)経常費用						
事業費						
会議費	3,322,393	3,640,188	726,700		7,689,281	2,629,616
役員報酬	4,092,800	5,627,600	1,534,800		11,255,200	1,875,867
給料手当	20,039,714	23,008,561	742,212		43,790,487	8,164,328
役員退職給付費用	254,400	349,800	95,400		699,600	116,600
職員退職給付費用	2,142,005	2,459,339	79,334		4,680,678	872,669
賃 金	1,436,052	1,473,086	44,533		2,953,671	505,898
福利厚生費	3,329,476	3,822,732	123,314		7,275,522	1,356,453
旅費交通費	15,112,995	11,912,469	991,560		28,017,024	391,090
減価償却費	2,084,443	1,894,948	757,979		4,737,370	378,990
通信運搬費	6,122,490	1,958,603	529,810		8,610,903	860,631
支払報酬料	0	0	0		0	1,296,000
印刷製本費	15,886,676	1,734,784	3,954,958		21,576,418	81,918
消耗品費	3,254,611	3,937,991	121,227		7,313,829	1,487,867
光熱水料費	610,784	555,259	222,103		1,388,146	111,052
賃借料	12,480,476	8,474,384	105,186		21,060,046	1,174,540
保険料	519,361	507,086	188,858		1,215,305	94,429
租税公課	1,115,650	1,014,228	405,691		2,535,569	202,846
諸謝金	1,352,274	4,030,988	260,000		5,643,262	532,069
備品購入費	0	0	0		0	0
助成金	4,120,000	9,033,300	0		13,153,300	200,000
委託費	0	5,919,126	5,677,311		11,596,437	0
管理委託費	734,179	667,435	266,974		1,668,588	133,487
保守管理費	309,820	163,836	65,534		539,190	32,767
広告宣伝費	3,422,400	250,000	0		3,672,400	0
交際費	0	0	0		0	9,434,803
雑 費	0	0	0		0	0

増減計算書内訳表)

3月31日まで

(単位:円)

その他会計				法人会計	内部取引 消 去	合 計
県内の地域住民・労働者に対する医療・健康増進事業	会 館 の 貸付収益事業					
その他2	その他3	共通	小 計			
0	0		0	1,622,000		1,622,000
0	0		3,564,000	264,986,800		268,550,800
18,775,876	0		18,775,876	0		28,809,356
0	0		0	7,518,820		11,221,320
39,554,438	0		39,554,438	0		62,533,763
5,000,000	0		5,000,000	0		5,000,000
0	35,387,790		35,387,790	0		35,387,790
4,239	0		4,542	4,041,093		9,445,635
63,334,553	35,387,790		102,286,646	278,168,713		422,570,664
330,980	0		2,960,596			10,649,877
341,067	170,533		2,387,467			13,642,667
7,629,019	2,226,635		18,019,982			61,810,469
21,200	10,600		148,400			848,000
238,001	238,001		1,348,671			6,029,349
5,249,915	133,598		5,889,411			8,843,082
1,460,227	369,942		3,186,622			10,462,144
1,885,453	0		2,276,543			30,293,567
189,495	12,127,670		12,696,155			17,433,525
1,032,278	0		1,892,909			10,503,812
8,825,000	0		10,121,000			10,121,000
1,031,501	0		1,113,419			22,689,837
283,228	83,247		1,854,342			9,168,171
55,526	3,553,654		3,720,232			5,108,378
2,459,198	315,557		3,949,295			25,009,341
423,863	3,021,734		3,540,026			4,755,331
101,423	6,491,056		6,795,325			9,330,894
3,033,350	0		3,565,419			9,208,681
0	0		0			0
7,909,800	0		8,109,800			21,263,100
19,672,000	0		19,672,000			31,268,437
66,744	4,271,585		4,471,816			6,140,404
16,384	1,048,550		1,097,701			1,636,891
0	0		0			3,672,400
0	0		9,434,803			9,434,803
2,327,363	0		2,327,363			2,327,363

