

平成 24 年度 第 1 回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄

去る 7 月 17 日（火）午後 3 時より日本医師会館において標記会長協議会が開催された。

はじめに、三上裕司常任理事の司会により開会の辞があり、会次第に沿って議事が進められ、横倉義武日本医師会長より概ね次のとおり挨拶があった。

「北部九州大豪雨による被害を受けた福岡県、大分県、熊本県には心よりお見舞い申し上げます。また新執行部が立ち上がり 3 ヶ月半が経過したが、各都道府県医師会のご支援には感謝申し上げます。

政治状況は、社会保障・税の一体改革を巡り混迷の度合いを増している。国民の生活が第一という新党が立ち上がった、そのような中で日本医師会は国民の健康を守る専門家集団である立場を明確にしながら地域医療の再興を目指し、政府はじめ様々な関係団体へ訴えていくつもりである。また、今年 4 月 1 日から診療報酬・介護報酬の改定があり、その影響については日本医師会事務局及び日医総研にて調査を行っているところで詳細な分析の報告が未だであるが、大きな問題点を残した改定であったことから、引き続き対応していく所存である。」

引き続き協議に移り、各県から寄せられた 10 題の質問並びに日本医師会から提案された議題 1 題について協議・報告が行われたので概要について報告する。

協 議

(1) 国の「医療イノベーション 5 ヶ年戦略」
にみる「特区制度の活用」について

[兵庫県]

< 提案要旨（抜粋） >

以前立ち上げた日医の「特区対応委員会」のその後の消息を聞かないが、本件に関する日医新執行部の意向を改めてお尋ねする。

回答：石川常任理事

医療イノベーション 5 ヶ年戦略に掲げられている「革新的医薬品・医療機器の創出」、「世界最先端の医療実現」、「医療イノベーション推進のための横断的施策」等の個別項目については、まさに我々も危惧している。引き続き国と地方の協議会に於いて、複数の規制の特例措置のみならず税制、財政、金融上の支援措置等が継続議論される。様々な特例措置や優遇措置を受けて、一つの事例が作られると医療制度にダブルスタンダードができ瞬く間に全国に広まり、世界に冠たる我が国の医療制度への蟻の一穴となり、医療への市場原理の導入などへ向かうことが懸念される。日医執行部に於いても総合特別区域における規制の特例措置にかかる国と地方の協議結果に対する対応を検討している。また近日中に、PMDA の担当者からヒアリングし、検討を重ねることとしており、特区制度や規制改革によって安心・安全な医療が損なわれることがないように引き続き国に対して積極的に働きかけていく所存である。

(2) 医療類似行為による不適正療養費の増大に関する 1) 医師の療養同意書ならびに 2) 療養費レセプト審査について

【宮城県医師会】

<提案要旨（抜粋）>

医療類似行為による適正な療養提供の為に
1) 医師の療養費同意書をめぐる不適切な取扱いについて、2) 療養費レセプト審査・監査の徹底について、今一度、日本医師会の取り組みをお願いしたい。

回答：鈴木邦彦常任理事

医師の同意書をめぐる不適切な取扱いの問題については、患者が施術を受けたことにより何らかの健康被害を生じた場合、ケースによっては同意を与えた医師の責任を問われかねないということを考えて、本来施術の同意に当たっては、医師の診察の上、医学的所見に基づき判断されるものであるが、昨今利便性を理由に、施術の再同意については簡便な方法による同意を求める施術者が多いということを知っている。これは再同意に関する通知状の規程に実際に医師から同意を得ていれば、必ずしも同意書の添付は要しないとあり、これが拡大解釈され運用されてきていると考えているが過去に申請の簡略化と取扱われてきた経緯がある。

また、厚労省の関係通知に於いて、同意を求める医師は原則として当該疾病にかかる主治の医師とする事とされているにもかかわらず、一部の施術者による取扱いを軽視した運用がなされているという報告も増えている。

こうした状況を踏まえ、平成 24 年度の診療報酬改定では、療養費同意書交付料の留意事項通知が改正された。原則として当該疾病の主治の医師が診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であることを認めた患者に対し、按摩・マッサージ、指圧、はり・きゅうの施術にかかる同意書または診断書を交付した場合に算定できること、更に各施術の療養費の支給対象疾病等が改めて示されている。まずはこの点について、会員の先生方に十分ご周知をお願いしたい。

2 点目の療養費レセプトの審査については、社会保障審議会医療保険部会の議論の中で、保険者を代表する委員からは次々と厳しい意見が出され、保険者への直接請求の為、審査やトラブルを調整する機関がなく、審査事務も非常に難しく手間がかかる等、審査体制の問題が強く指摘されている。協会けんぽと健保連から連名で出された「24 年度療養費改定に当たっての意見書」では、不正請求を行った施術者、施術所は一定期間療養費の支給を停止すると言った保険医療機関と同様の措置を設け、国による指導監査体制の整備を要請するとともに、指導監査状況を公開する等の主張が出されている。

今後はこれらの 2 つの問題を含め中長期的な視点に立った療養費の在り方について、医療保険部会における柔道整復療養費検討専門委員会及び按摩・マッサージ、指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会の 2 つの専門委員会で幅広く検討が行われるものと理解している。現在、医療の動向を注視しながら厚労省等関係省庁と連携を図りつつ対応していきたい。



(3) 特別養護老人ホーム等の医務室の保険医療機関の指定に関する問題について

[福岡県医師会]

< 提案要旨 (抜粋) >

社会福祉法人が運営する特別養護老人ホーム等の医務室の保険医療機関の指定に関して、(1) 医師以外が保険医療機関の経営者になること (2) 課税の公平性問題について日医としてどのようにお考えか。

回答：高杉敬久常任理事

特養の医務室に関しては、その構造等がすべての被保険者に対して開放されている等、必要な条件を満たす場合には、もともと制度上は保険医療機関として指定することが可能であったが、閣議決定という経緯により、保険指定に関して再周知されたことは遺憾である。

1 件目については、特養に入所している方々の健康管理、医療を優先していただきたいと考えるが、独占禁止法に抵触しない範囲で地域の医療体制への配慮は必要と思っている。そのためには地域医師会と特養の経営者との協議、その診療所で勤務する医師の地域医師会への加入、地域のかかりつけ医機能の下での特養の診療所の位置づけの検討等といった方策が求められるものと考えます。

回答：三上祐司常任理事

2 点目について、日医としては、法人税率に関する税制要望は普通の医療法人については現行の営利法人と同じ税率ではなく、特例民法法人と同じく軽減税率にするように、また租税特定医療法人については公益性の高さから非課税に、社会医療法人については付帯業務についても社会福祉法人と同じように非課税にするよう強く求めている。

従って、医療法人の類型ごとに公益性の度合いに応じた要望になっているので、この要望実現に向けた理解と協力を賜りたい。

(4) 今年度診療報酬改定における入院基本料の算定要件となった管理栄養士配置について [長崎県医師会]

< 提案要旨 (抜粋) >

今回の診療報酬の改定により、栄養管理実施加算が廃止され、入院施設においては管理栄養士を配置していなければ入院基本料が算定できなくなった。有床診療所にとって最善の策は、一刻も早い入院基本料からの管理栄養士の要件の削除か猶予期間の無期延長だと考えるが、いかがか。

回答：高杉敬久常任理事

6 月 6 日に開催された中医協に於いて、有床診療所における栄養管理体制について、今回の改定で入院基本料の要件になった栄養管理体制については有床診療所のデータを把握しないままに改定を行われたことを指摘し、3 月 31 日時点で、栄養管理実施加算の届出を行っていた有床診療所で、4 月以降、管理栄養士が離職等のため要件を満たさなくなった場合は届出による三カ月の猶予が設けられているが、二年間は経過措置を適用すべきだと主張したことを説明した。

厚労省からは、4 月、5 月の時点で届け出は行われていない。届け出制度を活用した事例が出てきた場合どうするかについては相談させていただきたい。問題点は認識しているとの答弁があった。また保険者側の支払い側も次回改定の課題である認識をしているとの意見があった。

日医としては、まず有床診療所における管理栄養士の配置状況を把握するため、6 月に診療報酬改定についての調査を実施させていただいた。現在集計中ではあるが、結果を持って中医協で次回の改定の際には元の加算に戻すことを含め検討していくべきと主張したいと考えている。できるだけ、早い段階で次回改定の方向性を示すことで現場の有床診療所の先生方の混乱を最小限に食い止めたい。期中改定で元に戻すべきとの意見もあるが、11 点は残して欲しいとの意見もありその両立は難しいと思われる。

いずれにしても、現時点では一か所でも届け

出が出来ればその時点で、でなければ次回の改定で対応していきたいと考えている。何卒ご理解いただきたい。

(5) 消費税増税問題に対する今後の日医の戦略について [長崎県医師会]

<提案要旨(抜粋)>

消費税増税問題に対する日医の戦略をお聞かせ願うとともに、我々地域医師会のとるべき行動をご指導いただきたい。

回答：中山俊男副会長

5年前に配布した会員向けのパンフレットをリニューアルし、再度配布の準備を進めている。更に、これまで国会議員等向けに使用しているパワーポイントの資料に解説メモを付けて都道府県医師会へ情報提供するとともに、最新版を常時日医のホームページのメンバーズルーム「税制関連資料」に掲載し、会員の先生方にもご覧いただくようにするので、是非ご活用頂きたい。

また、日医ニュースの記事、会員へのアンケートの実施、HPへの掲載、都道府県医師会への税制担当理事とのメーリングリストにおける情報提供等、より充実させたいと考えている。会員の消費税増税問題への理解を深めるために活用していただきたい。

また、昨年8月に日本医師会と4病協共催による日比谷公会堂に於いて開催した市民公開セミナーでは、2,800名の参加があり非常に大きな反響があった。地域住民の理解と賛同を広げるため各都道府県医師会においても同様の取り組みをご検討いただきたい。

本問題の解決は、基本的に法律事項であるためロビー活動が必要であり、国会議員の理解がなければ進まない。地域選出の国会議員の理解が得られるようご支援をお願いしたい。

(6) 准看護師教育の存続と養成所に対する補助継続について [茨城県医師会]

<提案要旨(抜粋)>

茨城県をはじめ、多くの県において養成所運営補助金の削減あるいは廃止という行政方針が

多数報じられている。保健師・助産師・看護師法で定められている准看護師の養成を中止したり、養成目的の運営費補助金の廃止あるいは削減は、看護師不足をさらに悪化させる要因となる。看護師不足の解消が実現可能となるまでの間、准看護学科の存続を切に願うものであるが日本医師会の姿勢をお伺いしたい。

回答：藤川謙二常任理事

神奈川県知事が今年の6月に、県立専門学校における准看護師の養成停止及び医師会立等の准看護師養成所に対する補助金の打ち切りを打ち出したことについて、7月5日の定例記者会見で懸念を表明した。これらの実行には条例や予算の改正が必要で、議会の議決が必要になるわけだが、現在継続審議扱いになるよう神奈川県医師会に於いて議会対策をして頂いていると聞いている。

