

平成 30 年度 第 1 回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議



副会長 宮里 達也



日 時：平成 30 年 6 月 1 日（金）

13：00～14：00

場 所：沖縄県庁（4 階 第 2 会議室）

出席者：安里会長、金城常任理事、宮里常任理事、
田名理事（以上県医師会）

砂川保健医療部長、糸数保健衛生統括監、
長嶺保健医療総務課長、諸見里医療政
策課長、山川地域保健課長（以上県保
健医療部）

議 題

**（1）避難所等の指定及び運営等に関する状況
について（提案者：県医師会）**

<提案要旨>

災害対策基本法に基づく、指定緊急避難場所
及び指定避難所の指定については、住民の安全
及び生活環境の確保を図る観点から市町村が実
施主体となり取組を進めていることと思うが、
本県の現状及び県の対応方針について、ご教示
いただきたい。

- ①避難所等（指定緊急避難場所・指定避難所・
津波緊急一時避難施設・福祉避難所）の指定
状況
- ②ホームページやハザードマップ等の周知状況
- ③避難所の円滑な運営に向けた取組（マニユ
ールの整備・情報伝達共有等）状況

<県保健医療部回答>

県保健医療部より、①、②については、知
事公室 防災危機管理課の所掌事務につき出席
を求めたが都合により資料提供のみとなった。
従って、県保健医療部より状況の報告を行い、
③については、子ども生活福祉部より回答する
旨説明があった。

- ①避難所等（指定緊急避難場所・指定避難所・
津波緊急一時避難施設・福祉避難所）の指定
状況
- ②ホームページやハザードマップ等の周知状況
指定緊急避難場所については、市町村長は迅
速な避難の確保のため政令で定める基準に適合

する公共施設その他の場所を、津波その他の注意ごとに指定しなければならない。県内では、「洪水」「崖崩れ、土石流及び地滑り」「高潮」「地震」「津波」「大規模な火災」「内水氾濫」等の種類別に避難場所が指定されている。

また指定避難所については、災害が発生した場合における適切な避難場所の確保を図るため、政令で定める基準に適合する公共施設その他の施設を指定しなければならない。県内では12市町村358箇所が指定を受けている。具体的には、小中学校・公民館・児童センターなどがその指定を受けている。さらに、指定避難所には、主として高齢者、障がい者、乳幼児その他の特に配慮を要する者を滞在させるための福祉避難所が含まれており、県内では62箇所が指定されている。

津波避難ビルについては、津波発生時における非難確保を図るため、所要の基準に適合するものを指定避難施設として指定することができる。県内では16市町村282棟が指定を受けている。指定施設で多いのは民間のアパートやマンションが94棟、次いでホテル47棟となっている。この他、竹富町の新城島、多良間村多良村の水納島、南城市久高島には、避難タワーが設置されている。

防災マップ、ハザードマップ等の作成状況については、県がホームページ上で公表している「沖縄県津波・高潮被害想定調査報告書（平成19年3月）」や「津波浸水想定図（平成27年3月）」を基礎資料に、平成29年4月現在、36市町村が何らかのマップを作成している。マップの多くは、ひとつの地図上に、避難所等の所在や複数の被害想定を反映させたものとなっている。

<子ども生活福祉部>

③避難所の円滑な運営に向けた取組（マニュアルの整備・情報伝達共有等）状況

県としても避難所の運営マニュアルの必要性はあると考えており、未整備及び作成予定のない24市町村に対し早めにマニュアルを作成するよう働きかけを行っていきたいと考えている。

また本県は、台風の常襲地であることから、例年、市町村において避難所を開設している状況にある。県は市町村に対し災害救助法による救助を実施する必要のある災害、又はその可能性がある災害が発生した場合は、被害状況の報告を依頼している。

<主な意見>

◇県医師会：

避難所については、災害時に学校施設が重要な役割を果たすと考えているが指定状況、及び教育関係者等の意見交換が行われているか伺いたい。

◆県保健医療部：

基本的に小中学校は避難所として指定されている。一義的には、市町村長が指定するため、市町村が有する施設を指定する場合には、役場内で必要な調整・手続きを行っているという。

◇県医師会：

那覇市の指定緊急避難場所（津波）が15箇所、収容人数は約22万人程度とのことで十分な避難場所が確保されていると思うが、地域住民の何割が避難場所として認識し、直ぐに行けるか気になる。

◇県医師会：

災害時にどの程度の住民が避難場所を把握しているのか、地区医師会の理事会でも話題になった。是非十分な広報がなされているか防災危機管理課へ確認していただきたい。

◆県保健医療部：

確認の上、後日、整理したものを提供したい。

◇県医師会：

市町村の中で指定緊急避難場所等が指定されていない自治体があるが、県からも指導すべきではないか。

◆県保健医療部：

一義的には市町村が責任を持って進めていく必要があるが、県も働きかけを行っているという。関係課にも伝えておきたい。

(2) 選定療養費について (提案者:病院事業局)

<提案要旨>

選定療養費については、これまで500床以上の施設にて徴収が認められて来たが、今回400床以上の施設においても徴収できることとなった。病院事業局では平成26年度の法改正の際、県立中部病院において初診5,000円、再診2,500円を定めた選定療養費を導入している。今回南部医療センターでも同様に導入したいと考えているが、いくつか懸念事項があるため、県医師会からの意見を伺いたい。

選定療養費の徴収対象者は昼間受診者のみとなり、そのため、こども医療費対象の患者が昼間を避けて、夜間に集中してしまう懸念や、現場の疲弊を招くことも予想される。また基本的に救急医療は選定療養費の対象外であるが、入院を必要としないウォークイン患者から徴収する施設も全国的には存在する。しかし、いろいろ物議を醸す事例もある。導入にあたっては、こども医療費の無料化との兼ね合いや夜間の選定療養費徴収を行った場合の周辺医療機関等との連携・協力体制の課題もあると考えている。

<主な意見>

◇県医師会：

この問題は、本会として賛成や反対を表明するものではなく、広く住民に理解を求め、無理なく進めて欲しい。但し、県立中部病院が中部地域で同じことを行えば、南部地域以上に混乱が生じる可能性があるため、その場合には、地域において輪番制が可能なのか等、医師会と十分な調整が必要である。

また、医師の働き方改革の一環として、夜間・休日の受診抑制は積極的に進めて行く必要がある。特に手術前の説明を土日や時間外に強要されたりする例がかなり医療機関の負担となっているため、是非、社会通念を変える努力をしていただきたい。

■病院事業局：

今のところ南部医療センター単独の事案であるが、開業医の先生方に、負担を掛けないか危

惧している。また県においても、こども医療費無料化を実施する中、選定療養費の導入が社会的にどうなのか、病院事業局長も懸念を示されている。

◆県保健医療部：

徴収することは法令で認められている以上、法令の趣旨通りに進めていく以外に無いと思う。

◇県医師会：

病床機能分化と連携を推進する一つの診療報酬改定だと考えている。機能分担という意味で私は賛成である。懸念するところは5時以降の救急をどう対処するか。

これも本会理事会で挙がった内容だが、子供が病気の際には休みが取れるような職場、社会になるよう努めて欲しいとの意見があった。

■病院事業局：

選定療養費はあくまで昼間の受診に限られている。夜間救急は認められていない。従って、5時以降の救急受診者は選定療養費の対象外である。現段階は5時までの話であり、今後、夜間ウォークインで受診する患者に対しても選定療養費を徴収する必要はないかという議論が現場で起きている。

◆県保健医療部：

救急においては、休日加算もあるが、なぜ県立は徴収しないのか。

■病院事業局：

休日加算にもいろいろ要件がある。

◇県医師会：

5時以内であれば診療所へ誘導し、5時以降ならどこへ誘導するのか。

■病院事業局：

仮に5時以降、選定療養費を徴収することになった場合、開業医や導入していない医療機関への誘導となる。5時以降のものは、全国的に実施している施設もあるが問題も多いと聞いている。

◆県保健医療部：

受診抑制に繋がると考えて良いか。

■病院事業局：

適正受診に繋がるとどうかは実施してみなければ分からない。また現在、県内において夜間の選定療養費を定めている施設はない。

◇県医師会：

診療所の先生方からの強い要望だが、選定医療費を支払えば紹介状なしであっても本来受診ができるが門前払いの実態がある。患者から診療所の先生方にクレームが届いている。選定療養費を実施する場合、きちんと趣旨に沿った窓口での説明をお願いしたい。

(3) 観光客が感染症を発症した場合の社会的入院について（提案者：県保健医療部）

＜提案要旨＞

麻疹の感染拡大防止につきましては、日頃より多大なるご協力を賜り誠にありがとうございます。医療機関における予防接種の実施、疑い患者の届出、適切な治療や患者指導及び院内感染対策等により、発生は徐々に終息に向かいつつあります。

今回の流行は、観光客が発端となり感染が拡大し5月15日までに99名の患者が発生しました。そこで、観光客が感染性の強い疑いがある感染症を発症し、病状的あるいは法的に入院が必要ない場合に、隔離などを目的とした入院の受け入れが可能かお伺い致します。また、感染症病床の不足や、院内感染防止の観点から入院の受け入れできない場合は、感染施設等を含めた他の受入先について協力を求め、各地区医師会毎に、予めリストアップが可能かご教示お願い致します。

＜県医師会回答＞

ご承知の通り、感染症法において、エボラ出血熱やペスト等の1類感染症や、結核や鳥インフルエンザ等の2類感染症については、その患者や疑似症も含め、法に基づく入院勧告を行うことができますが、5類感染症に含まれる麻疹は、法に基づく入院勧告を行うことができません。従って、今回、本県で発生したケースについては、病状的であったとしても医療機関として入院勧告等を行うことはできない状況となっております。

また、国立感染症研究所が示す「医療機関での麻疹対応ガイドライン第七版」では、「治療上の必要性から入院が必要と判断される場合

は、患者を空気感染対策が可能な病室に入院させる（自施設に入院施設がない、あるいは感受性者の感染拡大を予防できる個室（可能な場合は陰圧室）がない場合は、これらが可能な医療機関を紹介する。）」また、「自宅での安静加療が可能と判断した場合は、患者を帰宅させるが、感染可能期間（麻疹発症前1日から解熱後3日を経過するまで）は可能な限り他者との接触は避け、公共交通機関や人が集まる施設を使用しないように指導する。」と示されております。

観光客が感染症を発症した場合の対応や、感染症病床が不足した際の受け入れ医療機関のリストアップ等の対応については、感染症対策の中心となる保健所が主体的に地区医師会等と連携し十分にご検討いただければと考えます。

＜主な意見＞

◇県医師会：

県医師会として具体的対策を講じることは難しい。保健所が中心となり対応を取っていただく形が望ましいと考える。

以前も麻疹感染者の宿泊について課題が上がった。その際は、子供への感染を避けるということで、回復期の医療機関に受け入れていただく等の対応を取らせていただいた。

◆県保健医療部：

泊まる場所がない場合、一つは病院を探す方法と、もう一つは観光施設にお願いするという方法があるが、観光施設は抵抗が強くなかなか対応していただけない。

地域レベルの連携が進んでいないことは事実であるため、そこはしっかり対応したい。

10年前の麻疹や、新型インフルエンザでも同様の課題が上げられ、毎回このような事例が出ているため、圏域でいくつか受け入れてもらえるような病院又は関連施設（老人施設等）を何らかの仕組みで確保できないかと考え、今回提案させていただいた。

■病院事業局：

民泊の活用も検討できないかと考える。入院治療が必要なのは1日くらいであり、宿泊し食

事が摂れる場所があれば良い。補償金等を考えなければならないと思うが、そういう対応も検討しても良いと考える。

◇県医師会：

感染症対応という側面と、観光対応という側面。それぞれの課題がある。感染症だけの側面で考えると、どのような感染症なのかでも対応が変わってくる。麻疹であればそれほどハードルは高くない。地域の保健所の話し合いで解決できるレベルであると考えます。

◇県医師会：

二次医療圏で情報交換や検討を行ってはどうかと考える。

沖縄県が国際観光立県を目指すということで、医師会としてもなるべく対応できるような背景づくりを常に考えている。二次医療圏、保健所、医師会と話し合いながらその地域毎で対応できる情報共有や知恵を出していただきたい。

(4) 地域で暮らすハンセン病回復者が、ハンセン病に起因する後遺症等の治療が安心して受けられる体制について（提案者：県保健医療部）

<提案要旨>

平成30年5月8日に沖縄ハンセン病回復者の会共同代表から保健医療部長へ「ハンセン病回復者が地域で暮らし続けるための要望書」が提出され、その中で、回復者の方からハンセン病の後遺症等について、安心して治療が受けられる体制を求める声がありました。

県医師会の方で、ハンセン病の後遺症に起因する疾患の足底潰瘍にかかる「フットケア」について、県内の状況を把握されておりましたら、治療可能な医療機関について情報提供くださいますようお願いいたします。

また、県内の医療機関においては、プライバシーに十分配慮され、ハンセン病に関わらず適切な治療が受けられる体制は整っていると思いますが、県医師会としても、その旨を県民へ向け宣言していただければ、地域で暮らす回復者の方々も安心して治療が受けられるものと思います。

<県医師会回答>

本会において、ハンセン病の後遺症に起因する疾患の足底潰瘍にかかる「フットケア」の対応可能医療機関リストは作成しておりません。

国立療養所沖縄愛楽園に確認したところ、同施設でも同様のリストは作成していないとのことで、患者からの問い合わせに対し逐次医療機関を紹介する等の対応を行っているとのことでした。

現在、ハンセン病回復者の方が懸念とする事項等について医師会として把握していないため、回復者団体が具体的に何を望んでいるのか等、県において十分に把握していただいた上で本会に情報提供いただき、医師会としても回復者の方の更なる福利向上に努めていきたいと考えます。

<主な意見>

◇県医師会：

回復者の方が具体的にどのようなことを望んでいるのか等、医師会として正確な情報を把握していない。それを前提に回答したい。

※回答読み上げ

フットケア研究会がある。そこには20箇所前後の医療機関が所属している。そのうち、4～5箇所の医療機関で難治性の対応を行っている。そういうことも合わせ情報提供できる可能性はあると考える。

◆県保健医療部：

開腹者の方は、まだ差別されているという実感があるようである。自分がクリニックに行かず、訪問看護をしていただきたいという要望がある。

県としては、差別しないし、してはいけないので、普通にクリニックに通っていただきたいと伝えているが、回復者の方の実感としてそういう思いがあるようである。

◇県医師会：

医療機関として、あえてハンセン病の対応が可能という宣言を行う必要があるのかどうか。

◆県保健医療部：

足底潰瘍の治療を行なっているという医療機関のリストでも構わない。

◇県医師会：

医療機関には守秘義務があるので、あえて広報する必要はあるのか。

◆県保健医療部：

県としてもそう考えているが、回復者の方々としてはそういう要望がある。

◇県医師会：

ハンセン病対応という形で医療機関を紹介するという形ではなく、専門的な医療機関を紹介するという形が良い。フットケア研究会の了解を得た上で紹介する形はどうかと考える。

■病院事業局：

患者の心理としては差別されているという気持ちがある。

◇県医師会：

医療機関において、あえてハンセン病対応可能ということを提示することは難しいと考える。

難治性潰瘍対応医療機関という形のリスト提供等であれば検討できると考える。

所 属	職 名	氏 名	
保 健 医 療 部	部 長	砂 川 靖	
	医療企画統括監	大 城 博	
	保健衛生統括監	糸 数 公	
	保健医療総務課 課 長	長 嶺 祥	
	医療政策課 課 長	諸見里 真	
	健康長寿課 課 長	宮 里 治	
	地域保健課 課 長	山 川 宗 貞	
	衛生薬務課 課 長	玉 城 宏 幸	
	子 ども 生 活 福 祉 部	部 長	大 城 玲 子
		生活企画統括監	上 間 司
子ども福祉統括監		名 渡 山 晶 子	
参 事		日 野 徹	
福祉政策課 課 長		金 城 賢	
高齢者福祉介護課 課 長		長 浜 広 明	
青少年・子ども家庭課 課 長		真 栄 城 守	
子ども未来政策課 課 長		喜 舎 場 健 太	
子育て支援課 課 長		久 貝 仁	
障害福祉課 課 長		大 城 行 雄	
平和援護・男女参画課 課 長	大 濱 靖		
消費・くらし安全課 課 長	金 城 真 喜 子		
病 院 事 業 局	局 長	我 那 覇 仁	
	病院事業統括監	金 城 聡	
県立病院課	課 長	大 城 清 二	

※県の担当職員名簿

印象記

副会長 宮里 達也

6月1日県庁において平成30年度第1回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議が開催された。医師会からは「避難所等の指定及び運営マニュアル等の整備状況」が提起された。これは我が国近年の地震・津波・洪水等の甚大なる災害が多数発生している状況から提起されたものである。今回、残念に思ったのは担当部署の防災危機管理課の参加がなかったことである。日ごろから顔の見える関係づくりが重要であることは言うまでもないことである。そういった意味でもこのような連絡会議は重要な意味合いがあると考えている。今後このようなことのないようにしていただきたい。

さて今回判明したことであるが、実際に指定避難所は12市町村358か所しか指定がなく、運営マニュアルの整備も遅れていることが分かった。関係部所は市町村に強く呼びかける必要がある。この原稿を作成中に見たテレビニュースでは過去に例を見ない大洪水が広い範囲で発生したことを伝えている。医師会としても今後ともこの問題には強い関心を持って臨むべきことである。

二つ目の議題は県立南部医療センター・こども医療センターの選定療養費に関する話が話し合われた。医師会としてこうすべきといった意見を申し上げる筋合いの問題ではないが、住民説

明には十分な配慮を求めた。また導入後も、窓口での説明を正確に行い、近隣の開業の先生方の迷惑にならないような配慮を求めた。

三つめは観光客が感染症を発症した場合の社会的入院についてであった。実際に今回の麻疹流行時ホテルに戻れず困った事例が発生した。今回は台湾領事館の格別の取り計らいがあって、どうにか問題が深刻にならずに済んだ。感染症ばかりでなく、観光客、特に海外からの観光客の発病対応には様々な解決すべき課題が多数存在している。自民党参議院議員自見はなこ先生に特段のご配慮を戴き、国の関係省庁での議論が始まった。今後ともこの問題には県医師会としても積極的に関わっていく予定である。

四つ目の議題はハンセン氏病回復者の難治性足底潰瘍の治療期間についてであった。現時点、ハンセン氏病であることに特別の差別感情を抱く医療関係者は存在しないと私は固く信じている。しかしながら回復者自身は過去のいきさつもあってなかなかそのことが理解できないでられるようである。医師会からはフットケア研究会に取り次ぐことができると説明した。今後とも県当局と密接な連絡を取り合っ、これらの方々の福利の向上に努めていきたい。

お知らせ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について（お願い）

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

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

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

第 125 回沖縄県医師会医学学会総会



広報委員 河崎 英範



第 125 回沖縄県医師会医学学会総会日程

会 期：平成 30 年 6 月 10 日（日）

会 場：沖縄県医師会館

ポスター掲示、準備、閲覧

第 125 回沖縄県医師会医学学会総会開会宣言

第 125 回沖縄県医師会医学学会総会会頭挨拶

一般講演 口演部門

ミニレクチャー

- ①「沖縄県における若年がん患者に対する妊孕性温存療法の現状～医療連携推進のために～」
座長：琉球大学大学院医学研究科 女性・生殖医学講座 教授 青木 陽一
講師：琉球大学大学院医学研究科 女性・生殖医学講座 講師 銘苺 桂子

- ②「当院における生体肝移植の現状」
座長：豊見城中央病院 外科部長 大田 守仁
講師：沖縄県立中部病院 外科部長 村上 隆啓

教育講演（ランチョンセミナー）

「薬剤耐性（AMR）対策について～我々が出来ること、すべきこと～」

座長：くばがわメディカルクリニック 院長 久手堅 憲史

講師：琉球大学医学部附属病院 感染対策室 特命助教 仲松 正司

一般講演 ポスター部門

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）選考委員会

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）受賞者発表

分科会長会議

空梅雨の続く 6 月 10 日の日曜日に第 125 回沖縄県医師会医学学会総会が開催されました。砂川会長の開会宣言の後、高石会頭のご挨拶をいただきました。県立北部病院での外科医師数減少に伴う診療制限をはじめ今後も産科、小児科、内科と医師不足による北部医療は危機に面しています。「医業は人なり」と、人材育成、人材確保のためにも病院統合、総合病院の早期の設立が望まれ、ヤンバルの医療体制を守るため全県で考えるべき喫緊の課題です。

