

平成20年度都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会 —平成21年度の契約に向けて—

理事 玉井 修

去る12月23日（火・祝）、日本医師会館において標記の連絡協議会が開催されたので、報告する。

挨拶

唐澤祥人日本医師会長より、概ね以下のとおり挨拶があった。

今年4月より開始された特定健診・特定保健指導については、制度が拙速に施行されたことにより、様々な問題が現場で発生し大きな負担が掛かっていることを深く認識している。皆様においては、本制度の円滑な実施を確保する為に日々実施者への説明や保険者への問い合わせ等を始め、種々ご対応にご尽力賜っていることについて厚く感謝申し上げる。

本日は、今年11月に「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の下に設置されている「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」が再開され、これまでに5回に亘り特定健診・特定保健指導の実施に関する様々な課題について協議が行われたことから、このワーキンググループでの協議内容についてご説明申し上げる予定となっている。また、契約と電子化の対応についてもご説明することとしている。

本日の協議会が、平成21年度の特定健診・特定保健指導の契約締結に向け有意義な情報交換の場となることを期待している。保険者を実施主体とする予防重視の健診・保健指導へと制度は変わったが、地域住民の疾病予防から治療まで一貫して関わることにより、住民の健康を守るといふかかりつけの医師や地域医師会の使命は何ら変わっていない。本日お集りの皆様が

地域における特定健診・特定保健指導の実施にあたり主導的役割を果たしていただき、引き続きご尽力賜ることを切にお願い申し上げる。

説明

(1) 特定健診・特定保健指導の課題と対応について

日本医師会の内田健夫常任理事より、特定健診の課題と対応について説明があった。

始めに、特定健診の制度開始後、「1. 制度について国民への周知不足」、「2. 特定健診の受診率低下」、「3. 特定保健指導の実施率低下」、「4. 特定健診の健診項目と契約交渉の問題」、「5. 特定健診等データの電子化に関する取扱い」、という大きく分けて5つの課題が挙げられていると提起され、日医として、これらの課題解決に向け、厚労省内における「特定健診・特定保健指導に関わる検討会」を早急に設置していただくよう各関係団体とともに要望を行った等、これまでの経緯について報告があった。

厚労省ではこれらの要望を受け、「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の下に位置付けられている「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」を再開させ、上記課題を含む計8項目の解決に向けた協議を開始させ、今年度においてこれまでに5回の検討会が持たれていると説明があった。（各検討課題における日医の改善提案は以下のとおり）

①対象者に対する制度の周知が不足していることについて

国・保険者が中心となって周知をすべきであ

る。受診券と同時に制度周知のリーフレット等を同封すべきである。また、WGでは整理されない課題があるため協議、すなわち検討会の開催が必要である。

②受診券記載内容・記載方法の誤りが多いことへの対応について

集合契約Bタイプに「医師会」と明記すること。

③受診者への結果・通知の拒否・遅れについて

委託業務であれば「内容表」に通知方法（対面・郵送）を明記し、併せて「内訳書」に費用を明記する。国のQ&Aにおいて、電子化や結果通知等の共通経費は「内訳書」に示されている、とあるが示されていない。

④標準単価等の設定について

法改正なしには、標準等を示すべきではない。中医協と同様協議会の設置が必要。また、健診等単価は各地域等の事情、実施方法等により違いがあり、そういう点の考慮なしに平均単価を示すべきではない。

⑤電子化費用を考慮した単価設定について

「内訳書」に、事務費や電子化費用を明示。従来の基本健康診査における国の交付基準単価内訳に準じる記載方法が有効。成果物である「結果通知」、「電磁的記録媒体」等の単価が反映されること。国のQ&Aにおいて、電子化や結果通知等の共通経費は「内訳書」に示されている、とあるが示されていない。

⑥実施条件が大きく異なる場合の解釈の整理について

単価の考え方は各地域等の事情、実施方法等により違いがあることを前提に、内容表に健診結果通知に関するルールを明示することで対応できる。

⑦自己負担金の返還方法について

利用券及び添付案内に自己負担金は返還しないことを明記する。また、特定保健指導実施者が6か月間実施することが重要である点から、保険者への請求も含めて、初回一括請求とする。

⑧生活機能評価の同時実施の請求審査について

<提案1>

生活機能評価については、電子化は求められ

ていないので、電子化への対応をやめるよう市町村等を指導すべきものとする。

<提案2>

本WGで検討すべき課題。厚労省の責任により決済・データ送受信の円滑化と関係者による情報の共有が必要。このように制度運営しながらの軌道修正を続けていけば、開発ベンダーのみならず全てのプレーヤーが疲弊し、共倒れになる危険がある。電磁的なデータ提出に関しては、今後は改めて一定の調整機関をとってはどうか。

また、ワーキンググループでは「標準的な契約書の例」についても併せて協議されたと報告があり、標準契約書の第11条部分（事故及び損害の責任）については、一見すると実施機関が全責任を負うような誤解を招きかねないところであり、誤解が生じないようにより妥当な書きぶりへと改める必要があるとして意見したが、関係者間の実施体制のあり方の認識に差があり、今後も継続して、一致した認識に基づく修正に合意が得られるよう努めていきたいと説明があった。（平成21年度の標準契約例については現行条文のまま。）

その他、平成21年度の標準契約例について、以下の内容等が変更追加されている旨説明があった。

○契約書ひな形についての注釈として「～必ずしもこのひな型にとられる必要はなく、当事者間で自由に定められたい。」という文言が追加された。

○眼底検査において判断も含めて医療機関へ再委託を行うことができることが明記された。

○質問票は必須ではなく、実施機関が服薬歴等の把握において質問票を使用する場合には当該機関で質問票を準備する点。等々

(2) 契約と電子化の対応について－1

日本医師会総合政策研究機構の吉田澄人主任研究員より、日本医師会が去る7月に実施し

た「平成20年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査」の結果概要の報告、並びに各都道府県または各郡市区医師会における契約状況等の内容について説明があった。

調査の結果概要として、基本健診の金額は、市町村国保、被用者保険の契約ともに7,000円台が最も多いが、電子化・結果通知、情報提供等の費用が含まれているかどうかは不明であり、詳細健診のうち眼底検査の金額は、片眼もしくは両眼に相当する費用として500～1,499円で契約している医師会が多いと報告された。市町村国保と郡市区医師会における契約においては、眼科専門医への再委託と思われる金額(2,000円以上)で契約している医師会(26医師会)があることも報告された。特定健診等の実施に係る事務関連費用については、保険者や決済代行機関に提出するデータを電子化する必要があるが、制度開始の今年は健診実施機関側の入力ソフトや代行入力業者の整備が遅れたため、電子化の方法や費用の算出に大きな混乱がみられ、契約締結に際して電子化費用が明示できなかった医師会が多かったのではないかと推察されると説明された。

委託契約書の内容については、「標準的な契約書の例」の第11条(事故及び損害の責任)について、各委託契約書にどのように記載されているかを区分した結果、「標準的な契約書の例」と同文の契約締結が5割以上あり、実質的に同じ考えで書きぶりが異なるもの及び三者協議を前面に出しているものを合せると7割近くが契約書の例と同様の考え方によるものであると報告があった。日医としては、上記の点から、基本的な考え方について大幅な変更を加えるような状況にはないと考えるが、「標準的な契約書の例」は、一見すると実施機関が全責任を負うような誤解を招きかねない書き方であるとし、以下の改定案を提言していると説明があった。

<「事故及び損害の責任」に関する条項の改定案趣旨>

『原則=三者協議』として、原則を明確にする』

○実施機関が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、関係者が協議して処理するものとする。ただし、それぞれに故意又は重大な過失がある場合にはこの限りではないこと。

○上記取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

<特定保健指導の自己負担額の算出方法等について>

『現行』

初回の「自己負担額」の記述は算定金額(積極的支援は4/10)を超えることはできない。

この差額は最終評価の請求時に「自己負担額」として記述する。

『見直し後』

初回の「自己負担額」の記述は徴収額をそのまま記述する。

その上で、自己負担額を差し引いた額の40%を初回保険者請求とし、60%を最終評価時請求とする。

(2) 契約と電子化の対応について-2

日本医師会総合政策研究機構の上野智明主任研究員より、電子化の対応について説明があった。

特定健診・特定保健指導の電子化の課題については、「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」の下に設置されている「電子的な標準様式の仕様に関する作業部会」にて検討が行われていると説明があり、当部会では、標準様式に関する資料の整理や各保険者のチェック仕様やサンプルファイルの公開、フリーソフトに関する取り組み等について検討が行われていると報告された。

各検討事項の概要として、今年度の電子的な標準様式の仕様訂正については、システムの改修が発生しない範囲で行われる予定であること、フリーソフトの利用率は約24%となっていること、平成21年度から提供が中止されるフリーソフトがあるので注意が必要であるこ

と、厚労省フリーソフトの利用者は平成21年4月から新しいフリーソフトへの変更が必要であること等が説明された。

質疑応答

○北海道医師会

質問 医療保険者によっては受診券の表記が微妙に異なっており、健診実施機関の窓口で混乱が生じるケースがあるため、受診券の表記統一が必要ではないでしょうか。(例えば、詳細健診の「自己負担」の欄に『-』『/』が記載されている場合、「自己負担」が発生するのかどうかの判断が難しいケースがあります。また『%』については現場での無用な混乱を避けるためにもできるだけ金額を記載することが望ましいと思われまます。)

<日本医師会内田常任理事>

集合契約に参加する保険者が発行する受診券は共通様式となっており、不要な欄については欄を削除するか横棒あるいは斜線で欄を埋めるということになっている。従って、その場合には自己負担無しということの意味する。自己負担額については、率で設定している保険者が少なくないと聞いているが、ご指摘のとおり金額で記載することが望ましいと考えるので、金額での設定を保険者側をお願いしているところである。

○福島県医師会

質問 制度など

(1) 健診制度が変わったことがうまく住民に伝わらず、窓口において説明をしなくては行けないので窓口がとても大変。制度について周知徹底してほしい。

(2) 保険者によって自己負担額がまちまちで、窓口負担が複雑(請求・料金の徴収)で時間・手間がかかるので、料金を一本化して誰でもができるようにしてほしい。また、A・Bどちらのタイプの受診券かはっきりせず窓口業務が複雑。また、健診受診対象者なのかの確認作業も大変である。

(3) がん検診においても特定健診制度の説明不

足により受診率が減少傾向にあるので、がん検診制度についても周知徹底してほしい。

質問 受診券など

(1) 被扶養者は申込をしてから受診券発行となるが、受診券の受取り方が分からない等、患者から訴えられる。

(2) 受診券発行の遅れにより、住民が受診希望しても受診できなかった(集団健診が終わってしまったなど)人が多くいた。

(3) 集合契約において、受診券発行の仕方がバラバラで、受診券と保険証表示の仕方が違うのでどうしたらいいかの問合せが多い。受診券と保険証表示の表示方法を統一してほしい。

(4) 特定健診は義務化なのに希望者に受診券の発行。誰でもどこでも受診できないのでは平等でないし、義務化としておかしい。年齢別に健診体制が変わり、面倒なので行かないという意見もある。

質問 健診内容など

(1) 詳細健診の眼底・心電図検査が受診できず受診者の不満が大きい。医療機関に対して苦情を訴えられる。次年度での制度改正を望む。また、クレアチニン・尿酸検査を追加してほしい。健診内容を今以上に充実させる必要がある。

(2) 生活機能評価と同時実施の場合に対象者を分けるのが大変。医療現場では大変混乱している。

(3) 後期高齢者が健診(がん検診等)に行っても今までどおりの健診をしてもらえず、今までどおり検査してほしいと医療機関にくるので、かえって費用負担になるのではないか。また、来年から受診しないと言っている。

質問 データの入力や請求など

(1) 政管健保と事業主健診とがかみ合わない。事業主健診の中からのデータ化について上手くいっていない。

(2) 請求代行事務が非効率で繁雑。代行業務を考慮したシステムを入れられないか。

(3) フリーソフト利用者以外は代行入力を依頼しており別途料金がかかると不満が出ている。

(4) 医師会が請求の事務代行等を行う場合の支払基金における支払関係帳票等に連名等の様式を追加していただきたい。

＜日本医師会内田常任理事＞

制度については、特定健診・特定保健指導の制度が拙速に実施され、健診実施率の低下が各地で現実化している。厚生労働省保険局の「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」においても、実施率向上に向け、特定健診・特定保健指導の通年実施、保険者による受診勧奨、受診券の発行を申請ではなく対象者全員に発券すること等を提案している。その結果、制度の周知は国が責任を持って行うこと、保険者は正しく受診券を発券すること等が盛り込まれた。また協会けんぽに対しても、申請してからではなく全員に受診券を発券するように強く求め、協会けんぽからもその方向で検討するという回答をいただいている。

健診項目については、血糖検査は空腹時血糖とHbA1cの同時実施、貧血検査及び心電図を基本健診項目に含めるべきと考えている。今後、学会の考え方を踏まえ検討会で検討すべき事項として厚労省に申し入れている。

自己負担額の統一については、市町村が実施主体であった住民健診においても従来バラバラであり、統一はかなり困難ではないかと考えている。

被用者保険における被扶養者の集合契約では、全国統一の健診項目を原則としていることから、基本健診項目以外の項目については一般衛生部門における地域保健事業として実施していただきたいと考えている。

後期高齢者への健診については、特定健診の対象者ではなく後期高齢者医療広域連合による努力義務となっている。これを実施していく働きかけを是非都道府県医師会、郡市区医師会で積極的にしていただきたいと考えている。

がん検診との整合性については、これも非常に重要なことだと考えており、現在、日本医師

会の公衆衛生委員会の中で検討させていただいている。

＜厚生労働省保険局＞

受診券の発券時期や方法については、各保険者がそれぞれの考えで最適な時期・方法で発券することになっている。20年度は集合契約が年度当初に全て成立しなかったため、保険者でも発券のタイミングをだいぶ悩まれたと聞いている。保険者は実施率の向上が求められており、それとの兼ね合いで発券時期・方法を試行錯誤していくことになると思う。特に指摘のある協会けんぽについても、次年度の発券方法について検討しているということを知っている。先般、保険者協議会中央連絡会が開催され、そこでも本年度同様にならないよう年度当初に速やかに契約が成立するよう意思の共有が図られたと伺っている。是非今後の契約交渉において理解の共有を深めていただければと思う。

＜厚生労働省健康局＞

検査項目決定の経緯については、今般の制度成立にあたり厚労省において有識者による検討会を設け検討を行い、生活習慣病の発症と重症化を予防することを目的とした項目ということで設定したものである。その過程で特定健診の項目からクレアチニン等の検査項目が外れたという経緯で本日に至っている。一方で学会の議論でもそうであり、実施する先生方のご意見ということもある。特定健診の検査項目については、今後、特に学会レベルでのデータの蓄積、医学的知見が集積していく中で、必要に応じて検討を行いたいと考えている。

＜厚生労働省保険局＞

事業主健診のデータを保険者としてスムーズに受け取り次に繋いでいくことは重要なことであるが、そのデータ化を行う為には事業主健診の結果をなるべく特定健診のファイル様式で受領することが重要となる。その上で、事業主健診の委託契約においては、実施機関において特定健診のファイル形式を作成していただくよう保険者が事業主にお願いする等の全体的な協力関係を構築していく必要がある。

＜日医総研上野主任研究員＞

代行業務を考慮したシステムということに関しては、先ず小規模な代行入力ということであれば、日医総研の特定健康診査システムが利用できると思う。ただ、請求に関する部分となるので、パソコンに精通したエンジニアによるサポートを受けることをお勧めする。また他の健診との同時実施等の決済ルールで使えるかどうかということも事前に十分に確かめてからお使いいただければと思う。代行入力の別途料金については、電子化に係る費用は健診項目に加えて請求するという形で交渉いただければと考える。

＜支払基金＞

支払関係帳票の連名の様式の要望については、いくつかの支払基金支部を通じて支払基金本部に上がっている。現在、支払基金のシステム改修を行っており、1月5日に受け付けた分、12月健診実施分となるが、この分からご提供できるということである。

○茨城県医師会

質問 眼底検査の取扱い方と、医療機関の対応について

特定健診施設登録届出様式の中で、眼底の委託先を明記する項目が追加されたことで、眼底検査の実施できない医療機関は原則、特定健診に参加できないとの姿勢が強く示される格好となりました。自院で検査の実施できない医療機関は、他の施設へ再委託をかけることとされていますが、おそらく多くの医療機関（診療所）では、再委託への煩雑さから健診へ参加できない施設が多く出てくる可能性が考えられます。日本医師会での特定健診における眼底検査の考え方と、眼底検査の実施できない（再委託のできない）診療所が健診へ参加する上での策をなにかお考えでしょうか。

＜日本医師会内田常任理事＞

健診項目の中で、自らの施設内に体制や設備を保有しない健診機関は、その部分に限って外部機関に再委託することが可能となっている。ご指摘の眼底検査については、従来の老人保健

法に基づく基本健診においても医師の判断に基づき実施されてきたところであるが、眼科医に再委託する場合の費用については、市町村の保健事業として、初診料を含めた眼底検査費用または再診料を含めた眼底検査費用、あるいは検査のみの費用になると認識している。今回、契約書の例にも、眼科専門医への再委託を念頭においた検査と判断という表記がされたところである。保険者の財政の問題ということもあり契約がなかなか困難となることも想定できる。

詳細健診は、前年度の健診結果等において実施できる基準に該当した者を医師の判断で実施することになるが、血糖値が高い方あるいは血圧が高い方については、医療保険で眼科受診を勧めることも必要ではないかと考える。

○群馬県医師会

質問 特定健診・特定保健指導の集合契約について

群馬県の平成20年度の集合契約では、市町村国保の特定健診については、県医師会と市町村国保の代表である県国民健康保険団体連合会が契約を結んだ。個別健診を導入している21市町村のうち、19市町村が契約に参加し、残り2市については、独自に各郡市区医師会と契約を結んだところである。また、保健指導については、保健指導を委託実施する市町村国保がそれぞれ各郡市区医師会と契約を結んでいる。一方、被用者保険の特定健診については、県医師会と被用者保険の代表である健康保険組合連合会群馬県連合会が集合契約を結び、保健指導については、健康保険組合連合会群馬県連合会が各郡市区医師会とそれぞれ契約している。上記の如く平成20年度の集合契約については、国保、被用者保険ともに都道府県医師会若しくは郡市区医師会と各国保連合会及び健保組合連合会が契約を結んでいるが、全国的に健診単価はまちまちである。平成21年度以降については日医が全国の市町村国保の代表や被用者保険の代表と契約単価等の調整を行い、できれば契約の窓口として全国統一的な集合契約を結んで

いただきたい。

＜日本医師会内田常任理事＞

従来の老健法に基づく基本健康診査においても各市町村によって価格は一律ではなかった。全国で単価を統一することについては、これまで高い価格で契約していた郡市区医師会にとっては価格の引き下げに繋がることが想定され、統一価格に反対する意見もある。郡市区医師会は、健診のみならず予防接種、在宅当番医制度等、様々な事業を市町村からの委託を受け委託料金を決めている。従って統一価格については医師会として十分なコンセンサスを得る必要があると認識しているため、今後その必要性を含め検討させていただきたい。

○埼玉県医師会（浦和医師会）

質問 保険者の判断で階層化による対象者以外の者に対して保健指導を実施した場合、その費用は基金・連合会を介して支払われるのか、保険者と直接決済なのか。

＜厚生労働省保険局＞

個別契約での実施ということになるが、保険者が集合契約に参加している為に請求先を一本化したいという希望があれば、支払基金、国保連合会を介すことになると思うが、契約上特段そのための定めをしていなければ保険者に直接請求していただくことになると思う。

＜国保中央会＞

階層化による対象者以外の方の保健指導については、国保連合会のシステムでは、階層化により対象者となる場合に取り扱うというシステムにさせていただいているので、ご質問の例であると、利用券自体が作成できないということになり国保連合会システムでは取り扱うことができないこととなる。

＜支払基金＞

支払基金の場合、被用者保険であるが、保険者の方で健診事業の充実ということで利用券を発行され、支払代行機関として支払基金を指定していただければ決済処理は可能というシステムにしてある。また健診についても保険者で節

目健診というものをやられているが、こういったものについても受診券を発行していただき支払代行機関として支払基金と書いていただければ支払基金で決済ができるというシステムにしている。

質問 請求時の資格喪失（特に死亡の場合）は、基金・連合会システムを通過できないが、費用はどのように決済するのか。

＜国保中央会＞

国保連合会では、資格確認についても市町村から委託を受けて行っているが、健診時に資格取得がされていれば、請求時に資格喪失であっても費用決済を行うことはできる。

＜支払基金＞

国保中央会が回答したとおりとなっている。健診実施時に資格があれば請求は可能である。例えば、被扶養者を健診した場合、健診した時点で被保険者が資格喪失をしていたというケースもあると思うが、このような場合には診療報酬と同様の取り扱いとさせていただいている。つまり健診等実施機関の方で被保険者証と受診券を確認していれば非は保険者にあるということであり、この場合は保険者と被保険者の間で清算していただく。健診実施機関の方で確認していないということであれば、これはやむを得ないということで健診実施機関と健診受診者との清算になるという取り扱いにしている。支払基金の方では資格喪失等のチェックは行っていない。保険者にデータが渡った時点で保険者の方でそういったチェックを行っているということである。

質問 検査項目によって結果上限値が定められており（ γ -GTPは999）、それを超えた値は、検査値の形式異常として返戻されてしまう。その対応方法を教えていただきたい。

＜厚生労働省健康局＞

検査結果が基準範囲外になる場合には、入力最小値以下の場合はlowのl、入力最大値以上の場合はhighのhを入力していただくことになる。

質問 国が決めた制度なのに保険者によっては被保険者の申請で健診受診券を発行しているようだが、いかがなものか。

<厚生労働省保険局>

受診券については、そもそも受診券を必ず発券するよという法的な義務付けはない。実施率の向上は保険者に当然求められるものである。その試行錯誤の過程で厚労省もしっかり指導していく必要があると考えている。ご指摘の、申請があって初めて受診券を発券することについても、その有効性や実施状況を確認し見直されていくべきものと考えている。

○埼玉県医師会（川口市医師会）

質問 事務が煩雑すぎて混乱している。

<厚生労働省保険局>

全国ベースの契約を新しい仕組みとして導入しスタートしたところである。目的としては、全国ベースでも事務がなるべく簡素化、省略化され流れていくよという事で全国共通のルールを設け進めてきたところである。やはりスタート当初ということ、また周知不足ということもあり、少なからぬ混乱が生じているというのが実態と思う。今回も日本医師会にご参画いただき、引き続き更なる問題点、課題等の調整に努めさせていただきたいと考えている。