人口10万人当たりの看護職員が全国で最下位である神奈川県に於いて准看護師養成を停止しようとするのは無謀である。教員の増員や建物の物理的な問題もあり、全て看護師課程へ変更できるわけではない。また働きながら学ぶこともできなくなり、新卒のみならず社会人で看護職を希望する人は神奈川県から県外へ流出することが懸念される。神奈川県に於いても准看護師は重要な役割を果たしており、特に療養病床では准看護師なしでは成り立たないとのことである。

看護学校の補助金打ち切りは広島県では平成22年度の事業仕訳に取り上げられたが県医師会のご努力により復活できたと聞いている。今後も全国で財政難などを理由にこのような動きが出てくる可能性はあるが、地域医療を支える看護職員確保の重要性を丁寧に説明すれば、理解は得られるものと考えている。

本会としても、准看護師の養成は地域医療に欠かせない存在であり、各地域で継続して要請できるよう必要な環境整備を引き続き厚労省に働きかけていく。

**(7) 神奈川県医学部新設に関する諸問題
について [神奈川県]**

<提案要旨 (抜粋) >

医学部新設により医師会として懸念される課題を踏まえて、「医学部新設」に対する日本医師会の見解をお尋ねする。

①医学部新設に伴い新たに医師の教員確保が必要になるが、教員の確保により、地域の医療機関で働く医師が引き上げられることにより、新たに地域での医療崩壊につながる。

②新設により医師が過剰になった場合、新設した医学部の廃止は難しい。

③今以上に人口の偏在が推測される、20年後の地域毎の医師数の見込み。

回答：中川俊男常任理事

医学部新設の問題点は、①教員確保の為、医療現場から医師を引き上げざるを得ず、地域医療崩壊を加速させる、②教員が分散し、医学教育の水準、ひいては医療の質の低下をまねく、③人口減少など社会の変化に対応した医師養成数の柔軟な見直しを行いにくくなることなどが挙げられることから、日本医師会としては、地域の医師不足、医療崩壊を加速させることが危惧されることにより反対である。

今行わなければならないのは、地域偏在と診療科間における偏在の解消である。そのために本会では、(1) 医学部教育と初期臨床研修制度の見直し (2) 地域医療の経験を医師のキャリアアップの要件に加える (3) 医療事故調査制度の創設 (4) 医師の就業環境整備 (特に女性医師支援) 等について現在、解消に向けて検討を進めているところである。

**(8) 予防接種法のあり方について
[東京都医師会]**

<提案要旨 (抜粋) >

現在の予防接種法のもとでは、市区町村の財政状態や医療保健サービスに対する考え方によって、接種体制や接種率の差が大きく開くばかりである。日本医師会としても7つのワクチンの定期接種化、財政的な支援だけでなく、予防接種事業のあり方も含めた予防接種法改定に向けて国に要望していただきたい。

回答：小森貴常任理事

他の先進諸国から大きく後れている予防接種事業を更に推進し、接種で防ぐことができる疾病から国民の健康を守ることは国の責務であり、このための材料を確保することはもとより、接種体制の確立も又国の明確な責任のもとに行われるべきであると認識している。

厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会に於いては、「予防接種制度の見直しについて (第二次提言)」の取りまとめの際にも、この考えの下に、「財源の確保が必要」との表現に改めた。

7ワクチンの定期接種化に関しては、その財源の調達が重要な課題となっている。予防接種法改正に於いては国の責務について財源を含めて明確にし、市区町村の財政状況によって予防接種費用の有無や格差が生じないように強く継続して働きかけていく。

現在時限的に行われている3ワクチンや9月から切り替えられる不活化ポリオワクチンの例に見られるように、海外からの輸入ワクチンの価格は極めて高価となっている。すべての国民が負担なく広く予防接種を受けられるためにはワクチン価格の適正化も喫緊の課題と考えている。

第二次提言に盛り込まれた予防接種に関する評価検討組織を適切に運用し、国に継続的また系統的に提言するシステムの構築、国内でのワクチン研究、開発、製造の促進等、多角的な視点からワクチンギャップを埋める世策の実現を粘り強く交渉していく所存である。引き続きご理解と強いご協力を改めてお願いしたい。

(9) 医業税制等について [埼玉県医師会]
<提案要旨 (抜粋) >

(1) 有識者から成る社会保障制度改革国民会議に、日医から委員として参加することになると考えられるが、どの様な主張をされるのか。(2) 医療機関の消費税についても、8%の段階から課税とし軽減税率、ゼロ税率とする事を検討すべきであるとするが如何か。(3) 中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において診療報酬で手当てするのではなく軽減税率、ゼロ税率の議論に入れないのか。(4) 事業税特例措置・四段階制と消費税との関

係について日医の見解をお伺いしたい。

回答：三上裕司常任理事

(1) については、日医が地域医療の代表として国民会議の委員になれるよう働きかけている。患者の一部負担が引き上げられたり、受診時定額負担の提案が復活することがないように、また地域の実情を踏まえて地域密着型の医療提供体制の構築を基軸として、国民が安心できる医療介護保険制度の将来像構築に取り組むべきであると強く主張して参りたい。

(2) については、厚労省が医療機関の消費税負担について検証する場を設けることになったことは、ようやく政府が医療における消費税問題を解決すべき課題として明確に認識したことであり、一定の評価ができる。しかし、非課税制度の枠内での改善に現在とどまっており、日医としては引き続き抜本的解決を求めているところである。

(3) については、3党合意を受けた増税法案の修正により、8%での段階での複数税率の導入の可能性もある一方、控除対象外の問題に関する条文には修正がなかったということで、複数税率が検討課題に入ったことにより、どのような影響が起こるかは現在不明である。いずれに対しても、日医はできるだけ早期課税制度に改めるよう要望していくので、8%段階でその可能性があるということであれば、当然その実現を求めていく。現行制度は、医療機関の消費税負担問題の次元とは別に支払い側にとっては非課税と言っても患者、被保険者、事業主は消費税負担を負わされていることで、更に税率引き上げがそうした負担の増加を自動的にもたらすという点では支払い側にとっても不透明な仕組みとして、解決すべきと認識されているようである。このことは支払い側が診療報酬改定の都度、患者負担増、保険料負担増、事業主負担増に反対するということを主張し、社会保障・税一体改革についても同様の主張を展開しているので当然のことだと思う。

(4) に関して、日医としては中医協消費税分科会での検証と並行し政府税調においても控除対象外消費税問題の検討会を設置するよ

う求めている。事業税の特例措置の段階税制の関係の質問について、仕入税額控除を可能にするためにやむなく課税制度を要望しているところで、課税することが医療の公平・公共性にはならないと考えている。事業税の特例措置4段階税制はそれぞれの根拠或いは政策目的により創設され、継続されてきた経緯がある。これは控除対象外消費税問題と関連するものではないと考える。むしろ消費税とは関係なく、今まで廃止或いは縮減のプレッシャーを受けてきたわけである。事業税について、消費税は国税、財務省の所管で財サービスの取引から生じる付加価値に対する税であるのに対し、事業税は総務省の所管で、地方税で行政サービスからうける利益の対価としての税である。それぞれの税の所管庁や性格が異なることから、消費税問題と事業税の措置等存続の相互の関連性はないと考えている。

事業税の非課税措置についても、社会保険診療報酬が消費税非課税の現在であっても総務省や全国知事会がその廃止を強く主張し、政府税調でも極めて緊迫した情勢であるが、消費税の問題と直接因果関係はないと主張していきたい。

また4段階税制については、小規模や高齢の医師による診療所を支え、或いはひいては地域医療を支えることを政策目的とした制度で、消費税が課税になってもこのような診療所は一定の関税方が必要であり、消費税の要望との齟齬はないと考えている。

日医は医療法実現に向けて、病院団体をはじめ全ての医療関係者及び団体と共同して働きかけを強化している。

(10) 警察医・検案医の組織化について

[岩手県医師会]

< 提案要旨 (抜粋) >

日本医師会の、広域に亘る大規模災害を想定した場合の検案医の派遣体制や警察との協力体制の構築について進捗状況を伺いたい。

回答：高杉常任理事

今年の3月には各都道府県医師会に検案関連

の業務を担当する役員と事務局担当者のご記名をお願いしたところである。日医では役員業務分掌内に、検案を明示、私と今村副会長が担当している。

具体的な検案体制の構築については、警察庁刑事局検死担当部署との間で本格的な協議開始のための打ち合わせを進めている。その中では日医とともに日本法医学会、日本歯科医師会、日本警察医会等、検案業務、身元確認を担当する関係団体がまとまって協議をする必要があること、広域大規模災害の場合、応援に行く出発地の医師会と警察本部、歯科医師会の密接的な連携が効果的であること、警察省、日本医師会を中心とした指揮系統を明確にするべきなどとの考え方を提示している。

一方で、検案を担当する医師の組織化も重要な課題である。日本警察医会は全国を網羅する組織とはなっていない。現在、日本警察医会の組織強化に向けた会合が日本医師会との間でたびたび開かれている。そのなかで、日本医師会の関与について実務的な段階の検討に入っているところである。日本医師会としても今年度は連携強化の一環として日本警察医会等の団体とともに、死体検案に関する研修会の開催等を計画しているところである。

大災害に備え、検案体制の整備、構築は喫緊の課題であり、関係機関との連絡協議を深めていくとともに、警察医、検案医の組織の全国化の課題も強力に推し進めて参りたい。

(11) 公益社団法人への移行認定申請及びそれに伴う定款・諸規定変更について

【日本医師会】

日本医師会は、平成 25 年 4 月 1 日より新たな公益社団法人への移行認定に向けて、鋭意準備に取り組んでいるが、公益社団法人として認定されるためには 18 ある公益認定基準を満たすことと、新公益法人制度に合致した定款変更

が必要になる。

公益認定基準の主なものとして、財務に関する裁量権等があるが、医師年金が公益目的事業と認められる見通しとなったことを受け、現時点ではいずれもクリアしていると判断している。現在は医師賠償責任保険事業を公益目的事業として正式な確認を得られるよう、内閣府公益等認定検討委員会事務局と交渉中である。

また定款変更については、日本医師会では本年 1 月に定款諸規定改定検討委員会より、公益社団法人移行後の定款諸規定変更案を答申頂いた。定款諸規定変更案の答申を受け、7 月 10 日の第 11 回常任理事会、本日開催の第 5 回理事会において審議・承認された。

この内容を持って、10 月 28 日開催の第 127 回日本医師会臨時代議員会並びに同日開催の第 71 回日本医師会臨時総会へ議題として上程する予定であるのでご参考までにお知らせする。

その他

小森常任理事より、「女性医師支援センター事業ブロック別会議開催について」、以下の通り協力依頼があった。

日本医師会女性医師支援センター事業では、女性医師支援センター事業ブロック別会議を開催しているところである。今年度も各ブロックの担当医師会宛に開催依頼をしているが、ブロック別にそれぞれの担当医師会があり、センター事業ブロック別会議の担当については、本会の女性医師支援委員会委員が在籍する都道府県医師会にお願いしている。女性医師バンクのコーディネーターが都道府県医師会の役員をしている場合にはあまり齟齬はないようであるが、役員でない場合に、都道府県医師会との連絡が充分に行っていないと内部の声がある。この機会にあらためて都道府県医師会にお願いしたい。

