

第3回都道府県医師会長協議会



会長 安里 哲好



去る1月17日（火）、日医会館において都道府県医師会長協議会が開催されたのでその概要を報告する。

当日は今村定臣常任理事の司会進行で進められ、横倉会長の挨拶の後、事前に都道府県医師会から提案された7題の議案について協議が行われた。

会長挨拶

横倉会長より以下のとおり挨拶が述べられた。

財政が圧迫し人的物的資源が限られている中で、国民皆保険制度を堅持して我国が総力を挙げて取り組まなければならない。医療介護の実態を可視化して、課題を広く国民と共有していき、その上で社会保障制度の拡充を図るとともに、健康寿命延伸に繋がる施策を推進していくことが重要である。

その取り組みの核になるのがかかりつけ医である。地域の実情と医療ニーズに柔軟に対応しながら、地域医療を実践していく。それなくして今後の高齢社会の日本の医療が成り立たない

のではないかと思う。昨年からかかりつけ医の能力や技術向上の研修会を開催した。今年のかかりつけ医の普及と定着を図るため、さらなるかかりつけ医の評価を求めていきたい。2010年に日医総研が行った調査結果によると、国民でかかりつけ医をもっている割合は53.7%であった。この数値を増やしていくためには、国民に健康への意識を高めていただき、かかりつけ医の役割をきちんと理解いただくことが必要である。都道府県医師会においても、かかりつけ医機能研修会の開催に向けて、さらなるご協力をお願い申し上げる。

また、来年に予定されている診療報酬・介護報酬同時改定に向けた議論が年末に向けて本格化してくる。前回は地域包括診療加算、地域包括診療所への拡充によって人への評価が行われた。今年には地域医療構想が策定され実行に移される。さらに2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

このような中、かかりつけ医の役割がますます高まり、医療と介護が一体的に提供される体

制の要を担うということが期待される。同時改定に向けた議論においては、人に対する十分な財源を手当てするよう政府与党に強く求めている。非常に厳しい財政状況の中での改定になるが、財源抑制による給付範囲の縮小が国民皆保険を崩壊させる大きな要因になる。医療機関においては人件費の割合が2000年には50.2%だったが2012年には46.4%まで低下している。すなわち物の費用が上がっているということになる。診療報酬のあり方について見直ししてもらわないといけない。

国民が安心して医療や介護が受けられるよう必要な財源を確保することが大きな課題となる。併せて国民皆保険を堅持し、持続可能な社会保障のためには我々医療側からもコスト意識をもった処方や診療ガイドラインに掲載するような取り組みを推進していく。また、国民に対しても安心して医療や介護を受けるためには何が必要かとそのコストを示しながら広く理解と同意を求めていく。

中医協では今後薬価改定も含めて診療報酬議論が行われていくが、その場で我々の意見を主張していく。先生方においては日本医師会の取り組みに対し、ご理解とご協力を賜うようお願い申し上げます。

特に来年から実施される新たな医療計画と介護保険事業支援計画の策定については、かかりつけ医を中心とした医療機能の分化と連携と地域包括ケアシステムの構築を推進するようお願い申し上げます。

戦後、日本医師会を始め全国の医師会が新生医師会として再出発を遂げてから、今年ちょうど70年にあたる。改めて医師会の強みを考えてみると群市区医師会と都道府県医師会、日医による縦の連携と全国をカバーする横の連携であると思う。会員の多くが地域住民のかかりつけ医として診療に留まらず、健診や予防接種、産業医、学校医等の様々な社会的な役割を担っている。こうした活動を伝え、全国的な制度として地域医療を推進してきたのが医師会である。医師会の緊密な連携を下に、国、都道府県、市町村レベルで折衝し、あるいは協働しながら

医学医療の恩恵を国民に還元していく。まさに医療は医学の社会的適用であると思う。今後も医師会の強みを活かしながら我国の医療の進むべき道を示しながら、医療を取り巻く多くの課題の解決に望んでいく。

最後に今年は酉年である。会員や国民にとってさらなる飛躍の一年になるよう祈念し、執行部一同全力投球をお約束する。

協 議

(1) 高齢運転者に対する認知症診断検査の医療費について (山口県)

【提案要旨】

同検査の支払いは患者の自己負担、健保使用あるいは公費負担なのか分かりづらいところである。法施行前に当該医療費負担者を明確にしておく必要がある。仮に自費の場合は高齢者の負担が大きいため、自賠責保険または自動車任意保険において手当する制度創設も関係先へ提言して見てはどうか。

鈴木邦彦常任理事より以下のとおり回答があった。

まず、高齢者が警察で行う簡易の認知症機能検査により、認知症の疑いがあるとする「第一分類」になった場合、各都道府県公安委員会から本人宛に「臨時適正検査通知書」または「診断書提出命令書」が出される。臨時適正検査については、公安委員会が指定する医師の検査を受けることになり、この場合は公費の対象となる。診断書の場合は患者が希望するかかりつけ医などの医療機関を受診することになるが、その場合は診断書提出命令書に認知症の疑いがあるまたは恐れがあると記載してもらうことのできたので、診断書の作成料金を除いて通常の保険診療と同等の扱いとして対応することになる。

なお、かかりつけ医が対応できるのは長年診療してきてこれまでの心身の状況や認知症の症状を把握している患者の場合であると考え。初診の場合やかかりつけ医として診察している患者であっても、認知症の診断が難しい場合は、都道府県警察が対応可能な専門医のリストを作

成することになっているので、紹介状を書いてもらうか患者に都道府県警察に相談するよう助言いただきたい。

また、費用負担が大きいため自賠責保険や任意の自動車保険で担うことができないかという提案については、まず、自賠責保険は自動車事故の被害者への損害賠償を目的として自動車保有者へ強制的加入を認めている法的性格が強い保険である。このような保険を保険料を負担していない高齢免許取得者や高齢者に限定して使用することは被害者救済という自賠責の保険の趣旨から難しいと考える。今回の高齢者認知症患者の診断書作成については、日本医師会としてもかかりつけ医に向けた参考資料を作成中であり、本年3月1日開催予定の都道府県介護保険担当者連絡協議会までに示したいと考えている。

**(2) 「成育基本法」の早期制定に向けて
(鹿児島)**

【提案要旨】

「成育基本法成立に向けた議員連盟」が設立された後、平成28年5月11日の日医定例記者会見において「議員連盟を中心に活動を行っている」と報告あったが、その後の具体的な情報がない。今後の日本医師会の具体策についてお伺いしたい。

温泉川梅代常任理事より以下のとおり回答があった。

昨年9月に日本産婦人科医会、日本小児科医会、日本医師会の三者で成育基本法の早期成立に向けた意見広告を毎日新聞に掲載し周知を図った。

また、羽生田先生が厚生労働委員長に就任されたので、これから自見先生と共に早期制定に向けて努力して参る所存である。しかし、現状は自民党の重要議論が多くあり国会の上程は遅れているが、マスコミや厚労省へ成育基本法の理解は広がっていると実感している。日本医師会としては、今後とも産婦人科医会、小児科医会と協力しながら、議連の先生方にはロビー活動とマスコミ等を通じて国内に周知する努力をしていく。

各都道府県においても地元の国会議員の協力依頼を行っていただくようお願い申し上げる。

(3) 転院搬送における救急車の適正利用について (長野県)

【提案要旨】

中小病院や診療所における医師等の同乗が原則化されると診療が機能しなくなることが懸念される他、転院搬送を躊躇する状況が生じることが危惧される。本件の都道府県における取り組み状況と日医の見解をお伺いしたい。

松本吉郎常任理事より以下のとおり回答があった。

日本医師会からも各都道府県医師会にお送りしているところであるが、まず日本医師会は消防庁の救急業務のあり方に関する検討会において議論がされた。そのあと、日本医師会、厚労省、消防庁の三者で協議した結果、当通知が作成された。

全国の救急車出動件数の内、転院搬送については8.3%と消防サイドから転院搬送の対処について強く要請があった。この数値の作成段階では、緊急性の乏しい救急搬送にどのような規制をかけるかであった。これに対しては緊急性があるかは医師が判断するものであると強く主張した。その結果、通知の中に急性期の治療が終了した傷病者についても、転院搬送の要請元の医師が他の医療機関で専門治療または相当の医療を要すると判断した場合は、救急搬送の要件を満たすという書き込みをさせた。

次に転院搬送要請元の医療機関から医師や看護師が同乗することについても、地域医療確保の観点から強く問題視した。消防サイドは医療機関間の搬送なのだから患者は要請元の医療機関の管理下にあり、医師や看護師が同乗すべきであった。しかし、日本医師会の要求の結果、通知別紙に示されたガイドラインでは救急業務として転院搬送を行う場合、緊急性や専門治療の必要性があった場合でも要請元の医師が同乗できず、救急隊のみで搬送する場合は、患者や家族に説明して了承を得ることを、郡市区医師

会を含む関係者が地域メディカルコントロール協議会等で検討して合意の上でルール化することが望ましいとされている。従って、医師等の同乗が義務付けられた訳ではない。通知発出から1年を迎えようとしている中、緊急性や専門性にあつて且つ医師が同乗できない場合であっても、転院搬送が円滑に行われているのか改めて検証を要請していく。

日本医師会としても病院救急車の活用を始め、地域包括ケアシステムを守る視点に立って、より適切な患者搬送体制を推進していく。

(4) 所謂「終末期医療、決定プロセスガイドライン」及び「尊厳死法制化」に関して(岡山県)

【提案要旨】

1. 法制化の必要性が示唆されるが、2012年「尊厳死法制化を考える議員連盟」が法律案を公表している。その後の状況と日医の考えを伺いたい。
2. がん治療担当医の考え方に対する意見を伺いたい。

羽鳥裕常任理事より以下のとおり回答があった。

質問1について、2012年に尊厳死法案を公表して以降、超党派の議員連盟の主だった活動はない。議員連盟が作成した終末期の医療における患者の意識の尊重に関する法律案(仮称)については、法案自体の内容の問題として各条文の位置付けや文言の曖昧さ等様々な問題点を指摘してきた。

法制化の是非に関しては、国民の終末期医療に対する意識の醸成が進んでいないことや社会のコンセンサスが得られていない状況に鑑み、法制化を進める前のステップとして、終末期医療の自己決定権について国民に啓発していく中で事前指示書の普及等を図っていくことが重要であると考えている。

従って、個別性の高い終末期医療を法制化することに対して、より慎重であるべきと考えており、現状は法的ガイドラインに従うことで現場の医師が免責が受けられることが望ましいと

いう立場を取っている。尊厳死法案が対象としている治療の中止、差し控えについては、米国等を始め一部のアジア諸国において法的に認められている。また、治療の中止差し控え以外についても医師による自殺幫助、積極的安楽死を法的に認めていることも事実である。それぞれ国や地域によっては社会的文化的違いがあり、医療制度も異なる。すべてを同じ土俵で議論することはできないが、国民的議論を喚起しつつ我国にあった終末期医療のあり方を継続的に考えていくことが重要である。

質問2の患者の意思決定プロセスについては、終末期医療といってもそのあり方は様々で2008年に公表された日本学術会議の報告書では、救急医療において急性型、亜急性型、慢性期型と大別している。がん等の亜急性期型と認知症等の慢性期型ではプロセスが異なるのは当然であると思う。

がんの緩和治療についてはがん対策基本法に基づく、がん対策基本計画においてもがん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう緩和ケアががんと診断された時から提供されるとともに、診断治療、在宅医療の様々な場面で切れ目なく実施されることが必要であると示されており、ご質問の通り異論はないと考える。

終末期医療は当然家族とも十分に話し合いをもつことになるが、患者本人の意思を尊重し、何が患者にとって最善なのかという観点から、その尊厳を重要視した医療を行うことが肝要であると考えている。

(5) 在宅医療専門の診療所の現状と課題について(静岡県)

【提案要旨】

在宅医療専門医療機関を開設する際には、地域医師会からの協力の同意を得ている等の要件が設けられているが、その要件を逃れて診療所を開設するケースが散見される。開設時には書類上の審査に止まらず、十分な現地調査を行い、地域の医療体制を乱さぬよう、地域行政によるチェック機能を強化することについて厚労省に働きかけていただきたい。

松本純一常任理事より以下のとおり回答があった。

診療報酬改定の度に不適切事例の対応を行っている。前回の改定では一定の要件を設定した上で、在宅医療を専門に行う診療所の開設を容認した。日本医師会ではこれまでかかりつけ医の外来診療の延長上に在宅医療があると考えを示しており、この考え方に変更はない。しかし、超高齢社会を迎え、ますます在宅医療の必要性が高まる中、在宅医療のかかりつけ医が不足している現状において、かかりつけ医だけで在宅医療を対応することは難しい状況となっている。そのため、一定要件を課した上でかかりつけ医を後方支援する在宅医療専門の診療所を容認することとした。地域医師会から協力の同意を得ている規定を設けたが、地域包括ケアシステムの構築、在宅医療を推進する政策の中、地域医療を守る一員として、地域医師会に加入し、協力連携するものと考えた結果である。

地域内に協力医療機関を2か所以上確保しているもう一方の要件により申請を行い、地域医療にも協力的でない診療所も出てきていることは、まさに我々が懸念していた状況が発生している。このような診療所が増え、地域医療を乱すことが生じることがないように次回改定では厳しく対応していく。他の地域においても悪用している例があれば情報提供をお願いしたい。

平成28年度改定した設定要件には外来診療が必要な患者が訪れた際は対応できる体制が求められている。日曜日だけ外来診療を実施しているような診療所は外来時の体制を確保しているとは言えない。日曜日の外来を実際に行っているか、名目だけなのか等の実態把握の徹底を厚労省から知事に設置要件について強く要請したいと考えている。

地域包括ケアシステム構築のためにもすべての医療機関が地域医療に協力するべきと考えており、地域医師会として行政に対し、開設条件等を遵守した対応をご指導いただきたいのでよろしくお願い申し上げます。日本医師会としても厚労省に働きかけるとともに徹底的に情報収集する。

さて、中医協は前回改定を検証した上で、次回改定で修正する流れが確立しており現在検証調査委員会が開催されている。また会内では診療報酬検討委員会で前回改定の評価を取り纏める予定であり、併せて診療所の調査を実施している。このような調査結果を踏まえ、地域医療をしっかりと守っていける体制作りが行われるよう対応していきたい。

(6) データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会について (徳島県)

【提案要旨】

12月の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」において結論が取り纏められると聞いているがどうなったかお聞かせいただきたい。また、審査支払機関が行っているチェックシステムを一元的に構築し、医療機関に供与していただき、この時の導入・保守等の費用が高額とならないようにしていただきたい。また、ビッグデータを活用した保険者機能強化と医療の質の向上については保険者だけでデータを取り扱わないような仕組みを作っていただきたい。

石川広巳常任理事より以下のとおり回答があった。

診療報酬の審査の効率化と統一制の確保として、規制改革会議「健康ワーキンググループ」において、現行の支払基金を前提とした組織体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す改革の方向性が示された。厚労省がこれを引き取り、昨年4月に本検討会が開催され松原副会長が参画している。

ビッグデータの活用について、レセプトに郵便番号を記載するなど有用性を上げていく仕組みが重要とされた他、介護データを充実させるため、データインフラの抜本的整備が不可欠とされた。また、支払基金の支部については規制改革会議の構成員から「支部は都道府県に置く必要はなく、集約化一元化すべき」と抜本の見直しを強く求められたが、最終的な報告書には「支部を都道府県に残すべき。支部に必要な

機能を明らかにした上で方向性を決めていくべき」と併記された。

今後は春を目途に二つの改革工程表が厚労省の関与の上で策定される予定である。今回ご指摘いただいたコンピュータチェックを医療機関で行い構築する件やビッグデータ活用に関しても、今後具体的な検討にあたり配慮されるよう日本医師会として働きかけて取り組んでいく。

(7) 新専門医制度に対する専門医機構の対応について (愛知県)

【提案要旨】

18の基本診療科の選択決定過程を明らかにし、現在のサブスペシャリティ領域にこそ専門医にふさわしいと考えるべきであり、行政指導ではなく専門医機構が地域の専門医定数に対して偏在を含めて確個たる指導力を発揮しなければ、国主導の医師配置を認めることになり、医師によるプロフェッショナルオートノミーとは言えない。関係各位の更なる努力を期待する。

羽鳥裕常任理事より以下のとおり回答があった。

18の基本領域についてであるが、平成2年5月と8月に開催された日本医師会、日本医学会、学会認定医制協議会による三者懇談会において、基本的科目の認定医を三者で承認することが議論され、その中で基本的科目とは、医師国家試験科目、国立大学医学部講座科目等の中から、学会認定医制協議会にて決めていくことになった。

その後、同協議会にて議論が重ねられ、平成5年11月に基本診療科として14領域、内科系が内科、小児科、皮膚科、精神神経科の4領域、外科系では外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科の6領域、その他として麻酔科、医学放射線科、病理、臨床検査の4領域が定められたと認識している。この14領域に加え、脳神経外科、形成外科、救急科、リハビ

リ科を含めた18領域は、日本専門医機構の前身である日本専門医制評価認定機構によって定められた。また、平成25年4月に取りまとめられた厚労省「専門医のあり方に関する検討会報告書」において総合診療医が19番目の診療領域に加えられたことはご承知のとおりである。

日本専門医機構は昨年7月に新体制で再スタートしたが、理事の中からは基本診療領域を見直すべきと意見が出た。しかし、関係学会は基本診療領域として準備やシステム整備を行っており、領域自体を根本的に見直すことは現実的に困難なのが実情である。このような状況についてご理解賜りたい。

専門医の定義については、今後は各領域に学会が定める整備基準によって、適切な専門性と質が担保されることになると認識している。

また、いわゆるサブスペシャリティ領域の専門医については、基本領域の資格を有することが前提条件となるので、必然的により高い専門性を有するものと考えている。

最後に医師偏在解消については、日本医師会は新たな専門医養成の仕組みについて立ち止まって再検討するに至った最大の要因は、医師の地域偏在を助長する恐れがあること、地域医療に影響する懸念であると認識している。

今後は各プログラムに関する都道府県協議会との調整を通じて医師の地域偏在が助長されることのないよう日本専門医機構に適切な運営について日本医師会としても強力に支援していく。また、医師の地域偏在の解消は専門医研修という限定した局面で行うべきものではなく、医学部入学の際の地域枠あるいは臨床研修医制度のあり方を含めて多角的に対応すべきものとする。

日本医師会では昨年医師の団体のあり方検討会を立ち上げて先般中間報告を取り纏めたところである。今後医師の偏在解消に向けて都道府県を単位とする医師の団体が大学や行政などと連携して問題解決する仕組みについて議論を深めていく。

次期診療報酬改定の要望に係る 平成 28 年度九州医師会連合会 医療保険対策協議会



理事 平安 明



去る 1 月 21 日（土）、福岡県医師会館において次期診療報酬改定の要望事項について、九州ブロックの意見を取り纏めるための協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

挨拶

熊本県医師会 八木副会長

お忙しい中お集まり頂き感謝申し上げます。本協議会は 2 年に 1 度、診療報酬改定の前年に開催しており、本協議会での意見を取纏め九州ブロックの要望事項を日本医師会へ提出させていただく予定である。本日は皆様より忌憚のないご意見をいただき、本協議会が実り多きものになるよう祈念する。

なお、同協議会の座長には九医連担当県である熊本県医師会 八木副会長が選任された。

協議

1) 次回診療報酬改定に対する要望事項について
九医連の要望事項を取り纏めるに当たり、事前に各県より提案された要望事項を熊本県で要望の多かったものから取り上げ、10 項目に取り纏められた案が示された（※右記参照）

本協議会では、要望案の各項目について順を追って検討し、各県のご意見を拝聴することになった。

熊本県によって事前に取り纏められた要望項目（10 項目）は次のとおりである。

【要望案】

点数項目（1）診療報酬改定財源の基本事項 についての回復

一薬価、材料費マイナス分の本体への充当、
又は技術料の再評価一

平成 26 及び 28 年度改定において、長年、潜在的技術料として本体に充当されてきた薬価・材料費引き下げ分が改定財源から切り離されたことは遺憾であり到底容認できるものではない。次回改定では元に戻されるべきである。

もしこのまま切り離しが常態化するのであれば先進諸国に比べ低く評価されている技術料（基本診療料）引き上げの議論が必要である。

点数項目（2）在宅医療

平成 26 年度の改定で、これまで同一建物居住者において機能強化型在宅療養支援診療所

では、処方箋ありの場合においては、4,600点であった点数が、1,100点と76%の減算となり、更に平成28年度改定では、月単位、人数毎での細分化により、在宅医療推進の後退、また、在宅医療を志す医師（医療施設）の意欲をそぐ結果となってしまったと思慮される。

このような診療報酬改定は、一部営利を目的とした在宅患者紹介ビジネス（在宅仲介業者、仲介料）等の倫理上の問題となるケースが多く取り上げられたことから端を発し現在に至っており、不適切な医療機関への対応については、平成26年4月に改定された「療養担当規則」での罰則で十分対応できるものである。

超高齢化社会の中、2025年問題を踏まえ、地域包括ケアを推進するにあたり、在宅療養支援診療所の役割はますます重要となることは明確であり、新たな在宅療養支援診療所の開設、また、地域で良質な医療を提供しこれまで在宅医療を支えてこられた在宅療養支援診療所の存続のためにも、下記のような改定を行って頂くよう強く要望する。

公営（公団・自治体等）の集合住宅または医療法人、社会福祉法人の運営する有料老人ホーム、サービス付高齢者専用在宅における医学総合管理料については、月単位、人数毎による算定基準を見直し、平成24年度改定時の一律4,600点に戻して頂きたい。

また、在宅療養支援診療所（機能強化型在宅診療）の届出をしたくても、実績要件を満たすだけの症例がない。

在宅看取り実績 4件→2件

緊急往診 10件→5件へ、要件を緩和して頂きたい。

在宅医療の対象患者は、主たる疾病以外に眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、など複数の疾患に罹患していることが多い。現在の制度では1患者1医療機関の原則があり、主治医以外の診療科は「在宅患者訪問診療料」を算定することができず「往診料」でも問題が残るので、複数化での算定が可能となるよう算定要件の工夫が必要であり工夫を希望する。

また、今年の診療報酬改定で「同一建物に2件以上」の訪問診療先がある場合には、全ての患

家で『同一建物居住者の場合』で算定することとされている。

団地や、有料老人ホームでは、同一建物内に2件の訪問診療先があることは多く、この場合片方の方が入院すると、その月だけもう1件の方に833点の請求が可能となり、自己負担金の請求額が月ごとに変わることへの説明がしづらいことが多い。そのため、2件などの偶発的な「同一建物居住」については、420点以上（833点÷2）での請求を可能にしていきたい。

点数項目 (3) B000 特定疾患 療養管理料

特定疾患療養管理料は対象疾患を拡大し、時代に即した特定疾患に見直すべきである。

例えば、認知症の場合、直接専門医療機関にかかる患者は一部で、「かかりつけ医」が御家族から相談を受ける事が多いと思われる。通院患者の高齢化に伴い「潜在性の認知症」の早期の気づきが我々「かかりつけ医」として重要な役割でもあるが、認知症の診断には認知機能検査、また御家族からの聞き取り等にかなりの時間を要する。また、その後診断、治療、BPSDに対する専門機関との連携、介護との連携、御家族の相談等とさらに労力が掛かる為、認知症診療に対して評価していただきたい、特定疾患療養管理料の対象疾患に含めていただきたい。

また、日本医師会からの要望により月2回に変更されたため要望しにくい（要望出来ない）とのことであるが、長期投薬が可能となっている現在は当時とは状況が異なっている。選択制の検討も必要である。

点数項目 (4) A108 有床診療所入院 基本料

平成28年度に在宅復帰機能強化加算などが新設されたが、入院基本料が病院に比べ低すぎる。有床診療所入院基本料の引き上げや夜間の医師、看護師の配置加算など、地域の実情に併せた包括ケアシステムに必要な有床診療所に対する評価が必要である。

また、有床診療所は地域包括ケアには欠かせない存在である。しかし多くは稼働率が低下し

ており維持管理の困難さから休眠病床も増大しつつある。

地域医療を支えるため3床程度で給食や看護職員などの規制を緩和した小規模入院病床で一時的に処置や投薬を行える施設の創設を望む。

点数項目 (5) 入院中他医療機関を受診した場合の減算規定

今回の改定により出来高入院料の基本点数10%の控除と改善されたものの、円滑な病・病連携、病・診連携を推進するためにも、入院中患者の他院受診時の入院料減算規定を廃止していただきたい。

特に、精神科単科病院では、精神疾患以外の疾病に関して他医療機関への受診が必要になり、その際に、現在の仕組みでは受診先との間で診療報酬の算定調整等で多大な労力を要している。間接的な業務を効率化し、より多くの時間を現場業務に振り向けられるように他医療機関受診時の減算の廃止を要望する。

点数項目 (6) F100 多剤投与減算の廃止

7種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方箋料並びに薬剤料減額の廃止。複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、現場で治療にあたる主治医は多剤処方を余儀なくされている。高齢者は多くの疾患をかかえており、多剤処方・多剤併用になりやすいと言われている。現在院外処方率70%以上となっており、多剤処方防止の意義は減っていることから撤廃していただきたい。

かかりつけ医として、内科（循環器・消化器等）整形外科、皮膚科、耳鼻科等、多科にわたる薬を処方する場合があります、それにより患者の医療費抑制（同一施設での受診で済む）にもつながることから、一律68点として頂きたい。

点数項目 (7) 診療情報提供料

診療情報提供料が患者を介さず医療機関同士の情報提供があった場合も認めてほしい。患者紹介と同様に受け渡される情報量は多く、資料作成の手間は変わらない。病診連携推進の意味からも算定は認められて良いのではないかと。

平成28年の診療報酬改定時にICTの活用は評価されたが、患者の情報を効率よく共有するためにもICTの更なる普及を行うためにも更なる評価を行って頂きたい。

点数項目 (8) かかりつけ医の機能評価

新設された認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料は勿論であるが、前回創設された地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定医療機関は極めて少なく、主治医機能として十分機能していない。現在、主治医機能を果たしている多くの医療機関が算定可能となるよう、更なる要件緩和が必要である。全ての通院先の把握、全ての薬剤の把握の要件は見直すべきである。

また、小児かかりつけ診療料については、出来高算定診療所でも算定可能な小児かかりつけ診療加算（仮称）の新設と、多くの小児科医療を支える医療機関が算定できるよう要件の緩和を求める。更に、小児かかりつけ診療料の算定要件の「当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として該当医療機関において、常時対応すること」の撤廃または要件の緩和をしていただきたい。

少子化が進行する中、小児医療を全科で支えることはわが国の将来にとって重要課題である。時間外対応加算や小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料での乳幼児に配慮した増点・加算や、各診療科での乳幼児処置などについて加算の更なる評価をいただきたい。