科 目	実施事業等会計					会員福祉・医療連携・対外交渉に係る事業 その他1
	地域医療の推進に必要な情報交換・教育・研修・広報啓発事業	県内の保健・医療・福祉体制の整備事業	県民への医療提供のための保険制度事業			
	継続1	継続2	継続3	共通	小 計	
管理費						
役員報酬						
給料手当						
福利厚生費						
会議費						
役員退職給付費用						
職員退職給付費用						
賃 金						
旅費交通費						
通信運搬費						
消耗品費						
修繕費						
支払報酬料						
印刷製本費						
光熱水料費						
管理委託費						
保守管理費						
賃借料						
保険料						
租税公課						
雑 費						
支払利息						
減価償却費						
経常費用計	101,742,999	92,435,743	16,893,484		211,072,226	31,933,920
当期経常増減額	△ 83,393,019	△ 74,335,809	△ 11,228,093		△ 168,956,921	△ 28,369,617
2.経常外増減の部						
(1)経常外収益						
経常外収益計	0	0	0		0	0
(2)経常外費用						
備品除却損						
経常外費用計	0	0	0		0	0
当期経常外増減額	0	0	0		0	0
他会計振替額	81,190,279	72,372,306	10,931,515		164,484,304	
当期一般正味財産増減額	△ 2,202,740	△ 1,963,503	△ 296,578		△ 4,472,617	△ 28,369,617
一般正味財産期首残高	117,312,763	99,858,534	15,177,092		232,348,389	△ 135,374,987
一般正味財産期末残高	115,110,023	97,895,031	14,880,514		227,875,772	△ 163,744,604
II 指定正味財産増減の部						
当期指定正味財産増減額	0	0	0		0	0
指定正味財産期首残高	0	0	0		0	0
指定正味財産期末残高	0	0	0		0	0
III 正味財産期末残高	115,110,023	97,895,031	14,880,514		227,875,772	△ 163,744,604

その他会計				法人会計	内部取引 消 去	合 計
県内の地域住民・労働者に対する医療・健康増進事業	会 館 の 貸付収益事業					
その他2	その他3	共通	小 計			
				3,410,667		3,410,667
				17,813,078		17,813,078
				2,959,535		2,959,535
				6,620,535		6,620,535
				212,000		212,000
				1,904,002		1,904,002
				1,068,786		1,068,786
				319,810		319,810
				2,904,153		2,904,153
				665,980		665,980
				1,513,990		1,513,990
				1,814,400		1,814,400
				1,254,247		1,254,247
				444,207		444,207
				533,948		533,948
				131,069		131,069
				2,524,459		2,524,459
				377,717		377,717
				811,381		811,381
				237,769		237,769
				3,572,302		3,572,302
				1,515,959		1,515,959
64,583,015	34,062,362		130,579,297	52,609,994		394,261,517
△ 1,248,462	1,325,428		△ 28,292,651	225,558,719		28,309,147
0	0		0	0		0
				39,186		39,186
0	0		0	39,186		39,186
0	0		0	△ 39,186		△ 39,186
				△ 164,484,304		0
△ 1,248,462	1,325,428		△ 28,292,651	61,035,229		25,269,961
△ 21,301,814	△ 10,726,262		△ 167,403,063	519,867,489		584,812,815
△ 22,550,276	△ 9,400,834		△ 195,695,714	580,902,718		613,082,776
0	0		0	0		0
0	0		0	0		0
0	0		0	0		0
△ 22,550,276	△ 9,400,834		△ 195,695,714	580,902,718		613,082,776

財務諸表に対する注記

1. 重要な会計方針

(1) 固定資産の減価償却方法

有形固定資産一定額法による減価償却を実施している。

(2) 引当金の計上基準

役員退職慰労引当金—役員退職慰労金の支給に備えるため、期末要支給相当額を計上している。

職員退職給付引当金—職員退職給付に備えるため、期末要支給相当額を計上している。

(3) リース取引について

通常の賃貸借処理に係る方法に準じた会計処理を適用している。

(4) 消費税等の会計処理

消費税等の会計処理は税込み方式によっている。

2. 基本財産及び特定資産の増減額及びその残高

基本財産及び特定資産の増減額及びその残高は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	前期末残高	当期増加額	当期減少額	当期末残高
特定資産				
役員退職慰労引当資産	6,250,000	1,060,000	2,740,000	4,570,000
職員退職給付引当資産	69,345,216	4,245,000	342,360	73,247,856
建物減価償却引当資産	97,460,000	18,000,000	0	115,460,000
備品減価償却引当資産	6,700,000	2,000,000	0	8,700,000
医事紛争特定預金	1,000,000	0	0	1,000,000
借入返済準備積立資産	27,000,000	8,000,000	0	35,000,000
小 計	207,755,216	33,305,000	3,082,360	237,977,856
合 計	207,755,216	33,305,000	3,082,360	237,977,856

3. 基本財産及び特定資産の財源等の内訳

基本財産及び特定資産の財源等の内訳は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	当期末残高	(うち指定正味財産 からの充当額)	(うち一般正味財産 からの充当額)	(うち負債に対応す る額)
特定資産				
役員退職慰労引当資産	4,570,000	—	—	(4,570,000)
職員退職給付引当資産	73,247,856	—	—	(73,247,856)
建物減価償却引当資産	115,460,000	—	(115,460,000)	—
備品減価償却引当資産	8,700,000	—	(8,700,000)	—
医事紛争特定預金	1,000,000	—	(1,000,000)	—
借入返済準備積立資産	35,000,000	—	(35,000,000)	—
小 計	237,977,856	0	(160,160,000)	(77,817,856)
合 計	237,977,856	0	(160,160,000)	(77,817,856)

