

新型コロナウイルス感染症第2波までの 関わりにおいて経験したこと



常任理事 田名 毅

4月にはじまった第1波、7月にはじまった第2波を通して、沖縄県医師会、那覇市医師会の常任理事として関わっている立場から、第2波が落ち着きつつある現時点でこれまでの振り返り経験してきたことを報告したいと思います。

(1) 病院長 LINE の立ち上げについて

新型コロナウイルス感染症が流行する前から、那覇市内の四病院（那覇市立病院、沖縄赤十字病院、大浜第一病院、沖縄協同病院）、豊見城中央病院（現友愛医療センター）の各病院長の先生方と那覇市医師会の会長、副会長2人、常任理事の私のメンバーで定期的にテーマを決めて情報及び意見交換を目的とした勉強会（新都心医療構想会議）を開催していました。発起人は那覇市立病院の外間浩病院長で、事務局を私が務めていました。救急医療の在り方から在宅医療の関わりまで幅広くテーマとして取り上げてきました。

そして今回新型コロナウイルス感染症の問題が起き始めたときに、外間先生と相談し迅速な情報交換を目的とした病院長 LINE を立ち上げることにしました。立場上、私が LINE の管理を務めることになりました。当初は上記の5病院の先生方で医師会の情報交換からはじまりましたが、外間先生のご尽力、医師会のネットワークから招待する先生方が徐々に増加し、今回の感染症に関わる当時の協力医療機関、指定医療機関のほぼすべての病院長の先生方、及び保健所長等行政サイドの先生方、沖縄県新型コロナ対策本部コーディネーターの先生方も加わっていきました。各地域の感染症の動向、各病院の患者受け入れ情報、各病院の対策に関する情報、

また医師会に期待する社会的役割（医療従事者への社会からの偏見を正す等）に関する事まで、LINEにより瞬時に情報交換することが出来ました。現在は一部の精神科病院の院長先生方も加わり、36名がグループに加入されています。第2波の途中から県庁講堂内に沖縄県コロナ対策本部が組織的に拡充されて、第2波が徐々に落ち着きはじめてからは、このLINEの果たす役割も徐々に減少してきており、対策本部からの情報を共有することがメインになってきています。今後第3波は起こってほしくはないですが、また起こった際にはこのLINEによる意見交換が必要なことが発生するのではないかと考えています。

(2) 医師会内コロナ対策本部の立ち上げについて

沖縄県医師会としては安里哲好会長、宮里達也副会長、宮里善次副会長を中心に第1波対策が開始されました。私は一内科医、また常任理事の立場で先生方をお支えしたいという考えから、上記LINEの管理をしながら得た情報を先生方に提供したり、専門家会議にオブザーバー参加するなどしていました。そして第1波の途中より沖縄県医師会コロナ対策本部が立ち上がった際に、三役の先生方に加え、稲田隆司常任理事、私、玉城研太郎理事の6人が同本部に入って定期的に情報、意見交換するようになりました。現在も毎週火曜日の理事会前に30～60分会議を開催しております。沖縄県、沖縄県新型コロナ対策本部、各地区医師会から寄せられた情報、意見、提案に関して協議、検討しています。さらに理事会での協議が必要な事項は、引き続き開催している理事会で検討しています。

(3) 臨時集団 PCR 検査における沖縄県医師会の役割

第2波が起こりはじめたと考えられる7月上旬の同時期に、アメリカ軍基地内でアメリカ兵の集団感染の報告がありました。そして、アメリカの建国記念日に開催されたうるま市における屋外パーティーで集団感染がアメリカ兵のみならず観光客、県民を巻き込んで発生したのではないかと懸念の声が上がりました。県立中部病院の高山先生が中心となって県立中部病院の出張検査という形で、まず北谷町の飲食店従業員を対象に鼻咽頭ぬぐい液による集団PCR検査（対象130名）が施行されました。結果は幸い感染者の発見はありませんでした。その後、基地周辺の町として金武町から同様の検査の実施を要望する声が上がりました。北谷町の検査の1週間後、金武町役場にて検査（同じく鼻咽頭による集団PCR検査、対象198名）が実施されました。この集団検査から沖縄県医師会が出張検査を行う形で行われました。以降、私がおこなった実施責任者を務めました。結果は北谷町と同様に感染者の発見はありませんでした。その1週間後、基地従業員を対象とした検査に関する要望、要請が高まり、沖縄県中部合同庁舎の駐車場にて唾液採取法による集団PCR検査を行いました。結果は基地従業員から1,006名中3名のみ感染者が発見されました。以上の3回の集団検査の結果から、懸念されたアメリカ兵を介した基地周辺の町、基地従業員の感染の拡がりは多くないことが確認されました。

7月上旬に東京方面のホストクラブ従業員が団体旅行で沖縄に来県した際に立ち寄った那覇市松山のキャバクラにてクラスターが発生したことが確認されました。松山にある他の店舗（飲食店、接待を伴う飲食店）でも発生が確認されていました。この際に高山先生から松山の夜の街の従業員を対象とした集団PCR検査の実施について提案がありました。那覇市とPCR検査の関連で日頃より連絡網を持っていた玉城研太朗理事が緊急会議の手配をして下さり、那

覇庁舎内にて那覇市職員（城間市長、知念副市長も同席）、沖縄県職員の出席、沖縄県医師会、那覇市医師会の4者で協議しました。高山先生からその場で松山の特に接待を伴う飲食店従業員を対象とした集団PCR検査の提案がありました。また、松山の飲食店、接待を伴う飲食店の2週間程度の休業要請も提案されました。その結果、那覇市が主体となって集団検査を実施し、沖縄県から休業要請を出すことが決定されました。この会議から3日後の土曜日、翌日曜日に那覇市若狭にあるクルーズ船ターミナルにて那覇市松山地区従業員を対象とした集団PCR検査が実施されました。

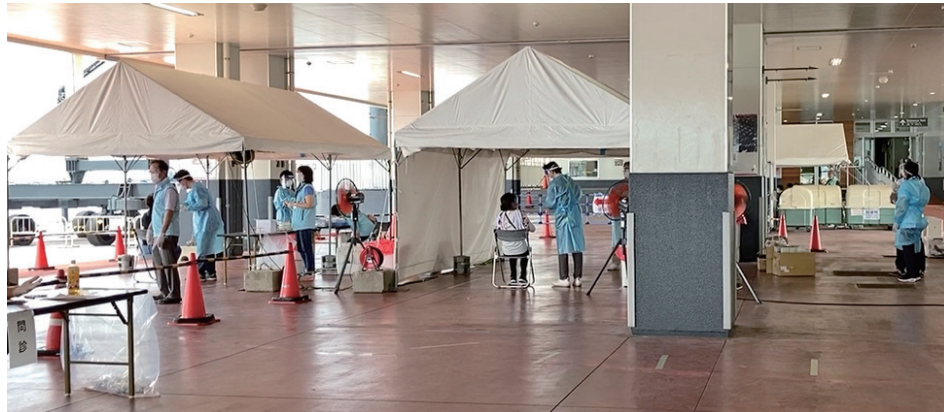


那覇市役所職員が車を誘導している様子

当初800名の参加を見込んで実施しましたが、各種広報の効果があり両日で2,078名が検査を受けました。その結果は86名陽性者（複数の感染が確認された店が8店舗、その他1名陽性が確認された店がおおよそ30数店舗）が発見されました。



市・県医師会職員による問診の様子



2 テント設置した鼻咽頭ぬぐい液 PCR 検体採取場

その後、この那覇市内の若年者を中心とした感染を契機として感染者数は急増し、人口に占める感染者の割合は東京を抜いて最も多くなるという事態がしばらく持続しました。そして、その拡がりには医療機関の院内感染、高齢者施設での集団感染などに拡がりましたが、(4)に紹介する取り組みやその他の各種対策の効果があり、現時点で感染は収束しつつあります。県医師会として集団検査を施行した立場ではありますが、現時点で振り返りますと那覇市松山地区を対象とした集団検査、及び同地区の2週間の休業要請によりさらなる感染拡大を抑えたことは、第2波の影響を最小限にとどめる効果があったのではと考えています。

(4) 行政と医師会の関わり

感染拡大で大変な状況が続くさなかに、自見はなこ先生から安里会長、宮里達也副会長、私に連絡が入りました。北九州での感染流行時に対応した厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部地域支援班の寺谷先生を沖縄県庁に派遣したので沖縄県の状況を寺谷先生に教えて欲しいという内容でした。私もすぐに県庁の対策本部に出向きました。医師会の立場として私が把握している状況に関してお伝えしました。翌週には寺谷先生が県医師会新型コロナ対策会議、理事会にも参加して意見、情報交換しました。その後の寺谷先生の動きには目をみはるものがありました。県庁の内部の対策本部の組織化、中央のDMAT事務局からの派遣によるクラスター対策、沖縄県内の検査体制の構築などに尽力してくれました。

そして、その1週間後には橋本岳厚労省副大臣が来県しました。自見先生からのご指示があり橋本副大臣が沖縄県庁を視察される前日に、その時点で沖縄県医師会が認識している情報を私から事前に提供しました。その翌日には橋本副大臣、寺谷先生と、沖縄県医師会館で三役の先生方、稲田常任理事、大屋常任理事、私と意見交換会を開催しました。その日あたりを境に各種対策を講じた効果が徐々にではじめて、感染者数は減少し第2波は収束に向かったと感じています。

(5) 終わりに

今回の100年に一度と言われる感染症は第1波、第2波を通して、沖縄県内でも多くの死者(9月26日時点で45名)を出しています。今後も第3波発生の可能性を考えて、現在も各種対策が練られています。

このような状況の中で今回の経験から学んだこと、構築できたことを以下にまとめます。

- ①沖縄県内の医療従事者が、公的医療機関、民間医療機関、個人診療所の分け隔てなく垣根を越えて協力し、総力をあげて本感染症に取り組めたこと。
- ②沖縄県医師会が災害とは異なる非常時に、国、県行政、県内の医療機関等の間に入って医師会しか担うことが出来ない役割を意識しながら活動できたこと。

これからも会員の皆様のご理解、ご協力のもと、沖縄県医師会執行部が一丸となって新型コロナウイルス感染症対策に取り組んでいきますので、何卒宜しくお願いいたします。

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部 総括情報部コーディネートチーム報告 —第2波—



災害医療委員会委員長 沖縄県災害医療コーディネーター 出口 宝



沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部 (8月15日から県庁4階大講堂に移転)

1. はじめに

第1波が静まり、6月8日には県内で全ての陽性患者が解除となりました。そして、沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部（以下、本部）は6月12日にロジが常駐を残して、医療コーディネーターの常駐を解除してオンコール体制としました。そして、その後も一定の検査件数はありましたが、しばらくは新規陽性者ゼロの状態が続いていました。しかし、平穏な日々は束の間で遂にその日がやって来ました。

2. 第2波の始まり

7月8日 4月30日に新規陽性者がゼロになってから69日ぶりに陽性者が確認されました。医療コーディネーターの常駐解除から2ヶ月も経たないうちに、医療コーディネーターも本部に参集して常駐体制が再開されました。その後の2週間は散発的な発生で経過していました。この頃は、夏に小さな流行があり冬に本格的な第2波が来るであろうとの想定がありまし

た。しかし、7月22日にGoToトラベルキャンペーンが開始されることとなりました。そのため、想定は覆され、この影響により8月の第1週頃から陽性者が増え出すのではとの想定に変わりました。

7月19日 金武町総合福祉センターにて金武町内の飲食店の従業員や利用客やタクシー運転手らを対象としたPCR検査を沖縄県医師会が実施しました（実施主体：沖縄県）。

7月22日 医療フェーズ2となりました。

7月23日 5名の陽性者が発生しました。これを皮切りに7月の4連休では24日に10名、25日に25名と急増が始まりました。この勢いは止まらず7月30日に49名、そして7月31日に71名となりました（Fig.1）。再び想定が覆されました。想定外の1週間早い流行でした。本格的な第2波の始まりとなり、本部は陽性者の急増で対応に追われることとなりました。この感染は、GoToトラベルキャンペーンの影響ではなく、松山クラスターなどの感染源