点数項目 (9) 外来管理加算

外来管理加算に関する要件に見直しが必要である。処置や検査を行った場合での外来管理加算の請求が可能になるようお願いしたい。
① J000 創傷処置② J118 介達牽引③ J119 消炎鎮痛等処置④ J119-2 腰部又は胸部固定帯固定⑤ 腔洗浄などは、外来管理加算（52点）より低めの点数設定となっているが、これらの項目を施行するには医療器具代、衛生材料や電気代等が要することから、その点数を考慮していただき、外来加算より高く設定していただきたい。

また、この外来管理加算の存続及び外来管理加算が算定出来なくなる、項目中「注8」の厚生

労働大臣が定める検査のうち超音波検査を除外。
 外来管理加算が廃止される場合は、再診料の引き上げが必要。

点数項目 (10) 医学管理等

舌下免疫療法指導管理料の新設

スギ花粉やダニの舌下免疫療法時には適切な指導管理料が必要であるので、このような指導管理料など実態に即した医学管理料の新設をしていただきたい。

【各要望項目の検討】

各要望項目について順を追って検討を行った。
 各県からの主な意見は次のとおり。

(1) 診療報酬改定財源の基本事項についての回復一薬価、材料費マイナス分の本体への充当、又は技術料の再評価一

○福岡県

これは前回は提案された事項である。今回の診療報酬改定では本体部分はプラス改定、薬価引下げ分を含むネットではマイナス改定となったが、薬価・材料費の引下げ分が本体に充当されておらず、従来は薬価の引下げ分については初・再診料等の技術料として評価されており、このような事が続かないよう次回改定で見直していただきたい。

(2) 在宅医療について

○福岡県

在宅医療の対象患者は、主たる疾病以外に眼科や皮膚科等の複数の疾患を持つ患者が多いが、主治医以外の診療科では「在宅患者訪問診療料」は算定出来ず、「往診料」でも算定は難しいので、複数科でも「往診料」を算定しやすいよう要件の工夫を求める。

○宮崎県

今回改定にて算定要件が変更となったことから、団地や老人ホーム等にて、同一建物で2件の訪問先を在宅で診ている場合、1件の患者が

入院すると、その1件の入院期間は、別のもう一方の患者に833点請求する事が可能となり、自己負担額が月毎に変わる説明が大変難しい為、2件等の偶発的な「同一建物居住」については、420点以上での請求等を可能にしていきたい。

○沖縄県

在宅の点数の劇的な引下げのきっかけは、営利目的の企業の囲い込み対策であったはずであるが、実際、改定後は営利目的の業者ではなく、適正に在宅医療を行っていた医療機関に全てのしわ寄せがいき、閉院せざるをえないクリニック等も出ており、国は在宅医療を推進すると言いながら、本当に医療を進めたいのか疑問である。大幅な引下げは営利企業の参入を入口部分で止めたかったのか分からないが、この部分が曖昧なままだと点数配分の付け方に別の意図があったのではないかと思わざるをえない為、しっかり在宅に関する部分は意見していただきたい。

○鹿児島県

在宅療養支援診療所の算定要件である、「在宅看取り実績」を4件から2件へ、「緊急往診」を10件から5件に要件緩和していただきたい。

○大分県

在宅医療は算定要件が非常に厳しく、算定の仕方が複雑で煩雑である為、シンプルな形に改正していただきたい。

○熊本県

平成24年改定時の分かりやすい形に戻していただきたい。

また、療養病床の再編が今後行われていく中で、国はどこまで本気で在宅医療の事を考えているのか疑問である。在宅医療に係る手間の部分をもう少し評価していただきたい。

○鹿児島県

在宅医療に関しては、大都市と地方とで事情が大きく異なるので、全国同じルールではなく、地域の実情に合わせたルール作りを行っていただきたい。

(3) B000 特定疾患療養管理料

○福岡県

同管理料は対象疾患を拡大し、時代に即した幅広いものに見直していただきたい。

○沖縄県

認知症については、今回改定にて新たに同管理料とは別に評価されたが、ハードルが非常に高く算定している医療機関は限られている。認知症はかかりつけで診ている先生方もかなりの時間と労力を割いている部分である為、同管理料の対象疾患に認知症を含めていただきたい。

○長崎県

現状、月2回の算定となっているが、点数を上げて月1回にしてはどうか。

(4) A108 有床診療所入院基本料

○大分県

有床診療所は深刻な状況になっており、当県の有床診療所の状況は16%が1人も患者を入院させておらず、40%が保有病床の10%未満の患者しか受入れていない。有床診療所のほとんどが平均2~3人程度の受入状況であり、おそらく平成37年にスプリンクラーの設置が義務化された際には、ほとんどの有床診療所が病床を残さないと思われる。

現在、県内では全体で3,000床の病床があるが、平成37年には1,000床程度が消滅することが予想されており、非常に危機感をもっている。また、保有病床の10%程度の患者を受入れているところは、1泊または2泊でも患者を受入れてあげたいといった熱意ある先生方に頑張ってもらっているが、話を聞くと平成37年には病床を無くす事を考えられている方が多いので、せめて地域の為に頑張っている医療機関だけでも地域の中に病床を残していただけるよう、スプリンクラーの設置義務がない3床以下で給食や看護職員等の規制緩和した小規模入院病床料等の創設を望む。

○長崎県

有床診療所では1人医師の場合が多く負担が大きい為、有床診療所の入院基本料を引上げ、複数の医師で運営出来るようにしていただきたい。

○熊本県

有床診療所は年々減少しており、このままでは減少を防ぐことは難しい為、入院基本料の引上げ、夜間の医師及び看護師等の配置加算等の評価をしていただきたい。

○鹿児島県

当県でも過疎化により有床診療所は経営が難しくなっており、地域包括ケアを実現する為にも他県の先生方が話された加算や評価を是非行っていただきたい。

○宮崎県

入院基本料は前回の改定である程度評価された為、加算等で要望するのが得策であると考ええる。

(5) 入院中他医療機関を受診した場合の減算規定

○熊本県

精神科で入院している患者であっても内科等の疾病を持っている患者も多い為、減算規定を廃止していただきたい。

○宮崎県

減額率は多少改善されたが、それでも現場からは減算の廃止を求める意見が多い為、見直していただきたい。

(6) F100 多剤投与減算の廃止

○福岡県

高齢患者は多くの疾患を抱えているケースが多く、医療機関はどうしても多剤処方となるケースがある為、減算の撤廃を求める。

○沖縄県

これまで複数科受診していた患者を現在ではかかりつけ医として総合的に診察するケースも多く、その場合、一時的に多剤投与となるケースが十分考えられる。かかりつけ医として診ることにより医療費抑制につながり貢献しているにもかかわらず、単純に処方数で減算することは廃止していただきたい。

また、7剤以上投与が一時的であれば問題ないかと考えるが、一定期間以上ある程度続いた場合は減算となる等の縛りをつける等加えていただければ議論しやすいかと考える。

(7) 診療情報提供料

○大分県

患者を介しない情報提供でも、医療機関では病診連携の目的で細かく資料作成等行い情報提供する場合もある。病診連携推進の意味からも患者を介しない場合でも算定出来るようしていただきたい。

○長崎県

患者の情報共有が大事だと考えるので、認められてもよいのではないか。

○大分県

ICT を利用すれば患者の情報をより効率よく情報共有出来る為、ICT の普及促進の為にも、ランニングコスト等をカバー出来るよう更なる評価を求める。

○鹿児島県

IT 利用が当たり前となった現代に適した加算等が付くよう評価いただきたい。

(8) かかりつけ医の機能評価

○福岡県

地域包括診療料、地域包括加算等はかかりつけ医を評価したといっても、要件が厳しく、算定している医療機関が非常に少ない為、より多くの医療機関が算定出来るよう要件緩和していただきたい。

○長崎県

地域包括診療料、地域包括診療加算については、要件が厳しいため、有床診療所でも算定する事が困難である。要件緩和を希望する。

○宮崎県

少子化が進行する中、小児科医は減少しており、小児医療を全科で支えていくことは重要である為、24 時間対応部分の要件緩和を求める。

○鹿児島県

当県の小児科医の先生方からも、24 時間対応部分の要件緩和を求める意見が多く、要件緩和を強く希望する。

(9) 外来管理加算

○佐賀県

処置や検査等を行った場合でも算定可能としていただきたい。

現状では検査のみ行った場合の方が通常の診察より自己負担が安く、患者へ説明するのが難しい。

○鹿児島県

処置や検査等では算定不可の為、算定要件の緩和を希望する。

○熊本県

同加算の要件緩和、又は処置の点数引上げを希望する。

(10) 医学管理等

○宮崎県

スギ花粉やダニの舌下免疫療法時には適切な指導管理料が必要であるので、このような指導管理料など実態に即した医学管理料の新設をしていただきたい。

(11) その他

先に協議された 10 項目以外で要望事項に加えてほしいものについて、各県へ意見を求めたところ、次のような提案があった。

○福岡県

前回に引続き薬価・材料費引き下げ財源が本体の改定財源から切り離されたことについては到底容認できるものではなく、次回改定こそは元に戻されるべきである。

また、長崎県より提案があった初診料・再診料の部分を 10 項目に含めてはいかがか。

○鹿児島県

薬価、材料費マイナス分の本体への充当、又は技術料の再評価、在宅医療、有床診療所入院基本料を重点項目としていただきたい。

○宮崎県

本県からの要望事項で提案した、「関節液検査の新設」について、関節液中の尿酸や CPPD の検査をする際に正式な項目がない為、要望事項に含めていただきたい。また、有床診療所は是非重点項目としていただきたい。

○沖縄県

本県においても有床診療所の減少を食い止めていないのが現状である為、有床診療所入院基本料は重点項目としてもよいかと考える。

○大分県

在宅医療、有床診療所入院基本料を重点項目としていただきたい。

○長崎県

有床診療所入院基本料、入院中他医療機関を受診した場合の減算規定廃止を重点項目としていただきたい。

○熊本県

在宅、有床診療所入院基本料を重点項目としていただきたい。

【取り纏め】

要望書の最終取纏めに入り、これまでの10項目に「関節液検査の新設」を新たに要望事項として追加し、11項目を要望することになった。

また、全11項目の中から、最重点項目として右記の5項目が選定された。

今後は本日の協議内容を踏まえながら文言の追加・修正等を行ない、最終的な要望書を策定することになった。

最重点要望事項（5項目）

- (1) 診療報酬改定財源の基本事項についての回復一薬価、材料費マイナス分の本体への充当、又は技術料の再評価一
- (2) 在宅医療
- (3) A108 有床診療所入院基本料
- (4) 入院中他医療機関を受診した場合の減算規定
- (5) B000 特定疾患療養管理料

2) 平成28年度診療報酬改定の評価について

各県から寄せられた平成28年度改定に対する評価について、日医社会保険診療報酬検討委員会委員である大分県医師会 吉賀 攝先生より、当委員会へ報告することとなった。

印象記

理事 平安 明

平成29年1月21日、福岡県医師会館にて「次期診療報酬改定の要望事項に係る平成28年度九州医師会連合会医療保険対策協議会」が開催された。

同協議会は九州各県医師会の保険担当理事が集まり、事前に各県から提案した事項を九州地区の要望事項として取りまとめる会議である。

当県からも地区医師会から上がってきた5項目の要望事項を提案させて頂いたが、その中から、在宅医療、特定疾患療養管理料、入院中の他医療機関の受診に関する3項目が最終案に取り入れられた。どれも重要な事項で改定時期になると繰り返し要望していることである。特に在宅医療に関しては地域医療構想も絡んで非常に重要なポイントとなるので、是非とも見直しが必要である。その他詳細は議事録をご覧いただきたいが、要望したことが中医協の議論の俎上に乗る具体的な改定の流れに乗るためには、最終的に全国で取りまとめた事項を日医から強力に押し付けていただかないといけないので、日医の先生には大変であろうが、是非とも頑張ってもらいたいと思う。単なる報酬に関する国との駆け引きという浅薄な議論をしているわけではなく、この国の将来に関わる非常に重要な局面を迎えており、そのために何を評価すべきかということをお訴えているのだということ、国民にも誤解のないように可視化しながら進めていただきたいと思う。

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

九州医師会連合会 平成28年度 救急・災害医療担当理事連絡協議会



理事 田名 毅



九州医師会連合会
平成28年度救急・災害医療担当理事連絡協議会

日 時：平成29年1月7日（土）17:30～19:30
場 所：ホテル日航熊本7階ガーデンバンケット
熊本市中央区上通町2-1、電話096-211-1111

《次 第》

1. 開 会
2. 挨 拶
3. 座長選出
4. 協 議
 - (1) 各県の災害医療情報の収集手段について（福岡県）
 - (2) 被災時の情報収集の手段について（鹿児島県）
 - (3) JMAT活動の基本マニュアルについて（宮崎県）
 - (4) 災害医療コーディネーターの役割、JMAT研修について（大分県）
 - (5) 南海トラフ巨大地震等に備える災害時医療情報のICT化の各県の取り組みについて（大分県）
 - (6) 派遣JMATの考え方について（熊本県）
5. 閉 会

平成29年1月7日（土）ホテル日航熊本において標記連絡協議会が開催されたので、以下に会議の様子を報告する。

挨 拶

坂本不出夫 熊本県医師会副会長

昨年4月の熊本地震では当初18万に上る避難住民、想定外の車中泊の増加、避難環境の問題等、課題が山積する中、エコノミー症候群や感染症等の二次災害犠牲者の拡大を防ぐことが出来たのは、偏に関係機関のご協力とご支援のお陰だと改めて感謝申し上げます。本日の会議の意見も参考に、次に迫り来る災害に対して、より効果的で実効性のある大勢構築ができることを期待している。

石川広己 日本医師会常任理事

九州の先生方には逸早く熊本支援をお願いし、被害を最小限に食い止めていただいた。今般本協議会並びに災害医療研修会を全国に先駆

けて開催する。各ブロックが大きな刺激を受けて、この様な取り組みが全国に波及していくことを期待したい。本日並びに明日の協議会、研修会が爽り多きものとなるよう期待している。

協 議

坂本座長より議事の進め方について、以下のとおり2つに分けて進めていくとの説明があった。

- ① 災害時の情報収集と共有：提案議題 (1) (2) (5)
- ② JMAT 活動：提案議題 (3) (4) (6)

(1) 各県の災害医療情報の収集手段について (福岡県)

【提案要旨】

本県では災害拠点病院及び救急告示病院でのみ EMIS の入力許可されている。そのため災害時の必要な情報は「ふくおか医療情報ネット」より収集しているが、各県の情報収集手段について教示いただきたい。

【各県回答】

- EMIS への入力制限は、提案県の福岡、鹿児島、長崎、熊本の4県が災害拠点病院や救急告示病院等に限定されていると回答した。佐賀、大分、沖縄の3県が県下全病院で入力及び閲覧ができると回答した。
- また佐賀県では行政の理解もあり、有床診療所まで登録が進んでいるとのことであり、今後無床診療所まで普及させたいとの説明があった。
- その他の情報収集ツールとして宮崎や熊本が FAX 網による収集体制を整備している旨紹介があった。

(2) 被災時の情報収集の手段について (鹿児島県)

【提案要旨】

被災地の情報を得るには EMIS の活用が有効と考えるが、会員への普及啓発等の取組があ

れば伺いたい。また通常電話（固定・携帯）が使用できない場合の郡市医師会との連絡手段について対応があれば教示いただきたい。

【各県回答】

- 宮崎県が定期操作演習の実施により医療機関はもとより郡市医師会職員も代行入力があると回答した。また佐賀県では県行政主催による説明会を2度開き防災訓練に臨んだこと、沖縄県が毎年開かれる大規模図上訓練にて病院と県医療調整本部において EMIS を活用していること等を紹介した。
- 福岡や大分では EMIS 登録機関に制限があることから代替システムを用いて訓練を行っているとの回答があった。長崎や熊本は普及啓発の必要性は感じているものの現時点では特別な取組みはないと回答した。
- 通信途絶時の郡市医師会との連絡手段については、衛星携帯電話を配備していると回答した県が、福岡、宮崎、大分の3県であった。一方、連絡手段は確立されていないとしたのは、佐賀、熊本、沖縄の3県であった。この他、宮崎県では県防災無線も整備されている旨補足した。

(5) 南海トラフ巨大地震等に備える災害時医療情報の ICT 化の各県の取り組み (大分県)

【提案要旨】

東日本大震災や熊本・大分地震の医療支援において、内服薬情報、アレルギー歴等の重要な医療情報が得られないことによる混乱が見られた。かかりつけ医情報、服薬情報等がどこでも得られる環境が望ましい。また JMAT 診療記録も電子媒体化される仕組みが必要であり、そのために ICT を活用する事が最適だと考えるが各県の取り組みを伺いたい。

【各県回答】

- ICT を活用した取り組み例は、福岡県の「とびうめネット」、本県の「おきなわ津梁ネッ

トワーク」、長崎県の「あじさいネット」、熊本県の「くまもとメディカルネットワーク」、以上4県で医療連携等が行われていることをあげ、今後、災害時の情報の共有化に向けて整備検討が行われているとの回答があった。

- また宮崎県では、災害時に各医療機関の被災状況及び医療提供体制をマップ上に公開する「災害時医療機関状況把握システム」を構築していると回答があった。くわえて、新たなシステムの構築は困難な為、既に稼働しているオンラインレセプト情報(医科および調剤)が適切に活用できるよう国が整備すべきとの補足があった。
- この他、鹿児島県から「ICT化は重要だが被災時のライフラインの状況やシステム構築費用の考慮も必要」、佐賀県から「全国的に標準化されたシステムで運用されることが望ましい」等の意見もあった。

【石川広己 日医常任理事からのコメント】

1. 情報の問題とICTの問題は3.11の時から継続議論中である。
2. EMISは平成24年3月の厚労省通知で災害拠点病院に限らず一般病院や診療所も登録の対象となっている。しかしながら、一般病院にまで普及していないのが現実問題としてある。ここをどう完備していくか課題である。
3. 発災直後の情報のやり取りは特別に重要である。九州では南海トラフ大地震の影響で、大分や宮崎で直接被害予想が大きく、エリアによっては数日間停電及び通信が途絶えるとの予測もある。そのような中で、初期の情報戦をどのように乗り切るか非常に大事である。
4. 今回我々は熊本県からサイボウズliveのような知恵を授かった。全国の動きが確認できるようなネット配信を日医としてリードしていきたい。今回はFAXでの対応であったが、リソースとしてはアナログも捨てて

はおけない。高知県ではかかりつけ連携手帳を全県的に普及させる取り組みを行っている。

5. 情報の問題は最初の部分を考えて置かなければならないため、EMISをさらに普及させたい。
6. 災害時の情報収集と共有では、DMATや赤十字、DPAT、歯科医師会等の関係機関との共有も必須であり、本協会議に参加いただく等、対策を練ることが出来ればありがたい。
7. 患者情報のICTは、3.11の経験からも遠隔地へのクラウド情報の構築が必要だと考えられるが、現実的には直ぐに出来るものではない。
8. なかなかICTの利用は、サイボウズlive以上にはできないかもしれない。アナログも含めた情報の伝達完備の方法も対策として考えていかなければならない。

(3) JMAT 活動の基本マニュアルについて (宮崎県)

【提案要旨】

さらなる大規模災害に備え、災害医療を経験したことのない医療機関にも派遣の輪を広げていくためには、JMAT活動の基本マニュアルが必要だと考えている。くわえて熊本地震では、災害診療記録、避難所活動日報、災害時医薬品交付依頼書兼授与記録、避難所アセスメントシート、災害時診療概況報告システム(略称J-SPEED)など、多数の報告書もあったことから、これらの解説も必要だと考える。

【各県回答】

- 基本マニュアルの必要性については、全ての県が賛成すると回答した。福岡や沖縄からJMAT要綱をベースに改定しては如何かと提案した。くわえて大分県から大規模災害を経験した東北、兵庫、熊本県等からの視点も反映させた方が良いとの意見があった。

○また熊本県から各種記録様式の統一化については、日医レベルで厚労省や日赤等と摺り合わせをお願いしたい旨提案があった。統一化が実現出来れば各県でそれに準じた訓練が出来、標準化が進むと補足した。

(4) 災害医療コーディネーターの役割、JMAT 研修について (大分県)

【提案要旨】

南海トラフ地震等の災害時に備え、JMAT のコーディネーター機能と急性・亜急性期医療研修、常設部隊の設置等が重要と考えており JMAT 研修等を行っているが各県の取組について伺いたい。

【各県回答】

- 医師会独自に JMAT 研修を行っているとは回答した県は、福岡、佐賀、沖縄、熊本の 4 県であった。また鹿児島県は次年度より JMAT 養成研修を始める予定である旨回答があった。
- コーディネーター研修を数年前から実施していた熊本県は、今回の地震を通じて現場コーディネート機能の重要性を再認識したと述べ、今後、支援活動の検証を進めながら、災害の規模や場所等、状況に応じたコーディネート機能ができる仕組みを構築したいと回答した。
- また宮崎県からはコーディネーターが参加する研修会や訓練を各地域単位で市町村と郡市医師会等が協力して開催していくことが重要との考えを示した。

(6) 派遣 JMAT の考え方について (熊本県)

【提案要旨】

今回の震災の経験を踏まえ、主要活動拠点において統括 JMAT が現場を統括していくことが必要である。派遣のあり方については、JMAT を医療 (外科系・内科系・小児・精神・死体検案・リハビリ・感染症) と福祉介護の 2 つに区分し、急性期以降のフェーズに併せた医

療救護班の派遣システムを構築していくことが必要だと考えるが、各県の意見を伺いたい。

【各県回答】

- フェーズに応じた医療救護班の派遣は各県とも特に異論は無かったが、鹿児島県から「都道府県医師会毎に、地域を割り当てた方が良い」、長崎県から「あまり細分化するとその運用において実効性の無いものとならないよう留意が必要」、沖縄県から「医療資源の少ない県で期待通りの派遣体制が構築できるか気掛かり」との意見があった。
- 統括 JMAT の構築でも各県とも必要との認識であった。また JMAT が適切な時期に無駄のない派遣及び活動をしていくためには、比較的早い段階から災害対策本部に統括 JMAT が参画することが必要との意見が相次いだ。
- 福岡県から「災害情報の収集や業務調整などを担う医師会業務調整員の派遣も検討すべき」、宮崎県から「各県 2 チーム程度の統括 JMAT を登録し、九州ブロック等で定期的な訓練を実施すべき」との意見があった。

【石川広己 日医常任理事からのコメント】

1. JMAT 要綱の簡略化については整理してお返ししたい。
2. JMAT 命令指揮系統には一大原則がある。被災地県医師会からの要請が第一である。被災地より状況報告を以て発動となる。全てのチームに傷害保険をかけるため、地元県医師会から日医へ報告いただく流れとなる。
3. また被災地に赴くと DMAT を始め様々な機関のチームと協働が求められるが、今後命令指揮系統を整理しなければならない。今回県知事チームの命令指揮系統で問題が生じ現場が混乱した。今回発動は無かったものの 14 大都市の連携協定が存在する。この部分も混乱要因となり得るため調整を始めている。

4. 先遣隊 JMAT は経験のある方々が現地の様子を確認し、後続派遣の体制を組み立てるという事は非常に有効な手段だと考えている。それが今回複数の県医師会で行われた。また登録 JMAT も有効であるとの報告も受けている。
5. JMAT の役割の明確化については、災害関連死をなくすことが大きな役割の一つである。感染症や栄養対策、そして心理的・総合的な判断を以て回診できる先生方の活躍を期待している。言うなれば被災地で医療

のインテリゲンチアを発揮していただいた。また保険診療の BCP を早く復旧させることも JMAT の大きな役割である。

その他

坂本座長の指名により、今回熊本地震において、鹿児島県医師会が宇土市、本会が熊本市南区にて統括業務を行ったことから、鹿児島県医師会 野村洋秀 副会長並びに本会出口宝 先生より外部支援チームによる医療本部運営について報告が行われた。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

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

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます）

午前 10 時 00 分～午後 5 時 00 分

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

FAX (098) 869-8930 (24 時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスをを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

.....悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

平成 29 年沖縄県医師会 新年祝賀会・医事功労者表彰式



常任理事 稲田 隆司



沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式 式次第

日 時：平成 29 年 1 月 7 日（土）19：00～
場 所：ANA クラウンプラザホテル
沖縄ハーバービュー（彩海の間）
司 会：渡辺克江アナウンサー

1. 開会のことば 玉城信光副会長
2. 会長挨拶 安里哲好会長
3. 第 31 回沖縄県医師会医事功労者表彰
・ 県知事表彰
・ 県医師会長表彰
・ 被表彰者代表挨拶
4. 来賓祝辞 翁長雄志沖縄県知事
5. 鏡開き・乾杯 松下正之琉球大学医学部長
6. 祝宴・余興
7. 福引き
8. 閉会のことば 宮里善次副会長

去る 1 月 7 日（土）ANA クラウンプラザホテル沖縄ハーバービューにおいて、平成 29 年沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式が開催され、会員並びにご家族、来賓併せ 230 名余りの多数の方々にご参加いただき、大いに賑わった。

医事功労者表彰式では、県知事表彰 3 名、県医師会長表彰 41 名の先生方が受賞された。

始めに国立病院機構沖縄病院長川畑勉先生他 2 名による琉球舞踊の幕開けが行われた後、玉城信光副会長の開会の辞が述べられ、その後安里哲好会長が挨拶に立たれ、次のとおり述べられた。

安里哲好沖縄県医師会会長挨拶



あけましておめでとうございます。
うございます。

私が医師会長になって初めての新年でありますのでどうぞよろしく
お願い致します。

本日は、2017 年の新春を寿ぐ沖縄県医師会

新年祝賀会並びに医事功労者表彰式を開催いたしましたところ、翁長知事のご名代としてご出席いただきました浦崎副知事をはじめ多数のご来賓の方々、会員並びにご家族の皆様方にご参加いただきまして衷心より感謝申し上げます。

昨年は、熊本地方を震源とする地震が発生しました。犠牲になられた方々に謹んで哀悼の意を表すると共に、被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。沖縄県医師会は JMAT を派遣し、現地で医療救護活動を行いました。会員の先生方並びに関係者におかれましては、ご協力を賜り改めて感謝申し上げます。

さて、我が国では団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて地域医療構想の策定、地域包括ケアシステムの構築が急務となっており、沖縄県においても今年度中に地域医療構想が策定されることになっております。構想策定にあたっては、県民が住み慣れた地域で安心して医療・介護等が享受できる適切な医療体制を構築すべく、地域医療を担う地区医師会と協議し、様々な提言をさせていただきました。

