

平成24年度家族計画・母体保護法指導者講習会 「改正母体保護法の課題」をテーマに

常任理事 金城 忠雄



プログラム

1. 開 会

司会：今村 定臣（日本医師会常任理事）

2. 挨拶

横倉 義武（日本医師会会長）

三井 辨雄（厚生労働大臣）

3. 来賓挨拶

木下 勝之（日本産婦人科医会会長）

4. 講 演

「日本の医療提供体制の現状と課題」

原 徳壽（厚生労働省医政局長）

5. シンポジウム

座長：福田 稔

（日医母体保護法等に関する検討委員会委員長）

テーマ「改正母体保護法の課題」

(1) 母体保護法指定医師と精神保健指定医の制度の対比

今村 定臣（日本医師会常任理事）

(2) 母体保護法指定医師の指定・更新のあり方

白須 和裕（小田原市立病院病院長）

(3) 生殖医療と母体保護法

吉村 泰典（慶応義塾大学医学部産婦人科教授）

(4) 指定発言

桑島 昭文

（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長）

討 議

6. 閉 会

平成24年12月1日（土）、日本医師会館大講堂にて日本医師会と厚生労働省の共催により標記講習会が開催され、出席したのでその概要を報告する。

本講習会の目的は、母体保護法指定医師に必要な家族計画並びに同法に関連する最新知識について指導者講習を行い、母体保護法の運営の適正を期することにあり、毎年この時期に開催されている。

全国都道府県の母体保護担当理事及び産婦人科医会員等、総勢約190名が参加した。

沖縄県からは小生、産婦人科医会 佐久本哲男副会長と担当理事 當山雄紀先生が出席した。

今村定臣日本医師会常任理事の司会で開会された。

冒頭挨拶をされた横倉義武会長（羽生田俊副会長代読）は、「平成23年6月に改正母体保護法が成立し、これまで通り都道府県医師会が母体保護法指定医師の指定権を持てることになった。刑法の堕胎罪を免除する母体保護法指定医師の責務は重く、医師の職能集団である医師会が責任を持って母体保護法指定医師の指定を行うことの意義を強調され、現在、指定基準モデルを鋭意検討している。本講習会の参加者に対しては、各地域において本日の成果を活用し、引き続き活躍して欲しい」と述べられた。

講演

「日本の医療提供体制の現状と課題」

原 徳壽 厚生労働省医政局長

世界で類をみない超高齢社会となっている日本において、安全、安心な医療体制を構築することは国としての責務である。医療をめぐる制度の流れとして、昭和36（1961）年に「国民皆保険」が制定されて以降、平成12（2000）年には「介護保険法」と幾多の制度が定められてきた。（図1）

医療をめぐる制度の流れ

| | |
|-------|---------------------|
| 昭和36年 | 国民皆保険 |
| 昭和48年 | 老人福祉法改正 老人医療費無料化 |
| 昭和58年 | 老人保健法 |
| 昭和58年 | 特例許可老人病棟 |
| 昭和60年 | 医療法改正 医療計画の導入 |
| 平成2年 | 介護力強化病棟 |
| 平成4年 | 医療法改正 特定機能病院・療養型病床群 |
| 平成12年 | 介護保険法 |
| 平成13年 | 医療法改正 療養病床・一般病床区分 |
| 平成18年 | 医療制度改革関連法 |

図1

特に「老人医療費無料化」は、病床が長期入院の高齢者が占め、病床不足により医療現場の混乱をきたした。昭和60（1985）年には医療法改正に伴う「医療計画の導入」がなされ、全国にある病床の把握や規制がなされてきた。多くの課題があるが、時代にあった対応が出来るようにしたい。

次に、国民皆保険に伴う一般病床・老人病床の推移について、全国には125万床の病床が設置されており、多少の増減はあるがここ20年間の水準は変わっていない。入院率は、20代～40代は横ばいであるが、50代は40代の約2倍と年齢の増加とともに激増していく。将来、団塊の世代が75歳以上になる人口ピラミッドにアンバランスが生じ医療体制が維持できなくなる。（図2）

国としては、病床数120万以上に増やす予定は無く、病床の使い道について対策を練っている最中である。

医療提供体制の現状は、図3の通り、人口1,000人当たり病床数13.6床となっており米英の4倍である。医師数は、病床100床あたり

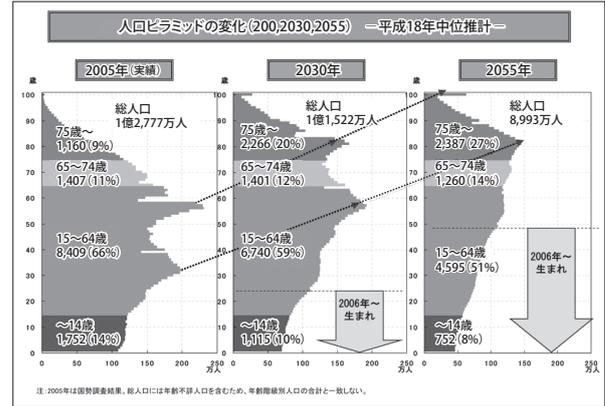


図2

医療提供体制の各国比較(2010年)

| 国名 | 平均在院日数 | 人口千人当たり病床数 | 病床百床当たり臨床医師数 | 人口千人当たり臨床医師数 | 病床百床当たり臨床看護職員数 | 人口千人当たり臨床看護職員数 |
|------|-------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| 日本 | 32.5 (18.2) | 13.6 | 16.4 | 2.2 | 74.3 | 10.1 |
| ドイツ | 9.6 (7.3) | 8.3 | 45.2 | 3.7 | 136.7 | 11.3 |
| フランス | 12.7 (5.2) | 6.4 | #50.9 | #3.3 | #131.5 | #8.5 |
| イギリス | 7.7 (6.6) | 3.0 | 91.8 | 2.7 | 324.7 | 9.6 |
| アメリカ | 6.2 (5.4) | 3.1 | 79.4 | 2.4 | #350.8 | #11.0 |

注1 「OECD Health Data 2012」
 注2 「人口千人当たり病床数」「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。
 注3 「#」は実測に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。
 注4 病床百床当たり臨床看護職員数ならびに臨床看護職員数は、総臨床看護職員数を病床数で単純に割って算出した数値である。
 注5 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

図3

16.4と低いのは、他国に比べ病床数が多いためである。医師数は、人口1,000人あたり2.2と低いが、他国と同等の水準と言える。（図3）

医療提供体制の具体的な方策として、医師の確保・偏在対策、病院・病床の機能の明確化、在宅医療連携等の推進に取り込むことである。

社会保障・税一体改革大綱について、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療確保対策、チーム医療の推進の大きく4つの項目が挙げられた。（図4）

「在宅医療連携拠点事業」について、その目的は、高齢者の増加、病気をもちつつも住み慣れた場所で「生活の質」を重視する医療が求められているため、在宅医療の提供と支援体制の構築、医療と介護を連携した在宅医療の提供を目指すことである。効率的な医療提供のため、在宅医療の地域住民への普及啓発や人材育成などの地域包括支援センターを構築していく。

在宅医療はチーム医療が不可欠で、多職種連携の強化、在宅医療に関する地域住民への啓発、人材育成にも積極的に関与することが前提である。

社会保障・税一体改革大綱(抄)

平成24年2月17日 閣議決定

第1部 社会保障改革
第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①
 (地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化)

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

- i 病院・病床機能の分化・強化
 - ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。
- ii 在宅医療の推進
 - ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。
- iii 医師確保対策
 - ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。
- iv チーム医療の推進
 - ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

★ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

図 4

将来的に高齢者患者の増加をどうとらえ、何を最優先として対処していくのか、在宅医療・介護推進プロジェクトを作成し具体的な対策を練っている段階である。(図5)

人材確保には、女性医師が活動しやすいような支援センター事業(図6)や医師不足診療科の医師確保対策など医師の働きやすい環境整備

が不可欠である(図7)。

原 徳壽 厚生労働省医政局長は、今後、団塊の世代の高齢化及び疾患の増加で、入院患者数が180万人以上になると予想されるが、現在の病床数125万床増すことは不可能であり、在宅医療の促進と今ある病床の使い方を検討し、その上で医師・看護師不足の対策を講ずることが、

在宅医療・介護推進プロジェクト

【24年度予算 35億円】

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

2 実施拠点となる基盤の整備

- 在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)
- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回、随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

- (1) サービスの充実・支援に向けた取組
 - 国立高度専門医療研究センター(5カ所)を中心とした在宅医療推進のための研究事業(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
 - 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
 - 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)
- (2) 個別の疾患等に対応した取組
 - 在宅介護者への歯科口腔保健推進事業(歯科口腔保健の普及啓発のための口腔保健支援センター整備)
 - 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
 - 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
 - IHV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅医療環境整備)
 - 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)

図 5

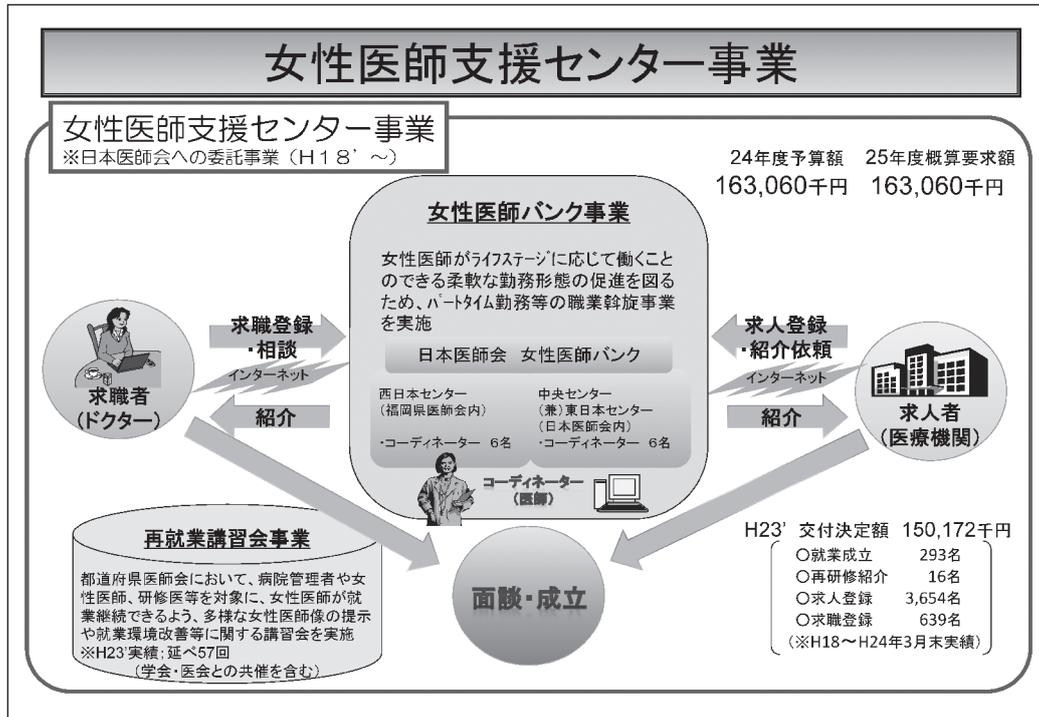


図 6

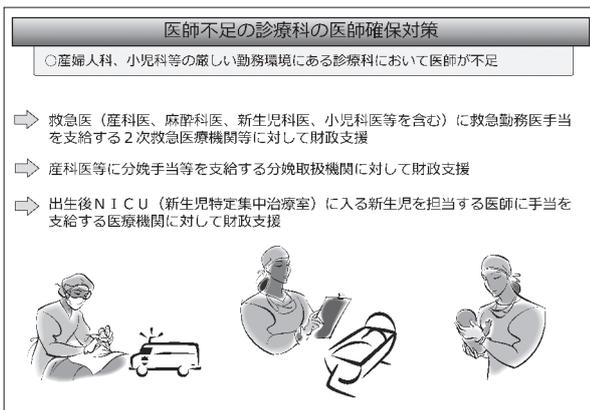


図 7

年間にわたる実績と医師会の厳格な運用を強調するとともに、国会議員へのロビー活動や厚生労働省への精力的な働きかけもあり、更なる適切な運用に努めることを主張した結果、これまで通り全ての都道府県医師会が、引き続き母体保護法の指定権をもつことが可能になった。ところが、厚生労働大臣は母体保護法指定医師に関して必要がある時は、報告を求め、又は助言若しくは勧告するという厳しい内容が併記された」と解説した。(図 8)

今やるべき喫緊の課題とし、後世に禍根を残さぬようにと焦燥感をもって述べられていた。

シンポジウム

「改正母体保護法の課題」

座長：福田 稗（日医母体保護法等に関する検討委員会委員長（熊本県医師会長））

1) 母体保護法指定医師と精神保健指定医師の制度の対比

今村 定臣日本医師会常任理事

最初に、改定母体保護法が成立するまでの経緯について報告がされた。

「当初の優生保護法として成立して以来、64

昨年の母体保護法改正の内容(概要)

(平23.6.17成立、6.24公布・施行)

改正法附則に以下の内容を追加

1. 指定医師を指定する医師会の特例
 法第14条第1項に規定する「公益社団法人」に、公益社団法人及び特例社団法人以外の一般社団法人であって、改正法の施行の際特例社団法人であったもの(以下「特定法人」という)を含むものとした。
2. 厚生労働大臣は、都道府県の区域を単位として設立された特定法人たる医師会に対し、当該医師会が行う指定医師の指定に関し、必要があると認めるときは、報告を求め、又は助言若しくは勧告をすることができることとした。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図 8

また、「現在、母体保護法指定医にふさわしい人物であるかを確認するために所属医師会会長からの意見書の提出が義務づけられている。

このことは、独占禁止法の規定に抵触する恐

れがある。非会員の指定申請に関しては、医師会長の推薦書添付など、非会員が指定を受けることが困難となるような文言がある場合には、見直しが必要になる。非会員が申請する場合、指定医にふさわしいか否か確認は困難であり、今後の検討課題である」と疑問点を指摘した。

「法改正の過程で、医師会の民間組織に「指定」という行政権限を委譲することは適切か、刑法の墮胎罪の違法性を免除する重大な指定は、厚生労働省か都道府県知事に権限を付与すべきではないか」母体保護法の適切な運営の担保等について指摘がされた。(図9)

法改正の過程で指摘された事項

- > そもそも民間組織に「指定」という行政権限を委譲しているような状況を今後も認めることが適切か。
- > 刑法の墮胎罪の違法性阻却という重大な指定は、厚生労働大臣あるいは都道府県知事に権限を付与すべきではないか。
- > 母体保護法の適切な運営を担保する何らかの方策が必要ではないか。

↓

上記に対する医師会の主張

医師会によるプロフェッショナル・オートノミーをより厳格に発揮し、母体保護法のさらなる適切な運用に努める。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図9

次に、医師免許の上に「法」に基づく2つの指定医すなわち母体保護法指定医と精神保健指定医について比較し言及された。

「母体保護法指定医師は、人工妊娠中絶による胎児生命を扱う。一方、精神保健指定医師は、医療保護入院や身体拘束隔離など人権を制限することで規定の業務を実行する。」(図10)

母体保護法指定医師と精神保健指定医

両者の共通事項

- > 母体保護法に基づく指定医師、精神保健福祉法に基づく指定医ともに、「医師免許」のうえに、さらに指定を受けることによって、規定の業務を行うことができる。

【指定に基づく業務】

- ◆ 母体保護法指定医師⇒人工妊娠中絶手術
- ◆ 精神保健指定医⇒措置入院、医療保護入院や応急入院、隔離や身体拘束などの行動制限の要否、措置入院患者の仮退院の可能性の判断 等

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図10

「医師免許に上乗せする国の定める認定資格は、母体保護法指定医と精神保健指定医の二つしかない。母体保護法指定医は、「胎児の生命に関わる医療」、後者は、「強制的に入院させる人権に関わる医療」と特別な位置づけがなされている認定資格である。いずれも限られた「指定医師」のみに許されている。

母体保護法指定医は都道府県医師会長が指定2年毎の更新、精神保健指定医は厚生労働大臣が指定する5年毎の更新の条件がある。」(図11)

| 現行の主な指定・更新要件の対比① | | |
|------------------|------------------------------------|---------|
| | 母体保護法指定医師 | 精神保健指定医 |
| 指定権 | 都道府県医師会長 | 厚生労働大臣 |
| 指定期間 | 2年ごとの更新 | 5年ごとの更新 |
| 指定要件(人格) | 母体保護法指定医師としての品格を保ち、責任を負い、義務を履行し得る者 | — |

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図11

現行の主な指定・更新について、母体保護法指定医師は医師としての責任と義務を履行し品格を保つ「人格」と「研修」も指定要件としている。(図12)

| 現行の主な指定・更新要件の対比③ | | |
|------------------|--|---|
| | 母体保護法指定医師 | 精神保健指定医 |
| 更新要件(研修) | ① 研修の受講を証明するものの提出。(2年ごと) * 日本産婦人科医会研修参加証6枚相当(日本医師会生涯教育制度参加証、都道府県医師会研修証明書、日本産科婦人科学会研修シール等を勘案) ② 人工妊娠中絶手術報告票の届け出を行っていない場合は更新を保留。 | ① 厚生労働大臣の定める研修(1日7時間)の受講。(5年ごと) ② 当該研修を受けなかった場合は、当該年度の終了日に指定医資格失効。 * 研修(新規指定も含む)の実施者: 日本精神科病院協会、全国治体病院協議会、日本総合病院精神医学会 |
| 研修カリキュラム | とくに規定なし | 規定あり(後述) |

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図12

更に母体保護法指定医師の研修カリキュラムについて、精神保健指定医の研修カリキュラムが統一的に組まれているのに比べ、都道府県ごとに違いがあると問題点が指摘されていることを踏まえ、会内の「母体保護法等に関する検討委員会」で、研修のあり方を含め、指定基準の

見直しに関する議論を始めたことを報告した。
(図 13)

研修のあり方について

母体保護法等に関する検討委員会(日本医師会)における検討(検討段階、未定稿)

➢母体保護法の指定医師の指定・更新にあたって、研修の受講を義務付けるとともに、習得すべき研修カリキュラムとして、

- ①生命倫理
- ②母体保護法の成り立ち
- ③医療安全

の三つを必須としてはどうか？

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

図 13

2) 母体保護法指定医師の指定・更新のあり方 白須 和裕小田原市立病院病院長

日本医師会では、指定医師の指定・更新にあたって、都道府県ごとの審査基準に大きな差異が生じないように、母体保護法に関する検討委員会の下に設けられた指定医師の指定・更新のあり方「母体保護法指定医師の指定基準モデル」の作成中であることが説明された。(図 14 及び図 15)

その中では、指定医師の指定や更新における質の高い講習会や研修会をどのように構築するか、人格を問う内容があり慎重な判断が求められている。

特に遵守すべき事項は、(図 16) に示されている。

新規指定の課題として、申請医師の人格の評価や技能の判定に日本産婦人科学会専門医を前提条件にすることや、中絶手術の技術習得内容や症例数等の課題等がある。

また、講習会・研修会等を実施し、カリキュラムを全国的に統一できるよう指定基準モデルをまとめている最中であるとの報告があった。(図 17)