はじめに行われた口演 2 部門では内科、外科、眼科、泌尿器科、精神科、地域医療と幅広く、他科の現状を聴講できました。細分化した現代の医療で、各医師は他科の新しい情報を得にくいのが実際だと思います。離島県故に発足した本学会ですが全科の医師が参加、交流し、そして研鑽できる他県に類をみない学会です。今後も発展継続することを希望します。ミニレクチャーの一部では「沖縄県における若年がん患者に対する妊孕性温存療法の現状～医療連携推進のために～」琉球大学の銘苺桂子先生よりご講演いただきました。がん薬物療法は殺細胞性抗がん剤に続き、分子標的、新しい免疫治療の登場でがん治療成績は格段に

向上し、治療継続し社会復帰が可能となっています。本会の数週前の新聞に15～39歳のAYA (Adolescent and Young Adult) 世代のがん罹患率が、国立がん研究センターより公表されていました。医療体制のみならず進学、就労、妊育性と、その支援をどうするか社会全体で考えなければならない課題です。第二部では「当院における生体肝臓移植の現状」沖縄県立中部病院の村上隆啓先生よりご講演いただきました。移植医療は他人（多くは身内）の犠牲で患者を助ける不自然な医療であると、それ故にチーム全体で真摯に移植医療に取り組んでいるとの言葉が印象的でした。教育講演は「薬剤耐性（AMR;AntiMicrobial Resistance）対策について～今我々が出来ること、すべきこと～」琉球大学医学部附属病院の仲松正司先生よりご講演いただきました。抗菌剤の発見、開発は医療の発展に大きく寄与してきましたが、一方で薬剤耐性が大きな問題となっております。AMR 対策は抗微生物薬の適性使用をはじめ、動向調査や、感染管理、普及啓発を目的に政府が平成28年から取り組みを開始した活動です。講演のなかで沖縄県の耐性菌の検出率が全国平均より高い傾向にあることが報告され以外な感じがありましたが、「かつて長寿県であった沖縄が、現在では壮年の生活習慣病が大問題になっていることに重なる」との意見が会場からもありました。感染医療・抗菌薬の使い方では全国をリードしてきたと自負してきた沖縄県、集計手法の差によるかもしれませんが、医師一人ひとりが考え

るべき問題で、同時に社会への啓発、例えば「ウイルス性のかぜに抗菌薬は必要ないです」と患者さんへ説明していくことも大切なのでしょう。

午後の一般講演ポスター部門は各会場に分かれ熱い議論が行われていました。第3会場では沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）の発表が行われていました。各口演とも発表内容の臨床的意義、伝えたいことを明確にかつ深く考察し発表され、質疑応答にも的確に答え毎回感心させられます。今回は那覇市立病院の前田拓也先生が最優秀賞を、沖縄県立中部病院の白崎加純先生と、沖縄協同病院の大城綾乃先生が優秀賞を受賞されました。今後のご活躍が期待されます。

本年度から新専門医師制度が発足しました。初期研修制度では全県あげた教育、支援体制を作り上げ、毎年多くの研修医が研鑽に励んでおりますが、研修卒後、専門医取得のため沖縄県に残る医師は多くはありません。東京はじめ都市部の大学、センター病院など大規模病院へ希望されることが多い様です。沖縄県では中南部を中心に同規模の救急総合病院が集中し、その結果各施設での症例数は少なく、専攻医の専門医取得基準を満たすことが厳しい現状があります。冒頭の挨拶で高石会頭から、口演でも村上先生からも提案がありましたが、後進の育成、しいては沖縄医療の発展のためにも、病院の集約化をはじめ施設間の効率的な機能分担について、沖縄県全体で考えていく課題であることを、本学会をとおし考えさせられました。

医学会頭挨拶

第125回沖縄県医師会医学会総会会頭
高石 利博



第125回沖縄県医師会医学会総会の開催にあたり、ご挨拶申し上げます。

この度は、伝統ある県医師会医学会会頭のご指名を頂き、安里哲好医師会会長、上地博之北

部地区医師会会長、砂川博司医学会会長、はじめ会員の皆様から感謝申し上げます。

会頭挨拶ということですが自分本島北部における医療しか知らず、沖縄全体の医療の話は

出来ません、以下にやんばるの医療の変遷と喫緊の話題について述べることでその任を果たさせて頂きたいと思えます。

私は北海道出身で、新潟大学を卒業後、当時の学生運動・非入局のあおりで、大学には残らず会津若松の竹田総合病院で精神科・内科、郷里の北見日赤病院で外科、東京では虎ノ門病院で精神科と勝手な自主卒後研修の後、1975年に那覇市田崎病院に勤務しました。

その後、1980年本部町で精神科病院を開設して今年で39年目になります。開業先を北部に選んだのは、他府県出身の私が沖繩に何らかの貢献が出来るとしたら、当時医療過疎地であった北部で、特に精神科医療施設は全くない所であったということでした。

開院当時の沖繩本島北部には、病院としては県立名護病院（現県立北部病院）と国立療養所沖繩愛楽園の二つしかなく、診療所は10ヶ所前後であったと覚えています。名護病院は北部で唯一の総合病院としてやんばる全域の医療を一手に引き受けていました。その頃は医師数は20人前後で総合病院を運営するには少ない医局員数で、夜間救急などには市内の開業医の先生方も当番制で協力しておりました。自分は北海道、福島、東京とあちこちの医療を見て来ましたが当時の県立名護病院のスタッフほど忙しくよく働く病院を見たことがありません。しかし、その頃すでに高齢化社会が始まり、県立病院の入院も高齢者が多くなり、そこに本部いきなり180床の病院が出来“精神科ではあるが、ベットが空いているではないか、地域のお年寄りを診てくれないか”ということになり、名護病院で急性期治療を終えた本部・今帰仁の高齢の患者さん達が次々と当院に紹介されてきました。又、当時は沖繩が日本一の長寿県で、更にそのなかでも北部が特に高齢者が多い地域であったこともあり、たちまち当院は高齢者医療の対応を迫られることになりました。高齢者医療にはまずリハビリが必要であろうと考え県外から理学療法士を招聘し（当時北部には理学療法士は一人も居なかった）、小さいながらリハ

ビリセンターを造り、北部で第一号の理学診療科を標榜したりもしました。しかし本質的に精神科医療と高齢者医療とどう結びつくのかと悩んでいたところ、平成元年に厚生省主催で、この年を「痴呆症元年」と名付け、第一回痴呆症講習会が開催され全国から50人の医師が集められ、自分も沖繩から参加しました。そこで高齢者には精神科医療として“認知症に関われば良いのだ”との確信を得て、早速県内で最初（新垣病院も同時期に）の認知症専門病棟を開設しました。その頃には、宮里病院、北山病院が開設し、その後もとぶ野毛病院、北部地区医師会立病院、勝山病院等が次々と出来、さらに平成22年には北部医師会附属心臓血管センター開設に至っております。

現在は名護以北に愛楽園も入れて病院9、各科診療所46、それに現在では介護老人保健施設、居宅介護施設、他各種通所サービスなど数多く出来、この40年のやんばるの医療環境の様変わりは目を見張るばかりです。やっと北部圏の人達も中部・南部と同じく医療の恩恵に恵まれるようになったかと喜んでいたのですが、此処に至って北部の医療に大きな問題が生じております。

今年の3月から県立北部病院の外科医が3人になっているという、それでは救急を始め外科機能の大幅な縮小となるのは必至です。医師会病院にバックアップも正式にお願いされたようですが医師会病院にしても麻酔医の常勤も居らず、救急外来の増加はスタッフの疲弊も免れなくなります。北部地区医師会の宮里達也理事は今年度の北部地区医師会会報の巻頭言に、上記のことを踏まえ、“今後救急症例を中心に中南部への急患搬送が激化しないか心配である…更に今後は外科に限らず、内科や小児科の大幅な医師不足が県立病院を直撃することはほぼ確実…”、また“北部の現状の医療体制を放置すれば、北部の医療は今後益々困難な事態に直面することは必至である。悪循環を断ち切るためには早急に両病院を統合再編して、新たな経営形態で北部医療の再出発をしなければならぬ。”と述べておられます。やんば

るの医療関係施設が充実してきたとはいえやはり総合病院としての二つの病院のあり方が北部の人達の命を守る砦といえます。数年前からのことではありますが、北部に基幹病院設立の動きが取りざたされており、北部市町村会も一致団結で県・国に創設要請を行っております。県立北部病院の盛衰、医師会立病院の生い立ちと苦難を乗り越えての今の地域への貢献度など、40年間近くつぶさに見てきた者として私にも言えることは、この2病院の合併がやんばるの人達の健康を守る拠点として、今一番必要な事であるということです。400床規模の構想であると、総合病院として十分全科を擁し、先端医療・高度医療を掲げ、若いDrも集まりやすくなり、人々が圏外まで出かけることのない、やんばるで完結する医療体制が出来ます。それに付随して、経済効果・人口増・文化・環境の発展、安心して暮らせるやんばるが益々活性化する希望も生まれます。

以上、学会会頭の挨拶としてふさわしくないとと思われるかもしれませんが、学会は医学研究に終わることなく、その最終目的として臨床に

貢献すべく在るのしょうから、医療現場の事を学会で論ずるのも必要であろうかとあえて会頭挨拶として言わせて頂きました。

さて今回の本学会の恒例のミニレクチャーは、琉球大学大学院医学研究科 女性・生殖医学講座 講師の銘苺桂子先生に「沖縄県における若年癌患者に対する妊孕性温存療法の現状～医療連携推進のために～」また、沖縄県立中部病院 外科部長の村上隆啓先生による「当院における生体肝移植の現状」、更に教育講演として琉球大学医学部附属病院 感染対策室 特命助教の仲松正司先生による「薬剤耐性 (AMR) 対策について～今我々が出来ること、すべきこと～」が予定されております。いずれも高度医療、アップデートな講演内容で興味深く拝聴したいと思います。一般演題も多数の会員の応募があり感謝申し上げます。多くの会員の皆様に参加して頂き活発な議論が展開されますことを願っております。医師会医学会の益々の発展と会員皆様のご活躍を祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。

ミニレクチャー (抄録)

(1) 「沖縄県における若年がん患者に対する妊孕性温存療法の現状～医療連携推進のために～」



琉球大学大学院医学研究科 女性・生殖医学講座 講師
銘苺 桂子

【がん克服後に妊娠が叶わなくなること】
近年、がんに対する集学的治療の進歩によって、多くの患者が癌を乗り越えるようになって

きた。しかし、若年患者に対する化学療法や放射線治療などの医療行為は、卵巣や精巣の機能不全、妊孕性の消失、早発閉経などを引き起こす場合がある。American society of Clinical Oncology (ASCO) のガイドラインでは、がん治療に先立ち妊孕性温存療法の可能性について検討し、適応のある患者を生殖医療専門医に紹介すること、そして妊孕性温存療法として、男性は精子凍結、女性では卵子・胚凍結が標準治療であるとしている。

【卵子凍結の問題点と卵巣凍結の利点】

卵子凍結は1回の採卵手術によって得られる卵子が限られているため、妊孕性の温存が十分とは言えない。また、約10日から1ヶ月の排卵誘発期間が必要であり、がん治療に遅れをき

たす可能性があること、初経を迎えていない女児では施行できないことが問題点である。卵巣凍結は卵巣に残された多くの卵子を保存できるとともに、卵巣移植後は女性ホルモン分泌の役割も担う。また、腹腔鏡手術によって数日で温存療法を終了でき、がん治療の時間的な遅れを最小限にすることが可能である。思春期前の女児に対する唯一の選択肢であるとともに、自然妊娠の期待や妊孕性以外の性腺機能温存の可能性もあることから、若年がん患者に対する妊孕性温存療法として期待されている。

【卵巣凍結の問題点】

しかし、卵巣凍結は世界でも試行例が十分でなく、ASCOでも臨床研究として試行されるべきであるとされている。2004年、Donnezらは凍結保存した卵巣組織(緩慢凍結法)の移植によりヒトで初めての生児獲得症例を報告した。2015年 Jensenらは同所性移植を行った41例の後方視的検討において31%の生児獲得率を報告している。移植後2~9ヶ月で卵巣機能の回復が確認され、いくつかの症例では移植後10年にわたり卵巣機能が維持されているものもあるが、今後実際の内分泌機能や移植した卵巣からの悪性腫瘍の再発の有無に関して、より長期に観察が必要と述べている。現在まで、少なくとも80例の生児獲得、23~37%の妊娠率と報告されている。当科では臨床研究として当院倫理審査委員会の承認を受け、2018年3月より高難度医療として開始可能となった。

【沖縄県における妊孕性温存療法の現状と問題点】

当院では1998年から男性における妊孕性温存療法として精子凍結を、2014年から女性における妊孕性温存療法として卵子凍結を開始した。これまで男性81例、女性28例が凍結保存を行い、がん克服後に5人の児が出生している。2014年には乳癌治療医の協力のもと「乳がん治療と妊孕性に関するネットワーク構築のための準備委員会」を発足、2016年には

沖縄がんと生殖医療ネットワークを立ちあげた。県内血液腫瘍内科医、乳癌専門医、小児血液腫瘍内科医へ妊孕性温存療法についての説明会を行い、積極的に紹介いただくよう依頼を行っている。しかしながら、まだまだがん治療医に対して情報が行き届いていないために、妊孕性温存療法が必要な若年がん患者さんに選択肢が提示されていない可能性がある。がん・生殖医療連携の最も重要な意義は、がん治療医と生殖医療専門医が迅速に情報を共有し、がんの治療を最優先しながらも、卵子・胚・卵巣凍結の可否、卵巣刺激の方法・時期、ならびに採卵手術の安全性など、個々の症例について迅速かつ詳細に検討し決断を行える点にある。すべての若年癌患者さんが妊孕性温存療法を選択するのは不可能であるにせよ、より多くの若年癌患者さんに癌治療開始前に妊娠が叶わなくなる可能性について伝え、妊孕性温存療法の選択肢について情報提供を行える環境を整えることが必要であると考え。今後も啓発活動をすすめるとともに、癌治療医との連携を一層深め、若年癌患者さんが癌治療を克服してあとの人生の希望の一端を担えるよう、活動していきたいと考えている。

(2)「当院における生体肝移植の現状」



沖縄県立中部病院 外科部長 村上 隆啓

【肝臓と肝臓の病気】

肝臓は、代謝、解毒、免疫を主たる役割とし、肝障害が生じても自己修復する再生機能を持ちます。肝疾患としては、アルコールやB型肝炎、C型肝炎が主ですが、最近では肥満や糖尿病な

どの生活習慣病と関与する非アルコール性脂肪肝 (NASH) の病態も多く経験します。初期段階では無症状のまま十数年経過し肝硬変に至り、非代償性肝硬変になると、黄疸、腹水、脳症、出血といった症状が出現し生命に危険が生じます。また肝硬変の肝臓からは高率に肝臓癌が発生します。

【肝臓移植とは】

このような非代償性肝硬変、肝臓癌、および劇症肝炎が肝臓移植の主な適応となります。肝臓移植には、脳死肝移植と、家族から肝臓の一部を提供してもらった生体肝移植がありますが、日本では脳死下臓器提供が非常に少なく、90% が生体肝移植です。生体肝移植は、事前に十分準備して行える利点がありますが、健康なドナーにメスを入れなければならないという倫理的問題があります。また、レシピエントは重篤な肝硬変の状態であるため非常にリスクの高い手術となり、術後も、免疫抑制剤の使用や感染予防など厳重な術後管理が必要となります。さらに多く報道されているように、今や生体肝移植はドナーの手術も含めて100%の安全性と成功が求められ、だれでもが受けられる手術ではなく、術前に手術の必要性を十分に吟味し、ドナーと患者の自発意思と移植への理解を確認し、第三者を含めた当施設での倫理委員会で承認を得た上でその実施が決定されます。

【当院での肝臓移植】

沖縄県立中部病院は沖縄県唯一の肝臓移植施設であり、2009年5月に第1例目を実施後、2018年3月現在、5例の生体肝移植に成功しています。それ以外にも多くの患者さんが肝臓移植を希望して来院されましたが、適切なドナーがいなかったり、病状が悪すぎたりで、残念ながらほとんどの方が移植できずにお亡くなりになりました。また、肝臓移植のような大きな手術を成功させるには、外科医のみなら

ず、内科医、麻酔科医、放射線科医、手術室、病棟、集中治療室の看護師および薬剤師、栄養士、リハビリ等多くの職種の協力が不可欠となり、まさに病院の総合力が問われることとなります。

【移植医療の葛藤】

先日、肝臓移植をうけて元気になった患者さんと一緒に、ある中学校の“よのなか科”の授業に参加しました。そこでは、生徒たちがグループになり、脳死や臓器提供に関して議論を行い、主治医の私や肝臓移植後の患者さんに多くの質問がなされました。「脳死になったら絶対に生き返らないのですか?」「家族から肝臓をもらってどんな気持ちですか?」など、厳しい質問もありましたが、結論は出なくても、これらの議論を通じて皆多くのことを考えました。

私は長年移植医療に従事していますが、“だれかからだれかに臓器を入れ替える”移植手術を行えば行うほど、非常に“不自然な”医療だと実感しています。将来的には再生医療の進歩で解決されると思いますが、現時点では臓器移植しか助かる方法がなく、また、そのように“不自然な”治療をしてでも生きたいと望む患者さんもたくさん存在します。しかし、脳死からの臓器提供が少ないわが国では、家族が身を切って臓器を提供し、生体移植を行い、家族の中だけでこの問題が解決されています。

近年、技術や薬剤の進歩で、移植医療はほぼ安全に行えるようになっており、一般的に移植手術の成功率は95%以上、術後5年生存率は80%以上とされています。しかし、これを支える医療スタッフは皆、毎日神経を研ぎ澄まし、患者さんが良くなるまでは昼夜関わらず、付きっきりで患者管理を行っています。これらの信頼できる体制と実績をもとに、移植医療の良い点、悪い点を十分理解したうえで、それでも生きたいと望む患者さんと、それを助けたいと強く望むその家族とともに、毎日、毎回、悩みながらも一生懸命、移植医療を続けています。

教育講演 (抄録)

「薬剤耐性 (AMR) 対策について ～今我々が出来ること、すべきこと～」



琉球大学医学部附属病院感染対策室 特命助教
仲松 正司

有史以前から現在まで感染症はヒトの疾患で大きな割合を占めてきた。古くは14世紀のヨーロッパで猛威を振るい全世界で8,500万人の死者を出したとされるペスト(黒死病)から、最近では、2003年のSARS、2009年の新型インフルエンザ(H1N1)、2014年のエボラ出血熱、2015年の韓国での中東呼吸器症候群(MERS)等々、感染症の脅威は現在も続いている。対するヒトも迫り来る感染症に打ち勝つため様々な薬剤を創り出してきた。1929年にアレクサンダー・フレミングによって発見されたペニシリンは、それまで感染症にかかると回復を祈るしか出来なかった病気を易々と治せるようになり奇跡の特効薬と呼ばれた。以降様々な種類の抗微生物薬は、多くの感染症からヒトや動物を救ってきた。

1980年代以降、ヒトや動物への抗微生物薬使用増加、ヒトに対する抗微生物薬の不適切な使用を背景として薬剤耐性(Antimicrobial Resistance; AMR)微生物が世界的に増加している。最近では特に細菌による薬剤耐性感染症が世界的に拡大し、公衆衛生および社会経済的に重大な影響を与えている。一方で新規の抗菌薬

等の開発は近年停滞しており、敵(微生物)は進化しているが手持ちの武器(抗菌薬)は変わらない状況で、このままでは細菌感染症に使用できる薬剤が無くなる事も危惧されている。この状況に対し、世界保健機構(WHO)は2011年に“*No action today, no cure tomorrow* (今日動かなければ、明日の治療はない)”として、AMR問題を世界中で取り組むべき問題として取り上げ、以降世界各国でAMR対策が活発化している。日本でも①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力の6つの分野の戦略と具体的な取り組み等が盛り込まれた薬剤耐性(AMR)アクションプランが2016年4月に策定され対策に取り組んでいる最中である。