質問 貧血、HbA1c 検査も追加していただきたい。

<厚生労働省健康局>

貧血検査、心電図検査等については、制度の上では従来通り医師の判断で実施するということをご理解いただきたい。HbA1cの取り扱いについては、ご案内のとおり空腹血糖が測れない場合にHbA1cの測定ということになっているが、これを健診項目として追加した場合、判断料を含めコスト的には1,750円位の試算となる。そういった要因も含めて考えていくことになるのかと思う。

質問 県医師会と社会保険家族との集合契約について受診資格の確認が困難。本人でも受診券を持ってくる人がいて驚く。

<厚生労働省保険局>

このケースではないかと思うが、任意継続被保険者ご本人、特例退職被保険者ご本人の場合は、被扶養者と同様に受診券が発券され集合契約で受診されることが基本的な形となるので、そういう場合もあるということをご理解いただきたい。

どのようなパターンにしても、受診券を持って来られた場合には被保険者証を併せて持ってきていただき、それを照合していただき問題が無ければ実施し請求していただいで全く問題ない。

○千葉県医師会（柏市医師会）

質問 データ入力について

ソフトをなぜ出さないのか。ダウンロードによる方法は困難。

質問 ソフトを用いて各医療機関がデータ入力すれば、入力業者への手数料は必要ない。

質問 理想的なのはペン入力があるならこの方法が良い。

<日医総研上野主任研究員>

先ず一つに、ソフトをなぜ出さないのか、ダウンロードによる入手方法は困難だということだが、日医総研の特定健康診査システムの場合について回答すると、現在CDと印刷したマニュアル本とをパッケージとして販売、配布することについては、コストがかかるため検討中とさせていただいている。ただ、ダウンロードしていただいた後、CD等にコピーし配布していただくことは自由に行うことができる。

次にソフトを用いて医療機関がデータを入力すれば入力業者への手数料は必要ないということについては、ご指摘のとおりである。後は医療機関のITリテラシーという問題があるかと思う。

理想的なのはペン入力だということであるが、これもその通りだと考える。日医総研のソ

フトの場合は、ペン入力の機能を有料のオプションとして開発してもらえるかどうか、いくつかのメーカーに現在打診中である。

○東京都（足立区医師会）

質問 受診票の一部事前作成について

例えば、自治体が主催するイベント等で医師会がブースを設け、希望者に受診票を渡して、基本情報（氏名・性別・生年月日・郵便番号・住所）、質問票の記入、身体計測（身長・体重・BMI・血圧・腹囲）までを実施し、その一部作成した受診表を持って健診実施機関に行ってもらおうというような取り組みは実現可能でしょうか（足立区医師会で会員向けのアンケートをとったところ、特定健診の受診票において、特に「質問票」の記入に時間がとられるため、受診者も医療機関側も負担に感じていることが分かりました）。

<厚生労働省保険局>

特に問題無いと思う。むしろ効率的、プラクティカルなやり方の一つではないかと考える。

質問票自体は、生活習慣病のリスクを評価し保健指導の階層化や健診結果を通知する際の情報提供の内容を決定する際、さらに保健指導を実施する際にも活用が可能なものであるため、医療機関においても有効にご活用いただければと考える。厳密に申し上げると、質問票を使うことは法令上特に義務付けはないので、何らかの方法で服薬歴、喫煙歴、既往歴を聞き取りいただき、ファイルに記録していただく等、最低限そういう対応でも構わない。

○神奈川県医師会

質問 特定保健指導は、特定健診の結果が出て、医療機関で結果の説明を行ったときに直ちに行うのがもっとも受診者のモチベーションが高く効果が高いと考える。今のやり方（保険者にデータが渡って、結果がまとまってから階層化して特定保健指導の利用券を受け取ってから）では、検査が終わって既に数ヶ月過ぎているという例もあり、これでは保健指導の能率が非常に

悪いと考えるが、いかがか。

<厚生労働省保険局>

健診から保健指導の間がなるべく空かないよという問題主旨はご指摘のとおりである。健診結果の速やかな保険者への送付ということが契約上謳われており、保険者として迅速に結果を把握し階層化をする。そのために電子的にやり取りをするということで全体が組み立てられている訳だが、現状必ずしも狙い通りに進んでいない部分があることも確かかと考える。円滑に決済データの送受信がなされることは非常に重要な部分であり、関係者一同が会し円滑な取り組みのための努力がなされているところである。

質問 特定健診と、がん検診を合わせてやれば、昨年度までの老人保健法に基づく基本健診に近いことができ、継続受診者の混乱がなくてベターだと考える（ベストではない）。しかし、昨年度までの基本健診であれば、すべて検査を行っても500円から1,000円で行えたものが、今回の組み合わせでは一つずつの単価の合計（例、特定健診1,200円、胸部レントゲン900円、胃透視検査2,500円、便鮮血反応700円）が5,000円を超えてしまう。しかしこれでも昨年多項目の異常がなければ心電図検査、眼底検査、貧血検査も行えず、全く健診の体をなしていない。疾病予防、早期発見のための健診のターゲットは生活習慣病に限定したものではない。昨年6月にがん対策基本法が成立した。その中で、がん検診受診率の向上が謳われており、精度管理の向上や受診勧奨の方策についても課題として挙げられている。しかし、がん検診は従来どおり、市町村の単独事業となっており、特定健診と実施主体が異なる為に、受診者の利便性や受診費用等に関する自治体、保険者、健診実施機関での調整が重要になる。この点も、都道府県医師会、郡市区医師会が中心となって調整することが求められるとされるが、神奈川県の例を取っていえば、県予算の10%シーリングもあって全く実現の可能性がない。昨年度までの基本健診と同レベルで、もっと安

価にできるようにしないと国民のためにならずさらに特定健診そのものも受診率は下がっていくと思うが、いかがか。

＜厚生労働省保険局＞

他の健診との同時実施については、今年の夏に都道府県、市町村、関係団体に要請を申し上げていているところである。

実施単価については、実施主体の保険者と実施機関との契約交渉で決めていただくものである。その関係で、なるべく高い方が良いとか安い方が良いとかそれぞれの考えがあるかと思うが、実施状況等をそれぞれの契約当事者が見ていただく中で、より適正な契約単価になっていくことを期待している。併せて保険者で設定する自己負担額等をどう設定するのかということも、保険財政の兼ね合いがあるが、なるべく受診率を上げる方向で考えていただくということも一つの方向性かと考える。厚労省においても、保険者に対する補助金等、必要な予算の確保に今後とも努めたいと考えている。

質問 内科学会などで本年は慢性腎臓病（CKD）を予防することが肝要ということでキャンペーンが張られてクレアチニンの測定がもっとも大事であるといわれているのに、特定健診の検査項目にないのは不自然ではないか。これ以外にも、心電図、血清、尿酸、クレアチニンなどは一般検査で行えるようにすぐ改正すべきである。

＜厚生労働省健康局＞

厚生労働省の理解しているところでは、日本腎臓病学会のCKDの診療ガイドの中で、血清クレアチニン検査はCKDの患者さんを専門医に紹介するタイミングを見計らう上で重要な項目であると位置付けられている。またCKDの早期発見においては検尿が簡便で有効であるという記述があると理解している。厚労省として有識者による検討を行った際、この中の意見としても、血清クレアチニン検査はある程度進んだ腎機能障害を把握するために有効であると位置付けられ、その一方で腎機能障害を早期に発見するためには尿蛋白検査が効果的であるとい

うことがあり、血糖検査、血圧検査等を含んでいる特定健診の中で血清クレアチニン検査については検査項目として位置付けられていないという実態である。今後、科学的知見が集積された場合に必要に応じて見直しを検討することとなる。その他の検査項目についても同様である。

質問 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の診断基準が国際的に統一されることになった。今回の改訂で腹囲が診断の必須条件から外れることになり、年内にも暫定基準が公表され、世界のメタボ診断や治療・研究は、統一基準に基づいて行われるが、世界では複数のメタボ診断基準があり、混乱が生じており、国際糖尿病連合（IDF）と、米国コレステロール教育プログラム（NCEP）が中心となって、診断基準の統一を呼び掛け今年2月から協議を進めてきた。国際的に診断基準が統一されることによって、日本の腹囲測定が疑問視されることになるだろう。メタボリックシンドロームの基準が、他の東アジア、東南アジアと同様に、腹囲は男性90cm、女性80cmに改正する、あるいは腹囲測定は不要となった場合、特定健診の診断基準もこれに合わせて変更するのか。その場合、本年度、来年度で判断基準が異なるがどう整合性を保つのか。そもそも、症例数の少ない臍断面CTと内蔵脂肪によるあやふやなデータに基づく腹囲の基準を、このように大がかりな特定健診の基準に用いたことが重大な誤りであったことへの反省はあるのか。

＜厚生労働省健康局＞

腹囲の問題については国際的にも非常に熱の入った議論がなされている。厚労省としては情報収集に努め一定程度喫緊の情報を有しているつもりである。特に国際糖尿病連合（IDF）あるいは全米コレステロール教育プログラム等の検討が、現に存在している基準の見直しも含めかなり活発に国際的な場での議論を行っていること承知しているが、厚労省の理解するところでは、現時点で各団体から正式な発表がなされるところまでは至っていない。

一方で我が国の取り組みについては、やはり日本人の方々から得られたデータに即していく、あるいは日本における学会でのご議論を踏まえていくということが重要という点もあるかと思う。平成17年4月に日本内科学会と8学会が定めたメタボリックシンドロームの診断基準が、我が国の日本人の特徴を含めて定められたということもあり、この診断基準を踏まえ様々な準備作業を経て、今回の特定保健指導の対象者選定のための基準というものに至っている。これは現時点での科学的根拠を踏まえたものということは申し上げられるのではないかと考えている。

質問 特定健診は、メタボリックシンドロームに対する保健指導の為だけの健診と考えられる。その為に、腹囲とBMIがカウントされない受診者は、血圧・血液検査で異常値でも保健指導の対象者とはならない。言い換えると、全受診者の生活習慣病の為に健診ではない。本来健診は受診者の疾病の発見と予防の為にある。今後も特定健診を継続されるなら、従来の基本健診のような必要な各種検査を受診したうえで、メタボリック特定保健指導に必要な検査値だけを取り入れて指導したら如何か。熟年で発症する生活習慣病の予防のためには、特定健診のような限られた検査では不十分である。早期に健診自体の改善を望む。

<厚生労働省健康局>

特定健診・特定保健指導は、健診により生活習慣の改善が必要な者を、効果的、効率的に保健指導の対象者として選定し保健指導を実施していくものであり、リスクに対応することで生活習慣病の発症重症化を予防するものである。専門家による検討会での検討を経て今日の基準を策定している。

繰り返しになるが、貧血検査、心電図検査等については、医師の判断により実施される項目として従来通りの位置付けがなされている。

○神奈川県医師会（座間綾瀬医師会）

質問 特定健診審査票について

データを収集するためには良いかもしれないが、受診者への説明という点からは極めて説明しづらい、不親切なものである。改善の余地はないか。この審査票を作成した当事者が自分で健診に参加してみれば判ると思う。

<日医総研吉田主任研究員>

電子化をしていただくための入力票等の調査票については、これは代行入力事業者等の一つの帳票の種類だと思うので、まずは医師会を通じて代行入力事業者と相談いただければと考える。

質問 昨年まで地域行政が行っていた基本健診制度と比較すると、保険家族の受診数は低下しているのは確かであり、保険者によっては健診制度の通知が全く不十分であるが、どのように徹底しているのか。

<厚生労働省保険局>

今年度は制度開始初年度ということで全体の進行が遅れている。その関係もありピークが後ろにずれていると考えている。周知不十分というご指摘については、ワーキンググループの成果も踏まえ関係者の皆様と努力を重ねていきたいと考える。

○新潟県医師会（上越医師会）

質問 地域の疾病構造には特徴があり、各市町村ではそれをもとに、基本健康診査に各種の必要な項目を付加して健診を実施し、保健指導をしてきましたが、保険者に義務付けられた「特定健康診査」では、同一地域、同一家族であっても異なる健診項目、保健指導を実施されることになり、公衆衛生に寄与する事業として大変疑問に感じます。従来どおり、地域の住民全員が必要な健診項目・保健指導が受けられ、健診データも各市町村に確実に届けられ、各市町村は住民の健康状態を把握し、地域全体の評価、施策ができるようにすべきではないでしょうか。さらに、望むべくは労働者に対しても労働安全衛生法に定められた項目だけではなく、地

域住民として必要な項目を追加して実施できる体制を要望します。

質問 また、受診対象者には健康診査を受診しなければならないという意識を持ってもらう働きかけが必要ではないでしょうか。

<日本医師会内田常任理事>

ご指摘については、その通りと考える。従来老健事業において各市町村でいわゆる上乘せ健診として行われてきたものについては、市町村の衛生部門の負担で行っていただければと考えている。ご要望も踏まえ、厚労省の検討会でも検討させていただきたいと考える。

<厚生労働省保険局>

今回、生活習慣病対策を充実させるということで、特に健診の結果をなるべく保健指導に繋いでいくことが大事だということで、また従来の住民健診よりも医療保険者の方が対象者把握を行い易いとして、医療保険者が加入者に対し実施をするという仕立て直しとなった。従来手薄であった被扶養者に対する健診の充実、現時点でそこが十分かというご指摘はあるが、そういう部分も期待できると考えており、従来の地域保健という概念に加え、新たに保険者が行う保健事業として、加入者に対し様々な事業展開がなされることは保険者機能の強化の観点からも意義深いことかと考えている。

<厚生労働省健康局>

今回の保険者による取り組みについては、各地域で行われてきた従来からの市町村による様々な健康増進対策（ポピュレーションアプローチ）とも相成り、全体として国民の健康状態を高めていく取り組みの一環と考えている。市町村が実施する住民の健康増進の施策ということで、保健指導の対象となった方々の運動や食生活習慣を改善していくための取り組みを支える様々な環境づくり等についても取り組んでいるところもある。

○富山県医師会

質問 詳細な健診を行う場合、前年度の健診結果が必要となりますが、健診機関にどのような

方法で前年度の結果を連絡するのでしょうか。

<日本医師会内田常任理事>

この件については、受診者が受診時に前年度の健診結果を持参していただくということを想定している。前年度と同じ健診機関で受診するということであれば持参する必要はないかと思うが、それがしっかり周知されているかと言えばそうでもないということが現状ではないかと思うので、今後周知の必要があるかと思う。

日医としては、詳細な健診ということではなく、受診者全員に実施する体制が望ましいと考えており、厚労省の検討会ではそういう形で主張していきたいと考えている。

○大阪府医師会

質問 特定健診・特定保健指導は国の施策で医療保険者に義務付けられたものである。医療保険者も支払基金・国保連合会も中央からの指示に従って事業を進めている。医師会にあっては日医からの指示が皆無である。日医は中央で関係機関と協議し、都道府県を指導してほしい。例えば特定健診登録医療機関の新規届出を9月末で締切る通知についても、健保連・国保連合会などは中央からの延長の説明があったようだが、日医がもっと早く中央の情報を通知してくれると会員指導しやすい。

<日本医師会内田常任理事>

特定健診・特定保健指導については、都道府県医師会宛の文書での連絡、日本医師会のホームページ等での情報提供に努めている。ご指摘の点については、地域医師会からの要望を受け日医から厚労省等に働きかけをしているところである。電話等で寄せられる地域からの照会、要望等についても、それぞれ関係部署に問い合わせ等を行い対応している。今後とも様々なご質問、ご要望等があるかと思うが、それにも適時、適正に対応させていただくということで今後とも努力していきたい。

○兵庫県医師会

質問 一部負担金の軽減あるいは無料化が必要。

(特に協会けんぽは負担大。本来は、全ての特定健診受診者の一部負担金は同じ金額または無料とすることが望ましい。)

<厚生労働省保険局>

自己負担額をどう設定するかについては、これまでの受診状況、保険者の財源状況等も含め、保険者が判断設定するところである。一律に一定の形は難しいと考える。

質問 受診券の有効期限内であれば、保険者移行後も健診受診可とする措置が必要。

<厚生労働省保険局>

保険者の異動後も使用可能にするということは、加入者でなくなった人の費用を保険者が請求されるということで、これはなかなか困難ではないかと考える。仮に異動後の保険者が請求を受けるためには自己負担額が異なる可能性も高いため、異動後の保険者が受診券を発券しなければならないといった問題や、受診券と被保険者証を照合し間違いのないことを確認した上で実施することになっているのだが、異動後に前の保険者の被保険者証を本来持っていないということもあり、事務ルール上も費用負担の観点からも困難ではないかと考えている。

質問 同様に保健指導の間に保険者の異動があっても、中断せずに指導が継続できる措置が必要。

<厚生労働省保険局>

これについても基本的には先の質問と同様の考え方となる。

保健事業の実効性を高める観点で、異動後の保険者が自主的に異動前の保険者と連携し継続的に実施しても良いとする場合や、対象者自身が自主的に自費で継続いただくことは差し支えないと考えている。

○奈良県医師会

質問 健診項目・内容について

(1) 加入の健保組合により健診内容や負担金の格差が大きく、不公平感が高い。国の義務付けた健診においてこの格差は許されないと思うが。

(2) 結果通知を受け取った受診者は従前の基本健診と比較して項目の少なさに幻滅している。来年から受診しないという人も多数出ている。来年度以降は項目を増やせないか。

(3) 特に心電図は特定保健指導での事故等を防ぐための重要な情報である。特定健診が特定保健指導の実施のためならば、心電図は必須項目とするべきではないか。

(4) 心電図・眼底が前年度の状態をもって制限される。一般社会では1年前の診断書は無効である。健康診断書の有効期限は長くても3ヶ月。就職活動等の発病が少ない青年期の診断書でさえこの短さ。特定健診対象の中老年代は数ヶ月で身体状態が激変することも多いのに、なぜ前年データを使うのか。

(5) 後期高齢者はメタボ健診を基本とするべきではない。65歳以上の生活機能評価健診ではBMIが18.5以下を問題視しているように、高齢者は肥満より栄養不足を探すべきではないか。

(6) メタボ健診と生活機能評価では異常の捉え方が全く異なるのに、同時実施を認めるのは不自然ではないか。

<日本医師会内田常任理事>

特定健診の健診項目は統一されている。組合健保等により上乘せがあるために差が生じている。また市町村国保においても、従来市町村が行ってきた健診項目との兼ね合いで差が生じている。日医としては誰もが同じ健診を受けられるようにした方が良いと考えている。また既に回答したが、心電図等は必須にした方が良いと考えている。メタボ健診の在り方については、メタボにターゲットを絞るということも含め、今後学会の見解も踏まえ厚生労働省の検討会での検討が必要と考えている。

<厚生労働省健康局>

(4) のいつの時点のデータを使うかということについて申し上げますと、特に追加的な検査、心電図検査等の場合については、前年度の健診データあるいはそれより以前のデータということもあるが、一方で健診当日における自覚症状、他覚症状に基づいて検査を行い、その結

果を含めての医師の判断となるので、そういった意味では前年度だけに極めて厳密に限定しているという意味合いではない。

(5) の生活機能評価について一言追加すると、生活機能評価は65歳以上の者に対して行われているが、基本的に対象者は該当年齢の方々全員となっており、その範囲において痩せに対する評価も行われるという位置付けとなる。そういった意味で特定健診の検査項目と重複しないよう調整したということである。ゆえに特定健診での痩せの評価は行っていない。

質問 質問票様式 (国保連様式)

(1) 「生活習慣改善の保健指導を受ける気がありますか (問22)」は、ほぼ全員が「いいえ」となっている。このことは、保健指導を目的として考案された特定健診の存続に関わる大問題だ。如何に国民の理解が得られていない健診かを顕著に示している。この健診・制度に対して国民の理解を得るためにどんなことを検討しているか。

<厚生労働省健康局保健指導室>

質問票の配布・記入の際には特定保健指導のイメージが湧かないために低率になっているのではないかと考えている。

特定保健指導の現在の実施率の非常に高いところの状況を聞いてみると、健診時に特定健診・特定保健指導の概要について理解しやすいリーフレットを用いて説明したり、あるいは健診結果をできるだけ早く返却し保健指導の意識を高めたり、健診結果説明会の開催や市町村の保健師による家庭訪問等で保健指導の必要性について説明していると聞いている。今後重要なことが、特定健診・特定保健指導の制度や必要性について、組織の広報紙やケーブルテレビ等、多様な媒体を活用して一層広く普及啓発を行っていただくことで、特に衛生部門の保健師が地域と職域連携推進協議会等を活用しポピュレーションアプローチに積極的に取り組んでいただくことが必要ではないかと考えている。

質問 健診結果報告 (媒体・オンライン) ・処理・決済

(1) 医療機関はCDで提出する場合の暗号化は不要ではないか。もっと個人情報レベルが高いレセプト情報でさえ暗号化していない。暗号化は普段からレセプトのような高次元の個人情報を扱うことがない民間健診施設が提出する場合に限定する方が現状に即していると思うが。

(2) 決済システムに関しては、国の基準に従って作成したXMLデータ形式に対して、基金や連合会などの代行支払機関での審査や保険者の審査で返戻対象とするケースが起きている。色々なパターンがあるが一例としては、国保中央会のホームページの11/19付け「特定健診・特定保健指導システム情報」の中に“国保連合会提出情報作成における留意事項”がある。その「事象5番」では受診券情報の窓口負担金額と実際に徴収した負担金額 (決済情報) に差額が生じると「返戻コード03: データ相関エラー」とする様だ。具体的には受診券情報で詳細項目負担金額380円 (心電図330円、貧血50円の合計) がある場合、心電図だけ実施すれば決済情報は330円となり、受診券情報とは差額50円が生じる。詳細項目は受診者次第で実施差が生じるため、負担金差額は生じるものである。日医・基金に問い合わせるとその場合は受診券情報と決済情報に差があって当然で、エラーにはならないとのこと。ところが連合会では問題ありとし受診券情報の金額を330円に打ち直す必要ありと答えた。どちらが正しいのか。それぞれに問い合わせたが、他所のことはわからないとの回答だけで、結局どうすればいいのか。バラバラな判断基準では、プログラム修正もかけられない。

(3) 保健指導では唯一のフリーソフトもサポート・問合せがメールのみで、使用に関しては全くの自己責任で、かつ不具合が生じてても責任を負わないと宣言する業者が作成したものしかない。来年度以降はサポートが続くかどうかとも判らないようだ。国家プロジェクトで多額の研究費 (税金?) を注ぎ込んで作り上げたものにし

ては、無責任すぎないか。しかも完成度が低く使い勝手が悪いので審査エラー率も高いとのこと。今後改良されてくるだろうが請求方法は確保されていないが事業だけ先に実施しろ、そのうち支払う方法も見つかるだろう」との強引な理論により、見切り発車で特定保健指導は始まった。保健指導代行入力システムも来年1月によろやくNTTデータにより運用開始されるだけで、システム信頼度も未知数だが選択の余地さえない。