第44回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会



理事 本竹 秀光



去る7月7日(土)宮崎観光ホテルに於いて、標記連絡協議会が開催された。協議会では、九州地区内における医師会立の病院や臨床検査・検診センター、介護保険関連施設等における運営管理の事例紹介や諸課題解決に向けた取り組みなどについて発表が行われた。

翌8日(日)は、葉梨之紀日本医師会常任理事による「今後の医師会共同利用施設のあり方～平成22・23年度医師会共同利用施設検討委員会報告書より～」と題した講演が行われた。その他、引き続き行われた特別講演では、勤務医で作家の石黒耀先生より「あまり知られていない九州の巨大火山災害」と題した講演が行われたので、その概要を報告する。九州各県から752名の参加者があった。

なお、本協議会は、九州各県の輪番制で開催されており、次回開催担当県は本県「南部地区医師会」が務めるとのことで、名嘉勝男南部地区医師会長から懇親会(579名)の席で挨拶

が行われた。

当日は「医師会病院部門」「検査・健診部門」「高齢社会事業部門」の3つの分科会に分かれ同時進行されたため、本会は医師会病院部門へ参加した。

○平成24年7月7日(土)

(1) 電子カルテを利用した入退院管理について

臼杵市医師会立コスモス病院(安田正之院長)は、レセコンORCAと電子カルテを用いて、各部門(看護・薬剤・検査・放射線部・検診・介護等)相互の連携を図っており、経営分析のためのデータ抽出やマネジメントを行いながら、診療報酬改定時には収支バランスの予測や経営戦略などを立てているとの紹介があった。

また、効率よく病床管理を行うため、ベッドコントロールの可視化に努めており、入退院予定や転床・転棟の予定をきめ細かく管理してい

けるようシステム化に向けて調整中とのことである。実現すればベッドコントロールレベルの大幅な向上が期待できる。

また、市内の医療機関を結ぶ診療情報連携ネットワーク「石仏ネット」を構築している。当システムでは、利用同意を得た会員からの検体検査や画像情報が共有化され、医療機関毎に割振られたIDカードと患者が保有するカードを同時にリーダーに読み込ますことで、診療情報が閲覧できるシステムとなっている。治療経過や種々の検査データが参加医療機関で共有されることが、安全で質の高い診療を提供することできると説明があった。

また、今後、拡張すべき機能としては、住民検診データの病院・開業医との共有、介護部門との連携、老健施設との情報共有を図っていききたいとし、興味のある医療施設があれば是非お声かけいただきたいと呼びかけた。

(2) 当院における診療報酬改定の影響について

同じく、臼杵市医師会立コスモス病院（五嶋哲也 医事課職員）は、一般病床198床、感染症病床4床の計202床を有する地域医療支援病院である。平成24年度診療報酬改定の影響を検証し、増収結果を得ることができたとして報告があった。

- ・平成24年1月の診療データに対して、入院費 -129万 (-1.35%)、リハビリ -51万 (-3.46%)、手術 +100万 (+15.64%) を見込み、全体で -80万 (-0.5%) の減収予測を立てた。
- ・亜急性期病床数は、現20床から28床に変更し、80.5万円の増収対策を立てると共に、再シミュレーションを行ったところ、全体で100万円(0.64%)の増収予測をした。
- ・平成24年5月の診療結果と予測値を比較したところ、全体で43万円(0.29%)の増収となり、プラス改定となったが予測より57万円少なかった。
- ・今回の改定による減収の予測と、その対策

として、亜急性期入院基本料の病床数を増やし、リハビリテーション初期加算を取り込むことで5月の実績でプラス改定を得た。

- ・ 今後は亜急性期病床上限の40床での運用を視野に検討する予定である。

レセコンORCAのデータ分析を行い、対策を講じたことが増収結果を得ることに繋がった。今後は、更に迅速な分析方法の確立やシステムでのデータ管理、検査まるめ項目のデータ抽出方法の確立などを進めていきたい。医事課の役割は病院経営の把握と分析、戦略を立てることにある。このような大きな変化があった際には直ちにその影響を評価し、対策を講じ業務体制を整えることが必要であると述べた。

(3) DPC導入1年後の現状と今後の課題について

朝倉医師会朝倉医師会病院（矢野賢一 医事課課長代理）は、一般病床300床（亜急性期30床）、医師数36名、診療科数21科、7:1看護体制を敷き、平成22年7月よりDPC対象病院に認可されている。同院におけるDPC導入後の現状と今後の課題について報告があった。

まず、DPC導入に向けた対策として、①係数、②コスト削減、③コーディング、④パスの対策を講じた。とりわけ、コスト削減については、①薬剤の見直し、②持参薬使用の推進、③検査の外来シフト化、④セット検査の削減などのポイントを掲げ、年間4,000万円の薬品費削減効果があった。コーディングは、医療資源病名が適当であるかを精査し、精査結果を医事課から主治医へフィードバックさせるなどして、収入をあげた。パスに関しては、データを分析し、クリティカルパスの作成に活用、適用率向上の取り組みを行っている。

考察および今後の課題として、各診療科の主要な疾患群のDPC/PDPSの最適化や疾患別によるクリティカルパスの評価と見直し、コーディングの最適化、更なるコスト削減や医療機関係数の向上が求められると述べた。

(4) 法人内ナースプラクティショナー制度の導入と効果

糸島医師会病院（富田昌良 院長）は、深刻化する医師不足に対応するため、法人内ナースプラクティショナー（iNP/ 協働者）制度を新設しており、その概要について紹介があった。

同院における iNP 育成指導方法は、外科医が iNP 志望看護師を 1 対 1 で指導を行い、外来・病棟診療における初期診察から検査・IC・治療まで外科医が同行し、診断方法・治療手技および指示形態まで把握・実践し育成を行っている。数週間に 1 回の割合でテキストに従い、指導医から各疾患別の講義を受ける。手術手技向上を行わない外科研修医と同等業務及び看護指導を行っている。

外来・病棟における指示系統に関しては、指導医師のチェックを全て受けることを原則としている。入退院時の書類作成に関しても作成後、指導医師のチェックを受けた後、提出とする。責任の所在は医師としている。

平成 21 年 6 月から当該制度を実施し、現在 3 人の iNP が活動中である。

その効果として、①外科医の診療業務時間の短縮、②外来・病棟・検査部・手術部間の連携性の充実、③患者および家族とのコミュニケーションの充実、④医師・看護師間、医師・患者間の架け橋的存在、⑤病棟看護師への指導による個々のスキルアップが図られているとし、緊急避難的的制度であるが、協働者を育成し医療崩壊を救うには iNP が最適な手段だと主張した。

医療に関する情報量が爆発的に増加してきた現代、医師だけでは追いつかない。患者の権利を尊重するという基本は今後縮小することはあり得ない。増大する医師の業務を全て医師だけで担おうとする考えは非現実的である。さまざまな職種とチームワークによりのみ、高いレベルの医療が維持できると訴えた。

(5) 都城地域健康医療ゾーン整備事業について

都城市郡医師会病院（中津留邦展 副院長）では、現在、医師会と行政が協力し、三施設（都城市郡医師会病院、都城救急医療センター、都城健康サービスセンター）を新築移転する「地域健康医療ゾーン整備事業」が進行中であり、その経過及び内容について報告があった。

当該三施設については、当初より医師会が運営し、地域（隣接する県域を含め約 27 万人）の救急医療体制の要として機能を果たしている。

新築移転の理由は、①施設の老朽化、②施設の狭隘化、③療養・職場関係の悪化、④地域的偏在、⑤広域救急医療体制の整備が挙げられた。

当整備事業にかかる行政との連携については、平成 16 年に「医師会から都城市へ三施設の新築移転」の提案。平成 18 年に「都城市（1 市 4 町の合併）が医療・救急体制の充実を基本政策」として発表。平成 21 年に「都城広域定住自立圏（総務省）」を形成され、行政側の事業の骨格が定まる。同年「地域医療再生基金（宮崎県）」による支援が明確化された。

当整備事業の基本方針として、三施設をより効率的に運用するため、一体的に一棟建てにより整備し、都城市と医師会が各々区分し施設を所有する「共同整備・区分所有方式」とする。（注：救急医療センター、健康サービスセンターは「指定管理者制度」で運営されており、三施設とも医師会の職員が従事し運営されている。予算の決定権は無い。）

施設整備事業費は約 68 億円と定められ、医師会が 15 億円（負担割合 22.2%）、都城市・三股町が 41 億円（60.1%）、加えて「地域医療再生基金」より 12 億円（17.7%）を充て、平成 26 年度中の開院を目指している。

当地域には長年、医師会と行政とが協力し救急医療体制を維持してきた歴史があり、救急に対する行政の見識が当事業を進展させたとし、このような歴史を継承する本整備事業の意義は深く、今後の医師会立病院のあり方を示唆するものと述べた。

○平成 24 年 7 月 8 日 (日)

講演

「今後の医師会共同利用施設のあり方—平成 22・23 年度医師会共同利用施設検討委員会報告書より—」

講師 日本医師会 常任理事 葉梨 之紀

医師会共同利用施設検討委員会は、平成 22 年・23 年の 2 年間に亘り、会長諮問である「地域社会に貢献する医師会共同利用施設の今後の方向性について—医療と介護の連携を見据えて—」について検討を行い、昨年度末、答申をまとめ会長へ報告した。委員会では、(1) 公益法人制度改革と医師会共同利用施設、(2) 医師会病院 (3) 医師会臨床検査・健診センター (4) 介護保険関連施設—などについて見解をまとめた。

医師会共同利用施設については、平成 23 年 4 月現在、全国で 1,310 事業所が活動を展開している。そのうち、介護関連事業所は 950 ヶ所 (全体の 7 割を占める) を超え、医師会病院は 84 ヶ所 (九州地区に 36 病院あり全体の 4 割以上を占める)、臨床検査・健診センターは 175 事業所となっている。

公益法人制度改革への対応については、医師会共同利用施設の事業の多くは本質的には公益目的事業であり、共同利用施設を持つ地域医師会が公益法人化を進めることで、保健、医療、福祉・介護の三本柱の一体化を進め、地域医療に貢献することができる。

医療法 31 条における公的医療機関認定については、医師会病院は、診療所と病院の連携による地域医療の拠点であり、公的病院に匹敵する公益性の高い病院であることは間違いない。公的医療機関には行政より多額の補助金が出ているが、同様に公益性の高い医師会病院には補助金は殆どない。積年の課題である医療法上の公的医療機関として位置付けられる必要があり、そのための方策を推進することが重要である。

地域医療支援病院のあり方については、地域の病院や診療所などを後方支援する形で、医療機関の機能を役割分担させ、連携を進めること

を念頭において制度が創設されたと思うが、今や診療報酬上の加算算定という目的にすり替わっているケースが見られる。本来の趣旨を満たさない施設も増えており、認定要件等を見直す時期に来ている。