沖縄県における薬剤耐性菌の状況はどうなっているのだろうか? 2016年の院内感染対策サーベイランス(Japan Nosocomial Infections Surveillance; JANIS)データでは、第3世代セファロスポリン系薬に耐性(≡ESBL(基質特異性拡張型βラクタマーゼ)産生)の大腸菌と肺炎桿菌、カルバペネム耐性緑膿菌、バンコマイシン耐性腸球菌(Vancomycin Resistant Enterococci; VRE)が全国と比較して、沖縄県では非常に高い割合で分離されている。沖縄県は「感染症診療」で非常に有名だが、残念ながら近年では「薬剤耐性菌が多い」ことでも注目を浴びつつある。一方沖縄県では耐性菌分離状況を把握できるシステムが現時点では整備されていない。先のJANISのデータは200床以上の病院(任意加盟)のデータであり、一般開業医や高齢者施設のデータは反映されていない。現状では耐性菌は増えているデータが出つ

つあるが、その全貌は把握できていないのである。今後沖縄県全体での菌株収集や解析を行い、耐性菌情報を医療現場にフィードバックを行う事ができるサーベイランス体制の構築が急務である。

今後更なる高齢化や、海外からの観光客増加に伴い薬剤耐性菌の増加が予想される。現在、そして未来に使える抗菌薬を残すためにも、沖縄県全体での AMR 対策が今求められている。

一般講演 演題・演者一覧

<口演部門>

1. 原発性非小細胞肺癌に対する気管支形成手術の検討
国立病院機構沖縄病院 肺がんセンター 外科
饒平名 知史
2. 補助人工心臓治療後、心臓移植まで到達した2例の報告
琉球大学大学院胸部心臓血管外科学講座 前田 達也
3. 当施設における若年性高血圧性脳内出血の検討
中頭病院 永瀬 聡士
4. 鈍的胸部大動脈損傷に対する治療成績の検討
沖縄県立中部病院 一般外科 堀江 博司
5. 糖尿病患者 473 症例における冠動脈疾患発症時期と網膜症診断時期の関係
ぐしけん眼科 具志堅 直樹
6. A 離島における輸血療法の意義
公立久米島病院 内科 久田 友治
7. 当院における 532 nm レーザー光選択的前立腺蒸散術 (PVP) の初期治療成績の検討
中頭病院 泌尿器科 新里 博
8. 沖縄県における性同一性障害 (GID) の 21 年間の診療経験からの課題の検討
山本クリニック 山本 和儀

<ポスター部門>

呼吸器内科

9. 免疫チェックポイント阻害薬の治療で気管内腫瘍病変が縮小した1例
国立病院機構沖縄病院肺がんセンター 呼吸器内科
知花 賢治
10. 薬剤性肝障害のためクリゾチニブを減量して使用した ROS-1 融合遺伝子陽性肺癌の1例
中頭病院 呼吸器内科 小山 倫子
11. 当院における癌性髄膜炎に対する全脳照射の治療成績
琉球大学大学院医学研究科放射線診断治療学講座
草田 武朗
12. 多発転移性脳腫瘍に対する海馬保護・同時ブースト (Hippocampal-avoiding Simultaneous Integrated Boost, HA-SIB) 全脳照射法の検討
中頭病院 放射線治療科 河島 光彦
13. 肺多発結節影を認めた MTX 関連リンパ増殖性疾患の1例
ハートライフ病院 内科 山城 謙人
14. 早期に免疫抑制療法を行うも救命困難だった抗 MDA-5 抗体陽性皮膚筋炎、間質性肺炎の1例
浦添総合病院 呼吸器センター 大村 里子
15. 術前化学療法中に心駆出率低下を伴う薬剤性間質性肺炎を発症した右乳癌の1例
琉球大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科学講座
藤澤 重元

16. ニューモシスチス肺炎との鑑別に苦慮した薬剤性肺炎の1例
中頭病院 呼吸器内科 山元 隆太
17. 肺結核治療中に嚢胞性病変をきたし、気胸を併発した2例
国立病院機構沖縄病院 肺がんセンター 呼吸器内科
名嘉山 裕子
18. 呼吸不全をきたし肝肺症候群と診断した1例
中頭病院 呼吸器内科 村山 義明

感染症

19. 急速に増悪し死亡した高齢者のインフルエンザ感染合併 A 群溶血性連鎖球菌肺炎
中頭病院 総合内科 喜舎場 順一
20. 侵襲性髄膜炎菌感染症の1例
中頭病院 感染症内科・総合内科 戸高 貴文
21. 特徴的画像所見から診断に至った胃梅毒による急性胃潰瘍の1例
南部徳洲会病院 救急診療科 今村 恵
22. 帯状疱疹により排尿障害を来したと考えられた1症例
国立病院機構沖縄病院 総合内科 消化器科
樋口 大介
23. Panton-Valentine leucocidin (PVL) 産生黄色ブドウ球菌による皮膚感染症の1例
沖縄赤十字病院 皮膚科 安仁屋 僚

小児科

24. 小児期発症の慢性動脈閉塞障害を呈した一男児例の長期経過
琉球大学医学部附属病院 小児科 内原 志野
25. 小児期発症リウマチ・膠原病患者における移行医療について
琉球大学大学院 医学研究科 育成医学講座 (小児科)
金城 紀子

消化器外科

26. 切除不能大腸癌症例における FOLFIRI + Ramcirumab 療法の治療経験について
豊見城中央病院 外科 照屋 剛
27. 鏡視下胃内手術の工夫：胃粘膜下腫瘍の1切除例
ハートライフ病院 外科 宮平 工
28. 癌性心内膜炎を発症した胃癌術後再発の1例
豊見城中央病院 澤岬 安勝
29. 成人の S 状結腸腸重積に対し内視鏡的整復後、待機的に腹腔鏡下手術を施行した1例
中頭病院 佐久川 千裕
30. 抗血小板薬・抗凝固薬内服中の急性胆嚢炎はどうしたらよいか？
沖縄赤十字病院 外科 豊見山 健

- 31. 保存的療法で治癒し得た腸管気腫症の2症例
浦添総合病院 外科 宇都宮 貴史
- 32. 後区域肝管の偏位による術中胆管損傷の1例
沖縄県立中部病院 外科 小川 祥子
- 33. 上腸間膜静脈血栓症に対しヘパリンにより治療できた1例
中頭病院 臨床研修部 石川 清滋

呼吸器外科

- 34. リピオドールマーキングが迅速診断に影響したと考えられたGGO肺腺癌の2例
沖縄赤十字病院 呼吸器外科 宮城 淳
- 35. 肺過誤腫を疑い胸腔鏡下核出術を施行した1手術例
中頭病院 呼吸器外科 渡久地 愛梨
- 36. 小細胞肺癌による両側気管支狭窄に対し放射線治療にて救命した1例
南部徳洲会病院 放射線治療科 和田 理沙子
- 37. 右胸膜頂部に発生した交感神経由来の神経鞘腫に対する被膜下核出術の1例
中頭病院 呼吸器外科 大田 守雄
- 38. 小児膿胸の治療：4例の検討
沖縄県立中部病院 外科 新井 智仁
- 39. 自覚症状にて発見された広範囲壊死を認める胸腺腫の1例
豊見城中央病院 外科 我喜屋 亮
- 40. 横隔膜発生気管支原性肺のう胞より発生した粘表皮癌の1手術例
国立病院機構沖縄病院 肺がんセンター 外科 平良 尚広
- 41. CBDCA+nab-PTXを用いた化学療法で病理学的に完全寛解が得られた3A期肺扁平上皮癌の1例
沖縄赤十字病院 呼吸器外科 吉野 裕太郎
- 42. 胸腔鏡下摘出術を施行したTriple cancerの1手術例
中頭病院 呼吸器外科 柱本 真
- 43. 乳癌術後の傍胸骨リンパ節再発に対して胸腔鏡下手術を施行した1例
中頭病院 呼吸器外科 嘉数 修

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）

- 44. 緊急手術を施行した頸胸腹部多発刺創の1例
沖縄県立中部病院 外科 岡田 奈月
- 45. 開胸右中葉切除後の右下葉肺癌に対し胸腔鏡下手術を施行した1例
中頭病院 呼吸器外科 中田 安香
- 46. 胸痛を呈さない大動脈解離に合併した急性期脳梗塞の1例
ハートライフ病院 石川 樹
- 47. 巨大ブラを合併した患者の対側に腕神経叢ブロックを行った1例
沖縄赤十字病院 麻酔科 伊庭 弘花
- 48. 冠動脈ステント留置術後、胸骨圧迫の合併症として大量血胸を起こした1例
浦添総合病院 循環器内科 松野 敬
- 49. 膀胱浸潤癌など悪性腫瘍と鑑別を要した増殖性膀胱炎の症例
南部徳洲会病院 泌尿器科 喜納 大貴
- 50. 蜂窩織炎として加療されていた両側ペカー嚢腫破裂の1例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 殿城 秀斗
- 51. 急性腎障害の原因として多彩な因子が関与し集学的治療で軽快した1例
豊見城中央病院 腎臓内科 渡部 俊陽

- 52. 画像陰性脳梗塞の診断リスクについて一自験例の検討から一
中頭病院 総合内科 北原 武尊
- 53. アンピシリン・スルバクタム投与後に重症薬疹をきたした1例
浦添総合病院 佐久間 隆弘
- 54. Streptococcus bovisによる感染性心内膜炎を契機に大腸腺腫を発見した1例
那覇市立病院 前田 拓也
- 55. 詳細な問診から熱帯熱マラリアの診断に至った1例を経験し、輸入感染症に対する沖縄県立中部病院救急科での新たな取り組み
沖縄県立中部病院 白崎 加純
- 56. タイ旅行帰りで、輸入感染症と鑑別を要した急性HIV感染症の1例
沖縄協同病院 大城 綾乃
- 57. 取り下げ
- 58. 血液透析患者に合併した Legionella pneumophila serogroup 5による肺炎の1例
大浜第一病院 呼吸器内科 水本 小百合

腎・泌尿器

- 59. 当院における二次性副甲状腺機能亢進症（SHPT）治療の変遷
おおうらクリニック 大浦 孝
- 60. 尿道カテーテル離脱困難とADL
沖縄協同病院 泌尿器科 嘉手川 豪心
- 61. 便失禁に対して施行した仙骨神経刺激療法により難治性過活動膀胱が改善した1例
大浜第一病院 大腸・肛門外科 仕垣 幸太郎
- 62. 修正Valdibia体位によるTAPの当院における初期経験
中部徳洲会病院 上間 南海子
- 63. Clinically investigated a primary treatment for high volume hormone naive D2 prostate cancer since August 2013 through June 2018
南部徳洲会病院 泌尿器科 向山 秀樹
- 64. 去勢抵抗性前立腺癌の骨転移に対する塩化ラジウム-223の初期使用経験
ちばなクリニック 放射線科 西蔵盛 由紀子
- 65. 精索静脈瘤に対して血管内治療を施行した3例
琉球大学大学院 放射線診断治療学講座 伊藤 純二

内分泌・代謝

- 66. 多彩な不定愁訴から心気症との鑑別を要した重症筋無力症の高齢女性例
豊見城中央病院 内科 喜瀬 涼
- 67. 歩行困難で来院した高カルシウム血症の1例
中頭病院 腎臓内科 上里 まどか



報 告

68. 糖尿病性動脈神経麻痺が疑われた euthyroid Graves 眼症の一例
大浜第一病院 糖尿病センター 前原 大地

69. 骨折を契機に発見された視床下部性腺機能低下症
豊見城中央病院 内分泌内科 山川 翔太

消化器内科

70. PTEG が嚥下リハビリテーションに有用であった 1 例
同仁病院 消化器内科 山城 惟欣

71. 大腸 ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術) により一括切除可能となった早期大腸癌の一例
同仁病院 消化器内科 柏木 宏幸

72. 消化管潰瘍治癒後に施行した腹部造影 CT 検査で特発性気腹症を指摘した例
浦添総合病院 橋野 伸

73. 化膿性門脈血栓症の一例
中部徳洲会病院 消化器内科 金尾 亮

74. 当院で経験した急性 E 型肝炎の一例
ハートライフ病院 消化器内科 林 貴徳

75. 右脳出血後遺症で胃瘻造設後に特別養護老人ホーム入所し、経過一年半で AFP は正常で CEA が 10,920ng/ml を呈した肝臓全体を占める非 B 非 C 肝悪性新生物の 90 歳男性の看取りの経験
南城つばこクリニック 小山 信二

76. 外科的減圧術を要した急性膵炎 5 例の検討
沖縄県立中部病院 神田 修平

救急

77. NEWS を用いた RRS は予期せぬ院内心停止率を減少する
中部徳洲会病院 集中治療部 西島 功

78. 糖質制限中にアルコール摂取を契機としてケトアシドーシスをきたした一例
浦添総合病院 後藤 大智

79. 外傷性胸部大動脈損傷に対し TEVAR を施行した一例
中部徳洲会病院 心臓血管外科 新里 建人

80. "time is brain" 国頭郡東村で発症した脳梗塞超急性期に対し、迅速な t-PA 療法を適用、社会復帰し得た一例
中部徳洲会病院 救急総合診療部 天野 茂太

81. MRI で脳幹に異常信号が限局した高血圧性脳症の一例
中頭病院 又吉 博紀

整形外科・リハビリ

82. 沖縄県における小児上肢骨折 (肩関節から手関節) の疫学調査
琉球大学医学部附属病院 整形外科 今井 さくら

83. 上腕動脈損傷を合併した小児上腕骨顆上骨折の一例
沖縄県立中部病院 整形外科 相原 佑貴

84. 当科における脊柱管内硬膜内病変に対する低侵襲治療についての検討
浦添総合病院 脳神経外科 原国 毅

85. 片麻痺・対麻痺装具療法の当院の実態—よりよい歩行再建のために—
南部徳洲会病院 滝吉 優子

形成外科

86. 当科で経験した足底胼胝感染に対して外科的治療を行った 5 例
ハートライフ病院 形成外科 東盛 貴光

87. くりぬき法による粉瘤の治療：当院の工夫
形成外科 KC 新城 憲

88. 大動脈人工血管置換術後に発生した動脈食道瘻の 1 例～微小血管吻合付加を応用した空腸による食道再建術～
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 形成外科 三輪 志織

89. 美容外科領域に於ける真皮脂肪移植の応用
当山美容形成外科 當山 護

90. 当院における乳腺外科での乳房再建の取り組みについて
中頭病院 乳腺科 阿部 典恵

一般外科

91. 齶歯から膿胸に至った一例
沖縄県立中部病院 消化器・一般外科 奥井 健太

92. 当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の工夫—再発の低減と合併症の減少をめざした手術—
豊見城中央病院 外科 仲地 厚

93. メッケル憩室による絞扼性イレウスの 1 例
ハートライフ病院 外科 国吉 史雄

94. 異時性両側性乳癌・温存乳房内再発をきたした非 HBOC の若年性乳癌の一例
中頭病院 乳腺外科 本成 登貴和

神経内科

95. 発症後 17 年の長期経過した多系統萎縮症 (MSA-P) 剖検例
琉球大学医学部附属病院 循環器・腎臓・神経内科学 城間 加奈子

96. 脳梗塞疑いにて入院後、傍腫瘍性神経症候群の診断に至り、ステロイドパルス治療と R-CHOP 療法により運動麻痺と腫瘍の改善を得ることができた一例
中部徳洲会病院 総合診療内科 豊田 玲奈

97. 胸腹部大動脈瘤術後の造影剤による可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) の 1 例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 研修センター 安森 研

脳神経外科

98. 血液凝固第 9 因子複合体使用の初期経験
豊見城中央病院 脳神経外科 孫 幸賢

99. 神経内視鏡的第 3 脳室底開窓術の有用性
ハートライフ病院 脳神経外科 上笹 航

100. 未治療の糖尿病によって生じた舞踏様不随運動を呈した症例
南部徳洲会病院 脳神経外科 山元 朝仁



血液

- 101. 後天性血友病 A の 2 症例
中頭病院 臨床研修部 勢理客 晶子
- 102. 成人 T 細胞白血病リンパ腫の治療経過中に合併した低カルシウム血症
沖縄県南部医療センター・こども医療センター 窪田 紀彦
- 103. 多臓器に節外性病変を認めたびまん性大細胞 B 細胞性リンパ腫の 1 剖検例
中頭病院 病理診断科 仲田 典広
- 104. 進行期神経芽腫に対する KIR リガンドミスマッチ同種臍帯血移植の成績
琉球大学医学部附属病院 小児科 百名 伸之

産科

- 105. 妊娠初期に深部静脈血栓症を発症した 1 例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科 林 沙耶花
- 106. 当院における帝王切開癒痕部妊娠・頸管妊娠の検討
豊見城中央病院 小林 剛大
- 107. 当院における過去 6 年間の SLE と RA 合併妊娠の臨床的検討
豊見城中央病院 産婦人科 神山 和也

婦人科

- 108. 化学療法により完全奏功が得られた腹膜癌の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 當眞 真希子
- 109. 診断に苦慮した子宮平滑筋肉腫の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 前濱 俊之
- 110. 明細胞腫瘍との鑑別が困難であった良性卵巢甲状腺腫の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 藤野 翔太郎
- 111. CT ガイド下ドレナージが奏功した骨盤内膿瘍の 3 例
琉球大学医学部 女性・生殖医学講座 屋宜 久子

循環器外科

- 112. 僧帽弁形成術における当科の変遷
豊見城中央病院 心臓血管外科 山内 昭彦
- 113. 高度 MAC に対する心膜ロールを併用した僧房弁置換 3 症例の早期報告
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科 山里 隆浩

- 114. 気管切開口開存患者に対する MICS CABG
豊見城中央病院 心臓血管外科 伊波 孝路
- 115. 取り下げ
- 116. 腹部大動脈瘤に対する endovascular aortic replacement; EVAR 後の type 2 endoleak に対して瘤切開縫縮・分枝動脈結紮術を要した一例
沖縄県立中部病院 外科 神谷 俊輔
- 117. 入院中に破裂した StanfordB 型急性大動脈解離に対して緊急 TEVAR を施行した一例
中部徳洲会病院 心臓血管外科 安部 貴之
- 118. 自己弁温存大動脈基部置換術への新たな取り組みとその早期成績
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科 宗像 宏
- 119. ドキソルピシン心筋症に関連した僧帽弁閉鎖不全症および三尖弁閉鎖不全症に対する 1 手術例
中頭病院 循環器内科 新垣 康
- 120. In situ saphenous vein bypass にて救肢した重症虚血肢 (CLI) の一例
琉球大学医学部附属病院 上門 あきの
- 121. 気管腕頭動脈瘻の 2 例
琉球大学医学部附属病院 第二外科 比嘉 章太郎
- 122. 弁置換術後に門脈ガス血症および腸管気腫症を合併した 1 手術例
琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座 安藤 美月
- 123. 右内胸動脈を使用した冠動脈バイパス術後の右鎖骨下動脈高度狭窄に対して血行再建により心機能の回復を得た一例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 循環器内科 山城 俊樹

循環器内科

- 124. 血液透析患者のペースメーカー (以降、PM と略) 感染に対しリードレスペースメーカー (以降、リードレス PM と略) 植込を施行した 1 例
浦添総合病院 循環器内科 新津 伸
- 125. ペースメーカーリード穿孔時の生体組織接着剤の心嚢内投与
豊見城中央病院 循環器内科 阿部 昌巳
- 126. 当院における脳内出血を伴った感染性心内膜炎に対する集学的治療の 2 例
豊見城中央病院 心臓血管外科 田淵 正樹
- 127. SFA 病変に対し VIABAHN を使用した 3 症例
豊見城中央病院 嘉数 敦



沖縄県医学会賞 (研修医部門) 左から、最優秀賞: 前田先生、優秀賞: 白崎先生、大城先生

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会理事 徳永義光

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

第 213 回一般社団法人 沖縄県医師会定例代議員会

常任理事 稲田 隆司



去る6月21日(木)、午後7時30分より本会館において第213回定例代議員会が開催された。

長嶺信夫議長より定数の確認が行われ、定数59名に対し44名が出席し定款28条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。

