

## 会長挨拶



会長 安里 哲好

第207回臨時代議員会(平成28年5月26日)の沖縄県医師会会長選挙に当選し、第208回定例代議員会(6月23日)より第37代沖縄県医師会会長に就任いたしました。ご信任頂きました代議員そして会員の皆様方には、心より御礼申し上げます。

会長就任に際し、3つの基本方針を掲げたいと思います。一番目は、「県民と共に歩む医師会」です。県民の健康保持・増進そして命を守るという同じ目的のため、県民と対等の立場で協力して行動して行きたいと思います。二番目は「地域医療連携の充実」を目指したいと思います。会員の皆様は、地域において日々の診療に従事されています。それが、高度急性期・急性期だったり、回復期だったり、慢性期・維持期そして在宅医療だったりします。それらが、さらにスムーズに連携できる環境造りを進めて行きたいと思います。その延長上に、地域医療構想(病床・医療機能の分化と連携そして地域包括ケアシステムの充実)があると思います。言うまでもなく、地区医師会が地域医療連携そして在宅医療と介護領域との連携(浦添市医師会の活躍をモデルとし、県下に広げる)の要ですので、密なる連携の下に進めて行きたいと思います。三番目は「魅力ある医師会づくり」です。会員にとって、魅力ある医師会を模索し、若い会員が入会しやすいオープンな医師会にし、会員増に取り組みたいと思います。これらが、大きな三つの柱です。

その他の方針として、「おきなわ津梁ネットワーク」を通して、沖縄からの挑戦をしたいと思っています。ご承知のように、65歳未満の死

亡率は全国一高いです。中高年層の早世の阻止と働く世代のメタボ・糖尿病対策を重要な課題とし、5疾病のうち3疾病(脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)のIT医療連携と3疾病の重症化阻止・再発予防を推進して行きたいと思います。

また、「離島へき地医療の充足・充実」は大きな課題です。先日、周産期保健医療協議会で県立北部病院に地域周産期母子医療センター設置を検討し承認されました。念願の門出です。まだ、不十分な点や色々な要望もありますが、皆で支えたいと思います。また、北部医療圏の基幹病院構想の実現をも支援して行きたいと思います。その他の3事業(救急医療体制、小児医療体制、災害医療体制)2疾病(がんと精神疾患の保健医療体制)も中心的・補完的役割を、県・市町村行政や琉球大学そして診療現場の各々の医療機関と連携して担って行きたいと思います。

「琉大医学部・病院の移転」に関しては、同年の御三人の方が発想の起点と聞いていますので、御三人の方が引き続きその地位と情熱とで推進して行って欲しいと切望すると同時に、県行政の強固な支援を頂きたいものです。県医師会で、できることは全力を尽くしたいと思います。

診療所を中心とする「かかりつけ医」が、日々の診療に加え、生活習慣の改善対策や各種検診・予防接種そして学校保健・産業保健等の生涯保健活動を担うと同時に、多職種との連携の下に高齢者の尊厳を保ち、住み慣れた地域で健康に過ごせる社会を作る中心的な役割を担っている

現状を地区医師会と共に支援して行きたいと思  
います。

オール沖縄で展開されている、素晴らしい卒  
後臨床研修システムを保持・発展させ、そして  
「専攻医・専門医を育成し増やせる」環境造り  
を進めて行きたいと思います。また、「少子化  
対策や子育て支援」をサポートして行きたいと  
思っています。

政治との距離について、政権との距離が近す  
ぎると振り回されるし、遠いと拒絶あるいは無  
視されます。医療に関する様々な問題は、政治  
と少し距離のある話もあります。一方、社会保

障の一翼である医療を担う私たちは、政権と完  
全に対峙することも望ましいことではありません  
。県民の健康と命を守るため、政権に対して、  
必要なことは持続的に訴え、理解を求めて行  
きたいと思えます。会務運営に関しましては、役  
職・年齢にこだわらない、活発で明るい創造  
的な理事会運営を進めて行きたいと思えます。

終わりに、県民のため、会員皆様のために一  
生懸命頑張りますので、今後ともご指導・ご支  
援の程よろしくお願い申し上げ、会長就任の挨  
拶といたします。



# 安里哲好新会長選出

## —第 207 回沖縄県医師会臨時代議員会—



去る5月26日（木）午後7時30分より本会館において標記代議員会が開催された。

はじめに、代議員会の正副議長の任期が3月末日をもって満了したため、仮議長に名嘉勝男代議員が選出された。名嘉仮議長より定数の確認が行われ、定数57名全員が出席し、定款28条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。続いて議長選出が行われ、長嶺信夫代議員（那覇市医師会）が選出されると共に、副議長に呉屋五十六代議員（中部地区医師会）が選出された。

その後、議長より議事録署名人として、富名腰義裕代議員、糸数功代議員が指名され、早速選挙に入った。

選挙は、会長候補として、届出順に安里哲好候補、宮城信雄候補、真栄田篤彦候補の3名による投票選挙になった。投票では、真栄田候補

23票、安里候補17票、宮城候補17票となり、投票総数の二分の一を超える票を得た候補者がいないため、上位2名による決選投票を行うことになった。なお、2位の安里、宮城候補の得票数が同数のため、抽選によって定めることになり、くじ引きの結果、安里候補が2位のくじを引き当てた。

これにより、改めて真栄田候補、安里候補による決選投票が行われた結果、安里候補31票、真栄田候補26票となり、新会長に安里哲好氏が選定された。

なお、副会長、理事、監事、裁定委員、日医代議員・同予備代議員についてはいずれも定数内の候補者で、投票によらず選出された。選出された本会役員・裁定委員、日医代議員・同予備代議員は5ページのとおり。

沖縄県医師会役員



会長  
安里哲好



副会長  
玉城信光



副会長  
宮里善次



理事  
稲田隆司



理事  
金城忠雄



理事  
本竹秀光



理事  
藤田次郎



理事  
照屋 勉



理事  
平安 明



理事  
比嘉 靖



理事  
田名 毅



理事  
宮里達也



理事  
砂川博司



理事  
城間 寛



理事  
白井和美



監事  
喜久村徳清



監事  
名嘉恒守



監事  
比嘉耕一

沖縄県医師会新役員

役職名	氏名	
会長	安里 哲好	新
副会長	玉城 信光	再
〃	宮里 善次	新
理事	稲田 隆司	再
〃	金城 忠雄	再
〃	本竹 秀光	再
〃	藤田 次郎	再
〃	照屋 勉	再
〃	平安 明	再
〃	比嘉 靖	再
〃	田名 毅	再
〃	宮里 達也	新
〃	砂川 博司	新
〃	城間 寛	新
〃	白井 和美	新
監事	喜久 村徳清	再
〃	名嘉 恒守	再
〃	比嘉 耕一	新

○任期：平成28年6月23日開催の定例代議員会終結時より平成30年6月開催の定例代議員会終結時まで

沖縄県医師会裁定委員

役職名	氏名	
裁定委員	長 嶺 安 哉	再
〃	大 浦 孝 新	新
〃	仲 本 政 雄	再
〃	喜 屋 武 郁 夫	再
〃	高 橋 健 造	新
〃	重 盛 康 司	新
〃	眞 喜 屋 実 之	再

○任期：平成28年6月23日開催の定例代議員会終結時より平成30年6月開催の定例代議員会終結時まで

日本医師会代議員・同予備代議員

役職名	氏名	
代議員	安里 哲好	再
〃	玉城 信光	再
〃	宮里 善次	新
〃	稲田 隆司	新
予備代議員	金城 忠雄	再
〃	本竹 秀光	再
〃	平安 明	新
〃	田名 毅	新

○任期：平成28年6月25日開催の日本医師会定例代議員会開催日より平成30年6月開催予定の日本医師会定例代議員会開催日の前日まで

# 第 17 回都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会 「地域支援事業等の推進について」



理事 比嘉 靖



去る平成 28 年 3 月 30 日（水）日本医師会館において標記協議会が開催されたので、その概要を報告する。

## 挨拶

日本医師会の横倉義武会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

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、地域包括ケアシステムを構築するため様々な施策が進められている。

本日のテーマである地域支援事業は、市町村が介護予防の取り組みや要介護、要支援状態になった場合でも、住み慣れた地域でくらしの支援をするということを目的として実施される。

今回の連絡協議会は、その中でも特に都道府県医師会、郡市区医師会に積極的に関与していただきたい事業として、在宅医療・介護連携推

進事業と、認知症施策を中心に取り上げた。これらの事業は、平成 30 年 4 月に全ての市町村で実施されることになっている。取組状況はまだまだ市町村間で温度差が非常に強いということがあり、解決をしなければならない問題である。都道府県医師会の担当の先生方におかれては、是非郡市区医師会の担当の先生方に本日の話をお伝えおきいただき、それぞれの市町村で医師会が関与し、地域支援事業が行われるようよろしくお願いいたします。

地域の高齢者を支えるということには、医療と介護の両方が不可欠である。日本医師会としては、こうした事業を通じて、多職種との連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を推進していただきたいと考えている。

よろしくお願いいたします。

議 題

(1) 在宅医療・介護連携推進事業について  
～実施状況及び今後の施策等～

厚生労働省老健局老人保健課の佐原康之課長より、標記事業について以下のとおり説明が行われた。

これまで、医療と介護（福祉）は、それぞれ独立したシステムであり、連携が必要なケースは、現場の関係者の努力で対応してきた。

現在は、後期高齢者の増加に伴い、医療ニーズを多く有する要介護高齢者が増加し、特に、在宅においては、医療サービスと介護サービスを一体的に提供することが必要となっている。

これからは、今後さらに医療と介護サービスが必要な在宅の要介護高齢者が大幅に増加し、現場の関係者の努力だけで対応するには限界があり、要介護度の重い方や末期がんの方など終末期を含めて、在宅療養を選択できる環境づくりとして、「在宅医療・介護連携推進事業」の活用が必要となってくる。

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計によると、2030年までに約40万人の死亡者数が増加すると見込まれているが、看取り先の確保が困難となっており、今後、ターミナルケアをどこで行っていくのか課題となっている。

また、終末期医療に関する調査では、自宅まで最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変した時の対応に不安がある」などが、在宅医療が進まない要因としてあがっている。

国では、地域包括ケアシステムの構築を施策に掲げ、概ね30分以内に必要な医療・介護サービス等が提供される日常生活圏域を単位として、地域コミュニティづくりを進めていくこととしている。

こうした中、在宅医療・介護連携推進事業を進めていくポイントとして、介護保険法の中で制度化されたこと、市区町村が主体となり郡市区医師会等と連携し取り組むこと、平成30年4月には全ての市区町村で実施すること、定められた（ア）から（ク）の全事業項目を実施すること、郡市区医師会等に委託することが可能な

こと、都道府県・保健所は、市区町村・都道府県医師会等の関係団体等との協議や支援を行うことがあげられた。

全国の市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況については、事業項目全てを実施している市町村は44（2.5%）、全く実施していない市町村は348（20.0%）となっており、全国市町村でもばらつきがある。

全国市町村における平均実施数では、福井県、滋賀県、岡山県の順に平均実施数が多く5事業程度を実施している状況である。

人口規模別の実施状況では、小規模な市町村ほど取り組みが遅れている傾向にあることが分かった。

在宅医療・介護連携推進事業を実施する上での課題は、行政と関係機関（病院、医師会、歯科医師会等）との協力関係の構築が難しいという意見が多く挙げられた。

厚労省では、平成28年度予算（案）事業として、市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行うこととしている。

在宅医療・介護連携の取り組みの目的は、終末期を含めた在宅療養を地域住民が選択できる地域づくりであり、そのためには、郡市区医師会と市町村行政が解決すべき連携上の課題について真剣に協議し、役割を分担しつつも一体となって取り組んでいくことが不可欠である。

在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）の取り組みは、あくまでも手段であるが、先進事例において、様々な課題を解決しようとする中で、概ね共通して実施されていた標準的な対策となっている。

在宅医療・介護連携の取り組みは、在宅医療の体制整備と表裏一体であり、郡市区医師会の協力が不可欠であることから、地域の医療・介護関係職種のリリーダーとして地域を引っ張っていただきたい。

**(2) 認知症初期集中支援チーム等について**

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室の水谷忠由室長より、標記について以下のとおり説明が行われた。

平成 26 年 11 月 6 日、認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理大臣より、我が国の認知症施策を加速するため新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示された。

安倍総理大臣の指示を受け、塩崎厚生労働大臣より、新たな戦略の策定に当たり、①医療・介護サービスが有機的に連携、②省庁横断的な総合的な戦略、③本人や家族の視点に立った施策の推進を基本点な考え方として、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）策定された。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）は、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを目的とし、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視の 7 つの柱で構成される。

具体的な展開としては、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施や、かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等、認知症疾患医療センター等の整備など、早期診断・早期対応のための体制整備を実施していくこととしている。

また、認知症の人の介護者の負担軽減を目的とした認知症カフェ等の設置を行い、平成 30 年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の規格により、地域の実情に応じた認知症カフェ等が実施されていくこととなる。

認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取り組みが必要となり、関係省庁の連携はもとより、行政だけではなく民間セクターや地域住民自らなど、様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められており、認知症への対応に当たっては、常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を社会全体で共有していかなければならない。

認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではなく、コミュニティの繋がりこそがその基盤であり、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要となってくる。

認知症への対応は今や世界共通の課題となり、認知症ケアや予防に向けた取り組みについての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進することが必要である。

本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検を行い、医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標のあり方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指していくことが重要である。

**(3) 地域包括ケア構築に向けた医師会と地域支援事業との関わりについて**

日本医師会の鈴木邦彦常任理事より、標記について以下のとおり説明が行われた。

平成 26 年度介護保険法改正では、新しい地域支援事業の全体像として、これまで地域包括支援センターの運営を実施してきた包括的支援事業に、在宅医療・介護連携の推進および認知症施策の推進を位置づけることとされた。

地域包括ケアシステムの構築は、在宅医療・介護連携の推進はもとより、地域医療構想や在宅医療推進、介護施設等の整備など 1 つの施策で進められているものではなく、地域医療構想による病床再編は、その受皿整備とセットで行わなければならない。

在宅医療の推進や介護施設の整備、介護従事者の確保に関しては、都道府県が、地域医療介護総合確保基金を活用して整備していくものとされ、介護保険法の地域支援事業に関しては、市区町村が在宅医療・介護連携推進事業として実施していくものとなる。

在宅医療・介護連携推進事業は、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むものとなっており、8つの取り組みから構成され、それぞれの事業を郡市区医師会等に委託することも可能となっている。

これまでの「在宅医療連携拠点事業」や「在宅医療推進事業」は都道府県が主体となっていたが、平成27年度より順次、「在宅医療・介護連携推進事業」として市区町村が主体となって実施され、平成30年度には全ての市区町村で実施することとなる。

つまり、今後は市区町村が都道府県行政や郡市区医師会と医療について、より関わりを持つことが重要となり、市区町村行政、郡市区医師会が連携体制で地域包括ケアシステムを構築していくためには、都道府県行政や都道府県医師会による支援が不可欠となってくる。

認知症施策の推進については、認知症サポート医として、①かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案や講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー、他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力などの役割が重要となっており、地域における「連携」の推進役を期待されている。

新オレンジプランでは、認知症サポート医養成研修修了者数を平成29年度末までに5,000名と数値目標を掲げているが、今年度末で既に5,000名を超えている状況である。

また、平成27年度より施行された認知症初期集中支援チームの構成員としての要件が改正され、認知症サポート医の要件が緩和された。

認知症が他の疾患と異なる点は、介護サービスで状態が良くなるということがあり、今後、

かかりつけ医が認知症に対応していく上で、介護サービスとの連携が欠かせない状況となってくる。また、かかりつけ医は、鑑別診断やBPSDなどの場合に専門医療機関等へ繋ぐ役割を担うこととなり、それは認知症サポート医による支援が必要となってくる。

日医では、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「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・向上するための研修として、日医かかりつけ医機能研修制度を平成28年4月1日より実施する。

当制度は、3年間で基本研修、応用研修、実地研修の要件を満たした場合に都道府県医師会より修了証書または認定証の発行が行われ、認定された医師は、地域のかかりつけ医として活動し、研鑽を続けていることを示すものとなり、地域住民からより一層の信頼に繋げることができる。

また、まだかかりつけ医を持たない地域住民にとっては、かかりつけ医を持つひとつのきっかけになり得るものと考えている。

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わりを持ちながら、行政・医師会による地域の実情に応じた体制整備として、地域包括ケアシステムの構築にご協力頂きたい。

#### (4) 在宅医療・介護連携推進事業に関する福井県医師会等の取り組みについて

福井県医師会の池端幸彦副会長より、標記事業に関する福井県医師会等の取り組みについて以下のとおり説明が行われた。

##### 1. 福井県在宅医療サポートセンター事業

平成27年度より、(1)情報の収集・発信、(2)在宅医療の実践研修、(3)地域の体制整備支援の三本柱にて事業を展開している。

福井県在宅医療サポートセンター運営委員会を設置し、事務局は医師会内にて業務を行い、オブザーバーとして県職員にも参加いただいている。



当運営委員会には、研修企画 WG、地域支援 WG、啓発・推進 WG を設置し、福井県口腔ケア応援センター運営委員会や各郡市区医師会在宅医療担当理事連絡協議会と連携して事業を展開している。

当該事業にて初めに取り組んだことは、在宅医療の実践状況や課題を把握するための実態調査を行った。

WG では、研修企画 WG にて在宅医療の実践研修の企画立案や運営等を行い、研修会後、地域での在宅医療現場への同行訪問研修を試みたが、受け入れ側の先生や同行の先生の日程や患者の急変対応等が重なり今年度の実績は 0 件となっている。

地域支援 WG では、情報の収集・発信のほか、地域の体制整備支援として、医療材料のデッドストックの解消に向けた共同利用・小ロットでの購入に向けた支援として、平成 28 年 6 月頃より 4 社による実施が決まった。また、次年度より研修用医療器材の貸し出しや、講師派遣、研修企画支援を行っていく予定である。

啓発・推進 WG では、県民向けのフォーラムを実施し、223 名の参加者があった。

## 2. 多職種間で利用可能な ICT 整備事業

平成 22 年より、病病・病診連携に利用するシステムの構築が開始され、平成 26 年 4 月より稼動しているシステムを在宅医療にも応用しようということで、平成 28 年 4 月より在宅ケア機能の運用を開始予定している。

平成 28 年 3 月 1 日時点で、情報開示機関 15 機関、情報閲覧機関：医療機関 184、保険薬局 30、老健施設 2、訪問看護ステーション 19、居宅介護支援事業所 24 の参加となっている。

在宅ケア機能は、直感的な操作、現場の情報のスムーズな共有、地域医療の中での情報共有を特徴としている。

## 3. 認知症対策への新たな取り組み

県より認知症ケア人材育成事業として、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」「かかりつ

け医認知症実践研修（新規）」「認知症サポート医養成研修」「認知症サポート医フォローアップ研修」「病院従事者認知症対応力向上研修」の研修事業等の委託を受け、地域医師会との密接な連携の下、多職種協働の研修体制を取りながら医療人材の育成に努めている。

なかでも新たな試みとして、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者を対象として、認知症の適切な治療やケアが行えるよう、専門的・実践的なフォローアップとして、専門医からの講義や模擬患者・実患者での演習などを交えた研修会を開催した。

また、昨年度より全州市町村において、健康チェックリストによる認知症検診を行い、認知症の早期発見・治療に取り組んでいる。

## 4. 地域支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」への取り組み

平成 26 年度から、全市町に医療・介護連携コーディネーターを配置し、各種事業を実施している。

殆どの市町において、8 項目中 6 項目の事業に着手しているところである。広域連携や 24 時間体制整備の 2 項目は、やはりハードルが高く市町単独での取り組みが難しく、平成 27 年度より県・保健所が支援している状況である。

広域連携では、退院支援ルールの作成を開始し、各保健所圏域ごとに病院・ケアマネ・市町による協議を行い、退院時の情報共有ルールを作成し、今後運用していくこととしている。

## 5. 先進的取り組み事例：坂井地区在宅ケア体制モデル整備事業

坂井地区では、平成 22 年よりモデル事業が実施され、平成 24 年度には「主治医・副主治医制」「後方支援病院制」「ICT による情報共有」など、在宅ケア、医療・介護連携の主要な体制が整備され、在宅医療・介護連携推進事業 8 項目を平成 24 年度には既に実施していた。

坂井地区在宅ケア体制モデル事業は以下のとおり。

1. 在宅医療コーディネーター事業
  - ①在宅主治医・副主治医の紹介
  - ②チームによる在宅医療の調整
  - ③在宅医療移行に関する相談
  - ④地域包括支援センターとの連携
2. 在宅医療・介護に関連する研修の実施
3. 東京大学・福井県ジェロントロジー共同研究協力
  - ① IT を活用した患者情報共有システムの導入
  - ②在宅医療における住民啓発前講座
  - ③医療・介護の情報共有の一体化
4. 在宅医療後方支援システムの体制づくり
  - ①坂井地区内7病院と在宅医療対応診療所との連携強化
  - ②安心連携カード（かかりつけ医と支援病院間で診療情報の共有を行い、緊急入院や検査・処置が必要になった時にスムーズに連携できるカード）の運用と情報共有システムの活用の連携による連携

最後に、社会保障制度全般からみた7つのパラダイムシフトとして、①共助・公助から自助・互助へ、②医療と介護の連携から統合へ、③競争から共生へ、④QOLからQODへ、⑤売り手市場から買い手市場へ、⑥厚労省マターから財務省マターへ、⑦公定価格競争から自由価格競争へ、が示され、医療からみた7つのパラダイムシフトとして、①治し救う医療から、治し支える医療へ、②出来高から包括化へ、③病院から在宅へ、施設から地域へ、④病院完結型医療から地域完結型医療へ、⑤ストラクチャー・プロセスからアウトカムの時代へ、⑥競合より協調、⑦社会福祉法人、医療法人、営利法人の仁義なき戦いが示された。

在宅医療・介護連携促進の課題としては、「縦割り行政の弊害」「公的予算措置事業の弊害」「国・県・市町村の位置関係」「ストラクチャー・プロセスの重視」「国民・県民・市民目線の弱

さ」「画一的人事異動」「行政マンの悲哀」が指摘され、在宅医療・介護連携を促進していく秘訣として、「地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪」「連携三部作のすすめ」「多職種連携のすすめ」「情報の一元化」「先進的取組事例の利用」「地域特性を活かす」「認知症は絶好のチャンス」と提言された。

**(5) 指定発言：在宅医療ケアを全国で推進するための医師会の役割**

四国医療産業研究所長・日本医師会総合政策研究機構客員研究員の櫃本真聿氏より、標記について以下のとおり指定発言が行われた。

地域包括ケアの目指し共有すべきイメージが十分に議論されておらず、目的があいまいなままでミッションの明確化・共有化が進まない。医療・介護の目指す方向を明確化・共有化することが郡市区医師会の大きな役割となってくる。

高齢者（障害者）を社会的弱者に追い込まず、地域を支える社会資源として活用する地域づくりをミッションとし、重要な社会資源「元気高齢者」の育成支援を行っていくと良いと考える。

また、その人らしい生活を実現するための多職種連携の基盤づくりや、多機関・多職種が目的達成に向けて協同する体制づくり、かかりつけ医は相談者として地域にアウトリーチし、国民全てが生活に身近なかかりつけ医を持つことが重要となってくる。

かかりつけ医が相談者としてアウトリーチし、生活支援していくことになるが、それを実現するには、かかりつけ医が、かかりつけ歯科医や薬剤師、ケアマネ等のかかりつけネットワークをマネジメントし、元気高齢者の育成支援等を行っていくことが重要となる。

在宅医療ケアを全国各地で推進するためには、「元気高齢者（障害者）の育成支援」をミッションに掲げ、かかりつけ医と地域ネットワークを最重視した中で、日本医師会の全国ネットワークにより、全国展開が可能な標準スタイルを提案し実践していく必要があると考える。

特に、地域医師会が主導となり、地域行政と協働して、かかりつけネットワークを構築し、多機関・多職種連携のプラットフォームを設置することが必要となり、その効果として、地域行政から地域医師会への信頼度の向上や、かかりつけ医及び多職種等、各々の肉体的・精神的負担が軽減され、住民の心構えの醸成による行政からのアプローチの限界をサポートできるようになっていく。

日本医師会・都道府県医師会はぶれずにミッションを掲げて、従来の垂直的關係から水平的關係へとシフトし、地域医師会の直接支援による地域行政との連携強化支援を基盤として、あるべき地域包括ケアシステムを全国展開すべきである。

## 印象記

理事 比嘉 靖

平成 28 年 3 月 30 日、日本医師会にて第 17 回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会「地域支援事業等の推進について」が行われた。

