

第 12 回男女共同フォーラムに参加して



沖繩県医師会女性医師部会委員 仁井田 りち

第 12 回男女共同参画フォーラム

日 時：平成 28 年 7 月 30 日（土）
 （フォーラム）午後 1 時～4 時 45 分
 （懇 親 会）午後 5 時 30 分～7 時
 場 所：ホテル東日本宇都宮
 栃木県宇都宮市上大曾町 492-1
 TEL：028-643-5555
 主 催：日本医師会
 担 当：栃木県医師会

☆メインテーマ

「男女共同参画が医療界にもたらすメリットとそのエビデンス」

【次 第】

- 開 会
- 挨拶
- 基調講演

「輝き続ける組織をつくる ～資生堂の男女共同参画への取り組み～」

株式会社資生堂相談役 前田 新造

○報 告

1. 日本医師会男女共同参画委員会
2. 日本医師会女性医師支援センター事業

○特別報告

○シンポジウム

「21 世紀の男女平等とは何か ～社会における男女の互恵関係を築くために～」

1. 宇都宮大学総括理事・副学長
藤井佐知子
2. 武蔵大学社会学部社会学科助教
田中 俊之
3. 順天堂大学産婦人科学講座協力研究員
香川 則子
4. 地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構理事長
栗谷 義樹

○総合討論

- 第 12 回男女共同参画フォーラム宣言採択
- 次期担当医師会会長挨拶 愛知県医師会
- 閉 会

日本医師会主催第 12 回男女共同参画フォーラムが栃木県にて「男女共同参画が医療界にもたらすメリットとそのエビデンス」をテーマに 7 月 30 日開催された。H28 年 4 月 1 日「自らの意志によって職業生活を営み、又は営もうとする女性の個性と能力が十分に発揮されることが一層重要である」という理念のもと、「女性活躍推進法」の法律施行後初めてのフォーラムとなり、各県での多職種の取り組みが動き始めたことを感じた会でもあった。重要点をプログラム順にまとめて、またシンポジストの内容が変化に富んでいたため、シンポジウムは簡略化して報告する。

来賓挨拶

栃木県福田富一知事が来賓として挨拶され、「栃木県庁が率先し取り組まなければ民間も動かないであろう。また県民の意識改革が進まなければ絵に描いた餅になる」との意気込みを語った。

基調講演

「輝き続ける組織をつくる ～資生堂の男女共同参画への取り組み～」

株式会社資生堂相談役 前田新造

「一瞬も一生も美しく」

座長の先生の紹介で「皆さんは 2015 年の“資生堂ショック”をご存知ですか？」から始まった講演は、「資生堂ショック」への経過が明治 5 年の創業から始まり丁寧に説明された講演であった。社員の 8 割以上、お客様の 9 割を女性が占める資生堂は女性の活躍推進を促す土壌づくりはすでに 90 年代から進めており、1990 年

に通算5年の育児休業を採用。2005年には男性の育休制度採用。2008年には配偶者が海外勤務に転勤時に3年の休業制度も設置。2006年には「カンガルースタッフ制度」として3～4時間の契約社員（多くは大学生のパート）を夕方雇って補助スタッフとして採用し、育児休業中の社員が時間休業を取りやすいようにしてきた。保育所も作った。結果、社員のライフイベント（出産、育児、介護）に関しての多くのライフステージに両立可能に対応してきた。「自分は今支えられているけど、いずれ支える」「私は会社にいていいんだ」と社員に安心が生まれうまく回っているように思えた。しかし時代と共に当たり前ようになった「育児社員＝早番勤務」は職場で不協和音を生むようになった。制度を整えていくことを第2ステージとすると現在、時代は第3ステージに入ったと感じている。社員がロールモデルとなれるよう長期視野からスペシャリストを育成すること。育児期間にキャリアを磨けないことがないよう、キャリアをストップさせないためにどうすればよいのか。特に店頭でのビューティコンサルタントは夕方の一番忙しい時間帯が一番キャリアを積める時間でもあり、きちんと他の社員と同じように働いてもらうためには、どのような支援をすればよいのか、個別に本人と何度も面接を繰り返して家族構成（祖父母の支援）や近隣の保育所の確保状況まで含めて育児支援体制を整えた。この改革で今後の本人の生き方、仕事への考え方について真剣に向き合うことに繋がっていった。「他の社員と変わらず一生懸命働いている姿は他の社員からもむしろ応援しやすくなる」ことがわかった。育児時短を取らず普通に働くことは2015年マスコミにも取り上げられ「資生堂ショック」として話題になった。資生堂の改革は時代に逆行しているのではないかと誤解もされたこともあったが、先進的な取り組みとして資生堂は進めていった。どのような組織においても女性の持っている多様な価値観が社会に役立つように、多様な人材が多様に働けるような職場を作ることによって社会がよくなるので

はないかと考えている。現在は「働きやすい会社」から「働きがいを追及する会社」へ変革する時代と考えている。資生堂における結婚出産の退職率はわずかに0.7%である。

報 告

日本医師会男女参画委員会 小笠原真澄

H26年・27年度の男女共同参画委員会が実施した取り組みについての報告と男女共同参画委員会諮問答申内容を報告した。（40ページの冊子になっている）

特別報告 日本医師会理事 今村定臣

産婦人科女性医師の現状とその支援（日本産婦人科医会の取り組み）について報告

産婦人科学会では50歳以下では女性が50%を占めている。問題点は産婦人科の病院勤務医の1か月当たりの平均当直回数は6回であり他の診療科と比較して一番多く、この5年改善が見られていない。産科医師を増やしても30代での離職が多く、全国で250名を超えており、30代での離職対策を立てなければ極めて非効率的。常勤先のないフリーになる医師の理由は出産育児であった。

女性医師支援のポイント

- 1、男性医師に理解を得る（チーム医療、当直明けの勤務緩和、分娩手当など待遇改善）
- 2、現場から遠のかせない配慮をする（妊婦、育児中の勤務緩和、時短勤務による早期リハビリ）
- 3、全体の仕事量の軽減を図る（セミオープンシステム、IT化、院内助産、助産師外来）
- 4、仕事にモチベーションを与える（診療では到達目標、研究テーマを与える）
- 5、指導的立場の女性医師を育てる（診療のみならず、臨床研究を容易にする）

女性医師支援の到達目標は、就労継続ではなく、一人でも多くの指導的立場の女性医師を育てることと考えている。

シンポジウム

「21世紀の男女平等とは何か～社会における男女の互恵関係を築くために～」

「国立大学における男女共同参画の取り組み」

宇都宮大学総括理事・副学長 藤井佐知子

高等教育・研究分野においては、研究者に占める女性の割合は14.6%で諸外国と比較しても（北欧、先進国で20%～45%を占める中）で29番目となっている。女性研究者が少ない理由として家庭と仕事の両立が困難68%、育児期間後の復帰が困難44%と出産育児の問題が続く。国立大学協会では「2010年までに女性職員比率20%」を掲げて各大学に努力を促したが到達しなかった。多様な人材育成、知的創造の場である大学はその先導役を果たしていきたいが、労働・育児環境が大きく改善され社会全体の意識が変わらないと、女性研究者や指導的立場の女性を増やす道は険しいと感じている。

「男性中心型労働慣行の見直しについて」

武蔵大学社会学部社会学科助教 田中俊之

田中先生はご自身の6か月になるお子さんの子育ての話在具体例としてあげながら、日本人の働き方は「長時間労働が問題だと思っていないことが一番の問題点」と鋭く指摘した。6歳未満の子供を持つ男性の家事・育児時間の合計は1日あたり1時間7分。スウェーデンの父親は家事・育児に3時間21分、アメリカやイギリスでは3時間弱であり、このデータだけで「日本の男性は欧米を見習ってもっと家事・育児に従事するべきだ」という結論に至るのは早計である。週の労働時間が60時間を超えている日本の男性は30代・40代では17%に達して、他国とは比較にならない長時間労働に加えて、都市部では通勤に往復2時間近くかかることを踏まえると、週60時間働いている男性は24時間のうち14時間程度を仕事のために費やす計算になる。男性の働きすぎを放置したまま父親に家事・育児への参加を促すのは明らかに無理がある。この20年先進国で日本と韓国が

長時間労働が改善されていない。女性が活躍するためには男性の働き方を変えなければいけないと強調する説得力のある内容であった。また2013年の現代日本人の意識構造のデータでは結婚に関して「結婚しなくてよい」が63%「するのが当然」33%、子供を持つことに関しては「子供をもたなくてよい」55%「子供を持つのが当然」39%のデータを示した。その後、積極的寛容と消極的寛容の用語について解説。

積極的寛容 (Positivetolerance)

＝自分と異なる価値観を持つ個人や集団と出会った時の純粋な敬意や開放性のこと

消極的寛容 (negativetolerance)

＝無関心さの表現のこと

について説明したあとで「結婚しなくてよい」「子供を持たなくてよい」という価値観に関しての寛容さは無関心さの表れで、すなわち消極的寛容であり、日本人の無関心さを指摘した。

「女性が自分らしい人生を歩むために～卵子凍結保存という選択肢について～」

順天堂大学産婦人科講座協力研究員 香川則子

卵子の老化についてのエビデンスの説明の後、「卵子保存」という選択肢があること、日本の技術の進歩からニーズが広がったことを紹介した。

「日本海総合病院における女性医師就業支援策と今後の課題」

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構
理事長 栗谷義樹

地方における医師確保困難だけでなく女性医師のワークライフバランスに配慮しながら最大限に工夫している点について説明された。

まとめ

基調講演の「資生堂ショック」はまさにインパクト強く印象深い取り組みとして拝聴した。

「日本の経済成長の先にあったのは真の豊かさなのか？」と問いかけた資生堂相談役前田新造氏は少子高齢化の日本において女性活躍推進法は女性の活躍＝大事な労働力としているが、それぞれが互いに認め合い能力を発揮できるように職場環境を熟成することが大事であるとのメッセージであった。資生堂の取り組みは、先に良いと思われることからまず躊躇なくスタートさせ、制度を育てていく中で、良くなかった制度は反省をして削除する柔軟性を持ち、各時代の多様性に合わせてより良いものを作り上げていこうと進化し続ける姿勢であった。

実は、それぞれの講演時間の長さが響いて進行が遅れに遅れ総合討論の時間に食い込みました。最後にシンポジストの田中先生よりまたまた鋭い一言「僕、夜7時には子供をお風呂に入れる約束を奥さんとしています。時間に間に合うか今ドキドキしています。時間を延長するような考えから改めませんか。長時間労働の考え方を換えようと話したばかりです」フロアから大拍手が起こりましたことをお伝えしておきます。

印象記



副会長 宮里 善次

7月30日、栃木県宇都宮市で“男女共同参画が医療にもたらすメリットとそのエビデンス”をテーマに「第12回男女共同参画フォーラム」が開催された。

基調講演とフォーラムの二本立てで進行したが、印象に残った点を述べたい。

そもそも日本医師会に於ける男女共同参画は女性医師が働きやすく、妊娠や子育てで退職することなくキャリア形成できる様な環境作りを目指していたと思う。

そして、フォーラムの回数を重ねる毎に、保育所設置や当直免除などの環境整備が行われ、各県の地域差が無くなってきた印象がある。

沖縄県医師会で玉城信光担当理事の下で6年間副担当理事として関わってきたが、究極の目標は女医を取り巻く県下の医療機関の環境整備や支援システムが同レベルに達することだと漠然と考えていた。

しかしながら、前田新造氏（株式会社資生堂相談役）の基調講演を聞くと、究極の目標は違う所にあり、筆者が考えていた事はその前段階に過ぎないと云う事が判明した。

資生堂は職員の8割、顧客の9割が女性で占められており、会社設立以来女性達が働きやすい環境を作る事に腐心してきた会社である。特に90年代から育児休業制度やパートナーの海外勤務に伴う休業制度、保育所設置や3～4時間の契約補助スタッフ採用などの制度を先駆けて制定し、様々な支援をしてきた。普通に考えればそれで十分ではないかと思うが、他の企業や我々医療界なども同様な活動を追従し、社会的にそうした制度が当たり前になると、「育児社員＝早番勤務」が特別な権利を得た人とし受け止められて現場で不協和音を醸し出すようになった。

そこで資生堂がとった戦略は「働きやすい会社」から「働き甲斐を追及する会社」への転換であった。

具体的に言えば、職員個々の生活環境を調べ上げて、子育てを支援できるようにし（会社から200 m以内に子供預かり所設置や祖母の活用等々）、一番忙しい夕方にキャリア形成ができるようにしたのである。つまりフルタイムで働かせたのである。聞いていて時代に逆行するような印象を受けたが、「育児時短を取らずに、他の社員と同様普通に働いている姿は仲間として応援しやすい」と他の職員の評価は良かった。

結果、キャリア形成をしながら専門家となり、働き甲斐を追及できたことで結婚出産&子育てによる離職率は驚異的な0.7%を達成したのである。

このことは“資生堂ショック”として2015年に大々的に報じられたそうだが、筆者は勉強不足で初めて聞いた言葉と内容であった。

また特別報告として、今村定臣先生（日本医師会常任理事）から産婦人科女性医師の現状と支援と題して報告があった。

30代の女性医師の離職率が高く、そのほとんどが結婚～子育てが原因である。

対策として5点述べられたが、最後の5点目に「女性医師支援の到達目標は就労継続ではなく、一人でも多くの指導的立場の女性医師を育てることと考えている」と強調された。言わんとしていることは“資生堂ショック”と同じように、究極は専門家を作ることだと感じた次第である。

沖縄県女性医師部会の活動も道半ばであるが、今後の目標を今までの「働きやすい職場」から次のステップの「働き甲斐を追及する職場」へと転換し、活動しなければいけないのだろうか。やるとすれば何時やるのだろうか。多くの議論が必要だろうと感じたフォーラムであった。

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 29 回全国有床診療所 連絡協議会総会静岡大会



副会長 玉城 信光

開会に先立ち自見はなこ参議院議員から当選お礼の挨拶があった。自見先生はその後第 12 回男女共同参画フォーラムが開催されている栃木県に向かった。

【総会】

静岡県有床診療所協議会会長の指出先生の開会宣言で静岡大会が始まった。

静岡県医師会の篠原会長が挨拶された。静岡でも外科、内科の有床診療所が減少しているが今回の大会では『これからの有床診療所』をメインテーマに掲げ地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割を考えていきたいと話された。

続いて全国有床診療所連絡協議会会長の葉梨会長の挨拶があった。

横倉会長の祝辞を中川副会長が代読された。消費税 10% への増税が先送りになったが、これからも社会保障の充実のために消費税増額分が変わる手当を政府に要請していくと言われた。

報告では平成 27 年度の事業報告がなされ、平成 27 年度の収支決算（総額 59,149,745 円）が全会一致で承認された。会則の改正ではこれまで福岡県に置かれていた事務局の分室を横浜に置くことが承認された。有床診療所議連の活動や政府に対する要請事項など首都圏での利便性が図られることになった。

監事には佐賀の高柳先生、長崎の長谷川先生が選任された。

平成 28 年度は役員交代が行われ、常任理事などが若返った感がある。

平成 28 年度の活動方針の中に「地域包括ケアシステムの中で有床診療所の持てる力を十

分に発揮させ、国民の医療環境向上に資するべく努力する」と述べられている。平成 28 年度の予算は年会費が 20,000 円になり収入が 79,261,840 円と大きくなった。

（玉城私見：有床診療所が毎年少なくなる中で、診療報酬の改定などを通じで持続可能な体制を創出して欲しいものである。ほとんどの有床診療所は外来で入院の費用をカバーしている状態である。有床診療所の議連を通じ地域医療の中で有床診療所の意義を確立させて欲しいものである。）

平成 29 年度の総会は 7 月 1 日と 2 日に大分で開催されることになり近藤会長より挨拶があった。

【報告Ⅰ】

「平成 27 年度日本医師会有床診療所委員会答申から」と題して、日本医師会有床診療所委員会委員長の小林博先生の報告があった。

会長諮問は「地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割について」1、有床診療所の在宅医療への対応 2、有床診療所と介護への対応 3、地域包括ケアシステムでの専門医療機関として有床診療所の役割 4、病床機能報告制度と地域医療構想 5、有床診療所が役割を果たすための今後の課題が検討され、専門性のある有床診療所と介護との連携におけるショートステイなど各々の診療所の姿にあった答申がなされている。

【報告Ⅱ】

「地域における有床診療所への期待」日医総研研究部長の江口成美さんから報告があった。

1、平成 28 年度の診療報酬改定では少シアッ

プができた。2、無床化・休床化の理由は看護職員不足、雇用条件が合わない。経営では入院費用が入院収入を上回っている。入院医療の経営的安定が望まれる。地域包括ケアシステムでは在宅医療の後方支援として、レスパイト入院、終末期医療などの連携が取れるであろう。

【講演Ⅰ】

「今後の社会保障について～地域医療構想を中心として有床診療所への期待～」として神田 裕二厚労省医政局長の講演があった。1、地域医療構想について：平成 27 年度中に 12 府県が策定済みで、平成 28 年度中に 8 府県、平成 28 年度半ばに 27 都道府県が策定予定である。策定された 12 府県では機能報告時点で 50%であった急性期病床が 29%になり、回復期病床が 9%から 28%に増えている(スライド 1)。(沖縄県においても参考になると思う) 2、療養病床の見直しについて：療養病床のあり方が検討されており、医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設のあり方などが検討されている(スライド 2)。(私見：平均年齢男 80 歳、女 87 歳の時代になった。70 代前半の生き方が後期高齢者となる 75 歳以上の生き方を決める。80 代は自宅と施設の往復が多くなるかもしれない。独居老人、老老介護の限界をどうするか。地域包括ケアシステムの充実が求められる) 3、有床診療所について：これまで有床診療所について法改正や診療報酬の改定などがなされてきた。いろいろな加算条件があるので活用して欲しいとのことである。

【講演Ⅱ】

「健康長寿社会に向けた日本医師会の医療政策」として横倉会長の講演があった。1、社会保障制度の持続可能性 2、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進 3、持続可能な社会保障と医療の向上に向けた医療側からの提言 4、継続と改革 地域から国へ～新たなステージへ～

日医のかかりつけ医機能研修制度を充実させていく。健康寿命の延伸を進める。終末期医療を考えていくなどが話された。

総会の後は静岡のグルメ満載な懇親会が開催された。

翌 31 日は「これからの有床診療所～有床診療所を巡る諸問題・その改善策を探る～」と題してシンポジウムが開催された。

- ① 静岡県における有床診療所の現状・課題・今後の方向性について
静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課 課長 奈良 雅文先生
- ② 「産科」有床診療所の立場から
前田産科婦人科医院 院長 前田津紀夫先生
- ③ 「眼科」有床診療所の立場から
やなぎだ眼科医院 院長 柳田 和夫先生
- ④ 「外科」有床診療所の立場から
錦野クリニック 院長 錦野 光浩先生
- ⑤ 「在宅医療に取り組む」有床診療所の立場から
医療法人社団 心 理事長 小野 宏志先生

講演の後ディスカッションが行われた。小野先生は診療所を持ち、在宅医療を行っていく中から、有料老人ホームや有床診療所を開設し、老健施設も開所してきた。47 歳の若い医師が新しい形の地域医療を形成してきている。頼もしい限りである。地域包括ケアシステムに大事なことは民生委員、老人会や NPO など地域の団体を活用することであると言われた。しかし、一度入院すると退院が難しいとも話され、在宅医療と有床診療所を有機的な連携をとることの大切さが感じられる。(沖縄における医療資源の調査と有機的な連携を構築する必要がある)

有床診療所は減少傾向にあるが、一部で時代に即した活躍をする診療所もあり、地域における連携が有床診療所の生き残る道、新しい活躍の場と思われた。

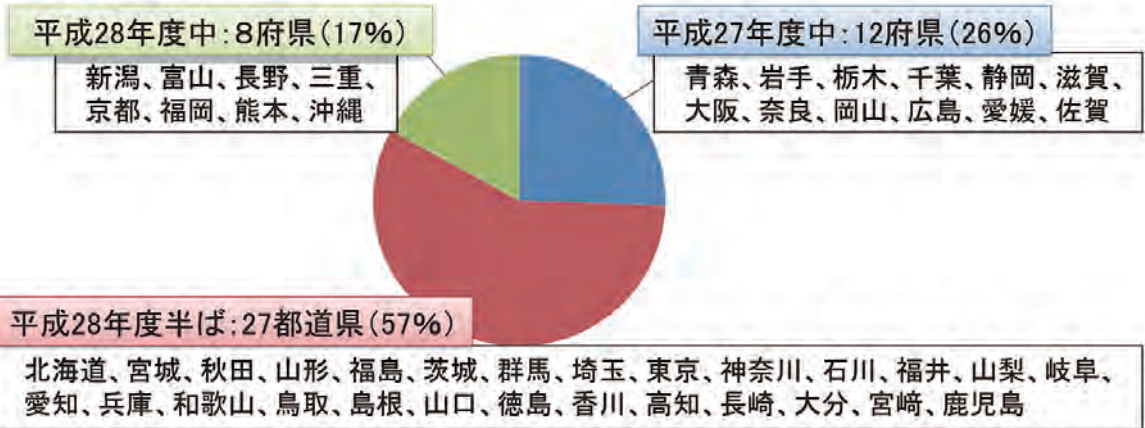
※当日の資料は 12 ～ 15 ページ参照

都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年3月末現在)

<構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、
 - ・「平成27年度中に策定済み」が12(26%)
 - ・「平成28年度半ばの策定予定」が27(57%)
 - ・「平成28年度中の策定予定」が8(17%) となっている



平成27年度中に策定された地域医療構想(12府県)の概要と今後の課題

都道府県は、地域医療構想において、①2025年の医療需要と病床の必要量等を推計し、併せて②地域医療構想を実現するための施策を検討することとされている。

地域医療構想の概要

【策定した府県】12府県(計81構想区域)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀

【構想区域】

・いずれも、二次医療圏と同じ

【慢性期の推計】

・62構想区域(77%)が、療養病床の入院需要率の地域差を、全国最大値(高知)から全国中央値(滋賀)まで低下する割合を利用

【病床数】

・千葉、大阪では、将来病床が不足する構想区域があるが、その他の構想区域では病床が過剰となると推計

【病床機能毎の病床数】

・全ての構想区域で回復期機能が不足

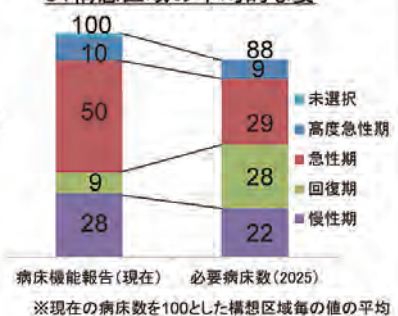
【地域医療構想の達成に向けた施策】

・すべての府県で、医療機関の機能分化・連携を進めるとの記載

・青森県は、自治体病院等の機能再編成に向けて協議会等での検討を進め、医療機関の再編・ネットワーク化について具体的に記載

・大阪府と広島県は、地域包括ケアシステムの構築について具体的に記載

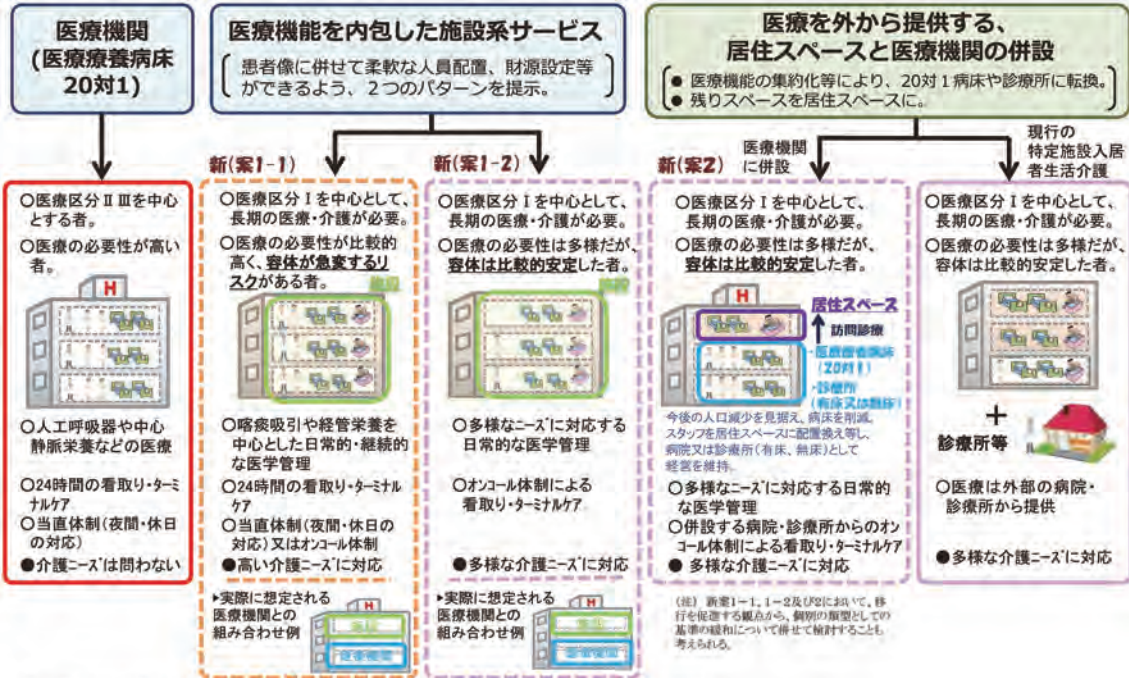
81構想区域の平均的な姿



今後の課題

- 12府県の記載内容の具体性にはばらつきがある。
- 平成30年度から始まる第7次医療計画の策定に向けて、地域医療構想を達成するための施策をさらに具体化するとともに、計画期間における地域医療構想調整会議での協議を通じて、いかに機能分化・連携を進めていくかが課題