続いて、安里会長より次のとおり挨拶があった。

挨拶

○安里哲好会長

皆さん、こんばんは。御挨拶を申し上げます。

本日は、第213回定例代議員会を開催しましたところ、大変お忙しい中、また、日中の診療でお疲れのところを多数の代議員に御出席賜り心より感謝申し上げます。

最初に、去る6月18日に発生しました大阪地震におきまして、死者5名、400名以上にの

ぼる負傷者が出ていることに対し、心からお見舞い申し上げますとともに、一日も早い復旧をお祈りいたします。

大阪府医師会からの状況報告によりますと、一部を除き医療機関に大きな被害はなく、診療機能を維持しているとのことでございます。沖縄県医師会としても今後の必要時に備え、支援体制を整えてまいりたいと考えておりますので、会員各位におかれましても御支援賜りますようお願いいたします。

おかげをもちまして、平成29年度の会務も代議員の諸先生方、会員各位の御協力により予定いたしておりました諸事業も滞りなく推進することができました。去る5月24日の代議員会におきましては、本日の代議員会終結時よりスタートする新執行部を御選出いただき感謝申し上げます。

会長就任以来、「県民とともに歩む医師会」、「地域医療連携の充実」、「魅力ある医師会づくり」の3つの基本方針を掲げて進んでまいりました。2期目も引き続き、この3点に取り組むとともに北部基幹病院構想、医師の地域偏在・診療科偏在、医師の働き方改革、外国人観光客への診療対応、組織強化に向けた入会促進等、沖縄の医療の向上に努めてまいりたいと思います。

さらに、65歳未満県民の健康・死亡率の改善を目的としたプロジェクト会議を開催し、本年度から6年間を実践的な期間として推進するとともに、おきなわ津梁ネットワークを用いた地域医療連携システムのさらなる充実、各部会と連携した魅力ある医師会づくりに引き続き取り組む所存でございます。

また、本日の代表質問でもはしかの対応について挙げられておりますが、本県では3月に台湾の観光客がはしかを発症して以降、県外にも感染が拡大し、県内観光業界にも影響が及ぶとともに、本会でも4月に予定していた県民参加型健康イベントが延期となりました。しかし、県行政、医療機関の取り組みにより去る6月11日に終息宣言がなされました。会員各位の御尽力に感謝申し上げます。外国人観光客による感染症の発生は大きな課題だと感じております。また、予防接種率は90%ではなく95%から100%にもっていくことは大切だとつくづく感じたところでございます。

さて、現在安倍政権下で経済財政諮問会議に提出された「骨太の方針2018」において、社会保障改革を目的とした医療費抑制の議論が浮上したほか、医師の働き方改革、外国人観光客の対応、2019年10月に予定されている消費税率引き上げの対応及び控除対象外消費税の対応については、国政を注視しながら我々の代表である国会議員に正しい医療政策を主張してもらうとともに、各地区医師会をはじめ九州医師会連合会並びに日本医師会、関係各位と連携しながら医療界の発展に尽力してまいりたいと考えております。

最後になりますが、現執行部は本日をもって任期を終え、玉城信光副会長、金城忠雄常任理事、喜久村徳清監事の3人は退任いたします。これまで永年にわたり会務運営事業推進に御尽力賜り、この場を借りて衷心より厚く御礼申し上げます。

本日は、報告2件、議事9件を上程しております。報告、議事の詳細につきましては、各担当理事より説明していただきますので、慎重に御審議の上、御承認賜りますようお願い申し上げます。どうぞよろしく願います。

続いて、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成29年度沖縄県医師会会務について、喜久村監事から平成29年度沖縄県医師会監査についてそれぞれ報告があった。

議事は、以下の第1号議案～第8号議案については、各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

第9号議案については、宜保好彦先生、比嘉国郎先生、桑江朝彦先生、宮城信雄先生に顧問を委嘱することが承認された。

- 第1号議案 平成29年度沖縄県医師会一般会計収支決算の件
- 第2号議案 平成29年度沖縄県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第3号議案 平成29年度沖縄県医師会会館建設特別会計収支決算の件
- 第4号議案 平成29年度おきなわ津梁ネットワーク事業特別会計収支決算の件
- 第5号議案 平成29年度地域医療介護総合確保基金事業特別会計収支決算の件
- 第6号議案 平成29年度おきなわ津梁ネットワーククラウド型高機能EHR事業特別会計決算の件
- 第7号議案 平成30年度沖縄県医師会一般会計収支予算補正の件
- 第8号議案 平成30年度地域医療介護総合確保基金事業特別会計収支予算の件
- 第9号議案 沖縄県医師会顧問委嘱の件

続いて、その他の事項で、北部地区医師会より代表質問、南部地区医師会より個人質問が寄せられており、次のとおり担当理事から答弁があった。

質疑内容

「麻しん対応について」(北部地区医師会：代表質問)

○上地代議員

去った4月、北部保健所で麻しんの対応に関する連絡会議が関係者を集めて開催され、会員より下記内容の苦情と改善提案が寄せられた。

Aクリニックより、麻しん疑いの患者を県立病院へ紹介した。その後、麻しんと診断された。しかし、当院への返書等はなく後日、当院から紹介した患者に似た麻疹報道があった為、県立病院へ確認し初めて知らされた(北部第1号の患者)。

なぜ、確定した時点で当院へ知らせなかったのか。それにより当院での初期対応(職員への抗体検査)などが遅れた。

また、別の2つの医療機関からは、北部のある保育園ではしか患者が発生したが、地域医療機関に情報が提供されなかった為、続発する患者の診断が遅れ、保護者への説明に苦慮した。

保育園などで発生する感染情報は保健所から医療機関にも速やかに情報提供すべきではないかと改善提案が寄せられた。本件について県医師会の見解と今後の対応について伺いたい。

(回答) 宮里常任理事

御指摘の点はごもっともだと思う。今後、県と十分検討して、さらに細かいあるべき姿を提供していければと思うのでよろしく願い申し上げます。

「沖縄県医師会諸会費賦課対象収入について」(南部地区医師会：個人質問)

○具志代議員

現在、沖縄県医師会一般会費は賦課徴収として、医業総収入をもとに算出しているが、定期

予防接種による収入も入れた総収入が対象になっている。近年、定期予防接種の種類が増えたことと集団接種から個別接種になったことで、賦活徴収を設定した当時と状況がだいぶ異なってきた。

個別接種になってきたことで、小児科を中心とした一部の医療機関に定期接種が偏り、ワクチン代を含めた委託費用による総収入が増えている。これまで、集団接種中心の時代は、全会員が予防接種に従事していたため、総収入に対してほぼ均等に加算されており、会員同士での差はほとんどなかった。また、ワクチン代は市町村が支払っていたため、会員の総収入がそれほど増えることもなかった。

現在は、ワクチン代を含んだ委託料になっており、南部地区医師会では、28接種中、平均10,443円/接種となっている。ワクチン代だけでも平均5,501円/接種である。予防接種の種類も増え、1年間の接種件数は、1診療所あたり、4,000件前後から多いところでは10,000件を超えている。委託料の年額も3,500万円から1億円超になり、会費ランクは、4-10ランク上になっている(52,800円～132,000円増)。ワクチン代だけでも2,000万円から5,500万円で、2-6ランク上がってしまう(26,400円～79,200円増)。今後、ワクチン代の高い子宮頸がんワクチンの通知が再開され、ロタウイルスワクチンが定期化されるとさらに定期接種による医業総収入が増えてしまう。また、定期接種による感染症の減少に伴い、小児科診療所の診療報酬が減り、医業総収入に対する予防接種の収入は、ここ数年4～5割を占めるようになっている。

さらに、定期接種は、各地区医師会が市町村から依頼を受け、その手数料が地区医師会の財源の一部となっている。その財源に貢献している施設の県医師会費が増えてしまうのはどうしたことなのか。院内処方や、高額な抗がん剤の診療を行っている医療機関の医業収入が高額になっているのとは理由が違う。検討をお願いしたい。

(回答) 稲田常任理事

ご承知のとおり、現在、本会のA会員の会費は均等割会費に収入割会費を加えて賦課を行っている。収入割は各施設の医業総収入に対して1ランクから18ランクに区分し、上限を設けて賦課している。

先に、医業総収入割の導入した経緯についてご説明させていただくと、平成6年度に、会費賦課対象を「均等割と医業所得割」から「均等割と医業収入割」へ改正した。その改正の理由として、1つは所得金額に対する賦課は、設備投資その他により経費が増えると大病院長でも均等割のみということが生じたこと、もう1つは一人医師医療法人が増えることにより、法人等の給与所得者は源泉徴収票に基づき賦課していたことから会費の負担額が減少し、全体的に本会の会費収入が減少することで、医師会事業運営に支障をきたす事から、医業総収入金額に対して賦課する収入割へ改正が行われ現在に至っている。

会費については、全会員一律の会費が望ましいと思うが、本会の場合、均等割会費のみでは一人当たりの会費額が大きくなり、負担額が増える会員が多くなるため、現在の会費賦課徴収方法となっている次第である。

さて、具志代議員よりご提出されたご質問に関連して、平成24年7月に沖縄県小児科医会より、「予防接種関連の収入は医業総収入から差し引くべきであり、医業収入割の方法について検討いただきたい」旨、同様な内容のご要望を頂き、会費検討委員会で検討を行った経緯が

ある。会費検討委員会では、今回のご質問の内容にもあるが、抗がん剤等の高額な薬品の仕入れや整形外科のリハビリ等の人件費、分娩費用等、各診療科の実情について意見があり、予防接種関連の収入のみを医業総収入から省くことについては結論に至っていない状況である。

ご要望をいただいてから5年が経過しており、具志代議員のおっしゃるとおり状況も変わっていると思うので、実態の把握が必要だと考える。

本会事業を実施していく上で、会費収入は総収入額の約7割を占める重要な財源であるため、会費賦課徴収方法については会員からのご意見を賜りながら、慎重に時間をかけて検討する必要があると考えている。会員の負担感、不公平感を払拭するためにはどうしたら良いか、実態把握のためのアンケート調査の実施も含めて、会費検討委員会にて慎重に検討していきたいと考えている。

また、現在、本会の高齢会員による会費減免者(77歳以上)が現在132名おり、会費減免額は年間約1,000万円となっている。今後、会員の高齢化が進む中で、5～6年後は高齢会員が現在の約2倍に推移することが予測され会費の減収が懸念される。

かかる状況の中、新たな課題に高齢会員の減免年齢についても検討が必要であると考えており、それも含めた会費賦課徴収について検討していきたいと思うので、ご理解下さるようお願い申し上げます。



貸借対照表

平成30年 3月31日現在

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
I 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	67,142,681	45,493,129	21,649,552
未収会費	1,177,900	1,285,500	△ 107,600
未収金	235,974,363	33,513,507	202,460,856
立替金	1,862,185	1,634,380	227,805
流動資産合計	306,157,129	81,926,516	224,230,613
2. 固定資産			
(1)特定資産			
医事紛争特定預金	2,000,000	1,000,000	1,000,000
建物減価償却引当資産	133,460,000	115,460,000	18,000,000
役員退職慰労引当資産	5,360,000	4,570,000	790,000
職員退職給付引当資産	79,756,846	73,247,856	6,508,990
備品減価償却引当資産	10,700,000	8,700,000	2,000,000
借入返済準備積立資産	42,000,000	35,000,000	7,000,000
特定資産合計	273,276,846	237,977,856	35,298,990
(2)その他固定資産			
土地	198,385,094	198,385,094	0
建物	299,962,355	307,338,478	△ 7,376,123
建物附属設備	52,233,292	61,414,868	△ 9,181,576
構築物	30,551,716	32,171,549	△ 1,619,833
備品	26,409,577	2,701,855	23,707,722
電話加入権	401,500	401,500	0
子会社株式	3,000,000	3,000,000	0
その他固定資産合計	610,943,534	605,413,344	5,530,190
固定資産合計	884,220,380	843,391,200	40,829,180
資産合計	1,190,377,509	925,317,716	265,059,793
II 負債の部			
1. 流動負債			
未払金	41,766,569	26,472,184	15,294,385
預り金	8,680,183	3,351,296	5,328,887
短期借入金	190,000,000	0	190,000,000
1年内返済予定長期借入金	16,380,000	16,380,000	0
流動負債合計	256,826,752	46,203,480	210,623,272
2. 固定負債			
長期借入金	158,500,000	174,880,000	△ 16,380,000
役員退職慰労引当金	5,360,000	4,570,000	790,000
職員退職給付引当金	96,586,940	86,581,460	10,005,480
固定負債合計	260,446,940	266,031,460	△ 5,584,520
負債合計	517,273,692	312,234,940	205,038,752
III 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
指定正味財産合計	0	0	0
2. 一般正味財産			
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	(0)
(うち特定資産への充当額)	(188,160,000)	(160,160,000)	(28,000,000)
正味財産合計	673,103,817	613,082,776	60,021,041
負債及び正味財産合計	1,190,377,509	925,317,716	265,059,793

正味財産増減計算書

平成29年4月1日から平成30年3月31日まで

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
受取入会金	1,388,000	1,622,000	△ 234,000
受取会費	270,343,400	268,550,800	1,792,600
事業収益	33,469,128	28,809,356	4,659,772
受取補助金	208,383,000	0	208,383,000
受取助成金	10,646,750	11,221,320	△ 574,570
受託等収益	67,230,775	62,533,763	4,697,012
受取寄付金	0	5,000,000	△ 5,000,000
貸貸収益	37,406,250	35,387,790	2,018,460
雑収益	6,712,691	9,445,635	△ 2,732,944
経常収益計	635,579,994	422,570,664	213,009,330
(2) 経常費用			
事業費	372,745,333	341,651,523	31,093,810
会議費	11,926,743	10,649,877	1,276,866
役員報酬	0	13,642,667	△ 13,642,667
給料手当	3,889,538	61,810,469	△ 57,920,931
役員退職給付費用	0	848,000	△ 848,000
職員退職給付費用	0	6,029,349	△ 6,029,349
賃 金	12,689,167	8,843,082	3,846,085
福利厚生費	26,316	10,462,144	△ 10,435,828
旅費交通費	35,007,307	30,293,567	4,713,740
減価償却費	0	17,433,525	△ 17,433,525
通信運搬費	12,982,795	10,503,812	2,478,983
支払報酬料	10,295,150	10,121,000	174,150
印刷製本費	28,225,151	22,689,837	5,535,314
消耗品費	8,086,130	9,168,171	△ 1,082,041
修繕費	86,400	0	86,400
光熱水料費	0	5,108,378	△ 5,108,378
賃借料	22,288,952	25,009,341	△ 2,720,389
保険料	557,019	4,755,331	△ 4,198,312
租税公課	34,510	9,330,894	△ 9,296,384
諸謝金	15,964,497	9,208,681	6,755,816
支払負担金	11,227,338	0	11,227,338
支払助成金	12,560,000	21,263,100	△ 8,703,100
委託費	170,243,432	31,268,437	138,974,995
管理委託費	0	6,140,404	△ 6,140,404
保守管理費	0	1,636,891	△ 1,636,891
広告宣伝費	3,744,000	3,672,400	71,600
交際費	8,937,759	9,434,803	△ 497,044
雑 費	3,973,129	2,327,363	1,645,766

科 目	当年度	前年度	増減
管理費	202,813,619	52,609,994	150,203,625
役員報酬	16,920,000	3,410,667	13,509,333
給料手当	77,897,756	17,813,078	60,084,678
福利厚生費	13,086,523	2,959,535	10,126,988
会議費	5,944,556	6,620,535	△ 675,979
役員退職給付費用	790,000	212,000	578,000
職員退職給付費用	8,961,490	1,904,002	7,057,488
賃 金	4,411,310	1,068,786	3,342,524
旅費交通費	995,810	319,810	676,000
通信運搬費	2,466,035	2,904,153	△ 438,118
消耗品費	4,495,296	665,980	3,829,316
修繕費	1,122,838	1,513,990	△ 391,152
支払報酬料	1,814,400	1,814,400	0
印刷製本費	273,980	1,254,247	△ 980,267
光熱水料費	5,938,636	444,207	5,494,429
委託費	265,680	0	265,680
管理委託費	6,852,444	533,948	6,318,496
保守管理費	1,800,360	131,069	1,669,291
賃借料	10,664,263	2,524,459	8,139,804
保険料	4,727,806	377,717	4,350,089
租税公課	10,776,110	811,381	9,964,729
諸謝金	20,046	0	20,046
雑 費	204,434	237,769	△ 33,335
支払利息	3,338,085	3,572,302	△ 234,217
減価償却費	19,045,761	1,515,959	17,529,802
経常費用計	575,558,952	394,261,517	181,297,435
当期経常増減額	60,021,042	28,309,147	31,711,895
2. 経常外増減の部			
(1) 経常外収益			
経常外収益計	0	0	0
(2) 経常外費用			
備品除却損	1	39,186	△ 39,185
経常外費用計	1	39,186	△ 39,185
当期経常外増減額	△ 1	△ 39,186	39,185
当期一般正味財産増減額	60,021,041	28,269,961	31,751,080
一般正味財産期首残高	613,082,776	584,812,815	28,269,961
一般正味財産期末残高	673,103,817	613,082,776	60,021,041
II 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0
指定正味財産期首残高	0	0	0
指定正味財産期末残高	0	0	0
III 正味財産期末残高	673,103,817	613,082,776	60,021,041

財務諸表に対する注記

1. 重要な会計方針

(1) 固定資産の減価償却方法

有形固定資産一定額法による減価償却を実施している。

(2) 引当金の計上基準

役員退職慰労引当金—役員の退職慰労金の支給に備えるため、期末要支給相当額を計上している。

職員退職給付引当金—職員の退職給付に備えるため、期末要支給相当額を計上している。

(3) リース取引について

通常の賃貸借処理に係る方法に準じた会計処理を適用している。

(4) 消費税等の会計処理

消費税等の会計処理は税込み方式によっている。

2. 基本財産及び特定資産の増減額及びその残高

基本財産及び特定資産の増減額及びその残高は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	前期末残高	当期増加額	当期減少額	当期末残高
特定資産				
役員退職慰労引当資産	4,570,000	790,000	0	5,360,000
職員退職給付引当資産	73,247,856	7,449,710	940,720	79,756,846
建物減価償却引当資産	115,460,000	18,000,000	0	133,460,000
備品減価償却引当資産	8,700,000	2,000,000	0	10,700,000
医事紛争特定預金	1,000,000	1,000,000	0	2,000,000
借入返済準備積立資産	35,000,000	7,000,000	0	42,000,000
小 計	237,977,856	36,239,710	940,720	273,276,846
合 計	237,977,856	36,239,710	940,720	273,276,846



3. 基本財産及び特定資産の財源等の内訳

基本財産及び特定資産の財源等の内訳は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	当期末残高	(うち指定正味財産 からの充当額)	(うち一般正味財産 からの充当額)	(うち負債に対応す る額)
特定資産				
役員退職慰労引当資産	5,360,000	—	—	(5,360,000)
職員退職給付引当資産	79,756,846	—	—	(79,756,846)
建物減価償却引当資産	133,460,000	—	(133,460,000)	—
備品減価償却引当資産	10,700,000	—	(10,700,000)	—
医事紛争特定預金	2,000,000	—	(2,000,000)	—
借入返済準備積立資産	42,000,000	—	(42,000,000)	—
小 計	273,276,846	0	(188,160,000)	(85,116,846)
合 計	273,276,846	0	(188,160,000)	(85,116,846)

4. 担保に供している資産

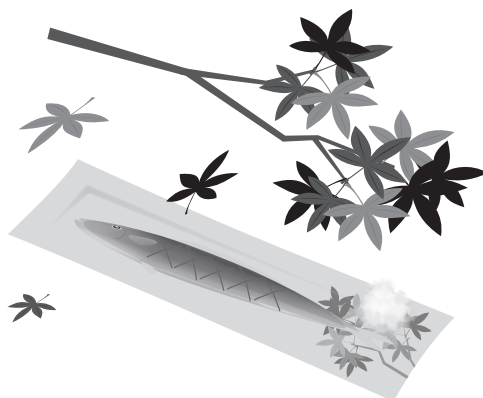
資産(土地・建物)498,347,449円(帳簿価格)は、長期借入金174,880,000円の担保に供している。