3) 生殖医療と母体保護法

吉村 泰典慶應義塾大学医学部産婦人科教授

1978 (昭 53) 年、英国ロバート・エドワーズ博士による体外受精の成功は、全世界の生殖医療を促進させた。

その後、エドワーズはノーベル賞を受賞し、

指定医師の指定・更新のあり方についての検討

- ・日本医師会に「母体保護法等に関する検討委員会」が設置された。(H24. 8. 8第1回委員会開催)
- ・上記委員会内にある「母体保護法指定医師の指定基準モデル」ワーキンググループ(今村 定臣日医常任理事、福田 桐熊本県医師会会長、落合 和彦慈恵医大教授、可世木 成明愛知県医師会理事、二井 栄三重県医師会常任理事、白須 和裕小田原市立病院病院長)において、検討が開始されている

図 14

「母体保護法指定医師の指定基準」モデル (日本医師会)

母体保護法指定医師を指定する場合は、人格、技能及び設備の3点を考慮して、適正なる指定を行うと共に遵守事項の励行を求めるものとする。

図 15

指定医師の遵守すべき事項

1. 少子化傾向に鑑み、初産平均年齢を引き下げるよう努力するとともに正しい家族計画を指導すること
2. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること
4. 医師会および産婦人科専門団体の行う研修を受講すること
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師の指定を受けた施設内のみとし、往診先または他の施設において行わないこと
6. 必要に応じ術後の受胎調節の指導を実施すること

図 16

「母体保護法指定医師の指定基準」モデル:細則 (日本医師会)

更新の条件

- ①更新の際、研修の受講を証明するものの提出を義務付ける。日本産婦人科医会研修参加証6枚相当(日本医師会生涯教育制度参加証、都道府県医師会研修証明証、日本産科婦人科学会研修シール等を勧案する。)
- ②人工妊娠中絶の届出について更新までに必要な届出を行っていない場合には、指定の更新を保留する。
- ③指定医師更新申請書の作成

図 17

35年たった現在、全世界で約400万人の
人が体外受精により生まれ、日本でも約2万
7,200人生まれている。(図18)

| 西暦 | ART出生児数 | 総出生児数 | (%) |
|--------|---------|-----------|------|
| 92 | 2,626 | 1,208,989 | 0.22 |
| 93 | 3,554 | 1,188,282 | 0.30 |
| 94 | 4,576 | 1,238,328 | 0.40 |
| 95 | 5,687 | 1,187,064 | 0.48 |
| 96 | 7,410 | 1,206,555 | 0.61 |
| 97 | 9,211 | 1,191,665 | 0.77 |
| 98 | 11,119 | 1,203,147 | 0.92 |
| 99 | 11,929 | 1,177,669 | 1.01 |
| 00 | 12,274 | 1,190,547 | 1.03 |
| 01 | 13,158 | 1,170,662 | 1.12 |
| 02 | 15,223 | 1,153,855 | 1.32 |
| 03 | 17,400 | 1,123,610 | 1.55 |
| 04 | 18,188 | 1,110,721 | 1.64 |
| 05 | 19,112 | 1,062,530 | 1.80 |
| 06 | 19,587 | 1,092,674 | 1.79 |
| 07 | 19,595 | 1,089,818 | 1.80 |
| 08 | 21,704 | 1,091,156 | 1.99 |
| 09 | 26,680 | 1,070,035 | 2.49 |
| 10 | 28,945 | 1,071,304 | 2.70 |
| 累積出生児数 | 271,380 | | |

図18

日本では、「凍結」による体外受精での出生
児数が世界一になり、この技術は、世界で最
も優れている。総出生児数に対する生殖医療の
37人に1人が体外受精で生まれていると紹介
があった。(図19)

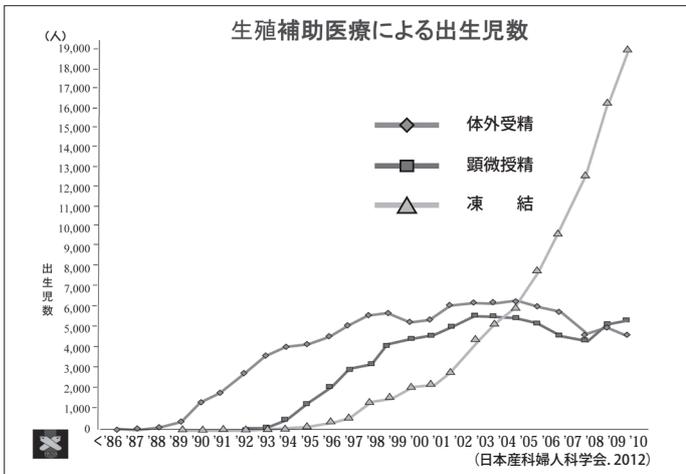


図19

次に、多胎妊娠の母児に対する危険性と減数
手術について言及し、排卵誘発法と複数卵を子
宮内に移植することで多胎妊娠が起こる。多胎
妊娠は、母と児の双方に合併症が増加し予後不
良であることがはっきりしている。法整備が未
だ整っていないが、多胎妊娠に対して減数手術
が行われてきた。母体保護法の定める術式に十
分には合致しない手術であるが、母体保護の拡
大解釈による、母体を護るためと称して多胎妊
娠に対する減数手術の適用は許容されるのでは

生殖補助医療における多胎妊娠防止に関する見解
(平成20年4月12日 日本産科婦人科学会)

生殖補助医療の胚移植において、移植する胚は原則と
して単一とする。ただし、35歳以上の女性、または2回
以上続けて妊娠不成立であった女性などについては、2胚
移植を許容する。治療を受ける夫婦に対しては、移植しな
い胚を後の治療周期で利用するために凍結保存する技術の
あることを、必ず提示しなければならない。

図20

読売新聞 8.29.11

妊婦血液でダウン症診断
精度99% 来月にも

妊婦の血液から胎児の染色体異常を診断する技術が、来月にも実用化される。精度は99%と高い。妊婦の血液から胎児の染色体異常を診断する技術が、来月にも実用化される。精度は99%と高い。

図21

ないかと解説した。

多胎妊娠を防ぐには、移植胚を制限すること
でありその見解を述べた。(図20)

次に、新聞紙上で、妊婦血液でダウン症診断
が可能となったとの報道を紹介した。(図21)

出生前遺伝学的検査は、倫理的問題もあるた
め、難しい課題であることを説明された。出生
前診断の検査と適応についても解説した。(図
22及び図23)

母体保護法は、多くの課題を含んでいるが、
広く母性の生命健康を保持することを目的とす
る法律であり、生殖医学や医療技術の進歩、周
産期医療の発展、更に社会環境の変化に伴い社
会的意義のある新しい変化に対応する必要があ
るとまとめた。(図24及び図25)

わが国の生殖医療の問題点としては、規制す
る法律がまだまだ未整理であり学会のガイドラ
インによる自主規制や見解で運用していること
を挙げ、法律による改善を求めた。

無侵襲的出生前遺伝学的検査
—Non-Invasive Prenatal Genetic Testing (NIPT)—
母体血cell-free DNA胎児染色体検査

- ・陽性の場合:
罹患の可能性が高い(陽性的中率50-99%)が、
羊水検査などの確定診断が必要
- ・陰性の場合:
罹患の可能性は極めて低い(陰性的中99.9%)

あくまでスクリーニング検査(精度の高い)である

図 22

母 体 保 護 法
医師の認定による人工妊娠中絶

本人及び配偶者の同意を得て人工妊娠中絶を行うことができる

- 一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
- 二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの

2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意志を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる

図 24

出生前診断の適応

1. 夫婦の両方あるいは片方が染色体異常の保因者
2. 染色体異常児を分娩した既往のある者
3. 高齢妊娠(出産時に35歳以上)
4. 妊娠初期超音波検査や母体血清マーカー検査で胎児染色体異常が疑われる場合
5. 重篤なX連鎖遺伝病の保因者
6. 重篤な先天代謝異常症の保因者
7. 重篤な胎児異常の可能性がある場合

図 23

ま と め

母体保護法とは広く母性の生命健康を保持することを目的とする法律である。生殖医学や医療技術の進歩、出生前診断をはじめとする周産期医療の発展、さらには社会環境の変化に伴い、総合的、俯瞰的視点に立脚した母性リテラシーを高めるためのイノベーションが必要となる。

図 25

4) 指定発言

桑島 昭文 厚労省雇用均等・児童家庭局母子保健課長

改定母体保護法の概説を述べた後、妊娠中絶の予防的指導として中学・高校における思春期教育やベーシックな性教育をより強化したいと力説した。

その後、質疑応答が行われた。

新規指定の課題

1. 人工妊娠中絶の症例 15 例以上は厳しいので 5 例以上でよいか。
2. 専門医資格を申請の条件とするか。
3. 非医師会員の申請の場合、誰がどのようにして評価するか。

4. 指定医研修の全国統一したカリキュラムがない。
5. 母体保護法の運用や指定医の遵守事項をテーマとした研修会への出席を義務付けるか、カリキュラムに生命倫理学も含めるか。

母体保護法は、法律の未整備の部分があり、討論をすればするほど倫理観や諸問題が山積み、産婦人科は悩みの多い診療科である。

沖縄県医師会としては、日本産婦人科医会本部から講師をお招きして、県医師会主催の母体保護法研修会を開催する計画である。

印象記

常任理事 金城 忠雄

毎年の家族計画・母体保護法指導者講習会に出席しての印象は、産婦人科医は、人生の誕生に立ち会う感激がある一方、不妊に悩む人、望まぬ妊娠で人工流産をせざるを得ない人、生殖医療の劇的な進歩に法律の整備が追いつかないなど、理屈通りに解決できない葛藤の多い診療科だと思ふ。

日医今村定臣常任理事は、医師法の上に法律による資格指定は、母体保護法指定医と精神保健指定医の2つしかないと解説する。

精神保健指定医は、厚生労働大臣が指定し全国的に統一された研修カリキュラムがあり、その資格には3日間の研修と更新時は7時間（1日間）の研修があり厳しい義務付けがなされている。

一方、母体保護法は、都道府県の私的な医師会が指定し全国的な統一カリキュラムや基準も無い。少子化傾向の現状では、人工流産を行う母体保護法に対する社会的批判は増々厳しくなっている。

日本においては、「妊娠女性の権利プロダクティブ・ヘルスライツ」等は法整備されてなく、人工妊娠中絶は禁止されていて、刑法・墮胎罪の対象になっている。しかし、母体保護法指定医だけは「母体保護の適応」の原則を守ることにより、墮胎罪を免除されることになる。

日本医師会や日本産婦人医会本部では、母体保護法指定医の産婦人科医は非常に厳しい規則法律で制約されていることを認識し自覚を持って欲しいと強調されている。

そこで、改正母体保護法では、県医師会長の指定権のほかに、必要とあれば厚生労働大臣が勧告することも追加されている。私ども産婦人科医は、この母体保護法指定医資格の責任の重さを認識したい。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記 URL 参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：平良・池田）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいませようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

URL： <http://www.documents.okinawa.med.or.jp/>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

第 43 回全国学校保健・学校医大会



常任理事 宮里 善次



去る 11 月 10 日（土）午前 10 時より、ホテル日航熊本において、「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマに標記大会が開催された。

午前の部は 5 分科会が開催され、各県医師会から応募のあった演題について、発表と活発なディスカッションが行われた。各分科会の内容は、第 1 分科会が「こころ・心臓・腎臓・実態調査」をテーマとした 9 題、第 2 分科会が「健康教育・生活習慣」をテーマとした 10 題、第 3 分科会が「運動器検診・スポーツ傷害」をテーマとした 8 題、第 4 分科会が「耳鼻咽喉科」をテーマとした 9 題、第 5 分科会が「眼科」をテーマとした 10 題となっている。

午後の部は、都道府県医師会連絡会議、第 43 回学校保健・学校医大会開会式、日本医師会会長表彰式（学校医、養護教諭、学校関係栄養士）、シンポジウム、特別講演が行われた。

シンポジウムでは、『現代の子どもたちの「身体の変極化」について考える』～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～をテーマに、整形外科専門医、小児生活習慣病専門医、スポーツ指導者、それぞれの立場からの意見が

述べられた。

特別講演では、東京大学大学院教授の姜尚中先生より、「悩む力 - 意味への意思について」と題した講演が行われた。

シンポジウム並びに特別講演の概要については、以下のとおり。

シンポジウム

テーマ『現代の子どもたちの「身体の変極化」について考える』～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～

座長 熊本県臨床整形外科医会会長 高橋 洋
熊本県小児科医会会長 後藤 善隆

基調講演

「子どもの体と運動」

熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学
教授 水田 博志

始めに、「今日では運動をほとんどしない子どもが増加する一方で、甲子園や Jリーグ等を目指し、過熱したスポーツ環境の中にいる子どももみられ、運動習慣の変極化が指摘されている。戦後、子どもの体格は顕著に向上してきたが、子どもの体力水準は昭和 60 年頃をピー

クとして低下し、近年は少し向上がみられるものの、走る力、跳ぶ力、投げる力等のほとんどで親の世代に比較してなお低いレベルにある。」と説明があり、子どもの体力の低下や子どものスポーツ外傷・障害とその特徴について報告が行われるとともに、学校運動器検診の必要性等について下記のとおり講演があった。

講演では、運動・スポーツの実施頻度別に体力・運動能力の比較を行うと、運動・スポーツをしない群では週3日以上する群に比較して体力水準が低く、また年次的な低下も顕著にみられており、運動をしない子どもの増加が今日の体力低下の大きな要因であると説明があった。また、朝食摂取状況別に体力・運動能力を比較すると、毎日食べない群では食べる群より体力水準が低い傾向であり、睡眠時間が6時間未満と6時間以上8時間未満の比較でも同様な傾向にあり、生活習慣の乱れが体力低下の要因の一つと考えられ、体力評価が高いほど学習・活動意欲も高く、運動習慣、体力・運動能力、生活習慣、学力の間には密接な関係性が考えられるとの報告があった。

また、スポーツの低年齢化が進み、早くから専門種目を特化してスポーツを行う子どもも少なくないが、同一動作の繰り返しは特定の部位に無理な負担をかけ障害を引き起こす危険性を秘めており、子どもの体に対する指導者の認識不足や過熱した勝利至上主義、更には保護者の過度の期待等がスポーツ障害の発生を助長する要因であると報告された。

成長期にある子どもの骨は靭帯や腱に比べて強度が劣り、軟骨の部分が多いことが特徴であり、関節内あるいは筋・腱付着部の骨・軟骨の傷害が発生しやすく、特に使い過ぎで起こる子どもの骨・軟骨障害では初期に適切な対応が行われれば元通りに回復する一方で、対応を誤ると様々な後遺障害を残すことになり、その結果、スポーツを断念せざるを得ず、子どもの心に深刻な影響を与えることもあると述べられた。

また、学校における定期健康診断における検査項目にて、「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無」が義務づけられているが、未だ多くの学校

で実効性のある運動器検診が行われていないのが実状となっているが、障害の早期発見という観点から学校運動器検診の果たす役割は大きいと意見され、また、体の固い運動器機能不全の子どもは運動やスポーツを行うことで障害を起こす危険性が高く、このような子どもを検診で発見し、事前に適切な指導を行うことで障害を予防することも期待されるとの見解が示された。

最後に、「子どもの運動習慣の二極化とこれに伴う弊害は、現在の子どもの置かれた社会環境、生活環境、価値観等によってもたらされた結果と考えられる。世界に類をみない少子超高齢化社会の中で、次世代を担う子ども達の健全な成長・発達は我が国が抱える最重要課題の一つであり、行政、学校関係者、保護者、学校医、医療機関をはじめとして子どもを取り巻くすべての関係者が緊密に連携して取り組んでいかなければならない。」と述べられた。

シンポジウム

「熊本県における運動器検診への取り組みと課題」— 整形外科専門医の立場から —
熊本県医師会学校保健委員会委員 / おぐに整形外科医院院長 梅田 修二

平成20年度、阿蘇郡市の中学校1校及び小学校1校にて、保護者に運動器の問診票を記入していただき、回収後、異常を訴えている児童生徒を中心に学校医が直接検診を実施したところ、小学生は16人(12.8%)の児童が、中学生は85人(25.3%)の生徒が何らかの異常を訴えており、要二次検診者は、中学生の37人(11%)であったと報告があり、実際に11人(要二次検診者の29.7%)の生徒が専門医を受診し、脛骨疲労骨折、オスグッド病、腰椎側彎症等と診断されたと説明があった。

また、平成21年度からは、「運動器の10年」日本委員会の「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」に参加し、熊本市内の中学2年生853名を対象に検診事業を行ったとの報告があり、本事業における問診票は、宮崎県及び大分県で内容を統一するため、宮崎県で作成された問診票を使用し、大学の整形外科医

による一次検診を行い、要二次検診者の抽出は、問診票と一次検診でどちらか、あるいは両方に異常が認められた生徒とし、その結果、二次検診を必要とした生徒は180名(21%)であったが、二次検診で専門医を受診した生徒は56名(要二次検診者の31%)だったとの報告があった。

また、平成22年度は、八代市の全ての中学2年生1,107名を対象に運動器検診を行ったところ、一次検診にて、専門医の二次検診を必要とした生徒は、227名(21%)で、二次検診で専門医を受診した生徒は90名(要二次検診者の40%)だったとの報告があった。

これらの結果より、「児童生徒の運動器疾患の罹患率が高いのにも関わらず、現在のところ運動器検診体制が確立されていないのが現状となっているが、現在の学校を取り巻く環境では、整形外科医が検診の場を設けることは困難となっている。このような状況を鑑み、内科系学校医に運動器検診の重要性を認識していただくとともに、整形外科医が運動器検診マニュアルを掲示し、効率よくスクリーニング出来る体制を確立、及び、スクリーニング後の整形外科医による要検診者への適切な指導等、治療体制の構築等をしていく必要がある。」との見解が述べられた。

「子どもたちの生活習慣病予防～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状」

- 小児生活習慣病専門医の立場から -

熊本県医師会学校検診委員会委員 / 熊本大学医学部附属病院小児科講師 中村 公俊

熊本市では、小学4年生を対象とした小児生活習慣病予防検診を行っており、本検診は、4月の身長及び体重を基に、肥満度20%異常の児童を抽出していると報告があり、対象者は、10月以降に健診センターで行われる精密検査を受診し、身体測定、並びに、血液検査、医師の診察等を受け、その結果、血液検査の異常や高度の肥満が認められた場合、大学附属病院等の精密検査機関への受診を勧めているとの説明があった。

また、本検診における血液検査において、IIa

型の高コレステロール血症は比較的多くみられる異常の一つであり、小児における動脈硬化の進展を評価する指標として、日本超音波学会ガイドラインに基づいてIMT(intima-media thickness)の測定を試みたところ、IMTはLDLコレステロールと正の相関を認めるとともに、160mg/dl以上と未満の群において有意差を認めたとの報告があった。

また、小児FHヘテロ患者ではIMTの増加を認め、プラーク形成がみられたことから、小児において薬物治療の対象とする高コレステロール血症患者を決定することは容易ではないが、少なくともその一部は対象と考えられることが示唆されると述べられるとともに、小児生活習慣病予防検診等のスクリーニング検査は、小児肥満とその合併症の予防に有用ではないかとの見解が述べられた。

「中学生のこころとからだ」

- スポーツ指導者の立場から -

山鹿市立山鹿中学校主幹教諭
(軟式野球部顧問) 吉野 栄治

近年、子どもを取り巻く環境の変化、家族や地域社会の教育力の低下等により、自制心や規範意識の低下、人間関係を形成する力の低下等、子どもの心の活力が弱っているとともに、子どもの体力・運動能力についても昭和60年頃と比較すると低い水準となっているとの報告があった。