慢性期の医療・介護ニーズに対応するためのサービス提供類型（イメージ）



「療養病床の在り方等に関する検討会」で提示された検討課題の例

療養病床の在り方等に関する検討会では、『慢性期の医療・介護ニーズに対応するためのサービス提供類型』を選択肢として整理。その具体的な制度設計等については、社会保障審議会で議論することとされたが、例えば、次のような意見や検討課題が提示された。

- 1. 人員配置基準について**
 - 併設の病院や診療所との間での柔軟な人員配置要件の必要性
 - 過疎地域におけるマンパワー確保の方策（近隣の医療機関との連携等の地域での体制整備） 等
- 2. 施設基準について**
 - 面積基準の在り方、個室か多床室かなど
 - 長期療養の場であること等に配慮したプライバシー確保の必要性 等
- 3. 財源の在り方について**
 - 新たな類型の財源構成の在り方（医療保険財源か、介護保険財源か）
 - 居住に関する費用の費用負担の在り方 等
- 4. 低所得者への配慮について**
 - 低所得者対策の必要性
- 5. 制度検討に際してのその他の留意事項**
 - 新たな類型におけるリハビリや栄養指導等の必要性
 - 介護保険事業計画等と療養病床の転換との関係の整理
 - 新たな類型を転換に限るか
 - 介護療養型老人保健施設の転換の可否の検討
 - 経過措置の在り方も含めた介護療養型医療施設等の転換期限の扱い 等

**第 29 回全国有床診療所
連絡協議会総会 静岡大会プログラム**

日 時：平成 28 年 7 月 30 日（土）・31 日（日）
場 所：ホテルセンチュリー静岡
メインテーマ

『これからの有床診療所～有床診療所を巡る諸問題、
その改善策を探る～』

第 1 日目 7 月 30 日（土）

受付開始・常任理事会・役員会・総会

総合司会：静岡県有床診療所協議会副会長 勝呂 衛

1. 開会の辞 静岡県有床診療所協議会会長 指出 昌秀

2. 挨拶
第 29 回全国有床診療所連絡協議会総会会長・
静岡県医師会会長 篠原 彰

3. 祝 辞 全国有床診療所連絡協議会会長 葉梨 之紀
日本医師会会長 横倉 義武

4. 議 事

- (1) 議事録署名人名
- (2) 報告 ①平成 27 年度庶務事業報告
②その他
- (3) 協議 ①平成 27 年度収支予算に関し承認を
求める件
②会則改正について承認を求める件
③監事の選出及び新役員について承認を
求める件
④平成 28 年度事業計画（案）に関し
承認を求める件
⑤平成 28 年度収支予算（案）に関し
承認を求める件
⑥その他

5. 次期開催県会長挨拶
大分県医師会会長 近藤 稔

6. 閉会の辞
静岡県有床診療所協議会副会長 山口 智之

報告Ⅰ「平成 27 年度日本医師会有床診療所委員会答申
から」
平成 26・27 年度日本医師会有床診療所委員会委員長・
岐阜県医師会会長 小林 博

報告Ⅱ「地域における有床診療所への期待」
日本医師会総合政策研究所機構 研究部専門部長
江口 成美

講演Ⅰ「今後の社会保障について～地域医療構想を中心
として 有床診療所への期待～」
座長：静岡県有床診療所協議会会長 指出 昌秀
講師：厚生労働省 医政局長 神田 裕二

講演Ⅱ「健康長寿社会に向けた日本医師会の医療政策」
座長：静岡県医師会会長 篠原 彰
講師：日本医師会会長 横倉 義武

懇親会 5 階 センチュリールーム

1. 開会の辞
静岡県有床診療所協議会副会長・静岡県医師会理事
勝呂 衛

2. 挨拶
第 29 回全国有床診療所連絡協議会総会会長
静岡県医師会会長 篠原 彰
全国有床診療所連絡協議会会長 鹿子生健一

3. 祝 辞 日本医師会会長 横倉 義武
静岡県副知事 吉林 章仁

4. 来賓紹介
5. 乾 杯（次期開催県）
大分県医師会会長 近藤 稔

6. 閉会の辞
静岡県医師会副会長 徳永 宏司

第 2 日目 7 月 31 日（日）

受付開始 4 階 ホワイエ
シンポジウム 4 階 クリスタルルーム

『これからの有床診療所～有床診療所を巡る諸問題、その
改善策を探る～』

座長：静岡県医師会理事・静岡県有床診療所協議会監事
岡 慎一郎
日本医師会総合政策研究所機構 研究部専門部長
江口 成美

シンポジスト
①静岡県における有床診療所の現状・課題・今後の方向
性について
静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課課長
奈良 雅文

②「産科」有床診療所の立場から
前田産科婦人科医院院長 前田津紀夫

③「眼科」有床診療所の立場から
やなぎだ眼科医院院長 柳田 和夫

④「外科」有床診療所の立場から
錦野クリニック院長 錦野 光浩

⑤「在宅医療に取り組む」有床診療所の立場から
医療法人社団 心理理事長 小野 宏志

ディスカッション

総 括
全国有床診療所連絡協議会会長 鹿子生健一

閉会の辞
静岡県有床診療所協議会会長 指出 昌秀



第29回全国有床診療所連絡協議会総会静岡大会

平成27年度 全国有床診療所連絡協議会収支決算書

収入の部

自 平成27年4月 1日
至 平成28年3月31日

款 項	平成27年度 予 算	平成27年度 決 算	比 較		備 考
			増	減	
第1款 会 費	51,340,000	45,765,000		5,575,000	(北海道) 1,050,000円 (兵庫) 1,050,000円 (青森) 1,090,000円 (和歌山) 770,000円 (岩手) 800,000円 (鳥取) 370,000円 (秋田) 580,000円 (島根) 500,000円 (福島) 500,000円 (岡山) 1,350,000円 (栃木) 1,200,000円 (広島) 2,170,000円 (群馬) 860,000円 (山口) 1,520,000円 (埼玉) 1,610,000円 (徳島) 1,340,000円 (千葉) 930,000円 (香川) 1,240,000円 (神奈川) 710,000円 (愛媛) 920,000円 (山梨) 390,000円 (高知) 600,000円 (長野) 550,000円 (福岡) 3,820,000円 (新潟) 300,000円 (佐賀) 1,800,000円 (富山) 330,000円 (長崎) 2,390,000円 (石川) 730,000円 (熊本) 3,170,000円 (福井) 590,000円 (大分) 805,000円 (岐阜) 960,000円 (宮崎) 2,210,000円 (静岡) 790,000円 (鹿児島) 3,800,000円 (三重) 680,000円 (沖縄) 280,000円 (滋賀) 550,000円 (個人会員) 460,000円
第2款 雑収入	5,000	1,674		3,326	預金利息
第3款 前年度繰越金	13,383,071	13,383,071			
合 計	64,728,071	59,149,745		5,578,326	

支出の部

款 項	平成27年度 予 算	平成27年度 決 算	比 較		備 考
			増	減	
第1款 会 議 費	20,000,000	12,028,690		7,971,310	総会補助金(送料含む) 5,000,000円 会計監査、常任理事会(3回) 役員会(3回)
第2款 広報活動費	3,000,000	1,897,023		1,102,977	日医及び行政他との懇談会等
第3款 議連関連費	4,000,000	3,124,381		875,619	自民党議連総会及び勉強会等
第4款 I T 関連費	2,000,000	1,425,600		574,400	ホームページ保守・管理料・更新料
第5款 調査研究費	1,500,000	275,380		1,224,620	有床診療所に関する調査研究等
第6款 印刷費	3,000,000	243,220		2,756,780	会報、封筒他
第7款 消耗品費	1,500,000	460,575		1,039,425	複合機トナー、宛名ハガキ、用紙他
第8款 通信費	3,000,000	761,395		2,238,605	電話、電報、送料、インターネット利用料
第9款 交通費	100,000	27,030		72,970	タクシー代他
第10款 給与費	6,000,000	5,650,309		349,691	委託料、法定福利費、事務職員給与、アルバイト料
第11款 渉外費	1,000,000	807,250		192,750	生花他
第12款 事務室経費	1,000,000	620,882		379,118	家賃、光熱費他
第13款 雑費	200,000	41,170		158,830	振込手数料他
第14款 予備費	18,428,071	0		18,428,071	
支出合計		27,362,905			
繰越金		31,786,840	31,786,840		次年度繰越金
合 計	64,728,071	59,149,745		5,578,326	

平成28年度 役員交代

【退任者】

(敬称略)

常任理事：千歳 和哉 (青森県)
 広報担当：八田 喜弘 (福岡県)
 庶務会計担当：田坂 健二 (福岡県)

【理事交代】

秋田県-小玉 弘之 (退任)、齋藤 修 (新任)
 滋賀県-森井 文義 (退任)、神野 佳樹 (新任)
 和歌山県-奥 篤 (退任)、辻 興 (新任)
 広島県-豊田 秀三 (退任)、石井 哲朗 (新任)
 長崎県-吉良 満夫 (退任)、長谷川 宏 (新任)

【理事新任】

岡山県-秋山正史

新執行部 (案)

任期：平成28年度より2年間

会 長	鹿子生 健 一 (福岡県)
最高顧問	葉 梨 之 紀 (神奈川県)
副 会 長	小林 博 (岐阜県) 齋藤 義 郎 (徳島県) 高橋 洋 (熊本県) 田那村 宏 (千葉県)
専務理事	玉 城 嘉 和 (神奈川県)
常任理事	小松 満 (茨城県) 猿 木 和 久 (群馬県) 指出 昌 秀 (静岡県) 前田 津紀夫 (静岡県) 木 村 丹 (岡山県) 大谷 博 正 (広島県) 正木 康 史 (山口県) 松 原 三 郎 (熊本県)
広報担当	原 速 (福岡県)
庶務会計担当	松 本 光 司 (福岡県)
監 事	

名誉会長	内 藤 哲 夫 (神奈川県)
参 与	大岩 俊 夫 (福岡県) 海江田 健 (鹿児島県) 石川 育 成 (岩手県) 井戸 俊 夫 (岡山県) 八 田 喜 弘 (福岡県) 田坂 健 二 (福岡県)
顧 問	野 田 毅 (衆議院議員)

第29回全国有床診療所連絡協議会総会静岡大会

平成28年度 全国有床診療所連絡協議会事業計画(案)

全国の有床診療所を活性化し、少子高齢社会における地域の医療を守るべく、在宅医療や地域包括ケア体制の実現に努力し、国民の健康と生命を守る地域医療の中核となるべく活動する。医師の専門団体である日本医師会・都道府県医師会と連携して組織の強化を図る。その為に以下の事業を行う。

1. 地域住民のニーズに応えるべく、医学・医療の研鑽に努めると同時に、「かかりつけ医」として総合的な初期医療を実践し、医療の質の向上と内容の充実を図る。
2. 地域包括ケアシステムの中で有床診療所の持てる力を十分に発揮させ、国民の医療環境向上に資するべく努力する。
3. 平成28年熊本地震の被災地における復興を支援する。
4. 次世代を担う“若手医師の会”の活動を活発化し、世代交代を積極的に推進する。
5. 地域住民への理解を深めるため、「有床診療所の日」記念行事を継続し、積極的な広報活動を行う。
6. 関東に事務局分室を開設し、事務局機能の強化を図る。

平成28年度 全国有床診療所連絡協議会予算(案)

自 平成28年 4月 1日
至 平成29年 3月 31日

収入の部

単位：円

款 項	平成27年度予算	平成27年度決算	平成28年度予算案	備 考
第1款 会 費	51,340,000	45,765,000	47,470,000	年会費 @20,000×1,948名 @10,000×851名
第2款 雑 収 入	5,000	1,674	5,000	預金利息
第3款 前年度繰越金	13,383,071	13,383,071	31,786,840	
合 計	64,728,071	59,149,745	79,261,840	

支出の部

款 項	平成27年度予算	平成27年度決算	平成28年度予算案	備 考
第1款 会 議 費	20,000,000	12,028,690	25,000,000	総会補助（送料補助含む） 5,000,000円 常任理事会・役員会・若手医師の会 会計監査
第2款 広 報 活 動 費	3,000,000	1,897,023	4,000,000	各方面への広報活動
第3款 議 連 関 連 費	4,000,000	3,124,381	4,000,000	有床診療員連盟総会・勉強会
第4款 I T 関 連 費	2,000,000	1,425,600	2,000,000	ホームページ保守・管理・更新料
第5款 調 査 研 究 費	1,500,000	275,380	2,500,000	有床診療所に関する調査・研究等
第6款 印 刷 費	3,000,000	243,220	4,500,000	会報、総会報告書等
第7款 消 耗 品 費	1,500,000	460,575	1,500,000	プリンター・パソコン関係、事務用品等
第8款 通 信 費	3,000,000	761,395	3,000,000	電話料、メディファクス、郵送料等
第9款 交 通 費	100,000	27,030	100,000	タクシー代等
第10款 給 与 費	6,000,000	5,650,309	8,000,000	職員給与、事務委託料、法定福利費、 アルバイト料
第11款 渉 外 費	1,000,000	807,250	1,000,000	香典、花代等
第12款 事 務 室 経 費	1,000,000	620,882	2,000,000	事務室家賃、光熱費等
第13款 雑 費	200,000	41,170	200,000	振込手数料他
第14款 予 備 費	18,428,071	0	21,461,840	
支 出 合 計		27,362,905		
繰 越 金		31,786,840		
合 計	64,728,071	59,149,745	79,261,840	

第 39 回性教育指導セミナー全国大会



美代子クリニック 宮良 美代子

平成 28 年 7 月 31 日、佐賀県立男女共同参画センター“アバンセ”にて第 39 回性教育指導セミナー全国大会が開催されました。

前日には関連行事として「県民公開講座」が行なわれ、『「性被害に遭わないために」モバイル コミュニケーション クライシス』のテーマで、恒例の避妊教育ネットワークのロールプレイングや、NPO 法人 IT サポートさかの陣内誠氏の講演がありました。陣内氏は、今の若い人たちは IT コミュニケーションツールにアクセスすることが習慣化していると指摘して、何気なくネット上にアップする情報がいかに危ういのかと言うことを、スマートフォンで写真を撮る際に付与される位置情報「ジオタグ」などの具体例を挙げて説明しました。

31 日の本セミナーは「見直そう性教育！～幸せなみらいに向けて～」をテーマに、まずはワークショップで「さが mirai (性暴力救援センター・さが) について」として、3 題の講演がありました。

- ①性暴力救援センター・さが 4 年間の取り組みについて
- ②子ども達の生と性を支援する『さが mirai』
- ③さが mirai 医療現場での取り組み

全国で 5 ヶ所目、しかも地方都市で行政主導では初の開設となる性暴力支援センター・さが (愛称：さが mirai) の設立経緯、運営体制、活動内容などが 3 人の演者により紹介されました。病院拠点型のワンストップセンターを開設し、性暴力被害者支援の基本的な考え方として「早期の回復、社会復帰、生活再建を目指し、身近なところで、迅速に、きめ細やかに支援する」を理念に掲げ、中長期的支援も視野に「医

療的支援」「精神的支援」「経済的支援」目指しています。急性期の産婦人科対応 (性感染症、緊急避妊薬の処方など) とカウンセリング費用 (1 人最大 29 回まで) を無償化して、警察への被害申告が無くても支援を受けられる体制となっているとのことでした。被害者支援においては「福祉的な視点」を持って柔軟な対応を心掛けた現場主導型の体制が求められるとしています。

特別講演 I は「お坊さんによる中学校性教育～生と性と死を考える～」、浄土真宗本願寺僧侶 古川潤哉氏の講演でした。古川氏は 2 年前に滋賀県で行われた「妊娠の適齢期」をテーマにした第 37 回性教育指導セミナーでも講演されています。宗教家でありながら、日本思春期学会の理事を務めるなど幅広い活動をされていて、中学生を対象に「生と性と死」をテーマにした授業をされています。性教育の形をとりながら、生きる話し、生きづらさと向き合う話しへと展開して、思春期の若者の悩みや苦痛を和らげるメッセージを送っています。普段の講演では、仏教用語はほとんど使わず、勿論入信を促すことなど無いそうですが、仏教は苦痛の根源を見つめそれを越えていく道を歩むという考えがあるなかで、それでも人は皆思い通りにならないまま生きて行くとの話しは宗教を越えて心に残るものでした。

ランチョンセミナーは「子宮頸がん検診は HPV 検査併用の時代へ ～佐賀市における取り組み～」を佐賀大学医学部産科婦人科教授 横山正俊氏が講演されました。欧米では HPV 検査併用子宮がん検診が広く導入されていますが、国内ではまだ積極的な導入は進んでいません。佐賀市

では、2011年4月よりHPV検査併用検診を実施していて、その有用性を示しています。併用検診としてから、20～30代の検診受診率が1.3倍に上昇、特に20代では1.5倍になったとの事です。細胞診陰性/HPV陽性者の13.5%は次年度の検診で細胞診も陽性になり、その37%はCIN2以上でした。2年連続して細胞診陰性/HPV陽性の33.4%にCINがあり、これを合わせるとHPV陽性者は1年後の再検査で25%に異常が見つかったとの事です。従って、細胞診陰性でも2年連続HPV陽性となった場合は要精査となるとの事です。併用検診の導入によりCINの発見率が上昇し、細胞診、HPVともに陰性の場合は検診間隔を3年にすることで検診コストは全体としては低下します。HPV併用検診は、検診の効率化と精度の向上が期待できるとのことでした。

午後からの、特別講演Ⅱは「自分を傷つけないければいけない～自傷行為の理解と援助～」の演題で、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 松本俊彦氏が講演されました。リストカットなどの自傷行為について、多くの経験を踏まえて、日頃から若者に寄り添った診療をされていることの伝わる非常に熱のこもった講演でした。10代の1割にリストカットの経験があり、その6割は10回以上実施したことがあります。リストカットをしてしまう理由を、「周囲の気を引くためのアピール」と解釈してしまいがちですが、自傷行為の96%は1人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白せず気付かれにくいため、アピール行動とは本質的に異なるとのことでした。自傷行為を繰り返す者の多くは、「耐え難い心の痛み」を抱えていて、自傷によって一時的にその苦痛、不快感情から解放されます。実際自傷直後に脳内麻薬物質(βエンドルフィン、エンケファリンなどの分解物質)の血中濃度が上昇し、鎮痛効果となっているとの報告があり、自傷することで楽になれる、「生き延びる」ために自傷しているということになります。ただ、自傷は問題の一時しのぎにしかならず、繰り返すことで耐性ができてしま

い、同様の鎮痛効果を得る為には、更に自傷の頻度や強度を上げる必要が出てきます。「生きる」ために行っていた行為で結局「死」は近くなり、10年以内の自殺率が数百倍になってしまうとのことでした。

援助者は自傷行為に対する理解を深め、「感情的に反応せず、医学的に反応せよ」を心にとめ、見える傷の背後に見えない傷があると意識することが大切です。自殺予防教育は本来「命を大切に」「自分を大切に」などの生命尊重教育や道徳教育ではなく、自分がつらい時にどうやって助けを求めたら良いのか、信頼できる大人はどこにいるのかを教えること、友人の自殺企図を知った時にどのように信頼できる大人につなげるのかを教えることが必要であるとしています。そして、信頼できる大人となって欲しいと締めくくりました。

最後のシンポジウムは、「見直そう性教育」のテーマで性教育に関して特徴的な取り組みを行っている3県を紹介する講演が組まれていました。

①青森県の産婦人科校医制度と私たちの取り組み

1978年に青森県で女子高生の集団売春事件が起こり、高校生の性が社会問題化したのをきっかけに産婦人科医を校医として配置する事業が開始し、35年以上県の予算措置を受けて継続されています。産婦人科校医は、生徒への性教育講演以外に、生徒の相談を受け、保健体育教師や養護経論に対する講演などを行っているとのことでした。

②都立高校への性に関する健康教育を中心として～東京都産婦人科医会の取り組み～

東京都の事業として「都立学校における専門医派遣事業」を行っている、協力できる産婦人科専門医を派遣を希望する高校にマッチングしています。ただ、協力医はほとんどが開業医で、外来診療を調整して学校の希望に合わせる事が困難な場合もあります。そこで、産婦人科医会では「性教育の講習会開催」と「性教育共通スライドの提供」を行い、新たな派遣医の確保に努めているとのことでした。

③学校医を中心とした性教育—佐賀県の取り組み—

2006年佐賀県が20歳未満の人工妊娠中絶率が全国ワースト1であると発表されたことをきっかけに関係者の間に危機感が高まり、2009年2月に産婦人科医、小児科医、都市医師会代表、佐賀県教育庁、佐賀県母子保健福祉課などが参加した佐賀県医師会性教育対策委員会が設立されました。この委員会で、性教育を学校医が中心になり、中学2年生を対象に全県下で行うことが決まりました。産婦人科医は協力医として全面的に支援はしますが、講師の

選定は学校医を第一候補とする方針で進められました。この事業の推進により佐賀県における人工妊娠中絶率は2011年にはワースト1から12位に改善していて、性教育授業の効果は大きいとしています。

性教育に対する逆風の中、さまざまな問題をきっかけに地域の事情にあった性教育を進め、効果を挙げている例が報告されました。来年の性教育指導セミナーのテーマ「15才以下の妊娠・出産をゼロにするために」につながるシンポジウムになったと感じました。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

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

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

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

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

○「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

九州医師会連合会第 354 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 7 月 1 日 (金)、長崎市において平成 28 年度九州医師会連合会の最初の行事となる標記常任委員会が開催されたので概要を報告する。

開 会

今年度の九州医師会連合会担当県である福岡熊本県医師会会長より開会が宣され会議が進められた。

挨 拶

1) 前九州医師会連合会長

前九州医師会連合会長の蒔本長崎県医師会会長より、昨年度 1 年間各県医師会のご協力により、無事任務を果たすことが出来たことに感謝申し上げる。また、先般の日医代議員会において九医連を母体とする横倉会長が 3 選を果たし、チーム横倉としてバランスの取れた素晴らしい執行部が出来たことを大変嬉しく思う。

今月から 1 年間熊本県にお世話いただくことになるが宜しく願いたい。

2) 開催県医師会会長

熊本県医師会の福田会長より、この 1 年間長崎県医師会の蒔本会長をはじめ役職員の皆様にお世話いただき感謝申し上げます。熊本では去る 4 月 14 日と 16 日に大きな地震が発生し、どうなることかと心配したが、復興のことも考え予定通り熊本県医師会が担当させて頂くこととした。先生方には今後たびたび熊本県へ足をお運びいただくことになると思うので、宜しく願いたい。

協 議

1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について (熊本)

平成 28 年度の九州医師会連合会の会長に今年度担当県の熊本県医師会福田稔会長を、副会長には次期担当県の福岡県医師会松田俊一良会長を選出した。

任期は、平成 28 年 7 月 1 日より平成 29 年 6 月 30 日迄。

2) 第 2 回世界獣医師会・世界医師会 “One Health” に関する国際会議について (福岡)

福岡県の松田会長より、次のとおり提案があった。

標記国際会議が、来る 11 月 10 日 (木)・11 日 (金)、北九州市において開催されることになっており、多くの参加者を得て会を成功させたい。

については、関連行事として、前日の 9 日 (水) に、当地において九州医師会連合会感染症対策協議会を開催することを提案したい。当協議会には各県会長、担当理事、その他役員等数名の参加をお願いしたい。

会議終了後、関係者ディナーパーティー、翌日の開会式等も是非ご出席をお願いしたい。

協議の結果、提案どおり九州医師会連合会感染症対策協議会を開催し、併せて当国際会議にも九州各県より参加することになった。

3) その他

福岡の松田会長より、6 月 25 日に行われた日医会長選挙について謝意が述べられた。

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



会長 安里 哲好



去る 7 月 1 日（金）、ホテルニュー長崎において、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が開催された。

本会議では、はじめに、今回担当の長崎県医師会より開会が宣言され、九州医師会連合会を代表して福田稔会長及び開催地を代表して長崎県中村法道知事より挨拶があった。また来賓として九州厚生局吉野隆之局長より挨拶があった。その後、「行政機関における医療救護班の有効活用」「災害時医療救護における県（行政）との連携体制」の 2 題について協議が行われたので、その概要を報告する。なお、当合同会議には、沖縄県行政から阿部義則保健医療部参事が出席された。

挨拶

九州医師会連合会長 福田稔

熊本地震では、震度 7 の地震が 2 度襲う未曾有の大震災を経験した。地震による死亡者は 49 名、行方不明者 1 名、災害関連死 20 名、負

傷者 1,800 名超えという人的被害もあった。医療機関についてもインフラ破綻に伴い、殆どの医療機関が本来の機能を失ってしまった。熊本県医師会では 4 月 15 日に日医を通じて全国の医師会に JMAT 派遣をお願いしたところ、合計 2,207 名、524 チームの JMAT が駆けつけていただいた。また DMAT を始めとした様々な医療救護班の支援により、なんとか医療機能が復活し、いよいよ復旧復興のステージに入ってきた。蒲島熊本県知事は創造的な復旧復興と唱えている。我々医療分野においても夢のある復旧復興ができないか模索しているところである。今回の経験を踏まえて、或いはケーススタディとして、今後の医療救護活動に繋げていきたい。