まず、厚生労働省老健局老人保健課長より、在宅医療・介護連携推進事業と実施状況及び今後の施策についての説明が行われた。今後、要介護高齢者が大幅に増加し、現場の関係者の努力だけで対応するには限界があり、「在宅医療・介護連携推進事業」の活用が重要である。本事業の全国市町村における平均実施数では、福井県、滋賀県、岡山県の順に平均実施数が多く、人口規模別の実施状況では、小規模な市町村ほど取り組みが遅れている傾向にあり、行政と関係機関（病院、医師会、歯科医師会等）との協力関係の構築が難しいという意見が多く挙げられているとの事であった。在宅医療・介護連携の取り組みには、郡市区医師会の協力が不可欠であり、地域の医療・介護関係職種のリーダーとして地域を引っ張っていく牽引役として期待されていた。

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長からは、認知症初期集中支援チーム等について説明が行われた。認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではなく、コミュニティの繋がりこそがその基盤であり、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要となってくるとの話であった。

日本医師会の鈴木邦彦常任理事からは、地域包括ケア構築に向けた医師会と地域支援事業との関わりについて説明があり、その中で、地域包括ケアシステムの構築は在宅医療・介護連携の推進はもとより、地域医療構想や在宅医療推進、介護施設等の整備など 1 つの施策で進められているものではなく、地域医療構想による病床再編は、その受皿整備とセットで行わなければならない、市区町村行政、郡市区医師会が連携体制で地域包括ケアシステムを構築していくためには、都道府県行政や都道府県医師会による支援が不可欠との事であった。

認知症については、今後、かかりつけ医は介護サービスとの連携上、欠かせない存在であり、鑑別診断や BPSD などの場合に専門医療機関等へ繋ぐ役割を担うこととなり、これには認知症サポート医による支援が必要不可欠であるとのことであった。日医では、地域住民から信頼される「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・向上するための研修として、日医かかりつけ医機能研修制度を本年 4 月 1 日より実施しており、その効果に期待したい。

先進事例として福井県医師会の池端幸彦副会長より、在宅医療・介護連携推進事業に関する福井県医師会等の取り組みについて説明が行われた。

福井県在宅医療サポートセンター事業の事務局は県医師会内にあり、オブザーバーとして県職員も参加しており、各郡市区医師会在宅医療担当事連絡協議会と連携して事業を展開しているとの事であった。その他には、地域での在宅医療現場への同行訪問研修の試みや、地域の体制整備支援として、医療材料のデッドストックの解消に向けた共同利用・小ロットでの購入に向けた支援についての試みについて説明があった。多職種間で利用可能な ICT 整備事業については、平成 22 年より病病・病診連携に利用するシステム開発が始まり、平成 26 年 4 月より稼動している。このシステムを在宅医療にも応用し、平成 28 年 4 月より在宅ケア機能の運用を開始している。沖縄県での「おきなわ津梁ネットワーク」とほぼ同じ進捗状況と思われた。認知症対策への新たな取り組みとしては、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」「かかりつけ医認知症実践研修(新規)」「認知症サポート医養成研修」「認知症サポート医フォローアップ研修」「病院従事者認知症対応力向上研修」の研修事業等の委託を受けている事以外に、新たな試みとして、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者を対象とした、専門的・実践的なフォローアップとして、専門医からの講義や模擬患者・実患者での演習などを交えた研修会を開催しており、昨年度より全県市町村において、健康チェックリストによる認知症検診を行い、認知症の早期発見・治療に取り組んでいるとの事であった。この面に関しては沖縄県の対応の遅れを痛感した。地域支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」への取り組みについては、殆どの市町において、8 項目中 6 項目の事業に着手しているが、広域連携や 24 時間体制整備の 2 項目は、やはりハードルが高く市町単独での取り組みが難しく、県・保健所が支援しているとの事であった。広域連携では、退院支援ルールを作成を開始し、保健所圏域ごとに病院・ケアマネ・市町による協議を行い、退院時の情報共有ルールを作成し、今後運用していくそうだ。保健所も巻き込んだこの方法も当県でも検討されるべきと思われた。福井県内での先進的事例として坂井地区在宅ケア体制モデル整備事業が紹介され、「主治医・副主治医制」「後方支援病院制」「ICT による情報共有」など、在宅ケア、医療・介護連携の主要な体制が整備され、在宅医療・介護連携推進事業 8 項目を平成 24 年度には既に実施しているという事であり、今後は当県としても参考にするべき事例であると考えられる。

最後に、四国医療産業研究所長・日本医師会総合政策研究機構客員研究員の檀本真幸氏より、指定発言：在宅医療ケアを全国で推進するための医師会の役割について以下のとおり指定発言があった。

地域医師会が主導となり、地域行政と協働して、かかりつけネットワークを構築し、多機関・多職種連携のプラットフォームを設置することが重要であり、その効果として、地域行政から地域医師会への信頼度が向上するはずで、日本医師会・都道府県医師会はぶれずにミッションを掲げ、地域医師会の直接支援による地域行政との連携強化支援を基盤として、あるべき地域包括ケアシステムを全国展開すべきであるとの事であった。これについては今後の医師会の役割を端的に述べた内容で、その重要性を痛感させられた内容であった。

# 平成 28 年度都道府県医師会 広報担当理事連絡協議会



理事 本竹 秀光



去る 4 月 21 日（木）、日本医師会館において開催された標記協議会について、その概要を報告する。

## 挨拶

石川常任理事の司会進行のもと、横倉会長（代理：中川副会長）より次の通り挨拶があった。

## 中川副会長

開催の前に 4 月 14 日に発生した熊本地震災害で被災された方へお見舞い申し上げますと共に日本医師会も被災地域の要望に基づき全力で支援するのでご協力お願い申し上げます。

本連絡協議会は平成 25 年 3 月以来約 3 年ぶりの開催となる。その間にも我々の医療を取り巻く環境は大きく変化している。新たな専門医の仕組み、控除対象外消費税、医療事故調査制度等の問題の他にも昨今では医療を所管する厚生労働省以外の省庁からも医療にめぐる様々な

提案がなされるなど課題が山積している。

我々はこれらの将来に対して国民安全の医療に資する政策か、公的医療保険により国民皆保険を堅持できる政策かという二つの判断基準を下に是々非々対応するとともに必要に応じて記者会見を行い、日本医師会の考えを説明しているが会員の先生方からは日本医師会の考えが十分に伝わっていない等の意見があり、改めて広報活動の難しさを痛感している。

日本医師会の活動を国民に理解してもらう為に更に組織強化を図る為にも広報の役割は今後益々重要になると考えている。全国から集まってきた広報担当理事の先生方には高い見識の下、引き続き意見を伺いたい。

また、国民から信頼される医師会のイメージ作りと会員に向けた正確で迅速な情報発信に対する絶大なるご支援、ご指導をお願いしたい。

本日は電通総研の奥津哉メディアイノベーション研究部部長より「スマホファーストな若者

たち世代別に見たコミュニケーション行動の変化」と題して国民のコミュニケーション行動の変化に伴いどのような広報手段が有効であるかなどについてご講演頂く。是非参考にし日頃の広報活動に活用頂きたい。

**講 演**

(1) スマホファーストな若者たち～世代別に見たコミュニケーション行動の変化～  
 奥 律哉 電通総研メディアイノベーションラボ統括責任者・メディアイノベーション研究部部长

新聞、雑誌、ラジオ、テレビのマスコミ4媒体の時代から、現在はマスメディアと個人が相互に発信・受信する時代になっている。

特に、テレビに加えてPC・携帯やスマホ・タブレットなどの普及、有料チャンネル・有料画像視聴等のサービスの多様化、更にミドル・シニアと若者との間にあるメディアリテラシーのギャップ等によって頼りにするメディアは40代を境に大きく異なってくる。その中でも、特に地上波テレビはほぼ全ての層において頼られる存在であり、メディア利用パターンが多様化する中で、広くメッセージを伝えられるという意味では価値がある。

また、若者にとってのニュースとは自分の趣味や生活に密着した出来事。ニュース≠世の中の出来事ではない。若者は身の回り3mの事にしか興味がない。若者にとってのニュースは趣味・家族・恋人・友人の範囲になり、政治・世間・社会は全く他人事という世代である。

この様な状況の中、いよいよ18歳からの投票選挙権が与えられる。彼らは一体どこに投票するかが注目を集めている。これからは情報特性に留意し、宣伝広報をしていく事が重要になっていく。

**質疑応答**

**質問①**

日本医師会としてTwitterやFacebookをだす場合もよっぽど工夫しないと見てくれないのか。

**回答①**

Facebookは名義がはっきりするので、興味がある方は見るが、興味のない方に認知度を広げるのは難しい。

Twitterは発信すれはうまくいくかもしれないが、すごく狭い固定のお客様に絆的な情報しか発信しないので興味のない方には届かない。一番はマスメディアの方がいい。そこから動く動線を見つけないと難しいと思う。

**質問②**

従来通り地上波のマスコミのリーチがいいが、どの程度したらよいか。

例えば30秒のCMを何回か放送するだけでもリーチできるのか。

**回答②**

少なくともテレビと言われるもののリーチは90%以上ある。そこにCMを放送する、例えば同じCMを3回ぐらい見て関心を持ち、店頭に行ってそのCMの缶ジュース等を買ったりする。あまり過剰に同じCMを流すとしつこいとのクレームもある。

また、1つのキャンペーンでどのくらいの視聴率の合計(GRP)を一通りするとCMを見た人の比率が全体に対して何%と分かってくる。それは個別によって変わってくる。

**質問③**

CM以外の方法としては色々な番組に積極的に出た方が良いのか。その方法も有効か。

**回答③**

もちろん有効である。番組に出られる事は内容そのものが伝えられるし、固定の時間番組に出演できれば、その番組を楽しみにする方もいるので固定客も狙える。

**質問④**

LINEスタンプみたいに、日医のスタンプを作るとそれなりに知名度はあがるか。

回答④

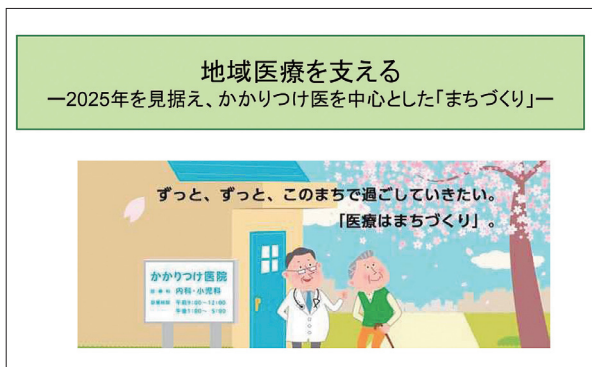
キャラクターが可愛いというだけで、若者達はよってくる。今は各地でゆるキャラが人気なのでキャラクターの役目を決めて作れば良いと思う。

報 告

日本医師会の報告について (石川 広己 常任理事)

広報活動が大変難しい曲面にある。将来の人口推移 (65 歳以上 : 75 歳以上) の社会保障が難しい時代に地域包括ケアシステムを各地で議論し、また地域医療計画という難題を地域で進めている。

2025 年の地域包括ケアの姿を都道府県医師会・地区医師会を中心に行っている事を一般の方に伝えるのが中々難しい。それに財政的にも難しい状況であるが地域医療を支える -2025 年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」- のイラストを新聞広告に掲載している。



日本の広報活動の現状

○主に対外向けの広報

日医提供の BS 放送番組、日医 TV-CM、定例記者会見・定例記者懇話会、新聞を使った意見広告・突出し広告、「日本医師会赤ひげ大賞」、「心に残る医療」体験記コンクール、生命を見つめるフォトコンテスト、日本医療小説大賞等

○主に対内向けの広報

日医ニュースの発行、日医インターネットニュースの発行、理事会速報の作成 等

■日医提供 BS 放送番組 あかひげのいるまち BS-TBS 毎週金曜午後 8 時 54 分～

地域に根差した現代の「赤ひげ」と呼ぶべき医師達をその地域の風光明媚な景色とともに紹介

■日医 TV-CM

財政が厳しい状況ではあるが、幅広い年齢層の方々に見ていただけるよう、昨年末から今年 3 月にかけて、地上波を中心に放映を行った。

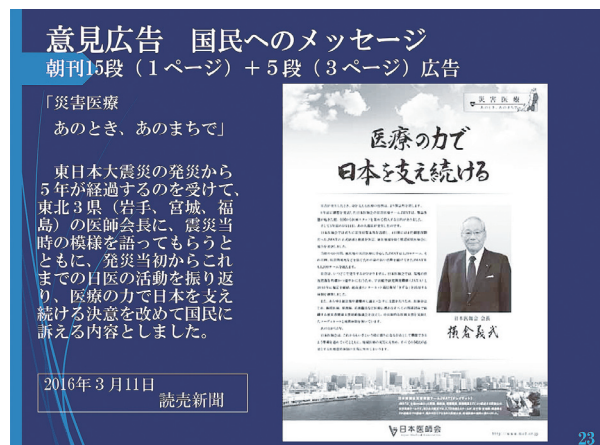
地上波の番組はいずれも高視聴率を獲得し、多くの国民に見てもらおうという目的は達成することができた。

今後も、予算の制約はあるが、できるだけ視聴率のある地上波の番組で、CM を放映していきたいと考える。

■意見広告 国民へのメッセージ

シリーズ「これからは、医療と介護でまちづくり」では、初めての試みとして、下 5 段に製薬企業の広告を入れ、日医の金銭的な負担はなく、意見広告を掲載した。

このようなやり方には、さまざまな意見もいただいているが、日医の財政状況が厳しい中で、今年度も同様の方法で意見広告を掲載していきたいと考えている。



(2016 年 3 月 11 日 読売新聞)



■新聞突き出し広告

調査結果からも明らかなように、花粉症など国民に身近な事項や、ジカ熱などニュースで大きく取り上げられたテーマに関しては、国民の関心・評価も高いと言える。

今後も「医療の専門家集団」ならではの切り口で、健康情報の提供や注意喚起を行っていきたいと考える。

**新聞の突出し広告**

朝日・読売・産経新聞 朝刊  
親しみやすい動物の絵柄を用いて読売（月3回）、朝日・産経（月2回）それぞれ掲載。国民に対して、主に健康情報の提供、注意喚起を行っています。

**読売**

冬場に多い転倒事故  
思わぬ大ケガに注意

**朝日**

入園・入学前に  
予防接種をお忘れなく！

**産経**

おたふくかぜ  
大人も感染注意

また、今年度からの新たな試みとして、より多くの方々にも見ていただけるよう、発行部数の多い、地方紙（河北新報、静岡新聞、中日新聞、中国新聞、西日本新聞）にも掲載していくことを考えている。

■新たな広報活動機内誌を利用した広告 「日本の赤ひげ空からの便り」

一定時間機内に拘束されること、1カ月間機内に置いてもらえることなどから、じっくり読んで頂けると考え掲載したが、地域経済活性化支援機構から、掲載した地域への支援の申し出があったり福岡の高校からは、試験問題に使わせて欲しいといった申し出があるなど反響が見られた。

掲載料が高いという問題もあるが、今後も、有効な広報手段の一つとして、利用していく価値はあると考えている。

**機内誌広告「日本の赤ひげ 空からの便り」**

本年5・6・7月の3カ月限定で、日本航空（JAL）の機内誌「SKYWARD」へ掲載。各地域の医師の活動を紹介するとともに、日本の医療制度のすばらしさや、かかりつけ医を持つことの意義などを国民に訴えるものとなりました。

日本医師会海外でどう評価されているか

国	医師数(人)	人口(万人)	医師/人口(1万人あたり)
日本	238,000	127.0	1,874
米国	350,000	312.0	1,125
英国	250,000	61.0	4,100
フランス	200,000	65.0	3,077
ドイツ	180,000	82.0	2,195
イタリア	150,000	60.0	2,500
中国	100,000	137.0	729
インド	50,000	121.0	413
ブラジル	30,000	201.0	149
韓国	20,000	47.0	426
台湾	10,000	23.0	435
香港	5,000	7.0	714
シンガポール	2,000	5.0	400

**新聞の突出し広告**

朝日・読売・産経新聞 朝刊  
読売（月3回）、朝日・産経（月2回）掲載。国民に対して、主に健康情報の提供、注意喚起を行っています。

**読売**

**朝日**

**産経**

**機内誌広告「日本の赤ひげ 空からの便り」**

本年5・6・7月の3カ月限定で、日本航空（JAL）の機内誌「SKYWARD」へ掲載。各地域の医師の活動を紹介するとともに、日本の医療制度のすばらしさや、かかりつけ医を持つことの意義などを国民に訴えるものとなりました。

日本医師会海外でどう評価されているか

国	医師数(人)	人口(万人)	医師/人口(1万人あたり)
日本	238,000	127.0	1,874
米国	350,000	312.0	1,125
英国	250,000	61.0	4,100
フランス	200,000	65.0	3,077
ドイツ	180,000	82.0	2,195
イタリア	150,000	60.0	2,500
中国	100,000	137.0	729
インド	50,000	121.0	413
ブラジル	30,000	201.0	149
韓国	20,000	47.0	426
台湾	10,000	23.0	435
香港	5,000	7.0	714
シンガポール	2,000	5.0	400

(JAL 機内誌 本年5月・6月・7月)



■日本医師会赤ひげ大賞

受賞者はBS フジで放送される特別番組「密着！かかりつけ医たちの奮闘～赤ひげ大賞受賞者～」で紹介する他、都道府県医師会からご推薦いただいた受賞者以外の候補者の先生に関しても、日医提供番組の「赤ひげのいるまち」で紹介をしている。

本賞は、都道府県医師会の推薦により成り立っているものである。今年度第5回目からは対象年齢の年齢制限を撤廃し、より広くご推薦いただけるようにした。先生方には、ぜひ、候補者推薦へのご協力をお願いしたい。

対象者は、病を診るだけではなく、地域に根付き、その地域のかかりつけ医として、生命の誕生から看取りまで、さまざまな場面で住民の疾病予防や健康の保持増進に努めている医師。

■日医ホームページ

①日医 on-line の新設(ニュースポータルサイト)

本年度は、日医広報委員の助言を受けながら、ホームページをより見やすくするため、プレスリリース、日医白クマ通信、日医ニュースをまとめたポータルサイト「日医 on-line」を10月より立ち上げた。

②ミニ解説コーナーの設置

診療報酬の改定率決定を年末に控えた平成27年12月に日医ホームページのトップに「私の払っている医療費ってどうなっているの？なるほど診療報酬！」のコーナーを設置。診療報酬の仕組みを分かりやすく説明している。

今後もさまざまなテーマを取り上げていきたいと考えている。

■日医キャラクターの白クマ

昨年度まで日医のキャラクターとして使用していた「赤いハートの鼻をもつ白いクマ」は、平成14年1月に意匠登録を行い、広報ツールとして使用してきたが、日医が完全に権利を持っているわけではなかったことから、日医ニュースなどにも自由に掲載することができない状況が続いた。

この状況を打開のため制作者と交渉を続けてきたが、条件が折り合わず、本年3月末をもって、デザインを制作者に返却しました。

については、各医師会の発行物等で、本キャラクターのご使用は控えていただくようお願い申し上げます。

■終わりに

医師会の活動を国民に理解してもらうとともに、医師会の組織強化を図るためには、今後ますます広報の役割が重要になってくる。

今後も引き続き、記者会見や意見広告、テレビCM等、あらゆる広報手段を使って、日医の考えや主張を国民に訴えていく。

また、広報委員会の提言にもありましたが、全国統一したテーマにより、都道府県医師会と共同した形での広報も展開していきたいと考えているので、引き続き、ご支援ご協力をお願いしたい。

広報委員会審議報告

野津原 崇 日医広報委員会委員長

本委員会は、会長諮問委員会という位置付けではないが、平成26年10月16日の第1回委員会より、「日医を国民に理解してもらうための方策」並びに「日医の組織強化に向けた方策」の2点について広報の視点から何ができるか、また何が必要なのか検討を行った。

検討にあたりまず、国民が日医に対してどのようなイメージを持っているのかを把握する必要があると考え、(株)電通の協力の下に、「日本医師会イメージ形成要因調査」を実施した。

本調査からは日医という組織について、国民は何となく知ってはいるが、詳細は分からないという状態にあり、情報がほとんどない中で、数少ない報道や昔のイメージ等により、日医に対して、利権を守る圧力団体と言った負のイメージを持っている人が多くいることが明らかとなった。

しかし、日医の活動を認知していればいるほど、信頼度が高まっているという傾向も見られ、

今後は、日医の活動を国民に知ってもらうための広報がますます重要であると実感した。

本委員会ではこの調査や日医の広報情報課で行った、日医会員意識調査の結果等を参考にしながら検討を行い広報委員からの提言を取り纏めた。

(1) 日医という組織を国民に理解してもらうために

- ① 広報テーマを全国統一化する
- ② 世論形成に強い影響力を持つ方々を活用する
- ③ 広報に専門家の意見を取り入れる
- ④ 若手医師の意見を参考にする
- ⑤ 国民の関心事に注意を払う
- ⑥ テレビの活用を更に進める
- ⑦ 意見広告にも工夫を凝らす
- ⑧ 新たな広告手段を活用する

(2) 日医の組織強化に向けて

- ① 日医紹介の冊子を作成する
- ② 人とのつながりをアピールする
- ③ 会費の使われ方について説明する
- ④ 入会促進に向けた広報を行う

(3) 日医の広報活動の現状に対する検証

- ① 日医ニュースの活字の変更
- ② 日医ホームページに日医 on-line の創設
- ③ JAL の機内誌 SKYWARD への意見広告

今回の提言では委員会委員の総意として、財政的に厳しい状況においても広報の予算の拡大を図ることを強く要望し、今回の提言の結びとする。

## 質疑応答

### 質問①：効果的な県民への広報方法

日本医師会が電通や博報堂などを使って広報手段を研究していることについては承知しているが、都道府県医師会が各県民へ向けての広報のプランや手段などの説明や研修会を都道府県医師会や市郡地区医師会向けに開催してほしい。

### 回答①：日医回答

各県で事情が異なるので、その辺りの事をよく分かっている各県にある広告代理店に相談した方がよいと思う。本日の電通の講演もこの趣旨に合っていると考える。

日医としても引き続きこのような機会を設けたいと思っているが、各ブロックでも広報の集まりをもって頂きたい。

### 質問②：要望

日本医師会が、医療の発展や国民の健康を守るために活動していることをもっとアピールするような広報活動をお願いしたい。

### 回答②：日医回答

日医に対する国民の信頼を高める為にも、日医の活動をより国民に広く知って頂く事は重要な事であると考えている。特にコストパフォーマンスも考えながらより良い高作を探していきたいと思う。

### 質問③：日本医師会・各都道府県医師会の医学生に対しての広報活動の取組みについて

勤務医・研修医の医師会への入会をすすめるために、医学生に対して医師会への理解を深め、医師会活動等の広報をすることが必要と考えている。

現在ドクターゼの発行は理解しているが、他に何か都道府県医師会で活動している事例の紹介をお願いしたい。

ちなみに現在、私達医師会では医師会の講演会に医学生にも参加してもらうように働きかけている。

### 回答③：日医回答

医学生に対して日医ではドクターゼの発行に加え、平成 25 年からは医学生と日医役員交流会等を開催している。

昨年からは日本医師会赤ひげ大賞の表彰式に応募のあった学生を招待している。

**回答③ (A 県)**

前期研修医のオリエンテーションを行っている。240 名中 190 名の参加がある。

医学生に対しての取組みは、会長・副会長が大学へ行き授業の 1 コマをもらい、医師会の活動について説明をしている。

**回答③ (B 県)**

男女共同参画の一環としての取組みで、若手医師のキャリアデザインを考える会を 2 大学へ毎年行っている。また、NHK 番組で行っているドクター-G をクイズ形式で行い上位入賞に医師会から商品をあげている。

研修医を対象に医学会を開催し、症例報告のポスター発表をさせ、一番良かった上位 5 名に賞金をあげている。

**回答③ (C 県)**

医学生に対して 5 年生の成績優秀な方 2 名に奨学賞をスチューデントドクター認証式に会長から授与し、会報にも優秀な 2 名の医学生を写真付きで掲載している。

医学生に対して医師会の取組みについて説明を行っている。

新臨床研修医の歓迎会を、県知事、附属病院・研修病院の院長を招待しレセプションを行っている。

**回答③ (D 県)**

医学会総会を年 2 回行っている。初期研修医のポスターを評価し最優秀賞 1 名・優秀賞 2 名へ賞金をあげている。

県知事、医学部長、附属病院・研修病院の院長や指導医を招待し研修医歓迎レセプションを、県医師会館で行っている。

大学へ会長・担当役員が行き、初期臨床研修医オリエンテーションの中で医師会の活動について説明をしている。

**回答③ (F 県)**

医学部の学生、研修医、医師会役員で定期的な交流会を行っている。

会長が大学へ行き、講義の 1 コマをもらい地域医療等の問題点など学生に講義をしている。

**回答③ (G 県)**

研修医へのウェルカムパーティーを行っている。ウェルカムパーティーは 2 部構成で 1 部は医療の現状等の講演、2 部でウェルカムパーティーを行っている。

**その他追加質問**

**質問④**

熊本県の地震に対して地元新聞へ日医の広報活動を掲載した方がいいのではないか。

例えば避難生活をする中での注意事項や、JMAT の活動等を今広報すると効果的ではないか。

**回答④：日本回答**

3.11 の東日本大震災の時に避難所での身動きがあまりとれない状態の方が多くおり、その時に小さなパンフレットを作成した。

今回、日医から避難所に向けてエコノミー症候群や廃用症候群にならないための予防方法を分かりやすく図式した小パンフレット（ポケットガイド）を熊本県医師会に配布予定をしている。