また、沖縄県の救急医療の充実全国トップクラスです。また、卒後臨床研修医が沖縄県を希望する数も全国トップクラスです。

一方、かつては長寿県を誇っておりました我が県ですが、今や平均寿命の発表毎に順位を下げている状況にあります。誤解のないように申し上げますと沖縄県の平均寿命が短くなったのではなく、他府県の平均寿命が長くなったことが背景にあります。しかしながら 65 歳未満の健康状態が全国最下位である事から、沖縄県医師会では 65 歳未満健康状態全国最下位返上に向けた、ワーキ

ンググループを立ち上げ、「県民の健康保持・増進」等の健康長寿復活に向けて、県民と共に歩む医師会づくりを進めて参りたいと考えています。その実現にあたっては、県民の意識改革が必要不可欠であり、本日ご参集の皆様方のご支援ご協力を切にお願い申し上げます。

さて、今年の干支は酉年となっております。

酉の由来は、果実が極限まで熟した状態からきており、「いままでの努力が報われる年」と言われております。本日ご参集の皆様方のお力をいただき、沖縄県における医療の諸課題に真正面から立ち向かい数年先に努力が実を結び、飛躍の年となるよう祈念したいと思います。

また、この後引き続き行われます第 31 回沖縄県医師会医事功労者表彰式では、県知事表彰に 3 名、県医師会長表彰に 41 名の先生方が表彰されます。特に、慶祝表彰におかれましては、99 歳の白寿の先生が 2 名、米寿の先生が 3 名、喜寿の先生が 8 名おられることは誠にめでたい限りであり、沖縄県医師会の誇りであります。受賞者の皆様におかれましては衷心よりお慶び申し上げます。

最後になりますが、新年にご参会の皆様にとって明るく希望に満ちた一年になるよう心から祈念いたしまして、私の年頭の挨拶と致します。

第 31 回沖縄県医師会医事功労者表彰

引き続き、医事功労者表彰に移り、浦崎副知事から沖縄県知事表彰（3 名）の授与、安里会長から県医師会長表彰の授与が行われた。県医師会表彰については、受賞者が 41 名と多数おられることから、ご出席いただいた先生方のお名前をご



県知事表彰を授与される名嘉恒守先生



県医師会長表彰を代表で授与される濱松宏先生

紹介させていただき、慶祝表彰を代表して濱松宏先生、医事功労表彰を代表して山里将進先生に授与された。その後、受賞者を代表して県知事表彰を授与された名嘉恒守先生から挨拶があった。

名嘉恒守先生受賞者代表挨拶



本日は我々のために皆様お集まりくださいます。大変感謝申し上げます。

私は医者になる時に人のため世のために尽くすと決めました。それが

ただできたのかは今でもわかりません。しかし、今でもその気持ちをもって仕事をしております。医療の仕事の中で自分に対して、知事から表彰されたということは大変ありがたいことです。私が代表挨拶をしておりますが、他の先生方は一生懸命に医療をなさっておられ、それに対する表彰です。その意味では当然のご功労だと思っております。それに対して私が皆様の気持ちの感謝を申し上げて挨拶とさせていただきます。

翁長知事挨拶（代読：浦崎副知事）



はいさい、ぐすーよー、いい正月でーびる。

明けましておめでとうございます。お集まりの皆様におきましては希望に満ちた新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

平成 29 年沖縄県医師会新年祝賀会並びに医事功労者表彰式が開催されるにあたりご挨拶を申し上げます。

この度、本県の保健・医療の発展に多大なご功績のある名嘉恒守先生、神谷仁先生、上原元先生の三人の先生方を表彰させていただきましたことは、私としても大変光栄であります。また、沖縄県医師会長表彰を受けられた皆様方には、この度の栄えある表彰に対して心からお祝い申し上げます。表彰を受けられた皆様には長年にわたり地域医療に従事されるとともに、積

平成28年度沖縄県医事功労者県知事表彰

NO	氏名	受章理由
1	名嘉 恒守	病院長(病床100床以上)8年以上
2	神谷 仁	地区医師会役員10年以上
3	上原 元	公的機関の病院長、副院長8年以上

平成28年度沖縄県医事功労者県医師会長表彰受章候補者

NO	氏名	受章理由
1	田仲 康栄	白寿(数え年99歳)
2	田中 旨夫	白寿(数え年99歳)
3	嘉陽 宗吉	米寿(数え年88歳)
4	諸見里 安弘	米寿(数え年88歳)
5	濱松 宏	米寿(数え年88歳)
6	大田 守弥	喜寿(数え年77歳)
7	知念 義和	喜寿(数え年77歳)
8	東 政弘	喜寿(数え年77歳)
9	野中 薫雄	喜寿(数え年77歳)
10	上里 忠正	喜寿(数え年77歳)
11	狩俣 陽一	喜寿(数え年77歳)
12	藤川 栄吉	喜寿(数え年77歳)
13	長嶺 信夫	喜寿(数え年77歳)
14	仲井間 憲英	学校医歴15年以上
15	我喜屋 重光	学校医歴15年以上
16	金城 幸博	学校医歴15年以上
17	太田 計	学校医歴15年以上
18	山里 将進	県医師会・地区医師会合計8年以上
19	當銘 正彦	県医師会・地区医師会合計8年以上
20	城間 昇	地区医師会役員8年以上
21	池村 真	地区医師会役員8年以上
22	砂川 博司	地区医師会役員8年以上
23	仲地 研吾	地区医師会役員8年以上
24	宮城 恒雄	地区医師会役員8年以上
25	新里 勇二	地区医師会役員8年以上
26	友寄 一	地区医師会役員8年以上
27	高良 和代	地区医師会役員8年以上
28	田仲 秀明	地区医師会役員8年以上
29	諸喜田 林	地区医師会役員8年以上
30	稲富 仁	地区医師会役員8年以上
31	青木 陽一	産科婦人科学会会長10年以上 母体保護法指定医師審査会委員10年以上
32	鈴木 幹男	耳鼻咽喉科学会会長10年以上
33	翠宮城 正典	医学会役員10年以上
34	島尻 博人	医学会役員10年以上
35	宮里 善次	勤務医部会役員10年以上
36	古波倉 史子	勤務医部会役員10年以上
37	岸本 真知子	保健医療行政10年以上
38	平田 晴男	医事紛争処理委員10年以上
39	田端 一彦	生涯学習委員会委員10年以上 臨床検査精度管理委員会委員10年以上
40	上里 博	代議員10年以上
41	岸本 信三	代議員10年以上

極的に医師会活動に携われ、沖縄県の保健、医療の向上に多大なご尽力をされたことに対し、県民を代表して深く敬意を表しますとともに心から感謝申し上げます。皆様におかれましては、今後とも県民の健康増進のためご活躍いただくとともに、後進のご指導についてもお力添えをいただきますようお願い致します。

さて、本年はこれまで策定に取り組んでおりました地域医療構想が決定され、同構想を実現するための各圏域における協議が開始される年になります。地域医療構想においては、医療機

関の自主的な取り組みと、相互の協議を基本とした医療機能の分化と連携に加え、かかりつけ医制度や在宅医療の充実に向けた取り組みを推進する必要があります。また、平成29年度は第6次沖縄県保健医療計画の最終年度にあたることから、同計画の改定作業を行う大変重要な年であります。地域医療構想及び次期保健医療計画においては、県民ニーズに則した保健医療サービスを推進するためにも医師会と十分に意見交換をしながら作業を進めていきたいと考えておりますので、本年もご支援ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

本日表彰を受けられた皆様方のご活躍と沖縄県医師会の益々のご発展並びにお集まりの皆様のさらなる飛躍を祈念してお祝いの言葉といたします。

松下正之琉球大学医学部長乾杯挨拶



明けましておめでとうございます。

沖縄県医師会の皆様には学部学生の臨床実習や卒後の初期研修等

で大変お世話になっております。今年は例年通りだと思いますが保健、医療、介護と様々な課題が横たわっていると思います。そのような課題に対し沖縄県医師会様と大学が連携しながら進めていければ、県民の医療のためになるのではないかと思います。また、沖縄県、宜野湾市、琉球大学、内閣府等で進めている国際医療拠点構想については、基本計画がほぼ終わり今年基本設計に移っていきます。沖縄県の医療にとって非常に大事なプロジェクトだと思っておりますので、引き続きご支援をよろしくお願い致します。

その後、琉球舞踊が披露され祝宴が和やかに行われた。

福引で幸運を射止めた方は21名おられたが、1等賞(液晶テレビ)は宮城恒雄先生、2等賞(加湿空気清浄機)は喜久村徳進先生の奥様、3等賞(エアロバイク)は長嶺信夫先生の奥様であった。

結びに小生より皆様にとって良い年であるようにと祈念する旨の挨拶を行い会を閉じた。



かぎやで風で幕開け：中央、川畑勉先生



余興：県立芸術大学琉球芸能専攻ご卒業の皆さん



左から、佐久本先生、高良先生、上原先生、照屋先生、川野先生



左から、田中先生、安里会長

沖縄県医師国民健康保険組合からのお知らせ

■医師国保組合とは

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



■加入対象者について

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

■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医師	26,500	3,100	3,600	32,700	392,400
家族	7,500	3,100	3,600	13,700	164,400
従業員	8,500	3,100	3,600	14,700	176,400

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

■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

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

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

沖縄県医師国民健康保険組合

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



災害時における医療機関での PHV・EV 活用に係る意見交換会報告



災害医療委員会委員長 出口 宝



【はじめに】

医療における災害時のBCPに電力の確保は最重要課題の一つです。その対策として、これまで停電時の非常用電源は発電機に頼っていました。また、発電機を保有しない施設における停電時のワクチンや薬品の保冷も大きな課題となっていました。このたびの平成28年熊本地震においては、Plug-in Hybrid Vehicle（以下PHV）が投光器の電源として活用された事例がありました。PHVやElectric Vehicle（以下EV）は家庭用AC100Vの電源を取り出せることから、非常時の給電装置としての可能性に着目しました。すでに、国土強靱化計画においてはEVを活用した災害対応訓練も行なわれています。

そこで、今後の災害時や停電の備えとして、医療機器に対する非常用電源としてのPHVや

EVの可能性の検討をすることは意義があると考え、災害医療委員会では県内各PHV・EV販売業者担当者と各医療機器業者担当者らとの意見交換会を開催し、その可能性、課題等について検討しました。

【意見交換会】

平成29年2月16日、沖縄県医師会館にて、PHV・EV販売業者7社11名、医療機器関係各社8社13名、災害医療委員会から小職と山里将浩先生（南部地区医師会）、事務局3名が出席しました（table1）。小職が司会をつとめ、はじめに小職から1. 県内医療機関における災害と停電対応の現状を説明、続いてPHV・EVディーラー各社から2. PHV・EV等の紹介、そして医療機器販売業者各社から3. 質問があり、意見交換が行われました。

PHV・EVディーラー	琉球三菱自動車販売株式会社
	ネットヨタ沖縄株式会社
	沖縄トヨペット株式会社
	トヨタカローラ沖縄株式会社
	沖縄トヨタ自動車株式会社
	琉球日産自動車株式会社
	沖縄ホンダ株式会社
医療機器販売業者	アイティーアイ株式会社沖縄支店
	株式会社オカノ
	株式会社小池メディカル沖縄営業所
	南西医療器株式会社
	フクダライフテック九州(株)沖縄営業所
	南西医療器株式会社
	ニプロ(株)
	三和メディカル株式会社

Table1 出席各社

1. 県内医療機関における災害と停電対応の現状

医師会は職業的使命のみでなく、災害対策基本法において日本医師会は指定公共機関となり、沖縄県医師会は指定地方公共機関となり医療救護等の活動と平時からの備えに対する義務がある。

医療機関において電気は最重要ライフラインであり、生命に直結するものもある。これらの多くは家庭用電源と同じ AC100V を使用している。本県では台風などで毎年多くの停電が発生しており、過去には数百分から数日におよぶものもある。沖縄で観測されている地震は年間約 12,000 回あり、国内の約 10% を占めている。海溝型地震が多いため津波のリスクも高い。過去 100 年間に M6.2 ~ 8.0 の地震が 5 回発生している。この先 30 年間で南海トラフ地震発生の確率は 75%、本県では最大 5m の津波が想定されている。琉球海溝型地震発生の確率は 30%、最大 M9.0 で 5.7m の津波が 8.4m まで遡上、電気に関する被害想定は発生 1 週間後の停電軒数は 77,418 軒と想定されている。このなかに多くの医療機関も含まれると思われる。本島内の金武、石川、吉の浦、牧港の発電所は全て海拔数 m の海岸線にあるため津波に脆弱である。自家発電機は入院を有する病院や有床診

療所においては多くの施設で保有しているが、県内全医療機関における自家発電機の保有率が高いとは言えない。また、自家発電機を保有していても多くの施設は約 3 日で医療継続不能となると考えられる。本県は他府県と異なり島嶼県であり、他地域からの送電で出来ない。空港と港湾施設が被災すると外部支援は届かない。本県特有の対策が必要である。その一つとして PHV・EV の可能性に着目した。この取組みが上手くいき、ひいては災害対策モデルとして全国へ発信出来ればと考えている (Fig.1)。

本日は様々な課題が抽出されて、今後の課題の解決に向けての取組みにつながればと考えているのでご協力をお願いしたい。

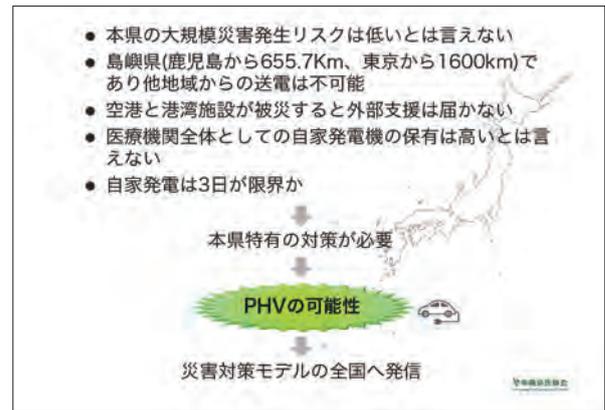


Fig.1

2. PHV・EV 等の紹介

琉球三菱自動車販売株式会社

アウトランダー PHV は県内で新車 134 台、中古車を含めると 200 台位はある。前後 2 つのモーターで走行する。エンジンは 2000cc ガソリンエンジンで走りにも発電にも力を発揮する。通常は殆ど電気で走る。負荷が大きい場合にはエンジンで走ってバッテリーでアシストする。蓄電池は 12kWh を積んでおり 1 回充電すれば 60 キロは走る。バッテリーが無くなれば、自動的にエンジンがかかり、バッテリーの方に充電して電気で走るようになる。

トランクにコンセントが付いている。1500W までは電気を供給できる。12kWh だと一般家庭の平均の1日分で、残り満タンガソリン入れて、発電機の役目をすればプラス9日、トータル10日分の電気を作ることができる。家庭での PHV への充電は外注工事で 200V 配電盤から車庫まで、約5万円でアウトランダー充電用のコンセントを工事することが出来る (Fig.2,3)。



Fig.2 アウトランダー PHEV (同社ウェブサイトより)

トヨタ自動車 (4 社)

昨日プリウス PHV が発売される。本日は外部給電を中心にお話しする。プリウス PHV は車内に家庭用 AC100V の2ヶ所のコンセントを備えている。またヴィークルパワーコネクタを普通充電インレットに差し込めばそこからも家庭用 AC100V の外部給電が出来る。外部最大 1500W の出力で複数の家電が使える。炊飯器、冷蔵庫、テレビ、ノート PC を一度に使っても 1060W である。災害時の信号機、避難所の灯りや炊き出し、救護用エアテント設営電源、暖房などの活用事例もある。



Fig.3 アウトランダー PHEV 外部給電

2つの外部給電モードがあり、エンジンは掛けずバッテリーのみの EV 給電、はじめはバッテリーのみで給電して残量が少なくなるとエンジンがかかり給電を継続する HV 給電がある。1500W で使い続けた場合はガソリン満タンで2日程度の電力が供給可能である。これまで充電するのに家庭では 200V からの配線工事を必要としたが、新型からは家庭の 100V のコンセントからの充電も可能になった (Fig.4,5)。

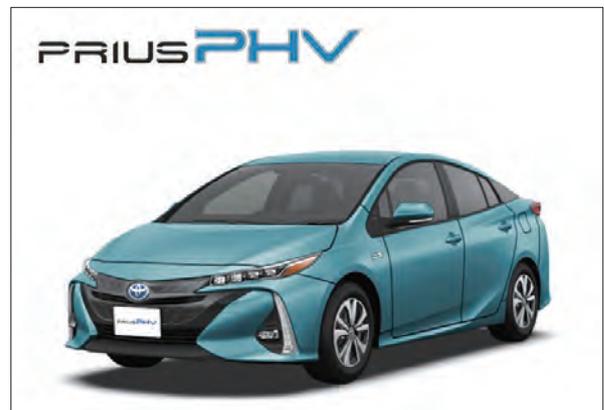


Fig.4 プリウス PHV (同社ウェブサイトより)

琉球日産自動車株式会社

当社では EV を販売している。リーフと e-NV200 を販売している。リーフはリーフトo100V という専用機器を介して最大 1500W の出力が可能である。e-NV200 は車に2つの家庭用 100V コンセントを備え、最大 1500W の出力が



Fig.5 プリウス PHV 外部給電

可能である。バッテリー容量はリーフで 30kWh で一般家庭約 2.5 日分である。e-NV200 は 24 kWh である。

日産では EV と BCP に関する考え方を、国土強靱化という形で世界防災会議の中でも紹介した（動画映写）。

これまでに全国各地の各行政分野でも動く蓄電池として活用されている。災害時の電力として国土強靱化における活用にも取り組んでいる。災害発生時の在宅療養中の人工呼吸器の外部バッテリーを充電して回る試みも行なわれている。県内では建物に給電する LEAF to Home (V2H) を導入されたクリニックがあり、それにより停電時にワクチン薬品の冷蔵庫の電力を乗り切ったという例もある。V2H や 100V 給電機も含めて様々な BCP 関連の提案ができると考えている (Fig.6 ~ 9)。

沖縄ホンダ株式会社

現在、紹介できる車はないが関心が高く参加した。実は水素で走るクラリティという車があるが、まだ実用的ではない。水素を燃料としている関係上、インフラ整備が大きな課題となっている。また、可搬型外部給電器をつなぐことでクラリティからの電気を取り出して家庭用電源として使用することが出来る。現在、関東地域の自治体で実証実験中である (Fig.10)。



Fig.7 e-NV200 (同社ウェブサイトより)

強みを活かす～移動可能な蓄電池
蓄電池としての活用方法

① LEAF to Home
 ■建物に給電
 ■最大負荷6000W
 ■リーフ、e-NV200ともに利用可

② パワープラグ
 ■AC100V電源 2口
 ■最大負荷1500W
 ■e-NV200に装備*

NISSAN MOTOR COMPANY | www.nissan-global.com

Fig.8 LEAF と e-NV200 外部給電 (ニッサン配布資料より)

動く電源としての電気自動車
 ■電気自動車は、付属または専用機器(※1)を介して100Vコンセントから最大1.5kW出力可能。様々な電気製品の電源としてご活用頂けます。

LEAF (30kWh, 24kWh) | リーフto100V (※1) | e-NV200 (24kWh) (※2)

目安時間: (30kWh車)
 スマホ 約2,170台分充電
 電気毛布 340時間 (90kW)
 ノートPC 113時間 (150W)

家電製品対応
 電気ポット (700-1000W) →約12、10分/1杯
 電気毛布 (50W-90W) →約10、15分/1枚

災害現場活用
 LED電光掲示板 (約200W)
 LED投光機 (約70W)

情報収集
 ファイเบอร์optic TV (11W)
 携帯電話充電 (7.8W/台)
 ノートPC (50W~150W)

NISSAN MOTOR COMPANY | www.nissan-global.com | © Copyright NISSAN MOTOR CO., LTD. 2017 All rights reserved.

Fig.9 LEAF と e-NV200 外部給電 (ニッサン配布資料より)



Fig.6 LEAF (同社ウェブサイトより)

CLARITY FUEL CELL

9.0 kVA
定額出力

出力端子: 100V×6口/200V×1口

可搬型外部給電器。
POWER EXPORTER 9000 別売

Fig.10 クラリティと可搬型外部給電器 Power Exporter9000

3. 質 問

参加医療機器各社からは、発電機以外に電力を確保できる点や発電機より取り扱いが容易であることなどに関心がある一方で、電力供給可能時間や、同時に数種類の機器が使えるのか、また、PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）の基準に適合できるのか。これらに対してPHV・EV販売業者からはスペック上での大まかな応答はされたが、実際に検証してみる方向で意見集約された。実証実験に協力していきたいとの意見もあり、今後も県内でPHVやEVが災害対応で何ができるのか話し合っていきたい。

4. 総 括

今日の意見交換会で制度的課題と実用的課題が明確になった。そして、1).PHVやEVから家庭用AC100Vで1500Wの電力が給電出来ること、2).使用時間はEVでも大容量蓄電池をそなえるものやPHVならばガソリンを補給すれば相当の長時間使用が可能であること、3).透析の精製水製造装置等の大電力を必要とする機器には非現実的であること、4).医療機器の電源はPMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）の基準とするものに適合する必要があるが、直接供給する場合は推奨されないが、機器に備えられたバッテリーに一旦充電された電力で稼働させる場合は問題ない可能性があり、保冷庫などは現時点でも問題ないこと、そして、5).あくまでも災害時の非常手段としての可能性の検討であり、平時の使用や性能にお墨付きを与えたりするものではないことが確認された。

そして、次のステップとして、PHVやEVのAC100V出力がPMDAの基準に適合するか、医療機器のバッテリーの充電が出来るのか、実際の対応時間等の実証実験を行なう必要があるとの見解となり、今後は各社から協力頂く方向で検討していくこととなった。

所 感

自動車業界ではエネルギー対策や環境面からHV、PHV、EVの開発が進められて実用化に至り、すでにHVだけでも100万台以上が販売されています。

政府が進める国家のリスクマネジメントである国土強靱化計画（ナショナルレジリエンス）が平成28年6月に閣議決定されて推進本部が設置されました。その取組みの中で、災害時の避難所などでのEVを電源とすることも検討され、災害対応訓練でEVが電源として活用されています。

今回は異業種間による初めての意見交換にも変わらず、PHV販売業者側から災害時には何ができるか、医療機器業者側からは実用出来るのかという観点から積極的な意見が交わされました。そして次のステップへの課題が整理されました。本県は島嶼県であり、地政学的に災害に対するレジリエンスは強靱とは言えません。ライフラインの壊滅した被災地における救護所での活用、医療機関のBCPなど医療におけるレジリエンスへの活用が期待されます。

今後は様々な制度的課題と実用的課題への取組みを進めて行きたいと思います。



第 58 回地区医師会連絡協議会



中部地区医師会 常任理事 野村 秀樹



去る1月21日（土）に、毎年県内7地区医師会が持ち回りで、沖縄県医師会も参加し開催されている「地区医師会連絡協議会」が本会担当の下、イオンモール沖縄ライカム「イオンホール」において67名の関係者にお集まり頂き開催されました。

協議に先立って本会の松嶋顕介副会長より「本日はお忙しい中、お越し頂きましてありがとうございます。年末から正月にかけてはインフルエンザや腸炎でご多忙だったと思います。またここ何日間は更に冷えておりますが、ここでは熱い議論を交わしていきましょう。」との開会の挨拶があり、これに続いて本会中田安彦会長からの担当地区医師会長挨拶の前に、「中部地区の救急病床の増床の件につきましては、安里県医師会長を中心に皆様のご協力のお蔭をもちまして早期に実現することができました。感謝申し上げます。」とのお礼の言葉があり、引き続き、担当地区医師会長挨拶の中では「本

日開催されます地区医師会連絡協議会は、各地区医師会の懸案事項の解決のための情報交換、また顔の見える連携強化を行う場として、那覇市医師会からの提唱により昭和51年から地区医師会の持ち回りにより平成8年までは春と秋の年2回開催されております。その後は毎年1回の開催となっております。私も今回で主催者側としては3回目の参加となります。その間、中部地区医師会では、ぐしかわ看護専門学校設立に向けては、本協議会において皆様方の温かいご支援やご助言を受け、そのお蔭をもちまして平成20年の設立以来、これまで453名が卒業しております。この場を借りて御礼申し上げます。さて、本日の議題である在宅医療・介護連携推進事業については、地域包括ケアシステムの要の一つとして高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしが続けることが出来るよう、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する為に、市町村が主体となって地域医師会と連携を

密にしながら地域の関係機関の連携体制の構築を推進する為に実施されますが、この事業を円滑に行うには市町村間との連携はもとより私達地区医師会や県医師会との連携も欠かせません。そこで本日は皆様から、活発な意見を述べて頂き、事業推進に大いに役立てていただければと思います。最後に今以上に、各地区医師会の皆様と顔のみえる連携体制が構築できることを祈念致しまして、主催者の挨拶とさせていただきます。」との挨拶があり、これに引き続き、本会からの発表に移りました。

以下、協議会の内容（概要）について報告いたします。

【発表】 中部地区医師会での校医による学校健診の取り組みについて……中部地区医師会学校保健担当理事 富名腰義裕

【発表趣旨】

中部地区医師会では、学校保健活動を地域医療の重要な柱の一つとして復帰直後の昭和47年5月より取り組んでおり、管内の公立幼稚園、小、中、高等学校へ学校医配置を行っております。

