

## 平成 27 年度 第 3 回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る1月19日（火）午後2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。

始めに、司会の今村常任理事より開会の辞があり、横倉義武会長より概ね次の通り挨拶があった。

昨年末に展開した国民医療を守る為の国民運動とその一貫として国民集会を開催したが国会議員185名を含む約2,000名の参加を頂いた事を心から御礼申し上げる。国民集会の成果を後押しに平成28年度の診療報酬改定にあたっては多くの病院・診療所が大変苦しい経営状況にある実態や、また全国で300万人以上の医療従事者の賃金の上昇をもたらす経済効果のメリット等を政府の関係各方面に強く訴えを続けてきた。その結果、消費税率10%への引き上げの延期や実質的にシーリングが掛けられるなどの非常に厳しい状況の中、診療報酬の本体部分が0.49%、医科本体が0.56%プラスとなった。

現在、中医協の中で診療報酬の具体的な配分の議論においても、地域医療構想をバックアップする形で点数配分が行われるよう引き続き求めていく。

また、「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上する為の研修制度を本年4月から開始する事とした。各都道府県医師会におかれては積極的に取り組んで頂きたいと願っている所である。

その上で、医師会に対する国民の信頼に応える為にも持続的で質の高い医療を提供できるシステムを構築し、国民の幸福と我が国の成長と発展と活力ある健康長寿社会の実現に寄与して参りたいと思う。どうぞ各都道府県医師会におかれましても、こうした日本医師会の数多くのご理解と更なるご協力をお願い申し上げ挨拶としたい。

**協 議**

**(1) ORCAの「外部事業化」と日医としてのIT化の進路について【兵庫県医師会】**

ORCAの外部事業化と日医としてのIT化の進路について、石川常任理事より回答があった。

平成22年23年度の医療IT委員会の答申や、当時公益法人化を目指す日医が、受益者負担としてORCAユーザー等から費用を徴収することは難しいと言った見解もある事を踏まえて執行部内で検討を重ねた結果、①公益社団法人としては100%子会社を持つことは許されない為、政府系ファンドである地域経済活性化支援機構(REVIC)をパートナーとする②出資金はそれぞれ3億円ずつとする③取締役は5名とし、うち3名が日医推薦とする④会社の名称は日本医師会ORCA管理機構とする事などを決め、昨年理事会で承諾を頂き、REVICと合弁契約をした。また、検討過程において会員への説明が足りないのではないかと厳しい指摘を頂戴しているが現在公益社団法人が外部に会社を作る事について様々な議論がある中でなんとか了解を得た段階であり会社設立を大々的に公表する事はさけてきた状況にある。今後皆様方からももう少し前面に出て新会社を盛り立てるべきと後押し頂けるぐらい時期が熟成するのを待ってから色々な所でアピールするように努めたいと思っている。新会社設立はあくまでスタートであり着実に実績を積み上げていく事によって会員皆様にご理解を頂く事としたい。

また、日医IT化宣言については今期の医療IT委員会への会長諮問事項である。

2001年に公表した初代の日医IT宣言はORCAプロジェクトの発表という明確な目的を示す内容であった。現在では全国各地で地域医療ネットワークの構築、運営が急ピッチで進められており、国の政策も医療とITの導入化や次世代医療ICT協議会など様々な事が検討されている。そのような事を背景に新たな宣言を行うのであればORCAの事だけにとどまらず、より広い視野をもって日本医師会が医療のICT化を主導的に進

めていく旨を強力にアピールする内容にすべきと考えている。医療IT委員会の答申は今年5月頃に横倉会長に執行できるよう鋭意検討いただいているところである。ご指摘の通り会員の方々に安心と新たな希望をもって頂けるよう、より充実させて参りたいのでご理解とご了承の方よろしくお願ひ申し上る。

**(2) 地域医療構想策定における取組について【福岡県医師会】**

地域医療構想策定における取組について釜沼常任理事より回答があった。

昨年4月より各都道府県で地域医療構想の策定作業が行われているが、策定の時期については昨年の10月20日時点での厚生労働省の調べによれば45%にあたる21の都道府県が2016年度半ばの策定を予定しており、4県が2016年度中、2県が未定となっている。残る府県は2015年度中に策定する予定で、この中で16年度に持ち越した県もあるようで地域医療構想が正式に医療計画に追記され実施を伴って策定されるのは2016年度になると思われる。従って、ほとんどすべての都道府県は本年4月の診療報酬改定の後に地域医療構想に伴う作業がスタートする事になる。

医療機関によっては、構想が策定される前に今回の診療報酬改定の状況によって、病床の転換や休眠病床の復活を図る医療機関が出てくる可能性がある。このような対応は地域医療構想で策定する現在の体制と将来の分析を崩しかねないものであり容認できるものではない。また地域医療構想の趣旨にも反するものであり、特に知事の指示・命令の対象である公的医療機関等は地域医師会などと十分な協議をしながら周囲の医療機関への影響を考慮して病床数機能の選択を考えていかななくてはならない。

その上で各医療機関が行う病床の機能転換の基金を活用した支援を行う時期を、地域医療構想策定後からとし、また、地域医療構想が策定されるまで、個別医療機関の病床転換を見合わ



せる事とした福岡県の取り決めはまさに県医師会がリーダーシップを発揮された試みであり大変心強く思う。

日本医師会としても常日頃から地域医療構想策定ガイドライン検討会委員である中川副会長中心に厚生労働省に対してかけこみ転換などが行われないよう都道府県をきちんと指導する事を求めている。

**(3) 地方の医療体制を守る活動を**

**【奈良県医師会】**

今後の診療所への規制を問う質問について釜薙常任理事より回答があった。

行政が診療所の果たす役割や配置を強制的に制限するような施策は断じて容認しない。審議会等における意見に対し国民の健康増進に悪影響を及ぼすと考えられる意見に対しては厳しく反論し最終的な取り纏めに反映されないように全力で対応していく。

また、我が国は急速な少子高齢化が進行し人口減少特に生産年齢人口の減少が著しい中で、国と地方は多額の債務残高を抱え今後の医療提供に必要な財源の確保は益々困難になるものと予想される。医療経済実態調査に於いて診療所の経営は年々悪化している事が明らかになっている。このような中で今後はなるべく地域医療の需要に即した適切な診療所を配置する仕組みが必要であろうと予想されている。日本医師会は地域の診療科ごとの需給に関する見通しや他地域と比較した現象の分析を関係者が広く共有し新規に診療所開設を目指す医師が正確な情報に基づいて判断できる事により地域事情に即した適正な配置に自主的に収れんさせていくやり方を目指す。

医療機関の機能分化と連携が図られる中で、診療所はかかりつけ医機能を中心的に担う存在である。診療所を開設するには総合診療専門医の資格を必要との体制は目指すべき方向ではない。我が国は各領域の専門医として実績を積んだ医師が診療所を開設し専門領域の経験をいか

しながらかかりつけ医として地域医療に貢献する仕組みが定着している。その上で診療所に於ける医療提供が継続できる診療報酬を確保するとともに日本医師会が推進するかかりつけ医機能強化を図る事こそが重要であると考ええる。

**(4) 医師におけるプロフェッショナルオートノミーについて【東京都医師会】**

医師におけるプロフェッショナルオートノミーについて小森常任理事より回答があった。新しい専門医や医療事故調査制度等など社会と医療を繋ぐ新たな制度の円滑な実施・運営に向けては引き続き医師会が主導をもって国民により安全で安心な医療を提供できるよう全力で努めていく。またこうした取り組みを通じて医師会の活動が国民に正しく理解され医師が団結する基盤の役割を真に果たせられれば、保険医の認定等、行政の役割の医師会が肩代わりしていく事の第一歩にもなっていくと考えている。

ご承知の通りプロフェッショナルオートノミーは行政機関等の外部から規制を受けない自由と共に自ら構築した自己規律のシステムに従って行動していく義務を併せもつものと考えている。

今後も国民と共に歩む医師会を目指す中で、より高次の自己規律のシステムを構築し、プロフェッショナルオートノミーを基調とした会務運営を推進しながら国民の皆様からの更なる信頼に答えて参りたいので先生方の更なるご理解とご指導ご協力よろしくお願ひ申し上げます。

また、保険医の認定・取り消し等も医師会が行政に代わって行うべきとの指摘に対し、松本常任理事は、現在、厚労省との指導・監査等の運用見直しに関する協議を水面下で継続中であり、日本医師会の強い意向としては保険医の指定登録時に都道府県医師会が関与できるよう話し合いを続けているとした他、指導・監査の所管が厚生局になる前に各地で行われた医師会による自主指導についても、厚生労働省と引き続き交渉していくのでご理解の程よろしくお願ひしたい。

報 告

**(5) 船員手帳証明書データの提供について**

**【山口県医師会】**

船員手帳証明書データの提供について、羽鳥常任理事より回答があった。

協会けんぽ船員保険部長名による船員手帳健診実施機関長宛の意向調査については、特定健診が始まって8年も経過した後唐突に、事前に日本医師会に対して説明がないまま、すでに全国約1,400ヵ所の船員手帳健診実施医療機関に対して実施されている事に対して強く抗議すると共に今後このような事がないよう重ねて要請した。

加えて、今回の調査実施に際して、厚労省とも事前の調査を行っていないことから、日本医師会として厚労省に対し、①船舶保有者に対する船員手帳健診結果の写しの保管②船員手帳健診と事業主健診の仕様の統一について早急に検討するよう要請した。

一方、特定健診・保健指導に関しては、平成20年度に始まって以降、後期高齢者支援金の加減算制度の影響もあり、各医療保険者は受診率や保健指導実施率の向上ばかりに目を向きがちなのはご指摘の通りだと認識している。受診率の向上も必要な条件である事は確かですが本会としてはあるべき健診の姿を主張していきたいと思う。どうぞご理解の方よろしく願いたい。

**(6) 社会保険指導者講習のあり方について**

**【愛知県医師会】**

社会保険指導者講習のあり方について松本常任理事より回答があった。

都道府県医師会の社会保険担当理事、支払基金の審査委員、都道府県の技官を日本医師会に集め、関係法律の趣旨徹底に加えて学術水準向上の為、基礎・臨床・公衆衛生に及ぶ体系的な内容の講習会を開催し、その後多くの先生方が都道府県で社会保険を理解する指導者となって郡市区医師会に対し内容を伝達・普及を図って頂く二段階のものである。

講習内容に関しても時代に合わせて変化し、昭和36年当時問題であった制限診療撤廃等から、その後、生涯教育的な要素が強まり現在に至っている。

審査委員や技官に最新の医療を学習依然として継続し審査委員や技官からも好評を得ている。

この歴史ある、厚労省との共催で開催による講習会の在り方について厚労省とも相談の上検討していきたいと考える。その際審査委員や行政の技官に向けた講習部分は継続していくべきと考えている。また生涯教育のテーマについては、会員の先生方が望まれるものと、また受講者が保険担当であることを意識した工夫が必要だと考えており、開催日程についても目的に合わせて検討していきたいと思う。

**(7) 日医認証制度について【群馬県医師会】**

日医認証制度について石川常任理事より回答があった。

公的個人認証サービス JPKI は国民を認証する仕組みであり保健医療福祉分野公開鍵基盤 HPKI は医療分野の国家資格を認証するものであり、両者に上下関係はなく独立した仕組みである。

また医師免許証のデータとマイナンバーの紐づけに関しては国が一手に医師を管理する事やマイナンバーカードの券面の記載事項は法律で定めるものであり身分証明書になる事から例外的な記載は認められない。この為マイナンバーカードを提示するだけで医師であることの証明はできない。この事から券面を見せるだけで医師資格を証明する事のできる医師資格証が優れていると考えている。従って医師資格証を提示すれば医師の資格を持っていることを証明可能なように厚労省と交渉を進める予定である。

また日医としてはマイナンバーを医療の現場に持ち込むことに反対し、医療等 ID の創設を提言してきた。その結果昨年6月30日閣議決定された日本再興戦略改訂2015に医療等分野



専用の番号制度を導入することが明記され、日医の医療分野等 ID 導入に関する検討会委員会で具体的な仕組みや制度の議論を行っており今年度中に具体的な提言を行う予定である。

最後に医師資格証の普及に向けて本年 4 月から、生涯教育等の講習会等の出欠と単位管理のシステムを稼働させるなどの環境づくりに取り組んでいる。また今般の診療報酬改定の中で電子的な紹介状についても評価や電子処方せんの活用についても、厚労省との交渉も含め医師の資格証として活用できるように多方面と交渉を進めていくので何卒ご理解ご協力をお願いしたい。

**(8) 消費税の対応について【群馬県医師会】**

消費税の対応について今村常任理事より回答があった。

医療界としての要望を選択する段階に入ってきた。その際に仕入れ税額控除が可能となるとともに。小規模医療機関の事務負担に配慮する事、これが大切であり病院と診療所への対応を分けて考える方法は、有力な方向性だとして日医が示したものである。

解決方法を選択していく上で解決すべき課題として、①過去の診療報酬への上乗せ補てん分について、いわゆる「引きはがし」の議論が起きること②いわゆる四段階税制（所得税の概算経費率）が存続できるか③自由診療で患者さんから頂く消費税について現在、免税事業者あるいは簡易課税事業になっている小規模医療機関への影響④事業税非課税措置存続への影響、4点である。医療界全体が理解納得できる一つの解決策を見出すには非常に厳しい課題である。

また、有床診療所の消費税問題は、有床診療所と無床診療所の事情は異なっている。消費負担の状況は個々の医療機関ごとに異なることに配慮の上、全国有床診療所連絡協議会等との検討とともに、その実態を中医協に於いて検証を把握する中、解決法を求めていく。

**(9) 医療の控除対象外消費税問題の抜本的解決に向けて【埼玉県医師会】**

医療の控除対象外消費税問題の抜本的解決について、時間的なスケジュールも含めて今村副会長より回答があった。

日本医師会の税制改正要望は、まず厚労省で検討され、省の要望として取り上げた項目のみが自民党の厚生労働部会に提出される。更に同部会から自民党税制調査会へ上申される事によって、初めて政府・与党の検討の遡上に上がる事になる。

その為、日本医師会では厚労省の各局・各課に強く働きかけを行った上で、自民党厚生労働部会・税制調査会に所属している国会議員等への陳情活動を行い、その結果、平成 28 年度税制改正大綱に「平成 29 年度税制改正に際し、結論を得る」と解決の年限がはっきり書き込まれた。

その上で、この 1 年間で問題解決にむけて大切な時期となる事から、地方自治法第 99 条に基づく意見書の提出と全国知事会での要望取り上げについて、都道府県議会議員・国会議員・知事への都道府県医師会からの働きかけを行って頂きたい。

また、1 月 28 日に都道府県医師会日医税制担当理事連絡協議会を開催する。昨年開催した、医療機関等の消費税問題に関する検討会を再開し、財務省・厚労省、その他多くの関係者のご理解が必要となるのでこの検討会で関係者の意見を十分に統括し、本問題の解決に向けて引き続きご理解とご協力を賜りたい。

**報 告**

**(10) 日本医師会新会員情報システムに関する都道府県医師会事務局担当者への説明会開催について【日医】**

今村常任理事より報告があった。

日医会員情報システム再構築は都道府県医師会との利用により会員サービスの向上を図り、医師会の組織強化に繋げていくことを目的にしている。

その第一段階として、都道府県医師会との相互利用を考えている。新システムへの理解を求めるとともに、都道府県医師会事務局との連携を強化する為に、2月12日（金）に日本医師会館で日本医師会新会員情報システムに関する都道府県医師事務局担当者への説明会を開催予定している。担当職員の参加について配慮頂きたい。また都道府県医師の事情があるかと思うが今後とも協力の程お願いしたい。

**(11) 日本准看護師連絡協議会について【日医】**

釜范常任理事より報告があった。

日本准看護師連絡協議会は看護師と比べて研修を受ける機会が少なかった准看護師に対して全国単位で更なる能力向上を目指した生涯教育研修体制の確立を目的として設立されたものである。

本協議会は職能団体の創設を目的としたものではない。准看護師の研修体制を整えていく事が目的であるのでご理解を賜りたい。都道府県医師会においても研修の機会をぜひ作って頂きたい。

なお、本件に関しては、内容も分からず拙速だとの意見も出された事から、日本医師会として更に情報提供を努める事になった。

**(12) 地域医療介護総合確保基金（医療分）の平成28年度配分について【日医】**

釜范常任理事より報告があった。

地域医療介護総合確保基金（医療分）の平成28年度配分に関して、厚労省より、①平成28年度以降も区分Ⅰの事業に重点化した配分を行うこと。②区分Ⅱ、Ⅲの事業のうち、従来、補助金で実施してきた事業相当額を基本として、配分額を調整する方針であること。

事業区分Ⅰの事業としては、「地域医療構想に基づく病床機能の転換を行うために必要となる人材の確保」「病床の機能分化を進める上で必要となる医療機器間の連携や医療介護連携を円滑に行うためのコーディネーターの養成・配置」「医療介護連携を進める上で必要となる多職種連携のための研修の実施」などが含まれるとした他、平成27年度の混乱を踏まえて内示の方法は1回ですむように改めて強く厚労省に要請している。

**お 知 ら せ**

**暴力団追放に関する相談窓口**

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

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

**●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ**

受 付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868 - 0893 なくそうやくザ 862 - 0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869 - 8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

.....悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議



## 平成 27 年度 第 2 回都道府県医師会 税制担当理事連絡協議会



常任理事 宮里 善次



去る 1 月 28 日（木）、日本医師会館 3 階「小講堂」において平成 27 年度第 2 回都道府県医師会税制担当理事連絡会議が開催されたので、以下のとおり報告する。

### 挨拶

日本医師会 横倉会長より概ね次のとおりご挨拶が述べられた。

本日はご多忙のなかご参集いただき感謝申し上げます。

昨年末から診療報酬改定の議論があり、改定率 0.49%ではあるが、診療報酬改定の改定財源をある程度確保することができた。薬価は当然のことながら 1%以上下がることになるが、医療機関の人件費等々に充てる分が少し確保できたということになる。

今、中医協では最初の改定の作業に入っており、この数日のうちに相当固まってくるものと思われる。2 月 4 日には厚労大臣へ答申する段

取りになっているので、それぞれの都道府県では会員の先生方に様々な通知をしていただくことになるかと思うが、よろしくお願ひしたい。

さて、税制についてであるが、与党の平成 28 年度税制改正大綱が昨年 12 月 16 日に自民党と公明党の話し合いのなかで決定した。医療界にとって税制上の最大の課題である医療の消費税問題についてであるが、食料品等々については軽減税率の導入が大綱の中に明記されたが、医療については大綱の検討課題の文面に「特に高額な設備投資の負担が大きいと指摘等を踏まえ、平成 29 年度の税制改正に際し、総合的に検討し結論を得る」と記載された。29 年度税制改正については、今年の年末には具体的な解決案を結論付けるとの書き方になっており、解決の方向に進んでいるのではなからうかと思う次第である。この問題の解決に向け、今年 1 年が勝負どころになってくる。特に 12 月に決めるとなると、10 月頃を目途にしっかりと方

針を固めていかななくてはならないと思うので、よろしくお願ひしたい。

医療に係る消費税の問題は、やはり国民の中では十分に知られていない。それを受けて、医療機関には消費税の過重負担があるということについて世論の喚起が重要となる。そこで、地方自治法の第99条には「普通地方公共団体の議会は、当該普通地方公共団体の公益に関する事件につき意見書を国会又は関係行政庁に提出することができる」という規定があることから、地元の都道府県議会から医療の消費税問題について、解決を求める意見を決議していただくことが一つの力になると思うので、よろしくお願ひしたい。

本日は消費問題の解決に向けて日本医師会の考え方、今後の活動スケジュール等について担当役員よりご説明する予定であるが、活動についても様々な意見があると思うので、是非ご意見を出していただき、どのような方向がよいのかということについて、一定の方向性が確認できればと思っている。

最後になるが、今年7月に参議院選挙がある。我々の代表である自見はなこ氏が全国を回っているが、非常に評判がよく、我々もしっかりと票につながるように努力をしないといけないと考えているので、よろしくお願ひしたい。

## 協 議

### (1) 平成28年度税制改正大綱における要望実現項目について

日本医師会 今村定臣常任理事より概ね次のとおり資料に基づき説明があった。

去る12月16日に決定された平成28年度税制大綱の概要について説明する。

#### 一 制度の存続

- ・ 社会保険診療報酬に対する事業税非課税
- ・ 医療法人の自由診療分の事業税については、特別法人としての軽減税率（事業税）
- ・ 四段階制（社会保険診療報酬の所得計算の特例措置）

#### 二 制度の創設

- ・ がん検診・予防接種等の受診者に対する医療費控除の特例（所得税）

#### 三 適用期限の延長等

- ・ 環境関連投資促進税制の適用期限延長（所得税・法人税）

#### 四 制度の改善

- ・ 医学生修学金等の返還免除益を非課税所得とする措置（所得税）
- ・ 社会医療法人認定取消時における都道府県知事の認定を受けた事業に係る課税繰延措置（法人税）
- ・ 法人税率の引き下げ（法人税）

#### 五 検討事項等

- ・ 医療に係る消費税の課税のあり方の検討（消費税）

医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、実態の正確な把握を行う。

税制上の措置について、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、平成29年度税制改正に際し、総合的に検討し、結論を得る。

- ・ 医療の設備投資に関する特例措置（税額控除・特別償却）の検討（所得税・法人税）
- ・ 事業承継に係る税制上の措置の検討（相続税・贈与税）
- ・ 子育て支援に要する費用に係る税制措置の検討（所得税）



(2) 控除対象外消費税問題の解決へ向けて

① 控除対象外消費税問題に関する日本医師会の取組みについて

日本医師会 今村定臣常任理事より、概ね次のとおり資料に基づき説明があった。

最初に、消費税率5%までを振り返る。過去に上乗せされた0.43%（平成元年0.11%、平成9年0.32%）は、その後の改定で検証されていないため、行方がわかっていない。

そもそも、上乗せされた項目は数千ある診療項目のうち合計36項目に過ぎず、しかも、その36項目の多くが、その後の改定で包括、項目自体消滅、点数引き下げが行われている。また、平成元年の消費税導入時及び平成9年改定時の際、診療報酬上乗せ分の計算式には問題があった。消費税がかかる仕入れに乗ずる係数として「消費税率」ではなく、「消費者物価への影響」が用いられており、この点についても補てん不足が生じた原因である。

次に、消費税8%引き上げ時の対応についてである。我々は中医協・医療機関における消費税負担に関する分科会において、5%分までの補てん不足の解消及び先ほどの計算方式の是正を要望した。国は「5%分までの補てんは、こ

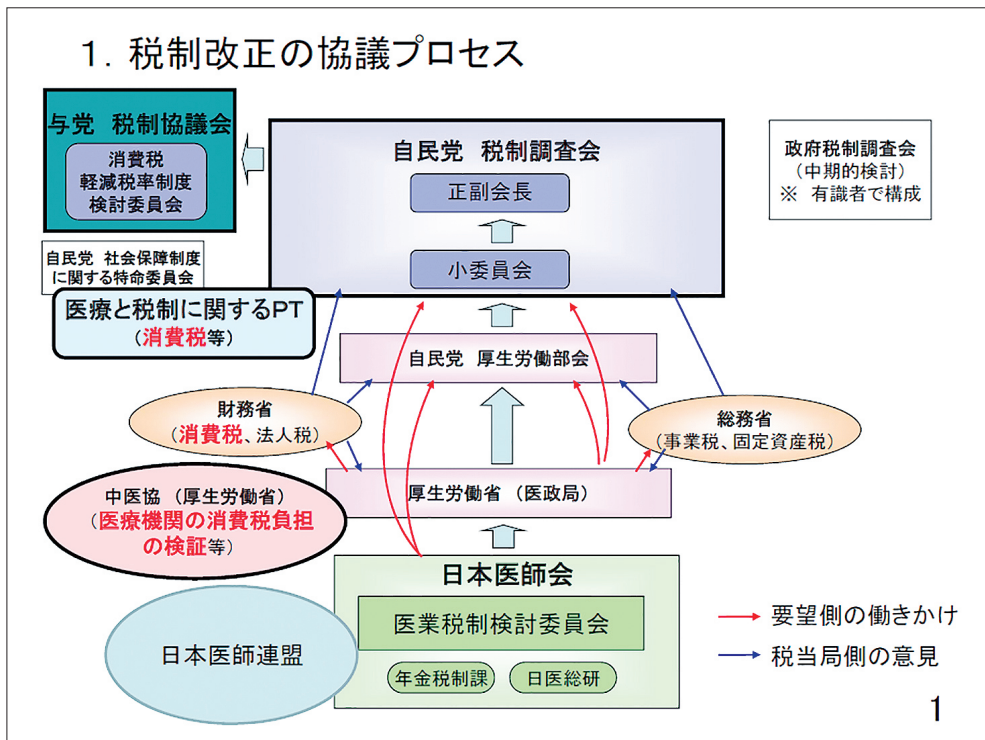
れまでの診療報酬改定の中で既に手当済」として見直しには至らなかったが、計算式については、消費税がかかる仕入れに乗ずる係数を「消費者物価への影響」ではなく「消費税率」を用いるように求めた我々の主張が採用されたことにより、1.36%（5,600億円）の補てんが実現した。

平成26年度診療報酬改定における3%引き上げ分の各点数への上乗せ分については、シンプルに、かつ広く薄く行き渡るよう、出来る限り基本診療料への上乗せ（初診料 + 12点、再診料 + 3点）により対応した。また、病院には、「初診料+再診料」で残った財源を使って入院基本料に上乗せをしている。

さて、ここからは平成29年4月に予定される消費税10%の引き上げに対する日本医師会の対応についてご説明申し上げる。

まず、税制改正のプロセスであるが、本会の税制改正要望項目が実現するためには、厚生労働省がその要望を自省の要望として取り上げ、自民党の厚生労働部会に提出し、同部会が党の税制調査会へ上申することによって、はじめて検討の遡上に上がることとなる。

(スライド1)



スライド1

控除対象外消費税問題の解決へ向けては、下表「控除対象外消費税問題の日医・厚生省・財務省の取り扱い」のとおり、日本医師会としては平成7年度より要望を継続し、厚生労働省が平成20年度より省の要望としてはじめて取り上げ、その結果、平成25年度税制改正大綱にはじめて検討事項としての記述が行われ、この度の平成28年度大綱に於いて、「平成29年度税制改正に際して、結論を得る。」と具体的な解決の時期が明示されるに至った。(スライド2)

2. 控除対象外消費税問題の日医・厚生省・財務省の取り扱い

	日医	厚生省	財務省
平成7年度	税制改正要望		
	↓		
平成20年度	税制改正要望	省の要望としてはじめて取り上げた	
	↓	↓	
平成25年度	税制改正要望	省の要望	平成25年度税制改正大綱にはじめて記述がなされた※
平成26年度	税制改正要望	省の要望	平成26年度税制改正大綱に記述
平成27年度	税制改正要望	省の要望	平成27年度税制改正大綱に記述
平成28年度	税制改正要望	省の要望	平成28年度税制改正大綱に記述
平成29年度	↓	↓	平成29年度税制改正に際し、結論を得る。

※ 税制改正大綱の記述によって、財務省が検討課題として認識。

スライド2

日本医師会内に設置した「医療機関等の消費税問題に関する検討会」では、6月から8月にかけて「個々の診療報酬項目にかかる原価構成の調査」を行っており、その結果を10月15日の中医協消費税分科会に報告した。調査項目は、①課税費用との結びつきが強いと思われる点数項目、②人件費との結びつきが強いと思われる点数項目、③その中間的な項目の3つにグルーピングした上で、①課税費用との結びつきが強いと思われる点数項目と、②人件費との結びつきが強いと思われる点数項目の中から調査項目を選定することを原則とした。対象施設は各団体が独自に選定している。

本調査の結果であるが、診療報酬項目個々に原価を求め消費税相当額を「見える化」することは、極めて困難との結論となった。今回のようなグルーピングを行っても実態が逆転することは十分に起こり得るため、妥当なグルーピングを行うことは現実的には難しいと考えら

れ、むしろ、マクロ的な比率で一律に「見える化」を行う方が、少なくとも5%までの分に関しては、現実的ではないかと考えられる。

診療報酬項目ごとの「見える化」は困難であるとの結果の評価については、支払い側委員からも異論は出ていない。マクロ的な比率で一律に「見える化」を行うことが現実的との意見については、支払い側委員から、一定の理解を示しつつも、医療が課税になれば、どのようにして診療報酬の中から過去の補てん分を引きはがすか、本分科会で議論していくべきであり、その際、「一律」とは、なかなかいかないのではないかとの意見が出された。

この結論を踏まえて、今回の平成28年度税制改正大綱では、27年度大綱に記載のあった「個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を「見える化」することなどにより」及び「こうした取り組みを行いつつ」の文言が削除された。それに代わって「特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等」、「平成29年度税制改正に際し、結論を得る」の2箇所の文言が加わり、抜本的解決へ向けてより前進した書きぶりとなった。

抜本的解決を選択する際には、仕入税額控除が可能になるとともに、小規模医療機関の事務負担に配慮することが大切である。

抜本的解決に伴う諸課題として、

1. 過去の上乗せ分についての引き下げ、いわゆる「引きはがし」の議論が起きる。
2. 所得税の概算経費率、いわゆる四段階制への影響。
3. 現在、免税事業者あるいは簡易課税事業者になっている小規模医療機関への影響。
4. 事業税非課税措置への影響。

が懸念される場所である。

本体報酬にかかる「引きはがし」であるが、過去に上乗せされて実績として残っている数字は、赤で囲った部分の「1.06%」だけである。診療側としては、仮に引きはがしを認めるとし



でも、最大でも、この「1.06%」だという立場である。しかし、この中には、その後、行方不明になってしまった点数があることから、我々はこの全てが実在すると認めている訳ではない。ただ、今後の検証で「これは実在する」という形で整理された部分に関しては、「引きはがし止むなし」ということになると思う。ところが、当局は従来から「補填は適切に行われている、補填不足はない」との主張を繰り返しており、仮に、本当に「満額」補填されているとすれば、医療機関が支払っている消費税（この図の下の部分の3.64%）すべてが、補填済みということになる。本体報酬としては1.68%だが、国は仮に引き剥がしを行うとすれば、これを全て引き剥がそうとする可能性が高いということになる。（スライド3）

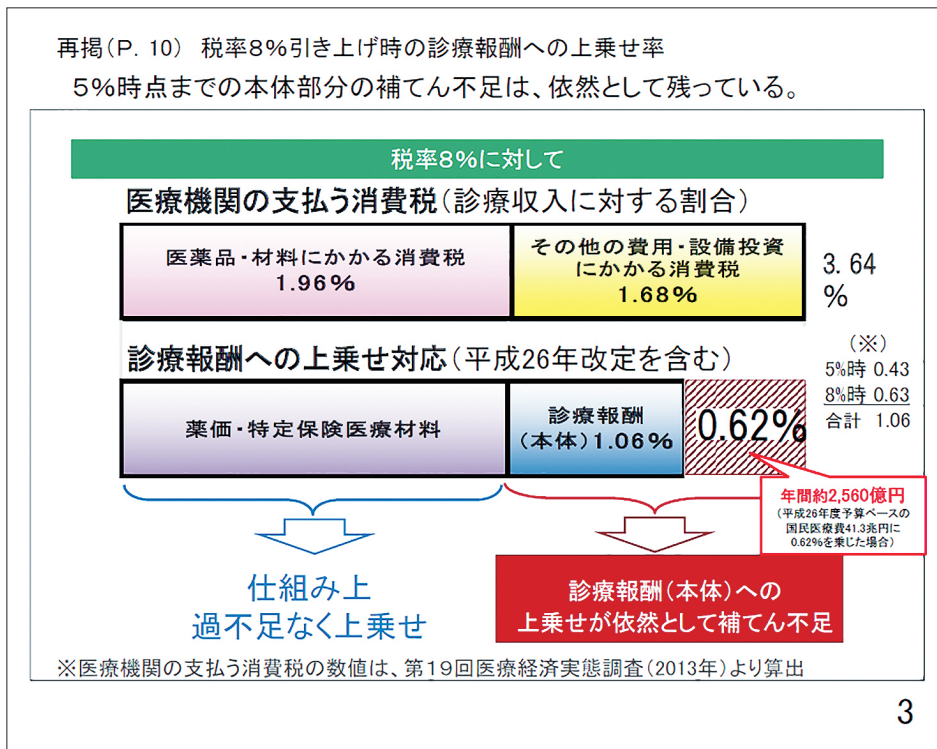
四段階制は小規模医療機関の事務負担軽減により、地域医療に専念できるようにするための措置である。本会の調査によると、仮に特例が廃止となった場合、特例適用者の76.6%が「事業継続困難の恐れあり」または「現在のような医療提供が困難の恐れあり」と回答がある。し