日医公衆衛生・がん対策委員会については、平成 22 年・23 年の 2 年間に亘り、会長諮問である「特定健診、がん検診の受診率向上」について検討を行い、本年 2 月、答申をまとめ会長へ報告した。委員会では、受診率低迷も含めて原因や問題点を整理し、諸課題解決のために、(1) 法制度的見直し、(2) 行政責任の明確化、(3) エビデンスと精度管理による健診項目設定と指導手法の充実、(4) 魅力ある健診—についての考えをまとめた。

この他、東日本大震災における日本医師会の活動状況や特定健診・特定保健指導の保険者別実施状況、厚労省の動向等について報告があった。

また、5 疾病・5 事業および在宅医療における医療連携体制について説明があり、救急医療から亜急性期・回復期、慢性期、在宅療養、介護までの切れ目のない医療・介護は、医師会共同利用施設としての大きな役割であると述べた。

特別講演

「あまり知られていない九州の巨大火山災害」

講師 勤務医・作家 石黒 耀 先生

九州地域における活火山は、全国 110 のうち 17 を有している。本島のみ面積比では密度の高い地域である。さらに、鹿児島湾と桜島を囲む巨大カルデラ「始良カルデラ」を有しており、現代社会を脅かす巨大カルデラでもあると考えている。桜島の噴火は活発だが、それでもマグマが蓄積して始良カルデラ底は次第に上昇していると考えられる。桜島大正大噴火直前の状態に近づいている。今、カルデラ内の断層で地震が起これば、一気に巨大火砕流噴火を起こす可能性は否定できない。仮にそうなった場合、九州にある原発は火砕流堆積物に埋まって

しまう。津波とは違い退かない。原発が爆発してしまうと、死の灰と一緒に舞い上がり、偏西風に乗って日本から韓国を覆う。これが北海道のカルデラとの最大の違いである。日本中の土

地と水は汚染されてしまい、国家の再生は非常に厳しいものとなる。ほぼ全国民が被ばくし不幸になる。従って危険が高い九州の原発を廃止することが最大の予防医学であると述べた。

印象記

理事 本竹 秀光

第44回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会が宮崎観光ホテルで開催された。おりしも九州地区は豪雨災害の真っただ中であったが、主催者側の心配もよそに600人有余の参加があり盛会であった。会は医師会病院部門、検査・検診部門、高齢社会事業部門の3会場で行われ、私たちは医師会病院部門に参加した。沖縄県からは南部地区医師会（来年の主催側）が高齢社会事業部門に、中部地区医師会が検査・検診部門に参加されていた。医師会病院部門では5演題が発表された。臼杵市医師会立コスモス病院からは「電子カルテを利用した入退院管理について」と題して、病院長の安田正之先生が発表された。レセコンオルカと電子カルテを組み合わせ、ベッドコントロールの可視化による客観的・容易化ができ、無駄な空床を少なくすることで経営に役立っているとのことであった。また、石仏ネット（地域の医療ネットワーク）を利用してコスモ病院、医師会員、患者間の情報の共有化に向けて調整中であるとのことであった。朝倉医師会病院からは「DPC導入1年後の現状と今後の課題」と言うテーマで医事課課長代理の矢野賢一氏が発表した。DPC導入後に約1億円の増収があったが、その要因としては①医療機関係数の改善②コスト削減（セット検査の削減、薬剤のゼネリック化）③コーディングの最適化④パス活用などを挙げていた。また、抗菌薬の使用法を含め医師の診療の標準化につながったとDPCの導入を評価していた。都城市郡医師会病院からは「都城地域健康医療ゾーン整備事業について」のテーマで、医師会病院副院長の中津留邦展先生が発表された。都城市北諸県郡医師会は昭和60年に医師会病院を都城市は同年に救急センター、健康サービスセンターを設立、運営は郡医師会がこれに当たり、都城市の救急医療体制の要として機能してきた。従来、行政と医師会が一致協力して都城市の救急医療を中心とした医療体制を築いてきた経緯がある。現在先の3施設を一棟建てに整備する事業が進行中である。施設整備事業費は約68億円で、医師会が15億円、都城市・三股町が41億円、地域医療再生基金より12億円を分担、運営はすべて医師会が行い、これまでの3施設の機能をさらに強化、連携を図るとしている。本事業の意義は深く、今後の医師会立病院のあり方の一つを示すものと考えられると述べておられたのは、本県の唯一の北部地区医師会立病院の今後のあり方を考える上で参考になると言う印象を持った。二日目は今後の医師会共同利用施設のあり方（平成22・23年度医師会共同利用施設検討委員会報告書より）と言うタイトルで日本医師会常任理事の葉梨之紀先生が講演された。その中で地域医療支援病院のあり方に関して、2004年に承認要件が緩和され現在330病院が認定されているが、本来の趣旨（紹介患者に対する医療提供などを通じて、地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医などを支援する目的で創設された）から外れ、診療報酬上の加算算定という目的にすり替わっている感は否めず、本来の目的に戻すべく施設認定要件の見直し時期に来ていると述べられた。連携と継続の地域医療体制の再構築と題しての説明では、救急医療から亜急性期・回復期・慢性期・在宅療養、介護まで切れ目のない医療介護を達成するために医師会共同利用施設の果たす役割は大きいと述べておられた。

向精神薬処方箋偽造に関する注意喚起ポスターについて

理事 玉井 修

昨年、沖縄県内の医療機関において発行された向精神薬の処方箋をカラーコピーし、複数の調剤薬局に持ち込んで大量の向精神薬を入手し、それをネット販売で横流ししていたとして北海道出身の男性が逮捕されました。この様な不正な向精神薬の入手はこれまでもいくつか県医師会にも報告があり、犯罪組織との結びつきが懸念されております。

この様な事例は、受付終了間際に駆け込みで受診し、医療機関を慌てさせて判断を急がせる。小さい子供と一緒に受診し、大変困っているのので何とかして欲しいと情に訴える。旅行先で困っており自費で払っても構わないから、何とか

して欲しい等と判断を鈍らせる。僕が嘘つきの様に見えますか？と言って食い下がる。などと、巧妙に、しかし思い返してみるとやや不自然な形の受診形態が特徴となっております。

このたび、沖縄県薬剤師会が、この様な不正な処方箋偽造による不正入手が刑法違反であるというポスターを作成し、各医療機関への配布をお願いし、併せて新聞各社に対し県民への注意喚起をお願いする事と致しました。

会員の先生方には、今後この様な不正行為への注意を更に徹底して頂きますようお願い申し上げます。



第 198 回沖縄県医師会定例代議員会

—平成 23 年度会務報告・諸決算を承認—

常任理事 真栄田 篤彦



去る 6 月 26 日 (火)、午後 7 時 30 分より本会館において第 198 回定例代議員会が開催された。

はじめに新垣善一議長より定数の確認が行われ、定数 58 名に対し、45 名が出席し定款 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た。

続いて、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

挨拶

○宮城会長



皆さん、こんばんは。本日は、平成 23 年度の会務、諸決算などについてご審議をいただくべく、第 198 回定例代議員会を開催いたしましたところ、多数の代

議員にご出席を賜り厚く御礼申し上げます。

お陰を持ちまして平成 23 年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位のご協力により予定しておりました諸事業も滞りなく推進することができました。ここに改めてお礼を申し上げる次第であります。

さて、昨年 3 月 11 日に発災した東日本大震災の医療支援につきましては、会員各位より多額のご寄附をいただき、これを活動資金とし岩手県大槌町において 5 月末日までの約 2 カ月半にわたって医療支援を行うことができました。改めて感謝を申し上げます。

その後、この度の医療支援活動が国から災害救助法に適用すると認められ、活動資金と交通費等を含めて実費弁償されることになったことから、皆さんからいただいた寄附、それから国からの金額を合わせて大槌町へ寄附することになりました。

去る 6 月 13 日に大槌町へ玉城副会長を派遣

し、大槌町役場の碓川豊町長を訪れ、復興資金として1,140万4,140円を贈呈しております。

発災より1年3カ月が過ぎてはおりますが、いまだ復興には多くの時間を要するものと思われれます。今後とも被災地の支援のために沖縄県医師会としても協力してまいりたいと存じますので、会員の皆様方の引き続きのご支援、ご協力をお願い致します。

一方、政局では、社会保障と税の一体改革について、皆さんご存じだとは思いますが、本日の国会で消費税増税案が衆議院を通過、民主党から57名の造反者が出たようであります。しかし、増税が決まったとしても、社会保障制度改革は先送りということになっております。

現在、各医療機関における医薬品等の仕入れ代金、あるいは医療機器等の購入代金にかかる消費税は全て医療機関が負担しており、損税として非常に大きな問題となっております。消費税は5%から8%、10%という形で増えていくに従って、医療機関の負担する損税というのは、これは限りなく増えるということになります。損税の痛みに堪えきれなくなり、医療機関の経営が非常に厳しくなってくると思われれますので、地域医療にとっては非常に大きな問題ではないかと危惧をしております。このまま消費税が増え続けていけば、地域医療の崩壊に繋がっていくのではないかと思います。

現行の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改めると患者負担が増えるのですが、医師会としては、患者負担を増やさない制度を導入し改善するように求めています。

本会では、今年度も昨年に引き続き、最重要課題として「地域医療再生」を掲げ、医療連携、医師確保対策をはじめとする諸事業を展開するとともに、本年よりスタートした「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」の活性化を図り、地域医療の充実・発展に努めてまいりたいと考えております。

更に、先の大震災をふまえて、会内に「災害医療委員会」を立ち上げまして、具体的な災害対策を検討しまして、備品整備等を含む、実効

ある計画の検討を始めております。

代議員各位におかれましては、本会の事業推進に際しまして、ご意見、ご要望、ご提案等がございましたら、ご遠慮なくお申し付けくださいますようお願い申し上げます。

本日は、お手元の資料のとおり、裁定委員の補欠選挙、報告2件、議事6件を上程しております。詳細につきましては、後程各担当理事より説明いたします。慎重にご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げます。

続いて、この度、沖縄県医師会裁定委員に欠員が出たので、裁定委員1名を新たに選出する必要があり、当代議員会において補欠選挙が行われた。

なお、沖縄県医師会裁定委員定数1人に対し、候補者は眞喜屋実之先生1人のため、投票によらず眞喜屋実之先生を当選人と決定した

続いて、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成23年度沖縄県医師会会務について、山里監事から平成23年度沖縄県医師会会計監査について報告があった。

議事は以下の議案について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23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23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23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23年度沖縄県地域産業保健センター事業特別会計収支決算の件
- 第5号議案 平成23年度地域医療連携体制総合調整事業特別会計収支決算の件
- 第6号議案 平成24年度沖縄県医師会一般会計収支予算補正の件

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について、次のとおり担当理事から答弁があった。

質疑応答（要旨掲載）

「学校医活動について」

（南部地区医師会：代表質問）

○城間昇代議員



学校医と学校側との軋轢は、従来から論議の絶えない、古くて新しい問題であると認識している。納得のいく結論が出ないまま今日に至っているが、今回、

改めて質問をさせていただきたい。

地域保健活動の一環として児童・生徒の健康保持増進に務める学校医の果たす役割は非常に大きいものであることは言うまでもない。学校医は、日頃から短い休憩の合間や、ときには診療時間を割いて学校へ出向き、学校健診や健康相談等に当たった。