(4) 本制度の基幹であるべき報告・請求処理システムは、国が責任を持って開発し全実施関係者に無料配布し、請求側・審査側・支払側の全員が同一ソフトを使用すべきではないか。

(5) 各自がバラバラに構築する今のやり方は、時間と金の無駄遣いでしかないと思うが。

＜厚生労働省健康局＞

ご指摘のフリーソフトについては、推察であるがKISが提供しているソフトのことかと思うが、このソフトについては研究班が開発したものではなく会社の方である意味協力していただいて開発したものである。ソフトウェアのシェアライセンスを研究班で購入し、小規模健診機関において自己責任でご使用いただくことができるような環境整備ということを目的として公開しているものである。一方で研究班において委託開発した特定健診・特定保健指導簡易入力システムについては、保健指導に關しての請求決済を行うことは可能である。研究班で開発したものについては、保険者での確認テストは終えているので、適切に作動させた場合の動作については保証されていると考えている。

ソフトの統一については、実際問題として実施機関や保険者等、自前でシステムを保有しているケースもあるので、一括提供ということは現実として困難ではないかと思っている。国の役割として、関係者間での円滑なデータ送受信ができるよう様式を規定するという環境整備を重視しており、保険者がどのようにデータを分析、蓄積し管理するかという組織の中でのシステムの仕様についてまで公的な位置付けでもって規

定するということは現実として困難だと考える。

＜国保中央会＞

(2) について、国民健康保険における詳細健診の各項目については、それぞれ窓口負担額を設定して出すような受診券様式にしている。ご質問の点については、該当する詳細健診の検査の受診券と実施した詳細健診項目、実施した詳細健診の決済情報の記録をお願いしているところである。受診券が連合会で作成する場合と市町村が個別で作成する場合があるので、一度地域の連合会に確認させていただきたいと考える。

＜支払基金＞

支払基金では、健診等機関から提出していただいたデータは極力返戻しないという扱いで、エラーが発生している場合は、健診等機関に連絡し再請求をしていただくか支払基金で補正処理ができるものは補正するという対応をさせていただいている。やむを得ない場合は医療機関のご了解を得て返戻させていただいている。

ご指摘の事例については、手引きの方で詳細な健診項目の窓口負担額は、詳細な健診項目の単価の合計に対する負担額という前提で設定し受診券に記載するとなっている。支払基金のシステムもそういったチェックをしているが、それぞれの項目ごとに窓口負担額が設定され、支払基金に登録している窓口負担額と合わないという場合には、支払基金で警告エラーという形になるが、支払基金ではそういったエラーが発生した場合、健診機関等へ照会確認し、これで正しいということであればそのまま処理をするという取り扱いをさせていただいている。

質問 健診契約内容、契約書、保険者について

(1) 社保グループの集合契約相手の代表者「協会けんぽ」が全く代表の責務を果たしていない。各保険者が自由に健診を進めており、集合契約の意味がない。集合契約Bの保険者にも関わらず項目・料金や請求方法など契約内容に従わず独自の料金・項目を要求する保険者がいる。要するに受診券情報が全く当てにならない。「集合契約」とは名ばかり。集合契約から

脱退したという保険者もいるが、保険者一覧リストからは削除されていない。これではその保険者が健診実施可能かどうかを確実に判断するのが何もない。保険者に電話連絡しても担当者によって回答がバラバラ。保険者に連絡取れない時間帯もあり、そもそも毎回電話確認するのは異常である。ハイリスク者の特定保健指導に医師連絡票なるものの使用を勧めているが、無料で発行して欲しいと要求する保険者もいる。

(2) 医療機関にばかり設備投資を求めないで、保険者への教育監督をもっと徹底するべきでは。保険者の監督責任はどこにあるのか。現行では誰がどのように管理しているのか。

<厚生労働省保険局>

集合契約における契約代表者は単なる契約の代表者となり、傘下に入る保険者を全て統率するような事務ルールにはならない。ただし参加した個々の保険者は自らの意思で参加し契約している訳なので、その契約内容に個々の保険者が従っていないということであれば、それは誤りであるので、周知を徹底し必要に応じ指導していきたいと考える。

(2) の監督責任、監督者はどこなのかということについては、国保については都道府県、健保については地方厚生局がブロック単位で設けられており、そちらが直接管理監督する関係になっている。

○福岡県医師会（福岡市医師会）

質問 空腹時血糖の値が100mg/dl未満の場合、HbA1cの値が5.2%以上の高い値であっても階層化のリスク要因として反映されないが、これは適当であるのか厚労省の見解を伺いたい。

<厚生労働省健康局>

特定健診における血糖検査については、内科学会等8学会が定めた診断基準において空腹時血糖を原則としていること等を踏まえ、有識者による検討を行った結果、空腹時血糖の結果を優先することとして、空腹時に採血が行えなかった場合にHbA1c検査の結果を用いることとしている。

質問 集合契約A、Bのいずれにも登録がある保険者であるにも関わらず、「集合Aのみ」と印字された受診券を発行している例がある。「集合Aのみ」と印字するならば、国保ベースの集合Bに登録があるのは矛盾があるのではないか。また、その場合、B契約にのみ登録がある健診機関での健診実施及びB契約単価に基づく請求は可能か。

<厚生労働省保険局>

受診券の発券ルールを順守していない保険者が見られるということで、今般、ワーキンググループにおいて改めて指摘されたところであり、その主旨徹底の意味から、保険者団体を通じて各保険者に改めて発券ルールを順守するように周知することとしている。またA契約、B契約両方の契約に参加している保険者は受診券にその両方を印字していただく必要があるが、万が一印字されていなくても契約に基づき実施された場合は勿論請求可能であるので、その点も改めて申し上げておきたい。

○長崎県医師会

質問 対象年齢による取扱いについて

年度内に75歳の誕生日を迎える方のうち、誕生日前に受ける健診については、今後どのような取扱いになるのか。

<厚生労働省保険局>

これまで75歳に到達する年度は特定健診の対象者ではないという整理になっていたが、誕生日が年度の前の方、後ろの方で、かなりの期間、健診の機会が得られない場合が生じるといご指摘があり、この11月に省令改定を行い、ご指摘のような方も特定健診の対象として位置付け直しを行い、平成21年4月1日施行として来年度からそのような形で健診の機会がより多く確保されるよう、後期高齢者医療広域連合の行う健診との連携を徹底していきたいと考えている。

質問 生活機能評価について

特定健診との同時実施は今後も引き続き行う

のか。

＜厚生労働省保険局＞

先ほども出ていたが、生活機能評価のみならず、がん検診等の市町村で実施される各種健診と特定健診を同時実施することについては、実施率向上のためには、また利便性向上という観点からも可能な限り取り組んでいただく必要があります、その方が望ましく考えている。

○熊本県医師会

本県では、15郡市ある中で、9郡市の特定健診を代行しております。請求データに関しましては、日本医師会よりご紹介がありました「NTT データ」を活用しており、入力用紙を利用しております。入力用紙は3枚複写を用意し、実施期間保存用、本県医師会保存用、代行入力機関提出用1枚を「NTT データ」に提出します。その際に、実施機関番号・保険者番号・必須項目をチェックしていますが、様々な問題点が出ていますので、まとめてご質問させていただきます。

質問 保険者が契約しているかどうか、簡易なデータベースを作成する際に、保険者マスタが必要になるが、紙でしか情報がこない。医師会には保険者情報をデータで渡すことができないかお尋ねしたい。また、政管健保の保険者情報は、支払基金もデータでは持たないとして、教えていただけないし、また、いろいろな話を聞けば、政管健保の保険者情報は買わなければいけないと聞く。なぜ、政管健保の保険者情報だけが売買されているのかもお尋ねしたい。

＜日医総研吉田主任研究員＞

集合契約の契約書の添付資料として委託元保険者一覧というものがあがるが、次年度はエクセルファイルでの添付ファイルということになったので、これを代表保険者から入手しご活用いただきたい。

＜支払基金＞

健診機関側でのシステムに保険者マスタが必要であるという認識が今までなかったが、質問では政管健保の保険者情報は支払基金もデータ

は持たないという情報になっているが、私どもは保険者の契約書の内容全てを情報化している。契約情報をご提供するというのも可能であると思っているので、日医総研と調整させていただき、現在支払基金のホームページで健診機関の基本情報を公表しており誰でもダウンロードできるような取り扱いにしているが、そういったところで交渉できるかどうか併せて調整させていただきたいと思う。

○大分県医師会

質問 特定保健指導の中途脱落者における自己負担金の返還について

特定保健指導受診者は初回面接時に自己負担金を一括して支払うことになっている。しかし、特定保健指導機関から保険者への保健指導料の初回面接時の請求額は、「動機付け支援」8割、「積極的支援」4割で、残りは保健指導終了後に請求することになっている。以前から、途中脱落者がかなり出るのではないかと懸念されているが、途中脱落者に対する自己負担額の返還方法については明確ではないようだ。特定保健指導機関は領収書を発行し、その領収書が確定申告の医療費控除に使われることになっており、早めにルールを決めておかないと混乱の元になるのではないか。

＜日本医師会内田常任理事＞

自己負担額は初回面接時の費用として、中途脱落の場合も返還しないということで、私からも吉田研究員からも報告させていただいたとおりである。

○岩手県医師国民健康保険組合

質問 生活機能評価の満年齢と特定健診の年度末年齢の違いで混乱します。

＜厚生労働省保険局＞

特定健診と生活機能評価を同時実施で行おうとする場合には、生活機能評価は年度中何度でも実施できることになっているので、65歳到達後に両健診を実施していただくことが望ましいと考えている。特定健診・特定保健指導は1

回で完結するものではなく完了までに一定期間を要するということもある。また年度単位で実施率も算定し把握・管理していく必要もあるの

で、対象者を定義する年齢要件については、どうしても年度単位とせざるを得ないところがあるご理解いただきたい。

印象記



理事 玉井 修

12月23日天皇誕生日の休日を利用して東京駒込にある日本医師会館において開催された都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会に日帰りで参加してきました。13時から16時までという時間設定からも、この協議会がいかに多くの問題、協議事項を含んでいるかが推察されます。日本医師会館に入った時には、すでに各県からやって来た特定健診担当理事の皆さんが詰めかけ、少々騒然としたムードの中協議会が開催されました。まず驚いたのは配布資料の多さです。各県から提出された質疑事項が余りに多すぎて收拾がつかなくなり、配付資料として流しながら補足説明のために様々な添付資料が付けられたため膨大な資料となっていました。私と一緒に参加した大山常任理事も少々困惑気味に分厚い資料に目を通しておられました。日医からの詳細な解説も、詳細であればあるほど何だか煙に巻かれたような気になり、顧問弁護士や日医総研の解説になるとフロアからの直接のやり取りはほとんど不可能で、壇上からの一方的な解説に終止せざるを得ない状況となりました。単価設定やデータ処理など実務運営上の問題はもちろんですが、特定健診の意義そのものに対する根本的な疑問が各県から寄せられ、これに対する明確な回答が出来ない現実特定健診のこの一年間の迷走を象徴する様でした。もとの基本健康診査に戻って欲しいというフロアからの訴えに、期せずして起こった会場全体の拍手はいったい何だったのでしょか。特定健診は後年時代の遺物として語られるものになってしまうのか、そんな感慨を抱きながら長い長い会議を終えて、疲労感を覚えながら帰路につきました。帰りの飛行場までの途中、大山常任理事の奢りでお蕎麦を食べながらビールを一杯ご馳走になりました。今できることをやっていくしかないですね、そんな事を言いながら師走の東京を歩いていました。クリスマスソングを合唱する団体を遠巻きに眺めながら、コートを着けていても寒さが身に染みてきました。

平成20年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

理事 宮里 善次



去る12月4日(木)日本医師会に於いて、標記連絡協議会が開催されたので報告する。

はじめに、唐澤祥人会長から「本連絡協議会は、日医勤務医委員会、全国医師会勤務医部会連絡協議会と併せて、日本医師会が勤務医の抱える諸問題への取り組み、検討していくための大きな柱の一つであり、大変重要な会議であると認識している。また、今年度は医師の団結をめざす委員会、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会を新たに会内に設置し、委員会の組織力強化に向けた勤務医・女性医師の意見が会務に反映される体制づくりや勤務医の心身の健康を幅広くサポートする対策などについて検討いただいているところである。

昨今の医療を巡る過酷な環境を改善し、医療のあるべき姿を実現していくためには、勤務医や開業医といった枠組みをこえて、一人一人の医師が、医師会を中心に団結し、国民と共に一つの大きな力として発信・行動していくことが

重要である」とあいさつした。

報 告

(1) 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

①平成20年度報告(千葉県医師会)

千葉県医師会池崎良三理事より、「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来—今こそ求められる医師の団結—」をメインテーマに、平成20年11月22日(土)千葉県浦安市 東京ディズニースー内 ホテルミラコスタに於いて標記連絡協議会を開催した。全国より多数の先生方にご参加いただきこの場を借りて感謝申し上げる。

②平成21年度担当医師会(島根県医師会)

次期担当県である島根県医師会田代收会長より、来年の開催期日について報告があった。

期日：平成21年11月28日(土) 10:00

場所：松江市内 一畑ホテル

協 議

テーマ：「医師の大同団結を目指して」

(1) 都道府県医師会からの勤務医活動報告

①北海道医師会 北野明宣常任理事

北海道では医師不足・偏在の影響で地域医療が崩壊寸前となり医師確保対策が喫緊の課題である。本年、北海道からの要請を受け、北海道病院協会とともに実施主体として、医師確保の困難な医療機関に緊急臨時的に医師を派遣する「緊急臨時的医師派遣事業」を展開している。

具体的には医師派遣が可能な民間病院や診療所に派遣元医療機関として予め登録し、医師が不足している地域の医療機関からの派遣依頼を受け、実施主体と北海道で構成する運営委員会で派遣を決定している。本年6月から11月までの期間に派遣した医師数は延べ389名、月平均65名である。派遣元医療機関に対する報償費は日額50,000円である。深刻な医師不足により医療提供が困難な地域を支援するため、病院勤務医のシフトの工夫や診療所医師の休診日など、時間を作ってもらい協力して貰っている。

②大阪府医師会 大笠幸伸理事

大阪府では昭和39年に勤務医部会の前身である勤務医委員会が設置され、昭和48年7月勤務医部会が発足した。発足当時の勤務医会員数は3,451名であったが、平成20年9月末現在1万人(10,077人)を突破した。部会の役員構成は、部会長1名、副部会長3名、常任委員若干名(H20年度は43名)、顧問若干名(H20年度は5名)、参与若干名(H20年度は3名)となっており、毎月2回(第2・4火曜日)常任委員会を開催している。また、府内それぞれのブロック(11ブロック)において年間2～4回、ブロック委員会を開催、ブロック合同懇談会を毎年3箇所で開催している。今年度事業計画では、1) 部会組織の充実、2) 学術研究の推進、3) 地域医療崩壊を防ぐための諸施策の検討、4) 医療制度の研究と研修、5) 勤務医環境改善の推進、6) 医療安全対策の推進、7) 勤務医生涯教育の推進、8) 医療機関連携の推進、9) 福利厚生事業の推進、10) 各地勤務医部会との連携を掲げている。

③鹿児島県 野村秀洋常任理事

鹿児島では会員の63.6%(全会員3,917名、勤務医2,488名)を勤務医が占めている。勤務医会員数のこれまでの増加要因として考えられるのは、毎年4月鹿児島大学医学部医員採用(研修医)ガイダンスにおいて県医師会長が医師会の事業内容や医師賠償責任保険制度などについて特別講演を行っていることがあげられる。会長が直に大学に出向くことで、医学部との連携が強化され、医局入局後、医師会への入会の流れが確立されている。加えて、年会費も12,000円と入会し易い環境となっている。さらに、会長選挙が直接選挙であるため、会員であれば1票持つことになり、勤務医の意志反映は十分果たされる状況にある。

入会後の勤務医支援策では、①医師信用組合の利用(各種ローン、保証人不要の低金利2.115%)、②勤務医生活協同組合の利用(各種保険等の割引)、③医事紛争への保障制度などの対応を行っている。また、県医師会勤務医委員会の活動を通し、勤務医を取り巻くさまざまな問題について協議・検討を行い、各種講演会などを催している。

しかしながら、平成16年4月から必修化された医師の新臨床研修制度の煽りを受け、近年、勤務医数は年々減少傾向にある。県外に出る若い医師が増えつつあることから、臨床研修医と県医師会長との対話集会なども行っている。

(2) 協議(意見交換)

日医勤務医委員会池田俊彦委員長の進行のもと、本日のテーマである医師の大同団結を目指して、予め秋田県、岐阜県、広島県、三重県医師会より寄せられた質問や意見についてそれぞれ説明があり、本日のテーマである医師の大同団結を目指して、協議(意見交換)を行った。

①診療参加型病診連携

(秋田県医師会：坂本哲也常任理事)

平成17年度より医師不足に伴う地域医療崩壊の打開策として、開業医が基幹病院に出向き診療を行う「診療参加型病診連携」を実践している。具体的には、8医療圏のうち3医療圏の

3 郡市医師会がそれぞれの基幹病院において、休日の救急外来業務や休日の小児科救急診療、平日の夜間救急業務などを行っており、この体制の充実を図るべきと考えている。

- 広島県医師会の高田佳輝常任理事から、電子カルテに溶け込めない先生方への対処法について質問があり、秋田県坂本常任理事から、完全な電子カルテではなくオーダーリングシステムを採用しており、一部の先生方は紙ベースで対応して貰っている。事前に2～3時間程度レクチャーを行えばある程度問題はクリア出来ると回答があった。
- また、宮城県医師会の藤田直孝常任理事から、折角来て貰った先生方が負担を感じないようメディカルクラーク等の準備をすることにしている。また、秋田県が推奨する診療参加型病診連携システムが全国に広がればかなりの成果が期待できるため、日医の積極的な働きかけをお願いしたいとの要望があった。同じく、宮城県医師会の橋本省常任理事から、病院でのオーダーリングといっても都心部、郡部、それぞれの規模によってやり方やシステムが違う。その地域にあった解決策があると思うので、試行錯誤、検討が必要であるとの意見があった。
- 日本医師会勤務医副担当の木下勝之常任理事から、都市部では休日診療も互いに譲り合ってしまうのが現状。しかし、秋田県のような取り組みが成功例としてあるので、是非、各県でも積極的に取り組んで欲しい。日医も全面的にサポートし取り組んでいきたいと述べた。

② 医師の大同団結を目指して

(岐阜県医師会：臼井正明常務理事)

医師不足対策の1つとして病院の集約化の問題について、都市部での集約化は必要だが、地方ではむしろ地域に分散している方が安心で望ましい。集約化の現状を見直し、少しでも中央と地方の格差がなくなるよう対策を考えていかなければならないと思う。

- 医師の大同団結について、茨城県医師会の伊

藤良則常任理事は、出来るだけ多くの勤務医に医師会に入って貰うことが肝要。そのためには入りやすい仕組みが必要であると述べた。また、京都府医師会の上田朋宏理事は、京都では地方で頑張っている先生を講師に迎え、医師会主催による講演会を行うことで、勤務医の先生との交流する場を提供することを医師会が担っていると説明した。

- 静岡県医師会の武井秀憲理事は、若い医師は基本的に医師会を見ておらず、メリット論でしか物事を考えない。彼らに目を向けさせるためには、勤務医に主体性を持たせてあげ、行動を起させることが必要である。勤務医が地域のための仕事をし、なお且つそれで良い収入が得られるような道を真面目に考えてあげたら良いと思うと述べた。
- また、私(宮里)から沖縄県医師会主催の医学会(年2回開催)が、研修医等の若手医師の発表の場として定着していることを紹介。そのことが勤務医の医師会入会増の一因になっていることを説明した。

③ 事故調査委員会について広い視野から議論をするべきではないか。

(広島県医師会：高田佳輝常任理事)

厚生労働省が創設を目指す医療安全調査委員会(仮称)第3試案並びに大綱案について、あまりにも未解決な問題が多く、議論不十分と考えている。加えて、多くの医療現場の医師達からも反対の意見が相次いでいる中、日本医師会では各県医師会を対象としたアンケート調査や日本医学会の意見交換会を通じて賛同者多数という結論に導こうとしている。日医は16万医師会員を代表する団体であり、将来の医師のために力を発揮すべき組織である。反対の意見を無視し、厚労省に追従することは理解に苦しむ。

拙速に結論に走るのではなく、民主党や全国医師連盟、パブリックコメントなどの意見も参考にし、悔いのない制度を作って頂きたい。

- 宮城県医師会の藤田直孝常任理事から、試案の練り上げに日医勤務医委員会があまり参画なされていないように感じる。非常に大きな

問題である。勤務医の総意を反映させるためには、少なくとも日医という組織の中で言えば、この勤務委員会から人材を派遣し、議論して欲しいと要望があった。これに対し、池田俊彦日医勤務医委員長は、従前、本委員会は会長からの諮問案についての討議が主であったが、今期からこの様な重大な問題については議論することになっており、来年1月開催の委員会でこの問題を取り上げることになっていると説明があった。

- 福井県医師会大中正光副会長、神奈川県医師会増沢成幸理事、宮城県医師会藤田常任理事からは、「重大な過失」の解釈について、範囲が曖昧で、明確な共通見解がないまま事が進められることを指摘し、熟慮して進めるべきと訴えた。
- 鹿児島医師会の野村秀洋常任理事は、異状死を警察へ届け出た経験を踏まえ、勤務医が救われるためには医師法21条の改正以外にない。警察からは犯罪者扱いされ、証拠保全も行われる。自分の主張も全く通用しない。調査委員会に医師が関与することによって、今の仕組みが変わると思うので、早急に作るべきだと訴えた。また、埼玉県医師会の谷本秀司常任理事からも県下会員が異状死を警察に届け出たところ、鹿児島県と同様な扱いをされたことをあげ、異状死の問題だけに限らず、ノーフォールトの問題もあるので是非進めて欲しいと訴えた。また、福岡県医師会の家守千鶴子理事からは、療養型病床群で患者さんが転倒し1ヵ月後に逝去。保健所へ「警察に届けるべきか」を相談。「必要なし」との回答を得ていたにも関わらず、半年後に警察が21条を立てに連行、翌日の新聞に記事が掲載された。21条に関しては届け出をしなかっただけで引っ張られることもあり得ることをご承知おき頂きたいと述べた。
- 日医木下勝之常任理事は、医療事故に対する刑事訴追の誤った流れを正すには、医師法21条を改正しなければならない。警察に代わる届出機関として医療安全調査委員会を設置することが不可欠である。これまで警察が業務上過失致死罪の容疑として検察に届け出た件数