かも小規模であるほど、また、高齢の医師ほど、より深刻に受け止めている。このような先生方が事業を継続できなくなるような影響が出ることは絶対に避けなければならないと考えている。

次に消費税納税について免税事業者、或いは簡易課税事業者になっている小規模医療機関への影響についてである。消費税が免税となるのは、課税売上高1,000万円以下の小規模事業者、課税売上が1,000万円超は課税事業者となるが、そのうち自由診療売上げが5,000万円以下であれば、簡易課税による納税手続きを選択することができる。これは小規模医療機関に対する事務負担軽減措置という趣旨において四段階制と共通する制度である。

現在、診療所のおよそ7割が免税事業者であり、およそ2割が簡易課税事業者だと言われている。税制による抜本的解決として、例えば社会保険診療が課税転換された場合には、免税事業者の多くは課税事業者となり、消費税の申告及び納付（または還付）の事務が発生する。

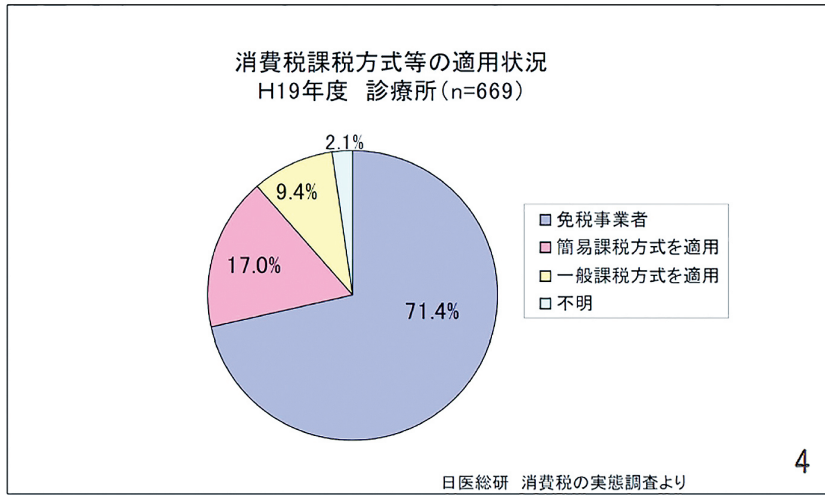
簡易課税業者の多くは一般課税となり、原則通りの記帳等を求められる。（スライド4）



スライド3

## 免税事業者、簡易課税事業者への影響

### 免税事業者、簡易課税制度の適用状況(診療所)



スライド 4

社会保険診療の事業税非課税措置についても、「公共性」が大義となって、政策上「非課税」とされていることからすると、同じように政策的に非課税になっている消費税を課税にするなら「事業税も」という議論は必ず起こる。

事業税非課税措置は、社会保険診療が公共性・非営利性の高い事業であり、低廉な公定価格になっていることが前提としている。そして、医師は行政が行うべき公共性の高い多くのサービスを代行していることも根拠としている。

(スライド 5)

平成 29 年 4 月からの抜本的解決を求める要望として、昨年 10 月 21 日に横倉会長が安倍総理に面会した際の示した内容である。(スライド 6) この要望は抜本的解決の際に大切な仕入れ税額控除が可能となると共に、小規模医療機関の事務負担に配慮することを踏まえて、今後の検討の有力な方向性として示したものである。診療所については、診療報酬へ消費税相当分の上乗せする方式を原則としつつ、個々の診療所の選択によって申告に基づく返還が受けられる制度を創設する事も合わせて要望している。

**事業税非課税措置について**

- 国民皆保険制度を支えている社会保険診療は**公共性・非営利性**の極めて高い事業である。  
また、社会保険診療報酬は、極めて低廉で事業税非課税を前提とした**公定価格**であり、仮に利益がでたとしても配当はされずに内部留保され、**医業の再生産のために使用される。**  
そのために昭和27年から非課税とされている。
- 医師は、行政が行うべき公共性の高いサービスを代行している。  
・**主な行政代行サービス**  
(休日救急医療、学校医、予防接種、住民健診など地域医療活動)  
・**その他の行政協力サービス**  
(防災会議、市民マラソン、親子支援事業など)  
120以上の行政サービスに参加協力し、地域住民活動を支援している。
- 事業税が課税となれば、**医療機関の経営基盤が揺らぎ、結果的には地域医療に混乱を来すこととなる。**

5

スライド 5

解決法を選択する際には、

- ・仕入税額控除が可能になるとともに、
- ・小規模医療機関の事務負担に配慮することが大切。

↓

**抜本的解決を求める要望**  
(平成 29 年 4 月～)

**【病院への対応】**

- ・特に設備投資による消費税負担は深刻である。
- ・仕入税額控除を受けることが出来る方式とすることを要望する。

**【診療所への対応】**

- ・診療報酬に『消費税分』を、改定の都度、検証の上、必要な財源を確保し、適正な上乗せを行なう。
- ・診療報酬の消費税上乗せ分を超える控除対象外消費税額が生じた場合は、申告により返還を求めることが出来る制度を創設する。

6

スライド 6

先ほど平成 28 年度税制改正大綱の中で、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等と記載されており、これは現行の診療報酬上乘せ方式では対応できない。この方式の弱点を解決すべきことを表現していることをお伝えしている。

病院を始めとする大型の医療機関にとって特に深刻な高額な設備投資への負担に対応できないという弱点を解決できれば、従前どおりの診療報酬への上乗せ方式を原則としていくことが、先ほどの 4 点の課題、引き剥がしの議論、四段階制の影響、免税事業者・簡易課税事業者への影響、事業税非課税措置への影響のいずれもが小規模医療機関に及ぶことなく、この問題の解決につながると考えている。

最後に今後の活動のスケジュールについて説明する。(スライド 7)

下の日本医師会のスケジュールをご覧いただきたい。1 月 19 日付、発信の本会横倉会長より各都道府県医師会長宛の通知文で、「各都道府県議会に対しての地方自治法第 99 条に基づく国及び関係行政庁への意見書提出の働きかけ」をお願いしている。これは後ほど、今村副会長よりご説明をいただく。

2 月以降、医療機関の消費税問題に関する検討会を解決方法を検討する場として再開する。この会は昨年同様、財務省、厚労省、三師会、四病協で構成し、月一回のペースでの会合開催とともに、必要に応じてワーキンググループの活動も併せて行い、6 月中旬には同検討会としての解決方法の選択を終えることを目指して活動していく。医療界が要望する解決方法を受け入れることが出来るか否か、これは与党、財務省、厚労省、その他多くの関係者次第となる。この検討会で関係者の意見を十分に交換していく中で、解決への結論を導いていくこととする。その後は、例年のスケジュールに沿って、年末 12 月中旬に決定される平成 29 年度税制改正大綱に医療界が望む解決方法が記載されることを目指して活動していくことになる。今後の活動状況については、従前どおり、私より税制要望活動のご報告として各都道府県医師会税制担当理事及び事務局宛、メール配信を行っていく。また、必要に応じて都道府県医師会へ様々なお願いをするということになると思う。引き続き、この問題の解決に向けてご理解ご協力をよろしく願いたい。

7. 平成29年度4月消費税率引上げまでのスケジュール(見込み)

	厚生労働省	日本医師会
平成27年12月16日	・ 平成 28 年度与党税制改正大綱が決定	
平成27年12月24日	・ 平成 28 年度予算の閣議決定	
平成28年1月		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地方自治法第 99 条に基づく国及び関係行政庁への意見書 提出の働きかけ」発信(1/19)</li> <li>・ 都道府県医師会長協議会 協議 2 項(1/19)</li> <li>・ 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会 (1/28)</li> </ul>
平成28年2月		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療税制検討委員会 (2/3)</li> <li>・ 医療機関の消費税問題に関する検討会 再開</li> </ul>
平成28年6月中旬		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以降、6 月末まで、月一回ペースでの開催を予定。(ワーキンググループの活動を併せて行う。)</li> </ul>
平成28年8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 29 年度 予算概算要求・税制改正要望の提出(厚労省)</li> <li>・ 自由民主党税制調査会による審議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本検討会としての解決方法(案)を決定する</li> <li>・ 日本医師会平成 29 年度税制改正要望決定</li> </ul>
平成29年12月中旬以降	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 29 年度与党税制改正大綱が決定</li> <li>・ 平成 29 年度予算の閣議決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以降、12 月中旬の、平成 29 年度税制改正大綱決定へ向けて、要望活動を継続していく。</li> </ul>
平成29年4月	・ 消費税率 10%への引上げ	



②都道府県医師会へのお願い

日本医師会 今村 聡副会長より、控除対象外消費税問題の解決へ向けた「都道府県医師会へのお願い」について、概ね次のとおり資料に基づき説明があった。

日本医師会より、各都道府県医師会へ3つのお願いがある。

1点目は県議会への働きかけである。「各都道府県議会に対しての地方自治法第99条に基づく国及び関係行政庁への意見書提出の働きかけ」の依頼文書については、既に横倉会長名で各都道府県医師会へお送りしているところであるが、改めてその意味と、どのような影響を及ぼすかという事についてお示ししたい。

下の資料、過去の平成18年から20年に渡り、14県で消費税に関する意見書を提出していただいた。当時も今回と同じような形をお願いをしている。日医でも平成7年より要望してきたが、厚労省は「消費税の問題はない」として、全く取り上げてこなかった。それが、平成20

年になって厚労省でも消費税は医療に大きな影響があるとして、解決の要望をしていただいている。各県議会から意見書が出されたからということだけではないが、やはり当事者だけが意見を述べるのではなく、各地方から国に向けて発信することが、相当大きな影響があると考えている。最後に意見書を提出されたのは栃木県であるが、既に8年が経過している。同様の趣旨の意見書を再度議会へ提出しても受理されることを確認したことから、この一年間で集中的に各都道府県議会より、医療に係る消費税問題の抜本的な解決を求める意見書を提出していただく。地方にしてみれば、地方の医療機関が倒れるようなことになれば当然大きな影響があることから、地方の医療をきちんと管理ということと、もう一点は自治体の病院、例えば県立や市立病院等も同じように消費税の問題を抱えており、この負担を県税で穴埋めをしている。

したがって医療機関だけの問題ではなく、自治体としても大変大きな問題を抱えている。つまり、国税である消費税の問題を県が穴埋めしている現状を地方としていいのかという視点で強く県議会へ訴えていただきたい。単に医療機関の損得の話ではなく、県にとっても今後、消費税率が上がることで更に大きな問題となることを説明することでご理解いただけると考える。

2点目に、県知事にもご要望いただきたい。国は知事会を相当意識しているので、知事会からこのような話が出てくることはかなり大きな影響力がある。県議会であり、知事会であり、こういうところから声掛けをしていただきたい。

3点目に、都道府県医師会主催の会合を開催していただきたい。これまでも各都道府県の医療推進協議会では、控除対象外消費税問題解決の決議をいただいているところであり、大変感謝をしているが、正直申し上げて、先生方のようなご担当者や執行部の先生方以外の一般会員の先生方の理解がどこまで浸透しているかということ、極めて心配のところがある。先ほど今村常任理事から引きはがしの議論についてお話があった。これは我々は容認しているわけではない

参考

「意見書」の可決・提出に至った県議会

都道府県	意見書 日付
鳥取県	H18. 12. 18
長野県	H19. 3. 1
富山県	H19. 9. 27
茨城県	H19. 9
佐賀県	H19. 10. 4
愛媛県	H19. 10. 5
山梨県	H19. 10. 11
徳島県	H19. 10. 16
北海道	H19. 12. 12
千葉県	H. 19. 12. 14
群馬県	H19. 12. 19
三重県	H19. 12. 20
大分県	H19. 12. 20
栃木県	H20. 3. 21

過去年に同趣旨の「意見書」が同じ地方議会から提出されていても、受理されず。 (衆議院議事部請願課に確認 H28. 1)

消費税に関する意見書 (平成18～20年)

が、少なくとも5%から8%のときは初診料12点、再診料3点明確に消費税の補てんとして残っているということは誰もが理解していることである。しかし、一般会員の先生方へ平成26年度改定の際、初診料が何点上がったかについて聞いてみると、覚えているのは1割未満である。では、何故、初診料12点上がったのか聞いてみたところ、1割のさらに1割になる。つまり、初診料の12点は消費税の補てん分がプラスになっただけで、本来の初診料の価値は上がっていないことを理解されていない。そのような状況で、抜本的な解決が図られた結果、初・再診料から消費税補てん分が引き剥がされた場合、会員の先生方は果たして納得されるだろうか。恐らく、日医執行部に対し非難の声が上がる。

どのような抜本的解決を最終的に求めるにしても、会員の先生方にはよく理解をしておいていただかないといけないという思いがある。出来るだけ一般会員や患者、地域住民、地元議員、メディアの方々を集めていただくような会合を是非開いていただくと大変有り難い。過去に兵庫県で一度、日医が日比谷公会堂で1,800人を集めてこのような会合を設けたことがある。以上、私の方からは3点のお願いである。よろしくお願ひしたい。

### 質疑応答

**Q.** 抜本的な解決策が見えない。案は出ているがとてもその通りにいくとは思えず、県会議員への説明に苦慮している。具体的なものが示せない弱みがある。

もう1点、病院と診療所を分ける最終案は良いと思うが、自民党の税調で受け入れられるかどうか。税調の議員によくご理解をいただかないといけないと思うが、その辺は如何か。

#### A. 今村副会長

厚労省が要望書を出し、税制改正大綱に書かれるまで日医は様々な活動をしてきたが、どこでも「医療界の要望を一つに纏めること」と言われる。以前、三師会で診療報酬の課税転換について元財務省の大幹部の元にお願ひに伺った際、四段階制存続の保障はできないとなった時に歯科医師会から異論が出たために意見が分か

れてしまった。そうすると、入り口で閉ざされてしまうことになる。平成26年度には各医療団体の意見調整を日本医師会が行い、「消費税に関する税制要望」として医療界の要望を一つに取り纏めた。様々な意見があったことから文面には「等」の表現がいくつも出てくるものとなったが、とりあえず、入り口で一つに纏めて要望をした。その結果、25年度の大綱から消費税問題について記載されるようになり、少しずつ、一步一步前進している。相手のあることなので我々の提案が全て受け入れられるわけではないが、先ほどご説明があったように横倉会長から安倍総理に対して「抜本的解決を求める要望」を提出した。これは現段階で医療界の要望を集約したものとなっている。

その実現の可能性は正しく政治の世界で決まる。お役人も国会議員も皆言うことが異なる。そして、医療界を一つに纏めることも難しいなか、結論を一つに決め打ちして進めることはなかなか難しい。ようやくこの二段階方式を取り纏めた。これが第一選択であり、出来る・出来ないというのは政治力である。

先ほど、税制改正のプロセスについて説明があったと思うが、食料の軽減税率の議論はそのようなプロセスを全く踏んでいない。要するに政治的課題として自民党と公明党の間で議論されて決定した。結局は創価学会の持つ800万票が政治を動かしたのである。

それに比べて、我々の代表である羽生田先生の獲得票は24万票である。日医よりも多くの票を集めた農協は解体されてしまった。我々はこれまで理屈で押してきたが、最後には政治的に押し倒すしかない。私は是非ともこのような問題を解決するのであれば、選挙で最低50万票は取らないといけないと思っている。

日医の解決策については、現段階では二段階方式が第一選択であり、何とか実現させたいと思う。ただし、相手のあることなので、実現が難しい場合には2番目、3番目、4番目の選択肢を考えてはいるが、最初から4番目の話を出すと弱腰と思われる。まずはこの案で進めるということでご理解をいただきたい。

**Q. 控除対象外消費問題の対応について、結局は診療報酬への上乗せ対応ということか。**

**A. 今村副会長**

日医の案は2つある。病院は非課税であっても控除対象外消費税を控除或いは還付できる仕組みにする。診療所にとっては診療報酬の引きはがしが相当大きな影響になることに併せて、課税化することで帳簿の記載等、事務が煩雑になる。また、自由診療分は診療所にとって完全に益税になっており、それが無くなることは相当大きな影響となることから診療報酬をベースにしながら、設備投資はある一定の金額を超えるものは還付されるような仕組み「二段階方式」を考えている。

**Q. 病院の高額設備投資について。幾らからが高額になるのか。**

**A. 今村副会長**

これについては中医協の分科会で500万だとか1,000万だとかの議論があったが、決まっていない。どこかで線引きがされるが、最終的には財源の話になる。我々の不足分を他の誰かが埋めることになるが、それが国なのか、保険者なのか、或いは患者になるのか、今は不明だが埋めることを納得してもらわなければならないとなると、どこかで妥協の線引きが必要になる。我々が求めるのは全部控除であり、なかなか厳しいと思うが、出来るかどうかは先ほどの政治力の話になる。

**Q. それは29年度にはある程度の目途がつくということか。**

**A. 今村副会長**

29年度の税制大綱にある程度の方向性が書き込まれると書かれている。私共も29年4月1日に実施できれば一番いいと思うが、ずれ込むことも当然ある。例えば29年度の税制大綱に「30年4月1日から実施」という書き方もあると思う。そうならないように出来るだけ29年4月1日から実施されるような形にしたい。

**Q. 病院では消費税が還付されるなら設備投資を「暫く待つ」ところも多いと思うので、是非、29年度から還付されるように頑張っていたいただきたいというのが要望である。**

**A. 今村副会長**

我々もそのつもりでやっているが、(政治的に)戦う武器がないのに戦えと言われても困るので、是非とも先生方にはよろしく願いたい。

**Q. 日医の考え方が急に変わった感じがする。以前の説明では解決策が4つほどあったと思うが、いつの間にか上乗せが主となった。上乗せにした場合、結局は回り回って国民の負担になる。**

**A. 今村副会長**

以前にご説明した4つの選択肢であるが、課税転換した場合には①軽減税率方式、②ゼロ税率、非課税のままであれば③全額還付、④一部還付である。当時の要望書は「課税等」として課税がベースに出ているが、現実的な対応として日医の会員は診療所が多く、課税転換によって解決が図られた場合、診療所は非常に大きな影響を受けることから、非課税のまま、きちんと還付を受けられる方式を考えている。従来からの主張に含まれていないわけではない。以前は「課税で軽減税率」と大きく出していた為、日医の考え方が変わったと思われるかもしれない。

我々は、何も医療の課税を求めているのではなく、医療機関の消費税問題の解決を求めている。それが、課税のなかで解決できれば1番いいし、出来なければ非課税のなかで解決を求めていくことになる。抜本的な解決のゴールは、医療機関の負担を減らす、無くすことだと思う。その解決策は様々あるが、仕入にかかった消費税を還付、或いは控除出来ることを求めていることはこれまでと変わっていない。ただし、病院のように大規模な設備投資をするとすると、診療所を同じ方法で解決しようとするると限界があることから方法を分けることで医療界の合意が得られている。だからこのような形となった。



Q. 国民は診療報酬は非課税と言いながらも、見えない形で負担していることに気付いていない国民が殆どだと思う。その辺りが問題ではないか。今後消費税率が10%からさらに15%、20%と引き上げられるときに、国民やマスコミが医療の消費税問題の解決を訴える方が政治的に動くと思う。

また、現段階として軽減税率が難しいということであれば、診療報酬に上乘せする場合、「消費税加算」という形で点数を別に設けられないか。これまでも点数に上乘せされたが、包括化や点数項目自体が無くなってしまったことから、別にすることによって削られることもないのではないか。また、国民も消費税を負担していることに気付くのではないか。

A. 今村副会長

非課税というのは方便みたいなもので、実際は保険者も国民も負担をしており、国民はそのことを知らない。だからこそ、先ほど私が申し上げた「お願い」の3つ目で住民やメディアを集めた形での会合を開いていただきたいというのはそういうことである。

また、ご存じだとは思いますが、患者が窓口で一部負担金を支払った際に手渡す明細書には「医療機関が仕入時に負担する消費税分が反映されている」旨の記載がある。ただし、一般会員の先生方ですら、現状の仕組みをどの程度理解されているかということ、殆どご理解いただけないことが多いなかで、国民がこの仕組みを理解するのはなお難しい。我々は透明性が高い課税転換を主張してきたが、実現の可能性を考えると非常にハードルが高いと現時点では考えている。もし、国民から課税転換の声が上がるのであれば、それが一番望ましい方法だと思うが、現状はそのような状況にはなっておらず、是非とも国民に知ってもらう会合を開催していただければと思う。別に加算を設けることについては、厚労省保険局との調整が必要となる。

もう1点申し上げたいのは、厚労省は消費税問題について25年間、全く検証を行っていない。

過去に補てんされた項目や、マクロ的に過不足がないか1回も検証していない。5%から8%に引き上げる際、日医は検証の場を設けることを条件とした。それで、中医協に消費税の分科会が設けられた。この分科会によって過去の補てんの仕方がおかしかったことが判明し、適切な財源確保がされて初・再診料に分かり易く上乘せするという解決法になった。つまり、きちんと検証をすることが大事ということである。これまで一度も検証されなかったことが大きな問題だと私は思う。

Q. 今回の提案は良いと思うが、今後も消費税が引き上がることで、消費税の問題が再び出ると思うが、将来的にどのように考えているのか。

A. 今村常任理事

将来的な対応については、現段階では申し上げることは難しい。

我々としては今年の12月、そして来年の4月に向けてしっかりと対応していきたいと考えている。

Q. 平成28年度税制大綱の高額な設備投資について、病院と診療所、全てが対象と考えてよいか。

A. 今村副会長

仰るとおりである。高額の定義は制度が作られる際、当然議論されるものと考えている。

診療所を排除するものではない。

Q. 高額の定義が、診療所は500万円、病院は1,000万円ということもありえると考えてよいか。

A. 今村副会長

その通りである。

Q. 「都道府県医師会へのお願い」の2番目について、以前、知事会において、医療機関に係る事業税撤廃の議論があったと思う。消費税の抜本的解決を要望することによって、この議論が再燃することが懸念される。

この際、抜本的解決と併せて地域医療を守る為に事業税についても要望することはできないか。今回のひな形にそのような文言を入れていただくことはできないか。

A. 今村副会長

県知事からそのように言っていただければ、それが一番私共も有り難いと思っている。

正直申し上げて、事業税についてはこれまで要望したことがなく、ひな形が無い。今のご意見を参考に地域医療を守るために消費税の抜本的解決と事業税について要望することは可能だと思ふ。ただ、相矛盾とまでは申し上げないが、デリケートな面もあると思うので、そこは検討させていただきたい。

事業税の在り方についても、元来、公的な病院は法人税を払っておらず、法人税を払わないところには事業税はない。公的病院は特例がなくなっても困らないで、その辺りを注意しながら要望について考えてみたいと思う。

総 括

今村副会長より、概ね次のとおり総括が述べられた。

期間が1年間しかないことから実現のためどのような行動をするかが大事である。

行動は日医だけでは無理であり、是非とも都道府県医師会や多くの方々のご支援が必要である。特に医療界が一致団結をし、日医や都道府県医師会、すべての医療関係者が纏まらなければ難しいと思っている。

抜本的解決について、10%で決定した方法をゴールにするつもりはない。今後の影響については検証を続けていく。また、税率はそう簡単には上がらないかもしれないが、財源のことを考えるといずれは上がってくる。その時には「見直し」の条項を大綱の中に入れるということも考えていることを補足として申し上げる。

最後に自見はなこの選挙、最低でも50万票を取って我々に戦う武器を与えていただきたいので、よろしくお願い申し上げます。

印象記

常任理事 宮里 善次

昨年度4月1日、アベノミクス効果に乗っかる形で消費税が17年振りに5%から8%に引き上げられたが、民主党政権時代の約束で8%までは診療報酬への上乗せで対応することが決まっていた。

更に経済状態によっては来年4月に10%への引き上げが予定されている。

しかし順風満帆と思われたアベノミクスも最近は翳りが見え始め、2月20日前後の国会質問では、消費税10%への引き上げを一旦は棚上げするかも知れないと云う答弁があった。こうした混沌とした状況の中で平成28年1月28日、日本医師会館に於いて「平成27年度 第2回都道府県医師会税制担当者理事連絡協議会」が開催された。従って、協議会は来年4月に10%への引き上げが想定された形で行われている。

まず初めに、横倉会長はご挨拶の中で「医療に係る消費税問題は国民に十分に知られていない。医療機関の消費税過重負担を世論に訴える事が重要である。国会だけではなく、地方自治体や議会に訴えて、医療の消費税問題について解決を求める意見書を決議して頂くことが一つの力になるので、都道府県医師会から促して頂きたい」との発言があった。

次に控除対象外消費税が5%になった時迄を振り返って、それまでに日本医師会が取り組んできた事について、今村定臣常任理事から丁寧な説明があった。

かなり細かい分析が成されている印象を受けるが、政府側にしてやられたと云う印象は拭えない。しかしながら、日本医師会がロビー活動できるレベルが厚労省医政局止まりで、頑張っても自民党税制調査会小委員会までで、最終決定は与党税制協議会となると限界を感じるのもいたしかたない。

従来の日本医師会は診療報酬項目個々に原価を求め消費税相当額を「見える化」し協議すると云うスタンスであったが、医師会に設置された「医療機関の消費税問題に関する検討会」は「見える化」は“困難”と結論付け、平成 28 年度税制改革大綱では平成 27 年度大綱に記載のあった「個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を「見える化」することなどにより」及び「こうした取り組みを行いつつ」の文言が削除されたと説明があった。つまりは戦略の変更である。新たな問題点と戦略としては「特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等」、「平成 29 年度税制改正に際し結論を得る」の 2 文言を加えて抜本的改革を図ると説明があったが、質疑応答でも何が抜本的解決につながるのかは「交渉相手がいる事なので…」と歯切れが悪く、明確な答えは示されなかった。

冒頭の横倉会長のご挨拶の内容が、日本医師会から都道府県医師会への 3 つのお願いとして提示された。①県議会への働きかけ、②県知事への要望、③都道府県医師会主催の会合開催である。県議会や知事への働きかけは県立病院の赤字補填が県民の税金でなされることを考えれば当然のことであり、沖縄県医師会では 1 月初旬の段階で取り組むことを決定している。

さて、かつて 3%→5%→8%と言った長く苦い経緯から考えれば、会員の方々は控除対象外消費税については十分にご承知と思われる。今一つ大きなうねりになり得ないのは設備投資による消費税負担の大きい施設と負担の小さい施設の温度差にあるのではないか？そんな印象を受けた協議会であった。

## 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：吉川・国吉）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいます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。



# ご 注 意 を !

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

## 1. 【金銭交渉について】

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

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

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

## 2. 【日医医賠償保険の免責について】

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

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

## 3. 【高額賠償責任保険について】

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

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

### 【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会 : TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート : TEL (098) 888-1241

# 平成 27 年度沖縄県医師会勤務医部会講演会

オール沖縄の次なる挑戦！  
-これからの専門医にどう取り組むか-

沖縄県医師会勤務医部会 部会長 西原 実



平成 27 年 12 月 7 日（月）沖縄県医師会館 3 階ホールにおいて、『オール沖縄の次なる挑戦！ -これからの専門医にどう取り組むか-』をテーマにみだし講演会を行った。

当日は、これからの専門医について、公的病院、民間病院、琉球大学医学部附属病院、沖縄県地域医療支援センター等の立場からご発言いただき、全体で討論を行った。

## 主旨説明

「新しい専門医について」

沖縄県医師会勤務医部会部会長 西原 実

平成 25 年 4 月 22 日に公表された、専門医の在り方に関する検討会報告書において、わが国ではこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用されてきた。

しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について医師と患者との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は患者にとって分かりやすい仕組みになっていないとの指摘がある。

また、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。

今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要があると記載されている。

この仕組みを通じて、専門医の質の一層の向上及び医療提供体制の改善が期待されている。

基本的な診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得するような二段階制の仕組みが基本とされている。

**基調講演**

「オール沖縄によるこれまでの取り組みと今後の方向性」

沖縄県地域医療支援センター  
副センター長 川妻由和

沖縄県の委託事業として平成 24 年度より開始された、臨床研修医確保対策合同説明会参加モデル事業において、県内 15 研修病院が医学生および研修医対象の県外説明会へ延べ 10 回合同で参加し、沖縄県での魅力ある臨床研修が紹介された。その結果合計 40 名の県外大学出身者が臨床研修医として採用され、人口 100 万あたりの臨床研修内定者数は平成 24・26 年が全国 1 位、平成 25・27 年（平成 26 年都道府県別日本人総人口を用いた暫定値）が全国 2 位となり、臨床研修医の確保に一定の貢献をした。また各研修群や臨床研修担当職員同士の顔の見える関係が構築されるなど副次的な効果があった。

平成 21 年度から平成 25 年度に県内で臨床研修を修了した医師のうち県内に留まった者の割合は、県内出身者 85.7%、県外出身者 54.7% であった。

過去 18 年間で平均すると沖縄県の医師は他府県より流入している事を示唆するデータがあり、医療施設に従事する医師数は年々増加し 2012 年度では人口 10 万対 233.1 と全国平均の 226.5 を超えたものの、OECD 平均には至っていない。一方、南部二次医療圏を 1 とした人口あたり病院勤務医数は、中部 0.66、北部 0.59、八重山 0.51、宮古 0.48 と、医師の地域偏在は依然として深刻であると言える。

新たな専門医の仕組みの基本的な考え方は、国民の視点に立ち、育成される側のキャリア

形成支援の視点も重視して構築されるものであり、専門医は「各専門領域における適切な訓練を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義され、「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。また地域医療に十分配慮し、少なくとも現在以上に医師が偏在することのないよう、医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要である。

沖縄県地域医療支援センターは、大学・医師会・各研修病院群等の関係機関と連携の上、大学病院や中核病院などの基幹病院と離島へき地を含む地域の協力病院等とが、研修の質を担保した上で地域医療に配慮した病院群を設定し、魅力的な専門研修プログラムを作成することに協力し、より多くの臨床研修医が沖縄県内に定着し、オール沖縄で良医を育成する体制づくりを進めていきたいと考える。

**シンポジウム**

1) 「新専門医制度にどう対応するか - 県立病院の立場から -」

沖縄県立中部病院内科医長  
臨床研修管理委員会副委員長 尾原晴雄

新専門医制度において、現在になるべく近いレベルで北部・離島の医療を確保するためには、県立医療機関（主に南部、中部）が可能な限り基幹施設を目指しつつ、北部・離島の医療機関と連携して、専攻医がローテーションすることが重要と考える。しかしながら、基幹施設の条件を満たす診療科は限られるため、全県的に専攻医を育成していく必要があり、琉球大学医学部附属病院、群星沖縄に期待される基幹施設としての役割には、大きなものがあると思う。新制度に対応するための県立病院群の取り組みとしては、群内連携に向けた会合の開催や、全県レベルの領域別会合への参加、ローテート先となる北部・離島の県立病院での受入れ体制の