子どもの体力の低下の原因としては、外遊びやスポーツの重要性を軽視する国民に意識、都市化・生活の利便化等の生活環境の変化等、様々な要因が絡み合い、結果として子どもが体を動かす機会が減少していることから生じており、現代の男の子の遊び場所は室内が最も多くなっており、空き地や山、川等という遊び場が失われているのが現状となっているとの報告があった。

また、運動部活動の現状として、運動部イコール勝利志向という従来の一般的な在り方にも変化が現れており、楽しさを第一と考える生徒が増加しているとともに、生徒数の減少及び顧問指導者の高齢化等、運動部活動を支える環境

にも変化が出てきているとの報告があった。

最近の部活動指導を通して多い障害は、疲労骨折である。肘や肩を痛めるケースより、疲労がたまるほどの練習はしていないつもりにも関わらず、腰や足の疲労骨折といったケースが増えており、これも運動不足や食生活の変化等により、体が弱くなったのではないかと見解が述べられた。

特別講演

座長 熊本県医師会会長 福田 稠

「悩む力 - 意味への意志について」

東京大学大学院教授 姜 尚中

始めに「戦後の日本は、当時の人々のそれまでの生き方や政治や社会、文化や価値観等を問い直すことを強いられ、そうした悩みや苦し

等から見事に復興を成し遂げた。当時の悩む力こそが戦後日本をつくった原動力であり、こうした悩む力が新しい価値あるものを生み出す。」と述べられ、講演が開始された。

本講演では、「去る3月11日の東日本大震災から一年半以上が過ぎたが、復興は進んでおらず、過去の出来事のように忘れ去られつつあり、そのことを悩んでいただきたい。その悩む力こそが被災地を復興させるとともに被災者の心を救うのだ。」と述べられた。

また、「我々は出来るだけ悩みがない世界を作ろうとするが、我々は悩み無縁で生きていくことは出来ないのではないか。悩みぬいた結果、その悩みのもがきの中から生きる意味を確信した人はどんな過酷な状況に置かれようと生き抜く力を身につけるであろう。」との見解が述べられた。

印象記

常任理事 宮里 善次

平成24年11月10日、ホテル日航熊本にて「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマとし平成24年度第43回全国学校保健・学校医大会が開催された。

午前中は5つの分科会に分かれて発表が行われ、午後はシンポジウム及び特別講演が行われた。午前中、筆者は第一分科会を拝聴した。

第一分科会では9演題が発表された。

その中でも岩手県医師会の斉藤恵子先生が発表された「学校こころの検診に自我構造分析（エゴグラム）を取り入れた試み」は興味深いものであった。

1950年代にエリック・バーンによって始められた交流分析は、「今、ここ」を問題として、今ここの反応を変えれば、その人を変えたことになる。

これにより悩んでいる問題や対人的なトラブルへの自分の感じ方をはっきり気づかせて、冷静に観察する態度を保たせ、好ましい人間関係を回復させる方法であり、気づきによって変わる可能性を教えるものである。

発表者等は学校医として、体の定期健康診断だけではなく、こころの問題にも積極的に取り組み、生徒にエゴグラムを行い、今の自分と理想の自分のエゴグラムを対比することで、今後伸ばしたい部分を指摘し成長を促したとしている。

高校入学時に今の自分と理想の自分のエゴグラムを作成し、毎年エゴグラムを行いながら問題点を指摘してあげることで、三年時には理想の自分に近いエゴグラムに近づいている実態が提示された。

対人関係がうまく出来ない子供達が多くなっている昨今、古い方法論であるが視覚的に自分の問題点を理解できる点で、印象に残った発表であった。

午後のシンポジウムは『現代の子どもたちの「身体の二極化」について考える』をテーマとし熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学教授の水田博志先生による基調講演が行われた。

現代の子どもたちは親世代に比べて体格は良くなったが、体力は劣る。しかしながら、その実態は幼少期からスポーツに打ち込むタイプと、ゲームやテレビに熱中して体を動かさないインドア・タイプに二極化している。体力の平均値が親世代より劣るのは、インドア・タイプがより平均点を押し下げている現状がある。講演では運動をしない、あるいはできない子どもたちの問題点が指摘されたが、やり過ぎの弊害も指摘された。骨や筋肉、関節が完成していない子どもたちにとって過激なトレーニングは取り返しのつかない後遺症を残す。講演では様々な関節障害が提示されたが、症状が出た時点での対応では必ず後遺症を残すことが強調された。逆に症状発現前であれば、肘関節に何らかの所見があったとしても、運動を中止させることで回復することが示された。激しい運動をしている子どもたちの定期的な健診の必要性を痛感した講演であった。

最後に『悩む力 - 意味への意志について』と題して、東京大学大学院教授の姜尚中氏の特別講演があった。

戦後の日本は当時の人々のそれまでの生き方や政治や社会、文化や価値観を根源的に問い直すことを強いられ、そうしたことを生み出す苦しみの中から出発し、見事に復興を成し遂げた。

当時の悩む力こそが戦後日本をつくった原動力となっており、こうした悩む力が新しい価値あるものを生み出すのだと述べられていた。しかし、やがてそれは高度経済成長となり、幸せて豊かさを生み出したが、その結果はどうだろう？

国土の見境のない乱開発や巨大な利益誘導の構造、更にそれに寄生する様々な利害のシステムや会社主義に縛られた人生コース、階層的な序列に基づく教育システムや過度な受験戦争、政治家の世襲化や強固な官僚制支配等、安心で安全だった豊かな経済大国の深部を蝕みつつあった。

欲望から生み出されるものは、本質的な悩む力から生み出されるものとは異なる。

3.11 東日本大震災から一年半以上が過ぎたが、復興への道のりは遅々として進まないばかりか、今では過去の出来事のように忘れ去られた感さえ否めない。その事は当事者意識を持たない政治家が政治に悩んでいないからだと断定されていた。政争という欲望に明け暮れている今の政治家に失望を禁じ得ない。是非政治のことで悩んで頂きたい。

その悩む力が被災地を復興させ、被災者の心を救うのだと云う発言が印象的であった。

講演の最後に自らの著書『続・悩む力』のあとがきの一部（下記に記載）を述べて講演を終えられた。

『楽観論は力に通じ、悲観論は虚弱に通じる。この格言のような言葉が意味しているのは、幸せな人生を送りたければ、明るく、楽しく、まともに、壮健に、活動的で晴れやかな毎日。まるでどこかの強壮剤のCMと見まがうような言葉こそ、この数十年に及ぶ私たちの社会のモットーだった。しかし新しいミレニアムから10年余り、これまでの幸福論や楽観論の底の浅さが明らかになりつつある時、3.11の事態が起きたのである。私が言いたかったことは、楽観論的な人生論を篩にかけ、悲観論を受け入れ、死や不幸、悲しみや苦痛、悲惨な出来事から眼をそらさず、しかしだからこそ、人生を存分に生きる道筋を示すことだった。それは「人間がはかなく死ぬ運命にあるということを念頭に置いて、あくまでも謙虚に人間的なるものを肯定する」と云うことにほかならない』

印象記

仲本病院 玉城 清嗣

第43回全国学校保健・学校医大会が平成24年11月10日午前10時より熊本県のホテル日航熊本にて「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマに開催された。

午前の部は第1～5分科会あり、学校医2年目の私は学校検診の参考になればと思い、日頃の診療とは異なる第3分科会【からだ・こころ(3)】運動器検診・スポーツ傷害に参加することにした。

運動器検診・スポーツ傷害では内科検診と同時に行う運動器チェック項目：簡便な7項目（歩行以上、しゃがみ込み動作、肩の挙上、肘の曲げ伸ばし、上肢の変形、下肢の変形、脊柱変形）が挙げられていたが、検診では脊柱側弯症検診以外の項目は実施されていないのが現状とのこと。

事実、私自身もそうであった。

運動器検診を実施することで運動器形態異常・機能不全を早期発見することが可能になり、将来のロコモ（運動過多に伴う四肢及び脊柱のスポーツ傷害）やメタボを予防することで健全な運動器の発育と発達に繋がると思うと学校医として、反省させられることばかりであった。

また、小児期から若年成人における不規則な食生活、ダイエット志向による過度な食事制限、一方で糖質過剰摂取、動物蛋白質と脂質の摂取量増加、運動不足、夜型生活習慣等による肥満の増加、栄養状態の二極化が進み、全体的に低骨密度傾向にあるという報告もあった。

午後の部は基調講演から始まり「子どもの体と運動」というテーマで戦後、子どもの体格は顕著に向上したが、体力水準は親世代に比較して低いレベルにあり、運動しない子どもの増加が要因である。また、体力や運動能力の低い子どもでは運動や学習に対する意欲が低く、日常生活習慣も好ましくない状態にある。

一方、スポーツの低年齢化が進み専門種目を特化してスポーツを行い無理な負担をかけ、障害を起こす危険性もあり、ここでも運動習慣の二極性が指摘されていた。より運動器検診の必要性を痛感した。

シンポジウムのテーマは『現代の子どもたちの「身体の二極化」について考える』であった。

子どもの遊びには、「遊び時間」、「遊び空間（場所）」、「遊び仲間」が必要と言われているが、現代の子どもに一番人気の遊びはテレビゲームで小学生の男子の9割以上がゲームをし、2時間以上する子は半数にも及ぶという。

遊び仲間もなく、遊び場所は自宅で、これは外遊びやスポーツの重要性を軽視する国民の意識、都市化、生活の利便化等の環境の変化、生活習慣の乱れが影響し、家庭や地域社会の教育力の低下や体験の減少等に繋がり、結果として、子どもたちが体を動かす機会が減少していると指摘している。

喫緊の課題は、「生活習慣の乱れからの脱却」が肝要と思うが、子どもたちの未来を考えると難題が山積みする。

講演を拝聴し、学校医として私に「今、何ができるか」を試行錯誤しながら前進したいと思った。

印象記

桑江皮膚科医院 桑江朝二郎

私は今年度よりコザ小学校の校医に任命された。

子供達に戯れながら楽しくはやっているが、まだ、経験、知識が乏しい為少しでも参考になればと思いい大会に参加した。今回は熊本で開催された。

初日は沖縄県医師会宮城会長、宮里常任理事と熊本名物の馬刺し等の馬料理で会食し、色々と有り難いお話をしていただいた。

私は第1分科会「こころ・心臓・腎臓・実態調査」を聴講。

一番印象に残ったのは岩手医科大学の時の同級生のお母様でもある、西松園内科医院の斉藤恵子先生の「学校こころの検診に自我構造分析（エコグラム）を取り入れた試み」であった。

高校生に“今の自分”と“理想の自分”のエコグラムを取りその差を比べるというものであり、1年生時はA（成人）のモデルの値が“理想の自分”より“今の自分”の方が低いケースが多く、3年生時にはその差が縮まる事が多い。これは高校三年間で子どもの自我から大人の自我に変化していく事が分かる。教育者が交流分析を学ぶ事は、発達の色々な段階にいる生徒と効果良く対応出来るようになるかと結んでいた。

また、途中で第3分科会「運動器検診・スポーツ傷害」へ移動し「柔道における重症頭部外傷 - 中学校の武道必修化をうけて -」を聴講した。

今年度より中学校で武道とダンスが必修化された為、頭部の外傷が増加する事が予想されるのでそれに対する対応が必要になってくる。

事故は中学1年生及び高校1年生が多いが、これは受け身の技術が未熟な初心者で多いと予想され、また、重症頭部外傷では予後が悪い事が多いことから予防が大事である。

練習前の体調チェック、事故発生時の対応・救急搬送、練習の復帰の許可の基準等を周知させることが必要であるという事であった。

開業するとなかなか他科の先生と会話する事が減るので、今後も機会があればまた参加し地元料理をつつきながら有り難いお話をお伺いしたいと思った。

お知らせ

沖縄県医師会医学会総会(平成25年12月)休会のお知らせ

来る平成25年11月16日（土）・17日（日）、沖縄県那覇市に於いて第113回九州医師会総会・医学会【担当：沖縄県医師会】を開催するため、例年12月に開催している沖縄県医師会医学会総会は休会となります。

国民医療を守るための総決起大会



会長 宮城 信雄



去る12月21日(金)、日本医師会館において、国民医療推進協議会(加盟40団体)主催による標記大会が開催されたので、その概要を以下に報告する。

司会の三上裕司日本医師会常任理事より開会が宣された。

挨拶

主催者代表

横倉義武国民医療推進協議会長(日本医師会長)

国民医療とは国民一人一人が受ける医療のことであり、我が国においては地域毎に異なる医療状況下において、国民誰もがいつでも良質な医療を受けられるよう、良識と熱意を持った医療従事者が懸命に医療を提供し続けていることそのものであると考えている。それを実現し支えているのが、全ての国民が加入する仕組みである国民皆保険であり、また、医療機関の連携の下で地域毎に必要なとされている医療を適切に提供していく仕組みである地域医療提供体制で

ある。半世紀に亘り、国民の生命と健康を守り続けてきた国民皆保険を今後とも持続可能な社会保障体制として確立し、更に医療費削減政策等により疲弊した地域医療提供体制を再構築していくことは、国家が負うべき当然の責務である。しかしながら、昨今の医療を取り巻く厳しい状況や政策を見ると、更なる医療崩壊を引き起こすのではないかとの危惧を覚えずにはいられない。去る8月10日に社会保障・税一体改革関連法が成立した。これにより今後段階的に消費税率は10%にまで引き上げられる。その増収分は全て社会保障に充てると野田総理は述べている。先日の総選挙で新たに政権与党となる自由民主党の政権公約を見ても、消費税収は社会保障以外には使わないと明言している。一方、社会保険診療に係る消費税は非課税とされ、医療機関は患者さん方から消費税を頂いていない。しかしながら、医療機関は社会保険診療を行うために仕入れる薬品や材料等に対して消費税を支払っている。本来、消費税は消費者

が負担するものであるが、患者さんから消費税を頂いていないため、その分を医療機関が負担している問題がある。この問題が解決することなく、消費税率が引き上げられれば、今後医療機関は現在の2倍の税負担を強いられることになり、多くの医療機関が経営破綻をする恐れがある。地域医療を担う医療機関が経営破綻し閉院した場合、一番困るのはその地域に住む住民の皆様であることは言うまでもない。又、去る7月31日に閣議決定された「日本再生戦略」や、TPPを巡る動きを見ても、医療を営利産業化し国民皆保険を崩壊へと導きかねない内容を含むものであった。これらのことは、国民が安心して暮らせる社会を実現し、国民の健康と福祉の向上を強く願う協議会として到底看過する訳にはいかない。そのため、11月15日に第8回国民医療推進協議会を急遽開催し、国民皆保険の堅持と地域医療の再興を求める国民の声を政府に届けることを目的とした国民医療を守るための国民運動の展開を満場一致で決定したところである。その国民運動の一環として本日この大会を開催させて頂いた次第である。折しも、先日の総選挙の結果、民主党から自由民主党へと政権が移ることが決まった。自由民主党の政権公約では、国民皆保険を守るということを基本に地域で必要な医療を確保することや、聖域なき関税撤廃を前提にする限りTPP交渉に参加しないと謳っていることから、今後の政権運営に期待をしたい。そして、この度の国民運動の趣旨についても必ずやご理解頂き、国民の声を聞き留めていただけるものと確信している。皆様方の絶大なるご協力により、本日の大会が所期の目的を達成し、新しい政権による国民皆保険の恒久的堅持と地域医療の再興に向けた政策に繋がることを衷心より祈念して挨拶とさせて頂く。

野中博東京都医師会会長

去る16日に行われた総選挙において、自由民主党が政権を獲得することが決まった。これから政治に対し私達は大いに期待すると共に、これを見守っていく必要がある。今回の選挙で

話題になったのは、「日本を取り戻す」ということであった。確かにこの10年で失ったものが多々ある。中でも、医療の現場において様々な患者さんを診る中、特に在宅医療や認知症などの高齢者医療に関わっていると、我が国が競争だけで人間としての尊厳が尊重されない社会に向かっているのではないかと危惧している。これからの政治には、景気などの経済状況の改善が求められるが、それに加えて改めて国民の連帯と支えあい、互いを思いやる心あふれる社会の構築を目指してほしいと強く願うところである。本年8月に自由民主党、公明党、民主党の三党合意により社会保障制度改革推進法が成立した。この基本方針の中の医療保険のひとつの項目には、医療のあり方には個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことが出来る環境整備をすることとある。この実現は当然我が国の医療界が目指すべき目標であることは間違いないが、政治にもこの項目の重要性を改めて認識していただき、その実現に向けて強い政治力を発揮して頂きたいと思う。更に、様々な医療従事者の方々の現場でのご苦勞も理解して頂きたい。ここで改めて昭和36年以来持続してきた国民皆保険制度の意義を、政治には良く理解して頂きたい。国民皆保険制度は国民の連帯と支えあいの精神を基盤としており、これからの社会を構成するうえで益々欠かせない制度である。我が国の景気や経済を改善する上でTPPが必要と判断されたとしても、我が国の国民の健康・生命を守る国民皆保険制度を崩壊させてはならない。医療に格差を組み入れ、必要な医療を受けることが出来ない状況を作ること、国民の健康と生命を守る集団である医師会として断じて見逃すことは出来ない。改めて国民皆保険制度の持続と堅持を訴える。これまで、東京都医師会は人生を支える医療の構築を目指してきた。全ての医師会並びに国民医療推進協議会の皆様、団結して国民皆保険制度の持続・堅持をはじめ国民医療の環境の改善・充実に向けてがんばろう。

来賓挨拶

桜井充厚生労働副大臣（民主党参議院議員）ならびに、武見敬三参議院議員より国民皆保険制度の堅持、控除対象外消費税問題の解決、医療税制のあり方の是正等に対する決意と協力を求める挨拶が述べられた。

趣旨説明

今村聡日本医師会副会長

世界に冠たる我が国の国民皆保険制度は、国民の宝である。この皆保険制度の下で、国民に安心・安全な医療を提供しているのが非営利の下で運営されている日本の医療機関である。医療機関の経営が健全であればこそ、良質な医療が国民に提供されることになる。

さて、健全な医療経営のためには、医療機関の自主的な努力は当然であるが、それだけでは限界があり、十分な財源の確保と税制上の措置が絶対に必要である。ご承知のとおり、本年8月に消費税増税法が成立し、平成26年4月に8%、平成27年10月に税率が引き上げられることになった。消費税は高齢化社会を迎えるにあたって、社会保障を充実させるという名目で導入された。しかし、社会保険診療が非課税であるために、長年にわたり医療機関に大きな負担が発生し続けている。このまま税率が上がると、医療を支えるべき税によって医療機関の健全経営が成り立たないという誠に皮肉な結果になりかねない。今こそ、この問題の重要性を認識頂き、抜本的な解決に向かって本日まで参加の皆様方から声を上げて頂くことを強く希望する。

消費税は全ての物やサービスの消費について課せられる税金であり、最終消費者が負担することになっている。しかしながら、社会保険診療は非課税のため、医療機関は患者さんから消費税を預かれない。一方、仕入れ業者には、消費税を支払うため、医療機関があたかも最終消費者のように本来負担する必要のない消費税を負担している。病床数の多い大病院では年間数億円にも上る消費税負担、また、全ての医療機関の平均においても社会保険診療の収入の2.2%に達する税負担をしている。この問題に