は年間約90件。そのうち起訴になるのは2～3件しかない。これから調査委員会へ届け出る仕組みになったとしても、判断は調査委員会に委ねられているため、これまで現状で起訴されている件数と同程度になると見ている。あまり言いたくはないが、医療事故を除外するためだけに、刑法は変えられない。「普通の過失」と「重大な過失」からなる業務上過失致死を、これからは調査委員会の判断で「重大な過失」のみ警察へ届け出るといった仕組みとした方が良い。司法界の言葉である「重大な過失」を、医療界の言葉で判断するならば「標準的な医療から著しく逸脱した医療」である。これは実質的に刑法を変えることに相当するものである。是非、警察への届出に代わる医療安全調査委員会の設置の実現に向けてご理解賜りたいとお願いした。

④勤務医の待遇改善について

(三重県医師会：齋藤洋一理事)

勤務医の劣悪な労働環境と待遇について、今春の診療報酬改定時に、病院勤務医負担軽減策として、約1,500億円の財源手当がなされるも、施設届出要件は厳しく、地域中核病院では届出困難な状況で、何ら勤務医の負担軽減策に繋がっていない。

直接、勤務医のドクターフィーに還元される方策はないか。

- 日医勤務医委員会の本田宏委員は、大同団結を目指していくには、医政のあり方と医療安全調査委員会設置法などの現場の意見を汲み取ることが大きなポイントだと思う。次回の選挙で医療費を引き上げ、勤務医を守る政党に投票できるように医師会が行動すれば大同団結が可能となると述べた。
- まとめとして、三上常任理事から、医師会の組織率向上のため方策については「A2C会員」という医賠償保険制度を創設し、集約化の問題については、臨床研修制度の見直しを現在検討し始めている。加えて、医師不足・偏在の実態調査、或いは医師確保に向けてのアンケート調査も現在集計中である。また、

勤務医の処遇については、診療報酬が一番大きな問題であり、現況社会保障費の自然増に対する2,200億円の機械的削減の撤廃に向けたロビー活動を行っているところである。最後に、医療安全調査委員会設置を巡る問題については、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の範囲の確定について、過去の事例を参考に分析しながら徐々に整理していくことにしていると締め括った。

千葉宣言

医療費抑制政策は勤務医に過重な労働を要求し、さらに国民の過大な期待は、はなはだしく勤務医を疲弊させています。そのために病院を去る医師はあとを絶たず、医療崩壊はますます深刻な状況です。

この状況を一刻も早く改善し我々にとって魅力ある職場を取り戻し、明るい明日の医療を築くため次の宣言をする。

- 一、勤務医の劣悪な環境を改善するため政府は直ちに医療費抑制政策をやめ、診療報酬制度の早急な見直しを求める。
- 一、国民の求める高い医療水準を保つため、医師の計画的増員を求める。
- 一、医師が安心して診療に専念できる法的整備を求める。
- 一、そして、我々勤務医は医師会活動を通し、住民と共に地域のより良い医療体制を築いていく努力を続ける。

平成20年11月22日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・千葉

印象記



理事 宮里 善次

平成20年12月4日に日本医師会館において都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会が行われた。千葉県医師会による平成20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会報告と“千葉宣言”が報告された後に、「医師の大同団結を目差して」をテーマに北海道、大阪、鹿児島が報告され協議が行われた。北海道は大学医局による医師の引き揚げなどにより、地域医療は崩壊寸前となり、医師確保は喫緊の課題となっている。

北海道と北海道病院協会が一緒になって「緊急臨時的医師派遣事業」を立ち上げ、医師確保のままならない医療機関に医師派遣を行っている現状が報告された。半年間に延べ389名、月平均65名の派遣状況が示されたが、その多くは民間病院から公的医療機関への派遣だったのが、印象に残った。

大阪府医師会から勤務医部会の活動内容や事業計画が報告されたが、最後に公的医療機関の1病院の現状が追加報告された。大阪府の厳しい財政状況をふまえて、医師手当が一律5%カットされたこと、若手と中堅、ベテランの給与差が少ないこと、眼科医や耳鼻科医、整形外科医が全身管理に自信がないことを理由に、当直に責任を持ってないと退職するため、医療レベルを維持するために、彼等を当直からはずして残りのメンバーで頑張っていると云う現状を聞くと、公的医療機関で働く勤務医の責任の強さと過酷な実体がひしひしと伝わってきた。

唐澤会長は挨拶の中で「現状の医療危機に対応するには、勤務医や開業医といった枠組みを超えて、一人一人の医師が医師会を中心に団結し、行動していくことが重要である」と述べられたが、公務員医師の過重労働と疲労困憊ばかりが浮かび上がってくる報告であった。

秋田からは病院の時間外を診療所の先生方が手伝い、勤務医の負担軽減になっていることが報告されたが、我が県でも中期展望として議論される事案と思われる。その他、公務員医師をいかに医師会員にとりこむか、事故調査委員会に関すること、勤務医の待遇改善などが提案されたが、時間ぎりぎりの提案であり、白熱した議論に至らず、妙案もなく宿題となった次第である。

平成20年度第2回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



みだし会長協議会が去る1月20日（火）午後2時20分から日本医師会館（1階 大講堂）で開催された。

当日は、羽生田常任理事の司会により開会の辞があり、唐澤会長の挨拶の後、各都道府県医師会から提案された10題と日本医師会からの提案議題3題（報告）を含め、計13題について協議が行われたので、概要について報告する。

協 議

(1) 決算審査システムの構築について

(石川県)

<提案要旨（抜粋）>

現在の日本医師会の決算報告は、毎年10月に開催される臨時代議員会における決算書報告に基づき、主な項目が説明され、当日設置される決算委員会に付託され、1時間程度の審査を経て代議員会に委員長報告がなされ承認されている。

決算審査にもう少し時間をかけて事業内容、

評価等に審議がなされ、その内容が必要に応じ次年度以降の事業にも反映され、また会員等にも分りやすく周知できるような、そういった仕組み・システムを構築されればいかかと思いますが、日医のお考えをお伺いしたい。

【今村聡常任理事回答】

現在のシステムの中でできることはやっていきたい。第一点は、決算資料は事前に送付しているので、ブロックの質問を集めてそれを決算委員会の中でお答えする方法。第二点は、内部資料である決算委員会の速記録を、広く会員に公開して見ていただく方法があり、この2点は直ぐにでも可能であると思っている。

決算委員会は、代議員会と併行して開催しているので十分な時間が確保できない面があり、新たな審議体制として、決算承認後に次年度予算に向けて検討する方法がある。その場合複数回開くのは厳しいので、開催するにしても、半日程度の審議で1～2回程度開くような形になると思う。

それから決算の承認前の審議については、代議員会の決算承認前に審議内容を公表することができない。又、代議員会から独立した委員会を作ると代議員会の決算委員会と齟齬が生じる可能性もある。決算委員会委員は代議員会議長が指名するということもあるので、現実的には決算の承認後議論される場が必要であると思っている。

又、公益法人制度改革の定款変更の中で、会計監査人を設置して決算は代議員会の報告事項とする方向で検討している。その場合は、今まで以上に決算審議が十分尽くされないとと思われるので、この場合には改めて委員会を設置する必要があるかと思っている。公益法人制度改革の中で決算の委員会についても議論していきたい。

(2) 全国健康保険協会の「保険者機能強化アクションプラン」への対応について
(滋賀県)

<提案要旨(抜粋)>

全国健康保険協会が策定した「保険者機能強化アクションプラン」には、医療提供者として看過できない内容も含まれていると思われるが、日本医師会はこのプランに反対されるのか、是々非々で対応されるのか、お考えをお示しいただきたい。また、この「保険者機能強化アクションプラン」を超える国民を納得させられるプランをお持ちなのか併せてお尋ねします。

【藤原常任理事回答】

アクションプラン全体は想定内として捉えており、日医としては是々非々で対応することになる。プランの各項目についてコメントを述べさせていただきます。

1) 地域の医療分析の推進について

従来、社会保険庁が保険者機能の役割を果たしていたが、昨年10月から政管健保は全国保険協会(民間)となった。協会健保としても保険者機能を果たす必要が迫られていると考えている。保険料率の設定は健康保険法により都道府県別に設定することが可能となっているが、都道府県別の料率を設定する上で医療費につい

ても予算内で変更が可能である。都道府県別の医療費の分析は行わなくてはならないものと考えている。ただ、地域医療費の分析として、都道府県別の診療報酬点数に繋がるものは中医協の中で反対していく。

2) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進により、削減額については社会保障のシーリングに昨年度約220億円、21年度予算シーリングにおいても230億円の削減が計上されている。国として平成24年度までに後発医薬品のシェアを30%にするという目標であるので、今後とも続いて計上されるのではないかと思う。この問題は余り反対すると参照価格制にも結びつくことが懸念されるので、正面きっての反対は難しいと思っている。

3) インターネットを通じた医療費通知の実施

医療費通知の実施については、紙であろうがインターネットであろうが内容が一緒であれば問題ないと思う。厚生労働省の通知内容が変わらないよう確認していきたい。

4) 保健指導の効果的な推進

特定健診及び保健指導については、必要な被保険者への保健指導は100%目指すべきと思う。その保健指導等については、医師会及び医療機関は積極的にこれに参加すべきである。日医として特定健診の受診率向上のため事前申告における受診券発行の廃止や特定保健指導の医師会等への業務委託を申し込んでいるところである。

5) 中医協等関係方面への積極的な発信

これまで全国健康保険協会から中医協には、支払い側委員として県の代表が参画していた。これまで発言はあまりなかったが、今後、問題となる項目が追加されるようなことがあれば対応していきたい。

質疑では、保健指導への動きが不十分であり、日医では今後保健指導の実践に関してキャンペーン等を強めていく考えがあるのかとの質問があった。内田常任理事からは、保健指導は取組が非常に遅れている。今後実施率も問題になってくると思うのでこれからの取組んでいき

たいとの説明があった。又、2～3年前までは処方箋に後発医薬品の加算があった。その影響も考えられるが、それを復活させる考えがあるのかとの質問には、診療報酬検討委員会の意向も確認してから対応していきたいとの回答があった。それから後発医薬品に関して問題になっているのは、保険点数がつかなくなったから使わないということではなく、先発医薬品と後発医薬品の内容を危惧するところが問題となっているわけであり、日医はこのことを強く指摘してもらいたいとの要望が出された。

(3) 特定健診と高齢者に対する健診について (鳥取県)

<提案要旨 (抜粋) >

特定健診を初年度実施した上での問題点を踏まえて、廃止を含めた今後の見直し並びに高齢者に対する健診のあり方について日本医師会の考えをお伺いしたい。

【内田常任理事回答】

75歳以上の後期高齢者の健診については、特定健診の対象ではなく広域連合の努力義務という規定になっており、健康診査を実施することになっている。ご指摘のとおり生活習慣の改善による疾病予防よりもQOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないというための介護予防が必要になっている。一方で生活習慣病等の疾病を発見・予防するための健康診査についても重要であると認識している。又、厚生労働省においては、特定健診、特定保健指導に関する健康対策の要望ということで、昨年11月決裁及びデータ送受信に関するワーキンググループが再開された。その中で関係者が集まり取組状況を確認した上で課題について整理し、解決策について協議を行った。その内容については都道府県医師会との連絡会議を開催し、いろいろと周知を行っているところである。

今回調整できなかった課題等については厚生労働省において健康局、保険局それぞれの検討会を設置して引き続き協議することを要望している。高齢者に対する健診のあり方について

は、現在日医の公衆衛生委員会において疾病予防対策の将来展望について、会長諮問で検討を進めているところであり、今後ご指摘の点を踏まえて検討していきたい。

(4) 特定健診・特定保険指導について

(埼玉県)

<提案要旨 (抜粋) >

特定健診は、保険者に義務づけられた一定の検査項目であると考えるが、市町村国保では、上乘せ項目が追加されている。今後特定健診を続けていくのであれば、いわゆる上乘せ部分については一般衛生部門で行うべきものではないか。特定健診により埋没してしまった必要な検査項目を復活させ、がん検診も含め早期発見を目的とした二次予防対策健診を一般衛生部門で行うべきではないか。

尚、当日日本医師会より回答いただく前に、埼玉県医師会で実施した下記アンケート調査結果の資料配布があり、吉原会長よりアンケート結果の内容について説明があった。

①特定健診満足度調査

(対象：特定健診受診者 1,518名)

②特定健診受診者数等調査

(対象：埼玉県都市医師会担当役員 36名)

【内田常任理事回答】

特定健診の健診項目は、従来の老人保健法に基づく基本健診の項目と大きな違いはない。しかしながら従来の基本健診では地域の実情等に応じて市町村が独自に検診項目を追加する、いわゆる上乘せ健診にあるような健診項目の追加というのがあった。今回の集合契約のBパターンにおいては、健診の項目を統一する必要があるということから、被用者保険、被扶養者については特定健診項目のみの実施となり、検診項目が減少したという印象をお持ちの方が多いと思っている。日医では詳細健診項目を基本健診項目に含めること。又、血糖検査は空腹時血糖とヘモグロビンA1cを基本健康診査健診項目として、全員に実施するというを先般開催されたワーキンググループにおいて要望してい

る。上乘せ項目を一般衛生部門で行うべきとの点についてはご指摘のとおりであると思う。市町村国保加入者について、独自の検診項目が保険者負担により追加され、一方で健保組合あるいは共済組合等の被扶養者については、特定健診項目以外の健診が実施できない場合には加入している保険によって受けられる健診項目が違うということになり、同じ地域住民の中で格差がでることになっている。従って、上乘せ項目の部分については全地域住民に対して市町村の一般衛生部門が実施すべきであることをいろんな場面で説明している。又、がん検診については平成20年3月に取りまとめられた公衆衛生委員会の答申において、保険制度の中で運用する制度についても提言されている。今期も疾病予防対策の将来展望についてという会長諮問でより具体的な検討をお願いしている。

特定健診、特定保健指導が目指す予防重視の方向性は間違ったものではないと考えている。しかし、メタボのみに焦点を絞ったものではなくがんやその他の疾病対策、たばこ対策等を含めた総合的なシステムを構築すべきであると考えている。

質疑では、我々の要望として一般衛生部門に集約して欲しいということ。また現場の声として手続きが煩雑で通知が2回送られてきて混乱があり、住民に対する通知を一本化してもらいたいとの要望があった。内田常任理事からは、ワーキンググループの中で全て課題を出してあるので、4月に開催する検討会の中で取り組んでいきたいとの説明があった。

(5) 医療介護の充実による景気浮揚対策について (山口県)

<提案要旨 (抜粋) >

医療・介護への公費投入による経済波及効果を検証して国民に示すことができれば「医療亡国論」の呪縛から脱却できると思うが如何か。厚生労働省が社会保障関係の産業は他の経済波及効果が大きいといい始めたこのときこそ、大

きなチャンスではないか。

【中川常任理事回答】

ご指摘のように政府も医療や介護分野の経済波及効果について言及するようになってきた。経済財政諮問会議は今年の1月6日に公表した経済財政の中長期方針と10年展望の中で医療介護サービスを成長が期待される分野として育成していくと明記している。最近のデータから更に試算をしながらと医療介護には公共事業を大きく上回る非常に高い雇用創出効果があり、政府がこのことに言及するようになったことは評価すべきである。財源の手当てなくして雇用を支えることは困難である。

日医として、地域医療の崩壊が進む中で次期改定は大幅に診療報酬を引き上げ医療介護が雇用をそして国を支える好循環体質の根幹になることを目指すべきと考える。地域医療の再生のための財政措置を改めて主張し財源を確保することが執行部の責務であり、今年年末の診療報酬の改定率の決定まで正念場の1年になると認識している。ご指摘の雇用を中心とした医療介護分野の経済波及効果を強調しながら基本方針2009における社会保障費年2,200億円の機械的抑制の撤回、そして健全な医療提供体制を支えるための医療財源の確保を目指し全力を傾注していきたい。

質疑では、提案者の介護従事者の離職に対する政府への働きかけについて依頼があり、今回の景気対策で10兆円投入方針が出されているが、その中で医療に関わる兆単位の施策があれば教えてもらいたいとの質問があった。中川常任理事からは兆単位の数字はない。ただ緊急対策はいろいろ含まれていると思うが、日医が目指しているのは緊急対策ではなく恒久的な安定財源に医療介護の底上げを目指して進めているとの回答があった。

又、社会保障国民会議の答申について評価できる点と問題点について質問が出され、中川常任理事から社会保障国民会議が医療費に転換したことは評価している。ただ国民会議は切り口が違い平均在院日数を短くして在宅と急性機関

病院に特化して集中と集約でやっていこうとしているので注意しなければいけない。又、国民会議で議論された時点では雇用不安、経済危機は想定されてなかった。消費税については、既に使われるべき財源が5、3兆円不足しているので引き上げた財源はそこに充当されることになる。やはり特別会計の見直しを更に進めていく必要があるとの説明があった。

最後に准看護師養成費用について、国がもっとサポートすることによって医療へ雇用を確保できるということを主張して予算を確保してもらいたいとの要望があり、羽生田常任より看護師・准看護師養成の補助については毎年要望しているが、引き続き強く要望していきたいとのコメントがあった。

(6) 医療類似行為の療養費について(愛媛県)

<提案要旨(抜粋)>

- ①柔整師の施術療養費の透明性確保
- ②「受領委任払い制度」の中止

【藤原常任理事回答】

①について、行政は施術療養費の額を積極的に公表していないが、問い合わせすれば公開していく状況にある。ちなみに平成18年度では柔道整腹師の療養費は3,212億円で対前年度比3.7%増である。鍼・灸が207億円(15.6%増)、マッサージ282億円(17.1%増)となっている。診療所を科別にみると産婦人科の2,496億円、皮膚科2,856億円、小児科3,430億円、耳鼻科3,740億円とこれに匹敵するような額である。ご指摘のようにこの額は推計値である。医療費の透明性を確保するための方策としてご指摘いただいた医療類似療養費に対する社会医療行為別調査については積極的に検討していきたい。

②について、受領委任払い制度の歴史は古く、昭和11年に各都道府県の柔道整腹師と政管健保との協定で料金を定め委任払い方式を採用したもので、それ以来現在に至っている。この制度を中止させることは、政治的な意味合いもあり中々難しい面がある。この他の問題として専

門外の医師が安易に同意のサインをしてしまう問題もある。医師の教育も必要で医師が仕組みを理解してもっと自粛すべきではないかと思う。それから保険者による被保険者への教育も健保組合等でやっているが、未だ不十分だと思っている。日医としては施術療養費の請求問題について方策を厚生労働省に要求していきたい。

質疑では、将来の国民医療費に占める割合、養成校が増えている現状、更に卒業生の増加等の問題取り上げられ、医療費が一般診療所の中に参入されていることから、一診療所の平均収入が増えているという誤解を生む要因でもあり、透明性という面から区分してもらいたいとの要望が出された。又、受領委任払いが政治的に難しいということであれば、学問的な見地から取り組んでもらいたい。打撲、捻挫に関して定義を是非はっきりさせてもらいたい。医師の同意書について、啓蒙ということであるが専門医師の同意書でなければならないということになっており、これが完全に無視されているので、この2点について早い機会に検討してもらいたいとの要望があった。藤原常任からは日医として取り組んでいくので、各県でも啓蒙についてはしっかり進めてもらいたいとのコメントがあった。

(7) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正、施行に伴う疑義について(北海道)

<提案要旨(抜粋)>

1. 医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして届出により病床を設置した診療所について、届出後その診療所が当該要件に合致しなくなった病床を転用した場合、病床過剰圏域においても既存病床数がなし崩し的に増加できることになる。現状においては、行政指導として病床の廃止を指導することになるが、行政指導に委ねるとなると、都道府県で判断が異なることも想定されることから、医療法上の処分規定を設けるか、都道府県が同一の基準で判断で

きるよう、日医から厚生労働省に見解を求め
るべきと考える。

2. 北海道保険福祉部では、厚生労働省への確認を踏まえて、同一の第二次医療圏内で複数の病院または診療所を開設するものが、その病床を移動する場合における開設許可申請については、医療法第30条の11の勧告対象としない、との判断をしている。

同一の二次医療圏内の病床数は不変であっても、病床移動に伴う医療機能に変更が生じれば、医療計画に基づく医療提供体制の確保が困難になる。都道府県の医療審議会ですら判断が出る可能性があるため、国の統一見解を求める必要があるのではないか。

【三上常任理事回答】

1については、ご指摘のように医療法や関係法令、厚生労働省の通知の中で、当取り扱いについての具体的な規定がない。特例については、診療所の一般病床に限ったものであり、その診療所が在宅医療、僻地医療、小児周産期等、地域に特に必要かつ医療計画に記載されることを条件に医療審議会の中で認められることになっている。従って、条件と異なる病床への転用は認められないとも考えられ、要件に合致しなくなった場合には、都道府県が行政指導を行うこととなっている。この点について、厚生労働省に対し各都道府県における行政指導を更に徹底するよう求めている。

2については、平成18年12月末までに設置されていた有床診療所の一般病床について、特定病床という名称で基準病床数制度の適用外とされ、既存病床数にはカウントされないということになっている。

北海道医師会の意見は、同一の開設者が同じ医療圏の中で、複数の医療機関を有している場合に、それらの診療所あるいは病院の間で、病床を移動させた際に起こる地域医療の混乱を懸念しているものだと思う。この件についても同様に医療法や関係法令、厚生労働省の通知の中で具体的な取り扱い規定は存在しない。ご指摘のように勧告を行うかどうかについては、あくまで

都道府県の地方医療審議会が判断することになっている。この点について、厚生労働省指導課へ確認したところ「医療計画推進の観点から都道府県の医療審議会において、地域の実情に応じた判断をしていただいている」とのことであったが、地域医療に混乱を招かないように国としての一定の配慮が必要ではないかと考えている。

北海道医師会がご指摘の根幹は、現在病床規制が病床種別によって行われており、小児救急であるとか、周産期・僻地と言った医療機能に着目していないところに問題があると思う。また、これについて全国の統一基準が必要であるのか、あるいは地域の実情に応じて都道府県で判断することが良いのかについては、各県において見解が異なると思うので、日医あてに各県からご意見をいただければと考えている。日医の病院委員会で医療提供体制の検討を行っているので委員会の検討も踏まえて対応していきたい。

質疑では、提案の宮本北海道医師会長代理から厚生労働省への強い働きかけを切にお願いしたい。また、現在の二次医療圏が生活圏と違った設定になっていることについて、地域の実情に合わせた医療圏の概念を日医として検討してほしいとの要請があった。三上常任理事から、二次医療圏の問題については、医療提供体制や医療計画の内容を含んでいるため病院委員会の中で検討したいとの回答があった。

(8) 妊産婦の費用負担について (新潟県)

<提案要旨(抜粋)>

厚生労働省は10月30日にまとめた追加経済対策に消化対策の一環として、出産までに14回受けることが望ましいとしてされている妊婦健診のすべてを公費で負担する方針を打ち出した。

現在、5回分については地方財政処置により市町村が負担しているが、残りの9回分については半分を国庫負担し、残りの半分を市町村が負担する方向のようである。そこで3点についてお聞きしたい。