5. 固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高

固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高は次のとおりである。

(単位:円)

科 目	取得価格	減価償却累計額	当期末残高
建 物	368,806,169	68,843,814	299,962,355
建物附属設備	137,928,000	85,694,708	52,233,292
構築物	45,670,156	15,118,440	30,551,716
備 品	35,979,932	9,570,355	26,409,577
合 計	588,384,257	179,227,317	409,156,940



6. 補助金等の内訳並びに交付者、当期の増減額及び残高

補助金等の内訳並びに交付者、当期の増減額及び残高は、次のとおりである。

(単位:円)

補助金等の名称	交付者	前期末 残高	当期増加額	当期減少額	当期末 残高	貸借対照表上 の記載区分
補助金						
医療の適切な利用に関する 普及啓発事業補助金	沖縄県	0	1,741,466	1,741,466	0	
医療人育成事業補助金	〃	0	3,377,000	3,377,000	0	
医療連携機能強化事業 補助金	〃	0	19,935,000	19,935,000	0	
おきなわ津梁ネットワーク型 高機能EHR事業補助金	総務省	0	185,071,000	185,071,000	0	
助成金						
日医助成金	日本医師会	0	7,621,500	7,621,500	0	
生涯教育助成金	〃	0	1,505,250	1,505,250	0	
予防接種助成金	〃	0	250,000	250,000	0	
糖尿病対策支援金	〃	0	450,000	450,000	0	
勤務医活動助成金	〃	0	520,000	520,000	0	
女性医師活動助成金	〃	0	300,000	300,000	0	
合 計		0	220,771,216	220,771,216	0	

附属明細書

1 特定資産の明細

財務諸表注記2に記載をしているため、省略

2 引当金の明細

(単位:円)

科 目	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高
			目的使用	その他	
役員退職慰労引当金	4,570,000	790,000	0		5,360,000
職員退職給付引当金	86,581,460	10,946,200	940,720		96,586,940
合 計	91,151,460	11,736,200	940,720		101,946,940

収支計算書(総括表)

平成29年 4月 1日から平成30年 3月 31日まで

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保険基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能DR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
入 会 金 収 入	1,388,000							1,388,000
入 事 費 収 入	240,896,900	3,622,000	25,824,500	11,386,000	13,347,128			270,343,400
入 助 業 収 入	8,736,000							33,469,128
入 成 金 収 入	10,646,750							10,646,750
入 補 助 金 等 収 入	40,481,254				23,312,000	185,071,000		208,383,000
入 受 託 金 等 収 入	39,570,965				26,749,521			67,230,775
入 賃 貸 料 収 入	6,670,829	242	41,543	77			△ 2,164,715	37,406,250
入 雑 収 入								6,712,691
事業活動収入計	348,390,698	3,622,242	25,866,043	11,386,077	63,408,649	185,071,000	△ 2,164,715	635,579,994

2. 事業活動支出

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保険基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能DR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
事 業 費 支 出	154,526,743	2,322,807		11,216,410	63,408,649	168,246,650	△ 2,399,974	397,321,285
管 理 費 支 出	169,145,117		3,252,661			2,324,051	235,259	174,957,088
事業活動支出計	323,671,860	2,322,807	3,252,661	11,216,410	63,408,649	170,570,701	△ 2,164,715	572,278,373
事業活動収支差額	24,718,838	1,299,435	22,613,382	169,667	0	14,500,299	0	63,301,621

II 投資活動収支の部

1. 投資活動収入

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保険基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能DR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
特 定 預 金 取 崩 収 入	940,720							940,720
投資活動収入計	940,720	0	0	0	0	0	0	940,720

2. 投資活動支出

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合 保険基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能DR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
特 定 預 金 支 出	26,255,000	1,000,000	7,000,000					34,255,000
投資活動支出計	26,255,000	1,000,000	7,000,000	0	0	0	0	34,255,000
投資活動収支差額	△ 25,314,280	△ 1,000,000	△ 7,000,000	0	0	0	0	△ 33,314,280

Ⅲ 財務活動収支の部

1. 財務活動収入

科 目	一般会計	医事紛争処理 特 別 会 計	会 館 建 設 特 別 会 計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合確 保基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能EHR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
財務活動収入計	0	0	0	0	0	0	0	0

2. 財務活動支出

科 目	一般会計	医事紛争処理 特 別 会 計	会 館 建 設 特 別 会 計	おきなわ津梁ネットワーク 事業特別会計	地域医療介護総合確 保基金事業特別会計	おきなわ津梁ネットワー クアウト型高機能EHR 事業特別会計	内部取引消去	合 計
長期借入金返済支出			16,380,000					16,380,000
財務活動支出計	0	0	16,380,000	0	0	0	0	16,380,000
財務活動収支差額	0	0	△ 16,380,000	0	0	0	0	△ 16,380,000

当期収支差額	△ 595,442	299,435	△ 766,618	169,667	0	14,500,299	0	13,607,341
前期繰越収支差額	45,352,787	1,735,279	2,057,398	2,957,572	0	0	0	52,103,036
次期繰越収支差額	44,757,345	2,034,714	1,290,780	3,127,239	0	14,500,299	0	65,710,377

平成 30 年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会



理事 城間 寛



去る5月16日(水)日本医師会館において標記協議会が開催された。協議会では、先般、北海道で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会について報告があり、続いて、次期担当県の長崎県医師会より開催の概要について説明があった。その後、「医師の働き方改革」並びに、「新たな専門医の仕組み」をテーマに協議が行われた。会の概要について下記のとおり報告する。

会長挨拶

横倉義武日本医師会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

本日は、平成30年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会にご出席いただき、感謝申し上げます。また、先般、北海道医師会の担当により開催された平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会では、各都道府県より、多数の先生方にご参加を賜り感謝を申し上げます。

本日は「医師の働き方改革」および、「新たな専門医の仕組み」についてご議論をいただく。どちらの議題も勤務医の先生方に重要なテーマである。十分にご議論いただき、協議内容を各都道府県医師会の先生方に情報共有いただきたい。日本医師会としても、本日の議論を参考として今後の会務運営にも反映していきたい。

医師の働き方改革は、「地域医療の継続性」と「勤務する医師の健康への配慮」をいかに両立させるかが議論の要件となっている。すでにご案内のとおり、日本医師会では、会内に医師の働き方検討委員会を設置し、先月、報告書がまとめられた。その報告書をもとに、医療界が主体的に医師の働き方を検討し、その意見を集約した。医師の働き方検討会議では、医療関係団体および、若手の勤務医に参画いただき、さらに検討している。

新たな専門医は、昨年4月からスタートする予定であったが、地域医療への混乱が懸念され

ることから1年延期された。その間、専門医機構において様々な問題を解決していただき、本年4月からスタートしたが、現場の先生方からは不満、不安、ご意見をいただいている。日本医師会としては、問題点は、その都度改善していただきたいと専門医機構へ申し入れている。この新たな専門医の仕組みは、専門医の質の向上と同時に、国民に分かりやすい専門医のあり方が一つの大きなテーマである。また、専門医機構の運営においては、公平性・透明性が求められる。日本医師会としても注視していく。

本日の議題ではないが、日本医師会では超高齢社会を迎えた我が国において、患者の終末期にどのように寄り添うか、これまで以上に大きな課題となると認識していることから、パンフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」を作成した。是非ご一読いただくとともに、周知にもご協力いただきたい。

**議 事
報 告**

全国医師会勤務医部会連絡協議会について

(1) 平成 29 年度報告（北海道医師会）

藤井美穂北海道医師会常任理事より、平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会について、概ね下記のとおり報告があった。

去る10月21日（土）、札幌グランドホテルにおいて「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創成のために」をメインテーマに協議会を開催した。全国より400名近くご参加いただきこの場を借りて感謝申し上げる。

午前の部では、横倉義武日本医師会長による特別講演Ⅰ「世界に羽ばたく日本の医療」、大島一博内閣府大臣官房審議官による特別講演Ⅱ「人口減少時代の医療提供」、泉良平日本医師会勤務委員会委員長より「日本医師会勤務医委員会報告」、蒔本恭長崎県医師会長より次期担当県挨拶が行われた。

午後の部では、島田保久日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会代表幹事によるランチョンセミナー「蝦夷地の医事と医人」、続いて、シンポジウムⅠ「地域の現状とその対応」、シンポジウムⅡ「地域社会をつなぐ新たな挑戦」、シンポジウムⅢ「次世代を担う若手医師の意識」が行われた。

また、協議会の総意の下、「一、医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされることを求める」、「一、勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する」、「一、医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める」、以上3点を明記し、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく「ほっかいどう宣言」が満場一致で採択された。

(2) 平成 30 年度担当医師会挨拶（長崎県医師会）

木下郁夫長崎県医師会常任理事より、平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会について、概ね下記のとおり案内があった。

今回は、平成30年11月3日（土）ホテルニュー長崎において、「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」をテーマに開催する。多くの参加をお待ちしている。

協 議

(1) 医師の働き方改革—国と日本医師会の取り組み—

市川朝洋日本医師会常任理事より、医師の働き方改革—国と日本医師会の取り組み—について、概ね下記のとおり説明が行われた。

今村副会長、私（市川常任理事）が参画する厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方、医師の勤務環境改善等について検討が行われている。

去る1月15日に第6回の検討会が開催され、「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の素案が提出され、2月に取りまとめられた。その後も検討会は議論を続け、平成30年度中に最終的な結論を得ることになっている。

中間的な論点整理は、これまでの検討会の議論において出された意見として「なぜ今医師の働き方改革が必要なのか」、「医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点」、「勤務環境改善に関する取組の現状と今後の方向性に関する論点」、「経営管理の観点に関する論点」、「時間外労働規制の在り方についての今後の検討に関する論点」、「関係者の役割に関する論点」の6項目が挙げられた。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組は、検討会で明らかとなった医師の長時間労働の実態を踏まえ「医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」、「36協定の自己点検」、「既存の産業保健の仕組みの活用」、「タスク・シフティング（業務の移管）の推進」、「女性医師等に対する支援」、「医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組」が挙げられ、各医療機関ができることから自主的に取り組んでいただきたい項目をまとめたものとなっている。

松本吉郎日本医師会常任理事より、会長諮問「医師の勤務環境改善のための具体的方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」に対して検討結果を取りまとめた「医師の働き方検討委員会答申」について、概ね下記のとおり説明が行われた。

答申は、「勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現」、「勤務医の労働安全衛生の充実」、「地域医療を守る」、「医師会の役割」で構成され、「医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書」等が参考資料として添付されている。

勤務医の健康支援のために、医療機関経営者は、現行の労働基準法や労働安全衛生法を再確

認し、勤務環境改善に取り組むことが必要である。現行の労働安全衛生関連の法令は医師の働き方の実態に合わないが、法令を遵守することが困難であっても、法令がある以上、それを勤務医の勤務環境を改善するための指標・手がかりと捉え、その趣旨に沿った取り組みをしなければならない。

地域医療を守るためには「医療の質」を持続的に担保する自己研鑽、キャリア形成が必要であるが、診療業務や自己研鑽により医師に過度な負担がかからないように対処すべきである。「医療の提供量」は、医師以外でできる業務をタスクシフトにより、医師の労働時間を短くする等工夫が必要である。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」を両立させることが重要である。

<意見・要望等>

【質問】

◇A県

1. 医師の労働について

「患者のために」という高い理念を持って、医師も人間であり、長時間労働により健康を害したり、過労死に至る可能性もある。また、家庭を犠牲にすることも大いにある。これは女性医師、男性医師問わず重要な問題である。この観点から、当直翌日の勤務については、夜間でもひっきりなしに救急患者が訪れるような病院であれば、医療事故にも繋がりがねないため、翌日は休みにすべきであると考えます。

一方、医師という特殊な職業上、勤務時間を画一的に決めるのは問題である。医師は生涯に亘り勉強が必要である。タイムカードできっちり管理されると、患者のデータを確認しながらの勉強が制限される。タイムカードでの厳密な管理の導入は、かえって医療の遂行を妨げる。自己研鑽のための勉強と、診療、研修の区別をどのようにするかが課題である。その意味で、本改革を「医師」全般の一般論として検討する

には、無理がある。少なくとも研修医や専門医等は、臨床労働そのものが研修であり勉強となるので、これを管理するのは難しい。

2. 医師の偏在と労働環境について

群馬の中山間過疎地では、医師不足も長時間労働に拍車をかける要因である。都市集中型ではなく、人口当たりの医師の均等な分布が進むことに期待したい。ただ、医師を増やすことは人件費の増加にもつながるので、診療報酬面で都市部より過疎地を優遇することにより医師の分布の変化が現れると考える。

3. タスクシフティングについて

採血や注射等の処置の移管は、既に行われているところもあり、わかりやすいと思われるが、説明や指導等、患者のコミュニケーションが必要になるところは、医療事故や紛争の原因になる可能性があり、慎重に行うべきである。

また、特定行為研修修了看護師の導入を推進して、看護師にこの制度の促進を広めることも必要である、看護師の中には、大学院修了が要件の「専門看護師」や「認定看護師」への傾倒がみられる。世間が必要としている資格の推進を行って、タスクシフティングを広げることが重要である。

【回答】

◆日本医師会

長時間労働の是正は、健康を守る上で不可分であるが、地域医療に影響がないよう双方を両立させることが必要である。長時間勤務の取り扱いはご指摘のとおり医療安全の面から重要である。宿日直は、現行の制度自体が医師の働き方が実態にあっておらず、抜本的な見直しが必要であると答申で言及している。

自己研鑽については、都道府県医師会長にご回答いただいたアンケート調査のとおり、医師の活動において、自己研鑽か、業務か、判断が分かれている。答申では自己研鑽と業務は一体不可分という医師の特殊性を踏まえ、医療界総意のもとで医師の自己研鑽に関する労働時間の考え方を整理してガイドラインを作成し、それ

をもとに各医療機関でルールを定め、運用することを提言している。

医師の偏在対策については、今国会で審議されている医療法及び医師法の一部を改正する法律案において、医師過少地域等で一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が評価認定する仕組みや、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの相互連携の義務化等が盛り込まれている。こうした仕組みを踏まえ、地域の実情に応じて柔軟に対応できるように日本医師会としても医師偏在の対処に向け意見を申し入れている。診療報酬を都市部より過疎地を優遇してはどうかという提案をいただいたが、診療報酬に差をつけると一物二価となり、同じ医療を受けても過疎地の患者が負担増となる問題が生じる。現在、財務省が社会保障の抑制策として都道府県ごとの診療報酬の設定を盛り込む提案をしている。これに対して日本医師会は、医療は社会全体で均一に維持され、誰もが等しく自益されるような公共的なサービスであると同時に、社会的共通資本であり、地域によって隔たりなく、全国で一律であるべきと一貫して反対している。診療報酬が医師への直接的な補助を考えていく必要がある。

特定看護師については、育成に時間を要するが、現時点でできることから医師の負担軽減を進めたい。

【質問】

◇B 県

医師が看護師とタスクシフティングやタスクシェアリングを行う場合、どこまで看護師に権限を与えるべきなのか、点滴や導尿を看護師の自己判断で行うことを是とするのか。また、看護師が医師の指示のもとに CT 撮影のオーダーが可能か。

どこまでが時間外勤務なのか明確な基準がない。医師が病院内で学会準備や論文の作成を行う場合、当院では自己研鑽として、時間外勤務の範疇外としているがよいか。

また、待機時においては、実際に診療に当たった場合、時間外手当のほかに、1時間以上診療した場合には待機手当が支給されるが、単に自宅待機のみであった場合には費用は発生しないがよいか。

【回答】

◆日本医師会

タスクシフティングについては、医師でなくても対応できる業務を、医師が行っている現状がある。平成19年と22年に厚生労働省から、医療関係職種との役割分担チーム医療推進に関する通知が発出されている。先般、医師の働き方改革に関する検討会が取りまとめた緊急的な取組において、原則として、医師以外の職種が実施するよう求めている内容は、初診時の予診、検査手順・入院・薬の説明、服薬指導、静脈採決、静脈注射、静脈ライン確保、尿道カテーテルの留置、診断書等の代行入力、患者の移動となっている。質問の「点滴や導尿を看護師の自己判断で行うことを是とするのか」は、タスクシフティングに対する基本的な考え方として、患者への医療安全を最優先し、あくまで医師の判断に基づく診療の補助であることが重要である。したがって、医師以外が自己判断で行うことは想定していない。「看護師が医師の指示のもとにCT撮影のオーダーが可能か」については、医師の指示のもとに行われる場合、可能である。医師は本来の業務に専念できるように、他の職種が実施可能なものは、他の職に任せチーム医療を推進していくことが重要である。しかし、タスクシフティングによって、患者への医療安全が損なわれることがあってはならない。

医師の自己研鑽については、医師の働き方改革検討委員会の答申にあるように、現時点で、医療勤務環境改善支援センターの社労士や、各地域の労基署に相談のうえ進めることも可能である。ただし、この際、使用者の指揮命令下で行われるものであるかという観点を逸脱しないこと、管理者が一方的にさせるのではなく、勤務医と話し合い双方が合意できる仕組みを構築すること等が重要である。また、待機時につい

ては、病院の指示に基づかない対応は、労働とはみなされない。病院の指示に基づき、呼び出しに応じて診療を行った場合は業務として認められる余地がある。この点は、基準が必ずしも明確でない。今後の検討課題の一つである。質問にある待機手当については法令で定められているものではない。医療機関が個別に対応するものと考えている。

【質問】

◇C 県

医師の勤務環境を改善するためには、働き方改革は必要であるが、医師が不足している地域では、医師増員または診療制限の選択しかない。タスクシフティング、タスクシェアリング、あるいはインターバル制をとるにしても、ある程度の医師数が確保されないと実現は不可能である。

人口減少傾向にあるわが国で、医師数は増加しているにも関わらず、地方では医師不足が深刻で、山口県では45歳未満の医師数は平成10年と28年を比較すると441名減少している。

国民の理解のもと、地方で働く医師及び救急や外科、産婦人科等の時間外労働が多い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつける等、具体的な対策をとっていただきたい。

【回答】

◆日本医師会

ご指摘のとおり、医師の増員、診療制限、タスクシフティング、タスクシェアリングが考えられる。医師の確保については、プロフェッショナルオートノミーに基づいた医師配置が求められる。また、診療制限は、あくまでコンビニ受診の抑制が目的であり、重篤な患者が医師にかからないという事態を起こさないように一定のプロセスを経て住民の理解、協力を得ながら進めることが重要である。

平成30年度の診療報酬改定では、医療資源の少ない地域における加算等の要件について、病床数の要件が一部緩和された。また、小児科、産婦人科、その他専門性の高い特定領域では、手術3日以上、かつ、週24時間以上の勤務を

行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算が可能となる。地方や一部診療科への診療報酬上の動きがある。インセンティブや、財政的な措置が必要と考えている。

(2) 新たな専門医の仕組み

日本医師会松原謙二副会長より、各都道府県の専攻医プログラム別の採用状況数について報告があった。

平成 29 年 10 月より 1 次登録、12 月より 2 次登録、平成 30 年 2 月より 3 次登録が行われ、採用者数及び登録者数の合計は 8,378 人となった。

都市部への集中を抑制する観点から、5 都府県（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）については、採用者数が過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えないこととしている。現時点における、5 都府県の領域別の採用者数の合計は、いずれも過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えておらず、都市部への集中は抑制されたと考えている。

また、上記の採用者数及び登録者数の合計の 8,378 人について、登録時の都道府県と専門研修の基幹施設の都道府県の対応を比較すると、専攻医は全国から東京に集中したのではなく、従前から連携のある都道府県間で所属を移したと考えられる。