長崎県知事 中村法道

熊本地震の発生に際しては、JMAT の派遣等、多大なるご尽力をいただき、この席をお借りして改めて深く感謝を申し上げる。ここ長崎も度々、大規模な自然災害を体験してきた。そ

の都度、全国から暖かい励ましやご支援をいただき、復興を遂げてきた街である。こうした感謝の気持ちを忘れることなく、一日も早い被災地の復興復旧のため、全力で支援して参りたい。

さて、団塊世代が75歳以上となる2025年以降においても持続可能な社会保障体制を維持していくため、効率的で質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの整備が急がれている。更に6月には10年先の将来を見据えた施策の枠組みとして、ニッポン一億総活躍プランが閣議決定された。こうした施策をしっかりと進めていくためには、これまで以上に保健・医療・福祉分野の連携が必要不可欠と考えている。本日こうした分野の中軸を担う皆様方が一堂に会し、意見交換をすることは大変意義深いと考えている。

来賓挨拶

厚生労働省九州厚生局長 吉野隆之

九州各県医師会並びに各県行政においては、発災後、被災地における住民の生命、健康確保、支援に尽力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、2015年まで10年を切り、包括ケアシステムの構築は待った無しの状態にある。現在、平成30年介護保険の計画期間に向けて、市町村で様々な取り組みが進められている。介護予防の仕組みづくり、あるいは認知症施策の推進や在宅医療介護連携について、先進的な市町村のみならず、全市町村で取り組みを推進していく。保健医療施策の中でも大変重要な数年間が控えている。これらは、行政と各地域医師会、保険事業者が緊密な協力のもとで実施しなければならないと考えている。地域包括ケアシステムの構築は、これまで市町村主体となり、都道府県はこれを支援する形で進められてきている。基本こそ変わらないが、今般、厚生局にも地域包括ケアを推進する部門を設けた。これまでの市町村、都道府県のラインとともに、重層的に取り組んでいきたい。九州各県行政及び九州各県医師会とも連携を図りながら、地域包括ケアシステムの構築のために取り組んでいきたい。

議 事

(1) 行政機関における医療救護班の有効活用について (沖縄県医師会)

【提案要旨】

ひとたび大地震が起きれば、一定期間地元の行政機能は麻痺し、統制がとれるまでには時間を要すると考えられる。また全国から駆け付ける医療支援チームの活動を調整するコーディネーター機能が必要であることを、今回の震災を通じて経験した。発災後2～3週間程度は地元の医師等がその役割を担うことは事実上困難と考えられるため、地元の医療機関が機能回復するまでの間、医療体制を迅速に立て直すためには、全国で組織化された外部からのコーディネーター機能を有する医療救護班の活用が必要と考えられる。各県行政及び自治体においては、当該機能を有する医療救護班の有効活用について検討をお願いしたい。

【県行政からの回答】

- 殆どの県行政において、災害時の医療資源の状況把握及び需給調整等を行うコーディネーター機能は重要であるとし、地元の関係機関が機能回復するまでの間、県外医療救護班を活用することは有効との認識を示した。
- また今回の活動を参考に、4県（福岡、佐賀、鹿児島、沖縄）から、地域防災計画や災害医療救護マニュアル等で外部からのコーディネーターチームの有効活用及び受入れ体制の整備を検討したいと回答があった。
- 県下に13名の災害医療コーディネーター（2次医療圏）を任命している宮崎県では、今回の経験を通じて、実災害でもその機能が十分に発揮されるよう、新たな災害医療コーディネーターの委嘱を検討すると回答した。
- 災害医療コーディネーターを設けていない鹿児島や沖縄県から早急に体制の整備に努めたいと説明があった。
- また熊本県から県下の医療救護班体制については、県が医療救護調整本部（庁内）を設置し、全体を統合。また被災地域毎にも医療救護調整本部（保健所及び役所内）を設置し、行政

及び医療救護活動に参加する関係団体が協力体制を構築し、現地の情報収集や情報共有等に務めた旨説明があった。

【県医師会からの回答】

- 大方全ての県で提案趣旨に賛同するとの回答であった。
- 鹿児島県から今回の経験を活かし、県外の医療救護チームがコーディネート機能を果たす体制作りを九州全体で検討すべきではないかとの意見があった一方、佐賀や長崎県からは、コーディネート研修を受講した医師が複数名いるものの、行政による委嘱がない現状を述べ、早期確保及び養成数を増やす取り組みをお願いした。
- この他、松田福岡県医師会長から、災害時及び防災行政の対応には、県や政令指定都市等、行政間の連携・意思疎通が強化される必要があるとの意見があった。

(2) 災害時医療救護における県（行政）との連携体制について（鹿児島県医師会）

【提案要旨】

熊本地震での支援活動を踏まえ、我々は常に医療班の派遣及び受援を考えておかなければならない。その様なことから常日頃より県行政との綿密な連携が必要である。連携体制の強化に向けて、(1) DMATとJMATの情報共有、(2) 透析患者の受け入れ体制等、(3) その他、必要と考えられる情報共有と協力体制について、考えを伺いたい。

【県行政からの回答】

(1) DMATとJMATの情報共有について

- 全ての県において、シームレスな医療救護活動を行うには、行政やDMAT、県医師会等による情報の共有化が必要であるとの認識を示し、その有効な手段として、3県（佐賀、鹿児島、長崎）からEMISの活用が効果的であるとの回答があった。

- また宮崎県では、医師会との救護協定に基づき、県災害対策本部設置時には県医師会のリエゾンの参加で情報の共有を図るとし、沖縄県は今回の震災では発災初期よりJMATとの緊密な連絡調整が出来たこと、また熊本市南区では、沖縄県DMATを沖縄県JMATとして活動して貰う等、協力を図ったこと、派遣終了後には、救護班合同の活動報告会で諸課題の共有を行う等、情報の共有化を図られている旨回答があった。
- 熊本県より、被災状況及び被災地ニーズに対応するため、コーディネーター連絡会議（計23回開催）を設け、会議内容を毎日メーリングリストで情報発信する等、各機関及び団体間での連携、情報共有化を図った旨回答があった。

(2) 透析患者の受け入れ体制等について

- 殆どの県において、主体となる県透析医会等との連携が図られているとの回答があった。行政の役割としては、透析医会災害時情報ネットワークを用いた状況把握を行い、避難者受入れに関する行政間の連携や給水計画の手配等、透析医療の確保が主であった。
- 熊本県から、特に給水は発災直後から手配の要請が多くあり、4月17日時点で透析ができない施設が27施設/2,000人、内訳：建物機器破損（7施設）、透析機器破損（7施設）、水不足（13施設）に上ったと説明があった。給水は自衛隊への要請で対応し、その他は近隣県への受入依頼で対応いただき、一連の協力体制が機能したとのコメントがあった。
- また佐賀県では、佐賀大学医学部附属病院及び3か所のブロック拠点病院による「佐賀県透析医療機関災害・大規模事故対策委員会」（事務局：佐賀県医師会、佐賀県健康増進課）を構成し、「災害発生時における人工透析医療機関連携マニュアル」があることを紹介した。今後、医療機関や透析患者の標準的な対応・行動などを追加し、ガイドラインの策定に向け全面改定を行うとの説明があった。

(3) その他、必要と考えられる情報共有と協力体制について

- 佐賀県から「DMAT、JMAT 及び行政の実務者レベルの勉強会の定期開催」、大分や鹿児島県から「ICT を活用した効率的な情報共有 (EMIS やサイボウズ Live 等) 及びシステムの普及・啓発が必要」との回答があった。
- また沖縄県からは、自衛隊主催による大規模図上訓練 (美ら島レスキュー) に於いて、県保健医療部、統括 DMAT、赤十字、JMAT が、県行政内に設置される医療調整本部での運用訓練を行い、顔の見える関係を構築していると実例を紹介した。

【県医師会からの回答】

(1) DMAT と JMAT の情報共有について

- 福岡や長崎県から夫々の被災地の状況に応じた対応を迫られるため、厳密に役割分担を定義するよりも、行政調整本部内への医師会調整本部の設置や災害医療コーディネーターの確保及び指揮下での情報の共有が望ましいとの回答があった。

(2) 透析患者の受け入れ体制等について

- 殆どの県において、県行政と県透析医会等との連携体制が図られているとの回答であった。また今後の課題については、福岡県から在宅透析患者の把握について、長崎県から九

州ブロック単位での患者搬送協力体制のあり方について、検討が必要との意見があった。

(3) その他、必要と考えられる情報共有と協力体制について

- 佐賀や大分県から災害時の情報の錯綜を出来る限り軽減するための対策として、情報の共有及び発信に繋がるルール作りの検討や医療コーディネーターを現地に派遣させることが望ましいとの意見があった。
- この他、池田佐賀県医師会長から 4 月下旬、全国知事会が発出した救護班の派遣要請により各県は一時混乱を来した旨説明があった。熊本地震においては、災害対策基本法上の指定公共機関となった日本医師会の要請に基づき、全国都道府県医師会 JMAT が広域応援を行っている最中であった。今回のような二重の派遣要請は現場を混乱させる要因となるため、今後、全国知事会は派遣要請先を日医に改める等、改善をお願いしたい旨依頼があった。

次期開催地当番について

蒔本議長より、次期開催地当番については、熊本県行政担当のもと開催することについて提案があり、異議なく了承された。

その後、迫田芳生熊本県健康福祉部医監より次期担当県を代表して挨拶があった。



九州医師会連合会第 355 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 7 月 9 日（土）、熊本県において標記常任委員会が開催されたので概要を報告する。

開 会

九州医師会連合会長の福田熊本県医師会長より開会が宣され会議が進められた。

挨 拶

福田会長より、「今回の会議は当地で開催するはじめての行事と言うことで、場所を黒川温泉にした。本県では去る 4 月の地震で未曾有の被害を受け、現在、復興に取り組んでいるところである。そう言った意味からも充分なおもてなしはできないと思うが、担当県としてしっかりやっていきたいので、皆様のご支援ご協力をお願いしたい」との挨拶があった。

協 議

1) 九州医師会連合会監事の選定について(熊本)

監事は慣例により、担当県の隣接県から選出することになっていることから、福岡県と鹿児島県から推薦いただき、8 月 27 日に開催する定例委員総会において正式に選定することになった。

2) 九州医師会連合会第 356 回常任委員会 (8 月 6 日 (土) 熊本市) の開催について (熊本)

標記常任委員会について、下記のとおり開催することに決定した。

なお、当日及び翌日は九州ブロック学校保健・学校医大会等関連行事が開催されることになっている。

日 時 平成 28 年 8 月 6 日 (土) 16:00 ~ 17:00
場 所 ホテル日航熊本

3) 九州医師会連合会第 357 回常任委員会並びに第 111 回定例委員総会 (8 月 27 日 (土) 熊本市) の開催について (熊本)

標記常任委員会並びに定例委員総会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 28 年 8 月 27 日 (土)

場 所 ホテル日航熊本

日 程

- (1) 第 357 回常任委員会 16:00 ~ 16:50
- (2) 第 111 回定例委員総会 17:00 ~ 18:00
- (3) 九州医連連絡会第 17 回執行委員会
18:10 ~ 18:40
- (4) 懇 親 会 18:50 ~ 20:40

4) 九州医師会連合会第 358 回常任委員会並びに第 1 回各種協議会 (10 月 1 日 (土) 熊本市) の開催について (熊本)

標記常任委員会並びに各種協議会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日 平成 28 年 10 月 1 日 (土)

場 所 ホテル日航熊本

日 程

- (1) 第 358 回常任委員会 16:00 ~ 17:00
- (2) 第 1 回各種協議会 16:00 ~ 18:00
- (3) 各種協議会報告会 18:10 ~ 18:50
- (4) 懇 親 会 19:00 ~

その他

1) 九州ブロック学校保健・学校医大会、平成 28 年度九州学校検診協議会年次大会の開催について (熊本)

福田会長より、来る 8 月 6 日 (土)、7 日 (日) の両日、ホテル日航熊本において、標記学校保健・学校医大会関連行事を開催要綱のとおり開催するので、多くの方々のご参加をお願いしたいとの案内があった。



美ら島レスキュー 2016



災害医療委員会 委員長 出口 宝



今年で3回目となる大規模災害対処図上訓練「美ら島レスキュー 2016」が7月20日21日の2日間にわたり陸上自衛隊那覇駐屯地で開催されました。今回も図上訓練と連動して応急救助訓練やSCU訓練などの実動訓練ならびに研修参加（見学）が行なわれました。今回は図上訓練に県医療保健部が本格的に参加されて県医療調整所を設置しました。本会からは6名が県医療調整所要員として参加しました。

1. 美ら島レスキュー 2016 とは

2013年から陸上自衛隊第15旅団が主催する災害対処能力向上のための図上訓練です。県内自治体ならびに県内防災関係機関がプレイヤーとして参加、発災から初期対応以降の人命救助・各種支援における関係機関相互の連携、災害対処能力の向上を図ることを目的として開催されています。今年は図上訓練に88機関444名、実動訓練に11機関82名、研修参加（見学）

に27機関105名が参加しました。特に図上訓練は昨年の2倍の参加です。そして、今回は県保健医療部の保健医療政策課、生活衛生課、薬務疾病対策課、健康長寿課、北部保健所、中部保健所、八重山保健所から12名の参加があり、はじめての現実的な県医療調整所訓練となりました。

図上訓練は、状況付与部（訓練コントローラー）から出されるMSEL（Master Scenario Event List：状況付与計画）により経時的に想定された状況付与にプレイヤーが対処してかたちで進められます。MSELの内容はプレイヤーには知らされておらずブラインド型の訓練となります。医療調整所への状況付与は救助を求めるものや、医療機関から水や電気を求めるものや、病院避難の要請、DMATやJMATの派遣要請など大規模災害時に現実的に発生すると想定される事案となっています。状況付与は訓練用に設置された電話や無線や文書で付与さ

れ、プレイヤーからの発信も全て電話や無線で各機関や病院などにかけて対処していきます。今回も MSEL は県内の現状に基づいて詳細に想定された内容となっていました。

2. 訓練

7月20日8:00に受付開始、その後は体育館に移動して訓練のため県庁ブース内に医療調整所を造り訓練開始を待ちました (Fig.1、2)。体育館2階には状況付与部 (訓練コントローラー) が設置されていました。

10:00に訓練開始となりました。体育館内に沖縄本島南東沖における琉球海溝型地震が発生したとの緊急地震速報が流れました。その後、地震の規模はM8.8、高さ3.7m津波が発生、29分で到達、最大遡上高が8.4mとなり各地で甚大な津波による被害が発生しているとの情報が流れました。県医療保健部医療政策課からDMAT、DPAT、本会に参集要請が入り医療調整所へ参集したところから医療調整所訓練が始まりました。

第1日目 (20日) は発災から6時間までの対処訓練です。本部長の下に情報班、医療コーディネーター、DMAT調整所、DPAT調整所、JMAT調整所をおき活動が開始されました。訓練用に設置された電話には状況付与部 (訓練コントローラー) から様々な要請が入ってきました。入った情報は全て情報班で壁に張り出したクロノロジー (情報を経時的に記録) に記載、PCに記録後、担当に振り分けて対処していきました (Fig.3、4)。県内医療機関の被害情報の収集、県を通じて県外DMAT要請、SCUの開設調整などを進め、この日に判明した医療機関の被害は、29病院が被災、内3病院が浸水、8病院が水や電気の支援要請となりました。そして、2病院が浸水で全員救助要請、2つの精神病院から倒壊等で病院避難要請が入りました。また、航空自衛隊や海上保安庁のヘリから漂流者を救出したので搬送先の調整要請や、各消防から災害拠点病院の受け入れ状況の照会など次から次へと電話が鳴り続けました (Fig.5)。



Fig.1 図上訓練会場、左ステージ前から県庁、医療調整所、消防の各ブース



Fig.3 体育館2階に設置された状況付与部 (訓練コントローラー)



Fig.2 医療調整所設置



Fig.4 入った情報は全て情報班でクロノロジー (情報を経時的に記録) を記載



Fig.5 電話で対応する情報担当

13:30から第1回県合同調整会議が開催され、各機関から被害状況と活動状況が報告されました (Fig.6)。そして、16:00に当日の状況付与が終了しました。その後、医療調整所では、その日に状況付与部から出された付与内容とクロノロジーの照合、対応の検証などの振り返りを行いました。



Fig.6 県合同調整会議

第2日目 (21日) は発災24時間から31時間までの対処訓練です。第一日目の反省と、より多くのことが要求されることが予測されたため、ボトルネックを改善するために医療調整所を再編しての開始となりました (Fig.7)。離島からのSCUへの搬送要請、全病院避難の受入調整と救助手段の調整、医療班の調整、米軍海軍病院へ避難してきた邦人対処、透析患者対応、HOT患者対応、外国人対応、避難者対応、医療班の麻薬使用に関する照会、米軍保有の輸血の使用に関する照会、医薬品取り扱いに関する

照会など多種多様な事案がありました。これらに対しては適当ではなく全て現実的に可能な対応が求められ、法律と関わることは厚生労働省をはじめ外務省など関係省庁が熊本地震で出した判断などを参考に対処されて行きました (Fig.8)。特に、限られたヒトと物資と能力での救助や支援には優先順位付けが不可欠となりました。現実的に可能と予測される県内対応能力に基づいて対応をしていった結果、透析では千名以上の県外透析が必要となりました。

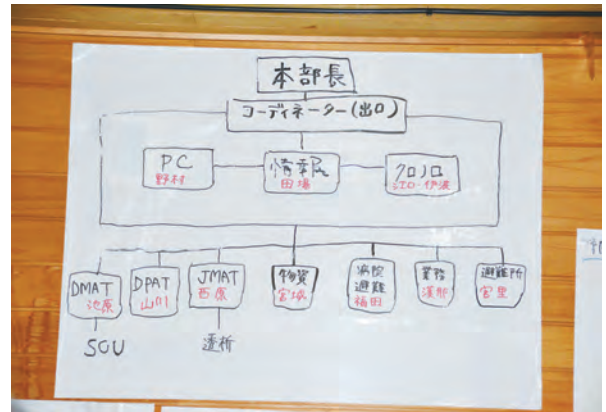


Fig.7 医療調整所組織図



Fig.8 対応に追われる医療調整所

13:30から第2回県合同調整会議が開催されました。そして、解決出来ていない多くの事案がのこったまま、16:00に訓練が終了しました。医療調整所では第1日目と同様に振り返りを行いました。

16:15から全参加機関が参加して研究会 (図上訓練全体の振り返り) が開催されました。はじめに、情報収集について状況付与部が付与した被害状況と実際に県が把握した状況との違いが指

摘されました。次に人命救助を優先するにあたり重視地域の決定に必要な情報収集についての指摘がありました。今回は発災から 31 時間でした。まず人命救助が最優先されて、次に道路啓開が優先されるとのことでした。人命救助とは現場からの救出のみでなく医療機関での治療なくして完結しません。対応出来る医療機関が不可欠であり、そのために必要な支援は不可欠です。この研究会では、その視点が欠けていたために、小職より対応する医療機関が機能するように支援することも含めての人命救助となることを提言しました。

3. 所感

本県は地政学的に島嶼県であるため、本県で想定されている災害は我が国が過去に経験した阪神淡路大震災、中越地震、東日本大震災、熊本地震などの、どれも異なる新しいタイプの災害になることが予想されています。政府は東日本大震災の教訓から災害発災時には直ちにブッシュ型の救援支援行動を開始することとしています。熊本地震でも実施しましたが、本県では那覇空港ならびに港湾施設が使用出来なくなると外部からのヒトと物などの本格的な支援が届くには最短でも 3 日は要すると考えられています。さらに停電や送水管の損傷などにより北部からの送水が停止すると中南部の断水は長期化します。主要道路が水没すると北部地域は孤立状態となってしまいます。一方、県内資源には限界があります。

今後 30 年間で発生確立が 30% と予測されている沖縄本島南東沖 3 連動地震では甚大な被害が想定されています (Fig.9)。その時には人命救助が最優先であることは間違いありません。県内には県内救急隊数は 61 隊、災害時に稼働が出来ると推定されるヘリコプター数が 10 機、災害拠点病院数が 8 施設に対して想定される要救助者数 47,092 人、負傷者数 116,415 人に対処しなければなりません。さら

に、透析や HOT などの災害時要支援者への対応も求められます。例えば水の給水にしても県内の給水車の数は限られています。燃料を運ぶタンクローリーも必要とされる台数が不足することは容易に想像出来ます。したがって、絶対的に対応能力が不足しており、優先順位を付けて対応することが求められます。今回の訓練はそのような実態に則した訓練となり、情報の把握と優先順位の決定の重要性と難しさを体験出来た有意義な訓練となりました。

想定地震	規模	津波高さ	最大遡上高	到達時間
沖縄本島北方沖	M8.1	4.8m	6.0m	31分
沖縄本島南東沖	M8.8	5.7m	8.4m	29分
沖縄本島南東沖3連動	M9.0	5.7m	8.4m	29分

被害想定	死者数	負傷者数	要救助者数	建物被害		
				全半壊	断水人口	停電軒数
沖縄本島北方沖	1,362	24,805	27,586	41,106	80,239	21,331
沖縄本島南東沖	9,418	90,850	36,111	81,640	447,078	64,678
沖縄本島南東沖3連動	11,340	116,415	47,092	129,060	668,622	77,418

Fig.9 今後 30 年間で発生確立が 30% と予測されている琉球海溝型地震被害想定

今回は災害医療を担当する保健医療部医療政策課が中心となり関係各課が参加した県医療調整所訓練が実施されました (Fig.10)。県の意識も高まっています。さらに政府の関心も高く、今年は熊田裕通防衛大臣政務官が視察にこられました (Fig.11)。政務官は本会の参加に謝意



Fig.10 保健医療部医療政策課、生活衛生課、薬務疾病対策課、健康長寿課、北部保健所、中部保健所、八重山保健所の訓練参加者 (プレイヤー)



Fig.11 熊田裕通防衛大臣政務官と原田智総旅団長及び伊崎義彦副旅団長（撮影第15旅団）

を評されて、本県における災害に対して出来ることは何でもやりたいと話しておられました。実行力のある取組みをして頂けることを期待しています。

本会は第1回から美ら島レスキューに参加してきましたが、この訓練に参加してきた事が熊本地震で担った医療本部の立ち上げに多いに役に立ちました。このような大規模な災害対処訓練が実施されているのは全国的にも限られており、旅団規模で開催されているのは恐らく沖縄県だけと思われれます。今後のこのような訓練が継続して実施されることの必要性を強く感じています。

お知らせ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について（お願い）

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

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

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

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

在宅医療・介護を考える県民との懇談会



理事 白井 和美



式次第

司 会：沖縄県医師会広報委員会委員
那覇市医師会副会長 玉井 修

1. 開 会

2. 挨拶

沖縄県医師会会長 安里 哲好

3. 講 演

①在宅（自宅・居住系施設）のできる医療・介護って
知っていますか？

まちなと内科在宅クリニック院長
大濱 篤

②認知症になっても安心して暮らせるまちづくりへの
取り組み

ふれあい介護センター取締役統括マネージャー
仲里 宏淳

③「有料老人ホームぶどうの木」における看取りにつ
いて

有限会社ケアエンドサービス 代表取締役 理学療法士
名嘉 淳

4. 質疑応答

5. 閉 会

去る7月23日（土）午後1時30分より、パシフィックホテル沖縄にて、標記懇談会を開催した。講演者は、医療現場からは、在宅医療を幅広く展開しておられる大濱先生、介護分野からは、認知症を中心に介護施設を広く展開しておられる仲里様、また、施設での看取りにも積極的に取り組んでおられる名嘉様と、3名のエキスパートをお迎えした。参加者は230名であった。

講話は、先ず、日本における在宅での看取りが、諸外国に比し極端に少ない事実の報告に始まり、団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降の医療、特に人生の最終段階を含めた医療体制をいかに構築すべきかについて、大濱先生からご説明があった。また、多くの方が抱く在宅医療への不安に対しては、様々な制度を利用した訪問診療の実際に関する症例報告があり、県民へ貴重な情報提供がなされた。

また、一方、今後多くの人々が罹患する認知症については、介護保険の有効活用に加え、個人差を考えた取り組みや、介護者が問題を抱え込まないようにというアドバイスなどもあり有益であった。また、いわゆる認知症予備軍と言われている方々向けの認知症予防体操も紹介され、認知状態の改善例が相次ぐなど、その効果は会場の興味を引いていた。この取り組みは、未だ県内の一部でのみ進められているが、今後、リーダー講習などで普及に努めたいと聞き、頼もしいばかりであった。

最後の、施設での看取りについての報告では、急変した高齢者を、ご家族と話し合い、救急要請せずに訪問看護、訪問診療で治療し、見事改善した例や、家族に囲まれながら穏やかに生涯を閉じられた症例のご報告があった。施設における見取りが、決して病院における臨終に引けを取らず質の高い人生の過ごし方であることが良く理解できるお話の連続となった。