ついては、従来医療機関が仕入れに払う消費税の負担分を診療報酬に上乗せし解決済みとされてきた。しかし、この上乗せは不十分且つ不透明な方法で実施されている。一方、国民や患者さんから見ても、この診療報酬に上乗せされたことで、現在、非課税で消費税負担が無いとされながら、結局目に見えない形で負担が発生することになっている。元々社会保障の充実を目的に導入された消費税が逆に医療機関の経営を困難にさせ、更には地域医療を崩壊させてしまっただけでは、国民にとって重大な損失となる。税金の制度を変えるには、法律を改正するという非常に高いハードルがある。このハードルを乗り越えるためには、医療界がこぞって声を上げ、国民の声として運動を展開する必要がある。患者負担を増大させない形でしかも不合理な消費税負担が生じない抜本的な解決のために、ここにご参加全ての皆様方が多くの国会議員や国民に働きかけ、事の重大性を訴えていただくことをお願いして趣旨説明とさせていただきます。

中川俊男日本医師会副会長

日本が国民皆保険を実現して50年余となる。私達日本人は世界に誇る国民皆保険を文化として大切に守り育ててきた。その結果、日本の公的医療保険制度は世界で最も平等で公平であると高く評価されている。それは、全ての国民がお金のある・なしに関わらず、いつでもどこでも安心して医療を受けることが出来るからである。しかし今、日本の公的医療保険制度に最大の危機が迫っている。医療を営利産業化すべきとする要求が高まり、国民皆保険が揺らごうとしている。その危機は、TPP交渉参加によって現実のものとなる恐れがある。本日も集まりの皆様には、是非この危機感を共有していただき、一緒に国民皆保険をしっかりと守っていただきたい。

国民皆保険が揺らいでいると考える背景には2つの理由がある。

- (1) 1980年代から続く、アメリカからの要求である。アメリカは1985年のMOSS協議で、日本の医薬品や医療機器の市場開

放を求めた。市場開放の要求は年々強ま
ていく。2001年の小泉内閣ではアメリカ
は日本に年次改革要望書を出している。そ
こでは、医薬品や医療機器だけではなく、
医療本体に市場競争原理を導入することが
突きつけられた。その後アメリカの要求が
益々具体的になっていく。2004年には混
合診療の全面解禁や、株式会社の参入を求
めてきた。2006年には特区で株式会社を
参入させるよう求めており、ごく一部に限
り実現させている。2009年には政権が民
主党に交代したが、その後もアメリカの要
求が益々強まっている。特に最近では中
医協の薬価改定ルールの見直しなど、内
政干渉ともいえる要求をしている。TPP
では、日本の公的医療保険は議論の対
象になっていないとされている。しかし、
2011年にアメリカはTPP貿易目標を
発表し、医療保険制度そのものについて
目標を掲げた。具体的にはTPPに参加
する国は市場に参入できる機会を確保
できるよう健康保険制度の運用におい
ては、透明性と手続きの公平性を尊重
することとある。

(2) アメリカからの要求に応えるか
のように医療の営利産業化に向かい
かねない動きが見られる。2011年
の規制制度改革の報告書には公的
医療保険の範囲を再定義する方法が
示されている。再定義とは給付範囲
の縮小を示唆していると考えられる。
今年の7月には日本再生戦略が発表
され、公的保険で対応できない分野
は民間活力を生かすとしている。今
後、公的医療保険で対応できない
分野が出てくることを想定し、それ
を民間で対応するという方針のよう
である。8月に成立した社会保障制
度改革推進法にも気がなることがあ
る。これまでの政府の文章には国民
皆保険を堅持するという姿勢が必ず
示されていた。しかし今回の法律に
はそれが無い。それどころか、原則
として全ての国民が加入する仕組
みを維持するという表現になっている。
なぜ、原則としてなのか。更には
ここにも、「保健給付範囲の

適正化を図る」という表現がある。
公的医療保険からの給付はこれから
減らされるのであろうか。こうした
心配はTPP交渉参加によって更に
強まる懸念がある。現在、TPP
では、公的医療保険は議論の対
象になっていないが、本来TPPは
参加する国のあらゆる産業分野
において徹底して市場原理を導入
しようとする究極の規制緩和であ
る。営利企業や投資家は市場への
参入障壁を徹底的に排除する。ア
メリカの起業や投資家にとっての
参入障壁は何か、それは正しく日
本の混合診療の原則禁止、株式
会社の参入制限、診療報酬や薬価
決定プロセスである。アメリカが
これらの見直しを要求して国民皆
保険をゆるがすことは十分に考
えられる。このまま日本がTPP
交渉に参加すればアメリカ主導で
医療の市場化が進められ、日本の
公的医療保険が縮小し、新しい治
療や医薬品を公的医療保険に組み
込もうとしなくなる恐れがある。そ
の結果、高額自由診療の医療が
広がり所得によって受けられる
医療に格差が生じる社会になる。
昨年11月に日本医師会、日本
歯科医師会、日本薬剤師会は
政府に対して下記2つの要請を
した。

- ① TPPにおいて将来にわたって日
本の公的医療保険制度を除外す
ることを明言すること
- ② TPP交渉参加如何に関わらず
医療の安全・安心を守るための
政策（混合診療の全面解禁を行
わない、株式会社の医療参入
阻止等）を個別具体的に国民に
約束すること）である。

しかしながら、未だに政府から
明確な回答は無い。今、改めて
政府へ国民皆保険を守ることを
はっきり表明していただくよう
要請する。私達は全ての国民が
加入してさえいれば国民皆保
険と言えるとは考えていない。
下記3点が重要である。

- (1) 公的な医療給付範囲を将来
に亘って維持すること。
- (2) 混合診療を全面解禁しない
こと

(3) 営利企業を医療機関経営に参入させない
こと

私達は、受けられる医療に格差がある社会を絶対に認めることは出来ない。国民皆保険という掛け替えのない貴重な文化をしっかりと守らなければならない。

新政権には国民皆保険を支持することをはっきり表明していただきたい。そのために私達は頑張っていかなければならない。

決意表明

大久保満男日本歯科医師会会長

夏のロンドンオリンピックにおける開会式において、イギリスのナショナルヘルスサービス（イギリスの国営医療制度：NHS）が紹介されていた。あれはイギリスが世界の歴史において貢献した様々な出来事が紹介されていたが、その中に NHS が出てくるとは思ってもいなかった。つまりは、イギリス国民はあの制度をイギリスの宝と思っているのだろうと思う。翻って、日本は昨年国民皆保険制度 50 周年であった。先ほどより「世界に冠たる国民皆保険」と言われているが、本当にそう思っているのか、その恩恵を十分に受けていると思っているのだろうか。空気のように当たり前のように思っているのではないかと思う。しかし、この 50 年、私共の先達はこの制度を創るとき、それを守り育てるとき、さらにそれを次の世代に手渡していくために、最大限の努力をしてきた。人間の創った制度であるため完璧ではなく、医療の現場を預かる我々にとっては国民皆保険の中身については様々な批判・不満がある。しかし、それらを抱えながら、より良い制度にするために私どもは全力を尽くしてきた。そのような中で、今回の社会保障と税の一体改革が出てきたことは極めて象徴的な出来事であると思っている。

アメリカの経済学者であるスティグリッツが、「大変厳しい経済状況と高齢化の中で、公共政策の抑制、社会保障の抑制という道を進もうとするかもしれないが、もしその選択をしてしまうと必ず日本の経済は危ういものとなる」

と述べている。更に、「もしその選択をしたならば、日本人が持っている社会の根源的な価値を失わしめるであろう」とも述べている。この根源的な価値とは、国民どおしが互い助けあう共助・互助の精神を日本人が持っており、それを政治が支えている。この 2 つの安定した構図が、戦後の日本の発展であり、50 年の国民皆保険の歩みであったと思う。

18 世紀にヨーロッパに近代国民国家が生まれ、国家が国民を統治するために国民からくまなく税金を集め、それを社会における格差を調整するために再分配した。それが国家の最も大きな責任である。今回の社会保障と税の一体改革は正に国家の再分配の意味が問われていると同時に、医療を必要する人に的確に届けること、更にはその医療をとどける場である医療機関における控除対象外消費税問題も併せて解決して頂きたい。

これらの問題に対し、私どもは新しい政権に対して明確に訴えていかなければならない。

児玉孝日本薬剤師会会長

政権が変わる中で、自公民の三党合意あるいは、自由民主党公約を見る限りは国民皆保険を守るという決意が示されている。問題はそれが実行されるかどうかである。漸く社会保障制度の中身を議論する国民会議がスタートすることになっており専門家が入ってはいるが、現場の意見を吸い上げてくれるメンバーが入っておらず懸念されるところである。更に、先ほど経済財政諮問会議の話が出たが、過去においては聖域なき規制緩和が実行され、そのために地域医療は崩壊した。また、昨今では、株式会社化された学校の閉鎖、観光ツアーバスの悩ましい事故等も規制緩和がもたらしたものである。規制緩和が国民の安全と安心を守ることに繋がるのか。新たに同会議が持たれるようであるが、間違っても同じ事を繰り返すことの無いようにしてもらいたい。

アメリカからの様々な圧力があるかと思うが、2009 年の 2 国間協議における厚生労働省

関係報告書によると、明確に医薬品審査の規制緩和、混合診療について述べられている。しかしながら、一方で過日行われたアメリカ大統領選挙における争点のひとつが医療保険制度の見直しであった。現制度の見直しを訴えたオバマ氏が勝利したのである。

我が国において、現在の政権の最大の公約は経済再生である。

暮らしやすい国として北欧が上位に来るが、それは老後が保障されているからである。今の日本にはそれが無い。お金が無いのではなく、社会に回っていないのである。将来に対する不安があるため、使うことが出来ないのである。

従ってこれからの政権に対し、皆様方と共に国民医療を守るための行動を行っていききたい。

坂本すが日本看護協会会長

少子高齢化社会を迎えた我が国では、国民の医療ニーズが益々高まっていく。日本看護協会はこれからのニーズの増大に応えるため、3つの提言を行う。

①質の高い医療の提供

慢性疾患が増加し、病を持ちながら暮ら

していく人が今後増えていくことから益々医療の質が問われる。質の高い医療介護を提供する体制を確保する。

②安心して医療が受けられることの保障

2025年に向けて、地域医療（特に在宅医療）を充実させなければならない。国民の住み慣れた地域で最後を迎えたいという思いを実現するためには、地域毎のサービスの量、質の格差を無くし、安心して最後まで地域で過ごすことができる医療・介護の体制を確立する。

③国民皆保険の堅持

これから多くの人たちが病気を抱えていく日本において、財政基盤を安定させ、安心して暮らせる社会にするための基盤づくり。

決 議

山崎學日本精神科病院協会会長より決議文の朗読説明があり、全会一致で原稿通り承認された。

頑張ろうコール

最後に羽生田俊日本医師会副会長の音頭で頑張ろう三唱が行われ、大会の幕を閉じた。

決 議

国民の幸福の原点は健康にある。

それを支えるわが国の優れた国民皆保険を堅持し、地域医療を再興していくことは、すべての国民の願いである。

そのため、国民皆保険を崩壊へと導く医療の営利産業化に繋がる政策には断固反対する。

また、国民と地域医療を担う医療機関に不合理且つ不透明な負担を生じさせている医療に係る消費税問題の解決を強く要望する。

以上、決議する。

平成 24 年 12 月 21 日

国民医療を守るための総決起大会

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 56 回社会保険指導者講習会

～「実践 小児・思春期医療」～



常任理事 宮里 善次

第 56 回社会保険指導者講習会プログラム
「実践 小児・思春期医療」
10 月 4 日 (木)

開会
挨拶

日本医師会長 横倉 義武
厚生労働省保険局長 木倉 敬之
「わが国の小児医療の現状と問題点」
五十嵐 隆 (国立成育医療研究センター 総長)

質疑応答

「子どもの診療の進め方」
松平 隆光 (松平小児科 院長)

質疑応答

「子どものアレルギー疾患の診断と治療」
西本 創 (さいたま市民医療センター小児科 科長)

質疑応答

「呼吸困難をきたす子どもの感染症の診断と治療」
田島 剛 (博慈会記念総合病院小児科・副院長)

質疑応答

「子どもの痙攣・意識障害の診断と治療」
岡 明 (杏林大学小児科 教授)

質疑応答

「思春期の子どもの性の問題」
早乙女 智子 (神奈川県医師会神奈川県立汐見台病院産科 副科長)

質疑応答
終了

10 月 5 日 (金)

「改善しつつあるわが国の予防接種体制」
渡辺 博 (帝京大学溝口病院小児科 教授)

質疑応答

「外来でよく見る子どもの感染症」
和田 紀之 (和田小児科医院 院長)

質疑応答

「子どもの心臓病の診断と治療」
賀藤 均 (国立成育医療研究センター器官病態系内科 部長・循環器科 医長)

質疑応答

「思春期の子どものこころの問題と対応」
平岩 幹男 (Rabbit Developmental Research 代表)

質疑応答

厚生労働省関係講演
総括

日本医師会
終了

平成 24 年 10 月 4 ～ 5 日に日本医師会館に於いて「実践小児・思春期医療」をテーマに、第 56 回社会保険指導者講習会が開催された。

小児科医療の各領域に於いて、第一線でご活躍されている先生方を講師として招いており、改めて勉強させて頂いた講習会となった。

以下、10 月 4 日に行われた領域分の概要を報告する。

我が国の小児科医療の現状と問題点

(国立成育医療研究センター総長 五十嵐 隆先生)

以下に示すような子どもをとりまく環境 (母親、社会、医療など) の現状と問題が述べられた。

- ① 経済的に恵まれている国の 15 歳の子ども達の中で “I feel lonely” と感じている割合が多く、我が国は 30% と突出している。人間関係が希薄となった日本社会を反映していると考えられる。
- ② 遊ぶことで子供が獲得する能力を現代の社会は阻害している。
- ③ 現代の母親の気質と子育てへの姿勢が、出産と子育てにおける「母」から「個人」へとシフトしてきた。
- ④ 新生児死亡率と乳児死亡率はその低さで世界一と二位であるが、出生率が低く小児人口は総人口の 13.8% にすぎない。
- ⑤ 小児医療の指標を「死亡率」から脱却し、子どもの心の健康度や幸せ度を示す健康指標を創設することが求められる。
- ⑥ 低体重児の割合が増加し、出生時平均体重が年々減少している。
- ⑦ Barker (成人病胎児期発症) 説からみると、⑥の現状は将来大きな問題となるだろう。

- ⑧我が国の調整粉乳はタンパク濃度が高く、ビオチンを含まない。また WHO や米小児科学会が推奨値を示しているカルニチン、セレン、ヨウ素、イノシトール等の成分について我が国では示されておらず、世界水準を満たさない現状である。
- ⑨ OECD35ヶ国中我が国は9番目に子どもの貧困率が高い。
- ⑩小児虐待は年々増加し、虐待防止法施行前の4.7倍で、4歳未満が75%を占める。その内0歳時は58.2%と高い比率である。
- ⑪我が国の予防接種体制は世界標準にはるかに及ばない。改善のための取組が急がれる。
- ⑫小児期発症の慢性疾患をうまく成人に transition するかが課題である。
- ⑬我が国の小児科医療の現状は、小児科医の不足、地域による偏り、救急医療体制が不十分、病院勤務医の減少が小児医療の崩壊を招く、小児医療の無料化がコンビニ受診を助長したように、小児医療が政治に利用されている、等々となっている。
- ⑭ Childdeathreview 体制を構築することで子ども虐待の防波堤となる。
- ⑮思春期医療の整備が必要である。

- C) 子どもの代弁者
- D) 学識・研究者
- E) コーディネーター

③小児科診療の特徴と留意点

- A) 保護者からの情報が重要である。
- B) 年齢的特徴を理解して診療にあたる。
- C) 年齢、体重により薬剤選択と投与量を決定する。
- D) 伝染性疾患の鑑別診断と感染防御対策がとれる。
- E) ワクチンに対する最新の知識を持つ。
- F) 小児救急疾患のトリアージができる。
- G) 小児は成人に比して症状の進行が早い事に留意する。
- H) 専門医への紹介時期と連携体制を構築する。
- I) ADL を高めるために、行政や学校などとの協力体制を構築する。

④診察時の心構え

- 医療面接のポイントは小児科医として当然の事ばかりであったが、“診察室での禁句”には思い当たる節がある。
- A) 子どもの男女を間違えるな
 - B) 母親をお婆ちゃんと間違えるな
 - C) 太っているとは言わない。
 - D) “がき”とか“ぼく”とか強い口調で呼ばない。名前と呼ぶ。
 - E) お腹の出ている母親におめでたですかと安易に聞かない。

子どもの診療の進め方

(松平小児科院長 松平 隆光先生)

①小児科外来診療の心構え

- A) 小児科医は医療の専門的知識、技術をもって、子どもの健やかな成長を支援する役割を担っている。そのため、疾患を診ることに終始しては本来の目的は達成されない。
- B) 子どもの権利条約に定められている「生きる権利」「守られる権利」「育つ権利」「参加する権利」が補償されるように、子どもと家庭の支援に努め、時には子どもの代弁者として社会に働きかけることも必要である。

②小児科医の5つの役割 “日本小児科学会”

- A) 子どもの総合診療医
- B) 育児・健康支援者

子どものアレルギー疾患の診断と治療

(埼玉市民医療センター小児科科長 西元 創先生)

①即時型食物アレルギーの症状⇒30分位で急速に進行する。

- A) 皮膚⇒掻痒感、じんましん、浮腫
- B) 粘膜⇒結膜充血、くしゃみ、鼻汁、口腔内違和感
- C) 消化器⇒腹痛、嘔吐、下痢
- D) 呼吸器⇒口頭絞扼感、嗄声、咳嗽、喘鳴

②アナフィラキシーショック

- A) 原因抗原の侵入により速やかに起こる強いアレルギー反応。

- B) 皮膚症状、消化器症状、呼吸器症状、循環器症状と様々な臓器で急速に症状が進行する。
- C) 時に致命的となる。
- ③食物アレルギーの診断
- A) 特異的 IgE 測定
- B) ヒスタミン遊離試験
- C) プリックテスト
- D) 皮内反応
- E) 食物負荷試験
- ④食物アレルギーの治療
- A) 薬剤なし
- B) 基本は除去食
- C) 誤食時の対応
- D) 自然寛解を待つ
(3歳で半分、小学生で9割)
- ⑤特殊なタイプのアレルギー
- A) 新生児—乳児消化管アレルギー
- 7割が新生児期に発症、生後数か月まで
 - 嘔吐、血便、下痢、体重増加不良、発熱
 - 加水分解乳、アミノ酸乳への変更
 - 予後は良好
(1歳で52%、3歳で94%が寛解)
- B) 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
- 有病率：小学生 0.005%、中学生 0.017%
 - 特定の食品接種後、運動により誘発(普段は摂取可能)する。
 - 小麦、甲殻類が多い。
 - 再現性が低い。
 - 非ステロイド性抗炎症薬 (PG産生減少による胃粘膜障害)
- C) 魚によるアレルギー様症状
- 食直後から3時間後に発疹、顔面紅潮、頭痛、吐気などがみられる。マグロ33%、カジキ18%、サバ13%、焼き魚が60%、生ものは7%となっている。ヒスタジンがヒスタミンに分解される。
- 仮性アレルゲンとしてのヒスタミンは、ハウレンソウやトマト、とうもろこし、なすにも含まれる。