検討などがある。あわせて、適切な専攻医の身分についても検討中である。

また、新制度への対応にあたり、できる限り、医療過疎地域である北部・離島に配慮することも重要と考える。新しい専門医である総合診療については、基幹施設として自前での養成も目指していく。しかし、これまで大学・民間・県立病院からそれぞれ医師を派遣するなど、オール沖縄体制で支えられてきた。新制度への移行は、医療過疎地域にとって危機をもたらす側面があるが、そこに従来の連携を超えた新たな連携が生まれる可能性もある。「沖縄の専門研修は、北部・離島で実践研修が可能」という共通項を、オール沖縄で増やしていったらと考える。そのためにも、北部・離島での研修プログラムの魅力化や、研修医が対流して北部・離島を支援できる仕組み作りも課題である。

以上より、可能な限り早急に、全県レベルで専門研修を Overview する仕組みの構築が進むことを希望する。今回のプログラム申請が持つ影響の大きさを踏まえると、プログラム申請前に、全県レベルで領域ごとに最終的な確認のための会合を持つことも提案する。

加えて、病院の事務力の向上も大きな課題となってくる。事務量の増加に対応するためのマンパワーを新たに確保するだけでなく、プログラム管理運営を指導医とともに円滑に行えるよう、オール沖縄での研修機会が必要と考える。

これまでの初期研修の広報活動のつながりだけでなく、本当の意味でのオール沖縄の取り組みになるように、今後、地域卒卒業生の研修を含め、より良い専門研修を作り上げていくべく、県立病院も積極的に取り組んで参りたいと考える。

**2) 「新・専門医制度 -民間病院の立場から-」  
豊見城中央病院研修管理委員長 比嘉盛文**

平成 28 年 6 月から初期臨床研修医 (2 年目) に対して基本診療領域研修プログラムの提示が開始される予定である。それに向けて、基幹施

設が中核となって複数の連携施設と共に研修施設群を形成し、各診療領域の専門研修カリキュラムのもとで新専門医制度整備指針に基づいたプログラムを策定する必要がある。そして、専攻医はその提示されたプログラムを確認し、研修する研修施設群を選び、基幹型、連携型の複数の施設でシームレスに育てられていく。今回は民間の基幹施設の立場から (同時に連携施設でもあるのだが)、内科領域のプログラムを具体例として紹介し、研修施設群の理想的な姿について忌憚のない議論ができる場となることを願う。

専門医制度改革は「専門医の質を担保できる制度」であることを基本理念とし、「二段階制 (基本領域とサブスペシャリティ領域)」を大きな柱としている。この考え方は古くから沖縄県立中部病院を中心に展開されてきた「スーパーローテート式」、「Generalist の育成」との重なりが多く、同院で研修を受けた多くの指導医によって、その教育理念が広く浸透している沖縄県にとって、むしろ馴染みやすい改革ではないだろうか。

琉球大学医学部開講 30 年、今や多くの卒業生が県内病院で活躍しており、大学病院を中核にして日常的に顔の見える医療連携がなされている。さらに学術集会など沖縄県医師会による長きに渡る多くの活動は、リサーチマインドをもった医師の育成や綿密な医療連携の礎を築いてきた。沖縄県の医療の根幹には、他府県にはない共通認識がすでに存在しているようにさえ感じられる。今こそ、「質の高い専門医」の育成に向けて全ての研修施設が「オール沖縄」のもとで一致協力していく時だろう。

**3) 「琉球大学の立場から」**

**琉球大学大学院医学研究科 循環器・腎臓・  
神経内科学 教授 大屋祐輔 先生**

琉球大学の統一した見解ではなく、第三内科教授としての考えを述べたい。

1973 年に琉球大学医学部がスタートし、医

局制度の中で各科の専門医育成が行われた。2004年に新臨床研修制度が開始され、プライマリ・ケアを目的にした研修のスタートにより、入局者の減少、専門医取得者の減少が始まった。2007年に文科省「大学病院連携型高度医療人養成推進事業」に、「多極連携型専門医・臨床研究医育成事業」が採択され、大学間の連携に基礎をおいた専門教育に取り組んだ。当事業は、「Generalをベースにして、質の高い専門的技術を有する医師を育てる」、「EBMを読み解き、実践に応用できる医師を育てる」、「社会的資産である休職女性医師の活用と援助を行う」、「地域を理解し、地域に貢献できる専門医の育成を行う」ことを目的に取り組んだ。これにより、「琉球大学と県内関係機関（沖縄県、県立病院、県内医療機関等）との連携体制の構築」、「琉球大学の初期研修医数の増加、学内での地域医療の重要性の浸透」、「おきなわクリニカルシミュレーションセンター開設」等の波及効果があった。

本県の専門医数は、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、皮膚科、麻酔科、病理科、神経内科、血液内科、リウマチ科が全国に比べて少ない。全国と同等あるいはそれ以上の専門医数は、救急科、精神科、産婦人科となっている。

琉球大学病院では、専門医の取り組みは各科にそれぞれで対応している状況である。大学病院に期待される役割を、しっかり果たすべきであるという認識は教授会において一致している。今後は専門医機構や地域からの情報を集約化していきたい。

本県において、専門医育成を発展・継続するためには、専門研修における大学間の交流、相互補完的な県内病院間の協働の推進、地域医療に携わる若手医師への支援強化、連携と研修支援を継続するための専任部署の必要性、「臨床研修医確保対策合同説明会参加モデル事業」等のオール沖縄の取り組みの発展が必要であると考えられる。

## ディスカッション

- 比嘉先生：英国の研修について補足いただきたい。
- 尾原先生：地域内の研修病院をサポートする仕組みと認識している。
- 大屋先生：英国の研修制度は今の日本の研修制度に近い。スコットランドの研修制度は、地域医療をさらに大切にするプログラムになっている。
- 尾原先生：今後、事務作業量が増えると考えられる。他群の状況はいかがか。
- 大屋先生：この新しい制度により、今後、事務作業が増えることを管理会議で提案している状況である。
- 比嘉先生：2名を採用し、専属で対応している。
- 川畑先生（国立病院機構）：現在、当院では、呼吸器外科の専門医育成機関病院として位置付けられている。新専門医制度の開始により呼吸器外科の関連施設となる予定である。現在のところ、呼吸器外科の基幹施設は琉球大学と県立病院の2つと聞いている。琉球大学の外科からは正式に要請があり受託している。また、国の政策医療としての難病医療、神経内科では難病拠点病院として、また、結核の最終拠点病院として位置付けられている。群星沖縄群、県立病院群であまり経験しないような変性疾患をはじめ結核の症例がある。是非、連携施設でオール沖縄の一翼を担っていきたいと考えている。
- 大屋先生：県立宮古病院が、計画する基幹病院について情報提供いただきたい。
- 本村先生（県立中部病院）：総合診療専門医について県立病院群でどのように対応していくか検討中である。幸いにも様々な形で離島医療を支えている。そこに、今度の新しい総合診療専門医をのせていきたい。具体的には日本プライマリ・ケア学会が行ってきたプ

ライマリ・ケア専門医・家庭医療専門医がそのまま総合診療専門医になると考えている。本県の医療機関の経営努力によって、家庭医療専門医、後期研修医の数は日本でトップクラスである。研修実績等の体力のある病院は積極的に手をあげて基幹病院を目指している。地域医療の魅力を発信し人材確保もしていくことにより、地域偏在の解消のひとつになるのではと考えている。

- 大屋先生：シミュレーションセンターを作った時のように医師会が中心となっていただきたい。
- 藤田先生（琉球大学医学部附属病院）：県の修学資金貸与事業において、過去好ましくない事例があったと伺っている。本来の事業目的に沿った運用が出来ることを望む。
- 川妻先生：社会的な信頼関係を気付いていく上で、へき地離島に勤務する指名がありながらそれを途中で放棄することは大変残念である。地域枠の学生はそういうことが無いようにオール沖縄で育てていきたい。
- 玉城副会長：沖縄県の研修医、地域枠の学生等を今後どのようにしていくかという方向性を示す必要がある。
- 久貝先生（県立南部医療センター・こども医療センター）：初期研修は人気があるが、後期では残っていない。この新しい制度が始まると後期研修医が残らないのではないかと。また、連携を予定している施設数を参考までに教えていただきたい。
- 大屋先生：参考までに、内科に関しては、福岡県、沖縄県以外の県では内科専門研修プログラムを一つにして進める計画がある。
- 比嘉先生：新しい制度により、後期研修医が減るのではないかと心配している。連携施設数に関しては指導医の数により決まってくる

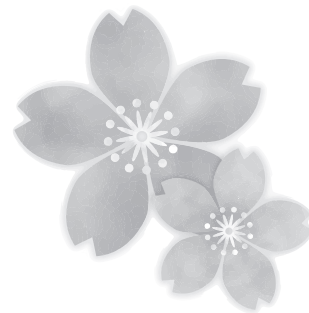
と考える。自病院では5～10施設になるのではないかと予想している。

- 尾原先生：新しい制度のミッションのひとつが、総合的な力を身につけるという点から、沖縄県の得意分野ではないかと捉えているが、その先のサブスペシャリティにどのように繋げるかを検討しなければならない。連携する施設の予定数については回答し難いが、プログラムとして成立するための連携と、地域を支える連携があるのではないかと。
- 川妻先生：研修医のニーズに応じたプログラムを作成することにより後期研修も残るのではないかと。
- 宮里常任理事：各施設において、本日の講演会でディスカッションした内容をもとにどのようなカリキュラム、プログラムをつかっていくか検討していただきたい。

## 総括

### 沖縄県医師会副会長 玉城信光

県医師会に対して様々要望があったが、本会としては地域医療支援センターをサポートしていく。実際に現場で動く先生方が、若い先生方を育て、本県の地域医療と、本人の専門性を高めることを支えていきたい。本県の研修制度の高めていくために更に先生方の知恵をお貸しいただきたい。





# 平成 28 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 28 年 1 月 9 日（土）19：00～

場 所：ANA クラウンプラザホテル

沖縄ハーバービュー（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 30 回沖縄県医師会医事功労者表彰
  - ・ 県知事表彰 3 名
  - ・ 県医師会会長表彰 22 名
  - ・ 被表彰者代表挨拶
4. 来賓祝辞 翁長雄志沖縄県知事
5. 鏡開き・乾杯 藤田次郎琉球大学医学部附属病院長
6. 祝宴・余興 メディカル・ジャズ・オーケストラ
7. 福引き
8. 閉会のことば 安里哲好副会長

去る 1 月 9 日（土）ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて、平成 28 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 114 名、家族 19 名、来賓等 85 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、県医師会会長表彰 22 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、2016 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、浦崎副知事

をはじめ多数のご来賓の方々、会員並びにご家族の皆様方にご参加いただきまして衷心より感

謝申し上げます。

さて、昨年を振り返ってみますと、イスラム国による日本人殺害やマンションの杭データ偽装等、人命軽視が目立つと共に、関東・東北をはじめとする豪雨災害、火山活動の活発化等、自然災害の脅威が目立つ年でありました。

一方、明るいニュースもありました。昨年に引き続きお二人の日本人がノーベル賞を受賞されました。

中でも、ノーベル医学・生理学賞を受賞された北里大学特別栄誉教授の大村智先生は、本県の風土病で長年治療が困難であった糞線虫症の特効薬である「イベルメクチン」を開発され、糞線虫症治療の道を開いた、まさに沖縄の恩人であります。そのようなことから、昨年末に島尻安伊子科学技術政策及び沖縄担当大臣と比嘉奈津美衆議院議員のお取り計らいにより、沖縄県医師会を代表して大村先生に感謝状を贈呈しましたことを報告させていただきます。

さて、今年の干支は丙申（ひのえさる）です。丙（ひのえ）は「物事が明らかになり盛んに発展する」ことを意味し、申（さる）は「すくすくと真っ直ぐに伸びる」ことを意味しており、昨年の乙未（きのとひつじ）の抵抗を意味する乙（きのと）から、「すくすくと成長する年」とされております。

現在、我が国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、病床の機能分化と連携、

在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保と勤務環境の改善等により、地域の特性に応じた地域包括ケアの推進が求められております。

昨年から検討されております地域医療構想の策定については、地域の実情に基づいた構想であることが肝要であり、そのためには地域医療の実情を把握している私ども医師会が主導的な役割を果たさなければならないと考えています。

改めまして、関係各位におかれましてはより一層のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

この後、引き続き行われます第30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22名の先生方が表彰されます。特に、慶祝表彰におかれましては、米寿の先生が5名、喜寿の先生が9名おられることは誠に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。

最後になりますが、新年が皆様にとりまして、希望に満ちた明るい年となりますことをご祈念申し上げます。甚だ簡単ではございますが、年頭のご挨拶と致します。

### 第30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、浦崎副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



県知事表彰を授与される呉屋五十六先生



県医師会長表彰を代表で授与される仲村宏春先生

医師会表彰については、受賞者が22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、慶祝を代表して仲村宏春先生と、医事功労を代表して宮城仲健先生に授与された。その後、受賞者を代表して、県知事表彰を受賞された呉屋五十六先生から挨拶があった。

**呉屋五十六先生受賞者代表挨拶**



明けましておめでとうございます。

栄えある県知事賞をはずかしくも受賞させていただきました。ありがとうございます。恐れながら、本日の受賞者を代表して

ご挨拶をさせていただきます。

40年前、私は県立中部病院で研修医になり、安次嶺馨先生に小児科を教えていただきました。安次嶺先生には今もご指導いただいております。その後、県立名護病院、那覇市立病院と本島をひと回りし、院長先生はじめ多くの先生方に教わり開業致しました。中部地区医師会会長の金城進先生のご推薦で理事になり、宮古、八重山地区の先生方と交流できました。地区医師会の理事会で気をつけたことは、医師間の競争は当然であり、会員の数を増やすことはあっても、減らすことにならないように思っていました。県医師会員のすべての先生と仕事仲間で紹介できる関係になりたいと思っております。

小児科の診療は、感染症治療はもちろんですが、予防接種が重要な位置になっています。これは知念正雄先生をはじめ、関係者の努力です。小さな沖縄から日本を変えました。日本も予防接種の先進国の仲間入りができました。沖縄県は医療連携が良い県だと思います。ただし、小児の心理、不登校等の専門医が少なく、紹介しても診察は3か月以上待つことがあります。去年1年間に私のクリニックは紹介状を90通書き

平成27年度沖縄県医事功労者県知事表彰

NO	氏名	受賞理由
1	呉屋 五十六	地区医師会役員10年以上
2	安谷屋 正明	公的医療機関病院長・副院長8年以上
3	池村 剛	地区医師会役員10年以上

平成27年度沖縄県医事功労者県医師会長表彰受章候補者

NO	氏名	受賞理由
1	仲村 宏春	米寿(数え年88歳)
2	花城 清剛	米寿(数え年88歳)
3	瀬尾 駿	米寿(数え年88歳)
4	玉城 清栄	米寿(数え年88歳)
5	平敷 好吉	米寿(数え年88歳)
6	長嶺 安哉	喜寿(数え年77歳)
7	八浪 保嗣	喜寿(数え年77歳)
8	外間 章	喜寿(数え年77歳)
9	ヒガ アツシ	喜寿(数え年77歳)
10	大宜見 義夫	喜寿(数え年77歳)
11	多々羅 靖弘	喜寿(数え年77歳)
12	山里 将典	喜寿(数え年77歳)
13	末永 英文	喜寿(数え年77歳)
14	石原 文隆	喜寿(数え年77歳)
15	宮城 仲健	学校医15年以上
16	上原 勝	学校医15年以上
17	田港 朝丈	学校医15年以上
18	山里 将浩	学校医15年以上
19	仲地 善昭	学校医15年以上
20	田名 毅	地区医師会役員8年以上
21	松本 廣嗣	地域医療委員会10年以上
22	金城 正高	高齢者対策委員会10年以上

ました。そのうち、60通は専門の小児科以外です。患者さんを紹介し、入院や外来で良くなったと返書をいただく時は医者になってよかったと大きな幸せを感じます。喜びの表現として患者さんと手を取り合いたいと思いますが、昔の日本人なので、私にはそれはできていません。

今年の目標は、より丁寧な病状説明に努めたいと思います。

本日は知事表彰の安谷屋正明先生、池村剛先生、医師会長表彰の先生方のご意見や相談なく私の意見を述べさせていただきました。



今後とも会員の先生方のご指導をお願いいたしまして、受賞の感謝の挨拶といたします。ありがとうございました。

翁長知事挨拶（浦崎副知事代読）



はいさい ぐすーよー、ちゅーうがなびら。

明けましておめでとうございます。

お集まりの皆様には、希望に満ちた新年をお迎えのことと、お喜び

申し上げます。

平成 28 年沖繩県医師会新年祝賀会並びに医事功労者表彰式が開催されるにあたり、ご挨拶を申し上げます。

このたび、本県の保健・医療の伸展に多大な御功績のある呉屋五十六先生、安谷屋正明先生、池村剛先生の三人の先生方を、医事功労者として表彰させていただくことは、私としても大変光栄であります。

また、沖繩県医師会長表彰を受賞されました皆様方には、この度の栄えある表彰に対して、心からお祝いを申し上げます。

表彰を受けられた皆様が長年にわたって地域医療に従事されるとともに、積極的に医師会の活動に携わられ、本県の保健、医療、福祉の向

上に多大な御尽力をされたことに対し、県民を代表して深く敬意を表しますとともに、心から感謝を申し上げます。

皆様におかれましては、今後とも県民の健康増進のため、ご活躍いただくとともに、後進のご指導についても、お力添えをお願いいたします。

さて、医療関係者の皆様のご尽力や各医療機関の取り組みによって、本県の保健医療の水準は向上してまいりました。一方、県民の健康寿命の延伸に向けた取り組みや、それぞれの地域で適切な医療を受けることのできる体制の整備等、課題への対応も求められているところであります。

沖繩県では「沖繩 21 世紀ビジョン基本計画」で掲げる「心豊かで、安全、安心に暮らせる島」の実現を目指し、各種施策の推進に取り組んでおります。

県民の保健・医療・福祉の充実に当たっては、これまでも沖繩県医師会の皆様からのご支援をいただいていたところであり、今後とも一層のご支援、ご協力を賜りますようお願いいたします。

結びに、本日表彰を受けられました皆様の益々のご活躍と、沖繩県医師会の益々のご発展並びにお集まりの皆様の新たな年の更なる飛躍を祈念申し上げ、お祝いの言葉といたします。

くとうしん ゆたさるぐとう うにげーさびら



余興：メディカル・ジャズ・オーケストラ

藤田次郎琉球大学医学部附属病院長乾杯挨拶



皆さん、今晚は。本日は素晴らしい諸先輩が多い中、このように乾杯の音頭をとらせていただきます。今年が申年ということで私が申年なものですから乾

杯指名を授かったのではないかと思います。

ここで皆さんの顔を見ても沖繩県医師会の先生方、医療関係者は本当に素晴らしく、顔も輝いているなど感じています。私は沖繩に赴任して10年以上経っていますが、沖繩県医師会の結束力というものは日本一ではないかと思っております。

社会を支えるのは医療と教育だと思うので、皆さんと協力して地域医療構想や地域包括ケア

を一緒に作り上げていきたいと思っています。

本日は素晴らしい祝賀会、功労者の皆様、おめでとうございます。今年一年の皆様のますますのご発展とご健勝を祈念して、乾杯の音頭を取らせていただきます。

その後、MJO（メディカル・ジャズ・オーケストラ）のメンバーによるジャズ演奏を披露され、祝宴が和やかに行われた。

福引で幸運を射止めた方は、21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）は牧港中央病院の洲鎌盛一先生、3等賞（自転車）は県立中部病院の小濱守安先生であった。

最後に安里哲好副会長より2016年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があった。



左から、蔵下先生、安谷屋先生、冨名腰先生



左から、照屋先生、宮城先生、仲宗根先生、知念先生



左から、喜久村先生、安次嶺先生、當山先生、浦崎副知事、真栄田先生、山城先生



左から、田中先生、岸本先生ご夫妻、屋良先生、川野先生



## 平成 27 年度第 4 回 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議



副会長 玉城 信光



去る 1 月 25 日（月）県庁 4 階第 1・2 会議室において標記連絡会議が行われたので、以下のとおり報告する（出席者は以下のとおり）。

出席者：宮城会長、玉城副会長、安里副会長、金城常任理事、宮里常任理事、石川理事（以上医師会）  
仲本保健医療部長、国吉衛生統括監、阿部参事、大城保健医療政策課長、糸数健康長寿課長、宮平国民健康保険課長（以上沖縄県保健医療部）

仲本保健医療部長の司会の下、会が進められた。

### 議 題

- (1) 市町村国保の特定健診受診券の形式及び取り扱いの統一について

（提案者：沖縄県医師会）

#### <提案要旨>

本県における特定健診等（40 歳未満の健康診査、長寿健診含む）は、平成 20 年開始当初

から、各関係団体及び医療機関の協力により、実施項目及び単価等を全県統一する集合契約にて運用しており、県民が特定健診等をより受診しやすい環境が整えられているところである。

しかし、市町村国保が、市町村民サービスとして保険証と特定健診受診券の一体型を進めることで、特定健診受診券について一体型とハガキ型の 2 パターンがあることや、特定保健指導に繋げたい等の理由から、受診券の半分を切り取り、受診者の電話番号を記載した上で保険者へ返すという対応等、市町村によって特定健診受診券の形式で取り扱い等が異なる現状がある。

このような市町村の取り組みは、市町村民サービスゆえの取り組みであることは十分理解できるが、実施する側の医療機関は運用を非常に煩雑となっている現状があり、各地区より、全県統一の集合契約のメリットが薄れているのではないかとの声が、多数寄せられている。

については、早期に市町村国保の特定健診受診券の形式及び取り扱いを統一いただくことにつ



いて、沖縄県から市町村へ働きかけていただきますよう強く要望する。

＜国民健康保険課回答＞

県では、特定健診の受診率向上を図るために特別調整交付金により改修費用を助成し、市町村国保における保険証と特定健診受診券の一体化を進めるとともに、様式の統一を図ってきたところである。その結果、システム改修の点で対応できない市町村国保を除き、37の市町村国保において、保険証の特定健診受診券一体化が実施されている。

特定健診の実施に係る取り扱いについては、各市町村の保健事業の実施内容に応じて、受診期間、健診結果の送付方法、受診確認用半券の返送の有無など、それぞれ異なる取り扱いとなっている。

国保制度については、平成27年5月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が成立・公布され、平成30年度から県も市町村とともに保険者となり、県は、財政運営の責任主体として、主に国保の安定的な財政運営を担い、市町村は、保険税の賦課・徴収や保健事業等、住民に身近な業務を引き続き担うこととなっている。

平成30年度からの新国保制度移行に向け、平成28年度から、安定的な国保の財政運営や市町村が担う事務の効率化・標準化・広域化について、県と市町村で協議を行うこととしており、特定健診にかかる事務処理のあり方についても、県医師会と意見交換を行いながら、市町村とともに検討を行いたいと考えている。

＜主な意見＞

◇県医師会：

県と市町村で協議を行っていくとのことだが、医師会から参加することも可能なのか。

◆県保健医療部：

今後、現場の意見として医師会等の関係者にご参加いただくことについては、検討させていただきたい。

◇県医師会：

実際に使用する側に不便があってはいけないと思う。県や市町村で協議いただき、理想であると判断しても、実運用する時に難しい場合も考えられる。是非、担当理事等を参加させることをお願いしたい。

◇県医師会：

特定健診の受診率が良い保険者とそうでない保険者がある。今回の協議の場では、特定健診の受診率が低い保険者がどのような取り組みを行えば受診率が向上するのか等についても、検討を行っていくという認識でよろしいか。

◆県保健医療部：

具体的な内容については、これから決めていくこととしている。保健事業については、引き続き市町村が行うことになっている。国の制度では、特定健診受診率によって加算、減算ということがあるが、国保については、保険者努力支援制度という制度を新たに設け、様々な指標を設定し、その成果に応じて交付金を国が出していくということになる。市町村の取り組みについてはこの制度で評価されることとなり、県としてもそれを支援するように検討を行っていくと考えている。

◆県保健医療部：

現在、特定健診の受診率だけが目標となっており、受診率を上げることだけが顕著になっているということがある。国では、特定健診・特定保健指導の見直しが始まっており、より総合的に考え、効果が出るような指標等に関する検討が進められているところである。

今後、何かあれば情報提供させていただきたいと考える。

◇県医師会：

県と市町村で協議をしていくということであるが、受診率が良い保険者がどのような取り組みを行っているか情報共有することで、他の保険者もそれに近づけようとし、良い効果が出るのではないかと考える。

◆県保健医療部：

具体的にどのようなことが煩雑なのか。

◇県医師会：

隣接する市町村が多い医療機関では、様々な様式の受診券を持った方が来院することになり、受診者毎に作業が異なることになる。特定健診を多く実施する程、受診者毎に仕分けをする等の煩雑な事務作業が増えることになる。

また、受診券だけの問題ではなく、結果の送付先が市町村によって受診者本人、もしくは市町村担当課に送る等、市町村によってその取り扱いが異なることが多々ある状況である。これらも統一いただければ円滑な運用に繋がると考える。

◆県保健医療部：

具体的には今後検討させていただきたいと思う。

情報提供

次世代の健康教育事業について  
(提案：健康長寿課)

沖縄県保健医療部健康長寿課より、標記事業について概ね以下のとおり情報提供があった。

昨年12月に教育庁保健体育課が市町村教育委員会を通し、各学校に今年度の副読本の使

用状況について調査を実施しており、まだ確定ではないが大まかな数字が示されたので報告する。

くわっちーさびら（食育編：対象 小学1～6年生）が、活用しているが62.2%、活用予定が34.5%、合計96.7%となっている。チャーがんじゅー（生活習慣編：対象 小学4～6年生）についても活用している及び活用予定が95%以上であると結果が出ている。

こころのタネ（こころの健康編：対象 中学1～3年生）は、活用しているが29.3%、活用予定58.5%、合計87.8%であり、小学生対象の副読本よりは少し落ちるものの、高い活用、活用予定率が出ている。

教員用テキストについても活用している、活用予定合計が96.6%となっている。

6～7月にかけて健康長寿課が実施したプレ調査においても、活用している、活用予定を合計すると95%程度であったが、その頃は活用しているが17.8%であり、確実に実施されてきていることが結果として表れている。また、健康長寿課が調査した時の回収率は57%程度であったが、教育庁の調査では100%の回収率で、このような結果が出ている状況である。

このように、教育庁からの協力もあり、現場で着実に使用されている状況が分かっている。

昨年の9月の議会で補正予算を組み、現在、増刷作業中である。発送については3月の中旬までに行うこととなっており、年度初めに新小学1年生、新小学4年生、新中学1年生に届き、活用できる予定となっている。

また、次年度以降の予算については、印刷費や発送費に加え、副読本の普及促進する為の保護者や地域住民等を対象とした研修費等を要求しているところであり、確保できれば、医師会にご協力いただき進めさせていただきたいと考えている。

## 印象記

副会長 玉城 信光

平成 28 年 1 月 25 日県庁において開催された。  
議題は一つで県医師会から提案された。

### (1) 市町村国保の特定健診受診券の形式及び取り扱いの統一について

現在、市町村国保では保険証と特定健診受診券の一体型がすすめられている。特定健診受診券については一体型とハガキ型の二つのパターンがあること、特定保健指導をスムーズにすすめるために、受診券の半分を切り取り、受診者の電話番号を記載した上で保険者へ返すという対応等、市町村によって特定健診受診券の形式や取り扱い等が異なる現状がある。これらの統一ができないかと質問した。

#### <国民健康保険課回答>

県では、市町村国保における保険証と特定健診受診券の一体化を進めるとともに、様式の統一を図ってきたと回答があった。しかし、システム改修のできた 37 の市町村国保においては統一化がなされているが、まだ遅れている市町村もある。

国保制度については、平成 27 年 5 月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が成立・公布されたので、平成 30 年度からの新国保制度移行に向け、平成 28 年度から、安定的な国保の財政運営や市町村が担う事務の効率化・標準化・広域化について協議を行うことになっているので医師会の意見を取り入れながら検討をしたいとの回答があった。

県と市町村で協議の場に現場で仕事をする医師会からも参加させていただきたいと要望した。必要がある時には意見を伺いたいとの回答であった。

特定健診の受診率向上を図るために受診率の高い市町村の事例を参考にする必要があるのではないかと話された。

特定健診・特定保健指導の見直しが始まっており、良い結果が出るような事業があれば提供いただきたいとのことである。県と市町村との協議の中で、受診率が良い保険者がどのような取り組みを行っているか情報を共有することで、他の保険者にも良い効果が出るのではないかと考える。

次世代の健康教育事業について沖縄県保健医療部健康長寿課よりその後の情報提供があった。

昨年 12 月に教育庁保健体育課が市町村教育委員会を通し、各学校に今年度の副読本の使用状況について調査を実施しておりくわっちーさびら（食育編：対象小学 1～6 年生）、ちゃーがんじゅー（生活習慣編：対象小学 4～6 年生）の両者とも活用している及び活用予定が 95% 以上の結果が出ている。

こころのタネ（こころの健康編：対象中学 1～3 年生）も、活用しているが 29.3%、活用予定 58.5% 合計 87.8% であり、教員用テキストについても活用及び予定合計が 96.6% となっている。大変良い活用状況だと思われる。

また、次年度以降の予算については、印刷費や発送費に加え、副読本の普及促進の為に保護者や地域住民等を対象とした研修費等を要求しているとのことであり、医師会とともに普及に努めていきたいとの意向であった。



# 会員の倫理・資質向上に関する講演会

## 「動画から学ぶ医療安全 ー医療事故後対応の問題ー」



常任理事 真栄田 篤彦



講師…  
上尾中央総合病院  
院長補佐  
長谷川 剛



平成 28 年 1 月 29 日、パシフィックホテル  
沖縄において、会員の倫理・資質向上を目指す  
ために今回は上記テーマで上尾中央総合病院院  
長補佐の長谷川剛先生を講師にお招きしご講演  
いただいたのでご報告する。

今回は動画ということで、医療事故に関して  
の事実に基づいたストーリーを長谷川先生が作  
成し、それをプロの役者さんが演じるという設  
定でのご講演である。医療事故の内容は、医師  
が患者に対して点滴内に KCL の追加を指示し  
たのち、指示を受けた看護師が患者に KCL を  
準備して、ただちに指示通りの点滴内への追加  
を実施すれば、事故は起こらなかった。医師の

指示を受けた後に別件の患者に呼び出されて、  
該当患者に戻ってきた時には、点滴内への追加  
指示を、あろうことか、点滴の三方活栓から静  
脈内へとダイレクトに静注してしまい、静注さ  
れた患者さんが急変して死亡してしまった医療  
事故の設定である。KCL は静注は絶対禁止で  
あるとの薬学的知識があるはずなのに、静注と  
いう過失を起こしてしまう問題点を提起してい  
る。指示をした担当医からすれば、指示を受け  
た看護師を責めるのは当然だし、激しく叱責し、  
上司の部長からも事故の責任追及があり、事故  
後対応の諸問題をご講演の中で提起している。  
その概略を紹介する。

プロフェッショナルの条件

1

倫理

何が「よい」ことか  
何が「悪い」ことか

共同体が共同体として成立するために  
成員が守るべき行動準則

2

倫理学

規範  
倫理学

- ・どのような道徳や判断が「善い」のか
- ・義務、価値

メタ  
倫理学

- ・道徳判断に含まれる概念の分析や倫理的主張の理論的正当化

応用倫理学

3

応用倫理

- ・ 生命倫理
- ・ 脳神経倫理
- ・ 環境倫理
- ・ 経済倫理
- ・ 情報倫理

- ・ 動物倫理
- ・ 政治倫理
- ・ 医療倫理
- ・ 看護倫理
- ・ 職業倫理

4

高い倫理観の要請: 社会の変化

- ・ 法的な最低限の行動規範では不十分
- ・ 特に専門的能力を有する社会人に対して、要求が高く厳しくなっている
- ・ ネット環境等の影響で批判が拡散しやすい
- ・ カメラ、情報開示等、監視されやすい状況

必ずしもよい効果  
だけではない!