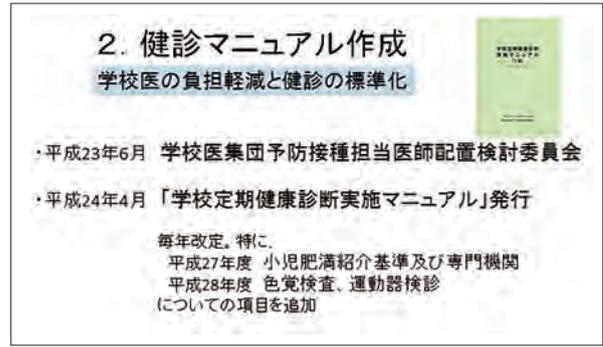
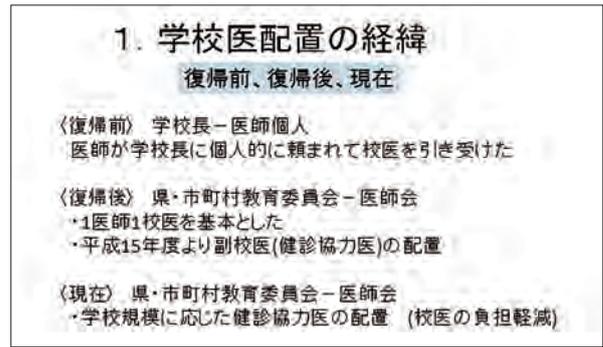
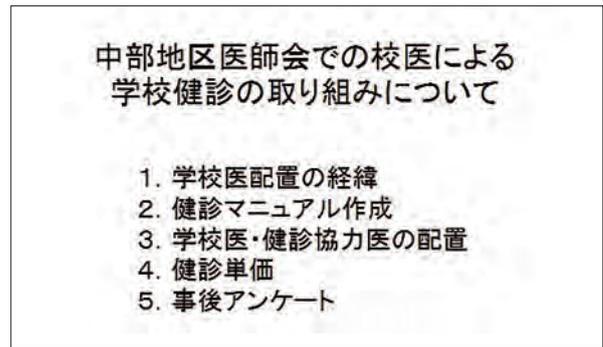
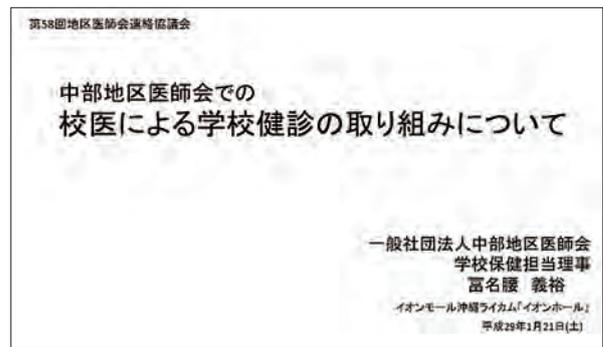
しかし近年、明確な理由なく学校医配置に協力して頂けない会員が増加傾向にあり、そのしわ寄せが一部の会員への負担増となる悪循環を来し、学校医配置の仕組が破綻の危機を迎えつつあります。

このため本会では「学校医及び予防接種配置検討委員会」を立ち上げ、平成24年度から学校保健活動への医師会としての協力のあり方を検討したところ、現行での健診体制では『学校医への負担が大きい』という意見が大多数を占めています。それを軽減するために「複数医師による学校健診」を検討した結果、学校の規模（児童生徒数）に応じ、医師会から複数の健診協力医を配置し、また、学校健診の負担軽減を図る目的から、平成24年度より学校定期健康診断実施マニュアルを作成し、毎年関係者からの意見を踏まえ、その見直しを行い、その都度改定を行っております。平成27年度には小児肥満紹介基準値及び専門機関を追加し、平成28年度改訂版（5版）に色覚検査・運動器検

診に関する項目を追加し、平成29年度改訂版（6版）は運動検診調査票を追加し発行する予定となっております。

以上のような取り組みにより、学校医、養護教諭に行うアンケートにおいては、年を重ねる毎に良い結果につながっていることから、今回、各地区医師会にも発表を行うこととしました。

【当日使用スライドより】



3. 学校医・健診協力医の配置

学校規模に応じて協力医を配置

生徒数÷100÷3≥1.6 学校医+協力医1名
 生徒数÷100÷3≥2.6 学校医+協力医2名
 生徒数÷100÷3≥3.6 学校医+協力医3名

【参考】
 生徒数480～779名:協力医1名
 生徒数780～1079名:協力医2名

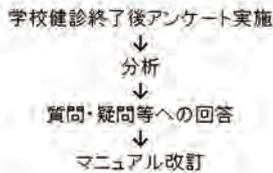
校医配置学校数、児童生徒数

学校区分	学校数	生徒数
県立学校	24校 (県立高校19校 ※中2校含む) (児童学校5校 ※分校1校含む)	16,371名
市町村立小学校	62校 (小中校1校含む)	39,436名 小中学校 34,961名 幼稚園 4,475名
市町村立中学校	29校	17,039名
その他	1校(沖縄アミューズインターナショナル)	517名
合計	116校	73,363名

平成28年5月現在

5. 事後アンケート

校医、協力医、養護教諭



養護教諭及び学校関係者の対応について(%)

※ 会員からの回答



校医及び養護教諭の対応について(%)

※ 養護教諭からの回答



中部地区医師会では、平成24年度より学校健診終了後に、学校医、健診協力医、養護教諭

にアンケート調査を依頼し行っており、その内容を受け翌年の学校健診実施マニュアルに活用している。平成28年度は学校医、健診協力医からの回答率は約65%であった。養護教諭からは約86%となっており、学校医、健診協力医からは全体で96%の先生方から、学校の対応に満足しているとの回答があった。また、養護教諭の96%からは、学校医、健診協力医の対応に満足しているとの回答があり、確実に成果につながっており、今後も学校健診の充実に向け取り組んでいきたいとの発表があった。

このことについて質疑応答を行ったところ、各地区共に学校医の配置、養護教諭や学校関係者との関係には苦慮しているとの発言があり、その改善に向けての意見を求められ、中部地区においては、校医配置に関しては、開業(入会)の際に学校医へ協力する旨の誓約書を交わしているが、毎年、病気による辞退者以外に、協力できないという先生方もいる中で、何とか配置を行っている。学校側には、学校保健活動への重要性を認識させることを目的に養護教諭との意見交換会、更には研修会等の開催を行っており、連携強化には今後共、地道に取り組んでいきたいとの発言があった。

【議題】北部地区医師会提案

「対宅医療・介護連携推進事業の各地区の取り組みについて」

【提案趣旨(要旨)説明】

超高齢化が進む中、平成30年4月より「医療・介護連携推進事業」が市町村主体で始まり、医師会としての役割も多くなることとなっており、那覇市、浦添市以外の地区では、複数の自治体との契約になることから、課題となると思われるのが特に、(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進。(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援。(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援。の3項目であると考えております。そこで各地区における取り組み情報及び今後の課題について意見交換したい。

(北部地区医師会回答)

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進について

・在宅診療を行っている7名の先生方を中心に多職種会(歯科医師、薬剤師、介護支援専門員等)を行い顔の見える関係(お願いしやすい、されやすい)構築を図る。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援について

・今年度中に医療施設・介護施設宛にアンケート調査後、資源マップを作成しHPまたは、冊子等を作成し各施設へ配布する。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援について

・専任職員の配置が行えてない為、4月からの新年度に向け人選し相談窓口の設置に向けて取り組みたい。また北部地区医師会病院の看護部や医療連携室の専門職員ソーシャルワーカー等の人事のローテーションを行い対応を検討中である。

(中部地区医師会回答)

中部地区医師会では、平成24年度より平成27年度までの間、沖縄県の補助により、「在宅医療連携拠点事業」、「在宅医療連携体制整備事業」を実施して、連携体制の強化を図ってきましたが、平成28年度より「在宅医療・介護連携推進事業」として、その実施主体が保険者である市町村に移管されました。これに関連して、沖縄県医師会では、沖縄県からの委託により「在宅医療・介護連携に関する市町村支援事業」として、各市町村の整備体制を進め、その結果、「在宅医療・介護連携推進事業」は、平成29年1月からのスタートとなり、本会では、沖縄県介護保険広域医連合からの委託により、管内である6町村(西原町・中城村・北中城村・北谷町・嘉手納町・読谷村)に金武町・宜野座村・恩納村を加えた9町村については、(ア)～(ク)の8つの事業項目の中から、平成28年度に限っては(ア)地域の医療・介護資源の把握、(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(カ)医療・介護関係者の研修の3つの事業項目について行うことになりました。残る管

内3市(沖縄市・うるま市・宜野湾市)については、平成29年度から実施の予定となっております。管内9市町村に加え、金武町、恩納村、宜野座村を加えた12市町村で(ア)～(ク)の全ての事業(8項目)を行います。

そこで中部地区医師会では、12市町村で人口533,826名、内65歳以上107,085名となっており、活動地域、人口規模も大きいことから、今回、北部地区医師会より提案のありましたことについては、同様の課題となっております。各地区より意見を拝聴したいと思います。

【中部地区医師会の予定している事業内容】

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進について

・在宅医療を希望する患者やご家族に対して在宅医、訪問看護、居宅介護施設等の紹介。
 ・多職種間(行政、地域包括支援センター、医療機関、在宅療養支援診療所、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員等)と連携し、在宅医療、介護連携に関する情報交換、情報共有を行い、訪問看護との連携を図る。

・在宅医療・介護に関わる職種別の会議、グループワーク等を開催し、提供体制の構築を図る。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援について

・関係機関の既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その活用、改善を検討する。
 ・可能であれば全県下統一の医療・介護施設マップ(Google map、おきなわ津梁ネットワークの活用)施設情報の掲載を行い、更に多職種間での情報共有、連絡体制の構築を図る。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援について

・「在宅医療・介護連携支援センター(仮称)相談窓口」を設置し、365日24時間体制で運営を行ない、在宅医療・介護関係者、地域住民からの相談及び紹介業務等を行う。
 ・市町村、地域包括支援センター等との連携を図る。

(ウ)、(エ)、(オ)の事業については、上記に示したとおり事業を行っていく予定であります。が、(エ)の項目にある、医療・介護連携ツール、医療・介護マップの構築等については、各地区医師会が2次医療圏毎に収集する情報をもとに、全県下として統一した医療マップを構築していくことは有用であると考えます。これについて各地区医師会のご意見をご教示願いたい。



(浦添市医師会回答)

浦添市医師会におきましては、平成27年度より浦添市からの委託を受けて当該事業を開始しております。

提案趣旨にもごぞいますように、浦添市医師会は浦添市との1市1医師会として、行政との緊密な連携を図りながら当該事業を実施しており、複数自治体との契約により、今後当該事業を開始または開始予定の地区医師会とは状況が異なるものと考えます。

浦添市医師会における当該事業の取り組みに関しましては、これまでも沖縄県や沖縄県医師会の主催する当該事業に関する研修会等で、担当理事やコーディネーターによる取組報告を行い、昨年10月にも宮古島で開催されました「九州在宅医療推進フォーラム」におきましても、九州各県の自治体や医師会関係者へ浦添市医師会の取り組みを紹介させていただきました。

この「在宅医療・介護連携推進事業」につきましましては、(ア)～(ク)の8つの事業項目がごぞいますが、どの項目においても地域の医療・介護・保健・福祉関係者や、実施主体である市町村職員との連携が不可欠となっており、複数自治体との契約になります各地区医師会におき

ましても、配置されます連携コーディネーターが中心となり、8つの事業項目を実施していくことが望まれます。

今後、各地区において当該事業が展開される中で、それぞれの課題が抽出されてくるものと思われるので、沖縄県医師会に設置されている「地域包括ケア対策委員会」や「コーディネーター連絡会議」等の場を有効に活用しながら、各地区における課題の情報共有や解決策の検討、連携構築の方策等について議論されることが重要かと考えます。

(那覇市医師会回答)

「在宅医療・介護連携推進事業構築」の現状の取り組みについて

那覇市医師会では、「在宅医療・介護連携推進事業」を平成29年4月から那覇市からの委託を受け実施する予定であります。

地域包括ケアシステムの構築という点では行政と医師会が協働して主導的役割を果たすべきと考えており、当会ではこれまでも那覇市と協力して「在宅医療・介護連携推進事業」を進めて参りました。

平成22年11月10日に那覇市在宅療養支援診療所連絡会を立ち上げ、概ね2ヶ月に1度開催しております。また、連絡体制構築のためにメーリングリストを構築し患者紹介のコーディネーションや副主治医の設定、輪番制など負担軽減策について話し合っ参りました。

当会が音頭をとり、平成20年9月9日より多職種での「顔合わせ会」を開催し、講演会、ワークショップなどの研修事業を行っております。本年5月で27回を数えます。

平成23年10月30日には那覇市の在宅ケアに関わる多職種で構成される「那覇市在宅ケアネット世話人会」を立ち上げ、以後は「那覇市在宅ケアネット顔合わせ会」、「市民フォーラム」、「在宅医療(ケア)の講演会・ワークショップ」、「多職種懇親会」の企画運営を行っております。

在宅医療を始める施設を増やすための策として平成23年8月から「在宅医療推進の為の勉

強会」を開催しており、平成 28 年 5 月までに 19 回開催しております。

在宅医療を始めるにあたり手続き方法や診療報酬、在宅医療の実際など分からないとの声が依然として多い事から今後も定期的に開催していく予定です。

(南部地区医師会回答)

南部地区医師会のこれまでの主な取り組み

平成 23 年度

- ・在宅医療の連携に関する現況調査実施
- ・在宅医療連携体制構築に向けた意見交換会開催

平成 24 年度

- ・在宅医療連携ネットワーク委員会発足
- ・在宅医療に関する講演会開催
- ・在宅医紹介事業開始

平成 25 年度

- ・南部地区在宅医療支援ネットワーク協議会発足
- ・在宅チーム医療を担う地域リーダー研修会の開催 (那覇・浦添・南部共催)
- ・症例検討会実施

平成 26 年度

- ・同一建物居住者に対する訪問診療料等大幅な減額改定に関する意見交換会開催
- ・在宅医療講演会開催
- ・多職種グループワーク実施

平成 27 年度

- ・市民公開講座を開催
- ・南部地区認知症対策ネットワーク協議会発足

平成 28 年度

- ・在宅医療・介護連携推進事業受託 (以下の事業を実施予定)
 - (ア) 地域の医療・介護資源の把握
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
 - (カ) 医療・介護関係者の研修
 - ・コーディネーター配置
 - ・南部地区在宅医療・介護連携推進事業担当者連絡会議開催

平成 29 年度

- ・在宅医療・介護連携推進事業受託予定 (ア) (イ) (カ) 以外の事業項目にも取り組む予定だが、具体的な内容は来月 (2017 年 2 月) 発足予定の「在宅医療介護連携支援ネットワーク協議会」を中心に今後検討を行う。

(宮古地区医師会回答)

- (ウ) 地区全体での体制構築はまだ推進できていない。
- (エ) 既存の情報共有シートは
 - ・県立病院地域連携室でケアマネ等が「利用者情報提供書」を利用している。
 - ※県立病院地域連携室と宮古地区ケアマネ連絡会で協議し作成。
 - ・民間病院ではケアマネ等が「居宅介護支援入院依頼書」を利用している。
 - ※民間病院の指定用紙。
- ・地区全体での「共有」については、支援できておらず今後の課題。
- (オ) 当医師会は平成 27 年 9 月、市より委託を受け「相談室」を開設し相談支援を行っている。
- ・現状：相談件数 17 件
 - (平成 28 年 4 月～11 月 今年度は相談、連絡調整で仕分けして記載)
 - (平成 27 年度 9 月～平成 28 年度 3 月は件数 203 件)
 - ※相談内容：地域包括支援センターと大部分で重複する
- ・これらの相談件数は予想より低いものと考えています。
- 理由 1) 既に医療機関、介護事業所が直接相談しあえる土壌が構築されているため相談数が少ない。
- 理由 2) 「宮古島市在宅医療と介護をつなぐガイドブック」を 2016 年 4 月に作成し各関係施設に配布をしており、その冊子利用により相談機会が伸びていないものと現在考えています。詳細は継続検討中。

(八重山地区医師会回答)

在宅医療・介護連携推進事業は、平成 30 年 4 月には、八重山の各自治体で主体的に取り組

むことが求められており、石垣市においても、地域密着型サービスなど、高齢者が介護を必要な状態となっても、可能な限り住み慣れた地域での生活が継続できるように第6期介護保険事業計画に基づき、基盤整備を進めている経過途中にある。

八重山地区医師会では、運営委員会などに参加して医学的立場から提言して貢献に努力している。他の自治体(竹富町、与那国町)については、地理的ハンディキャップのため医師会が関わるのが困難な状況で、訪問診療などは各離島の診療所や看護師に頼っているのが現状である。

事業の具体的取り組みとして、八重山地区医師会がどのように関わっていくかという提案を受け検討してみた。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

1 県立病院、2 民間病院が訪問診療、訪問介護を行っているが、まだ十分にサービスが行き届いているとは言えない状況。八重山は小さな離島が複数あり、これからも地域の医療資源に合わせて構築を推進していくことが重要と思われる。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

八重山の医療・介護関係者を対象に、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催、これから機会があるごとに医療・介護関係者に限らず一般住民も巻き込んだ啓発活動に努力する方針。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口

八重山地区医師会においては、残念ながら諸種の事情により相談窓口は設けていない。しかし将来においては看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、ケアマネジャー資格を持つなど、介護に関する知識を有する人材を配置できるよう、努力していかなくてはならないと認識している。

以上、各地区から一通り、議題に対する回答があり、その後本議題について、各地区から意見を求めたところ、今後、在宅医療・介護連携を推進するためには、看護師等、コ・メディカルスタッフの充実が不可欠であり、特に医療従

事者不足の深刻な離島地区においては、離島独自の奨学金制度の創設を行ってはその意見があった。在宅医療については、その負担は大きく、出張等による主治医不在の場合の代診対応について各地区どう行っているかの質問には、診療所間の顔の見える連携強化、強化型による在宅療養支援診療所の設置や、紹介元病院との連携強化(紹介元病院より代診医を派遣)の構築を行なっていくことが必要であるとの認識で一致した。その他、在宅医療・介護連携推進事業を推進して行く上で地域住民への啓発活動も重要である。訪問診療の行きつく先は自宅での看取りということになると思うが、特に看取りについては家族のハードルも高いことから、その辺の啓発活動も重要であるとの意見があった。このことについて、那覇市医師会より、看取りについてハードルを下げるためにも市民に理解してもらうことは重要であり、明日開催する市民向けフォーラムでも取り上げるとの意見があった。



これに引き続き、浦添市医師会及び北部地区医師会よりそれぞれ、下記のことについての協力要請が行われた。

演劇作品『ゆずり葉の季節』 沖縄公演への協力について (要約)

浦添市医師会 会長 池村 剛

先程から看取りの話が出ておりますが、「ゆずりはの季節 (はる)」という看取りをテーマにした演劇を劇団たんぼぼが行います。児童向けの演劇を行っているたんぼぼが、何故今回の公演を行うのかと気になったところ、日本在宅医学会より依頼があったそうです。来る3月13日に浜松での日本在宅医学会で初演が行われ、12月に沖縄県でも3回の公演を予定致し

ております。在宅での看取りに関して色々なご発言がありましたが、浦添市医師会では、在宅医療・介護連携推進事業の中の（キ）地域住民への普及啓発において、市民への活動も行っておりますが、こういった文化・芸術面からの普及活動も大切ではないかということで、劇団たんぼぼからの提案を受入れました。沖縄県からも補助事業として予算が計上され、1,000円～1,500円の入場料で賄えるということですが、それでも足りない部分があり、各地区医師会にもご協力頂きたく宜しくお願い致します。劇団たんぼぼからは、看取りに関しては間違った発信にならないように、十分検討した上で劇を作っているということです。また沖縄県も地域医療・介護連携事業を進めるうえで地域住民への普及啓発として進め行きたいとの事ですので、各地区医師会のご協力宜しくお願い致します。

北部基幹病院の整備を求める署名活動への協力について（要約）

北部地区医師会 副会長 宮里 達也

経緯を少しご説明いたします。平成23年、私が県の福祉保健部長の際、県立中部病院より、県立病院では宮古・八重山を応援する人的資源が無くなりつつあり、北部地区に関しては北部地区医師会病院（200床）と県立北部病院（300床）の機能を統合して、研修機能を強化した病院作りが必要である。その為には医師も40数人と30数人で分散している状況を統合して、100人くらいの地域の基幹病院を作るようにと提案がありました。

その提案を受け、琉大病院も賛成であるということでしたので、北部選出の県議にもご協力願いたいと話をしたところ、色々なところで勉強会を行い盛り上がっております。

しかしながら、翁長知事は施政方針演説で当初は北部に基幹病院を作ると話をしていましたが、直後の5月の議会では検討へと変わっており、その後、県労組の公約違反になるとのことから、施政方針演説を撤回しました。

このことを受け、北部市町村会が中心になって5万人の署名を集める活動を行なうこととな

りました。北部地区医師会にも協力依頼が来ましたので、これに協力したいということで、本日は皆さんに資料を配布しております。全面的なご協力を宜しくお願い致します。

以上、浦添市医師会、北部地区医師会より協力依頼があり、今回の「第58回地区医師会連絡協議会を終えるに当たり安里哲好沖縄県医師会会長からのコメントと、宮古地区医師会の竹井会長より次回開催地区の挨拶を頂きました。

沖縄県医師会会長コメント（要約）

沖縄県医師会 会長 安里 哲好

新しい年を迎えました。今年も地域の保健・医療・福祉へご尽力頂きますよう宜しくお願いします。さて、本日の協議会の様に、各地区の様々な諸問題を提案し、意見を交換し情報を共有することは大切なことだと強く感じているところでございます。中部地区医師会からの発表で、学校医配置等の歴史的な背景と、検討委員会を立ち上げ定期健康診断マニュアルを作成し、毎年改善を行い73,000人の健診を行ったことに敬意を表します。養護教諭・学校からの満足評価が95%もあり、かなり評価ができるのではないかと感じております。

在宅医療・介護連携推進事業に関しては各地区から発表がございましたが、浦添市医師会は、その取り組みが九州では有名になっておりますが、県内では担当する市町村が浦添市や那覇市のように1市1医師会の地区と、中部地区医師会のように12市町村の地区、また、宮古・八重山の離島地区と色々背景が違う中で、地域の実情に応じた工夫が必要じゃないかなと感じている所でございます。

去年から今年にかけて地域医療構想の策定がございました。これは平成30年度の第7次保健医療計画のたたき台となるもので、各地区、各医療圏で更に検討して、平成30年度の改定に向け、取り組んで頂ければと思っております。

沖縄県医師会はこれからのテーマとして3つ程挙げています。1つは地域包括ケアですが、在宅医療・介護の連携を更に1年、2年と継続して充実させて頂きたいと思っております。2つ目は

北部地区医師会から協力依頼がありましたように、基幹病院構想の件ですが、皆様方のご協力を宜しくお願い致します。

3つ目に、沖縄県の65歳未満の健康状態についてですが、死亡率が全国1位と悪く、皆様には日々の診療あるいは保健活動の中で、常にそういう視点を持ちながらご尽力頂けたらと思います。

最後に本日は中田会長のお取り計らいで、こういうハイカラなところで会を催して頂き感謝申し上げます。本日は誠にありがとうございました。

次回担当地区医師会長挨拶 (要約)

宮古地区医師会 会長 竹井 太

宮古地区医師会の竹井でございます。来年は宮古島へ来て頂いて、日頃の疲れも取って頂きながら、沖縄県の将来について話していける会を持ちたいと思いますので、宜しくお願い致します。

私は宮古地区では初めて島外から来た者で会長をさせて頂いており、宮古のしきたり・皆さんのしきたり・沖縄のしきたりがあまりよく分っていませんが、良い協議会になるよう努めたいと思います。なるべく多くの方に来て頂いて、宮古のいい空気を吸って、心穏やかに帰って頂ければと思いますので宜しくお願い致します。

以上の挨拶があり、最後に本会、新里勇二常任理事より、「本日はお寒い中、県医師会・各地区医師会の先生方並びに事務局の方々に大勢

お越し頂きありがとうございます。本日の協議会ではまず、本会の富名腰理事より中部地区医師会での校医による学校健診について発表していただきました。その後協議題といたしまして、北部地区医師会より在宅医療・介護連携事業の地区の取り組みということで、多くの先生方からご意見を頂戴し、各地区とも参考になったと思います。浦添市医師会の池村会長から演劇公演への協力依頼、北部地区の宮里副会長から基幹病院の署名運動への協力依頼がございました。また安里県医師会会長からは貴重なコメントを頂きました。来年は宮古島での開催でございますので竹井会長、宜しくお願いいたします。それではこれをもちまして、「第58回地区医師会連絡協議会を閉会致します。」との閉会の挨拶があり、第58回地区医師会連絡協議会は盛会の内に終了し、引き続き懇親会をイオンモール沖縄ライカム5階「ROY'S」を貸切って開催し、終始和気藹々とした雰囲気の中、惜しまれながら、午後10時、宮古地区の竹井会長からの閉会の挨拶を以て終了いたしました。

尚、翌日は沖縄ロイヤルゴルフクラブにおいて、懇親ゴルフコンペ(参加者14名)が開催され、那覇市医師会の長嶺信治理事が優勝され、準優勝に浦添医師会の池村副会長、3位に中部地区医師会 松嶋顕介副会長が見事、受賞されました。

【参考資料】在宅医療・介護連携推進事業 (介護保険の地域支援事業、平成27年度～)	
<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護連携推進については、医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23、24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険の中で制度化。 ○介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市医師会等と連携しつつ取り組む。 ○実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。 ○各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施。 ○事業項目の一部を都市医師会等(地域の中核的医療機関や他の団体を含む)に委託することも可能。 ○都道府県・保健所は市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援すると共に、都道府県を通じて実施状況を把握。 	<ul style="list-style-type: none"> ○事業項目と取組例 (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 ◆結果を関係者間で共有 (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 ◆情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により連携の取り組みを支援 (カ) 医療・介護関係者の研修 ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 (キ) 地域住民への普及啓発 ◆地域住民を対象としたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
<p>※平成29年度より本島内の全ての地区医師会において市町村からの委託により取り組む予定となっております。</p>	

生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

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

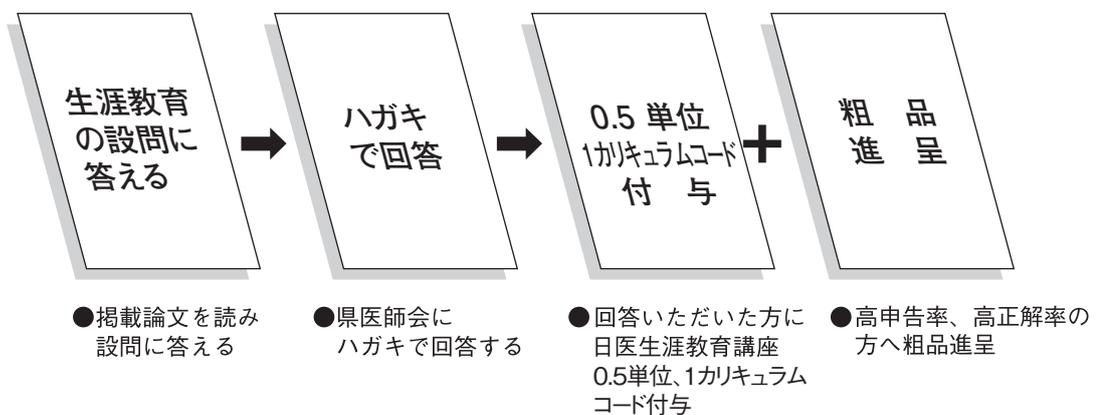
日本医師会生涯教育制度は、昭和 62 年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