**統 括**

**松原 謙二 副会長**

テレビで熊本の状況を見ると、とても胸が痛むところである。その中で JMAT を中心に九州の先生、都道府県の先生にご協力頂いている事に感謝申し上げる。

本日は、電通総研の奥氏に若者の傾向について講演頂いたが、思い起こせば UNIX から MS-DOS に変わりそしてホームページが作られ、その時にはもう世の中が変わっていたのではないかと思う。それまではとにかくテレビが王様で新聞テレビこそがマスコミの中心にあり、新聞テレビをどのように活かすかという事が今の若者との考え方が違う。

ホームページができてそのホームページを土台として iPhone、スマートフォン、タブレット

が若者たちによって使われるようになり、タブレットはあらゆるテレビ番組や映画が見られる。

また、若者たちは Facebook 等とかで社会的コミュニケーションをとる事を奥氏から説明を頂いたが、やはり世の中は急速に変わってきていると思う。

その中で私達が専門的にどこの部分にどの様にテレビを使って広報活動をしていくか等を検

討していかななくてはならない。これまで医師会長会議等でも広報は戦略を立てるべきだと言われているので、先生のお力もあり、より良い広報ができるようご指導ご協力の方よろしく願いたい。

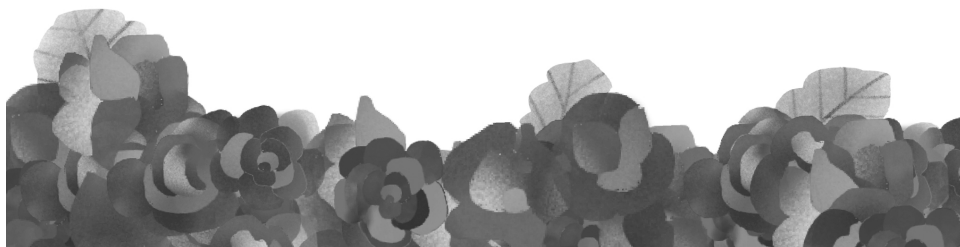
最後に石川常任理事より、本日参加へのお礼が述べられ会が閉じられた。

## 印象記

理事 本竹 秀光

平成 28 年度都道府県医師会広報担当理事連絡協議会が 3 年ぶりに日本医師会館で開催された。4 月 14 日に発生した熊本地震の直後で、冒頭、横倉会長（代理：中川副会長）は熊本地震災害で被災された方へお見舞い申し上げると共に日本医師会も被災地域の要望に基づき全力で支援するのでご協力お願い申し上げると挨拶された。

これまで、日本医師会は国民から信頼される医師会のイメージ作りと会員に向けた正確で迅速な情報発信のために新聞やテレビを中心に広報活動を行ってきたが、携帯、スマートフォンが急速に普及している現在、情報発信の方法を見直す必要性と言う観点から、電通総研の奥律哉メディアイノベーション研究部部長による特別講演「スマホファーストな若者たち世代別に見たコミュニケーション行動の変化」が行われた。氏によるとこれまでは情報を新聞、雑誌、テレビ、ラジオなど、一方向から得ていたシニア時代と PC、携帯、スマホなどから双方向の情報を得る能力ある若者世代との間には明らかなギャップがあり、40 才代を境にして、シニア世代は政治や社会情勢を一般にニュースと考えているが若者にとってニュースとは自分の身の回りの出来事であり、ニュース＝社会情勢ではないと述べていることが印象的であった。討論の中で若者への広報の方法として face book や twitter などの活用についての質問がなされたが、電通総研の奥氏は、いまのところ地上波を利用した CM が効果的だとの見解であった。しかし、メディアリテラシーを有するスマホファーストの若者たちがいずれシニア時代になると、現在と異なった広報活動にパラダイムシフトする必要があると予想される。



## 九州医師会連合会第 353 回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る 4 月 9 日（土）、長崎市において標記常任委員会を開催したので、その概要を下記のとおり報告する。

### 報 告

#### 1) 日本医師会選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員について（長崎）

当選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員については、去る 2 月 6 日の第 352 回常任委員会において協議したところ、選出方法を明確にした方が良好として、選出方法については九医連会長・副会長預かりとなっていた。

については、会長・副会長で調整の上、九医連の当番順で以下のとおり選出することに決定し、平成 28 年期については熊本県、福岡県より選任していただき、日医へ報告した。

#### ※選出方法

平成 28 年期（28 年・29 年） 熊本県 福岡県  
 平成 30 年期（30 年・31 年） 鹿児島県 佐賀県  
 平成 32 年期（32 年・33 年） 宮崎県 沖縄県  
 平成 34 年期（34 年・35 年） 大分県 長崎県

#### ※平成 28 年期

〔日本医師会選挙管理委員会委員・2 名〕

1. 前田 利為 先生（熊本県）
2. 大木 實 先生（福岡県）

〔同予備選挙管理委員・2 名〕

1. 飯星 元博 先生（熊本県）
2. 池園 洋 先生（福岡県）

#### 2) 故 坪井榮孝元日本医師会長「お別れ会」開催に伴う九医連会への対応について（長崎）

去る 2 月 9 日、元日本医師会長の坪井榮孝氏のご逝去され、去る 3 月 27 日に地元福島県で開催された「お別れの会」に九医連として弔電と生花を敬供した。又、来る 4 月 19 日に日医で開催される「お別れの会」にも弔電と生花を敬供し弔意を表すことにしている。

### 協 議

#### 1) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議及び九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員協議会（6 月 4 日（土）長崎市）について（長崎）

標記諸会議並びに関連諸会議の日程について下記のとおり決定すると共に、主な協議事項並びに協議内容について確認した。

日 程：平成 28 年 6 月 4 日（土）

於 ホテルニュー長崎

- (1) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期会長合同会議  
15：00～16：00
- (2) 九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員協議会  
16：10～17：30
- (3) 九州ブロック日医代議員（含・次期）連絡会議  
17：40～18：30
- (4) 懇親会  
18：40～20：30

主な協議事項及び内容

(1) 九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について

- ①理事 2名 → 熊本県 佐賀県
- ②裁定委員 1名 → 沖縄県
- ③その他

監事については、日本医師会長の所属するブロックから監事を選出しないとの申し合わせがなされていることから、監事は引き続き中四国ブロックから選出していただくことを確認した。

(2) 平成 28 年度・29 年度における日本医師会代議員会の諸委員について

- ①議事運営委員 1名 → 大分県
- ②財務委員 2名 → 大分県 沖縄県

(3) 第 137 回日本医師会定例代議員会 (6 月 25 日・土) 開催に伴う九州ブロック (次期) 日医代議員連絡会議の開催について

当該事項については、協議事項 3 で検討。

(4) 第 138 回日本医師会臨時代議員会 (6 月 26 日 (日)) における質問者 (ブロック代表質問及び個人質問) について

6 月初旬に担当の長崎県で取り纏め、九医連会長、副会長、議事運営委員で調整し代表・個人質問を選定することになった。

(5) 日本医師会次期会長候補者の推薦について  
本件については、昨年 11 月に開催した常任委員会並びに臨時委員総会において横倉会長を推薦することに決定したが、盤石な体制を整うべく新日医代議員が集う 6 月 4 日の九州医師会連合会常任委員・九州ブロック次期日医代議員協議会において再確認を行うことになった。

(6) 日本医師会次期役員等候補者の推薦届出と都道府県医師会選出日医代議員への文書による協力依頼等について

担当の長崎県において協力依頼文書等を準備することになった。

2) 九州ブロック日医代議員 (含・次期) 連絡会議 (6 月 4 日 (土) 長崎市) について (長崎) 標記連絡会議について、下記のとおり開催することに決定した。なお、委員による報告は各 20 分、質疑は 5 分とすることを確認した。

日 時 平成 28 年 6 月 4 日 (土)  
17:40 ~ 18:30

場 所 ホテルニュー長崎

日医委員会報告

- ①救急災害医療対策委員会  
大木 實 委員 (福岡県)
- ②医事法関係対策委員会  
高原 晶 委員 (長崎県)

3) 九州ブロック (次期) 日医代議員連絡会議の開催 (6 月 24 日 (金)・25 日 (土)・26 日 (日) 東京都内及び日医) について (長崎)  
今回の代議員会は役員改選を伴う代議員会となることから、前日 24 日 (金) の夕方と、代議員会当日の 25 日 (土)・26 日 (日) に下記のとおり九プロの連絡会議を開催することになった。

①日 時 平成 28 年 6 月 24 日 (金)  
18:00 ~ 20:30

場 所 第一ホテル東京  
4F・プリマヴェーラ

日医役員選挙に関するブロックの対応及び連絡事項等の確認や他ブロック推薦候補者の挨拶を受ける。

②日 時 平成 28 年 6 月 25 日(土)・26 日(日)

09:00 ~

場 所 日本医師会館

九州ブロック控え室

代議員会に関する各種連絡事項等の確認を行う。

4) 平成 28 年度 (第 38 回) 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議 (7 月 1 日 (金)・長崎市) について (長崎) 標記合同会議について下記のとおり長崎県医師会の担当で開催することが確認された。

期 日:平成 28 年 7 月 1 日 (金)

場 所:ホテルニュー長崎

日 程:

1) 平成 28 年度九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議

17:00 ~ 18:20

2) 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長意見交換会

18:30 ~ 20:30

5) 平成 30 年全国学校保健・学校医大会及び九州ブロック学校保健学校医大会、九州学校検診協議会 (年次大会) を併せて開催する方法 (案) について (鹿児島)

平成 30 年度は、鹿児島県医師会が全国並びに九州ブロックの担当県、又、九医連の当番県になることから、全国学校保健・学校医大会と九州ブロック学校保健・学校医大会を兼ねて開催したいとして提案があり了承された。

## お 知 ら せ

### 暴力団追放に関する相談窓口

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

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

#### ●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受 付 月曜日～金曜日 (ただし、祝祭日は除きます)

午前 10 時 00 分～午後 5 時 00 分

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

FAX (098) 869-8930 (24 時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

.....悩まずに今すぐご相談を (相談無料・秘密厳守!)

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

# 第8回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション



理事 田名 毅



## 第8回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション

日時：平成28年4月8日（金）19：00～21：00  
場所：沖縄県医師会館（3F・ホール）

### 会次第

司会：田名 毅（沖縄県医師会理事）

1. 開会 沖縄県医師会副会長 玉城 信光
2. 挨拶 沖縄県医師会会長 宮城 信雄  
 沖縄県知事 翁長 雄志  
 群星沖縄群 仲程 正哲  
 女性医師部会 依光 たみ枝
3. 沖縄県医師会医学賞（研修医部門）表彰式
4. 沖縄県医師会への入会率について 田名 毅
5. 乾杯 RyuMIC 群 垣花 学  
 ～歓談～
6. 新研修医紹介  
 ①沖縄県立北部病院、②沖縄県立中部病院、③沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、④沖縄県立宮古病院、⑤琉球大学医学部附属病院、⑥北部地区医師会病院、⑦那覇市立病院、⑧沖縄赤十字病院、⑨中頭病院、⑩中部徳洲会病院、⑪浦添総合病院、⑫ハートライフ病院、⑬大浜第一病院、⑭沖縄協同病院、⑮南部徳洲会病院、⑯豊見城中央病院
7. 研修医代表挨拶 県立病院群 幸喜 絢子  
 ～歓談～
8. 閉会 沖縄県医師会副会長 安里 哲好

毎年恒例となった沖縄県医師会研修医歓迎レセプションが4月8日に開催された。私が進行をつとめ、左記の会次第に沿って会を進行した。新研修医148名（2名欠席）、各病院・研修群の指導者、医師会関係者、行政からの来賓の方々など含めて、総勢260名余りと多くの参加者があり、大変晴れ晴れしい華やかな会になった。

今回は翁長知事にもご参加いただいた。研修医の皆さん向けに沖縄方言での自己紹介の方法を教えていただいた際は会場も盛り上がった。知事が退席する前には全研修医と一緒に記念撮影をすることも出来た（上記写真参照）。ご挨拶いただいた当会の3名の役員の方、仲程先生、依光先生、乾杯のご発声をお願いした垣花先生からは、それぞれ研修医向けにあたたかい励ましの言葉があった。研修医代表として県立中部病院の幸喜先生からは、これからはじまる臨床研修を精一杯頑張る信頼される医師を目指しますと力強い言葉があった。

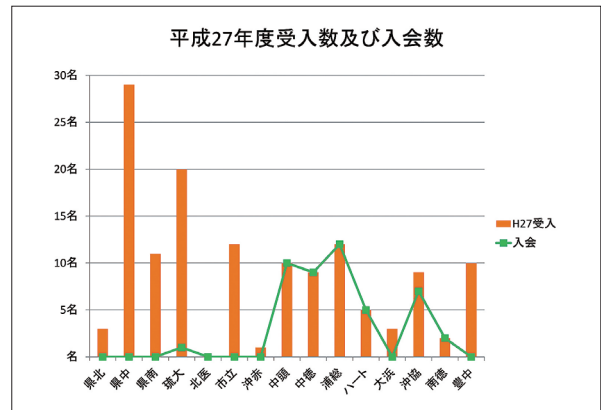
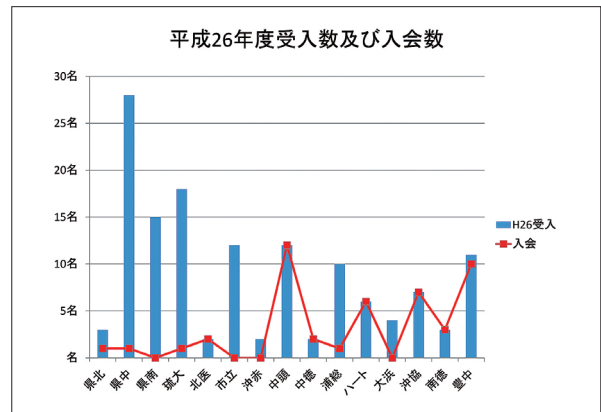
毎年恒例の各病院毎の研修医紹介を兼ねた余興は、今年も創意工夫して行われていた。今年は事前に「研修医らしい出し物」をお願いしたいと指導者に伝達したことが功を奏したの



報 告

か、品よくまとまった出し物が多かった印象をもった。

今回司会の立場ではあったが、各病院の研修医の医師会入会率のデータを紹介した（図参照）。沖縄県医師会では本レセプションをはじめ、新入生シミュレーショントレーニング、県医学会総会における研修医賞の授与、レジナビフェアなど沖縄県における研修医育成に貢献しようと取り組んでいる。現在、新研修医の先生方も入会金（2千円）は必要だが、2年間会費は無料になっており、日本医師会雑誌、沖縄県医師会報を入会後送付することで医師会の諸事業への理解を深めてもらおうとしている。研修医の先生方が医師会に関心をもってくれるかどうかは、各病院・研修群の指導者、事務方の医師会に関する考え方、研修医への説明のあり方で変わると考える。入会率が低い病院におかれましては、是非次年度の調査で入会率がアップするように取り組んでいただきたいと思います。



挨拶する宮城信雄会長



挨拶する翁長雄志県知事



挨拶する仲程正哲臨床研修病院群プロジェクト群星沖縄理事長・院長会議 議長

**研修医代表挨拶**

**沖繩県立中部病院 初期研修医 幸喜絢子先生**



皆さま、こんばんは。県立中部病院、初期研修医の幸喜絢子と申します。

本日は、沖繩県内の新研修医1年目、総勢150名がここに一同に

会するというとても貴重な機会をつくって頂きまして、本当にありがとうございます。このような場を提供して頂いた沖繩県医師会の皆さまには大変感謝申し上げます。

150名の同期、新研修医の皆さま、こんばんは。初めましての方も多と思います。この中には、私のように沖繩生まれ沖繩育ちの方も多くいるでしょうし、大学から、あるいは初期研修から沖繩に来たという方も多くいるかと思えます。同期全員が集まることのできる機会は今日が最初で最後だと思えます。今月から沖繩で共に働く仲間になったというこの縁を大切に、これからの2年間を共に仲良く皆で乗り切っていくためにも、今日は研修先病院の垣根を越えてぜひ交流を深めましょう。

さて、この会場の中にはすでに病院での本格的な研修が始まった方がいるかと思えます。私のように、すでに目の下にくまができている方もいるかと思えます。毎朝の採血をはじめとした、ある意味、患者さんの体を傷つける医療行為、学生時代の病院実習とは全く異なる大きな責任感、緊張感。1期上である2年目の先輩方

のはるかに遠く感じる背中、己の未熟さ、無力感などを毎日実感しながら研修をしています。

このようにまだまだ私たちは微力な存在ですが、今、我々が尊敬し憧れている先輩方が通った同じ道を、ここにいる同期の皆でお互いに助け合い、切磋琢磨しあい、各研修先の先生方の教えを受けながら着実に歩み、1日でも早く沖繩県の医療に貢献できる医師へと成長したいと思っております。

※当日レセプションに参加いただいた研修医の先生3名にインタビューを行いましたので、以下のとおり紹介します。

**沖繩県立宮古病院 森脇 段先生**



質問1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

以前ラグビーをしていたことがあり、プレイ中によく怪我をして整形外科に通っていました。怪我で自分の体を思うように動かせないことに大変ストレスを感じましたが、その分治ったときの喜びはとても大きかったです。整形疾患に限らず、病気を抱えている状態というのはそれだけでストレスだと思います。医師はそんなストレスを解消、軽減させて、人を笑顔にさせることができるやりがいのある職業だと感じ、医師を目指しました。



挨拶する依光たみ枝女性医師部会長



沖繩県医師会医学賞(研修医部門)代表挨拶 第120回最優秀賞 伊数晴香先生



乾杯の挨拶 垣花学琉球大学医学部附属病院医師キャリア支援センター長

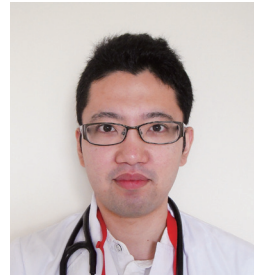
**質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？**

医師の仕事をして思ったことは、医師は自分で決定する力が求められるということです。目の前の患者さんに対して何をすべきなのか、自分の力で決定できるだけの知識、経験、そして分からないことを正しく調べる能力を臨床研修を通して磨いていきたいです。宮古病院を選んだ理由は色々ありますが、1番は純粹に宮古島に住みたいと思えるほど好きだったからです。せっかく研修病院を自由に選べるのですから、日本最南西端の研修病院であろうと行くことに抵抗はなかったです。平日は仕事に集中し、休日は島の自然に癒されながら充実した研修生活を送れています。

**質問 3. 将来はどのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。**

シンプルですが優しい医師です。患者さんは多かれ少なかれ不安を抱えて来院されているはずです。たとえ自分がどれだけストレスを抱えていたとしても、患者さんに優しく接し、患者さんの気持ちを理解しようと努めることができる医師でありたいと思います。ただ、もちろん優しいだけでは医療はできないので、患者さんを診る実力もしっかりと磨いていきたいです。

**那覇市立病院 勝連英亮先生**



**質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。**

私の記憶は西表島の診療所から始まります。島民や看護師さんから信頼される父の姿を見ているうちに、幼い頃から医師に憧れを持ちました。

高校生になってもその憧れは衰えず、医師になるという決意を固めました。

**質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？**

適切な指導と教育が欲しいです。今はプレゼンをしっかりとできるように勉強し、それに対するフィードバックを頂いて日々成長できるようにしたいです。

那覇市立病院はそういった面で優れていると思いますし、医局の雰囲気もよかったので選んで頂きました。

**質問 3. 将来はどのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。**

地域のおじいおばあと触れ合いながら、何か1つ speciality を持ち、患者さんの全身を診ることのできる医師になりたいです。



沖縄県立北部病院



沖縄県立中部病院



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

ハートライフ病院 初期研修医 1年目

太田沙也加先生



**質問 1. 医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。**

幼少時に夜間救急を受診した際、弱っている自分とは対照的にはつらつ堂々と働く医師

や看護師をみて、医療従事者に憧れるようになりました。そのなかでも医師は決断を委ねられることが多く責任重大で、やりがいのある職業だと思い目指すようになりました。

**質問 2. 医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？**

研修医として勤務させていただいて1週間経ちます。本当に何も出来ず落ち込む日々ですが、臨床研修を通して、病院外で医師が必要な場面

に出くわしたときにその人の命を救うための必要最低限のことができる力を早く身につけたいと思います。

私がハートライフ病院を選んだ理由は、研修医の先生や指導医の先生が穏やかで、垣根なく楽しそうにしているのをみて雰囲気の良い病院だと思ったからです。また、私は初期研修先として救急を学べる病院に行きたいと考えており、ハートライフ病院の救急科を見学させていただいたときに上級医が研修医や学生を熱心に指導していたのをみてハートライフ病院で研修したいと思いました。

**質問 3. 将来はどのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。**

患者さんに安心感を与えることができる医師になりたいです。そのためには勉強をして知識を増やしていくことはもちろんですが、真摯に患者さんと向き合い、日々感謝の気持ちを忘れずにいたいと思います。



琉球大学医学部附属病院



北部地区医師会病院



中頭病院



浦添総合病院



中部徳洲会病院



豊見城中央病院

# 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

## 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)

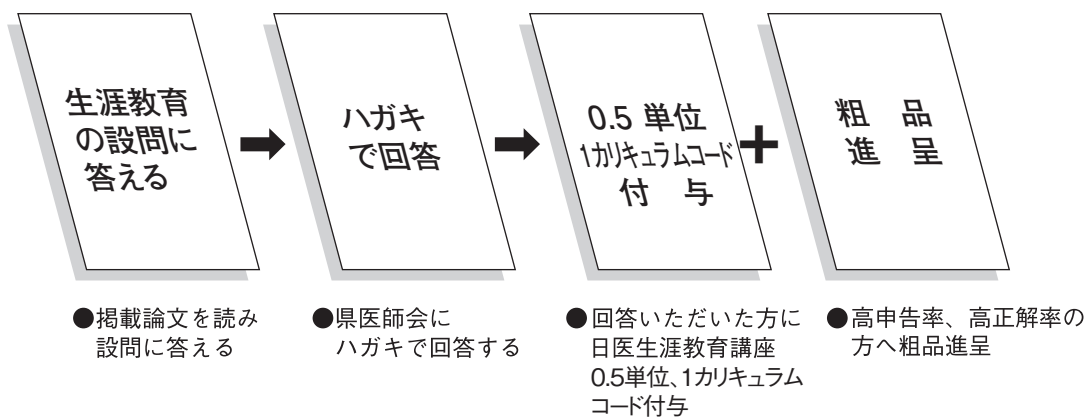
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

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



# 高度肥満症と2型糖尿病に対する外科治療の現況

医療法人おもと会 大浜第一病院 外科

稲嶺 進、桃原侑利、平良済、仕垣幸太郎、高江洲享、上原英且、大城淳

## 【要旨】

肥満人口の急激な増加と肥満に関連するさまざまな疾患の治療法として胃縮小術や胃バイパス術などの肥満外科手術が世界的に急増している。肥満外科手術は胃または胃と小腸に解剖的変異を加えるもので高い減量効果が急速に認められ、しかもその効果が長期に持続することに加え、2型糖尿病、脂質異常症、高血圧症等の併存疾患にも高い治療効果があることで注目されている。特に2型糖尿病に対する治療効果が高く、肥満そのものではなく2型糖尿病の治療を目的としたメタボリックサージャリーという概念が出現した。耐糖能が急速に改善するメカニズムはまだ解明されていないが、どのような患者にどのような手術をするべきかの指標も徐々に提示されつつあり今後の基礎研究、臨床研究の発展から目が離せない分野である。