魚摂取後、膨疹や咳嗽をきたした時、①仮性アレルゲン、②魚に対するアレルギー反応、③アニサキスに対するアレルギー反応など、きちんと原因を特定し、不要な除去を回避するのが大切である。

呼吸困難をきたす子どもの感染症の診断と治療
(博慈会記念病院・帝京大学医学部小児科
田島 剛先生)

- ①呼吸困難の種類には、
- A) 生理的運動時、高地登山、高熱時、高度肥満など
- B) 肺気道性気道閉塞、狭窄、気管支炎、肺炎、喘息など
- C) 呼吸筋性重症筋無力症ギランバレー症候群ポリオなど
- D) 循環障害性うっ血性心不全、心膜外炎など
- E) 中枢性脳血管障害、脳腫瘍、脳炎、脳外傷、薬物中毒など
- F) 代謝性尿毒症、糖尿病性ケトアシドーシスなど
- G) 精神性過換気症候群など
- ②インフルエンザ菌による急性喉頭蓋炎症例の提示
- 頻度は少ないが呼吸困難を示す最も重要な疾患の一つ。
- A) 適切な治療が行われれば予後は良好。だが遅れれば死に至る危険。
- B) できるだけ早く小児救急のある施設へ転送する(救急車で)。
- C) 症状：発熱、口呼吸、よだれ、首をまっすぐにする特有な体位。
- D) 嘔声はない。
- ③重症肺炎
- ライノウィルス、肺炎球菌、ムコイド型肺炎球菌、インフルエンザウィルスによる Plastic Bronchitis 症例が提示されたが、原因微生物の特定には時間がかかってもしっかりと検査する必要。

④胸部単純 X 線写真を撮るタイミング

- A) 発熱があり、胸部聴診上異常が認められる時。
 - 粗い断続性ラ音を聴取
 - 呼吸音の減弱
 - 喘鳴であっても発熱が 5 日以上続く時。再発熱も含める。
- B) 胸部聴診上異常がなくても熱源不明の発熱がある場合（鼻水がない場合は特に注意）。
- C) 発熱がなくても咳が長引く場合（7～14 日以上）。

⑤結核の診断

- A) 培養：時間はかかるが重要
- B) 戸松染色（ガフキー）：迅速性はあるが感度が低い。非定型抗酸菌と区別できない。
- C) クオンティフェロン：迅速性・感度は良い。特異性が今一つ（乳幼児での陰性）。
- D) VNTR（Variable Numbers of Tandem Repeat）、迅速性・感度・特異度が良い。

子どもの痙攣・意識障害の診断と治療
（杏林大学小児科教授 岡 明先生）

『痙攣について』

①熱性痙攣：米國小児科学会（AAP）「熱性発作に関する臨床ガイドライン」から

- A) 単純性発作について検討
単純性熱性発作の定義
 - 痙攣の持続時間が 15 分以下
 - 発作時の症状に左右差など局所性要素なし
 - 一回の発熱に際して一回の発作⇒一つでも該当しない場合には複雑性熱性発作
 - B) AAP 単純性熱性発作の長期予後、これまでのエビデンス
 - 繰り返しても知的発達への影響はない。
 - てんかんの発症に統計的に関与しているのは
 - I. 12 ヶ月未満に初回発作
 - II. 複数回の発作の既往
 - III. てんかんの家族歴がある
- こうした場合には、てんかんの発症はやや

高い（2.4%）。そのほか神経学的異常や発達異常、複雑型熱性発作、家族歴の 3 つの因子のうち、2 つ以上があると 10% 程まで上昇する。

- 熱性発作の発作再発率
 - I. 初回発作 12 ヶ月未満：50%
 - II. 初回発作 12 ヶ月以降：30%⇒初回発作のみの場合の方が多い。
 - III. 2 回目の発作があれば 3 回目医療の発作がある。：50%
 - 死亡のリスクは特にない。
- そのほか再発率に関連するリスクとしては、
- I. 両親か片親の既往（再発率 50%）。
 - II. 発熱から痙攣までの時間が短い。
 - III. 38℃に近い比較的低い発熱で痙攣など⇒すべてが当てはまれば 8 割が痙攣再発の可能性。

但し、日本では

- IV. 痙攣重積例が多い。
- V. 急性脳症の頻度が高い特殊性がある。
- 痙攣重積による後遺症：海馬（内側側頭葉）硬化

- I. 乳幼児期の有熱時の痙攣重積発作が原因とされている。
- II. 乳幼児期の有熱時の痙攣重積の既往のある一部の児に海馬の神経細胞の選択的な変性は起こる。
- III. 将来の難治性てんかんの原因として有名。けいれん集積の数年後にてんかんは発症し因果関係に気づかれぬこともある。
- IV. 両側性では知的発達に問題を生じる。

②急性脳症

- A) 現在、痙攣重積時に臨床医が鑑別として最も注意しなければならない病態は急性脳症である。
- B) 痙攣重積と急性脳症の病態は連続性も考えられる（痙攣重積により興奮性アミノ酸が脳内で高濃度になることによる影響の関与も考えられる）。

急性脳症の疾患群

- A) 代謝異常を主病態とする群
 - 先天性代謝異常（脂肪酸、有機酸、糖、

- 尿素サイクル)
- 古典的 Reye 症候群
- B) サイトカインストームを主病態とする群
- Reye 様症候群 (劇症型:急性脳腫脹型)
 - Hemorrhagic shock and encephalopathy syndrome (HSES)
 - 急性壊死性脳症 (ANE)
- C) 興奮毒性を主病態とする群 (痙攣重積型急性脳症、二相性脳症)
- 前頭葉を主として障害する乳幼児急性脳症
 - Hemiconvulsion-hemiplegia (HH) 症候群
近年増加している HHV6 による痙攣重積型脳症の特徴 (長澤)
- A) 健康乳児に初回の HHV6 感染
- B) 発熱 2 日目に多い痙攣。しばしば片側性で重積しやすい。
- C) その後 2~3 日は活気がないなど軽い意識障害が疑われる。
- D) 解熱後、発疹に伴って短時間の痙攣を反復。
- E) 発達遅延や麻痺などの後遺症を残す。
- 『意識障害について』
- ①意識レベルについては Japan comascale や Glasgow comascale 参照。
- ②インフルエンザ脳症における前駆症状としての異常言動・行動の例 (インフルエンザ脳症ガイドライン改訂版)。
- A) 両親が分からない、いない人がいると言う (人を正しく認識できない)。
 - B) 自分の手を噛むなど、食べ物と食べ物でないものを区別できない。
 - C) アニメのキャラクター・象・ライオンなどがみえる、など幻視・幻覚的訴えをする。
 - D) 意味不明な言葉を発する、ろれつがまわらない。
 - E) おびえ、恐怖、恐怖感の訴え、表情。
 - F) 急に怒りだす、泣きだす、大声で歌いだす。
- ③意識障害の診療でのポイント
- A) 意識レベルの変化を継続的に観察することが最も重要である。

- B) 意識の回復が確認されない場合には、瞳孔の所見や自発運動等を経時的に観察する。
- C) 脳波検査は意識障害の有無や原因を評価する上で有用である。
- D) 頭部画像検査では脳浮腫の評価と急性壊死性脳症のような特徴的パターンの有無を確認できる。
- E) 急性脳症を疑われた場合には、ステロイドパルス療法はエビデンスとして十分とは言えないかもしれないが、我が国では広く行われている。

思春期の子どもの性の問題

(神奈川県立汐見台病院産科・副課長
早乙女 智子先生)

- ①思春期の子どもたちの性の健康を守るには下記の A~D が大事
- A) 性の権利保持⇒思春期の性の権利
 - B) 問題回避のための情報提供と手段⇒ピル (OC) と (EC)
 - C) 適切な対処⇒STI/妊娠・出産
 - D) 事後ケアの場の確保⇒出産後 / 中絶後のケア
- ②高校生の性交経験率は 2002 まで上昇を続け以後は横ばい状態だが、高 1 男女とも 25%、高 2 で 30%、高 3 で 45% と高率である。
- ③妊娠先行型結婚が増加。'09 年は 15~19 歳で 81.5%、20~24 歳で 63.6% と高率である。
- ④避妊と性感染予防は異なる。
- A) 避妊⇒望まない妊娠を避ける (コンドーム、ピル、ICD/IUS・卵管結紮)。
 - B) 性感染予防・治療⇒感染源との接触を避ける。感染源に対抗する (コンドーム、抗生剤、抗ウイルス剤、ワクチンなど)。
 - C) 未成年者の単独受診⇒民法 5 条、医師法 19 条 1、子どもの権利条約、個人情報保護法 23 条 1 などのしぼりはあるが、満 15 歳以上 (中卒以上) は自己決定権あるとみなし、最終的には単

独の同意で足りうる。

D) 10代の人工妊娠中絶の現状

- 若年性妊娠では受診も対応も遅れる。妊娠12週以降の中期中絶が多い。
- 手続きが煩雑。未成年者は原則として親権者の同意が必要。相手が分からないと承諾書が取れない。
- 費用が高い。全額自費で10万から。
- その後のケアの場がないので反復例も。

E) 緊急避妊法⇒妊娠したかもしれない時3日以内に服用して妊娠（排卵、受精、着床）を防ぐ。

- プラノバール（中用量ピル）
EE50mg + NG0.5mg
2錠+その12時間後に2錠（4日分）
数百～数千円

- アンジュ・トリキュラーなど
EE0.03mg + LNG0.125mg（低用量ピルの三相目の製剤）

4錠+12時間後に4錠（8日分）
2,000円前後

- ノルレボ（緊急用避妊ピル）2011年5月～国内認可、2錠服用 LNG1.5mg 約15,000円、吐き気等の副作用が軽い。

F) 若者の性は問題化しやすい

- 性交しないことが前提になっていると、困った時相談しにくい（親、教諭など）。
- 心配はするが問題回避行動がとれない。
- 医療機関に行きにくい。説教される不安、特に男子は窓口が少ない（泌尿器科）。
- 人生経験が少なく切り抜けられない。薬物、金銭面など。
- 知識不足、最近では性嫌悪の増加も。



ちばなクリニック小児科 池間 尚子

10月4日に引き続き、10月5日に行われた領域分の概要を報告する。

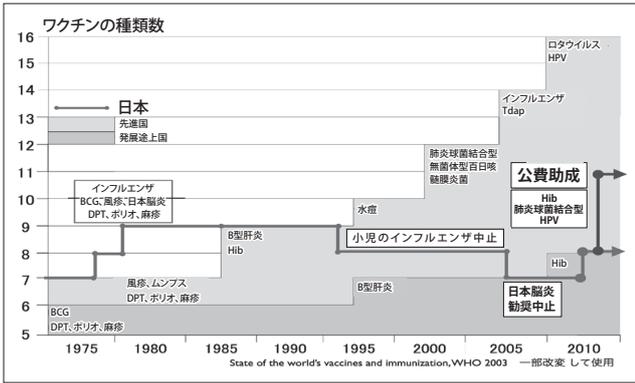
改善しつつあるわが国の予防接種体制

（帝京大学溝口病院小児科教授 渡辺 博先生）

①日本と欧米の定期予防接種の違い～ワクチンギャップ～

A) 定期接種の数の問題：先進国と発展途上国の間には、経済格差により接種ワクチン数に差があり、特に1990年代以降は、先進国でB型肝炎、Hib、水痘、肺炎球菌などのワクチン定期接種が始まり、途上国との格差は広がっており、ワクチンギャップと言われる。必要ワクチンの地域差はあるものの、日本と先進国で予防接種の数がかなり異なり、わが国は依然、途上国レベ

ルにとどまっている。わが国では、定期接種と任意接種があり、定期接種は、DPT、不活化ポリオ、MR（先進国ではMMR）、日本脳炎、BCGの5種類である。B型肝炎、Hibワクチン導入の遅れ、インフルエンザワクチン定期接種中止などにより、完全に先進国レベルから引き離され途上国レベルとなった（資料1）。昨年からはHib、肺炎球菌、HPVワクチンが助成されるようになり、若干の改善がみられるものの、定期接種化されていないため、正確な接種率は不明で、自治体による勧奨も不十分である。B型肝炎ワクチンは国連加盟国中14ヶ国の非定期接種国の一つである。



資料1 最近35年間の小児定期接種ワクチン数の変化

B) 接種回数の問題：DPTは米国では4～6歳と11～12歳で追加接種があるが、日本では百日咳を含まないDT接種であり、百日咳の発生率に差があることから改善が望まれる。

②新規ワクチン導入体制の違い

A) システムの違い：米国では、独立したACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) があり、新規ワクチンの評価を行っているが、わが国にはそのような機関はなく、厚生労働省の予防接

種部会が不定期に開かれて評価している。予算や時間、人手などに大きな開きがあり、今後改善が望まれる。

B) 新規薬剤の承認にかかる期間：ワクチンに限らず非常に時間がかかっていたが、最近短縮化している。

C) 予防接種法の問題：予防接種法の条項にワクチンの種類が定められており、新規ワクチン導入には法律改正が必要である。以前は3～7年間隔で改正されていたが、最近10～20年に1回しか改正されておらず、法律改正の遅れが新たなワクチン導入の大きな障壁となっている。予防接種の種類の規定自体を排除する予防接種法の改正も待たれている。

D) 定期接種が望まれる新規ワクチン：日本小児科学会HPには、定期化されるべきワクチン（ムンプス、水痘、HBV）を含む推奨予防接種スケジュールが掲載されている（資料2）。しかし、法

日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール 2012年11月1日版 日本小児科学会

| ワクチン | 種類 | 乳児期 | | | | | | 幼児期 | | | | | 学童期 | | | | | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--------|---------|---------|---------|----|-----|----|----|----|----|----|----|--|-------------------------------|
| | | 6週 | 2か月 | 3か月 | 4か月 | 5か月 | 6-8か月 | 9-11か月 | 12-15か月 | 16-17か月 | 18-23か月 | 2歳 | 3歳 | 4歳 | 5歳 | 6歳 | 7歳 | 8歳 | 9歳 | 10歳以上 | |
| インフルエンザ菌b型 (ヒブ) | 不活化 | ① | ② | ③ | | | | | ④ (注1) | | | | | | | | | | | | |
| 肺炎球菌 (PCV7) | 不活化 | ① | ② | ③ | | | | | ④ | | | | | | | | | | | | |
| B型肝炎 (HBV) (注2) | 不活化 | ① | ② | | | | ③ | | | | | | | | | | | | | ①②③ (注3) | |
| ロタウイルス | 生 | ① | ② | | | | | (注4) | | | | | | | | | | | | | |
| 四種混合 (DPT-IPV) | 不活化 | ① | ② | ③ | | | | | ④ (注6) | | | | | | | | | | | (7.5歳まで) | |
| 三種混合 (DPT) (注7) | 不活化 | ① | ② | ③ | | | | | ④ (注6) | | | | | | | | | | | (7.5歳まで) | |
| ポリオ (IPV) (注7) | 不活化 | ① | ② | ③ | | | | | ④ (注6) | | | | | | | | | | | (7.5歳まで) | |
| BCG | 生 | | | ① | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹、風疹 (MR) | 生 | | | | | | | | ① | | | | | | | | ② | | | ③④ ①、③までの接種 (注8) | |
| 水痘 | 生 | | | | | | | | ① | | ② | | | | | | | | | (注9) | |
| おたふくかぜ | 生 | | | | | | | | ① | | | | | | | | | | | ② (注9) | |
| 日本脳炎 (注10) | 不活化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ①②③ ④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕ (7.5歳まで) (4歳～12歳) (4歳～14歳) (①②③) | |
| インフルエンザ | 不活化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 毎年 (10月、11月などに) ①、② 13歳より① |
| 二種混合 (DT) | 不活化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11～12歳① |
| ヒトパピローマウイルス (HPV) | 不活化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ①②③ (注11) |

定期接種の期間
 任意接種の推奨期間
 定期接種の接種可能な期間
 任意接種の接種可能な期間
 添付文書には記載されていないが、小児科学会として推奨する期間

資料2

律改正で検討されているのは Hib、PCV、HPV のみで、今後他の 3 ワクチンも早期の定期接種化が望まれる。

③実施体制の違い

(もう一つのワクチンギャップ)

実施基準：米国では、ACIP、AAP、AAFP など予防接種に関連する行政と学会などの団体が共同で予防接種の機会確保、利益と危険性の説明、同時接種などの実施基準を定め、Redbook に掲載している。

わが国の予防接種ガイドラインでは、予防接種副反応や同時接種などについて接種に消極的な姿勢がうかがえる。同時接種については約 20 年の遅れがある。また、ワクチン間隔、診察の必要性、軽度の発熱児への対処などエビデンスに乏しい規制も多い。今後、予防接種の機会確保のための環境整備が必要である。

<質疑応答>

①実施要綱の改正への取り組み

→小児科学会から提言しており、接種間隔の改正が検討されている。

②行政による任意接種の勧奨、早期の情報提供への要望

→定期接種は行政の義務であるため積極的に勧奨しているが、任意接種は義務ではないため積極的な啓発を行っていない。

③皮下注と筋注の海外との違い

→生ワクチンは皮下注であるが、不活化ワクチンは日本以外の海外では筋注である。皮下組織に比べ筋肉は血流豊富で免疫細胞も豊富のため、筋注の方が効果的であり、注射法の変更も検討されるべきである。

外来でよく見る子どもの感染症

(和田小児科医院院長 和田 紀之先生)

小児科外来では小児感染症は最も多い疾患であり、小児期診療において感染症の知識は必須である。集団生活の中では集団感染につながる可能性があり、患児への適切な治療、出席停止などの社会的措置、周囲への予防策などのために、的確な診断が必要となる。診

断は、問診（現病歴、既往歴・予防接種歴、周囲の流行状況、海外渡航歴など）、診察（発疹の性状と分布、口腔内所見、その他の所見）、臨床検査（迅速診断キットで診断可能な疾患あり）による（資料 3）。

| イムノクロマト法迅速診断キット | | |
|---------------------|----------------------------------|---|
| 感染症名 | 病原体 | キット名 |
| 溶連菌感染症 | A型レンサ球菌 | クイックビュー Dipstick Strep A |
| アデノウイルス 上気道感染症 | アデノウイルス 1～7型 | イムノエース-アデノ キャピリアアデノ クイックナビ-アデノ |
| インフルエンザ | A(H1N1)、A(H3N2)、 新型A(H1N1)、B型 | エスフライン インフルエンザA&B-N クイックナビ-Flu イムノエース-Flu |
| RSウイルス感染症 | RSウイルス | チェックRSV |
| ロタウイルス胃腸炎 | A型ロタウイルス | ラビッドテスト ロタ-アデノ イムノカドSTロタウイルス ディップスティック栄研アデノ |
| 腸管アデノウイルス による胃腸炎 | アデノウイルス 40.41型 | ラビッドテスト ロタ-アデノ ディップスティック栄研ロタ |
| ノロウイルス胃腸炎 | ノロウイルス | クイックナビ-ノロ |

資料 3

①小児感染症の流行時期と好発年齢

A) 感染症の流行時期：それぞれの感染症流行の季節性の理解や、サーベイランス情報による流行状況の把握は、発症予測・予防に有用である。例) インフルエンザ、RS ウイルス、感染性胃腸は冬に多い。

B) 感染症の好発年齢：小児（特に 2 歳未満）は免疫系の未熟性（特に液性免疫）、身体構造の違い、衛生観念の欠如、何でも口に入れるなどの行動により感染症にかかりやすい。また、年齢によって罹患しやすい感染症が異なる。