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

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

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

広報委員会



進行性腎細胞癌治療の移り変わり

沖縄徳洲会南部徳洲会病院 泌尿器科 部長 向山 秀樹

【要旨】

腎細胞癌は5大癌にも含まれませんし、あまりマスメディアには話題にならないようですが、近年増加傾向にある癌種のひとつです。腎細胞癌には特有の性質がいくつかあり、一部の科学者には絶好の研究対象となってきました。臨床的にも不思議な癌種で治療10年後に突然再発したり、癌が自然消退したりすることもあります。同腎細胞癌は約4半世紀前までは治療困難な悪性腫瘍のひとつでした。その理由としてはまず発見されたときにはすでに進行している場合が多かったこと。加えて外科的切除以外には化学療法、放射線治療が奏功しないためでした。その反面、腎細胞癌には免疫源性强いという特徴があり、この性格を利用して免疫療法が検討されてきました。ところが試験管内はともかく、実臨床の場において治療効果は十分とはいええず、試行錯誤を繰り返しているうちに、2008年本邦では悪性腫瘍領域で初めて分子標的薬が認可され治療方法が一変しました。ただし分子標的薬をもってしても完全治癒は困難ではあったところに、分子標的薬導入後約10年を経て、再度あらたな免疫療法が導入されました。このように治療方法が劇的な変化をしている腎細胞癌について今回は述べたいと思います。

【はじめに】

腎細胞癌はドイツの病理学者 Grawitz 博士により報告され、長年治療困難な悪性腫瘍のひとつに数えられてきました。腎細胞癌は古典的には三主徴として、肉眼的血尿、側腹部痛、側腹部腫瘤にて発見され、多くは進行した状態で診断されていました。ところが腹部エコーおよびCT, MRIの普及と進歩により早期の状態での診断される割合が増加しました。しかしいまだに診断時すでに転移を来している症例や、術後に再発をきたしてしまう症例も少なくありません。病理組織学的には腎細胞癌は近位尿細管上皮から発生することが多く、腎臓原発の腫瘍の約90%を占めます (Fig.1)。腎細胞癌の病理組織

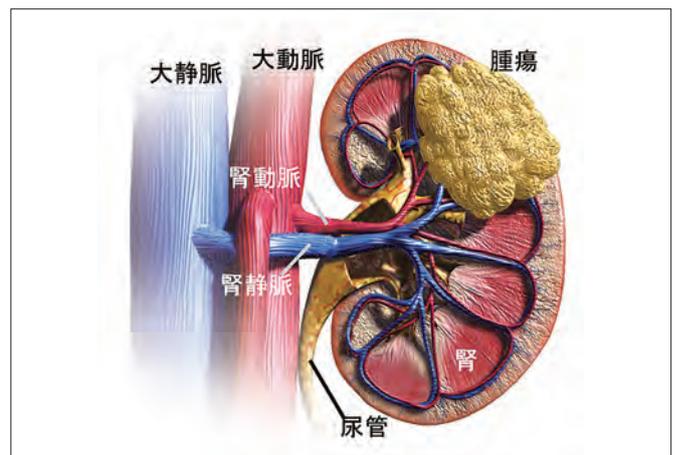


Fig.1 解剖

型のうち70から80%が免疫源性强い淡明細胞型腎細胞癌で (Fig.2)、初診時に転移が認められる患者が約20%、局所性腎細胞癌と診断



され手術をうけても、その後転移を認める患者が約40%程度存在します (Fig.3)¹⁾。腎細胞癌の治療の発展はほぼ二点に集約されます。ひとつは各種検査機器の発展によって診断される頻度が多くなった初期の腎細胞癌に対する手術療法。そしてふたつめが今回のテーマである進行してしまった腎細胞癌に対する治療方法です。

【腎細胞癌の疫学】

腎細胞癌は世界全体では男性で7番目、女性で9番目に多い癌であり、全世界の罹患患者数は年間約20万人、死亡者数は約10万人と推測

されています。同患者数は経年的に増加傾向を示しており、過去20年間で年間発症率が毎年2%増加しています²⁾。本邦では国立がんセンターの2016年がん罹患数予測で腎臓がんは腎・(膀胱を除いた) 尿路として男女計で10位、男性では6位、女性では13位、がん死亡数予測では男女計で11位、予想死亡数は9,400人/年、男性では10位、女性では12位となっています。

【腎細胞癌の危険因子】

性別では男性に多く、50歳代に好発します。生活習慣としては喫煙、肥満、高血圧が危険因

組織型	有病率	腫瘍の特徴	顕微鏡像
淡明細胞型	70-85%	腫瘍は多色だが、表面が黄色で病巣中心部が白色または灰色のことが多い	
好色素性 (乳頭状)	10-15%	広範にわたり脂肪分の多い茶褐色の中心壊死が認められる	
嫌色素性	2-6%	1つ以上の固形腫瘍結節があり、表面はやや分葉し、断面は橙色を呈する	
オンコサイトーマ	2-5%	孤立した限局性でやや分葉状の固形腫瘍で、断面は黄褐色を呈する	
集合管癌 (Bellini管癌)	1%	腎髄質に限局し、白色を呈する	

Fig.2 腎細胞癌 (含オンコサイトーマ) の組織型

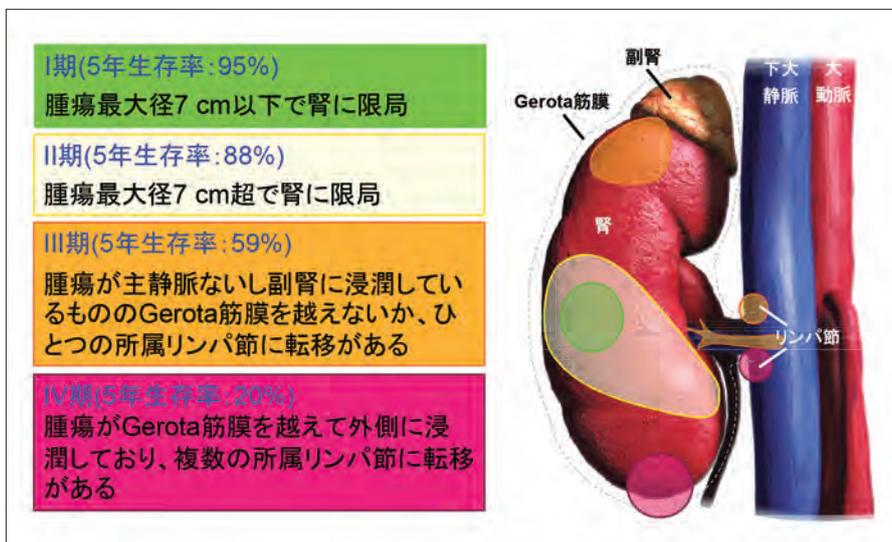


Fig.3 腎細胞癌の病期と生存率



子であり、透析患者の腎臓にも好発します。その他、腎癌の家族歴や薬剤としてはフェナセチンが知られています。遺伝的要因としては後述する VHL 病、その他結節性硬化症、遺伝性乳頭状腎細胞癌、Birt-Hogg-Dube 症候群、遺伝性平滑筋腫腎細胞癌、家族性腎オンコサイトーマ等があります¹⁾。

【腎細胞癌の臨床像】

前述しましたが診断時の古典的三主徴は肉眼的血尿、側腹部痛、腹部の腫瘤でしたが、大多数は無症候性のまま進行し、患者の 40% が診断時にリンパ節転移または遠隔転移を認めていました。また限局性腎細胞癌を治療した患者の 25 ~ 50% に転移が認められたとの報告があります (Fig.3)¹⁾。

【切除不能腎細胞癌に対する治療】

約 4 半世紀前までは腎細胞癌には、化学療法も放射線治療も効果が無い³⁾、限局性の腎細胞癌であれば患側の腎摘出術、転移巣へも可能な限り外科切除が施行されてきました⁴⁾。そして切除不能な腎細胞癌への治療としては、腎細胞癌の特徴として免疫源性强いことより、免疫療法が行われてきました。これは同じく免疫源性强いメラノーマにも当てはまります。治療方法は主に液性免疫を利用したものと、細胞性免疫を利用したものとに分かれていました。液性免疫で保険適応となったものは、インターフェロン α 、インターフェロン γ でした。インターロイキン 2 は欧米では適応となりましたが、本邦では臨床効果が十分に得られず、保険適応にはなりません。また保険適応になったインターフェロンも CR : complete response の報告もありはしましたが、実臨床では PR : partial response ですら認めることは少なく、他に治療方法がないために行っているのが現状でした。ちなみに欧米でのインターロイ

キン 2 の使用は高濃度インターロイキン 2 治療と呼ばれ、肺水腫などの副作用が強く ICU 管理が推奨され同治療における人的経済的負担に対する治療効果は満足のものではありませんでした。日本でもリンパ球にインターロイキン 2 を産生する遺伝子を組み込み、生体内でインターロイキン 2 を誘導する治療も試みられましたが、同治療も継続はされませんでした。一方細胞性免疫を利用した治療も多くおこなわれてきました。非特異的な細胞性免疫を利用した治療としては、in vitro で患者のリンパ球にインターロイキン 2 を投与して得られる LAK 細胞 (Lymphokine Activated Killer cell) を再度患者に投与する LAK 療法、おなじく in vitro で誘導させる NK 細胞 (Natural Killer cell) を用いる NK 療法、摘出した腎細胞癌の腫瘍内にあるリンパ球を集めて培養し再投与する TIL (Tumor Infiltrating Lymphocyte) 療法等がありました。LAK 細胞を腫瘍の栄養血管に直接動脈内投与し緩快を得た報告はありましたが、同様に継続される治療ではありませんでした。そこで目をつけたのがノーベル医学生理学賞を受賞した利根川進博士の明らかにした免疫の多様性、特に細胞性免疫の多様性を利用したものでした。これは T 細胞の細胞表面蛋白のひとつである TcR (T cell receptor) に認識される MHC (Major Histocompatibility Complex) 別名 HLA (Human Leukocyte Antigen) と癌抗原 (腫瘍ペプチド) のうち特に癌抗原を同定することにより、癌細胞特異的な T 細胞、特に表面抗原のひとつである CD8 陽性の Killer T 細胞を誘導させることが課題のひとつとなっていました。Killer T 細胞の TcR が何を認識するかの研究では同レセプターが、他人 MHC と癌細胞を攻撃することを利用して、わざと腎細胞癌の担癌患者に近親者からの輸血を行い GVHD の状態を引き起こし、腎細胞癌治療を行うことまで試され、ある程度の成果をあげました。ま

た同 MHC に提示されるペプチド（通常 7 から 9 個のアミノ酸）に関しても前述したメラノーマより発見された MAGE, RAGE などや、子宮頸癌の細胞株から抽出された、腎細胞癌特異的な炭酸脱水酵素である Carbonic Anhydrase Family に属する CA9（別名 G250）などがありました (Fig.4)。同 CA9 に関しては生体内ではほぼ腎細胞癌のみに発現しており、かつ in vivo の実験まで成功していました。また現在でも同ペプチド治療は久留米大学を中心に一部の施設ではおこなわれています。ただし同時代は 1962 年にワトソン博士とクリック博士により遺伝子の 2 重らせん構造が発表され、ノーベル賞を受賞された分子生物学の幕開けの時代でもありました。2001 年には人間の全遺伝子情報ですら解読され「サイエンス」「ネイチャー」に発表されました。同様に腎細胞癌の発癌メカニズムも分子細胞学を利用して解明されつつあったのです。

腎細胞癌の約 80 から 90% を占める病理組織型である淡明細胞型腎細胞癌を家族性に発症する Von Hippel-Lindau 病患者（家族）の遺伝子多型の解析より 1993 年淡明細胞型腎細胞癌の癌遺伝子（癌抑制遺伝子）が癌細胞としては初めて VHL 遺伝子として単離されました (Fig.5)⁵⁾。そこから腎細胞癌の発癌メカニズムの解明がはじまりました。正常 VHL 遺伝子は VHL 蛋白の鋳型となります。同蛋白質は VBC-Cul2 complex (VHL コンプレックス)

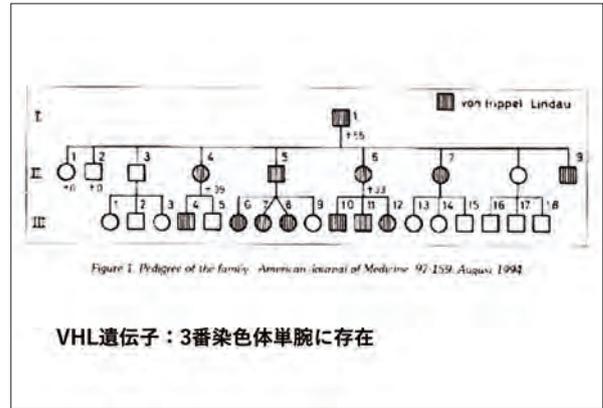


Fig.5 VHL 遺伝子家系

レックス) を作り RNA ポリメラーゼによる転写を防いでいるのですが、VHL 遺伝子に変異すると VHL 蛋白が不活化し VHL コンプレックスが作られなくなると癌促進因子 (VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor 等) を作る mRNA の合成と、その mRNA で作られるたんぱく質が増加します (Fig.6)。詳細は割愛しますが同蛋白の増加により細胞内が正常酸素状態であるにもかかわらず偽低酸素状態を作り出し、いくつかの低酸素下で誘導される癌もしくは癌化に促進的に働く蛋白が増加もしくは産生されます。その蛋白のひとつが、CA9 抗原であり同抗原を使用した腎細胞癌の治療が動物実験まで成功したのです (Fig.7)⁶⁾、ところが同ペプチドが臨床応用される前に、この腎細胞癌の発癌過程における癌促進因子である VEGF に狙いをつけた分子標的薬が登場しました。

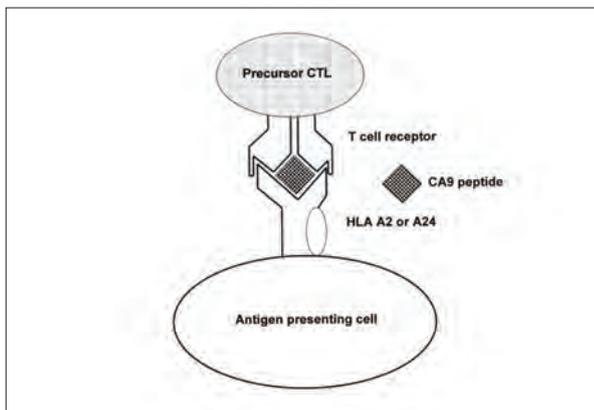


Fig.4 T 細胞の腎細胞癌認識メカニズム

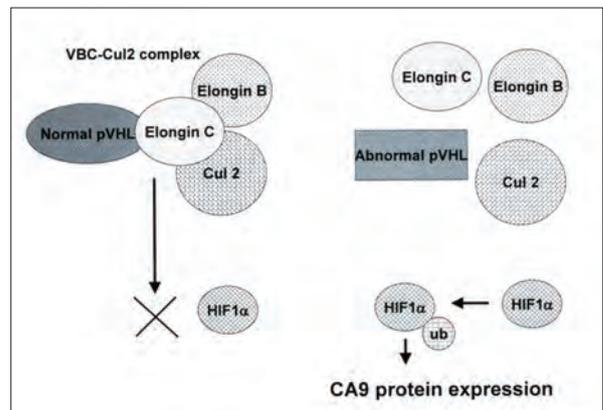


Fig.6 VHL 複合体

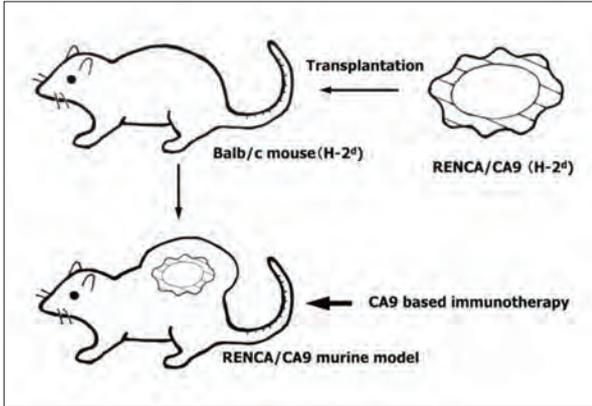


Fig.7 CA9 の in vivo 実験

2008年 切除不能腎細胞癌に対して本邦で初めての分子標的薬 (Sorafenib) が認可されました。Sorafenib は上記 VEGF 阻害薬であり、TKI (チロシンキナーゼ阻害薬) とも呼ばれます。同治療薬は内服であり、手足症候群等これまでの抗がん剤とは異なる副作用を示しましたが、その治療効果はそれまでの免疫療法を凌駕するデータを示しました。2008年直近の時点では、対治療効果および治療の簡便性から、ほぼインターフェロン α が主流であった治療方法が一変されたのでした (Fig 8, 9)。同薬導入当初は ASCO (米国腫瘍学会) 等でも作用機序の違いから同 Sorafenib とインターフェロン α の併用

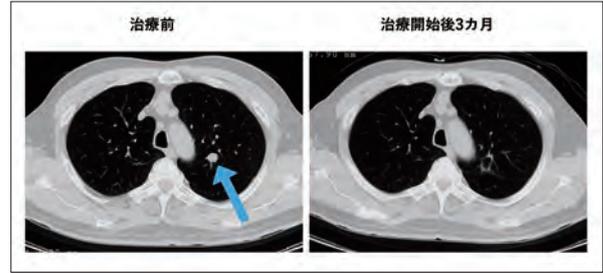


Fig.8 分子標的薬治療効果 症例1

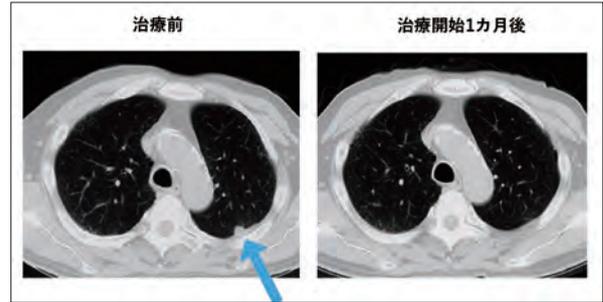


Fig.9 分子標的薬治療効果 症例2

をする施設もありましたが、各施設で治療効果が発表されてきてからは、ほぼ免疫療法は駆逐された感がありました。当院でのデータを供覧します。淡明細胞型腎細胞癌に限ってですが、その治療効果は CR・PR 合わせて 70% 以上のデータを示しました (Table 1)。そして同切除不能腎細胞癌に対する VEGF 阻害薬 (TKI) は次々に開発・認可され、現在では Sunitinib (ス

症例	投与期間 (/day)			休薬理由	効果	転帰
	800mg	休薬	400mg			
1	2W	4W	58W	手足症候群	PR	生存
2	16W				PR	生存
3	3W	4W	2W	手足症候群	PR	生存
4	6W	2W	8W	手足症候群	SD	癌死
5	2W	1W	5W	手足症候群	SD	生存
6	10W				PD	癌死
7	8W	4W	28W	手足症候群	PR	生存
8	8W	なし	12W	肝酵素上昇	PR	生存
9	16W				PR	生存
10	3W				PR	他因死

PR : Partial Response SD : Stable Disease PD : Progressive Disease

Table1 分子標的薬の治療効果



ーテント), Axitinib (インライタ), Pazopanib (ヴォトリエント) と計 4 種類、加えて作用機序は異なりますが mTOR 阻害薬として 2 種類 Everolimus (アフィニトール)、Temsirrolimus (トリーセル) 計 6 種類の分子標的薬が選択可能となっています。同治療薬の使い分けおよび、投薬する順番 (シーケンシャル) に関しては、大筋の流れは出来つつありますが、まだ現状では検討の余地はありそうです。ただ導入後約 10 年を経過して同分子標的薬でも治療困難な症例も現れてきました。これらの症例に対する治療をどうするか、Best supportive care を選択するか、服薬できるまでは内服を継続するのか、このときに再度免疫治療薬が脚光を浴びたのでした。従来の癌細胞表面の MHC (HLA) 抗原と腫瘍抗原 (ペプチド) を認識する T 細胞表面の TcR の研究から、その認識および細胞の接着結合を阻害してきた分子をブロックする免疫チェックポイント阻害薬 (T 細胞における接着阻害因子をブロックする PD1 抗体もしくは腫瘍細胞の接着阻害因子をブロックする PDL1 抗体) があらたに登場しました。同治療薬は当初は腎細胞癌同様に免疫源性的強いメラノーマに対して認可され、ついで腎細胞癌・肺癌、現在は他の癌腫にも次々と適応となっています。腎細胞癌に対して他の治療方法がなく、いわば姑息的な治療として行ってきた免疫療法が、新時代を迎えたといっても過言ではないかもしれません。現状ではまず薬剤が高価であり、加えて使用できる施設に制限があるなどの問題点がありますが、今後の切除不能腎細胞癌治療の一端を担うことは間違いないと考えられます。私信ではありますが米国では本邦に先駆けて免疫療法が見直され医療保険とのせめぎ合いの状態だそうです。

【まとめ】

腎細胞癌に限らず、次々と新薬が開発されることは、治療のオプションが増えるということですが、その反面混乱も起こしているのも事実です。また癌治療のガイドラインが泌尿器科領域においては日本、米国 (AUA)、ヨーロッパ (EAU)、NCCN 等で若干の違いがあること。また人種の違いがあるのに、そのままガイドラインを使用してよいのか、また同ガイドラインを誰が作成しているのか (泌尿器科医か、腫瘍内科医か、放射線科医か)、複数領域の医師が協力・意見交換をおこなっているのか、治療におけるエビデンスとなる研究・論文をそのまま日本人に適用してよいのか? また実臨床においては同研究・論文での対象となった患者背景以外の患者を治療しなければいけないのは臨床医として日常茶飯事であるのは、医師として誰もが悩むところでもあります。医療知識と医師と患者との信頼関係が最終的な治療方針・治療方法の指針になるのかもしれませんが。

【参考文献】

- 1 : Figlin RA: renal cell carcinoma: management of advanced disease. J Urol 161:381-386, 1999.
- 2 : SEER Cancer Statistics Review, National Cancer Institute.
- 3 : 垣添忠生 : 腎癌、癌と化療 21:1563-1570,1994.
- 4 : 向山秀樹他 : 腎細胞癌の骨盤骨転移に対して半骨盤切除術を施行した 2 例 . 泌尿紀要 45:467-471, 1999.
- 5 : Latif, et al: Identified of the von Hippel-Lindau disease tumor suppressor gene. Science 260:1317-1320, 1993.
- 6 : 向山秀樹 : 腎細胞癌における CA9 抗原の発現と免疫応答 . 西日泌尿 67:423-428,2005.



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（0.その他）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. 腎癌は腎盂尿管癌を含めた患者数で 2016 年において本邦第 10 位の罹患率である。
- 問 2. 腎癌の古典的 3 主徴は肉眼的血尿、側腹部痛、側腹部腫瘤であるが、現在では同症状で発見される患者数は減っている。
- 問 3. 腎細胞癌の 80% から 90% を占める淡明細胞型腎細胞癌の癌遺伝子は Birt-Hogg-Dube 症候群の患者より単離された。
- 問 4. 腎細胞癌に対して分子標的薬の登場は治療方法を大きく変えた。
- 問 5. 腎細胞癌は免疫源性が強い癌種ではあるが免疫療法は使用されなくなった。

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

1月号 (Vol.53)
の正解

心房細動の最近の知見

～ Common disease としての心房細動～

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 心房細動は稀な不整脈であり、Common disease とは言えない。
- 問 2. 心房細動を見つけ出すためには、脈拍触知することが重要である。
- 問 3. 心房細動患者の心原性脳塞栓症の予防のための抗凝固療法には、DOAC がワルファリンよりも推奨される。
- 問 4. 心房細動の心拍数調整には、ジギタリス製剤が、第一選択である。
- 問 5. アブレーションによる心原性脳塞栓症予防効果、および、心不全の予防／治療効果、さらには生命予後改善効果まで報告され始めている。

正解 1.× 2.○ 3.○ 4.× 5.○



当院の結核院内感染の状況と
今後の対策について



沖繩協同病院
（現 船橋市立医療センター
循環器内科）
芝山 納恵瑠

【はじめに】

結核感染は他疾患による主訴で来院し症状が目立たず診断が難しいことがある¹⁾。そのうえ、忙しい病棟業務・外来診療において患者の情報を知る時間には限りがあり、患者背景の把握が困難である。また、医療従事者の経験年数が浅い場合、結核の非特異的症状や胸部レントゲン写真の異常陰影で結核を想起できないことは十分に考えられる。看護職の結核罹患率の相対危険度は一般女性に比し3～4倍程度との報告もあり²⁾、結核院内感染拡大防止対策が十分であるとは言えない。

最近、当院でも結核院内発症が散見され院内感染対策に問題があると考えられるため、発症の背景を調べ、今後の対策を検討した。

【目的】

当院における結核院内感染拡大と考えられる事例があり、結核患者をより早期に発見できなかったのかの評価と当院における院内感染拡大防止対策を調べ、改善策を検討する。

【方法】

当院において2011年1月から2016年4月に診断した結核患者の発症様式とその後の対応をカルテ検索で調べた。以後、結果で述べる『結核発症ハイリスク群』とは厚生労働省ガイドラインに基づき、免疫抑制治療・血液透析・低体重・多量喫煙・糖尿病既往などを持つ患者群とした³⁾。

【結果】

2011年1月から2016年4月の期間に当院において結核症と診断された者は、66症例。結核感染症のうち肺結核と診断された者は48例(73.2%)、粟粒結核と診断された者は4例(6.2%)、肺外結核が13例(20.0%)。

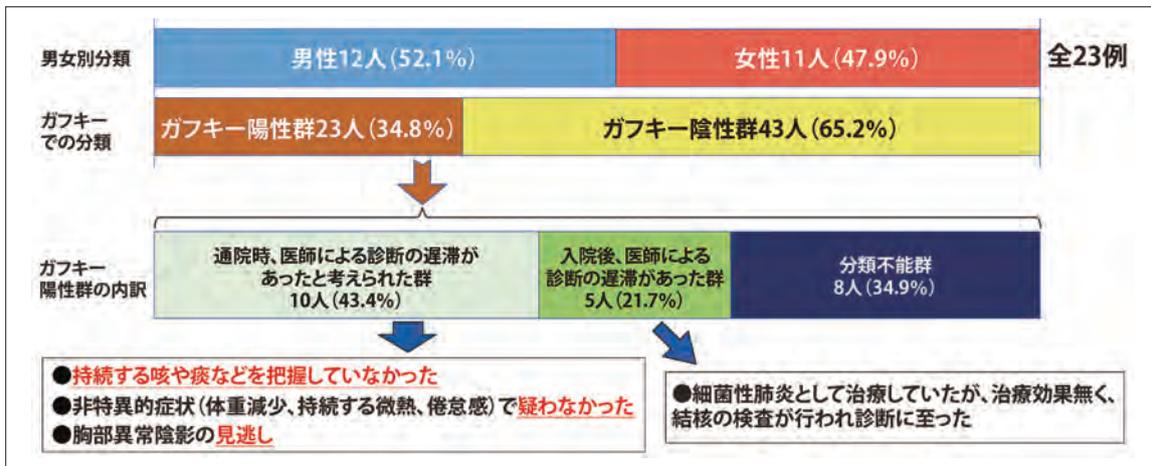
全結核患者の内、結核発症のハイリスク群に属する者が37人(57.6%)、結核発症非ハイリスク群27人(42.4%)、感染力の強いガフキー陽性者は23人(34.8%)、ガフキー陰性者は43人(65.2%)。結核発症のハイリスク群に属しかつガフキー陽性者であるものは16人であった。年代別での分類でみると60歳以上の高齢者が52人(80%)であり、その内のガフキー陽性者は18人(34.6%)であった。