## 【はじめに】

先進国、途上国を問わず肥満人口は急激に増加している。肥満は糖尿病、脂質異常症、高血圧症、脂肪肝、悪性腫瘍、下肢静脈瘤、婦人科疾患、整形外科疾患など多くの疾患と関連し患者個人の健康上の問題だけでなく高騰する医療費にも関連し重大な社会問題ととらえることもできる。肥満症の原因は遺伝的素因にエネルギー摂取過剰に運動不足などが加わることであり考えられているが、ストレスや腸内細菌叢など様々な要因が複雑に絡まっておりいまだ有効な治療法は確立されていない。食事指導や運動療法で短期的に減量を得ることはできるが、多くの場合体重の再増加、いわゆる「リバウンド」を経験する。しかも減量前よりも体重が増えてしまうことも稀ではない。肥満症に対する外科治療は1950年代にアメリカで始まり、様々な術式が開発されては淘汰されてきた。1990年代からは腹腔鏡手術が肥満外科手術へ適応され、その低侵襲性により手術合併症が減少してくると欧米を中心に手術件数は急増していっ

た。21世紀になると日本を含むアジアでも導入が進んでいった。2014年には腹腔鏡下スリーブ状胃切除術が施設基準付きではあるが保険適応となり注目されているがその施行数は極めて少ない。その原因はこの外科治療への認知度が低いことに加え安全に施行できる知識と技術を有する外科医が少ないことだと思われる。本稿では、何かと誤解されることが多い肥満外科手術の国内外の現況について解説する。

## 【肥満外科手術とは】

高度肥満に対する外科治療を海外ではBariatric surgeryと呼ぶことが多い。Bariatricとは体重を意味する“baros”と治療を意味する“iatrike”からの造語であると言われbariatric surgeryを直訳すると「体重治療手術」ということになる。本邦では定まった適切な訳はなく「減量手術」、「肥満手術」などと呼ばれることが多い。減量手術は腫瘍などの量を減らす手術として使われることも多く本稿では「肥満減量手術」と呼ぶこととする。肥満減量手術は体重を減らすこと自体や整容性の



改善を主な目的としているのではなく、過体重に関連する様々な健康障害を改善させることを目的としているため美容整形で行われているような「脂肪吸引」などの手術とは目的も方法も異なる。過剰な体脂肪を直接除去することは一切せず、「胃と小腸に外科的変更を行う」ことによって結果的に体脂肪の減少と関連疾患の改善を得る治療法である。

**【肥満減量手術の歴史】**

肥満減量手術は1950年代に米国で開始された。はじめは栄養吸収を抑える目的でJI Bypass (Jejunoilial bypass 空腸回腸バイパス) が開発されたが肝障害やブラインドループ症候群、高度栄養障害などの副作用のため行われなくなった。1965年にはMasonらによりGastric bypass (胃バイパス) が開発された<sup>2)</sup>。これは胃を縮小することで食物の摂取量を制限することと、食物と小腸の接触する長さを少なくすることによる栄養吸収量の制限を加えるものであった。(図1)その後様々な改良が加えられ現在はRoux en Y Gastric bypass (ルーワイ胃バイパス) となっているが50年あまりを経た現在でもこの手術は肥満減量手術のgold standardとして世界的には最も多く行われている。胃バイパス術より簡便な手術としてVertical Banded Gastroplasty (垂直胃形成術) という小腸に変更を加えない胃縮小術が1980年代に開発された。一定の減量効果をもとめたものの胃バイパスに比較して減量効果に乏しいこととリバウンドの多さが問題とな

り徐々に行われなくなった。また、栄養吸収を大きく阻害するものの、JI Bypassのようなブラインドループを作らない術式としてイタリアのScopinaroらによってBiliopancreatic Diversion (BPD 胆膵路変更術) が開発された。これも改良が加えられ胃の大弯側を切除し小弯側に胃管を作成、十二指腸と空腸を吻合するDuodenal switch (十二指腸変更術) が開発された。また、より安全な手術を求めて消化管の切離や吻合を一切行わないAdjustable gastric banding (調節性胃バンディング術) が開発された。そして21世紀になり胃の大弯側を切除して胃を縮小する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の有用性が報告され今に至っている<sup>1)</sup>。

**【現在行われている主な術式】**

現在ほとんどの肥満減量手術は腹腔鏡下に行われており腹部を大きく切開することはない。(図2) 肥満外科手術は食物摂取を減らすために『胃の容量を少なくする』だけの方法と、摂取した栄養の吸収量を減らすことを目的として『小腸にバイパス付加する』方法が行われている。前者には①腹腔鏡下調節性胃バンディング術Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB)、と②腹腔鏡下スリーブ状胃切除術Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG)がある。LAGBは胃上部に締め具合を調節できるバンドを巻いて食物摂取の量を術後にも調節できるようにしたもので、LSGは胃の大弯側の大部分を切除して細長い小弯側胃管を作成す

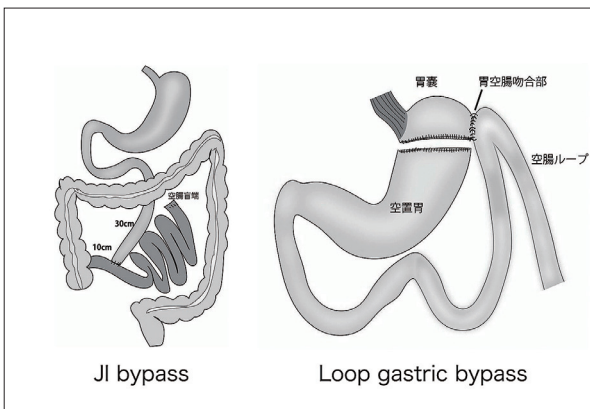


図1. 空腸回腸バイパス (JI bypass) と Mason のループ胃バイパス



図2. 腹腔鏡手術の様子  
写真は3Dカメラシステムで手術をしている



るものである。また、後者には腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス術 Laparoscopic Roux en Y Gastric bypass (LRYGB) と腹腔鏡下スリーブ状胃切除術+十二指腸空腸バイパス Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Duodenojejunal Bypass (LSG-DJB) がある。これらは、患者の状態や治療目的によって使い分けられる。(図3)

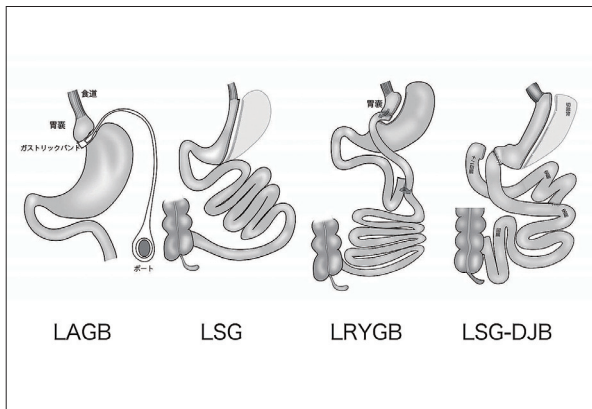


図3. 日本で施行されている主な術式のシェーマ

【世界の動向】

国際肥満外科連盟の調査によると1998年に4万件余りだった肥満減量手術は2000年代に入ると徐々に増加し2013年には約47万件が行われた。(図4) 現在もっとも多く行われているのはLRYGB(バイパス)でLSG(スリーブ)が続く。LSGは10年前にはほとんど行われていなかったが急速に増加してLRYGBに迫っている。LAGB(バンド)は簡便で安全性が高かったため、かつてはかなり施行されたが減量効果が低いことと長期合併症が目立つことなどから現在では少数派である。開腹による肥満減量手術は腹腔鏡手術に比較して安全性が低く、減量効果も低いため現在ではほとんど行われていない<sup>3)</sup>。

【肥満減量手術の長期成績】

肥満減量手術の成績はさまざまな側面から評価されるが、もっとも分かりやすいのは体重減少の量と期間がどれくらい得られたのかという指標である。枚挙に暇がないほど多くの報告があるが、スウェーデンで前向きに行われているSOS studyが有名である<sup>4)</sup>(図5)。病的肥満症患者を外科治療群(バンド、胃縮小術、胃バイパス術)と内科治療群に分けて、治療後長期に

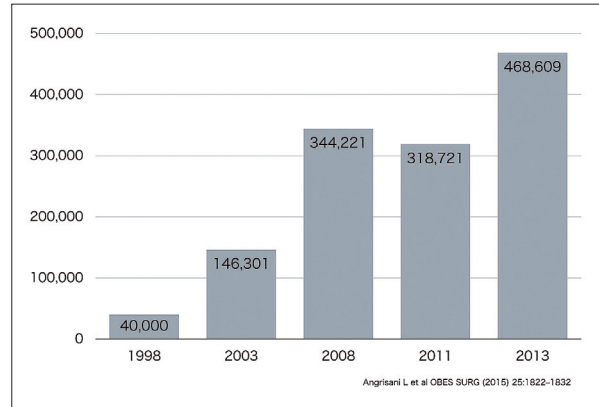


図4. 世界の肥満減量手術施行件数の推移

わたって追跡し体重と予後等を調査している研究である。コントロール(内科治療群)は長期的にはほとんど体重減少が得られていないのに対し、外科治療群は術式の差はあるものの15年の長期にわたり体重減少が得られている。特に胃バイパス術の減量効果が高く、術前の体重の30%程度の減量が長期に得られている。また、体重が減ることだけでなく2型糖尿病、脂質異常症をはじめとした様々な肥満関連合併症が改善することも関連して生命予後が著明に改善したという報告が多い。(図6)

【日本における肥満減量手術】

本邦での肥満減量手術は1980年代に千葉大学の川村らによって始められた<sup>5)</sup>。開腹による胃バイパス術と胃縮小術が行われたが、本邦では病的肥満症患者が少なかったこともありほとんど普及しなかった。1990年代半ばから腹腔鏡手術での肥満減量手術がアメリカで始まり、2002年には笠間らにより本邦で初めて腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス術(LRYGB)が行われた。2005年からは大分大学の北野らにより腹腔鏡下調節性胃バンディング術(LAGB)が本邦へ導入された。2006年には腹腔鏡下スリーブ状胃切除術(LSG)が国内で初めて行われた<sup>6)</sup>。2007年には減量のみではなく強力な抗糖尿病効果を求めて腹腔鏡下スリーブ状胃切除術に十二指腸空腸バイパスを付加する世界でも新しい概念の手術であるスリーブバイパス(LSG-DJB)が笠間らにより開発され良好な成績が報告されている<sup>7)</sup>。胃バイパス術では通常の胃カ

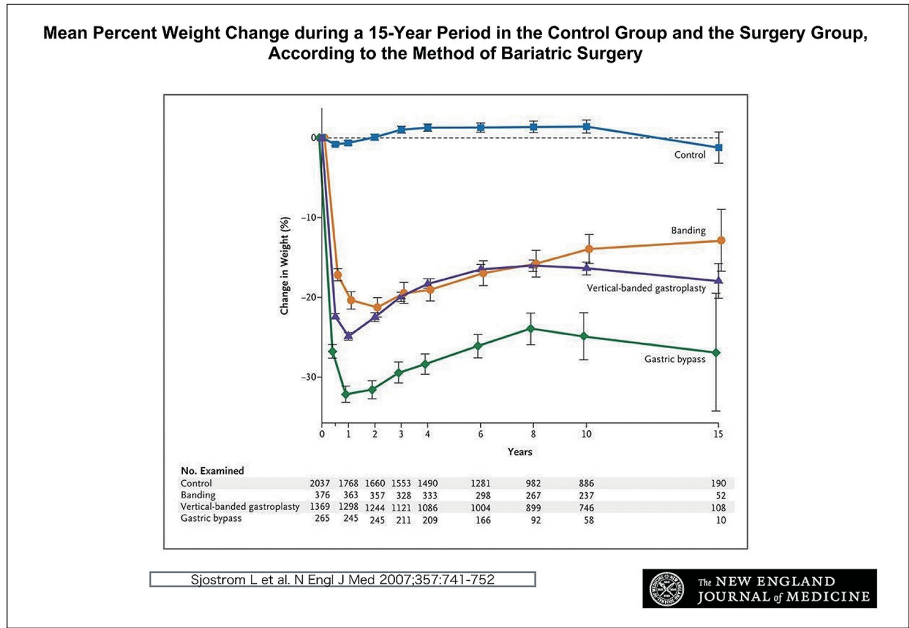


図 5. 肥満減量手術の体重減少率の長期成績

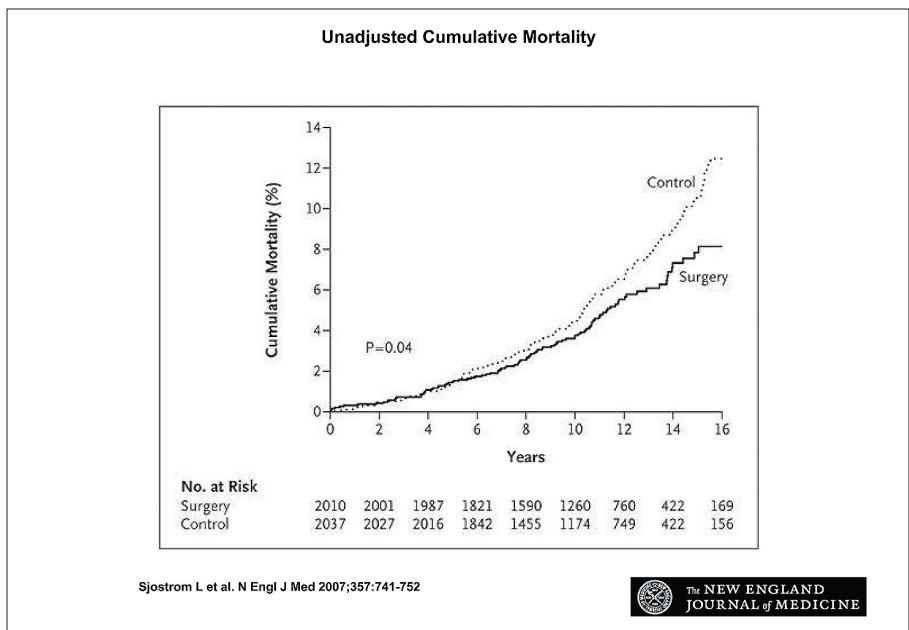


図 6. 肥満減量手術後の長期生命予後は非手術群より良好である

メラでの残胃観察が不可能であるため、胃癌の多い本邦においては胃癌の発見の遅延の可能性が指摘されていた。LSG-DJBでは胃カメラで観察できない胃を残すことがないだけでなく、幽門が残るのでダンピング症候群が少ない、吻合部狭窄や吻合部潰瘍が極めて少ないといった特徴を有するが手術の難度が高く施行できる施設は限られている。これらの肥満減量手術は保険が適応されなかったため自費での治療を行うか、大学病院などのように研究費で賄うなどを

していたが、2014年には腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) のみが施設基準などの条件付きではあるが保険適応となった。日本内視鏡下肥満・代謝手術件数は徐々に増加し2014年には年間250件を越えたが2015年はほとんど横ばいであった<sup>8)</sup>(図7)。術式の内訳は保険適応となっている腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) が79%と突出して多く、スリーブバイパス (LSG-DJB) 14%、胃バイパス (LRYGB) 4%、調節性胃バンディング術 (1%)、その他

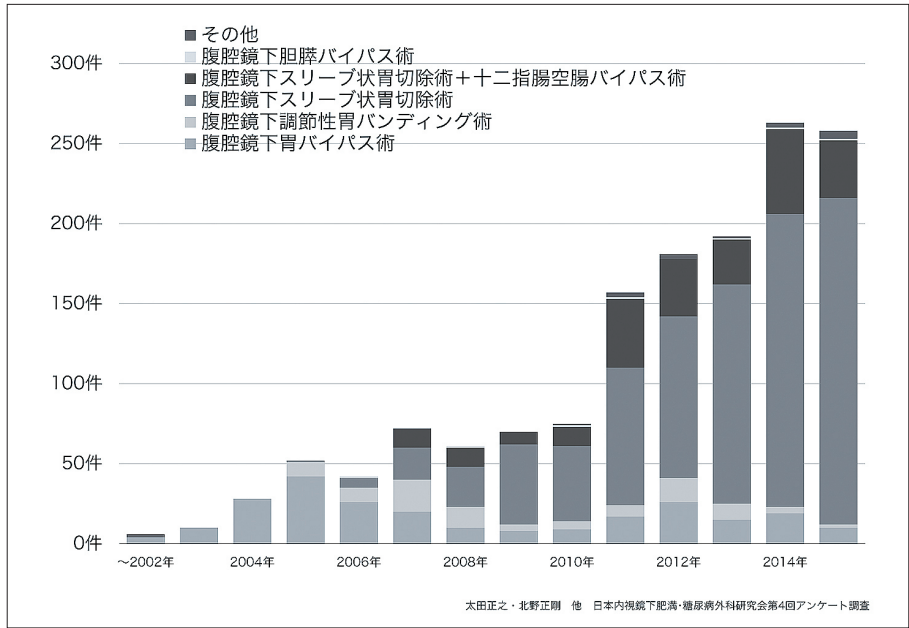


図 7. 日本の肥満減量手術件数の年次推移

2%となっている。(図 8) 保険適応となっていないスリーブバイパスや胃バイパスは抗糖尿病効果が極めて強いため糖尿病治療を主目的とした患者で適応された可能性があると思われる。

本邦における術式ごとの減少体重の長期成績をみると、胃バイパス術が 40kg 前後、スリーブ状胃切除術が 35kg 前後、スリーブバイパスが 32kg 前後、バンドが 20～30kg 程度で推移している。術式により差はあるものの長期的に効果が持続していた。(図 9) 各々の患者の初診時の体重には大きな差があるため、体重減少値だけでは客観的な治療効果の比較が困難である。そのため、治療前の体重の何パーセントの減量が得られたかを示す『総体重減少率；Percent Total Weight Loss (% TWL)』や過剰体重の何パーセントが治療後に減少したかを示す『過剰体重減少率；Percent Excess Weight Loss (% EWL)』が肥満減量手術の効果を計る指標として広く用いられている。本邦における % EWL は胃バイパス術が 75～65% 程度、スリーブバイパスが 70% 前後、スリーブ状胃切除術が 65% 程度で術後 5 年間推移していた。調節性胃バンディング術は % EWL が 50% 程度で他の術式に比較して体重を落とす力は若干弱かった。(図 10) また、術式別の合併症に関しては胃バイパス術が 25.3% と最も高

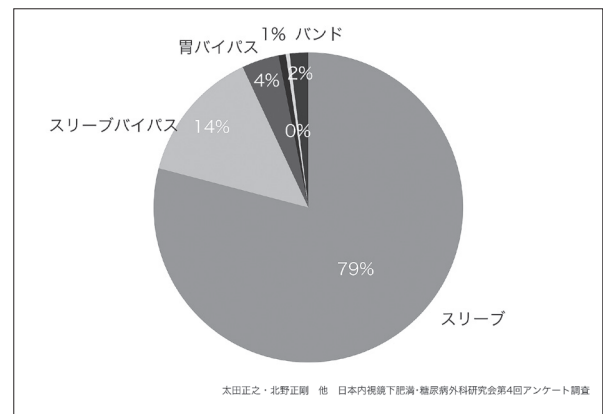


図 8. 日本における肥満減量手術の術式の内訳 (2015 年)

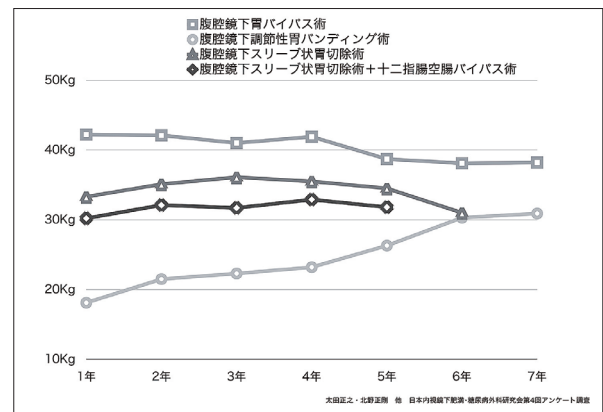


図 9. 日本における減少体重の術式別推移

く胃バンディングの 12.1%、スリーブ状胃切除術の 8.5%、スリーブバイパス 9.7% と続いた。(表 1) 胃バイパスのみが突出して高い理由は、腹腔鏡下肥満外科手術が始められた 2000 年代初頭には同術式しか存在しなかったために当時

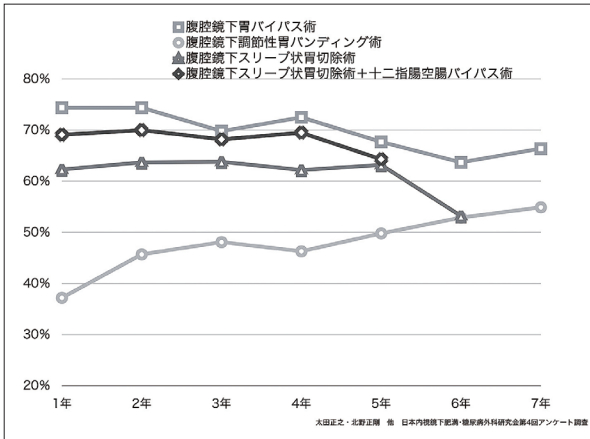


図 10. 日本における過剰体重減少率の推移

表 1. 術式別手術合併症率

	胃バイパス (n=233)	パンティング (91)	スリーブ (n=854)	スリーブバイパス (m=220)
合併症総発生率 (%)	25.3	12.1	8.5	9.7
術中合併症 (%)	0.4	0	0.2	0

の技術的な未熟性が影響している可能性があると思われる。

次に、本邦で唯一保険適応となった腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) の長期成績に触れてみる。図 11 の棒グラフは本邦で最も多くの肥満減量手術を行っている施設のデータである。179 例に LSG が施行され、術前平均 120.4kg であったものが徐々に体重減少が得られ術後 3 年には平均 78.8kg であり 4 年目以降は若干のリバウンドが認められている。同じ患者群での全体重減少率 (% TWL) をみると術後 1 年から 5 年まで約 35% の体重減少が維持されている<sup>9)</sup>。(図 12) 以上のことから日本人におけるデータでも LSG は平均 40kg の減量、平均 35% の全体重減少率 (% TWL) を長期に得ることが可能であった。

【沖縄県における肥満減量手術】

筆者らは 2004 年、本邦で 2 番目となる腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス術 (LRYGB) を導入し 2016 年まで 59 例の肥満減量手術を経験した。手術適応は日本肥満症治療学会ガイドラインに基づいて、18 歳から 65 歳、内科治療抵抗性の 1

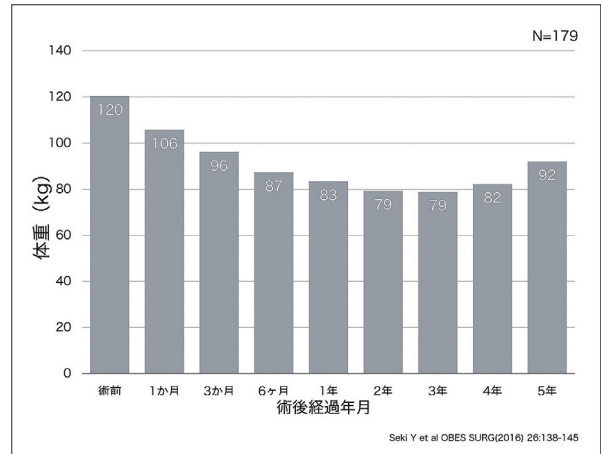


図 11. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術後の体重の変化

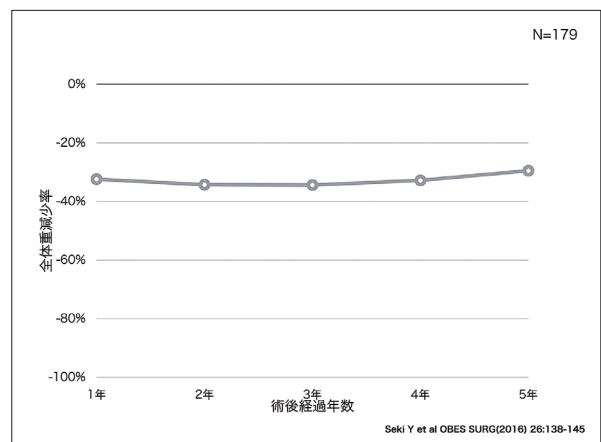


図 12. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術後の全体重減少率の推移

次性の高度肥満症患者とした<sup>10)</sup>。体格的要件は BMI35 以上を基本として BMI32 から 34 であっても糖尿病またはそれ以外の肥満関連合併症 (脂質異常症、高血圧症、脂肪肝炎など) が 2 つ以上ある場合は手術適応とした (表 2)。施設内の倫理委員会の承認を得た後、十分なインフォームドコンセントのもとに外科治療を行った。年齢は平均 41.8 歳 (20 ~ 67)、男性 25 例、女性 34 例、術前の体重は平均 122.3kg (76.2 ~ 200)、術前 BMI は平均 46.2 (33.6 ~ 77.2)、術式は腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス術 33 例、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 24 例、腹腔鏡下スリーブバイパス 2 例であった (表 3)。全体重減量率 (% TWL) の推移をみると、術後 1 年で 30% の体重減少が得られた後は長期にわたりその状態が維持されていた (図 13)。また、過剰体重減少率 (% EWL) をみると術後 1 年以降は約 60% で維持されていた (図 14)。これらの結果はスウェーデン