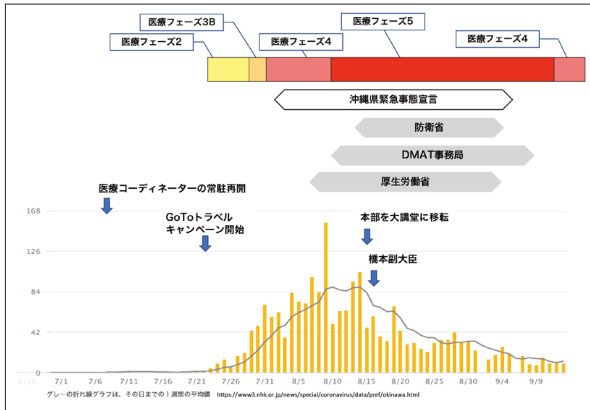


Fig.1 感染の推移と本部の主な動き
(グラフ出典 <https://www3.nhk.or.jp/news>)

にもなったと言われる県外からの多数の感染源が入ったことにより、そこから県民に広がったものと推測されました。

7月25、26日 中部合同庁舎にて基地従業員らを対象としたPCR検査を沖縄県医師会が実施しました(実施主体:沖縄県・沖縄防衛局)。

7月29日 医療フェーズ3Bとなりました。

7月31日 医療フェーズ4となりました。

3. 第2波本部ドキュメント

8月1日 人口10万人当たりの直近1週間の新規感染者数が全国最多となりました。県独自の緊急事態宣言が出されました。

あまりの急な増加に入院や宿泊療養施設の受け入れが間に合わず、入院や入所待ちの軽症者や無症状者の多くが自宅待機状態となりました。本部では自宅待機者を書き出したホワイトボードが重なり合う様にすべての壁面を埋めるようになっていました(Fig.2)。新規の中等者や重傷者、入院中の重症化による転院



Fig.2 本部の壁を覆い尽くした自宅待機者リスト
(8月1日、県庁4階会議室)

調整は綱渡り状態となりました。中南部ではOCAS (Okinawa Covid-19 outbreak Assessment System) 上による重点医療機関(新型コロナ感染症の専用病棟を確保している病院)での受け入れ可能人数はゼロの状態となっていました。重点医療機関には無理に無理を重ねて頂いて、なんとか受け入れをお願いしている状態が続きました。

8月1、2日 若狭クルーズ船バースにて松山地区従業員を対象としたPCR検査を那覇市医師会と沖縄県医師会が実施しました(実施主体:那覇市)。

8月4日 急増する自宅待機者や自宅療養者に対する健康観察・管理を行う自宅療養チームが設置されました。そして、県看護協会の協力もえて県庁内に自宅療養コールセンターが開設されました。また、自宅へ食事の宅配も開始されました。

8月6日 さらに情勢が悪化する事態となりました。南部の慢性期病院において陽性者が発生、続いて8月12日には北部の慢性期病院で陽性者が発生しました。そして、院内感染となり入院患者や職員に多くの感染者が発生してクラスターとなりました。

8月7日 1日の新規陽性者が100名となりました。宜野座ドームにて宜野座村立保育所の職員ならびに家族を対象としたPCR検査を北部地区医師会と県立北部病院が実施しました(実施主体:宜野座村)。

8月8日 本部となっている県庁4階会議室のパーティションが取り払われて部屋が拡大され、新たに立派な机や椅子が設えられて電話やホワイトボードが用意されました。厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部地域支援班から寺谷医官らの常駐が始まりました。全国でも本省から地方への派遣常駐は沖縄だけでした。

8月9日 一日の新規陽性者が159名と過去最多を記録しました。厚生労働省DMAT本部事務局から次長の若井先生らが派遣されてきました。そして、若井先生を中心に県内のDMATも加わって、病院や介護施設に対する

クラスター対策班(後に、病院・施設対策チーム)を新たに組織して、病院や施設に出向いての支援が開始されました。途中からはDMAT本部事務局次長の近藤先生と交代でクラスター対策班のリーダーシップをとって頂きました。

8月10日 医療フェーズ5となりました。

8月13日 本部体制に新たなチームも新設されて、組織体制の強化が図られました (Fig.3,4)。

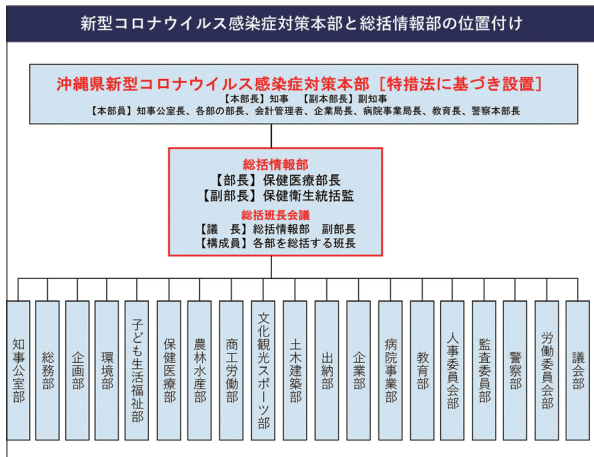


Fig.3 沖縄県新型コロナ対策本部と総括情報部と県庁各部署の位置付け (沖縄県資料)

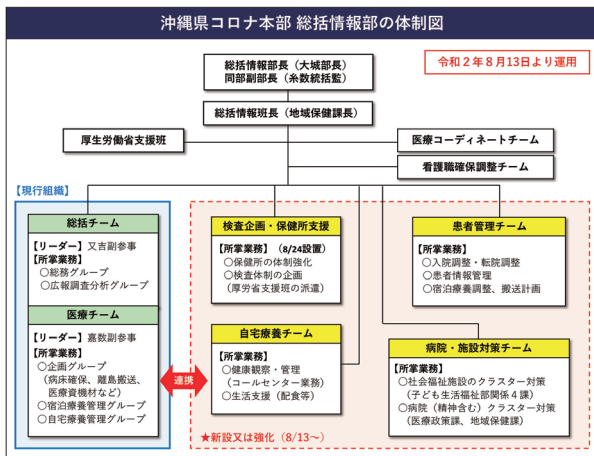


Fig.4 総括情報部・体制図 (沖縄県資料)

8月14日 本部が県庁大講堂に移設しました。県庁職員も増員され、多い日には60名を超える体制となりました (Fig.5~8)。医療コーディネーターチームに精神科リエゾンも加わりました。そして、移設前の本部があった4階会議室が自宅療養コールセンターになりました (Fig.9)。約20名がその対応に当たりました。

8月16日 橋本厚生労働副大臣が本部に来られました。滞在中は朝夕の本部ミーティング

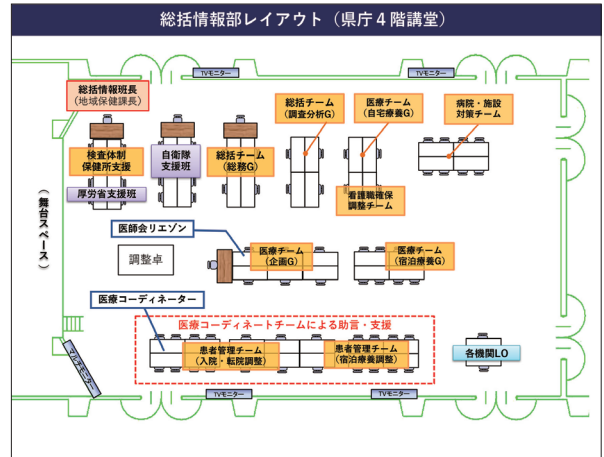


Fig.5 総括情報部・県庁4階大講堂配置図 (沖縄県資料)

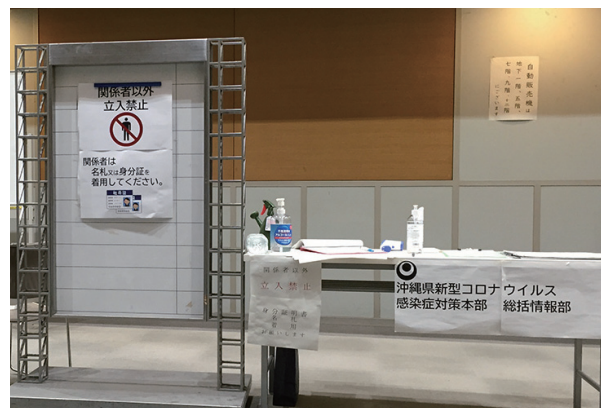


Fig.6 県庁4階大講堂入り口



Fig.7 県庁4階大講堂

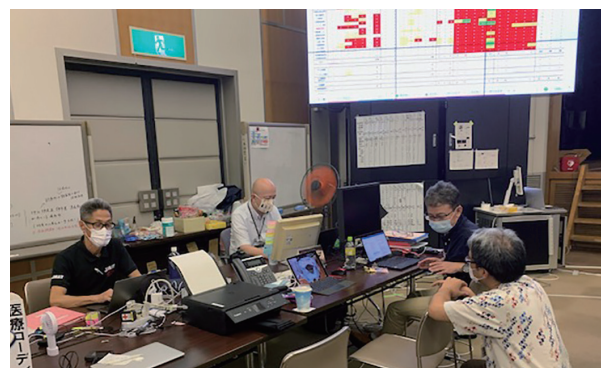


Fig.8 総括情報部医療コーディネーターチーム

に参加されて、視察や県内関係者との意見交換をされました。18日までの滞在でした (Fig.10)。

8月17日 本部朝夕全体ミーティングに重点医療機関や関係者の ZOOM 参加が開始されました。

8月18日 防衛省統合幕僚部運用部国際地域調整官ならびに陸上自衛隊西部方面隊、航空自衛隊、海上自衛隊からリエゾン（業務調整連絡員）が派遣されてきました。自衛隊からの看護師派遣調整や広域搬送に備えての調整業務が主な目的とされていました。

8月19日 全国知事会派遣の看護師の活動が始まりました。

8月26日 沖縄県医師会（以下、本会）からリエゾンが派遣され、事務局職員が交代で本部に配置されることとなりました。様々な対策が検討される毎日の本部コア会議にも出席して、最新の国や県本部の方針などや感染状況などの情報収集や本会との調整業務にあたっていました (Fig.11)。

その後、新規陽性者は少しずつ減少していきました。しかし、医療の逼迫状態は解消されず、入院調整や転院調整は困難を極めました。毎晩の様に夜間のオンコール対応も続いていました。また、医療従事者の感染や濃厚接触などによる就業制限数が増加して、医療現場への影響はさらに大きいものとなっていました (Fig.12)。

9月に入り日々の新規陽性者も10数名まで減少していきました。しかし、那覇市内の2つの重点医療機関で患者や職員に陽性者が発生したため、救急受け入れが制限されました。また、救急指定病院のほとんどが重点医療機関としてコロナ病床を確保するためにICUや一般病床の一部を転床しており、救急患者や予定手術に対する県全体の対応能力が低下して救急医療が逼迫しました。