②ウイルス性気道感染症

A) インフルエンザ：脳症などの重症例や死亡例がある。早期受診、早期診断、早期治療が重要。ワクチンの年齢による接種量は、昨年海外並に変更。2 回接種が効果高い。治療は、発症 2 日以内に抗インフルエンザ薬（軽症例は経過観察のみで可）、多くの種類があり使い分けの指針が必要。

登園・登校基準は「発症後 5 日を経過し、かつ、解熱後 2 日（幼児では 3 日）」。日数は発熱や解熱した日は含まず、翌日から起算する。

- B) 流行性耳下腺炎：唾液腺だけでなく、中枢神経系（髄膜炎 2.4%、脳炎、難聴）・内分泌系など全身に感染、耳下腺の腫脹は 1～3 日がピーク。ワクチン接種により合併症発症抑制効果がある。登校基準が「腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで」（腫脹の有無にかかわらず）に変更されたが、保育園における登園基準は「耳下腺の腫脹が消失するまで」。
- C) RSV 感染症：12～1 月をピークとする。1 歳未満は下気道炎が主、1/3～1/4 は下気道炎合併でも発熱を伴わない。約 2/3 に中耳炎合併。加齢に伴い軽症化。迅速診断キットで診断可能。早産児、慢性肺疾患、先天性心疾患などで重症化しやすい。早産児、慢性肺疾患にシナジス適応。
- D) アデノウイルス感染症：亜型が多く反復感染しやすい、咽頭結膜熱、流行性角結膜炎など。
- E) EB ウイルス感染症：初感染は軽微な上気道感染症、一部に伝染性単核球症を起こす。発熱、扁桃炎、頸部リンパ節炎のほか、眼瞼浮腫、肝脾腫がみられることがある。異型リンパ球、血清学的検査で診断、1/3 で A 群溶連菌と混合感染。
- ③ウイルス性消化管感染症：感染力強く、時に重症化・死亡例もあり、輸液など適切な治療を要する。
- A) ロタウイルス：5 歳未満の急性胃腸炎の主な原因、2 歳未満に入院する割合が高く、時に重症化し死亡例もある。血清型が多く感染力が強いため複数回罹患する。適切な時期のワクチン接種が大切（副反応に腸重積症）。
- B) ノロウイルス：非常に感染力が強く、食中毒症状を起こす。ヒトの消化管でのみ増殖し、感染者の糞便、嘔吐物に大量にウイルスが含まれ、乾燥に強い（嘔吐物の処理にも注意：次亜塩素酸ナトリウム消毒）。後遺症は少ないが、集団発生（食品取扱者の感染など）しやすい。
- ④細菌感染症
- A) 肺炎球菌・インフルエンザ菌：髄膜炎・菌血症などの全身感染症、中耳炎、副鼻腔炎などの局所感染症を惹起する重要な感染症であるが、ワクチンによる予防が可能。肺炎球菌は莢膜を有し 90 の血清型に分類、インフルエンザ菌は莢膜型（全身感染症：ヒトに感染する b 型 = Hib）と非莢膜型（局所感染症）がある。頻度の高い気道感染症と関連疾患（中耳炎や副鼻腔炎）や、髄膜炎、敗血症、肺炎など侵襲性疾患の主な原因菌であり、薬剤耐性化とその伝播が問題となっている。侵襲性疾患予防にワクチン接種が重要。
- B) A 群レンサ球菌 発熱、嘔吐、前頸部リンパ節腫大、発疹などがみられ、急性糸球体腎炎、リウマチ熱を起こすことがある。長期間の抗生剤投与はリウマチ熱の発症抑制に有効。10～20% は保菌者となるが、感染力は弱くリウマチ熱発症もないため治療の必要はない。
- ⑤発疹を伴う感染症：発疹症の原因はさまざまであるが、流行性感染症も多く含まれ見過ごしてはいけない。診断が確定するまでは他者との接触を避けさせる。
- A) 麻疹：感染力がきわめて強く空気感染する。カタル期（発熱、咳、眼脂など）・発疹期に分かれ、発疹出現 1～2 日前に頬粘膜にコプリック斑出現。数週間の免疫抑制期間を伴い、肺炎、脳炎などの重症合併症・死亡を引き起こす。日本はアジア・アフリカ諸国と同様の流行状況にあり、ワクチン接種による予防が重要（「1 歳のお誕生日にワクチンを」）。第二期接種に対する時限措置終了後の対応が問題。
- B) 風疹：発熱、発疹の症状は軽いが血小板減少症や脳炎などの合併症がある。

妊婦の妊娠初期の初感染で児に先天性風疹症候群の危険性があり、ワクチン接種による流行抑制が重要。2011年から流行、8割は成人（特に20～40代）、男性に多い。

- C) 水痘：発疹は紅斑・丘疹・水疱・痂皮化が混在する。1歳以下と15歳以上で二次性細菌感染、中枢神経合併症などが多い。持続感染し免疫低下時に帯状疱疹となる。ワクチン接種率が低い。
- D) エンテロウイルス：腸管から全身組織に感染。何度も感染し、手足口病、無菌性髄膜炎、ヘルパンギーナの原因となる。手足口病は予後良好だが急性脳症の合併例あり。
- E) 突発性発疹：原因ウイルスはHHV6、7。一般的に予後良好、時に髄膜炎や熱性けいれん誘発。

＜質疑応答＞

流行性耳下腺炎の出校停止期間について：学校感染症予防法は改正されたが、保育園は厚生労働省管轄で、未だ「腫脹が取れるまで」という基準を採用し、同じ年齢でも対応が異なる。今後の対応は？

→厚生労働省によれば「保育所における感染症ガイドライン」を改定し保育園も同様の対応をとる予定。

子どもの心臓病の診断と治療
 (国立成育医療研究センター器官病態系内科
 部長・循環器科医長賀藤均先生)

①先天性心疾患：心臓の構造的異常で小児心臓疾患の8～9割を占める。

- A) 診断検査法の最近：形態診断は、専門家が行う心エコーで99%診断可能。特に、3D心エコー、3DCTは治療方針決定に有用。心機能は、小児先天性心疾患では右心室機能の評価（容積、機能）が重要であるが、心エコーでは十分な評価が難しく、心臓MRIが有用。
- B) 治療：カテーテル治療と外科手術
 - カテーテル治療：疾患によってはバルーンカテーテル、ステント、閉鎖栓による治

療が可能（動脈管開存、肺動脈弁狭窄・閉鎖、大動脈弁狭窄、心房中隔欠損症など）。

- 複雑になる外科手術：複数の複雑な手術同時施行やHybrid手術（外科手術＋カテーテル治療を同時に行う）により重症の心疾患の救命率は上昇したが、診療報酬の改正が望まれる。
- C) 複雑化する術後管理：術後乳び胸水、低心拍出症候群（LOS）による腎不全（腹膜灌流）、術後肺高血圧クリーゼ（NO/N2吸入療法）、重症LOS（ECMO＋持続緩徐式血液濾過）など。治療に必要な薬剤の多くが小児への保険適応がなく、海外または成人とのドラッグラグが大きい。
- D) 増加する一方の成人先天性心疾患患者：重症先天性心疾患の救命率改善により、成人期への移行が大きな問題。成人期になって長期合併症（肝硬変・肝細胞がん、低酸素血症による多臓器障害など）が出てくるが、現状では循環器内科医への移行が難しく、成人先天性心疾患の医療体制の整備が求められる。

②不整脈

複雑心奇形に合併するものや、QT延長症候群（乳児突然死症候群の原因の約10%）。特にカテコラミン誘発性多型性心室性頻拍症は、家族歴なく急に発症し、予防接種後や学校での突然死の原因となる可能性があり要注意（AEDで救命可だが根本的治療法はない）。

③心筋炎・心筋症

劇症型心筋炎：発症から数時間で死に至る。治療は体外補助循環（PCPS/ECMO）、早期の治療開始により救命率上昇、長期予後も改善。ECMOが可能な施設に迅速に搬送することが重要。

拡張型心筋症：抗心筋抗体陽性例では、血漿交換が劇的に効果を示す例がある。補助人工心臓は、小児への国内治験が開始されたが海外とのラグがある。最終的には心臓移植。

④肺高血圧

特発性肺動脈性肺高血圧（原発性肺高血圧）：以前は致死率高かったが、肺血管拡張

薬の急速な発達により生存期間が劇的に伸びているが、治療は高額。

⑤川崎病

治療方法は、IVIG 治療不応例（2.3%）に対しステロイド療法の併用が復権（保険適応未）、他に免疫抑制療法や血漿交換療法など。冠動脈合併症リスクの予想が今後の課題。

⑥胎児における心臓病の診断

重症先天性心疾患の7～8割は胎児エコーで診断される。左心低形成症候群に対して海外では胎児カテーテル治療が開発されている。胎児期不整脈も診断可能、薬物治療は効果があるが、健康な母親の服薬に倫理的な問題がある。

⑦子どもの心臓病医療の問題点

- A) 治療の複雑化
- B) 外科手術を行う施設の集約化が必要
- C) 先天性心疾患は子どもだけでなく胎児、成人の疾患になってきた。
- D) 新しい治療を保険適応としない。

思春期の子どものおこころの問題と対応
 (Rabbit Development Research
 代表 平岩幹男先生)

思春期とは：Adolescent（体とこころ、10～18歳）とPuberty（体、10～15歳）。外見は大人に近づいているが、自分の経験などの言語化や社会的応答が苦手、「子ども扱い」には拒否反応を示す。

思春期の面接のポイント：子どもを尊重し、受け止める姿勢を明確示す、子ども扱いをしない。静かな落ち着いた場所で行い、本人のアウトライン（好きな食べ物など、将来してみたいこと、楽しかった思い出など）を聞く。子どもが自分の言葉で話すためには、ゆるやかな関係性の構築に心がけ、当たり障りの無い共通の話題を作っておく。急がさない。いきなり問題点に入らない。善悪の判断を行わない。

思春期・青年期のおこころの問題（資料4）。

- ①うつ病とその関連：意欲低下や倦怠感が代表症状であるが、思春期には過眠・過食も多い。病像は多様化し非定型うつ病が増加。「気力の問題」と受け取られて、診断が遅

| | |
|----------|---------------|
| ・不登校 | 中学生では40人に1人以上 |
| ・うつ病 | 米国では20～50人に1人 |
| ・発達障害 | 100人に1人以上? |
| ・性の問題 | 19歳女子の2%が妊娠中絶 |
| ・摂食障害 | ほとんどが女子 |
| ・過敏性腸症候群 | 男女とも1～2%? |
| ・過換気症候群 | 女子の1～2%? |

資料4

れたり重症化する例が多い。治療は、カウンセリングと身体活動性をあげる（朝、軽く汗ばむ程度の運動）が基本、薬物療法はSSRIなど。

- ②双極性障害：小児ではそう状態が目立たない2型がかなり見られ、うつ病と誤診されることが多い。状態の移り変わりが早く1日の中で変わることもある。薬物療法は非定型抗精神薬。
- ③パニック障害：発達障害に見られることがある。1回でもパニック発作に襲われると、予期不安が強くなり行動制限に陥ることが多い。治療はカウンセリングと予期不安に対する対応、場合により薬物療法。
- ④強迫性障害：発達障害に合併することがある。治療はカウンセリングが基本、場合によってはSSRI使用など。
- ⑤不登校：行きたくても行けない子どもが多い。疾患による登校困難が不登校として取り扱われる場合があり要注意（資料5）。中学校で不登校の場合、卒業後5年で23%は就労・就学せず、予後は良くない。
 不登校への対応としては、再登校が解決とは限らず、将来の目標を持つ、笑顔でいられる、生活の質やself-esteemの改善することを目標とする。学力の維持も重要で、特に小学校高学年以上になると2ヶ月以上の不登校で学業低下は避けられず、塾や家庭教師などの利用を相談する。
- ⑥いじめ：5.2%が週1回以上いじめられ、2.5%が週1回以上いじめており、15%は

加害・被害両方を経験しており、どちらの立場にもなり得る。

加害者・被害者の共通点：精神保健状況がよくない、不定愁訴が多い、孤独になりやすい。

いじめは人権侵害であり、何らかの対応が必要、Self-esteemの低下もあり、social skill strainingを行うこともある。学校の中だけで解決を試みるのではなく、子どもが守れない場合は医療、警察、弁護士などに相談する必要がある。

⑦発達障害：うつ病、双極性障害、パニック障害、強迫性障害などでは、少なからず背後に発達障害が見られる。不登校の率が高く、不登校を契機に診断される例が少ない。いじめの問題も避けて通れないが、いじめとは認識されず、ADHDでは「ふざけ」、高機能自閉症では「からかい」と認識されやすい。ADHDと学習障害で学業不振、高機能自閉症で孤立、ひきこもりにつながりやすい。

**不登校として取り扱われていた
治療や対応を要する疾患**

- ・発達障害(ADHD、高機能自閉症など)
- ・精神疾患:神経性食欲不振症、うつ病、外傷性ストレス、(児童虐待)
- ・身体疾患:気管支喘息、アトピー性皮膚炎(これらは逆に不登校であっても疾患として分類されていることもある)、過敏性腸炎、胃炎、睡眠障害、偏頭痛、膠原病、慢性疲労性症候群、慢性腎炎、起立性調節障害

資料5

⑧性の問題：

- A) 若年(中高生)妊娠：妊娠20週頃の相談が多く、出産か中絶かの決定までの時間がない。性教育が不十分のため緊急避妊を含めて正確な知識に乏しく、希望しない妊娠が多い。その後のフォローが重要。出産例では、シングルマザーとなり十分なサポートが得られず貧困に陥る場合も多い。中絶例では、妊娠を繰り返すことがある。登校や非行などの問題行動を合併しない「普通の子」の妊娠が増加。
- B) レイプ被害：警察のレイプ対応チームが対応、時間が経っての相談が多く心理的なフォローが重要。
- C) 避妊と性感染症の予防：正確な避妊、緊急避妊、性感染症についての情報提供が必要。HPVワクチン接種を、緊急避妊や性感染症を含めた性教育の良いチャンスとして活用する必要がある。「子どもを生みたくなかったときに、安全に安心して生めることが一番大切」であることを伝える。

思春期は誰でも通るステップであるが、経過はさまざまである。思春期の相談外来は時間がかかり対応できる医療機関の増加が望まれる。

女性医師支援センター事業九州ブロック会議



沖縄県医師会女性医師部会会長 依光 たみ枝



去る12月16日(日)ホテルニューオータニ博多に於いて、日医女性医師支援センター役員並びに九州各県において積極的に女性医師支援に取り組まれている先生方の参加の下、標記連絡協議会が開催された。

協議会では、各県医師会の女性医師支援にかかる取り組みについて、それぞれ報告があり意見交換を行った。以下に会議の様相を報告する。

挨拶

松田峻一良 日本医師会女性医師バンク西日本センター長

本年は佐藤コーディネーターが所属する福岡県医師会担当の下、九州ブロック会議を開催することになった。本会議は、平成21年度より各県医師会の女性医師支援にかかる取り組みを伺うと同時に、女性医師支援センター事業を理解いただくため開催している。平成22年度から北海道・東北・関東・甲信越・近畿・中四国・九州の各ブロックで開催され、何れも活発

な意見交換が行われている。女性医師の離職防止や復職支援は、厚労省で様々な事業が展開されている。来年1月で6年目を迎える女性医師バンクも、その内の一つである。地域によって様々な事情があると思うが、本日の会で女性医師支援に活かせる意見をお伺い出来れば幸いである。

羽生田俊 日本医師会女性医師支援センター長

先週、男女共同参画推進連携会議が官邸で開かれた。数多くの団体から種々取り組み等の報告があったが、その中でも我々日医の取り組み(男女共同参画フォーラムの開催や2020.30推進懇話会の設置等)は、かなり進んでいると感じた。また、自戒を込めて、女性医師支援で最も大切なことは男性医師の意識改革であると発言してきた。男性の意識改革があつてこそ、いろいろな面で女性の活躍が期待できる。今年度より日医では医学生向けの無料情報誌「ドクターゼ」を発行しているが、この秋までNHK

で放送されていた「梅ちゃん先生」を題材に、若手医師のキャリア選択について紹介した。今後も各地の色々な取り組みを聞いた上で、日医としても取り組んで行きたい。

小森貴日本医師会常任理事

本年4月1日から女性医師支援センター事業の担当になった。女性医師で国のトップになった方がいるか調べて見たところ、チリ共和国の第34代大統領でベロニカ・ミチェル・バチエレ・ヘリアという外科医・小児科医（1951年9月生まれ）がいる。この様な方に何れはドクターゼに出て貰いたいという希望を持っている。本日も様々なアイデアが出ることを楽しみにしている。

目的事項

1) 日本医師会女性医師支援センター事業について

秋葉則子日本医師会女性医師支援委員長（女性医師バンク中央センター統括コーディネーター）並びに、小森常任理事より報告があった。

- ①日本医師会女性医師バンクの運営状況については、平成19年1月の開設以降、本年11月末現在の就業実績件数は336件（内訳：就業成立319件、再研修紹介17件）となっている。
- ②「医学生、研修医等をサポートするための会」については、都道府県医師会や学会・医会等との共催により、年々開催箇所数が増加傾向（H22:56回、H23:57回）にある。今年度は、現時点46箇所の開催となっているが、最終的には例年並みの状況になると考えている。
- ③「『2020.30』推進懇話会」の開催については、年度内に2回開催（H25/1/10、3/7）を予定している。同懇話会は、女性医師会員に日医の組織・運営・活動内容に理解を深めていただき、将来日医の意思決定に参画い

ただけるよう働きかけるものである。（日本医師会では2020年までに、役員女性の割合を一割に増やすことを数値目標として掲げている）

- ④平成24年度女性医師支援事業連絡協議会を平成25年2月22日（金）日本医師会館（大講堂）において開催する。今回の協議会では、本年9月から来年2月にかけて全6ブロックで開催される「女性医師支援センター事業ブロック別会議」の議事内容を踏まえ、ブロック内での特徴的・先進的な取り組み事例について紹介すると共に、全国で情報の共有を図りながら、当事業の活性化を図っていただきたいと考えている。（本ブロック会議終了後、九州ブロックの代表として、沖縄県医師会女性医師部会の活動を紹介する事が決定した。）

2) 各県における女性医師支援の取り組みについて

沖縄県

本県では毎年1回、「女性医師フォーラム」を開催している。今年で6回目となったフォーラムでは「広がる女性医師支援、そして男性医師支援へ」と銘打ち、男性医師からみた女性医師支援について意見発表していただいた。また本年で5回目となる「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会」では、公民各病院の院長をはじめ、事務長や看護部長など、毎年50名前後参加していただいている。懇談会では、女性医師が就労継続を困難としている問題や支援するにあたっての課題、院内保育所、病児保育所、時短勤務の問題等々、毎年意見交換を行いながら、全体的な底上げを図っている。2年前からは県の医務課担当者も参加しており、県の支援を紹介、助成金の活用などについて情報提供する場ともなっている。また、部会役員が医療機関に出向き女性医師支援について話し合うプチフォーラムでは、キャリアアップやキャリアパスの助言、就労環境や今後必要とな

る対策の説明を行っている。会発足時から開始しているメーリングリストの登録者は234名を数え、医学生や看護師なども登録している。メーリングリストの配信は45件で、月平均5.6回である。また沖縄県ドクターバンクにおけるマッチング率は年々上がっており、開設当初の平成22年度は11.4%、23年度は16.2%、今年度は11月時点で16%となっている。