1. この場合、市町村負担分については地方財

政措置とするのか妊婦健診に対する補助金の形態で使用目的を明確化する方針なのか。

2. すでに市町村では21年度予算編成の段階であるが、施行日は何時からと想定しているのか。
3. 助産所での妊婦健診も14回全てが公費負担の対象となるのか。健診に際しては、公費該当項目以外に検査を必要とする場合があり、公費負担はあくまで妊婦健診の補助金であることを厚生労働省に申し入れていただきたい。
4. 厚生労働省は平成21年10月から1年半の暫定措置で、出産育児一時金を子ども1人当たり4万円引き上げる。分娩施設が費用の明細を添えて保険者に請求した場合、保険者が審査支払機関を通じて各分娩施設へ直接支払う仕組みとする方針を明らかにした。この仕組みについて国保法や健保法の改正が必要か否かお伺いしたい。出産費用の現物給付化には反対であり、日医から強く要望していただきたい。

【今村（定）常任理事回答】

9回分の国庫負担分については、交付金として都道府県からの申請に基づき交付される見込みである。平成20年度中に都道府県では基金を造成していただき、この基金を活用し平成22年度末迄、都道府県は市町村に対し支出することになっている。残り半分の市町村の負担分については、国としては事業内容について地方行政に指示することが出来ない。使用目的を明確化することは非常に難しいとのことで、妊婦健診に対する補助金の形態として使用目的を明確化することはないと考えている。

本制度が円滑に実施されるためには、国庫負担分の交付と併せ、地方財政措置される市町村負担分の支出が非常に重要になってくる。日医も厚労省担当課と緊密な交渉を行っていくが、各県郡市区医師会においても行政に対する積極的な働きかけをお願いしたい。

平成20年度の第2次補正予算は1月13日に衆院で可決されたが施行は予算関連法案成立後となっており、対象は補正予算成立まで遡及す

ると想定されている。第2次補正予算が参議院で仮に採決されない場合においても2月12日には自然成立する見込みであるので、早期の対応をお願いしたい。

次に、助産所での妊婦健診については、従来行われている基本審査のみが公費負担の対象になると考えている。診療機器を使用したり、医薬品を投与するなどの指示が出来ないため、14回全てが助産所での審査の対象にはならない。厚労省より標準的な健康診査の実施時期、回数および内容等が示される予定であるが、新潟県医師会の指摘のとおり公費該当項目以外に検査項目が必要になる場合がある。公費の負担はあくまで妊婦健診の補助の位置づけであることは、既に厚労省に確認しているところである。

出産育児一時金については、本年1月1日から産科医療補償制度の創設に伴い、現行35万円に産科医療補償制度の掛け金相当額として3万円が加算されることになっている。更に本年10月からこの一時金を2年間の暫定的な措置として4万円引き上げる予定となっている。

次に医療機関への直接支払いについては、新たな法定化、法改正ではなく、受け取り代理制度を推進する方向で検討されている。今回の引き上げに伴う、国庫補助の支給対象を医療機関等に直接支払う保険者に限ることにより、直接支払いを徹底することが検討されている。

続いて、現物給付の対応については、出産費用の現金給付および各分娩施設への直接支払いは未収金解決の一助となり、産婦人科に非常に利便性があり、産科医療補償制度に寄与する等の点から是非実現させていきたいと考えているが、出産そのものを保険給付とするのかどうかについては社会保障審議会の医療保険部会で検討することになる。

現時点では、厚労省としては保険診療にする意向は全くない様であり、あくまで現金給付の意向である。日医としても出産費用は現金給付であるべきで保険診療には馴染まないと考えており、現物給付には反対していく。

質疑では、産婦人科医師不足が顕在化する

中、現在、産科医の多くが若い女性医師であり、近い将来、彼女等が妊娠や出産育児休暇を取得した場合に、医師不足はより一層顕著になる。そのため、日医は職場復帰支援策の問題について、先進的に取り組んでいる諸外国へ現地調査に行つて欲しいとの要望があった。今村常任理事から重く受け止め、そういう方向で検討したいと回答があった。

(9) 日医は救急医療体制へのビジョンを国民に示すべきではないか (三重県)

<提案要旨 (抜粋) >

昨年4月1日の診療報酬改定で「病院勤務医の負担軽減策①」に外来縮小計画、外部の医療機関との診療分担の推進等を行うことにより、入院時医学管理加算が認められた。一次外来患者は診療所が受け持ち、紹介による二次医療と入院治療は病院が受け持つという原則推進するチャンスだと考える。日本医師会は病診機能分化と診療報酬配分を厚生労働省に提案していく努力が必要である。

【石井常任理事回答】

日本医師会では、地域連携のコーディネーター機能を持った救急医療システムの充実、また、各医療圏における日本型ERシステムの試行を掲げ、次の10項目をあげて連携と構築に務めている。

- (1) 地域医療の実情に応じた周産期医療、救急医療体制の構築と連携
- (2) 一般と専門領域の救急医療の連携構築
- (3) 妊娠期の疾患の特性に着目した連携構築
- (4) 総合周産期母子医療センターの機能強化、本来の役割への機能集中、空床確保策
- (5) 急性期医療後の患者を受け入れる後方病床、後方施設の確保
- (6) 周産期医療や救急医療情報システムの充実
- (7) 都道府県単位の救急搬送体制の確立と行政枠を越えた地域間連携の構築
- (8) 女性医師の離職防止策
- (9) 地域の開業医による初期救急の充実
- (10) 分娩を取り扱い診療所の堅持

以上、これらを主張しており、日本医師会ブランドデザイン2007各論においても救急医療のあるべき姿を提案。昨年4月に開かれた自民党「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」ヒヤリングでも基本コンセプトを提言した上で各都道府県医師会に報告を行った。

医療へのフリーアクセスのもと初期の救急外来患者は診療所や中小病院、紹介による二次医療と入院医療は中核的な病院等が受け持つという原則は引き続き大切だと考えている。この考えのもと日医では地域医師会等による初期救急医療への取り組みの支援等をこれまでも採用している。

診療所や中小病院が初期救急医療を担うためには、医師に対する救急処置医療研修が重要になる。その為、救急蘇生法の指針を全会員に配布しており、全ての医師を対象とするACLS2次救命処置研修事業を実施し、これまで延べ1万4千人以上の先生方に修了書を交付している。今後もこれらの活動を推進していかなければいけないと考えている。

次に、病診機能分化と診療報酬配分を厚生労働省に提案していく努力が必要との指摘であるが、診療報酬による施策には、財政中立論の中で平均在院日数短縮や病床削減等々の様々な問題との関係にも留意しなければならない。また、入院外来の役割分担は、医療へのフリーアクセスの堅持を大前提として進められる必要がある。ご指摘のとおり地域における医療連携体制と救急医療情報システムの整備を進めると同時に、地域住民に対して初期救急はかかりつけの医師や応急診療所へという原則を含めた救急医療の適正利用というテーマについて啓発活動を引き続き行う必要があると考えている。

日医でもこれまで定期的に啓発用ポスターを日医ニュースに折り込んでいる。今後も地域医師会の事例を参考にしながら、テレビCM、新聞広告などによる啓発活動はある一定の効果があったと考えているが、広報担当役員と相談しながら、住民啓発を含めた救急医療のビジョンについて今後とも国民に分かりやすい形で発信

していきたいと思っている。

提案者の中嶋三重県医師会長から、救急に関する会員の努力をテレビ等で強くアピールして欲しい。報道番組などを観ていると我々の努力が国民に十分に理解されていないのだと感じる。一次救急は診療所会員と中小病院が責任をもって引き受けていることを大きな声で発信して欲しいと要請があった。また、フロアーから全国における応急診療所数について照会があった。

石井常任理事から平成20年3月31日現在、応急診療所、休日夜間急患センターは516施設である。平成19年度に日医が実施した調査では90パーセントの急患センターに医師会員が強く関与していることが分かったと回答があった。

**(10) 先発医薬品と後発医薬品で承認されている
効能効果が異なる医薬品の使用問題
について (岡山県)**

<提案要旨 (抜粋) >

報道によれば、国は今後更に後発品使用促進に力を入れるようであるが、安全性、適応症の検討、メーカーに対する品質管理の徹底や指導などについては、殆ど手をつけていないのが現状と思われる。このような状況下で、社会保障財源捻出を目的に、医師を対象とする研修で使用促進を図ろうとすることや、レセプトのオンライン化促進により、このような不合理な減点が一層加速されることについて、日医のお考えをお聞きしたい。

【藤原常任理事回答】

後発医薬品については、国として平成24年度までにシェアを30パーセントにするという目標を立てているので、2回の診療報酬改定で続けて処方箋様式の変更がなされるなど、使用促進策が講じられている。我々医師サイドとしての基本的なスタンスは、先発であろうが後発であろうと医学的な判断に基づき患者に必要な薬剤を処方すべきであり、それは医師の裁量に任されていると思う。後発品がダメだと判断された場合には、変更可で処方すべきと思う。

国や後発のメーカーの対応について、平成

19年10月15日に、厚労省が示した後発医薬品の安心使用促進アクションプログラムでは、平成24年度までに後発品のシェアを30パーセント以上にするという目標達成に向けて、国や後発品メーカー等実施すべき安定供給、品質確保、情報提供等の取り組みが示されている。各項目において、達成すべき目標等が定められているので、後発品メーカーが淘汰されるような内容的に厳しいものと受け止めている。

このアクションプログラムの中で、先発医薬品と後発医薬品の効能効果等を一致させる対応がなされているが、特許期間中である等の理由により、後発医薬品が効能を取得できないものが現時点では内用薬は15成分存在している。

日医では、この後発医薬品リストについて、平成20年10月1日付の事務連絡で都道府県医師会社会保険担当理事宛に連絡させて頂いているところである。こうした物の存在を医療機関も薬局も情報として知っておく必要がある。しかし、医師としての留意事項として、薬局では処方箋に記載された量しか知りえないということもあり、患者の疾患名まで正確に把握することが困難である。

そのために、先発医薬品で後発医薬品を有しない処方に対する使用目的で、処方する場合には、当該薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなどの方法により、他銘柄への変更を禁ずるような指示が必要である。

また、処方箋の指示に基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更された場合や別銘柄への後発医薬品に変更された場合には、薬局から医療機関に出し、実際に調剤した後発医薬品の銘柄名に関する情報が提供されるのが基本であるので、保険適用上の問題があれば、直ちに指摘することが可能である。

これに対する日本薬剤師会の対応については、先発医薬品の効能効果等に違いがある後発医薬品リストについて周知を図っている。また、処方箋に変更不可の指示がなかったとしても、調剤にあたり異議が生じた場合には、処方照会する様指導している。従って、薬局から

処方のない物に対する疑義照会を受けた場合には、適切に医療機関としても対応されるようお願いしたい。

不合理な減点を未然に防ぐためにも、地区医師会においても薬剤師会と連携して貰えるようお願いしたい。

提案者の岡山県医師会長から品質管理のためメーカーへの薬剤評価試験の実施を国へ求めて頂きたいと要請した。その他、薬価の研究開発費における基準がおかしいとして、日本もFDAの様な品質確保を担保して欲しいと要望があった。又、ジェネリックの問題は偏向したテレビ報道から始まっており、国民の理解を求めため広報活動を是非PRして欲しいとの要望があった。

(11) 日本医師会表彰規定の改正について

(日医)

【羽生田常任理事報告】

平成18・19年度定款・諸規程検討委員会の答申結果を基に日本医師会表彰規定の改正文を作成し、去る平成20年12月2日開催の第25回常任理事会並びに、12月16日開催の第10回理事会で協議を行い、了承を得たので報告する。

なお、改正の内容は、最高優功賞受賞の必要年限の短縮（在任10年→6年）などであり、平成21年4月1日から施行することとしている。

(12) 産業医研修に係る指定法人制度の見直しについて (日医)

【今村（聡）常任理事報告】

現在、認定産業医制度の基礎研修会は、法令に規定されると共に国の指定を受けて実施している。

昨年国からの指定等に基づき、行政改革推進本部事務局を中心に事務・事業の見直しが行われ、産業医研修についても2つの規定が変更となったので報告する。

一つ目は、事務・事業及び指定基準の基本的な事項を法令で定めるとともに、その基準に係る詳細な事項を法令又は告示で定める。

二つ目は、主務大臣に対する報告に係る規定等を法令で定め、指導監督を厳格に実施する。

これを踏まえ労働安全衛生法令の見直しが行われ主な内容は、(1) 指定の基準、(2) 業務の委託、(3) 業務規程、(4) 事業計画の認可等、(5) 必要書類の備え付け、(6) 主務大臣による指導監督について省令に規定することになった。

産業医学基礎研修の実施者としては、日医と都道府県が規定しているが、見直しに伴う実施者の指定について省令で定めなければならなかったため、産業保健委員会のブロック代表の委員を通じ都道府県医師会の意見を伺った。その結果、現行のシステムにより近く、都道府県医師会の負担を極力増やさないよう検討を行った。結果、日医のみ指定を受けることで必要な手続きは日医が全て行い、都道府県医師会には日医から業務を委託するかたちで進めさせていただくことになった。これまでの変更点として「日医と都道府県医師会との間で実施要領に基づく研修実施の業務委託契約」の締結のみである。産業医研修の計画、申請、実施については従来どおり都道府県医師会で行うことになっている。

なお、本件に関連して日医産業医認定制度の実施要領を若干改訂しなければならないため、改訂については産業保健委員会において編成して頂くことになっている。

(13) 厚生労働省予算案における各種補助金について (日医)

【中川常任理事報告】

先般、厚労省医政局が説明にきた際の資料であるが、今年度の新規事業として、①救急医療を担う医師の支援、②産科医・産科医療機関確保のための総合対策など様々な補助事業が存在するが、補助率が10/10から1/2、1/3まで様々であり、都道府県や市町村、事業主が予算を付けなければ実施できないことになっている。

非常に予算が厳しい中で、都道府県、市町村に予め働きかけをしなければ、補助事業が十分に運用できないことがあるので、是非、ご検討頂いたうえで取り組んで頂ければと考えている。

沖縄県医師会広報委員会内規

(昭和56年3月18日委員会承認)

1. 沖縄県医師会報の目的

会報は、会員に対する会務の動静並びに、医療関係情報の伝達手段であるばかりでなく、会務に対する会員の意見提言及び文化活動、学術研究発表の媒体ともなる重要な会誌である。

更に会報は、本会の地域医療対策、その他について県民及びマスコミ関係者に広く情報を伝達広報することを目的とする。

2. 編集方針

- 1) 会報は毎月発行とし、必要あるときは号外を発行する
- 2) 記事は医学及び医療に関する記事
- 3) 日医、県医、地区医及び関係団体の活動に関する記事
- 4) 会員親睦に関する記事
- 5) 諸告知、事務局記事
- 6) その他広報委員会で認めたもの

3. 編集規定

- 1) 会報の編集は広報委員会で行う
- 2) 委員には地区代表者をもってあて、担当理事が委員長となる
- 3) 原稿の採否は広報委員会が決定するが、次のものは掲載しない
 - (イ) 無署名のもの
 - (ロ) 長文過ぎるもの
 - (ハ) 判読し難いもの
 - (ニ) 著作権にかかわるもの
 - (ホ) 個人的攻撃や中傷にわたるもの
 - (ヘ) 個人のプライバシーや名誉にかかわるもの
 - (ト) 道徳・法律に抵触するもの
 - (チ) 紛争を招く恐れのあるもの
 - (リ) 表現が不穏当たるもの
 - (ヌ) 会員に周知を要しないもの
 - (ル) 他誌に掲載済みで特に必要性を認めないもの
 - (ヲ) 県医師会の方針に著しく反するもの
 - (ワ) 県医師会の品位にふさわしくないもの
 - (カ) その他前各号に順じ広報委員会が不相当と認めたもの

4. 広 告

広告は沖縄県医師会報の品位、及び体裁を損なわぬものとし、採否については広報委員会で審議のうえ決定する

5. この内規の改廃について広報委員会の議を得なければならない

6. この内規は昭和56年4月1日より施行する

平成21年沖縄県医師会新年祝賀会



常任理事 真栄田 篤彦



去る1月10日（土）沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて、平成21年沖縄県医師会新年祝賀会が開催された。今回は、例年を上回る多数の参加申込みをいただいたが、当日この冬一番の寒さとなり欠席者が多く、会員77名、家族46名、来賓等60名と例年並みの参加となったのが残念であった。

初めに玉城信光副会長から開会の辞が述べられ、その後引き続き宮城信雄会長から次のおりご挨拶を述べた。

宮城会長挨拶



方々、会員並びにそのご家族の皆様方多数ご参

「新年あけましておめでとうございます。本日は、2009年の新春を寿ぐ沖縄県医師会新年祝賀会を開催いたしましたところ、仲里副知事をはじめ、ご来賓の

加いただきまして衷心より感謝申し上げます。

昨年は、日本経済が回復を見ないうちに、米国でのサブプライムローン問題に端を発した100年に1度といわれる金融危機が瞬時に全世界を駆けめぐり、その煽りを受け更に厳しい経済状況に至っております。

医療界においては、社会保障費の自然増年間2,200億円の機械的削減が強行され続け、医療現場は非常に疲弊し、医師不足・偏在は、産科、小児科医療、救急医療をはじめとする地域の医療に深刻な影響を及ぼしております。このような医療崩壊の現状から、麻生総理は、昨年暮れの予算編成にあたり、ようやく2,200億円の圧縮は限界にきているとの認識を示し、抑制の見直しを示唆しておりますが、残念ながらまだ撤廃すると断言しておりません。

また、昨年4月に実施された後期高齢者医療制度は、年金問題も絡んで、国民、特に高齢者に疑問と不満の波が広がりました。医療を年齢で区別するのは問題であるとの指摘もあります

が、日本医師会が当初から主張していたように保険ではなく保障との考えをもとに、高齢者が長生きしてよかったと思える制度に作りかえる必要があると考えます。

社会保障の充実が国民誰もが最も望む事であり、憲法でも保障されております。国民の健康・福祉の充実があってこそ、国家の発展が望めるものであります。社会保障費、とりわけ医療費の財源確保を具現化するために、我々が力を一つにして事に臨むことが最も肝要であります。沖縄県医師会といたしましても、日本医師会や関係機関と連携して地域医療再生に向けて誠心誠意頑張る所存であります。

一方、県内では、県立病院のあり方の問題が審議され、マスコミでも種々報道されておりますが、実際に審議に加わっている私どもは、県立病院のこれまでの実績、機能等を十分評価しております。その上で引き続き県立病院が継続していくためにはどうしたらいいのかということを中心に議論を進めております。皆様方におかれましても、県立病院が、今後如何に県民の福祉向上のために健全な運営ができるか、お考えいただきたいと思っております。

さて、昨年、永年会員が待ち望んだ新会館が落成いたしました。新会館が会員の拠り所ともなり、医師会活動が今まで以上に活発になるものと期待するとともに、「地域に根ざした活力ある医師会」を更に推進し、沖縄県の医療活動の拠点として資するよう、県民の保健・医療・福祉の向上に邁進する所存であります。

最後になりますが、医療を巡る情勢は依然として混沌とし、今後も困難な状況が予想されま

すが、我々に与えられた崇高な使命である、「県民のための良質な医療提供」が全う出来るよう、会員並びに関係各位のより一層のご協力をお願いすると共に、平成21年がご参会の皆様にとって明るく希望に満ちた一年になるよう心から祈念致しまして、私の年頭の挨拶と致します。」

続いて、仲井眞弘多知事が訪米中のため出席いただかず、ご名代としてご出席いただいた仲里全輝副知事が、来賓を代表して仲井眞弘多知事からのご祝辞を代読された。

仲井眞知事挨拶（仲里副知事代読）



「新年おめでとうございます。宮城信雄会長を始め、社団法人沖縄県医師会の会員の皆様には、平素から沖縄県の保健、医療、福祉の向上に御尽力をいただき、深く感謝申し上げます。

さて、沖縄県の保健医療水準は、沖縄県医師会を始め、国や多くの関係団体の御理解と御協力により年々向上しております。

一方、沖縄県民の健康状態は、男女共に肥満割合が高く、生活習慣病の増加が懸念されるほか、平均寿命の全国順位が低下するなど、健康・長寿の邦沖縄に新たな課題が提起されております。

沖縄県におきましては、長寿世界一復活に向けたアクションプランである「健康おきなわ21」に基づく、県民一体の健康づくり運動を展開するほか、「保健医療計画」を改訂し、効率



乾杯



ポール石垣サウンドクラブ



宮城会長と会員の方々

的で切れ目のない医療提供体制の構築に取り組んでいるところであります。

県としましては、今後とも、沖縄県医師会を始めとする関係機関・団体の皆様とともに緊密な連携を図りながら、健康・長寿沖縄の維持継承と、総合的な保健医療体制の確立に全力を尽くしたいと考えております。沖縄県医師会並びに会員の皆様には、なお一層の御支援、御協力をお願い申し上げます。

結びに、社団法人沖縄県医師会のますますの御発展と、お集まりの皆様にとりまして、新しい年が良い年となりますよう心から祈念しまして、新年のごあいさつといたします。」

続いて、宮城会長、新垣代議員会議長他6名の来賓による鏡開きが賑々しく行われ、来賓を代表して須加原琉球大学医学部附属病院長が次のとおり挨拶された後、乾杯の音頭をとられた。

須加原琉球大学医学部附属病院長乾杯挨拶



「皆様あけましておめでとうございます。皆様には健やかに新年を迎えられたこととお慶び申し上げます。2009年の沖縄県医師会の乾杯のご指名をいた

だき大変光栄に存じております。医師会や県の皆様におかれましては、長い間本県の健康長寿のため日夜ご尽力されておりますことに深く敬服しているところであります。また、沖縄県医師会の新会館ができたことを契機に尚一層県民の長寿復活のために猛進されるよう期待してお

ります。琉球大学においても岩政学長並びに佐藤医学部長とともに少しでも健康福祉向上に手助けが出来るよう努力していきたいと存じます。

病院長に就任して、県民に信頼される大学病院を目指して、県医師会はじめ医療関係者、県の皆様と地域連携を強く進めております。これまでのご支援・ご協力に対し、この場を借りてお礼を申し上げます。

現在、全国28大学及び県内外の医療機関と連携した質の高い専門研修プログラムを立ち上げております。このプログラムが軌道にのって医師をはじめコメディカルを含めた循環型の研修教育システムが出来たら、沖縄県の医療問題の解決の道を開くことができ、県立病院或いは関係医療機関とともに地域医療に貢献できるのではないかと期待しているところであります。

これまで以上のご支援・ご協力をお願いするとともに、沖縄県医師会及び会員の皆様の健康と益々のご発展を祈念いたしまして乾杯の音頭をとらせて頂きます」

その後、本県のジャズ界の重鎮でありますポール石垣さん他4名のメンバーで構成された「ポール石垣サウンドクラブ」による洗練されたジャズ演奏の中、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、21名おられたが、1等賞（液晶テレビ）は石川秀夫先生（石川眼科医院）、2等賞（自転車）は比嘉国基先生（豊見城中央病院）、3等賞（ミニコンポ）は平良直樹先生（天久台病院）であった。