5

KCIの静注

- ・ 多忙な職場環境
- ・ ダブルチェック
- ・ 事故後の対応

6

After Harm (事故後)

- ・ Narrative Ethics
- ・ Physicians' Narratives
- ・ Patients' and Families' Narratives
- ・ Disclosure
- ・ Apology
- ・ Repentance
- ・ Forgiveness
- ・ Ethical Action

7

After Harm

- ・ 医療事故後 (有害事象後)
- ・ 患者に害が及び状態
- ・ そのあとの患者や家族の気持ち・状況をどう考えるか
- ・ そのあとの関係者の気持ち・状況をどう考えるか

8

Medical Wisdom and Doctoring

- ・ Narrative-based Medicine
- ・ The clinical act of helping the patient tell a part of his life narrative, and helping that person "fix the broken parts of the story"
- ・ 患者が自分自身の人生の物語を語ることを助け、「壊れてしまった物語」をその人が修復することを支援する臨床行為

9

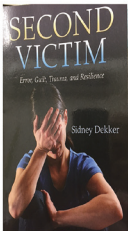
After Harm

- ・ 謝罪
- ・ 説明・情報開示
- ・ 補償
- ・ 赦し

Medical error and the ethics of forgiveness

10

Second victim



11

医療従事者が受ける広範な影響

- ・ 悔恨・怒り・罪悪感・不適格
- ・ 将来のエラーに関する不安増大
- ・ 自信喪失
- ・ 不眠
- ・ 仕事満足度低下
- ・ 評判への悪影響

12

事故後対応

- ・ 当日は一人にしない
- ・ 無理に話を聴かず、自ら話をしてくれるのを待つ
- ・ 家族など信頼を有する人との接触を作る
- ・ 「あなたは決して悪いわけではない」とはっきり伝える

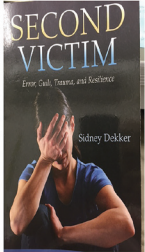
13

平素からの対応

- ・ エラーの事実と発生頻度の開示
- ・ 上位の医療者が自己のエラーについて率直に話す
- ・ 支援を必要とするのは弱さの表れでないことを認める
- ・ 患者と話し合う施設の方針
- ・ 事故後に患者と家族と話し合う困難な任務の訓練
- ・ 法的プロセスの情報提供
- ・ 同僚からの支援提供

14

二次被害の問題



- 事故の当事者が傷つけられ追いつめられていく
- 法制度は安全の観点からはまったく機能していない
- むしろ有害でさえある
- 当事者を支える事故調査のあり方
- 正義 vs Just Culture
- レジリエンス

15

プロフェッショナルの条件

16

スタッフと協力し  
最高の能力を引き出す


- ・ スタッフ・職員に対しての敬意(リスペクト)が最も重要ではないか?

17

A Culture of Respect

敬意・尊敬

- ・ Leape L, et al. A culture of respect. Part 1: Nature and causes of disrespectful behavior by physicians. Acad Med. 2012;78:845-52
- ・ Leape L, et al. A culture of respect. Part2: Creating a culture of respect. Acad Med. 2012;78:853-8



18

<h3>Disrespectful behavior</h3> <p>相手を侮蔑・軽視した行動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disruptive behavior 妨害的行為・破壊的行為</li> <li>Humiliating, demeaning treatment of nurses, residents, and students 看護師、レジデント、学生への屈辱的な扱い</li> <li>Passive disrespect 受動的侮蔑・軽視</li> <li>Dismissive treatment of patients 患者の品位を落とす扱い</li> <li>Systemic disrespect 制度的侮蔑</li> </ul> <p>19</p>	<h3>Disruptive behavior</h3> <p>妨害的行為・破壊的行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>angry outbursts 怒りを爆発させる</li> <li>verbal threats 言葉による威嚇・脅す</li> <li>shouting どなる、叫ぶ</li> <li>swearing ののしる、「ちくしょう!」「くそ!」</li> <li>a temper tantrum かんしゃくを起こす</li> <li>throwing objects 物を投げつける</li> <li>breaking things 物を壊す</li> </ul> <p>20</p>	<h3>Disruptive behavior</h3> <p>妨害的行為・破壊的行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Any behavior that impairs the medical team's ability to achieve intended outcomes (Hickson and Pichert)</li> <li>医療チームが意図した結果を達成するための能力を阻害するあらゆる行為</li> </ul> <p>21</p>
<p>Humiliating, demeaning treatment of nurses, residents, and students</p> <p>看護師、レジデント、学生への屈辱的な扱い</p> <p>22</p>	<p>more than 90% of nurses reported that they had experienced such abuse</p> <p>90%以上の看護師がこういったひどい仕打ちの経験がある</p> <p>Saxton R, et al. The negative impact of nurse-physician disruptive behavior on patient safety. A review of the literature. J Patient Saf. 2009;5:180-3.</p> <p>23</p>	<p>31% of nurses reported knowing a nurse who had left the hospital because of disruptive behavior</p> <p>31%の看護師が医師の妨害的・破壊的行為を理由に退職している看護師を知っている</p> <p>Saxton R, et al. The negative impact of nurse-physician disruptive behavior on patient safety. A review of the literature. J Patient Saf. 2009;5:180-3.</p> <p>24</p>
<h3>Dismissive treatment of patients</h3> <p>患者の品位を落とす扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>He treats me like an idiot. 先生は私を馬鹿者扱いする!</li> <li>He makes me feel like I'm wasting his time. 先生の時間を浪費させていると感じさせられる!</li> <li>She won't return my calls. 先生は呼びかけに応えてくれない</li> <li>They ignore me on rounds. They talk about me but not to me. 先生たちは回診で無視する。私のことを話してはいるけど、私に向かっては話してくれない!</li> <li>It was clear he doesn't like people who ask questions. 先生は質問をする患者が嫌いなのが明らかです!</li> </ul> <p>25</p>	<h3>まとめ</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>倫理の考え方</li> <li>KCI静注事例：医療安全、家族、当事者</li> <li>ナラティブ</li> <li>Second victim</li> <li>プロフェッショナリズム</li> <li>Respect (敬意)</li> </ul> <p>26</p>	

## 印象記

常任理事 真栄田 篤彦

長谷川先生は、昨年10月からスタートした「医療事故調査制度」の制度設計にも関わった医師で、千葉県の某医療機関の事故調査制度の委員としても参画している。

事故以前のためのスキルについてはこれまでも多くの講師にご指導を受けてきたが、事故後の対応 (after harm)、Second victim に関する対応等をご講演いただいた。

医療事故調査制度とは別に、医療スタッフは常に患者との医療業務を行うことが日常なので、その日常の中において、それぞれのスタッフの領域並びに関連する医療内容を事故につながるように業務を推進するべきとわかっていても、起こるのが医療事故である。一人でも多くのスタッフの方々がこれらの予防スキルを身に付けて医療業務に対応してもらいたいと、ご講演の後にいつも感じている。



## 第 57 回地区医師会連絡協議会



八重山地区医師会 会長 上原 秀政



去る、1月30日に第57回地区医師会連絡協議会がホテル日航八重山（珊瑚の間）で開催された。沖縄本島から遠く離れた八重山での開催なので、はたして何名の参加があるか危惧されたが、幸いなことに70人以上の参加があり安心した次第である。今回は議題を主催者提案の「地域基幹病院（県立病院など）と地区医師会の理想的関係」ということで協議してもらった。会長挨拶の後、県立八重山病院副院長の玉城和光先生に「新八重山病院の概況」との命題で八重山の医療の今後やこれからの見通しについて約15分程度プレゼンテーションを行ってもらった。協議は宮古地区医師会から始まり南部、那覇市、浦添市、中部、北部地区の順に議題につき意見を発表してもらった。議題の関係上、離島医療に偏った協議内容ではあったがそれぞれの地区での基幹病院との関係を改めて考えてみる良い機会になったと思う。全体会議の最後

に沖縄県医師会の宮城会長からコメントをいただき次回担当の中部地区医師会の中田会長から挨拶をもらい協議会が終了した。懇親会では芸能の島にふさわしく、かりゆし病院の「かりゆし芸能団」の余興などもあり大いに楽しく過ごすことができたと思う。翌31日は小浜島でのゴルフコンペ、当初雨模様で心配したが結局最後まで雨は降らず無事終了することができて安心した次第である。不慣れな進行ではあったが皆様方のご協力により最後まで執り行うことができ感謝します。

### 議 題

地域基幹病院（県立病院など）と地区医師会の理想的関係

#### 【提案趣旨】

医療資源（医療従事者、病床数、医療機械等）に限りのある離島、八重山においては医療

面において過去いろいろな危機を迎えてきた経緯があります。2009年（平成21年）に経験した新型インフルエンザ流行の際、一次から三次救急まで全ての患者を引き受ける県立八重山病院を新型インフルエンザの暴露からいかに守るか、審議を重ねた経験があります。石垣市では、2005年にドクターの確保が困難などの理由により、市立の休日夜間診療所が閉鎖になっていました。そこを何とか発熱外来として再開できないかなど検討を重ねましたが、結局成し遂げられることなく終焉を迎えました。しかし患者発生がピークを迎え、八重山病院の救急外来受診患者数が一日100人を超えたとき、八重山地区医師会会員の協力を得て休日の輪番制による診療を行ないました。

2011年（平成23年）3月、八重山病院の産婦人科医師が不在となり島でのお産ができなくなるかも知れないという危機に瀕したとき、住民の間から「八重山の医療を守る郡民の会」が立ち上がりました。これは、八重山の慢性的な医師不足を少しでも手助けするため「行政に頼むだけではなく、住民自らも行動し、医師が働きやすい医療環境を協働でつくりだす」との趣旨を掲げた運動で、結成集会での緊急アピールとして1) コンビニ受診を控えましょう、2) かかりつけ医を持ちましょう、3) 全国並み医師数の達成を目指そう、4) 将来を見据えて、地元出身の医師や医療、介護者の人材育成をしましょう、5) 県立八重山病院の新築への推進運動をしましょう、6) お医者さん、医療、介護従事者、救急患者搬送者へありがとうの心を広げましょう、を表明しています。

2013年（平成25年）4月、石垣市長の諮問を受け「石垣市一次医療の在り方に関する検討委員会」を設置、毎月のように委員会審議を重ねて同年11月に答申書がまとめられました。その過程の中で、新八重山病院建設、及び石垣市休日夜間診療所再開への参考にするため、当時出来上がったばかりの県立宮古病院及び併設されていた休日夜間診療所の視察を行いました。

運営体制がしっかりしており医師会の協力体制も整い宮古地区はスムーズに行っているなどという印象を受けました。答申書の中で、休日夜間診療体制につき、一次救急は本来、市町村が担当すべきもので、八重山圏内においては石垣市が責任を持って休日夜間診療体制を構築しなければならない、石垣市立休日夜間診療所の再開が最も望ましく、八重山地区医師会ともしっかりと協議を重ね、その運営についても石垣市が責任を持って取り組む必要がある、と結論付けています。

医療資源が十分に整備されていない八重山圏域においては、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するため、医療機能の分化、連携を推進することによって、切れ目のない医療を提供する体制を確保することが求められます。県立八重山病院と八重山地区医師会は、地域住民の生命、健康を守るという共通責任を分担しております。そして互いに協力しなければその責任を果たすことはできない相互依存の関係にあります。三次医療の重症患者を八重山病院が引き受けてくれる一方、一次医療において、八重山地区医師会は八重山病院の過重負担を軽減する方向に努力しなければなりません。両者の関係は八重山を取り巻くその時々で変化しますが、常日頃からそのような意識をもって互いにコミュニケーションを取り合い、互いの親睦を図ることが大切だと思います。今回、全沖縄の医師会の主要メンバーが一同に会し「地域基幹病院（県立病院など）と地区医師会の理想的関係」と題して、それぞれが置かれた地域の立場から意見を出し合う機会を作りました。多数の意義ある意見を出し合い、明日への医師会活動に生かすことができたなら主催側として幸せに思います。

**【議題に対する各地区医師会の回答】**

**○宮古地区医師会**

宮古地区では以前より「宮古の医療は一つ」というスローガンを掲げている。基幹病院と医



師会が連携して、患者さんの状態に応じ、その方にあった場所で治療を受けられるようにする一連の体制を整えることで、患者さんにとっても医師にとってもいい意味で「無駄のない」医療になると考えており、市民に「かかりつけ医」を持つよう指導するとともに、地域基幹病院と医師会がお互い安心して患者さんを任せられるような関係作りに努めている。安心して任せられるためには相手の事を知らない…ということ、我々はよく「顔の見える連携」という言葉を用いている。そのために医師会としては、年に一度の医師交流会や新年会を開催したり、県立病院からの忘年会のお誘いに積極的に参加したりしている。また基幹病院や医師会で開催する勉強会や講演会にも積極的に参加している。こういった交流の場を通してお互いを知ることができ、紹介状や返書の向こうに顔が見えるように努めている。また、県立病院の消化器医師が転勤等で不在となった場合に緊急内視鏡のオンコールを受けたり、一人しかいない泌尿器科医の負担軽減のため週1回の外来応援や彼の不在時のオンコールを受けたりしている。ペースメーカー挿入時に循環器医師が応援に出向いていた時期もある。困った時はお互い様のような気持ちを持つということも理想的な関係だと思われる。それ以外にも婦人科医師が卵管造影を行う場合、基幹病院を利用できるようになっている。離島での医療資源は人だけでなく物も限られているため、門戸を開いてくださる基幹病院には大変感謝している。

**○南部地区医師会**

本会と、本会管内で基幹病院としての役割を担っている県立南部医療センターこども医療センターとの関わりについてご紹介したいと思います。顔の見える連携をスローガンに本会が主催する地域医療連携懇談会に、同センター地域医療連携室の医師、看護婦そして事務職員等多くの関係者の参加があります。地域医療連携懇談会は同センターを含め、管内の多くの病院、

診療所がそれぞれの施設を紹介し、病病連携、病診連携について意見を出し合い、情報を共有する場となっています。また、本会主催の生涯教育講演会の企画検討を行う会議に同センター代表の医師にも随時参加していただいております。定例講演会のテーマ選定から講師派遣に至るまで、積極的にご協力いただいております。最近では医療センター地域支援病院運営委員会へ、本会から委員（委員長）として1名が参加しており、病病連携、病診連携について遍く意見交換ができる環境が整っております。とくに小児の病診連携については、在宅で呼吸管理などを要する重度病児の場合、南風原町の「わんぱくクリニック」が、県内唯一の在宅重度心身障害児者と介護者のためのレスパイトケア（日中一時支援事業）を実施しています。現在、25名の利用者登録がありますが、その約8割が同センターからの紹介となっています。一方、重症病児が急変した場合は、同一医療圏にある紹介元の病院へすぐさま搬送できるメリットがあります。ただ、急変時の紹介の際に迅速な受け入れができる体制を確立していただくべく、子供の在宅医療支援部門を地域医療連携室に立ち上げていただき、「なんこいカード」の発行等、病院内部で情報共有が出来るようになることを希望しています。以上のように、在宅重症病児に関しては、双方向のバックアップ体制が整いつつあります。今後につきましては公的機関病院としての役割（高度先進医療や採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療等の提供）に期待すると共に、より一層の病診・病病連携の拡充・発展を望んでいます。

**○那覇市医師会**

本会では病病・病診・診診連携の一環として、お互いの病医間の情報交換がますます重要になると考え、医師会と那覇市内・近隣8病院（大浜第一病院、大道中央病院、おもろまちメディカルセンター、浦添総合病院、豊見城中央病院、沖縄赤十字病院、県立南部医療センター、那覇市立病院）



から委員を選出頂き平成14年より「病診連携委員会」を発足させ現在に至っています。各年における病診・病病連携の課題は社会のニーズによって変化し、常にその時代に沿った内容で議論し、顔の見える連携作りに力を注いで参りました。今回その議論内容を供覧する事により那覇市医師会における基幹病院との連携の課題を浮き彫りにしていきたいと思ひます。

平成14年ごろは病診連携室の設置など、連携のインフラ整備に注力していたものから、病診連携誌の定期的な発行、病診連携だけではなく病病連携に対する試みがなされる様になり、最近では在宅、認知症、終末期医療を基軸とした連携強化へと、より裾野を広げてきた経過があります。今後は、現在各基幹病院ごとに縦割り状態になっているIT連携を横に繋ぐ連携を探る動きが出てきています。縦糸と横糸とを織りなして初めて理想的な連携は構築出来ると思われ、その実現に向けて那覇市医師会は努力して行く所存です。

○浦添市医師会

浦添市医師会に所属する診療所では、浦添総合病院、牧港中央病院、同仁病院、那覇市立病院などに患者さんを受け入れてもらっており、大きな問題はありませぬ。この中でも特に、地域の基幹病院と位置づけられる浦添総合病院と医師会との関係は理想に近いものと考えております。三つの視点（診療所、病院、双方向）から整理してみます。

1) 診療所の視点

- 1 患者紹介に適切に対応してもらえる
  - ・ 待ち時間の配慮、救急紹介患者への優先的診察など
- 2 逆紹介率が高い
  - ・ 紹介元に患者が戻る
- 3 時間外救急が充実している
  - ・ 地域医療の支えになっている
- 4 浦添総合病院は小児科の設置がないため、特に夜間時の急性期時は那覇市立病院や県立南部医療センター・子ども医療

センター等を受診するケースがほとんどである。

小児科の設置が望まれる。

2) 病院の視点

- 1 紹介時は診療情報書が確実に提供される
  - ・ 浦添市内の医療機関では、それぞれの様式は異なるが、診療情報書の提供は、スムーズに行われている
- 2 病院内カンファレンスへの参加
  - ・ 一部の診療所を除き、参加は難しい状況
- 3 病院内診療への参加
  - ・ 複数の診療所が、病院の医師と協力し手術を行っている

3) 双方向からの視点

- 1 診療情報の共有
  - ・ 現在充分とはいえず、今後の課題と考える
- 2 お互いに顔の見える関係の構築
  - ・ 浦添総合病院の医師を、理事・監事に任用
  - ・ 牧港中央病院、同仁病院からも理事に任用
  - ・ 医師会勉強会や懇親会などへ参加を呼びかけている
  - ・ 浦添総合病院の行事への診療所医師の参加を促す

○中部地区医師会

中部地区の現状

中部地区には県立中部病院、中頭病院、中部徳洲会病院、ハートライフ病院の4つの基幹病院があります。前三者は中部地区中央に位置し互いに緊密な連携をとっています。中部病院は中北部圏域の周産期医療の要として、また、ぐしかわ看護専門学校を含めた医療人材育成の面でも御協力いただいております。ハートライフ病院は中部地区の南に位置し、南部医療圏を含めた中南部東海岸の基幹病院の役割を担っています。現在、4病院と地区医師会の関係は非常に良好です。中頭病院、中部徳洲会病院、ハートライフ病院の各法人からは地区医師会に一人

理事を選出していただき、円滑な意思疎通が取れています。また中部病院、中頭病院、ハートライフ病院は地域医療支援病院に指定されています。そこで開催される運営委員会や懇親会は医療関係者、地域の行政担当と顔見知りの関係を築く貴重な場となっています。

**理想、問題点、課題**

中部地区医師会は基幹病院と開業医、行政との調整役を担い、問題の解決に努力していきたいと考えます。現在最大の懸案事項は救急医療の受け入れ態勢が不十分なことです。救急病院稼働率が100%を超えることもあり、救急担当の負担は年々増加しています。その原因は中部地区救急病院の病床数が人口10万あたり310床と、県平均の465床に比較し少ないことが挙げられます。今後20年間、中部地区は高齢者人口に限らず総人口も増加することが予測されています。救急患者さんが入院できなくなる事態を避けるべく、地域医療構想計画に沿いながら病院、行政とともに問題解決に向けて考えていきたいと思えます。

**○北部地区医師会**

北部医療圏は、面積の広大なエリアに人口約10万人が居住する過疎型二次医療圏です。県立北部病院は、ここ数年診療体制の維持に必要な医師の確保が困難な状況が続き、一部の診療科で診療制限が続いています。また、北部地区医師会病院でも、大学等からの医師派遣だけでは限界があり、医師確保が課題となっています。圏域内での医療完結が難しくなっている一因として、急性期医療の中心的役割を担っている2つの病院がそれぞれ中規模で、救急医療や周産期医療などの機能を維持するには不十分な規模であること、内科、外科など基礎的な診療科が両病院で競合し、大学病院等も双方には派遣できないことが挙げられます。北部医療圏での病院整備は、病床規模、診療科、大学等からの支援体制など、医療資源の効率的な活用を図る観

点から、県立北部病院と北部地区医師会病院の統合・再編による病院整備を図ることが望ましいと考えています。

**北部基幹病院に臨まれる機能（案）**

1. 500床規模の病院とする
2. 可能な限り多様な病気に対応できる地域完結型の機能を有する
  - 内科：消化器、呼吸器、感染症、内分泌、代謝、循環器、血液、腎臓、神経、自己免疫疾患
  - 外科：消化器、心臓血管、胸部、乳腺、形成救急・総合診療科、小児科、整形外科、リハビリテーション、産婦人科、脳外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、病理、口腔外科
3. 専門医から研修医、学生まで育てていく教育機能を有すること
4. ドクターヘリの機能を有する救急救命病院であること
5. 在宅医療のバックアップ機能を持つこと
6. 離島・僻地診療所への医師派遣等のバックアップ機能を有すること
7. 遠隔医療に対応できること
8. 災害発生時の対応ができる病院とすること

**懇親会**

協議終了後、懇親会がおこなわれた。



余興 踊り：かりゆし病院「かりゆし芸能団」 地方：上原会長

## 生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

### 日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告 (0.5単位 1カリキュラムコード)

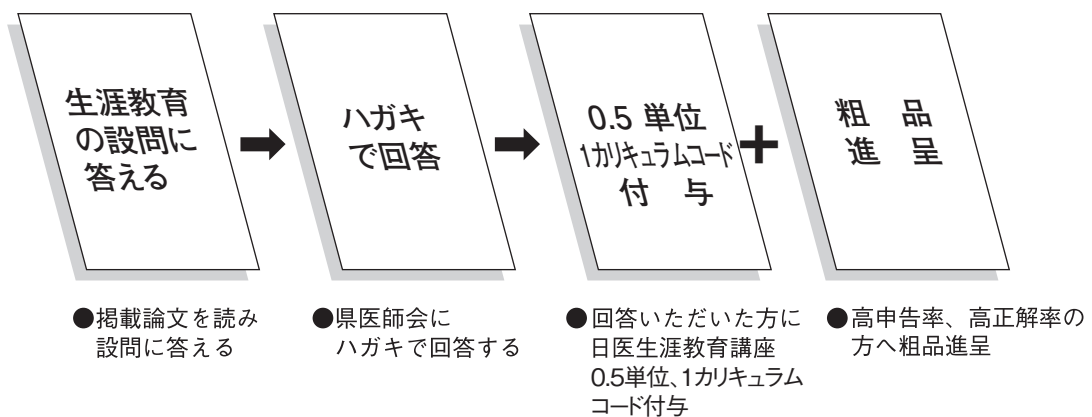
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまでは、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方には日医生涯教育講座5単位を付与いたしておりましたが、平成22年度に日本医師会生涯教育制度が改正されたことに準じ、本誌の生涯教育の設問についても、出題の6割（5問中3問）以上正解した方に0.5単位、1カリキュラムコードを付与することに致しました。

つきましては、会員の先生方のご理解をいただき、今後ともハガキ回答による申告に、より一層ご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多く、正解率が高い会員につきましては、年に1回粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、成績により選出いたしますので予めご了承ください。

広報委員会





# common disease になりつつある 炎症性腸疾患について

## —潰瘍性大腸炎を中心に—

琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学 金城 徹

### 【要旨】

炎症性腸疾患 (Inflammatory bowel disease: IBD) は狭義に潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis: UC) とクローン病 (Crohn's disease: CD) に分類される。本邦において、IBD は年々増加傾向にあり、いまや約 20 万人までにのぼる。両疾患ともに原因が完全に解明されておらず、厚生労働省の難病特定疾患に指定されている。

UC を診断するには問診が最も重要であり、鑑別しなければならない疾患として感染性腸炎 (細菌、結核、赤痢アメーバ) があり、誤診をすると免疫を抑える治療が加わることで感染性腸炎が増悪しかねないため慎重を要する。

本邦における UC の治療は海外と比較し、生物学的製剤を含めた多くの治療選択肢があり、難病特定疾患に含まれていることから十分な治療を受けることができる。しかし、多様化した治療の中からタイミングを逃さずに適切な治療を選択することが重要であり、厚生労働省の『難治性炎症性腸管障害に関する調査研究』班が作成している治療指針を参考にするとよい。

しかし、日常臨床では悩ましい症例にも遭遇することがあり、況してや難治症例であればためらわずに専門施設に相談や紹介をすると良いであろう。

### 【はじめに】

炎症性腸疾患 (Inflammatory bowel disease: IBD) は狭義に潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis: UC) とクローン病 (Crohn's disease: CD) に分類される原因不明の慢性炎症性疾患である。現在、本邦では厚生労働省の難病特定疾患 (医療費助成対象疾患) に指定されており、2013 年の統計では潰瘍性大腸炎が 166,060 人、クローン病が 39,799 人の患者が登録され、年々増加傾向にある。沖縄県も同様に、潰瘍性大腸炎が 1,316 人、クローン病が 490 人と登録患者は年々増加している (図 1、2)。当院ではそれぞれ 100 人程度の患者を診療しているが、それ以外の登録患者は一般の開業医から市中病院で診られており、今では稀有な疾患ではなく、common disease となりつつあるため、一般臨床医も炎症性腸疾患

を診断・治療する上で十分知識を得ておく必要があるだろう。

本稿では研究班の『潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針 (平成 26 年度改訂版)』をもとに、潰瘍性大腸炎を中心に最近の知見を交えて概説する。

### 【潰瘍性大腸炎の病態と診断】

潰瘍性大腸炎 (UC) は『難治性炎症性腸管障害に関する調査研究』班の診断基準に「主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症である」と定義されている<sup>1)</sup>。UC は未だ原因不明の疾患であるが、遺伝的素因や衛生環境などの環境因子、腸内細菌叢と宿主の免疫学的応答が関与していると考えられている。しかし、近

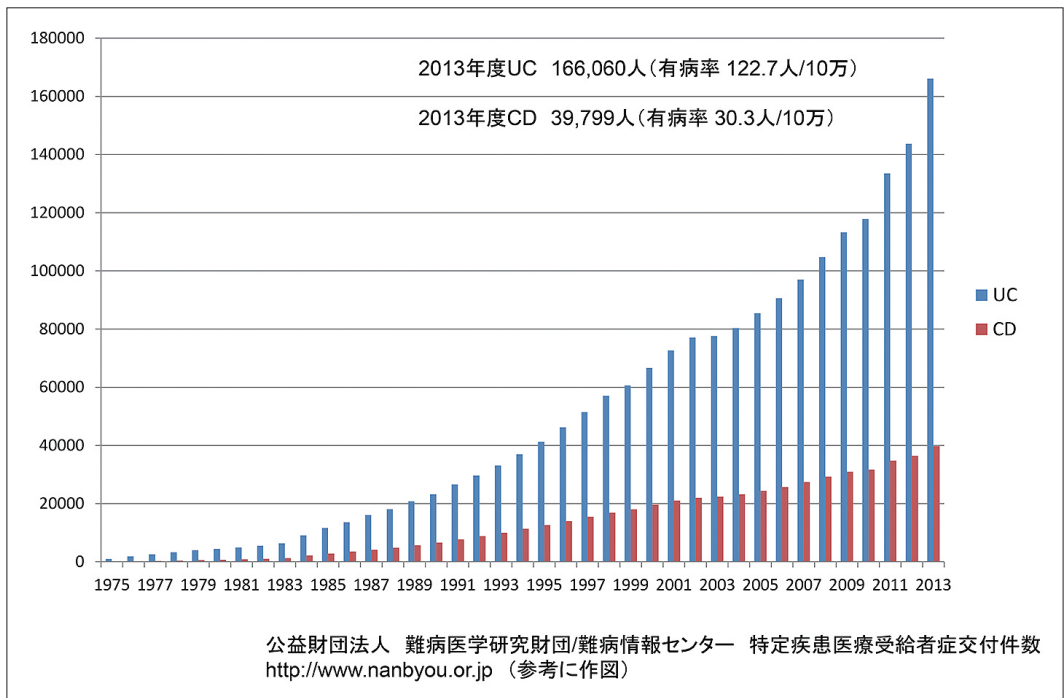


図1：炎症性腸疾患の年次推移

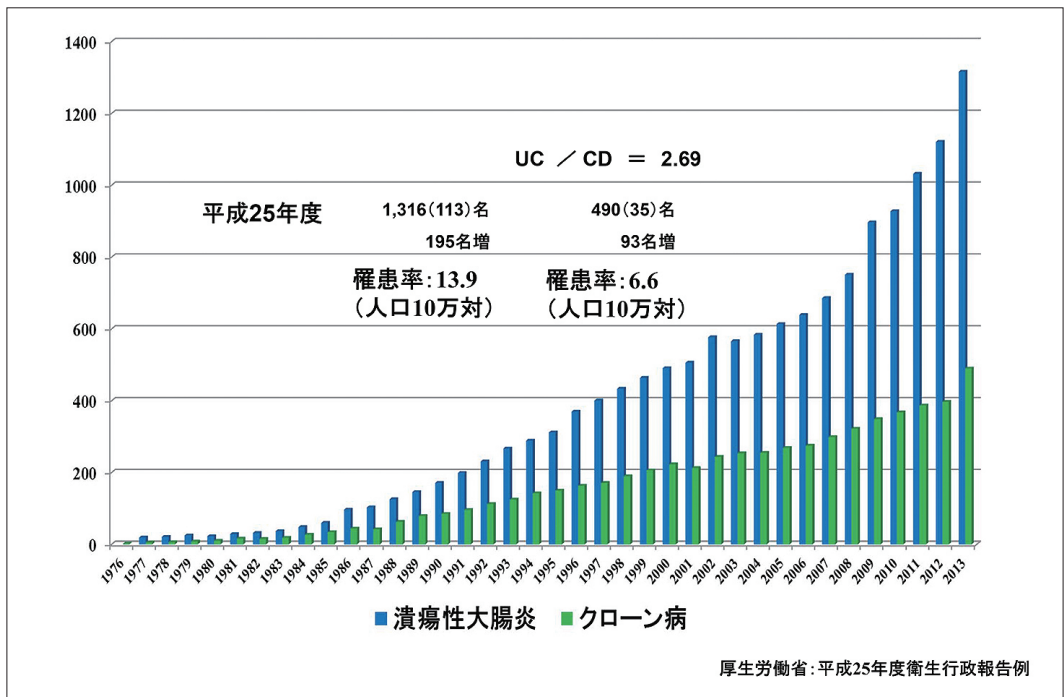


図2：沖縄県におけるUCとCDの医療受給者証交付数の年次推移

年の発症率の急激な増加は遺伝子素因だけでは説明がつかず、環境因子の関与が強く示唆されている。生活環境因子の一つである喫煙はUCにおいて病態を抑制し、クローン病では増悪させるとしているが、病態メカニズムはいまだ明らかではない。(表1、図3)。

UCの症状は軽度であれば粘液便程度だが、進行すると下痢や粘血便、腹痛、体重減少、食思不振、発熱を伴ってくる。診断基準にもUCの主な症状として「持続性または反復性の粘血・血便」と記されており(表2、3)、臨床的重症度分類の中に「排便回数や発熱、頻脈、貧



血の程度」が含まれ、その中でも劇症の診断には「強い腹痛の有無」が項目に含まれる(表4)。またUCには腸管外症状を呈することがあるので、診察時に腹部症状以外の所見が無いかを確認する(表2)。

表1：炎症性腸疾患のリスク因子

	潰瘍性大腸炎	クローン病
家族歴	↑	↑
喫煙	↓	↑
虫垂切除	↓	↑?
西欧型食事	↑?	↑?
母乳栄養	↓?	↓?
腸管感染症罹患	↑?	↑?
衛生状態改善	↑?	↑?
経口避妊薬	↑?	↑?