表 2. 肥満減量手術の適応

<b>手術適応</b>	
・ 18歳から65歳	
・ 内科的治療に抵抗性の1次性の高度肥満	
・ BMI 35以上	
・ BMI32以上で糖尿病、または糖尿病以外の2つの肥満関連合併症を有するもの	
<small>日本肥満学会</small>	

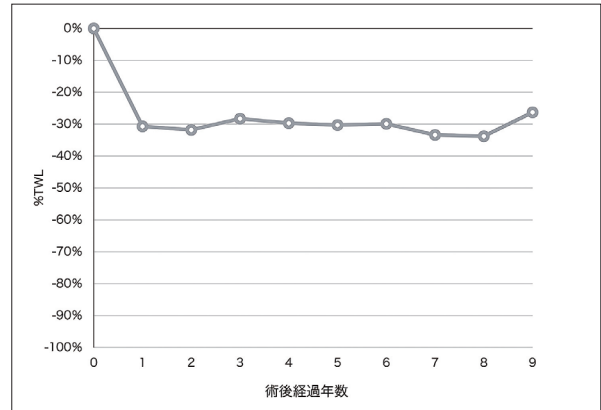


図 13. 沖縄での全体重減少率 (%TWL) の推移

表 3. 沖縄での肥満減量手術

年齢 (歳)	41.8 (20-67)
性別	男:女=25:34
術前体重 (kg)	122.3 (76.2~200)
術前BMI (kg/m <sup>2</sup> )	46.2±10.0 (33.6~77.2)
術式	腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス: 33 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術: 24 腹腔鏡下十二指腸バイパス: 2

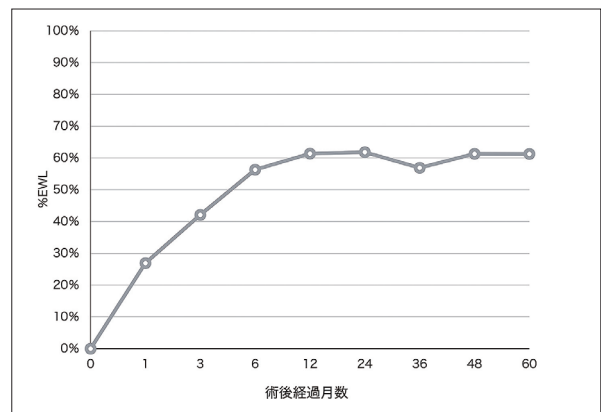


図 14. 沖縄での術後過剰体重減少率の推移

の SOS study や国内の他施設の結果とほぼ同様であった。また、BMI を 50 未満の群と 50 以上の群に分けて % EWL の推移をみると、BMI50 未満は約 70% の体重減少が長期に得られたのに対し、BMI50 以上になると約 50% 減るのがやっとなで 3 年以降は 40% 台で推移していた (図 15) 今後は BMI50 を越える症例における術式の選択が重要となってくると思われる。これらの肥満減量手術を施行した 59 例のうち、術後 1 年以上のフォローアップがなされたのは 44 例であった。44 例のうち、2 型糖尿病と診断されていたのは 23 例 (52.3%) であった。この 23 例中、術後 1 年の時点で糖尿病薬を使用せずに、空腹時血糖が 100 未満、HbA1c が 6% 未満の条件を満たしていた症例が『緩解』と判断され、糖尿病治療薬を継続しながらも HbA1c が 7 未満を『改善』と判断された。筆者らの経験では緩解が 74%、改善が 13%、術後 1 年目に来院されなかった症例が 13% であった (図 16)。このように肥満減量手術で 2 型糖尿病が併存していた症例では 74% の確率で治療薬から開放される緩解状態が得られた。

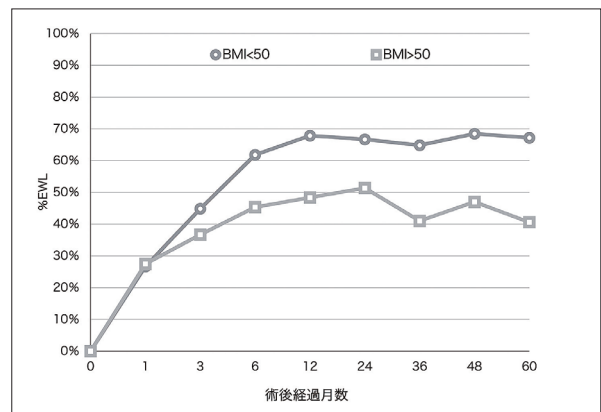


図 15. BMI の違いによる過剰体重減少率の違い

**【メタボリックサージェリー Metabolic surgery】**

一般的に肥満減量手術を行うことによって、80% 以上の高い確率で 2 型糖尿病が劇的に改善することが知られている。しかし、肥満減量手術をしても 2 型糖尿病が緩解しない症例が認められるのも事実である。そこで、どのような患者にどのような手術をいつ施行するのかが分かれば手術適応を決める上で非常に有用である。近年、台湾の Lee らが莫大なデータをもとに腹腔鏡下胃

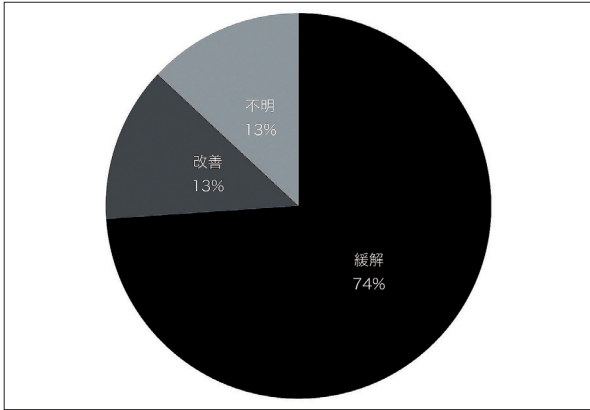


図 16. 術後1年の2型糖尿病の緩解率

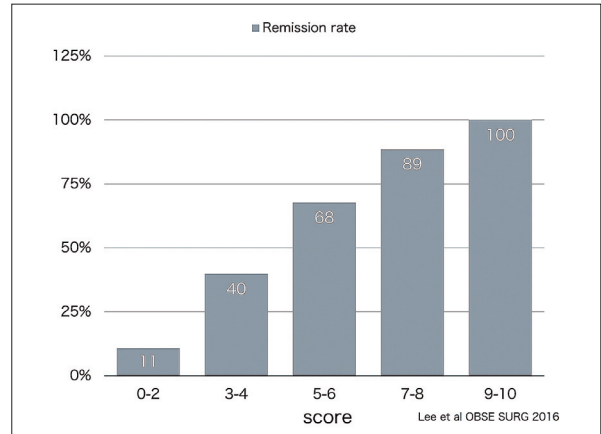


図 17. ABCD スコアの点数と2型糖尿病緩解率の相関

表 4. ABCD スコアシステム

ABCD score		
	カテゴリー	点数
Age(歳)	40以上	0
	40未満	1
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	<27	0
	27-34.9	1
	35-41.9	2
	42<	3
C-peptide(ng/ml)	<2	0
	2-2.9	1
	3-3.9	2
	>4	3
糖尿病罹病期間(年)	>8	0
	4-8	1
	1-3.9	2
	<1	3

Lee et al OBSE SURG 2016

バイパスによって2型糖尿病が緩解する症例に4つの特徴があることに気づいた。即ち、1. 年齢 Age が40歳未満であること、2. 肥満度が高いこと、3. 血清 C-Peptide が高いこと、4. 糖尿病罹病期間が短いことである。その4つの因子 (Age, BMI, C-peptide, Duration of T2DM) の頭文字をとって ABCD スコアと名付けられた。(表 4)

ABCD score と2型糖尿病緩解の相関をみると点数が高くなるほど術後の緩解率は上昇していた。特に ABCD score が5点を超えると高い確率で2型糖尿病の緩解が得られている<sup>11)</sup>。(図 17) このスコアリングシステムを使用することで、2型糖尿病が術後に緩解する確率を予測することが可能であり手術適応の判断に重要な情報となると思われる。ABCD score の他にも術後の2型糖尿病緩解の予測スコアシステムとして DiaRem score が開発されて、その有用性が追試によって確認されているが本稿では詳細には触れないでおく。

### 【おわりに】

世界中で増加し続ける病的肥満症に対する外科治療の国内外、そして沖縄県の現況のアウトラインを解説した。驚くべきことに海外のデータも国内のデータも筆者らの行った沖縄県でのデータも体重減少率や糖尿病の緩解率等が酷似していた。即ち、肥満減量手術は術後1年間で体重の30%、過剰体重の60%を減少させ、2型糖尿病を合併する場合は8割近い確率で緩解が得られる。これらのことから肥満減量手術で体重を落とす力や2型糖尿病を緩解させる力は普遍的である可能性があると思われた。病的肥満症が急増している沖縄県においても必要な患者に必要な外科治療を安全に提供できるように精進するとともに、科学的側面からの探究も続けていきたいと思う。

### 【参考文献】

1. Deitel M et al., Hand book of OBESITY SURGERY, FC-communications, 2010 ; 85-9
2. Mason EE et al., Surg Clin North Am.1967 ; 47 : 1345-51.
3. Angrisani L et al., OBES SURG (2015) 25 : 1822-1832
4. Sjostrom L et al., N Engl J Med 2007 ; 357 : 741-52
5. 川村功 他, 日本臨床外科学会医学会雑誌 . 1983 ; 44 : 225.
6. 笠間和典 他, 日本内視鏡外科学会雑誌 . 2004 ; 9 : 310-4
7. Kasama K et al., OBES SURG (2008) ; 18 : 1473-8
8. 太田正之 北野正剛 日本内視鏡下肥満・糖尿病外科研究会 第4回全国アンケート
9. Seki Y et al., OBES SURG (2016) 26 : 138-145
10. 肥満症の総合的治療ガイド, 齋藤康編, 日本肥満症治療学会 66-67, 2013
11. Lee WJ et al., OBES SURG (2016) Published on line : 02 March



**Q U E S T I O N !**

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（76.糖尿病）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. 病的肥満症に対する肥満減量外科手術は美容が目的である。
- 問 2. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術は保険適応となった。
- 問 3. 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術や腹腔鏡下胃バイパス術は長期にわたり減量を維持することができる。
- 問 4. 肥満減量手術は腹腔鏡手術のほうが開腹手術より合併症が多い。
- 問 5. 40 歳未満、BMI35 以上、C-peptide3 以上、糖尿病発症から 4 年以内、であれば肥満減量手術で糖尿病が緩解する可能性が高い。

**C O R R E C T  
A N S W E R !**

4 月号 (Vol.52)  
の正解

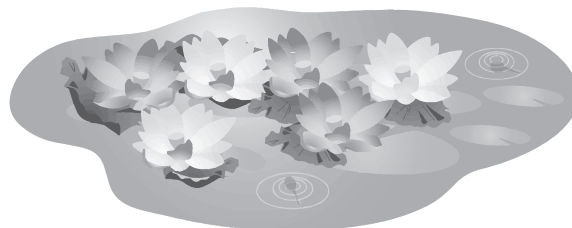
**common disease になりつつある  
炎症性腸疾患について  
—潰瘍性大腸炎を中心に—**

**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。

正解 1.○ 2.× 3.○ 4.× 5.○



# 水銀血圧計・水銀体温計の 適正処分にご協力ください！

## 1. 水銀に関する水俣条約について

2013年10月に熊本県において開催された「水銀に関する水俣条約外交会議」において、「水銀に関する水俣条約」が採択されました。それにより、2020年（平成32年）以降、水銀を使用した機器の製造並びに輸出入が原則として禁止になる見通しとなっております。

水銀を使用した機器の製造並びに輸出入が禁止になってしまうと、今後、水銀の処分価格の高騰が懸念されることから、使用していない水銀血圧計・水銀体温計を退蔵されている医療機関においては、2020年までに適正処分をお願い致します。

## 2. 水銀の処分について

本県においては、水銀の処分金額が他県と比較して安価な金額となっております。医療廃棄物等の契約を行っている業者へ確認を行い、使用していない水銀血圧計・水銀体温計は、なるべく早急に処分いただきますようお願い致します。

なお、水銀使用製品の不適正廃棄は、水銀の漏洩・拡散（大気や土壌等の汚染）や焼却炉の停止など、健康被害や経済損失につながり、排出者責任を問われ処罰されることもありますのでご注意くださいようお願い致します。

※沖縄県医師会では、環境省・日本医師会より協力依頼のあった水銀使用製品の回収事業について「健康おきなわ21推進委員会（平成28年2月8日開催）」にて検討を行いました。

その検討の結果、本県における水銀の回収・処分金額が他県と比較し安価であることから、医師会が退蔵水銀を取り纏めて回収を行うスケールメリット等がないため、医師会としての回収事業は行わないことに決定致しました。

【お問い合わせ先】  
沖縄県医師会業務2課  
TEL (098) 888-0087



臨床研修における  
症例報告の意義  
忘れられないこの症例



(現) 介護老人保健施設  
「あけみおの里」  
国立病院機構沖縄病院  
石川 清司

【はじめに】

長年にわたる大学医学部の医局中心の臨床研修制度から、新たな初期卒後臨床研修制度が導入され研修体制の構図は大きく変化した。後期研修を含めて、より合理的な研修システムが確立されてきた。臨床医にとっては終生が研修であり、基本的な知識の蓄積と手技の研鑽の上に、限らない進歩と変革に対する情報の収集は継続して行わなければならない。

著者は、大学紛争を経験した最後の世代であり、現在の初期・後期卒後臨床研修システムとは全く異なる道を歩んできた。合理性とはほど遠い徒弟制度での研修であり、かなりの回り道をしたかのようにも思えるが、決して無駄ではなかったことを強調したい。

基本的には、目前の症例を大切にすることにあり、医療のみに留まらず、対象となる患者さんの人生の物語から、より多くのことを学ぶ姿勢が大切なことだと考える。症例検討、症例報告の積み重ねも一つの研修手段であることを強調したい。

【症例報告の概要】

1、はじめての症例報告「網嚢ヘルニア」

先輩の誘いもあり、岡山大学医学部の第1外科へ入局した。第1外科は典型的な徒弟制度で、その研修システムは大学病院での3か月間の早朝特訓があり、その後の6年間で2か所の大学の関連病院で臨床研修を積み、6年後に大学の研究室の生活に戻るシステムになっていた。

早朝特訓の間にイレウスの患者さんを経験した。「網嚢ヘルニア」という稀な疾患であった。指導医が、大学の関連病院の国立岩国病院の外科で同様の症例があったとの報告を聞いたことがあるとのことで、手術記録を送ってもらった。詳細な記録を得た。指導医から症例をまとめて投稿するようとの指示があり、「網嚢ヘルニアの2治験例」という症例報告が雑誌「臨床外科」に投稿・掲載された<sup>1)</sup>。1976年のことである(図1)。

雑誌の別冊を手にした時のあの達成感、あの感激をいまだに記憶に留めている。一つの論文を仕上げるためには数多くの文献、時には50篇以上の他の文献の検索が必要であり、学習方法・研修手段としての意識づけがなされた。

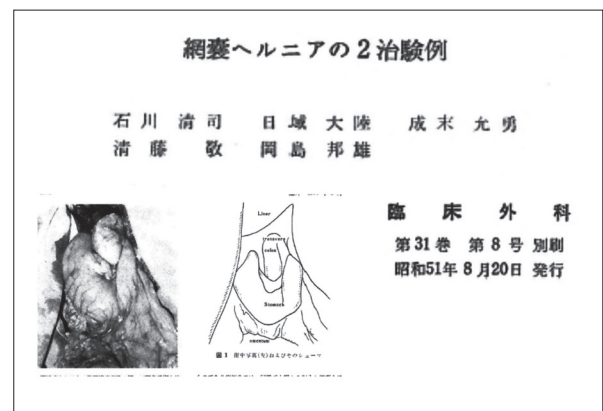


図1

2、呼吸器外科入門としての「気管支性嚢腫」

琉球大学保健学部附属病院での研修中に指導医から指示されたテーマが「気管支性嚢腫の4例」という良性疾患に関する考察であった<sup>2)</sup>。1979年、琉大保健医学雑誌に掲載された(図2)。この論文を契機に呼吸器外科にのめりこんでいくことになる。

気管支性囊腫の4例(頸部1例, 縦隔1例および肺内2例)

琉球大学保健学部付属病院外科  
石川清司 正義之 外間章  
金城清光 源河圭一郎

琉球大学保健学部付属病院中央検査部  
野原雄介

琉球大学保健学医学雑誌 第2巻第2号 別刷  
1979年6月発行

図2

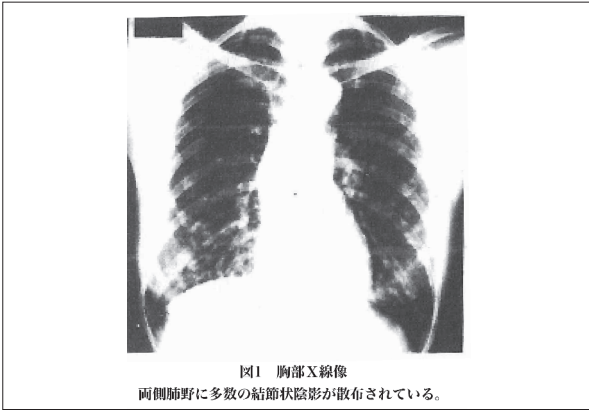


図1 胸部X線像  
両側肺野に多数の結節状陰影が散在されている。

図3

気管支性囊腫という疾患は実に多彩な臨床像を呈し、頸部・縦隔・肺内・胸壁・心膜・横隔膜に発生した症例<sup>3)</sup>や、悪性腫瘍を合併した症例、嚢胞内に結石の見られた症例、嚢胞が自然経過で大きさが変化する症例などがある。本疾患は積極的手術適応であり、長期の経過観察で合併症の併発や嚢胞壁への悪性腫瘍の発生がみられる<sup>4)</sup>。そして、嚢胞壁の遺残は再発をきたすため完全切除、または壁の焼灼等が必要である。しかし、基本的には良性疾患であり、年齢・全身状態を考慮して治療方針を検討すべきであり、自然経過で追跡することもありうる。30篇以上の気管支性囊腫関連の論文ができた<sup>5)</sup>。

3、病理診断に難渋した IVBAT (Intravascular bronchiolo-alveolar tumor)<sup>6)</sup>

両側肺の多発結節陰影、一見して転移性肺腫瘍を疑う症例を経験した(図3)。全身検索によっても、原発巣を同定できずに試験開胸となった。結節を3個採取した。稀な疾患で、確定診断は得られなかった。

1983年、宮崎大学の病理の住吉教授の来沖時に本症例を検討してもらった。そこで、「IVBAT」の確定診断がなされ、雑誌「呼吸」に報告された。本邦で4例目の報告で、現在は、類上皮性血管内皮細胞腫 (Epithelioid Hemangioendothelioma) の概念でとらえられている。

試験開胸から4年後の病理診断であった。必ずや確定診断をつけるという執念と症例を大切にする姿勢を先輩から教わった。

4、前縦隔発生卵黄囊癌への治療薬「シスプラチン」の投与

米国に遅れること5年、1983年に我が国においても Cisplatinumu が認可された。その前年の1982年7月、20歳の男性の前縦隔発生の Yolk sac carcinoma の症例を経験した(図4)。術前の  $\alpha$ -Fetoprotein の値は10,000ng/ml以上を示していた。希少症例であり、当時は確立された治療指針は無かった。胸骨正中切開により切除を試みたが広範な心膜浸潤、上大静脈・左腕頭静脈の腫瘍塞栓、左肺への直接浸潤と転移がみられ、主病巣(300g)のみの切除となった。切除により  $\alpha$ -Fetoprotein は4,000ng/mlまで下降したが不完全切除であり、間もなく再上昇を認めた。

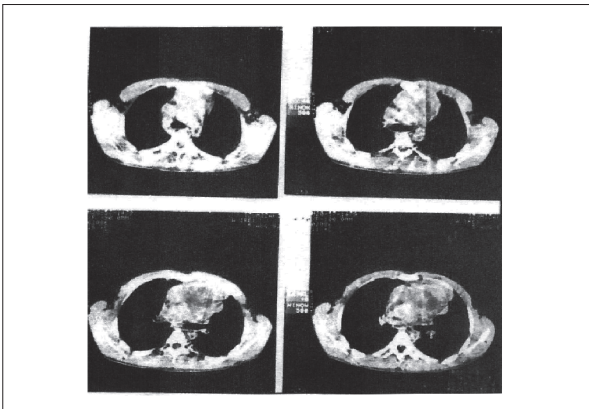


図4

何か打つ手がないかと文献を検索していたところ、卵黄囊癌に対する Cisplatinumu の有効性の報告が米国からあった。全くの偶然であったが、医局での立ち話で製薬メーカーの方に情報を求めた。まさしく偶然であった。「当社が

治験薬をもっていますよ」という返事があり、50mg の 2 本を提供してもらった。

術後 17 病日より投与した。すばらしい切れ味であり、術後 2 か月目には  $\alpha$ -Fetoprotein の値は正常値を示した (図 5)。残念ながら、治験薬は 2 本のみであり、術後 17 カ月での無念の腫瘍死の経過をたどった。翌年には、本邦でも Cisplatinum は承認され、現在は化学療法の中核をなしている。

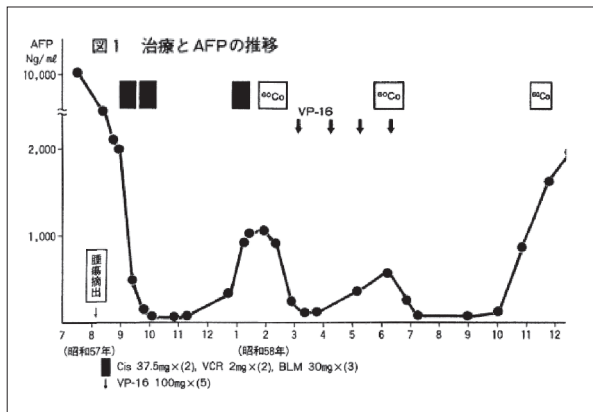


図 5

現在、本症に対する治療方針は、術前化学療法により腫瘍マーカーの正常化の後に切除、術後にさらに化学療法を追加することが基本であり、治癒が期待できる疾患となった。その後の自験例においては、20 年生存例を経験している。1985 年の「国療沖縄病院医学雑誌」に想い出の症例を報告した<sup>7)</sup>。

治験薬の入手は、あきらめずに治療手段を求めた文献検索が実ったものであった。

### 5、成人に見られた「先天性の気管食道瘻」

新生児外科で扱う疾患である。症例は東京生まれ、東京育ちの 55 歳の主婦でした。娘さんが沖縄に嫁いできたのを契機に共に移住した。頑固な咳を訴えており、気管支鏡検査を施行した。気管と食道が直径 3cm ほどの穴でつながっており、「先天性気管食道瘻」と診断した。食道ファイバーで気管分岐部が観察できる (図 6)。本症例は、過去に何度もバリウムによる胃透視の検査を受けていたが異常所見は指摘されていない。左肩を軽く落とすしぐさで、うまく気管に食物が流れ込まないような体位を自然に身に付けていた。

術後の詳細な病歴聴取によると、幼小児期に水分摂取により幾度となく意識を失ったことがあったとのことと、かかりつけ医からは、「生来、気管が弱いね」ということで、対症療法が行われていた経緯がある。

食道の術後狭窄は、拡張することができるので思い切って食道へ切り込み、気管の瘻孔を閉鎖した。初期研修が消化器外科であったので、その応用ができた (図 7)。臨床研修においては消化器・循環器を含めて幅広く経験を積んでおくことが大切なことだと思われる。

本症例については 1986 年、雑誌「気管支学」に報告した<sup>8)</sup>。

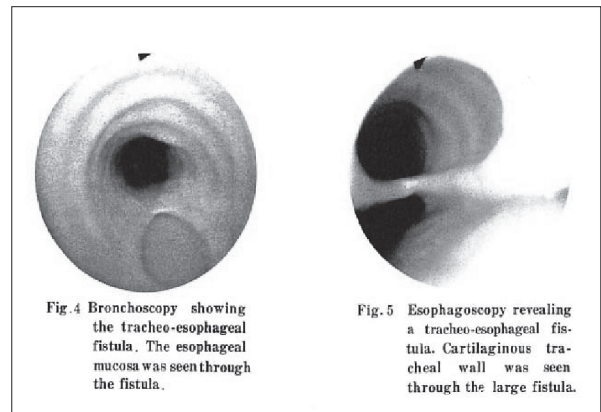


図 6

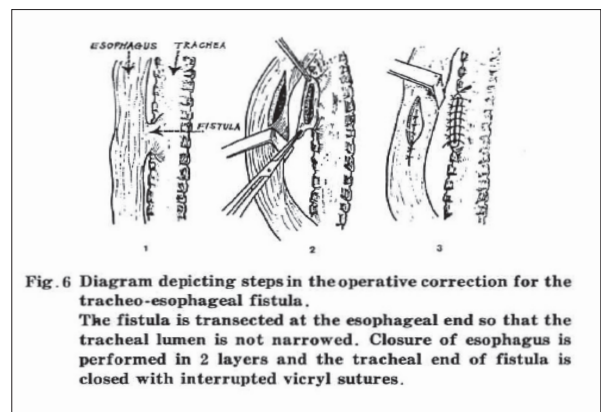


図 7

### 6、気管に発生した「混合腫瘍」

耳下腺・顎下腺等、耳鼻咽喉科領域にみられる腫瘍である。それが気管に発生した腫瘍であるが、右肺の無気肺での呼吸困難で発見された (図 8)。気管の環状切除を施行した (1987 年)。

気管の環状切除においては、麻酔が課題と

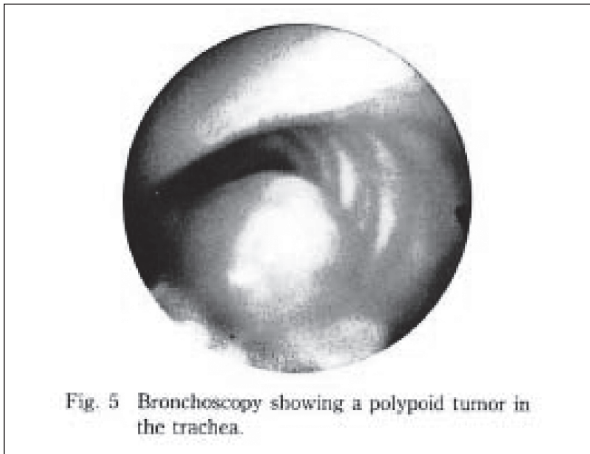


Fig. 5 Bronchoscopy showing a polypoid tumor in the trachea.