9月3日 厚労省リエゾンの派遣が終了して寺谷先生らが帰任されました。

9月4日 防衛省ならびに自衛隊からのリエゾンの派遣が終了しました。



Fig.9 自宅療養コールセンター（県庁4階会議室）



Fig.10 本部ミーティングで挨拶される橋本厚生労働副大臣（8月16日朝）



Fig.11 県医師会リエゾン

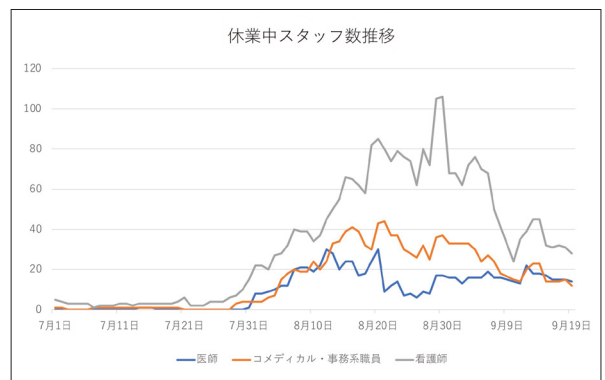


Fig.12 医療従事者の就業制限（本部ミーティング資料）

9月5日 沖縄県緊急事態宣言が解除されました。

9月8日 厚生労働省 DMAT 事務局からの派遣が終了、若井先生らが帰任され、病院・施設対策チームは県内 DMAT と県庁職員のみでの活動となりました。

9月11日 医療フェーズ4に引下げられました。

9月12日 日本赤十字社沖縄支部からの派遣が終了しました。

9月18日 県内 DMAT の招集が解除となりました。

本部は県庁職員の一部と医療コーディネーターによる体制となりました。

9月23日 医療フェーズ3Bに引下げられました。

4. 所 感

第2波は第1波の4倍超の規模となり、第1波の経験を遥かに超えた事態となりました。次々と起こる事案への対応に追われてながら体制も拡大されていきました。しかし、多くの課題もあり今後の体制づくりが必要と思われます。

1). 感染対応に対する慢性期病院や介護施設の脆弱性が心配されていたなかで、2つの病院で感染者が発生しました。本来、慢性期病院は重点医療機関の様に事前に感染者受け入れの準備がされているわけではありません。受け入れに必要な支援もされていません。そこに、いきなり自院での感染者の入院継続をしなければならない事態となりました。院内感染、クラスターとなりました。また、いくつもの介護施設や病院でもクラスターが発生し、その数は9月末には19となっていました。これらに対応するために病院・施設対策チームが組織され、全国からの派遣看護師や保健師が当該病院の支援に入りましたが、出遅れた感もありました。今後は ICT (感染対策チーム) や ICN (感染管理看護師) や ICD (インфекションコントロールドクター) などの感染症専門家派遣の体制を整えて、脆弱な施設への事前対策、発生時の迅速な

派遣が必要と思われます。さらに、いつでも新型コロナウイルスに対する治療に関して専門家からアドバイスや支援を受けられるシステムがあると有用と思われます。また、各々医療機関や施設の対応力を向上しておくことも重要です。

2). 新型コロナウイルスは指定感染症であるため入院勧告が出されて入院となるのが原則です。しかし、病床を有効利用するために無症状や軽傷者用の宿泊療養施設が加わりました。しかし、急増する感染者にこれも間に合わない事態が起きました。そこで、自宅待機や自宅療養という選択肢で対応にあたることになりました。しかし、重症と中等症には入院が必要です。病床は逼迫していきました。この経験からも**重点医療機関における病床確保のための下り転院や施設退院が必要に応じて円滑に進むためのシステム**が必要です。このことは、平時からの問題でもあると思います (Fig.13)。

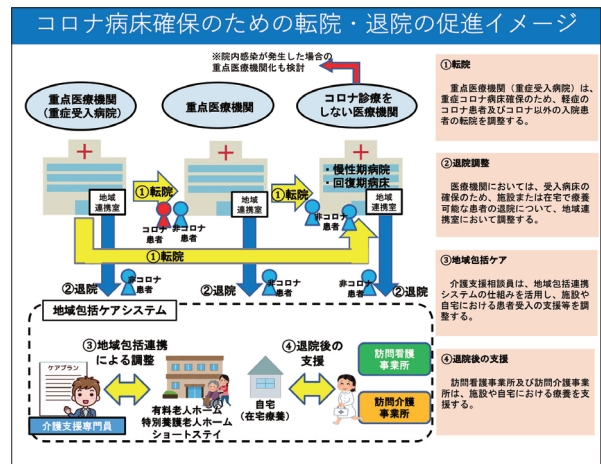


Fig.13 コロナ病床確保のための転院・退院のフロー図 (沖縄県資料)

3). 陽性者が急増するとともに、その濃厚接触者などへの行政検査が必要となりました。行政検査は、多くの場合は保健所が重点医療機関へ依頼していました。しかし、重点医療機関ではこの検査が荷重負担となり、重要な使命である治療や救急医療に支障をきたす事態となりました。今後は各診療所やクリニック、各地区医師会による PCR 検体採取センターなど **PCR 検査体制の拡充**が必要と思われます。

4) 感染者の搬送には、病院間搬送や新規感染の搬送のみでなく宿泊療養施設や自宅療養中で病院受診の必要が出た場合の搬送も含まれます。これらは主に保健所と県本部、消防の救急が担っていました。さらに、浦添総合病院の病院救急車の応援も受けていました。しかし、これらのみで夜間も含めて対応するには無理がありました。そして、島嶼県である本県では陸路搬送に加えて、離島そして県外への広域搬送の問題もあります。今後は総合的に搬送体制の強化が必要と思われます。

5) 本部業務には、保健医療部を中心とした県庁各部局の職員と県災害医療コーディネーター、日赤支部、DMAT等が従事しています。このように多くの医療機関からの非県職員がスタッフとして参加して本部は成り立っています。さらに、病院・施設対策チームには各病院のICT・ICN・ICDやDMATの協力が必要です。しかし、これらに必要な人員の確保は容易ではありません。災害ならば、各病院のDMATや医師会など指定地方公共機関は県との協定等に基づいて要員を派遣することが出来ます。パンデミックを災害の一つとして解釈して要員派遣の根拠を災害協定に基づいたものとするのか、あるいは新たな枠組みを作るのか、いずれにしても円滑な要員確保の仕組みが必要と思われます。また、関係省庁とならんで本会リエゾンが常駐したことは本部にとって大きな戦力となりました。

6) 本県では県内の救急指定病院のほとんどが重点医療機関になっています。そのため、新規感染が減少してきた頃にはコロナ病床には空床があるのに対して救急や一般病床が不足している状態も生じました。コロナ病床からの出口戦略も重要となりました。経営の側面などもあり、県全体としての体制を維持しつつ重点医療機関指定の解除をどのように進めるのかも課題とされます。

7) 新型コロナウイルス感染症患者の受入に係る診療報酬上の評価が見直されました。これ

までよりは高い評価になっています。しかし、この制度は急性期病院を前提としたものです。慢性期病院では療養型病床から一般病床への転床をしなければ診療報酬上の加算や補助事業を受けることができないなど勝手が良いとは言えません。今後、再び感染が拡大した場合に慢性期病院でも感染者の入院継続や受け入れが必要となるのならば、経営面も含めた慢性期病院における新型コロナ感染症入院に対する支援策が必要となってくると思われます。

8) これからの季節はインフルエンザ流行に備えた体制整備が必要です。症状だけではコロナとの鑑別は難しいと思われませんが、前述したように重点医療機関に集中すると地域の医療崩壊にもつながりかねません。まずは地域の診療所等の「かかりつけ医」で必要な感染予防策を講じた上で診療と検査をして頂く、あるいは診察後に地域の検査協力機関やPCRセンターに検査を依頼して頂く事が必要になると思われます (Fig.14)。

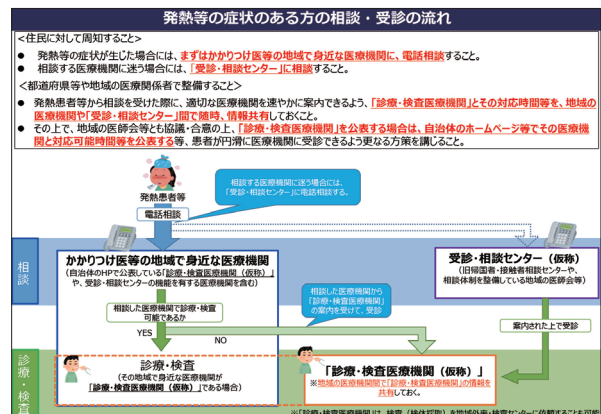


Fig.14 次のインフルエンザ流行に向けた体制 (厚生労働省資料)

おわりに

第2波では様々な問題に直面しました。第1波の時の本部は1日の新規陽性者が10名を超えた日には騒然として対応に追われていましたが、今回の第2波では数十名でも粛々と対応に当たっていました。県全体のレジリエンスが高くなっており、様々なシナリオに対応できるようになってきたものと思われます。しかし、そもそも我が国の医療体制の基本は平時の

需要に合わせたものであり、今回のような状況に対応できる体制ではありません。各医療機関の使命感で無理に無理を重ねて頂いてなんとか凌いでいることは明白です。国には根本的に今後の医療体制を考え直して頂く必要があるのではないのでしょうか。

第3波に向けた課題も多く、全国共通のものもあれば、地政学的特徴や経済構造などによる本県特有の課題もあります。他の自治体では全ての急性期病院を重点医療機関とするのでは

なく、感染者の治療を集約して行うコロナ専用病院の構想も検討されています。現在、再び新規陽性者が増える傾向があり、本部では緩むことなく取り組んでいます。最後に、新型コロナウイルス感染症は指定感染症に定められて2類感染症以上となりましたが、令和2年2月7日から令和3年2月6日までの期間限定です。その後の新型コロナ対応はどのようになるのでしょうか。

(9月末脱稿)

お知らせ

沖縄県文化観光スポーツ部観光振興課からのお知らせ

インバウンド医療通訳コールセンターの開設について

今般、沖縄県では、外国人観光客の医療問題に対応すべく、24時間365日対応の多言語コールセンター（名称：Be.Okinawaインバウンド医療通訳コールセンター）を開設し、①電話通訳 ②メール翻訳サービス ③医療機関向け相談窓口 をすべて無償で実施しております。

各医療機関におかれましては、是非、有効利用下さいますようお願い申し上げます。

無料

24時間365日対応



① 電話医療通訳サービス（16カ国語対応）

0570-050-232

② メール翻訳サービス（16カ国語対応）

okinawa_mi@okinawa-kanko.com

③ インバウンド対応相談窓口

info@okinawasoudan.com
0570-050-233



Be.Okinawaインバウンド医療通訳センター
（沖縄県行政支援事業）

医療通訳サービス運営事務局（株）ブリックス（株）シャイニング
TEL: 098-868-5230（平日9:30-18:00） / FAX: 043-332-8868 / Email: okinawa@bricks-corp.com

九州医師会連合会第 384 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 7 月 4 日（土）、宮崎市において令和 2 年度九州医師会連合会の最初の行事となる標記常任委員会が開催されたので概要を報告する。

挨拶

前九州医師会連合会長 佐賀県松永啓介会長

昨年 7 月から 1 年間九医連を担当したが、豪雨災害に始まり、コロナ騒動で終わったと言う感じがする。そのような中で一年間九州各県のご支援ご協力により、会務が行えたことに感謝申し上げます。

開催県医師会長 宮崎県河野雅行会長

昨年一年間、佐賀県医師会の見事な九医連の運営に感謝申し上げます。本年は、宮崎県が会務運営に当たるので、先生方のご協力をお願いしたい。

また、新型コロナウイルス感染症により、諸行事についても従来と異なった形での対応を取ることも考えられるのでご理解頂きたい。運営に際しては、次期担当県の安里会長にも相談しながら進めていきたい。

報告

1) 日本医師会理事（勤務医枠）候補者の推薦について（佐賀）

日医理事の勤務医枠については、今期は九プロから選出することになっていると日医から急遽連絡があった。会議を開いて協議することができなかったことから、九医連の日医役員選出申合せ事項の選出順に基づき、まず福岡県の松田会長にご相談したところ、次の佐賀に任せると事であったことから、各常任委員の了承を得て佐賀県より樗木等先生（元佐賀県医療センター好生館館長）を推薦したので報告する。