以上から、結核感染患者でハイリスク群に属する者は41%がガフキー陽性(非ハイリスク群での陽性率は25.9%)である。また、結核感染発症者の80%は60歳以上の高齢者であり、そのうち34.6%がガフキー陽性者であった。

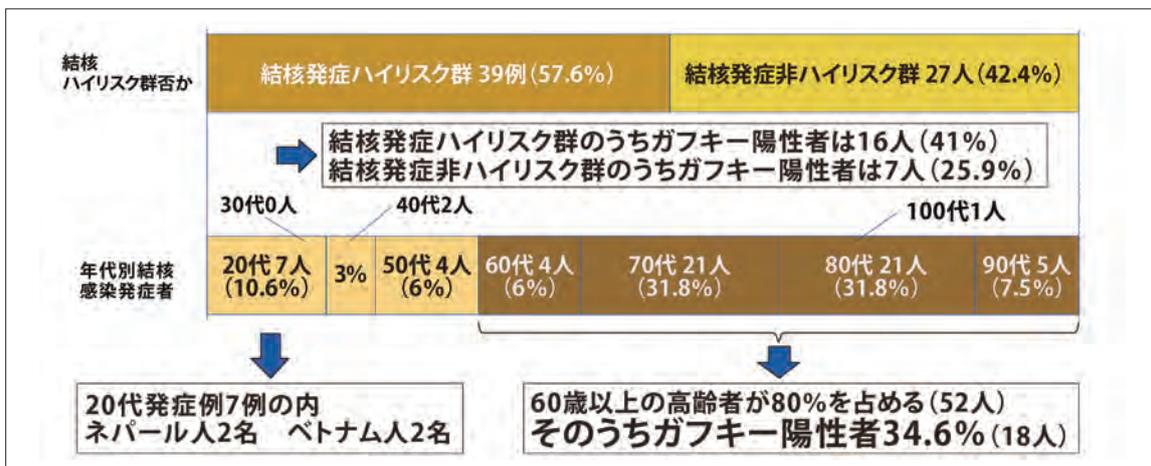
また、2016年に入り4人の外国人(ネパール人2名、ベトナム人2名)が肺結核を発症した。そのうち1名はガフキー陽性者であった。全ガフキー陽性者23人のうち、当院通院中に結核診断の遅れがあったものが10人、入院後に診断の遅れがあった者が5人、カルテ記載がなく診断の遅れの有無が評価できなかった者が8人であった(表①②参照)。

医師の診断の遅れの背景として以下の3つの要因があった。①患者の2週間以上持続する咳や痰を十分に把握していないこと②患者の非特異的症状(体重減少・持続する微熱・倦怠感)

【表①】 診断の遅れに至った要因



【表②】 結核発症ハイリスク群はガフキー陽性となりやすい



のために結核を疑わなかったこと③胸部レントゲン異常陰影の見逃しがあったこと。後方視的にカルテを分析すると以上の①②③を根拠に追加検査をしていれば、当該期間でガフキー陽性者のうち、外来通院中に平均6.7日間早く診断できたと考えられる。

入院後に診断が遅れた症例が5例あり、その診断までの平均期間は31日間であった。その5例は持続する発熱に対して、肺結核感染症以外の感染症の診断の下治療が行われていた。いずれも③胸部レントゲン異常陰影を認めていた。

当院の結核感染拡大予防策は、医師が『結核疑いあり』と判断したときに初めて行われる。その結果、ガフキー陽性の入院患者に対して空気感染対策がなされなかった期間は平均23.5日間であった。

結核感染症に罹患したかの判断を厚生労働省

のガイドラインに則り Interferon-Gamma release assay; IGRA 検査で行った (※1)。その際に、IGRA 検査のベースラインを把握していることが前提であるが、当院では入職時に IGRA 検査が施行されていないため、患者との濃厚接触3カ月以内に IGRA 検査をし、その検査結果を IGRA 検査のベースラインに代用している。結核患者と濃厚接触後にベースライン陰性から陽性となった者に関して感染成立としている。当院の全 IGRA 検査数は188人 (ベースライン陰性180人/ベースライン陽性8人; 3.72%)。結果、スタッフ2名が結核発症と判断され抗結核薬の内服を開始した。

スタッフ①: IGRA 検査のベースライン陰性から陽転化した

スタッフ②: 濃厚接触期間が61日間であったため、IGRA 検査のベースラインがもともと陽性であったが感染成立と判断した

※1 2013 年以前は IGRA 検査が施行されておらず、胸部レントゲンを定期的に撮影して異常陰影を認めたら結核感染成立と判断した。

【考察】

当院の結核感染拡大防止対策の問題点が2点ある。①医師の結核診断の遅れがあることと②感染対策開始が医師の判断のみにより行われていること。その解決方法として、慈恵医科大学の結核感染対策チームが行ったようなスクリーニングのためのチェックリスト(表③)を使うことが有用であると考えられる。チェックリスト使用により医師は効率よく情報収集できるのみならず、看護師もスクリーニング項目陽性であった場合、自動的に結核感染対策を開始させる取り決めをすれば感染対策の遅れが減少すると考えられる。

[表③]

氏名	_____	記載日	20__年__月__日
結核感染症予防のための問診票			
1. 結核の既往(有 無)			
(有)の場合			
I いつ ()			
II 治療経過→治療中・治療終了			
III 喀痰抗酸菌染色検査実施			
1 実施日	()	結果()	()
2 実施日	()	結果()	()
3 実施日	()	結果()	()
2. 結核既往のある方との同居歴(有 無)			
(有)の場合 本人との結核()			
3. 胸部レントゲン撮影(有 無)			
撮影日	()		()
結果確認	()		()
結核を疑う異常陰影(有 無)			
4. 2週間以上持続する咳、痰、微熱、倦怠感、血痰はありますか。(有 無)			
症状が出現してから社会的活動			
I 勤務状況	()		()
II 通勤方法	()		()
III サークル活動等	()		()
IV 交友関係	()		()
V 趣味	()		()
VI 読書	()		()
哺乳幼児、HIV患者、治療管理不良の結核病患者、免疫抑制薬治療例などのハイリスク接触者の有無 (有 無)			
濃厚接触者の有無と結核 (有 無)			

当院の結核患者の統計結果から結核発症リスク群に属する者または高齢者の肺炎患者に対しては、全例喀痰塗抹検査をして結核を除外した上で入院することがよいと考えられる。

また近年に至っては、結核罹患率の高い国から来日している外国人への特別な注意が必要ある。

具体的にはスクリーニング問診票の背景にある、結核感染症の病態や症状の出現様式、疫学などをコメディカルも周知できるように定期的な学習会を開き、かつ問診票の利用によって病院全体の結核感染症に対する意識向上と早期の感染対策が可能と考える。

今後、当院でも以上の方針で院内結核感染拡大防止策を講じ、診断の遅れの期間をどの程度改善できるか、院内発症例を防ぐことができるかの評価が必要である。

【結語】

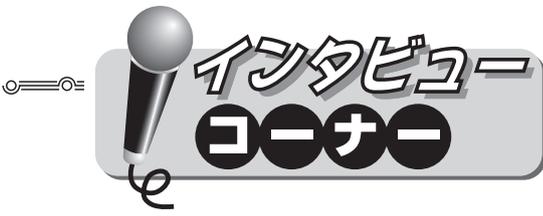
高齢者と結核発症ハイリスク患者の肺炎に対しては結核の除外を全例行い、医師の判断のみに頼らないどのようなコメディカルも使用できる結核感染チェックリストの活用が有効と考えた。

【終わりに】

沖縄県は喀痰塗抹陽性肺結核罹患率10万人対6.83人(67都道府県市のうち19位)、新登録結核患者のうち60歳以上が占める割合71.5%である⁴⁾。このような背景がある中、私自身、初期研修医と病棟で接していた患者がガフキー陽性者と判明したとき、なぜ結核を疑えなかったと深く考えることが今回の調査を促すこととなった。当院においては1ヶ月1人結核症と診断され、そのうち3人に1人がガフキー陽性者である。このような簡単な数字が結核症に対する注意を促すのに有用であると思われる。院内の感染拡大予防策を改善させていく必要がある。

【参考文献】

- 1) 菊池典雄, 他: 結核 67 (7): 495-507, 1992
- 2) 日本結核病学会予防委員会・治療委員会. 潜在性結核感染症治療指針. 結核 2013; 88: 477-481
- 3) 加藤誠也, 他: 結核院内(施設内)感染対策のてびき 平成26年版 厚生労働省インフルエンザ等新興再興感染症研究持病「結核の革新的な診断・治療および対策の強化に関する研究」2016年5月閲覧
- 4) 厚生労働省. 平成26年度結核登録者情報調査年報集計結果概要



沖縄では様々な感染症研究ができるという文化を、臨床の先生方と一緒に育てていければと思っております。今後ともよろしく願い申し上げます。



琉球大学大学院医学研究科細菌学講座 教授
山城 哲 先生

質問 1. 母校である琉球大学大学院医学研究科細菌学講座教授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。

母校に教授として赴任する事には特別の感慨を感じました。平成 10 年に琉球大学から米国 NIH の NIAID にある研究室に留学目的で渡り 18 年ぶりの帰還となります。2016 年 4 月に着任となったのですが、最初に感じたのは琉球大学医学部の雰囲気が明るく伸びやかになったな、ということでした。その感覚は赴任 10 か月を迎えた現在でもほぼ変わりません。学部としての年月を重ねることにより、自信が備わってきたという事でしょうか。学生も屈託がなく真剣に勉強をする諸君が多いような気がします。意外かもしれませんが、琉球大学医学部には外国籍の留学生がそれほど多くありません。私の前任地が長崎大学熱帯医学研究所でしたので留学生が特に多く、私自身も 2 人のベトナム人博士課程学生を主任教授として指

導しており、研究室内での公用語はほぼ英語でした。細菌学講座もそれに近づくようにしていきたいと思っています。

質問 2. 貴講座での、研究、人材育成について今後の課題、方針などについてお聞かせ下さい。

琉球大学細菌学講座の主たる研究テーマは、1. ベトナムにおける下痢症の疫学研究（そのうちに沖縄県内でも同様の研究を始めたいと思っております）、2. コレラ菌の分子疫学的研究、3. レプトスピラ症の研究、4. 腸管病原菌の病原因子発現機構をピンポイントに制御する植物由来のコンパウンドの研究、などです。いずれも楽しく（ちょっと厳しく）研究を進めており、業績も徐々に出てきております。私の教室では大学院生（博士課程、修士課程）を様々な分野から募集しております。疫学研究と細菌の病原性解析研究の双方を担ってもらい、自然科学領域におけるマクロの視点（疫学的研究）、ミクロの視点（病原性解析研究）をバランスよ

く教授していきたいと思っております。外国人学生を多く育て、琉球大学内の感染症や微生物学・免疫学関わる研究者に当講座を活用していただき、異文化が交流するサロンの場になればいいと思っております。そのような場での議論に耐えるには、まず我々がしっかりとした学問上の礎をもっていなければなりません。異なるエキスパティーズを持った方々による真剣で親密な交わり。そのような環境でこそ大きな研究が育っていくのだと思っております。

質問 3. 貴講座において特に力を入れている研究・活動があればお聞かせ下さい。

細菌学は医科学研究、特に感染症研究の中で長く中心的な役割を担ってきた分野の一つであると思っております。感染症は微生物学的側面、社会学的側面を色濃くもつ学問であり、当講座ではそれを意識して、疫学研究と細菌のもつ病原性解析の研究の双方を進めてまいりたいと思います。大学院生には指導教員とディスカッションを重ねて興味のあるテーマを決め、リサーチクエッションを抽出して仮説をたて、それを検証するためにエビデンスを集めていくという地道な作業を進めるべく指導をしていきたいと思っております。またアカデミアに対して謙虚であるために、先行する研究の情報を集めて自分の研究の立ち位置を確かめる習慣をつける指導をしていきたいと思っております。また、様々な機会を活用して学内・学外の感染症の研究者を琉球大学にお呼びしてセミナーを開催し、研究情報の交換をはじめとする交流を促進していきたいと思っております。

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。

琉球大学医学部医学科は医育機関の機能を担っております。私にとりまして本学学生はすべて後輩となりますので、出来の良い学生もそうでない学生も可愛く頼もしく感じており、一生懸命育てて行きたいと思っております。医療の一線でご活躍の県医師会所属の先生方には、どうぞ厳しく琉大出身医師のご指導をお願いしたいと思っております。そしてできましたら、琉大出身医師の長所、短所を教えてくださいたいと思います。ご示唆を教育に反映していきたいと思っております。また、私は東南アジアの下痢症に関する疫学研究を手掛けております。沖縄県内でも同様の研究を始めたいと思っております。その際にはご協力を賜ることができましたら幸甚に存じます。下痢症に限らず、細菌学、感染症にかかわる学際的な疫学研究は琉球大学医学部の特徴の一つになる素地があると思っておりますので、ぜひご協力をお願い申し上げます。また琉球大学大学院医学研究科は、社会人大学院生制度を広く活用しており、お仕事をつづけながら大学院生として臨床現場から上がってくる情報をまとめ上げ学位にすることが可能となってまいりました。ご勘案の機会があれば幸いです。喜んで協力をさせていただきたいと思っております。

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。

これ以上体重を増やさないように毎朝体重計に乗るようにしております。あまり食べすぎな

いこと、野菜から先に食べることを心がけております。家族と連れ立って週に一度は1時間程度のウォーキングおよびジムに通うことを心がけております。これといった趣味は持っていませんが、泡盛やワイン等は好きで、友人と会う際には一緒に楽しんでおります。仕事柄、東南アジア地区へ行く機会が多く、特にベトナムは10年近くお付き合いがあります。

座右の銘というほどではないのですが、「一隅を照らす。(これ即ち国の宝なり)」という言葉が何かの記事で目にとまりました。私の研究は華やかなものでは無く、この言葉に接したとき、ああ自分はこれだなと納得をしております心どこかに置いておりました。2年ほど前、娘が

関西に住んでいた時期があり、家内と訪問がてら、ふと比叡山に行ってみようかという事になりました。延暦寺の本堂(?)近くに行くと案内用の立て看板にこの文言が記されており、お寺ゆかりの最澄上人(宗祖)の言葉との添え書きがありました。予期せずこの言葉のゆかりの地に足が向かった事となり、なんだか不思議な気持ちにさせられました。それ以来この言葉がより強く意識されるようになっております。

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 清水 雄介

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。

長寿復活？ 地域医療構想？ 沖縄は大丈夫？

～ 2017 世界保健デーにちなんで ～



中部保健所長 伊礼 壬紀夫

毎年4月7日は世界保健デー World Health Day で、世界保健機関 (WHO) が誕生した1948年4月7日を記念して定められました。Health Day にちなみ、気になる Health 関連の話題について述べてみたいと思います。あくまで個人的な考えであり、所属する組織の見解ではありませんのでご了承ください。

1 肥満より喫煙と高血圧の方が高リスク

死亡に寄与している要因に関する研究では、肥満よりも喫煙と高血圧の方がはるかに高いリスクであることが示されています。

図1 非感染性疾患要因別死亡数 (資料1) は、非感染性疾患について、日本における予防可能

な危険因子を比較評価した Ikeda らの論文から引用したもので、2012年に Plos Med 誌に掲載されました。同論文は平成24年公表の「健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料」(資料2)にも引用されています。同論文の結論は、2007年の非感染性疾患と障害による成人死亡の主要な決定因子 (単一の因子) は、喫煙、高血圧であり、研究対象となった死亡96万件のうち、喫煙は12万9千件、高血圧は10万4千件に関連していた、というものです。「過体重・肥満」による死亡は、喫煙の約15%、高血圧の約18%にすぎず、「アルコール摂取」によるものは、喫煙の約25%、高血圧の約31%のみでした。

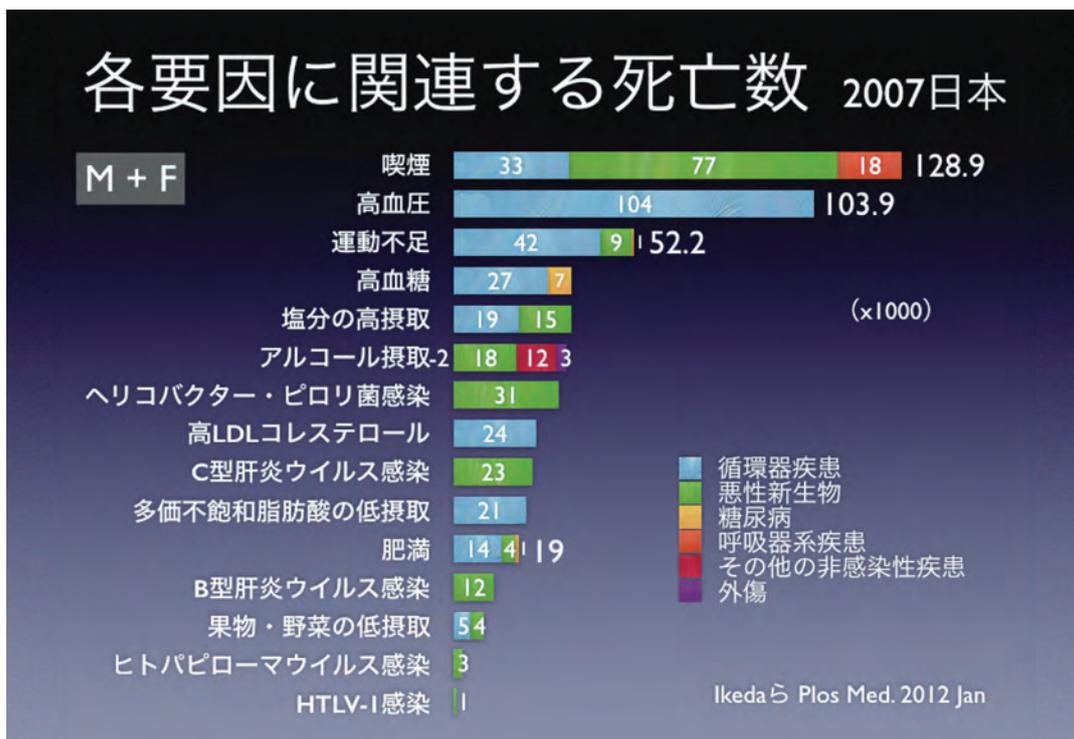


図1 非感染性疾患要因別死亡数

これらの結果から長寿復活に向けた活動の重点はどこに置くべきかは明らかです。まずはタバコ対策と高血圧対策を強化しなければ、長寿復活はおぼつかないのではないのでしょうか。

2 健康対策における特定健診の妥当性

都道府県別平均寿命のデータで沖縄県の順位(寿命そのものではなく)が低下し十数年になりますが、その傾向は変わっていません。沖縄県民は肥満率が高いという各種のデータから、また9年前から特定健診が始まったこともあり、県内各界では長寿復活に向けた様々な活動が行われていますが、肥満対策が中心となっています。

しかしながら、特定健診は開始当初よりその医学的根拠と効果に関して多くの疑問が呈されていました。昨年の厚労省健康局における「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」における専門家の議論でも、肥満の有無に関係なく心血管疾患発症リスクは同程度で、しかもリスクを有する者の数は肥満者と非肥満

者で同程度であることが示されています(図2 肥満有無別心血管疾患発症人口寄与割合とハザード比、資料3)。

つまり、肥満者に限った健康対策では不十分であるということです。

3 地域の医療体制の評価と構築

2015年の医療法改正に伴い地域医療構想策定作業が進んでいます。2025年の医療需要を推計し必要な医療体制を整備していくという趣旨で、地域における入院医療に関する医療機関の病床を、4つの機能病床(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)に再編していく内容となっています。国による説明が「今後増加する高齢者に対応するため在宅・医療介護連携を強化した医療体制に転換する」という文脈で語られてきたせいも、在宅医療と医療・介護連携に関心が集まっています。

しかし、医療体制というのは高齢者だけのためにあるわけではありません。妊婦、新生児、小児、成人に提供される医療サービスも機能

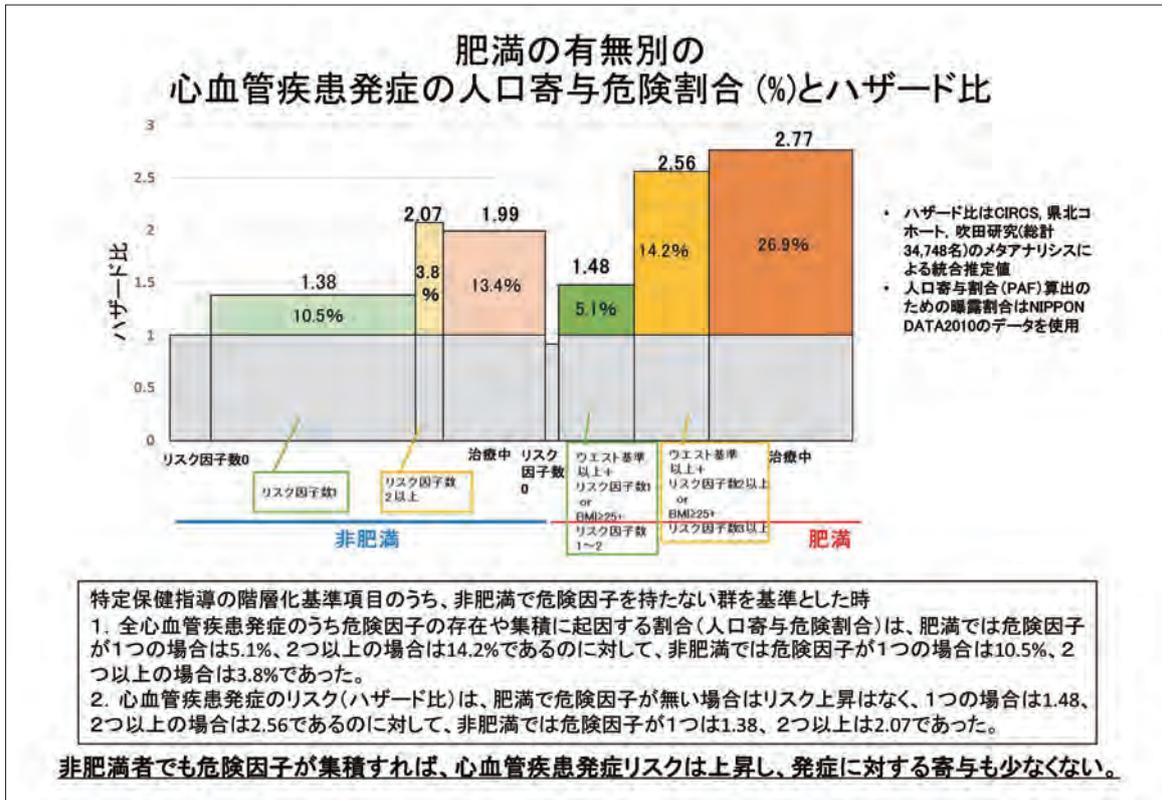


図2 肥満の有無別の心血管疾患発症の人口寄与危険割合(%)とハザード比

病床の枠組みで行われることを忘れてはなりません。地域医療構想の策定と進行管理にあたっては、救急医療、周産期医療、小児医療、離島医療、一般感染症医療、循環器疾患やがんなどの生活習慣病医療、災害医療等、各医療提供体制との整合性を評価し調整していかねばなりません。

地域医療構想は医療体制全体に関わるもので、単に高齢者のベッドの割り振りや在宅医療の問題ではないのです。

4 高齢者医療の閉塞感

高齢者医療に限って考えてみると、核家族化、独居高齢者の増加、家族の高齢化、共稼ぎ世帯の増加、可処分所得の低下などの社会経済的変化が進み、個人住宅を想定した在宅医療の拡大で対応するのは困難でしょう。そのためか「施設も含めて在宅」という考え方で話は進んでいますが、いずれにせよ、まずは住処（施設を含む）と介護提供者の確保が優先事項ではないでしょうか。仮にそれが実現したとしても、在宅で医療サービスを入院と同じレベルで提供すると、市場原理に従えば明らかにコスト高になります。財政的裏付けなしの在宅医療ではサービスの質と量の低下が避けられないと思います。

それ以前の問題として、医療機関にとっては在宅医療が経営上成立するかどうか大きな課題かもしれません。医療も介護も国レベルでサービスの枠組みと価格が決定され、値上の見通しが立たない現状からすると、一般企業のように経営改善でサービスを維持拡大していくには限界があるでしょう。JALの再建に関わった稲盛和夫氏の「稲盛経営12か条」の一つに「値決めは経営。値決めはトップの仕事。お客様も喜び、自分も儲かるポイントは一点である。」というのがあります（資料4）。値段が決まらない経営はありえないということです。現行制度の下では、地域医療構想によっても、あるいは地域包括ケアシステムによっても見通しは暗いのではないのでしょうか。

自立度が低下し多くのケアが必要な高齢者を対象とする特別養護老人ホームの入所待機者、いわゆる「待機老人」は厚労省によると約52万人で、待機児童の約2万人よりも桁違いに多いとされています。さらに「待機」の定義に問題があり、実際はそれよりはるかに多いという指摘もあります。近年、しきりに国は自助・互助・共助を強調するようになりましたが、有資格者によるサービスが前提の医療分野においては自助も互助も共助も成立せず、公助に頼るしかありません。

国も国民も医療従事者も、高齢者医療に対する基本的な考え方の転換を迫られていると思います。ただ、高齢者福祉対策の遅れを医療分野の負担増でカバーすることのないように願いたいものです。それは医療崩壊を加速させ、最終的には国民・県民全体にしわ寄せが及ぶことになるでしょうから…。

5 資料

- 1) Ikeda N, et al; Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. PLoS Med. 2012; 9 (1) : e 1001160.
- 2) 健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料、平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinippon21_02.pdf
- 3) 宮本恵宏：非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究参考資料、厚生労働科学研究費補助金 平成28年度循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業、平成28年11月8日 第8回 特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会資料7：<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000142218.pdf>
- 4) 稲盛経営12か条 <http://www.kyocera.co.jp/inamori/management/twelve.html>