最後に小渡副会長より2009年が明るい年になるよう祈念する旨挨拶があり、閉会となった。



1等を当てた石川秀夫先生



2等を当てた比嘉国基先生



3等を当てた平良直樹先生

第107回沖縄県医師会医学学会総会



理事 當銘 正彦



例年6月と12月の年2回行われている県医学学会であるが、今回は新会館落成記念式典の開催との兼ね合いで、12月の定例が1月にずれ込む変則的なかたちで、1月17、18日の両日に行われた。何はともあれ、新会館で行う最初の県医学学会である。

初日17日は、医学学会に先立って第64回沖縄県医師会定例総会が行われ、平成19年度の会務報告や県医師会・会計の収支決算等が報告され、医師会館の移転に伴う定款の変更等が承認された。

まずは玉城信光医学学会会長による開会宣言が行われ、引き続き稲富洋明先生から医学学会頭の挨拶を頂いたが、本会の歴史的な経緯の概略と今日的意義について触れられ、冒頭に相応しい印象的な話であった。

今回の特別講演は、「日本医師会の役割と広

報活動について」と題して日本医師会副会長の竹嶋康弘氏が話された。講演は大きく2つの構成からなり、前半は日医の広範で精力的な広報活動が紹介され、国民やマスコミに対し、日医の考え方を如何に正しく流布するかの努力する姿が浮き彫りとなった。後半は日医の医療政策についての概説で、低医療費政策や医師不足から来る「医療崩壊」という深刻な事態の認識が、最近では政界にも徐々に浸透して来ている現況に触れられ、今後の改革の展望についての期待が述べられた。

次いで医事功労者の表彰式が執り行われ、3人の沖縄県知事表彰と39人の沖縄県医師会長表彰の方々が次々と登壇され、晴れやかな中にも厳かな雰囲気が進められた。最後は受賞者を代表して、長年の中部地区医師会長としての功績で県知事賞を受けられた金城進先生の謝辞で

締めくくられた。

初日最後のプログラムは、臨床研修をテーマとしたシンポジウムである。「沖縄県における初期臨床研修から後期（専門）研修および生涯教育までの連携について」と題して、医学会会長玉城信光先生と医学会副会長田名毅先生の司会で進行した。

シンポジストは県立病院から遠藤和郎先生と依光たみ枝先生、群星グループから仲程正哲先生と比嘉盛丈先生、そして琉大から大屋祐輔先生の5人が登壇して基調報告を行った。様々な論点から臨床研修に纏わる分析や報告が為されたが、今回の最大の関心事は、沖縄で成功裡に進んでいる臨床研修の実績を、今後も持続させ

るためには県立病院群、群星グループ、RyuMICの3つの臨床研修プロジェクトが協力し合い、相互乗り入れを視野に入れた交流を行うことによって、より活性化する方向性が見えてくるのではないかと、その為には県医師会の役割が重要になるのではないかと、との論議である。取り分け注目に値するのは、島嶼県である沖縄の離島医療を、国のマグネットホスピタル制度を駆使して、後期臨床研修の一環に組み入れる可能性については、既に県立病院群では具体的なプログラムが計画されているが、群星やRyuMICについても十分に参加協力の可能性があることが示唆され、今後の3群の共同行動に大きな期待を繋ぐことが出来た。

| 平成 20 年度 沖縄県医事功労者県知事表彰受賞者 (年齢順) | | | No. | 氏名 | 受賞理由 |
|---------------------------------------|--------|---------------|-----|--------|---------------------|
| No. | 氏名 | 受賞理由 | 17 | 松岡 政紀 | 地域医療委員会委員 10年以上 |
| 1 | 金城 進 | 地区医師会役員 10年以上 | 18 | 大田 征夫 | 学校医歴 15年以上 |
| 2 | 喜久村 徳清 | 地区医師会役員 10年以上 | 19 | 久田 友一郎 | 医療情報システム委員会委員 10年以上 |
| 3 | 安里 良盛 | 地区医師会役員 10年以上 | 20 | 吉井 興志彦 | 脳神経外科会長 10年以上 |
| 沖縄県医事功労者県医師会長表彰受賞者 | | | 21 | 我那覇 安彦 | 学校医歴 15年以上 |
| No. | 氏名 | 受賞理由 | 22 | 仲宗根 浩二 | 学校医歴 15年以上 |
| 1 | 岸本 幸健 | 米寿 (数え年 88 歳) | 23 | 小方 明子 | 学校医歴 15年以上 |
| 2 | 金城 綱一 | 米寿 (数え年 88 歳) | 24 | 山城 敏嗣 | 学校医歴 15年以上 |
| 3 | 平良 英順 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 25 | 伊良波 隆 | 医療保険研究員委員会委員 10年以上 |
| 4 | 安里 洋 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 26 | 天願 勇 | 学校医歴 15年以上 |
| 5 | 真栄城 優夫 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 27 | 伊元 幸信 | 学校医歴 15年以上 |
| 6 | 竹中 静廣 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 28 | 江夏 あさ | 学校医歴 15年以上 |
| 7 | 中村 健 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 29 | 井上 治 | 勤務医部会役員 10年以上 |
| 8 | 真栄城 徳佳 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 30 | 山根 誠久 | 臨床検査精度管理委員会委員 10年以上 |
| 9 | 大城 盛夫 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 31 | 国吉 真行 | 定款等諸規定検討委員会委員 10年以上 |
| 10 | 比嘉 国郎 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 32 | 照喜名 重治 | 医療保険研究員委員会委員 10年以上 |
| 11 | 長嶺 博 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 33 | 古謝 将常 | 学校医歴 15年以上 |
| 12 | 許田 重之 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 34 | 前浜 宏之 | 学校医歴 15年以上 |
| 13 | 糸数 健 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 35 | 小渡 敬 | 県医師会役員 6年以上 |
| 14 | 山城 則亮 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 36 | 嘉数 昇康 | 学校医歴 15年以上 |
| 15 | 友利 博道 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 37 | 大田 守雄 | 医療情報システム委員会委員 10年以上 |
| 16 | 當間 恵三 | 喜寿 (数え年 77 歳) | 38 | 国吉 純郎 | 学校医歴 15年以上 |
| | | | 39 | 川畑 勉 | 勤務医部会役員 10年以上 |

会頭挨拶

第107回沖縄県医師会医学会総会 会頭
稲富 洋明



第107回沖縄県医師会医学会総会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

始めに、会員待望の沖縄県医師会館が昨年竣

工し、去る12月14日に落成記念行事が挙行され、本日第107回医学会総会が新会館で開催できますことを衷心よりお慶び申し上げます。

又、このような記念すべき新会館での医学会総会開催に当り、私（稲富）に栄えある医学会総会会頭の機会を与えて下さいました宮城信雄会長、玉城信光医学会長をはじめ会員の皆様に厚く御礼申し上げる次第であります。

省みますと会館の建設は、比嘉国郎会長時代に遡り平成9年3月に開催された代議員会で会館建設の必要性が提唱され、比嘉会長諮問の検討委員会から会館建設の必要性を認める答申が出され、会館建設に向けて鋭意検討が進められてきました。その後、会館の建設構想は比嘉会長から私、更に宮城会長へと三代に亘り会長職の重要な任務として引き継がれ、今般、晴れて医師会員の拠点となる新会館で医学会総会が開催できることに對し深く敬意を表する次第であります。

当医学会の歴史を振り返ってみますと、1903年（明治36年）の沖繩県医会設立と同時に行われた学術発表が沖繩医学会の前身となっており、1951年（昭和26年）には沖繩群島医学会が設立され、第1回沖繩群島医学会を開催しております。

また、1952年（昭和27年）に発刊された沖繩医学会雑誌第1巻1号も、現在では本日発刊された第47巻3号となり、医学会の構成も20分科会と多岐に亘り、当医学会が本県の医学・医術の発展・向上に果たす役割は、誠に多大なものがあると認識しているところであります。

さて、我が国では出生率の低下と高齢者人口の増加により、世界に類をみない速さで少子高齢社会へと進展しております。出生率の低下は、人口構造に大きな変化をもたらし、産業や経済の発展を阻害し、医療分野における財政基盤や介護の問題等様々な影響を与えております。更に人口構造や現代の生活習慣の変化は疾病構造をも変化させ、生活習慣病、癌、認知症や多臓器障害など重症患者の増加をもたらしました。このような超高齢社会においては、疾病構造の変化に對するのみならず、予防医学、健康増進科学、慢性疾病を持った患者の社会復帰、介護などの包括的な保健医療福祉の理論の

構築と実践が重要な課題となってきます。

また、国の長年に亘る医療費抑制策の結果、医療提供体制は更に厳しさを増し、全国各地において医師の絶対数の不足及び地域や科の偏在が顕著となり、診療科や病院が相次いで閉鎖され、地域医療は正に崩壊の危機に直面しております。

現在、沖繩県でも医師不足対策、医師の過重労働問題、県立病院の改善等、諸課題の解決に向けて急ピッチで対策が進められておりますが、安心・安全な医療を提供するためにも早期の改善が求められるところであります。

幸いにも、わが沖繩県においては医師不足に對する取り組みとして初期臨床研修体制は、大学を中心としたRyuMICや県立病院群、群星沖繩の3研修病院群の尽力により毎年150名近くの研修医を県内外より受け入れ地域医療の確保に努められております。また、来春の研修先を決めるマッチング結果でも、本県は84%で東京に次いで2位となり、高いマッチング率をキープし、今後、若い医師が本県に根付いて行くためにも、専門（後期）研修のレベルアップや各研修病院群の情報共有が重要な課題となっております。

このような状況から、本日の特別講演は新会館の落成を機に、新たな医師会活動を模索するため、日本医師会副会長の竹嶋康弘先生から「日本医師会の役割と広報活動について」を拝聴し、シンポジウムでは「沖繩県における初期臨床研修から後期（専門）研修及び生涯教育までの連携」のテーマで開催することになっております。これを機会に本県の初期臨床研修体制の更なる発展と後期（専門）研修の充実が図れることを期待しております。

最後に、本医学会総会が会員相互の学術向上に寄与し、ひいては県民の保健・医療・福祉の増進に貢献することを祈念し、併せて新会館が医師の学術活動の拠点となり、宮城会長の提唱する「地域に根ざした活力ある医師会」づくりが、更に推進されることを念じご挨拶とします。

特別講演

「日本医師会の役割と広報活動について」



日本医師会副会長 竹嶋 康弘

- S39.3 九州大学医学部卒業
- S40.5 医籍登録
- S40.4 九州大学医学部 整形外科医員
- S43.6 国立がんセンター病院厚生技官 (医師)
- S46.4 九州大学医学部文部教官助手
- S48.10 福岡大学病院整形外科講師
- S52.2 タケシマ整形外科医院院長
- S56.6 タケシマ整形外科・外科医院院長
- S62.10 医療法人タケシマ整形外科・
外科医院理事長
- H15.9 医療法人日の出
タケシマ整形外科医院理事長
- H8.4～
- H16.3 (社) 日本医師会代議員
- H10.4～
- H16.3 (社) 福岡市医師会会長
- H16.4～
- H18.4 (社) 福岡県医師会会長
- H16.4～
- H18.4 (社) 日本医師会理事
- H18.4～
- 現在 (社) 日本医師会副会長

I. 日本医師会の役割は多岐にわたるが、主なものについて述べたい。

1. 医の倫理の普及・啓発

日本医師会は、2000年に新たな「医の倫理綱領」を作成し、本年6月には、具体的事例についての「医師の職業倫理指針〔改訂版〕」をとりまとめた。

日本医師会には、生命倫理に関わるものについて、対応を審議し、社会に対して意見表明を行うため、その諮問機関として生命倫理懇談会を設置している。

今期は、唐澤会長より「高度情報化社会における生命倫理」との諮問を受け、審議をはじめたところである。

2. 医学・医療に関する知識や技術の発展への貢献と自己研鑽

日本医師会は、医学・医療に関する知識や技術の発展への貢献と自己研鑽に組織として取り組んでいる。

学術推進会議では、会長からの諮問「医師の生涯教育と認定医制・専門医制」を受け、審議をはじめたところである。

また、生涯教育推進委員会では「カリキュラム履修にあたっての具体的環境整備」の諮問を受け、審議をはじめたところである。

3. 会員の福祉と団結

約16万5千人の会員の医業経営や将来の生活を守るべく、相互扶助の観点から様々な施策を進め、会員の団結を図っている。

日本医師会は、医師賠償責任保険制度及び医師年金を運営している。

4. 医療政策

日本医師会は、国民のために安心して安全、そして良質な医療の確保に向けて、地域医療を担う医療提供者の立場から政策を立案するとともに、その実現に向けて政策決定の場である国政に働きかけている。

そのために、シンクタンクである日医総研は、データの収集・分析を行い、エビデンスを構築する重要な機能を果たしている。

日本医師会は、政府・行政の審議会・検討会等にエビデンスに基づくデータを提示しながら、積極的に議論し、さらには、関係各省市及び国政の場において、日常的にロビイング活動を展開している。

5. 医療現場からの情報収集及び集約

医政活動を行うには、医療現場から、常時、情報を収集し、集約する努力が重要である。

「医政あつての医療、現場あつての医政」。日本医師会は、その活動基盤である。

II. 会内および会外広報の現況とあり方

日本医師会では、医師会活動として、月2回の「日医ニュース」の刊行、毎週の定例記者会見、メーリングリスト「白クマ通信」等と共に、テレビCM、新聞意見広告などのメディアを通じた広報活動を、積極的かつ効果的に実施してきた。

1. 紙媒体による広報

定例記者会見は、毎週水曜日に実施し、毎回20～30社の一般紙誌、業界紙誌の記者に担当役員が、国の医療制度に関連する政策や施策に対し、日医総研によるデータ、分析資料を基に、日医の施策、見解や提言を行っている。

定例記者会見の内容は、報道を通じて広く国民に届けられている。また、会員に向けての直接の広報は、「白クマ通信」の他、「日医

ニュース」、「日医ホームページ」にも掲載し、伝達している。

新聞の意見広告では、6月に「高齢者（75歳以上）のための医療制度」、7月には、「社会保障費の年2,200億円の削減反対」を、メッセージ性の強い内容で、当時の福田首相に対して、国民と共に訴えかける形で行った。かなりの良い反響があった。

また、昨年12月5日に全国5紙に掲載した意見広告「私たちが診てくれるお医者さんがいない」は、読売広告大賞、広告電通賞を受賞した。

2. テレビを媒体とした広報

テレビCMでは、医療崩壊の危機を訴える、幼い生命に対する「小児救急医療編」、高齢者のための「長期療養病床編」が高い評価を得、新聞の意見広告との相乗効果で、日医の活動に対する関心度、期待度、信頼度が高まっていることが調査を通じてわかった。このCMでは、全日本シーエム放送連盟の第48回CMフェスティバルでACC賞のゴールド賞を2年連続で受賞するという快挙を成し遂げた。

テレビ番組は、この4月よりBS朝日の提供番組として「鳥越俊太郎 医療の現場!」を放映している。毎週土曜日午後6時からの30分番組で、日曜日の午前10時に再放送されている。当番組は医療の現場で起っている諸問題を取り上げ、鳥越氏が硬派の切り口で、現場のVTRと出演医師との対話を重ねながら、医療のあるべき姿や健康の大切さを訴えていく内容である。地上波の視聴率に当たる当番組への接触率も良い。

今後の課題として、医療の地域格差を止めることがある。その為には、地域医師会から、生の医療・介護現場の情報を、どう日医に集めてくるか、関係者で対応を図ってきたい。

シンポジウム

「沖繩県における初期臨床研修から後期（専門）研修および生涯教育までの連携について」

座長：沖繩県医師会副会長 玉城 信光
 沖繩県医師会医学部副会長 田名 毅

(1) 沖繩県における初期臨床研修から後期研修、
 そしてより良い医療の提供に向けて
 一県立中部病院内科から

県立中部病院内科・感染症グループ 遠藤 和郎

(2) 群星沖繩より

群星沖繩研修委員長会議副議長・沖繩協同病院
 副院長 仲程 正哲

(3) 豊見城中央病院における初期研修から
 後期研修まで

豊見城中央病院外科 城間 寛

(4) 女性医師の立場から

女性医師部会長・県立中部病院医療部長・
 ICU室長 依光 たみ枝

(5) 琉大が変わる！

私たちが「多極連携型専門医・臨床研究医育
 成事業」でめざすもの。

琉球大学医学部附属病院専門研修センター・
 医学部循環系総合内科学 大屋 祐輔

1. 沖繩県における初期臨床研修から後期研修、そしてより良い医療の提供に向けて一県立中部病院内科から



県立中部病院内科・感染症グループ 遠藤 和郎

1. はじめに

中部病院の医師臨床研修制度は1967年に始まり、採用した研修医数は800名を超える。研修修了者703名の動向を調査したところ、県内外出身者合計435名（62.5%）が沖繩県に勤

務していた。その歴史の中で、沖繩県および日本の医療の先駆けとなった活動は少なくない。また研修王国と呼ばれるようになった沖繩の臨床研修の根幹となっていることは誰もが認める所であろう。長い歴史と伝統を踏まえつつ、常に改善を続け、そのノウハウを広く公開してきた諸先輩方の功績として誇りたいところである。研修医教育は当院の最重要課題であり、生命線である。日々の教育が指導医自身を成長させ、すべての職種の参加がチームワークを醸成する。チームワークが病院全体を活性化させ、より良質な医療の提供につながる。したがって活動的な研修病院が増えることは、沖繩県の医療の一層の充実に寄与することとなる。

2. 沖繩県の抱える医療問題と強み

当院の臨床研修が立ち上がった最大の理由は、戦後の医師不足の解消である。戦後60年を経た今日でも沖繩の医師不足は、形を変えてどしりと存在している。離島の医師不足は恒常化し、県立病院と琉球大学からの派遣だけでは充足できていない。産婦人科医師不足は県立北部病院の産婦人科の閉鎖をもたらした。社会に目を転じると長寿島のブランドは失われ、今や肥満度1位が定着した。急性期医療の最後の砦である県立病院の経営は悪化し、その機能維持に深刻な影響を与え始めている。では沖繩県の医療で他県にない強みは何であろうか。それは以下の2点に集約できよう。「たらい回し」のない急性期医療の充実。そしてやる気にあふれた優秀な研修医が全国から集まっていることである。

3. 中部病院の研修の特徴

当院の教育方法は、先輩が後輩を教える「屋

根瓦方式」を基本としている。教えることは学ぶことである。教え続けることを身につけることは、生涯にわたり学び続ける習慣を身につけることである。「屋根瓦方式」は生涯教育にも不可欠である。当院の目標とする医師像は、離島医療を担うことのできるジェネラリストの育成である。そのためには、common diseasesをより多く、より早く、より安く診断、治療し、時に深く考察する土壌が必要となる。

4. 後期研修医と病院機能維持

当院の後期研修では、初期研修では学べないより高度な知識と技術の習得、さらにはリーダーとしての資質が要求される。これらを身につけた研修修了者には、実践の場である離島研修が一年間義務づけられている。離島研修はジェネラリストとしての研修の総仕上げであるだけでなく、離島への医師の重要な供給源となっている。すなわち後期研修医の減少は、離島医療の不安定化を引き起こし、さらに崩壊につながることを、医療者のみならず県民も知っておかなければならない。

5. これからの臨床研修

沖縄県には3つの優れた研修システムが存在する。現在各システムは独自に活動し、今のところ十分な連携が取られているとは言い難い。これからはそれぞれの特徴を生かしつつ、共通の研修目標を持ちたい。私は臨床研修の最終目標は、自らを鍛え育ててくれた沖縄への貢献と考えている。その一つとして離島医療への従事をあげたい。たとえばすべての研修システムの3年次研修医が、県立宮古病院、県立八重山病院、そして公立久米島病院で2か月ずつ後期院外研修を行う。力を付けた後期研修医は各病院の戦力となり、常勤医の負担を軽減できる。さらに複数の研修医が同時に研修を行うことにより、研修医同士の親睦と良質な競い合いが生まれ、新たなモチベーションの構築に役立つ。さらには各研修システムを当事者の視点で比較し、研修委員会などに報告することによりシス

テムの標準化と底上げがはかれる。離島医療の面白さを実感した研修医の一部は、後期研修終了後に離島での勤務を希望するだろう。その際、離島病院の院長は実力と性格を熟知した若手医師を安心して雇用することが可能となる。

6. これからの沖縄の医療

新医師臨床研修制度の功罪はいろいろあるだろうが、沖縄県に優秀な研修医が大挙して訪れたことは紛れもない事実である。この貴重な人材を、次代を担う人間性豊かな医師に育てる。そして彼らとともに、いつでもどこでも安心して良質な医療を受けられる沖縄県を作る。これが我々指導医の使命ではないだろうか。

2. 群星沖縄より



群星沖縄研修委員長会議副議長 沖縄協同病院副院長
仲程 正哲

臨床研修病院群プロジェクト「^{むりぶし}群星沖縄」は、「研修医中心の教育、患者・国民のための研修」を教育理念に、宮城征四郎氏（元沖縄県立中部病院院長）をプロジェクトリーダーに迎え、2003年4月に14医療機関で発足した。

現在は、29医療機関（管理型病院7、協力型病院11、協力施設11）で研修プログラム（一学年募集定員69）を構築しており、117名の初期研修医が同プログラムで学んでいる。

発足6年目の若いプロジェクトであるが、1期生～5期生まで273名もの若者が日本全国40大学を超えて参加し、学外の研修プログラムとしては全国で最大規模と思われる。

研修修了者の約半数が沖縄で後期研修を行っている。

全体の7割が本土出身者であることも特徴

で、女性の占める割合は4割と比較的高い。

プログラムの特色としては、多数の医療機関が参加することで、より研修医本位の教育が可能なこと、米国（ピッツバーグ大学。2009年～スタンフォード大学に替わる）との交流が盛んなことなどが挙げられる。

多彩な教育行事の中でも、全国よりあまたの依頼が来るセンター長教育回診を定期的に受けられることは、研修医にとって大きな魅力の一つになっている。

群星沖縄が臨床研修事業に参加した目的は、「沖縄ひいては日本の明日の良き臨床家を育てる」（七つのコンセプト）ことにある。したがって、全人医療の担い手を数多く育てるために、ジェネラルな教育にこれからも力を注いで行きたいと考えている。

そのためにも、「離島・へき地へ行っても通用する医師を目標に」をスローガンに、後期研修医の中から希望を募って離島への派遣を始めた。

今後は、（社）地域医療振興協会「ゆいまーるプロジェクト」推進室と協力して、離島への医師支援を積極的に取り組んでいきたい。

沖縄県における初期臨床研修～後期（専門）研修のレベル向上、そして離島の医師確保問題など、県医師会・RyuMIC・県立病院群・群星がさらに交流を深め、諸課題の前進、解決のために一致協力することが今こそ求められているのではないかと。