ところが、時折会員から学校側の一方的な要求に対する苦情・相談等が寄せられ、当医師会が仲介役として対応に苦慮することが多々ある。先般開かれた本会評議員会においても、学校側が学校医を軽視するような対応が見受けられる、などとして学校医活動の実態調査を求める声があった。早速、本年4月に「学校医活動に関するアンケート調査」を実施したところ、多数の意見が寄せられた。その多くが学校健診等の日程調整における学校側の一方的な要求に対する不満の声であった。

例えば「複数校受け持っていた際に、学校健診の早めの日程調整を依頼したが、調整期限が過ぎても連絡がない」あるいは「十数年間続けている学校保健委員会の開始時間が、何の断りもなしに突然17時30分から16時に早まった」などの意見が寄せられた。

こうした状況を鑑み、当会としては、島尻郡市町村教育長会を通じて学校側に対し、学校医

との密なる連携と信頼関係の醸成に努めるよう要請することになった。

そこで、県医師会に対し、県教育庁への同様な要請をしていただくよう求めるとともに、当問題に対する県医師会の見解についてご教示いただきたい。

回答（宮里常任理事）



城間先生ご指摘のとおり、学校医は通常の診療時間を割いて学校健診のみではなく、児童生徒等の健康相談、並びに健康管理を行う等、十分な報酬は得ら

れない中で、学校保健活動に貢献している。

学校医のボランティア精神でなされているこのような職務に対し、学校側の理解が薄く、学校健診時の日程調整が適切に行われない等、学校医への配慮が足りないと感じることは少なくない。

過去にも中部地区医師会で同様な問題が生じ、県医師会から沖縄県教育委員会に対して改善を要求した経緯がある。その中で判明したことは、管理者である学校長は「学校医を選任し、依頼する義務がある」という責任があるということである。その典型として、県内の私立学校においては、学校長によって学校医の選定と依頼が行われており、両者の間は円滑で今回のような問題発生や報告がなされた事実はない。

一方、公立学校においては、長年にわたって医師会が学校医を派遣してきたという事実がある。この場合、医師会は「学校の協力団体として任意で学校医を派遣する」立場である。

しかしながら、この方法では学校長が学校医を選任し依頼することがないので「学校医の派遣は医師会の義務である」と誤った解釈をすることが少なくない。しかも学校医が決まった段階で、何らかの挨拶や依頼もなく、連絡や調整などは養護教諭任せになっている場合が多い。

したがって、トラブルの多くは「学校医派遣

は医師会の義務」だと考えている学校側と、「学校医は協力団体としての医師会の立場」と考える学校医との認識の違いで発生していることが多いと判明した。

この実態を受けて、4年前に県医師会は県教育委員会に対し、各自治体の教育委員会と学校長に対し、学校長と医師会の立場を明確にした上で、円滑な連携をしていただくように依頼した経緯がある。

今回、学校長の交代で同様な問題が新たに発生した可能性もあるので、本会としても、学校医と学校側が円滑な連携を図れるよう、改めて教育庁に対し、申し入れを行うとともに本会学校医部会常務理事会においても、今後の対応等について検討していきたいと考えている。

「MR 接種の接種率について」

(南部地区医師会：代表質問)

○城間昇代議員

国は、麻疹排除の目標年を2012年に設定し、2008年度から5年間の時限措置として、第3期、第4期のMRワクチン定期接種を勧めてきた。ところが、第3期、第4期の接種率が予想外に低いまま、定期接種の最終年度にあたる本年、2012年を迎えている。接種率の高い茨城県の例で明らかのように、接種率を上げるためには学校側の協力が不可欠である。昨年6月、沖縄県でも各自治体や教育委員会、保健所に対し「麻しん(はしか)・風しん定期予防接種の接種勧奨について」の表題で、定期予防接種対象者への予防接種の積極的勧奨を要請した。その際、学校が生徒の接種状況を把握し未接種者に接種を促すことを目的として、「麻しん・風しん予防接種済証明書」の活用を学校側に提案した。しかしながら、この「麻しん・風しん予防接種済証明書」が有効に機能しなかったようで、いまだ接種率が低いまま現在に至っている。そこで再度、「麻しん・風しん予防接種済証明書」を活用して、学校が生徒の接種状況を把握

し、未接種者に接種を促す方策をとってもらえるよう、県及び県教育委員会への要請をお願いしたい。

回答(宮里常任理事)

本件については、平成23年5月26日に開催された沖縄県・沖縄県医師会連絡会議において、沖縄県福祉保健部健康増進課より「麻しん・風しん予防接種済証明書」を活用した予防接種者の把握等について説明を受け、本会としても当該事業に協力するとともに、学校側からも積極的に取り組むよう協力を求めたところである。それに対し、沖縄県福祉保健部健康増進課より、校長会においても本事業について説明し、協力を求めているとコメントをいただいている。

しかしながら、城間先生よりご指摘があったとおり、国が「麻しん排除計画」を策定し、平成20年度から5年間に限り、第3期及び第4期の定期予防接種を実施しているところであるが、依然、接種率が低い状況となっている。このような状況に鑑み、本会としては、改めて沖縄県教育委員会に対し、「麻しん・風しん予防接種済証明書」を活用した積極的な予防接種の奨励を要請するとともに、各会員に対しても、「麻しん・風しん予防接種済証明書」の利活用について、再度、周知徹底していきたいと考える。

ちなみに、昨年度は、5月26日に開催された沖縄県・沖縄県医師会連絡会議の後、7月6日付けで宮城信雄会長の名前で、各地区医師会長に予防接種済証明書についての通知をしている。会場の先生方にはFAXで届いていると思う。

それから、1カ月後の8月号の医師会報において、当該沖縄県・沖縄県医師会連絡会議の議事録を掲載しており、会員に対しては二度に亘って通知しているので、医師会側の問題はないかと考えている。

貸借対照表 (総括)

平成24年 3月31日現在

(単位:円)

科 目	当 年 度	前 年 度	増 減
I 資 産 の 部			
1. 流 動 資 産			
現金預金	94,006,582	74,184,755	19,821,827
未収会費	4,559,600	2,912,300	1,647,300
未収金	13,915,455	37,904,239	△23,988,784
立替金	516,726	23,136,700	△22,619,974
仮払金	547,700	0	547,700
流動資産合計	113,546,063	138,137,994	△24,591,931
2. 固 定 資 産			
その他固定資産			
土地	198,385,094	198,385,094	0
建物	344,219,093	351,595,216	△7,376,123
建物附属設備	107,322,748	116,504,324	△9,181,576
構築物	40,270,714	41,890,547	△1,619,833
備品	8,006,728	9,233,101	△1,226,373
電話加入権	401,500	401,500	0
特定預金	3,000,000	5,000,000	△2,000,000
建物減価償却引当預金	41,660,000	29,660,000	12,000,000
役員退職慰労引当預金	4,760,000	4,150,000	610,000
職員退職給与引当預金	80,169,306	65,685,306	14,484,000
備品減価償却引当預金	3,000,000	2,000,000	1,000,000
その他固定資産合計	831,195,183	824,505,088	6,690,095
固定資産合計	831,195,183	824,505,088	6,690,095
資産合計	944,741,246	962,643,082	△17,901,836
II 負 債 の 部			
1. 流 動 負 債			
短期借入金	0	21,575,850	△ 21,575,850
未払金	37,367,441	29,076,027	8,291,414
預り金	14,226,750	14,518,650	△ 291,900
流動負債合計	51,594,191	65,170,527	△13,576,336
2. 固 定 負 債			
長期借入金	273,160,000	289,540,000	△16,380,000
役員退職慰労引当金	4,760,000	4,150,000	610,000
職員退職給与引当金	86,953,890	74,189,170	12,764,720
固定負債合計	364,873,890	367,879,170	△3,005,280
負債合計	416,468,081	433,049,697	△16,581,616
III 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
指定正味財産合計	0	0	0
2. 一般正味財産	528,273,165	529,593,385	△1,320,220
正味財産合計	528,273,165	529,593,385	△1,320,220
負債及び正味財産合計	944,741,246	962,643,082	△17,901,836

正味財産

平成23年 4月

科 目	実施事業等会計				
	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
受 取 会 費	0	0	0		0
事 業 収 益	4,400,000	2,255,000	0		6,655,000
受 取 助 成 金	1,936,750	2,209,800	0		4,146,550
受 託 等 収 益	0	27,113,010	975,000		28,088,010
賃 貸 収 益	0	0	0		0
雑 収 益	0	0	0		0
経常収益計	6,336,750	31,577,810	975,000		38,889,560
(2) 経常費用					
1. 事業費					
会 議 費	4,243,852	2,567,938	623,567		7,435,357
役 員 報 酬	2,418,000	3,385,200	967,200		6,770,400
給 料 手 当	19,405,211	25,376,046	746,354		45,527,611
役員退職給付費用	175,200	240,900	65,700		481,800
職員退職給付費用	3,318,827	4,340,005	127,647		7,786,479
賃 金	818,575	4,056,643	23,910		4,899,128
福 利 厚 生 費	2,982,917	4,369,004	114,728		7,466,649
旅 費 交 通 費	14,136,617	7,766,045	982,815		22,885,477
減 価 償 却 費	2,134,430	1,940,391	776,156		4,850,977
通 信 運 搬 費	5,080,177	2,083,411	2,456,816		9,620,404
支 払 報 酬 料	0	0	0		0
印 刷 製 本 費	13,944,762	947,955	6,839,810		21,732,527
消 耗 品 費	3,339,563	4,108,735	192,512		7,640,810
光 熱 水 料 費	687,016	624,560	249,824		1,561,400
賃 借 料	4,755,750	7,296,369	478,464		12,530,583
保 険 料	457,026	415,479	166,191		1,038,696
租 税 公 課	1,138,346	1,034,860	413,944		2,587,150
諸 謝 金	1,220,000	1,050,000	310,000		2,580,000
リ ー ス 料	0	0	0		0
助 成 金	3,550,000	8,877,500	0		12,427,500
委 託 費	0	24,172,695	0		24,172,695
管 理 委 託 費	574,197	521,997	208,799		1,304,993
保 守 管 理 費	176,138	1,552,205	64,050		1,792,393
広 告 宣 伝 費	1,627,500	0	0		1,627,500
交 際 費	0	0	0		0
雑 費	0	174,561	0		174,561
事 業 費 小 計	86,184,104	106,902,499	15,808,487		208,895,090