協議

1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について（宮崎）

令和 2 年度の九州医師会連合会会長に今年度担当県の宮崎県医師会河野雅行会長を、副会長には次期担当県の小職（沖縄県医師会安里哲好会長）が選出された。

任期は、令和 2 年 7 月 1 日より令和 3 年 6 月 30 日迄。

2) 九州医師会連合会監事の選定について（宮崎）

監事は慣例により、担当県の隣接県から選出することになっていることから、大分県と鹿児島県から推薦いただき、8 月 29 日に開催する定例委員総会において正式に選定することになった。

3) 九州医師会連合会第 386 回常任委員会並びに第 119 回定例委員総会（8 月 29 日（土）宮崎市）の開催について（宮崎）

標記常任委員会について、下記のとおり開催することに決定した。

期 日：令和 2 年 8 月 29 日（土）

場 所：宮崎観光ホテル

日 程：(1) 第 386 回常任委員会

16：00～17：00

(2) 第 119 回定例委員総会

17：00～18：00

(3) 九州医連連絡会第 21 回執行委員会

18：00～18：30

(4) 懇親会

18：40～20：40

**4) 第1回各種協議会(10月10日(土)宮崎市)
の開催種目について(宮崎)**

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

期 日：令和2年10月10日(土)

場 所：宮崎観光ホテル

- 開催種目：①地域医療対策協議会
②医療保険対策協議会
③介護保険対策協議会

**5) 九州地方社会保険医療協議会委員(臨時委員)
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、佐賀県、鹿児島県で、次期委員を推薦いただくのは、大分県、長崎県となっている。

また、同協議会部会委員についても福岡県、長崎県、大分県、沖縄県で任期満了となる。

6) 新型コロナウイルス対応下での医業経営状況と更なる財政支援の要望について(鹿児島)

日医が実施した新型コロナウイルス対応下での医業経営等のアンケートによると、入院外の総件数、総日数、総点数では、総件数が前年同月比で、病院、診療所共に10%以上減少し、総

点数で診療所は17%減となっている。診療所の診療科別では耳鼻科、小児科が大きく影響を受けているほか、新型コロナウイルス感染症患者受診の有無にかかわらず、総点数が大幅に低下している。本県でも日医の調査結果と同様な傾向にあり医療経営は大変厳しい状況にある。

日医では、厚労大臣宛財政支援を要請しているが、九医連としても厚労大臣宛て要望書を提出しては如何かとの提案があり、協議を行った。

協議した結果、今回の新型コロナウイルス感染症の影響で、コロナ感染者を受け入れた医療機関も受け入れていない医療機関も大きな影響を受けている。国の補正予算は感染者を受け入れた医療機関への交付が中心となっており、感染者或いは疑い患者受け入れの有無にかかわらず、支援が必要であるとして、日医を通して要請を行うことに決定した。

その他

1) 日本医師会理事補欠について(福岡)

先日の日医役員選挙において、九プロ枠で推薦して頂いたが、当日立候補を辞退した。後任の推薦について、当常任委員会でご協議をお願いしたいとの提案があり、協議したところ、後任理事は来年3月の日医代議員会で選任される予定となっていることから、改めて協議することになった。



九州医師会連合会第 385 回常任委員会



会長 安里 哲好

みだし常任委員会が、去る 8 月 8 日（土）午後 4 時からテレビ会議にて開催されたので報告する。

当日は、冒頭河野九医連会長（宮崎県医師会長）のご挨拶、熊本の福田会長から 7 月豪雨災害の被害状況について報告が行われ、その後議事が進められた。

報 告

1) 九州医師会連合会事務引継ぎについて（宮崎）

去る 8 月 1 日（土）、16 時 30 分より、テレビ会議にて前年度担当の佐賀県から今年度担当の宮崎県への事務引継ぎが行われた旨の報告があった。

2) 新型コロナウイルス感染症対応下での医業経営状況と更なる財政支援に関する要望書について（宮崎）

前回の常任委員会（7/4）において、鹿児島県より提案のあった標記の件について、九州各県の 3 月～5 月分の社保、国保のレセプト受付件数を基に、要望書を作成し日医会長宛て送付した旨の報告があった。

協 議

1) 九州医師会連合会第 386 回常任委員会並びに第 119 回定例委員総会（8 月 29 日（土））の開催方法について（宮崎）

新型コロナウイルス感染の感染拡大防止のため、常任委員会はテレビ会議、定例委員総会は書面決議を以て対応することに決定した。

2) 九州医師会連合会第 387 回常任委員会並びに第 1 回各種協議会（10 月 1 日（土））の開催方法について（宮崎）

新型コロナウイルス感染の感染拡大防止のため、常任委員会並びに第 1 回各種協議会はテレビ会議を以て下記のとおり開催することを決定した。

各種協議会の進め方は、一協議会所要時間 40 分とし、予め資料を配布することから各県からの提案説明は行わず、議案対する日医担当理事の説明の後、意見交換を行うような形で開催する旨の説明があった。

期 日：令和 2 年 10 月 10 日（土）

①常任委員会 14：00～15：00

②各種協議会 15：00～17：00（予定）

3) 九州医師会連合会第 388 回常任委員会並びに第 120 回臨時委員総会（11 月 27 日（金）宮崎市）の開催について（宮崎）

標記常任委員会並びに臨時委員総会について、下記の通り開催することに決定した。

期 日：令和 2 年 11 月 27 日（金）

会 場：シーガイアコンベンションセンター

会 議：①第 388 回常任委員会

（16：00～17：00）

②第 120 回臨時委員総会

（17：00～17：50）

※なお、当日は新型コロナウイルス感染症の現状に鑑み、三密を避けるため会場参加、テレビ会議参加の併用開催も検討する。

4) 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（11 月 28 日（土）・宮崎市）の開催について（宮崎）

標記合同協議会を下記のとおり開催することに決定した。

期 日：令和2年11月28日（土）

10：00～12：00

場 所：シーガイアコンベンションセンター

講 演：中央情勢報告

講 師：日本医師会長 中川 俊男 先生

※なお、当日は新型コロナウイルス感染症の現状に鑑み、三密を避けるため会場参加、テレビ会議参加の併用開催も検討する。

5) 日本医師会会内委員会委員の推薦について (宮崎)

各県からの推薦に基づいて協議した結果、各委員会のブロック推薦者1名を選任すると共に、ブロック推薦に選任されなかった先生方については、日医会長指名委員として選任していただくよう要請することになった。

なお、本会から推薦した先生方については下記のとおり決定した。

・医師会将来ビジョン委員会

玉城研太郎 理 事 (ブロック推薦)

・病院委員会

大屋 祐輔 常任理事 (日医会長指名推薦)

・救急災害医療対策委員会

田名 毅 常任理事 (ブロック推薦)

・広報委員会

白井 和美 理 事 (ブロック推薦)

・医療 IT 委員会

比嘉 靖 理 事 (日医会長指名推薦)

6) 令和2年7月豪雨災害への対応について(宮崎)

この度の7月豪雨災害に際し、特に、医療機関の被害が多かった熊本県、福岡県、鹿児島県に見舞金を送ることに決定した。

見舞金については、九医連の申合せに基づく見舞金と、中国四国医師会連合会から寄せられた見舞金となっている。

7) 新型コロナウイルス感染症に対する日本版 CDC (疾病予防管理センター) の創設について (鹿児島)

鹿児島県の池田会長より、標記日本版 CDC 創設については、日本医師会も予てより要望しているところであるが、それを後押しする意味でも九医連として日医へ要望書を出してはどうかとの提案と、併せて、この度の新型コロナウイルス感染症の対応で、地方の衛生研究所が存在意義を発揮しているが、当研究所は法的位置づけがなく最近予算も削減傾向にあることから、法的位置づけも併せて考えて頂きたいとの要望があった。

協議した結果、九医連として日医へ要望書を提出することに決定した。

その他

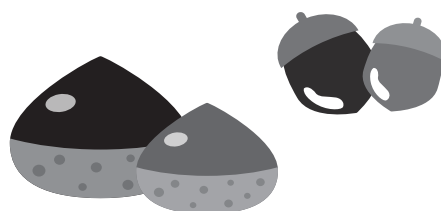
①新型コロナウイルス感染症について (沖縄)

小職より、著しく感染拡大が続いている本県の現状と、本会の取り組みについて報告を行った。

②新型コロナウイルス感染症に係る医療機関への補助金交付について (鹿児島)

鹿児島県の池田会長より、医業経営は依然厳しい状況が続いているが、各県において、国からの交付金の助成は進んでいるのか状況をお伺いしたいとの提案があった。

各県において、1次・2次補正予算で確保された医療機関への支援金は、未だ交付されていない状況であるとの認識が示された。



九州医師会連合会第 386 回常任委員会



会長 安里 哲好

去る 8 月 29 日（土）、標記常任委員会がテレビ会議にて開催されたので、会議の概要について報告する。

冒頭、九医連の河野会長（宮崎県）から、「新型コロナウイルスについては、介護施設、医療施設、夜の街関連のみならず感染拡大が広がり、本県でも感染者が増えている。本日は、本来、当常任委員会の後、定例委員総会を開催する予定となっていたが、新型コロナ感染拡大により定例委員総会は開催せず書面決議とすることになった。また、本日は議案説明のため、佐賀の志田委員、森永委員、宮崎の濱田委員、山村委員にご参加いただいている」との挨拶があり、早速議事に入った。

報 告

1. 九州医師会連合会第 378 回常任委員会並びに第 1 回各種協議会(10月10日(土))について(宮崎)

標記常任委員会並びに各種協議会について下記のとおり開催することになった。

期 日：令和 2 年 10 月 10 日（土）

場 所：九州各県医師会及び日本医師会
（テレビ会議）

日 程：(1) 常任委員会 14：00～14：50

(2) 各種協議会（各 40 分）

①地域医療対策協議会

15：00～15：40（釜范常任理事）

②医療保険対策協議会

15：50～16：30（松本常任理事）

③介護保険対策協議会

16：40～17：20（江澤常任理事）

※会議の進め方：日医担当理事講評 25 分、質疑応答 15 分。各県からの提案要旨は省略し紙面掲載のみとする。

2. 九州医師会連合会第 119 回定例委員総会の報告事項について

当常任委員会終了後、標記定例委員総会を開催する。

①記念品贈呈について（宮崎）

この度、日本医医師会役員及び県医師会会長を退任された下記の先生方に記念品を贈呈することになった。

前日本医師会会長

横倉 義武 先生（福岡）

前日本医師会常任理事

平川 俊夫 先生（福岡）

前日本医師会理事

池田 琢哉 先生（鹿児島）

前日本医師会理事

安里 哲好 先生（沖縄）

前佐賀県医師会会長

池田 秀夫 先生（佐賀）

②令和元年度九州医師会連合会庶務及び事業報告について（佐賀）

令和元年 7 月より令和 2 年 6 月までに開催された九州医師会連合会諸事業について資料に基づいて報告があった。

議 事

第 1 号議案 令和元年度九州医師会連合会歳入歳出決算に関する件（佐賀・志田委員）

歳入合計 52,236,799 円

歳出合計 40,601,720 円

差引残高 11,635,079 円

第 2 号議案 令和 2 年度九州医師会連合会事業計画に関する件（宮崎・浜田委員）

第3号議案 令和2年度九州医師会連合会負担金賦課に関する件（宮崎・山村委員）

前年度と同額 2,000 円 * 研修医は無料

第4号議案 令和2年度九州医師会連合会歳入歳出予算に関する件（宮崎・山村委員）

予算額： 歳入合計 60,440,079 円
歳出合計 60,440,079 円

第5号議案 令和2年度九州医師会連合会監事（2名）の選定に関する件（宮崎・河野常任委員）

大分県：河野 幸治 委員
鹿児島県：野村 秀洋 委員

第6号議案 令和2年度第120回九州医師会医学事業計画に関する件（宮崎・濱田委員）

第7号議案 令和2年度第120回九州医師会医学学会会費賦課に関する件（宮崎・山村委員）

前年度同額 2,000 円 * 研修医は無料

第8号議案 次回121回（2021年度）九州医師会医学学会開催担当県の決定並びに次々回第120回（2022年度）同学会開催担当県の内定に関する件（宮崎・河野常任委員）