演者が提示された、「介護とは愛である。愛とは時間を共に過ごすことである。」というキーワードを実感した懇談会であった。

講演の抄録

在宅（自宅・居住系施設）でできる医療・介護って知っていますか？



まちなと内科在宅クリニック院長 大瀨 篤

皆さん、もし最期を迎えるとき、自宅と病院どちらで過ごしたいでしょうか？

ある人は、『私は家で死にたい。その理由は家には家族がいるから。病院は寂しいから』。一方、『私は病院がいいね。自宅では最期、不安があるから』という方など様々なお考えがあるようです。ある調査によると、自宅で最期を迎えたいと希望する人は6割。しかし実際には8割の方が病院で亡くなっています。ご本人だけでなく、家族も自宅ではちゃんとした医療が受けられるのか、ちゃんとした介護ができるの

か、またどれぐらいの費用がかかるのか心配になる様です。

日本は空前の超高齢多死社会となりつつあります。現在、年間の死亡者数は110万人前後ですが、近い将来、団塊の世代が寿命を迎えると170万人を数えると言われていています。さらに死亡者数が50%増えれば病院で最期を迎えるということは不可能にならざるをえないと予想されます。特にがんは日本人の死因のトップですが、自宅で看取る率はさらに減り、8.3%です。これはいったい何故なのでしょう？がんの疾病の特徴として、末期になって急激に生活自立度が下がる傾向にあります。このことが患者さんや家族を不安にさせ、自宅ではなく、どうしても病院に入院して安心したいと希望されている場合が多い様です。また、非がん（がんでない）の疾病においても、長期寝たきりの状態で療養していた方が、終末（人生の最終段階における）期を迎える時にも同じことが言えるでしょう。

では、どのような支援があれば病院以外で療養することができるのでしょうか。あるいは看取ることができるのでしょうか。2007年厚生労働

省が「看取れる居住系施設の増加」との方針を表しました。食事をはじめ、快適な日常生活を送るために必要なサービスを提供する、そして一部には看取りもする民間施設（居住系施設）が増加傾向にあります。そこで療養される方が増えてきています。在宅（自宅や居住系施設）では患者さんが急変したとき、在宅医療スタッフ（在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション）が介護支援専門員（ケアマネジャー）や介護士（ヘルパー）・薬剤師等の多職種との連携を密にし、24時間、365日どんな時でも対応させて頂いています。それが私たちの使命だと考えております。今回の県民との懇談会では、在宅（自宅・居住系施設）でできる医療・介護について簡単な解説と自宅での看取りについてお話し致します。

**認知症になっても安心して暮らせる
まちづくりへの取り組み**



ふれあい介護センター取締役 統括マネージャー 中里 宏淳

**☆認知症は誰もがなりうる可能性のある脳の病
気等からくる状態**

厚生労働省によると2025年には、認知症高齢者が700万人（65歳以上の5人に1人）、認知症の前段階といわれる軽度認知障害の人が600万人（65歳以上の6人に1人）になると推計値を発表した。

沖縄県では、2016年3月末で認知症高齢者が49,937人（65歳以上の5.6人に1人17.9%）と、2015年の全国推計値15.7～16.0%より高いと

いう現状があり、早急に県民一人ひとりが認知症は特別な人だけになるという他人事としての視点から、誰もがなりうる可能性のある脳の病気等からくる状態として、自分事として向き合う視点に切り替える必要があります。

☆認知症＝お先真っ暗なまちから、「認知症になっても安心して暮らせるまち」へ

認知症に対する無理解や偏見から、認知症を患った多くの方や家族が苦しみ、暮らしにくさを感じています。今、自分たちの親兄弟・友人・知人、自分自身が認知症を患ったとき、皆さんの地域は安心して暮らせますか。

社会が変わるのを待っているだけでは、いつまでたっても認知症を患ったら、お先真っ暗なまちでしかありません。私たち一人ひとりが、自分事として「認知症になっても安心して暮らせるまち」の実現に向けて考え、取り組んでいく必要があります。

☆地域における認知症の理解に向けて

認知症を患った方が「認知症を巡る様々な問題の多くは、病気そのものが原因ではなく、“人災”のように感じています」認知症についての思い込みや偏見、誤解が認知症を患った人や家族を社会で生きづらくしていると指摘しています。

認知症になっても安心して暮らすためには、地域の人々の理解と支えが必要であり、認知症に対する誤解、偏見を解く必要があります。

そこで、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症を正しく理解する人を増やすための活動を行っています。

H28年3月末の認知症サポーター数は、全国で705万人（総人口に占める割合5.5%）、沖縄県は5.5万人（総人口に占める割合3.78%）

☆認知症になっても安心して外出できるまちへ

平成27年認知症が原因での行方不明者が全国で12,208人、沖縄県内で102人、亡くなられての発見が全国で479人、沖縄県内で4人

と警察庁より発表された。時々、行方不明発生時に家族を責める声も聞こえますが、家族だけでの見守り・捜索は不可能であり、地域全体で支えることが重要です。

H27年6月に有志で、行方不明になる恐れのある方を事前登録し、多くの方の目で見守り、行方不明時には多くの方の目で捜索を行う「見守りネットうちなー」の活動開始。

☆家族の介護負担軽減

認知症になっても安心して暮らすためには、一番身近で支えてくれる家族の安心と健康が大切です。

家族にゆとりが無ければ、優しく支えることはできませんが、周囲の無理解や偏見により苦しんでいる家族が大勢います。また、24時間気が休まらないことが続くと、心身ともに疲労困憊しますし、先の見えない不安に加え、孤立から冷静な判断ができなくなることで認知症の人にイライラをぶついたり、時には不本意ながら虐待に至ってしまうこともあります。

そこで、少しでも家族の介護負担軽減の協力できればと思い、同じ介護体験や悩み、想いを共有したり、様々な社会資源や知識、知恵等の情報交換や仲間作りが行える家族の会へ仲間入りさせて頂いています。

☆専門職のスキルアップ・ネットワーク構築

昨年度、専門職による虐待事件が大きな問題となりました。

虐待の発生要因は、介護についての知識・教育・技術の問題と職員のストレス、感情コントロールが多くを占めています。

家族同様に専門職にも、同じ悩み想いを共有し、様々な知識や技術、研修会等に関する情報交換や仲間作りができる場が必要です。

そこで、認知症介護勉強会、ガウディー会を毎月開催し、1時間の講義＋1時間のグループワークを行っています。

☆医療との連携

認知症を患った方は、自分で体調不良等を上手く伝えることが難しくなり、病気が重度化してから発見されてしまうことが珍しくありませんし、環境の変化への弱さと記憶力の低下により、病院での受診が難しくなるケースも多く、医療との連携は大きな課題となるが多々あります。そこで、訪問診療を上手く活用してもらい体調管理を行っていただいています。

☆認知症の予防に向けての活動

認知症サポーター養成講座で、認知症の予防についての内容を伝えるのはもちろんですが、認知症予防と転倒防止に効果があるスクエアステップ・エクササイズの普及活動を行っています。

☆認知症になってもやりたいことができるまちへ

「認知症になると不便なことはふえるが不幸ではない」「認知症になっても人生は楽しめる」という認知症になっても人生を楽しんで活きている方が増えてきました。そこには、認知症の人のやりたいことを支えてくれる理解ある仲間・支援者がいます。

全国を「認知症になっても変わらない暮らしができるまち」にしようと、認知症の人の「できないこと」ではなく「やりたいこと」「できること」をサポートする活動を行っている認知症フレンドシップクラブという団体があります。

皆さんも一緒に「認知症になっても安心して暮らせるまちづくりへ力を合わせていきましょう」

「有料老人ホームぶどうの木」における看取りについて
～高齢者の思いを叶える「人生の終い方」の支援～



（右）ケアエンドサービス代表取締役 理学療法士 名嘉 淳

□ノーマライゼーションの思想

「障害や病気がどんなに重くとも、年老いても、死が迫っていても、人間はふつうの生活を送る権利がある。社会にはそれを支える責任がある」というのがノーマライゼーションの思想です。

□リハビリテーションとは

リハビリテーションとは「人間らしく生きる権利の回復」です。リハビリテーションの最終ゴールは、ノーマライゼーションの達成です。「最後まで人間らしく生きたい、人間らしくありたい。」それを支援するのが、リハビリテーションであり、私たちの仕事です。

□終末期リハビリテーションとは

終末期リハビリテーションとは「加齢や障害などのため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最後まで人間らしくあるよう、医療、看護、介護とともに行うリハビリテーション活動である。」看取りを支援できないリハビリテーションは、中途半端なリハビリテーションである。

□会社を興した目的

病院勤務の13年間で理学療法士として学んだことは、リハビリテーションは病院では完成

しないということです。そこで、病院でもない自宅でもない第3の選択肢として住い（ケア付住宅）が必要だと感じたのです。会社を興した初期の目的は、快適な住いを作り、安心できる介護を提供することでした。

□看取り介護の方針

私どもの看取り介護の方針は「ご本人の意思、家族の意向を尊重し、慣れ親しんだ環境の中で、最後まで尊厳を保ち、快適に安心して過ごせるよう支援する」ことです。ホームにおける看取りは、家族の協力、在宅支援診療所と訪問看護との連携なくては不可能です。

□看取り介護の導入

看取り介護の導入は、医師の診断によりスタートします。医師からご家族へ病状説明と看取りの意思の確認をします。次にケアマネが会議を開催し、家族や関係する事業所に、医師の診断を受けて看取りに入った旨を告げます。関係する事業所は、看取り介護計画を作成し、家族の同意を得ます。

□看取りは誰が行うのか

看取りは原則として家族が行います。看取りにおいて最も大切なことは、家族の精神的支援です。看取りに入った入居者には、24時間できる限り家族にそばについて頂くようお願いしています。看取りに入った時点で、いつ召されても対応できるよう、訪問看護を導入します。

□看取りの際の取り組み

①死亡直前・死亡時の対応

大事なことは、ご本人を一人にしないことです。職員は、医師と訪問看護師と連絡を密に行い医師の指示に従います。また、死が近づくときの兆候を、的確に把握し家族に伝え、可能な限り、家族とともにそばにいます。呼吸が止まったら速やかに医師に連絡を入れます。

②死亡後の対応

医師による死亡確認後、訪問看護師と介護職員と一緒にエンゼルケア（清拭、着替え、お化粧等）を行います。看取り後のエンゼルケアによって、開いた口も閉じ、死に化粧をすることによって、死体はご遺体へと変わっていくのです。

③グリーフとグリーフケア

グリーフとは、深い悲しみ（悲嘆）という意味です。人は死別などによって愛する人を失うと大きな悲しみであるグリーフを感じます。グリーフは、愛する人を失った人が体験する正常な反応です。

ホームでは、家族と関わった職員が参加してお別れ式を行い、その後お見送りをします。お別れ式やお見送りをする中で、家族を慰め、家族から慰められるのです。お別れ式で、私たちは歌います。歌うことがグリーフケアになるのです。できたら故人の愛唱歌を歌うことが、大きな慰めになります。

□なぜ、看取りを行うのか

「最期まで人間らしく生きたい。人間らしくありたい。」それを支えるのが、私たちの仕事です。現在は、大多数の方が人生のスタートも

病院、最期も病院です。せめて人生の最後くらいは家族に囲まれて静かに死を迎えたい。それが「普通の思い」ではないでしょうか。

その「思い」をかなえてあげたい。それが看取りを積極的に行う理由です。「究極の介護」すなわち、看取りを支援できてこそリハビリテーションは完成を見るのです。

□まとめ（介護とは何か？看取りとは何か？） 介護とは何か？

一言でいうと、介護とは「愛すること」です。愛を他の言葉で言い換えると「時間」となるのです。愛を示す最善の方法は、「時間を一緒に過ごすこと」です。自分の時間をその人のために使うことです。時間こそがあなたが人に与えることのできる最高の贈り物なのです。

状況は変わります。子供は成長します。人は死にます。明日がやってくるという保証はありません。愛を実践する最良の時は、今なのです。

究極の介護、看取り介護とは？「そばにること」「そばにいてあげること」です。

そばにいてくれるだけでいい。

並んで座って沈む夕日と一緒に眺めてくれる友がいれば他に望むものはない。

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

意見交換会

○玉井先生



お疲れ様でした。質問の中には辛辣なものが多かったので紹介します。「病院から在宅への申し送りが十分されていないのではないか。在宅医も忙しそうで来

てくれない。」等、あの場で紹介しづらい個人的なご意見もありました。また、在宅について見たことがない、関わったことがないということで無理解、誤解があったと思いました。

大濱先生今日のご感想いかがでしょうか。

○大濱先生 最近、母を自宅で看取ったのですが、その体験をもう少しお話ができればよかったかなと思いました。玉井先生からのご

質問にありました、「家族としての看取り、医師としての看取りの両方はできるものでしょうか？」でお答えしましたように、大変つらいもので、冷静さを失うことがありました。普段は、死相が現れてきたとか、状態の変化に関して判断できていたのですが、自分の母の看取りの際は「もっと生きていてほしい」という願望があったと思うのですが、死の受け入れの難しさ、心の動揺がかなりありました。母の死後、写真や動画を振り返ってみて死相がしっかりと現れていたんだと確認した時、冷静でいることの難しさをあらためて感じました。

○玉井先生 名嘉さんのスライドの中で「そばにいてあげることが究極の介護」ということは本当にそのとおりだなと思いました。

○名嘉氏 さだまさしの歌詞を使っていますが、今日は時間がないので全文使えませんでしたが。イメージとしてはピッタリです。

ふれあい「そばにいて肩を抱いてほしい」等キーワードが出てきます。巨泉さんと永六輔さんの死を紹介させて頂きました。

○名嘉氏 それが介護の心だと思います。先ほど言いましたけれど、自分は介護に向いてないと思います。母と30分一緒にいたらすぐに怒りが出ます。自分自身愛がないとわかるので、ある意味で介護者は演じるということが必要だと思います。与えられた時間で愛することを演じないといけません。キャビンアテンダントでも一番いい笑顔でどんな人にも対応するという研修がありました。

我々の介護の仕事で愛する心がないと虐待してしまいます。介護という事は愛すること、デイサービスだと多くの方が関わりますが、夜勤だと1対1になるので嫌いだからと関わらないということとはできない。その時間は介護者を演じるという意味で介護とは愛するという事です。

○玉井先生 仲里さんは日々そのように関わっているのでしょうか。

○仲里氏 そうですね。やっぱり距離感が大事でストレスあるときは距離を置かないといけません。

○玉井先生 「RUN 伴」という企画はそういうことを周知する一つのきっかけになると思いますね。

○仲里氏 今回認知症と看取りをテーマとして不安でしたが、認知症の質問も返ってきたので、上手く絡めていくのもいいのかなと思いました。

○玉井先生 比嘉理事は介護在宅も県医師会で担当されてリードされていますけどいかがですか。

○比嘉理事



救急から在宅まで一連の流れが初めて見直されている時期だと思います。各地区医師会にコーディネーターを置いて進めています。中部病院の緩和ケアチームに手

伝ってもらっています。その先生方が仰るのは、施設・在宅からの高齢者の救急搬送が多すぎて救急が潰れている。ターミナルをみないと医療全体が崩壊してしまう。今日は在宅を見てほしいということで県民にアピールをしたのですが、結果的には医療全体を見直す方向に繋がると思います。ただ、医療と介護資源を使いきれないことは悔しいです。少しでも力になればと思います。在宅の啓発は大切なのでお手伝いできればと思っています。

○玉井理事 地域によって濃淡があるところがあります。

白井理事ははじめて担当理事として関わっていただきましたが、いかがですか。

○白井理事 大変勉強になりました。それぞれの先生方がそれぞれ違う立場から大変重要な点を捉えてお話くださったので、県民の皆様には伝わったかと思います。今後は玉井先生にご指導仰ぎながら、県民の皆様にお役にたてることを進めていきたいと思っています。

名嘉先生に教えていただきたいのですが、ご高齢の方の救急搬送を止めた判断の基準はどうでしたか。

○名嘉氏 元々、救急搬送はしないで看とる意思決定をしていました。だけど訪問診療の先生に連絡が繋がらなかったの、職員が慌ててしまったのです。恐らく、救急車で運ばれたら延命処置して危なかったと思います。たぶん誤嚥性の肺炎だと思いましたが、3日間熱が出てまして、我々の職員がミスをして救急車を呼んでしまったのです。

○白井理事 ただ、先生はそのようにおっしゃいますが、先ほどの大変すばらしい笑顔に戻られたという例とそうでないこともあると思いますが、今後大切な部分になってくるので、自宅・在宅・施設での看とりに関連して全てを救急につなぐ選択肢を取らずにいけるか、構築して行く上の一步で問題提起をしてくださって貴重なご報告をありがとうございました。

○名嘉氏 僕の仕事は看とる時に家族が来れない時に僕が行くということで職員に安心感をもってもらうことだと思っています。

○玉井先生 今日の11時時点のおばあちゃんのスライドが出た時には会場から拍手が起きましたよ。108歳というだけでオォー、今日の11時でオォーってなりましたね。

○名嘉氏 実は11時に今日のシンポジウムの予行演習をする予定で、デイに行ったのですが、デイからここに来るときも行ってらっしゃいってご飯食べながら手を振ってくれました。

○玉井先生 あの笑顔が良かったですね。安里会長最後に一言お願いします。

○安里会長



ご講演ありがとうございました。ウィリアム・オスラーの言葉に「医療は患者と共にはじまり、患者と共にありて、患者と共に終わる」

「患者と共に終わる」ところが看とり、終末期医療となりましょうか。今考えてみますと、医療の部分は薄くなり介護とか家族による生活支援であったり、側にいることが大切だとつくづく感じました。ご講演でもありましたとおり、オランダでは1/3が病院で1/3が施設で1/3が自宅で看とるということですが、日本ではご自宅で看とるのが9%弱、在宅で看とるのに3人以上の方が必要だというのは厳しい背景があると感じます。

一方、急性期（救急）病院は常時満床に近く今後、高齢で介護度の高い方の急変時の対応が難しい背景が生じて来る可能性が高くなると感じます。連携をスムーズにするのが重要で地域住民の方々が看とりの内容を感じ取って理解して頂ければと思います。以上です。本当にありがとうございました。

沖 縄 県 医 師 会

在宅医療・介護を考える 県民との懇談会



主催：一般社団法人 沖 縄 県 医 師 会

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)

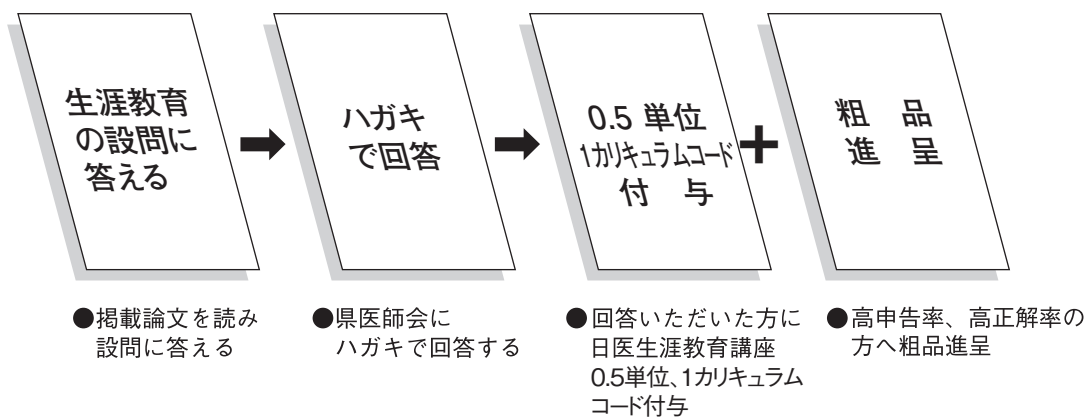
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまで、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



動機づけ面接 (Motivational Interviewing : MI) とは

社会医療法人敬愛会ちばなクリニック健康管理センター 清水 隆裕

【要旨】

動機づけ面接は W. ミラーと S. ロルニックによって体系化された面接スタイルである。特徴として、これまで主に看護教育で重視されていた“受容と傾聴”を旨とする「来談者中心的要素」を持ちながらも、治療者が来談者にとって必要と考える行動変容に向けて一定の方向付けを行う「目標指向的要素」を併せ持つ。すでに欧米では広く普及しており、その応用範囲は幅広い。特に、治療者には矛盾しているように聞こえる二つの希望を同時に抱いている両価性状態にある来談者への対応に有効である。PACE と呼ばれる精神を骨格に、OARS と呼ばれるスキルを用いて面談をすすめるのだが、他の医学的介入を排他する性質のものではなく、むしろ他の治療法を支えるプラットホーム的な役割を持っている。他の治療法と同様に、決して万能ではなく、習得には相応の学習も必要であるが、沖縄県内でも研修会や勉強会に参加することが可能である。

【はじめに】

近年、特に精神科領域を中心に、薬物療法の発展と並行して、数々の心理療法が取り入れられるようになってきている。それらの多くは治療パッケージであり、その一部は治療者の資格認定制度などとともに、ある種の商品化・ブランド化が見られる。

動機づけ面接 (Motivational Interviewing : MI と略される) は、それらの治療パッケージとは性質を異にしており、うつ病などの特定の疾患を標的としたものではなく、普遍的な面接スタイルとして開発がすすめられている¹⁾。したがって、先行して動機づけ面接が普及している欧米諸国においても、他の治療を排他するものではなく、むしろ、治療におけるプラットホーム的な面接スタイルとして受け入れられている。むしろ、心理療法や薬物療法と併用するときこそ、動機づけ面接がその本領を発揮すると表現したほうが適切かもしれない。

【動機づけ面接 (MI) のはじまり¹⁾】

動機づけ面接が最初に文献に登場したのは 1983 年である。ここに至る一連の研究は、行動療法を専門とするアメリカの心理学者 W. ミラーが、問題飲酒者への援助を検討する目的で、強度の異なる行動療法の効果を比較検討したことから始まる。この研究では、行動療法の強度や面接回数が飲酒量に影響は与えなかったどころか、アルコールに関する啓発本を受け取っただけで面接を行わなかった読書療法のみでの対照群とも有意差が生まれなかったことが、再現性をもって確認されてしまった。

専門家による行動療法が、来談者自身の自助に過ぎない読書療法と差がでないことに疑問を持ったミラーは、その原因を突き止めるべく、それぞれの面接を共感度の視点から評価した。すると、治療成績は行動療法がマニュアルに沿って行われたか否かよりも、共感的に行われていたか否かに依存していた。すなわち、



治療成績を上げるためには、治療パッケージにこだわるよりも、より共感度の高い面談を行うことが重要であることが示されたことになる。そこで、より共感度の高い面接にするには何が必要なのか、という視点で研究がすすめられることになり、すでに共感度の高い面接をしている治療者の言動に注目をし、再現実験などを通じてその有効性の検討が行われ、面接の共感度を高める方法として動機づけ面接の原型が生まれた。

この報告に強く呼応したのがイギリスの心理学者 S. ロルニックだった。彼は動機づけ面接を臨床家に指導する方法を開発し、これをミラーと共同で書籍化し、発表した。これが礎となり、動機づけ面接が欧米（特に英語圏）を中心に急速に広まることになった。

【動機づけ面接 (MI) の広がり¹⁾】

最初の報告がそうであったように、動機づけ面接は、アルコール依存症に対する介入法として広がっていった。アメリカでは認知行動療法・12ステップ法・動機づけ面接の三者を比較した大規模臨床試験が行われ、動機づけ面接は特に治療前に怒りのレベルが高い患者群に対して、他の治療に比べて有効性が高いことが示された。

また、動機づけ面接のトレーニングを受けた治療者の中に、他の臨床領域に応用を試みるものが現れ、様々な分野からの実践報告が行われるようになった。これまでに、アルコール以外の薬物依存症（タバコ使用障害、いわゆるニコチン依存症も含む）や、ギャンブル障害をはじめとする嗜癖行動への治療的介入、司法や矯正現場における教育への応用に関しても報告が集まり、ついには「テレビを見すぎる子どもへの対応」のような極めて日常的な範囲にまで有効性が示されるに至った。

【動機づけ面接の適応範囲】

広く応用報告がされている動機づけ面接であるが、来談者自身が変化への願望をわずかでも持っている必要がある。一方で、多くの来談者において、変化の必要性は十分に認識している

ことであり、それができないゆえに心理的に防衛が働き、それを素直に表出できていないことがある²⁾。

例えば「タバコを止めるつもりがない」という喫煙者に対し、「タバコをやめたい気持ち」の強さに点数をつけさせると、0点（全くない）と答える喫煙者はごくわずかだ。そこで、「タバコをやめたい理由がゼロではない理由」を問うと、たいていの場合、健康への影響や金銭的な理由、あるいは、受動喫煙による家族や友人らへの害を自ら話し始める。これはすなわち、多くの現役喫煙者においても喫煙の害はそれなりに認知されており、禁煙する動機もまたそれなりに存在することを示している。

このように、変化を希望しながら変化したくないと表明する状態を、両価的、あるいは、アンビバレント (ambivalent) 状態と呼ぶ。これは喫煙などの不健康な行動を「やめたいのにやめられない」のではなく「やめたいと同時にやめたくない」矛盾した二つの要望を同時に同程度の強さで抱いた状態と理解される。このとき表出される行動としては現状が維持されるので、治療者には「行動を変える気がない患者」に見える。

ところがこの動機の欠如と見える状態は、心理的には相反する動機が拮抗して安定している状態であるから、ここで治療者が一方の動機を高めようと介入を行うと、来談者は反対方向の動機を高めて心理的安定を取り戻すように反応する。治療者が禁煙するよう説得を試みても、来談者に喫煙の利益を並べ立てられて徒労に終わることが多いなどがその例だ。