増減計算書内訳表

1日から平成24年 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
会員福祉・医療連携・対外交流に係る事業	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	共通	小 計			
その他1	その他2	その他3					
0	0	0		0	1,936,000		1,936,000
2,000	0	0		2,000	254,635,600		254,637,600
0	0	0		0	0		6,655,000
0	0	0		0	7,111,500		11,258,050
0	67,784,294	0		67,784,294	0		95,872,304
2,282,000	0	23,073,408		25,355,408	0	△572,400	24,783,008
12,650	0	0		12,650	5,260,047		5,272,697
2,296,650	67,784,294	23,073,408		93,154,352	268,943,147	△572,400	400,414,659
1,817,882	457,508	0		2,275,390			9,710,747
1,088,100	241,800	120,900		1,450,800			8,221,200
7,463,543	12,511,348	2,239,063		22,213,954			67,741,565
80,300	14,600	7,300		102,200			584,000
1,276,472	382,942	382,942		2,042,356			9,828,835
239,095	1,277,729	71,729		1,588,553			6,487,681
1,147,276	344,183	344,183		1,835,642			9,302,291
621,170	3,065,001	0		3,686,171			26,571,648
388,078	194,039	12,418,499		13,000,616			17,851,593
1,239,482	825,126	0		2,064,608		△90,000	11,595,012
1,260,000	0	0		1,260,000			1,260,000
148,050	257,090	0		405,140			22,137,667
1,361,079	569,609	85,172		2,015,860		△30,000	9,626,670
124,912	62,456	3,997,185		4,184,553			5,745,953
1,179,288	5,959,876	326,066		7,465,230		△452,4000	19,543,413
83,096	41,548	2,659,063		2,783,707			3,822,403
206,972	103,486	6,623,104		6,933,562			9,520,712
90,000	13,878,200	0		13,968,200			16,548,200
0	1,339,485	0		1,339,485			1,339,485
0	0	0		0			12,427,500
0	27,861,015	0		27,861,015			52,033,710
104,399	52,200	3,340,781		3,497,380			4,802,373
32,025	16,013	1,024,800		1,072,838			2,865,231
5,274,206	1,260,000	0		6,534,206			8,161,706
3,600,981	0	0		3,600,981			3,600,981
0	1,244,337	0		1,244,337			1,418,898
28,826,406	71,959,591	33,640,787		134,426,784	0	△572,400	342,749,474

科 目	実施事業等会計				
	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
2.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					
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					
委託費					
雑費					
支払利息					
減価償却費					
支払手数料					
2.管理費小計					
経常費用計	86,184,104	106,902,499	15,808,487		208,895,090
当期経常増減額	△ 79,847,354	△ 75,324,689	△ 14,833,487		△ 170,005,530
1.経常外増減の部					
(1) 経常外収益					
資産移管益					
土地売却益					
(2) 経常外費用					
資産移管損					
固定資産除却損					
他会計振替額					
当期一般正味財産増減額	△ 79,847,354	△ 75,324,689	△ 14,833,487		△ 170,005,530
一般正味財産期首残高					0
一般正味財産期末残高	△ 79,847,354	△ 75,324,689	△ 14,833,487		△ 170,005,530
II.指定正味財産増減の部					
基本財産評価益					
当期指定正味財産増減額					
指定正味財産期首残高					
指定正味財産期末残高					
III.正味財産期末残高	△ 79,847,354	△ 75,324,689	△ 14,833,487		△ 170,005,530

その他会計					法人会計	内部取引 消去	合 計
会員福祉・医療連 携・対外交流に係 る事業	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	共 通	小 計			
その他1	その他2	その他3					
					3,868,800		3,868,800
					17,166,148		17,166,148
					2,638,733		2,638,733
					5,771,231		5,771,231
					146,000		146,000
					2,935,885		2,935,885
					549,917		549,917
					225,280		225,280
					3,325,006		3,325,006
					652,981		652,981
					4,076,267		4,076,267
					1,121,139		1,121,139
					499,648		499,648
					417,597		417,597
					128,099		128,099
					2,499,841		2,499,841
					332,383		332,383
					827,888		827,888
					1,050,000		1,050,000
					407,258		407,258
					5,033,992		5,033,992
					1,552,312		1,552,312
					3,759,000		3,759,000
					58,985,405		58,985,405
28,826,406	71,959,591	33,640,787		134,426,784	58,985,405	△572,400	401,734,879
△ 26,529,756	△ 4,175,297	△ 10,567,379		△ 41,272,432	209,957,742		△ 1,320,220
							0
							0
							0
							0
							0
△ 26,529,756	△ 4,175,297	△ 10,567,379		△ 41,272,432	209,957,742		△ 1,320,220
7,016,565				7,016,565	522,576,820		529,593,385
△ 19,513,191	△ 4,175,297	△ 10,567,379		△ 34,255,867	732,534,562		528,273,165
							0
							0
							0
△ 19,513,191	△ 4,175,297	△ 10,567,379		△ 34,255,867	732,534,562		528,273,165

財 産 目 録

平成24年 3月31日現在

(単位：円)

科 目	金 額	
I. 流 動 資 産		
現 金		190,942
普 通 預 金		
沖 縄 銀 行	73,585,669	
琉 球 銀 行	18,271,331	
海 邦 銀 行	1,958,640	93,815,640
未 収 会 費		
沖 縄 県 医 師 会 費	3,904,600	
医 事 紛 争 会 費	4,000	
会 館 建 設 負 担 金	651,000	4,559,600
未 収 金		
平成23年度医療連携体制推進事業委託金	968,500	
小児救急電話相談事業委託金	4,317,103	
平成23年度保健医療計画委託金	6,661,540	
会 館 賃 貸 料	693,000	
入 会 金	162,000	
精度管理調査参加料	15,000	
会議旅費支給分(日本医師会)	923,640	
診療報酬改定説明会会場費(九州厚生局)	174,672	13,915,455
立 替 金		
告 別 式 広 告 料	143,850	
そ の 他	372,876	516,726
仮 払 金(消費税)	547,700	547,700
流 動 資 産 合 計		113,546,063
II. 固 定 資 産		
そ の 他 固 定 資 産		
土 地(6,849.15㎡)		198,385,094
建 物(2,753.71㎡)		344,219,093
建 物 附 属 設 備		107,322,748
構 築 物		40,270,714
備 品		8,006,728
電 話 加 入 権		401,500
建 物 減 価 償 却 引 当 預 金		
沖 縄 銀 行		41,660,000
役 員 退 職 慰 勞 引 当 預 金		
沖 縄 銀 行	2,210,000	
琉 球 銀 行	2,550,000	4,760,000
職 員 退 職 給 与 引 当 預 金		
沖 縄 銀 行	25,073,000	
琉 球 銀 行	55,096,306	80,169,306
備 品 減 価 償 却 引 当 預 金		
沖 縄 銀 行		3,000,000
医 事 紛 争 特 定 預 金		
沖 縄 銀 行		3,000,000
固 定 資 産 合 計		831,195,183
資 産 合 計		944,741,246

(単位：円)

科 目	金 額	額
Ⅲ. 流 動 負 債		
未 払 金		
平成23年度女性医師バンク委託金返戻	290,481	
#8000小児救急電話相談事業経費	2,887,219	
保健医療計画事業費	6,437,140	
地域産業保健センター事業特会	2,854,762	
地域医療連携体制総合調整事業特会	15,154,692	
3月分航空賃 JALマレージバンク	1,239,410	
3月分航空賃 ANAセールス	1,157,840	
3月分後納料金 郵便事業(株)	182,564	
シミュレーションセンター新聞協賛広告費	52,500	
点数改正説明会に係る費用	439,351	
3月分インターネット等システム管理・運用委託費	291,375	
告別式広告料・供花代	43,100	
2.3月分社会保険料等	1,704,187	
定例代議員会反訳料等経費	198,450	
IRB業務委託費	105,000	
3月分会館警備・清掃委託費	365,435	
東門出入口等工事費	3,796,447	
会館管理に係る保守料等経費	55,688	
退任理事等記念品代	84,000	
医事紛争特会(航空賃)	27,800	37,367,441
預 り 金		
日 医 会 費	335,000	
会 館 建 設 負 担 金	62,500	
日 医 連 会 費	80,000	
沖 医 連 会 費	56,000	
社 会 保 険 料	1,678,914	
大 震 災 支 援 金	1,964,846	
そ の 他	218,561	
地域医療連携体制総合調整事業	6,774	
治 験 特 会	1,489,931	
地域産業保健センター特会	8,334,224	14,226,750
流 動 負 債 合 計		51,594,191
Ⅳ. 固 定 負 債		
長期借入金(会館建設特会)		
銀 行 借 入 金		273,160,000
役員退職慰労引当金		4,760,000
職員退職給与引当金		86,953,890
固 定 負 債 合 計		364,873,890
負 債 合 計		416,468,081
正 味 財 産		528,273,165

収支計算書(統括表)

平成23年4月1日から平成24年3月31日まで

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

(単位：円)

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設特別会計	地域産業保健セ ンタ―事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	合計
入金収入	1,936,000						1,936,000
会費収入	230,530,600	2,000	24,105,000				254,637,600
事業収入	6,655,000						6,655,000
助成金収入	11,258,050			24,188,986	43,595,308		11,258,050
受託金等収入	28,088,010						28,088,010
賃貸料収入	25,355,408		2,943			△572,400	24,783,008
雑収入	5,257,104	12,650					5,272,697
事業活動収入計	309,080,172	14,650	24,107,943	24,188,986	43,595,308	△572,400	400,414,659

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	地域産業保健セ ンタ―事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	合計
事業費支出	132,309,072	2,678,842		24,188,986	43,595,308	△572,400	202,199,808
管理費支出	161,722,454		5,033,992				166,756,446
事業活動支出計	294,031,526	2,678,842	5,033,992	24,188,986	43,595,308	△572,400	368,956,254
事業活動収支差額	15,048,646	△2,664,192	19,073,951	0	0		31,458,405

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	地域産業保健セ ンタ一事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	合計
特定預金取崩収入	0	2,000,000					2,000,000
投資活動収入計	0	2,000,000	0	0	0		2,000,000

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	地域産業保健セ ンタ一事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	合計
特定預金支出	28,094,000						28,094,000
投資活動支出計	28,094,000	0	0	0	0		28,094,000
投資活動収支差額	△28,094,000	2,000,000	0	0	0		△26,094,000

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	地域産業保健セ ンタ一事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	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	地域産業保健セ ンタ一事業特別会計	地域医療連携体制 総合調整事業特別会計	内部取引消法	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	△13,045,354	△664,192	2,693,951	0	0		△11,015,595
前期繰越収支差額	58,135,487	2,016,565	12,815,415	0	0		72,967,467
次期繰越収支差額	45,090,133	1,352,373	15,509,366	0	0		61,951,872

第22回沖縄県医師会県民公開講座
 ゆらぐ健康長寿おきなわ
 ～地域で治す脳卒中～



理事 玉井 修



式次第

司会：玉井 修 理事

1. 開 会
2. 挨拶
 沖縄県医師会会長 宮城 信雄
 沖縄県福祉保健部 部長 崎山 八郎
3. 講演
 座長：沖縄赤十字病院 院長 高良 英一
 - ①急性期病院 脳卒中診療の最初の砦
 琉球大学医学部附属病院第三内科 伊佐 勝憲
 - ②回復期病院の役割 日常生活動作の再獲得のために
 大浜第一病院 渡名喜良明
 - ③かかりつけ医の役割
 きなクリニック 喜納美津男
 - ④おきなわ脳卒中地域連携の概要について
 沖縄赤十字病院 饒波 正博
4. 質疑応答
5. 閉 会