第121回（令和3年度）沖縄県（決定）
第122回（令和4年度）大分県（内定）

上記第1号議案から第7号議案について、各担当委員より提案内容について説明があり協議の結果、各議案とも原案どおり承認された。

第8号議案の九州医学会開催担当県については、九州医師会連合会（九州医学会）施行細則（開催県順序）に基づき、次回第121回九州医学会は沖縄県に決定し、次々回第122回九州医学会は大分県に内定した。

協議事項

1. 新型コロナウイルス感染症への各種対応状況について（鹿児島）

1) 新型コロナウイルス感染症の医療・検査体制について

今後、インフルエンザの流行が始まると、患者の症状から新型コロナウイルス感染症とインフルエンザとの鑑別は困難でPCR検査の対象が大幅に増えることが予想されることから、今冬に向けた各県の対応や準備状況について意見交換を行った。

2) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援金の交付状況について

国において補正予算を計上しているが、各都道府県へ交付されている新型コロナ感染症緊急包括支援交付金による各種支援事業の医療機関への説明および交付状況について意見交換を行った。

お知らせ

感染症情報

所管課よりお知らせ

※ 新型コロナウイルス感染症関連の対応の為4月から当分の間、週報の還元を休止させていただきます。申し訳ございませんが、ご了承の程よろしくお願い致します。

なお、沖縄県感染症情報センターでも沖縄県の感染症情報を更新しておりますのでご確認下さいますよう、宜しくお願い致します。

【 <https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/eiken/kikaku/kansenjouhou/home.html> 】

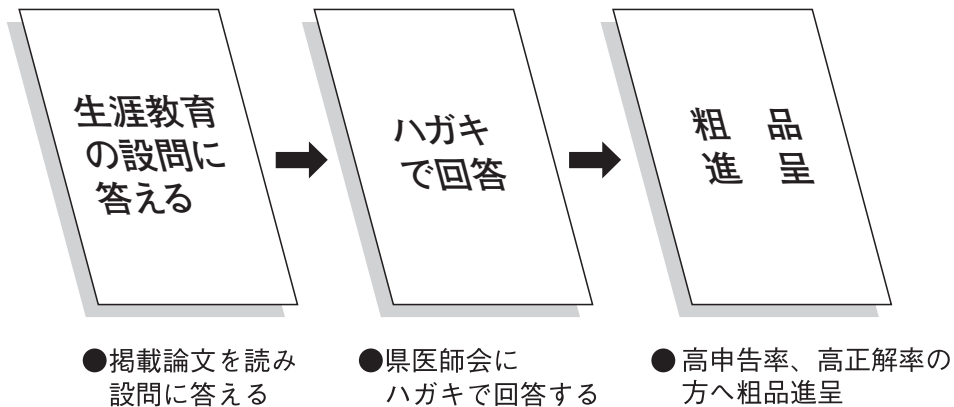


沖繩県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは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の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



生涯教育コーナーのハガキによる上位申告者 42 名に 記念品 (図書カード) 贈呈！

当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文の設問に対しハガキで回答された、令和元年度の上位申告者 42 名に記念品 (図書カード) を贈呈いたしました。

令和元年度生涯教育制度ハガキによる上位申告者名簿

No	地区名	会員名	医療機関名
1	中部	安座間 聡	いずみクリニック
2	那覇	雨積 涼子	沖縄協同病院
3	那覇	新垣 敏幸	新垣クリニック
4	那覇	池間 啓人	いけま小児クリニック
5	宮古	池村 栄作	いけむら外科
6	北部	石川 清司	介護老人保健施設 あけみおの里
7	南部	石川 哲也	大浜第二病院
8	南部	稲福 盛弘	とよみ生協病院
9	中部	今井 千春	今井内科医院
10	南部	翁長 春彦	おなが眼科医院
11	中部	岸本 広次	岸本内科クリニック
12	公務員	喜舎場朝和	
13	公務員	金城 正高	県立中部病院
14	那覇	久場 長毅	
15	中部	慶田 喜信	よしクリニック
16	那覇	源河圭一郎	オリブ山病院
17	南部	下地 克正	沖縄メディカル病院
18	南部	下地 國浩	豊見城中央病院
19	那覇	新屋 雄二	まきし眼科クリニック
20	北部	出口 宝	もとぶ野毛病院
21	那覇	照屋英太郎	

No	地区名	会員名	医療機関名
22	那覇	渡久山洋子	とくやま眼科
23	那覇	友寄 英雄	友寄クリニック
24	那覇	中里 和正	ウイメンズクリニック糸数
25	南部	原田 宏	南部徳洲会病院
26	中部	比嘉 禎	ひが皮膚科クリニック
27	中部	普久原 勉	ふくはら胃腸科・外科
28	中部	真栄城尚志	新垣病院
29	那覇	真栄城弘史	介護老人保健施設 識名清風苑
30	公務員	真喜屋實佑	
31	中部	道下 聡	ぎのわんメンタルクリニック
32	北部	宮城 一文	かんな病院
33	中部	上原 茂弘	アドベンチスト・メディカル・センター
34	那覇	金城 治	クリニック安里
35	中部	小橋川 悟	中部地区医師会検診センター
36	那覇	仲本 亜男	仲本クリニック
37	那覇	嶺井 定一	嶺井医院
38	那覇	嶺井 ミツ	嶺井医院
39	那覇	渡邊 廉也	おもろまちメディカルセンター
40	中部	長嶺 好弘	翔南病院
41	宮古	藤川 栄吉	宮古島市休日夜間救急診療所
42	南部	宮平 綾子	勝連病院

老人性難聴

—補聴器装用を中心に—

琉球大学病院 耳鼻咽喉科 近藤 俊輔

【要旨】

近年、認知症の修正可能な危険因子として難聴が大きな割合を占めることが分かってきた。しかし本邦では他先進国と比較し難聴者への補聴器装用での介入は遅れている。特に老人性難聴は老化現象として放置されている場合が多い。高齢の難聴者は耳鼻咽喉科以外の診療科を通院している場合も多いため、診療科に関わらず聴覚補償の必要性を理解し補聴器装用までの流れに関して理解しておく必要がある。本稿では補聴器装用までの流れを中心に関連する制度とともに述べる。

【はじめに】

2017年にランセット国際委員会において認知症の約35%は修正可能な9つの危険因子に起因することが発表された¹⁾。その危険因子とは低教育、難聴、高血圧、肥満、喫煙、抑うつ、運動不足、社会的孤立、糖尿病の9つであるが、その中で最も危険因子として高かったのは難聴の9%であった(図1)。難聴対策が将来の認知症予防に重要であることが示された。老人性難聴は早い場合は40歳台より出現し徐々に進行する為、患者本人の自覚が乏しく、補聴器使用による補聴が遅れる場合が多い。本稿では耳鼻咽喉科を専門としない医師への一助となるよう、老人性難聴を中心に患者への対応および補聴器装用を中心に述べる。

【老人性難聴】

本邦での疫学調査として内田ら²⁾は「国立長寿医療センター 老化に関する長期縦断疫学研究(NILS-LSA)」データを検討し、両側難聴の有病率を集計した。その結果を図2に示すが、難聴有病率は60～64歳までは徐々に増加し、65歳以上で急速に増加する傾向が見

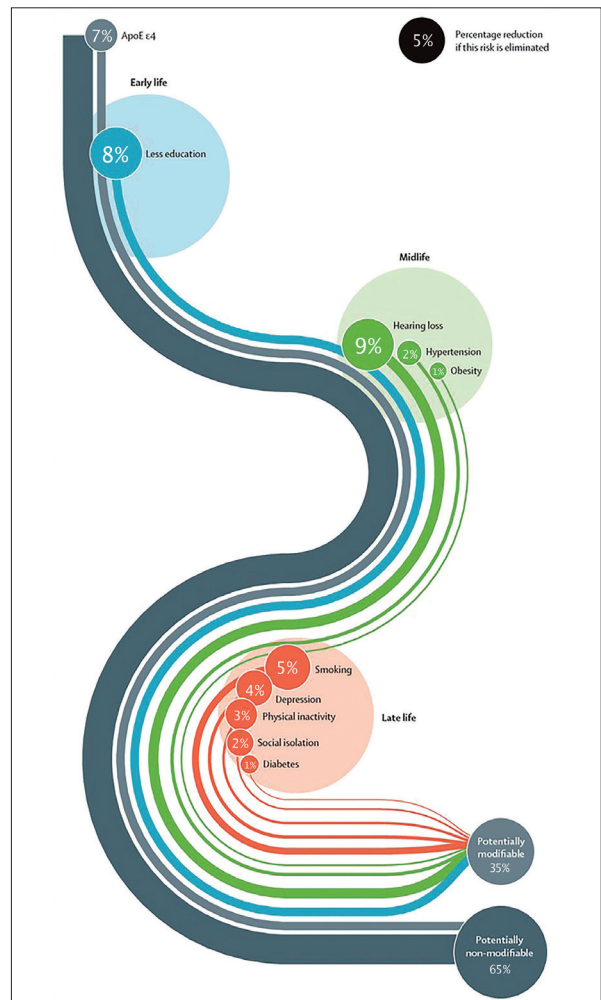


図1 認知症の予防可能な危険因子(文献1より引用)

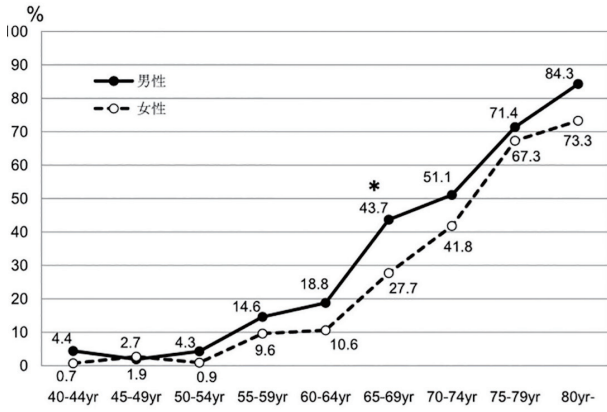


図2 NILS-LSAにおける年齢別両側難聴有病率 (文献2より引用)

て取れる。この結果をもとに総務省統計局発表5歳階級別人口推計にあてはめた全国難聴有病者数は65歳以上の全国難聴有病者数を推計すると1,655万程度であり、また「耳疾患の既往なし」「職場騒音の就労歴なし」と答えた者のみの集計結果から計算すると1,569万人超と推計されるという。この結果は2010年の人口推計を元としているため、今後さらなる高齢化に伴い老人性難聴人口は増えていくことが予想され、認知症予防の観点からも難聴にどのように対処していくかが課題である事が認識される。

老人性難聴のリスクファクターについては感音難聴を惹起することが分かっている騒音等を除くと、年齢そのもの(より高齢であること)・性別(男性)・人種(白人)・習慣(喫煙)・健康状態(糖尿病・動脈硬化・肥満・低身長)・社会的要因(低学歴・低収入・未婚)等が指摘されている³⁾。基礎疾患のコントロールや禁煙を行うことにより難聴発症のリスクの軽減は可能だが、老人性難聴を来した際に聴力を改善する治療方法は今のところまだない。その為、難