4. 担保に供している資産

資産(土地・建物)505,723,572円(帳簿価格)は、長期借入金191,260,000円の担保に供している。

5. 固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高

固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高は次のとおりである。

(単位:円)

科 目	取得価格	減価償却累計額	当期末残高
建 物	368,806,169	61,467,691	307,338,478
建物附属設備	137,928,000	76,513,132	61,414,868
構築物	45,670,156	13,498,607	32,171,549
備 品	11,544,890	8,843,035	2,701,855
合 計	563,949,215	160,322,465	403,626,750

6. 補助金等の内訳並びに交付者、当期の増減額及び残高  
 補助金等の内訳並びに交付者、当期の増減額及び残高は、次のとおりである。

(単位:円)

補助金等の名称	交付者	前期末 残高	当期増加額	当期減少額	当期末 残高	貸借対照表上 の記載区分
<u>補助金</u>						
医療人育成事業補助金	沖縄県	0	544,000	544,000	0	
医療連携機能強化事業 補助金	沖縄県	0	15,818,000	15,818,000	0	
<u>助成金</u>						
日医助成金	日本医師会	0	7,518,820	7,518,820	0	
生涯教育助成金	〃	0	1,692,500	1,692,500	0	
予防接種助成金	〃	0	250,000	250,000	0	
糖尿病対策支援金	〃	0	450,000	450,000	0	
勤務医活動助成金	〃	0	510,000	510,000	0	
女性医師活動助成金	〃	0	800,000	800,000	0	
合 計		0	27,583,320	27,583,320	0	

附属明細書

1 特定資産の明細  
 財務諸表注記2に記載をしているため、省略

2 引当金の明細 (単位:円)

科 目	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高
			目的使用	その他	
役員退職慰労引当金	6,250,000	1,060,000	2,740,000		4,570,000
職員退職給付引当金	78,990,470	7,933,350	342,360		86,581,460
合 計	85,240,470	8,993,350	3,082,360		91,151,460

収支計算書(総括表)

平成28年4月1日から平成29年3月31日まで

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネット 事業特別会計	地域医療介護総合 確保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
入会費収入	1,622,000						1,622,000
事業収入	239,538,800	3,564,000	25,448,000	10,321,000	8,454,876		268,550,800
助成金収入	10,033,480						28,809,356
受託金等収入	11,221,320				39,554,438		11,221,320
貸付料収入	22,979,325						62,533,763
雑収入	35,387,790			5,000,000			35,387,790
	6,408,942	303	32,151	4,239			5,000,000
事業活動収入計	327,191,657	3,564,303	25,480,151	15,325,239	48,009,314		419,570,664

2. 事業活動支出

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネット 事業特別会計	地域医療介護総合 確保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
事業費支出	134,846,148	2,776,657	3,572,302	12,367,667	48,009,314		197,999,786
管理費支出	167,828,955						171,401,257
事業活動支出計	302,675,103	2,776,657	3,572,302	12,367,667	48,009,314		369,401,043
事業活動収支差額	24,516,554	787,646	21,907,849	2,957,572	0		50,169,621

II 投資活動収支の部

1. 投資活動収入

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネット 事業特別会計	地域医療介護総合 確保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
特定預金取崩収入	3,082,360						3,082,360
投資活動収入計	3,082,360	0	0	0	0		3,082,360

2. 投資活動支出

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
特定預金支出	25,305,000		8,000,000				33,305,000
投資活動支出計	25,305,000	0	8,000,000	0	0		33,305,000
投資活動収支差額	△ 22,222,640	0	△ 8,000,000	0	0		△ 30,222,640

Ⅲ 財務活動収支の部

1. 財務活動収入

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
財務活動収入計	0	0	0	0	0		0

2. 財務活動支出

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保基金事業特別会計	内部取引消去	合計
長期借入金返済支出			16,380,000				16,380,000
財務活動支出計	0	0	16,380,000	0	0		16,380,000
財務活動収支差額	0	0	△ 16,380,000	0	0		△ 16,380,000

当期収支差額	2,298,914	787,646	△ 2,472,151	2,957,572	0		3,566,981
前期繰越収支差額	43,058,873	947,633	4,529,549	0	0		48,536,055
次期繰越収支差額	45,352,787	1,735,279	2,057,398	2,957,572	0		52,103,036