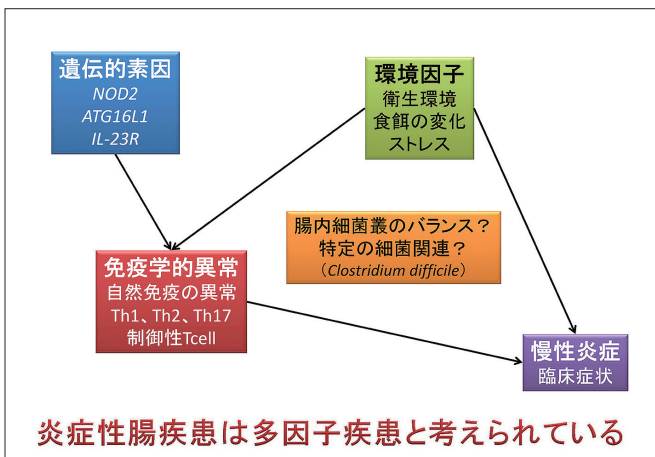


図3：炎症性腸疾患の病因

表2：炎症性腸疾患を疑うべき臨床症状

	潰瘍性大腸炎	クローン病
腸管関連症状	下痢	○
	腹痛	○
	血便	○
	発熱	○
	体重減少	○
腸管外合併症	肛門病変	×
	口内炎	△(4%)
	結節性紅斑	△(4%)
	壊疽性膿皮症	△(5%)
	末梢関節炎	△(5~10%)
	軸性関節炎(仙腸関節炎、強直性脊椎炎)	△(HLA-B27陽性60%)
	ぶどう膜炎	△
	原発性硬化性胆管炎	△(2~7.5%)

◎：高頻度、△：低頻度、×：ほとんどない

表3：潰瘍性大腸炎の診断基準

次のa)のほか、b)のうちの1項目、およびc)を満たし、下記の疾患が除外できれば確診となる。

a) **臨床症状：持続性または反復性の粘血・血便、あるいはその既往がある。**

b) ①内視鏡検査：i) 粘膜はびまん性におかされ、血管透見像は消失し、粗ざりまたは細顆粒状を呈する。さらに、もろくて易出血性(接触出血)を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、ii) 多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポースを認める。

②注腸X線検査：i) 粗ざりまたは細顆粒状の粘膜萎縮のびまん性変化、ii) 多発性のびらん、潰瘍、iii) 偽ポリポースを認める。その他、**ハウストラの消失(鉛管像)や腸管の狭小・短縮**が認められる。

c) **生検組織学検査：活動期では粘膜全層にびまん性炎症細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が認められる。いずれも非特異的所見であるので、総合的に判断する。**寛解期では腺の配列異常(蛇行・分岐)、萎縮が残存する。上記変化は通常直腸から連続性に口側に見られる。

b)c)の検査が不十分、あるいは施行できなくとも切除手術または剖検により、肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認める場合は、下記の疾患が除外できれば、確診となる。

**除外すべき疾患は、細菌性赤痢、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カンピロバクタ腸炎、大腸結核、クラミジア腸炎などの感染性腸炎が主体で、その他にクローン病、放射線照射性大腸炎、薬剤性大腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸管ペーチェットがある。**

(注) Indeterminate colitis：CDとUCの両疾患の臨床的、病理学的特徴を併せ持つ、鑑別困難例。経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的な所見が出現する場合がある。

表4：UCの臨床的重症度による分類

	重症	中等症	軽症
1) 排便回数	6回以上	severeとmildの中間	4回以下
2) 顕血便	+++		+~-
3) 発熱	37.5℃以上		-
4) 頻脈	90/分以上		-
5) 貧血	Hb 10g/dl以下		-
6) 赤沈	30mm/h以上		正常

注1：重症とは1)および2)のほかに全身症状である3)または4)のいずれかを満たし、かつ6項目のうち4項目以上を満たすものとする。軽症は6項目すべてを満たすものとする。

注2：重症の中でも特に症状が激しく重篤なものを劇症とし、発症の経過により、急性劇症型と再燃劇症型に分ける。劇症の診断基準は以下の5項目全てを満たすものとする。

- ①重症基準を満たしている
- ②15回/日以上血性下痢が続いている
- ③38度以上の持続する高熱がある
- ④10,000/mm<sup>3</sup>以上の白血球増多がある
- ⑤強い腹痛がある

上記症状を有するようなUCを疑う症例をみた場合、除外すべき疾患として、細菌性赤痢、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カンピロバクタ腸炎、大腸結核、クラミジア腸炎などの感染性腸炎が主体で、その他にクローン病、放射線照射性大腸炎、薬剤性大腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸管ペーチェットなどがある。





病変の広がりによる病型分類として、全大腸炎型 (38.3%)、左側大腸炎型 (25.2%)、直腸炎型 (25.1%)、右側あるいは区域性大腸炎型がある (2012 年度報告)。

臨床的重症度による分類は表のごとく軽症 (60%)、中等症 (30%)、重症 (4%) に分類され、活動期内視鏡所見による分類も加味し、治療方針を決定する。

臨床経過による分類には、最も多い再燃寛解型 (50%)、6 ヶ月以上活動期にある慢性持続型 (29%)、急性劇症 (電撃) 型 (1%)、初回発作型 (20%) の 4 つがある (2007 年度報告)。

UC の再燃・増悪の原因として①アドヒアランスの不良、②先行する感染性腸炎 (カンピロバクタ腸炎、サルモネラ腸炎、クロストリジウム感染症、サイトメガロウイルス腸炎)、③精神的ストレスなどが言われている (表 5)。

2015 年 4 月における当院の潰瘍性大腸炎患者の内訳を示すが、病院の特殊性から難治症例の割合が高いことが分かる (表 6)。

【潰瘍性大腸炎の治療指針】

適切な治療方針を決定するうえで、診断基準の臨床的重症度分類を評価する必要がある (表 4)。活動期内視鏡所見分類は軽い粘膜障害から著明な潰瘍を形成するものまで様々である。(表 7、8) 血便や下痢、腹痛症状が強い時の内視鏡検査の前処置や内視鏡検査は状態を悪化させることがあるため、当院では前処置は行わずに直腸から S 状結腸までの観察にとどめ、送気には CO2 を使用し、できるだけ患者さんへ負担をかけないようにしている。

特に大切なことは、急速に病態が悪化し生命予後に影響する危険がある劇症型 (急性または再燃劇症型) を見極める必要がある。劇症型の場合は内科的な治療が奏功せずに中毒性巨大結腸症 (toxic megacolon) や穿孔を来しやすいので、外科医と密に協力し、緊急手術の適応を考慮しつつ重症に準じた内科治療を行う (表 9、図 4)。

表 10 に UC の治療指針を示すが、この治療指針の位置づけは、『一般の医師が UC 患者を

表 5：潰瘍性大腸炎の増悪因子

	潰瘍性大腸炎
アドヒアランス不良	↑
感染性腸炎罹患 (カンピロバクタ腸炎、サルモネラ腸炎)	↑
Clostridium difficile感染	↑
サイトメガロウイルス腸炎	↑? 治療抵抗性に関与
妊娠 (初期・産褥期)	↓? (↑?)
精神的ストレス	↑?

表 7：活動期内視鏡分類 (研究班)

炎症	内視鏡所見
Mild	・血管透見像消失 ・粘膜細顆粒状 ・発赤・アフタ・小黄色点
Moderate	・粘膜粗ざら・びらん・小潰瘍 ・易出血性 (接触出血) ・粘血膿性分泌物付着 ・その他の活動性炎症所見
Severe	・広汎な潰瘍 ・著明な自然出血

表 6：当院における潰瘍性大腸炎患者の内訳

		N=103
性別 (男:女)		54 : 49
平均発症年齢		36.2±15.1
罹患年数		12.4±9.5
病型 (全結腸:左側:直腸)		46 : 45 : 12
難治性 (ステロイド抵抗:依存)		42 (4 : 38)
現治療内容	5-ASA	95
	AZA	22
	抗TNFα抗体製剤	10 (AZA併用 4)
	局所療法 (5-ASA / ステロイド)	48 (40 / 17)
寛解導入治療歴	ステロイド	60
	TAC	9 (難治性 8)
	CAP	34 (難治性 29)

5-ASA: 5-アセチルサルリチル酸、AZA: アザチオプリン、TAC: タクロリムス、CAP: 血球除去療法

表 8：Mayo score (Schroeder Index)

Grade 0	正常か非活動性
Grade 1	軽症 (発赤、血管透見像の減少、軽度脆弱性)
Grade 2	中等症 (著明な発赤、血管透見像の消失、脆弱性、びらん)
Grade 3	重症 (自然出血、潰瘍形成)

※大規模臨床試験で多く使用されている内視鏡スコア



表 9：潰瘍性大腸炎における外科コンサルトのタイミング

<b>劇症型：</b> ①臨床重症基準を満たしている ②15回/日以上 の血性下痢が続いている ③38度以上の持続する高熱がある ④10,000/mm <sup>3</sup> 以上の白血球増多がある ⑤強い腹痛がある
<b>中毒性巨大結腸症：</b> ①臨床重症基準を満たしている ②腸蠕動音の低下 ③腹部膨隆・鼓音 ④Xp・CTで横行結腸長径6cm以上
大量出血
大腸穿孔
大腸癌の合併



図 4：巨大結腸症

表 10：平成 26 年度 UC 治療指針（内科） 一部改変

寛解導入療法				
	軽症	中等症	重症	劇症
左側大腸炎型	経口剤：5-ASA製剤（ベンタサ <sup>®</sup> 、サラゾピリン <sup>®</sup> 、アサコール <sup>®</sup> ） 注腸剤：5-ASA注腸（ベンタサ <sup>®</sup> ）、ステロイド注腸（プレドネマ <sup>®</sup> 、ステロネマ <sup>®</sup> ） ※中等症で炎症反応が強い場合や上記治療で改善しない場合はプレドニゾン経口投与 ※さらに改善しなければ重症またステロイド抵抗例への治療を行う ※直腸部に炎症を有する場合はベンタサ <sup>®</sup> 坐剤が有用	・プレドニゾン点滴静注 40～80mg（1～1.5mg/kg）を目安 ※状態に応じ以下の薬剤を併用 経口剤：5-ASA製剤（ベンタサ <sup>®</sup> 、サラゾピリン <sup>®</sup> 、アサコール <sup>®</sup> ） 注腸剤：5-ASA注腸（ベンタサ <sup>®</sup> ）、ステロイド注腸（プレドネマ <sup>®</sup> 、ステロネマ <sup>®</sup> ） ※改善しなければステロイド抵抗例の治療を行う ※状態により手術適応の検討	・緊急手術の適応を検討 ※外科医と連携のもと、状況が許せば以下の治療を試みてよい。 ・ステロイド大量静注療法 40～80mg（1～1.5mg/kg）を目安 ・シクロスポリン持続静注療法* ・タクロリムス経口 高トラフ（10～15ng/ml）を目指す ※上記で改善しなければ手術	
直腸炎	経口剤：5-ASA製剤（ベンタサ <sup>®</sup> 、サラゾピリン <sup>®</sup> 、アサコール <sup>®</sup> ） 坐剤：5-ASA坐剤（ベンタサ <sup>®</sup> 、サラゾピリン <sup>®</sup> ）、ステロイド坐剤（リンデロン <sup>®</sup> ） 注腸剤：5-ASA注腸（ベンタサ <sup>®</sup> ）、ステロイド注腸（プレドネマ <sup>®</sup> 、ステロネマ <sup>®</sup> ） ※安易なステロイド全身投与は避ける。			
難治例	ステロイド依存例		ステロイド抵抗例	
	免疫調節薬：アザチオプリン・6-MP* ※（上記で改善しない場合）： 血球成分除去療法・タクロリムス経口・インフリキシマブ点滴静注・アダリムマブ皮下注射を考慮してもよい		中等症：血球成分除去療法・タクロリムス経口・インフリキシマブ点滴静注・アダリムマブ皮下注射 重症：血球成分除去療法・タクロリムス経口・インフリキシマブ点滴静注・アダリムマブ皮下注射・シクロスポリン持続静注療法* ※アザチオプリン・6-MP*の併用を考慮する ※改善がなければ手術を考慮 (*：現在保険適応に含まれていない)	
寛解維持療法				
	非難治例		難治例	
	5-ASA経口製剤（ベンタサ <sup>®</sup> 、サラゾピリン <sup>®</sup> 、アサコール <sup>®</sup> ） 5-ASA局所製剤（ベンタサ <sup>®</sup> 坐剤、サラゾピリン <sup>®</sup> 坐剤、ベンタサ <sup>®</sup> 注腸）		5-ASA製剤（経口・局所製剤） 免疫調節薬（アザチオプリン・6-MP*）、インフリキシマブ点滴静注**、アダリムマブ皮下注射** (**：インフリキシマブ・アダリムマブで寛解導入した場合)	

治療する際の標準的に推奨されるものとして、文献的なエビデンス、日本における治療の現況、保険適応などをもとに、研究班に参加する専門家のコンセンサスを得て作成されたものである。また、患者の状態やそれまでの治療内容・治療への反応性などを考慮し、治療法を選択する必要があり、本治療指針に従った治療で改善

しない特殊な症例については、専門家の意見を聞くあるいは紹介するなどの適切な対応が推奨される』と記載されている。

UCの基本治療として5-アミノサリチル酸(5-ASA：サラゾピリン<sup>®</sup>、ベンタサ<sup>®</sup>、アサコール<sup>®</sup>)がある。サラゾピリン<sup>®</sup>は最も古くからIBDに使用されており、有効成分である



5-ASA にサラズスルファピリジンがアゾ結合したもので、小腸では吸収されずに大腸内の細菌によりアゾ結合が切断されて放出された5-ASA が効果を発揮するため、基本的には大腸病変に有効である。5-ASA の効果は用量依存性であることが示されており、本邦では時間依存性5-ASA 徐放剤であるペンタサ<sup>®</sup>は寛解導入時に高容量の4.0g/日、pH 依存性5-ASA 徐放剤であるアサコール<sup>®</sup>は3.6g/日が使用可能である。5-ASA は比較的安全な薬だが、副作用として間質性肺炎や肝障害、心筋炎、間質性腎炎、膵炎などがあるので、注意を要する。ペンタサ<sup>®</sup>は小腸上部から5-ASA が放出されて腸管内に吸収されるため、特に遠位大腸まで到達する量が少なく、それを補うためにペンタサ<sup>®</sup>注腸や坐薬の局所製剤を使用することで、5-ASA の腸管粘膜内濃度が高く保たれ治療効果が維持できるとしている。寛解維持としてアサコール<sup>®</sup>の場合、遠位大腸の粘膜内濃度が高く、左側結腸炎型や直腸炎型の症例で局所製剤を使わずに寛解維持できる可能性がある。5-ASA 製剤のアドヒアランスの向上のため、本邦では寛解導入時のペンタサ<sup>®</sup>4.0g 分2投与や維持量2.25g/日の1日1回投与が可能で、ペンタサ<sup>®</sup>との併用でペンタサ<sup>®</sup>注腸1日1.0gを2～3日に1回の間欠投与や週末2日間の併用投与も有用とされている。また、2013年に発売されたペンタサ<sup>®</sup>坐剤の有効性は高く、当院でも難治性の直腸炎や左側結腸炎型の症例において、今までステロイド注腸を中止できなかった症例で、ペンタサ<sup>®</sup>坐剤へ移行できた症例を経験しており(図5)、注腸の煩雑さから解放されることで患者のQOLをあげるため、本薬剤は非常に有用である。日常臨床では以上を踏まえて5-ASA 製剤の選択を行い、また経口5-ASA 製剤にはUC 関連炎症性発癌のリスクを抑制することが meta-analysis で証明されていることから<sup>2)</sup>、再燃防止のために内服継続に心がけている。

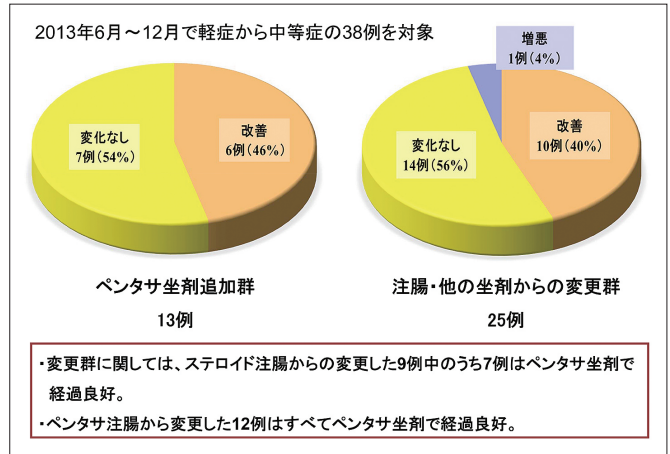


図5：当院におけるペンタサ坐薬使用例の症状変化

中等症以上のUC ではステロイド治療の適応であり、治療開始時は十分なステロイド量で行い、症状をみながら漸減し、最終的には中止を試みる。ステロイドに寛解維持効果はなく、寛解導入療法として中心的な治療法であるが(表11)、臨床ではステロイド抵抗性(ステロイドによる適正な治療にもかかわらず、1～2週間以内に明らかな改善が得られない)とステロイド依存性(ステロイド投与中は安定しているがステロイドの減量に伴い再燃増悪する)といった難治例が存在し、患者に応じて適切な治療法を選択しなければならない。とくに高齢者で免疫抑制効果が強い治療薬剤(中等量以上の副腎皮質ステロイド、アザチオプリン、6-MP、シクロスポリン、タクロリムス、抗TNF- $\alpha$ 抗体製剤)を使用する場合は、カリニ肺炎などの日和見感染により生命を脅かす可能性があるため、治療効果判定などを早期に行い、必要に応じて他の治療法や外科治療の選択する必要がある。

表11：潰瘍性大腸炎の主な治療選択肢

	寛解導入	寛解維持
ステロイド	○	×
アミノサリチル酸製剤	○	○
6MP/アザチオプリン	△	○
タクロリムス	○	×
シクロスポリン	○	×
抗TNF- $\alpha$ 抗体	○	○
血球成分除去療法	○	△





ステロイド依存例ではステロイドフリーを目指し、寛解維持療法として免疫調節剤のアザチオプリン (azathioprine : AZA) を併用する。AZA は導入後、効果発現まで2~3ヶ月を要するため、寛解導入で使用しているステロイドや後述するタクロリムスの中止時期を見据えて開始時期を検討する。AZAの重篤な副作用として骨髄抑制があり、投与開始後2ヶ月間は2週間ごとに血液検査を行い、適宜投与量を調整する。ほかにも肝機能障害やAMY上昇、消化器症状、脱毛、悪性リンパ腫などがあり、特に海外で抗TNF $\alpha$ 抗体製剤との併用例で稀に予後不良な肝脾T細胞リンパ腫の報告があるので<sup>3)</sup>、使用前に十分な説明が必要である。

難治性UCに対して寛解導入で使用されるタクロリムス (tacrolimus : TAC) は本邦で発見されたカルシニューリンの活性を阻害する免疫調節剤である。同じカルシニューリン阻害剤で以前から使用されているシクロスポリン (本邦で保険適応外) より免疫抑制作用が約100倍強く、経口投与でも血中濃度の安定性が高い。副作用に腎機能障害、高カリウム血症、低マグネシウム血症、手の振戦、ほてり、高血圧、頭痛がある。治療法としては速やかに高トラフ濃度 (10~15ng/ml) に到達させ、ステロイドの漸減・中止が可能であれば低トラフ (5~10ng/ml) で維持し、最終的にはステロイドフリーを目指す。現在の保険ではTACの長期投与はできず、3ヶ月間の投与制限期間がある。それ以降の維持としてAZAへの移行が必要であるが、AZAで寛解維持できない症例の場合は抗TNF $\alpha$ 抗体製剤で寛解維持をすることとなる。今後、TACの長期投与が可能かどうかは、寛解維持療法の有用性や安全性が検討される必要があり、今後の課題であろう。

難治例の寛解導入・維持療法として優れている抗TNF $\alpha$ 抗体製剤としてインフリキシマブ (infliximab : IFX) とアダリムマブ (adalimumab : ADA) が保険適用となっている。急性期の重症UCにおいて手術回避のための治療として既存のシクロスポリン持続静注療法と比較し、IFXは同等の有効性が示されている<sup>4)</sup>。IFXは

ヒトとマウスのキメラ型IgG1モノクローナル抗体で、完全ヒト型のADAと比較して投与時反応 (infusion reaction) という副作用が出現しやすい。投与前に必ず除外すべきことは本邦に感染者数が多い結核であり、抗TNF $\alpha$ 抗体製剤の投与により不顕性結核の再活性化が報告されているため、投与前には必ず問診と胸部レントゲンもしくはCT、ツベルクリン反応もしくはインターフェロング遊離試験 (QFT、T-SPOT) にてスクリーニングを行う。また、最近ではB型肝炎ウイルスの再活性化も懸念されており、HBs抗原陰性でも、HBc抗体やHBs抗体を測定するように推奨されている<sup>1)</sup>。難治性UCに対して、IFXとAZAの併用群がそれぞれの単独群に比べステロイドフリー寛解率が有意に高かったと報告されているが<sup>5)</sup>、未だ併用の是非に関しては結論が出ていない。

血球成分除去療法は本邦で開発された治療法であり、腸管粘膜内で炎症の根源となっている活性化した白血球 (顆粒球・単球・リンパ球) を除去するLCAP (Leukocytapheresis) と顆粒球・単球のみ除去するGMA (Granulocyte monocyte apheresis) がある。大きな副作用もなく、安全性が高いため、特に免疫抑制を強化することに躊躇するような高齢者には良い適応かもしれない。本邦のGMAの多施設共同研究の結果、週1回法より週2回法が寛解導入率と寛解導入に至るまでの日数ともに週2回法が優れており<sup>6)</sup>、現在では、週に施行できる回数制限がなくなったintensive therapyが臨床応用されている。中等症では計10回、重症・劇症では計11回まで保険適応である。重症例に行う場合には、比較的早い時期から併用すべきであり、有効性の判定も早期 (2週間程度) に行なうべきであるとしている。

治療の観点から、最近ではマスコミでも注目されている腸内細菌叢についても少しふれてみたい。炎症性腸疾患特有の腸内細菌は同定されていないが、炎症性腸疾患の患者では腸内細菌叢を構成するバランスに異常 (dysbiosis) があると指摘されている。健常人の腸内細菌叢に経時的な変化はほとんどないが、炎症性腸疾患では腸

内細菌叢の経時的な変化が顕著である。とくに酪酸産生菌である *Faecalibacterium prausnitzii* が減少し、上皮細胞のエネルギー源であったり、上皮細胞からの炎症性サイトカイン産生抑制作用を有する酪酸が低下することで、慢性炎症を起こしているのではないかとされている<sup>7)</sup>。そこで腸内細菌叢に注目した治療法がプロバイオティクスである。UCにおける有効性の報告が多く、過去に8種類の異なる乳酸菌で精製された VSL#3 (*Lactobacillus acidophilus*, *L. bulgaricus*, *L. casei*, *L. plantarum*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium breve*, *B. infantis*, *B. longum*) を使用した UC において、寛解導入・維持での有効性が報告されている<sup>8) 9)</sup>。また、非病原性大腸菌 Nissle1917 はメサラジンとほぼ同等の寛解導入・維持効果を持つことが示された<sup>10)</sup>。プロバイオティクスの一方で、プレバイオティクスというものがあり、これは宿主の腸内に生息する有用菌の増殖、代謝活動の促進をもたらす難消化性食物成分と定義されている<sup>11)</sup>。プレバイオティクスは特定の有用菌の増殖を促すことで酪酸などの短鎖脂肪酸の産生を増強し、それが腸上皮細胞のエネルギー源として利用されることで組織修復効果を発揮している(図6)<sup>12)</sup>。厚生労働省から UC の食品として認可されているプレバイオティクスに発芽大麦がある。ほかにフラクトオリゴ糖やオートブランなどの有効性も報告されている(表12)。

あと注目したい治療法に糞便微生物移植 (fecal microbiota transplantation : FMT) がある。これは

表 12 : 潰瘍性大腸炎と prebiotics/probiotics

寛解導入	寛解維持
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ピフィズ菌発酵乳</li> <li>・ Nonpathogenic <i>E.coli</i> 1917</li> <li>・ VSL#3</li> <li>・ <i>Bifidobacterium longum</i></li> <li>&amp; フラクトオリゴ糖</li> <li>・ GBF (発芽大麦由来)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ピフィズ菌発酵乳</li> <li>・ Nonpathogenic <i>E.coli</i> 1917</li> <li>・ GBF (発芽大麦由来)</li> </ul>

健康人の糞便を投与することで腸内細菌叢のバランスを改善する治療法である。症例報告として UC に FMT を施行することで3ヶ月以上の長期寛解が得られたとする報告がある一方<sup>13)</sup>、前向き試験では有効性は低い結果となっている<sup>14)</sup>。FMT を一般化するには、①施行のタイミング(活動期か寛解期か)、②投与間隔と回数、③適正なドナーの選定(血縁者か他人か)、④大規模試験施行時の糞便腸内細菌叢の同一性の確保など課題は多いが、本邦でもすでに試験が行われており、今後の結果が待たれる。

残りの antibiotics としては、UC では *Fusobacterium varium* が関与しているとされ、感受性の高い amoxicillin, tetracycline, metronidazole の3種類の抗生剤を2週間投与による有効性が報告されている<sup>15)</sup>。当院でもステロイド依存例を中心に本治療を行うことがあり、45.5% (5/11例) に寛解導入の有効性が得られた。

最後に UC 治療の目標は今までの症状の改善から、内視鏡的組織学的粘膜治癒を目指している。その理由として、粘膜治癒に達していない UC 症例は粘膜治癒群に比較し再燃率が高いことが言われているためである。粘膜治癒に至ることで、長期経過で問題となる慢性炎症から癌化する症例を抑えることができ、サーベイランスの内視鏡検査の際に異常所見を見つけやすいことにもつながる。当院でも UC 関連大腸癌を経験しており、患者の傾向としては狭窄を有する症例やサーベイランスが十分に行われていない症例であった。UC の発癌危険因子として①全大腸炎型>左側大腸炎型、②原発性硬化性胆管炎合併例、③若年発症(罹患期間が長い)、④大腸癌の既往・家族歴、

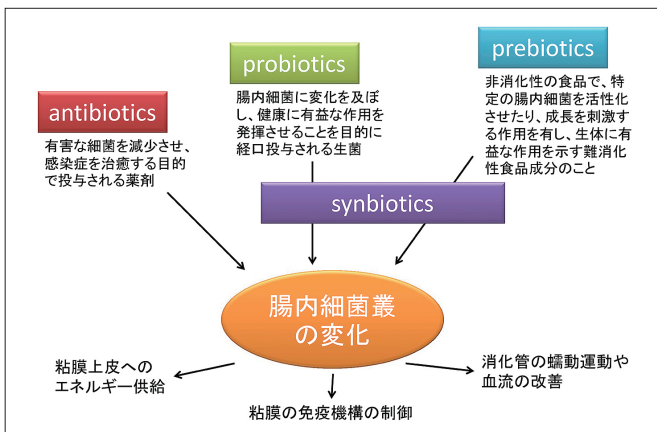


図 6 : 炎症性腸疾患と腸内細菌叢



⑤慢性持続型、⑥炎症の強度が言われており、長期経過例は十分に注意し、臨床症状が落ち着いている症例でもサーベイランスを含めた定期的な内視鏡検査を行い、炎症関連性大腸癌の早期発見・早期治療に努めるべきである。

**【おわりに】**

本稿では年々患者が増加し common disease になりつつある潰瘍性大腸炎について、研究班の『潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針（平成 26 年度改訂版）』をもとに概説した。日常臨床では悩ましい症例にも遭遇することがあり、況してや難治症例であればためらわずに専門施設に相談や紹介をすると良いであろう。本稿が先生方の日々の臨床に少しでも貢献できれば幸いである。

本稿をまとめるにあたり、推薦いただいた浦添総合病院消化器病センター顧問の金城福則先生と炎症性腸疾患の診療をするうえで世話になっている外間昭先生（琉球大学医学部附属病院光学医療診療部部長）、岸本一人先生（与那原中央病院消化器内科）、今は亡き知念寛先生、医局員の海田正俊先生、大平哲也先生、伊良波淳先生（浦添総合病院）、下地耕平先生（東京都立多摩総合医療センター）、大学院生の東新川実和先生、田中照久先生、そして医局の教授であり琉球大学医学部附属病院院長の藤田次郎先生にこの場を借りて深謝いたします。

**<参考文献>**

- 1) 潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班（鈴木班）平成 26 年度分担研究報告書 別冊（平成 27 年 3 月）2015
- 2) Velayos FS, Terdiman JP, Walsh JM. Effect of 5-aminosalicylate use on colorectal cancer and dysplasia risk : a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Am J Gastroenterol* 2005 ; 100 : 1354-6. PMID : 15929768
- 3) Kotlyar DS, Osterman MT, Diamond RH, et al. A systematic review of factors that contribute to hepatosplenic T-cell lymphoma in patients with Inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011 ; 9 : 36-41. PMID : 20888436

- 4) Laharie D, Bourreille A, Branche J, et al. Cyclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids : a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012 ; 380 : 1909-15. PMID : 23063316
- 5) Reinisch W, Van Assche G, Befrits R, et al. Recommendations for the treatment of ulcerative colitis with infliximab : a gastroenterology expert group consensus. *J Crohns Colitis* 2012 ; 6 : 248-58. PMID : 22325181
- 6) Sakuraba A, Motoya S, Watanabe K, et al. An open-label prospective randomized multicenter study shows very rapid remission of ulcerative colitis by intensive granulocyte and monocyte adsorptive apheresis as compared with routine weekly treatment. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104 : 2990-5. PMID : 19724269
- 7) 松岡克義, 金井隆典. 腸内細菌と炎症性腸疾患. *医学のあゆみ* 251 ; 51-54, 2014.
- 8) Biblioni R, Fedorak RN, Tannock GW, et al. VSL#3 probiotics-mixture induces remission in patients with active ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 100 ; 1539-46, 2005.
- 9) Venturi A, Gionchetti P, Rizzello F, et al. Impact on the composition of the faecal flora by a new probiotics preparation : preliminary data on maintenance treatment of patients with ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 13 ; 1103-8, 1999.
- 10) Kruis W, Frick P, Pokrotnieks J, et al. Maintaining remission of ulcerative colitis with the probiotics *Escherichia coli* Nissle 1917 is as effective as with standard mesalazine. *Gut* 53 ; 1617-23, 2004.
- 11) Sartor RB. Therapeutic manipulation of the enteric microflora in Inflammatory bowel disease : antibiotics, probiotics, and prebiotics. *Gastroenterology* 126 ; 1620-33, 2004.
- 12) 光山慶一. 炎症性腸疾患におけるプロバイオティクス・プレバイオティクス療法. *医学のあゆみ* 251 ; 23-6, 2014.
- 13) Anderson JL, Edney RJ, Whelan K. Systematic review : faecal microbiota transplantation in the management of Inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 36 ; 503-16, 2012.
- 14) Kump PK, Grochenig HP, Lackner S, et al. Alteration of intestinal dysbiosis by fecal microbiota transplantation does not induce remission in patients with chronic active ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 19 ; 2155-65, 2013.
- 15) Ohkusa T, Kato K, Terao S, et al. Newly developed antibiotic combination therapy for ulcerative colitis : a double-blind placebo-controlled multicenter trial. *Am J Gastroenterol* 105 ; 1820-9, 2010.