図8

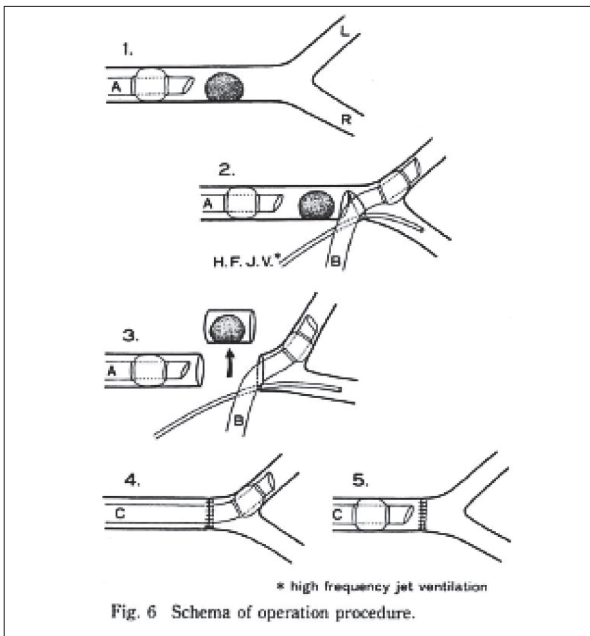


Fig. 6 Schema of operation procedure.

図9

なる。手技、麻酔の工夫である (図9)。先ず、腫瘍手前までの挿管とする。左側臥位で開胸。麻酔側から気管支鏡で観察し、術野から気管に細い注射針を刺して目安とし、切除範囲を決める。気管の環状切除時は術野からの左主気管支への片肺挿管で行う。気管の端々縫合の際には、左側臥位のままで挿管チューブの入れ替えが必要となる。約50cm長の細長いビニールの袋状のテープを作成し、最初の挿管チューブの先にくくりつけ、麻酔側から引き抜き、素早く入れ替え用の挿管チューブに取り換えてビニールテープに固定し、術野から引っ張って入れ替え、左片肺挿管にし、吻合を行った。入れ替え用の挿管チューブもチューブ2本をつなぎ合わ

せて作成した自前の挿管チューブであった。

最近では、分離肺換気用の挿管チューブが市販されており、器具をつなぎ合わせて使うなどということはある得ないし、倫理委員会の承認を得ないといけない。言えることは、与えられた条件の中でも種々の工夫をこらすことも大切だということである。

本症例報告も1988年に学会誌「気管支学」に掲載された<sup>9)</sup>。

### 7、窒息を回避し得たシリコンT型気管チューブ

60歳の男性、約4年前から喘息として治療を受けていた。呼吸状態が悪化し、離島から空路で搬送されてきた。本島の総合病院で緊急気管切開が行われ、気管の腫瘍と判明し、治療のため沖縄病院へ紹介された。

腫瘍は長径4cm、気管の3分の2周を占め、生検にて腺様嚢胞癌の診断を得た (図10)。胸膜炎の既往があり、気管の切除・再建は困難と判断した。気管切開口からシリコンT型気管チューブ (図11) を挿入し、呼吸状態を安定させた後に放射線照射を施行した。本症例は完全な社会復帰を果たし、約5年間農業に従事することができた。

この経験をもとに、種々の気管狭窄に対して種々のタイプのシリコンT型気管チューブを作成し応用することができた。1985年に経験した症例であり、詳細については1989年、沖縄医学会雑誌に報告した<sup>10)</sup>。

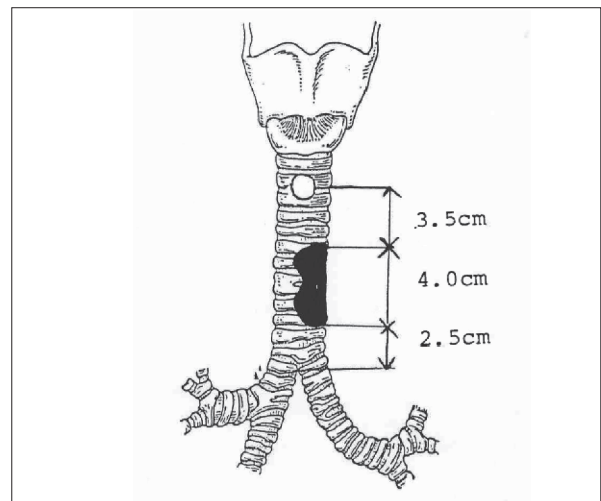


図10

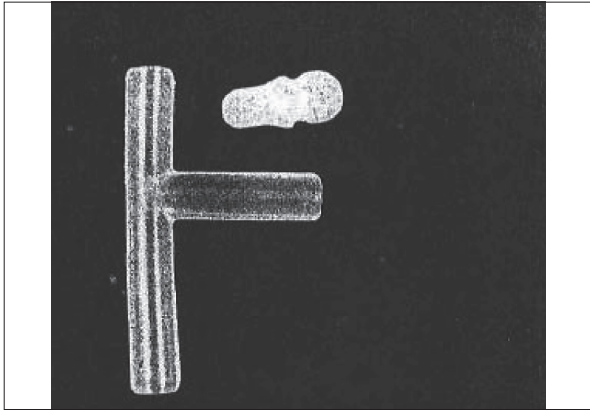


図 11

### 8、気管支動脈内抗がん剤注入療法

左肩の痛みを訴えた 50 歳代の重度喫煙者の男性、左肺上葉の扁平上皮癌である。8cm を超える大きな腫瘍で、大動脈に接しており切除はむつかしいのではないかと紹介されてきた。紹介元の主治医からは、家族の方へ後、半年の命ですという予後の説明がなされていた。

抗がん剤の全身投与ではなく、腫瘍の栄養血管である気管支動脈に直接抗がん剤を注入する治療法を試みた (図 12)。血管が豊富に腫瘍に分布しており、治療を 6 回行い、放射線照射を 60Gy 追加した。この巨大な肺がんが手術をせずに本療法でもって治癒した。

経過観察中の 13 年目、大腸がんがみつきり切除。80 歳を超えて最近になり前立腺がんがみつかった。

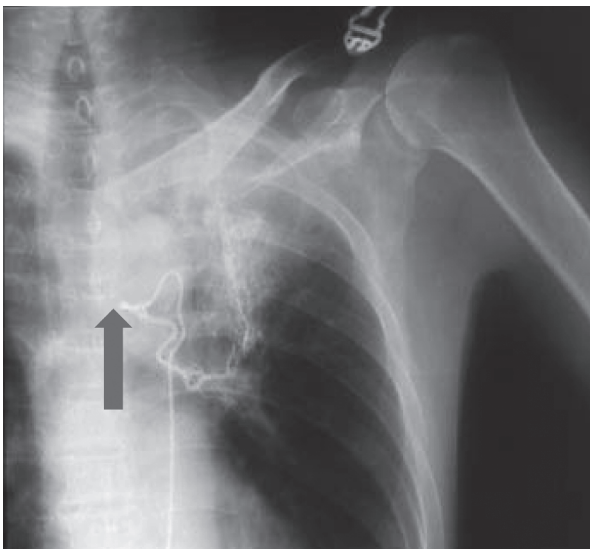


図 12

このように 10 代での喫煙開始は多発癌の発生をみるため、終生の追跡が必要である。加えて、最近はすべてが診療ガイドラインにのっとって治療が行われるが、症例によってはガイドライン以外の治療手段への挑戦を試みる気概と発想をもつことは必要だと考えている。

沖縄病院は過去 35 年間、継続して病院の医学雑誌を刊行しており、本症例については「沖縄病院医学雑誌」に報告した<sup>11)</sup>。

### 9、見逃された肺がん

呼吸器外科に手を染めた最初の頃に、強烈なショックを受けた症例である。保健所が結核検診を行っている当時のことで、名護保健所の検診フィルムの読影を手伝うことになり、最初に見つけた肺がん症例である (図 13)。入院してもらって、手術を試みたが胸膜播種があり、試験開胸になった。検診発見の進行肺癌である。几帳面な患者さんで毎年、欠かさずに検診を受けていた。過去のフィルムを取り寄せて検討してみると、実に 6 年間も遡って陰影を追跡できた。

手術手技を磨くこともさることながら、「治る肺がん」、「治せる肺がん」を見つけないといけないという思いから、時間の許す限り検診活動に参加し現在も継続している。「肺がん検診は有効か?」という問いが、いつも話題になる。胸部の単純写真には弱点があり、自分自身の読影手順をもつことと、フィルムの弱点を常に意識しながら読影をすることが大切なことである<sup>12)</sup>。

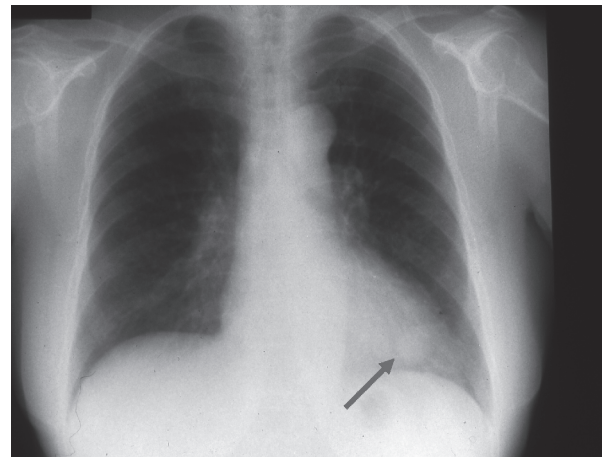


図 13

10、「最期に、沖縄の青い海が見たい」

国立病院機構沖縄病院では、過去の肺がん症例 6,000 余例のデータをすべて登録して残してある。肺がんは、厳しい疾患である。否応なしに四苦と称される人の「生・老・病・死」については、目前の大きなテーマであり、避けては通れない。

沖縄県における公的医療機関としては最初の緩和ケア病棟を開設した。県外からの緩和ケア病棟への最初の患者さんは、胃がんの末期の主婦で四国からの入院でした。「沖縄の青い海が見たい」という母親の最期の願いを叶えてあげたいとの息子さんからの便りでした。

その年の5月は、ことのほか雨が多く、患者さんの願いは叶えられないのではないかと危惧していた。土曜日の昼下がり、太陽が顔をのぞかせた瞬間をとらえて、主治医とスタッフが宜野湾の海浜公園へ出かけた際の記念写真である(図14)。患者さんは、夢が叶えられ、その2日後に天に帰った。



図 14

しばらくして、患者さんの子供たちが訪ねてこられた。子供たちの思いである。実は、「沖縄の青い海」が見たかったのは、お母さんではなく、子供たちに沖縄の海を見せてあげたかったのではないかとのことであった。お母さんからの、子供たちへの最期のプレゼントだったので。

お母さんの最期の願いを叶えてあげるために、子供たちが皆で力を合わせて実現した物語でした。そうです。「力を合わせて、仲良く生き

なさい」。親子の絆、母親から子供たちへのバトンが手渡されたのです<sup>13)</sup>。

11、「100歳で自分史をまとめたお婆さん」

むすびは、100歳の患者さんです。生涯を視覚障がい者のために尽くした尊敬すべきお婆さんです。98歳まで点字のボランティアを続けていた。100歳で自分史をまとめた。ご本人から、「視覚障害者の手となり足となりて、中村 文の100年」という冊子を頂戴した(図15)。



図 15

その中に、このような文章がある。「生きる意欲は、自らの内部からひとりで生まれるのではなく、それを期待して待っている人の存在によって引き出されるのではないか」…と。

若手、外科医の皆さんへ。皆さんを期待して待っている多くの患者さんがいます。出会いを大切に、しかも謙虚に、一人ひとりの患者さんからより多くのことを学ぶ姿勢でもって自らの理想とする医療を追及する意欲を引き出してもらってください。

【むすびに】

忘れがたい思い出の患者さんの中から 11 例を提示した。大学紛争の余波としての怠惰な学生時代を反省し、可能な限り事例検討・症例報告に徹した。結果として、約 100 篇の論文になった。

「がん」患者さんとの出会いについては「ローカルな死生学各論」(自費出版、1996年)、神

経難病の患者さんとの思い出は「つたえてください・小指奮闘記」(医歯薬出版、2001年)、その後の思い出の診療風景として「医者目で見えた患者学」(沖縄タイムス出版部、2010年)にまとめた。

個々の症例を大切に、それをまとめて報告することを積み重ねていくことも一つの勉強方法だということを強調した。

なお、本稿の要旨は2016年2月7日、第71回沖縄県外科会、50周年記念会の特別講演で報告した。

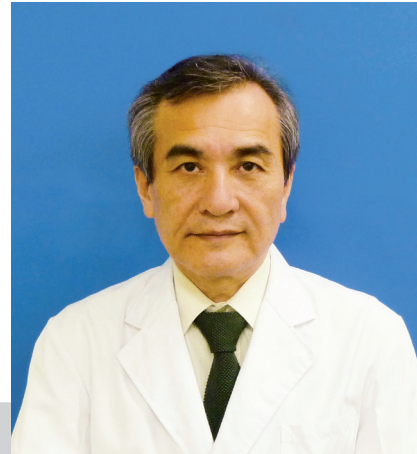
【文献】

- 1) 石川清司、日域大陸、成末充勇ほか：網嚢ヘルニアの2治験例、臨床外科 31 (8) : 1077,1976
- 2) 石川清司、正義之、外間 章ほか：気管支性嚢腫の4例(頸部1例、縦隔1例、肺内2例)、琉球大学保健医学雑誌 2 (2) : 156,1979
- 3) 石川清司、源河圭一郎、国吉真行ほか：気管支性嚢腫14例の臨床的検討、胸部外科 : 301,1983
- 4) 石川清司、稲福 斉、兼城隆雄ほか：長期経過観察(20年以上)された縦隔発生気管支性嚢腫の3例、国療沖縄病院医学雑誌 18 (1) : 59,1997
- 5) 石川清司、饒平名知史、比嘉 昇ほか：縦隔腫瘍～自験361例の臨床的検討、沖縄県医師会報 47 (6) : 72,2011
- 6) 源河圭一郎、長嶺信夫、石川清司ほか：Intravascular bronchiolo-alveolar tumor の1例、呼吸 2 (1) : 129,1983
- 7) 石川清司、源河圭一郎、国吉真行ほか：前縦隔に発生したYolk Sac Carcinoma の1例、国療沖縄病院医学雑誌 6 (1) : 22,1985
- 8) 石川清司、源河圭一郎、国吉真行ほか：55歳で発見された先天性気管食道瘻の1例、気管支学 8 (1) : 72,1986
- 9) 石川清司、源河圭一郎、国吉真行ほか：環状切除を施行した気管原発良性混合腫瘍の1例、気管支学 10 (1) : 57,1988
- 10) 石川清司、川畑 勉、前里和夫ほか：気管原発腺様嚢胞癌に対するシリコンT型気管チューブの使用経験、沖縄医学会雑誌 26 (2) : 207,1989
- 11) 石川清司、知念徹治、竹島義隆ほか：気管支動脈内抗癌剤注入療法(BAI)と放射線療法により長期生存の得られた進行肺癌の1例、国療沖縄医学雑誌 20 (1) : 45,1999
- 12) 石川清司、河野朋哉、上原忠司ほか：集検間接フィルム読影上の盲点、沖縄県医師会報 38 (7) : 32, 2002
- 13) 石川清司：論壇「青い海に託された真実」、沖縄タイムス 2010年5月9日



インタビュー  
コーナー

多方面からのご意見を伺いたいと思っています。  
オブザーバーとして、様々な検討や議論の場に、呼んでいただけたらと考えています。



沖縄県政策参与  
村田 謙二 先生

質問 1. この度は、政策参与ご就任おめでとうございます。ご就任に当たってのご感想と、今後の抱負をお聞かせ下さい。

就任の打診は年度末ぎりぎりだったので、受けるかどうか実は迷いました。県を定年退職後の働き方は比較的早く決めていました。それは、①県立南部医療センター・こども医療センターの専属産業医、②学校法人で臨床工学科の学生への週一こまの講義です。

私は翁長知事とは高校で同級生でした。でも高校時代はそれほど親しかった訳ではありません。むしろ社会人になって交流ができました。知事的那覇市長時代、彼の娘と私の娘たちが偶然にも同じ中学で、彼はPTA会長、私は学力対策部長として共に活動しました。さらに、私が開発間もない新都心に家を建てたいきさつで、天久1,2丁目の「天久ピアザ」自治会の会長を約8年務めた時には、市長と自治会長という交流ができました。

今回の就任要請は、私の医師としてだけでなく、その様な社会活動もしてきた点を評価してのことだと勝手に解釈し、受けることにしました。どこまで大役をこなせるか自信はありませんが、基地問題に忙殺されている知事を少しでも支えることができればと思っています。

質問 2. 村田先生が目指す医療政策についてお聞かせ下さい。

テーマが大きすぎて、すぐにはお答えできません。参与は知事に提言する立場ではありますが、特別な権限を持っている役職ではありません。保健医療部や病院事業局のご意向やご苦労に配慮しながら、自分の案を提言したいと思っています。

例えば、北部地区医療に関していえば、今の段階では私の経験と頭の中で考えた想いはありますが、現場を経験した方々との意見交換が必要と考えています。制度上、あるいは財政上可能なのかなどを検証したうえで、修正が必要ならば修正したうえで、意見としてお伝えできればと思っています。

質問 3. 地域医療構想、生活習慣病問題、医師・看護師不足問題等、本県が抱える様々な問題に対して、先生のお考えをお聞かせ下さい。

ご指摘のように本県が抱える様々な問題が山積しています。地域医療構想に関しては、私は検討会議のメンバーではありませんが、今後の各地区の人口推移や高齢化率などを予測と実際をつき合わせながら長期的に検討していく必要があると感じています。例えば宮古と八重山で



は現在人口はほぼ同じですが、2040年への予測に関して両者は大きく異なります。宮古の65歳以上指数は2010年に比較して2040年には約20%増加しますが、総人口指数は約20%減少します。一方八重山は、人口はほぼ同じで推移し、65歳以上指数が約80%増加します。ですから、必要病床数などの医療需要は現在の人口で推し量る訳にはいきません。ただ前出の数字は2010年での予測値なので、実際の人口推移や高齢化率を細かく検証しながら施策をする必要があるのではないのでしょうか。

次に生活習慣病問題です。先日、沖縄科学技術大学院大学(OIST)で「お皿の上の科学」と題して、シンポジウムがあり参加してきました。その中で佐瀬英俊准教授が「生活習慣病を予防する新しい沖縄のお米を育てる」と題する講演があり、新品種の米開発に取り組んでおられるようで、頼もしく感じられました。また柳田充弘教授の「長寿と食」と題する講演もあり、この問題に対する科学的アプローチの一端を知ることができました。

医療関係者には良く知られていることとは思いますが、長野県の長寿日本一達成の基礎は、何十年にもわたる草の根的食生活改善運動です。沖縄県は「チャーガンジューおきなわ9か条」を制定しましたが、普及はまだまだなようです。今後この運動をどう普及し、盛り上げていくかが鍵だと感じています。

次に医師不足問題です。沖縄では初期研修医が毎年約150名もこの地で研修を受けることを選択してくれています。しかし、それが後期研修、その後の定住に結びついていないとしたら、どこに原因があるのか、その分析と対策から始めなければいけません。会員の先生方の幅広いご意見を伺いながら政策参与として何ができるかを考えていきたいと思っています。

ちなみに今、ひとつ私が取り組んでいることがあります。これは、県立南部医療センター・こども医療センターのあるヤングスタッフが持ってきてくれた話です。米国の名門ハーバード大学が現在世界に向けて「Global Education」という臨床研究教育プログラムを展開しています。これは50名一クラスとした半年のプログラムで、普段はITオンラインの講義を行い、年2回講師陣が現地へきて講義や試験を行い、論文を仕上げ、大学院の単位を与えるという内容です。現在世界で10か所のセンターが立ち上がり、アジアでは中国の上海だけだそうです。日本でのセンターを沖縄のOISTに設置したいという意向の様です。県が後押しして、医師の研究者育成にも熱心であることをアピールできれば、これも医師確保の一つの施策になると考えています。

次に看護師不足の問題ですが、根底には7対1看護の需要が高すぎて、看護師供給に追いついてないことから起こっていると思います。こ

### チャーガンジューおきなわ9か条

- ちゃ ちゃんと朝食 あぶら控えめ おいしいごはん
- ー 1日1回 体重測定
- がん がん張りすぎず適度な運動 今より10分(1000歩)多く歩こう!
- じゅう 十分な休養 ストレスと上手に付き合おう 一人で悩まず相談を
- う うれしいね 禁煙・分煙で あなたも私も快適に!
- お おくちの健康 3点セット 歯ブラシ・フッ素・フロス
- き 休肝日をつくろう お酒はほどほどに  
未成年や妊婦は飲みません・飲ませません
- な 仲間・家族で行こう!健康診断・がん検診
- わ 大きな輪 みんなで支える「健康・長寿」

れからの地域医療構想のなかで、見直しが行われていくことでしょう。これとは別の次元で、看護師不足問題が県立病院で起こっています。それは、産休、育休の看護師補充ができないことです。昔と違って、今はほとんどの看護師が産休の後、育休を年単位で取るそうです。制度的には育休の補充のため臨時任用で看護師を採用できるのですが、年度途中で、しかも臨時任用では応募に応じる看護師がほとんどいないのが現状です。1つの病院で年間20～30人が産休、育休を取るのですから人手不足は深刻です。抜本的な解決策は、育休人数の数を吸収できる定員増を図り、年度初めに正式雇用するしかありません。原因は明確なのであとは制度改革です。ただし、定員増の前提には県立病院の健全な経営状況が必須でしょうから頭が痛い問題です。

**質問 4. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせください。**

私の取柄は、様々な立場の先生方と比較的ニュートラルな意見交換ができることだ、と自分では考えています。私は元々沖縄出身で、約20年前帰省してからは県立病院のみで働いてきましたが、それまでは母校である広島大学と関連病院（県立病院や市民病院、厚生連病院、期間は短いながら民間病院にも勤務経験があります）を行きつ戻りつでした。また何より貴重な経験は、公立久米島病院院長として赴任する前に、1期2年間ですが、県医師会の理事を務めたことです。その期間は様々な立場の先生方との交流ができ、貴重なご意見を伺うことがで