今後、地域医療への影響等について改善する必要がある場合は、検討会、理事会等で審議を行い改善するよう申し入れたい。

<意見・要望等>

【質問】

◇ D 県

新専門医制度で、人口の 10.9% を占める東京に 21.7% の専攻医が集中することが明らかになり、偏在問題を解決しない限り、地方の医療は崩壊する。

◇ E 県

1. 本年度から新専門医制度は紆余曲折ありながら開始されたが、順調な船出とは言い難い。専門医の質を担保する目的は当然ながら、地域包括ケアを厚生行政の中心におい

ている施策上、この専門医がどのように地域包括ケアにかかわるのかの議論を置き去りにして進み出したことは問題ではないか。当然のことであるが、地域包括ケアの医師の中心は診療所を運営する開業医である。開業医は専門医制度に対してどのように向き合えばよいか。働き方改革とともにこの専門医制度が病院勤務医の動向を大きく左右すると同時に、開業医は一般診療を前提に専門医としてやっていけるかは疑問である。開業医を目指すにはどの専門医を選択すべきか、お答えいただきたい。

2. 病院団体が、病院における総合診療専門医制度あるいは公衆衛生専門医制度を構築するという現状は、現在の新専門医制度の不完全さを示すと考えるが、今後どのような方向性をすみ分けするのかご教示いただきたい。
3. 内科を選択した医師が例年と比べ少ない。内科専門医の定員枠が残っていながら、第三次募集をしてはいけない理由として納得し難い。なぜ定数を満たすことが許されなかったのか。

【回答】

◆日本医師会

1. 開業医は GP (General Practitioner) で、勤務医は専門医という国もある。日本は極めて特殊で、専門医を取得後に開業医し、かかりつけ医となる。自分の専門領域を診ながら、地域において患者を全人的に診ている。日本医師会では、今までの専門性を持ちながら、かかりつけ医として地域において全人的な医療を行うことを推進していきたい。
2. これは専門医ではない。名称は病院総合医で、病院が求める総合医を育成するものである。
3. 一次募集、二次募集には志願せず、空いている大都市の三次募集だけ志願した方が多数いた。専門医機構の理事会で協議した結果、これは認められないという結論となった。ご理解いただきたい。

印象記

理事 城間 寛

平成 30 年 5 月 16 日、日本医師会館にて、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会が開催されました。

まず横倉義武日本医師会長より挨拶の後、昨年度の連絡協議会の主催者であった北海道医師会より、藤井美穂常任理事が開催内容についての報告と参加者へのお礼が述べられた。次に平成 30 年度の担当医師会である長崎県医師会の木下郁夫常任理事より連絡協議会への参加のお願いが述べられた。

今回の担当理事連絡協議会では大きく二つのテーマが協議されました。その第 1 番目のテーマは「医師の働き方改革」です。いろいろな職場で過労死や過労自殺が起こった時に、その職場の労働環境などがクローズアップされますが、医療界も例外ではなく、過労自殺などが起こる環境の改革が求められています。そしてその改革は、もう待ったなしの状態です。これまでに厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」に日本医師会の今村副会長や市川常任理事も参加して検討会が進められ、「緊急的な取り組み」もすでに報告され、平成 30 年度中に最終的な結論が出るようになってきているようなので、注目してその結果を待ちたいと思います。これまでの日本の医療は、特に救急医療に関しては医師のボランティア的精神、あるいは自己犠牲的な精神に基づいて成り立っていると言わざるをえません。しかし、今後はこのような仕組みでは駄目だと言う事を突き付けられています。多くの問題点についての議論は数多く挙がりました。沖縄県内でも「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みに関する病院長等との懇談会」などでも数多く出ましたが、離島の救急病院では医師の時間外労働の削減は救急医療の崩壊につながることや、生涯学習を必要とする医師という職業に、時間外勤務と自己研鑽の区別が困難な事など、多くの問題を含んだ作業が現在進行中なので、検討会の結論が出た時点で再度、実施可能なところから実行していくという作業になっていくと思います。

次に 2 番目のテーマは「新たな専門医の仕組み」でした。このテーマについては日本医師会の松原謙二副会長より詳細な報告がありました。賛否両論、紆余曲折もあってようやく今年からスタートした新専門医制度だが、結果的にはやはり専攻医の地域偏在や診療科偏在を解決できていない状態になっています。新専門医制度の 1 期生 8,409 人のうち 21.7% が東京で研修することになっていることに対して、多くの医師会から懸念や改善についての方策が質問された。今回の新専門医制度では、施設基準のハードルが上がり、初期臨床研修病院であっても基幹病院とはなれず、後期研修医を採用できなくなる医療機関が多いことも問題点として挙げられている。さらに専門医の資格取得を念頭に初期臨床研修病院を選ぶことが想定されるため、基幹施設になれない地方の病院は、これまで研修医を十分に育成していた病院であったとしても研修医が確保出来なくなる事態も十分に考えられる。沖縄県もその様なパターンにならないために、沖縄県全体で、新専門医制度の魅力あるプログラム作りが急務である。

都道府県医師会 組織強化担当役員連絡協議会

副会長 宮里 善次



去る6月8日(金)日医会館において標記連絡協議会が開催されたのでその概要を報告する。

挨拶

横倉義武日本医師会長

当協議会は、会内に設置している組織強化検討委員会の提言を受けて初めて開催するものである。当委員会からはこれまで、研修医会員の会費無料化、入会のメリットを纏めたパンフ作成等ご提言を頂いている。その他、各種調査を通じて医師会の組織強化にご貢献頂いている。改めて組織強化検討委員会委員をお務めて頂いた皆様に感謝申し上げます。お陰をもちまして昨年の12月に日本医師会の会員数が初めて17万人を超えた。一方で都道府県医師会の会員で日本医師会に入会されていない方は約1万7,000人おられる。また、郡市区医師会の会員で日本医師会に入会されていない方は約3万人おられる。日本医師会の定款を見ると、「日本医師会の目的及び事業に賛同した都道府県医師会の会員」を会員資格に定めている。これは都道府県医師会でも同様の謳い方と理解している。このよう

に医師会は三層構造となっており、医師会事業の目的、方針においては密接不可分な関係である。そのような事から、郡市区医師会に入会された先生方は等しく日本医師会にもご入会頂きたいと強く願うところである。更に私どもが考えている国民視点に立った医療の実現に向けて更なる組織強化が必要になる。組織率を上げて政府にしっかりと意見を言うことが重要である。現在約32万人おられる医師の内、郡市区医師会にも所属していない医師が約12万人おられることから、その方々にもしっかりと医師会活動をご理解頂き入会して頂くことが重要である。平成27年度に組織強化検討委員会が報告書を出されているが、それには「FACE TO FACE」のコミュニケーションこそ未入会医師に入会を促す最も効果的な手段であると述べられている。それには、入会手続きの窓口となる郡市区医師会の協力が非常に重要であり、各都道府県医師会は郡市区医師会、大学医師会とも大きなパイプを持っていることから、是非ご協力をお願い申し上げます。全国全ての医師会の役員が医師会の目的・事業を再認識する中で医師会の組織強化に向け

た想いを共有して頂くことが更なる組織力向上に繋がるものと思う。本日当協議会を開催し、医師会の基本的な事業と社会的な役割について説明した後に、秋田県医師会、東京都医師会での取組についてご報告頂き、情報の共有化を図りながら全国の都道府県医師会、郡市区医師会において組織強化につなげて頂きたい。

議 事

(1) 説 明

組織強化に向けた医師会事務局へのお願い

日本医師会副会長 今村 聡

第3次横倉執行部の基本姿勢

- ①地域医療を支える（かかりつけ医を中心としたまちづくり）
 - ・ 医療提供体制の充実と地域包括ケアの推進
 - ・ かかりつけ医機能の更なる充実
 - ・ 救急・災害対策の強化
 - ・ 医療事故調査制度の円滑な運営と提言
- ②将来の医療に資する（人材育成の視点にたった人づくり）
 - ・ 将来の医療を見据えた政策提言
 - ・ 若手医師の育成強化と環境整備
 - ・ 国民の信頼に応える新専門医制度の構築

③組織を強くする（医療政策をリードし続ける組織づくり）

- ・ 医の倫理・医療安全対策の推進
- ・ 組織強化に向けた医師会入会の促進
- ・ 医師会独自の情報収集・分析能力の更なる強化
- ・ 機動力を発揮するための自律と有機的連携
- ・ 医師連盟強化に対する支援

(図1参照)

医師会への入会希望者は、郡市区医師会の窓口で入会手続きを行うことから、その時の対応が、継続性や三層全てに入会するか否かを決める要因となる。

都道府県医師会へのアンケートによると、郡市区医師会に対し会員に日医まで入会するよう働きかけているかとの問いに対し「はい」と答えたのは4割であったことから、是非とも全ての都道府県医師会から各郡市区医師会に対し入会を勧めて頂きたい。また、日本医師会未入会の都道府県医師会会員に対し、都道府県医師会として取り組んでいるかとの問いに、7割が「いいえ」と答えていることから、会員を増やす余地は大きいと感じている。

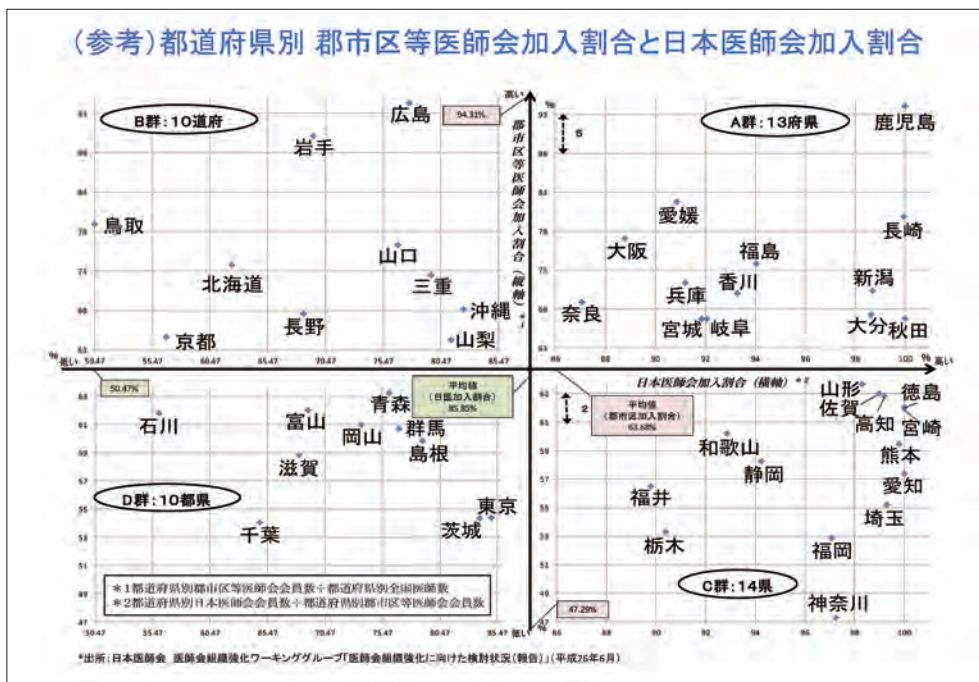


図 1

都道府県医師会が具体的な取り組みを行っていない理由としては、入会窓口は郡市区医師会であるためその対応に任せているとの回答が4割を占めていることから、是非とも都道府県医師会から郡市区医師会に対し働きかけて頂きたい。

勤務医が医師会に入会しない理由として「医師会活動への無理解・無関心 (66.3%)」、「メリットがない (少ない) (65.5%)」、「医師会からのアプローチが不足している (30.8%)」、「入会金・会費が高い (24.6%)」等があげられており、これらは医師会の取り組みで改善可能である。また「医師会活動に充てる時間が取れない(47.7%)」については、勤務先の協力が必要であり、病院等に対して医師会からの働きも必要となる。

会員を支える4つの安心

- ①診療 (日医医賠責保険、日医電子認証 (電子証明書・ICカード発行)、日医認定産業医制度)
- ②生活 (日医年金、医師国保)
- ③学習 (日医生涯教育制度、日医医学図書館 (文献検索、複写サービス、レファレンスサービス)
- ④女性医師 (日医女性医師支援センター、日医女性医師バンク)

日医における入会促進の取り組み

- ・平成27年度～ 研修医 (臨床研修期間) の会費無料化
- ・平成30年度～ 日医医賠責保険料の引下げに伴う日医会費の改定
 - A② (B) 会員 :
 - 30歳超 82,000円 → 68,000円
 - 30歳以下 82,000円 → 39,000円
 - A② (C) 会員 : 39,000円 → 21,000円
 - ※会費減免後 15,000円
- ・日医医賠責保険 :
 - 各科の専門医師をはじめ、医療の知識を持った弁護士、保険者などで構成された専門の調査・審査期間がある。

医師が矢面に立つことなく紛争を解決できる。

- ・日医年金 :
 - 有利な利率 (1.5%)、事務手数料が少額、受取時期を選べる。
 - 「育英年金」「傷病年金」が活用できる。
 - 会員区分を変更しても継続加入できる。
 - 他の年金制度に比べ、積立金総額に差がある。
- ・医師国保、医師協同組合、医師信用組合
- ・JMA Journal の発行 (日本医師会・日本医学会発行英文誌)
- ・医師主導による医療機器の開発・事業化支援
- ・ホテル ON LINE 予約サービス
 - ※ルートインホテルズは災害時等において JMAT 優先契約
- ・各種研修会等における会員・非会員間での費用差額を設定
- ・若手医師ネットワーク (JDN)
- ・中医協、中央防災会議、中央教育審議会等様々な国の審議会への参画

日本医師会は「圧力団体」と言われているが、国民により良い医療を届けるために何が必要かを一番よく知っているのは医療現場にいる医師であり、医療現場を知らない政治家や官僚だけに医療政策をまかせてしまうと患者のデメリットに繋がる事態になり得る。医療現場からの患者さんや医療従事者の声を届け、より良い医療政策の実現に寄与していくことが日本医師会に課せられた重要な役割である。

政策決定等の場で、日本医師会が真にすべての医師を代表する組織であることを、対外的に示していくためには、組織率の向上が不可欠である。

医師会事務局へのお願い

- ・日本医師会が国政に参画することへの期待の根拠は、医師会が三層構造をとる中で全国を網羅し、地域医療の実態を根拠にした政策を提言できる能力と、それを全国の医療現場で実現でき能力の双方を有すると見なされている点にあると考えられる。
- ・すなわち、医師会組織・活動の基本は地域の医師会にこそある。

医師会で働く全ての事務局の方には、こうした認識の下、誇りを持って日々の業務に従事して頂きたい。

(2) 報 告

都道府県医師会における組織強化に向けた取り組み事例

①秋田県医師会常任理事 五十嵐 知規

医師会入退会・異動手続きの簡素化、退会から入会までのブランクの解消策として、次の方法を検討した。

- ・ 現在の入会申込書、退会届出書、異動報告書を一枚に集約する。
- ・ 新規入会員及び退会後に県内の他郡市医師会に入会しない会員（従来どおり）
- ・ 県内の他郡市医師会に異動する会員は、異動報告書を県医師会に提出し、県医師会が退会、入会する各郡市医師会へ報告する。

これを実現するためには、A郡市医師会で入会を認められた秋田県医師会に入会した会員が、B郡市医師会に異動する場合、B郡市医師会への入会を「包括入会」のような形で認めていただく必要がある。（それぞれの郡市医師会での退会・入会の手続きは省く）

一度、秋田県医師会に入会した会員は、継続して入会する場合に限り、県内郡市医師会に理事会等の審査なく入会できるように郡市医師会に協力を求めたいと考えている。

入退会・異動の申請書類は日本医師会が管理しているものであるため、日本医師会の考え方を伺いながら、入退会・異動を簡素化できる方法に取り組んでいきたい。

(補足)

□秋田県医師会

補足であるが、初期研修医の会費無料化となったが、修了後の動きが全く見えないということもあり、修了後の動きをしっかりと把握するという目的もある。

(意見交換)

□ (A 県)

電子的な部分で、会員の登録システムを統一化して、郡市医師会が会員の情報を入力し、その内容が県医師会、日本医師会へ同じように反映されるようにしていただきたい。

郡市医師会で各々異なる額の入会金を徴収しているが、少なくとも30歳以下は郡市医師会が変わっても入会金は取らない。また、年会費も格安で統一化したいと考えている。

■今村副会長

日本医師会も会員の登録システムを作り直す時に、電子的な部分を出来るだけスムーズにいくよう検討しているところである。

日本医師会の調査で、郡市医師会で入会金に相当な差があることが分かった。県医師会のご尽力で統一という方法をとっていただく事も大事であると思う。

② 東京都医師会副会長 角田 徹

○大学医師会との連携

- ・ 毎月第3金曜日に開催している地区医師会会長協議会へ大学医師会会長が出席
- ・ 都医師会理事として参画
- ・ 12大学医師会の理事と都医師会理事全員が一堂に会し、各テーマについて議論・意見交換を行っている

⇒大学医師会との連携上の課題

- ・ 医師会長の医師会に対する連携意識の温度差
- ・ 医師会事務局の規模や力量、大学事務局の意識の差
- ・ 種々の情報が会員個人まで伝わっているか、例えばドクターゼの配布方法等

○医学生ならびに次世代の医師育成および支援体制の充実

- ・ 次世代医師育成委員会

大学医師会の教育指導担当の先生方を委員として招致し、都内13大学での若手医師の支援体制を答申にまとめた。教育機関での取り組みを統括することで、横の連携を図るきっかけとなった。

- ・ 東京都医師会役員による医学生への講義
都医師会の役員が積極的に大学の講義に足を運んでいる。学生の時にこそ、医師会の活動や意義、医師会制度や保健のシステム等を勉強してもらいたい。
- ・ 医師を目指す都立学校生徒向けに研修会を開催している。
内容) 総論・概論→医師とは、志やその姿勢
各論→毎日の診療等について
医学部への進学 (準備、勉強等)
実技→医師会館シミュレーション
ラボ

○地区医師会との連携・情報共有

- ・ 地区医師会理事会に合わせて、東京都医師会執行部が、訪問し意見交換を行っている。47 地区医師会を既に 2 回ずつ訪問。
- ・ 東京都医師会理事会への地区医師会長のオブザーバー参加

○会員支援

①医療事故調査制度について

- ・ 24 時間 365 日、相談に対応。
- ・ 遺体の搬送・保管、AI 撮影・病理解剖の結果を報告。
都内 31 医療機関で解剖の承諾を得ており、毎日 2 ヶ所の医療機関で解剖のスタンバイをいただいている。
- ・ 院内事故調査委員会の開催或いは専門医の派遣。

②デイフェンス・フォース・サービス (モニターペイシエント等の対策)

- ・ 医療機関でのトラブル解消 (悪質クレーム等解決困難な事案、暴力団・不法行為による事案等) のための支援を実施。
- ・ 電話で相談を受けてアドバイスを提供。要望があれば、当サービスコンサルタントを派遣し、トラブルを処理。
⇒モデル事業として実施したが、高い評価を受け、全般的に展開している。

○事務局機能の強化

- ・ 都医事務局の組織改編、人材育成制度の導入、若手の登用と新人の獲得

(意見交換)

□ (B 県)

本県では、大学群と県立病院群、民間病院群の三つの研修群があり、研修医の入会を促す目的で、毎年県医師会主催で研修医歓迎レセプションを行っており、その時に、医師会活動を報告すると共に各病院の医師会入会率を発表している。また、本会医学会における研修医の論文を懸賞し、同レセプションで表彰式を行っている。

■今村副会長

各県での取り組みについて十分把握できていない部分もあるので、引き続き組織強化委員会で各県の具体的な取り組みについて調査したい。

□ (C 県)

研修医の会員数が 100 名を超え、確実に増えてきているが、初期研修修了後に他県へ異動している。はっきりした人数は分かっていないが、確実に数十名減っている。

また、研修医の会費は無料であるが、勤務医になった時に会費が有料になるので、そのまま会員として残らないというような問題がある。やはり都道府県医師会においては、勤務医の会費をいかに下げるかということは今後考えていかなければならないと思う。

■今村副会長

研修終了後に会費が発生する問題、また他県への異動は重要な課題と考えている。

□ (D 県)

研修医にドクターゼを見たことあるかと聞いたところ、殆ど見たことがないとのことであった。

日本医師会が様々な国の審議会等に参画し国の政策に意見を述べていただいていると思うが、その部分で、もしも医師会がなかったらどうなっていたかというような説明をいただきたい。