一方で、上述したとおり、このような来談者であっても、変化への願望はゼロではない。そこでその変化への願望を利用し、面談を方向付けるのが動機づけ面接である。

また、動機づけ面接は治療パッケージではなく、面接スタイルであるから、やるべき内容は決められていない。そのため、時間の制約を受けない。無論、今まさに緊急処置が必要な場で動機づけ面接を行う必要はないが、数分程度でも介入機会があれば十分に利用可能である。

【動機づけ面接のスピリッツ¹⁾】

動機づけ面接に用いられる技術は全く新しいものではなく、精神療法・心理療法の発達の中で培われてきたものを応用しているが、単に過去の技術の寄せ集めたのではなく、治療者としてのあり方をそのスピリッツ (Spirits) として共有している。

現在提唱されているスピリッツは、来談者と協力して問題解決にあたる協同 (Partnership)、来談者の自律性と価値観を尊重する受容 (Acceptance)、来談者の福祉向上を第一優先とするコンパッション (Compassion)、来談者の本来持っている内的な動機を引き出す喚起 (Evocation) で、それぞれの頭文字をとって PACE (すなわち、歩調) と呼ばれている。

誌面の都合でその詳細は成書に譲るが、協同と受容には来談者中心的要素、コンパッションと喚起には目標指向的要素が反映されている。また、スピリッツは動機づけ面接のあり方を第三者に説明するために便宜的に適応された概念であり、動機づけ面接の教義や正典などといった性質のものではない。今後の研究でよりふさわしい概念があれば、それに変更されることも十分にありうる。

【動機づけ面接の技術¹⁾】

上述の通り、行動変容に無関心に見える来談者であっても、その動機はゼロではない。そこで、治療者が「はい」か「いいえ」では答えられない質問 (開かれた質問: Open Questions) を使って、標的となる行動についての来談者の意識を引き出す必要がある。

このとき来談者の発言には、変化したい方向への発言 (これをチェンジトークと呼ぶ) と、変化したくない方向への発言 (これを維持トークと呼ぶ) が含まれる。治療者はまずは「会話をする」という行動を強化するため、相手の発言内容を評価せず、是認 (Affirming) を行う。

相手の発言の中に、行動変容に結び付く好ましい発言 (チェンジトーク) があれば、それを適宜、そのまま、あるいは、相手の意図をくみ取り整理した内容に言い換えて聞き返し (Reflecting) を行う。好ましくない内容 (維持トーク) に対し

ては叱責や修正をするのではなく、無視をし、会話の中から消去させる。そして、ある程度の会話が交わされたところで、来談者のそれまでの言動を簡潔にまとめる要約 (Summarizing) を行う。

この治療者のとるべき行動を、それぞれの頭文字をとって OARS (すなわち、ボートを漕ぐときに使うオール) と呼んでいる。

なかでも、動機づけ面接の中核的なスキルとなるのが、聞き返しである。

来談者は、常に来談者の気持ちや考えを的確に表現できているとは限らない (第一の錯誤)。加えて、来談者が表出した言動を治療者が正確に捉えられるとは限らない (第二の錯誤)。さらには、治療者がとらえた来談者の言動の真意を治療者が正確に理解できるとは限らない (第三の錯誤)。それらによって、来談者の意識と治療者の理解の間に乖離が生じる。この概念はトーマス・ゴードン (Thomas Gordon) のコミュニケーション・モデルとして知られている (図)。

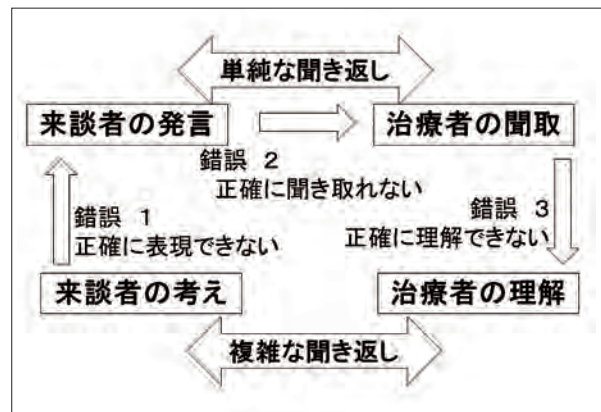


図 トーマスゴードンモデルと聞き返し

そこで、来談者の発言と治療者の聞き取りの間に生じる錯誤を「単純な聞き返し」で回避する。これは一般に「オウム返し」と呼ばれる技術である。

このとき最も注意すべき点は、語尾の抑揚である。語尾が強くなってしまふと、相手の発言を咎めたり、その内容を否定したり叱責したりするニュアンスを生んでしまう。「タバコが体に悪いのはわかっている」という来談者の言葉も、治療者が語尾を上げて返してしまえば



「オマエはそれをわかってないから吸い続けているんだろ！」と攻め立てる意味にとられてしまいかねない。一方、語尾を下げるとそれを回避することができる。

来談者の考えと治療者の理解の間に生じる錯誤を解消するためには、「複雑な聞き返し」を用いる。これは、来談者の発言を受けて、治療者は来談者の意図する内容に仮説をたてて、それを来談者に投げかけることで検証を行う作業である。語尾を弱くしたほうがいいのは単純な聞き返しと同様である。

例えば、ときに我々は、パッケージに表示されているタール値が低い銘柄に変更する喫煙者に出会うことがある。科学的に論じれば、パッケージのタール値は健康への悪影響とは無関係ではあるが、来談者は「少しでも害を少なくしたい」という願望から、低タールの銘柄を選択した可能性がある。そこで、治療者には「健康への影響を減らしたいのですね」と問いかけるといった選択肢が生まれる。

ここで治療者の立てた仮説が間違っている可能性もあるが、その場合には来談者から訂正される。このような相手の間違った言動を修正する反応を、正したい反射 (Righting reflex) と呼ぶ。先の例では「いや、こっちの銘柄のほうが安いからだ」などと返答があれば、来談者の関心は健康よりも経済的負担にあることが推察され、経済的負担を軽減する方法としての禁煙に誘導することが可能となる。

一方で、この正したい反射は、治療者側にも生じてしまう。低タールに変えた喫煙者に対して「そんなことをしても意味はありません」などと伝えたくてしまうのがその例である。

ところが、治療者が正したい反射を起こしてしまうと、先に述べた通り、両価性にある来談者の心理的バランスを崩してしまい、結果的に好ましくない方向に動機づけてしまうことになるので、注意が必要である。

【最後に】

動機づけ面接は両価性の問題には有効であるが、知識の欠如や身体症状の緩和が必要な場合には、他の療法（薬物療法や心理療法など）との併用が必要になる。その際には「内服を続けたいが中止したい」と言った新たな両価性の問題が生じてくることも予想される。そこに新たに動機づけ面接の利用価値が生まれる。

このような動機づけ面接とほかの療法の関係を加濃は「全身麻酔術と外科手術の関係」と評している³⁾。いわく、動機づけ面接だけで治療を完結させることはできないが、動機づけ面接がなければどのような医療もスムーズには行えない、と。そして、全身麻酔術がそうであるように、動機づけ面接を構成する要素も明確な理論と単純な手順ではあるが、それを総合的な技術として会得するには容易ではなく、熟達するためには反復した学習と実践が必要となる。

なお、沖縄県内では筆者のほかに、沖縄協同病院精神神経科の小松医師が動機づけ面接のトレーナーとしての認定を受けている。この二人を中心におおむね2か月に1度の割合で動機づけ面接の勉強会を開催しているので、興味のあるかたには参加を検討していただきたい。この勉強会に関する情報は ANDOG ネットワークの Facebook ページ <https://www.facebook.com/andog.net/> で公開している。

【参考文献】

- 1) Miller WR and Rollnick S : Motivational Interviewing, The guilford press, New York, 3rd edition, 2013.
- 2) 清水隆裕 : すべての人々に健康を . 禁煙外来ベストプラクティス, 中村正和編, 日経メディカル出版, 東京都, 初版, 2010, 177-184
- 3) 加濃正人 : 今日からできるミニマム禁煙医療第二巻 禁煙の動機づけ面接法, 中和印刷株式会社, 東京都, 初版, 2015.

図 トーマス・ゴードンのモデルと聞き返し (参考文献¹⁾ P52 を改変)



Q **UESTION!**

次の問題に対し、ハガキ（本巻末綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（4. 医師・患者関係とコミュニケーション）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. 動機づけ面接はうつ病の治療を目的にアメリカで開発された最新の治療パッケージである。
- 問 2. 動機づけ面接では、治療者は積極的に聞き返しを行うことにより、来談者の考えを理解するように努める。
- 問 3. 聞き返しを行う際には、相手にはっきり伝わるように語尾を強めに聞き返すことが望ましい。
- 問 4. 治療者は来談者の「ただしたい反射」を利用する一方で、治療者自身が「ただしたい反射」を起こさないように注意する必要がある。
- 問 5. 動機づけ面接は薬物療法や他の心理療法と組み合わせて応用することが可能である。

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

7月号 (Vol.52)
の正解

高度肥満症と2型糖尿病に対する外科治療の現況

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。

正解 1.× 2.○ 3.○ 4.× 5.○

糖尿病外来診療の五年



島尻キンザー前クリニック
島尻 佳典

【はじめに】

糖尿病の治療は継続的な外来通院を基本とする。しかし通院患者の辿る転機についての報告は少ない。そこで糖尿病専門のクリニックとして開業後約5年間の患者動態を調べ、昨年県医学会で報告した。今回その結果をもとに概説したい。

【方法及び対象】

2010年9月から2015年3月までに糖尿病で初診し、当院糖尿病カルテに登録された患者678名を対象に横断的および後方視的に調査した。

【結果】

糖尿病カルテには678名登録されているが、転勤、転医、自己中断などにより2015年3月末時点には469名の患者が定期あるいは非定期（薬が切れた時や予約以外の日など）に通院していた。このうち調査時点から遡り1年以上受診していない者も22%（104/469名）いたため、これらを除く78%の患者（365/469名）を当院かかり

つけとして継続的に通院している者と考えた。

把握している限りで死亡は10名、内訳は癌6例（転移性肝癌（結腸癌原発）、肝細胞癌、肝内胆管細胞癌、膵癌、胆嚢癌、肺小細胞癌）、急性心筋梗塞1例、感染症1例（中耳炎から敗血症併発）、間質性肺炎1例、突然死1例であった。死亡平均年齢は77.7歳（男71.4歳、女84歳）であり、癌死が全死亡の6割と最多であった。突然死の原因は不明だが降圧薬の内服が不規則であった。従って、これを含めると循環器系（大血管障害）による死亡は2割と推定された。経過中に脳梗塞・出血を併発した患者もいたが死亡には至っていない。

細小血管障害の全体頻度は不明である。現在失明者はなく、足壊疽による下肢切断1名、人工透析導入のための他院紹介は1名であった。認知症患者は10名で、内訳は脳血管型5例、アルツハイマー型3例、その他（レビー小体型疑い）2例であった。

表1に継続通院患者の臨床像を示す。患者は16歳から最高齢90歳に及び、平均年齢は59.6±13.9歳、うち75歳以上の後期高齢者は54名（14.8%）であった。全体像は、軽度肥満、発見時年齢50歳前後（7～82歳）、推定罹病期間約10年（0～60年）、平均HbA1c 7.6%（5.1～13.8%）であった。

表1. 糖尿病外来継続通院患者の臨床像

患者数	365名（男230/女135）
年齢	59.6±13.9歳（16～90歳） 75歳以上の後期高齢者54名（全体の14.8%）
BMI	26.4±4.4 kg/m ²
発見時年齢	49.1±13.2歳（7～82歳）
推定罹病期間	9.9±9.3年（0～60年）
A1c	7.6±1.6%（5.1～13.8%）
治療方法	
・食事・運動療法	65名（17.8%）
・経口薬物療法	233名（63.8%）
・注射療法	67名（18.4%）
インスリン	: 64名（17.5%）
GLP-1受容体作動薬	: 3名（0.8%）
*調査対象：平成27年3月末日現在継続受診している患者	

表2に患者の臨床的分類を示す。分類の難しい1型(B)やその他の症例もみられたが、2型が314名(86.0%)と最多であった。

表3に最も多い2型糖尿病患者の治療方法を示す。非薬物療法の者は17.8%存在し、コントロールも良好であった。メトホルミンを49.3%が内服し、DPP4阻害薬は41.1%であった。SU薬使用は31.8%、インスリン治療者は12.1%で、いずれも年齢層がやや高い傾向にあった。SGLT2阻害薬は当時長期解禁となっておらず使用例が少ない。3剤以上使用している者は17.8%存在したが、それでも血糖コントロールは不良であった。メトホルミンもしくはSU薬をベースにDPP4阻害薬を上乗せしている患者でのHbA1cはSU薬群が低値であった。

図に2010年から原則月1回定期的に通院している患者88名を対象にした年間HbA1cの推

移を示す。ライフスタイルや季節変動を考慮し、1年平均HbA1cをみると、初診1年目は8.1±1.9%であったが、4年目で初めて有意差をもって7.4±1.2%に低下していた(P<0.01)。

【考察】

糖尿病患者ではドロップアウトが問題になる。若年者の脱落理由は多忙、金銭的問題、病識の甘さなどが考えられる。死亡により来院しない事も考えられたため、家族や紹介先の病院からの情報提供をもとに死因を解析したところ、癌死が最多であった。今年度の糖尿病学会でも糖尿病患者の死因についての報告があり、同様の結果であった。特に膵癌や胆管癌は検出が難しく、死因の上位を占めるので通院中の腹部画像検査は欠かせない。死亡年齢は男性が71.4歳(55～84歳)、女性が84歳(76～90歳)

表2. 糖尿病患者 365名の臨床的分類

1型糖尿病：30名 (インスリン依存状態 26例／非依存状態 4例)	
1型(A)：	
・自己免疫関与 (GAD もしくは IA-2 抗体陽性) 1型 DM	8例
・若年発症 (20代前半)、家族歴・インスリン分泌もある GAD 弱陽性者	1例
・10代発症、GAD 陰性だが既にインスリン枯渇	1例
・45歳以上で測定した GAD 陽性 DM (いわゆる SPIDDM)	7例
うち GAD 抗体高力価	5例
うち GAD 抗体弱陽性 (5前後)	2例
*GAD 低力価陽性だがインスリン非依存状態 (内服加療中) の中高年	4例
1型(B)： 自己抗体陰性、若年発症だが原因特定できない1型	2例
2型糖尿病：314名	
妊娠糖尿病 (糖尿病合併妊娠)：3名	
その他 (臨床的に上記と明らかに異なっているもの)：18名	
・OGTT 糖尿病型	9例
・膵性糖尿病	1例
・MODY {若年発症 (25歳未満) かつ 3世代 DM}	4例
・多嚢胞性卵巣症候群	1例
・ペットボトル症候群または Ketosis-prone type 2DM	2例
・その他 (10代発症、肥満で家族歴のない者)	1例
*頻度は1型 (8.2%)、2型 (86.0%)、糖尿病合併妊娠 (0.8%)、その他 (4.5%)	

であり、平均寿命を下げる一因となり得る。

5年という短い観察期間に大血管障害による死亡や細小血管障害に到る例は少なかった。ただ75歳以上の後期高齢者の頻度は約15%と少

なく、当院には若年もしくは罹病期間の短い患者層が通院している印象であった。このことはインスリン治療者の総数が17.5%に留まっていることから示唆され、今後患者の高齢化に

表3. 2型糖尿病患者の治療

	人数(名)	比率(%)	年齢(歳)	A1c(%)
食事・運動	56	17.8	62.8±12.5	6.5±0.6
インスリン抵抗性改善薬				
メトホルミン	155	49.3	57.7±12.0	7.9±1.6
ピオグリタゾン	17	5.4	61.1±13.4	8.3±1.6
インスリン分泌促進薬				
SU薬	100	31.8	62.5±12.5	8.0±1.5
DPP4阻害薬	129	41.1	60.5±13.0	7.9±1.5
その他の薬剤				
α-GI及びグリニド	35	11.1	60.5±13.0	7.9±1.5
SGLT2阻害薬	3	0.96	45.0±14.1	7.3±0.9
インスリン	38	12.1	62.2±14.1	8.4±1.5
GLP-1製剤	4	1.3	52.8±24.8	8.4±1.8

	人数(名)	比率(%)	年齢(歳)	A1c(%)
3剤以上使用者*	56	17.8	61.1±13.2	8.2±1.5
メトホルミンとDPP4阻害薬	24	7.6	56.3±11.2	8.3±1.6
SU薬とDPP4阻害薬	13	4.1	66.7±15.7	7.6±1.0

対象：2型糖尿病患者 314名
 人数：他剤内服も含むのべ人数
 比率：314名に対する比率
 *3剤以上使用者にはインスリン、GLP-1製剤使用者も含む

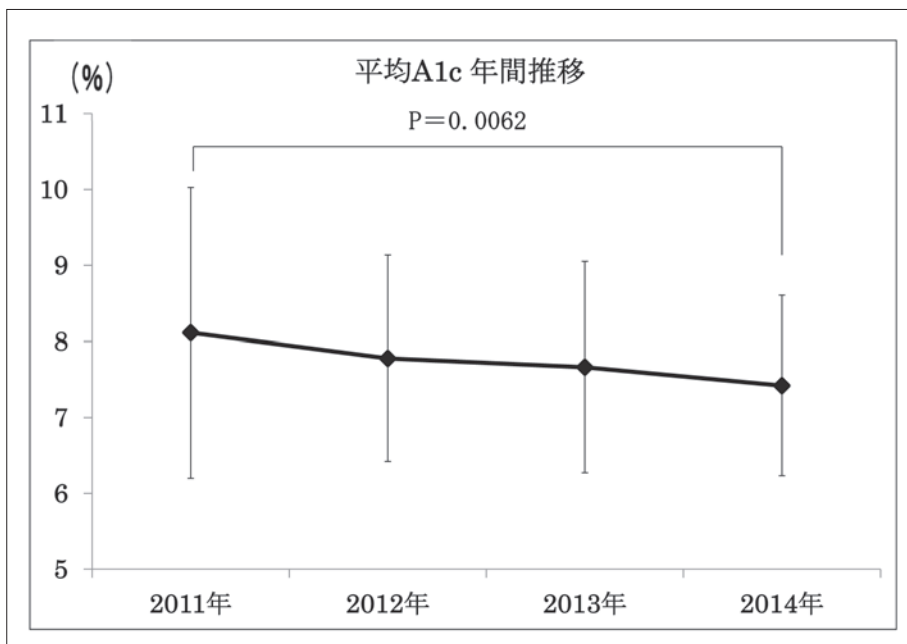


図. 4年間定期通院している患者88名の1年毎の平均HbA1c推移。
 統計は多重比較検定 (Dunnnett 検定)、Data: Mean±SD。

伴う合併症の増加に注意を要するものと思われた。また大血管障害の終末像の一つと考えられている認知症のなかでも脳血管性認知症の割合が高く、高齢糖尿病患者の問題点となることが予想された。

薬物療法ではメトホルミンとDPP4阻害薬の使用頻度が高かった。DPP4阻害薬は血糖コントロールのアンメットニーズを満たすとされ、ますます使用頻度は高まるであろう。それに比べるとSU薬の使用頻度は減少していたが、DPP4阻害薬との併用でみるとメトホルミン群より優れていた。SU薬は50年以上使用され、安価かつそれ一剤で糖毒性を解除する。β細胞の疲弊や二次無効の問題を踏まえつつ症例を増やして見直す必要があると思われた。

臨床分類上特異な表現型を有している患者が存在していた。例えば、3世代に亘る糖尿病の家族歴を有する若年発症患者、若年発症の糖尿病のうちでも自己抗体が陰性でケトーシスを前面に発症する患者などである。通常と異なる症例から新たな催糖尿病関連因子を同定する糸口が見つかる可能性がある。GAD抗体低力価陽性でインスリン非依存患者は更なる経過観察が必要である。

通院のメリットは合併症の進行を遅らせ、癌の早期発見が可能になることである。内服薬の

追加や変更に抵抗する患者もいるが、粘り強く外来を受診することで主治医との信頼関係も生まれる。継続治療への動機付けのためには、健康教室や患者会など外来の枠を超えたチーム医療で魅力ある診療を心がけることが大切であろう。

【結語】

外来通院糖尿病患者の22%が1年以上受診を中断していた。通院中に悪性疾患をスクリーニングすることは重要である。定期通院により血糖コントロールは必ず改善する。

【終わりに】

沖縄は肥満、高インスリン血症の患者が多く、脂質代謝にも注意を払う必要がある。開業以来、糖質制限、コレステロール制限の解除などが話題となり、栄養学を再考するきっかけになった。度重なる新薬の出現は治療のアプローチが内分泌学よりも代謝学メインに移行しているかのように感じさせる。感傷的にもなるがやり甲斐もある。

患者の転機を知れば出口を見据えた診療ができる。今回の定期通院のメリットを示した成績は患者ばかりでなくスタッフをも勇気づけた。療養指導にお役立て頂ければ幸甚である。



お知らせ

平成28年度 かかりつけ医心の健康対応力向上研修のお知らせ

【かかりつけ医心の健康対応力向上研修へのお誘い】

浦添市医師会かかりつけ医等心の健康対応力向上研修企画委員 伊室 伸哉

自分は精神科の小さな診療所をしています。小中学生、また高校生、そして社会人、働いている人、働けない人、様々な方がおいでになり当然「悩み」「困っていること」を聴きます。そのような診療の現場で「コミュニケーションが出来ないと排除される社会システムが問題なのでは？」と感じるようになってきました。人は理解できないものに不安を覚え、それが恐怖に繋がります。最近の若いやつは・・・と何代にもわたり使われてきた言葉には「理解できない」不安が込められていると思います。しかし思考を止めることなく様々な角度から論理的に、発達の問題、生育・社会環境から理解し、減り始めた自殺者の中で比率的に増加している「若年者の自殺」に少しでも支援が出来るように、今回そんな最前線の現場で活躍されている2名の講師の先生から生の声が聴ける研修を設けました。皆さん是非沖縄の未来を担う「若者」を一緒に理解し共有し支援のネットワークに積極的に入って頂ければと切に願っております。

1 目 的

平成 27 年全国の自殺者数は 24,052 人で、前年の 25,427 人より減少した。

沖縄県においては平成 10 年以降 300 人を超えていた自殺者数が、平成 26 年は 284 人、平成 27 年は 281 人と僅かに減少した。しかし 20～30 代の若者の死因の第 1 位は自殺であり近年持続している。自殺者全体数が減少する中で若者の自殺は減っていない。平成 27 年の自殺者数の 25% を 20～30 代が占め、4 人に 1 人が若者による自殺であった。

そこで、若者の自殺に焦点をあて、かかりつけ医等が現代社会における若者の生きづらさを理解し、自殺のリスクのある人への対応力の向上を図り、精神科医や関係する職種との連携をすすめる。

2 主 催 県立総合精神保健福祉センター

3 後 援 沖縄県医師会（調整中）

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

5 研修日時 平成 28 年 12 月 7 日（水）19：00～21：00
（18：30 受付開始 19：00 研修開始 21：00 終了）

6 研修内容

<第一部> 19：05～20：00

座長 かいクリニック院長 稲田 隆司
講師 沖縄国際大学 キャンパス相談室 臨床心理士 稲田 政久
講演 「心の支援現場から見える子どもたちのSOS ～繋がる。支える。～」

<第二部> 20：05～21：00

座長 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座教授 近藤 毅
講師 和歌山県精神保健福祉センター 所長（精神科医）小野 善郎
講演 「若者の生きづらさを理解するー現代社会に潜む仲間関係のリスクと大人の役割」

7 研修場所 沖縄県医師会館3階ホール

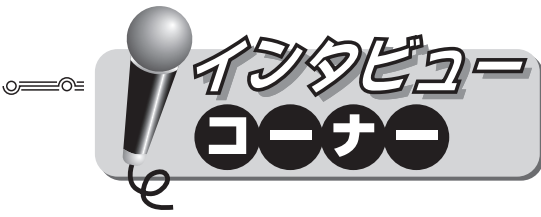
8 単 位 日本医師会生涯教育講座2単位
カリキュラム（4：医師・患者関係とコミュニケーション 68：精神科領域の救急
69：不安 70：気分の障害（うつ））

9 修了証書 沖縄県知事名により、修了証書を発行

10 参加料 無料

11 定 員 144 名

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



地域の皆様が安心して暮せる医療環境の構築を目指します。



沖縄県公務員医師会 会長
小濱 守安 先生

質問 1. 沖縄県公務員医師会長に就任されてからこれまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

これまで本竹前会長の下で3期6年間副会長を務めさせていただきました。昨年5月に本竹前会長から会長職を引き継ぎ、1年余が経過しました。

県立病院再建計画により各県立病院の経営状況は改善しましたが、勤務医の負担軽減実現までは至っていません。事業局長の下、病院事業局と連携して県立病院経営、離島基幹病院の人材確保などの課題にむけて、6県立病院が団結して経営改善に取り組む体制を構築している中で、平成28年2月に事業局長の任期中途の解任報道がありました。公営企業法で管理者の任期は4年であり、規定による場合を除き、意に反して罷免されることがないとあります。任期途中の県立病院統括責任者の交代は、公務員医師にとり重大な事態であると判断し、理事会で協議後、解任理由に関する質問状を提出しました。また県医師会の諸委員会や会合に出席する中で、医師会との緊密な連携が重要であり、沖縄県の地域医療構想における県立病院の立ち位置が大きな課題と考えています。そして県立病院勤務医師が満足・安心して診療に当たれる職場環境の構築に努力したいと考えています。