きました。その後もこの交流は大事にしようという心がけ、医師会の様々な行事にも積極的に参加してきました。これからも忌憚のないご意見を頂きたいと思います。

また、フットワークは軽いつもりなので、様々な検討や議論の場に呼んでいただけたらと考えておりますので、よろしくお願ひします。

**質問 5. 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。**

健康法は身体と頭を意識しています。肥満にならないために、休日は夜明けと共に庭に出て、午前中一杯庭仕事をします。小さな庭ですが木々が多いため、結構な仕事量があり、たっぷり汗をかきます。昼食を取りながら休息し、午後からは頭がボケないためにと称し、囲碁仲間と対局するのが、私の目指す休日の過ごし方です。中高時代は人見知り度で友人が少なかった私ですが、大学で囲碁を覚えたおかげで、社交的になれました。現在医療界はもちろんのこと、幅広い職種の囲碁友達ができ相手には困りません。

また、知的好奇心は旺盛なつもりですので、医療系以外の読書やNHKのいわゆる教養番組などはビデオに録画してよく見えています。あらゆる分野での科学の発達にはいつも驚かされ感動がいっぱいです。

座右の銘は「実るほど頭を垂れる稲穂かな」です。私の名前の「謙」の字は謙虚の謙から取ったと父親に聴かされ育ちました。

インタビューアー：広報委員 本竹 秀光

# 随筆



## 第51回全日本医師 剣道大会に参加して

豊見城中央病院 整形外科  
永山 盛隆

平成28年4月2～3日(土～日)、茨城県つくば市で第51回全日本医師剣道大会が開催されましたので成績を含めて報告致します。

今年の大会は130余名の参加者があり盛大に行われました。

まず昇段審査形式の立ち合いがあり最高段位八段の先生方に(着装・構え・気合・攻め・打突・残心・総合評価)の点で5段階評価して頂きました。

次に高段者同士の拝見試合があり、八段の先生方の迫力ある打ち合いに圧倒されました。八段は1,000人の受験者から10名に満たない1桁の人数しか合格できないレベルですが、実は医師に八段が二人もいるのです。鳥取の湯村正仁先生と昨年70歳にして八段を取得した神奈川の野見山延先生が拝見試合に出られました。流石、八段ともなると格の違いを感じさせられます。さらに高齢者の先生の立ち合いもありましたが、93歳の高崎慶男範士八段の年齢を全く感じさせない正しい姿勢からの打ち込みは周囲のどよめきを誘いました。

団体戦の試合は5人制で22チームが編成され、混成チームが多い中、我々沖縄県チームは地元メンバーのみの構成で出場できました。昨年の京都大会では県勢は準優勝の成績を残し、今年も新メンバーで昨年の成績を目標に臨みました。年齢順の出場規定があり、先鋒が小林繁貴先生(琉大脳神経外科:初段)、次鋒が成田雅先生(県立中部病院感染症内科:5段)、中堅が赤崎満先生(南部徳洲会病院院長:3段)、副将が私:6段、大将が奥島憲彦先生(ハートライフ病院院長:7段)となりました。結果は

予選リーグの2試合とも1勝2敗2分けで残念ながら予選落ちに終わりました。その中で初参加の赤崎先生だけが2勝し、気を吐いてくれました。

また年齢の近い者同士で試合を組まれる東西対抗戦が行われ、我々西軍が19勝15敗で勝利しました。その際に20名の優秀選手の選考があり、有り難いことに奥島先生と私が入っていました。勝負強い赤崎先生はこの試合でも1本を先取したのですが、その後アキレス腱を痛め試合続行不能で負けてしまったことは誠に無念でした。名誉の負傷としか言いようがありません。来年のリベンジを切に願っている次第です。

来年は4月8～9日(土～日)に高知県での開催が決まっております。「わざわざ行こう高知大会」をキャッチフレーズに多くの参加者を募っております。毎回、遠方沖縄からの参加に対して歓迎されていますので、ご一緒にわざわざ高知へ行ってみませんか。

尚、医師剣友会の合同稽古会を2カ月毎に県立武道館で午前10時より午前中の貸し切りで行っております(県立武道館2階錬成道場:7月24日、9月22日予定)。一般の方々に琉大医学部剣道部の学生さん達も交え、木刀による日本剣道形から防具をつけての稽古を行っております。久しく竹刀を握ってない方もまずは見学から参加してみても如何でしょうか?お問い合わせは当方までお願い致します。



93歳高崎範士八段と共に



宮古ドイツ村の思い出

補聴相談のひろば  
野田 寛

1968年より72年の4年間、ドイツ・ハンブルク大学耳鼻咽喉科に、公務員として勤務した。東京のドイツ大使館で、日本の医師免許証をドイツ語に訳してもらい、ハンブルク大学耳鼻咽喉科リンク教授の“手術要員”として必要との推薦書を添えてハンブルク州の健康省に持参、ハンブルク州での2年間毎の医療許可を受けた。

ハンブルク大学の耳鼻咽喉科は300床（男子130床、女子80床、小児60床、教授ベット30床）ドイツの教授は大学病院の中で開業しているのと同じで、診療報酬は全て教授に入るの、年収3～4億円は当たり前、有名な教授は10億円以上、日産自動車のゴーン会長の年報10億円は世界では当然のことである（恐らく、ゲッテンゲン大学医学部に見る如く、開業している医師に教授職を依頼、そこに学生達が教えてもらいに行くということが始まり、近年それを一カ所にまとめたことなのだろうと解釈される。）それを教授以下、研修医2～3名を含め、17～18名で動かしている。

現在の難民受け入れ問題でもおわかりのように、ドイツを含めヨーロッパ各国の殆んどが、外国人の受け入れに抵抗はなく、小生のドイツ勤務時にも、共産圏より逃避して来た医師の受け入れも多く、変なドイツ語を話している医師も多かったの、小生の変なドイツ語もそれほど気にならなかった!?

当時ドイツは日本に友好的で、ビヤホールなどで飲んでみると、全然知らない人が「お前は日本人か？」問い掛けてくるので、「そうだよ！」と答えると、「今度イタリア抜きでやろうな！」と云われたことが10回近くあった。ドイツ人は戦友であったのだと、再認識させられた。

宮古島の博愛の塔の話は非常に有名で、小生の入学した国民学校の修身の教科書にも入っていたので知っていたが、琉球大学に勤務していて、小生のドイツ・ハンブルク訪問を自治省のお役人から耳にした上野村の当時の吉里村長さんより、宮古沖で難破したロバートソン号がハンブルク船籍なので、調べて来てほしいと依頼された。当時、宮古に計画中のドイツ村の中に“Goethe-Institut”（日本には東京と大阪にあり、ドイツ外務省はドイツの文化を他民族の人に知ってもらうために設置。ドイツ国内にも50カ所ぐらいあり、小生もその一つLueneburgの学校で、就職前2ヶ月間の教育を受けた。とても厳しく、小生のクラス24人中、合格したのは8名、30才だった小生は2番目で合格、1番はアメリカのスー・アンティラ-女子-、3番目はナイゼリアのセシィ-男子-で共に18才、良い思い出である。）を造るのか検討、ドイツ外務省のお役人と話し合った。

ハンブルクは北海よりエルベ川を100キロ逆登った川の港で、空母が入るぐらいの強大な港で、中世からハンザ同盟の主要都市、人口約200万人のドイツ第2の大都市、従って船に関する博物館も沢山あり、滞在の7日間、諸々を訪ね歩き、調査したが、ロバートソン号についての資料は見つけられなかった。

夜は、かつての同僚達などと旧交を温めていたので、その話も当然していたが、ハンブルクを離れる時に、小生が勤務していた時の研究室の女性助手と女子病棟の婦長が、自分達は隠退しているので、時間があるので探しておきましょうと申し出てくれた。

帰沖してから、探しあてたとの報告、3週間探したようで、市の資料館の地下7階にあったと、その資料（船の大きさ、型、船長の名前等々）のコピーを送って来てくれ、それを訳して、吉里村長さんにお送りした。

この地下7階、湿気の多い日本では考えられないが、ヨーロッパは地下をうまく利用している。小生が特に驚いたのは、ドイツ南部地方のウルム市の市立病院、地上10階建てだが、地下に全く同じの10階建ての病院があり、核戦争などで地上が使えなくなった時、いつでもすぐ使えるようになって居り、手術などもすぐその場で行えるようスタンバイしていたのは実に驚いた!どんなことがあっても生き抜くと云う、大陸の民の強い意志を強烈に感じた。

2001年、かつての旧友達の教授などの推薦で、小生はドイツ耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会

の名誉会員に任命され(ドイツ耳鼻咽喉科学会約100年の間で、名誉会員は約250人、半数は外国人で、日本からは小生が8人目である)、「007」の撮影にも使われた、ハンブルクのアトランティック・ホテルで祝賀会が開かれ、その席で会長に沖縄のサミットの時に、ドイツの首相シュレーダーがどうして宮古島を訪れたのか知っているか問い掛け、宮古のロバートソン号の話をしようと思ったところ、会長達を含め、多くの人が知っているらしく、「お前がそうしたのでらう!」と云われ、小生のドイツ学会名誉会員任命は、宮古島のお蔭かもしれないと思ったことである。





空手部の頃 2

中山内科  
中山 仁

私の大学の空手部は和道流という流派に属していた。(おそらく今もそうだ)

沖縄ではなじみのない名称だと思うが、本土では松濤館流、糸東流と並ぶ三大流派で当時も今も隆盛を誇っている。

流祖、大塚博紀は神道揚心流柔術を免許皆伝となった後、船越義珍に空手を学び、その後柔術技法と空手を合わせ「和道流」を興した。(摩文仁賢和や本部朝基にも型を習っている) 名称は、武道は和の道でなければならない、という事からつけられたらしい。日本武道と空手を融合している事から「柔術拳法」と呼ばれ、今ならさしづめ総合格闘技だろう。

「空手道」2001年9月号に二代目大塚師の演武が連続写真で掲載されているが、①手刀を入れ、意識を奪い、②投げる、③起き上がろうとするところに顔面に蹴りを入れる、④首を絞め、腕ひしぎで肩を脱臼させる、ひどく乱暴で、打って、投げて、蹴とばして、脱臼させるのは、いくら何でもやり過ぎに見える。どのあたりが、和の道なのかさっぱりわからないが、そういう空手である。

さて、空手部に入って一年もすると、私は生意気にも物足りなくなってきた。スピード重視の為、技は全てコンパクトに行うので見栄えは良くない、地味である。寸止めなので「一撃必殺」の気もしない。そんな時、石井先輩が「中山、こんな本が出たぞ。」と見せてくれたのは「ダイナミック空手」という写真をふんだんに使った大判の本だった。

高い廻し蹴りを多用し、飛び蹴りはする、人のくわえた煙草を蹴りでふっとばす、空中に放り投げた西瓜を貫手で粉碎する等、何と

も派手でかっこいい、私はすっかり魅了された。極真会という流派は初耳で、大山倍達という人が始めたらしい。その名前は、少し前に読んだ「世界ケンカ旅行」という本の著者だとわかった。山にこもって修業したり、渡米してプロレスラーと戦ったり、牛を殺してみたりと面白い人である。

すっかり、かぶれた私はその年初めて開催された「全日本空手道選手権(極真会)」を見る為、東京体育館に行った。

全空連の「全日本空手道選手権」は以前からあるが、今回はフルコンタクト、なんと寸止めせず、突き、蹴りを当て合うらしい。ところが、試合が始まると私の興奮はあっという間に冷めてしまった。Dr.の中にも極真でやってた人もいたようなので言いにくいのだが、とにかく「遅いっ!」のである。フルコンタクトと言っても顔面への突きは禁止(蹴りはOK)なので、ほぼ顔面ノーガードで互いに胸、腹をドス、ドスとどつき合う。頭がくっつきそうな近い間合いで、ウリャ!ウリャ!となぐり合うのがっかりした。(後年、ヒクソン・グレースーは試合を見てタフガイ・コンテストと苦笑した。)

決勝は山崎照朝と盧山初雄で、男前の山崎はハイキック、盧山は下段蹴りで渡り合い、山崎が優勝したと記憶している。審判団は極真の高弟たちで、三浦美幸、中村忠、芦原英幸という面々(我ながら、よく覚えているもんだ)

これらの人々は数年後、梶原一騎「空手バカ一代」の大ヒットで皆有名になるのだが、特にこの日、手裏剣投げを披露した芦原は池袋駅前だかで、やくざ20数人を失神させたというエピソードで「ケンカ十段」の異名をとる事になる。

自然石割りや、立てたバットをローキックでへし折る等のアトラクションの後、総師大山倍達が登場し、館内はヒートアップした。大山は豪快、重厚な型を演じた後、ビール瓶の首を手刀で吹っ飛ばしてみせた。

ともかく、私のフルコン熱はすっかり冷めて、和道流に専念した。

それから2、3年たった頃、私は夕方の新宿、花園神社のあたりの歩道を駅に向かって歩いていた。歩道わきの植込みの向こうに立っていた男がタクシーを停めた。広い肩幅、猪首、はげ上がった頭、プロレスラーのような逞しい体をチェックの派手なジャケットに包んだ後ろ姿に私は“あれ?もしかして“と思った。

タクシーに乗り込む前に、男は私の視線に気がつき、射すくめるような鋭い目で私の目を見た。私は一瞬、すくみ上ったのを白状しよう。

あれから45、6年も時が過ぎたが、あの日の大山倍達氏の迫力ある眼光は今も鮮明に憶えている。

## 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。

# 随筆



## プリウスマニア

国立療養所沖縄愛楽園  
野村 謙

みなさんのご家庭のプリウス・アクアは、どのくらいの燃費で走ってますか？

購入前に期待したほど燃費が良くないと思ってませんか？

カタログ上、アクアで37km/L、新型プリウスにいたっては40km/Lの数字が燦然と輝きます。「カタログ値だからね～」と、なにかリアリティーのないもの、自分とは無関係と思ってませんか？いやいや皆さん、おたくのプリウス・アクア、もっといい燃費で走れるかもしれませんよ。

事実、沖縄トヨタが毎年行っている、一般ドライバー対象の『燃費王決定戦』では40km/L台のバトルが繰り広げられています。歴代優勝者は2012年の第1回大会の41.7km/Lにはじまり、第2回大会43.7km/L、第3回大会44.1km/L、そして昨年（2015年）の第4回大会では、とうとう45.0km/Lまでできています。

プリウス自体がとても高性能なクルマなので、これまで乗ってきたクルマと同じように運転しても、25km/L程度は基本的にはプリウスまかせでよいのですが、それ以上の良い燃費にするには、ハイブリッド車にはそれなりのほんのちょっとしたコツのような運転方法があります。コツというよりドライバーが、これまでの運転習慣をちょっと見なおすといったほうがよいかもしれません。燃費向上のためには、「仮想坂道理論」、「燃費倍々ゲームの理論」、「への字走法」、「滑空走行」、「アイドルリングチェック対処法」などなどマニアならでのテクニックがいろいろあるのですが、簡単にできる運転習慣からトライしてみましょう。

①その日の運転始めに、トリップメーターをリセットしましょう。

毎日リセットするのが大事です。燃費の良かつ

た日、悪かった日、いつも燃費を意識するようになります。数字が上がるとなんとなく気分がいいものです。「今日はアレが良かったんだな。」と自分なりのフィードバックができてきます。

②月に1回は給油の際に、タイヤの適正空気圧を確認しましょう。

これは、簡単にできて効果の大きい習慣です。面倒くさがらずに行いましょう。何の技術もいりません、しいて言えば給油所の兄ちゃんにお願いする技術でしょうか。

③走行中、前方の信号が赤に変わったら直ちにアクセルペダルから足をおろしましょう。

意外と無意識にこれまでの運転習慣から信号直前までアクセルを踏んでいることはありませんか？あとは、不要な荷物を下ろして軽量化する事、ドライバーのダイエットもお忘れなく。

まずはこの辺からはじめて、とりあえず30km/L台になっちゃいましょう。スピードを求める運転習慣から心のゆとりにつながるエコドライブへシフトしていけば良いのです。

日頃の運転で燃費向上の実感が得られてくると、それはそれで毎日の運転が楽しくなります。その副産物としてガソリン代が節約されたり、車も丈夫で長持ちすることになります。私の場合、前車からの乗り換えで燃費が3倍程度向上したためガソリン代が年間25～30万円節約できています。また、総走行距離33万キロ超ですがまだまだ現役で27km/L台で走っています。ちなみに、ハイブリッドバッテリーの寿命を気にされる向きもありますが、「のむら号」だと7年目29万kmでその時を迎えました。ですから一般的な乗り方ではそこまで走行しないでしょうから、バッテリー寿命は気にしなくてもよいと言えるのではないのでしょうか。

2008年2月、愛車20系プリウス（先々代）を購入した頃「プリウスがカローラになる日」という記事を読んだ記憶があります。プリウスが大衆車のカローラになるなど、燃費が世間でこれほど注目されることのなかった当時は、まったく想像できませんでした。今では観光客のレンタカーをはじめ、実に多くのプリウスやア



クアが街にあふれています。とうとうその日が来たのだと実感します。

燃費に興味が出てくると、つぎは他の人はどのくらいで走っているのか気になってきませんか？世の中には、50km/Lを超える人、ワントank（燃料満タン）で2500km以上走行する人がいるのは驚きです。30km/L台、ワントank 1000kmが現実的な目標でしょうか。ちょっと頑張っ、ワントank 1000mile（約1609km）越えの「1000マイルクラブ」入りを狙うのもありでしょう。エコドライブを楽しむうえでオススメのイベントがあります。沖縄トヨタの美ら島沖縄・燃費王決定戦『プリウス・アクアCUP』、コーラ沖縄の『Ecoリンピック』がそれです。全国的にみても販売店が一般ユーザーを対象にエコラン大会を催すのはまれです。特に『プリウス・アクアCUP』を主催する沖縄トヨタは平成27年度エコドライブ活動コンクールで環境大臣賞を受賞したほど、会社として長年エコドライブの普及に力を入れています。大会の内容はというと、『プリウス・アクアCUP』ではチェックポイントを通過しながら100km程度の距離を走行し制限時間内でゴールしてその間の燃費を競い合うというものです。燃費に興味がある方はもちろんですが、まるで興味のない方も是非一度参加してみてください、実に楽しいです。エコドライブをするきっかけになること請け合いです。実は私は、何としても勝ちたくて妻の車を「アクア」に買い替えて参加したくらいです。（写真）

琉球放送の狩俣倫太郎氏も過去3年間参戦し、テレビでその模様がたびたびオンエアされていたので記憶にある方もいらっしゃるかもしれませんがね。

みなさんエコドライブにどんな印象をお持ちでしょうか。ノロノロ走ってとても迷惑な運転だと思っ、いませんか？それはエゴな運転です。エコドライブは、優しく発進したあとは一気に目標速度まで加速すること。巡航速度まで達したら車間を距離を保って速度を維持すること。そして交通状況の先を読んでおだやかに減速することなんです。しかしエコドライブはなにも特別な運転方法ではありません。自分のできることから始めていけばいいのです。

エコドライブを心がけるようになって、クルマを感じながら今まで以上にものを大切にす気持ちや譲りあいのところが芽生えた気がします。スピードを求める暮らしから心の豊かさを感じる生活にシフトしていくキッカケにエコドライブがなればいいなと思っ。

すこしでも、興味を持たれた方に以下のサイトをご紹介します。私のエコドライブ話を終わりたいと思っ。

今回紹介できなかったエコドライブのヒントが沢山あり、そのうえ簡単に自分の記録からエコドライブの効果が実感出来るサイトです。  
「ReCoo（レクー）」 <https://www.recoo.jp/>  
「燃費王」 <https://toyota.recoo.jp/t-okinawa/>



# 随筆



眼からウロコの衝撃本；  
『脳はなぜ「心」を作ったのか』  
前野隆司（筑摩書房）

国立病院機構沖縄病院  
樋口 大介

私は以前から「心」というのは、電光石火の如く変化してコントロール不能だなと感じていました。おそらく人類の歴史が始まって以来、人々はこんなひどい事言うつもりではなかったのに言っちゃった、こんなひどい事するつもりなかったのにやっちゃったとかを繰り返してきたことでしょう。心の動きは一瞬に起こります。喜怒哀楽のうち自分の精神状態や人間関係を即座に破壊するのは「怒り」でしょう。その「怒り」の衝動を抑えられなかった結果としての離婚、親子の断絶、親戚とのいがみ合い、友人との絶交、衝動殺人が生じたことでしょう。そこまで極端でなくても、怒りが生じて次の瞬間に「不機嫌になる」、「目が三角になる」などの表情が出てしまう事自体が、怒りの行動だと考えるべきです。食欲、性欲、物欲、金銭欲、名誉欲、支配欲は日常的に人の心の中で渦巻いています、その渦中で瞬時に生じた憎しみ、恨み、嫉み、妬み、僻みに基づく衝動を即座にコントロールできないとまず自分の精神状態が破壊され、自分に嫌な思いをさせた人物、環境に怒りを表す。生じてしまった怒りを表面的にごまかせたとしても、それがストレスとなり結局自分が抑うつ状態に陥ったりします。

日常的に人はそれぞれ悩み苦しみを抱きながら生きています、毎日自分が幸せで幸せで楽しくてしょうがないと感じている人がいるなら、その人は一等宝くじ当選者か、ブッダのような解脱者か、重症の AHO (Atamer Hontony Okashie) でしょう。

経済的な問題や病気を除けば、悩み、苦しみの原因は人間関係ではないでしょうか。人間関係の悪化は、衝動をコントロールできず、不機嫌になることが発端です。自分の行動を決定しているはずの「意識」というものが本来的に人間に備わっているなら、どうしてこれほどまでに人間関係に悩むことが多いのでしょうか。

前置きが長くなりましたが、今回は人間の心のコントロールの困難さの秘密を実証的に解き明かしてくれた衝撃的な本を御紹介します。前野隆司の『脳はなぜ「心」を作ったのか』<sup>1)</sup>です。要約ではなくこの本を読んで理解し考えたことを述べます。

1983年カリフォルニア大学医学部、脳生理学のリベット教授の実験で「私たちが行為をしようとして決定したと思う瞬間よりずっと早く無意識に意思決定されている。」という事実が証明されました<sup>2)</sup>。時計回りに光の点が回転する時計の形をした点滅型モニターを作り、脳に運動準備電位（実際に筋肉が動く前に脳にこの電気反応が出る）を測るための電極を取り付けた。被験者が自発的に指を動かしたいと思ったときに指を動かしてもらった。その指を動かしたいと意図した瞬間に光の点の位置がどこにあったかを後で尋ねた。つまり「意識が動かそうと意図した時間」と「動かそうとする脳から出ている準備指令（運動準備電位）」のタイミングを比べた。人が指を動かそうと意識するのが最初でその指令が脳の随意運動野に伝わり、筋肉を動かそうとする準備指令（運動準備電位）のスイッチが入り、最後に指が動く、そう思うでしょう。ところが結果は逆だった。筋肉を動かそうとする脳の運動準備電位が生じた時刻は意識が意図したよりも350ミリ秒も前であった。指が動いたのが意図より200ミリ秒後であったのは当たり前だが、脳の運動準備電位が意図した時間よりも350ミリ秒早いのは常識はずれな結果であった。何度繰り返しても心が指を

動かそうと意図するよりも前に脳で筋肉を動かすスイッチが入っていることが分かったのである。この事実から脳の種々な処理を行っている神経ネットワークを人の「意識」が上位からコントロールしているのではないと解釈された。人間の「意識」は神経ネットワークの下流に位置して、傍観者的にその流れを見ているだけだと言うのである。ボスは脳という臓器自体であり、私＝「意識」は手下としてそれを横目で見ながら（しかも、その事実を目をつぶりながら）そのあと起こる行動は私が決定したと錯覚しているわけである。脳によってそのように錯覚させられているとも言える。

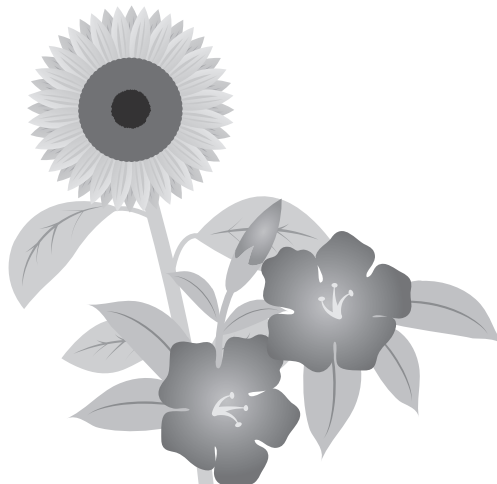
したがって人間の意識は切羽詰まった状況ではその衝動的な行動をやめることはできないのである。時間的に手遅れなのである。それでは何のために「意識」は人間に備わったのか。脳が進化の過程で人間が生き延びるために過去の経験を「意識」に刻みこんで、ファイリングさせ、その後の未来の問題にうまく対処するためである。「意識」はこれまで行動してきたことは自分が命令したと錯覚しているから、しっかり覚えてファイルしていて、いざというときに以前経験した同様のことを思い出して、無意識