鹿児島県

今年7月、東日本大震災、巨大津波にのまれた病院で自らの命を危険にさらしながら患者の治療・搬送に当たり、救出されるまでの3日間、支え合い希望をつないだ菅野武医師（丸森町国民健康保険丸森病院内科）を招き、「医師にできること～東日本大震災の経験を通して」と題する基調講演を開催した。その後行ったシンポジウムでは「進路選択をどう考えるか」について学生・後期研修医、専門医などそれぞれの立場から意見を述べてもらった。11月18日付南日本新聞に同講演の感想を書いた中学生の記事が載るなど反響が大きかった。更に、同月に研修指定病院の院長や担当者を対象とした「医師の子育て支援研修会」を開催し、法的な立場から見た女性医師の支援について鹿児島労働局雇用均等室長等を交え、意見交換を行った。

また、鹿児島大学が女性研究者支援の一環として実施している「メンター制度」では、年2回のメンター研修を行い、現在12名のメンター登録者がいる。また、育児・介護期などのライフイベント期にある女性研究者（配偶者が研究者である男性研究者を含む）に対して研究時間の確保を図るとともに、キャリア形成や継続を支援する「研究補助員制度」もあり、これまでに20名が支援を受けている。同大学では平成19年9月より、医員の多様な勤務形態に関する規定（女性医師限定）を設置した。規定では雇用条件を緩和し、1日8時間、6時間、4時間勤務の中から選択し、週1、2、3日から選択する。給

与は定時勤務職員の給与を適用し、日給払いまたは時間給としている。人件費は医員配分定数の範囲内となっているが、その枠内で対応できない場合には、病院全体の予算範囲で対処してもらった。麻酔科ではこのシステムを利用しながら、午前の手術枠を8枠から12枠へ増加させ、17時以降に残る手術を減少させた。更に手術の開始時間をずらすことで、早朝勤務の難しい子育て中の女性医師も手術を担当する症例が増え、専門医を取得するのに十分な臨床経験ができるようになった。加えて当直医の負担も軽減され、常勤医と時短勤務医の両者にとってメリットが生じている。

宮崎県

本県では、県、医師会、大学の3団体が連携し、メディカルトライアングルプロジェクトとして学生向けセミナーや交流会を行った。大学では女性医師支援についての寄付講座や医局に属さない女性医師への支援、シミュレーターを活用した復職支援などを行っている。また現在休職中の女性医師9名に対しヒヤリング調査を行い、結果をまとめている最中である。今年11月には、後期研修医獲得を目的とした、医師会と医学部共催による医学生対象セミナーを宮崎大学にて開催した。当日は医学生68名、医療機関より64名が参加した。本セミナーでは事前に構内の談話室に各診療科と県下基幹型臨床研修病院の研修プログラムを紹介するパネル展示を行い、当日展示パネルの前でプレゼンテーションを行った。

大分県

本会女性医師の会JOYネットでは、女性医師と銘打つことで男性医師の協力が得られにくいと思われることから、名称を「男女共同参画委員会」に改めた。今年10月に行われた大分大学医学部祭で男女共同参画シンポジウムを開催し、同大学女性研究者サポート室の松浦恵子室長より「先輩達の歩む道～つづけるた

めに」と題し講演を行った。また総合診療部消化器内科の平下有香先生らが先輩医師として、女性医師支援について講話を行った。参加者は男女医学生合わせて30名であった。

女性医師の会では、これまでの活動をふまえ、今後は女性医師の勤務環境の改善を図ることが必要と考え、県内159の医療機関の管理者を対象とした職場環境アンケート調査を行い、現在回収集計中である。

長崎県

本県では平成24年4月から26年3月までの期間、県全域を対象に、医師の仕事と家庭を両立するための支援とその環境整備を推進する「あじさいプロジェクト」を立ち上げ、メディカルワークライフバランスセンター（平成24年長崎大学病院に開設）が中心となり、関係機関と連携して各種事業を展開している。同センターは、(1) 県内の医師・医学生を対象としたキャリアサポート、(2) あじさいプロジェクトホームページの運営、(3) 支援メニュー補助事業の実施、(4) 県内医療機関への就労支援環境整備の呼びかけ、(5) プロジェクト遂行に必要な調査の実施などを行っている。また本会では年1回、医学生対象の懇話会を開催し、日本女性医師バンクの活用や登録を各会員に促している。長崎大学病院医療教育開発センターではシミュレーション機器を活用し、復職トレーニングとして第1回「急変時対応」、第2回「輸液のはなし」、第3回「読影のコツ、ポイントを探る、胸部単純エックス線写真」を企画開催している。長崎女性医師の会では、女性医師支援の啓発活動を行い、講演会と医学生対象の懇話会を年1回開催している。次年度から男女共同参画部会を立ち上げる動きがあり、来年その報告ができると思う。

本県における病院勤務医の医師会入会状況は、公的病院55%、公的外の病院60%、精神科病床を含む病院57%となっている。男女差はどちらも60%前後とほとんど差がない。また病床規模別では、小規模（20～99

床）で男性76%、女性84%と入会率が最も高く、中規模で男性50%、女性41%と最も低かった。性別では男性56%、女性60%であり、ほとんど差はなかった。

佐賀県

本県では日医と共催で過去2回（平成19年度、20年度）、「女性医師の勤務環境整備に関する研究会」を行った。本年11月に「医学生・研修医等をサポートする会」を開催し、テルモ株式会社理事の野尻知里先生による「私の履歴書：ある女性心臓外科医の半生」と題する講演を行った。参加総数42名中、女性医師35名（うち医学生16名）、男性医師7名であった。また本年度より、医師会館で開催される医師会主催の研修会等には会館内に託児所を設置しており、これまで3名の利用があった。

佐賀県における女性医師支援窓口事業では、毎年「SAGAJ Joy シンポジウム」を開催しており、3回目となる本年度より、本会も後援団体として協力することとなった。シンポジウムは来年2月23日に開催し、「私が医師になりたい理由」をテーマに小中学生の作文を募集している。また心に残る女性医師について一般公募する作文のパネル展示を予定している。

福岡県

宗像医師会女性医師の会は平成22年に発足し、現在会員数は29名である。当会では、女性医師の育児支援策として、宗像医師会病院に附設する保育所を利用し、学会等に参加する際の一時保育所（月5人まで）として活用している。また、遠方の学会参加にあたっては、「こども未来財団」協力のもと、ベビーシッター育児支援事業（ベビーシッター利用料金1,700円以上に対して、1回につき1,400円の割引券を発行）を行い、金銭的負担軽減を図っている。また、本女性医師部会よりの助成金として、各学会に参加した女性医師に対し1万円を支給している。

3) 質疑応答

鹿児島県の取り組みについて

- 鹿児島大学での時短勤務について、勤務形態はどうなっているか。
- 短時間勤務の場合、非常勤である。30 時間を超えて働く場合は社会保障があり、20 時間では雇用保険、週 4 時間勤務は労災に対応している。
- 大学の月額給与を日割、時間割にして支給すると、給与額は低いのではないか。
- 大学の給与は 1 日 8 時間勤務で 17,000 円程度である。これを時間割にすると 1 時間 2,125 円である。給与としては安いと思われるが、専門医を取るまではこれで頑張っているというので、理解してもらっている。
- 給与が少ないと感じると、他の医療機関で勤務した方が良いと考える方もいるのではないか。
- 専門医を取得し、さらに大学に残りたいという気持ちがある方に残ってもらっている。そうでない場合は、関連病院を紹介している。また、医員と同じような働き方をする場合、本人が希望すれば外勤も対応している。
- 実際どれくらいの人が大学の研究補助員制度を利用しているのか。
- 昨年度は 21 名が利用している。支援を受けるにはライフイベントに関わる時期という条件があるのだが、大学院生にとっても、今後の研究生生活のために有用ということで好評である。
- 女性医師に、リサーチャーとしての能力を発揮してもらうことは大事なことである。研究を行う場合、雑務に費やす時間が多く、これが軽減できると更に効率良く研究がはかどる。

宮崎県の取り組みについて

- 参加人数が多いが、医師会と医学部共催による学生セミナーに参加することで、大学での単位が取得できるのか。
- 学生の講義時間などとの関係を考慮し、学生が集まりやすい水曜日に構内で開催した。大学の単位とは関係ない。この会には大学の各診療科だけでなく、学生と話す機会がなかなかない医療機関の関係者も参加する等、好評価であった。
- 他県から宮崎大学に来た医師は、地域医療学講座を通し、各診療科を紹介してもらおうと聞いたがいかかか。
- その通りである。

福岡県の取り組みについて

- 宗像医師会病院の保育所は、女性医師がいつでも預けられるのか。
- 学会参加や出張など、時間外に預けられる施設（月 5 人まで）として利用してもらっている。
- 助成金の源資はどこか。
- 宗像医師会より 20 万円の補助と、女性医師部会の会費（医療機関の役員以上 1 万円、勤務医は 5 千円）からまかなっている。
- ベビーシッターの割引券を発行していることも未来財団は、誰でも、またどの県でも利用できるのか。
- 厚生年金保険の被保険者であれば、どの県でも利用できる。
- 保育所の運営は、どこが行っているのか。
- 運営は宗像市医師会が行っており、人件費等の運営資金は宗像市医師会病院が賄っている。年間 200 万から 300 万円ほどかかるようだが、経営は成り立っていると伺っている。

沖縄県の取り組みについて

- 活発に行動されているが、何名の部会役員で運営しているのか。
 - 部会長 1 名、副会長 2 名、役員 9 名の計 12 名で運営している。

 - 日本医師会でもかつて勤務環境改善について理解を深めてもらうべく病院長研修会を行っていたが、全国一巡したことと、参加する病院長が少なくなってきたことから、現在では行っていない。沖縄県では病院長等との懇談会が活発化しているが、どのような取り組みを行っているのか。
 - 積極的に支援策を講じている。例えば先進的な施設に事例報告をしてもらう、事前にアンケート調査を行い、その内容についての報告や意見交換を行っている。また、県医務課より助成金の活用について説明してもらっている。環境整備に取り組むため、院長のみならず事務局にも参加頂いている。各病院は周りの病院の支援状況などの情報を得ながら他院と比較することで、自院の環境改善、引いては全体の改善に繋がっている。
- これまでに民間病院ではいろいろな支援を行っているが、県立病院では環境整備がすすんでいなかった。しかし、この懇談会をきっかけに院内保育所の開設を検討するまでに至ったことは、本会の成果だと思う。

- 本県では、勤務環境整備のためこのような会を催してもあまり反応が良くなかった。病院長をいかに巻き込むかということで、悩んでいる。どのように参加者を募っているのか。
 - 医師会から直接病院長に案内しているが、予めアンケートを取ったり、テーマをお知らせするなど工夫している。

 - 次回発行予定のドクターゼ第 5 号は、男女共同参画について特別企画を予定しているので、是非ご覧いただきたい。女性医師支援啓発用小冊子も、本年度中に発行予定である。
- また、平成 27 年から現在の初期臨床研修制度に関する見直しのワーキンググループに委員として出席している。平成 22 年より、医学部コアカリキュラムに男女共同参画を盛り込んでいただいたが、このカリキュラムを受けた学生が平成 28 年に卒業する。日医では、初期臨床研修の到達目標として、男女共同参画ワークライフバランスの理念を理解していただくようお願いしている。

閉 会

佐藤コーディネーターより閉会の挨拶があり、九州ブロック会議を終えた。

印象記

日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議



副会長 玉城 信光

平成 24 年 12 月 16 日に福岡県で上記会議がもたれた。最初は日医の事業紹介があり、その後九州各県の女性医師支援の活動が報告された。沖縄県の活動報告を女性医師部会長 依光たみ枝先生が報告を行った。1- 女性医師フォーラムの開催、2- 女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会、3- 女性医師部会出張プチフォーラムなどを中心に報告した。メーリングリスト登録者は 234 名にのぼり、これまでに 45 回情報の発信を行っていること、月に 5.6 回になること。ここ数年の求人数が年間 31 件から 43 件あること。また、沖縄県ドクターバンクのマッチングは年間 4 件から 7 件あることを報告した。これは九州一の成績だと思われる。

女性医師フォーラムへ男性医師の参加もあり、子育ての共同作業をおこなっていることなども報告された。日医も含め大変感心を示して頂いたのは本県の病院長等との懇談会であった。参加者は毎年 35 名から 54 名と多数参加していることが皆の目にとまったようである。日医がいろいろ行っているが、年々参加者は減少しており病院長を集めるのは難しいとのことであった。沖縄県がなぜこのようなことができるのかとの質問に、県医師会が中心になり、多くの事業で国立、県立、民間も含めた協力体制ができていることが良いのではないかと発言した。

沖縄県の取り組みが好評を得て 2 月 22 日に日医で行われる全国の女性医師部会での報告をすることになった。

会終了後の懇親会で日医副会長の羽生田先生、小森常任理事と福岡県の松田会長から沖縄県の女性医師の就業マッチングの状況がよいこと、沖縄県医師会独自の事業として成功していることが評価され、就職コーディネーターに関して沖縄県にコーディネーター 1 人分の人件費をつけて頂くとの話がでた。たいへんうれしいことで、この発言を忘れないために事務局の崎原さんと福岡県医師会の事務局との調整ができるように取りはからって頂いた。

沖縄県の女性医師部会の活動の発展が約束されたような 1 日であった。

沖縄県医師会女性医師部会会長 依光たみ枝

2012 年 12 月 16 日（日）、女性医師支援センター事業九州ブロック会議が、ホテルニューオータニ博多で開催された。九州各県と日本医師会から総勢 50 名の参加数は過去最高とのことで、沖縄県からは玉城副会長、事務局 2 名（崎原、山城）、私の 4 名が参加した。

はじめに、日本医師会役員から厚労省の女性医師支援事業に対する日本医師会の取り組みの報告がなされた。羽生田俊日本医師会女性医師支援センター長の「女性医師支援で最も大切なことは男性医師の意識改革である」との挨拶は、まさにその通りと心の中で拍手喝采であった。

九州ブロックの各県とも女性医師の離職防止、復職支援、子育て支援等をいかにするか、医学生・研修医を含めた講演・シンポジウム等でユニークな活動の発表があった。

発表の後に各県に対する質疑応答が行われた。徐々にその成果が現れている県、参加者が少な

く会が消滅した悩み等が話し合われた。ベビーシッターの割引券を発行していることも未来財団は、厚生年金保険の被保険者であれば、誰でもどこの県でも利用できるという福岡県の発表は、「目からうろこ」であった。沖縄県でも利用できるのなら是非広報して活用したい。

沖縄県の代表として私が「沖縄県女性医師部会ヒストリー」(NHK 番組のファミリーヒストリーをもじって)の題で発表した。毎年開催している「女性医師フォーラム」、「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会」と「プチフォーラム」開催に、会場から活発な活動に対してお褒め?の言葉を頂いた。

本ブロック会議終了後、平成 25 年 2 月 22 日(金)、日本医師会館において開催される「平成 24 年度女性医師支援事業連絡協議会」で沖縄県医師会女性医師部会の活動を紹介することが決定した。その会で他のブロックがどういった活動を行っているかを参考にし、沖縄県が日本の女性医師支援の先進県として躍進するきっかけになる事を期待している。

お知らせ

労災医療に関する学術研修会

日時：平成 25 年 3 月 29 日(金) 午後 6 時 30 分～8 時 30 分

場所：沖縄産業支援センター・1 階ホール

(那覇市小祿 1831-1 TEL：098-859-6234)

取得単位：生涯教育講座 2 単位 (産業医研修の単位は取得できません)

研修内容

① 報告(午後 6 時 35 分～7 時 00 分)

「沖縄県における精神障害の労災認定の現状」

山本クリニック/EAP 産業ストレス研究所 山本 和儀

② 特別講演 (午後 7 時 00 分～8 時 30 分)

「新しい労災認定基準と職場のメンタルヘルス対策」

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教授 廣 尚典

主催：沖縄産業メンタルヘルス研究会、沖縄県医師会

事務局：沖縄産業メンタルヘルス研究会 山本和儀(山本クリニック内) 担当：石原綾子

〒901-2132 浦添市伊祖 2-30-7 Tel：098-879-3303 Fax: 879-3309

沖縄県医師会 産業医研修会担当 渡嘉敷園子、崎原靖

〒901-1105 南風原町字新川 218-9 Tel：098-888-0087 Fax：888-0089

沖縄県医療推進協議会

～国民皆保険制度と TPP・控除対象外消費税問題を決議～

常任理事 真栄田篤彦



去る12月10日(月)、ロワジュールホテル那覇において標記推進協議会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は急な呼びかけにもかかわらず加盟28団体中16団体が参加し、国民医療を守るための活動計画について協議を行った。

まず、今回の呼びかけ団体である県医師会を代表して、宮城会長より概ね下記のとおり挨拶があった。

宮城信雄 沖縄県医師会会長挨拶



本日は、ご多用な中、急な呼びかけにもかかわらず、沖縄県医療推進協議会にご出席賜りまして厚く感謝申し上げます。

当協議会は、沖縄県における医療・介護・保健および福祉行政の充実強化を目指し、積極

的に諸活動を推進することを目的に掲げ、当該趣旨に賛同する28団体に参加し、平成16年11月に設立されました。

当協議会では、これまで「混合診療の全面解禁阻止」、「高齢者のさらなる負担への反対」、「国民不在の医療制度改革反対」、「助産師・看護師養成、県立浦添看護学校の存続」、「地域医療を守る予算の確保」、「社会保障費の年2,200億円削減撤廃」、「TPP参加阻止」等を求め、署名活動や県民集会等各種活動を展開して参りました。お陰様で、「混合診療の全面解禁阻止」「助産師・看護師養成」「社会保障費の削減撤廃」については一定の成果を得ることができました。

これも偏に当医療推進協議会各加盟団体のご協力の賜と感謝申し上げる次第であります。

そのような中、去る7月31日に閣議決定された『日本再生戦略』やTPPを巡る動きを見ると、医療を営利産業化し、国民皆保険を崩壊へと導きかねない内容が含まれていることに、大変危惧しております。特にTPPについては、

現在行われている衆議院選挙において争点の一つになっており、その危険性が国民に示されないまま交渉を進めようとする動きもあります。

又、去る8月10日に社会保障制度改革推進法、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律など、社会保障・税一体改革関連法が成立しました。今後段階的に消費税率は10%にまで引き上げられ、その増収分はすべて社会保障に充てると、野田総理は述べられています。

一方、社会保険診療にかかる消費税は非課税となっていることから、医療機関は患者さんから消費税をいただいております。しかしながら、医療機関は社会保険診療を行うために仕入れる薬品や材料等に対して消費税を支払っております。本来、消費税は消費者が負担する仕組みとなっておりますが、患者さんから消費税をいただけないため、その分を医療機関が負担しているという控除対象外消費税の問題があります。

この問題の解決なくこのまま消費税率が引き上げられれば、今後、医療機関は現在の2倍の税負担を強いられることとなり、多くの医療機関が経営破綻するおそれがあります。

地域医療を担う医療機関が閉院した場合、一番困るのはその地域に住む住民の皆様であることは言うまでもありません。

かかる状況に鑑み、国民に今の医療をとりまく危機的状況を知らせると共に、医療の営利産業化へと繋がるTPP交渉への参加阻止、「日本再生戦略」に見る市場原理主義への回帰阻止、医療に関する消費税問題の抜本的解決を求める声を政府に届けることを目的とした県民運動を沖縄県において展開したいと考え、本日当医療推進協議会を開催いたしました。