質問 2. 貴会の基本的な活動内容、また特に力を入れている取り組みがありましたら教えてください。

公務員医師会は会員相互の親睦と相互扶助を図り、公正中立の立場で、沖縄県の医療、公衆衛生の向上および県民福祉の増進に寄与することを目的として設立されました。公務員医師の厳しい勤務環境の整備改善を図るために公務員労働組合と協力して活動していきます。今後も県医師会を中心とした地区医師会会議、地域医療再編、医師の生涯教育などへ積極的に参加し、県民に安全で質の高い医療の提供をできるよう協働していきます。

質問 3. 県立病院は地域の中核病院として、救急医療、高度・特殊医療、離島・へき地医療、医療従事者の養成研修事業等を行い、地域医療の確保と医療水準の向上に努めておりますが、貴会として今後の課題等がありましたらお聞かせ下さい。

沖縄県の離島・へき地医療支援は県立病院と琉球大学病院を中心に行われてきましたが、最近は民間病院からの支援も行われるようになり、沖縄県の離島・へき地医療問題を、県内医療従事者が団結して、支援するという意識の表れと考えております。加えて病院事業局の離島・へき地地域の人材確保に対する積

極的な紺応により、一時期に比べ、離島の医師不足が少しずつ改善してきました。離島・へき地医療の担い手は、若手医師が中心です。彼らが安心して地域医療に従事するためには、キャリアアップが図れるよう学会出張や研修会への参加や過重労働にならないよう、バックアップ体制が不可欠です。

県立病院では、中部病院を中心にネット回線を利用した早朝カンファレンス、昼食時のコアレクチャー、米国からの招聘講師のレクチャーなどを離島基幹病院や診療所に配信しています。さらにネット回線を利用した大学や民間病院を含めた離島・へき地診療所への配信システムの構築が課題です。医療水準の向上には、高度先進医療、特殊医療の推進も欠かせませんが、県立病院だけで対応できるものではなく、まさに医師会、大学と協働し推進していく必要があります。

質問 4. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

沖縄県医師会総会は、各科の垣根を超え、関心があれば他科の発表を自由に聴講できます。若い先生にとって絶好の発表の機会ですが、発表内容が次第に専門分科しているように感じられます。発表後に少し質問したいと思っても、発表後は早々に帰宅してしまいます。12月に総会終了後に忘年会を兼ねた懇親会や、総会

前日夕方に特別講演、懇親会というのはどうでしょうか、そこで若手研修医の優秀演題表彰を行い、諸先輩と交流する機会を作ることも必要だと思います。

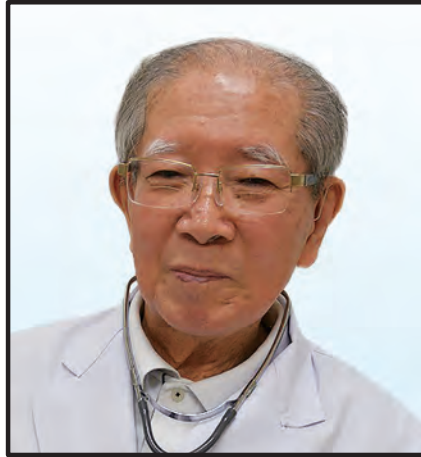
質問 5. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

私は中部病院で小児科の卒後研修を受け、外来では子育て真っ最中の若い親、おむつの取れない乳児、生意気な幼児、ませた小学生、返事をしない中学生たちを相手に過ごしてきました。臨床研修病院であることより、毎年参集してくる若い研修医達からエネルギーをもらうことで、精神的な若さを維持しています。体力は少しずつ低下していくので、時間があれば、ウォーキングやジムでの筋トレを心がけています。大学で友人に囲碁を教えてもらいましたが、沖縄に戻ってからは全く打つことがなく、初心者状態が30年余続いています。退職後は、囲碁を再開したいと思っています。座右の銘というほどではありませんが、老子の「知不知上。不知知病」(知りて知らずとするは上なり。知らずして知るとするは病なり)を心がけています。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 金城 正高

古波倉 正照 先生を偲ぶ



故 古波倉 正照 先生

古波倉先生が旧制の県立第二中学校を御卒業されたのが、昭和13年3月でした、小生が二中に入学したのが、同年の4月ですので、5年先輩になります。

先生は二中時代は、級長の席で一什団の一番前の席でした、その当時は教練が正課で配属将校の指揮下で、地区司令官の査察で閲兵を受けることがありました。指揮を執る級長は腰にシャベルを帯刀した、いわゆるシャベル組の優等生のグループがあり、先生は其の内の一人でした、卒業後現役で第五高等学校に入学し、旧制の高等学校では束縛らしいものがなく、教授方が、未成年の生徒を一人前の紳士として扱ってくれた、授業中は厳しかったが休み時間や放課後は校庭で一緒に語り合い、且つ飲み会に連れて行ってくれたそうです。また色んなタイプの学友がいて、大きな影響を受けられて。3年間の学生生活でしっかりした人間形成が出来たとの事でした。その後名古屋大学の医学部に進学し、エリートコースを着々と進められました、

学内の武道大会があり、医学部は学年単位でチームを編成し、先生は剣道部の主将で出場し、勝ち進んで、優勝戦になり、相手は工学部の主将の二刀流との試合となり、散々撃ち込まれ様に思ったが、どうしたことか軍配は古波倉先生に上がりチームは優勝したようです。また、先生は臨床研究にも熱心で、血友病と似た症状の患者の原因が異なる事について、あきらめずに原因を追究し続けついに「 $\alpha 2 - \text{PI}$ 欠損症」と診断され、世界で初めての発見ということで、その功績に対して、日本医師会より最高有功賞を受賞しました。その様に先生は「文武両道」の方で、旧制二中のペンと剣の校章が示す人間形成がなされた尊敬される偉大な先輩でした。

7月30日の午後、先生の長女 史子先生から今日の午前11時25分に先生が亡くなられたとの電話を頂き、急な事であり、びっくりするあまり言葉を失いどうぞ返事してよいか戸惑いました、お元気の時一度御見舞いに御邪魔すべきだったと、大変後悔しました。せめての罪滅

ぼしに、30日の御通夜に御宅へ伺い、お線香をあげて、お顔を拝見しました。とても安らかなお顔で仏さまを思わせるような御姿でした、翌々日の8月1日の早朝の御出棺の時も御見送りさせていただきました。同日の午後一時から大典寺での告別式に、最後まで参加、最後の御見送りし、御冥福をお祈りいたしました、さらに、8月5日七七忌がまとめて、大典寺で午前11時より行われましたので最後のお別れという事で参加いたしました、史子先生のお話しによると、97歳の天命を全うし、最後まで、穏

やかに、ユーモアをもって接して、総ての人に幸せを与えてくれた、且つ日頃から御好きだった、泡盛をおいしくいただいたそうです、大往生で極楽浄土に昇天されたと聞いています。医師会にとりましても偉大な先輩には、いつまでも御元気で後輩のご指導を続けていただきたいと思いましたが、至極残念でなりません、大先輩の偉勲を肝に銘じながら、先生には安らかにお休みいただいて、心から御冥福を御祈念申し上げます 合掌

稲福 全三

偉大な先生がお亡くなりになった。世界に誇る学問的業績を残し、一開業医として94歳まで診療に身を捧げ、多くの患者に慕われた先生をお偲びしたい。

先生は、わが国の血液学の草分けである名古屋大学医学部勝沼内科で研鑽を積まれた後、昭和33年、沖縄に戻られ実家の古波倉医院を引き継がれた。当時の医療事情の厳しい中、一般内科だけでなく、沖縄中から集まってくる白血病、再生不良性貧血などの血液疾患の診療に全力を注がれた。ベッドが足りず、近くにアパートを借り、そこを入院室がわりに治療にあたられたそうである。琉大医学部病院ができるまでのご苦労は並大抵のことではなかったと思われる。昭和54年、先生の呼びかけで「沖縄臨床血液研究会」が発足、血液疾患を診療する医師、検査技師らの研修の場として発展し、会は現在まで121回の例会を重ねている。長年、会長として会を指導して頂いた。先生御自身、80歳代半ばまで会に出席され、熱心に若い人たちの講演に耳を傾けておられた。平成9年、先生から多大な篤志を頂き、それをもとに「沖縄臨床血液研究会奨励賞（古波倉賞）」を設け、毎年、優秀な研究者を顕彰している。

先生のお仕事で特筆すべきは、 $\alpha 2 - \text{PI}$ （プラスミン・インヒビター）欠損症患者の発見（昭

和54年）である。日本内科学会100周年記念号「内科100年の歩み」（Vol.91, No.7, 2002）に、血液学の分野で日本が貢献した9つの疾患が特集されているが、その一つとして、先生のお仕事が詳しく紹介されている。幼少時から出血を繰り返す患者の症状と検査結果が、それまで知られている出血性疾患とは違うものだと気づかれた先生が、自治医科大学と共同で明らかにした世界初の疾患である。患者の発見によって初めて $\alpha 2 - \text{PI}$ の生体内における重要な役割が明らかになり、止血・線溶メカニズムの理解が深まった世界的な偉業である。目の前の患者さんの問題を不明なままにせず、深く追求し解明した先生の姿勢、炯眼に敬服するばかりである。昭和50年代半ばには、沖縄県各地域住民のHTLV-1抗体の保有状況を調査、昭和59年日本臨床血液学会で発表され、ATL（成人T細胞白血病）の研究史においても大きな功績を残されている。常に学究の徒であられた。

しかし、なににもまして先生の偉大さは名医として患者さんに慕われ、94歳まで診療の場に身を捧げられたことである。先生の名声は広く知れ渡っている。 $\alpha 2 - \text{PI}$ の発見者としてではなく、「素晴らしい先生」として格別の存在であった。「あちこち回って、やっと先生に診断をつけてもらった」、「先生に助けられた」、

追悼文

先生への感謝の言葉を口にする患者さんに数多く出会った。「看護師さんも、受付も、みなさん親切だ」と話される方も多かった。先生のお人柄が築き上げた名声高い「古波倉医院」の様子がわかるようであった。柔和なお顔で優しく接しながらも、凜としたたずまいの先生に、すべての患者さんは、信頼を寄せ、尊敬の念を抱いたと思われる。一時、大病を患い引退を考えたいが、先生の診察を待たれる大勢の患者さんの声に思いとどまったと聞いている。

祖国復帰前の混乱の時代から、半世紀以上にわたって、沖縄県の医療に尽くされたご功績に対して昭和55年日本医師会最高優功賞、平成6年琉球新報賞が授与されている。

酒席の場で和やかに談笑される先生のお顔が浮かんでくる。夕餉に泡盛を好まれ、また、年一回の沖縄寮歌祭には、はかま、高下駄で出掛

けられ寮歌を高唱謳歌するのが何よりの楽しみであった。

平成26年12月末、多くの人に惜しまれつつ名声高い「古波倉医院」を閉院。今年6月軽い脳梗塞を患われた後、食が細くなり、7月30日自宅で息を引き取られた。享年97歳。

閉院して1年半、人生の後片付けを済ませたあと、喜々として、天国で待つ最愛の奥様のもとに駆けて行った気がする。

「医者冥利」。「見事な人生」。先生を仰ぎ見て、二つの言葉が浮かんでくる。

心より感謝を込めて、ご冥福をお祈りいたします。

沖縄臨床血液研究会会長
しんざと内科
新里 脩



「ピンクリボン」に因んで 離島：宮古島で乳がん診療を考える



県立宮古病院 上原 哲夫

宮古島の中核病院をになう県立宮古病院に、マンモグラフィーの撮影機器が導入されたのは、平成17年で、当時年間500件弱の件数からのスタートであった。翌年2度目の宮古島への赴任に際し、乳がん検診率を上げるために、毎日マンモグラフィーが取れますと地元の新報に広告を出したら、年間1,000件まで増加した。当時2人いた読影医と外科のスタッフで週末に読影会を行いながら読影力の向上に努めた。石灰化で早期に発見するという点ではマンモトームがないのがネックではあったが、腫瘍を伴わない石灰化のみの症例は希であり、適応症例は本島で紹介することがあった。また宮古島市の無料クーポン券の利用が平成17年頃から始まり、40歳から5年おきに区切った年齢に該当する女性に、クーポン券が毎年1,900人ほどに配布されたことも増加する要因にもなったが、実際に無料のクーポンを利用してマンモグラフィーを撮影する人は17～22%ほどであるとの結果を知らされた時には、ただでも受けない乳がん検診と愕然とした覚えがあり、当時乳がん検診率が高いと言われた沖縄県でさえ20数%程であったので、そうかと受け入れるしかなかった。また沖縄健康作り財団による検診車での住民検診が毎年行われており、宮古島市では年間2,400件ほどのマンモグラフィーや乳腺エコーの検診が行われている。平成25年度の財団の報告によると、沖縄県全体で7,135人が乳がん検診を受け、要精検率8.9%であり、要精検者の87.9%が再検査をし、乳がん発見率は0.27% (19/7135)であった。

多くの啓発活動が各地で行われながらも、欧米並みの乳がん検診率の向上が見られないのはまだ啓発活動が足りないのだろうか。2012年の癌センターのデータでは、全国で79,100人が乳がん罹患し、13,240人が死亡、女性11人に1人が一生のうちに乳がん罹患との報告がある。乳がん死亡を減らすために、全ての対象の女性が1～2年おきに検診を受け、行政や支払い側の厳しい毎年のチェックにより検診率を限りなく100%に上げると、死亡率を0に近づける事が出来るかどうか。その限界点をどこに求めるか難しい問題である。宮古島市の人口を5万人とすると、2.5万人が女性、その半分を対象に当院で出来る検診は、午前10人午後10人の1日20人として、年間5千人、エコーとMMGを合わせることで年間1万人の検診が可能ではあるが、人口10万人あたりの乳がん罹患率113.0からすると、年間28.25人の乳がん発見率である。当院でも年間20人前後の手術症例があり、その他は本島で治療していると思われる。潰瘍形成や出血、臭い等で外来を受診される患者さんを見ると、何でももう少し早く来てくれなかったのかと啓発活動による早期発見の重要性を強く感じる。検診と検診の間に見つかる中間期癌や50歳以前のTriple Negativeの様なたちの悪い癌を、如何に早く見つけて化学療法や分子標的治療に持ち込めることが出来るかという、死亡率の改善に大きく寄与するであろう課題の克服には、半年～1年おきの乳腺エコーによるチェック等の早期発見への新たな検診の方法の導入も考慮する必要があるだろう。その実施には多くのエコー技師の育成が必須であり、急務である。

今年の骨と関節の日のテーマは 「ロコモ度テストでロコモを測ろう」



沖縄赤十字病院整形外科 大湾 一郎

皆さん、骨と関節の日をご存じでしょうか。印象深く覚えてもらえるよう下記の問題を用意しました。

問題) 10月8日は何の日でしょう? 下記の中から選びなさい。

- 1) 木の日
- 2) 骨と関節の日
- 3) 入れ歯の日
- 4) プリザーブドフラワーの日
- 5) すべて正しい

私は骨と関節を扱う整形外科医で、話の流れからも当然2)は正解です。「十」と「八」を組み合わせると骨の「ホ」の字になり、また、10月8日は体育の日にも近いことから、骨と関節の健康を考えるのにふさわしい季節であると日本整形外科学会が1994年に制定しました。勘の良い人なら気づいたかもしれませんが、「十」と「八」を組み合わせると「木」の字にもなりますから1)も正解です。木の良さを見直す日とのことです。「十」と「八」は算用数字で書くと108になり、これは「い(1)れ(0)ば(8)」と読めますから3)も正解です。プリザーブドフラワーはどうでしょう。これを漢字にすると「永久の花」、永久を「と(10)わ(8)」と読んで4)も正解になります。よって正答は5)になります。

整形外科医でもなければ、10月8日が骨と関節の日であることを覚えるのは困難です。ということで、この際ですから、10月8日が何の日であるかを全部まとめて覚えてしましましょう。まず好きな人のことを想像して下さい。彼女としましょ。そよ風に頬をなでられ、木漏れ日あふれる森の中で膝の屈伸をしています。

一輪の赤いプリザーブドフラワーを耳の上に飾っています。あなたを見て微笑んだその口元で入れ歯がきり。その瞬間、あなたは今日が10月8日で、骨と関節の日だったことを思い出すことでしょう。

今年の骨と関節の日のテーマは「ロコモ度テストでロコモを測ろう」です。ロコモのことはご存じでしょうか。ロコモとはロコモティブシンドロームの略称で、運動器の障害のために「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態をいいます。進行すると日常生活に支障が生じ、介護が必要になるリスクが高くなります。

健康寿命を阻害する三大要因は、メタボ、認知症、ロコモです。このロコモという概念が、日本整形外科学会により提唱されたのは2007年ですが、つい最近までロコモの判定基準はありませんでした。昨年になってようやくロコモの判定基準が策定されました。

ロコモを判定するには「ロコモ度テスト」を受けなければいけません。「ロコモ度テスト」は移動機能を調べるテストで、「立ち上がりテスト」「ステップテスト」「ロコモ25(身体状態・生活状況に関する25の質問)」という3つのテストで成り立っています。これらテストの結果により、ロコモの進行状況を「ロコモ度1」、「ロコモ度2」と判定します。「ロコモ度1」は、移動機能の低下が始まっている段階、「ロコモ度2」は、生活は自立しているが移動機能の低下が進行している段階です。

「立ち上がりテスト」を実際にやってみましょう。皆さんが座っている椅子の高さはおよそ40cmです。座っている状態から片脚だけで立ち上が

片脚で、40cmの高さから 立てますか？

**ロコモ度テストで
ロコモを
測ろう！**

ひざは軽く
曲げてOK



立ち上がって
3秒間保持



STEP 1 40cmの高さ*から両腕を組み、
反動をつけずに立ち上がる
*食卓の椅子、公園のベンチなど

STEP 2 立ち上がって、そのまま
3秒間保持してください

転倒に注意。膝や腰に痛みがある方は無理をしないでください。

立てない場合はロコモが始まっています。

「ロコモ」とは、移動機能の低下をきたしている状態です。下肢の筋力やバランス能力を身につけるためには、ロコトレ(ロコモーショントレーニング)を始めとする運動を習慣づける必要があります。また、十分なたんぱく質とカルシウムを含んだバランスの取れた食事を摂るように気をつけましょう。

ロコモ度テストで定期的な移動機能の確認を

ロコモチャレンジ

検索

http://www.locomo-joa.jp/

ロコモ チャレンジでは、「Try!40cm」プロジェクトを実施しています。



ロコモチャレンジ



公益社団法人
日本整形外科学会
http://www.joa.or.jp

運動器疾患を6大疾病に！

公益社団法人 日本整形外科学会より提供

ることができますか？左右それぞれの脚で試してみてください。どちらか一方の片脚で立ち上がることができなければ、ロコモ度1になります。

今年の骨と関節の日は、「ロコモ度テスト」を啓発することによって、ロコモ予防の輪を広げようとの趣旨です。そのためにはまずロコモという言葉をご皆さんに知ってもらわなければいけません。全国ストップ・ザ・ロコモ協議会によると、2016年3月時点の一般市民のロコモ認知度は47.3%（聞いたことはあるが意味はよく知らないも含む）、理解度は19.9%と報告されています。私たちはロコモの認知度を80%に向上させることを目標にしています。

今年度も例年通り、骨と関節の日市民セミナーを10月8日（土）午後2時から4時まで、沖縄県立博物館・美術館にて開催いたします。定員200名と制限がありますが、入場は無料です。当日は医療相談やロコモ度チェック、骨密度測定も併せて行います。また10月2日の沖縄タイムス、琉球新報の両紙面に、整形外科医6人による新聞紙上座談会の記事が掲載される予定です。

県民の多くがいつまでも自分の足で歩き続けていくために、運動器を長持ちさせ、ロコモを予防し、健康寿命を延ばしていけるよう、先生方のご協力をよろしくお願いいたします。

目の愛護デー (10/10) に寄せて

～先天性色覚異常の児童の対応について～



外間眼科医院崇元寺 外間 英之

10月10日は「眼の愛護デー」です。昭和6年に失明予防の運動として制定されました。日本眼科医会を中心に各県で無料検診など普及活動が行われています。沖縄県眼科医会でも新聞広告にて「年に1回は眼科健診を」と啓発活動を行っております。

さて、眼科健診で最近苦慮するのが先天性色覚異常の診断と指導です。学校医の先生方にも保護者から質問を受けて対応に困ることもあるのではないのでしょうか。2003年に学校健康診断における色覚検査の実施義務が全廃されました。しかしその後の日本眼科医会による全国調査で自身の色覚異常を知らないが故に学校生活や就職について不利益をうけていた児童が多かったことがわかり、2014年より学校での色覚検査が希望者に実施されることとなりました。学校検診で色覚異常を疑われた児童は眼科医療機関を受診するのですが、私も含め戸惑ってしまう眼科医もおります。この数十年の眼科各領域の技術、器械、薬品の進歩は目覚ましく、以前ではあきらめていた疾患が治療可能となりました。その為、大学病院などで治療不可能な先天性色覚異常を学ぶ機会が少なくなったのが原因と思われます。そこでこの機会に少しまとめてみたいと思います。

[病態]

色覚は網膜レベルでは3要素説で説明されます。網膜の視細胞には光を感じる杆体と色や視力に働く錐体があります。錐体には可視光線のうち長波長(赤)に反応するL-錐体、中波長(緑)に反応するM-錐体、短波長(青)に反応する

S-錐体があります。この刺激の程度により色を感じ、同時に興奮すると白く、まったく興奮しないと黒く感じます。これら錐体の機能不全や欠損により色覚異常が生じます。

色覚異常はX連鎖性遺伝をします。したがって頻度は男性に多く男性の5%、女性の0.2%にみられ、保因者は女性の10%になります。

[分類]

多くは1種類の錐体の障害にとどまります。L-錐体(赤)の障害を1型色覚、M-錐体(緑)の障害を2型色覚、S-錐体(青)の障害を3型色覚と分類しますが、3型は非常にまれですので一般には赤緑色覚異常と呼んだりします。また障害の程度により錐体の機能不全を異常3色覚(旧、色弱)、錐体の欠損を2色覚(旧、色盲)、まったく色を感じない1色覚(旧、全色盲)と分類します。組み合わせで1～3型3色覚、1～3型2色覚と呼びます。1色覚は錐体機能が欠けた杆体1色覚が典型的であり、まれに錐体1色覚もあります。中心暗点を伴い、視力は0.1以下となります。

ただ、上記のような分類は言葉が分かりづらく程度判定も一般の検査では困難なため、実際には1型色覚(赤)か2型色覚(緑)か、程度は中等度以下と高度で説明しています。頻度は男性5%のうち1型が約1%、2型が約4%といわれています。

[検査]

一般の眼科では仮性同色表とパネルD-15という色相配列検査にて診断をします。仮性同色

表とは皆さんご存知の数字を読ませる検査表です。パネル D-15 は 15 色のカラーキャップを色の近い順に並べて順序の異常を調べます。日本眼科医会では「石原色覚検査表Ⅱ国際版 38 表」と「標準色覚検査表第 1 部先天異常用 (SPP-1)」の仮性同色表とパネル D-15 による検査の組み合わせが推奨されています。検査法は割愛しますが、まず石原表で誤読が 4 表以下であれば正常色覚、誤読が 5～7 表であれば色覚異常の疑い、誤読が 8 表以上であれば色覚異常と診断します。色覚異常の場合さらにパネル D-15 を施行し、検査にパスした場合は中等度以下の色覚異常と診断しさらに SPP-1 で 1 型か 2 型を診断します。パネル D-15 でフェイルした場合は強度色覚異常と診断し、その順序の違いにより 1 型か 2 型を診断します。航空関係など一部の学校や職種によっては確定診断を必要とし、その際アノマロスコープという検査機器を必要としますが、一部大学病院などにしかありませんので、そういった施設に紹介となります。

また検査対象は主に小児となりますので、うまく検査ができない事もあり、成長を待って複数回の検査を必要とする場合もあります。

[検査後の対応]

まず難しいのは色覚異常の方がどのような色の世界にいるのか、実際のところわかりません。強度の色覚異常の場合は一部のホームページやスマホのソフトなどでシミュレーションできるようですが、中等度以下の色覚異常ではさらに多彩に個人差があります。ですからご両親などにお子さんの見え方を想像していただくのは困難です。一般的に青緑あたりの色はしっかり区別できますし、青系と黄色系は混同しません。1 型色覚異常の場合は赤が薄暗く見える特徴があります。ですから 1 型の場合危険信号である赤色を見落とす可能性があり注意が必要です。

間違えやすい色の組み合わせは表 1 を参照ください。(紙面の都合上、色見本を掲載できません。)

1. 赤と緑
2. 橙と黄緑
3. 茶と緑
4. 青と紫
5. ピンクと白・灰色
6. 緑と灰色・黒
7. 赤と黒
8. ピンクと水色
1 型色覚：1～8、 2 型色覚：1～6

表 1：先天色覚異常の誤認しやすい色の組合せ (日本眼科医会発行、色覚診療の手引きより引用)