聴が出現した際に使用するのが補聴器となる。以下補聴器に関して、本邦の現状および装用の流れを身体障害者福祉法も絡め説明する。

【補聴器】

1. 本邦での現状

本邦における難聴者と補聴器の大規模市場調査としてジャパントラック2015が一般社団法人日本補聴器工業会、公益財団法人テクノエイド協会および欧州補聴器工業会の協力で実施された。欧米各国および日本の難聴者率(図3-a)は概ね高齢化率に比例した序列になっているが、補聴器普及率(図3-b)に関しては国家間での差は大きく、特に日本での補聴器普及率は他国と比較し少ないのが現状である。各国間での補聴器普及率の違いを来す要因として¹⁾補聴器所有までの社会制度・医療制度の国家間格差、²⁾公的補助制度の国家間格差の2つが大きなものとして考えられる。

1) 補聴器所有までの社会制度・医療制度

欧米の先進国では補聴器装用による聴覚障害のリハビリテーションは医療であると共通の認識がされているが、本邦では補聴器装用が医療であるとの認識が低い。その為、医師と相談しアドバイスを受け補聴器を購入するまでの過程を辿る難聴者の率が本邦では欧米と比較し少ない傾向にある。

2) 公的補助制度

本邦での公的補助制度に関しては詳細を次の項にて提示するため、ここでは他国間との比較に関して述べる。また近年小児の補聴器装用に

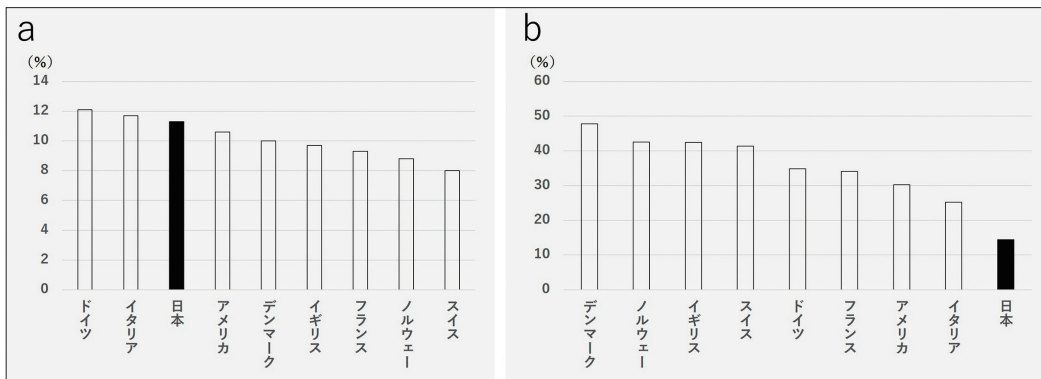


図3 難聴者率 (a) と補聴器普及率 (b) (文献4より改変し引用)

関しては本邦でも軽度中等度難聴者への公的補助が始まったため、ここでの公的補助は成人に関してである。デンマーク、ノルウェーやイギリスは公的補助によって補聴器の費用が100%補助される。スイス、フランス、ドイツ、イタリアでも100%ではないが補聴器の費用が一部補助される。アメリカでは100%自己負担となり、日本でもこの後述べる聴覚障害者のレベルでなければ100%自己負担となる。このような各国間での公的補助の相違が補聴器普及率と大きく関わっている。

2. 公的補助

公的補助としては通常障害者総合支援法による聴覚障害者認定により補聴器の支給がされることが多いが、他に労働災害補償保険法や公務員災害補償法などの法律でも補聴器の支給が受けられる場合がある。しかし本項では最も一般的な公的補助である障害者福祉総合支援法による補聴器支給に関して述べる。聴覚障害者認定の障害者程度等級を図4に示す。認定には検診の聴力検査では不十分であり、標準純音聴力検査もしくは標準語音聴力検査が必要となる。また本制度で補助される補聴器費は決められており、原則として9割が補助され1割が自己負担となる。補聴器の価格は機能や形態により大きく異なるが、本制度で対応が可能な福祉用補聴器を各メーカーとも用意しており、福祉で支給される補聴器で問題を生じることはまれである。

2級：両耳の聴力レベルが100dB以上
3級：両耳の聴力レベルが90dB以上
4級：両耳の聴力レベルが80dB以上 または両耳の最高語音明瞭度が50%以下
6級：両耳の聴力レベルが70dB以上 または一側の聴力レベルが90dB以上かつ対側が50dB以上

(聴力レベルは500Hz、1000Hz、2000Hzの3周波数の平均を用いる。)

図4 聴覚障害者障害程度等級

3. 実際の流れ (図5)

本項では難聴者の補聴器装用までの流れに関して述べる。障害者総合支援法による補装具支給と補聴器の自費購入では流れが異なるため、それぞれ別で述べる。

- 障害者総合支援法による補装具支給の流れ

(図5-a)

まずは耳鼻咽喉科を受診し、障害者認定に必要な聴力検査を行い、聴覚障害者に該当するかを評価する。該当するようであれば申請者は役場にて身体障害者診断書・意見書を入手し医師に作成を依頼する。診断書・意見書の記載には身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師である必要があるが、沖縄県内のほぼ全ての耳鼻咽喉科クリニックおよび総合病院耳鼻咽喉科で作成可能である。その後申請者が役場に診断書・意見書を提出し障害者手帳を入手するのだが、入手までには一か月以上期間を要する為、その間に補聴器業者（補聴器販売店）で補聴器の試聴・調整を行い今後使用する補聴器を選定する。通常クリニックや総合病院耳鼻咽喉科では補聴器を保有していないため、補聴器の試聴および選定は補聴器業者で行ってもらう。障害者手帳の取得および補聴器の選定が済んだ段階で、補装具意見書を医師は作成し申請者は見積書と意見書を役場に提出する。その後ようやく補聴器が支給される。申請者はクリニック・病院、役場および補聴器業者を数回訪問する必要がある非常に煩雑である。その為、家族にも協力を依頼し進めるのが重要である。

- 補聴器自費購入の流れ表 (図5-b)

まずは図5-bの実線で示した耳鼻咽喉科を経由し補聴器を入手する流れを述べる。耳鼻咽喉科を受診し、聴力検査を行った後に医師より補

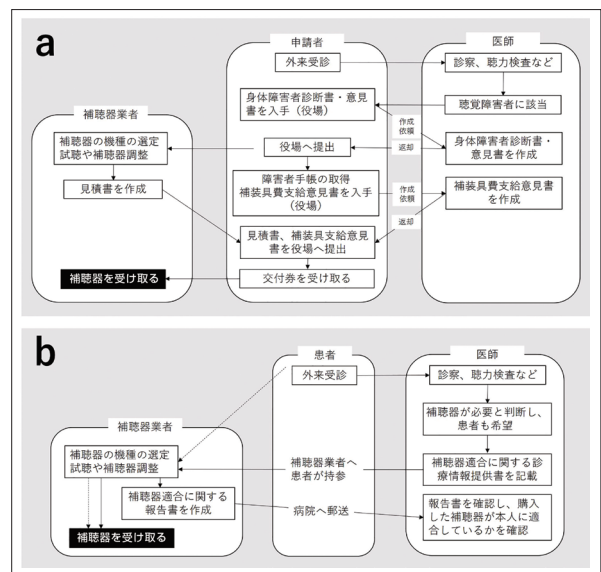


図5 補装具交付の流れ

a. 障害者総合福祉支援法による公的補助を利用した流れ
b. 自費購入の流れ (点線：医師を介さずに購入)

聴器の利点や限界を説明した上で補聴器を希望される場合、医師は補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）を記載し補聴器業者へ本人に持参してもらう。この診療情報提供書には聴力検査の結果、耳所見、耳手術の有無、望ましい補聴器の種類などを記載する項目があり補聴器業者への医師からの情報提供となる。またこの診療情報提供書を記載してもらうことで補聴器の購入者は補聴器の購入費用を医療控除として申請することが可能となる。ただしこの診療情報提供書が記載可能なのは日本耳鼻咽喉科学会が認定している補聴器相談医に限られる。沖縄県内の耳鼻咽喉科医師では多くが補聴器相談医も保持しているが、日本耳鼻咽喉科学会のホームページ内で沖縄県内の補聴器相談医を確認した上で受診することが望ましい。情報提供書を補聴器業者へ持参し、補聴器を試聴・調整し有用であれば購入する。また補聴器業者は情報提供書に対して補聴器適合に関する報告書を記載し、耳鼻咽喉科医師へ送付することで医師も適した補聴器を患者が使用しているかを確認できる流れとなっている。

次に図5bの点線で示した、直接補聴器業者へ行き補聴器購入も可能である。本邦では諸外国と比較し補聴器を使用することが医療として国民に周知されていないため、直接補聴器業者へ行き補聴器を購入している難聴者が多いことが予想される。しかしこの流れには購入した補聴器が適しているかを確認する者が欠落しているため、補聴器を要さない聞こえでも補聴器を購入している例や難聴の程度に合わない高性能・高額な補聴器を購入している例が散見される。この為、耳鼻咽喉科を介した補聴器購入を難聴者にも周知して行く必要がある。

4. 補聴器の新しい機能

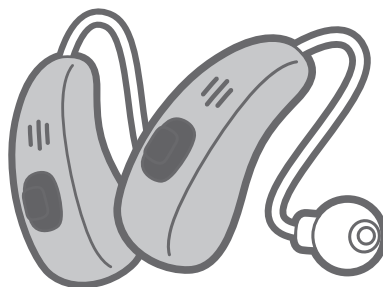
補聴器の進歩は日進月歩であり、最新の補聴器の機能をすべて把握している耳鼻咽喉科医師も少ない。1990年台よりアナログ補聴器からデジタル補聴器へ変革は進み様々な機能が補聴器に追加されている。代表的なものとしては補聴器自体の音の処理により会話や音楽を騒音と区別し騒音を抑えることで会話や音楽を聞き取りやすくする機能（音声認識）や特定の方向からの音を強調、減弱する機能（指向性）が標準の補聴器でもついている。またスマートフォンに対応した補聴器も出てきており、電話の対応や音楽を聞くなどを直接補聴器より可能となる。さらに補聴器の調整をスマートフォンで行うことも可能である。また整容面でも小型化が進み目立たなくなっている。

【まとめ】

難聴は認知症の危険因子となることが明らかになった。しかし本邦では難聴者への補聴器装用の介入は他先進国と比較し遅れている。特に老人性難聴は老化現象として放置されている場合が多い。我々医療従事者は難聴と認知症の関連について難聴者へ周知し、公的補助での支給の流れや自費での補聴器購入の流れを伝え、難聴に対して積極的に介入して行く必要がある。

【参考文献】

- 1) Gill Livingston, et al : Dementia prevention, intervention, and care. Lancet pii : S0140-6736 (17) 31363-31366, 2017.
- 2) 内田育恵, 他 : 全国高齢 難聴者数推計と10年後の年齢別難聴発症率—老化に関する長期縦断疫学研究 (NILS—LSA より)。日本老年医学会雑誌 49 : 222-227, 2012
- 3) 杉浦彩子, 他 : 老人性難聴の疫学 .MB ENT 211 :1-6, 2017
- 4) 赤生秀一 : 補聴器普及率における国家間格差 - ジャパントラック 2015 - JOHNS Vol.33 No4, 2017





問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 2017 年にランセット国際委員会において発表された認知症の修正可能な危険因子の中で最も危険性が高かったのは難聴である。
- 問 2. 本邦での補聴器普及率は欧米先進国と比較し高い。
- 問 3. 障害者総合支援法による聴覚障害者認定は人間ドック等の検診の簡易聴力検査結果で認定可能である。
- 問 4. 障害者総合支援法による聴覚障害者認定を受けると補聴器費用が全額支給される。
- 問 5. 障害者総合支援法による聴覚障害者認定が受けられず、補聴器を自費で購入する際に補聴器相談医に補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）を記載してもらうことにより医療費控除が受けられる。