角田先生に教えていただきたい。若手の勤務医にアクセスする方法がない。勤務医の加入率が 21.5%ということであるが、未加入の約 80%の医師にどういう戦略で臨まれようとしているのか。

■東京都医師会（角田副会長）

直接のアクセス方法はあまりない。ホームページ上で会員をサポートする内容等をアクセス出来るようにして、魅力を感じてもらえるよう方策を考えないと難しいと思う。

また、医師会の必要性を考えていない病院長の施設の勤務医はアクセスが少ないので、病院長の先生方に理解を深めていただくことも重要と考える。

■今村副会長

大学が、ドクターゼをどの様に学生へ配っていただけるのかは、大学の考え方が相当影響しており、防衛医科大学では、学内で学生に配る冊子はドクターゼだけで、全員に手渡しで配っている。一方、邪魔だからドクターゼを送るなど言うてくる大学事務局もある。県医師会から、学生が手に取れるような形で渡していただくよう大学側へお願いしていただきたい。

未加入の先生方へ、もし医師会が国の審議会等に参加していなかったらどうなるかという発想がなかったので大変参考になった。分かりやすい説明を考えたいと思う。

□（E 県）

組織強化という面では勤務医へのアプローチが非常に重要であるので、勤務医部会が中心的な役割を担っていくのも大事ではないかと考える。

秋田県では、行政を巻き込んで研修医の歓迎レセプションを行っており、非常に効果があり、研修医が増えている。医師会が医療行政に非常に関わっていること、また医師会が秋田県の医療の重要な位置を占めているのが分かり、医師会が何をやっているのか分からないという問題が解消される。

□（F 県）

昨年から勤務医の先生方に対する組織強化を模索している。勤務医については、日々の生活で、ある程度メリットがないとなかなか説得が出来ないところがあり、現在デパートと医師会が提携したカードを作り、商品を安く買えるというような商品の開発を進めている。そ

の他自動車販売業等、いろいろなところに商品の開発について交渉している。

若い先生方には形ある物でアプローチしていかないとなかなか入会してもらえない。それを各県の力量に任せられるとなかなか大変であるので、例えば、全国自動車販売協会連合会という組織があるが、そういった組織と各県が交渉し易くなるよう日本医師会から働き掛けをお願いしたい。

■今村副会長

若い先生方には、理念とメリットの両方を合わせて進めて行く必要があると思う。

協同組合の役割と医師会の役割の整理も必要と思うので、引き続き会員にとっての具体的なメリットということについても検討出来るものがあれば取り組んでいきたい。

□（G 県）

勤務医委員会で、病院が勤務医の会費を経費として負担していた時代があり、その時は勤務医の先生方も進んで入会していたが、それが税務署で認められなくなり、病院の経営上、全ての勤務医を入会させるのは難しいという意見があった。

■今村常任理事

税務署ではないので必ずではないが、病院の経営にとって、そのお金が必要なお金であったという説明が出来れば経費と認められる。今の医療連携の中で、勤務医の先生方が明らかに地域の開業医の先生方と連携をして患者を紹介していただく、或いは転送というような中の医療連携の重要な役割を担っているという説明をきちんと税務署に出来れば認められる可能性もあると聞いている。現実にも今でも病院が経費として勤務医の先生方の会費を支払っているところもある。

□（H 県）

県立病院は、病院が会費を負担することは出来ないで、給料から天引してもらっている。その方法だと負担感がない。大学病院の先生方は非常に負担感が強いので、学術部門で、投稿した論文に県医師会が賞金を出している。会員でないと投稿出来ないで、入会促進に繋がっている。

第 142 回日本医師会定例代議員会 第 143 回日本医師会臨時代議員会



理事 白井 和美



去る 6 月 23・24 日に開催された日本医師会代議員会に初めて出席した。23 日の第 143 回代議員会は、日本医師会の次期執行部を選出するために行われたといっても過言ではない。実際、平成 29 年度の会務報告・財務報告も行われたが、大半の時間を選挙に費やした。先ず、開会に引き続き、議長選挙が行われた。この選挙は、候補者 2 名から 1 名を選び、その氏名を記載する方式で行われたため、慎重にならざるを得ず、投票行動そのものに時間を要した。開票も、まだ慣れないため、約 400 票を開票し、得票数を集計するのに 40 分程度かかり、先が思いやられるものであった。その後、会長選挙、副会長選挙、常任理事選挙、理事選挙と、計 5 回の選挙が行われた。副会長選挙以降は、得票数のカウントを機械で行ったため、順調に進行し、午後 4 時にはすべての結果が判明した。詳細は報告にある通りで、

横倉先生は 9 割以上の得票を得て 4 期目の会長と選定された。また、安里会長も高得票で無事、理事として選出、選定された。選挙は、選挙管理委員会、投票監視人、開票監視人と多数の会員の先生方のご協力を得て行われた。これらの先生方のご協力に心から感謝申し上げたい。

24 日は、横倉会長の所信表明挨拶に引き続き、代表並びに個人質問が行われ、闊達な意見交換が行われた。終了時間が気になるころであったが、無事予定時間内に終了した。安里会長は、日本医師会理事として壇上で待機され、大変ご立派な様子であった。新任議長は、今後、代議員会の質問への回答を場合によっては理事にも求める方針とのことであった。機会があれば、安里会長のご答弁を是非、聞きたいものと期待している。

選出された新役員等の陣容は以下のとおり。

【会 長】横倉義武 (福岡)	森本紀彦 (島根)
【副 会 長】今村 聡 (東京)	関隆 教 (長野)
中川俊男 (北海道)	安里哲好 (沖縄)
松原謙二 (大阪)	須藤英仁 (群馬)
【常任理事】城守国斗 (京都)	中目千之 (山形)
松本吉郎 (埼玉)	長瀬 清 (北海道)
羽鳥 裕 (神奈川)	池田琢哉 (鹿児島)
釜菴 敏 (群馬)	白石 悟 (栃木)
道永麻里 (東京)	小林 博 (岐阜)
江澤和彦 (岡山)	安田健二 (石川)
小玉弘之 (秋田)	尾崎治夫 (東京)
平川俊夫 (福岡)	計田香子 (高知)
長島公之 (栃木)	吉岡隆興 (高知)
石川広己 (千葉)	【監 事】角田 徹 (東京)
【理 事】空地顕一 (兵庫)	河村康明 (山口)
村上 博 (愛媛)	広岡孝雄 (奈良)
越智眞一 (滋賀)	【代議員会議長・副議長】議 長: 柵木充明 (愛知)
	副議長: 池田秀夫 (佐賀)

※詳細につきましては、日本医師会雑誌 (第 147 巻・第 5 号別冊) に掲載しております。

お 知 ら せ

文書映像データ管理システムについて (ご案内)

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

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

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

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

○「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

九州医師会連合会常任委員 九州各県医師会次期会長合同会議



会長 安里 哲好

去る6月2日(土)、福岡市において標記合同会議が開催されたので、その概要を報告する。

はじめに、福岡県の松田会長より、今回の会議が福岡で開催する最後の行事となるとして、謝意が述べられた。

又、今期で退任される長崎県の蒔本会長、次期長崎県会長の森崎先生、激しい選挙戦を勝ち抜いて再選された鹿児島県の池田会長よりそれぞれ挨拶が述べられた。

報 告

1) 九州医師会連合会常任委員・九州各県医師会次期日医代議員協議会(6月2日(土)福岡市)について(福岡)

当合同会議終了後16時10分から標記協議会を開催し、日医役員等選挙への対応、及び次期の日医代議員会諸委員の選出等について協議することについて報告があった。

2) 九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議(6月2日(土)福岡市)について(福岡)

当日、17時40分から標記連絡会議を開催し、日医委員会報告として、佐賀の池田秀夫先生より「医師会共同利用施設検討委員会」、鹿児島の林芳郎先生より「警察医活動等への協力業務検討委員会」の報告を行っていただくことになっている旨の報告があった。

3) 平成30年春の叙勲等受章者への慶祝について(福岡)

以下の先生方へ、九州医師会連合会長名で祝電をお送りし、祝意を表した旨の報告があった。

○旭日小受章

沖田 信光 先生

(元九医連常任委員 元佐賀県医師会長)

宮城 信雄 先生

(元九医連常任委員 元沖縄県医師会長)

○藍綬褒章

松本 純一 先生(日本医師会常任理事)

4) 故井上雄元千葉県医師会長御逝去に伴う対応について(福岡)

去る5月14日、元千葉県医師会長の井上雄元先生がご逝去されたことから、九医連として弔電をお送りし弔意を表した旨の報告があった。

5) 第16回九州・沖縄災害拠点病院実務者会議・第8回九州・沖縄ブロックDMAT実務者会議合同会議へのオブザーバー参加について(福岡)

標記会議が、来る6月8日(金)、大分県で開催されるとして、九医連会長宛参加依頼があったので、九州各県医師会長宛へ案内文書を送付した。

参加については、各県一任としたいとの報告があった。

協 議

1) 九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について(福岡)

(理事2名・裁定委員1名)

4月の常任委員会で、次期の日医理事2名については九医連申し合わせに基づき沖縄県と鹿児島県から、又、日医裁定委員1名については鹿児島県から選出することが確認され、各

県からそれぞれ下記のとおり推薦があり、了承された。

なお、九医連としての推薦の正式決定は、九医連常任委員・次期日医代議員協議会において協議の上決定する。

(1) 理事 (2名)

沖繩県 安里 哲好 会長
鹿児島県 池田 琢哉 会長

(2) 裁定委員 (1名)

鹿児島県 園田 勝男 先生

2) 平成30年度・31年度における日本医師会代議員会の諸委員について

(議事運営委員1名、財務委員2名) (福岡)

4月の常任委員会で、議事運営委員1名は熊本県から、財務委員2名は福岡県と佐賀県から選出頂くことが確認され、各県からそれぞれ下記のとおり推薦があり、了承された。

(1) 議事運営委員 (1名)

熊本県 福田 稔 代議員

(2) 財務委員 (2名)

福岡県 瀬戸 裕司 代議員
佐賀県 志田 正典 代議員

なお、九医連としての推薦の正式決定は、九医連常任委員・次期日医代議員協議会において協議の上決定する。

3) 第143回日医臨時代議員会 (平成30年6月24日(日)) おける質問者 (ブロック代表及び個人) について (福岡)

来る6月24日(日)に開催される第143回臨時代議員会におけるブロック代表及び個人質問について下記のとおり決定した。

代表質問

○医師偏在是正に向けた医療法・医師法改正案について

(鹿児島 牧角 寛郎 代議員)

個人質問

○医業の継承問題について

(福岡 長柄 均 代議員)

○定期予防接種広域化、およびムンプス、ロタワクチンの定期接種化について

(福岡 酒井 良 代議員)

4) 第142回日医定例代議員会・第143回日医臨時代議員会開催に伴う九州ブロック(次期)日医代議員連絡会議(6月22日(金)・23日(土)・24日(日))の開催について(福岡)

下記のとおり開催することに決定した。

(1) 日 時:平成30年6月22日(金)

18:00~20:30

場 所:第一ホテル東京

4F プリマヴェーラ

(2) 日 時:平成30年6月23日(土)・24日(日)

09:00~

場 所:日本医師会館九州ブロック控え室

5) 日本医師会次期会長候補者の推薦について

(長崎)

九医連としては既に日医の次期会長候補として横倉義武先生を推薦することは決定していることから、副会長、常任理事の推薦について協議を行った。協議の結果、副会長、常任理事については、横倉会長がキャビネットとして擁立する候補者を推薦することになった。

なお、九プロの常任理事候補者は平川俊夫先生(福岡)を推薦することになった。

また、議長・副議長については、佐賀の池田秀夫会長が副議長に立候補することを表明されていることから、池田秀夫会長を推薦することになった。議長については九医連としては関与しないことを確認した。

九プロとしての推薦の正式決定は、九医連常任委員・次期日医代議員協議会において協議の上決定する。

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

(1) 日医への推薦届けについて

九医連選出の推薦候補者については、従来通り担当の福岡県医師会で書類作成等を行い締切

日の6月13日(水)までに届け出を行うことになった。

(2) 九医連推薦の日医役員候補者の、「文書による各都道府県医師会長、次期日医代議員への協力依頼」について

九医連選出の推薦候補者(会長候補の横倉先生、常任理事候補の平川先生、理事候補の安里先生・池田先生、裁定委員候補の園田先生)については、担当の福岡県医師会が推薦文を作成し、都道府県医師会長、日医代議員・同予備代議員、十四大都市医師会長宛にお送りして支援助協力の要請を行う事を確認し、常任委員・日医次期代議員協議会において正式決定することになった。

7) 九州地方社会保険医療協議会委員の推薦について(福岡)

九州地方社会保険医療協議会の一部委員の任期が本年10月13日付で満了となることに伴い、九州厚生局企画調整課より次期委員の推薦について関係医師会へ依頼に伺いたい旨、福岡県医師会へ連絡があった。今回委員の任期が満了となるのは、大分県、沖縄県、福岡県で、次期委員を推薦いただくのは、佐賀県、鹿児島県、福岡県となっている。次期委員の推薦を依頼する県に、九州厚生局企画調整課より6月中に委

員の推薦を依頼するとのことであるので、該当県においてはご対応をお願いしたいとの提案があり、了承された。

8) 九州医師会連合会第371回常任委員会(7月7日(土)霧島市)の開催について(鹿児島)

標記常任委員会について、次のとおり開催することに決定した。

期 日 平成30年7月7日(土)

場 所 竹千代 霧島別邸

日 程

(1) 第371回常任委員会 17:00～18:00

(2) 第27回九州医連連絡会常任執行委員会
18:00～18:15

9) 九州医師会連合会第373回常任委員会並びに第1回各種協議会(10月6日(土)鹿児島市)の開催について(鹿児島)

標記常任委員会並びに各種協議会について、次のとおり開催することに決定した。

期 日 平成30年10月6日(土)

場 所 城山ホテル鹿児島

日 程

(1) 第373回常任委員会 16:00～17:00

(2) 第1回各種協議会 16:00～18:00

(3) 各種協議会報告会 18:10～18:50

(4) 懇親会 19:00～



九州医師会連合会常任委員・九州各県 医師会次期日医代議員協議会



理事 白井 和美



去る6月2日(土)、ホテルオークラ福岡において標記協議会が開催されたので、その概要を報告する。

九州医師会連合会長挨拶(松田峻一良福岡県医師会長)

昨年8月の定例委員総会において、横倉義武先生の次期会長立候補を要請した。横倉会長は、アジア大洋州医師会連合会長、世界医師会長に就任され世界をリードするご活躍をし続けておられる。今年は診療報酬・介護報酬の同時改定があり、関係機関と折衝を重ね大変なご尽力があったことは御承知のとおりである。3月の日医代議員会においてご本人が立候補を表明されたが、その前に開催した九医連の会合において、今こそ地域医療については医師会が主導をもってやるということを政府に受け止めさせる必要があり、そのキーポイントは「かかりつけ医」機能をしっかり作り上げることが使命だと思っていると決意を述べられた。九医連は引き続き結束して日本医師会を支えていきたいと考えている。

本日は6月23日(土)に行われる日本医師会役員等選挙にあたり、九医連として対応を決

定して頂きたいと思うので、よろしくお願い申し上げます。

昨年4月より九医連を担当してきたが、福岡で行う会合は本日が最後である。皆様のご協力・ご支援のお陰で無事、任を終えることが出来そうである。

心から感謝申し上げます。

座長選出

慣例により九州医師会連合会長である松田福岡県医師会長が選出され、松田座長の進行により議事が進められた。

報 告

1)九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議(6月2日(土)福岡市)について(福岡)

松田座長より当協議会終了後、下記のとおり九州ブロック日医代議員連絡会議を開催し、日医各種委員会報告を2名の先生方が行う旨報告があった。

日本医師会委員会報告

①医師会共同利用施設検討委員会

池田秀夫委員(佐賀県)

②警察活動等への協力業務検討委員会
林 芳郎委員 (鹿児島県)

2) その他

松田座長より、先に開催された常任委員・次期会長合同会議において、6月24日(日)に開催される第143回日医臨時代議員会に提出するブロック代表質問・個人質問が下記のとおり決定した旨報告があった。

代表質問

○医師偏在是正に向けた医療法・医師法改正案について (鹿児島 牧角寛郎 代議員)

個人質問

○医業の継承問題について

(福岡 長柄 均 代議員)

○定期予防接種広域化、およびムンプス、ロタワクチンの定期接種化について

(福岡 酒井 良 代議員)

協 議

1) 九州ブロックから推薦する次期日本医師会役員等の候補者について (福岡)

4月の常任委員会で、九医連申し合わせ事項に基づき、次期日医理事については沖縄県と鹿児島県から、裁定委員については鹿児島県からご推薦頂くことが確認されており、各県から下記のとおり推薦があり協議の結果了承された。

①理 事 (2名)

沖 縄 県 安里哲好 会長

鹿児島県 池田琢哉 会長

②裁定委員 (1名)

鹿児島県 園田勝男 先生

2) 平成30年度・31年度における日本医師会代議員会の諸委員について (福岡)

4月の常任委員会で、議事運営委員1名は熊本県から、財務委員2名は福岡県と佐賀県からご選出頂くことが確認され、各県からそれぞれ下記のとおり推薦があり協議の結果了承された。

①議事運営委員 (1名)

熊本県 福田 稠 代議員

②財務委員 (2名)

福岡県 瀬戸裕司 代議員

佐賀県 志田正典 代議員

3) 第142回日医定例代議員会・第143回日医臨時代議員会開催に伴う九州ブロック(次期)日医代議員連絡会議(6月22日(金)・23日(土)・24日(日))の開催について(福岡)標記の件について下記のとおり開催することが決定した。

①日 時：平成30年6月22日(金)

18:00～20:30

場 所：第一ホテル東京 4F

プリマヴェーラ

②日 時：平成30年6月23日(土)・24日(日)

09:00～

場 所：日本医師会館 九州ブロック控室

4) 日本医師会次期会長等候補者の推薦について (福岡)

はじめに松田選挙対策本部長として、今回横倉義武会長候補がキャビネットを組み選挙に臨むにあたりご推薦を賜りたい旨挨拶があった。

引き続き、松田座長として、先に開催された常任委員・次期会長合同会議においてキャビネットを推薦することが決定した旨報告があり、当協議会に諮ったところ、全会一致で承認された。

なお、代議員会副議長として、佐賀の池田秀夫先生が立候補することを表明していることから、九医連として推薦することに決定した。なお、議長については九医連として関与しないこととなった。

横倉義武会長候補キャビネット

会長候補 横倉義武 (福岡)

副会長候補 松本純一 (三重)

今村 聡 (東京)

中川俊男 (北海道)

常任理事候補 江澤和彦 (岡山)

長島公之 (栃木)

平川俊夫 (福岡)

城守国斗 (京都)

小玉弘之 (秋田)

松本吉郎 (埼玉)

釜薙 敏 (群馬)

羽鳥 裕 (神奈川)

道永麻里 (東京)

石川広己 (千葉)

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

(1) 日医への推薦届出について

九医連選出の推薦候補者については、従来通り担当福岡県で書類作成等を行い締切日までに届出を行うことになった。

なお、会長候補者の推薦者については、九州各県の現会長・次期会長、九州以外の推薦人について選対本部として検討していることから一任することになった。常任理事候補者の推薦者については、九州各県の現会長・次期会長、平川先生の所属する福岡県の副会長とすることになった。

理事・裁定委員の推薦者は九州各県の現会長・次期会長とし、安里哲好候補、池田琢哉候補の沖縄県、鹿児島県については現副会長・次期副会長を推薦者とすることが承認された。

副議長の立候補についても役員同様九医連で書類を作成することとなった。

(2) 九医連推薦の日医役員候補者の「文書による各都道府県医師会長、次期日医代議員への協力依頼」について

九医連選出の推薦候補者（横倉会長候補、平川常任理事候補、安里・池田理事候補、園田裁定委員候補）の推薦文案について協議され承認された。なお、送付先については、都道府県医師会長、日医代議員・予備代議員、十四大都市医師会長宛送付することになった。