**Q** **UESTION!**

次の問題に対し、ハガキ（本巻末綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（73.慢性疾患・複合疾患の管理）を付与いたします。

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 潰瘍性大腸炎は厚労省の難病特定疾患（医療費助成対象疾患）に指定されている。
- 問 2. 潰瘍性大腸炎における喫煙はリスク因子である。
- 問 3. 5-ASA の副作用に間質性肺炎や間質性腎炎がある。
- 問 4. 抗 TNF  $\alpha$  抗体製剤を使用する場合、結核や B 型肝炎のスクリーニングを行わなくても良い。
- 問 5. 潰瘍性大腸炎の発癌リスク因子は慢性持続型、長い罹病期間、全大腸炎型である。

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

1月号 (Vol.52)  
の正解

**肺癌の定位放射線治療について**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 肺癌に対する定位放射線治療は先進医療であり、保険収載されていない。
- 問 2. 中枢側気管支や縦隔臓器に接した病変は絶対禁忌であり、定位照射を考慮してはならない。
- 問 3. 3年局所制御率は約 90% である。
- 問 4. 照射後に最も多い有害事象は肋骨骨折である。
- 問 5. 経過観察には通常の胸部 CT に加えて、FDG-PET CT の撮影が有用である。

正解 1.× 2.× 3.○ 4.× 5.○



## 沖縄県医師国民健康保険組合のからのお知らせ

### ■医師国保組合とは

沖縄県医師国民健康保険組合は、国民健康保険法に基づき、国民健康保険を行う目的で昭和49年10月に設立された公法人で、沖縄県内で医業関係のお仕事に従事されている方を組合員とした「国民健康保険組合」です。



### ■加入対象者について

- ・医師 … 沖縄県医師会会員で医業に従事しており、社会保険等に参加していない方。  
(※開業医、勤務医等は問いません。詳しくは事務局までご連絡下さい。)
- ・家族 … 医師、従業員組合員と住民票が同一で社会保険等に参加していない方。
- ・従業員 … 医師組合員が開設する医療機関に勤務する従業員の方。

### ■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医師	26,000	3,100	3,600	32,700	392,400
家族	7,000	3,100	3,600	13,700	164,400
従業員	8,000	3,100	3,600	14,700	176,400

※介護分(介護保険料)は40歳から発生し、64歳までは組合で徴収します。  
65歳からは市町村へ納付することになります。

### ■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

- 半日人間ドック助成事業 … 半日人間ドックの受診費用を一部助成します。
- インフルエンザ予防接種助成事業 … 予防接種の接種費用を一部助成します。
- 宿泊助成事業 … 県内ホテルへ宿泊された場合、宿泊費用の一部を助成します。
- 育児支援事業 … 出産された被保険者の方へ、育児支援本を1年間提供します。

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

### 沖縄県医師国民健康保険組合

住所：南風原町字新川218-9  
TEL：098-888-0087  
FAX：098-888-0089  
事務局：高良、新崎まで



内視鏡下鼻内手術の進歩



琉球大学医学部耳鼻咽喉科  
頭頸部外科学講座

山下 懐

耳鼻咽喉科の手術は多岐にわたるが、近年急速に進歩している領域は鼻科手術である。1980年代までは、歯齦切開による侵襲的な手術であったが、1990年以降、内視鏡下鼻内副鼻腔手術（endoscopic sinus surgery, 以下 ESS）が発達してきた。局所解剖の解明による手術手技改良、手術に用いる機器の改良・開発（ハイビジョン CCD カメラ：4K カメラなど高解像カメラ導入；パワーインスツルメント：マイクロデブリッター、頭蓋底手術用高回転バー；パワーソース：鼻内用に改良されたバイポーラなど；頭蓋内でも使用できる微細手術器機）、CT/MR 画像を用いた手術ナビゲーションシステム、により ESS の適応は頭蓋底疾患、眼窩底や眼窩内など隣接臓器の疾患に拡大してきている。今回、ESS の技術の進歩、適応拡大から安全に施行できるようになった耳鼻咽喉科医以外の先生にも知っていただきたい3つの手術について解説する。

【後鼻神経切断術】

薬物療法などの保存的療法では改善が困難な重症アレルギー性鼻炎に対する手術は、鼻中隔

矯正術、粘膜下甲介骨切除術といった鼻閉を改善させる手術が中心であった。しかし、最近はいくしゃみ、鼻汁を改善させる後鼻神経切断術が開発され、ESS にて行われるようになった。後鼻神経はいくしゃみを引き起こす求心性知覚神経（鼻腔後方 1/3 に分布）と鼻汁分泌を司る遠心性副交感神経とが交差した神経であり、この神経を切断することにより中枢反射経路の役割が主体を占めるいくしゃみと鼻汁を制御する。

後鼻神経は蝶口蓋動脈に伴走して蝶口蓋孔から鼻腔へ分布する。後鼻神経切断術にはいくつかの方法があるが、代表的なものとして蝶口蓋孔を総鼻道から内視鏡で確認して後鼻神経を切断する方法がある。蝶口蓋孔は蝶形洞底の高さで上顎洞自然孔の後方、中鼻甲介基板の下方に位置しており、この部分の鼻粘膜を剥離していくと蝶口蓋動脈および後鼻神経を同定できる。蝶口蓋動脈とともに後鼻神経を超音波凝固装置で切断することもあるが、当院では基本的には蝶口蓋動脈から後鼻神経を剥離し、後鼻神経だけを切断している（図1）。合併症としては術後出血や鼻の違和感が報告にあるが、重篤なものではなく、患者のいくしゃみ、鼻汁の症状改善の満足度は高い（表1）。基本的に高校生以上の方が適応になる。

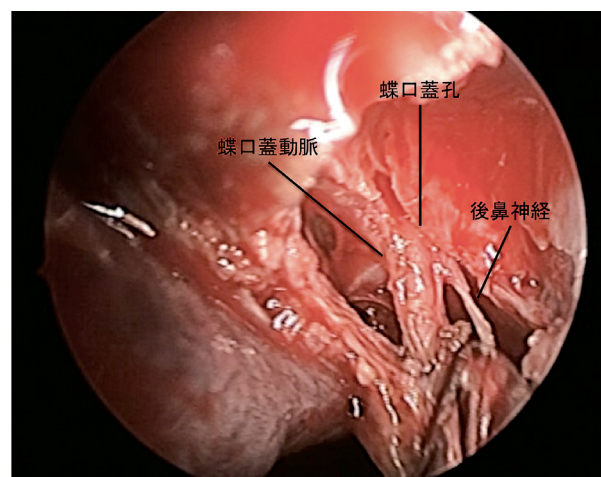


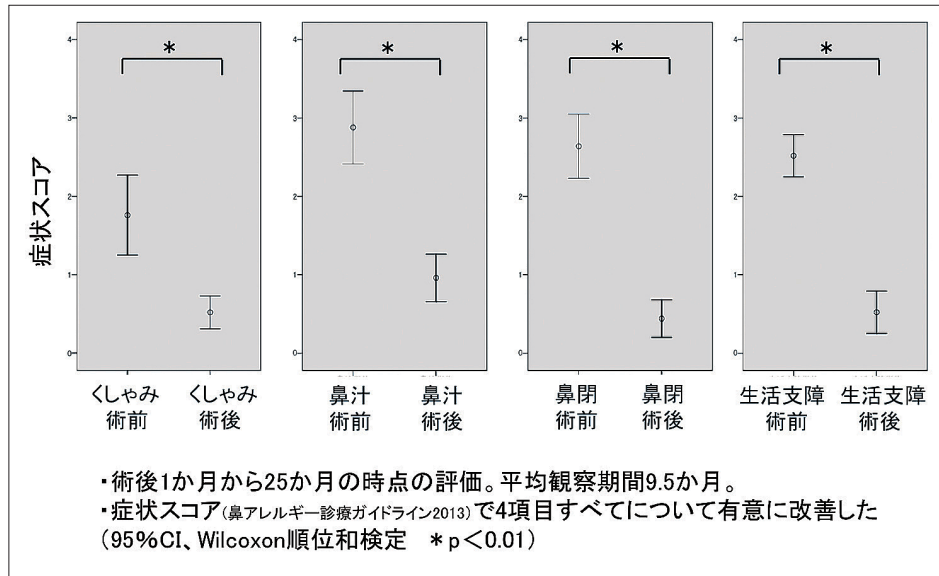
図1：左鼻腔から蝶口蓋孔を確認し、蝶口蓋動脈と後鼻神経を確認。後鼻神経の一つを蝶口蓋動脈から剥離している。

【内視鏡下涙嚢鼻腔吻合術】

鼻涙管閉塞症や反復性涙嚢炎などに対する手術である。涙液は上、下涙点から上、下涙小管



表 1：後鼻神経切断術を施行した重症アレルギー性鼻炎 25 例の術前後の症状の比較



およびこれらが合流した総涙小管を通過し内総涙点より涙嚢に流入、涙嚢から鼻涙管を通り下鼻道に排泄される(図2)。鼻涙管がなんらかの原因で閉塞してしまい、流涙や眼脂、内眼角の疼痛や腫脹、涙嚢炎などを繰り返し、保存的加療でも改善しない場合に、内視鏡下で涙嚢を鼻腔内に開放する手術が鼻内内視鏡下涙嚢吻合術である。手術の適応については閉塞部位が涙嚢より上流ではないことを確認することが必須であり、眼科の先生の御高診によるところが大きい。通常術後涙管チューブは必要ないが涙小管の狭窄をともなう場合には留置が必要ながある。

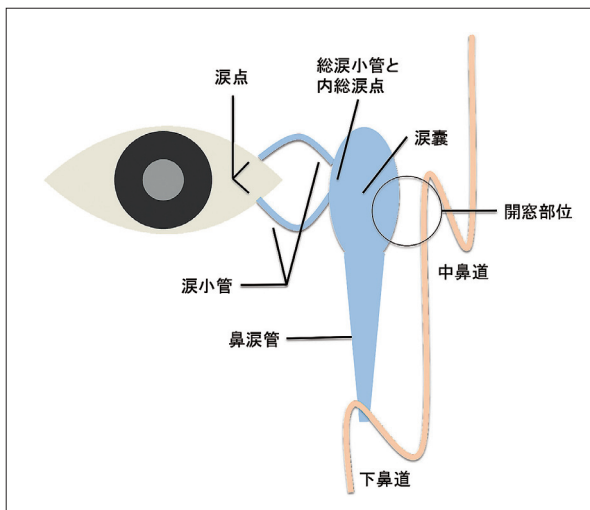


図 2：涙道の解剖(右側)と涙嚢の開窓部位。

手術の実際は鼻涙管の鼻腔側への隆起(上顎骨前頭突起と涙骨の縫合部にあたる)より少し前方から鼻粘膜を粘膜弁として後方へと挙上、涙嚢と鼻涙管の鼻腔側にあたる部分の上顎骨前頭突起と涙骨を露出。ドリルなどを用いて骨を削開し、涙嚢と鼻涙管を鼻腔内へ露出。涙嚢壁、鼻涙管を鼻腔内へ可能な限り広く開放し、削開した骨の表面を挙上していた鼻粘膜弁で被覆する(図3)。再狭窄してしまう症例も10%程度はあるものの重篤な合併症はなく患者の満足度は極めて高い。

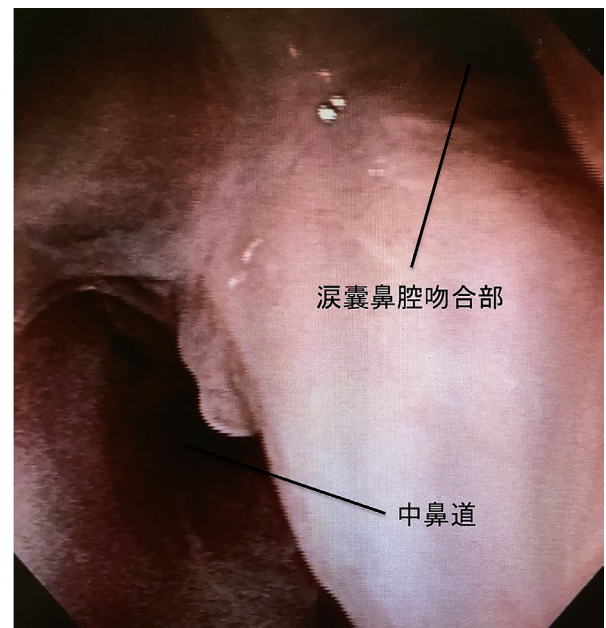


図 3：術後の左鼻腔所見。右上方に涙嚢鼻腔吻合部分が開存しているのが確認できる。

【甲状腺眼症に対する内視鏡下眼窩減圧術】

甲状腺眼症は、バセドウ病（Graves病）に合併し、TSHレセプター抗体により外眼筋の肥大、眼窩内脂肪組織および間質組織中の線維芽細胞への自己免疫反応に起因するとされる。結果として、眼窩内容量の増加および眼窩内圧の上昇と二次的な静脈還流障害が眼窩に鬱血性の悪循環を作り、眼球突出、複視、浮腫性変化を来す。甲状腺眼症患者の約70%は対症療法のみで特殊な治療を必要としないが、約3~5%は、重症となり、失明の危険性がある。眼症状が急速に進行する場合は通常ステロイドパルス療法や球後部への放射線治療が行われるが、こうした保存的治療で視力が改善しない場合は手術療法（眼窩減圧術）を考慮する。

手術の実際であるが、内視鏡下に副鼻腔を全洞開放した後、眼窩内側および眼窩底の骨の一部を除去し、鼻腔側に眼窩骨膜を露出させる。露出した眼窩骨膜に切開を加えて、眼窩内の組織を鼻腔内に一部開放させることにより眼窩内の減圧を行う（図4）。当院で施行した5例の術前と術後の視力や眼球突出などの比較を表2に示す。全例で眼球突出の改善が得られ、長期フォローが可能であった4例で視力の改善を認めた。また、術前に眼球運動障害・複視を認めた4例中3例で症状の改善を認めた。当院施行例は全例視力改善目的に手術を施行したが、眼球突出の改善は図5に示すようにしばしば劇的で、審美的な目的での手術も今後求められる可能性がある。

以上、ESSの技術の進歩、適応拡大から安全に施行できるようになった3つの手術を紹介した。後鼻神経切断術は耳鼻咽喉科疾患であるアレルギー性鼻炎に対する手術であるが、アレルギー性鼻炎を耳鼻咽喉科医以外の先生方が診療することも多く、治療に難渋されることもしばしばあると思われる。また、鼻涙管閉塞症や反復性涙囊炎、バセドウ病に合併する甲状腺眼症は眼科、内科で治療されている。今まで以上に各科の先生との連携を密にし、保存的治療では効果が乏しかった患者さんを一人でも多くESSにより症状が改善できれば幸いである。

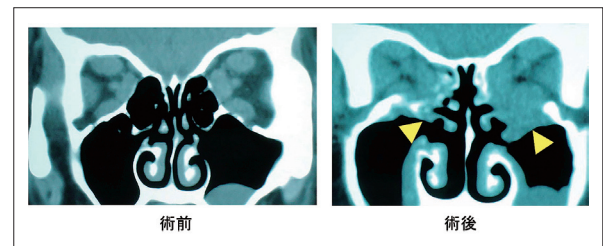


図4：術前後の副鼻腔CT画像。眼窩内組織の一部が鼻腔へ開放されていることが確認できる（矢印）。

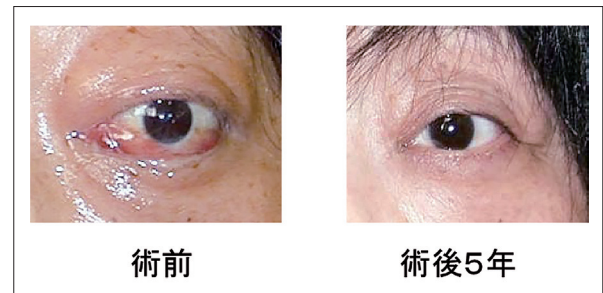
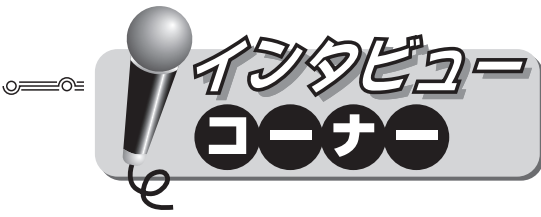


図5：甲状腺眼症術後。眼球突出の改善が認められる。

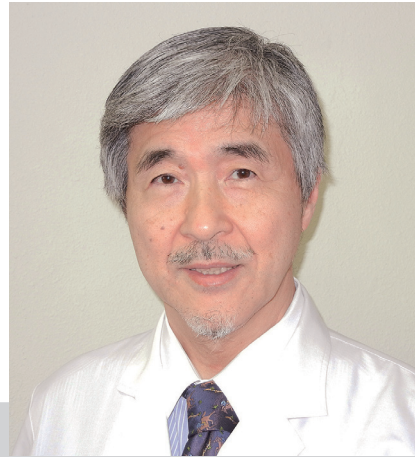
表2：甲状腺眼症に対して内視鏡下眼窩減圧術を施行した5例の術前後の比較

症例	眼球突出度（Hertel）		視力		複視/眼球運動障害		術後合併症	フォロー期間
	術前	術後	術前	術後	術前	術後		
1	R22mm/L21mm	R18mm/L18mm	R光覚弁/L指数弁	R光覚弁/L光覚弁	あり/両側全方向	残存/不変	なし	2か月（Drop out）
2	R25mm/L25mm	R16mm/L14mm	R光覚弁/L指数弁	R0.4/L0.15	あり/両側全方向	残存/軽減	なし	7年4か月
3	R19mm/L22mm	R15mm/L12mm	R 0.7 / L 0.4	R0.9 / L 0.6	あり/両上・外転障害	残存/軽減	なし	4年3か月
4	R23mm/L24mm	R17mm/L18mm	R 0.5 / L 0.03	R 1.2 / L 1.0	あり/両上・外転障害	残存/軽減	なし	1年7か月
5	R14mm/L13mm	未施行	R0.02/L0.01	R 0.15 / L 0.4	なし	なし	なし	7か月





沖縄式の地域型救急  
医療体制を根付かせ発  
信したいと思います。



沖縄救急医療研究会 会長  
久木田 一郎 先生

質問 1. 沖縄県における救急医学の進歩発展・救急医療の今後の展望についてお聞かせ下さい。

沖縄県は先の大戦で医療もほぼ0からの復興を遂げてきた歴史があり、その中で、県立中部病院はハワイ大学と連携する臨床研修を1967年から取り入れ、全国に知られる臨床教育で医師育成に大きな役割を担って来たと思います。その中部病院が全国でもいち早く初期から3次までのすべての救急患者を一元的に診る方式（いわゆるER型）を完成させました。沖縄県はER型救急の文化が急性期医療を担う病院に広く浸透している特異な県であると思います。

一方、1987年に琉球大学医学部から第1期生の卒業がはじまり、2002年に救急医学講座も設置されました。2017年からはじまろうとする新専門医制度では救急科は内科や外科などと同等の基本領域の1つとなります。救急科の新専門医制度のために10を超える県内救急医療機関で昨年より5回も会合を持ち、オール沖縄の精神を最大限生かすように準備を進めてきました。歴史的に医師であればどの科の専門医師でも救急医療に積極的に参加する沖縄の医療文化を礎に、ドクターカーやドクターヘリなどを活用しつつ、重症救急患者への高度救急医療を提供する体制や救急科独自の研究・教育体制をオール沖縄で作っていき新たな時代へ進化しつつあると思います。

質問 2. 島嶼県である本県は、その地理的な状況から限られた医療資源を有効に活用しなければなりません。救急・災害医療提供体制の現状と対策について、どの様にお考えでしょうか。

先のご質問にも関連しますが、むしろ島嶼県であり、圧倒的に医療資源も少ないところからの医療の歴史を持つためか、救急医療では都会で問題となる、いわゆるたらい回しがほとんどない県と言われて来ています。しかしこれは救急医療に携わるスタッフの多大な犠牲を伴っている面や離島・へき地の問題、専門医不在あるいは逆に専門医の分散による加重労働など解決すべき問題も多くあります。消防は県内統一へ向けて消防指令センターを作りました。救急病院どうしも連携を強め、医療や介護を含めたさまざまな関係機関とのコミュニケーションを今後も進めて効率的で有効な体制にしていく必要があると思います。

災害医療の備えについては、島嶼県であるという観点からも十分に進めていく必要があると思います。県外との連携や広域搬送などのシステムを平時に構築しておくこと、日常使用している離島急患航空搬送や離島との遠隔医療等で得た経験や方法を常々改善しておくことは救急医の役割として重要だと思います。



**質問 3. 平時から防災関係機関や関係職種間の連携が非常に重要な事から、研究会として取り組まれているものがありましたらお聞かせ下さい。**

沖縄救急医療研究会の母体とも言える沖縄救急医療懇話会は救急医療に携わる医師、看護師、救急隊員等が忌憚のない意見交換ができる場として平成 10 年から続いてきました。平成 25 年から 2 回にわたって、「東日本大震災の経験を各病院の災害マニュアルに生かす」「沖縄の災害医療一備えは万全か？」をテーマとしたシンポジウムを開催しました。内容は、災害拠点病院の備え、消防の行動計画、沖縄県危機管理課からの県内の被害想定、沖縄県医師会からの医師会の取り組み等があり、貴重な情報交換を積み重ねております。また、県内では救急医、救急救命士等を中心に多数傷病者対応 MCLS コースといった研修が毎年開催され、関係多職種の災害医療の実践能力向上・標準化に役立っています。島嶼県ということで同様に島の州であるハワイの DMAT 視察や米国の現場指揮方式であるインシデントコマンドシステム (ICS) をシミュレーションで学ぶコースをハワイ大学と共同で開発してきました。

**質問 4. 厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、住み慣れた地域で暮らしていけるよう「地域包括ケアシステム」の構築をめざし、その取り組みが進められておりますが、その中における救急医療の在り方（メディカルコントロール体制）について、今後どのような位置づけ、体制の整備促進が重要であるとお考えですか。**

現状では心肺停止を含めて施設等からの救急搬送を各救急病院が受け入れており、沖縄は救急搬送による入院が最も多い県というデータも現在すでにあるようです。2025 年問題と言われるように、これらの搬送が救急医療を圧迫し

かねない状況が考えられます。今後、早急に沖縄での実態の調査・研究を進めなければならないと思いますが、急性期病院側がやむなく自ら手を打つところも出てきています。少なくとも、癌の末期や療養介護の終末期として DNAR（蘇生処置を行わない）がご家族とも確定した場合、看取りの場面で救急車を呼ばなくても良いように関係者は周囲の条件を整えて頂きたいと思っております。この問題を提起するため、沖縄県メディカルコントロール協議会から「救急要請した場合、DNAR 指示があったとしても蘇生処置を行う」ことを関係機関へ周知することにしております。

昨年 12 月の沖縄県医師会医学会総会でも東海大学客員准教授の山本五十年先生の「地域包括ケアの時代における急性期医療の在り方」の特別講演がありました。沖縄の豊かなコミュニティを礎として地域医療・在宅医療・介護システムと連携した高齢者医療の構築、多元的な急性期医療といった提言がありました。救急医療と地域関係機関とのコミュニケーションが密に行われるべき問題と思っております。

**質問 5. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。**

東日本大震災でわかったように巨大災害では医療全般にわたり大きな被害や消失が起きます。東日本大震災での沖縄県医師会の支援活動は素晴らしいものでしたが、沖縄が被災地域となった場合、全医療資源を活用するためには医師会や薬剤師会などの大きな組織が中心となった取り組みが必要と思っております。今後とも組織体制作りにご尽力頂きたいと思っております。

地域包括ケアの構築においても医師会がベースとなってさらに議論を進めて頂き、コミュニケーションの場となるような取り組みを期待したいと思います。

質問 6. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。

熊本大学時代に馬術部に属していましたので、毎年とまではいきませんが、阿蘇山などでのウエスタン乗馬を楽しみにしています。足を鍛えるために週に1～2回は首里でジョギングもしています。

「敬天愛人」、郷里鹿児島島の偉人、西郷どんが好んだ言葉の境地に及ばずとも近づきたいと思っています。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビュアー：広報委員 本竹 秀光

## 原稿募集

### プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)

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

奮ってご投稿下さい。

### 随筆コーナー (2,500字程度)

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

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

### 原稿送付先

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

E-mail: [kaihou@ml.okinawa.med.or.jp](mailto:kaihou@ml.okinawa.med.or.jp)

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

## 世界保健デー (4/7) に因んで ～今年のテーマは Diabetes 「糖尿病」～



南部保健所 崎山 八郎

WHOは1948年4月7日に第1回総会が開催され、設立されましたが、そのことを記念し、1950年以来、毎年4月7日が世界保健デーとして定められました。世界保健デーのテーマは毎年変わり、その時点において世界的に重要であり課題性のある健康に関する事項に焦点を当てて、関心を高め対策行動への契機とするために設定されます。

今年のテーマはDiabetes「糖尿病」となっています。

糖尿病は生活習慣病と言われ現代の病と思われがちですが、古い時代から存在し続けている病気の一つであり、糖尿病についての記述は紀元前15世紀にエジプトのパピルスにすでに現れており、また、日本では藤原道長が記録に残

る糖尿病患者の第1号とされています。貴族社会の中で過食、運動不足、ストレスなどが原因となり糖尿病を発症したものと考えられていますが、いつの時代においても糖尿病は存在し、生活習慣にその原因があるものと思われま

す。国際糖尿病連合(IDF)の発表によると、世界の糖尿病人口は爆発的に増え続けており、2015年現在で糖尿病有病者数は4億1,500万人にも上り、有効な対策を施さないと、2040年までに6億4,200万人に増加すると予測されています(図1)。

2015年の20～79歳の成人の糖尿病有病率は8.8%で、11人に1人が糖尿病有病者と推定されています。

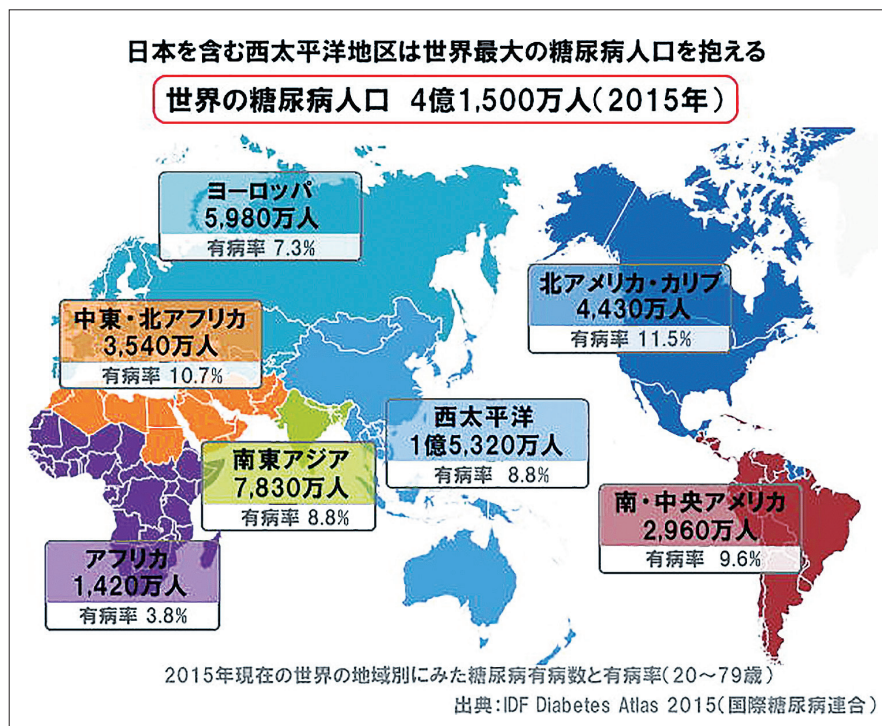


図1



日本においては、厚生労働省の「2014年国民健康・栄養調査」の結果によれば、糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる人）の割合は、男性で15.5%、女性で9.8%であり、70歳以上では男性の4人に1人（22.3%）、女性の6人に1人（17.0%）が糖尿病とみられています。糖尿病の可能性を否定できない糖尿病予備群も含めると、実に2,000万人強の人たちが、糖尿病あるいは糖尿病予備群と考えられています。

沖縄県の平成22年における糖尿病による年齢調整死亡率の全国順位は、男性がワースト11位、女性はワースト7位となっています。沖縄県は肥満者割合が全国一高く、糖尿病のリスク因子である肥満の対策は重要な課題の一つです。

糖尿病は、網膜症による失明、腎臓病による透析、神経障害による足病変などの合併症を引き起こすほか、脳卒中、心筋梗塞などのリスクを高める疾患の一つとなっており、このような合併症などにより日常生活や社会活動は大きな制約をうけることになってしまいます。初期の段階では自覚症状の乏しい病気なので健診など

で早期発見し継続的に治療することが重要になってきますが、なかなか治療に結びつかない現状もあります。

糖尿病が強く疑われる人のうち「治療を受けている人」の割合は約6割で、特に、青壮年層ではその割合が低く、治療の必要な人たちをいかにして治療に繋げ、中断を防ぐかということが大きな課題となっているところです（図2）。

沖縄県民の受療状況として、外来受療率が低く入院受療率が高いという特徴があり、重症化して初めて医療機関を受診するという傾向があると思われます。

「今は何ともないので大丈夫」、「自分だけは大丈夫」という意識、「時間が作れない」などの理由によりなかなか治療に結びつかない状況があり、家族や事業主の理解を含めた周りからの働きかけによる支援なども重要になっていると思います。