(色覚異常の疑い) では色についてはほとんど問題ありません。

(中等度以下の色覚異常) でも日常生活にはほとんど支障はありませんが、微妙な色識別を要する職種ではまれに問題があることを伝えます。

(強度色覚異常) では本人の自覚以上に色誤認をしている可能性があり、日常生活や学校生活に配慮を要します。

学校生活については小学生までは保護者と相談し教師に伝えて配慮をもとめた方が得策です。色を使った授業では物の名前や形で示してあげたり、グラフの配色や理科の実験などでは注意が必要です。また赤いチョークは使わないなど配慮が必要です。中学生以上であれば自覚を促し、色ではなく色の明るさで識別したり、色以外の情報で区別するように伝えます。進路指導などに際し考慮が必要となる場合もありますので、学校への通知は保護者にしっかり説明した上で、保護者の判断に任せます。

進学や就職に関しては一般的には色覚で制限される事はありません。しかし電車運転士は正常色覚に限られており、航空関係、船舶関係、警察など公安関係自衛官、消防官などは一定の

制限が設けられています。また一般の企業でも映像関係や印刷関係、服飾関係など理由があって制限を設けていることもあります。ただし、条件も年々変化しますので希望の職業や資格などがあればしっかり情報確認するように勧めます。

とはいえ、まずは日常生活でほとんど問題がないこと、運転免許も取れるし大抵の職業には就くことができる事を強調し、子供や保護者の不安を取り除いてあげることが大切です。また小児期より診断されていれば成長までに十分な自覚と対策を持つように、決して無理強いせず誘導していくことが重要だと思います。私の友人の例ですが、東京で地下鉄の路線図の色分け

がわからず当初は苦労しておりましたが、いくつかの駅名を覚えてすぐに全く問題なく過ごしていました。

以上、長々とすみません。目の愛護デーに因んで、私だけかもしれませんが、敷居の高い色覚異常について触れさせていただきました。年齢別に差はありますが、先天性色覚異常者全体でみると約半数は検査を受けるまで自覚していなかったという結果があり、知らないうちに社会の中で不利益を被っているという実態があります。色覚異常が疑われたらまずは眼科受診をお勧め下さい。子供たちを診るうえで何らかの役に立てば幸いです。

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

※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。

臓器移植普及推進月間によせて

～移植医療の現場から～



友愛会豊見城中央病院 外科 大田 守仁

命の値段はいくら？

人は臓器不全の状態になると通常生命を維持できません。治療としては臓器を入れ替える、すなわち移植医療でしか救命できないということになります。そこまでして生きたいのか、という一部の意見があるのも理解できますが、愛する家族を失いたくない、あるいは家族のために生き続けたいという思いは当然のものでしょうか。それが幼い子供となれば尚更です。県内でも心臓移植を希望する子供たちが海を渡って治療を受けに行っていますが、問題なのはその治療費です。2011年に米国で移植を受けるためには1億5000万円が必要でした。それが2016年には3億2000万円ないと手術が受けられなくなっています。世界的に渡航移植が制限されていることも原因ですが、簡単な金額ではありません。もちろん命の値段

は「プライスレス」ですが、お金がなければ救える命が救えない状況になっています。県民が興味を持って盛り上がっている間はお金も集まるでしょうが、いつまで続くでしょうか。移植が必要な患者はまだ多いです。子供だけではありません。国民や県民はいつまで懐のお金を分けてくれるのでしょうか？お金が集まらず移植が受けられない患者は運が悪かったと諦めるしかないのでしょうか。

みんな臓器を提供したくない？

日本では移植ができないのか？そんなことはありません。日本の移植技術は世界トップクラスです。臓器さえあれば多くの命を救うことはできます。ただその臓器が不足しているのです。では日本国民は多くの人が臓器を提供したくないと思っているのでしょうか。図1は平成25年

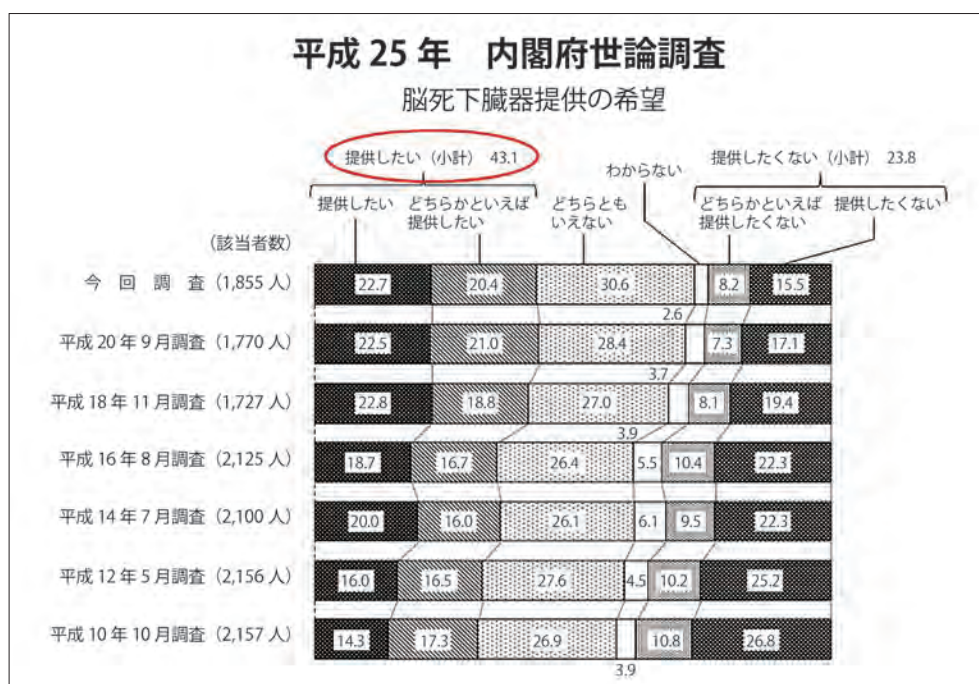


図 1

に内閣府が施行した世論調査の一部ですが、国民の43.1%が自分が脳死状態になった時に臓器を「提供したい」もしくは「どちらかと言えば提供したい」と考えています(心停止下での提供についてもほぼ同様な意見です)。これは日本全体の死亡者数を考慮すると十分に臓器が充足する数です。しかし実際は提供には至っていません。もちろん本人はそう思っている場合でも家族が反対することもあるでしょう。しかし図2を見ると、本人が提供の意思を示していればそれを尊重するという家族が87%もいます。つまりどういうことかと言うと、上記の背景があるのに実際の提供が少ないのは、本人が事前にはっきり意思表示を周りにしていないか、もしくは医療者が患者の意思を汲み取っていないかのどちらかです。

臓器提供は患者の権利

臓器提供するのは移植を待つ患者のためでしょうか？もちろんそれで救われる命があるのは事実ですが、提供した本人やその家族がそれで救われることもあります。自分が死ぬことがあっても誰かの役に立つことができる、

愛する家族が死んでしまってもその体の一部は誰かの体の中で動き続けている。そう考えることで「死」という多くは突然で哀しい出来事を少しは和らげてくれます。臓器を提供することは患者や家族の権利であり、我々医療者はその人生最後の願いを叶える努力をするべきです。心停止下の臓器提供は殆どの病院で可能ですから、多くの医療者がそれに向き合う必要があります。もちろん臓器提供をしないという権利も存在しますので、全ての患者が提供すべきと言っているわけではありません。ただ提供希望の有無を聞く「意思確認」あるいは臓器提供という選択肢があることを伝える「オプション提示」は対象となるすべての患者になされるべきと考えます(図3:ドナー適応基準)。

「命の授業」

今年当院で臓器提供をされた方がいました。臓器提供をするとその尊い行為に対して厚生労働大臣より感謝状が贈られます。コーディネーターがそれを届けに遺族の元を訪れた時のことです。故人の弟さんが、感謝状を仏壇に飾って

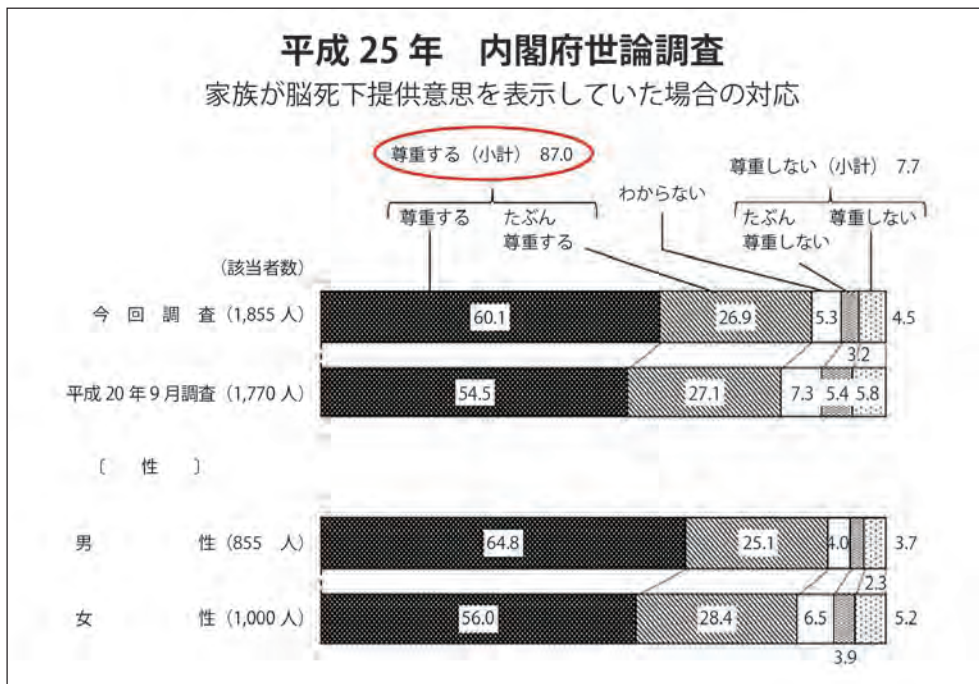


図2

臓器提供者(ドナー)の適応基準:腎臓

- 1. 以下の疾患または状態ではないこと**
 - (1) 全身性の活動性感染症
 - (2) HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原などが陽性
 - (3) クロイツフェルト・ヤコブ病およびその疑い
 - (4) 悪性腫瘍(原発性脳腫瘍および治癒したものは除く)
- 2. 以下の疾患または状態がある場合は、慎重に適応を検討**
 - (1) 血液生化学、尿所見などによる器質的腎疾患の存在
 - (2) HCV抗体陽性
- 3. 年齢は70歳以下が望ましい**

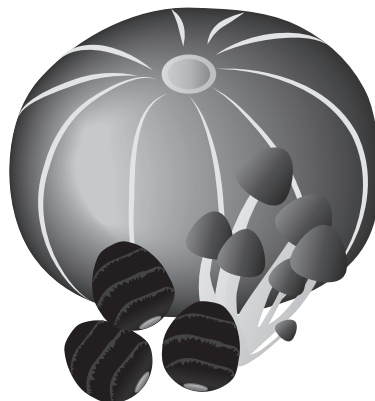
図3

言ったそうです。「兄貴は酒ばかり飲んで家族を困らせたこともあった。しかし今は、苦しむ人を助ける行為をした兄貴を誇りに思う。提供者がもっと増えるように祈っています。」死をただ哀しいものとせずに「誇り」を感じるものにする、このことに医療者はもっと尽力しても良いのではないのでしょうか。

「移植医療」に対してまだ賛否があるのは理解していますが、私は「移植」がすばらしいものであると信じています。当院で移植を行ったある患者さんは、中学校などで出前授業をする

そうです。そこで子供たちに自らの体験を基にした、命の大切さ、健康であることの意味、そして他者に対する感謝の気持ちを話すそうです。この本物の「命の授業」は我々医療者の言葉より何倍もの力で子供たちの心を動かすに違いありません。

どうか多くの医療者が「移植医療」に対して理解と協力をしていただけるようお願いしたいと思います。





医学会総会シンポジウム
「戦後沖縄の医療」を聴講して

小禄病院
金城 國昭

去る6月12日開催された第121回県医師会医学会総会のシンポジウム「戦後70年企画、先輩に聞く沖縄の医療」を聴講した。

4名の演者の講演終了後、座長の玉城副会長から同世代の医師としてのコメントを求められたが突嗟の事で要領を得ない発言になったので改めてその時代（終戦直後から本土復帰の頃まで）の事を思い出すまま記して見たい。

第一席の吉田朝啓先生は「沖縄の公衆衛生を振り返る」のテーマで講演されその中で「医療要員の人材育成」に言及されているが契約学生制度による本土大学への進学開始が画期的だったと言えよう。戦後各地に高校が設置されたが卒業後の本土大学への進学は閉ざされていた。高校の上級学校といえ、本島中部（現在のうるま市田場）にあった文教学校と外語学校のみで小生は昭和24年外語学校本科に入学、吉田先生、真栄城先生も同期で1年間寮生活をして学び翌25年契約2期生として共に本土に進学した。契約1期生は戦前本土及び外地（満州・朝鮮・台湾等）の大学・高専に在学し復学した方々で戦後最初の本土大学入学生は契約2期生である。なお契約生の呼称は留学費用はGHQが給付し留学生は卒業後帰郷して夫々の専門職（理系・文系もあった）に従事するという契約を交わした事がその由来で、実際渡航前にUSCARで契約書に署名させられた。

契約学生制度は4期生まででその後本土政府から学費が支給される国費生制度に移行した。この両制度により養成された医師は公務員医師となり又自費進学の医師も帰郷するに伴い沖縄の医療事情は次第に改善されたことはご存知の通りである。次に琉球政府時代、医介補の先生、

公看の方々が特に離島・僻地の医療、保健に大きく貢献されたことは特筆されるべきだと述べられたが、こうした制度を導入したUSCARの見識には敬服せざるを得ない。

第二席の中村義清先生は「戦後の南部地区の医療と復興」について話された。日米両軍の激しい戦闘で焦土と化した南部地区で仲間郁夫先生が米軍野戦用テントで、又浜松哲雄先生が民家の馬小屋で診療を開始され、その後数名のスタッフで米軍から譲渡された軍病院を知念地区病院として開院ここを拠点にして復員医師及び外地から帰郷される医師が増えるに伴って順次各集落に診療所を開設したという。

当時小生は石川市（現うるま市）に居住、石川高校に通学していたが石川市には既にコンセット型の石川地区病院があり数名の医師が診療に従事されていた。中でも印象に残っているのは20代の旧軍医大森泰夫先生で主として往診を担当されていたと思う。父がマラリアに罹患、3日熱で発作の度に往診していただき、アテブリンの内服で間もなく治癒した。その頃は南方戦地からの復員者に“デング熱”を発症された方も多くこうした伝染病の防疫のため役所の職員が毎日のようにボンベを担いで集落の全域にDDT液を撒布していたのを憶えている。中北部には石川の他、コザ、前原、宜野座、名護等に地区病院があった。こうして、いち早く医療体制が整えられ住民の健康が守れたのは中村先生も強調されたように米軍による人道的支援（指導・医薬品・医療器材の無償供与等）があった事を忘れてはならないと思う。余談になるが、石川地区病院には歯科の小那覇全孝先生も勤務されていて何度か治療していただいた。通称“舞天先生”で歯科医というより琉球芸能に詳しく間もなく沖縄諮詢会（琉球政府の前身で石川市近郊の東恩納に設置）の芸能課長を兼務され「松」「竹」「梅」の劇団創設に尽力された。各劇団は沖縄各地を巡回公演し、敗戦で虚脱状態となり荒んだ人心に潤いを与え復興への意欲を鼓舞した。

第三席の真栄城優夫先生による「沖縄から全国への発信－ER」の講演では県立中部病院における現在の一次医療から高次医療迄をカバーする救急医療体制を定着させることができたのは組織全体で英知を結集し多くの難題を克服した結果である事をお伺いし改めて感銘を深くした。

なお同病院の臨床研修制度は全国的に高く評価され同病院の年中無休・24時間全科の患者受け入れERシステムには研修医達もその一翼を担っていると話されたが若い医師達の更なる活躍を期待したい。救急と云えば、復帰前小生が那覇市で開業して間もない頃、開業医による輪番制夜間当直が行われたが、諸般の事情により間もなく廃止された。

第四席知念正雄先生は「戦後小児医療の変遷」のテーマで講演され、その中で「先天性風疹児症候群」についても話されたがCRSについては小生も多少係わりがあったのでその経緯について述べてみたい。

1967年（昭和42年）頃沖縄で風疹の爆発的流行があった。当時小生は沖縄赤十字病院産婦人科に勤務していた。風疹流行はマスコミにも大きく取り上げられ先天性風疹児症候群についても詳しく報道されたので記事を読んだ風疹罹

患妊婦が大勢外来に訪れ「拳児が否か」について相談を受けた。微妙且重大な問題だけにその対応に苦慮したが、妊婦初期に風疹に罹患すると胎児の視覚・聴覚・心臓に障害が起きる確率が高いという従来の学説を説明し、「拳児か否か」については患者さんとそのご家族に決めていただくしかなかった。そのインフォームドコンセントが適切であったかどうかについては今でも内心じくじたるものがある。

ところで丁度その頃沖縄の学童検診の為文部省から派遣され来島されていた九大小児科の植田浩司先生（当時は助手、後に教授）が来院され風疹妊婦のカルテ閲覧を希望されたので漆原部長と共にデータ蒐集に協力した。その後先生は、CRSをライフワークとされ、風疹障害児を追跡調査して多数の文献を発表、風疹の予防・啓発に尽力された事は衆知の通りである。

以上復帰前の沖縄の医療について小生の経験した事を思い出すまま記してみたが何分半世紀前の事で記憶も定かでなく不正確な点のあることを諒とされたい。

とりとめのない駄文となりましたがシンポジウムの追加発言として読んで下されば幸いです。



お知らせ

「2017年版医師日記（手帳）」の購入について

日本医師会から標記医師日記の斡旋方依頼がありますので、お知らせ致します。

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

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

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

記

1. 仕様
 - ・表紙 羊皮スウェード（サーモンピンク）透明カバー付き
 - ・サイズ 横 95 × 縦 160mm（本体 78 × 150mm）
 - ・付属品 日本医師会・都道府県医師会役員名簿、鉛筆
2. 価格 1冊 2,000円送料込み（引去予定日 12月5日）
 ※締切後のお申し込みにつきましては、個人価格（2,200円）となります。
3. 締切日 平成28年10月14日（金）

平成28年 月 日

沖縄県医師会行

TEL 098-888-0087

FAX 098-888-0089

「2017年版医師日記（手帳）」注文書

品名	単価	冊数	金額
2017年版医師日記	2,000円	冊	

上記のとおり注文します。

住所

医療機関名

氏名



金沢、能登旅行記

しゅくみね内科
祝嶺 千明

今年のゴールデンウィークは、スタッフと3泊4日の慰安旅行に出掛けました。

今回は昨年開業の北陸新幹線に乗りたかったのと、新幹線開通後の発展した金沢も見てみたいと思ったので私の一存で行き先は決定。

沖縄の人間からすれば電車で旅行をすることだけでも心が躍るものですが、今回は能登半島まで足を延ばして昨今はやりの観光列車、中でも観光列車「のと里山里海号」に乗ってみたいという願望もあり、旅行会社にその切符取得も早々と手配していました。

すると、企画の段階で職員が「花嫁のれん号」という女性向け仕様の観光列車にも乗りたいと言い出した。わたしの職場は男が私1のみであとは女性が6という完全に女性上位社会なので無下に断ることもできず、そのコースも旅行会社に追加注文。いずれの列車も人気があり1日2、3便、1回50名程度までの制限がある中、GWでもあり切符取得はどうだろうか。どちらか取ればいいか・・・と思っていたが旅行会社の尽力もあり両方の観光鉄道の切符が取れたのは、大変ラッキーでした。

いざ出発の日。那覇から空路小松空港に行けば良いものを、わざわざ羽田で降りて東京から北陸新幹線に乗るという（地図上では若干西に戻る）ただの興味本位の、このミーハーぶり。

東京駅では皆それぞれ好みの駅弁を買い、わくわく気分で乗り込んだ北陸新幹線は、大変快適でしたが、感想は“あの北陸新幹線に乗ったぞ、2時間半で金沢、やっぱり早いなあ”という意外に抑揚のないもの。



北陸新幹線に乗る

リニューアルした金沢駅に到着。新JR金沢駅のシンボル、金沢駅東口のもてなしドームと鼓門（つづみもん）、金沢駅西口のステンレス製のジャンボなモニュメントに驚嘆しつつ金沢に入りました。



金沢駅東口のもてなしドームと鼓門

あいにくの雨模様で気温も8度という寒さでしたが、ホテルのチェックインもそそくさと、異郷の地の物珍しさと女性スタッフたちの狂喜する姿に寒さを忘れ、すでに夕方であったが21世紀美術館など観光地を回り1日目は終了。

2日目いよいよあの観光列車に乗る！

「観光列車」は、乗ること自体が観光の目的になるような魅力的な列車、と事前に調べた本にはあり、今や全国に80本はあるそうで、それぞれが車窓の眺めはもちろん、外装や内装、食事、もてなしに個性を発揮し競っているようです。

今回乗った観光列車は、金沢発の「花嫁のれん号」と、そのまま乗り継ぐ「のと里山里海号」（この名前が今だに覚えられない）という何とも欲張った豪華連続乗車体験となりました。

最初の「花嫁のれん号」は、昨年10月デビューの加賀友禅や輪島塗などの加賀の工芸品が内外に散りばめられた列車。

その豪華な姿を見たたん、女性たちは雄たけび（?!）をあげ、さかんにカメラのシャッターを切る。花嫁のれんという名前は、花嫁は乗れない? という茶々を入れたくなりますが、当地には婚礼の際、大切に育て上げた娘の幸せを願って、色鮮やかなのれんを嫁ぐ娘に持たせるらしく、旧加賀藩の加賀・能登・越中に見られる風習とのことで、実際プラットホームにはきれいな“のれん”がかかっていました。

そののれんを必要以上(!)にくぐる熟年女性たちに圧倒されつつおじさんは、恐縮しながら乗車。

約1時間半の乗車でしたが、外観に負けず車内も豪華なしつらいで、スイーツが振る舞われ、1組の結婚式も執り行われるなど素晴らしい体験が出来ました。

(窓外の景色はほとんど見ていなかったことにあとで気付いた!)