その他

九州医師会連合会推薦 横倉義武日医会長候補挨拶

次期日医会長候補としてご推薦頂き感謝申し上げます。

思い起こせば6年前に九州医師会連合会から会長候補としてご推薦頂き、この6年間様々な事にチャレンジしてきた。その中でも一番は日本医師会綱領を作り、日本医師会の役割を明確化し、会員の先生方に医師会の役割というものをご確認頂いたことである。

6年前はある意味、日本医師会が混乱していた時代であり、医療界がバラバラになっているこ

とを副会長時代に実感していた。他の専門職が医師のタスクシフティングあるいはタスクシェアリングと称し、診断・治療方針の決定という医師にしか許されないことを任せるよう強く要求していた。幸いにして初めの4年間で全国の医師会が再結集して頂き、そのような動きが少しずつ弱まり、病院団体を始めとする医療関係団体、日本医学会等様々な団体に遠心力が働いていたものが、やっと求心力に変わったと思っている。

会長に就任する前まで日医の会員数は減少傾向になっていたが、組織力向上を図るべく会員数増に取り組み、2期目から増加に転じている。昨年の12月には17万人を超えた。各都道府県医師会には大変なご努力をお願いし、会員増加に努めて頂いた。やはり、医師という専門職団体として力を結集するということが、様々なことに有効に働いたと思っている。

我が国は、昭和36年に国民皆保険制度が出来、寿命も世界一となったが、この皆保険を維持していくことが非常に難しい時代となっていることも事実である。先月、自民党の財政再建特命委員会（委員長：岸田政調会長）にて財政再建について議論されているが、議論となるたたき台を作る小委員会（委員長：小淵優子議員）において、保険給付と自己負担の比率についてマクロ経済スライド制度の導入が強く主張された。これについては、委員会において医師会として一端壊れた医療提供体制は再建できないことを強く訴え、何とか最終的に阻止することが出来た。しかしながら今の国の財政、保険料率を上げる事の困難さを考えるといずれこの問題は出てくる。そのような時に私どもも結集して対抗しなければ、国民が等しく医療を受けることが出来なくなる。そのためにも今後2年間、頑張っ次世代にバトンタッチしなくては行けないと強く感じ、もう一度出ようと思った。また、人生100年時代であり、少子高齢社会が進む日本において健康寿命をいかに延ばしていくか、尚且つ健康な高齢者の方々に社会参加をして頂き、社会から支えられていた方が逆に社会を支えるようにしたいと2期目に思い、2015年に経済界の理解もあり、日本健康会議を開くことができた。様々な健康保険組合、協会健保、国保も各

自治体も一緒になり活動を始めた。健康寿命を延ばしていくことが高齢社会の中で唯一、日本が世界のリーダーとして生きていける道であると思っている。6月15日に予防・健康づくり担当理事連絡協議会を開催するが、各都道府県でも健康会議を作って頂き、健康の重要性を訴えて頂きたい。健康な高齢社会を作っていく上で何が重要かと言えばやはり、「かかりつけ医」である。我が国では卒後教育は専門、診療科別に教育する流れとなっており、急に総合診療医の能力を付けると言われても中々難しいが、幸いにして地域で開業している先生方は何らかの専門性を持ちながら、尚且つ開業して勉強され幅広い医療が出来るようになってきている。その中で「かかりつけ医」機能研修で受けている「患者に寄り添う気持ち」をしっかり身に付けて頂くことで様々な活動範囲が広がっていき、地域の高齢社会の中で「かかりつけ医」がキーマンとなって様々な事をやっていく事が非常に重要となる。そのため、「かかりつけ医」機能を強く主張し、前回の報酬から評価の方法も作ることが出来た。そのような事を進めていくことが、高齢社会を乗り切るための方法であると強く思っている。

今後2年間、ある意味斬新な体制を作らなければならないと思ひ、今回のキャビネットは現行の役員から半分入れ替えることとした。一つには10年以上同一の役職をしている方は退任して頂く、更には若返りがテーマであり、70歳を超えると政府や審議会の委員になれない70歳以上の方も退任して頂く考えである。そして地

域性と診療科も考えキャビネットを考えた。是非全員が当選するようお力をお貸し頂きたい。

九州医師会連合会推薦 平川俊夫常任理事候補 挨拶

福岡市において産婦人科の有床診療所を開設している。

平成18年に開業してから、これまで福岡市医師会理事・常任理事、日本産婦人科医会常務理事、九州ブロック産婦人科医会会長を務めさせて頂いている。

先日、松田会長からこのお話を頂き、身も心も震え上がる気持ちになった。しかしながら、先生方の熱いご支援を頂き、横倉会長の下で何かの力を出せればと決意した。松田会長には、日本医師会の一番の基本は郡市医師会の活動であると教えられた。今後は専門の母子保健はもちろんのこと、九州津々浦々の会員の先生方のお声を聴かせて頂き、それが中央に反映できるように九州の代表として頑張っていきたい。

何卒、ご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

九州医師会連合会推薦 池田秀夫代議員会副議長候補挨拶

九州ブロックよりご推薦頂くことになり感謝申し上げます。

横倉体制を支え、微力ながら代議員会の運営に努力する所存であるのでよろしくお願い申し上げます。

印象記

理事 白井 和美

6月2日、標記会議が行われた。先ず、第142回日本医師会代議員会の次期執行部選挙で九州ブロックから立候補される各候補者への推薦の確認と選挙活動への協力依頼について協議され了承された。次いで、横倉義武候補並びに平川俊夫候補から力強い決意表明があった。九州ブロックのほぼすべての日医代議員が参加した会議には、初めての参加であったが大変厳粛な雰囲気にもまれ、身の引き締まる緊張の中、粛々と議事が進行された。

九州ブロック日医代議員(含・次期)連絡会議



理事 白井 和美



去る6月2日(土)、ホテルオークラ福岡において標記連絡会議が開催されたので、その概要を報告する。

日本医師会委員会報告

1) 医師会共同利用施設検討委員会 池田秀夫委員(佐賀県)

日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長の池田秀夫先生(佐賀県医師会)より、概ね以下のとおり報告があった。

医師会共同利用施設の定義として以下のとおり整理できる。

狭義: 医師会が設立主体であると同時に運営主体であり、かつ地域の医師会員に施設、病床、医療機器を開放し、共同利用を図る施設。

広義: 狭義の概念のほかに、自治体(公設民営)ないし自治体と医師会の共同出資による公社、財団(三セク)が設立主体となり医師会が運営している施設の他、福祉部門についても、医師会活動の一環と

して、医師会員が共同利用する施設を医師会が運営している施設。

医師会共同利用施設の形態としては、①医師会員が診療等のため利用できる施設や②①以外で、主に介護施設など医師会員の診療等を支援するための施設がある。

医師会病院は、地域医師会活動拠点として故武見太郎元医師会長が提唱し、2017年4月1日現在で、全国に77病院が設置されている。九州が一番多く、36施設ある。

臨床検査・健診センターについても、故武見太郎元医師会長が提唱し、会員の診療を支援する共同の検査室として開設されている。健診センター単独では66施設、臨床検査センター単独で52施設、健診検査複合体が50施設、合計168施設となっている。

昨今は、介護保険関連施設を多数設置されており、地域包括ケアに貢献している。その中でも訪問看護ステーションは最も多くの地域医師会が取り組んでいる事業である。

今後は、医療機能分化や在宅医療等の観点から、医師会病院ではこれまでの紹介外来、逆紹介に加え、在宅医療の支援、臨床検査センター・健診センターでは、高齢化進展による検査受託需要の増加への対応、24時間対応の訪問看護ステーション等が期待されている。

医師会共同利用施設の課題として、以下の項目があげられる。

1. 医師会病院
 - ・ 医師・看護職員不足問題
 - ・ 地域医療支援病院の承認要件
 - ・ 医師会病院の老朽化に伴う建て替え等
2. 検査・健診センター
 - ・ 診療報酬の引き下げによる経営悪化
 - ・ 民間検査センターとの競合（価格競争、業者間のダンピング）
 - ・ 高額なシステム更新費
 - ・ 会員利用率の低下、新規会員の獲得
 - ・ 日医総研による健診標準フォーマットへの参加等
3. 在宅医療・介護支援関連施設関係
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築
 - ・ ICTを活用した多職種連携
 - ・ 超高齢社会への対応（認知症、フレイル予防）等

2025年を見据えた医師会共同利用施設の展開～健康寿命の延伸に向けた新たな取組と地域における役割～という諮問を受け、以下の項目について報告書をまとめた。

1. 健康寿命の延伸に向けた国の動き
2. 医師会臨床検査センター・健診センター
3. 医師会病院
4. 在宅医療・介護支援関連施設
5. これからの医師会共同利用施設を考える。
6. 第27回全国医師会共同利用施設総会（分科会報告より）

1. 健康寿命の延伸に向けた国の動き
 昭和53年から10年毎に国民健康づくり運動が策定され、特に平成12年に策定された第3次国民健康づくり運動では、健康日本21として第一次予防の重視を明確に打ち出して

る。健康日本21（第二次）ではブラッシュアップし、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を掲げており、今年夏に、中間報告がなされることとなっている。

日本医師会の目指す姿として、乳幼児健診、学校検診、事業所健診、特定健診、後期高齢者健診等、生涯保険事業として体系化し、健康寿命の延伸に努めていくことを示している。

2. 医師会臨床検査センター・健診センター
 地域における取組を紹介する。別府市医師会及び健診センターでは、特定健診、小児生活習慣病予防検診、ピロリ菌検査、CKD重症化予防、佐賀県では、佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）等に取り組んでいる。

別府市医師会では、40代～50代の特定健診受診率が低く、ハガキや電話勧奨では頭打ちであることから、心を揺さぶるようなイメージ動画をSNSを活用して定期的に行っている。また、成人になってからの予防では遅く、小児からの生活習慣病に対する健康教育が必要であることから、小学4年生と中学2年生を対象とした小児生活習慣病予防検診を実施している。特定健診と同じ項目を実施している。さらに、中学2年生を対象にピロリ菌検査を実施し、1次検査、2次検査ともに陽性の場合、20歳まで別府市で管理することとなっている。

大宮市医師会では、ストレスチェックを行っている。医師会で行う意義として、医師会と言う公益事業を行う機関が実施するという安心感や必要に応じて各科の医師と直接電話相談が可能であること、産業医にとっても医師会内で行うことの安心感や他の医師にサポートを依頼できることのメリット等がある。

健診データを標準化することが必要であり、日医総研が取り組んでいる。データを標準化することの意義は、一元管理することが出来ることや全国的な大規模健診データの収集、かかりつけ医による診断補助への活用等である。

3. 医師会病院
 函館市医師会病院では、包括連携協定や健常高齢者の健康調査の実施、さいたま市民医療セ

ンターでは、救急総合診療科を主軸とした各臓器別専門内科のサポート体制を構築している。

函館市医師会では、1,000名以上を対象に、健康寿命の実態について調査を行っている。参加者に対し、日本の平均と比較した結果をフィードバックし、健康意識を高める取組みを行っている。

4. 在宅医療・介護支援関連施設

京都府医師会在宅医療・介護支援関連施設では、京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター、京都府医療トレーニングセンターの運営や、さいたま市4医師会ではもの忘れ検診事業、東京都ではフレイル予防や病院救急車を使った地域高齢者搬送支援システム等が実施されている。

京都府医療トレーニングセンターでは、開かれた医師会を基本理念に、急変体験として蘇生教育を行う等、様々なトレーニングや啓発活動を行っている。卒後の医師の生涯教育のみならず、多職種のメディカルスタッフ、あるいは患者家族等、医療・介護・福祉関係者を対象とした研修を行うことで地域に貢献している。

さいたま市のもの忘れ検診では、認知症の簡易スクリーニング検査を実施し、認知症の早期発見、早期診断を推進、認知症の重度化の抑制や治療可能な認知症への確実な対応、仕組みを構築する等、2016年から実施している。

東京都ではフレイル予防を行っており、65歳～74歳までは特定健診プラスフレイル予防検診、75歳以上は後期高齢者健診プラスフレイル検診を行っている。また、病院救急車を使った地域高齢者搬送支援システムを構築している。東京都では、公的な救急車の出動回数は10年間で130万回となっており、搬送時間も伸びている。全国平均33分のところ、東京では55分である。このような状況から、公的な救急車では間に合わないという状況に鑑み、病院救急車を活用し、患者の搬送を地域医療再生基金を使って始めている。

5. これからの医師会共同利用施設を考える。

佐賀県では、県医師会で運営していた生活習慣病予防センターと大学団体の検診センターを

合体させ、佐賀県健康づくり財団を設立した。県からの資金を活用し、作り直すということを行っている。

かかりつけ医をサポートする医師会事業は、すべて健康寿命の延伸に寄与する医師会共同利用施設といっても過言ではないと考えている。在宅医療・介護連携拠点、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターも医師会共同利用施設と言えるのではないかと考える。医師会が中心となり、地域内の病院や診療所等の関連施設、団体を巻き込んだ地域内連携を進めることにより、医師や医師会の機能を最大化でき、地域住民や行政等も連携し、健康や医療に関するあらゆる活動を総合的に推進する体制が必要であり、これが究極の「地域包括ケア」であると考えている。

2025年の地域包括ケアシステム構築に向けて、医師会共同利用施設にも更なる改革が必要であると考えている。

2) 警察活動等への協力業務検討委員会 林 芳郎 委員 (鹿児島県)

本委員会は、平成26年に新設され、平成28年からブロック制を導入し、地域固有の問題、地域の格差等を把握してきている。

検討内容としては、「警察活動に協力する医師の部会(仮称)」の全国組織化に向けた名称の変更についてや大規模災害時の対応等について、嘱託医(警察医)の役割について、死因究明等推進会議の今後等についてである。

死因究明等に関する取組の経緯であるが、平成24年6月に死因究明等の推進に関する法律が成立し、同法に基づく死因究明等推進会議の議論を経て、平成26年6月に死因究明等推進計画が閣議決定されている。

死因究明等推進計画では以下の8つの重点施策が掲げられており、医師に関係するものとしては、1と3であると考えている。

- 1 法医学に関する知見を活用して死因究明を行う専門的な機関の全国的な整備
- 2 法医学に係る教育及び研究の拠点の整備
- 3 死因究明等に係る業務に従事する警察等の

職員、医師、歯科医師等の人材の育成及び資質の向上

- 4 警察等における死因究明等の実施体制の充実
- 5 死体の検案及び解剖の実施体制の充実
- 6 薬物及び毒物に係る検査、死亡時画像診断その他死因究明のための科学的な調査の活用
- 7 遺伝子構造の検査、歯牙の調査その他身元確認のための科学的な調査の充実及び身元確認に係るデータベースの整備
- 8 死因究明により得られた情報の活用及び遺族等に対する説明の促進

「1. 法医学に関する知見を活用して死因究明を行う専門的な機関の全国的な整備」として、平成 30 年 3 月末時点において 30 都道府県（愛媛県、福岡県、東京都、滋賀県、新潟県、秋田県、岡山県、茨城県、高知県、静岡県、兵庫県、岐阜県、埼玉県、北海道、福井県、三重県、千葉県、山口県、愛知県、佐賀県、広島県、徳島県、石川県、富山県、群馬県、栃木県、大阪府、鳥取県、長野県、大分県）に死因究明等推進協議会が設置され、今年度 4～5 つの県においてさらに設置されることとなっている。本協議会の構成員としては、都道府県医師会、大学法医学、警察をはじめ地域によっては、住民代表や訪問看護、介護支援等の方々にも入っていただいている。厚生労働省において財政支援もなされることである。また、平成 27 年 7 月、警察庁と日本医師会との間で、大規模災害発生時における医師派遣等の協力に関する協定が締結されている。

「3. 死因究明等に係る業務に従事する警察等の職員、医師、歯科医師等の人材の育成及び資質の向上」として、厚生労働省から日本医師会へ委託し、「死体検案研修会（基礎）」、「死体検案研修会（上級）」及び「死亡時画像診断研修会」を実施する等、専門的な研修を実施している。また、厚生労働省において、平成 26 年 9 月から日本医師会委託事業「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業」を開始されている。

今後、どのようなことを死因究明等推進協議会で行っていかねばならないかということ

が重要である。各地の話題については概ね次のとおりである。

- 死亡時画像診断（死後 CT など）
 - 死体の CT 撮影画像を適切に「読影」できる力量のある医師が不足している。
 - 撮影・読影の「費用負担」が不明確で、病院や遺族負担になっていることも多い。
 - 解剖結果との照合など大学との連携方策について検討していきたい。
 - CT を遺体に用いることに病院現場で理解を得にくい場合の対応をどうするか。

- 医師の検案
 - 死因究明を担う人材の育成、研修について、効果的な取組を進める必要がある。（検案所の質の問題、解剖結果との照合、県独自の研修など）
 - 検案医のなり手が不足している地域が生じている。
 - 特定の医師に警察からの検案依頼が集中していることがある。
 - 検案の現場では深夜・休日対応など様々な課題がある。

- 在宅医療、救急等との関係 / 既往症の病歴照会
 - 自宅等での孤立死が多い。在宅医療を進めると、在宅死が増え、「かかりつけ医」や「家族」などの負担が増えることが想定される。
 - 看取りが円滑でないと、死後、不要の救急搬送依頼がなされる。
 - 病院搬送後の死亡でも、死亡に至る経緯・既往歴が不明なため死因がつけられない場合もあり、検査・解剖の要否やかかりつけ医等との情報共有が問題になることがある。
 - 患者の病歴情報の提供に消極的な病院・臨床医の理解をどのように得るか。
 - 警察からの電話一本での病歴照会では、病院としての即答は難しい。

○解剖・検査（大学など）

- 解剖医や薬毒物検査の人員などが不足している。限られた解剖予算の下では、解剖率が上げられない。
- CTなどの検査機器のランニングコストが大きい。
- 現状、公衆衛生の観点からの解剖が行いにくい状況にある。

○大規模災害対策

- 多数の死者への対応を適切に行う体制づくり、事後、安全対策の検証ができる体制づくりが望ましい。
- 歯科情報の様式の標準化、データベース化が大切だ。

○死因究明で得られた情報の活用、遺族への説明

- 死因究明で得た情報をどう地域住民に還元していくか、再発防止をどうするか。
- 遺族の相談に応じ、情報提供を行う窓口が必要ではないか。

最後に、鹿児島県医師会警察協力医会の現状について、「検案業務に関するアンケート」の概要について、概ね以下のとおりそれぞれ説明があった。

平成7年に、警察嘱託医をはじめとした会員の方々の相互連携と法医学研修の場を設ける、大規模災害時における警察医への協力体制づくりを目的に設立した。主な活動としては、鹿児島県医師会警察協力以外・鹿児島県歯科医師会、鹿児島県警察本部、第十管区海上保安本部の4者共催による「死体検案・身元確認業務等研修会」の開催を行っている。

警察協力医会の会員数は434名で検案医数は157名である。平均年齢は、警察協力医会が67.1歳、検案医が63.6歳となっている。

鹿児島県警察協力医会の「検案業務に関するアンケート」概要については、次のとおり。

対象者：鹿児島県警察協力医会会員（406名）
 期間：平成30年4月23日(月)～5月18日(金)
 回答率：65.5%

医師の年齢の割合として、50代以下が29%、60代以上が71%を占め、高齢化が進んでいる。年間の一人当たり検案件数としては、1～10件が一番多く94件、ついで0件が66件となっている。

検案業務に関する課題として、立会い医師への謝金について、各地域によってばらつきがあることや立会い医師が固定化されていること、若手医師育成（人材確保）等が必要であることがあがった。

印象記

理事 白井 和美

この会議では、日本医師会委員会報告として、医師会共同利用施設検討委員会、警察活動への協力業務検討委員会に関して報告された。前者では、医師会共同利用施設の共通の課題として、病院における人材確保、検査センターにおける検体確保問題が提示されていた。在宅医療・介護施設との連携で活路を見出している地域の事例紹介があり、2025年の地域包括ケアシステム構築へ向け、各施設の更なる改革が必要とまとめられた。引き続き、警察活動等への協力に關しての報告では、検案医の人材不足が深刻であると強調された。若手医師の育成が必要であるものの、現状のままでは大変難しく、研修課程内容への検案業務組み込みの必要性や、拘束時間に比し廉価な医師への謝金問題の解決、検案体制の改善など貴重な提言がなされた。