日々の食習慣や運動習慣等の改善により糖尿病の発症を予防し、治療の必要な患者はしっかり治療を継続し健康長寿おきなわを実現していきたいものです。

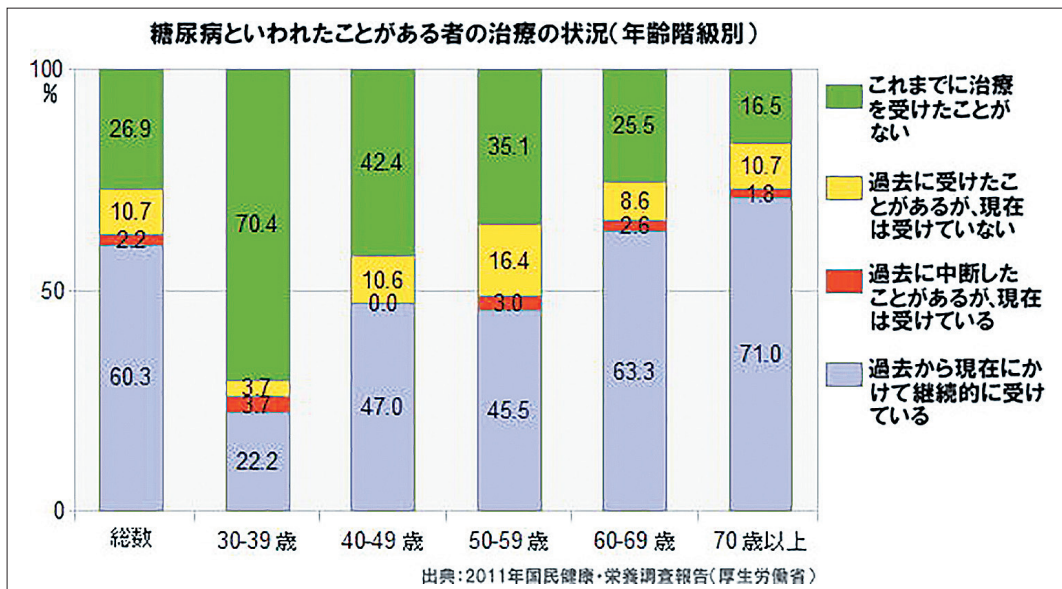


図2

# 随筆



## 「チャンプルー文化」

琉球大学大学院医学研究科  
耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座  
喜友名 朝則

現在沖縄は基地問題に揺れています。良いか悪いかは別としてこれまでの沖縄の歴史において米軍基地が深く関わっているということは間違いのない事実です。私の人生にも多大な影響を与えています。私の出身地は沖縄の中でも独特な雰囲気を持った沖縄市コザ、ゲート通りです。小さい頃から周りには米兵がいて、米兵相手の店がたくさん並んでいました。そんな店の一つに私の母が営んでいたスナック喫茶プリンスがありました。(写真1) 店の形態は酒を飲みながらカラオケを歌うカラオケバーです。現在母は引退しましたが、従業員が跡を継いで営業しており、今年で50年、半世紀になります。お店は3階建ての2階で、実家が3階だったため、小さい頃から夕飯をその店でとることもありました。店には勤めている女の人や客のウチナンチュのおじさん、米

兵、フィリピンの人など色々な人がおり、それが当たり前の生活でした。後に県外の中学進学でそれが当たり前でないことを知るようになります。

当時は70年代に起きたベトナム戦争により、コザを中心に沖縄ではベトナムへ出兵する米兵や帰休兵で街は大いに賑わい、「ベトナム景気」と言われる状態からそのまま景気のよい状態が続いていました。そんな中やはり店は米兵相手の店が中心となっていました。本土復帰前においては米軍公認の飲食店・風俗店にはAサインと呼ばれる営業許可証が与えられ母の店にも与えられていました。(写真2) 当時から現在も続いている店は非常に少なくなっています。店の中には今でも天井や壁に兵士たちの願掛けのような1ドル紙幣が貼られていて異文化を感じられ、(写真3) 県外から来た友人を連れて行くところは日本なのかと良く質問されることがあります。そんな環境で育ったため、小さい頃から色々な音楽を聴いて育ちました。カラオケでは洋楽のオールディーズやポップス、ハードロック、レゲエ、ヒップホップ、演歌、民謡、邦楽など何でもありの状態でした。日本人が洋楽を歌ったり、アメリカ人が日本の演歌を歌ったり、と思ったら民謡が聞こえたりして、横に座って



写真1



写真2



いる今日はじめて会った日本人とアメリカ人が肩を組んで坂本九の「上を向いて歩こう」を歌っていたりと、今思うと不思議な空間でした。ただそれが当たり前すぎて何の疑いもない状態でした。これこそがチャンルー文化と言われるものだろうと感じます。沖縄料理にもたくさんのチャンルーがありますが、音楽にもたくさんのチャンルーがあり、それがまさにどこにも出せない独自の音楽観を出して幅広く全国に受け入れられている理由だと思います。

そんな環境で育ったせいか、学生時代には休みの日の昼などお店に行っては一人でカラオケを歌って練習をしていました。今では当たり前ですが、昔はカラオケボックスなどもなく、カセットで入れるタイプかレーザーディスクだったので、同級生でそのような歌う練習をしているような人はいませんでした。その頃はただ好きで歌っていたのですが、それがまさか現在の仕事に繋がることになるとは夢にも思いませんでした。現在私は琉大病院で音声専門外来をしており、声の異常がある人を診察しています。もともと耳鼻咽喉科に音声専門外来があるなどは全く知らずに耳鼻咽喉科に入局したのですが、運命とは不思議なものです。入局後7年たって初めて音声という専門のジャンルがあることを知り、現在の鈴木教授就任以来音声専門外来を担当させて頂いています。特に専門を突き

詰めれば突き詰めるほど、歌うことを生業にしている方の診療というものが増えてきます。その際に幅広いジャンルの音楽に触れていたということは今でも強みになっていると思います。

東京、大阪など都会はもちろん声を職業にされている方、こだわりを持っている方はたくさんおられますが、その次ぐらいに沖縄にも音声に関してこだわり関心を持っている方はたくさんおられます。古典の先生や民謡歌手、ロック歌手などたくさんのアーティストが沖縄には存在します。こんなに音声外来が必要とされる地方の県はあまりないと聞きます。それだけ沖縄は特殊な環境だと思います。この少し変わった環境から育った私だからできることがあるのではないかと考え日々診療にあたっております。これからも沖縄の伝統、文化の発展に少しでも役に立てることができれば幸いです。

今でも時々実家を訪れることがありますが、残念ながら現在のコザは周辺の地域の発展により空き店舗も多くなり以前の勢いはありません。しかし週末になると今でも外国人の姿をよく見かけます。久しぶりに行くと今でもその独特な雰囲気、よそにはないものを感じます。皆さんも異国情緒漂うコザの街へ機会があれば行ってみたいはいかがでしょうか。きっと懐かしいことや新しい発見に出会えるのではないかと思います。



写真3



# 随筆



## 「新聞奨学生」

沖縄協同病院 小児科  
尾辻 健太

19歳から20歳にかけて1年間、「新聞奨学生」をしていた。朝刊、夕刊を配るのと引き換えに、新聞社が住むところを準備してくれて、大学受験予備校に通うための奨学金も出してくれて、おまけに給料までもらえる、とても素敵な制度だ。親の世話にならず、働きながら勉強して医学部合格！をめざし、僕は新聞奨学生になった。早朝？午前2時過ぎ起床。3時前に販売所に行き、新聞にチラシをセット。50ccのバイクに新聞を積み込み、配達が始まる。200部から300部の間を担当していた。土地勘のない土地で、真っ暗な中、慣れない変速式のバイクで、先輩の背中を追いかけながら、1件1件入れる場所と新聞の種類を覚えていく。配達先で笑顔を見せてくれる人もいたけれど、「遅い」とか「濡れてる」とか怒鳴りつけられることの方が多かった。「新聞屋のくせに…」という言葉を何度か投げつけられた。寒い日、雨の日は憂鬱だった。最初はひたすら大変だったが、しばらくやっていると慣れてきて、誰もいない早朝の街を走り回る楽しさ、爽快さも感じるようになった。

朝刊を配り終えたら午前7時頃帰宅し、大学受験予備校に登校後、普通の受験生のように勉強。15時には販売所に戻り、夕刊配達へ。18時頃、夕刊配達は終わるが、その後が大変だった。翌日のチラシの準備なのだが、木曜日、金曜日ともなるとその枚数はとても多く、21時ころまでかかることもあった。それでも翌日は午前2時過ぎには起床だ。当然、土日配達。理想に燃えた心と体は、少しずつ疲弊していっ

た。そのうち、予備校には登校せず、アパートと販売所を往復する生活になってきた。朝刊を配り終わったら、布団へゴ。周囲が働き始める時間に布団にもぐりこむのは、幸せな瞬間だった。夕刊の前に目覚めて出勤。配達とチラシの準備が終わったら、同じ予備校ドロップアウト組と夜の街を彷徨っていた。お金はないし、新聞配達のジャンパーを羽織っていたので、本当に彷徨うだけ（笑）。夜中のファミレスでいろんなことを語り合い、午前2時に分かれ、お互いの職場に戻っていった。

住んでいたのは新聞販売店借上げのアパートで、隣との境の壁が薄いだけでなく、隣の明かりが壁の隙間から漏れてくる部屋だった。部屋に風呂はあったがお湯は出ず、シャワーもない。水を溜めてから温めるタイプなのだが、湧くまでに4時間かかった。結局、1回沸かしただけで諦めた。近くに銭湯があったので通った。「♪一人で行った、横町の風呂屋」。毎日行くお金もなかったので、台所で頭を洗い、洗面器に水を溜めて体を拭いた。

アパートからすぐの場所に、おばちゃんが一人でやっている、小さなお好み焼き屋があった。いつ行っても、気さくな笑顔でお好み焼きを作ってくれた。「私こんなしてキャベツ切っとるけど、野菜大嫌いなんよ。野菜食べへんかったら、私みたいにたぶんたぶんになるで。ほら、キャベツいっぱい入れたらから食べ、食べ。」と野菜たっぷりの大きなお好み焼きを作ってくれた。配達が辛かった日も、ここに来ると癒された。

新聞販売所では、いろんな人が働いていた。ある日ぶらっとやってきて働き始め、ある日ぶらっといなくなる人もいた。同じアパートの隣に住む、同じ新聞販売所で働くおじさんは、給料日前になると時々、僕にお金を借りに来た。最初は戸惑ったけど、とても優しい人で、僕は好きになった。給料日になると僕にお金を返してから、夜の街に吸い込まれていった。生活に

余裕はなさそうだったけど、いつも楽しそうで、僕もかわいがってもらった。

販売所の主任さんは、体は小さく頭は角刈りで、白いものが混じっていた。毎日毎日、黙々と仕事をこなしていた。無駄口はたたかず、仕事が速い。販売所がカバーするすべての地域を把握していて、ある日突然出勤してこなくなった人がいた日も、自分のエリアを神速で配った後、欠勤者のエリアを配りに行った。みんな自分のエリアが終わり次第ついて行って、主任さんの命令通り新聞を協力しながら入れていった。みんな、主任さんには一目置いていて、尊敬していた。ただひたすらに仕事に打ち込むその後ろ姿に、僕は憧れた。本気で、「このまま新聞配達を続けて、いつかはこの主任さんのようになりたい」と思っていた。

ある日、僕はバイク事故を起こしてしまった。夕刊を配り終えた後、おなかやすいていた。頭の中にはいつもの牛丼が…（この年、僕の体のタンパク質の何割かは牛丼で作られたもの、と言えるくらいよく食べていた）。筋道から大通りに出たその先に牛丼屋があったのだが、牛丼の事しか考えていなかった僕はよく確認せず大通りに飛び出してしまい、車にはねられた。バイクはおしゃかになったけど僕がおしゃかにならなかったのは、牛丼の神様が救ってくれたのかもしれない。牛丼の神様、ありがとう。

20歳の誕生日は、一人で迎えた。近くのスーパーでビールを買って、アパートで一人乾杯。お金はなく、彼女もなく（というか20年間女性と付き合ったこともなかった）、医学部に入れるあてもなく（前年、センター試験で平均点も取れていなかった）、健康でもない（喘息・アトピーもちだった）、そんな自分に少し泣けてきた。

この年度、成人式とセンター試験は同じ日だった。早朝、朝刊を配っていると、僕と同じ年齢のはずの女性が美容室で朝から髪をセットしていた。朝刊を配り終えてから試験会場に向かう途中の電車の中は、成人式会場に向かう振り袖姿の女性、スーツ姿の若者であふれていた。神様は罪作りで、帰りの電車も成人式を終えた若者で埋まっていた。みんな、これから楽しく飲みに行く話をしている横で、僕は単語帳を開いていた。試験の翌日、打ちのめされた気持ちで目覚めたが、新聞を配っているうちにすっきりしてきた。配り終わる頃の透き通った朝焼けも素晴らしかった。ああ、素晴らしき新聞配達！

僕はこの1年で、勉強以外の多くのことを学び、成長することができた。この経験を与えてくれた多くの方に、この場を借りて感謝したい。



# 感 染 症 情 報

## 沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	5 週	6 週	7 週	8 週	
		2/7	2/14	2/21	2/28 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	2438	2947	2559	2663	(45.91)
RSウイルス感染症	小児科	17	18	26	35	(1.03)
咽頭結膜熱	小児科	5	12	12	6	(0.18)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	47	46	54	47	(1.38)
感染性胃腸炎	小児科	136	108	111	112	(3.29)
水痘	小児科	32	16	16	17	(0.50)
手足口病	小児科	1	4	3	1	(0.03)
伝染性紅斑	小児科	1	4	4	2	(0.06)
突発性発疹	小児科	4	7	6	10	(0.29)
百日咳	小児科	6	3	9	4	(0.12)
ヘルパンギーナ	小児科	2	0	1	2	(0.06)
流行性耳下腺炎	小児科	92	72	82	87	(2.56)
急性出血性結膜炎	眼科	1	0	1	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	9	13	7	12	(1.20)
細菌性髄膜炎	基幹	0	2	2	1	(0.14)
無菌性髄膜炎	基幹	0	0	0	0	(0.00)
マイコプラズマ肺炎	基幹	10	7	4	13	(1.86)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	1	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	0	2	3	1	(0.14)

※1. 定点あたり・・・対象となる五類感染症(インフルエンザなど18の感染症)について、沖縄県で定点として選定された医療機関からの報告数を定点数で割った値のことで、言いかえると定点1医療機関当たりの平均報告数のことです。(インフルエンザ定点58、小児科定点34、眼科定点10、基幹定点7点)

※2. 最新の情報は直接沖縄県感染症情報センターホームページへアクセスしてください。  
<http://www.idsc-okinawa.jp>

(麻しん確定情報)

5週から8週までの、県内での麻しん確定報告はありません。

## お 知 ら せ

### 会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

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

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

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

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 庶務課：國吉栄人 知念さわ子 山城政



講演会・例会のご案内

(4月10日～6月9日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
4/12 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム (日医師生涯教育講座2単位) 未定	未定	1)専門職としての使命感 2)継続的な学習と臨床能力の保持 10)チーム医療 84)その他	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
4/15 (金) 19:00	南部地区医師会 会館	南部地区医療連携講演会 (日医師生涯教育講座1.5単位) ①南部徳洲会病院での NOACの使用状況 ②抗血栓療法中の消化器 内視鏡検査・治療につ いて～ガイドライン改訂後 の当院での対応を中心に～	①伊集 広城(南部徳洲会病 院循環器内科) ②仲地 紀哉(那覇市立病院 消化器内科部長)	9)医療情報 13)地域医療 73)慢性疾患・複合疾 患の管理	ファイザー(株) 080-3211- 1581 参加費 なし
4/30 (土) 13:30	沖縄コンベンショ ンセンター	沖縄バイタルサインセミナー (日医師生涯教育講座4単位) ①血圧測定からわかること・ 血圧測定最前線 ②呼吸管理の今 ③発熱した重症患者の体温 管理 ④心臓の解剖とエコー(仮)	①川崎 貴士(産業医科大 学医学部麻酔科学講座 教授) ②天谷 文昌(京都府立医 科大学麻酔科学教室准 教授) ③江木 盛時(神戸大学大 学院医学研究科外科系 講座麻酔科学分野講師) ④岡本 浩嗣(北里大学医 学部麻酔科学教室教授)	2)継続的な学習と臨 床能力の保持 8)医療の質と安全 9)医療情報 15)臨床問題解決の プロセス 19)身体機能の低下 28)発熱 44)心肺停止 45)呼吸困難	日本光電九州 (株) 873-1821 参加費 ¥1000
5/9 (月) 19:30	沖縄県医師会館	第233回沖縄ハート (日医師生涯教育講座1.5単位) ①②③未定	①未定(琉球大学医学部 附属病院第二外科) ②未定(中部徳洲会病院 循環器内科) ③未定(県立南部医療セン ター・こども医療センター 心臓血管外科)	42)胸痛 43)動悸 45)呼吸困難	琉球大学大学 院医学研究科 胸部心臓血管 外科学講座 895-1168 参加費 ¥500
5/10 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム (日医師生涯教育講座2単位) 未定	未定	1)専門職としての使命感 2)継続的な学習と臨 床能力の保持 10)チーム医療 84)その他	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
5/21 (土) 14:00	国立劇場おきな わ	熱中症フォーラム2016 (日医師生涯教育講座2単位) ①暑くなる前が危険の変わり め熱中症！その対策を考 えましょう ②自動車ロードレースにおけ る国内外でのメディカルサ ポート	①服部 益治(兵庫医科大 学小児科学教授) ②富和 清訓(奈良県立医 科大学整形外科学教室)	1)専門職としての使 命感 8)医療の質と安全 11)予防活動 12)保健活動 13)地域医療	大塚製薬(株) 867-6198 参加費 なし

※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。

※お願い:6月10日～8月9日迄の講演会例会等が決まれば、4月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。



平成 28 年度 産業医研修会案内

平成28年度みだし研修会を別紙要領により開催することに致しましたので、ご案内申し上げます。

つきましては、研修会への受講を希望する場合には、別紙開催日程をご確認の上、下記により FAX(098-888-0089)でお申し込み下さい。

研修会参加申込票

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込み研修番号	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ・ G ・ H
参加申込者	氏名：
	氏名：
	氏名：
	氏名：
	氏名：
施設名	
TEL	
認定区分	認定医 ・ 未認定医

沖縄県医師会事務局 業務1課 與儀  
(TEL.098-888-0087 FAX.098-888-0089)

平成28年度沖縄県医師会産業医研修会実施計画（日本医師会へ指定申請中）

申込み 研修番号	研修会名	日 時	場 所	カリキュラム (付与単位数)	講師名
A	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	4月28日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 健康管理(2単位) 「職場の健康管理における産業医の役割」 (2) 総論(2単位) 「やりがいのある産業医活動」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 伊志嶺 隆 先生
B	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	5月19日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 総論(2単位) 「効果的な産業保健活動を推進するための産業医の義務と役割」 (2) 労働衛生関係法規と関係通達の改正(2単位) 「労働安全衛生法及び関連する法規類の最近の動向」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 加藤 浩司 先生
C	基礎(実地) 生涯(実地) 【※定員54名】	6月4日(土) 開始18:30 終了21:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) メンタルヘルス対策(3単位) 「産業医によるストレスチェックのフィードバックと面接指導の実際」	(1) 山本 和儀 先生
D	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	6月16日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 作業環境管理(2単位) 「異常気圧環境 潜水業務を中心に」 (2) メンタルヘルス対策(2単位) 「ストレスチェック時代の産業によるメンタルヘルス対策」	(1) 清水 隆裕 先生 (2) 山本 和儀 先生
E	基礎(後期) 生涯(専門)	7月14日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 健康管理(2単位) 「職場における健康診断の活用法」 (2) 健康保持増進(2単位) 「職員の健康増進と健康経営」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 伊志嶺 隆 先生
F	基礎(後期) 生涯(専門)	8月25日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) その他(2単位) 「労働衛生のトピックス～有害物質による健康障害の防止を中心に～」 (2) メンタルヘルス対策(2単位) 「ストレスチェックと連動したメンタルヘルス対策」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 山本 和儀 先生
G	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	10月15日(土) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 作業環境管理(2単位) 「新しい大気汚染指標 PM2.5 その発生源と対策」 (2) 労働衛生関係法規と関係通達の改正(2単位) 「労働安全衛生法及び関連する法規類の最近の動向」	(1) 清水 隆裕 先生 (2) 加藤 浩司 先生
H	基礎(実地) 生涯(実地)	11月17日(木) 開始18:30 終了21:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 救急処置(3単位) 「救急処置：自信をもって応急救護処置を教えられるか？」	(1) 佐々木秀章 先生

※単位制の研修につき、時間厳守をお願いします。遅刻や途中退場は単位認定ができませんのでご注意ください。



参考 沖縄県医師会 産業医研修会年度別開催スケジュール（平成24年～平成28年度）

研修名称		研修内容	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
I 基礎 研修	前期研修 (未認定医14単位以上)	(1) 総論(2単位)	6/21		4/17		4/28
		(2) 健康管理(2単位)	6/21		4/17		4/28
		(3) メンタルヘルス対策(1単位)	4/19		6/19		6/16
		(4) 健康保持増進(1単位)		6/6		4/16	
		(5) 作業環境管理(2単位)	4/19		6/19		6/16
		(6) 作業管理(2単位)		4/19		4/16	
		(7) 有害業務管理(2単位)		6/6		6/18	
		(8) 産業医活動の実際(2単位)		4/19		6/18	
		(9) その他					
I II 基 生 涯 研 修 修	後期研修 (未認定医26単位以上)	(1) 労働衛生関係法規と関係通達の改正	10/27	11/17	10/30	5/21	5/19、10/15
		(2) その他	5/17	5/16	5/15	7/16	
	更新研修 (認定医1単位以上)						
I II 基 生 涯 研 修 修	実地研修 (未認定医10単位以上) (認定医1単位以上)	(1) 健康管理	9/8			6/20	
		(2) じん肺の胸部エックス線検査					
		(3) メンタルヘルス対策	8/16	12/12	11/13	11/12	6/4
		(4) 健康保持増進		8/10			
		(5) 救急処置					11/17
		(6) 作業環境管理・作業管理			8/23		
		(7) 職場巡視と討論		8/10			
		(8) その他				7/12	
I II 基 生 涯 研 修 修	後期研修 (未認定医26単位以上) 専門研修 (認定医1単位以上)	(1) 総論		11/17	5/15		5/19
		(2) 労働衛生管理体制(総括管理)	5/17	5/16		5/21、7/12	
		(3) 健康管理	7/19	9/13	7/17	8/20	7/14
		(4) メンタルヘルス対策	9/20	11/17	9/13	10/8	8/25
		(5) 健康保持増進	10/27	9/13	7/17		7/14
		(6) 作業環境管理	7/19	12/6	10/30		10/15
		(7) 作業管理		11/17		7/16	
		(8) 有害業務管理	9/20	12/14		11/26	
		(9) 労働衛生教育		12/14		8/20	
		(10) その他		12/6	9/13		8/25
		研修会開催回数		8回	9回	8回	10回

【未認定医】

- ・ 新規認定の為に基礎研修（前期研修14単位以上・実地研修10単位以上・後期研修26単位以上）合計で50単位以上の修得が必要です。
- ・ 未認定医は「2年程度」で産業医の認定資格が得られます。

【認定医】

- ・ 認定産業医の更新には、認定証取得後（有効期限内5年間）に生涯研修（更新研修1単位以上、実地研修1単位以上、専門研修1単位以上）20単位以上の修得が必要です。
- ・ 認定医は1年間では単位取得が可能です。

# 平成28年度 産業保健研修会予定表

## ～産業保健かわら版(前期)～

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

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

※「ホームページ」にも研修会の案内を掲載しておりますので、ご利用下さい。(http://www.sanpo47.jp)

〒901-0152 沖縄県那覇市宇小禄1831-1

沖縄産業支援センター 2階

独立行政法人 労働者健康安全機構

沖縄産業保健総合支援センター

**本研修会は無料です。**

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

TEL098-859-6175

FAX098-859-6176

● **産業医研修 (生涯研修2単位:「産業医研修手帳」をご持参ください。)**

【研修場所 沖縄産業支援センター3階会議室】

研修会番号	日時	研修テーマ	内容	講師	研修会場
1	6月22日(水) 18:30～20:30	産業医によるストレスチェックデータの解析と判読、フィードバックの仕方(生涯専門)	厚生労働省版ストレスチェック実施プログラムによるデータの解析と判読の方法についてデモンストレーションを行い、利用法について習熟することをめざす。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	303室
2	7月25日(月) 18:30～20:30	カウンセリング技法を学ぶ(認知行動療法) (生涯専門)	近年注目されている「認知行動療法」により、マイナス思考をプラス思考にギアチェンジする技法を学ぶ。	福地 孝 (カウンセリング)	308室
3	7月26日(火) 18:30～20:30	有害作業と健康管理 (生涯専門)	沖縄県の特徴的な産業構造に関連して、有害物質を扱う作業に従事する労働者の健康管理について学ぶ。	伊波 恒雄 (産業医学)	307室
4	7月28日(木) 18:30～20:30	「高ストレス者」に面接指導をしてみよう! (生涯実地)	ストレスチェックの結果、高ストレス者と判断された労働者の申し出により、医師による「面接指導」がおこなわれますが、その面接指導を実際にどういう風に行うのか考えてみましょう。	伊志嶺 隆 (産業医学)	305室
5	8月18日(木) 18:30～20:30	動機づけ面接 (初級編1) (生涯実地)	動機づけ面接は、治療成績が良かった治療者の応答手技を解析することにより、体系・確立化された面接スタイルです。本研修では、その動機づけ面接の基本的なスキルの体験をいたします。	清水 隆裕 (産業医学)	308室
6	8月19日(金) 18:30～20:30	一般診療に必要な精神医療の知識と最近の話題～うつ病を中心に～ (生涯専門)	精神医療への誤解、精神疾患の時代変遷、身体疾患等のうつ状態、うつ病の最近の話題、自殺関連疾患と予防、幻覚妄想を呈する疾患、災害精神医療等	仲本 晴男 (メンタルヘルス)	308室
7	9月15日(木) 18:30～20:30	職場における受動喫煙対策 (生涯専門)	「生活習慣病」予防対策の一環として、受動喫煙防止について産業医、その他産業保健スタッフの果たすべき役割について考える。	伊波 恒雄 (産業医学)	308室
8	9月29日(木) 18:30～20:30	「健康経営」って何?～職員の健康増進で、会社は発展する～ (生涯専門)	従業員の健康増進を重視し、健康の維持・増進と会社の生産性向上を目指す経営手法ですが、事業場における産業医の関わり方について検討する。 ※健康経営は、NPO法人「健康経営研究会」の登録商標です。	伊志嶺 隆 (産業医学)	308室

※参加ご希望の方は申込書に記載の上、FAX(098-859-6176)にてお申し込みください。

※沖縄産業保健総合支援センターホームページ(http://www.sanpo47.jp/kensyunavi/index.cgi)からも申込可能です。

### 申 込 書

※キャンセルの場合は必ず御連絡下さい。

FAX 098-859-6176

開催場所	沖縄産業支援センター 3階会議室		
フリガナ(必須)氏名	番号	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	
所属機関(事業場名)	所属部署		
職 種	1. 産業医 2. 産業看護職(保健師・看護師) 3. 衛生管理者 4. 人事・労務・安全衛生担当者 5. 事業主 6. 労働者 7. その他( )		
電話番号	FAX		

※申込みの際に記入いただいた個人情報は、本研修会における参加名簿作成のために使用するほか、当センターが行う研修・セミナー等の御案内に使用させていただくことがあります。また、「かわら版」の研修予定以外に研修を開催することがございますのでホームページをご覧ください。

## 沖縄県医師会災害医療フォーラム

平成 28 年 3 月、東日本大震災の発生から 5 年目の節目を迎えるにあたり、県内防災関係機関が当時の震災を振り返り、災害医療対策の現状や今後の方向性を考えるフォーラムを下記のとおり開催いたします。

フォーラム第一部では、岩手県大槌町において、我々 JMAT 沖縄の医療救護活動を当初からサポートいただいた同町役場所属 藤原純枝 保健師に、東日本大震災から 5 年が経過して、震災後の保健事業の取り組みについて、講演をいただくことになりました。また第二部では、県内防災関係機関より関係者を招き、本県における災害医療の現状と対策についてパネルディスカッションを行う予定にしております。

多数のご参加を待ちしております。

### メインテーマ「東日本大震災から 5 年が経過して」

日 時 平成 28 年 4 月 9 日（土）15:00～17:30

場 所 沖縄県医師会館（3F ホール）

講 演

「東日本大震災から 5 年が経過して ～震災後の保健事業の取り組み～」

岩手県大槌町役場民生部保健福祉課 健康推進班 保健師 藤原 純枝

### パネルディスカッション

「沖縄県の災害医療の現状と対策」

沖縄県（沖縄県保健医療部 保健医療政策課 課長 大城直人）

消防機関（沖縄県知事公室 防災危機管理課 消防班 予定）

陸上自衛隊（陸上自衛隊第 15 旅団 司令部 防衛幹部 瀬尾成人）

DMAT（赤十字災害医療コーディネーター・沖縄赤十字病院 救急部長 佐々木 秀章）

JMAT 沖縄（沖縄県医師会災害医療委員会委員長・もとぶ野毛病院 副院長 出口 宝）

### 参加申込票

送信先：FAX 098-888-0089

施設名	
氏 名 (職種)	医師・医療従事者・その他
	医師・医療従事者・その他
	医師・医療従事者・その他

沖縄県医師会事務局 業務 1 課 崎原  
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089



## 平成 28 年度災害医療研修プログラム開催のお知らせ

沖縄県医師会では、東日本大震災の教訓から次の大規模災害に備えた態勢の整備として、平成 26 年度より独自に災害医療研修プログラムを実施しております。

今年度の開催プログラム（一部未定あり）が決定いたしましたのでお知らせします。

コースへの受講申込は、来月掲載の医師会報より受付いたしますので、よろしくお願いいたします。

	日時	プログラム	研修形態
A	5月21日（土） 15:00～17:00	災害医療総論・被災地のフェーズと活動	講義
B	6月30日（木） 19:30～21:00	災害現場医療対応の原則（急性期）	講義、図上 定員 50 名
C	7月16日（土） 15:00～18:00	トリアージ+トリアージタッグ	講義、図上 定員 50 名
D	調整中	大規模災害発生時における多数死体検視	講義、演習
E	調整中	災害時における行政関係機関の役割 保健所と公衆衛生	講義
F	調整中	PFA（心理的応急処置）	講義、演習

※ PFA（psychological First Aid）とは、災害支援に関わる全てのスタッフが習得しておくべき、心理的支援スキルとのことで、当コースは WHO が作成し、国内では国立精神・神経医療研究センターが実施しているコースです。主に都道府県や災害医療関係団体で開催されています。

※ 研修コースは全て沖縄県医師会館（3F ホール）で開催する予定です。

※ H28 年度と H29 年度の 2 年間で 1 コースとなります。

沖縄県医師会事務局 業務 1 課 崎原  
(TEL.098-888-0087 FAX.098-888-0089)

## ～ICLS コース開催のお知らせ～

ICLS(Immediate Cardiac Life Support)コースとは、最新の心肺蘇生ガイドラインに基づいた二次救命処置について学ぶ日本救急医学会認定のトレーニングコースです。成人の心肺停止に的をしぼり、最初の10分間に行うチーム医療を、シミュレーション実習を通して学びます。今年度、開催期日が決定しましたのでお知らせします。

名称	時間	実施場所
第48回 新おきなわICLSコース	5月15日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第49回 新おきなわICLSコース	7月10日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第50回 新おきなわICLSコース	9月25日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第51回 新おきなわICLSコース	12月11日(日) 9:00～18:00	名桜大学
第52回 新おきなわICLSコース	1月15日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター
第53回 新おきなわICLSコース	3月5日(日) 9:00～18:00	おきなわクリニカル シミュレーションセンター