つきましては、時節柄何かと慌ただしい折、誠に恐縮に存じますが、所期の目的を達成すべく、ご支援ご協力賜りますようお願い申しあげまして、ご挨拶とさせていただきます。

続いて、今回の協議会開催に係る趣旨説明として、真栄田常任理事より「国民皆保険制度とTPP」について、玉城副会長より「控除対象外消費税問題」について資料に基づき説明が行われた。

以上の説明の後、宮城会長より本来であれば当協議会においてお諮りし、了解が得られれば県民運動へ展開すべきところであるが、中央から12月中の運動展開要請があることと現在行われている衆議院議員選挙後にいち早く行動を起こすべく、当協議会において決議を採択したいとの提案があり、異議なく承認された。

これを受けて決議案が配布され真栄田常任理事より朗読が行われた後、協議が行われ全会一致で決議案が承認された。なお、同決議文は内閣総理大臣、厚生労働大臣、財務大臣、衆参両議長、衆参厚生労働委員会委員、県選出国會議員、沖縄県知事、県議会議長、県議会議員、マスコミ等関係各位へ送付する事になった。

決議

国民の幸福の原点は健康にある。
それを支えるわが国の優れた国民皆保険を堅持し、地域医療を再興していくことは、すべての国民の願いである。
そのため、国民皆保険を崩壊へと導く医療の営利産業化に繋がる政策並びにTPPには断固反対する。
また、国民と地域医療を担う医療機関に不合理且つ不透明な負担を生じさせている医療に係る消費税問題の解決を強く要望する。

以上、決議する。

平成24年12月10日

沖縄県医療推進協議会

| NO | 役職 | 氏名 | 所属団体 |
|----|-----|-------|----------------------|
| 1 | 会長 | 宮城 信雄 | 沖縄県医師会 |
| 2 | 副会長 | 比嘉 良喬 | 沖縄県歯科医師会 |
| 3 | 副会長 | 神村 武之 | 沖縄県薬剤師会 |
| 4 | 副会長 | 奥平登美子 | 沖縄県看護協会 |
| 5 | 理事 | 新垣 雄久 | 沖縄県社会福祉協議会 |
| 6 | 理事 | 大城 正順 | 沖縄県調理師会 |
| 7 | 理事 | 平良 菊 | 沖縄県婦人連合会 |
| 8 | 理事 | 花城 清善 | 沖縄県老人クラブ連合会 |
| 9 | 理事 | 小那覇安優 | 沖縄県農業協同組合中央会 |
| 10 | 理事 | 下地 洋子 | 沖縄県栄養士会 |
| 11 | 理事 | 松川 正男 | 沖縄県臨床検査技師会 |
| 12 | 理事 | 仲程 尚子 | 沖縄県歯科衛生士会 |
| 13 | 理事 | 平良 光政 | 沖縄県柔道整復師会 |
| 14 | 理事 | 久場 良男 | 沖縄県鍼灸師会 |
| 15 | 理事 | 樋口美智子 | 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会 |
| 16 | 理事 | 比嘉 靖 | 沖縄県作業療法士会 |
| 17 | 理事 | 奥儀 賢也 | 沖縄県言語聴覚士会 |
| 18 | 理事 | 豊平 朝清 | 沖縄県はり・きゅう・あん摩マッサージ師会 |
| 19 | 理事 | 新垣 哲 | 全日本病院協会沖縄県支部 |
| 20 | 理事 | 小渡 敬 | 日本精神科病院協会沖縄県支部 |
| 21 | 理事 | 積 洋一 | 沖縄県ウォーキング協会 |
| 22 | 理事 | 玉那覇 哲 | 沖縄県高等学校障害児学校教職員組合 |
| 23 | 理事 | 高良 吉広 | 沖縄小児在宅医療基金「ていんさぐの会」 |
| 24 | 理事 | 嘉数 清美 | (社)日本てんかん協会沖縄県支部 |
| 25 | 理事 | 宮城 常和 | 沖縄県医療労働組合連合会 |
| 26 | 理事 | 平良 直樹 | 沖縄県老人保健施設協議会 |
| 27 | 理事 | 上間 一 | 沖縄県慢性期医療協会 |

沖縄県医療推進協議会役員名簿

沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

| | | | | | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--|
| <p>2F</p> <p>●会議室1～4</p> <table border="1"> <tr> <td>会議室1・2</td> <td>S=42席</td> <td>T=64席</td> <td>□=35席</td> </tr> <tr> <td>会議室3・4</td> <td>S=36席</td> <td>T=54席</td> <td>□=30席</td> </tr> </table> <p>機能的に各種会議が開催できるよう 4つの会議室(40～60名)を備えています。</p> <p>各部屋とも小規模な研修会や委員会等(会議)が開催できるようスクリーンを設置し、必要に応じて音響への対応も可能となっております。</p> | 会議室1・2 | S=42席 | T=64席 | □=35席 | 会議室3・4 | S=36席 | T=54席 | □=30席 | <p>3F</p> <p>●ホール (S=144席 T=234席)</p> <p>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</p> <p>最大240名収容のホールを完備。仮設舞台や音響設備をはじめ、講師控室やラウンジなども設置しておりますので、スムーズな運営が可能です。</p> |
| 会議室1・2 | S=42席 | T=64席 | □=35席 | | | | | | |
| 会議室3・4 | S=36席 | T=54席 | □=30席 | | | | | | |

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



会館利用に関する問い合わせ

沖縄県医師会事務局 経理課 (城間)
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9
TEL:098-888-0087/FAX:098-888-0089



平成 25 年沖縄県医師会 新年祝賀会・医事功労者表彰式



常任理事 真栄田 篤彦



沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式 式次第

日 時：平成 25 年 1 月 5 日（土）19：00～
場 所：沖縄ハーバービューホテル
クラウンプラザ（彩海の間）
司会 渡辺克江アナウンサー

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 開会のことば | 玉城信光副会長 |
| 2 会長挨拶 | 宮城信雄会長 |
| 3 第 27 回沖縄県医師会医事功労者表彰 | |
| ・ 県知事表彰 | 3 名 |
| ・ 県医師会長表彰 | 37 名 |
| ・ 被表彰者代表挨拶 | |
| 4 来賓祝辞 | 仲井眞弘多沖縄県知事 |
| 5 鏡開き・乾杯 | 須加原一博琉球大学 医学部部长 |
| 6 祝宴・余興 | サウンドオフィス・名城 |
| 7 福引き | |
| 8 閉会のことば | 安里哲好副会長 |

去る 1 月 5 日（土）沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて、平成 25 年沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式が開催され、会員 105 名、家族 51 名、来賓等 73 名と多数の方々にご参加頂き、大いに賑わった。

医事功労者表彰式では、県知事表彰 3 名、県医師会長表彰 37 名の先生方が受賞された。

初めに玉城信光副会長から開会の辞が述べられ、その後宮城信雄会長が挨拶にたたれ、次のとおり述べられた。

宮城信雄沖縄県医師会長挨拶



あけましておめでとうございます。
ございます。

本日は、2013 年の新春を寿ぐ沖縄県医師会新年祝賀会並びに医事功労者表彰式を開催いたしましたところ、仲

井眞弘多知事をはじめ、ご来賓の方々、会員並

びにご家族の皆様方多数ご参加頂きまして衷心より感謝申し上げます。

昨年 8 月に「社会保障と税の一体改革関連法案」が衆議院で可決されました。

増え続ける社会保障費を持続的・安定的に支えるためには、消費税率の引き上げはやむを得ないものと思いますが、社会保険診療が非課税となっていることから、医療機関は「控除対象外消費税」という大きな問題を抱えております。このまま、消費税が引き上げられると、医療機関の経営に極めて深刻な影響を及ぼすことになります。消費税というものは本来ならば最終消費者が負担しなければなりません、医療費が非課税となっていることから医療機関がそれを負担していることとなります。当初、医療に税金をかけるべきではないというのが医師会の主張でありましたが、仕組みを医師会は知っていませんでした。非課税の意味は自分達が負担するということとなります。現時点での消費税は 5% の段階で、病院も診療所も含めて医療収入の 2.2% を消費税として医療機関が負担しています。2015 年までに段階的に消費税が引き上げられるとなっておりますが、現時点でも医療機関は耐えられない。8%、10% になっていくと医療機関にとって経営が非常に厳しくなっていくことをご理解いただきたいと思っております。

また、TPP 交渉参加の動きが依然として見受けられますが、世界に冠たる国民皆保険制度の崩壊をまねく恐れのあるこの制度への参加には、断固として反対していかなければなりません。

昨年、政権交代が行われましたが、これらの諸問題については是非ともご理解いただき、先程消費税の話をしました、医師会は消費税については課税をして軽減税率・ゼロ税率にして欲しい旨を前政権の頃より要望しておりました。それについては前政権も理解していただいていたのですが政権が変わってしまいましたので、新しい政権がどのような対応をしていくのか見ていきたいと思っております。

さて、本年は「ヘビの年」であります。

医師会のシンボルマークには、医学には欠か

せない乳鉢・乳棒と医療・医術の象徴として知られているギリシャ神話の医神アスクレピオスのヘビが組み合わされており、ヘビは古くから医療に関わりが深いものとされております。

また、巳年は「実を結ぶ年」とも言われており、医療界にとっては誠に縁起の良い年と言えます。

我々医師会がこれまで行ってきた提言ならびに活動が実を結び、より良い医療提供体制の構築が図られんことを期待するものであります。

この後、引き続き行われます第 27 回沖縄県医師会医事功労者表彰式では、県知事表彰に 3 名、県医師会長表彰に 37 名の先生方が表彰されます。特に、慶祝表彰におきまして、米寿の先生が 2 名、喜寿の先生が 22 名おられることは誠に喜ばしくおめでたい限りであり、沖縄県医師会の誇りであります。受賞者の皆様におかれましては衷心よりお慶び申し上げます。現在の本県の医療事情は国による振興計画や県の諸施策により、大幅に改善されておりますが、その陰にはここにおられる先生方をはじめとする諸先輩方が、戦後の脆弱な医療環境のもとで日夜を分かたず保健・医療・福祉の向上確保にご尽力いただいた基盤があったからこそ成し得たものであり、ここに改めて先生方の永年のご労苦に対し、深甚なる敬意と感謝の意を表する次第であります。

最後になりますが、医療を巡る情勢は依然として混沌とし、今後も困難な状況が予想されますが、我々に与えられた崇高な使命である、「県民のための良質な医療提供」が全う出来るよう、会員並びに関係各位のより一層のご協力をお願いすると共に、平成 25 年の巳年をご参会の皆様にとって、希望の実を結ぶ一年になるよう心から祈念致しまして、私の年頭の挨拶と致します。

第 27 回沖縄県医師会医事功労者表彰

引き続き、医事功労者表彰式に移り、仲井眞知事から沖縄県知事表彰（3 名）の授与、宮城会長から県医師会長表彰の授与が行われた。県医師会表彰については、受賞者が 37 名と多数

おられることから、ご出席頂いた先生方のお名前をご紹介させていただき、慶祝を代表して中村義清先生と、医事功労を代表して金谷文則先生に授与された。その後、受賞者を代表して、県知事表彰を受賞された大山朝賢先生から挨拶があった。

大山朝賢先生受賞者代表挨拶



皆様、あけましておめでとうございます。
 本日、仲井眞弘多知事より、医事功労として直接表彰状をいただきましたことは非常に光栄に存じております。

その上、お一人は前の那覇市立病院理事長與儀美津男先生、沖縄病院の前副院長の久場睦夫先生といっしょにいただけましたことは、私にとって大変幸せでございます。

昨年まで私は宮城沖縄県医師会長の下で常任理事として走り回っておりましたが、今日はこうやってひな壇に立ってみると足が震えて止まりません。本日県医師会長表彰を慶祝される先生方は沖縄を代表する立派な方々でありまして、被受賞者として挨拶して欲しいと医師会から連絡をもらった時にはOKをしましたが、今

朝名前を見て後悔しているところです。中村先生や金谷先生の方がよかったんじゃないかと思いますが、本日はご指名ですのでご了承下さい。私及び医事功労者慶祝の方々を推薦していただいた県医師会長並びに関係各位に心から感謝申し上げます。私事ですが、私は巳年になり、過去にゴルフをしていたころはハブ年集まれと、巳年とハブ年は咬みつくと撫でるので違いますが、今年の4月に県医師会役員を下りましたので、毒にも薬にもなりません、今後ともご指導ご鞭撻のほどお願い申し上げさせていただきます。感謝の言葉と変えさせていただきます。

本日はありがとうございました。

仲井眞弘多知事挨拶



あけましておめでとうございます。私の後援会長は宮城信雄会長となっております、医師会の先生方の前でお話できることを光栄に存じております。医師会の先生方は、様々な広い分野で日夜頑張っておられることに対し、心から敬意を表するものでございます。

沖縄県は今年の4月より新しい沖縄振興に

| 平成24年度 沖縄県医事功労者県知事表彰受賞者 (年齢順) | | | No | 氏名 | 受賞理由 |
|-------------------------------------|-------|---------------------|----|-------|----------------------|
| No | 氏名 | 受賞理由 | 16 | 野原 忠 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 1 | 大山 朝賢 | 県医師会・地区医師会役員 10 年以上 | 17 | 外間 英男 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 2 | 與儀實津夫 | 公的医療機関病院長・副院長 8 年以上 | 18 | 長田 毅 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 3 | 久場 睦夫 | 公的医療機関病院長・副院長 8 年以上 | 19 | 嶺井 定一 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 平成24年度沖縄県医事功労者県医師会長表彰受賞者 | | | 20 | 嶺井 ミツ | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| No | 氏名 | 受賞理由 | 21 | 平良 武美 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 1 | 前城 健二 | 米寿表彰 (数え年 88 歳) | 22 | 中村 義清 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 2 | 渡慶次 寛 | 米寿表彰 (数え年 88 歳) | 23 | 本部 紹一 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 3 | 小渡 有明 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 24 | 北條 明 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) |
| 4 | 伊藤 悦男 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 25 | 下地 輝子 | 学校医歴 15 年以上 |
| 5 | 森川 道也 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 26 | 久田友太郎 | 学校医歴 15 年以上 |
| 6 | 稲富 洋明 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 27 | 志慶眞文雄 | 学校医歴 15 年以上 |
| 7 | 大城 兼博 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 28 | 城間 寛 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 8 | 島袋 良夫 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 29 | 池村 剛 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 9 | 當山 雄紀 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 30 | 野村 義信 | 勤務医部会役員 10 年以上 |
| 10 | 末吉 惟純 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 31 | 高良 聰子 | 学校医部会役員 10 年以上 |
| 11 | 新垣 敏雄 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 32 | 金谷 文則 | リハビリテーション医学会長 10 年以上 |
| 12 | 友寄 英毅 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 33 | 屋良 朝雄 | 感染症・予防接種委員 10 年以上 |
| 13 | 釜野 尤志 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 34 | 大湾 勤子 | 感染症・予防接種委員 10 年以上 |
| 14 | 新垣 武三 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 35 | 宮良 長治 | 臨床検査精度管理委員 10 年以上 |
| 15 | 田頭政三郎 | 喜寿表彰 (数え年 77 歳) | 36 | 大西 弘之 | 生涯教育委員 10 年以上 |
| | | | 37 | 粟田久多佳 | 学校医部会役員 10 年以上 |

係る法律であるとか、米軍軍用地が返還された後の跡地利用についての法律を民主党政権時代に作っていただき、かなり良いものが出来ました。一括交付金についても比較的使い勝手の良い制度も新しい振興法の中に盛り込まれていきますし、内容的には一步一步前へ進んでいると感じています。沖縄も産業の振興による所得の向上、雇用の改善に加えて、医療・福祉を中心においた 21 世紀ビジョンとして約 20 年間を展望したものを作り、これを実現するために新しい沖縄振興基本計画を、今度は沖縄側でつくりたいということで、従来、政府が作っていたものを沖縄が独自で作るという仕組みに変えました。したがって、これを実現するためには使い勝手の良い資金の制度が必要ということで、スタートしています。

そのような中で、医療・保健・福祉も非常に大きな分野ですから、ビジョンは第一に安心・安全をしっかりとやっていき、第二に文化・スポーツ・教育学問、県民が最も得意とし敬意を表する分野でやっていこう、第三にあらゆる産業を振興しよう、第四は国際交流をしっかりとやっていこう、このような柱建てでこれから 10 年やっていこうと考えております。

その中で、沖縄振興の基本計画の中で、私も素人でまだ中身がよくわかりませんが、重粒子線の治療施設の分野も、平成 25 年度で沖縄で実際に実行できる内容のものをしっかりと事業計画として作り、それを平成 26 年度からはなるべく早い期間で完成させようと、本日まで参加の医師会の先生方、琉大の先生方、国立の先生方、県庁の先生方と、一緒になって沖縄でも作っていきたいと考えております。中身については、医師会にお任せして詰めていただき、事業化し、来年度からスタートするような内容になっております。

一部をご紹介いたしましたが、色んな面で医師会の先生方を中心とし suggestion なりご提案をいただき、可能な限り我々も消化しながら展開してまいりたいと思います。

宮城会長を始め、様々な分野の先生方が元気で沖縄のために日本のために是非頑張ってもら

いたいと祈念申し上げ、挨拶とさせていただきます。

おめでとうございます。

須加原一博琉球大学医学部長乾杯挨拶



皆様おめでとうございます。昨年は沖縄県も色々ございましたけれども、暮れには山中教授がノーベル医学賞を受賞され、医学に携わる者にとってはすば

らしい明るい話題で締めくくられております。今年は巳年ということで、再生の年 IPS 細胞による再生医療が飛躍的に発展するものではないかと期待しているところです。大学におきましてもミッションの再定義ということで、沖縄県における大学の存在意義あるいは琉球大学の特色、強みを明確に示していくことが求められています。教育・研究の体制を見直し、改革を行って、実績を挙げていかなければなりません。また、附属病院につきましては村山病院長のもと、再開発計画が着々と進められており、県医師会の皆さん、県民の皆様これまで以上のご支援をお願いしなければなりません。この場を借りて深くお願い申し上げます。沖縄県におきましても、次の新たな振興策の時期に入り、大きく発展することが期待されております。色々な意味で今年は節目の年になるのではないかと期待しているところです。県民の皆さん、県医師会、琉球大学、そしてご参加の皆さんにとりまして、今年がすばらしい飛躍の年になるよう祈念して乾杯したいと思います。

その後、サウンドオフィス名城の 3 人のメンバーによるフルート、エレクトーンの演奏とソプラノ歌手による歌を披露していただき、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、17 名おられたが、1 等賞（液晶テレビ）は愛聖クリニックの中田安彦先生のお子様、2 等賞（加湿空気清浄機）はかじまやクリニックの山里将進先生、

報 告

3等賞（自転車）はてるや整形外科の照屋勉先生であった。

最後に安里哲好副会長より2013年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があり、閉会となった。



県知事表彰を代表で授与される
大山朝賢先生



県医師会長表彰を代表で授与される
中村義清先生



乾杯



余興：サウンドオフィス・名城



左から大浦先生、照喜名先生、久場先生、
與儀先生、高良先生、源河先生、石川先生



左から本竹先生、金谷先生、嘉手苺先生、
山城先生、照屋先生