3. 豊見城中央病院における初期研修から後期研修まで



豊見城中央病院外科 比嘉 盛丈

豊見城中央病院における研修制度を紹介しま

す。豊見城中央病院は、平成15年に医師臨床研修指定病院となり、平成16年に新医師研修制度が始まったときに、初めて研修医を受け入れてきました。卒後すぐの新人を受け入れるからには、一人の医師が一人前になるまでのプロセスに責任を持って対応出来る様に体制を変えてきています。医師が大よそ一人前になるには約10年がかかると言われています。当院では、それを3つの時期に分けて、①初期研修期（2年）、②後期研修期（3年）、③フェロー期（3年）として位置付け制度を作ってきました。次にその内容を解説します。

①初期研修期（2年）：豊見城中央病院は群星沖縄プロジェクト参加病院の一つとして初期研修を行います。これについて詳しくは、群星沖縄プロジェクトについて別シンポジストが報告しますが、当院独自の姿勢としては、研修医は広く県内外から募集し、出身がなるべく偏らないように配慮しています。

②後期研修期（3年）：各診療科毎に募集する。募集診療科は内科、外科、産婦人科、整形外科、麻酔科。募集の形態は3年契約と単年度契約がある。基本的にそれぞれの診療科の専門医を取得するのに必要な経験を積むことが最低限の条件である。診療科ごとに配属されるが、身分は研修委員会に所属し、研修の進捗状況は初期研修医同様後期研修医も研修委員会も把握に努める。また、3年の中で、院外研修も可能で積極的に進めている。実際に院外研修の方法としては、群星沖縄プロジェクト参加病院のアライアンス、VHJ病院間のアライアンス、また病院独自の関係で交流している病院間での交流となる。具体的な事例としては、外科研修医→飯塚病院（救急部、小児外科）、麻酔下研修医→小倉記念病院（心臓外科麻酔）、整形外科研修医→国立ガンセンター（腫瘍関係）、内科研修医→小倉記念病院（循環器系）、また専門施設だけでなく、内科研修医→伊江村立診療所という例もある。さらに院外から受け入れている研修医として亀田総合病院（乳線外科）→外科、また琉球大学からも後期研修医の身分で交

流している。

③フェロー期（3年）：単年度契約、最長3年間。当院の研修医も来年3月で後期研修を終了する医師がおり、後期研修を終了し、さらに専門分野で経験を積みたい場合に対応するためにこの制度が制定された。当院のみならず院外研修も可能にしており当院を足場により専門的な施設での研修も可能になる。まだ来年からの制度なので今後充実したものになるように取り組みたい。

以上、豊見城中央病院の初期研修からその後について述べたが、初期研修以後は基本的なプログラムはあるが、個々についてはオーダーメイドで作りに上げている。今年は離島診療を希望する後期研修医がいたので、伊江診療所で勤務となったが、豊見城中央病院としては地域医療まで組み入れたプログラムを作成していきたいと考えている。

4. 女性医師の立場から



沖縄県医師会女性医師部会長 県立中部病院医療部長・ICU室長
依光 たみ枝

私が医師になった昭和50年前後の女性医学生割合は、10%前後であった。女性の社会進出の増加に伴い、2000年の国家試験合格者の女性医師の割合が初めて30%を超え、2008年は34.5%とさらに増加してきている。2006年の医師総数277,927人中17.2%が女性医師で占められている。出産・育児などで一時的にしろ休職せざるを得ない女性医師の具体的な支援策が、沖縄県のみならずこれからの日本の医療を左右すると言っても過言ではない。国もようやく事の重大性に気付き、厚労省は緊急医師確保対策の要旨の一部に「出産や育児での医師

の離職を防ぎ、復職を促すために院内保育所の整備など女性が働きやすい職場環境を整備する。」と提言した。

しかし、女性医師を取り巻く現実には厳しい。2005年12月に行なった沖縄県公務員医師会の女性医師に対するアンケート調査で、当直室なし、更衣室なし、シャワー室なし、もちろん搾乳室なしと回答した施設はめずらしくない。大学病院、6県立病院で院内保育施設を有している病院はない。「結婚しても、絶対子供は作らない」と回答した研修医は、男性医師以上に女性医師として働き続ける困難さを、実感した上での苦渋の回答だったのだろうと思う。

【目的】

今回のシンポジウムのテーマ「沖縄県における研修および生涯教育までの連携について」を女性医師の立場から、沖縄県の女性医師の現状を分析し、何が問題なのか、問題解決には何が必要なのかを、男性医師を含む全ての医師の問題として考えていきたいと思う。

【沖縄県の勤務医現況調査】

沖縄県医師会の行った勤務医現況調査によると、2007年3月現在沖縄県の勤務医1954名中回答のあった1,062名中、研修医を含む女性医師数は177名で全体の16.7%を占めていた。休職・離職者は50名以上と推測されているため、女性医師の占める割合は全国並みと思われる。結婚・出産・子育てが重なるであろう卒後10年以内の女性医師が66%を占め、卒後5年目、10年目までがそれぞれ55名前後であった。さらにこの時期は研修医として研鑽を積み、そして1人の医師として責任を負う非常に重要な時期である。

専門領域では内科51/小児科18/精神神経科14/産婦人科12/外科系12/麻酔科9/眼科9/皮膚科8/放射線科5/耳鼻科4/泌尿器科3/その他31となっていた。

【問題点】

1. 勤務上での負担な点：男女共に過重労働が最多で、次いで患者の過剰な権利意識、患者・家族への説明で全体の64%を占めていた。

2. 妊娠・出産に伴う問題点：女性医師4名、男性医師12名が産休・育児休暇の増加による同僚医師の負担を挙げていた。
3. 育児と仕事の両立：アンケート結果によると女性医師の53名（30%）が育児経験者で、そのうちの約25%が育児と仕事の両立困難・両立できなかつたと回答していた。その理由として育児支援体制がないが最多で、次いで育児休暇が取れない、勤務先の理解・家族の協力が得られないとなっていた。
4. 長期離職後の職場復帰が困難：再教育が必要と回答したのは、経験豊富と思われる50代でも約30%おり、20～40代では約80%前後となっていた。

【女性医師が求める支援とは】

1. 育児支援体制—病児保育を含む院内24時間保育、時間外勤務・当直の免除、ワークシェアリング
2. 産休・育児休暇中の人員補充
3. 復職に向けての再教育
4. ドクターバンク
5. 上司・同僚・家族の理解
6. 家事援助

【私達ができる事とは】

女性医師が仕事と育児の両立のためには1. 保育施設を含む同僚・家族のハード面、ソフト面での育児支援体制、2. 復職に向けての再教育が大きな課題である事を再認識させられた。

2007年8月沖縄県医師会女性医師部会が発足し、今年の10月、日本医師会医師再就業支援事業マネージャーの保坂シゲリ先生を招いて第2回女性医師フォーラムを開催した。最後のスライドで「国や自治体や医師会や他の誰かに何かを求めるのではなく、それぞれがそれぞれの役割を担っている事を自覚して、行動する必要がある。壁は厚くても、いつか突き崩すか、超えることができる。その日を信じて協力していきましょう。」、私もそう思う。身近にロールモデルを見つけ、その時その時に何を優先させるのかを決めるのは自分自身だからである。沖縄県の女性医師のネットワーク作り、相談窓口

として女性医師部会が少しでも役に立てれば幸いである。

5. 琉大が変わる！ 私たちが「多極連携型専門医・臨床研究医育成事業」でめざすもの。



琉球大学医学部附属病院専門研修センター・
医学部循環系総合内科学 大屋 祐輔

大学病院は、従来、医療人を養成するための教育機関、新しい医療を開発する研究機関、地域との連携をとりながら高度な専門医療を提供する医療機関としての役割を期待され、また、その役割を担ってきました。しかし、人員や予算を始めさまざまな制約や社会や制度の変化から、そのすべてを実現するには至っていませんでした。文部科学省は、本年度より5年間、大学改革推進事業の一つとして「大学病院連携型高度医療人養成推進事業」を開始しました。今回、琉球大学医学部および医学部附属病院は、質の高い専門医及び臨床研究者を養成する研修プログラムとその支援を目的とした「多極連携型専門医・臨床研究医育成事業」を応募し、採択されました。具体的には、琉球大学に専門医育成のためのセンターと専任教員を配置し、後期研修医、初期研修医、学生にとって魅力的な専門性を身につけるための研修コースを作成して実施します。特に沖縄で初期研修を修了した医師たちが、継続的に沖縄において、より専門性の高い医療を学ぶための受け皿となるプログラムを目指します。この事業に含まれるコースの特徴は、あらかじめ明示されたプログラムに沿った研修を行うこと、県内および県外の専門病院や他大学病院をローテーションして、効率よく専門医に必要な知識と技能を身につけ、実際に専門医取得を行うことを目標とすることで

す。また、優れた指導医や教員を育成するためのFaculty Developmentプログラムも行います。2) 臨床研究を行うことができる専門医の育成のため、教育プログラムの作成とその実施のための支援部門を設置します。このプログラムの中では、研究計画や試験計画の作り方、医療統計、医療倫理、医療情報の収集法や評価法などの研究の基本となる事項を系統的に学ぶことができます。また、臨床の現場でそれらをon the job trainingの形で実施することで、自ら実施できる能力を身につけていきます。これらの学びにおいて、社会人大学院生や臨床大学院生として課程を修了することで、学位の取得も可能となります。また、医学統計者、リサーチ

コーディネーター、リサーチナースを配置し、臨床研究のサポートを行います。3) 医師の生涯にわたるキャリア形成の過程で、学びを継続できるように支援をしていきます。女性医師には、出産、育児によりキャリアが中断しないような、中断している場合は安心して復帰できるようなサポートを行います。また、離島勤務への支援やそれ伴うキャリア形成における問題への取り組みも考えていきます。私たちは、これらの計画を実施することで、現在沖縄県の医療界全体で取り組んでいる『地域を理解し、地域を愛し、地域に貢献する』医師を育てる活動に、積極的に貢献して行きたいと思います。

2日目 (1月18日)



琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学 鈴木 幹男

第1日目に引き続き、第2日目はポスターでの一般講演とミニレクチャーがおこなわれた。本年は医師会館が完成して初めての医学会総会ということもあるのか通常より多い242題の一般講演が行われた。発表者には初期研修医や専門科で研修をスタートした後期研修医も多く、朝早くから活発な討議がおこなわれていた。沖縄県は研修制度の先進県の一つとして知られているが、各研修システムで学会発表を研修の一環として取り入れていることが垣間見えた。本会が登壇的な役割を持つようになれば、さらに充実してゆくとと思われる。発表者には若手医師が多かったが、質問をおこなう若手が少なかったのは残念である。ポスター発表は比較的質問しやすい雰囲気であるので、是非大いに質問して活発な議論をして頂きたいものである。初期臨床研修医を含む若手医師の諸君にとってはローテートしない診療科のことや教えてもらっ

た以外の異なった治療方法など得るところが多いと思う。

ポスターは4つの会議室を使用し8会場に分かれておこなわれた。新しい会館で新鮮な気持ちになるが、残念なことは一部の会場で同じ部屋を利用する他の会場の発表が聞こえるため、音声聞き取りにくくなっていたことである。新医師会館は素晴らしい建物であるだけに、会場設営に関しては今後再検討する必要があると思われる。

恒例のミニレクチャーは友利先生(八重洲クリニック)の司会で金城先生(中部病院神経内科)から味覚障害について、徳山先生(徳山クリニック)から関節リウマチ治療の進歩について、ご講演いただいた。味覚障害では亜鉛欠乏症が多く、血中亜鉛濃度が正常でも潜在的な亜鉛欠乏の状態に陥っている患者があること、薬剤性が多いことなどが強調された。治療として

は保険適用のある薬剤はなく、亜鉛を含んだ胃潰瘍治療薬（ポラプレジンク）を代用することが多いことを述べられた。関節リウマチ患者の生命予後は健常人と比較すると約10年短く、これまで関節破壊は発症から長期経過後生じると考えられていたが、発症2年以内に急速に進行することが解ってきた。関節リウマチの病態にはサイトカインが密接に関連しているため、炎症性サイトカインを標的とする薬剤が最近用いられるようになり、これまでの関節リウマチの治療が大きく変わっているようである。いずれのご講演もわかりやすいスライドで、診察・診断・治療のポイントを的確に教えて頂いて参考になった。

昼食時には、多くの若い先生が輪になって研

修状況や近況を話し合っている光景が各所でみられた。前日の卒後研修システムに関するシンポジウムに研修医の参加が少なかったようであるが、彼らはこのようにして情報を得ているのかもしれない。18日おこなわれた分科会長会議では次回の第108回医学会総会ではミニレクチャーに替わって、研修システムについてのシンポジウムが多く研修医が参加できる形で再度開かれることになった。午前中から熱心に発表していた先生方が多数参加し、大いに盛り上がることを期待している。

昼食を挟むと聴衆が減少するかと思われたが、午後の群も多くの聴衆が残り午前に引き続き熱心な討議がおこなわれ盛会であった。

一般講演 演題・演者一覧

麻酔科

1. 2回の硬膜外自家血パッチと慢性硬膜下血腫ドレナージが有効であった低髄圧症候群の一例
ハートライフ病院 麻酔科 力石 洋平
2. 自然気胸に併発した心嚢気腫患者に対する肺切除術の麻酔経験
琉大医学部附属病院 麻酔科 新垣 志穂
3. レミフェンタニルを用いた全身麻酔における術後副作用の検討
南部徳洲会病院 麻酔科 山中 俊祐
4. PMX-DHP 施行にて良好な経過が得られた絞扼性イレウスによる敗血症ショックの2例
ハートライフ病院 麻酔科 佐久川 陽子
5. 麻酔中心電図上wideQRS及びST上昇を認めた腹腔鏡下胆嚢摘出術の1症例
ハートライフ病院 麻酔科 釜野 武志

一般

6. 浦添総合病院での緩和ケアチームの活動
浦添総合病院 緩和ケアチーム 新里 誠一郎
7. 沖縄県におけるすべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会のはじまり
友愛会南部病院 緩和ケア・ペインクリニック 笹良 剛史
8. 当院こども医療センターの現状と課題
県立南部医療センター・こども医療センター 小児科 宮城 雅也
9. 当院における初期臨床研修の実態
県立南部医療センター・こども医療センター 内科 篠原 直哉

10. 医療紛争の問題分析と今後の課題
沖縄協同病院管理会 西銘 圭蔵

ミニレクチャー

- 10:20～ 『味覚障害について』
県立中部病院 神経内科 金城 正高
- 10:50～ 『関節リウマチ治療の進歩について』
徳山クリニック院長 徳山 清之

脳神経外科

11. 受傷翌日に発症した抗凝固療法中の遅発性急性硬膜下血腫の一例
浦添総合病院 脳神経外科 谷口 春樹
12. 動眼神経麻痺を呈し少量のクモ膜下出血を伴った脳動脈瘤の一例
沖縄協同病院 脳神経外科 清水 啓史
13. t-PA時代の急性期脳梗塞に対する局所線溶療法
北部地区医師会病院 救急医療センター 脳神経外科 大城 信行
14. 肺癌摘出後、17年を経て頭蓋内へ再発した転移性脳腫瘍の一例
琉大医学部 脳神経外科 金城 繁正
15. 編み込みヘアスタイルを援用した無剃毛開頭手術の1例
沖縄赤十字病院 脳神経外科 饒波 正博
16. 右頭頂葉孔脳症の一例
琉大医学部 脳神経外科 外間 洋平
17. アマンタジンの再投与等が有効と考えられたくも膜下出血後水頭症例について
宜野湾記念病院 リハビリテーション科 平 敏裕

18. 合併症を有する脳幹梗塞の一例
宜野湾記念病院 崎原 尚子

血液

19. サイトメガロウイルス初感染後に発症したITPの1例
豊見城中央病院内科 長谷川 樹里

20. 血液疾患患者における超音波ガイド下中心静脈カテーテル挿入の当科での取り組み
琉大医学部第二内科 友寄 毅昭

21. (取り下げ)

22. 巨大腹部腫瘤を形成し、左室心転移をきたし急激な経過で死亡した悪性線維性組織球腫の一例
ハートライフ病院 血液内科 穴井 諭

23. B-ALL/LBLの1剖検例
沖縄赤十字病院内科 親川 幸信

24. 沖縄県におけるt(8;21)転座を有する急性骨髄性白血病16例の予後解析
CD56抗原の予後因子としての意義
琉大医学部 内分泌代謝内科学 宮城 敬

救急

25. 当院におけるAi症例の検討
中頭病院放射線科 西蔵盛 由紀子

26. 八重山郡小浜島におけるAED設置の取り組み
～ゼロ予算AEDを中心に～
県立八重山病院附属 小浜診療所 山田 航希

27. 現場で施行した開胸CPRの2例
北部地区医師会病院 救急部 阿部 好弘

28. 中頭病院における救急外傷診療の質の検討
中頭病院救急科 川妻 由和

29. BLS、AED、脳低温療法が奏功し、社会復帰した院外心肺停止の一症例
中部徳洲会病院 救急総合診療部 関口 秀文

30. 当院の急性喉頭蓋炎症例
県立中部病院 耳鼻咽喉頭頸部外科 須藤 敏

31. 高圧酸素療法で改善を得た一酸化炭素中毒の一例
琉大医学部附属病院 救急部 宮城 哲哉

32. 全身けいれん発作を契機に診断されたBasedow病の一例
ハートライフ病院 内科 浅田 宏史

33. 緊急を要する小児の眼窩底骨折について
県立南部医療センター・こども医療センター 東恩納 邦子

34. 高気圧酸素療法を施行した海洋生物刺症
北部地区医師会病院 救急部 伊藤 ゆい

神経内科

35. 当院の脳ドック受診者におけるメタボリックシンドロームと無症候性脳梗塞との関係
那覇市立病院内科 旭 朝弘

36. 左不全麻痺で発症し保存的に経過を追えた両側内頸動脈閉塞症の1例
県立南部医療センター・こども医療センター 内科 彌永 武史

37. 診断に苦慮した脳幹型高血圧性脳症を呈した血液透析患者の1例
沖縄協同病院 林 韻欣

38. サーフィン後に発症した左椎骨脳底動脈解離の1例
県立中部病院 総合内科 上原 元太

39. 多発脳動脈解離による脳梗塞の1例
県立中部病院内科 吉田 剛

40. 成人エンテロウイルス性髄膜脳炎の1例
沖縄協同病院内科 仲宗根 卓

41. インフルエンザワクチン予防接種後、急性小脳炎を発症した1例
豊見城中央病院内科 仲宗根 ありさ

42. Bickerstaff型脳幹脳炎の2症例
豊見城中央病院 林 優

43. 抗GQ1b抗体陰性であった急性外眼筋麻痺
～Fisher症候群亜型～の1例
豊見城中央病院 研修医 奥山 和明

44. MRIで3椎体以上の脊髄病変を認め、アクアポリン4陽性からNMO (Neuromyelitis optica) と診断した4症例
友愛会南部病院 神経内科 岩間 秀幸

消化器内科

45. 当院ドック受診者における逆流性食道炎の検討
豊見城中央病院 消化器内科 高良 朝敏

46. 梅酢が誘因と考えられる食道粘膜剥離をきたした天疱瘡合併全身性エリテマトーデスの1例
沖縄協同病院内科 澤紙 秀太

47. 術後3年以上経過した胃ESD症例の長期経過
ハートライフ病院 消化器内科 折田 均

48. 当院におけるAeromonas Hydrophilia感染例の臨床的検討
県立南部医療センター・こども医療センター 林 成峰

49. 下痢・嘔吐を認めた後に徐脈や低血圧を認め、シガテラ中毒と診断された症例
県立南部医療センター・こども医療センター 生野 多香子

50. 大腸癌診療におけるPET検査の有用性
豊見城中央病院外科 城間 寛

51. 当院におけるLSTに対する治療方針および成績
豊見城中央病院 消化器内科 峯松 秀樹

52. 直腸カルチノイドに対するEVL-Rを行なった3例の報告
豊見城中央病院消化器内科 田中 健児

53. IVRを行うことで予後良好であった大腸憩室出血の症例
県立南部医療センター・こども医療センター 千代田 啓志

54. 1ヶ月の発熱後、大腸憩室から生じた多発肝膿瘍・脾膿瘍、さらに蝸壺心筋症を合併した症例
豊見城中央病院消化器内科 堀川 智史

55. 上腸間膜静脈血栓症の1例
ハートライフ病院 内科 大橋 和広

報 告

56. ERCPにおけるWGC:Wire Guided Canulation
の有用性の検討
県立南部医療センター・こども医療センター
消化器内科 嘉数 雅也

57. 腹膜悪性中皮腫の一例
沖縄協同病院内科 石井 隆弘

58. デュシェンヌ型進行性筋ジストロフィー患者の直腸に生じた腸石の一例
国立沖縄病院 消化器内科 樋口 大介

肝胆膵

59. 巨大結節で発見されたB型肝癌の1剖検例
ハートライフ病院 消化器内科 國場 和仁

60. 肝・肺に多発結節を認め、診断に苦慮した肝内胆管癌の1剖検例
ハートライフ病院 国吉 史雄

61. 間欠的抗生剤動注療法が奏功した多発性肝膿瘍の一例
中部徳洲会病院外科 仲田 昌吾

62. 自己免疫性膵炎の1例
中頭病院消化器内科 田名 麻子

63. Ezetimibeが有効であったNASHの1例
豊見城中央病院 消化器内科 仲吉 朝史

感染症

64. 当院で経験した深頸部感染症の5例
沖縄協同病院 総合内科 佐久川 信

65. 急速に進行する両下肢筋力低下と膀胱直腸障害を認めた化膿性脊椎炎の1例
県立中部病院内科 島袋 彰

66. 感染性心内膜炎に化膿性脊椎炎・硬膜外膿瘍を合併した1例
中頭病院呼吸器内科 三田村 康貴

67. 感染性心内膜炎の5症例
県立南部医療センター・こども医療センター
伊藤 理恵子

68. 近年稀にみるリウマチ熱の一例
中部徳洲会内科 上間 貴子

69. 軽症破傷風の2例
沖縄協同病院 金城 仁

70. 散発例として確定診断に至ったレプトスピラ症の3例
県立中部病院内科・感染症グループ 本部 卓也

71. 生物学的製剤使用後に発症した結核性腹膜炎の一例
県立中部病院 腎臓内科 中西 研輔

72. 繰り返す発熱を来し関節液塗抹染色にて診断し得た結核性足関節炎の一例
県立中部病院 総合内科 川島 隆

73. 末梢血中好酸球上昇に対して糞線虫症を念頭にストロメクトールを投与した症例についての検討
首里城下町クリニック第一 田名 毅

74. 当院における成人百日咳患者の調査報告 第2報
沖縄協同病院内科 与儀 梨香

75. 沖縄本島中部のロタウイルス胃腸炎の頻度、季節性、血清型の変遷 (2007～2008)
沖縄セントラル病院 内科 石田 眞一

76. 琉球大学医学部附属病院におけるハンセン病の集計
琉大医学部附属病院 皮膚科 山口 さやか

消化器外科

77. 当院における胃内分泌細胞癌の2例
県立南部医療センター・こども医療センター
水上 泰

78. 多発性胃カルチノイドの1例
那覇市立病院外科 知念 順樹

79. 胃GISTの1例
南部徳洲会病院外科 今井 雅広

80. 当院における『GIST』14例の検討
南部徳洲会病院外科 片野 智之

81. 外科的切除を施行した直腸カルチノイド腫瘍の3例
沖縄赤十字病院 神谷 知里

82. 直腸内分泌細胞癌の一例
沖縄赤十字病院外科 豊見山 健

83. 小腸原発Endocrine cell carcinomaの1例
北部地区医師会病院検査科 (病理) 仲西 貴也

84. グルカゴン産生腫瘍の一例
県立中部病院外科 上田 真

85. FOLFILI, FOLFOX後のサードラインとして、TS-1が奏功した大腸癌多発肝転移の1例
ハートライフ病院 外科 宮平 工

86. 穿孔性腹膜炎をきたした肺癌小腸転移の2例
国立沖縄病院外科 比嘉 宇郎

87. 非穿孔性壊死性虫垂炎を原因としたbacterial translocationにより敗血症をきたした1例
浦添総合病院外科 島川 朋享

88. 超高齢者の横行結腸穿孔に対し、保存的治療の後、結腸部分切除術を施行した1例
ハートライフ病院 外科 押川 英央

89. 当院における腹腔鏡下虫垂切除術の現状
北部地区医師会病院 外科 藤谷 健二

90. 当院における腹腔鏡下大腸切除術の現状
北部地区医師会病院 外科 友利 健彦

91. 下部消化管内視鏡検査にて観察し得たS状結腸憩室被覆穿孔の一例
ハートライフ病院 外科 照屋 なつき

92. 十二指腸乳頭部腫瘍に対する経十二指腸的乳頭全切除術症例の検討
豊見城中央病院外科 伊佐 勉

93. 喉頭癌術後吻合部狭窄を拡張術後にESD施行した食道癌の一例
ハートライフ病院 外科 奥島 憲彦

94. 内視鏡的摘出により食道穿孔・縦隔気腫をきたしヘリ搬送となった画鋲誤飲の1例
県立南部医療センター・こども医療センター
柳 佑典

95. 大腸内視鏡検査後にBacterial translocationによると思われるショック症状を呈した肝弯局部大腸癌の1例
ハートライフ病院 外科 花城 直次