各コースとも受講料(昼食代込、テキスト代別)は、医師・歯科医師 8,000円、コメディカル 6,000円を予定しています。

各コースとも募集は2ヶ月前に以下リンク先に掲載されますので、お申込み下さい。

沖縄県医師会 <http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html>

おきなわクリニカルシミュレーションセンター <http://okinawa-clinical-sim.org/course.html>

受講選考については、これまで通り申し込み順ではなく、施設間のバランスやインストラクターの参加状況を踏まえ、決定することになりますので、ご了承ください。

・問い合わせ先: [trees@me.au-hikari.ne.jp](mailto:trees@me.au-hikari.ne.jp) (沖縄 ER サポート 林 峰栄)

・問い合わせ先: 沖縄県医師会事務局 業務1課(崎原)

TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089

## 労務管理者向け勤務環境改善セミナー開催のお知らせ

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

本セミナーでは、快適に働ける職場環境づくりを行なうためのポイントや具体的な進め方等をご説明するほか、終了後、医療機関からの無料相談会も実施しております。

参加ご希望の方は、各セミナー番号に○印を付け、必要事項を記載の上、FAX（098-888-0089）にて各日程の2週間前までにお申し込み下さい。

	日時	時間	プログラム
1	6月13日(月)	13:30 15:30	第12回 基本と実務コース「多様な雇用形態」 ➤ 講義研修
2	7月11日(月)	13:30 15:30	第13回「労働時間についての基本実務」 ➤ Q&Aによるグループワーク研修
3	8月8日(月)	13:30 15:30	第14回「割増賃金についての基本実務」 ➤ Q&Aによるグループワーク研修

🚩 セミナー対象者は、労務管理者、または今後そうした立場になる可能性のある方、職場環境改善に関わる方などを含みます。申込が複数いる場合はコピーをご利用下さい。

🚩 セミナー開催場所は、沖縄県医師会館（南風原町字新川 218-9）で開催いたします。

### ----- 参加申込票 -----

参加希望の研修番号に○印を付けてください。

申込番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
施設名			
職氏名			

沖縄県医師会事務局  
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 崎原  
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089



### ご存知ですか？

平成26年10月施行の改正医療法により、病院または診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務化されました。  
将来にわたり質の高い医療サービスを提供していくためには、医療従事者が健康で安心して働くことの出来る環境整備が必要です。

沖縄県医師会

# 医療勤務 環境改善 支援センター

平成27年3月2日より沖縄県医師会事務局内にみだし支援センターを開設しました。  
本センターには医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）及び医業分野アドバイザー等を配置し、医療機関の自主的な勤務環境改善に必要な支援を行います。

まずは「できるところから」始めてみましょう

相談

情報  
提供

助言

支援

医療勤務  
環境改善に  
関する研修会

労働時間管理（働き方・休み方等）  
労働安全衛生（スタッフ健康支援）  
施設環境整備（ハード・ソフト）  
キャリア形成支援等

診療報酬制度面  
医療制度・医療法制度面  
組織マネジメント・経営管理面  
各種補助メニューの活用提案

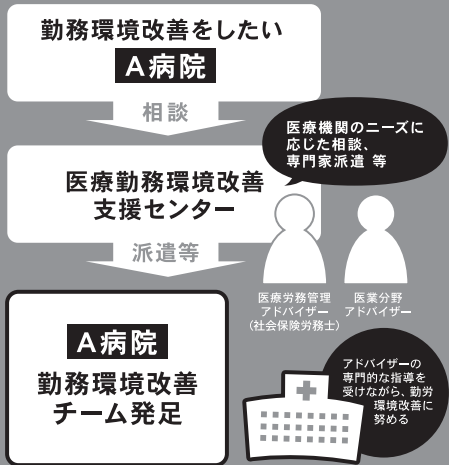
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

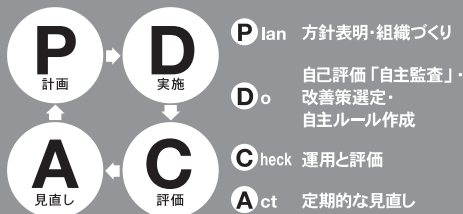
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川1218-9  
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

いきいき働く医療機関サポートWeb <http://iryuu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



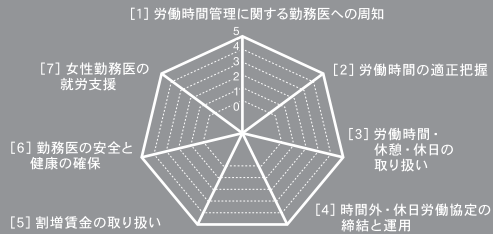
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会  
勤務医の労務管理に関する  
分析・改善ツール  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien\\_tool201403.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf)



勤務医の労務管理チェックリスト

- [1] 労働時間管理に関する勤務医への周知
- [2] 労働時間の適正把握
- [3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い
- [4] 時間外・休日労働協定(36協定)の締結と運用
- [5] 割増賃金の取り扱い
- [6] 勤務医の安全と健康の確保
- [7] 女性勤務医の就労支援

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

お問い合わせ TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

所属機関	.....		
連絡先	TEL	内線	
担当者氏名	.....		
希望相談支援内容	医療労務管理面 ・ 医業経営面		
相談方法	電話相談 ・ 訪問相談 ・ 来所相談		
希望日	平成	年	月 日

沖縄県医師会

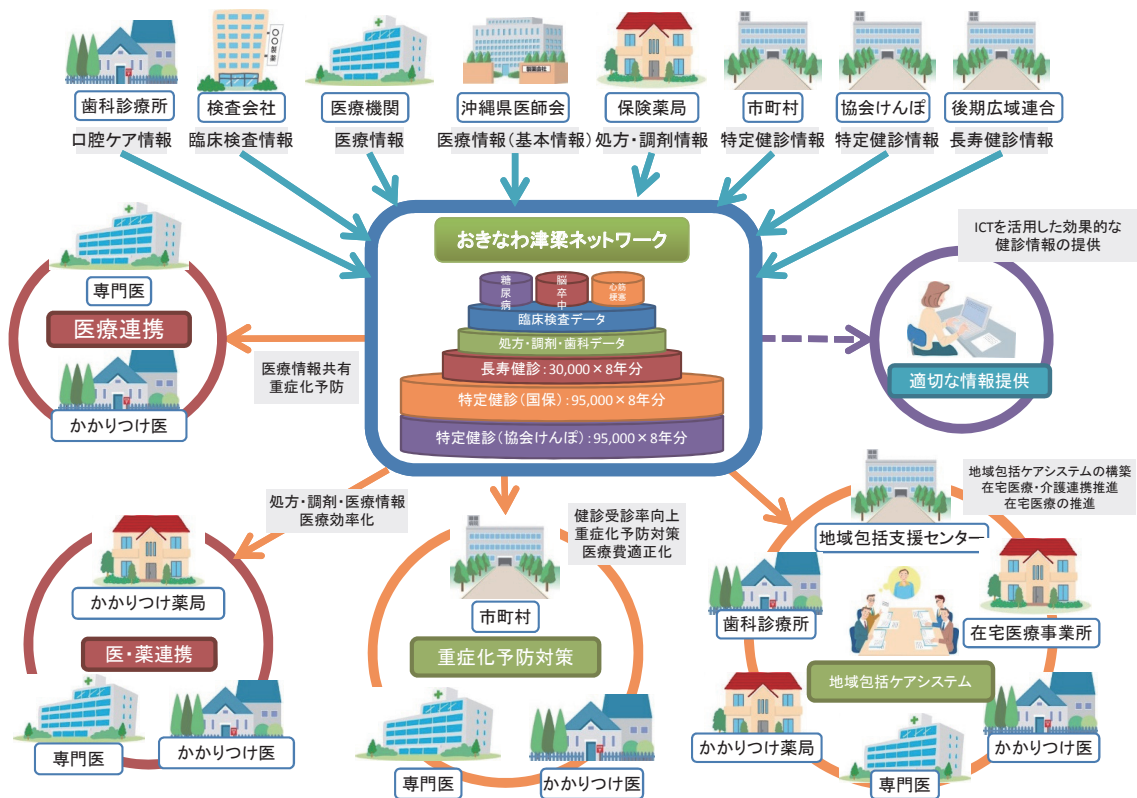


# 沖縄の新しい医療のカタチ！ 『おきなわ津梁ネットワーク』

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

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

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



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







# 平成28年度診療報酬改定

## 診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

#### [算定要件]

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

**おきなわ津梁ネットワークの通信環境を活用**

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

**日本医師会の医師資格証を活用**

2. 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算の新設

#### (新) 検査・画像情報提供加算

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

**ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点**

#### [算定要件]

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

3. 電子的診療情報評価量の新設

#### (新) 電子的診療情報評価料 30点

#### [算定要件]

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

#### [2及び3に係る施設基準]

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

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




#### 【お問合せ先】

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

# おきなわ津梁ネットワークの活用(例)


## 〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん  
同意説明




①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録  
健診受診を確認




②自院の患者としてシステムに登録  
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供


要医療者への介入  
健診受診勧奨



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


## 〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時  
津梁ネット登録




①利用者カードの提示  
②自院の患者としてシステムに登録  
**(初回のみ)**

フェイスシート  
紙出力




③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



## 〔調剤薬局での活用〕

受付時  
津梁ネット登録



①利用者カードの提示  
②自局の患者としてシステムに登録  
**(初回のみ)**

健診結果・他薬局  
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした  
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を  
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

白衣  
高血圧？  
仮面  
高血圧？

リハビリ前の  
血圧測定

健診結果参照  
端末 or 紙出力

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

特定健診  
結果

リハビリ可否判定  
(参考資料)

リハビリ中止基準  
収縮期: 70以下、200以上  
拡張期: 120以上

可否判定

〔眼科での活用〕

眼底・眼圧検査

視神経  
乳頭所見  
眼圧  
所見

健診結果参照  
端末 or 紙出力

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

特定健診  
結果

精密検査・  
専門医との連携

精密検査

連携

〔産婦人科での活用〕

妊婦健診

妊娠  
中毒症？

医療基本情報参照  
端末 or 紙出力

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

アレルギー情報

フェイスシート

検査・  
健診  
処方・  
調剤

状態に応じた  
適切なケア







# システム利用に必要なもの

## 1.インターネット回線 ※利用者負担

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

## 2.インターネットに接続可能なPC又はiPad ※利用者負担

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



## 3.ウイルス対策ソフトの導入 ※利用者負担

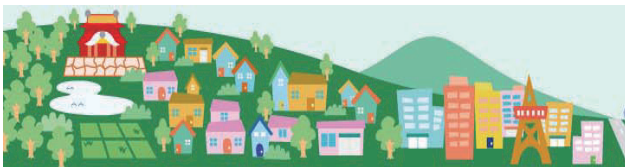
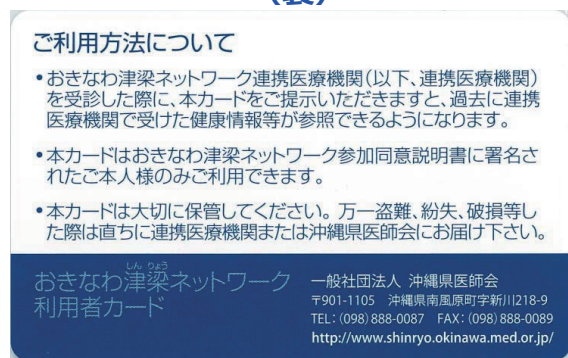
- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

## 4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

## 5.利用料金（月額）

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

利用者カード原寸大



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



沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？  
当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

\*項目は必須 受付登録日： 年 月 日 受付番号：

ふりがな *氏名	-----		*生年月日	(西暦) 年 月 日生
*住所	〒 -			
*連絡先	電話(自宅または携帯)： E-mail：			
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号	
*医籍番号	第 号	*専門診療科		
資格	専門医資格	その他の資格		
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：			
現在の勤務先				
希望条件	就業形態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：		
	希望診療科			
	施設種別	①病院 ②診療所 ③その他：		
	希望地域	第1希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島 第2希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島		
	勤務希望時期	①今すぐ ②平成 年 月頃から ③未定		
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日	
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分	
	当直勤務	①できる ②できない		
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医		
	給与	常勤務の場合	月給：	以上
		非常勤の場合	日給：	以上 月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上
保育所	①必要 ②必要なし			
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし			
その他希望				

★以下の項目は、沖縄県ドクターバンクホームページへの登録をご希望の方のみ、ご記入ください。

◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内)

※メールアドレスの登録が必須です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について

「受付番号」「専門診療科」「希望就業形態」「希望地域」の掲載を許可しますか？

はい、許可します

いいえ、許可しません

\*氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は一切いたしません。

《提出・問合せ先》

〒901-1105 南風原町字新川218-9

沖縄県医師会事務局

業務1課 ドクターバンク担当

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



# 医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

## ご加入のおすすめ

**加入資格** 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

### ☑ 年金検討チェックリスト

- 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら…

**医師年金ご加入をおすすめします!**

医師年金ホームページで、  
簡単シミュレーション!

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人  
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間 : 午前9時30分~午後5時(平日)

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

### 保険料からプラン作成

<b>保険料</b> ●基本・月払 加算：月払 加算年金 (10万円) 月払保険料 60,000円 基本年金 月払保険料 12,000円 支払期間 24年 6ヶ月 (294回) 合計月払保険料 72,000円	<b>受給年金</b> ●B1コース 加算年金 保証期間15年 86,100円 終身 基本年金 保証期間15年 17,200円 終身 受取月額 103,300円 103,300円 15年受取総額 18,594,000円 ●B2コース 加算年金 5年増設型 369,600円 基本年金 保証期間15年 17,200円 終身 受取月額 385,800円 17,200円 17,200円 15年受取総額 25,212,000円 ●B3コース 加算年金 10年増設型 191,100円 基本年金 保証期間15年 17,200円 終身 受取月額 208,300円 17,200円 17,200円 15年受取総額 26,028,000円 ●B4コース 加算年金 15年増設型 132,100円 基本年金 保証期間15年 17,200円 終身 受取月額 149,300円 17,200円 15年受取総額 26,874,000円
---	--

設定条件をご確認ください。

試算日 平成 27年 5月 7日  
 生年月日 昭和 50年 1月 1日  
 試算日年齢 40歳

加入申込期限 平成 27年 6月 15日  
 加入予定年月 平成 27年 7月  
 加入時年齢 40歳 6ヶ月

加算払込開始年月 平成 27年 7月

年金受取開始年月 平成 52年 1月  
 年金受取開始年齢 65歳

払込保険料累計 21,168,000円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- ・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生涯受け取ることができます。
- ・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受取コースの選択(別添3表)」は、受取開始の権利をお決めいただきます。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- ・「受取年金月額」は概算です。現在は年利1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

日本医師会が運営する医師のための私的年金  
日本医師会 **医師年金**

目次マップへ  
個人格納保険方針  
重要事項説明書

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

### 豊かで安心できる将来に向けて

見積もり機能拡充  
-現役引退後、公的年金だけで、現在の生活水準を維持できますか？-

医師年金についてシミュレーションしてみましょう。

保険料からシミュレーション 受給年金からシミュレーション

**お知らせ**

- 2015年2月26日 医師年金ホームページ シミュレーション機能拡充について
- 2013年3月21日 東日本大震災に関する特別措置の終了について
- 2012年12月 認可特定保険業の認可取得に伴う制度改定のお知らせ
- 2012年4月3日 特定保険業の認可申請についてのお知らせ…特定保険業の認可申請について
- 2011年2月7日 医師年金を懸る不審電話に関するお知らせ

**医師年金の特長**

- 日本医師会会員のための私的年金
- 積立型の私的年金
- 事務手数料が少額
- 年金の受取コースは受給開始時に選択
- 満54歳から月未滿まで加入可能
- 一生享受される年金
- 保険料の増減は自由
- 年金の受取開始を満75歳まで延長可能
- 所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

**医師年金のしくみ**

- 保険料について
- 加入資格について
- 給付について
  - 費老年金
  - 育英年金
  - 養老年金
  - 遺族年金
  - その他
- 税金の取扱いについて

よくあるご質問 手続きガイド 加入・変更・給付等手続きのご案内 リンク 日本医師・従業員 医師年金委員会 お申込・資料請求

目次マップへ **医師年金**

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

日本医師会が運営する医師のための私的年金  
日本医師会 **医師年金**

目次マップへ  
個人格納保険方針  
重要事項の お知らせ

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

ホーム \* 医師年金シミュレーション \* 保険料からシミュレーション

**医師年金シミュレーション**

保険料からシミュレーション

受給年金からシミュレーション

ホーム \* 医師年金シミュレーション \* 保険料からシミュレーション

### 医師年金シミュレーション

■ 保険料からシミュレーション

生年月日、保険料を入力して、受給年金のシミュレーションをしてみましょう。

生年月日 昭和50年 1月 1日

基本保険料払込方法  月払  年払  一括払

※基本保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料払込方法  月払  随時払  なし

※加算保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料口数 10口 ⇒ 月払 80,000円

※月払の場合は1口8,000円、随時払の場合は1口10万円です。  
加入する口数を入力してください。上限はありません。

リセット

**計算開始**

※シミュレーションの試算結果(年金月額)は、簡易計算による概算です。

お問い合わせ

このページの先頭へ

必要な情報を入力し、「計算開始」のボタンをクリック。

日本医師会が運営する医師のための私的年金

日本医師会 **医師年金**

[トップページへ](#) [サイトマップへ](#)

[個人情報保護方針](#) [重要事項の通知書](#)

● 医師年金の特長

● 医師年金のしくみ

● 医師年金シミュレーション

● よくあるご質問

● 手続きガイド

● お問い合わせ

[ホーム](#) > [医師年金シミュレーション](#) > [保険料からシミュレーション](#)

**医師年金シミュレーション**

シミュレーション結果が分かり易く表示されます。

**保険料からプラン作成 (試算結果)**

試算結果は簡易計算による概算です。

[戻る](#) [PDF](#)

<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>保険料</b></p> <p>■ 基本：月払 加算：月払</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #f96;">加算年金 (10口)</td> <td style="text-align: right;">月払保険料 60,000円</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">基本年金</td> <td style="text-align: right;">月払保険料 12,000円</td> </tr> </table> <p>40歳 ————— 65歳</p> <p style="text-align: center;">支払期間 24年7ヵ月 (295回)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>合計月払保険料 72,000円</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>■ 設定条件をご確認ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td>試算日</td> <td>平成27年 3月16日</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭和50年 1月 1日</td> </tr> <tr> <td>試算日年齢</td> <td>40歳</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td>加入申込期限</td> <td>平成27年 5月15日</td> </tr> <tr> <td>加入予定年月</td> <td>平成27年 6月</td> </tr> <tr> <td>加入時年齢</td> <td>40歳5ヵ月</td> </tr> </table> <p>加算払込開始年月 平成27年 6月</p> <p>年金受給開始年月 平成52年 1月 年金受給開始年齢 65歳</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>払込保険料累計 21,240,000円</p> </div> </div> <div style="font-size: small;"> <p>■ 注意事項です。お読みください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。</li> <li>「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。</li> <li>「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。</li> <li>「受取コースの選択 (B1~B4)」は、受取開始の時に決めいただきます。</li> <li>受取開始年齢は、75歳まで延長できます。</li> <li>「受取年金月額」は概算です。現在は年利率1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。</li> </ul> </div>	加算年金 (10口)	月払保険料 60,000円	基本年金	月払保険料 12,000円	試算日	平成27年 3月16日	生年月日	昭和50年 1月 1日	試算日年齢	40歳	加入申込期限	平成27年 5月15日	加入予定年月	平成27年 6月	加入時年齢	40歳5ヵ月	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>受給年金</b></p> <p>● B1コース</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #f96;">加算年金</td> <td style="text-align: right;">保証期間15年 86,500円</td> <td style="text-align: center;">終身</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">基本年金</td> <td style="text-align: right;">保証期間15年 17,300円</td> <td style="text-align: center;">終身</td> </tr> </table> <p>65歳 ————— 80歳</p> <p style="text-align: center;">受取月額</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">103,800円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">103,800円</div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>15年受取総額 18,684,000円</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>● B2コース</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #f96;">加算年金</td> <td style="text-align: right;">5年確定型 370,100円</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">基本年金</td> <td style="text-align: right;">保証期間15年 17,300円</td> <td style="text-align: center;">終身</td> </tr> </table> <p>65歳 — 70歳 ————— 80歳</p> <p style="text-align: center;">受取月額</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">387,400円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">17,300円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">17,300円</div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>15年受取総額 25,320,000円</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>● B3コース</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #f96;">加算年金</td> <td style="text-align: right;">10年確定型 191,900円</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">基本年金</td> <td style="text-align: right;">保証期間15年 17,300円</td> <td style="text-align: center;">終身</td> </tr> </table> <p>65歳 — 75歳 ————— 80歳</p> <p style="text-align: center;">受取月額</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">209,200円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">17,300円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">17,300円</div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>15年受取総額 26,142,000円</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>● B4コース</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #f96;">加算年金</td> <td style="text-align: right;">15年確定型 132,600円</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">基本年金</td> <td style="text-align: right;">保証期間15年 17,300円</td> <td style="text-align: center;">終身</td> </tr> </table> <p>65歳 ————— 80歳</p> <p style="text-align: center;">受取月額</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">149,900円</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; background-color: #fff9c4;">17,300円</div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; text-align: center; background-color: #fff9c4;"> <p>15年受取総額 26,982,000円</p> </div> </div>	加算年金	保証期間15年 86,500円	終身	基本年金	保証期間15年 17,300円	終身	加算年金	5年確定型 370,100円	基本年金	保証期間15年 17,300円	終身	加算年金	10年確定型 191,900円	基本年金	保証期間15年 17,300円	終身	加算年金	15年確定型 132,600円	基本年金	保証期間15年 17,300円	終身
加算年金 (10口)	月払保険料 60,000円																																					
基本年金	月払保険料 12,000円																																					
試算日	平成27年 3月16日																																					
生年月日	昭和50年 1月 1日																																					
試算日年齢	40歳																																					
加入申込期限	平成27年 5月15日																																					
加入予定年月	平成27年 6月																																					
加入時年齢	40歳5ヵ月																																					
加算年金	保証期間15年 86,500円	終身																																				
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身																																				
加算年金	5年確定型 370,100円																																					
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身																																				
加算年金	10年確定型 191,900円																																					
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身																																				
加算年金	15年確定型 132,600円																																					
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身																																				

[このページの先頭へ](#)

[戻る](#) [PDF](#)



# 沖縄県医師会館利用のご案内

## フロアガイド

<p><b>●会議室1～4</b> (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> <p><b>2F</b></p> <p><b>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。</b></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>	<p><b>●ホール</b> (S=144席 T=234席)</p> <p><b>3F</b></p> <p><b>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</b></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>
---	---

(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27年10月から始まる

## ～ マイナンバー（個人番号）制度 ～ あなたに「マイナンバー（個人番号）」が届きます

平成28年1月から番号制度が始まります。そこで、平成27年10月から順次、「通知カード」がお住まいの市区町村から郵送され、国民一人ひとりに固有のマイナンバー(個人番号)があなたに通知されます。

今後、各種の国民健康保険の手続きのとき、マイナンバーを記入することになります。届いた通知カードは大切に保管しておいて下さい。



### 通知カードのイメージ

個人番号	○○○……○○○
生年月日	○年□月△日
性別	女
氏名	番号花子
住所	△県○市□町1-1-1

国民健康保険や  
年金、税金、雇用保険等の  
手続きで必要になります

## 1 今後のスケジュールは？

- ・平成27年10月～ 国民への個人番号の通知開始
- ・平成28年01月～ 順次、個人番号の利用開始  
個人番号カードの交付開始（任意）  
⇒個人の申請により市町村が交付
- ・平成29年01月～ 国の機関間での情報連携開始
- ・平成29年07月～ 地方公共団体・医療保険者等との情報連携開始

## 2 マイナンバーは今後どう使うの？

平成28年1月から、国民健康保険の各種申請書や届出書等にマイナンバーを記入する必要があります。また、マイナンバーは国民健康保険だけでなく、年金や雇用保険、税金等、番号法やその他の法律、条令で定められた手続きで、共通で使うことになります。

**※国民健康保険以外の開始時期は制度によって異なります**

通知カードは、これらの手続きでマイナンバーを記載する際、ご自分の番号を確かめるためにお使いください。また、手続きをする窓口等でマイナンバーを確認するために通知カードの提示が求められますので、手続きの際は必ずお持ちください。郵送の場合は写しを提出する必要があります。

**※通知カードのほか、平成28年1月以降、個人番号カードも希望により交付をうけることができます。このカードにもマイナンバーが記載されます**

**さらに、希望すれば、マイナンバーが記載された住民票が交付されます**

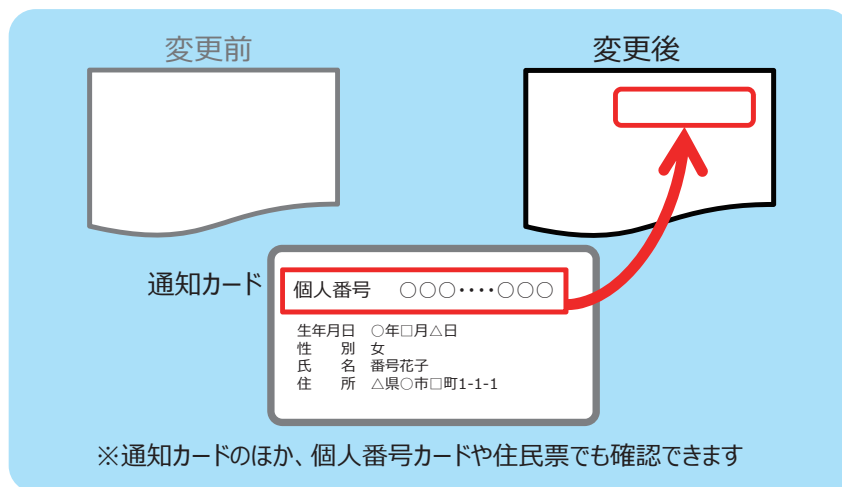
**※被保険者証にはマイナンバーは記載されていません**

## 3 平成28年1月から 個人番号欄にあなたのマイナンバーを記入してください

平成28年1月から、資格取得・喪失の届出、氏名変更の届出、世帯変更の届出、療養費の支給申請、高額療養費の支給申請、高額介護合算療養費の支給申請、限度額適用認定証の申請等の様式に個人番号欄が設けられます。

**※平成27年1月時点の厚生労働省省令改正（案）に基づく**

マイナンバーは皆さまの手続きを確実にかつ早期に進めるために必要な事項ですので、ご自分のマイナンバーを必ず記入して下さい。





## 4 組合では、今後、加入者全員のマイナンバーを取得する予定です

### ■ マイナンバーの取得と提出

医療保険者は加入者のマイナンバーを把握し、報告する義務があります。  
 マイナンバーを取得する対象は、**平成29年1月1日時点の被保険者（組合員及びその世帯に属する家族）及びその後の新規加入者**が予定されています。

当組合では、平成29年7月の情報連携の開始までに、ご提供いただいたマイナンバーの登録と特定個人情報の登録を終える必要があります。

**当組合では今後、加入者皆様へマイナンバーのご提出をご依頼する予定ですので、ご理解ご協力をよろしくお願いいたします。**

## 5 番号制度を詳しく知りたい



社会保障・税番号制度（内閣官房）のホームページをご覧ください。  
 ホームページ内にあるFAQ（よくある質問）もご活用ください。  
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/>

## 問い合わせ先

沖縄県医師国民健康保険組合  
 〒901-1105 南風原町字新川218-9  
 TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089

『三寒四温』…。いよいよ春めいてまいりました。如何お過ごしでしょうか？。インフルエンザの流行も落ち着いてまいりましたが、まだまだ予断を許しません！。体調管理（セルフコントロール）にご留意頂きたいと思います。ところで、この『三寒四温』という言葉…。実は“冬の季語”で、「だんだん暖かくなっていく！」という意味ではなく、「冬の寒い時期に3日程の寒い日と4日程の暖かい日が周期的にやってくる…！」という意味らしいのです。気象予報士の方々も“春先”の意味合いで、『三寒四温』という言葉を使う方が増えているとのこと…。時代の流れとともに、言葉の意味合いも少しずつ変わってくることはよくあることと思われま。ウチナ～的には、「トゥンジー（冬至）ビーサー」、「ムーチー（餅）ビーサー」、「キューショー（旧正）ビーサー」、「ムドゥイ（戻り）ビーサー」、「ワカリ（別れ）ビーサー」…。南国沖縄では、こっちの方が、ぴったりしっくりくるような感じがいたします。

さてさて、会報4月号…。如何でしたでしょうか？。紙面の関係上、“キーワードの羅列”をお許してください！。【表紙】：「メジロと桜 by 上原茂弘先生」～「メジロ＝white eye！」～勉強になりました！。【報告】：盛り沢山の「報告」がございます。まず「印象記」をご一読頂き、それから本文に目を通されると宜しいかと…。【生涯教育】：「炎症性腸疾患 by 金城徹先生」～「難治症例は専門施設へ相談・紹介！」～「病診連携・重要課題！」。【プライマリ・ケアコーナー】：「内視鏡下鼻内手術の進歩 by 山下懐先生」～「手術手技改良・機器改良開発・適応拡大！」～「ESS 恐るべし！」。【インタビューコーナー】：「沖縄救急医療研究会・久木田一朗先生」：「救急要請あればDNARの指示があっても蘇生処置！」～「スパゲティ現象回避！周知徹底！」～「看取り・尊厳死・平穏死・リビングウィル・エンディングノート etc」～「小生的には、延命処置不要！」。【月刊行事お知らせ】：「世界保健デーに因んで by 崎山八郎先生」～「今年のテーマは『糖尿病』：世界の糖尿病

人口＝4億1500万人！」～「重症化して医療機関受診する沖縄県民！健康長寿おきなわ復活祈願！」～「小生的には、『脳トレ・筋トレ・ダイエット！』…。【随筆】：①「チャンプルー文化 by 喜友名朝則先生」～「音声専門外来が必要な県！」～「上を向いて歩こう！（スキヤキソング）～感銘郷愁！」、②「新聞奨学生 by 尾辻健太先生」～「牛丼の神様、ありがとう！」～「学習成長・経験感謝！」。

先日、フェイスブックで『知覚動考』という名言を見つけました。『成功する人のキーワード！』ということで、「知る・覚える・動く・考える」…。『知』＝しる・ち・とも、『覚』＝おぼえる・さとる・かく、『動』＝うごく・どう、『考』＝かんがえる・こう～「知（とも）覚（かく）動（うご）考（こう）」＝『知覚動考（ともかく動こう！）』…。いい感じじゃないですか？。似たような“ポジティブシンキング”の名言に、『やる気より、やること！』、『Do it now!（今すぐやろう！）』、『すぐすれば、すぐ済みます！』、『創めない、と、終らない！』、『すぐやる！必ずやる！出来るまでやる！』、『後からやろうは、この野郎！明日やろうは、バカ野郎！』、『こつこつが勝つコツ！』などがあります。“ポジティブシンキング”と言えば、書家の武田双雲氏と日野原重明先生…。「きょうの健康：3月号（NHK）」で、武田氏が日野原先生と対談した時の“感動と学び”を語っておりました。「夢は、心がワクワクするもの！」、「ワクワクするとエネルギーも湧いてきます！まさに、“湧く湧く（ワクワク）”！」、「日野原先生は、『できない理由』ではなく『できる理由』ばかり集めている！」…。小生的に『できない理由』ばかり集めておりました！。ウチアタイしなから、反省、反省…。

さ～、いよいよ平成28年新年度の始まりです！。強烈なアゲインストの風が吹こうとも、めげずにめげずに、とにもかくにも、ワクワクしながら、『できる理由』を考えて感じて動いてまいりましょう！。合掌…。

広報委員 照屋 勉