6・7 月号(Vol.56)
の正解

顔面痛の診断と治療

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 特発性三叉神経痛は両側性の顔面痛で、痛みは持続性である。
- 問 2. Tolosa-Hunt 症候群で障害される脳神経は第Ⅱ脳神経およびⅦ脳神経である。
- 問 3. 帯状疱疹発症後 2～3 週間経過して皮疹治癒後も強い痛みが持続する場合は、できるだけ早期に神経ブロック療法を開始する必要がある。
- 問 4. 非定型顔面痛の平均発症年齢は三叉神経痛のそれより若い。
- 問 5. 顔面痛をみたら、癌・脳血管障害・炎症性疾患・感染等の器質的疾患を除外した上で、詳細な問診を行う。

正解 1.× 2.× 3.○ 4.○ 5.○



第130回沖縄県医師会医学会総会について（ご案内）

本会では、標記医学会総会を下記のとおり開催いたします。

今回の医学会は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、人数制限を行い、3階ホールのみプログラムを実施することしました。また、一般演題のポスターセッションは実施せず、発表用のスライドデータ（PDF）を本医学会総会専用ホームページ上に掲載することで、一般演題の発表とさせていただきます。

詳細につきましては、11月中旬頃に会員宛に案内文書を送付いたしますのでそちらをご確認ください。よろしくお願いいたします。

沖縄県医師会医学会準備委員会

令和2年12月13日（日）

於：沖縄県医師会館

1	9:00～ 9:05	3階ホール	第130回沖縄県医師会医学会総会開会宣言
2	9:05～ 9:10	3階ホール	第130回沖縄県医師会医学会総会会頭挨拶
3	09:15～10:20	3階ホール	ミニレクチャー ① 座長：琉球大学病院麻酔科 中村 清哉 講師：中部徳洲会病院 疼痛治療科 統括部長 服部 政治 演題：「がん疼痛のペインクリニック的専門治療」 ② 座長：仲本病院 院長 玉城 仁 講師：中頭病院 感染症・総合内科 部長 新里 敬 演題：「実地医療における性感染症の診断と患者対応」
4	10:35～12:15	3階ホール	シンポジウム 「沖縄県の新型コロナウイルス感染症診療の最前線」 座長：琉球大学病院第一内科教授 藤田 次郎 <シンポジスト> ①琉球大学病院 第一内科 仲村 秀太 ②県立中部病院 感染症内科 高倉 俊一 ③浦添総合病院 救急救命センター 高橋 公子 ④県立南部医療センター・こども医療センター 小児感染症内科 張 慶哲
5	12:30～13:00	3階ホール	休憩
6	13:00～15:15	3階ホール	沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）
7	15:15～15:30	3階ホール	休憩
8	15:30～16:00	2階会議室	沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員会
9	16:10～16:40	3階ホール	分科会長会議

「骨と関節の日 (10/8)」に因んで



沖縄県立中部病院 整形外科 池間 正英

皆様は「骨と関節の日」をご存じでしょうか？日本整形外科学会は、毎年10月8日を「骨と関節の日」と定め、様々な取り組みを通して「ロコモティブシンドローム」の啓発活動を行っています。『骨(ホネ)』の『ホ』は十と八にわけることができ、10月10日の体育の日にも近いことが、十月八日を記念日とさだめた理由です。ロコモティブシンドローム(ロコモ:運動器症候群)は、加齢に伴う筋力の低下や関節・脊椎の病気、骨粗しょう症などにより運動器の機能が衰えて、要介護や寝たきりになるもしくはそのリスクの高い状態を表す言葉です。平成19年に日本整形外科学会が提唱した言葉ですが、高齢化が急激に進むわが国において、ますますロコモ予防の重要度が増してきています。

現在ロコモ人口は予備軍も含めて4,700万人と言われていています。ロコモに関係が深い疾患の代表は、変形性膝関節症、変形性腰椎症そして骨粗しょう症です。それぞれの疾患の推計人口は、変形性膝関節症が2,530万人、変形性腰椎症が3,790万人、そして骨粗しょう症が1,300万人となっています。

高齢化を背景に、わが国の骨粗しょう症有病者は1,300万人を超え、今なお増加の一途をたどっています。骨粗しょう症が原因で生じる脆弱性骨折には橈骨遠位端骨折、脊椎椎体骨折、大腿骨近位部骨折などがあります。脊椎椎体骨折では死亡リスクが増加、大腿骨近位部骨折後1年では15%程度が死亡すると報告されています。また死亡を免れても要介護化のリスクは大きく、要介護高齢者の約10%は骨折による

ものと報告されています。沖縄県の大腿骨近位部骨折の人口10万人あたり発生数は、男性が全国1位、女性2位と高い状況にもかかわらず「ロコモ」の知名度は全国一低く、その対応としての骨粗しょう症対策と「ロコモ」啓発は喫緊の課題です。

最近10年間で骨粗しょう症治療薬は長足の進歩を遂げてきています。北欧や北米では、発生率が低下傾向にあると報告されていますが、わが国では大腿骨近位部骨折をはじめとした脆弱性骨折発生率はいまだ上昇を続けています。その原因の一つに、骨折リスクが高い方に骨粗しょう症治療が適切に実施されていない事が指摘されています。たとえば大腿骨近位部骨折後に骨粗しょう症治療が継続実施された患者の割合は、約20%に過ぎません。これからも高齢者人口は増加しますので、さらに骨折患者数の急増が予想されます。

脆弱性骨折の2次予防には、骨粗しょう症薬物治療のみでなく、食事療法、転倒予防、運動療法などが必要でそれらを長期にわたって継続する必要があります。整形外科医の努力のみで完結できるものではありません。そこで最近、骨粗しょう症治療におけるリエゾンサービスが注目されています。「リエゾン」とは「連携」「連絡」「繋がり」を意味するフランス語で、患者が退院後もチーム医療の中で、包括的に二次骨折予防のための医療サービスを受けられるというものです。その目的は、最初の骨折への対応および骨折リスクの評価、新たな骨折の予防であり、対象は大腿骨近位部骨折例、その他の脆

弱性骨折例、骨折リスクの高い例や転倒リスクの高い例と多岐にわたります。すでに英国、豪州、カナダではこのようなサービスが実施され、多職種連携による骨折予防を推進するコーディネーターの活動によって、骨折発生率が低下し、医療費も少なくなることが報告されており、国内でも普及しつつあります。

沖縄県整形外科医会では毎年10月に、各種イベントや新聞での座談会掲載を通して「ロコ

モ」の啓発活動を行っており、今年も10月8日～11日にイベントと新聞での誌上座談会を行います。今年の「骨と関節の日」のテーマは「ロコモと骨粗しょう症」、スローガンは「新型コロナに負けず、足腰と骨の健康を考えよう!」となっています。骨と関節を中心とした体の運動器官の健康が、体の健康維持にいかに大切であるかを知って頂き、「ロコモと骨粗しょう症」の理解を深めるきっかけとなれば幸いです。

10月8日は 骨と関節の日

新型コロナに負けず、足腰と骨の健康を考えよう!

ロコモと骨粗しょう症

10月8日(木)～11日(日)
 那覇メインプレイス3階
 中央エレベーターフリースペース
 ロコモ関連の各種イベント開催

10月8日(木)
 沖縄タイムス・琉球新報に
 ロコモと骨粗しょう症に関する
 整形外科医師の座談会掲載

椎体ばあちゃん

上腕ヌ先生
Joanne

肋骨ロッ君

動画をチェック
ロコモって何だろう?

動画をチェック
ロコモ診断と予防

脛骨じいちゃん

腕骨とうさん
尺骨かあさん

スキャラ君

動画をチェック
ロコモと骨粗しょう症

フィーマー君

恥骨ちゃん

動画をチェック
キャラクター紹介

主催

沖縄県整形外科医会

後援

沖縄県

「SIDS 対策強化月間」に寄せて



沖縄県立北部病院小児科 村山 和世

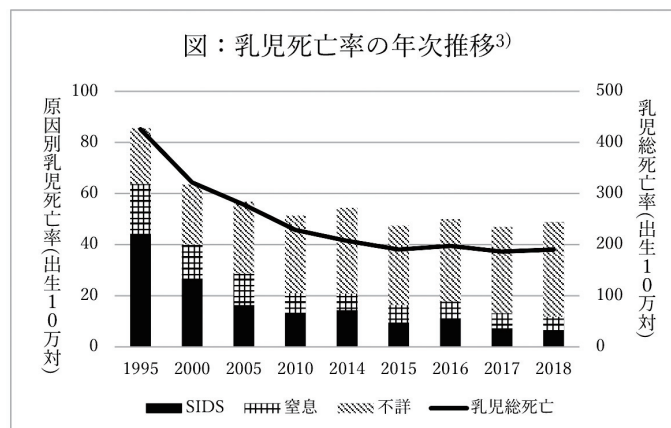
乳幼児が突然死する乳幼児突然死症候群（以下 SIDS）は、家族への心理的影響だけではなく社会的影響も大きく、一般的にもよく知られているが、依然として病態など不明な点が多く、予防法や対処法も十分にわかってはいない。

乳幼児の突然死は古くから認識されてきたが、世界的に注目されるようになったのは 1963 年のシアトルで開催された国際会議からである。近年は、乳幼児の予期せぬ突然死全体を Sudden Unexpected Infant Death (SUID)、もしくは Sudden Unexpected Death in Infant (SUDI) として捉える概念が広がっている。SUID は SIDS、窒息、仮死、誤嚥、感染症、誤飲、代謝疾患、外傷などに分類される。SIDS は SUID の 1 つのカテゴリーとして捉えられ、死亡状況調査、解剖、病歴などによっても原因が特定できないものと定義されている¹⁾。欧米を中心とした調査・研究で、うつぶせ寝、妊娠中や出生後の周囲の喫煙・アルコールの暴露、非母乳保育などが SIDS のリスク因子とされ、これら予防可能なリスクを避けるようなキャンペーンが行われてきた。特に Back to Sleep Campaign は全世界的に行われ効果は高く、SIDS 症例は劇

的に減少した。一方で、窒息の可能性が否定できない症例や、疑わしいが確定できず死因不詳とされる症例もあり、乳児死亡率の年次推移を見てみると、SIDS、窒息、不詳の死の和は減少していない(図)。SUID の概念が広まってきた背景には、SIDS の診断は除外診断であり診断が曖昧であるため、SIDS そのものだけの原因を追求するだけでは乳児の突然死を捉えることができないという考え方が根底にある。SUID 症例の正確な疫学データの蓄積により、今後の原因追求、予防策を詳細に行うことができる可能性がある。

11 月は SIDS 対策強化月間である。これまでは上記のようにうつぶせ寝や、タバコ・アルコールを避けること、母乳栄養の推奨などの SIDS への対策が行われてきた。しかし、近年では、SIDS を含む SUID 全体を対象とし睡眠時関連の突然死を幅広く防ぐため、乳児の安全な睡眠キャンペーンが実施されるようになっている。2016 年に米国小児科学会 (AAP) が示した安全な睡眠環境に関するガイドライン²⁾では、下記のような項目が推奨されている。

①寝かせ始めは毎回仰向けに寝かせる



- ②表面が硬い寝具を使う
- ③母乳で育てる
- ④母親、または両親と同じ部屋で別の寝具で寝かせる
- ⑤乳児の睡眠領域から柔らかいものや皺になりやすい寝具などを取り除く
- ⑥ソファや椅子には決して寝かせてはいけない
- ⑦寝かせる時にはおしゃぶりを使用する
- ⑧妊娠中と出生後のたばこ暴露を避ける
- ⑨妊娠中と出生後のアルコールや違法薬物使用を避ける
- ⑩暖め過ぎない
- ⑪妊婦健診を受ける
- ⑫乳児の予防接種を決められたスケジュールで受ける