報 告

- 96. 術前に診断し得た盲腸憩室穿通の一例
ハートライフ病院 外科 松浦 文昭
 - 97. 盲腸軸捻転症の2症例
南部徳洲会病院外科 新垣 涼子
 - 98. 術前に診断しえたメッケル憩室による絞扼性イレウスの一例
中部徳洲会病院外科 松本 大資
 - 99. 腸閉塞をきたした腸管重複症の一例
県立中部病院外科 庄司 紀和
 - 100. プロテインC活性低下による上腸間膜静脈血栓症の1例
中頭病院外科 嘉数 修
 - 101. 経肛門的減圧チューブ挿入が有用であった閉塞性S状結腸癌の1例
豊見城中央病院 喜久村 祐
 - 102. 結腸憩室炎によるS状結腸膀胱ろうの5例
県立中部病院 伊志嶺 徹
 - 103. 当院における腹腔鏡下総胆管結石手術の有用性の検討
北部地区医師会病院 外科 赤松 道成
 - 104. 腹腔内穿破した巨大臍假性嚢胞の一例
県立中部病院外科 田中 教久
 - 105. 右肝動脈・門脈浸潤を伴った肝門部胆管癌に対する拡大肝左葉切除術の工夫
琉大医学部第一外科 久志 一郎
- 一般外科**
- 106. 後期研修医による鼠径ヘルニアに対するダイレクトクローゲル法の検討
豊見城中央病院 仲地 厚
 - 107. 感染したメッシュプラーグを摘出した一例
宜野湾記念病院外科 玉榮 剛
 - 108. Spigelian hernia の1例
県立中部病院外科 篠永 宏行
 - 109. 甲状腺嚢胞遺残2症例の検討
県立中部病院 形成外科 馬殿 愛子
 - 110. 脂肪性乳腺に発生した乳癌でありながら、マンモグラフィーにて描出されなかった2症例
北部地区医師会病院 天願 敬
 - 111. 当院での外来化学療法室の役割
那覇西クリニック 上原 協
 - 112. 当院におけるセンチネルリンパ節生検の現状
那覇西クリニック 玉城 信光
 - 113. 筋圧挫傷に伴う大腿コンパートメント症候群の一例
県立中部病院外科 加藤 崇
 - 114. 褥創から発症した破傷風の一例
北部地区医師会病院 外科 園山 康之
 - 115. Fournier 壊疽の1例
北部地区医師会病院 外科 岩淵 達也
 - 116. 後腹膜鏡下大動脈周囲リンパ節生検の2例
ハートライフ病院 外科 西原 実

- 循環器外科**
- 117. 右Valsalva洞限局解離に合併した急性下壁心筋梗塞の一例
県立中部病院 心臓血管外科 中須 昭雄
 - 118. バルサルバグラフトを使用した大動脈基部再建術症例の検討
琉大医学部 機能制御外科 盛島 裕次
 - 119. 初診での迅速な診断と処置により救命した左心室自由壁破裂症例
県立中部病院外科 平良 尚広
 - 120. 大動脈弁上部狭窄症に大動脈弁閉鎖不全症を合併した一治験例
琉大医学部 機能制御外科学 前田 達也
 - 121. 左乳癌術後およびCABG術後、難治性前胸部創感染、肺動脈穿孔を生じ、出血を繰り返す症例に対し、感染巣デブリードメント、VAC療法、穿孔部自己筋膜パッチ閉鎖術、大胸筋皮弁被覆術を行い根治しえた1例
琉大医学部 機能制御外科 兼城 達也
 - 122. 大動脈基部・弓部同時置換術の治療成績
県立南部医療センター・こども医療センター 久貝 忠男
 - 123. ARを伴った急性A型解離に対する大動脈弁温存基部再建(David手術)＋弓部全置換術
県立南部医療センター・こども医療センター 瀬名波 栄信
 - 124. 弓部一近位下行大動脈瘤に対するハイブリッド治療：エレファントトランク法を併用した弓部置換とステントグラフト内挿術
県立南部医療センター・こども医療センター 放射線科 我那覇 文清
 - 125. 弓部置換術後に発症した上行大動脈仮性瘤、腕頭動脈瘤、狭心症(2枝病変)の1治験例
牧港中央病院 毛利 教生
 - 126. 感染性心内膜炎外科治療の鍵は何か？
県立中部病院 心臓血管外科 横山 淳也
 - 127. 当院における外傷性大動脈損傷症例の検討
県立中部病院 心臓血管外科 天願 俊穂
 - 128. 腹部分枝閉塞、高度狭窄を伴う内臓動脈瘤症例
県立南部医療センター・こども医療センター 摩文仁 克人
 - 129. 右内腸骨静脈内に発生した血管内平滑筋肉腫(intravenous liomyosarcoma)の一例
県立中部病院外科 西川 正修
 - 130. 下肢虚血を伴うA型解離に対する術中下肢灌流法の有用性
南部徳洲会病院 心臓血管外科 近藤 太一
 - 131. 子宮癌手術放射線治療後の人工肛門、両側腎ろう、腹壁癒痕ヘルニア、放射性皮膚炎を有する閉塞性動脈硬化症に対して人工血管を用いた血行再建術後に人工血管感染を来した一手術症例
中部徳洲会病院外科 新開 敬
 - 132. CABG後の透析患者に血管内治療と大腿-膝窩-腓骨動脈バイパス術を施行した一例
豊見城中央病院外科 山城 典恵

//////////////////// 報 告 //////////////////////////////////////

- 133. 当院における重症虚血肢の治療（血管外科医による血管内治療とバイパス手術）
豊見城中央病院 外科、血管外科 佐久田 斉
- 134. 遺伝性が疑われた静脈弁形成不全の親子例
豊見城中央病院 血管外科・外科 松原 忍

循環器内科

- 135. 房室結節以下の伝導に多彩な変化が認められFast pathwayに近い部位での通電にて根治が可能となった房室結節リエントリー性頻拍の一症例
翔南病院循環器科 山城 啓
- 136. 敗血症、急性心不全、発作性心房細動の治療中に持続性心室頻拍を合併した一例
沖縄赤十字病院 東風平 勉
- 137. 急性期の臨床像より急性心筋梗塞が疑われた褐色細胞腫の1例
豊見城中央病院 親川 拓也
- 138. カルバマゼピン、炭酸リチウム服薬中に洞不全症候群を呈した一例
県立中部病院内科 工藤 宏樹
- 139. 当院における虚血性心疾患治療へのアプローチの推移
ハートライフ病院 三戸 正人
- 140. 当院における負荷心筋シンチの現況
豊見城中央病院 循環器内科 嘉数 敦
- 141. 当院における透析患者の冠動脈病変の評価と治療の戦略
豊見城中央病院 循環器内科 嘉数 真教
- 142. 心肺停止後、迅速な対応により後遺症なく社会復帰した一例
沖縄協同病院 椿本 真穂
- 143. 乳癌の放射線療法25年後に心嚢液貯留がみられ、心不全を来した症例
豊見城中央病院 大庭 景介
- 144. 呼吸苦を主訴に心不全を疑われ、離島より緊急搬送された重症大動脈狭窄症の1例
県立中部病院内科 中山 剛志
- 145. 劇症型心筋炎14例の臨床経過と急性期管理の検討
県立中部病院 循環器内科 嶋崎 鉄兵
- 146. 当院のタコツボ心筋障害症例の検討と今後の対応
沖縄協同病院内科 佐久田 豊
- 147. 本態性血小板血症に合併した肺塞栓症に対しmonteplaseを使用し救命し得た一例
中部徳洲会病院内科 渡邊 洋平

呼吸器

- 148. 緑膿菌による市中膿胸の一例
県立中部病院内科 中島 義之
- 149. 当院で経験した肺放線菌症9例の臨床的検討
県立中部病院 呼吸器内科 中山 由紀子
- 150. 悪性疾患の鑑別に難渋した膿胸の一手術例
県立中部病院 中野 輝基
- 151. 経過観察中の陳旧性肺結核の存在部位に肺癌を合併した一例
北部地区医師会病院 仲村 究

- 152. 術前診断が困難であった後縦隔巨大嚢胞の一例
県立中部病院外科 神田 幸洋
- 153. HTLV-1キャリアーに合併し亜急性に進行したNSIPの一例
北部地区医師会病院 呼吸器内科 宮城 一也
- 154. 呼吸器症状出現後に膠原病もしくはundetermined connective tissue disease (UCTD) が示唆された8症例の検討
国立沖縄病院 呼吸器内科 藤田 香織
- 155. TBLBにて病理所見の得られた脂肪塞栓症の1例
豊見城中央病院 菅野 彩
- 156. ABPMの一例
豊見城中央病院内科 比嘉 恭子
- 157. 入院中に突然の気道狭窄をきたした片肺及びbronchomalasiaの一例
豊見城中央病院 呼吸器内科 村山 知生
- 158. 左自然気胸を契機に発見された先天性心膜欠損症の1例
琉大医学部 機能制御外科学 古堅 智則
- 159. 前部虚血性視神経症を合併したchurg-Strauss症候群の1例
ハートライフ病院 内科 島袋 活子
- 160. COPD急性増悪と肺動脈塞栓症による肺高血圧症、右心不全に抗凝固療法および夜間人工呼吸器導入が奏効した一例
国立沖縄病院 呼吸器内科 大城 聡子
- 161. 気管支異物の1例
国立沖縄病院 呼吸器内科 知花 賢治
- 162. 胸壁神経鞘腫の3例
南部徳洲会病院 心臓血管外科 山本 匠
- 163. 原発巣不明肺悪性黒色腫の1例
豊見城中央病院外科 我喜屋 亮
- 164. 化学療法、全脳照射、定位手術的照射の併用治療により長期生存が得られた小細胞肺癌術後脳転移の1例
国立病院沖縄病院 饒平名 知史
- 165. 胃癌術後孤立性縦隔リンパ節転移の1例
浦添総合病院 谷口 洋平
- 166. 肺癌に対する全身化学療法開始後に同側気胸を合併した4例
国立沖縄病院 呼吸器内科 原 真紀子
- 167. 長期呼吸器管理用の人工呼吸器を用いた非侵襲的陽圧換気療法
与那原中央病院 仲宗根 力
- 168. CTガイド下マーキング症例の検討
沖縄赤十字病院外科 宮城 淳
- 169. 当院における静脈+局麻下胸腔鏡検査32例の検討
豊見城中央病院 呼吸器内科 妹尾 真実
- 170. 非喫煙者肺癌の年代別変化
国立沖縄病院 河崎 英範
- 171. 加濃式社会的ニコチン依存度調査票を用いた沖縄県健診施設職員における社会的ニコチン依存の評価
ちばなクリニック健康管理センター 清水 隆裕

内分泌・代謝

- 172. ウーロン茶多飲により低カリウム血症をきたした一例
 県立南部医療センター・こども医療センター内科
 中村 優理
- 173. 出産後の急性腎不全の一例
 県立中部病院内科 照屋 周造
- 174. 両側腎膿瘍を合併した高血糖・高浸透圧症候群の一例
 豊見城中央病院内科 玉城 優子
- 175. 意識障害と錐体外路症状が遷延した重症炭酸リチウム中毒の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 内藤 祥
- 176. Plummer 病3手術症例の検討
 県立中部病院外科 桂 守弘
- 177. アスコルビン酸の大量投与後に簡易血糖測定器を用いた血糖測定が偽高値を示した糖尿病患者
 浦添総合病院内科 杉山 賢明
- 178. 糖尿病性単神経障害（総腓骨神経麻痺）を発症した1型糖尿病の一例
 豊見城中央病院内科 藤江 昌智
- 179. カベルゴリン内服治療が有効だったACTH依存性Cushing病の一例
 豊見城中央病院 糖尿病・生活習慣病センター
 大久保 奈緒
- 180. 高齢になってから診断に至った左副腎機能性腫瘍の一例
 豊見城中央病院 糖尿病・生活習慣病センター
 高橋 伸幸
- 181. 当院入院の上で副腎機能を評価した35例
 豊見城中央病院 内科/糖尿病・生活習慣病センター
 比嘉 盛文
- 182. 迅速ACTH試験とCRH試験では陰性（正常反応）であったがメトピロン試験で陽性で中枢性の部分的副腎不全と診断し得た特発性下垂体機能低下症の一例
 豊見城中央病院内科 大宜見 由奈

整形外科

- 183. 腰椎/仙椎椎間板ヘルニアを伴った仙骨嚢腫の1例
 南部徳洲会病院整形 外科 遠藤 民子
- 184. 胸椎後縦靭帯骨化症の2例
 ハートライフ病院 整形外科 新垣 勝男
- 185. 外傷性肩関節前方不安定症に対する鏡視下Bankart修復術の治療成績
 与那原中央病院 翁長 正道
- 186. 肩腱板断裂に対する鏡視下腱板修復術の治療成績～suture bridge法、single-row法、dual-row法の比較～
 与那原中央病院 東 千夏
- 187. 胸鎖関節脱臼の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 大藤 勇樹
- 188. 外傷後に下腿筋ヘルニアを来した1例
 豊見城中央病院 整形外科 山内 貴敬

- 189. 急速破壊型変形性股関節症と特発性一過性大腿骨頭萎縮症のMRI所見
 大浜第一病院 放射線科 新里 仁哲
- 190. 当院での人工股関節全置換術の術後脱臼—アプローチの違いによる評価—
 豊見城中央病院 整形外科 比嘉 悠子
- 191. 京セラABSカップ破損症例の検討
 豊見城中央病院 石原 祐史
- 192. 仰臥位での低侵襲性人工股関節全置換術
 豊見城中央病院 永山 盛隆
- 193. 化膿性股関節炎と鑑別を要した小児化膿性筋炎の2例
 豊見城中央病院 整形外科 古堅 隆司
- 194. 診断に難渋した大腿骨近位部骨折
 ハートライフ病院 整形外科 石原 昌人

形成外科

- 195. 6歳以下小児の末節切断における再接着術の検討
 県立中部病院 形成外科 今泉 督
- 196. 爪甲剥削とアクリル樹脂補強による巻き爪治療（仮称KC法）—第1報：治療の実際と短期的成績—
 医）こころ満足会 形成外科KC 新城 憲
- 197. 植皮片固定後のステーブル残存率の高さについて
 豊見城中央病院 形成外科・顎顔面外科・美容外科
 重松 明香
- 198. 当科におけるレーザー診療の現況について
 豊見城中央病院 形成外科・顎顔面外科・美容外科
 前信 友梨
- 199. 上眼瞼しわとり術、治療中に遭遇した涙腺下垂症の2症例
 医療法人形成会 当山美容形成外科 當山 護
- 200. 喉頭気管分離術の経験
 県立南部医療センター・こども医療センター
 西関 修
- 201. 選択的塞栓術と遊離皮弁を併用して治療した左下肢AVMの1例
 中頭病院形成外科 梅川 浩平
- 202. 舌癌の手術法選択と術後成績
 県立中部病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科 崎浜 教之

小児科

- 203. 同胞からの感染を契機に発症したと思われる川崎病の一例
 中部徳洲会病院 棚原 真希子
- 204. 小児期に発症した重症筋無力症の2例
 豊見城中央病院 研修医 神田 さやか
- 205. 新生児期に発症したプロピオン酸血症の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 新生児科 大庭 千明
- 206. 生体肝移植で生存しえた乳幼児劇症肝炎の2症例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 小児総合診療科 島袋 篤哉
- 207. 除菌療法が有効であったヘリコバクター・ピロリ関連性鉄欠乏性貧血の1例
 中部徳洲会病院 小児科 南 小百合

報 告

208. LAMP (Loop-Mediated Isothermal Amplification) 法を用いた百日咳診断の検討
 県立中部病院小児科 嘉数 真理子
209. 動画で発作が確認できたてんかんの2例
 中部徳洲会病院 島袋 伸洋
210. 終夜ポリソムノグラフィーでの評価が有用であった小児の睡眠時無呼吸症候群の2例
 ちばなクリニック 内科 新垣 紀子

腎・泌尿器

211. 半自動尿分析装置を用いた試験紙による尿中微量アルブミンと尿たんぱく/クレアチニン比の有用性
 医療法人まごころ会 かつれん内科クリニック 勝連 英雄
212. 熱射病から多臓器不全を来たし、血漿交換にて救命し得た一例
 県立南部医療センター・こども医療センター 横須賀 公三
213. 当院の心臓カテーテル検査における、高齢、腎機能障害を有する症例に対するNaHCO₃使用の検討
 豊見城中央病院 桑江 紀子
214. 血漿交換が奏効した巣状糸球体硬化症の2例
 豊見城中央病院 腎臓内科 小禄 雅人
215. 腹腔鏡下にCAPDカテーテルを留置した1例
 豊見城中央病院外科 安里 昌哉
216. 治療に難渋した透析患者のむずむず脚症候群の1例
 浦添総合病院外科 村井 美智子
217. 当院における緊急透析導入患者の臨床的検討
 豊見城中央病院内科 与那覇 朝樹
218. 血液透析患者のC型慢性肝炎に対する集学的治療(インターフェロン α -2b、リバビリン、VRAD)の有用性
 浦添総合病院内科 田村 謙次
219. 柴胡加竜骨牡蛎湯で改善した心因性頻尿の2例
 沖縄赤十字病院 外間 実裕
220. 尿管扁平上皮化生の1例
 南部徳洲会病院 泌尿器科 松澤 文彦
221. 当科における経直腸的前立腺針生検177例の検討
 那覇市立病院 泌尿器科 呉屋 真人
222. Wolf Piezolith 3000を用いた尿路結石治療成績
 那覇市立病院 池原 在

膠原病

223. ウイルス感染と鑑別を要したDrug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS) の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター内科 小島 聖子
224. 1ヵ月持続する発熱、頸部リンパ節腫脹を主訴に来院し全身性エリテマトーデスの診断に至った1例
 県立中部病院 西平 賀政
225. 腎梗塞で見つかったアミロイドーシスの1例
 豊見城中央病院 大内 元

226. 線維筋痛症 (FM) 治療の実際
 医療法人十全会 おおうらクリニック (リウマチ科) 大浦 孝
227. 高齢者に発症した高安動脈炎を伴ったCogan症候群の1例
 中部徳洲会病院内科 林 友和
228. 肺胞出血を合併したANCA関連血管炎の1例
 県立八重山病院内科 土屋 奈々絵
229. HTLV-I関連脊髄症、びまん性汎細気管支炎に合併した顕微鏡的多発血管炎の1例
 豊見城中央病院 野原 健
230. アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Allergic granulomatosis-Angitis) の1例
 中部徳洲会病院 外山 雄三

産婦人科

231. 腹膜原発高分化型乳頭状中皮腫の1例
 琉大医学部産婦人科 新田 迅
232. 診断に苦慮した若年子宮体部漿液性腺癌の1例
 豊見城中央病院 産婦人科 苅部 誠子
233. TC化学療法が有効であった卵巣移行上皮癌の1例
 ハートライフ病院 産婦人科 井手上 隆史
234. 当院で治療した外陰癌症例の検討
 県立中部病院 産婦人科 高橋 慶行
235. 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した卵巣内膜症性嚢胞合併妊娠の1例
 豊見城中央病院 産婦人科 首里 英治
236. クロウン病によりPeritoneal inclusion cystを発症した1例
 琉大医学部 産婦人科 鈴木 さき
237. 運動・温熱療法により内視鏡的着床機能改善を認めた後に自然妊娠が成立した原因不明長期不妊症の2例
 豊見城中央病院 産婦人科 茂木 絵美
238. 救急室を受診した陰壁裂傷、その後腹腔内血腫に進行した1例
 県立中部病院 産婦人科 太田 志代
239. 流産後大量性器出血で骨盤動脈塞栓術を要した2例
 県立中部病院 産婦人科 高江洲 庸子
240. 出生前診断しえた両側上肢完全欠損児の1例
 琉大医学部産婦人科 鹿糠 行子
241. Chorangiomaが原因と考えられた非免疫性胎児水腫の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター 新生児科 比屋根 真彦
242. 胎児輸血により改善した非免疫性胎児水腫の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター 栗原 みずき