癌検診の仕事を沖縄で

浦添総合病院 健診センター
小島 正久

初めまして、浦添総合病院健診センターの小島正久です。私は東京の世田谷で生まれ育ち、昭和52年に弘前大学医学部を卒業し、東京の国立病院医療センター（現 国際医療センター）で外科の研修医・レジデントを務めました。昭和56年から公立学校共済組合関東中央病院の外科に入り、平成元年から外科の偉大な先輩で超音波検査の普及に大活躍した竹原靖明先生の勧めで人間ドックを担当する健康管理科に移り、がん検診の仕事を主に行い、外科と健康管理科合わせて32年勤め、平成25年に定年退職しました。がん検診の仕事をもう少し続けたいと思っていたところ、浦添総合病院健診センターの久田友一郎先生に拾って頂き、現在は主に内視鏡検査・超音波検査を担当しています。平成28年6月からサンエー経塚シティ内に特定健診・特定保健指導専門のクリニック「アクティLIFE」を開設し久田先生が院長に就任したため、健診センターの院長を任される事になりました。私が沖縄に行こうと思ったのは海がきれいな南国が好きだったことと、弘前大学の同級生（昭和46年当時はまだ留学制度があり、国立大学の医学部には必ず2名の沖縄出身者がいた）に、中部徳洲会病院ICU部長の伊波寛君と眼科クリニック幸地の幸地賢治君がいたためです。どういうわけか沖縄の人とは最初から馬が合いますぐ仲良くなった。幸地君とは名簿番号が近く実習はいつも同じグループだったし、伊波君とは入学して2か月後に一緒に北海道一周旅行に行き、夏休みには東医体が終わってから伊波君が沖縄に帰省する際、同行させてもらった。昭和46年は日本に返還される前年で、沖縄に行くには日本国発行の身分証明書

と予防接種が必要で、県庁所在地の青森市まで車で1時間かけて取りに行かされた。当時はまだ貧乏学生のため飛行機に乗るのは贅沢で、旧国鉄の急行で鹿児島まで向かったが、熊本で台風に出会い、八代駅で止められ天気が回復するまで車内缶詰となった。台風通過後その先の線路が土台から流されており、復旧の目途が立たないといわれ、全員で川内まで線路づたいに歩き、川内でバス会社と交渉し、やっと鹿児島駅に着いた。まだ揺れの残る沖縄行の船に乗り那覇港に着いた時はやはり沖縄は遠いと思い知らされた。那覇では当時泊港の近くで空手道場もあった伊波君の家に居候し、本島を回りあらためて海の美しさに感動した。泳ぐためにムーンビーチホテル（この時初めて金を払って入るプライベートビーチと言うものがあることを知った）に行き海に向かって走ったら珊瑚の破片だらけで足に刺さり、ビーチサンダルを履かないと痛い目に会うことも知った。石垣島と竹富島にも行き十分沖縄の美しさを堪能した。大学最後の年にも再び訪れたが、その後も家族を連れて何度も訪れ、定年退職の5年前から周囲に「退職後は沖縄でひと働きするぞ」と触れ回り、最初は誰も口先だけと思っていたらしいが、最後に本当に行くのかと呆れ果てられた。恩師の竹原先生にも「ちゃんと奥さんの承認は得たのか？」と注意されたが、上さんも仕方なく認めてくれたものの、諸般の事情から単身赴任と相成った。退職直前に脊髄液減少症等という不可解な病気に罹り、沖縄に来るのが2ヵ月半程遅れたが、念願の海の見える部屋に住み、浦添総合病院健診センターの職員の方々にも暖かく迎え入れてもらい、選択の正しかったことを今も痛感している。現在職場で任されている仕事は上部・下部消化管内視鏡検査と胃X線検査読影と腹部超音波検査の読影で、特に腹部超音波検診は大先輩の竹原先生が肝・胆・膵癌の早期発見を目指して、昭和54年から関東中央病院の人間ドックに導入され、学会では昭和56年頃から竹原・中澤三郎（当時名大）・有山襄（順天堂）が

中心となって腹部超音波集検懇話会（これは今も続いている）を立ち上げ、超音波検診の有効性を高めるべく運動しており、私もこれの末席に関わっていたため今も学会活動は超音波検診が中心となっている。超音波検査はX線と違い被爆もせず、検査時の苦痛もなく腹部や乳腺の検診にとってこれほど有り難いものは無い。当初、検査は医師もやっていたが、技師がやってよいので、現在検診に於いては殆ど技師に任されているが、診断は医師が下さなければならない。放射線検査は技師が胸や胃のX線を撮り、実際には読めるのだが医師法により診断は医師が行うことが守られている。しかるに超音波は走査した技師が一番よく分かり、かつ医師も所見を読める人が少ないため、技師に診断させ、それを鵜呑みにしている状態がまかり通っている。拳句の果てに超音波は技師の技量の差に左右され、客観性に乏しい検査という評価が下されている。残念なのはこれだけ普及している検査にも関わらず、国が何の指針も出さず、技師認定制度も作らず放置していることである。日本超音波医学会が技師認定制度を作っているが、これが無くても臨床検査技師や放射線技師ならだれがやっても良く、野放しの状態であることである。我々は超音波検査の精度を向上させるには技師の技量と知識を上げることが大切と考え、2011年に日本消化器がん検診学会で「腹部超音波がん検診基準」を作成し、2014年にはこれを母体として日本超音波医学会、日本人間ドック学会と3学会共同で「腹部超音波検診マニュアル」を作成した。これを各学会や県の勉強会に積極的に講師が出向いて講義と走査のデモンストレーションを行い、全体のレベルの底上げを図るように努めている。私も現役でいるうちはこれを推進するお手伝いをするつもりである。

これは仕事ではないがもう一つの希望はオリンピックをこの目で見て感じたいということです。前回の東京オリンピックの時は、私は中学2年生で当時としては外国人を見ることすら珍しいのに、世界中のアスリートが集まるという

ことでわくわくしていたが、中学生の身では見たい試合のチケットなど手に入れることは出来ず、唯一自分の目で見たのは開会式の国立競技場の上に描かれた五輪の飛行機雲だけだった。後はすべてテレビ観戦だが、今でも自分にとって最高の選手は陸上100mのヘイズ、マラソンのアベベ、水泳100mのショランダーである。女子はニチボー貝塚が金メダルで盛り上がったが、私も中学からバレーボールをやっていて、男子は東京で3位、その後松平が監督となり私が高校3年の時メキシコで2位、大学の時ついにミュンヘンで金メダルを獲得したが、丁度自分の現役中に全日本男子が強くなっていく過程をつぶさに見ていたので、バレーボールも見てみたいが、今の日本のバレーボールのレベルはあまりにもひどく、参加すらできない可能性もある（噂では自国開催であっても次回は予選が必要）。年末に行われた全日本選手権決勝では両チーム共に勝負所は全て助っ人の外人に頼りきりで、日本人で勝敗を決められる選手が一人もおらず、フルセットを戦ったにも関わらず内容は単調な試合でがっかりした。それでも生きている内に2回のオリンピックに遭遇できるのは有り難い。最後に超音波検診の向上とオリンピック観戦を冥途の土産にできれば良いなと思っているこの頃である。



(S46年 石垣島で 左が筆者、右が伊波寛君)



電子カルテ導入記

医療法人おもと会
大浜第二病院 副院長
我謝 道弘

「この指示、ちゃんと項目を選択して保存しているのに指示欄に反映されていないけど、どうしてかな？」

「あ～先生、これはですね」

(と答えるということは他の先生もここで引かかったことがあるのだなど、ひと安心)

「まずツール一覧を開いてそのツールを起動してください。そう、そう、それ。小さい正方形がいっぱい書かれているそのボタンです」

「あった、はい」

「すると一覧が展開されます、真ん中の下の方にツールがありますよね。」

「えーっと、真ん中の、下」

「そう、それを押してください。あ、それからこのツールは今後よく使うので、お気に入りフォルダに登録した方が良いでしょう」

「お気に入りに登録する？どうするの？」

「はい、まずメイン画面の右側のお気に入り一覧をクリックしてください。それから先ほどのツール一覧を開いてそのツールを右クリック」

「あー、中指クリックね」

(左クリック・右クリックというより人差し指クリック、中指クリックのほうがイメージしやすいため私はあえてそう言っている)

「そう、右クリックです。すると、選択欄が出ますので、お気に入りに追加を選んでください」

「確かに入りました」

「じゃあ、お気に入りボックスからそのツールを起動してください」

「あ、はい」

(ようやく目的地に到着か)

「指示項目をいくつか選択したらそれらが黒く反転しますよね、先生はこれでOK と思っているのではないですか？」

「そうだが」

(なぜわかる?)

「実はですね、隣にある『追加』ボタンを押すと初めて指示が追加されます」

「え～っ、それはないよ、もうちょっとわかりやすいボタンにするか、空欄の場合は警告出すなり、実行ボタンが押せないなりして、登録できないようにしてよ」

「はい！承知いたしました。確かに小さくて見落としがちですね。この件はシステムエンジニアさんを通して開発の方へ改善要望として出しますので、しばらくはこのボタンで我慢してください」

「御意」

上は昨年2月の電子カルテ導入当初の医師事務作業補助者とのやり取りの光景です。

電子カルテ導入というと現場の混乱ということがすぐ思い浮かぶのですが、今回は稼働中のオーダリングシステムに追加する形をとったためほとんどの部分の操作が踏襲され、混乱は意外に少なかったというのが第一印象でした。

また、当院では電子カルテ導入の1年以上前から医師事務作業補助者を採用しており、操作訓練へも初期から積極的に参加していただきました。そのため導入後操作でわからないところがあれば、医師や他の職種への操作指導を行ってくれ、その場で解決できない複雑な操作であればすぐにシステムエンジニアへ問い合わせを行ってもらい、時には改善の要望も出してもらいました。

そのおかげで医師は診療を中断することがなくなり、同時に医師事務作業補助者の電子カルテ操作能力はどんどん向上しました。

現在では医師事務作業補助者は、単に電子カルテの操作にとどまらず医師の思考や指示の出し方を熟知したシステムエンジニアの力を持っていると考えるほどになっております。

さて、当院の回復期リハビリテーション病棟では毎日回診を行っております。医師、看護師、介護福祉士、リハビリテーション療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーが参加し患者の状態で次々にプレゼンテーションされます。回診

には医師事務作業補助者が帯同し、その場で入力記録を行うため、回診後に多少の加筆訂正を加えるだけで回診記録が完成します。

紙カルテの時は、医師が直接回診記録を記載しておりました。重たいカルテを片手にプレゼン内容を箇条書きせねばならず、懸命に記録しておりました。その結果、悪筆となり誤記も多く、カルテが訂正印で真っ赤になっていたことが懐かしく思われます。

電子カルテ導入後は複数の職員が同時にカルテをひらけるため各自でじっくり記録を行うようになり、記録の質が上がってきたと感じております。さらに、他職種の記録を参照し、必要ならコピーペーストやリンクを張って引用し自分の記録に反映させることが出来るため、参照も非常に楽になりました。

各職種がお互いの記録を参照することで患者状態の把握がより深くなり、チーム医療の推進

が重要視されている現在、電子カルテはなくてはならない存在であると思っております。

『先生方の指示読解に費やす時間が少なくなり、看護に当てる時間が増えたことが本当に一番助かっております』と笑って答えた職員がいました。

確かに。

指示が正しく伝わるのが、診療の基本です。

私にとっての電子カルテの一番の効能は悪筆で他の職員を煩わすことがなくなったことであると思います。

最後に当院のような急性期病棟を持たない慢性型病院での電子カルテ導入は県内初であるとのことで少々自慢です。

慢性型病院の先生方の施設で電子カルテ導入を検討されておられるのであれば、ぜひ当院へ見学においでください。

その際には、わたくしが案内『致します』





日本語ワープロと私

がきやクリニック
我喜屋 出

昭和 30 年から 40 年代の生まれの人々は、おそらく日本の高度成長期に発展した電子機器の恩恵を最も享受した世代ではないだろうか。

中学の頃、私は生徒会の報道部に所属していた（誰もやりたがらないため）。リーダー研修会などでは日報の作成に勤しんでいた。一日のイベントをガリ版印刷で発行していたのである。ガリ版印刷とは、薄葉紙に蝋を塗ったもの（原紙）を専用のやすり（鑢盤）の上に乗せ、ニードルの付いたいわゆる鉄筆で文字を書いていく手法である。一文字程度の間違いであればロウソクの蝋で訂正できたが、例えば、一行程度書き間違えると、最初からやり直し。当然、後からレイアウトの変更など出来るはずもなかった。したがって、完全に下書きが完成してからしか原紙に文字を書くことができなかった。ある意味、緊張感を伴っていた。出来た原稿は輪転機にかけられザラ紙に印刷するといった具合である。当時、もっと気楽に活字で印刷物が作れたらどんなにいいだろうと思った記憶がある。

物の本によれば、浅間山荘事件などがあった当時は報道の量も劇的に増えたが新聞記者は、原稿用紙とペンで原稿を作成、デスクが手直ししたものを支局のオペレーターが漢字テレタイプ（専用の紙テープに穴をあけ電信する装置）で電話線を通して本社に送るといった手順だったようだ。だから急がない原稿はバイク便などがあった（ある意味雇用の創出にはなっていたかも）。一般の企業では公文書作成は和文タイプライターで対応するため専任の技量に頼るしかない。当然処理能力の限界があり、溢れる情報量に追いつかない。欧米ではわずか 26 文字のアルファベットを駆使し、手軽に文書が作れるため、英文タイプライターが発達した。一方、

日本では 48 文字のひらがなと 5 万を超える漢字を駆使して文書を作成する。当時の和文タイプライターで扱える文字数はせいぜい 2,400 文字程で、契約などの時間が勝負となるケースでは日本企業は明らかに欧米の企業の後塵を拝していたようである。日本中の様々な現場から日本語の文書が活字で、簡単に、迅速に作成できる機械の要望が高まっていた。



和文タイプライター

これに応えたのが東芝の森健一氏を中心とするチームである。各電気メーカーが大型コンピュータの開発にしのぎを削っていた時代、日本語ワープロの開発は本流から外れていた。したがって、正式な予算もつかず、いわゆるアンダー・ザ・テーブルのチームであった。しかし、チームリーダーとスタッフの熱意は途切れることはなかった。最大の難関はかな漢字変換機能の構築だった。コンピュータの処理能力が低かった当時、午前中に入力したひらがなが漢字に変換されるのが夕方になった事もあったようだ。当時、タンス四竿分の大きさのコンピュータの処理能力は今のスマートフォンのそれを遥かに下回る状況だった。また、同音異義語が複数ある日本語の特殊性も壁だった。しかし、変換機能に学習能力を付加することと変換の文法や辞書の改良により、8 年の歳月をかけ、チームは実用に耐えうる文書作成の機械を完成させた。これが日本で最初の市販の日本語ワープロ専用機、東芝の JW-10 だった。机一つ分の大きさにディスプレイ、キーボード、プリンターが内蔵されている。当時 600 万円超えの価格にもかかわらず大きな反響を持って世間に受け

入れられ、瞬く間に販路を拡大していったようである。



東芝 JW-10

著者：Dddeco 許可：GFDL+クリエイティブコモンズ 2.5

私自身が、日本語ワープロに関わるようになったのは、大学3年の頃である。公務員だった父親が同僚に触発されて日本語ワープロ専用機を購入したいとの意向があった。当時はまだ、日本語ワープロ専用機は十分普及されておらず、あちこちの店頭にあるわけではなかった。私は、父と那覇市長田の『パソコンショップおおやま』という個人経営の専門店に足を運んだが、いわゆるデスクトップ型の本格的なものは40万円以上もし、とても手の出るものではなかった。困り果てたが、専門の雑誌をパラパラめくるといわゆるパソコン（NECの8801MRIISR）にディスプレイ、プリンターと日本語ワープロソフトをセットで通信販売している広告を見つけた。価格もなんとか手の届く範囲だったため、これを購入することにした。当時はいわゆる日本語ワープロ専用機とパソコン用の日本語ワープロソフトが混在していた。

夏の暑い日、大きな箱が3つ宅急便で自宅に届いた。何せ初めての経験だったので組み立てるにも一苦労したが、半日かけて、日本語ワープロソフトがコンピューター上で起動するまでにこぎつけた。我が家にも、いよいよ日本語ワープロ機がお目見えとなったのである。

それから、折りに触れ、日本語ワープロソフトで講義のノートの整理を行った。当時使用していた日本語ワープロソフトは東海クリエイトの『ユーカラ』というものであったが、フロッ

ピーベース（640KB）で単語登録数も30単語程、文書の保存の容量も限られていた。当然専門用語の多い医学文書の作成には四苦八苦した。それでも作成した文書が保存出来る事と、いわゆるカットアンドペーストが出来る事は、格段に文書の作成時間を短縮させた。

大学卒業の頃、公衆衛生の短期集中講義があった。必ずその中から卒試の問題が出る事が周知されていたため、私は、黒板の内容を頭に叩き込まず、乱筆で一字一句漏らさず、ノートに書きなぐり、後からこの日本語ワープロソフトで清書をしてプリントアウトした。当時のプリンターはドットインパクト。あげくに16ドットだったため、いかにもコンピュータ文字で印刷され、細かい箇所は潰れていたが、それでも手書きより格段に見やすい。プリントアウトした連続用紙の印刷物を大学の近くのコピー機を設置している店でA4紙にコピーし、後日、クラスの仲間に配布した。皆にたいそう喜ばれたことを覚えている（自身、一応落第はしなかったが）。

平成元年、大学を卒業してから琉大の第一内科に入局した。医局ではNECのPC9800シリーズが導入され、日本語ワープロソフトはジャストシステム社の『一太郎』が全盛の頃であった。ちなみに外科の医局では、同期の新入医局員達は入局の際、ラップトップ型の東芝の日本語ワープロ専用機『RUPO』を個々人で強制購入させられたと聞く。研修医レベルでも日本語ワープロ専用機が浸透していった時代だった。医局内の症例検討会の資料の作成などは皆、日本語ワープロソフトを利用していった。当時、自分はデービーソフト社の『P1EXE』という別の日本語ワープロソフトを自前で準備し、医局のパソコンを拝借して症例検討会の資料を作っていた。これは文書作成能力は『一太郎』にも劣ることなく、さらにグラフや図の作成が出来たのである。お陰で中身はともかく、見栄えのいい資料が出来、一人悦に入っていた。

仕事に就いて多少蓄えが出来た4年目に、自前でPC9800シリーズのパソコンを購入した。以降、学会発表の資料などに利用していたが、時はMAC（非定型抗酸菌ではありません）と

WINDOWS の時代へ突入、おのずから生き残る日本語ワープロソフトも限られていった。PC9800 シリーズ対応で一番のお気に入りだったツアイト社の『Z's WORD JG』という DTP ソフトが姿を消したのは残念だった。大学の医局員の間では MAC 派が増殖した。学会発表のスライド作成などでは多少なりとも扱いやすかったためと思われる。

現在、多くの方々がおそらくマイクロソフト社の『WORD』を利用しておられる事と思う。また、これに準じたフリーソフトも容易に入手出来るいい時代になった。かつて多くの日本語ワープロソフトが群雄割拠していた昭和 50 年代、筆頭の日本語ワープロソフトである管理工学研究所の『松』などは 128,000 円もした。今では、同等以上の機能を持った日本語ワープロソフトがダウンロードでただで手に入るわけである。この 30 年の間にこうも様変わりするとは。

私は、平成 16 年に開業して依頼、院内報を発行し続けている。月 1 回のペースで今月で 160 号となった。FUDEMAME 社（旧東海クリエイティブ社）の『パーソナル編集長』という個人向けの DTP ソフトを使用して、疾患の解説やインフルエンザの流行状況、休診日のお知らせなどを外来の患者さんを対象に細々と書き綴ってきた。A4 版の半ペラなので作成にそれほど時間はかからない。ネタの仕入れのために講演会などへ足繁く通った結果、医師会の生涯教育研修の単位がいつの間にか充足でき、一石二鳥だった。院内報作成の際は、紙面のどこからでも気楽に文書が書け、カットアンドペーストで後からでもレイアウトの修正が効く。そしてパソコンを開けばハードディスクに保存された第 1 号から 160 号までの院内報がいつでも呼び出して印刷できるという現状は、まさに中学の頃、思い描いていたことである。内容によっては患者さんから増刷を頼まれることもあり一人ほくそ笑んでいる。昨今、ホームページやフェイスブックといった手段で情報の提供を行うのが常習化しているが、紙媒体での情報提供もまだまだ捨てたものではないと思っている。趣

味と実益が高じて院内報の発行は、まだまだ、続きそうである。



院内報

日本の技術者の努力の下に開発されたかな漢字変換システムは、文書作成という点で、私達の生活に変革をもたらした。文字が電子化されたことで、メールなどの通信が容易になった。これはプロの物書きの入稿の際にも大きなメリットとなったようである（実際、この文書もメールでの入稿である）。そしてそれは今日では音声入力、あるいは音声変換にも対応している。まばたきをすることで ALS の患者さんは、文書作成が可能となった。これまで手作業で作成していた点字の本も、パソコンから専用の点字印刷機を通して何冊でも作成できるようになり、視覚障害者に役立っている。近い将来、専用のキャップを装着することで脳内思考が文字として描写できるかもしれない。そうなれば手術などで失声した患者さんにも福音となることであろう。

※ DTP Desk Top Publishing

※ MAC Macintosh

※ ALS Amyotrophic Lateral Sclerosis

参考文献

- 1) プロジェクト X 挑戦者たち 運命の最終テスト ワープロ・日本語に挑んだ若者たち NHK プロジェクト X 制作班 編 2012
- 2) 知的生産の文化史 ワープロがもたらす世界 阿辻哲次 丸善ライブラリー 1991
- 3) ワープロが社会を変える 田中良太 中公新書 1991
- 4) ワープロここが不思議 ちょっと知的なワープロ学 古瀬幸広 講談社 1994

感 染 症 情 報

沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	5 週	6 週	7 週	8 週	
		2/5	2/12	2/19	2/26 (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	1650	1371	1658	1408	(24.28)
RSウイルス感染症	小児科	18	8	10	10	(0.29)
咽頭結膜熱	小児科	14	6	18	9	(0.26)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	26	40	34	48	(1.41)
感染性胃腸炎	小児科	147	158	188	141	(4.15)
水痘	小児科	11	28	21	20	(0.59)
手足口病	小児科	3	5	2	2	(0.06)
伝染性紅斑	小児科	2	2	0	0	(0.00)
突発性発疹	小児科	9	5	5	7	(0.21)
百日咳	小児科	5	0	2	2	(0.06)
ヘルパンギーナ	小児科	0	1	2	1	(0.03)
流行性耳下腺炎	小児科	3	3	3	4	(0.12)
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	5	4	2	4	(0.40)
細菌性髄膜炎	基幹	1	0	0	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	1	2	2	0	(0.00)
マイコプラズマ肺炎	基幹	8	5	7	3	(0.43)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	0	1	3	3	(0.43)

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

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

(麻しん確定情報)

5週から8週までの、県内での麻しん確定報告はありません。

お 知 ら せ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

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

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

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

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局
 TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 経理課：平木怜子 池田公江

講演会・例会のご案内

(4月10日～6月9日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
4/11 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム定例会 (日医生涯教育講座2単位) ①文献紹介・抄読会 ②症例検討会	①(未定) ②(未定)	1)医師のプロフェッショナルリズム 9)医療情報 15)臨床問題解決のプロセス 73)慢性疾患・複合疾患の管理	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
4/25 (火) 19:30	ザ・ナハテラス	T2DM Forum in Okinawa (日医生涯教育講座1単位) ①循環器内科医にとってのSGLT2阻害薬とは?～EMPA-REG Outcomeの結果を含めて～ ②SGLT-2阻害薬による腎保護効果のメカニズム	①浦田 秀則(福岡大学筑紫病院循環器内科教授) ②深水 圭(久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門主任教授)	76)糖尿病 76)糖尿病	日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社 080-2183-9049 参加費 なし
5/9 (火) 19:00	沖縄県医師会館	沖縄腎フォーラム定例会 (日医生涯教育講座2単位) ①文献紹介・抄読会 ②症例検討会	①(未定) ②(未定)	9)医療情報 15)臨床問題解決のプロセス 1)医師のプロフェッショナルリズム 73)慢性疾患・複合疾患の管理	吉クリニック 888-5552 参加費 なし
5/13 (土) 14:00	沖縄県市町村自治会館	第6回沖縄リハビリテーション栄養研究会 (日医生涯教育講座3単位) ①誤嚥性肺炎のケアはリハビリで決まり!!禁食回避のエビデンス～ ②食べてなんぼやろ!!～学会分類2013を理解し、調理し、提供する極意～ ③一般演題	①前田 圭介(玉名地域保健医療センター内科) ②房 晴美(堺温心会病院管理栄養士) ③(未定)	49)嚥下困難 78)脳血管障害後遺症 47)誤嚥 73)慢性疾患・複合疾患の管理 78)脳血管障害後遺症 10)チーム医療	沖縄メディカル病院 947-3555 参加費 1,000円
5/13 (土) 14:00	浦添市てだこホール	認知症の新薬開発の状況について(仮) (日医生涯教育講座1.5単位) 認知症の新薬開発の状況について(仮)	城間 清剛(城間クリニック院長)	29)認知能の障害	株式会社ウェルビー 988-9007 参加費 なし



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
5/27 (土) 16:00	沖縄県医師会館	第5回琉球整形外科フォーラム (日医生涯教育講座3単位) ①脊椎脊髄腫瘍治療の最新知見～脊椎骨折、脊柱後弯変形を含めて～ ②発育性股関節形成不全 (DDH) 治療における次の一手 ③知っておきたい「がん」と「骨転移」の現状ーがん時代の整形外科ー	①今釜 史郎(名古屋大学医学部附属病院整形外科講師) ②薩摩 真一(兵庫県立こども病院整形外科部長) ③河野 博隆(帝京大学医学部整形外科学講座主任教授)	63)四肢のしびれ 72)成長・発達の障害 10)チーム医療	中外製薬株式会社 090-5216-8617 参加費 整形外科医師2,000円・他科医師1,000円・医師以外500円・学生無料

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

お知らせ

女性会員の出産・育児減免制度について (ご案内)

本会では日本医師会と共に、女性医師事業支援策の一環として、平成 22 年度より下記の通り医師会費の「出産・育児減免」制度を設けております。

当制度の利用を希望される場合は申請が必要となりますので、本会事務局までお問い合わせください。

出産・育児減免制度

<対象者> 出産された(これから出産予定の)女性会員で、出産・育児休業取得者
 (日医は休業取得・未取得は問わない)