的にボスである脳に問題解決に必要なファイルを差し出すわけである。そして、最後に決定権をもつのは私＝「意識」ではなく人類の脳なのである。

この本では人間の「意識」とは生命体の進化上生じたシステムであり、実体のあるものではなく、単にあとづけされた錯覚なのであると言っています。原始仏教でも釈迦は自我＝自分＝意識は錯覚であり存在しないと断言しています。お釈迦様はやはりすごい。差し迫った状況で脳の思うままに行動しては人々は絶対に救われないと釈迦は思ったのでしょうか。そしてある瞑想法<sup>3)</sup>を考案しています。これは進化の途中で後付けされたはずの「意識」を脳の上位に位置づけようとする瞑想法ではないかと私は考えています。

文献

- 1) 前野隆司、脳はなぜ「心」を作ったのか 筑摩書房 ちくま文庫
- 2) ベンジャミンリベット、マインドタイム 脳と意識の時間 下條信輔訳 岩波書店
- 3) アルボムツレ・スマナサーラ、仏教は心の科学 宝島社文庫



# 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	17週	18週	19週	20週	21週	
		5/1	5/8	5/15	5/22	5/29 (定点あたり)	
		報告数	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	313	276	144	134	160	(2.76)
RSウイルス感染症	小児科	92	82	67	46	70	(2.06)
咽頭結膜熱	小児科	9	18	12	20	27	(0.79)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	21	22	33	25	34	(1.00)
感染性胃腸炎	小児科	111	124	117	136	132	(3.88)
水痘	小児科	25	14	22	13	11	(0.32)
手足口病	小児科	24	34	49	87	104	(3.06)
伝染性紅斑	小児科	5	1	5	4	4	(0.12)
突発性発疹	小児科	8	10	11	12	15	(0.44)
百日咳	小児科	2	5	3	5	7	(0.21)
ヘルパンギーナ	小児科	3	6	7	6	12	(0.35)
流行性耳下腺炎	小児科	51	49	51	41	42	(1.24)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	0	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	10	13	4	11	7	(0.70)
細菌性髄膜炎	基幹	2	2	2	0	1	(0.14)
無菌性髄膜炎	基幹	1	5	3	6	2	(0.29)
マイコプラズマ肺炎	基幹	8	14	13	13	4	(0.57)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	1	4	1	0	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)

17週から21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をしておりますが、日曜・祝祭日等に当該会員やご家族からの連絡がなく、本会並びに地区医師会等からの弔意を表せないことがあります。

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

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 経理課：平木怜子 上里敬子 池田公江

講演会・例会のご案内

(7月10日～9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
7/15 (金) 19:30	ロワジールホテル那覇	第8回沖縄前立腺癌研究会 (日本医師会生涯教育講座) ①沖縄県での新規CRPC薬剤の使用経験(0.5単位) ②去勢抵抗性前立腺癌(CRPC)に対する治療を再考する～アピラテロンのエビデンスと位置付け～(1.0単位)	①呉屋 真人(琉球大学大学院医学研究科腎泌尿器外科学講座) ②鈴木 啓悦(東邦大学医療センター佐倉病院泌尿器科教授)	①1)医師のプロフェッショナルリズム ②2)医療倫理:臨床倫理	アストラゼネカ(株) 092-283-8150 参加費 なし
8/1 (月) 19:00	ザ・ナハテラス	第20回沖縄リウマチ医療の会 (日本医師会生涯教育講座) ①リウマチ足の外科(1.0単位) ②既存および新規経口抗リウマチ薬活用による効果的関節破壊抑制(1.0単位)	①羽生 忠生(長岡赤十字病院リウマチセンター長) ②上坂 等(東京医科歯科大学膠原病・リウマチ内科学教授)	①61)関節痛 ②73)慢性疾患・複合疾患の管理	あゆみ製薬(株) 0120-061-374 参加費 1,000円
8/26 (金) 19:00	ロワジールホテル那覇	第30回沖縄乳癌研究会 (日本医師会生涯教育講座) ①乳癌の多様性と治療戦略(1.0単位) ②StageIV乳癌に対し手術施行した症例(1.0単位)	①吉本 賢隆(よしもとブレストクリニック) ②玉城 研太郎(那覇西クリニック)、 上田 真(県立中部病院)、 長嶺 信治(沖縄協同病院)	①2)医療倫理:臨床倫理 ②2)医療倫理:臨床倫理	アストラゼネカ(株) 092-283-8150 参加費 なし

※都合により変更する場合がありますので、ご確認の上ご出席ください。  
 ※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。  
 ※お願い:9月10日～11月9日迄の講演会例会等が決まれば、7月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。

お知らせ

一般財団法人 生命医学研究振興財団研究助成の募集について

「一般財団法人 生命医学研究振興財団」は、沖縄を主とした亜熱帯地域内における生命医学の領域に関する調査の実施及び学術研究、研究奨励推進を行い、以て地域医療福祉の発展に寄与することを目的として設立されました。

この度、当財団では研究に対する助成の募集を行います。応募書類は文部科学省の科研費の申請書類に準じます。研究助成費は1件100万円で、今年度は1～2件の助成を予定しております。募集期間は平成28年7月31日までとします。尚、助成の採否については8月中旬に連絡させていただきます。会員の方への周知を御願い申し上げます。

一般財団法人 生命医学研究振興財団  
理事長:小杉 忠誠

(問い合わせ先及び応募先)

〒905-0011 沖縄県名護市宮里7-22-35 名護記念クリニック内  
「一般財団法人 生命医学研究振興財団」

担当:小濱 智枝

TEL:0980-52-4187 FAX:0980-52-4189

## 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
終了	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

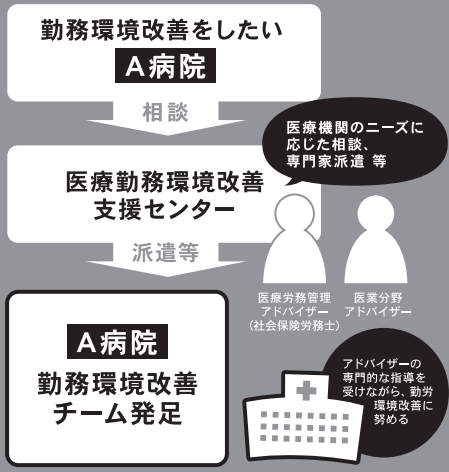
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

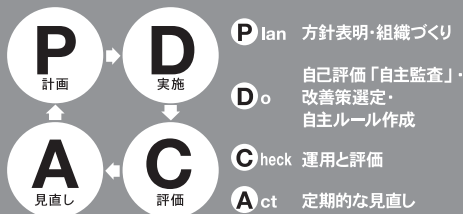
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川1218-9  
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

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

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



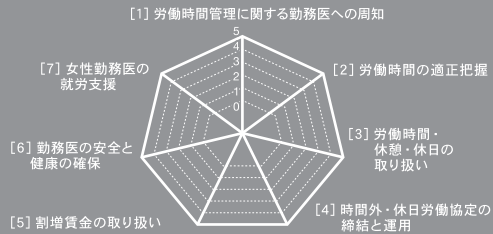
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会  
勤務医の労務管理に関する  
分析・改善ツール  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien\\_tool201403.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf)



勤務医の労務管理チェックリスト

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

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

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

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

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

沖縄県医師会



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

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
終了	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
終了	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
終了	基礎(実地) 生涯(実地)	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
【※グループワーク(定員制)につき申込を締め切りました。当日参加は受付できませんのでご注意ください。】					
終了	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方法」 (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ますか?」	(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	8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。

**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 *医籍番号	年 月 日登録 第 号	保険医登録番号 *専門診療科	医 号	
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

災害医療研修会のご案内

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。

各コースへの受講申込は、下記により FAX（098-888-0089）にてお申し込み下さい。

	日時	プログラム	研修形態
終了	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
終了	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
3	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
4	10月13日(木) 19:30~21:00	大規模災害発生時における多数死体検視	講義、演習
5	10月29日(土) 09:30~16:30	PFA(心理的応急処置)	講義、演習 定員 50名
-	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

※ 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。

----- 参加申込票 -----

■ FAX.098-888-0089 参加希望の研修番号に○印を付け、お申込みください。

申込番号	1 _____ 2 _____ . 3 . 4 . 5
施設名	
氏名	医師・看護師・業務調整員・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

## ～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
<p>✚ 各コースとも受講料(昼食代込、テキスト代別)は、医師・歯科医師8,000円、コメディカル6,000円を予定しています。</p>		
<p>✚ 各コースとも募集は2ヶ月前に以下リンク先に掲載されますので、お申込み下さい。</p> <p>✚ 沖縄県医師会 <a href="http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html">http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html</a></p> <p>✚ おきなわクリニカルシミュレーションセンター <a href="http://okinawa-clinical-sim.org/course.html">http://okinawa-clinical-sim.org/course.html</a></p>		
<p>✚ 受講選考については、これまで通り申し込み順ではなく、施設間のバランスやインストラクターの参加状況を踏まえ、決定することになりますので、ご了承ください。</p>		
<p>・問い合わせ先:<a href="mailto:trees@me.au-hikari.ne.jp">trees@me.au-hikari.ne.jp</a> (沖縄ERサポート 林 峰栄)</p> <p>・問い合わせ先: 沖縄県医師会事務局 業務1課(崎原)</p> <p>TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089</p>		



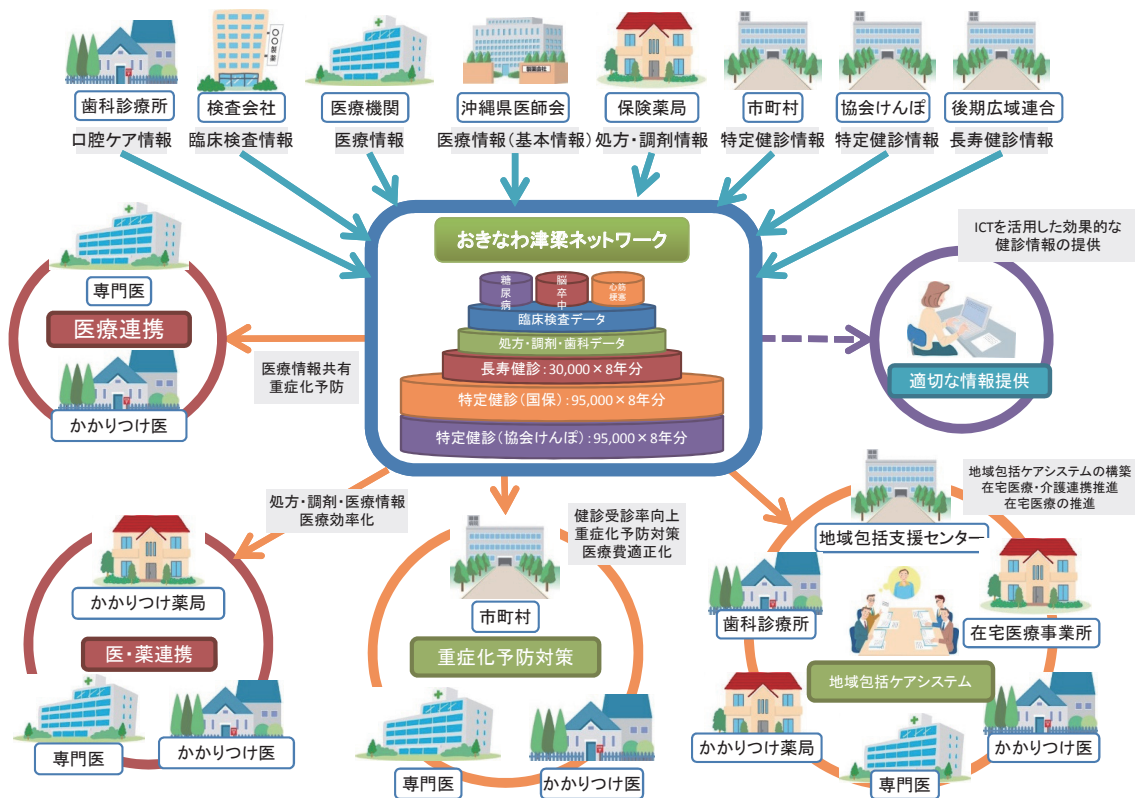
おきなわ津梁ネットワーク事務局  
Okinawa Shinyo Network

# 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〕

**リハビリ前の  
血圧測定**

白衣  
高血圧？  
仮面  
高血圧？

**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

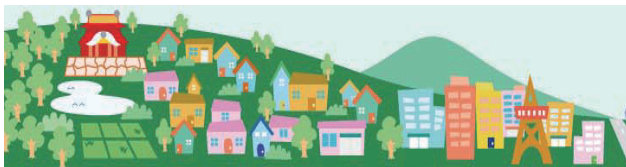
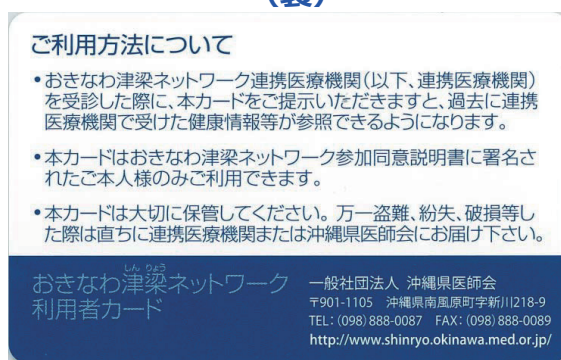
- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

### 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

【様式 1-1】



## 参加(利用)申請書 (医療機関用)

一般社団法人 沖縄県医師会 会長 殿

おきなわ津梁ネットワークの趣向、利用者規程を理解した上で、おきなわ津梁ネットワークを利用(変更又は停止)したいので下記のとおり、申請致します。

【参加施設記入欄】

申請日：平成 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 一部変更(追加) <input type="checkbox"/> 利用の停止											
施設コード <small>※事務局記載欄</small>				保険医療機関コード <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
施設名： 開設者又は院長氏名：	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span>											
システム担当管理者 <small>※院内のシステム管理者</small>												
施設所在地												
電話番号	(    )	—										
FAX 番号	(    )	—										
Email アドレス												
利用を希望する機能	<input type="checkbox"/> 健診・検査結果共有システム											
	<input type="checkbox"/> 特定保健指導支援システム											
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所・かかりつけ医 )											
	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所・かかりつけ医 )											
検体検査依頼先 <small>※一部外注含む</small>	<input type="checkbox"/> 脳卒中 ( <input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 )											
	<input type="checkbox"/> 自院 ( メーカー名： _____          機械名： _____ ) <input type="checkbox"/> 外注 ( 外注先名： _____ )											

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成 年 月 日

事務局受付

Ver. 14.2

平成27年10月から始まりました

## ～ 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した。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	〇〇〇・・・・〇〇〇
生年月日	〇年□月△日
性別	女
氏名	番号花子
住所	△県〇市□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受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**

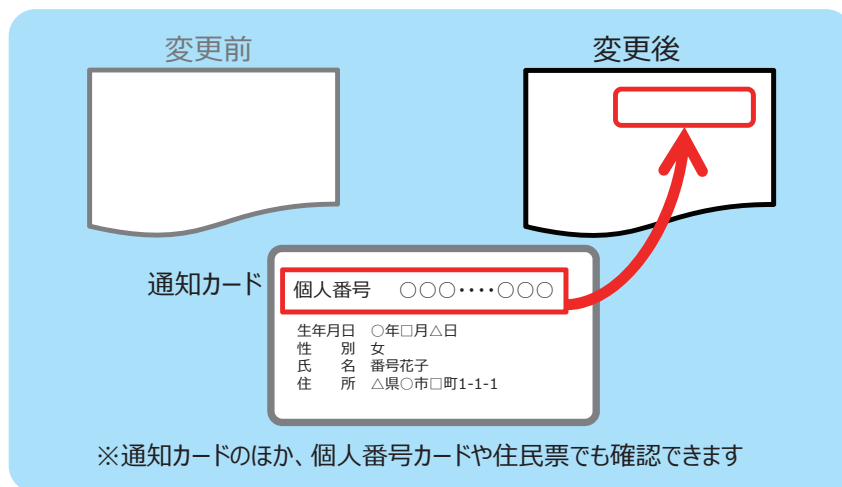
**※被保険者証にはマイナンバーは記載されていません**

## 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

# 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

JMA 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

<p><b>保険料</b></p> <p>●基本・月払 加算：月払</p> <p>加算年金 (10万円) 月払保険料 60,000円</p> <p>基本年金 月払保険料 12,000円</p> <p>40歳 ← 60歳 → 80歳</p> <p>支払期間 24年 6ヶ月 (294回)</p> <p>合計月払保険料 72,000円</p>	<p><b>受給年金</b></p> <p>●B1コース</p> <p>加算年金 保証期間15年 86,100円 終身</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>60歳 ← 65歳 → 70歳 ← 10年 → 80歳</p> <p>受取月額 103,300円 103,300円</p> <p>15年受取総額 18,594,000円</p> <p>●B2コース</p> <p>加算年金 5年増設型 369,600円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>60歳 ← 65歳 → 70歳 ← 10年 → 80歳</p> <p>受取月額 385,800円 17,200円 17,200円</p> <p>15年受取総額 25,212,000円</p> <p>●B3コース</p> <p>加算年金 10年増設型 191,100円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>60歳 ← 65歳 → 70歳 ← 10年 → 80歳</p> <p>受取月額 208,300円 17,200円 17,200円</p> <p>15年受取総額 26,028,000円</p> <p>●B4コース</p> <p>加算年金 15年増設型 132,100円</p> <p>基本年金 保証期間15年 17,200円 終身</p> <p>60歳 ← 65歳 → 70歳 ← 10年 → 80歳</p> <p>受取月額 149,300円 17,200円</p> <p>15年受取総額 26,874,000円</p>
---	---

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。
- ・「受給コースの選択(別添364)」は、受取開始の権利を決めさせていただきます。
- ・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 サイマップへ  
目 個人格納保険方針  
目 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 ● お知らせ一覧 ... すべてのお知らせをご覧いただけます

- 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
  - 養病年金
  - 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 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 トップページへ 目 サイマップへ  
目 個人格納保険方針 目 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

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

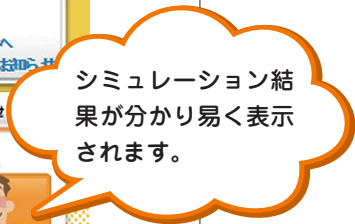
保険料からプラン作成 (試算結果)

試算結果は簡易計算による概算です。

[戻る](#) [PDF](#)

保険料		受給年金	
■ 基本：月払 加算：月払		● B1コース	
加算年金 (10口) 月払保険料 60,000円		加算年金 保証期間15年 86,500円 終身	
基本年金 月払保険料 12,000円		基本年金 保証期間15年 17,300円 終身	
40歳 65歳	65歳 80歳		
支払期間 24年7ヵ月 (295回)	受取月額		
合計月払保険料 72,000円	103,800円 103,800円		
	15年受取総額 18,684,000円		
■ 設定条件をご確認ください。		● B2コース	
試算日 平成27年 3月16日		加算年金 5年確定型 370,100円	
生年月日 昭和50年 1月1日		基本年金 保証期間15年 17,300円 終身	
試算日年齢 40歳		65歳 70歳 80歳	
加入申込期限 平成27年 5月15日		受取月額	
加入予定年月 平成27年 6月		387,400円 17,300円 17,300円	
加入時年齢 40歳5ヵ月		15年受取総額 25,320,000円	
加算払込開始年月 平成27年 6月		● B3コース	
年金受給開始年月 平成52年 1月		加算年金 10年確定型 191,900円	
年金受給開始年齢 65歳		基本年金 保証期間15年 17,300円 終身	
払込保険料累計 21,240,000円		65歳 75歳 80歳	
		受取月額	
		209,200円 17,300円 17,300円	
		15年受取総額 26,142,000円	
■ 注意事項です。お読みください。		● B4コース	
● 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。		加算年金 15年確定型 132,600円	
● 「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。		基本年金 保証期間15年 17,300円 終身	
● 「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。		65歳 80歳	
● 「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。		受取月額	
● 「受取開始年齢は、75歳まで延長できます。」		149,900円 17,300円	
● 「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。		15年受取総額 26,982,000円	

[このページの先頭へ](#)  
[戻る](#) [PDF](#)



「梅雨らしからぬ、梅雨も明けて、毎日凄まじく暑い日々が続いていますが、皆様いかがお過ごしでしょうか。」と、昨年7月号の編集後記にも書き始めたのですが、今年はなおさら、いつ梅雨だったかすらわからないような梅雨が明けて、もの凄く暑い日々が続いております。毎年の挨拶にも地球環境の変化を感じずにはいられませんが、皆様いかがお過ごしでしょうか？

今月の表紙を飾ったのは、安立医院 小林竜司先生が撮影した、ヤンバルテナゴコガネです。自然豊かな沖縄も環境破壊により、美しい海や山にも大きな変化が見られます。そんな環境の変化にも負けず、生き抜いている姿に感動しました。両手を広げ、全てを受け入れるような男姿にも見えます。

巻頭には、第207回沖縄県医師会臨時代議員会にて決選投票の末、第37代沖縄県医師会長に就任された安里哲好先生の御挨拶をいただきました。

「県民と共に歩む医師会」「地域医療連携の充実」「魅力ある医師会づくり」を3本柱に、「おきなわ津梁ネットワーク」「離島へき地医療の充足・充実」「琉大医学部・病院の移転」などへの積極的な取り組みを掲げられております。

その他の役員もそうそうたるメンバーが選出されています。

今後のご活躍を祈念いたします。

比嘉靖理事から、第17回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会の報告がありました。超高齢化社会に向け、地域包括ケアシステムを構築するための様々な施策が進められている中で、在宅医療・介護連携と認知症に対する施策は急務であると考えられます。患者とその家族を中心に、行政、医療、介護が一体となり、チームで、地域を支えるネットワーク作りが重要と感じました。

本竹秀光理事から、平成28年度都道府県医師会広報担当理事連絡協議会の報告がありました。情報源が多様化する現代において、老若男女、より多くの人へ情報を伝達することの難しさを感じました。確かに、スマホがあれば、テレビを観なくていいですね…。

毎年恒例となった沖縄県医師会研修医歓迎レセプションの様態を田名毅理事が報告しています。今年は翁長雄志知事も参加し、まさにオール沖縄での歓迎レセプションでありました。新研修医たちのフレッシュな決意やインタビュー

などが掲載されておりました。忘れかけた、医師としての最初の一步を歩み出した頃を思い出しました。

生涯教育コーナーには、「高度肥満症と2型糖尿病に対する外科治療の現状」というタイトルで、大浜第一病院 外科 稲嶺進先生に執筆いただきました。男女共にメタボ率ナンバーワンの沖縄県には病的肥満、糖尿病の患者がたくさんおり、生活習慣の改善が、重要であることは周知のことと思いますが、減量は非常に難しいのが、現状です。術前のABCD scoreが高ければ、糖尿病の改善率が高く、比較的早期の手術が望ましいとのことでした。高度肥満は心不全との関連もあり、大変興味深い内容でした。

プライマリ・ケアコーナーでは、石川清司先生に、「臨床研修における症例報告の意義～忘れられないこの症例～」のタイトルで執筆していただきました。日々の診療に追われる中で、1例ずつ丁寧に検討し、症例報告をすることの重要性を痛感しました。

インタビューコーナーでは、この度沖縄県政策参与にご就任した村田謙二先生にお話を伺いました。翁長知事と同級生であり、地域医療構想、生活習慣病問題、医師・看護師不足問題と沖縄県が抱える問題の解決にご尽力いただけることと思われれます。

随筆のコーナーでは、5人の先生がとても趣のある随筆を寄せていただきました。

永山盛隆先生は、全日本医師剣道大会に参加の様子を投稿していただきました。来年は是非、頑張ってくださいと思います。

野田寛先生のドイツでの思い出は、とても興味深く読ませていただきました。

中山仁先生は、若い頃にフルコンタクトに憧れ、すぐに熱が冷めた思い出を語っていただき、真の空手愛好家であると思いました。

野村謙先生は、プリウスの燃費向上のための運転理論、方法を紹介しています。是非、参考に、燃費向上を目指してみたいはいかがでしょうか。

樋口大介先生は『脳はなぜ「心」を作ったのか』という本を紹介していただきました。『意識』とは、生命体の進化上生じたシステムである』とは、何か寂しい感じもします。

夏真っ盛りの7月、湿度も高く、暑い日が続きますが、お体に気をつけて御過ごし下さい。

広報委員 間仁田 守