平成24年6月16日午後1時30分よりロワジールホテル沖縄天妃の間におきまして第22回沖縄県医師会県民公開講座が開催されました。脳卒中の回復期リハビリにおいて、失ってしまった機能に対してあまりにこだわりすぎ、いつまでも100%の機能回復を願い続けても厳しい現実と直面し、落胆の日々を過ごすことになってしまいます。しかし、たとえ完全な機能回復が出来なくとも、少し考え方を換え、上手に健側を使う事によって出来ることを一つ一つ増やすことが出来ます。今回は動画などを使って、具体的な事例を踏まえて説明されました。失った機能を嘆き続ける事よりも、出来る事を一つ一つ増やす事を考える大切さを訴えていただきました。また、脳卒中の治療は急性期病院で完結するものではなく、リハビリ、在宅医療を含めた様々な医療が重層的にリンクしていくものなのです。在宅医療の現場では、家族の献身的な介護と、住み慣れた自宅という環境に

よって本来その人の持っていた生きる力が回復し、胃瘻の留置されていた患者さんがモリモリと食欲を回復し、ついに胃瘻を抜去できるほどまで回復していったというお話も非常に感動的でした。脳卒中の治療は長く、時に厳しいものですが、様々な医療サービスと、そして一番大切な家族が患者さんを支え続け、いつの日か笑顔を取り戻す事に繋がるのですね。脳卒中治療

の目的は、必ずしも完全に元通りに機能回復することではなく、もう一度笑顔を取り戻す事なのです。よくわかりました。入り口での事前アンケートの結果も非常に興味ある内容の集計結果が出ていました。tPAの使用に関してはまだ一般に認知度が低いという現状もわかりました。やはりこのような機会を多く持つていく必要があります。

講演の抄録

急性期病院—脳卒中診療の最初の砦



琉球大学医学部附属病院 第三内科 助教 伊佐 勝憲

日本では脳卒中は要介護の原因の第1位であり、発症すると患者本人のみならず、ご家族への大きな負担を与えています。沖縄では毎年二千人以上の方が脳卒中を新たに発症していると言われています。超高齢社会が到来し、脳卒中の発症数は脳梗塞を中心に増加していくことが予想され、大きな社会問題となっています。

「脳卒中」—脳梗塞（血栓で血管が詰まる）、脳出血（血管が破れる）、くも膜下出血（脳動脈瘤が破れる）に分けられます。脳の重さは体重の3%に過ぎませんが、心臓から送り出される血液の16%が脳を流れ、全身の20%の酸素と25%のブドウ糖を脳が消費しています。こ

のため、脳の血流が損なわれる時間が長いほど、失われる脳は広がっていきます。

「脳卒中は脳の火事」—イギリスでは脳卒中を「脳の火事」と喩えています。脳卒中（火事）を早く食い止めれば、障害（火事の被害）は少なくて済みますし、遅くなればなる程、障害は広がります。

「act FAST」—世界中の脳卒中キャンペーンで用いられている合言葉です。直訳すれば「すばやい行動」ですが、「F (face) 顔の動かしにくさ、A (arm) 手の動かしにくさ、S (speech) しゃべりにくさ、T (Time to call 119) これらの症状に気付いたらすぐに救急車を」という別の意味も込められています。本人だけでなく周りの人が「もしや脳卒中では？」と気付いてすぐに救急車を要請することがあなたを脳卒中から救う第一歩です。

「急性期病院」—「脳卒中は頭の火事」発症したばかりの脳卒中のダメージを最小限に食い止め、脳卒中の原因を突き止め（再発予防対策）、安心してリハビリ、そして社会復帰に向けた脳卒中地域連携をスタートさせます。

**回復期病院の役割
日常生活動作の再獲得のために**



大浜第一病院 リハビリテーション科部長 渡名喜 良明

回復期リハビリテーション病棟とは、「脳血管疾患等の患者に対して、ADL（日常生活動作）の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟」とされるリハビリテーション専門病棟で、一定の人員と設備およびリハビリテーション訓練時間が確保されている病棟です。2000年4月から設立された制度で、ここに、急性期病院から脳卒中の患者さんを受け入れています。受け入れの条件として決められていることとして、発症2か月以内ということがあり、それを超えると入れないので、なるべく早い時期に受け入れられるようにしています。

回復期病棟は、生活に戻っていくための予行演習の場です。訓練でできるようになったことは、時間がかかっても自らが実践し、できないところ、危ないところは必ず手を借りる、そういうことを繰り返しながら、安全にできる範囲を増やし生活の力を定着させていく、そういう場です。

脳卒中では、思いもかけなかった様々な症状と初めて向き合うこととなりますが、残念なことに、後遺症として残ることが多いのも、この病気の特徴でもあります。そのさまざまな症状をできるだけ軽くし、後遺症に対する対応法の工夫をしていくのに、多くの職種がかかわり、生活にかかわるすべてのことを症状に応じて組み直していきます。

回復期病棟でのリハビリは、あくまで病棟環境を使った練習です。病棟にずっと住むわけで

はないので、どんなに慣れても予行演習にすぎません。それで、実際に住む場所について、本人の生活の力を最大に発揮できるような環境の工夫、たとえば手すり取り付けの検討なども行います。そして、その環境をふまえた訓練を追加します。必要に応じ、ご家族に本人の住む場所を想定した介助方法も指導し、住む場所の改修ができれば、いよいよ本人とご家族だけの外出・外泊を行い、退院に向けて最終予行演習を行います。その結果をふまえて必要に応じ退院後の介護保険サービスの調整や、退院後のリハビリの手配を行い、フォローアップ体制を整えて、退院となります。

急性期病院から安心して移ってこられるよう、同じ病院の中で病棟を移動する感覚となるような連携の構築を、さらにすすめていきたいと考えています。そして、地域のかかりつけ医に引き継ぎ、健康な、再発のない体づくり、生活リズムづくりにつなげ、趣味を楽しみ、生活を楽しむことにつなげていきたい、これが、地域で治す脳卒中だと思っています。

かかりつけ医の役割



きなクリニック 喜納 美津男

「寝たきり」の原因第一位、「死亡」の原因第3位、その病気が「脳卒中」です。

寝たきりや突然の死は、御家族にとっても、大変悲しい出来事になります。従って「脳卒中にならないこと」はとても大切です。

脳卒中を起こす代表的な危険因子（起こしやすくする危険な状態）は、

- 生活習慣病、メタボリックシンドローム

高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、飲酒、喫煙

○心房細動などの不整脈

が挙げられます。さらに、暴飲暴食、不眠や不安、過労などの精神的身体的ストレスが加わると、病状の進行を加速させて「今まで笑っていたのに、突然！」ということにもなりかねません。

脳卒中にならないためには、普段の生活での健康管理はもちろん、先に述べた高血圧などの病気がある方は、勝手にお薬をやめず、疑問や不安がある場合は、医師に相談すること、医師に言いにくければ、看護師や受付、薬剤師などに相談することが大切です。漫然と同じ薬を処方するだけ、聞けば怒ったり、相談にのってくれない医師とは縁を切る勇気も必要です。いずれにしても、「かかりつけ医」機能を持った医療機関に通院し、健診や定期的な検査を受けて、普段のからだの状態を知ることが大切です。「かかりつけ医」とは、日頃から健康相談をしたり、病気を発見したり、初期の医療を行う地域の診療所の事です。

そして、病院から退院した後の療養生活を支えるのも「かかりつけ医」の重要な役割です。

かかりつけ医を持つメリットは、

- 大病院よりも待ち時間が比較的短い
- 食事や日常の健康管理や療養生活でのアドバイスをしてくれる
- 病気以外でも何か健康に不安を感じたら相談にのってくれる
- 入院や精密検査が必要な場合は、適切な医療機関を紹介してくれる
- 家庭医として、家族の病歴や健康状態を知っているので、ちょっとした異変でも早期に発見し、素早い対応ができる。
- 病院へ紹介される時には、普段の状態や病状の経過などの情報も伝わるので紹介先の病院医師が迅速に適切な検査や治療が行える。

などであり、言い換えればこれらが「かかりつけ医」の役割とも言えるでしょう。

かかりつけ医を選ぶ時のポイントとしては、

- 自宅の近所で評判が良い
- 話をしっかり聞いてくれて相談しやすい
- 説明がわかりやすい
- 必要に応じて、適切な医療機関を紹介してくれる

などが挙げられます。

ただし、脳卒中は迅速な初期治療が重要で、その時の対応がその後の人生を左右するといっても過言ではありません。脳卒中を起こしたら、まず、救急車を呼び、早急な治療を受けましょう。その判断ができるのも、普段の「かかりつけ医」との関わりと言えます。

おきなわ脳卒中地域連携の概要について



沖縄赤十字病院脳神経外科部長 饒波 正博

脳卒中の長い治療期間は、大きく三期に分けられます。

急性期

この時期に脳卒中の被害を最小限にとどめるための治療を行います。手術治療もここに入ります。治療にはスピードが要求されます。治療は、脳卒中が発症して最初入院する病院が担当します。

回復期

この時期は脳卒中の後遺症に対する機能回復治療を行います。治療には専門的な知識と技能、それにマンパワーが要求されます。治療は、リハビリテーション病院が担当します。

維持期

脳卒中は再発しやすい病気です。この時期は脳卒中が再発しないように注意深く全身の管理

を行います。具体的には、脳卒中の原因となる疾患～高血圧症、高コレステロール血症、糖尿病、そして不整脈（心房細動）など～を内科的にコントロールしていきます。治療には内科の広い知識が要求されます。治療は入院ではなく、外来通院で行われます。

通常脳卒中の治療は、急性期→回復期→維持期と一方向に流れていきます。

各期が終了すると病院を変えることとなりますので、治療を受けられる脳卒中の患者さん、またそのご家族の方々の精神的負担は決して小さいものではないと想像しております。しかし、病院機能の専門化が要求される現医療体制下では、各期の治療を別の病院（つまりそれぞれ病期の治療に特化した病院）で受けられた方がそうでない場合より、より良い医療が受けられます。ここに病院間連携の重要性が生まれてくることとなります。

私たち県下の脳卒中治療に携わる医療機関は、以上のことをふまえた上で、地域で良質な脳卒中治療が提供できるような広域の脳卒中地

域連携を模索しております。この試みを「おきなわ脳卒中地域連携」と名づけました。私たちの活動が、脳卒中の患者さん、またそのご家族の方々の脳卒中治療にまつわる精神的負担をいくらかでも軽減できれば、その目的は達せられると思っております。そのために私たちは、

- 1) 入院早期から脳卒中治療の全行程について 解りやすく説明する
- 2) 急性期→回復期→維持期の病院間連携をスムーズに行う

を、優先度の高い事業として挙げ、これをすでに一部の地区で実施しております。今後、この連携を全県下に広げ、成果を逐次発表することで、県民の皆様のご理解を得ようと考えております。

脳卒中地域連携は、地域の医療機関で一つの脳卒中治療を提供しようとするものです。一医療施設ではできなくても地域で行えばできる、こういった発想の転換を元に生まれてきた新しい試みです。