和倉温泉で下車後、「のと里山里海号」に乗車。2両編成で花嫁のれん号は赤が基調であったのが、こちらはスカイブルーのさわやかな色の色調。

窓からは七尾湾など素晴らしい景観が眺められて、何名ものアテンダントの案内ガイダンスやもてなしがあり、ビュースポットでは速度を落とすなど至れり尽くせり。

コースの弁当も海の幸山の幸満載で美味しかったです。北陸を代表する二つの観光列車に乗れ大満足。穴水駅に到着後はレンタカーで輪島へ。

途中「千枚田」という段々になった田んぼを観光。

その晩泊った旅館は日本海に面した温泉旅館でした。

露天風呂で日本海を眼前に壮大な気分になった後、楽しみの夕食。担当の仲居さんは、大変ささくお話が楽しい方で、付きっきりでもてなしてくれ、おかげで夕食は笑っているのか食べているのかわからないほど全員大盛り上がりの宴会になりました。

美味しい食事もさながら、笑った思い出はあとになっても思い出せるもので、これも立派なもてなしの一つだと実感。



輪島の温泉旅館前でスタッフ、仲居さんと

翌日は近くの輪島朝市に出掛けました。

天気も良く魚介類や山菜、工芸品など物珍しさに立ち止まることしばしば。売り手のおばさん達と観光客の声でにぎわう店が並ぶ中に、場にそぐわない建物を発見。

なんと、永井豪記念館。

私は少年時代に仮面ライダーなどヒーローものが大好きで、カードや本を買い集めた一人。

なんでこんなところに永井豪? と一瞬思ったが、中に入り館内を見てまわった後、マジンガーZやキューティーハニーの絵の入ったTシャツを思わず購入。

あとで永井豪（現大阪美術大学教授）が輪島市出身であることを知りました。

輪島には「御陣乗太鼓」という、430年前から伝わる男たちが鬼の面を被り太鼓をたたき伝統芸能があり、前日宿泊した温泉ホテルで披露

されていましたが、太鼓の大音量と恐ろしい形相の面を被ったおどろおどろしい鬼が次から次へと現れ、その迫力に子供も泣き出すほど。



輪島の御陣乗太鼓

永井豪の作品には、明るい作品もありますが反面、鬼や異形の悪の権化が度々登場する暗めの作品も多く、当時の輪島の厳しい自然環境や伝統芸能が作品に影響を与えていたことを肌で感ることが出来ました。

その輪島を後にし、一行は金沢にリターン。

例の永井豪記念館で買ったTシャツを着ていて、職員の失笑を買いましたが、“旅の恥は..”で茶屋街や近江市場を散策。

さすがに観光客でごった返していましたが、皆元気一杯、めげずに思い思いのスポットに。

買い物をし、食事もおいしく頂きスタッフ孝行が出来た、思い出深い3泊4日となりました。

次はどこに行こうか思案中です。



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	31 週	32 週	33 週	34 週	
		8/7	8/14	8/21	8/28 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	17	32	23	28	(0.48)
RSウイルス感染症	小児科	36	29	26	6	(0.18)
咽頭結膜熱	小児科	46	45	39	39	(1.15)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	25	24	23	19	(0.56)
感染性胃腸炎	小児科	141	149	126	128	(3.76)
水痘	小児科	7	8	15	10	(0.29)
手足口病	小児科	60	84	74	102	(3.00)
伝染性紅斑	小児科	3	0	2	0	(0.00)
突発性発疹	小児科	10	17	12	8	(0.24)
百日咳	小児科	4	0	3	5	(0.15)
ヘルパンギーナ	小児科	19	14	12	13	(0.38)
流行性耳下腺炎	小児科	13	14	20	18	(0.53)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	14	13	16	25	(2.50)
細菌性髄膜炎	基幹	0	3	1	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	1	0	1	2	(0.29)
マイコプラズマ肺炎	基幹	12	10	12	9	(1.29)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	1	(0.14)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	1	2	0	0	(0.00)

※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)

31週から34週までの、県内での麻しん確定報告はありません。



講演会・例会のご案内

(10月10日～12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
10/16 (日) 9:30	沖縄県医師会館	平成28年度九州・沖縄地区 リウマチ教育研修会 (日医生涯教育講座4.5単位) 膠原病および類縁疾患の皮膚病変 他7題	山本 雄一(琉球大学医学部 医学研究科皮膚病制御学講座講師)	26)発疹 61)関節痛 73)慢性疾患・複合疾患の管理 63)四股のしびれ 77)骨粗鬆症 10)チーム医療 8)感染対策 74)高血圧症	あゆみ製薬(株) 075-252-1505 参加費 7,000円
11/7 (月) 19:00	県医師会館	第236回沖縄ハート (日医生涯教育講座1.5単位) ①未定 ②未定 ③未定	①未定(南部徳洲会病院 心臓血管外科) ②未定(牧港中央病院循環器内科) ③未定(県立中部病院心臓血管外科)	①18)全身倦怠感 ②19)身体機能の低下 ③33)失神	エーザイ(株) 895-1168 参加費 500円

※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:12月10日～2月9日迄の講演会例会等が決まれば、10月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。

訃 報

生前のご功績を偲び、謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

平良 英順 先生 (享年 84 歳)
平成 28 年 8 月 31 日ご逝去

落合 靖男 先生 (享年 72 歳)
平成 28 年 8 月 28 日ご逝去

仲宗根浩二 先生 (享年 71 歳)
平成 28 年 9 月 13 日ご逝去

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
終了	基礎(後期) 生涯(専門)	7月14日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1)健康管理(2単位) 「職場における健康診断の活用法」 (2)健康保持増進(2単位) 「職員の健康増進と健康経営」	(1)青木 一雄 先生 (2)伊志嶺 隆 先生
終了	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
【※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。】					

※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)	(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	
	専門研修 (認定医1単位以上)	(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。

平成28年度 産業保健研修会予定表 ～産業保健かわら版(後期)～

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

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

「ホームページ」の研修案内からも申込みできますので、ご利用下さい。(http://www.sanpo47.jp)

※なお、「定員」に達した場合は受付を終了させていただくことがありますので、ご了承ください。

〒901-0152 沖縄県那覇市宇小禄1831-1

沖縄産業支援センター 2階

独立行政法人 労働者健康安全機構

沖縄産業保健総合支援センター

TEL098-859-6175 FAX098-859-6176

本研修会は無料です。

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

●産業医研修(生涯研修2単位:「産業医研修手帳」をご持参ください。)

【研修場所 沖縄産業支援センター3階会議室】

研修会番号	日時	研修テーマ	内容	講師	研修会場
27	10月6日(木) 18:30~20:30	動機づけ面接(初級編2) (生涯実地)	動機づけ面接は、治療成績が良かった治療者の応答手技を解析することにより、体系・確立化された面接スタイルです。本研修では、その動機づけ面接の基本的なスキルの体験をいたします。	清水 隆裕 (産業医学)	303室
28	10月21日(金) 18:30~20:30	職場のメンタルヘルス(生涯専門)	事業者の法的責任、心の健康保持・増進の指針、過重労働、労働災害、職場復帰、自殺予防、個人情報の保護等。	仲本 晴男 (メンタルヘルス)	303室
29	10月26日(水) 18:30~20:30	産業医学メンタルヘルス事例検討会(生涯実地)	産業医と精神科医によって提示されたメンタルヘルス不調の事例に沿って、関連する問題について討論し、学び合う。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	302室
30	11月30日(水) 18:30~20:30	生活習慣病対策アップデート (生涯専門)	これからの生活習慣病対策について、沖縄県の実情を踏まえてレビューしていきます。	崎間 敦 (産業医学)	303室
31	12月15日(木) 18:30~20:30	産業医のための労働衛生法令(1) (生涯更新)	職場の「健康診断」とその「事後措置」について、関係する労働衛生法令を説明します。	池間 正幸 (労働関係法令)	303室
32	平成29年 1月11日(水) 18:30~20:30	ストレスチェック制度に係る産業医の対応(生涯専門)	ストレスチェック制度がスタートしたが、その実施後の問題点、そして産業医(実施者)としての対応について検討します。	仁井田 りち (メンタルヘルス)	302室
33	1月12日(木) 18:30~20:30	職場巡視の進め方<討議方式> (生涯実地)	画像により、事業場の安全面、健康面のリスクを洗い出し、その対策に関するアドバイス等を出席者で討議します。	伊志嶺 隆 (産業医学)	303室
34	1月19日(木) 18:30~20:30	産業医のための労働衛生法令(2) (生涯更新)	産業医を中心とした産業保健スタッフによる「職場巡視」、「安全衛生委員会の活動」等について詳しく説明します。	池間 正幸 (労働関係法令)	303室
35	2月8日(水) 18:30~20:30	ヘルスプロモーション～産業医の役割～(生涯専門)	我が国のヘルスプロモーションをレビューし、ヘルスプロモーションにおける産業医の立場についてディベートしていきます。	崎間 敦 (産業医学)	303室
36	2月22日(水) 18:30~20:30	産業医によるストレスチェックの集団分析と職場環境改善(生涯実地)	ストレスチェックの集団分析データの判読と職場環境改善活動の実施法について、体験を通して習得していただきます。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	302室

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

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

申 込 書

※キャンセルの場合は必ず御連絡下さい。

FAX 098-859-6176

開催場所	沖縄産業支援センター 3階会議室			番号	27 . 28 . 29 . 30
フリガナ(必須) 氏 名				番号	31 . 32 . 33 . 34
				番号	35 . 36
所属機関 (事業場名)				所属部署	
職 種	1. 産業医 2. その他 ()				
電話番号				FAX	

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

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
終了	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
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
6	12月8日（木） 19:30～21:00	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 • 6
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 http://www.okinawa.med.or.jp/html/kyukyu/kyukyu/kyukyu.html</p> <p>✚ おきなわクリニカルシミュレーションセンター http://okinawa-clinical-sim.org/course.html</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:trees@me.au-hikari.ne.jp (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) TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089</p>		

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

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

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

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日： 年 月 日 受付番号：

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

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

◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内)

※メールアドレスの登録が必須です。

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

◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について

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

はい、許可します

いいえ、許可しません

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

《提出・問合せ先》

〒901-1105 南風原町字新川218-9

沖縄県医師会事務局

業務1課 ドクターバンク担当

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

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	プログラム
終了	9月5日(月) 13:30～15:30	「助成金を活用する」 医療機関で使える様々な助成金の概要、活用の注意点なども紹介します。
2	10月17日(月) 13:30～15:30	「事業所内保育施設の設置と運営についての現状と課題、公的支援」 院内保育所に関する制度、取り巻く課題、公的支援の種類などについて一挙にご紹介します。
3	11月14日(月) 13:30～15:30	「社労士が教える社会保険関係の法改正」 いよいよはじまる社会保険適用拡大、不要の範囲変更などへの対応
4	12月12日(月) 13:30～15:30	「過重労働への対応の基本」 改正労働基準法の内容を中心に、職場で注意するポイントをまとめて解説
5	1月16日(月) 13:30～15:30	「改正障害者雇用促進法への対応の基本」 職場に求められる差別禁止と合理的配慮とは何か？

📌 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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

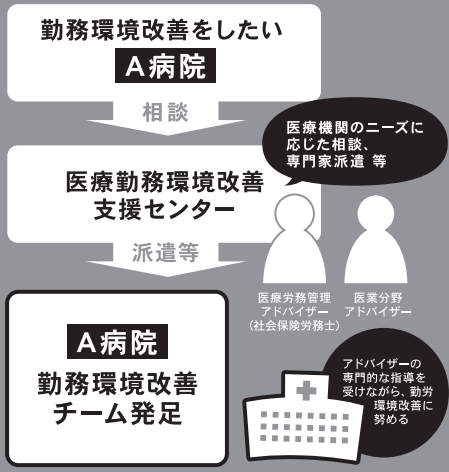
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

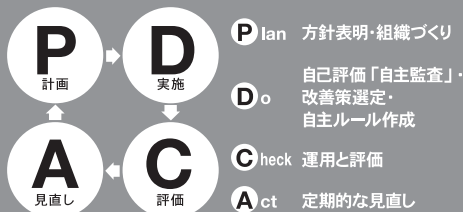
沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川218-9
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

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

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



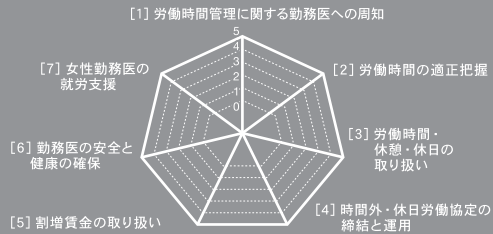
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



勤務医の労務管理チェックリスト

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

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

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

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

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

沖縄県医師会

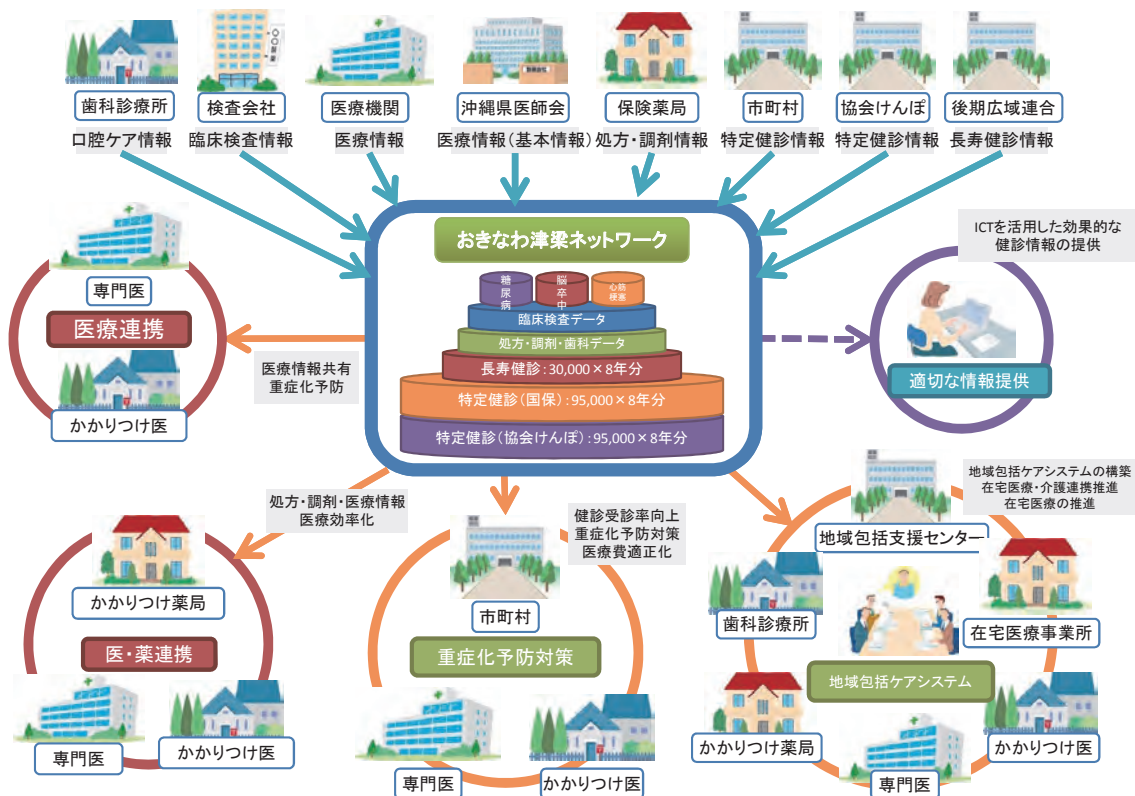


沖縄の新しい医療のカタチ！ 『おきなわ津梁ネットワーク』

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

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

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



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





平成28年度診療報酬改定

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

[算定要件]

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

おきなわ津梁ネットワークの通信環境を活用

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

日本医師会の医師資格証を活用

2. 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算の新設

(新) 検査・画像情報提供加算

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

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

[算定要件]

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

3. 電子的診療情報評価量の新設

(新) 電子的診療情報評価料 30点

[算定要件]

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

[2及び3に係る施設基準]

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

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

【お問合せ先】

沖縄県医師会業務2課 (與那嶺・知念・徳村・平良)

おきなわ津梁ネットワーク事務局

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


E-mail : okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp



おきなわ津梁ネットワークの活用(例)


〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん
同意説明




①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録
健診受診を確認




②自院の患者としてシステムに登録
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供

要医療者への介入
健診受診勧奨



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

〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自院の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

フェイスシート
紙出力



③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



〔調剤薬局での活用〕

受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自局の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

健診結果・他薬局
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

白衣
高血圧？
仮面
高血圧？

リハビリ前の
血圧測定

健診結果参照
端末 or 紙出力

リハビリ可否判定
(参考資料)

〔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

精密検査・
専門医との連携

〔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

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

状態に応じた
適切なケア

〔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





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。

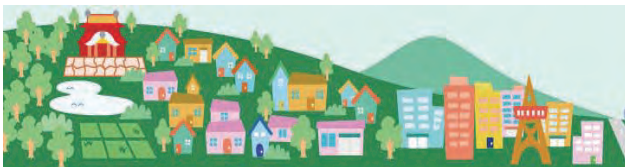
4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

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

(表)	(裏)
	<p>ご利用方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> • おきなわ津梁ネットワーク連携医療機関（以下、連携医療機関）を受診した際に、本カードをご提示いただきますと、過去に連携医療機関で受けた健康情報等が参照できるようになります。 • 本カードはおきなわ津梁ネットワーク参加同意説明書に署名されたご本人様のみご利用できます。 • 本カードは大切に保管してください。万一盗難、紛失、破損等した際は直ちに連携医療機関または沖縄県医師会にお届け下さい。 <p>おきなわ津梁ネットワーク 一般社団法人 沖縄県医師会 〒901-1105 沖縄県南風原町字新川1218-9 TEL: (098) 888-0087 FAX: (098) 888-0089 http://www.shinryo.okinawa.med.or.jp/</p>



【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

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

国民健康保険や
年金、税金、雇用保険等の
手続きで必要になります

1 今後のスケジュールは？

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

2 マイナンバーは今後どう使うの？

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

※国民健康保険以外の開始時期は制度によって異なります

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

※通知カードのほか、平成28年1月以降、個人番号カードも希望により交付を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

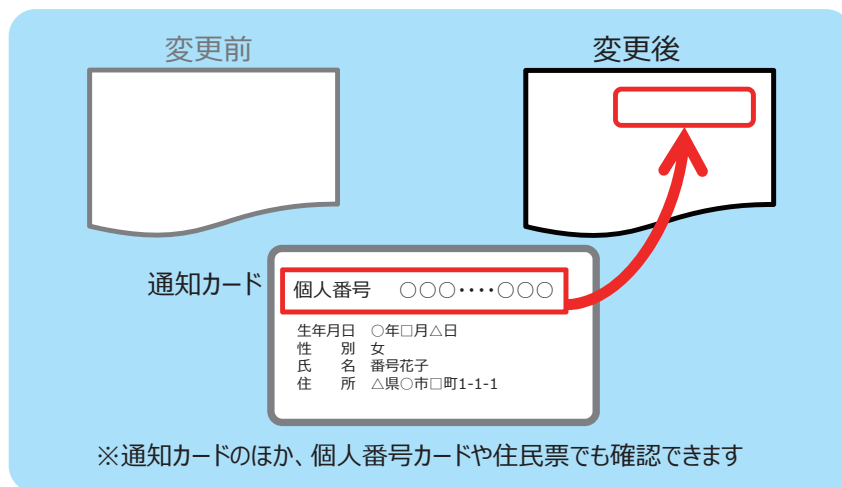
※被保険者証にはマイナンバーは記載されていません

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

沖繩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

保険料 ●基本：月払 加算：月払 前年所得 (10.27) 日給保険料 60,000円 基本所得 月給保険料 12,000円 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 月額月給保険料 72,000円	医師年金 ●81コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月給額15万 17,200円 15年受給総額 10,330,000円 15年受給総額 10,330,000円
設定条件をご確認ください。 試算日 平成 27年 9月 7日 生年月日 昭和 50年 1月 1日 試算自年齢 40歳 加入申込期間 平成 27年 6月 15日 加入申込年齢 平成 27年 7月 加入申込年齢 40歳 6ヶ月 加入申込開始日 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 払い保険料合計 25,166,000円	●82コース 出算基本 100円受取 191,100円 基本所得 月給額15万 17,200円 15年受給総額 25,212,000円 ●83コース 出算基本 100円受取 191,100円 基本所得 月給額15万 17,200円 15年受給総額 25,212,000円
注意事項です。お読みください。 ・加入申込期間は、18日(土日・祝祭日)の場合は、その前日となります。 ・「脱身申出」は、加入者ご本人であれば一生受給終了することが可能です。 ・「脱退期間15年」では、脱退者ご本人が65歳到達中に到達しなくなり、15年満期の翌月1日(1日)に到達し、15年満期が開始となります。 ・「脱退期間15年」は、脱退者ご本人が65歳到達中に到達し、15年満期が開始となります。 ・「脱退期間15年」は、脱退者ご本人が65歳到達中に到達し、15年満期が開始となります。 ・「脱退期間15年」は、脱退者ご本人が65歳到達中に到達し、15年満期が開始となります。	●84コース 出算基本 150円受取 183,100円 基本所得 月給額15万 17,200円 15年受給総額 26,874,000円

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**

最新マップへ
個人事務保護方針
重要事項お知らせ

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

豊かで安心できる将来に向けて

現役引退後、公的年金だけで、現在の生活水準を維持できますか？

医師年金についてシミュレーションしてみましょう。

保険料からシミュレーション 受給年金からシミュレーション

お知らせ

- 2015年2月26日 医師年金ホームページ「シミュレーション機能拡充について」
- 2013年3月21日 東日本大震災に関わる特別措置の終了について
- 2012年12月 認可特定保険料の認可取得に伴う制度改定のお知らせ
- 2012年4月9日 特定保険料の認可申請についてのお知らせー特定保険料の認可申請について
- 2011年7月7日 医師年金を繰上り変更申請に関するお知らせ

医師年金の特長

- 日本医師会会員のための私的年金
- 拠立型の私的年金
- 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64歳以降いつでも加入可能
- 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
- 費者年金
- 費者年金
- 医師年金
- 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 リンク 日本医師会職員 医師会会費

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**

最新マップへ
個人事務保護方針
重要事項のお知らせ

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

医師年金シミュレーション

ホーム * 医師年金シミュレーション * 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

保険料からシミュレーション

生年月日、保険料を入力して、受給年金のシミュレーションをしてみましょう。

生年月日 昭和50年 1月 1日

基本保険料払込方法 月払 年払 一括払

※基本保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料払込方法 月払 随時払 なし

※加算保険料払込方法については、こちらをクリックしてください。

加算保険料払込額 10口 月払 60,000円

※月払の場合は1口6,000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、総額計算による概算です。

お問い合わせ

このページのURL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](#)

[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

■ 基本：月払 加算：月払

加算年金 (10口)	月払保険料 60,000円
基本年金	月払保険料 12,000円

40歳 ————— 65歳

支払期間 24年7ヵ月 (295回)

合計月払保険料 72,000円

■ 設定条件をご確認ください。

試算日	平成27年 3月16日
生年月日	昭和50年 1月 1日
試算日年齢	40歳
加入申込期限日	平成27年 5月15日
加入予定年月	平成27年 6月
加入時年齢	40歳5ヵ月
加算払込開始年月	平成27年 6月
年金受給開始年月	平成52年 1月
年金受給開始年齢	65歳
払込保険料累計	21,240,000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こなくなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受取コースの選択 (B1~B4)」は、受取開始の時に決めいただけます。
- 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。現在は年利率1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金

● B1コース

加算年金	保証期間15年 86,500円	終身
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

受取月額

103,800円 103,800円

15年受取総額 16,684,000円

● B2コース

加算年金	5年確定型 370,100円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 — 70歳 ————— 80歳

受取月額

387,400円 17,300円 17,300円

15年受取総額 25,320,000円

● B3コース

加算年金	10年確定型 191,900円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

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

● B4コース

加算年金	15年確定型 132,600円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

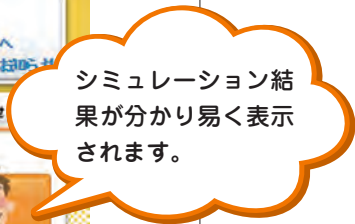
受取月額

149,900円 17,300円

15年受取総額 26,982,000円

[このページの先頭へ](#)

[戻る](#) [PDF](#)



「夏が過ぎ風あざみ…」、皆様ご存知、井上陽水の名曲「少年時代」の歌い出しのフレーズです。暑かった夏が終わろうとしている今の時期にぴったりの曲ですね。ところでこの「風あざみ」という言葉ですが、国語辞典を調べても見当たりません。実はこの言葉は陽水さんが作った造語だそうです。でも“夏から秋にかけて咲いたあざみの花が、穏やかな日差しを浴びながら、そよ風に吹かれて揺れている”そんな情景をこの造語一言で思い浮かべていたわけですから不思議です。加えて歌詞の中の「宵かがり」「夢花火」も陽水さんによる造語とのこと。いずれも秋の情景が浮かんでくる言葉ですね。ずっと聞いていた「少年時代」のそんなエピソードを最近になって知り、また新鮮な気持ちでこの歌を聞いている今日この頃です。皆様もそれぞれご自分の心に残る“秋の歌”があるのではないのでしょうか？

さて、今回の10月号は偶然にも表紙写真、編集後記の両方を私が担当させていただくことになりました。ちょっと心が和むような表紙になっていれば幸いです。

まず仁井田りち先生からご報告のあった「第12回男女共同フォーラムに参加して」とそれに続く宮里善次副会長の印象記は大変興味深い内容でした。中でも女性医師が出産育児で離職することなく、いかにして働き続けることができるかということが重要な話題となっている今日、結婚出産による退職率がわずか0.7%という驚異的な数字を達成した“資生堂ショック”のお話は、今後、女性医師支援について医師会や各病院の取り組みの中において、改善に向けて考えていく上で大きなヒントになるのではないかと感じました。

「第39回性教育指導セミナー全国大会」のご報告が宮良美代子先生からありました。先生には毎年この話題で情報のご提供をいただいております。今回は中でも「お坊さんによる中学校性教育～生と性と死を考える～」、「自分を傷つければいけない～自傷行為の理解と援助～」の話題は興味深く読ませていただきました。

出口宝先生からは、大規模災害対処図上訓練「美ら島レスキュー2016」のご報告がありました。県内の行政機関、防災関連機関、医療機関が合同で参加し、沖縄本島南東沖における琉球海溝型地震の発生を想定して訓練が行われ

たとのことでした。添付された多くの写真からも訓練の緊迫した様子が伝わってきます。熊本地震の際の災害救援活動の報告会を他でいくつか聞くことがありましたが、沖縄のDMAT、JMAT、DPATはそれぞれ統一された指示命令系統のもと効率よく活動されていたと聞いております。日頃からお互いが顔の見える関係でこのような訓練を行っている成果ではないかと感じました。この「美ら島レスキュー」については、安里会長の「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」のご報告の中でも取り上げられています。

生涯教育コーナーの清水隆裕先生による「動機づけ面接」のお話は日頃専門外の医師にとって難しいと思われがちな内容を、喫煙者のケースをあげてとてもわかりやすく説明されております。

インタビューコーナーでは公務員医師会会長の小濱守安先生にお話を伺っています。医師会に対する貴重なご意見、ご要望もありましたので今後ご検討していただければと思います。

月間(週間)行事のお知らせのコーナーでは、「ピンクリボン運動」「骨と関節の日」「目の愛護デー」「臓器移植普及推進月間」に関する話題の提供があります。中でも大田守仁先生の「～移植医療の現場から～」では、日本の臓器移植医療の現場における難しい問題点について、簡潔にわかりやすく書いていただいております。

第121回沖縄県医師会医学総会 シンポジウム「戦後70年企画 先輩に聞く、沖縄の医療」については本誌前号の9月号に詳しく掲載されていますが、講演終了後の質疑応答においてコメントをいただいた、金城國昭先生から追加発言としてご投稿がありました。戦後沖縄の医療についての貴重なお話ですので、前号と合わせてぜひご一読ください。

近頃、トンボの姿をよく見かけるようになりました。気が付けばもう10月、季節感を感じることが少ない沖縄でもさすがに秋の気配を感じるようになりました。今年も残り3か月、この後穏やかに年末を迎えられることを祈りたいものです。

終わりに、ご多忙の中原稿の執筆をしていただきました皆様に心より感謝申し上げます。

広報委員 蔵下 要