このガイドラインの中では、短時間であれば親のベッドで授乳し添い寝してもよいが、目覚めたらすぐに乳児をベビーベッドで寝かせるべきであるとも記載されている。日本では添い寝が一般的で、母親が授乳中に一緒に寝てしまうことはよくあると思われる。日本とアメリカの

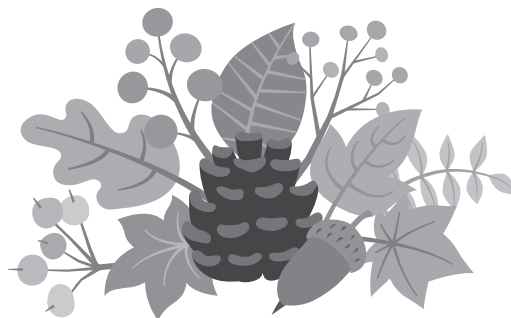
文化の違いはあるにしても、親とベッドを共有することで起こる窒息死も報告されていることを考慮すると、日本でも乳児の睡眠環境を見直す必要があるのかもしれない。よりよい睡眠環境を含めた育児指導は、出生後だけではなく、予防接種外来や乳児健診時等、繰り返し継続して行う方がよい。さらにリスクが高い家庭では、自宅訪問できる保健師、助産師の協力があると、よりよい環境調整が行えるのではないだろうか。

【まとめ】

乳児の突然死は大きな悲しみを生む。医療体制が整う現代でも、SIDS、窒息、不詳の死を足した乳児の突然死の数は減っていない。SUID全体の正確なデータの蓄積により、SIDSの原因追求、対策が行えるようになる可能性がある。乳児の睡眠環境を整えることがSIDSを含めた乳児の突然死を減らすことにつながる可能性があり、小児に関わる多職種での育児指導が大切であると考えられる。

【参考文献】

- 1) Michell EA, Krous HF : Sudden unexpected death in infancy : a historical perspective. J Pediatr Child Health, 51 : 108-112.2015.
- 2) Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY : SIDS and Other sleep-Related Infant Deaths : Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics, 2016; 138: e20162938.
- 3) 独立行政法人統計センター . “人口動態統計” .e-Stat 政府統計の総合窓口 . 2020/3/2. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411732>, (参照 2020/9/24)



「目の愛護デー (10/10) に寄せて」



安里眼科 総院長 安里 良

皆様、コロナ禍で長い自粛生活が続く中、パソコンやスマートフォンなどの画面を見る時間が増えていませんか？目はとても小さな臓器ですが、情報の約8割は目から入ってくると言われるように、私たちが生きていく上でとても重要な役割を果たしてくれています。

特に最近、小学生でもゲームに加えてタブレットを用いた授業が行われており、昔に比べて近視の有病率が年々上がってきています。元々日本を含むアジア太平洋地域では近視が多いことが指摘されており、2000年における世界の近視人口は約14億人でしたが、2050年までに48億人まで増加すると予想され、10人に1人が失明のリスクを抱えるというデータも発表されています。最近の日本での調査によると、裸眼視力が0.3未満の小学生の割合は、1979年から2015年までの約35年間で3倍以上に増加しているようです。子どもの目は、8歳頃までに眼球の大きさや形とともに、見る機能や目を動かす機能も発達していきます。そのためにも生活環境が目の発達に大きく影響します。子どもの近視対策として

は、屋外での活動を増やす、長時間目を酷使しない（休憩をいれる）、適切な眼鏡をかけるなどです。子供が眼鏡をかけていると、成長とともにかけ具合に不快感が生じることもあります。1年に1度は眼科を受診して、近視の進行がないか、自分の顔にフィットした適切な眼鏡をかけているかのチェックが重要だと思います。

10月10日は「目の愛護デー」で、これは、10.10を横にすると、人の顔の目と眉に見えるからだそうです。その歴史は深く、1931年に中央盲人福祉協会の提唱によって失明予防の運動として、この日が「視力保存デー」と定められました。戦時中一時活動は中止されていましたが、1947年に中央盲人福祉協会が再び今の「目の愛護デー」と定め、現在では厚生労働省が主催となって、全国で目の健康を促す活動がされたり、目の関連企業や団体がイベントを開催したりしています。皆様もこれを機会に、目の健康について考えてみてはいかがでしょうか？



日医医賠責特約保険未加入のA会員のみなさまへ



日医医賠責特約保険 中途加入のおすすめ

毎月1日での中途加入ができます

日医医賠責特約保険は、日医医賠責保険の特色を継承し補完する、A会員の任意加入保険です

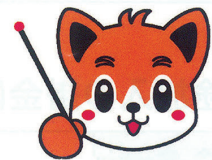
注目ポイント



令和2年4月1日からの民法改正により、法定利率が5%→3%に変更されましたため、今後の損害賠償金が引き上げられる事案が増加することが予想されます。

これまで以上にその備えが重要になってきております。

上記に対応できるよう、特約保険は令和2年7月1日始期契約より、**1事故3億円、保険期間中9億円に支払限度額が引き上げられました！！**
(損害賠償請求日が令和2年6月以前の事故については1事故2億円・保険期間中6億円となります。)
支払限度額は大幅にアップしますが、なんと掛金は据え置きとなっております。
この機会にぜひともご加入をご検討いただきますようお願いいたします。



平成30年4月以降に新たに創設された介護医療院(法人立の場合定員99名以下)も特約保険の対象とすることが出来ます。

特約保険の特長

日医医賠責保険の上乗せ

開設者・管理者責任のカバー

高額賠償への対応

合理的な掛金

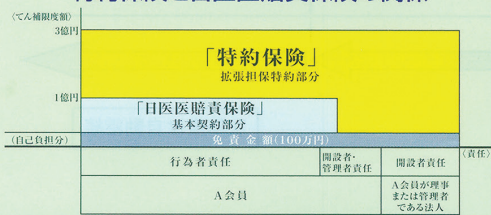
加入をおすすめするA会員

非A会員が起こした医療事故について、開設者・管理者としての賠償にも備えたいA会員

法人(99床以下の法人立病院と法人立診療所)の責任部分の賠償にも備えたいA会員

高額賠償の支払い(1事故3億円、保険期間中9億円まで)に備えたいA会員

特約保険と日医医賠責保険の関係



保険期間

中途加入月1日から令和3年7月1日

中途加入手続き

中途加入月の前月15日までに

所属の都道府県医師会

(一部地域によっては、郡市区医師会)へ
*詳しくは裏面ご参照

●お問い合わせは本会まで●

日本医師会(医賠責対策課) 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL03-3946-2121

日医医賠責特約保険の概要

- 1. 保険契約者：**公益社団法人 日本医師会
- 2. 契約方式：**
基本契約の日医医賠責保険を、「特約保険」で拡張担保する方式で、損害保険会社との直扱契約とする。
- 3. 保険加入者：**A会員 (非A会員は加入できない)
- 4. 加入方法：**A会員の任意加入とする。
- 5. 被保険者：**
A会員およびA会員が理事である法人またはA会員が管理者である医療施設を開設する法人
ただし、下記の医療施設を対象とする。
(1) 診療所 (個人、法人立を問わない)
(2) 個人立病院・介護医療院 (病床数・定員数の上限なし)
(3) 99床以下の法人立病院
(4) 定員99名以下の法人立介護医療院
病院については一般病床と療養病床を対象とする。
また、以下については、対象外。
① 結核病床と感染症病床
② 精神病床 (ただし、一般病床を主として有する病院の中の精神病床は対象となる)
③ 介護老人保健施設
④ 国、独立行政法人、国立大学法人、社会保険関係、会社が開設する医療機関および公的医療機関 (いずれも、病院・診療所を含む)
- 6. 保険金の支払い：**
「特約保険」では、非A会員の医師に固有の責任がある場合でも、「カット払い」を行わずに被保険者に対して保険金を支払う。
ただし、非A会員が一般の医賠責保険を付保している場合には、日医医賠責保険及び日医医賠責特約保険と保険金の支払いについて責任分担を行う。
- 7. 求償権の行使：**
求償権の行使については、「賠償責任審査会」において審査する。
- 8. てん補限度額：**日医医賠責保険と合算して
1事故 (同一医療行為につき) 3億円
保険期間中 (年間) 9億円
* 損害賠償請求日が令和2年6月以前の事故については 1事故2億円・保険期間中6億円となります。
- 9. 免責金額：**
1事故 (同一医療行為につき) 100万円。ただし、日医医賠責保険から支払われるべき保険金がある場合には、特約保険は免責金額を適用しないで保険金を支払う。
- 10. 医療施設事故：**
医療施設を起因とした事故は、不担保。

日医医賠責特約保険の保険期間は、毎年7月1日から翌年7月1日までの1年間となっていますが、中途加入の場合の当年度保険期間は、中途加入月の1日から翌7月1日までとなります。

特約保険のてん補限度額と掛金*1

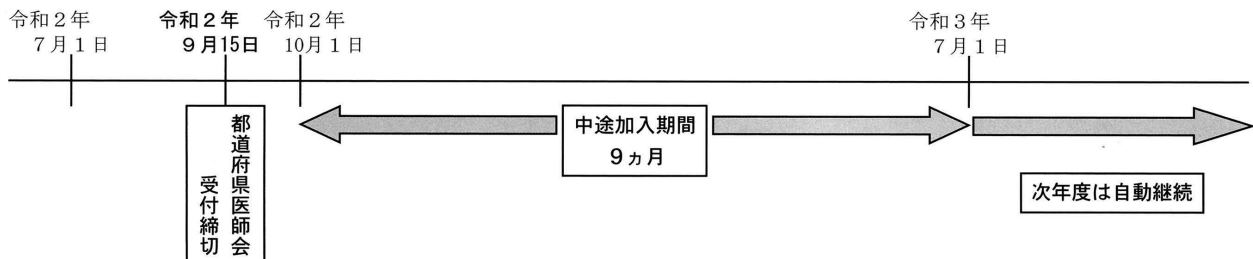
中途加入の掛金は、下記の年間掛金に対し、加入月数に対応する月割になります

①診療所 介護医療院 (19名以下)	20,000円	てん補限度額： 日医医賠責保険と合算して 1事故 (同一医療行為につき) …… 3億円 保険期間中 (年間) …… 9億円 (免責金額は1事故100万円)														
②A2会員	20,000円															
③病院 介護医療院 (20名以上)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">掛金 =</td> <td rowspan="3">補償対象の病院等に常勤するA2会員数</td> <td>*2</td> <td>1病床または 定員1名あたり掛金</td> <td rowspan="3">*3 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数</td> <td rowspan="3">40,000円</td> </tr> <tr> <td>在籍なし</td> <td>13,800円</td> </tr> <tr> <td>1~2名</td> <td>13,100円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3名以上</td> <td>12,400円</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		掛金 =	補償対象の病院等に常勤するA2会員数	*2	1病床または 定員1名あたり掛金	*3 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数	40,000円	在籍なし	13,800円	1~2名	13,100円		3名以上	12,400円	
掛金 =	補償対象の病院等に常勤するA2会員数	*2			1病床または 定員1名あたり掛金	*3 一般・療養 病床の許可 病床数 または定員数			40,000円							
		在籍なし			13,800円											
		1~2名	13,100円													
	3名以上	12,400円														

- *1 上記掛金には、制度運営に関わる経費が一部含まれています。
- *2 病院については、常勤A2会員の在籍数に応じて、掛金区分が異なります。(A2会員とはA2(B)会員及びA2(C)会員をいいます。)
- *3 病床数は、医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。
- * 病院の精神病床については、別途、日本医師会 (電話 代表03-3946-2121) までご照会ください。

中途加入の例

<令和2年10月1日から中途加入する場合の手続きスケジュール>



<診療所を対象施設として、令和2年10月1日から中途加入する場合の掛金>
 20,000円 (年間掛金) × (9ヵ月/12ヵ月) = 15,000円