※公開講座終了後、公開講座の内容の検証と今後の対応に資するべく、講師間の意見交換会を行ったのでその概要を掲載する。

意見交換会

○玉井理事 無事、県民公開講座終了致しました。

皆様どうもありがとうございました。それでは、早速ですがご感想を伺いたいと思います。

○伊佐先生 少しゆっくり喋りすぎて、予定を大幅に超過してしまい皆様にご迷惑をかけて大変申し訳ないなと思っております。

t-PAの認知がやはりアンケートで多くの方がご存知なかったという部分もありまして、初期対応の事を強調してお話することが出来た事は良かったと思っています。

○玉井理事 饒波先生、t-PAを知らない人は何割ですか。

○饒波先生 3分の2です。ちょっとビックリですね。

ただ、今日来られた方が脳卒中になられたあるいは、ご家族がなられた方々とは全く関係ない方が3分の2ぐらい来られていました。

○玉井理事 それでは一般の県民の認知度というのはまだ低いと考えた方が宜しいでしょうか。

○饒波先生 そうですね。そういう意識の高い方も来てはいましたが、まだまだ啓発が足りないですね。

頑張っていきます。やる仕事がいっぱいありますね。

○玉井理事 渡名喜先生、動画はすごいセッションでした。

麻痺は治せないですけど、出来る事をうまく利用したらやれる事は増やせられるという事ですよね。

○渡名喜先生 そうですね。麻痺が残る、残らないが全てではないということです。

程度の差もありますが、麻痺が残るっていう

現状はありますが、その中で出来るという事が絶対増えるという事です。

最後にも話しましたが、その中で役割をどう持つか、どう趣味を楽しむかという可能性に関しては決して制限とか限界はありません。そこに近づけるところで、基礎として回復期病棟があって基本の動きや工夫の動きを覚えてもらえば、その応用は生活に戻った後に広がります。その基礎としての回復期病棟としての機能が果たせればと思っています。そういう点からも急性期病院から安心して移って来てもらえるよう、少しでも伝われば良かったかなと思いました。

○玉井理事 質問の中にも麻痺があって、前途に不安を覚えているといった質問が多かったですね。

○渡名喜先生 そうですね。全然違う生活になるわけなので、どうなっていくかの不安はいつまでもありますし、元に戻ってほしいという気持ちは当然いつまでもあるはずです。その中で、でもこういう可能性があるっていうことに繋げられるそういうルールが引ければなとも思います。

○喜納先生 前回の脳卒中の講演会の時は、かかりつけ医については触れておらず、今回初めてという事でした。未然に食い止めるためにも、すごく重要なのはやっぱりかかりつけ医だと思います。その部分ではやはり健康意識をもってしっかり健康診断を受けつつ、しっかり治療をするということが一番大事だと思います。今回来られた方々は健康意識が高い方々で、普段から健康診断も受け、指摘されたら治療に繋げるという方々ばかりだと思います。

でも実際には本当に聴いてほしい方々はやは

り来ないですね。それが一番問題で、そういう方々になんとか啓発していく方法がないかと思っております。

こういった講座という形もいいですが、意識の高い方々が対象になっているところがありますので、そうではない方々になんとか今後も啓発していければと考えております。

○国吉課長（県福祉保健部健康増進課）



今、喜納先生がおっしゃった、色々な方々へ啓発をやっていかないといけない立場なのですが、一定のイメージでは、中高年の男性も聞かないだろうとか、

あるいは若い人達は聞かないだろうとか、予想できるようなポピュレーションになんとか機会をつくっていけないか考えております。そういった場合は先生方のご協力を頂ければと思っております。

また、渡名喜先生がもしお時間があったらお話されていたかと思いますが、福祉用具の活用や生活環境の整備等も、非常に力になりますので、そのあたりがもっともっと理解が得られたらと思いました。

○玉井理事 ポピュレーションアプローチはこれからの課題ですね。

○国吉課長 そうですね。広く一般にという意味もありますが、めくらうちではなく、こういう方々という既定のポピュレーションを想定した上でのアプローチということが元々大事な部分ですね。

○饒波先生 よく子どもを狙えば良いと言われています。

子どもを狙うと子どもは自分の親に話します。だからその子ども達、小中高生に対してのアプローチをしていけば、自然に問題である親に浸透していくわけです。

ですから、学校でこういった機会を設けて、親も巻き込みながらやっていくといいと思います。

ゴミ教育等はそういうことをやっています。子どもを通して親の意識を高めるという手を使うのもひとつかと思えます。

○崎山部長（県福祉保健部）



アンケートを見ると、「ご家族が脳卒中に罹患され、治療、看病の経験がありますか」という問いに対して「ある」と回答した方が約40%でした。本日来て

いるのはある程度、関心のある人達なので、これが多いか少ないかは分かりませんが、私は「ない」という人がもっと多く参加してほしいです。

しかしながら、関心がない人が講座に参加するのは中々難しい事です。このような関心のない人達ほど結構色々な問題を抱えていますので、どういうふうに働きかけていくかが重要な課題かなと一つ思いました。

また、t-PAの実施が非常に少ないですので、今後これを啓発していく必要があるだろうと思えます。そういう意味でも、かかりつけ医の役割は非常に大きいと思えます。

例えば、血圧あるいは何かの病気で通院している患者さんに対して、啓発をしっかりやっていくという事も重要かと思えます。

○玉井理事 高良先生、今日の会を振り返って、また脳卒中連携パスを踏まえてお願いします。

○高良先生



脳卒中という病気が大変だという事は皆さんが感覚的に分っていて、急いで病院に行って治療するという事も分っているわけですが、今日みたいに回復期と

か、かかりつけ医を重要視して、もっとアピールして本当に地域の中で治すという概念にもっていかないと、患者さん個々の病状はなかなか

良くならないだろうと思う。今話のあった介護や福祉を含めた社会支援を使いながら、どうしても良かったら良いか考えていかなければならないと思います。

これまで、脳卒中連携を行ってきやっとかかりつけ医の連携まで来たわけですが。今度は福祉を巻き込んで、どのような場合に一緒にやっ、もっと効率よくできるかという所まで広げて行きたいと思っています。

最初、脳卒中連携システムを作った時には、そこまでなかなか一気にいなくて、やっ、かかりつけ医の所までいきました。あとは北部医療圏までこの連携パスのシステムを延ばして、福祉も巻き込むという所までいくと、もっとしっかりしたものになると思います。

今回、リハビリの事とか、かかりつけ医の事が話に出ました、この重要性をもっと強調していきたい。この考え方がもっと普及すると急性期病院もあまり疲弊しないでお互いに協力してできるようになります。その方がむしろ患者さんにとってはメリットがあると思います。

脳卒中になったら「病院に行こう」というのは分かるわけですが、その後が大事だという事を医療関係者全体で啓発する事が大切だと思います。

○安里副会長



私は、2点ほど感じました。

TIAは3ヵ月以内に20%ぐらい発症し、そのうち、半分は2、3日以内に発症し、80%が抑制できるとありました。

そうすると、TIAを県民に理解してもらって発症しないようにすることが大切なのかなと強く感じました。

もう1点は、喜納先生のお話は素晴らしかったですね。

先日開催された、県医師会主催の「県民との懇談会」では居住型施設における胃腸からの離脱の話でしたが、先生の場合は在宅での離脱で

すから素晴らしいなと思いました。

それからもう1つは在宅診療に際し、医療機器等がいっぱいあることです。先生は、コンピュータもお持ちでしたが、現在、中央センターと連携ができるように、ITの脳卒中の医療連携を進めている最中なんです。そういったモデルケースも展開して本当に大きな病院から急性期病院から日々在宅診療をされている先生方のITを通した医療連携をやって頂きたいと凄く感じました。

今日はありがとうございました。

○喜納先生 職種が多くなるとそれなりに連携していくのが凄く大変になりますし、書類でやると大変ですので、その辺をITで出来ると良いですね。これからは必須じゃないですかね。

○玉井理事 在宅医療ではやっぱりITが必須ですよ。どうしても必要なツールです。

○宮城会長



医療提供体制の件です。

例えば脳卒中です。今までは一医療機関で急性期からリハビリまで全部やろうとしておりましたが、急性期、

リハビリ、在宅という流れの中でそれぞれの病院の機能に合わせて役割分担をし、地域の中で皆を支えていくという考え方が定着してきています。ただ、問題なのはどうやって予防するかです。今日、お話があったように沖縄県は通院患者比率が一番少ない。発症すると直ぐに入院するという事が一番大きな問題であると思います。予防に力を入れるのであれば、検診を受けない人や、検診を受けて血圧が高いと言われても受診しない人がいる。そこを変えないと、この問題は解決しない気がします。この場にタイムスの方がいたらそういう所を強く県民にアピールしていくべきではないかと提案したのですが、それが出来なく非常に残念です。

こういう話をマスコミはもっともっと積極的に取り上げていくべきでしょう。脳卒中の発症

率は全国的にあまり変わらないというお話でしたが、ただ、死亡率は少ないということです。その原因は分らないのですが、急性期の病院がかなり頑張っている気がします。

「ゆらぐ健康長寿沖縄」としてこのような県民公開講座をするようになったきっかけは、男性の平均寿命が26位に転落したことから沖縄の長寿社会を復活させようという所からスタートしているので、発生率を全国以下に落とすことが一つの目標になるのではないかと思います。

す。そのことを今日は感じました。医療側はかなり頑張っていて、医療連携が進んでいますがこれをもっと進めていく必要があります。

○玉井理事 裾野を広げていくようなアプローチのやり方を考えていかないといけないですね。

先生方、今日は長丁場で色々大変だったと思いますが本当にお疲れ様でございました。

今後とも宜しくお願いします。ありがとうございました。



当日お越しいただいた方々の中から、3名の方々にインタビューさせていただきましたので、その内容について掲載致します。

インタビュー①：本日の講演会に参加されての感想をお聞かせ下さい。

また、今後の日常生活でどのような事に気をつけようと思えますか。

インタビュー②：医師会への要望をお聞かせ下さい。

(37歳・女性)

- ① 知人に誘われて参加しました。これまで脳卒中については漠然とした認識しかありませんでしたが、今日の講演会を聞いて、分かり易いキーワードや各専門分野の先生方の説明により、一連の流れが分かり、認識が深まりました。持ち帰って、家族や知人に情報提供し、実践していきたいと思えます。
- ② 今後も一般向けの公開講座を続けて欲しい。

(38歳・女性)

- ① 高齢の方の参加が多いと感じました。40代から急にいろいろな体調の変化が起こるので、予防・早期治療の意味でも、中年層への参加呼びかけを強化した方がよいのではないかなと思えます。
- ② 危機感がない人が多いので、ショック療法のような感じで、発症後の大変さや生活の変化等を多く伝えた方がよいと思えます。

(69歳・男性)

- ① 個人的にも不整脈があり、関心を持って拝聴しました。高血圧もあり、これから生活習慣を大いに見直さなければならぬと感じました。お酒がなかなか止められず悩んでいますが、帰ってしっかり考えます。

本会の広報活動にご協力いただきまして、誠に有り難うございました。