<減免期間> 出産した日の属する年度の翌年度1年間
 (例:平成28年4月1日に出産した場合 → 平成29年度が減免)

問い合わせ先

沖縄県医師会 経理課 TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089

平成 29 年度 産業医研修会案内

平成 29 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：
施設名	
TEL	
認定区分	認定医 ・ 未認定医

※申込後にキャンセルする場合は、お早めにご連絡くださいますようお願い申し上げます。特に実地研修については、定員に達した場合、キャンセル待ちが発生することもございますのでご協力のほどお願い致します。

※平成 30 年 4 月 1 日より、産業医研修会実施計画は「沖縄県医師会報」ならびに「沖縄県医師会ホームページ」にてお知らせします。

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

//////////////////////////////// 産業医研修会のご案内 //////////////////////////////////

平成29年度沖縄県医師会産業医研修会実施計画（日本医師会へ指定申請中）

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

申込み 研修番号	研修会名	日 時	場 所	カリキュラム (付与単位数)	講師名
A	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	4月20日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 産業医活動の実際(2単位) 「産業医活動の面白み」 (2) 作業管理(2単位) 「作業管理の考え方とその実例」	(1) 伊志嶺 隆 先生 (2) 清水 隆裕 先生
B	基礎研修 (前期のみ) (未認定医対象)	5月25日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (2階会議室1)	(1) 有害業務管理(2単位) 「有害業務管理による健康障 害を防止するために～基礎 から最近のトピックスまで を俯瞰する～」 (2) 健康保持増進(2単位) 「特定健診、特定保健指導、労 災二次健診」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 清水 隆裕 先生
C	基礎(後期) 生涯(専門)	6月15日(木) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 作業管理(2単位) 「人間工学的視野に立った作 業管理や安全対策を考える」 (2) メンタルヘルス対策(2単位) 「産業医に必要なメンタルヘ ルスの知識と最近の話題」	(1) 伊志嶺 隆 先生 (2) 仁井田りち 先生
D	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	7月8日(土) 開始18:30 終了22:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 労働衛生管理体制(総括管理) (2単位) 「健康で快適な職場環境を形 成するための労働衛生管理 体制の構築に向けて」 (2) 労働衛生関係法規と関係通 達の改正(2単位)	(1) 青木 一雄 先生 (2) 加藤 浩司 先生
E	基礎(実地) 生涯(実地) 【定員60名】	7月27日(木) 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) 「ストレスチェック後の医師 の面接指導」	(1) 山本 和儀 先生
F	基礎(後期) 生涯(専門)	8月10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意 義とその活用法」 (2) 労働衛生教育(2単位) 「アルコール対策の実際」	(1) 青木 一雄 先生 (2) 清水 隆裕 先生
G	基礎(後期) 生涯 (専門・更新)	10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) 有害業務管理(2単位) 「職場における化学物質によ る健康障害の防止のために ～化学物質のリスクアセス メント～」 (2) 労働衛生関係法規と関係通 達の改正(2単位)	(1) 青木 一雄 先生 (2) 加藤 浩司 先生
H	基礎(実地) 生涯(実地)	11月18日(土) 開始18:30 終了21:30	沖縄県医師会館 (3階ホール)	(1) 健康保持増進(3単位) 「新しい保健指導 動機付け 面接」	(1) 清水 隆裕 先生

※申込後にキャンセルする場合は、お早めにご連絡くださいますようお願い申し上げます。特に実地研修については、定員に達した
場合、キャンセル待ちが発生することもございますのでご協力のほどお願いいたします。

※平成30年4月1日より、産業医研修会実施計画は「沖縄県医師会報」ならびに「沖縄県医師会ホームページ(http://www.okinawa.med.or.jp/html/sagyo_gakujutu/sangyoi/sangyoi.html)」にてお知らせします。

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25年～平成29年度）

研修名称		研修内容	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29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)		4/17		4/28	
		(2) 健康管理(2単位)		4/17		4/28	
		(3) メンタルヘルス対策(1単位)		6/19		6/16	
		(4) 健康保持増進(1単位)	6/6		4/16		5/25
		(5) 作業環境管理(2単位)		6/19		6/16	
		(6) 作業管理(2単位)	4/19		4/16		4/20
		(7) 有害業務管理(2単位)	6/6		6/18		5/25
		(8) 産業医活動の実際(2単位)	4/19		6/18		4/20
		(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	11/17	10/30	5/21	5/19、10/15	7/8、10/19
		(2) その他	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			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	12/12	11/13	11/12	6/4	7/27
		(4) 健康保持増進	8/10				11/18
		(5) 救急処置				11/17	
		(6) 作業環境管理・作業管理		8/23			
		(7) 職場巡視と討論	8/10				
		(8) その他			7/12		
I II 基 生 涯 研 修 修	後期研修 (未認定医26単位以上) 専門研修 (認定医1単位以上)	(1) 総論	11/17	5/15		5/19	
		(2) 労働衛生管理体制(総括管理)	5/16		5/21、7/12		7/8
		(3) 健康管理	9/13	7/17	8/20	7/14	8/10
		(4) メンタルヘルス対策	11/17	9/13	10/8	8/25	6/15
		(5) 健康保持増進	9/13	7/17		7/14	
		(6) 作業環境管理	12/6	10/30		10/15	
		(7) 作業管理	11/17		7/16		6/15
		(8) 有害業務管理	12/14		11/26		10/19
		(9) 労働衛生教育	12/14		8/20		8/10
		(10) その他	12/6	9/13		8/25	
		研修会開催回数	9回	8回	10回	8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29年度(2017)産業保健研修会予定表 ～産業保健かわら版(前期)～

沖縄産業保健総合支援センターでは、事業場の産業保健担当者等に対して産業保健に関する基礎的又は専門的・実践的な研修会を開催いたします。
参加ご希望の方は申込書に記載の上このままFAX(098-859-6176)にてお申し込み下さい。
「ホームページ」にも研修会の案内を掲載しておりますので、ご利用下さい。(http://www.sanpo47.jp)
※なお、「定員」に達した場合は受付を終了させていただいておりますので、ご了承ください。

〒901-0152 沖縄県那覇市宇小祿1831-1
沖縄産業支援センター 2階
独立行政法人 労働者健康安全機構
沖縄産業保健総合支援センター

本研修会は無料です。

※キャンセルの場合は御連絡下さい。

TEL098-859-6175 FAX098-859-6176

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

【研修場所 沖縄産業支援センター3階会議室】

研修会番号	日時	研修テーマ	内 容	講師	研修会場
1	5月12日(金) 18:30~20:30	うつ病の最近の話題と認知行動療法による予防(生涯専門)	精神疾患の時代的変遷、現代(新型)うつ病、双極Ⅱ型、うつ病の多様化、心因について、認知行動療法の概要と有効性及び演習等。	仲本 晴男 (メンタルヘルス)	303室
2	5月26日(金) 18:30~20:30	職場の受動喫煙対策 (生涯専門)	東京オリンピック開催決定を契機に、国内のタバコに対する姿勢が目まぐるしく変化しています。「たばこ規制枠組み条約」をもとに、科学的な立場から職場に求められるタバコ対策について研修を行います。	清水 隆裕 (産業医学)	303室
3	6月2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、職場復帰支援、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
4	6月22日(木) 18:30~20:30	治療を受けながら働く労働者を支援する(生涯専門)	「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を紹介し、産業医としてどうかわかっていけるかを考える。	伊志嶺 隆 (産業医学)	303室
5	7月13日(木) 18:30~20:30	職場の受動喫煙対策に関して(生涯専門)	今後一層の強化が期待される職場における「受動喫煙対策」について、その沿革を含めて将来を論じる。	伊波 恒雄 (産業医学)	303室
6	7月19日(水) 18:30~20:30	産業医学メンタルヘルス・ストレスチェック事例検討会(1) (生涯実地)	ストレスチェック及びメンタルヘルス対策に関して、産業医と精神科医が事例を提示し、対応の良かった点、課題などについて検討することを通して、実践的な問題解決法を学んでいただく。	山本 和儀 (メンタルヘルス)	303室
7	8月1日(火) 18:30~20:30	カウンセリング技法を学ぶ(認知行動療法)(生涯専門)	近年、注目されている「認知行動療法」により、いわゆるマイナス思考をプラス思考にギャアチェンジするための技法を学びます。	福地 孝 (カウンセリング)	303室
8	8月3日(木) 18:30~20:30	過重労働対策を考える(生涯実地)	産業医先(事業場)の過重労働の現状や、その解決策をグループ討議してもらい、なかなか難しい「過重労働対策」について考える。	伊志嶺 隆 (産業医学)	303室
9	8月29日(火) 18:30~20:30	ストレス社会をいかに生き抜くか(ストレスコーピング) (生涯専門)	基礎的なストレス理論を紹介し、ストレス社会における生き方を共に考えてみたい。	福地 孝 (カウンセリング)	303室

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	研修会 番 号	1, 2, 3, 4
フリガナ(必須) 氏 名			5, 6, 7, 8, 9
所属機関 (事業場名)		所属部署	
職 種	1. 産業医 2. 産業看護職(保健師・看護師) 3. 衛生管理者 4. 人事・労務・安全衛生担当者 5. 事業主 6. 労働者 7. その他()		
電話番号		F A X	

※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いております。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 29 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、東日本大震災や熊本地震の教訓を活かし、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
1	5月13日（土） 14:00～18:00	【1】衛星電話に特化した通信手段 【2】EMIS 入力訓練	講義、演習
2	7月13日（木） 19:30～21:00	災害支援ナースの役割と活動（仮称）	講義
3	9月21日（木） 19:00～21:00	マス・ギャザリング・メディスン -スポーツ大会における医療救護体制の事例-	講義、図上
4	11月11日（土） 14:00～17:00	地域医療本部における受援のあり方	講義、図上
-	開催期日 調整中	PFA（心理的応急処置）	講義、演習 定員 50 名

※ 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。

※ 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おり、開催期日については現在、調整中です。確定次第、会報にてお知らせいたします。

----- 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
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54回 新おきなわICLSコース	5月28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55回 新おきなわICLSコース	7月16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56回 新おきなわICLSコース	9月17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57回 新おきなわICLSコース	11月26日(日) 9:00～18:00	名桜大学
第58回 新おきなわICLSコース	1月28日(日) 9:00～18:00	名桜大学
第59回 新おきなわICLSコース	3月4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)</p> <p>TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089</p>		

沖縄県医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 29 年 2 月 3 日発行 第 39 号

沖縄県医師会（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
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★労務管理トピック

「長時間労働削減」に関する動向と企業の取組み

医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）前里 久誌

◆長時間労働の是正に取り組む企業が増加

大手広告会社の女性新入社員が長時間労働による過労が原因で自殺したという事件を受け、長時間労働の問題点については各方面で議論されているところです。

上記事件では、労働基準法違反の疑いで、法人としての同社と自殺した社員の直属の上司であった幹部社員の1人が書類送検される事態となりました。このような痛ましい事件がきっかけとなることは残念なことです。国や企業も長時間労働削減への取組を各方面で進めており、「長時間労働是正」が喫緊のテーマとなっています。

◆企業はどのような取組をしているか？

NPO 法人ファザーリング・ジャパンが実施した長時間労働削減施策の取組に関するアンケート結果によると、取り組んでいる社数が多い長時間労働削減施策としては、「経営層から社内に向けて長時間労働是正へのメッセージを発信している」「各人の労働時間を集計し、役員会に報告。長時間労働部署へ是正措置求める」「新任管理職に対し労働時間管理を含む研修を行っている」「有給休暇取得の進捗等を管理する仕組み」「ノー残業デーの実施」「定刻に帰宅を促す一斉アナウンス」などが上位に挙がっています。

◆ある程度強制力のある施策ほど効果が出やすい

一方、上記の調査結果から得られた「効果が3割以上の長時間労働削減施策」としては、「PC強制シャットダウン」「ノー残業デーの実施」「強制消灯（その後、点灯不可）」「PCログ管理（タイムカードとPCログオフ時間かい離の把握）」「管理職による見回りと残業者への声掛け」「一斉消灯（その後、点灯可能）」などが挙げられています。

ある程度強制力のある施策ほど効果がすぐに出やすいことがわかります。

★Q&A 賃金の改定は、改定期以外におこなうことは可能ですか？

医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）善平 克恵

A. 業務上の必要性等が生じた場合、改定期以外に賃金の改定を行うことは可能です。ただし、就業規則に定期改定のほかに必要により随時改定をおこなうこと、およびその改定事由が定められている必要があります。一般的に、賃金の改定は、就業規則の定めにより、年に1~2回、一定時期に賃金制度や人事評価制度に基づき見直します。これに対し、人事制度などに基づかず、業績不振等を理由として賃金の改定を行うこともあります。その場合も、就業規則上認められた改定事由に該当する必要があります。さらに、それが減額改定であって職員の不利益となる場合には、原則として個別の合意により行わなければなりません。しかし、年俸制の場合は、1年間にわたる仕事の成果によって、翌年度の賃金額を設定する制度ですので、合意で確定した年俸額を、使用者が当該年度の途中で一方的に引き下げることはできません。

沖縄県医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 29 年 2 月 17 日発行 第 40 号

沖縄県医師会（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
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★ 労務管理トピック

医療労務管理アドバイザー
社会保険労務士 名城 志奈

外国人労働者数が過去最高を更新 ～厚労省「外国人雇用状況」の届出状況まとめを公表～

雇用対策法に基づき、すべての事業主は、外国人労働者の雇入れ・離職時に、氏名、在留資格、在留期間などを確認し、厚生労働大臣（ハローワーク）へ届け出ることが義務付けられていますが、1月27日、厚生労働省は、平成28年10月末現在の外国人雇用についての届出状況を取りまとめ、公表しました。この届出により把握された平成28年10月末時点での外国人労働者数は、この届出の義務化以降、最高だったとのこと。

届出状況の主要なポイントは次のとおりです。

- ・外国人労働者数は1,083,769人で、前年同期比175,873人、19.4%の増加（平成19年に届出が義務化されて以来、過去最高を更新）
- ・外国人労働者を雇用する事業所数は172,798か所で、前年同期比20,537か所、13.5%の増加（平成19年に届出が義務化されて以来、過去最高を更新）

今後益々人材不足が進むなか、医療に携わるスタッフも外国人が担う時代がやってくると言われています。外国人労働者の雇用管理等について、しっかりと考えていく必要がありますね。



★Q&A 「改正男女雇用機会均等法に基づく事業主に義務づける職場におけるマタハラ防止措置」について

医療労務管理アドバイザー
（特定社会保険労務士）金城 由紀子

Q 平成29年1月1日施行の改正男女雇用機会均等法により、「事業主に義務づけられた職場におけるマタニティハラスメントの防止措置」とは、どのようなものですか。

A 「事業主が職場における妊娠、出産等に関する言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置についての指針」は、改正均等法で事業主に義務づけられた職場におけるマタニティハラスメントの防止措置について、防止の対象とするべき職場におけるマタニティハラスメントの内容及び事業主が雇用管理上措置すべき事項を定めています。

まず、職場におけるマタニティハラスメントの内容については、事業主が雇用管理上防止すべき対象としての職場におけるマタニティハラスメントの概念の内容を示すとともに、その典型的な例を挙げています。次に、事業主が雇用管理上措置すべき事項として、(1)事業主の方針の明確化及びその周知・啓発、(2)相談（苦情を含む）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、(3)職場における妊娠、出産等に関するハラスメントにかかる事後の迅速かつ適切な対応、(4)妊娠、出産等に関するハラスメントの原因や背景となる要因を解消するための措置、(5)当事者などのプライバシー保護のための措置の実施と周知や相談、協力などを理由に不利益な取り扱いを行ってはならない旨の定めと周知・啓発等(1)から(4)までの措置に併せて講ずべき措置に関する項目を挙げています。

※上記項目の具体的内容については、支援センター相談窓口迄お問い合わせください。

ご存知ですか？

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

沖縄県医師会

医療勤務環境改善支援センター

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

まずは「できるところから」始めてみましょう

相談

情報提供

助言

支援

医療勤務環境改善に関する研修会

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

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

お問い合わせ

TEL:098-888-0087

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

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

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



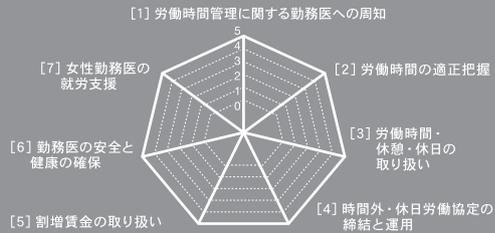
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



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

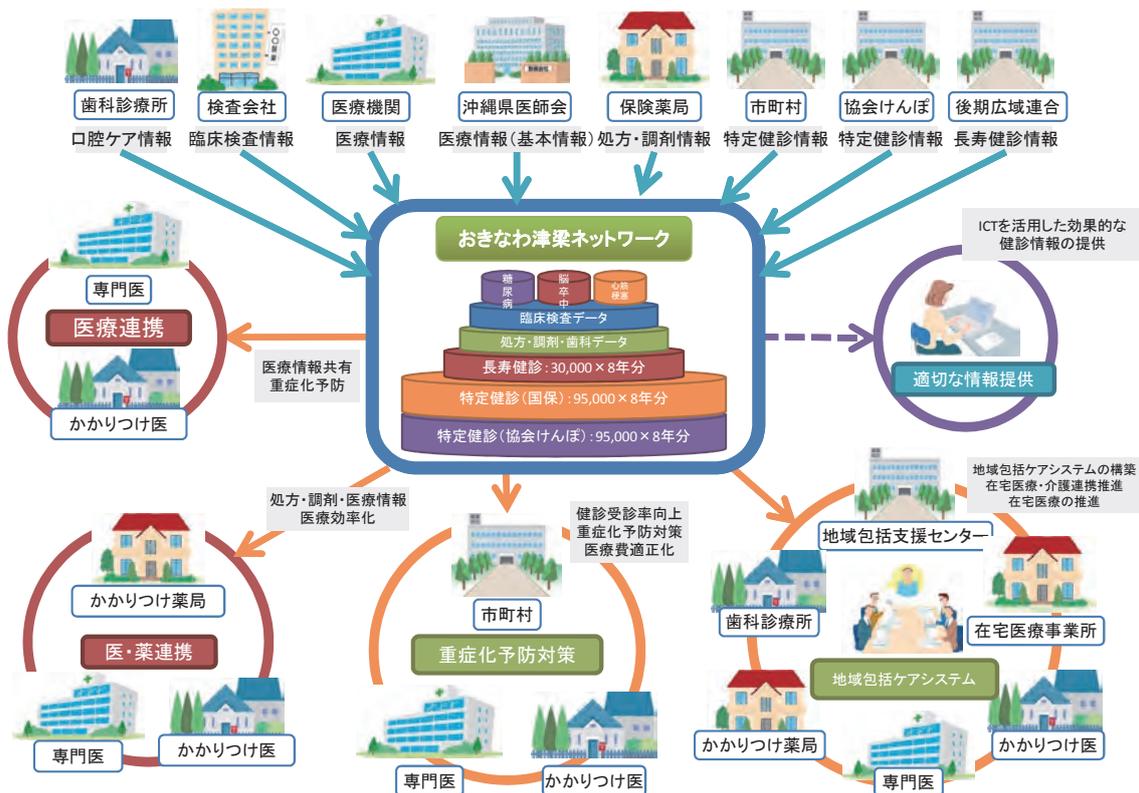


沖縄の新しい医療のカタチ！ 『おきなわ津梁ネットワーク』

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 (知念・徳村・平良)

おきなわ津梁ネットワーク事務局

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

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

おきなわ津梁ネットワークの活用(例)

〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん
同意説明



①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録
健診受診を確認



②自院の患者としてシステムに登録
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供

要医療者への介入
健診受診勧奨



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

〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自院の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

フェイスシート
紙出力



③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



〔調剤薬局での活用〕

受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自局の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

健診結果・他薬局
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

白衣
高血圧？
仮面
高血圧？

リハビリ前の
血圧測定

健診結果参照
端末 or 紙出力

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

特定健診
結果

リハビリ可否判定
(参考資料)

リハビリ中止基準
収縮期: 70以下、200以上
拡張期: 120以上

可否判定

〔眼科での活用〕

眼底・眼圧検査

視神経
乳頭所見
眼圧
所見

健診結果参照
端末 or 紙出力

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

特定健診
結果

精密検査・
専門医との連携

精密検査

連携

〔産婦人科での活用〕

妊婦健診

妊娠
中毒症？

医療基本情報参照
端末 or 紙出力

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

アレルギー情報

フェイスシート
検査・健診
処方・調剤

状態に応じた
適切なケア





システム利用に必要なもの

1.インターネット回線 ※利用者負担

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

2.インターネットに接続可能なPC又はiPad ※利用者負担

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



3.ウイルス対策ソフトの導入 ※利用者負担

- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

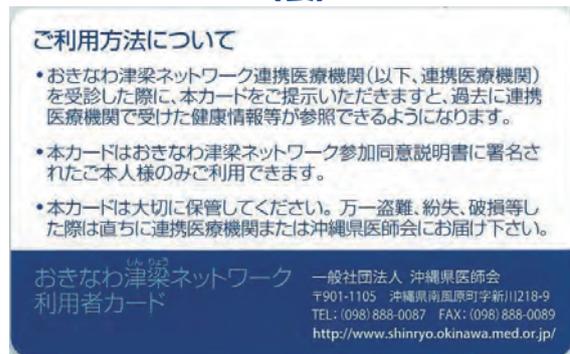
5.利用料金（月額）

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

(表)

(裏)

利用者カード原寸大



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

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

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

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

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須 受付登録日： 年 月 日 受付番号：

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

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

◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内)

※メールアドレスの登録が必須です。

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

◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について

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

はい、許可します

いいえ、許可しません

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

《提出・問合せ先》

〒901-1105 南風原町字新川218-9

沖縄県医師会事務局

業務1課 ドクターバンク担当

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

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

☑ 年金検討チェックリスト

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

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション!

医師年金 検索

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

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金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) 月払保険料 60,000円 基本所得 月払保険料 12,000円 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 月額月払保険料 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 月払額15年 17,200円 15年受給総額 103,300円 / 103,300円 15年受給総額 10,598,000円 ●82コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 25,212,000円 ●83コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 26,028,000円 ●84コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 26,874,000円
--	--

設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27年 9月 7日
生年月日	昭和 50年 1月 1日
試算自年終	40歳
加入申込期間	平成 27年 6月 15日
加入申込年月	平成 27年 7月
加入申込日	40歳 6ヶ月
加入申込開始年月	平成 27年 7月
年金受取開始年月	平成 52年 1月
年金受取開始年齢	65歳
払い保険料合計	25,166,000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。
- 「加入申込」は、加入者ご本人であれば一生受取可能なことが可能です。
- 「仮受取開始15年」では、加入者ご本人が65歳到達前に死亡した場合は、15年満期の満期に於いて、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「加入申込」の保険料(月払)は、後述の通り15年分を前払します。
- 受取開始年齢は、75歳まで繰上可能です。
- 「受取開始年齢」は、繰上は前払15年分の計算となり、繰上、繰下の繰上決定が可能な場合は、変更になる場合があります。

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 **医師年金**

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

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・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
- 積立型の私的年金
- 事務手数料が少額
- 年金の受取コースは受給開始時に選択
- 満64歳以降は未請求まで加入可能
- 一生享受される年金
- 保険料の増減は自由
- 年金の受取開始を満75歳まで延長可能
- 所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

医師年金のしくみ

- 保険料について
- 加入資格について
- 給付について
- 費者年金
- 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

加算保険料払込方法 月払 随時払 なし

加算保険料口数 10口 月払 60,000円

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

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

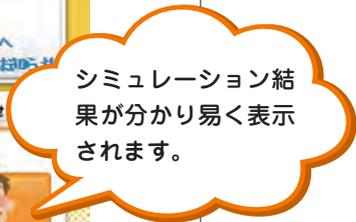
受取月額

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](#)



4月、新しい年度が始まります。トランプ新政権のTPP離脱、入国禁止令等極端な「自国第一主義」・「排外主義」が招く世界全体の保護貿易化、ポピュリズム化、多発するテロ、さらに中国の南シナ海や東シナ海への侵出、北朝鮮のあからさまな核ミサイル開発、我が国の改憲への動き…、世界中を巻き込む大きな戦争へと向かってはいないのでしょうか？ きな臭さが漂ってくる気がします。

新年度早々変な挨拶となりましたが、さて編集後記です。巻頭の安里会長の第3回都道府県医師会長協議会報告では、横倉会長の「医療介護の実態を可視化して、課題を広く国民と共有し、その上で社会保障制度の拡充を図り、健康寿命の延伸に繋がる施策を推進していく」「かかりつけ医の役割がますます高まり、医療と介護が一体的に提供される体制の要を担う」「医師会の緊密な連携の下に、国、都道府県、市町村レベルで折衝し、あるいは協働しながら医学医療の恩恵を国民に還元していく、まさに医療は医学の社会的適応である」とのご挨拶、まさにその通りだと思います。また、ここ数十年以内に大規模な地震が起こるのでないかと推測されており、「平成28年度救急・災害医療担当理事連絡協議会報告」（田名毅先生）や「災害時における医療機関でのPHV・EV活用に係わる意見交換会報告」（出口宝先生）も是非ご一読下さい。災害時におけるPHV・EV活用は科学の進歩を感じますし、今後車の開発は、最初からさまざまな災害対策を盛り込んだものになってくれればと思います。生涯教育の「進行

性腎細胞癌治療の移り変わり」（向山秀樹先生）では、免疫療法から分子標的療法へ、そしてまた新たな免疫療法の出現と治療の進歩とその適応の難しさが伝わってきて勉強になります。プライマリ・ケアコーナー「当院の結核院内感染の状況と今後の対策について」（芝山納恵瑠先生）では、結核はまだ過去の病気では無く、その診断の難しさと、特に高齢者と結核発症ハイリスク患者の肺炎に対してはしっかりと除外診断をしないといけないということが再認識されます。随筆（小島正久先生、我謝道弘先生、我喜屋出先生）ではいつも皆様の文才に感心し、楽しいお話に癒やされます。その他「感染症情報」や「会員の動き」、「講演会・例会のご案内」もきっと皆様のお役に立てると思います。

昨年我が国でも薬剤耐性対策アクションプランが発表され、先日「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版（仮称）」が出されました。その中で「不適切な抗微生物薬使用に対してこのまま何も対策が講じられなければ2050年には全世界で年間1,000万人が薬剤耐性菌により死亡することが推定されている」と述べられています。また「不必要に抗菌薬が処方されていることが多いと推測される急性気道感染症及び急性下痢症」に焦点が当てられています。巻末には、「抗菌薬適正使用の手引きを患者・家族に理解していただくために」という参考資料も載っています。ネット検索できますので、是非、是非ご一読下さい。

広報委員 上原 哲